

# 令和5年度第2回兵庫県後期高齢者医療制度懇話会

## 議 事 次 第

日時：令和6年2月2日（金）午後2時～

場所：兵庫県後期高齢者医療広域連合 海側会議室

### 1 開 会

### 2 議 事

(1) 令和6・7年度における保険料率の改定（案）について

(2) 兵庫県後期高齢者医療広域連合第3期データヘルス計画（案）について

### 3 閉 会



令和5年度第2回  
兵庫県後期高齢者医療制度懇話会  
資 料

令和6年2月2日

兵庫県後期高齢者医療広域連合

## 目 次

- (1) 令和6・7年度における保険料率の改定（案）について・・・・・・・・・・ 1
  
- (2) 兵庫県後期高齢者医療広域連合第3期データヘルス計画（案）について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
  
- 【別冊】兵庫県後期高齢者医療広域連合 第3期 保健事業実施計画（第3期データヘルス計画）

(1) 令和6・7年度における保険料率の  
改定(案)について

## 令和6・7年度における保険料率の改定案について

後期高齢者医療制度においては、診療報酬の改定とあわせて2年ごとに保険料率を見直すこととされており、令和6年度は8回目の改定となります。

子育てを全世代で支援するため、また、高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な仕組みとするとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制するため、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」が令和5年5月に公布されました。これにより、高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みの導入と、後期高齢者負担率の見直しが行われることとなりました。

前回の改定（令和4年度）に比べ、一人当たり医療給付費の増加や制度改正により保険料は増加しますが、給付費準備基金を活用することにより、増加の抑制を図っています。

また、制度改正による急激な保険料の上昇を緩和するため、以下の激変緩和措置が講じられており、それらを踏まえた料率の算定を行いました。

- ・ 出産育児支援金は、令和6・7年度は所要額の1/2とする。
- ・ 年金収入211万円（基礎控除後の総所得金額等が58万円）以下の被保険者について、令和6年度は制度改正がなかった場合の所得割率（10.32%）を用いる。
- ・ 賦課限度額の引き上げは、段階的に実施する（令和6年度は73万円、令和7年度は80万円）。ただし、令和6年度に75歳に到達した方が、新たに資格取得するときは、激変緩和措置の対象外となる。

### (1) 保険料率(案)及び賦課限度額(案)について

#### ① 保険料率(案)

	改定案	現 行	差 引
均等割額	52,791円 (月額4,399円)	50,147円 (月額4,179円)	+2,644円 (月額+220円)
所得割率	11.24%	10.28%	+0.96ポイント

・被保険者一人当たりの平均年保険料額（給付費準備基金活用後）

改定案	現 行	差 引	伸び率
89,450円 (月額7,454円)	86,026円 (月額7,169円)	+3,424円 (月額+285円)	+3.98%

※ 各種軽減適用後の数値です。

※ 現行は令和4・5年度の実態調査時加重平均です。

- ・医療給付費の増加などによる保険料率の大幅な上昇を抑制する趣旨から、前年度までの剰余金を積み立てた令和5年度末の給付費準備基金残高見込み198.9億円を全額活用することにより、一人当たり平均年保険料額の上昇幅を3,424円、3.98%の伸び率に抑えました（均等割額は2,644円、所得割率は0.96ポイント上昇）。

・被保険者一人当たりの平均年保険料額（給付費準備基金活用前）

6・7年度	現 行	差 引	伸び率
98,436円 (月額8,203円)	86,026円 (月額7,169円)	+12,410円 (月額+1,034円)	14.43%

※ 各種軽減適用後の数値です。

※ 現行は令和4・5年度の実態調査時加重平均です。

## ②賦課限度額（案）

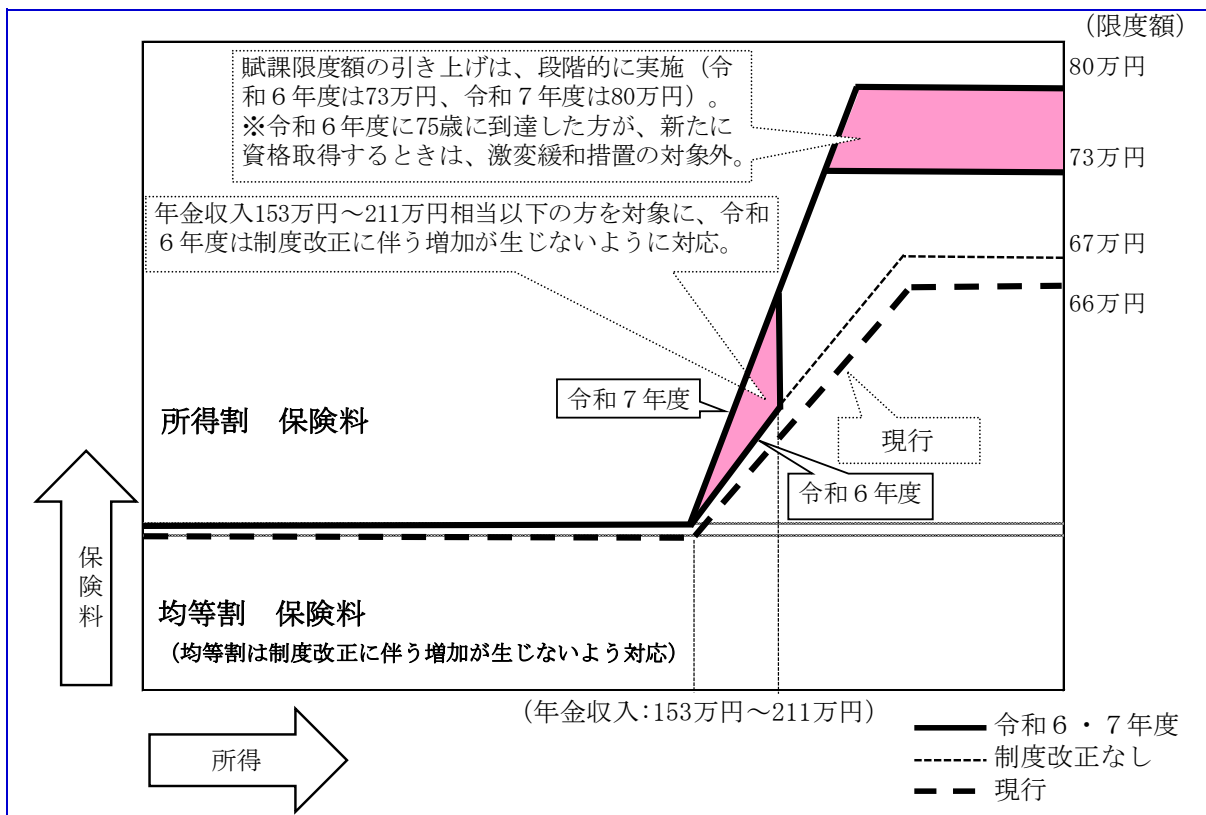
	改定案	現 行	差 引
賦課限度額	80万円	66万円	+14万円

後期高齢者医療保険料は所得の高い方の負担が過大にならないよう、年間の賦課限度額が設定されていますが、今般の制度改正（出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入、後期高齢者負担率の見直し）にあわせ、高齢者世代内で能力に応じた負担を強化する観点から、国において、保険料の賦課限度額が大きく引き上げられました。

