

鹿児島県後期高齢者医療広域連合  
保 健 事 業 実 施 計 画  
(データヘルス計画)

【平成30年度～平成35年度】

平成30年 3 月

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

## 目 次

### 第1章 基本的事項

1 計画の趣旨	1
2 計画の期間	2
3 実施体制・関係者連携	2
(1)計画の位置づけ	2
(2)市町村等との連携	2
(3)外部有識者等との連携	3

### 第2章 現状の整理

1 保険者等の特性	6
(1)後期高齢者の動向	6
(2)被保険者の動向	10
2 前期計画等に係る考察	13
(1)前期計画全般の考察	13
(2)実施した保健事業の考察	13

### 第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

1 健康・医療情報の分析	14
(1)被保険者の健康状況に係る全体像の把握	14
(2)KDB及び各種データベースの活用	32
(3)他との比較分析	32
(4)質的情報の分析・地域資源の把握	33

2 健康課題の抽出・明確化	33
(1)保健事業の対象となる健康課題の抽出・明確化	33
(2)他保険者との連携による健康課題の抽出・明確化	34

## 第4章 目標

1 目的の設定	38
2 目標の設定	38
(1)中長期的な目標	39
(2)短期的な目標	39

## 第5章 保健事業の内容

1 保健事業の選択・優先順位	41
2 高齢者の特性を踏まえた事業展開	41
3 各保健事業の実施内容	42
(1)長寿健診	42
(2)口腔検診事業「お口元気歯ッピー検診」	44
(3)重複・頻回受診者訪問指導事業	48
(4)要医療者等訪問指導事業	50
(5)未受診高齢者健康づくり訪問指導事業	52
(6)高齢者元気づくり事業「いきいき教室」	53
(7)その他の長寿・健康増進事業	54
(8)その他の保健事業	55

## 第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期	56
2 評価方法・体制	56

3 各保健事業の評価	56
(1)長寿健診	57
(2)口腔検診事業「お口元気歯ッピー検診」	69
(3)重複・頻回受診者訪問指導事業	71
(4)要医療者等訪問指導事業	73
(5)未受診高齢者健康づくり訪問指導事業	74
(6)高齢者元気づくり事業「いきいき教室」	74
(7)その他の長寿・健康増進事業	75
(8)その他の保健事業	75
4 各保健事業の評価項目・目標値	76
(1)長寿健診と結果を活用した取組	76
(2)口腔検診事業「お口元気歯ッピー検診」	76
(3)重複・頻回受診者訪問指導事業	77
(4)要医療者等訪問指導事業	77
(5)未受診高齢者健康づくり訪問指導事業	78
(6)高齢者元気づくり事業「いきいき教室」	79
(7)その他	79

## 第7章 計画の公表・周知、個人情報の取扱い

1 計画の公表	80
2 個人情報の取扱い	80

## 第8章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

1 地域包括ケアに係る取組	81
2 その他の留意事項	82

## 第1章 基本的事項

### 1 計画の趣旨

急速な高齢化が進行している我が国において、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、高齢者の特性を踏まえた健康の保持増進に向けた取組を推進し、生涯に渡る生活の質（以下「QOL」という。）の維持・向上とともに、医療費全体の適正化を図ることは重要な課題となっています。

国を挙げた様々な取組が進められる中、近年、健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム等の整備により、健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進められ、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）において、保険者は、レセプト等のデータ分析に基づく健康の保持増進のためのデータヘルス計画の作成、事業実施、評価等の取組を推進すべきとの方針が示され、広域連合においても、「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」（平成26年3月31日厚生労働省告示）により、「保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと」との方針が示されました。

このような背景から、当広域連合では、平成22年10月に策定した「鹿児島県後期高齢者医療広域連合保健事業計画」を、平成27年3月に「鹿児島県後期高齢者医療広域連合保健事業実施計画（第2期計画改訂版）」へ改定し、健康・医療情報等を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施に努めてきたところです。

今般、計画の期間終了に伴い、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（暫定版）」（平成29年4月公表）等の関連指針を踏まえ、本県の特性、これまでの事業の評価等の分析を行い、新たに「鹿児島県後期高齢者医療広域連合保健事業実施計画（データヘルス計画）【平成30年度～35年度】」を策定しました。

今後、更なる被保険者の健康の保持増進に努めるため、ターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的な保健事業の推進等、保健事業の充実に努めてまいります。

## 2 計画の期間

この計画の期間は、都道府県における医療費適正化計画や医療計画等との整合性を図るため、平成 30 年度から平成 35 年度までの 6 年間とします。

なお、社会情勢の変化や保健医療の動向、毎年度実施する各保健事業の効果判定及び事業評価により必要があると認めるときは、計画の見直しを随時行うこととします。

## 3 実施体制・関係者連携

### (1) 計画の位置づけ

被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、健診の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿って運用するための計画となります。また、健康増進法に基づき、「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））」に示されている、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等の基本方針を踏まえるとともに、県の「鹿児島県保健医療計画」や「健康かごしま 21」、「鹿児島県医療費適正化計画」や「鹿児島すこやか長寿プラン」及び各市町村の「健康増進計画」、その他関係する計画等との整合性にも配慮するものとします。

### (2) 市町村等との連携

広域連合における保健事業については、住民に身近な構成市町村が、保健事業の主導的な役割を担い、実施の中心となることから、構成市町村の意見を十分に取り入れた計画を策定します。

また、計画期間を通じて P D C A サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、毎年、構成市町村の代表を部会員とする「保健事業部会」において、事業の実施状況を確認し、計画の評価・見直しを行います。

後期高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、市町村をはじめ、県等の関係者と連携を図りながら保健事業を展開していきます。

### 【※ P D C A サイクル】



P：保健事業を計画する（P l a n）

D：計画に沿って事業を実施する（D o）

C：事業実施にて得られたデータにより、効果を測定・評価する（C h e c k）

A：次のサイクルに向けて計画の修正・改善を図る（A c t i o n）

### (3) 外部有識者等との連携

計画の実効性を高めるため、計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等をはじめ、他の医療保険者、国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）、国保連合会に設置される支援・評価委員会や都道府県等と、データの見える化等により、被保険者の健康課題を共有し連携を図ります。

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。

国の指針等に示されている、各関係者が果たすべき役割の内容に基づき、以下のとおり、更なる緊密な連携を図ります。

#### ア 後期高齢者医療広域連合の役割

保険者として保有する健診、医療レセプト等の健康・医療情報を包括的、統合的に管理・活用し、構成市町村との連携のもと、対象者の選定と介入支援を行うとともに、事業評価を適切に実施することにより、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施に努めます。

事業の実施にあたっては、住民に身近な構成市町村が、実施の中心となることから、双方参画のもとで事業を企画・実施・評価するための企画運営組織を設け、保健事業に反映するとともに、好事例の横展開に努めます。

また、医師会等関係団体との連携を図り、保健事業が円滑に実施できるよう環境を整えとともに、国保連合会との連携によるヘルスサポート事業やKDBシステム等の活用により、保健指導を実施する市町村に必要な情報を提供するなど、取組が円滑に進むように配慮します。

#### イ 市町村の役割

住民に最も身近な基礎自治体であり、健康の保持増進の総合的な取組を行う主体として、広域連合との連携のもと、広域連合から提供される健康・医療情報等を活用して、地域の疾病構造や健康課題の把握に努めます。

また、事業の実施にあたっては、介護保険、国民健康保険、健康増進事業等の保健事業等との整合を図りつつ、効果的かつ効率的な実施に努めます。

#### コラム：NPO・民間業者の活用

広域連合や市町村において、事業を円滑に実施するために、地域ニーズを熟知し住民に對しきめ細かく柔軟な対応が可能なNPO法人や、保健事業を適切に実施する能力のある民間業者の活用も有益です。ただし、事業内容の設定、進捗管理、効果検証の各場面で主体性を発揮するよう努めることが必要です。

## ウ 県の役割

広域連合や市町村における実施状況をフォローするとともに、介護保険、国民健康保険、健康増進事業等の保健事業との連携促進が図られるよう、市町村等への指導助言、調整を行います。

また、県レベルの医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の関係団体と県内の取組状況を共有し、これら団体と広域連合、市町村の連携が図られるよう調整します。

## エ 国の役割

各広域連合における取組や科学的な知見をもとにした取組、手順等をまとめたガイドラインを示す等、事業の普及を支援します。

取組情報の見える化を行い、好事例の横展開等を加速化するとともに、実施体制や実施費用について、保険者インセンティブ等の支援方法を検討します。

また、地域課題の分析や対象者把握、効果分析等が円滑に行われるよう、情報環境を整備するとともに、各地域関係機関の連携体制構築のため、全国組織等の間で、現状や課題の共有を図る等の調整に努めます。

## オ 保健医療関係者の役割

後期高齢者の多くは医療機関を受診しており、保健医療福祉介護が密に連携して支援する必要があります。関係者が必要な情報や課題を共有し、切れ目のない支援が行えるよう調整し、効率的かつ効果的なサービスの提供に努めます。

### ・専門職団体等

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会等の団体をはじめ、地域に存在するソーシャルキャピタルとして、民生委員・地域包括支援センター・介護保険事業者との連携に努めます。

### ・医療機関等

かかりつけ医や専門医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局(薬剤師)等との連携に努めます。

### ・医療保険者

年齢で途切れることのない継続性のある取組や効果検証を行うことにより、効果的かつ効率的な事業を展開するため、保険者協議会の取組等を通じ、緊密な連携に努めます。

## カ 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるには、被保険者自身が状況を理解して、主体的・積極的に取り組むことが重要です。

被保険者一人ひとりが当事者意識を持ち、積極的に健康づくりに取り組み、医療や保健サービス等を適切に受けるよう努めます。



両者の対象者の把握方法やアプローチ方法の特長を活かし、重複の確認や、相互の調整を行う等、重層的体制、他機関・他職種連携の中で効果的な事業の実施に努めます。

医療関連領域

健康づくり領域

介護関連領域

疾病予防

介護予防

高齢者  
「一人一人の特性に  
合わせた対応」

後期高齢者  
医療広域連合

市町村  
後期高齢者  
医療担当部署

市町村  
一般衛生  
担当部署

市町村  
介護保険  
担当部署

地域包括  
支援センター

かかりつけ医・  
歯科医等  
医療機関・  
薬局等

医師会、  
歯科医師会、  
薬剤師会、  
栄養士会等

服薬指導

生活習慣病の  
重症化予防

健診・歯科健診  
(歯科口腔指導)

栄養指導  
(低栄養・過体重)

老年症候群  
の予防

5

## 第2章 現状の整理

### 1 保険者等の特性

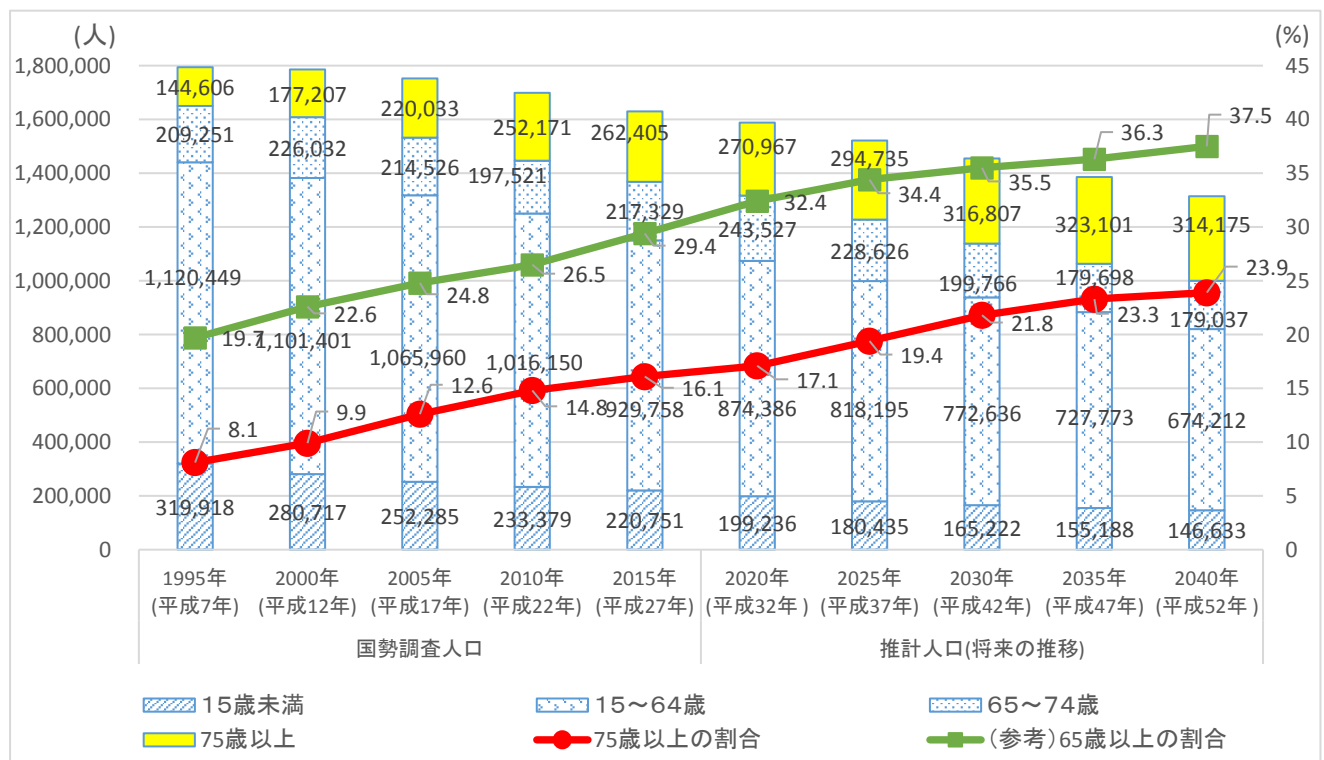
#### (1) 後期高齢者の動向

##### ア 年齢別人口の推移と将来推計

後期高齢者（75歳以上）の人口は年々増加しており、平成32年（2020年）には約27万1千人、10年後の平成42年（2030年）には約31万6千人と増加し、平成47年（2035年）には、約32万3千人と最も高くなることが予測されています。

年齢区分別人口では、15歳未満の年少人口と15～64歳の生産年齢人口が年々減少するのに対し、65歳以上の老年人口は平成47年（2035年）まで増加し、全人口に占める65歳以上及び75歳以上の割合は、増加し続けることが予測されており、更なる少子高齢化が進展するものと考えられています。

図表2-1 年齢区分別人口の推移と将来推計



図表2-2 鹿児島県の75歳以上の男女別人口と推計人口

(単位: 人、%)

区分	国勢調査人口					推計人口(将来の推移)				
	1995年 (平成7年)	2000年 (平成12年)	2005年 (平成17年)	2010年 (平成22年)	2015年 (平成27年)	2020年 (平成32年)	2025年 (平成37年)	2030年 (平成42年)	2035年 (平成47年)	2040年 (平成52年)
合計	144,606	177,207	220,033	252,171	262,405	270,967	294,735	316,807	323,101	314,175
男性	49,623	59,490	76,218	89,727	95,156	99,589	113,996	126,090	128,328	122,711
女性	94,983	117,717	143,815	162,444	167,249	171,378	180,739	190,717	194,773	191,464
75歳以上の割合	8.1	9.9	12.6	14.8	16.1	17.1	19.4	21.8	23.3	23.9

[資料: 平成27年まで〔総務省「国勢調査」〕、平成32年以降〔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25年3月推計〕]

## イ 後期高齢者の年齢階級・死因別死亡率

平成 28 年の 75 歳以上の死因別割合の順位については、図表 2－3 のとおりです。

全国と同様、「悪性新生物」「心疾患」「肺炎」の順に高く、全国は「老衰」「脳血管疾患」と続くのに対し、本県は「脳血管疾患」「老衰」となっています。

割合では、全国に比べ、「肺炎」、「脳血管疾患」の割合が高くなっています。

後期高齢者の男女別の年齢階級別の死因別年齢調整死亡率について、全国と比較したところ、図表 2－4、2－5 のとおり、以下の傾向がみられました。

### (ア) 悪性新生物

男女とも、全年齢階級において、全国に比べ低い傾向となっています。

また、部位別・臓器別にみると、図表 2－6、2－7 のとおり、男性は、本県においては「気管・肺」、「大腸」、「胃」の順、全国では、「気管・肺」、「胃」、「大腸」の順に高くなっており、女性は、本県においては「大腸」、「気管・肺」、「膵臓」の順、全国では、「大腸」、「気管・肺」、「胃」の順に高くなっています。

### (イ) 心疾患

女性の 75～79 歳において、全国に比べ 5.5 高くなっていますが、他の年齢階級においては、全国に比べ低い傾向となっています。

### (ウ) 肺炎

男性の 80 歳以上、女性の全年齢階級において、全国に比べ高くなっています。

### (エ) 脳血管疾患

男女とも、全年齢階級において、全国に比べ高くなっています。

### (オ) 老衰

男女とも、全年齢階級において、全国に比べ低い傾向となっています。

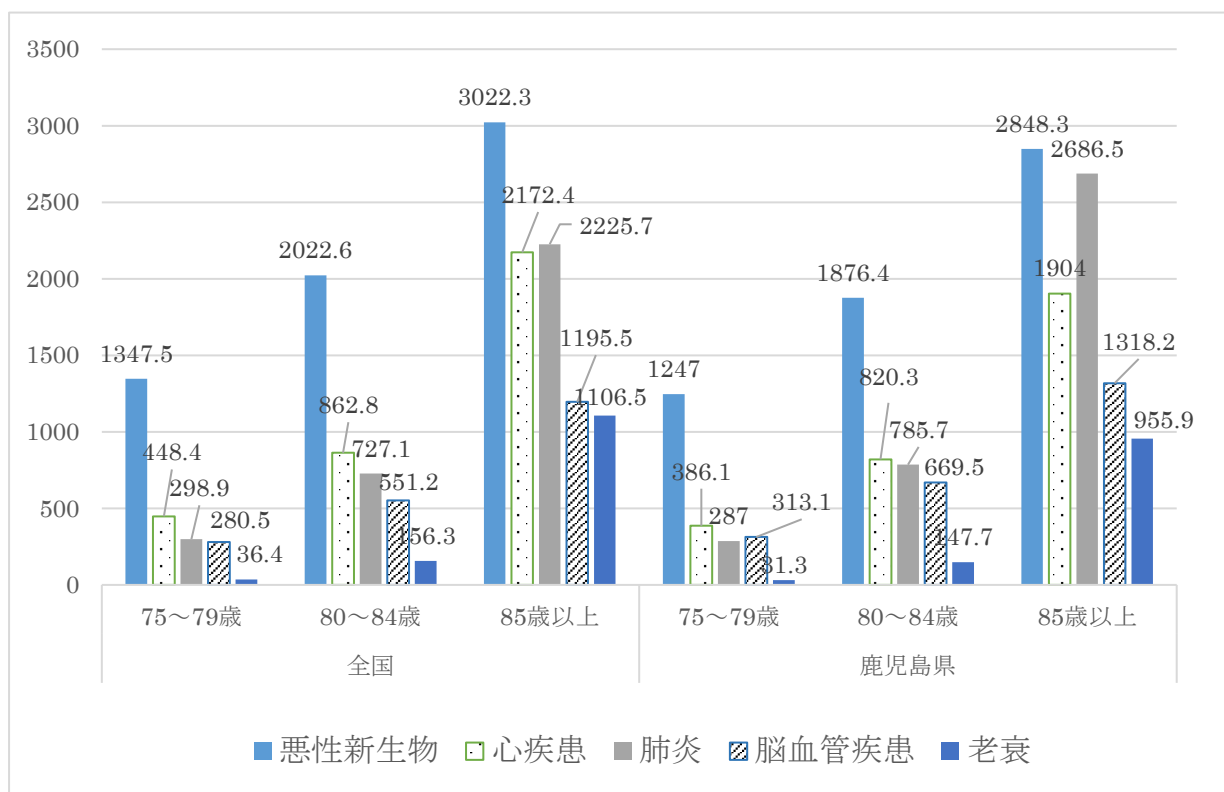
図表 2－3 平成 28 年 75 歳以上の死因別割合(上位 5 疾患)

(単位：％)

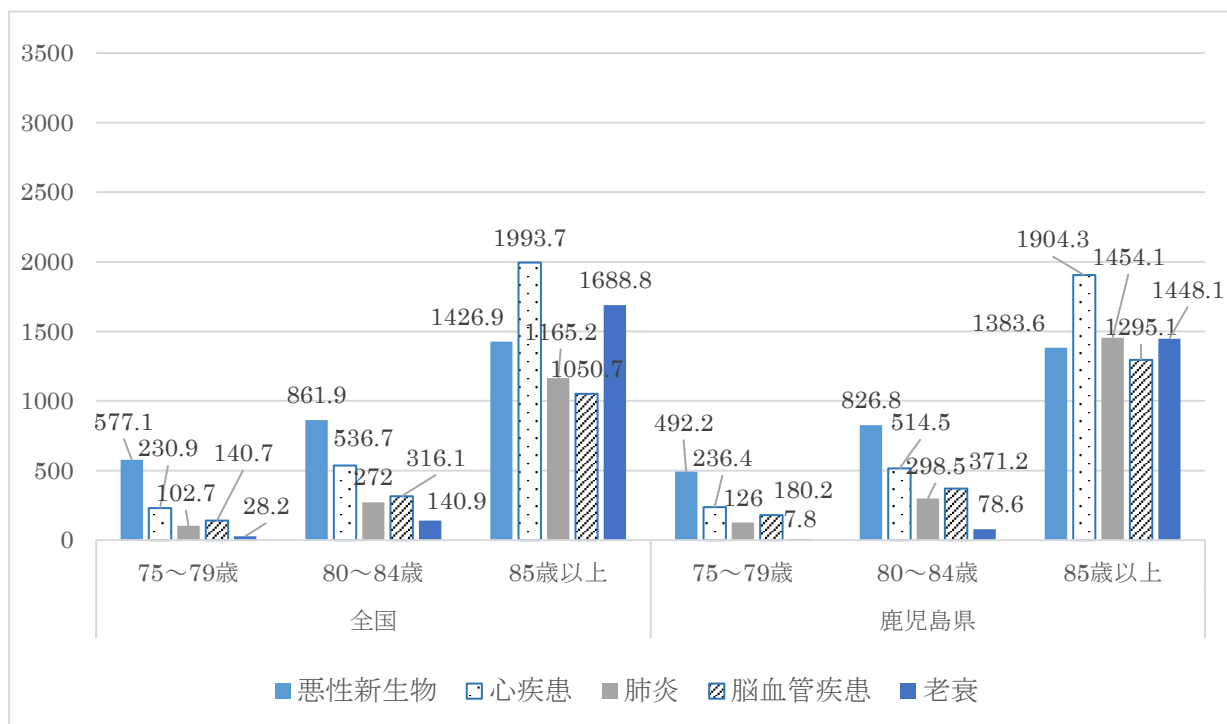
区分	第1位		第2位		第3位		第4位		第5位	
	死因	割合	死因	割合	死因	割合	死因	割合	死因	割合
全国	悪性新生物	23.14	心疾患	16.25	肺炎	10.97	老衰	9.50	脳血管疾患	8.84
鹿児島県	悪性新生物	20.91	心疾患	15.66	肺炎	12.94	脳血管疾患	10.13	老衰	8.66

[資料：厚生労働省「人口動態調査 保管統計表 都道府県編」]

図表 2-4 平成 27 年 75 歳以上の年齢階級別年齢調整死亡率【男性】（人口 10 万対）  
（単位：人）



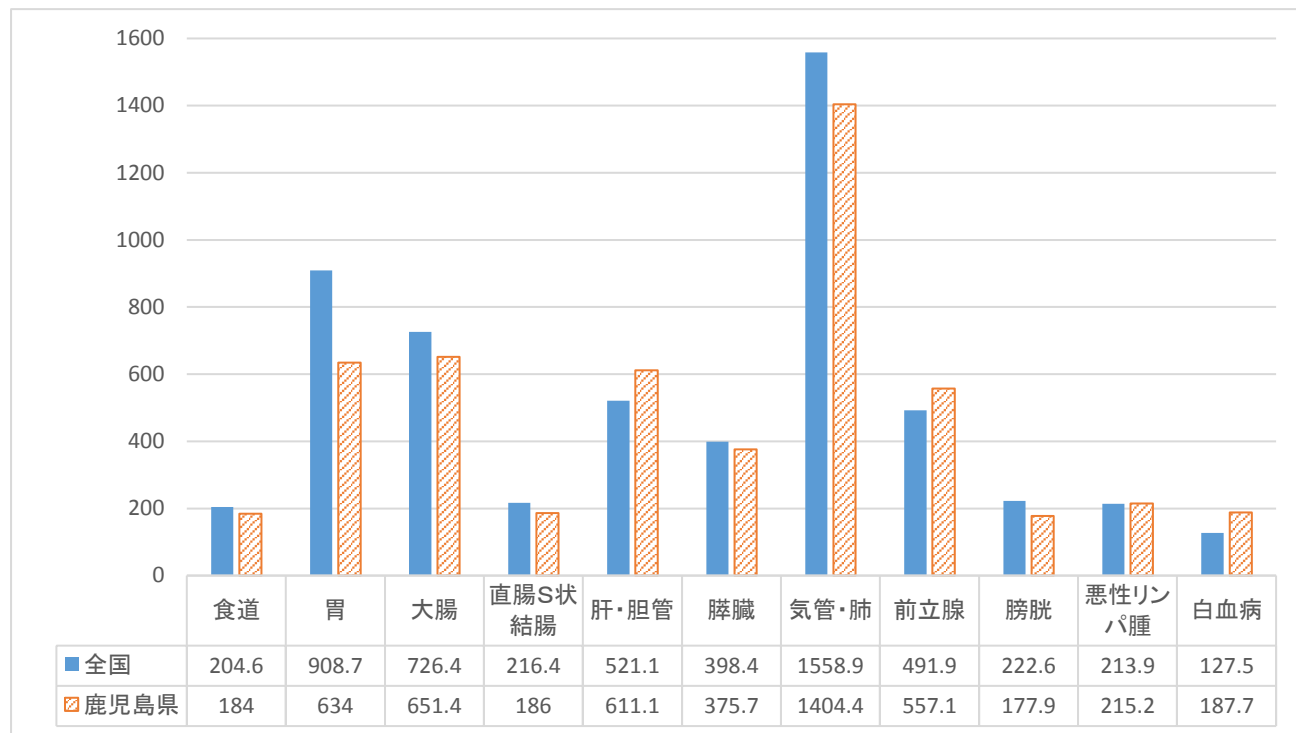
図表 2-5 平成 27 年 75 歳以上の年齢階級別年齢調整死亡率【女性】（人口 10 万対）  
（単位：人）



【資料：厚生労働省人口動態特殊報告 平成 27 年都道府県別年齢調整死亡率(年齢階級・男女・死因別)】

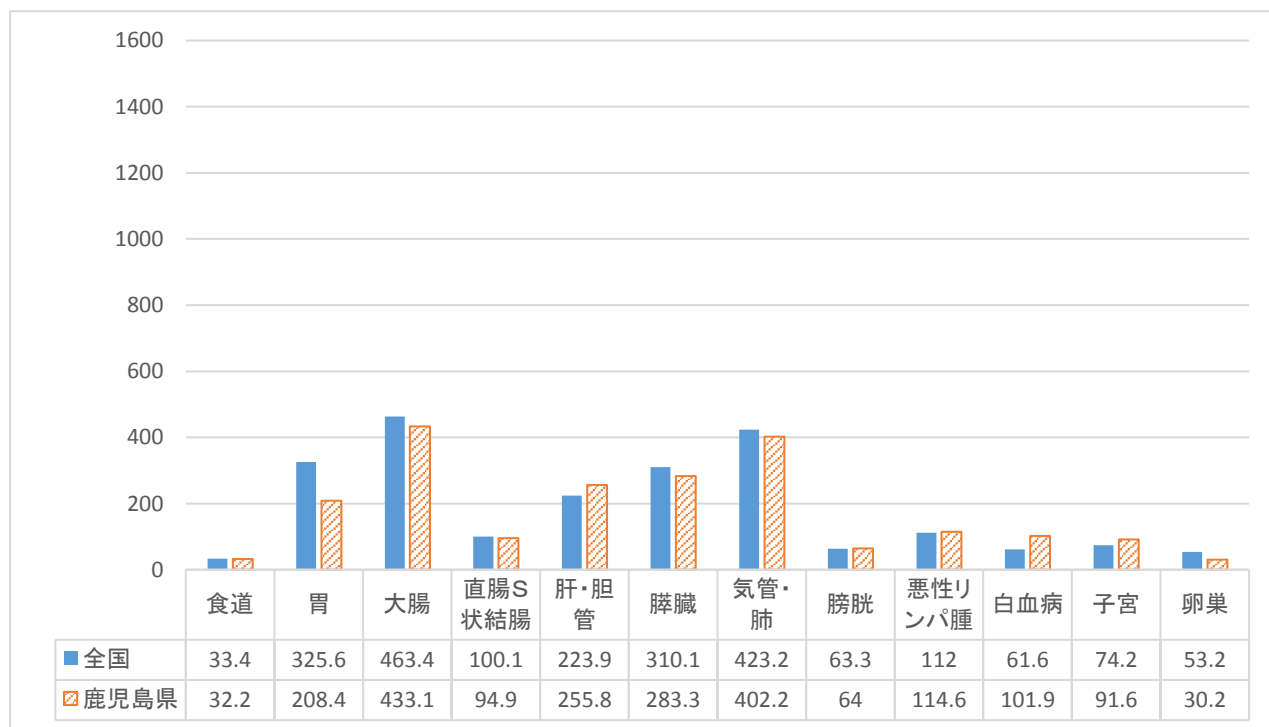
図表 2－6 平成 27 年 75 歳以上の年齢階級別年齢調整死亡率【男性】（人口 10 万対）  
（悪性新生物 部位別・臓器別）

（単位：人）



図表 2－7 平成 27 年 75 歳以上の年齢階級別年齢調整死亡率【女性】（人口 10 万対）  
（悪性新生物 部位別・臓器別）

（単位：人）



【資料：厚生労働省人口動態特殊報告 平成 27 年都道府県別年齢調整死亡率(年齢階級・男女・死因別)】

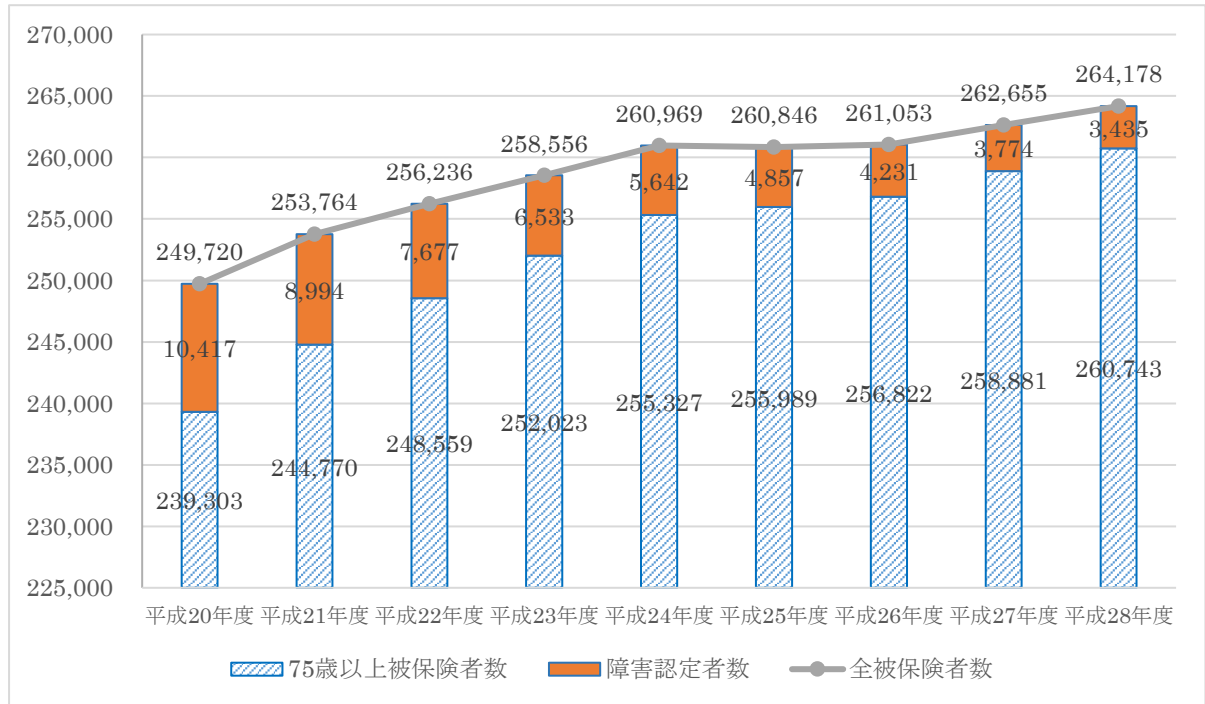
## (2) 被保険者の動向

### ア 被保険者数の推移

後期高齢者医療制度開始時から平成 28 年度末までの被保険者数の推移は、図表 2－8 のとおりです。

図表 2－8 後期高齢者医療被保険者数の推移

（単位：人）



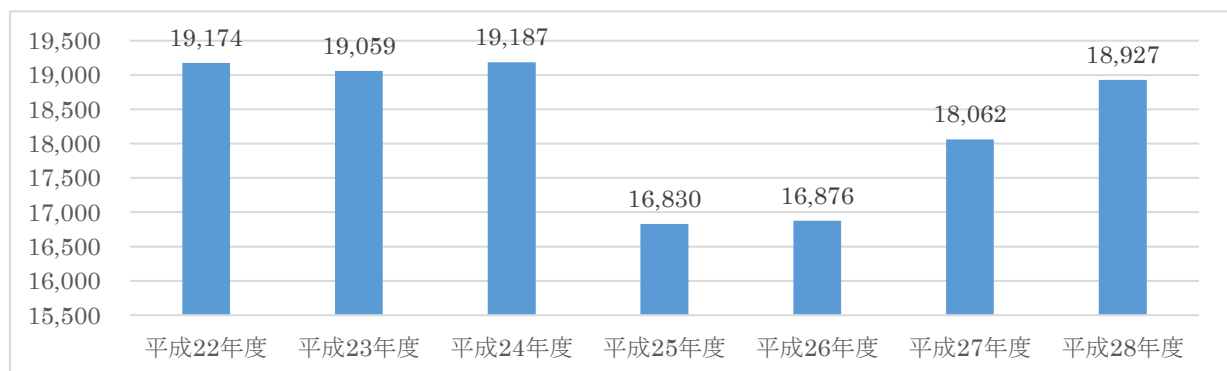
【資料：鹿児島県後期高齢者医療事業報告書】

被保険者数は、制度開始時から平成 24 年度まで年々増加し、平成 25 年度は初めて全被保険者数が前年度より減少しました。その後はまた、年々増加傾向にあります。

なお、平成 25 年度の減少は、日中戦争動員の影響で出生率が減少した年（昭和 13 年度）の生まれに当たることが原因と考えられます。

図表 2－9 75 歳年齢到達により被保険者となった者

（単位：人）



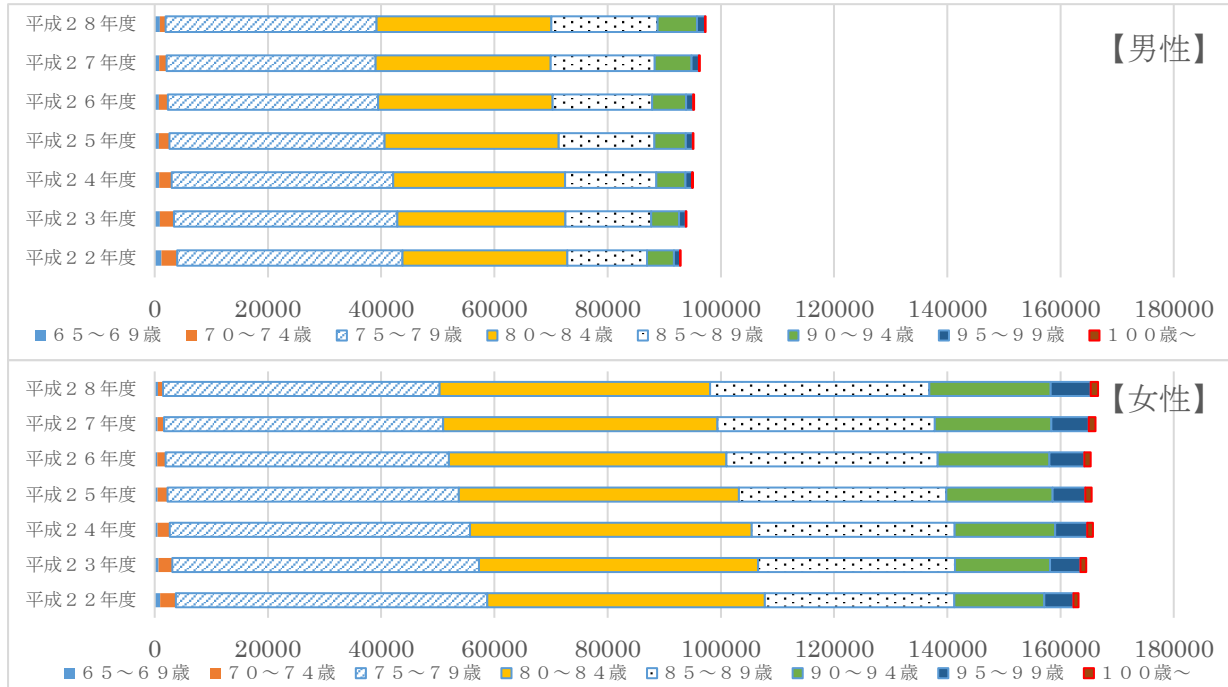
【資料：鹿児島県後期高齢者医療事業報告書】

## イ 男女別・年齢別被保険者数の推移

平成 22～28 年度における男女別・年齢別の被保険者数の推移は、図表 2－10 のとおりです。女性の割合が高く推移しています。

図表 2－10 男女別・年齢別被保険者数の推移

（単位：人）



【資料：鹿児島県後期高齢者医療広域連合抽出データ】

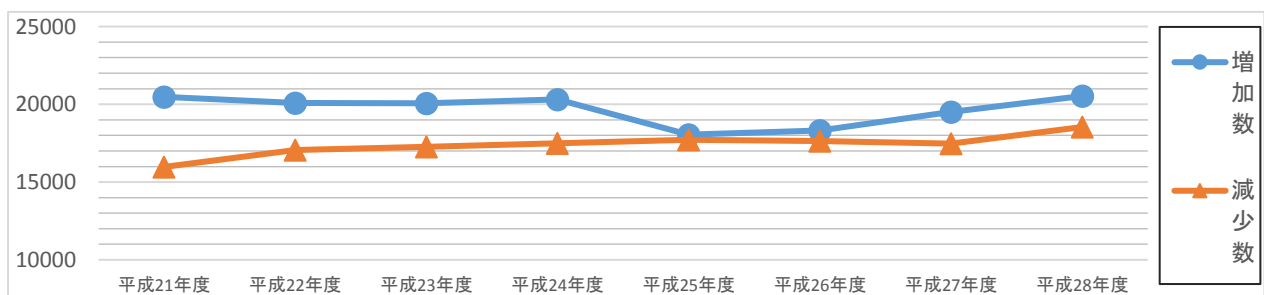
## ウ 被保険者の異動の状況

平成 21～28 年度における被保険者の異動状況は、図表 2－11 のとおりです。増加数は平成 25 年度に一時減少しましたが、減少数を上回り推移しています。

図表 2－11 被保険者数の異動状況 注：「その他」は、障害認定による資格取得者・喪失者が含まれる（単位：人）

被保険者の異動状況（増）		平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
転入		527	556	587	585	586	557	530	569
生保廃止		184	234	221	222	250	266	249	266
年齢到達		19,060	18,694	18,637	18,842	16,610	16,876	18,062	18,927
その他		699	599	617	673	605	621	678	770
計		20,470	20,083	20,062	20,322	18,051	18,320	19,519	20,532
被保険者の異動状況（減）		平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
転出		903	883	873	942	899	847	895	902
生保開始		625	561	539	575	509	560	654	751
死亡		14,297	15,406	15,598	15,682	16,047	15,978	15,679	16,630
その他		149	217	253	284	265	244	235	258
計		15,974	17,067	17,263	17,483	17,720	17,629	17,463	18,541

