

令和6年度高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に向けた研修会

一体的実施の効果的・効率的な実践を目指して ～広域連合と市町村との協働の工夫～



多様な自然、文化、美味しいものにあふれた県です

鹿児島県後期高齢者医療広域連合 業務課

保健事業班 永山 広子



内 容

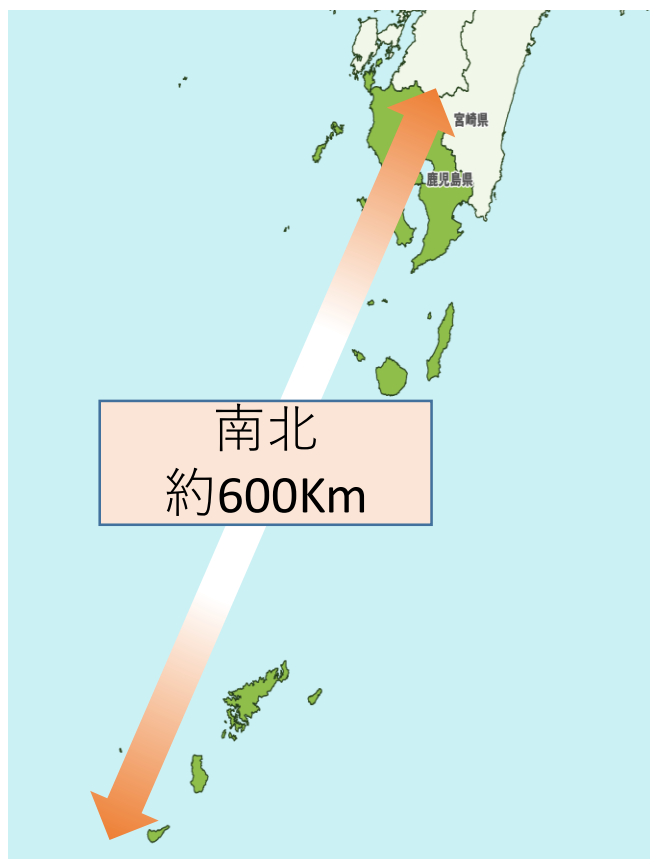
- 1 鹿児島県の特徴と当広域連合の体制
- 2 当広域連合の第3期データヘルス計画(以下「DH計画」)と**協働**推進に向けた工夫
 - (1)当広域連合のDH計画策定の概要
 - (2)市町村や関係団体への周知や協働推進に向けた工夫
- 3 一体的実施推進に係る当広域連合の取組
 - (1)本県市町村の取組状況
 - (2)一体的実施市町村支援事業
 - (3)後期高齢者の適正服薬支援事業
- 4 県内市町村の取組事例



1-(1)本県の特徴

- 総人口 : 1,548,684人(R5.10.1)
- 高齢化率 : 34.0%
- 被保険者数: 273,858人(R6.4.1)
- 市町村数 : 43市町村 (うち**18市町村**が離島)

※1,256の島々、28の有人離島を持つ日本有数の「島の県」



～ その他 ～

<75歳以上高齢者割合>
全国21番目に高い

<百寿率>
(人口10万人あたりの
100歳以上人口)
全国4位(2023年)

<合計特殊出生率>
全国4位(2023年)

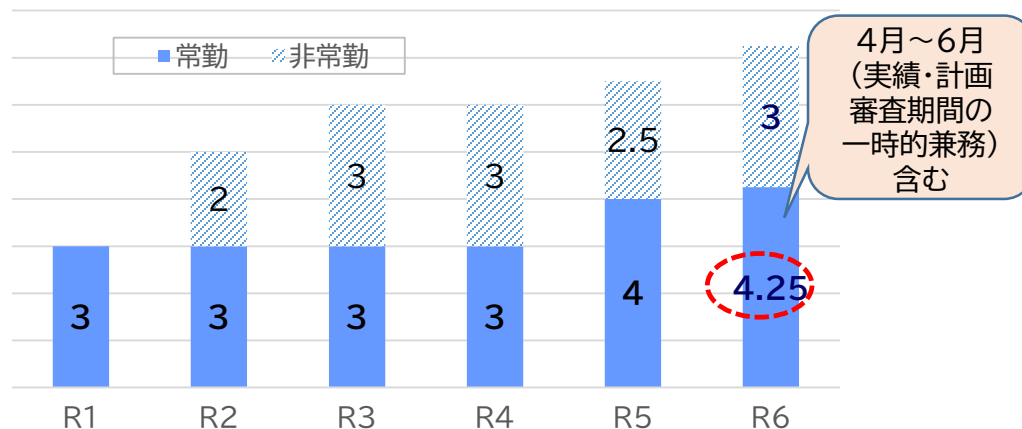
<3つの世界遺産>

- ①世界自然遺産
・屋久島
・奄美大島・徳之島
沖縄島北部・西表
- ②世界文化遺産
明治日本の産業革命

1－(2)当広域連合 保健事業の実施体制

当広域の新規事業や一体的実施の開始・増加に伴い、保健事業班の人員体制は少しずつ充実

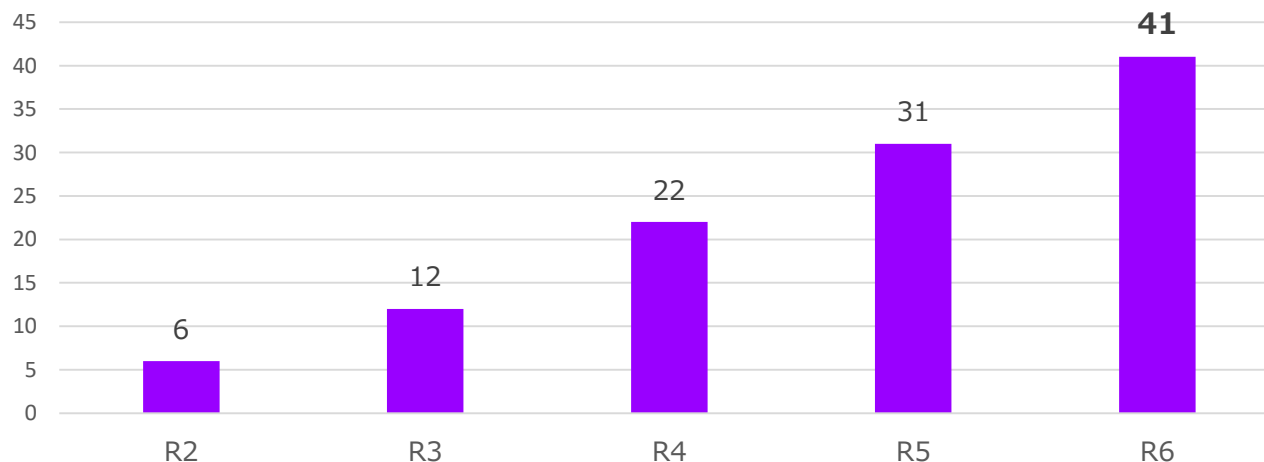
ア 保健事業班人員体制の推移



イ 職種別配置数(R6年4月)

	職員	非常勤・人材派遣	計
保健師	1	2 (16日/月)	3
事務職	3.25	1 (人材派遣)	4.25
計	4.25	3	7.25

1－(3)本県における一体的実施取組市町村数の推移



● 全国に比べて取組が遅れがちで、R6年度までに **41市町村**取組開始。

※ 離島の2町がR4から休止後、未再開

※ 1町は令和7年度から再開に向け支援中

2 当広域のデータヘルス計画と協働のための工夫

(1)当広域のデータヘルス計画の概要

- ※ 国様式に加えて、国の標準様式を踏まえた冊子・概要版を作成
- ※ 後期高齢者の保健・医療・介護等の現状・課題を共有し、高齢者保健事業への理解・協力を求めるために、市町村、県(保健所含む)、三師会等医療関係団体に配布するとともに、ホームページへ掲載

