

1 第3期データヘルス計画の趣旨

今後、益々高齢者の増加が見込まれる中、高齢者ができる限り長く自立した日常生活を送ることができるよう、被保険者の健康の保持・増進の取組を推進することが重要です。また、被保険者一人ひとりの生活の質の維持・向上は、結果として医療費の適正化や介護給付費の減少等に資するものと考えられます。

そのため、長野県後期高齢者医療広域連合は、国の保健事業実施指針に基づき、第2期データヘルス計画に引き続いて被保険者の更なる健康寿命の延伸を目指すため、新たに第3期データヘルス計画を策定します。

第3期データヘルス計画においては、令和2年度から開始された「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」の取組を中心とし、国において標準化された計画様式や共通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することで、より効果的な保健事業を推進します。

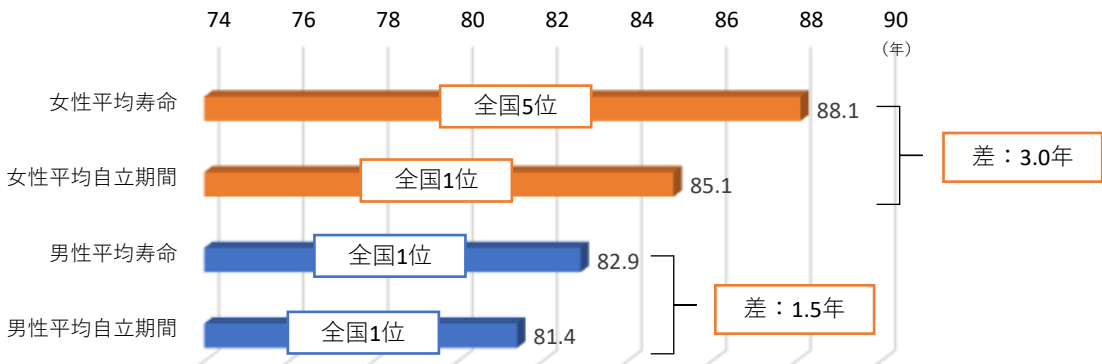
本計画の期間は、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間とします。

2 各データ分析に基づく現状

(1) 基本的事項

- 後期高齢者人口の将来推計
 - ・令和4年度末の被保険者数は36.9万人であり、年々増加傾向にあります。
 - ・後期高齢者人口は、令和32年に42.6万人、後期高齢化率は26.9%となることが推計されています。
- 平均寿命・平均自立期間（要介護2に至るまでの期間）・死亡の現状
 - ・長野県の平均寿命と平均自立期間は、全国的にみて高水準です。【図1】
 - ・長野県は、平均寿命、平均自立期間ともに延伸しています。
 - ・老衰による死亡や、生活習慣病の重症化による死亡が多い状態です。【図2】
- 第2期データヘルス計画から残る課題【図8】
 - ・健康診査・歯科口腔健診の受診率が、目標値に達していません。生活習慣病の重症化予防やオーラルフレイル予防のためポピュレーションアプローチ等で広く啓発する必要があります。
 - ・フレイル予防事業を実施している市町村数が、目標数に達していません。加齢に伴う虚弱を認識し、各市町村でのフレイル対策を更に推進していく必要があります。

【図1】 平均寿命と平均自立期間の差（令和3年度）



(出典) 公益社団法人国民健康保険中央会「平均自立期間・平均余命 都道府県一覧」令和3年統計情報分

【図2】 令和2年 主な死因の死亡率（上位5疾患）

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
全国	悪性新生物 27.6%	心疾患 15.0%	老衰 9.6%	脳血管疾患 7.5%	肺炎 5.7%
長野県	悪性新生物 25.1%	心疾患 14.5%	老衰 12.6%	脳血管疾患 9.1%	肺炎 4.6%