図表 2－12 被保険者の異動状況（増加数・減少数の推移）【資料：鹿児島県後期高齢者医療事業報告書】（単位：人）



## エ 構成市町村別の被保険者数推移

平成 21 年度～平成 28 年度の市町村毎の被保険者数の推移は、図表 2－13 のとおりです。

図表 2－13 構成市町村別被保険者数の推移

（単位：人）

番号	市町村名	年 度							
		平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
	広 域 連 合	253,764	256,236	258,556	260,969	260,846	261,053	262,655	264,178
1	鹿 児 島 市	63,664	65,101	66,503	67,959	68,654	69,651	71,256	73,103
2	鹿 屋 市	14,324	14,618	14,830	15,264	15,423	15,474	15,640	15,770
3	枕 崎 市	4,128	4,158	4,231	4,286	4,327	4,332	4,367	4,360
4	阿 久 根 市	4,910	4,946	4,987	5,021	4,970	4,977	4,961	4,944
5	出 水 市	8,643	8,704	8,819	8,852	8,861	8,844	8,895	8,917
6	指 宿 市	8,222	8,326	8,317	8,373	8,273	8,256	8,303	8,289
7	西 之 表 市	2,949	3,028	3,067	3,126	3,180	3,154	3,176	3,182
8	垂 水 市	3,772	3,765	3,773	3,722	3,673	3,604	3,624	3,588
9	薩摩川内市	16,150	16,242	16,220	16,227	16,141	16,101	16,045	16,172
10	日 置 市	8,883	8,834	8,810	8,868	8,804	8,788	8,776	8,790
11	曽 於 市	8,366	8,446	8,496	8,584	8,610	8,613	8,617	8,530
12	霧 島 市	15,798	16,050	16,265	16,546	16,619	16,761	16,928	17,006
13	いちき串木野市	4,990	5,034	5,120	5,154	5,187	5,236	5,315	5,338
14	南さつま市	8,591	8,504	8,399	8,244	8,117	7,938	7,829	7,760
15	志 布 志 市	5,900	5,975	6,008	6,087	6,085	6,089	6,072	6,076
16	奄 美 市	6,115	6,114	6,119	6,101	6,076	6,068	6,096	6,119
17	南 九 州 市	8,731	8,670	8,615	8,585	8,507	8,344	8,335	8,257
18	伊 佐 市	6,487	6,419	6,456	6,479	6,375	6,316	6,242	6,206
19	始 良 市	10,562	10,720	10,862	10,954	11,012	11,137	11,255	11,432
20	三 島 村	84	86	81	78	73	72	72	71
21	十 島 村	132	126	130	124	119	120	121	117
22	さ つ ま 町	5,485	5,456	5,438	5,405	5,326	5,303	5,257	5,166
23	長 島 町	2,271	2,272	2,299	2,316	2,291	2,254	2,223	2,158
24	湧 水 町	2,372	2,374	2,388	2,359	2,330	2,300	2,283	2,268
25	大 崎 町	2,737	2,763	2,801	2,846	2,817	2,778	2,789	2,788
26	東 串 良 町	1,486	1,490	1,517	1,537	1,526	1,515	1,508	1,474
27	錦 江 町	2,343	2,331	2,356	2,350	2,322	2,269	2,237	2,167
28	南大隅町	2,578	2,547	2,535	2,520	2,486	2,407	2,374	2,298
29	肝 付 町	3,944	3,997	4,007	3,992	3,953	3,860	3,806	3,717
30	中 種 子 町	1,735	1,796	1,822	1,862	1,855	1,828	1,840	1,856
31	南 種 子 町	1,123	1,157	1,162	1,194	1,179	1,190	1,190	1,199
32	屋 久 島 町	2,122	2,122	2,181	2,175	2,144	2,137	2,133	2,189
33	大 和 村	329	341	341	345	355	345	346	338
34	宇 検 村	466	468	455	449	433	421	412	414
35	瀬 戸 内 町	2,100	2,064	2,011	1,958	1,870	1,811	1,790	1,747
36	龍 郷 町	1,084	1,090	1,086	1,064	1,052	1,029	1,046	1,048
37	喜 界 町	1,733	1,704	1,681	1,644	1,601	1,581	1,535	1,479
38	徳 之 島 町	1,988	1,991	1,949	1,914	1,884	1,846	1,808	1,780
39	天 城 町	1,263	1,243	1,244	1,222	1,215	1,214	1,202	1,195
40	伊 仙 町	1,507	1,487	1,484	1,510	1,514	1,513	1,489	1,482
41	和 泊 町	1,375	1,366	1,358	1,359	1,326	1,299	1,260	1,223
42	知 名 町	1,278	1,271	1,288	1,257	1,258	1,247	1,195	1,170
43	与 論 町	1,044	1,040	1,045	1,057	1,023	1,031	1,007	995

【資料：鹿児島県後期高齢者医療事業報告書】



## 2 前期計画等に係る考察

### (1) 前期計画全般の考察

当広域連合においては、これまで、保健事業に関する計画を下記のとおり策定し、その計画に沿い、各種保健事業を実施してきました。

- ① 平成 22 年 10 月：保健事業計画(第 1 期)策定  
(計画期間：平成 22 年 10 月～平成 25 年 3 月)
- ② 平成 25 年 4 月：保健事業計画(第 2 期)策定  
(計画期間：平成 25 年 4 月～平成 29 年 3 月)
- ③ 平成 27 年 3 月：保健事業実施計画(第 2 期計画改訂版)策定  
(計画期間：平成 25 年 4 月～平成 30 年 3 月)  
※第 2 期計画の修正補強版。国の指針に基づき、保健・医療  
情報の分析に基づく保健事業実施計画(データヘルス計画)  
へ改定。(計画期間終期を平成 29 年度に延長)

#### 【今回の改定における改善点】

##### ① 目標設定の明確化

各保健事業の目標のみでなく、全体的な目標を設定しました。

また、評価指標の設定においては、事業の実施や評価の体制、事業の実施過程、実施数や参加者数等の事業の実施状況・実施量、受診率や保健指導利用率等の成果等の 4 つの視点を踏まえ、できる限り多角的な視点で、評価や見直しができるよう整理しました。

##### ② 各種保健事業の定期的な評価・見直しの実施

全体的な目的を達成するために、中長期的な目標・短期的な目標を設定し、短期的な目標については、原則、毎年度評価を行い、丁寧に進捗管理を行うことを記載しました。

### (2) 実施した保健事業の考察

保健事業の実施にあたっては、構成市町村をはじめ、各関係機関との連携のもと、国の動向や本県の健康課題を踏まえ、各種保健事業を実施してきました。

各種保健事業それぞれの考察については、第 6 章に記載しています。

なお、更なる保健事業の充実に向け、当広域連合においては、外部有識者等との連携をより密なものとし、各構成市町村が保健事業を推進していきやすい体制作りに努めていきます。

## 第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出

### 1 健康・医療情報の分析

#### (1) 被保険者の健康状況に係る全体像の把握

##### ア 健診データ

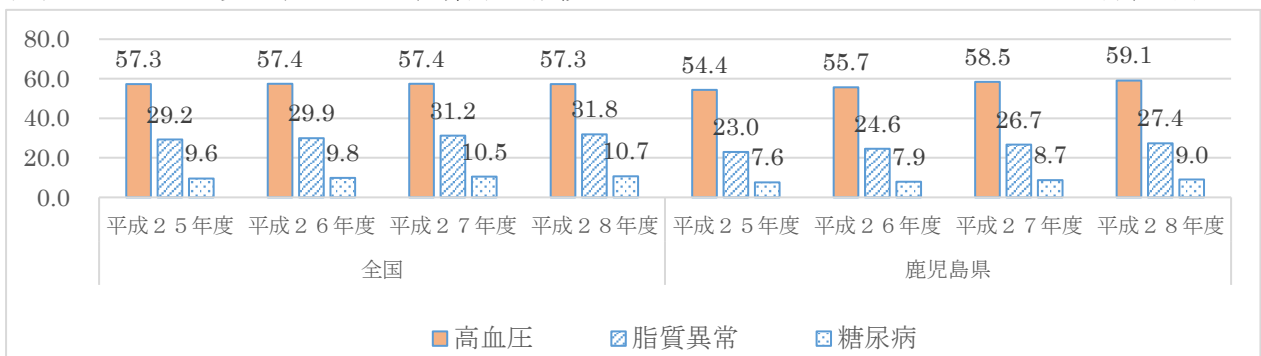
平成25年度～平成28年度までの健診における質問調査票結果から、健診受診者における服薬の状況など、以下の(ア)～(カ)について分析しました。

##### (ア) 健診受診者における服薬の状況

健診受診者の高血圧、脂質異常、糖尿病の服薬率は、図表3-1のとおり、全国、本県ともに、高血圧、脂質異常、糖尿病の順に多く、緩やかに増加しています。高血圧服薬率は、平成27年度以降、全国より高く推移しています。

図表3-1 健診受診者における服薬率の推移（平成25～平成28年度）

（単位：％）



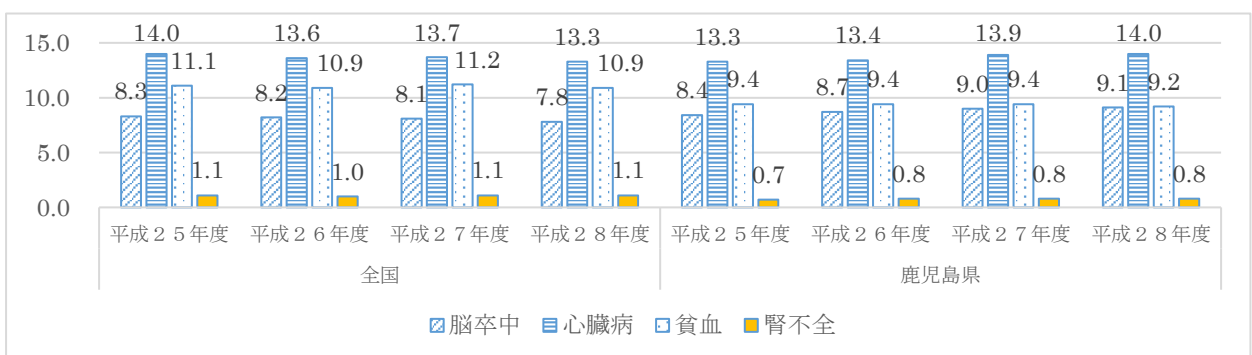
〔資料：KDB 「質問票調査の経年比較」〕

##### (イ) 健診受診者における既往歴の状況

健診受診者における脳卒中、心臓病、貧血、腎不全の既往歴の割合は、図表3-2のとおりです。脳卒中は、全国より高い割合で推移しています。

図表3-2 健診受診者における既往歴の推移（平成25～平成28年度）

（単位：％）

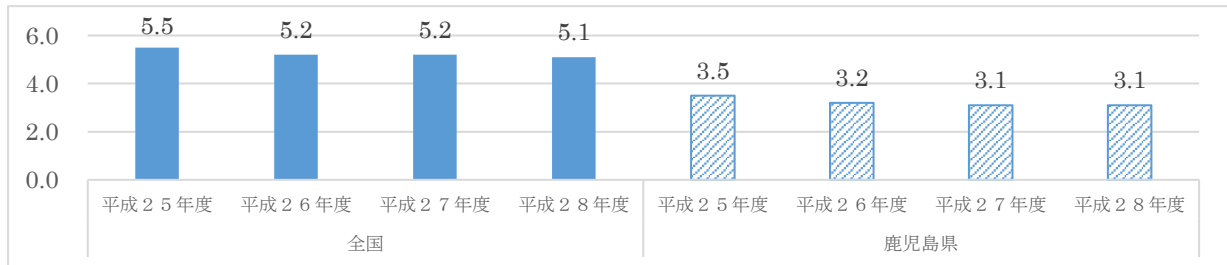


〔資料：KDB 「質問票調査の経年比較」〕

(ウ) 健診受診者における喫煙の状況

健診受診者における喫煙率は、図表 3-3 のとおりです。全国より低く推移しています。平成 25 年度に比べると、緩やかに減少しています。

図表 3-3 健診受診者における喫煙者の割合の推移（平成 25～平成 28 年度）（単位：％）

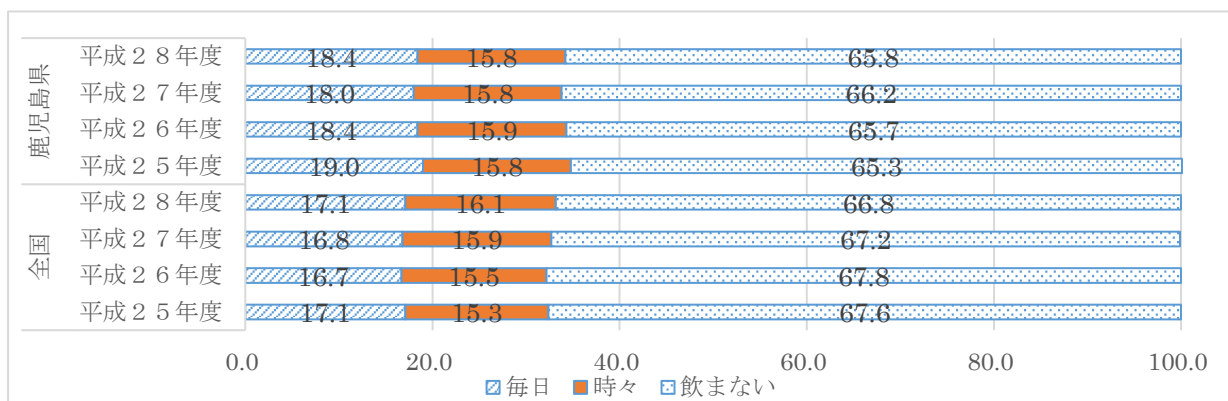


〔資料：KDB 「質問票調査の経年比較」〕

(エ) 健診受診者における飲酒の状況

健診受診者における飲酒の状況は、図表 3-4 のとおりです。全国に比べ、毎日飲酒する割合がやや高く、全国、本県ともそれぞれの割合は、ほぼ横ばいで推移しています。

図表 3-4 健診受診者における飲酒割合の推移（平成 25～平成 28 年度）（単位：％）

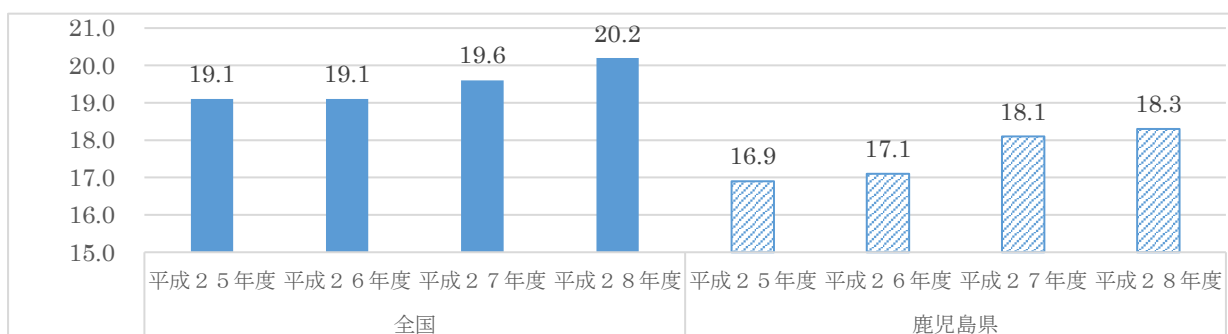


〔資料：KDB 「質問票調査の経年比較」〕

(オ) 健診受診者における睡眠の状況

健診受診者における睡眠不足と感じている者の割合の推移は、図表 3-5 のとおりです。全国に比べ、割合は低いですが、増加傾向にあります。

図表 3-5 健診受診者における睡眠不足と感じている者の割合の推移（平成 25～平成 28 年度）（単位：％）



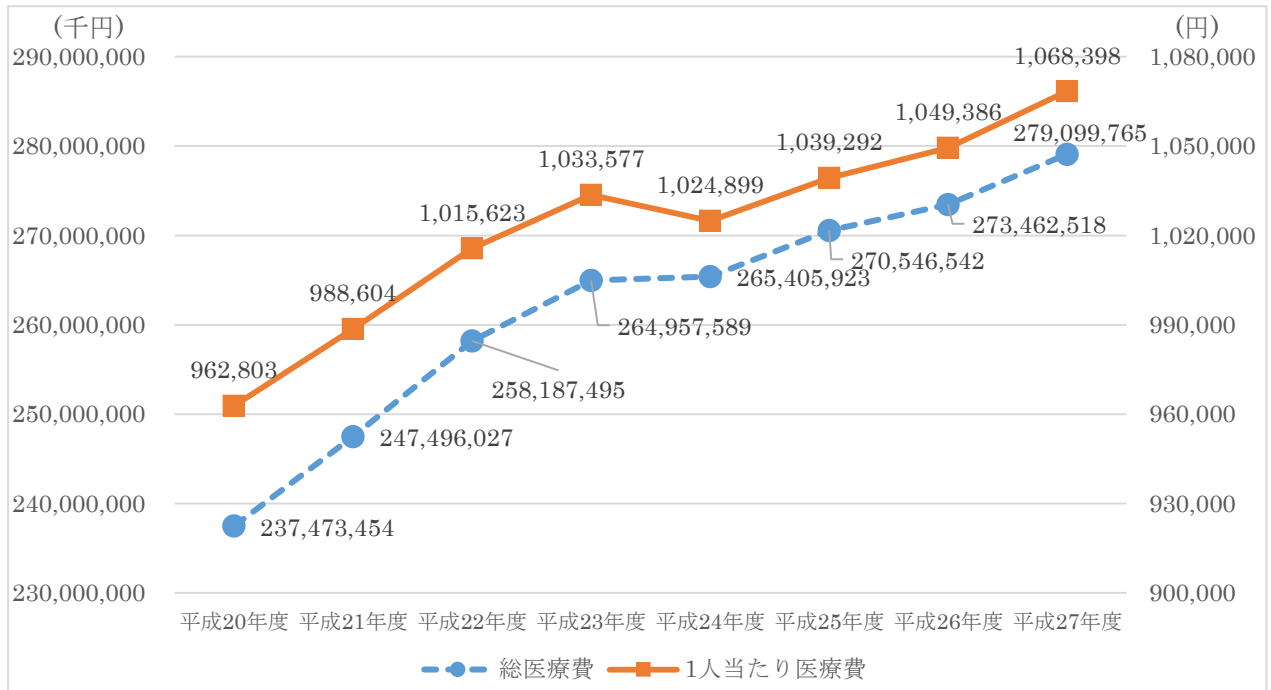
〔資料：KDB 「質問票調査の経年比較」〕

## イ レセプトデータ

### （ア）医療費の年次推移

後期高齢者における総医療費は、平成 23 年度から 24 年度にかけて一旦伸びが鈍化しましたが、平成 24 年度以降、年々増加傾向となっています。同じく 1 人当たり医療費については、平成 24 年度に一旦減少したものの、その後は増加しています。

図表 3－6 医療費の年次推移

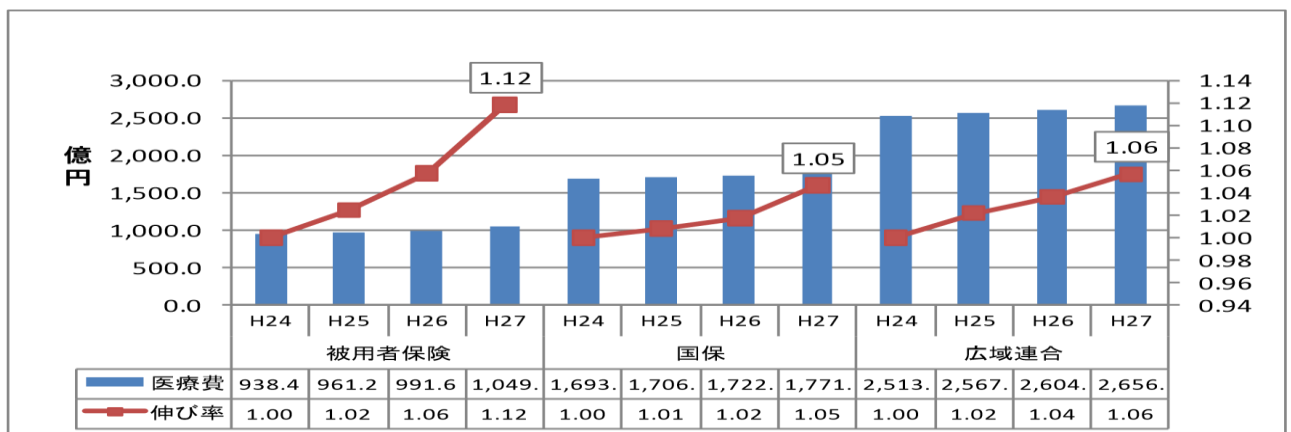


【資料：鹿児島県後期高齢者医療事業報告書】

### 【保険者区分別に見た医療費の状況】

保険者別の医療費総額と伸び率は、図表 3－7 のとおりです。いずれの保険者においても、医療費総額、伸び率ともに増加しています。

図表 3－7 保険者別医療費の推移と伸び率の推移（平成 24～27 年度）



【引用：鹿児島県保険者協議会「平成 27 年度医療保険者の医療費に関する報告」】

(イ) 1人当たり医療費（全国との比較）

診療種別では、入院が高く（全国3位）、歯科が低い（全国46位）という特徴があります。

入院が飛びぬけて高いため、診療種別計においての順位は7位で、医療費は全国平均より12万1千円高くなっています。

図表3-8 診療種別1人当たり医療費

（単位：円）

区分	計	入院	入院外 +調剤	歯科
鹿児島県	1,055,000	610,000	424,000	22,000
都道府県別順位	7位	3位	25位	46位
全国	934,000	460,000	441,000	33,000
都道府県別1位	1,178,000	712,000	517,000	49,000
都道府県別47位	748,000	345,000	374,000	19,000

〔資料：平成27年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017年8月公表)〕

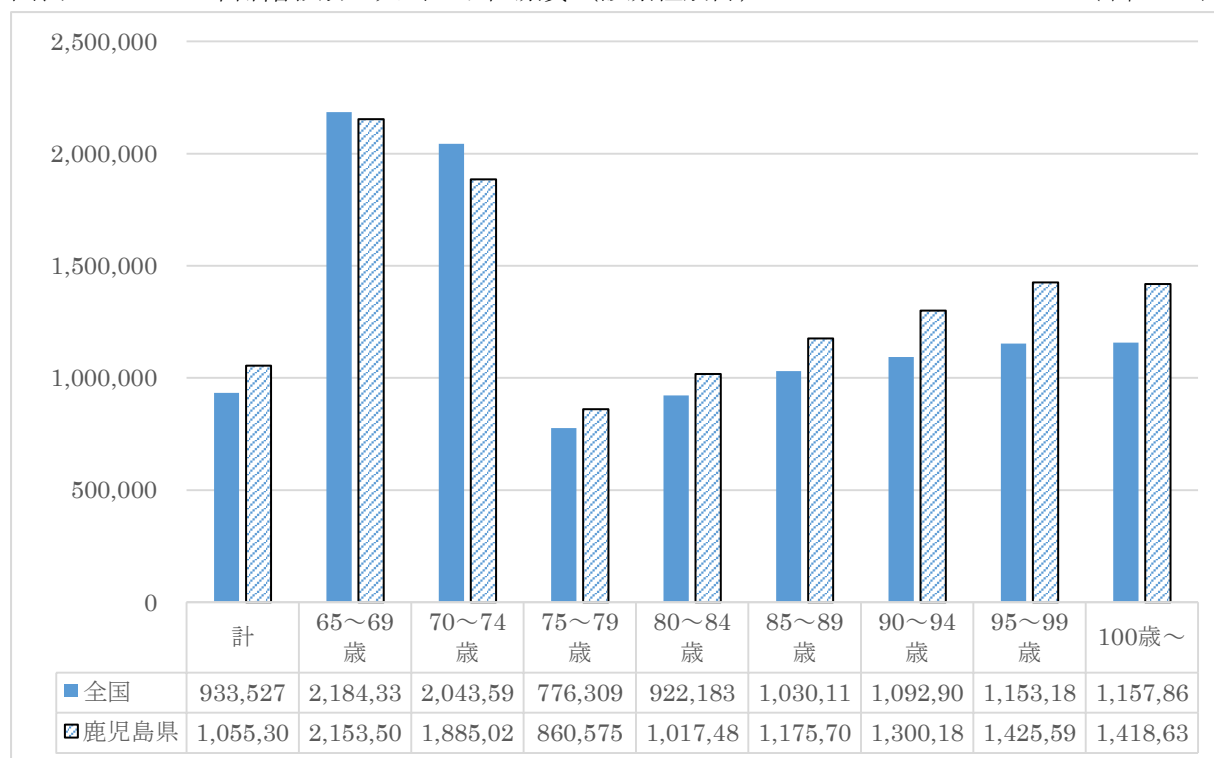
年齢階級別1人当たり医療費の診療種別計（図表3-9）では、全国・本県ともに65～74歳については障害認定者となっているため医療費が高くなっており、75歳以上では年齢に比例し一定の割合で高くなっています。

全国と比較すると、65～74歳では低くなっていますが、75歳以上になるとどの階級でも高くなっています。このため、全年齢での医療費は高くなっています。

年齢階級別を診療種別でみると、入院（図表3-10）については全ての階級で全国を上回っています。入院外+調剤（図表3-11）においては、100歳以上を除き全国を下回っており、歯科（図表3-12）においては、全ての階級で全国を下回っています。

図表 3－9 年齢階級別 1 人当たり医療費（診療種別計）

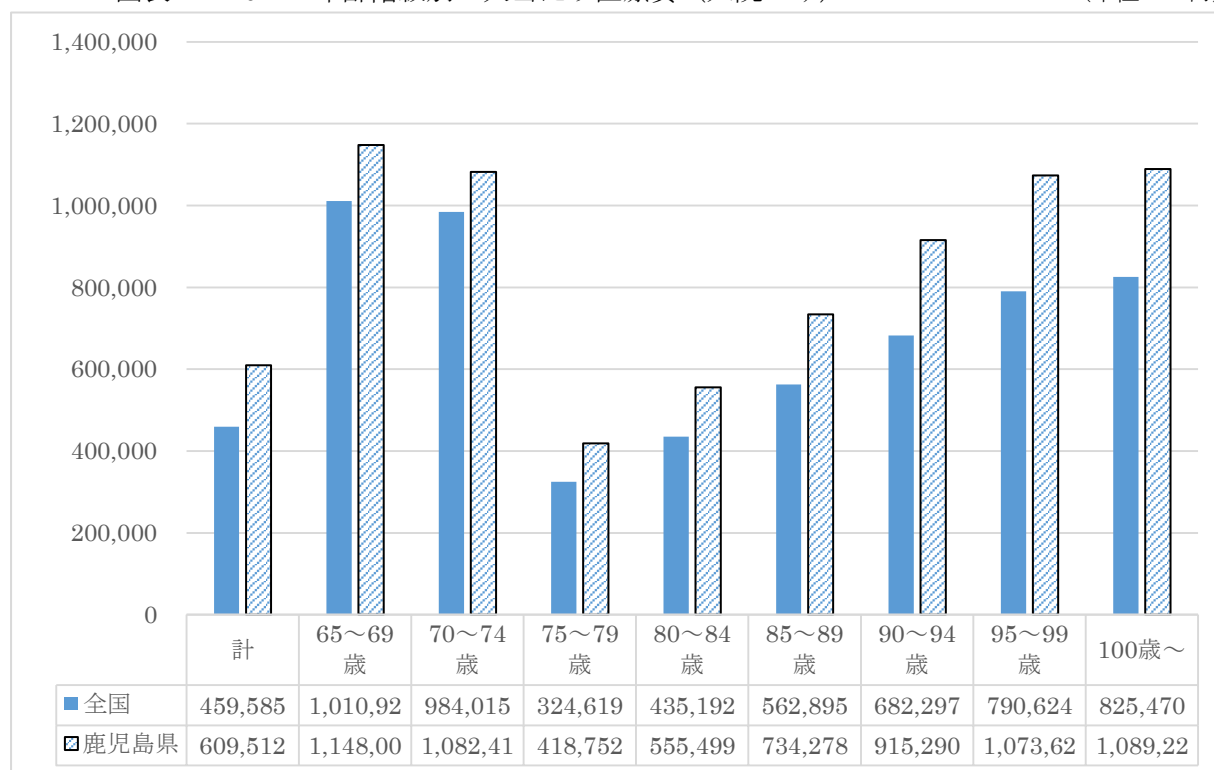
（単位：円）



【資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)】

図表 3－10 年齢階級別 1 人当たり医療費（入院のみ）

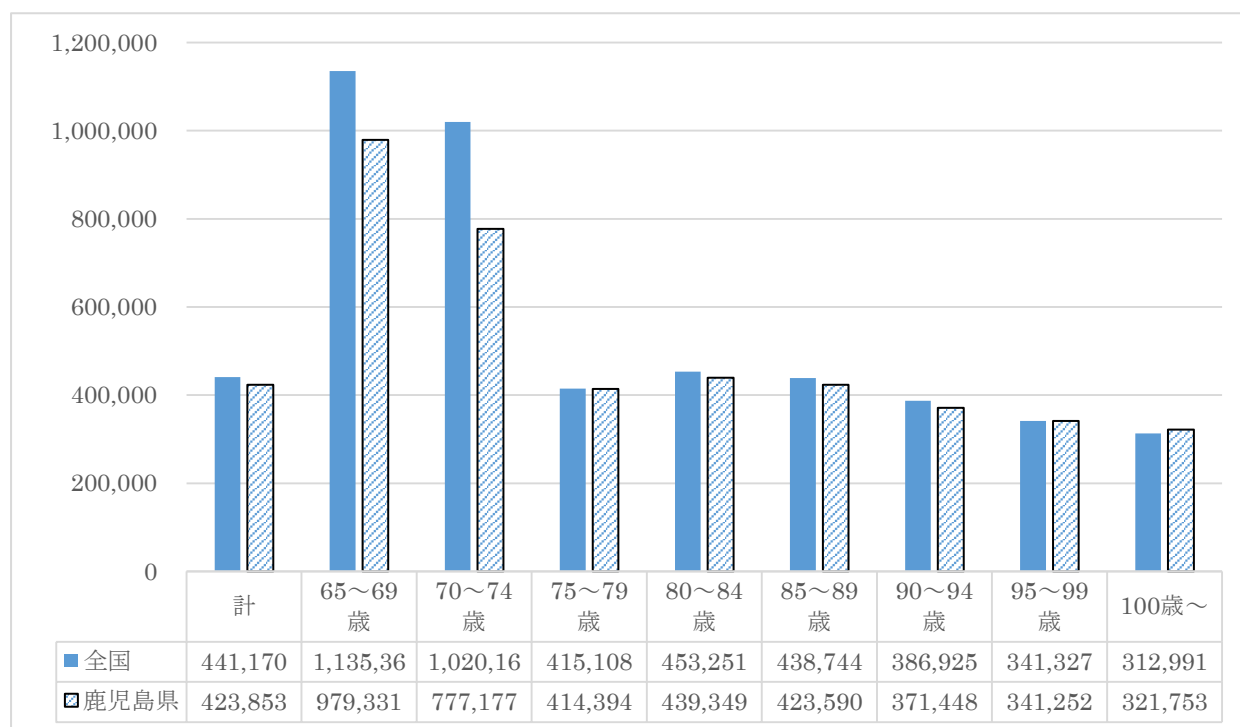
（単位：円）



【資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)】

図表 3-11 年齢階級別 1 人当たり医療費（入院外＋調剤）

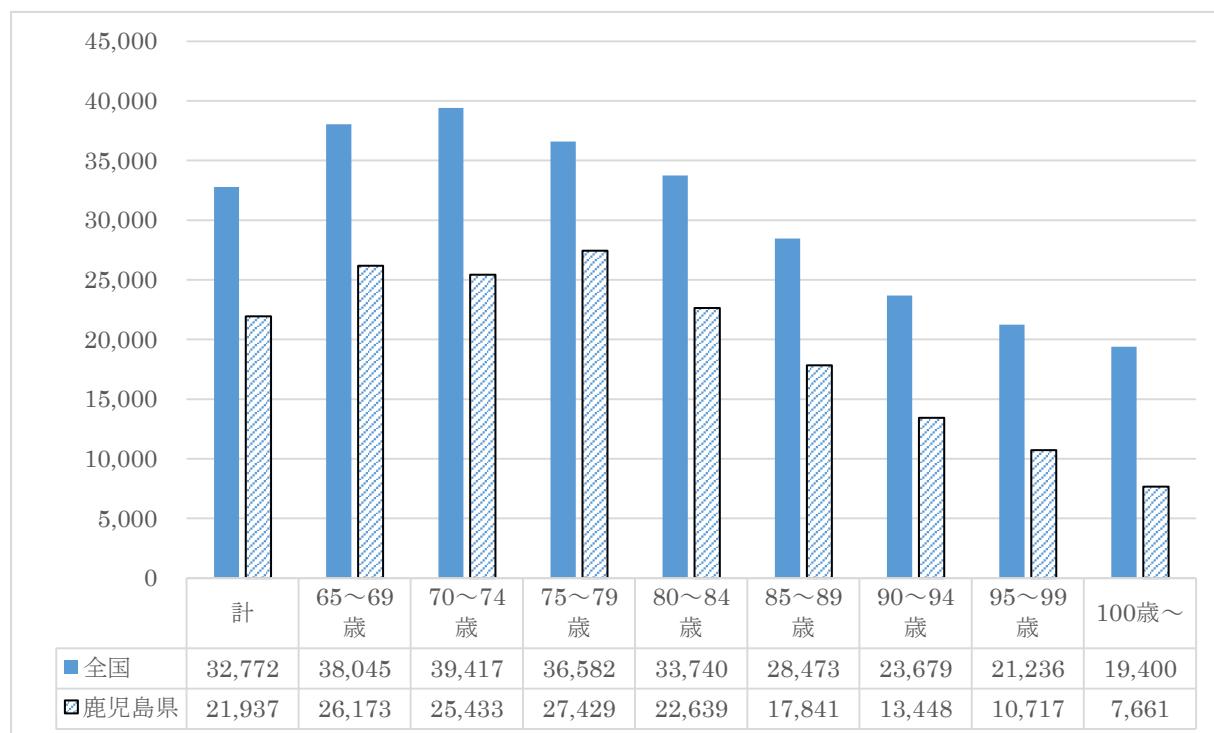
（単位：円）



【資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)】

図表 3-12 年齢階級別 1 人当たり医療費（歯科）

（単位：円）



【資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)】

- (ウ) 1人当たり医療費に影響する要因（1人当たり件数（受診率）、1件当たり日数、1日当たり医療費）
- 異なった地区や集団、または異なる時点で医療費を比較する際に、前述（イ）の「1人当たり医療費」はよく用いられていますが、1人当たり医療費は次の3つの要素（積）に分解することができます。

$$\text{1人当たり医療費} = \frac{\text{1人当たり件数（受診率）}}{a} \times \frac{\text{1件当たり日数}}{b} \times \frac{\text{1日当たり医療費}}{c}$$

