第２期　保健事業実施計画（データヘルス計画）

改訂版

山口県後期高齢者医療広域連合

平成３０年３月

（令和３年３月改訂）

目　　次

第１章　基本的事項
１　計画策定の目的　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１
２　他計画との関係　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１
３　計画期間　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１
４　実施体制　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２

第２章　現状の整理
１　山口県後期高齢者医療の特性　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３
２　山口県の現状　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５
３　第２期保健事業実施計画の評価（前半の取組）　・・・・・・・・２８

第３章　中間評価
１　中間評価の実施方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４７
２　中間評価の結果　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４８
３　今後の取組　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４９

第４章　保健事業の目的・目標
１　目的及び中長期目標　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５０
２　各保健事業の目標一覧（第２期計画後半）　・・・・・・・・・・・５１

第５章　保健事業計画　第２期計画後半（令和２年度改訂）
１　保健事業一覧　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５２
２　個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５３

第６章　計画の評価方法・見直し
１　評価方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６３
２　計画の見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６４

第７章　運営上の留意事項
１　計画の公表・周知　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６５
２　ＰＤＣＡサイクルに沿った事業運営　・・・・・・・・・・・・・・６５
３　個人情報の保護　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６５
４　地域包括ケアに係る取組　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６５
５　新型コロナウイルス感染症対策　・・・・・・・・・・・・・・・・６５

第１章　基本的事項

１　計画策定の目的

「第２期保健事業実施計画」（以下「第２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ており、計画期間（平成３０年度～令和５年度）の中間年度となる令和２年度に、目標の達成状況や社会情勢に対応するため、取組や数値目標を見直し、目標達成に向けた効果的な保健事業展開のための中間評価を行いました。

その背景として、第２期計画策定後の平成３０年４月に、壮年期とは異なる健康課題を抱えた高齢者に対する取り組みを進めるために、国から「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」が公表され、医療と介護ニーズを併せ持つ高齢者に対して、保健事業と介護予防を一体的に実施する方向性が示されました。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。

これら社会情勢の変化に対応しながら第２期計画を推進するため、中間評価を実施し、第２期計画後半３年間の取組課題を整理し、計画の推進を図ります。

２　他計画との関係

第２期計画は、山口県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）の総合計画である「広域計画」に定める「保健事業」の実施方針に基づいて推進しています。

また、国の「健康日本２１（第２次）」に示された基本的な方針を踏まえ、山口県の健康増進計画「健康やまぐち２１（第２次）計画」との整合性を図るとともに、関係市町の健康増進計画、その他関係計画とも連携を図ります。

３　計画期間

第２期計画における計画期間は、平成３０年４月１日から令和６年３月３１日までの６年間とします。中間年度である令和２年度には計画全体の評価・検証を行い、改訂しました。

４　実施体制

第２期計画の実施主体は広域連合とし、国保データベースシステム（以下「ＫＤＢシステム」という。）等を活用して、医療や健康診査等に関するデータを分析し、市町等と連携を図りながら、適切な保健事業の実施に努めますが、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。

（１）市町との連携

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。

（２）関係機関との連携

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。

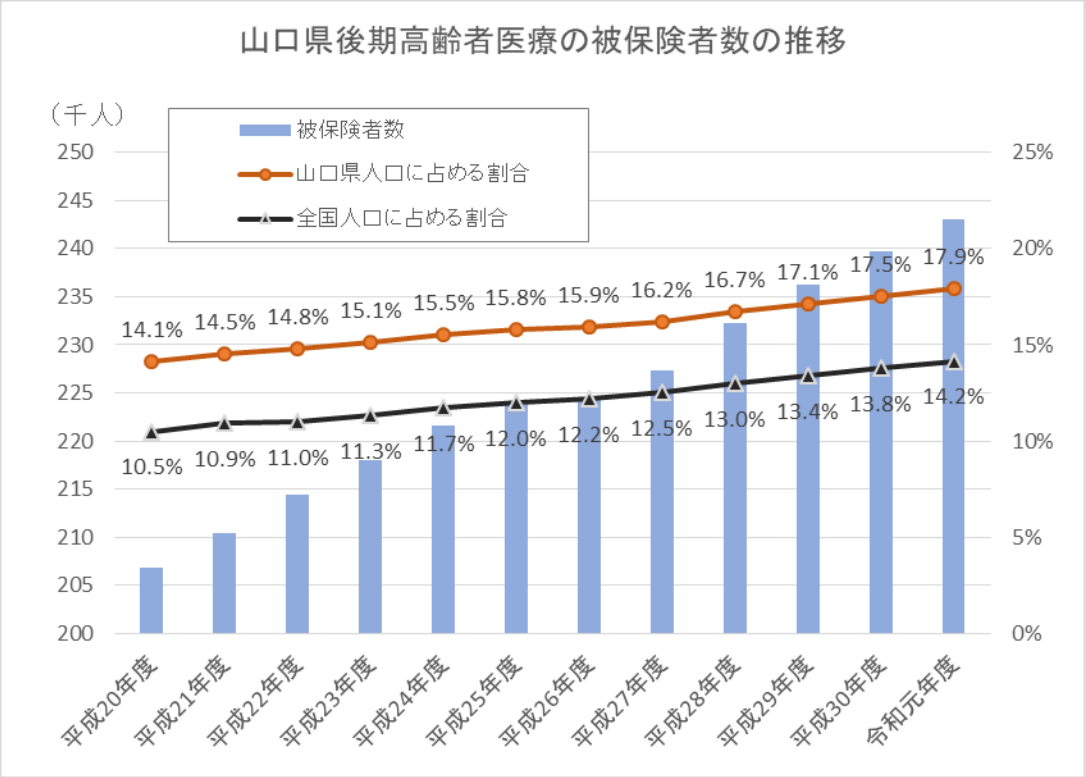
また、保健事業の実施にあたっては、医療関係団体等の関係機関とより一層の連携を図り、効果的な保健事業が実施できるように努めます。

第２章　現状の整理

１　山口県後期高齢者医療の特性

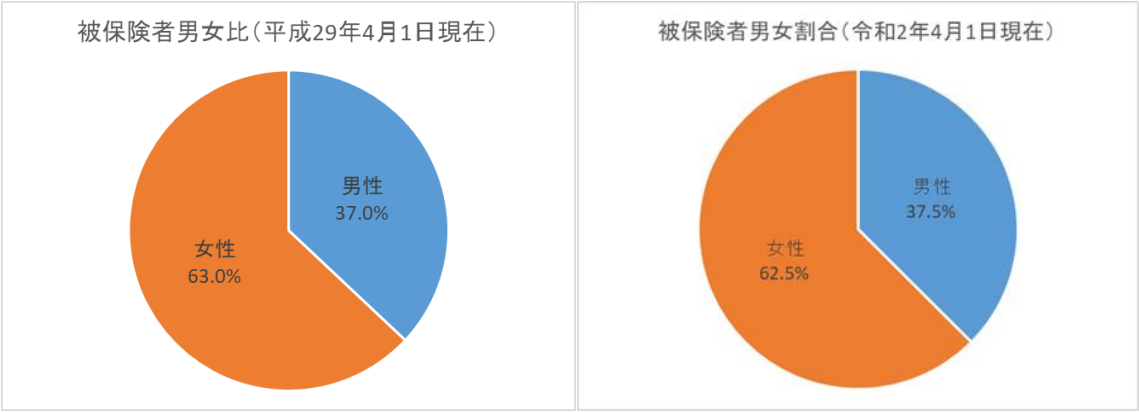
（１）被保険者数

被保険者数は、年々増加しており、山口県人口に占める割合は、全国と比較して高い水準で推移している。



出典　厚生労働省　後期高齢者医療事業報告より（令和元年度は、後期高齢者医療事業報告の月報より）
被保険者数は各年度３～２月の平均。全国人口は総務省統計局人口推計１０月１日現在から算出

令和２年４月１日現在において、男性より女性の割合が多く、全体の 62.5%を占める。平成２９年と比較して、男性の割合が上昇している。

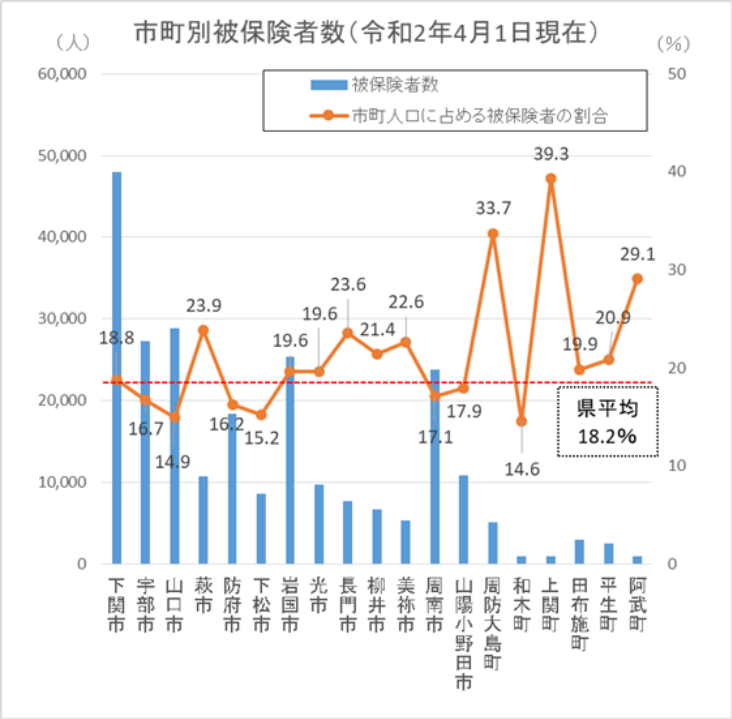


出典　山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料

（２）市町別被保険者数

山口県は１９市町で構成されている。最も被保険者が多い市町は下関市であり、最も被保険者が少ないのは和木町である。

令和２年４月１日現在における市町の人口に占める被保険者割合は県平均で 18.2%であり、平成２９年度の 17.0%よりも上昇している。県平均よりも被保険者割合が高い市町は上関町、周防大島町等１２市町、低い市町は山口市、和木町等７市町である。



出典　山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料

市町人口は山口県人口移動統計調査（令和２年４月）から抽出

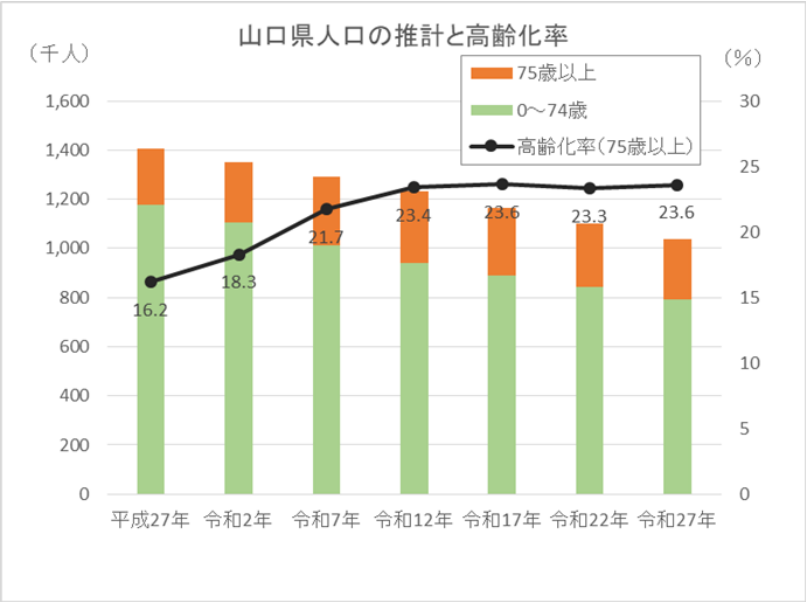
人口に占める被保険者割合が高い市町と低い市町

被保険者割合が県平均より高い市町		被保険者割合が県平均より低い市町	
上関町（39.3%）	周防大島町（33.7%）	山陽小野田市（17.9%）	周南市（17.1%）
阿武町（29.1%）	萩市（23.9%）	宇部市（16.7%）	防府市（16.2%）
長門市（23.6%）	美祢市（22.6%）	下松市（15.2%）	山口市（14.9%）
柳井市（21.4%）	平生町（20.9%）	和木町（14.6%）	
田布施町（19.9%）	光市（19.6%）		
岩国市（19.6%）	下関市（18.8%）		

２　山口県の現状

（１）山口県人口の推移と将来推計（高齢化率）

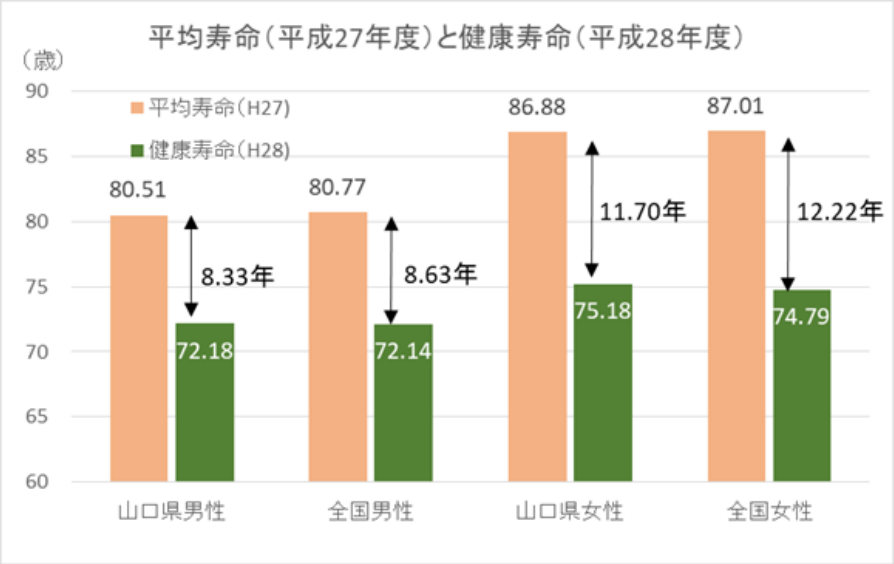
山口県の人口は減少するが、高齢化率（75 歳以上）は今後も増加傾向が続くと見込まれている。



出典　国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」（平成３０年３月推計）

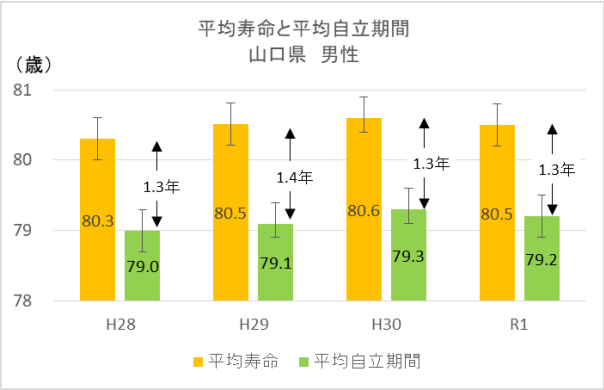
（２）平均寿命と健康寿命

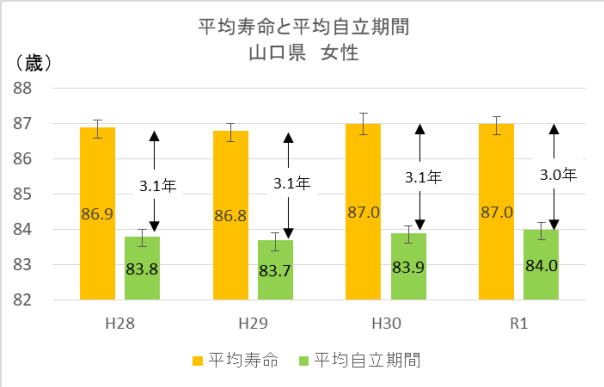
山口県における健康寿命は、男女とも全国とほぼ同じ水準である。健康寿命と平均寿命の差（不健康期間）は、男性が 8.33 年、女性が 11.70 年と女性の方が大きく、男女とも全国より小さくなっている。



出典　厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究（平成２８～３０年度）」

健康寿命の補完的指標である平均自立期間（要介護２以上になるまでの期間）の推移をみると、男女ともに平成２８年度よりも延伸している。平均寿命と平均自立期間との差である要介護２以上の期間（不健康期間）は、男性が 1.3～1.4 年、女性が 3.0～3.1 年であり、平成２８年度以降変動はない。

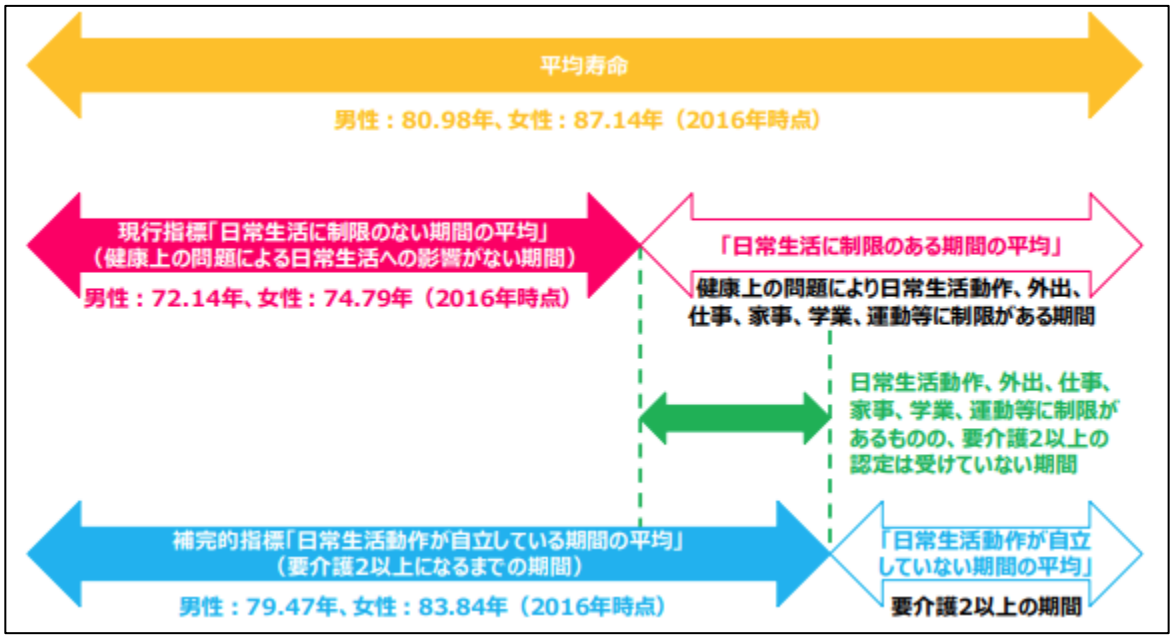




KDB システム　「健康スコアリング（介護）」（令和元年度）

※参考※

平均自立期間：日常生活動作が自立している期間の平均。「日常生活動作の自立」は介護保険の要介護２～５以外により規定し、自立と要介護者の生命表を用いて算出する。本指標は、毎年・市町村ごとに算出できるため、現行の健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）と合わせて活用することが「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」で提案されている。



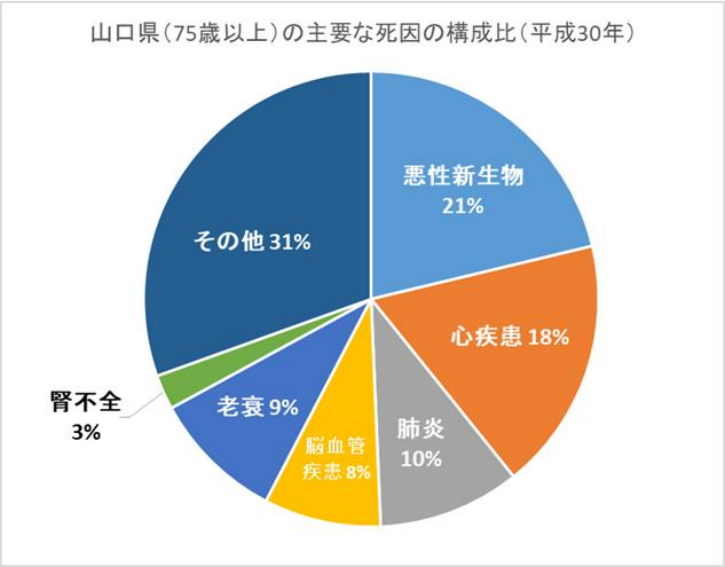
健康寿命に関する指標間の関連性

出典　厚生労働省　健康寿命のあり方に関する有識者研究会報告書（平成３１年３月）

（３）死因の状況

①　７５歳以上の主要な死因

山口県における７５歳以上の死因上位５位を占めるのは、第１位 悪性新生物、第２位 心疾患、第３位 肺炎、第４位 脳血管疾患、第５位 老衰であり、これらで死因全体の約７割を占める。



