

**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期データヘルス計画)**

【平成30年度～令和5年度】

平成30年3月 策定

(令和3年3月一部見直し)

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 後期高齢者の現状と課題

1 高齢者を取り巻く現状	6
(1) 後期高齢者の動向	6
(2) 被保険者の動向	8
2 保健・医療・介護等情報の分析	11
(1) 健康診査の状況	11
(2) 医療費の動向	14
(3) 介護関係等の状況	22
(4) KDB等の活用	25
3 健康課題の抽出・明確化	27
(1) 健康課題の整理	27

第3章 目標

1 目的の設定	31
2 目標の設定	31
(1) 全体目標	31
(2) 中長期目標	32
(3) 短期目標	32

第4章 第2期計画の中間評価

1 中間評価の総括	35
(1) 目標値の達成状況	35
(2) 目標項目・指標別達成状況	35
2 全体目標・各保健事業の目標の達成状況・評価及び課題	37
(1) 全体目標の評価及び課題並びに今後の取組の基本的方向	37
(2) 医療費適正化による安定的な医療体制の維持	37
(3) 各保健事業の目標の達成状況・評価及び課題	38
ア 長寿健診と健診結果を活用した取組	38
イ 口腔健診事業「お口元気菌ッピ一健診」	42
ウ 重複・頻回受診者訪問指導事業	44
エ 要医療者等訪問指導事業	46
オ 未受診者等訪問指導事業	48
カ 高齢者元気づくり事業「いきいき教室」	48
キ 地域包括ケアの推進に向けた取組	49
ク その他の保健事業	50

第5章 目標達成に向けた保健事業の推進

1 保健事業の選択・優先順位	51
2 高齢者の特性を踏まえた事業展開	51
3 目標達成に向けた保健事業の推進	52
(1) 長寿健診事業	52
(2) 口腔健診事業「お口元気菌ッピ一健診」	53
(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進	57
(4) 訪問指導事業	62
ア 重複・頻回受診者訪問指導事業	62
イ 要医療者等訪問指導事業	64
ウ 未受診者等訪問指導事業	66
(5) 適正服薬支援事業	67

(6) その他の保健事業	70
(7) 後発医薬品普及事業	71
4 各保健事業の評価項目・目標値	72

第6章 計画の評価・見直し及び周知等

1 評価の時期・実施体制等	76
2 計画の公表・周知	76
3 個人情報の取扱い	76

第7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	77
2 その他の留意事項	78

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・向上と共に、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。

国においては、平成25年6月、「日本再興戦略」を閣議決定し、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1期データヘルス計画)へ改定、更に計画期間の終了に伴い、計画の評価・分析を踏まえて、「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期データヘルス計画)【平成30年度～令和5年度】」を策定し、効果的かつ効率的な保健事業の実施に努めているところです。

今般、改正健康保険法(令和元年法律第9号)に基づき、市町村が中心となって高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する取組が令和2年4月から開始されたことに伴い、その内容を加味して記載内容の追加・整理等を行うと共に、今期計画の中間評価を行い、より効果的かつ効率的な保健事業を実施するための計画の見直しを行いました。

今後、更なる被保険者の健康の保持増進に努めるため、中間評価結果を踏まえ、PDCAサイクルに沿って、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一体的な保健事業の推進等、高齢者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年度から令和5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、健康診査（以下、「長寿健診」または「健診」という。）の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用してPDCA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」、「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反映しながら計画を策定します。

また、計画期間を通じてPDCA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・見直しを行いながら計画を推進します。

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高齢者保健事業を展開していきます。

※PDCAサイクルとは・・



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結果、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、事業企画や事業全体の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、市町村を中心とした「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」（以下、「一体的実施」という。）の推進に向けて、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るとともに、国保連合会との連携により、ヘルスサポート事業やKDBシステム（以下、「KDB」という。）等の活用による必要な情報提供等、取組が円滑に進むように調整を行います。

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、広域連合と連携の下、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、庁内の介護保険・国民健康保険・健康増進部門との課題の共有や連携を図りながら高齢者保健事業等の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、住民に対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。

【介護予防との関係】

医療保険の保健事業は、疾病の発症やその重症化予防を、介護保険の介護予防事業は、要介護状態の発症及び悪化の予防・軽減を目的としています。

後期高齢期になるほど、医療と介護の両方のニーズを併せ持つ複合的な状況に陥り、それぞれの支援が並行して必要となる可能性が高まることから、両者は、地域の実情を踏まえ、相互に補完する形で役割分担を検討することが求められています。

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。

【図表1－1】 高齢者の複合的な状況への対応（重層的な体制・他機関・他職種連携）



[高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第2版）]

第2章 後期高齢者の現状と課題

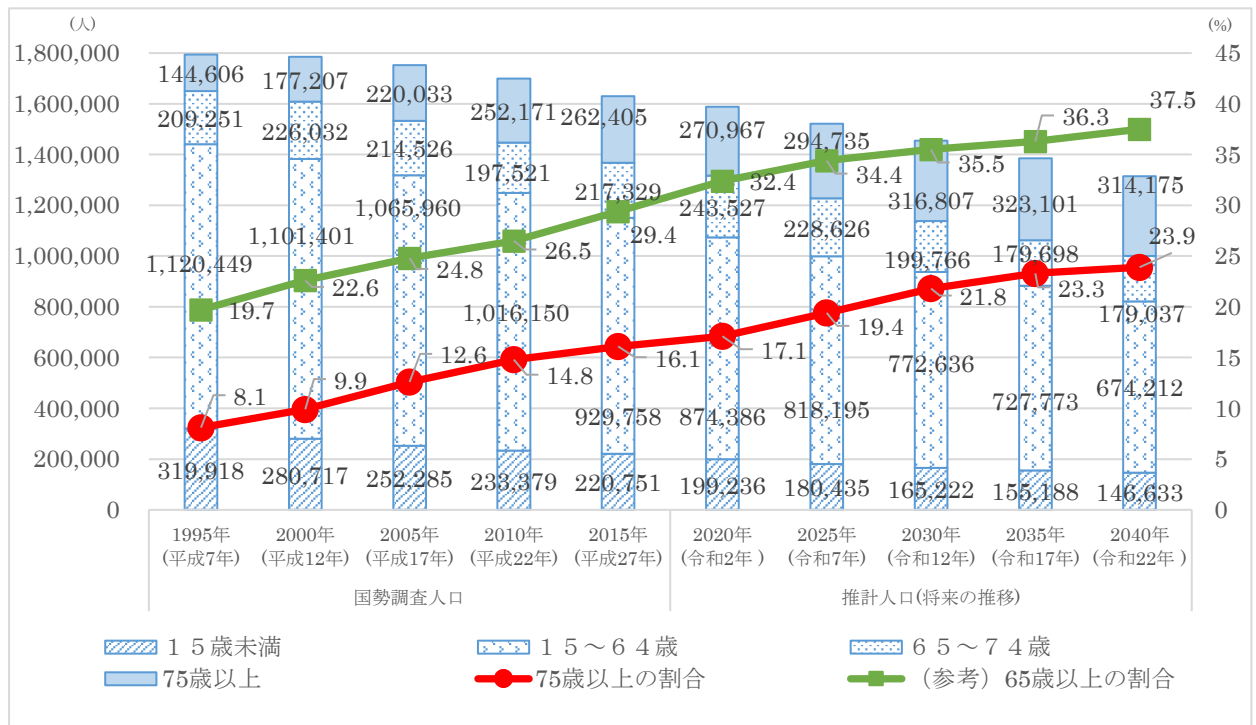
1 高齢者を取り巻く現状

(1) 後期高齢者の動向

ア 年齢別人口の推移と将来推計

○鹿児島県の人口は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一方で、65歳以上の老年人口は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ます。

【図表2-1】年齢区分別人口の推移と将来推計



[平成27年まで〔総務省「国勢調査」〕、令和2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 後期高齢者の死因別・年齢階級別死亡率

○75歳以上の死因別割合の順位については、図表2-2のとおりです。

全国と同様、「悪性新生物」「心疾患」「老衰」「肺炎」「脳血管疾患」の順に高く、割合では、全国に比べ、「心疾患」、「肺炎」、「脳血管疾患」の割合が高くなっています。

○年齢階級別に男女別の死因割合をみると、年齢階級が上がるごとに、悪性新生物の割合が減り老衰の割合が増加しており、男女別では、男性は心疾患と共に肺炎の割合が増え、女性は心疾患の割合が増加しています。

(図表2-3-①～②)

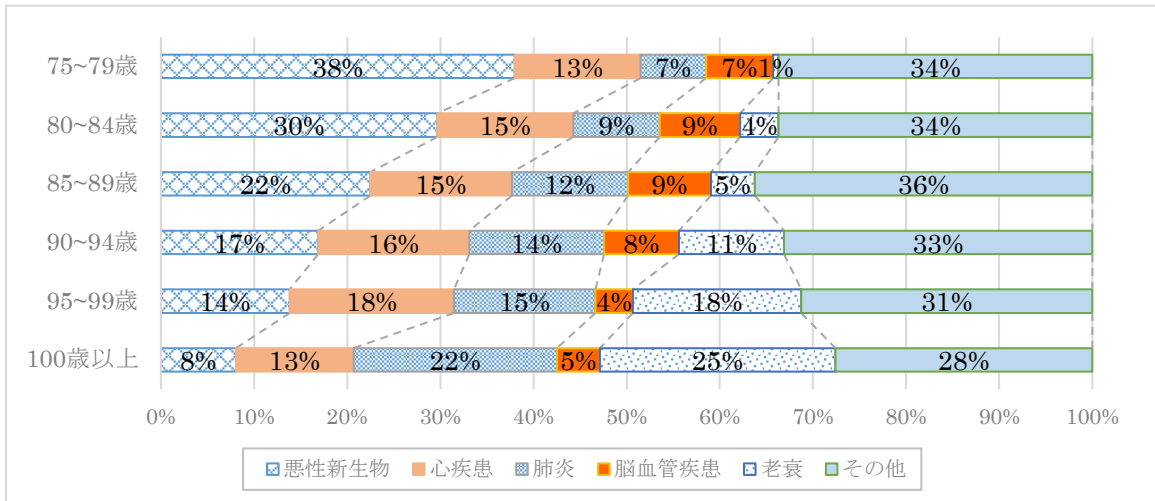
【図表2-2】75歳以上の死因別割合(上位5疾患)

(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	22.58	心疾患	15.97	老衰	11.43	肺炎	8.18	脳血管疾患	7.96
鹿児島	悪性新生物	19.70	心疾患	16.25	老衰	11.26	肺炎	9.87	脳血管疾患	8.46

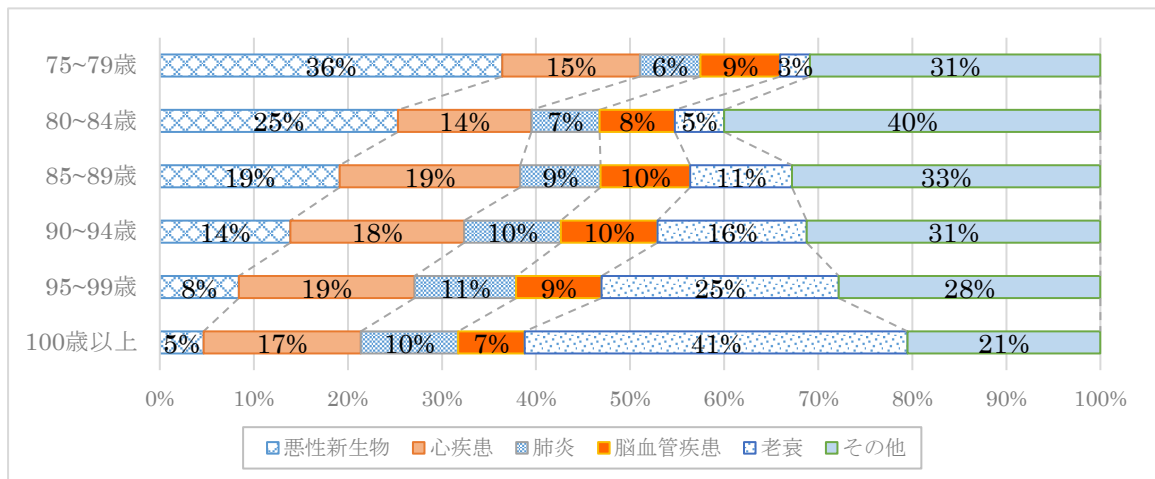
[厚生労働省「人口動態調査 保管統計表 都道府県編」(令和元年度)]

【図表2-3-①】75歳以上の年齢階級別死因割合(男性)



[厚生労働省「人口動態調査 保管統計表 都道府県編」(令和元年度)]

【図表2-3-②】75歳以上の年齢階級別死因割合(女性)

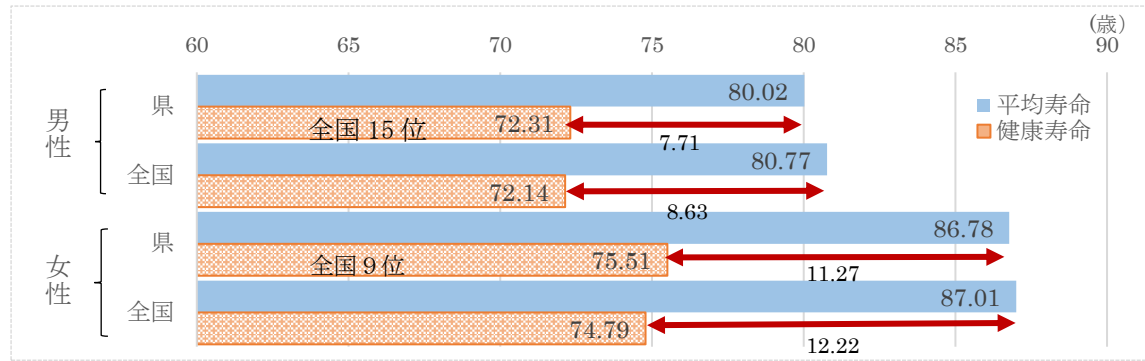


[厚生労働省「人口動態調査 保管統計表 都道府県編」(令和元年度)]

ウ 平均寿命と健康寿命

- 本県の平均寿命は男女とも全国平均を下回っていますが、健康寿命は平成28年度時点で男性15位、女性9位と全国でも上位を占めています。
- 平均寿命と健康寿命の差は、男性で7.71年、女性で11.27年となっており、日常生活に何らかの制限があり医療や介護を必要とする期間と考えられることから、被保険者の健康増進の取組を推進し、更なる健康寿命の延伸が課題となっています。(図表2-4)

【図表2-4】平均寿命と健康寿命



〔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(平成28年度)〕

〔鹿児島県健康増進計画中間評価結果〕

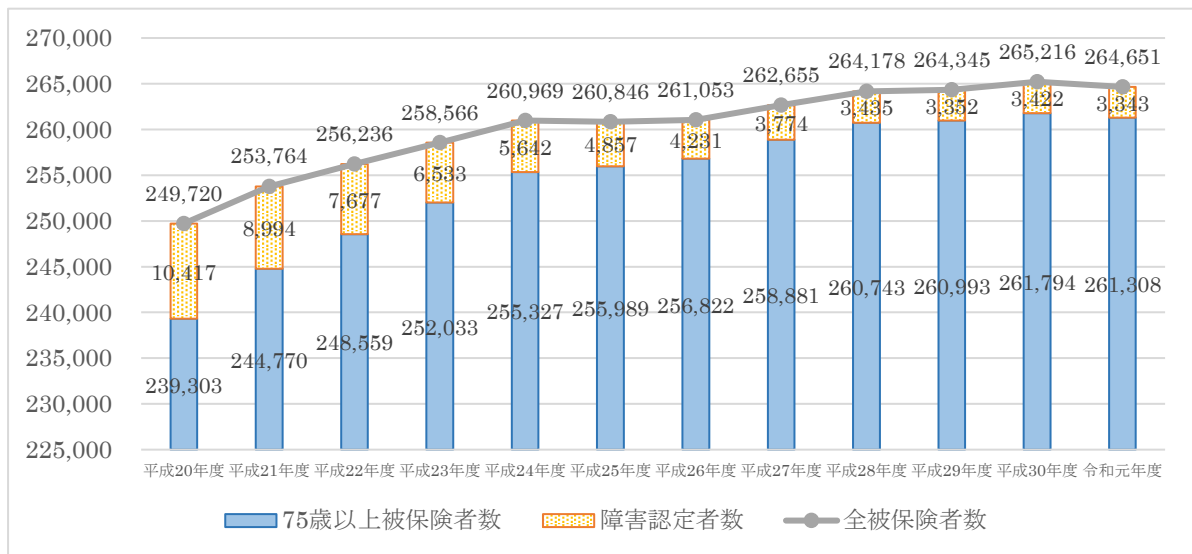
(2) 被保険者の動向

ア 被保険者数の推移

後期高齢者医療制度開始時から令和元年度までの被保険者数は、制度開始時から年々増加傾向にあります。(図表2-5)

【図表2-5】後期高齢者医療被保険者数の推移

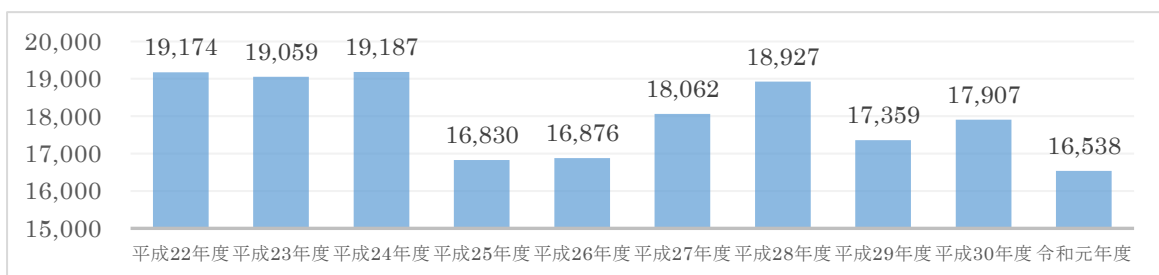
(単位：人)



〔鹿児島県後期高齢者医療事業報告書〕

【図表2-6】75歳年齢到達により被保険者となった者の推移

(単位：人)

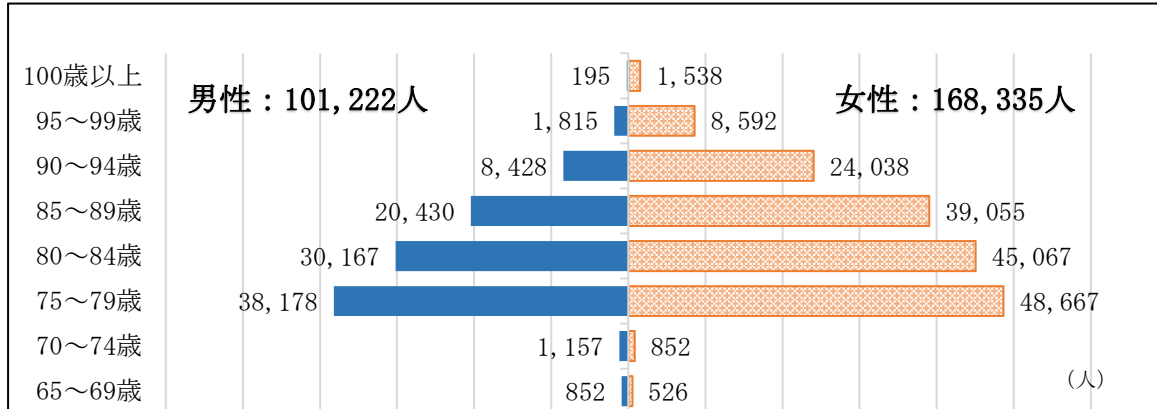


〔鹿児島県後期高齢者医療事業報告書〕

イ 男女別・年齢階級別被保険者数の割合

男女別・年齢階級別の被保険者数の割合は、図表2-7のとおりです。各年代で女性の割合が高く、全体では男性が37.6%、女性が62.4%を占めています。

【図表2-7】鹿児島県後期高齢者医療被保険者の男女別・年齢階級別構成



[KDB抽出データ（令和元年度）]

ウ 被保険者の異動の状況

平成21年度から令和元年度における被保険者の異動状況は、図表2-8-①～②のとおりです。増加数は平成25年度と平成29年度・令和元年度も減少しています。

【図表2-8-①】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

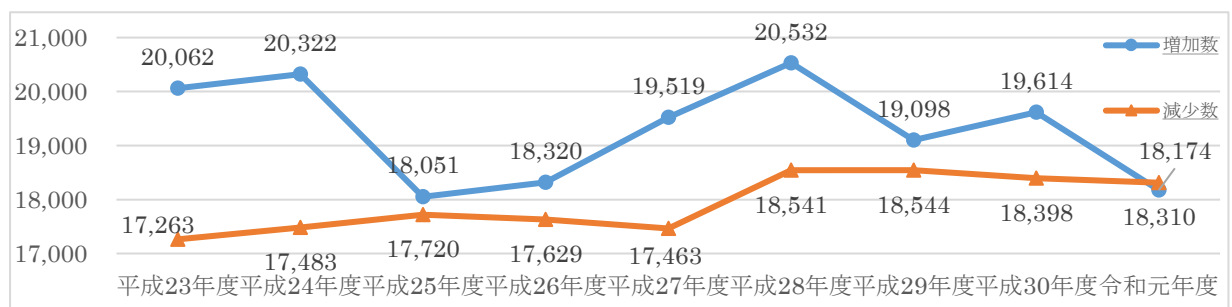
被保険者の移動状況（増）											（単位：人）
	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
転入	527	556	587	585	586	557	530	569	547	575	667
生保廃止	184	234	221	222	250	266	249	266	357	339	282
年齢到達	19,060	18,694	18,637	18,842	16,610	16,876	18,062	18,927	17,359	17,907	16,538
その他	699	599	617	673	605	621	678	770	835	793	687
計	20,470	20,083	20,062	20,322	18,051	18,320	19,519	20,532	19,098	19,614	18,174

被保険者の移動状況（減）											（単位：人）
	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	平成29年度	平成30年度	令和元年度
転出	903	883	873	942	899	847	895	902	851	890	910
生保開始	625	561	539	575	509	560	654	751	711	803	717
死亡	14,297	15,406	15,598	15,682	16,047	15,978	15,679	16,630	16,754	16,419	16,379
その他	149	217	253	284	265	244	235	258	228	286	304
計	15,974	17,067	17,263	17,483	17,720	17,629	17,463	18,541	18,544	18,398	18,310

[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

【図表2-8-②】被保険者の異動状況（増加数・減少数の推移）

（単位：人）



[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

エ 構成市町村別の被保険者数推移

平成23年度から令和元年度の市町村毎の被保険者数の推移は、図表2-8-③のとおりです。

【図表2-8-③】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	平成29年度	平成30年度	令和元年度
	広域連合	258,556	260,969	260,846	261,053	262,655	264,178	264,345	265,216	264,651
1	鹿児島市	66,503	67,959	68,654	69,651	71,256	73,103	74,610	76,386	77,577
2	鹿屋市	14,830	15,264	15,423	15,474	15,640	15,770	15,769	15,828	15,648
3	枕崎市	4,231	4,286	4,327	4,332	4,367	4,360	4,386	4,353	4,309
4	阿久根市	4,987	5,021	4,970	4,977	4,961	4,944	4,876	4,836	4,823
5	出水市	8,819	8,852	8,861	8,844	8,895	8,917	8,892	8,888	8,934
6	指宿市	8,317	8,373	8,273	8,256	8,303	8,289	8,316	8,297	8,254
7	西之表市	3,067	3,126	3,180	3,154	3,176	3,182	3,150	3,093	3,033
8	垂水市	3,773	3,722	3,673	3,604	3,624	3,588	3,527	3,500	3,390
9	薩摩川内市	16,220	16,227	16,141	16,101	16,045	16,172	16,101	16,123	15,945
10	日置市	8,810	8,868	8,804	8,788	8,776	8,790	8,776	8,744	8,727
11	曾於市	8,496	8,584	8,610	8,613	8,617	8,530	8,353	8,195	8,014
12	霧島市	16,265	16,546	16,619	16,761	16,928	17,006	16,951	17,084	17,101
13	いちき串木野市	5,120	5,154	5,187	5,236	5,315	5,338	5,386	5,415	5,432
14	南さつま市	8,399	8,244	8,117	7,938	7,829	7,760	7,685	7,598	7,503
15	志布志市	6,008	6,087	6,085	6,089	6,072	6,076	6,005	5,901	5,804
16	奄美市	6,119	6,101	6,076	6,068	6,096	6,119	6,147	6,168	6,188
17	南九州市	8,615	8,585	8,507	8,344	8,335	8,257	8,117	7,992	7,852
18	伊佐市	6,456	6,479	6,375	6,316	6,242	6,206	6,088	6,014	5,881
19	姶良市	10,862	10,954	11,012	11,137	11,255	11,432	11,560	11,787	11,987
20	三島村	81	78	73	72	72	71	67	68	69
21	十島村	130	124	119	120	121	117	115	107	101
22	さつま町	5,438	5,405	5,326	5,303	5,257	5,166	5,088	4,999	4,880
23	長島町	2,299	2,316	2,291	2,254	2,223	2,158	2,106	2,073	2,031
24	湧水町	2,388	2,359	2,330	2,300	2,283	2,268	2,237	2,234	2,184
25	大崎町	2,801	2,846	2,817	2,778	2,789	2,788	2,745	2,701	2,686
26	東串良町	1,517	1,537	1,526	1,515	1,508	1,474	1,454	1,423	1,390
27	錦江町	2,356	2,350	2,322	2,269	2,237	2,167	2,091	2,037	1,955
28	南大隅町	2,535	2,520	2,486	2,407	2,374	2,298	2,226	2,166	2,086
29	肝付町	4,007	3,992	3,953	3,860	3,806	3,717	3,665	3,619	3,544
30	中種子町	1,822	1,862	1,855	1,828	1,840	1,856	1,863	1,834	1,786
31	南種子町	1,162	1,194	1,179	1,190	1,190	1,199	1,186	1,165	1,145
32	屋久島町	2,181	2,175	2,144	2,137	2,133	2,189	2,182	2,181	2,151
33	大和村	341	345	355	345	346	338	343	331	335
34	宇検村	455	449	433	421	412	414	411	395	398
35	瀬戸内町	2,011	1,958	1,870	1,811	1,790	1,747	1,723	1,680	1,652
36	龍郷町	1,086	1,064	1,052	1,029	1,046	1,048	1,048	1,085	1,090
37	喜界町	1,681	1,644	1,601	1,581	1,535	1,479	1,457	1,436	1,414
38	徳之島町	1,949	1,914	1,884	1,846	1,808	1,780	1,743	1,694	1,664
39	天城町	1,244	1,222	1,215	1,214	1,202	1,195	1,149	1,091	1,074
40	伊仙町	1,484	1,510	1,514	1,513	1,489	1,482	1,415	1,378	1,337
41	和泊町	1,358	1,359	1,326	1,299	1,260	1,223	1,206	1,185	1,174
42	知名町	1,288	1,257	1,258	1,247	1,195	1,170	1,148	1,123	1,126
43	与論町	1,045	1,057	1,023	1,031	1,007	995	982	979	977

[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

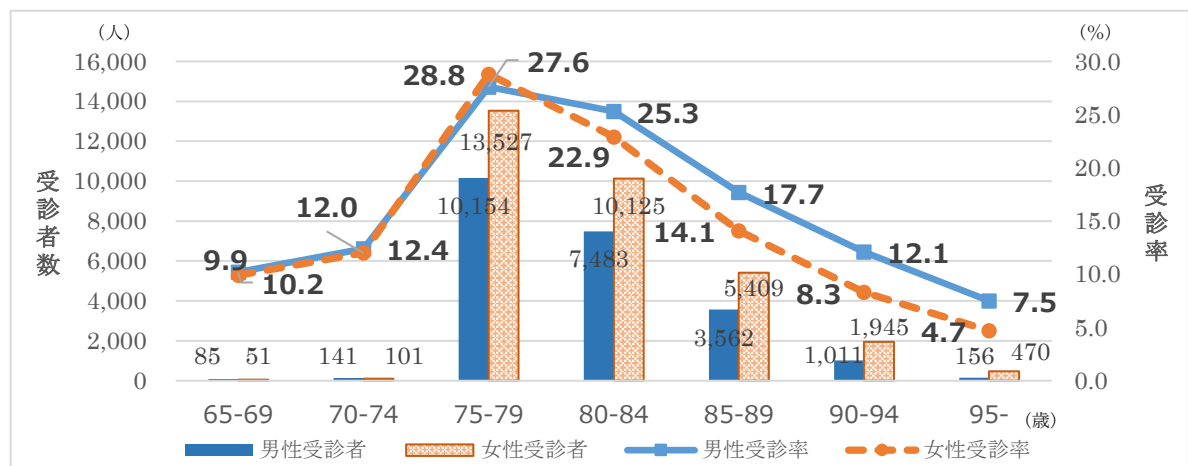
2 保健・医療・介護等情報の分析

(1) 健康診査の状況

ア 年齢階級別受診状況

- 長寿健診の被保険者数に対する受診率は、令和元年度で 20.6%と年々わずかながら増加してきています。
- 長寿健診の受診状況を年齢階級別にみると、男女とも 75～79 歳が最も高く、高齢になるほど受診率は低下傾向にあります。(図表 2－9)
- 男女別では被保険者数が多い女性の方が受診者数は多いものの、受診率は全般的に男性が高くなっています。