< 第3期DH計画の冊子版 >



【資料編】

・圏域別、市町村別
データも掲載し保健所
での活用も促進

・ハイリスク者の割合
の一部を市町村MAP
で色付けし見える化

・評価指標の考え方も
掲載

< 概要版 >

概要版	
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	
<p>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。</p> <p>本計画は、健康診断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。</p>	
目次	
第1章 基本的事項	第4章 保健事業の内容
1-1 計画の趣旨(背景と目的)	事業内容一覧
1-2 計画の期間	事業1 長寿健診事業
1-3 実施体制・関係者連携	事業2 お口元健診(口腔健診)事業
第2章 現状の整理	事業3 低栄養予防
2-1 第2期計画等に係る考察	事業4 口腔機能低下予防
最終評価の総括	事業5 服薬・重複・多剤等
全体目標・各保健事業の目標の達成状況・評価及び課題	事業6 重症化予防：慢性病性障害
2-2 保険者の特性	事業7 重症化予防：その他、骨折予防含む
2-3 健康・医療・介護情報等の分析	事業8 健康状態不明者対策
平均寿命・平均自立期間	事業9 通いの場への積極的関与：健康教育・健康相談等
死因・死別割合	事業10 一体的実施市町村支援事業
長寿健診の実施状況	事業11 後期高齢者の適正服薬支援事業
口腔健診の実施状況	※事業3～9は一体的実施市町村委託事業として取り組む
医療費の動向	
重複・多剤の状況	
要介護関係の状況	
2-4 健康課題の整理	第5章 計画の評価・見直し・周知・個人情報等の取扱い
健康課題の整理	第6章 地域包括ケアに係る取組
健康課題の整理	資料編
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)	
第3章 目的・目標	
第3期計画の目的・目標、取組の方向性	
3-1 目的及び目標	
3-2 共通評価指標	
3-3 個別事業別評価指標	

2-(1)DH計画の協働推進のために～現状・課題の共有

分析結果のアセスメント

- **平均寿命・平均自立期間**ともに**男女とも全国より短い**。健康寿命延伸の推進が課題。
- **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。
- **口腔機能低下症**が疑われる者が**口腔健診受診者の2割以上**を占める。**受診率向上**や市町村格差是正、結果等活用した**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、1人当たり**入院医療費が全国2位**と高い状況持続の背景として、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い**。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**や、**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で要介護認定者の有病率が高い疾患(認知症、骨折・骨粗しょう症、肺炎、高血圧・脳血管疾患)について、介護部門と連携強化しながら疾患の発症予防・重症化予防が重要。**

R3： 本県**10.0%**、全国**5.5%**（国目標2025までに8%以上）
- 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。
- 多剤（15剤以上処方）や眠剤の処方があり、転倒リスクや認知機能リスクを有する者は、微増傾向。眠剤処方を受けている者等は、**転倒骨折リスクが高いこと等を踏まえて、関係団体と連携した適正服薬の取組**が必要。

取り組むべき課題

- 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た上で、**健康づくりに取り組む**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。

2-(1)第3期DH計画の目指す方向と取組内容

目的 (目指すところ)	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	
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 ★一体的実施の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（再）
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）	●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
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）	<div data-bbox="1439 1168 1891 1292" data-label="Text"> <p>保健事業の中核 は一体的実施</p> </div> ●適正服薬支援事業

★全体指標＝保険者共通評価指標

★重点事業

2-(1)DH計画～共通評価指標と個別事業別評価指標

① 共通評価指標（全国共通の評価指標）

	アウトプット指標	アウトカム指標	小計
評価指標の数	10	11	21
（うち市町村報告が必要）	（8）	（0）	（8）

② 個別事業別評価指標（11の個別事業）

	アウトプット指標	アウトカム指標	小計
評価指標の数	17 （※再掲3）	31 （※再掲1）	48 （※再掲4）
（うち市町村報告が必要）	（12）	（9）	（21）

（※ 共通評価指標と重複する指標を再掲とした）

< 合計①+② >

	アウトプット指標	アウトカム指標	合計
評価指標の数	27 （※再掲3）	42 （※再掲1）	69 ※実質は65
（うち市町村報告が必要）	（20）	（9）	（29）

※市町村報告を求めるものは、毎年7月頃調査・集計し、当広域連合の保健事業部会で進捗確認

2-(2) 当広域DH計画の協働推進に向けた工夫

市町村や関係団体の理解・協力を得るため、意見照会や協力依頼

<策定過程での調整>

- 市町村: 骨子案や計画案、評価指標案は全市町村に意見照会するとともに、当広域保健事業部会(構成市町村の一部が参加)で協議
- 医療懇話会: 三師会や保険者の代表を含む委員への説明や意見聴取
- 関係団体: 県歯科医師会、県薬剤師会、県栄養士会へ関連事業に係る協力依頼や指標目標等について相談
- 県関係課: 県計画への情報提供、広域計画案の意見照会等

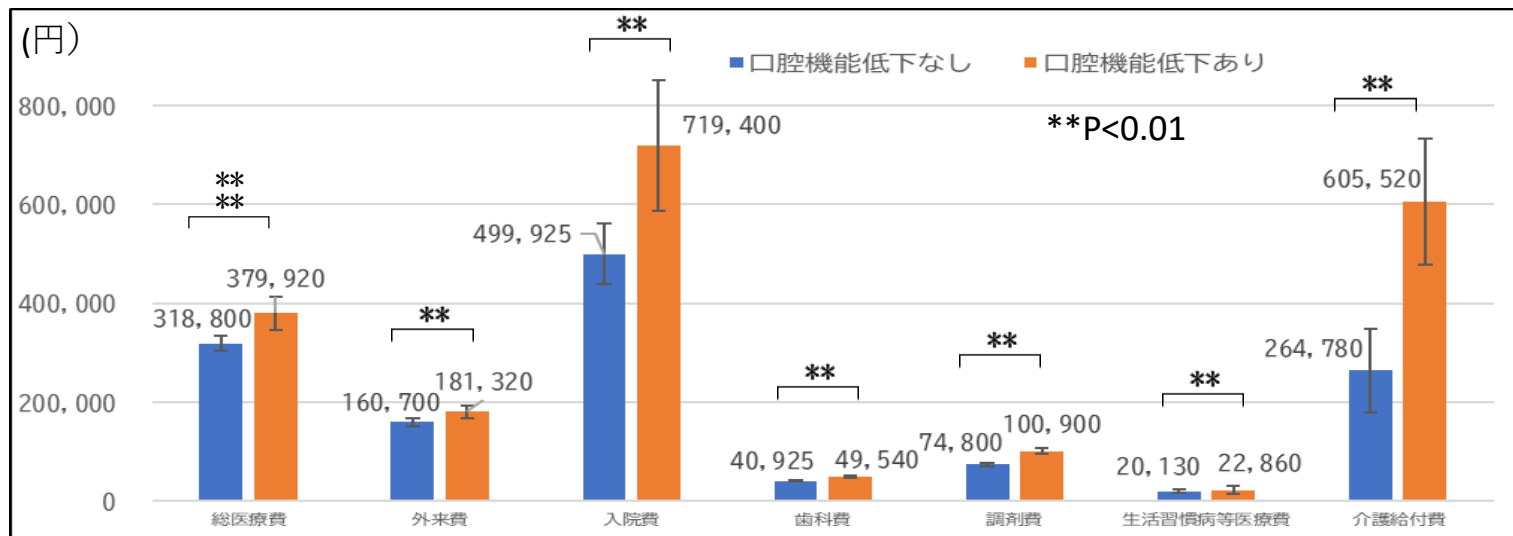


<推進にあたっての調整>

- 市町村: ①担当者・課長研修会等で計画の周知・推進に係る協力依頼
②指標目標の進捗状況調査及び部会で進捗状況共有・協議
- 医療懇話会: 三師会等委員への進捗状況報告及び意見聴取
- 関係団体: 県内各医療関係団体へ研修会や協議機会を通じて進捗状況報告や協力依頼
- 県関係課: DH計画進捗状況の情報提供や推進に向けた連携

