

第3期データヘルス計画（素案）

計画策定の趣旨	背景	<ul style="list-style-type: none"> 「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」の中で、後期高齢者医療広域連合は、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、事業の実施及び評価を行うこととされており、平成30年4月に第2期データヘルス計画（平成30年～令和5年度）を策定した。 第2期データヘルス計画は令和5年度で計画期間が終了するため、令和5年度中に第3期データヘルス計画（令和6～11年度）の策定をするもの。 なお、令和4年度末に「高齢者保健事業の計画（データヘルス計画）策定の手引き」が示され、第3期データヘルス計画における、全都道府県広域連合が共通で評価する評価指標や計画様式等が示され、それに基づいた計画策定が求められている。
	目的	被保険者ができる限り長く、住み慣れた地域で自立した日常生活を送ることができる
計画期間		令和6年度～令和11年度
関連する他の計画 関連事項・関連目標	都道府県健康増進計画	
	都道府県医療費適正化計画	
	介護保険事業支援計画	
	国保データヘルス計画	
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制	<ol style="list-style-type: none"> 管内54市町村の特性に応じて、広域連合から各市町村への委託等により、きめ細やかな保健事業を展開する。 保健事業の質向上を図るため、広域連合は愛知県との関連部署等と連携し、人材育成を含む市町村支援を行う。
	関係者等	県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、有識者等が参加する懇談会等でデータヘルス計画の推進に係る意見を募り、計画の更新・見直しを図ります。

（1）基本情報

人口・被保険者		対象者に関する基本情報					
		(2023年4月1日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		7,475,630		3,721,764		3,753,866	
被保険者数(人)		1,049,717					
	65～69歳(人)	13,341	1.27%				
	70～74歳(人)	20,716	1.97%				
	75～79歳(人)	396,107	37.73%				
	80～84歳(人)	311,247	29.65%				
	85～89歳(人)	194,274	18.51%				
	90歳以上(人)	114,082	10.87%				
関係者等		計画の実効性を高めるための関係者等との連携					
		連携内容					
構成市町村		高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施をはじめとする、広域連合における保健事業の主な担い手は、各市町村であることから、各市町村の健康課題を把握し、広域連合全体の健康課題との関連性を踏まえ、適切かつ効果的な保健事業が展開できるよう、緊密に情報共有・協議を繰り返します。					
都道府県		市町村における保健事業の推進を図るための人材育成及び体制整備等についての市町村支援に関して、効果的に実施できるよう連携します。					
国保連及び支援・評価委員会		愛知県国民健康保険団体連合会とはKDB（国保データベース）の活用支援等の市町村支援において連携します。 支援・評価委員会については、データヘルス計画の進捗・評価・見直し等について、定期的に助言を受ける等、データヘルス計画の適切な管理に関して連携します。					

外部有識者	データヘルス計画の策定・評価の際に、公衆衛生等の観点からの助言を受ける等、効果的な保健事業が展開できるよう連携します。
保健医療関係者	愛知県後期高齢者医療に関する懇談会等、様々な場面において、データヘルス計画の策定・評価・進捗状況について助言を受ける等、データヘルス計画の適切な実施に関して連携します。
その他	

（2）現状の整理

被保険者等の特性	被保険者数の推移	平成30年度946,768人から毎年増加し、令和4年度は平成30年度から、約11%増加し、1,049,717人となっている。				
	年齢別被保険者構成割合	<ul style="list-style-type: none"> 65歳～74歳までの被保険者数は、減少傾向であり、平成30年度と比較し令和4年度は被保険者に占める割合が減少している（H30年度4.15%⇒R4年度3.24%） 75歳～79歳までの被保険者は、令和元年度から令和3年度まで減少傾向であったが、令和4年度には増加に転じた。被保険者に占める割合は、平成30年度と比較し令和4年度は減少している（H30年度40.70%⇒R4年度37.73%） 80歳以上の被保険者数は、増加傾向であり、平成30年度と比較し令和4年度は被保険者に占める割合が増加している（H30年度55.16%⇒R4年度59.02%） 当面の間は、新たに被保険者となる方の増加により、75～79歳の被保険者割合が増加することが予測される。 				
	その他					
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	目的	短期目標	中長期目標		
		生活習慣病の早期発見	<ol style="list-style-type: none"> 各市町村の健診受診率増加 歯科健診実施市町村数の増加 重症化予防事業実施市町村数の増加 	<ol style="list-style-type: none"> 市町村間の健診受診率格差の縮小 歯科健診実施市町村数の増加 重症化予防事業実施市町村数の増加 		
前期計画等に係る評価	目標の達成状況	フレイル対策事業の推進	<ol style="list-style-type: none"> 実施市町村数の増加 各種事業を複数市町村で実施 	<ol style="list-style-type: none"> 実施市町村数の増加 各種事業を複数市町村で実施 		
		医療機関等の受診と調剤医療費の適正化	<ol style="list-style-type: none"> 後発医薬品の普及率の増加 重複・頻回受診者の訪問件数の増加 	<ol style="list-style-type: none"> 後発医薬品の普及率を80%以上 （重複頻回受診者訪問事業における）1カ月あたりの効果額の増加 		
		目的	評価指標	目標値	実績	達成度
		生活習慣病の早期発見	<ol style="list-style-type: none"> 健診受診率 健診受診率30%以上の市町村数 健康状態不明者割合 歯科健診実施市町村数 重症化予防実施市町村数 	37.00%	36.47%	98.6%
		フレイル対策の推進	<ol style="list-style-type: none"> 低栄養防止事業実施市町村数 	54	45	83.3%
		医療機関等の受診と調剤医療費の適正化	<ol style="list-style-type: none"> 後発医薬品普及率（数量ベース） 重複頻回受診者訪問事業実施延べ人数 重複頻回受診者訪問事業1か月当たり効果額 	4.8%以下	4.30%	111.6%
		生活習慣病の重症化予防及びフレイル予防	<ol style="list-style-type: none"> 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施実施市町村数 	45以上	36	80.0%
				44以上	24	54.5%
				27以上	16	59.3%
				80%	79.7%	99.6%
				750人	571人	76.1%
				1,500万円	922.9万円	61.5%
				44	42	95.5%

※実績について、①②③④⑦⑧⑨はR4年度、⑤⑥⑩は令和5年度

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
被保険者構成の将来推計		・データ集計中	
将来推計に伴う医療費見込み		・データ集計中	
平均余命 平均自立期間（要介護2以上）等 死因別死亡割合	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度の平均余命は男性が81.9歳、女性が87.7歳で、全国平均と比較して男性では0.2年長く、女性では0.1年短い。 ・令和4年度の健康寿命は男性が80.5歳、女性が84.6歳で、全国と比較して男性では0.4年、女性では0.2年長い。 	
	構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> ・平均余命は男性では84.0歳が最も長く、76.9歳が最も短い。女性では90.4歳が最も長く、85.1歳が最も短い。 ・平均自立期間は男性では82.6歳が最も長く、76.0歳が最も短い。女性では86.9歳が最も長く81.5歳が最も短い。 	
	経年変化	<ul style="list-style-type: none"> ・愛知県の令和4年度の平均余命は男性が81.9歳、女性が87.7歳で令和2年度（男性81.7歳、女性87.3歳）と比較して上昇。 ・平均自立期間についても令和4年度では男性が80.5歳、女性が84.6歳で令和2年度（男性80.2歳、女性84.2歳）と比較して上昇。 	

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント
健康診査・歯科健康診査の実施状況	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の健診受診率は36.47%で、全国平均（24.59%）と比較して11.88ポイント高い。（うち75歳～84歳の健診受診率は36.76% ※令和5年6月末時点のKDBから集計） 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診率は増加傾向にあり、上位と下位の市町村の格差も縮小傾向にある。 受診率向上の要因として、健診未受診者に対して、その状況に応じた個別勧奨を実施する市町村の増加、健康状態不明者へのアプローチによる健診受診勧奨の取組市町村の増加が考えられる。
	構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の健診受診率上位5市町村の平均値は58.94%で、令和2年度の上位5市町村の平均値（59.25%）と比較すると0.31ポイント下降。 令和4年度の健診受診率下位5市町村の平均値は24.33%で、令和2年度の下位5市町村の平均値（19.12%）と比較すると5.21ポイント上昇。 令和4年度の健診受診率上位5市町村と下位5市町村の平均値の差は34.61ポイントで、令和2年度（40.13ポイント）と比較して5.52ポイント減少。 	
	経年変化	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の健診受診率は36.47%で、令和2年度（34.01%）と比較して2.46ポイント上昇。 	
	全国平均との比較		<p>【低栄養リスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> 低栄養ハイリスク者は、75～79歳の年齢層で増加しており、特に、BMI\leq20の割合についても増加傾向がみられる。 高齢者の質問票における、体重減少の項目に該当する者の割合は減少傾向にあることから、現状と認識のギャップに気づいていない可能性が考えられる。 今後、BMI\leq20の割合の傾向から、今後も低栄養に関するリスク保有者がさらに増加する可能性が考えられる。 <p>【口腔ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> 口腔ハイリスク者の割合が減少傾向にある要因としては、歯科受診率の向上が最も大きいと考えられる。 一方で、高齢者の質問票における「噛むこと」や「飲み込み」に関する口腔機能リスクの割合は、38.05%であり、身体的な状況に着目すると必ずしも改善傾向にあるとは言い難い。 <p>【身体的フレイル（ロコモ含む）ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> 男女共に増加傾向にあり、特に男性での増加が目立つ。 特に、運動・転倒に関するリスク保有者が全国と比較して多く、男性は経年でも増加しており、今後、転倒に伴う、骨折等によりQOLの低下を招く者が増加する可能性が考えられる。
	構成市町村比較	<p>※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析</p> <p>【低栄養ハイリスク ※BMI\leq20】</p> <ul style="list-style-type: none"> リスク保有者の割合が高い上位5市町村の平均値は1.87%で、下位5市町村の平均値は0.56%。 <p>【口腔ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> リスク保有者の割合が高い上位5市町村の平均値は7.11%で、下位5市町村の平均値は2.41%。 <p>【身体的フレイル（ロコモ含む）ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> リスク保有者の割合が高い上位5市町村の平均値は12.42%で、下位5市町村の平均値は4.36%。 <p>【重症化予防（コントロール不良者）ハイリスク（糖尿病）】</p> <ul style="list-style-type: none"> リスク保有者の割合が高い上位5市町村の平均値は0.09%で、リスク対象者が存在しない市町村は13市町村。 <p>【重症化予防（コントロール不良者）ハイリスク（高血圧）】</p> <ul style="list-style-type: none"> リスク保有者の割合が高い上位5市町村の平均値は2.08%で、下位5市町村の平均値は0.53%。 <p>【重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> リスク保有者の割合が高い上位5市町村の平均値は13.73%で、下位5市町村の平均値は4.92%。 <p>【重症化予防（腎機能不良未受診者）ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> リスク保有者の割合が高い上位5市町村の平均値は0.08%で、リスク対象者が存在しない市町村は16市町村。 	