【図表 2－9】長寿健診の年齢階級別受診状況



[KDB データ (令和元年度)]

イ 有所見者の状況

- 長寿健診の結果をみると、有所見の割合は以下のとおりですが、血压や血糖、腎機能、心電図等各項目でコントロールに課題がある者や未治療や治療中断となっている者が少なくありません。
- フレイルの要因となりうる低栄養傾向の人 (BMI が 18.5 未満) は 7.1%となっています。

【図表 2－10】長寿健診の項目別受診結果の状況

受診結果の状況 (令和元年度) 受診者数53,840人			
項目	人数	割合	未治療・治療中断
I 度高血压以上 (収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上)	15,543	28.9%	
再掲) II 度高血压以上 (収縮期160mmHg以上又は拡張期100mmHg以上)	2,895	5.4%	517人
血糖受診動機判定値者 (HbA1c7.0%以上)	2,243	4.2%	
再掲) 重症度の高い人 (HbA1c8.0%)	487	1.0%	25人
尿蛋白+以上	5,392	10.0%	
再掲) 尿蛋白++以上	1,725	3.2%	CKD
e G F R 45未満	6,009	11.2%	尿蛋白++以上又は e G F R 30未満
再掲) e G F R 30未満	1,068	2.0%	2,531人
心房細動	1,139	3.4%	1,139人
低栄養傾向の人 (BMI 18.5未満)	3,821	7.1%	

[国保連合会作成データ (令和元年度)]

ウ 既往歴・生活習慣の状況

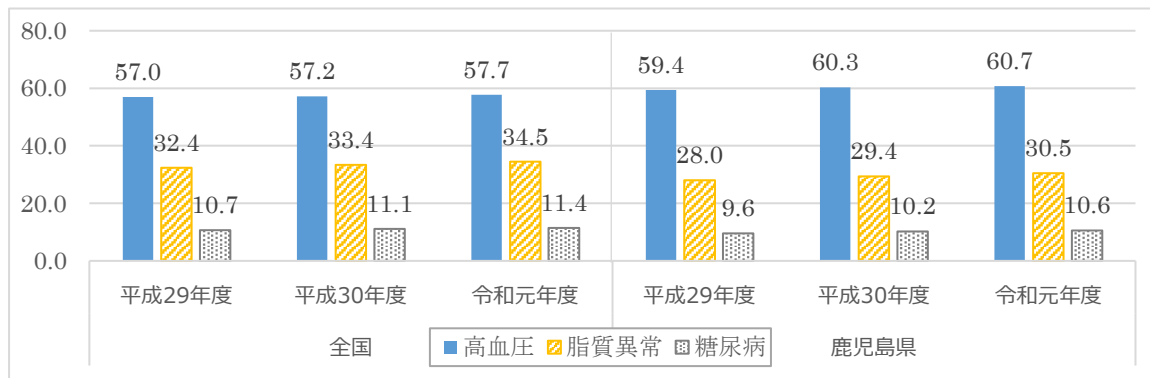
平成29年度から令和元年度の長寿健診における質問調査票結果から、健診受診者における服薬の状況などについて分析しました。

(ア) 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2-11-①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、全国より高く推移しています。

【図表2-11-①】健診受診者における服薬率の推移

(単位：％)



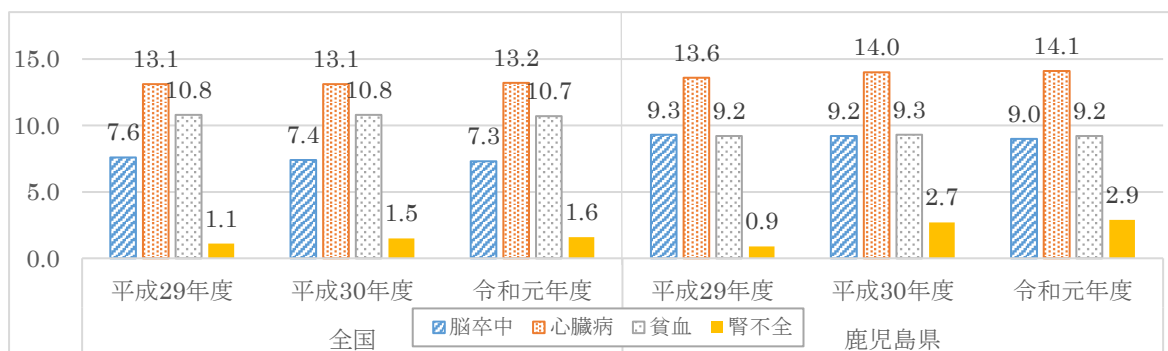
[KDB「質問票調査の経年比較」]

(イ) 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2-11-②のとおりで、脳卒中・腎不全は、全国より高い割合で推移しています。

【図表2-11-②】健診受診者における既往歴の推移

(単位：％)



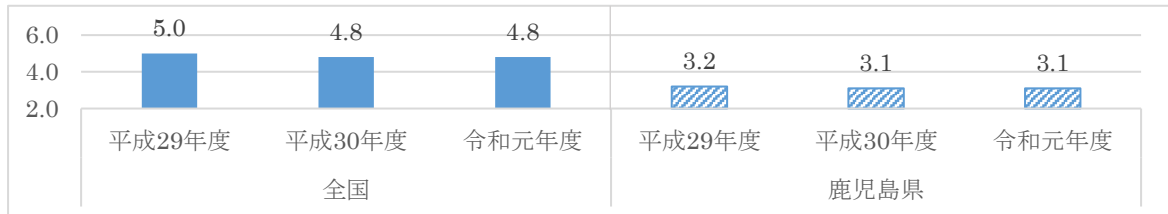
[KDB「質問票調査の経年比較」]

(ウ) 喫煙の状況

○健診受診者における喫煙率は、図表2-11-③のとおりで、全国より低く推移しています。

【図表2-11-③】健診受診者における喫煙者の割合の推移

(単位: %)



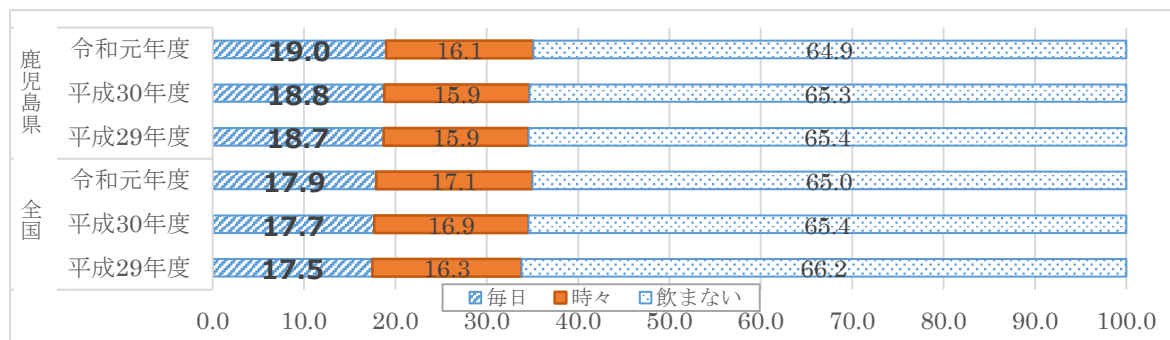
[KDB「質問票調査の経年比較」]

(エ) 飲酒の状況

○健診受診者における飲酒の状況は、図表2-11-④のとおりで、全国に比べ毎日飲酒する割合がやや高く推移しています。

【図表2-11-④】健診受診者における飲酒割合の推移

(単位: %)



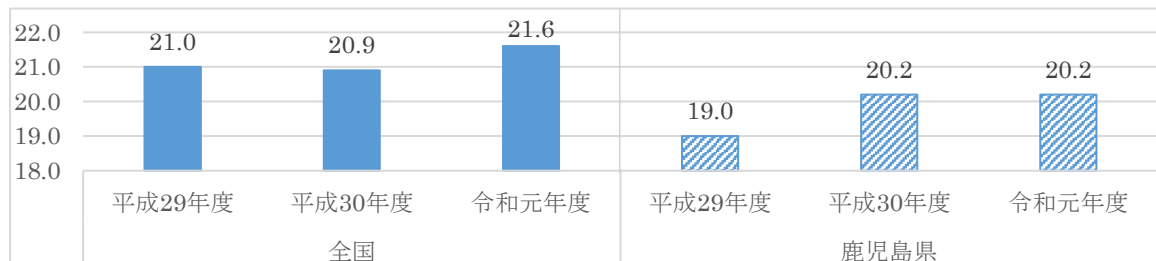
[KDB「質問票調査の経年比較」]

(オ) 健診受診者における睡眠不足の状況

○健診受診者における睡眠不足と感じている者の割合は、図表2-11-⑤のとおりで、全国に比べその割合は低いものの、増加傾向にあります。

【図表2-11-⑤】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

(単位: %)



[KDB「質問票調査の経年比較」]

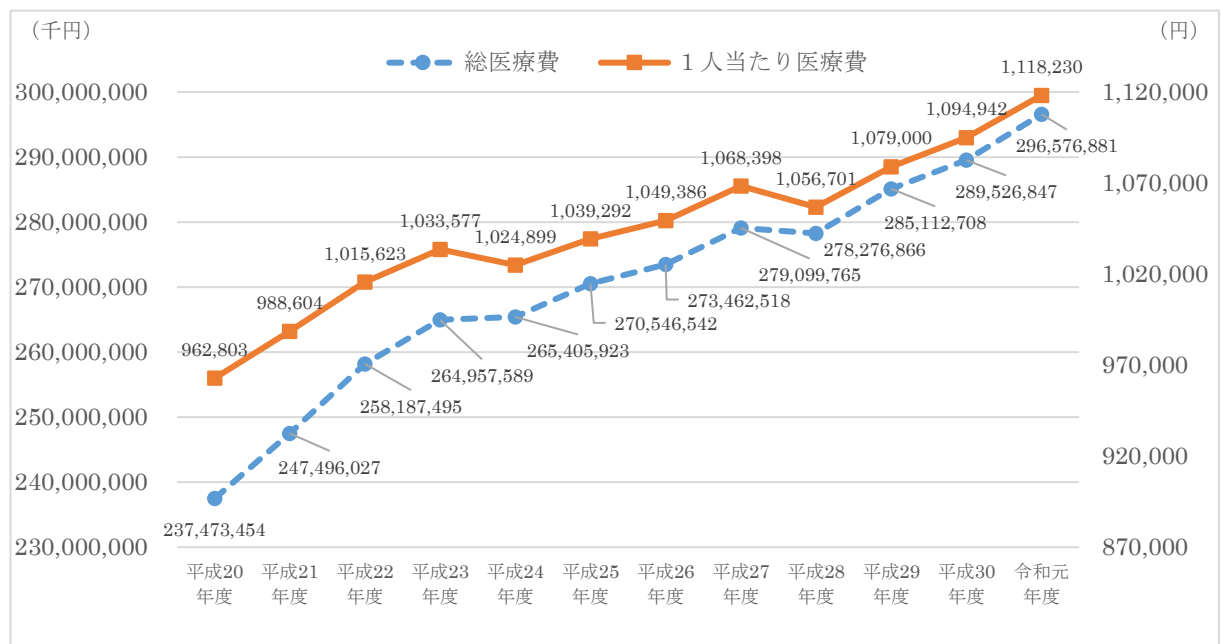
(2) 医療費の動向

ア 医療費の推移

○後期高齢者における総医療費は、平成24年度と平成28年度に減少したものの、全体的には年々増加傾向となっています。1人当たり医療費も同様に増加しています。(図表2-12)

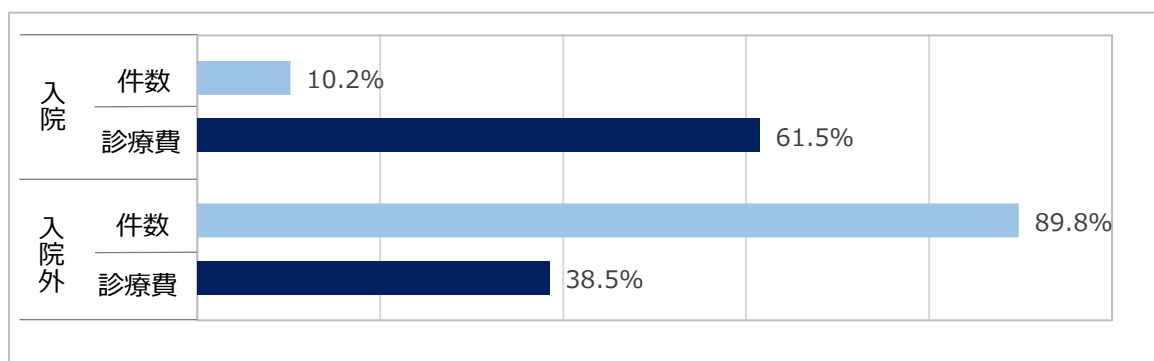
○令和元年度の入院と入院外の件数及び診療費割合を比較すると、入院件数は全体の10.2%にも関わらず、診療費は全体の61.5%を占め、入院診療費が医療費全体に大きな影響を与えていることがわかります。(図表2-13)

【図表2-12】医療費の年次推移



[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

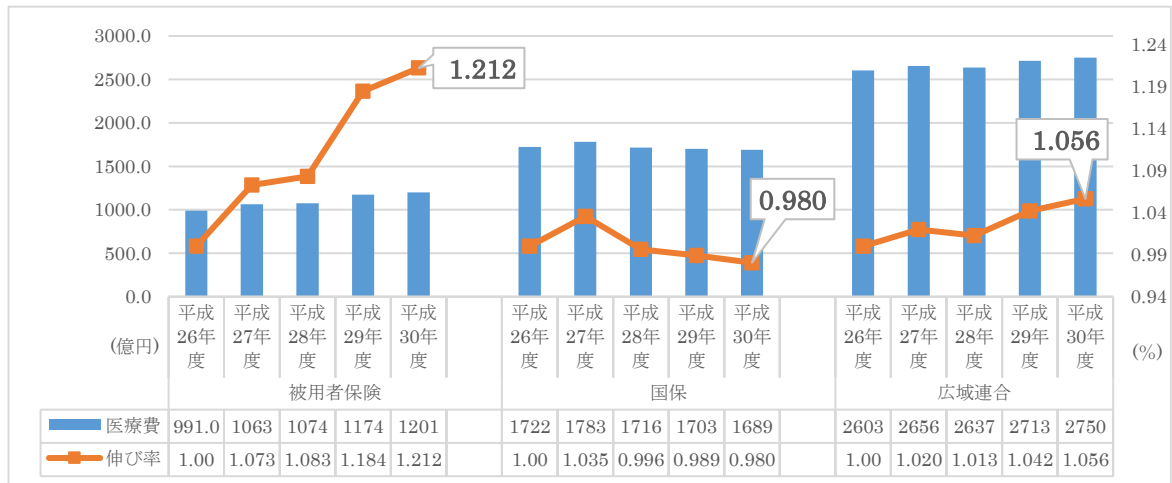
【図表2-13】入院と入院外の件数及び診療費割合



[当広域連合医療費分析データ（平成31年4月～令和2年3月診療レセプトを基に算出）]

○保険者別にみた医療費総額の推移と伸び率は、図表2-14のとおりで、平成26年度に比して被用者保険及び後期高齢者医療の医療費総額は年々増加していますが、国民健康保険の医療費総額やその伸び率は被保険者数、加入割合の減少に伴い平成28年度から減少傾向となっています。

【図表2-14】 保険者別医療費の推移と伸び率の推移



[鹿児島県保険者協会「平成30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

(ア) 全国との比較

1人当たり医療費を診療種別計でみると、平成30年度は全国第4位で、平成28年度6位、平成29年度5位から毎年順位が上がっており、最も低い新潟県の1.4倍となっています。(図表2-15)

診療種別では、入院医療費が高く(全国3位)、歯科は低い(全国42位)という特徴があります。(図表2-16-①～④)

【図表2-15】 診療種別1人当たり医療費

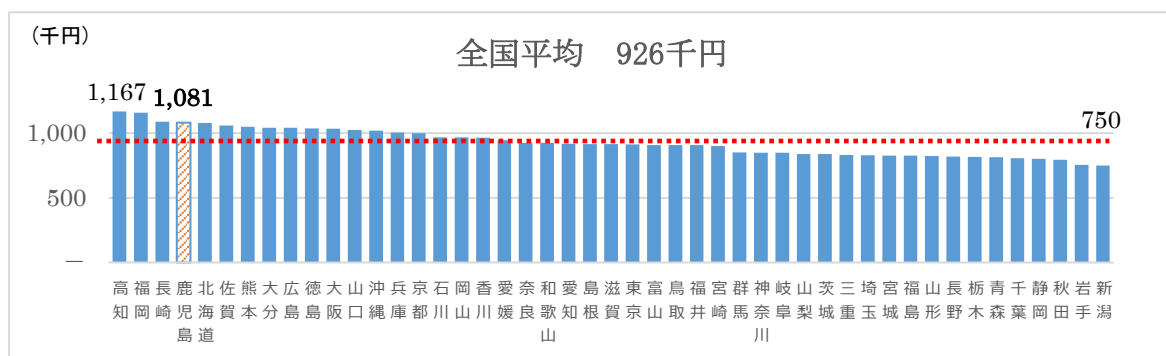
(単位：円)

区分	計	入院	入院外	歯科
鹿児島県	1,081,207	645,876	410,449	24,882
都道府県別順位	4位	3位	21位	42位
全国	926,793	470,189	421,517	35,087

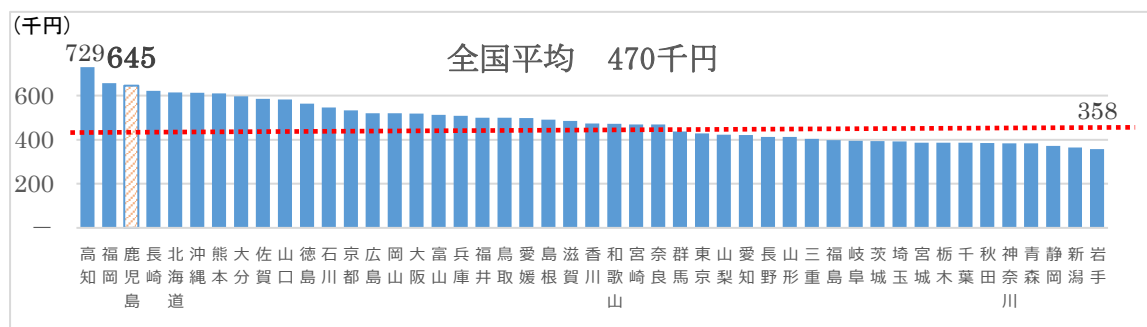
[厚労省・後期高齢者医療事業報告書(平成30年度)]

※診療種別1人当たり医療費は訪問看護・療養費等を含まない

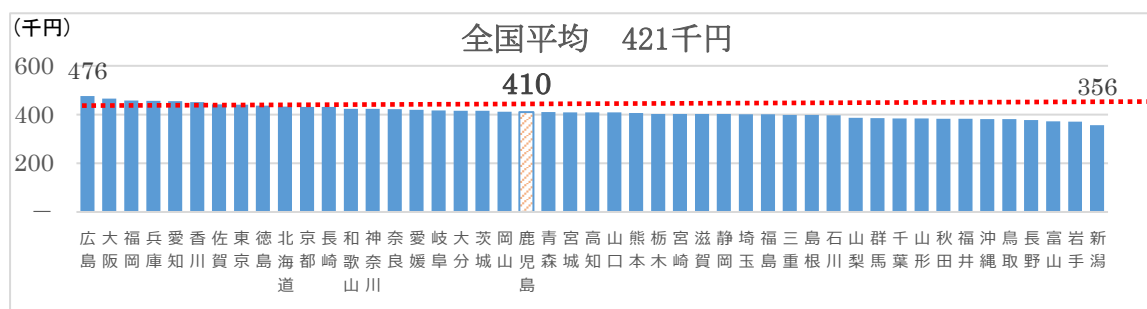
【図表 2-16-①】 1 人当たり医療費（診療種別総計）



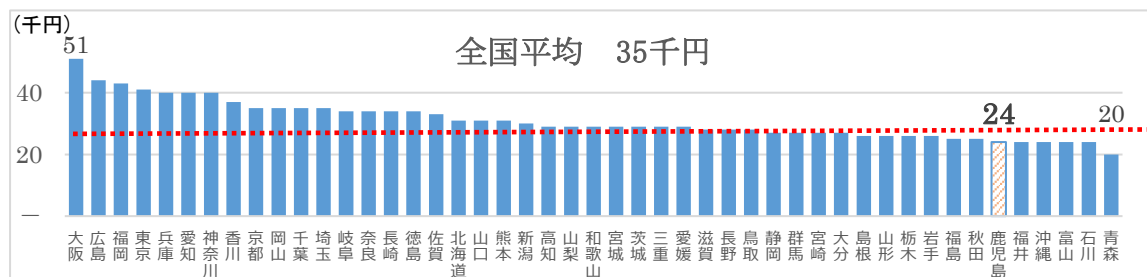
【図表2-16-②】 1人当たり医療費（入院）



【図表2-16-③】 1人当たり医療費（入院外）



【図表2-16-④】 1人当たり医療費（歯科）

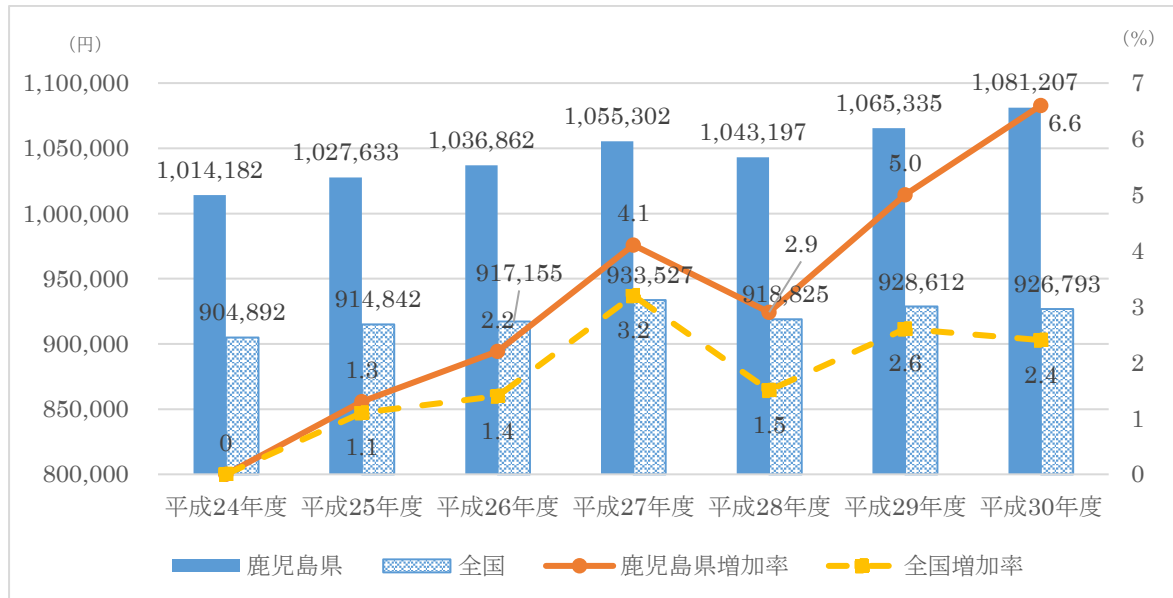


「厚労省・後期高齢者医療事業報告書（平成30年度）」

※上記には訪問看護・療養費等を含まない

- 1人当たり医療費診療別計の年次推移をみると、診療報酬がマイナス改訂となった平成28年度で減少した以外は毎年増加しており、平成24年度を基準とした伸び率をみると、全国よりも高く推移しています。(図表2-17)
- 年齢調整後の1人当たり医療費でも、全年齢階級で全国を上回っています。(図表2-18)

【図表2-17】1人当たり医療費の推移と伸び率

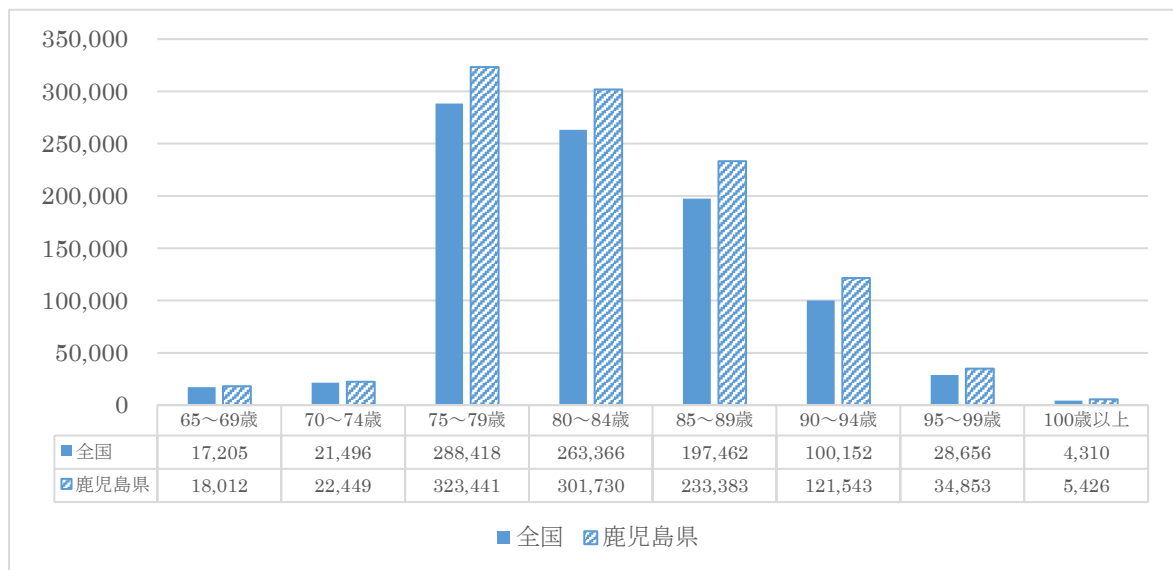


[厚労省・後期高齢者医療事業報告書]

※上記には訪問看護・療養費等を含まない

【図表2-18】年齢階級別1人当たり年齢調整後医療費

(単位：円)



[平成30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 2020年10月公表)]

(イ) 1人当たり医療費に影響する要因

1人当たり医療費は次の3つの要素(積)で構成されます。

$$1人当たり医療費 = \underbrace{1人当たり件数(受診率)}_a \times \underbrace{1件当たり日数}_b \times \underbrace{1日当たり医療費}_c$$

平成30年度の1人当たり件数(受診率)、診療種別1件当たり日数、診療種別1日当たり医療費の状況は以下(図表2-19)のとおりです。

【図表2-19】1人当たり医療費の要因

診療種別	区分	(a)計	入院	入院外	歯科
		(b)(c)平均			
受診率 (a)	鹿児島県	18.90件/人	1.20件/人	15.94件/人	1.75件/人
	全国	19.14件/人	0.80件/人	15.87件/人	2.45件/人
	都道府県別順位	19位	2位	20位	38位
1件当たり 日数 (b)	鹿児島県	3.06日	19.57日	1.93日	2.04日
	全国	2.47日	17.53日	1.78日	1.93日
	都道府県別順位	1位	3位	8位	8位
1日当たり 医療費 (c)	鹿児島県	18,705円	27,466円	13,368円	6,945円
	全国	19,631円	33,186円	14,901円	7,379円
	都道府県別順位	38位	46位	44位	42位

