

第3期 保健事業実施計画（データヘルス計画）

山口県後期高齢者医療広域連合

令和6年3月

目 次

I 基本的事項

計画策定の趣旨	1
計画期間	1
関連する他の計画	1
実施体制	2
(1) 基本情報	2
(2) 現状の整理	3

II 健康医療情報等の分析

被保険者構成の将来推計	4
将来推計に伴う医療費見込み	4
平均余命、平均自立期間等、死因別死亡割合	4
健康診査、歯科健康診査、質問票の分析	4
医療関係の分析	6
介護関係の分析	7

III 計画全体

広域連合がアプローチする課題及び方向性	8
目的・目標及び評価項目（共通評価指標）	8
個別事業及び計画期間における進捗管理	8

IV 個別事業

事業1 健康診査事業	9
事業2 歯科健康診査事業	10
事業3 フレイル防止事業	11
事業4 生活習慣病等重症化予防事業	12
事業5 服薬相談事業（重複・多剤）	13
事業6 健康状態不明者の状態把握事業	14
事業7 訪問健康相談事業	15
事業8 後発（ジェネリック）医薬品の使用促進事業	16

V その他

データヘルス計画の評価・見直し	17
データヘルス計画の公表・周知	17
個人情報の取り扱い	17
地域包括ケアに係る取組	17
その他留意事項	17

I 基本的事項			
計画策定の趣旨	背景	山口県における高齢化率は、令和3年に35%（全国3位：内閣府「令和4年度版高齢社会白書」）と年々増加しており、全国的にも高齢化が進んだ県のひとつです。国は令和元年5月の「高齢者の医療の確保に関する法律」の一部改正によって、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施できる法整備を行い、同年10月に高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施のあり方を示すためにガイドラインの改正を行い、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」を策定しました。 その後、令和2年から、「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年に、保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改定等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI*の設定を推進する。」と示されました。 本計画は、第2期計画期間が終了することに伴い、被保険者のさらなる健康の保持増進、健康寿命の延伸及び重症化予防等を目指し、保有しているデータを活用しながら、PDCAサイクルに沿ったより効果的な保健事業を実施するため、また、標準化された計画策定における考え方のフレームや評価指標を活用することにより、広域連合間の実績等を比較可能にすることで、市町村との連携を含めた、効果的な保健事業の抽出につなげられるために「第3期保健事業実施計画」を策定するものです。 *KPI：重要業績評価指標、Key Performance Indicatorの略	
	目的	「第3期保健事業実施計画」（以下「第3期計画」という。）では、被保険者の健康寿命の延伸を目指すため、被保険者自らが健康増進活動を行えるよう、生活習慣病の重症化予防や心身機能の低下防止に向けた支援を行うことで、被保険者ができる限り長く自立した日常生活を送ることを目的とします。	
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	広域連合「第2次広域計画」	令和2年度～令和11年度	【関連事項】後期高齢者医療制度の円滑な運営における保健事業に関する事務（広域連合および市町）
	都道府県健康増進計画「健康やまぐち21計画（第3次）」 ※「第4次やまぐち食育推進計画」及び「第2次やまぐち歯・口腔の健康づくり推進計画」と連動	令和6年度～令和17年度	【関連事項】計画推進の方向性 ①個人行動と健康状態の改善、②社会環境の質の向上、 ③ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり 【関連目標】健康寿命の延伸と健康格差の縮小 （R1年 男73.31年 女75.33年） ・低栄養傾向の高齢者 ・運動習慣のある人 ・50歳以上における咀嚼良好者 ・高血圧・高コレステロール者、糖尿病有病者、血糖コントロール不良者 ・ロコモティブシンドローム該当者、社会参加する人
	都道府県医療費適正化計画「第4期山口県医療費適正化計画」	令和6年度～令和11年度	【関連事項】住民の健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進、医療費見込み（後期高齢者医療） 【関連目標】・生活習慣病重症化予防（保険者の取組促進） ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進 ・後発医薬品の使用割合 ・医薬品の適正使用の促進
	介護保険事業支援計画「第8次やまぐち高齢者プラン」	令和6年度～令和8年度	【関連事項】健康づくりと介護予防・重度化防止の推進 【関連目標】健康寿命の延伸 ・一般介護予防事業の推進（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）、通いの場への参加率
	国保データヘルス計画「各市町の国保データヘルス計画」	令和6年度～令和11年度	【関連事項】市町国保における健康の維持増進及び医療費適正化の推進 【関連目標】・健診受診率、保健指導実施率 ・高血糖・高血圧者、血糖コントロール不良者 ・後発医薬品の使用割合

I 基本的事項（つづき）		
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制	保健事業の実施主体は広域連合ですが、住民に身近な市町が主導的な役割を担い実施の中心となることを目指します。 広域連合は、市町が実施する保健事業への支援・調整を図るとともに、高齢者の特性を踏まえた保健事業の重要性について理解・協力が得られるよう、データ等の根拠をもとに市町に働きかけ、十分な調整のうえ市町へ事業を委託する等の形で実施するよう努めます。とりわけ、市町が実施する国民健康保険の保健事業及び介護保険の地域支援事業と一体的に実施する生活習慣病等の重症化予防、フレイル予防等の保健事業（以下「一体的に実施する保健事業」という。）については、原則として、広域連合から市町への事業委託により実施します。 また、広域連合が事業を委託するときは、当該市町に対し、必要な委託事業費の予算確保に努めるとともに、域内全体の健康課題や構成市町における保健事業の取組状況等の情報提供及び、県や山口県国民健康保険団体連合会等の関係機関との調整、市町関係部局との定例的な対話の機会を設けるなど、市町の実務が円滑に運営されるよう支援・連携に努めます。 なお、いずれの場合においても、広域連合と市町の関連部署との連携体制づくりのために、関係者による定期的な協議・会議の開催に努めます。
	関係者等	医師会等の医療関係団体、医療保険者、被保険者及び学識経験者等で構成される「山口県高齢者医療懇話会」や山口県国民健康保険団体連合会が設置する「保健事業支援・評価委員会」による意見を踏まえ、事業に反映します。 市町における一体的に実施する保健事業の取組を支援するため、県、市町、山口県国民健康保険団体連合会等で構成する「高齢者保健事業推進連絡会議」等を開催します。 また、保健事業の実施にあたっては、医療関係団体等の関係機関とより一層の連携を図り、効果的な保健事業が実施できるように努めます。

（１）基本情報

人口・被保険者		対象者に関する基本情報					（2022年4月1日時点）
		全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）		1,315,949		624,664	47.4%	691,985	52.6%
被保険者数（人）		255,580		97,178	38.0%	158,402	62.0%
	65～69歳（人）	530	0.2%	309	0.3%	221	0.1%
	70～74歳（人）	1,371	0.5%	816	0.8%	555	0.4%
	75～79歳（人）	89,932	35.2%	39,515	40.7%	50,417	31.8%
	80～84歳（人）	71,820	28.1%	28,826	29.7%	42,994	27.1%
	85～89歳（人）	52,660	20.6%	18,232	18.8%	34,428	21.7%
	90歳以上（人）	39,267	15.4%	9,480	9.8%	29,787	18.8%

※構成比は端数処理の影響により合計が100%にならないことがあります。

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
構成市町村	連携内容 効果的・効率的な事業実施及び被保険者の利便性等の観点から、広域連合が実施する保健事業等のうち、身近な地域における実施が望ましい事業については市町と十分協議し、市町への事業委託等を推進します。 とりわけ、市町が実施する国民健康保険の保健事業及び介護保険の地域支援事業と一体的に実施する生活習慣病等の重症化予防、フレイル予防等の保健事業については、原則として、広域連合から市町への事業委託により実施します。 広域連合と市町の関連部署との連携体制づくりのために、関係者による定期的な協議・会議の開催に努めます。
都道府県	市町における一体的に実施する保健事業の取組を支援するため、県、市町、山口県国民健康保険団体連合会等で構成する「高齢者保健事業推進連絡会議」等を開催します。
国保連及び支援・評価委員会	「高齢者保健事業推進連絡会議」による取組支援体制を構築するとともに、広域連合および市町の一体的実施の取組の評価について、「保健事業支援・評価委員会」からの支援を受けます。
外部有識者・保健医療関係者	医師会等の医療関係団体、医療保険者、被保険者及び学識経験者等で構成される「山口県高齢者医療懇話会」による意見を踏まえ、事業に反映します。
その他	市町の一体的実施の取組を通じて、県の医療機関、医療専門職協議会、社会福祉協議会、地域包括支援センター、栄養士会等と連携して事業を推進します。