出典　平成３０年山口県保健統計年報

男女別に見ると順位が異なり、男性では悪性新生物の割合（26.1%）が高く、女性では循環器系疾患（心疾患及び脳血管疾患）の割合（28.3%）が高い。

山口県（７５歳以上）の男女別死因　上位５位（平成３０年）　表中（　）は割合

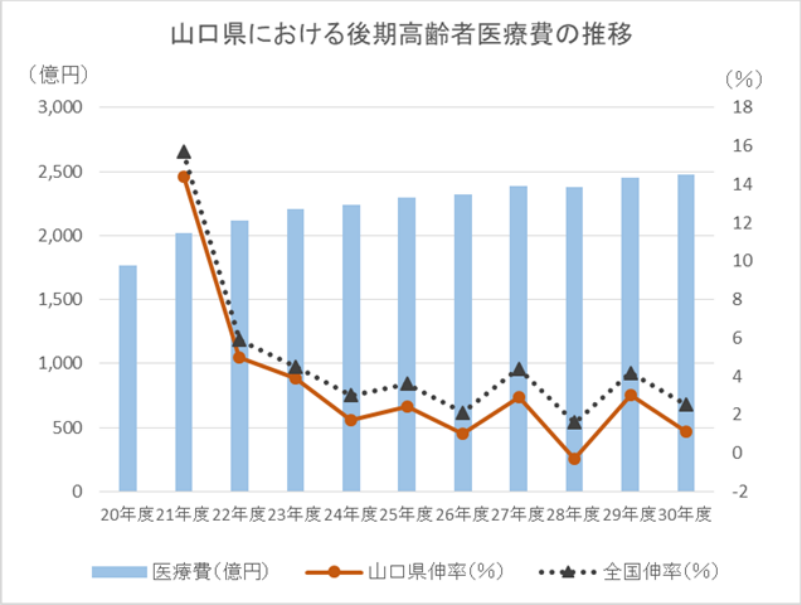
	第１位	第２位	第３位	第４位	第５位
男性	悪性新生物 (26.1%)	心疾患 (16.0%)	肺炎 (11.1%)	脳血管疾患 (7.6%)	老衰 (5.1%)
女性	心疾患 (19.5%)	悪性新生物 (17.6%)	肺炎 (12.6%)	老衰 (9.4%)	脳血管疾患 (8.8%)

出典　平成３０年山口県保健統計年報

（４）医療費の状況

① 医療費の推移

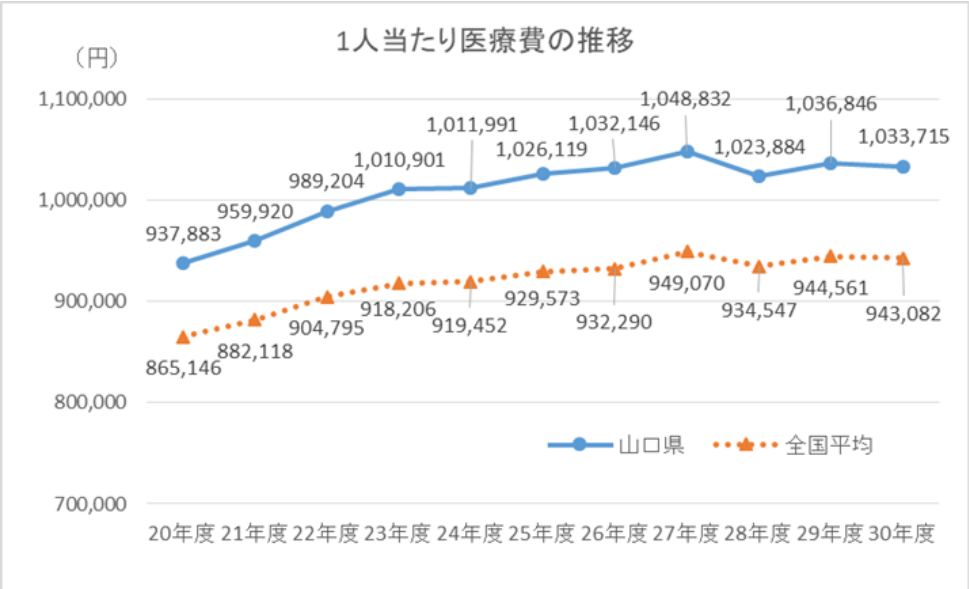
山口県における後期高齢者に係る医療費は、年々増加している。医療費の伸び率は全国伸び率をやや下回りながら同様に推移している。



出典　後期高齢者医療事業状況報告　都道府県別医療費

② １人当たり後期高齢者医療費の推移

山口県の後期高齢者医療費は、全国平均よりも常に高い水準で推移している。平成２８年度には初めて減少に転じ、その後も平成２７年度を下回る額を維持している。

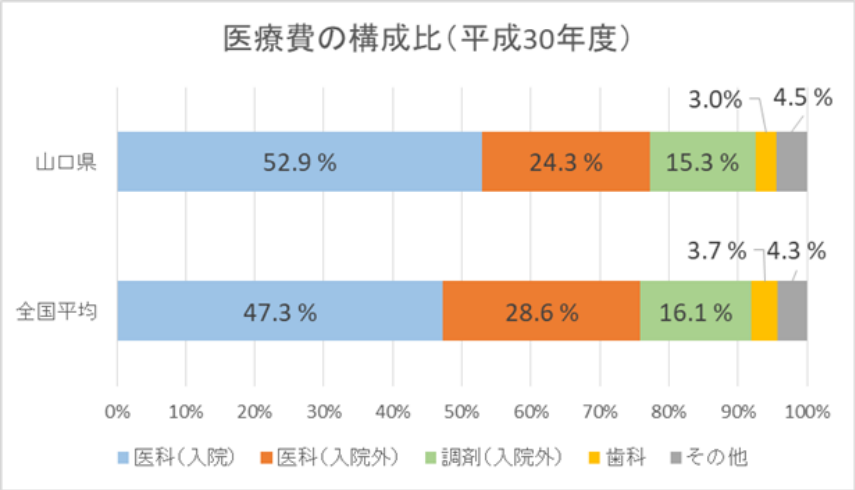


出典　後期高齢者医療事業状況報告　都道府県別医療費

＊医療費・・・診療費、調剤、食事療養・生活療養、訪問看護及び療養費等の合計

③ 医療費の構成

医療費の構成比は、全国平均と同様に、入院、入院外、調剤、歯科の順に多い。全国平均よりも入院の割合が高い。



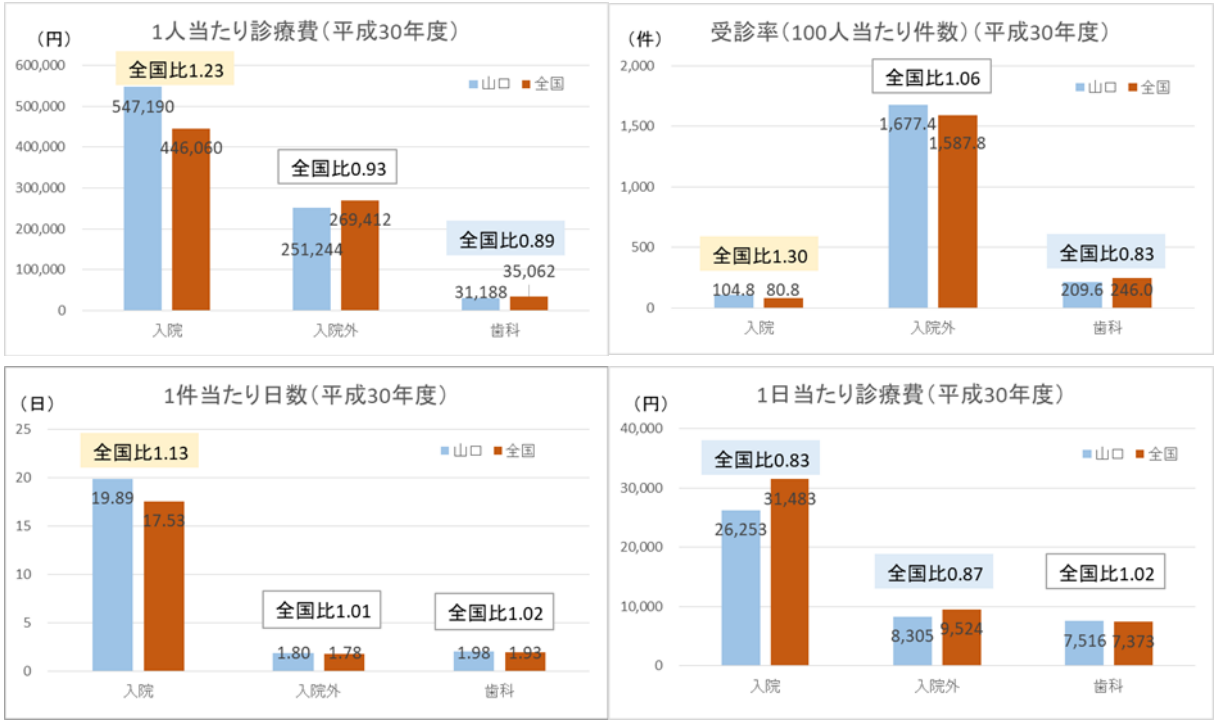
出典　後期高齢者医療事業状況報告　都道府県別医療費

「その他」には、食事療養・生活療養費、訪問看護費、療養費等が含まれる。

④ 診療諸率（全国との比較）

診療諸率の比較では、山口県は入院の１人当たり診療費、受診率、レセプト１件当たり日数の全国比が高い。歯科は１人当たり診療費、受診率とも全国比より低い。

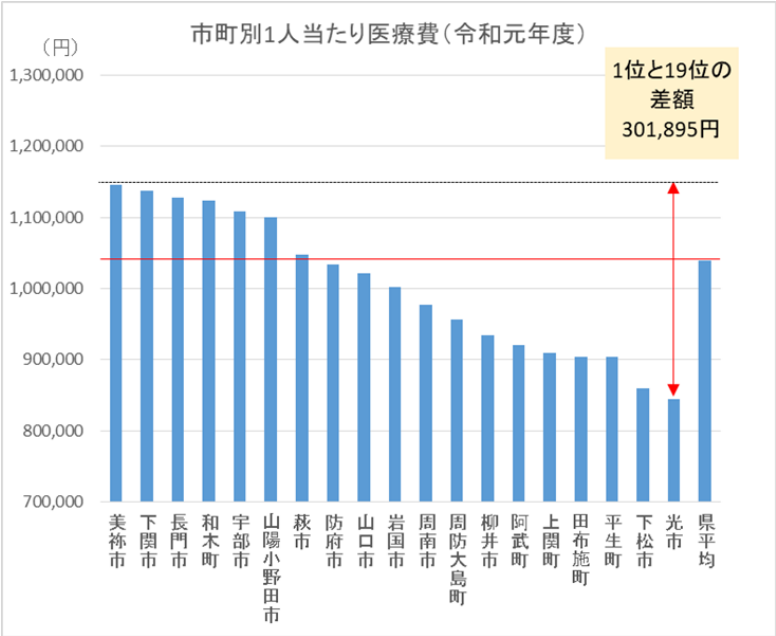
１人当たり診療費における入院の割合は 66.0%であり、全国より高い（全国 59.4%）。



出典　後期高齢者医療事業状況報告　都道府県別医療費

⑤ 市町別１人当たり医療費

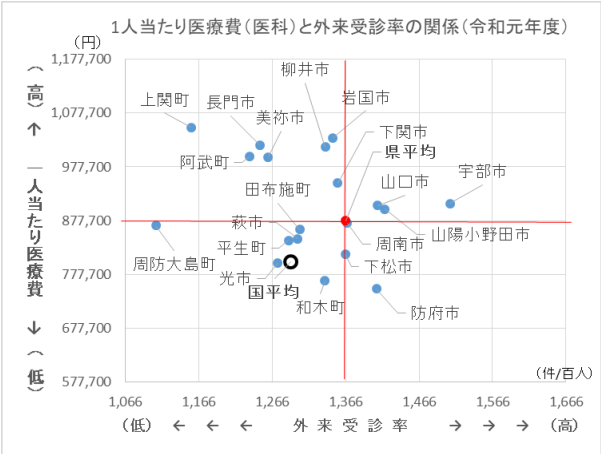
市町別１人当たり医療費（医科）では、第１位の美祢市（1,145,902 円）と、第１９位の光市（844,007 円）の差は 301,895 円であり、市町による差がある。

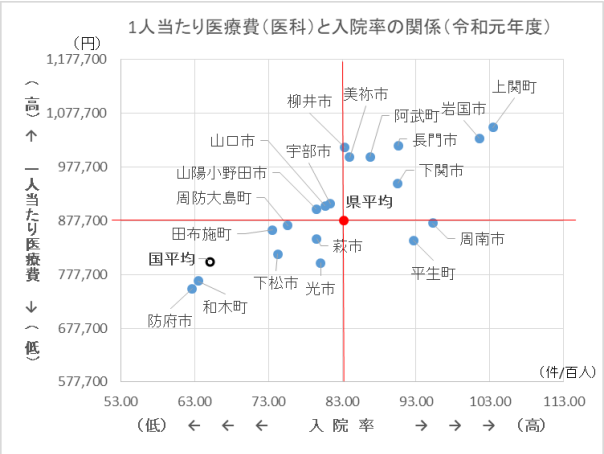


出典　山口県後期高齢者医療広域連合　業務課データ

市町別１人当たり医療費（医科）と受診率との関係をみると、入院率と１人当たり医療費との間に正の相関がみられる（相関係数※0.75）。

※相関係数：二つの変数間の相関関係の程度を示す数値。－１から１までの値をとり、１に近いほど正の相関関係、－１に近いほど負の相関関係が強く、０に近いほど相関関係が弱い。





KDB システム　市町別「地域の全体像の把握」

平成２９年度の医療費の地域差分析によると、全国平均を１とした地域差指数は、多くの市町で全国より高い。入院外及び調剤、歯科医療費はどの市町も全国並みか低い値であるが、入院医療費は１町を除いて全国より高く、最大 1.38 倍を示す。

山口県後期高齢者医療保険制度の市町別地域差指数（平成２９年度）

	計		入院		入院外＋調剤		歯科	
	地域差指数	順位	地域差指数	順位	地域差指数	順位	地域差指数	順位
山口県	1.101	—	1.227	—	0.980	—	0.893	—
下関市	1.181	4	1.376	2	0.988	8	0.881	10
宇部市	1.184	3	1.299	4	1.072	2	0.984	2
山口市	1.097	8	1.185	8	1.008	5	0.948	4
萩市	1.123	7	1.285	5	0.956	9	0.938	5
防府市	1.058	10	1.119	13	1.003	7	0.899	9
下松市	0.949	17	1.004	18	0.891	13	0.910	7
岩国市	1.061	9	1.176	9	0.944	10	0.918	6
光市	0.965	16	1.045	17	0.886	14	0.862	11
長門市	1.196	2	1.383	1	1.043	4	0.485	19
柳井市	0.971	15	1.077	16	0.866	15	0.763	15
美祢市	1.219	1	1.374	3	1.078	1	0.772	14
周南市	1.054	11	1.166	10	0.942	11	0.905	8
山陽小野田市	1.166	5	1.270	6	1.066	3	0.975	3
周防大島町	0.976	14	1.092	14	0.866	16	0.621	16
和木町	1.137	6	1.258	7	1.006	6	1.078	1
上関町	0.981	13	1.150	12	0.812	18	0.601	18
田布施町	0.936	18	1.082	15	0.779	19	0.857	12
平生町	0.909	19	0.974	19	0.842	17	0.820	13
阿武町	1.024	12	1.154	11	0.904	12	0.602	17

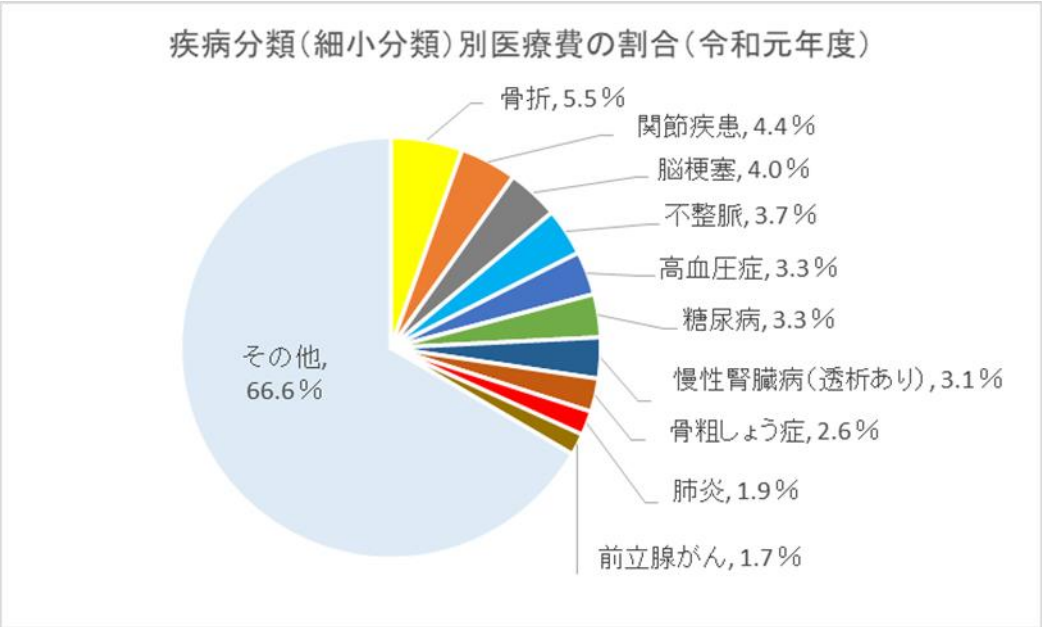
出典　厚生労働省　医療費の地域差分析　後期高齢者医療保険制度　市町村別データ

※地域差指数・・・医療費の地域差を表す指標として、１人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を１として指数化したもの。

（５）疾病分類（細小分類）別医療費の状況

① 疾病分類別総医療費の状況（令和元年度累計）

疾病分類(細小分類)別の総医療費では、骨折（5.5%）、関節疾患（4.4%）、脳梗塞（4.0%）、不整脈（3.7%）、高血圧症（3.3%）、糖尿病（3.3%）、慢性腎臓病(透析あり)（3.1%）などの割合が高い。



疾病細小分類別医療費（上位１０位）の状況（令和元年度）

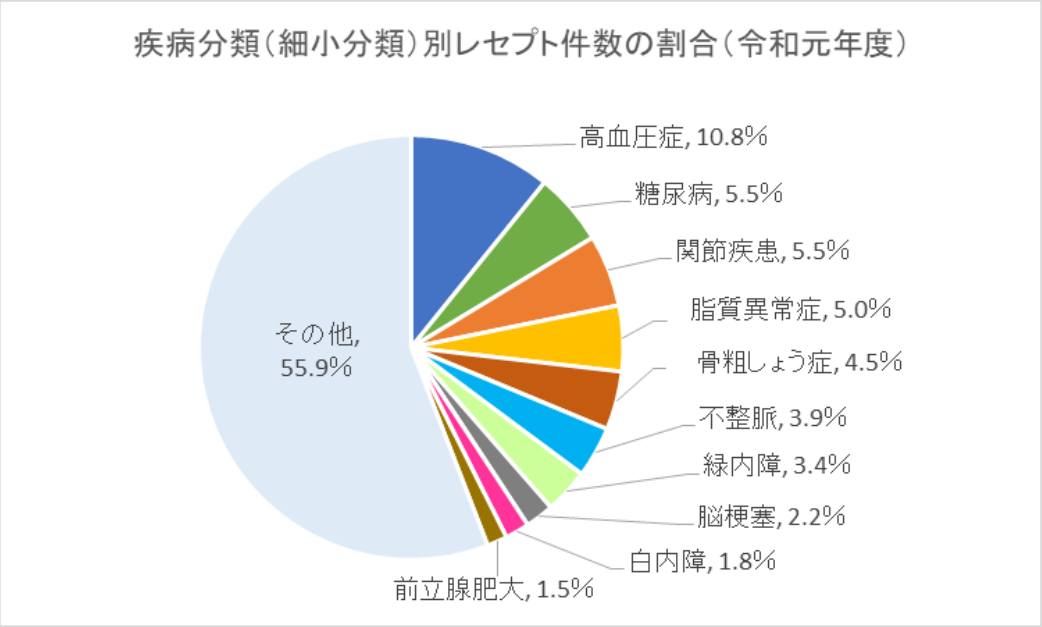
順位	疾病（細小分類）	総医療費（円）	割合（%）	入院順位	外来順位
第１位	骨折	12,645,702,010	5.5	1	22
第２位	関節疾患	10,018,284,850	4.4	3	3
第３位	脳梗塞	9,107,242,760	4.0	2	12
第４位	不整脈	8,363,840,860	3.7	6	4
第５位	高血圧症	7,642,883,210	3.3	24	1
第６位	糖尿病	7,581,698,370	3.3	18	2
第７位	慢性腎臓病（透析あり）	7,176,351,240	3.1	7	5
第８位	骨粗しょう症	5,844,475,670	2.6	13	6
第９位	肺炎	4,264,114,680	1.9	4	40
第10位	前立腺がん	3,782,173,290	1.7	22	8
—	その他（上位以外）	152,296,128,300	66.6	—	—
合計		228,722,895,240	(100.0)	—	—

KDB システム　医療費分析（１）細小分類の令和元年度累計値として抽出

② 疾病分類（細小分類）別レセプト件数の状況（令和元年度累計）

疾病分類(細小分類)別のレセプト総件数では、高血圧症(10.8%)が最も多く、糖尿病(5.5%)、関節疾患（5.5%)、脂質異常症（5.0%）などの割合が高い。

総件数は外来件数の影響が高く、入院件数で上位を占める疾患とは異なっている。入院件数の上位１０位は、骨折、脳梗塞、肺炎、統合失調症、関節疾患、不整脈、認知症、パーキンソン病、慢性腎臓病（透析あり)、骨粗しょう症となる。



