

(案)

鹿児島県後期高齢者医療広域連合 保健事業実施計画

(第3期データヘルス計画)

—令和6年度～令和11年度—



目次

第1章 基本的事項	3
1-1 計画の趣旨（背景と目的）	4
1-2 計画の期間	5
1-3 実施体制・関係者連携	6
第2章 現状の整理	7
2-1 第2期計画等に係る考察	8
最終評価の総括	8
全体目標・各保健事業の目標の達成状況・評価及び課題	10
2-2 保険者の特性	29
2-3 健康・医療・介護情報等の分析	31
平均余命・平均自立期間	31
死因・死亡割合	33
健康診査の実施状況	34
口腔健診の実施状況	36
医療費の動向	39
重複・多剤の状況	47
要介護関係の状況	48
2-4 健康課題の整理	53
健康課題の整理	53
分析結果のアセスメントと今後、取り組むべき課題（まとめ）	56
第3章 目的・目標	57
第3期計画の目的・目標、取組の方向性	58
(1) 目的及び目標	59
(2) 共通評価指標	60
(3) 個別事業別評価指標	61
第4章 保健事業の内容	63
事業内容一覧	64
事業1 長寿健診事業	65
事業2 お口元気歯ッピー健診（口腔健診）事業	66
事業3 一体的実施事業（低栄養）	67
事業4 一体的実施事業（口腔機能低下防止）	68
事業5 一体的実施事業（服薬：重複・多剤等）	69
事業6 一体的実施事業（重症化予防：糖尿病性腎症）	70
事業7 一体的実施事業（重症化予防：その他・骨折予防含む）	71
事業8 一体的実施事業（健康状態不明者対策）	72
事業9 一体的実施事業（通いの場への積極的関与：健康教育・健康相談等）	73
事業10 一体的実施市町村支援事業	74
事業11 後期高齢者の適正服薬支援事業	75
第5章 計画の評価・見直し・周知・個人情報の取扱い	76
第6章 地域包括ケアに係る取組	78

第 1 章

基本的事項

1-1. 計画の趣旨（背景と目的）

－ 背景 －

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。

国において、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・評価・改善等を行うとの方針が示されました。

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「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）」に改定し、その計画期間の終了に伴う、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まいりました。

その後、経済財政運営と改革の基本方針2020〔骨太方針2020(閣議決定)〕において、データヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、また、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、新経済・財政再生計画改革行程表2021（経済財政諮問会議）において、保険者共通の評価指標設定の推進が掲げられています。

広域連合においても、広域連合間の評価結果等を比較可能にすることで、市町村とも連携しながら、効果的な保健事業を実施することが期待されています。

－ 目的 －

本計画は、健康診査結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を分析して活用することにより、効果的な高齢者保健事業を実施し、生活習慣病をはじめとする疾病の重症化予防及び心身の機能低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる高齢者を増やすことを目的としています。

1-2. 計画の期間

— 計画期間 —

本計画の期間は、鹿児島県医療費適正化計画や鹿児島県保健医療計画等との整合性を図るため、令和6年度から令和11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。

データヘルス計画	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
第2期計画	計画期間：6年											
			中間評価			最終評価						
第3期計画							計画期間：6年					
									中間評価			最終評価

< 関連計画 >

関連計画	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
鹿児島県健康増進計画	健康かごしま21（平成25年度～令和5年度） < 計画期間：11年 >						健康かごしま21（令和6年度～令和17年度） < 計画期間：12年 >					
鹿児島県医療費適正化計画	医療費適正化計画（平成30年度～令和5年度） < 計画期間：6年 >						医療費適正化計画（令和6年度～令和11年度） < 計画期間：6年 >					
鹿児島県保健医療計画	保健医療計画（平成30年度～令和5年度） < 計画期間：6年 >						保健医療計画（令和6年度～令和11年度） < 計画期間：6年 >					
鹿児島県高齢者保健福祉計画	すこやか長寿プラン2018 < 計画期間：3年 >			すこやか長寿プラン2021 < 計画期間：3年 >			すこやか長寿プラン2024 < 計画期間：3年 >			すこやか長寿プラン		
市町村国保データヘルス計画	市町村第2期データヘルス計画< 計画期間：6年 >						市町村第3期データヘルス計画< 計画期間：6年 >					

1-3. 実施体制・関係者連携

－ 計画の位置づけ －

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という。）に基づく、保健事業の実施等の指針に基づき定める計画であり、鹿児島県後期高齢者医療広域連合広域計画に定める保健事業の推進を具現化する計画となります。

また、本計画は、健康増進法に基づく「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）」）に掲げ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、「鹿児島県健康増進計画（健康かごしま21）」や「鹿児島県医療費適正化計画」、「鹿児島県高齢者保健福祉計画（すこやか長寿プラン2024）」、「第3期国保データヘルス計画」等との整合性にも配慮するものとします。

－ 連携体制と連携内容 －

（1）構成市町村との連携

計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるように、構成市町村の代表で構成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・見直しを行うとともに、各種会議・研修会等においてその結果を全市町村と共有しながら、計画を推進していきます。

（2）県との連携

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施（以下「一体的実施」という。）に係る県庁関係課との連絡会の開催等を通じて、関連施策についての連携や協力を図るとともに、広域連合の高齢者保健事業が効果的に実施できるよう必要な助言・支援を要請します。

（3）国保連合会との連携

各種連絡会等を通じて、県全体や市町村の現状・課題を共有しながら、KDBによる分析・評価等を活用した各市町村の一体的実施の推進が図られるよう要請するとともに、「保健事業支援・評価委員会」を活用し広域連合のデータヘルス計画の推進に係る助言・支援を求める等連携を図っていきます。

（4）保健医療関係者・外部有識者との連携

計画の実効性を高めるために、計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、三師会等関係団体の委員で構成される広域連合医療懇話会等において、意見を聴取し計画策定や評価に反映していきます。

また、計画の遂行にあたっては、専門的見地からの助言や協力等の支援が受けられるよう、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、リハビリテーション専門職団体等と連携します。

第2章

現状の整理

2-1. 第2期計画等に係る考察

— 最終評価の総括 —

(1) 目標値の達成状況

第2期データヘルス計画で定めた目的・目標の達成状況については次表のとおりです。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、計画策定時の値と最新値との比較を行い、最終年度における達成状況の評価を行いました。

○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61.2%となっている一方、悪化したものが32.7%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	22	44.9%
B	目標に達していないが、改善傾向にある	8	16.3%
C	変わらない	3	6.1%
D	悪化した	16	32.7%
	合計	49	100.0%

(2) 目標項目・指標別の達成状況

▶ 目標の達成状況【全体目標】

(%)

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、全国順位を下回る	3				3

2-1. 第2期計画等に係る考察

▶ 目標の達成状況【事業別目標】

(%)

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)	(45.5)	(18.2)	(6.8)	(29.5)
	44	20	8	3	13
(1) 長寿健診と健診結果を活用した取組	(100)		(100)		
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	3		3		
(2) 口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」	(100)		(75.0)		(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		3		1
(3) 重複・頻回受診者訪問指導事業	(100)	(57.1)			(42.9)
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	7	4			3
(4) 要医療者等訪問指導事業	(100)	(56.3)		(12.5)	(31.2)
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	9		2	5
(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)			(50.0)	(50.0)
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)	(83.3)	(16.7)		
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	6	5	1		
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

2-1. 第2期計画等に係る考察

－ 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第3期における取組の基本的方向

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

生活習慣病等の重症化予防、低栄養の改善、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

健康寿命は男女ともに策定時より延伸し、目標を達成していますが、平均寿命の伸びを上回る更なる延伸が課題です。(図表2-1)

(ウ) 第3期に向けた取組の基本的方向

- ・ 住み慣れた地域で可能な限り自立した生活がおくれる高齢者を増やすために健康寿命の延伸を目指して、生活習慣病等の重症化予防や高齢による心身機能の低下防止等、フレイル(虚弱)の進行の防止に向けた、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、県内市町村における一体的実施等、高齢者保健事業の推進を図ります。

▶ 【図表2-1】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)	73.40歳(令和元)	72.58歳以上	A
	女性	74.52歳(平成25)	76.23歳(令和元)	75.52歳以上	A

[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」の推計値]

(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活用の啓発などの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拡大を図りました。

2-1. 第2期計画等に係る考察

イ 評価及び課題

本県の1人当たり医療費等は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響で全国と同様に低下したものの、全国に比べて高い伸び率で推移し、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、全てが策定時より悪化する等、目標を達成できませんでした。

(図表2-2・2-3)

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。

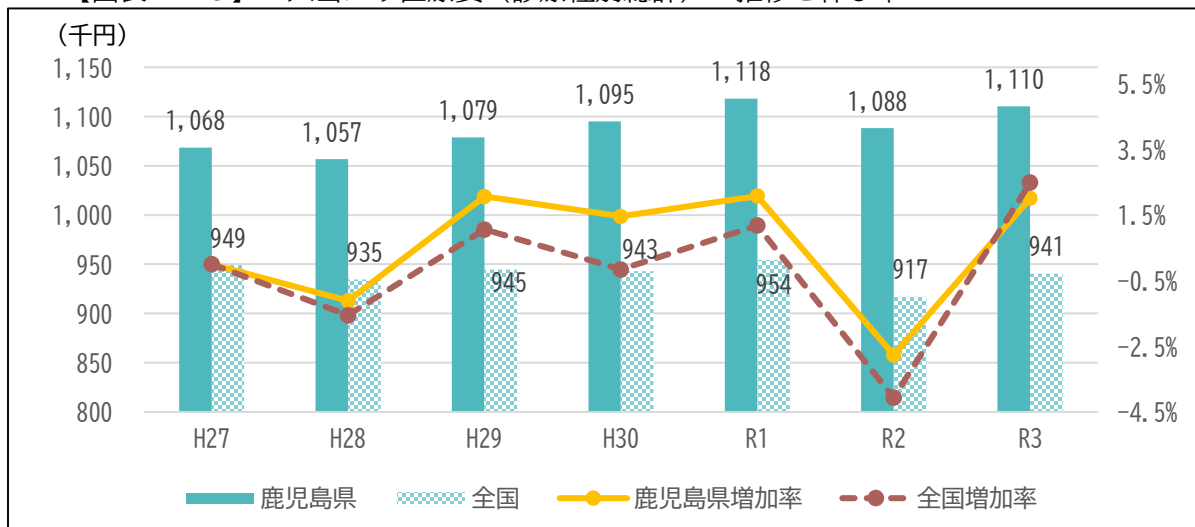
市町村において一体的実施の取組を推進することで、より効果的・効率的に重大な合併症を引き起こす生活習慣病等の重症化予防やフレイル対策の推進を図ります。

▶ 【図表2-2】本県の1人当たり医療費の推移

目標	策定値(平成27年)	現状値(令和3年)	目標値(令和5年)	評価
1人当たり入院費	・ 610,000円 ・ 全国3位	・ 659,403円 ・ 全国2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	・ 1,110,475円 ・ 全国3位	・ 1,055,000円以下 ・ 全国7位以下	D D

[厚労省・後期高齢者医療事業年報]

▶ 【図表2-3】1人当たり医療費(診療種別総計)の推移と伸び率



[厚労省・後期高齢者医療事業年報]

2-1. 第2期計画等に係る考察

(3) 各保健事業の目標の達成状況・評価及び課題

令和3年3月に計画の一部見直しを行った際に、令和2年度から開始された一体的実施を含めて、保健事業の優先順位を次表のとおり整理して実施してきました。

また、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。

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
<p>住み慣れた地域に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の推進・向上</p> <p>◆健康寿命の延伸によるQOLの維持・向上</p> <p>◆医療費の適正化による安定的な医療体制の維持</p>	<p>・生活習慣病の早期発見、重症化予防</p> <p>・嚥下機能の維持・向上及び肺炎予防</p> <p>・フレイル状態の予防</p> <p>・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</p>	健康診査事業 (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
		(歯科健康診査)	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
		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・適正化・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	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	3	一体的実施市町村委託事業	市町村委託
					一体的実施市町村支援事業	広域連合直営
		被保険者の自主的な健康づくり支援	保健事業の推進	被保険者の自主的な健康づくりの支援による、QOLの向上及び疾患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

2-1. 第2期計画等に係る考察

ア 長寿健診と健診結果を活用した取組（優先順位1）

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。
事業概要	広域連合及び市町村との連携の下、市町村に補助する形で、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。

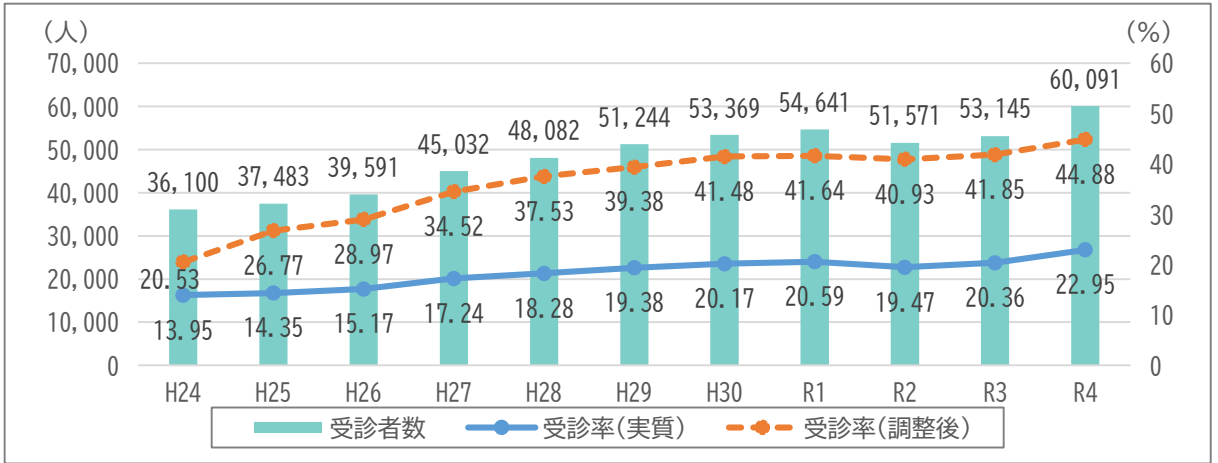
これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○長寿健診は、市町村の定める方法により集団健診、個別健診、あるいは両方の健診方法を用いて実施し、広域連合は市町村に経費補助。 ○健診の実施状況や課題を把握・分析し、受診率が高い市町村の実施上の工夫等、受診率向上に資する取組の情報を還元。 <令和4年度の実施状況> 集団・個別併用：20市町村、集団のみ：17市町村、個別のみ：6市町村 ○県医師会を通じて診療情報提供の協力依頼及び生活習慣病治療中の方への受診勧奨協力依頼を実施。 ○受診率向上及び結果活用対策の一環として、令和4年度から、後期高齢者の健康診査情報提供（みなし健診）の経費補助を開始し、一体的実施の取組市町村において保健指導への活用を図った。 (令和4年度：5市町村が実施、令和5年度は10市町村が予定) ○長寿健診の受診率向上に係る啓発用ポスターを作成し市町村に配布。 ○健診結果を活用した保健指導については、平成24年度から市町村に委託する形で要医療者等訪問指導事業を実施してきたが、令和2年度からは一体的実施取組市町村において、ハイリスクアプローチの取組として保健指導の充実を図った。
---------	---

	評価項目	指標	策定値 (H28)	実績 (R4)	目標 (R5)	評価
1	長寿健診受診率の向上	健診受診率 (調整後)	37.5%	44.88%	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	健診後取組者率	13.4%	21.14%	50.0%	B
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	76.7%	90.7%	100.0%	B

評価及び課題	<ul style="list-style-type: none"> ○長寿健診の受診者数・受診率は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響があった令和2年度に若干減少がみられたものの、年々増加し県全体の目標値48.5%に近づいてきた。 ○受診率が向上してきている要因として、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で個別健診を併用実施する市町村が微増したことや生活習慣病治療中者も健診対象者となることについて、県医師会や市町村に再周知する中で、医療機関の理解が得られてきたことや市町村による健診未受診者対策の取組強化によるものと思われる。しかし、全国に比べて被保険者に占める受診率（実質）は22.95%と全国24.7%に比べて低い状況。 ○健診結果を活用した訪問指導や保健指導等取組については、取組市町村数は増加したものの、保健指導の取組割合は健診受診者の21.2%（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、一体的実施等による取組推進が必要。
事業の方向性	生活習慣病で治療中の被保険者も健診対象者になることやみなし健診に係る医師会等での周知・協力依頼を継続しながら、特に保健指導に繋がる75～84歳の年代の受診率向上を図る。

2-1. 第2期計画等に係る考察

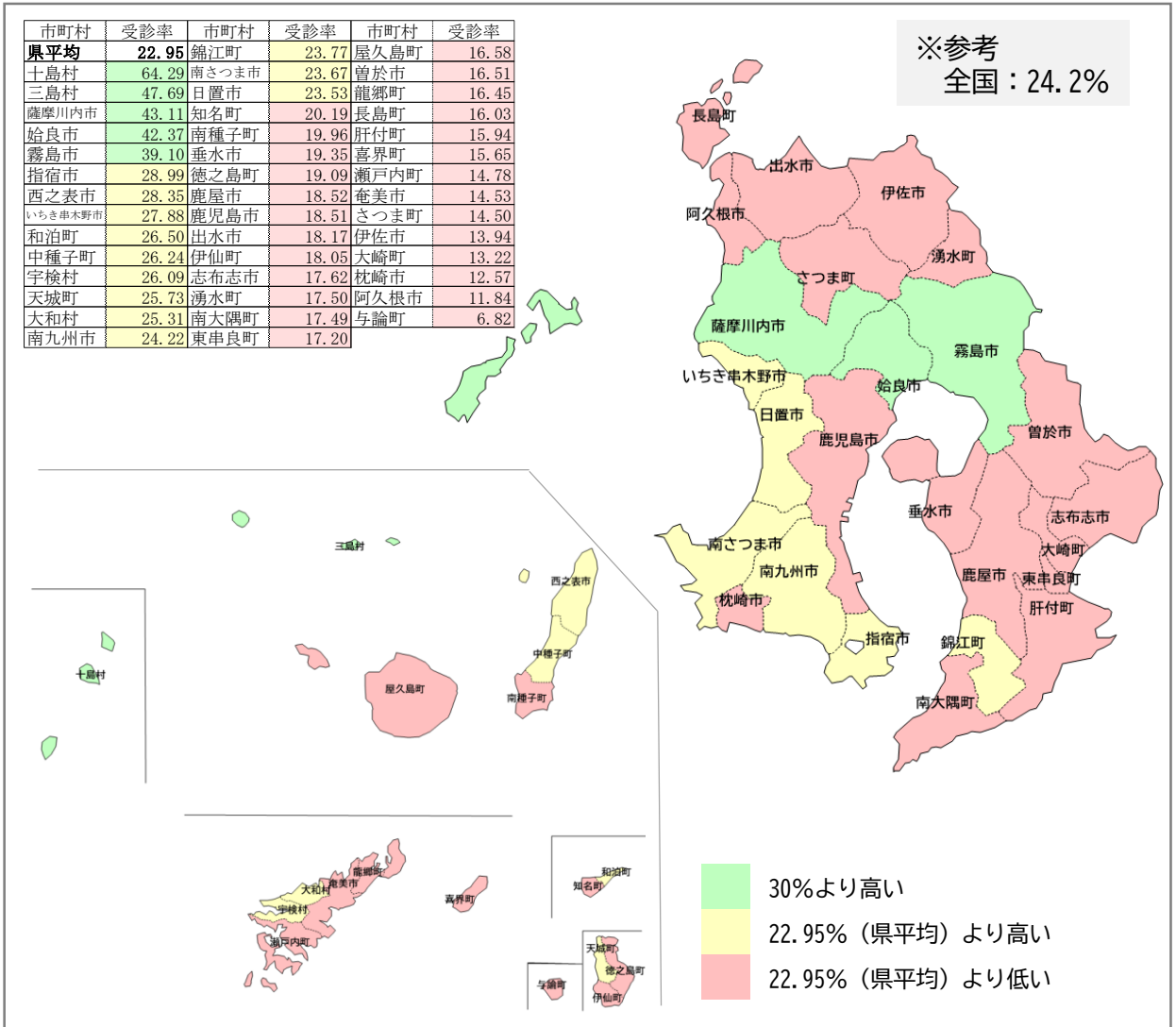
▶ 【図表2-4】長寿健診受診者数・受診率の経年推移



[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」と表記

▶ 【図表2-5】市町村別長寿健診受診率（令和4年度）



[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

2-1. 第2期計画等に係る考察

イ 口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」（優先順位2）

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。
事業概要	県内歯科医療機関に委託し、当該年度に76歳、80歳に到達する者に口腔健診を実施する。また、歯科治療に繋げるだけでなく、健診結果を活用し介護予防事業との連携を図り、摂食嚥下機能の維持・増進を実施。

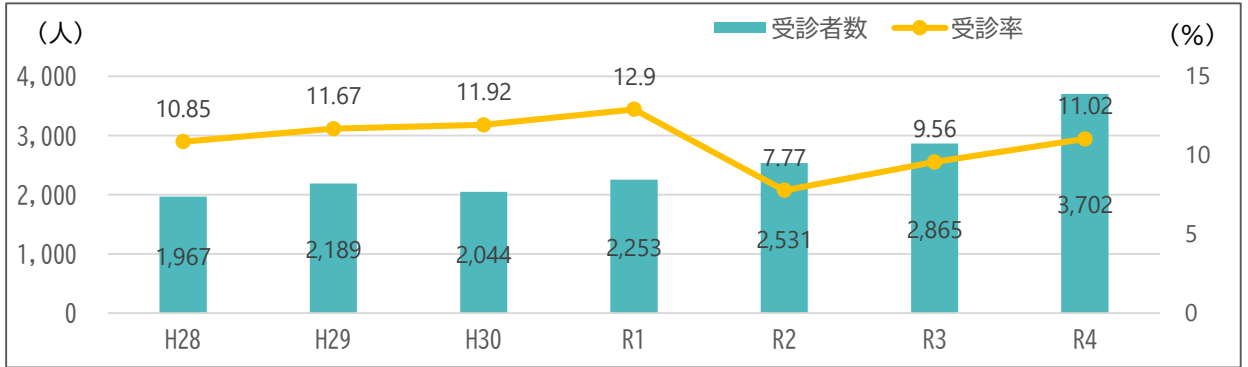
これまでの取組	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合から県歯科医師会への委託等により、県内の歯科医療機関において口腔健診を実施し、市町村には広報面で協力を得ている。健診結果は市町村に還元し、保健事業や介護予防事業への活用促進を図った。 ○当該年度76歳到達者を対象としていたが、令和2年度からは、当該年度80歳に到達する方も対象とし、対象年齢を拡大。 ○歯科医療機関向けの実施マニュアルを令和3年3月に改訂するとともに、口腔健診とアンケート結果や残存歯数と医療費・介護給付費等の分析を行い市町村や関係団体に還元し、保健事業等への活用を図った。 ○受診率は新型コロナウイルス感染症拡大の影響で令和2年度7.77%に低下したが、回復傾向。 ○健診結果を活用した取組を行った市町村数は策定時1市町村のみであったが、令和4年度は29市町村と増加。 ○口腔健診受診者の分析結果で、8020達成者は非達成者に比べ、医療費や介護給付費が有意に低いことを確認し、歯科医師会や市町村と共有し事業に活かせた。（2か月以内に歯科診療に繋がった割合は80.9%）
---------	---

	評価項目	指標	策定値(H28)	実績(R4)	目標(R5)	評価
1	口腔健診受診率の向上	口腔健診受診率	10.85%	11.02%	14.00%	B
2	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	20市町村	22市町村	B
3	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%	80.9%	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%	67.4%	100.0%	B

評価及び課題	<ul style="list-style-type: none"> ○県内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いたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で低下し、再び回復傾向にある。また、2町村については、受診した者がいなかった。（図表2-6、2-7） ○口腔健診の要治療・要精密検査判定者のうち、過去1年間歯科の健診受診がなかった者で、健診後2か月以内に歯科診療へ繋がった者の割合は、新型コロナウイルス感染症拡大以前と同じ8割まで回復している。 ○口腔健診結果を活用している市町村数は増加している。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、介護予防事業等との連携や健診結果を活用したオーラルフレイル対策の推進が課題。
事業の方向性	口腔健診の受診者のうち80歳で20本の歯を保有している8020達成者は、非達成者と比べて医療費・介護給付が優位に低いという分析結果が出ている。健康寿命の延伸を図り、医療費適正化に資するためにもオーラルフレイル対策の推進は重要と考え、全市町村での健診実施及び対象年齢の拡大を図る。

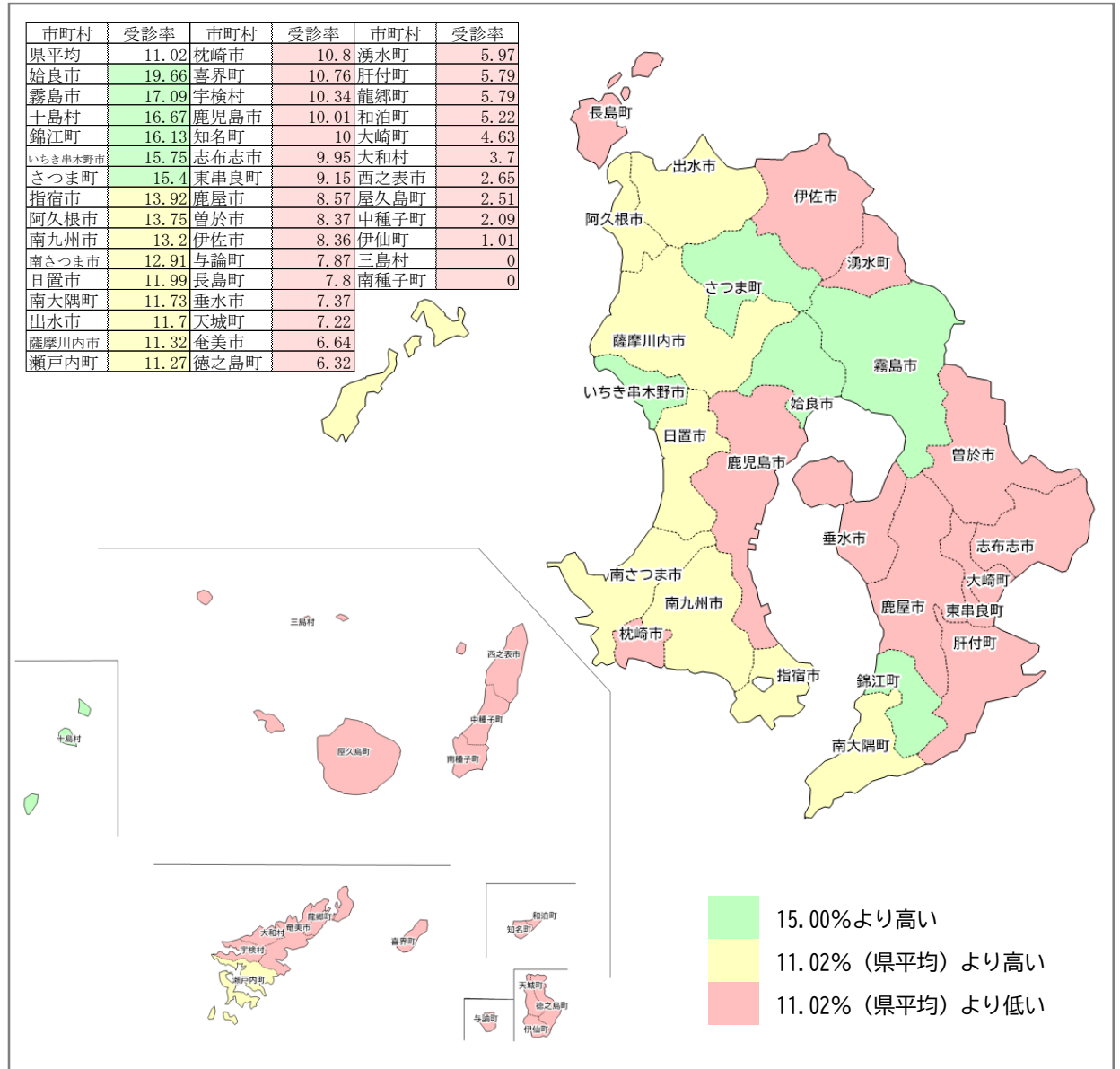
2-1. 第2期計画等に係る考察

▶ 【図表2-6】口腔健診受診者数・受診率の経年推移



[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

▶ 【図表2-7】市町村別口腔健診受診率（令和4年度）



[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

2-1. 第2期計画等に係る考察

ウ 一体的実施推進事業（一体的実施市町村委託事業、一体的実施市町村支援事業） （優先順位3）

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、県内の取組の推進を図る。
事業概要	令和6年度までに県内全市町村での取組開始を図るため、未実施市町村等への個別・地区単位でのアウトリーチ支援や一体的実施に係る市町村等セミナー及び企画調整担当者等連絡会の開催、一体的実施推進に係る経費補助を行う。また県関係課や関係団体との課題共有や調整等、推進に係る県全体の環境づくりを促進。
これまでの取組	<p>○健康保険法等の改正に伴い、令和2年度から一体的実施の取組が開始されたが、本県においても令和6年度までに県内全市町村において、一体的実施が開始・推進されるように、様々な推進策を実施。</p> <p>○未実施市町村に対しては、各種会議等での情報提供や市町村への個別・地区単位でのアウトリーチ支援及び市町村等セミナー等で県内外の取組状況の情報提供や当広域独自の補助制度を創設するとともに、関係団体等への協力依頼等、推進に係る環境づくりを図った。</p> <p>○開始市町村に対しては、より効果的な取組が展開できるよう、企画調整担当者等連絡会を開催し、情報交換やネットワークづくりを図った。</p> <p>○開始後に取組休止に陥った市町村があったことから、離島小規模市町村等へアドバイザーを派遣する伴走型支援を開始している。</p>