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント
健康診査 歯科健康診査 質問票の分析	健診結果・歯科 健診結果の状況 (健康状況)	<p>※以下、年齢の記載のないものは75歳～84歳のデータを分析</p> <p>【低栄養ハイリスク ※BMI≤20】</p> <ul style="list-style-type: none"> 愛知県の令和4年度のリスク保有者の割合は1.10%で、令和2年度（1.06%）と比較して0.04ポイント増加。 うち75～79歳のリスク保有者の割合は0.02ポイント（令和2年度：0.93%、令和4年度：0.95%）増加し、健診有所見者（BMI≤20）の割合は3.08ポイント（令和2年度19.32%、令和4年度：22.40%）増加。 うち80～84歳のリスク保有者の割合は0.06ポイント（令和2年度：1.24%、令和4年度：1.30%）増加し、健診有所見者（BMI≤20）の割合は0.67ポイント（令和2年度19.22%、令和4年度：19.89%）増加。 男女別では男性は令和4年度が0.94%で、令和2年度と比較して横這い傾向、女性については令和4年度が1.23%で、令和2年度（1.17%）と比較して0.06ポイント増加。 <p>【口腔ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> 愛知県の令和4年度のリスク保有者の割合は3.86%で、令和2年度（4.45%）と比較して0.59ポイント減少。 男女別では男性は令和4年度が4.07%で、令和2年度（4.63%）と比較して0.56ポイント減少し、女性についても令和4年度が3.69%で、令和2年度（4.31%）と比較して0.62ポイント減少。 歯科を6ヶ月未満の周期で受診している割合は41.70%で、令和2年度（37.20%）と比較して4.5ポイント上昇。 <p>【身体的フレイル（ロコモ含む）ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> 愛知県の令和4年度のリスク保有者の割合は6.53%で、令和2年度（6.44%）と比較して0.09ポイント増加。 男女別では男性は令和4年度が6.11%で、令和2年度（5.91%）と比較して0.20ポイント増加し、女性については令和4年度が6.87%で、令和2年度と比較して横這い傾向。 	<p>【重症化予防（コントロール不良者）ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> リスク保有者の割合は増加傾向であるが、特に高血圧に関するリスク保有者が増加している。 健康診査における、血圧の値が高い者の割合の増加もあるが、それ以上に、高血圧の状態であるものの、高血圧に関する服薬をしていない者の割合の増加が、リスク保有者の割合の増加の要因であると考えられる。 <p>【重症化予防（治療中断者）ハイリスク】</p> <p>※データ精査中のため、分析途中</p> <p>【重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特に男性での増加が目立つ。 要因としては、生活習慣病の保有と併せて、運動・転倒に関するリスク保有者の割合が増加傾向にあり、今後、骨折等によりQOLの低下を招く者が増加する可能性が考えられる。 <p>【重症化予防（腎機能不良未受診者）ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> ほぼ横這いで推移している。その要因として、健診等において腎機能の低下がみられた者に対する、受診勧奨等の保健事業により、適切に医療機関を受診できている者が増加していることが考えられる。 一方で、健診等における、腎機能が低下している者の割合は増加傾向にあるため、適時適切に受診できない者が増加すると、慢性腎臓病等に関するリスク保有者の割合が増加する可能性が考えられる。
	経年変化	<p>【重症化予防（コントロール不良者）ハイリスク（糖尿病）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 愛知県の令和4年度のリスク保有者の割合は0.03%で、令和2年度と比較して横這い傾向。 男女別では男性は令和4年度が0.05%で、令和2年度（0.04%）と比較して横這い傾向、女性についても令和4年度が0.05%で、令和2年度と比較して横這い傾向。 愛知県の令和4年度の健診有所見者（ヘモグロビンA1c≥7.0）の割合は7.86%で、令和2年度（6.94%）と比較して0.92ポイント増加。 <p>【重症化予防（コントロール不良者）ハイリスク（高血圧）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 愛知県の令和4年度のリスク保有者の割合は1.07%で、令和2年度（0.95%）と比較して0.12ポイント増加。 男女別では男性は令和4年度が0.96%で、令和2年度（0.90%）と比較して0.06ポイント増加し、女性についても令和4年度が1.16%で、令和2年度（1.00%）と比較して0.16ポイント増加。 愛知県の令和4年度の健診有所見者（血圧160/100以上）の割合は9.91%で、令和2年度（9.38%）と比較して0.53ポイント増加。 <p>【重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> 愛知県の令和4年度のリスク保有者の割合は7.78%で、令和2年度（7.95%）と比較し0.17ポイント減少。 男女別では男性は令和4年度が8.09%で、令和2年度（8.05%）と比較して0.4ポイント増加し、女性については令和4年度が7.53%で、令和2年度（7.86%）と比較して0.33ポイント減少。 <p>【重症化予防（腎機能不良未受診者）ハイリスク】</p> <ul style="list-style-type: none"> 愛知県の令和4年度のリスク保有者の割合は0.02%で、令和2年度と比較して横這い傾向。 男女別では令和4年度の男性は0.03%、女性は0.02%で、令和2年度と比較して横這い傾向。 愛知県の令和4年度の健診有所見者（eGFR<45）の割合は9.46%で、令和2年度（9.20%）と比較して0.26ポイント増加。 	

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント
質問票調査結果の状況（生活習慣）	全国平均との比較	※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析 ・質問票調査結果は全国平均と比較するとリスクが全体的に高い傾向にあり、特に口腔機能リスクは1.25ポイント（広域：38.05%、全国：36.8%）、運動・転倒リスクは0.22ポイント（広域：69.47%、全国：69.25%）、認知機能リスクは1.29ポイント（広域：28.64%、全国：27.35%）高い。	<ul style="list-style-type: none"> ・個別の項目に関するリスク該当者の割合は減少傾向にある。 ・一方で、体重減少のリスクが高い場合は、口腔、認知機能リスクも高くなる傾向や、口腔のリスクが高い場合には知機能のリスクが高くなる傾向もみられるため、これらのリスクに該当する者が今後、関連するリスク保有者になる可能性も考えられる。 ・また、運動・転倒のリスクに関しては、男性に増加傾向がみられ、社会参加リスクとの関連もみられるため、身体的な側面と社会的な側面を連動させたフレイル対策の必要性が示唆される。
	構成市町村比較	※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析 【質問票の各リスク保有割合に対する相関 ※括弧内は相関係数】 ・健康状態リスク保有者の割合が高い市町村では、運動・転倒リスク（0.54）保有者の割合も高い。 ・心の健康状態リスク保有者の割合が高い市町村では、食習慣リスク（0.61）、運動・転倒リスク（0.55）保有者の割合も高い。 ・食習慣リスク保有者の割合が高い市町村では、運動・転倒リスク（0.52）、社会参加リスク（0.55）保有者の割合も高い。 ・口腔機能リスク保有者の割合が高い市町村では、体重変化リスク（0.72）、認知機能リスク（0.72）保有者の割合も高い。 ・体重変化リスク保有者の割合が高い市町村では、口腔機能リスク（0.72）、認知機能リスク（0.59）保有者の割合も高い。 ・運動・転倒リスク保有者の割合が高い市町村では、健康状態リスク（0.54）、心の健康状態リスク（0.55）、食生活リスク（0.52）、社会参加リスク（0.56）保有者の割合も高い。 ・認知機能リスク保有者の割合が高い市町村では、口腔機能リスク（0.72）、体重変化リスク（0.59）保有者の割合も高い。 ・社会参加リスク保有者の割合が高い市町村では、食習慣リスク（0.55）、運動・転倒リスク（0.56）保有者の割合も高い。	
	経年変化	※以下、75歳～84歳のデータを分析 【健康状態リスク】 ・令和4年度の健康状態リスク保有者の割合は10.34%で、令和2年度（10.68%）と比較して0.34ポイント減少。 ・男女別では男性は令和4年度が9.91%で、令和2年度（10.02%）と比較して0.11ポイント減少し、女性についても令和4年度が10.7%で、令和2年度（11.23%）と比較して0.53ポイント減少。 【心の健康状態リスク】 ・令和4年度の心の健康状態リスク保有者の割合は9.18%で、令和2年度（9.92%）と比較して0.74ポイント減少。 ・男女別では男性は令和4年度が9.18%で、令和2年度（9.69%）と比較して0.51ポイント減少し、女性についても令和4年度が9.18%で、令和2年度（10.11%）と比較して0.93ポイント減少。 【口腔リスク】 ・令和4年度の口腔リスク保有者の割合は38.05%で、令和2年度（38.37%）と比較して0.32ポイント減少。 ・男女別では男性は令和4年度が37.13%で、令和2年度（37.22%）と比較して0.09ポイント減少し、女性についても令和4年度が38.8%で、令和2年度（39.32%）と比較して0.52ポイント減少。 【運動・転倒リスク】 ・令和4年度の運動・転倒リスク保有者の割合は69.47%で、令和2年度（69.74%）と比較して0.27ポイント減少。 ・男女別では男性は令和4年度が66.57%で、令和2年度（66.16%）と比較して0.41ポイント増加し、女性については令和4年度が71.85%で、令和2年度（72.7%）と比較して0.85ポイント減少。 【認知機能リスク】 ・令和4年度の認知機能リスク保有者の割合は28.64%で、令和2年度（29.62%）と比較して0.98ポイント減少。 ・男女別では男性は令和4年度が28.64%で、令和2年度（29.31%）と比較して0.67ポイント減少し、女性についても令和4年度が28.63%で、令和2年度（29.86%）と比較して1.23ポイント減少。	
	健康状態不明者の数	※データ集計中	
	全国平均との比較		
	構成市町村比較	※データ集計中	
	経年変化	※データ集計中	