兵庫県後期高齢者医療広域連合も、国基準と同額の賦課限度額の改定を行う予定です。

激変緩和措置として、賦課限度額の引き上げは、段階的に実施することとなっており、令和6年度は73万円、令和7年度は80万円となりますが、令和6年度に75歳に到達した方が、新たに資格取得するときは、激変緩和措置の対象外となります。

[今回の制度改正に伴う保険料負担のあり方の見直しイメージ]





### ③低所得者軽減（2割・5割軽減）の拡大

低所得者の均等割については、所得に応じて保険料を軽減しており、軽減割合は、2割・5割・7割となっています。

同一世帯内の被保険者と世帯主の総所得金額等の合計額が基準額以下の場合に、軽減を適用しますが、令和6年度から以下のように基準額を引き上げ、低所得者軽減の対象が拡大する見込みです。

- ・ 2割軽減の拡大（所得基準額の引き上げ）  
（現行） 43万円＋53万5千円×被保険者数  
（改正後）43万円＋54万5千円×被保険者数
- ・ 5割軽減の拡大（所得基準額の引き上げ）  
（現行） 43万円＋29万円×被保険者数  
（改正後）43万円＋29万5千円×被保険者数

#### ・均等割軽減適用範囲の比較

夫婦ともに被保険者である世帯における夫の年金収入の例（妻の年金収入79万円）

	2割軽減	5割軽減
現 行	年金収入 275 万円以下	年金収入 226 万円以下
改正後	年金収入 277 万円以下 ※1	年金収入 227 万円以下 ※2

- ※1 2割軽減 公的年金等控除額110万円＋基礎控除額43万円  
＋年金特別控除15万円＋（54.5万円×2人）＝277万円
- ※2 5割軽減 公的年金等控除額110万円＋基礎控除額43万円  
＋年金特別控除15万円＋（29.5万円×2人）＝227万円

## ◎保険料率(案)によるケース

(1) 基礎年金受給者(老齢基礎年金受給年額79万円)の単身世帯

		均等割額	所得割額	合 計	増減 (現行比)	伸び率 (現行比)	軽減内容
現行	年額	15,044円		15,044円			7割
	月額			1,254円			
改定後	年額	15,837円		15,837円	+793円	+5.27%	7割
	月額			1,320円	+66円		

(2) 厚生年金受給者(厚生年金受給年額120万円)の単身世帯

		均等割額	所得割額	合 計	増減 (現行比)	伸び率 (現行比)	軽減内容
現行	年額	15,044円		15,044円			7割
	月額			1,254円			
改定後	年額	15,837円		15,837円	+793円	+5.27%	7割
	月額			1,320円	+66円		

(3) 厚生年金の標準的な年金受給者(厚生年金受給年額 190万円)の単身世帯

		均等割額	所得割額	合 計	増減 (現行比)	伸び率 (現行比)	軽減内容
現行	年額	25,073円	38,036円	63,109円			5割
	月額			5,259円			
改定後 R 6	年額	26,395円	38,184円	64,579円	+1,470円	+2.33%	5割 所得割10.32%
	月額			5,382円	+123円		
改定後 R 7	年額	26,395円	41,588円	67,983円	+4,874円	+7.72%	5割 所得割11.24%
	月額			5,665円	+406円		

(4) 厚生年金受給者(厚生年金受給年額 197万5千円)の単身世帯

		均等割額	所得割額	合 計	増減 (現行比)	伸び率 (現行比)	軽減内容
現行	年額	40,117円	45,746円	85,863円			2割
	月額			7,155円			
改定後 R 6	年額	26,395円	45,924円	72,319円	-13,544円	-15.77%	5割 所得割10.32%
	月額			6,027円	-1,129円		
改定後 R 7	年額	26,395円	50,018円	76,413円	-9,450円	-11.01%	5割 所得割11.24%
	月額			6,368円	-787円		

## (5) 厚生年金受給者(厚生年金受給年額211万円)の単身世帯

		均等割額	所得割額	合 計	増減 (現行比)	伸び率 (現行比)	軽減内容
現行	年額	40,117円	59,624円	99,741円			2割
	月額			8,312円			
改定後 R 6	年額	42,232円	59,856円	102,088円	+2,347円	+2.35%	2割 所得割10.32%
	月額			8,507円	+196円		
改定後 R 7	年額	42,232円	65,192円	107,424円	+7,683円	+7.70%	2割 所得割11.24%
	月額			8,952円	+640円		

## (6) 厚生年金受給者(厚生年金受給年額211万1円)の単身世帯

		均等割額	所得割額	合 計	増減 (現行比)	伸び率 (現行比)	軽減内容
現行	年額	40,117円	59,624円	99,741円			2割
	月額			8,312円			
改定後	年額	42,232円	65,192円	107,424円	+7,683円	+7.70%	2割 所得割11.24%
	月額			8,952円	+640円		

## (7) 厚生年金受給者(厚生年金受給年額 222万5千円)の単身世帯

		均等割額	所得割額	合 計	増減 (現行比)	伸び率 (現行比)	軽減内容
現行	年額	50,147円	71,446円	121,593円			
	月額			10,133円			
改定後	年額	42,232円	78,118円	120,350円	-1,243円	-1.02%	2割 所得割11.24%
	月額			10,029円	-104円		

## (8) 厚生年金受給者(厚生年金受給年額 300万円)の単身世帯

		均等割額	所得割額	合 計	増減 (現行比)	伸び率 (現行比)	軽減内容
現行	年額	50,147円	151,116円	201,263円			
	月額			16,772円			
改定後	年額	52,791円	165,228円	218,019円	+16,756円	+8.33%	
	月額			18,168円	+1,396円		