(2) 現状の整理

被保険者等の特性	被保険者数の推移	概ね年々増加傾向である。 県人口に占める被保険者の割合も平成29年度が17.1%であるが、令和3年度には18.4%に増加している（図1）。
	年齢別被保険者構成割合 男女比	【年齢構成】 ○75-79歳が最も構成割合が高い（男性40.7%、女性31.8%）。 ○75-84歳で全体の半数以上を占める（男性70.3%、女性59.0%）。 ○全国平均と比較して、85歳以上の割合が高い（図2）。 【男女比】 ○被保険者は男性37.7%、女性62.3%で女性が多い（図3）。
	その他	【人口に占める割合（全国比）】（図1） ○被保険者が人口に占める割合は、全国より3.9ポイント高い。 （令和3年度）県 18.4%、国 14.5% ○平成24年度から令和3年度までに2.9ポイント増加しており、全国の増加率（2.8ポイント）と同様である（図1）。 平成24年度 15.5% → 令和3年度 18.4% 【市町別被保険者数及び市町人口に占める被保険者割合】（図4） ○被保険者数が最も多いのは、下関市（48,433人）、最も少ないのは阿武町（866人） ○市町人口に占める被保険者割合が最も高いのは上関町（39.5%）、最も低いのは和木町と山口市（15.4%）。
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）	【全体目標】被保険者の健康寿命の延伸（表1） （平成28年度：男性72.18年、女性75.18年） 【中長期目標】被保険者の入院指標の減少（表1） ①1人当たり診療費における入院割合：平成27年度 65.3% ②レセプト1件当たり入院日数：平成27年度 20.3日 【個別保健事業の目標】表2参照
	目標の達成状況	【全体目標】健康寿命の延伸：達成（表1） （令和元年度：男性73.31年（+1.13）、女性75.33年（+0.15）） ⇒第3期計画でも継続目標とする。 毎年評価するため、「平均自立期間（要介護2以上）の延伸」を追加。 【中長期目標】一部達成（表1） ①1人当たり診療費における入院割合の減少 → 未達成 （令和3年度 65.5%（+0.2）） ②レセプト1件当たり入院日数の短縮 → 達成 （令和3年度 19.9日（-0.4）） ⇒第3期計画でも日常生活の自立の指標として②を継続目標とする。 さらに、死亡割合の高い循環器疾患の状況把握のため、「脳血管疾患及び虚血性疾患患者の減少」を追加。 【個別保健事業の目標】 第2期計画後半は15の評価指標のうち、8つの指標を達成した（表2）。 第2期の個別事業は、一部を除き評価指標の改善がみられたが、目標に到達しなかった事業があった。 ○目標達成事業（4つ）：糖尿病治療中断者等受診勧奨、後発医薬品の使用促進、やまぐち長寿健康チャレンジ、市町の連携強化 ○改善したが目標未達成事業（5つ）：健診、医療機関受診勧奨、歯科健診、生活習慣病等重症化予防の推進、低栄養防止等の推進 ○目標未達成事業（1つ）：訪問健康相談 ⇒目標未達成の事業については、目標値を見直し、第3期計画においても引き続き事業を実施する（表3）。 【第3期計画の個別事業及び目標】 第2期計画の評価をもとに、個別事業の事業区分を再設定した。 ⇒Ⅰ健康診査、Ⅱ一体的実施、Ⅲ適正受診の推進 個別事業の目標は、従来までの「健診・歯科健診受診率」等に加えて、フレイル防止及び生活習慣病等重症化予防の対象者である各ハイリスク者割合を追加した。

※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
健康調査・歯科 健康調査の実施 状況 分析	被保険者構成の将来推計	75歳以上の人口は2030年にピークを迎え、徐々に減少する。	- 第3期計画の計画期間に当たる2030年までは後期高齢者人口は増加する。人口増加に伴い医療費も増加する見込みである。 - 医療費の抑制のためには、特に75～79歳の層におけるアプローチが重要となる。	図5 推計人口及び2019年医療費 (KDB医療費分析)
	将来推計に伴う医療費見込み	○75歳以上の医療費は人口に伴い、2030年にピークを迎え、徐々に減少する。 ○医療費が最も高くなる年齢層は、2025年までは75～79歳、2030年～2035年には80～84歳、2040年以降は90歳以上となる。		
健康調査・歯科 健康調査の実施 状況 分析	全国平均との比較	【令和4年度】 ○平均余命：男性81.2歳、女性87.8歳（国：男性81.7歳、女性87.8歳） →男性は国より0.5年短い。 ○平均自立期間（要介護2以上）：男性79.8歳、女性84.7歳（国：男性80.1歳、女性84.4歳） →国より男性で0.3年短く、女性で0.3年長い ○平均余命と平均自立期間の差（不健康期間の差）：男性1.4年、女性3.1年 【令和3年度】 ○死因別死亡割合：心疾患（+1.7）、肺炎（+2.0）、脳血管疾患（+0.7）は国より高く、がん（-1.2）、老衰（-1.1）、誤嚥性肺炎（-0.6）は国より低い。	- 男性は平均余命、平均自立期間ともに、国より短いが、平均余命との差が大きいため、不健康期間は国よりも短い。 - 女性は平均余命は国と同じ、平均自立期間は国より長く、不健康期間が国よりも短い。 - 平均自立期間が高い市町村と、平均余命も高い。 - 死因別死亡割合では、心疾患、脳血管疾患、肺炎の死亡率が国より高い。 ⇒生活習慣病（特に糖尿病、高血圧症）やフレイルの重症化を予防することが死因（循環器疾患や肺炎）に影響を及ぼす可能性がある。	図6 ～ 図10
	構成市町村比較	【令和4年度】 ○平均余命（県）：男性81.2歳、女性87.8歳 最も高い市町：男性 82.0歳（山口市） 女性 88.6歳（和木町） 最も低い市町：男性 77.0歳（上関町） 女性 85.7歳（田布施町） ○平均自立期間（要介護2以上）（県）：男性79.8歳、女性84.7歳 最も高い市町：男性 80.7歳（山口市） 女性 86.1歳（和木町） 最も低い市町：男性 76.1歳（上関町） 女性 83.3歳（田布施町、周防大島町） ○平均余命と平均自立期間の差（不健康期間）（県）：男性1.4年、女性3.1年 最も小さい市町：男性 0.9年（上関町） 女性 2.4年（田布施町） 最も大きい市町：男性 1.5年（岩国市） 女性 3.5年（宇部市）		表4 ～ 表5
健康調査・歯科 健康調査の実施 状況 分析	経年変化	【令和2年度～令和4年度】 ○平均余命：過去3年間で男性0.2歳、女性1.3歳上昇。 ○平均自立期間：過去3年間で男性0.1歳、女性0.6歳上昇。	- 健康受診率は、平成30年度の健診対象者見直し（生活習慣病での定期受診者を撤廃除外）により36.2%まで上昇するも、その後は30%以上の値で推移している。 - しかし、健診受診者数は減少傾向であり、生活習慣病対策が、必要な層の受診者数を増やしていく必要がある（特に75～84歳） - 受診率を市町村別に見ると、上位5位と下位5位は概ね固定化している。 - 国保の前期高齢者を含む特定健診受診率が高い市町村ほど、後期高齢者健診の受診率が高い傾向にある。 ⇒国保の特定健診の段階での受診率が後期高齢者となってからも影響することが考えられるため、国保と連携した受診率向上に際する取組の推進が重要。 令和6年度から健診対象者の見直し（生活習慣病での定期受診者を対象者に含める）があるため、受診率向上の取組の対象者の変更が必要。	図6 ～ 図8
	全国平均との比較	○平成30年以降、国と比べ1.9～9.6%程度高い状態で推移している。 ○平成30年度に対象者から除外した「生活習慣病での定期受診者」（令和6年度より対象者に追加）を対象に加えると、国と比較して9.7%～14.4%低い状態である。		図11
健康調査・歯科 健康調査の実施 状況 分析	構成市町村比較	【健康調査の受診率】 ○最も高い市町46.9%（阿武町）と最も低い市町19.7%（周防大島町）では、27.2%の差がある。 ○上位5位は39.9～46.9%、下位5位は19.7～27.9%。 ○下位6位以外は受診率30%以上。 ○上位5位市町村における国保の特定健診受診率は37.1～43.6%。下位5位は26.4～34.2%であり、概ね後期高齢者の健診受診率と同じ傾向である。 【歯科健康調査の受診率】 ○最も高い市町16.2%（田布施町）と最も低い市町5.1%（山陽小野田市）では、11.1%の差がある。		表6 ～ 表7
	経年変化	【健康調査】 ○健診受診率の推移：令和元年度30.4%、令和2年度35.4%、令和3年度31.7%、令和4年度32.4%。 ○75歳～84歳の受診率：令和2年から令和3年度にかけて低下したが、令和4年度に上昇した。 ○75歳～84歳の受診率：（R2：35.4%）（R3：33.0%）（R4：34.4%） ○健診受診者数は平成29年をピークに3万3千～3万5千人で推移。 【歯科健康調査】 ○令和元年度7.8%、令和2年6.3%、令和3年度7.0%、令和4年度9.5%。 ○歯科健診の受診率は令和2年に低下したが、令和3年以降に上昇に転じた。		図11 ～ 図13
			歯科健診は、令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が減少したが、令和3年度以降は増加に転じ、令和4年度は9.5%まで上昇した。引き続き続き、オールフレイルの普及啓発を図り、健診受診率の向上を目指す。	図11 ～ 図13
			- 図11 H25～R4年 業務課健診受診率、H25～R4年 全国健診：厚生労働省発表値 - 図12 H30～R4年（年齢別）KDB健診・医療・介護データからみえる地域の健康課題 - 図13 H29～R4年 業務課歯科健診受診率	図11 ～ 図13