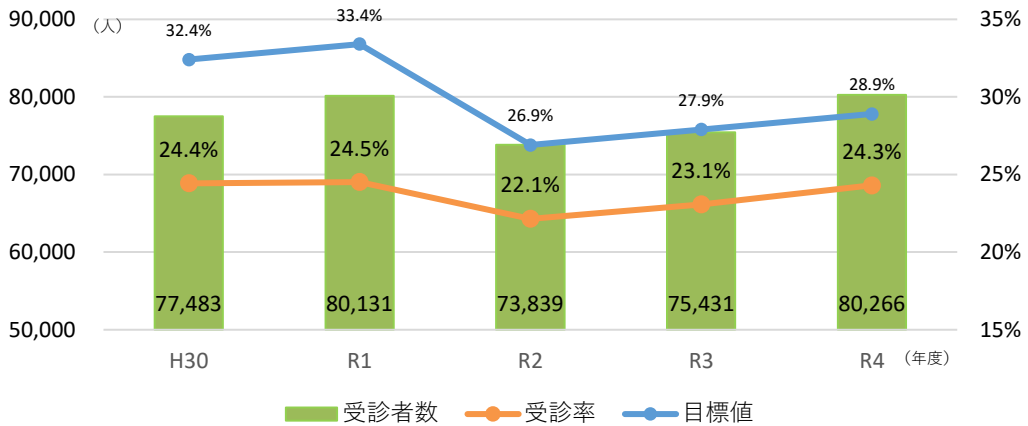
(出典) 長野県「長野県衛生年報」令和2年版

(2) 健康診査・歯科口腔健診に関する分析

健康診査

- ・健診受診率が目標値に達していません。【図3】
- ・有所見者割合の高い項目「**血圧**」【図4】
国平均より有所見者割合の高い項目「**やせ**」「**腎機能**」
- ・後期高齢者の質問票でフレイルリスクに該当する回答が多い項目
身体的フレイル「歩行速度が遅くなった」「運動習慣なし」
オーラルフレイル「固いものが食べにくい」

【図3】 長野県後期高齢者健診受診率



(出典) 健康診査事業実績報告 令和元年度～令和4年度

※目標値の見直しについて
平成30年度から健診の対象者を拡大したため、中間評価の令和2年度からそれに対応した目標値に設定し直しました。

【図4】 健診項目別 生活習慣病リスク該当者割合

該当者割合が一番高い項目は太字
国より割合が高い項目は色付き

		やせ	血圧	血糖	脂質	肝機能	腎機能
R4	長野県	9.2%	32.8%	9.0%	19.0%	3.2%	11.5%
	全国	8.6%	35.2%	11.0%	19.8%	3.8%	11.3%

(出典) KDBシステム やせ～肝機能：「健康スコアリング(健診)」
腎機能：「厚労省様式5-2健診有所見者状況」
令和4年度累計

歯科口腔健診

- ・歯科口腔健診受診率は、令和4年度の目標値19.5%のところ実績12.9%であり、目標値に達していません。
- ・歯科口腔健診受診者の約8割が、要指導もしくは要治療判定です。【図5】
〔要指導もしくは要治療判定の多い項目〕
「**歯肉出血**」「**プラーク**」……**歯周病**に至り糖尿病悪化につながるおそれがあります。
「**口腔乾燥**」……口腔機能低下から**オーラルフレイル**につながるおそれがあります。

【図5】 歯科口腔健診結果

要指導と要治療は重複判定あり

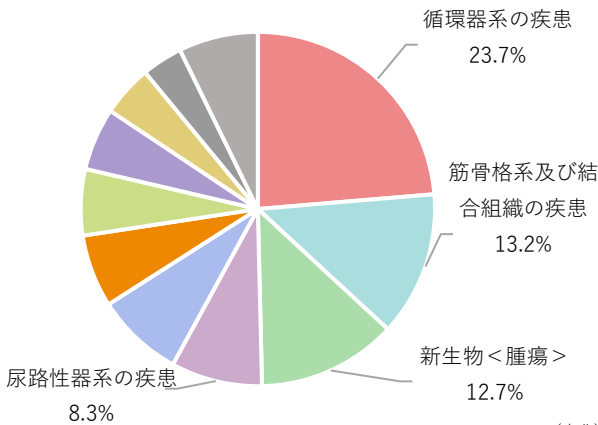
	対象者数	受診者数	歯科口腔健診結果					
			問題なし	問題なし割合	要指導	要指導者割合	要治療	要治療者割合
			B	B/A	C	C/A	D	D/A
R4年度	53,873	6,932	1,368	19.7%	1,247	18.0%	4,687	67.6%

