

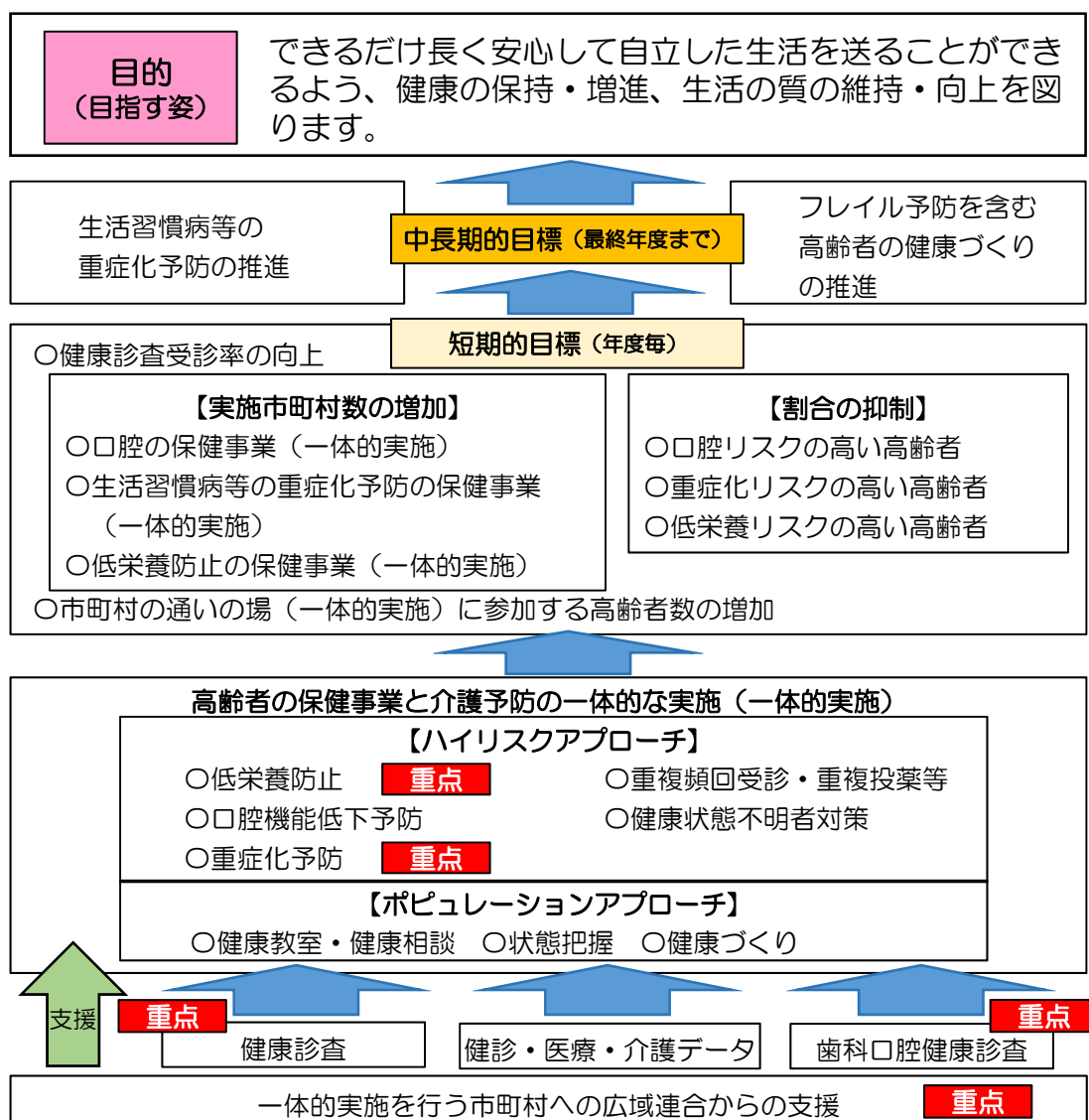
## データヘルス計画とは？

- ・ 本計画は、主に75歳以上の後期高齢者を対象に、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するため、健診・医療・介護等の情報を活用し、健康課題を抽出・分析して、効果的な高齢者保健事業の実施を図るために策定した計画（データヘルス計画）です。
- ・ 本計画により、後期高齢者の方ができるだけ長く安心して自立した生活を送ることができるよう、健康の保持・増進、生活の質の維持・向上を図ります。

