

# 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 -

## 保健事業実施計画（データヘルス計画）策定の趣旨

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

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。

### 目次

第1章 基本的事項	第4章 保健事業の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>1-1 計画の趣旨（背景と目的）</li> <li>1-2 計画の期間</li> <li>1-3 実施体制・関係者連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業内容一覧</li> <li>事業1 長寿健診事業</li> <li>事業2 お口元気歯ッピー健診(口腔健診)事業</li> <li>事業3 低栄養予防</li> <li>事業4 口腔機能低下予防</li> <li>事業5 服薬：重複・多剤等</li> <li>事業6 重症化予防：糖尿病性腎症</li> <li>事業7 重症化予防：その他・骨折予防含む</li> <li>事業8 健康状態不明者対策</li> <li>事業9 通いの場への積極的関与：健康教育・健康相談等</li> <li>事業10 一体的実施市町村支援事業</li> <li>事業11 後期高齢者の適正服薬支援事業</li> </ul>
第2章 現状の整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>※事業3～9は一体的実施市町村委託事業として取り組む</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>2-1 第2期計画等に係る考察 最終評価の総括 全体目標・各保健事業の目標の達成状況・評価及び課題</li> <li>2-2 保険者の特性</li> <li>2-3 健康・医療・介護情報等の分析 平均余命・平均自立期間 死因・死亡割合 長寿健診の実施状況 口腔健診の実施状況 医療費の動向 重複・多剤の状況 要介護関係の状況</li> <li>2-4 健康課題の整理 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)</li> </ul>	第5章 計画の評価・見直し・周知・個人情報の取扱い
第3章 目的・目標	第6章 地域包括ケアに係る取組
<ul style="list-style-type: none"> <li>第3期計画の目的・目標、取組の方向性</li> <li>3-1 目的及び目標</li> <li>3-2 共通評価指標</li> <li>3-3 個別事業別評価指標</li> </ul>	資料編

## 1-1 計画の趣旨（背景と目的）

現行計画の期間終了に伴い、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等の関連指針に基づき、現行計画の見直しを行い、新たな計画を策定します。

前期計画における考察を踏まえ、更なるPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の推進に努めてまいります。

## 1-2 計画の期間

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

## 1-3 実施体制・関係者連携

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。後期高齢者の支援に係わる関係者それぞれが果たすべき役割や連携の進め方について整理しました。

# 第2章 現状の整理

## 2-1 第2期計画等に係る考察

前期計画における全体目標の評価は以下のとおりでした。

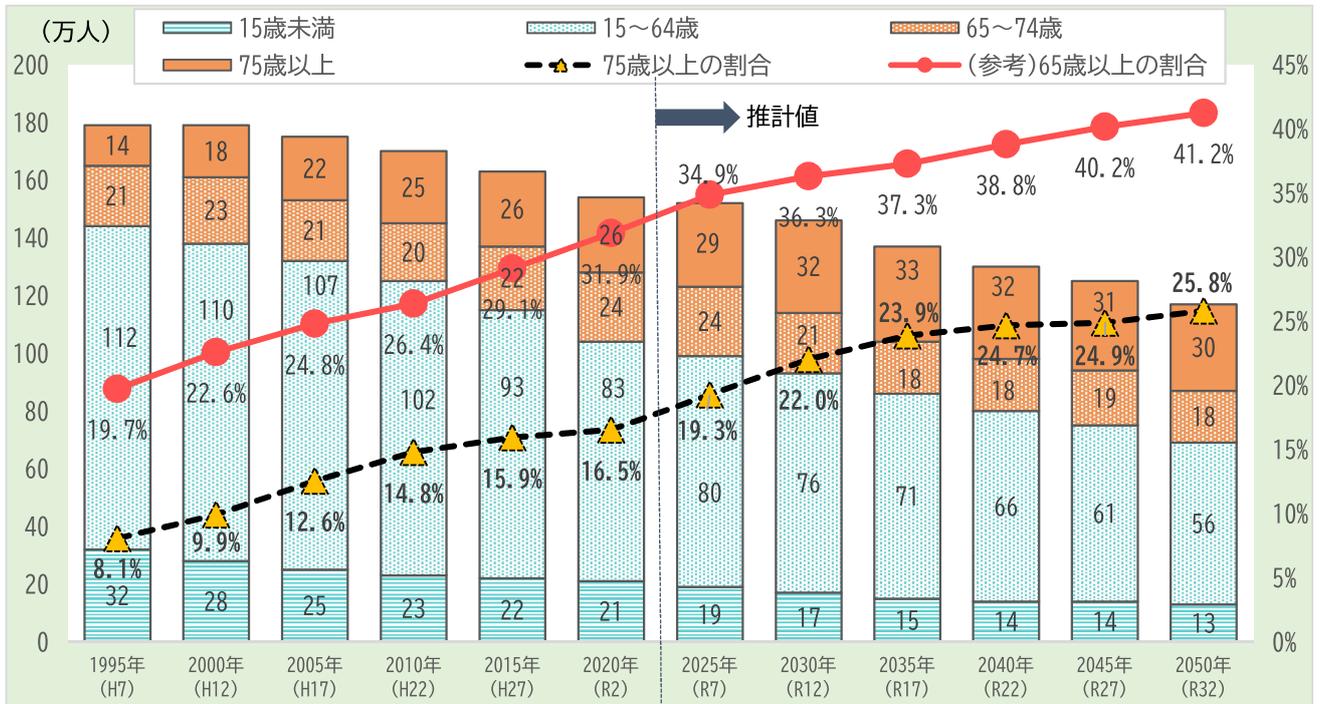
評価区分	評価基準	結果	評価区分割合
A	目標に達した	22	44.9%
B	目標に達していないが、改善傾向にある	8	16.3%
C	変わらない	3	6.1%
D	悪化した	16	32.7%
	合計	49	100.0%

