

静岡県後期高齢者医療広域連合 第3期データヘルス計画

計画策定の趣旨	背景	<p>我が国では、かつてない高齢化が急激に進行しており、特に後期高齢者の増加が顕著となっている。静岡県の令和5年4月1日時点の後期高齢者の人口に占める割合は16.5%となり、今後も増加することが見込まれている。こうしたなか、高齢者の特性を踏まえた保健事業を行うことにより、高齢者が在宅で自立した生活ができる期間の延伸、生活の質の向上を図ることが求められている。</p> <p>また、「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)において、レセプト等のデータ分析、それに基づく「データヘルス計画」の作成等、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされたため、静岡県後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。))は、「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)及び「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」(平成26年3月31日厚生労働省告示141号)に基づき、健康・医療情報(健康診断の結果やレセプト等から得られる情報)を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための「静岡県後期高齢者医療広域連合保健事業実施計画」(第2期データヘルス計画)を策定した。</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。」と示された。</p> <p>こうした背景を踏まえ、第2期データヘルス計画(平成30年度～令和5年度)の終了に伴い、第2期計画の結果や課題を踏まえ、第3期データヘルス計画(平成30年度～令和5年度)の終了に伴い、第2期計画の結果や課題を踏まえ、第3期データヘルス計画を策定する。</p>	
	目的	<p>後期高齢者の健康を守り、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることができるといえる人を増やすためには、生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化予防及び低栄養、心身機能の低下防止を図ることが重要となる。広域連合では、「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」(以下「一体的実施」という。)を中心とした保健事業を展開し、生活習慣病の重症化予防やフレイル対策等の取組を行うことにより、医療費適正化等を推進する。</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年度～令和11年度	
	都道府県医療費適正化計画	令和6年度～令和11年度	
	介護保険事業支援計画	令和6年度～令和8年度	
	国保データヘルス計画	令和6年度～令和11年度	
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制	広域連合が実施主体となり、関係市町と連携・協力して計画策定及び保健事業等を実施していく。	
	関係者等	<p>必要に応じ、静岡県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)が設置する保健事業支援・評価委員会において、計画の策定及び評価等について支援を受ける。また、同会からは事業実施における支援や、KDBシステム等データの有効活用及び情報提供についての協力を求める。</p> <p>また、医師会、歯科医師会、薬剤師会、学識経験者、他の医療保険者、静岡県、国保連合会、被保険者から構成される静岡県後期高齢者医療懇談会において、計画や保健事業等について広く意見を求めるとともに、健康・医療情報の分析結果を共有し、保健事業の連携等に努め、被保険者の主体的な健康の保持増進を図る。</p>	

(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)	3,594,263	-	1,769,282	49.2%	1,824,981	50.8%
被保険者数(人)	597,408	16.6%	244,739	13.8%	352,669	19.3%
65～69歳(人)	2,138	0.4%	1,303	0.5%	835	0.2%
70～74歳(人)	3,676	0.6%	2,154	0.9%	1,522	0.4%
75～79歳(人)	219,917	36.8%	100,935	41.2%	118,982	33.7%
80～84歳(人)	174,467	29.2%	75,209	30.7%	99,258	28.1%
85～89歳(人)	116,907	19.6%	43,799	17.9%	73,108	20.7%
90歳以上(人)	80,303	13.4%	21,339	8.7%	58,964	16.7%

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	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査事業の委託 一体的実施事業の委託 市町が実施する保健事業に対する費用助成(静岡県後期高齢者医療制度特別対策補助金交付要綱に基づく) 市町が実施する保健事業の支援に資する情報提供(情報共有)の実施
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 保健事業等に関する助言、指導
国保連合会及び支援・評価委員会	<ul style="list-style-type: none"> 一体的実施に係る支援業務の実施 支援・評価委員会における支援・評価
外部有識者	<ul style="list-style-type: none"> 支援・評価委員会、医療懇談会への参画
保健医療関係者	<ul style="list-style-type: none"> 支援・評価委員会、医療懇談会への参画
その他	

(2) 現状の整理

被保険者等の特性	被保険者数の推移	本県の被保険者数は、令和4年度末時点で597,408人であり、制度創設の平成20年度以降、毎年増加している。県内総人口に占める被保険者の割合は、令和2年度の15.6%から、令和12年度に20.3%（約12万1千人の増加）に達する見込み。その後は被保険者数は減少又はほぼ横ばい傾向に転じるが、高齢化率はその後も上昇する見込みとなっており、令和32年度には25.2%に達する見込みである。
	年齢別被保険者構成割合	静岡県の年齢別被保険者構成割合を見ると、75歳～79歳の割合が最も多く、次いで80歳～84歳が多くなっており、75歳～84歳で全体の6割以上を占めている。
	その他	
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）	資料編P1「第2期データヘルス計画目標達成状況」参照
	目標の達成状況	資料編P1「第2期データヘルス計画目標達成状況」参照

※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®」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	<ul style="list-style-type: none"> ・静岡県の総人口は令和5年4月1日時点で約362万人、65歳以上人口は約110万人となり、高齢化率は30.4%（過去最高）となった。65歳以上人口のうち、75歳以上の人口は約59万人となり、総人口に占める割合（後期高齢化率）は16.5%（過去最高）となった。 ・静岡県の総人口は減少過程に入っており、令和12年度には約338万人、令和27年度には300万人を割って約297万人になると推計されている。そのうち、65歳以上人口は令和7年度には約111万人に達すると見込まれており、その後も増加傾向が続き、令和22年度に116万人でピークを迎えた後、減少に転じると推計されている。 75歳以上の人口においては、団塊の世代が75歳以上となる令和7年度に約65万人となり、令和12年度には約68万人に達すると見込まれている。その後、一旦は減少に転じて横ばい傾向となるが、令和32年度に再び増加に転じ、約71万人でピークに達すると推計されている。 ・総人口が減少する中で、65歳以上の人口が上昇することで高齢化率は上昇を続け、令和7年度には31.6%、令和12年度に32.9%に達し、令和32年度には39.6%に達すると推計されている。 また、後期高齢化率は、令和7年度に18.6%、令和12年度に20.3%となり、県民の5人に1人が75歳以上の者となると見込まれている。令和12年度以降、75歳以上人口は減少に転じるが、後期高齢化率はその後上昇を続け、令和32年度には25.2%に達し、県民の4人に1人が75歳以上の者となると推計されている。 ・静岡県の後期高齢化率の推移を全国平均と比較すると、約1.1%～2.0%程度高い水準となることを見込まれている。（令和7年度⇒全国平均：17.5%、静岡県：18.6%） 【県内市町別にみた後期高齢化率（令和5年4月1日現在）】 ・最も高い市町で31.5%、次いで31.2%、30.1%となっており、最も低い市町は12.4%となっている。 ・県内10市町で後期高齢化率が20%を超えており、うち3市町は30%を超えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者数は今後も年々増加していくことが見込まれており、それに伴って医療費も今後3年間で約1,000億円増大することが予想されている。医療費の肥大化は被保険者の保険料の負担増や、現役世代の負担が大きくなることにつながる。 ⇒医療費の抑制、適正化を進めていくことが肝要となるため、各種保健事業を通じて、生活習慣病の重症化予防やフレイル対策を推進し、医療費の抑制につなげることが重要と考える。 	<ul style="list-style-type: none"> 国立社会保障・人口問題研究所作成 日本の将来推計人口(令和5年推計)詳細結果表 日本の地域別将来人口(令和5(2023)年推計) 資料編 P2～4
将来推計に伴う医療費見込み	<ul style="list-style-type: none"> 【総医療費と一人当たり医療費の見込み】 ・令和4年度の総医療費（決算ベース）は、4,837億2,199万5,933円、一人あたり医療費は830,522円となった。今後、被保険者数が年々増加していくことを考慮すると、令和7年度までに総医療費は、5,624億785万6,229円（約1.16倍）、一人あたり医療費は877,762円（約1.05倍）となる見込みである。 		<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者医療事業報告（年報）（月報）
平均余命 平均自立期間（要介護2以上）等 死因別死亡割合	<ul style="list-style-type: none"> 【平均余命】 ・静岡県の平均余命は令和4年度時点で男性が81.7歳、女性が87.5歳となっており、それぞれ平成12年度と比較すると、男性は3.9歳、女性は2.9歳延伸した。 ・全国と比較すると、男性は同水準、女性は0.3歳下回った。 【平均自立期間（平均余命と平均自立期間の差）】 ・静岡県の平均自立期間は令和4年度時点で男性が80.3歳、女性が84.6歳となっており、全国と比較すると、男性、女性ともに0.2歳上回った。 ・静岡県の平均余命と平均自立期間の差を見ると、令和4年度時点で男性が1.4歳、女性が2.9歳となっており、平成30年度と比較すると、男性は0.1歳伸び、女性は0.1歳縮小した。 ・平均余命と平均自立期間の差を全国と比較すると、男性は0.2歳、女性は0.5歳短い。（全国：男性1.6歳、女性3.4歳） 【死因別死亡割合】 ・静岡県の死因別死亡割合は令和4年度時点で、「悪性新生物」が23.3%と最も高く、次いで「老衰」15.7%、「心疾患」14.0%、「脳血管疾患」8.2%、「肺炎」4.2%の順となった。 ・全国と比較すると、「老衰」が4.3%、「脳血管疾患」は1.3%高い。（全国：「悪性新生物」24.6%、「心疾患」14.8%、「老衰」11.4%、「脳血管疾患」6.9%、「肺炎」4.7%） 	<ul style="list-style-type: none"> ・平成12年度から令和4年度にかけて、平均余命は男女とも伸びているものの、平均自立期間と平均余命の差は過去5年間ほとんど変化していない。寿命そのものは伸びているが、健康に生活を送ることができる期間は変わっていない傾向にある。 ⇒各保健事業の取組を通じて、被保険者の健康増進を図り、平均自立期間と平均余命の差を縮めることが必要であると考え。 ・死因別死亡割合は「老衰」が全国よりも高い水準となっているが、脳血管疾患の割合も全国よりも高い。 ⇒「脳血管疾患」の要因となる生活習慣病対策の取組を実施し、生活習慣病の重症化を予防していくことが必要と考える。 	<ul style="list-style-type: none"> 資料編 P5～9 【平均余命】 KDB地域の全体像の把握 厚生労働省 令和2年度簡易生命表の概況 【平均自立期間（平均余命と平均自立期間の差）】 KDB地域の全体像の把握 【死因別死亡割合】 厚生労働省 人口動態統計