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典	
健康診査 歯科健康 診査 質問票の 分析 (続き)	健康診査結果・歯科 健康診査結果の状況 (健康状況)	全国平均との 比較	【健康診査】 ○有所見率は全国と比較して、0.2%低い(県：60.7%、国60.9%)。 ○有所見率を項目別にみると、全国と比較して血糖(県：7.7%、国10.9%)は低い、血圧(県：35.9%、 国35.2%)と脂質(県：22.7%、国19.8%)は高い。	図14	R4年 KDB 地域の全体像 の把握
		構成市町村 比較	【健康診査】 ○有所見率が最も高い市町93.2%(和木町)と最も低い市町51.5%(長門市)では、41.7%の差がある。 ○上位5位は71.7~93.2%、下位5位は51.5~64.5%。 ○上位5位は有所見率70%以上。	表8 表9	KDB 地域の全体像 の把握 業務課 歯科健康診査結果
		経年変化	【歯科健康診査】 ○有所見率が最も高い市町50.0%(和木町)と最も低い市町17.0%(御井市)では、33.0%の差がある。	表8~ 表9	
	健康診査結果・歯科 健康診査結果の状況 (健康状況)	経年変化	【健康診査】 ○令和2年から4年の有所見率について、血圧(35.6~36.2%)、血糖(7.5~7.7%)と概ね同程度で推移している が脂質は低下傾向(27.2%→22.7%)。 ○血圧の有所見率は、令和元年度が32.1%と最も低く、令和3年度に36.2%と4.1%上昇した。 令和4年度は35.9%と前年度と同レベルを維持した。 【歯科健康診査】 ○有所見率は、令和2年26.7%、令和3年度27.7%、令和4年度31.8%と年々上昇している。 ○オーラルフレイルリスク割合は、令和元年度のみ28.9%と高かったが、令和2年15.0%、令和3年度11.9%、 令和4年度16.3%と低下している。 ○有所見率は「歯周病(74.0%)」「齲蝕(43.8%)」「むし歯(28.8%)」が高く、口腔機能では「舌の動き (28.9%)」が最も高い。 ○有所見率は「歯周病」「かむ力」「舌の動き」「かむ力」「舌の動き」「むし歯」「齲蝕」は低下傾向。	図15 ~ 図18	H29~R4年 KDB 地域の 全体像の把握 図16~18 業務課 歯科健康診査結果
健康診査 歯科健康 診査 質問票の 分析 (続き)	質問票調査結果 の状況 (生活習慣)	全国平均との 比較	○質問票のフレイルリスクは全国と比較して割合が低い項目が多い。 ○割合が高い項目は、運動(転倒)(県：19.4%、国18.1%)の1項目。	図19	R4年 の把握
		構成市町村 比較	○フレイルリスク割合について、最も高い市町と最も低い市町との差が高い項目は、口腔(かむ力)と運動(習慣)の 項目である。 口腔(かむ力)：最も高い市町41.7%(上関町)と最も低い市町20.6%(和木町) →差：21.1 運動(習慣)：最も高い市町44.4%(美祿市)と最も低い市町24.3%(上関町) →差：20.1 ○県平均を超えている市町数が多い項目：健康状態12市町、口腔(かむ力)11市町、 運動(歩行)11市町、運動(習慣)10市町	表10	R4年 KDB 地域の全体像 の把握
		経年変化	○令和2年から4年の質問票フレイルリスク割合の比較(±0.2以上の変化) リスク割合が低下した項目：10項目(健康、心の健康、運動、歩行)、運動(転倒)、運動(転倒)、運動(転倒)、 認知(物忘れ)、認知(見当惑)、社会参加(外出)、社会参加(付き合い)、社会参加(ソーシャルサポート)) リスク割合の変化がない項目：3項目(口腔(かむ力)、口腔(嚥下)、体重変化) リスク割合が上昇した項目：2項目(食習慣、喫煙)	図20	R2~R4年 KDB 質問票調 査の経年比較
	健康状態不明者 の数の	全国平均との 比較	(全国値なし)		なし
健康状態不明者 の数の	健康状態不明者 の数の	構成市町村 比較	○健康状態不明者割合が最も高い市町1.7%(周南市)と最も低い市町0.9%(和木町)では、0.8%の差がある。 ○上位5位は1.7~1.6%、下位5位は0.9~1.2%。 ○上位10位は健康状態不明割合1.5%以上で、県平均と同じく、より高い。 ○一体的実施により健康状態不明者対策を進めている市町は令和4年度は8市町(山口市、萩市、防府市、長門市、 美祿市、周南市、山唐小野田市、平生町) →令和4年度の健康状態不明割合が県平均より高く、一体的実施の健康状態不明対策に取り組んでいない市町は 5市町(御井市、下関市、田布施町、下松市、光市)。	表11	R4年 一体的実施・KDB活 用支援ツール R3~5年 業務課 一体的実 施取組状況資料
		経年変化	○健康状態不明者割合の推移：令和元年度1.4%、令和2年1.4%、令和3年度1.5%、令和4年度1.5%。 ○健康状態不明者割合は微増しながら、ほぼ同程度で推移している。	図21	H30~R4年 一体的実施・ KDB活用支援ツール

