



秋田県後期高齢者医療広域連合

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

（概要版）

第1章 計画の基本的事項

1. 背景と目的

背景

令和6年度からの第3期計画においては、標準化された計画策定における考え方のフレーム（構造的な計画様式）や評価指標（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（重要業績評価指標）の設定）を活用し、市町村との連携を含めた、効果的な保健事業の策定・実施が期待されています。

目的

高齢者保健事業は、生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる、いわゆる高齢者の健康寿命の延伸を目的としています。

第3期となる今期は、保健事業の中心となる一体的実施の主体である市町村と更なる連携を図り、高齢者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図る効果的な保健事業の実施に取り組んでまいります。

2. 計画期間

令和6年度～令和11年度 の6年間

3. 他計画との関連

「第3期健康秋田21計画（令和6年度～令和17年度）」、「第4期秋田県医療費適正化計画（令和6年度～令和11年度）」、「第8次秋田県医療保健福祉計画（令和6年度～令和11年度）」、「第9期介護保険事業支援計画・第10期老人福祉計画（令和6年度～令和8年度）」、「第3期国保データヘルス計画（令和6年度～令和11年度）」との整合性を図りながら計画を策定、推進しています。

4. 実施体制及び関係者との連携

（市町村との連携）

広域連合が策定する広域計画に基づき、市町村と明確な役割分担のもと、相互に連携を図りながら事業を推進します。また、市町村ごとの保健事業や一体的実施に取り組めるように情報及び課題の共有を図ります。

（秋田県との連携）

運営懇話会等を通して、計画の策定や見直し、事業の推進に対する助言・支援を受けるとともに、国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した被保険者に対し、事業を継続的に取り組めるように連携及び協力を図ります。

（国保連及び支援・評価委員会との連携）

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業や、保健事業支援・評価委員会を活用し計画の策定、見直しにおいて専門的知見から支援・評価を受けて進めます。

（保健医療関係者・外部有識者等との連携）

秋田県医師会や秋田県歯科医師会、秋田県薬剤師会等医療関係機関から助言、協力、専門的技術の支援を受けられるよう連携を図り、運営懇話会等を通して、専門的知見を有する第三者としての立場から計画の策定及び評価の支援を受け、計画の実効性を高めていきます。また、秋田県栄養士会、在宅保健師の会等とも連携を図ります。

第Ⅱ章 広域連合の現状

被保険者の現状

被保険者全体の人数は過去6年間で最大となっています（令和5年4月1日時点 192,753人）。団塊世代が後期高齢者に到達したことに伴い、減少傾向にあった75～79歳の被保険者数は令和5年度に過去最大となりました。また、90歳以上の被保険者数も年々増加傾向にあります。

市町村別では、この6年間で被保険者数が減少したのは16市町村と、増加した市町村数を上回っています。

第Ⅲ章 第2期データヘルス計画の評価

【計画全体の目的に関する評価】

（健康寿命の延伸）

令和元年の健康寿命は平成25年から男性、女性ともに伸びており、日常生活に制限のある期間は男性女性ともに減少し、目標は達成できています。ただし、男性の健康寿命は全国平均をやや下回っており、保健事業を通して、健康寿命の延伸かつ全国平均に到達できるよう努めていくことが必要です。

（医療費の適正化）

1人当たり医療費は全国でも低い順位で推移しています。しかし、団塊世代が後期高齢者となり、被保険者が増加することにより総医療費は今後増加していくことが見込まれるため、重症化予防事業等を通して医療費の適正化の取組は引き続き必要です。

【目的達成に向けた目標に関する評価】

（疾病の早期発見と重症化予防）

健康診査事業、歯科健康診査事業については目標を達成できる見込みです。一方、健康診査受診率向上対策事業は目標達成に至らず、事業の方法、対象者等見直しの上、引き続き取り組む必要があります。

（糖尿病患者の減少と腎不全への移行防止）

糖尿病性腎症重症化予防事業の成果は多少ありましたが、勧奨通知の見直し等を図り、引き続き重症化予防に取り組む必要があります。

（訪問指導による生活習慣の改善）

高血圧症、不整脈、糖尿病、関節疾患、慢性腎臓病（透析あり）の5疾病総計でみた1人当たり医療費は過去5年間で最小値となりました。しかしながら個別に見ると、不整脈、糖尿病の1人当たり総医療費は過去最高値であるため、市町村と連携し、一体的実施事業等を通して引き続き生活習慣の改善に取り組む必要があります。