## 2-2 保険者の特性

### (1) 年齢別人口の推移と将来推計

鹿児島県の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います。

▶ 【図表2-15】年齢区分別人口の推移と将来推計



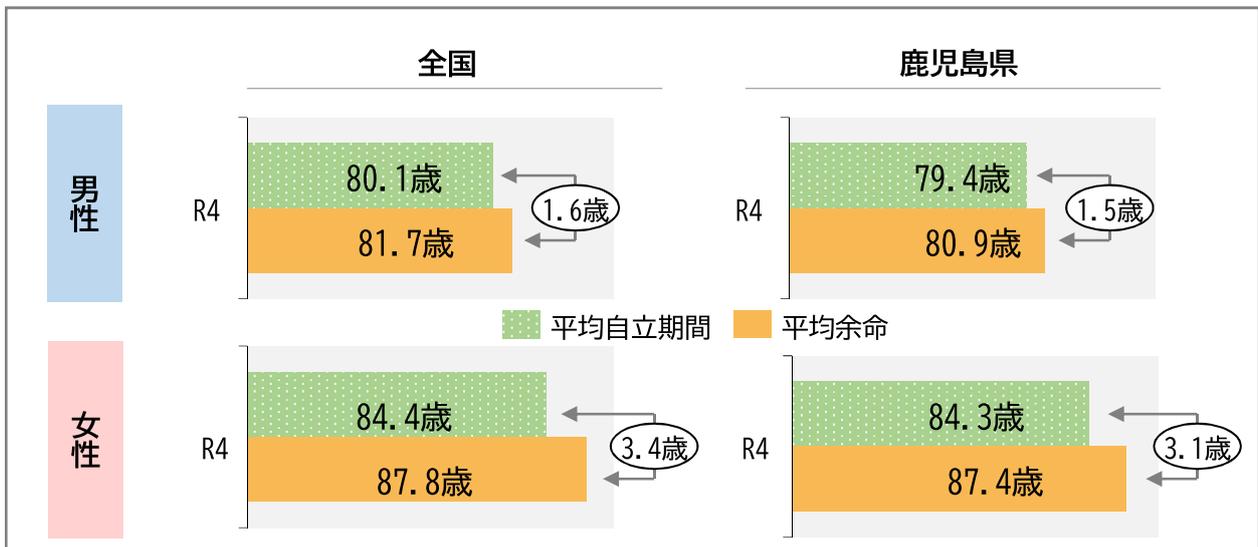
[令和2年まで(総務省「国勢調査」)  
令和7年以降(国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口」)令和5年推計]

## 2-3 健康・医療・介護情報等の分析

### (1) 平均余命と平均自立期間における全国比較

男性女性ともに平均余命と平均自立期間は、全国よりも低くなっています。

▶ 【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) 死因・死亡割合

鹿児島県の死因としては、全国同様「悪性新生物」「心疾患」「老衰」「脳血管疾患」の順で高く、全国と比較して、「心疾患」と「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】 死因割合上位 5 要因と全国比較（令和 4 年度）