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	全国平均との比較	○1人当たり医療費は全国と比較して、66,974円高い（県：906,842円、国839,868円）。外来医療費は全国平均以下であるが、入院医療費が高い。 ○平成29年以降、国との差は減少してきている（H29年92,285円→R3年72,932円）。 ○受診率は全国と比較して高い（県：1,407.13、国：1,308.89）。	・全国と比較して、受診率が高く、1人当たり医療費が高い。その原因は入院医療費である。 ・疾病別には、脳梗塞と骨折が全国平均より1人当たり医療費が高い。高血圧症、脂質異常症、脳血管疾患の患者割合が、全国平均より高い。 ・骨折は、すべての市町で医療費上位の疾患であり、1人当たり医療費は市町差がある疾病でもある。他の疾患の1人当たり医療費が減少傾向にある中、骨折は他の疾患より高い金額を維持しており、各市町の原因に合わせた対策が必要である。 ・生活習慣病では、脳梗塞、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧が医療費上位疾患であり、県全体で生活習慣病重症化予防に取組んでいく必要がある。 ・特に、脳血管疾患は患者割合は減少してきているが、市町差が最も高い疾患であり、患者割合が高い市町を中心に重症化予防の取組が必要である。 ⇒医療費や生活習慣病患者割合から脳血管疾患等の生活習慣病重症化予防に必要であり、体的実態等を通して生活習慣病重症化予防に取組む必要性が高い。 ・後発医薬品については、令和4年に目標値80%を超えたが、目標値を達成していない市町が4市町あるため、引き続き医療費通知等で切り替えを促進していく。 ・服薬に課題がある者の割合は重複は少ないが、多剤は多い。催眠鎮静薬・抗不安薬を処方されている者も多い。 ・骨折予防のために、転倒の原因となりうる椎状静脈などの副作用に注目した取組を進めていく必要がある。	表12 表12 図22 R4年 KDB 地域の全体像の把握 H29～R3年 厚生労働省 後期高齢者医療事業報告
	構成市町村比較	○1人当たり医療費が最も高い市町1,011,565円（美祿市）と最も低い市町747,592円（光市）では、263,973円の差がある。 ○上位5位は963,851～1,011,565円、下位5位は747,592～816,185円。		表13 R4年 KDB 市町別データ
	経年変化	○1人当たり医療費は、令和元年度1,039,820円、令和2年1,002,033円、令和3年度1,013,444円。 ○平成29年以降、減少傾向である。		図22 H29～R3年 厚生労働省 後期高齢者医療事業報告
	全国平均との比較	○疾病別1人当たりの医療費が全国と比較して高いのは、脳梗塞（県：34,524円、国26,473円）、骨折（県：47,890円、国38,969円）であった。		表14 R4年 KDB 疾病別医療費分析（細小分類）
	構成市町村比較	○医療費上位10疾患をみると、すべての市町で骨折、関節疾患、脳梗塞、糖尿病、高血圧症は上位に入っていた。 ○慢性腎臓病（透析あり）も3町を除き、上位に入っていた。 ○疾病別1人当たり医療費の市町差がある疾病は、慢性腎臓病（透析あり）、肺炎、脳梗塞、骨折、慢性腎臓病（透析あり）、最も高い市町40,665円（下関市）、最も低い市町1,569円（阿武町） 肺炎：最も高い市町38,152円（長門市）、最も低い市町5,766円（阿武町） 脳梗塞：最も高い市町48,137円（萩市）、最も低い市町20,596円（平生町） 骨折：最も高い市町55,731円（下関市）、最も低い市町30,757円（防府市）		表15 ～ 表16 R4年 KDB 医療費分析（1）細小分類
	経年変化	○疾病別1人当たり医療費をみると、全体的に年々低下している。 慢性腎臓病（透析あり） 平成29年度35,340円→令和4年度27,200円 脳血管疾患：平成29年度49,873円→令和4年度41,821円 ○骨折は平成30年から上昇し、そのままの状態で維持しているが、令和4年度は低下した。 平成29年度46,635円→平成30年度49,595円→令和4年度47,890円		図23 H29～R4年 KDB 医療費分析（1）細小分類
	全国平均との比較	○患者（医科）レプト保有者）割合は全国と比較して、2.9%高い（県：84.2%、国81.3%）。 ○患者割合は平成30年以降、全国と比較して2.9～3.6%高い状態で推移している。 ○各生活習慣病の患者割合を全国と比較すると、高血圧症（県：58.8%、国55.3%）、脂質異常症（県：42.6%、国40.1%）、脳血管疾患（県：16.4%、国12.6%）の割合が高い。		図24 ～ 図25 H29～R4年 KDB 医療費分析（1）細小分類
	構成市町村比較	○生活習慣病患者割合の市町差がある疾病は、脳血管疾患、高血圧症、虚血性心疾患。 脳血管疾患：最も高い市町29.7%（美祿市）、最も低い市町8.6%（上関町） 高血圧症：最も高い市町64.6%（美祿市）、最も低い市町51.7%（平生町） 虚血性心疾患：最も高い市町20.0%（和木町）、最も低い市町7.5%（下松市）		表17 R4年 KDB 医療費分析（1）細小分類
	経年変化	○生活習慣病患者の割合は80%前後で推移しているが、減少傾向にある。 令和2年度80.2% →令和3年度79.8% →令和4年度79.4% ○令和2年から4年までの生活習慣病の患者割合の変化（±0.5%の変化） 増加：糖尿病（+0.7）、糖尿病（+0.5） 維持：人工透析（0.0）、高血圧症（-0.3） 減少：脳血管疾患（-1.5）、虚血性心疾患（-1.2）		図26 H29～R4年 KDB 医療費分析（1）細小分類
	後発医薬品の使用割合	○後発医薬品の使用割合（数量ベース）は令和4年3月に80.0%に到達し、その後6月に80.0%を下回ったが、7月以降は目標値80.0%を超えている。 ○全国と比較して、低い割合で推移していたが、徐々に上昇し、令和4年9月には80.9%となり、国の平均値（速報値79.0%）を超えた。令和5年3月には82.0%となった。 ○令和元年までは後発医薬品切り替え通知の送付が18市町にとどまっていたが、令和2年より全19市町での送付となっている。 ○後発医薬品の使用割合が最も高い市町88.2%（阿武町）と最も低い市町72.8%（周防大島町）では、15.4%の差がある（令和5年3月）。 ○目標値の80%を超えている市町数は15市町（78.9%）である（令和5年3月）。		図27 ～ 図28 H25～R4年 業務課 利用実態 厚生労働省後発医薬品 使用割合の目標と推移
	重複投薬患者割合 多剤投薬患者割合	○重複薬あり（1剤以上）：0.7%、重複薬効あり（1薬効以上）：6.6% ○多剤：（10剤以上）18.2%、（15剤以上）4.2%、（20剤以上）：0.8% ○催眠鎮静薬・抗不安薬：11.9% ○重複薬効ありの割合が最も高い市町7.7%（宇部市）と最も低い市町4.7%（周防大島町）では、3.0%の差がある。 ○多剤（10剤以上）の割合が最も高い市町23.6%（美祿市）と最も低い市町12.9%（田布施町）では、10.7%の差がある。		表18 ～ 表19 KDB 介入支援対象者一覧（服薬管理）（R4年5月診療分）
	重複・頻回受診者割合	○重複・頻回受診あり：0.35%（令和4年度） ○重複・頻回受診者の割合は、減少傾向にある。 令和元年度0.74% →令和2年度 中止 →令和3年度0.46% →令和4年度0.35%		図29 H30～R4年 業務課 訪問健康相談 事業実施結果報告書