第Ⅳ章 健康・医療情報等による現状分析

1 被保険者構成の将来設計と医療費の見込み

- ・秋田県後期高齢者被保険者数は、令和7年度には203,829人（令和2年度比+7.5%増）、令和12年度には212,397人（令和7年度比+4.2%増）となり、令和2年度からの10年間で約23,000人の増加が見込まれます。
- ・1人当たり医療費が令和2年度水準で一定と仮定した場合、被保険者数の増加によって、令和7年度の総医療費は、令和2年度の1,447億円から96億円増加、令和12年度にはさらに63億円の増加が見込まれます。同様に、介護については、令和7年度から令和12年度の5年間で認定者は2.7%増加、介護給付費は同2.9%の増加が見込まれます。

2 平均寿命、平均自立期間、死因別死亡割合

- 健康寿命（令和元年）は、男性（72.61年）は全国平均と同水準です。一方、女性（76.00年）は全国平均をやや上回ります。また、平均自立期間（国保中央会令和3年）は、男性（79.0年）、女性（83.8年）ともに、最下位から4番目と低位にあり、平均寿命（令和2年）も男性（80.4年）、女性（87.5年）ともに、全国平均を下回ります。秋田県被保険者は脳血管疾患（脳内出血、脳梗塞）による死亡が全国平均を上回ります。

3 健康診査、歯科健康診査、質問票の分析

- 令和4年度時点で健診受診率は徐々に上昇しているものの全国平均を下回ります。ただし、主たる健診受診年代（75～84歳）における上昇ペースは全国平均を上回り、全国平均との乖離幅は縮小傾向にあります。また、歯科健診受診率は上昇傾向にありますが水準は極めて低いです。
- 健診結果では、秋田県被保険者は血圧、肝機能及び肥満のリスク者割合が全国平均を上回っており、問診票では、認知機能や運動・転倒に関するリスク者の割合が全国平均を上回っています。
- 健診、医療、介護のいずれの情報もない健康状態不明者は、被保険者全体の1.7%程度ですが、男女とも75～79歳でその割合が高いです。

4 医療関係の現状分析

（1）医療費

- 令和3年度の一人当たり医療費は全国平均（908,500円）を大きく下回り、47都道府県では低い方から5番目に位置しています。一人当たり医療費を「一人当たり日数」と「一日当たり医療費」に細分化すると、「一人当たり日数」が多くなるほど一人当たり医療費は高くなる傾向が見られます。秋田県は、入院、外来とも少日数型ですが、市町村別には、少日数型と多日数型に分かれ、多日数型では一人当たり医療費が高いです。

（2）疾病分類別の医療費

- 高血圧症受診率（レセプトベース）が最も高く、高血圧症、不整脈受診率は全国平均を上回ります。また、患者数の割合で見ると、高血圧症と筋骨格系疾患がほぼ同水準で、脂質異常症、精神疾患、糖尿病の患者がこれらに次いで多くあります。また、平成30年度から令和4年度にかけて糖尿病にかかる一人当たり医療費が増加しています。

（3）後発医薬品の使用割合

- 後発医薬品の使用割合（数量シェア）は国の目標80%に到達しほぼ全国平均の水準です。今後の伸びしろは女性と80歳代が大きく、薬効では外皮用薬が大きいです。

（4）重複投薬患者割合、多剤投薬患者割合

- 年間に一度でも重複投薬に該当した人は約5%である一方、多剤投薬（7剤以上）に該当した人は全体のほぼ半数を占めています。また、1年を通じて多剤投薬に該当した人は全体の3割を占め、常態化している人が少なからず存在します。

5 介護関係の分析

- 要支援・要介護認定者の割合は全国平均を上回り、認定者においては、要介護2以上の割合は47都道府県中2番目に高いです。
- 一件当たり介護給付費も全国平均を上回る水準にあります。
- 令和3年度の通いの場は1,407箇所、全国平均と比べ1,229箇所少なく、参加者数は17,648人と全国平均に対し24,342人少ないです。