この3つの要素（三要素）をそれぞれ調べることで、何が医療費の高低や増加の要因に影響しているかを推測することができます。

a 1人当たり件数（受診率）

1人当たり件数（受診率）は、診療種別では入院が高く（全国2位）、歯科が低い（43位）という特徴があります。診療種別全てに於ける順位は19位で、全国の受診率よりも0.38低くなっています。

図表3-13 診療種別受診率

（単位：件／人）

区分	計	入院	入院外 ＋調剤	歯科
鹿児島県	18.69	1.18	16.01	1.50
都道府県別順位	19位	2位	20位	43位
全国	19.07	0.82	16.00	2.25
都道府県別1位	21.06	1.25	17.57	2.99
都道府県別47位	16.33	0.63	13.88	1.15

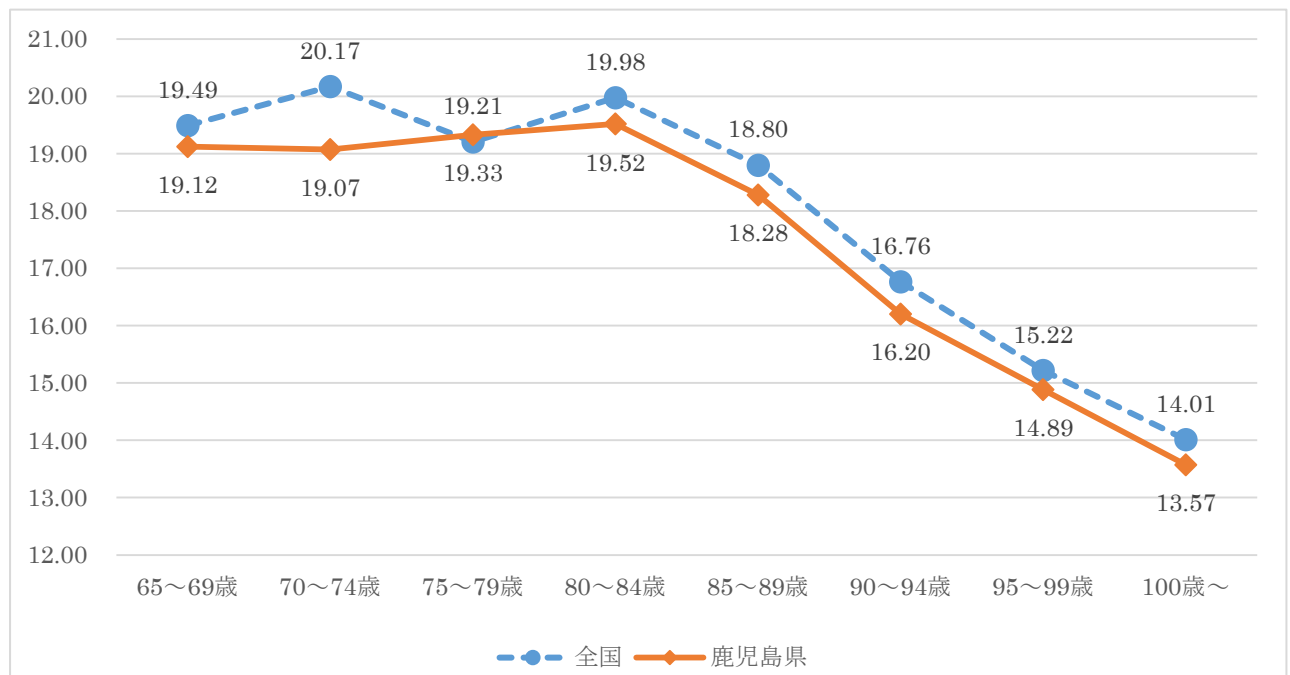
[資料：平成27年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017年8月公表)]



年齢階級別の受診率を診療種別ごとに全国と比較してみると、入院の受診率（図表 3-15）は 75 歳以降加齢と共に上昇しています。また、全国よりも上昇の傾向が強く、年齢の高い階級になる程その差が広がっています。

図表 3-14 年齢階級別受診率（診療種別計）

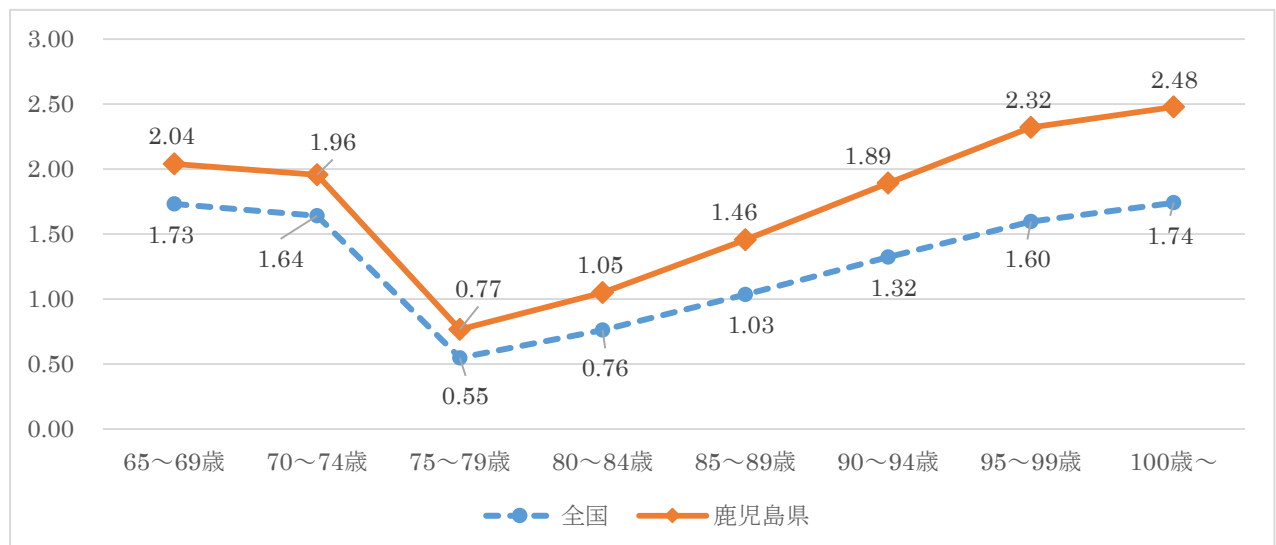
（単位：件／人）



〔資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)〕

図表 3-15 年齢階級別受診率（入院のみ）

（単位：件／人）



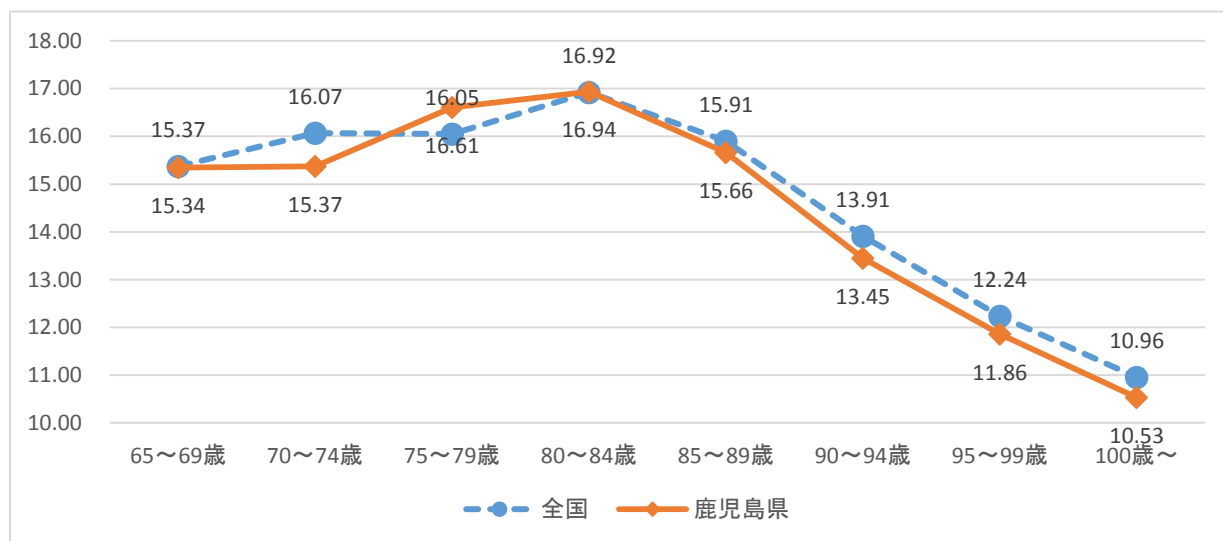
〔資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)〕

入院外＋調剤の受診率（図表 3－16）は、80 歳代前半までは緩やかに上昇していますが、それ以上では下降しています。歯科の受診率（図表 3－17）は、70 歳代までは横ばいですが、その後は下降しており、どの年齢階級においても全国より約 0.66～0.76 下回っています。

なお、診療種別計の受診率（図表 3－14）は、その数値や増減傾向が入院外＋調剤と同様の傾向となっています。

図表 3－16 年齢階級別受診率（入院外＋調剤）

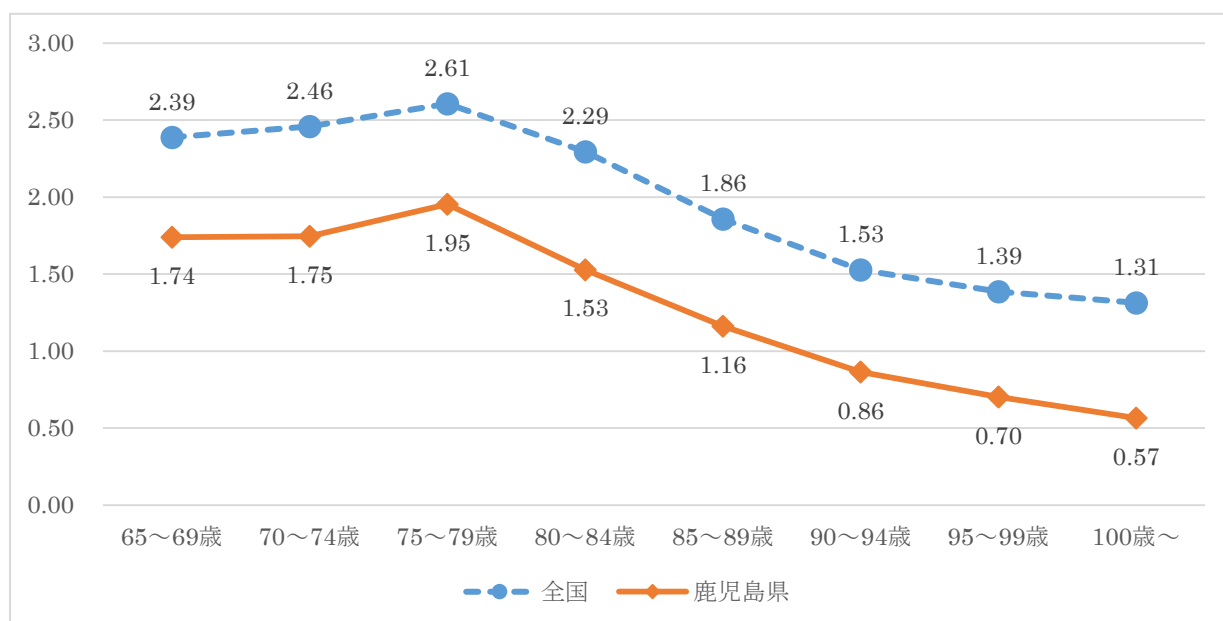
（単位：件／人）



[資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)]

図表 3－17 年齢階級別受診率（歯科）

（単位：件／人）



[資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)]

b 1件当たり（1医療機関1か月当たり）日数

どの種別の診療日数も、全国より上回っています。年齢階級別では、入院外＋調剤の70～74歳と歯科の90歳以上では全国よりも少なくなっていますが、それ以外は全て上回っています。

図表3-18 診療種別1件当たり日数

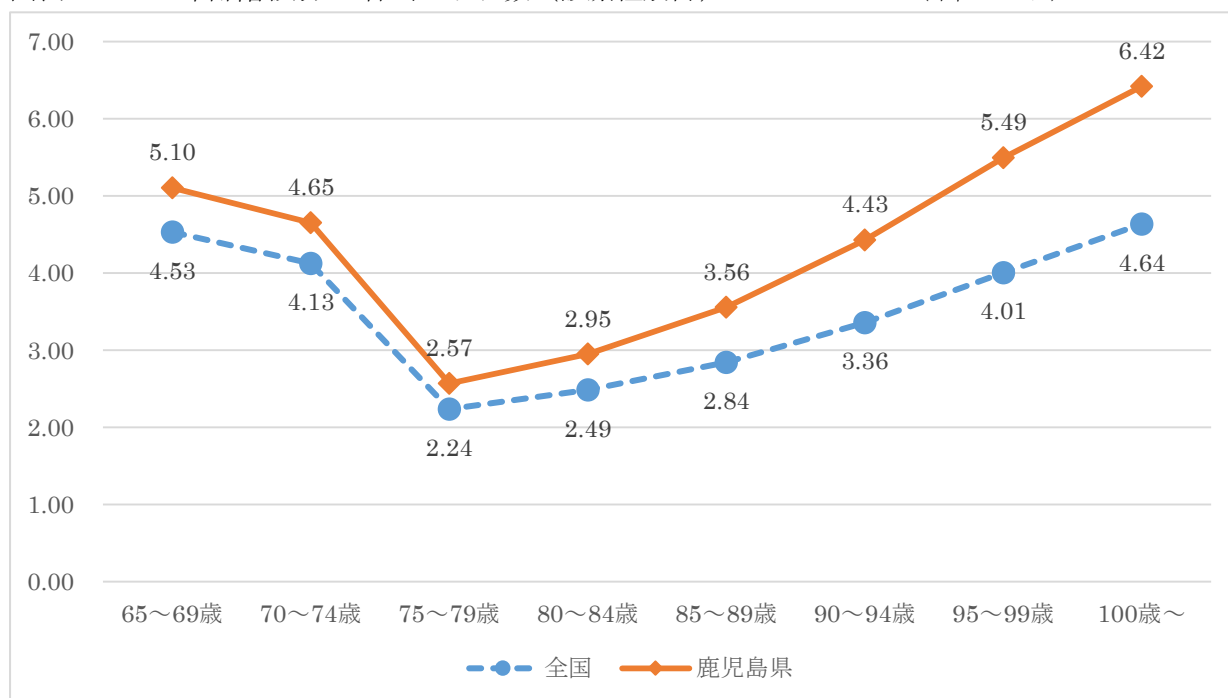
（単位：日）

区分	計	入院	入院外 ＋調剤	歯科
鹿児島県	3.17	19.95	2.02	2.19
都道府県別順位	2位	3位	8位	8位
全国	2.60	17.89	1.88	2.06
都道府県別1位	3.18	20.29	2.21	2.34
都道府県別47位	2.25	16.00	1.68	1.86

〔資料：平成27年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017年8月公表)〕

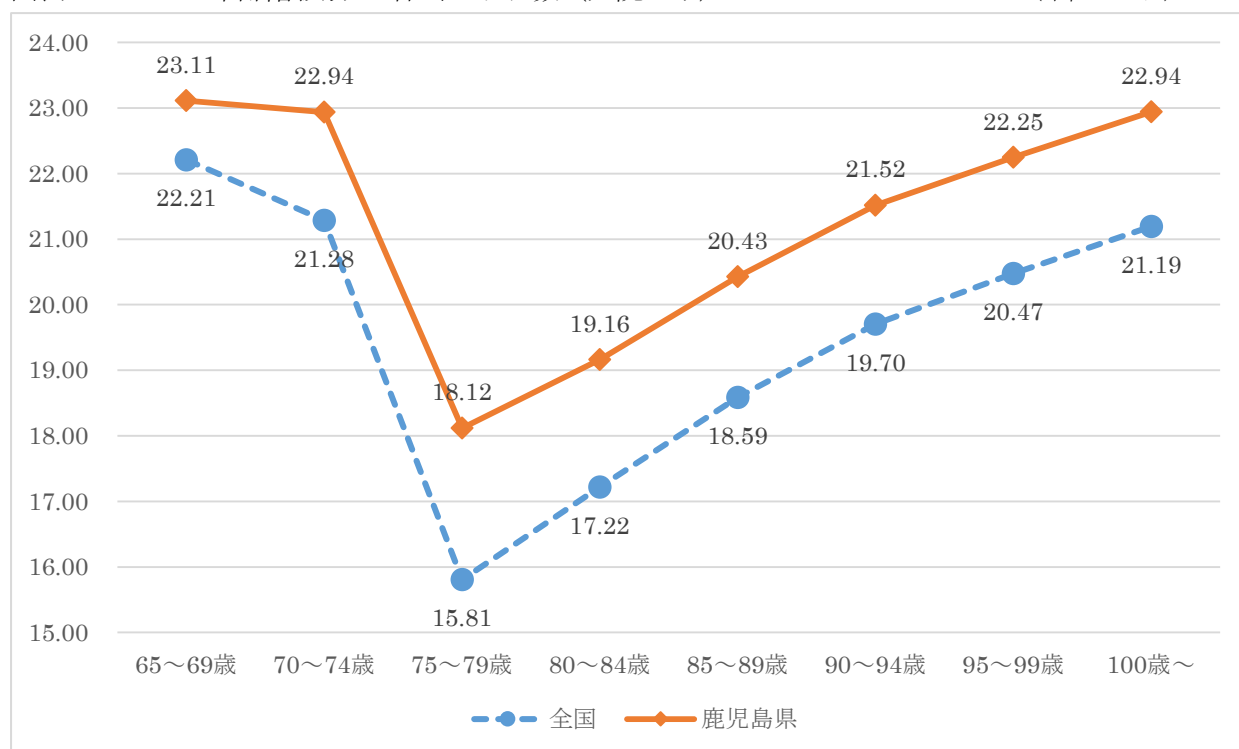
図表3-19 年齢階級別 1件当たり日数（診療種別計）

（単位：日）



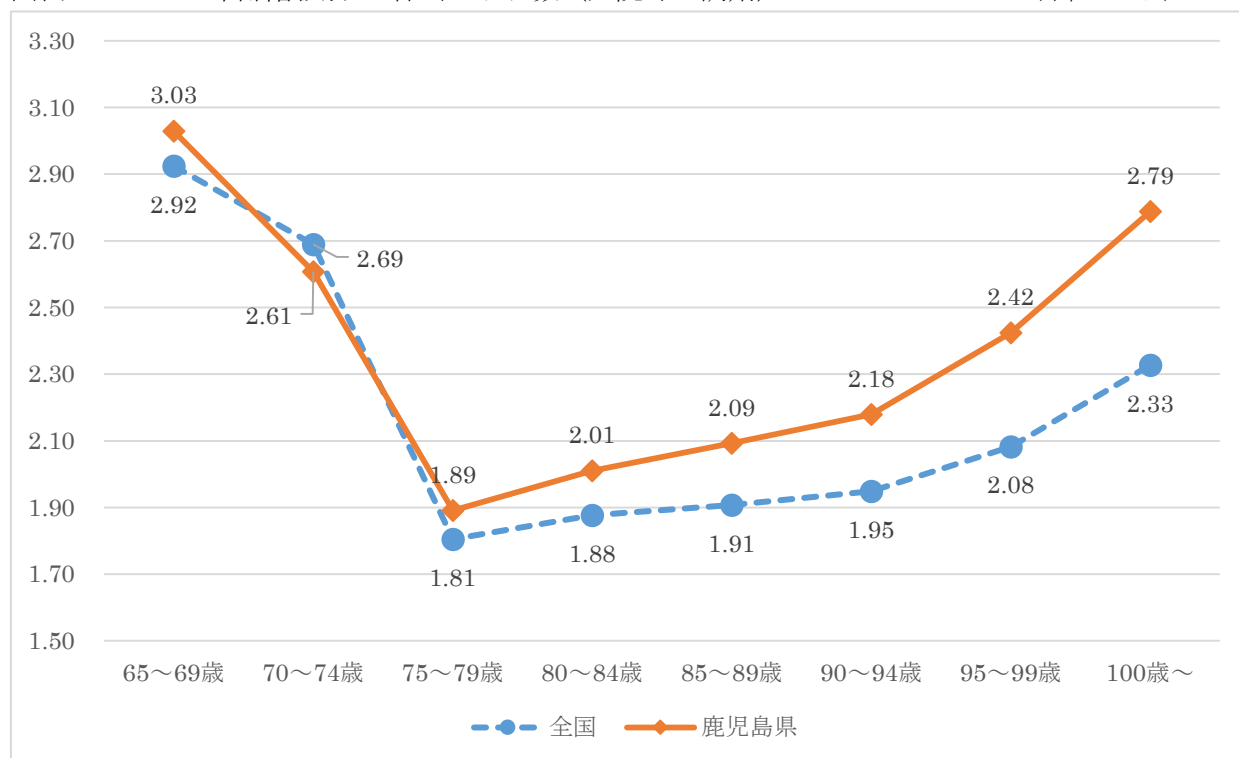
〔資料：平成27年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017年8月公表)〕

図表 3-20 年齢階級別 1 件当たり日数（入院のみ）（単位：日）



〔資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)〕

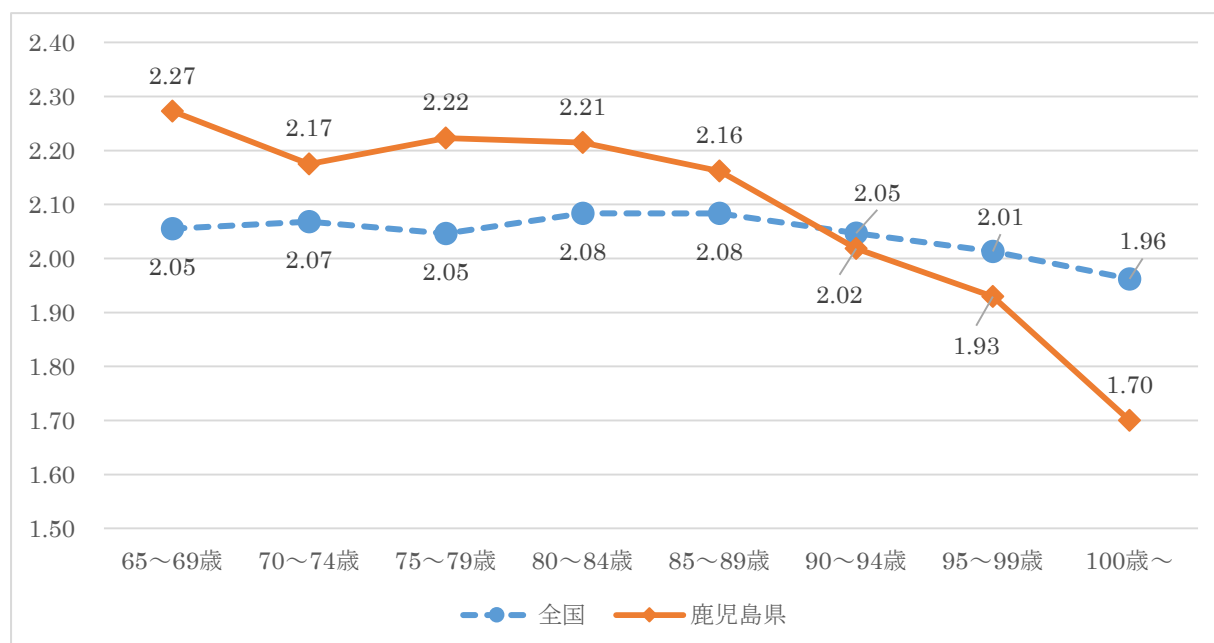
図表 3-21 年齢階級別 1 件当たり日数（入院外＋調剤）（単位：日）



〔資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)〕

図表 3-22 年齢階級別 1 件当たり日数（歯科）

（単位：日）



〔資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)〕

### c 1 日当たり医療費

1 日当たり医療費はどの診療種別でも全国の中でも下位であり、診療種別計においても 41 位と低く、全国に比べ 1,062 円低くなっています。

図表 3-23 診療種別 1 日当たり医療費

（単位：円）

区分	計	入院	入院外 +調剤	歯科
鹿児島県	17,801	25,813	13,091	6,662
都道府県別順位	41 位	47 位	43 位	42 位
全国	18,863	31,263	14,629	7,072
都道府県別 1 位	21,973	36,512	18,033	7,973
都道府県別 47 位	17,048	25,813	12,473	6,421

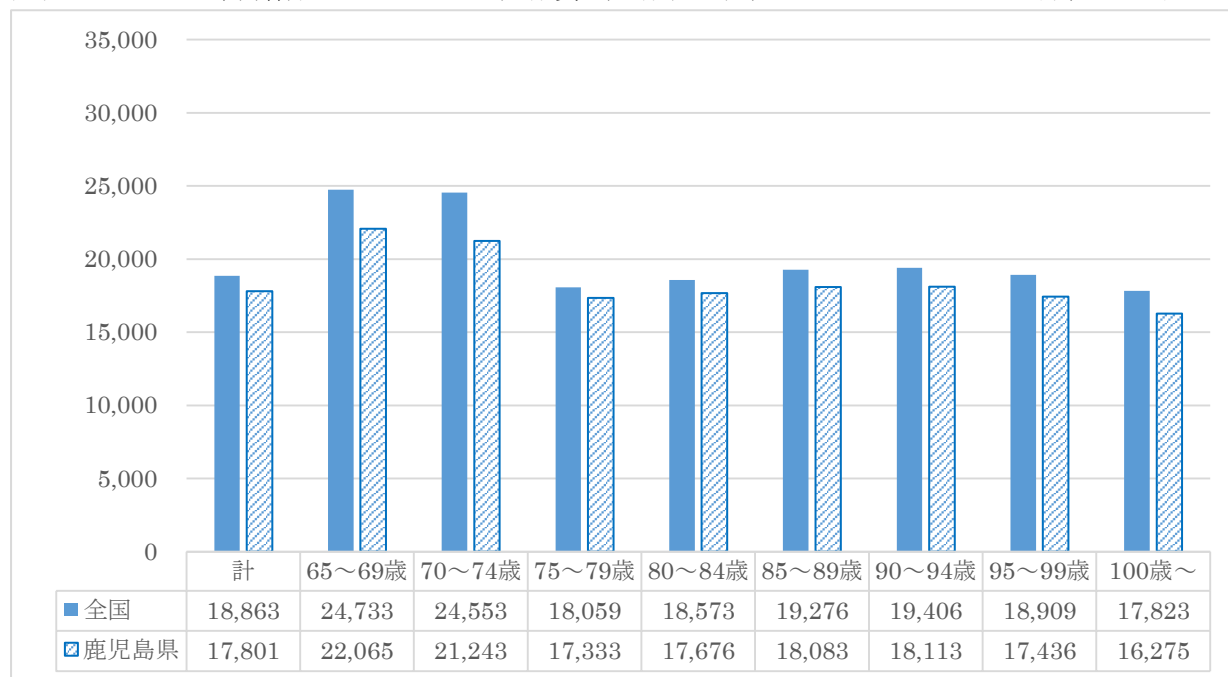
〔資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)〕

年齢階級別 1 日当たり医療費(図表 3-24)では、全国・本県とも 65～74 歳の障害認定の方々が高くなっており、75 歳以上では、加齢による上昇傾向が 90 歳代前半まで僅かに見られますが、年齢階級による差は小さくなっています。

また、診療種別計においては、90 歳以上の歯科を除き、全ての診療別・年齢階級において、全国よりも低くなっています。

図表 3-24 年齢階級別 1 日当たり医療費（診療種別計）

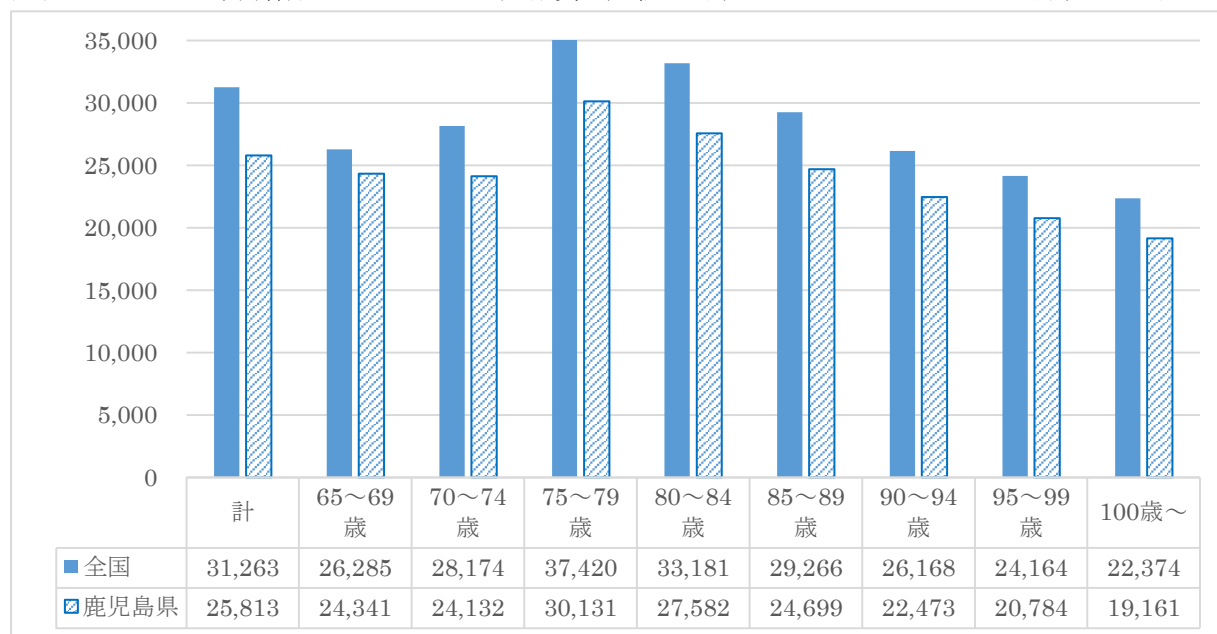
（単位：円）



【資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)】

図表 3-25 年齢階級別 1 日当たり医療費（入院のみ）

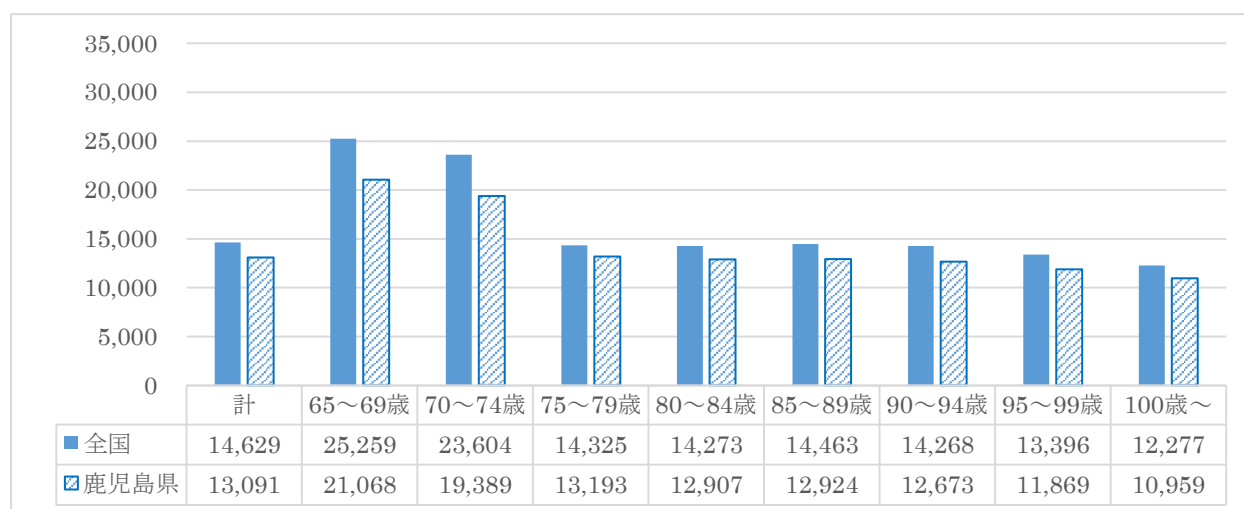
（単位：円）



【資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)】

図表 3-26 年齢階級別 1 日当たり医療費（入院外+調剤）

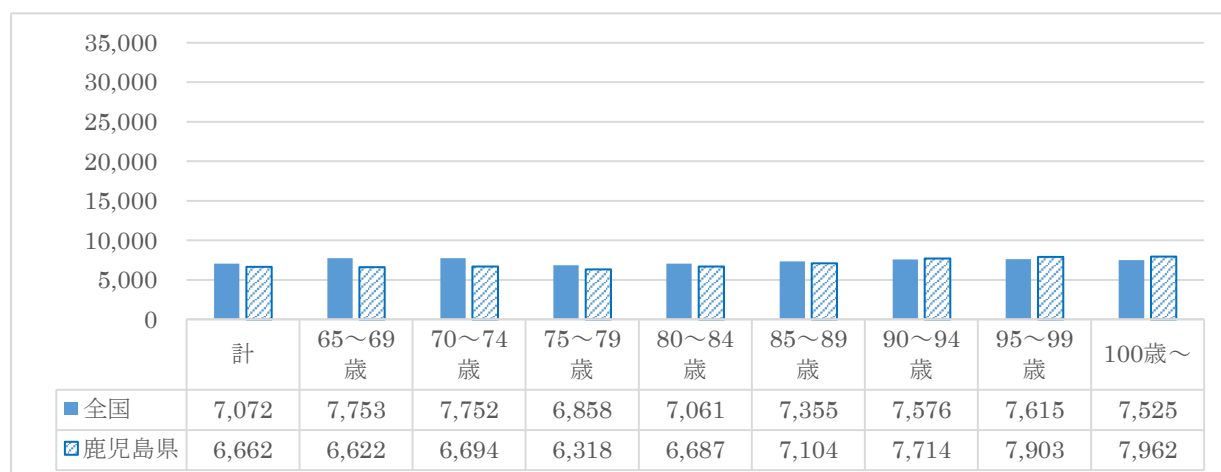
（単位：円）



【資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)】

図表 3-27 年齢階級別 1 日当たり医療費（歯科）

（単位：円）



【資料：平成 27 年度医療費の地域差分析 基礎データ(厚生労働省保険局調査課 2017 年 8 月公表)】

#### d 三要素分析のまとめ

入院における 1 人当たり件数と 1 件当たり日数が高くなっており、1 件当たり日数は年齢階級が上がるほど高くなっています。1 日当たり医療費は、90 歳以上の歯科を除く、全ての診療種別・年齢階級別において、全国より低くなっています。

