

第3期データヘルス計画

計画策定の趣旨	背景	<p>平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、すべての健康保険組合に対し、被保険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」を策定し、事業の実施・評価等に取り組むことが求められた。データヘルス計画では、健康・医療情報を分析することで健康課題を明確化し、PDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業の実施を図ることとされている。</p> <p>これに基づき、群馬県後期高齢者医療広域連合では平成27年3月に第1期計画を策定し、平成30年4月に第2期計画を策定した。そして、第2期計画の中間年度に当たる令和2年度に計画の中間評価を実施し、事業内容の見直し等を行った。</p> <p>第2期計画の最終年度に当たる令和5年度は、計画の最終評価を実施するとともに、最終評価の結果を踏まえ、令和6年度から開始する第3期計画を策定する。</p> <p>第3期計画では、全国の広域連合と実績等の比較を可能にするため、厚生労働省から示された標準化された計画様式及び共通評価指標を活用する。</p>	
	目的	<p>健康課題を整理し、PDCAサイクルに沿った効果的な保健事業を実施することにより、生活習慣病等の重症化の予防及び心身機能低下の防止を図り、できる限り長く在宅で自立した生活を送れる高齢者を増やすこと、また、健康の保持増進及びQOLの維持向上を図り、結果として医療費の適正化に資することを目的とする。</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～令和17年	「元気県ぐんま21（第2次）」：健康寿命の延伸
	都道府県医療費適正化計画	令和6年～令和11年	「群馬県医療費適正化計画（第4期）」：後発医薬品の使用促進
	介護保険事業支援計画	令和6年～令和8年	「群馬県高齢者保健福祉計画（第8期）」：フレイル予防の推進、地域包括ケアに係る取組の推進
	国保データヘルス計画	令和6年～令和11年	市町村国保データヘルス計画：一体的実施事業の推進、重症化予防
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制	<p>広域連合の保健事業の中核をなす一体的実施事業及び後期高齢者健康診査事業については、市町村への委託により実施しており、またその他の保健事業の多くについても市町村の協力のもと実施していることから、市町村との密な連携が重要となる。本計画の策定に当たっては、国保データヘルス計画との調和を図るとともに、市町村から意見聴取を行うことで計画に反映する。また、実施する保健事業について、広域連合が開催する「群馬県後期高齢者医療広域連合運営会議」及び「広域連合部会」にて定期的に協議や情報共有を行うほか、随時担当者間で連絡調整を行うことで、地域の特性や高齢者の多様な課題に応じたきめ細やかな保健事業を実施できるよう、連携体制を整備する。</p>	
	関係者等	<p>県（医療保険部門、健康増進部門、介護保険部門） 市町村（後期高齢者医療部門、国民健康保険部門、保健事業部門、介護予防部門） 医療関係団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、理学療法士協会、歯科衛生士会） 国民健康保険団体連合会</p>	

(1) 基本情報

人口・被保険者	対象者に関する基本情報		※1…令和5年11月1日現在 ※2…令和5年11月30日現在			
	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）※1	1,900,359	100.0%	940,528	49.5%	959,831	50.5%
被保険者数（人）※2	317,616	100.0%	131,328	100.0%	186,288	100.0%
65～69歳（人）	1,843	0.6%	1,183	0.9%	660	0.4%
70～74歳（人）	3,126	1.0%	1,913	1.5%	1,213	0.6%
75～79歳（人）	121,099	38.1%	56,133	42.7%	64,966	34.9%
80～84歳（人）	91,848	28.9%	39,473	30.1%	52,375	28.1%
85～89歳（人）	58,099	18.3%	21,586	16.4%	36,513	19.6%
90歳以上（人）	41,601	13.1%	11,040	8.4%	30,561	16.4%
関係者等	計画の実効性を高めるための関係者等との連携					
	連携内容					
構成市町村	「市町村との連携体制」に記載のとおり					
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村の事業計画及び評価への助言 ○市町村を対象とした研修会等の開催 ○県・国保連・広域連合の連絡会議等における情報共有 ○医療関係団体への事業協力依頼 ○広域連合の実施事業に係る助言・指導 					
国保連及び支援・評価委員会	<ul style="list-style-type: none"> ○KDBシステムに関する研修会の開催 ○KDBシステムを用いたデータ抽出に係る支援 ○県・国保連・広域連合の連絡会議等における情報共有 ○市町村の事業計画、実施及び評価への助言（支援・評価委員会） ○広域連合のデータヘルス計画の策定、評価及び個別保健事業への助言（支援・評価委員会） 					
外部有識者	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合のデータヘルス計画の策定、評価及び個別保健事業への助言（後期高齢者医療懇談会：大学教授、医療関係者（医師会、歯科医師会、薬剤師会）等） 					
保健医療関係者	<ul style="list-style-type: none"> ○事業の相談・報告（各医療関係団体） ○歯科健康診査事業に係る業務委託（歯科医師会） ○講演会への医療専門職の派遣（薬剤師会、理学療法士協会、歯科衛生士会） 					

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	○群馬県の総人口は、平成30年4月1日時点1,951,183人から令和5年4月1日時点で1,902,834人へ減少している。(48,349人減)一方、後期高齢者医療被保険者数は平成30年4月1日時点で279,687人から令和5年4月1日時点で311,927人に増加している。(32,240人増)高齢化が急速に進んでいる状況である。
	年齢別被保険者構成割合	○令和5年11月30日現在の被保険者数は317,616人であり、そのうち74歳以下は4,969人(1.6%)、75~79歳は121,099人(38.1%)、80~84歳は91,848人(28.9%)、85~89歳は58,099人(18.3%)、90歳以上は41,601人(13.1%)となっている。 ○性別で見ると74歳以下については男性の方が女性より多いが、75歳以上になるとすべての年代で女性の方が多くなっている。 ○構成市町村別で見ると75歳以上の人口割合は高いところで43.6%、低いところで11.7%と地域差がある。被保険者全体の47.1%を80歳代が占めており、年代が高くなるほど女性の割合が高くなる傾向が見られる。また、75歳以上の人口割合が高いのは県内でも山間部に多い特徴がある。
	その他	総務省統計局「年齢3区分人口推計(令和4年10月1日現在)」より ○75歳以上の人口構成比は令和4年時点で本県は16.3%で全国の15.5%と比べると0.8ポイント高くなっており、高齢化が進んでいる。
前期計画等に係る評価	前期(第2期)に設定したDH計画全体の目標(設定していない場合は各事業の目標)	①健康寿命の延伸 ②高齢者の特性に応じた各種サービスの提供
	目標の達成状況	①平均自立期間(要介護2以上)については、男性は直近実績である令和4年度は79.8歳であり、全国平均の80.1歳を下回ったものの、計画初年度に当たる平成30年度の79.2歳から0.6歳上昇した。女性は令和4年度は83.9歳であり、全国平均の84.4歳を下回ったものの、平成30年度の83.7歳から0.2歳上昇した。(KDBシステム 地域の全体像の把握 平均自立期間より) ②令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」が開始されたことにより、地域の健康課題に基づき、市町村の後期高齢者医療部門、国民健康保険部門、介護予防部門が一体となって高齢者の保健事業を実施することとされ、高齢者の特性に応じたサービスを提供するための体制が強化された。広域連合では、一体的実施事業の推進を図るため、市町村を対象とした研修会やヒアリング等の実施により支援を行った。令和5年度の実施市町村数は35市町村中24市町村であり、令和6年度は全市町村で実施される見込みである。