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	全国平均との 比較	○要介護認定率（1号）は全国と同程度である（県：19.4%、国：19.4%）。 ○新規要介護認定率は全国と同程度である（県：0.3%、国：0.3%）。	・介護認定率は全国と同程度であるが、要介護認定者の有病率はがんを除いて高く、特に心臓病・脳血管疾患などの循環器疾患の割合が高い。 ・1人当たりの介護給付費は全国より高く、介護認定の有無による医療費の比較（介護・医療のクロス分析）でも介護認定ありの医療費が高い（特に入院医療費）ことから、介護給付費・医療費の上昇を抑制するためには、介護予防が重要である。 ・介護予防を推進するにあたり注目すべき疾患は、要介護度が進みにつれて有病率が上昇する循環器疾患や肺炎であり、生活習慣病の重症化予防とともに居宅養育予防の対策が必要である。 ⇒要介護認定者の循環器疾患の有病率が高いことから、一体的な実施のポピュレーションアプローチなどで、循環器疾患の重症化予防及び低栄養予防に関する知識を普及啓発する必要がある。 ・山口県では全市町で通いの場が展開されており、高齢者人口あたりの通いの場箇所数が全国より多い。 ・また、1箇所あたりの参加者数は全国より少ないことから、ポピュレーションアプローチを実施する際に、比較的人口数に対して教育が行える強みがある。	図30 ～ 図31
	要介護認定率の 状況	○要介護認定率（1号）が最も高い市町24.3%（上関市）と最も低い市町15.1%（平生町）では、9.2%の差がある。 ○上位5位は20.2～24.3%、下位5位は15.1～17.8%。 ○県平均の19.4%を超えるのは上位7位まで。		図32
	構成市町村 比較			図32
	経年変化	○要介護認定率（1号）は、令和2年20.1%、令和3年度20.0%、令和4年度19.4%。 ○平成29年以降、20%前後で維持している。		図30
	全国平均との 比較	○1人当たりの介護給付費は全国と比較して11,401円高い（県：145,171円、国：133,770円）。 ○平成29年以降、国との差は減少してきている（H29年14,437円→R4年11,401円）。		図33
	介護給付費	○1人当たりの介護給付費が最も高い市町262,419円（上関町）と最も低い市町127,827円（周南市）では、134,592円の差がある。 ○上位3位は219,076～262,419円、下位3位は町127,827～131,969円。 ○介護認定率に関わらず、1人あたりの介護給付費が県平均に近い市町が多いが、一部介護認定率と介護給付費が平均より高い市町（周防大島町、上関町、阿武町）と介護認定率と介護給付費がともに低い市町（周南市、平生町）がある。		図34 ～ 図35
	経年変化	○1人当たりの介護給付費は、令和2年143,533円、令和3年度143,134円、令和4年度145,171円。 ○平成30年以降、増加傾向である。		図33
	全国平均との 比較	○要介護者の有病率は、がんを除いて全国より高い。 ○特に有疾患の差が大きいのは、心臓病5.4%（県：65.7%、国：60.3%）、精神5.2%（県：42.0%、国：36.8%）、脳血管疾患5.1%（県：27.7%、国：22.6%）。		図36
	構成市町村 比較	○要介護者の有病率において市町差が大きい疾病は、脳血管疾患、精神、脂質異常症。 ○循環器疾患：最も高い市町42.9%（美祿市）、最も低い市町13.5%（上関町） ○精神：最も高い市町48.9%（和木町）、最も低い市町23.7%（上関町） ○脂質異常症：最も高い市町43.1%（長門市）、最も低い市町19.6%（上関町）		表20
	要介護認定者の 有病率 （疾病別）			図37
介護 関係の 分析	要介護度別 有病率 （疾病別）	○要介護者の有病率において、減少傾向にあるのは脳血管疾患（平成29年度31.1%→令和4年度27.7%） ○要介護者の有病率において、増加傾向にあるのは認知症、脂質異常症。 認知症：平成29年度 26.7%→令和4年度 28.4% 脂質異常症：平成29年度 32.5%→令和4年度 35.3%	⇒要介護認定者の循環器疾患の有病率が高いことから、一体的な実施のポピュレーションアプローチなどで、循環器疾患の重症化予防及び低栄養予防に関する知識を普及啓発する必要がある。 ・山口県では全市町で通いの場が展開されており、高齢者人口あたりの通いの場箇所数が全国より多い。 ・また、1箇所あたりの参加者数は全国より少ないことから、ポピュレーションアプローチを実施する際に、比較的人口数に対して教育が行える強みがある。	図37
	要介護認定有無 別の有病率 （疾病別）	○要介護度別の有病率における要介護度の上昇に伴う変化 有病率が低下する：筋・骨疾患、高血圧症、脂質異常症、糖尿病 有病率の増加が少ない：がん 有病率が高くなる：循環器疾患、認知症、肺炎 ○要介護認定ありの方の有病率が高くなる疾患は、認知症（あり41.8%、なし4.3%）、循環器疾患（あり77.7%、なし56.5%）、肺炎（あり25.2%、なし11.1%）、筋・骨疾患（あり79.4%、なし68.9%）。		図38 ～ 図39
	要介護度別の 比較			図38
	要介護認定 有無別の比較			図39
	全国平均との 比較	○山口県はすべての市町で通いの場が運営されている（国：97.6%）。 ○65歳以上人口千人当たりの箇所数は全国より多い（山口県：4.7箇所/千人、県：4.0箇所/千人）。 ○参加者に占める75歳以上の割合は全国よりわずかに低い（山口県：71.0%、国：72.2%）。 ○通いの場1箇所当たりの参加者数は全国より少ない（山口県：12.5人、国15.3人）		表21
	通いの場の展開 状況 （箇所数・参加 者数等）	○65歳以上人口千人当たりの箇所数が最も高い市町23.6箇所（美祿市）と最も低い市町0.6箇所（田布施町）では、23.0箇所の差がある。 ○1箇所当たりの参加者数が最も多い市町36.0人（田布施町）と最も少ない市町6.1人（周防大島町）では、29.9人の差がある。		表22
	経年変化	○通いの場箇所数は、令和2年2,142箇所、令和3年度1,929箇所、令和4年度2,151箇所。 ○通いの場参加者数は、令和2年27,975人、令和3年度24,791人、令和4年度26,814人。 ○箇所数、参加者数ともに令和3年は減少したが、増加傾向。		表22
	介護・医療のクロス分析	○介護認定あり・なしによる1人当たりの医療費の比較では、介護認定ありの方が医療費が高い。（入院）介護認定あり 976,335円、介護認定なし 202,269円 →差：774,066円（外来）介護認定あり 429,032円、介護認定なし 295,741円 →差：133,291円		図40
				表23

Ⅲ 計画全体

実施する課題	広域連合がアプローチする課題	課題解決に係る取組の方向性	実施する事業番号
✓	A・健康状態を客観的指標により把握している被保険者の増加	・一体的実施の進捗管理と実施継続に向けた支援	1-6
✓	B・県内における健康受診率が高い市町村の減速 ・県内における健康受診率が低い市町村の改善	・後援市町村等との受診率向上の支援 ・被保険者等と市町村等との受診率向上の支援	1・2
	C・生活習慣病等のハイリスク者の減少 ・フレイルリスク者の減少（口腔機能低下・低栄養）	・一体的実施の進捗管理と実施継続に向けた支援	3-6
	D・適正な受診行動を実行する被保険者の増加 （重複受診受診、重複・歯科健診後の受診抑制プログラップ）	・重複検出受診者に対する対応指導の実施 ・健診・歯科健診後の受診抑制プログラップ	1・2 7・8

必要に応じて課題を列挙

課題の解決
に資する事業設計

計画全体の目的
（この計画によって目指す姿）

被保険者の健康寿命（平均自立期間）の延伸を目指すために、被保険者の自立に係る指標（シセプト1件当たり入院日数及び重複検出受診者の割合）の減少を目指す。

被保険者自身が健康増進活動を行えるよう、生活習慣病等の重症化予防や心身機能の低下防止に向けた支援を行うことで、被保険者ができる限り早く自立した日常生活を送ることを目的とする。

目的	評価項目（共通評価指標）	計画実施年度実績 ※1		目標値 ※2					
		2022 (R7)	2023 (R8)	2024 (R9)	2025 (R10)	2026 (R11)	2027 (R12)	2028 (R13)	2029 (R14)
一体的実施の推進 実効市町村数の増加	健康受診率の向上	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
	健康受診率	15.27%	15.27%	15.27%	15.27%	15.27%	15.27%	15.27%	15.27%
	歯科健診実施市町村数・割合	19	19	19	19	19	19	19	19
	歯科健診実施市町村数・割合	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	歯科健診実施市町村数・割合	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%
	健康状態不明者の割合	10.53%	10.53%	10.53%	10.53%	10.53%	10.53%	10.53%	10.53%
	口腔	10.53%	10.53%	10.53%	10.53%	10.53%	10.53%	10.53%	10.53%
	身体的フレイル	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	肥満（重複・多剤）	15.79%	15.79%	15.79%	15.79%	15.79%	15.79%	15.79%	15.79%
	重症化予防（糖尿病性腎症）	21.05%	21.05%	21.05%	21.05%	21.05%	21.05%	21.05%	21.05%
一体的実施の推進 ハイリスク者割合の減少	重症化予防（その他身体的フレイルを含む）	15.79%	15.79%	15.79%	15.79%	15.79%	15.79%	15.79%	15.79%
	健康状態不明者	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%
	健康状態不明者	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%
	健康状態不明者	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%
	健康状態不明者	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%
	健康状態不明者	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%
	健康状態不明者	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%
	健康状態不明者	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%
	健康状態不明者	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%
	健康状態不明者	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%	42.11%
適正受診の推進	適正受診の推進	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%
	適正受診の推進	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%
	適正受診の推進	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%
	適正受診の推進	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%
	適正受診の推進	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%
	適正受診の推進	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%
	適正受診の推進	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%
	適正受診の推進	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%
	適正受診の推進	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%
	適正受診の推進	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%	82.01%

個別事業及び計画期間における進捗管理

事業区分	事業名	進捗状況 （達成率）	重点・優先 事項	実施年度（計画年度）					
				2024 (R9)	2025 (R10)	2026 (R11)	2027 (R12)	2028 (R13)	2029 (R14)
1	健康診査	達成	✓	達成	達成	達成	達成	達成	達成
2	健康診査	達成	✓	達成	達成	達成	達成	達成	達成
3	一体的実施	達成	✓	達成	達成	達成	達成	達成	達成
4	一体的実施	達成	✓	達成	達成	達成	達成	達成	達成
5	一体的実施	達成	✓	達成	達成	達成	達成	達成	達成
6	一体的実施	達成	✓	達成	達成	達成	達成	達成	達成
7	適正受診	達成	✓	達成	達成	達成	達成	達成	達成
8	適正受診	達成	✓	達成	達成	達成	達成	達成	達成

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	被保険者の健康管理及び生活習慣病等の重症化リスクを把握し、適切に医療につなげていくことで、被保険者の健康の保持増進を図る。
-------	---

事業の概要	【健康診査】 除外要件に該当する者を除いた後期高齢者医療被保険者全員に対して、特定健診に準拠した健康診査を実施。 【健康診査の普及啓発】 ①健康診査を受診していない被保険者に対する受診勧奨及び②普及啓発（ポスター、広報掲載、やまぐち長寿健康チャレンジ等）を実施。
-------	--