このことから、入院の 1 人当たり件数と 1 件当たり日数が多いこと、また、診療種別計においても、1 件当たり日数が多いことが医療費の増加に影響していると推測されます。

## ウ 介護データ

### (ア) 要介護認定の状況

#### a 年齢階級からみた認定状況

後期高齢者（被保険者）の中で、介護保険制度において要介護または要支援の認定を受けた者の割合を年齢階級毎にみると、75～79歳の要介護率が最も低く、年齢が上がる程、認定者の割合が増加しています。

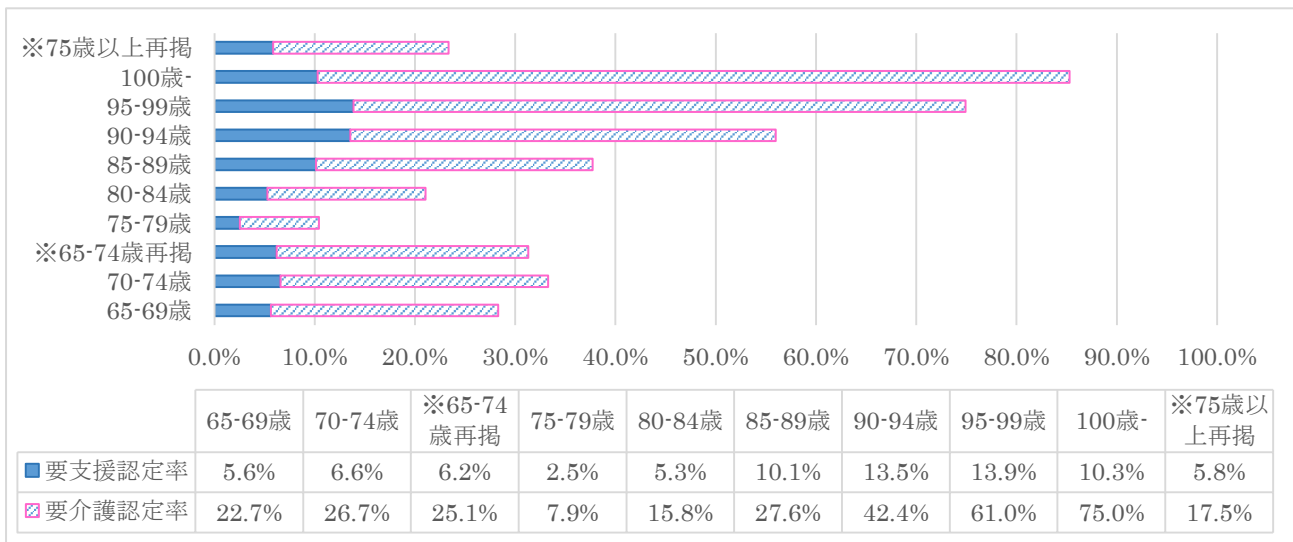
一方、要支援者の場合は、男性は95～99歳、女性は85～89歳まで増加していますが、それ以降は減少しています。

なお、75歳未満（障害認定）の要介護率は、75歳以上と比べると、男性は7.6ポイント高く、女性では2.6ポイント低くなっています。

図表3-28 年齢階級別 要介護・要支援認定状況（男性）【平成28年4月時点】

（各年齢階級要介護・要支援認定者数／各年齢階級被保険者数×100）

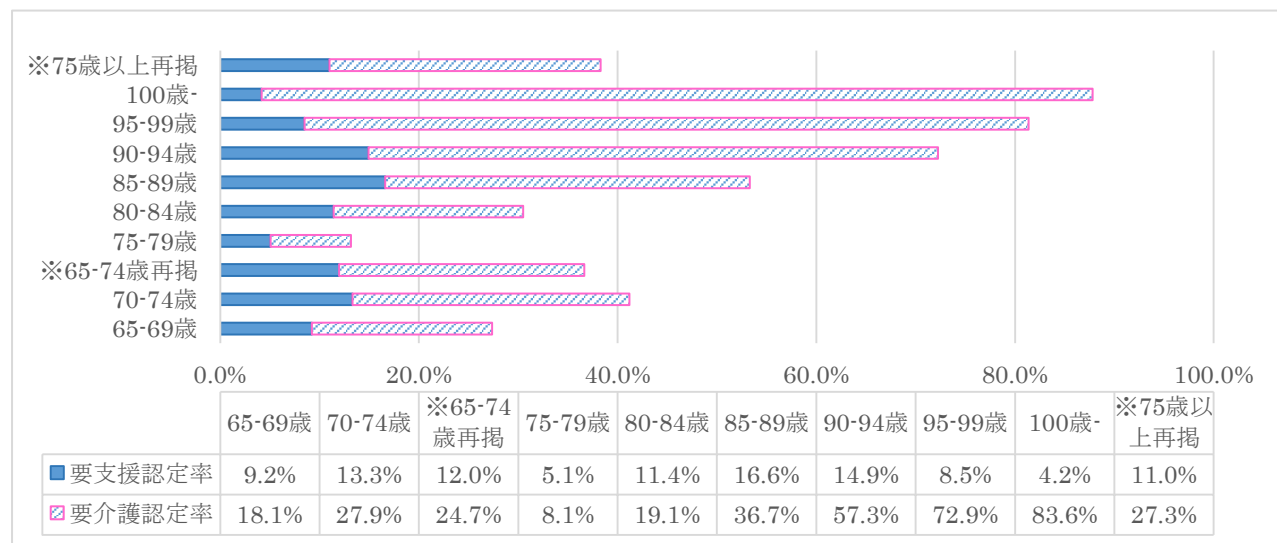
（単位：％）



図表3-29 年齢階級別 要介護・支援認定状況（女性）【平成28年4月時点】

（各年齢階級要介護・要支援認定者数／各年齢階級被保険者数×100）

（単位：％）



〔資料：KDB 「介護データ」〕



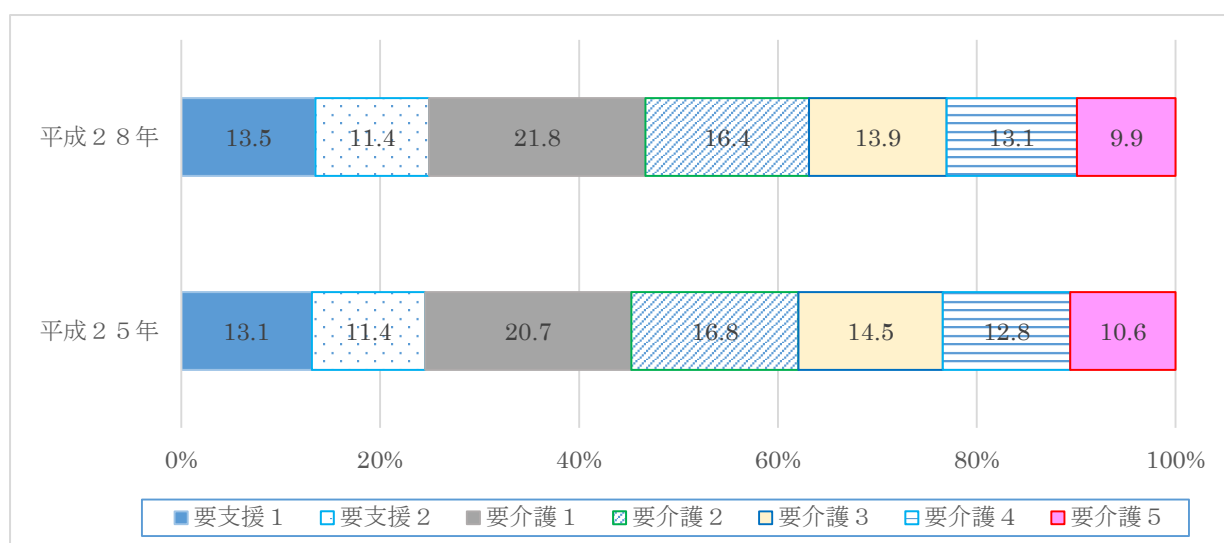
b 男女別からみた認定状況

要支援者の割合は女性が高く、要介護者の割合は男性が高くなっています。また、認定を受けた者のうち男女別にその重症度（要介護度）を見ると、要介護1～3では男性の方が多いのに対し、要介護4以上では女性の方が多くなっています。

平成25年度と平成28年度を比較すると、男女ともほぼ同様の割合となっていますが、要支援～要介護1までの割合がわずかに増加し、要介護5は減少しています。

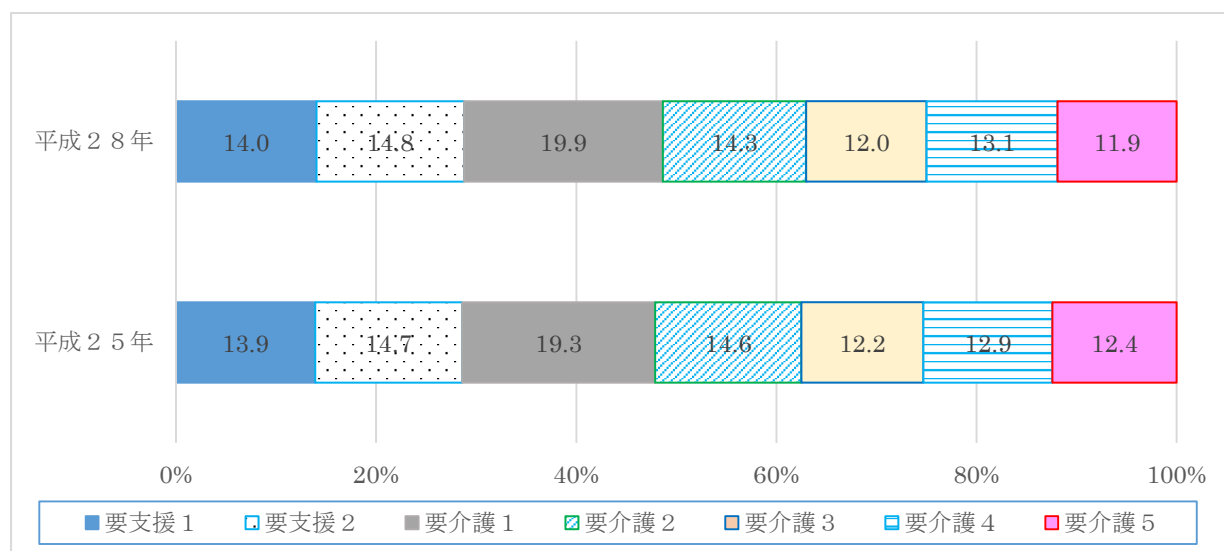
図表3-30 県内の後期高齢者における要介護度別内訳（男性）

（単位：％）



図表3-31 県内の後期高齢者における要介護度別内訳（女性）

（単位：％）

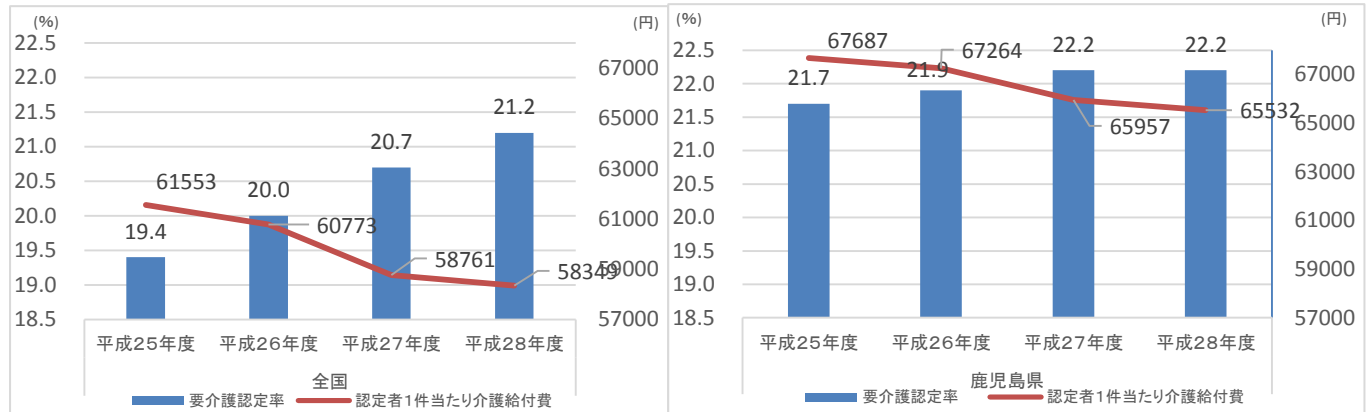


〔資料：KDB 「介護データ」〕

c 要介護認定率と認定者1件当たり介護給付費月額の推移

要介護認定率、認定者の1件当たり介護給付費月額の推移は、いずれも、全国に比べ、高い水準で推移しています。

図表3-32 要介護認定率と1件当たり介護給付費月額の推移



[資料：KDB 「介護データ」]

d 男女別の要支援・要介護度別1人当たり介護給付費の推移

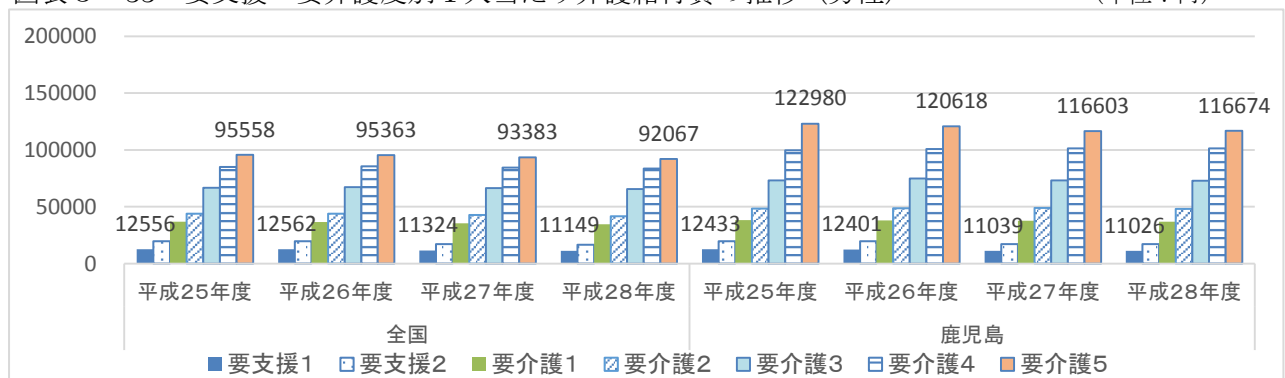
全国、県ともに、わずかずつ減少傾向にあり、介護度別では、要介護度が高くなるほど1人当たり介護給付費が高くなっています。

いずれの介護度においても、全国に比べ、高く推移しています。

男女別の1件当たり給付費では、女性が男性よりも高く推移しています。

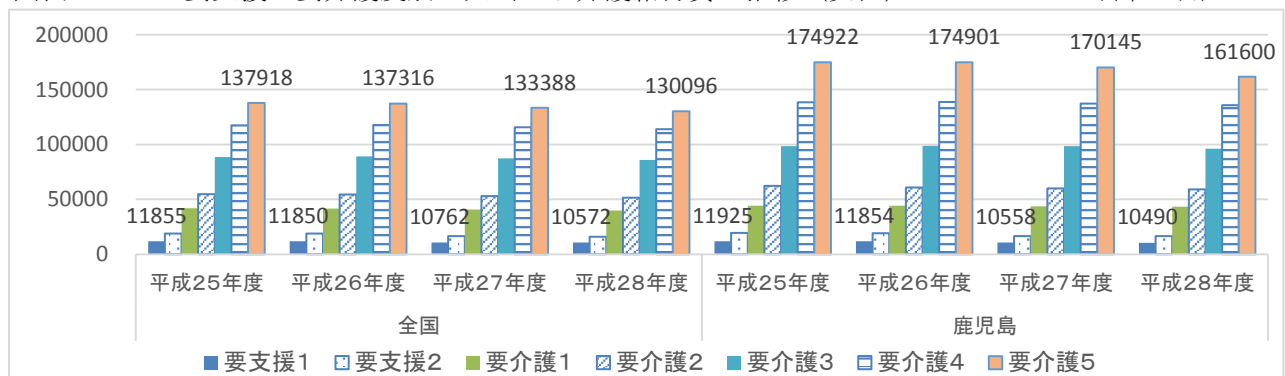
図表3-33 要支援・要介護度別1人当たり介護給付費の推移（男性）

（単位：円）



図表3-34 要支援・要介護度別1人当たり介護給付費の推移（女性）

（単位：円）



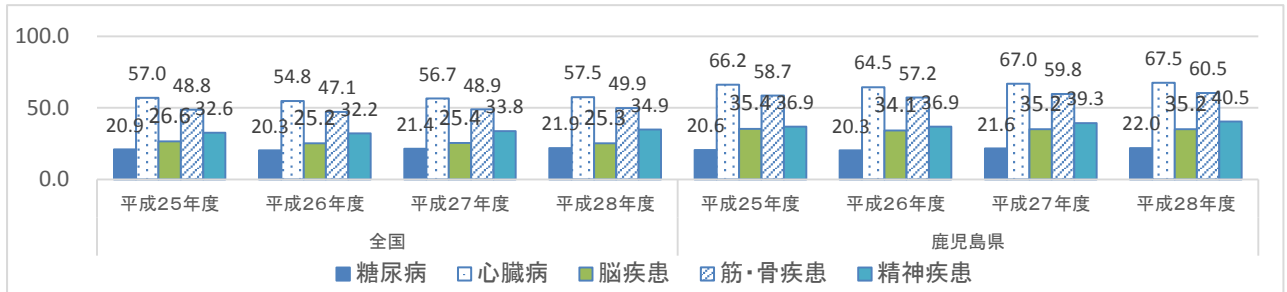
[資料：KDB 「介護データ」]

### e 要介護者の有病状況の推移

全国、本県ともに、心臓病、筋・骨疾患、精神疾患の順に高く推移しています。全国と比較すると、糖尿病はほぼ同じ割合で推移していますが、その他の疾患については、全国に比べ、本県の有病率が高くなっています。

図表 3-35 要介護者の有病状況の推移

（単位：％）



### エ その他データ

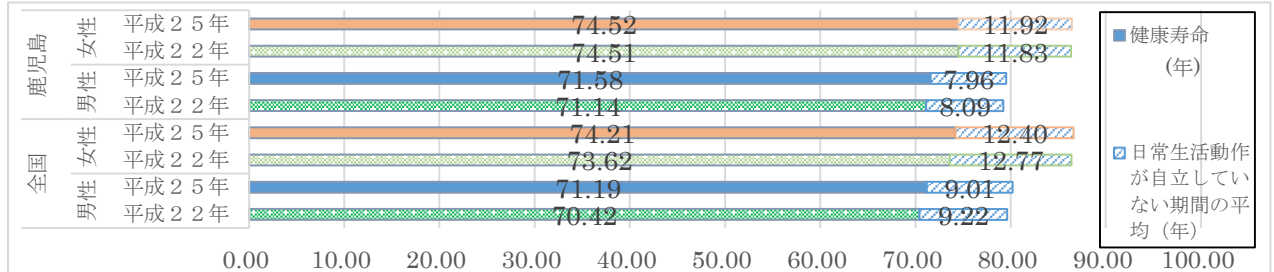
〔資料：K D B 「介護データ」〕

#### (ア) 健康寿命の推移

健康長寿を実現するためには、不健康な期間や介護を必要とする期間の短縮化をめざし、健康寿命を延ばすことが必要になります。

厚生労働省研究班の算定によると、平成 22 年の本県の健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）は、男性 71.14 歳(全国 7 位)、女性 74.51 歳(全国 10 位)、平成 25 年は男性 71.58 歳(全国 14 位)、女性 74.52 歳(全国 22 位)であり男女とも伸びていますが、全国における本県の順位は低下しています。

図表 3-36 健康寿命(日常生活に制限のない期間の平均)



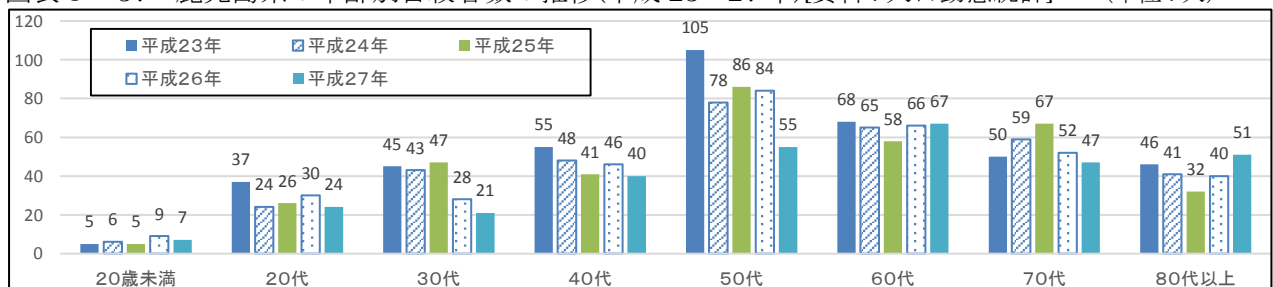
【健康寿命：厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)による、健康寿命の指標化に関する研究—健康日本 21 等の健康寿命の検討—で示された、「日常生活に制限のない期間の平均」から算出】

#### (イ) 年齢別自殺者数の推移

近年、自殺者数は減少傾向にありますが、高齢者の自殺者数は横ばいの状態となっており、80 代以上では増加傾向がみられています。

図表 3-37 鹿児島県の年齢別自殺者数の推移(平成 23～27 年)[資料：人口動態統計]

（単位：人）



## (2) KDB及び各種データベースの活用

国保データベース(KDB)システムとは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効果的かつ効率的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステムです。

データの分析を効果的・効率的に進めるため、KDBの活用を基本としつつ、政府統計の総合窓口(e-Stat)など各種データベースを活用します。

KDBによる最大医療資源傷病名による傷病分析の帳票は、35、36 ページ（図表 3-38、図表 3-39）のとおりです。

### 【結果の概要】

#### 〔1 位〕

医療費全体では、入院・外来ともに循環器疾患の占める割合が最も高くなっています。

内訳をみると、入院・外来ともその他の心疾患が最も高く、次いで、入院では「脳梗塞」、外来では「高血圧症」が高くなっています。

#### 〔2 位〕

入院外来ともに、筋骨格系疾患となっています。

内訳をみると、入院では脊椎障害、関節疾患の順に高く、外来では、骨粗しょう症、脊椎障害の順に高くなっています。

#### 〔3 位〕

入院では損傷中毒、通院では尿路性器疾患となっています。内訳をみると、入院では「骨折」、通院では「慢性腎不全（透析あり）」が高くなっています。

## (3) 他との比較分析

KDBにおける他都道府県等との比較による本県の特徴を示した帳票は、37 ページ（図表 3-40）のとおりです。

### 【結果の概要】

#### 〔医療資源〕

- ・人口 10 万人当たり医師数：257.8 人（全国 19 位）
- ・人口 10 万人当たり一般病床数：1,608.3 床（全国 2 位）

#### 〔入院受療率(人口 10 万人当たり)〕

- ・総数：1,885.0(全国 2 位)、糖尿病：36.0(全国 2 位)、  
虚血性心疾患：19.0(全国 5 位)、脳血管疾患：233.0(全国 2 位)

#### 〔外来受療率(人口 10 万人当たり)〕

- ・糖尿病：237.0(全国 6 位)、腎不全等：146.0(全国 11 位)

#### 〔後期高齢者医療 1 人当たり医療費〕

- ・平成 27 年：1,068,398 円（全国 8 位）

#### （4） 質的情報の分析・地域資源の把握

健康課題の抽出のためには、健診データや医療レセプトデータ等のみならず、個人の生活実態や社会環境等に着目して、地域特有の質的情報の分析や地域資源の把握が重要となります。

広域連合における保健事業は、被保険者に最も身近である構成市町村と密に連携を図り、日頃の保健活動における被保険者の声や、地域の状況について課題と感じていること、地域資源等を丁寧に把握し、事業の見直し・改善に努めます。

## 2 健康課題の抽出・明確化

### （1） 保健事業の対象となる健康課題の抽出・明確化

各データに基づく現状から、当広域連合における健康課題を以下のとおり、まとめました。

#### 【課 題】

- ① 脳血管疾患の割合が全国より高く推移しており、脳卒中の既往歴や服薬率も高く推移しています。レセプトデータにおいても、高血圧症を基礎疾患とする虚血性心疾患や脳血管疾患(循環器疾患)が全国の上位にあることから、高血圧等の生活習慣病の重症化予防対策の取組が必要です。
- ② 年齢調整死亡率において、肺炎の割合が全国より高く推移していることから、肺炎予防の取組が必要です。誤嚥性肺炎予防の取組として、口腔検診による嚥下機能の維持・向上に資する取組や、肺炎予防に関する健康教育、保健指導、予防接種の推進等の取組が必要です。
- ③ 医療費が全国で上位を占める状態が続いています。少子高齢化が進行する中、医療保険制度を安定的に持続可能なものとするため、適正受診、適正服薬の推進等による医療費適正化の取組が必要です。
- ④ 入院・外来受療率ともに、糖尿病が全国で上位にあり、腎不全の外来受療率も高くなっています。人工透析の開始は、ＱＯＬに大きく影響するとともに、医療費も高額となることから、人工透析に至らないための糖尿病性腎症の重症化予防の取組が必要です。

- ⑤ 要介護者の有病状況において、全国に比べ、心臓病、筋・骨疾患、精神疾患の割合が高く推移していること、高齢者の自殺者数の増加傾向がみられること等から、生活習慣病の重症化、フレイル※1 等の予防、心身の健康づくり等の取組が必要です。保健事業の実施においては、介護予防事業との連携や、若年期からの継続した健康管理の実施等、包括的な取組が必要であることから、構成市町村をはじめ関係者と連携した取組の展開が必要です。

## (2) 他保険者との連携による健康課題の抽出・明確化

被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療広域連合等により構成する鹿児島県保険者協議会において、当県の健康課題を見出し、より効果的な生活習慣病の重症化予防対策を医療保険者等で検討し、保健事業計画の策定や実施に反映させていくことを目的に、医療費データ等の詳細な分析を行っています。直近の分析結果は、参考資料編「Ⅱ 平成 27 年度分医療保険者の医療費に関する報告」のとおりです。

### 【結果の概要】

- ・全ての保険者で、医療費総額・伸び率とも増加しています。
- ・診療区分別では、国保・広域連合ではいずれも入院が最も多く、外来、調剤、歯科の順となっており、広域連合では、入院が総医療費の 5 割を超える状況となっています。歯科は、被用者保険、広域連合が増加しており、国保は横ばいとなっています。
- ・広域連合の 1 人当たり医療費は、前期高齢者にあたる 65～74 歳(障害認定)の医療費が最も高く、受療の必要性が高い層であると考えられ、また、75 歳以降の医療費は、年齢とともに高くなっています。
- ・二次保健医療圏別の 1 人当たり医療費では、南薩、始良・伊佐、川薩の順に高く、平成 26 年度、27 年度は全圏域で増加しています。
- ・1 人当たり医療費が高くなる要因としては、高齢化率が高い、長期入院者が多い、人口当たりの病床数が多い等との関連があることが推測されます。また、肝属、熊毛、奄美においては、高齢化率だけではない、医療機関の体制や住民の受療行動等の影響があることが推察されます。
- ・生活習慣病医療費の年齢別では、30～69 歳では腎不全、75 歳以上では、脳血管疾患が 1 位となっています。
- ・性別では全ての年齢で男性の 1 人当たり生活習慣病医療費が高くなっており、疾病別では、男性は腎不全や虚血性心疾患、女性では脳血管疾患、高血圧症、脂質異常症が高くなっています。

---

※1 フレイル：学術的定義は未確定。「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」において、加齢と共に心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存等の影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが一方で適切な介入・支援により生活機能の維持向上が可能な状態と定義されている。



図表 3－38

保険者番号：39460001  
 保険者名：鹿児島県後期高齢者医療広域連合  
 地区：

医療費分析（１）細小分類

作成年月：H28年度（累計）  
 印刷日：H29年 09月 30日  
 比較先：県  
 ページ：1 / 1

疾病分析	保険者 （地区）	県	同規模	国	生活習慣病分析	保険者 （地区）	県	同規模	国	その他分析	保険者 （地区）	県	同規模	国
1 保険者当たり疾病別_入院医療費点数（高い順、最大医療資源傷病名による）					1 保険者当たり生活習慣病の入院医療費点数（高い順、最大医療資源傷病名による）					患者千人当たり生活習慣病新規患者数（多い順、当月発症、有病）				
骨折	1,203,034,079	27,977,537	0	28,178,706	筋・骨格	2,361,803,196	54,925,656	0	45,165,141	筋・骨格	88.767	88.753	0.000	77.655
脳梗塞	1,089,964,163	25,348,004	0	22,763,343	精神	1,113,844,573	25,903,362	0	23,249,446	高血圧症	26.568	26.565	0.000	22.751
関節疾患	762,063,594	17,722,409	0	13,307,734	がん	1,098,039,778	25,535,809	0	36,330,807	精神	20.714	20.714	0.000	19.207
肺炎	495,430,819	11,521,647	0	14,414,370	脳梗塞	1,089,964,163	25,348,004	0	22,763,343	糖尿病	17.349	17.346	0.000	17.541
慢性腎不全（透析あり）	464,864,904	10,810,812	0	12,329,853	狭心症	240,319,577	5,588,827	0	8,457,048	がん	16.347	16.346	0.000	15.142
統合失調症	434,969,617	10,115,572	0	8,031,256	脳出血	233,201,424	5,423,289	0	5,672,860	脂質異常症	13.263	13.260	0.000	12.476
骨粗しょう症	364,931,076	8,486,769	0	6,243,261	糖尿病	122,146,916	2,840,626	0	3,013,613	脳梗塞	12.334	12.333	0.000	9.268
パーキンソン病	298,961,803	6,952,600	0	5,410,786	高血圧症	108,469,039	2,522,536	0	1,971,312	狭心症	8.315	8.314	0.000	7.079
狭心症	240,319,577	5,588,827	0	8,457,048	心筋梗塞	60,008,394	1,395,544	0	2,071,753	動脈硬化症	4.414	4.413	0.000	4.450
不整脈	235,271,512	5,471,431	0	8,272,378	動脈硬化症	25,217,142	586,445	0	784,530	高尿酸血症	4.324	4.324	0.000	3.723
1 保険者当たり疾病別_外来医療費点数（高い順、最大医療資源傷病名による）					1 保険者当たり生活習慣病の外来医療費点数（高い順、最大医療資源傷病名による）					患者千人当たり30万円以上レセプト患者数（基礎疾患・循環器疾患・がん、有病）				
高血圧症	906,614,371	21,084,055	0	31,606,347	筋・骨格	1,561,492,440	36,313,778	0	44,945,980	糖尿病	22.119	22.114	0.000	18.947
慢性腎不全（透析あり）	728,736,412	16,947,358	0	29,679,589	高血圧症	906,614,371	21,084,055	0	31,606,347	高血圧症	50.910	50.900	0.000	35.605
糖尿病	679,590,609	15,804,433	0	24,847,511	がん	760,260,490	17,680,477	0	28,630,784	脂質異常症	18.277	18.273	0.000	13.723
関節疾患	574,140,491	13,352,104	0	16,394,087	糖尿病	670,730,969	15,598,395	0	24,573,481	高尿酸血症	7.788	7.787	0.000	6.436
不整脈	439,023,535	10,209,850	0	14,253,896	脂質異常症	345,847,980	8,042,976	0	14,179,743	脂肪肝	0.806	0.806	0.000	0.420
骨粗しょう症	428,711,145	9,970,027	0	13,561,129	狭心症	183,615,109	4,270,119	0	6,058,987	動脈硬化症	5.934	5.932	0.000	5.508
脂質異常症	345,847,980	8,042,976	0	14,179,743	脳梗塞	179,505,220	4,174,540	0	4,782,728	脳出血	3.782	3.782	0.000	2.516
前立腺がん	289,659,547	6,736,269	0	8,498,393	精神	140,443,536	3,266,129	0	5,087,511	脳梗塞	26.329	26.324	0.000	16.076
緑内障	219,070,601	5,094,665	0	7,086,516	動脈硬化症	32,732,517	761,221	0	1,179,228	狭心症	16.075	16.072	0.000	12.083
気管支喘息	199,504,520	4,639,640	0	6,295,095	脂肪肝	12,303,213	286,121	0	306,492	心筋梗塞	0.973	0.973	0.000	0.919
1 件当たり医療費点数が比較対象より高い疾病（82疾病から、最大医療資源傷病名による）					患者千人当たり生活習慣病患者数（多い順、有病）					人工透析	8.549	8.547	0.000	10.061
脳梗塞	12,506	12,506	0	11,729	筋・骨格	733.301	733.205	0.000	665.573	がん	16.061	16.058	0.000	14.946
クモ膜下出血	50,678	50,678	0	51,479	高血圧症	713.686	713.593	0.000	676.842	患者千人当たり糖尿病合併症患者数（有病）				
脳出血	41,516	41,516	0	43,868	脂質異常症	419.398	419.322	0.000	452.091	糖尿病性腎症	27.210	27.204	0.000	22.553
一過性脳虚血発作	3,039	3,039	0	3,128	精神	293.492	293.476	0.000	278.983	糖尿病性網膜症	18.863	18.858	0.000	21.534
パーキンソン病	16,578	16,578	0	13,606	糖尿病	266.213	266.175	0.000	298.470	糖尿病性神経症	11.112	11.109	0.000	12.456
脳腫瘍	56,542	56,542	0	64,724	脳梗塞	239.343	239.323	0.000	182.603	患者千人当たり糖尿病合併症新規患者数（当月発症、有病）				
うつ病	5,839	5,839	0	4,239	狭心症	189.169	189.139	0.000	183.517	糖尿病性腎症	1.048	1.047	0.000	0.877
認知症	28,784	28,784	0	25,357	がん	144.964	144.944	0.000	142.497	糖尿病性網膜症	1.743	1.742	0.000	1.785
統合失調症	19,216	19,216	0	13,174	高尿酸血症	108.433	108.416	0.000	104.065	糖尿病性神経症	0.337	0.337	0.000	0.334
緑内障	1,770	1,770	0	1,753	動脈硬化症	79.585	79.568	0.000	87.388	1 件当たり人工透析点数	48,454	48,454	0	47,815
1 件当たり6ヶ月以上入院レセ点数	42,896	42,896	0	46,286						千人当たり人工透析レセ数	8.598	8.598	0.000	9.650
千人当たり6ヶ月以上入院レセ数	24.519	24.519	0.000	12.582						患者千人当たり人工透析患者数	8.979	8.977	0.000	10.432
患者千人当たり6ヶ月以上入院患者数	270.197	270.149	0.000	199.509						患者千人当たり人工透析新規患者数（当月発症）	0.196	0.196	0.000	0.193

図表 3－39

保険者番号 : 39460001  
保険者名 : 鹿児島県後期高齢者医療広域連合  
地区 :