※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®」を改変して作成。

II 健康医療情報等の分析

※情報整理の際には、①全国平均との比較・②構成市町村比較・③経年変化の視点で整理することがポイント

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	①群馬県全体の人口はR6年は1,874,875人でR11年には1,805,337人と減少していくのに対し、後期高齢者人口はR6年は337,892人(18.0%)であるが、R11年には367,974人(20.4%)と30,082人(8.9%)の増加が見込まれている。 ②被保険者の年齢構成割合は、75～79歳ではR8年をピークに以降減少傾向で、80～84歳、85～89歳、90歳～はいずれも増加していく。 ③さらに将来的には75歳以上の全国の人口は令和27年(2045年)時点で増加傾向であるが、群馬県の75歳以上人口は令和12年(2030年)までは増加し、以降は減少に転じる。 ④市町村別の75歳以上の人口割合を見るとR4年では最も高いのは43.6%、一番低いのは11.7%であり、31.9ポイントの差がある。	・県全体の人口が減少していくのに対し、後期高齢者人口は増加し、特に80歳以上の高齢者人口の占める割合は大きくなっていく。 ・後期高齢者人口の増加に伴い、医療費も増大していく。 【方向性】 健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図る対策が必要となる。	・全国値：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)詳細結果表」「1.出席中位(死亡中位)推計内「表1-2編数、年齢4区分別日本人人口および年齢構成係数」 ・群馬県値：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成30(2018)年推計)」「2.概要に掲載されたデータ・結果表」内「結果表2_4年齢人口別及び指数75歳以上人口」 ・群馬県の将来推計人口(令和2年1月推計)
将来推計に伴う医療費見込み	①将来推計による総医療費はR6年に291,907百万円からR11年には317,781百万円へ8.9%の伸び率で増加する見込みである。		
平均余命 平均自立期間(要介護2以上)等 死因別死亡割合	①県のR4の平均余命は男性81.4歳、女性87.1歳であり、R4までの過去5年間で、男性0.7歳、女性0.2歳上昇している。 全国比較すると過去5年間で男女ともに全国より(0.1～0.7歳)低く推移している。またR3の全国順位は男女ともに40位以下。 ②県のR4平均自立期間(要介護2以上)は男性79.8歳、女性83.9歳であり、過去5年間で男性0.6歳、女性0.2歳上昇している。 全国比較すると男女ともに国より(0.1～0.6歳)低く推移している。またR3の全国順位では男女ともに40位以下。 ③R4の平均余命と平均自立期間(要介護2以上)の差は、男性1.6年、女性3.2年と女性の方が1.6年長い。また全国と比較し男性は同様(1.6年)だが女性は国より短い(県3.2年、全国3.4年)。 R3の平均余命と平均自立期間の差を全国でみると、最も大きいのが男性1.9年、女性が4年であり、最も小さいのが男性1.2年、女性が2.7年となっている。群馬県は全国と比較し男女ともに短い。 ④主な県の死因順位は過去4年間同様であり、1位がん2位心臓病3位脳疾患。全国と同様の状況。 ⑤死因2位の心臓病の割合はR2からわずかに上昇しており、3位の脳疾患は減少してきている。(脳疾患については全国も同様) ⑥死因のうち腎不全はH30～R2まで国より0.3ポイント程度低く推移していたが、R3で同数となり、R4は0.2ポイント増加に転じている。 ⑦糖尿病は増加傾向であり、全国より0.1～0.4ポイント高く推移している。	・平均余命・平均自立期間(日常生活動作が自立している期間の平均)は男女ともに年々上昇傾向であり、特に男性の方が大きく上昇している。しかし、R3全国と比較すると低く、男女ともに40位を下回っている。一方で平均余命と平均自立期間の差は男女ともに短い状況である。 ・死因は脳疾患が減少傾向であるが、心疾患、腎不全は増加傾向。またその要因の一つである糖尿病の死因割合は全国と比較し高く推移している。 【方向性】 平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限のある「健康でない期間」「要介護の期間」を意味することから、この差を短くするために、平均自立期間を延ばすことが重要となる。 死因として増加している心疾患や腎不全につながる糖尿病の重症化を防ぐことが必要。	・健康医療情報等の分析【資料】P2～4
健康診査・歯科健康診査の実施状況	①健診の実施率(受診率)の全国比較は(参考値となるが)毎年、約9～13ポイント群馬県が高い。(R4は県33.1%、全国24.2%※R5.6月現在KDB抽出時) ②県の受診率はH30からR1は0.5ポイント増加しているが、R2は4.4ポイント減少。R3、R4は、それぞれ前年度から0.7、1.2ポイントと増加傾向。 ③市町村別の受診率を見ると、最も高い市町村55.27%と、最も低い市町村21.27%では34ポイントの差がある。上位10位の市町村は41.26～55.27%、下位10位は21.27～32.46%。 ④R4における国保特定健診と後期高齢者健診の受診率を比較すると、県全体では3.53ポイント差で国保が高い。後期より国保の受診率が高い市町村のうち、最も差が大きい市町村は27.8ポイント差となっている。 ⑤R4までの過去5年間の年代別受診率はR1、2で女性75歳から79歳の割合が高かった以外は男女ともに80歳から84歳が高い。 ⑥健診受診者と健診未受診者の1人当たり医療費比較では、外来・入院ともに健診受診者の医療費が低い。特に健診受診者と未受診者の1人当たり入院医療費では、約22万円の差がみられる。 ⑦歯科健診は節目健診であり、対象者が毎年違うため、推移比較は難しいが、受診率としては概ね18～19%で推移している。 ⑧歯科健診の受診者は市町村によって受診者数のばらつきはあるが、全市町村の被保険者が受診している。	・各市町村の受診率の推移は、H30からR1は概ね上昇傾向だった。しかし、コロナ禍の影響により、R2はほとんどの市町村が前年度を大きく下回り、中には20ポイント以上減少した町もあった。その後R3からは全体的に上昇傾向となっている。 ・市町村別に受診率を見ると上位10位と下位10位がほぼ固定化しているが、R2を境に減少したままになっている市町村もある。また国保特定健診の受診率が上位10位と高い市町村であっても、後期高齢者健診になると受診率が低く、下位10位になってしまう市町村もあるなど地域に差がみられる。 ・健診未受診者と比較して健診受診者の1人当たりの医療費は少ないことから、健診受診が医療費の高い生活習慣病等の重症化予防に寄与していると考えられる。 ・歯科健診の受診率は(節目健診ではあるが)後期高齢者健診と比較して低い状況。 【方向性】 ・健康な被保険者のみならず医療受診している被保険者も、健診受診により、治療している疾患以外の生活習慣病等の早期発見や重症化予防のため、多くの被保険者が健診を受けることが重要となる。特に、早い時期からの早期発見・重症化予防のためにも、後期高齢に加入した75歳から79歳の年代からの健診受診を推進する。 ・市町村によって健診受診率に差がある状況。県内全体の健診受診率増加のために、受診率の低い市町村の受診率向上の対策が必要であり、特に国保特定健診と後期健診の差が大きい市町村では、より受診勧奨の推進が必要となる。 ・歯科健診は被保険者自身が口腔機能の状況を確認することが出来る大事な機会であるため、多く受診してもらうことがオーラルフレイル予防につながる。そのため歯科健診の受診勧奨の推進も必要である。	・健康医療情報等の分析【資料】P7～10
健康診査 歯科健康診査 質問票の分析	①広域全体の生活習慣病リスクの割合の順位は、1位血圧、2位脂質、3位血糖、4位やせであり、R4までの過去5年間も同様。 ②リスク保有率を全国(R4)と比較すると、やせリスクは国より割合が低く(0.6ポイントの差)、血糖、血圧、脂質は割合が高い(0.3～2.4ポイントの差)。特に、血圧は国より2.4ポイントと最も高い。 ③血圧リスクはR2以降減少しているが血糖リスクは過去5年間増加している。県内で高いところは町村が多い。 ④R3の有所見者でHbA1c6.5%以上の割合は13.2%であり国の12.2%より1ポイント高い。また県内男女別にみると、男性の方が約5ポイント高く、全国も同様の状況。 ⑤収縮期血圧の有所見者は全国と比べて、総数、男女ともに約2.5ポイント程度高い。 ⑥eGFR45未満の割合も全国より高い傾向。 ⑦市町村別・リスクの多い上位10位は、血圧は町村部が高い。血糖は町村7、市3だが、市は特に人口多いところが目立つ。 ⑧R4健診受診者で医療機関に未受診者のうち「受診勧奨判定値あり」の人は「受診勧奨判定値なし」の人より多い。 ⑨健診にて受診勧奨となり、医療機関を受診している割合がR4:63.0%と5年前と比較し、3ポイント程度増加した。全国も同様の推移。 ⑩歯科健診の結果、要精査・要治療の割合は増加傾向で、特にR4は過去5年間のうち最も高い。 ⑪歯科健診の要精査・要治療の内訳では毎年、歯周組織、未処置歯、清掃、要補綴歯で割合が高い。	・健診の結果から県の血圧リスクは減少してきているものの、全国と比較して高い。特に収縮期血圧が高い状況となっている。 ・血糖リスクは増加しており、全国と比較してもHbA1c割合が高い状況。 ・eGFRの低い割合が全国より高い状況になっている。 ・健診を受診し、「受診勧奨判定値あり」となり、医療機関を受診する人は増えてきているが、受診せずそのままにしている人も4割とまだ多い。 ・質問票より、口腔機能に関連する項目(固いものが食べにくい、お茶や汁物でむせる)の割合が全国と比較して高い。 ・健康状態不明者(医療、健診ともに未受診であり、かつ要介護の認定も受けていない人)は県内では徐々に増加してきている状況であり、健診の受診率の高い市町村であっても健康状態不明者は多い状況。 【方向性】 ・全国より血圧・血糖のリスクは高く、eGFRについても全国より高い状況のため、血圧・血糖の重症化予防は大変必要である。また、健診後、「受診勧奨値あり」と指摘されたまま受診していない者に対する受診勧奨は重症化予防のため必要となる。 ・咀嚼力の低下は嚥下機能低下と連動して口腔機能の低下につながり、また嚥下機能低下は誤嚥性肺炎や窒息と関連がある。口腔機能低下を原因に全身のフレイルから要介護リスク、死亡リスクにつながる危険性があるためオーラルフレイル予防が重要である。	・健康医療情報等の分析【資料】P11～15

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	<p>健康の保持増進につながる健康状態の把握と生活習慣病の早期発見、重症化予防の推進を図ること</p> <ul style="list-style-type: none"> 県内市町村の受診率に差がある 歯科健診の受診率が低い 健診後「受診勧奨値あり」になっても医療機関に未受診の人が4割いる 健康状態不明者の割合が増加している 糖尿病の死因割合が国より高い 血糖リスクが国より高い 介護認定者の有病率、特に糖尿病の増加 血圧リスクが国より高い eGFR低値の割合が国より高い 慢性腎臓病(透析あり)の医療費が増加傾向 人工透析の80～84歳の伸び率が高い 	✓
B	<p>要介護状態への移行を遅らせ、自立した生活を過ごせるように加齢に伴うフレイル予防の推進を図ること</p> <ul style="list-style-type: none"> 骨折による入院医療費が最も高い 筋力低下を招く関節疾患や骨粗しょう症の医療費が上位 口腔機能低下の項目が国より高い 要介護認定者の有病率では筋・骨格系の疾患が高い 	✓
C	<p>健康の保持増進、医療費の適正化につながる重複・多剤投薬者への正しい服薬の推進を図ること、また、医療費の抑制につながる後発医薬品の使用の普及啓発を図ること</p> <ul style="list-style-type: none"> 重複・多剤投薬者の副作用発現の可能性が高い 重複・多剤投薬者による医療費の増大 	✓