(出典) 歯科口腔健診事業実績 令和4年度

(3) 医療に関する分析

- 医療費
 - ・医療費は年々増加しています。
 - ・一人当たり医療費は全国と比べて低いものの、全国順位は年々上昇しています。
- 疾病状況【図6】
 - ・令和5年5月診療分の診療費（入院+外来）を疾病大分類（19分類）別にみると、「循環器系疾患」が最も多く、全体の23.7%を占めており、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」が全体の13.2%を占めています。

【図6】 疾病大分類別費用額割合



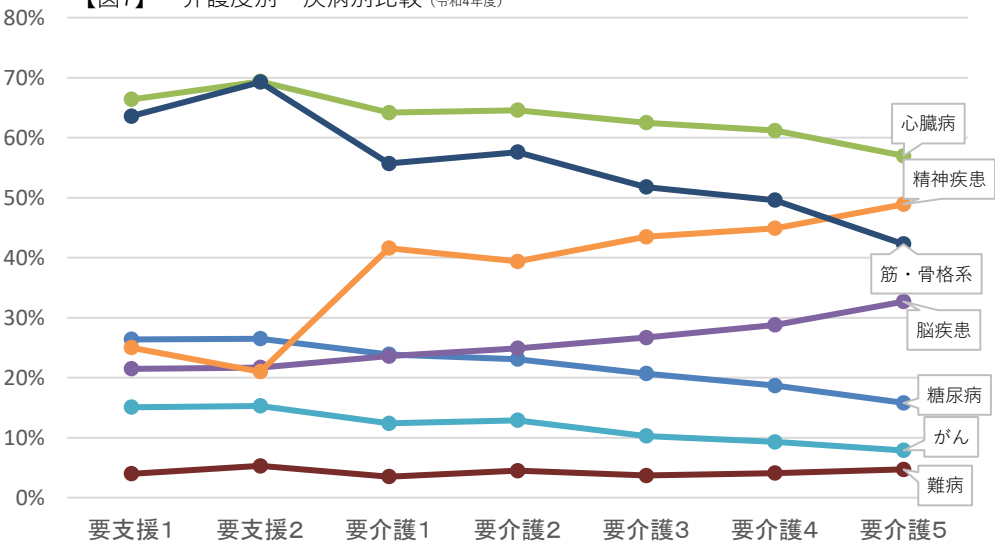
	疾病大分類（上位10疾病）	総医療費に占める割合
1	循環器系の疾患	23.7%
2	筋骨格系及び結合組織の疾患	13.2%
3	新生物<腫瘍>	12.7%
4	尿路器系の疾患	8.3%
5	呼吸器系の疾患	8.0%
6	内分泌、栄養及び代謝疾患	6.6%
7	損傷、中毒及びその他の外因の影響	6.1%
8	消化器系の疾患	5.7%
9	神経系の疾患	4.7%
10	眼及び付属器の疾患	3.7%
	その他（11～19位の疾病）	7.2%

（出典）KDBシステム「疾病別医療費分析（大分類）」令和5年7月作成（5月診療分）

(4) 介護保険に関する分析

- 介護認定率・介護給付費
 - ・介護認定率は横ばい傾向が続いています。
 - ・長野県の一件当たり介護給付費は全国より高い状況です。
- 要介護（要支援）者の保有する疾患【図7】
 - ・介護・介助が必要になった主な要因として、**生活習慣病の重症化**や**フレイル**が関わっています。
 - ・どの介護度も「**心臓病（高血圧症含む）**」や「**筋・骨格系疾患**」の保有割合が高い状況です。