広域連合がアプローチする課題

	広域連合がアプローチする課題	優先する課題
A	被保険者の健康維持・増進のため、被保険者が自身の健康状態を客観的、経年的に把握できるようにすること	

健康診査 歯科健康診査 質問票の分析	健康診査・歯科健康診査の実施状況	<p>【健康診査の実施状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 静岡県健康診査受診率は令和4年度時点で26.4%となり、令和元年度と比べて微減した。(令和元年度⇒令和4年度：-0.4%) 全国平均の24.8%と比較すると、1.6%が高い。 <p>【県内市町別にみた受診率と個別未受診者動向の実施状況】（令和4年度）</p> <ul style="list-style-type: none"> 最も受診率が高い市町で48.0%、最も低い市町で8.8%。 上位10位の受診率は48.0%～32.4%、下位10位は22.3%～8.8%。 個別の健診未受診者動向を実施した市町は9市町、そのうち受診率が前年度と比較して上昇した市町は7市町。 受診率下位10市町のうち、個別の未受診者動向を実施していない市町は8市町。 	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査の受診率は全国よりも高い水準となっているが、健康診査の具体的な事業の実施方法は市町によって異なっており、市町間の受診率の格差が大きくなっている。 健康状態不明者の数は過去からあまり変化しておらず、県内の都市部に集中している。 受診率上位10市町、下位10市町の構成市町はおおむね固定化する傾向にある。 健康診査の未受診者への勧奨の実施状況、方法は市町によって異なっているが、個別の未受診者勧奨通知を実施した市町は前年度より受診率が向上する傾向にある。 <p>⇒生活習慣病の重症化予防につながる健診受診率向上のため、健診未受診者勧奨などの受診率向上に資する取組を実施する市町に対する、補助金等を活用した支援や、各市町の取組の好事例の横展開に努めることが重要と考える。</p>	資料編 P10～11	KDB地域の全体像の把握 健康診査実施状況調査（静岡県後期高齢者医療広域連合作成資料）	B	生活習慣病の重症化予防のための適切な行動を被保険者がとれるようにすること	○																																																																																					
	健康診査・歯科健康診査の結果の状況（健康状況）	<p>【健康診査の実施状況（健康状況）】</p> <p>表1 健康診査_有所見者割合 単位 (%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BMI</th> <th>収縮期血圧</th> <th>拡張期血圧</th> <th>中性脂肪</th> <th>HDL</th> <th>LDL</th> <th>空腹時血糖</th> <th>HbA1c</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和4年度</td> <td>21.0</td> <td>61.3</td> <td>12.6</td> <td>16.5</td> <td>5.0</td> <td>37.5</td> <td>39.7</td> <td>64.8</td> </tr> <tr> <td>令和3年度</td> <td>21.6</td> <td>60.2</td> <td>11.8</td> <td>17.0</td> <td>5.7</td> <td>41.1</td> <td>40.0</td> <td>64.4</td> </tr> <tr> <td>令和2年度</td> <td>21.6</td> <td>60.5</td> <td>12.1</td> <td>17.4</td> <td>5.9</td> <td>42.1</td> <td>40.0</td> <td>61.1</td> </tr> </tbody> </table> <p>出典 KDBシステム 後期高齢者の健診結果一覧 各年度累計より作成</p> <p>※有所見者割合 健診検査値が記録されている人のうち、保健指導判定値を超えている人の割合。 <保健指導判定値> BMI:25以上、収縮期血圧:130mmHg以上、拡張期血圧:85mmHg以上、中性脂肪:150mg/dl以上、HDLコレステロール:39mg/dl以下、LDLコレステロール:120mg/dl以上、空腹時血糖値:100mg/dl以上、HbA1c:5.6%以上</p>		BMI	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL	LDL	空腹時血糖	HbA1c	令和4年度	21.0	61.3	12.6	16.5	5.0	37.5	39.7	64.8	令和3年度	21.6	60.2	11.8	17.0	5.7	41.1	40.0	64.4	令和2年度	21.6	60.5	12.1	17.4	5.9	42.1	40.0	61.1	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査の結果を見ると、収縮期血圧、拡張期血圧は有所見者人数、有所見者割合いずれも増加傾向にある。また、HbA1cにおいても、有所見者人数、有所見者割合いずれも増加傾向にある。(表1) 収縮期血圧、拡張期血圧の異常を放置すると、「脳血管疾患」や「心疾患」といった疾病の要因となる。 また、HbA1cの異常を放置すると、「糖尿病」を発症する可能性があり、「糖尿病」を放置すると「腎不全」などの様々な合併症を引き起こす原因となる。 これらの疾病は疾病別にみた総医療費の割合でも高い水準となっている。 <p>⇒被保険者の健康増進及び医療費抑制のため、健診結果に基づく生活習慣病に着目した保健指導、糖尿病性腎症対策の実施などの重症化予防対策に重点を置いていく必要があると考える。</p>	資料編 P12～13	後期高齢者歯科健診の集計結果（静岡県後期高齢者医療広域連合作成資料）	C	フレイルにつながりにくい生活習慣を被保険者へ周知し、できる限り被保険者がフレイルリスクを回避できるようにすること	○																																																	
		BMI	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL	LDL	空腹時血糖	HbA1c																																																																																				
	令和4年度	21.0	61.3	12.6	16.5	5.0	37.5	39.7	64.8																																																																																				
令和3年度	21.6	60.2	11.8	17.0	5.7	41.1	40.0	64.4																																																																																					
令和2年度	21.6	60.5	12.1	17.4	5.9	42.1	40.0	61.1																																																																																					
健康診査・歯科健康診査の結果の状況（健康状況）	<p>【健康診査の実施状況（健康状況）】</p> <p>表2 歯科健康診査_要指導判定割合・要注意判定割合 単位 (%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">要指導</th> <th colspan="3">要注意</th> </tr> <tr> <th>75歳</th> <th>80歳</th> <th>全体</th> <th>75歳</th> <th>80歳</th> <th>全体</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和4年度</td> <td>32.3</td> <td>33.6</td> <td>32.8</td> <td>42.7</td> <td>43.9</td> <td>43.2</td> </tr> <tr> <td>令和3年度</td> <td>32.9</td> <td>33.6</td> <td>33.3</td> <td>41.6</td> <td>42.7</td> <td>42.2</td> </tr> <tr> <td>令和2年度</td> <td>32.0</td> <td>33.0</td> <td>32.5</td> <td>43.8</td> <td>43.8</td> <td>43.9</td> </tr> </tbody> </table> <p>出典 後期高齢者歯科健診の集計結果（静岡県後期高齢者医療広域連合作成資料）</p>		要指導			要注意			75歳	80歳	全体	75歳	80歳	全体	令和4年度	32.3	33.6	32.8	42.7	43.9	43.2	令和3年度	32.9	33.6	33.3	41.6	42.7	42.2	令和2年度	32.0	33.0	32.5	43.8	43.8	43.9	<ul style="list-style-type: none"> 歯科健診の受診率は事業が始まった平成28年度よりも低下しており、市町間の格差が大きくなっている。広域連合が主体となり実施する事業で市町担当課を介さないため、事業の周知が効果的に行えていない可能性がある。 また、歯科健診結果における有所見者（要指導判定、要注意判定）は、受診者全体の76%を占めているが（表2）、歯科健診受診後のオーラルフレイル対策事業における歯科医師による保健指導率はそのうちの32.2%となっており、全体の3割程度にとどまっている。 <p>⇒口腔機能の低下防止につながる歯科健診受診率向上（オーラルフレイル対策事業を含む）のため、市町担当課に事業の周知を行うとともに、受診勧奨の強化等の事業実施方法の必要な見直しを行っていく必要がある。</p>	資料編 P14	KDB後期高齢者の健診結果一覧	D	薬剤の多量、重複摂取等による健康被害を防ぎ、適切な受診行動を被保険者が取れるようにすること																																																					
	要指導			要注意																																																																																									
	75歳	80歳	全体	75歳	80歳	全体																																																																																							
令和4年度	32.3	33.6	32.8	42.7	43.9	43.2																																																																																							
令和3年度	32.9	33.6	33.3	41.6	42.7	42.2																																																																																							
令和2年度	32.0	33.0	32.5	43.8	43.8	43.9																																																																																							
健康診査・歯科健康診査の結果の状況（健康状況）	<p>【健康診査の実施状況（健康状況）】</p> <p>表3 質問票回答状況（「はい」と答えた人の割合） 単位 (%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>回答項目</th> <th>静岡県</th> <th>国</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">健康状態</td> <td>よい</td> <td>24.8</td> <td>24.1</td> </tr> <tr> <td>まあよい</td> <td>18.0</td> <td>17.7</td> </tr> <tr> <td>ふつう</td> <td>47.9</td> <td>48.1</td> </tr> <tr> <td>あまりよくない</td> <td>8.5</td> <td>8.9</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">心の健康状態</td> <td>よくない</td> <td>0.9</td> <td>1.1</td> </tr> <tr> <td>満足</td> <td>24.8</td> <td>24.1</td> </tr> <tr> <td>やや満足</td> <td>18.0</td> <td>17.7</td> </tr> <tr> <td>やや不満足</td> <td>47.9</td> <td>48.1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">食習慣</td> <td>不満足</td> <td>8.5</td> <td>8.9</td> </tr> <tr> <td>1日3食きちんと食べる</td> <td>95.4</td> <td>94.6</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">口腔機能</td> <td>半年前に比べて固いものが食べにくい</td> <td>27.7</td> <td>27.7</td> </tr> <tr> <td>お茶や汁物等でむせる</td> <td>21.1</td> <td>20.9</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">体重変化</td> <td>6ヵ月で2～3kg以上の体重減少</td> <td>10.9</td> <td>11.7</td> </tr> <tr> <td>以前に比べて歩く速度が遅い</td> <td>57.7</td> <td>59.1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">運動転倒</td> <td>この1年間に転んだ</td> <td>17.3</td> <td>18.1</td> </tr> <tr> <td>ウォーキング等の運動を週に1回以上</td> <td>63.8</td> <td>62.9</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知機能</td> <td>同じことを聞くなどの物忘れあり</td> <td>15.0</td> <td>16.2</td> </tr> <tr> <td>今日の日付がわからない時あり</td> <td>22.9</td> <td>24.8</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">喫煙</td> <td>吸っている</td> <td>4.8</td> <td>4.8</td> </tr> <tr> <td>吸っていない</td> <td>79.3</td> <td>77.1</td> </tr> <tr> <td>やめた</td> <td>15.9</td> <td>18.1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">社会参加</td> <td>週に1回以上は外出</td> <td>91.2</td> <td>90.6</td> </tr> <tr> <td>家族や友人と付き合いがある</td> <td>95.5</td> <td>94.4</td> </tr> <tr> <td>ソーシャルサポート</td> <td>身近に相談できる人がいる</td> <td>96.1</td> <td>95.1</td> </tr> </tbody> </table> <p>出典 KDBシステム「地域の全体像の把握」より作成</p>	区分	回答項目	静岡県	国	健康状態	よい	24.8	24.1	まあよい	18.0	17.7	ふつう	47.9	48.1	あまりよくない	8.5	8.9	心の健康状態	よくない	0.9	1.1	満足	24.8	24.1	やや満足	18.0	17.7	やや不満足	47.9	48.1	食習慣	不満足	8.5	8.9	1日3食きちんと食べる	95.4	94.6	口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくい	27.7	27.7	お茶や汁物等でむせる	21.1	20.9	体重変化	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少	10.9	11.7	以前に比べて歩く速度が遅い	57.7	59.1	運動転倒	この1年間に転んだ	17.3	18.1	ウォーキング等の運動を週に1回以上	63.8	62.9	認知機能	同じことを聞くなどの物忘れあり	15.0	16.2	今日の日付がわからない時あり	22.9	24.8	喫煙	吸っている	4.8	4.8	吸っていない	79.3	77.1	やめた	15.9	18.1	社会参加	週に1回以上は外出	91.2	90.6	家族や友人と付き合いがある	95.5	94.4	ソーシャルサポート	身近に相談できる人がいる	96.1	95.1	<ul style="list-style-type: none"> 質問票の回答状況を見ると、ほとんどの項目において、全国と比べて同水準または良好な回答結果となっている。そのうち、口腔機能に関する質問票の回答状況において、「固いものが食べにくくなった」と回答した人は年々減少し全国と同水準だが、「お茶や汁物等でむせることがある」と回答した人の割合は年々微増しており、全国よりわずかに高い。(表3) <p>⇒飲み込みや咬み合わせの機能不全を放置すると、やがてはフレイルの要因となることが危惧されるため、低栄養防止及び口腔機能低下防止の取組の推進が必要である。</p>	資料編 P15～16	後期高齢者歯科健診の集計結果（静岡県後期高齢者医療広域連合作成資料）	E	ジェネリック医薬品の使用促進を図り医療費の抑制を図ること	
区分	回答項目	静岡県	国																																																																																										
健康状態	よい	24.8	24.1																																																																																										
	まあよい	18.0	17.7																																																																																										
	ふつう	47.9	48.1																																																																																										
	あまりよくない	8.5	8.9																																																																																										
心の健康状態	よくない	0.9	1.1																																																																																										
	満足	24.8	24.1																																																																																										
	やや満足	18.0	17.7																																																																																										
	やや不満足	47.9	48.1																																																																																										
食習慣	不満足	8.5	8.9																																																																																										
	1日3食きちんと食べる	95.4	94.6																																																																																										
口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくい	27.7	27.7																																																																																										
	お茶や汁物等でむせる	21.1	20.9																																																																																										
体重変化	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少	10.9	11.7																																																																																										
	以前に比べて歩く速度が遅い	57.7	59.1																																																																																										
運動転倒	この1年間に転んだ	17.3	18.1																																																																																										
	ウォーキング等の運動を週に1回以上	63.8	62.9																																																																																										
認知機能	同じことを聞くなどの物忘れあり	15.0	16.2																																																																																										
	今日の日付がわからない時あり	22.9	24.8																																																																																										
喫煙	吸っている	4.8	4.8																																																																																										
	吸っていない	79.3	77.1																																																																																										
	やめた	15.9	18.1																																																																																										
社会参加	週に1回以上は外出	91.2	90.6																																																																																										
	家族や友人と付き合いがある	95.5	94.4																																																																																										
ソーシャルサポート	身近に相談できる人がいる	96.1	95.1																																																																																										
健康状態不明者の数	<ul style="list-style-type: none"> 健診、医療、介護の利用のない者は令和4年度時点で10,260人おり、健診対象者のうち1.80%が該当。 令和2年度の9,495人（1.70%）と比較し、人数・割合ともに微増。 県内市町別にみると、最も高い静岡市で1943人、次いで浜松市1,922人、富士市723人となっており、最も低い市町は川根本町の15人となっている。 		資料編 P18	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る実施状況報告																																																																																									