	質問票調査結果の状況 (生活習慣)	①後期高齢者の質問票による回答は、全国と県において全体的にほぼ同様の傾向だが、「口腔機能」の該当割合はR3に引き続き、国と比較して高い割合が高い。 ②「固いものが食べにくい割合」が国と比較して高い市町村は県内75%と高く、「お茶や汁物でむせる人の割合」も60%の市町村が国より高い。 ③全県実施となったR3からの質問票の結果の推移は概ね同様の傾向だが、「週1回以上、運動・外出する」「家族や友人と付き合いがある」などは上昇、「歩く速度は遅い」や「認知機能の該当」が減少している。	・健康状態不明者については、その中には、単に健康上のリスクがないだけでなく、健康状態や経済状況に問題があるにも関わらず、必要な医療・行政サービスを利用できずに健康状態が悪化、重症化してしまうケースもいる。そのため健康状態不明者に関わり、必要なサービスにつなげることや、生活習慣病などの早期発見や重症化予防のために健診の受診勧奨を行う必要がある。	健康医療情報等の分析【資料】 P16～17	*KDB「質問票調査の経年比較」
	健康状態不明者の数	①健康状態不明者割合は4%代で推移しているものの、R4は過去5年のうち最も多く、4.98%だった。 ②不明者割合上位10市町村は被保険者数の少ない村が多い。 ③不明者割合上位10市町村のうち、健診の受診率が広域より低い市町村は5市町村でそれ以外は同程度が高い。中には健診受診率が55.27%(広域は37.47%)と高い町もある。		健康医療情報等の分析【資料】 P18	*KDB「後期高齢者の健診・医療・介護の状況、後期高齢者の健診状況」より算出
医療関係の分析	医療費	①R4までの過去5年間の総医療費は21,317百万円(+9.21%)増加している。 ②県の総医療費は、2年毎の診療報酬改訂のあったH30・R4では前年比1.66%・4.95%の増加となり、診療報酬改訂のないR1・R3では前年比3.40%・3.51%の増加となった。 ③R2は新型コロナウイルス感染症の蔓延があり、前年度比-6,645百万円(-2.78%)となった。 ④県の総医療費をレセプト種別でみると、入院医療費が高い。 ⑤入院医療費はH30年度115,841百万円であったが、R4年度は127,377百万円となり、5年間で11,536百万円(+9.96%)増加している。伸び率では総医療費より多い。 ⑥外来医療費の5年間の伸びは5,959百万円(+8.07%)である。 ⑦歯科医療費の5年間の伸びは、入院・外来医療費に比べ低いが、伸び率は18.99%と最も大きい。 ⑧R2は、入院、外来、歯科、調剤の全ての医療費が減少。 ⑨全国比較のできる直近のデータ(R2)によると、1人当たりの医療費は836,266円で、47都道府県の31番目となっている。全国平均は917,124円であり、県は全国より80,858円低くなっている。1人当たり医療費の一番高い県は1,152,631円であり、群馬県との差は316,365円、一番低い県は743,130円で群馬県との差は-93,136円となっている。 ⑩過去5年間の県の1人当たり医療費は、全国的には30～32位で推移している。また、H28と比較したR2の1人当たり医療費の伸び率は、全国-1.9%、県-3.4%であり群馬県は全国より減少幅が大きくなっている。 ⑪県の1人当たりの医療費は、同規模・全国と同様に、外来に比べ入院が高くなっている。	・R2の総医療費は、新型コロナウイルス感染症蔓延による受診控え等の影響があり、減少したと考えられるが、過去5年間全体でみると総医療費は増加している。総医療費をレセプト種別で見ると入院医療費の伸び率が目立ち、また1人当たりの医療費でも外来より入院が高くなっている。 ・入院医療費点数のうち、最も高額な疾患は骨折である。また関節疾患や骨粗しょう症が毎年外来医療費点数の上位になっている。 ・肺炎も毎年入院医療費点数の上位に入っている。 【方向性】 ・関節疾患や骨粗しょう症は筋力低下を招き、転倒の原因となり、骨折につながる。また、肺炎も原因の一つとして嚥下機能の低下があることが多い。そのため、これらの疾患を防ぐために、オーラルフレイルを含んだフレイルを予防することが医療費削減のためにも大変重要となる。 ・生活習慣病による医療費点数も入院外来ともに高く、慢性腎臓病(*透析あり)による医療費も毎年上昇している。特に80～84歳の人工透析者数の伸び率が高い。 【方向性】 75歳など加入から間もない被保険者の生活習慣病の重症化予防に取り組む必要がある。	健康医療情報等の分析【資料】 P19～21	*KDB「健康スコアリング医療(医療費推移)(医療費の状況)」 *KDB「厚生労働省(旧)様式4-2」 *R4年度群馬県後期高齢者医療広域連合の概況
	疾病分類別の医療費	①R4の入院医療費点数の高い疾病順位は、1位骨折・2位脳梗塞・3位慢性腎臓病*透析あり・4位不整脈・5位関節疾患・6位肺炎・7位統合失調症・8位狭心症となっている。H30から5年間、8位までの疾病は順位の変動はあっても疾患の変化はない。R3、4は順位も同じ状況。過去5年間1位の骨折は2位の脳梗塞の1.5倍高額である。 ②R4の外来医療費点数の多い順は、1位糖尿病・2位慢性腎臓病*透析あり・3位高血圧症・4位不整脈・5位関節疾患・6位骨粗しょう症・7位前立腺がん・8位脂質異常症である。H30から外来医療費の上位を生活習慣病関連の疾患が占めている。R1から上位の疾患も変わっていない。 ③糖尿病がH30は3位だったが、R1～3に2位、R4には1位となった。R4は慢性腎臓病*透析ありと順位が逆転した。「慢性腎臓病*透析あり」はR2～4の入院医療点数で3位、H30～R3の外来医療費点数で1位と医療費の多くを占めている。 ④医療費の多い人工透析を分析すると・・・ ア)人工透析者数の最も多い年代は75～79歳でH31年4月からR5年4月まで同様に推移している。また、H31.4月からR5.4月の伸び率では80～84歳が106人(+16.9%)と各年代の中で一番高く、人数では75～79歳が138人(+15.8%)と多い。透析者数が多い年代は75～79歳であるが、80～84歳は伸び率が高く、年々増加している。 イ)人工透析者の男女別では、男性の透析患者数が多いが、95歳以上になると概ね女性が多くなっている。	・先発医薬品に比べ、後発医薬品を使用することで医療費の抑制につながり、また自己負担額の軽減にもなる。また重複投薬者や多剤投薬者の割合は減少しつつあるが、重複・多剤投薬は治療効果に影響を与えるほか、副作用等の発現の可能性が高い。延いては医療費の増大にもつながっている。 【方向性】 ・後発医薬品の普及啓発を行い、使用割合を高めていく必要がある。また後発医薬品と同様に正しい服薬を推進するため、普及啓発や、保健指導等を実施する必要がある。	健康医療情報等の分析【資料】 P22～24	*KDB「疾病別医療費分析、医療費分析(1)細小分類」 *KDB「厚生労働省様式3-7人工透析のレセプト分析」
	後発医薬品の使用割合	①後発医薬品の使用割合は、H31.3月の77.3%から年々増加し、R4.3月には81.9%になっている。 ②R4.3の使用割合でみると全国平均の79.3%より県は2.6ポイント高い。		健康医療情報等の分析【資料】 P24	・厚生労働省HP「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(毎年度公表)
	重複投薬患者割合 多剤投薬患者割合	①重複投薬者割合は、H30年には0.83%でR4年は0.72%と減少傾向である。 ②多剤投薬者割合は、薬剤15日以上1日以上はH30年は3.74%でH31年は3.91%、R4年は3.22%と年により増減はあるものの減少傾向である。		P24	・KDB「重複・多剤処方の状況」
介護関係の分析	要介護認定率の状況	①要介護認定者数(第1号被保険者75歳以上)は、年々増加しており令和4年度は93,157人となった。 ②要介護2以上人数は要介護2未満より多い。R4の要介護2以上の人数は前年度よりわずかに減少したが、H30からの5年間では1,755人(+3.5%)増加した。 ③介護認定率は、H30からR3までは増加していたが、R4は前年度から3.6ポイント減少しており、全国よりも低い。 ④介護認定率の介護度内訳は要支援から要介護2までは全国よりも低いが、要介護4・5では全国よりも高い。 ⑤サービス利用率は全国よりも高く、内訳は、要介護1、3～5では全国よりも高い。	・要介護認定率は全国よりも低いが、介護サービス利用率は高い。また介護認定者、介護給付費も年々増加しており、1人当たりの給付費も全国よりもやや高く推移している。 ・介護認定者の有病率は生活習慣病や筋・骨格系の疾患が多い。特に糖尿病の有病者が増加している。また介護認定を受けている人の医療費は高く、特に入院費が高額となっている。 【方向性】 有病率の高い疾患を予防し、要介護状態を予防することが、自立した生活を過ごすため、また給付費や医療費の抑制のためにも必要である。	健康医療情報等の分析【資料】 P24～25	*KDB「基本コース健康課題の明確化 3重症化している病気を見つける要介護者認定状況」 *KDB「健康スコアリング介護」
	介護給付費	①介護給付費は年々増加し、H30からR4の伸びは11,739百万円(+7.7%)になっている。 ②介護給付費は居宅サービスが施設サービスより高額で、H30からR4の伸び率も+9.0%と上昇傾向である。 ③1人当たりの介護給付費は、R4は前年度より県・国ともに減少しているが、過去5年で見ると全国に比べてやや高く推移している。 ④H30からR4の1人当たりの介護給付費の伸び率は全国3.1%と比較して県は0.8%と低い。居宅サービスはH30からR3にかけて全国・県ともに増加し、R4はともに減少した。		健康医療情報等の分析【資料】 P24～26	*KDB「健康スコアリング介護(介護給付費推移・介護の状況[参考])」
	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)	①R4介護保険認定者の有病状況は、心臓病、筋・骨格、精神疾患、糖尿病、脳疾患の順で多くなっている。 ②疾病順位はH30からR2まで同様だったが、R3から脳疾患と糖尿病の順位が変わり、糖尿病が上位になっている。 ③人数の推移でも過去5年間、脳疾患は減少方向だが、他の疾患は増加。		健康医療情報等の分析【資料】 P26	*KDB「基本コース健康課題の明確化 3重症化している病気を見つける要介護者認定状況」

	通いの場の展開状況 (箇所数・参加者数等)	①R3時点では、県内すべての市町村で住民主体の通いの場が実施されている。 ②開催頻度は月1回以上が34.1%、月2回以上が30.5%、週1回以上が29.3%の順で多く、9割以上が月1回以上実施している。 ③週1回以上体操等を行う通いの場数はH30は510箇所、R2は新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響か前年度に比べ減少したが、R3には803箇所と増加している。		健康医療情報等の分析【資料】P26 ・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）に関する調査結果の「2. 介護予防に資する住民運営の通いの場の展開状況[市区町村別]」
	介護・医療のクロス分析	①「介護認定あり」と「なし」の1人当たり医療費の比較では、外来・入院ともに「介護認定あり」が高い。 ②「介護認定なし」に比べ「介護認定あり（要支援・要介護）」の1人当たり入院医療費は5倍以上高い。さらに介護認定あり（要介護2以上）では約7倍高くなっている。		健康医療情報等の分析【資料】P27 *KDB「健康スコアリング介護（介護・医療のクロス分析）」 【参考】 *KDB「健康スコアリング医療（健診・医療のクロス分析）」

※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 広域連合の取組	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の取組について市町村や取組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組の方向性

第4期群馬県医療費適正化計画において、後発医薬品の使用促進が目標の一つとして掲げられており、後期データヘルス計画においても新たな政府目標の達成に近づくよう、後発医薬品の使用促進に係る取組を強化していく。