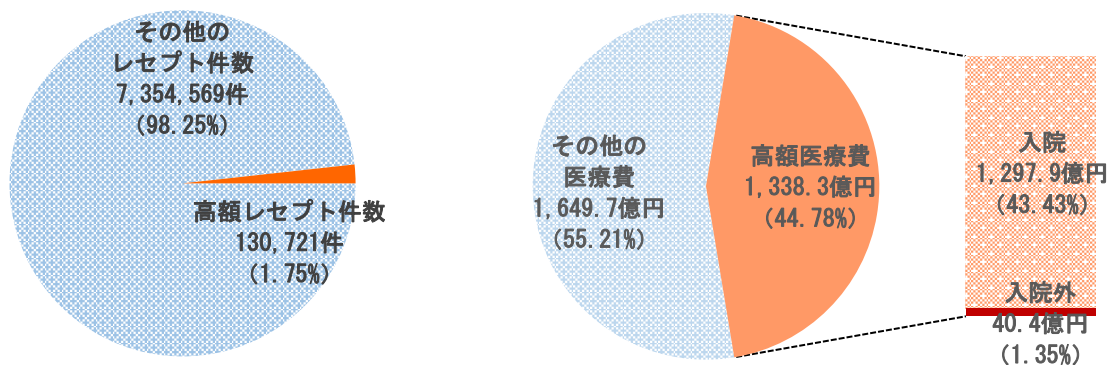
[厚労省・後期高齢者医療事業報告書（平成30年度）]

- 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（38位）という特徴があります。
- 1件あたりの日数は、どの種別の診療日数も、全国平均を上回り、全体では1位と1件あたりの日数が長い傾向にあります。
- 診療種別1日当たり医療費はどの種別も全国平均より低くなっています。
- このことから、入院で1日あたりの医療費は低いものの、入院受診率が高く、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）高額医療費の傾向

- 令和元年度診療分の全レセプトのうち、1件50万円を超えるレセプト（以下、「高額レセプト」という。）を集計すると、件数としては医療費全体の1.75%ですが、医療費としては44.78%を占めています。（図表2-20）
- また、高額医療費はそのほとんどを入院費が占めています。

【図表2-20】高額医療費のレセプト件数及び医療費割合



[当広域連合医療費分析データ（平成31年4月～令和2年3月KDBデータを基に算出）]

※対象データ：DPCを含む医科入院、医科入院外、調剤のレセプト明細データ

第2章 後期高齢者の現状と課題

○近年、医療費が急激に増加していることから、平成28年（2016年）と令和元年（2019年）の高額レセプトを比較し分析を行ったところ、下記（図表2-21-①～②）のとおり、特に75歳～85歳では、1人当たりの件数や1日当たり医療費が増加していること、90歳以上の高齢者の受療者数が増加していることが医療費の増加にも寄与していることが推察されます。

○また、より高齢な被保険者数の増加に伴い、入院頻度の増加に加え、包括診療（DPC）による高度な治療を要する患者が増加していることも医療費の増加に影響していることが考えられます。（図表2-21-③～④）

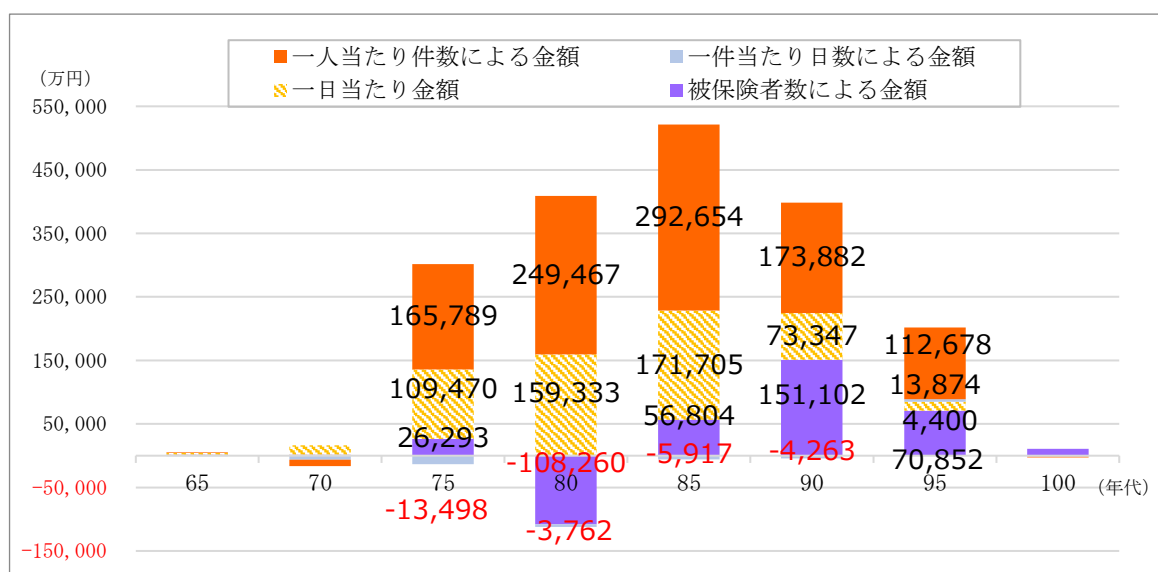
【図表2-21-①】平成28年度と令和元年度における項目別医療費比較（入院）（単位：万円）

年代	医療費差分 合計	被保険者数 による金額	一日当たり 金額	一件当たり日数 による金額	一人当たり件数 による金額
65	4,330	1,827	2,661	-871	714
70	-146	1,530	14,649	-6,296	-10,028
75	288,055	26,293	109,470	-13,498	165,789
80	296,779	-108,260	159,333	-3,762	249,467
85	515,246	56,804	171,705	-5,917	292,654
90	394,067	151,102	73,347	-4,263	173,882
95	201,805	70,852	13,874	4,400	112,678
100	7,906	10,759	-284	-1,000	-1,569

[当広域連合医療費分析データ（平成28年度及び令和元年度診療の高額レセプトを基に算出）]

※令和元年度年間の項目ごとの金額から平成28年度年間の項目ごとの金額の差分を算出したもの

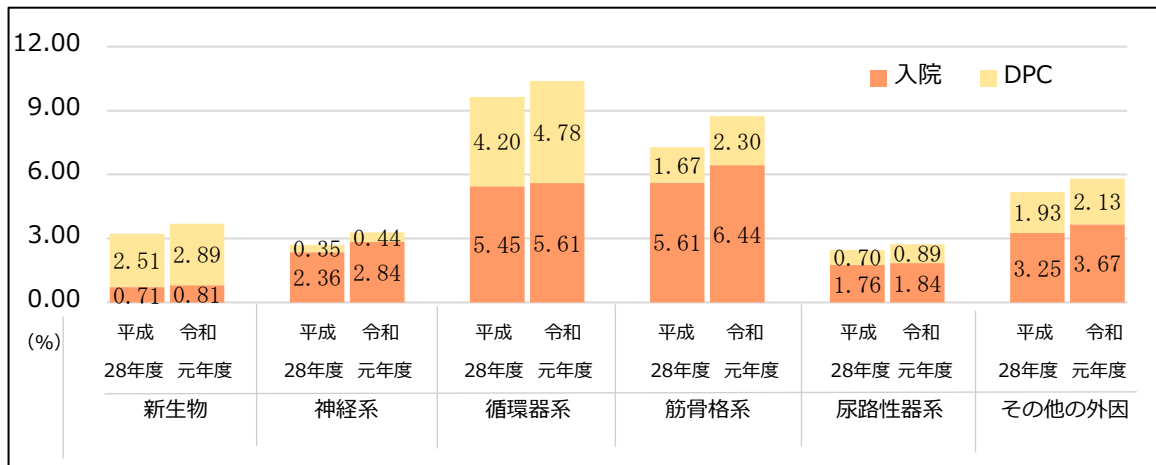
【図表2-21-②】平成28年度と令和元年度における項目別医療費比較（入院）



[当広域連合医療費分析データ（平成28年度及び令和元年度診療の高額レセプトを基に算出）]

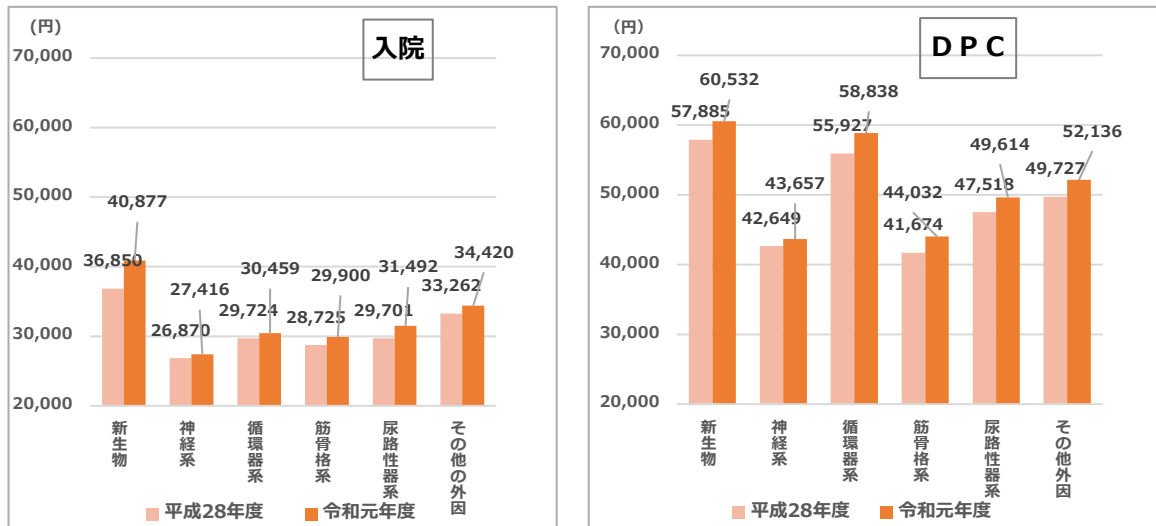
※令和元年度年間の項目ごとの金額から平成28年度年間の項目ごとの金額の差分を算出したもの

【図表2-21-③】主要疾患による入院診療形態



[当広域連合医療費分析データ（平成31年4月～令和2年3月診療の高額レセプトを基に算出）]

【図表2-21-④】主要疾患の入院診療形態別1件あたりの金額



[当広域連合医療費分析データ（平成31年4月～令和2年3月診療の高額レセプトを基に算出）]

○年齢階級別高額医療費をみると、75歳以上の全年齢階級別で男女とも心疾患や脳血管疾患などの循環器系疾患が1位となっており、2位は男性の90歳未満がガン等の新生物、女性は骨折に代表される損傷系の疾患が占めています。（図表2-22）

【図表2-22】年齢階級別男女別高額医療費の状況

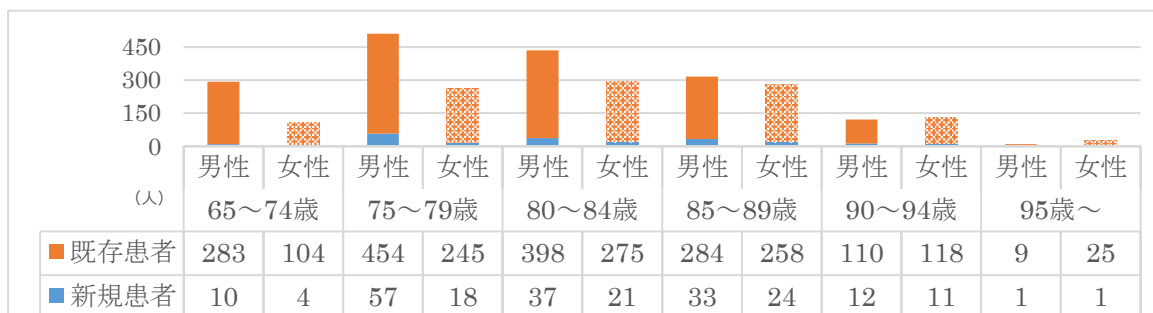
		65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳以上
男性	1位	循環器系の疾患 27.4%	循環器系の疾患 27.6%	循環器系の疾患 26.8%	循環器系の疾患 31.2%	循環器系の疾患 31.4%	循環器系の疾患 31.3%	循環器系の疾患 30.9%	循環器系の疾患 23.7%
	2位	腎尿路生殖器系の疾患 15.8%	新生物 12.8%	新生物 25.7%	新生物 18.7%	新生物 13.0%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 13.7%	呼吸器系の疾患 17.6%	呼吸器系の疾患 16.3%
	3位	神経系の疾患 11.1%	神経系の疾患 10.3%	筋骨格系及び結合組織の疾患 8.2%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 9.6%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 11.6%	呼吸器系の疾患 13.4%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 15.0%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 16.0%
女性	1位	神経系の疾患 26.5%	循環器系の疾患 18.1%	循環器系の疾患 22.9%	循環器系の疾患 24.9%	循環器系の疾患 29.3%	循環器系の疾患 31.9%	循環器系の疾患 35.6%	循環器系の疾患 46.3%
	2位	循環器系の疾患 22.1%	神経系の疾患 15.3%	新生物 17.0%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 19.7%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 22.1%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 24.0%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 22.3%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 12.0%
	3位	腎尿路生殖器系の疾患 12.9%	損傷、中毒及びその他の外因の影響 15.0%	筋骨格系及び結合組織の疾患 16.8%	筋骨格系及び結合組織の疾患 13.3%	筋骨格系及び結合組織の疾患 9.8%	呼吸器系の疾患 7.4%	呼吸器系の疾患 8.9%	呼吸器系の疾患 11.6%

[当広域連合医療費分析データ（平成31年4月～令和2年3月診療レセプトを基に算出）]

○その他、入院外医療費でも高額となる人工透析の状況について、令和元年度の年間診療レセプトでみると、75歳以上の透析治療中の者は、男性が1,395人、女性が996人で、75歳以上で新規に透析導入となったのは男性が140人で導入時期は75～79歳が最多、女性は75人で導入時期は85～89歳が最多となっています。（図表2-23-①）

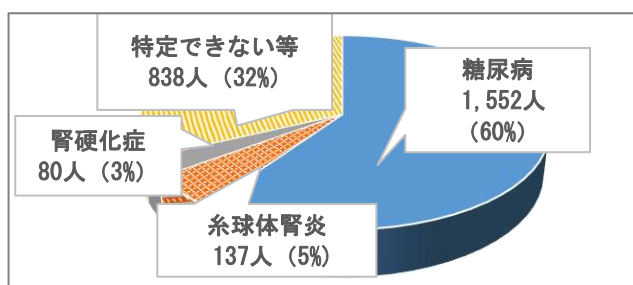
○人工透析の起因別疾患では糖尿病が6割を占めています。（図表2-23-②）

【図表2-23-①】年齢階級別にみた人工透析患者数及び新規導入者数



[当広域連合医療費分析データ（平成31年4月～令和2年3月診療レセプトを基に算出）]

【図表2-23-②】人工透析の起因別疾患の状況



○透析の起因別疾患の状況は、糖尿病が6割と最多となっています。

○原因が特定できない等の838人のうち、高血圧を治療中の者は91%を占めています。

[当広域連合医療費分析データ（平成31年4月～令和2年3月診療レセプトを基に算出）]

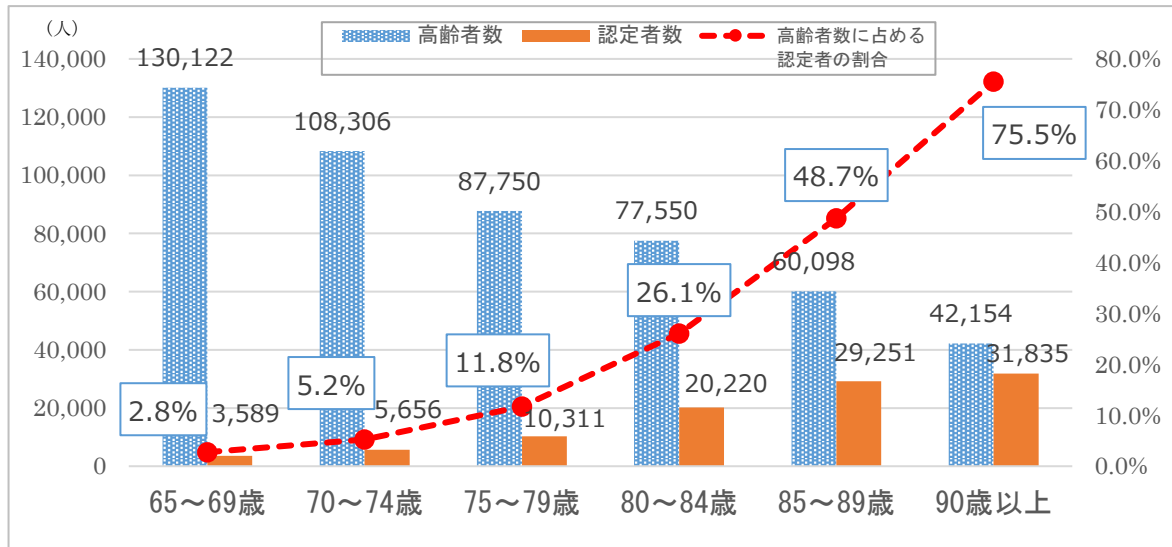
(3) 介護関係等の状況

ア 要介護認定・介護給付費の状況

(ア) 年齢階級別認定状況

○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ごとにみると、年齢が上がる程、認定者の割合は増加し、85歳以上では約半数以上が介護認定を受けています。

【図表2-24】年齢階級区分別介護認定状況



注1 高齢者数: 鹿児島県年齢別推計人口調査結果(令和元年10月1日現在) [鹿児島県高齢者生き生き推進課作成]

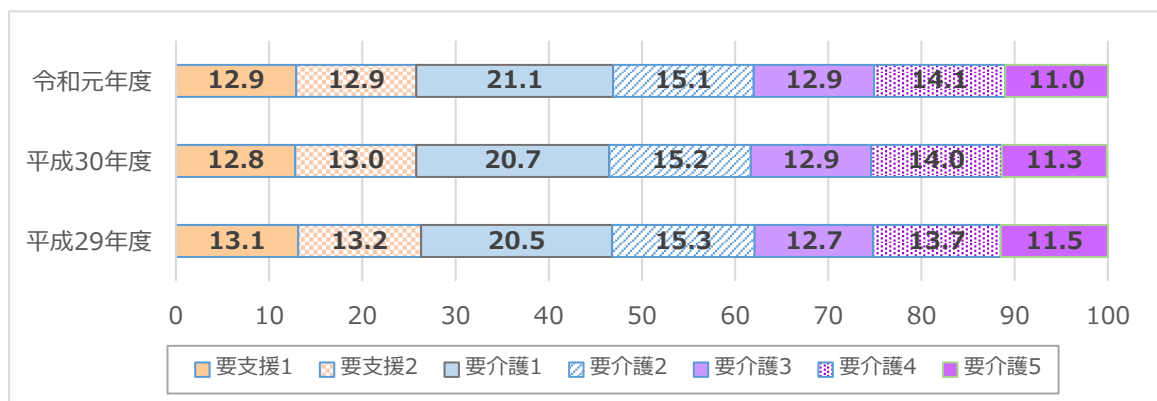
注2 認定者数: 介護保険事業状況報告(令和元年10月末時点)

(イ) 介護度別にみた認定状況

○介護度別の認定割合を平成29年度から令和元年度の3年間でみると、要支援1～要介護2までの軽度者が約62%、要介護3以上の中重度者の割合が約38%と、ほぼ同じ割合で推移しています。

【図表2-25】後期高齢者における介護度別内訳

(単位: %)

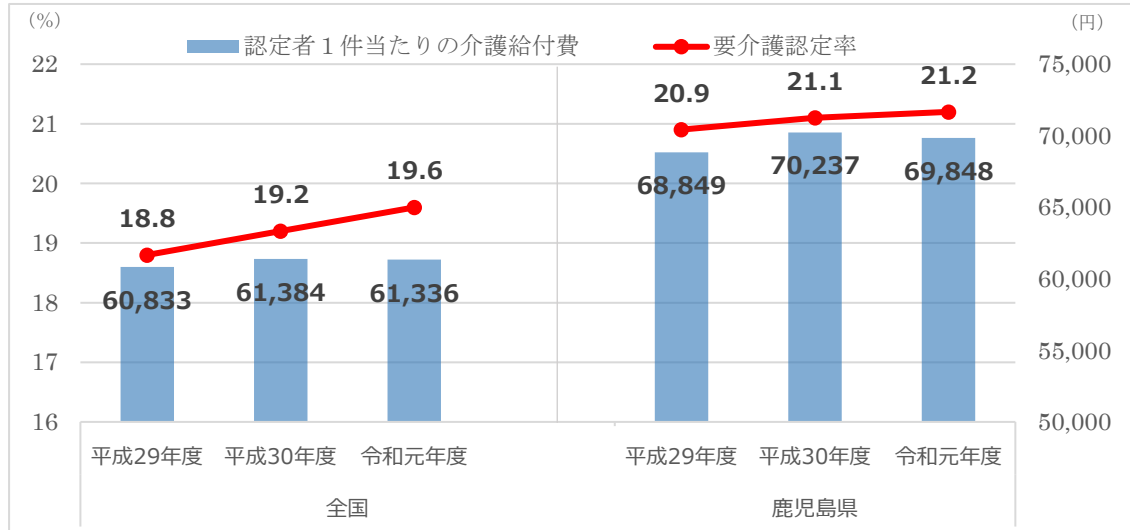


[KDB「要介護者認定データ」(各年度10月時点)]

(ウ) 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

○要介護認定率及び認定者1件当たり介護給付費月額は、全国に比べ高い水準で推移しています。

【図表2-26】 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



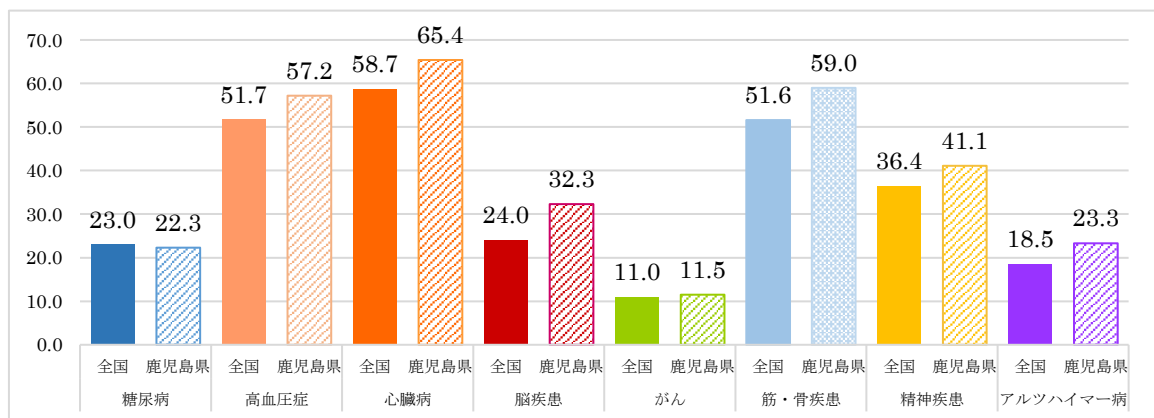
[KDB「介護データ」]

イ 要介護認定者の有病状況

- 全国、本県ともに、心臓病、筋・骨疾患、高血圧症、精神疾患の有病率が高く、全国に比べ本県の有病率が高くなっています。(図表2-27)
- 要支援1～要介護2までの軽度者でみると、廃用性症候群関連疾患（高齢による衰弱、関節疾患、骨折・転倒）や生活習慣病の治療中の者が75.8%を占めており、要介護状態の重度化防止の観点からも疾患の重症化予防が重要です。(図表2-28)
- また、要介護度に比例して1人当たり医療費も高くなっており、医療と介護の双方の視点から重症化予防が課題となっています。(図表2-29)

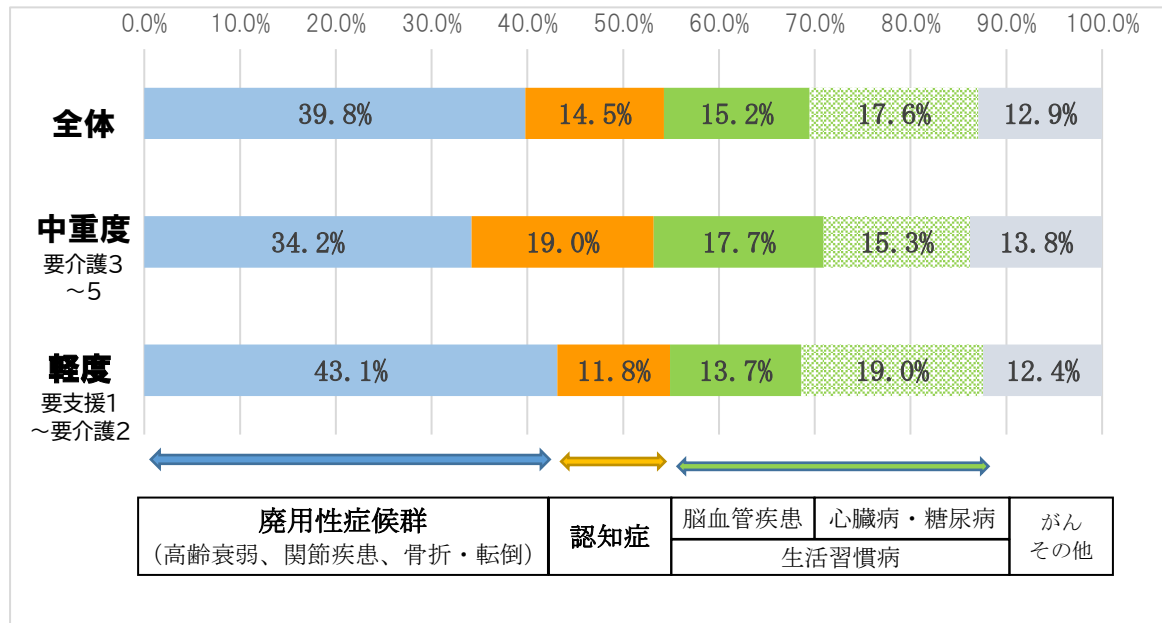
【図表2-27】 要介護認定者の有病状況（全国との比較）

(単位：%)



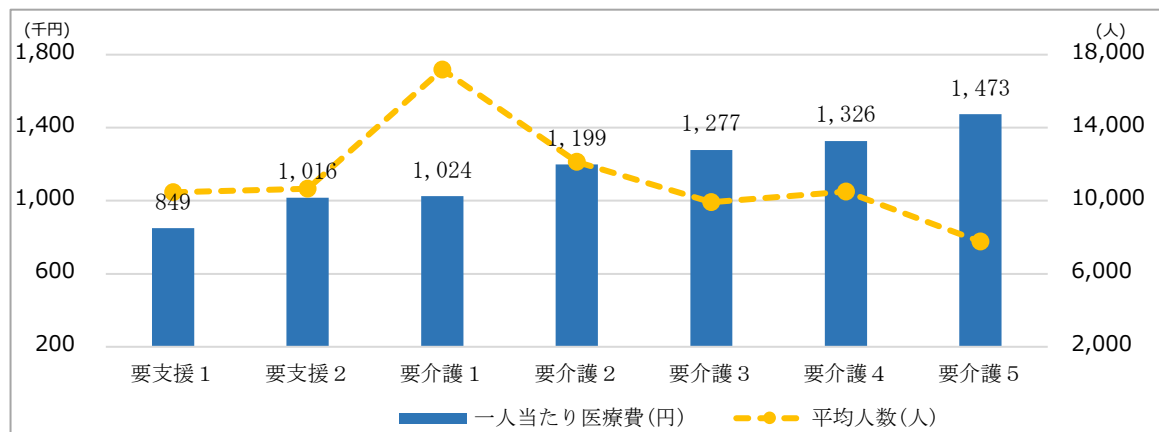
[KDB「介護データ」（令和元年度）]

【図表2-28】要介護認定者の有病状況（介護度別）



[当広域連合医療費分析データ（令和元年6月～令和2年3月のKDB介護データを基に算出）]

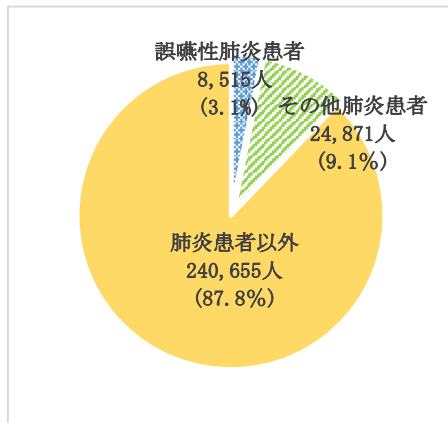
【図表2-29】要介護度別1人当たり医療費



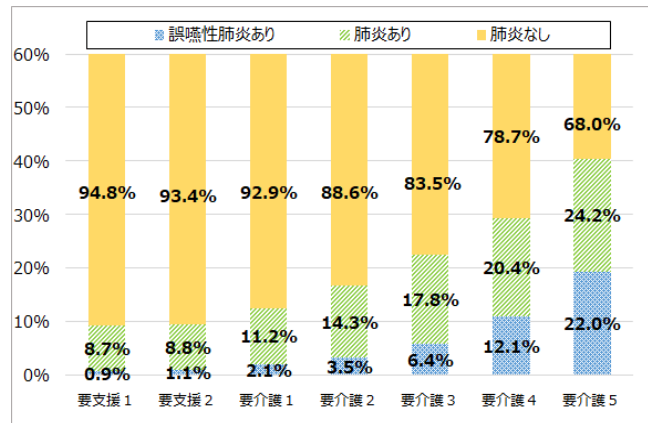
[当広域連合医療費分析データ（令和元年6月～令和2年3月のKDB介護データを基に算出）]