### 計画期間

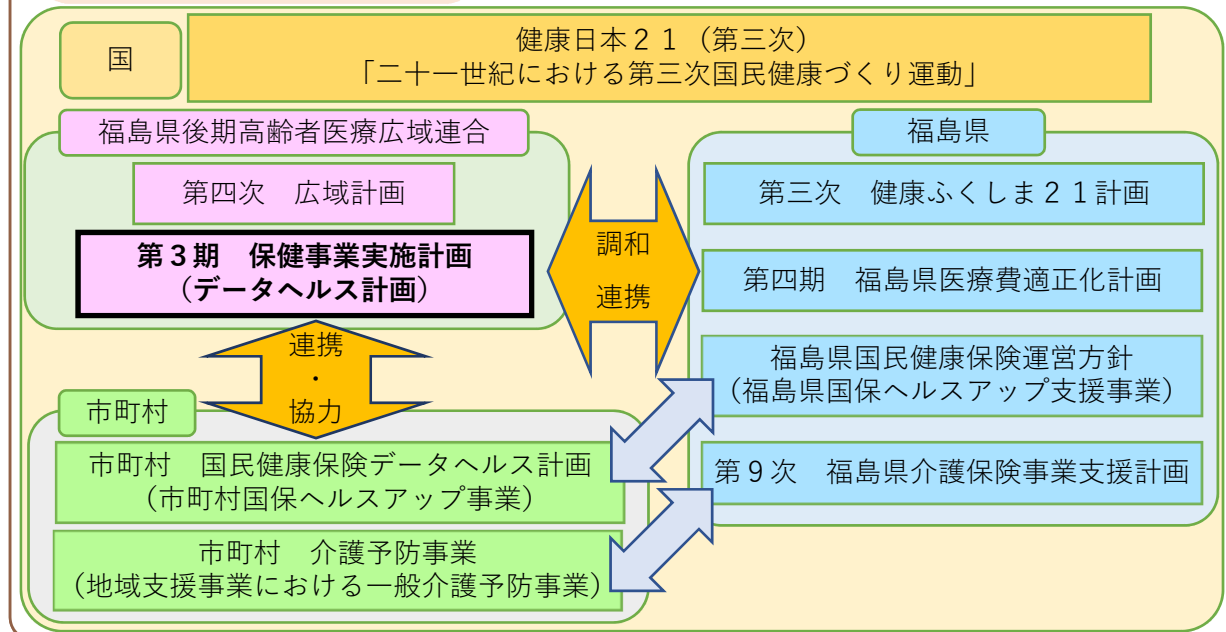
令和6年度から令和11年度までの6年間を計画期間とします。

### 本計画の概念図



※ 一体的実施についてはp7を参照

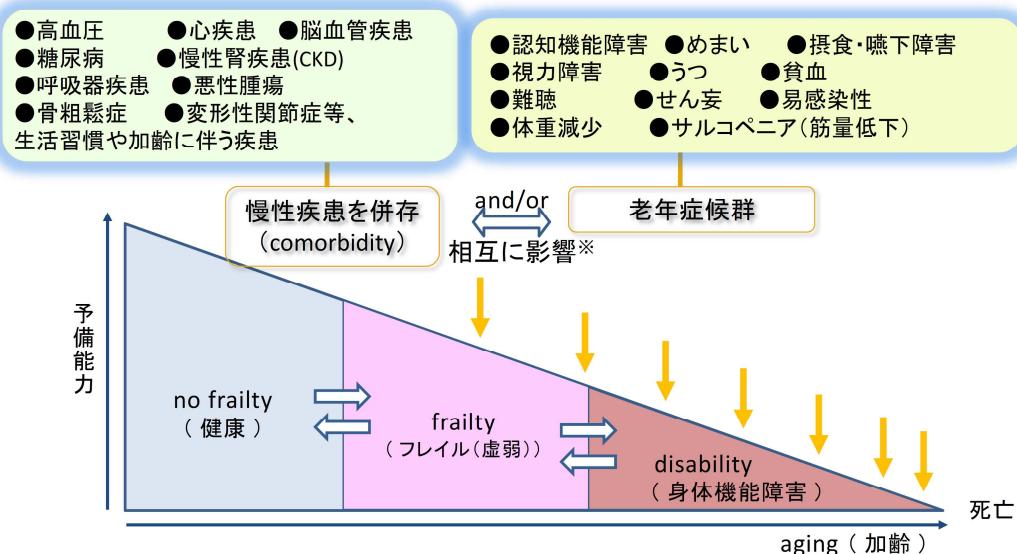
## 関連計画との体系図



## 後期高齢者の特性 (本編p45掲載)

- ① 後期高齢者は、前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行します。
- ② 複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要になります。
- ③ 医療のかかり方として、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題があります。
- ④ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大します。自立度の高い後期高齢者がいる一方で、多病を抱え高額な医療費を要する後期高齢者が一定の割合存在します。

### 高齢者の健康状態の特性等について



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、**身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく**、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