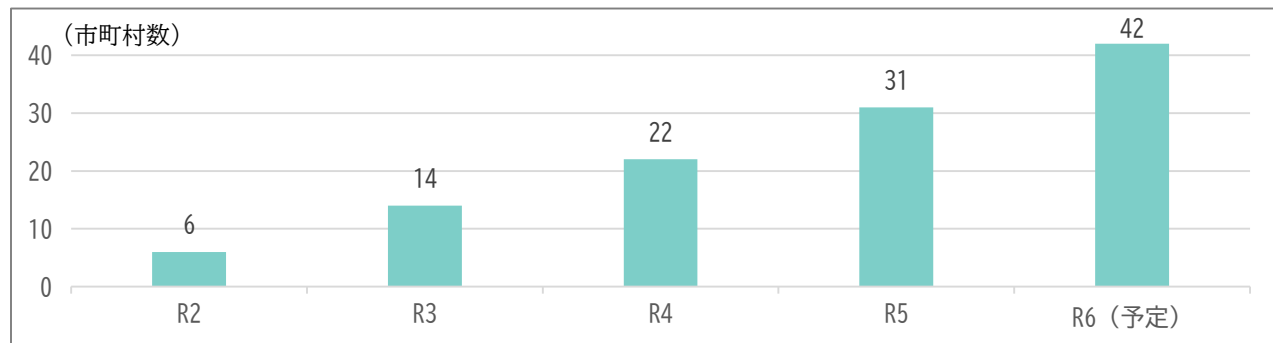
	評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R5最新値)	目標 (R5)	評価
1	一体的実施に取り組む市町村数の増加	実施市町村数	追加指標(R2) 6市町村	31 市町村	43 市町村	B
2	(再)長寿健診結果の活用率 (再)健診結果を活用した市町村数 (長寿・口腔)	指導率/受診者 長寿健診活用 口腔健診活用	13.4% 長寿：20市町村 口腔：1市町村	21.2% 長寿：39市町村 口腔：30市町村	50% 長寿：43市町村 口腔：30市町村	B
3	低栄養基準該当者の減少	BMI18.5未満の割合	7.8%	3.8%	0.4%以下	A
4	被保険者の課題を関係課で共有している市町村数	実施市町村数	22 市町村	37 市町村(R4)	29 市町村	A
5	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	39 市町村(R4)	32 市町村	A
6	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	40 市町村(R4)	37 市町村	A

[当広域連合算出データ]

評価及び課題	<p>○本県は全国に比べて、一体的実施の取組開始が遅れていたため、市町村の課題や状況を把握しながら、様々な推進策を工夫してきた。一方、人材確保困難のために時期未定の1町を含めて令和5年度での実施率は72%と目標達成できなかったものの、国が目標とする令和6年度までの開始予定は97%となり、各支援が取組の促進に繋がったのではないかと。</p> <p>○今後は、より効果的な取組や取組の効果を評価することが課題。</p>
事業の方向性	開始市町村の実施状況や課題を把握しつつ、より効果的に推進できるようアウトリーチを含めた支援を継続するとともに、未実施の1町の早期開始に向けた支援の充実を図る。

2-1. 第2期計画等に係る考察

▶ 【図表2-8】本県における年度別取組市町村数の推移



<参考：一体的実施に係る主な市町村支援の状況>

(1) 一体的実施推進に係る研修会・連絡会等の実施状況 ※ () は参加者数

	R1	R2	R3	R4	R5
一体的実施に係る市町村等セミナー	11月 (193)	10月 (252)	10月 (358)	10月 (359)	11月 (301)
高齢者支援従事者等研修会 (旧 訪問従事者等研修会)	7月・ 9月 (78)	7月 (123)	7月 (330)	6月 (327)	6月 (235)
企画調整担当者等連絡会		4月・ 1月	4月・ 1月	4月・ 1月	4月・ 1月

(2) 一体的実施推進に係る市町村支援の実施状況

	R1	R2	R3	R4	R5 (予定含む)
アウトリーチ等による個別支援 (延)	18 市町村	18 市町村	17 市町村	12 市町村	17 市町村
地区別意見交換会等企画実施	1地区	2地区	2地区	2地区	4地区
現地アドバイザーの派遣				7市町村 延13回	11市町村 延20回
他県大規模市との意見交換			1	1	

(3) 県全体の体制づくり ※令和2年度から国保連合会も連絡会に参加

	R1	R2	R3	R4	R5
県庁関係3課等との連絡会	4月～ 2月 (4回)	5月・ 10月	5月・ 12月	5月・ 1月	5月・ 12月

2-1. 第2期計画等に係る考察

エ 訪問指導事業（一体的実施での取組み）（優先順位4）

（ア）重複・頻回受診者訪問事業

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、ひいては医療費の適正化を図る。
事業概要	支援基準を満たす重複・頻回受診者、重複服薬・多剤服薬者に医療専門職が訪問し、保健指導を実施。

これまでの取組	<p>○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おり、平成30年度からは重複服薬者も対象に加え、かかりつけ医や薬局と連携を図り訪問支援。</p> <p>○令和2年度から、市町村に対象者リストを毎月提供するとともに新規対象者に印をつける等、実施方法を改善。一体的実施の取組市町村の増加に伴い、一体的実施の中のハイリスクアプローチの取組に移行。</p>
---------	--

	評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R5最新値)	目標 (R5)	評価
1	重複・頻回基準に該当する一次抽出の減少	一次抽出基準該当者数	3,160人	1,430人 (R4)	2,850人 未済	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%	40.2% (R4)	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%	44.3% (R4)	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%	評価項目3 に統合	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	65,655円	83,645円 (R4)	66,200円	A
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	60,248円 (R4)	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	評価項目6 に統合	52,600円	
8	事業実施市町村数	事業実施市町村数	28 市町村	21 市町村(R4)	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	22 市町村(R4)	21 市町村	A

評価及び課題	<p>○一次抽出条件に該当した人数の推移は減少してきており、訪問指導による対象者の背景に応じたきめ細やかな対応の効果が、一次抽出者数の減少傾向にも功を奏しているものとする。（図表2-9）</p> <p>○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2-10、2-11のとおり。</p> <p>○全体の改善率、訪問指導後に選定基準に該当しなくなった人数や受診動向に改善が見られた人数、いずれも減少傾向となっていることから、今後は、フレイルやポリファーマシー予防の観点から、支援対象者の優先度の見直しが必要と考えられる。</p>
事業の方向性	一体的実施のハイリスクアプローチ（服薬：重複・多剤等）に移行し継続するが、フレイル予防の観点から、重複服薬・多剤を中心に取り組む。

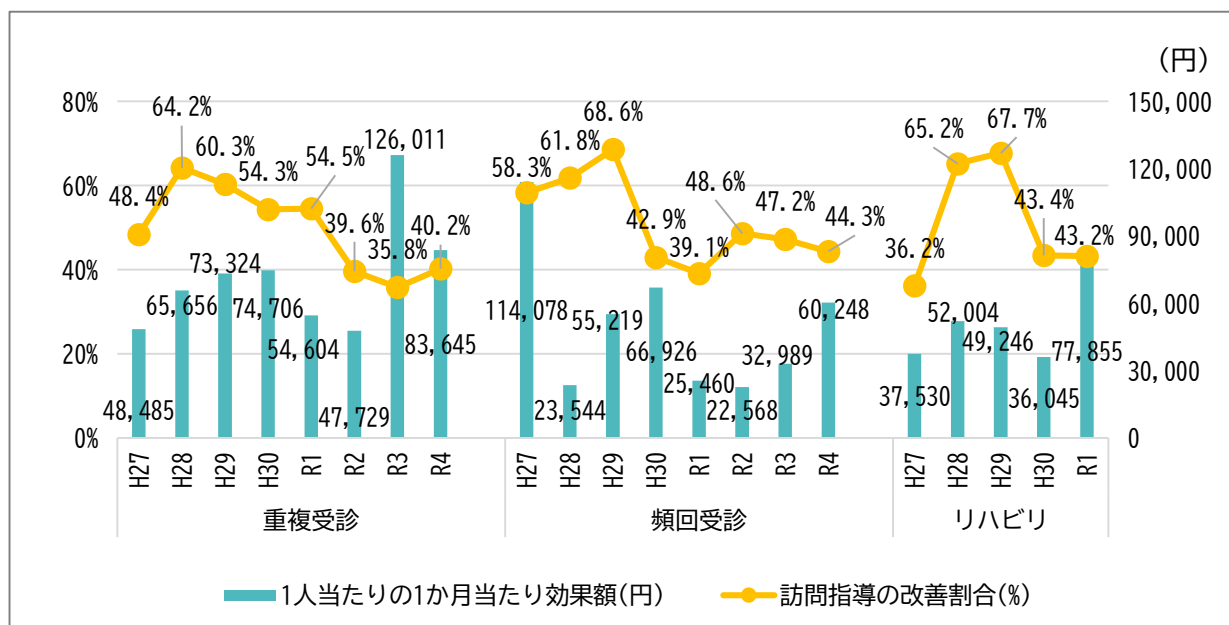
2-1. 第2期計画等に係る考察

▶ 【図表2-9】重複・頻回受診者訪問指導事業一次抽出者数の推移 (人)

年次	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
一次抽出者数	3,101	2,864	2,832	2,561	1,493	1,430
実施市町村数	31市町村	34市町村	31市町村	25市町村	23市町村	21市町村

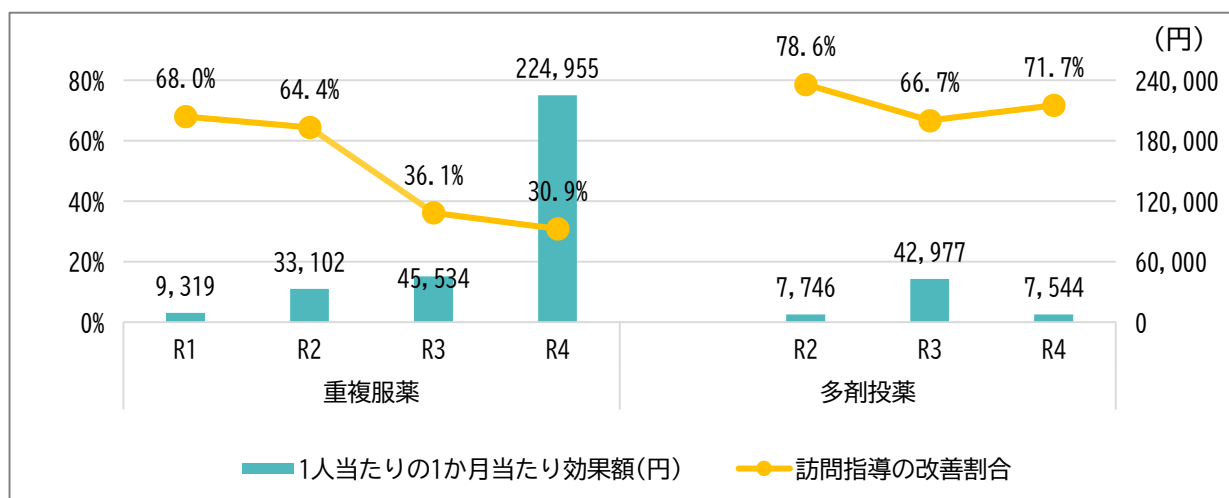
[当広域連合算出データ]

▶ 【図表2-10】重複・頻回受診者訪問指導による改善率・効果額の推移



[当広域連合算出データ]

▶ 【図表2-11】重複服薬・多剤投薬者訪問指導による改善率・効果額の推移



[当広域連合算出データ]

※「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日以上以上の診療実日数の減少及び請求金額の減少があった者

2-1. 第2期計画等に係る考察

(イ) 要医療者等訪問指導事業

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。
事業概要	支援基準を満たす対象者に医療従事者が訪問し、保健指導を実施。

これまでの取組	<p>○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たが、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を拡大。多くの市町村で一体的実施のハイリスクアプローチの取組に移行。</p> <p>○令和3年3月に「鹿児島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が改訂され、新たに後期高齢者の支援基準等が掲載されたこともあり、同プログラムを踏まえて、糖尿病性腎症重症化予防に取り組むよう周知。</p>
---------	--

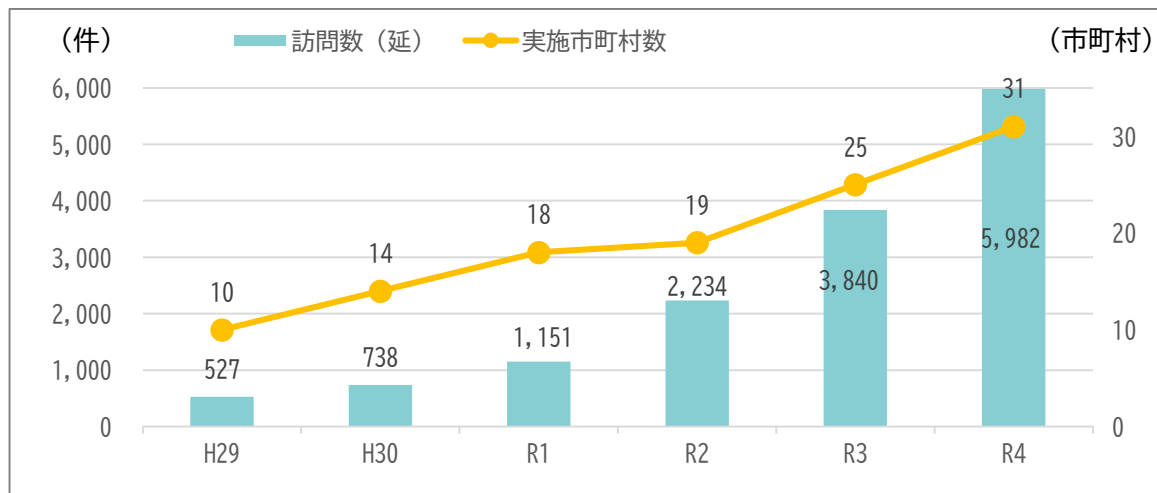
	評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R5最新値)	目標 (R5)	評価
1	実施市町村数の増加 (要医療者等訪問指導事業)	実施市町村数	9 市町村	31 市町村(R4)	15 市町村	A
2	実施市町村における訪問実施率の増加(抽出基準対象者のうち訪問実施割合)	訪問実施率	31.6%	12.0%	50.0%	D
3	糖尿病性腎症重症化予防プログラムを満たす取組を実施する市町村数の増加	実施市町村数	4 市町村	30 市町村	22 市町村	A
4	75歳以上の人工透析数の割合の増加の抑制	人工透析患者数割合	0.74%	0.68%	0.74%以下	A
5	75歳以上人工透析患者のう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%	9.1%	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%	13.4%	14.5%以下	A
		拡張期血圧90mmHg以上	4.8%	5.1%	4.8%以下	D
		中性脂肪300mg/dl以上	0.8%	0.8%	0.8%以下	C
		HDL34mg/dl以下	2.8%	1.6%	2.8%以下	A
		LDL140mg/dl以上	17.0%	17.0%	17.0%以下	C
		空腹時血糖130mg/dl以上	5.3%	7.0%	5.3%以下	D
		HbA1c7.0%以上	3.5%	5.0%	3.5%以下	D
		尿蛋白1+以上	21.8%	9.3%	21.8%以下	A
		eGFR50未満	0.4%	15.7%	0.4%以下	D
		(再)BMI18.5未満	7.8%	3.8%	7.8%以下	A
BMI30以上	2.5%	1.7%	2.5%以下	A		

[当広域連合算出データ]

2-1. 第2期計画等に係る考察

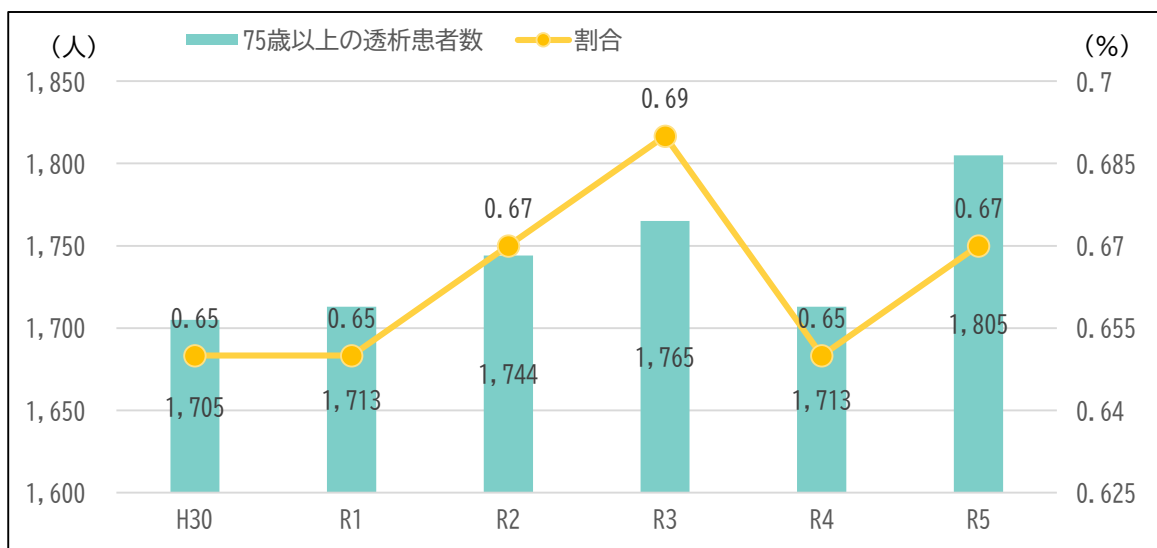
<p>評価及び課題</p>	<p>○取組市町村数は年々増加し、令和4年度は一体的実施で取り組む市町村も含めると31市町村で取り組み、延べ訪問件数も増加。（図表2-12）</p> <p>○訪問基準該当者の中では、血糖や腎機能に課題のある者の割合が計画策定時よりも増加しており、75歳以上に占める人工透析割合やその数が増加傾向にあることから、健診結果を活用した重症化予防の取組推進はますます重要。（図表2-13）</p> <p>○一体的実施の取組等を通じて、国民健康保険の保健事業と連携した切れ目のない支援体制づくりや従事者の確保、人材育成が課題。</p>
<p>事業の方向性</p>	<p>一体的実施のハイリスクアプローチ（糖尿病性腎症やその他生活習慣病等の重症化予防）に移行し、充実を図る。</p>

▶ 【図表2-12】 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2-13】 75歳以上の人工透析患者数及び割合の推移



[KDBデータ「厚生労働省様式」]

2-1. 第2期計画等に係る考察

(ウ) 未受診者等訪問指導事業（一体的実施での取組合む）

事業目的	医療機関無受診で健診未受診かつ要介護認定を受けていない健康状態不明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い、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す。
事業概要	支援基準を満たす対象者に医療従事者が訪問し、保健指導を実施。

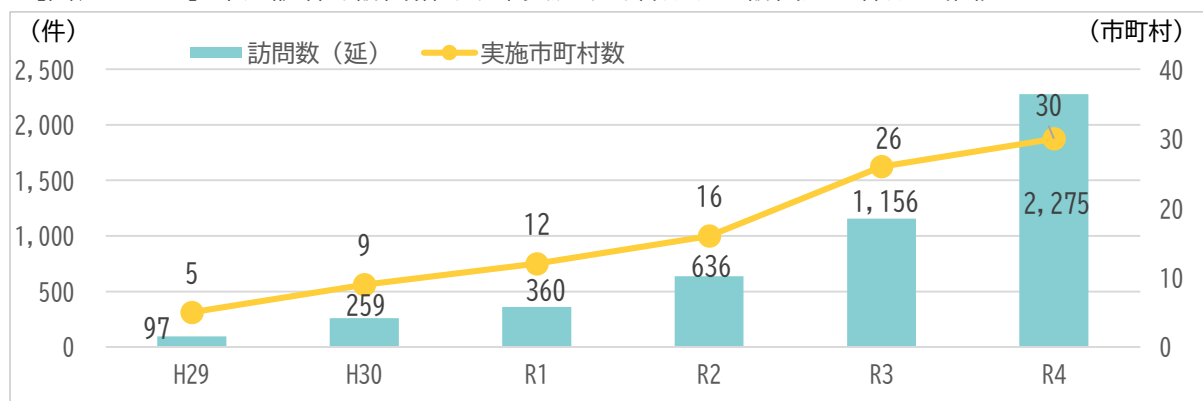
これまでの取組	○平成25年度から市町村に補助する形で実施してきた事業を、令和2年度に他の訪問指導事業と同様の委託事業として整理し、希望市町村で取り組んでいたが、一体的実施開始に伴い、ハイリスクアプローチ（健康状態不明者対策）としての取組に移行予定。
---------	---

	評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R5最新値)	目標 (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	30市町村(R4)	16市町村	A
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%	4.8%	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%	5.3%	7.0%	D

[当広域連合算出データ]

評価及び課題	○取組市町村数は年々増加し、令和4年度は一体的実施での取組を含めると30市町村となり、延べ訪問件数も増加。（図表2-14） ○訪問指導後の状況把握率（医療機関や健診受診に繋がったか否か）が低かったため、訪問方法や様式を改めるなど把握率を高めるよう工夫したが、健診や医療機関に繋がった割合は低い状況。
事業の方向性	一体的実施のハイリスクアプローチ（健康状態不明者対策）に移行し、健診や必要な医療・介護サービスに繋ぎ、健康状態の維持・改善を図る。

▶ 【図表2-14】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]

2-1. 第2期計画等に係る考察

オ 適正服薬支援事業

事業目的	本県の実情に即した服薬支援体制を構築し、適正服薬を支援することにより、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。
事業概要	令和元年度の課題分析を踏まえて、令和2年度は2つ、令和3年度からは3つのモデル保健医療圏域等において、関係者検討会や服薬通知による相談体制づくりを試行するとともに、県全体での体制づくりを推進するために三師会合同研修会や好事例等報告冊子作成等に取り組んできた。モデル試行を経て、令和5年度からは県内全域で服薬情報通知による支援体制づくりに取り組む。

これまでの取組	<p>○本県の実情に即した適正服薬の支援体制の構築、重複服薬等による薬物有害事象の発生を予防すること等を目的に、令和元年度に分析や方策検討を行ったのちに、県医師会等三師会の理解・協力を得て、令和2年度からモデル保健医療圏域等において、関係者検討会や服薬通知による多職種連携での相談体制づくりを試行するとともに、三師会合同研修会や好事例等報告冊子作成・配布等、県全体で取り組む環境づくりを図ってきた。</p> <p>○モデル圏域等での連携方法や成果等を踏まえて、令和5年度から、各地区郡市医師会等の協力を得て、県内全域で服薬情報通知に基づく支援に取り組むこととなった。</p>
---------	---

	評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R5最新値)	目標 (R5)	評価
1	(再) 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	22 市町村(R4)	21 市町村	A
2	(再) 事業実施市町村数(重複・頻回受診、多剤服薬)	事業実施市町村数	28 市町村	21 市町村(R4)	39 市町村	D

[当広域連合算出データ]

評価及び課題	<p>○県三師会の協力を得つつ、モデル圏域等での適正服薬に係る多職種連携での支援やポリファーマシーに係る関係者や高齢者への啓発等、適正服薬支援に係る気運醸成や適正服薬支援に係る連携体制づくりが促進された。</p> <p>○令和5年度から県内全域で適正服薬支援に取り組むこととなるが、オンライン資格確認や電子処方箋の活用の進捗状況を確認しながら事業の有効性や終期を検討する必要がある。</p>
事業の方向性	<p>○適正服薬支援を円滑に実施するためには、医師会や薬剤師会等関係団体の理解・協力が非常に重要であるため、県内全体での体制づくりや高齢者自身へのポリファーマシーの啓発や相談等、しばらく継続しハイリスクアプローチの服薬への取組推進に繋げる。</p> <p>○支援基準や実施方法等については、関係団体の意見を聴取しながら改善を図っていく。</p>

2-1. 第2期計画等に係る考察

< 参考：適正服薬支援事業の取組経緯 >

三師会等の委員で構成する適正服薬に係る県検討会において、事業の評価・検証を行うとともに、モデル圏域等での取組成果やポリファーマシーに係る関係者の理解促進を図るために、三師会合同研修会や好事例等報告冊子の作成・配布等、県全域での取組推進に向けて以下の取組を実施。

(1) 事業内容の経緯

		R1	R2	R3	R4	R5
県全体の体制づくり	協議	・県関係者検討会 ・医療費分析	・県関係者検討会 (方法、様式検討、マニュアル作成及び評価・検証)	・県関係者検討会 (支援基準検討、評価・検証)	・県関係者検討会 同左	・県関係者検討会 同左
	啓発・環境づくり		・お薬手帳一本化シール作成	・通いの場等での高齢者への啓発 (14市町村) ・三師会合同研修会	・通いの場等での高齢者への啓発 (31市町村) ・三師会合同研修会 ・好事例等報告冊子作成・配布 (2,000冊)	・通いの場等での高齢者への啓発 (30市町村) ・三師会合同研修会
地域の支援体制づくり			・モデル圏域での支援(2圏域) ・地区関係者検討会(3地区) ・服薬情報通知に基づく支援	・モデル圏域等での支援(3圏域等) ・地区関係者検討会(4地区) ・服薬情報通知に基づく支援	・モデル圏域等での支援(3圏域等) ・地区関係者検討会(4地区) ・服薬情報通知に基づく支援	・県内全域での支援 ・地区関係者検討会(1地区) ・服薬情報通知に基づく支援

(2) 服薬情報通知対象者の支援基準等推移

		R2	R3	R4	R5	理由等
前提条件	対象年齢	75～84歳 (※がんや特定疾患の方、昨年度既対応者は原則除外)				理解を得やすい年代
	処方医療機関	2つ以上の医療機関				
支援基準	長期処方定義	14日以上	28日以上処方			14日短期処方除く
	多剤の条件 (内服薬のみ)	15種類	13種類	12種類		対応例を増やし体制づくり推進・好事例把握
	多剤以外の基準追加	—	ベンゾジアゼピン系睡眠薬	ベンゾジアゼピン系睡眠薬及び非ベンゾジアゼピン系睡眠薬(R4とR5の基準は同じ)		転倒リスクの高い薬剤で重複割合が最も高かった薬剤の重複処方を基準追加
対象者の確認	除外対象者の整理	行政での資格喪失者等確認	左記に加え、県薬剤師会協力を得て通知不要者を確認			処方タイミングで生じる基準対象外者の除外者
モデル圏域の拡充	モデル圏域等	①川薩保健医療圏域 ②南薩保健医療圏域	①川薩保健医療圏域 ②南薩保健医療圏域 ③始良地区		県内全域	支援体制づくりの拡充

2-1. 第2期計画等に係る考察

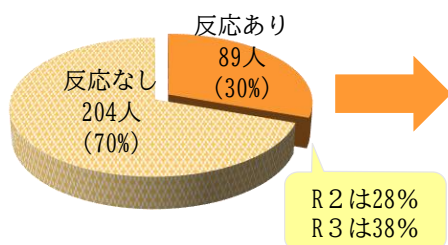
<参考：令和4年度モデル圏域等での取組結果>

(1) 通知後の支援結果 (n=293人)

基準対象者	除外対象者	死亡等	通知
376	81	2	293

【服薬情報通知後の対象者の反応】

(令和5年3月末)



【対象者からの相談件数把握】

かかりつけ医・薬局が広域連合に対応状況をFAX

	医療機関	薬局	計
処方内容調整	14	3	17
薬局又は医療機関と調整	1	2	3
その他助言	1	6	7
調整の必要なし	23	39	62
計	39	50	89

減薬調整なし

17人 (6%)

減薬調整あり

16人 (94%)

(2) ベンゾジアゼピン系・非ベンゾジアゼピン系睡眠薬重複者の訪問結果

- ・令和4年度は対象者20人中、17人に面接等で確認できた。
- ・ふらつき等の転倒リスク有りは1人、倦怠感や眠気等が3人（いずれも処方どおり複数眠剤服薬）
- ・①不眠症 ②不安神経症 ③うつ病 の診断を受けている方が多かった。

(3) 地区検討会の開催結果

<地区検討委員構成（内訳）>

	郡市医師会	郡市歯科医師会	薬剤師会	行政	訪看・ケアマネ等	合計
川薩地区	3	2	3	2	2	12
南薩地区	3	2	3	3	2	13
指宿地区	2	1	2	1	1	7
始良地区	2	1	2	3	2	10
計	10	6	10	9	7	42

<検討会での協議事項>

- ・各地区の取組状況や支援結果の共有
- ・事業実施に係る連携方法や実施に係る課題
- ・今後の方向性等について 等



<協議の中で出された主な意見及び課題等>

- 薬が多いことを相談できずにいた方、眠剤処方のためお薬手帳2つを使い分けていた方が、通知を機に主治医に相談し調整。
⇒お薬手帳一本化の主旨（情報共有により健康管理に繋がる）を伝え、高齢者の不安を取り除く！
- ゾルピデム（マイスリー）は非ベンゾ系のため処方されやすいが依存性も高い。
⇒「睡眠指針」を活用した助言を！
- 医師として「他病院での処方を確認する」「漫然と薬を出す」ことに留意するとともに持続啓発が必要。
- 薬剤師としては医師とコミュニケーションを図りながら（必要時は）職責として疑義照会することが重要。
- 通知を持参するも受付で必要ないと言われた事例あり。医師以外の病院スタッフへの周知が必要。
- 入院時に薬の調整が出来た事例あり。入・退院時は、服薬調整の好機！
- 通いの場等での啓発は好評で高齢者の関心も高い。ポリファーマシーの継続した啓発が必要！
- 支援対象者の全体像を共有するとともに、事業を通じて多職種との連携が図りやすくなった。