- 令和元年度の1年間に診療レセプトがあった被保険者の12.2%が、肺炎の治療をしています。（図表2-30-①）
- 肺炎の状況を要介護度別にみると要介護度が高くなる程、肺炎及び誤嚥性肺炎の有病状況が上昇しています。（図表2-30-②）
- 要介護認定者の肺炎の有病状況をみると、認知症等（アルツハイマー病含む）で受療中の方は誤嚥性肺炎が7.6%、その他肺炎が15.1%となっており、脳血管疾患で受療中の方は、誤嚥性肺炎が7.3%、その他肺炎が14.5%と、どちらも肺炎の有病率が高くなっています。（図表2-30-③）

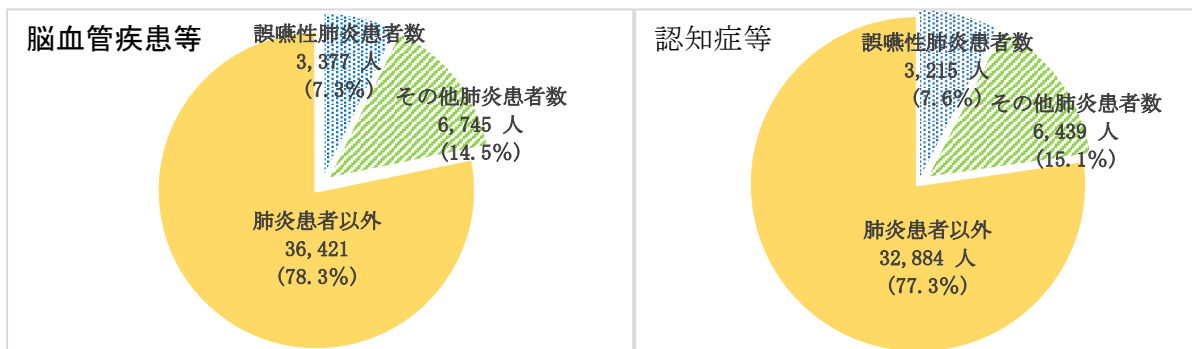
【図表 2-30-①】誤嚥性肺炎等の有病状況



【図表 2-30-②】要介護度別肺炎等の有病状況



【図表 2-30-③】要介護認定者の疾患別誤嚥性肺炎等の有病状況



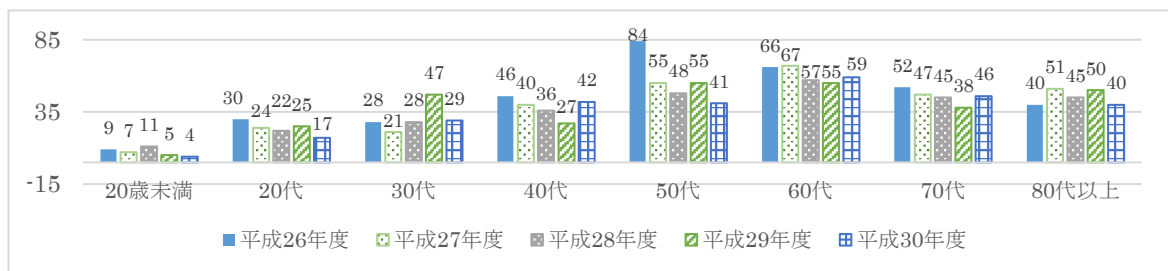
[当広域連合医療費分析データ（平成 31 年 4 月～令和 2 年 3 月診療レセプトを基に算出）]

ウ 年代別自殺者数の推移

○近年、自殺者数は減少傾向にありますが、60 代、70 代の高齢者の自殺者数は平成 30 年度に増加に転じています。

【図表 2-31】鹿児島県の年代別自殺者数の推移

(単位: 人)



[平成 30 年中における自殺の状況－警察庁 Web サイト]

(4) KDB等の活用

○国保データベース(KDB)システムは、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に構築されたシステムです。

○被保険者の健康課題の把握・分析のために、KDBや政府統計の総合窓口(e-S t a t)など各種データベースを活用します。

(ア) 最大医療資源傷病名による傷病分析

傷病分析の詳細は、28、29 ページ（図表 2－32、図表 2－33）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おり、内訳は入院・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おり、内訳は、入院ではその他の筋骨格系及び結合組織の疾患、関節疾患の順に高く、外来では、骨粗しょう症、関節疾患の順に高くなっています。
- 〔3 位〕入院は損傷中毒、外来では尿路性器疾患となっており、内訳は入院では「骨折」、外来では「慢性腎臓病（透析あり）」が高くなっています。

(イ) 他都道府県との比較

他都道府県等との比較による本県の特徴は、30 ページ（図表 2－34）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：272.5 人（全国 17 位）
・人口 10 万人当たり一般病床数：1,624.4 床（全国 2 位）
- 〔入院受療率（人口 10 万人当たり）〕
・総数：1,880.0（全国 2 位）、糖尿病：26.0（全国 7 位）、
虚血性心疾患：26.0（全国 2 位）、脳血管疾患：205.0（全国 3 位）
- 〔外来受療率（人口 10 万人当たり）〕
・糖尿病：258.0（全国 2 位）、腎不全等：143.0（全国 15 位）
- 〔後期高齢者医療 1 人当たり医療費〕
・1,079,002 円（全国 5 位）

(ウ) 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。

広域連合における高齢者保健事業は、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。

3 健康課題の抽出・明確化

(1) 健康課題の整理

本章1・2の各データに基づく現状から、当広域連合における中間見直し時点での健康課題を以下のとおり整理しました。

ア 生活習慣病等の重症化予防

- 脳血管疾患による死亡割合が全国より高く推移しており、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。
- 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。
- 長寿健診受診者で、高血圧や高血糖、腎機能異常が疑われる者の中に未治療や治療中断者も少なくないことから、長寿健診受診率向上を図るとともに、健診結果を活用した保健指導の充実等、重症化防止の取組の推進が重要です。

イ 医療費適正化の推進

- 医療費が全国で上位を占める状態が続いており、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。

ウ 保健・医療・介護等、連携強化による一体的実施の推進

- 要介護者の有病状況は、全国に比べ、心臓病、筋・骨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予防、フレイル(※1)予防等の心身の健康づくりの推進が必要です。県下全域で青壮年期からの継続した保健事業や介護予防との一体的な取組を効果的に進めていくためには、構成市町村をはじめ医師会等の医療関係者と連携した取組の展開が必要です。
- 肺炎による死亡割合が全国より高く推移していること、要介護度が重度化するほど肺炎や誤嚥性肺炎の有病率が増加している現状等を改めて関係者間で共有し、口腔健診を活用した嚥下機能の維持・向上に資する啓発・支援、予防接種の推進等肺炎の予防に係る取組の強化が必要です。

(※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(第2版)」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 2 -32】

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

医療費分析（１）細小分類

作成年月 : R01年度（累計）

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	1,517,588,132	35,292,747	0	35,866,449	筋・骨格	2,724,120,063	63,351,629	0	55,527,750	筋・骨格	86.876	86.867	0.000	75.873
脳梗塞	1,102,179,730	25,632,087	0	24,198,396	がん	1,306,021,118	30,372,584	0	43,916,534	高血圧症	28.247	28.245	0.000	23.189
関節疾患	862,170,390	20,050,474	0	15,393,224	脳梗塞	1,102,179,730	25,632,087	0	24,198,396	精神	22.390	22.393	0.000	19.435
肺炎	469,173,116	10,911,003	0	14,167,024	精神	1,059,376,379	24,636,660	0	24,854,679	糖尿病	18.859	18.856	0.000	18.125
慢性腎臓病（透析あり）	410,245,983	9,540,604	0	12,823,216	狭心症	231,242,571	5,377,734	0	7,959,752	がん	17.928	17.925	0.000	16.136
骨粗しょう症	398,832,573	9,275,176	0	6,738,704	脳出血	224,850,459	5,229,080	0	5,969,737	脂質異常症	15.293	15.292	0.000	13.338
統合失調症	396,327,968	9,216,929	0	7,644,996	糖尿病	152,515,169	3,546,864	0	3,449,266	脳梗塞	11.876	11.876	0.000	8.500
不整脈	378,066,727	8,792,249	0	12,553,003	高血圧症	92,566,322	2,152,705	0	1,763,830	狭心症	7.852	7.851	0.000	6.462
パーキンソン病	286,652,349	6,666,334	0	5,748,453	心筋梗塞	57,214,392	1,330,567	0	2,238,300	高尿酸血症	4.789	4.789	0.000	3.868
心臓弁膜症	235,850,813	5,484,903	0	6,612,690	動脈硬化症	20,193,227	469,610	0	775,514	動脈硬化症	4.402	4.402	0.000	3.903
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）				
糖尿病	719,464,077	16,731,723	0	27,144,572	筋・骨格	1,560,897,482	36,299,941	0	50,236,159	糖尿病	23.757	23.751	0.000	19.967
高血圧症	680,653,358	15,829,148	0	25,767,429	がん	965,163,864	22,445,671	0	39,989,997	高血圧症	55.509	55.497	0.000	37.179
不整脈	603,189,371	14,027,660	0	20,233,509	糖尿病	749,073,753	17,420,320	0	28,574,049	脂質異常症	22.024	22.019	0.000	15.987
関節疾患	600,912,763	13,974,715	0	19,212,579	高血圧症	680,653,358	15,829,148	0	25,767,429	高尿酸血症	9.636	9.634	0.000	7.413
慢性腎臓病（透析あり）	543,365,523	12,636,408	0	26,643,982	脂質異常症	318,742,097	7,412,607	0	14,428,451	脂肪肝	0.821	0.820	0.000	0.454
骨粗しょう症	470,822,600	10,949,363	0	16,933,827	狭心症	147,171,858	3,422,601	0	5,127,598	動脈硬化症	6.221	6.221	0.000	5.718
脂質異常症	318,742,097	7,412,607	0	14,428,451	脳梗塞	141,501,452	3,290,731	0	3,642,235	脳出血	3.743	3.743	0.000	2.472
前立腺がん	294,578,992	6,850,674	0	9,839,420	精神	123,935,465	2,882,220	0	4,649,331	脳梗塞	26.983	26.978	0.000	15.326
緑内障	222,838,981	5,182,302	0	7,838,499	動脈硬化症	20,823,996	484,279	0	714,896	狭心症	15.913	15.910	0.000	11.462
気管支喘息	172,669,567	4,015,571	0	6,409,010	脂肪肝	10,735,082	249,653	0	291,274	心筋梗塞	0.961	0.961	0.000	0.896
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	9.122	9.120	0.000	10.342
脳梗塞	13,636	13,636	0	12,807	筋・骨格	737,441	737,344	0.000	665,583	がん	18.347	18.342	0.000	16.928
クモ膜下出血	47,817	47,817	0	53,915	高血圧症	719,024	718,916	0.000	674,572	患者千人当たり糖尿病合併症患者数（有病）				
脳出血	45,124	45,124	0	46,877	脂質異常症	445,315	445,225	0.000	470,272	糖尿病性腎症	33.095	33.087	0.000	24.944
一過性脳虚血発作	3,095	3,095	0	2,923	精神	303,948	303,939	0.000	278,356	糖尿病性網膜症	20.956	20.951	0.000	21.958
パーキンソン病	17,012	17,012	0	13,650	糖尿病	283,235	283,186	0.000	309,667	糖尿病性神経症	11.312	11.309	0.000	12.024
脳腫瘍	59,070	59,070	0	60,745	脳梗塞	223,287	223,268	0.000	164,142	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	6,195	6,195	0	4,377	狭心症	180,417	180,395	0.000	169,480	糖尿病性腎症	1.368	1.368	0.000	0.970
認知症	28,409	28,409	0	27,583	がん	156,741	156,715	0.000	150,825	糖尿病性網膜症	1.923	1.923	0.000	1.836
統合失調症	19,810	19,810	0	13,493	高尿酸血症	122,973	122,949	0.000	113,432	糖尿病性神経症	0.322	0.322	0.000	0.314
緑内障	1,692	1,692	0	1,703	動脈硬化症	79,603	79,587	0.000	81,521	1件当たり人工透析点数	49.127	49.127	0	48,574
1件当たり６ヶ月以上入院レセ点数	44,296	44,296	0	48,017						千人当たり人工透析レセ数	9.157	9.157	0.000	9.831
千人当たり６ヶ月以上入院レセ数	22,861	22,861	0.000	11,558						患者千人当たり人工透析患者数	9.550	9.552	0.000	10.669
患者千人当たり６ヶ月以上入院患者数	251,790	251,694	0.000	188,931						患者千人当たり人工透析新規患者数（当月発症）	0.227	0.226	0.000	0.196

【図表 2 -33】

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

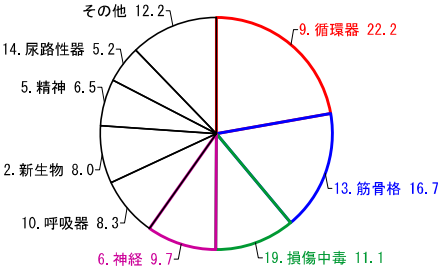
医療費分析（２）大、中、細小分類

作成年月 : R01年度（累計）

保健指導対象者の絞り込みに際し、どの疾病をターゲットにするのかの医療費分析例

- ・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（％）



入院医療費全体を100%として計算

中分類別分析（％）

9. 循環器 22.2	その他の心疾患	9.1	不整脈	2.3
	脳梗塞	6.8	心臓弁膜症	1.4
	虚血性心疾患	2.0	脳梗塞	6.8
13. 筋骨格 16.7	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	4.5	狭心症	1.4
	関節症	3.9		
	脊椎障害（脊椎症を含む）	3.7	関節疾患	3.9
19. 損傷中毒 11.1	骨折	9.3	骨折	9.3
	その他損傷及びその他外因の影響	1.1		
	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	0.7		
6. 神経 9.7	その他の神経系の疾患	3.5	パーキンソン病	0.0
	アルツハイマー病	3.5	睡眠時無呼吸症候群	0.0
	パーキンソン病	1.7	一過性脳虚血発作	0.0

細小分類分析（％）

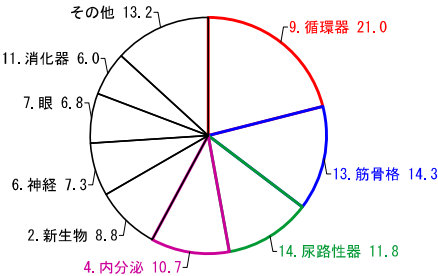
入院＋外来（％）

1位	骨折	5.9
2位	関節疾患	5.4
3位	脳梗塞	4.6
4位	不整脈	3.6
5位	慢性腎臓病（透析あり）	3.5
6位	骨粗しょう症	3.2
7位	糖尿病	3.2
8位	高血圧症	2.8
9位	肺炎	1.8
10位	統合失調症	1.6

全体の医療費（入院＋外来）を100%として計算

入院

外来



外来医療費全体を100%として計算

9. 循環器 21.0	その他の心疾患	10.4	不整脈	5.5
	高血圧性疾患	6.2	心臓弁膜症	0.7
	虚血性心疾患	1.7	高血圧症	6.2
13. 筋骨格 14.3	骨の密度及び構造の障害	4.3	狭心症	1.3
	関節症	2.8	骨粗しょう症	4.3
	脊椎障害（脊椎症を含む）	2.6	関節疾患	2.8
14. 尿路性器 11.8	腎不全	8.8	慢性腎臓病（透析あり）	5.0
	その他の腎尿路系の疾患	1.8	慢性腎臓病（透析なし）	0.8
	前立腺肥大（症）	1.0	前立腺肥大	1.0
4. 内分泌 10.7	糖尿病	7.0	糖尿病	6.6
	脂質異常症	2.9	糖尿病網膜症	0.4
	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.5	脂質異常症	2.9

痛風・高尿酸血症

0.0

【図表 2 -34】

厚生労働省様式
((旧) 様式 4－1) 都道府県の特徴

作成年月 : R01年作成

出典		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28年		平成29年		平成29年										平成28年										平成29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)										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	334.9	高知県	2,277.3	高知県	2,101.0	高知県	33.0	北海道	34.0	高知県	282.0	佐賀県	262.0	岡山県	290.0	東京都	345.0	山口県	339,523	山口県	339,271	鹿児島県	383,325	福岡県	1,176,856
2	徳島県	333.3	鹿児島県	1,624.4	鹿児島県	1,880.0	熊本県	31.0	鹿児島県	26.0	山口県	228.0	鹿児島県	258.0	栃木県	287.0	沖縄県	305.9	島根県	338,578	島根県	338,698	北海道	374,385	高知県	1,171,339
3	東京都	324.0	北海道	1,523.9	長崎県	1,803.0	山口県	29.0	高知県	24.0	鹿児島県	205.0	三重県	251.0	青森県	216.0	栃木県	298.9	鹿児島県	335,549	鹿児島県	334,145	佐賀県	372,366	長崎県	1,097,576
4	鳥取県	316.7	山口県	1,522.1	熊本県	1,747.0	徳島県	27.0	石川県	23.0	富山県	202.0	長崎県	246.0	佐賀県	213.0	和歌山県	293.2	大分県	327,144	大分県	326,759	沖縄県	366,902	北海道	1,095,259
5	高知県	315.7	熊本県	1,521.9	山口県	1,706.0	福岡県	27.0	徳島県	23.0	石川県	174.0	香川県	231.0	宮崎県	188.0	埼玉県	280.2	佐賀県	324,398	高知県	323,764	広島県	363,074	鹿児島県	1,079,002
6	福岡県	313.4	佐賀県	1,491.6	大分県	1,666.0	北海道	26.0	富山県	20.0	長崎県	170.0	和歌山県	230.0	高知県	182.0	岡山県	278.7	岡山県	324,244	岡山県	323,611	徳島県	361,071	大阪府	1,075,541
7	岡山県	312.0	徳島県	1,490.8	徳島県	1,616.0	鹿児島県	26.0	大分県	20.0	北海道	168.0	徳島県	221.0	福島県	180.0	茨城県	277.1	高知県	324,064	香川県	323,397	長崎県	360,932	佐賀県	1,073,336
8	長崎県	308.6	長崎県	1,410.5	佐賀県	1,603.0	富山県	25.0	香川県	18.0	徳島県	168.0	岐阜県	218.0	静岡県	177.0	青森県	276.1	香川県	323,553	佐賀県	322,956	福岡県	360,682	広島県	1,057,478
9	和歌山県	300.6	福岡県	1,394.8	北海道	1,505.0	大分県	25.0	福岡県	16.0	熊本県	161.0	福岡県	217.0	秋田県	169.0	大阪府	274.5	長崎県	318,093	長崎県	316,844	兵庫県	348,165	熊本県	1,052,509
10	石川県	295.8	鳥取県	1,363.2	宮崎県	1,485.0	愛媛県	24.0	和歌山県	15.0	佐賀県	157.0	岩手県	215.0	島根県	164.0	宮崎県	271.9	徳島県	316,547	石川県	315,523	岡山県	347,787	大分県	1,046,454
11	熊本県	294.8	富山県	1,349.9	福岡県	1,450.0	福井県	23.0	長崎県	15.0	愛媛県	152.0	岡山県	212.0	徳島県	158.0	群馬県	270.6	石川県	316,207	徳島県	315,110	山口県	347,073	徳島県	1,045,774
12	香川県	289.4	宮崎県	1,343.1	富山県	1,360.0	宮崎県	23.0	福井県	14.0	宮崎県	152.0	熊本県	206.0	熊本県	158.0	山梨県	267.2	福井県	312,211	福井県	312,110	大阪府	344,604	山口県	1,036,846
13	佐賀県	287.1	愛媛県	1,334.9	愛媛県	1,360.0	佐賀県	22.0	宮崎県	14.0	鳥取県	149.0	鳥取県	205.0	福岡県	156.0	京都府	267.0	熊本県	311,225	熊本県	310,452	熊本県	339,148	兵庫県	1,022,865
14	島根県	286.2	石川県	1,297.7	鳥取県	1,341.0	長崎県	22.0	沖縄県	14.0	島根県	149.0	愛媛県	205.0	山口県	148.0	熊本県	265.9	愛媛県	309,472	愛媛県	309,238	大分県	339,129	沖縄県	1,018,650
15	大阪府	283.1	大分県	1,297.7	石川県	1,301.0	石川県	19.0	福島県	13.0	福岡県	148.0	山口県	199.0	鹿児島県	143.0	高知県	262.1	広島県	304,766	広島県	303,293	石川県	338,263	京都府	1,018,412
16	大分県	278.4	島根県	1,289.9	香川県	1,271.0	大阪府	18.0	岐阜県	13.0	岩手県	132.0	埼玉県	195.0	岐阜県	136.0	千葉県	260.7	鳥取県	296,916	鳥取県	296,807	島根県	335,756	石川県	991,158
17	鹿児島県	272.5	香川県	1,254.1	鳥取県	1,268.0	和歌山県	18.0	京都府	13.0	福井県	130.0	大分県	194.0	兵庫県	136.0	長野県	259.5	北海道	295,414	北海道	293,552	和歌山県	333,235	香川県	976,225
18	愛媛県	272.4	和歌山県	1,247.8	秋田県	1,239.0	岡山県	18.0	大阪府	12.0	沖縄県	130.0	山形県	193.0	大分県	136.0	愛知県	258.9	富山県	293,964	富山県	292,904	高知県	333,221	岡山県	975,682
19	広島県	265.6	京都府	1,234.1	福井県	1,226.0	広島県	18.0	兵庫県	12.0	京都府	129.0	静岡県	192.0	長崎県	133.0	鹿児島県	257.8	宮崎県	293,476	宮崎県	292,462	愛知県	331,849	愛媛県	958,818
20	山口県	259.3	岡山県	1,224.9	和歌山県	1,215.0	秋田県	17.0	山形県	12.0	山形県	128.0	北海道	191.0	千葉県	131.0	奈良県	257.1	福岡県	288,862	福岡県	287,155	香川県	328,287	和歌山県	953,252
21	富山県	256.6	福井県	1,194.6	沖縄県	1,184.0	京都府	17.0	宮城県	11.0	青森県	124.0	兵庫県	191.0	香川県	125.0	静岡県	256.9	和歌山県	287,561	秋田県	286,686	宮崎県	325,996	愛知県	944,682
22	福井県	256.0	秋田県	1,187.3	岡山県	1,175.0	兵庫県	16.0	群馬県	11.0	新潟県	123.0	宮城県	189.0	宮城県	121.0	三重県	256.6	秋田県	287,218	和歌山県	286,299	京都府	324,464	奈良県	940,435
23	兵庫県	253.2	奈良県	1,167.5	広島県	1,170.0	岩手県	15.0	三重県	11.0	和歌山県	123.0	大阪府	189.0	神奈川県	121.0	岐阜県	255.7	奈良県	284,094	奈良県	283,463	富山県	321,682	東京都	935,810
24	奈良県	251.3	広島県	1,146.7	山形県	1,110.0	栃木県	15.0	鳥取県	11.0	香川県	121.0	栃木県	186.0	東京都	117.0	兵庫県	254.9	大阪府	279,908	大阪府	278,789	愛媛県	316,948	滋賀県	935,171
25	宮崎県	251.3	青森県	1,118.4	青森県	1,095.0	滋賀県	15.0	島根県	11.0	秋田県	119.0	山梨県	185.0	北海道	116.0	愛媛県	253.9	兵庫県	279,222	兵庫県	277,767	三重県	316,509	島根県	924,615
26	沖縄県	250.8	岩手県	1,091.0	岩手県	1,094.0	鳥取県	15.0	広島県	11.0	長野県	118.0	青森県	183.0	愛知県	115.0	福島県	250.5	京都府	277,530	京都府	276,578	岐阜県	314,991	福井県	923,639
27	北海道	248.7	沖縄県	1,081.0	京都府	1,084.0	青森県	13.0	熊本県	11.0	静岡県	117.0	広島県	181.0	石川県	114.0	神奈川県	249.4	岩手県	276,796	岩手県	276,414	福井県	314,596	鳥取県	912,202
28	宮城県	242.6	山梨県	1,077.5	新潟県	1,069.0	三重県	13.0	岩手県	10.0	広島県	116.0	島根県	177.0	沖縄県	114.0	北海道	248.5	岐阜県	276,417	岐阜県	275,421	神奈川県	312,025	富山県	911,653
29	山梨県	239.8	群馬県	1,067.3	山梨県	1,067.0	島根県	13.0	神奈川県	10.0	大阪府	115.0	高知県	176.0	新潟県	107.0	佐賀県	246.8	山形県	276,073	山形県	275,250	宮城県	310,965	宮崎県	910,009
30	長野県	236.1	福島県	1,066.5	奈良県	1,035.0	福島県	12.0	山梨県	10.0	奈良県	114.0	長野県	175.0	長野県	104.0	山形県	246.5	滋賀県	275,512	滋賀県	274,842	東京都	310,463	神奈川県	870,070
31	秋田県	236.0	大阪府	1,052.6	兵庫県	1,028.0	茨城県	12.0	静岡県	10.0	大分県	114.0	福井県	173.0	茨城県	99.0	大分県	243.0	三重県	275,139	三重県	273,956	奈良県	309,944	群馬県	869,308
32	群馬県	234.9	山形県	1,051.3	福島県	1,013.0	新潟県	12.0	滋賀県	10.0	山形県	108.0	富山県	170.0	山形県	97.0	徳島県	242.8	新潟県	274,010	新潟県	273,430	栃木県	306,213	岐阜県	868,806
33	山形県	233.3	新潟県	1,033.3	大阪府	1,004.0	山梨県	12.0	岡山県	10.0	兵庫県	106.0	福島県	169.0	岩手県	96.0	宮城県	242.3	宮城県	267,420	宮城県	266,357	千葉県	302,489	茨城県	858,280
34	滋賀県	231.4	長野県	1,032.0	群馬県	981.0	奈良県	12.0	山口県	10.0	栃木県	105.0	京都府	169.0	和歌山県	94.0	福岡県	242.2	静岡県	263,457	静岡県	262,334	静岡県	301,369	山梨県	856,900
35	栃木県	228.8	兵庫県	1,001.6	三重県	960.0	静岡県	11.0	佐賀県	10.0	岡山県	104.0	群馬県	161.0	福井県	93.0	岡山県	241.4	福島県	260,376	福島県	259,478	秋田県	300,449	埼玉県	853,114
36	三重県	225.7	茨城県	936.7	長野県	935.0	愛知県	11.0	山形県	9.0	福島県	100.0	石川県	160.0	富山県	92.0	秋田県	240.8	群馬県	260,115	群馬県	259,211	鳥取県	299,495	三重県	845,854
37	愛知県	218.6	三重県	925.4	栃木県	918.0	沖縄県	11.0	沖縄県	9.0	群馬県	99.0	愛知県	158.0	埼玉県	80.0	香川県	240.3	山梨県	257,724	山梨県	257,352	滋賀県	295,481	福島県	841,925
38	岐阜県	215.5	栃木県	899.6	茨城県	884.0	宮城県	10.0	千葉県	9.0	埼玉県	96.0	秋田県	156.0	滋賀県	80.0	岩手県	240.2	長野県	257,617	長野県	256,404	山形県	294,874	宮城県	840,146
39	神奈川県	213.0	滋賀県	891.4	滋賀県	883.0	埼玉県	10.0	東京都	9.0	三重県	96.0	滋賀県	156.0	京都府	78.0	山口県	236.3	青森県	253,580	青森県	252,506	埼玉県	293,942	栃木県	833,629
40	青森県	209.0	宮城県	887.3	岐阜県	877.0	東京都	9.0	奈良県	9.0	滋賀県	93.0	茨城県	151.0	大阪府	72.0	新潟県	236.1	神奈川県	248,527	神奈川県	247,508	群馬県	293,084	長野県	827,202
41	静岡県	207.8	静岡県	883.6	静岡県	857.0	長野県	10.0	青森県	8.0	茨城県	92.0	沖縄県	148.0	愛媛県	72.0	広島県	235.1	千葉県	248,271	千葉県	247,198	茨城県	292,997	青森県	825,073
42	岩手県	207.5	岐阜県	850.8	宮城県	843.0	岐阜県	10.0	秋田県	8.0	宮城県	91.0	奈良県	145.0	山梨県	70.0	鳥取県	231.3	沖縄県	245,080	沖縄県	242,918	長野県	291,624	千葉県	823,716
43	新潟県																									