*令和6年度以降の健診対象者算定方法による試算値

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	健診受診率の増加	健診受診者数/健診対象者数	*15.3%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
	2									
	3									

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	受診勧奨による健診受診率	健診受診者数/受診勧奨通知送付者数	10.1%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
	2	76～85歳の健診受診率	76～85歳の健診受診者数/76～85歳の健診対象者数	*19.3%	20%	21%	22%	23%	24%	25%
	3	各市町の健診受診率	各市町の健診受診者数/各市町の健診対象者数	*8.2%～26.3%	市町格差減少	市町格差減少	市町格差減少	市町格差減少	市町格差減少	市町格差減少
	4	やまぐち長寿健康チャレンジへの被保険者の参加	やまぐち長寿健康チャレンジへの参加者数	1,034人	1,050人	1,100人	1,150人	1,200人	1,250人	1,300人
	5									

プロセス（方法）	概要	1. 健康診査の実施 2. 健康診査の普及啓発 ①健康診査受診勧奨 ②健康診査の普及啓発
	実施内容	1. 健康診査の実施 【対象者】除外要件に該当する者を除いた後期高齢者医療被保険者全員。 ＜除外要件＞①生活習慣病による治療中の者（健康診査受診希望者を除く） ②長期入院者 ③当該年度の3月に被保険者資格を取得した者 ④当該年度に健康診断を受けた者 ⑤除外申出者 ⑥既定の施設に入所または入居している者 ⑦妊産婦 ⑧服薬中の者 ⑨国内に住所を有しない方 ⑩ 船員保険の該当者 *①・④・⑤・⑥は、令和6年度以降の除外要件から削除予定。ただし、本人からの申し出がない限り受診券の交付は行わない予定。なお、⑦～⑩は令和6年度以降除外要件に追加予定 【実施機関】・個別健診：県内の指定医療機関 ・集団健診：市町の集団健診との同時実施 【検査項目】問診、診察（身体計測、血圧）、尿検査、血液検査（脂質、血糖、肝機能、腎機能、栄養、貧血） 【検査費用】自己負担額 500円 【実施体制】広域連合直営。健康診査業務は、山口県医師会及び市町へ委託。 2. 健康診査の普及啓発 ①健康診査受診勧奨 【対象者】健康診査を受診していない被保険者。 過去の健康診査を受診していたが、現在除外等で健康診査が交付されていない方（令和6年度から：特に79～85歳を優先に実施予定） 【実施内容】受診勧奨通知を年1回郵送。 【実施体制】広域連合直営。 ②健康診査の普及啓発 【実施内容】 ・後期高齢者医療制度パンフレットへの健診の必要性及び質問票によるフレイルチェックの掲載。 ・健康診査ポスターの掲示、市町広報への掲載。 ・老人クラブ連合会、シルバー人材センターとの連携による健診の周知。 ・「やまぐち長寿健康チャレンジ」の実施による健診受診のきっかけづくり。 【実施体制】広域連合直営。
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 健康診査の実施 健康診査受診者数を確認（次年度6月）。 2. 健康診査の普及啓発 ①健康診査受診勧奨：健康診査受診勧奨送付者の健康診査受診の有無を確認（次年度6月）。 ②健康診査の普及啓発：事業実施量をモニタリング（中間及び年度末）。
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	実施体制（委託・直営）
	実施内容	実施体制 ・健康診査業務について、山口県医師会及び集団健診実施市町と委託契約を締結。 ・健康診査代行機関は、山口県国保連。 ・普及啓発は、広域連合にて実施。県（国保）と連携した医療機関向け受診率向上対策を実施予定。 ・健診受診率向上対策について、市町（国保の特定健診状況）と情報共有を実施予定。 ・広域連合の担当職員数は、5人（職員2、会計年度3）。
	実施後のフォロー・モニタリング	広域連合内の高齢者保健事業推進会議によって、年度開始時、中間、年度末に事業の進捗管理及び評価を実施。
	備考	

IV 個別事業		事業シート [健康診査]	
事業2		歯科健康診査事業	

事業の目的	食事摂取に必要な口腔機能低下の早期発見により、適切に医療につなげていくことで、被保険者の口腔機能の低下防止を図る。
-------	---

事業の概要	【歯科健康診査】 後期高齢者医療への新規加入者を中心に、歯科健康診査（愛称「お口の健康診断」）を実施。 【歯科健康診査の普及啓発】 歯科健康診査を受診していない被保険者に対する受診勧奨及び普及啓発を実施。
-------	--

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	歯科健診受診率の増加	歯科健診受診者数/歯科健診対象者数	9.5%	10%	11%	12%	13%	14%	15%
	2									
	3									
	4									
	5									

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	受診勧奨による歯科健診受診率	歯科健診受診者数/歯科受診勧奨通知者数	2.1%	5%	5%	5%	8%	8%	8%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス（方法）	概要	1. 歯科健康診査の実施 2. 歯科健康診査の普及啓発 ① 歯科健康診査受診勧奨 ② 健康診査の普及啓発（ポスター、広報掲載等）の実施
	実施内容	1. 歯科健康診査の実施 【対象者】前年度に後期高齢者医療被保険者となった者（＊1）及び歯科健康診査を希望する被保険者（＊2）。 ＊1）前年度75歳年齢到達による新規資格取得者、及び75歳未満の障害認定等による新規資格取得者。 ＊2）＊1）の該当者および当該年度の新規資格取得者を除くすべての被保険者。 【実施機関】県内の指定歯科医療機関 【検査項目】・基本項目（う歯、歯周病の有無、残存歯数など） ・口腔機能総合評価（口臭、咀嚼機能、舌機能、嚥下機能、口腔乾燥） 【検査費用】自己負担額 無料。 【実施体制】広域連合直営。歯科健康診査業務は、山口県歯科医師会へ委託。 2. 歯科健康診査の普及啓発 ① 歯科健康診査受診勧奨 【対象者】 （1 回目）前年度の歯科健診受診者のうち、歯科受診歴がない者。 （2 回目）健康診査の質問票における口腔機能低下リスク者のうち、歯科受診歴がない者。 【実施内容】受診勧奨通知を年1回郵送。 【実施体制】広域連合直営。 ② 健康診査の普及啓発 【実施内容】 ・後期高齢者医療制度パンフレットへのオーラルフレイル予防の掲載。 ・歯科健康診査ポスターの掲示、市町広報誌への掲載及び啓発用チラシの配布。 ・老人クラブ連合会、シルバー人材センターとの連携による歯科健診の周知。 ・歯科健診結果の見方の作成。 【実施体制】広域連合直営。
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 歯科健康診査の実施 歯科健康診査受診者数を確認（次年度6月）。 2. 歯科健康診査の普及啓発 ① 歯科健康診査受診勧奨：歯科健康診査受診勧奨送付者の歯科健康診査受診の有無を確認（次年度6月）。 ② 歯科健康診査の普及啓発：事業実施量をモニタリング（中間及び年度末）。
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	実施体制（委託・直営）
	実施内容	実施体制 ・歯科健康診査業務について、山口県歯科医師会と委託契約を締結。 ・歯科健診受診券発行、歯科健診結果および質問票の入力は、広域連合。 ・普及啓発は、広域連合にて実施。 ・広域連合の担当職員数は、4人（職員1、会計年度3）。
	実施後のフォロー・モニタリング	広域連合内の高齢者保健事業推進会議によって、年度開始時、中間、年度末に事業の進捗管理及び評価を実施。
	備考	

IV 個別事業	事業シート [高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施]
事業3	フレイル防止事業

事業の目的	フレイル予防等に対する保健指導や健康教育を行うことで、要介護状態への移行を防止することを目的とする。
事業の概要	【ハイリスクアプローチ】 フレイルに陥る可能性のある被保険者に対し、医療専門職による保健指導を実施。 【ポピュレーションアプローチ】 通いの場等の住民主体の活動に参加している者に対し、健康教育（健康教室・健康相談）を実施。

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	ハイリスク者割合の維持（低栄養）	低栄養リスク者数/被保険者数	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%
	2	ハイリスク者割合の減少（口腔）	口腔機能低下リスク者数/被保険者数	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	1.5%	1.5%	1.5%
	3	ハイリスク者割合の維持（身体的フレイル）	身体的フレイルリスク者数/被保険者数	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%
	4	保健指導による検査値等の維持・改善率	指導前後の検査値等の維持・改善者数/保健指導対象者数	87.5%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	5									