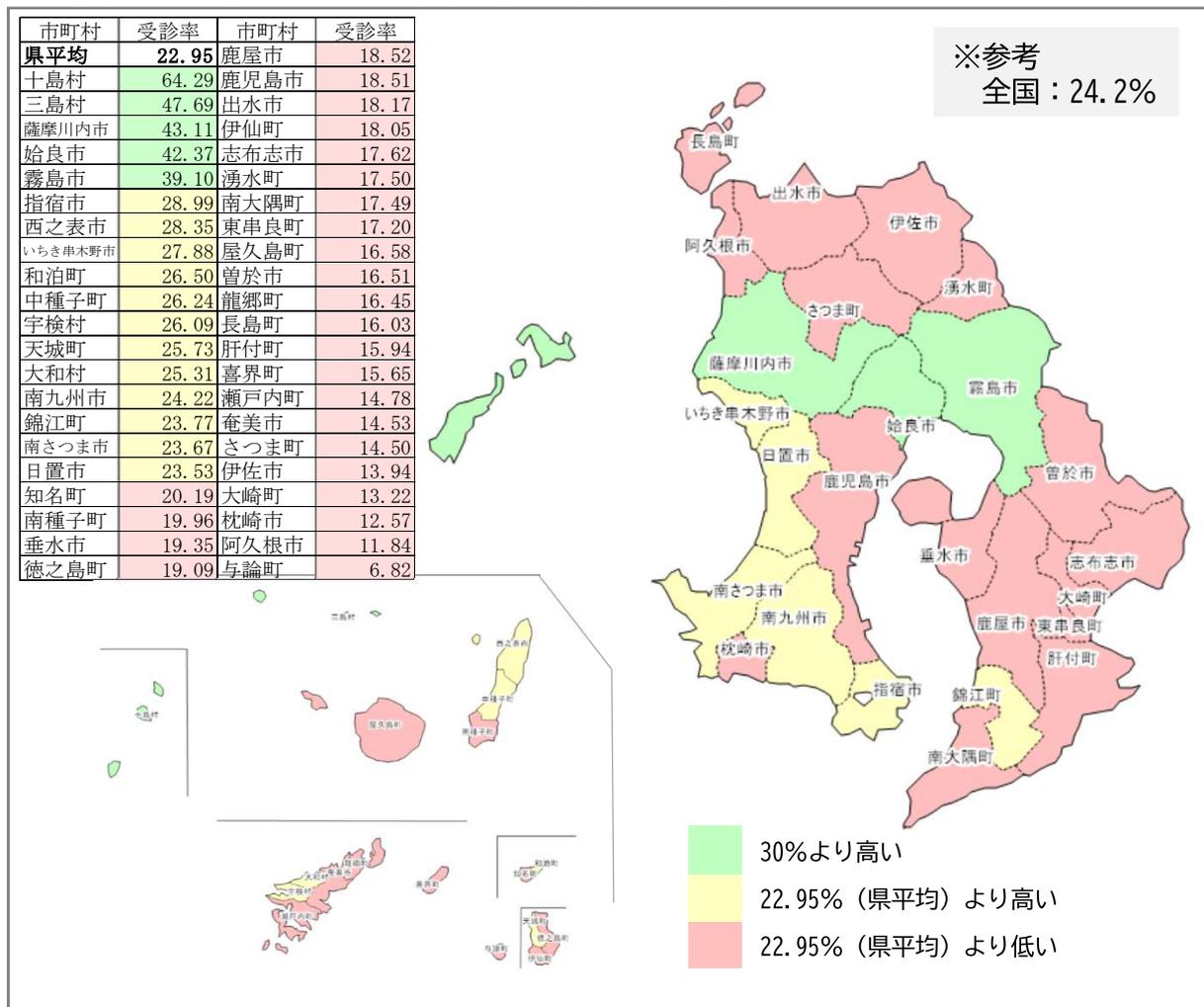
区分	死因（割合）				
	第 1 位	第 2 位	第 3 位	第 4 位	第 5 位
全国	悪性新生物 (20.45%)	心疾患 (15.57%)	老衰 (14.44%)	脳血管疾患 (6.91%)	その他の呼吸器系の疾患 (6.79%)
鹿児島	悪性新生物 (18.30%)	心疾患 (15.66%)	老衰 (14.28%)	脳血管疾患 (8.00%)	その他の呼吸器系の疾患 (7.11%)

