

第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画)



平成30年度～令和5年度

第1章 計画策定に当たって

今後、進行する高齢化の状況に対応するため、これまでの計画による保健事業の実施状況及び課題を検証し、令和7年以降の後期高齢者の大幅な増加を見据えて、後期高齢者の健康の保持増進と心身機能の低下防止を図り、結果として医療費の適正化に資することを目的に、第2期保健事業実施計画を策定するものであります。

計画は、健康・医療情報を活用してPDC Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ってまいります。

この計画の期間は、「特定健康診査等実施計画」及び「医療費適正化計画」との整合性を図り平成30年度から令和5年度までの6年間とします。

第2章 現状

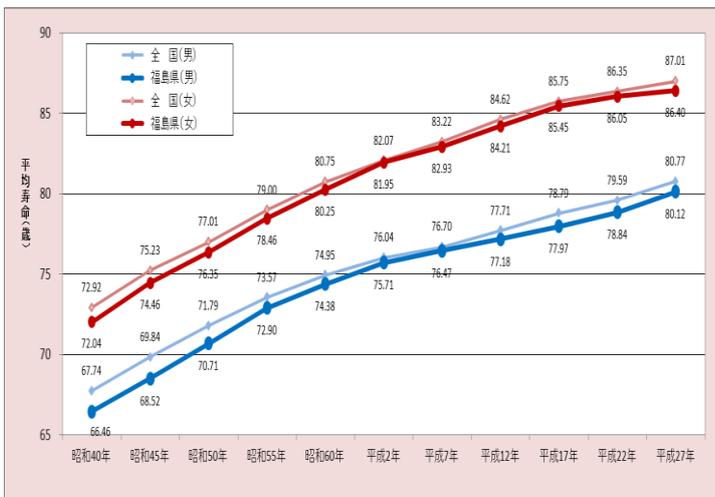
1 被保険者数

福島県の人口は減少していますが、被保険者数は年々増加し、人口に対する割合も年々増加しています。全国の被保険者数も同様に増加しています。



資料：厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告（事業月報）」

2 平均寿命と健康寿命



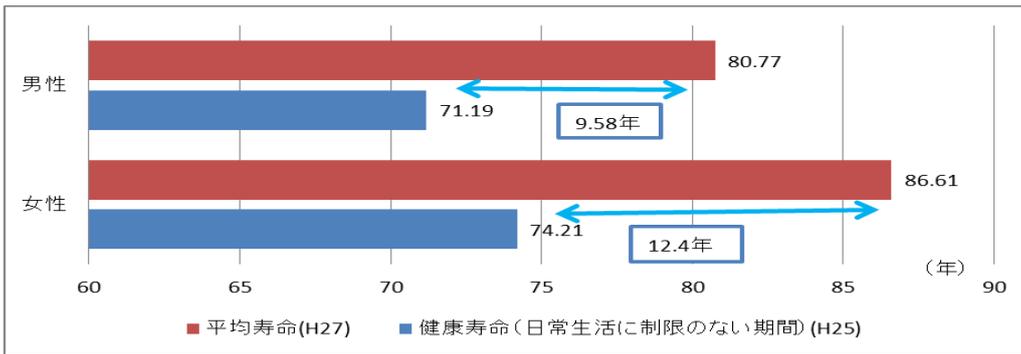
資料：厚生労働省「都道府県別生命表の概況」

【全国と福島県の平均寿命の推移】

福島県の平均寿命の推移は、全国平均をやや下回りますが、男女とも年々伸びています。

また、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間を「健康寿命」といい、平成27年と平成25年の全国での平均寿命と健康寿命の差は男性で9.58年、女性で12.4年です。平成25年福島県の健康寿命は男性70.67年(41位) 女性73.96年(35位)で国での順位は低い方です。