県とのコラボ① (県口腔保健支援センター)

口腔機能低下有無別の医療費・介護給付費の比較(R3・4)



口腔機能低下がある者はない者に比べて、**医療費・介護給付費**ともに有意に高い！

※県口腔保健支援センターが分析

啓発に活用

県とのコラボ② (県口腔保健支援センター)

口腔健診受診者のうち口腔機能低下者の状況(令和4年度)

※「**口腔機能低下者**」は、老年歯科医学会の診断基準を参考に、お口元気歯ッピー健診7項目のうち代替指標で構成された口腔機能低下項目数が3つ以上に該当する者

- ①現在歯数20本未満 ②口腔乾燥 ③舌苔の有無 ④頬の膨らまし検査 ⑤反復唾液嚥下テスト(RSST)
⑥オーラルディアドコキネシス(パタカラテスト) ⑦お食事マップ(きゅうり未満)

対象	受診者数	(受診率)	受診者のうち口腔機能低下者の数(割合)
76歳	1,959人	(10.9%)	360人(18.38%)
80歳	1,743人	(11.1%)	438人(25.13%)
計	3,702人	(11.0%)	798人(21.56%)

口腔機能に係る検査7つのうち3つ以上該当する者を「**口腔機能低下者**」と定義

76歳では**18.4%**
80歳では**25.1%**

加齢とともにリスクが高くなる。
早期のフレイル対策が重要！

2-(2)PDCAを回す(測る)ものさしとしての評価指標～①共通評価指標

	評価項目	評価対象		R4実績	R11目標	評価方法・評価時期	市町報告
		分子	分母				
アウトプット	長寿健診受診率	長寿健診受診者数(人間ドック、みなし健診含む)	長寿健診受診対象者	25.2%	36.2%	市町村実績報告を基に広域算出(翌年6月)	○
	口腔健診実施市町村数	口腔健診実施市町村数		41市町村	43市町村	広域算出(翌年5月)	－
	口腔健診受診率(独自目標)	口腔健診受診者数	口腔健診受診対象者数	11.0%	12.8%	広域算出(翌年5月)	－
	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・割合	取組実施市町村数		39市町村	43市町村	市町村実績報告を基に、広域算出(翌年6月)	○
	低栄養	一体的実施における各区分の取組市町村数		13市町村	26市町村	市町村の実績報告を基に、広域集約・算出(翌年6月)	－
	口腔			11市町村	22市町村		－
	服薬(重複・多剤)			5市町村	31市町村		－
	重症化予防(糖尿病性腎症)			14市町村	31市町村		－
	重症化予防(その他・身体的フレイル含む)			21市町村	43市町村		－
	健康状態不明者			18市町村	41市町村		－
	健康状態不明者			18市町村	41市町村		－
アウトカム	低栄養	一体的実施支援ツール「低栄養」～「健康状態不明者」に該当する者の人数 / 被保険者数		0.75%	0.75%以下	一体的実施支援ツールを活用し、広域にて算出(翌年7月抽出・12月更新)	－
	口腔			3.34%	3.34%以下		－
	服薬(多剤:15剤以上)			4.42%	4.42%以下		－
	服薬(睡眠薬)			1.78%	1.78%以下		－
	身体的フレイル(ロコモ含む)			4.21%	4.21%以下		－
	重症化予防(コントロール不良)			0.35%	0.35%以下		－
	重症化予防(糖尿病等治療中者)			8.02%	8.02%以下		－
	重症化予防(基礎疾患保有+フレイル)			5.14%	5.14%以下		－
	重症化予防(腎機能不良未受診者)			0.01%	0.01%以下		－
	健康状態不明者			2.24%	2.24%以下		－
	平均自立期間(要介護2以上)	KDB「地域の全体像の把握」にて算出		男性:79.4歳 女性:84.3歳	男性:80.3歳 女性:85.2歳	KDBにより広域で算出(翌年7月)	－

ハイリスクアプローチ取組市町村数増加やハイリスク割合減少のために、医療関係団体へ取組に係る協力を依頼！

2-(2)PDCAを回す(測る)ものさしとしての評価指標～②個別事業評価指標

事業	評価指標			評価対象		R4 実績	R11 目標	評価方法 ・評価時期	報告	
				分子	分母					
長寿健診	OP	②	健診未受診者への受診勧奨等の対策を実施した市町村数	受診勧奨の取組（受診勧奨通知、みなし健診、健康状態不明者訪問等）市町村数		31市町村	41市町村	市町村調査を基に広域で算出（翌年7月）	○	
口腔健診	OC	②	口腔健診受診者（80歳）で口腔機能低下リスク該当者割合	口腔健診受診者で口腔機能低下リスク有の者						
	OP	③	健診結果を活用（高齢者支援、ケア会議・庁内会議等）した取組実施市町村数	健診結果活用（広域連合者支援やケア会議・庁内用）市町村数						
<div>一体的実施の取組に係る広域と市町村の共通の評価指標を設定 市町村報告を求め県全体を評価 （市町村は県全体と自市町村を比較）</div>										
一体的実施	低栄養	OC	①	体重が維持（±0.9kg）・改善（+1kg）できた者の割合	左記の基準該当者数	支援介入し評価できた人数	73.2%	現状維持	市町村DH実績調査を基に広域算出（翌年7月）	○
		OC	②	介入者の1年後の要介護認定の状況	介入後に新規認定又は要介護度が悪化した者の人数	介入し計画どおり支援できた人数	令和6年度中に把握	R6現状値×1.1以下	KDBを基に、広域にて算出（翌々年5月）	-
		OP	①	対象者のうち、支援できた者の割合	支援介入できた人数	市町村支援対象者数（絞り込む前の対象者数）	84.1%	R6現状値以上	市町村DH実績調査を基に広域算出（翌年7月）	○
		OP	②	相談・講話等を実施できた日常生活圏域の割合	低栄養予防の講話・相談等実施の日常生活圏域数	一体的実施取組日常生活圏域数	64.1%	100.0%	市町村DH実績調査を基に広域算出（翌年7月）	○
	口腔機能	OC	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	最終介入時に高齢者の質問票④又は⑤に「はい」と回答した者の人数	支援介入し評価できた人数	35.4%	35.4%以下	市町村DH実績調査を基に広域算出（翌年7月）	○
		OC	③	介入者の1年後の要介護認定の状況	介入後に新規認定又は要介護度が悪化した者の人数	介入し計画どおり支援できた人数	R6年度中に把握	R6現状値以下	KDBを基に広域で算出（翌々年5月）	-
		OP	②	相談・講話等を実施できた日常生活圏域の割合	口腔機能の講話・相談等実施の日常生活圏域数	一体的実施取組日常生活圏域数	67.9%	100.0%	市町村DH実績調査を基に広域算出（翌年7月）	○