(4) 適正服薬に係る高齢者への啓発の状況

年度	実施市町村	通いの場での啓発				訪問指導での啓発				その他の場での活用			
		既に実施		今後実施予定		既に実施		今後実施予定		既に実施		今後実施予定	
		実施有	回数	予定	回数	実施有	回数	予定	回数	実施有	回数	予定	回数
R3	15	4	20	7	33	12	123	8	81				
R4	31	4	23	13	82	14	104	14	157	4	11	5	19

2-1. 第2期計画等に係る考察

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を継続してきました。

(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「ころぼん体操」「貯筋体操」等、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減少の要因と考えられます。

▶ 高齢者元気づくり事業「いきいき教室」の取組評価

	評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R5最新値)	目標 (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(R4)	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%	42%	77%	D

[当広域連合算出データ]

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、一体的実施の取組市町村数が増加するに伴い、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、目標値を達成した指標が多くなりました。

2-1. 第2期計画等に係る考察

▶ 地域包括ケアシステムの構築・推進の取組評価

	評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R5最新値)	目標 (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	22 市町村(R4)	14 市町村	A
2	(再) 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	37 市町村(R4)	29 市町村	A
3	(再) 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	39 市町村(R4)	32 市町村	A
4	(再) 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	40 市町村(R4)	37 市町村	A
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	33 市町村(R4)	31 市町村	A
6	(再) 一体的実施に取り組む市町村数の増加	実施市町村数	追加指標(R2) 6市町村	31 市町村	43 市町村	B

[当広域連合算出データ]

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維持されており、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、令和3年度まで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、後発医薬品使用割合は年々増加し目標値を達成しています。

▶ 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

	評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R5最新値)	目標 (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	37 市町村(R4)	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	22 市町村(R4)	43 市町村	D

[当広域連合算出データ]

▶ 後発医薬品の普及・啓発に係る取組評価

	評価項目	指標	策定値 (H28)	現在値 (R4最新値)	目標 (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%	86.3%	82.0%	A

[鹿児島県国民健康保険連合会算出データ]

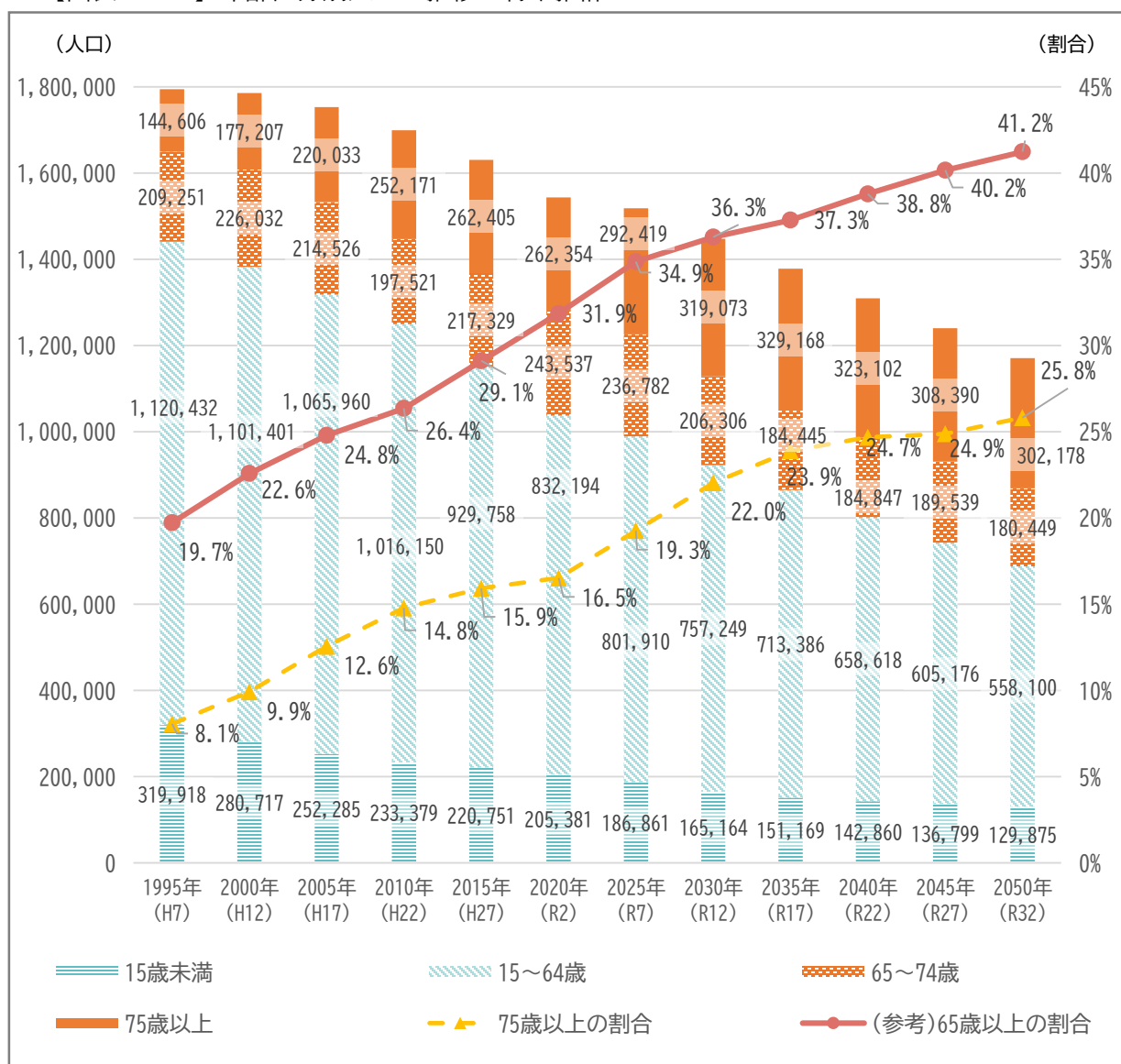
2-2. 保険者の特性

－ 高齢者を取り巻く現状 －

(1) 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、75歳以上の後期高齢人口は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2-15】年齢区分別人口の推移と将来推計



[令和2年まで（総務省「国勢調査」）

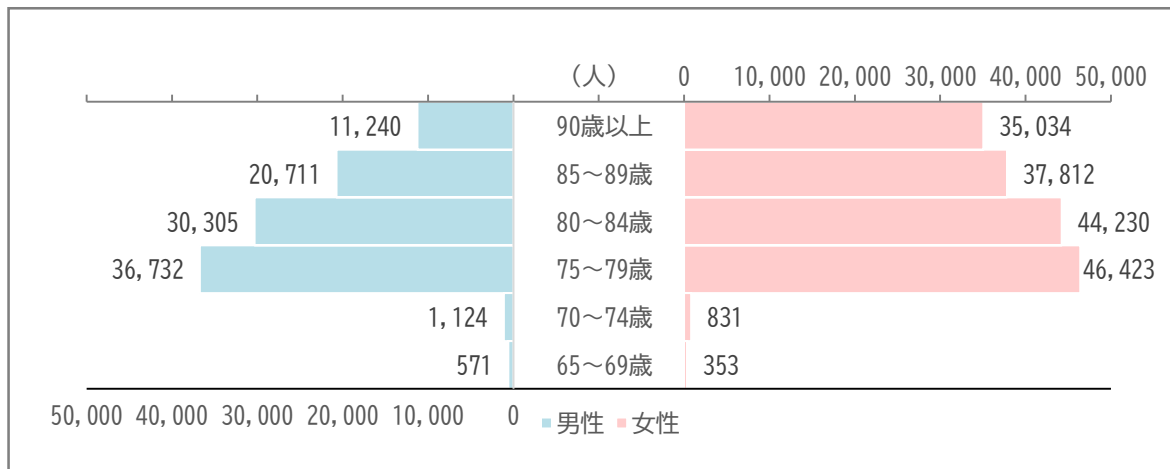
令和7年以降（国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口」）令和5年推計]

2-2. 保険者の特性

(2) 性年齢別人口

被保険者の令和5年4月1日時点の、男女割合は男性約38%、女性約62%となっており、高齢になるほど女性の比率が高くなっています。

▶ 【図表2-16】性年齢階層別人口

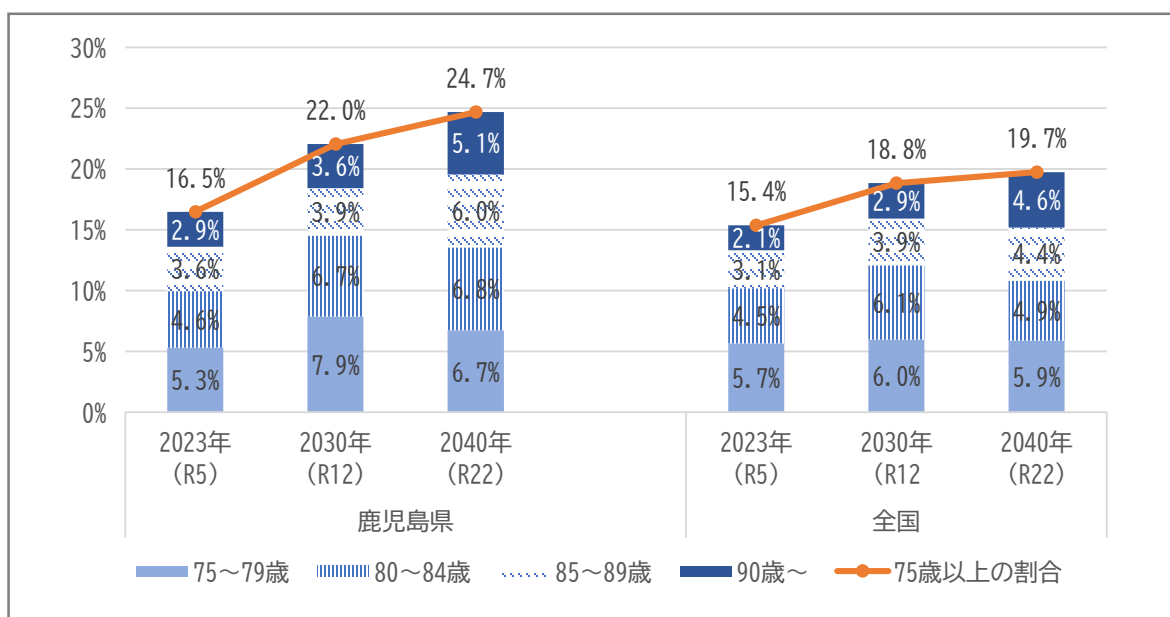


[令和5年4月1日時点]

(3) 後期高齢者の年齢階層別人口割合の推移

鹿児島県では、75歳以上の被保険者数が2035年まで増加し、中でも要介護認定率が急増する85歳以上の割合は年々増加していきます。また、75歳以上の割合は全国より高く、年々その差が広がっていく推計となっています。

▶ 【図表2-17】後期高齢者の年齢階層別人口割合の全国比較と経年推移



[鹿児島県（2023年：令和5年4月1日時点、2030年・2040年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口」）。全国（2023年：令和5年1月1日住民基本台帳、2030年・2040年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口」）]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

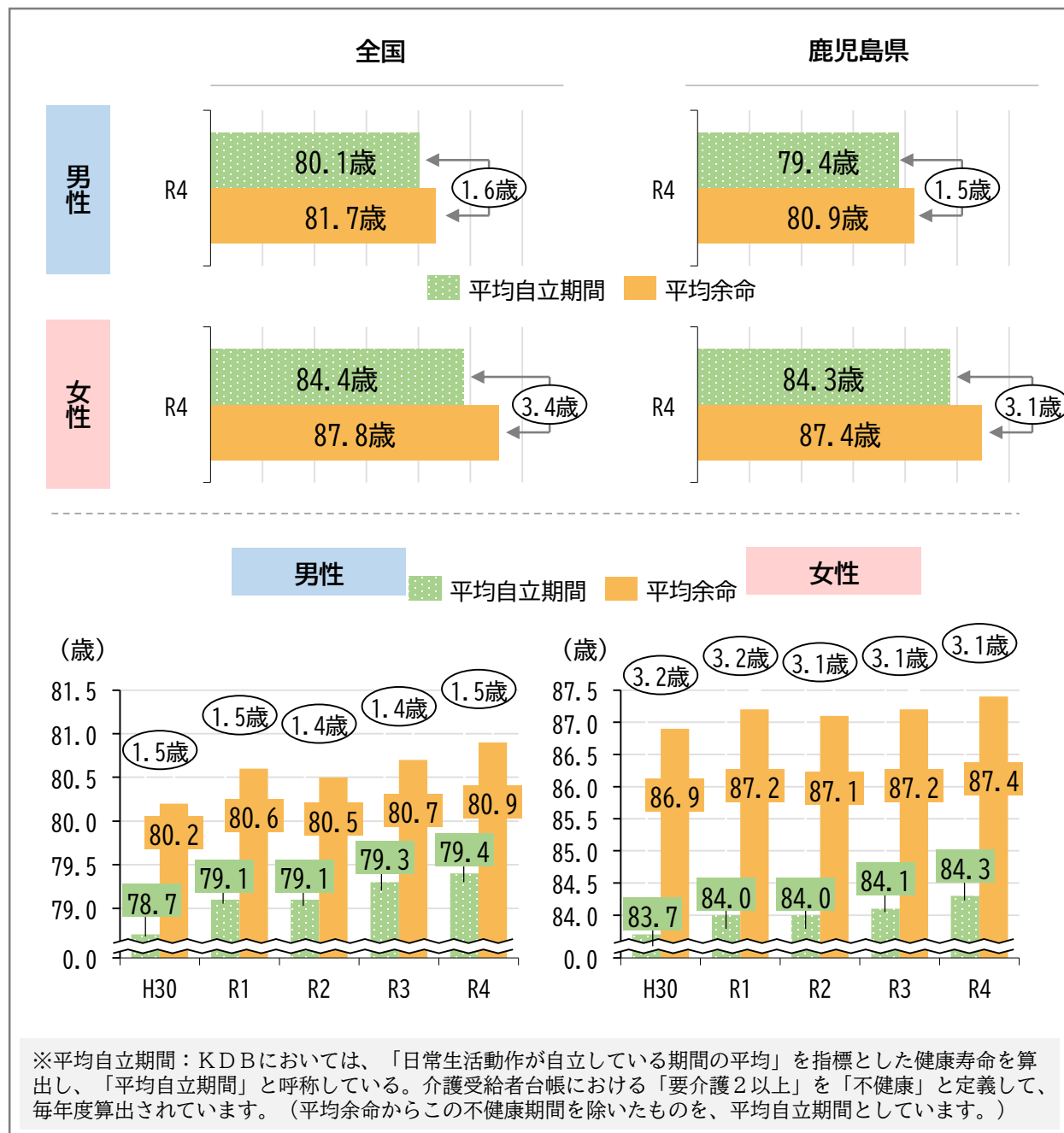
— 平均余命・平均自立期間 —

(1) 平均余命と平均自立期間における全国比較

令和4年度の平均余命は男性80.9歳（全国81.7歳）、女性87.4歳（全国87.8歳）で、平均自立期間は男性79.4歳（全国80.1歳）、女性84.3歳（全国84.4歳）と、いずれも全国より低くなっています。

なお、経年的にみると、平均寿命・平均自立期間のいずれも、男女ともに平均0.1歳以上の延伸が図られています。

▶ 【図表2-18】平均余命と平均自立期間における全国比較と経年推移



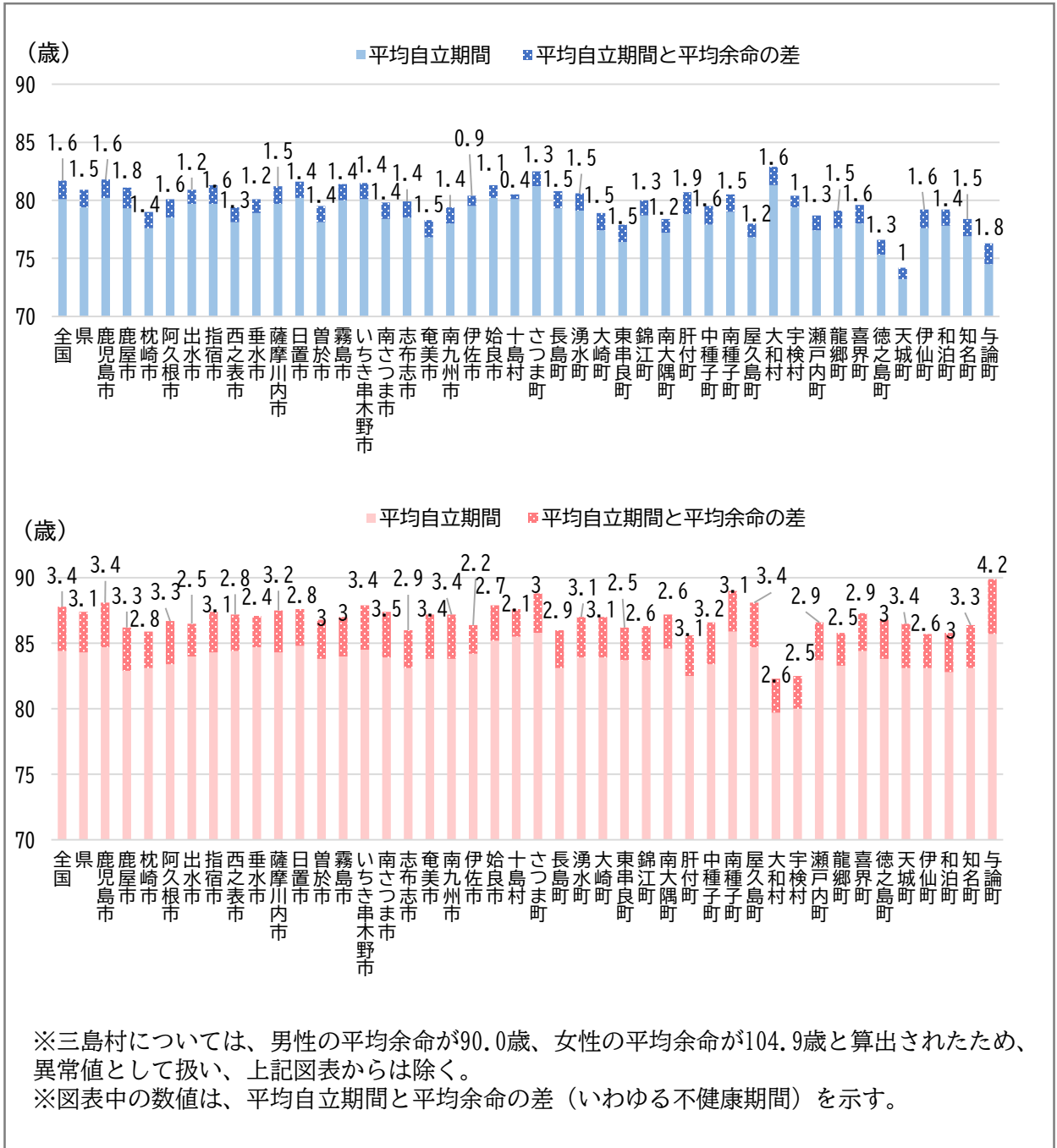
[KDB_S21_001_地域の全体像の把握]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(2) 平均余命と平均自立期間の市町村間比較（令和4年度）

県内市町村ごとの平均余命と平均自立期間との差は下記グラフのとおりで、市町村により差があります。

▶ 【図表2-19】 平均余命と平均自立期間における性別・全国・県・市町村の比較（令和4年度）
（上段：男性、下段：女性）



[KDB_S21_001_地域の全体像の把握]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

－ 死因・死亡割合 －

(1) 主な死因と死亡割合における全国比較

鹿児島県の死因としては、全国同様「がん」、「心疾患」、「老衰」、「脳血管疾患」、「その他の呼吸器系の疾患」の順で高く、割合では、全国と比較して、「脳血管疾患」、「その他の呼吸器系の疾患」の割合が高くなっています。（図表2-20-①）

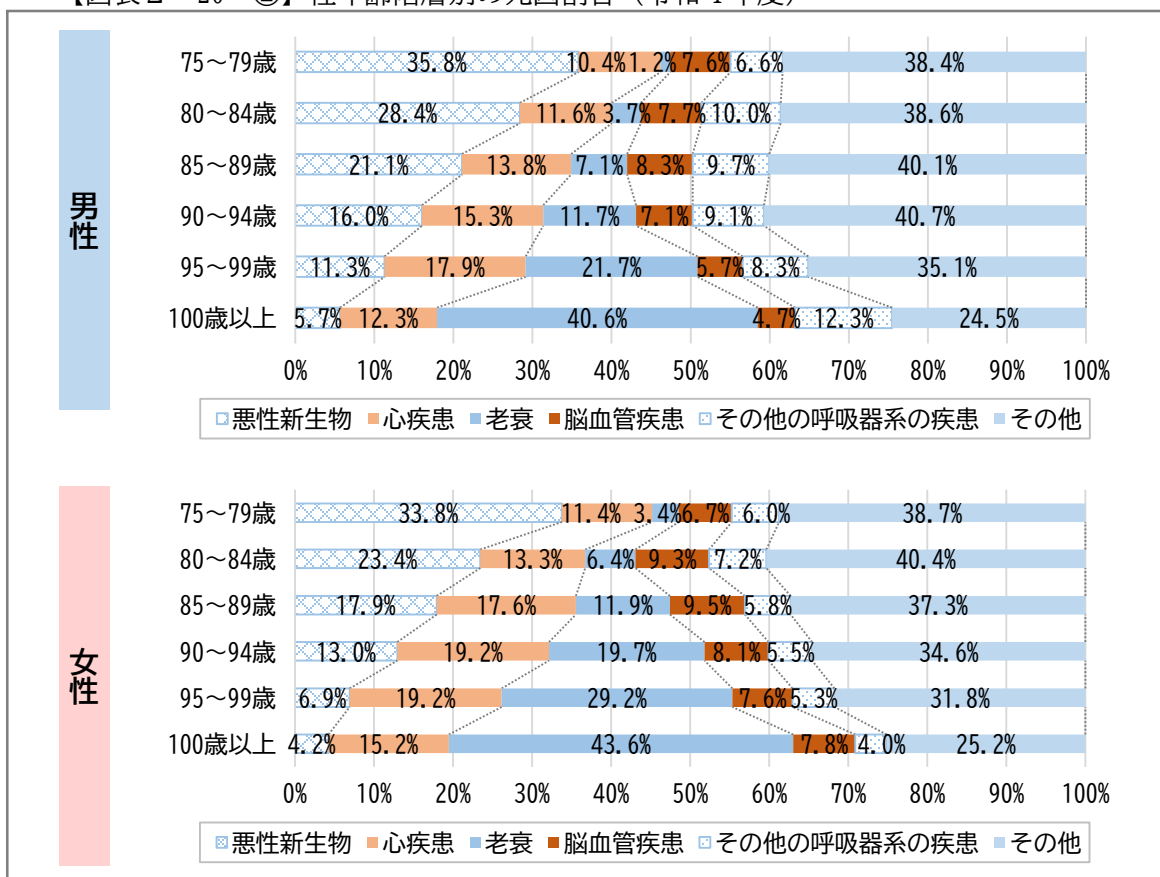
年齢階層別に男女別の死因割合をみると、男女ともに年齢階層が上がるごとに、「悪性新生物」の割合が減り、「老衰」の割合が増加しています。（図表2-20-②）

▶ 【図表2-20-①】死因割合上位5要因と全国比較（令和4年度）

区分	死因（割合）				
	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
全国	悪性新生物 (20.45%)	心疾患 (15.57%)	老衰 (14.44%)	脳血管疾患 (6.91%)	その他の呼吸器系の疾患 (6.79%)
鹿児島	悪性新生物 (18.30%)	心疾患 (15.66%)	老衰 (14.28%)	脳血管疾患 (8.00%)	その他の呼吸器系の疾患 (7.11%)

[厚生労働省「人口動態調査 保管統計表 都道府県編」（令和4年度）]

▶ 【図表2-20-②】性年齢階層別の死因割合（令和4年度）



[政府統計e-Stat 厚生労働省「人口動態調査」]

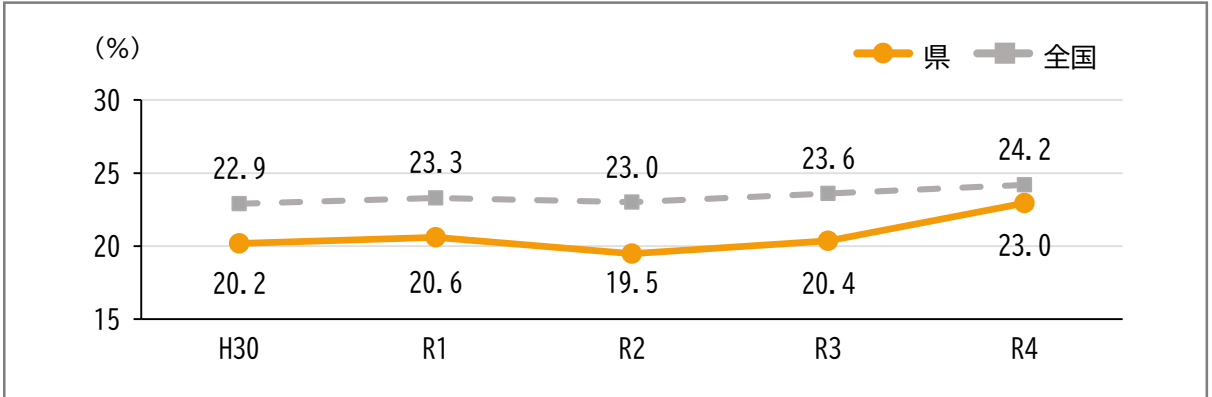
2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

健康診査の実施状況

(1) 受診率における経年および全国比較

当広域連合は被保険者数に対する受診割合が23.0%と全国24.2%に比べ低いです。平成30年度～令和3年度は約20%でしたが、令和4年度は23.0%と上昇傾向にあります。

▶ 【図表2-21】健康診査（長寿健診）受診率における全国比較と経年推移

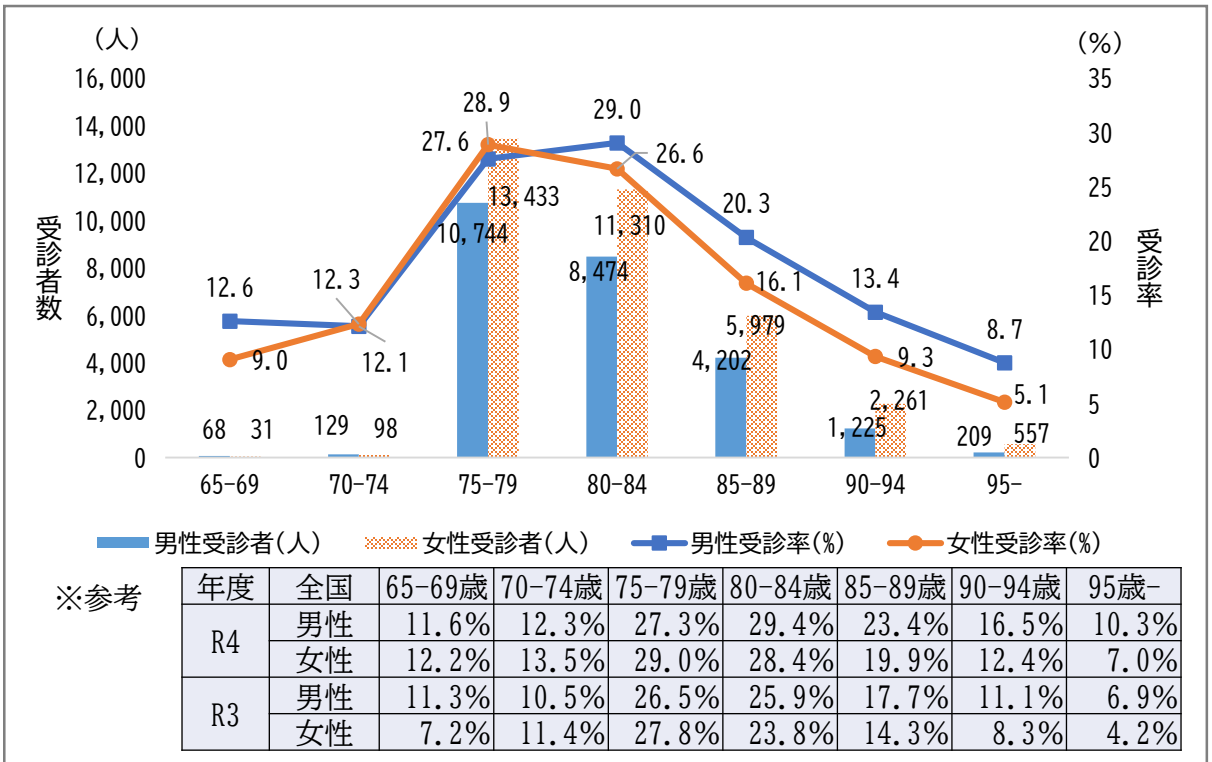


全国の受診率 [K D B _ S 2 1 _ 0 0 3 _ 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題]
 当広域連合の受診率 [鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