医療関係の分析	医療費	<p>・静岡県を診療区分ごとに見ると、入院は約2,080億7,635万円、外来は2,340億4,135万円、歯科は172億860万円となっており、令和元年度と比較して上昇した。 (令和元年度⇒令和4年度：入院は約147億5,995万円、外来は約101億2,759万円、歯科は約19億3,695万円上昇)</p> <p>【被保険者1人当たり医療費】 ・被保険者1人当たり医療費は、令和4年度時点で722,044円となり、全国平均と比較して、一人あたり医療費は96,937円低い水準となった。 ・診療区分毎の医療費と構成比割合は、入院327,088円(45.3%)、外来367,905円(51.0%)、歯科27,051円(3.7%)となり、全国と比較して、入院は4.3%、歯科は0.4%全国平均よりも低く、外来は4.7%高い水準となった。</p> <p>【年齢階層別の1人当たり医療費】 ・被保険者1人当たり医療費を年齢階層別に見ると、最も高い年齢層は65～69歳(1,926,491円)、次いで70～74歳(1,825,573円)、85～89歳(787,289円)の順となった。 ・診療区分ごとに見ると、入院で最も高い年齢層は65～69歳(758,219円)、次いで70～74歳(727,205円)、90～94歳(440,721円)の順となった。外来で最も高い年齢層は65～69歳(1,139,987円)、次いで70～74歳(1,070,245円)、80～84歳(393,528円)の順となった。歯科で最も高い年齢層は75～79歳(31,173円)、次いで80～84歳(30,546円)、65～69歳(28,285円)の順となった。</p> <p>【調剤医療費の推移】 ・静岡県の調剤医療費は、令和4年度時点で約781億4,477万円となり、令和2年度と比較して、約9億6,235万円増加した。 ・1人あたり医療費は、令和4年度時点で122,841円となっており、令和2年度と比較して6,239円減少した。</p>	<p>・一人あたり医療費は全国よりも低い水準となっているが、医療費総額は年々増加している。一人あたり医療費に占める診療区分別の割合をみると、全国では入院の割合が高いが、静岡県は外来の占める割合が高くなっている。</p> <p>⇒一人あたり医療費における外来の占める割合が入院よりも高いことから、在宅で治療をしている被保険者が多いと考えられる。そのため、在宅治療者に対する保健指導や支援の充実が重要と考える。</p> <p>・疾病別医療費の傾向を見ると、入院ではフレイルに関連する「骨折」、外来では、「糖尿病」や「慢性腎臓病(透析あり)」、「高血圧症」などの生活習慣病の割合が高くなっている。</p> <p>⇒フレイルが要因となる疾病(骨折)や生活習慣病(糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)、高血圧症)の医療費が全国と比べても高いため、フレイル対策の取組や、生活習慣病の重症化予防の取組を推進していくことが医療費の適正化に資すると考える。</p> <p>・調剤の一人あたり医療費は、年々減少傾向となっているが、調剤の総医療費は年々上昇する傾向にある。 ・後発医薬品の使用割合は年々上昇する傾向にあり、令和4年度に国目標値の80%を達成したが、割合の伸びは鈍化している。市町ごとの使用割合を見ると、市時間の格差が大きくなっている。 ・重複処方、多剤処方の該当者割合は令和2年度からほとんど変化していない。</p> <p>⇒年々増加する調剤医療費の抑制のため、後発医薬品への切替促進の取組を行うことが必要と考える。 また、近年重複処方や多剤処方の対象者数にあまり変化がないことから、より効果的な抽出基準や指導方法となるよう、広域連合が実施する服薬指導の事業実施内容について、見直しを行っていく必要があると考える。</p>	資料編 P19～22	KDB健康スコアリング(医療)
	疾病分類別の医療費	<p>【疾病大分類別医療費の構成比割合】 ・静岡県の総医療費に占める疾病大分類別医療費の構成比割合は、令和4年度時点で「循環器系の疾患」が21.3%と最も高く、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」12.6%、「新生物<腫瘍>」11.3%の順となった。 ・全国平均と比較して、「循環器系の疾患」(0.4%)、「筋骨格系及び結合組織の疾患」(0.2%)、「新生物<腫瘍>」(0.1%)において、静岡県の方が高い水準となっている。</p> <p>【疾病中分類別医療費の構成比割合】 ・静岡県の総医療費に占める疾病中分類別医療費の構成比割合(入院)は、令和4年度時点で「骨折」が10.1%と最も高く、次いで「その他の心疾患」9.7%、「脳梗塞」6.4%、の順となった。 ・静岡県の総医療費に占める疾病中分類別医療費の構成比割合(外来)は、令和4年度時点で「腎不全」が10.2%と最も高くなっており、次いで「その他の心疾患」9.9%、「糖尿病」7.8%、の順となった。</p> <p>【疾病細小分類別医療費の構成比割合】 ・静岡県の総医療費に占める疾病細小分類別医療費の構成比割合(入院)は、令和3年度時点で「骨折」が5.0%と最も高く、次いで「脳梗塞」2.9%、「慢性腎臓病(透析あり)」1.7%、の順となった。 ・全国平均(入院)と比較して、「骨折」(0.4%)、「慢性腎臓病(透析あり)」(0.2%)は静岡県の方が高い水準であり、「脳梗塞」は同水準である。 ・静岡県の総医療費に占める疾病細小分類別医療費の構成比割合(外来)は、令和3年度時点で「慢性腎臓病(透析あり)」が4.0%と最も高く、次いで「糖尿病」3.9%、「高血圧症」3.4%、の順となった。 ・全国平均(外来)と比較して、「慢性腎臓病(透析あり)」(0.7%)、「糖尿病」(0.3%)、「高血圧症」(0.5%)は、静岡県の方が高い水準となった。</p>		資料編 P23～25	KDB疾病別医療費分析(大分類) KDB疾病別医療費分析(中分類) KDB医療費分析(細小分類)
	後発医薬品の使用割合	<p>・静岡県の後発医薬品普及率(数量シェア)は令和4年度時点で80.1%となっており、令和元年度と比べて5.3%上昇した。また、前年度と比較すると、1.1%上昇した。 ・全国平均の79.9%と比較して、0.2%高い水準となっている。</p> <p>〇県内市町別にみた普及率 ・最も普及率が高い市町で88.9%、最も低い市町で69.6%。 ・上位10位の普及率は88.9%～83.0%、下位10位は78.5%～69.6%。</p>		資料編 P26～27	厚生労働省「医療費に関するデータの見える化について」4.保険者別の後発医薬品の使用割合
	重複投薬患者割合 多剤投薬患者割合	<p>・静岡県の重複投薬患者割合は令和4年度時点で0.739%となっており、令和2年度と比べて-0.012%減少した。</p> <p>・静岡県の多剤投薬患者割合は、令和4年度時点で0.401%となっており、令和2年度と比べて0.02%増加した。</p>		資料編 P28～29	KDB重複・多剤処方の状況