内 容

1 鹿児島県の特徴と当広域連合の体制

2 当広域連合のデータヘルス計画(以下「DH計画」)と協働推進に向けた工夫

(1)当広域連合のDH計画策定の概要

(2)市町村や関係団体への周知や協働推進に向けた工夫

3 一体的実施推進に係る当広域連合の取組

(1)本県市町村の取組状況

(2)一体的実施市町村支援事業

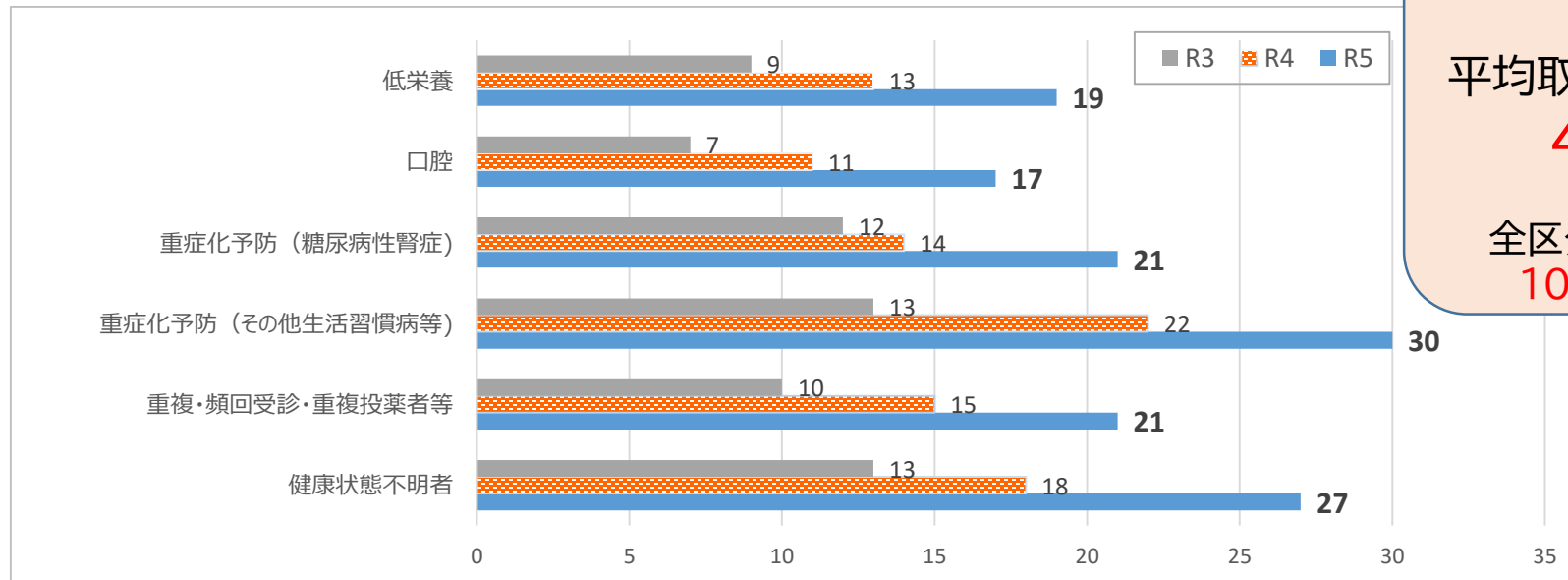
(3)後期高齢者の適正服薬支援事業

4 県内市町村の取組事例



3-(1)本県市町村の取組状況(ハイスコアアプローチ)

①実施市町村の区分ごと取組実績 (N=R3:14、R4:22、R5:31)



<R5>

平均取組区分数

4.4

全区分の取組

10市町村

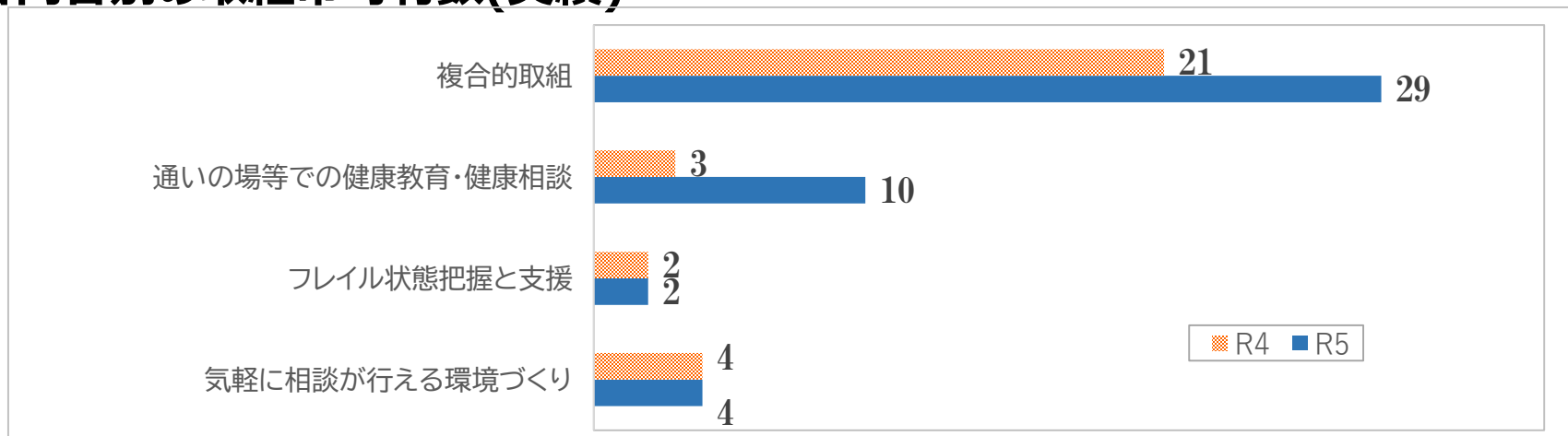
②支援実績(実数)

取組市町村の増加に伴い、各区分ごとの支援件数は増加！(R5は暫定値)

取組区分		令和3年度	令和4年度	令和5年度
低栄養防止・生活習慣病等重症化防止	低栄養	324	646	917
	口腔	224	800	1,249
	重症化防止(糖尿病性腎症)	331	396	648
	重症化防止(その他生活習慣病)	1,417	2,457	2,744
重複・頻回受診・重複投薬(服薬含む)		283	253	395
健康状態不明者		541	1,415	1,460
その他(フレイルリスク等)		371	703	886
(合計)		3,491	6,670	8,299

3-(1)本県市町村の取組状況(ポピュレーションアプローチ)

①各内容別の取組市町村数(実績)



令和5年度は31市町村において、通いの場等1,692カ所で、健康教育・健康相談、フレイルチェック等を実施し、延べ**61,207人**が参加。

②通いの場での健康教育

オーラルフレイル予防についての歯科衛生士の講話



元気な体づくりでの理学療法士の実技指導



お薬の飲み方についての薬剤師の講話



3-(2)一体的実施市町村支援事業～連絡会やアウトリーチ支援

全実施市町村

<市町村支援①>

●企画調整担当者等連絡会

<令和3年度はオンラインで、令和4年度からハイブリット方式>



取組市町村同士
で知恵の交換！



- 参集 + Webのハイブリット開催。

企画調整担当者間等の情報交換やネットワークづくりを目指し、県内先行事例や同規模市町村の取組にヒントを得つつ知恵を交換！

<R5> 個別：11市町村
地区別：5地区

<R5>

取組市町村 : 5
未実施市町村 : 5

<市町村支援②>

●市町村・地区単位の検討会支援



- 未開始市町村の課題を踏まえ、庁内体制づくり、準備が進むように、アウトリーチ支援

●R6～

<市町村支援③>

●市町村現地支援事業 **R4～**

- ・一体的実施取組市町村にアドバイザーを派遣し、個別やグループで市町村の取組に対する伴走支援！
- ・令和5年度：奄美+徳之島・沖永良部・与論
令和6年度：同上 + R7開始の1町


3-(2)一体的実施市町村支援事業～企画調整担当者連絡会(R2～)

- ねらい：①県内の一体的実施推進に係る担当者間の**知恵の交換**
②担当者間の**ネットワークづくり**（広域は市町村の現状・課題把握のチャンス！）

【第1回担当者連絡会】（R6.4月）

第一部

新規開始 + 担当交替



R6:24/41

- 1 広域説明
- 一体的実施の概要と企画調整担当者の役割
 - データヘルス計画と一体的実施での取組
 - 事業計画書の作成上の留意点について
- 2 情報提供
- KDBの一体的実施への具体的活用（国保連）
- 3 意見交換
- 実施体制・実施計画等の情報共有、先行市町に聞きたい事

第二部

全市町村

- 1 広域説明
- データヘルス計画と一体的実施の推進（計画概要、広域との共通評価指標）
 - 国の動き（ガイドライン・インセンティブ等）
 - 国の事業計画様式に係る記載上の留意点
- 2 意見交換
- 全員での意見交換(支援ツールの活用、関係団体との連携、記録様式)
 - 自治体規模別GW