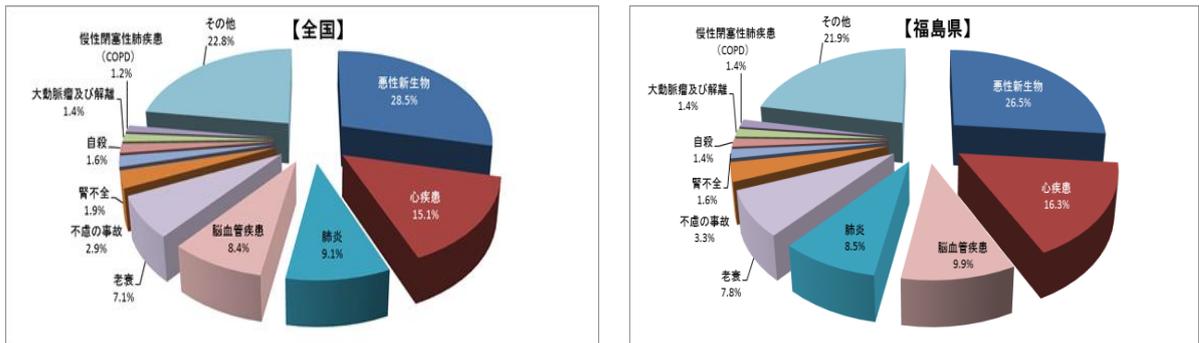
【全国における平均寿命と健康寿命の差】



資料：厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「健康寿命の指標化に関する研究」

3 主な死因割合

平成28年度における福島県の心疾患の割合は16.3%で全国よりも約1.2ポイント高く、脳血管疾患の割合は9.9%で全国より1.5ポイント高くなっており、全国よりも死因の多くを循環器系の疾病が占めていると言えます。

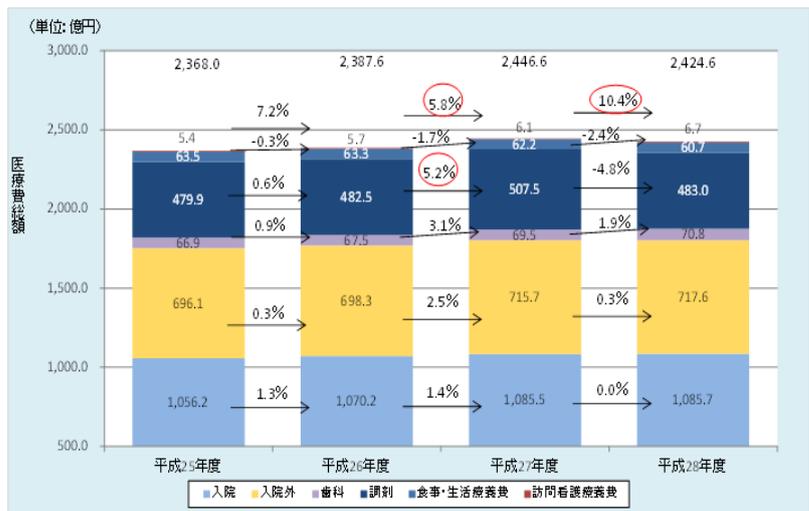


資料：厚生労働省「人口動態統計月報（概数）の概況」及び福島県「人口動態調査（確定数）の概況」

4 後期高齢者医療費（※医療の給付に要する費用と一部負担金の合計）

医療費の総額は年々増加し、平成23～25年度は約30億円/年、平成26年度は約20億円、平成27年度には59億円増加しました。

特に、調剤と訪問看護療養費の伸びが高くなっていますが、医療費額の大きい調剤の伸びは医療費全体の増額に影響しています。また、平成27年度は高額な新薬が発売されたため、この影響も考えられます。

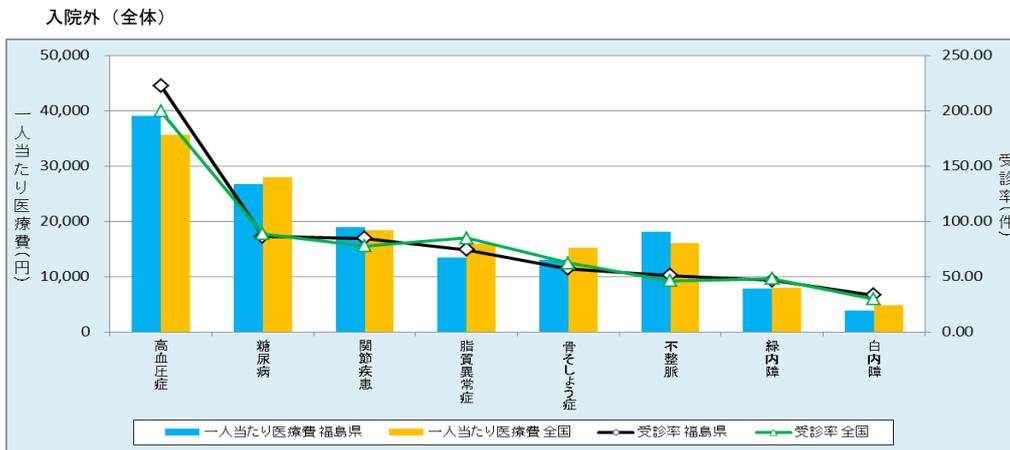
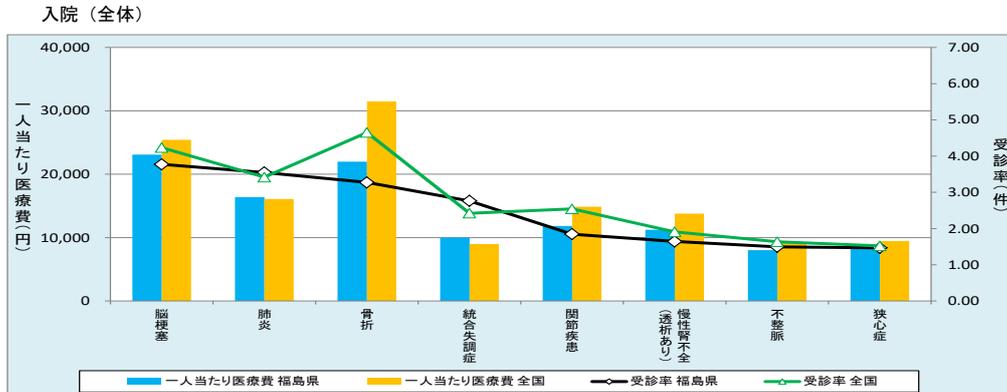