第3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

(1) 全体目標

ア 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	令和5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

イ 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人当たり入院医療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

(2) 中長期目標

- ア 長寿健診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
- イ 口腔健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、予防接種の推進の取組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
- ウ 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
- エ 一体的実施に取り組む市町村の増加による、生活習慣病重症化予防等フレイル対策の推進
- オ 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
- カ 適正受診、適正服薬、後発医薬品の普及等、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

(3) 短期目標

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。

- ア **長寿健診の受診率及び健診結果を活用した取組の増加**
 - (ア) **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)
 - (イ) **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)
- イ **口腔健診(お口元気歯ッピー健診)の受診率及び健診結果を活用した取組の増加**
 - (ア) **口腔健診受診者数の増加、改善割合の増加**
(口腔健診受診率、健診後受療行動に繋がった者の割合の増加など)
 - (イ) **健診結果を活用した取組を実施する市町村の増加**
- ウ **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

エ 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

オ 一体的実施に取り組む市町村の増加による、生活習慣病重症化予防等フレイル対策の推進

○健診後の保健指導の実施市町村の増加、口腔健診結果を活用した取組実施市町村の増加、糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施市町村の増加、人工透析患者のうち糖尿病性腎症を有する割合増加の抑制、被保険者の課題を関係課で共有している市町村の増加、通いの場で健康教育を実施する市町村の増加など

カ 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

○健康教育・健康相談等の長寿・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

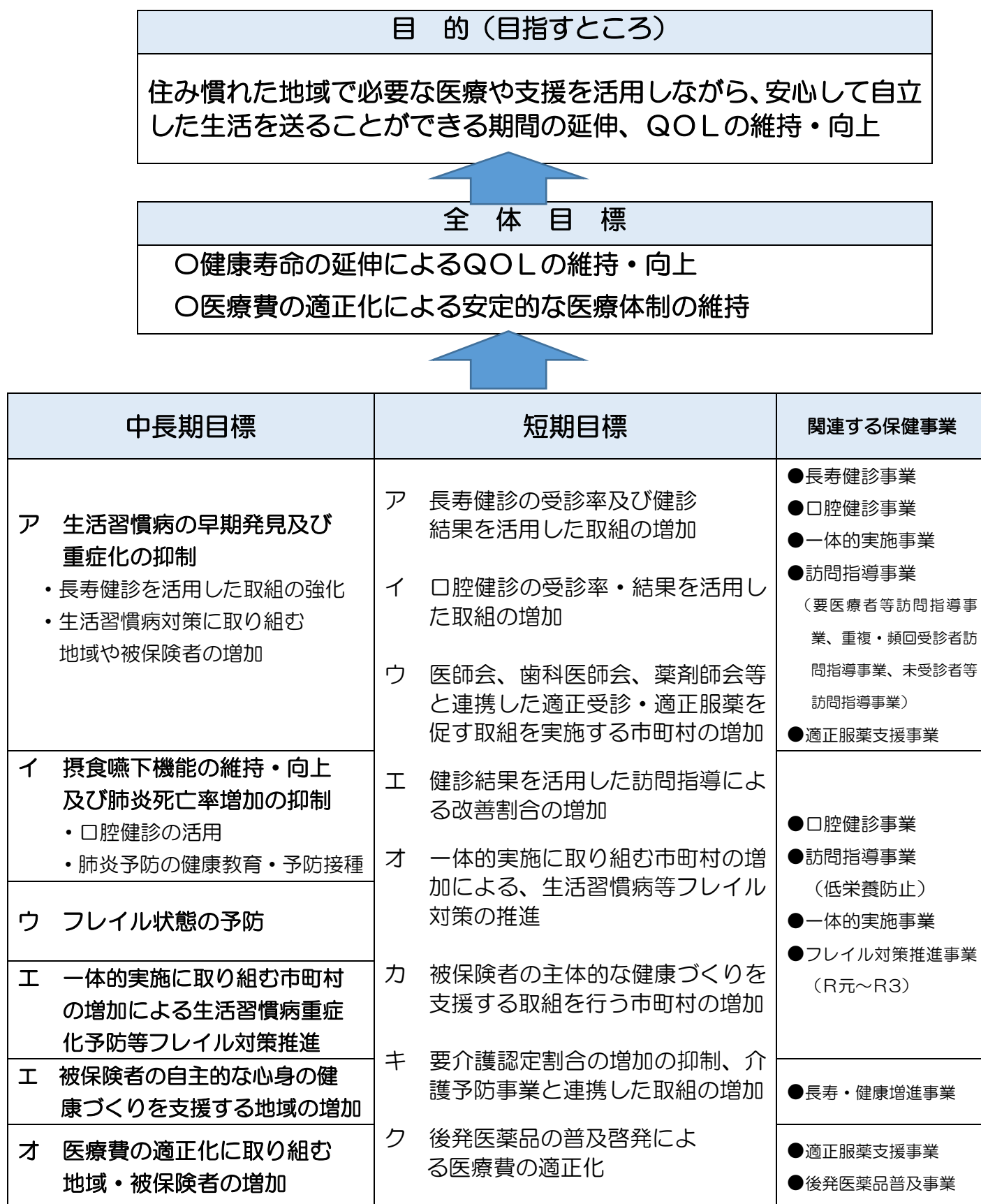
キ 要介護認定割合の増加の抑制、介護予防事業と連携した取組数の増加

○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など

ク 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

【目的・全体目標・中長期目標・短期目標の整理】



※ 短期目標の達成状況を把握・評価するために、保健事業別の評価項目を設定

第4章 第2期計画の中間評価

1 中間評価の総括

(1) 目標値の達成状況

第2期データヘルス計画で定めた第3章の目的・目標の達成状況について、次表のとおりまとめました。

目標値については、各種統計データの分析、構成市町村での保健事業の実施状況調査等により、計画策定時の値と直近値との比較を行い、その達成状況について評価を行いました。

○目標値に掲げた指標をみると、「目標に達した」「改善傾向」のA又はBが全体の57.6%となっている一方、悪化したものが39.0%ありました。

■ 目標値の達成状況

評価区分	評価基準	結果	評価区分割合
A	目標に達した	15	25.4%
B	目標に達していないが、改善傾向にある	19	32.2%
C	変わらない	2	3.4%
D	悪化した	23	39.0%
合計		59	100.0%

(2) 目標項目・指標別達成状況

■ 目標項目・指標の達成状況

(%)

全体目標・事業評価		目標 値数	達成状況			
			A	B	C	D
◆全体目標		5		2 (40.0)		3 (60.0)
健康寿命の延伸によるQOLの維持・向上						
	健康寿命の延伸(男性・女性)	2		2		
医療費の適正化による安定的な医療体制の維持						
	1人当たり入院費・1人当たり医療費が現状値を下回る、全国順位が下回る	3				3

第4章 第2期計画の中間評価

全体目標・事業評価		目標 値数	達成状況			
			A	B	C	D
◆事業別評価項目		(100)	(27.8)	(31.5)	(3.7)	(37.0)
		54	15	17	2	20
	(1) 長寿健診と健診結果を活用した取組	(100)	(33.3)	(50.0)		(16.6)
	長寿健診受診率向上、結果を活用した取組の増加、健診結果の改善等	12	4	6		2
	(2) 口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」	(100)	(50.0)	(25.0)		(25.0)
	口腔健診受診率向上、歯科診療への繋ぎ、結果を活用した取組	4	2	1		1
	(3) 重複・頻回受診者訪問指導事業	(100)	(33.3)	(11.1)		(55.6)
	重複・頻回基準に該当者の減少、訪問後改善した割合・医療効果、関係機関との連携	9	3	1		5
	(4) 要医療者等訪問指導事業	(100)	(37.4)	(6.3)	(6.3)	(50.0)
	実施市町村数・訪問実施率の増加、人工透析割合の抑制、基準該当者の減少	16	6	1	1	8
	(5) 未受診者等訪問指導事業	(100)		(33.3)		(66.7)
	実施市町村数増加、訪問後に健診や医療機関受診に繋がった割合	3		1		2
	(6) 高齢者元気づくり事業 「いきいき教室」	(100)			(50)	(50)
	実施市町村数、筋膜ケアを継続活用している市町村の割合	2			1	1
	(7) その他					
	ア 後発医薬品の使用割合増加	(100)		(100)		
	後発医薬品の使用割合(数量シェア)の増加	1		1		
	イ 地域包括ケアシステムの構築・強化の推進	(100)		(100)		
	地域包括ケア会議、庁内の課題共有状況、介護予防の場での健康教育等	5		5		
	ウ 自主的な健康づくりを支援する取組の推進	(100)		(50.0)		(50.0)
	個人インセンティブの取組肺炎予防の啓発	2		1		1

2 全体目標・各保健事業の目標の達成状況・評価及び課題

(1) 全体目標の評価及び課題並びに今後の取組の基本的方向

ア 健康寿命の延伸によるQOLの維持・向上

(ア) これまでの主な取組み

○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・被保険者の増加に向け、構成市町村と連携した長寿健診やその結果を活用した保健指導の実施等、保健事業部会や医療懇話会等で情報共有しながら取組の促進を図りました。

(イ) 評価及び課題

○健康寿命の延伸については、男女とも延伸し目標に近づきつつありますが、更なる延伸が課題です。(図表4-1)

(ウ) 今後の取組の基本的方向

- 健康寿命の延伸を目指して、生活習慣病の重症化予防、低栄養予防、運動・認知機能の低下防止等、フレイル予防・進行防止に向け、対策の充実を図ります。
- 構成市町村や関係団体等と連携し課題を共有しながら、一体的実施等の取組を推進します。

【図表4-1】本県の健康寿命の推移

目 標		策定値(平成28年)	現状値(最新値)	目標値(令和5年)	評価
健康寿命の延伸	男性	71.58歳(平成25)	72.31歳(平成28)	72.58歳以上	B
	女性	74.52歳(平成25)	75.51歳(平成28)	75.52歳以上	B

[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]

(2) 医療費適正化による安定的な医療体制の維持

ア これまでの主な取組

○適正な医療機関へのかかり方や疾病の重症化予防に取り組む地域や被保険者が増えるよう、医療費通知や後発医薬品の活用啓発等医療費適正化に繋がる対策の推進や構成市町村と連携した生活習慣病等重症化予防の取組の拡大を図っています。

イ 評価及び課題

○本県の1人当たり医療費は、全国に比べて伸び率が高く推移し全国順位も年々上がる等、1人当たり医療費や全国順位、1人当たり入院費ともに、目標達成はかなり困難な状況となっています。(図表4-2)

○医療費の上位を占める循環器疾患や骨関節疾患等による高額医療費の件数が増えており、疾病の重症化予防の取組強化が課題です。

ウ 今後の取組の基本的方向

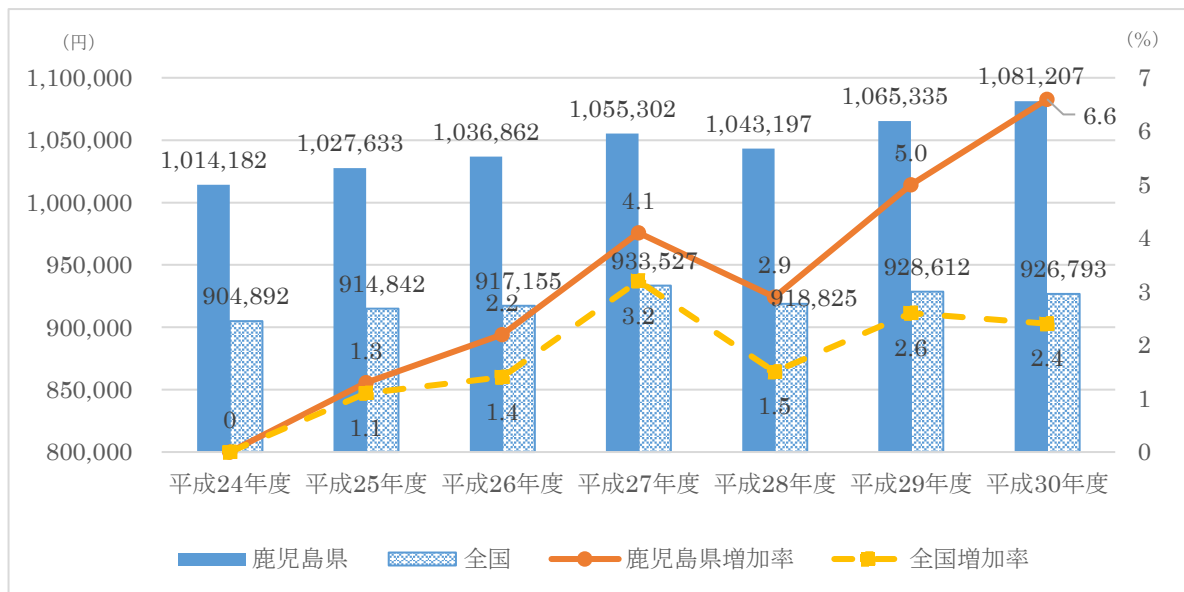
- 医療費の推移や内容を経年的に分析し、課題を構成市町村や関係団体と共有しながら、医療費適正化や疾病の重症化予防に係る対策の推進を図ります。
- 市町村における一体的実施の取組を推進することで、より効果的・効率的に重大な合併症を引き起こす生活習慣病等の重症化予防やフレイル対策の推進を図ります。

【図表4-2】本県の1人当たり医療費の推移

目標	策定値(平成27)	現状値(平成30)	目標値(令和5)	評価
1人当たり入院費	・610,000円 ・全国3位	・645,876円 ・全国3位	・610,000円以下 ・全国3位以下	D
1人当たり医療費	・1,055,000円 ・全国7位	・1,081,207円 ・全国4位	・1,055,000円以下 ・全国7位以下	D

[厚労省・後期高齢者医療事業報告書]

《再掲》【図表2-17】1人当たり医療費（診療種別計）の推移と伸び率



[厚労省・後期高齢者医療事業報告書]

(3) 各保健事業の目標の達成状況・評価及び課題

短期目標を達成するために掲げた指標目標に沿って各保健事業別に評価・考察を行いました。

ア 長寿健診と健診結果を活用した取組

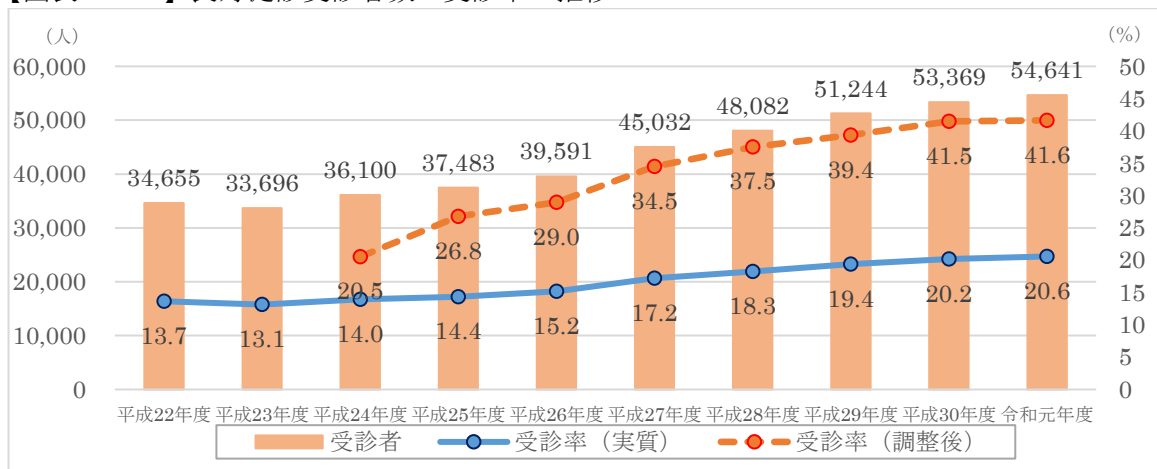
(ア) これまでの取組

- 広域連合と市町村等との連携の下、被保険者の利便性等を考慮し、市町村の定める方法により集団健診、個別健診、あるいは両方の健診方法を用いながら、広域連合が市町村に経費補助する形で実施しています。
- 平成24年度から、生活習慣病の早期治療や重症化予防を推進するため、要医療者等訪問指導事業を市町村に委託し、実施市町村の拡大を図っています。

(イ) 評価及び課題**a 健診受診率及び健診結果を活用した取組**

- 長寿健診は受診者数も受診率も年々増加しており、県全体の受診率は目標に近づきつつあります。(図表4-3)
- 長寿健診の受診結果は、訪問指導の効果が高い対象者の抽出に活用する他、各種保健事業の潜在対象者の把握にも繋がるため、更なる受診率の向上が課題となっています。
- 健診結果を活用した訪問指導や保健指導等の取組については、取組市町村数が増加しているものの、対象者数は健診受診者の15.4%(市町村調査)に留まっており、生活習慣病等の重症化予防を図るためにも、取組の推進が必要です。

【図表4-3】長寿健診受診者数・受診率の推移



[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

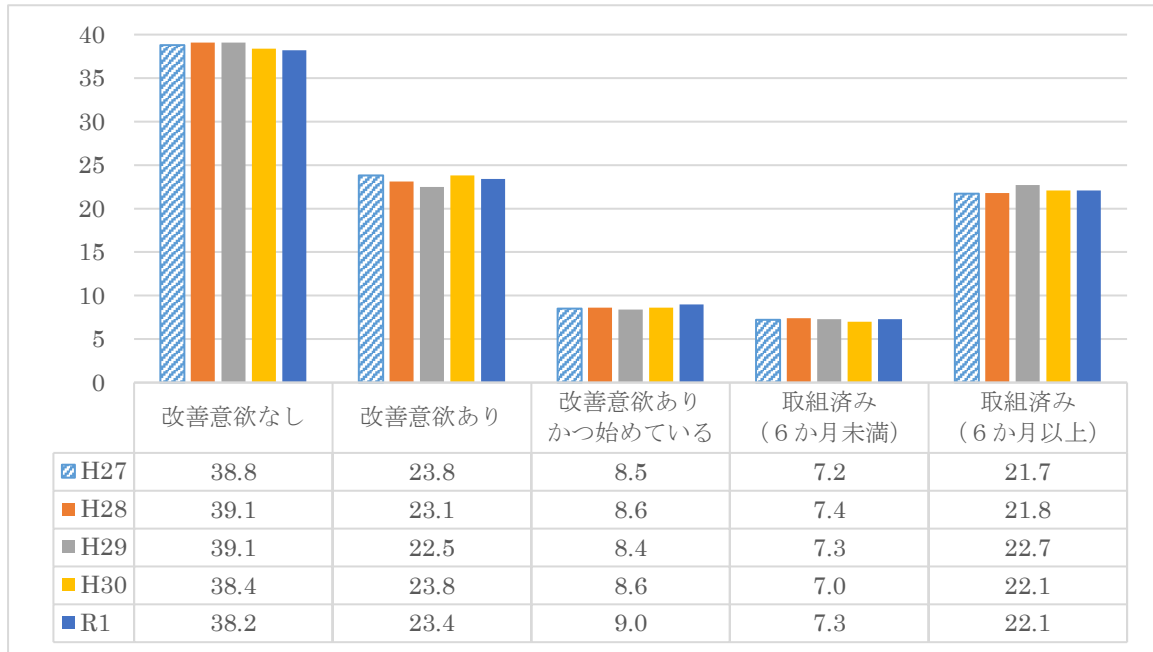
※被保険者数に占める受診率を実質、対象外者除外後の受診率を調整後と標記

b 生活習慣の改善意欲や健診結果の改善

- 長寿健診質問項目における、生活習慣の改善意欲については、図表4-4のとおり「改善意欲なし」の割合が減少傾向となっています。
- 健診結果の判定が受診勧奨値の治療開始率や治療放置率は概ね改善傾向となっていますが、服薬治療中でHbA1cのコントロール不良率が増加傾向となっており、かかりつけ医と連携した取組の推進が重要です。(図表4-5-①～③)

【図表4-4】長寿健診質問項目における生活習慣改善意欲の推移

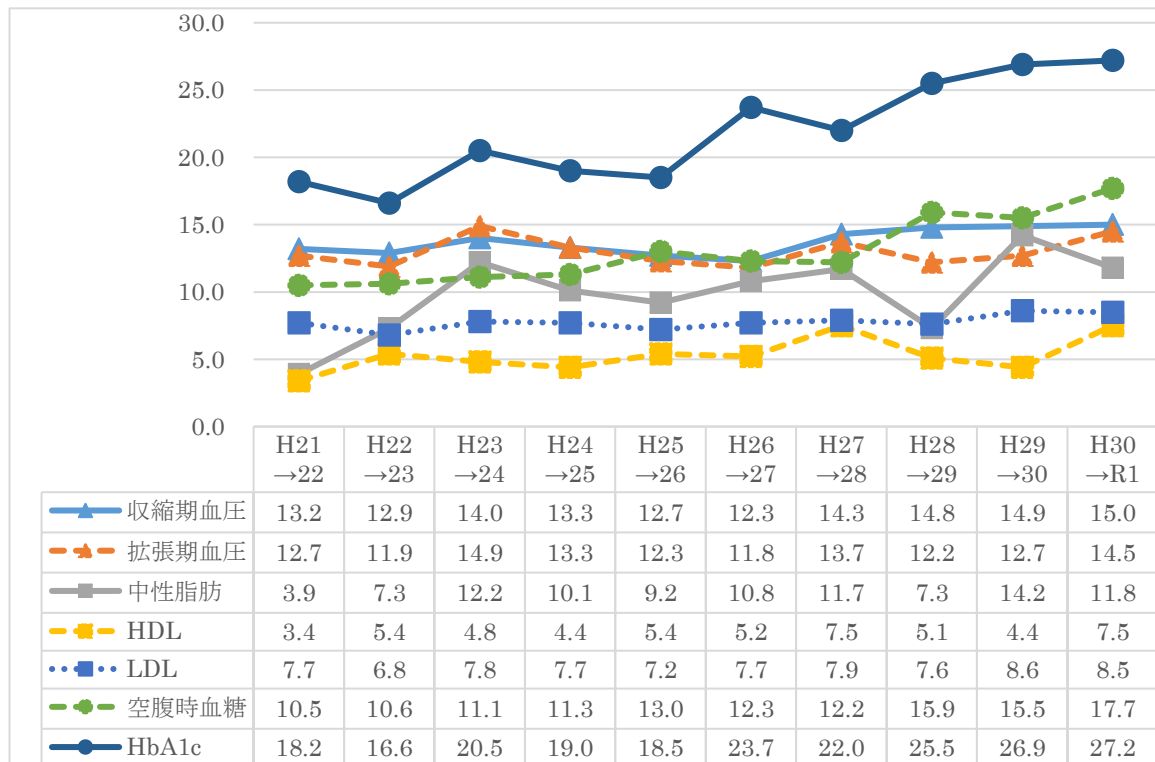
(単位：％)



[当広域連合算出データ]

【図表4-5-①】受診勧奨判定値で服薬なしだった者が次年度服薬あり割合の推移（検査項目別）

(単位：％)

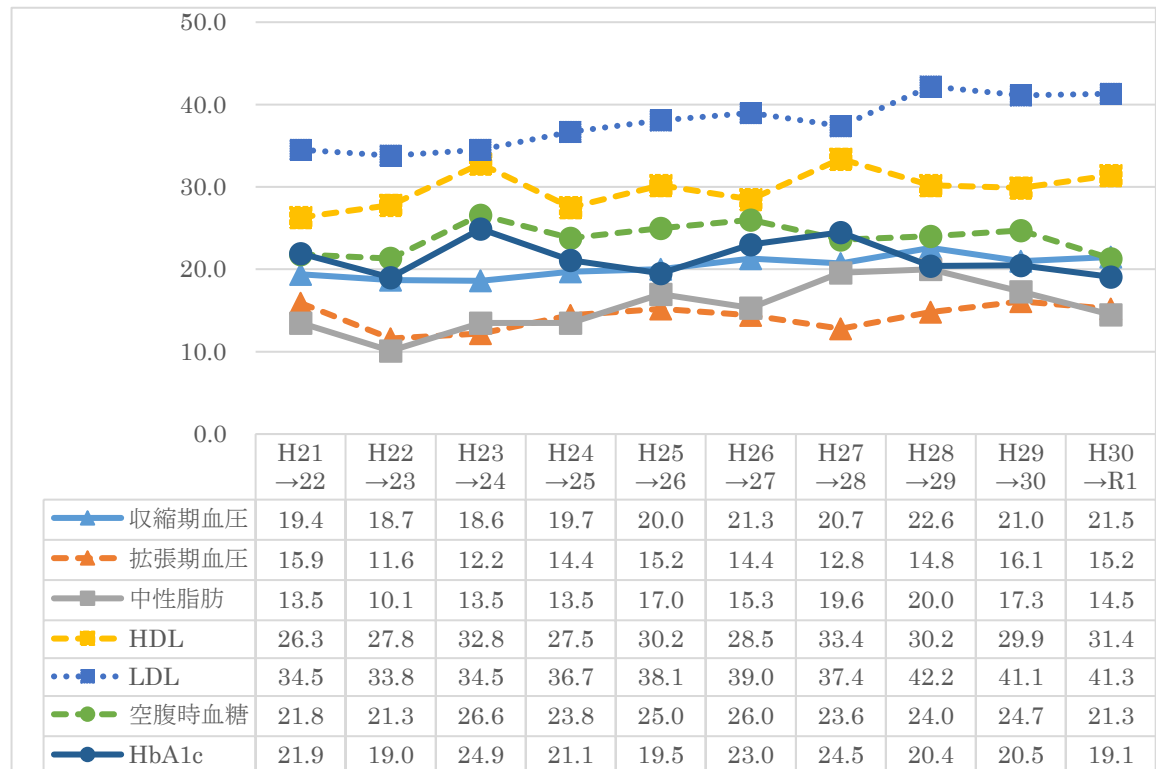


[当広域連合算出データ]

第4章 第2期計画の中間評価

【図表4-5-②】受診勧奨判定値で服薬なしだった者が次年度服薬なし割合の推移（検査項目別）

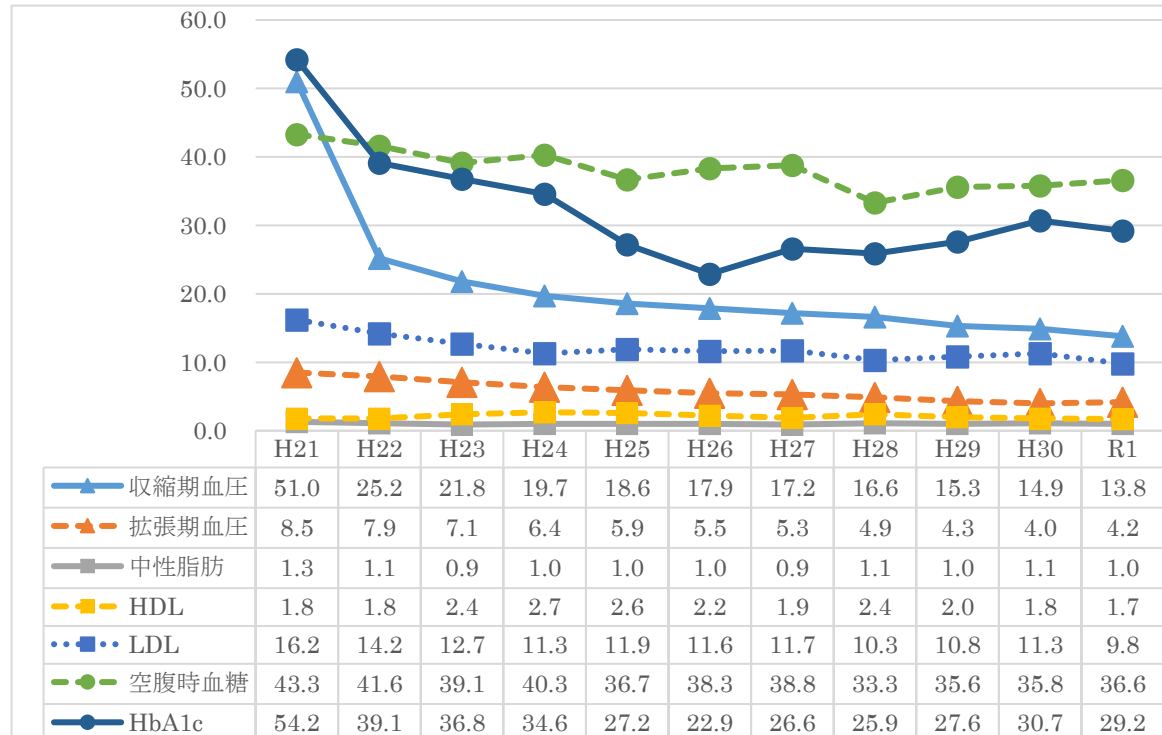
（単位：％）



〔当広域連合算出データ〕

【図表4-5-③】服薬ありで受診勧奨判定値だった者の割合推移（検査項目別）

（単位：％）



〔当広域連合算出データ〕

【図表4-6】長寿健診と健診結果を活用した取組の評価

	各保健事業の評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R2最新値)	目標値 (R5)	評価
1	長寿健診受診率の向上	健診受診率	37.5%	41.5%	48.5%	B
2	健診結果を活用した取組が実施された人数の割合	健診後取組倍率	13.4%	15.4%	50.0%	B
3	健診結果活用取組を実施した市町村数の割合	取組実施市町村率	76.7%	83.7%	100.0%	B
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	39.1%	38.2%	32.0%	B
5	生活習慣改善に取り組む(6か月未満)者の増加	取組実施市町村率	7.0%	7.3%	10.0%	B
6	生活習慣改善に取り組む(6か月以上)者の増加	取組実施市町村率	21.2%	22.1%	24.0%	B
			H26→ H27年度	H30→ R1年度	R3→ R4年度	
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	12.30%	15.00%	13.75%	A
		HbA1c	23.70%	27.20%	25.00%	A
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	21.30%	21.50%	20.00%	D
		HbA1c	23.00%	19.10%	21.50%	A
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	17.20%	13.80%	15.75%	A
		HbA1c	26.60%	29.20%	26.00%	D