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 健康の保持増進につながる健康状態の把握と生活習慣病の早期発見、重症化予防の推進を図ること	✓	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診率、歯科健診受診率の向上 健診受診率の市町村格差の改善 健康状態不明者の状態把握と早期対応 生活習慣病（高血圧・糖尿病性腎症等）の重症化予防 一体的実施事業の推進 	1~10
B 要介護状態への移行を遅らせ、自立した生活を通わせるように高齢に伴うフレイル予防の推進を図ること	✓	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診率、歯科健診受診率の向上 フレイル、オーラルフレイル予防 一体的実施事業の推進 	1~11、15、16
C 健康の保持増進、医療費の適正化につながる重複・多剤投薬者への正しい服薬の推進を図ること、また、医療費の抑制につながる後発医薬品の使用の普及を図ること	✓	<ul style="list-style-type: none"> 重複、多剤投薬者への対策（一体的実施事業の推進） 後発医薬品をきむ正しい服薬の普及・啓発 	6、12~14

必要に応じて課題を列挙

課題の解決に資する事業設計

目的・目標		抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標・評価項目																					
計画全体の目的（この計画によって目指す姿）		生活習慣病等の重症化の予防及び心身機能低下の防止を図り、できる限り長く在宅で自立した生活を送れる高齢者を増やすこと																					
目標	評価項目（共通評価指標）	目標値※2																					
		計画策定時実績※1			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 健康不明者の減少 オーラルフレイル予防	アウトプット	健診受診率	37.47%	104,577	279,069	40.00%			40.50%			41.00%			41.50%			42.00%			42.50%		
		歯科健診実施市町村数・割合	100.0%	35	35	100.0%			100.0%			100.0%			100.0%			100.0%			100.0%		
		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	42.9%	15	35	57.1%			65.7%			74.3%			82.9%			91.4%			100.0%		
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	8.6%	3	35	11.4%			14.3%			17.1%			20.0%			22.9%			25.7%		
		口腔	2.9%	1	35	5.7%			8.6%			11.4%			17.1%			20.0%			25.7%		
		服薬（重複・多剤）	0.0%	0	35	5.7%			8.6%			11.4%			17.1%			20.0%			25.7%		
		重症化予防（糖尿病性腎症）	31.4%	11	35	37.1%			40.0%			42.9%			45.7%			48.6%			51.4%		
		重症化予防（その他身体的フレイルを含む）	20.0%	7	35	28.6%			42.9%			57.1%			71.4%			85.7%			100.0%		
		健康状態不明者	31.4%	11	35	37.1%			40.0%			42.9%			45.7%			48.6%			51.4%		
		平均自立期間（要介護2以上）	男性：79.8 女性：83.9			男性：79.9 女性：84.0			男性：80.0 女性：84.1			男性：80.0 女性：84.2			男性：80.1 女性：84.3			男性：80.1 女性：84.4			男性：80.2 女性：84.5		
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	1.01%	3,026	300,532	0.98%			0.94%			0.91%			0.88%			0.84%			0.81%		
		口腔	5.66%	17,024	300,532	5.47%			5.29%			5.09%			4.91%			4.72%			4.53%		
		服薬（多剤）	3.14%	9,429	300,532	3.04%			2.93%			2.83%			2.72%			2.62%			2.51%		
		服薬（睡眠薬）	2.58%	7,751	300,532	2.49%			2.41%			2.32%			2.24%			2.15%			2.06%		
		身体的フレイル（ロコモ含む）	6.49%	19,504	300,532	6.28%			6.06%			5.84%			5.63%			5.41%			5.19%		
		重症化予防（コントロール不良者）	1.01%	3,033	300,532	0.98%			0.94%			0.91%			0.88%			0.84%			0.81%		
		重症化予防（糖尿病等治療中断者）	7.14%	21,459	300,532	6.90%			6.67%			6.43%			6.19%			5.95%			5.71%		
		重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）	7.56%	22,722	300,532	7.31%			7.06%			6.80%			6.55%			6.31%			6.05%		
		重症化予防（腎機能不良未受診者）	0.025%	74	300,532	0.024%			0.023%			0.023%			0.022%			0.021%			0.020%		
		健康状態不明者	1.74%	5,237	300,532	1.68%			1.63%			1.57%			1.51%			1.45%			1.39%		
健診受診率の向上 健康状態不明者の減少 受診動向判定値該当者割合の減少	アウトプット	【事業番号1：後期高齢者健康診査事業】 初回受診率	16.6%			17.1%			17.7%			18.3%			18.8%			19.4%			19.9%		
		【事業番号1：後期高齢者健康診査事業】 75~79歳受診率（男性）	33.9%			35.0%			36.1%			37.3%			38.4%			39.5%			40.7%		
		【事業番号1：後期高齢者健康診査事業】 75~79歳受診率（女性）	37.0%			38.2%			39.4%			40.7%			41.9%			43.1%			44.4%		
	アウトカム	【事業番号1：後期高齢者健康診査事業】 受診動向判定値に該当する者の割合（健診受診者全体）	65.2%	67,092	102,931	64.2%			63.0%			61.9%			60.9%			59.8%			58.7%		
		【事業番号1：後期高齢者健康診査事業】 受診動向判定値に該当する者の割合（血糖）	11.7%	12,013	102,931	11.5%			11.3%			11.1%			10.9%			10.7%			10.5%		
		【事業番号1：後期高齢者健康診査事業】 受診動向判定値に該当する者の割合（血圧）	36.2%	37,299	102,931	35.6%			35.0%			34.4%			33.8%			33.2%			32.6%		
		【事業番号1：後期高齢者健康診査事業】 受診動向判定値に該当する者の割合（脂質）	19.1%	19,617	102,931	18.8%			18.5%			18.1%			17.8%			17.5%			17.2%		
		【事業番号1：後期高齢者健康診査事業】 受診動向判定値に該当する者の割合（肝機能）	3.3%	3,434	102,931	3.2%			3.2%			3.1%			3.1%			3.0%			3.0%		
		【事業番号1：後期高齢者健康診査事業】 受診動向判定値に該当する者の割合（貧血）	8.7%	8,956	102,931	8.6%			8.4%			8.3%			8.1%			8.0%			7.8%		
【事業番号1：後期高齢者健康診査事業】 受診動向判定値に該当する者の割合（腎機能）	18.6%	19,157	102,931	18.3%			18.0%			17.7%			17.4%			17.1%			16.7%				
生活習慣病等の重症化予防	アウトプット	【事業番号2：健診事後指導事業】 受診動向の実施率	100.0%	2,000	2,000	100.0%			100.0%			100.0%			100.0%			100.0%			100.0%		
		【事業番号2：健診事後指導事業】 受診動向後の受診率（全体）	46.0%	920	2,000	47.5%			49.0%			50.6%			52.1%			53.6%			55.2%		
	アウトカム	【事業番号2：健診事後指導事業】 受診動向後の受診率（血糖）	46.2%	66	143	47.7%			49.2%			50.8%			52.3%			53.9%			55.4%		
		【事業番号2：健診事後指導事業】 受診動向後の受診率（血圧）	45.4%	503	1,108	46.9%			48.4%			49.9%			51.4%			52.9%			54.5%		
		【事業番号2：健診事後指導事業】 受診動向後の受診率（腎機能）	48.0%	452	942	49.6%			51.2%			52.8%			54.4%			56.0%			57.6%		
アウトプット	【事業番号3：後期高齢者歯科健康診査事業】 歯科健診受診率	18.9%	4,844	25,618	20.0%			21.0%			22.0%			23.0%			24.0%			25.0%			
	【事業番号3：後期高齢者歯科健康診査事業】 歯科健診実施市町村数・割合	100.0%	35	35	100.0%			100.0%			100.0%			100.0%			100.0%			100.0%			

事業1 後期高齢者健康診査事業

事業の目的	被保険者の生活習慣病等の早期発見や重症化予防を図るとともに心身機能の低下予防を図る。
事業の概要	<p>1. 対象者 健康診査を受診する日において被保険者の資格を有する者。ただし、特定健診等実施基準に準じ、次に該当する被保険者は対象者から除く。 (1) 妊産婦 (2) 刑事施設、労務場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者 (3) 国内に住所を有しない者 (4) 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者 (5) 病院又は診療所に6月以上継続して入院している者 (6) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）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又は入居している者 (7) 当該年度中に、特定健康診査又はそれに相当する健康診査を受診した者</p> <p>2. 実施方法 (1) 実施方針に基づき広域連合が県内全市町村（35市町村）と個別に委託契約して実施する。 (2) 市町村の実情に応じ、法令に基づく健康診査、健康増進事業等と連携して実施する。 ・集団健診（健診機関） ・個別健診（各都市医師会等）</p> <p>3. 健診内容（検査項目） (1) 基本的な健診の項目：身体測定、血圧、血中脂質・肝機能・血糖検査、尿検査 (2) 詳細な健診の項目：貧血・心電図・眼底検査、血清クレアチニン及びeGFR (3) 後期高齢者の質問票</p> <p>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取り組みを市町村または広域連合が実施する。 (1) 保健指導：リスク軽減に向け、医療専門職による生活・食習慣など保健指導を実施する（一体的実施事業） (2) 受診勧奨：早期の受診勧奨を実施する（健診事後指導事業）</p>

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	受診勧奨判定値に該当する者の割合（健診受診者全体）	【評価対象】受診勧奨判定値該当者数/健診受診者数 【評価方法】KDB帳票「後期高齢者の健診状況」より算出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	65.2%	64.2%	63.0%	61.9%	60.9%	59.8%	58.7%
	2	受診勧奨判定値に該当する者の割合（血糖）	【評価対象】血糖の受診勧奨判定値該当者数/健診受診者数 【評価方法】KDB帳票「後期高齢者の健診状況」より算出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	11.7%	11.5%	11.3%	11.1%	10.9%	10.7%	10.5%
	3	受診勧奨判定値に該当する者の割合（血圧）	【評価対象】血圧の受診勧奨判定値該当者数/健診受診者数 【評価方法】KDB帳票「後期高齢者の健診状況」より算出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	36.2%	35.6%	35.0%	34.4%	33.8%	33.2%	32.6%
	4	受診勧奨判定値に該当する者の割合（脂質）	【評価対象】腎機能の受診勧奨判定値該当者数/健診受診者数 【評価方法】KDB帳票「後期高齢者の健診状況」より算出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	19.1%	18.8%	18.5%	18.1%	17.8%	17.5%	17.2%
	5	受診勧奨判定値に該当する者の割合（肝機能）	【評価対象】肝機能の受診勧奨判定値該当者数/健診受診者数 【評価方法】KDB帳票「後期高齢者の健診状況」より算出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	3.3%	3.2%	3.2%	3.1%	3.1%	3.0%	3.0%
	6	受診勧奨判定値に該当する者の割合（貧血）	【評価対象】脂質の受診勧奨判定値該当者数/健診受診者数 【評価方法】KDB帳票「後期高齢者の健診状況」より算出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	8.7%	8.6%	8.4%	8.3%	8.1%	8.0%	7.8%