[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）]

## (3) 長寿健診

令和 4 年度の健診受診率は県平均で 22.95% となっており、全国を受診率(24.2%) よりも低いです。また、県内市町村内でも格差が大きい状況です。

▶ 【図表 2-5】 市町村別長寿健診受診率（令和 4 年度）



全国を受診率：[KDB\_S21\_003 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題]  
市町村別の受診率：[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

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、リスクの高い基準の者も一定程度います。

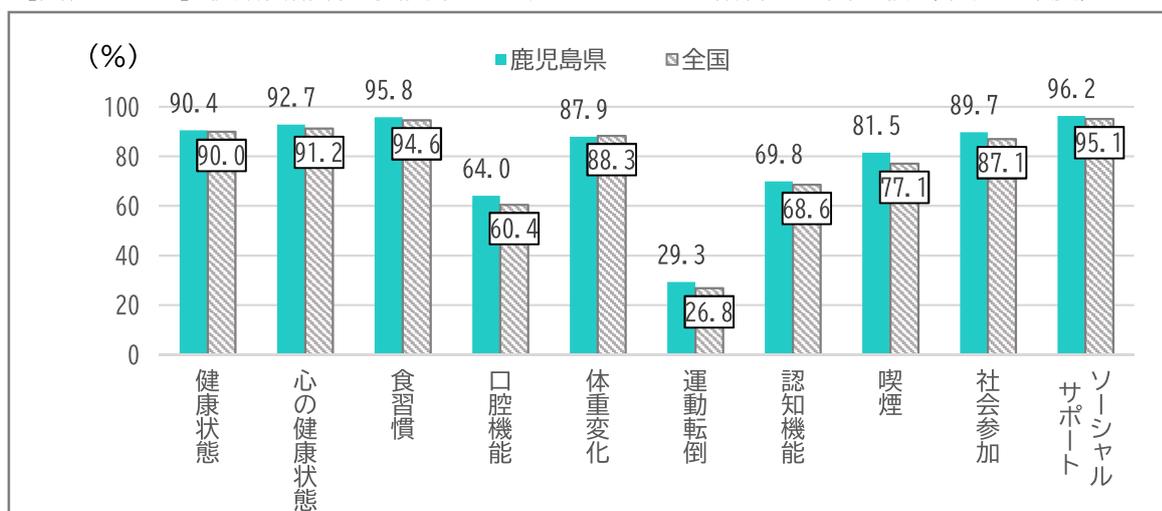
▶ 【図表2-23】受診勧奨該当者数及び受診者に占める割合（令和4年度）

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	2.0%

[当広域連合算出データ]

高齢者の質問票におけるリスクなし割合は、ほとんどの項目で全国よりもリスクなしが多い傾向となっていますが、「体重変化」の割合のみが全国よりもリスクが多くなっています。

▶ 【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）

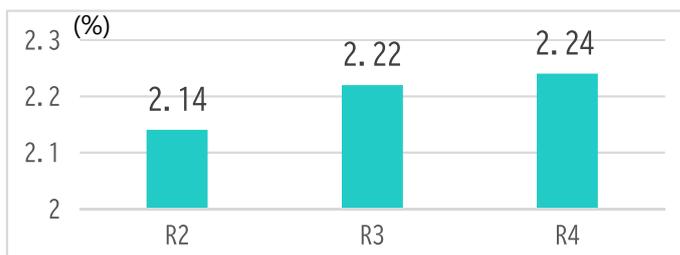


[KDB\_S29\_001\_健康スコアリング]