## (9) 給与収入900万円、年金収入200万円の単身世帯

		均等割額	所得割額	合 計	増減 (現行比)	伸び率 (現行比)	軽減内容
現行	年額	50,147円	762,776円	660,000円			
	月額			55,000円			
改定後 R 6	年額	52,791円	834,008円	730,000円	+70,000円	+10.61%	賦課限度額 73万円
	月額			60,833円	+5,833円		
改定後 R 7	年額	52,791円	834,008円	800,000円	+140,000円	+21.21%	賦課限度額 80万円
	月額			66,667円	+11,667円		

## (10) 基礎年金受給者で自営業の子(世帯主)と同居している方

(子(世帯主)事業所得年額 300万円、被保険者 老齢基礎年金受給年額 79万円)

		均等割額	所得割額	合 計	増減 (現行比)	伸び率 (現行比)	軽減内容
現行	年額	50,147円		50,147円			
	月額			4,179円			
改定後	年額	52,791円		52,791円	+2,644円	+5.27%	
	月額			4,399円	+220円		

## (2) 被保険者数・医療給付費について

### ① 被保険者数の推移と見込みについて

・被保険者数見込は、増減要因をそれぞれ見込み、推計日現在の最新被保険者数に要因別の加算・減算を行う積み上げ方式としました。

なお、要因別見込数は、原則として制度開始以降の増減平均割合を算出したものを前年同月数に乗じて算出し、年齢到達による増については、令和2年度国勢調査及び令和4年10月1日現在人口推計より生年別に年齢到達者を見込んで算出しました。

・3月～2月平均被保険者数見込

平均被保険者数 = 75歳以上被保険者数 + 障害認定者数

・負担割合別被保険者数見込

3割負担の被保険者については、制度開始以降の増減平均割合から対総数の構成割合を見込み、総数の見込数に乗じて算出しました。

2割負担の被保険者については、第140回社会保障審議会医療保険部会(R3.2)の資料で示された、兵庫県の被保険者に占める2割負担の割合である22.2%を被保険者見込に乗じて算出しました。

(単位：人)

年度	平均被保険者数			75歳以上 (*3)	障害認定者 (*3)	総数の 対前年 伸び率	対総数の構成割合			
	(*3)	1割	2割 (*5)				3割	1割	2割	3割
20	565,037 (*4)	518,165		46,872	541,557	23,480	—	91.70%		8.30%
21	582,630	537,638		44,992	560,690	21,940	3.11%	92.28%		7.72%
22	602,241	557,789		44,453	581,825	20,417	3.37%	92.62%		7.38%
23	622,997	578,206		44,791	604,023	18,974	3.45%	92.81%		7.19%
24	642,783	597,606		45,177	624,642	18,141	3.18%	92.97%		7.03%
25	659,420	614,132		45,288	641,541	17,878	2.59%	93.13%		6.87%
26	672,128	626,305		45,823	654,131	17,997	1.93%	93.18%		6.82%
27	689,748	643,491		46,257	672,286	17,462	2.62%	93.29%		6.71%
28	715,603	667,545		48,058	699,030	16,573	3.75%	93.28%		6.72%
29	742,033	692,216		49,817	726,220	15,813	3.69%	93.29%		6.71%
30	764,477	713,154		51,323	749,118	15,359	3.02%	93.29%		6.71%
元	787,369	734,411		52,958	773,083	14,286	2.99%	93.27%		6.73%
2	797,513	744,911		52,602	784,566	12,947	1.29%	93.40%		6.60%
3	801,542	749,320		52,222	789,830	11,712	0.51%	93.48%		6.52%
4	829,311	593,610	180,054	55,647	819,466	9,845	3.46%	71.58%	21.71%	6.71%
5	862,854	618,266	185,460	59,128	854,674	8,180	4.04%	71.65%	21.50%	6.85%
6	894,838	635,436	198,654	60,748	887,880	6,958	3.71%	71.01%	22.20%	6.79%
7	918,100	652,064	203,818	62,218	911,918	6,182	2.60%	71.02%	22.20%	6.78%

(\*3) = 区分ごとに各月末の被保険者数を合計し、12月で除して算出しているため、「平均被保険者数=75歳以上+障害認定者」とならない場合がある。

(\*4) = 4月～2月(11か月)平均

(\*5) = 令和4年度の2割負担は、10月～翌年2月の平均値とする。

(\*6) = 令和5・6・7年度は見込みである。

## ②一人当たり医療給付費の見込みについて

### ●一人当たり医療費について

令和5年度は、3月診療分から11月診療分までの9か月分の実績、及び12月診療分から2月診療分までの推計を足して求めました。12月診療分から2月診療分の推計については、平成29年3月診療分から令和5年2月診療分まで、および、令和5年3月診療分から令和5年11月診療分までの各月にかかる「受診率」、「一件あたり日数」、「一日あたり医療費」（以下、「3要素」という）を求め、平成30年度から令和4年度までの同じ月の対前年度の伸び率の平均と、令和5年3月診療分から令和5年11月診療分までの各月の対前年度の伸び率の平均を比べ、最も大きい伸び率を各月の令和4年度実績に乗じて3要素を推計し、これらを掛け合わせて各月の一人あたり医療費を算出しました。