6 医療と介護のクロス分析

- ・認定者の一人当たり医療費は全国平均を下回りますが、要介護度が上がるほど医療費は高くなります。

第V章 広域連合がアプローチすべき課題と取組の方向性

前章の現状分析結果より広域連合が第3期計画においてアプローチする課題として以下の6点を取り上げ、それら課題解決に係る取組の方向性を以下の通り整理しました。

	アプローチする課題	目指すべき目的
1	<ul style="list-style-type: none"> ・秋田県被保険者は健康に自立して過ごせる期間が全国的に見て相対的に短い。県内市町村では、平均自立期間の短さと平均寿命の短さにやや相関が見られる。 ・リスク者割合の高い健診項目や要支援・要介護認定者で有病率が高い疾患は市町村によって異なり、各市町村の特性に沿って、一体的実施事業の推進を図る必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施の推進と継続的实施に向けた支援 ・高血圧対策等重症化予防の推進 ・市町村ごとの健康医療情報等の分析と結果の共有
2	<ul style="list-style-type: none"> ・団塊世代の参入により増加した75～84歳被保険者層における健診受診率の維持、向上が必要。 ・特に、団塊世代被保険者における健康状態不明者の増加を抑えるべく、健康状態把握の推進が必要。 ・後期高齢の早期段階に口腔衛生状態を把握すべく市町村における歯科健診の実施推進とその支援が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・75～84歳を中心とした健診未受診者及び健康状態不明者への受診勧奨の強化 ・歯科健診受診率向上に向けた検討の推進
3	<ul style="list-style-type: none"> ・全国的に多日数（一人当たり受診日数）かつ低単価（一日当たり医療費）型では一人当たり医療費が相対的に高くなる傾向があり、秋田県市町村も同様の傾向にある。該当市町村を中心とした重複頻回受診等の適正化は、引き続き医療費適正化における短期的な課題として重要。 ・一人当たりの外来医療費が低い市町村は少日数（一人当たり受診日数）型であるため、市町村の医療資源等も視野に入れ、医療の受診勧奨のみならず健診の受診勧奨や健康状態不明者の状況把握によるアプローチが重要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・適正受診の促進に向けた被保険者への啓発的情報提供や指導 ・健康状態不明者の把握・減少
4	<ul style="list-style-type: none"> ・「高血圧症」は受診率の多さ、「糖尿病」は受診率の増加傾向から見て、脳血管疾患や慢性腎臓病等の重症化予防や介護予防の観点から早期の対策を検討すべき疾患である。被保険者の増による医療費の増加が見込まれる中、中期的な医療費適正化に資すると考えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧・糖尿病リスク者対策（受療中断や管理不十分者へのアドヒアランス向上に向けた指導）等事業の推進
5	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者は薬剤費が大きいため、数量ベースの目標達成にとどまらず、医療費適正化の面で、引き続き、後発医薬品の利用促進は重要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品差額通知
6	<ul style="list-style-type: none"> ・多剤が常態化している被保険者は少なからず存在しており、重複投薬等と合わせて医療費の適正化と被保険者の健康増進（有害事象の解消）の両面で重要な課題。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ポリファーマシー（多剤や重複、相互作用等）対策による適正服薬の推進、健康増進、医療費適正化