#### (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

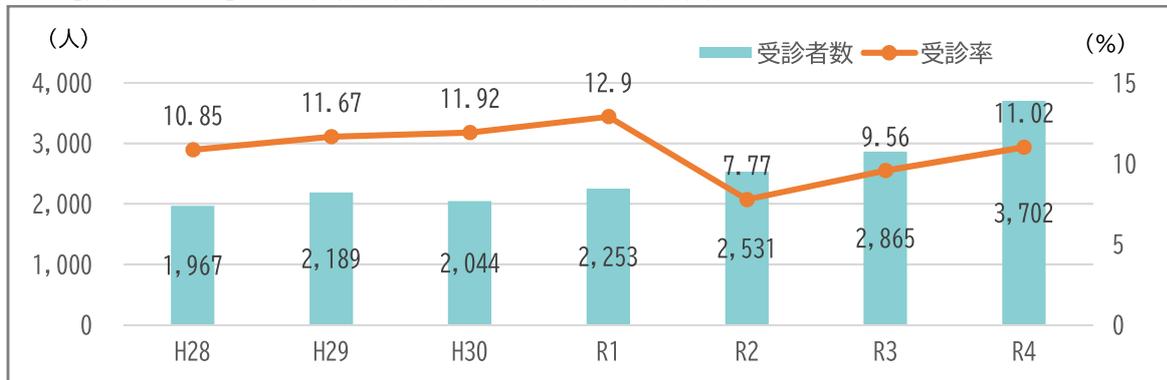


[一体的実施・KDB活用支援ツール【健康状態不明者】]

## (5) 口腔健診

令和4年度の口腔健診受診率は県平均で11.02%と年々上昇傾向ではあるものの、低い傾向で推移しています。

▶ 【図表2-6】口腔健診受診者数・受診率の経年推移

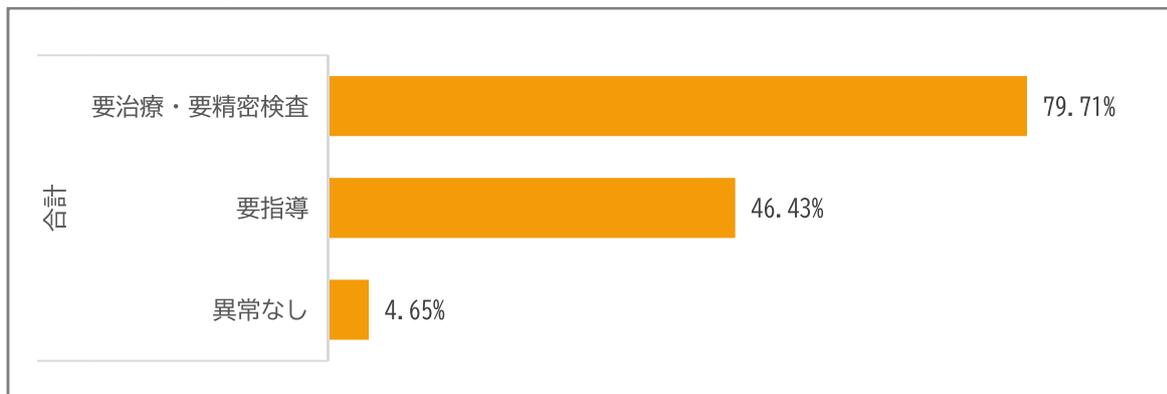


[鹿児島県後期高齢者医療事業報告書]

令和4年度の口腔健診結果より、要治療・要精密該当者が79.71%、要指導該当者が46.43%、異常なしが4.65%となっており、95%以上の方が要指導もしくは要治療・要精密に該当しています。

また、口腔機能低下症が疑われる者(健診7項目中3つ以上該当)は、21.6%となっています。

▶ 【図表2-28】口腔健診結果割合(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]

## (6) 医療費の動向「1人当たり医療費」

入院の1人当たり医療費が高く、平成30年度から全国で2位の状態が続いています。

▶ 【図表2-32】診療種別1人当たり医療費(令和3年度)