医療費分析（２）大、中、細小分類

保健指導対象者の絞込みに際し、どの疾病をターゲットにするのかの医療費分析例

作成年月 : H28年度（累計）  
印刷日 : H29年 08月 30日  
ページ : 1/ 1

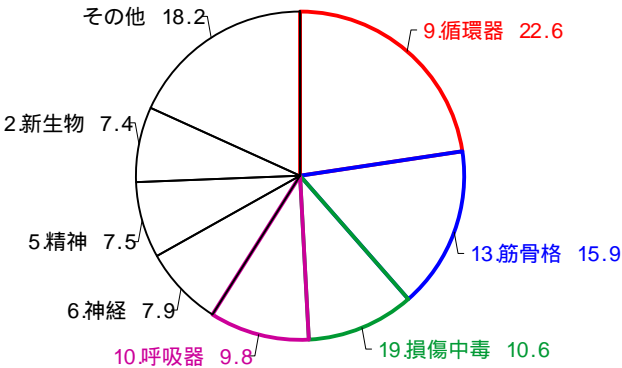
- ・最大医療資源傷病名を用いて計算
- ・大分類別医療費のうち上位４位までを対象に中分類分析を行う
- ・疾病分類上位３位までを表示する

大分類別医療費（％）

中分類別分析（％）

細小分類分析（％）

入院



入院医療費全体を 100%として計算

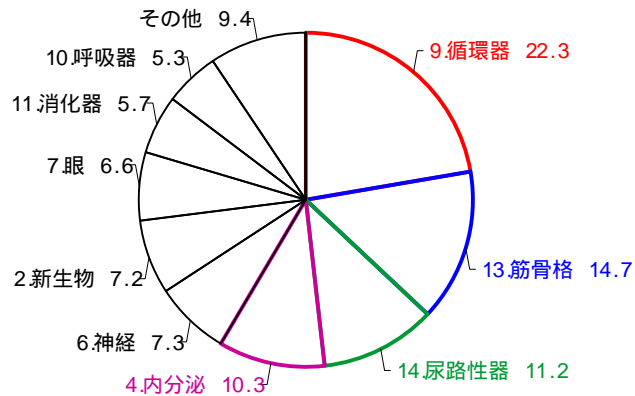
9.循環器 22.6	その他の心疾患	8.0	不整脈	1.6
	脳梗塞	7.3	心臓弁膜症	1.1
	虚血性心疾患	2.3	脳梗塞	7.3
13.筋骨格 15.9	脊椎障害（脊椎症を含む）	3.9	狭心症	1.6
	関節症	3.6		
	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	3.5	関節疾患	3.6
19.損傷中毒 10.6	骨折	8.1		
	その他損傷及びその他外因の影響	1.7		
	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	0.6	骨折	8.0
10.呼吸器 9.8	その他の呼吸器系の疾患	5.7		
	肺炎	3.3	骨折	0.1
	喘息	0.6		
			肺炎	3.3
			気管支喘息	0.6

入院＋外来（％）

1位	関節疾患	5.2
2位	脳梗塞	5.0
3位	骨折	5.0
4位	慢性腎不全（透析あり）	4.7
5位	高血圧症	4.0
6位	糖尿病	3.2
7位	骨粗しょう症	3.1
8位	不整脈	2.6
9位	肺炎	2.0
10位	統合失調症	1.8

全体の医療費（入院＋外来）を  
100%として計算

外来



外来医療費全体を 100%として計算

9.循環器 22.3	その他の心疾患	8.7	不整脈	4.1
	高血圧性疾患	8.5	心臓弁膜症	0.6
	虚血性心疾患	2.2	高血圧症	8.5
13.筋骨格 14.7	骨の密度及び構造の障害	4.0	狭心症	1.7
	脊椎障害（脊椎症を含む）	3.2	骨粗しょう症	4.0
	関節症	2.8		
14.尿路性器 11.2	腎不全	8.3	関節疾患	2.8
	その他の腎尿路系の疾患	1.6		
	前立腺肥大（症）	1.0	慢性腎不全（透析あり）	6.9
4.内分泌 10.3	糖尿病	6.4	慢性腎不全（透析なし）	0.8
	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	3.6		
	甲状腺障害	0.3	前立腺肥大	1.0
			糖尿病	6.4
			脂質異常症	3.3
			甲状腺機能低下症	0.2



図表 3－40

厚生労働省様式  
(様式 4 - 1 ) 都道府県の特徴

作成年月 : H29年作成  
印刷日 : H29年 10月 23日  
ページ : 1/ 1

医師数調査 1		医療施設調査 2		厚生労働省患者調査										国民健康保険の実態 / 後期高齢者医療事業年報												
年	平成 26年		平成 27年		平成 26年										平成 26年								平成 27年			
順位	医師数 (人口 10万人当たり)		一般病床数 (人口 10万人当たり)		入院受療率 (人口 10万人当たり)					外来受療率 (人口 10万人当たり)					国民健康保険 被保険者数 (人口千人当たり)		被保険者 1人当たり医療費 (円)		一般被保険者 1人当たり医療費 (円)		退職被保険者 1人当たり医療費 (円)		後期被保険者 1人当たり医療費 (円)			
					総数		糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病												腎不全等	
1	京都府	326.3	高知県	2,257.5	高知県	2,215.0	高知県	52.0	高知県	38.0	高知県	261.0	三重県	271.0	京都府	210.0	東京都	372.8	島根県	320,749	島根県	321,576	鹿児島県	356,502	福岡県	1,195,497
2	東京都	323.4	鹿児島県	1,608.3	鹿児島県	1,885.0	鹿児島県	36.0	長崎県	24.0	鹿児島県	233.0	香川県	263.0	宮城県	184.0	沖縄県	331.1	山口県	319,104	山口県	318,296	福岡県	355,171	高知県	1,184,293
3	徳島県	322.4	熊本県	1,527.7	長崎県	1,812.0	山口県	34.0	石川県	21.0	山口県	232.0	広島県	258.0	愛媛県	171.0	栃木県	317.7	大分県	314,862	香川県	314,360	北海道	347,924	北海道	1,103,032
4	鳥取県	311.0	北海道	1,526.2	熊本県	1,782.0	熊本県	34.0	徳島県	20.0	北海道	209.0	和歌山県	250.0	栃木県	169.0	和歌山県	309.9	鹿児島県	314,813	大分県	312,911	大分県	347,088	長崎県	1,102,286
5	福岡県	307.6	山口県	1,523.4	山口県	1,745.0	富山県	31.0	鹿児島県	19.0	富山県	205.0	徳島県	250.0	徳島県	164.0	埼玉県	303.3	香川県	314,664	鹿児島県	312,764	佐賀県	345,144	佐賀県	1,088,747
6	高知県	302.4	佐賀県	1,485.9	徳島県	1,705.0	長崎県	29.0	福岡県	17.0	熊本県	197.0	鹿児島県	237.0	青森県	163.0	岡山県	310,128	岡山県	308,270	岡山県	305,117	熊本県	337,862	広島県	1,081,686
7	長崎県	300.9	徳島県	1,484.7	大分県	1,627.0	福岡県	28.0	北海道	16.0	徳島県	193.0	長崎県	226.0	長崎県	162.0	茨城県	297.5	佐賀県	307,324	佐賀県	305,117	熊本県	337,862	広島県	1,081,686
8	岡山県	299.4	長崎県	1,406.7	佐賀県	1,622.0	徳島県	27.0	富山県	16.0	長崎県	181.0	福島県	211.0	新潟県	159.0	大阪府	296.6	高知県	305,690	高知県	305,072	徳島県	335,089	鹿児島県	1,068,398
9	和歌山県	287.4	福岡県	1,406.1	宮崎県	1,497.0	石川県	26.0	福井県	16.0	宮崎県	178.0	岐阜県	210.0	北海道	157.0	長崎県	295.5	長崎県	302,281	長崎県	300,782	石川県	334,968	熊本県	1,050,641
10	熊本県	287.4	鳥取県	1,371.0	福岡県	1,461.0	愛媛県	26.0	山口県	16.0	愛媛県	176.0	青森県	208.0	大分県	152.0	宮崎県	291.4	徳島県	302,002	徳島県	299,853	広島県	333,237	山口県	1,048,833
11	石川県	285.7	富山県	1,359.5	北海道	1,448.0	佐賀県	25.0	香川県	15.0	佐賀県	175.0	愛媛県	205.0	鹿児島県	146.0	群馬県	291.0	愛媛県	298,404	愛媛県	296,999	山口県	330,339	大分県	1,045,544
12	香川県	281.5	宮崎県	1,333.8	愛媛県	1,413.0	北海道	24.0	大分県	15.0	石川県	160.0	秋田県	203.0	沖縄県	141.0	山梨県	286.8	石川県	297,340	石川県	295,029	長崎県	328,181	徳島県	1,025,363
13	島根県	279.3	石川県	1,329.1	島根県	1,397.0	京都府	21.0	宮城県	14.0	島根県	160.0	山梨県	199.0	熊本県	136.0	千葉県	284.8	熊本県	296,227	熊本県	294,355	大阪府	327,702	京都府	1,024,824
14	佐賀県	277.7	愛媛県	1,326.6	富山県	1,368.0	大阪府	21.0	岐阜県	14.0	福岡県	158.0	大分県	197.0	三重県	135.0	熊本県	282.0	広島県	295,314	広島県	293,251	兵庫県	323,268	沖縄県	1,024,470
15	大阪府	274.6	島根県	1,301.1	石川県	1,310.0	和歌山県	20.0	三重県	14.0	岩手県	156.0	山口県	196.0	島根県	129.0	京都府	281.1	福井県	290,574	福井県	288,170	愛媛県	321,512	兵庫県	1,013,843
16	大分県	271.3	大分県	1,279.6	香川県	1,310.0	岡山県	20.0	京都府	14.0	秋田県	155.0	宮崎県	195.0	佐賀県	129.0	愛知県	278.8	鳥取県	286,436	鳥取県	284,629	和歌山県	320,801	石川県	1,001,996
17	愛媛県	263.7	香川県	1,266.3	秋田県	1,267.0	香川県	19.0	奈良県	14.0	鳥取県	151.0	群馬県	191.0	香川県	127.0	高知県	277.3	北海道	284,438	北海道	281,260	香川県	319,102	岡山県	990,034
18	広島県	263.1	京都府	1,252.7	鳥取県	1,249.0	大分県	19.0	愛媛県	14.0	広島県	144.0	佐賀県	191.0	岡山県	124.0	静岡県	276.2	富山県	282,601	富山県	281,149	福井県	318,881	香川県	984,069
19	鹿児島県	257.8	和歌山県	1,242.8	広島県	1,210.0	宮崎県	19.0	群馬県	13.0	福島県	139.0	茨城県	190.0	滋賀県	117.0	岐阜県	276.0	福岡県	279,413	福岡県	275,909	宮崎県	317,388	愛知県	957,297
20	山口県	257.0	岡山県	1,237.4	福井県	1,208.0	福井県	18.0	和歌山県	13.0	大分県	137.0	岡山県	189.0	山梨県	116.0	長野県	274.4	宮崎県	277,050	宮崎県	274,724	高知県	315,261	愛媛県	956,482
21	福井県	250.9	福井県	1,206.4	沖縄県	1,201.0	兵庫県	18.0	広島県	13.0	京都府	130.0	大阪府	188.0	長野県	110.0	神奈川県	272.7	和歌山県	273,195	和歌山県	270,719	愛知県	312,894	和歌山県	947,171
22	沖縄県	250.0	秋田県	1,162.9	岡山県	1,176.0	青森県	17.0	宮崎県	13.0	香川県	129.0	兵庫県	185.0	茨城県	103.0	鹿児島県	271.8	秋田県	271,168	秋田県	270,685	京都府	312,728	奈良県	944,141
23	富山県	248.2	広島県	1,155.6	岩手県	1,135.0	広島県	17.0	沖縄県	13.0	青森県	128.0	福井県	183.0	石川県	99.0	三重県	270.9	奈良県	268,344	奈良県	266,800	島根県	311,509	東京都	938,141
24	宮崎県	245.1	奈良県	1,154.4	和歌山県	1,129.0	新潟県	16.0	秋田県	12.0	沖縄県	126.0	熊本県	182.0	岩手県	97.0	奈良県	270.8	京都府	266,607	京都府	264,603	鳥取県	310,864	滋賀県	934,410
25	兵庫県	242.9	青森県	1,119.7	山形県	1,110.0	滋賀県	16.0	茨城県	12.0	新潟県	122.0	栃木県	181.0	宮崎県	95.0	愛媛県	270.8	大阪府	266,473	大阪府	264,293	沖縄県	306,612	宮崎県	924,112
26	北海道	240.5	岩手県	1,083.4	青森県	1,103.0	島根県	16.0	滋賀県	12.0	福井県	122.0	高知県	179.0	神奈川県	92.0	兵庫県	270.4	兵庫県	264,303	兵庫県	261,800	東京都	304,059	福井県	922,833
27	奈良県	232.6	沖縄県	1,082.4	京都府	1,095.0	岩手県	15.0	大阪府	12.0	静岡県	120.0	島根県	177.0	高知県	91.0	福島県	268.8	三重県	261,475	三重県	259,229	岐阜県	302,769	島根県	913,623
28	宮城県	232.3	群馬県	1,073.8	福島県	1,065.0	福島県	14.0	佐賀県	12.0	栃木県	119.0	福岡県	177.0	福島県	84.0	北海道	265.9	滋賀県	260,912	滋賀県	258,546	富山県	300,958	鳥取県	910,992
29	山形県	230.4	山梨県	1,065.5	新潟県	1,051.0	奈良県	14.0	青森県	11.0	大阪府	118.0	富山県	173.0	愛知県	84.0	山形県	263.1	岩手県	260,028	岩手県	258,246	三重県	300,745	富山県	909,820
30	山梨県	230.2	大阪府	1,058.5	大阪府	1,000.0	宮城県	13.0	福島県	11.0	岡山県	117.0	東京都	170.0	富山県	80.0	宮城県	262.6	岐阜県	259,414	岐阜県	257,281	奈良県	300,580	群馬県	879,391
31	群馬県	228.2	福島県	1,047.4	山梨県	993.0	秋田県	13.0	山梨県	11.0	山形県	113.0	新潟県	169.0	兵庫県	79.0	佐賀県	262.5	山形県	258,894	山形県	256,504	神奈川県	297,218	神奈川県	877,313
32	秋田県	227.1	山形県	1,046.6	群馬県	980.0	栃木県	13.0	兵庫県	11.0	山梨県	112.0	鳥取県	167.0	福岡県	77.0	岩手県	258.1	新潟県	257,207	新潟県	255,243	滋賀県	293,462	岐阜県	876,848
33	長野県	226.9	長野県	1,032.0	奈良県	976.0	山梨県	13.0	鳥取県	11.0	長野県	112.0	奈良県	165.0	山形県	75.0	福岡県	257.7	福島県	249,262	宮城県	247,569	群馬県	292,616	埼玉県	860,416
34	栃木県	223.3	新潟県	1,031.2	長野県	970.0	三重県	13.0	島根県	11.0	三重県	112.0	宮城県	164.0	千葉県	75.0	秋田県	257.1	宮城県	249,229	福島県	247,086	宮城県	290,039	茨城県	856,074
35	滋賀県	222.4	兵庫県	993.2	兵庫県	967.0	沖縄県	13.0	岡山県	11.0																

## 第4章 目標

### 1 目的の設定

被保険者が、住み慣れた地域で必要な医療や支援を活用しながら安心して自立した生活を送ることができる期間を延伸し、QOLの維持・向上を図ることを目的として、高齢者の特性を踏まえた保健事業等を積極的に推進します。

### 2 目標の設定

#### ◇ 健康寿命の延伸によるQOLの維持・向上

自身の健康状態を把握し、生活習慣病の重症化予防、低栄養の回避、運動・認知機能の低下防止等に向けた生活習慣の見直しに取り組む地域・被保険者が増えることにより、健康寿命の延伸及びQOLの維持・向上を図ります。

##### 【目標値】

評価項目	指標	現状値(平成25年)	目標値	評価時期
健康寿命の延伸	健康寿命	男性 71.58 歳 女性 74.52 歳	男性 72.58 歳以上 女性 75.52 歳以上	平成35年度

(※) 健康寿命：厚生労働省研究班による「日常生活に制限のない期間の平均」の推定値。

#### ◇ 医療費の適正化による安定的な医療体制の維持

適正な医療のかかり方の推進や疾病の重症化予防に取り組む地域・被保険者が増えることにより、医療費が適正化され、必要な医療を安定的に受けることができる地域づくりを目指します。

##### 【目標値】

評価項目	指標	現状値(平成27年度)	目標値	評価時期
1人当たり入院費が現状値を下回る	1人当たり入院医療費	・1人当たり入院医療費 610,000 円 ・全国順位 3位	・1人当たり入院医療費 610,000 円以下 ・全国順位 3位以下	毎年度
1人当たり医療費が現状値を下回る	1人当たり医療費	・1人当たり医療費 1,055,000 円 ・全国順位 7位	・1人当たり医療費 1,055,000 円以下 ・全国順位 7位以下	毎年度

## (1) 中長期的な目標

- ① 健康診査を活用した取組の強化等、生活習慣病対策に取り組む地域・被保険者の増加による、生活習慣病の早期発見及び重症化の抑制
- ② 口腔検診を活用した摂食嚥下機能の維持・向上を図る取組、肺炎予防に関する健康教育、保健指導、予防接種の推進等の取組等の強化に取り組む地域・被保険者の増加による、肺炎死亡率の増加の抑制
- ③ 体重減少や筋力低下、気力低下等のフレイル状態の予防に取り組む地域・被保険者の増加
- ④ 被保険者一人ひとりの自主的な心身の健康づくりを支援する地域の増加
- ⑤ 適正受診、適正服薬、ジェネリック医薬品の普及等、医療費適正化に取り組む地域・被保険者の増加による、医療費の増加の抑制

## (2) 短期的な目標

原則として、毎年度、達成状況等を把握し、評価・見直しを行います。

- ① 健康診査(長寿健診)の受診率及び健診結果を活用した取組の増加
  - ・ 健診受診勧奨の取組を実施する市町村、改善割合の増加  
(医師会等と連携し受診勧奨を行う市町村の増加など)
  - ・ 健診結果を活用した取組を実施する市町村・被保険者、改善率の増加  
(健診後の保健指導を実施する市町村の増加、検査値改善割合、生活習慣改善意欲・行動変容割合の増加、治療中コントロール不良の減少など)
- ② 口腔検診(お口元気歯ッピー検診)の受診率、結果を活用した取組の増加
  - ・ 口腔検診受診者数の増加、改善割合の増加  
(口腔検診受診率、検診後受療行動に繋がった者の割合の増加など)
  - ・ 検診結果を活用した取組を実施する市町村の増加

- ③ 医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携した、適正受診・適正服薬を促す取組を実施する市町村の増加、改善割合の増加  
（重複・頻回受診者訪問指導事業該当者数の減少、訪問実施率・改善割合・医療費効果額の増加、実施市町村の増加、医師会・歯科医師会・薬剤師会と連携した取組を実施する市町村の増加など）
- ④ 健診結果を活用した訪問指導による改善割合の増加  
（要医療者等訪問指導事業の実施市町村・訪問実施率の増加、健診結果において要医療者等訪問指導事業の対象基準該当者の減少、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを満たす取組を実施する市町村の増加、人工透析患者のうち糖尿病性腎症を有する者の割合の増加の抑制など）
- ⑤ 被保険者の主体的な心身の健康づくりを支援する取組を行う市町村の増加  
（いきいき教室、未受診高齢者健康づくり訪問指導事業等の長寿・健康増進事業を実施する市町村の増加、訪問後に健診や必要な医療機関受診に繋がった者の割合の増加、筋膜ケアを普及する市町村の増加、個人向けインセンティブの取組を実施する市町村の増加、肺炎予防の普及啓発を実施する市町村の増加、地域包括ケアシステムの構築・強化に関する課題を関係課で共有している市町村の増加など）
- ⑥ 要介護認定割合の増加の抑制、介護予防事業と連携した取組数の増加  
（住民主体の通いの場における疾病予防・重症化予防に関する健康教育、健診結果説明会等における介護予防に関する講話等を実施する市町村の増加等）
- ⑦ 後発医薬品の普及啓発による医療費の適正化  
（後発医薬品の使用割合の増加、後発医薬品への切り替えによる医療費削減額の増加など）

## 第5章 保健事業の内容

### 1 保健事業の選択・優先順位

現状分析による課題を受けて第4章で定めた目標の達成に向け、以下の保健事業を実施していきます。

#### 【実施している保健事業一覧】

広域連合で実施している保健事業は、図表5－1のとおりです。対象者の規模や費用対効果、地域特性等の要素を考慮し、優先順位を下表のとおり定め、効果的かつ効率的な事業の展開に努めます。

図表5－1 広域連合で実施している保健事業

目的・目標	中長期目標	事業	(ねらい)	優先順位	事業名称	実施方法
被保険者が、住み慣れた地域で必要な医療や支援を活用しながら安心して自立した生活を送ることができる期間を延伸し、QOLの維持・向上を図る	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病の早期発見、重症化予防</li> <li>嚥下機能の保持・低下防止及び肺炎予防</li> <li>フレイル（加齢に伴う心身機能の低下）対策</li> <li>医療費適正化</li> </ul>	健康診査事業（健康診査）	生活習慣病の早期発見・早期治療に繋げる	1	長寿健診事業	市町村補助
		（歯科健康診査）	口腔の健康維持により被保険者のQOL向上、健康寿命の延伸を図る	2	口腔検診事業「お口元気歯ッピー検診」	広域連合直営
		医療費適正化等推進事業	適正受診を推進する	3	重複・頻回受診者訪問指導事業	市町村委託
			早期に医療へ繋ぎ、重症化を予防する	4	要医療者等訪問指導事業	市町村委託
			後発医薬品の利用促進	8	後発医薬品普及事業	広域連合直営
		長寿・健康増進事業	自覚しない問題を発見し、健康へ関心を向ける	5	未受診高齢者健康づくり訪問指導事業	市町村補助
			被保険者の自主的な健康づくりを支援することにより、QOLの向上を目指し、新たな疾病の発生や治療中の疾病の重症化を予防する	6	高齢者元気づくり事業「いきいき教室」	市町村補助
				7	その他の保健事業（健康教育・健康相談、人間ドック、はり・きゅう等助成、その他健康増進のために必要な事業、他）	市町村補助
◇健康寿命の延伸によるQOLの維持・向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者の自主的な健康づくりを支援</li> <li>心身の健康の保持・増進</li> </ul>	長寿・健康増進事業				
◇医療費の適正化による安定的な医療体制の維持						

### 2 高齢者の特性を踏まえた事業展開

保健事業の展開においては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（暫定版）」等の関連指針を参考に、後期高齢者の特性を踏まえ、被保険者一人ひとりの状況に即した健康の保持増進を図る取組を行えるよう努めます。

### 3 各保健事業の実施内容

#### (1) 長寿健診

##### ア 事業目的

診察及び各種検査・測定を行い、健康状態を評価するとともに、健診結果に対応した適切な保健指導を行うことにより、心身の健康の維持増進や生活習慣病などの疾病の予防及び早期発見・早期治療に繋げ、医療費増加の抑制ひいては保険料上昇を抑制することを目的としています。

##### イ 対象者

後期高齢者医療の被保険者で、被保険者となった日から対象となります。

また、受診対象外者の取扱いについては、長寿健診実施要綱第3条の規定に基づき、原則第3条第1項各号の該当者について対象者から除くこととしています。

なお、同条2項の規定により対象者から除くことが出来るとされている「高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号）」第1条に規定する生活習慣病で療養中の者については、基本的には対象者として取り扱い、健診されなかった場合に受診対象外者として取り扱うこととしています。

〔受診対象外者〕

- ・ 刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
- ・ 国内に住所を有しない者
- ・ 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者
- ・ 病院又は診療所に6か月以上継続して入院している者
- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設等に入所等している者
- ・ 労働安全衛生法等その他の法令に基づき実施することが義務づけられている健康診査の受診対象となる者のうち、事業主等からの健診結果データの提供を受けた者
- ・ 当該年度内において、既に長寿健診に相当する健康診査を受診している者
- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号）第1条に規定する生活習慣病により病院、診療所等で受療中の者のうち、健康診査を受診されなかった者



ウ 実施方法

県内全市町村で実施（平成 28 年度）

個別健診・集団健診両方実施…	12 市町
個別健診のみ実施 …	9 市
集団健診のみ実施 …	22 市町村

エ 受診率

旧保健事業実施計画（H27～29 年度）で定めた受診率の目標値、及び実際の受診率（実績）は、図表 5－2 のとおりです。

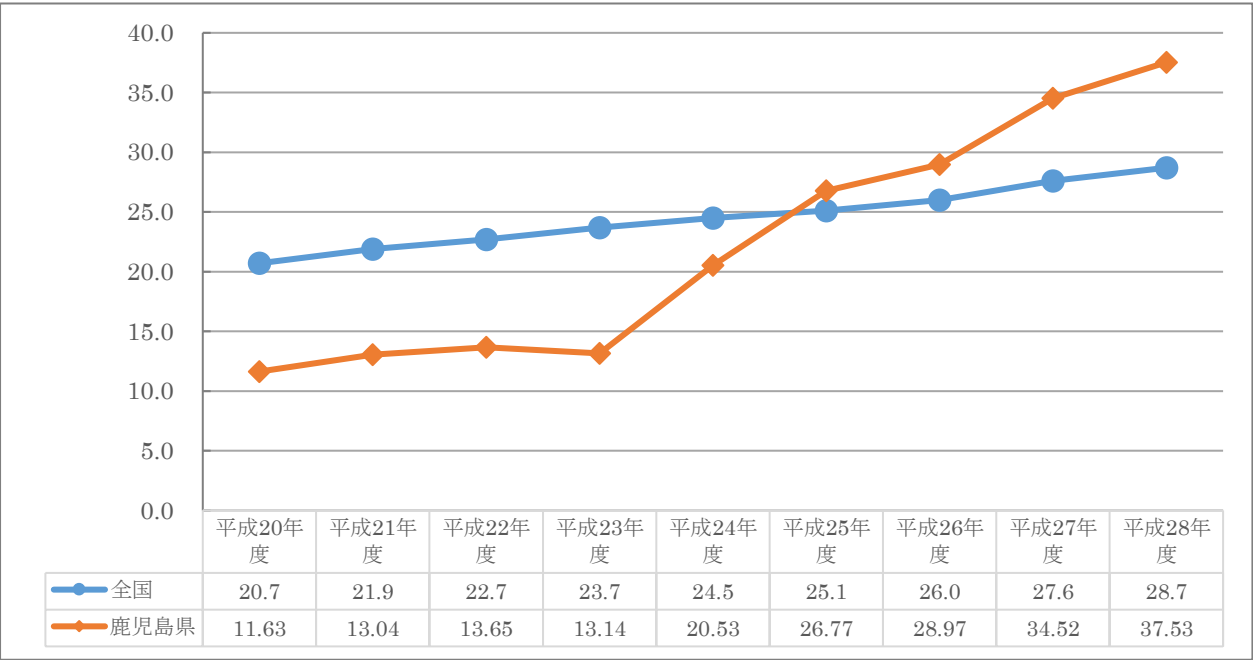
図表 5－2 長寿健診の目標受診率 (単位：%)

年度		平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
県	新目標値（H30～35年度）							41.5	43.5	45.5	46.5	47.5	48.5
	旧目標値（H27～29年度）				27.5	28.0	28.5						
	健康診査推進計画目標値				34.5	35.9	41.4						
	受診率（実績）	20.53	26.77	28.97	34.52	37.53	—	—	—	—	—	—	—
全国	受診率（実績）	24.5	25.1	26.0	27.6	28.7	—	—	—	—	—	—	—

注）平成 28 年度は、県・全国とも見込みの受診率である。

平成 24 年度から受診対象外者を除外した受診率を算出するようにしたことから、20%台に上昇し、平成 25 年度には全国の受診率を上回り、年々増加傾向にあります。

図表 5－3 長寿健診受診率の年次推移 (単位：%)



注 1）全国の受診率は、受診対象外者除外後の受診率です。

注 2）本県の受診率は、平成 2 4 年度から受診対象外者除外後の受診率を計上しています。

## (2) 口腔検診事業「お口元気歯ッピー検診」

### ア 事業目的

後期高齢者における口腔の健康を維持することにより、高齢者の生き生きライフを支え、ＱＯＬの向上を図り健康寿命の延伸を目的とします。

### イ 対象者

前年度に 75 歳に到達した、当該市町村の区域内に居住する後期高齢者医療の被保険者を対象とします。

### ウ 実施方法

県内の歯科医療機関（以下「実施歯科医療機関」という。）において実施します。

広域連合は、毎年度鹿児島県歯科医師会及び同会非加盟の協力歯科医療機関と業務委託契約を結び、検診票等必要書類を送付します。

広域連合は、対象者に受診券を送付します。

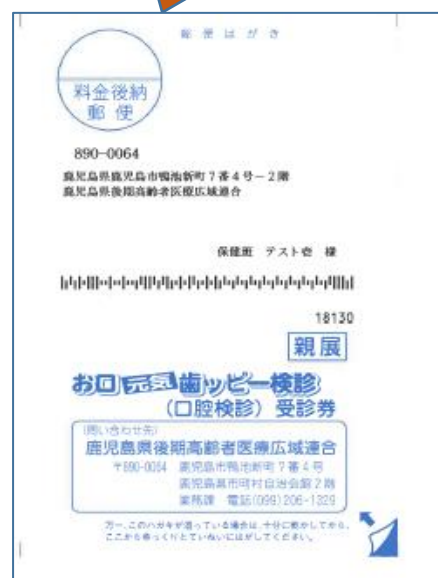
対象者は、直接実施歯科医療機関に予約し受診します。

検診実施歯科医療機関は、受診者へ検診結果の説明・指導を行い、広域連合に検診結果の報告書を提出します。

広域連合は、検診実施歯科医療機関に委託料を支払うとともに、検診結果の集計を行い、対象市町村へ情報提供します。



### 受診券（見本）





## エ 受診状況

### (7) 受診者数・受診率の推移

受診者数及び受診率は、事業開始以降、年々、増加傾向にありましたが、平成26年度以降、受診率がやや減少しています。

市町村間で受診率に開きがあり、平成28年度においては、30市町村は県平均（10.85%）を下回っていました。

図表5-4 口腔検診受診者数・受診率の推移



図表5-5 平成28年度口腔検診受診率の市町村分布

区分		市町村数
20%以上		2
15～20%未満		1
10～15%未満	県平均以上	10
	県平均未満	4
5～10%未満		16
5%未満		10

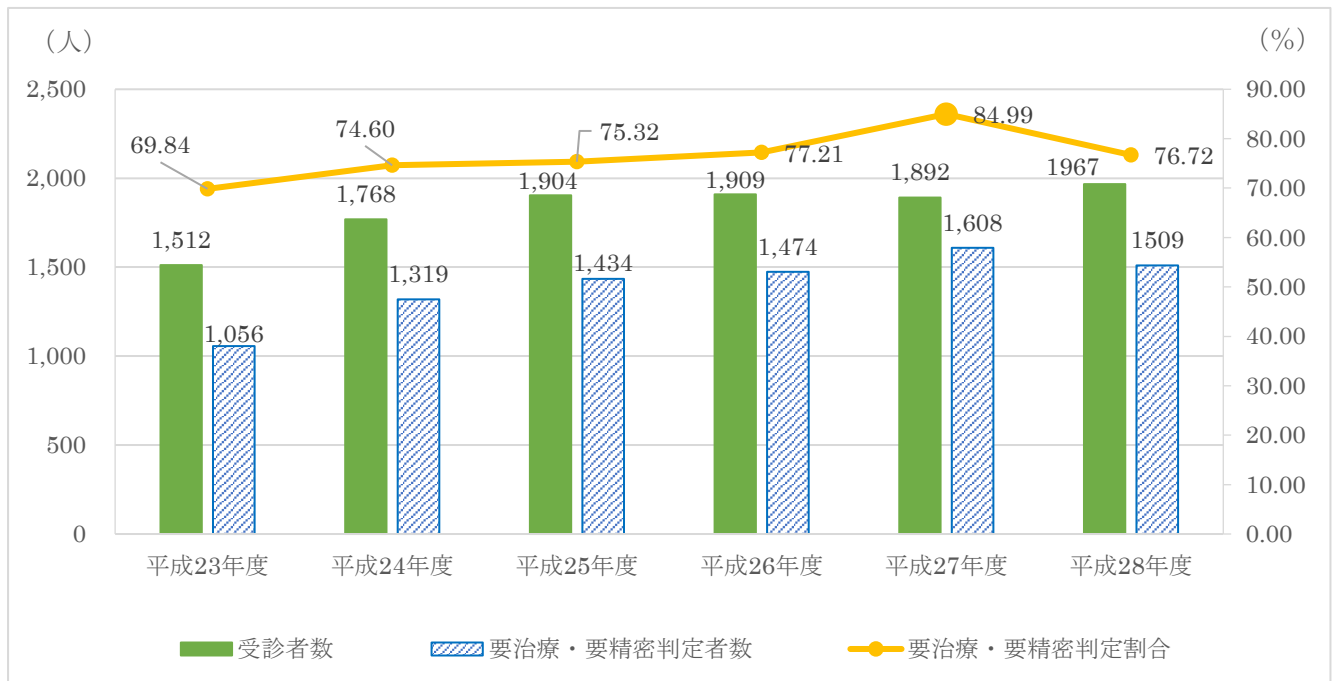
(※) 平成28年度県平均受診率：10.85%

(イ) 要治療・要精密検査判定者の推移と内訳

要治療・要精密検査判定者の割合は、判定方法の周知により増加傾向にあります。

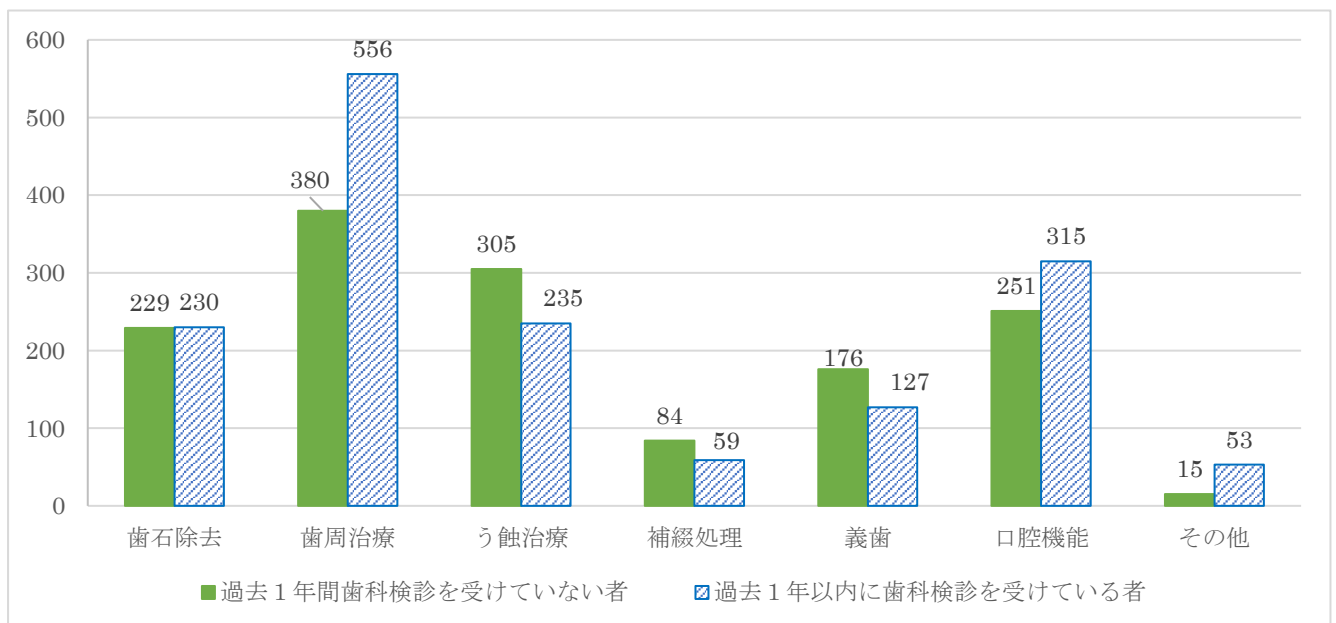
要治療・要精密検査に該当した理由内訳（平成 28 年度結果）は、①歯周治療、②口腔機能、③う蝕（虫歯）治療の順に多くなっています。