第VI章 第3期計画の全体像及び個別事業

1 計画の全体像と評価指標

(1) 計画全体の目的

健康で自立した生活をより長く過ごせる被保険者の増加

(2) 目的に向けた目標及び共通評価指標

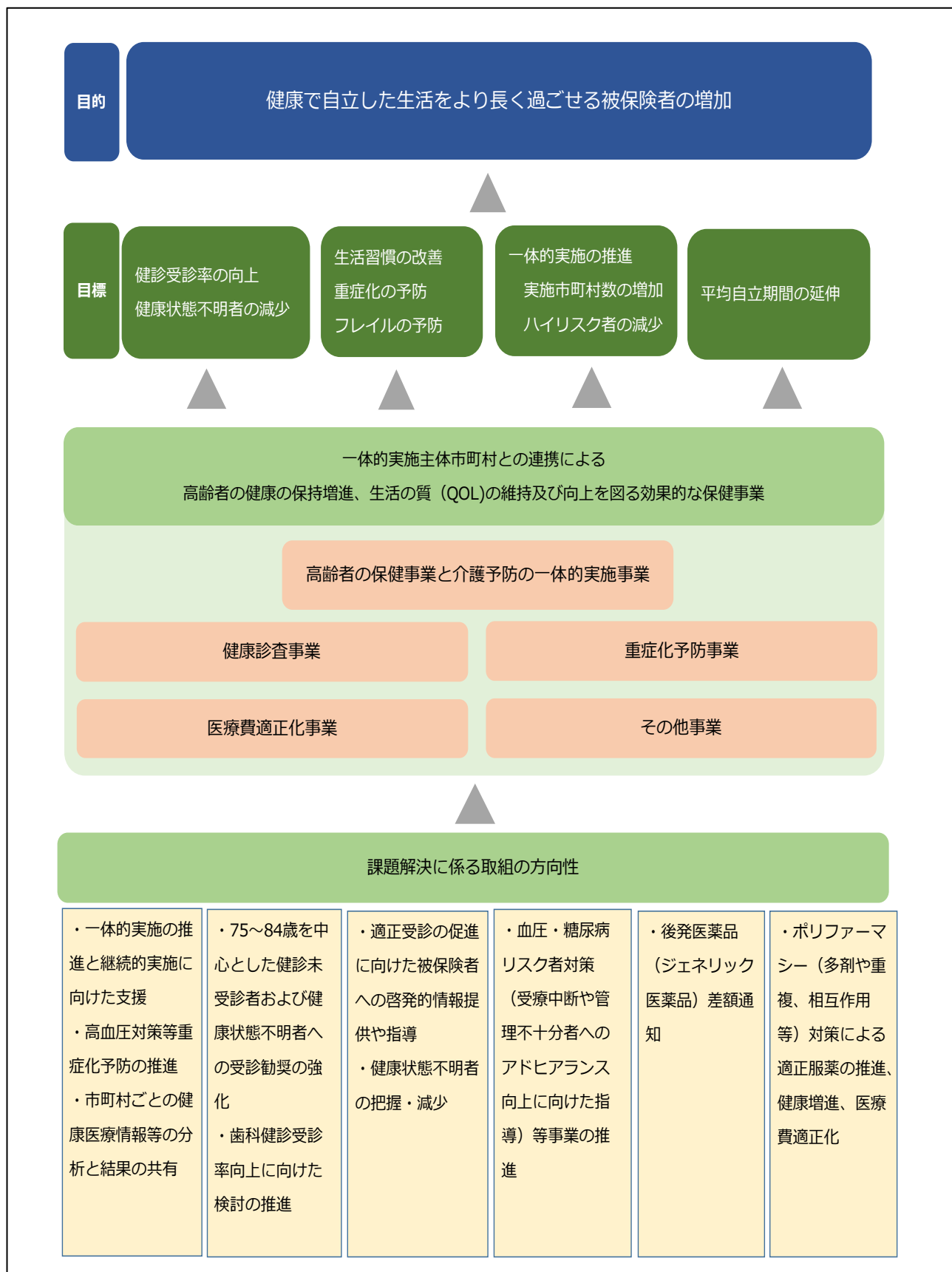
【アウトプット指標】※事業の具体的な活動量、活動実績を測る指標

目標	共通評価指標目標値（令和11年度）
健診受診率の向上 健康状態不明者の減少	健診受診率：28% 歯科健診実施市町村数・割合：100%
生活習慣の改善、重症化の予防、フレイルの予防	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：100%
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	低栄養：76% 口腔：48% 服薬（重複・多剤）：96% 重症化予防（糖尿病性腎症）：56% 重症化予防（その他身体的フレイルを含む）100% 健康状態不明者：100% 重複頻回受診：100%

【アウトカム指標】※事業成果を測る指標

一体的実施の推進 ハイリスク者割合の減少 （一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する被保険者数／被保険者数）	低栄養：0.48% 口腔：3.1% 服薬（多剤）：3.5% 服薬（睡眠薬）1.3% 身体的フレイル（ロコモ含む）：3.2% 重症化予防（コントロール不良者）：0.6% 重症化予防（糖尿病等治療中断者）：6.5% 重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）：3.5% 重症化予防（腎機能不良未受診者）：0.015% 健康状態不明者：1.5%
平均自立期間の延伸	男性：80年 女性：85年