イ 口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」

(ア) これまでの主な取組

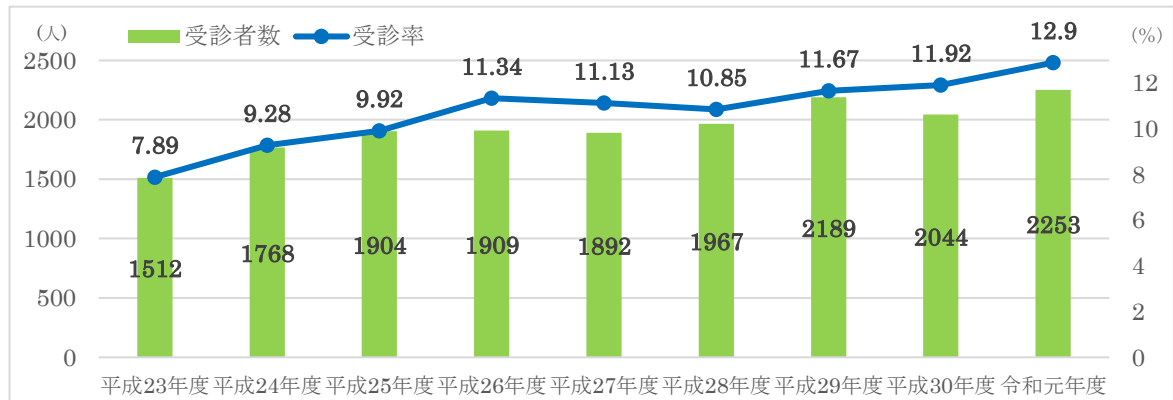
- 広域連合から県歯科医師会への委託等により、県内の歯科医療機関において実施し、市町村には広報面で協力を得ています。健診結果は市町村に還元し、保健事業や介護予防事業への活用促進を図っています。
- 平成23年度の事業開始当初から対象を当該年度76歳到達者としていましたが、令和2年度からは、当該年度80歳に到達する方も対象とし、対象年齢を拡大しました。

(イ) 評価及び課題

- 県内全域で多くの歯科医療機関の協力が得られていること、市町村における広報等もあり、受診率は年々増加してきています。(図表4-7)
- 口腔健診の要治療・要精密検査判定者のうち、過去1年間歯科を受診していなかった受診者に限定し、健診後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4-9に示しました。受診に繋がった人の割合は、口腔健診事業の開始当初に比べ増加しています。
- 口腔健診の結果を活用している市町村数は増加しています。口腔機能低下

の予防を図り、生活習慣病や肺炎等の疾病予防に繋げるためにも、受診率の向上とともに、介護予防事業と連携した効果的な健診結果の活用が課題です。

【図表4-7】口腔健診受診率の推移



[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

【図表4-8】令和元年度口腔健診受診率の市町村分布

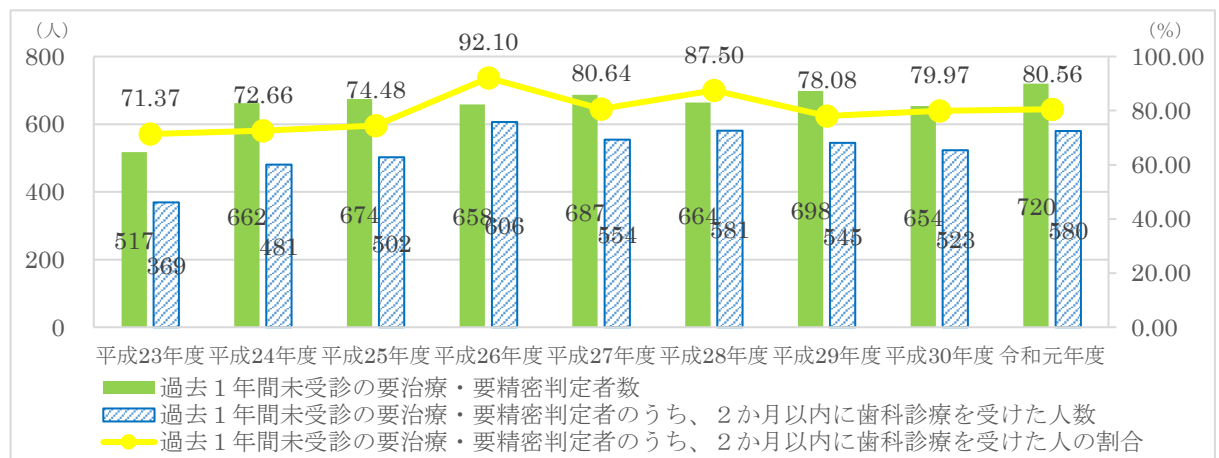
口腔健診受診率		市町村数
20%以上		3
15～20%未満		7
10～15%未満	県平均以上	6
	県平均未満	8
5～10%未満		13
5%未満		6

※県平均受診率は12.9%

〈参考〉平成30年度歯周病健診
県平均受診率は8.2%

[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

【図表4-9】要治療・要精密判定者で2か月以内に歯科診療へ繋がった割合



[当広域連合算出データ]

※過去1年間に歯科健診を受けている対象者は、広域連合の口腔健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、口腔健診事業の真の貢献度を測る目安とするため、過去1年間歯科健診を受診していなかった健診受診者において、評価を行ったものです。

【図表4-10】口腔健診事業の取組評価

	各保健事業の評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R2最新値)	目標値 (R5)	評価
1	口腔健診受診率の向上	口腔健診受診率	10.85%	12.90%	14.00%	B
3	年間受診率が10%以上の市町村数増加	受診率10%以上の市町村数	17市町村	24市町村	22市町村	A
2	口腔健診受診により歯科診療に繋がった人の割合	健診後2か月以内に歯科受診した人の割合	87.5%	80.6%	90.5%	D
4	健診結果を活用した取組実施市町村数割合(広域提供データを活用した市町村割合)	健診結果活用市町村率	2.5%	53.5%	50.0%	A

ウ 重複・頻回受診者訪問指導事業

(ア) これまでの主な取組

- 広域連合発足当時から、広域連合が市町村に委託する形で実施しています。
- 平成30年度から重複服薬者を対象に加え、かかりつけ医や薬局と連携をとりながら訪問支援を行っています。
- 令和2年度からは、タイムリーな支援に繋がるよう、市町村に対象者リストを毎月提供する等実施方法の改善を図っています。

(イ) 評価及び課題

- 1次抽出条件に該当した人数の推移は図表4-11のとおり減少傾向にあります。訪問指導で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。
- 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4-13のとおりです。
- 全体の改善率は減少傾向となっていますが、重複服薬者の改善率が高い傾向にあり、かかりつけ医や薬局等との丁寧な連携が必要となってきました。

【図表4-11】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)

年次	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
1次抽出人数	3,052	3,160	3,101	2,864	2,832
(内訳)					
実施市町村	2,895	2,980	2,854	2,683	2,598
未実施市町村	157	180	247	181	234
参考)実施市町村数	31	28	31	34	31

[当広域連合算出データ]

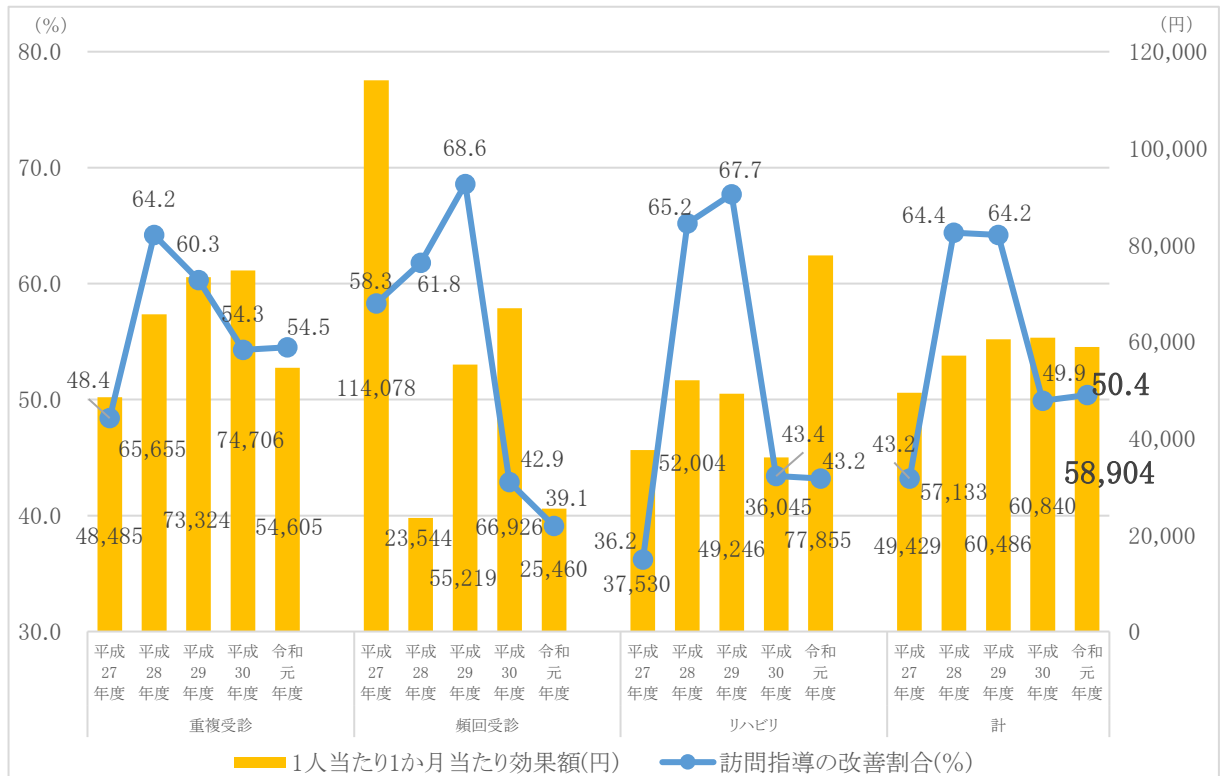
【図表4-12】重複・頻回受診者訪問指導事業による効果

※(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

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)	左期(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27年度	重複受診	161	17	48.4%	48,486
	頻回受診	26	2	58.3%	114,079
	リハビリ	127	11	36.2%	37,530
	計	314	30	43.2%	49,430
平成28年度	重複受診	250	17	64.2%	65,656
	頻回受診	32	2	61.8%	23,544
	リハビリ	211	10	65.2%	52,004
	計	493	29	64.4%	57,133
平成29年度	重複受診	199	15	60.3%	73,324
	頻回受診	31	4	68.6%	55,219
	リハビリ	219	9	67.7%	49,246
	計	499	28	64.2%	60,486
平成30年度	重複受診	191	13	54.3%	74,706
	頻回受診	13	2	42.9%	66,926
	リハビリ	110	16	43.4%	36,045
	重複服薬	22	0	64.7%	70,127
	計	336	31	49.9%	60,840
令和元年度	重複受診	201	9	54.5%	54,605
	頻回受診	8	1	39.1%	25,460
	リハビリ	96	12	43.2%	77,855
	重複服薬	16	1	68.0%	9,319
	計	321	23	50.4%	58,904

[当広域連合算出データ]

【図表4-13】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



[当広域連合算出データ]

【図表4-14】重複・頻回受診者訪問指導事業の取組評価

	各保健事業の評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R2最新値)	目標値 (R5)	評価
1	重複・頻回基準に該当する一次抽出の減少	一次抽出準該当者数	3,160人	2,832人	2,850人未満	A
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	64.18%	54.55%	65.50%	D
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	61.82%	39.13%	63.25%	D
4	訪問指導後、改善が見られた人の割合(リハビリ受診者)の増加	訪問効果が得られた者の割合	65.19%	43.20%	66.50%	D
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	65,655円	54,605円	66,200円	D
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	23,544円	25,460円	24,100円	A
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	52,004円	77,855円	52,600円	A
8	事業実施市町村数	事業実施市町村数	28市町村	27市町村	39市町村	D
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	3市町村	7市町村	21市町村	B

エ 要医療者等訪問指導事業

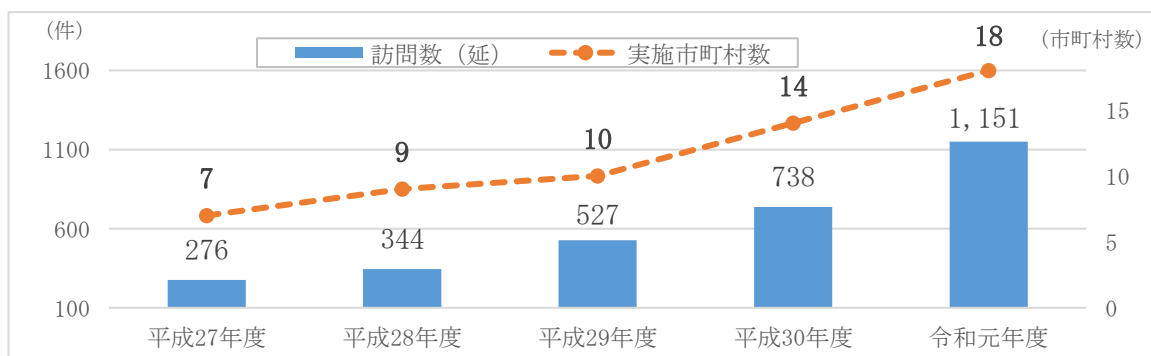
(ア) これまでの主な取組

○広域連合が市町村に委託する形で平成24年度から実施していますが、国のモデル事業を契機に平成28年度からは低栄養リスクのある者も対象者として実施市町村の拡大を図ってきました。

(イ) 評価及び課題

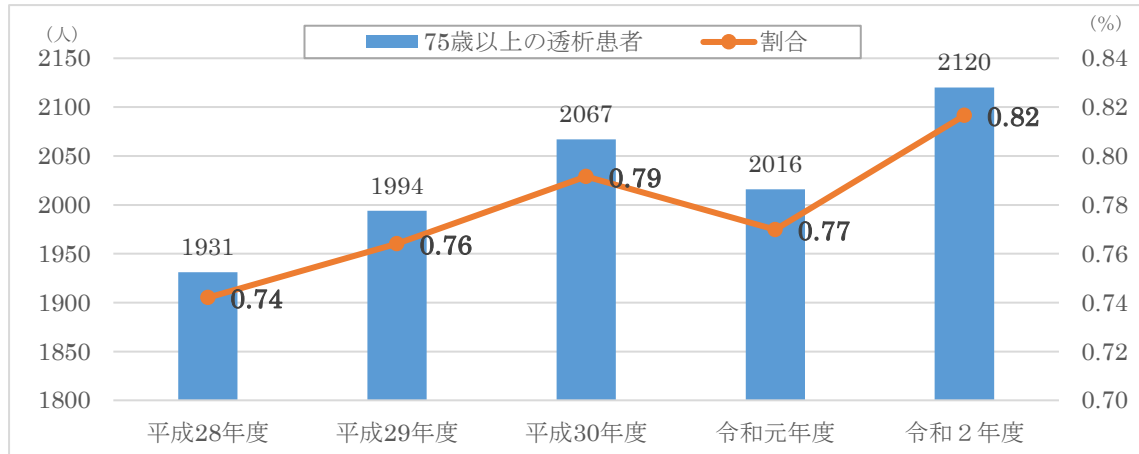
- 取組市町村数は年々増加し、令和元年度は18市町村と目標値を上回りました。(図表4-15)
- 健診結果を活用した重症化予防の取組を推進する上でも重要な事業となっており、実施市町村の拡大とともに、国民健康保険の保健事業と連携した切れ目のない支援や従事者の確保、人材育成が課題となっています。

【図表4-15】要医療者等訪問指導事業実施市町村数及び訪問延べ件数の推移



[当広域連合算出データ]

【図表4-16】75歳以上の人工透析の割合の数の推移



[KDBデータ「厚生労働省様式」]

【図表4-17】要医療者等訪問指導事業の取組評価

	各保健事業の評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R2最新値)	目標値 (R5)	評価
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	9 市町村	18 市町村	15 市町村	A
2	実施市町村における訪問実施率の増加 (抽出基準対象者のうち訪問実施割合)	訪問実施率	31.6%	7.8%	50.0%	D
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	4 市町村	12 市町村	22 市町村	B
4	75歳以上の人工透析数の割合の増加の抑制	人工透析患者 数割合	0.74%	0.82%	0.74%以下	D
5	75歳以上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	10.3%	10.2% 糖尿病 (44.9%)	10.3%以下	A
6	訪問基準該当者の減少	収縮期血圧 150mmHg以上	14.5%	12.6%	14.5%以下	A
		拡張期血圧 90mmHg以上	4.8%	4.2%	4.8%以下	A
		中性脂肪 300mg/dl以上	0.8%	0.8%	0.8%以下	C
		HDL 34mg/dl以下	2.8%	2.0%	2.8%以下	A
		LDL 140mg/dl以上	17.0%	18.8%	17.0%以下	D
		空腹時血糖 130mg/dl以上	5.3%	6.1%	5.3%以下	D
		HbA1c 7.0%以上	3.5%	4.2%	3.5%以下	D
		尿蛋白 1+以上	21.8%	10.1%	21.8%以下	A
		eGFR50未満	0.4%	19.3%	0.4%以下	D
		BMI18.5未満	7.8%	7.8%	0.4%以下	D
		BMI30以上	2.5%	2.8%	2.5%以下	D

オ 未受診者等訪問指導事業

(ア) これまでの主な取組

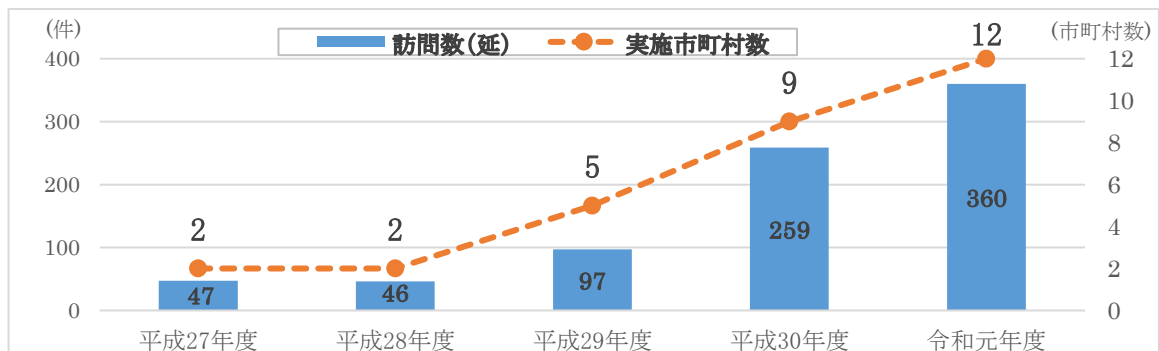
○平成25年度から市町村に補助する形で実施してきていましたが、一体的実施の推進を見据えて、令和2年度から他の訪問指導事業と同様の委託事業として、希望市町村で取り組んでいます。

(イ) 評価及び課題

○取組市町村数は年々増加し、令和元年度は12市町村で、訪問数もかなり増加しています。(図表4-18)

○訪問指導後の状況把握が十分に出来ておらず、医療機関や健診受診に繋がったか否かの把握率が低かったため、訪問方法や様式を改めるなど指導後の状況把握率を高めるよう工夫しながら取組を進めています。

【図表4-18】未受診者等訪問指導事業実施市町村数及び訪問延べ件数の推移



[当広域連合算出データ]

【図表4-19】未受診者等訪問指導事業の取組評価

	各保健事業の評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R2最新値)	目標値 (R5)	評価
1	実施市町村数の増加(未受診者等訪問指導事業)	実施市町村数	2市町村	12市町村	16市町村	B
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	23.5%	5.9%	26.5%	D
3	訪問後、医療機関受診に繋がった者の割合の増加	訪問後受診に繋がった割合増加	5.9%	3.1%	7.0%	D

カ 高齢者元気づくり事業「いきいき教室」

(ア) これまでの主な取組

○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、高齢者の健康づくりに一定の効果がみられたことから、平成25年度以降も同等の事業を実施する市町村への補助事業として、県内全域へ筋膜ケアの普及により高齢者の自主的な健康づくりとして推進してきました。

(イ) 評価及び課題

- 離島市町村を中心に同事業が活用されてきましたが、教室実施市町村数は策定時と変わらず、筋膜ケアを活用している市町村数も減少しています。
- 介護保険法改正に伴い、介護予防事業の一環として取組が推進された、住民主体の通いの場において、おもりを活用した「ころばん体操」「貯筋体操」等の高齢者が自主的に実施できる様々な手法が、県内各地で広がったことも活用が減少した要因と考えられます。

【図表4-20】高齢者元気づくり事業「いきいき教室」の取組評価

	各保健事業の評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R2最新値)	目標値 (R5)	評価
1	実施市町村数(累計)	実施市町村数	26 市町村	26 市町村	32 市町村	C
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	70%	38%	77%	D

キ 地域包括ケアの推進に向けた取組

(ア) これまでの主な取組

- 県内で開催される地域包括ケアシステムに係る会議や研修に積極的に参加し、情報共有や知識の向上に努めつつ、KDB等を活用した分析等の情報提供市町村の活動状況の把握・還元等を行ってきました。
- また、当広域連合が主催する高齢者フレイル対策事業の企画や一体的実施の推進にあたり、県関係課との連絡・調整・情報共有を行ってきました。

(イ) 評価及び課題

- 国民健康保険や介護保険における国の保険者機能評価やインセンティブ制度で高齢者保健事業との連携を求める動きが加速したこともあり、各市町村内での介護保険の地域支援事業や健康づくりとの連携が進みつつあります。

【図表4-21】地域包括ケアシステムの構築・推進の取組評価

	各保健事業の評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R2最新値)	目標値 (R5)	評価
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	7 市町村	10 市町村	14 市町村	B
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	22 市町村	27 市町村	29 市町村	B
3	地域で被保険者を支えてい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	24 市町村	28 市町村	32 市町村	B
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	30 市町村	34 市町村	37 市町村	B
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	24 市町村	30 市町村	31 市町村	B

ク その他の保健事業

- 自主的な健康づくりを推進する取組として、県が実施している高齢者元気度アップ・ポイント事業の実施市町村は増えてきており、健診の受診や住民主体の通いの場への参加の動機付けの一つとなっています。
- 肺炎予防についての普及啓発は低調となっており、今後、被保険者により身近な機会を捉えて、肺炎予防等に係る啓発を促進していくことが重要です。
- 後発医薬品普及事業については、毎年、新たに資格を取得した被保険者へ被保険者証と一緒に「後発医薬品希望カード」を送付するとともに、後発医薬品への切り替えにより自己負担額が減額できると思われる方（全被保険者の約1割程度）への差額通知を行う等の対策や、各団体における種々の取組により、後発薬品使用割合は年々増加し目標値に近づきつつあります。

【図表4-22】自主的な健康づくりを支援する取組の推進に係る取組評価

	各保健事業の評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R2最新値)	目標値 (R5)	評価
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	35 市町村	38 市町村	43 市町村	B
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	27 市町村	23 市町村	43 市町村	D

【図表4-23】後発医薬品の普及・啓発に係る取組評価

	各保健事業の評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R2最新値)	目標値 (R5)	評価
1	後発医薬品の使用割合の増加	後発医薬品使用割合	73.6%	81.3%	82.0%	B

第5章 目標達成に向けた保健事業の推進

1 保健事業の選択・優先順位

現状分析による課題整理・中間評価を踏まえて、第3章で定めている目標の達成に向けて、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。「一体的実施」が令和2年度から開始されたことを踏まえて、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と優先順位

目的・目標	中長期目標	広域計画との関連	(ねらい)	優先順位	事業名称	実施方法
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の延伸、QOLの維持・向上 ◆健康寿命の延伸によるQOLの維持・向上 ◆医療費の適正化による安定的な医療体制の維持	・生活習慣病の早期発見、重症化予防 ・嚥下機能の維持・向上及び肺炎予防 ・フレイル状態の予防	健康診査事業（健康診査） （歯科健康診査）	生活習慣病の早期発見・早期治療及び心身機能の低下防止に繋げる	1	長寿健診事業	市町村補助
			口腔機能低下防止による誤嚥性肺炎や生活習慣病の重症化予防を図る	2	口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」	広域連合直営
	・一体的実施 取組市町村の増加による生活習慣病重症化予防等フレイル対策推進	医療費適正化の推進 並びに保健事業の推進	・心身機能の低下予防・生活習慣病の重症化予防 ・適正受診・適正服薬の促進	4	訪問指導事業 ・要医療者等訪問指導 ・重複・頻回受診者訪問指導 ・未受診者等訪問指導	市町村委託
			後発医薬品の利用促進	7	後発医薬品普及事業	広域連合直営
			市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進	3	一体的実施市町村委託事業 一体的実施市町村支援事業	市町村委託 広域連合直営
			適正服薬支援体制づくりによる薬物有害事象等防止、健康の保持増進	5	適正服薬に関する事業	広域連合直営
			被保険者の自主的な健康づくりの支援による、QOLの向上及び疾病の予防や治療中の疾病の重症化を予防	6	その他の保健事業 ・いきいき教室 ・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	市町村補助
	・被保険者の自主的な健康づくり支援	保健事業の推進				

2 高齢者の特性を踏まえた事業展開

保健事業の実施にあたっては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第2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 目標達成に向けた保健事業の推進

(1) 長寿健診事業

ア 事業目的

生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身の機能低下の防止を目的として、被保険者の健康状態を評価するとともに、医療機関での受診が必要な者や保健指導を必要とする者を把握するために実施します。

イ 対象

除外者（長期入院者、施設入所者等）を除いた全被保険者

ウ 実施方法

広域連合及び市町村との連携の下、市町村に経費補助する形で、地域の実情に応じ市町村の定める方法で長寿健診を実施します。健診の内容は以下の表のとおりです。

【令和元年度の実施形態】 個別健診・集団健診両方実施・・・17 市町村
 個別健診のみ実施・・・5 市
 集団健診のみ実施・・・21 市町村

【健康診査の項目】

	検 査 内 容
基本的な 健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・問診（高齢者の質問票 15 項目） ・理学的検査（身体診察） ・身体計測（身長・体重、BMI） ・血圧測定 ・脂質検査（中性脂肪、HDLCo、LDLCo） ・血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c 等） ・肝機能検査（GOT, GPT、γ-GTP） ・検尿（尿糖、蛋白）
詳細な 健診項目	※一定基準のもと医師が必要と認めた場合に実施 <ul style="list-style-type: none"> ・心電図 ・眼底検査 ・貧血検査（赤血球数、血色素、ヘマトクリット値） ・腎機能検査（血清クレアチニン）