介護関係の分析	<p>要介護認定率の状況</p>	<p>・静岡県の実認定率は令和4年度時点で17.3%となっており、令和元年度と比べて0.1%上昇した。</p> <p>・全国平均の19.4%と比較して、2.1%低い水準となっている。</p> <p>【要介護別にみた要介護認定率】</p> <table border="1"> <caption>表4 要介護認定率の状況_要介護別別（令和4年度） 単位（%）</caption> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="6">1号認定率</th> </tr> <tr> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> <th>要介護1</th> <th>要介護2</th> <th>要介護3</th> <th>要介護4</th> <th>要介護5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>国</td> <td>2.7</td> <td>2.7</td> <td>4.1</td> <td>3.2</td> <td>2.6</td> <td>2.5</td> <td>1.7</td> </tr> <tr> <td>静岡県</td> <td>2.0</td> <td>2.2</td> <td>4.2</td> <td>3.0</td> <td>2.4</td> <td>2.2</td> <td>1.3</td> </tr> </tbody> </table> <p>出典 KDBシステム「地域の全体像の把握」各年度集計より作成</p>		1号認定率						要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	国	2.7	2.7	4.1	3.2	2.6	2.5	1.7	静岡県	2.0	2.2	4.2	3.0	2.4	2.2	1.3	<p>・要介護度別認定率は全国よりもおおむね低い傾向にあるが、介護給付費は年々増加傾向となっている。また、一人あたりの介護給付費は年々減少傾向にあるが、全国平均よりも高く、介護度が重くなるほど全国との差は大きくなっており、特に要介護3～要介護5において差が大きい。（表4～表6）</p> <p>・要介護認定を受けている者の一人あたり医療費は、全国よりも低い水準であるが年々増加する傾向にあり、医科入院及び要介護2以上の一人あたり医療費で特に増加が大きい。</p> <p>・要介護認定者における「高血圧」や「心臓病」、「脳疾患」の有病率は全国よりも高い水準であり、要介護者の生活習慣病に起因する疾患が高くなっている。（表7）</p> <p>・通いの場の展開状況における、住民主体で実施されている箇所の構成比割合が全国より若干低くなっている。</p>	<p>資料編 P30</p> <p>KDB地域の全体像の把握</p>																																														
		1号認定率																																																																														
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5																																																																								
	国	2.7	2.7	4.1	3.2	2.6	2.5	1.7																																																																								
静岡県	2.0	2.2	4.2	3.0	2.4	2.2	1.3																																																																									
<p>介護給付費</p>	<p>・静岡県の介護給付費は令和4年度時点で約3,006億3,088万円、令和元年度と比べて約156億3,969万円増加した。</p> <p>・静岡県の1件あたり介護給付費は令和4年度時点で62,506円となっており、令和元年度と比べて2,222円減少した。</p> <p>・全国平均の59,662円と比較して、2,844円高い。</p> <table border="1"> <caption>表5 介護給付費の状況（令和4年度） 単位（円）</caption> <thead> <tr> <th></th> <th>1件あたり給付費</th> <th>要支援1</th> <th>要支援2</th> <th>要介護1</th> <th>要介護2</th> <th>要介護3</th> <th>要介護4</th> <th>要介護5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>静岡県</td> <td>62,506</td> <td>9,701</td> <td>12,407</td> <td>40,728</td> <td>51,016</td> <td>87,093</td> <td>112,235</td> <td>124,605</td> </tr> <tr> <td>国</td> <td>59,662</td> <td>9,568</td> <td>12,723</td> <td>37,331</td> <td>45,837</td> <td>78,504</td> <td>103,025</td> <td>113,314</td> </tr> </tbody> </table> <p>出典 KDBシステム「地域の全体像の把握」各年度集計より作成</p> <table border="1"> <caption>表6 介護給付費の状況（経年変化） 単位（円）</caption> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">静岡県</th> </tr> <tr> <th>令和元年度</th> <th>令和2年度</th> <th>令和3年度</th> <th>令和4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1件あたり給付費</td> <td>64,728</td> <td>65,251</td> <td>63,740</td> <td>62,506</td> </tr> <tr> <td>静岡県 要支援1</td> <td>9,936</td> <td>9,855</td> <td>9,805</td> <td>9,701</td> </tr> <tr> <td>静岡県 要支援2</td> <td>12,946</td> <td>12,769</td> <td>12,594</td> <td>12,407</td> </tr> <tr> <td>静岡県 要介護1</td> <td>41,960</td> <td>42,538</td> <td>41,729</td> <td>40,728</td> </tr> <tr> <td>静岡県 要介護2</td> <td>52,771</td> <td>53,292</td> <td>52,377</td> <td>51,016</td> </tr> <tr> <td>静岡県 要介護3</td> <td>88,339</td> <td>90,337</td> <td>89,369</td> <td>87,093</td> </tr> <tr> <td>静岡県 要介護4</td> <td>115,709</td> <td>117,958</td> <td>114,900</td> <td>112,235</td> </tr> <tr> <td>静岡県 要介護5</td> <td>130,395</td> <td>129,485</td> <td>125,267</td> <td>124,605</td> </tr> </tbody> </table> <p>出典 KDBシステム「地域の全体像の把握」各年度集計より作成</p>		1件あたり給付費	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	静岡県	62,506	9,701	12,407	40,728	51,016	87,093	112,235	124,605	国	59,662	9,568	12,723	37,331	45,837	78,504	103,025	113,314		静岡県				令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	1件あたり給付費	64,728	65,251	63,740	62,506	静岡県 要支援1	9,936	9,855	9,805	9,701	静岡県 要支援2	12,946	12,769	12,594	12,407	静岡県 要介護1	41,960	42,538	41,729	40,728	静岡県 要介護2	52,771	53,292	52,377	51,016	静岡県 要介護3	88,339	90,337	89,369	87,093	静岡県 要介護4	115,709	117,958	114,900	112,235	静岡県 要介護5	130,395	129,485	125,267	124,605	<p>⇒介護度が重くなるほど給付費は高くなっており、介護予防の取組の重要性は高いと考える。介護度が重いため医療を使わないわけではなく、要介護認定者の医療費は年々増加しているため、医療費の適正化と介護サービス費の適正化、どちらの対策も推進していく必要があると考える。</p> <p>また、要介護認定者のうち生活習慣病の疾病を持つ者が多いため、介護予防を推進するためには、フレイル対策の取組以外にも、生活習慣病の重症化予防をあわせて行う必要があると考える。</p> <p>住民が主体となって運営する通いの場については、割合としてはまだまだ少なく、一体的実施おけるポピュレーションアプローチの推進が必要であると思われる。</p>	<p>資料編 P31～33</p> <p>KDB地域の全体像の把握</p>	
	1件あたり給付費	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5																																																																								
静岡県	62,506	9,701	12,407	40,728	51,016	87,093	112,235	124,605																																																																								
国	59,662	9,568	12,723	37,331	45,837	78,504	103,025	113,314																																																																								
	静岡県																																																																															
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度																																																																												
1件あたり給付費	64,728	65,251	63,740	62,506																																																																												
静岡県 要支援1	9,936	9,855	9,805	9,701																																																																												
静岡県 要支援2	12,946	12,769	12,594	12,407																																																																												
静岡県 要介護1	41,960	42,538	41,729	40,728																																																																												
静岡県 要介護2	52,771	53,292	52,377	51,016																																																																												
静岡県 要介護3	88,339	90,337	89,369	87,093																																																																												
静岡県 要介護4	115,709	117,958	114,900	112,235																																																																												
静岡県 要介護5	130,395	129,485	125,267	124,605																																																																												
<p>要介護認定有無別の有病率（疾病別） 要介護度別有病率（疾病別）</p>	<p>・要介護別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合の全国の動向を見ると、最も高い割合は「認知症」で16.6%、次いで「脳血管疾患（脳卒中）」16.1%、「骨折・転倒」13.9%、「高齢による衰弱」13.2%の順となっている。</p> <p>・要介護認定有無別の有病率（疾病別）を見ると、最も高いのは「心臓病」で60.8%、次いで「高血圧症」53.9%、「筋・骨格」が52.7%の順となっている。</p> <table border="1"> <caption>表7 要介護認定有無別の有病率（疾病別）（令和4年度）</caption> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">静岡県</th> <th colspan="2">国</th> </tr> <tr> <th>認定者数（人）</th> <th>有病状況（%）</th> <th>認定者数（人）</th> <th>有病状況（%）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>糖尿病</td> <td>47,262</td> <td>24.1</td> <td>1,712,613</td> <td>24.3</td> </tr> <tr> <td>高血圧症</td> <td>105,312</td> <td>53.9</td> <td>3,744,672</td> <td>53.3</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>64,308</td> <td>32.7</td> <td>2,308,216</td> <td>32.6</td> </tr> <tr> <td>心臓病</td> <td>118,655</td> <td>60.8</td> <td>4,224,628</td> <td>60.3</td> </tr> <tr> <td>脳疾患</td> <td>45,067</td> <td>23.3</td> <td>1,568,292</td> <td>22.6</td> </tr> <tr> <td>がん</td> <td>20,444</td> <td>10.4</td> <td>837,410</td> <td>11.8</td> </tr> <tr> <td>筋・骨格</td> <td>103,053</td> <td>52.7</td> <td>3,748,372</td> <td>53.4</td> </tr> <tr> <td>精神</td> <td>70,241</td> <td>36.2</td> <td>2,569,149</td> <td>36.8</td> </tr> </tbody> </table> <p>出典 KDBシステム「地域の全体像の把握」各年度集計より作成</p>		静岡県		国		認定者数（人）	有病状況（%）	認定者数（人）	有病状況（%）	糖尿病	47,262	24.1	1,712,613	24.3	高血圧症	105,312	53.9	3,744,672	53.3	脂質異常症	64,308	32.7	2,308,216	32.6	心臓病	118,655	60.8	4,224,628	60.3	脳疾患	45,067	23.3	1,568,292	22.6	がん	20,444	10.4	837,410	11.8	筋・骨格	103,053	52.7	3,748,372	53.4	精神	70,241	36.2	2,569,149	36.8		<p>資料編 P34</p> <p>KDB地域の全体像の把握</p>																												
	静岡県		国																																																																													
	認定者数（人）	有病状況（%）	認定者数（人）	有病状況（%）																																																																												
糖尿病	47,262	24.1	1,712,613	24.3																																																																												
高血圧症	105,312	53.9	3,744,672	53.3																																																																												
脂質異常症	64,308	32.7	2,308,216	32.6																																																																												
心臓病	118,655	60.8	4,224,628	60.3																																																																												
脳疾患	45,067	23.3	1,568,292	22.6																																																																												
がん	20,444	10.4	837,410	11.8																																																																												
筋・骨格	103,053	52.7	3,748,372	53.4																																																																												
精神	70,241	36.2	2,569,149	36.8																																																																												
<p>通いの場の展開状況 （箇所数・参加者数等）</p>	<p>・静岡県の通いの場の箇所数は令和3年度時点で4,665箇所となり、参加者実人数は85,518人となった。</p> <p>・箇所数の構成比割合を運営主体別に見ると、「住民団体」が53.4%と最も多く、次いで「住民個人」29.4%、「社会福祉協議会」12.3%となった。</p> <p>・全国と比較すると、「住民団体」の割合は15.3%少なく、「住民個人」（10.4%）、「社会福祉協議会」（7.4%）は、静岡県の方が多くなっている。</p> <p>【通いの場への参加者数と高齢者人口に占める割合】</p> <p>・静岡県の参加者実人数は85,518人であり、このうち、週1回以上開催している通いの場の参加者実人数は、19,204人となった。</p> <p>・主な運営主体が住民（住民個人または住民団体）の通いの場での参加者実人数は、72,083人であり、このうち、週1回以上開催している通いの場の参加者実人数は、17,607人となった。</p> <p>【参加者に占める75歳以上の割合】</p> <p>・参加者のうち、年齢が把握できている人数は24,224人（1箇所、1回あたりの参加者実人数）、このうち、75歳以上は18,047人（74.5%）となった。75歳以上の割合を全国と比較すると、3.9%多い。</p> <p>・開催頻度が週1回以上の通いの場における参加者のうち、年齢が把握できている人数は4,588人、そのうち、75歳以上は3,082人（67.1%）となった。75歳以上の割合を全国と比較すると、-3.4%少ない。</p>		<p>資料編 P35～40</p> <p>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</p>																																																																													