【第3期計画の全体像】



2 個別事業

事業名・目的	目標値（令和 11 年度） 上段：アウトプット指標／下段：アウトカム指標
1. 健康診査事業	
生活習慣病等の早期発見により、被保険者の健康の保持増進や重症化の予防、並びに QOL（生活の質）の維持を図る	受診率（75～84 歳）：33% 受診勧奨通知者受診率：13%
2. 歯科健康診査事業	
口腔機能の低下予防や誤嚥性肺炎等の疾病予防を通じてフレイルを予防することで、被保険者の健康の保持増進を図る	受診率：8% 受診勧奨通知者受診率：年 0.5% 増（令和 8 年度基準）
3. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）差額通知事業	
後発医薬品（ジェネリック医薬品）への切り替えによって医療の質を落とすことなく、被保険者の自己負担軽減及び医療保険財政の健全化を図る	数量シェア率：84.5% 差額通知発送による 1 年間の切替率：28% 差額通知発送による 1 年間の切替効果額：設定なし
4. 糖尿病性腎症重症化予防事業	
糖尿病の早期発見と重症化を予防することで、被保険者の QOL（Quality of life：生活の質）の向上、人工透析への移行防止を図る	保健指導実施人数：8 人 受診勧奨通知者医療機関受診率：75% 保健指導後検査数値の改善・維持割合：70% 人口透析患者数：935 人（令和 10 年度）
5. 高血圧性疾患重症化予防事業	
高血圧と見られる被保険者に対して、医療機関への早期受診勧奨を実施し、脳血管疾患などの重症化予防に繋げる	受診勧奨通知者医療機関受診率：50% 維持・向上 脳血管疾患患者数：24,500 人（令和 10 年度）
6. 適正服薬相談事業	
被保険者の服薬行動における課題や投薬内容における課題、潜在的なリスク（多剤や重複、相互作用、副作用等有害事象の発生等）を改善・解消し、服薬状況を適正な状態に保つことにより、健康の保持・増進を図る	効果測定用はがき返信率：43% 薬剤費用削減額：設定なし 有害事象非該当者割合：66%
7. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施【低栄養】	
地域に暮らす被保険者の低栄養状態を改善し、介護予防・QOL の向上を目指す	実施者数：前年度以上 体重維持・改善者割合：増加傾向
8. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施【口腔】	
歯科衛生士等が支援することにより、口腔機能低下防止とともに低栄養防止を図る	実施者数：前年度以上 質問票④または⑤非該当者割合：増加傾向 医療機関受診者割合：増加傾向
9. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施【重複頻回受診】	
重複頻回受診に該当する被保険者に保健指導等を行うことにより自己管理能力を高め、健康の保持・増進及び適正受診を目指す	実施者数：前年度以上 受診日数減者割合：増加傾向

10. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施【服薬（多剤・眠剤）】	
薬剤の服薬状況や残薬状況を確認し、ポリファーマシー（多剤服用の中でも害をなすもの）の回避、服薬アドヒアランス（積極的な治療の参加）の向上等を目的とする	実施者数：前年度以上
	医療機関等相談者割合：増加傾向
11. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施【身体的フレイル】	
身体的フレイル（ロコモティブシンドローム含む）のリスクがある被保険者へ関与し、予防につなげる	実施者数：前年度以上
	質問票⑨または⑬非該当者割合：増加傾向
12. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施【重症化予防（糖尿病性腎症）】	
糖尿病を抱える被保険者について訪問等による支援を行い、糖尿病性腎症重症化やフレイル進行を防止する	実施者数：前年度以上
	医療機関受診者割合：増加傾向
	介護予防事業接続者割合：増加傾向
13. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施【重症化予防（高血圧症）】	
高血圧の所見がある被保険者へ関与し治療行動を勧めることで、高血圧の持続による生活習慣病や脳心血管病の発症・再発を防止する	実施者数：前年度以上
	医療機関受診者割合：増加傾向
14. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施【重症化予防（その他）】	
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病を除く基礎疾患があり、フレイル状態にある被保険者を抽出し、通いの場等の介護予防事業につなげる ・腎機能低下の所見がある被保険者に対し、受診勧奨の実施により治療へつなぐ 	実施者数：前年度以上
	介護予防事業接続者割合：増加傾向
	医療機関受診者割合：増加傾向
15. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施【健康状態不明者】	
訪問等により勧奨することで、行政等が把握できないハイリスク者の早期発見や孤独死の予防といった様々な予防活動につなげる	実施者数：前年度以上
	健診受診者割合：増加傾向
	医療・介護サービス接続者割合：増加傾向
16. 医療費データ分析事業	
レセプトや健康診査結果情報、KDB システムデータ等の詳細な分析により得た健康・医療費情報を活用し、当広域連合の現状・課題把握及びデータヘルス計画や個別保健事業の進捗状況の評価や見直しを行い、PDCA サイクルを踏まえた効果的かつ効率的な計画の推進及び保健事業の実施を図る	設定なし