図表 5－6 要治療・要精密検査判定者の割合



図表 5－7 要治療・要精密検査判定者の該当項目内訳

（単位：人）



※ 重複回答あり。

過去1年以内の歯科検診有無別による理由内訳には、以下の特徴がみられます。

過去1年以内に歯科検診を受けていた人に多い特徴

- 歯周治療の必要な人が多い。
- 地域歯周病疾患指数（C P I）診査結果において、健全が多い。

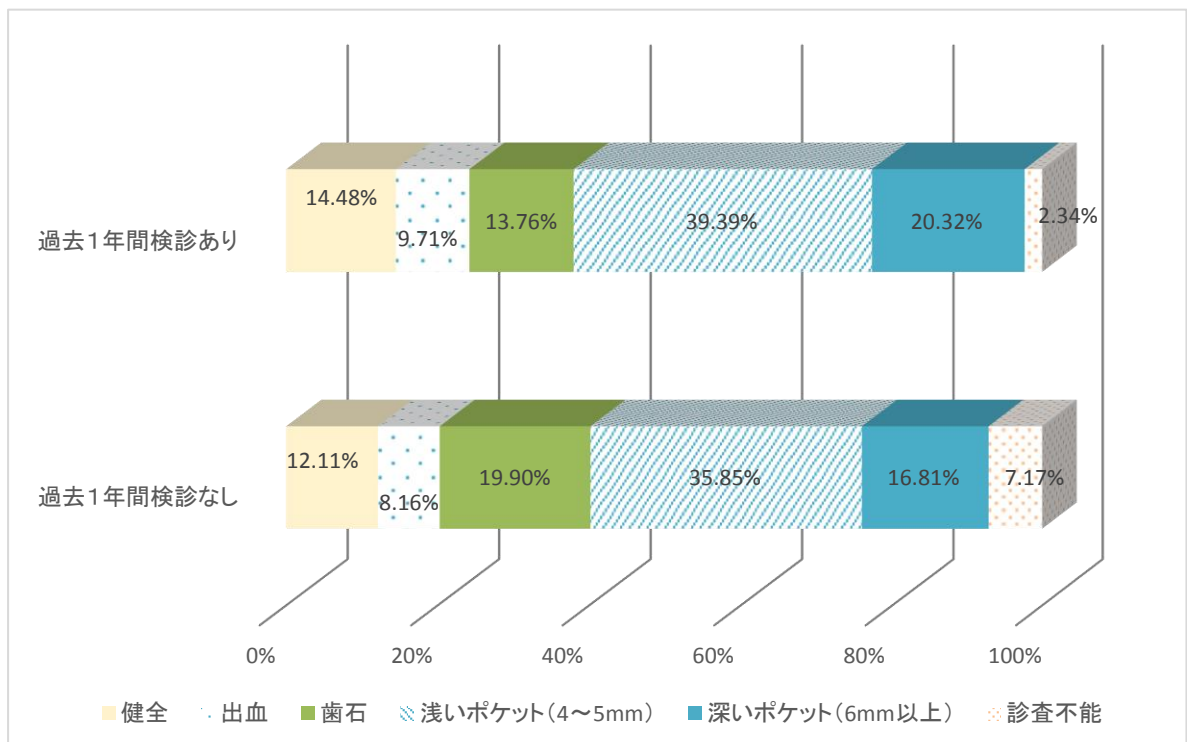
過去1年以内に歯科検診を受けていなかった人に多い特徴

- う蝕（虫歯）治療の必要な人が多い。
- 補綴処理（要義歯作成）の必要な人が多い。
- 地域歯周病疾患指数（C P I）診査結果では、診査不能者（分画的に機能している歯が2歯に満たない人）が多い。

過去1年以内に歯科検診を受けていなかった人にう蝕（虫歯）治療や補綴処理の必要な人が多い背景として、要治療の状態を把握する機会がないまま放置されていた状況が示唆されます。「お口元気歯ッピー検診」の受診が治療に繋がる好機となれば、実施自体に意義があるものと言えます。

図表5－8のとおり、過去1年以内に歯科検診を受けていなかった人にはC P I診査において、診査不能（分画内に機能している歯が2歯に満たない）の人が多い、歯周治療が必要な人が少なくなっています。これは機能している歯が少ないことによるものと推測されます。

図表5－8 地域歯周病疾患指数（C P I）の比率（平成28年度口腔検診結果）（単位：%）



### (3) 重複・頻回受診者訪問指導事業

#### ア 事業目的

重複・頻回受診者を対象に訪問指導を行い、適正な受診や疾病の重症化予防のための日常生活習慣改善への支援・療養方法等の保健指導を行うことにより、健康の保持増進・疾病の早期回復を図り、ひいては医療費の適正化を目指します。

対象者の疾病・障害・受診行動上の問題の要因を見極め、予防活動として必要な援助や対策を見出し、保健事業等へと繋げます。

対象者のライフステージ及び健康レベルにあわせタイムリーな支援を心掛け、家族を含めた支援を実施し効果的な訪問活動を進めます。

今後、重複服薬者に対する支援を展開することとしており、平成 30 年度は、本事業の対象者の要件に重複服薬者の基準を追加します。

#### イ 対象者

##### (ア) 一次抽出（広域連合にて実施）

広域連合において、レセプト情報から以下の条件により抽出を行います。  
なお、医科入院、歯科、マル長（人工透析患者等）に該当するレセプトは除きます。

〔条件〕

- ・ 4 か月間の診療分のレセプトで
  - a 1 か月当たりレセプト 4 件以上保有する者（重複）
  - b 毎月 15 日以上レセプトを 1 件以上保有する者（頻回）
  - c 眼科・耳鼻科・皮膚科の頻回受診者は除外  
(同月に 2 か所以上の受診がなければ適正とする。)

鹿児島市では、上記に加えて 1 か月の受診日数が 20 日以上レセプトを 1 件以上保有する者とします。

離島町村については、医療機関が少ないことを勘案し、上記 a のレセプト 4 件以上を 3 件以上に緩和します。

- ・ 同一月に 3 以上の医療機関より同一の薬効の薬剤投与を受けている者  
(重複服薬)

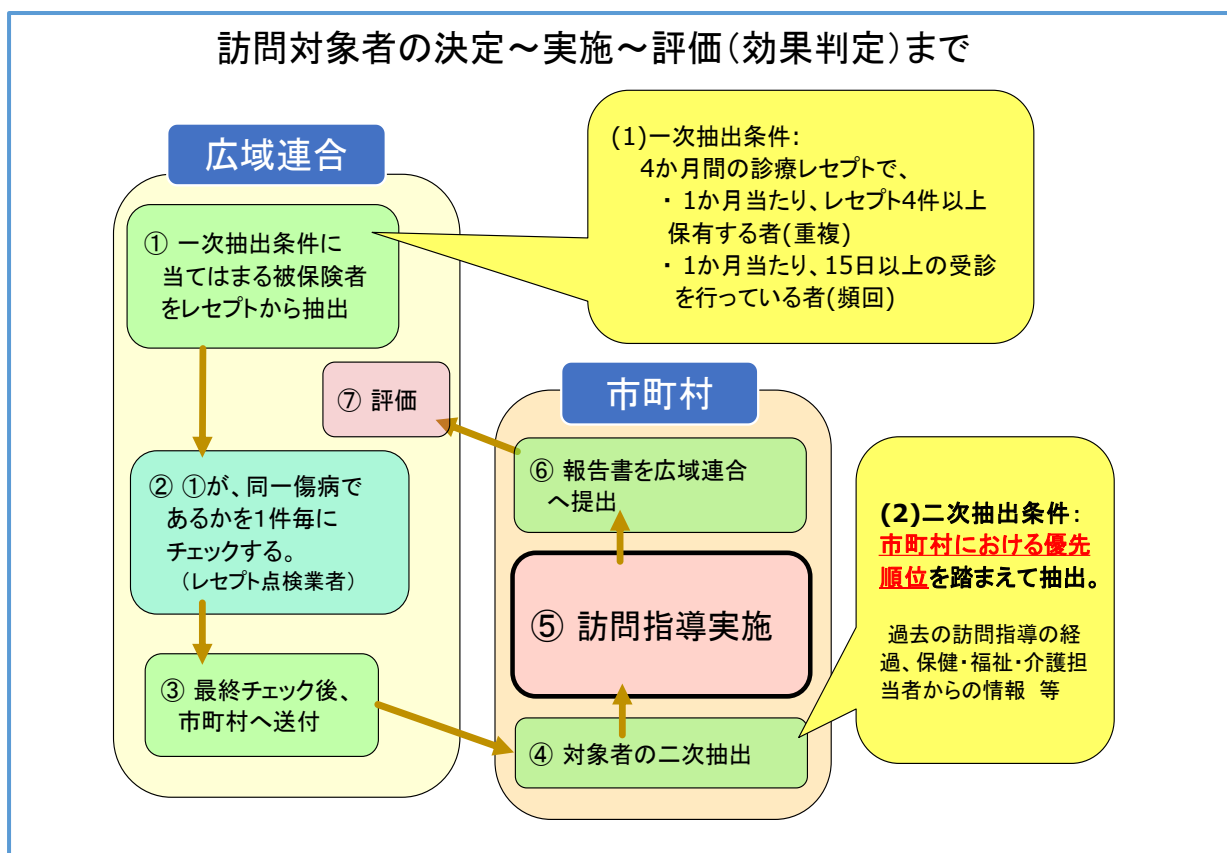
##### (イ) 二次抽出（市町村にて実施）

広域連合より提供された一次抽出による対象者の中から、過去の訪問指導の経過や健康診査結果の情報、保健・福祉・介護担当からの情報等を基に必要と判断した者とします。

## ウ 実施方法

図表 5－9 の役割分担と手順により実施しています。

図表 5－9 重複・頻回受診者訪問指導事業の実施手順



※①～⑥は、年3回実施

## エ 訪問実施件数・実施市町村

平成24年度以降の訪問件数・実施市町村数は、図表5－10のとおりです。指導件数のうち、重複受診によるもの及びリハビリによるものが、それぞれ全体の半数近くを占めています。

図表 5－10 重複・頻回受診者訪問指導事業による指導件数及び実施市町村数の推移

		重複	頻回	リハビリ	計	実施市町村数
平成24年度	実人数	388	100	446	934	27
	延べ人数	687	187	873	1747	
平成25年度	実人数	442	91	448	981	29
	延べ人数	756	163	793	1712	
平成26年度	実人数	386	41	462	889	28
	延べ人数	578	68	725	1371	
平成27年度	実人数	368	48	381	797	31
	延べ人数	550	67	563	1180	
平成28年度	実人数	416	55	339	810	28
	延べ人数	613	86	521	1220	

※平成29年度は、31市町村で実施予定。

#### (4) 要医療者等訪問指導事業

##### ア 事業目的

長寿健診の結果を活用した保健指導を、高齢者の個別性に配慮した訪問の形式で保健師等が実施することで、健康診査事業の効果を促し、もって生活習慣病の早期発見・早期治療に繋げ、重症化を予防するとともに、高齢者の健康づくりやフレイル対策の強化を図ることにより、QOLの維持・向上に資することを目指します。さらには、慢性腎臓病（CKD）の早期発見、ひいては人工透析の予防につなげる等、地域の医療費適正化のための施策の一助とします。

また、生活習慣病の重症化は、認知症の発症リスクを高めることも明らかとなってきたことから、認知症予防に視点をおいた取組の展開についても、今後検討していきます。

##### イ 対象者

長寿健診（人間ドックや労働安全衛生法に義務付けられた健康診断など長寿健診と同等の健康診査でも可）受診者で、「要医療」と判定された被保険者が対象となります。なお、「要医療」とは判定項目が広域連合の定めた基準にいずれか1つでも該当する者となります。

##### <判定項目及び基準値>

基本項目		基準値
血圧	収縮期血圧	150mmHg以上
	拡張期血圧	90mmHg以上
脂質	中性脂肪	300mg/dl以上
	HDL	34mg/dl以下
	LDL	140mg/dl以上
血糖	空腹時血糖	130mg/dl以上
	HbA1c	7.0%（NGSP値）以上
尿検査	尿蛋白	1+以上
栄養	BMI	18.5未満
		30以上

追加項目		基準値
腎機能	クレアチニン	※eGFR（推算糸球体濾過量）により設定
	eGFR	50未満

## ウ 実施方法

実施要領及び希望する市町村との業務委託契約書に基づき実施します。

生活習慣病で通院している場合は、主治医へ報告することに対して同意をいただき、医療との情報共有を図っています。

平成 28・29 年度については、国の「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進事業」を活用したモデル事業として実施し、フレイル対策を強化しました。

年齢等で途切れることなく支援を行えるよう、他保険者と連携をとり継続的な保健指導ができる体制の構築に努めます。

## エ 訪問実施件数・実施市町村

平成 24 年度以降の訪問件数・実施市町村数は、図表 5－11 のとおりです。訪問指導実施件数、実施市町村数ともに増加しています。平成 25 年度から、必要と判断された場合に限り、1 人 2 回まで訪問可としています。

図表 5－11 要医療者等訪問指導事業の指導件数

区分		H24	H25	H26	H27	H28
訪問指導件数	実人数	44	134	106	273	343
	延べ人数	44	143	107	276	344
実施市町村数		1	6	4	7	9

※平成 29 年度は、14 市町村で実施予定。

平成 28 年度の実施市町村において、訪問指導を受けた被保険者のうち平成 29 年度も対象基準に該当していた人数、及びその割合を示したものが図表 5－12 になります。

図表 5－12 平成 28 年度に訪問指導を受けた被保険者のうち次年度も対象基準に該当した人数・割合

区分	①H28訪問指導件数 (実人数)	②H29年度対 象基準該当 者数	③ ①のうち H29対象基準 該当者数	①に占める③ の割合(%)	②に占める③ の割合(%)
鹿児島市	135	1212	38	28.1	3.1
鹿屋市	50	245	22	44.0	9.0
垂水市	32	26	4	12.5	15.4
日置市	59	151	16	27.1	10.6
姶良市	7	386	2	28.6	0.5
大崎町	19	31	9	47.4	29.0
肝付町	35	67	13	37.1	19.4
大和村	4	18	3	75.0	16.7
与論町	2	3	0	0.0	0.0
計	343	2139	107	31.2	5.0



## （５） 未受診高齢者健康づくり訪問指導事業

### ア 事業目的

医療機関無受診で健診未受診の被保険者に対して、健診受診勧奨や健康チェック及び保健指導を行うことで、健診を活用した健康づくり思想の普及により元気な高齢者を増やし、さらに健診受診者を増やすことで、疾病の早期発見・早期治療をより一層推進し、疾病の重症化を予防し、医療費や介護給付費の伸びの抑制を目指します。

### イ 対象者

1年間医療機関無受診で、かつ長寿健診の未受診者を対象とします。

### ウ 実施方法

対象者を保健師または看護師が訪問し、健診受診勧奨や健康チェックを行うと共に、健康づくりの情報提供などの保健指導を行います。

訪問の際は、血圧・脈拍測定、検尿等による健康チェックを行い、その結果を踏まえた保健指導を行います。

健康へ関心を向けてもらう機会とするため、対象者自らも確認ができるような質問紙（ヘルスチェックシート）を用い、また、健康づくりのきっかけとなるよう筋膜ケア等の健康づくり手法の指導を行います。

### エ 訪問実施件数・実施市町村

平成25年度以降の訪問件数・実施市町村数は、図表5-13のとおりです。

図表5-13 元気高齢者健康づくり訪問指導事業の指導件数

区分		H25	H26	H27	H28
訪問指導件数	実人数	234	195	47	46
	延べ人数	234	195	47	46
実施市町村数		7	5	2	2

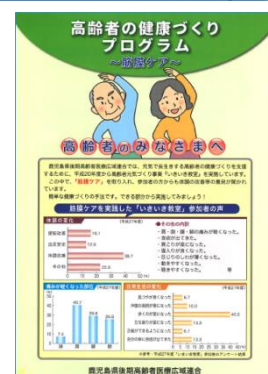
※平成29年度は5市町で実施予定。

#### 筋膜ケアとは

筋膜とは、筋肉を覆っている膜のことで、その筋膜をほぐすことで、血液やリンパの流れが促され、人が本来持っている身体の機能を回復したり、活性化する効果が期待されている、だれでも簡単にできる健康づくりの手法です。

実践された参加者からは、「歩くのが楽になった」「自分の身体に自信が出てきた」等の意見が多く寄せられています。

※資料編にリーフレット「高齢者の健康づくりプログラム～筋膜ケア～」を掲載していますので御参照ください。





## (6) 高齢者元気づくり事業「いきいき教室」

### ア 事業目的

元気で長生きする高齢者の自主的な健康づくりを支援する保健事業を実施することにより、新たな疾病の発症や治療中の疾病の重症化を予防し、将来における医療費の伸びの抑制を目指します。

### イ 対象者

後期高齢者医療の被保険者を対象とします。なお、対象とする地区の被保険者以外の高齢者についても、補助の対象とはならないものの、地域包括ケア体制づくりの観点から参加いただけます。

### ウ 実施方法

平成 20～24 年度に広域連合が実施した筋膜ケアを用いた教室事業「いきいき教室」は、体力測定結果から体力低下抑制効果及びレセプト情報から医療費抑制効果が認められ、高齢者の健康づくりに一定の効果が見られたことから、平成 25 年度以降も同等の事業を実施する市町村へ予算を優先的に補助し、筋膜ケアを県内全域に普及させ、高齢者の自主的な健康づくりを一層推進しています。介護予防事業や地域福祉事業（高齢者サロンなど）等の他の高齢者施策ともリンクさせ、市町村に合った事業を実施することで、効果的な高齢者の健康づくりや自助の支援を図るものとします。

コラム：【始良市の取組例】教室の報告・参加者の感想を広報誌に掲載 ～広報誌より一部抜粋～  
「こんなにお世話になっている自分の体なのに、これまで手入れをしてあげていませんでした。」という声が多く聞こえた「筋膜ケア」の実技講習でした。帰りには、身も心も軽くなって足取り軽く階段を下りて行かれる姿がたくさん見られました。筋膜ケアの効果大。



### エ 筋膜ケアの活用状況

平成 27 年度までに実施した 23 市町村のうち、約 7 割の市町村において、筋膜ケアが継続して活用されていました。活用していない理由としては、指導者がいない等の意見が寄せられています。

図表 5-14 いきいき教室終了後の筋膜ケア活用状況

筋膜ケア活用状況	市町村数
活用している	16
（内訳）健康教室やサロン	16
自主グループ ※重複	3
活用していない	7

※調査対象：平成 20 年度～平成 27 年度にいきいき教室を実施した 23 市町村

## (7) その他の長寿・健康増進事業

### ア 事業目的

長年社会に貢献されてきた被保険者の健康づくりに積極的に取り組むことにより、自助共助の環境づくり及び日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指します。

### イ 実施する事業

#### (ア) 健康診査（追加項目検査）

被保険者の生活習慣病等を早期に発見し、重症化の予防を図るために実施する健康診査のうち、一定基準に基づき医師が個別に必要と判断した場合に行う追加項目に係る費用を助成します。

判断基準は「鹿児島県後期高齢者医療広域連合長寿健診実施要綱」第8条第1項第10号関係別表2のとおりとします。

別表2（第8条関係）

追加項目	実施できる条件（判断基準）						
貧血検査 (ヘマトクリット値、 血色素量及び赤血球数 の測定)	貧血の既往歴を有する又は視診等で貧血が疑われる者						
心電図検査 (12誘導心電図)	前年度の健康診査の結果等において、血糖、脂質及び血圧のすべてについて、次の基準に該当した者						
眼底検査	<table> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、 またはHbA1c(NGSP値)が5.6%以上</td></tr> <tr> <td>脂質</td><td>中性脂肪の量が150mg/dl以上、または HDLコレステロールの量が40mg/dl未満</td></tr> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期130mmHg以上、または 拡張期85mmHg以上</td></tr> </table>	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、 またはHbA1c(NGSP値)が5.6%以上	脂質	中性脂肪の量が150mg/dl以上、または HDLコレステロールの量が40mg/dl未満	血圧	収縮期130mmHg以上、または 拡張期85mmHg以上
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、 またはHbA1c(NGSP値)が5.6%以上						
脂質	中性脂肪の量が150mg/dl以上、または HDLコレステロールの量が40mg/dl未満						
血圧	収縮期130mmHg以上、または 拡張期85mmHg以上						

(イ) 健康教育・健康相談

被保険者の心身の健康保持・増進を目的として、地域の特性や課題等を踏まえ、保健指導、健康教育、健康相談等を実施します。

(ウ) 人間ドック等の費用助成

疾病の早期発見を目的として、被保険者が人間ドック等を受診した場合の自己負担分を除く費用を助成します。

(エ) その他、被保険者の健康増進のために必要と認められる事業

被保険者の健康維持増進のために効果があると考えられる事業を実施します。

(8) その他の保健事業

ア 後発医薬品普及事業

医療費の適正化を目的とし、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及啓発・利用促進を図るため、後発医薬品希望カードの送付、切り替えにより減額できる自己負担額の差額通知を行います。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1 評価の時期

短期的な目標については、原則として毎年度評価し、事業の見直しを行います。

### 2 評価方法・体制

広域連合において実績をとりまとめ、当広域連合運営委員会（保健事業部会）において評価・分析等を行い、継続的に保健事業の改善を図ります。

### 3 各保健事業の評価

これまでの取組について考察を行い、計画の修正・改善を行います。

図表6-1 これまでの保健事業取組の考察

事業	保健事業名称	実施期間(年度)																〇効果 △課題
		H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
健康診査事業 (健康診査)	① 長寿健診	●																〇疾病の早期発見・早期治療に繋がっている △健診受診後のフォロー体制の整備
	(歯科健康診査) ② 口腔検診事業「お口元気歯ッピー検診」				●													〇要治療者の受診勧奨に貢献した △受診率の伸びの鈍化
医療費適正化等推進事業	③ 重複・頻回受診者訪問指導事業	●																〇重複・頻回受診者数が減少傾向にある 〇被訪問者の医療費の減少 △県内全域の実施に至っていない
	④ 要医療者等訪問指導事業					●												〇要医療者を、保健指導や医療に繋ぐことができています △年次情報に基づくため、よりタイムリーな対応方法の検討が必要 △県内全域の実施に至っていない
	⑧ 後発医薬品普及事業			●														〇後発医薬品使用割合が全国上位となっている △使用割合の伸び率の鈍化
長寿・健康増進事業	⑤ 未受診高齢者健康づくり訪問指導事業					●												〇医療機関及び健診無受診者の健康問題の発見に繋がった △実施市町村数が少ない
	⑥ 高齢者元気づくり事業「いきいき教室」	●																〇医療費増加率の減少傾向が認められている △県内全域の実施に至っていない
	⑦ その他の保健事業 (健康教育・健康相談、人間ドック、はり・きゅう等助成、その他健康増進のために必要な事業)	●																〇地域の実情に即した取組の推進に繋がっている △健康相談・健康教育等保健指導関連の事業よりも保養事業(はり・きゅう等)の割合が高い △被保険者の健康増進に有効な事業の立案・実施

## (1) 長寿健診

特定健診等データ管理システムから得られたデータ（平成 21～27 年度）や市町村事務実態調査等の結果を基に、以下のとおり評価分析しました。

### ア 健診受診率、及び受診勧奨・保健指導判定率及び服薬率

#### (ア) 健診の受診率

経年では増加傾向にあります。なお、平成 24 年度から受診対象外者を除いた受診率を出すようになったことにより、24 年度以降、受診率が増加しています。平成 25 年度には受診対象外者を実施要綱に定め、広域連合より市町村へ長期入院者及び生活習慣病治療中の被保険者の情報提供を行うようになり、市町村ではその他の対象外者の把握に努め、対応しています。健診については、法律上は「努力義務」であっても、健康状態を適切に把握し、疾病の早期発見・早期治療による重症化予防を図ることは、一人ひとりの生活の質に大きく関わるものであることがデータとして示されるようになり、健診の意義が明確なものとなってきました。

特定健診と連携した実施体制を取っている市町村が多く、特定健診の受診率向上への取組が長寿健診へも波及効果として現れています。しかしながら、受診率の伸びが停滞している市町村もあり、更なる取組の推進が必要となっています。

#### (イ) 健診の実施形態別にみた受診率

健診の実施方法は、各地域の実情に応じた形態となっていることから、一概に比較はできませんが、平成 28 年度においては、集団のみ実施が 4 市 14 町 4 村、個別のみ実施が 9 市、集団・個別両方実施が 6 市 6 町であり、受診率の平均は、集団のみ実施が 41.2%、個別のみ実施が 36.1%、両方実施が 39.3%となっています。集団のみ実施については、4 村の平均が 75.9%と特に高く、4 村を除いた 18 市町の平均は、35.6%となっています。

#### (ウ) 受診勧奨・保健指導判定対象者の比率

- ・受診者の 9 割以上が何らかの項目で保健指導判定値以上の値がみられ、平成 24 年度以降わずかず減少傾向にありましたが、平成 27 年度は前年度より 0.5 ポイント増加しています。
- ・受診勧奨判定値以上の受診者は全体の半分以上を占めており、わずかず減少傾向にありましたが、平成 27 年度は前年度より 0.2 ポイント増加しています。

#### (エ) 服薬中（高血圧、糖尿病、脂質異常症による）の者の比率

- ・高血圧服薬中の者は、緩やかに増加しており、受診者の半数以上が高血圧服薬中となっています。
- ・糖尿病服薬中の者は、ゆるやかに増加傾向にあります。
- ・脂質異常症服薬中の者は、変動があるものの、ほぼ横ばいで推移しています。

図表 6-2 平成 21～28 年度の長寿健診結果

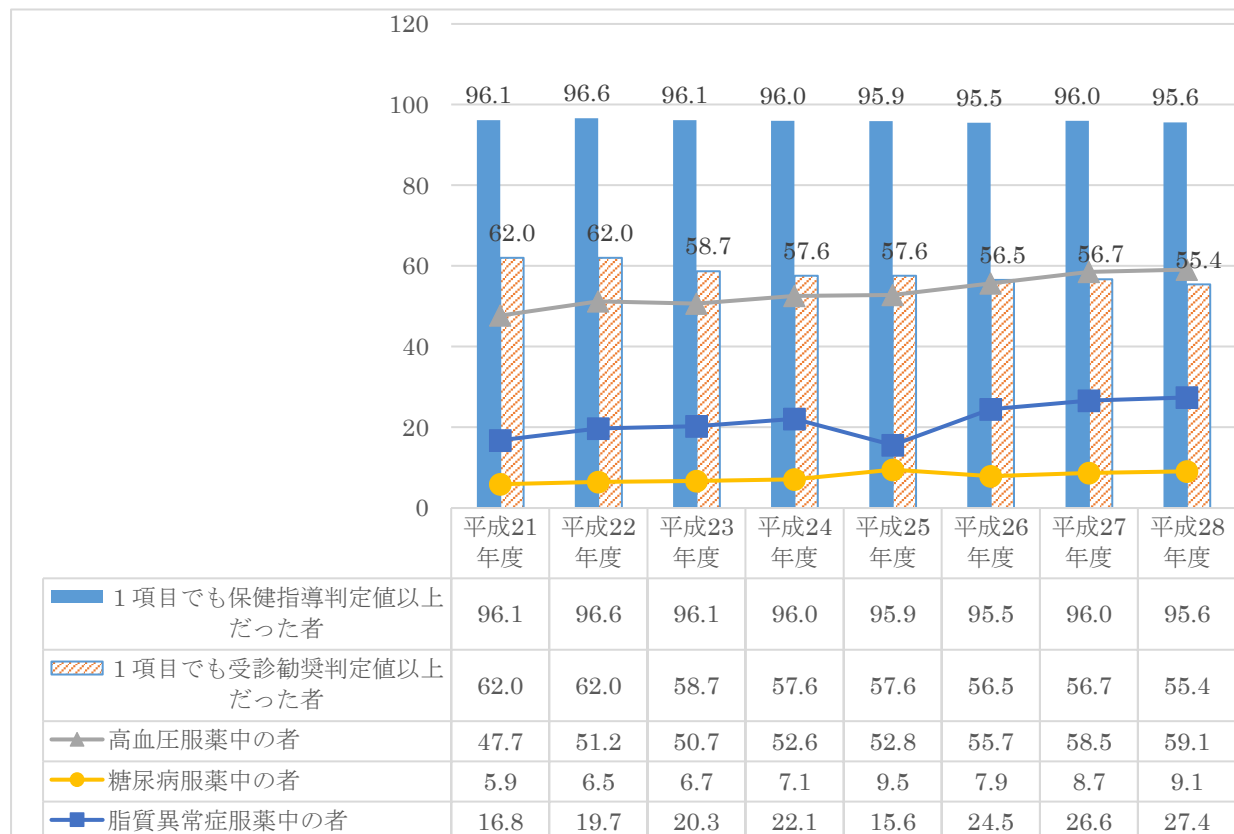
（単位：％）

項目	評価項目 1 注 1)		健診結果（％）								抽出データ
			H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	
実施状況 の評価	1) 健診の 受診率	全被保険者に占 める受診率	13.0	13.6	13.1	14.0	14.4	15.2	17.2	18.3	市町村 実績報 告
		受診率（対象外 者除外後）	—	—	—	20.5	26.8	29.0	34.5	37.5	
後期高齢 者の健康 状況の把 握	2) 後期高 齢者にお ける受診 勧奨者・保 健指導判 定対象者 の比率	① 保健指導判定値 以上	96.1	96.6	96.1	96.0	95.9	95.5	96.0	95.6	健診結 果判定 表
		受診勧奨判定値 以上	62.0	62.0	58.7	57.6	57.6	56.5	56.7	55.4	
	②	高血圧服薬中の 者	47.7	51.2	50.7	52.6	52.8	55.7	58.5	59.1	質問項 目別集 計表
		糖尿病服薬中の 者	5.9	6.5	6.7	7.1	9.5	7.9	8.7	9.1	
		脂質異常症服薬 中の者	16.8	19.7	20.3	22.1	15.6	24.5	26.7	27.4	

注 1) 評価項目 1 は「特定健康診査等に係る業務の手引き」に記載されている項目

図表 6-3 長寿健診全受診者のうち、服薬中の者の割合

（単位：％）

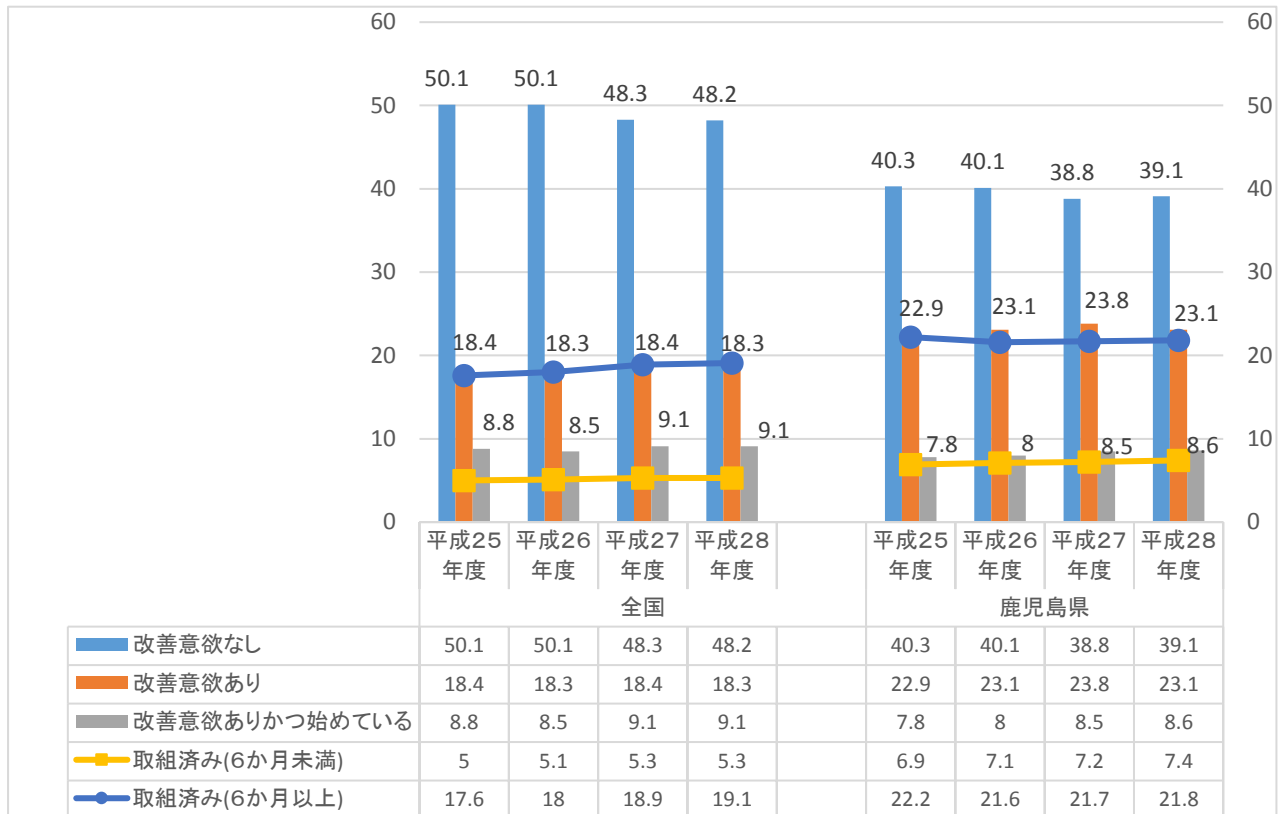


(オ) 運動や食生活等の生活習慣改善に関する意欲の状況

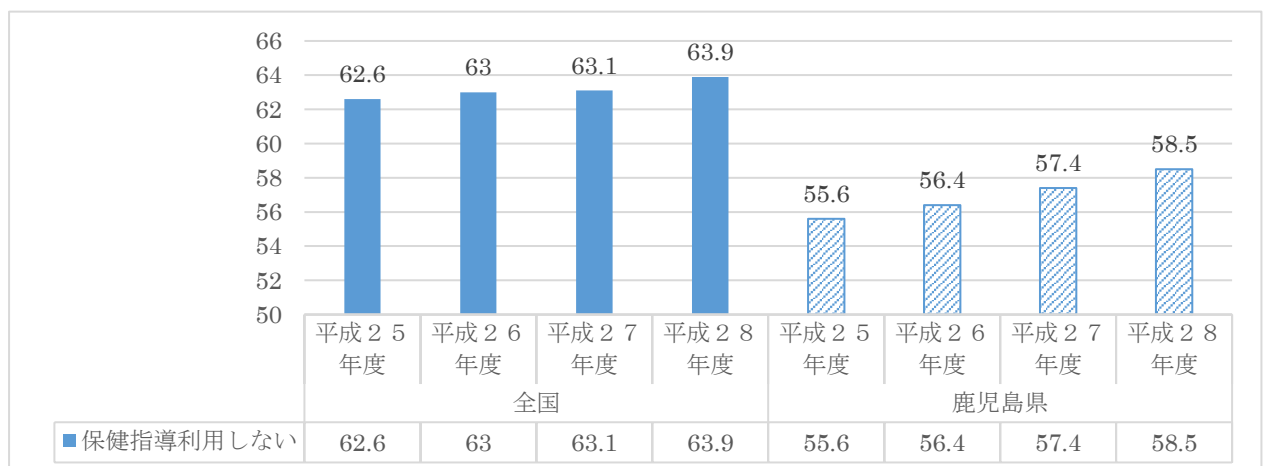
- ・平成25年度～平成28年度までの長寿健診質問項目における、改善意欲については、図表6-4のとおり、全国に比べると、意欲なしの割合が低く、意欲ありの割合が高く推移しています。既に取り組済みの割合は、6か月未満、6か月以上ともに全国より高く推移しています。
- ・保健指導を利用しないと答えた割合は、図表6-5のとおり、全国に比べると低く推移していますが、年々、増加傾向にあります。

図表6-4 長寿健診質問項目における生活習慣改善意欲に関する調査

(単位：％)



図表6-5 長寿健診質問票において保健指導の利用を希望しないと答えた者の割合 (単位：％)



## イ 健診受診者における検査値の改善状況（次年度比）

特定健診等データ管理システムから個別検査値データを基に抽出した結果は、  
図表 6－6 のとおりです。

図表 6－6 平成 21～27 年度の長寿健診結果 (単位：%)