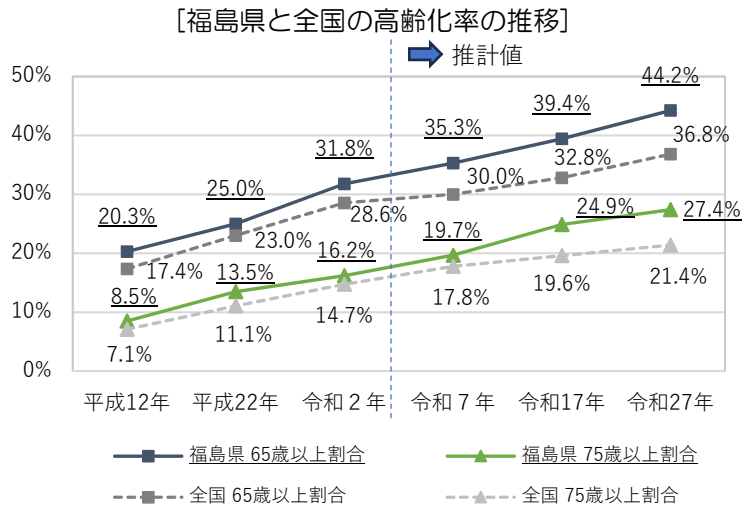
資料：厚生労働省「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第2版」P.6

# 本県の特徴・健康課題

- 本県の高齢化は、全国より早いスピードで進んでいます（本編p7掲載）

人口推計によると、令和27年には人口の約45%が65歳以上の高齢者となることが予想されています。

資料：国勢調査（平成12年～令和2年）  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」  
 （令和7年～令和27年）  
 ※福島県の令和2年のみ 福島県「福島県現住人口調査年報令和2年版」を参照  
 ※高齢化率の分母は、福島県の令和2年のみ総人口から年齢不詳人口を除いたもの



- 本県の平均自立期間（要介護2以上）※は、男女ともに全都道府県の中でワースト2位となっています（本編p9掲載）

より健康的な生活を謳歌していくためには、平均自立期間を延ばすことが大事であることから、生活習慣病等の重症化予防などの対策が重要となります。

[都道府県別平均自立期間（要介護2以上）※ 令和3年]