	7	受診勧奨判定値に該当する者の割合（腎機能）	【評価対象】貧血の受診勧奨判定値該当者数/健診受診者数 【評価方法】KDB帳票「後期高齢者の健診状況」より算出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	18.6%	18.3%	18.0%	17.7%	17.4%	17.1%	16.7%
--	---	-----------------------	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

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	健診受診率	【評価対象】健診受診者数（人間ドック含む）/（被保険者数－対象外者数 ※除外告示第5号及び第6号） 【評価方法】市町村からの報告をもとに算出 【評価時期】健診実施翌年度5月末	37.47%	40.00%	40.50%	41.00%	41.50%	42.00%	42.50%
	2	初回受診率	【評価対象】健診初回受診率 【評価方法】KDB帳票「地域の全体像の把握」より抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	16.6%	17.1%	17.7%	18.3%	18.8%	19.4%	19.9%
	3	75～79歳受診率（男性）	【評価対象】75～79歳健診受診率（男性） 【評価方法】KDB帳票「健康スコアリング（健診）」より抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	33.9%	35.0%	36.1%	37.3%	38.4%	39.5%	40.7%
	4	75～79歳受診率（女性）	【評価対象】75～79歳健診受診率（女性） 【評価方法】KDB帳票「健康スコアリング（健診）」より抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	37.0%	38.2%	39.4%	40.7%	41.9%	43.1%	44.4%

プロセス (方法)	概要	1. 実施方針に基づき県内全市町村（35市町村）と個別に委託契約し実施する。 2. 市町村の実情に応じ、法令に基づく健康診査、健康増進事業等と連携して集団健診（健診機関）個別健診（各都市医師会等）などの方法で実施。
	実施内容	1. 広域連合から市町村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（集団・個別）や実施期間等については、市町村により異なる。 3. 健診結果に基づいた保健指導 （1）保健指導：一体的実施事業により実施。対象者・実施方法については市町村によって異なる。 （2）受診勧奨：健診事後指導事業（事業番号2）として実施。 4. 受診率向上の取組 （1）被保険者証同封のチラシや個別通知等にて周知（特に保険が切り替わる75歳を対象とした取組の強化） （2）未受診者・未医療受診者のリストを市町村に提供（一体的実施事業取組市町村除く） （3）受診率の低い市町村に対しての受診率向上の取組強化
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 当該年度10月頃、受診者数見込みの確認 2. 年度末受診者数の把握
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	1. 実施方針に基づき県内全市町村（35市町村）と個別に委託契約し実施。 2. 市町村の実情に応じ、法令に基づく健康診査、健康増進事業等と連携して集団健診（健診機関）個別健診（各都市医師会等）などの方法で実施。
	実施内容	1. 広域連合の体制 （1）主管部署：総務課保健事業室 （2）担当者数：事務担当1名（総務課）、保健師1名（保健事業室長） （3）実施方法：構成市町村へ委託 2. 市町村の体制 （1）主管部署：市町村によって異なる （2）実施方法：市町村が健診機関（集団健診）や医師会（医療機関）へ委託して実施
	実施後のフォロー・モニタリング	年度末に実施体制の見直しを行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [後期高齢者健康診査]

事業2 健診事後指導事業

事業の目的	後期高齢者健診受診後の未受診者に対して受診勧奨を行い、糖尿病等の生活習慣病の罹患、重症化を予防することで被保険者の健康及び生活の質を保つ。
事業の概要	<p>1. 対象者 被保険者のうち、後期高齢者健診を受診し、検査項目（血圧、血糖、腎機能、肝機能、脂質、貧血）で受診勧奨値を超えていながら4か月間、医療機関の受診がない者</p> <p>2. 実施方法 （1）対象者に通知文と健診結果を発送する。 （2）2か月後に受診状況を確認評価する。さらに未受診の群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムの基幹該当者には、市町村担当者にハイリスク者として再度情報提供を行う。</p>

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	受診勧奨後の受診率 (全体)	【評価対象】通知後受診者数/通知対象者数 【評価方法】KDBシステム「保健事業介入支援管理」より発送後2か月の受診状況を確認 【評価時期】事業実施翌年度7月	46.0%	47.5%	49.0%	50.6%	52.1%	53.6%	55.2%
	2	受診勧奨後の受診率 (血糖)	【評価対象】通知後受診者数/通知対象者数【評価方法】KDBシステム「保健事業介入支援管理」より発送後2か月の受診状況を確認 【評価時期】事業実施翌年度7月	46.2%	47.7%	49.2%	50.8%	52.3%	53.9%	55.4%
	3	受診勧奨後の受診率 (血圧)	【評価対象】通知後受診者数/通知対象者数 【評価方法】KDBシステム「保健事業介入支援管理」より発送後2か月の受診状況を確認 【評価時期】事業実施翌年度7月	45.4%	46.9%	48.4%	49.9%	51.4%	52.9%	54.5%
	4	受診勧奨後の受診率 (腎機能)	【評価対象】通知後受診者数/通知対象者数 【評価方法】KDBシステム「保健事業介入支援管理」より発送後2か月の受診状況を確認 【評価時期】事業実施翌年度7月	48.0%	49.6%	51.2%	52.8%	54.4%	56.0%	57.6%

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	受診勧奨の実施率	【評価対象】通知発送者数/通知対象者数 【評価方法】KDBシステム及び発送状況確認 【評価時期】3月末	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

プロセス (方法)	概要	県内全市町村（35市町村）の被保険者のうち、後期高齢者健診を受診し、検査項目で受診勧奨値を超えていながら4か月間、医療機関の受診がない者に対して受診勧奨を実施。
	実施内容	<p>1. 月1回KDBシステム「保健事業介入支援管理」等より対象者を抽出。</p> <p>2. 対象者に通知文及び健診結果等を送付し、受診勧奨を行う。</p> <p>3. 対象者については、それぞれ市町村に情報共有し、協力依頼を行う。</p> <p>4. 発送後2か月の受診状況をKDBシステムで確認し、受診結果を市町村に報告する。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1. 月1回、発送2か月後の受診状況を確認する。</p> <p>2. 発送2か月後も未受診だったリストを市町村に再度情報提供する。</p>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合を実施主体とし、各市町村後期高齢者医療担当課、保健事業担当課と連携して実施。 関係機関である医師会には、年度開始時と年度末の協力依頼・報告を実施。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 広域連合の体制 <ol style="list-style-type: none"> (1) 主幹部署：総務課保健事業室 (2) 担当者数：事務担当1名（総務課）、保健師1名（保健事業室） 2. 市町村の体制 <ol style="list-style-type: none"> (1) 主幹部署：後期高齢者医療担当、保健事業担当等、市町村によって異なる 3. 関係機関 群馬県医師会、市町村
	実施後のフォロー・モニタリング	年度末に実施体制の見直しを行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [後期高齢者歯科健康診査]

事業3 後期高齢者歯科健康診査事業

事業の目的	被保険者の口腔機能低下の予防と口腔に対する健康意識の向上を図り、全身機能の改善及び疾病等の重症化予防に繋げる。
事業の概要	<p>1. 対象者 歯科健康診査を受診する日において、被保険者の資格を有する者のうち前年度に75歳に達した者（施設入所者等を除く）</p> <p>2. 実施方法 (1) 群馬広域が群馬県歯科医師会と委託契約して実施する。 (2) 広域連合が対象者に対し受診券兼質問票及びオーラルフレイルに関するパンフレットを送付する。 (3) 対象者が群馬県歯科医師会に所属する歯科医療機関に申し込み、受診券を持参して歯科健診を受診する。</p> <p>3. 健診内容 (1) 歯の状態等：歯と歯周組織の状況、口腔清掃状況、歯石付着等 (2) 口腔機能に関する内容：咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥などの評価</p> <p>4. 歯科健診結果の活用 歯科健診結果を基に要精査・要治療者と診断されたが、未受診の者に対し受診勧奨を広域連合が実施する（歯科健診事後指導事業）</p>

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	健診質問票「半年前に比べて固いものが食べにくい」に該当する者の割合	【評価対象】後期質問票「半年前に比べて固いものが食べにくい」に該当する者の割合 【評価方法】KDB帳票「質問票調査の経年比較」より抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	30.6%	30.1%	29.6%	29.1%	28.6%	28.1%	27.5%
	2	健診質問票「お茶や汁物等でむせる」に該当する者の割合	【評価対象】後期質問票「お茶や汁物等でむせる」に該当する者の割合 【評価方法】KDB帳票「質問票調査の経年比較」より抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	23.2%	22.8%	22.4%	22.0%	21.7%	21.3%	20.9%

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	歯科健診受診率	【評価対象】歯科健診受診者数/歯科健診対象者数（受診券発送人数） 【評価方法】県歯科医師会からの報告をもとに算出 【評価時期】3月末	18.9%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%
	2	歯科健診実施市町村数・割合	【評価対象】歯科健診実施市町村/全市町村数 【評価方法】県歯科医師会からの報告をもとに算出 【評価時期】3月末	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

プロセス (方法)	概要	<p>1. 広域連合が群馬県歯科医師会と委託契約して実施する。</p> <p>2. 対象者が群馬県歯科医師会に所属する歯科医療機関に申し込み、広域連合が対象者に送付した受診券を持参して歯科健診を受診する。</p>
	実施内容	<p>1. 広域連合から群馬県歯科医師会へ健康診査事業の委託 4月：委託契約事務開始、委託契約締結</p> <p>2. 歯科健康診査事業の実施。 (1) 実施機関：8月1日～12月24日 (2) 実施医療機関：群馬県歯科医師会が指定する医療機関 (3) 実施報告と委託料の請求：健診機関終了後、郡市歯科医師会から群馬県歯科医師会へ、健診票等を提出。とりまとめ後、広域連合へ提出。（1月下旬締切）</p> <p>3. 歯科健診結果に基づいた保健指導 歯科健診結果を基に要精査・要治療者と診断されたが未受診の者に対し、受診勧奨を広域連合が歯科健診事後指導事業（事業番号5）として実施。</p> <p>4. 受診率向上の取組 受診券発送物の工夫や健診期間中に抽出した対象者に再勧奨通知を送付</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1. 当該年度2月に、受診者数の把握</p> <p>2. 年度末、広域連合から群馬県歯科医師会理事へ歯科健診結果を報告。</p>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	1. 広域連合が群馬県歯科医師会と委託契約して実施する。 2. 対象者が群馬県歯科医師会に所属する歯科医療機関に申し込み、広域連合が対象者に送付した受診票を持参して歯科健診を受診する。
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主管部署：総務課保健事業室 (2) 担当者数：事務担当1名（総務課）、保健師1名（保健事業室長） 2. 委託先 群馬県歯科医師会
	実施後のフォロー・モニタリング	年度末に実施体制の見直しを行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [後期高齢者歯科健康診査]