第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題

1 疾病状況

入院の疾病別受診率及び一人当たり医療費を全国と比較すると、肺炎と統合失調症でいずれも全国平均を上回っています。

入院外では、高血圧症、関節疾患及び不整脈でいずれも全国平均を上回っています。

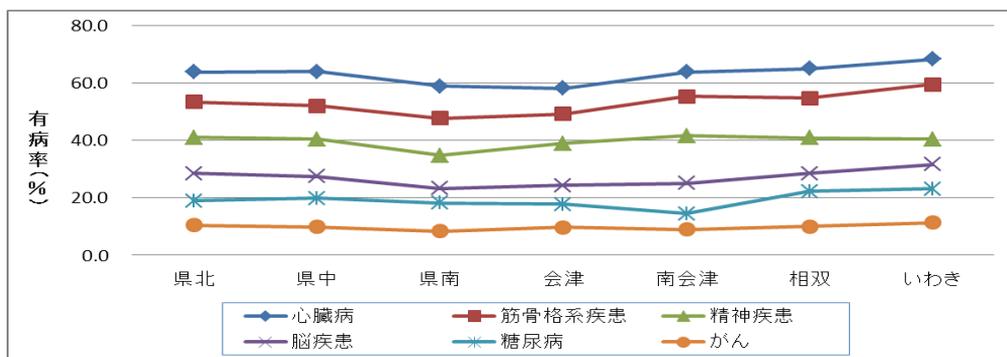


資料：KDBシステム「疾病別医療費分析（細小分類）」

2 要介護（要支援）認定者における有病率

（※要介護（要支援）認定者におけるそれぞれの疾病の罹患割合）

福島県内における要介護（要支援）認定者の有病率を見ると、心臓病、筋骨格系疾患に罹っている割合が半数以上です。



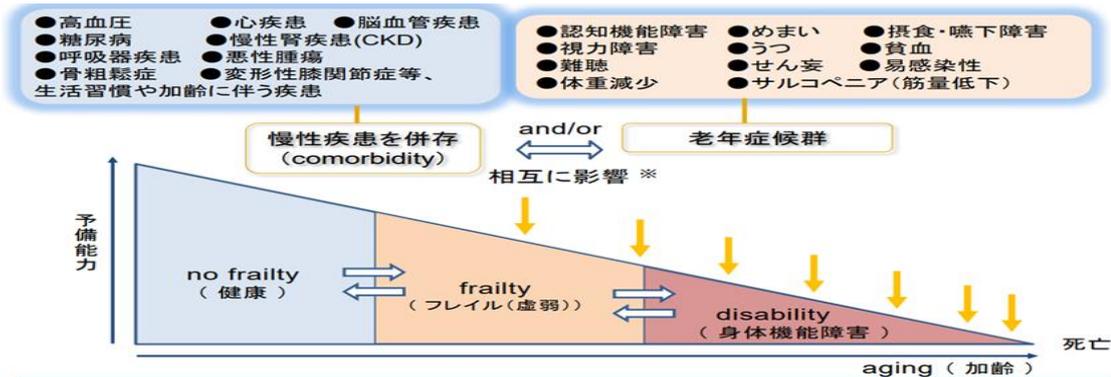
資料：KDBシステム「要介護（要支援）者認定状況」

3 高齢者の特性と健康診査結果の概要

- (1) 後期高齢者は前期高齢者と比べ、加齢に伴う虚弱な状態であるフレイル（下記図表の※参照）が顕著に進行します。
- (2) 複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在します。
- (3) 医療のかかり方として、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じやすい傾向です。
- (4) 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が拡大します。