男 性			女 性		
全 国		80.0	全 国		84.3
1位	長野県	81.4	1位	長野県	85.1
2位	滋賀県	81.2	2位	島根県	85.0
3位	奈良県	81.0	2位	広島県	85.0
：	：	：	：	：	：
：	：	：	44位	沖縄県	83.8
45位	沖縄県	78.8	44位	秋田県	83.8
45位	福島県	78.8	46位	福島県	83.3
47位	青森県	78.0	47位	青森県	83.1

※ 平均自立期間（要介護2以上）  
 要介護2以上を不健康と定義し、平均余命からこの不健康期間を除いたものが平均自立期間

資料：国民健康保険中央会 令和5年7月

- 全国平均と比べ、心疾患や脳血管疾患の死亡率※が特に高い状況となっています（本編p10掲載）

今後、急速に高齢化が進行していくことから、病気の早期発見や予防がこれまで以上に重要となってきます。

[福島県と全国の主な死因別死亡率（人口10万対）]



※ 死亡率  
 死亡数を人口で除した粗死亡率

資料：厚生労働省「人口動態統計月報年計（概数）の概況」 令和4年

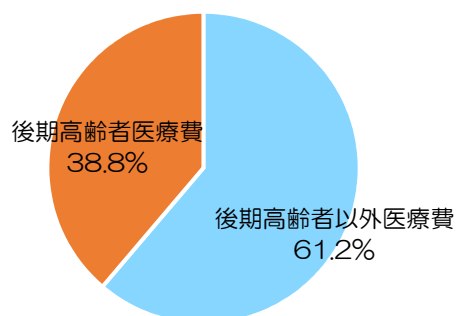
主な死因	脳血管疾患	心疾患	悪性新生物	肺炎
全国順位	4位	12位	13位	21位

- 後期高齢者の総医療費は約2,400億円となっており、県全体の医療費の約4割を占めています（本編p24掲載）

[総医療費に占める後期高齢者医療費の割合]

	(億円)
	令和3年度
総医療費	6,238
後期高齢者医療費	2,419
後期高齢者医療費割合	38.8%

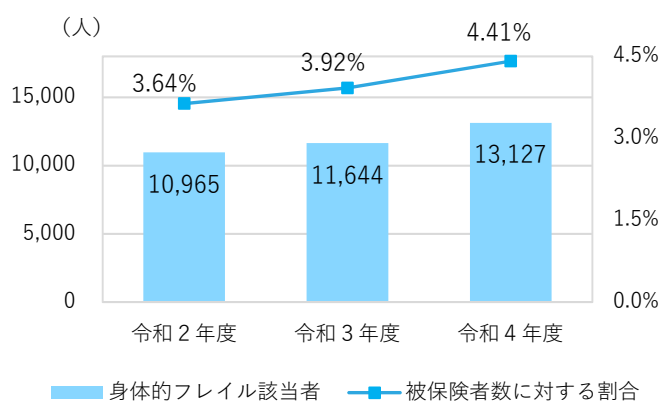
総医療費（令和3年度）



資料：後期高齢者医療費以外…厚生労働省「国民医療費」 令和3年度  
後期高齢者医療費…厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」 令和3年度

- 被保険者数に対する身体的フレイル該当者数及びその割合が増加しています（本編p44掲載）

被保険者の中の約4%の人が歩行速度の低下や転倒などの身体的フレイルを自覚しています。

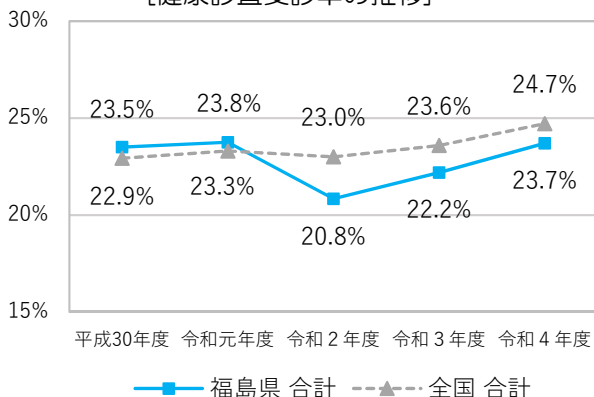


資料：KDB活用支援ツールデータ  
(令和2年度～令和4年度)  
※被保険者数は、広域連合集計を参照

- 健康診査受診率は、全国平均より低い状況にあります  
特に市町村によって受診率の差が大きくなっています（本編p46掲載）

本県・全国平均ともに令和2年度に減少しており、新型コロナウイルス感染症による受診控え等の影響が考えられます。

[健康診査受診率の推移]