事業4

後期高齢者訪問歯科健康診査事業

事業の目的	在宅要介護者等に対し訪問による歯科健診を実施し、口腔内の環境改善や誤嚥性肺炎等の疾病予防や健康維持を目指す。また、本人及び家族の低栄養防止・重症化予防に関する意識の向上を図る。
-------	--

事業の概要	<p>1. 対象者 対象地域に住所を有する被保険者のうち、前年度歯科健診を受診しなかった者で介護認定を受けている在宅高齢者。（ただし、過去6か月において歯科受診がある人は除く。）</p> <p>2. 実施方法 (1) 広域連合が郡市歯科医師会（1か所）と委託契約を締結する。 (2) 広域連合が委託契約した郡市歯科医師会の管内市町村と協定を締結する。 (3) 広域連合が対象者を抽出する。市町村に確認を依頼し、対象者を決定する。 (4) 広域連合が対象者宛の通知文や案内チラシ等を作成し、市町村を通じて対象者へ送付する。 (5) 郡市歯科医師会が希望対象者に対して健診、口腔機能のアセスメント、保健指導を実施する。</p> <p>3. 健診内容 (1) 健診項目：問診（高齢者質問票含む）、歯・咬合の状態、粘膜の異常、口腔衛生状況、口腔乾燥、歯周組織の状況、嚥下状態、舌・口唇機能 (2) 保健指導内容：口腔機能改善指導、口腔衛生指導、その他</p> <p>4. 評価訪問 訪問歯科健診後、歯科衛生士が訪問し、口腔清掃状態や高齢者質問票の咀嚼・嚥下項目について評価を行う。</p>
-------	---

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	高齢者質問票（咀嚼・嚥下）の維持・改善した割合	【評価対象】維持・改善した人数/受診者数 【評価方法】歯科医師会からの報告をもとに算出 【評価時期】3月	66.7%	68.9%	71.1%	73.4%	75.6%	77.8%	80.0%
	2	口腔清掃状態の維持・改善した割合	【評価対象】維持・改善した人数/受診者数 【評価方法】歯科医師会からの報告をもとに算出 【評価時期】3月	66.7%	68.9%	71.1%	73.4%	75.6%	77.8%	80.0%

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	訪問歯科健診受診率	【評価対象】受診者数/対象地域の前年度歯科健診対象者で介護認定を受けており、歯科受診が過去6か月ない者の人数 【評価方法】歯科医師会からの報告をもとに算出 【評価時期】3月	11.5%	13.0%	15.0%	17.0%	19.0%	21.0%	23.0%

プロセス（方法）	概要	郡市医師会1か所と委託契約を、管内市町村と協定を締結し、要介護状態の在宅高齢者に対し訪問による歯科健診を実施し、口腔機能のアセスメント及び保健指導を行う。
	実施内容	1. 広域連合が対象地域の歯科医師会と委託契約を、管内市町村と協定を締結する。（8月頃）協定締結後、各市町村から地域包括ケアシステム（ケアマネージャー等）へ周知し、対象者への声掛けや日程調整等を依頼する。 2. 訪問歯科健診の実施 (1) 実施期間：9月1日～1月31日 (2) 実施機関：受託郡市歯科医師会 (3) 実施内容：①歯科医師・歯科衛生士が希望対象者宅へ訪問し、口腔機能のアセスメント・保健指導を実施。 ②①の3～6か月後に歯科衛生士による評価訪問を行う。 (4) 実施報告：健診終了後、郡市歯科医師会が実績報告書等の書類を広域連合に提出する。（3月中旬締切）
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 実施期間の途中で進捗状況や受診者見込み数の把握を行う 2. 実施後に報告書類等から実績を把握し評価する。
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	郡市歯科医師会1か所と委託契約を、地域の市町村と協定を締結し、要介護状態の在宅高齢者に対し訪問による歯科健診を実施し、口腔機能のアセスメント及び保健指導を行う。
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主幹部署：総務課保健事業室 (2) 担当者数：事務担当1名（総務課）、保健師1名（保健事業室） 2. 委託先 郡市歯科医師会 3. 圏域の市町村の体制 (1) 主幹部署：後期高齢者医療担当、包括支援センター等、市町村によって異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	事業の結果及び評価を県歯科医師会、郡市医師会に報告し、来年度に向けての課題や改善方法等について意見交換を行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [後期高齢者歯科健康診査]

事業5

歯科健診事後指導事業

事業の目的	後期高齢者のオーラルフレイル予防は全身の健康づくりに大きな影響があることから、歯科健診の事後指導事業として、要精査・要治療者を早期に受診につなげることで口腔機能の維持・改善を図る。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> 1. 対象者 前年度歯科健診結果で要精査・要治療と診断されたにも関わらず、歯科受診がない者 2. 実施方法 (1) 対象者に対して、歯科医療機関への受診勧奨通知及びオーラルフレイルに関するリーフレットを送付する。 (2) 受診勧奨後の受診状況を評価する。 3. 実施内容 対象者あてに各個人の歯科健診結果の内容及び受診の必要性を記載した受診勧奨通知を作成し、リーフレットを同封して送付する。

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	受診勧奨後の受診率	【評価対象】通知後受療者数/受診勧奨対象者数 【評価方法】KDBシステム「保健事業介入支援管理」より発送後2か月の受診状況を確認 【評価時期】3月	30.0%	31.5%	33.0%	34.5%	36.0%	37.5%	39.0%

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	受診勧奨の実施率	【評価対象】通知発送者数/受診勧奨対象者数 【評価方法】歯科医師会からの報告と発送状況を確認 【評価時期】3月	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

プロセス(方法)	概要	前年度歯科健診結果で要精査・要治療と診断されたにも関わらず、歯科受診がない者に対して歯科医療機関への受診勧奨通知及びオーラルフレイルに関するリーフレットを送付し、その後の受診状況を評価する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 広域連合から群馬県歯科医師会に事業協力を依頼する。また、群馬県に情報提供を行う。 2. 前年度に歯科健診を受診し、「要精査・要治療」と診断された者のうち、健診受診後に歯科受診していない者を抽出する。 3. 通知文を対象者へ送付し、歯科医療機関への受診勧奨を行う。 4. 年度末（最終的には翌年度6月）に受診状況を確認し、評価を行う。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 1. 年度末（最終的には翌年度6月）に受診状況を確認し、評価を行う。 2. 群馬県医師会や群馬県健康長寿社会づくり推進課、市町村へ結果を報告する。
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	前年度歯科健診結果で要精査・要治療と診断されたにも関わらず、歯科受診がない者に対して歯科医療機関への受診勧奨通知及びオーラルフレイルに関するリーフレットを送付し、その後の受診状況を評価する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 広域連合の体制 (1) 主幹部署：総務課保健事業室 (2) 担当者数：事務担当1名（総務課）、保健師1名（保健事業室） 2. 関係機関 群馬県歯科医師会、群馬県健康長寿社会づくり推進課、市町村
	実施後のフォロー・モニタリング	年度末に実施体制の見直しを行う。
	備考	

Ⅳ 個別事業

事業シート [一体的実施事業]

事業6-10 一体的実施事業

事業の目的	後期高齢者の特性（複数の慢性疾患を保有・加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行）を踏まえ、疾病の予防・重症化予防・フレイル（オーラルフレイル含む）予防に着目した「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」事業の取組を推進することにより、被保険者の健康及び生活の質の保持増進を図る。
事業の概要	1. 実施方法 (1) 広域連合から市町村へ委託し実施する。 (2) 広域連合の役割：①事業実施に必要な費用を委託事業費として交付 ②市町村の事業企画・評価の支援 ③市町村へのデータ提供 (3) 市町村の役割：①地域の健康課題の分析 ②健康課題に応じた個別の支援（ハイリスクアプローチ）と通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）の両面からフレイル予防等の取組の実施 ③介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と連携実施

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	低栄養	【評価対象】各ハイリスク者割合/被保険者数 【評価方法】一体的実施・KDB活用支援ツールより抽出した人数 【評価時期】健診実施翌年度12月	1.01%	0.98%	0.94%	0.91%	0.88%	0.84%	0.81%
	2	口腔		5.66%	5.47%	5.29%	5.09%	4.91%	4.72%	4.53%
	3	服薬（多剤）		3.14%	3.04%	2.93%	2.83%	2.72%	2.62%	2.51%
	4	服薬（睡眠薬）		2.58%	2.49%	2.41%	2.32%	2.24%	2.15%	2.06%
	5	身体的フレイル（ロコモ含む）		6.49%	6.28%	6.06%	5.84%	5.63%	5.41%	5.19%
	6	重症化予防（コントロール不良者）		1.01%	0.98%	0.94%	0.91%	0.88%	0.84%	0.81%
	7	重症化予防（糖尿病等治療中断者）		7.14%	6.90%	6.67%	6.43%	6.19%	5.95%	5.71%
	8	重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）		7.56%	7.31%	7.06%	6.80%	6.55%	6.31%	6.05%
	9	重症化予防（腎機能不良未受診者）		0.025%	0.024%	0.023%	0.023%	0.022%	0.021%	0.020%
	10	健康状態不明者		1.74%	1.68%	1.63%	1.57%	1.51%	1.45%	1.39%