<p>介護・医療のクロス分析</p>	<p>【静岡県の要介護認定有無別に見た一人あたり医療費】</p> <p><要介護2以上> (医科入院) 静岡県の一人あたり医療費は、令和4年度時点で916,824円となり、令和元年度と比較して42,389円上昇した。 ・全国平均の1,137,545円と比較すると、220,721円低い。</p> <p>(医科外来) 静岡県の一人あたり医療費は、令和4年度時点で428,838円となっており、令和元年度と比較して15,913円上昇した。 ・全国平均の462,365円と比較すると、33,527円低い。</p> <p>(歯科) 静岡県の一人あたり医療費は、令和4年度時点で17,035円となっており、令和元年度と比較して401円高上昇した。 ・全国平均の31,499円と比較すると、14,464円低い。</p> <p><要支援・要介護> (医科入院) 静岡県の一人あたり医療費は、令和4年度時点で727,762円となっており、令和元年度と比較して16,904円上昇した。 ・全国平均の852,919円と比較すると、125,157円低い。</p> <p>(医科外来) 静岡県の一人あたり医療費は、令和4年度時点で454,499円となっており、令和元年度と比較して5,530円上昇した。 ・全国平均の480,497円と比較すると、25,998円低い。</p> <p>(歯科) 静岡県の一人あたり医療費は、令和4年度時点で20,237円となっており、令和元年度と比較して927円上昇した。 ・全国平均の31,156円と比較すると、10,919円低い。</p> <p><介護認定なし> (医科入院) 静岡県の一人あたり医療費は、令和4年度時点で137,197円となっており、令和元年度と比較して1,557円減少した。 ・全国平均の159,285円と比較すると、22,088円低い。</p> <p>(医科外来) 静岡県の一人あたり医療費は、令和4年度時点で289,790円となっており、令和元年度と比較して2,749円減少した。 ・全国平均の286,122円と比較すると、3,668円高い。</p> <p>(歯科) 静岡県の一人あたり医療費は、令和4年度時点で28,497円となっており、令和元年度と比較して1,690円上昇した。 ・全国平均の31,702円と比較すると、3,205円低い。</p>		<p>資料編 P41～ 42</p>	<p>KDB健康スコアリング(介護)</p>				
--------------------	---	--	----------------------------	------------------------	---	--	--	--