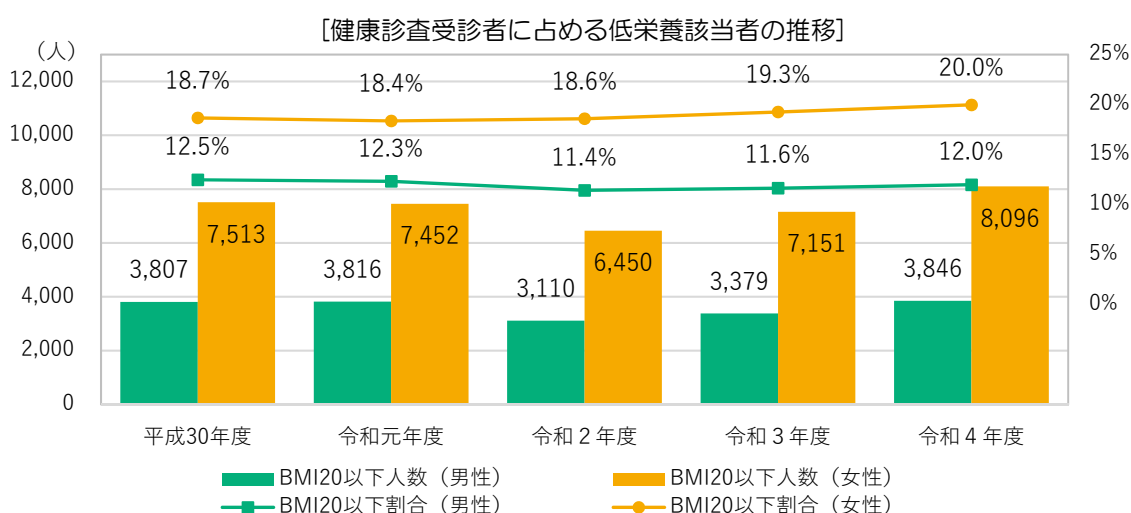
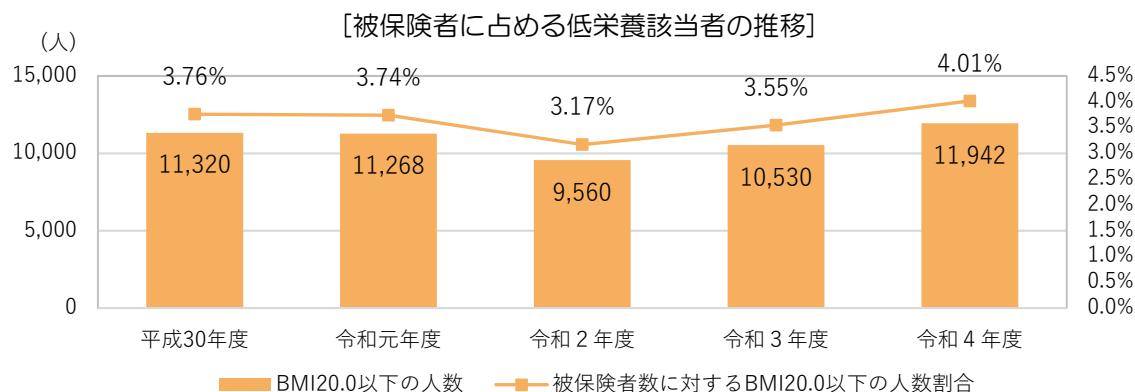
[健康診査受診率別の市町村数の推移]