【図7】 介護度別・疾病別比較（令和4年度）



（出典）KDBシステム「要介護（支援）者有病状況」令和4年度累計「その他」以外の疾病を掲載

被保険者の特性

平均自立期間が長く、在宅で自立した生活を送ることができる高齢者は多いが、生活習慣病保有者やフレイル傾向の者が多い。

3 第3期データヘルス計画の目的

被保険者が自立して日常生活を送ることができる健康寿命の延伸

4 広域連合がアプローチする健康課題

長野県の後期高齢者の健康課題	課題解決に係る取組の方向性
被保険者が、健診・歯科口腔健診を受けることで自身の健康状態を把握・理解できるようになること	健診受診率の向上 歯科口腔健診受診率の向上
被保険者が、自身の健康状態を把握・理解し、生活習慣病の重症化予防のための行動をとることができるようになること	重症化予防（糖尿病性腎症） 重症化予防（その他生活習慣病）
被保険者が、自身の健康状態を把握・理解し、フレイル・オーラルフレイル予防のための行動をとることができるようになること	フレイル・オーラルフレイル予防
被保険者が、適正受診・適正服薬の行動をとることができるようになること	重複・頻回受診者等への健康相談・保健指導 後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用促進 医療費通知発送

5 個別事業

事業番号	一体的	事業名	目的
1		健康診査事業	健康診査を実施することで、被保険者が自身の健康状態を把握・理解し、生活習慣の改善行動や適切な受療行動をとることを促します。健康の保持・増進により医療費の適正化を図ります。
2		歯科口腔健診事業	歯科口腔健診を実施することで、被保険者が自身の歯や口腔の健康状態を把握・理解し、口腔衛生のセルフケアや適切な歯科受療行動をとることを促します。口腔機能の維持・向上、全身疾患の予防、オーラルフレイル予防を図ります。
3	★	重症化予防事業（糖尿病性腎症）	糖尿病性腎症のリスクが高い方に対し保健指導を実施して、被保険者が自身の健康状態を把握・理解し糖尿病性腎症の重症化予防のための行動をとれるようになることで、基礎疾患のコントロール及び糖尿病性腎症重症化予防を図ります。
4	★	重症化予防事業（その他生活習慣病）	生活習慣病の重症化のリスクが高い方に対し保健指導を実施して、被保険者が自身の健康状態を把握・理解し生活習慣病重症化予防のための行動をとれるようになることで、基礎疾患のコントロール及び生活習慣病の重症化予防を図ります。
5	★	フレイル・オーラルフレイル予防事業	フレイル・オーラルフレイルのリスクが高い方に対し保健指導を実施して、被保険者が自身の健康状態を把握・理解しフレイル・オーラルフレイル予防のための行動をとれるようになることで、フレイル・オーラルフレイル予防を図ります。
6	★	重複・頻回受診者等指導事業	医療機関等への重複・頻回受診者及び重複投薬者に対し保健指導を実施して、被保険者の健康の保持・増進や適正受診・適正服薬、医療費の適正化を図ります。
7		後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用促進事業	後発医薬品について周知し、後発医薬品へ切り替えた場合の差額を通知することで、被保険者の経済的負担軽減及び保険財政の健全化を図ります。
8		医療費通知発送事業	一定期間にかかった医療費を通知することで、被保険者が健康や医療に関する理解を深めるとともに、受診履歴を確認することで適正な受診を促進します。

※ ★印のついている事業は、一体的実施事業にて実施します。

6 個別事業 評価指標一覧

(1/2)

1 健康診査事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	長期目標 (R11年度評価)
Op	1		通いの場等、住民の集まる機会に健診受診勧奨を行う市町村の割合	66市町村 85.7% (R4実績)	2市町村/年 増加	77市町村 100%
	2		新規に後期高齢者健診対象者になった方に対し、個別に受診勧奨を行った市町村割合	27市町村 35.1%	5市町村/年 増加	62市町村 80.5%
	3	☆	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	50市町村 64.9% (R4実績)	4市町村/年 増加	77市町村 100%
	4	☆	一体的実施事業実施市町村数 「健康状態不明者」	37市町村 48.1% (R5実績)	2市町村/年 増加	49市町村 63.6%
Oc	1	☆	健診受診率	26.3% (R4実績)	0.5%/年 増加	30.0%
	2		健診結果を活用した取組み人数の割合	74.3% (R4実績)	1%/年 増加	81.3%
	3		継続受診率 (75～84歳)	79.7% (R4実績)	80%以上	80%以上
	4	☆	支援ツール該当者割合 「健康状態不明者」	1.5% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	1.5%以下