令和6年度は、令和5年度の一人あたり医療費の推計に、平成28年度を除く平成27年度から令和元年度までの伸び率の平均値を乗じて算出しました。

令和7年度は、令和6年度の一人あたり医療費の推計に、平成28年度を除く平成27年度から令和元年度までの伸び率の平均値を乗じて算出しました。

なお、窓口負担割合の見直しに伴う医療給付費（一般）への影響額については、国より提示のあった計算方法をもとに推計しました。

令和6年度・7年度の医療費算出に際しては、診療報酬改定の内容も反映させています。

### ●医療費について

上記で求めた各年度の一人当たり医療費に、被保険者数の見込みを乗じて算出しました。

### ●医療給付費について

上記で求めた現役並み所得とそれ以外の各医療費に、給付割合を乗じて保険者負担額を算出しました。

年 度	医療給付費 (千円)	伸び率	3月～2月 平均被保険者数 (人)	伸び率	一人当たり 医療給付費 (円)	伸び率
20年度	(※) 456,844,606 (実績 418,774,222)	—	(※7) 565,037	—	(※) 808,522 (実績 741,145)	—
21年度	487,808,886	6.78%	582,630	3.11%	837,253	3.55%
22年度	523,005,133	7.22%	602,241	3.37%	868,432	3.72%
23年度	551,269,694	5.40%	622,997	3.45%	884,867	1.89%
24年度	573,189,168	3.98%	642,783	3.18%	891,730	0.78%
25年度	597,356,067	4.22%	659,420	2.59%	905,881	1.59%
26年度	615,663,329	3.06%	672,128	1.93%	915,991	1.12%
27年度	647,567,691	5.18%	689,748	2.62%	938,847	2.50%
28年度	666,990,849	3.00%	715,603	3.75%	932,068	△0.72%
29年度	701,808,953	5.22%	742,033	3.69%	945,792	1.47%
30年度	720,337,600	2.64%	764,477	3.02%	942,262	△0.37%
元年度	750,074,487	4.13%	787,369	2.99%	952,634	1.10%
2年度	726,033,652	△3.21%	797,513	1.29%	910,372	△4.44%
3年度	748,145,451	3.05%	801,542	0.51%	933,383	2.53%
4年度	786,598,973	5.14%	829,311	3.46%	948,497	1.62%
5年度見込	830,648,585	5.60%	862,854	4.04%	962,676	1.49%
6年度見込	868,587,255	4.57%	894,838	3.71%	970,664	0.83%
7年度見込	903,547,320	4.02%	918,100	2.60%	984,149	1.39%
6+7見込	(合計)1,772,134,575		(平均) 906,469 (合計)1,812,938		(平均)977,493	

(\*7) 4月～2月 (11か月平均)

(\*8) 11か月分 (平成20年4月～平成21年2月診療分) を12か月分に換算したものです。

### (3) 後期高齢者負担率の変更について

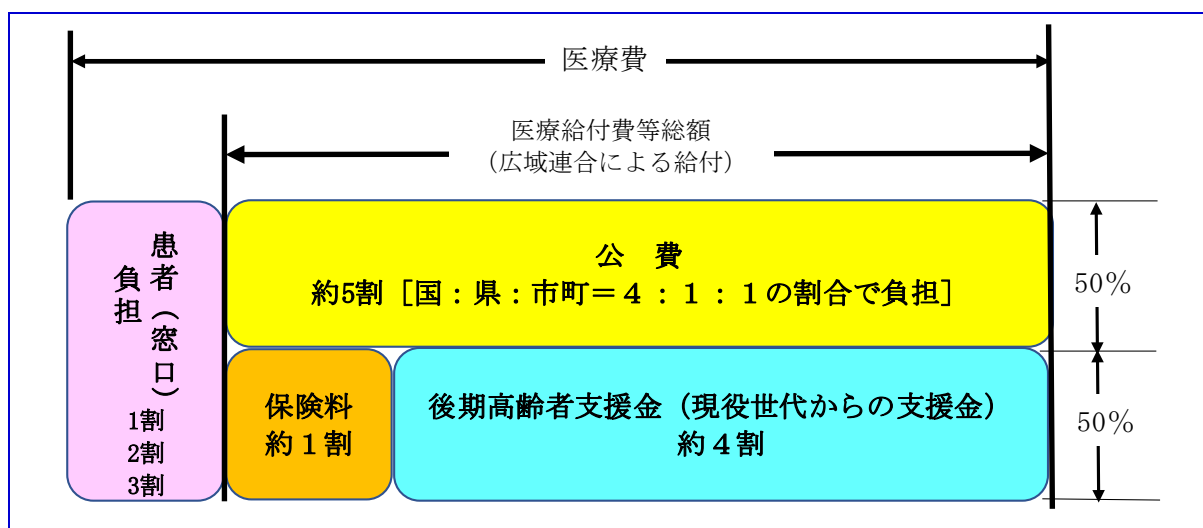
医療給付費は、公費で約5割、現役世代からの支援（現役世代の保険料）で約4割、高齢者からの保険料で約1割をまかなうこととなっています。

更なる高齢化の進展により現役世代の人口が減少し、後期高齢者が増加すると現役世代の負担が重くなることから、これまでも後期高齢者負担率の見直しが行われてきましたが、今回の制度改正では改めて負担率の算出方法を「高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じになるよう見直し、令和6・7年度の後期高齢者負担率が12.67%に引き上げられる見込みです。

#### ・過去の後期高齢者負担率の推移

20・21年度	22・23年度	24・25年度	26・27年度	28・29年度	30・31年度	2・3年度	4・5年度
10.00%	10.26%	10.51%	10.73%	10.99%	11.18%	11.41%	11.72%

#### ・参考：費用負担のイメージ図



### (4) 兵庫県財政安定化基金について

#### ① 上昇抑制のための交付について

県への要望、協議を行いました。広域連合の給付費準備基金の令和5年度末残高見込みの全額活用により、保険料率の上昇幅を抑制できることから、前回改定に引き続き今回も交付はない見込みです。

#### ② 拠出による積み立てについて

県との協議の結果、保険料収納リスク及び給付費増加リスクについて現在の基金残高見込み(55.3億円)で対応できると見込まれることから、前回改定に引き続き今回も積み立てはない見込みです。