(2) 性年齢階層別の受診率

男女ともに各年齢階層で微増傾向にあり、80歳～84歳の受診率が特に高くなっています。

▶ 【図表2-22】性年齢階層別の受診率の全国比較（令和4年度）



※参考

年度	全国	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95歳-
R4	男性	11.6%	12.3%	27.3%	29.4%	23.4%	16.5%	10.3%
	女性	12.2%	13.5%	29.0%	28.4%	19.9%	12.4%	7.0%
R3	男性	11.3%	10.5%	26.5%	25.9%	17.7%	11.1%	6.9%
	女性	7.2%	11.4%	27.8%	23.8%	14.3%	8.3%	4.2%

[K D B _ S 2 9 _ 0 0 1 _ 健康スコアリング (健診)]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(3) 健康診査における有所見者の状況

令和4年度の健診受診者約6万人のうち「受診勧奨判定値あり」は約6割で、
 血圧、腎機能、血糖の順に多くなっています。(図表2-23)

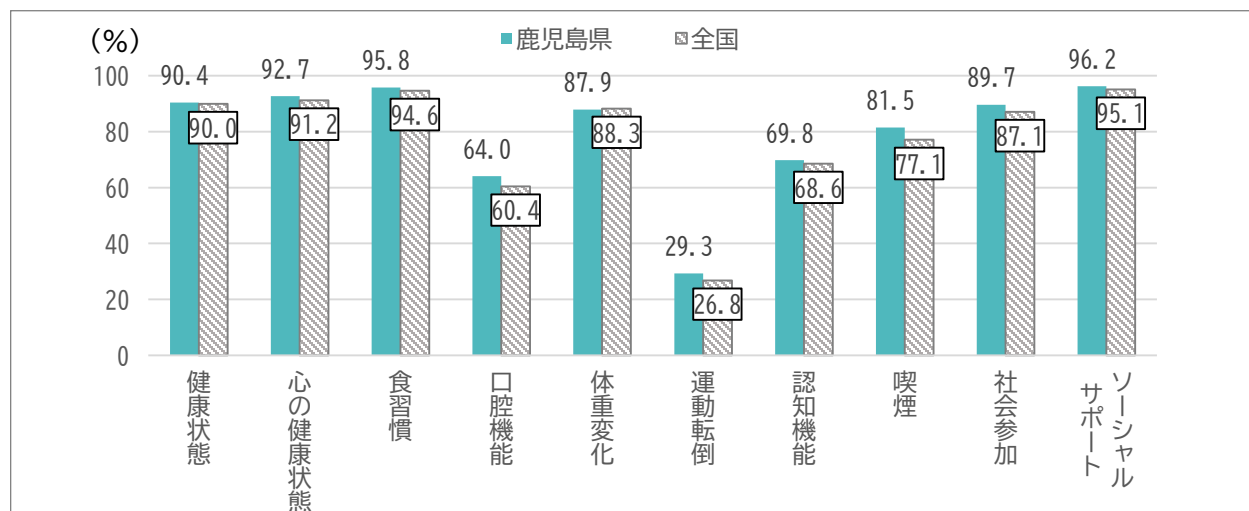
また、受診勧奨判定値のうち医療機関未受診者は424人、重症度の高いレベル
 では130人が医療未受診者となっています。(KDB「後期高齢者の健診状況」)

▶ 【図表2-23】 受診勧奨該当者数及び受診者に占める割合(令和4年度)

受診勧奨判定基準			受診勧奨判定 該当者数	割合 (対受診者数)
血圧	I度	収縮期血圧140mmHg以上	17,298人	28.8%
		拡張期血圧90mmHg以上	3,036人	5.1%
	II度	収縮期血圧160mmHg以上	3,240人	5.4%
		拡張期血圧100mmHg以上	464人	0.8%
血糖	HbA1c7.0%以上又は空腹時血糖130mg/dl以上		5,236人	8.7%
	HbA1c8.0%以上		635人	1.1%
腎機能	尿蛋白1+以上		5,604人	9.3%
	eGFR45未満		6,963人	11.6%
	eGFR30未満		1,181人	1.9%

[当広域連合算出データ]

▶ 【図表2-24】 後期高齢者の質問票におけるリスクなし割合の全国比較(令和4年度)

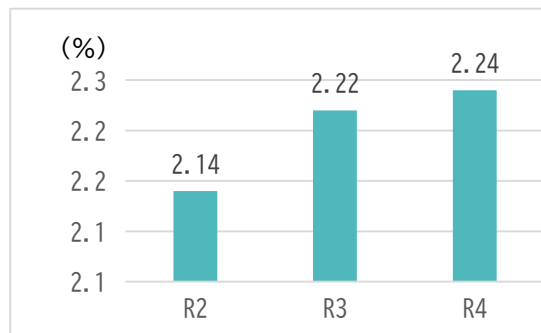


[KDB_S21_003_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題]

(4) 健康状態不明者の状況

健診も医療も受診しておらず要介護認定等も受けていない者を「健康状態不明者」として状態を把握し、必要に応じて支援を行う対象としているところですが、
 令和2年度から微増傾向にあります。

▶ 【図表2-25】 健康状態不明者率の経年比較



[一体的実施・KDB活用支援ツール【健康状態不明者】]

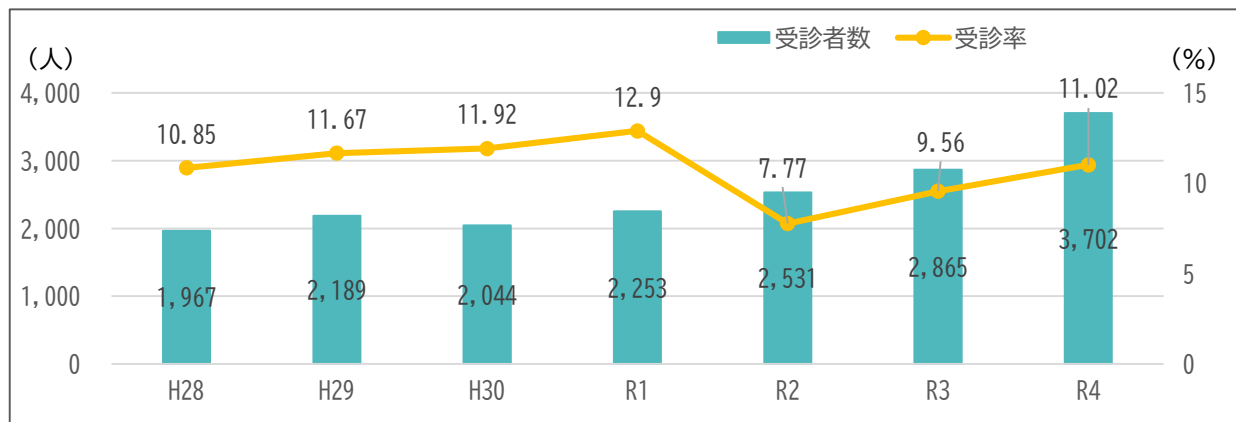
2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

— 口腔健診の実施状況 —

(1) 受診率における経年推移

口腔健診の受診率は、令和元年度は12.90%、令和2～3年度は8～9%前後、令和4年度は11.02%となっています。

▶ 【図表2-6】口腔健診受診者数・受診率の経年推移



[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

(2) 性年齢階層別の受診状況

76歳と80歳の受診率は同程度で、いずれの年齢層でも女性のほうが受診率が高い傾向にあります。

▶ 【図表2-26】口腔健診事業における受診状況（令和4年度）

	対象者数	受診者数	受診率	性別	
				男性	女性
76歳 (割合)	17,916人	1,959人	10.93%	839人 (42.83%)	1,120人 (57.17%)
80歳 (割合)	15,685人	1,743人	11.11%	721人 (41.37%)	1,022人 (58.63%)

[口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」 健診結果集計]

(3) アンケート調査の結果

受診者のうち、約8割の方が「半年前に比べて硬いものが食べにくくなった」、また、お茶や汁物等でむせることがある」と回答しています。

▶ 【図表2-27】口腔健診事業におけるアンケート調査結果の回答状況（令和4年度）

	回答者数	回答状況			
		はい		いいえ	
年に1回以上は定期健診を受けていますか	3,532人	2,133人	60.4%	1,399人	39.6%
半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか	3,700人	852人	23.0%	2,848人	77.0%
お茶や汁物等でむせることがありますか	3,699人	792人	21.4%	2,907人	78.6%

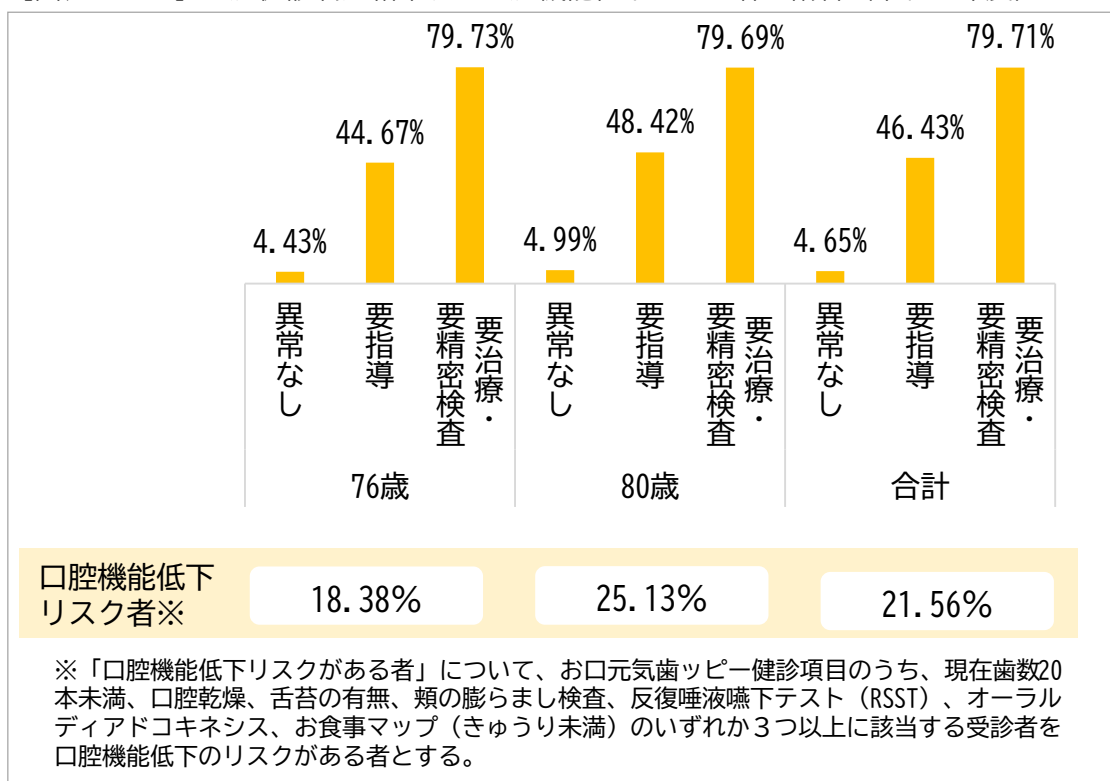
[口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」 健診結果集計]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(4) 口腔健診における有所見者の状況

令和4年度の口腔健診の結果において、「異常なし」は76歳・80歳ともに5%弱で、歯周病や齲蝕(うし)・義歯等に係る「要指導」が46%、「要治療・要精密検査」が80%を占めるとともに、口腔機能低下リスクのある者は76歳が18.4%、80歳が25.1%となっています。

- ▶ 【図表2-28】 口腔健診判定結果及び口腔機能低下リスク者の割合(令和4年度)



[口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」 健診結果集計]

(5) 受診者のうち8020達成者の状況

令和2年度から80歳到達者も健診対象としていますが、現在歯20本以上のいわゆる「8020到達者」の割合は、各年度6割前後を占めています。

- ▶ 【図表2-29】 口腔健診における8020達成者の状況

年度	80歳受診者(人)	現在歯20本以上(人)	8020到達者割合
R2	1,261	757	60.03%
R3	1,657	994	59.99%
R4	1,743	1,018	58.41%

[口腔健診事業「お口元気歯ッピー健診」 健診結果集計]

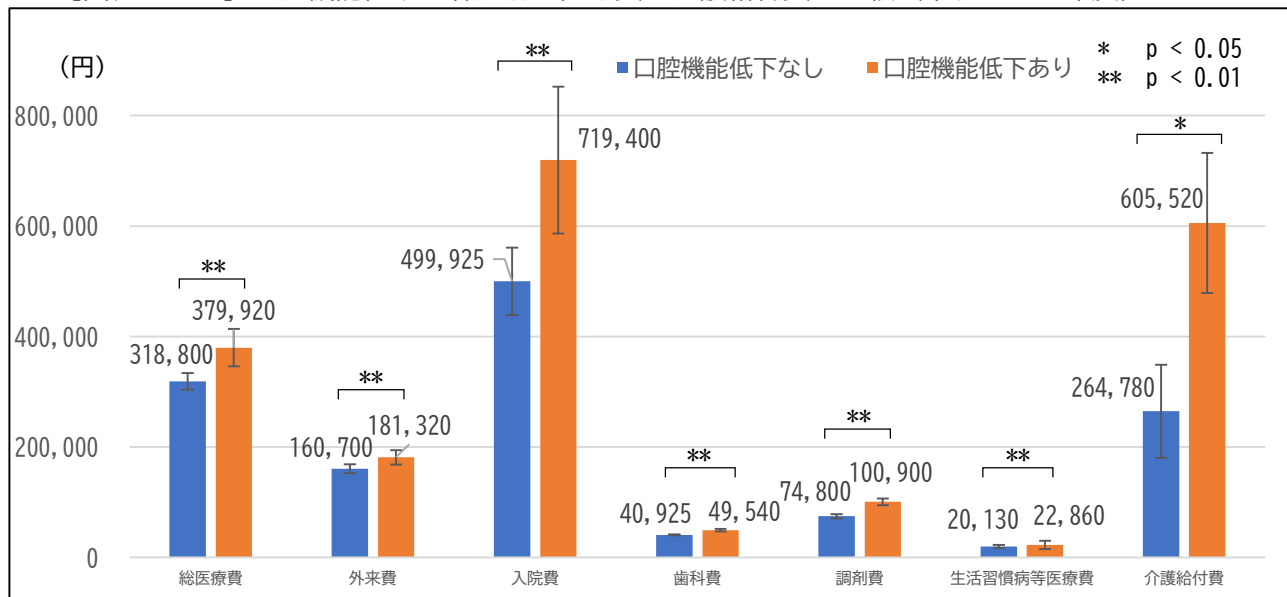
2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(6) 口腔健診受診者のデータ分析

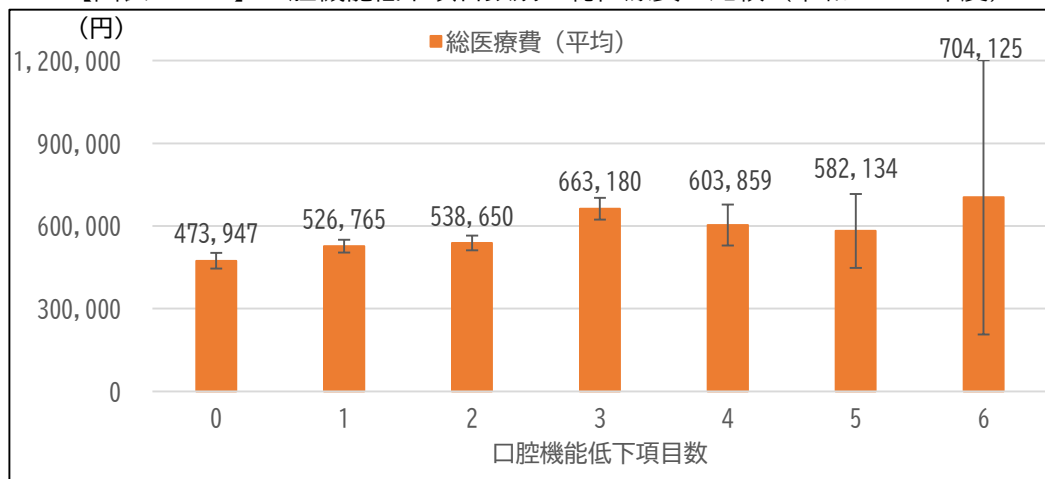
○令和3～4年度の口腔健診データ及びKDBデータをもとに、口腔機能低下症と医療費や介護給付費との関連について、令和3～4年度の口腔健診受診者6,570人のうち、欠損値のない3,316人を分析した結果、口腔機能低下がある者は無い者に比べて、医療費・介護給付費ともに有意に高いことが示されました。(図表2-30)(鹿児島県口腔支援センター調べ)

<口腔機能低下の診断基準> 日本老年歯科医学会が提唱している口腔機能低下症の診断基準を参考に、代替指標を用いて評価(代替指標は右表★印)。舌圧は該当する検査項目がなかったため、相関関係が報告されている口唇閉鎖機能(頬の膨らまし検査)を代替指標とした。各項目該当数が3つ以上の場合に「口腔機能の低下」と定義。	日本老年歯科学会		本分析
	口腔衛生状態	舌苔付着度	⇒
口腔乾燥	口腔水分計	⇒	口腔乾燥(視診)
咬合力	プレスケール	⇒	現在歯20本未満★
舌口唇運動機能	オーラルディアドコキネシス	⇒	オーラルディアドコキネシス
舌圧	舌圧計	⇒	頬の膨らまし検査★
咀嚼機能	グルコセンサー	⇒	お食事マップ(きゅうり未満)
嚥下機能	EAT-10	⇒	反復唾液嚥下テスト(RSST)

▶ 【図表2-30】口腔機能低下の有無別の医療費・介護給付費の比較(令和3・4年度)



▶ 【図表2-31】口腔機能低下項目数別の総医療費の比較(令和3・4年度)



※図表2-30及び図表2-31のエラーバーは標準誤差を示す。

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

－ 医療費の動向 －

(1) 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総計で見ると、全国で3位と高い状況が続いており、最も低い新潟県の1.5倍となっています。（図表2-32、2-33-①）

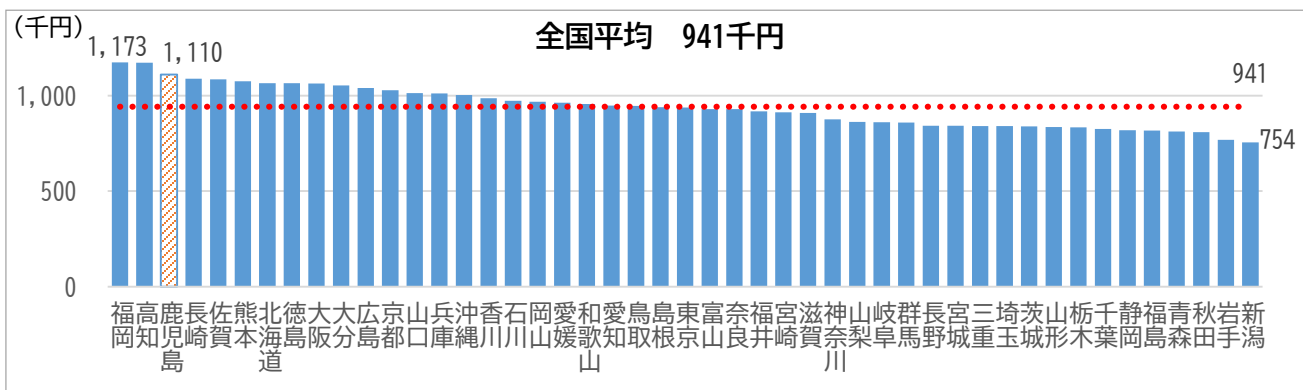
診療種別では、入院医療費が全国2位と高く、歯科は41位と低い傾向があります。（図表2-33-①～④）

▶ 【図表2-32】診療種別1人当たり医療費・都道府県順位及び全国比較（令和3年度）

区分	計	入院	入院外	歯科	その他
鹿児島県	1,110,475円	659,403円	409,154円	26,750円	15,168円
都道府県別順位	3位	2位	20位	41位	17位
全国	940,512円	466,848円	419,170円	36,355円	18,139円

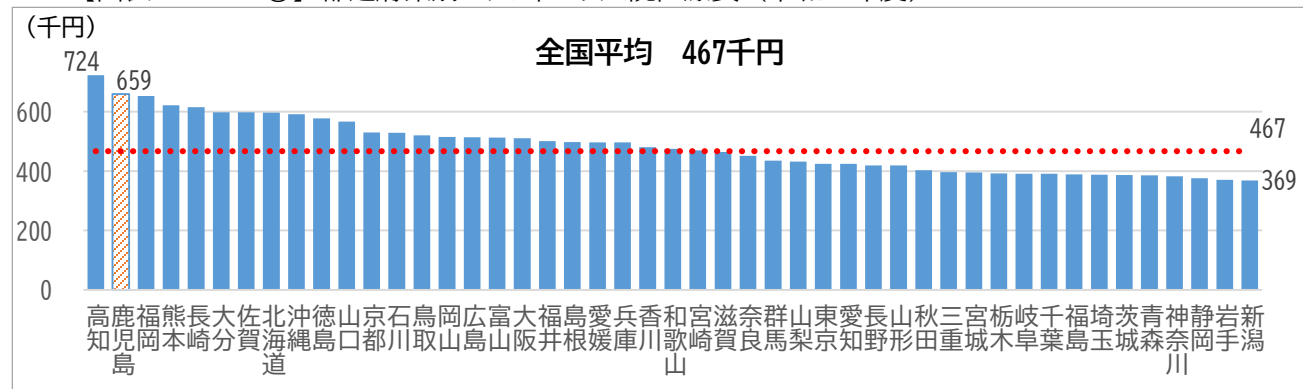
[厚労省・後期高齢者医療事業報告（令和3年度）]

▶ 【図表2-33-①】都道府県別1人当たり医療費（診療種別総計）（令和3年度）



[厚労省・後期高齢者医療事業報告（令和3年度）]

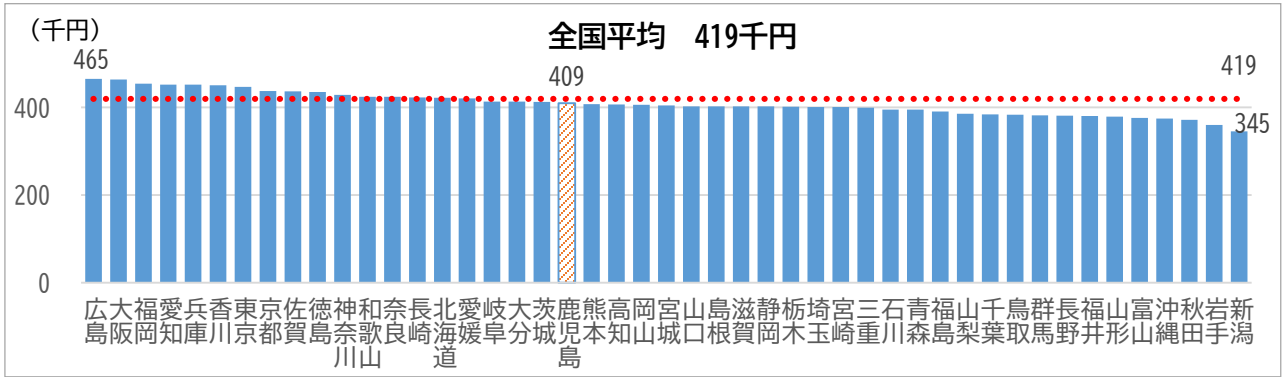
▶ 【図表2-33-②】都道府県別1人当たり入院医療費（令和3年度）



[厚労省・後期高齢者医療事業報告（令和3年度）]

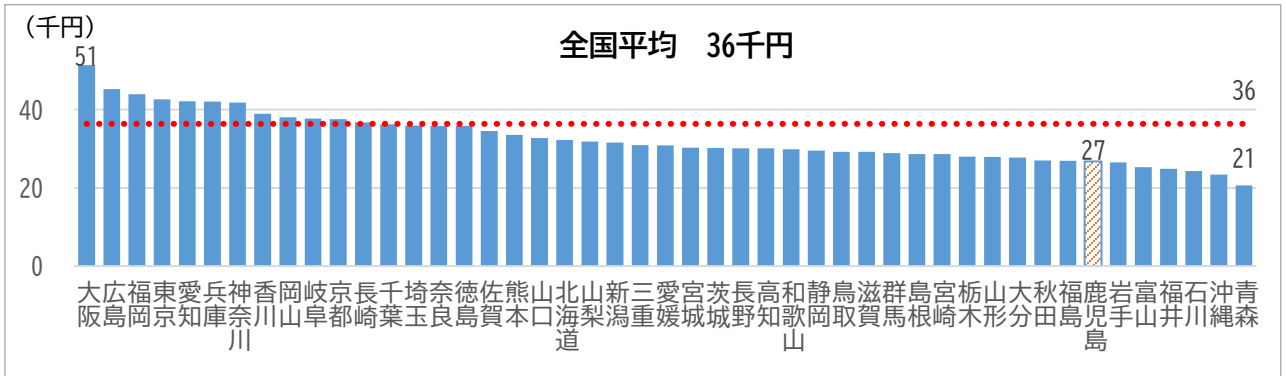
2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

▶ 【図表2-33-③】 都道府県別1人当たり入院外医療費（令和3年度）



[厚労省・後期高齢者医療事業報告（令和3年度）]

▶ 【図表2-33-④】 都道府県別1人当たり歯科医療費（令和3年度）

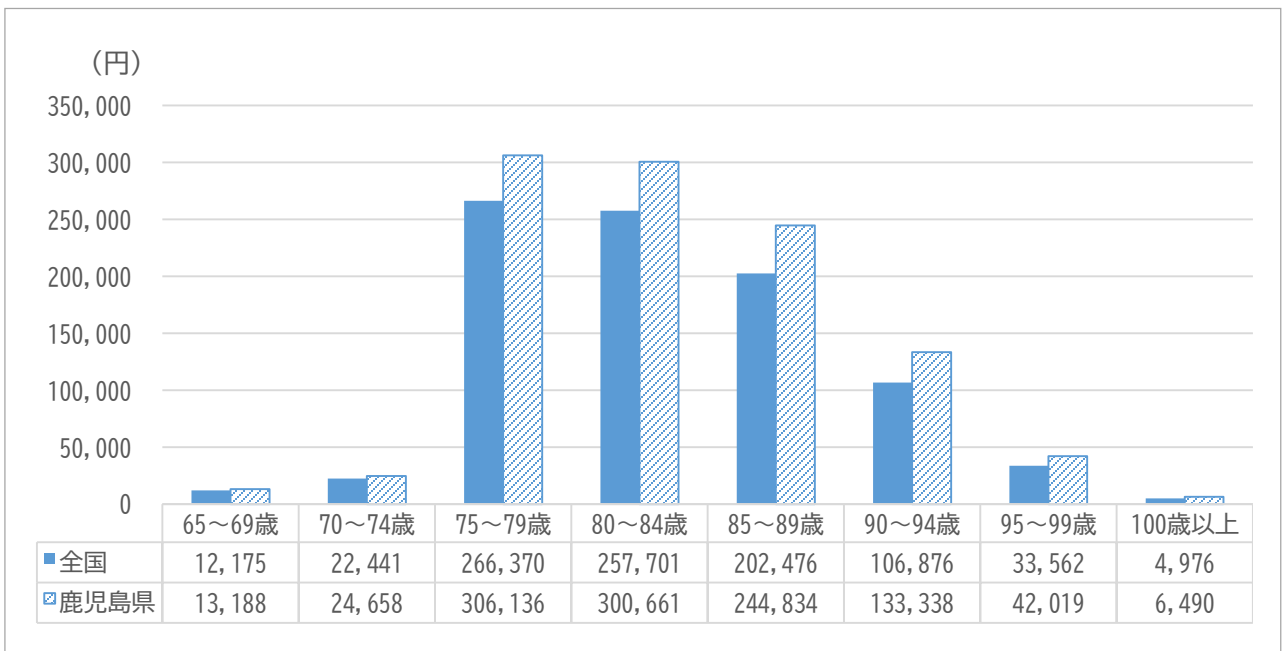


[厚労省・後期高齢者医療事業報告（令和3年度）]

イ 1人当たり医療費（年齢階層別）

年齢調整後の1人当たり医療費でも、全年齢階層で全国を上回っています。

▶ 【図表2-34】 年齢階層別1人当たり医療費の全国比較（年齢調整後）（令和3年度）



[令和3年度医療費の地域差分析基礎データ_電算処理分（厚生労働省保険局調査課2023年6月公表）]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

ウ 1人当たり医療費に影響する3要素

○医療費の3要素を構成する、令和3年度の1人当たり件数（受診率）、診療種別1件当たりの日数、診療種別1日当たりの医療費の状況は以下のとおりです。

○入院の1日当たりの医療費は全国43位と低い状況ですが、入院受診率は2位、1件当たり日数は3位と、受診率が高いこと、長期入院が多い傾向が医療費の高さに影響していると推測されます。

$$1人当たり医療費 = 1人当たり件数（受診率 \times 1件当たり日数 \times 1日あたり医療費）$$

▶ 【図表2-35】医療費の3要素（令和3年度）

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	18.27件/人	1.12件/人	15.30件/人	1.85件/人
	全国	18.38件/人	0.74件/人	15.16件/人	2.47件/人
	都道府県別順位	19位	2位	19位	37位
1件当たり日数 (b)	鹿児島県	2.90日	19.56日	1.80日	1.90日
	全国	2.34日	17.49日	1.69日	1.82日
	都道府県別順位	2位	3位	7位	10位
1日当たり医療費 (c)	鹿児島県	20,671円	30,054円	14,864円	7,599円
	全国	21,430円	36,010円	16,394円	8,064円
	都道府県別順位	36位	43位	44位	42位