疾病細小分類レセプト件数（上位１０位）の状況（令和元年度）

順位	疾病（細小分類）	総件数	割合(%)	入院		外来	
				件数	順位	件数	順位
第１位	高血圧症	462, 432	10. 8	2, 059	18	460, 373	1
第２位	糖尿病	235, 263	5. 5	2, 682	14	232, 581	2
第３位	関節疾患	233, 466	5. 5	8, 250	5	225, 216	3
第４位	脂質異常症	214, 034	5. 0	358	43	213, 676	4
第５位	骨粗しょう症	190, 360	4. 5	3, 679	10	186, 681	5
第６位	不整脈	165, 736	3. 9	5, 495	6	160, 241	6
第７位	緑内障	145, 528	3. 4	369	42	145, 159	7
第８位	脳梗塞	92, 749	2. 2	12, 711	2	80, 038	8
第９位	白内障	78, 890	1. 8	2, 707	13	76, 183	9
第10位	前立腺肥大	65, 600	1. 5	699	34	64, 901	10
—	その他（上位以外）	2, 386, 347	55. 9	205, 447	—	2, 180, 900	—
合計		4, 270, 405	(100. 0)	244, 456	—	4, 025, 949	—

KDB システム　医療費分析（１）細小分類の令和元年度累計値として抽出

③ 疾病分類（細小分類）別１件当たりレセプト点数の状況（令和元年度累計）

疾病分類（細小分類）別の１件当たりレセプト点数では、入院外来合計は大動脈瘤が最も高く、入院点数でも高い。外来点数では、慢性腎臓病（透析あり）が最も高く、入院外来合計第５位と上位に入る。

疾病細小分類１件当たりレセプト点数（上位１０位）の状況（令和元年度）

順位	疾病（細小分類）	入院外来計	入院		外来	
			点数	順位	点数	順位
第１位	大動脈瘤	174,120	171,304	1	2,816	42
第２位	脳腫瘍	132,669	109,496	4	23,173	2
第３位	白血病	129,873	110,112	3	19,760	3
第４位	心筋梗塞	116,724	113,978	2	2,746	44
第５位	慢性腎臓病（透析あり）	112,486	73,331	12	39,156	1
第６位	心臓弁膜症	110,046	106,625	5	3,421	33
第７位	腎臓がん	100,560	83,449	7	17,111	5
第８位	肺がん	98,613	79,184	9	19,429	4
第９位	喉頭がん	93,544	85,128	6	8,416	12
第10位	大腸がん	85,020	77,471	10	7,549	14
—	その他（上位以外）	53,636	51,347	—	2,288	—
総平均		55,541	53,083	—	2,458	—

KDB システム　医療費分析（１）細小分類の令和元年度累計値として抽出

④ 疾病別医療費分析のまとめ

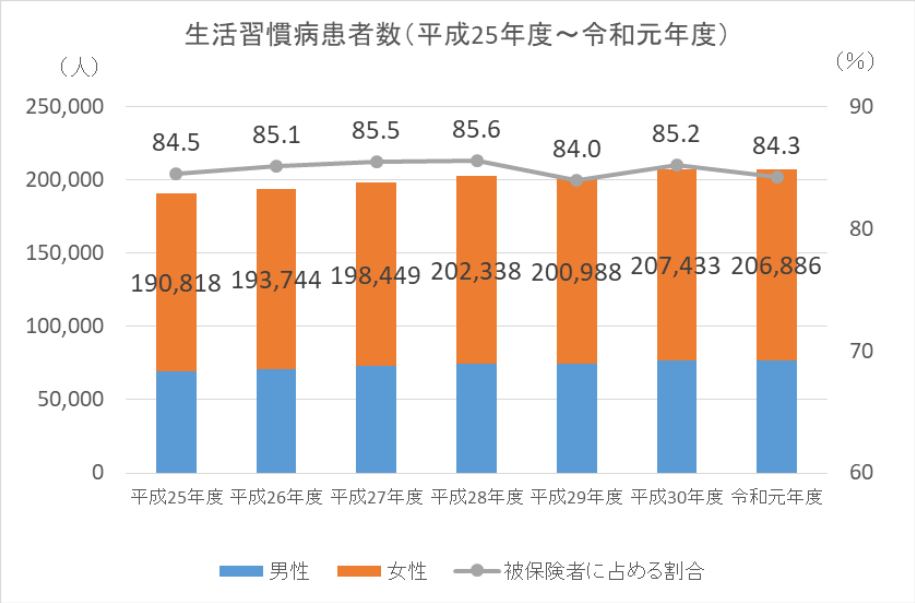
主な疾患の医療費について、以下にまとめる。

疾患	医療費分析結果				
	入院外来医療費	レセプト点数	レセプト総件数	レセプト件数	１件当たり点数
慢性腎臓病（透析あり）	第７位	入院　７位 **外来　５位**	第２２位	入院　９位 外来２３位	入院１２位 **外来　１位**
糖尿病	第６位	入院１８位 **外来　２位**	**第２位**	入院１４位 **外来　２位**	－
脳梗塞	**第３位**	**入院　２位** 外来１２位	第８位	**入院　２位** 外来　８位	－
高血圧	**第５位**	入院２４位 **外来　１位**	**第１位**	入院１８位 **外来　１位**	－
骨折	**第１位**	**入院　１位** 外来２２位	第１５位	**入院　１位** 外来１７位	－
骨粗しょう症	第８位	入院１３位 外来　６位	**第５位**	入院１０位 **外来　５位**	－
関節疾患	**第２位**	**入院　３位** **外来　３位**	**第３位**	**入院　５位** **外来　３位**	－
肺炎	第９位	**入院　４位** 外来４０位	第２４位	**入院　３位** 外来３９位	－

（６）生活習慣病の状況

① 生活習慣病患者数

山口県の後期高齢者における令和元年度の生活習慣病患者数は 206,886 人であり、平成３０年度より下回るが、増加傾向は変わらない。被保険者全体に占める割合は 85%前後の高い割合が継続されている。



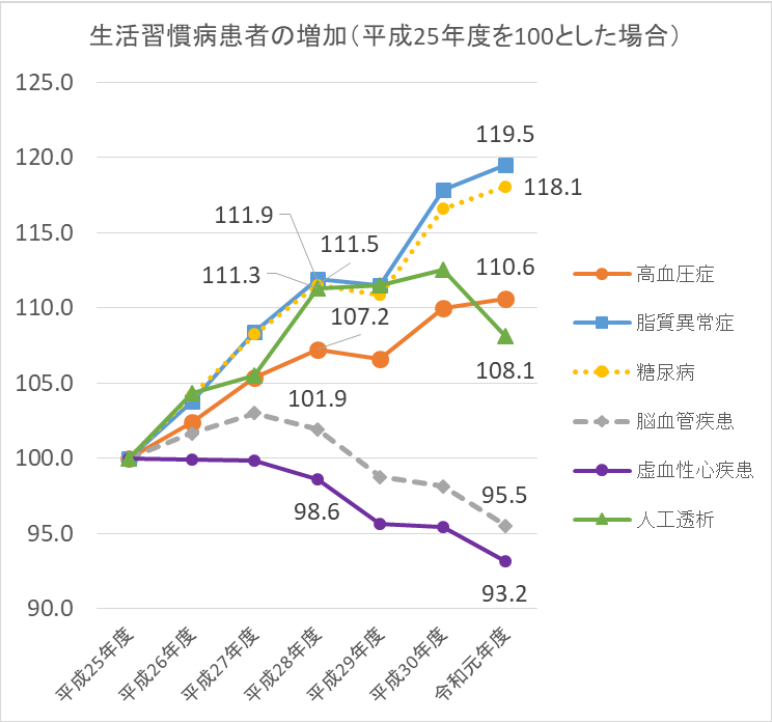
KDB システム　医療費分析（１）生活習慣病分析　平成２５年度～令和元年度

生活習慣病患者の中では、高血圧症患者数が最も多く、被保険者の約６割を占める。また、脂質異常症や糖尿病等の内分泌疾患の患者数も多い。

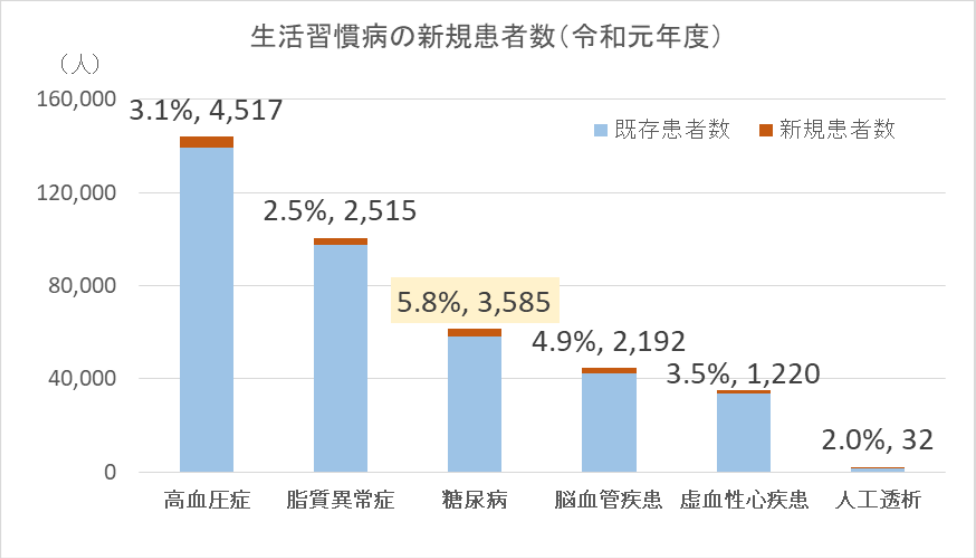
KDB システム　医療費分析（１）生活習慣病分析

平成２５年度の患者数を基準として令和元年度における患者数を比較すると、脂質異常症、糖尿病では約２割増加しており、高血圧症、人工透析は約１割増加している。脂質異常症と糖尿病、高血圧症は、被保険者数の増加率 108.7%を超えている。脳血管疾患と虚血性心疾患の患者数は減少している。

また、生活習慣病における新規患者数の状況をみると、新規患者の割合はいずれの疾病 10%以下である。各疾病の中では、糖尿病患者が新規発生の割合が最も高く、5.8%である（平成２８年度から 0.7 ポイント減少）。



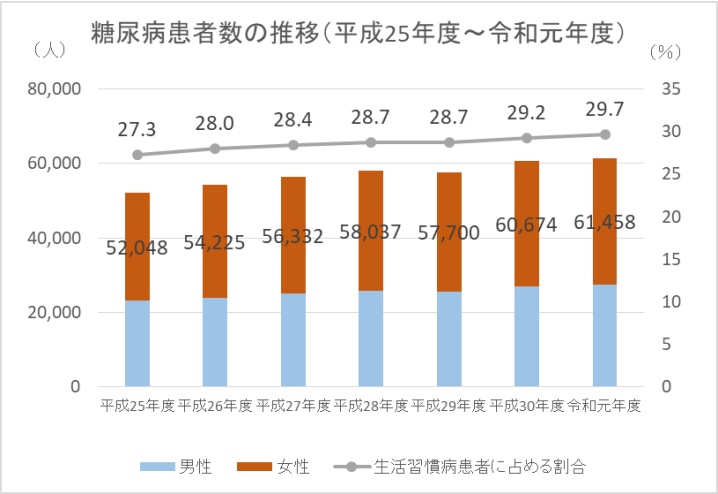
KDB システム　医療費分析（１）生活習慣病分析　平成２５年度～令和元年度



KDB システム　医療費分析（１）生活習慣病分析

② 糖尿病の状況

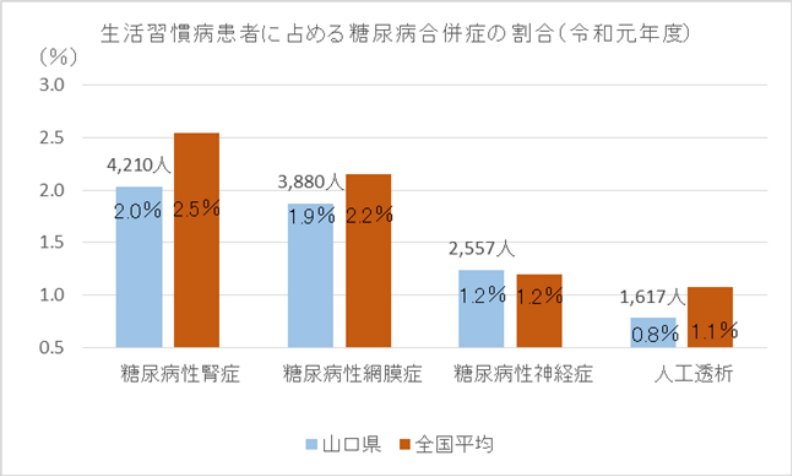
平成２５年度以降、糖尿病患者数は他の生活習慣病患者と同様に増加し続けており、生活習慣病患者に占める割合も微増している。令和元年度の糖尿病の患者数は 61,458 人であり、生活習慣病患者の 29.7%を占める。ＫＤＢシステムによる医療費分析では、レセプト件数が第２位であり、特に外来件数が多いことから、医療費合計でも第６位と上位に入る疾患である（疾病分類別医療費の状況を参照）。



KDB システム　医療費分析（１）生活習慣病分析　平成２５年度～令和元年度

糖尿病の重症化を示す糖尿病合併症について、山口県は生活習慣病患者に占める割合が全国平均より低く、それらの合併症の患者数はいずれも 5,000 人を下回る。

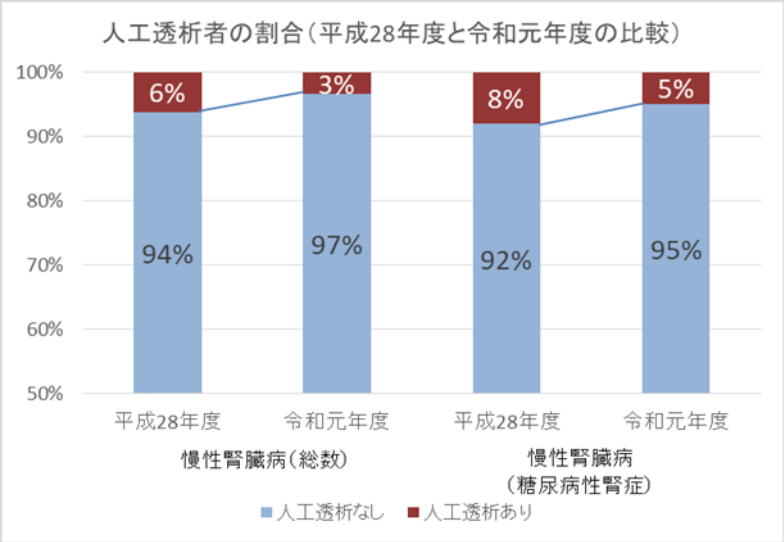
人工透析の患者数は 1,617 人と比較的少なく、新規患者数も 32 人（新規患者率 2.0%）ではあるが、平成２５年度との比較では、患者数が平成２８年度以降８～10%増加している（生活習慣病の新規患者数及び生活習慣病患者の増加を参照）。また、外来での１件当たりレセプト点数が第１位、総医療費でも第７位を占めており（疾病分類別医療費の状況を参照）、ＱＯＬ（Quality of Life、生活の質）の観点だけでなく、医療費の適正化を図るための対策が必要である。



KDB システム　医療費分析（１）細小　生活習慣病分析（＊人工透析には糖尿病が原因でない者も含む）

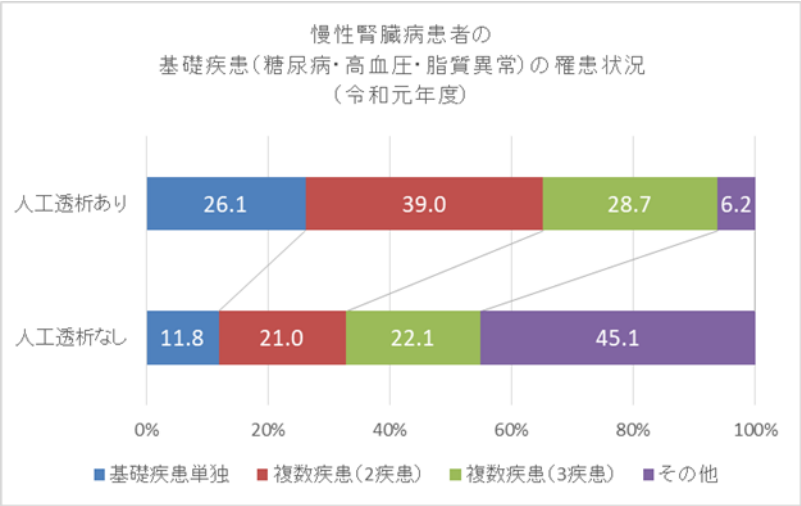
③ 慢性腎臓病及び人工透析の状況

令和元年度の慢性腎臓病患者（全体）に占める人工透析者の割合は３％であるが、糖尿病性腎症の患者のうち人工透析になったものは５％であり、全体に占める人工透析者割合よりわずかに高い。人工透析者の割合は、平成２８年度と比較して減少している。



KDB システム　疾病管理一覧（慢性腎臓病）平成２８年度及び令和元年度
人工透析レセプト（人工透析者累計）　平成２８年度及び令和元年度

慢性腎臓病患者に限らず、後期高齢者では複数の疾患を有する者が多い。慢性腎臓病患者のうち人工透析になった者は、高血圧症、脂質異常症及び糖尿病の基礎疾患を複数保有する者の割合が 67.7%であり（２疾患保有者 39.0%、３疾患保有者 28.7%）、人工透析になっていない者より割合が 24.6%高い。慢性腎臓病重症化予防及び人工透析予防では複数疾患を保有する者への対策が必要である。

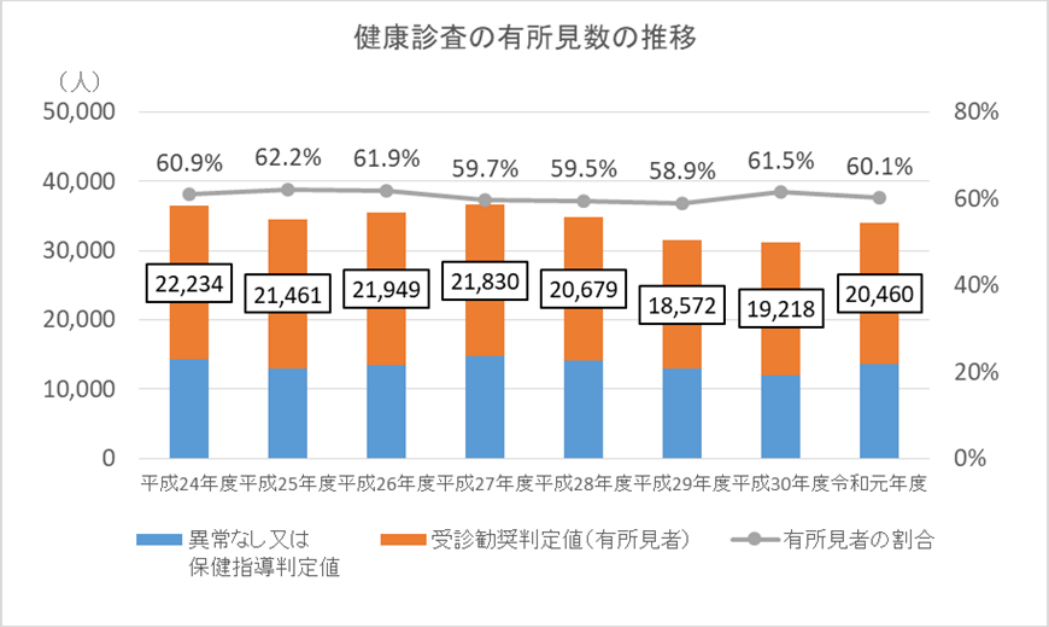


KDB システム　疾病管理一覧（慢性腎臓病）令和元年度
人工透析レセプト（人工透析者累計）令和元年度

（７）健康診査における有所見者の状況

健康診査における有所見者は、令和元年度において 20,460 人であり、受診者の 60.1%を占めている。平成２４年度以降、受診者の６割前後が何らかの所見を有している。

受診勧奨判定値以上の有所見者の医療機関への受診は、令和元年度では 98.5%と高い受診率を示している。割合は低いが医療を必要としている未受診者を医療機関へつなげていく必要がある。



KDB システム　健診状況

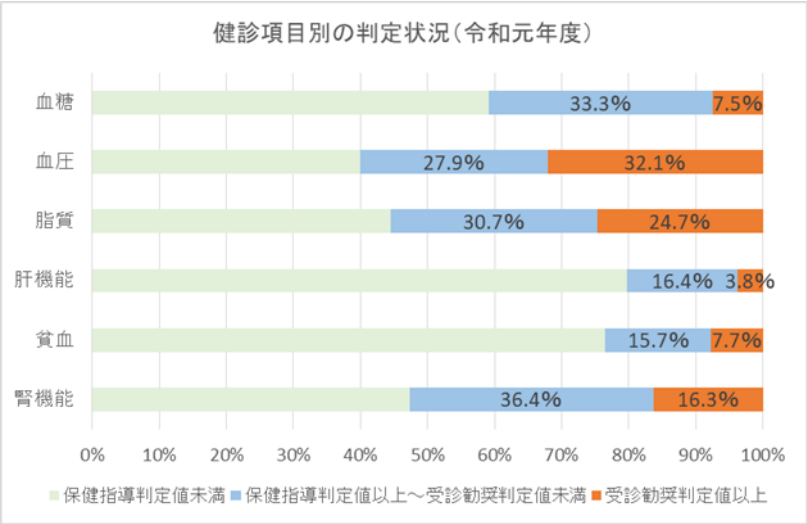
有所見者（受診勧奨判定値以上）の医療機関の受診状況（令和元年度）

健診受診者数	有所見者数	医療機関の受診	
		あり（%）	なし（%）
34,028 人	20,460 人	20,151 人 (98.5%)	309 人 (1.5%)