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント
医療費	全国平均との比較	<p>※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人当たり医療費（年間）は全国平均と比較して入院は0.92倍、外来は1.03倍で、全体では0.98倍。 千人当たりレセプト件数（年間）は全国平均と比較して入院は0.88倍、外来は1.05倍。 	<ul style="list-style-type: none"> 循環器系疾患に関して、重症化の傾向が考えられる。健診における、高血圧の重症化予防関連リスク保有者の割合も増加しており、高血圧に関する適時適切な医療受診及び服薬、生活習慣等の改善がなされない場合、さらに重症化の傾向が強まる可能性が考えられる。 糖尿病に関して、外来の受診率は増加し、入院の受診率は低下しており、また、レセプト1件当たりの医療費に関しては、ほぼ横這い～減少傾向と言える。その要因としては、糖尿病性腎症重症化予防等の生活習慣病重症化予防に関する保健事業を実施する市町村の増加に伴い、特にハイリスク者への医療受診勧奨の取組が拡大されてきたことが考えられる。一方で、健診における、糖尿病に関連するハイリスク（ヘモグロビンA1c有所見者）割合は増加傾向にあるため、適時適切な医療受診等がなされていない場合においては、糖尿病について、重症化する者の割合が増加することが考えられる。 腎不全に関して、入院、外来共に受診率は減少傾向にあり、その要因としては、糖尿病等について、適時適切な医療受診等に繋がる者の増加が考えられる。一方で、千人当たりの糖尿病性腎症患者数・新規糖尿病性腎症患者数、千人当たりの人工透析患者数・新規人工透析患者数は国と比較し、1.3倍前後多いため、大きな健康課題の一つであるといえる。 骨折に関して、特に入院のレセプト1件当たり医療費及び外来の受診率が増加傾向にあり、治療の長期化や骨折のリスクが高まっている者が増加していると考えられる。健診における、フレイルに関連したハイリスク者の増加傾向もあるため、今後、骨折の受診率について増加する可能性が考えられる。また、筋骨格系の入院の受診率も増加傾向にあることから、一度骨折治療を行った者が、再度骨折をしてしまういわゆる二次骨折のリスクも増加することが考えられる。 医療費全体の経年推移はほぼ横這いであるものの、生活習慣病関連の医療費・受診率等は増加傾向にあるため、生活習慣病等の重症化予防の取組（適切な受診・服薬、生活習慣の改善等）の重要性が示唆される。
	構成市町村比較	<p>※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析</p> <p>【一人当たり医療費】</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人当たり総医療費の高い上位5市町村の平均値は734,280円、下位5市町村の平均値は564,289円で、上位と下位の差額は169,991円。 一人当たり入院医療費の高い上位5市町村の平均値は331,910円、下位5市町村の平均値は220,849円で、上位と下位の差額は111,061円。 一人当たり外来医療費の高い上位5市町村の平均値は423,904円、下位5市町村の平均値は317,470円で、上位と下位の差額は106,434円。 <p>【千人当たりレセプト件数】</p> <ul style="list-style-type: none"> 千人当たり入院レセプト件数の高い上位5市町村の平均値は516件、下位5市町村の平均値は352件で、上位と下位の差は164件。 千人当たり外来レセプト件数の高い上位5市町村の平均値は16,185件、下位5市町村の平均値は12,599件で、上位と下位の差は3,586件。 	
	経年変化	<p>※以下、75歳～84歳のデータを分析</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の一人当たり医療費は入院が298,987円、外来が392,668円で令和2年度（入院：296,676円、外来：394,651円）と比較すると入院、外来共に横這い傾向。 令和4年度の千人当たりレセプト件数は入院が451.22件、外来が15077.11件で令和2年度（入院：472.74件、外来：15172.72件）と比較すると入院は減少傾向、外来は横這い傾向。 令和4年度のレセプト1件当たり日数は入院が14.55日、外来が1.65日で令和2年度（入院：15.13日、外来：1.68日）と比較すると入院、外来共に減少傾向。 令和4年度の1日当たり医療費は入院が45,547円、外来が15,829円で令和2年度（入院：41,483円、外来：15,521円）と比較すると入院、外来共に増加傾向。 	
医療関係の分析	全国平均との比較	<p>※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析</p> <ul style="list-style-type: none"> 疾病別一人当たり総医療費を全国値との比率で見ると、高いものは、脂質異常症（1.13倍）、狭心症（1.13倍）、心筋梗塞（1.11倍）、糖尿病（1.09倍）、低いものは、動脈硬化症（0.82倍）、認知症（0.87倍）、筋・骨格（0.90倍）。 疾病別一人当たり入院医療費を全国値との比率で見ると、高いものは、狭心症（1.14倍）、心筋梗塞（1.10倍）、低いものは、動脈硬化症（0.68倍）、高血圧症（0.73倍）、筋・骨格（0.74倍）、認知症（0.85倍）、脂質異常症（0.85倍）、貧血（0.86倍）。 疾病別一人当たり外来医療費を全国値との比率で見ると、高いものは、骨折（1.18倍）、心筋梗塞（1.17倍）、脂質異常症（1.14倍）、狭心症（1.12倍）、糖尿病（1.10倍）、低いものは高尿酸血症（0.90倍）、認知症（0.90倍）、脳梗塞（0.92倍）。 	
	構成市町村比較	<p>※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析</p> <p>【疾病別一人当たり総医療費】</p> <ul style="list-style-type: none"> 脂質異常症の一人当たり総医療費の高い上位5市町村の平均値は18,817円で、下位5市町村の平均値は9,062円となり、上位と下位の差額は9,755円。 狭心症の一人当たり総医療費の高い上位5市町村の平均値は17,846円、下位5市町村の平均値は5,617円となり、上位と下位の差額は12,229円。 心筋梗塞の一人当たり総医療費の高い上位5市町村の平均値は4,446円で、下位5市町村の平均値は857円となり、上位と下位の差額は3,589円。 糖尿病の一人当たり総医療費の高い上位5市町村の平均値は45,209円で、下位5市町村の平均値は32,046円となり、上位と下位の差額は13,163円。 <p>【疾病別一人当たり入院医療費】</p> <ul style="list-style-type: none"> 狭心症の一人当たり入院医療費の高い上位5市町村の平均値は12,558円で、下位5市町村の平均値は2,564円となり、上位と下位の差額は9,994円。 心筋梗塞の一人当たり入院医療費の高い上位5市町村の平均値は4,156円で、下位5市町村の平均値は590円となり、上位と下位の差額は3,566円。 	

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント
疾病分類別の医療費		<p>【疾病別一人当たり外来医療費】</p> <ul style="list-style-type: none"> 骨折の一人当たり外来医療費の高い上位5市町村の平均値は3,736円で、下位5市町村の平均値は1,134円となり、上位と下位の差額は2,602円。 心筋梗塞の一人当たり外来医療費の高い上位5市町村の平均値は594円で、下位5市町村の平均値は88円となり、上位と下位の差額は506円。 脂質異常症の一人当たり外来医療費の高い上位5市町村の平均値は18,530円で、下位5市町村の平均値は9,003円となり、上位と下位の差額は9,527円。 狭心症の一人当たり外来医療費の高い上位5市町村の平均値は6,227円で、下位5市町村の平均値は2,843円となり、上位と下位の差額は3,384円。 糖尿病の一人当たり外来医療費の高い上位5市町村の平均値は42,245円で、下位5市町村の平均値は29,292円となり、上位と下位の差額は12,953円。 	
	経年変化	<p>※以下、75歳～84歳のデータを分析</p> <p>【疾病別一人当たり医療費】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の一人当たり入院医療費を疾病別に令和2年度と比較すると、貧血（1.17倍）、心筋梗塞（1.13倍）が増加し、動脈硬化症（0.87倍）、脂質異常症（0.88倍）、腎不全（0.89倍）、脳出血（0.90倍）、認知症（0.91倍）が減少。 令和4年度の一人当たり外来医療費を疾病別に令和2年度と比較すると、がん（1.14倍）、貧血（1.08倍）が増加し、認知症（0.59倍）、高尿酸血症（0.77倍）、動脈硬化症（0.78倍）、脂質異常症（0.84倍）、狭心症（0.87倍）、脳梗塞（0.89倍）、高血圧症（0.90倍）が減少。 <p>【疾病別千人当たりレセプト件数】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の千人当たり入院レセプト件数を疾病別に令和2年度と比較すると、貧血（1.16倍）、心筋梗塞（1.08倍）が増加し、動脈硬化症（0.78倍）、高尿酸血症（0.85倍）、脳出血（0.87倍）、腎不全（0.87倍）、認知症（0.88倍）、骨折（0.88倍）、高血圧症（0.89倍）、糖尿病（0.91倍）が減少。 令和4年度の千人当たり外来レセプト件数を疾病別に令和2年度と比較すると、貧血（1.14倍）、がん（1.06倍）、脳出血（1.05倍）、糖尿病（1.04倍）が増加し、認知症（0.73倍）、動脈硬化症（0.84倍）、高尿酸血症（0.86倍）、狭心症（0.91倍）、高血圧症（0.95倍）が減少。また骨折、腎不全についても増加傾向。 <p>【疾病別レセプト1件当たり医療費】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の入院レセプト1件当たりの医療費を疾病別に令和2年度と比較すると、動脈硬化症（1.12倍）、高尿酸血症（1.10倍）、高血圧症（1.08倍）、がん（1.07倍）、生活習慣病（1.05倍）、骨折（1.05倍）が増加し、脂質異常症（0.89倍）が減少。また循環器系疾患の心筋梗塞（1.05倍）、狭心症（1.01倍）、脳出血（1.04倍）、脳梗塞（1.04倍）と全体的に増加傾向。 令和4年度の外来レセプト1件当たりの医療費を疾病別に令和2年度と比較すると、がん（1.08倍）が増加し、認知症（0.80倍）、高尿酸血症（0.89倍）、脂質異常症（0.90倍）、動脈硬化症（0.94倍）、脳梗塞（0.95倍）、高血圧症（0.95倍）、貧血（0.95倍）が減少。また生活習慣病についても増加傾向。 	
	後発医薬品の使用割合	<p>※令和2、3年度は統計データ、令和4年度は国保連合会のデータを分析</p> <ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の使用割合は、令和2年度は77.1%、令和3年度は77.8%、令和4年度は79.9%。 	
重複投薬患者割合 多剤投薬患者割合	<p>※以下、75歳～84歳のデータを分析</p> <ul style="list-style-type: none"> 3か月連続で10剤の処方がある被保険者の割合は、令和4年度は6.43%で令和2年度（6.92%）と比較して0.49ポイント減少。 3か月連続で15剤の処方がある被保険者の割合は、令和4年度は1.07%で令和2年度（1.13%）と比較して0.06ポイント減少。 3か月連続で20剤の処方がある被保険者の割合は、令和4年度は0.16%で令和2年度（0.16%）と比較して横這い傾向。 		