エ 今後の取組の方向性

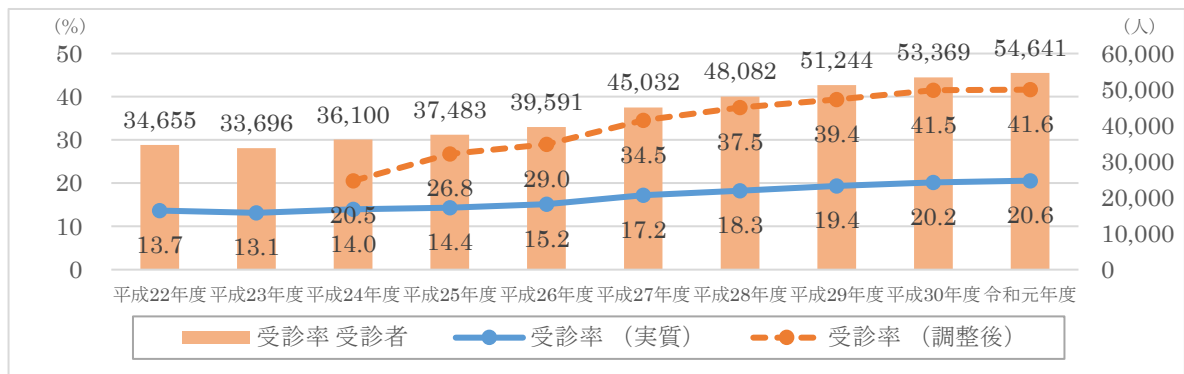
(ア) 受診率向上のための取組の推進

○これまでも市町村の協力を得ながら、健康診査推進計画に基づき、受診率の向上に努めていますが、今後も市町村と連携しながら受診率の向上に向

けた取組を推進します。

- 事務実態調査等を通じて健診の実施状況や課題を把握・分析し、受診率が高い市町村の実施上の工夫等、受診率向上に資する取組の情報還元をします。
- 生活習慣病で治療中の者については、基本的には受診対象者となることから、希望すれば健康診査が受けられることについての啓発を図ります。

《再掲》【図表4-3】長寿健診受診率の年次推移



[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

※被保険者数に占める受診率を実質、対象外者除外後の受診率を調整後と標記

(イ) 健診結果を活用した取組の推進

- 長寿健診結果では、血圧や血糖、腎機能等、各項目でコントロールに課題がある者や、未治療や治療中断となっている者が少なくないことから（第2章P11 図表2-10 参照）、指導が必要な一定の基準に該当する被保険者を対象とした保健指導の取組を強化するため、医師会等と連携しつつ「要医療者等訪問指導事業」の取組市町村の拡大を図ります。
- 令和2年度から取組が開始された「一体的実施」の取組市町村と連携し、各市町村の課題を踏まえた重症化予防の取組が推進出来るよう、県国民健康保険課や国保連合会等と連携しながら、対象者の抽出や事業評価等の円滑な実施方法、好事例の情報提供、訪問指導従事者の資質向上を図ります。
- 高齢者の質問票を活用し、生活機能の低下防止にも着目した支援が促進されるよう、活用方法の周知や分析結果の情報還元を図ります。
- 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、市町村独自の健康教育や健康相談等の取組の支援を行います。

(2) 口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」※注)令和3年度より「検診」を「健診」に改正

ア 事業目的

後期高齢者の歯や歯肉の状態、口腔内の状況、咀嚼嚥下機能を含む口腔機能をチェックすることで、口腔機能低下や誤嚥性肺炎等の疾病予防、心身機

能の低下を防止し、高齢者のいきいきライフを支えるとともに、健康寿命延伸を図ることを目的とします。

イ 事業対象者

実施年度に 76 歳、80 歳に到達する被保険者

※令和 2 年度から当該年度 80 歳に到達する方の対象拡大を図りました。

ウ 実施方法

広域連合が、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に委託して実施します。広域連合が対象者に受診券を送付、対象者が歯科医療機関に予約して口腔健診を受診します。

歯科医療機関は、受診者へ健診結果の説明・指導を行い、広域連合に健診結果報告書を提出、広域連合は健診結果の集計を行い対象市町村へ情報提供します。

【口腔健診の内容】

- ・問診（自覚症状等）
- ・口腔検査（歯及び歯周組織等口腔状況、義歯の適合状況等）
- ・口腔機能検査（頬の膨らまし検査、反復唾液嚥下テスト、オーラルディアドコキネシス、咀嚼力テスト）
- ・判定
- ・受診者への健診結果説明・指導



令和 2 年度から目立つ色の封書を用いて
啓発用パンフレットを同封し、受診券を通知



エ 今後の取組の方向性

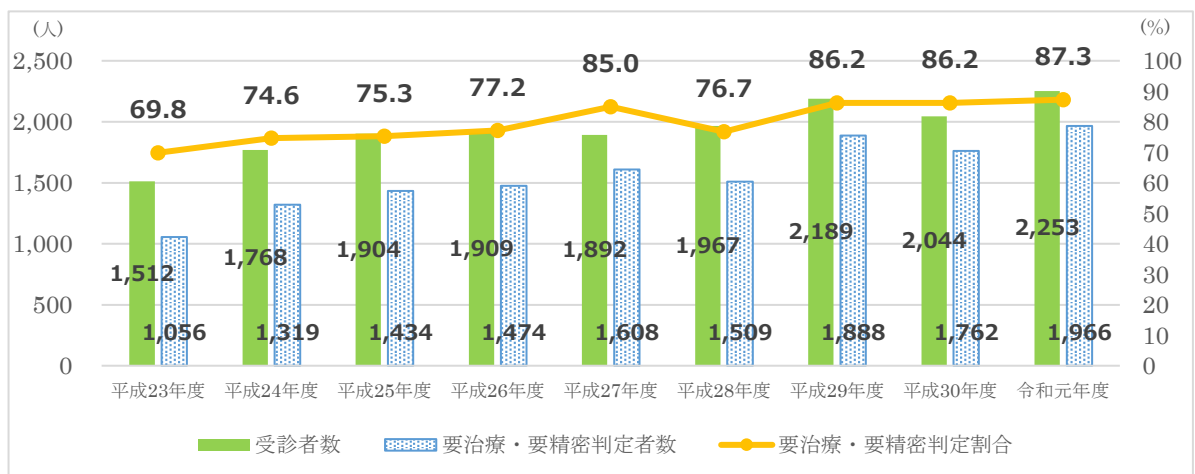
(ア) 受診率向上のための取組の推進

- 口腔健診の意義や必要性を周知するために、令和2年度から事業対象者への通知方法を変え、口腔健診の重要性を記載したパンフレットを同封する等の工夫を図っていますが、市町村や歯科医師会等と連携したポスター等による広報や、事業対象者への声掛け等更なる啓発により、受診率の向上を図ります。
- 口腔健診受診者の8割以上が要治療・要精密の判定（図表5－2）となっており、口腔健診が口腔機能低下の予防のみならず、身体疾患の重症化予防（図表5－4）や心身機能低下防止にも繋がることから、受診の重要性について、あらゆる機会を通して周知を図ります。

(イ) 健診結果を活用した取組の推進

- 慢性疾患や身体機能低下のリスクを持つ者が多い年齢階層であることから、口腔健診結果を活用した保健事業や介護予防の推進が図られるよう、市町村や関係部署へ分析結果等の情報還元を行い、効果的な取組が推進されるよう連携を図ります。
- 県歯科医師会の協力の下、令和3年3月に口腔健診実施マニュアルを改訂し、県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ともに、健診結果を活用したオーラルフレイル対策が推進されるよう、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。
- 市町村の一体的実施の取組（後述）の中で、健診結果を活用した低栄養防止の個別支援やケア会議、通いの場等でのフレイル予防に係るポピュレーションアプローチが推進されるよう実施市町村を支援します。

【図表5－2】口腔健診受診者数、要治療・要精密検査判定者数及び割合の推移

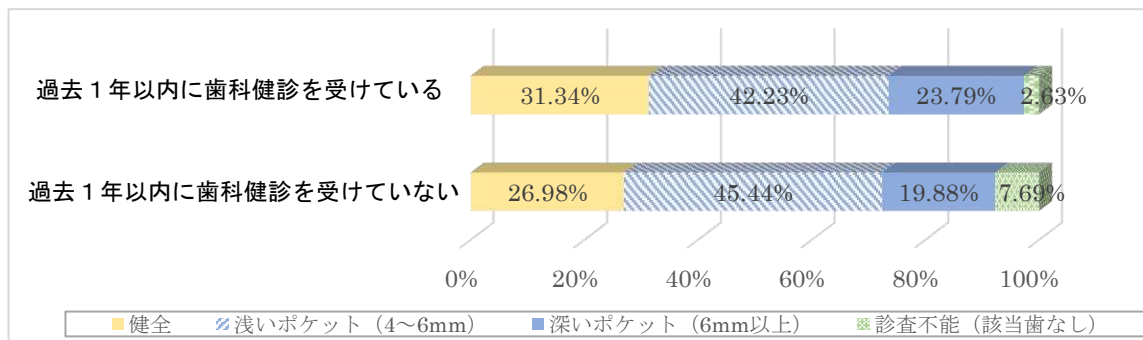


[当広域連合算出データ]

《参考1》地域歯周病疾患指数でみた比較

- 過去1年以内に歯科健診を受けていた人に多い特徴
 - ・ 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年以内に歯科健診を受けていなかった人に多い特徴
 - ・ 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。

【図表5-3】地域歯周病疾患指数（C P I）の比率（平成30年度口腔健診結果）（単位：％）



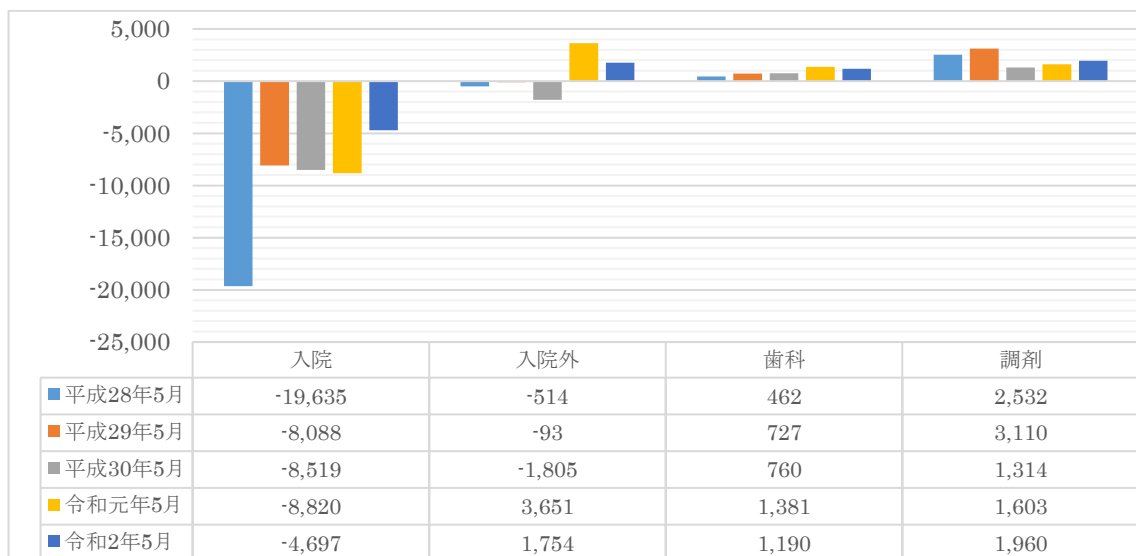
[当広域連合算出データ]

《参考2》平成28年度の健診受診者と未受診者の医療費比較

- 平成28年健診受診者(1,967人)と同数の未受診者の1人当たり医療費の推移を図表5-4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5-4】平成28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）



[当広域連合算出データ]

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進

ア 実施の背景

- 令和元年5月の国民健康保険法等の一部改正により、市町村が中心となった高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（以下、「一体的実施」という。）に取り組む法的整備がなされ、令和2年度から本格実施されています。
- 広域連合は広域計画に基づき構成市町村に保健事業の実施を委託し、一体的実施を進めることから、当広域連合も令和2年2月に広域計画を一部改訂し、市町村との連携や役割分担等について追記するとともに、具体的な内容については委託の方針を作成しました。
- 令和2年度は6市町村が取組を開始していますが、国が目標に掲げる令和6年度までに県内全市町村で展開が出来るように、保険者として市町村の取組を積極的に支援していくための事業を実施する必要があります。

イ 目指すところ

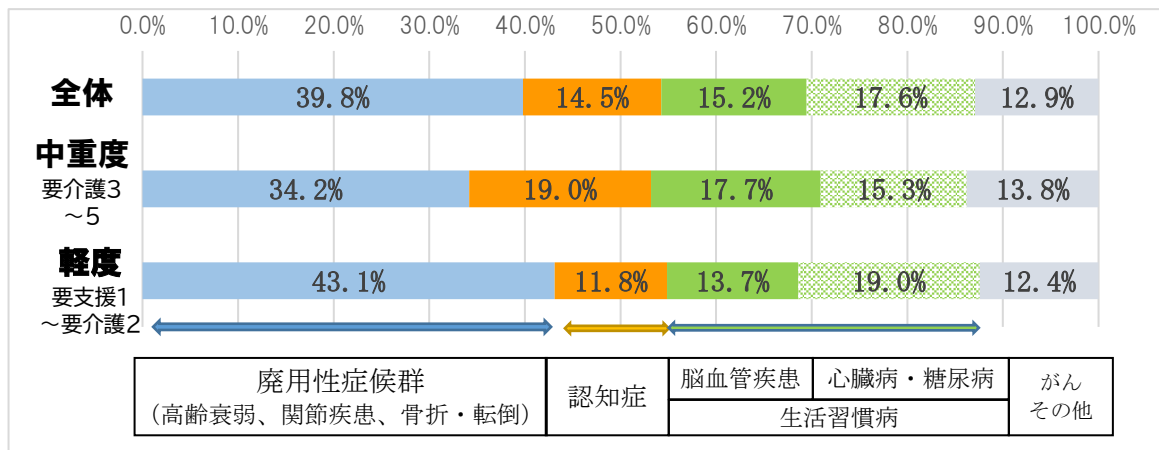
高齢者の身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かな対応を行うため、市町村との連携の下に、高齢者の保健事業、国民健康保険の保健事業及び介護保険制度の地域支援事業の一体的実施を積極的に推進していきます。一体的実施によるフレイル対策や疾病の重症化予防に係る市町村の体制整備や取組を推進し、被保険者の健康寿命の延伸を図ります。

ウ 現状と課題

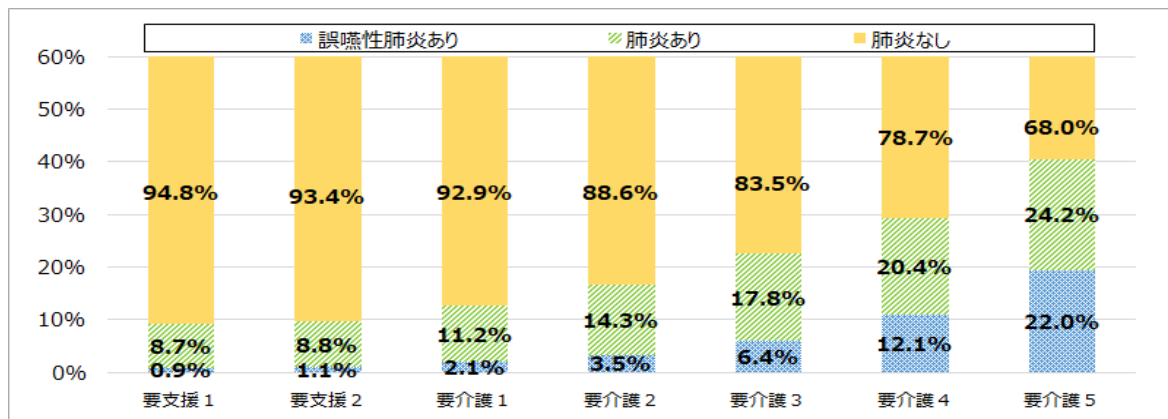
(ア) 一体的実施を推進していく上での本県の現状・課題

- 要介護認定者のうち軽度者（要支援1～要介護2）は全体の6割を占めますが、図表2-28のとおり廃用性症候群及び生活習慣病の有病割合が75.8%と、疾病の重症化予防に取り組むことは、要介護状態の重度化防止にも資する可能性があります。
- 令和元年度のレセプトデータ分析では、被保険者の約1割が肺炎で治療していますが、要介護度が高くなるほど、肺炎や誤嚥性肺炎の有病率は高くなっていることから、介護関係者と連携した口腔機能の維持や口腔ケア等の取組促進が課題と考えます。（第2章P25図表2-30-①～②参照）
- 高齢者の通いの場への参加率が高い市町村は、1人当たり医療費が比較的低い傾向となっており、高齢者が身近な場所で通える場等において、高齢者の主体性を尊重しながら、フレイル予防等の啓発を進めていくことは重要と考えます。（図表5-5）
- これまで、介護予防や要介護者の疾病の重症化予防等にあまり活用されてこなかった後期高齢者の医療情報や分析結果等を、相互の担当部署が情報共有し、日頃の取組に活かすことが、高齢者の心身の機能低下防止や要介護状態の重度化防止の面からも重要と考えます。

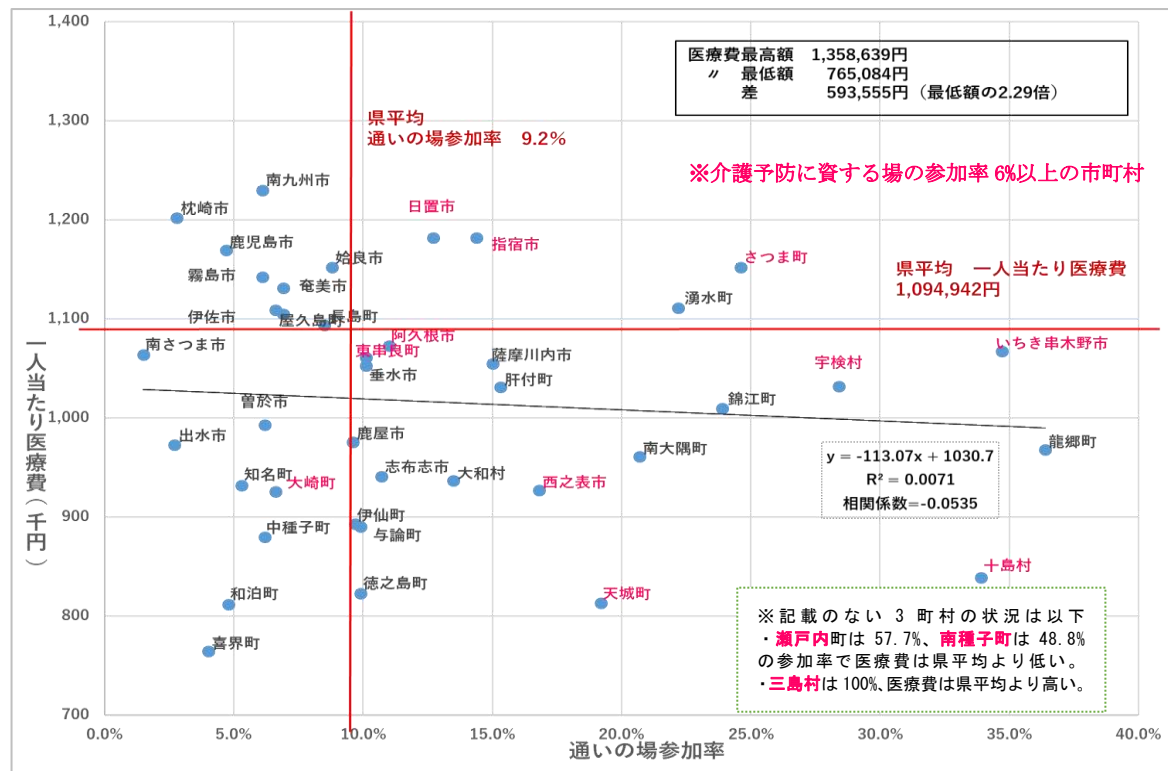
《再掲》【図表2-28】要介護認定者の有病状況（介護度別）



《再掲》【図表2-30-②】要介護度別誤嚥性肺炎等の有病状況



【図表5-5】通いの場の参加率と1人当たり医療の状況



[当広域連合算出データ]

（イ）一体的実施に向けた県内市町村の現状と課題

一体的実施の準備状況や取組状況については、令和2年3月に厚生労働省保険局高齢者医療課が実施した準備状況調査（以下、「全国調査」という。）、令和元年11月及び令和2年9月に当広域連合が実施した市町村調査結果から、県内の現状は以下のとおりです。

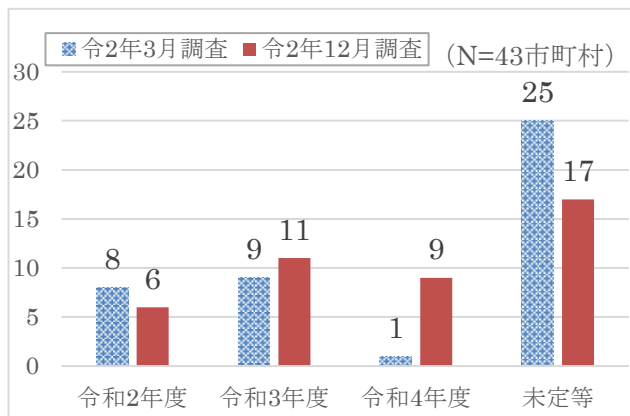
○一体的実施の取組開始時期について、令和2年3月の全国調査では48.7%の自治体が令和3年度までに実施予定としている中、同調査の本県市町村では39.5%、その後12月に実施した調査でも39.5%と、全国に比べて取り組みが遅い傾向にあり、開始時期未定が約4割を占めています。

（図表5－6、5－7）

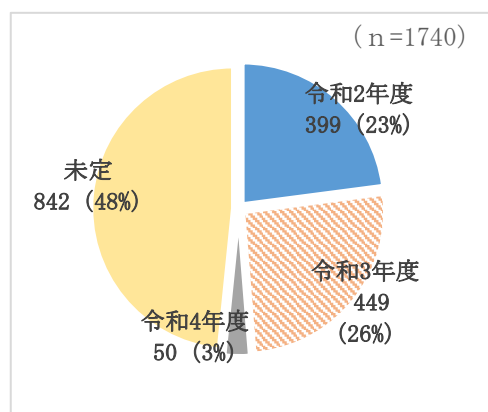
○市町村において一体的実施を推進する上での課題は、多い順に「企画調整専門職の確保」、「事業企画・関係機関との連携」、「KDB活用や課題分析」となっており、推進するために必要と考える支援は、「市町村個別支援」、「好事例情報提供」次いで「KDB活用支援」・「研修」となっています。

（図表5－8、5－9）

【図表5－6】一体的実施の県内市町村の取組予定

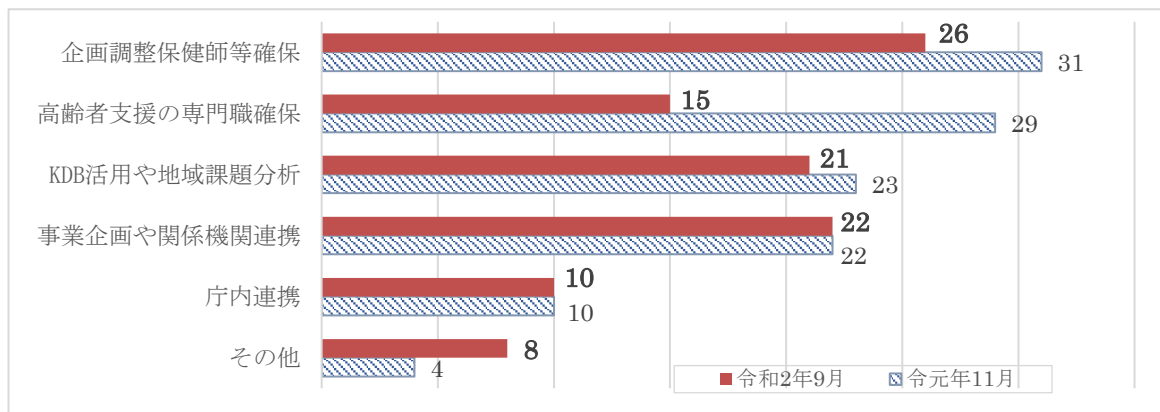


【図表5－7】全国の取組開始予定



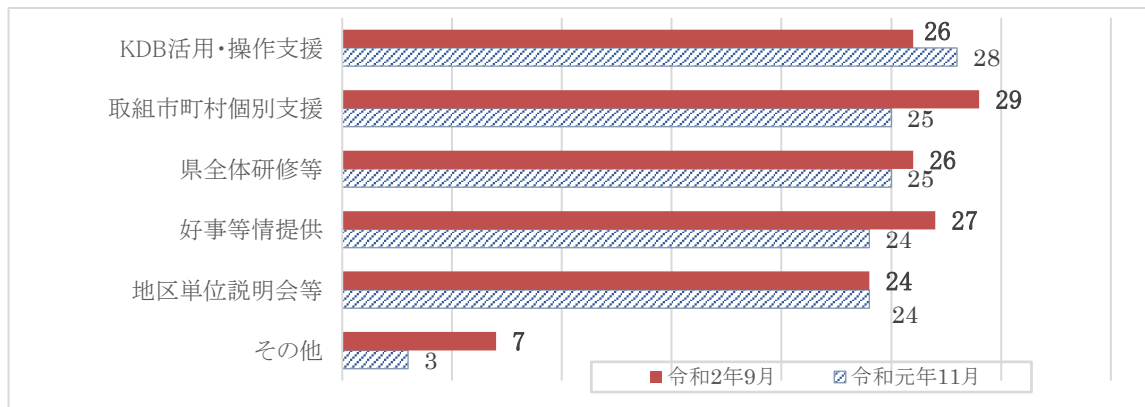
[当広域連合独自調査によるデータ]

【図表5－8】一体的実施を推進する上での課題（複数回答）



[当広域連合独自調査によるデータ]

【図表5-9】一体的実施を推進するために必要な支援（複数回答）



[当広域連合独自調査によるデータ]

エ 取組を推進するための事業

（ア）一体的実施委託及び市町村支援事業

a 事業目的

一体的実施を効果的かつ効率的に進めるために、各市町村の庁内体制づくりや課題把握、事業評価等の支援、情報提供や環境づくりを支援し、県内での推進を図ります。

b 事業内容

- ①一体的実施に係る市町村への保健事業委託
 - ・一体的実施に取り組む市町村に対して、広域計画及び保健事業の委託の方針に基づく保健事業を委託します。
- ②一体的実施に係る市町村等研修会及び企画調整担当者連絡会の開催
 - ・一体的実施を推進するために、市町村及び県の国保・介護・健康づくり担当者を対象として、県や国保連合会と連携しながら好事例の紹介等の研修を開催します。
 - ・取組市町村の中核となる企画調整担当者等を対象に、相互の取組に係る情報共有や意見交換を行う連絡会を開催します。
- ③一体的実施に係る市町村支援（地区又は市町村に出向いての支援）
 - ・地区または市町村単位で、要望等を踏まえて取組に向けての意見交換や情報提供に出向き取組推進に係る支援を行います。
- ④国の交付基準を満たさない活動等の経費補助を行います。

（イ）フレイル対策の推進

a 事業目的

地域においてフレイル対策の普及や取組支援を行う元気づくり支援者の養成を行うことにより地域のフレイル対策の強化を図るとともに、庁内横断的なフレイル対策や一体的実施に向けた庁内体制づくりの支援を行います。

b 実施方法・事業内容

《事業内容》

①元気づくり支援者の養成

- ・地域の通いの場やサロン活動等の支援者や住民リーダー等を対象に、フレイル予防に係る講話や筋膜ケアを用いた体験型研修を開催
- ・市町村の希望に応じてフォローアップ研修を開催

②フレイル対策等一体的実施に向けた庁内体制づくり支援

- ・一体的実施の推進に向け市町村が開催する庁内検討会や研修会を支援

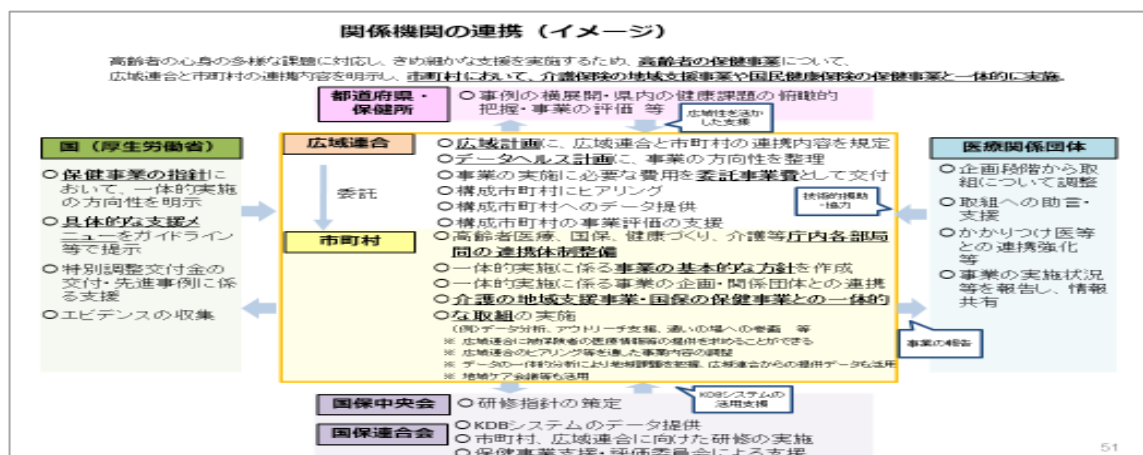
《実施方法》

- ・市町村に出向き、①は広域連合が実施、②は市町村の支援を行います。
- ・令和3年度は、モデル市町村を設定・実施し、令和4年度以降は、一体的実施の取組等でフレイル対策の推進を図ります。