高齢者に特有の健康障害

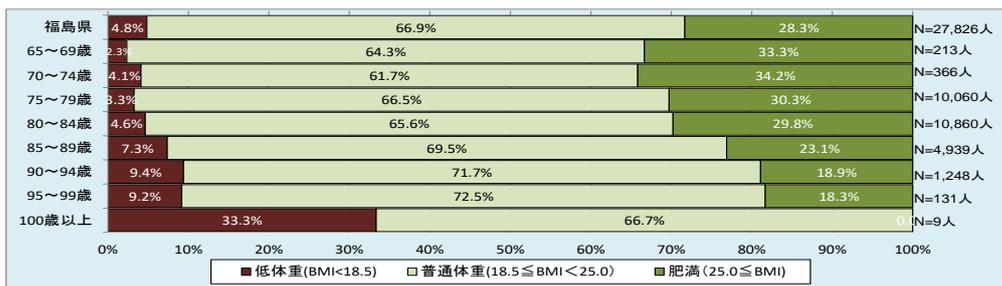
葛谷雅文: 日老誌(2009)をもとに、
著者の許可を得て改変



※ フレイルについては、学術的な定義がまだ確定していないため、本ガイドラインでは、「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

- (5) 健診結果データ（平成28年度）を見ると、後期高齢者の80%が「高血圧症、予備群」です。80歳までは加齢とともに増加傾向にあります。
- (6) 約5人に1人は「糖尿病」が、女性の約2人に1人は「脂質異常症」がみられます。
- (7) BMIをみると低体重(BMI18.5未満)が3~9%、肥満(BMI25.0以上)が23~30%を占めています。

年齢階級毎のBMIによる体格状況(平成28年度)(福島県全体)(男性)



年齢階級毎のBMIによる体格状況(平成28年度)(福島県全体)(女性)