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	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】一体的実施のハイリスクアプローチにおいて質問票を活用している市町村数/全市町村数 【評価方法】一体的実施事業実績報告書より 【評価時期】事業実施翌年度6月（事業実績報告書提出時）	42.9%	57.1%	65.7%	74.3%	82.9%	91.4%	100.0%
	2	低栄養	【評価対象】一体的実施「ハイリスク取組：低栄養」実施市町村数/全市町村数 【評価方法】一体的実施事業実績報告書より 【評価時期】事業実施翌年度6月（事業実績報告書提出時）	8.6%	11.4%	14.3%	17.1%	20.0%	22.9%	25.7%
	3	口腔	【評価対象】一体的実施「ハイリスク取組：口腔」実施市町村数/全市町村数 【評価方法】【評価時期】 1. 低栄養同様	2.9%	5.7%	8.6%	11.4%	17.1%	20.0%	25.7%
	4	服薬（重複・多剤）	【評価対象】一体的実施「ハイリスク取組：服薬」実施市町村数/全市町村数 【評価方法】【評価時期】 1. 低栄養同様	0.0%	5.7%	8.6%	11.4%	17.1%	20.0%	25.7%
	5	重症化予防（糖尿病性腎症）	【評価対象】一体的実施「ハイリスク取組：糖尿病性腎症」実施市町村数/全市町村数 【評価方法】【評価時期】 1. 低栄養同様	31.4%	37.1%	40.0%	42.9%	45.7%	48.6%	51.4%
	6	重症化予防（その他身体的フレイルを含む）	【評価対象】一体的実施「ハイリスク取組：重症化予防（その他）」実施市町村数/全市町村数 【評価方法】【評価時期】 1. 低栄養同様	20.0%	28.6%	42.9%	57.1%	71.4%	85.7%	100.0%

	7	健康状態不明者	【評価対象】 一体的実施「ハイリスク取組：健康状態不明者」実施市町村数/全市町村数 【評価方法】【評価時期】 1. 低栄養同様	31.4%	37.1%	40.0%	42.9%	45.7%	48.6%	51.4%
プロセス (方法)	概要	1. 市町村を対象に一体的実施事業に係る相談支援を実施する。 2. 事業の推進のため研修会や情報交換会を実施する。								
	実施内容	1. 市町村への支援 (1) 一体的実施に関わる関係部署を対象とした研修会の実施（年1回以上） (2) 企画調整医療専門職の情報交換会（年1回以上） (3) 次年度事業に向けた各市町村との打ち合わせ会（年1回以上） (4) 一体的実施事業計画書、報告書作成や実施方法についての支援を実施。 (5) 重点取り組み（ハイリスクアプローチにおける対象年代、血圧・血糖の重症化予防やポピュレーションにおけるオーラルフレイル）の依頼 2. 一体的実施 関係機関連携(連絡会議) 群馬県国保援護課など関係課、国保連合会と連絡会議（2回/年）を実施。								
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 事業の進捗把握のため「進捗チェックリスト」を年2回（企画調整医療専門職が兼務の市町村は3回）実施 2. 事業の進捗状況を電話等で確認する（10月頃）。								
	備考									
ストラクチャー (体制)	概要	1. 市町村を対象に一体的実施事業に係る相談支援を実施する。 2. 事業の推進のため研修会や情報交換会を実施する。								
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主管部署：総務課保健事業室 (2) 担当者数：事務担当1名(総務課)、保健師2名(保健事業室) 2. 市町村の体制 (1) 主管部署：後期高齢者医療担当、保健事業担当等、市町村によって異なる								
	実施後のフォロー・モニタリング	前年度に実施市町村への打ち合わせ会（ヒアリング）にて体制を確認する。								
	備考									

IV 個別事業

事業シート [健康増進事業]

事業11 長寿・健康増進事業

事業の目的	地域の特性や課題等を踏まえた健康教育・健康相談等を実施することにより、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイル（オーラルフレイル含む）の予防や心身の健康保持・増進を図る。
事業の概要	<p>1. 対象者 実施市町村在住の被保険者（被保険者以外の参加も可能）</p> <p>2. 実施方法 広域連合からの費用助成により各市町村が実施する。 （1）広域連合の役割：①事業実施に必要な費用を補助金として交付 ②市町村の事業企画・評価の支援 ③市町村へのデータ提供 （2）市町村の役割：①高齢者保健事業の企画、実施</p> <p>3. 実施内容 医療専門職によるフレイル・オーラルフレイルについての健康教育・健康相談等やリーフレット等による普及啓発</p>

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	健診質問票「半年前に比べて固いものが食べにくい」に該当する者の割合	【評価対象】後期質問票「半年前に比べて固いものが食べにくい」に該当する者の割合 【評価方法】KDB帳票「筆問票調査の経年比較」より抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	30.6%	30.1%	29.6%	29.1%	28.6%	28.1%	27.5%
	2	健診質問票「お茶や汁物等でむせる」に該当する者の割合	【評価対象】後期質問票「お茶や汁物等でむせる」に該当する者の割合 【評価方法】KDB帳票「筆問票調査の経年比較」より抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	23.2%	22.8%	22.4%	22.0%	21.7%	21.3%	20.9%
	3	健診質問票「健康状態」かつ「歩行速度」に該当する者及び「歩行速度」かつ「転倒」に該当する者の割合	【評価対象】後期質問票「健康状態」かつ「歩行速度」に該当する者及び「歩行速度」かつ「転倒」に該当する者の人数/健診受診者数 【評価方法】KDB支援ツール「身体的フレイル」より抽出/KDB帳票「後期高齢者の健診状況」より健診受診者数抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	18.9%	18.3%	17.7%	17.0%	16.4%	15.8%	15.1%

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	事業実施市町村数・割合	【評価対象】事業実施市町村数 【評価方法】長寿・健康増進事業実績報告書より 【評価時期】事業実施翌年度6月（事業実績報告書提出時）	14.3%	20.0%	25.7%	31.4%	37.1%	42.9%	48.6%

プロセス (方法)	概要	広域連合からの費用助成により各市町村が地域の特性や課題等を踏まえて実施する。
	実施内容	<p>1. 広域連による申請受付、補助金交付 （1）実施希望市町村からの申請を受け、ヒアリングを実施 （2）申請書・報告書作成支援 （3）報告書に基づき補助金交付（被保険者を対象）</p> <p>2. 市町村による事業実施 高齢者を対象とした医療専門職による健康教育・健康相談等を実施する。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1. 保健事業部会等で事業の進捗状況を確認する。</p> <p>2. 実施翌年度6月提出の報告書により実施状況の確認をする。</p>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合からの費用助成により各市町村が地域の特性や課題等を踏まえて実施する。
	実施内容	1. 広域連合の体制 (1) 主管部署：総務課保健事業室 (2) 担当者数：事務担当1名（総務課）、保健師2名（保健事業室） 2. 市町村の体制 (1) 主管部署：後期高齢者医療担当、保健事業担当等、市町村によって異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	年度末に実施体制の見直しを行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [後発医薬品使用促進事業]

事業12

後発医薬品使用促進事業

事業の目的	後発医薬品の安全性等を普及啓発することにより使用促進を図り、被保険者の自己負担軽減と医療費の削減を図る。
事業の概要	<p>【実施内容】 広域連合が以下の事業を実施する。</p> <p>(1) ジェネリック医薬品希望カード（後期高齢者医療制度のてびき内）の配布</p> <p>(2) ジェネリック医薬品利用差額通知の送付</p> <p>(3) ジェネリック医薬品の使用促進に係る広報啓発</p>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	※群馬県医療費適正化計画（第4期）の評価指標・目標値に準じるため、県から公表され次第、設定する。								

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)
アウトプット評価指標	1	ジェネリック医薬品利用差額通知の実施率	【評価対象】通知発送者数/通知対象者数 【評価方法】国保連提供の資料及び発送数に基づき算出 【評価時期】3月	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

プロセス (方法)	概要	後発医薬品使用の使用促進の実施。
	実施内容	<p>1. ジェネリック医薬品希望カード（後期高齢者医療制度のてびき内）の作成</p> <p>(1) 作成時期：被保険者証更新前</p> <p>(2) 配布方法：被保険者証の更新時に同封する。</p> <p>2. ジェネリック医薬品利用差額通知の送付</p> <p>(1) 発送時期：年2回（9月・3月）</p> <p>3. ジェネリック医薬品の使用促進に係る広報啓発</p> <p>①ホームページ</p> <p>②支給決定通知書（6面の圧着ハガキのうち1面使用）</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	事業実施翌年度6月に実績を確認する。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	後発医薬品使用の使用促進の実施。
	実施内容	<p>1. 広域連合の体制</p> <p>(1) 主管部署：給付課</p> <p>(2) 担当者数：事務担当1名（給付課）</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	年度末に実施体制の見直しを行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [重複投薬者等保健指導事業]

事業14 重複投薬者等保健指導事業

事業の目的	適正服薬の促進のため、保健師等による訪問指導等を実施し、被保険者の健康の保持増進、医療費の適正化を図る。
事業の概要	<p>1. 対象者 重複投薬（2医療機関以上1薬剤以上）の状態が3か月連続している被保険者</p> <p>2. 実施方法 （1）上記対象者をKDBシステム（国保連合会にリスト作成依頼）より抽出 （2）一体的実施事業において、ハイリスクアプローチで「服薬」の取組を実施している市町村在住の対象者にはリーフレットを送付し、同取組を未実施の市町村在住の対象者にはリーフレットとアンケートを送付する。アンケートで相談希望のあった人に対して相談、保健指導を実施する。</p> <p>3. 実施内容 （1）相談希望者に対し、電話や訪問等にて健康に関する相談や保健指導を実施。 （2）継続支援が必要な場合は、相談者の在住市町村の担当者へ報告・相談し、必要なサービスの案内等を依頼する。</p>

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	介入前後3か月の重複処方状況（薬剤・薬効数）の改善した者の割合	【評価対象】介入前後3か月の重複処方状況が改善した者の数/介入が完了できた者の数 【評価方法】KDB帳票「保健事業介入支援管理（介入支援実施前後の比較（服薬管理）_個人別）」より抽出 【評価時期】事業実施翌年度4月	50.0%	51.7%	53.3%	55.0%	56.7%	58.3%	60.0%

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	介入できた者の割合	【評価対象】保健指導実施人数/事業対象者数 【評価方法】支援記録、KDB帳票「保健事業介入支援管理（保健事業名の登録）」にて実績等入力し、「保健事業介入支援管理（介入支援実施前後の比較（服薬管理）_個人別）」より抽出 【評価時期】事業実施翌年度4月	1.8%	1.9%	1.9%	2.0%	2.0%	2.1%	2.2%