項目	評価項目2		健診結果(%)							抽出方法
			H21	H22	H23	H24	H25	H26		
			→22	→23	→24	→25	→26	→27		
後期高齢者の健康状況の把握	改善傾向／重症化予防○	③保健指導判定値改善率	収縮期血圧	16.7	16.3	18.9	19.5	19.9	20.8	前年度保健指導判定値だった者の中で →正常値になった者の割合
			拡張期血圧	42.6	43.3	45.8	45.1	45.3	50.0	
			中性脂肪	31.0	30.9	33.1	32.1	32.8	34.9	
			HDL	31.0	24.7	26.3	31.4	34.4	32.8	
			LDL	20.4	21.4	24.3	20.9	23.0	23.7	
			空腹時血糖	18.6	17.8	18.0	18.3	18.9	19.4	
			HbA1c	6.7	12.5	13.2	9.9	20.3	8.3	
		④受診勧奨判定値服薬治療開始率	収縮期血圧	13.2	12.9	14.0	13.3	12.7	12.3	前年度受診勧奨判定値のうち、「服薬なし」だった者の中で →「服薬あり」になった者の割合
			拡張期血圧	12.7	11.9	14.9	13.3	12.3	11.8	
			中性脂肪	3.9	7.3	12.2	10.1	9.2	10.8	
			HDL	3.4	5.4	4.8	4.4	5.4	5.2	
			LDL	7.7	6.8	7.8	7.7	7.2	7.7	
			空腹時血糖	10.5	10.6	11.1	11.3	13.0	12.3	
			HbA1c	18.2	16.6	20.5	19.0	18.5	23.7	
	改善なし／重症化予防×	⑤保健指導判定値悪化率	収縮期血圧	11.4	9.6	10.5	9.9	10.4	10.3	前年度保健指導判定値だった者の中で →受診勧奨判定値になった者の割合
			拡張期血圧	9.8	8.5	9.5	9.1	9.2	9.1	
			中性脂肪	1.6	1.5	2.2	2.0	2.0	2.0	
			HDL	8.2	12.1	12.3	8.4	9.3	9.2	
			LDL	13.7	12.6	12.9	14.4	14.2	15.1	
			空腹時血糖	2.9	3.5	4.9	4.7	4.9	5.4	
			HbA1c	1.8	1.0	1.4	1.1	1.2	2.2	
		⑥受診勧奨判定値放置率	収縮期血圧	19.4	18.7	18.6	19.7	20.0	21.3	前年度受診勧奨判定値のうち、「服薬なし」だった者の中で →受診勧奨判定値かつ「服薬なし」だった者の割合
			拡張期血圧	15.9	11.6	12.2	14.4	15.2	14.4	
			中性脂肪	13.5	10.1	13.5	13.5	17.0	15.3	
			HDL	26.3	27.8	32.8	27.5	30.2	28.5	
			LDL	34.5	33.8	34.5	36.7	38.1	39.0	
			空腹時血糖	21.8	21.3	26.6	23.8	25.0	26.0	
			HbA1c	21.9	19.0	24.9	21.1	19.5	23.0	



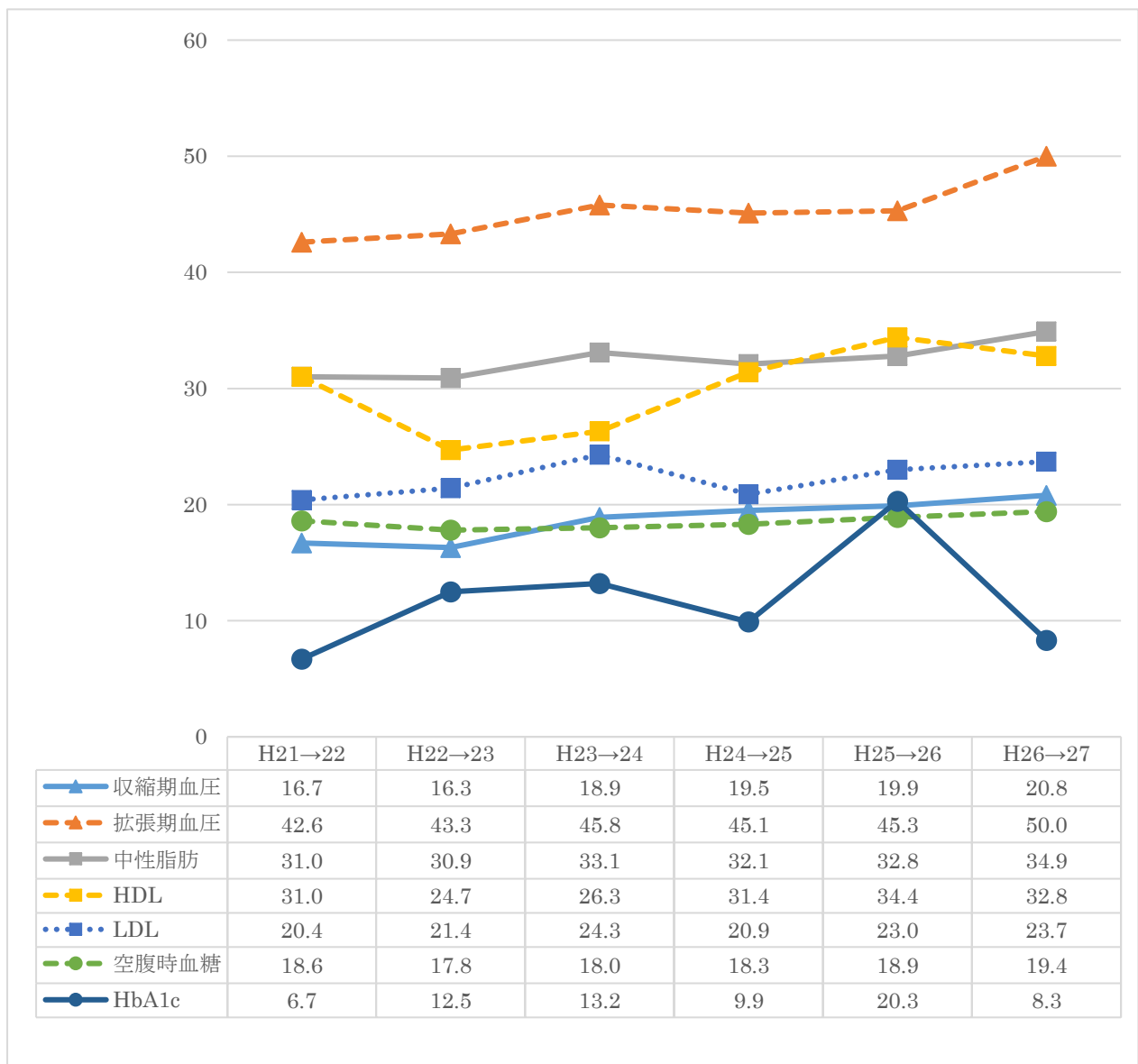
(ア) 前年度保健指導判定値だった者の次年度検査値からみた評価

a 保健指導判定値改善率（保健指導判定→次年度正常）

全体的にわずかながら改善傾向にありますが、H26→H27にHDLとHbA1cは低下しています。改善率を項目別にみると、拡張期血圧、HDLと中性脂肪は高率を維持しており、HbA1c、空腹時血糖、収縮期血圧は、低い状態で推移しています。

他の項目に比べ、拡張期血圧の改善率が高率であるのは、高血圧の初期は、まず拡張期血圧から上昇の徴候が現れる特徴があり、初期の段階であるため生活改善等により正常値に転じやすいことが要因の一つと推察されます。

図表6-7 保健指導判定値から改善（正常値）した者の割合 ー検査項目別ー （単位：％）



b 保健指導判定値悪化率（保健指導判定→次年度受診勧奨判定）

LDL、収縮期高血圧、HDL、拡張期血圧の悪化率が高く、空腹時血糖、HbA1c、中性脂肪は低い水準で推移しています。

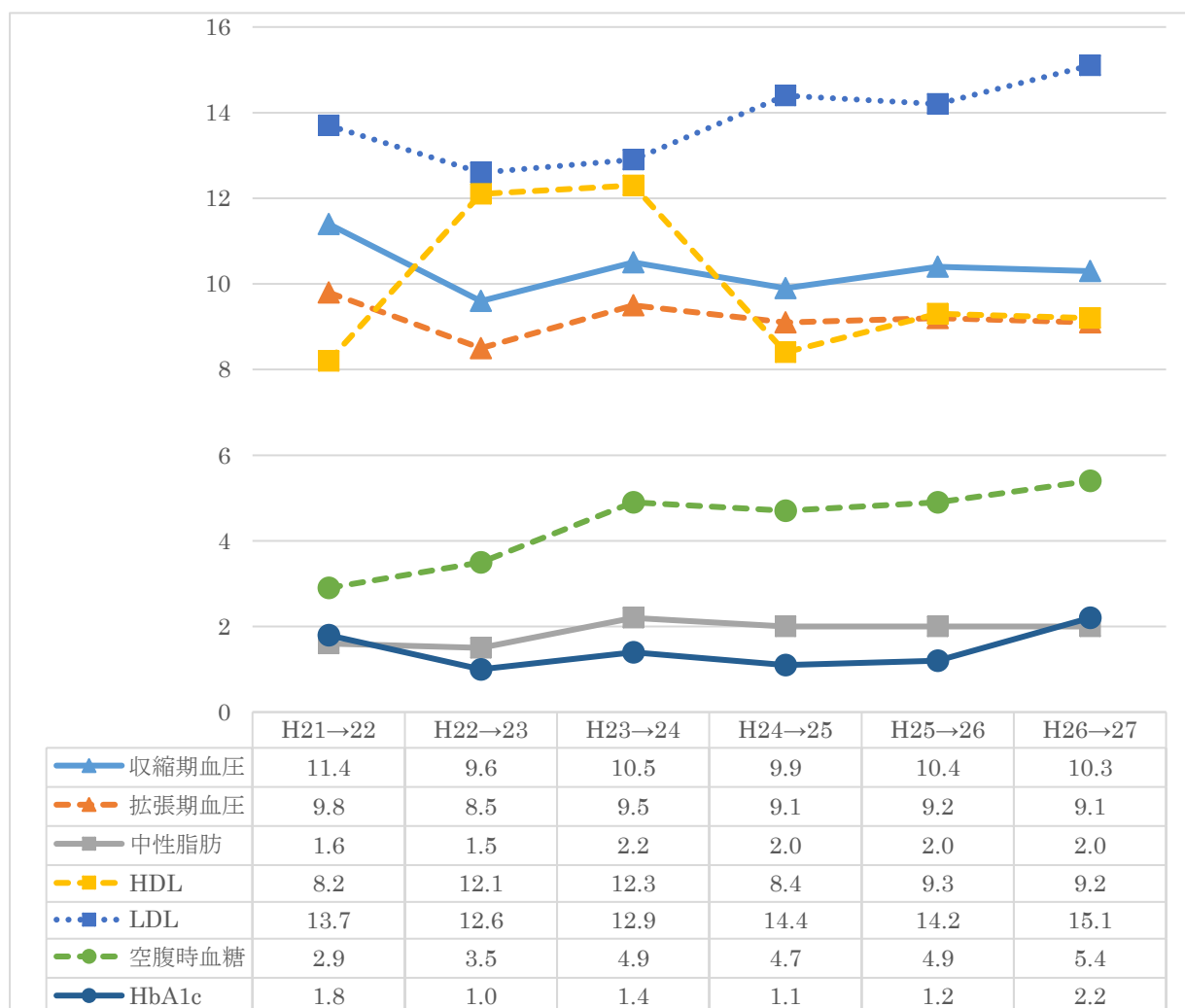
LDLについては、年々悪化率が高くなっており、他の項目との差が大きくなっています。

糖尿病関連の、空腹時血糖、HbA1cについては、悪化率としては他の項目に比べ低率ですが、近年、悪化傾向が見られています。

なお、次項の「(2) イ. 受診勧奨判定値放置率」「(3) 治療中コントロール不良率」の結果において、一旦受診勧奨判定値になると治療による改善が難しい状況が示唆されていることから、保健指導判定の段階において、個別に応じた丁寧な悪化予防の働きかけをしていくことが重要だと考えられます。

図表 6-8 保健指導判定値から受診勧奨判定値に悪化した者の割合 ー検査項目別ー

(単位: %)



(イ) 前年度受診勧奨判定値だった者の次年度検査値からみた評価

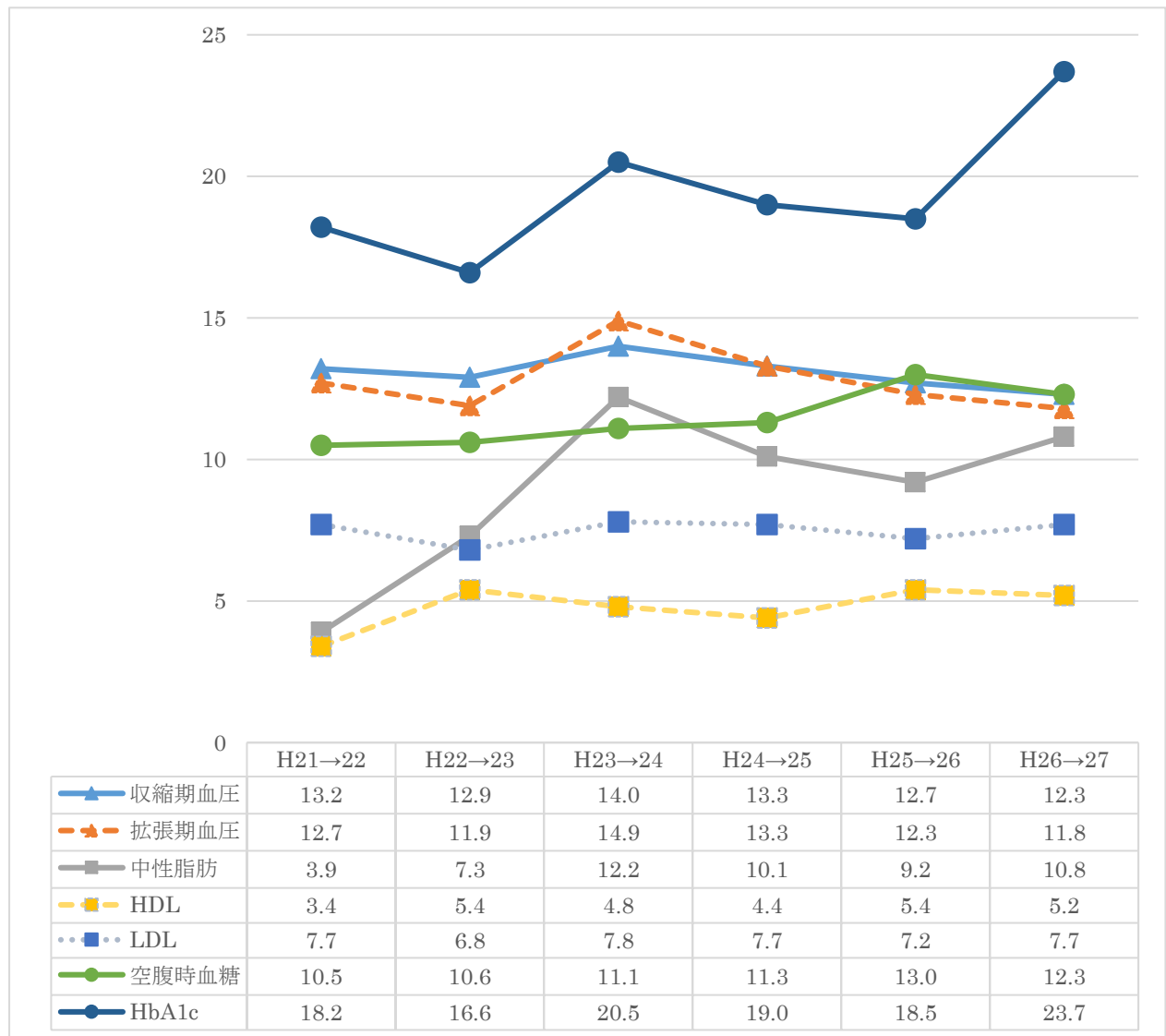
a 受診勧奨判定値服薬治療開始率（受診勧奨判定かつ服薬なし→次年度服薬あり）

HbA1c の服薬治療開始率は高く推移し、平成 27 年度は大きく増加しています。  
HbA1c、中性脂肪、LDL については改善の傾向が見られますが、他の項目については、わずかに減少の傾向が見られています。

HbA1c については、検査直前の食生活の影響を受けにくい検査値として信憑性が高いことから診断に結びつきやすく、近年の糖尿病重症化予防対策の進展並びに治療ガイドが明確に定められていること等の要因が影響していると考えられます。

図表 6-9 受診勧奨判定値で服薬なしだった者が次年度服薬ありの割合 ー検査項目別ー

（単位：％）



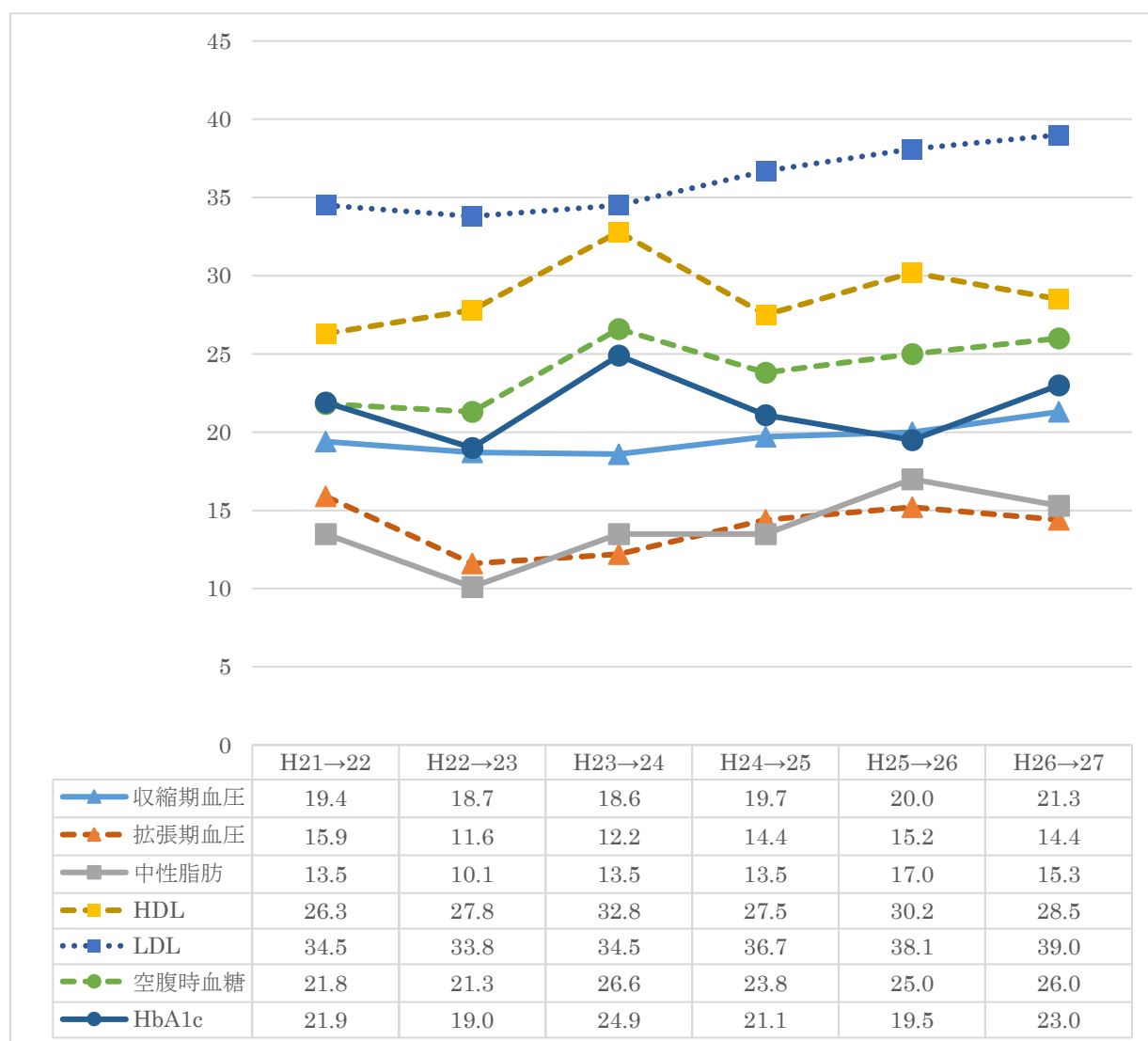
b 受診勧奨判定値放置率（受診勧奨判定かつ服薬なし→次年度服薬なし）

脂質異常関連のLDLとHDLの放置率が高率で推移しており、次いで、糖尿病関連の空腹時血糖とHbA1cの放置率が高く推移しています。

いずれの検査項目も、4～5人に1人は放置している状況となっており、拡張期血圧、中性脂肪、HDLはわずかに改善傾向が見られますが、平成21→22年度と比べると大きな改善は見られておらず、その他の項目は放置率が増加しています。

ただし、年齢による生理的な検査値の上昇とみなされ、経過観察となっているケースがある可能性も考えられます。

図表6-10 受診勧奨判定値で服薬なしだった者が次年度服薬なしの割合 ー検査項目別ー  
(単位:%)



## ウ 治療（服薬）と検査値からみた評価

直近３年間に於いて、治療中コントロール不良率（「服薬あり」のうち、受診勧奨判定値だった者の割合）は、ほぼ横ばいとなっていますが、HbA1cは平成27年度において前年度に比べ増加の幅が大きくなっています。

糖尿病関連項目の、空腹時血糖、HbA1cのコントロール不良率が、依然として高くなっています。

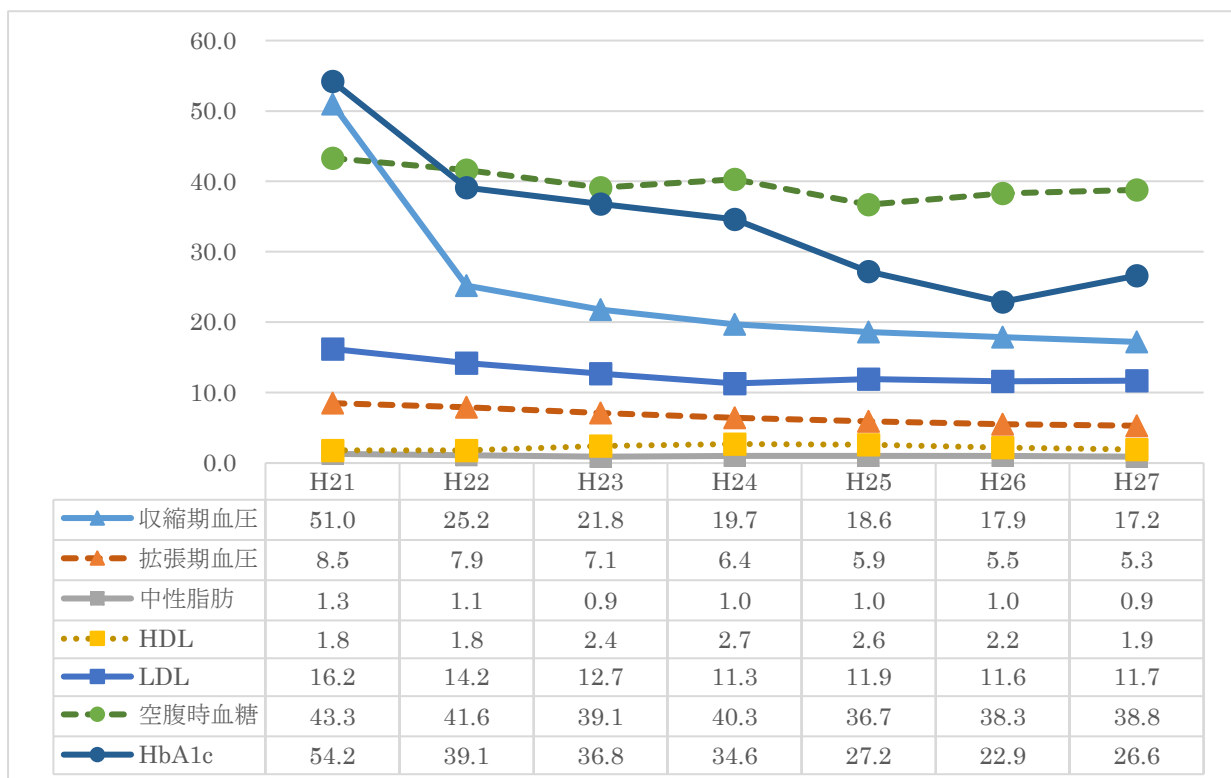
図表6-11 平成21～27年度の長寿健診結果

（単位：％）

項目	評価項目2		健診結果（％）								抽出方法
				H21	22	23	24	25	26	27	
後期高齢者の健康状況の把握	健康状態改善なし	⑦治療中コントロール不良率	収縮期血圧	(51.0)	25.2	21.8	19.7	18.6	17.9	17.2	「服薬あり」のうち、「受診勧奨判定値」であった者の割合
			拡張期血圧	8.5	7.9	7.1	6.4	5.9	5.5	5.3	
			中性脂肪	1.3	1.1	0.9	1.0	1.0	1.0	0.9	
			HDL	1.8	1.8	2.4	2.7	2.6	2.2	1.9	
			LDL	16.2	14.2	12.7	11.3	11.9	11.6	11.7	
			空腹時血糖	43.3	41.6	39.1	40.3	36.7	38.3	38.8	
			HbA1c	(54.2)	39.1	36.8	34.6	27.2	22.9	26.6	

※平成21年度の収縮期血圧とHbA1cは、特定健診と同値の基準値で抽出しているため、その翌年以降よりも高率となっている。

図表6-12 服薬治療中かつ受診勧奨判定値だった者の割合 ー検査項目別ー （単位：％）



## エ 長寿健診事業総評

後期高齢者に対する健康診査について様々な観点から分析した結果、今後の課題等を総括すると図表 6－13 のとおりとなります。

図表 6－13 長寿健診事業の評価

成果と達成状況	事業の目指す成果	達成度の判定基準	達成状況
	健康状態を評価することで健康の維持増進や生活習慣病等の早期発見・早期治療に繋げ、重症化を予防する。	保健事業実施計画における目標受診率 H27：27.5 % H28：28.0 % (受診対象外者除外後)	H27：34.5% H28：37.5% (受診対象外者除外後)
事業の課題	有効性を高める余地	□余地なし □当面余地なし ■余地あり	
	効率性を高める余地	□余地なし □当面余地なし ■余地あり	
	課題の総括	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率は増加傾向にあり、特に受診対象外者把握に努めるようになったことや、市町村国保の特定健診と共同の実施により、受診率向上の取組がなされている結果であると推測されます。</li> <li>・受診率向上に向けた積極的な取組の成果が現れている市町村がある一方、受診率が停滞している市町村もあり、各地域の実情を個別に把握し、好事例の紹介等による受診率向上や未受診者対策に向けた取組について働きかけを継続していく必要があります。</li> <li>・保健指導判定値悪化率と受診勧奨判定値放置率では、LDLの数値が高くなっています。脂質異常については、高齢者の特性を踏まえ経過観察となっている可能性も想定されますが、高血圧や糖尿病に比べると意識が高くないことによる影響も考えられます。</li> <li>・治療中コントロール不良率では、糖尿病関連の値が高く、HbA1cの不良率が悪化しています。高齢者においては、一概に即治療が必要ではないケースも想定されますが、受診勧奨となる検査値であることについて認識してもらうことは重要であり、引き続き、個別に応じた丁寧なアプローチを図っていく必要があります。</li> <li>・生活習慣の改善意欲については全国より高く推移していますが、保健指導を利用しないと答えた割合は増加傾向にあり、生活習慣改善のための意識づけが必要です。</li> </ul>	

## オ 改善への取組

これまで市町村の協力を得ながら、健康診査推進計画（平成 25 年度までは健康診査受診向上計画）に基づき、受診率の向上に努めてきました。今後も以下の活動に継続して取り組んでいきます。なお、健診後のフォロー体制を整備するため、健診結果を活用した取組の強化を図ります。

### （ア）市町村への直接訪問による取組協力依頼（市町村事務実態調査）

広域連合では、直接市町村へ出向き、後期高齢担当部署への業務のヒアリングを行うとともに相談に応じ、後期高齢担当部署との連携を図っています。

この中で、長寿健診についても現行の取組を詳細に把握した上で、より効果的な実施方法（通知・期間）を提案しています。

現在では、訪問市町村数をさらに増やしたところであり（開始した平成 23 年度は 2 か所/年→平成 29 年度は 8 か所/年）、特に受診率の低い市町村へは、問題点の改善について助言しています。

### （イ）健診実施方法と受診率との関連性に基づいた評価

県内各市町村の長寿健診実施方法から行った分析結果（平成 28 年度の長寿健診受診率、並びに実施方法に基づいての評価）は、以下のとおりです。

#### 【調査項目】

実施方法、健診期間（実施月）、実施形態（集団・個別）、対象者把握方法（除外方法）、受診券発送時期及び回数・発送方法

#### 【長寿健診の実施形態】（平成 28 年度）

- ①個別健診・集団健診両方……12 市町（H29 年度：＋ 4 市）
- ②個別健診のみ……9 市（H29 年度：－ 3 市）
- ③集団健診のみ……22 市町村（H29 年度：－ 1 市町村）

#### 【健診受診率の低い市町村の傾向】

- ・個別健診のみ実施（9 市）では、5 市が県平均の受診率を下回っており、契約医療機関が少ないところの受診率が低くなっています。
- ・集団健診のみ実施（22 市町村）では、実施期間が 3 か月以内と短いところが多く、13 市町は県平均の受診率を下回っています。
- ・対象者把握を「本人の申し出のみ」と回答した 5 市町のうち、1 町以外は県平均受診率を下回っています。

#### 【健診受診率の高い市町村の傾向】

- ・4 村は、いずれも上位 6 位以内に入っており受診率が高くなっています。住民に周知が行きわたっていること等の地域的な要因が推察されます。
- ・個別健診と集団健診両方を実施する 12 市町では、県内受診率下位 10 位は 1 市のみであり、8 市町は県平均受診率よりも高くなっています。

- ・個別勧奨を行っている 12 市町村については、県内受診率下位 10 位に入っておらず、5 市町村では県平均受診率を上回っています。
- ・上位 10 位の市町村における対象者把握方法は、いずれもシステム等抽出によるものとなっています。

【その他】

- ・上位と下位の市町村は、ほとんど変化がみられていません。

(ウ) 健診後における保健指導の実施（要医療者等訪問指導事業の実施）

健診後指導の必要な被保険者が多いのは 57 ページの (1) のアの (ウ) で述べたとおりですが、高齢者は長期にわたり培われた生活習慣や健康に対する考え方、指導に対する理解力等個々の背景が多様であり、それらの個別性や普段の生活背景に即した支援方法（家庭訪問）が求められています。

そこで、指導の必要性がある一定の基準に該当する被保険者を対象に、家庭訪問による保健指導（事業名：要医療者等訪問指導事業）を実施しています。

※要医療者等訪問指導事業の詳細については、73 ページの（４）に記載。

その他、健診結果を活用した取組として、健診結果の正しい見方や生活習慣改善のための意識づけにつながるような、健康教育や健康相談等の強化を図ります。



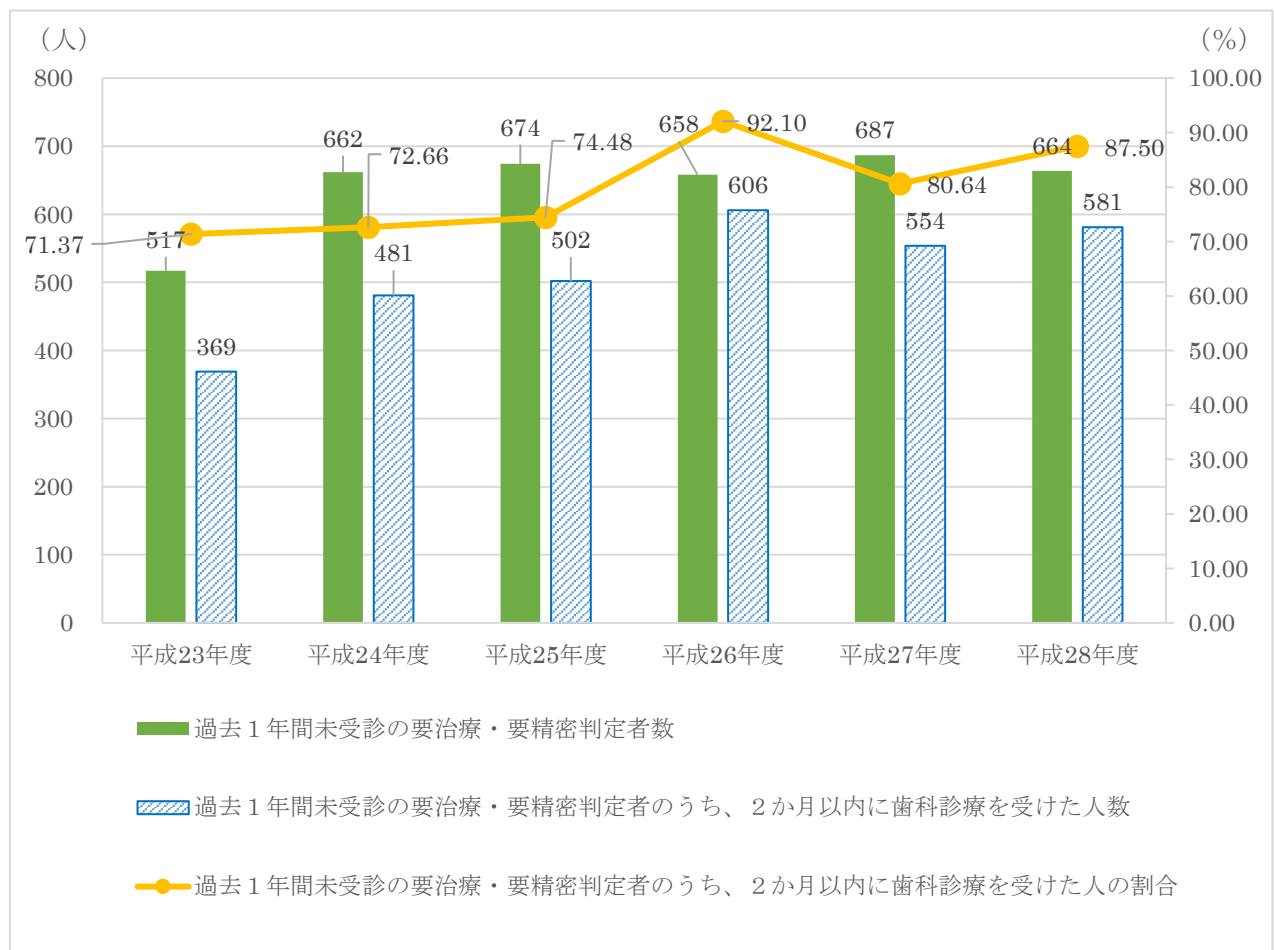
## (2) 口腔検診事業「お口元気歯ッピー検診」

### ア 受診結果の評価

口腔検診の要治療・要精密検査判定者への対応ができているかについて、過去1年間歯科検診を受診していなかった検診受診者に限定し、要治療・要精密検査判定者の人数及びこの中で検診後2か月以内に歯科診療へ繋がった者の割合の年次推移を、図表6-14に示しました。

受診に繋がった人の割合は、口腔検診事業の開始当初に比べ増加しています。

図表6-14 要治療・要精密判定者のうち、2か月以内に歯科診療へ繋がった者の割合  
(過去1年間歯科検診未受診者)



※ 過去1年間に歯科検診を受けている対象者は、広域連合の口腔検診を仮に実施していなかったとしても、自ら受診し要治療・要精密検査所見を発見できる可能性が高いことから、口腔検診事業の真の貢献度を測る目安とするため、過去1年間歯科検診を受診していなかった検診受診者において、評価を行ったものです。