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 被保険者の健康維持・増進のため、被保険者が自身の健康状態を客観的、経年的に把握できるようにすること		・健診受診率の向上 ・健診結果（KDSシステム）の活用・分析 ・健診受診率が低い市町の改善、実施上の課題への支援 ・健康状態不明者対策 ・効果的な未受診者勧奨の実施	1,2,8
B 生活習慣病の重症化予防のための適切な行動を被保険者がとれるようにすること	✓	・市町における糖尿病性腎症及び生活習慣病重症化予防の取組の推進	3,6,8
C フレイルにつながりにくい生活習慣を被保険者へ周知し、できる限り被保険者がフレイルリスクを回避できるようにすること	✓	・低栄養、運動機能、口腔機能の低下の傾向が顕著な市町における、フレイル進行を阻止するための取組の推進	3,4,8
D 薬物の多量、重複摂取等による健康被害を防止、適切な受診行動を被保険者が取れるようにすること		・重複領収受診者等相談・指導の取組の推進	5,8
E ジェネリック医薬品の使用促進を図り医療費の抑制を図ること		・後発医薬品（ジェネリック医薬品）に関する取組の推進	7,8

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）		在宅で自立した生活が送れる高齢者の増加																					
目標	評価項目（共通評価指標）	目標値※2																					
		計画策定時実績※1 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 健康状態不明者の減少	アウトプット	健診受診率	29.52%	156,900	531,453	30.0%	/	/	30.2%	/	/	30.4%	/	/	30.6%	/	/	30.8%	/	/	31.0%	/	/
		歯科健診実施市町村数・割合	100%	35	35	100%	/	/	100%	/	/	100%	/	/	100%	/	/	100%	/	/	100%	/	/
生活習慣の改善 重症化の予防 フレイルの予防	アウトプット	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	65.7%	23	35	100%	/	/	100%	/	/	100%	/	/	100%	/	/	100%	/	/	100%	/	/
		低栄養	34.3%	12	35	37.1%	/	/	37.1%	/	/	37.1%	/	/	40.0%	/	/	45.7%	/	/	51.4%	/	/
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	アウトプット	口腔	17.1%	6	35	22.9%	/	/	22.9%	/	/	22.9%	/	/	25.7%	/	/	28.5%	/	/	31.4%	/	/
		服薬（重複・多剤）	0.0%	0	35	5.7%	/	/	5.7%	/	/	5.7%	/	/	14.3%	/	/	25.7%	/	/	37.1%	/	/
		重症化予防（糖尿病性腎症）	22.9%	8	35	34.3%	/	/	34.3%	/	/	34.3%	/	/	40.0%	/	/	45.7%	/	/	54.1%	/	/
		重症化予防（その他身体的フレイルを含む）	34.3%	12	35	62.9%	/	/	62.9%	/	/	62.9%	/	/	68.6%	/	/	74.3%	/	/	80.0%	/	/
		健康状態不明者	45.7%	16	35	62.9%	/	/	62.9%	/	/	62.9%	/	/	65.7%	/	/	68.6%	/	/	71.4%	/	/
		平均自立期間（要介護2以上）	男性80.3 女性84.6			男性80.5 女性84.8			男性80.6 女性84.9			男性80.7 女性85.0			男性80.8 女性85.1			男性80.9 女性85.2			男性81.0 女性85.3		
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	0.95%	5,401	571,070	0.95%	/	/	0.95%	/	/	0.95%	/	/	0.95%	/	/	0.95%	/	/	0.95%	/	/
		口腔	3.88%	22,153	571,070	3.88%	/	/	3.88%	/	/	3.88%	/	/	3.88%	/	/	3.88%	/	/	3.88%	/	/
		服薬（多剤）	2.64%	15,076	571,070	2.64%	/	/	2.64%	/	/	2.64%	/	/	2.64%	/	/	2.64%	/	/	2.64%	/	/
		服薬（睡眠薬）	1.71%	9,746	571,070	1.71%	/	/	1.71%	/	/	1.71%	/	/	1.71%	/	/	1.71%	/	/	1.71%	/	/
		身体的フレイル（ロコモ含む）	5.07%	28,959	571,070	5.07%	/	/	5.07%	/	/	5.07%	/	/	5.07%	/	/	5.07%	/	/	5.07%	/	/
		重症化予防（コントロール不良者）	0.76%	4,351	571,070	0.76%	/	/	0.76%	/	/	0.76%	/	/	0.76%	/	/	0.76%	/	/	0.76%	/	/
		重症化予防（糖尿病等治療中断者）	7.57%	43,203	571,070	7.57%	/	/	7.57%	/	/	7.57%	/	/	7.57%	/	/	7.57%	/	/	7.57%	/	/
		重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）	5.67%	32,383	571,070	5.67%	/	/	5.67%	/	/	5.67%	/	/	5.67%	/	/	5.67%	/	/	5.67%	/	/
		重症化予防（腎機能不良未受診者）	0.01%	81	571,070	0.01%	/	/	0.01%	/	/	0.01%	/	/	0.01%	/	/	0.01%	/	/	0.01%	/	/
		健康状態不明者	1.80%	10,260	571,070	1.80%	/	/	1.80%	/	/	1.80%	/	/	1.80%	/	/	1.80%	/	/	1.80%	/	/

※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	委託		実施(35)	→	見直し			
2	歯科健康診査	歯科健康診査事業	委託		実施(35)	→	見直し			
3	保健事業と介護予防等の一体的な実施	低栄養	委託	✓	実施(12)	→	見直し			
		口腔	委託	✓	実施(6)	→	見直し			
		服薬（重複・多剤）	委託		実施(0)	→	見直し			
		重症化予防（糖尿病性腎症）	委託	✓	実施(8)	→	見直し			
		重症化予防（その他身体的フレイルを含む）	委託	✓	実施(12)	→	見直し			
		健康状態不明者	委託		実施(16)	→	見直し			
4	オールフレイル対策	オールフレイル対策事業	複合	✓	実施(35)	→	見直し			
5	重複領収	重複領収受診者等訪問指導事業	委託		実施(35)	→	見直し			
6	後発医薬品	後発医薬品差額通知事業	委託		実施(35)	→	見直し			
7	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症重症化予防に関する取組	委託		実施(8)	→	見直し			
8	市町との連携事業	市町との連携事業(特別対策補助金)	委託		実施(35)	→	見直し			

IV 個別事業

事業シート 【健康診査】

事業1 健康診査事業

事業の目的	医療が必要な者等を早期に発見し、適切に医療等につなげて重症化を予防する。
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・広域連合と市町が委託契約を結び、被保険者に対して健康診査を実施する。 ・被保険者の健康管理と生活習慣病の重症化を予防・早期発見・早期治療等に資するため、広報等で周知を行い健康維持への意識啓発に努めること、健康診査受診率の向上を目指す。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	健康診査受診率	健診受診者 / (被保険者数-対象外者数)	29.52%	30.0%	30.2%	30.4%	30.6%	30.8%	31.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	対象者への通知率	健康診査通知数 / 対象者数	95.09%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 1. 広域連合が市町へ委託して実施する。 2. 市町は、医師会・医療機関等に再委託する等の方法で健康診査を実施する。 3. 健康診査結果を基にした保健指導等は、一体的実施等において市町が主体となり実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 広域連合から市町へ健康診査事業の委託 (前年度) 3月: 委託契約事務 4月: 委託契約締結 2. 市町による健康診査事業の実施 4月～3月: 健康診査事業実施 対象者への受診勧奨通知及び受診券 (健康診査の通知) を作成し、郵送する。 健康診査の結果等を作成し、通知する。 ※ 実施方法 (直営・委託) や実施期間等については、市町の実情により異なる。 3. 健康診査の結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町により異なる。 4. 受診率向上の取組 各市町において、市町の実情に応じて未受診者への個別勧奨通知を送付するなど、健康診査未受診者への勧奨を実施する。取組内容、取組の実施については市町の実情によって異なる。
	実施後のフォロー・モニタリング	3月～7月 前年度健康診査受診者数を把握する。 <ul style="list-style-type: none"> ・広域連合から市町に対し、前年度の各市町受診率について情報提供する。 ・広域連合から市町に対し、当年度の健康診査の実施状況の調査を行い、結果を取りまとめ市町へ情報提供する。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 1. 広域連合が市町へ委託して実施する。 2. 市町は、医師会・医療機関等に再委託する等の方法で健康診査を実施する。 3. 健康診査結果を基にした保健指導等は、一体的実施等において市町が主体となり実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 広域連合の体制 (1) 主幹部署: 事業企画室 (2) 担当者数: 事務職 1名 (保健師2名) (3) 実施方法: 管内市町へ委託する。 2. 市町村の体制 (1) 主幹部署: 市町によって異なる。 (2) 担当者数: 市町によって異なる。 (3) 実施方法: 主に、市町から医師会・医療機関等への委託による。
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業

事業シート [歯科健康診査]