【第2回担当者連絡会】（R6.1月）

- 1 意見交換
- 前半の取組状況と次年度に向けた改善点
- 取組区分ごとの実施状況（※）
- GW（庁内連携、実施方法や評価、医師会との連携、次年度の予定等）
- 2 取組報告
- 「KDBの保健事業への活用例」（霧島市報告、国保連助言）
- 3 情報提供
- 事業実績・計画の作成に係る留意点

※ 参考までに
R5年度第2回
の内容を記載

※ 各市町村が工夫した取組
について、1～2つを様式にま
とめ報告（発表又は書面で情
報共有）⇒ 次年度開始市町村
に情報提供

R5 取組区分ごとの実施状況（工夫した取組）

(1) ハイリスクアプローチ

①低栄養・・・三島村、日置市、喜界町、十島村

②口腔・・・奄美市、曾於市、肝付町、鹿児島市

③服薬・・・南九州市、大崎町、薩摩川内市

④生活習慣病等重症化予防
糖尿病性腎症・・・南さつま市、伊佐市
その他・・・鹿屋市、阿久根市、湧水町、宇検村

⑤健康状態不明者・・・屋久島町、和泊町

ハイリスク（重症化予防）（重症化予防（発病予防支援））

鹿屋市

○健康課題と取組の方向性（支援件数：今年度9月末時点の支援実人数と延べ人数）
・入院医療費を占める疾患は心疾患が最も多く（11.8%）次に骨折が多い（9.3%）。
入院による心身の機能低下予防のため、骨折予防に係る支援を令和4年度から開始。
・対象者22人、支援者6人（9月から支援開始）

○実施方法、従事職種など
・初回訪問（保健師、理学療法士）：生活環境確認、身体機能能力測定、身体機能維持のための取組メニュー提案
・2週間後に電話支援（保健師）：取組にあたっての指導の有無確認
・1か月後に訪問・電話支援（保健師）：取組の保持確認、疾患の重症化予防目的の健康支援
・3～4か月後評価訪問（保健師、理学療法士）：身体機能能力測定と評価、身体機能維持のための助言

○評価指標・評価時期・評価方法
初回訪問から3～4か月後の評価訪問で理学療法士が以下の評価を行う。
・身体機能能力（立ち上がりテスト、2ステップテスト、握力、ふくらはぎ周径）の変化
・健診時と支援終了時の質問票（歩行速度、転倒）の変化

○実施上の工夫点
・理学療法士が家庭状況を観察し（特に転倒リスク場所）、在宅での危険予防について助言を行う。
・対象者が現在取り組んでいる内容を尊重し、取組メニューに含めて提案する。
・評価訪問時に使用する測定器具は初回訪問で使用した器具を用いて評価。

○次年度に向けての改善点
・対象者自身が、日常生活で危険予防を意識できるとともに身体機能維持に向けたメニューに取り組むモチベーションを維持できるよう支援内容の工夫が必要。
・より多くのハイリスク対象者に支援できるように、県理学療法士協会へ委託し、支援体制の拡大を図る。

3-(2)一体的実施市町村支援事業～一体的実施に係る主催研修等

ア 高齢者支援に係る従事者等研修会(H22～、R5一体的実施事業に再編)

- 目的：後期高齢者の特性を踏まえた効果的な支援に資する従事者のスキルアップ
- 対象：一体的実施の高齢者支援に従事する地域従事者（医療専門職） 等
- 内容：広域方針・事業説明（DH計画と一体的実施、広域独自事業等）
市町村の支援実践報告（ハイリスクアプローチ支援事例）
講演（糖尿病重症化予防、認知機能とフレイル予防等）

イ 一体的実施に係る市町村等セミナー(R元～ R3から国保連と共催)

- 目的：一体的実施推進に係る好事例の共有、市町村や県内の体制づくり
- 対象：市町村の国保・介護・高齢者支援担当者、県保健所、関係団体関係者
- 内容：事業説明、一体的実施の推進に係る講演、取組市町村の実践報告

ウ 県庁関係課・国保連との連絡会(R元～、2回／年)

- 目的：①一体的実施推進関連事業を情報共有、市町村支援のベクトル合わせ
②フレイル予防、重症化予防に係る連携ポイント確認・県全体の体制づくり
- 内容：その時々で必要な内容を意見交換
・県庁各課の各種計画の策定スケジュール、共有事項について
各種計画策定の方向性・整合性について

3-(2)その他: 事業計画・実績報告作成に係る工夫

市町村及び広域連合の情報共有媒体として活用し、相互の**事務負担の軽減**を図る！

一体的実施に関する 提出資料作成の手引

今回の手引は、厚生労働省保険局高齢者医療課通知（令和6年3月28日付）「後期高齢者医療の調整交付金の交付額の算定に関する省令第6条第9号に関する交付基準について」により示された交付基準及びQ&A、並びに厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡（令和6年4月5日付）「令和6年度特別調整交付金交付基準（算定省令第6条第9号関係）に係る事業実施計画書（事業区分1）の提出等について」により示された国様式を基に作成しています。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合

（令和6年4月作成）

基本的な方針及び国様式並びに広域様式（国様式の根拠資料）の作成時の留意点について、令和6年度交付基準、Q&A、国通知等を踏まえポイントを整理
（計画・中間報告・実績）

目次

I 各種様式の説明及び提出時期	② 企画調整担当者（兼務用）	62
1. 国様式	③ 地域従事者（兼務用）	65
2. 広域独自様式	④ 地域従事者（専従用）	68
	広域様式B ハイリスクアプローチ集計表	70
	広域様式C 通いの場等への関与実績（園域ごとの集約表）	76
II 一体的実施に関する事務スケジュール		
III 計画作成	V 実績報告	78
1. 国様式	1. 国様式・広域独自様式	
(1) 基本的な方針	(1) 国様式① 市町村基礎情報	79
(2) 国様式① 市町村基礎情報	(2) 国様式②-1 実績報告書（ハイリスクアプローチ）	79
(3) 国様式②-1 実施計画書（ハイリスクアプローチ）	(3) 国様式②-2 実績報告書（ポピュレーションアプローチ）	80
(4) 国様式②-2 実施計画書（ポピュレーションアプローチ）	(4) 国様式③-1 実績報告・評価ハイリスクアプローチ（共通評価指標）	81
(5) 国様式③-1 評価計画・評価ハイリスクアプローチ（共通評価指標）	(5) 国様式③-2 実績報告・評価ハイリスクアプローチ（アウトプット）	83
(6) 国様式③-2 評価計画・評価ハイリスクアプローチ（アウトプット）	広域様式B ハイリスクアプローチ集計表	
(7) 国様式③-3 評価計画・評価ハイリスクアプローチ（アウトカム）	(6) 国様式③-3 実績報告・評価ハイリスクアプローチ（アウトカム）	84
(8) 国様式③-4 評価計画・評価（ポピュレーションアプローチ）	広域様式B ハイリスクアプローチ集計表	
(9) 国様式④ 園域毎事業実施計画書	(7) 国様式④-4 実績報告・評価（ポピュレーションアプローチ）	86
(10) 国様式⑤-1 積算内訳書	(8) 国様式④ 園域毎事業実績報告書	87
① 作成にあたっての注意事項	(9) 国様式⑤-1 積算内訳書：人件費部分	88
② 国様式⑤-1 積算内訳書	広域様式A 業務日誌	
2. 広域独自様式	広域様式F 一体的実施に携わる医療専門職の従事者名簿	
(1) 広域様式F 一体的実施に携わる医療専門職の従事者名簿	(10) 国様式⑤-1 積算内訳書：その他経費部分	89
(2) 広域様式D その他経費積算資料	広域様式D その他経費積算資料	
(3) 広域様式E 備品等管理台帳	(11) 広域様式E 備品等管理台帳	91
(4) 備品購入等申請書	(12) 再委託料内訳	92
(5) 再委託に関する承諾申請書	2. 委託料の請求	
	(1) 実績報告基礎表	93
IV 中間報告	(2) 業務実績報告書	94
1. 広域独自様式		
① 作成にあたっての注意事項		60