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント
要介護認定率の状況	全国平均との比較	<p>※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析</p> <p>※全国平均と比較する要介護認定率は年間の累積人数から算出</p> <ul style="list-style-type: none"> 要支援1・2認定者の認定率は6.49%で、全国の認定率6.29%と比較して0.2ポイント高い。 要介護1・2認定者の認定率は6.17%で、全国の認定率7.00%と比較して0.83ポイント低い。 要介護3以上認定者の認定率は5.17%で、全国の認定率5.39%と比較して0.22ポイント低い。 	<ul style="list-style-type: none"> 要介護度別有病状況について、年齢階層によって様相が異なる。 75～79歳においては、多くの疾病等が減少傾向にあり、腎不全、低栄養が微増の状況である 一方80～84歳においては、低栄養、糖尿病、腎不全、関節症で増加傾向がみられ、骨折、骨粗しょう症もわずかではあるが増加傾向を示す。 これらの要因は、糖尿病及びそれに関連する疾患、低栄養状態や口腔機能低下等フレイルに影響を及ぼす状態への適切な対応が不十分であった結果、重症化を招き、結果として要介護状態になったことが考えられる。 医療費の分析等においても、骨折関連の状況の悪化がみられ、また、高血圧に関連する疾患の状況が悪化していることから、今後、脳血管疾患の割合の増加も考えられる。
	構成市町村比較	<p>※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析</p> <p>【介護保険第1号被保険者における介護認定率】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護認定率が高い上位5市町村の平均値は17.16%で、下位5市町村の平均値は11.59%となり、上位と下位の差は5.57ポイント。 <p>【要介護度別認定率】</p> <ul style="list-style-type: none"> 要支援1・2の認定率が高い上位5市町村の平均値は6.95%で、下位5市町村の平均値は3.49%となり、上位と下位の差は3.46ポイント。 要介護1・2の認定率が高い上位5市町村の平均値は6.50%で、下位5市町村の平均値は3.16%となり、上位と下位の差は3.34ポイント。 要介護3以上の認定率が高い上位5市町村の平均値は5.22%で、下位5市町村の平均値は3.23%となり、上位と下位の差は1.99ポイント。 	
	経年変化	<p>※以下、75歳～84歳のデータを分析</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護認定率は17.83%で、令和2年度（20.61%）と比較して2.78ポイント減少。 介護度別認定者率についても、要支援1・2（1.03ポイント）、要介護1・2（1.01ポイント）、要介護3以上（0.75ポイント）の減少。 	
介護給付費	全国平均との比較	<p>※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析</p> <p>【一人当たりの介護給付費】</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人当たり居宅給付費は72,902円で、全国平均（68,641円）と比較して1.06倍高い。 一人当たり施設給付費は31,820円で、全国平均（31,582円）とほぼ同額。 <p>【要介護度別介護サービス利用率】</p> <ul style="list-style-type: none"> 要支援1・2認定者の介護サービス利用率は9.9%で、全国の利用率（8.7%）と比較して1.2ポイント高い。 要介護1・2認定者の介護サービス利用率は16.8%で、全国の利用率（16.4%）と比較して0.4ポイント高い。 要介護3以上認定者の介護サービス利用率は18.1%で、全国の利用率（17.6%）と比較して0.5ポイント高い。 	
	構成市町村比較	<p>※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータを分析</p> <p>【一人当たりの介護給付費】</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人当たり居宅給付費の高い上位5市町村の平均値は79,591円で、下位5市町村の平均値は51,952円となり、上位と下位の差額は27,639円。 一人当たり施設給付費の高い上位5市町村の平均値は58,363円で、下位5市町村の平均値は24,662円となり、上位と下位の差額は33,701円。 <p>【要介護度別介護サービス利用率】</p> <ul style="list-style-type: none"> 要支援1・2認定者の介護サービス利用率が高い上位5市町村の平均値は3.68%で、下位5市町村の平均値は8.04%となり、上位と下位の差は4.36ポイント。 要介護1・2認定者の介護サービス利用率が高い上位5市町村の平均値は18.53%で、下位5市町村の平均値は15.79%となり、上位と下位の差は2.74ポイント。 要介護3以上認定者の介護サービス利用率が高い上位5市町村の平均値は19.45%で、下位5市町村の平均値は16.70%となり、上位と下位の差は2.75ポイント。 	
	経年変化	<p>※以下、75歳～84歳のデータを分析</p> <p>【一人当たりの介護給付費】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の一人当たり居宅給付費は72,902円で、令和2年度（71,455円）と比較すると横這い傾向。 令和4年度の一人当たり施設給付費は31,820円で、令和2年度（33,278円）と比較すると0.96倍に減少。 <p>【要介護度別介護サービス利用率】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の要支援1・2認定者の介護サービス利用率は9.93%で、令和2年度（9.49%）と比較して1.05倍に増加。 令和4年度の要介護1・2認定者の介護サービス利用率は16.84%で、令和2年度（16.63%）と比較して横這い傾向。 令和4年度の要介護3以上認定者の介護サービス利用率は18.06%で、令和2年度（17.45%）と比較し1.04倍に増加。 	
介護関係の分析			

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント
要介護度別有病率（疾病別） 要介護認定有無別の有病率（疾病別）	全国平均との比較		
	構成市町村比較	<p>※以下、令和4年度における75歳～84歳のデータで、介護認定有／無の有病率の差が大きい疾病について分析</p> <p>【脳血管疾患】</p> <ul style="list-style-type: none"> 有病率の高い上位5市町村の平均値は47.57%で、下位5市町の平均値は24.45%。 <p>【腎不全】</p> <ul style="list-style-type: none"> 有病率の高い上位5市町村の平均値は14.66%で、下位5市町の平均値は8.16%。 <p>【骨折】</p> <ul style="list-style-type: none"> 有病率の高い上位5市町村の平均値は30.55%で、下位5市町の平均値は17.11%。 <p>【認知症】</p> <ul style="list-style-type: none"> 有病率の高い上位5市町村の平均値は21.42%で、下位5市町の平均値は7.92%。 <p>【低栄養】</p> <ul style="list-style-type: none"> 有病率の高い上位5市町村の平均値は26.99%で、下位5市町の平均値は8.89%。 	
	経年変化	<p>※以下、年齢の記載のないものは75歳～84歳のデータを分析</p> <p>【要介護認定者の有病率（糖尿病）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の有病率の割合は44.56%で、令和2年度（43.64%）と比較して0.92ポイント増加。 うち75～79歳は0.69ポイント増加（令和2年度：44.54%、令和4年度：45.23%）。 うち80～84歳は1.09ポイント増加（令和2年度：43.09%、令和4年度：44.18%）。 <p>【要介護認定者の有病率（脳血管疾患）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の有病率の割合は37.62%で、令和2年度（39.19%）と比較して1.57ポイント減少。 うち75～79歳は1.55ポイント減少（令和2年度：40.57%、令和4年度：39.02%）。 うち80～84歳は1.52ポイント減少（令和2年度：38.36%、令和4年度：36.84%）。 <p>【要介護認定者の有病率（腎不全）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の有病率の割合は11.27%で、令和2年度（10.64%）と比較して0.63ポイント増加。 うち75～79歳は0.84ポイント増加（令和2年度：10.24%、令和4年度：11.08%）。 うち80～84歳は0.50ポイント増加（令和2年度：10.87%、令和4年度：11.37%）。 <p>【要介護認定者の有病率（関節症）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の有病率の割合は30.44%で、令和2年度（30.35%）と比較して0.09ポイント増加。 うち75～79歳は0.59ポイント減少（令和2年度：28.01%、令和4年度：27.42%）。 うち80～84歳は0.38ポイント増加（令和2年度：31.75%、令和4年度：32.13%）。 <p>【要介護認定者の有病率（骨折）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の有病率の割合は25.34%で、令和2年度（24.88%）と比較して0.46ポイント増加。 うち75～79歳は0.08ポイント増加（令和2年度：22.33%、令和4年度：22.41%）。 うち80～84歳は0.61ポイント増加（令和2年度：25.81%、令和4年度：26.42%）。 <p>【要介護認定者の有病率（骨粗鬆症）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の有病率の割合は38.76%で、令和2年度（38.43%）と比較して0.40ポイント増加。 うち75～79歳は0.65ポイント減少（令和2年度：35.38%、令和4年度：34.73%）。 うち80～84歳は0.76ポイント増加（令和2年度：40.26%、令和4年度：41.02%）。 <p>【要介護認定者の有病率（認知症）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の有病率の割合は14.93%で、令和2年度（14.53%）と比較して0.33ポイント増加。 うち75～79歳は0.05ポイント増加（令和2年度：13.73%、令和4年度：13.78%）。 うち80～84歳は0.57ポイント増加（令和2年度：15.01%、令和4年度：15.58%）。 <p>【要介護認定者の有病率（低栄養）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の有病率の割合は15.98%で、令和2年度（14.01%）と比較して1.97ポイント増加。 うち75～79歳は1.65ポイント増加（令和2年度：14.43%、令和4年度：16.08%）。 うち80～84歳は2.18ポイント増加（令和2年度：13.75%、令和4年度：15.93%）。 	
通いの場の展開状況（箇所数・参加者数等）	<p>全国平均との比較</p> <p>構成市町村比較</p> <p>経年変化</p>		
介護・医療のクロス分析	<p>※以下、75歳～84歳のデータを分析</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和2年度から令和4年度の脳血管疾患の医療費は減少傾向、要介護認定者の有病率でも減少傾向にある。 貧血の医療費は入院・外来共に増加傾向、要介護認定者の有病率でも増加傾向にある。 		

※課題抽出時と作成後にチェック

関連する他の計画を踏まえた 広域連合の取組	課題抽出時：① 関連する他の計画の関連事項や目標について確認
	課題抽出時：② ①を踏まえ、後期のDH計画で取り組むことを確認
	作成後：③ ②の取組について市町村や取組を実行していく上で連携が必要になる関係者等に共有したか確認

優先する課題	課題解決に係る取組の方向性	対応する保健事業番号
A 被保険者が自身の健康の維持・増進のために、健康状態を客観的指標等により経年的に把握できるようになること	・健診受診率の向上 ・健診受診率の市町村格差の改善 ・健康状態不明者対策	1、2、8、9
B 被保険者が自身の健康状態に応じて、適時適切に医療等にアクセスし、生活習慣病の重症化予防ができること	・市町村における糖尿病腎症及び生活習慣病重症化予防の取組の推進	5、6、7、8、9
C 被保険者が、フレイルリスクを認識しその予防をすること	・低栄養（やせリスク）や口腔機能の低下の傾向が特にみられる市町村における、低栄養・口腔機能改善のための取組の推進 ・骨折予防の観点からのフレイル予防に関する取組の推進	3、4、9
D 被保険者が適切な服薬・受診行動をとり、薬剤の大量・重複摂取等による健康被害を防ぐことができること	・適切な服薬・受診行動による、被保険者のポリファーマシー対策の推進	5、9