このため今回の保険料率算定に当たっては、拠出金は費用に計上していません。



## (5) 費用の額及び収入の額の内訳について

保険料率を試算する際のベースとなる費用の額及び収入の額の内訳は、次のとおりです。

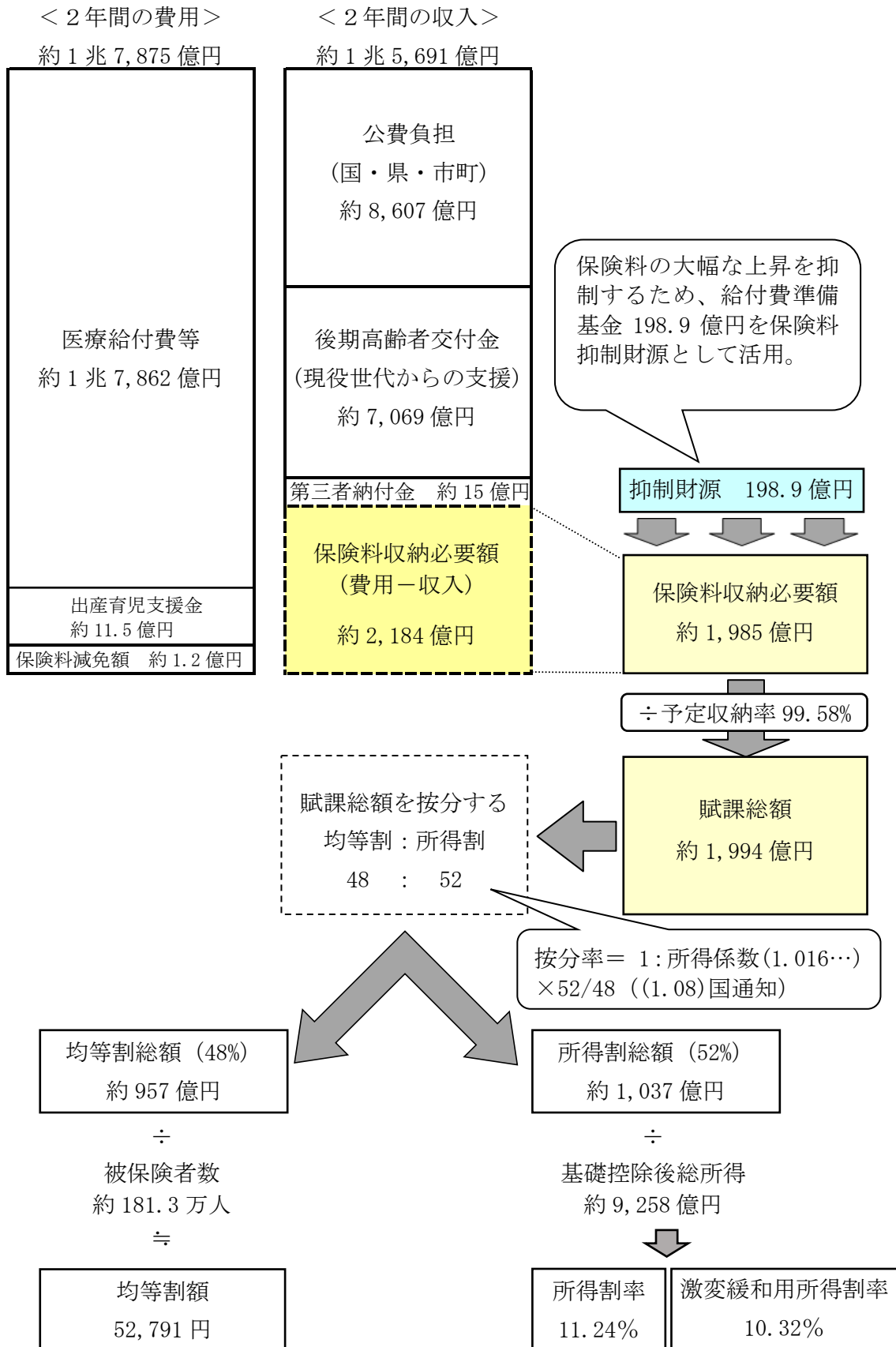
費用の額（2か年度分）		1兆7,875億700万円
内 訳	医療給付費	1兆7,721億3,400万円
	審査支払手数料	33億5,000万円
	財政安定化基金拠出金	0万円
	保健事業費	27億9,500万円
	保健事業と介護予防の一体的実施	27億8,400万円
	葬祭費	51億7,600万円
	減免額	1億1,700万円
	出産育児支援金	11億5,100万円

収入の額（2か年度分）		1兆5,889億6,700万円
内 訳	国庫負担金	4,203億6,100万円
	高額負担金(国)	126億3,300万円
	県負担金	1,401億2,000万円
	高額負担金(県)	126億3,300万円
	市町負担金	1,401億2,000万円
	普通調整交付金	1,320億1,900万円
	特別調整交付金 (保健事業と介護予防の一体的実施)	18億5,600万円
	後期高齢者交付金	7,068億8,300万円
	保健事業補助金	9億3,200万円
	その他収入(第三者納付金)	15億2,000万円
	給付費準備基金	198億9,000万円
	財政安定化基金	0万円

### <主な積算根拠>

- ・医療給付費 . . . 10ページ参照
- ・審査支払手数料 . . . 手数料単価 @57.2円 × 約58,562千件
- ・保健事業費 . . . 国の補助単価を基に算定
- ・葬祭費 . . . 1件単価 @5万円 × 103,520件
- ・減免額 . . . 令和5年度決算見込みから推計
- ・出産育児支援金 . . . 国の定めた算定式により算定
- ・国・県・市町負担金、普通調整交付金、後期高齢者負担金 . . . 医療給付費を基礎として国の定めた算定式により算定

## (6) 保険料率の算出方法について



(2) 兵庫県後期高齢者医療広域連合第3期  
データヘルス計画（案）について

# 兵庫県後期高齢者医療広域連合 第3期

## 第1章 基本的事項

### 【計画策定の趣旨】

健康診査の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して分析し、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な高齢者保健事業等をPDCAサイクルにより推進することで、被保険者の健康の保持・増進と医療費の適正化を図り、高齢者ができる限り長く在宅で自立した生活を送ることができる地域社会を支えることを目的とする。

### 【計画の位置づけ】

計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、兵庫県健康増進計画、兵庫県医療費適正化計画、兵庫県介護保険事業支援計画、国民健康保険の保健事業の実施計画と調和のとれたものとする。

### 【計画期間】

本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とし、必要に応じて、第3期データヘルス計画の見直しを行う。

	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
第2期計画	計画期間：6年（R3中間見直し）												
第3期計画							計画期間：6年（R9中間見直し）						

## 第2章 現状の整理

### 【後期高齢者の人口】

兵庫県の後期高齢者人口は年々増加しており、令和4年度には約85.3万人で平成30年度と比較して約6.9万人増加している。今後も増加傾向が続くと推計されており、令和12年度には102.7万人まで増加する見込みである。

### 【健康診査・歯科健康診査の実施状況】

健診受診率は、経年的に増加はしているものの全国と比べて低く、健診受診者は約2割に留まっている。また、歯科健診の受診者数は増加しているが、被保険者数に占める割合では少ない状況である。

健診の有所見者割合で、「血压」、「血糖」、「やせ」は経年で増加傾向となっている。

### 【医療費の状況】

総医療費は平成30年度と比較して増加傾向（617億円増加）となっており、令和4年度は前年度と比較すると伸び率が高くなっている。今後も被保険者数の増加に伴い総医療費の増加が見込まれる。

医療費が高い疾病は、「腎不全」、「骨折」、「糖尿病」となっている。骨折と糖尿病にかかる医療費は増加傾向であり、全国と比べても高い。

### 【介護の状況】

要介護認定率は全国よりも高く、経年的に増加傾向にあったが令和4年度は減少している。介護度別の認定率では、要支援1、2が全国よりも高い傾向である。

### 【第2期データヘルス計画の振り返り】

達成	歯科健康診査事業、訪問歯科健診（相談・指導）事業、生活習慣病重症化予防事業、低栄養防止事業
未達成	健康診査事業、重複・頻回受診者訪問事業、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業