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
50%以上	0	0	0	0	0
45%～50%未満	1	0	0	2	1
40%～45%未満	0	2	2	0	1
35%～40%未満	3	4	1	3	5
30%～35%未満	5	7	4	5	6
25%～30%未満	14	13	9	12	15
20%～25%未満	17	17	15	18	17
15%～20%未満	12	10	15	12	11
10%～15%未満	6	5	9	7	3
10%未満	1	1	4	0	0

資料：KDBシステムデータ「健康スコアリング（健診）」（平成30年度～令和4年度）

・ **健康診査受診者のうち、BMI20.0以下（低栄養該当者）の割合が増加傾向となっています（本編p50掲載）**

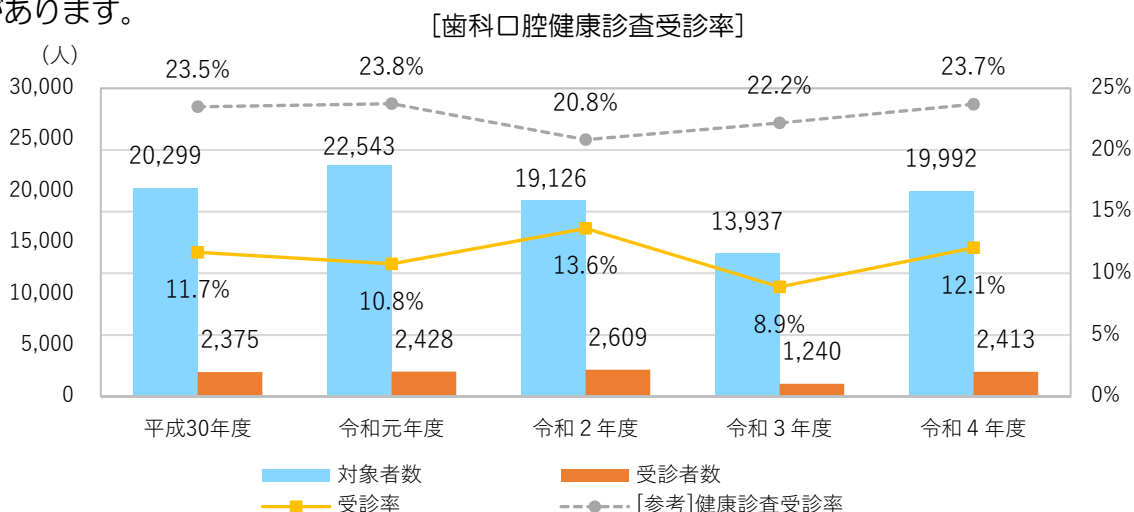
健康診査受診者に対して、低栄養該当者の割合を経年でみると、男性が横ばいであるのに対し、女性は増加傾向です。令和4年度は女性の割合が20.0%と、5人に1人が低栄養という結果になっています。



※ BMIとは、体重と身長之比で肥満度を判定する指標です。計算式は、BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)  
 資料：KDBシステムデータ「健診結果一覧」（平成30年度～令和4年度） ※被保険者数は、広域連合集計を参照

・ **歯科口腔健康診査受診率は、健康診査と比べて1/2程度にとどまっています（本編p51掲載）**

オーラルフレイル（口腔機能の低下）の発見が遅れることは、フレイルを助長するおそれがあります。



資料：広域連合集計（平成30年度～令和4年度）

## 優先的に取り組む重点事業（本編p71～掲載）

第2期計画までの取組や本県の現状、一体的実施の導入などを踏まえ、喫緊の課題に対応するため、本計画で優先的に取り組む重点事業は次のとおりです。

### （1）歯科口腔健康診査事業 【拡充】

これまで75歳到達者を対象としてきましたが、「8020運動」を目標として、新たに80歳到達者を加えることにより、口腔ケアに対する意識向上や早期治療の促進のほか、高齢者の歯科口腔に関する現状把握を的確に行い、効果的・効率的な口腔機能低下予防の実施につなげていきます。