必要に応じて課題を列挙

課題の解決に資する事業設計

目的・目標		抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標・評価項目								
計画全体の目的（この計画によって目指す姿）		被保険者ができる限り長く、住み慣れた地域で自立した日常生活を送ることができる								
目標	評価項目（共通評価指標）	計画策定時 実績※1			目標値					
		2022 (R4)			2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
		割合	分子	分母	割合	割合	割合	割合	割合	割合
1 「被保険者が自身の健康の維持・増進のために、健康状態を客観的指標等により経年的に把握できる」	健診受診率	37.93%			39.71%	40.82%	43.12%	45.41%	47.71%	50.00%
	歯科健診実施市町村数・割合	74.1%	40	54	83.3%	87.0%	94.4%	100%	100%	100%
	歯科健診受診率	1.70%			1.98%	2.11%	2.24%	2.36%	2.49%	2.62%
	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	75.9%	41	54	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2 「一体的実施の推進実施市町村数の増加」	低栄養	18.5%	10	54	35.2%	40.7%	46.3%	51.9%	57.4%	61.1%
	口腔	14.8%	8	54	25.9%	31.5%	37.0%	44.4%	50.0%	55.6%
	服薬（重複・多剤）	1.9%	1	54	1.9%	3.7%	5.6%	9.3%	14.8%	20.4%
	重症化予防（糖尿病性腎症）	35.2%	19	54	53.7%	61.1%	68.5%	77.8%	88.9%	100%
	重症化予防（その他身体的フレイルを含む）	25.9%	14	54	31.5%	40.7%	50.0%	59.3%	70.4%	81.5%
	健康状態不明者	63.0%	34	54	79.6%	85.6%	85.6%	85.6%	85.6%	85.6%
3 「被保険者が自身の健康状態に応じて、適時適切に医療等にアクセスし、生活習慣病の重症化予防ができる」 4 「被保険者が、フレイルリスクを認識しその予防ができる」 5 「被保険者が適切な服薬・受診行動をとり、薬剤の大量・重複摂取等による健康被害を防ぐことができる」	低栄養	1.17%			1.14%	1.10%	1.04%	0.98%	0.91%	0.84%
	口腔	4.29%			4.15%	4.09%	4.03%	3.97%	3.92%	3.88%
	服薬（多剤）	1.42%			1.40%	1.39%	1.38%	1.37%	1.35%	1.34%
	服薬（睡眠薬）	2.64%			2.60%	2.59%	2.57%	2.55%	2.53%	2.51%
	身体的フレイル（ロコモ含む）	7.11%			6.87%	6.75%	6.64%	6.53%	6.42%	6.31%
	重症化予防（コントロール不良者）	0.94%			0.97%	0.98%	0.98%	0.97%	0.96%	0.95%
	重症化予防（糖尿病等治療中断者）	5.15%			5.32%	5.35%	5.35%	5.33%	5.29%	5.24%
	重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）	8.27%			7.99%	7.89%	7.72%	7.59%	7.46%	7.34%
	重症化予防（腎機能不良未受診者）	0.022%			0.020%	0.019%	0.018%	0.017%	0.016%	0.015%
	健康状態不明者	1.47%			1.27%	1.18%	1.15%	1.11%	1.08%	1.05%
	平均自立期間（要介護2以上）		男性：80.5歳 女性：84.6歳		男性：80.8歳 女性：84.9歳	男性：80.9歳 女性：85.0歳	男性：81.1歳 女性：85.2歳	男性：81.2歳 女性：85.3歳	男性：81.4歳 女性：85.5歳	男性：81.5歳 女性：85.6歳
上記3・4・5について75～79歳/80～84歳に着目し、各年齢層のハイリスク者が減少すること及び「75～79歳」と「80～84歳」間の差の縮小	低栄養	①75～79歳：0.95% ②80～84歳：1.24% ③差（②-①）：0.29pt			①0.93% ②1.20% ③0.27pt	①0.89% ②1.14% ③0.25pt	①0.84% ②1.07% ③0.23pt	①0.79% ②1.03% ③0.24pt	①0.74% ②0.99% ③0.25pt	①0.69% ②0.84% ③0.15pt
	口腔	①75～79歳：3.33% ②80～84歳：4.53% ③差（②-①）：1.20pt			①3.12% ②4.24% ③1.12pt	①2.91% ②3.54% ③0.63pt	①2.71% ②3.59% ③0.88pt	①2.51% ②3.29% ③0.78pt	①2.33% ②3.02% ③0.69pt	①2.17% ②2.77% ③0.60pt
	服薬（多剤）	①75～79歳：0.82% ②80～84歳：1.39% ③差（②-①）：0.57pt			①0.81% ②1.37% ③0.56pt	①0.80% ②1.36% ③0.56pt	①0.79% ②1.35% ③0.56pt	①0.78% ②1.34% ③0.56pt	①0.77% ②1.33% ③0.56pt	①0.76% ②1.32% ③0.56pt
	服薬（睡眠薬）	①75～79歳：1.70% ②80～84歳：2.92% ③差（②-①）：1.22pt			①1.69% ②2.87% ③1.18pt	①1.67% ②2.84% ③1.17pt	①1.66% ②2.82% ③1.16pt	①1.65% ②2.80% ③1.15pt	①1.64% ②2.77% ③1.13pt	①1.63% ②2.75% ③1.12pt
	身体的フレイル（ロコモ含む）	①75～79歳：5.26% ②80～84歳：8.15% ③差（②-①）：2.89pt			①5.11% ②7.95% ③2.84pt	①4.99% ②7.82% ③2.83pt	①4.87% ②7.65% ③2.78pt	①4.75% ②7.43% ③2.68pt	①4.63% ②7.19% ③2.56pt	①4.52% ②6.95% ③2.43pt
	重症化予防（コントロール不良者）	①75～79歳：1.20% ②80～84歳：0.97% ③差（②-①）：-0.23pt			①1.24% ②1.03% ③-0.21pt	①1.21% ②1.01% ③-0.20pt	①1.25% ②1.01% ③-0.24pt	①1.24% ②1.00% ③-0.24pt	①1.23% ②0.99% ③-0.24pt	①1.22% ②0.98% ③-0.24pt
	重症化予防（糖尿病等治療中断者）	①75～79歳：3.21% ②80～84歳：4.77% ③差（②-①）：1.56pt			①3.33% ②4.52% ③1.19pt	①3.35% ②4.66% ③1.31pt	①3.35% ②4.95% ③1.60pt	①3.34% ②4.83% ③1.49pt	①3.31% ②4.67% ③1.36pt	①3.28% ②4.48% ③1.20pt
	重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）	①75～79歳：6.56% ②80～84歳：9.33% ③差（②-①）：2.77pt			①6.49% ②9.21% ③2.72pt	①6.42% ②8.99% ③2.57pt	①6.35% ②8.98% ③2.63pt	①6.28% ②8.87% ③2.59pt	①6.21% ②8.76% ③2.55pt	①6.14% ②8.64% ③2.50pt
	重症化予防（腎機能不良未受診者）	①75～79歳：0.021% ②80～84歳：0.022% ③差（②-①）：0.001pt			①0.019% ②0.020% ③0.001pt	①0.019% ②0.019% ③0.000pt	①0.018% ②0.019% ③0.001pt	①0.017% ②0.018% ③0.001pt	①0.016% ②0.017% ③0.001pt	①0.014% ②0.015% ③0.001pt
	健康状態不明者	①75～79歳：2.22% ②80～84歳：1.23% ③差（②-①）：-0.99pt			①1.93% ②1.03% ③-0.90pt	①1.90% ②0.97% ③-0.93pt	①1.74% ②0.93% ③-0.81pt	①1.70% ②0.92% ③-0.78pt	①1.66% ②0.91% ③-0.75pt	①1.62% ②0.84% ③-0.78pt

※1 アウトプットの計画策定時実績は令和5年度のものです。（ただし、健診受診率は除外対象者を分母から除いた令和4年度実績）

個別事業及び計画期間における進捗管理

事業番号	事業分類	事業名	委託委託混合	重点・優先	実施年度（市町村数）					
					2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
1	健康診査	健康診査事業	委託	✓	54					
2	歯科健康診査	歯科健康診査事業	補助	✓	45	47	51	54		
3	一体的実施	低栄養防止に係る取組	委託	✓	19	22	25	28	31	33
4		口腔機能低下防止に係る取組	委託	✓	14	17	20	24	27	30
5		適切な受診・服薬の促進に関する取組	混合		1	2	3	5	8	11
6		糖尿病性腎症重症化予防に関する取組	委託	✓	29	33	37	42	48	54
7		生活習慣病重症化予防に関する取組（糖尿病性腎症重症化予防除く）	委託	✓	17	22	27	32	38	44
8		健康状態不明者対策に関する取組	委託		43	30				
9		健康教育等（ポピュレーションアプローチ）	委託		54					

IV 個別事業 事業シート [●]

事業1 健康診査事業

事業の目的	被保険者が、生活習慣病等の重症化予防のために、自身の健康状態を把握する機会の拡大
-------	--

事業の概要	<p>1 対象者 愛知県の後期高齢者医療被保険者 ※ただし、当該年度に6カ月以上の入院がある場合及び特定の施設に入所しているは対象外</p> <p>2 実施方法 (1) 広域連合が、管内市町村に委託して実施。 (2) 市町村によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託等）等異なる。</p> <p>3 実施内容 (1) 検査項目 ア 必須項目：問診、計測（身長、体重、BMI、血圧）、身体診察、脂質（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）肝機能（AST、ALT、γ-GT）、ヘモグロビンA1c又は空腹時血糖、尿・腎機能（尿中の糖、尿蛋白の有無） イ 詳細項目：貧血検査、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査 ウ 任意項目：市町村が独自に実施</p> <p>4 健診結果の活用 健診結果を基に、生活習慣病等の発症・重症化のリスクが高い者に対し、市町村の実情に応じて以下のような取組を行う。 (1) 保健指導：リスクを軽減するための生活習慣、行動等に関して、保健師・管理栄養士・歯科衛生士等の医療専門職による保健指導 (2) 受診勧奨：リスクに対応する適切な医療に繋がるよう、医療機関への受診を勧奨する。</p>
-------	---

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	健康状態不明者割合	(評価対象) 直近2年度において「健診なし」「レセプトなし」「介護認定なし」全てを満たす者の人数/被保険者人数 (方法) KDB活用支援ツールにより該当者の人数を把握 (評価時期) 健診実施の翌年度の9月	1.47%	1.27%	1.18%	1.15%	1.11%	1.08%	1.05%