4 健康・医療情報等の分析から見て取れる現状と課題

| 項目 | 現状 | 課題 |
|------------------|---|--|
| 平均寿命・健康寿命データ | <ul style="list-style-type: none"> ① 平均寿命は男女ともに年々伸びているが、全国平均を下回っており、都道府県別順位は下位に位置している。 ② 健康寿命は平成22年と比較して平成25年には、男性で0.7歳伸び、女性では0.13歳短くなっており、いずれも都道府県別で平成22年時よりも順位が下がっている。 | 健康寿命を延伸するために、健康意識啓発の取組みや、「適度な運動」、「休養や十分な睡眠」「バランスのよい食事や家族・仲間との食事」など、生活習慣や生活スタイルの見直しが必要です。 |
| 死亡率・死因データ | <ul style="list-style-type: none"> ① 年齢調整死亡率では、悪性新生物が増加傾向にあり、脳血管疾患は減少傾向にある。全国と比較すると心疾患、脳血管疾患の割合が高い。 ② 死因別割合では、三大疾病と言われている悪性新生物、心疾患、脳血管疾患で半数以上を占めている。全国、福島県ともに第1位が悪性新生物、第2位が心疾患ですが、福島県では第3位が脳血管疾患で、全国は肺炎となっている。循環器系疾患の割合が高くなっている。 | 死因の大半を占める疾病のうち、予防可能な疾病の重症化予防の取組みが必要です。 |
| これまでの保健事業 | <ul style="list-style-type: none"> ① 広報活動による健康意識の啓発を図り、健康診査、歯科口腔健康診査による自身の健康状態を把握して、それぞれの状態に応じた健康相談、運動教室の開催等の集団的指導を市町村主導のもとに行った。 ② 医療・介護・健診のいずれのデータもない健康状態が不明な者に対しては、アンケート調査と健診受診勧奨を行った。 ③ ハイリスク者に対しては、重複・頻回受診者への適正受診指導、生活習慣病等の重症化予防のための調査及び受診勧奨を行った。 ④ 歯科口腔健康診査を平成29年度から実施したが、治療中は受診の必要がないとの認識がある。 | <ul style="list-style-type: none"> ① 健康診査の受診率が低く、健康管理意識が低いことが窺われることから、受診勧奨が必要です。 ② 集団指導については、健診等のデータ分析により対象者を抽出した事業展開が少なかった。 ③ ハイリスク者に対しては、受診勧奨後に希望者への個別支援が必要であるが、対象者は県内全域と広範囲のため、手法を検討した取組みが必要です。 ④ 口腔機能維持の大切さについて周知・啓発が必要です。 |
| 医療費データ | <ul style="list-style-type: none"> ① 受診率及び一人当たり医療費とも全国と比較して低いが、年々増加傾向にある。 ② 歯科で受診率が年々増加傾向にあり、1件当たり日数は全国を上回っている。 ③ 推計平均在院日数は年々減少している。 | 一人当たり医療費は全国平均より低いが、年々増加傾向にあることから、健康診査受診勧奨、重症化予防等の取組みが必要です。 |
| 疾病分類データ | <ul style="list-style-type: none"> ① 疾病区分の大分類では、入院・入院外とも循環器系の疾患で、受診率及び一人当たり医療費ともに高い。 ② 疾病区分の細小分類では、入院で脳梗塞と骨折が受診率及び一人当たり医療費ともに高い。入院外では、高血圧、糖尿病、脂質異常症など生活習慣病系の疾患が受診率及び一人当たり医療費とも上位を占めているほか、関節疾患も高い。 | 脳梗塞や高血圧など生活習慣に起因すると考えられる予防可能な疾患や骨折・関節疾患など運動機能の低下を招く疾患が受診率及び一人当たり医療費ともに高くなっていることから、これらの疾病を予防する取組みが必要です。 |
| 介護データ | 介護認定率は年々増加しているが、伸び率は鈍化している。 | 介護における有病率の半数以上を心臓病及び筋骨格系の疾患で占めており、介護との連携を含めた取組みが必要です。 |
| 高齢者の特性 | <ul style="list-style-type: none"> ① 歩行速度の低下、咀嚼・嚥下能力の低下、体重減少、筋量低下、握力低下、疲労感、認知機能障害と生活機能が低下する。 ② 複数の慢性疾患を保有し、多医療機関受診、多剤処方、残薬が生じやすい。 ③ 社会復帰を目指すことより生活復帰、生活機能向上が目標になる。 | <ul style="list-style-type: none"> ① 筋量低下等を防止するため、地域住民の参加する介護予防を目的とした運動教室への参加誘導や、低栄養による体重減少予防の栄養教室、調理教室、口腔機能維持、認知症予防、介護予防など介護・保健と連携した健康教育等の取組みが必要です。 ② 重複・頻回受診者の適正受診、適正服薬の取組みが必要です。 |
| 健診等データ | <ul style="list-style-type: none"> ① 健診受診者の80%が「高血圧症・予備群」で、20%は糖尿病がみられる。また、女性の50%が「脂質異常症」である。 ② BMI 25以上いわゆる過体重者の割合が全国平均より高い。BMI 18.5未満の者の割合は全国平均よりは低い。 | <ul style="list-style-type: none"> ① 高血圧、糖尿病、脂質異常症等の者の重症化予防の取組みが必要です。 ② 低栄養、過体重者の栄養管理の取組みが必要です。 |
| 東日本大震災及び原子力災害の影響 | <ul style="list-style-type: none"> ① 一定地域を除いて避難指示が解除されてきているが、未だ被保険者を含む多くの者が避難生活を余儀なくされている。 ② 長引く避難生活による体調の変調やストレス等による生活習慣病発症の危険性の増大や健康状態の悪化が懸念される。 | 安心して必要な医療や健康診査を受けられる取組みが必要です。 |