計画策定時

3-(3)後期高齢者の適正服薬支援事業～取組経緯

目的： 本県の実状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ための**多職種連携での支援体制づくり**

令和元年度：分析・方策検討〔1.服薬状況の分析 2.関係者検討会での課題整理・方策検討〕

現状

- ① 2つ以上の医療機関で6剤以上の内服薬を処方されている人は全体の20.6%
- ② 重複服薬上位：①**血管拡張剤** ②消化性潰瘍剤 ③催眠鎮静剤・抗不安薬

課題

- ① **お薬手帳の一本化**等による関係者間の情報共有
- ② 高齢者の**多剤によるリスク軽減**を図る**支援体制づくり**



令和2年度：モデル圏域での試行〔①地区関係者検討会、②服薬情報通知、③対象者支援〕

- モデル圏域：2 保健医療圏域(川薩・南薩) の5市1町で試行
- 支援基準：2つ以上の医療機関から**15種類以上**の内服薬を長期処方された75～84歳

令和3年度：モデル圏域拡充による試行・検証

- モデル圏域：3 保健医療圏域等(川薩・南薩・姶良地区) (対象年齢は75～84歳)
- 支援基準：2つ以上の医療機関で**13種類以上**の内服薬を長期処方(**28日以上**、以下同)
2つ以上の医療機関から**ベンゾジアゼピン(以下、BZ)系睡眠薬**を長期処方

令和4年度：モデル圏域拡充による試行・検証

- モデル圏域：3 保健医療圏域等(川薩・南薩・姶良地区) (対象年齢は75～84歳)
- 支援基準：2つ以上の医療機関から**12種類以上**の内服薬を長期処方
2つ以上の医療機関から**BZ系及び非BZ系睡眠薬**を長期処方

令和5年度：実施地区の拡充

令和6年度も同様に実施

- 支援基準は令和4年度と同じ。各郡市医師会の協力が得られ**県内全域に拡充**

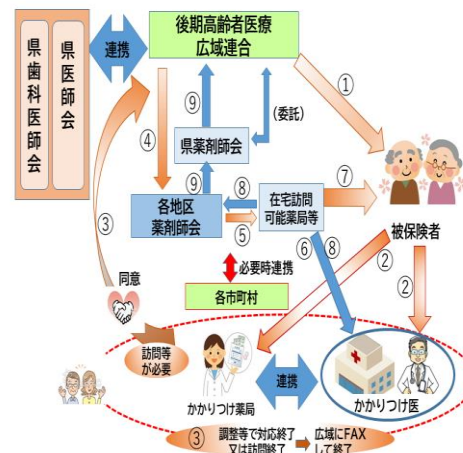
3-(3)後期高齢者の適正服薬支援事業～R5事業概要

ア 県内全域での支援体制づくり

(一部を県薬剤師会に委託)

- ① 県内関係団体への協力依頼・手引きの送付
- ② 支援基準を満たす被保険者（以下、対象者）への「服薬情報のお知らせ」の発行
→ 対象者がいる医療機関にも事前に「該当者有りの人数」通知
- ③ 関係者の連携による対象者への支援
(訪問等で声掛け、かかりつけ医等への相談・服薬調整)
- ④ 実施後の課題・改善点の把握

適正服薬支援事業の実施体制(県内全域実施イメージ図)



好事例等報告冊子

県内全医療機関、薬局、市町村等に配布
※ホームページ掲載

※ R5は始良地区のみ関係者検討会開催。他地区は団体ごとに課題や改善点等を文書で照会

- ・お薬手帳一本化の主旨が伝わっていない、通知を機に主治医に相談できた等⇒お薬手帳一本化の目的周知、相談の体制づくり
- ・非ベンゾで多用されている眠剤で依存性が高いものあり⇒昼寝により夜間不眠を訴えることもあり、睡眠指針に沿った指導が必要
- ・対応手順がわかりやすくなるように様式の改善が必要

【支援方法】

※ 支援に際しては**好事例等報告冊子**を活用

- ・対象者が「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（図①～②）
- ・処方内容を確認し、状況に応じて、かかりつけ医や薬剤師が処方内容の調整や相談対応。又は必要時には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（図③～⑧）

イ 県全体での環境づくり

- ① 関係者検討会の開催(年2回) (実施方法等の調整、事業評価等)
- ② 高齢者への啓発 (希望市町村にパンフレット配布：訪問や通いの場等での啓発)
- ③ 三師会合同研修会 (ハイブリッド方式で9月開催)

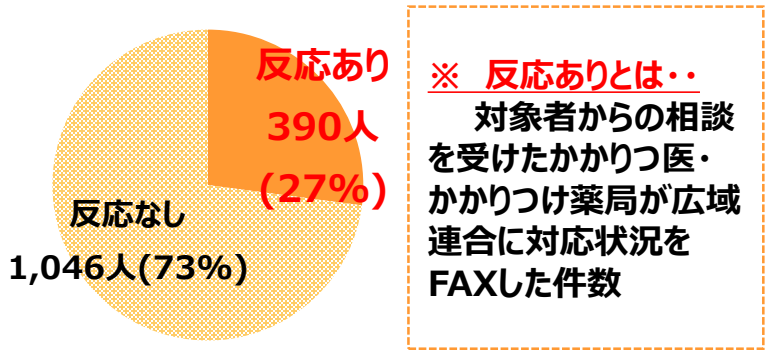


3-(3)後期高齢者の適正服薬支援事業～R5の支援結果

① 支援対象者数（全体） ※ ベンゾジアゼピン系睡眠薬を「BZ」と略

	①支援基準 該当者	(①のうちBZ・ 非BZの重複者)	②除外対象者 (通知不要者)	③通知対象者	(③のうちBZ・ 非BZの重複者)
県全体	1,666	(158)	230	1,436	(143)

② 服薬情報通知後の対象者の反応



③ 支援内容

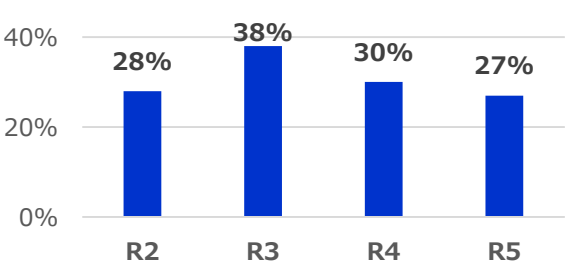
	医療機 関	薬局	計
処方内容調整	68	5	73
薬局又は 医療機関と調整	3	10	13
その他助言	12	19	31
調整の必要なし	118	155	273
計	201	189	390

●減薬調整:75人
(把握した者の18%)