2 歯科口腔健診事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	長期目標 (R11年度評価)
Op	1	☆	歯科口腔健診実施市町村数・割合	77市町村 100% (R4実績)	77市町村 100%	77市町村 100%
	2		通いの場等、住民の集まる機会に歯科口腔健診受診勧奨を行う市町村割合	43市町村 55.8% (R4実績)	5市町村/年 増加	77市町村 100%
Oc	1		歯科口腔健診受診率	12.9% (R4実績)	1%/年 増加	19.9%
	2		要治療判定者が、受診勧奨により歯科医療受診につながった割合	35.2% (R3実績)	0.8%/年 増加	41.6%

3 重症化予防事業（糖尿病性腎症）

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	長期目標 (R11年度評価)
Op	1		一体的実施ハイリスクアプローチ 「糖尿病性腎症重症化予防」実施者割合	81.9% (R1～R4平均)	90%以上	90%以上
	2	☆	一体的実施事業実施市町村数 「重症化予防（糖尿病性腎症）」	46市町村 59.7% (R5実績)	2市町村/年増加	58市町村 75.3%
Oc	1		健診データ Ⅱ度高血圧以上者の割合	7.1% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	7.1%以下
	2		健診データ HbA1c8.0%以上者の割合	1.0% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	1.0%以下
	3		健診データ e-GFR30未満者の割合（75～84歳）	0.9% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.9%以下
	4	☆	支援ツール該当者割合 「重症化予防（コントロール不良者）」	0.6% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.6%以下
	5	☆	支援ツール該当者割合 「重症化予防（糖尿病等治療中断者）」	7.4% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	7.4%以下
	6	☆	支援ツール該当者割合 「重症化予防（腎機能不良未受診者）」	0.02% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.02%以下

4 重症化予防事業（その他生活習慣病）

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	長期目標 (R11年度評価)
Op	1		一体的実施ハイリスクアプローチ 「その他生活習慣病重症化予防」実施者割合	84.2% (R1～R4平均)	90%以上	90%以上
	2	☆	一体的実施事業実施市町村数 「重症化予防（その他身体的フレイルを含む）」	57市町村 74.0% (R5実績)	1市町村/年 増加	63市町村 81.8%
Oc	1		健診データ Ⅱ度高血圧以上者の割合	7.1% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	7.1%以下
	2		健診データ HbA1c8.0%以上者の割合	1.0% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	1.0%以下
	3		健診データ 血糖・血圧ともに重症度の高い者の割合	0.3% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.3%以下
	4	☆	支援ツール該当者割合 「重症化予防（コントロール不良者）」	0.6% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.6%以下
	5	☆	支援ツール該当者割合 「重症化予防（糖尿病等治療中断者）」	7.4% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	7.4%以下

5 フレイル・オーラルフレイル予防事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	長期目標 (R11年度評価)
Op	1		一体的実施ハイリスクアプローチ「低栄養」実施者割合	64.8% (R1～R4平均)	90%以上	90%以上
	2		一体的実施ハイリスクアプローチ「口腔」実施者割合	84.4% (R1～R4平均)	90%以上	90%以上
	3	☆	一体的実施事業実施市町村数 「低栄養」	18市町村 23.4% (R5実績)	4市町村/年増加	42市町村 54.5%
	4	☆	一体的実施事業実施市町村数 「口腔」	7市町村 9.1% (R5実績)	6市町村/年増加	43市町村 55.8%
Oc	1		健診データ BMI20.0以下の者の割合（男性）	14.8% (R4実績)	0.5%/年 減少	11.3%
	2		健診データ BMI20.0以下の者の割合（女性）	26.3% (R4実績)	0.5%/年 減少	22.8%
	3		健診データ BMI20.0以下かつ前年度から2kg以上体重減少者割合	4.5% (R4実績)	0.1%/年 減少	3.8%
	4		通いの場等、住民の集まる機会に、オーラルフレイル予防に関する啓発・保健指導等を行う市町村数	60市町村 77.9% (R4実績)	3市町村/年 増加	77市町村 100%
	5	☆	支援ツール該当者割合 「低栄養」	0.8% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	0.8%以下
	6	☆	支援ツール該当者割合 「口腔」	3.4% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	3.4%以下
	7	☆	支援ツール該当者割合 「身体的フレイル（ロコモ含む）」	5.1% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	5.1%以下
	8	☆	支援ツール該当者割合 「重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）」	5.4% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	5.4%以下