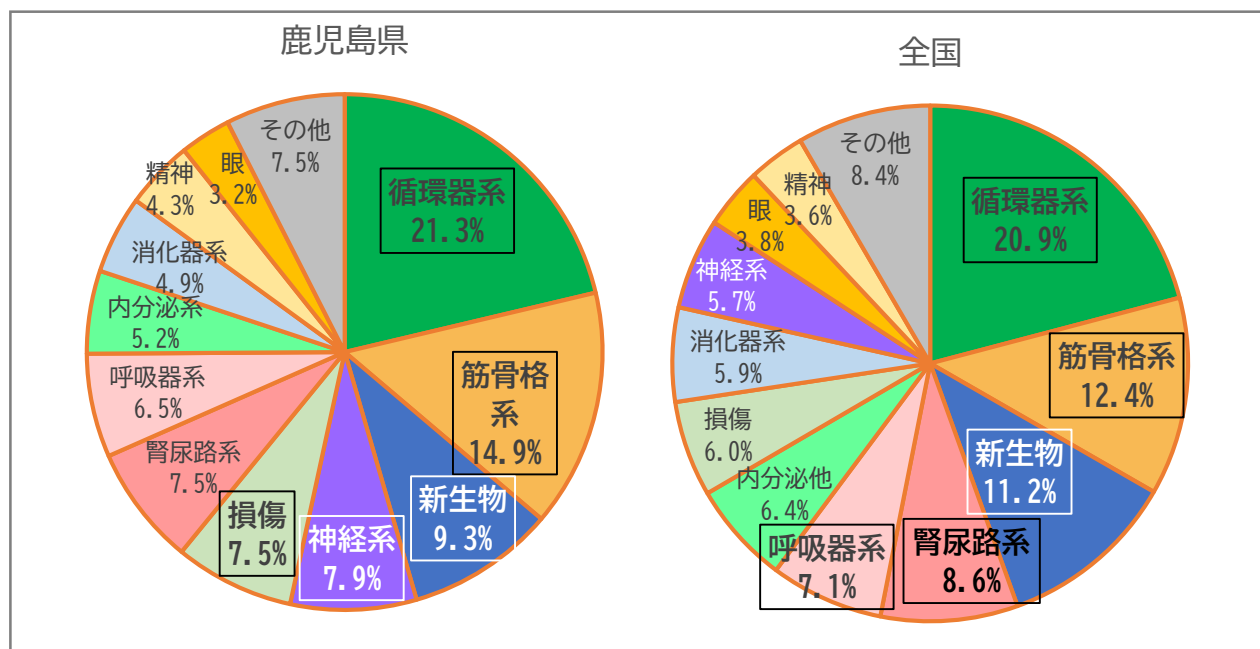
[厚労省・後期高齢者医療事業報告（令和3年度）]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(2) 疾病分類（大分類）別医療費統計

大分類における医療費では、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「新生物<腫瘍>」の順に多くなっています。（図表2-36）

▶ 【図表2-36】大分類疾病別医療費の全国との比較（令和4年度）



[KDB_S23_003_疾病別医療費分析（大分類）【令和4年度】]

▶ 【図表2-37】大分類疾病別医科医療費の経年推移（上位5位のみ）

(百万円)

大分類 (R4高い順)	H30		R1		R2		R3		R4	
	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位
1 循環器系の疾患	57,819	1	59,175	1	57,453	1	58,747	1	58,439	1
2 筋骨格系及び結合組織の疾患	42,460	2	42,850	2	40,315	2	40,234	2	40,914	2
3 新生物<腫瘍>	21,094	4	22,712	4	22,876	4	23,671	3	25,633	3
4 神経系の疾患	22,897	3	23,708	3	23,070	3	21,991	4	21,689	4
5 損傷、中毒及びその他の外因の影響	19,224	6	19,838	6	19,537	6	20,697	5	20,515	5

[KDB_S23_003_疾病別医療費分析（大分類）【平成30年度～令和4年度】]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(3) 疾病分類（中・細小分類）別医療費統計

中分類における医療費では、「その他の心疾患（心不全含む）」、「骨折」、「腎不全」の順に多いです。特に「その他の心疾患（心不全含む）」の医療費は大きく増加しています。

また、「関節症」、「骨の密度及び構造の障害」はともに減少傾向にある一方、「骨折」、「糖尿病」、「その他の筋骨格系及び結合組織の疾患」は増加傾向にあります。

▶ 【図表2-38】中分類疾病別医療費の全国との比較（上位20位のみ）（百万円）

中分類（R4高い順）		H30		R1		R2		R3		R4	
		医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位	医療費	順位
1	その他の心疾患	24,479	1	26,126	1	26,095	1	27,670	1	27,992	1
2	骨折	15,457	3	15,971	3	15,804	3	16,765	2	16,384	2
3	腎不全	15,838	2	16,076	2	15,883	2	15,657	3	15,626	3
4	その他の悪性新生物<腫瘍>	9,865	6	10,343	5	10,370	5	10,720	5	11,691	4
5	脳梗塞	12,399	4	12,437	4	11,610	4	11,680	4	11,109	5
6	糖尿病	8,765	9	9,162	8	9,121	6	9,303	6	9,785	6
7	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	7,667	12	8,037	12	7,784	13	8,472	9	9,548	7
8	その他の神経系の疾患	7,387	14	8,150	11	8,921	7	8,943	7	9,331	8
9	その他の消化器系の疾患	7,410	13	7,985	13	8,003	12	8,270	10	8,630	9
10	関節症	9,004	8	9,419	7	8,694	8	8,658	8	8,478	10
11	その他の呼吸器系の疾患	7,183	15	6,993	15	7,382	14	8,007	12	8,104	11
12	脊椎障害（脊椎症を含む）	9,271	7	8,811	9	8,352	10	8,099	11	8,091	12
13	骨の密度及び構造の障害	8,743	10	8,809	10	8,235	11	7,782	13	7,888	13
14	高血圧性疾患	8,130	11	7,732	14	7,355	15	7,110	15	7,143	14
15	アルツハイマー病	9,871	5	9,722	6	8,420	9	7,258	14	6,624	15
16	その他の眼及び付属器の疾患	5,914	16	6,190	16	5,909	16	5,917	16	6,073	16
17	その他の特殊目的用コード	0	119	0	119	23	107	276	74	6,005	17
18	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	4,261	19	4,286	19	4,412	18	4,490	18	4,607	18
19	虚血性心疾患	5,274	17	5,162	17	5,004	17	4,683	17	4,440	19
20	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2,755	25	3,334	25	3,404	22	3,588	22	3,763	20

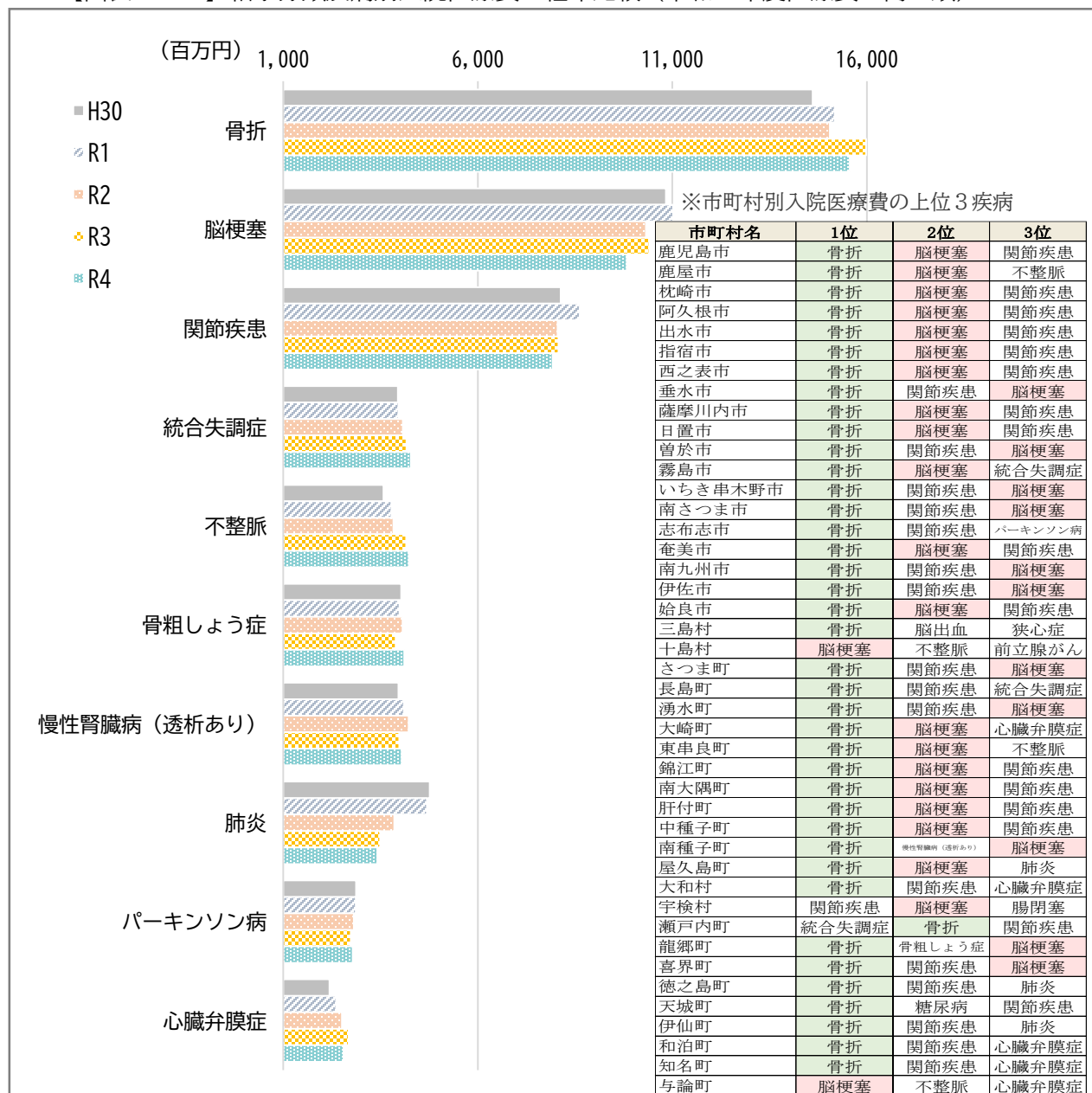
[KDB_S23_004_疾病別医療費分析（中分類）【平成30年度～令和4年度】]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(4) 疾病分類（細小分類）別医療費統計（入院）

入院では、「骨折」、「脳梗塞」、「関節疾患」と過去5年順位が変わらず、「骨折」は年々医療費が増加しており、市町村ごとにも、全市町村で「骨折」と「脳梗塞」いずれかが3位までに入っています。

▶ 【図表2-39】細小分類疾病別入院医療費の経年比較（令和4年度医療費が高い順）



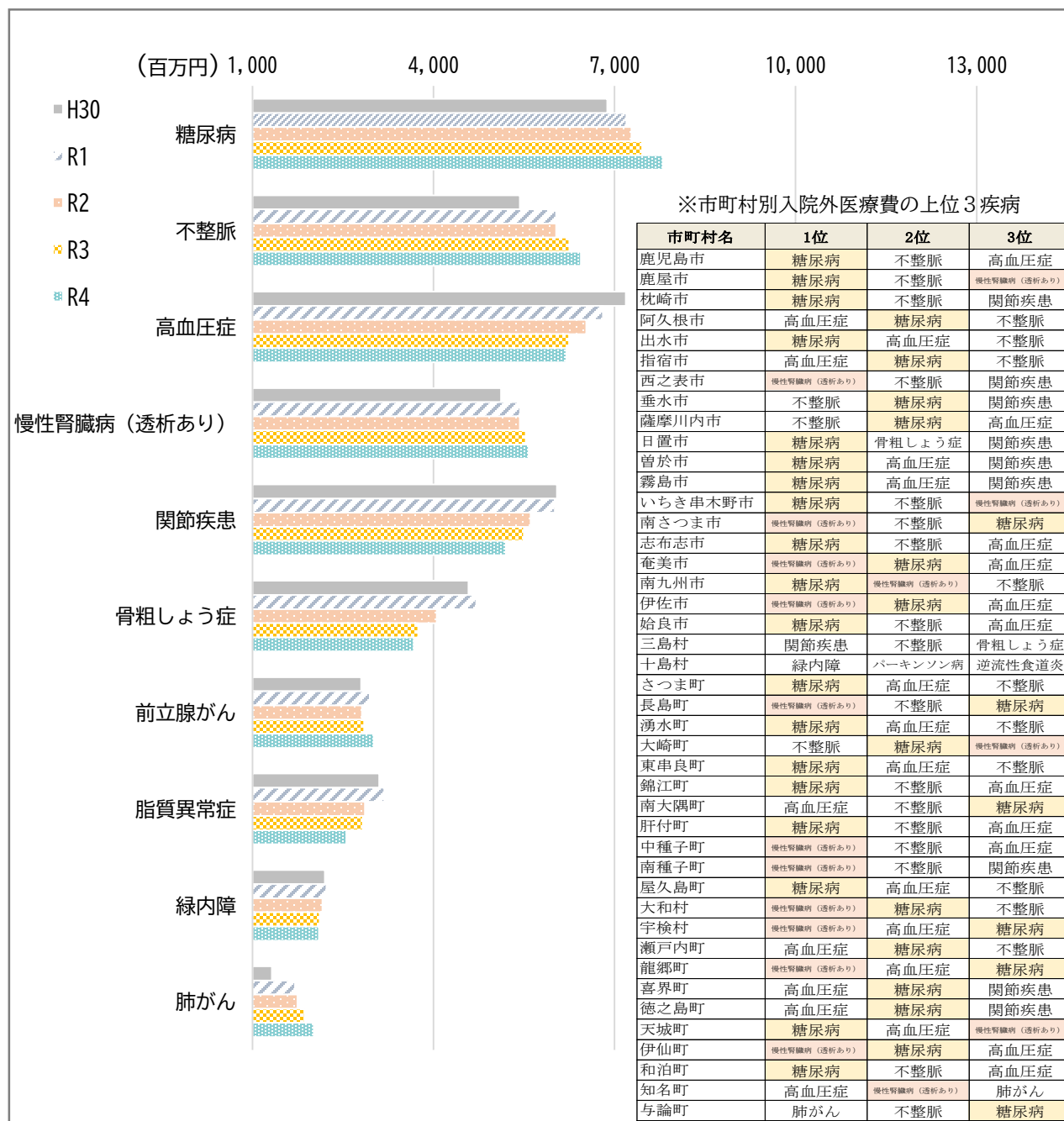
[KDB_S23_001_医療費分析(1)細小分類]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(5) 疾病分類（細小分類）別医療費統計（入院外）

入院外では、「糖尿病」、「不整脈」、「高血圧症」の順に多く、「糖尿病」と「不整脈」は医療費が年々増加しています。「慢性腎臓病（透析あり）」は、入院が7位、入院外が4位で、入院・入院外ともに医療費が増加傾向です。また、約7割の市町村で「糖尿病」もしくは「慢性腎臓病（透析あり）」が医療費の1位を占めています。

▶ 【図表2-40】細小分類疾病別入院外医療費の経年比較（令和4年度医療費が高い順）



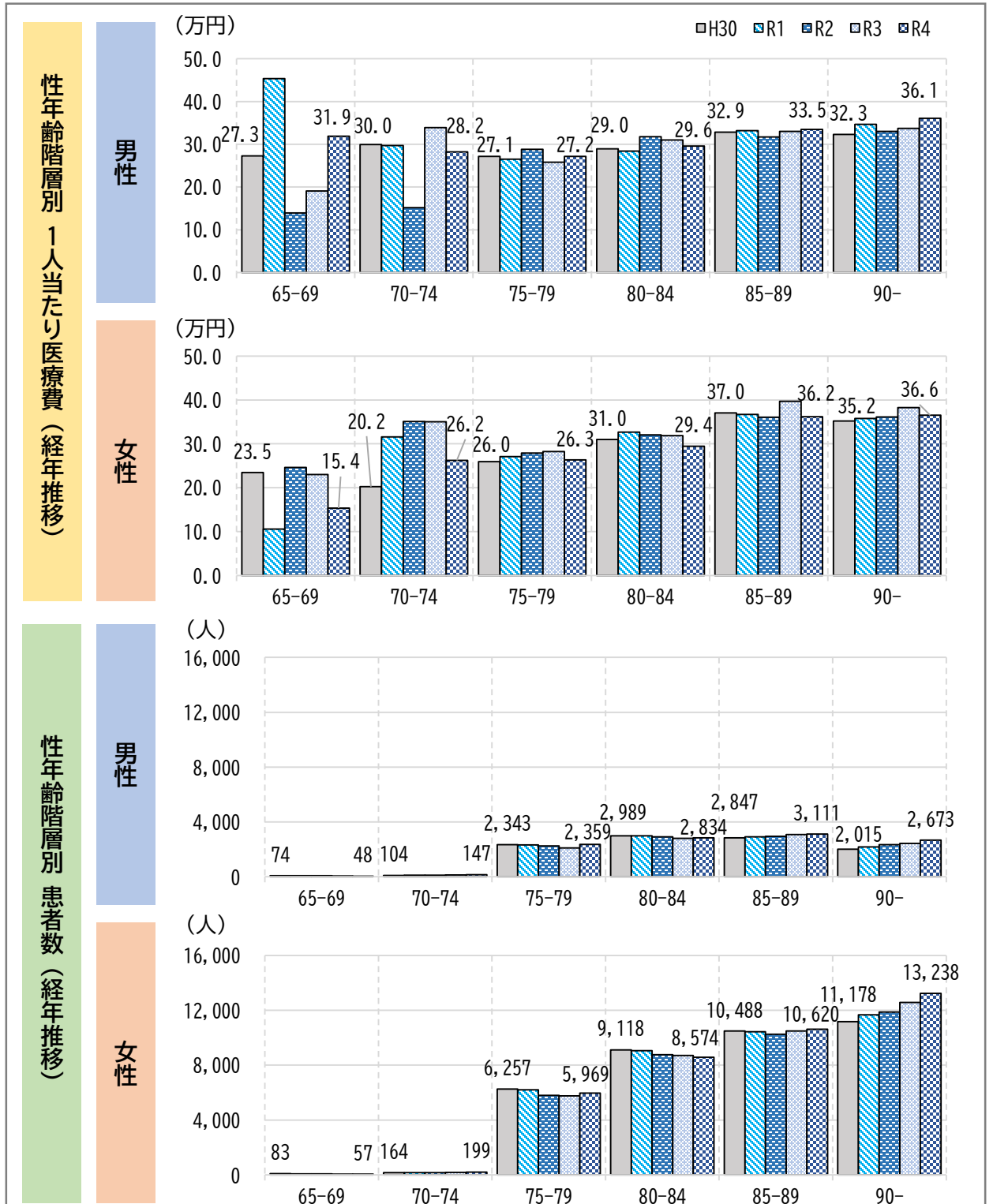
[KDB_S23_001_医療費分析(1)細小分類]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(6) 骨折における1人当たり医療費と患者数

骨折の患者数は女性が圧倒的に多く、特に、80歳以上で増加しています。また、90歳以上では、平成30年度から継続的に増加しています。

▶ 【図表2-41】骨折における性年齢階層別1人当たり医療費と患者数の経年比較



[KDB_S23_004_医療費分析(中分類)]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

－ 重複・多剤の状況 －

(1) 重複処方及び多剤の状況

薬物有害事象の発生頻度が増加するとの研究報告がある6剤以上の薬剤処方が被保険者の44%、10剤以上が20%、15剤以上が4.6%を占め、また2つ以上の医療機関での重複処方も被保険者の0.8%を占めているとともに、ハイリスク者の割合も微増傾向です。

(図表2-42①②、2-42)

▶ 【図表2-42-①】多剤処方の発生状況(令和5年3月)

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数(同一月内)						
		6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
人数	1日以上	122,048	102,964	84,866	68,127	53,790	12,425	2,075
	15日以上	120,348	101,722	83,967	67,456	53,277	12,333	2,064
	30日以上	88,591	75,037	62,072	50,053	39,730	9,608	1,698
	60日以上	20,504	17,261	14,218	11,450	9,100	2,339	459
	90日以上	4,739	4,009	3,386	2,726	2,169	590	124
	120日以上	289	251	214	180	153	46	10
割合	1日以上	45.03	37.98	31.31	25.13	19.84	4.58	0.77
	15日以上	44.40	37.53	30.98	24.89	19.65	4.55	0.76
	30日以上	32.68	27.68	22.90	18.47	14.66	3.54	0.63
	60日以上	7.56	6.37	5.25	4.22	3.36	0.86	0.17
	90日以上	1.75	1.48	1.25	1.01	0.80	0.22	0.05
	120日以上	0.11	0.09	0.08	0.07	0.06	0.02	0.00

▶ 【図表2-42-②】重複処方の発生状況(令和5年3月)

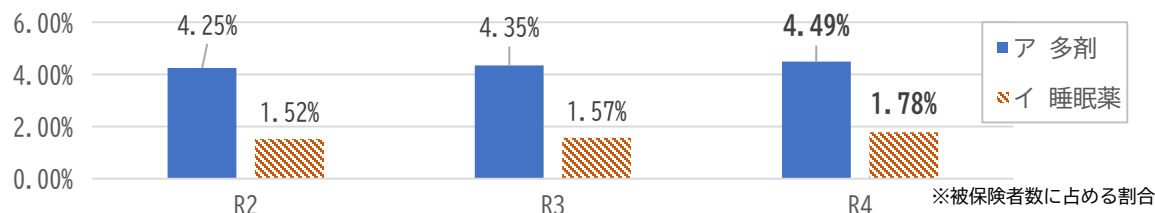
他医療機関との重複処 方が発生した医療機 関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
人数	2医療機関以上	2,199	424	187	113	75	47	33	17	13	9
	3医療機関以上	20	6	3	3	2	2	1	0	0	0
	4医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
割合	2医療機関以上	0.8	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	3医療機関以上	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	4医療機関以上	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	5医療機関以上	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

[KDB_S27_013_重複・多剤処方の状況【令和5年3月診療分】]

▶ 【図表2-43】一体的実施・KDB活用支援ツールで抽出したハイリスク者率の経年推移

ア 多剤：処方薬剤数15剤以上(各年5月診療時点)

イ 眠剤：睡眠薬処方有かつ質問票⑧(転倒)該当又は質問票⑩⑪(認知機能)の2つに該当



[一体的実施・KDB活用支援ツール【多剤、眠剤】]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

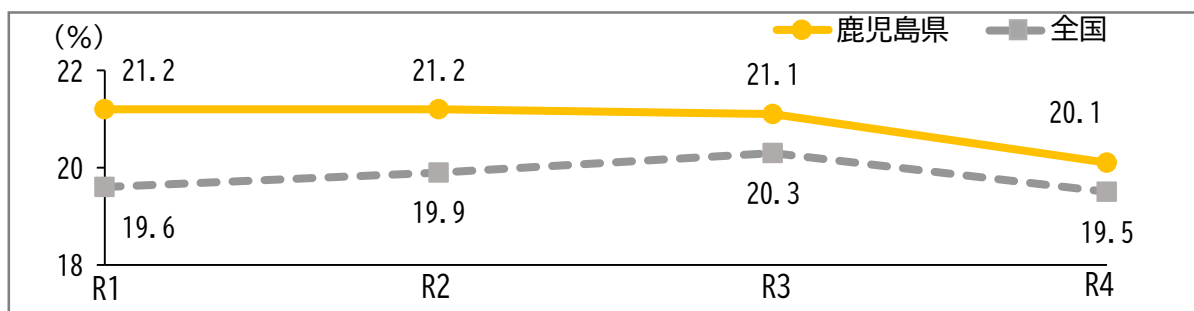
－ 要介護関係の状況 －

(1) 要介護認定率とその要因等

鹿児島県の要介護認定率は令和4年度時点で20.1%で、全国の19.5%よりやや高い状況となっており、要介護認定者のうち、要支援1・2及び要介護1・2の軽度者が62%を占めています。

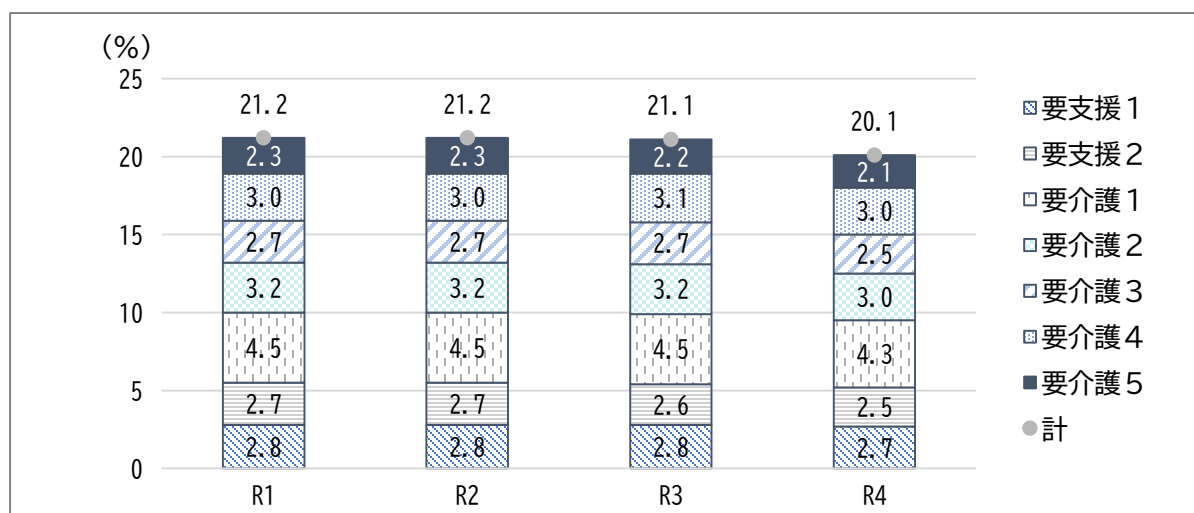
また、令和4年度高齢者実態調査によると、要介護状態となった原因疾患は、①認知症、②転倒・骨折、③脳卒中、④高齢によるフレイルの順に多くなっています。

▶ 【図表2-44】 要介護認定率の経年推移の全国比較



[KDB_S29_003_健康スコアリング (介護)]

▶ 【図表2-45】 介護度別認定者割合の経年比較



[KDB_S29_003_健康スコアリング (介護)]

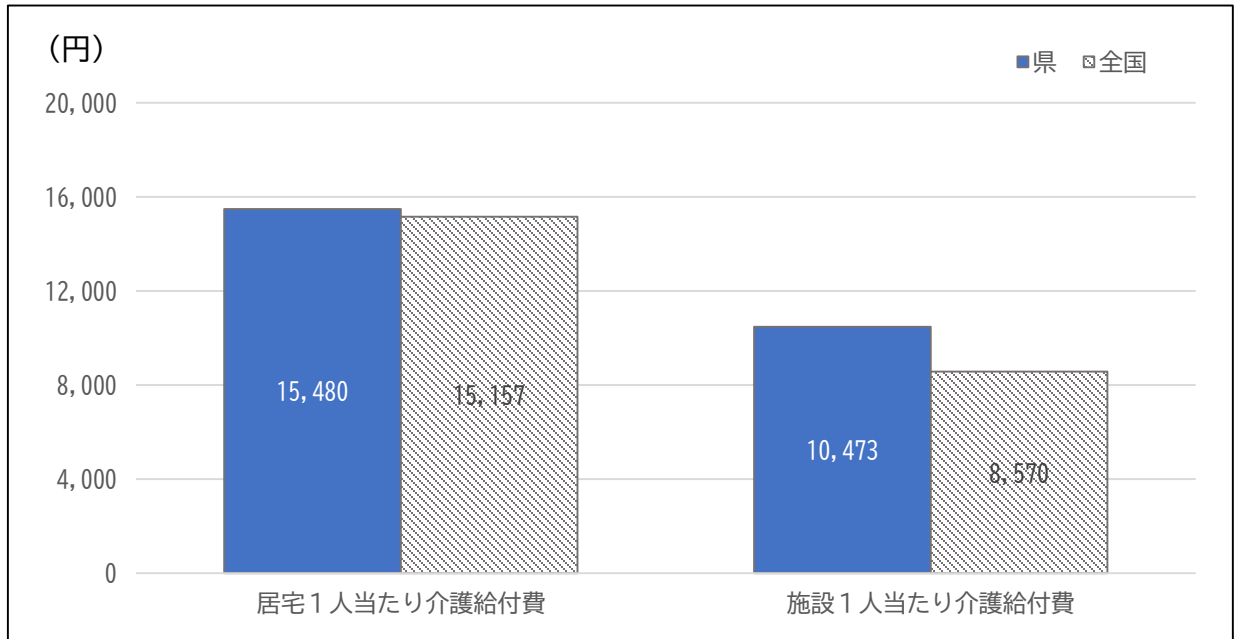
▶ 【図表2-46】 要介護状態になった主な原因疾患等

	主な原因疾患等	割合
1	認知症(アルツハイマー病等)	21.7%
2	骨折・転倒	20.7%
3	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	17.0%
4	高齢による衰弱(フレイル)	16.6%
5	心臓病	10.5%

[令和4年度高齢者実態調査 (県高齢者生き生き推進課情報)]