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	健診受診率	(評価対象) 健診受診人数/(被保険者人数-対象除外者人数) (方法) 「後期高齢者医療健康診査事業実施状況報告書」 (評価時期) 健診実施の翌年度の9月	37.93%	39.71%	40.82%	43.12%	45.42%	47.72%	50.00%

プロセス (方法)	概要	<p>1 広域連合が市町村に委託して実施（受診案内、結果送付を含む）</p> <p>2 市町村は、直接実施又は医師会・医療機関等に委託する等の方法で健康診査を実施</p> <p>3 健診結果を基にした保健指導等は、主に保健事業と介護予防等の一体的な実施において市町村が実施</p> <p>4 必要に応じて、未受診者への個別勧奨等、各市町村において受診率向上の取組（未受診者対策）を実施</p>
	実施内容	<p>1 広域連合から市町村へ健康診査事業の委託（前年度）3月：委託契約事務 4月：委託契約締結 3月：事業報告（市町村→広域連合）</p> <p>2 市町村による健康診査事業の実施 4月～3月：健康診査事業実施 ※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町村により異なる。</p> <p>3 健診結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町村により異なる。</p> <p>4 未受診者対策は、過去の健診等の受診履歴等を分析の上、個別勧奨等により受診行動につながる可能性の高い対象を選定する等、効果的な方法を検討し実施。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1 当該年度10月頃：受診者数見込の確認</p> <p>2 年度末：受診者数の把握</p> <p>3 未受診者対策について、必要に応じて該当市町村と協議・検討</p>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<p>1 広域連合が市町村に委託して実施</p> <p>2 市町村は、直接実施又は医師会・医療機関等に委託する等の方法で健康診査を実施</p> <p>3 健診結果を基にした保健指導等は、保健事業と介護予防等の一体的な実施等の事業において市町村が実施</p> <p>4 未受診者対策については、市町村において実施し、広域連合は当該取組に係る補助金の交付及び取組に関する助言・指導を行う。</p>
	実施内容	<p>1 広域連合の体制 (1) 主幹部署：給付課保健事業グループ (2) 担当者数：事務職1名 保健師1名 (3) 実施方法：管内市町村へ委託</p> <p>2 市町村の体制 (1) 主幹部署：市町村によって異なる (2) 担当者数：市町村によって異なる (3) 実施方法：医療機関（医師会含む）への委託、市町村が直接実施等、市町村によって異なる</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業 事業シート [●]

事業2 歯科健康診査事業

事業の目的	被保険者が、口腔機能低下等の予防を図るため、自身の口腔の状態について把握する機会の拡大
-------	---

事業の概要	<p>1 対象者 愛知県の後期高齢者医療被保険者 ※ただし、市町村によって対象者（年齢等）は異なる</p> <p>2 実施方法 (1) 広域連合から、管内市町村への補助事業として実施。 (2) 市町村によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託等）、対象者等異なる。</p> <p>3 実施内容 (1) 検査項目 以下の、ア・イを含む3項目以上を実施（エ、オ、カは口腔機能評価項目） ア 歯の状態（現在歯・喪失歯・義歯の状況等） イ 歯周組織の状況 ウ 咬合の状態 エ 咀嚼能力評価 オ 舌機能評価 カ 嚥下機能評価 キ 粘膜の状態 ク 口腔衛生状況 ケ 口腔乾燥</p> <p>(2) 歯科健診結果の活用 市町村によって異なる</p>
-------	--

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策 定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム 評価指標	1			%	%	%	%	%	%	%
	2									

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	実施市町村数	(評価対象) 歯科健診実施市町村数/市町村数 (方法) 「後期高齢者医療制度歯科健康診査補助金事業実績報告書」 (評価時期) 健診実施の翌年度の5月	40	45	49	52	54	54	54
		口腔機能評価実施市町村割合	(評価対象) 口腔機能評価実施市町村数/歯科健診実施市町村数 (方法) 「後期高齢者医療制度歯科健康診査補助金事業実績報告書」 (評価時期) 健診実施の翌年度の5月	9	19	24	29	34	39	44
	2	歯科健診受診率	(評価対象) 歯科健診受診者数/歯科健診実施市町村被保険者数 (当該年度4月1日現在) (方法) 「後期高齢者医療制度歯科健康診査補助金事業実績報告書」 (評価時期) 健診実施の翌年度の5月	1.70%	1.98%	2.11%	2.24%	2.36%	2.41%	2.62%
	3	口腔機能評価項目を受診した被保険者の割合	(評価対象) 口腔機能評価実施人数/歯科健診受診者数 (方法) 「後期高齢者医療制度歯科健康診査補助金事業実績報告書」 (評価時期) 健診実施の翌年度の5月	14.9%	37.7%	44.1%	50.2%	56.7%	65.0%	73.3%

プロセス (プロセス)	概要	<p>1 広域連合が市町村の実施する被保険者を対象とした歯科健康診査に対して補助金を交付</p> <p>2 市町村は、直接実施又は歯科医師会・歯科医療機関等に委託する等の方法で歯科健康診査を実施</p> <p>3 健診結果を基にした保健指導等は、市町村ごとに実施</p>
	実施内容	<p>1 広域連合から市町村への補助金に係る事務 10月：市町村が広域連合へ事業計画を提出 2月：補助金の交付申請（市町村⇒広域連合）・交付決定（広域連合⇒市町村） 3月：実績報告（市町村⇒広域連合）</p> <p>2 市町村による健康診査事業の実施 4月～3月：健康診査事業実施※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町村により異なる 必要に応じて、未受診者への個別勧奨等、各市町村において受診勧奨を実施。</p> <p>3 健診結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町村により異なる。</p> <p>4 受診率向上の取組</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<p>1 広域連合が市町村の実施する被保険者を対象とした歯科健康診査に対して補助金を交付</p> <p>2 市町村は、直接実施又は歯科医師会・歯科医療機関等に委託する等の方法で歯科健康診査を実施</p>
	実施内容	<p>1 広域連合の体制 (1) 主幹部署：給付課保健事業グループ (2) 担当者数：事務職1名（保健師1名） (3) 実施方法：管内市町村へ委託</p> <p>2 市町村の体制 (1) 主幹部署：市町村によって異なる (2) 担当者数：市町村によって異なる (3) 実施方法：医療機関（歯科医師会含む）への委託、市町村が直接実施等、市町村によって異なる</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業 事業シート 【●】

事業3 低栄養防止に係る取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的 被保険者が低栄養状態の改善・悪化防止を通して、フレイル状態に陥ることを防ぐ

事業の概要

- 対象者
低栄養に陥る又は悪化する可能性のある被保険者
(例) BMI \leq 20以下かつ6カ月で2~3kg以上体重減少がある者 等
※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する。
- 実施方法
(1) 広域連合が、一体的実施のハイリスクアプローチの取組として管内市町村に委託して実施。
(2) 市町村によって、周知方法、実施体制（直営、事業者へ委託等）等異なる。
- 実施内容
実施市町村によって異なる。
(例)
・管理栄養士による、3カ月を1クールとする指導。（初回：訪問、中間：電話、最終：訪問の概ね3回等）
・対象者の栄養状態・食生活等の聞き取り、アセスメント
・アセスメントに基づく、保健指導

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	体重維持・改善できた者の割合 ※維持： \pm 1kg未満 改善：+1kg以上	(評価対象) 体重維持・改善人数/ 支援実施人数 (方法) ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	70.6%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%
	2	低栄養傾向 (BMI \leq 20)の者の割合	(評価対象) BMI \leq 20の人数/ 支援実施人数 (方法) ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	-	95.0%	90.0%	90.0%	90.0%	88.7%	88.7%

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	対象者のうち、支援を実施した者の割合	(評価対象) 支援実施人数/対象者人数 (実施市町村) (方法) ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 (評価時期) 実施年度末	51.8%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

プロセス (プロセス)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施（以下「一体的実施」とする。）における、ハイリスクアプローチとして、低栄養に関わる相談・指導を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 市町村において健康課題を把握し、一体的実施における、ハイリスクアプローチとして低栄養に関わる相談・指導の要否を判断。 2 一体的実施の事業計画において、市町村が事業計画を広域連合に提出 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託
	実施後のフォロー・モニタリング	1 中間報告（実施年度の10月頃） (1) 事業の進捗状況を市町村から広域連合へ報告。 (2) 広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2 実績報告・評価（実施年度末～実施翌年度4月頃） (1) 事業実績・評価を市町村から広域連合へ報告 (2) 広域連合が報告内容を確認。 ・評価が適切に行われているか ・評価が次年度の事業計画に反映されているか 等
備考		

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施における、ハイリスクアプローチとして、低栄養に関わる相談・指導を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 広域連合の体制 (1) 主幹部署：給付課保健事業グループ (2) 担当者数：事務職1名 保健師1名 (3) 実施方法：管内市町村へ委託 2 市町村の体制 (1) 主幹部署：市町村によって異なる (2) 担当者数：市町村によって異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	・実施市町村において、アウトカム・アウトプット・プロセスにおける達成度を踏まえ、効果的な取組を行える体制となっているか評価し、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施。
	備考	

IV 個別事業 事業シート [●]

事業4 口腔機能低下防止に係る取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的 被保険者が口腔機能低下防止を通して、低栄養状態及びフレイル状態に陥ることを防ぐ

事業の概要

- 1 対象者
口腔機能の低下又はその恐れのある被保険者
(例) 咀嚼機能又は嚥下機能の低下がみられるもの者 等
※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する。
- 2 実施方法
(1) 広域連合が、一体的実施のハイリスクアプローチの取組として管内市町村に委託して実施。
(2) 市町村によって、周知方法、実施体制（直営、事業者へ委託等）等異なる。
- 3 実施内容
実施市町村によって異なる。
(例)
・歯科衛生士による、3カ月を1クールとする指導。（初回：訪問、中間：電話、最終：訪問の概ね3回等）
・対象者の口腔の状態・食生活等の聞き取り、アセスメント
・アセスメントに基づく、保健指導

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	咀嚼機能低下該当割合	(評価対象) 高齢者質問票No.4に「はい」と回答した人数/支援実施人数 ※分子については、咀嚼機能に関する検査等の結果を用いて、咀嚼機能低下の人数としても差し支えない。 (方法) ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	-	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	2	嚥下機能低下該当割合	(評価対象) 高齢者質問票No.5に「はい」と回答した人数/支援実施人数 ※分子については、嚥下機能に関する検査等の結果を用いて、嚥下機能低下の人数としても差し支えない。 (方法) ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	-	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%