KDB システム　健診状況

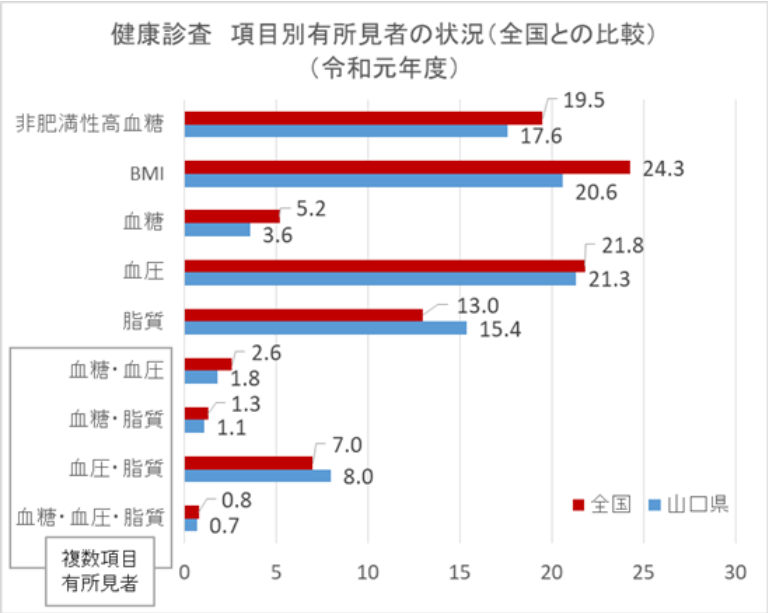
所見状況を項目別にみると、受診勧奨判定値以上の割合が多いのは「血圧」「脂質」「腎機能」であり、保健指導判定値以上の何らかの所見を有するものが５割以上を占めている。特に、「腎機能」は平成３０年度から検査項目として血清クレアチニンを追加したことで、ｅＧＦＲを算出することが可能となり、新たな腎機能障害のリスク者を抽出することが可能となった。腎機能障害の重症化を予防するためにも、受診勧奨判定値以上の対象者に対して疾病管理を促していく必要がある。

また、「腎機能」「血糖」は保健指導判定値以上～受診勧奨判定値未満の割合が高く、保健指導などによる生活習慣の見直しが必要な状態である。



KDB システム　健診状況

健康診査における有所見者の割合を全国平均と比較すると、割合が高い項目は「脂質」「血圧・脂質」の項目であった。これらの項目は、脳卒中等の動脈硬化性疾患のリスクが高いため、若年者からの疾病予防を今後も進めていく必要がある。



KDB システム　健診状況

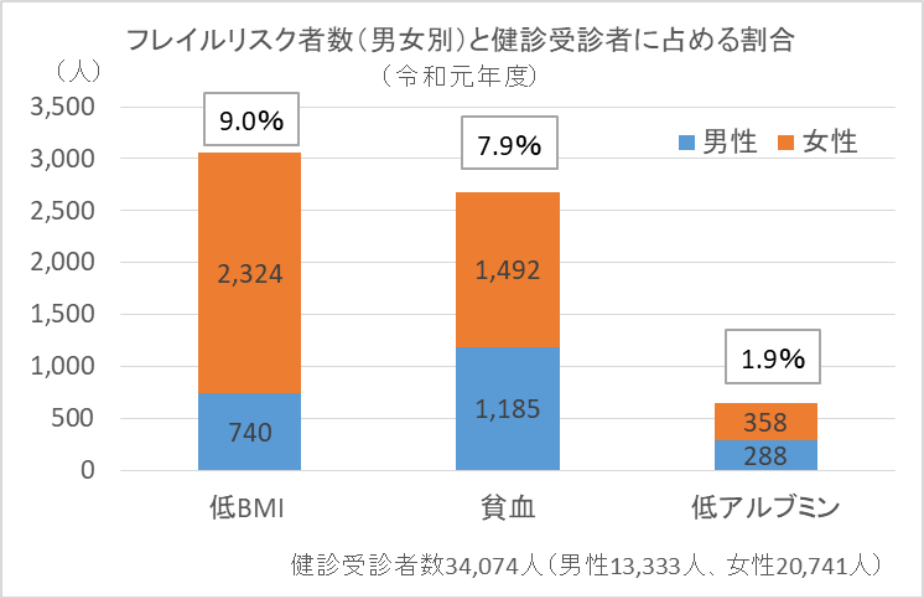
高齢者のフレイル（虚弱）は、低栄養との関連が深い。現行の健康診査において、栄養状態を推測できる検査項目はＢＭＩと貧血、血清アルブミンである。血清アルブミンは平成３０年度から検査項目として追加した。

健診結果における低ＢＭＩと貧血、低アルブミンの状況をみると、低ＢＭＩが 9.0%、貧血が 7.9%、低アルブミンが 1.9%である。これらのフレイルリスク該当者の割合は全体で 16.5%であり、栄養状態に関する評価が必要である。そのうち複数の所見を合併している者は 2.0%（696 人）存在する。

健康診査におけるフレイルリスク者（低 BMI・貧血・低アルブミン）の状況（令和元年度）

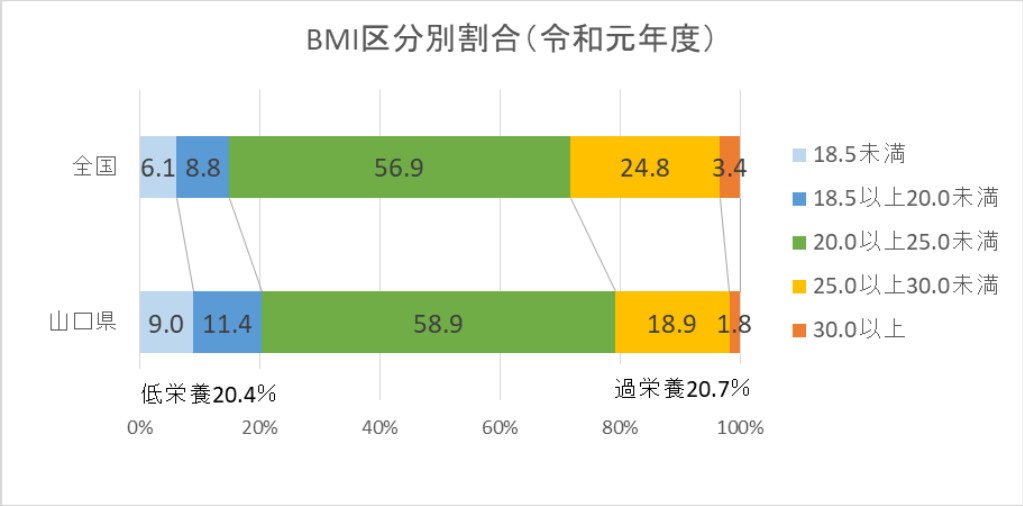
健診項目	人数（人）	健診受診者に占める割合（%）
低ＢＭＩ　(BMI<18.5)	3,064	9.0
貧血（Hb 男≦12　女≦11）	2,677	7.9
低アルブミン（ALB≦3.5）	646	1.9
フレイルリスク者総数	5,637	16.5
（健診受診者数）	(34,074)	—

KDB システム　介入支援対象者一覧（健康診査受診者）



KDB システム　介入支援対象者一覧（健康診査受診者）

ＢＭＩの分布をみると、ＢＭＩ20.0未満の低栄養傾向の者の割合は20.4%で、ＢＭＩ25.0以上の過栄養傾向の者と同程度存在する。平成３０年国民健康・栄養調査のＢＭＩ分布（70歳以上）と比較すると、山口県は低栄養傾向の割合が高い。



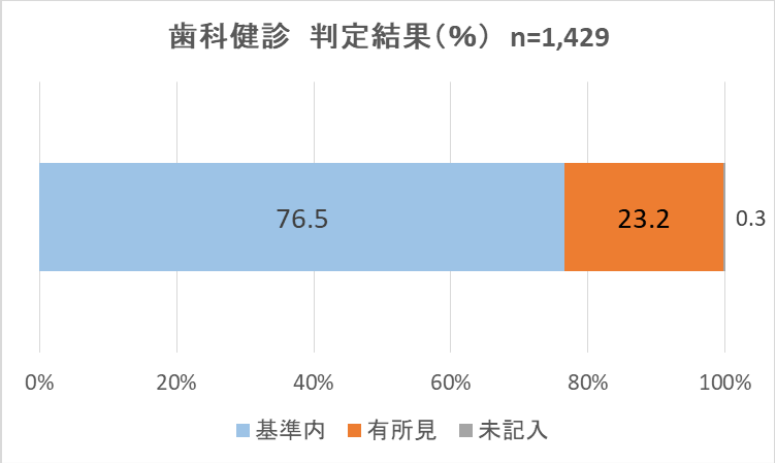
KDBシステム　介入支援対象者一覧（健康診査受診者）

全国値は、平成３０年国民健康・栄養調査　70歳以上のBMI分布

（８）歯科健康診査における有所見者の状況

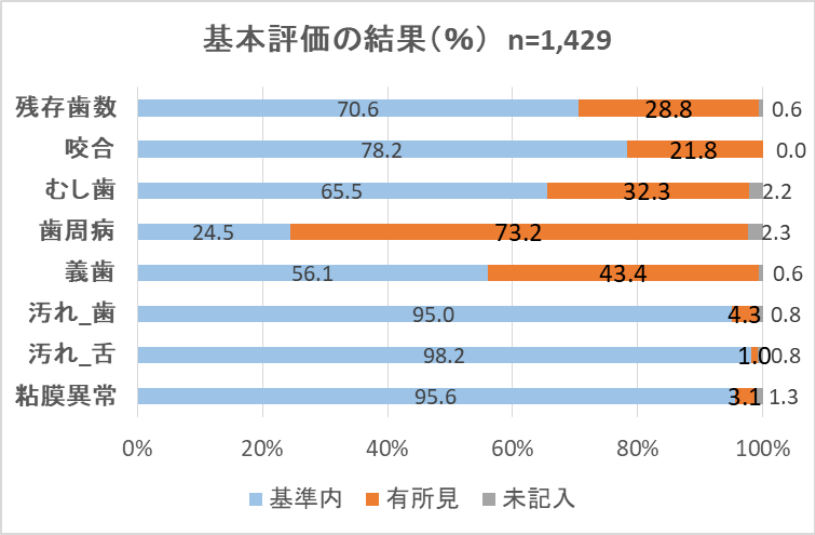
歯科健康診査における有所見者は、令和元年度で332人であり、受診者（1,429人）の23.2%を占めている。有所見者が多い項目は、口腔機能の舌の動き（オーラルディアドコキネシス※1）、基本評価の歯周病、義歯の状態、う歯である。

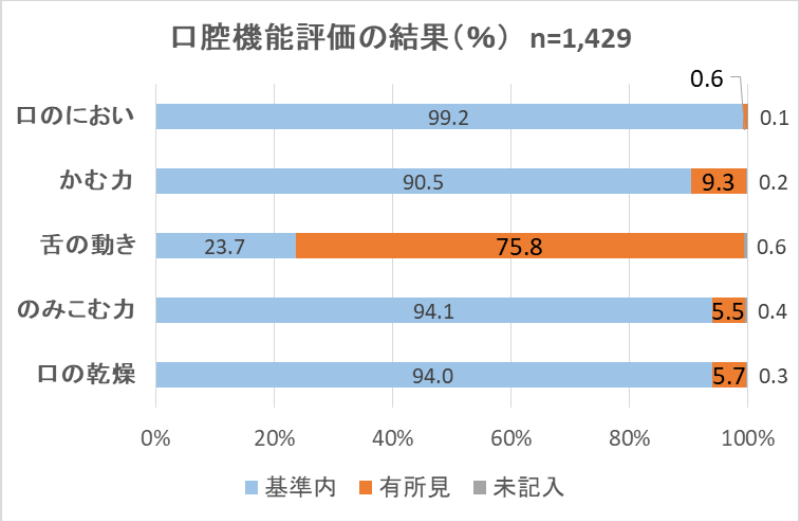
令和元年度のオーラルフレイルリスクの該当者※2は413人であり、受診者の28.9%を占めている。



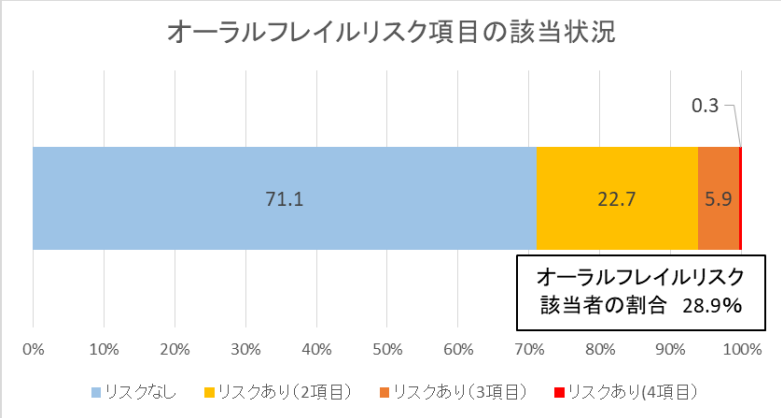
出典　後期高齢者医療広域連合　業務課　歯科健診結果より集計（令和元年度）

※1 オーラルディアドコキネシス：舌、口唇、軟口蓋などの運動速度や巧緻性を発音状況によって評価する検査法。これらの器官の加齢による機能低下などを評価に用いる。





出典　後期高齢者医療広域連合　業務課　歯科健診結果（令和元年度）



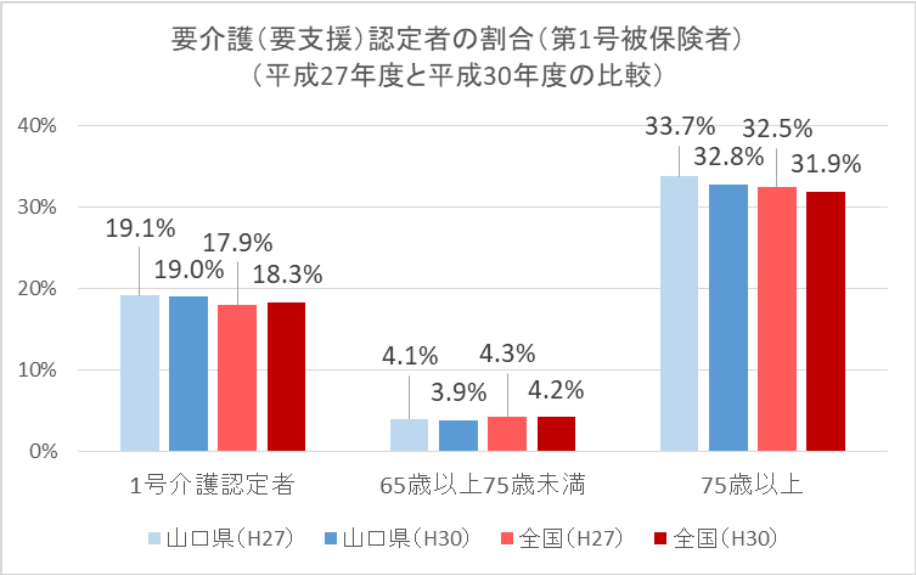
出典　後期高齢者医療広域連合　業務課　歯科健診結果（令和元年度）

※2 オーラルフレイルリスクの該当者：歯科健康診査の検査項目のうち、残存歯数（20 本以下）、舌の動き（少し弱い・弱い）、かむ力（左右とも弱い又は心配）、のみこみ（２回以下）、の４項目において２つ以上のリスク該当者をオーラルフレイルリスクありとしている。

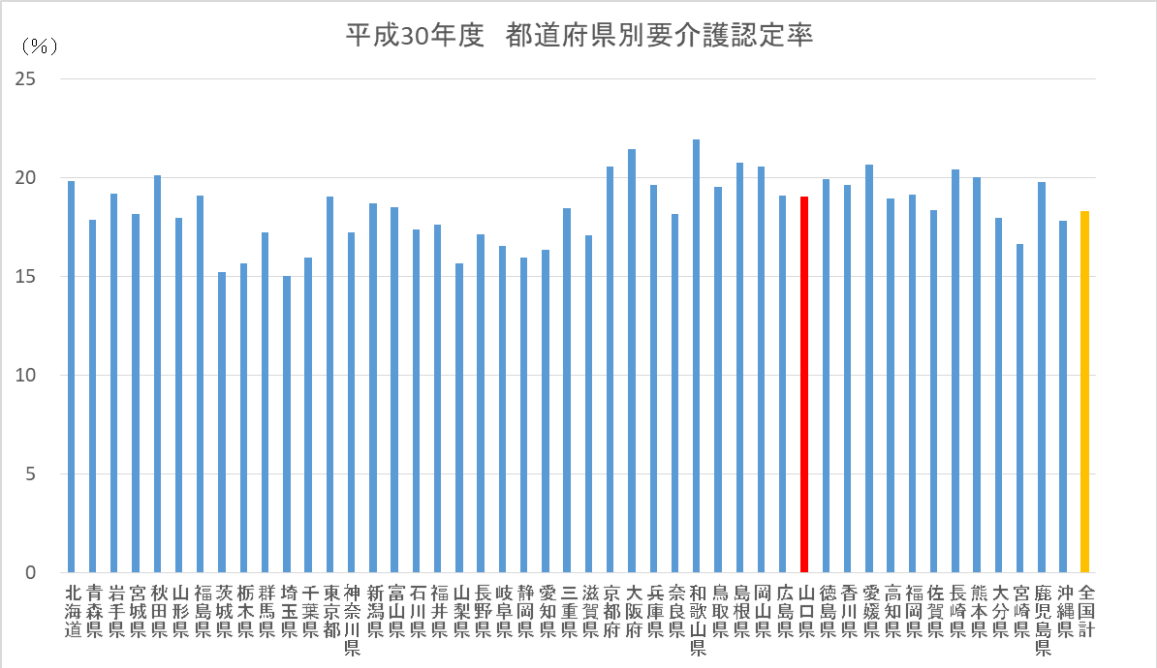
（９）介護保険の状況

① 認定者数（要介護度別）

平成３０年度の第１号被保険者における要介護認定率は 19.0%であり、全国平均より認定率は高い。平成２７年度と比較すると、要介護認定率は低下している。要介護認定率の全国順位は第２１位であり、平成２７年度（第１７位）より下降した。

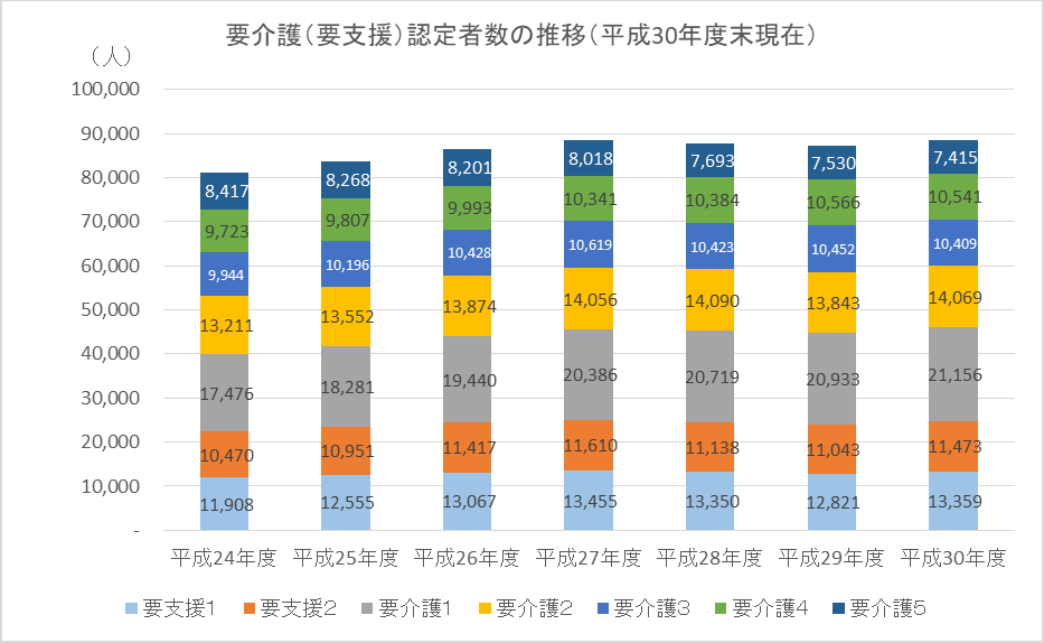


出典　厚生労働省　介護保険事業状況報告（平成２７年度及び平成３０年度）



出典　厚生労働省　介護保険事業状況報告（平成３０年度）

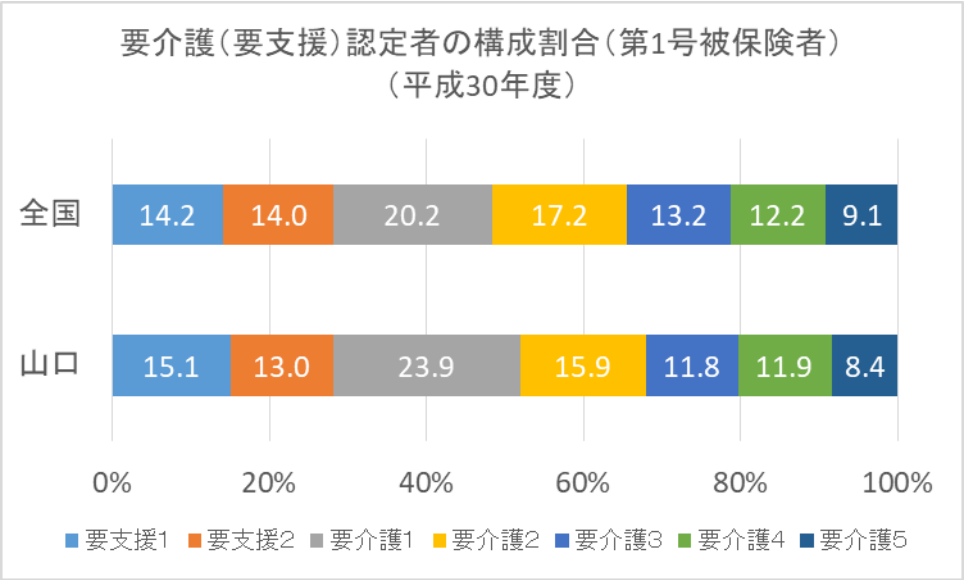
要介護認定者総数は平成２７年度が最も多く、その後上回っていない（平成３０年度：88,422 人）。要支援１及び要介護１では、年々認定者数が増加している。