●医師が訪問支援
が必要と判断:
3人
⇒地区薬剤師と共
に市町村医療専門
職が同行訪問

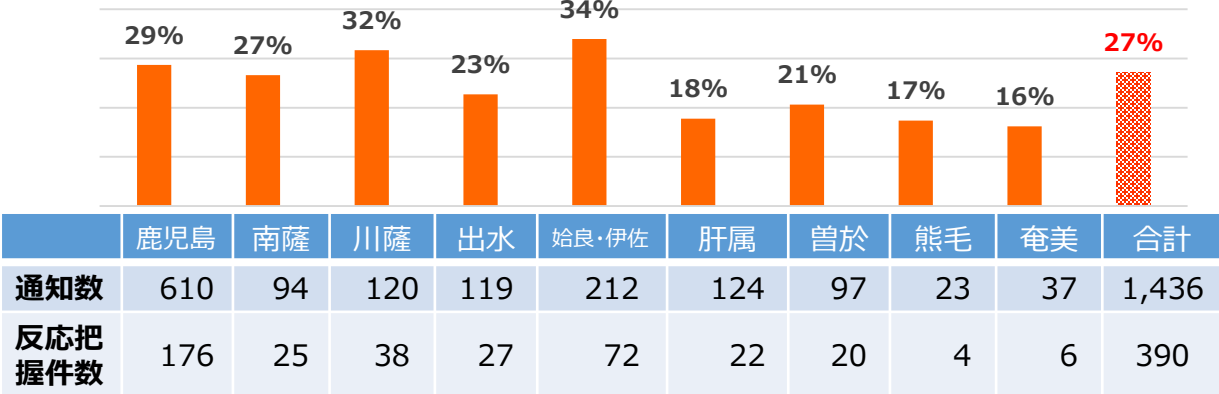
④ 服薬情報通知後の相談把握率（年次推移、圏域別）

＜反応率の年次推移＞



※ R2は2モデル圏域、
R3～4年度は3モデル圏域、
R5年度は県内全域実施での反応率

＜R5 保健医療圏域別の反応率＞

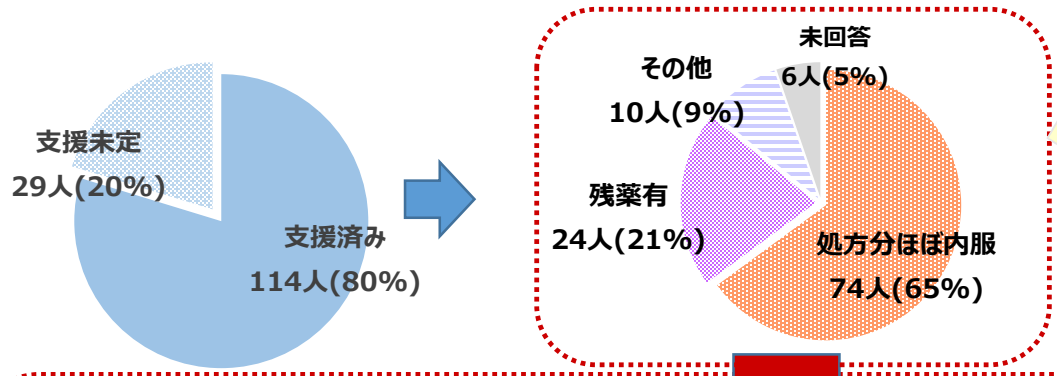


令和5年度から県内全域実施。通知後の反応率は、R4年度までのモデル圏域及び鹿児島圏域が高かった。

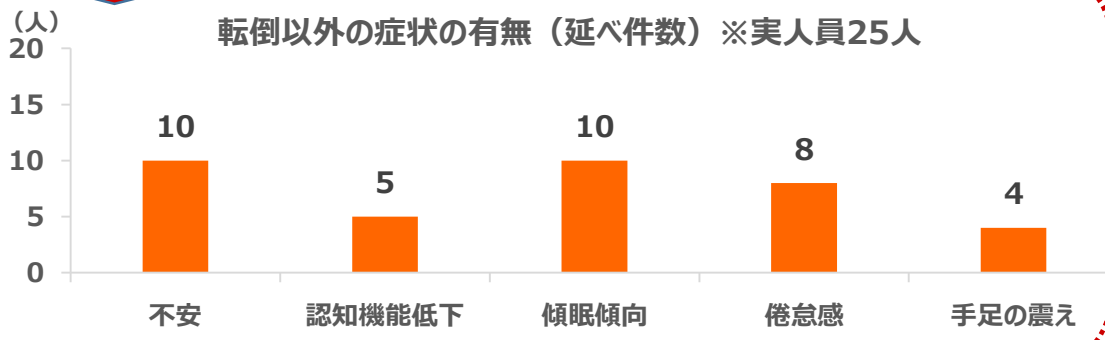
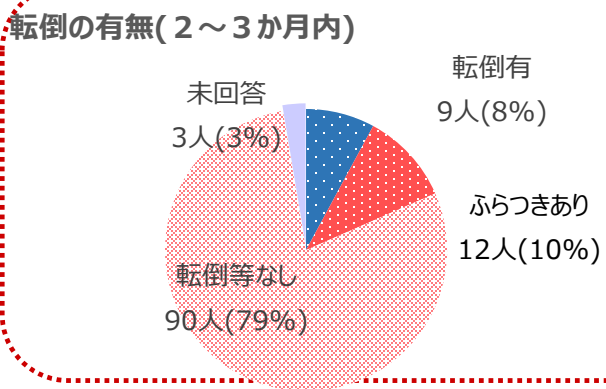
3-(3)後期高齢者の適正服薬支援事業～市町村の訪問支援等

ベンゾジアゼピン系及び非ベンゾジアゼピン系睡眠薬の重複者への訪問結果

※ 対象者143人中（令和6年2月時点）、市町村で面接等の対応ができたのは114人（N=114）



- 対象者143人中114人と面接等支援
- 聞き取りで、転倒やふらつき有は21人
- 転倒以外の倦怠感や眠気等の症状は **25人（実人数） 22%**
- 転倒や認知機能等何らかの症状があった方は**37人（実人数） 32%**



市町村は同事業の訪問を一体的実施のハイリスクアプローチ「服薬(重複投薬・多剤投与等)」の取組とし、**通いの場等での健康教育・健康相談**（ポリファーマシーに係る啓発）を実施

※メリット

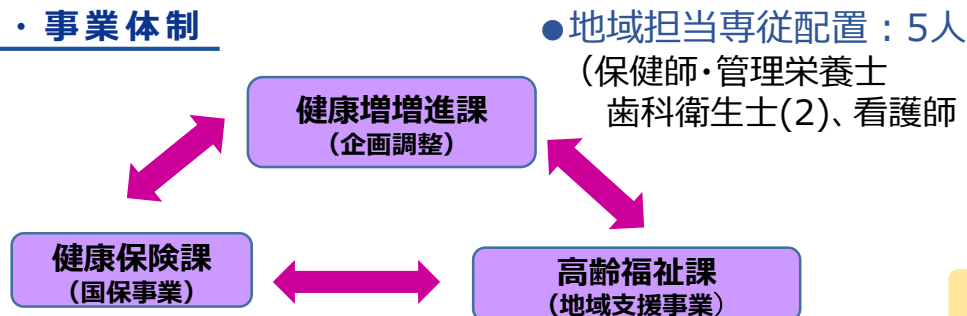
- ①市町村単位では難易度が高い「服薬」の取組を、県三師会の理解・協力のもと県内全域で実施していることから、介入や関係者との連携が比較的スムーズ。
- ②通いの場等でのポリファーマシーに係る薬剤師会の協力が得やすい。実施市町村数も増加

鹿児島県 K市（一体的実施KDB活用支援ツールを活用し支援した事例）

市の概況(令和6年4月1日時点)

人	口	98,442人
高	齢	化
率		31.02%
後期被保険者数		15,933人
日常生活圏域数		7圏域

庁内・事業体制



市のキャラクター

推進体制

令和6年度から、切れ目のない健康支援体制強化のために、企画調整担当の配属先を健康保険課健康長寿推進室から健康づくり部門の健康増進課へ移し、これまでどおり3課で事業に係る情報を共有しながら推進していくこととしている。

- 庁内連携体制：3課の課長会（年2～3回）、技術職を中心とした連絡会（随時）において、情報共有や進捗確認
- その他：企画調整担当者と地域従事者で支援の進捗状況や事例検討などを実施（1回／月）
- 地域の医療関係団体との連携（三師会等に事業に係る相談や協力を得ている）

令和6年度の取組予定

ハイリスクアプローチ

- 低栄養：支援ツール(絞り込み)
- 口腔：オリジナル基準
- 服薬（重複投薬・多剤）：オリジナル基準
- 身体的フレイル：支援ツール（絞り込み）
- 重症化予防(糖尿病フレイル合併)：支援ツール(絞り込み)
- 重症化予防(腎機能不良未受診者)：オリジナル
- 健康状態不明者：支援ツール（絞り込み）