# 保健事業実施計画（データヘルス計画）概要版

## 第3章 健康課題の整理

### 【課題】

- ・健診及び歯科健診の受診率が低く、医療や介護サービス等にもかかっていない健康状態不明者が存在する。
- ・生活習慣病に関連した疾患の罹患率が高く、健診結果において「血糖」、「血压」の有所見者割合が高い。
- ・骨折にかかる医療費が年々増加しており、介護のリスク要因にも繋がっていることが考えられ、低栄養等のフレイルリスク保有者も一定数いる。

### 【データヘルス計画における取組の方向性】

- ・健康診査及び歯科健康診査の受診率の向上
- ・健康状態不明者へのアウトリーチの強化
- ・糖尿病性腎症および生活習慣病重症化予防の取組の推進
- ・フレイル予防や骨折予防に関する取組の推進、知識の啓発

## 第4章 第3期データヘルス計画の実施

健康課題を解決するために以下のとおり目標を設定し、個別保健事業を実施する。

事業名	評価指標	計画策定時実績	目標値 (R11)
健康診査事業	受診率	18.7%	27.8%
	兵庫広域が関与して受診率向上のために個別の受診勧奨・再勧奨を実施している市町数	0市町	41市町
歯科健康診査事業	健診受診者数	7,874人	14,000人
	口腔機能に着目した検査項目を設定している市町数	31市町	41市町
高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業	低栄養防止事業を実施する市町数	12市町	20市町
	口腔機能低下防止事業を実施する市町数	9市町	17市町
	糖尿病性腎症重症化予防事業を実施する市町数	22市町	41市町
	重症化予防（生活習慣病等）を実施する市町数	17市町	26市町
	重症化予防（骨折・転倒予防等その他身体的フレイルを含む）を実施する市町数	4市町	10市町
	健康状態不明者把握事業を実施する市町数	20市町	41市町
	服薬（重複・多剤）、多受診対策を実施する市町数	0市町	5市町
	ポピュレーションアプローチにおける事業参加者数	31,458人	34,500人
	ハイリスク者割合の減少	-	計画策定時からの減少

## 第5章 計画の運用

- ・計画の評価については、PDCAサイクルに基づき実施する。計画に基づき実施した保健事業について評価・分析のうえ、保健事業の見直しや改善を行うとともに、計画にも反映する。なお、各種個別事業の実施状況等については、毎年度の達成状況を把握する。
- ・本計画は、兵庫県後期高齢者医療広域連合のホームページに掲載して公表・周知する。

## 第3期データヘルス計画（案）に対する意見と考え方（案）

意見募集期間：令和5年12月13日（水）～令和6年1月12日（金）

提出意見総数：8件

※提出意見数は、意見提出者数としています。

No.	ページ	意見の概要	対応方針・考え方
1	-	今後も被保険者数は増加傾向にあり、生活習慣病（糖尿病）患者が増加することが考えられる。定期的に医療機関を受診しているものの、血液検査等を実施せずに薬のみの処方を受けている者が存在している。服薬だけでなく、意識改革につなげるために尿検査、血液検査は必ず行っほしい。	生活習慣病を未然に防ぐために、尿検査・血液検査が含まれている健康診査を受診していただき、ご自身の健康状態を把握してもらうことが重要であると考えていますので、各市町と連携し、受診率の向上に努めます。
2	6	【国保連及び保健事業支援・評価委員会との連携内容について】 構成市町の職員向け研修の実施とはどのような方法で一定程度の研修効果を上げることができるのか。	「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に係る保健事業について、当広域連合と国保連合会で共同で研修会を実施しております。 各市町において、事業の目的や評価指標について整理・明確化するとともに、保健事業の実施・評価・分析を行い、その結果に基づき各市町の課題解決に向けPDCAサイクルを展開することで、より効果的に保健事業を実施できるようになることを目標としています。 具体的には、保健事業に対して見識の深い学識経験者による講演、市町の職員による実践発表、他市町との情報交換等を行っております。引き続き効果的な研修会の運営に努めます。
3	8～10	被保険者の加入状況の推移では、2025年問題の影響により、当面は75歳～80歳の被保険者が急増しますが、その後団塊世代が80歳代となり被保険者の年齢階層の状況が大きく変化します。計画策定時の被保険者の状況と併せて、団塊世代の被保険者が80歳以上になった時の将来の医療費や介護給付の予測分析も必要ではないでしょうか。年齢構成の変化によって、疾病や介護認定区分に大きな変化が見られるものと推察します。	ご指摘のとおり、年齢が高くなれば医療費が高くなる傾向にあるので、その割合が変化すれば総医療費への影響も大きいことについては認識しております。 しかしながら将来の医療費については、診療報酬の改定等が大きく影響し、厚生労働省のデータヘルス計画策定の手引きにも確立した予測手法が示されていない状況では、予測値を示すことは大変困難であると考えていますが、医療費適正化の観点からは、疾病予防の必要性や適正受診の啓発については大変重要であり、引き続き市町と連携して取り組んでまいります。 また、現在も単年度ごとの医療費分析は行っておりますので、年齢構成の変化に伴う医療費の変化についても注視してまいります。
4	11	二次医療圏域による地域分析が掲載されておりません。貴広域連合の課題の一つとして、神戸市及び瀬戸内海沿いの市町と但馬、丹波の市町との間には、地域住民の医療機関へのアクセス等の医療格差があります。地域分析は行われているかと思いますが、本計画書に掲載をされた方が良いと考えます。	二次医療圏域毎の分析も行っており、資料編として作成し市町と共有しております。今回のパブリックコメントでは計画（素案）のみの掲載でしたが、資料編についても公表いたします。
5	12	死因の分析について、がんをはじめとする生活習慣病と自殺についてKDBシステムを活用して国との比較を行っています。他の広域連合の第3期データヘルス計画（案）を見ると、老衰や肺炎・誤嚥性肺炎などの死因も含めて広く死因の分析を記載しています。構成市町にとっては、県と国の死因比較よりも県内や近隣市町との比較分析の結果が欲しいのではないかと考えます。市町ごとの状況を掲載されてはいかがでしょうか。	KDBデータから分析した市町ごとの結果については資料編に記載し、市町と共有しております。その他の死因等については兵庫県が公表している「兵庫県における死亡統計資料」に死因別のSMRが掲載されておりまして、抜粋して資料編に記載し公表いたします。