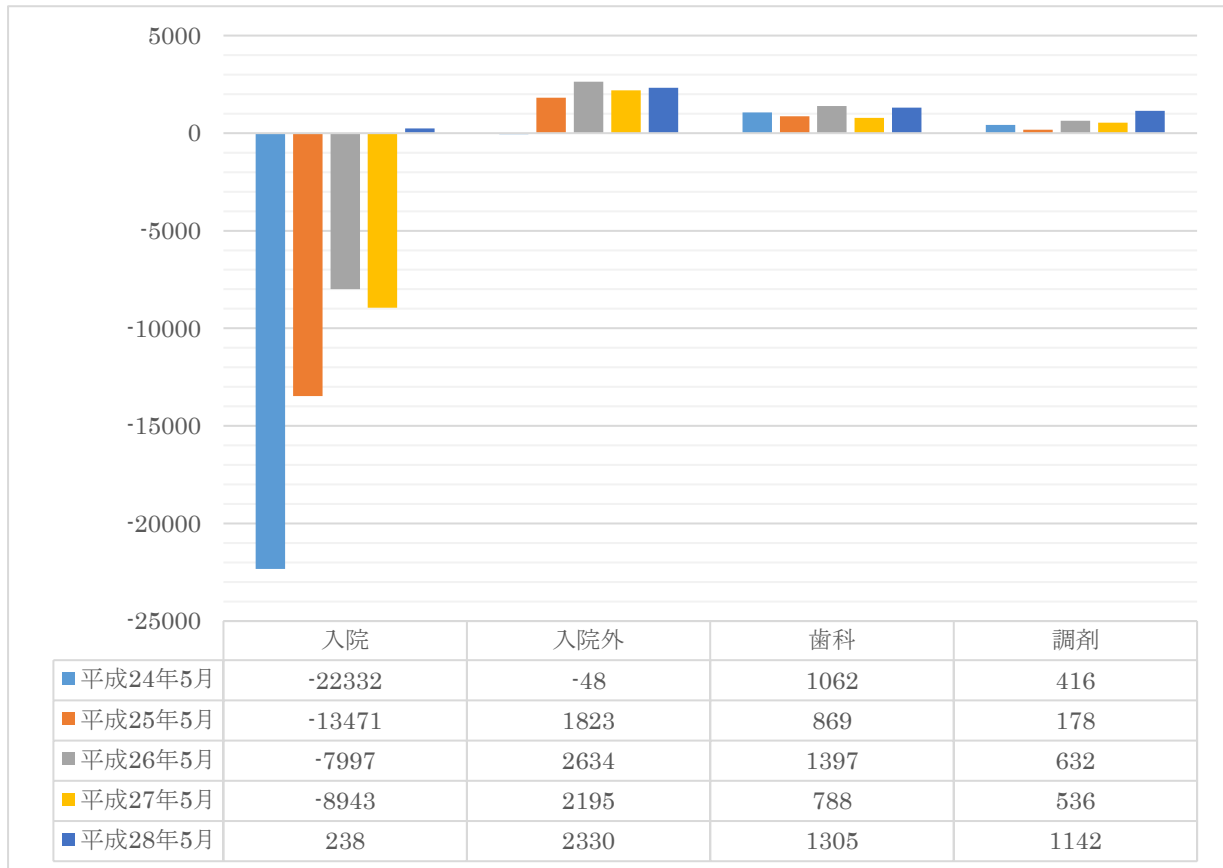
## イ 改善への取組

### (ア) 医療費適正化や全身の健康保持との関連について

本事業の開始翌年度（H24 年度）の受診者 1,768 人と、未受診であった 17,291 人の 1 人当たりの医療費の差額の推移を、図表 6－15 に示しました。

入院医療費について、大きな減額効果が見られます。入院外の医療費が若干多くなっており、入院せず在宅で過ごせている人が多いことが示唆されます。

図表 6－15 平成 24 年度受診者と未受診者の 1 人当たり 5 月分医療費差額の推移（単位：円）



### (イ) 介護予防分野との連携及び実施マニュアル改訂について

口腔検診では、高齢者に多いとされる咀嚼力や嚥下力低下をチェックするための口腔機能評価を行っています。この検診結果が効果的に活用されるよう、口腔機能向上のための支援へ繋がりやすくする体制を整える必要があります。

平成 29 年 4 月に、県歯科医師会の協力をいただき検診実施マニュアルを改訂し、新たな検査項目として舌機能の評価項目を加えると共に、介護予防事業の位置づけを明記し、新様式に情報提供に関する同意欄を設けました。歯科医師会をはじめ実施歯科医療機関と密に連携を図ると共に、市町村介護予防関連部署と一層の連携を図っていきます。

### (3) 重複・頻回受診者訪問指導事業

#### ア 訪問結果の評価

##### (ア) 医療費効果額（訪問指導前後を比較した受診状況の改善状況）

訪問の前後で受診状況（対象者のレセプト情報から把握）を比較し、改善がみられた人数及びその医療費減額（効果額）は図表6－16のとおりです。

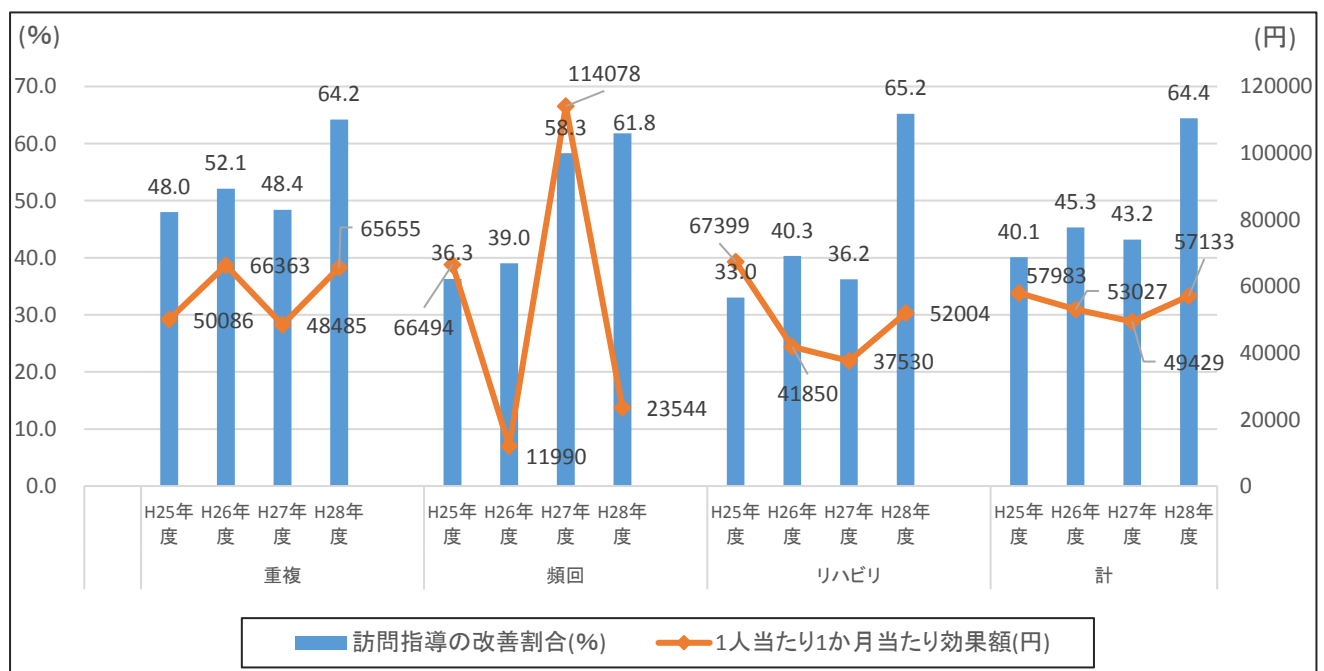
平成28年度の改善率は64.4%であり、区分別では、リハビリによる重複・頻回受診者の改善率が65.2%と最も高くなっています。

図表6－16 平成25～28年度 重複・頻回受診者訪問指導事業による効果

実施年度	区分	訪問指導後、選定基準に該当しなくなった人数（A）	左記（A）以外で、受診動向に改善が見られた人数（B）	訪問指導の改善割合	1人当たりの1か月当たり効果額（円）
平成25年度	重複	197	15	48.0%	50086
	頻回	26	7	36.3%	66494
	リハビリ	121	27	33.0%	67399
	計	344	49	40.1%	57983
平成26年度	重複	376	179	52.1%	66363
	頻回	41	14	39.0%	11990
	リハビリ	462	170	40.3%	41850
	計	879	363	45.3%	53027
平成27年度	重複	368	161	48.4%	48485
	頻回	48	26	58.3%	114078
	リハビリ	381	127	36.2%	37530
	計	797	314	43.2%	49429
平成28年度	重複	250	17	64.2%	65655
	頻回	32	2	61.8%	23544
	リハビリ	211	10	65.2%	52004
	計	493	29	64.4%	57133

※（B）の「改善が見られた」とする基準： 訪問指導を実施した月の前月分保険診療請求金額と、翌月から3か月間を平均した1か月当たり請求金額を比較し、訪問指導後5日以上診療実日数の減少及び請求金額の減少があった者

図表6－17 平成25～28年度 重複・頻回受診者訪問指導事業による改善率・効果額の推移



## (イ) 1次抽出条件の該当者数減少から示唆される改善状況

1次抽出条件に該当した人数の推移は図表6-18のとおりであり、該当人数は減少傾向にあります。

また、平成28年度における訪問者に占める重複・頻回受診となる要因は、図表6-19のとおりであり、訪問指導においては、それぞれの背景・要因に応じた保健指導や社会資源の紹介等を行っています。

訪問指導において、対象者一人ひとりの背景にきめ細やかな対応を継続していることによる効果が、1次抽出者数の減少傾向として現れているものと考えられます。

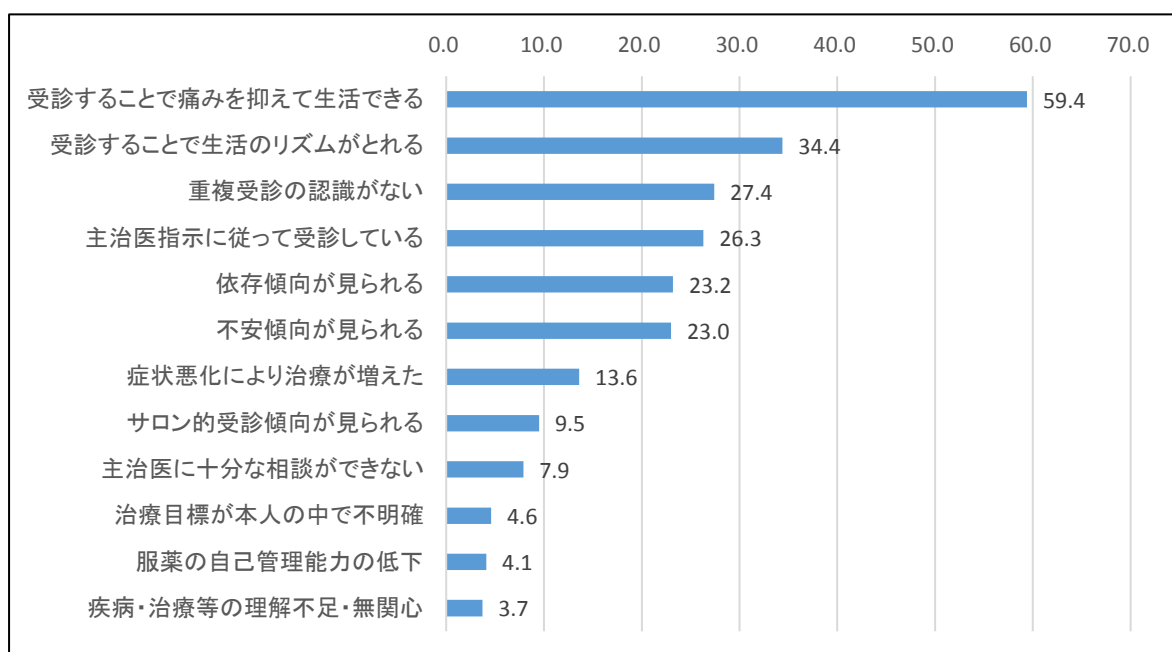
図表6-18 重複・頻回受診者訪問指導事業1次抽出者数の推移

(単位：人)

年度	H24	H25	H26	H27	H28
1次抽出人数	3,771	3,634	3,476	3,052	3,160
(内訳)					
実施市町村	3,469	3,291	3,136	2,895	2,980
未実施市町村	302	343	340	157	180
参考) 実施市町村数	28	29	28	31	28

図表6-19 重複・頻回受診となる背景・要因(平成28年度訪問件数に占める割合)

(単位：%)



## イ 改善への取組

## (ア) 訪問指導事業従事者説明会・研修会の実施、ハンドブックの改訂

平成21年度から平成27年度までは年1回、平成28年度からは年2回、訪問指導従事者を対象とした研修会を開催し、従事者の資質向上に努めています。

なお、訪問従事者だけでなく市町村事務担当者への事業説明の役割（説明：平成25年度から名称変更）も兼ねています。また、事業開始当初から「訪問指導従事者ハンドブック」を作成し、必要に応じ、内容の改訂を行っています。

(イ) 報告書提出方法（時期）の見直し

市町村から広域連合への実施報告書提出について、開始当初は、当該年度分（実施1年分）を年度末に1回まとめて行っていましたが、平成26年度から対象者抽出の回数（第Ⅰ～Ⅲ期：年3回）に併せ、提出時期を年3回設けています。

これにより、実施内容に対し広域連合から実施市町村へタイムリーな支援を行いやすくなり、また、3回の区切りを設けることで最新の抽出者名簿（直近の受診情報）が対象者に反映され、適正な実施と訪問効果に繋がることをねらいとしています。

(ウ) 地域の状況に応じた対象者抽出の実施（鹿児島市並びに離島町村抽出基準の見直し）

鹿児島市については、対象者数が過剰となることから、より優先度の高い人を抽出するため、1か月の受診日数を15日以上でなく20日以上としています。

また、離島町村においては、対象者数が少ないことが事業実施を難しくしている状況があったことから、重複受診確認を行うレセプト件数を4件以上から3件以上に変更しています。

(4) 要医療者等訪問指導事業

ア 訪問結果の評価

平成28年度は9市町村で実施しました。

実施市町村数が増えない要因として、有資格者の人材を確保することが困難、健診以降の限られた期間内による実施が困難等の意見が寄せられています。

市町村の実情に応じて対応できる体制づくりを目指します。

イ 改善への取組

(ア) 対象基準の見直し

慢性腎臓病（CKD）予防への取組にも活用出来るよう、基準項目に尿蛋白・腎機能検査（e-GFR）を設けると共に、平成29年度からは、高齢者のフレイル対策の強化を図るため、栄養の基準項目（BMI）を追加しました。

(イ) モデル事業を活用した取組の強化

平成28、29年度においては、「高齢者の低栄養防止・重症化予防推進のためのモデル事業」を活用し、後期高齢者医療制度事業費補助金により、取組の強化に努めています。

(ウ) 市町村が取り組みやすい体制づくり

人材の確保や育成が困難との意見が寄せられていることから、当広域連合において実施する従事者研修会の充実を図り人材の育成に努めると共に、各職能団体等との連携を図り、人材の支援や従事者のフォロー体制等の構築を目指します。

## (5) 未受診高齢者健康づくり訪問指導事業

### ア 訪問結果の評価

平成 28 年度は 2 市で実施しました。

訪問指導により、対象者の方に健康に関心を向けてもらう機会とするため、対象者自ら自身の生活習慣を振り返ることができることを目的とした「ヘルスチェックシート」を用いることにより、丁寧に自身の状況を確認する機会としています。平成 28 年度の訪問実施者のうち、23.5%は健診へ、5.9%は医療機関受診へと繋がりがみられています。また、筋膜ケアを活用した健康づくり手法の指導を行うことにより、健診や医療に繋ぐのみでなく、自ら健康について意識を持ち、在宅での生活を継続できるような働きかけに努めています。

### イ 改善への取組

当初使用していたヘルスチェックシートは、特定健診の問診項目を引用し作成しており、「未受診の高齢者」へ尋ねる項目として実態にそぐわないものが含まれていたため、平成 28 年度から、後期高齢者の特性を踏まえた内容に変更しました。

また、訪問後に健診や医療機関受診、介護予防事業等へ繋がっているか確認できるよう、訪問後の変化をチェックする項目を設けました。

## (6) 高齢者元気づくり事業「いきいき教室」

### ア 実施結果の評価

平成 28 年度までに、26 市町村が、いきいき教室を実施しています。

平成 27 年度に実施した、実施歴のある市町村(23 市町村)への調査において、約 7 割の市町村で、筋膜ケアを健康づくりの取組において継続して活用されました。教室参加者の感想では、ほとんどの方が筋膜ケアが役に立ったと答えており、その後の生活について前向きな感想が寄せられており、一度実施した市町村からは再度の実施希望が多く寄せられています。

### イ 改善への取組

当初、県内全域へ普及するために、1 市町村 1 回の実施を申し合わせていましたが、市町村合併により 1 つの自治体が広範囲となったことにより、一か所での実施では遠方の方が参加しづらく全体への普及が難しい等の状況が見受けられ、平成 27 年度の保健事業部会で検討し、いきいき教室終了後の筋膜ケア定着を図るため、初回実施から 3 年以上経過後に再実施できることとし、更なる普及に努めています。

県下全域で実施できるよう、未実施市町村の意向を把握し、各地域において実施しやすい体制づくりに努めていきます。

## （７） その他の長寿・健康増進事業

### ア 実施結果の評価

#### （ア） 健康診査（追加項目検査）

平成 28 年度は、8 市町村が実施。  
より詳細な健康状態の把握に活用されています。

#### （イ） 健康教育・健康相談

平成 28 年度は、5 市町村が実施。（いきいき教室は 6 市町村が実施）  
地域の実情に応じた取組に活用されています。

#### （ロ） 人間ドック等の費用助成

平成 28 年度は、29 市町村が実施。  
被保険者からの要望等をきっかけに、実施する市町村が年々増加しています。

### イ 改善への取組

効果的な取組をしている市町村の好事例等について、情報提供を行い、県内における横展開に努めます。

## （８） その他の保健事業

### ア 実施結果の評価

#### （ア） 後発医薬品普及事業

平成 28 年度は、「後発医薬品希望カード」を 25,000 部作成し、新たに資格を取得した被保険者へ被保険者証と一緒に送付するとともに、後発医薬品への切り替えにより減額できる自己負担額が 200 円以上と見込まれる被保険者 22,272 人に対し、差額通知を送付しました。

また、全被保険者を対象とした医療費通知に、後発医薬品の使用促進に関する啓発文を記載し、広く普及啓発を図ることに努めています。

平成 28 年度の後発医薬品使用割合は、73.6%となっています。

### イ 改善への取組

医師会、薬剤師会等の協力のもと、使用割合は全国で上位となっています。  
今後も、更なる普及啓発に努めていきます。

#### 4 各保健事業の評価項目・目標値

各保健事業に関して次のとおり目標値を設定し、実施成果の向上に努めていきます。

##### (1) 長寿健診と健診結果を活用した取組

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (H31年度)	目標値 (H32年度)	目標値 (H33年度)	目標値 (H34年度)	目標値 (H35年度)
1	長寿健診受診率の向上	健診受診率	被保険者	37.5%	41.5%	43.5%	45.5%	46.5%	47.5%	48.5%
2	健診結果を活用した取組が実施された人数の割合	健診後取組者率	健診受診者	13.4%	20.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
3	健診結果を活用した取組が実施された市町村数の割合	健診後取組実施市町村率	構成市町村	76.7%	80.0%	85.0%	90.0%	95.0%	97.5%	100.0%
4	生活習慣改善意欲なしと回答する者の割合の減少	改善意欲なしの回答者数	健診受診者	39.1%	37.0%	36.0%	35.0%	34.0%	33.0%	32.0%
5	生活習慣改善に実際に取り組んでいる(6か月未満)者の増加	健診後取組実施市町村率	構成市町村	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%	9.0%	9.5%	10.0%
6	生活習慣改善に実際に取り組んでいる(6か月以上)者の増加	健診後取組実施市町村率	構成市町村	21.2%	21.5%	22.0%	22.5%	23.0%	23.5%	24.0%
				H26→ H27年	H28→ H29年	H29→ H30年	H30→ H31年	H31→ H32年	H32→ H33年	H33→ H34年
7	健診受診勧奨判定値服薬治療開始率の向上 (前年度健診で服薬なしの者が、服薬ありとなった割合)	収縮期血圧	前年度健診で服薬なしの者	12.30%	12.50%	12.75%	13.00%	13.25%	13.50%	13.75%
		HbA1c	前年度健診で服薬なしの者	23.70%	23.75%	24.00%	24.25%	24.50%	24.75%	25.00%
8	健診受診勧奨判定値放置率の改善 (前年度健診で服薬なしの者が、当該年度も服薬なしの割合)	収縮期血圧	前年度健診で服薬なしの者	21.30%	21.25%	21.00%	20.75%	20.50%	20.25%	20.00%
		HbA1c	前年度健診で服薬なしの者	23.00%	22.75%	22.50%	22.25%	22.00%	21.75%	21.50%
9	治療中コントロール不良率の改善(服薬ありで、受診勧奨判定値だった者の割合)	収縮期血圧	前年度健診で服薬ありの者	17.20%	17.00%	16.75%	16.50%	16.25%	16.00%	15.75%
		HbA1c	前年度健診で服薬ありの者	26.6%	26.5%	26.4%	26.3%	26.2%	26.1%	26.0%

##### (2) 口腔検診事業「お口元気歯ッピー検診」

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (H31年度)	目標値 (H32年度)	目標値 (H33年度)	目標値 (H34年度)	目標値 (H35年度)
1	口腔検診受診率の向上	口腔検診受診率	当該年度の 前年度に年齢到達した 被保険者	10.85%	11.50%	12.00%	12.50%	13.00%	13.50%	14.00%
2	口腔検診受診により歯科診療に繋がった人の割合	検診後2か月以内に歯科受診があった人の割合	過去1年歯科検診未受診で、口腔検診要精密・要医療者	87.5%	88.0%	88.5%	89.0%	89.5%	90.0%	90.5%
3	市町村別年間受診率が10%以上の市町村数の増加	受診率10%以上の市町村数	構成市町村	17 市町村	18 市町村	19 市町村	20 市町村	21 市町村	22 市町村	22 市町村
4	検診結果を活用した取組が実施された市町村数の割合(広域連合提供データを活用した市町村の割合)の増加	検診結果活用市町村率	構成市町村	2.5%	10.0%	20.0%	30.0%	40.0%	45.0%	50.0%



(3) 重複・頻回受診者訪問指導事業

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (H31年度)	目標値 (H32年度)	目標値 (H33年度)	目標値 (H34年度)	目標値 (H35年度)
1	重複・頻回基準に該当する一次抽出数の減少	一次抽出率 該当者数	被保険者	3160	3100 未満	3050 未満	3000 未満	2950 未満	2900 未満	2850 未満
2	訪問指導後、改善が見られた人の割合（重複受診者）の増加	訪問効果が 得られた者の 割合	前年度訪問者	64.20%	64.25%	64.50%	64.75%	65.00%	65.25%	65.50%
3	訪問指導後、改善が見られた人の割合（頻回受診者）の増加	訪問効果が 得られた者の 割合	前年度訪問者	61.80%	62.00%	62.25%	62.50%	62.75%	63.00%	63.25%
4	訪問指導後、改善が見られた人の割合（2、3を除く、リハビリ受診者）の増加	訪問効果が 得られた者の 割合	前年度訪問者	65.20%	65.25%	65.50%	65.75%	66.00%	66.25%	66.50%
5	1人当たり医療費効果額（重複受診者）の増加※月当たり	医療費効果額	前年度訪問者	65655 円	65700 円	65800 円	65900 円	66000 円	66100 円	66200 円
6	1人当たり医療費効果額（頻回受診者）の増加※月当たり	医療費効果額	前年度訪問者	23544 円	23600 円	23700 円	23800 円	23900 円	24000 円	24100 円
7	1人当たり医療費効果額（2、3を除く、リハビリ受診者）の増加※月当たり	医療費効果額	前年度訪問者	52004 円	52100 円	52200 円	52300 円	52400 円	52500 円	52600 円
8	事業実施市町村数	事業実施市町村数	構成市町村	28 市町村	34 市町村	35 市町村	36 市町村	37 市町村	38 市町村	39 市町村
9	医師会・歯科医師会・薬剤師会と連携した取組を実施している市町村数の増加	事業実施市町村数	構成市町村	3 市町村	6 市町村	9 市町村	12 市町村	15 市町村	18 市町村	21 市町村

(4) 要医療者等訪問指導事業

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (H31年度)	目標値 (H32年度)	目標値 (H33年度)	目標値 (H34年度)	目標値 (H35年度)
1	実施市町村数の増加（要医療者等訪問指導事業）	実施市町村数	構成市町村	9 市町村	10 市町村	11 市町村	12 市町村	13 市町村	14 市町村	15 市町村
2	実施市町村における訪問実施率の増加（抽出基準に沿った対象者のうち訪問実施した割合）	訪問実施率	抽出基準 該当者数	31.6%	37.5%	40.0%	42.5%	45.0%	47.5%	50.0%
3	糖尿病性腎症重症化予防プログラムを満たす取組を実施する市町村数の増加	実施市町村数	構成市町村	4 市町村	7 市町村	10 市町村	13 市町村	16 市町村	19 市町村	22 市町村

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (H31年度)	目標値 (H32年度)	目標値 (H33年度)	目標値 (H34年度)	目標値 (H35年度)
4	75歳以上の人工透析患者数の割合の増加の抑制	人工透析患者数割合	被保険者	0.8%	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下
5	人工透析患者のうち糖尿病性腎症を有する者の割合の増加の抑制	糖尿病性腎症患者の割合	人工透析患者	10.3%	10.3%以下	10.3%以下	10.3%以下	10.3%以下	10.3%以下	10.3%以下
6	訪問基準該当者の減少 ※クレアチニンについては、事業実施市町村において把握している該当者数から算出	収縮期血圧150mmHg以上	長寿健診受診者	14.5%	14.5%以下	14.5%以下	14.5%以下	14.5%以下	14.5%以下	14.5%以下
7		拡張期血圧90mmHg以上	長寿健診受診者	4.8%	4.8%以下	4.8%以下	4.8%以下	4.8%以下	4.8%以下	4.8%以下
8		中性脂肪300mg/dl以上	長寿健診受診者	0.8%	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下
9		HDL34mg/dl以下	長寿健診受診者	2.8%	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下	2.8%以下
10		LDL140mg/dl以上	長寿健診受診者	17.0%	17.0%以下	17.0%以下	17.0%以下	17.0%以下	17.0%以下	17.0%以下
11		空腹時血糖130mg/dl以上	長寿健診受診者	5.3%	5.3%以下	5.3%以下	5.3%以下	5.3%以下	5.3%以下	5.3%以下
12		HbA1c7.0%以上	長寿健診受診者	3.5%	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下	3.5%以下
13		尿蛋白1+以上	長寿健診受診者	21.8%	21.8%以下	21.8%以下	21.8%以下	21.8%以下	21.8%以下	21.8%以下
14		クレアチニン	長寿健診受診者	0.4%	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下
15		BMI18.5未満	長寿健診受診者	7.8%	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下
16		BMI30以上	長寿健診受診者	2.5%	2.5%以下	2.5%以下	2.5%以下	2.5%以下	2.5%以下	2.5%以下

(5) 未受診高齢者健康づくり訪問指導事業

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (H31年度)	目標値 (H32年度)	目標値 (H33年度)	目標値 (H34年度)	目標値 (H35年度)
1	実施市町村数の増加(未受診高齢者健康づくり訪問指導事業)	実施市町村数	構成市町村	2市町村	6市町村	8市町村	10市町村	12市町村	14市町村	16市町村
2	訪問後、健診に繋がった者の割合の増加	訪問後健診受診者	訪問指導実施者	23.5%	24.0%	24.5%	25.0%	25.5%	26.0%	26.5%
3	訪問後、医療機関受診に繋がった者の割合の増加	訪問後医療機関受診者の割合	訪問指導実施者	5.9%	6.0%	6.2%	6.4%	6.6%	6.8%	7.0%

(6) 高齢者元気づくり事業「いきいき教室」

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (H31年度)	目標値 (H32年度)	目標値 (H33年度)	目標値 (H34年度)	目標値 (H35年度)
1	実施市町村数(累計)	実施市町村数	構成市町村	26 市町村	27 市町村	28 市町村	29 市町村	30 市町村	31 市町村	32 市町村
2	筋膜ケアを継続活用している市町村の割合(リーフレット活用を含む)	継続市町村の割合	実施市町村	70%	72% 以上	73% 以上	74% 以上	75% 以上	76% 以上	77% 以上

(7) その他

ア 後発医薬品の普及・啓発

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (H31年度)	目標値 (H32年度)	目標値 (H33年度)	目標値 (H34年度)	目標値 (H35年度)
1	後発医薬品の使用割合(数量シェア)の増加	後発医薬品使用割合	後発医薬品のある 先発医薬品、後発医薬品	73.6%	75.0%	77.5%	80.0%	81.0%	81.5%	82.0%

イ 地域包括ケアシステムの構築・強化の推進

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (H31年度)	目標値 (H32年度)	目標値 (H33年度)	目標値 (H34年度)	目標値 (H35年度)
1	地域包括ケア会議に後期高齢者医療担当者が参加する市町村数	実施市町村数	構成市町村	7 市町村	9 市町村	10 市町村	11 市町村	12 市町村	13 市町村	14 市町村
2	被保険者の課題を関係課で共有している市町村数	実施市町村数	構成市町村	22 市町村	24 市町村	25 市町村	26 市町村	27 市町村	28 市町村	29 市町村
3	地域で被保険者を支える事業の実施状況を把握している市町村数	実施市町村数	構成市町村	24 市町村	26 市町村	27 市町村	28 市町村	29 市町村	30 市町村	31 市町村

(介護予防事業との連携)

4	住民主体の通いの場で健康教育を実施する市町村数	実施市町村数	構成市町村	30 市町村	32 市町村	33 市町村	34 市町村	35 市町村	36 市町村	37 市町村
5	健康教室において介護予防講話を実施する市町村数	実施市町村数	構成市町村	24 市町村	26 市町村	27 市町村	28 市町村	29 市町村	30 市町村	31 市町村

ウ 自主的な健康づくりを支援する取組の推進

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (H31年度)	目標値 (H32年度)	目標値 (H33年度)	目標値 (H34年度)	目標値 (H35年度)
1	個人インセンティブの取組を実施する市町村数	実施市町村数	構成市町村	35 市町村	37 市町村	39 市町村	40 市町村	41 市町村	42 市町村	43 市町村
2	肺炎予防に関する普及啓発・健康教育等を実施する市町村数	実施市町村数	構成市町村	27 市町村	31 市町村	34 市町村	37 市町村	39 市町村	41 市町村	43 市町村

## 第7章 計画の公表・周知、個人情報の取扱い

### 1 計画の公表

広域連合ホームページへの掲載等により公表するほか、各種関係機関・団体等へ周知を図ります。

### 2 個人情報の取扱い

鹿児島県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例等の個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン等を遵守し、庁内等での利用、外部委託業者への業務委託等の場面をはじめ、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じ、適正に管理します。

## 第8章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

### 1 地域包括ケアに係る取組

高齢者等が、できる限り住み慣れた地域で自立し、社会参画しながら、かつ尊厳を持って、安心して暮らしていける地域社会の実現を基本理念とする地域包括ケアシステムの構築が進められています。

地域包括ケアシステムとは、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条において、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されています。

当広域連合においては、介護保険サービスを利用する被保険者が多いという保険者の特性を踏まえ、KDB等の保有するデータを活用した各種事業の対象となる被保険者の抽出や分析等に関する情報提供を行うとともに、各種保健事業の実施状況等について、市町村が地域の保健・医療・福祉・介護サービス関係者と情報共有できる体制づくりを行う等、地域包括ケアシステムを支える関係者が行う取組が円滑に推進されるよう努めていきます。

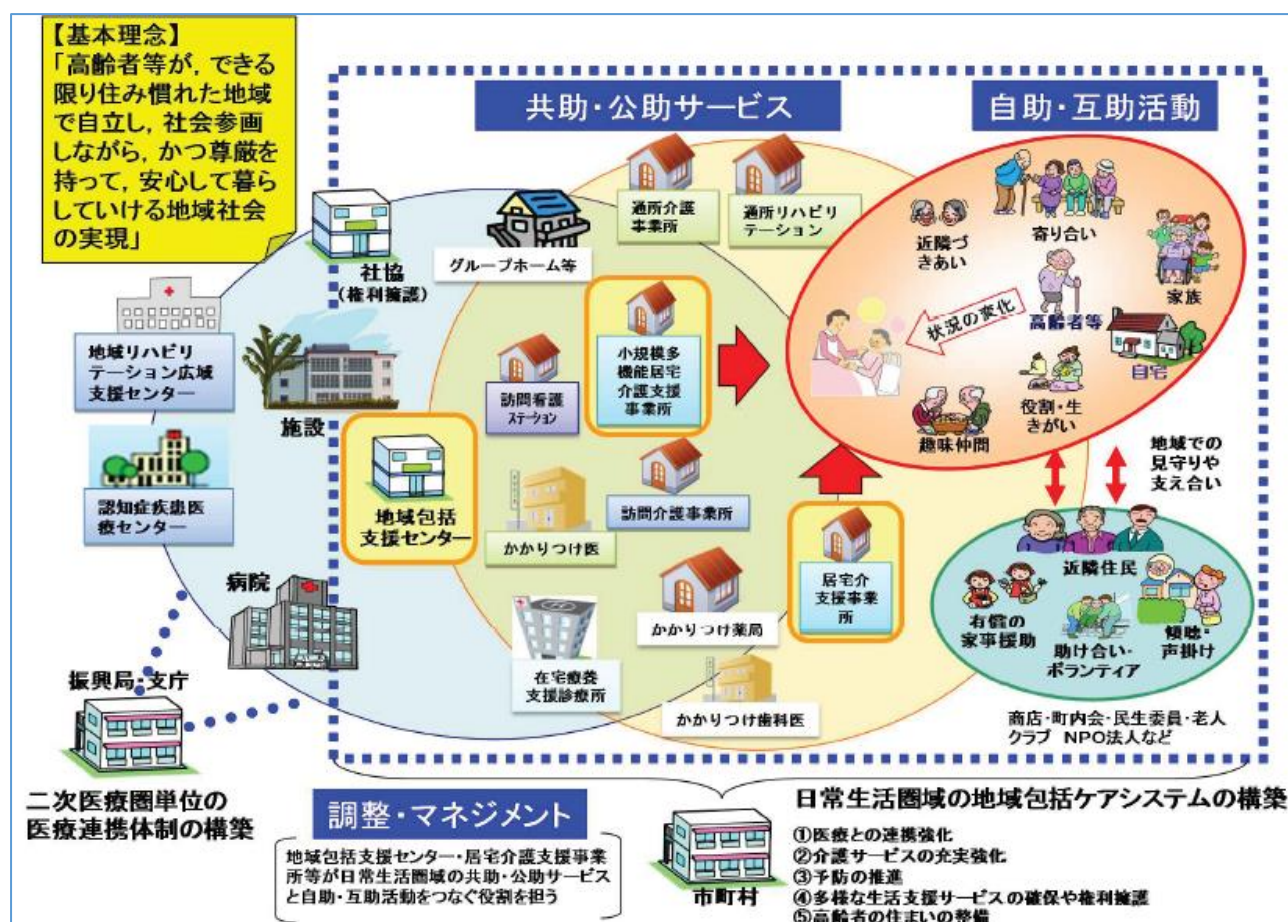
#### 【地域包括ケアシステムを支える関係者】

- ・ 自助：高齢者自身
- ・ 互助：家族、近隣住民、商店、町内会、民生委員、老人クラブ、NPO法人等
- ・ 共助：介護関係 居宅介護支援事業所、訪問・通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、グループホーム 等  
医療関係 病院（地域リハビリテーション広域支援センター、認知症疾患医療センター）、在宅療養支援診療所 等
- ・ 公助：地域包括支援センター、市町村、県地域振興局・支庁

引用：「鹿児島すこやか長寿プラン 2015」

【鹿児島県における地域包括ケア体制のイメージ図】

引用：鹿児島県介護福祉課作成資料



## 2 その他の留意事項

保健事業実施計画(データヘルス計画)は、レセプト・健診情報・介護情報等のデータを収集・分析し、それに基づいて、保健事業をPDCAサイクルで効果的・効率的に実施するために策定する事業実施計画です。

PDCAサイクルに基づき、継続的に、各種保健事業の効果判定及び評価を行い、必要に応じ、随時、見直しを行うこととします。