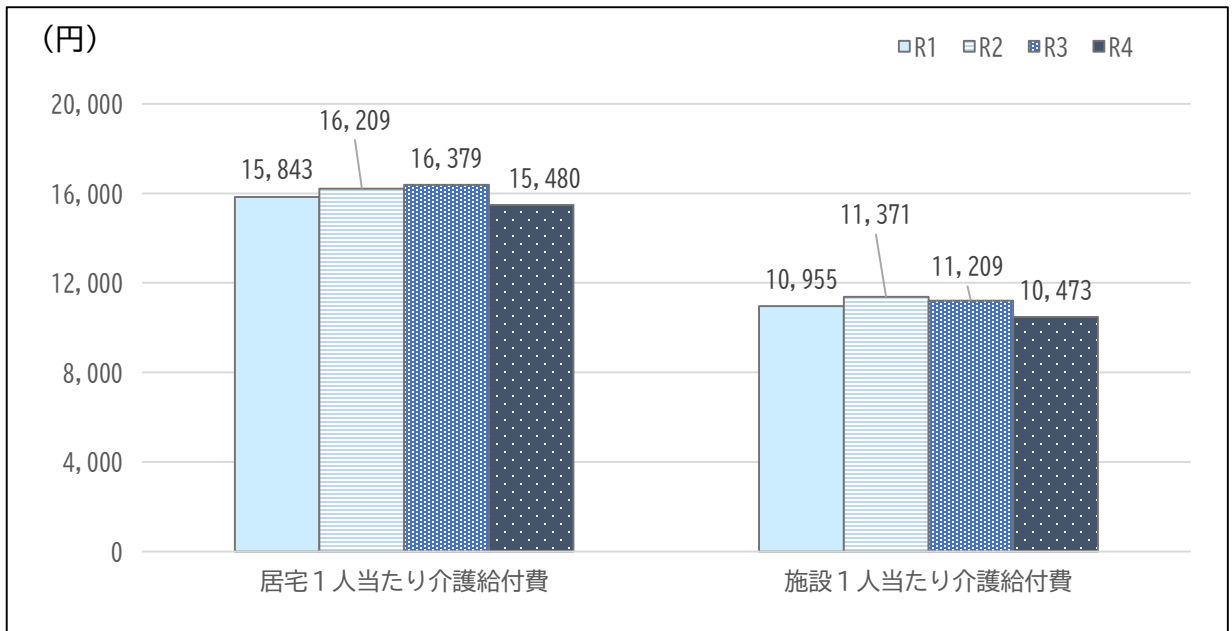
2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

▶ 【図表2-47-①】 1人当たり介護給付費の全国比較（令和4年度）



[KDB_S29_003_健康スコアリング（介護）]

▶ 【図表2-47-②】 1人当たり介護給付費の経年推移



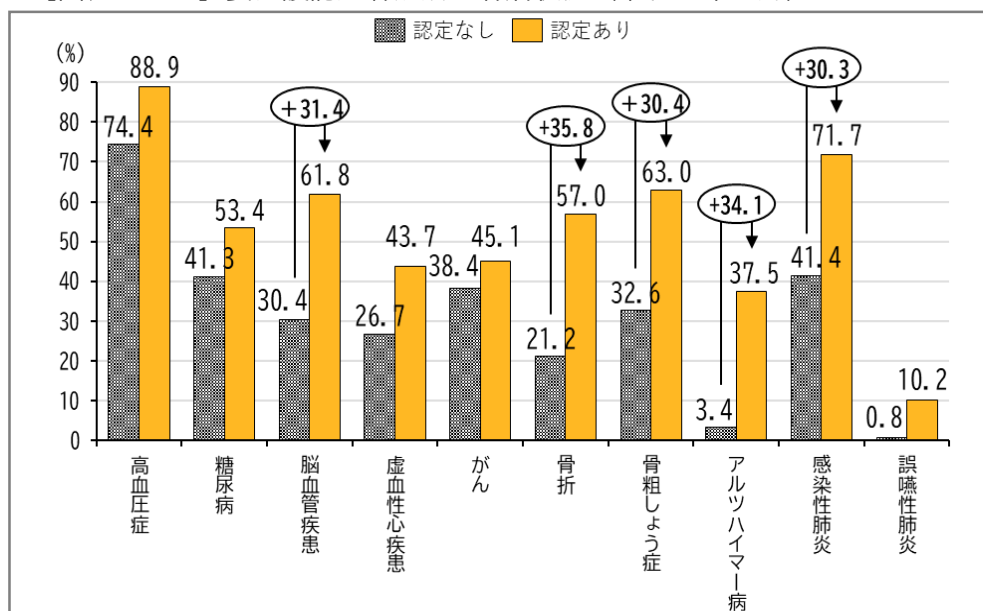
[KDB_S29_003_健康スコアリング（介護）]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(2) 要介護認定有無別の有病率

要介護認定ありと認定なしの被保険者で疾病の有病率の差を比較すると、「骨折」、「アルツハイマー病」、「脳血管疾患」、「骨粗しょう症」、「感染性肺炎」などにおいて、介護認定者のほうが特になくなってきています。

▶ 【図表2-48】 要介護認定有無別の有病状況（令和5年3月）

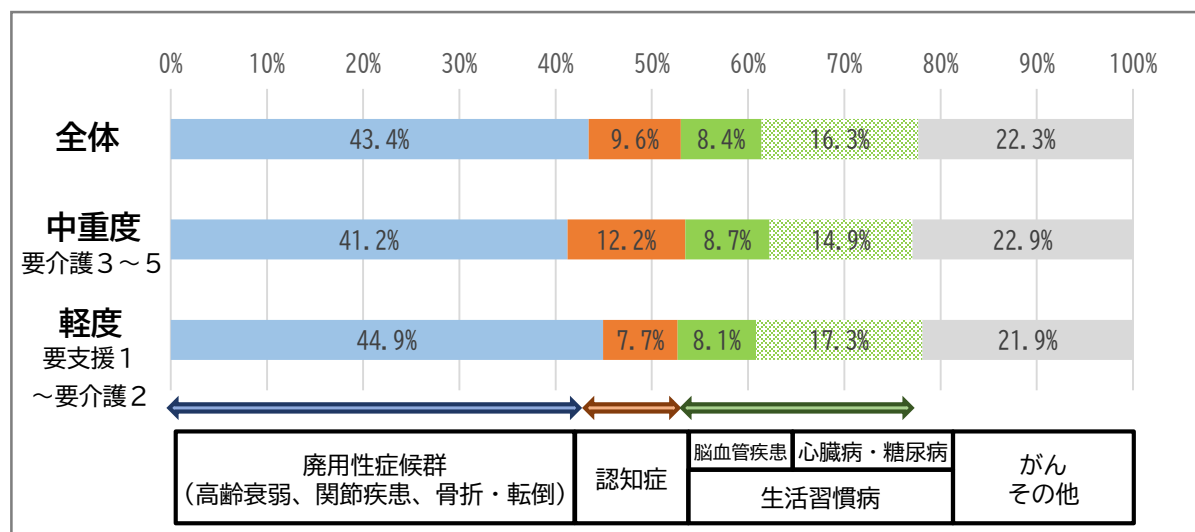


[KDB_S24_004_後期高齢者の医療（健診）・介護突合状況【令和5年3月】]

(3) 要介護度別の有病率

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）や生活習慣病を治療中の者が70.3%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2-49】 要介護認定者の有病状況（令和5年3月）



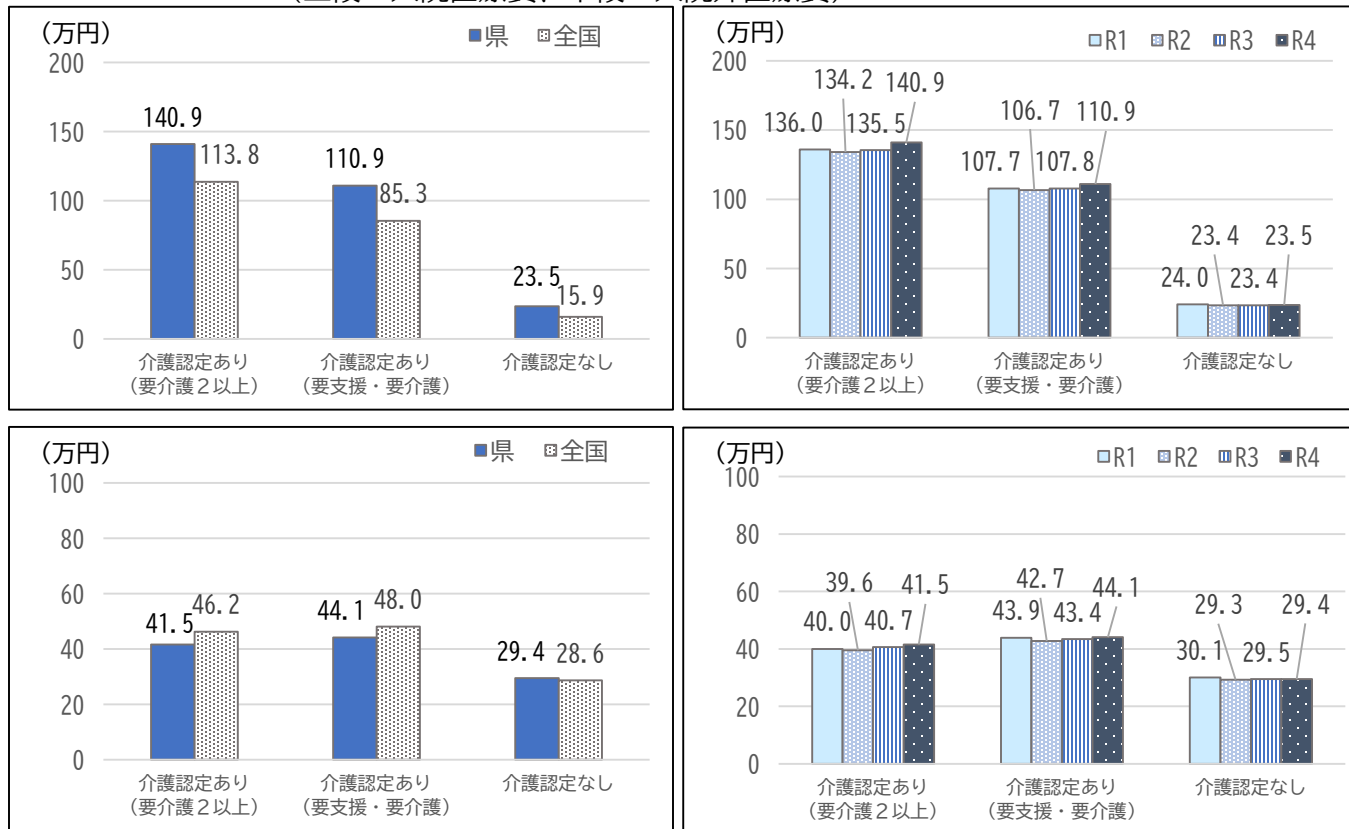
[KDB_S24_004_後期高齢者の医療（健診）・介護突合状況【令和5年3月】]

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

(4) 要介護度別の医療費

介護認定ありは認定なしに比べて、入院・入院外とも医療費が高く、特に1人当たり入院費は介護度や認定の有無に限らず、全国に比べて高くなっています。

- ▶ 【図表2-50】 要介護認定の有無による入院・入院外医療費の全国比較及び経年比較
(上段：入院医療費、下段：入院外医療費)



[KDB_S29_003-健康スコアリング (介護) _介護・医療のクロス分析(集計)]

(5) 通いの場の状況

本県の住民主体の通いの場は全市町村で運営されており、参加率は全国5.3%と比べて高く、週1回以上参加している割合は令和3年度で3.6%と国(2.1%)より高い状況を維持しています。

- ▶ 【図表2-51】 通いの場の状況

	65歳以上の人口 ①	住民運営の通いの場を持つ市町村数	通いの場の数	参加者数 ②	【再掲】 体操(運動)を毎回実施 (週1回以上)		通いの場に参加している高齢者の割合 ②/①	体操(運動)を毎回実施(週1回以上)場の参加割合 ③/①
					場の数	参加者数 ③		
本県(R3)	522,892	43	3,333	52,184	—	18,847	10.0%	3.6%
本県(R2)	518,506	43	3,339	53,214	—	19,335	10.3%	3.7%
全国(R2)	3,558万	1,620	113,886	1,884,745	37,876	761,846	5.3%	2.1%

全国及び県 [通いの場の開催状況/介護予防・日常生活支援総合事業 (全国は令和2年度、県は令和3年度国実績報告)]
※ 介護予防に資する場の参加割合は、鹿児島県高齢者生き生き推進課算出データ (県独自集計)

2-3. 健康・医療・介護情報等の分析

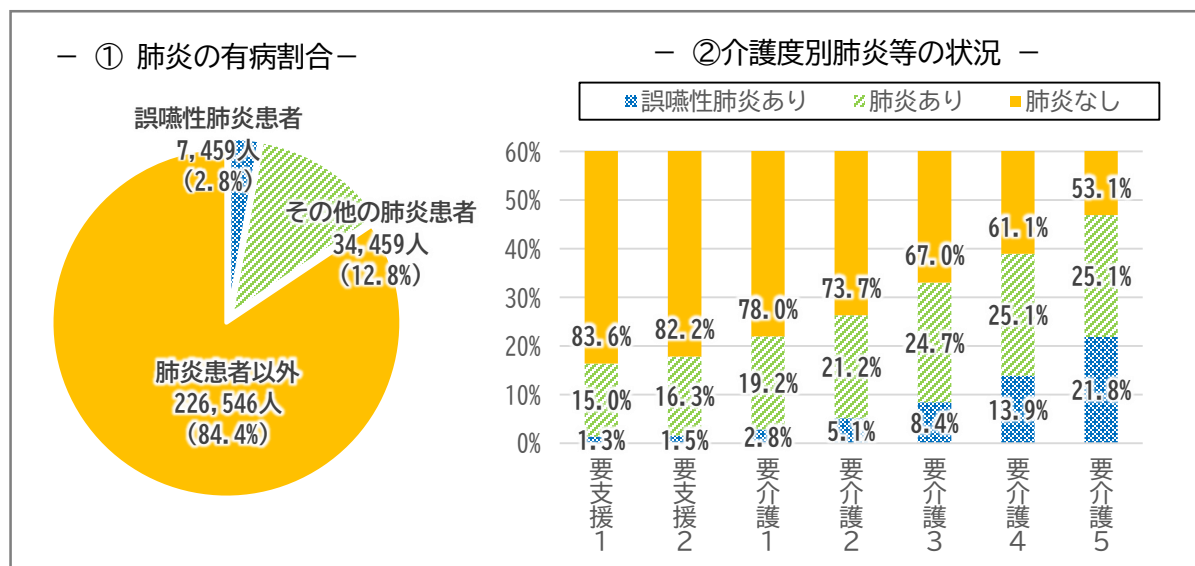
(6) 肺炎等の有病状況

令和5年3月時点で診療レセプトがあった被保険者の15.6%が、肺炎の治療をしています。（図表2-52-①）

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率が上昇しています。（図表2-52-②）

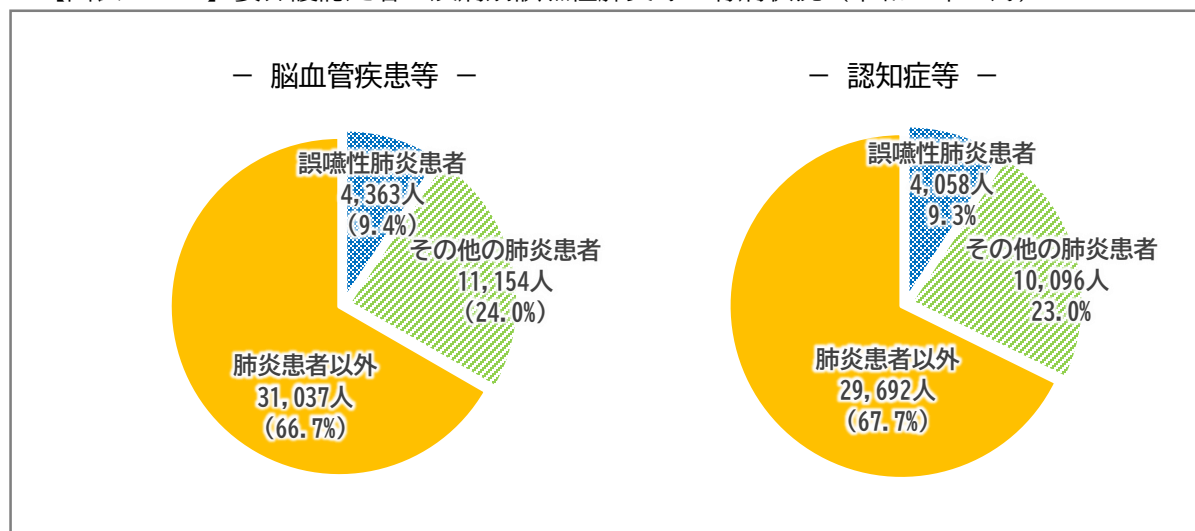
要介護認定者の肺炎の有病状況をみると、脳血管疾患で受療中の方は、誤嚥性肺炎が9.4%、その他肺炎が24.0%、認知症等で受療中の方は誤嚥性肺炎が9.3%、その他肺炎が23.0%と、どちらも肺炎の有病率が上がっています。（図表2-53）

▶ 【図表2-52-①②】 誤嚥性肺炎等の有病状況（令和5年3月）



[当広域連合医療費分析データ（令和5年3月診療分）]

▶ 【図表2-53】 要介護認定者の疾病別誤嚥性肺炎等の有病状況（令和5年3月）



[当広域連合医療費分析データ（令和5年3月診療分）]

2-4. 健康課題の整理

— 健康課題の整理 —

本章の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整理しました。

広域連合の特徴とアセスメント	
平均自立期間・死因	<p><平均余命と平均自立期間></p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の平均余命は男性80.9歳（全国81.7歳）、女性87.4歳（全国87.8歳）で、平均自立期間は男性79.4歳（全国80.1歳）、女性84.3歳（全国84.4歳）と、いずれも全国より低く、平均自立期間の市町村格差も大きい。 <p><死因と死亡率></p> <ul style="list-style-type: none"> 死因としては、全国と同様に、「がん」、「心疾患」、「老衰」、「脳血管疾患」、「肺炎」の順で多く、全国と比較して、「心疾患」が0.1割、「脳血管疾患」が1.1割、「その他呼吸器系の疾患（肺炎）」が0.3割高い。
健診結果	<p><健診受診率></p> <ul style="list-style-type: none"> 当広域連合は被保険者数に対する受診割合が22.95%と全国24.8%に比べ低い。平成30年度～令和3年度は約20%だったが、令和4年度は22.95%と受診率が向上。 性・年齢階層別受診率は、男女ともに各年齢階層で微増傾向にあり、80歳～84歳の受診率が最も高い。 市町村別の令和4年度健診受診率は、最も高い市町村が64.2%、最も低い市町村は6.8%と市町村格差が大きい。 健診や医療を受けておらず介護認定等も受けていない「健康状態不明者」が微増傾向。 <p><健康診査の結果></p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の健診結果有所見率は全国と変わらないが、健診受診者約6万人のうち「受診勧奨判定値あり」は約6割で、「血圧」、「腎機能」、「血糖」の順に多い。 令和4年度の後期高齢者の質問票では、体重変化を除き、全国平均より良好。性別・年齢調整後も全国平均と同程度、経年的にも同程度を維持できているものの、口腔機能リスクのある者は36.0%、運動・転倒リスクのある者は70.7%。 男女別にみると、喫煙以外は男性の方が適正な生活習慣を有する者の割合が高く、女性は男性に比べて特に口腔機能や運動転倒リスクが高かった。 <p><口腔健診></p> <ul style="list-style-type: none"> 受診率：令和元年度は12.90%、令和2～3年度は8～9%前後、令和4年度は11.02%。 76歳と80歳の受診率は同程度。 市町村格差が大きく、最も高い市町村は19.7%で、受診者がいなかった0%が2町村あり。 <p><口腔健診の結果></p> <ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の結果、異常なしは76歳・80歳ともに5%弱で、歯周病や齲蝕・義歯等に係る要指導が46%、要治療・要精密が80%を占めるとともに、口腔機能低下が疑われる者（健診7項目中3項目以上該当）は、76歳で18.4%、80歳が25.1%と加齢とともにその割合が高くなっている。 健診受診時のアンケートで、年1回以上の定期健診を受けていないと回答した者は40%、半年前に比べて硬いものが食べにくいのは23%、お茶や汁物でむせると回答した者が21%。 令和4年度の口腔健診受診者のうち8020到達者は、1,743人中1,018人で58.4%。 令和3・4年度の口腔健診受診者で口腔機能低下がある者は無い者に比べて、医療費・介護給付費ともに有意に高い。

2-4. 健康課題の整理

広域連合の特徴とアセスメント	
医療	<p><医療費の状況></p> <ul style="list-style-type: none"> 1人当たり医療費は、年々上昇し、平成30年度から全国3位と高止まりしている。 特に、令和3年度1人当たり入院費は659,403円と全国(466,848円)の1.4倍で全国2位となっている。1日当たり医療費は全国43位と低いものの、1件当たり日数が全国3位、入院受診率が全国2位と高いことが影響しているものと考えられる。
	<p><疾病別医療費></p> <ul style="list-style-type: none"> 大分類における医療費は、①循環器疾患21.3% (全国20.9%)、②筋骨格系及び結合組織の疾患14.9% (全国12.4%) の順に多い。 中分類における医療費は、「循環器系の疾患」が増加傾向にあり、その中でも、「その他の心疾患(心不全含む)」の医療費は大きく増加。「筋骨格系及び結合組織疾患」の医療費は減少傾向にある一方、「骨折」は増加傾向にある。 小分類における医療費は、入院では①骨折、②脳梗塞、③関節疾患と過去5年順位が変わらず、骨折は年々医療費が増加しており、市町村ごとにみても、全市町村が「骨折」と「脳梗塞」が3位までに入っている。入院外では、①糖尿病、②不整脈、③高血圧の順に多く、「糖尿病」と「不整脈」は医療費が年々増加している。「慢性腎臓病(透析あり)」は、入院が7位、入院外が4位で、入院・入院外ともに医療費が増加傾向。約70%の市町村で「糖尿病」、「慢性腎臓病(透析あり)」が医療費の上位を占める。
	<p><服薬></p> <ul style="list-style-type: none"> 重複投薬(2つ以上の医療機関で重複処方が発生)患者は被保険者全体の約0.8%、多剤投薬で同月内6剤以上(15日以上処方)の患者は、全体の約44.4%で、10剤以上は約20%、15剤以上では4.6%を占める。 一体的実施支援ツールによる令和4年度の抽出数は、多剤(15剤以上処方)が被保険者の4.4%、眠剤の処方があり質問票⑧(転倒)に該当又は質問票⑩(認知:物忘れ)・⑪(認知:見当識)のいずれにも該当する者は1.8%を占め、経年的にも微増傾向となっている。 また、眠剤服用者のうち65%が身体的フレイルを併せ持っている。

2-4. 健康課題の整理

広域連合の特徴とアセスメント

<要介護認定率>

- 本県の要介護認定率は20.1%で、全国(19.5%)より高く、要介護認定者全体の9割が75歳以上で、75歳以上人口の要介護(要支援)認定率は35%、要支援1・2及び要介護1・2の軽度者が62%を占める。
- 令和元年度時点の21.2%から令和4年度時点は20.1%と下降している。特に要介護1～3の割合が減少傾向。
- 令和4年度県高齢者実態調査によると、要介護認定となった主な原因疾患は、①認知症、②骨折・転倒、③脳卒中、④高齢による衰弱(フレイル)の順に多かった。

<介護給付費>

- 1人当たり介護給付費(居宅)は15,480円で、全国(15,157円)よりやや高い。
- 1人当たり介護給付費(施設)は10,473円で、全国(8,570円)より高い。
- 1人当たり介護給付費は「居宅」「施設」とともに過去4年間で微減傾向。

<要介護認定有無別の有病率>

- 要介護認定なしに比べて認定ありの有病率の差が大きい疾患は、「骨折」、「アルツハイマー病」、「脳血管疾患」、「骨粗しょう症」、「感染性肺炎」であった。
- 要介護認定者の有病状況の割合は、「高血圧症」、「心臓病」、「脳疾患」、「がん」、「筋・骨格」、「精神」、「認知症」、「アルツハイマー病」が全国と比べて高く、「糖尿病」は低かった。
- 経年的にみると、「心臓病」や「筋骨格系疾患」の有病割合が増加している。

<通いの場>

- 通いの場の県全体の箇所数は令和2年度3,339か所から令和3年度3,333か所と若干減少しているものの、住民主体の通いの場への参加率は令和3年度10.0%と全国(5.3%)と比べて高く、週1回以上体操をしている通いの場への参加率は令和3年度で3.6%と、全国(2.1%)より高い状況を維持している。

<介護と医療のクロス分析>

- 要介護認定ありは認定なしに比べて、入院・入院外とも医療費が高く、特に1人当たり入院費は介護度や認定の有無に限らず、全国に比べて高くなっている。
(入院)
 - 要介護認定あり(要介護2以上)は140.9万円で、全国(113.8万円)より高い。
 - 要介護認定あり(要支援・要介護)は110.9万円で、全国(85.3万円)より高い。
 - 要介護認定なしは23.5万円で、全国(15.9万円)より高い。
- 過去4年間の推移をみても、1人当たり入院費は、要介護認定ありで増加している。

2-4. 健康課題の整理

－ 分析結果のアセスメントと今後、取り組むべき課題（まとめ） －

分析結果のアセスメント	今後、取り組むべき課題
<ul style="list-style-type: none"> ○ 平均寿命・平均自立期間いずれも男女ともに全国より短く、要介護認定率も全国に比べて高いことから、健康寿命の延伸に向けた更なる取組が必要。 ○ 健康診査は全国に比べて受診率が低く市町村格差が大きいこと、健診受診者の有所見率が高いことから、健診受診率向上と健診結果を活用したハイリスク者への保健指導の取組推進と実施体制づくりが課題。 ○ 健康状態不明者が微増していることから、健診受診や保健・医療・介護サービスに繋げ、健康状態の維持・改善を図ることが必要。 ○ 口腔健診は受診者の95%が要指導や要医療等となっていること、口腔機能低下症が疑われる者が受診者の2割以上を占めることから、受診率向上や市町村格差是正に努めるとともに、健診結果等を活用したオーラルフレイル対策の推進が必要。 ○ 1人当たり医療費が高く、中でも1人当たり入院医療費が全国2位と高い状況が持続している背景として、全国に比べて、入院受診率が高く、1日当たり医療費の低い入院日数が長くなっている傾向がある。入院医療費の上位を占める、骨折、脳梗塞、慢性腎臓病、肺炎等の発症・重症化予防を図るとともに、介護部門と連携した「在宅医療・介護連携」の推進が課題。 ○ 要介護認定の主な原因疾患（認知症、骨折、脳卒中、高齢者による衰弱）や要介護認定者の有病率が高い疾患（アルツハイマー病、骨折、骨粗しょう症、肺炎、高血圧、脳血管疾患）について、介護部門と情報共有・連携を強化しながら、予防可能な疾患の発症や基礎疾患の重症化予防が重要。 ○ 全国に比し、通いの場への参加率が高い強みを活かし、住民の主体性に配慮し介護部門と連携しながら、フレイル予防に係る啓発や地域づくりの推進が重要。 ○ 薬物有害事象の発生リスクが高くなるとの研究報告がある6剤以上の薬剤処方が被保険者の44%を占める。 ○ 一体的実施支援ツールによる抽出数は、多剤（15剤以上処方）、眠剤の処方があり質問票の転倒リスクに該当又は認知機能リスクに該当する者は、経年的にも微増傾向。更に眠剤処方を受けている者は身体的フレイルを併せ持ち、転倒骨折リスクが高いこと等から関係団体と連携した適正服薬の取組が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長寿健診、口腔健診の受診率を高めることで、自身の健康状態を把握した上で、健康づくりに取り組む（環境づくりを含む）被保険者を増やす必要あり。 ○ 生活習慣病や骨折等、疾病の発症・重症化予防の取組推進や被保険者が保健事業を利用できる体制づくりが必要。 ○ 心身の機能低下等フレイル予防のための取組推進や被保険者が保健事業を利用できる体制づくりが必要。 ○ 適切な服薬・受診により薬物有害事象を予防できる被保険者を増やす取組と地域関係者の連携体制づくりが必要。

第 3 章

目的・目標

目的・目標

— 第3期計画の目的・目標、取組の方向性 —

目的（目指すところ）		
<p>住み慣れた地域（在宅）で、必要な医療や支援を活用しながら、自立した生活を送ることができる期間の延伸</p>		
中長期目標 （目的に達するための方向性）	指標 （推進状況を確認する指標）	目標達成のための保健事業
1 健康状態を経年的に把握できる被保険者の増加	<ul style="list-style-type: none"> ○長寿健診の受診率 ○口腔健診の受診率・実施市町村数 ○健康状態不明者の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ●長寿健診事業（みなし健診含む） ●口腔健診事業 ●健康状態不明者対策
2 健康状態に応じて必要な医療を受けながら、生活習慣病等の重症化予防のための行動をとることができる被保険者の増加（環境づくり含む）	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者の質問票を活用したハイリスク把握に基づく保健事業の実施市町村数 ○一体的実施に係る各ハイリスクアプローチの実施市町村数 〔低栄養・口腔・服薬（重複・多剤）重症化予防（糖尿病性腎症）・重症化予防（その他・身体的フレイル）〕 ○ハイリスク者割合（一体的実施支援ツールの抽出基準に該当／被保険者数） ・低栄養、口腔、服薬 ・重症化予防（コントロール不良者、糖尿病等治療中断者、基礎疾患保有者＋フレイル、腎機能不良未受診者） 	<ul style="list-style-type: none"> ●一体的実施事業（市町村委託） ・低栄養 ・口腔機能低下防止 ・服薬（多剤・睡眠薬等の重複） ・重症化予防（糖尿病性腎症） ・重症化予防（その他・骨折予防含む） ・健康状態不明者対策 ・通いの場への積極的関与 ●一体的実施市町村支援事業 ●その他の保健事業
3 フレイル予防のための行動を実践できる被保険者の増加		
4 適切な服薬・受診によりポリファーマシーを予防できる被保険者の増加	<ul style="list-style-type: none"> ○一体的実施事業（服薬）実施市町村数 ○ハイリスク者割合（一体的実施支援ツールの抽出基準に該当／被保険者数） ・服薬（多剤・睡眠薬） 	<ul style="list-style-type: none"> ●適正服薬支援事業