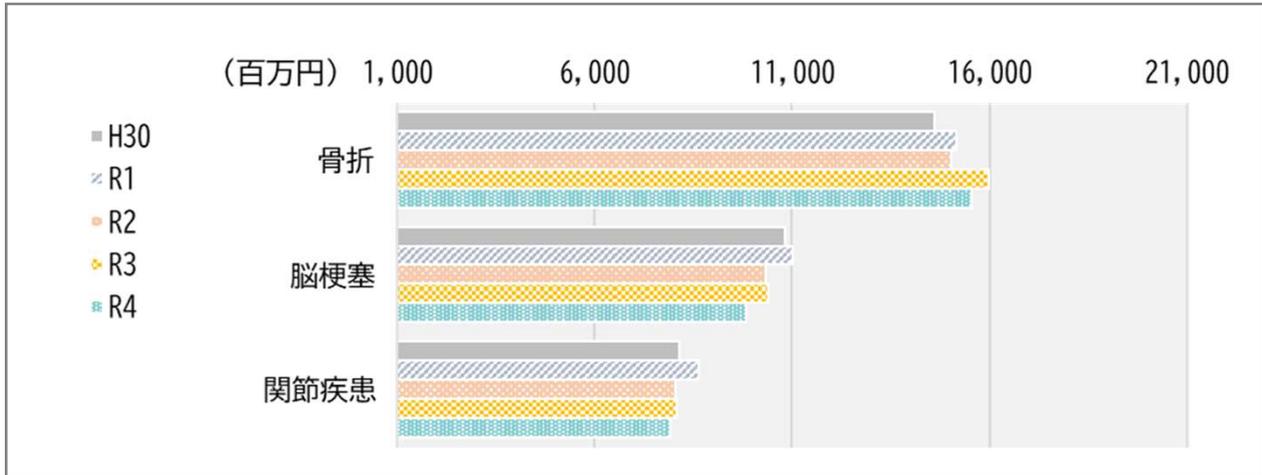
区分	計	入院	入院外	歯科	その他
鹿児島県	1,110,475円	659,403円	409,154円	26,750円	15,168円
都道府県別順位	3位	2位	20位	41位	17位
全国	940,512円	466,848円	419,170円	36,355円	18,139円

[厚労省・後期高齢者医療事業報告(令和3年度)]