第4章 目標

1 本計画が目指すもの

「健康寿命の延伸」を目指します。

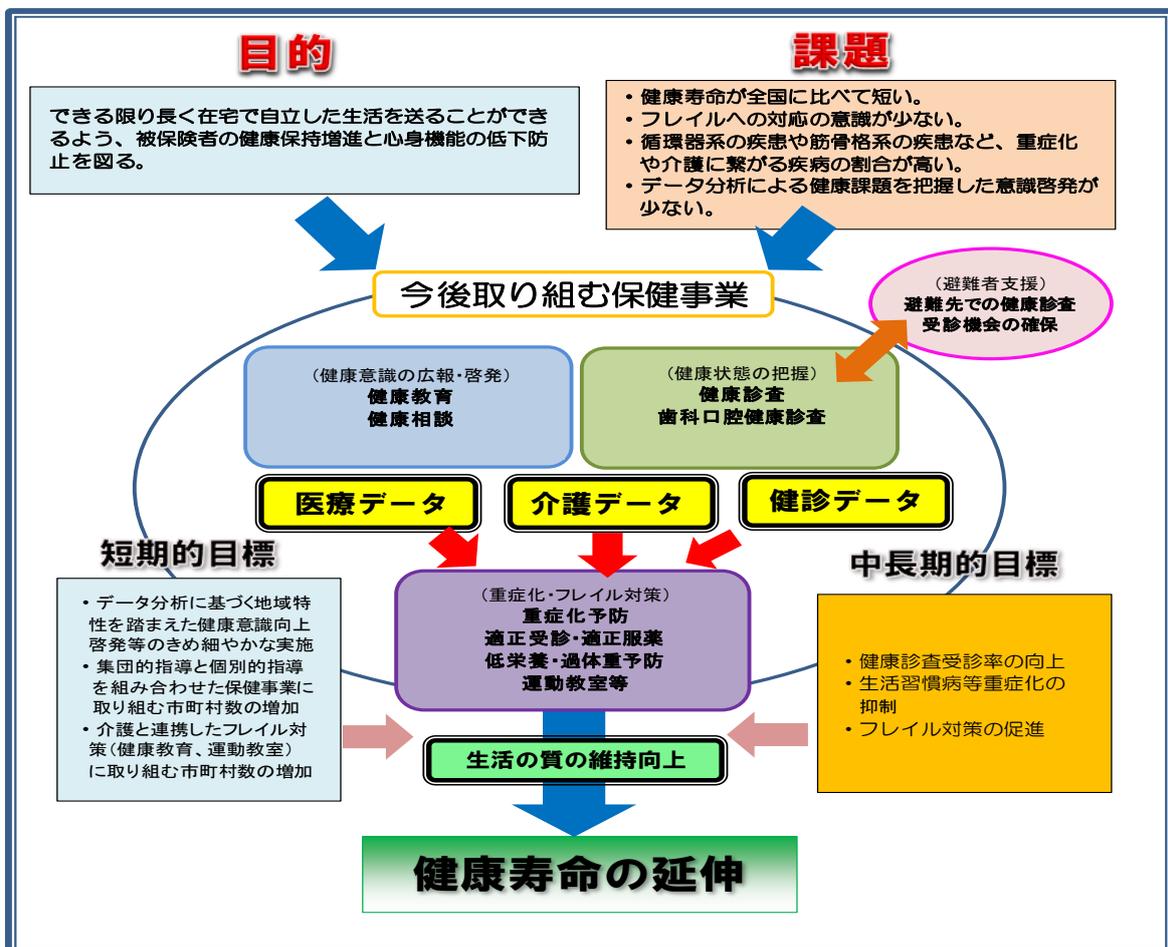
2 中長期的目標（最終年度までの目標）

- (1) 健康診査受診率が向上すること。
- (2) 生活習慣病等重症化を抑制すること。
- (3) フレイル対策を促進すること。
- (4) 上記(2)(3)について、市町村への委託による一体的実施により推進すること。

3 短期的目標（年度毎の目標）

- (1) 被保険者の生活の質の維持向上を図るため、KDBシステム等を活用したデータ分析に基づく地域特性を踏まえた健康意識向上啓発等のきめ細やかな実施
- (2) 集団的指導と個別的指導を組み合わせた保健事業に取り組む市町村数の増加
- (3) 介護と連携したフレイル対策（健康教育、運動教室）に取り組む市町村数の増加