現状・課題

- <現状> ・平均自立期間が全国に比し低い。
- ・1人当たり医療費は全国2位と高い。
 - ・医療費は心疾患や脳梗塞等の循環器疾患、骨折、腎不全等が上位を占め、要介護の要因にもなっている。
 - ・健診受診率が全国より低く、血圧、血糖の有所見者割合が増加している。
 - ・高齢者の質問票では体重減少・口腔・転倒などのフレイルリスクを持つ被保険者が少なくない。
 - ・2つ以上の医療機関で6種類以上の内服処方を受けている者は2割、眠剤の重複処方も少なくない。
- <課題> ・長寿健診、口腔健診の受診率を高め、自身の健康状態を把握し健康づくり取り組む被保険者を増やす必要。
- ・生活習慣病や骨折等、疾病の重症化予防の取組推進や保健事業を利用できる体制づくりが必要。
 - ・心身の機能低下等フレイルの予防のための取組推進や被保険者が保健事業を利用できる体制づくりが必要。
 - ・適正服薬・受診により薬物有害事象を予防できる高齢者の増加、地域関係者の連携体制づくりが必要。

目的・目標、共通評価指標

(1) 目的及び目標

計画全体の目的	住み慣れた地域（在宅）で、必要な医療や支援を活用しながら、自立した生活を送る期間の延伸を目指します。
この計画によって目指す姿	

(2) 共通評価指標（全国で比較するための評価指標）

目標1：健康状態を経年的に把握できる被保険者の増加

	評価項目	R4 実績	目標値					
			R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット評価指標	長寿健診受診率	25.2%	28.2%	29.6%	31.2%	32.8%	34.5%	36.2%
	口腔健診実施市町村数	41 市町村	42 市町村	43市町村				
	口腔健診受診率 (独自目標)	11.0%	11.5%	11.8%	12.0%	12.3%	12.5%	12.8%
	高齢者の質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数	39 市町村	42 市町村	43市町村				

目標2：健康状態に応じて必要な医療を受けながら、生活習慣病等の重症化予防のための行動をとることができる被保険者の増加（環境づくり含む）

目標3：フレイル予防のための行動を実践できる被保険者の増加

目標4：適切な服薬・受診によりポリファーマシーを予防できる被保険者の増加

	評価項目	R4 実績	目標値（市町村数）					
			R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット評価指標	ハイリスクアプローチに取り組む市町村数							
	市町村が取り組む保健事業の種類							
	低栄養	13 市町村	21	22	23	24	25	26
	口腔機能低下防止	11 市町村	16	18	19	20	21	22
	服薬（重複・多剤）	5 市町村	31					
	重症化予防（糖尿病性腎症）	14 市町村	27	29	31			
重症化予防 (その他身体的フレイルを含む)	21 市町村	34	38	41	43			
健康状態不明者対策	18 市町村	32	37	41				

共通評価指標

	評価項目	R4 実績	目標値				
			R6	R7	R8	R9	R10
アウトカム評価指標	被保険者に占めるハイリスク者の割合 (一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者/被保険者数)						
	低栄養	0.75 %	現状値以下				
	口腔機能低下	3.34 %	現状値以下				
	服薬 (多剤)	4.42 %	現状値以下				
	服薬 (睡眠薬)	1.78 %	現状値以下				
	身体的フレイル (ロコモ含む)	4.21 %	現状値以下				
	重症化予防 (コントロール不者)	0.35 %	現状値以下				
	重症化予防 (糖尿病等治療中者)	8.02 %	現状値以下				
	重症化予防 (基礎疾患保有+フレイル)	5.14 %	現状値以下				
	重症化予防 (腎機能不良未受診者)	0.01 %	現状値以下				
健康状態不明者対策	2.24 %	現状値以下					
平均自立期間 (要介護2以上)	男性：79.4歳 女性：84.3歳	男性：79.5歳 女性：84.4歳	男性：79.7歳 女性：84.6歳	男性：79.8歳 女性：84.7歳	男性：80.0歳 女性：84.9歳	男性：80.1歳 女性：85.0歳	男性：80.3歳 女性：85.2歳

個別事業別評価指標

(3) 個別事業別評価指標

アウトプット評価指標 (※はR6に改めて現状値把握予定)

	事業名称	評価項目	R4実績	目標値						
				R6	R7	R8	R9	R10	R11	
アウトプット評価指標	長寿健診	長寿健診受診率	25.2%	28.2%	29.6%	31.2%	32.8%	34.5%	36.2%	
		健診未受診者への受診勧奨を実施した市町村数	31	39	39	41				
	口腔健診	口腔健診受診率	11.0%	11.5%	11.8%	12.0%	12.3%	12.5%	12.8%	
		口腔健診実施市町村数	41	42	43					
		健診結果を活用(高齢者支援、ケア会議・庁内会議等)した取組実施の市町村数	17	20	40	41	42	43		
	一体的実施	低栄養	対象者のうち、支援を行った者の割合	84.1%	※	R6現状値以上				
			相談・講話等を実施できた日常生活圏域の割合	64.1%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%	100%
		口腔機能低下防止	対象者のうち支援できた者の割合	54.4%	※	R6現状値以上				
			相談・講話等を実施できた日常生活圏域の割合	67.9%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%	100%
		服薬(多剤・睡眠薬等の重複)	服薬に関する通いの場等での啓発を実施する市町村数	92.3%	95.0%	95.0%	100%			
		重症化予防(糖尿病性腎症)	対象者のうち支援できた者の割合	63.5%	※	R6現状値以上				
		重症化予防(その他・骨折予防含む)	対象者のうち支援できた者の割合	66.8%	※	R6現状値以上				
		健康状態不明者対策	支援対象者のうち現状把握ができた者の割合	65.8%	※	R6現状値以上				
		通いの場への積極的関与(健康教育・健康相談)	ポピュレーションアプローチの実施割合	5.3%	現状値以上					
		一体的実施支援事業	個別支援市町村数	20	14以上					
補助金活用市町村数	18		38	43						
適正服薬支援事業	通知対象者の反応把握率	29.7%	28.0%	28.5%	29.0%	29.5%	29.8%	30.0%		

アウトカム評価指標

	事業名称	評価項目	R4実績	目標値					
				R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム評価指標	長寿健診	健康状態不明者の割合	2.24%	現状値以下					
		受診勧奨値以上の割合(血糖:HbA1c \geq 7.0%又は空腹時血糖 \geq 130mg/dl)	8.7%	現状値以下					
		受診勧奨値以上の割合(SBP \geq 140又はDBP \geq 90)	29.7%	現状値以下					
		受診勧奨値以上の割合(腎機能eGFR $<$ 45又は尿蛋白+以上)	18.3%	現状値以下					
口腔健診	口腔健診受診により歯科診療に繋がった者の割合	78.8%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%	84.0%	85.0%	
	口腔健診受診者(80歳)で口腔機能低下リスク(7項目中3項目以上)該当者の割合	25.13% ※76歳は18.38%	22.9%	20.6%	18.4%	現状値以下			

個別事業別評価指標

	事業名称	評価項目	R4実績	目標値						
				R6	R7	R8	R9	R10	R11	
アウトカム評価指標	低栄養	体重が維持（±0.9kg）・改善（+1kg）できた者の割合	73.2%	現状維持						
		介入者の1年後の要介護認定の状況	R6に把握可	R6に改めて現状値把握	R6現状値×1.1以下					
	口腔機能低下防止	介入者のうち歯科診療につながった者の割合	52.2%	現状値以上						
		介入者のうち、高齢者の質問票④又は⑤に「はい」と回答した者の割合	35.4%	現状値以下						
		介入者の1年後の要介護認定の状況	R6に把握可	R6に改めて現状値把握	R6現状値以下					
	服薬（多剤・睡眠薬等の重複）	介入前後の医療費削減効果	13,786円	現状値以上						
		眠剤服用者：高齢者の質問票⑧・⑩・⑪のいずれかの該当した者の割合	54.2%	現状値以上						
	重症化予防（糖尿病性腎症）	医療機関未受診者・中断者で受診勧奨した者のうち受診した者の割合	67.8%	現状値以上						
		HbA1cの維持・改善ができた者の人数	76.0%	現状値以上						
		HbA1c≧8.0%の者の割合	1.06%	現状値以下						
		75歳以上の新規透析導入者の割合	0.12%	現状維持						
	重症化予防（その他・骨折予防含む）	医療機関未受診者・中断者で受診勧奨した者のうち受診した者の割合	38.4%	現状維持						
		血圧（収縮期血圧・拡張期血圧）の維持・改善ができた者の割合	67.7%	現状維持						
		SBP≧160又はDBP≧100の者の割合	5.74%	現状値以下						
	健康状態不明者対策	健診受診に繋がった者の割合	6.30%	6.50%	6.80%	7.00%	7.20%	7.35%	7.50%	
		医療・介護が必要と判断され繋がった者の割合	11.30%	11.50%	11.80%	12.00%	12.20%	12.35%	12.50%	
	通いの場への積極的関与（健康教育・健康相談）	後期高齢者の質問票	健康状態リスクなし割合	90.4%	現状値以上					
			心の健康状態リスクなし割合	92.7%	現状値以上					
			食習慣リスクなし割合	95.8%	95.9%	95.9%	96.0%	96.0%	96.1%	96.1%
			口腔機能リスクなし割合	64.0%	64.2%	64.4%	64.6%	64.8%	65.0%	65.2%
体重変化なし割合			87.9%	現状値以上						
運動・転倒リスクなし割合			29.3%	現状値以上						
社会参加リスクなし割合			89.7%	現状値以上						
ソーシャルサポートリスクなし割合			96.2%	現状値以上						
適正服薬支援事業	通知対象者の服薬改善状況（通知基準該当有無）	61.5%	60.0%	62.5%	65.0%	67.5%	70.0%	72.5%		

第4章

保健事業の内容

事業内容、評価指標について

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	重点項目	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、自立した生活を送ることができる期間の延伸	1 健康状態を経年的に把握できる被保険者の増加	健康診査事業 (健康診査)	生活習慣病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し、保健指導等に繋げる。	1	長寿健診事業	★	市町村補助
	2 健康状態に応じて必要な医療を受けながら生活習慣病等の重症化予防のための行動をとることができる被保険者の増加		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チェックにより、口腔機能低下や誤嚥性肺炎等の疾病の予防、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。	2	口腔健診事業 「お口元気歯っぴー健診」	★	広域連合直営
	3 フレイル予防のための行動を実践できる被保険者の増加	医療費適正化の推進 及び 保健事業の推進	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施する。	3	低栄養		市町村委託
	4 適切な服薬・受診によりポリファーマシーを予防できる被保険者の増加				口腔機能低下防止		
					服薬 (多剤・睡眠薬等の重複)		
					重症化予防 (糖尿病性腎症)	★	
		重症化予防 (その他・骨折予防含む)	★				
			健康状態不明者対策		★		
			通いの場への積極的関与 (健康教育・健康相談等)				
			一体的実施を取組を推進するため、各市町村の庁内体制づくりや課題把握、事業評価等の支援等、情報提供や環境づくりを支援する。	4	一体的実施市町村支援事業		広域連合直営
		本県の実状に即した服薬支援体制を構築し、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、医療費の適正化に資する。	5	後期高齢者の適正服薬支援事業		広域連合直営	
		被保険者の健康づくりに資する事業に、積極的に取り組む市町村を支援する。	6	その他の保健事業 ・健康教育・健康相談 ・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	

事業内容、評価指標について

重点項目

事業1 長寿健診事業

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し保健指導等に繋げる。
事業概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者：後期高齢者医療の被保険者（長期入院者、施設入所者等の除外対象者を除く） 実施方法・時期・場所 毎年4月1日から翌3月31日までの任意の期間に、市町村が地域の実情に応じて、市町村の定める方法で実施。 実施内容： <ul style="list-style-type: none"> 基本的な健診項目：問診、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、HDL-C、LDL-C）、血糖検査（空腹時血糖、HbA1c等）、肝機能検査（AST、ALT、γ-GT）、検尿（尿糖、蛋白） 詳細な健診項目：心電図、眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）、腎機能検査（血清クレアチニン） ※一定基準のもと医師が必要と認めた場合に実施。 市町村により独自の健診項目を設定（アルブミン、尿中塩分摂取量等）。 健診結果の活用： 健診結果をもとに、生活習慣病等の発症・重症化のリスクが高い者に対し、市町村の実情に応じて保健指導を実施。

No.	評価指標	上段は広域評価時期 下段は指標値集約方法・時期	計画策定時 実績（R4）	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	1 健康状態不明者の割合	広域算出(翌年7月) KDB支援ツール	2.24%	現状値以下					
	2 受診勧奨判定値に該当する割合 (血糖HbA1c \geq 7.0%又は空腹時血糖 \geq 130 mg/dl)	広域算出(翌年7月) 新医療費分析システム(翌年7月)	8.71%	現状値以下					
	3 受診勧奨判定値に該当する割合 (SBP \geq 140又はDBP \geq 90)	広域算出(翌年7月) 新医療費分析システム(翌年7月)	29.7%	現状値以下					
	4 受診勧奨判定値に該当する割合 (腎機能eGFR<45又は尿蛋白+以上)	広域算出(翌年7月) 新医療費分析システム(翌年7月)	18.3%	現状値以下					
アウトプット	1 長寿健診受診率	広域算出(翌年6月) 市町村実績報告(翌年4月)	25.2%	28.2%	29.6%	31.2%	32.8%	34.5%	36.2%
	2 健診未受診者への受診勧奨を実施した市町村数	広域算出(翌年7月) 市町村事務取扱調査(翌年8月)	31市町村	39市町村		41市町村			

プロセス(方法)	概要	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合及び市町村との連携の下、市町村が実施する健康診査事業の経費を広域連合が補助。 ○市町村は地域の実情に応じて、市町村の定める方法により、直接実施又は医療機関等に委託等を行い健診を実施。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村 <ul style="list-style-type: none"> ・健診の実施方法（直営・委託の別、集団健診・個別健診の別）や受診券発行・交付方法及び実施期間（4～翌年3月までの任意の期間）は市町村が定める。 ・健診結果に基づいた保健指導を実施(対象者・実施方法は市町村により異なる)。 ・市町村の地域の実情に応じて、他の健診等の組合せなど被保険者が受診しやすい体制づくりを行い、受診率向上に取り組み(必要に応じて、未受診者への受診勧奨を実施)。 ○広域連合 <ul style="list-style-type: none"> ・補助金申請の提出を依頼（8月）、実績に基づき補助金交付（翌年3～5月）。 ・健診受診率向上に係るポスターを作成し、市町村に希望枚数を配布。 ・県医師会を通じて受療中の方の健診受診勧奨やみなし健診への協力を依頼（毎年1月頃）。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○実施状況の確認 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村事務取扱調査等により健診の実施状況を確認（8月～11月）。 ○受診者数の把握 <ul style="list-style-type: none"> ・補助金実績報告等において受診者数を確認（翌年5月）。

ストラクチャー(体制)	概要	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村が実施する健診の経費及び被保険者の自己負担相当額を市町村に補助。 ○健診結果をもとにした保健指導は、一体的実施委託事業において市町村が実施。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・主管部署：業務課保健事業班 事務職1人、保健師2人（うち1人は非常勤保健師） ・実施方法：市町村が実施する健康診査の経費を補助。市町村における実施状況を確認。 ○市町村の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・主管部署、実施方法：市町村で異なる。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○担当者会議・研修会等で課題・実施状況を共有。

事業内容、評価指標について

重点項目

－ 事業2 お口元気歯ッピー健診（口腔健診）事業 －

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チェックにより、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。
事業概要	<p>1 対象者：当該年度中に76歳、78歳、80歳に到達する被保険者（県外居住者を除く）</p> <p>2 実施方法・場所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・鹿児島県歯科医師会及び希望した県歯科医師会非会員の歯科医療機関に委託し実施。（被保険者の自己負担なし） ・対象者には広域連合から受診券を発送。 <p>3 実施時期</p> <p>毎年6月1日から翌1月31日までの期間</p> <p>4 実施内容</p> <p>【口腔内検査】</p> <p>粘膜の疾病の有無、歯の形態変化及び数の異常の有無、顎関節の疾病の有無、歯列、咬合不正の有無、その他の疾病及び異常の有無、歯の状況、歯肉の状況、口腔清掃状況、歯石の付着状況、義歯の適合</p> <p>【口腔機能検査】</p> <p>口腔乾燥、舌苔の有無、口臭の有無、頬の膨らまし検査、反復唾液嚥下テスト（RSST）、オーラルディアドコキネシス、お食事マップチェック、アンケート結果からの評価</p> <p>【判定】</p> <p>口腔健診当日に、歯科医療機関において検査結果の説明及び口腔機能低下症などについて歯科保健指導を実施。</p>

	No.	評価指標	上段は広域評価時期 下段は指標値集約方法・時期		計画策定時 実績（R4）	R6	R7	R8	R9	R10	R11
			アウトカム	1	口腔健診受診により歯科診療に繋がった者の割合	広域算出（翌年7月） レセプトデータ（翌年7月）	78.8%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%
	2	口腔健診受診者（80歳）で口腔機能低下リスク（7項目中3項目以上）該当者の割合	広域算出（翌年5月） 健診結果集約データ（翌年7月）	25.13% （※76歳は18.38%）	22.9%	20.6%	18.4%	R8目標値以下			
アウトプット	1	口腔健診受診率	広域算出（翌年4月） 健診結果集約データ（翌年4月）	11.0%	11.5%	11.8%	12.0%	12.3%	12.5%	12.8%	
	2	口腔健診実施市町村数	広域算出（翌年4月） 健診結果集約データ（翌年4月）	41市町村	42市町村	43市町村					
	3	健診結果を活用（高齢者支援、ケア会議・庁内会議等）した取組実施の市町村数	広域算出（翌年7月） 市町村事務取扱調査（翌年7月）	17市町村	20市町村	40市町村	41市町村	42市町村	43市町村		

プロセス（方法）	概要	○広域連合が県歯科医師会等への委託により、県内の歯科医療機関において実施（健診・指導）。また、市町村へ受診結果を提供し、保健事業への活用を図る。
	実施内容	○広域連合が県歯科医師会及び非会員歯科医療機関（希望機関のみ）と委託契約。 4月 受診送付業務に係る委託契約 5月 県歯科医師会及び非会員歯科医療機関（希望機関のみ）と委託契約 6月 受診券の発送 9月～ 受診結果集約・市町村への還元（月1回程度） ○市町村は、広域連合の依頼により健診の広報を行うとともに、健診結果を保健指導等に活用。 ○年2回程度県歯科医師会と意見交換を実施し、受診率向上やオーラルフレイル対策への結果活用、口腔健診マニュアル（R3.4月改訂版）の必要時の改定等を協議しつつ、円滑に実施。
	実施後のフォロー・モニタリング	○健診結果やアンケートの分析結果を県歯科医師会と共有し、実施方法等を検討・評価。 ○市町村に健診結果の活用状況を調査。（高齢者保健事業や地域支援事業等への活用等） ○企画調整担当者等連絡会や高齢者支援従事者等研修会等で課題や実施状況を共有。

ストラクチャー（体制）	概要	○広域連合は県歯科医師会及び非会員歯科医療機関（希望機関のみ）と委託契約。 ○市町村へは広報協力及び結果の活用を依頼。
	実施内容	○広域連合の体制 ・ 主管部署：業務課保健事業班 事務職1人、保健師2人（うち1人は非常勤保健師） ・ 実施方法：県歯科医師会及び非会員歯科医療機関へ委託。市町村における活用状況を確認。 ○関係団体との連携の強化。 ○県関係部署と情報共有及び課題共有。
	実施後のフォロー・モニタリング	○市町村事務取扱調査で、健診結果提供後の活用方法を把握。 ○県関係部署との連絡会（年2回）において、課題や事業の進捗状況を共有。

事業内容、評価指標について

－ 事業3 一体的実施事業（低栄養） －

事業目的	低栄養状態を改善し、フレイル予防・介護予防を図る。
事業概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者：低栄養に陥るリスクのある被保険者 実施方法・実施内容 <ul style="list-style-type: none"> 広域連合が市町村に委託する一体的実施のハイリスクアプローチ（低栄養）等の取組として実施。 市町村はKDB支援ツール等を活用して対象者を抽出し、管理栄養士・保健師等による3～6か月に2～3回程度の訪問等での支援を実施。 ※対象者の抽出基準は市町村の実情により異なるが、一定程度の平準化を図る。 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）を参考に、アセスメントやその結果に基づく助言、課題解決に向けた行動目標を設定し、3～6か月後に達成状況を評価、必要に応じて地域支援事業等、他のサービスに繋ぐ。 ポピュレーションアプローチにおける低栄養防止の啓発・相談等の実施。 事業実施における広域連合の役割 <ul style="list-style-type: none"> 県医師会や県栄養士会等関係団体と連携し、事業に係る理解や協力を求める。 広域連合は、実績報告をもとに県全体の事業評価を行い、課題整理や事業改善にむけた対策を検討。

	No.	評価指標	上段は広域評価時期 下段は指標値集約方法・時期	計画策定時 実績（R4）	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	1	体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	73.2%	現状維持					
	2	介入者の1年後の要介護認定の状況	広域算出(翌々年5月) KDBシステム(翌々年度5月)	令和6年度中に把握可	R6に改めて現状値把握	R6現状値×1.1以下				
アウトプット	1	対象者のうち、支援を行った者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	84.1%		R6現状値以上				
	2	相談・講話等を実施できた日常生活圏域の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	64.1%	70%	75%	80%	85%	90%	100%

プロセス（方法）	概要	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合が市町村へ一体的実施事業を委託。（取組区分：低栄養） ○広域連合は、取組に係る相談に対応する他、連絡会や推進のための研修会を開催。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○県医師会・栄養士会等へ事業を周知し、協力を依頼。 ○市町村への情報提供 <ul style="list-style-type: none"> ・企画調整担当者等連絡会（年2回）等で支援ツール・評価指標を提示。 ・ガイドラインや好事例等を周知。 ○広域連合 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村から提出された一体的事業実施計画書の内容を確認・審査し、事業実施方法等へ助言。（市町村から地域の関係団体に再委託する場合は、委託先との調整状況や役割分担を確認） ○実績報告において、実施内容・実績・評価状況を確認。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者支援従事者等研修会での研修や現地支援により、好事例等の情報を提供。 ○10月に中間報告を求め、事業の進捗や課題等を確認。 ○企画調整担当者等連絡会（年2回）において実施上の課題把握や実施状況等を確認。

ストラクチャー（体制）	概要	○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託。（取組区分：低栄養）
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・主管部署：業務課保健事業班 事務職1人、保健師2人（うち1人は非常勤保健師） ○市町村の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・主担当課と関係担当課で連携して医療従事者を配置 ・実施方法は市町村により異なり、適宜、再委託先や関係団体と連携し実施。 ○県関係団体との連携 <ul style="list-style-type: none"> ・低栄養に係る地区組織活動（食生活改善推進員）や県栄養士会栄養ケアステーションと連携（管理栄養士等の確保が困難な市町村において事業への協力を相談する等）。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村への事務取扱調査や企画調整担当者等連絡会による実施体制上の課題把握や相談対応を行い、必要に応じて主管課長研修会で庁内体制づくりに係る依頼。 ○県関係部署連絡会（年2回）において、取組の課題や進捗状況を共有。

事業内容、評価指標について

－ 事業4 一体的実施事業（口腔機能低下防止） －

事業目的	オーラルフレイルや口腔機能低下を予防するために、専門職による支援を行い、必要に応じて歯科受診に繋げるとともに啓発を行い、口腔機能低下防止を図る。
事業概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者：口腔機能の低下又はそのリスクのある被保険者 実施方法・実施内容 <ul style="list-style-type: none"> 広域連合が市町村に委託する一体的実施のハイリスクアプローチ（口腔機能低下防止）等の取組として実施。 市町村は口腔健診結果やKDB支援ツール等を活用して対象者を抽出し、歯科衛生士・保健師等による3～6か月に2～3回程度の訪問等での支援を実施。 ※対象者の抽出基準は市町村の実情により異なるが、一定程度の平準化を図る。 ガイドラインを参考に、アセスメントやその結果に基づく助言、課題解決に向けた行動目標を設定し、3～6か月後に達成状況を評価、必要に応じて地域支援事業等、他のサービスに繋ぐ。 ポピュレーションアプローチにおけるオーラルフレイル予防の啓発・相談等の実施。 事業実施における広域連合の役割 <ul style="list-style-type: none"> 県歯科医師会や県歯科衛生士会等関係団体と連携し、事業に係る理解や協力を求める。 広域連合は、実績報告をもとに県全体の事業評価を行い、課題整理や事業改善にむけた対策を検討。

No.	評価指標	上段は広域評価時期 下段は指標値集約方法・時期	計画策定時 実績（R4）	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	1 介入者のうち歯科診療につながった者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	52.2%	現状値以上					
	2 介入者のうち、高齢者の質問票④又は⑤に「はい」と回答した者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	35.4%	現状値以下					
	3 介入者の1年後の要介護認定の状況	広域算出(翌々年5月) KDBシステム(翌々年5月)	令和6年度中に把握可	R6に改めて現状値把握	R6現状値以下				
アウトプット	1 対象者のうち支援できた者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	54.4%	R6現状値以上					
	2 相談・講話等を実施できた日常生活圏域の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	67.9%	70%	75%	80%	85%	90%	100%

プロセス（方法）	概要	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：口腔機能低下防止）。 ○広域連合は、取組に係る相談に対応する他、連絡会や推進のための研修会を開催。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○県歯科医師会・歯科衛生士会へ事業周知・協力を依頼。 ○市町村へ情報提供。 <ul style="list-style-type: none"> ・企画調整担当者等連絡会（年2回）等で支援ツール・評価指標を提示。 ・ガイドラインや好事例等を周知。 ○広域連合から市町村への委託事業で実施。 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村から提出された一体的事業実施計画書の内容を確認・審査し、事業実施方法等へ助言。（市町村から地域の関係団体に再委託する場合は、委託先との調整状況や役割分担を確認） ○実績報告において、実施内容・実績・評価状況を確認。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者支援従事者等研修会での研修や現地支援により、好事例等の情報を提供。 ○10月に中間報告を求め、事業の進捗や課題等を確認。 ○企画調整担当者等連絡会（年2回）において課題や要望等を把握し、進捗状況等を確認。

ストラクチャー（体制）	概要	○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：口腔機能低下防止）。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・主管部署：業務課保健事業班 事務職1人、保健師2人（うち1人は非常勤保健師） ・関係団体と連携（県歯科医師会、県口腔支援センター）。 ○市町村の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施における主担当課と関係担当課で連携し医療従事者を配置。 ・実施方法は市町村により異なり、適宜、再委託先や関係団体と連携し実施。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村への事務取扱調査や企画調整担当者等連絡会による実施体制上の課題把握や相談対応を行い、必要に応じて主管課長研修会で庁内体制づくりに係る依頼。 ○県関係部署連絡会（年2回）において、取組の課題や進捗状況を共有。

事業内容、評価指標について

－ 事業5 一体的実施事業（服薬：重複・多剤等） －

事業目的	多剤や眠剤重複がある者等に対して、専門職による服薬指導・支援を通して、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止する。
事業概要	<ol style="list-style-type: none"> 1 対象者：多剤又は睡眠薬等の重複処方されている被保険者 2 実施方法・実施内容 <ul style="list-style-type: none"> ・広域連合が市町村に委託する一体的実施のハイリスクアプローチ（服薬：多剤・睡眠薬）等の取組として実施。 ・市町村はKDB支援ツール等の活用して対象者を抽出し、保健師・看護師等による3～6か月に2～3回程度の訪問等で支援を実施。 ※対象者の抽出基準は市町村の実情により異なるが、一定程度の平準化を図る。 ・ガイドラインを参考に、アセスメントやその結果に基づく助言、課題解決に向けた行動目標を設定し、3～6か月後に達成状況を評価、必要に応じて地域支援事業等、他のサービスに繋ぐ。 3 事業実施における広域連合の役割 <ul style="list-style-type: none"> ・県医師会や県薬剤師会等関係団体と連携し、事業に係る理解や協力を求める。 ・広域連合は、実績報告をもとに県全体の事業評価を行い、課題整理や事業改善にむけた対策を検討。

	No.	評価指標	上段は広域評価時期 下段は指標値集約方法・時期	計画策定時 実績 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	1	介入前後の医療費削減効果	広域算出(翌年8月) 市町村実績報告(翌年4月)	13,786円	現状値以上					
	2	眠剤服用者：高齢者の質問票⑧・⑩・⑪のいずれかに該当する者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	54.2%	現状値以上					
アウトット	1	服薬に関する通いの場等での啓発を実施する日常生活圏域の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	92.3%	95%	95%	100%			