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	対象者のうち、支援を実施した者の割合	(評価対象) 支援実施人数/対象者人数（実施市町村） (方法) ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 (評価時期) 実施年度末	53.8%	60%	60%	60%	60%	60%	60%

プロセス (方法)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施（以下「一体的実施」とする。）における、ハイリスクアプローチとして、口腔に関わる相談・指導を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 市町村において健康課題を把握し、一体的実施における、ハイリスクアプローチとして口腔に関わる相談・指導の要否を判断。 2 一体的実施の事業計画において、市町村が事業計画を広域連合に提出 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託
	実施後のフォロー・モニタリング	1 中間報告（実施年度の10月頃） (1) 事業の進捗状況を市町村から広域連合へ報告。 (2) 広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2 実績報告・評価（実施年度末～実施翌年度4月頃） (1) 事業実績・評価を市町村から広域連合へ報告 (2) 広域連合が報告内容を確認。 ・評価が適切に行われているか ・評価が次年度の事業計画に反映されているか 等
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施における、ハイリスクアプローチとして、口腔に関わる相談・指導を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 広域連合の体制 (1) 主幹部署：給付課保健事業グループ (2) 担当者数：事務職1名 保健師1名 (3) 実施方法：管内市町村へ委託 2 市町村の体制 (1) 主幹部署：市町村によって異なる (2) 担当者数：市町村によって異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	・実施市町村において、アウトカム・アウトプット・プロセスにおける達成度を踏まえ、効果的な取組を行える体制となっているか評価し、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施。
	備考	

IV 個別事業 事業シート 【●】

事業5 糖尿病性腎症重症化予防に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	被保険者が、糖尿病を起因とする腎症に至るような重症化を予防する
-------	---------------------------------

事業の概要	<p>1 対象者 糖尿病かつ腎機能低下の所見がある者 (例)ヘモグロビンA1c7.0%以上かつeGFR<45の者 等 ※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する。</p> <p>2 実施方法 (1) 広域連合が、一体的実施のハイリスクアプローチの取組として管内市町村に委託して実施。 (2) 市町村によって、周知方法、実施体制（直営、事業者へ委託等）等異なる。</p> <p>3 実施内容 実施市町村によって異なる。 (例) ・保健師等による、3～6カ月1クルールの指導。（初回：訪問、中間2回：電話、最終：訪問の概ね4回等） ・対象者の健診結果（検査結果等）、健康状態・食生活・運動習慣等の聞き取り、アセスメント ・アセスメントに基づく、保健指導</p>
-------	---

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム評価指標	1	ヘモグロビンA1cの維持・改善ができた者の割合 ※維持は対象者抽出時のHbA1c<8.0の者で、支援後もHbA1c<8.0である者 ※改善は対象者抽出時HbA1c≥8.0の者で、支援後にHbA1c>8.0となった者	(評価対象)ヘモグロビンA1cの維持・改善人数/支援実施人数 (方法)①市町村において評価②①を広域連合集計し評価 (評価時期)実施年度の翌年度5月頃	68.2%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	2	(未治療者・中断者を対象とした場合)糖尿病について受診(服薬治療を開始した者等)した者の割合	(評価対象)医療受診人数/支援実施人数 (方法)①市町村において評価②①を広域連合集計し評価 (評価時期)実施年度の翌年度5月頃	27.3%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

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	対象者のうち、支援を実施した者の割合	(評価対象)支援実施人数/対象者人数(実施市町村) (方法)①市町村において評価②①を広域連合集計し評価 (評価時期)実施年度末	65.8%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%

プロセス (プロセス)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施（以下「一体的実施」とする。）における、ハイリスクアプローチとして、糖尿病性腎症重症化予防に関する取組を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	<p>1 市町村において健康課題を把握し、一体的実施における、ハイリスクアプローチとして糖尿病性腎症重症化予防に関する取組の要否を判断。</p> <p>2 一体的実施の事業計画において、市町村が事業計画を広域連合に提出</p> <p>3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1 中間報告（実施年度の10月頃） (1) 事業の進捗状況を市町村から広域連合へ報告。 (2) 広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施</p> <p>2 実績報告・評価（実施年度末～実施翌年度4月頃） (1) 事業実績・評価を市町村から広域連合へ報告 (2) 広域連合が報告内容を確認。 ・評価が適切に行われているか ・評価が次年度の事業計画に反映されているか 等</p>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施における、ハイリスクアプローチとして、糖尿病性腎症重症化予防に関する取組を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	<p>1 広域連合の体制 (1) 主幹部署：給付課保健事業グループ (2) 担当者数：事務職1名 保健師1名 (3) 実施方法：管内市町村へ委託</p> <p>2 市町村の体制 (1) 主幹部署：市町村によって異なる (2) 担当者数：市町村によって異なる</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	・実施市町村において、アウトカム・アウトプット・プロセスにおける達成度を踏まえ、効果的な取組を行える体制となっているか評価し、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施。
	備考	

IV 個別事業 事業シート [●]

事業6 生活習慣病重症化予防に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的 被保険者が、適切な医療を受けながら、生活習慣病の重症化を予防する

事業の概要

- 対象者
高血圧症等の生活習慣病の重症化の恐れのある者
(例) 収縮期血圧 ≥ 160 又は拡張期血圧 ≥ 100 の者、かつ高血圧症について未治療の者 等
※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する。
- 実施方法
(1) 広域連合が、一体的実施のハイリスクアプローチの取組として管内市町村に委託して実施。
(2) 市町村によって、周知方法、実施体制（直営、事業者へ委託等）等異なる。
- 実施内容
実施市町村によって異なる。
(例)
・保健師等による、3～6カ月1クールの指導。（初回：訪問、中間2回：電話、最終：訪問の概ね4回等）
・対象者の健診結果（検査結果等）、健康状態・食生活・運動習慣等の聞き取り、アセスメント
・アセスメントに基づく、保健指導

項目	N.O.	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	収縮期血圧（又は拡張期血圧）の維持・改善ができた者の割合 ※維持は対象者抽出時の収縮期（拡張期）血圧 < 160 （110）の者で、支援後も収縮期（拡張期）血圧 < 160 （110）である者 ※改善は対象者抽出時の収縮期（拡張期）血圧 ≥ 160 （110）の者で、支援後に収縮期（拡張期）血圧 < 160 （110）となった者	（評価対象） 収縮期血圧（又は拡張期血圧）の維持・改善人数/支援実施人数 （方法） ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	40.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	2	（未治療者・中断者を対象とした場合）高血圧について受診（服薬治療を開始した者等）した者の割合	（評価対象） 医療受診人数/支援実施人数 （方法） ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 （評価時期） 実施年度の翌年度5月頃	70.2%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%

項目	N.O.	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	対象者のうち、支援を実施した者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者人数（実施市町村） （方法） ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 （評価時期） 実施年度末	80.6%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

プロセス（プロセス）	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施（以下「一体的実施」とする。）における、ハイリスクアプローチとして、生活習慣病等の重症化に関わる相談・指導を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 市町村において健康課題を把握し、一体的実施における、ハイリスクアプローチとして生活習慣病等の重症化に関わる相談・指導の要否を判断。 2 一体的実施の事業計画において、市町村が事業計画を広域連合に提出 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託
	実施後のフォロー・モニタリング	1 中間報告（実施年度の10月頃） （1）事業の進捗状況を市町村から広域連合へ報告。 （2）広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2 実績報告・評価（実施年度末～実施翌年度4月頃） （1）事業実績・評価を市町村から広域連合へ報告 （2）広域連合が報告内容を確認。 ・評価が適切に行われているか ・評価が次年度の事業計画に反映されているか 等
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施における、ハイリスクアプローチとして、生活習慣病等の重症化に関わる相談・指導を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 広域連合の体制 （1）主幹部署：給付課保健事業グループ （2）担当者数：事務職1名 保健師1名 （3）実施方法：管内市町村へ委託 2 市町村の体制 （1）主幹部署：市町村によって異なる （2）担当者数：市町村によって異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	・実施市町村において、アウトカム・アウトプット・プロセスにおける達成度を踏まえ、効果的な取組を行える体制となっているか評価し、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施。
	備考	

IV 個別事業 事業シート [●]

事業7 健康状態不明者対策に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的 被保険者が、適時適切な医療・保健等のサービスに繋がり、健康状態を保つこと

事業の概要

- 対象者
健診・医療・介護に関する情報がない者
(例) 直近2年間において、健診情報なし、かつ、レセプトデータなし、かつ要介護認定なしの者等
※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する。
- 実施方法
(1) 広域連合が、一体的実施のハイリスクアプローチの取組として管内市町村に委託して実施。
(2) 市町村によって、周知方法、実施体制（直営、事業者へ委託等）等異なる。
- 実施内容
実施市町村によって異なる。
(例)
・保健師等の訪問による健康状態の把握、アセスメント
・健診受診の勧奨及びアセスメントに基づき、必要に応じて、医療・介護等サービスへの接続支援

項目	N.O.	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	医療・介護サービス等へ接続が必要と判断した者のうち、必要なサービスに繋がった者の割合	(評価対象) サービスに繋がった人数/医療・介護サービス等へ接続が必要と判断した者 (方法) ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	40.6%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	2	健診受診をした者の割合	(評価対象) 健診受診人数/支援実施人数 (方法) ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	7.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%

項目	N.O.	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	対象者のうち、支援を実施した者の割合	(評価対象) 支援実施人数/対象者人数(実施市町村) (方法) ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 (評価時期) 実施年度末	86.2%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%

プロセス (プロセス)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施（以下「一体的実施」とする。）における、ハイリスクアプローチとして、健康状態不明者対策を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 市町村において健康課題を把握し、一体的実施における、ハイリスクアプローチとして健康状態不明者対策の要否を判断。 2 一体的実施の事業計画において、市町村が事業計画を広域連合に提出 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託
	実施後のフォロー・モニタリング	1 中間報告（実施年度の10月頃） (1) 事業の進捗状況を市町村から広域連合へ報告。 (2) 広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2 実績報告・評価（実施年度末～実施翌年度4月頃） (1) 事業実績・評価を市町村から広域連合へ報告 (2) 広域連合が報告内容を確認。 ・評価が適切に行われているか ・評価が次年度の事業計画に反映されているか 等
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施における、ハイリスクアプローチとして、健康状態不明者対策を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 広域連合の体制 (1) 主幹部署：給付課保健事業グループ (2) 担当者数：事務職1名 保健師1名 (3) 実施方法：管内市町村へ委託 2 市町村の体制 (1) 主幹部署：市町村によって異なる (2) 担当者数：市町村によって異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	・実施市町村において、アウトカム・アウトプット・プロセスにおける達成度を踏まえ、効果的な取組を行える体制となっているか評価し、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施。
	備考	