### （2）健康診査事業

健康診査を受診しないことで、病気の早期発見ができず、生活習慣病等の重症化リスクが高まります。

本県は全国平均と比べ受診率が低いため、市町村や県医師会等と連携し、受診率向上の対策を講じる必要があります。対象者に対し、健康診査に関する理解度促進、受診機会の確保、健康診査時における利便性の向上を図っていきます。

### （3）低栄養防止の保健事業（一体的実施）

低栄養状態が長引くことにより、全身的な機能低下となりフレイル状態になるおそれがあることから、対象者に対して市町村が栄養に関する相談指導を中心に行い、フレイルの予防を図っていきます。

### （4）生活習慣病等の重症化予防の保健事業（一体的実施）

心疾患や脳血管疾患は本県の死因の上位にあり、全国平均と比較して高い状況です。これらの疾病の大きな要因である高血圧及び糖尿病による動脈硬化の改善に取り組むことが生活習慣病等の重症化予防につながることから、対象者に対して市町村が相談指導を実施し、健康状態の維持や改善を図ります。

### （5）一体的実施を行う市町村への支援

市町村が一体的実施を円滑に行い、保健事業の目的・目標が達成できるよう、広域連合は事業の進捗管理を行うほか、市町村訪問や研修会を通じて課題解決や情報共有を図り、市町村の一体的実施の取組項目の増加を図っていきます。

## 目標と施策

### ・ 健康診査事業（本編p72掲載）

健康診査の受診を通し、生活習慣病等を早期に発見し、被保険者の重症化を予防します。

評価指標	現況値	目標値
	令和4年度	令和11年度
健康診査受診率	23.7%	25.8%

### ・ 歯科口腔健康診査事業（本編p74掲載）

口腔機能の低下によるとされる疾病（低栄養等）及び介護状態への進行の予防を図ります。また、オーラルフレイルの対策が身体的フレイルへの予防に大きく寄与するため、令和6年度から75歳到達者に加え、新たに80歳到達者を対象として、事業を拡充します。

評価指標	現況値	目標値
	令和4年度	令和11年度
健康診査受診率（75歳到達者）	12.1%	15.5%
健康診査受診率（80歳到達者）	—	12.5%

## ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業（本編p76掲載）

高齢者に対する保健事業を広域連合が市町村に委託します。委託を受けた市町村は、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ことにより、医療専門職（保健師等）が、次に掲げる個別的支援（ハイリスクアプローチ）を通じて、高齢者の心身の多様な課題に対するきめ細やかな支援を実施します。

- 低栄養状態にある高齢者や生活習慣病等の重症化のおそれがある高齢者への  
訪問相談・保健指導等の実施
- 複数の医療機関を受診している高齢者や数多くの薬を服用している高齢者への  
相談・指導の実施
- 健康状態が不明な高齢者などの健康状態等の把握、健診・医療の受診勧奨  
及び介護サービスへの接続支援

また、通いの場等（駅前商店街やショッピングセンターなど高齢者が日常的に立ち寄る機会の多い生活拠点や健診会場、地域のイベント等を含む）において、地域の健康課題をもとに次に掲げる取組（ポピュレーションアプローチ）を行い、参加した高齢者の状況に応じて健診・医療受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨を行います。

- フレイル予防に関する普及啓発、健康教育・健康相談の実施
- フレイル状態にある高齢者等の把握、状態に応じた保健指導や生活機能の向上に  
向けた支援
- 地域の実情に応じた高齢者の健康や不安等の相談を気軽に行える環境づくりの実施

### 評価指標及び目標

高齢者の心身の多様な課題に対してきめ細やかな支援を行うために、次の主な個別的支援の取組項目※を実施する市町村数及び本県内市町村数（59）に対する割合の増加を推進します。