プロセス(方法)	概要	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：服薬）。 ○広域連合は、取組に係る相談に対応する他、連絡会や推進のための研修会を開催。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○県医師会・歯科医師会・薬剤師会へ事業周知し、協力を依頼。 ○市町村へ情報提供。 <ul style="list-style-type: none"> ・企画調整担当者連絡会（年2回）等で支援ツール・評価指標を提示。 ・ガイドラインや好事例等を周知。 ○広域連合から市町村への委託事業で実施。 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村から提出された一体的事業実施計画書の内容を確認・審査し、事業実施方法等へ助言。（市町村から地域の関係団体に再委託する場合は、委託先との調整状況や役割分担を確認） ○実績報告において、実施内容・実績・評価状況の確認。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○適正服薬に係る三師会合同研修会の開催や現地支援により、好事例等の情報を提供。 ○10月に中間報告を求め、事業の進捗や課題等を確認。 ○企画調整担当者等連絡会（年2回）において課題や実施状況等を確認。

ストラクチャー(体制)	概要	○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：服薬）。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・主管部署：業務課保健事業班 事務職1人、保健師2人（うち1人は非常勤保健師） ・関係団体と連携（県薬剤師会等との連携）。 ○市町村の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施における主担当課と関係担当課で連携し医療従事者を配置。 ○県関係団体との連携 <ul style="list-style-type: none"> ・県や各市町村国保における適正服薬に係る保健事業の実施状況を把握し、連携。 ・県薬剤師会の地域活動の実施状況を把握。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村への事務取扱調査や企画調整担当者等連絡会による実施体制上の課題把握や相談対応を行い、必要に応じて主管課長研修会で庁内体制づくりに係る依頼。 ○県関係部署連絡会（年2回）において、実施上の課題や実施状況を確認。

事業内容、評価指標について

重点項目

－ 事業6 一体的実施事業（重症化予防：糖尿病性腎症） －

事業目的	糖尿病性腎症の重症化を予防し、新規透析患者の減少・対象者のQOLの向上を図る。
事業概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者：糖尿病かつ腎機能低下の所見がある被保険者 実施方法・実施内容 <ul style="list-style-type: none"> 広域連合が市町村に委託する一体的実施のハイリスクアプローチ（糖尿病性腎症）の取組として実施。 市町村は健診結果やKDB支援ツールを活用して、未治療者や治療中断者、コントロール不良者等の対象者を抽出の上、管理栄養士・保健師等による訪問等での支援を実施（必要に応じて糖尿病教室等の集団支援も活用）。 ※対象者の抽出基準は市町村の実情により異なる。 「鹿児島県糖尿病重症化予防プログラム」やガイドラインを参考に、アセスメントやその結果に基づく助言、課題解決に向けた行動目標を設定し、3～6か月後に達成状況を評価、必要に応じて健康づくり事業等、他のサービスに繋ぐ。 事業実施における広域連合の役割 <ul style="list-style-type: none"> 県医師会・県歯科医師会・県栄養士会等関係団体と連携し、事業に係る理解や協力を求める。 広域連合は、実績報告をもとに県全体の事業評価を行い、課題整理や事業改善にむけた対策を検討。

No.	評価指標	上段は広域評価時期 下段は指標値集約方法・時期	計画策定時 実績（R4）	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	1 医療機関未受診者・中断者で受診勧奨した者のうち受診した者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	67.8%	現状値以上					
	2 HbA1cの維持・改善ができた者の割合	広域算出(翌々年7月) 市町村実績報告(翌々年4月)	76.0%	現状値以上					
	3 HbA1c \geq 8.0%の者の割合	広域算出(翌年7月) 新医療費分析システム	1.06%	現状値以下					
	4 75歳以上の新規透析導入者の割合	広域算出(翌年7月) 新医療費分析システム	0.12%	現状維持					
アウトプット	1 対象者のうち支援できた者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	63.5%	R6に改めて現状値把握	R6現状値以上				

プロセス（方法）	概要	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：重症化予防 糖尿病性腎症）。 ○広域連合は、取組に係る相談に対応する他、連絡会や推進のための研修会を開催。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○県医師会・県歯科医師会・県栄養士会等関係団体へ事業を周知し、協力を依頼。 ○市町村へ情報提供します。 <ul style="list-style-type: none"> ・企画調整担当者等連絡会（年2回）等で支援ツール・評価指標を提示。 ・県糖尿病重症化予防プログラムやガイドライン、好事例等を周知。 ○広域連合から市町村への委託事業で実施。 市町村から提出された実施計画書の内容を確認・審査し、事業実施方法等へ助言。 （市町村から地域の関係団体に再委託する場合は、委託先との調整状況や役割分担を確認） ○実績報告において、実施内容・実績・評価状況を確認。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者支援従事者等研修会での研修や現地支援により、好事例等の情報を提供。 ○10月に中間報告を求め、事業の進捗や課題等を確認。 ○企画調整担当者等連絡会（年2回）において課題や要望等を把握し、進捗状況等を確認。

ストラクチャー（体制）	概要	○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：重症化予防 糖尿病性腎症）。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・主管部署：業務課保健事業班 事務職1人、保健師2人（うち1人は非常勤保健師） ○市町村の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施における主担当課と関係担当課で連携し医療従事者を配置。 ・実施方法は市町村により異なり、適宜、再委託先や関係団体と連携し実施。 ○県関係団体と連携 <ul style="list-style-type: none"> ・県栄養士会栄養ケアステーションや県糖尿病重症化予防対策検討会等と連携。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村への事務取扱調査や企画調整担当者等連絡会による実施体制上の課題把握や相談対応を行い、必要に応じて主管課長研修会で庁内体制づくりに係る依頼。 ○県関係部署連絡会（年2回）において、実施上の課題や実施状況を確認。

事業内容、評価指標について

重点項目

－ 事業7 一体的実施事業（重症化予防：その他・骨折予防含む） －

事業目的	生活習慣病等の発症・重症化予防や心身機能の低下防止及び骨折等の発症防止を図る。
事業概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者：高血圧等の生活習慣病や転倒・骨折リスク等のある被保険者 実施方法・実施内容 <ul style="list-style-type: none"> 広域連合が市町村に委託する一体的実施のハイリスクアプローチ（重症化予防：その他）の取組として実施。 市町村は健診結果やKDB支援ツールを活用して、未治療者や治療中断者、コントロール不良者等の対象者を抽出の上、管理栄養士・保健師等による訪問等での支援を実施（必要に応じて集団支援も活用）。 ※対象者の抽出基準は市町村の実情により異なる。 「鹿児島県糖尿病重症化予防プログラム」やガイドラインを参考に、アセスメントやその結果に基づく助言、課題解決に向けた行動目標を設定し、3～6か月後に達成状況を評価、必要に応じて健康づくり事業等、他のサービスに繋ぐ。 事業実施における広域連合の役割 <ul style="list-style-type: none"> 県医師会・県歯科医師会・県栄養士会等関係団体と連携し、事業に係る理解や協力を求める。 広域連合は、実績報告をもとに県全体の事業評価を行い、課題整理や事業改善にむけた対策を検討。

No.	評価指標	上段は広域評価時期 下段は指標値集約方法・時期	計画策定時 実績 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	1 医療機関未受診者・中断者で受診勧奨した者のうち受診した者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	38.4%	現状維持					
	2 血圧(収縮期血圧・拡張期血圧)の維持・改善ができた者の割合	広域算出(翌々年7月) 市町村実績報告(翌々年4月)	67.7%	現状維持					
	3 SBP≧160又はDBP≧100の者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	5.74%	現状値以下					
アウトプット	1 対象者のうち支援できた者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	66.8%	R6に改めて 現状値把握	R6現状値以上				

プロセス(方法)	概要	○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：重症化予防 その他・骨折予防含む）。
	実施内容	○広域連合は、取組に係る相談に対応する他、連絡会や推進のための研修会を開催。 ○県医師会・県栄養士会・県PO S連絡協議会等関係団体への事業周知し、協力を依頼。 ○市町村へ情報提供。 ・企画調整担当者等連絡会（年2回）等で支援ツール・評価指標を提示。 ・ガイドライン、好事例等を周知。 ○広域連合から市町村への委託事業で実施。 市町村から提出された一体的事業実施計画書の内容を確認・審査し、事業実施方法等へ助言。 （市町村から地域の関係団体に再委託する場合は、委託先との調整状況や役割分担を確認）。 ○実績報告において、実施内容・実績・評価状況を確認。
	実施後のフォロー・モニタリング	○高齢者支援従事者等研修会での研修や現地支援により、好事例等の情報を提供。 ○10月に中間報告を求め、事業の進捗や課題等を確認。 ○企画調整担当者等連絡会（年2回）において課題や要望等を把握し、進捗状況等を確認。

ストラクチャー(体制)	概要	○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：重症化予防 その他・骨折予防含む）。
	実施内容	○広域連合の体制 ・主管部署：業務課保健事業班 事務職1人、保健師2人（うち1人は非常勤保健師） ○市町村の体制 ・一体的実施における主担当課と関係担当課で連携。 ・実施方法は市町村により異なり、適宜、再委託先や関係団体と連携。 ○県関係団体と連携 ・県PO S連絡協議会、県栄養士会栄養ケアステーションと連携。
	実施後のフォロー・モニタリング	○市町村への事務取扱調査や企画調整担当者等連絡会による実施体制上の課題把握や相談対応を行い、必要に応じて主管課長研修会で庁内体制づくりに係る依頼。 ○県関係部署連絡会（年2回）において、取組の課題や実施状況を共有。

事業内容、評価指標について

重点項目

－ 事業8 一体的実施事業（健康状態不明者対策） －

事業目的	健康状態不明者の健康状態等を把握し、必要な医療・介護等の支援に繋げることで、生活習慣病の重症化や生活機能の低下等の防止を図る。
事業概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者：健診・医療・介護に関する情報がない被保険者 実施方法・実施内容 <ul style="list-style-type: none"> 広域連合が市町村に委託する一体的実施のハイリスクアプローチ（健康状態不明者対策）の取組として実施。 市町村はKDB支援ツールを活用して、対象者を抽出の上、保健師・看護師等による訪問等での支援を実施。 ※対象者の抽出基準は市町村の実情により異なる。 ガイドラインを参考に、アセスメントやその結果に基づく助言、課題解決に向けた行動目標を設定し、3～6か月後に達成状況を評価、必要に応じて健康づくり事業等、他のサービスに繋ぐ。 支援にあたっては、介護担当者、地域包括等との情報共有を図り、ポピュレーションアプローチの場合でも相談等の支援を行う。 事業実施における広域連合の役割 <ul style="list-style-type: none"> 県医師会・県歯科医師会・県栄養士会等関係団体と連携し、事業に係る理解や協力を求める。 広域連合は、実績報告をもとに県全体の事業評価を行い、課題整理や事業改善にむけた対策を検討。

	No.	評価指標	上段は広域評価時期 下段は指標値集約方法・時期	計画策定時 実績（R4）	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム	1	健診受診に繋がった者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	6.3%	6.5%	6.80%	7.00%	7.20%	7.35%	7.50%
	2	医療・介護が必要と判断され 繋がった者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	11.3%	11.5%	11.80%	12.00%	12.20%	12.35%	12.50%
アウトプット	1	支援対象者のうち現状把握が できた者の割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	65.8%	R6に改めて 現状値 把握	R6現状値以上				

プロセス（方法）	概要	○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：健康状態不明者対策）。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○毎年3月に、県医師会を通じて医療機関受療中の方への健診受診勧奨の協力を依頼。 ○市町村へ情報提供。 <ul style="list-style-type: none"> ・企画調整担当者等連絡会（年2回）等で支援ツール・評価指標を提示。 ・ガイドライン、好事例等を周知。 ○広域連合から市町村への委託事業で実施。 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村から提出された実施計画書の内容を確認・審査し、事業実施方法等へ助言。 （市町村から地域の関係団体に再委託する場合は、委託先との調整状況や役割分担を確認） ○実績報告において、実施内容・実績・評価状況を確認。
	実施後の フォロー・ モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者支援従事者等研修会での研修や現地支援により、好事例等の情報を提供。 ○10月に中間報告を求め、事業の進捗や課題等を確認。 ○企画調整担当者等連絡会（年2回）において課題や要望等を把握し、進捗状況等を確認。

ストラクチャー（体制）	概要	○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：健康状態不明者対策）。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・主管部署：業務課保健事業班 事務職1人、保健師2人（うち1人は非常勤保健師） ○市町村の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施における主担当課と関係担当課で連携し、医療従事者を配置。 ・実施方法は市町村により異なり、再委託先や関係団体と連携。
	実施後の フォロー・ モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村への事務取扱調査や企画調整担当者等連絡会において、実施体制上の課題把握や相談対応を行い、必要に応じて主管課長研修会で庁内体制づくりに係る依頼。 ○県関係部署連絡会（年2回）において、取組の課題や進捗状況を共有。

事業内容、評価指標について

－ 事業9 一体的実施事業（通いの場への積極的関与：健康教育・健康相談等） －

事業目的	高齢者が生活習慣病等の重症化予防や心身機能の低下等のフレイル予防について理解し、セルフケアでの実践や必要なサービスを活用できる状態を目指す。
事業概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者：被保険者 実施方法・実施内容 <ul style="list-style-type: none"> 広域連合が市町村に委託する一体的実施のポピュレーションアプローチ（通いの場等への積極的関与）として実施。 各市町村は介護予防との連携や通いの場等の運営団体と連携を図りながら、健康課題に沿ったテーマ（フレイル予防・生活習慣病重症化予防等）の健康教育・健康相談等を実施。 事業実施における広域連合の役割 <ul style="list-style-type: none"> 県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会・県栄養士会等関係団体と連携し、事業に係る理解や協力を求める。

No.	評価指標	上段は広域評価時期 下段は指標値集約方法・時期	計画策定時 実績 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
1	高齢者の質問票「健康状態リスクなし」の割合	広域算出(翌年7月) KDB健康スコアリング	90.4%	現状値以上						
2	高齢者の質問票「心の健康状態リスクなし」の割合	広域算出(翌年7月) KDB健康スコアリング	92.7%	現状値以上						
3	高齢者の質問票「食習慣リスクなし」の割合	広域算出(翌年7月) KDB健康スコアリング	95.8%	95.9%	95.9%	96.0%	96.0%	96.1%	96.1%	
4	高齢者の質問票「口腔機能リスクなし」の割合	広域算出(翌年7月) KDB健康スコアリング	64.0%	64.2%	64.4%	64.6%	64.8%	65.0%	65.2%	
5	高齢者の質問票「体重変化なし」の割合	広域算出(翌年7月) KDB健康スコアリング	87.9%	現状値以上						
6	高齢者の質問票「運動・転倒リスクなし」の割合	広域算出(翌年7月) KDB健康スコアリング	29.3%	現状値以上						
7	高齢者の質問票「社会参加リスクなし」の割合	広域算出(翌年7月) KDB健康スコアリング	89.7%	現状値以上						
8	高齢者の質問票「ソーシャルサポートリスクなし」の割合	広域算出(翌年7月) KDB健康スコアリング	96.2%	現状値以上						
アウトカム										
プアット	1	ポピュレーションアプローチを実施した割合	広域算出(翌年7月) 市町村実績報告(翌年4月)	5.30%	現状値以上					

プロセス(方法)	概要	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：通いの場への積極的関与 健康教育・健康相談等）。 ○広域連合は、取組に係る相談に対応する他、企画調整担当者等連絡会や推進のための研修会を開催。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○県医師会等関係団体へ事業を周知し、協力を依頼。 ○市町村へ情報提供。 <ul style="list-style-type: none"> ・企画調整担当者等連絡会（年2回）等で支援ツール・評価指標を提示。 ・ガイドライン、好事例等を周知。 ○広域連合から市町村への委託事業で実施。 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村から提出された実施計画書の内容を確認・審査し、事業実施方法等へ助言。（市町村から地域の関係団体に再委託する場合は、委託先との調整状況や役割分担を確認） ○実績報告において、実施内容・実績・評価状況を確認。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者支援従事者等研修会での研修や現地支援により、好事例等の情報を提供。 ○10月に中間報告を求め、事業の進捗や課題等を確認。 ○企画調整担当者等連絡会（年2回）において課題や要望等を把握し、進捗状況等を確認。

ストラクチャー(体制)	概要	○広域連合が市町村に一体的実施事業を委託（取組区分：通いの場への積極的関与 健康教育・健康相談等）。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・主管部署：業務課保健事業班 事務職1人、保健師2人（うち1人は非常勤保健師） ○市町村の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施における主担当課と関係担当課で連携し医療従事者を配置し、実施。 ・市町村の状況に応じて、再委託や関係団体と連携して実施。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村への事務取扱調査や企画調整担当者等連絡会において、実施体制上の課題把握や相談対応を行い、必要に応じて主管課長研修会で庁内体制づくりに係る依頼。 ○県関係部署連絡会（年2回）において、取組の課題や進捗状況を共有。

事業内容、評価指標について

事業10 一体的実施市町村支援事業

事業目的	一体的実施の取組を推進するため、各市町村の庁内体制づくりや課題把握、事業評価等の支援等、情報提供や環境づくりを支援。
事業概要	<ol style="list-style-type: none"> 1 対象者：構成市町村、一体的実施に係る関係団体、県庁関係課 2 実施方法・実施内容 <ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施に係る研修会・連絡会等を開催。 企画調整担当者等連絡会（年2回）、一体的実施に係る市町村等セミナー、高齢者支援従事者等研修会 ・一体的実施に係る市町村へアウトリーチでの個別・地区別支援の実施。 ・離島小規模市町村等に対し、アドバイザー派遣による支援（奄美群島市町村）を実施（一定期間）。 ・市町村に対し、広域連合による現地支援（市町村又は地区単位での支援）を実施。 ・県全体の推進体制の強化（県関係課等連絡会の開催：年2回、県三師会等との調整等）。 ・一体的実施委託事業の推進に係る経費補助制度を整備。 国の交付基準を満たさないもので、実施市町村の一体的実施に係る取組推進に資する経費について独自補助。

	No.	評価指標	評価方法	計画策定時実績 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット	1	個別支援市町村数	広域算出	20市町村	14市町村以上					
	2	補助金活用市町村数	広域算出	18市町村	38市町村	43市町村				

プロセス（方法）	概要	○広域連合が直営で研修等（企画調整担当者等連絡会、高齢者支援従事者等研修会、県関係課連絡会）や国保連合会との共催で一体的実施に係る市町村等セミナーを開催、市町村への現地支援、一体的実施に係る経費補助。
	実施内容	<p>○各種研修会・連絡会については、広域連合が企画・実施・評価。</p> <p>○市町村への現地支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・奄美群島市町村の支援は、年度当初、市町村調査（希望する支援・時期）を行った上で、現地支援アドバイザーと調整・支援。必要に応じてグループ支援等に広域連合も参画。 ・上記以外の市町村に対しては、事務取扱調査等で市町村の要望を把握し、アウトリーチ支援を実施。 <p>○一体的実施推進に係る経費補助については、市町村の希望を意見聴取しながら補助メニューを検討し、効果・活用状況を評価。</p> <p>○各種研修会・連絡会、市町村支援等については、アンケート等により年度末までに満足度等を把握し、効果を評価。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	○保健事業部会、企画調整担当者等連絡会、県関係者連絡会等の機会に、支援内容や効果等をモニタリング。

ストラクチャー（体制）	概要	○広域連合が直接実施。
	実施内容	<p>○広域連合体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主管部署：業務課保健事業班 事務職3人、保健師3人（うち2人は非常勤保健師） <p>○市町村の体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一体的実施における主担当課等と連携を図る。 <p>○県関係部署と連携・情報共有。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	○保健事業部会、企画調整担当者等連絡会、県関係者連絡会等の機会に、実施体制等をモニタリング。

事業内容、評価指標について

事業11 後期高齢者の適正服薬支援事業

事業目的	本県の実状に即した服薬支援体制を構築し、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、医療費の適正化を資する状態を目指す。
事業概要	<p>1. 対象者：鹿児島県内に住所を有する後期高齢者医療被保険者のうち、以下の条件で、長期処方（28日以上）されている75～84歳の者。 ※ただし、がん又は指定難病の者は除く。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2つ以上の医療機関で12種類以上の処方 ・ 2つ以上の医療機関でベンゾジアゼピン系睡眠薬及び非ベンゾジアゼピン系睡眠薬の処方 <p>2. 実施方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実施主体は広域連合で、一部を外部へ業務委託。 ・ 広域連合から上記対象者に該当する被保険者（以下「通知対象者」。）を対象に「服薬情報のお知らせ」を送付。 ・ 通知対象者に対しては、可能な範囲で市町村等が訪問して状況確認や通知を持参して、かかりつけ医等に相談するよう促す。 ・ 通知対象者はかかりつけ医又はかかりつけ薬局へ「服薬情報のお知らせ」を持参の上、処方内容を相談。 ・ かかりつけ医及びかかりつけ薬局は処方内容を確認し、必要に応じて助言や調整を実施。 ・ 薬剤師及び市町村は必要に応じて通知対象者を訪問し、また、通いの場等において、服薬に関する健康教育等を実施。 <p>3. 実施内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県内全域の通知対象者に対し、「服薬情報のお知らせ」を通知。 ・ 県内各地区及び県全体での服薬支援体制づくりを推進。（通いの場での啓発、三師会合同研修会の開催）

	No.	評価指標	上段は広域評価時期 下段は指標値集約方法・時期	計画策定時 実績 (R4)	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウト	1	通知対象者の服薬改善状況 (通知基準該当有無)	広域算出(翌年2月) 業者委託(翌年1月)	61.5%	60.0%	62.5%	65.0%	67.5%	70.0%	72.5%
アウト	1	通知対象者の反応把握率の増加	広域算出(翌年2月)	29.7%	28.0%	28.5%	29.0%	29.5%	29.8%	30.0%

プロセス(方法)	概要	<ul style="list-style-type: none"> ○実施主体は広域連合で、一部については外部へ業務を委託。 ○通知対象者の選定基準、事業の実施方法等について、関係者検討会において調整。 ○広域連合から通知対象者へ「服薬情報のお知らせ」を送付し、医療専門職が必要な助言等を実施。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合による事業を一部外部委託。 ・ 民間業者 …通知対象候補者の抽出、「服薬情報のお知らせ」送付、医療機関への通知等。 ・ 県薬剤師会…通知対象候補者の目視点検、薬剤師による訪問指導、適正服薬に係る周知等。 ・ 市町村 …一体的実施におけるハイリスクアプローチ及びポピュレーションアプローチの実施。 4月 広域連合から三師会、関係団体、市町村に対して事業協力を依頼。 7・2月 三師会、市町村、県代表で構成する関係者検討会において、事業内容の調整・意見交換を実施。 8～9月 県薬剤師会による目視点検、市町村による確認、広域連合による資格確認等を経て、通知対象者を選定。 9～10月 関係団体等へ情報を提供し、通知対象者へ「服薬情報のお知らせ」を送付。 9月 三師会合同研修会を開催し、県内での動きや好事例の共有、ポリファーマシーに関する講話を実施。 10～1月 かかりつけ医・かかりつけ薬局による通知対象者からの相談への対応・報告。 10～3月 薬剤師及び市町村による訪問、服薬に関する啓発活動。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○業務遂行に係る課題・意見を委託先（民間業者及び県薬剤師会）と共有・意見交換・改善。 ○事業内容、通知対象者の分析結果、対応集約結果等を三師会等医療・介護関係団体と共有。 ○企画調整担当者等連絡会、高齢者支援従事者等研修会、一体的実施に係る市町村等セミナーにおいて、市町村等と事業内容、支援方法、通知対象者の分析等を共有。 ○業務遂行に係る現状・課題・意見について関係者検討会で共有・意見交換し、改善事項を検討。

ストラクチャー(体制)	概要	<ul style="list-style-type: none"> ○実施主体は広域連合で、一部については外部へ業務を委託。 ○広域連合は関係団体から事業に係る意見を聴取し、関係者検討会において、関係団体代表者が事業遂行のための課題整理・意見交換を実施。 ○適正服薬に係る地域での連携体制づくりや支援の一助として、三師会合同研修会を開催。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・ 主管部署：業務課保健事業班 事務職1人、保健師2人（うち1人は非常勤保健師） ・ 実施方法：民間業者、県薬剤師会、市町村へ一部業務を委託。 ○市町村の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・ 主管部署：市町村で異なる。 ・ 実施方法：一体的実施事業によるハイリスクアプローチ及びポピュレーションアプローチを実施。 ○関係団体との連携体制の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・ 三師会等医療関係団体、介護支援専門員協議会、市町村に対し、事業への協力依頼、取組結果の情報還元。 ・ 三師会、市町村、県代表で構成する関係者検討会を開催。 ・ 医師、歯科医師、薬剤師などの高齢者の服薬支援に関わる専門職等を対象に、三師会合同研修会の開催。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○三師会等医療・介護関係団体から事業遂行に係る課題及び意見を聴取。 ○企画調整担当者等連絡会において、市町村等と実施体制・規模、課題等を共有。 ○三師会合同研修会の出席者や地域の関係者から、業務遂行に係る現状・課題・意見を聴取し、関係者検討会において共有・意見交換の上、改善事項を検討。

第5章

計画の評価・見直し・周知
・個人情報の取扱い

計画の評価・見直し・周知・個人情報の取扱い

－ 計画の評価見直し －

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目標として評価指標を設定したものは毎年度、事業の進捗状況の検証や評価を行うとともに、計画期間の中間年度（令和8年度）において中間評価及び事業見直しを行います。

また、計画の最終年度（令和11年度）に各個別事業の指標目標の達成状況・中長期目標の達成状況の分析・評価を行い、次期計画に反映します。

評価の実施体制にあたっては、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。

－ 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、市町村、関係機関・団体等へ周知を図ります。

－ 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の保護に関する法律施行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。

地域包括ケアに係る取組

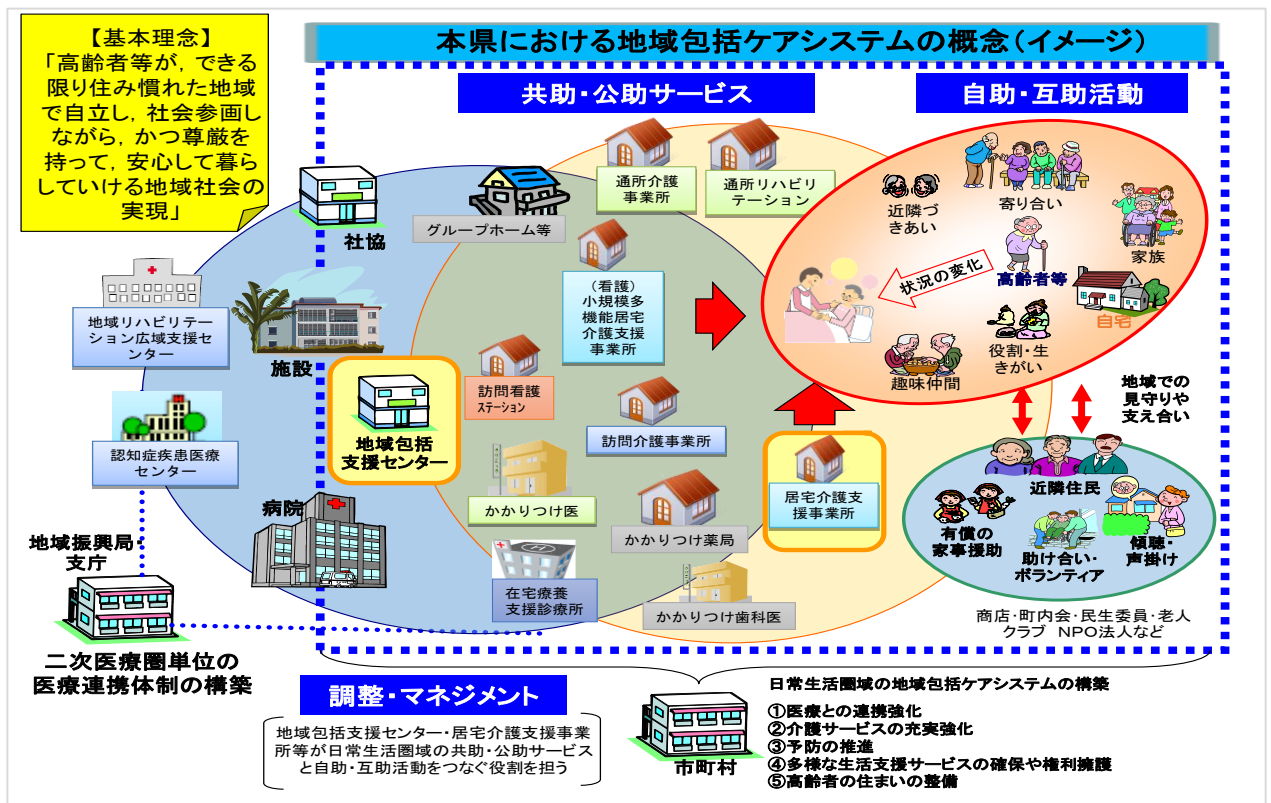
— 地域包括ケアに係る取組 —

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」と定義されており、一体的実施の取組も地域包括ケアシステムの一翼として、介護や介護予防等と連携した取組の推進を図る必要があります。

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ます。

▶ 【図表6-1】鹿児島県における地域包括ケア体制のイメージ図



[鹿児島県高齢者生き生き推進課作成資料を引用]