プロセス（方法）	概要	重複投薬（2医療機関以上1薬剤以上）の状態が3か月連続している被保険者のうち相談希望のあった人に対して相談、保健指導を実施する。
	実施内容	<p>1. 事業対象者を抽出（国保連に9月頃依頼） 対象診療月（3か月分）を決定</p> <p>2. 対象者のデータから介入する対象者の絞り込みを行う。（10月頃） （1）群馬県薬剤師会に助言を得ながら対象とする疾病や薬剤等を決定 （2）対象者について市町村へ情報提供し介入不要者の確認</p> <p>3. 対象者に対しリーフレット等を送付 （1）一体的実施で「服薬」の取組を実施する市町村在住の対象者にはリーフレット送付 （2）一体的実施で「服薬」の取組を未実施の市町村在住の対象者にはリーフレットとアンケート（相談希望調査票）を送付</p> <p>4. 相談希望の者に保健指導を実施（11月頃）</p> <p>5. 効果検証 （1）KDBシステムにて効果検証を実施（事業実施翌年度4月頃） （2）結果を医師会、薬剤師会、市町村等に報告</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1. 事業実施翌年度4月に介入した者の評価を実施</p> <p>2. 評価実施後に医師会、薬剤師会、市町村等へ報告</p>
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	重複投薬（2医療機関以上1薬剤以上）の状態が3か月連続している被保険者に対し相談希望のあった人に対して相談、保健指導を実施する。
	実施内容	<p>1. 広域連合の体制 （1）主幹部署：総務課保健事業室 （2）担当者数：事務担当1名（総務課）、保健師2名（保健事業室）</p> <p>2. 市町村の体制 （1）主幹部署：後期高齢者医療担当、保健事業担当等、市町村により異なる</p> <p>3. 相談先 群馬県医師会、群馬県薬剤師会</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	年度末に実施体制の見直しを行う。
	備考	一体的実施事業の「服薬」の取組を実施する市町村が全市町村の3割を超えた段階で本事業を一体的実施事業に移行する。

IV 個別事業

事業シート [フレイル対策]

事業15 フレイル予防推進事業

事業の目的	加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルを予防し、健康の保持増進、生活の質の維持向上を図る。
-------	---

事業の概要	<p>1. フレイル予防集団教育事業 広域連合と市町村の協働により、希望市町村へ理学療法士等を派遣し健康教育を実施する。 (1) 対象者 実施市町村在住の被保険者（被保険者以外の参加も可能） (2) 実施方法 ①広域連合の役割：①群馬県理学療法士協会等への講師派遣依頼、講師料支払い ②市町村と講師との日程調整等 ②市町村の役割：①対象地域、会場など含めた企画、実施 (3) 実施内容 理学療法士等によるフレイル予防についての健康教育・健康相談等</p> <p>2. フレイル予防の普及啓発</p>
-------	--

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	フレイル予防について理解できた者の割合	【評価対象】理解できた者の人数/参加者数 【評価方法】事業実施後アンケート結果より 【評価時期】年度末		50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%
	2	健診質問票「健康状態」かつ「歩行速度」に該当する者及び「転倒」に該当する者の割合	【評価対象】後期質問票「健康状態」かつ「歩行速度」に該当する者及び「転倒」に該当する者の人数/健診受診者数 【評価方法】KDB支援ツール「身体的フレイル」より抽出/KDB帳票「後期高齢者の健診状況」より健診受診者数抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	18.9%	18.3%	17.7%	17.0%	16.4%	15.8%	15.1%

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	集団教育事業実施市町村数・割合	【評価対象】事業実施市町村数 【評価方法】実施市町村からの報告より 【評価時期】事業実施翌年度6月頃		8.6%	11.4%	14.3%	17.1%	20.0%	22.9%

プロセス(方法)	概要	フレイルの普及啓発と、広域連合と市町村の協働により希望市町村へ理学療法士等を派遣し健康教育を実施する。
	実施内容	<p>1. フレイル予防集団教育事業 (1) 広域連合による市町村からの申請受付、講師派遣 ①実施希望市町村からの申請受付、ヒアリングを実施 ②群馬県理学療法士協会等へ派遣依頼 ③市町村、講師と日程調整 ④講師料支払い (2) 市町村による企画、実施 ①対象地域・団体、会場など選定、日程調整 ②当日に向けた準備（会場借用、周知、参加受付等） ③当日運営</p> <p>2. フレイル予防の普及啓発 (1) ホームページ、市町村広報 (2) 保険者証等個人通知にちらし同封</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1. フレイル予防集団教育実施後、広域連合が参加者に対してアンケートを実施。集計後、実施市町村と講師に報告する。</p> <p>2. 年度末に群馬県理学療法士協会等に結果を報告する。</p>
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	フレイルの普及啓発と、広域連合と市町村の協働により希望市町村へ理学療法士等を派遣し健康教育を実施する。
	実施内容	<p>1. 広域連合の体制 (1) 主管部署：総務課保健事業室 (2) 担当者数：事務担当1名（総務課）、保健師2名（保健事業室）</p> <p>2. 市町村の体制 (1) 主管部署：後期高齢者医療担当、保健事業担当等、市町村によって異なる</p> <p>3. 派遣依頼先 群馬県理学療法士協会等</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	年度末に実施体制の見直しを行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [フレイル対策]

事業16

オーラルフレイル予防推進事業

事業の目的	加齢に伴う口腔機能の低下であるオーラルフレイルを予防し、健康の保持増進、生活の質の維持向上を図る。
-------	---

事業の概要	<p>1. オーラルフレイル予防集団教育事業</p> <p>(1) 対象者 実施市町村在住の被保険者（被保険者以外の参加も可能）</p> <p>(2) 実施方法 広域連合と市町村の協働により、希望市町村へ歯科衛生士を派遣し健康教育を実施する。 ①広域連合の役割：①群馬県歯科衛生士会への講師派遣依頼、講師料支払い ②市町村と講師との日程調整等</p> <p>(3) 実施内容 ②市町村の役割：①対象地域、会場などを含めた企画、実施。 ③実施内容 歯科衛生士によるオーラルフレイル予防についての健康教育・健康相談等</p> <p>2. オーラルフレイル予防の普及啓発</p>
-------	--

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	オーラルフレイル予防について理解できた者の割合	【評価対象】理解できた者の人数/参加者数 【評価方法】事業実施後アンケート結果より 【評価時期】年度末		50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%
	2	健診質問票「半年前に比べて固いものが食べにくい」に該当する者の割合	【評価対象】後期質問票「半年前に比べて固いものが食べにくい」に該当する者の割合 【評価方法】KDB帳票「質問票調査の経年比較」より抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	30.6%	30.1%	29.6%	29.1%	28.6%	28.1%	27.5%
	3	健診質問票「お茶や汁物等でむせる」に該当する者の割合	【評価対象】後期質問票「お茶や汁物等でむせる」に該当する者の割合 【評価方法】KDB帳票「質問票調査の経年比較」より抽出 【評価時期】健診実施翌年度12月（全国集計が出るころ）	23.2%	22.8%	22.4%	22.0%	21.7%	21.3%	20.9%

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	集団教育事業実施市町村数・割合	【評価対象】事業実施市町村数 【評価方法】実施市町村からの報告より 【評価時期】事業実施翌年度6月頃		8.6%	11.4%	14.3%	17.1%	20.0%	22.9%

プロセス (方法)	概要	広域連合と市町村の協働により、希望市町村へ歯科衛生士を派遣し健康教育を実施する。
	実施内容	<p>1. オーラルフレイル予防集団教育事業</p> <p>(1) 広域連合による市町村からの申請受付、講師派遣 ①実施希望市町村からの申請受付、ヒアリングを実施 ②群馬県歯科衛生士会へ派遣依頼 ③市町村、講師と日程調整 ④講師料支払い</p> <p>(2) 市町村による企画、実施 ①対象地域・団体、会場など選定、日程調整 ②当日に向けた準備（会場借用、周知、参加受付等） ③当日運営</p> <p>2. オーラルフレイル予防の普及啓発</p> <p>(1) オーラルフレイル予防に関するパンフレットを者歯科健診受診票に同封し送付する。 (2) ホームページ、市町村広報 (3) 被保険者証等、個人通知にちらし同封</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1. 実施後、広域連合が参加者に対してアンケートを実施。集計後、実施市町村と講師に報告する。</p> <p>2. 年度末に群馬県歯科衛生士会に結果を報告する。</p>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合と市町村の協働により、希望市町村へ歯科衛生士を派遣し健康教育を実施する。
	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) 主管部署：総務課保健事業室 (2) 担当者数：事務担当1名(総務課)、保健師2名(保健事業室) 2. 市町村の体制 <ol style="list-style-type: none"> (1) 主管部署：後期高齢者医療担当、保健事業担当等、市町村によって異なる 3. 派遣依頼先 群馬県歯科衛生士会
	実施後のフォロー・モニタリング	年度末に実施体制の見直しを行う。
	備考	

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>第3期データヘルス計画は、令和6年度から令和11年度までの6年間を計画期間とするため、中間年度に当たる令和8年度に中間評価を実施し、最終年度に当たる令和11年度に計画全体の最終評価を実施する。</p> <p>また、個別の保健事業については、毎年度評価を実施するものとし、KDBシステム等を活用して定量的に評価し、必要に応じて事業内容や目標値の見直しを行う。</p> <p>計画の見直しにあたっては、国保連が設置する「保健事業支援・評価委員会」や、群馬県、市町村、学識経験者、被保険者及び医療関係者等が出席する「群馬県後期高齢者医療懇談会」のほか、全市町村が出席する「群馬県後期高齢者医療広域連合運営会議」や「広域連合部会」等において意見聴取を行うものとする。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>策定した計画及び評価内容等については、広域連合ホームページにて公表・周知を行う。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>業務に関する個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」並びに広域連合が定める「個人情報取扱及び情報セキュリティ特記事項」に基づき管理する。また、業務を外部委託する際は、同様の取扱いを委託契約書に定めるものとする。</p>
<p>地域包括ケアに係る 取組</p>	<p>令和2年度より「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施」が開始され、市町村において対象者を介護サービス等の必要な支援へ接続する等の取組を実施している。</p> <p>また、広域連合における地域包括ケアに係る取組として、令和元年度より富岡甘楽地域の市町村の介護部門と連携して訪問歯科健診事業を実施している。今後も同地域において事業を継続するとともに、他地域での事業展開に向けて関係団体への働きかけを検討する。</p> <p>関係団体との連携体制の構築にあたっては、広域連合が開催する各種会議のほか、群馬県、市町村、地域の医療・介護関係団体等が開催する会議等を活用し、情報共有を行う。</p>
<p>その他留意事項</p>	