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	低栄養防止に取組む市町数	低栄養防止に取り組む市町数	2市町	10市町	10市町	10市町	10市町	10市町	10市町
	2	口腔機能低下防止に取組む市町数	口腔機能低下防止に取り組む市町数	2市町	6市町	6市町	6市町	10市町	10市町	10市町
	3	身体的フレイル防止に取組む市町数	身体的フレイル防止に取り組む市町数	0市町	3市町	3市町	3市町	6市町	6市町	6市町
	4	保健指導（低栄養）実施割合	保健指導実施者数/事業対象者数	53.8%	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上
	5	保健指導（口腔）実施割合	保健指導実施者数/事業対象者数	54.5%	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上
	6	保健指導（身体的フレイル）実施割合	保健指導実施者数/事業対象者数	—	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上	60%以上
	7	健康教育の実施割合	実施した通いの場数/事業対象の通いの場数	105.7%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上

プロセス（方法）	概要	1. 保健指導の実施 2. 健康教育の実施
	実施内容	1. 保健指導の実施 【対象者】①低栄養リスクがある者 ②口腔機能低下リスクがある者 ③身体的フレイルリスクがある者 【実施内容】医療専門職による保健指導。 【実施体制】市町、関係機関への委託。 2. 健康教育の実施 【対象者】通いの場等の住民主体の活動に参加している者。 【実施内容】医療専門職による健康教室・健康相談（主にフレイル防止）。 【実施体制】市町への委託。
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 保健指導の実施 市町、関係機関による事業実績報告書により成果を確認（年度末）。 2. 健康教育の実施 市町による事業実績報告書により成果を確認（年度末）。
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	実施体制（委託及び直営）
	実施内容	実施体制 - 市町と一体的実施の委託契約を締結。 - 関係機関と委託契約を締結。 - 対象者の情報共有は、各市町の郡市医師会及び歯科医師会と実施。 - 保健指導は一体的実施で該当事業を実施している市町を除き、広域連合直営で実施。 広域連合の担当職員数は、4人（職員2人、会計年度2人）。
	実施後のフォロー・モニタリング	広域連合内の高齢者保健事業推進会議によって、年度開始時、中間、年度末に事業の進捗管理及び評価を実施。
	備考	

Ⅳ 個別事業

事業シート【高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施】

事業4

生活習慣病等重症化予防事業

事業の目的	生活習慣病等に対する保健指導や健康教育を行うことで、脳血管疾患及び腎症等の重症化を防止することを目的とする。
事業の概要	【ハイレスクアプローチ】 生活習慣病等の重症化の可能性のある被保険者に対し、医療専門職による保健指導及び受診勧奨を実施。 【ポピュレーションアプローチ】 通いの場等の住民主体の活動に参加している者に対し、健康教育（健康教室・健康相談）を実施。

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	ハイレスク者割合の維持（コントロール不良者）	血糖・血圧コントロール不良者数/被保険者数	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%
	2	ハイレスク者割合の減少（糖尿病等治療中断者）	糖尿病等治療中断者数/被保険者数	8.3%	7.0%	7.0%	7.0%	6.0%	6.0%	6.0%
	3	保健指導による検査値等の維持・改善率	指導前後の検査値等の維持・改善者数/保健指導対象者数	95.4%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%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	糖尿病性腎症重症化予防に取組む市町数	生活習慣病等（糖尿病性腎症）に取り組む市町数	4市町	10市町	10市町	10市町	10市町	10市町	10市町
	2	その他生活習慣病等重症化予防に取組む市町数	生活習慣病等（その他）に取り組む市町数	3市町	10市町	10市町	10市町	10市町	10市町	10市町
	3	保健指導（糖尿病性腎症）実施割合	保健指導（糖尿病性腎症）実施者数/事業対象者数	92.6%	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	4	保健指導（その他）実施割合	保健指導（その他）実施者数/事業対象者数	44.2%	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	5	受診勧奨による医療機関受診率（糖尿病）	医療機関受診者数/医療機関受診勧奨通知者数	15.4%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
	6	受診勧奨による医療機関受診率（未受診）	医療機関受診者数/医療機関受診勧奨通知者数	27.7%	30%	30%	30%	30%	30%	30%

プロセス（方法）	概要	1. 保健指導の実施 2. 健康教育の実施 3. 医療機関受診勧奨の実施
	実施内容	1. 保健指導の実施 【対象者】①糖尿病性腎症の重症化リスクがある者（例：血糖コントロール不良者、糖尿病治療中断者、腎機能不良者） ②その他生活習慣病等の重症化リスクがある者（例：血圧コントロール不良者等） 【実施内容】医療専門職による保健指導。 【実施体制】市町への委託。 2. 健康教育の実施 【対象者】通いの場等の住民主体の活動に参加している者。 【実施内容】医療専門職による健康教室・健康相談（主に生活習慣病重症化予防）。 【実施体制】市町への委託。 3. 医療機関受診勧奨の実施 【対象者】①糖尿病治療中断者及び未治療者（過去2～5年前のレセプトにて判定） ②健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている未受診者 【実施内容】①医療機関受診勧奨通知の送付（年1回） ②医療機関受診勧奨通知の送付（年4回）。 【実施体制】広域連合直営（一体的実施での生活習慣病等重症化予防取組市町を除く）。
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 保健指導の実施 市町による事業実績報告書により成果を確認（年度末）。 2. 健康教育の実施 市町による事業実績報告書により成果を確認（年度末）。 3. 医療機関受診勧奨の実施 ①②各医療機関受診勧奨通知送付後3か月時点での医療機関受診状況を確認。
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	実施体制（委託及び直営）
	実施内容	実施体制 ・市町と一体的実施の委託契約を締結。 ・事業の企画・運営の相談、情報共有は、各市町の都市医師会と実施し、かかりつけ医との情報共有を実施。 ・糖尿病性腎症重症化予防については、広域連合により山口県糖尿病対策推進委員会への情報提供を行い、助言を得る。 ・医療機関受診勧奨は一体的実施で該当事業を実施している市町を除き、広域連合直営で実施。 広域連合の担当職員数は、①4人（職員2、会計年度2）、②4人（職員1、会計年度3）。
	実施後のフォロー・モニタリング	広域連合内の高齢者保健事業推進会議によって、年度開始時、中間、年度末に事業の進捗管理及び評価を実施。
	備考	

IV 個別事業	事業シート [高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施]
事業5	服薬相談事業（重複・多割）

事業の目的	服薬に対する保健指導や健康教育を行うことで、被保険者の適正な服薬を促し、転倒等の薬物有害事象を防止することを目的とする。
事業の概要	【ハイレスクアプローチ】 服薬に課題がある可能性のある被保険者に対し、医療専門職による保健指導を実施。 【ホビュレーションアプローチ】 通いの場等の住民主体の活動に参加している者に対し、健康教育（健康教室・健康相談）を実施。

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	ハイレスク者割合の維持（睡眠薬）	睡眠薬処方者数/被保険者数	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
	2	保健指導による課題等の維持・改善率	指導前後の課題等の維持・改善者数/保健指導対象者数	65.1%	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	3									
	4									
	5									

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	服薬相談に取組む市町数	服薬相談に取り組む市町数	4市町	4市町	4市町	4市町	4市町	4市町	4市町
	2	保健指導（服薬）実施割合	保健指導実施者数/事業対象者数	74.2%	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	3									
	4									
	5									

プロセス（方法）	概要	1. 保健指導の実施 2. 健康教育の実施
	実施内容	1. 保健指導の実施 【対象者】服薬に課題がある者（重複薬、重複薬効等：特に睡眠薬・精神神経用薬） 【実施内容】医療専門職による保健指導。 【実施体制】市町への委託。 2. 健康教育の実施 【対象者】通いの場等の住民主体の活動に参加している者。 【実施内容】医療専門職による健康教室・健康相談（主に服薬）。 【実施体制】市町への委託。
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 保健指導の実施 市町による事業実績報告書により成果を確認（年度末）。 2. 健康教育の実施 市町による事業実績報告書により成果を確認（年度末）。
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	実施体制（委託）
	実施内容	実施体制 ・市町と一体的実施の委託契約を締結。 ・事業の企画・運営の相談、情報共有は、各市町の郡市医師会と実施。
	実施後のフォロー・モニタリング	広域連合内の高齢者保健事業推進会議によって、年度開始時、中間、年度末に事業の進捗管理及び評価を実施。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施]