第Ⅶ章 その他

1 計画の評価・見直し

個別の保健事業については年度毎に評価を行い、必要に応じて見直します。また、令和8年度終了時点で、アウトカム評価による中間評価を行い、必要に応じて実施体制・目標値等を見直します。最終評価は計画最終年度である令和11年度に実施するものとし、上半期に仮評価を行い、次期計画の策定を視野に入れながら計画全体の評価を行います。

2 公表・周知

本計画は本広域連合のホームページに掲載し、公表するとともに、関係団体等をはじめ多くの方へ周知を図ります。事業評価の結果や目標の達成状況等について、適宜、市町村並びに関係団体との情報共有を図ります。

3 個人情報の取扱い

「個人情報の保護に関する法律」及び同法ガイドライン並びに「秋田県後期高齢者医療広域連合個人情報の保護に関する法律施行条例」等を遵守し、計画を実施します。

4 地域包括ケアに係る取組

秋田県が主催する会議等に参加し、地域包括ケアに対する情報の共有及び知識の向上に努め、市町村・関係団体と連携した保健事業への取組に努めます。また、地域が抱える課題の抽出及び関係者との共有に努めるとともに、市町村や地域の医療・介護関係者の取組を支援します。

参考資料：後期高齢者の質問票

類型別	質問文	回答	
質問票①（健康状態）	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう	
		④あまりよくない ⑤悪い	
質問票②（心の健康状態）	毎日の生活に満足していますか	①満足	②やや満足
		③やや不満	④不満
質問票③（食習慣）	1日3食きちんと食べていますか	①はい	②いいえ
質問票④（咀嚼機能）	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	①はい	②いいえ
質問票⑤（嚥下機能）	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい	②いいえ
質問票⑥（体重変化）	6カ月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	①はい	②いいえ
質問票⑦（歩行速度）	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい	②いいえ
質問票⑧（転倒）	この1年間に転んだことがありますか	①はい	②いいえ
質問票⑨（運動習慣）	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい	②いいえ
質問票⑩（認知：物忘れ）	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	①はい	②いいえ
質問票⑪（認知：失見当識）	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい	②いいえ
質問票⑫（喫煙）	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている	②吸っていない
		③やめた	
質問票⑬（外出頻度）	週に1回以上は外出していますか	①はい	②いいえ
質問票⑭（他者との交流）	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい	②いいえ
質問票⑮（ソーシャルサポート）	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい	②いいえ

※本文内にて上記の表で色のついている回答を、各質問票に該当とする。

用語集

用語	意味
後発医薬品	先発医薬品（新薬）の特許期間終了後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分、同じ効能・効果をもつ医薬品。
アドヒアランス	患者が治療方法について理解し同意したうえで積極的に治療を受けること。
ポリファーマシー	必要以上に多くの薬が処方され、副作用等の有害事象につながる可能性がある状態。
フレイル	加齢とともに心身の脆弱性が出現した状態。
ロコモ	「ロコモティブシンドローム」の略で、立ったり歩いたりする身体能力が低下した状態。
KDBシステム	「国保データベースシステム」の略称で、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、統計情報や健康に関するデータを作成するシステム。
PDCAサイクル	Plan（計画）、Do（実行）、Check（確認）、Act（改善）の4段階を繰り返して業務を継続的に改善する方法。