IV 個別事業 事業シート [●]

事業8 適切な受診・服薬の促進に関する取組

事業の目的 被保険者が、治療に対する適切な理解をし、ポリファーマシー等の治療の重複に伴う健康状態の悪化を予防する

事業の概要

- 対象者
一定数以上の薬剤を処方されている者や一定数以上の医療機関受診をしている者
(例) 処方薬剤が15以上の者等
※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する。
- 実施方法
(1) 広域連合が、一体的実施のハイリスクアプローチの取組として管内市町村に委託して実施。
又は、広域連合が、事業者に委託して実施(原則、実施しない市町村を対象とする)
(2) 市町村が実施する場合は、市町村によって、周知方法、実施体制(直営、事業者へ委託等)等異なる。
- 実施内容
(1) 広域連合が事業者に委託する場合、事業者の保健師・看護師等による個別訪問指導を実施。
(2) 市町村が実施する場合、実施市町村によって内容は異なる。

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	一月当たり処方薬剤数が減少した者の割合 ※支援前3カ月と支援後3カ月を比較	(評価対象) 一月当たりの薬剤数が減少した人数/支援実施人数 (方法) 広域連合および取組実施市町村において評価 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	-	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	2	一月当たり処方薬剤数が15剤以上の者の割合 ※支援前3カ月と支援後3カ月を比較	(評価対象) 一月当たりの薬剤数が15剤以上の人数/支援実施人数 (方法) 広域連合および取組実施市町村において評価 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	-	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%

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	対象者のうち、支援を実施した者の割合	(評価対象) 支援実施人数/対象者人数 (方法) 広域連合及び取組実施市町村で評価 (評価時期) 実施年度末	9.8%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%

プロセス(方法)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施(以下「一体的実施」とする。)における、ハイリスクアプローチとして、重複・頻回受診者・重複投薬者等への相談・指導を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 市町村において健康課題を把握し、一体的実施における、ハイリスクアプローチとして重複・頻回受診者・重複投薬者等への相談・指導の要否を判断。 2 一体的実施の事業計画において、市町村が事業計画を広域連合に提出 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託
	実施後のフォロー・モニタリング	1 中間報告(実施年度の10月頃) (1) 事業の進捗状況を市町村から広域連合へ報告。 (2) 広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2 実績報告・評価(実施年度末～実施翌年度4月頃) (1) 事業実績・評価を市町村から広域連合へ報告 (2) 広域連合が報告内容を確認。 ・評価が適切に行われているか ・評価が次年度の事業計画に反映されているか 等
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施における、ハイリスクアプローチとして、重複・頻回受診者・重複投薬者等への相談・指導を実施する市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 広域連合の体制 (1) 主幹部署: 給付課保健事業グループ (2) 担当者数: 事務職1名 保健師1名 (3) 実施方法: 管内市町村へ委託 2 市町村の体制 (1) 主幹部署: 市町村によって異なる (2) 担当者数: 市町村によって異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	・実施市町村において、アウトカム・アウトプット・プロセスにおける達成度を踏まえ、効果的な取組を行える体制となっているか評価し、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施。
	備考	

IV 個別事業 事業シート【●】

事業9 健康教育等（ポピュレーションアプローチ）

事業の目的 被保険者が、自身の健康状態に関心を持ち、生活習慣病重症化予防・フレイル予防等の行動をとることができる。

事業の概要
 1 対象者
 被保険者
 2 実施方法
 (1) 広域連合が、管内市町村に委託して実施。
 (2) 市町村は健康課題に沿った、テーマ（生活習慣病重症化予防、フレイル予防、骨折予防等）の健康教育等を行う。

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	高齢者の質問票の「健康状態リスクなし」割合の増加	(評価対象) 健康状態リスクなしの割合 (方法) KDBの健康スコアリング機能で確認 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	88.3%	88.7%	89.2%	89.6%	90.1%	90.5%	91.0%
	2	高齢者の質問票の「心の健康状態リスクなし」割合の増加	(評価対象) 健康状態リスクなしの割合 (方法) KDBの健康スコアリング機能で確認 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	89.8%	90.5%	91.2%	92.0%	92.0%	92.0%	92.0%
	3	高齢者の質問票の「食習慣リスクなし」割合の増加	(評価対象) 食習慣リスクなしの割合 (方法) KDBの健康スコアリング機能で確認 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	95.2%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%
	4	高齢者の質問票の「口腔機能リスクなし」割合の増加	(評価対象) 口腔機能リスクなしの割合 (方法) KDBの健康スコアリング機能で確認 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	58.9%	59.1%	59.3%	59.4%	59.6%	59.8%	60.0%
	5	高齢者の質問票の「体重変化なし」割合の増加	(評価対象) 体重変化リスクなしの割合 (方法) KDBの健康スコアリング機能で確認 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	88.2%	88.8%	89.4%	90.1%	90.7%	91.3%	92.0%
	6	高齢者の質問票の「運動・転倒リスクなし」割合の増加	(評価対象) 運動・転倒リスクなしの割合 (方法) KDBの健康スコアリング機能で確認 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	26.3%	26.5%	26.7%	26.9%	27.2%	27.4%	27.6%
	7	高齢者の質問票の「社会参加リスクなし」割合の増加	(評価対象) 社会参加リスクなしの割合 (方法) KDBの健康スコアリング機能で確認 (評価時期) 実施年度の翌年度5月頃	86.6%	88.3%	90.1%	91.9%	92.0%	92.0%	92.0%

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	ポピュレーションアプローチを実施した割合	(評価対象) 実施人数/実施市町村(圏域)における被保険者人数 (方法) ①市町村において評価 ②①を広域連合集計し評価 (評価時期) 実施年度末	6.2%	6.5%	6.8%	7.1%	7.4%	7.7%	8.0%

プロセス (方法)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施（以下「一体的実施」とする。）等における、ポピュレーションアプローチとして、各市町村の健康課題に沿ったテーマの健康教育等を市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 市町村において健康課題を把握しポピュレーションアプローチのテーマや実施方法を検討。 2 一体的実施の事業計画において、市町村が事業計画を広域連合に提出 3 広域連合で事業計画の内容を確認し、適当と判断した場合に市町村へ委託
	実施後のフォロー・モニタリング	1 中間報告（実施年度の10月頃） （1）事業の進捗状況を市町村から広域連合へ報告。 （2）広域連合は進捗状況に応じて、市町村へのヒアリング等を実施 2 実績報告・評価（実施年度末～実施翌年度4月頃） （1）事業実績・評価を市町村から広域連合へ報告 （2）広域連合が報告内容を確認。 ・評価が適切に行われているか ・評価が次年度の事業計画に反映されているか 等
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施（以下「一体的実施」とする。）等における、ポピュレーションアプローチとして、各市町村の健康課題に沿ったテーマの健康教育等を市町村に委託して実施する。
	実施内容	1 広域連合の体制 （1）主幹部署：給付課保健事業グループ （2）担当者数：事務職1名 保健師1名 （3）実施方法：管内市町村へ委託 2 市町村の体制 （1）主幹部署：市町村によって異なる （2）担当者数：市町村によって異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	各市町村において、アウトカム・アウトプット・プロセスにおける達成度を踏まえ、効果的な取組を行える体制となっているか評価し、必要に応じて市町村と対応について協議・検討を実施。
	備考	

V その他	
データヘルス計画の評価・見直し	<p>1 中間評価（令和8年度に実施予定）</p> <p>(1) 令和7年度までの保健事業の実績、令和8年度途中までの保健事業の進捗状況を確認。</p> <p>ア 計画全体及び個別保健事業のアウトカム評価指標の目標達成度を確認。</p> <p>イ アウトカム評価指標の目標達成度を踏まえ、アウトプット評価指標の目標達成度を分析。</p> <p>ウ ア及びイを踏まえ、プロセス（手法）とストラクチャー（体制）の影響を分析。</p> <p>(2) 健診・医療等のデータ分析による健康課題の把握</p> <p>(3) (1) (2) を踏まえ、計画全体及び個別保健事業の目標値の見直し</p> <p>(4) (1) (2) を踏まえ、各個別保健事業の継続の要否及び新たに実施すべき保健事業等の検討</p> <p>2 最終評価（令和11年度に実施）</p> <p>(1) 令和10年度までの保健事業の実績、令和11年度途中までの保健事業の進捗状況を確認。</p> <p>ア 計画全体及び個別保健事業のアウトカム評価指標の目標達成度を確認。</p> <p>イ アウトカム評価指標の目標達成度を踏まえ、アウトプット評価指標の目標達成度を分析。</p> <p>ウ ア及びイを踏まえ、プロセス（手法）とストラクチャー（体制）の影響を分析。</p> <p>(2) 健診・医療等のデータ分析による健康課題の把握</p> <p>(3) (1) (2) を踏まえ、次期データヘルス計画における計画全体及び個別保健事業の目標等を検討</p> <p>(4) (3) を達成するための、個別保健事業について検討</p>
データヘルス計画の公表・周知	<p>1 公式Webページへの掲載 ダウンロード可能な形式で掲載</p> <p>2 冊子による周知 管内市町村及び関係機関等へ、冊子を配付（1～2冊程度）</p>
個人情報の取扱い	<p>1 事業の実施にあたり、愛知県後期高齢者医療広域連合の職員は「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン等の規定を遵守し、個人情報の適切な取扱いを確保します。</p> <p>2 個人情報取扱事業者に対しては、個人情報の保護に関する法律に定める義務（データの正確性の確保、安全管理措置、従業者の監督、委託先の監督）の遵守により、個人情報の適切な管理及び慎重な取り扱いの確保を求めます。</p> <p>3 保健事業等の委託契約の際には、「愛知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」（令和5年条例第2号）に基づき、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を適切に管理します。</p>
地域包括ケアに係る取組	<p>1 地域の置かれた状況（地理的条件、歴史、習慣等）により、健康課題が異なることから、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施による、各市町村における健康課題の把握の推進を図ります。</p> <p>2 地域の健康課題について、関係者間での共有を図り、保健・医療・介護等が連携した取組の実施を推進します。</p> <p>3 KDB等をはじめとした、健康・医療等に関わる情報について、必要な範囲で積極的に提供し、健康課題の把握及び各取組の評価、それに基づく事業展開等、各市町村におけるPDCAサイクルに基づく保健事業の推進を図ります。</p>
その他留意事項	<p>中間評価・最終評価の時期は定めるが、毎年度計画の進捗状況を把握し、必要に応じて、適時適切に取組の方向性、必要な保健事業を柔軟に検討します。</p>