出典　厚生労働省　介護保険事業状況報告（平成３０年度）

② 要介護（要支援）の構成割合

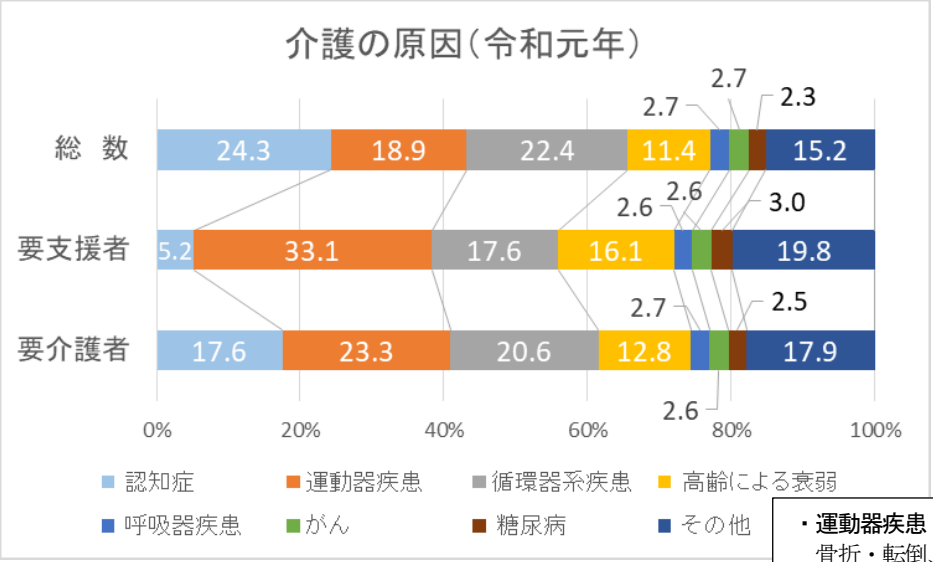
山口県の要介護度別の構成割合は、要支援が 28.1%、要介護が 71.9%である。最も割合が高いのは要介護１（23.9%）であり、全国平均よりも高いが、要介護２以上の割合は全国平均よりも低い。



出典　厚生労働省　介護保険事業状況報告（平成３０年度）

③ 要介護認定者の有病状況

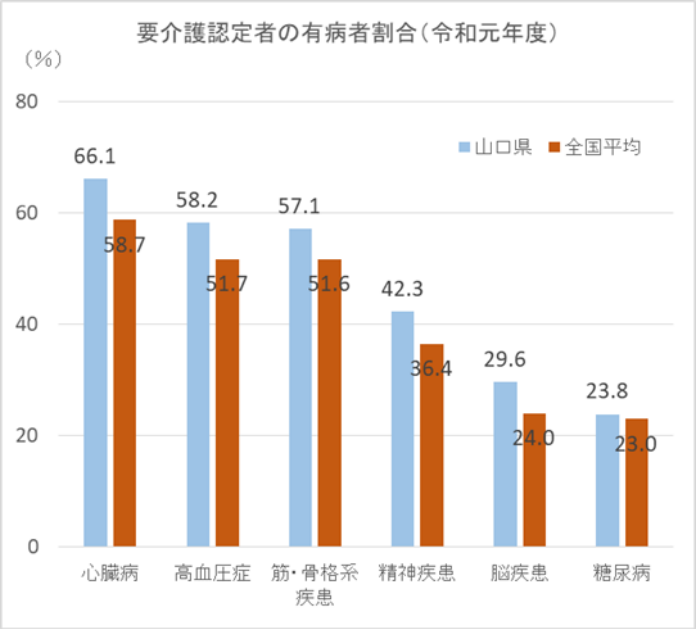
令和元年度の国民生活基礎調査によると、介護の原因となるのは要支援者では骨折・転倒、関節障害といった運動器疾患の割合が高く、要介護者では、認知症の割合が高い。また、要支援・要介護者共に循環器系疾患と高齢による衰弱の割合は高い。



出典　厚生労働省　国民生活基礎調査（令和元年度）

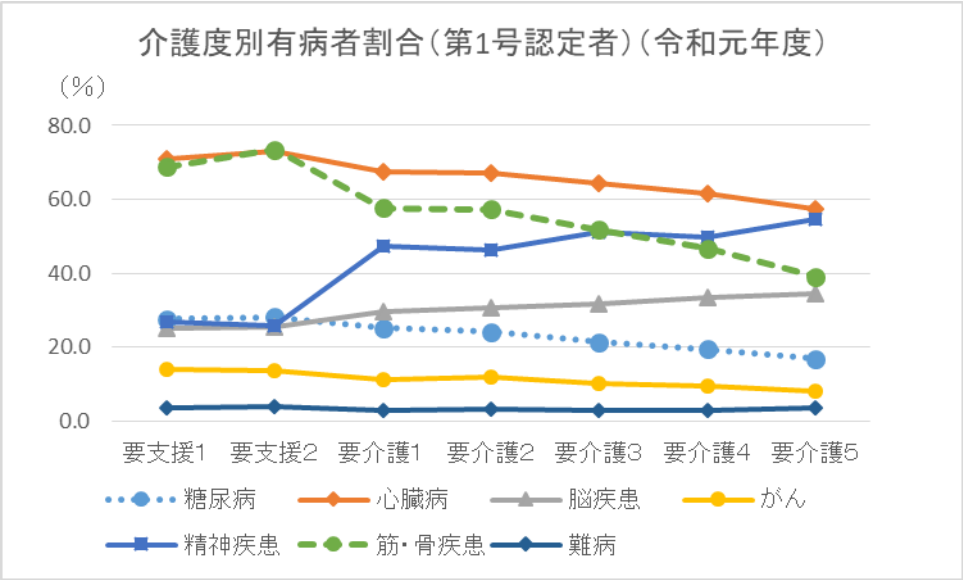
・**運動器疾患**：
骨折・転倒、関節障害
・**循環器系疾患**：
脳血管疾患、心疾患

山口県の要介護認定者（第１号認定者）の有病状況をみると、国民生活基礎調査と同様に心臓病、高血圧症、筋・骨格系疾患を有する者が多い。また、いずれの疾患も全国平均より有病者割合が高い。



KDB システム　要介護（支援）者有病状況

要介護度別にみても、要支援者では心臓病、筋・骨格系疾患が多く、要介護度が上がるにつれて、その割合は減少する。要介護度が上がると、精神疾患、脳疾患の割合が増加する。



KDB システム　要介護（支援）者有病状況

３　第２期保健事業実施計画の評価（前半（平成３０年度～令和元年度）の取組）

（１）第２期計画前半の保健事業の実施状況

第２期計画に記載した保健事業について、それぞれの実施状況と目標達成状況を以下の表に示す。１８の評価項目のうち、９項目は目標を達成した。

保健事業一覧

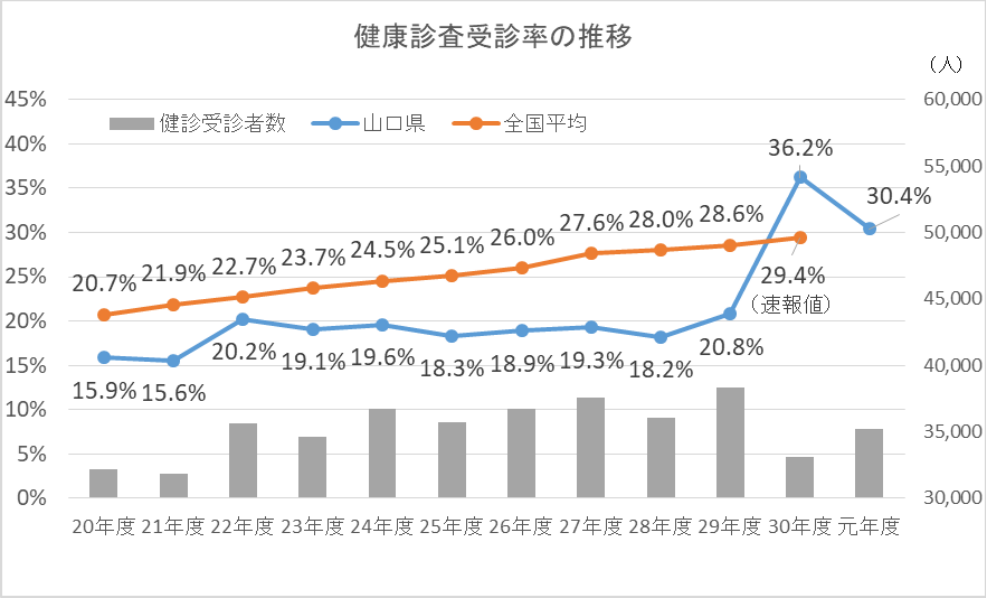
健康課題	保健事業	評価指標	第２期計画（前半）評価			
			目標	実施状況		評価
				H30	R1	
健康診査の受診率向上等	①健康診査	受診対象者の抽出	実施	実施	実施	達成
		健診受診勧奨による受診率	8%	2.5%	6.9%	未達成
		健診受診率	50％以上	36.2%	30.4%	未達成
	②医療機関受診勧奨	受診勧奨による受診率	8%	31.2%	31.9%	達成
		医療機関受診率	増加	減少	維持	未達成
生活習慣病等重症化予防	③糖尿病治療中断者等受診勧奨	糖尿病治療中断者等の再受診率	8%	6.9%	10.7%	達成
	④糖尿病性腎症重症化予防モデル事業（H30～R1）	保健指導による血液検査値が改善した人の割合	50％以上	事業開始	66.7%	達成
フレイル等予防	⑤歯科健康診査	歯科健診受診率	8%	7.7%	7.8%	未達成
	⑥高齢者への低栄養防止・重症化予防等の推進	訪問歯科健診、栄養指導等の実施市町数	増加(3)	減少(2)	減少(1)	未達成
健康増進活動の推進	⑦後発医薬品の使用促進	後発医薬品数量シェア	75%	73.2%	76.8%	達成
	⑧訪問健康相談	前回の訪問指導実施の把握	実施	実施	実施	達成
		訪問指導による改善率	85％以上	86.0%	81.5%	未達成
	⑨やまぐち長寿健康チャレンジ	市町の健康増進事業の実施（体制整備）	増加(5)	減少(4)	減少(4)	未達成
		参加者数	1,000 人	646 人	770 人	未達成
	⑩市町との連携強化	市町における保険・健康・介護合同検討会議の開催	実施	実施	実施	達成
		市町を対象とした研修会の開催（体制整備）	実施	未実施	未実施（延期）	未達成
		KDBデータの活用市町数(健康・介護分野)	9	17	19	達成
		保険者協議会との連携	連携	連携	連携	達成

（２）個別の保健事業計画の評価

① 健康診査

健康診査の受診率は、全国平均と比較して低い状況が続いていたが、平成３０年度以降は30%以上に上昇した。これは平成２９年度まで健康診査の対象者に含まれていた「生活習慣病等で医療機関を受診している者」を、平成３０年度以降は健康診査対象者から除外したためである。健康診査対象者の除外にあたっては、平成２９年度に過去５年間に健康診査の受診歴がない者（126,203 人）に対して、健康診査の受診勧奨を実施し、同時に医療機関を受診している等の理由で健康診査の対象者から除外を希望する者の除外申請を受け付けた。

令和元年度の健康診査対象者のうち 91.7%が医療機関を受診しており、何らかの医療管理を受けている者が多い状況は継続している。健康診査未受診者のうち医療機関を受診していない者（健康状態不明者）は、令和元年度 8,408 人で健康診査未受診者に占める割合は 11.7%と少ないが、健康状態の確認が必要である。このような健康状態不明者に対し、平成３０年度及び令和元年度に健康診査の受診勧奨を実施した。健康状態不明者の被保険者に占める割合は、わずかではあるが低下している。



出典：山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料

健康診査対象者における健康診査の受診と医療機関の受診の状況（令和元年度）

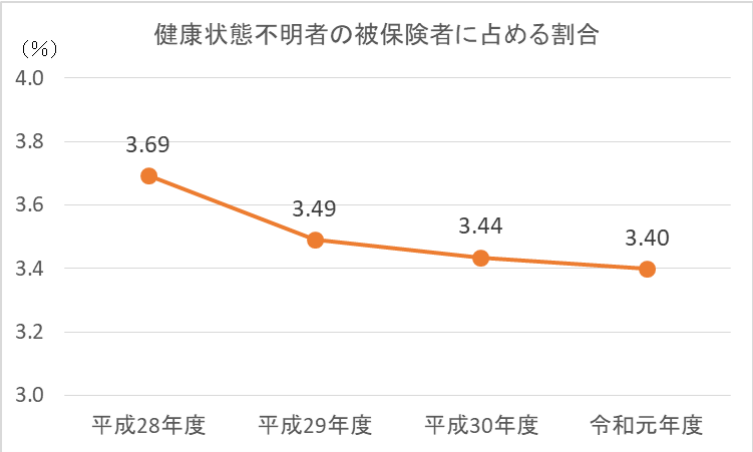
	人数	医療機関への受診			
		受診者数	割合（%）	未受診者数	割合（%）
健康診査受診者	34,499	34,048	98.7	451	1.3
健康診査未受診者	71,598	63,190	88.3	8,408	11.7
計	106,097	97,238	91.7	8,859	8.3

KDB システム　「健診状況」（令和２年１２月現在）

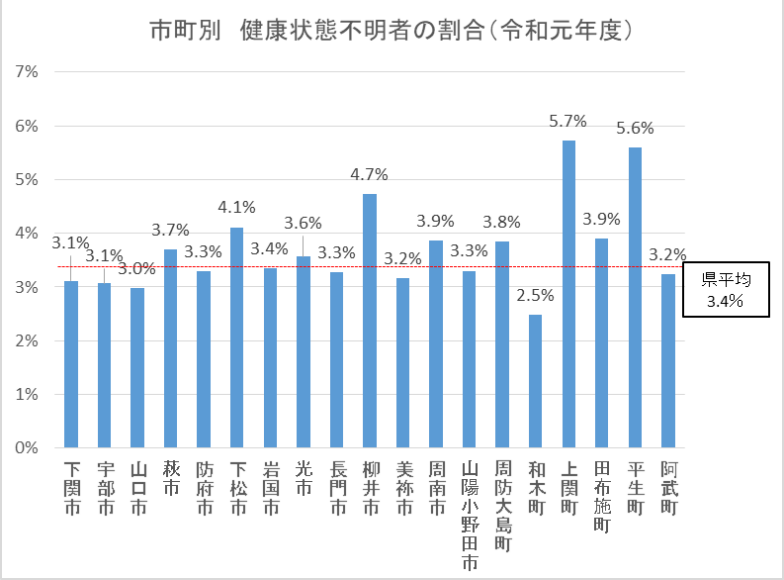
健康診査の受診勧奨による受診率

年度	受診勧奨対象者の条件	受診率	送付者数	勧奨後受診者数
平成２８	・過去に受診歴あり、前年度以降に受診歴なし ・前年度新規資格取得者で受診歴なし	4.7%	16,901 人	792 人
平成２９	・過去５年間に受診歴なし	2.8%	126,203 人	3,505 人
平成３０	**・前年度以降に受診歴なしで過去１年間に医療機関の受診歴なし（健康状態不明者）**	2.5%	5,985 人	138 人
令和元	・過去に受診歴あり、前年度以降に受診歴なし ・前年度新規資格取得者で受診歴なし **・前年度以降に受診歴なしで過去１年間に医療機関の受診歴なし（健康状態不明者）**	6.9%	16,378 人	1,083 人

出典　山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料



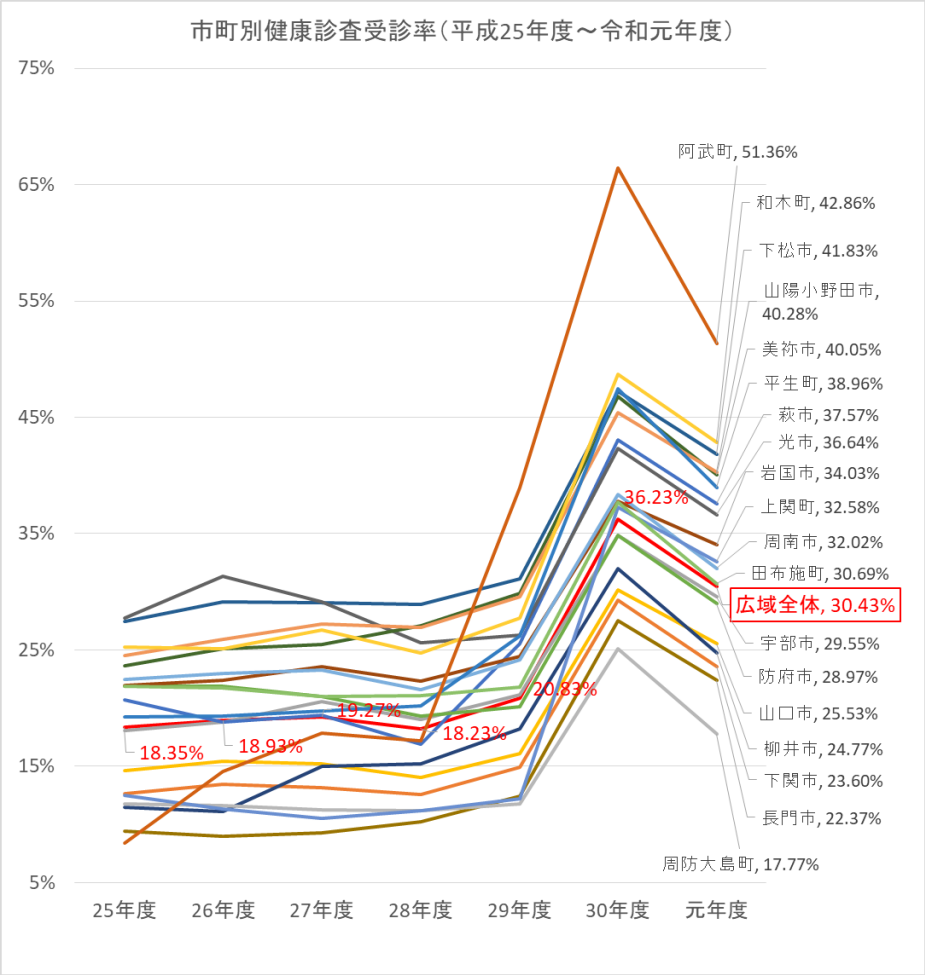
KDB システム　介入支援対象者一覧（健康診査なし、医療受診なし）より算出



KDB システム　介入支援対象者一覧（健康診査なし、医療受診なし）より算出

市町別の健康診査受診率をみると、令和元年度は広域連合全体の受診率を超えるのは１２市町であり、下回るのは７市町であった。

市町の受診率の最高と最低の差は 33.6%であり、市町による差が大きい。市町の集団検診との同時実施の推進やフレイル予防目的での健康診査受診の必要性の普及啓発など、受診率の向上に向けた取り組みを今後も継続する必要がある。



出典：山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料

第２期保健事業実施計画（前半）の評価　健康診査

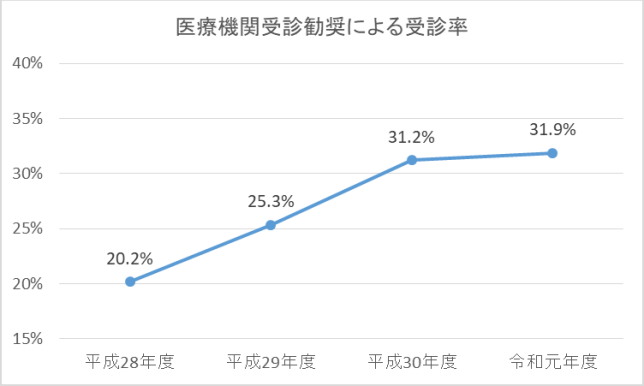
目標である受診率の向上は達成しなかった。後期高齢者の質問票がフレイルに関する内容に変更となったため、今後、受診率向上のための受診勧奨ではフレイル予防対策と連動した新たな取組を進めていく必要がある。