6 重複・頻回受診者等指導事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	長期目標 (R11年度評価)
Op	1	☆	一体的実施事業実施市町村数 「服薬（重複・多剤）」	4市町村 5.2% (R5実績)	1市町村/年 増加	10市町村 13.0%
	2		事業実施市町村割合（分母は対象者のいる市町村数）	27/67市町村 40.3%（R4実績）	50%以上	50%以上
Oc	1		改善者割合	44.9% (R2～R4平均)	50%以上	50%以上
	2	☆	支援ツール該当者割合 「服薬（多剤）」	2.9% (R4実績)	前年度より減少	2.9%未満
	3	☆	支援ツール該当者割合 「服薬（睡眠薬）」	1.8% (R4実績)	計画策定時の 該当者割合以下	1.8%以下

7 後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用促進事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	長期目標 (R11年度評価)
Op	1		差額通知発送回数	2回 (R4実績)	2回	2回
Oc	1		ジェネリック医薬品使用割合	83.3% (R4実績)	0.2%/年 増加	84.7%

8 医療費通知発送事業

項目	No.	共通	評価指標	計画策定時実績	短期目標 目標値の考え方	長期目標 (R11年度評価)
Op	1		医療費通知発送割合	100% (R4実績)	100%	100%

(※)

- Op（アウトプット指標）：目的や目標達成のために行われた、保健事業の実施量
- Oc（アウトカム指標）：実施したことによる目的、目標の達成状況
- ・短期目標は、目標値の考え方に基づき各年度の目標値を定め、毎年度評価をしていきます。
- ・☆印のついている評価指標は、全国共通の評価指標です。第3期データヘルス計画から、広域連合間の比較を可能にするため、データヘルス計画の総合的な評価指標として設定されています。
- ・表に記載の指標のほか、「平均自立期間（要介護2に至るまでの期間）」についても共通の評価指標として評価していきます。
- ・支援ツール（正式名称「一体的実施・KDB活用支援ツール」）とは、国保中央会がリリースした、保健事業の対象者抽出機能です。
- ・令和6年度より、健診受診率の算出方法が全国で統一されます。そのため、p.2のグラフ中の健診受診率とp.5の健診受診率では算出方法が異なります。