本計画の概念図



第5章 保健事業

個別保健事業の概要は次のとおりです。

| 番号 | 事業名 | 実施主体 ※1,2 | 事業目的 | 事業内容 | 事業目標 | 評価指標 | 基準値 (R1) | 現状 (R2見込み) | | | 目標値 | | |
|----|------------------------------------|----------------------|---|---|-------------------------------------|---|--------------------|------------|----------|----------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | | | | | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 |
| 1 | 健康診査 | 市町村(広域連合からの委託) | ①医療受診が必要な被保険者の早期発見と重症化予防 ②健康診査受診の意義の啓発 ③東日本大震災等による避難先での健康診査受診機会の確保 | ①腹囲を除く特定健診の健診項目の実施 ②健康診査の受診勧奨及び健診結果データ分析に基づく広報による啓発(特に、医療や健康診査を未受診で医療・介護・健康診査のいずれのデータもない被保険者に対する受診勧奨、状態把握等) | 健康診査受診率及び健康意識の向上 | 対象者に対する受診者の割合 健診結果データ分析を活用した健康意識向上のための広報を実施した市町村数 | 26.1 (%) | 25.7 (%) | 26.1 (%) | 23.3 (%) | 27.0 (%) 以上 | 27.5 (%) 以上 | 28.0 (%) 以上 |
| | | | | | | | 33 (市町村) | 29 (市町村) | 33 (市町村) | 36 (市町村) | 40 (市町村) 以上 | 50 (市町村) 以上 | 55 (市町村) 以上 |
| 2 | 2-1 歯科口腔健康診査 2-2 口腔機能低下予防指導【新規】 | 市町村(広域連合からの委託)及び広域連合 | 口腔機能の低下によるとされる疾病及び介護状態への進行の予防を図る。 誤嚥性肺炎、認知症等の疾病や低栄養を予防するとともに、口腔衛生の自己管理能力の向上を図り、被保険者の健康増進と心身機能の低下を防止する。 | 前年度75歳に到達した被保険者を対象として問診、口腔内外診査、口腔機能検査の実施 健診・医療・介護データの活用により抽出した口腔機能低下のリスクを有する被保険者に対して口腔機能低下予防等の啓発及び個別相談・指導を実施 | 受診率の向上 口腔機能低下の傾向にある被保険者増加の抑制 | 対象者に対する受診者の割合 - | 10.8 (%) | 11.7 (%) | 10.8 (%) | 9.6 (%) | 12.0 (%) 以上 | 12.5 (%) 以上 | 13.0 (%) 以上 |
| | | | | | | | 今後の実施状況を踏まえた上で設定予定 | | | | | | |
| 3 | 健康教育・健康相談(フレイル対策を含む) | 市町村(広域連合からの委託を含む) | 被保険者のフレイル対策や健康意識向上を図る。 | ①地域の特性や健康課題を踏まえた健康教育・健康相談により、食生活や生活習慣改善の動機づけを行う。 ②KDBシステム等を活用し地域健康課題分析に基づく広報による健康意識向上 | 実施市町村の増加及び健康意識の向上 | メニューのうち地域の特性に応じ3つ以上実施した市町村数 KDBシステム等を活用した地域健康課題分析に基づく広報を実施した市町村数 | 31 (市町村) | 29 (市町村) | 31 (市町村) | 23 (市町村) | 40 (市町村) 以上 | 50 (市町村) 以上 | 55 (市町村) 以上 |
| | | | | | | | 17 (市町村) | 14 (市町村) | 17 (市町村) | 18 (市町村) | 40 (市町村) 以上 | 50 (市町村) 以上 | 55 (市町村) 以上 |
| 4 | 運動教室(フレイル対策) | 市町村(広域連合からの委託を含む) | 加齢に伴う筋力低下、握力低下等による虚弱な状態いわゆるフレイル対策や運動器の障害により要介護になる危険性が高くなること(ロコモティブシンドローム)等を予防し、被保険者の健康の保持増進を図る。 | 転倒・骨折予防や筋力向上、体力維持等フレイル対策を目的とした運動教室の実施 | 運動機能検査等を行う市町村の増加 | 運動機能検査等を行って事業を実施している市町村数 | 38 (市町村) | 28 (市町村) | 38 (市町村) | 35 (市町村) | 40 (市町村) 以上 | 50 (市町村) 以上 | 55 (市町村) 以上 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 適正受診指導(重複・頻回受診者等訪問指導) | 市町村(広域連合からの委託)及び広域連合 | 医療機関等への適正な受診を促し、健康の保持増進を図る。 | 健康管理に対する正しい認識を深め、適正な受診をするための訪問指導及び啓発 | 重複・頻回受診者及びこれに準ずる被保険者の割合の減少 | 被保険者に対する対象者の割合 | 1.86 (%) | 1.83 (%) | 1.86 (%) | 1.86 (%) | 1.80 (%) 以下 | 1.75 (%) 以下 | 1.70 (%) 以下 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 重症化予防指導 | 市町村(広域連合からの委託)及び広域連合 | ①主要な生活習慣病(高血圧症、糖尿病、脂質異常症)及び②筋骨格系疾患の重症化を予防し、健康状態の維持・改善を図る。 | KDBシステム及びレセプト情報等を活用して選定した対象者に対する疾病理解、運動指導、食事指導等を行うとともに、医療機関への受診勧奨等を行う。 | 主要な生活習慣病及び筋骨格系疾患の重症化の抑制 | 健康診査受診者のうち生活習慣病に係る対象者の割合(筋骨格系疾患については、※2) | 7.64 (%) | 7.95 (%) | 8.59 (%) | 7.64 (%) | 7.50 (%) 以下 | 7.40 (%) 以下 | 7.30 (%) 以下 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 低栄養・過体重予防指導【新規】 | 市町村(広域連合からの委託)及び広域連合 | 低栄養又は過体重の傾向にある者の栄養改善を図り、健康の保持増進と心身機能の低下を防止する。 | 低栄養又は過体重の傾向にある者や、疾病等に伴う在宅での食事管理ができない者(摂食や咀嚼等の口腔機能低下による低栄養リスク者を含む。)を対象に栄養相談・指導等を行うとともに、対象者の状態に応じて関係機関へ繋げる。 | 低栄養又は過体重の傾向にある被保険者の増加抑制 | 健康診査受診者のうちBMI18.5未満の者の割合 健康診査受診者のうちBMI30.0以上の者の割合 | 5.83 (%) | 5.96 (%) | 6.16 (%) | 5.83 (%) | 5.73 (%) 以下 | 5.63 (%) 以下 | 5.53 (%) 以下 |
| | | | | | | | 3.11 (%) | 2.74 (%) | 3.16 (%) | 3.11 (%) | 2.96 (%) 以下 | 2.91 (%) 以下 | 2.86 (%) 以下 |
| 8 | 適正服薬相談(重複・多量投薬等)【新規】 | 市町村(広域連合からの委託)及び広域連合 | 重複、多量投薬者の服薬環境を把握し、服薬コンプライアンスの向上を図り、飲み残しを減らすなど、医薬品の適正使用を推進し、健康保持と重症化予防を図る。 | お薬手帳の活用について啓発を図るとともに、複数医療機関受診等により重複投薬がある場合や服用する薬が多い場合など、薬の管理に関する困りごとを抱える者に対し、適正な服薬のための相談を行う。 | 重複・多量投薬等者の医薬品の適正使用 | 被保険者に対する対象者の割合 | 6.65 (%) | - | 6.65 (%) | 5.95 (%) | 6.15 (%) 以下 | 5.65 (%) 以下 | 5.15 (%) 以下 |
| | | | | | | | | | | | | | |