第２期保健事業実施計画（前半）の評価（健康診査）

<table>
<tr><th></th><th>基準</th><th>平成２９年度</th><th>平成３０年度</th><th>令和元年度</th></tr>
<tr><td>第２期
目標値（前半）</td><td>健診受診率 18.2%
（平成 28 年度）</td><td colspan="3">50%以上</td></tr>
<tr><td>実績</td><td>―</td><td>20.8%</td><td>36.2%</td><td>30.4%</td></tr>
<tr><td>目標達成状況</td><td>―</td><td>達成せず</td><td>達成せず</td><td>達成せず</td></tr>
<tr><td>取組</td><td colspan="4">・健康診査の受診勧奨の実施
平成２９年度　過去５年間受診歴がない者
平成３０年度　前年度健康診査受診なし、医科外来受診なしの者
（健康状態不明者）
令和元年度　過去に健康診査受診歴のある者及び健康状態不明者
・市町の集団健診との同時実施（１３市町）
・受診啓発（市町広報誌への掲載、受診勧奨ポスター掲示）</td></tr>
<tr><td>評価</td><td colspan="4">目標である健診受診率の向上は、未達成であった。
＜主な原因＞
①　健康診査未受診者の多くが医療機関を受診し、医療機関で健康診査項目と同様の検査を受けているため、健康診査の必要性を感じられていない可能性がある。
②　受診率向上のための受診勧奨の対象者が「継続未受診者」「健康状態不明者」であり、健康への関心が低いと考えられている層であるため、受診勧奨の効果が得られにくかった可能性がある。
③　市町での受診率に格差がある。
＜今後の取組＞
①　令和２年に後期高齢者質問票の改訂により、健康診査の目的にフレイル予防が追加された。健康診査の必要性について普及啓発を図る。
②　健康への関心が低い層と共に、過去に受診歴がありきっかけがあれば受診の可能性が高い層への受診勧奨を継続実施する。
③　これまで実施してきた市町の特性に合わせた健康診査を受けやすい環境の構築を継続する。</td></tr>
</table>

② 医療機関受診勧奨

前年度健康診査受診者のうち、健康診査の結果において、血圧・脂質・血糖・肝機能・腎機能・貧血・栄養の項目のうち、１つ以上の項目が受診勧奨判定値以上になっているが、その治療目的で医療機関を受診していない方を対象に、医療機関受診勧奨通知書を送付している。受診勧奨による受診率は増加傾向にある。



出典　山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料

第２期保健事業実施計画（前半）の評価　医療機関受診勧奨

受診勧奨による医療機関受診率は目標を達成した。計画立案後に集計した医療機関受診率が目標値を大きく上回っていたため、目標値の修正が必要である。

医療機関受診率の向上のため、被保険者の健診受診後の診断結果受領から医療機関受診勧奨通知書発送までの期間を見直す。

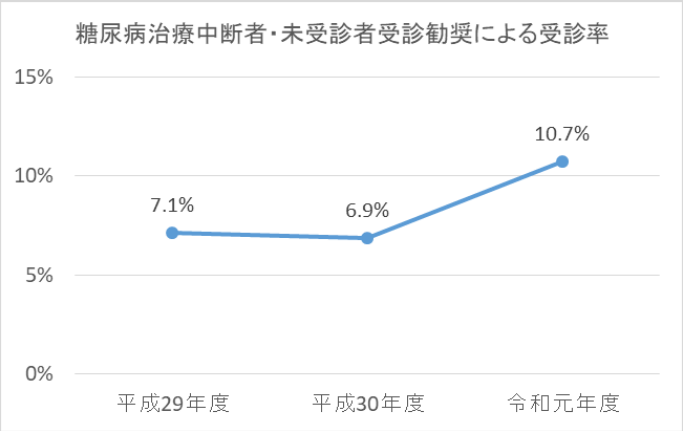
第２期保健事業実施計画（前半）の評価（医療機関受診勧奨）

	基準	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度
第２期 目標値（前半）	医療機関受診率 20.2%(平成 28 年度)	8%		
実績	―	25.3%	31.2%	31.9%
目標達成状況	―	達成	達成	達成
取組	・受診勧奨通知書のレイアウト変更（レーダーチャート形式）（平成３０年度から）			
評価	目標である医療機関受診率の向上は、達成した。 ＜主な原因＞ ①　目標値が現状値より大幅に低かった。 ②　通知書のレイアウト変更により受診を促すことができた。 ＜課題＞ 健康診査受診から受診勧奨通知を受け取るまでの期間が長い。通知書をもっと早く送ってくるべきとのご意見もある。 ＜今後の取組＞ 受診勧奨通知の発送回数を増やすことを検討する。			

③ 糖尿病治療中断者等受診勧奨

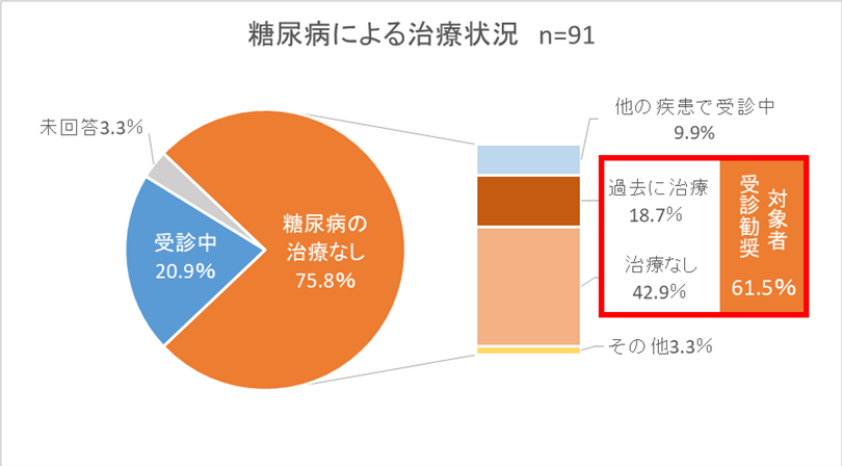
糖尿病が重症化するリスクの高い治療中断者及び未受診者に対し、適切な受診の働きかけを行い治療に結びつけることを目的に、平成２９年度から受診勧奨通知を送付している。平成３０年度までは受診率が約７％であったが、令和元年度には10%台に増加した。

※糖尿病治療中断者：過去に糖尿病の治療を受けていたが、当該年度に糖尿病の治療を受けていない者
※糖尿病未受診者：過去の健診検査値（HbA1c）が基準値以上だったが、当該年度に糖尿病の治療を受けていない者

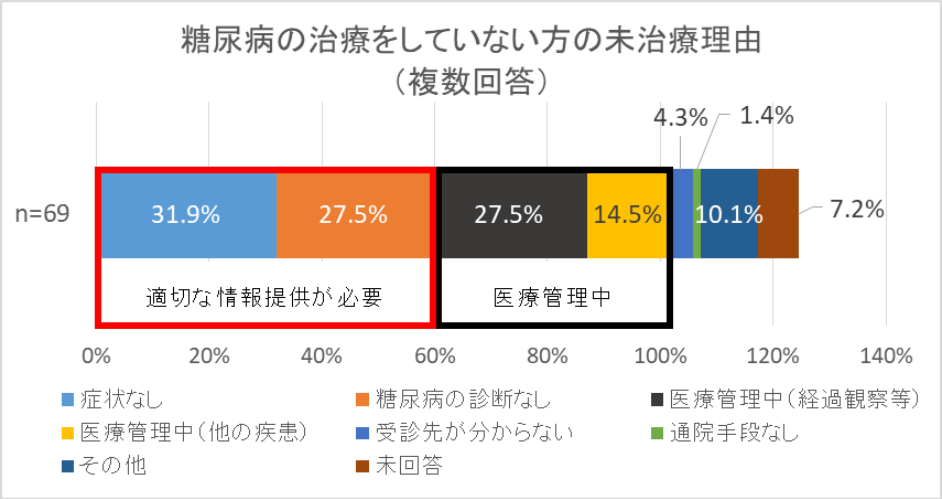


出典　山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料

平成３０年度には受診勧奨通知送付者（402 人）に対し、治療状況等を調査するためにアンケートを実施した（返送者 93 人、有効回答者 91 人）。その結果、約２割が何らかの医療管理を受けていたが、約６割は「過去に治療を受けた」「治療なし」と回答しており、受診勧奨が必要な状況であった。糖尿病の未治療者の理由の上位は、「症状なし」「糖尿病の診断なし」「医療機関での経過観察中」であった。



出典　山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料



出典　山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料

第２期保健事業実施計画（前半）の評価　糖尿治療中断者等受診勧奨

目標である受診勧奨による医療機関受診率の向上を達成した。受診勧奨の効果をより高めるために、対象者の状況に合わせた情報提供を行う等、受診勧奨通知の内容を検討する必要がある。

第２期保健事業実施計画（前半）の評価（糖尿病治療中断者等受診勧奨）

	基準	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度
第２期 目標値（前半）	—	８％		
実績	—	7.1%	6.9%	10.7%
目標達成状況	—	未達成	未達成	達成
取組	・対象者の現状を把握するためのアンケートを実施した（平成３０年度） ・対象者からインスリン注射の短期処方者を除いた（令和元年度）			
評価	目標である医療機関受診率の向上は、達成した。 ＜主な原因＞ 令和元年度に対象者の抽出基準を見直すことで、より適切な対象者に受診勧奨が行えた。 ＜課題＞ 対象者の状況別に受診勧奨通知での情報提供が行えていない。 （例）症状がないので放置、糖尿病の状況を把握できていないなど ＜今後の取組＞ 年度によって対象者別の情報提供内容を変更することを検討する。			

④ 糖尿病性腎症重症化予防モデル事業（平成３０年度～令和元年度）

糖尿病性腎症重症化予防事業を新規計画するにあたり、後期高齢者に対する保健指導の効果検証や計画における留意事項を確認することを目的に、平成３０年１２月から令和元年６月までモデル市において実施した。

糖尿病性腎症重症化予防モデル事業の概要

事業対象者	糖尿病で治療中であるが、血糖、腎機能の健診結果値が不良で、疾病の自己管理を継続するにあたり、保健指導が必要な後期高齢者医療の被保険者。
事業実施市町	山口市（山口市医師会圏域）
事業目標	対象者の残存能力を落とさないこと、ＱＯＬの確保（介護予防）等を目指して、疾病管理について「できるセルフケア行動を持続してもらうこと」。
事業内容	前年度の健診受診者かつ糖尿病治療者から対象者を選定し、保健師（広域連合所属）による６か月間の保健指導（家庭訪問）を実施した。
連携機関	山口市、山口県糖尿病対策推進委員会、山口県医師会、山口市医師会
事業結果	●事業対象者：５人を抽出、うち３人がかかりつけ医から紹介 ３人がすべて事業に参加 ●保健指導の完了割合：100%（３人中３人が完了） ●保健指導後の改善状況 ＜検査値等＞　BMI 減少　３人、HbA1c 減少　２人 ＜生活習慣＞　要改善の生活習慣数の減少　２人 生活習慣改善の満足度上昇　３人 自己目標の達成　１人
事業評価	①　かかりつけ医から患者への紹介という形をとり、対象者は 100%参加できた。 ②　後期高齢者に対しても標準的な保健指導プログラムにより対応が可能であった。 ③　検査値等の改善に結びつかない場合でも、食事や運動改善など本人のモチベーションが上昇することによって、生活習慣の改善の継続が可能である。 ④　指導回数や時間は適切であるが、指導効果が出るのに時間がかかる対象者もいるため、事業期間は６か月からの延長が可能なように検討する必要がある。 ⑤　国保の事業と同じスキームで後期高齢者の事業を実施できない場合があり、市町との連携方法について課題が残った。

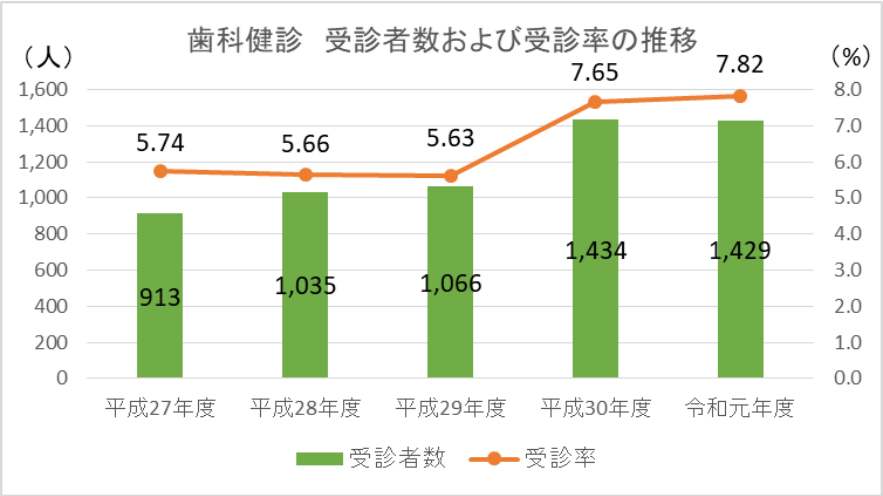
第２期保健事業実施計画（前半）の評価　糖尿病性腎症重症化予防モデル事業

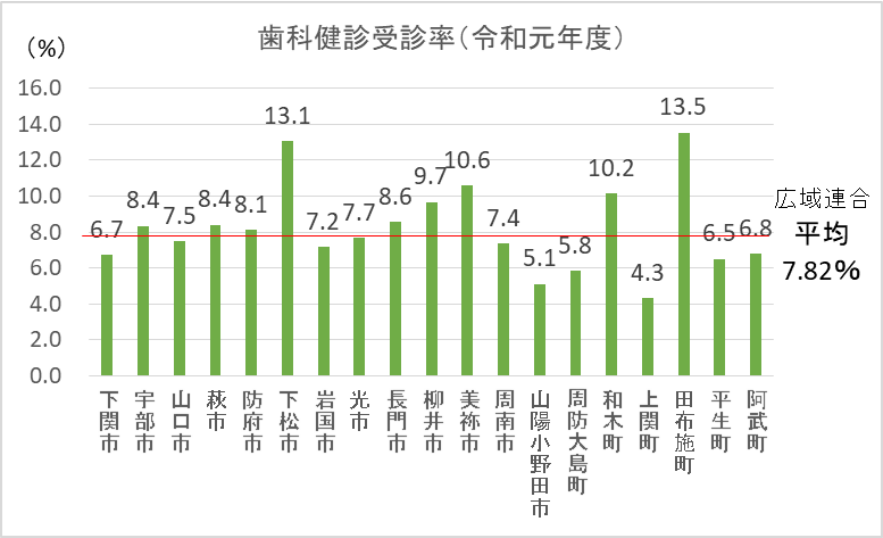
平成３０年度から令和元年度にかけて１市においてモデル事業を実施し、目標である検査値および生活習慣の改善を達成した。今後は高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施により、国保被保険者との切れ目のない保健事業を推進する。

⑤ 歯科健康診査

被保険者の口腔機能の低下防止を目的に、前年度の年齢到達・障害認定による新規資格取得者を対象として、平成２７年度から山口県歯科医師会に歯科健康診査実施を委託し、実施している。歯科健康診査受診率は平成２９年度までは５％台であったが、自己負担額を無料化した平成３０年度から７％台に上昇した。

市町別の歯科健康診査受診率をみると、令和元年度は広域連合全体の受診率を超えるのは９市町であり、下回るのは１０市町であった。市町の受診率に影響を及ぼす要因分析など、受診率の向上に向けた取り組みを行う必要がある。





出典　山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料

第２期保健事業実施計画（前半）の評価　歯科健康診査

目標である受診率の向上は達成しなかったが、受診率は向上している。引き続き、受診率向上のための受診啓発活動の継続と歯科健康診査の結果を活用する取組を進めていく必要がある。

第２期保健事業実施計画（前半）の評価（歯科健康診査）

	基準	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度
第２期 目標値（前半）	健診受診率 5.66% （平成 28 年度）	8.0%		
実績	―	5.63%	7.65%	7.82%
目標達成状況	―	達成せず	達成せず	達成せず
取組	・受診啓発（市町広報誌への掲載、受診勧奨ポスター掲示、令和元年度から事業の愛称として「お口の健康診断」を設定） ・自己負担額の無料化（平成３０年度から） ・受診対象者の拡大（令和元年度から、過去に歯科健康診査の受診歴がない希望者） ・オーラルフレイルリスク者の抽出と市町への情報提供（平成３０年度から）			
評価	目標である健診受診率の向上は、未達成であった。 ＜主な原因＞ ①　新規資格取得者が主な対象者のため、広く歯科健康診査の受診勧奨が行いにくい。 ②　歯科健康診査の結果の活用が不十分である（特にオーラルフレイル対策）。 ＜今後の取組＞ ①　対象者のさらなる拡大を検討し、事業の普及啓発を継続する。 ②　歯科健康診査の結果の活用方法を県歯科医師会と検討していく。			

⑥ 高齢者への低栄養防止・重症化予防等の推進

市町の実施する高齢者の低栄養防止・重症化予防等に係る事業に対して、補助金を交付している。実施事業は、在宅要介護者を対象とした訪問歯科健康診査のみであり、年々実施市町が減少している。

第２期保健事業実施計画（前半）の評価　高齢者への低栄養防止・重症化予防等の推進

目標である実施市町の増加は未達成であった。今後は高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施により、介護保険の被保険者との切れ目のない保健事業を推進する。

第２期保健事業実施計画（前半）の評価（高齢者への低栄養防止・重症化予防等の推進）

	基準	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度
第２期 目標値（前半）	事業実施市町３市町 （平成 28 年度）	増加		
実績	―	２市町	２市町	１市町
目標達成状況	―	未達成	未達成	未達成
取組	・市町の事業に対して、補助金を交付			
評価	目標である実施市町の増加は未達成であった。 ＜主な原因＞ 市町との積極的な連携強化策は実施できていない。 ＜今後の取組＞ 高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施の取組の中で、効果的な連携方法を再検討していく。			

⑦ 後発医薬品の使用促進

医療費の適正化を目的として、ジェネリック医薬品使用促進リーフレット（希望カード付）を平成２２年度から５年ごとに全被保険者に配布し、それ以外の年は新規資格取得者及び差額通知送付対象者に配布している。ジェネリック医薬品利用差額通知は平成２３年度から送付を実施しており、当初はジェネリック医薬品への切替による差額が 500 円以上となる場合を要件としていたが、平成２９年度から 300 円以上を、令和元年度からは 200 円以上を要件とし、対象医薬品も２種類追加して対象者の拡大を図った。また、差額通知の送付は平成２４年度から１９市町中１８市町で実施しており、令和元年度からは全市町で実施している。

ジェネリック医薬品の数量シェアは平成２８年度の 64.8%から令和元年度 76.8%と年々上昇している。一方で、ジェネリック医薬品利用差額通知による切替率は、平成２８年度の 13.2%から令和元年度 7.7%と年々減少している。

第２期保健事業実施計画（前半）の評価　後発医薬品の使用促進

目標であるジェネリック医薬品の数量シェア 75%は達成した。医療費の適正化のため、今後も引き続き、普及啓発に努めていく。

第２期保健事業実施計画（前半）の評価（後発医薬品の使用促進）

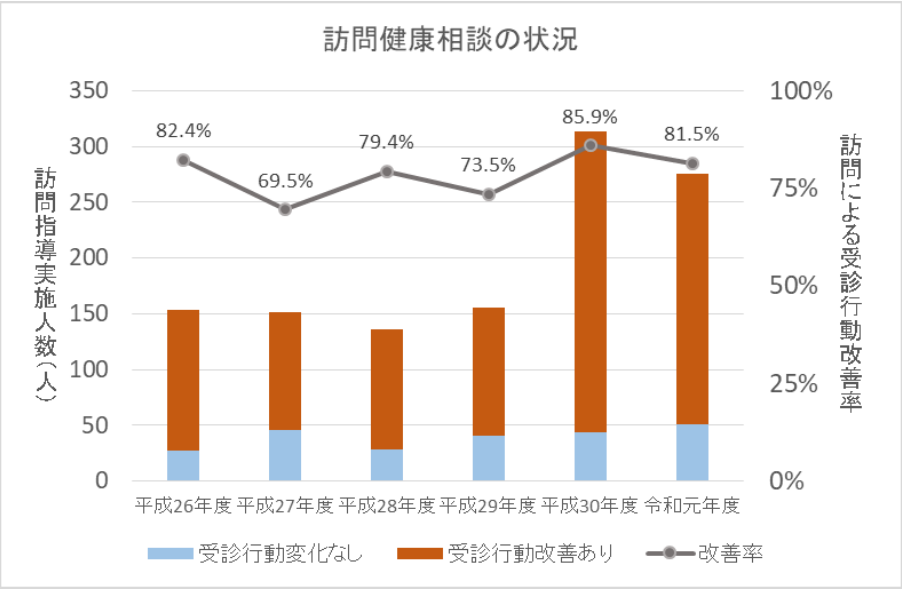
	基準	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度
第２期 目標値（前半）	数量シェア 64.8% （平成 28 年度）	75%		
実績	―	69.2%	73.2%	76.8%
目標達成状況	―	未達成	未達成	達成
取組	・リーフレット配布（差額通知送付者、新規資格取得者） ・差額通知の送付（年２回）と対象者拡大 平成２９年度　切替による差額 300 円以上 令和元年度　切替による差額 200 円以上、対象医薬品２種類追加			
評価	目標である数量シェアの増加を達成した。 ＜主な原因＞ ①　差額通知送付の対象者を拡大した。 ②　令和元年度から差額通知の送付を全市町で実施できた。 ＜今後の取組＞ 切替率に関わる状況を確認するとともに、今後も普及啓発方法を検討していく。			