6	13、42	健康診査の状況において、各市町を受診率に大きな差がある。市町によって健康診査の周知方法、実施体制等が異なることが問題である。市町ごとのバラつきを解消できれば医療の不均衡が抑制され、同レベルの医療を受けられることにつながる。	ご指摘のとおり、県内市町において受診率に大きな差があることについて、広域連合としても課題と捉えています。健康診査の受診率の向上に向けて、令和6年度以降に研修会を実施することを予定しております。研修会を通じて、受診率が低い市町に対しては、効果的な受診勧奨の方法や県内外の市町における好事例等を情報提供してまいります。
7	13～14	厚生労働省の「高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」には、全国の広域連合の標準化に向けて共通評価指標が掲げられています。その中に健康診査受診率がありますが、貴広域連合は全国を受診率と比較して大きく下回っています。要因の一つとして、構成市町の後期高齢者健診の対象者が統一されていないことによるものと思われまます。生活習慣病などの治療中の者を対象外としている市町がありますが、この条件は健診の本来の目的からすると課題があると考えます。健康診査の対象外とする条件は市町で統一することはできないのでしょうか。	令和5年度までの後期高齢者健診では、生活習慣病治療中の者（定期的に受診している者）等を各広域連合の判断によって対象者から除外することが可能でした。「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」における議論において、データヘルス計画の標準化の推進を目的とし、後期高齢者健診の対象外者を特定健診と同様の内容に見直すことが検討され、令和6年度から対応することとなっております。令和6年度以降は、健診受診率を算出する際の対象外とする者について全国で統一されます。
8	13～14	後期高齢者の健康診査受診率は、住んでいる市町の国民健康保険の特定健診受診率とも関係があるのではないかと考えています。国保被保険者であるときからの継続的な、一貫した健康意識の向上を図る必要があると考えます。一体的実施では、介護保険担当部局と保健衛生担当部局の連携だけではなく、国保と広域連合の連携強化も求められています。健診の大切さを共同で啓発する仕組みや広報のあり方を市町と検討すべきではないでしょうか。	当広域連合の健康診査事業については、県域が広大であり、健康課題や実施医療機関等の状況が異なるため、地域特性に合わせて市町において実施しているところです。ご指摘のとおり、国民健康保険被保険者の時から継続的な健康意識の向上を図ることは重要であるとと考えていますので、保険者協議会の場等を活用して、兵庫県・市町と連携し、健診の大切さを共同で啓発する仕組みや広報のあり方を検討してまいります。
9	13～14	歯科健康診査については、広域連合の独自事業として、直接歯科医師会に一括して委託している広域連合が複数あります。また、対象者も構成市町で統一しており、受診券の送付や受診勧奨なども広域連合が直接行っています。貴広域連合の歯科健康診査は各市町の事業として実施しているようなので、対象者も統一されていないように見受けられます。また、広域連合のホームページにも歯科健康診査に関する啓発や受診方法等は記載されていないように見受けられます。県歯科医師会に一括して委託することにより、事業の統一性、標準化が図られ、統一したデータの確保が可能になると考えます。	当広域連合の健康診査事業については、県域が広大であり、健康課題や実施医療機関等の状況が異なるため、地域特性に合わせて市町において実施する健康診査事業に対し、補助金を交付するという方法で実施しています。歯科健診は後期高齢者の口腔機能低下や肺炎等の疾病予防を目的とする事業であることから市町における好事例の紹介を行う等、受診者数の増加に努めてまいります。また、歯科健診については、平成30年度から県内全市町で実施されることになりましたので、健康診査と同様、ホームページを活用した啓発等について実施する方向で検討してまいります。ご意見を踏まえ、P38の課題解決にかかる取組の方向性に「広報啓発の実施」を追記します。
10	14 33～35 38	「取組の方向性」にも記載されているが、市町間での取り組みに対して好事例の紹介や低受診市町の問題点の抽出はすでにされておられると思いますが、ぜひ、受診率の向上を実現していただきたい。例えば、全県下で75歳時に個別健診（受診者負担なし）への案内を個別送付できる環境となれば、受診率向上の第一歩となるのではないかと思います。年齢を限定するには問題があるかもしれませんが、全県としてデータの共有が可能となることと、医科のデータとの分析も行きやすいかと思っております。	ご提案いただいた案内の個別送付については、受診率向上の好事例として紹介させていただいております。全県下での実施については関係機関や構成市町との調整も必要であり、中長期的な課題とさせていただきます。