※1 国からの交付金等の対象事業として該当する場合は、該当する保健事業を実施した市町村に対して委託費及び補助金等として交付するものも含む。

※2 重症化予防指導のうち筋骨格系疾患については、当分の間広域連合で実施する。また、評価指標等については、今後の実施状況を踏まえた上で設定予定

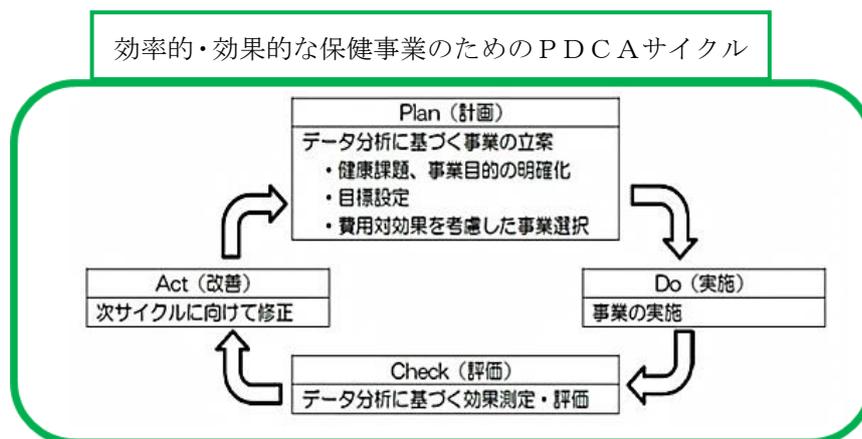
第6章 計画の評価の方法・見直し

1 計画の年度評価

評価に当たっては、P D C Aサイクルに沿って、事業ごとに目標数値の達成率等の進捗状況について年度ごとに行います。構成市町村協議会（県内の全 59 市町村と広域連合による協議会）等で協議をし、合意を得ることとします。

2 計画の見直し

最終年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の総合的な評価を行います。



第7章 計画の公表・周知

計画は、広域連合のホームページに掲載するとともに、各市町村と福島県にお知らせし、広報紙への掲載を依頼するなどして、被保険者や関係者に対して周知を図ることとします。

第8章 運営上の留意事項

地域包括ケアに係る取組み

加齢に伴う心身機能の低下等による虚弱の状態いわゆるフレイルへの対応のための、地域住民の参加する介護予防を目的として実施される運動指導や健康教室等の実施をはじめ、高齢者の特性を踏まえた市町村や地域の医療・介護関係者の取組みを支援・協力するとともに、地域で被保険者を支える連携の促進に努めます。

平成30年3月発行（令和3年3月一部改定）

福島県後期高齢者医療広域連合

〒960-8043 福島市中町8番2号（福島県自治会館内）

TEL：024-528-9025 FAX：024-521-0254