⑧ 訪問健康相談

平成２６年度から、医療機関への重複・頻回受診者等を対象として、重複・頻回受診状況の改善、健康状態及び生活環境の確認のために実施している。

健康相談員（保健師又は看護師、管理栄養士等の有資格者）が各対象者宅を訪問し、一人ひとりの健康状態や生活状況を十分に把握した上で、それぞれに合った健康管理指導や精神的なバックアップ、介護保険等福祉諸制度の情報提供を行う。対象者１人につき２回程度の訪問を実施している。

改善率は年度により変動しているが、訪問によって受診行動の改善が得られる割合は高く、令和元年度の受診行動改善率 81.5%、１人当たり効果額 14,238 円と改善効果が得られた。
平成３０年度から頻回受診者の抽出条件の変更と訪問延べ回数の増加を行ったが、受診行動改善率の継続的な増加に至っていない。



出典　山口県後期高齢者医療広域連合　業務課資料

訪問健康相談の状況

	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度
訪問指導対象者数	434 人	515 人	551 人
訪問指導実施人数	155 人	313 人	275 人
訪問延べ回数	257 回	400 回	400 回
訪問による受診行動改善者（改善率）	114 人 (73.5%)	269 人 (85.9%)	224 人 (81.5%)
効果総額 （１人当たり効果額）	1,933,271 円 (16,959 円)	2,621,752 円 (9,746 円)	3,189,229 円 (14,238 円)

第２期保健事業実施計画（前半）の評価　訪問健康相談

訪問健康相談による受診行動改善効果が得られているが、改善率の目標達成は平成３０年度のみであった。引き続き、改善効果が得られるように、事業対象者の確認等を継続していく。また、改善が得られなかった対象者に対する対応策を検討する。

第２期保健事業実施計画（前半）の評価（訪問健康相談）

	基準	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度
第２期 目標値(前半)	受診指導改善率 79.4% (平成 28 年度)	85%以上		
実績	―	73.5%	85.9%	81.5%
目標達成状況	―	未達成	達成	未達成
取組	・前年度の訪問指導実施者の把握（平成３０年度から） ・対象者の抽出条件拡大（平成３０年度から） 頻回受診者の条件変更（同一医療機関において受診日数が 15 日以上ある月が５か月以上ある者） ・訪問回数の増加（平成３０年度から）延べ 200 回から 400 回へ変更			
評価	目標である受診指導改善率の達成は平成３０年度のみであった。 ＜主な原因＞ ① 年度を経るにつれ、固定化する対象者が増え、改善効果が得にくい。 ② システム上の理由から、併用禁忌などの薬剤に対する指導が実質的に不可能である。 ＜今後の取組＞ ① 改善が得られなかった対象者について、市町の健康増進部門と連携した対応を検討する。 ② 服薬管理に問題のある対象者への事業を検討していく。			

⑨ やまぐち長寿健康チャレンジ

被保険者が健康診査の受診に加え、主体的に取り組んでいる健康づくり等にポイントを付与し、３５ポイント以上を獲得した被保険者を対象に抽選を行い、当選者に景品を贈呈している。応募総数は平成２９年度が最も多く、その後上回っていない。

やまぐち長寿健康チャレンジの状況

	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度
応募総数	906 人	646 人	770 人
健康診査受診者数	570 人	528 人	638 人
うち前年度健康診査未受診者数 （新規健康診査受診者率）	208 人 (23.0%)	111 人 (17.2%)	156 人 (20.3%)
有効応募者数 （有効応募率）	479 人 (52.9%)	494 人 (76.5%)	563 人 (73.1%)
長寿・健康増進事業の実施 補助金受託市町数	５市町	４市町	４市町

第２期保健事業実施計画（前半）の評価　やまぐち長寿健康チャレンジ

目標である参加者数は未達成であった。継続した健康診査受診者や新規健康診査受診者への支援として一定の効果はあるが、平成３０年度の健康診査受診対象者の見直しもあり、本事業の対象者が減少している。また、長寿・健康増進事業を実施している市町数も伸び悩んでおり、健康づくりの環境整備の推進に課題が残った。今後の事業のあり方について検討が必要である。

第２期保健事業実施計画（前半）の評価（やまぐち長寿健康チャレンジ）

	基準	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度
第２期目標値 （前半）	―	参加（応募）者数　1,000 人		
実績	―	906 人	646 人	770 人
目標達成状況	―	未達成	未達成	未達成
取組	・応募条件の見直し（平成３０年度から） 早期の健康診査受診を促進するため、当該年度の１２月までの健康診査受診を応募資格とした。 ・チャレンジシートの文面の見直し（平成３０年度から） 応募要件を理解しやすい文面に修正した			
評価	目標である参加者数には達しなかった。 ＜主な原因＞ ①　チャレンジシートの文面の見直しで減少したが、応募要件を満たしていない者が 26.9%（令和元年度）おり、事業目的を理解しないまま応募している参加者がいる。 ②　平成３０年度に健康診査対象者の大幅な見直し（生活習慣病等での医療機関受診者を除外）を行っており、本事業の対象者が減少している。 ＜今後の取組＞ 事業の目的の見直しや実施方法について、検討していく。			

⑩ 市町との連携強化１

後期高齢者に対する保健事業の推進のため、市町との連携を図ることを目的に、市町との保健事業の合同検討会議の開催やＫＤＢデータの活用支援を実施している。

市町における保険・健康・介護合同検討会議の開催は年度により異なるが、令和元年度には全１９市町で実施した。市町を対象とした保健事業に関する研修会は、令和元年度に国保連合会と企画していたが、新型コロナウイルス感染症の流行により延期することとなった。

ＫＤＢデータの活用推進については、ＫＤＢデータを市町の関連部署で閲覧できるように、市町用ＩＤ付与を進め、令和元年度には全１９市町にＩＤを付与した。また、ＫＤＢデータの活用例として、各市町のＫＤＢデータ集計結果を情報提供している。

市町との連携強化の状況

	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度
市町における保険・健康・介護合同検討会の実施市町	１８市町	１７市町	**１９市町**
市町を対象とした研修会の開催回数	－	－	新型コロナウイルス感染症流行により延期
ＫＤＢデータの活用市町数（市町用ＩＤ付与市町数）	１５市町	１７市町	**１９市町**
市町へのＫＤＢデータ集計結果の情報提供	実施	実施	実施
保険者協議会との連携	連携	連携	連携

第２期保健事業実施計画（前半）の評価　市町との連携強化

市町を対象とした高齢者の保健事業に関する研修会を除き、市町との連携の取り組みは目標を達成した。今後、一体的に実施する保健事業に取り組む市町数の増加を目指して、市町との協議体制の強化や市町に対する支援事業を推進する。

⑪ 市町との連携強化２（高齢者に対する保健事業と介護予防事業の一体的実施）

高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的なつながりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすい等、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有している。これに対応するため、高齢者一人ひとりの医療、介護、保健等のデータを一元的に集約・活用し、必要なサービスに結びつけていくとともに、社会参加を含むフレイル予防等の取組まで広げていく必要がある。

市町は住民に身近な立場から高齢者の心身の特性に応じたきめ細かな保健事業を実施できるため、高齢者に対する保健事業は、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必要があり、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することとなった。

そこで、広域連合は、必要な経費の確保や情報提供などにより、市町を支援する必要があり、さらなる市町との連携強化が必要である。高齢者に対する保健事業と介護予防事業の一体的実施の推進に向けての取組は令和元年度より実施した。

【高齢者保健事業推進連絡会議】（令和元年度から）

目的	高齢者の保健事業と介護予防等との一体的な実施の推進に向け、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第２版」を踏まえ市町を支援するため、実務者による「高齢者保健事業推進連絡会議」を開催し、関係機関における情報共有及び相談・協力体制の確保を図る。
開催日	令和元年１１月１４日
協議内容	・市町の一体的実施に対する技術的な助言等の支援 ・三師会等の関係団体への協力依頼・調整 ・各団体担当者の連絡・相談体制の確保（役割分担の確認）　等
参集者	県（医務保険課、健康増進課、薬務課、長寿社会課）、市町、 山口県国民健康保険団体連合会、広域連合（主催、事務局）
第１回議事	（１）高齢者保健事業推進連絡会議について （２）高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について （３）ガイドラインの概要等について （４）関係機関からの情報提供（山口県長寿社会課及び山口県国民健康保険団体連合会） （５）今後の取組について （６）意見交換
今後の方向性	定期的に実施

【フレイル対策に係るポピュレーションアプローチモデル事業】（令和元年度から）

目的	フレイルの予防・早期発見のために、通いの場などの参加者がオーラルフレイルについての知識を習得し、自身のフレイルリスクを確認するとともに、医療専門職からの保健指導により口腔機能の維持・改善と心身機能の低下を予防する。
事業内容	広域連合と市町が共同で事業を企画運営し、通いの場等を活用したオーラルフレイルに関する健康教室を行う。参加者が自身のフレイルリスクを確認するとともに、身体機能の維持改善に向けた保健指導を実施する。また、フレイルリスクが高く、介護予防・日常生活支援総合事業への接続が必要な方がいる場合には、地域包括支援センター等への情報提供を行う。
実施内容	オーラルフレイル健康教室
実施市町	２市（防府市、長門市の通いの場等　各１か所）
実施時期	令和元年１１月～１２月
参加者数	２か所　合計　２４人
今後の方向性	今後も市町からの希望によりモデル事業として実施

【健康状態不明者への健康状態把握モデル事業】（令和元年度）

目的	医療や介護サービス等につながっていない健康状態の不明な者に対し、訪問等により健康状態を確認し、必要なサービスに接続する。
事業内容	広域連合と市町が共同で事業を企画運営し、通いの場などを活用した健康教室・個別相談等を実施した地区またはその周辺地区に居住する健康状態の不明な者に対し、文書による調査または訪問等により健康状態を確認する。把握した健康状態を基に、必要に応じて保健指導、健康診査や医療機関への受診勧奨、通いの場などへの参加勧奨、必要なサービスへの接続（地域包括支援センター等への情報提供）を行う。
実施市町	２市（防府市、長門市の２地区）
実施市町	令和２年１月～２月
調査対象者数	２地区　合計２７人（健康状態把握者２５人）
今後の方向性	今後は市町の事業として実施

第３章　中間評価

１　中間評価の実施方法

（１）実施方法

計画はＰＤＣＡサイクルに基づき、毎年度保健事業評価シートを用いた「進捗評価」において、各事業の進捗状況等の分析・検証、課題を明らかにしています。そこで、第２章の現状整理での取り組み状況を総括し、その事業の妥当性・必要性及び目標等の再検討を含めた評価を行うこととしました。

（２）評価方法

各事業に係る計画目標の達成状況の評価については、計画の目標値の達成度合いにより判断を行いました。また、第２期計画における令和元年度までの事業実施状況に係る評価について、山口県国民健康保険団体連合会に設置する保健事業支援・評価委員会に提示して意見を受けました。

＜達成状況の評価結果＞　基準年（平成２８年度）の状況と比較

ａ 改善している　ｂ 変わらない　ｃ 悪化している　ｄ 評価困難

（a* 改善しているが現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる）

２　中間評価の結果

評価結果及び事業の方向性について、以下の表にまとめた。

保健事業評価の総括

健康課題	保健事業	評価結果	達成・未達要因	事業の方向性	目標値（最終）
健康診査の受診率向上等	①健康診査	a*	（未）医療受診者が多く、健康診査の必要性の理解が困難	健康診査目的であるフレイル予防の必要性の普及啓発を図る	受診率50%以上（→）
	②医療機関受診勧奨	a	（達）受診勧奨通知書の見直し	健康診査受診から期間が開かないように、受診勧奨回数を増やす	勧奨効果率30%以上（↑）
生活習慣病等重症化予防	③糖尿病治療中断者等受診勧奨	a	（達）受診勧奨通知者の抽出基準の見直し	市町への事業委託を進めつつ、事業内容は継続実施	勧奨効果率10%（→）
	④糖尿病性腎症重症化予防モデル事業（H30～R1）	a	（達）かかりつけ医からの紹介による高い動機づけ	市町への事業委託により実施	※一体的実施の推進へ移行
フレイル等予防	⑤歯科健康診査	a*	（未）対象者が限定されており、普及啓発が困難	対象者の拡大を図り、事業の普及啓発を広く実施する	受診率10%（→）
	⑥高齢者への低栄養防止・重症化予防等の推進	c	（未）市町の事業実施体制整備が困難	市町への事業委託により実施	※一体的実施の推進へ移行
健康増進活動の推進	⑦後発医薬品の使用促進	a	（達）通知書送付対象者の増加、全19市町での実施	切替率の低下のため、通知書送付対象の拡大効果を確認	数量シェア80%（→）
	⑧訪問健康相談	a	（達）対象者抽出の見直し	改善が見られない対象者に対するフォローアップを強化	改善率90%以上（→）
	⑨やまぐち長寿健康チャレンジ	c	（未）参加者へ事業目的が理解されていない	事業の継続を検討し、健康増進事業は市町への委託を検討	参加者数1,000人（→）
	⑩市町との連携強化	a	（未）研修ニーズ把握が困難で研修会のみ未実施	一体的実施の推進を図ることで市町との連携を強化していく	※一体的実施の推進へ移行
	⑪市町との連携強化（一体的実施）	―	【新規】市町との連絡会議やモデル事業の実施	【新規】市町との協議体制の強化や支援事業を実施する	※一体的実施の推進

３　今後の取組

従来までの健康課題と中間評価の結果を踏まえて、第２期計画（後半）における課題と取組を次のとおり整理した。

第２期計画（前半）	
健康課題	保健事業
1 健康診査の受診率向上と受診後のフォローアップ体制の実施	(1) 健康診査 (2) 医療機関受診勧奨
2 生活習慣病等の重症化予防	(1) 糖尿病治療中断者等受診勧奨 (2) 糖尿病性腎症重症化予防
3 フレイル等の心身機能低下防止に向けた支援	(1) 歯科健康診査 (2) 高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進
4 健康増進活動の推進	(1) 後発医薬品の使用促進 (2) 訪問健康相談 (3) やまぐち長寿健康チャレンジ (4) 市町との連携強化

第２期計画（後半）	
健康課題	保健事業
1 健康診査の受診率向上（保健事業対象者の拡大）	(1) 健康診査 (2) 医療機関受診勧奨 **(3) 歯科健康診査**
2 生活習慣病等の重症化予防に向けた支援	(1) 糖尿病治療中断者等受診勧奨 (2) **生活習慣病等**重症化予防の推進
3 フレイル等の心身機能低下防止に向けた支援	(1) 低栄養防止等の推進
4 健康増進活動の推進	(1) 後発医薬品の使用促進 (2) 訪問健康相談 (3) やまぐち長寿健康チャレンジ
5 高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施の推進	**(1) 市町との連携強化**

【第２期計画（前半）との変更点】

１健康診査の受診率向上

目的を保健事業対象者の拡大とし、従来の健康診査と歯科健康診査の受診率向上を重点項目に位置付けた。

２生活習慣病等の重症化予防及び３フレイル等の心身機能低下防止に向けた支援

市町の状況に合わせて糖尿病性腎症重症化予防以外の生活習慣病等対する重症化予防も今後の事業化検討の対象とした。また、フレイル等の予防のため、市町の状況に合わせた低栄養防止等の事業化をさらに推進する。

４健康増進活動の推進

市町との連携強化は、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施の推進を積極的に実施するために、別途項目を新設した。

第４章　保健事業の目的・目標

１　目的及び中長期目標

健康課題の改善に向けて、第２期計画の目的は第１期計画の目的及び中長期目標を引き継ぐこととし、短期的な目標については事業計画の評価指標として設定する。

【目的】

被保険者自ら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長く自立した日常生活を送ることを目的とする。

被保険者の健康寿命の延伸を目指す

【中長期目標】

計画目標

項目	指標	現状（平成25年度）	平成28年度	目標
被保険者の健康寿命	日常生活に制限のない期間	男性：71.09 年 女性：75.23 年	男性：72.18 年 女性：75.18 年	延伸

中長期目標

項目	指標	現状（平成27年度）	平成30年度	目標（令和5年度）
被保険者の入院	１人当たり診療費における入院割合	65.3%	66.0%(↑)	減少
	レセプト1件当たり入院日数	20.3 日	19.9 日(↓)	減少

短期目標：各事業の目標

２　各保健事業の目標一覧（第２期計画後半）

目的を達成するために、第２期計画後半における各保健事業の目標及び目標達成指標を設定した。

目標達成の指標は「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」に示された４つの視点（※）から設定した。

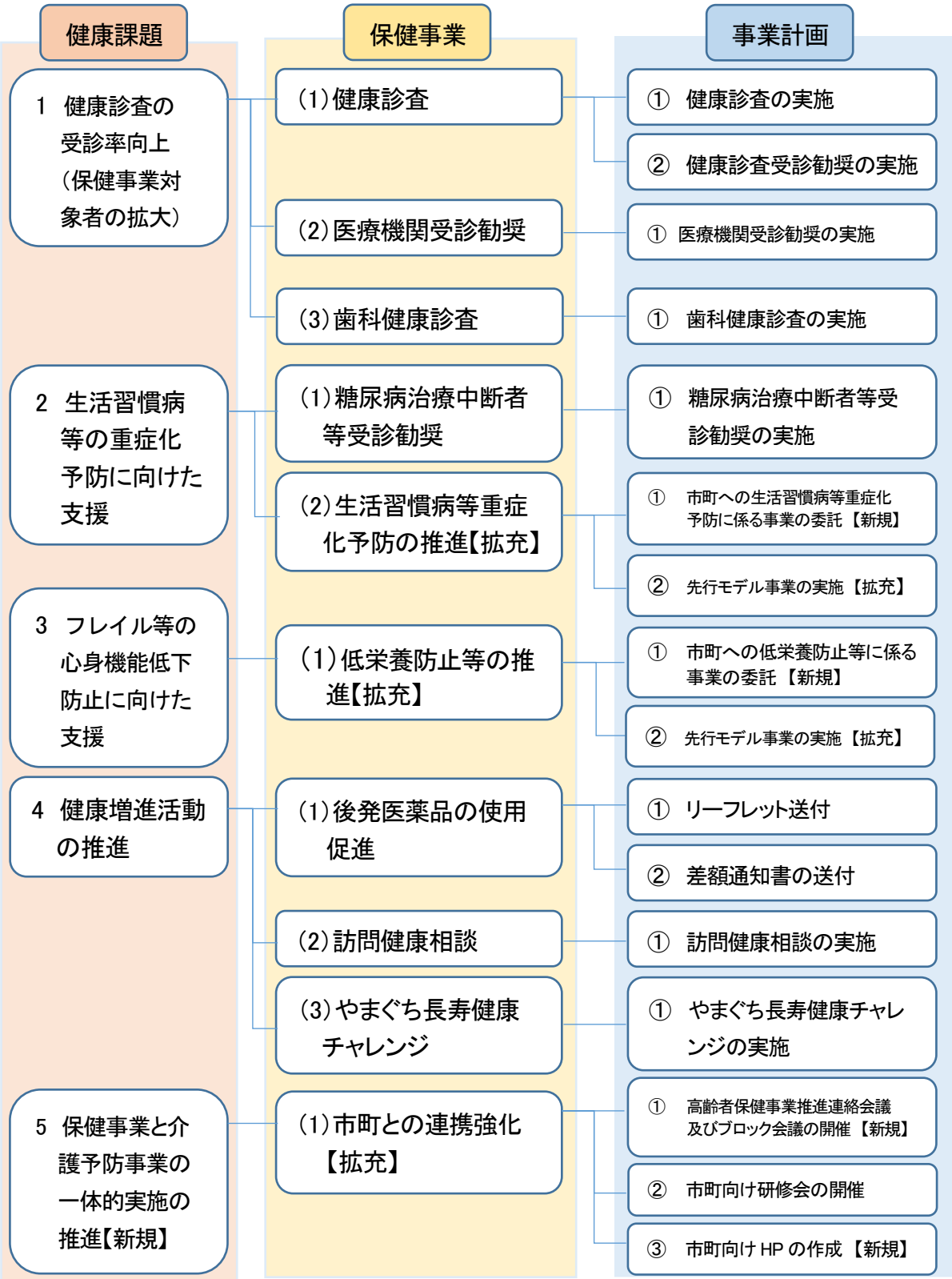
※４つの評価区分：　S（ストラクチャー指標）、P（プロセス指標）、
0p（アウトプット指標）、0c（アウトカム指標）