11	19~22	医療費の疾病分類別の表（中分類）のところで、疾病名のみランキングになっているが、KDB_S23_004疾病別医療費分析（中分類）では「その他の心疾患」「その他の悪性新生物」といった項目が定義されているはずで、医療費の中ではそれらの分類の占める割合は高いのではな いかと推測するが、除外して評価されているのはなぜか。	「その他」に分類されている疾患については、複数の疾患の合算となっているため、順位の集計からは省かれています。
12	21	医療費の上位疾病では、骨折・脳梗塞（入院）、腎不全・糖尿病（入院外）となっている。この状況を県民に理解してもらい、疾病予防の重要性を県民に伝える必要がある。高齢者向けの分かりやすいパンフレットなどを作成し、健診を受診する必要性の周知を図ってほしい。	健診受診の啓発については各市町において、重症化予防やフレイル対策に関するパンフレットを作成し、通いの場等で広く周知しているところ。広域連合としてもホームページの活用やパンフレットの作成を検討するなど、今後も引き続き各市町と連携して周知してまいります。 ご意見を踏まえ、P38の課題解決にかかる取組の方向性に「広報啓発の実施」を追記します。
13	32	「通いの場」とは「高齢者をはじめ地域住民が他者とのつながりの中で主体的に取り組む介護予防やフレイル予防に資する月1回以上の多様な活動の場・機会」の事である。 厚生労働省は「2025年（令和7）年度までに「通いの場」の参加率を8%まで高める」ことを目標として掲げています。兵庫県内では、「通いの場」は、県内全市町で設定されており、令和3年度における参加者数は142,944人となっています。また「通いの場」の箇所数は、8,283箇所となっており、全国で最も多くなっています。しかし、市町によって「通いの場」の認知度の差が大きく、支援者である行政によってポイント制度を設けたり、支援金を提出する等、対策を強化している自治体があります。財政力によって自治体間で大きな差が生じないように、一定の規則が必要で	介護予防やフレイル予防の観点から通いの場への積極的な参加は重要であると認識しています。広域連合としても市町への委託により、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に係る保健事業の中で、ポピュレーションアプローチの一環として通いの場等での健康相談・フレイル予防等に取り組んでいます。市町が設定する日常生活圏域に対し、一定の基準で予算を確保しており、市町の医療専門職が通いの場で保健事業を実施する際には市町の規模ではなく、日常生活圏域ごとに必要な事業を行えるよう補助金を交付しています。
14	32	国の令和3年度「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況」のデータを確認すると、通いの場の箇所数と参加者の人数は掲載されていますが、参加率のデータは記載されていないように思います。計画（素案）に掲載されている参加率は貴広域連合独自に算出されたのでしょうか。参加率の算出方法について具体的に記載されてはいいかがでしょうか。また、現状では国による通いの場の定義が明確になされておりません。今後、一体的実施の事業が進んでいくことを考慮すると、通いの場に関する県独自の定義や基準等の標準化を行っていただくが求められると考えます。	計画（案）に記載している参加率については広域連合独自に算出したものとなっています。ご指摘のとおり参加率の算出方法について、計画（案）に記載するようにいたします。 算出方法：参加者数÷被保険者数×100（%） ご指摘のとおり通いの場につきましては法令上の定義はありませんが、令和3年8月に厚生労働省が、通いの場の類型化についての資料を示しており、現段階では多様な場の取り組みが展開されるような状況であると認識しております。また、基準の標準化等については、国や県での検討状況を注視してまいりたいと考えています。
15	33、37 47、49	高齢者は多数の疾患を有している方が多いため、内科疾患（生活習慣病等）や整形外科疾患（骨粗鬆症、関節痛、圧迫骨折等）を専門的に診る医療機関を受診するケースも多い。結果として2つ以上の医療機関を受診している方も多い。また、多数の病態に応じて、結果として多剤となるケースも少なくない。 そのような多剤投薬となっている方（患者）に対し、保健師または看護師が個別訪問を実施する際、やみくもに2つ以上の医療機関に通院している、あるいは疾患の特性で多剤になっているだけに強制的に1医療機関への受診だけにすべきと勧めたり、多剤は悪いとして減らすことを強要したりすることがないよう広域連合及び市町の担当者には徹底してもらいたい。	服薬に関する指導については、あらかじめ事業対象者の抽出条件や指導内容等について、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局との十分な情報共有、調整を実施します。また、処方の状況は、被保険者の状態や地域の事情によっても異なるため、医療機関への受診や医薬品投与について、一律にその適否を判断できるものではないと認識しております。 ご指摘のとおり、2つ以上の医療機関を受診している方を一律に1医療機関のみの受診に強制するような指導はせず、被保険者の状況に応じて適切に対応するように徹底いたします。 ご意見を踏まえ、P47にかかりつけ医やかかりつけ薬剤師等と連携して事業を実施することを追記します。



16	④健康状態不明者の数 「健康医療情報等の整理」 枠内2から3行目「KDBデータに医療等の履歴がない」ことについて 今後、KDBデータに履歴データ登録をしてもらうよう強く求めていただくような記載をお願いしたい。元健保組合被保険者・被扶養者等の場合も、履歴データが無い場合は同様の要請をお願いいたします。各保険者はデータヘルス計画に基づき事業を行っていると思っております。その効果は、高齢者になった時に出てくると期待されるため、効果検証として必須と考えています。	広域連合としても国民健康保険の被保険者以外が後期高齢者医療制度の被保険者となった際に、医療・健診等の情報が把握できないため、健康状態不明者として保健事業の実施対象とすべきか判断が難しい場合があります。KDBシステムにおける履歴データの登録については、兵庫県国民健康保険団体連合会を通じて、開発元である国民健康保険中央会へ要請してまいります。	
17	35 38、47	高齢者には自己管理能力が優れている者、症状が現れない限り病院に行かない者、症状が現れても病院に行けない者があり、その見極めが出来るのは地域の民生委員の方々であるが、なり手が少なく精一杯の状況が続いており充実化が急がれる。市町の職員にも同様の充実化が求められるが難しいと思わざるを得ない。 健康状態不明者に対して、医療専門職が訪問し健康状態を把握したうえで、必要な支援、サービスへの接続を行うとあるが、この対策が非常に難しいのではないかと。民生委員と常に連携して行うことが必須条件で市町において連携が取れているケースは少ないと思うので、横の連携を密にしておきたい。	「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に係る保健事業において、健康状態不明者対策に取り組んでいきます。各市町の医療専門職が健診受診状況・医療機関の受診状況をもとに健康状態不明者リストを作成し、それに該当する人に対して、医療専門職等が地域包括支援センターや民生委員等とも連携し、個別訪問を行い、健康課題の有無を判断した上で必要なサービスに接続しております。ご指摘のとおり民生委員との連携は重要と考えていますので、引き続き民生委員と連携しつつ、地域の実状に合った事業を実施するように努めます。
18	49	糖尿病性腎症重症化予防事業を実施する市町数は、対象区分毎に取組み体制が異なり、取組み数の市町間差が大きいため、枠内で3区分（1未治療者・2中断者・3治療中者）表記できないか検討したい。	糖尿病性腎症重症化予防事業を実施する市町数について、まずは全市町に取り組んでいただくことを目標としておりますので、現行のまま目標設定を行いたいと考えています。41市町が取り組みを始めてからは、ご意見にあるように対象者の区分ごとで表記することを検討いたします。
19	49	重症化予防（骨折・転倒予防等）の目標値について、令和6年度市町数は現在すでに目標値を超えているのではないかと。骨折・転倒予防は課題と対策でも強調されており、もう少し高い設定でよいのではないかと。	現在、一体的実施の重症化予防（骨折・転倒予防等）については他の広域連合や県内実施市町の状況を確認し、試行錯誤しながら実施市町数の増加を目指しているところであり、今後、一体的実施の事業（ハイリスクアプローチ）で実施する市町数の状況を確認しつつ、必要に応じて中間見直しの中で目標値の見直しも含め検討していきたいと考えています。
20	49	目標設定の考え方を示した方がよいのではないかと。特に、評価指標の目標値を実施市町数としている場合に、目標値が41市町でない場合については、その理由等、何らかの説明があった方がよいのではないかと。	目標設定の考え方としては、広域連合として特に力を入れて実施していきたいと考えている事業については41市町を目標値としております。ご意見を踏まえ、P49に目標値の設定理由について記載します。
21	49	「服薬（重複・多剤）、多受診対策を実施する市町数」「兵庫広域が直営で実施する服薬（重複・多剤）、多受診対策をする市町数」の両項目については、広域連合の直営事業から市町実施に移行していくものとして関連があると思われるが、その旨の説明があった方がわかりやすいのではないかと。	ご意見を踏まえ、P49に記載します。

ご意見については、適宜要約等の上、取りまとめしており、パブリックコメントの対象となる案件についてのご意見に対する考え方を公表させていただいておりますので、ご了承ください。