【図8】 第2期計画 個別事業評価

目的	重点 目標	課題 番号	事業名												
			事業目的	指 標	区 分	短期目標 (年度ごと)	H30	R元	R2	R3	R4	R5 (長期目標)			
被保険者が自立して日常生活を送ることができる健康寿命の延伸	疾病の早期発見・重症化予防等	1・2 4・5 6	1 健康診査事業												
			生活習慣病等を早期発見し重症化への予防を図る。	受診率	P	前年度＋1%	24.4%	24.5%	22.1%	23.1%	24.3%	26.4%			
				健診結果を活用した取組人数の割合	Op	60%以上	69.2%	70.7%	65.8%	72.2%	74.3%	60%以上			
				健診結果を活用した市町村の割合	Op	前年度＋4%	83.1%	85.7%	90.9%	94.8%	98.7%	100%			
						64市町村	66市町村	70市町村	73市町村	76市町村	77市町村				
		重症度の高い受診者割合	Oc	減少	17.2%(減少)	17.3%(増加)	19.2%(増加)	18.8%(減少)	18.5%(減少)	減少					
		3・5	2 歯科口腔健診事業												
			口腔機能低下や生活習慣病に関係のある歯周病などを早期に発見し、肺炎等の疾病予防につなげる。	受診機会	P	2回以上	1回	1回	2回	2回	2回	2回以上			
				受診率	P	前年度＋1%	14.7%	15.2%	12.2%	11.1%	12.9%	20.5%以上			
				健診結果を活用した取組人数の割合	Op	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
				健診結果を活用した市町村の割合	Op	前年度+1.3% (前年度+1市町村)	23.4%	20.8%	19.5%	15.6%	22.1%	26.0%以上			
		1・2 3・5	3 重症化予防事業												
			健診結果等を活用し、受診勧奨や保健指導などを行う。	実施市町村数	S	前年度＋14	1市町村	6市町村	17市町村	55市町村	63市町村	59市町村以上			
				対象者への実施割合	Op	30%超	57.8%	86.2%	73.0%	80.4%	90.0%	30%超			
		5	4 重複・頻回受診者等指導事業												
			適正受診と服薬の指導により、健康の保持・増進と医療費の適正化を図る。	実施市町村数	S	前年度＋1	2市町村	2市町村	3市町村	5市町村	3市町村	7市町村以上			
				改善割合	Oc	50%以上	38.4%	40.3%	39.5%	49.5%	51.6%	50%以上			
		5	5 後発医薬品使用促進事業												
			後発医薬品(ジェネリック医薬品)への使用促進を図る。	利用差額通知回数	P	2回以上	2回	2回	2回	2回	2回	2回以上			
	ジェネリック医薬品使用率			Oc	前年度＋2%	77.3%	78.6%	81.2%	81.4%	83.3%	82.0%以上				
	4・5	6 高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業													
		低栄養・筋量低下等による心身機能低下の予防を行う。	実施市町村数	S	前年度＋6	6市町村	9市町村	15市町村	25市町村	21市町村	32市町村				
			対象者への実施割合	Op	30%超	20.5%	67.7%	68.6%	56.1%	92.9%	30%超				
	歯科口腔健診事業(再掲)														
	効果的な保健事業体制の整備	1・2 3・5 6	7 長寿・健康増進事業等による財政支援												
			被保険者の健康づくりに資する市町村の活動を支援する。	実施市町村数	S	66以上	66市町村	67市町村	70市町村	71市町村	73市町村	66市町村以上			
			レセプトデータや健診結果の分析を行い、効果的な保健事業を実施する。	KDBへの健診結果登録市町村数	S	前年度＋6	55市町村	60市町村	70市町村	75市町村	75市町村	77市町村			
				KDB分析結果の活用市町村数	P	前年度＋8	42市町村	57市町村	66市町村	71市町村	73市町村	77市町村			
			5	9 医療費通知送付事業											
				健康や医療に関する理解を深めてもらうとともに、適正な受診を促進する。	対象者	P	全被保険者	全被保険者	全被保険者	全被保険者	全被保険者	全被保険者	全被保険者		
			1・2 3・4 5・6	10 市町村等との連携事業											
		市町村を対象とした研修会の開催		S	年1回以上	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回以上				
	圏域ごとの意見交換会の開催	P		10圏域	10圏域	10圏域	書面開催	Web開催 4回	Web開催 2回	10圏域					
	保険者協議会等との連携	P	健康情報の提供関係団体の拡大	健康情報の提供関係団体の拡大	健康情報の提供関係団体の拡大	健康情報の提供関係団体の拡大	健康情報の提供関係団体の拡大	健康情報の提供関係団体の拡大	健康情報の提供関係団体の拡大						

※

区分

- ・ S (ストラクチャー指標) : 実施のための仕組み及び体制
- ・ P (プロセス指標) : 目的や目標達成に向けた手順

- ・ Op (アウトプット指標) : 目的や目標達成のために行われた、保健事業の実施量
- ・ Oc (アウトカム) : 実施したことによる目的・目標の達成状況

実績評価

順調 : 前年度実績よりも改善され、短期目標も達成されている。または、長期目標を達成している。

概ね順調 : 前年度実績より改善していないが、短期目標は達成されている。または、短期目標は達成されていないが、前年度実績より改善している。

努力を要する : 前年度実績より改善されず、短期目標も達成されていない。