健康課題	保健事業	評価指標	評価区分	現状	数値等目標	
				R1	R2	R5
健康診査の受診率向上（保健事業対象者の拡大）	健康診査	受診対象者の抽出	P	実施	実施	実施
		健診受診勧奨による受診率	Op	6.9%	8%	10%
		健診受診率	Oc	30.4%	50%以上	50%以上
	医療機関受診勧奨	受診勧奨による受診率	Op	31.9%	8%	30%以上
		医療機関受診率	Oc	98.5%	増加	増加
	歯科健康診査	歯科健診受診率	Op	7.8%	8%	10%
生活習慣病等の重症化予防	糖尿病治療中断者等受診勧奨	糖尿病治療中断者等の再受診率	Oc	10.7%	8%	10%
	生活習慣病等重症化予防の推進【拡充】	生活習慣等の重症化予防指導の実施市町数	Op	－	－	12 市町
フレイル等の予防	低栄養防止等の推進【拡充】	通いの場等での健康教室実施市町数	Op	－	－	19 市町
		栄養・服薬指導等の実施市町数	Op	－	－	6 市町
健康増進活動の推進	後発医薬品の使用促進	後発医薬品数量シェア	Oc	76.8%	75%	80%
	訪問健康相談	前回の訪問指導実施の把握	P	実施	実施	実施
		訪問指導による改善率	Oc	81.5%	85%以上	90%以上
	やまぐち長寿健康チャレンジ	市町の健康増進事業の実施（体制整備）	S	4 市町	増加	増加
		参加者数	Op	770 人	1,000 人	1,000 人
保健事業と介護予防事業の一体的実施の推進	市町との連携強化【拡充】	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の実施市町数【新規】	Op	－	－	19 市町
		高齢者保健事業推進連絡会議の開催回数【新規】	Op	年１回	－	年１回以上
		地域ブロック会議の開催回数【新規】	Op	－	－	年４回以上
		市町を対象とした研修会の開催回数	Op	延期(R2)	年１回	年２回以上

第５章　保健事業計画　第２期計画後半（令和２年度改訂）

１　保健事業一覧

保健事業実施計画（第２期）の保健事業と事業計画を健康課題別に示す。



２　個別保健事業

【健康課題１】　健康診査の受診率向上（保健事業対象者の拡大）

（１）健康診査

①　事業目的

生活習慣病等の早期発見により、適切に医療につなげていくことで、被保険者の健康保持増進を図る。

②　事業計画

対　象　者	除外要件に該当するもの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．規定の施設に入所又は入居している者
実 施 機 関	・個別健診：県内７１８医療機関（令和２年４月１日現在） ・集団検診：９市５町の集団検診と同時実施
事 業 内 容	○特定健診に準拠した健康診査を実施 【検査項目】 ・基本項目：問診、診察（身体計測、血圧）、尿検査 血液検査（脂質、血糖（空腹時血糖及びHbA1c）、肝機能、腎機能、栄養） ・詳細項目：貧血検査（ヘマトクリット、血色素量、赤血球数） ○健康診査受診勧奨の実施 健康診査を受診していない被保険者に受診勧奨通知を郵送
実 施 体 制 ・ 方 法	【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。 【実施方法】健康診査：個別健診及び集団検診 健康診査受診勧奨：８月に対象者を抽出し、受診勧奨ハガキを送付（年１回）。 年度末に健康診査受診勧奨送付者の健康診査受診の有無を確認。

③　短期目標

評価指標	評価区分	基準	現状	数値等目標	
		H28	R1	R2	R5
受診対象者の抽出	P	―	実施	実施	実施
健診受診勧奨による受診率	Op	4.7%	6.9%	8%	10%
健診受診率	Oc	18.3%	30.4%	50%以上	50%以上

④　目標達成のための取組

○健康診査の目的の普及啓発（後期高齢者の質問票によるフレイルチェックや健康診査の必要性）
○市町の集団検診との同時実施

（２）医療機関受診勧奨

① 事業目的

適正な医療機関受診を促すことで、疾病の重症化を防止することを目的とする。

② 事業計画

対　象　者	前年度健康診査受診者の内、健康診査の結果において、血糖・脂質・血圧・肝機能・腎機能・貧血・栄養の７つの項目のうち、１つ以上の項目が受診勧奨判定値以上になった者で、７つの受診勧奨項目のいずれかの治療目的で、医療機関を受診していない者
実施機関	広域連合
事業内容	対象者に対して、医療機関への受診勧奨通知を郵送
実施体制・方法	【実施体制】広域連合直営 【実施方法】 定期的に対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付（年複数回）。 年度末に受診勧奨通知送付者の健康診査受診の有無を確認。

③ 短期目標

評価指標	評価区分	基準 H28	現状 R1	数値等目標	
				R2	R5
受診勧奨による受診率	Op	20.2%	31.9%	8%	30%以上
医療機関受診率	Oc	98.6%	98.5%	増加	増加

④ 目標達成のための取組

○受診勧奨通知の送付回数の増加（健康診査の結果を受け取ってから受診勧奨通知が送付されるまでの期間を短縮）

（３）歯科健康診査

① 事業目的

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。

② 事業計画

対　象　者	下記のいずれかに該当する方 １）前年度における７５歳年齢到達による新規資格取得者 ２）前年度における７５歳未満の障害認定による新規資格取得者 ３）これまで当該歯科健康診査を受診したことがなく、受診を希望する者 （当該年度の新規資格取得者を除く）
実施機関	県内４７７歯科医療機関（令和２年４月１４日現在）
事業内容	口腔内の基本評価に、口腔機能評価を加えた歯科健康診査を実施。 【検査項目】 ・基本項目：う歯の有無等 ・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
実施体制・方法	【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 【実施方法】個別健診

③ 短期目標

評価指標	評価区分	基準 H28	現状 R1	数値等目標	
				R2	R5
歯科健診受診率	Op	5.7%	7.8%	8%	10%

④ 目標達成のための取組

○自己負担額の無料化（平成３０年度から）

○歯科健康診査対象者の拡大（これまで当該歯科健康診査を受診したことがなく、受診を希望する者を追加）（令和元年度から）

○歯科健康診査の啓発の継続（令和元年度から事業の愛称として「お口の健康診断」を設定）

○歯科健康診査の結果の活用法の検討（オーラルフレイルリスク者に対するフォローアップ等）

【健康課題２】　生活習慣病等の重症化予防に向けた支援

（１）糖尿病治療中断者等受診勧奨

① 事業目的

糖尿病が重症化するリスクの高い治療中断者等に対し、適切な受診勧奨を行うことで、治療に結びつけることを目的とする。

② 事業計画

対　象　者	以下のいずれかの条件に該当し、且つ除外条件に該当しない被保険者 【対象者条件】 ア　過去に糖尿病の治療を受けていたが、最新年度に糖尿病の治療を受けていない者 イ　過去に HbA1c が 7.0%以上だったが、最新年度に糖尿病の治療を受けていない者 【除外条件】何らかの管理が認められる者（人工透析、がん等で受診している者、入院中、施設入所中の者、糖尿病を治療している病院で定期受診を継続している者など）
実施機関	広域連合
事業内容	対象者に対して、受診勧奨通知を郵送
実施体制・方法	【実施体制】広域連合直営、印刷業務のみ業者委託 【実施方法】 ８月に対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付（年１回１１月）。 年度末に受診勧奨送付者の受診の有無を確認。

③ 短期目標

評価指標	評価区分	基準 H28	現状 R1	数値等目標 R2	数値等目標 R5
糖尿病治療中断者等の再受診率	Oc	― (H30~)	10.7%	8%	10%

④ 目標達成のための取組

○対象者抽出条件の見直し（令和元年度）

○対象者の状況別に受診勧奨通知での情報提供内容の変更を検討する

（例：症状がないので放置している方、糖尿病の状況について把握していない方等）

（２）生活習慣病等重症化予防事業の推進

① 事業目的

生活習慣病及び糖尿病性腎症重症化予防に対する受診勧奨や保健指導を行うことで、人工透析等への移行を防止することを目的とする。

② 事業計画

対　象　者	① 健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている者（医療機関の受診を問わず） ② 健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている者で、医療機関の未受診状態が継続している者 ③ 県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者のうち、「未受診者」「受診中断者」
実施機関	広域連合
事業内容	対象者に合わせた受診勧奨や保健指導を実施する。
実施体制・方法	【実施体制】市町への委託事業（対象者①） 市町との共同モデル事業（対象者②及び③） （広域連合が業者等に業務委託） 【実施方法】 ○委託事業：令和２年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施による委託事業を予定 （事業案）対象者①に対し医療専門職による保健指導を行う ○共同事業：令和２年度から山口県国保ヘルスアップ支援事業と連携して市町でのモデル事業を検討・実施予定 （事業案）対象者（②及び③）のレセプト及び健診結果等を分析し、受診特性等を把握し、ソーシャルマーケティング技法、ナッジ理論を用いた通知文書で受診勧奨を行う。通知文書送付後の未受診者に対して、医療専門職による電話や訪問による再受診勧奨および保健指導を行う。

③ 短期目標

評価指標	評価区分	基準 H28	現状 R1	数値等目標	
				R2	R5
保健指導による改善率	Oc	―	R2 予定	―	50%以上
受診勧奨による受診率	Oc	―	R2 予定	―	8%
事業実施市町数	Op	―	R2 予定	―	12 市町

④ 目標達成のための取組

○事業化に向けての事業効果検討と市町と連携した実施体制整備

【健康課題３】　フレイル等の心身機能低下防止に向けた支援

（１）低栄養防止等の推進

① 事業目的

低栄養防止等に対する健康相談・健康教室や保健指導を行うことで、要介護状態への移行を防止することを目的とする。

② 事業計画

対象者	① 通いの場等の住民主体の活動に参加している者 ② 低栄養に陥る可能性のある者（例：低 BMI、体重減少者等） ③ 服薬管理に課題がある可能性のある者（例：多受診かつ多剤処方者等）
実施機関	広域連合
事業内容	対象者に対して健康相談・健康教室や保健指導を実施する
実施体制・方法	【実施体制】市町への委託事業（対象者①②） 市町との共同モデル事業（対象者③） （広域連合が薬剤師会に一括して業務委託） 【実施方法】 〇委託事業：令和２年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施による委託事業を予定 （事業案）対象者①に対しフレイル予防に関する医療専門職による健康教室および高齢者の質問票による健康状態の把握を行う 対象者②に対し医療専門職による保健相談・指導を行う 〇共同事業：令和２年度から市町と連携したモデル事業を検討・実施予定（モデル事業の評価により事業化を検討） （事業案）対象者②を KDB システムにより抽出し、薬剤師による電話や訪問による保健指導を行う

③ 短期目標

評価指標	評価区分	基準 H28	現状 R1	数値等目標	
				R2	R5
保健指導による改善率	Oc	—	R2 予定	—	50%以上
通いの場等での健康相談事業実施市町数	Op	—	R2 予定	—	19 市町
栄養・服薬指導等の実施市町数	Op	—	R2 予定	—	6 市町

④ 目標達成のための取組

〇事業化に向けての事業効果検討と市町と連携した実施体制整備

【健康課題４】　健康増進活動の推進

（１）後発医薬品の使用促進

① 事業目的

後発医薬品の使用促進により、医療費の適正化を図る。

② 事業計画

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 ＊普及啓発については、上記に加え、新規資格取得者
実 施 機 関	広域連合
事 業 内 容	【普及啓発】 対象者にジェネリック医薬品使用促進リーフレット（希望カード付）を郵送 【使用促進】 対象者に対して、年２回ジェネリック医薬品利用差額（＊）通知を郵送 ＊ジェネリック医薬品への切り替え効果が 200 円/月以上が見込まれる場合
実 施 体 制 ・ 方 法	【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 【実施方法】 〇新規資格取得者：被保険者証送付時に、ジェネリック医薬品使用促進リーフレットを送付（年１回） 〇差額通知書送付者：年２回対象者を抽出し、差額通知書を送付（１１月、３月）。差額通知書送付時にジェネリック医薬品使用促進リーフレットを送付。

③ 短期目標

評価指標	評価区分	基準	現状	数値等目標	
		H28	R1	R2	R5
後発医薬品数量シェア	Oc	64.8%	76.8%	75%	80%

④ 目標達成のための取組

〇差額通知書の送付条件の見直し（令和元年度からジェネリック医薬品への切り替え効果が 200 円/月以上が見込まれる者を対象とし、対象医薬品も２種類追加して拡大）

〇差額通知書の送付条件拡大の効果検証

（２）訪問健康相談

① 事業目的

健康相談員が、対象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繋げることで、医療費を抑制することを目的とする。

② 事業計画

対象者	広域連合にて基準を設定した重複・頻回受診者等 【対象要件】 ア　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 イ　頻回受診者　：同一医療機関において、１５日以上受診日数のある月が５か月以上ある者 ウ　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
実施機関	広域連合
事業内容	健康相談員（保健師又は看護師、管理栄養士等の有資格者）が各対象者宅を訪問し、一人ひとりの健康状態や生活状況を十分に把握した上で、それぞれに合った健康管理指導や精神的なバックアップ、介護保険等福祉諸制度の情報提供を行う。
実施体制・方法	【実施体制】広域連合直営 対象者の選定及び訪問健康相談は、専門業者へ業務委託 【実施方法】 対象者の選定条件を広域連合にて設定し、訪問対象候補者リストを作成する。委託業者は、訪問対象候補者リストから訪問対象者を選別し、訪問指導を希望した対象者１人につき原則２回の訪問指導を実施する。

③ 短期目標

評価指標	評価区分	基準	現状	数値等目標	
		H28	R1	R2	R5
前回の訪問指導実施の把握	P	実施	実施	実施	実施
訪問指導による改善率	Oc	79.4%	81.5%	85%以上	90%以上

④ 目標達成のための取組

〇対象者の抽出条件及び抽出方法の検討

〇改善が見られなかった者に対する継続的なフォローアップ体制整備について市町と検討する

（３）やまぐち長寿健康チャレンジ

① 事業目的

健康寿命の延伸を目指して、被保険者一人ひとりが主体的に健康づくりに取り組めるよう環境の整備を図ることを目的とする。

② 事業計画

対　象　者	健康診査を受診した被保険者
実施機関	広域連合
事業内容	被保険者が健康診査の受診に加え、主体的に取り組んでいる健康づくり等にポイントを付与し、３５ポイント以上を獲得した被保険者を対象に抽選を行い、当選者に景品を贈呈する。
実施体制・方法	【実施体制】広域連合直営 【実施方法】 １．被保険者に、健康診査受診券とともに長寿健康チャレンジシートを送付する。 ２．健康診査受診及び健康づくりに取り組んだ被保険者は、該当のポイントを記入しチャレンジシートを広域連合に提出する。 ３．チャレンジシート提出者のうち３５ポイント以上を獲得したものを対象として、３月に抽選を実施し、当選者に景品を郵送する。

③ 短期目標

評価指標	評価区分	基準 H28	現状 R1	数値等目標	
				R2	R5
市町の健康増進事業の実施（体制整備）	S	5 市町	4 市町	増加	増加
参加者数	Op	―	770 人	1,000 人	1,000 人

④ 目標達成のための取組

〇事業目的を理解しやすくするための長寿健康チャレンジシートの文面の見直し

〇事業継続の検討

【健康課題５】　高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施の推進

（１）市町との連携強化

① 事業目的

後期高齢者に対する一体的に実施する保健事業の推進のため、市町との連携強化を図る。

② 事業計画

対象者	市町の保険・健康・介護等の関連部署
実施機関	広域連合
事業内容	○各市町、保険者協議会における会議の参加 ○保健事業担当者向けの研修会の企画運営 ○市町への情報発信
実施体制・方法	【実施体制】広域連合直営 【実施方法】 ○高齢者保健事業推進連絡会議を年１回以上開催する。 ○市町の地域ブロック会議（４ブロック）を年４回以上開催する（各ブロック１回以上）。 ○KDB データ活用及び後期高齢者の保健事業に関する市町対象の研修会を年２回以上実施する（県及び国保連合会と連携）。 ○広域連合ＨＰ内に一体的に実施する保健事業に関する市町専用ページを開設し、関連情報を発信する。 ○市町の健康課題や保健事業に関するデータを市町に情報提供する。 ○一体的実施取組（予定含む）市町との協議及び相談会議を適宜実施する。

③ 短期目標

評価指標	評価区分	基準 H28	現状 R1	数値等目標	
				R2	R5
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の実施市町数	Op	—	—	—	19 市町
高齢者保健事業推進連絡会議の開催回数	Op	—	年１回	—	年１回以上
地域ブロック会議の開催回数	Op	—	—	—	年４回以上
市町を対象とした研修会の開催回数（体制整備）	Op	—	未実施（延期）	年１回以上	年２回以上
市町用ＨＰによる情報発信	S	—	—	—	実施
市町との協議・相談の実施	P	—	実施	実施	実施

④ 目標達成のための取組

○市町との協議体制の強化（高齢者保健事業推進連絡会議及び地域ブロック会議の新設）

○健康課題分析や保健事業企画への支援（研修会の開催、市町への情報提供）

第６章　計画の評価方法・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。

【評価主体】

○内部評価：広域連合内の保険者機能推進プロジェクト会議

○保健事業支援・評価委員会

なお、計画の評価にあたっては、次の４つの視点による評価を行います。

評価の視点

評価区分	評価の視点	評価指標（例）
① ストラクチャー（構造）	保健事業を実施するためのしくみや実施体制を評価する	・実施職員の体制 ・予算の確保状況 ・医療機関等の関連する機関との連携体制づくり等
② プロセス（過程）	保健事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価する	・対象者の選定方法 ・対象者へのアプローチ方法（通知方法や保健指導方法等） ・保健事業参加者からの評価結果等
③ アウトプット（事業実施量）	計画時点で設定した事業実施量に関する達成状況を評価する。	・健診受診率 ・受診勧奨通知送付数
④ アウトカム（事業成果）	計画時点で設定した成果目標の達成状況を評価する	・医療費の変化

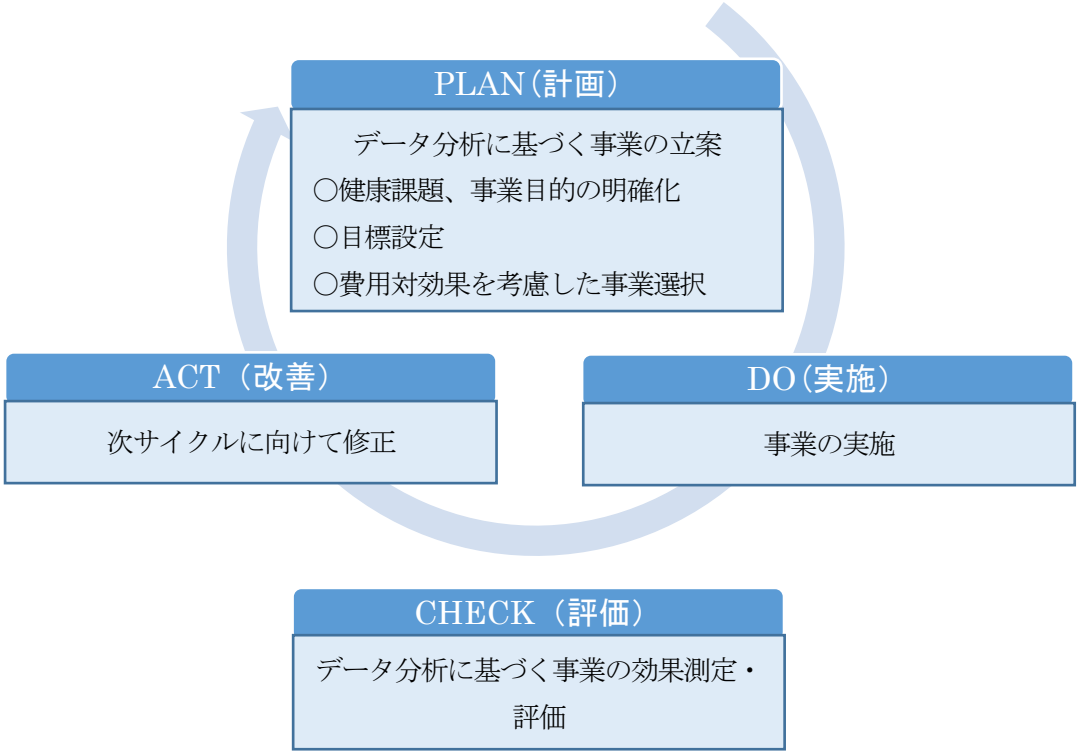
２　計画の見直し

計画はＰＤＣＡサイクルに基づき、保健事業を毎年継続的に実施します。

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２（2020）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した。また、本計画の最終年度である令和５（2023）年度には、設定した評価指標を基に、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。

【PDCA サイクル】



第７章　運営上の留意事項

１　計画の公表・周知

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、広く周知するよう努めます。

２　ＰＤＣＡサイクルに沿った事業運営

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）」によるサイクルに沿って、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。

３　個人情報の保護

保健事業の実施及びＫＤＢシステムの活用にあたっては、個人情報保護法及び山口県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例、山口県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例施行規則等、関係法令を遵守し、適切な個人情報の保護に努めます。

４　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。

５　新型コロナウイルス感染症対策

保健事業の実施にあたっては、新型コロナウイルス感染症に係る各種事務連絡等に基づき、適切な感染症対策を行います。

＜新型コロナウイルス感染症にかかる各種事務連絡等＞

・「新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言を踏まえた高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における対応について」（令和２年４月８日、４月 17 日付事務連絡）

・「新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言を踏まえた特定健康診査・特定保健指導等における対応について（改訂）」（令和２年４月 17 日付け連名通知）

・「新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言の解除を踏まえた高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等における対応について」（令和２年５月 26 日付事務連絡）

・「新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言の解除を踏まえた各種健診等における対応について」（令和２年５月 26 日付連名通知）