事業2 歯科健康診査事業

事業の目的	歯、歯肉の状態や口腔の衛生状態に問題がある高齢者や口腔機能の低下の恐れがある高齢者をスクリーニングし、口腔機能低下の予防を図り、肺炎等の疾病を予防する。
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> 対象者 4月1日時点で、75歳・80歳の静岡県の後期高齢者医療の被保険者 ※ ただし、病院又は診療所に6月以上継続して入院している者及び高齢者の医療の確保に関する法律第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所している者については対象外とする。 実施方法 外部委託により広域連合が実施する。 健康診査項目 問診（質問表） 口腔内健診（歯・歯肉の状態、口腔衛生状況、口腔乾燥等） 口腔機能評価（咬合の状態、咀嚼能力、嚥下機能等） 健康診査後指導 結果の活用 歯科健診結果を基に、オーラルフレイル者を抽出し翌年度のオーラルフレイル対策事業対象者を選定する。また、一体的実施の対象者の抽出や介入後の状況把握、市町の保健事業に活用する。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	歯科健康診査受診率	受診者数/対象者数	13.81%	16.0%	16.2%	16.4%	16.6%	16.8%	17.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	対象者への通知率	受診通知送付数/対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	未受診者勧奨通知率	未受診者勧奨通知送付数/対象者数	20.44%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	概要	1. 広域連合が外部委託により実施する。
	実施内容	1. 広域連合が外部業者へ歯科健康診査事業の委託 4月：委託契約事務 4月：委託契約締結 2. 歯科健康診査事業の実施【事業実施期間：7月～2月】 5月：対象者抽出 6月：対象者へ受診通知及び受診券を作成し、郵送する。 7月～2月：歯科健診の実施 9月：未受診者勧奨の実施 受診勧奨対象者から歯科健診受診済の被保険者を除外し通知を送付する。 ※ 受診勧奨対象者の抽出基準については、より効果的となるよう、常に検討、改善を行う。 事業実施後、歯科健康診査受診率の確認、歯科健康診査結果の分析を実施し、結果を市町へ提供する。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 歯科健康診査結果からオーラルフレイル者を抽出し、翌年度のオーラルフレイル対策事業対象者を選定する。 歯科健康診査結果を一体的実施の対象者の抽出や介入後の状況把握、市町の保健事業に活用する。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	1. 広域連合が外部委託により実施する。
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主幹部署：事業企画室 (2) 担当者数：事務職1名 (保健師2名) (3) 実施方法：外部委託により広域連合が実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業

事業シート[保健事業と介護予防等の一体的な実施]

事業3 保健事業と介護予防等の一体的な実施

事業の目的	後期高齢者における生活習慣病の重症化やフレイル等の健康上の問題に対し、地域の高齢者の健康課題に基づいた高齢者保健事業や介護予防事業による一体的実施支援を実施することで、在宅で自立した生活が送れる後期高齢者を増やすことを目的とする。
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・広域連合は、事業委託に必要な財源を確保し、市町と一体的実施事業にかかる委託契約を締結する。 ・市町においては、KDB等を活用し、各地域の健康課題・実情に基づいた実施計画を策定し、事業実施及び評価を実施する。 ・広域連合は、市町支援のため、保有する健康・医療情報を積極的に活用して健康課題に関する情報提供や助言等を市町へ行うとともに、一体的実施事業における支援を担う関係機関と連携し、各市町の取組のとりまとめや好事例の横展開、検証を行う。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	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	-	ハイリスク者割合 (No1~No10)									
	1	低栄養	一体的実施・KDB活用支援ツールの基準該当者数/被保険者数	0.95%	0.95%	0.95%	0.95%	0.95%	0.95%	0.95%	
	2	口腔		3.88%	3.88%	3.88%	3.88%	3.88%	3.88%	3.88%	
	3	服薬(多剤)		2.64%	2.64%	2.64%	2.64%	2.64%	2.64%	2.64%	
	4	服薬(睡眠薬)		1.71%	1.71%	1.71%	1.71%	1.71%	1.71%	1.71%	
	5	身体的フレイル(口コモ含む)		5.07%	5.07%	5.07%	5.07%	5.07%	5.07%	5.07%	
	6	重症化予防(コントロール不良者)		0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	0.76%	
	7	重症化予防(糖尿病等治療中断者)		7.57%	7.57%	7.57%	7.57%	7.57%	7.57%	7.57%	
	8	重症化予防(基礎疾患保有+フレイル)		5.67%	5.67%	5.67%	5.67%	5.67%	5.67%	5.67%	
	9	重症化予防(腎機能不良未受診者)		0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	
	10	健康状態不明者		1.80%	1.80%	1.80%	1.80%	1.80%	1.80%	1.80%	
11	平均自立期間(要介護2以上)	男女別に評価。KDB「地域の全体像の把握」を確認する。	(男性)80.3歳 (女性)84.6歳	(男性)80.5歳 (女性)84.8歳	(男性)80.6歳 (女性)84.9歳	(男性)80.7歳 (女性)85.0歳	(男性)80.8歳 (女性)85.1歳	(男性)80.9歳 (女性)85.2歳	(男性)81.0歳 (女性)85.3歳		

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	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	-	実施市町数								
	1	低栄養	事業実施市町数/全市町数	34.3%	37.1%	37.1%	37.1%	40.0%	45.7%	51.4%
	2	口腔		17.1%	22.9%	22.9%	22.9%	25.7%	28.6%	31.4%
	3	重複・多剤		0.0%	5.7%	5.7%	5.7%	14.3%	25.7%	37.1%
	4	重症化予防(糖尿病性腎症)		22.9%	34.3%	34.3%	34.3%	40.0%	45.7%	51.4%
	5	重症化予防(その他身体的フレイルを含む)		34.3%	62.9%	62.9%	62.9%	68.6%	74.3%	80.0%
	6	健康状態不明者		45.7%	62.9%	62.9%	62.9%	65.7%	68.6%	71.4%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 1. 広域連合が各市町へ委託して実施する。 2. 広域連合は、実施市町に対し必要な支援を行う。 3. 広域連合は、実施市町間の連携のための支援を行う。 4. 広域連合は、関係機関と連携して本事業を実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各市町における事業の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・広域連合から市町へ一体的実施事業の委託 4月：委託契約締結 5月：事業実施計画書の提出（KDBシステム等を活用し、地域の健康課題を整理・分析し事業の計画の作成） 事業の実施 3月：事業の評価 実績報告書の提出 2. 実施市町への支援 <ul style="list-style-type: none"> ・広域連合による支援（計画への助言や策定への支援、庁内連携における支援、人件費、経費等における助言） ・国保連合会へ「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施市町支援業務」の委託（KDB活用における支援、データ分析や活用への助言等） 3. 実施市町間の連携 <ul style="list-style-type: none"> ・実施市町間の情報交換会の実施 ・市町間の情報交換のための情報提供の実施 4. 関係機関との連携 <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施事業における支援を担う関係機関との連携
	実施後のフォロー・モニタリング	一体的実施事業の実績報告と併せ、本事業のアウトカム評価指標の実績値の提出依頼を各市町へ行い、市町毎の達成状況を把握する。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 1. 広域連合が各市町へ委託して実施する。 2. 広域連合は、実施市町に対し必要な支援を行う。 3. 広域連合は、実施市町間の連携のための支援を行う。 4. 広域連合は、関係機関と連携して本事業を実施する。
	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) 主幹部署：事業企画室 (2) 担当者数：事務職1名（保健師2名） (3) 実施方法：管内市町へ委託する。 2. 市町の体制 <ol style="list-style-type: none"> (1) 主幹部署：市町によって異なる。 (2) 担当者数：市町によって異なる。 (3) 実施方法：企画調整を行う保健師が中心となり市町の実情や健康課題に合わせた保健事業を実施する。取組内容は市町によって異なる。
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業

事業シート 【オーラルフレイル対策】

事業4

オーラルフレイル対策事業

事業の目的	口腔健康管理の維持により、肺炎等の重症化予防や口腔機能低下の予防を図り、フレイル予防・健康増進となる口腔機能保健指導を行う。
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> 対象者 4月1日現在76歳で前年度の歯科健診を受診し、オーラルフレイルのリスクが高い被保険者 前年度のオーラルフレイル対策対象者で77歳から79歳の被保険者 実施方法 外部委託により広域連合が実施する。 口腔機能保健指導 問診（質問表） 口腔内診査 口腔機能評価 指導、1年間の目標と計画の立案 継続支援 受診したすべての被保険者に対し、受診から2ヶ月後に広域連合から健康相談の通知を送付する。 電話による健康相談を実施する。 結果の活用 オーラルフレイル健診の結果を一体的実施の対象者の抽出や介入後の状況把握、市町の保健事業に活用する。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	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	口腔機能保健指導実施率	指導実施者数(受診者数)/ 対象者数	32.28%	50%	50%	50%	50%	50%	50%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	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	対象者への通知率	受診通知送付数/対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 口腔機能保健指導は広域連合が外部委託し実施する。 受診者に対する継続支援、電話による健康相談は広域連合の保健師が実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が外部業者へ歯科健診事業の委託 4月：委託契約事務 4月：委託契約締結 事業の実施 【事業実施期間：7月～12月】 5月：対象者抽出 6月：対象者へ受診勧奨通知及び受診券を作成し、郵送する。 7月～12月：歯科医師による口腔機能の評価と保健指導の実施 その後の継続管理の実施 9月～3月：広域連合の保健師による継続支援の実施 <p>事業実施後、オーラルフレイル対策事業の結果を分析し、結果を市町へ提供する。</p> <p>※ 対象者の抽出基準については、より効果的となるよう、常に検討、改善を行う。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 受診した被保険者に対し、受診から2ヶ月後に広域連合から支援通知を送付する。 歯科医師が必要と判断した者に健康相談を実施する。 希望者を対象に電話での健康相談を実施する。 健康相談において直接被保険者と対話したことで得られた結果は市町に提供し連携を図る。 受診率・保健指導率の推移によっては、適宜受診勧奨や事業の流れの周知徹底などを検討する。 オーラルフレイル健診の結果を一体的実施の対象者の抽出や介入後の状況把握、市町の保健事業に活用する。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 口腔機能保健指導は広域連合が外部委託し実施する。 受診者に対する継続支援、電話による健康相談は広域連合の保健師が実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合の体制 (1) 主幹部署：事業企画室 (2) 担当者数：事務職1名（保健師2名） (3) 実施方法：外部委託により広域連合が実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業