ポピュレーションアプローチ

- 地域の通いの場等での健康教育・健康相談＋フレイル状態の把握
 - ふれあい健康サロンで栄養、口腔、高血圧重症化予防に係る健康教育や健康相談を実施
 - 外部（国立体育大学）に委託して以下を実施
 - ①小集団での健康教室の開催
 - ②通いの場でのフレイルチェック・健康教育
 - ③フレイル予防動機づけ（保険証交付時のフレイルチェック等）
- 気軽に相談できる環境づくり
 - ・保健センターで実施する健康相談等で個別相談

K市 令和5年度ハイリスクアプローチの実施状況

取組区分	支援基準	計画数	実施数	実施率	評 価
低栄養	○支援ツール絞り込み (85歳以上・要介護 3以上を除く)	96	94	97.9%	<p><指標> 体重の変化 改善:20人(21.3%)、維持:46人(48.9%) 悪化:28人(29.8%)</p>
口腔	○オリジナル ・口腔健診結果が要指 導で同意した者	91	91	100%	<p><指標> 有所見及び咀嚼・嚥下機能の変化 改善:21人(23.1%)、維持:58人(63.7%) 悪化:5人(5.5%)</p>
糖尿病性 腎症 (基礎疾患 +フレイル)	○支援ツール絞り込み (85歳以上と要介護 3以上を除く)	131	131	100%	<p><指標> ①治療中断者のうち医療機関受診 ②次年健診のHbA1cの変化 ①治療中断又は未治療者13人のうち糖尿病 の受診に繋がった者:9人(69.2%) ②は次年度データで評価</p>
重症化予 防(コント ロール不良 、身体的フ レイル)	○支援ツール以下 a b の絞り込み(85歳以上、 要介護以上除く) a.コントロール不良 b.身体的フレイル	a.292 b.6	a.277 b.6	a.94.8% b.100%	<p>a.高血圧等のコントロール不良 <指標> 医療機関受診、健診データの変化 未治療者94人中、医療機関受診者:59人 b.フレイル予防(骨折予防) <指標> 身体機能改善、質問票変化 ・身体機能改善:5人、維持:1人 ・歩行速度・転倒:改善4人、維持1人、悪化1人</p>
健康状態 不明者	○支援ツール絞り込み (介護予防事業参 加者を除く)	139	135	97.1%	<p><指標> ①健診受診:1人(0.7%) ②介護サービス等連携:2人(1.5%)</p>

支援ツール活用により**対象者把握がスムーズ**にできた。生活保護者等対象外者整理に時間を要した。

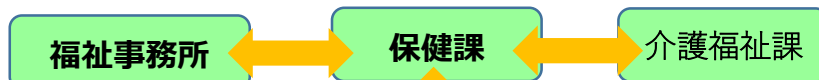
鹿児島県 S 市（庁内外の関係者と協働でPDCAを回す工夫をしている事例）

市の概況(令和6年4月1時点)

人口	32,575人
高齢化率	43.6%
後期被保険者数	7,718人
日常生活圏域数	3 圏域

庁内・事業体制

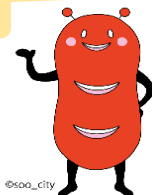
企画調整（保健師）・地域担当（看護師2人）



S市高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業作業部会（25人）

栄養士会・薬剤師会・地域リハビリ支援センター・社会福祉協議会・地域包括支援センター
保健所・保健課（後期担当保健師 栄養士 歯科衛生士）・介護福祉課（介護予防担当）
福祉事務所（高齢者担当）

市のキャラクター



©sao_city

外部
アドバイザー

推進体制

■ 地域関係団体との協働推進体制づくり

高齢化率が高いS市において、保健・医療・介護が連携した一体的取組が必須と判断し、組織再編にあわせて令和4年度に取組開始。地域全体で取り組んでいくために、令和3年度に**庁内外の関係者を含めた作業部会を設置、課題・方策の共有、PDCAを共に担っていく場として協働推進中。**

【構成】：地域リハビリテーション広域支援センター（リハビリ職）、地区栄養士会、薬剤師会、地域包括支援センター、社会福祉協議会、歯科衛生士

保健所等（アドバイザーは課題分析・推進方策等を助言）**地域医療専門組織との協働事業を通して地域医療（在宅医療）支援への反映を期待**

■ 庁内連携：一体的実施事業作業部会を開催（年5回）

■ 医療関係団体等との連携 <県医師会及び近隣県医師会>：かかりつけ医との連携様式を策定し対象者の治療状況を把握する仕組みを構築（情報提供）
<社会福祉協議会>：高齢者サロンなど社協が関わっている住民や民生委員へ周知を図ってもらう

令和6年度の取組予定

ハイリスクアプローチ

- 低栄養：支援ツール(絞り込み) + オリジナル基準
- 口腔：支援ツール(絞り込み) + オリジナル基準
- 服薬（重複投薬・多剤）：支援ツール + オリジナル基準
- 身体的フレイル：支援ツール（絞り込み） + オリジナル基準
- 重症化予防(血糖除くコントロール不良)：支援ツール(絞り込み)
- 重症化予防(糖尿病を除く治療中断者)：支援ツール(絞り込み)
- 健康状態不明者：支援ツール

※薬剤師会、地区栄養士会、医療機関（リハ）に一部委託

ポピュレーションアプローチ

- 通いの場等での健康教育・健康相談 + フレイル状態の把握
フレイルチェックや健康教育・相談をサロンや高齢者学級等で実施
- 気軽に相談できる環境づくり
高齢者が集う大型スーパー等でアウトリーチで健康相談。
- **暮らしの保健室**
（実施方法）管理栄養士等専門職による1回／週の健康相談
（実施内容）①後期高齢者の質問票 ②体力測定及びフレイルチェック等
③上記①②の結果を踏まえた健康相談
（従事者）事業者への委託（専門職2人）、市の看護師（1人）
測定ボランティア（3人）



©sao_city

S市での庁内・地域の関係者と共にPDCAを回す仕掛けづくり(例)

一体的実施事業報告会(R6. 2. 22)

(1)講話：S市の一体的実施

外部アドバイザー（※ヘルスケア関連会社代表）



介護事業研修会と合同開催

地域関係団体関係者が多数参加(W e b 併用)

- ・介護事業所（ケアマネ、訪問介護・看護、デイ）
- ・医療機関リハ職、薬局薬剤師、看護師、栄養士
- ・測定ボランティア、包括支援センター

～協働のための仕掛け～

- 一体的実施の概要、市が目指す目標、そのために取り組む事業や成果を共有
- 次年度に向けた改善点を皆で話し合う

(2)S市担当説明 + 寸劇

(把握⇒支援⇒方針決定を寸劇で紹介)

- ① 暮らしの保健室(ポピレーションアプローチ)における健康チェックで口腔機能低下のAさん把握。
- ② ハイリスクアプローチ対象として看護師・歯科衛生士がAさん宅訪問
- ③ 2回目訪問で、スクワット実技指導
- ④ 多職種でAさんケース会議
- ⑤ フレイル予防オリジナル体操(サンバのリズムで楽々体Soo)

※ 演者はすべて市職員及び一体的実施に係る地域従事者



一体的実施推進に係る当広域の今後の課題

1 全市町村での**取組開始**と**継続**、より良い取組の推進

- ・体制が脆弱な小規模町村が多い中、担当者間で上手にバトンタッチしつつ取組継続できるように課題把握や支援に努める！
- ・取組効果や進捗状況を共有できる情報を集め、市町村や関係団体へ還元

2 一体的実施は目指す姿(**目標**)を**達成**するための**“手段”**であることを皆で**共有**しつつ**協働**で推進

- ・事業の実施が目的化しないように・・

※市町村における「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」のための進捗チェックリストガイドより

- ・市町村を中心に地域の関係者が**連携体制**をつくる
- ・地域の**高齢者の全体像を把握**し、必要な人に必要なサービスが行き届くように計画を立てる
- ・保健事業にとどまらず、社会資源の活用等**地域づくりの視点**で取り組む



3 上記を踏まえて、DH計画が推進されるよう連携