事業6

健康状態不明者の状態把握事業

事業の目的	医療や介護サービスなどにつながっていない健康状態が不明な被保険者に対し、訪問等により状態を確認し、必要な支援につなげることを目的とする。
事業の概要	健診・医療ともに未受診で、要介護の認定も受けていない被保険者に対し、健康状態を把握するとともに必要なサービスに接続する。

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	健康状態不明者の減少	健康状態不明者/被保険者数	1.5%	1.4%	1.4%	1.4%	1.3%	1.3%	1.3%
	2									
	3									
	4									
	5									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット評価指標	1	健康状態不明者の状態把握に取り組む市町数	健康状態不明者の状態把握に取り組む市町数	8市町	15市町	15市町	15市町	15市町	15市町	15市町
	2	健康状態把握の実施割合	健康状態把握者数/事業対象者数	73.8%	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	3	医療・介護サービス等への接続率	サービス接続者数/健康状態把握者のうちサービス必要者数	40.8%	—	—	—	—	—	—
	4									
	5									

プロセス(方法)	概要	健康状態把握の実施
	実施内容	【対象者】健診未受診、医療未受診、かつ要介護の認定がない被保険者 【実施内容】訪問等による健康状態の把握及び必要なサービスへの接続支援。 【実施体制】市町への委託。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町による事業実績報告書により成果を確認(年度末)。
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	実施体制(委託)
	実施内容	実施体制 ・市町と一体的実施の委託契約を締結。 ・対象者の情報共有は、必要に応じて各市町の郡市医師会及び歯科医師会、在宅介護支援センター、地域包括支援センターと実施。
	実施後のフォロー・モニタリング	広域連合内の高齢者保健事業推進会議によって、年度開始時、中間、年度末に事業の進捗管理及び評価を実施。
	備考	

IV 個別事業		事業シート [適正受診の推進]	
事業7		訪問健康相談事業	

事業の目的	被保険者の健康管理支援や受診に関する指導、福祉制度等に関する情報提供を行い、適切な医療機関受診の促進及び健康の維持・増進、症状の重篤化の防止等につなげることで、医療費を抑制することを目的とする。
事業の概要	広域連合にて基準を設定した重複・頻回受診のある被保険者を対象に、健康相談員（保健師、看護師、管理栄養士等の医療専門職）による訪問指導・情報提供を実施。

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	重複・頻回受診者の維持	重複・頻回受診者数/被保険者数	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%
	2	訪問指導による改善率	指導前後の課題解決者数/訪問実施者	68.4%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	3									
	4									
	5									

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	訪問健康相談の実施割合	訪問実施者/訪問対象者	15.0%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス(方法)	概要	訪問健康相談の実施
	実施内容	【対象者】①重複受診者：同一疾病で3か所以上の医療機関を受診した月が3か月連続してある者 ②頻回受診者：同一医療機関において、15日以上を受診日数のある月が5カ月以上ある者 ③その他選定者：指定した期間にレセプト枚数が5枚以上となった月が1度でもある者 【実施内容】健康相談員（保健師、看護師、管理栄養士等）による訪問指導（原則2回）。 【実施体制】広域連合の直営（一体的実施での重複・頻回受診等の取組市町を除く）。 対象者の選定および訪問健康相談業務は、専門業者への業務委託。
	実施後のフォロー・モニタリング	委託業者による事業実績報告書により成果を確認（年度末）。
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	実施体制（直営・委託）
	実施内容	実施体制 ・専門業者と訪問健康相談の委託契約を締結。 ・広域連合の担当職員数は、4人（職員2、会計年度2）。
	実施後のフォロー・モニタリング	広域連合内の高齢者保健事業推進会議によって、年度開始時、中間、年度末に事業の進捗管理及び評価を実施。
	備考	

IV 個別事業	事業シート [適正受診の推進]
事業8	後発（ジェネリック）医薬品の使用促進事業

事業の目的	後発（ジェネリック）医薬品の使用促進により、医療費の適正化を図ることを目的とする。
事業の概要	【使用促進】 後発医薬品への切り替えによる差額が発生する被保険者に対して、後発医薬品利用差額通知を送付。 【普及啓発】 後期高齢者新規資格取得者に対して、後発医薬品使用促進リーフレットを送付し、普及啓発を実施。

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の増加	後発医薬品使用割合（数量ベース）各年3月	82%	83.0%	83.4%	83.8%	84.2%	84.6%	85.0%
	2									
	3									
	4									
	5									

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	各市町の後発医薬品使用割合	後発医薬品使用割合（数量ベース）各年3月	72.8%～88.2%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	概要	1. 後発医薬品利用差額通知書の送付 2. 後発医薬品の普及啓発
	実施内容	1. 後発医薬品利用差額通知書の送付 【対象者】後発医薬品への切り替えによる差額が200円以上となる被保険者 【実施内容】対象者に対して、後発医薬品利用差額通知書を郵送（年2回：11月、3月）。 【実施体制】広域連合直営。 差額通知書作成業務は県国保連合会へ委託。 2. 後発医薬品の普及啓発 【対象者】①後発医薬品差額通知書送付者 ②後期高齢者医療新規資格取得者 【実施内容】後発医薬品使用促進リーフレット（希望カード付）の送付（差額通知書または被保険者証送付時に同封）。 【実施体制】広域連合直営。
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 後発医薬品利用差額通知書の送付 毎月の後発医薬品利用実態報告により使用割合を確認。 2. 後発医薬品の普及啓発 事業実施量を年度末にモニタリング。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	実施体制（直営）
	実施内容	実施体制 - 山口県国保連合会と差額通知書作成業務の委託契約を締結。 - 広域連合の担当職員数 3人（職員2、会計年度1）
	実施後のフォロー・モニタリング	広域連合内の高齢者保健事業推進会議によって、年度開始時、中間、年度末に事業の進捗管理及び評価を実施。
	備考	

Ⅴ その他	
データヘルス計画の評価・見直し	1. 評価方法 評価方法については、内部評価（＊）に加えて山口県国民健康保険団体連合会に設置された「保健事業支援・評価委員会」による評価を行います。 また、計画の評価時期については、個別の保健事業に係る評価は毎年度末及び必要に応じて随時行うこととします。計画の総合的な評価及び計画の見直しは、計画の評価年及び必要に応じて随時行うこととします。 なお、計画の評価に当たっては、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（事業成果）の4つの視点による評価を実施します。 ＊：内部評価：広域連合内の高齢者保健事業推進会議 2. 計画の見直し 保健事業計画の効果的・効率的な推進や実効性を担保するため、KDB等のデータ分析を活用した「Plan（計画）－Do（実施）－Check（評価）－Act（改善）」によるPDCAサイクルに沿って、毎年課題点等を改善しながら継続的に事業の運営を行います。 計画期間が6年間であることから、計画の中間年度である令和8（2026）年度に計画全体の進捗状況の評価を実施し、必要に応じて見直しを行います。また、本計画の最終年度である令和11（2029）年度には、設定した共通評価指標を基に、目標の達成状況の評価を行い、次期計画に反映させます。 計画の見直しにあたっては策定時同様、関係団体の意見を参考にし、被保険者の現状に即した計画となるよう努めます。
データヘルス計画の公表・周知	データヘルス計画は、山口県後期高齢者医療広域連合のホームページに掲載するなどし、広く周知するように努めます。
個人情報の取扱い	保健事業の実施及びKDBシステムの活用にあたっては、個人情報保護法、関係法令を遵守し、適切な個人情報の保護に努めます。 また、事業を外部事業者に委託する場合にも、同様に取り扱われるよう委託契約書において定めることとします。
地域包括ケアに係る取組	市町や地域の医療・介護関係者の取組を支援・協力するとともに、KDBシステム等を活用し、市町が行う保健事業や介護予防事業等に活用できるデータの提供など、市町との連携を図ります。
その他留意事項	広域連合は、市町と連携した保健事業体制づくりを進めるため、以下の市町に対する支援を実施し、市町との連携強化を図ります。 1. 保健事業関連の会議の企画、参加 ①高齢者保健事業推進連絡会議の開催（年1回以上）。 ②市町の地域ブロック会議（4ブロック）の開催（各ブロック年1回以上）。 2. 保健事業担当者向けの研修会の企画運営（県国保連との共同企画） ①一体的実施に関連するKDBデータ活用研修会の開催（年1回以上）。 ②高齢者の保健事業に関する市町対象の研修会の開催（年1回以上）。 3. 市町への情報発信 ①市町の健康課題や保健事業に関するデータの提供（地域ブロック会議および市町用HP等）。 ②一体的実施取組市町との協議及び各種説明会の実施（適宜）。