事業シート [重複頻回]

事業5 重複頻回受診者等訪問指導業務

事業の目的	被保険者及びその家族に対し、専門職による療養上の日常生活及び受診に関する指導ならびに服薬指導を実施し、適正受診、適正服薬の推進に繋げる。
事業の概要	レセプトデータから受診状況又は処方状況に改善が必要と考えられる対象者を特定し、専門職による訪問指導を実施する。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	訪問指導実施者の受診状況等の改善率	指導後の受診状況において、抽出基準に該当しなくなった者/指導実施者数	69.52%	75%	75%	75%	75%	75%	75%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	訪問指導実施率	指導実施者数/指導対象者数	12.96%	30%	30%	30%	30%	30%	30%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が各市町へ委託（一体的実施）して実施する。 広域連合が外部委託により実施する。
		<ol style="list-style-type: none"> 対象者 KDBシステム、茶っとシステム等を用い、抽出基準に基づき抽出した者を対象者とする。 ※ 対象者の基準については、より効果的な訪問指導ができるよう、常に検討、改善を行う。 実施方法 ① 広域連合が各市町へ委託（一体的実施）して実施する。 ② 広域連合が外部委託により実施する。 実施内容 (実施方法①の場合) IV.個別事業（3-一体的実施）の実施内容を参照。 (実施方法②の場合) 7月：指導対象者を抽出する。また、前年度の効果検証を行う。 8月：契約締結準備、契約締結事務 9月～2月：指導対象者へ案内通知を送付し、指導対象者のうち、訪問の同意が得られた被保険者に対して専門職による訪問指導を実施する。 3月：指導結果を確認する。また、結果の分析を実施し、市町へ指導結果の報告を行う。
	実施後のフォロー・モニタリング	指導実施後のレセプト情報を確認し、指導実施者のうち、抽出基準に該当しなくなった者の人数及び割合を確認する。また、指導前と指導後でどれだけ医療費が変動したか効果額の検証を実施する。
	備考	個別事業3[一体的実施]における「重複・多剤」の取組市町数の増加を促すため、取組未実施の市町に対して、本事業における抽出基準や具体的な実施方法等について、情報提供を行う。

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が各市町へ委託（一体的実施）して実施する。 広域連合が外部委託により実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合の体制 (1) 主幹部署：事業企画室 (2) 担当者数：事務職1名（保健師2名） (3) 実施方法：外部委託により実施する。 市町の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる。 (2) 担当者数：市町によって異なる。 (3) 実施方法：企画調整を行う保健師が中心となり市町の実情に合わせた方法により実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業

事業シート [後発医薬品]

事業6 後発医薬品差額通知事業

事業の目的	後発医薬品の普及率向上を図る。
事業の概要	レセプトデータから、後発医薬品の使用率が低く、後発医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定する。通知書を対象者に送付することで、後発医薬品への切り替えを促す。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	後発医薬品普及率	後発医薬品の数量 / (後発医薬品がある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量)	80.6%	計画策定時の実績値より改善					

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	対象者への通知率	通知数 / 通知対象者数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	概要	1. 広域連合が外部委託により実施する。
	実施内容	1. 対象者 後発医薬品へ切り替えることで一定以上の差額が発生することが見込まれる被保険者 ※ 対象者の抽出基準については、より効果的となるよう、常に検討、改善を行う。 2. 実施方法 国保連合会及び外部委託により広域連合が実施する。 3. 実施内容 6月：対象者を抽出する。 7月～8月：契約締結準備、契約締結事務 9月：対象者へ通知を送付する。(1回目) 2月：対象者へ通知を送付する。(2回目)
	実施後のフォロー・モニタリング	国保連合会から提供される資料を基に、通知発送後の切替人数や削減額等の確認を行う。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	1. 広域連合が外部委託により実施する。
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主幹部署：事業企画室 (2) 担当者数：事務職 1名 (3) 実施方法：国保連合会及び外部委託により実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

Ⅳ 個別事業

事業シート[糖尿病性腎症]

事業7 糖尿病性腎症重症化予防に関する取組

事業の目的	糖尿病性腎症患者の重症化を予防する。
事業の概要	健康診査の検査値やレセプトデータから対象者を特定し、保健指導・受診勧奨を実施する。 なお、保健指導の実施については、市町と広域連合において一体的実施の委託契約を結び、市町が主体となって実施する。広域連合においては、市町が実施する一体的実施における糖尿病性腎症重症化予防事業に対して必要な支援を行う。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	指導実施率	支援（指導）実施者数/ 抽出基準に該当した対象者数	61.6%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	実施市町数	事業実施市町数/全市町数	34.3%	34.3%	34.3%	34.3%	40.0%	45.7%	51.4%

プロセス (方法)	概要	1. 一体的実施において市町が主体となり対象者に対して保健指導・受診勧奨を実施する。
	実施内容	1. 健康診査データ及びレセプトデータから対象者を抽出する。 2. 医療専門職より対象者に保健指導、受診勧奨を実施する。 ※ なお、実施内容や方法、実施時期等については、市町の実情により異なる。
	実施後のフォロー・モニタリング	・生活習慣、検査値の改善状況、受診状況を確認する。 ・広域連合においては、一体的実施事業のハイリスクアプローチ（重症化予防（糖尿病性腎症））における、支援状況を確認する。また、透析患者の増減や医療費の動向について確認する。
	備考	国保の保健事業で実施する糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者に対する支援が75歳以降も途切れないよう、一体的実施の取組への呼びかけを行う。

ストラクチャー (体制)	概要	1. 一体的実施において市町が主体となり対象者に対して保健指導・受診勧奨を実施する。
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主幹部署：事業企画室 (2) 担当者数：事務職1名（保健師2名） (3) 実施方法：管内市町へ委託 2. 市町の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる。 (2) 担当者数：市町によって異なる。 (3) 実施方法：市町の健康課題にあわせた取組方法で実施
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業

事業シート[市町との連携事業]

事業8 市町との連携事業（特別対策補助金）

事業の目的	市町への補助事業（後期高齢者医療制度特別対策補助金）
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> 静岡県後期高齢者医療制度特別対策補助金交付要綱に基づき、市町が実施する事業に対して費用助成を実施する。 市町が実施する保健事業の支援に繋がるような情報提供（補助金交付対象事業の事例紹介など）を行う。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	予算執行率	予算執行額/予算額	73.1%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	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	連携市町率	連携市町数/全市町数	77.1%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	概要	1. 広域連合が実施する。
	実施内容	1. 静岡県後期高齢者医療制度特別対策補助金交付要綱に基づき、市町が実施する事業に対して費用助成を実施する。 2. 市町が実施する保健事業の支援に繋がるような情報提供（補助金交付対象事業の事例紹介など）を行う。
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	1. 広域連合が実施する。
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主幹部署：事業企画室 (2) 担当者数：事務職1名 (3) 実施方法：広域連合が実施する。 2. 市町の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる。 (2) 担当者数：市町によって異なる。
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

V その他

<p>データヘルス計画の評価・見直し</p>	<p>(1)評価 本計画の目的及び目標の達成状況については、毎年度評価を行うこととし、達成状況により必要に応じて次年度の実施計画の見直しを行う。</p> <p>(2)評価時期 本計画の評価については、各事業のスケジュールに基づき実施する。</p>
<p>データヘルス計画の公表・周知</p>	<p>本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、本実施計画をあらゆる機会を通じて周知・啓発を図る。また、目標の達成状況等の公表に努め、本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。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>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」「静岡県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例」「情報セキュリティポリシー(広域連合等が定める)」に基づき適正に管理する。 また、業務を外部に委託する際も同様に取られるよう委託契約書に定めるとともに、適切な指導・監督等を行い、個人情報の保護に努める。</p>
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>市町が主体となって行う地域包括ケアに係る保健事業や取組に関する支援や情報提供等、必要な協力を行う。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>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る市町と共同して実施することにより、被保険者が年齢に応じた保健事業を必要に応じて受けられる機会を確保することが重要である。 また、加齢に伴う心身機能の低下を防止するためには、必要に応じ地域の福祉や介護予防の取り組み等につなげるとともに、地域の関係者との連携に配慮することが必要となる。 このため、市町や関係者との連携を図りながら保健事業を実施する。</p>