## (7) 医療費の動向「疾病別医療費」

鹿児島県の入院医療費が高い疾病は、1位「骨折」、2位「脳梗塞」、3位「関節疾患」となっており、5年間同様の傾向が続いています。

▶ 【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）

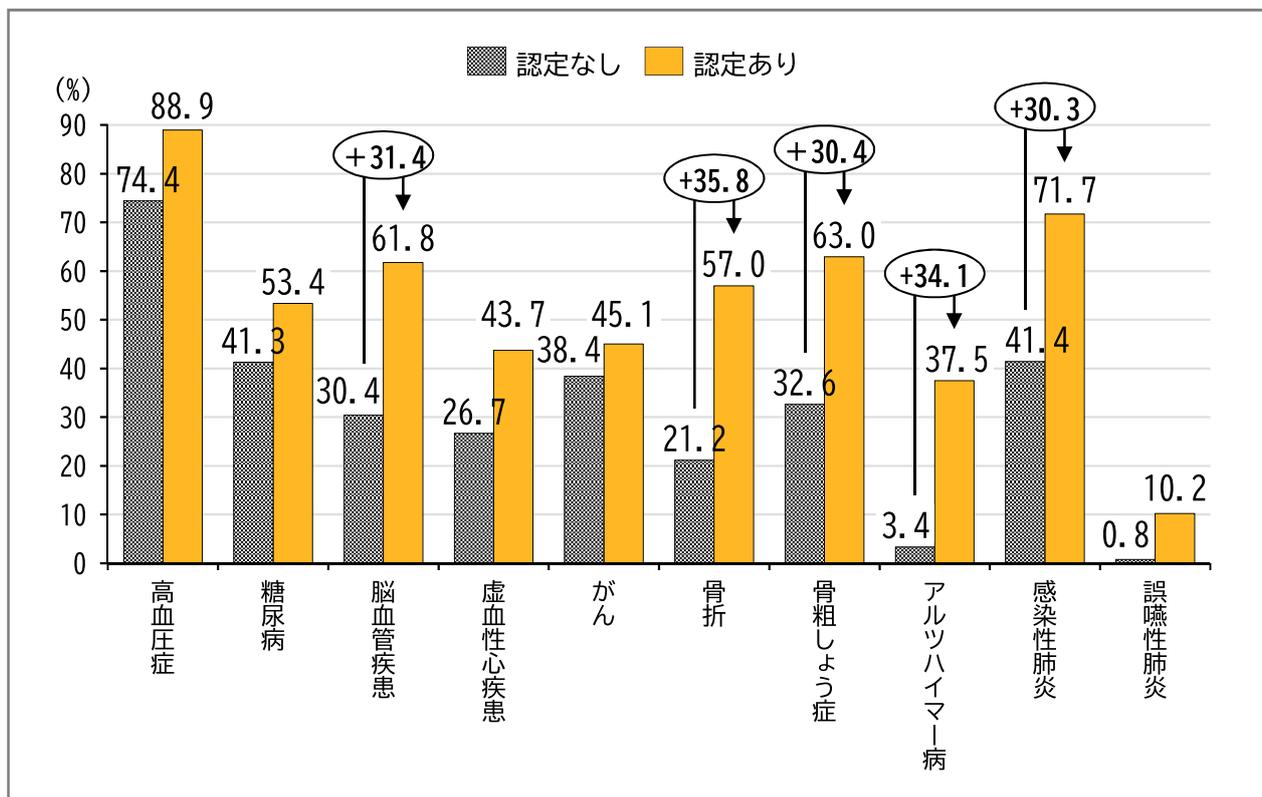


[KDB\_S23\_001\_医療費分析(1)細小分類]

## (8) 要介護関連

鹿児島県の要介護認定率は令和4年度時点で20.1%（KDB健康スコアリングより）となっており、要介護認定がある者と認定がない者の有病状況の差を見ると、認定ありのほうが「骨折」や「アルツハイマー病」、「脳血管疾患」、「骨粗しょう症」、「感染性肺炎」が特に大きくなっています。

▶ 【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）]

## 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"> <li>○ <u>平均余命・平均自立期間</u>いずれも男女ともに全国より短く、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。</li> <li>○ <u>健康診査</u>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。</li> <li>○ <u>健康状態不明者</u>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。</li> <li>○ <u>口腔健診</u>は受診者の95%が要指導や要精密・要治療となっていること、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。</li> <li>○ <u>1人当たり医療費</u>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。</li> <li>○ <u>要介護認定の主な原因疾患</u>（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。</li> <li>○ 全国に比べて、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。</li> <li>○ <u>薬物有害事象</u>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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>

### 第3章 目的・目標の設定

計画本編 P55～60

第2章で示された現状の健康課題を踏まえ、以下の目的と目標を設定しました。

目的 (目指すところ)	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	
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	○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	●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)	○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)〕	●一体的実施市町村委託事業 ・低栄養予防 ・口腔機能低下予防 ・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
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	○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)	●一体的実施市町村支援事業 ●その他の保健事業
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	○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)	●後期高齢者の適正服薬支援事業

### 第4章 保健事業の内容

計画本編 P61～73

第3章で示された目的・目標を達成するため、以下の保健事業を実施します。

広域計画との関連	事業名称 (上から高優先度・重点項目:★)	アウトプット 評価指標 (一部抜粋)	アウトカム 評価指標 (一部抜粋)	目標値 (R11) (一部抜粋)	実施方法		
保健事業の推進	長寿健診事業★	①健診受診率	②健康状態不明者の割合	①36.2% ②現状値以下	市町村補助		
	口腔健診事業 「お口元気歯ッピー健診」★	①口腔健診受診率	②口腔機能低下が疑われる80歳受診者の割合	①12.8% ②R8目標値以下	広域連合直営		
医療費適正化の推進 及び 保健事業の推進	一体的実施市町村委託事業	低栄養予防	①相談・講話の実施圏域数の割合	②体重を維持・改善できた者の割合	①100% ②現状維持	市町村委託	
		口腔機能低下予防	①相談・講話の実施圏域数の割合	②歯科診療に繋がった者の割合	①100% ②現状値以上		
		服薬(多剤・睡眠薬等の重複)	①相談・講話の実施圏域数の割合	②医療費削減効果	①100% ②現状値以上		
		重症化予防	糖尿病性腎症★	①支援できた割合	②未受診・中断者の受診割合		①R6以上 ②現状値以上
			その他・骨折予防含む★	①支援できた割合	②未受診・中断者の受診割合		①R6以上 ②現状維持
		健康状態不明者対策★	①支援できた割合	②医療・介護が必要で繋がった割合	①R6以上 ②12.5%		
	通いの場への積極的関与 (健康教育・健康相談等)	①被保険者に対する実施割合	②運動・転倒リスクなし割合	①現状値以上 ②現状値以上			
一体的実施市町村支援事業	市町村支援数	—	14市町村以上	広域連合直営			
後期高齢者の適正服薬支援事業	①通知対象者の反応把握率	②通知対象者の服薬改善状況	①30.0% ②70.0%	広域連合直営			
保健事業の推進	その他の保健事業 ・健康教育・健康相談・はり・きゅう等助成等	—	—	—	市町村補助		

### 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、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）及び計画の最終年度（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。

### 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

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。