オ 今後の取組の方向性

- 広域連合が市町村に一体的実施の保健事業を委託する際には、事業がPDCAサイクルに沿って進捗するように、現状分析や体制整備・事業評価等について、市町村の後方支援に努めます。
- 既に一体的実施に取り組んでいる市町村の実施状況や課題を把握しながら、必要な支援を行うとともに、今後、取り組む予定の市町村に対しては、個々の状況に応じた情報提供や支援を行う等、県内全市町村において一体的実施の取組が開始できるよう、市町村支援の充実を図ります。
- 県内外の好事例の把握に努めるとともに、国保連合会と連携しながらKDBの活用による課題分析や事業評価等、KDBの効果的な活用を含めた研修や情報提供を行います。
- 事業の推進にあたっては、県関係課（国民健康保険課、高齢者生き生き推進課、健康増進課）や国保連合会と定期的に連携・調整を図ります。
- また、事業が円滑に推進できるよう、県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会等の医療関係団体との連携や調整を図ります。

【図表5-10】取組の推進に向けた体制整備



[高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第2版）]

(4) 訪問指導事業

以下のア～ウの訪問指導事業について、市町村が希望する事業を選択し委託する形で実施し、訪問指導による被保険者の健康増進、疾病の早期発見・早期治療及び生活習慣病の重症化予防を図り、その結果として医療費の適正化にも資することを目指します。

また、3つの訪問指導事業はそれぞれ一体的実施におけるハイリスクアプローチのツールとしても活用できるようにするため、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第2版）」を踏まえて、実施方法や手引き等を大幅に改正しました。

ア 重複・頻回受診者訪問指導事業

(ア) 事業目的

重複・頻回受診や重複服薬及び多剤服薬の傾向にある被保険者を医療専門職が訪問し、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。

(イ) 対象者

a 一次抽出（広域連合にて実施）

広域連合において、毎月、直近のレセプト情報から以下の条件により抽出を行います。

（医科入院、歯科、マル長（人工透析患者等）該当レセプトは除外）

《条件》

■重複・頻回受診者

3か月間の診療分のレセプトで

- ・ 1か月当たり同一傷病のレセプト3件以上保有する者（重複）
- ・ 毎月15日以上レセプトを1件以上保有する者（頻回）
- ・ 眼科・耳鼻科・皮膚科の頻回受診者は除外

※鹿児島市及び離島市町村においては医療機関数の過少により条件が異なる。

詳細は事業ハンドブックに記載

■重複服薬者

- ・ 3か月連続して同一月に3か所以上の医療機関より同一薬効の薬剤投与を受けている者

■多剤服薬者

- ・ 同一月に2か所以上の医療機関で15剤以上処方された75～84歳の者

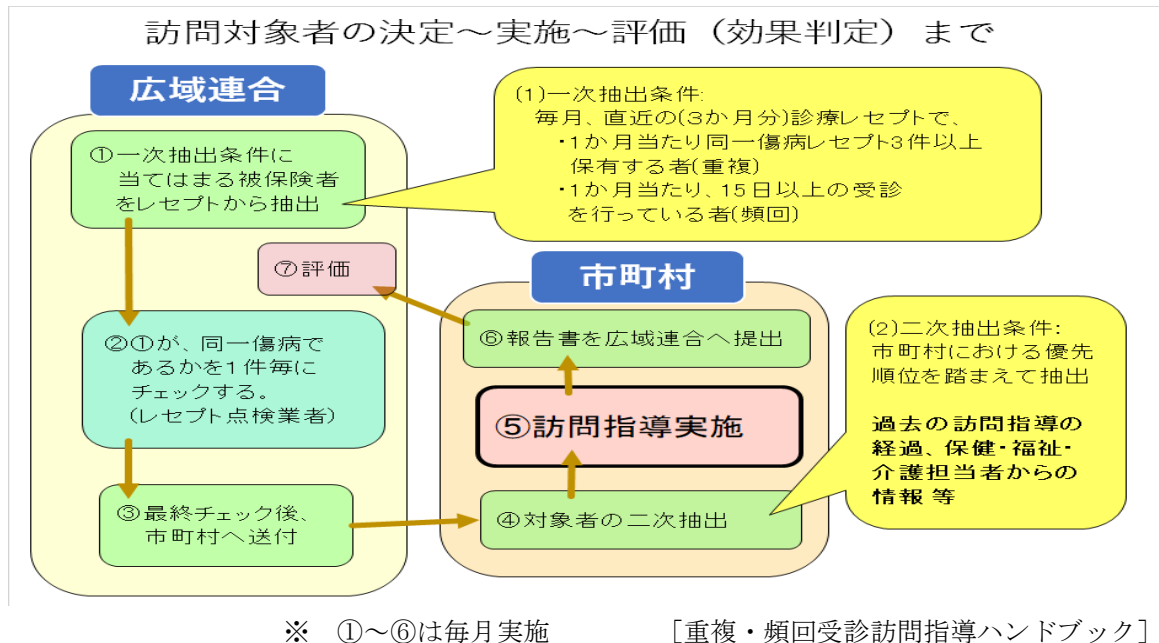
b 二次抽出（市町村にて実施）

広域連合から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5-11の手順と役割分担により実施しています。令和2年度から重複・頻回及び重複服薬対象者名簿を市町村に毎月提供する方法に変更し、よりタイムリーな訪問ができるようにしました。

【図表5-11】重複・頻回受診者訪問指導事業の実施手順



(エ) 今後の取組の方向性

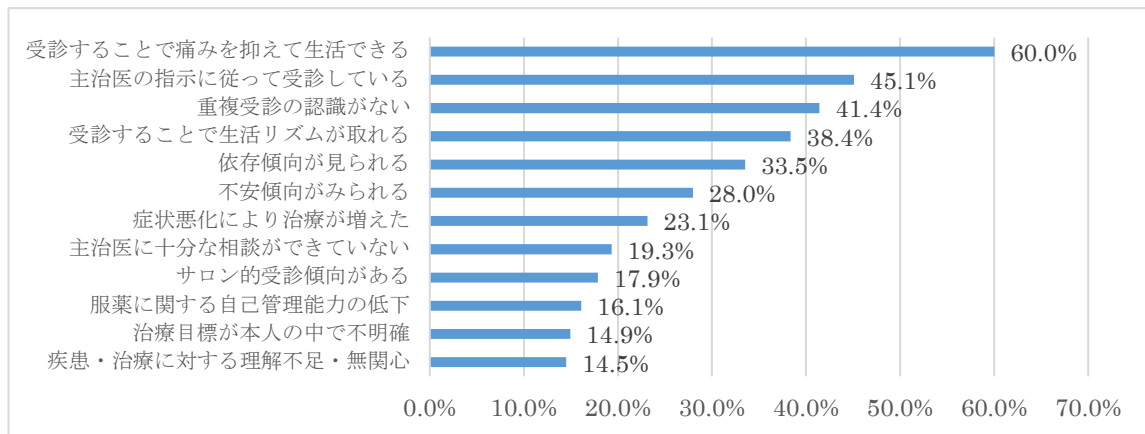
a 訪問指導事業従事者等説明会・研修会の実施

- 平成28年度からは毎年2か所（鹿児島市内、奄美市）において、訪問指導従事者等を対象とした研修会を開催しており、研修会を通じて担当者への事業説明や従事者の資質向上に努めていきます。（以下、他の訪問指導事業でも同様）

b 効果的な取組を推進するハンドブック改訂や活用

- 令和2年度から一体的実施が開始されたことに伴い、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第2版）」を参考に、後期高齢者の質問票によるフレイルチェックや評価の視点を取り入れた記録様式等、ハンドブックを令和2年4月に大幅に改訂したところですが、今後も訪問従事者の意見を反映しながら調整を行います。
- 同事業については医療費適正化の側面がある一方、図表5-12のとおり、対象者が抱える心身の様々な課題を踏まえて指導することで、心身機能低下予防のためのサポートの契機ともなります。お薬手帳の一本化や活用、現状改善のために出来ること等をともに考え、PDCAの視点を意識しながら効果的な支援ができるよう、市町村への情報提供を行うとともに、医師会等関係団体との連携やネットワーク構築に努めます。

【図表5-12】重複・頻回受診となる背景・要因(令和元年度訪問件数に占める割合) (単位:%)



[当広域連合独自調査によるデータ]

イ 要医療者等訪問指導事業

(ア) 事業目的

長寿健診等の受診者で、要医療等の対象基準の該当者に対して訪問指導を実施することで、生活習慣病の早期発見・早期治療及び重症化予防やフレイル予防を図ることにより、健康寿命の延伸や糖尿病性腎症等の慢性腎臓病（CKD）の早期発見、ひいては人工透析予防に繋げる等、地域の医療費適正化のための施策の一助とします。

(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。

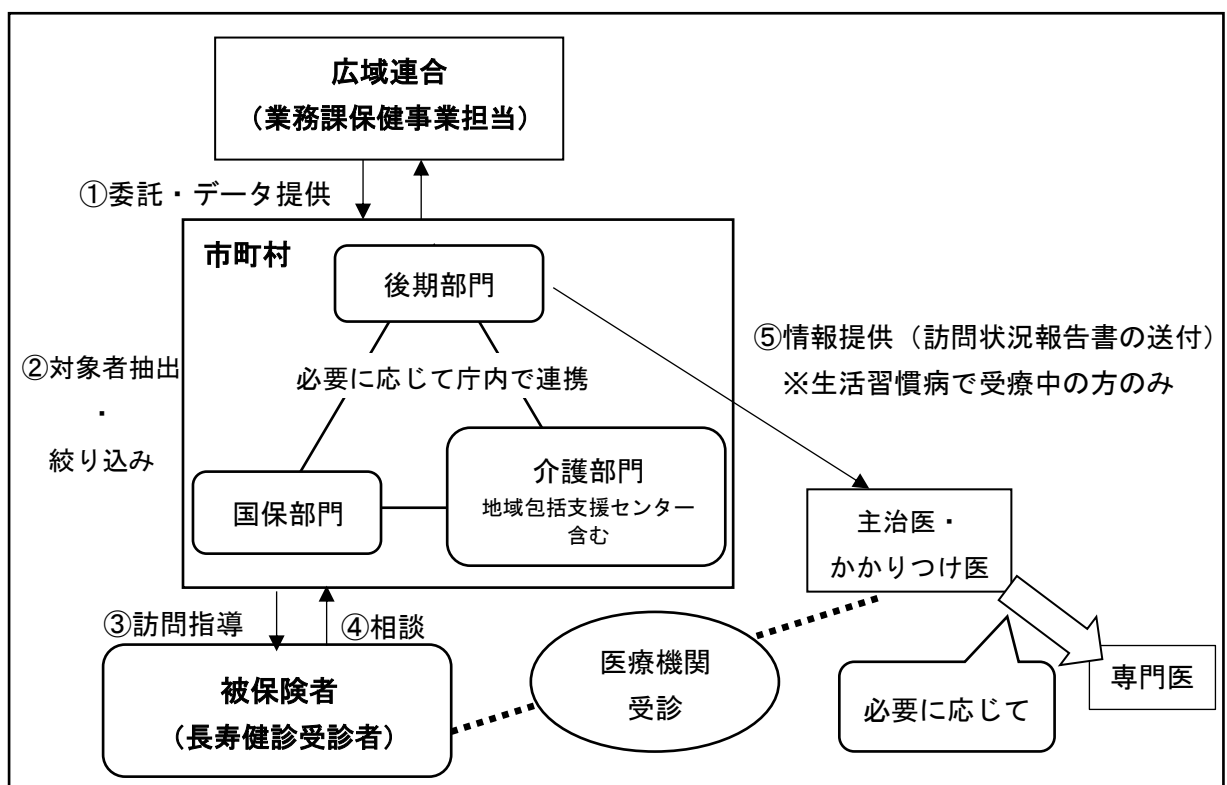
<判定項目及び基準値>

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
腎機能	クレアチニン	※eGFR(推算糸球体濾過量)により設定
	eGFR	45未満
栄養	BMI	18.5未満
		30以上

(ウ) 実施方法

- 実施要綱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得て医療機関との情報共有を図りながら実施します。
- 糖尿病性腎症の重症化予防については、新たに後期高齢者の抽出基準等が追記された「鹿児島県糖尿病重症化予防プログラム」（令和3年3月改訂）を踏まえて支援を行います。
- 年齢等で途切れることなく支援を行えるよう、他保険者と連携を取り継続的な保健指導ができる体制構築に努めています。

【図表5-13】 要医療者等訪問指導事業の流れ



(エ) 今後の取組の方向性

a 実施市町村の拡充

- 同事業に取り組む市町村数も訪問件数も年々増加（第4章P46 図表4-15 参照）してきているところですが、健診結果を活用した生活習慣病の重症化予防を県全体で推進する上でも重要な事業となっていることから、担当者会議や研修会等において、市町村の理解・協力を求めつつ同事業や一体的実施の取組による実施市町村の拡大を図っていきます。

b 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、県国民健康保険課や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。

- 令和2年度から一体的実施が開始されたことに伴い、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第2版）」を参考に、後期高齢者の質問票によるフレイルチェックや評価の視点を取り入れた記録様式等、「訪問指導の手引き」を大幅に改正したところですが、今後も訪問従事者の意見を反映しながら内容を調整していきます。

c. 関係団体との連携体制の構築

- 現在、国民健康保険の保健事業で市町村が糖尿病性腎症の重症化予防に取り組んでいますが、県糖尿病対策推進協議会にオブザーバー参加し、県国民健康保険課とともに県医師会等関係団体との調整や連携を図りながら、後期高齢者になっても切れ目なく必要な支援が受けられるよう、連携体制の構築に努めます。

ウ 未受診者等訪問指導事業

(ア) 事業目的

- 健診を未受診かつ医療機関無受診等の健康状態不明の被保険者に対して、医療専門職が家庭訪問を行い、健診の受診勧奨や健康チェック及び保健指導を行うことで、保健指導や必要な介護サービス・関係機関への接続等の支援を行うことにより、生活習慣病の重症化予防や心身機能の低下防止を図ります。

(イ) 対象者

- 長寿健診が未受診で、かつ1年間医療機関無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、健診受診勧奨や血圧・脈拍測定、検尿等の健康チェックを行い、その結果を踏まえた保健指導や健康づくりの情報提供などを行います。
- 健康へ関心を向けてもらう機会とするため、後期高齢者の質問票によるフレイルチェックや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。

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。

※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。



(エ) 今後の取組の方向性

- 同事業に取り組む市町村数も訪問件数も年々増加（第4章P48 図表4-18 参照）してきているところですが、健康づくりを支援し生活習慣病の重症化予防や心身機能の低下防止を図るためにも、担当学会議や研修会等において、市町村の理解・協力を求めつつ同事業や一体的実施の取組による実施市町村の拡大を図っていきます。
- 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（第2版）」を踏まえて、後期高齢者の質問票によるフレイルチェックや指導後の評価の視点を取り入れた記録様式等、手引きの充実を図ります。

(5) 適正服薬支援事業

ア 実施の背景

- 保険者努力支援制度において、被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組等に対してインセンティブが付与されると共に、国から「高齢者の医薬品適正使用の指針」で多剤服用対策や服薬支援等が示されました。
- 高齢者は、加齢に伴う生理機能、認知機能、感覚機能等の低下により薬剤の飲み忘れや誤服用、医師とのコミュニケーションの支障、薬物感受性の変化等に伴う薬物の有害事象が生じやすい等の問題点が確認されており、高齢者の適正服薬に対する支援は重要な課題となっています。
- また、薬剤数が6～7剤を境に薬物有害事象発生頻度が上昇するとの調査研究報告が出されています。
- 当広域連合においても、本県の実情に即した適正服薬の支援体制を構築し、重複服薬等による薬物有害事象等の発生や医療品の飲み残しによる残薬の増加を防止することで、被保険者の健康の保持増進を図るとともに医療費の適正化を図ることとなりました。

イ 現状と課題

令和元年度に本県の実情に即した適正服薬の支援体制構築のため、被保険者の服薬状況分析や関係者検討会により下記の現状や課題を整理しました。

(ア) 現状

- 2つ以上の医療機関で6種類以上の薬剤を14日以上処方されている被保険者は20.6%で、中には36剤処方されている方もいました。
- 重複服薬となった薬剤は、①血管拡張剤 ②消化性潰瘍剤 ③催眠鎮静剤・抗不安薬の順に多くなっていました。
- お薬手帳の複数所持が多く、複数医療機関で同効能の薬を処方される例が多いことが、改めて関係者間で共有されました。

(イ) 取り組むべき課題

- お薬手帳の一本化等により、高齢者を支援する関係者間で服薬内容の情報共有

- 高齢者の多剤服薬によるリスクの軽減を図るために、地域での関係者の連携体制づくりの強化や推進

ウ 適正服薬支援事業

(ア) 事業目的

本県の実情に即した適正服薬の支援体制を構築し、重複服薬等による薬物有害事象等の発生や医薬品の飲み残しによる残薬の増加を防止することで、被保険者の健康の保持増進を図るとともに医療費の適正化を図ります。

(イ) 事業対象

令和元年度に開催した関係者検討会の中で、下記の支援基準を基に、モデル圏域で試行し、問題や方法を整理しながら、徐々に県内での拡充を図ることとなり、令和2年度から事業を開始しています。

- 支援基準：2つ以上の医療機関で内服薬を一定数以上・長期に処方された75～84歳の被保険者

※長期処方の内服薬数については、下記(ウ) b ①の関係者検討会で検討(令和2年度は15剤以上)

- モデル保健医療圏域等：川薩保健医療圏域、南薩保健医療圏域、姶良地区(6郡市医師会・歯科医師会)

(ウ) 事業内容

a モデル地区での支援体制づくり(委託)

- ①地域関係者検討会の開催(課題共有、具体的な連携・支援方法等の検討)
- ②支援基準を満たす被保険者(対象者)に対する「服薬情報のお知らせ」の送付、対象者がいる医療機関への「相談可能性「有」通知」の送付
- ③関係者の連携による対象者への支援(服薬調整、訪問等での服薬支援)
- ④地域関係者への情報発信・啓発

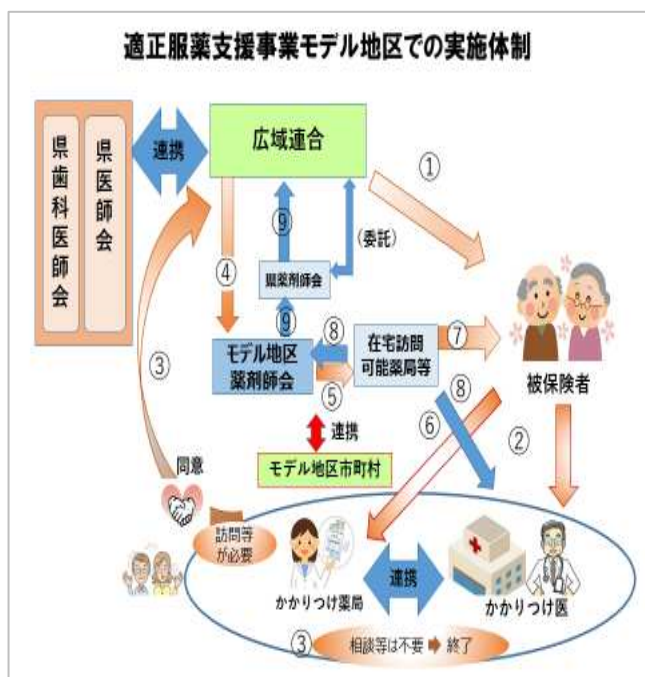
【支援方法】

- ・被保険者が「服薬情報のお知らせ」を持参し、かかりつけ医又はかかりつけ薬局に相談
- ・処方内容を確認し、必要に応じて、かかりつけ医に相談の上、薬剤師が処方内容の調整や訪問による残薬等確認や服薬指導を行う。訪問後かかりつけ医に報告

b 県全体での体制づくり

- ①適正服薬に係る県関係者検討会の開催(事業全体の評価、改善方法の検討等)
- ②適正服薬に係る住民への啓発、関係者への情報発信(各団体)等

【図表5-14】モデル地区における支援の流れ



①対象者に広域連合から「服薬情報のお知らせ」を送付

※ 処方元医療機関に相談可能性のある対象者「有」通知

②対象者は、かかりつけ医又は薬局にお知らせを持参し相談

③かかりつけ医又は薬剤師は、必要な助言や調整を行うと共に、訪問等による支援が必要と判断した場合、本人の同意を得た上で、広域連合に連絡。

④広域連合は地区薬剤師会に支援希望者の名簿を送付

⑤地区薬剤師会は、地域の在宅訪問可能薬局等に支援希望者の訪問を依頼

⑥訪問依頼を受けた薬局は、事前に処方元医療機関・調剤薬局に訪問の連絡

⑦訪問薬剤師は対象者を訪問し、状況を記録。

※⑥⑦はモデル地区自治体と連携し、必要時は同行訪問

⑧訪問薬剤師は、処方元医療機関・調剤薬局及び地区薬剤師会に報告

⑨地区薬剤師会は、訪問結果を県薬剤師会を通じて広域連合に報告

〔適正服薬支援事業の手引き〕

【図表5-15】支援基準対象者へのお薬情報の通知（例）

[illegible]

[適正服薬支援事業の手引き]

エ 今後の取組の方向性

○地域での適正服薬支援事業は、モデル保健医療圏域等の市郡医師会・歯科医師会及び地域薬剤師会等の協力を得ながら、地域での体制づくりや対象者支援を

開始したばかりですが、地区検討会を通じて、適正服薬に係る課題共有やネットワークづくりが構築されつつあります。

- モデル圏域での試行を踏まえて、今後、支援基準や方法の改善、多職種連携による支援の好事例収集や実施する際の工夫等について整理し、県内他地域での波及や実施方法等について検討していきます。
- 薬物有害事象等を予防するためにも、「お薬手帳」の一本化の促進や、ポリファーマシーに係る被保険者への啓発強化を図ります。

(6) その他の保健事業

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) 眼底検査	血糖	空腹時血糖値が 100mg / d l 以上、 またはH b A1 c (NGSP値)が5. 6 %以上
	脂質	中性脂肪の量が 150mg / d l 以上、または HDL コレステロールの量が 40mg / d l 未満
	血圧	収縮期 130 mmHg 以上、または 拡張期 85 mmHg 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。

筋膜ケアを活用した高齢者の自主的な健康づくりを支援する教室等の取組についても、市町村への補助事業として経費補助を行い、市町村におけるフレイル予防対策として支援していきます。

(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時に、長寿健診と同様に、特定健診等データ管理システムへのデータ搭載をした場合は、長寿健診と同等の費用を助成します。

(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。

(7) 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。

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 (R1年度)	目標値 (R2年度)	目標値 (R3年度)	目標値 (R4年度)	目標値 (R5年度)	備考
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%	【評価休止】 ※令和2年度から長寿健診時に「高齢者の 質問票」に変更になったことに伴い 同データが取得できないため				
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%					
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%					
				H26→ H27年度	H28→ H29年度	H29→ H30年度	H30→ R1年度	R1→ R2年度	R2→ R3年度	R3→ R4年度	
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%	【評価休止】 ※令和2年度から長寿健診時に「高齢者の 質問票」に変更になったことに伴い 同データが取得できないため				
		HbA1c	前年度 健診で服薬 なしの者	23.70%	23.75%	24.00%					
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%					
		HbA1c	前年度 健診で服薬 なしの者	23.00%	22.75%	22.50%	※一体的実施の中で取り組む「糖尿病性 腎症重症化予防」及び「その他の生活 習慣病等重症化予防」の取組み評価で 効果を測定していく。				
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%					
		HbA1c	前年度 健診で服薬 ありの者	26.6%	26.5%	26.4%					

(2) 口腔健診事業「お口元気歯ッピ健診」

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (R1年度)	目標値 (R2年度)	目標値 (R3年度)	目標値 (R4年度)	目標値 (R5年度)	備考
1	口腔健診受診率の向上	口腔健診 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	口腔健診受診により歯科診 療に繋がった人の割合	健診後 2か月以内 に歯科受診 があった人 の割合	過去1年歯 科健診未受 診で、口腔健 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	25 市町村	26 市町村	27 市町村	目標達成 のため上 方修正
4	健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	健診結果 活用 市町村率	構成 市町村	2.5%	10.0%	20.0%	30.0%	60.0%	80.0%	100%	目標達成 のため上 方修正

(3) 重複・頻回受診者訪問指導事業（一体的実施での取組含む）

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (R1年度)	目標値 (R2年度)	目標値 (R3年度)	目標値 (R4年度)	目標値 (R5年度)	備考
1	重複・頻回基準に該当する 一次抽出数の減少	一次抽出 基準 該当者数	被保険者	3,160	3,100 未満	3,050 未満	3,000 未満	2,780 未満	2,730 未満	2,680 未満	目標達成 のため上 方修正
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	65,655 円	65,700 円	65,800 円	65,900 円	66,000 円	66,100 円	66,200 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	23,544 円	23,600 円	23,700 円	23,800 円	23,900 円	24,000 円	24,100 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	52,004 円	52,100 円	52,200 円	52,300 円	52,400 円	52,500 円	52,600 円	
8	事業実施市町村数（重複・頻 回受診者訪問指導事業）	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	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（一体的実施での取組含む）

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (R1年度)	目標値 (R2年度)	目標値 (R3年度)	目標値 (R4年度)	目標値 (R5年度)	備考
1	実施市町村数の増加（要医 療者等訪問指導事業）	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	20 市町村	25 市町村	35 市町村	目標達成 のため上 方修正
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 (R1年度)	目標値 (R2年度)	目標値 (R3年度)	目標値 (R4年度)	目標値 (R5年度)	備考
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	0.7%	0.74%以下	0.74%以下	0.74%以下	0.74%以下	0.74%以下	0.74%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		HDL 34mg/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		LDL 140mg/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		HbA1c 7.0%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		eGFR 50未満	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		BMI 18.5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		BMI 30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) 未受診者等訪問指導事業（一体的実施での取組合む）

事業名変更

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (R1年度)	目標値 (R2年度)	目標値 (R3年度)	目標値 (R4年度)	目標値 (R5年度)	備考
1	実施市町村数の増加 (未受診者等訪問指導事業)	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	18市町村	20市町村	25市町村	目標達成のため上方修正
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

	評価項目	指 標	対 象	現状値 (H28年度)	目標値 (H30年度)	目標値 (R1年度)	目標値 (R2年度)	目標値 (R3年度)	目標値 (R4年度)	目標値 (R5年度)	備考
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	フレイル予防の一手法として活用
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 (R1年度)	目標値 (R2年度)	目標値 (R3年度)	目標値 (R4年度)	目標値 (R5年度)	備考
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 (R1年度)	目標値 (R2年度)	目標値 (R3年度)	目標値 (R4年度)	目標値 (R5年度)	備考
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	
4	一体的実施に取り組む市町村数の増加						見直し時点 6市町村	19市町村	35市町村	43市町村	新規指標

(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 (R1年度)	目標値 (R2年度)	目標値 (R3年度)	目標値 (R4年度)	目標値 (R5年度)	備考
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6章 計画の評価・見直し及び周知等

1 評価の時期・実施体制等

計画の評価については、PDCAのサイクルに沿って行うこととし、各保健事業の短期的な目標として評価指標を設定したものは毎年度評価し、事業の見直しを行うとともに、中長期的な目標については、計画の最終年度に評価を行います。

また、評価にあたっては、広域連合運営委員会（保健事業部会）での内部評価及び鹿児島県国民健康保険連合会に設置された保健事業支援・評価委員会における外部評価を行い、継続的に保健事業の改善を図ります。

2 計画の公表・周知

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。

3 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7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。

【鹿児島県における地域包括ケア体制のイメージ図】引用：鹿児島県高齢者いきいき推進課作成資料



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。