主な個別的支援の取組項目	取組の内容	現況値		目標値	
		令和4年度		令和11年度	
		市町村数	割合	市町村数	割合
低栄養	低栄養状態に（またはそのおそれがある）高齢者に対して、低栄養状態を改善し、介護予防・QOL（生活の質）の向上を図るための保健指導等を行います。	31	52.5%	55	93.2%
口腔	オーラルフレイル・口腔機能低下（またはそのおそれがある）高齢者に対して、歯科受診につなげるとともに口腔機能低下の防止を図るための保健指導等を行います。	15	25.4%	39	66.1%
重症化予防（糖尿病性腎症）	糖尿病性腎症の重症化のおそれがある高齢者に対して、健康状態の改善及び重症化予防を図るための保健指導等を行います。	36	61.0%	59	100.0%
重症化予防（その他、身体的フレイルを含む）	生活習慣病（血糖・血圧・脂質、身体的フレイルなど）の重症化のおそれがある高齢者に対して、健康状態の改善及び重症化予防を図るための保健指導等を行います。	34	57.6%	50	84.7%

※ 上記以外に、「重複・頻回受診、重複投薬者等の相談指導」及び「健康状態不明者に対する健康状態の把握等」を実施する市町村数の増加も推進します。

・ **総合的な評価指標（平均自立期間）**（本編p87掲載）

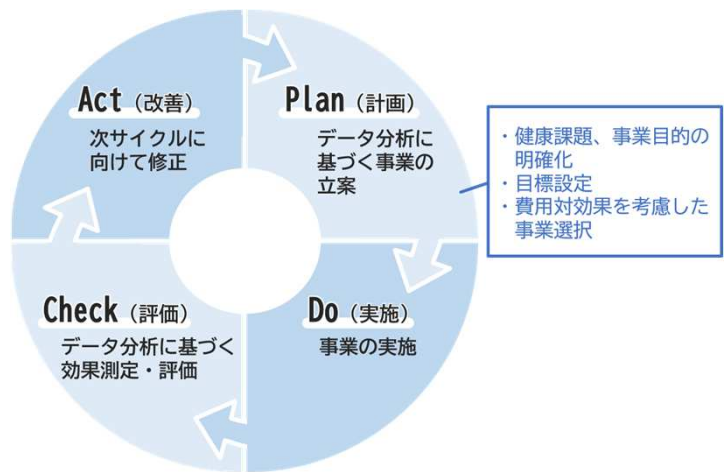
市町村及び関係機関と連携し、健康診査事業、歯科口腔健康診査事業及び一体的実施事業を実施することにより、要介護状態となることを防止し、平均自立期間の延伸を目指します。

評価指標	性別	現況値	目標値
		令和4年度	令和11年度
平均自立期間	男性	79.10年	80.15年
	女性	83.60年	84.30年

**計画の評価・見直し**（本編p88掲載）

PDCAサイクルに沿って、事業ごとに設定した評価指標に基づいて年度ごとに行います。評価に用いるデータは、当該年度の翌年度にKDBシステム及び各市町村が提出する一体的実施の事業実施報告書等から入手します。評価にあたっては、市町村、県、外部有識者、保健医療関係者等を構成員とした医療懇談会等を活用し意見を聴いて行います。

令和8年度に、計画全体の間評価を行い、必要に応じて見直しを行います。次期計画の策定を円滑に行うため、最終年度である令和11年度に、計画の進捗状況に関する調査分析及び目標の達成状況の評価を行います。また、計画期間が終了した翌年度の令和12年度に、評価項目（共通評価指標）等に関して、数値目標の達成状況を中心とした評価を行います。



データヘルス計画	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	
第3期計画	計画策定	計画期間（6ヶ年）						評価	数値目標評価

福島県後期高齢者医療広域連合のホームページからもご覧いただけます。

福島県後期 データヘルス計画 [検索](#)

【お問合せ先】 福島県後期高齢者医療広域連合業務課保健事業係  
 〒960-8043 福島市中町8-2（福島県自治会館内）  
 TEL：024-528-9025（代表）