

	広域連合がアプローチする課題	優先する課題	課題解決に係る取組の方向性	対応する 保健事業 番号
A	被保険者数の増加等に伴う、健診結果の悪性リスク者の増加、糖尿病性腎症に伴う新規人工透析患者者が増加傾向にあるため、糖尿病性腎症の重症化（発症）予防を推進する。	✓	自らの健康維持を目的的。経年的に把握することの重要性を意識する被保険者を増やす。 ・健診受診率の向上 ・健診受診率の市場化・改善 ・健診受診意欲不満者の減少	1・2・3・7
B	高介護状態の原因となる心筋梗塞、糖尿病、高血圧症等の生活習慣病の適切な医療受診を推進し、重症化を予防する。	✓	高齢者や高リスク者への医療機会を奪い、生活習慣病の重症化を防ぐための活動が行なわれる被保険者を増やす。 ・糖尿病性腎症及び生活習慣病重症化予防の取組の推進 ・生活習慣病予防に関する知識の啓発によるハイリスク者割合の減少	5・6
C	フレイル状態の悪化の原因となる低栄養及び口腔、身体機能の低下のためのあるハイリスク者に対し、予防的な取組を推進する。	✓	ハイリスクを意識し、その予防や改善に向けた取り組みを行う被保険者を増やす。 ・ハイリスク特性に応じた低栄養・口腔機能・筋力等の低下防止の推進	4・8
D	重複・多剤服用は、医療費の負担増や薬物有効事象、副作用等に対する心配がある者があるため、適切な医療、受診行動によるホリファーマシー対策の推進する。	✓	適正受診や適正服薬に関する情報提供を行うとともに相談等でより個々づくりを実現する機関を整備する。 ・後発医薬品の使用促進による医療費の抑制	9・10
E				

必要に応じて課題 を列挙

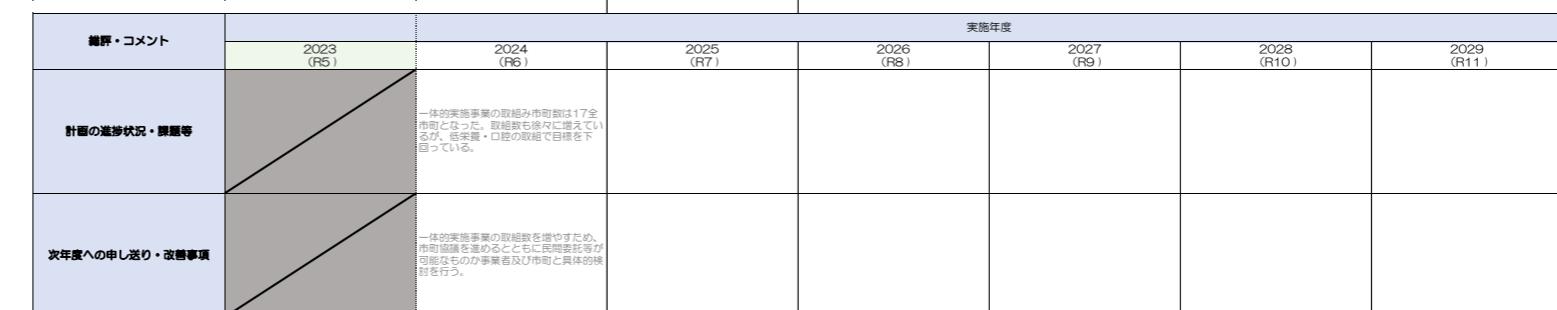
課題の解決
に資する事業設計



*1 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。 *2目標値を記載する際には、分母・分子は記載不要。

個別事業及び計画期間における進捗管理

事業番号	事業分類	事業名	直営 委託 混合	重点・優先	実施年度（市町村数）							
					2023 (R5)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)	
1	健診事業	高齢者健診事業	補助	✓	全市町		▶					
2		(新)みなし健診事業	直営 医師会委託	✓	—	全市町						
3		(新)高齢者能科健診事業	能科医師会委託	✓	全市町		▶					
4	オールフレイ 予防事業	(新)オールフレイ予防事業	能科医師会委託	✓	—	全市町						
5	一体的実施事業	糖尿病腎症重虚化予防事業	直営 市町委託	✓	7市町	15市町						
6		生活習慣病の重症化予防事業	直営 市町委託	✓	9市町	11市町						
7		島体的フレイ予防事業(佐賀県・口蹄・筋力 低下)	直営 市町委託	✓	3市町	5市町						
8		健康状態不明者把握事業	直営 市町委託	✓	7市町	10市町						
9	医療費適正化事業	報酬通知・相談事業(適正報酬)	直営 事務局委託	✓	全市町		▶					
10		後藤医療扶助使用促進事業	直営 —	✓	全市町		▶					



IV 個別事業

事業シート [健康診査事業]

事業1 後期高齢者健康診査事業

事業の目的	生活習慣病の早期発見や重症化予防、及び適切な医療介入へ繋げ、健康の保持、増進を図る。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none">市町が実施する長寿健診検査事業に係る経費を補助する前年度健診未受診者に県下一斉の受診勧奨通知を実施する市町は健診結果に基に、生活習慣病等の発症・重症化のリスクが高い者に対し、受診勧奨や保健指導を実施する

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	上段：目標値、下段：実績値						
					2023年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム 評価指標	1	健診受診者の受診勧奨判定 値に該当する者の割合	受診勧奨判定該当者数/健診受診 者総数 KDB「後期高齢者の健診状況」	60.6%	60.1%	59.6%	59.1%	58.6%	58.1%		
	2			61.1%	60.3%	60.9%					
	3			%							
	4			%							
	5			%							
アウトプット評 価指標	1	健診受診率	健康診査受診者数/健康診査対 象者数	19.5%	20.0%	20.5%	21.0%	21.5%	22.0%		
	2			17.9%	18.9%	20.0%					
	3			%							
	4			%							
	5			%							

プロセス (方法)	概要	1. 市町が実施する長寿健康診査事業に係る経費を助成する。 2. 健康診査受査医師は県下一斉の受診勧奨の実施し、健康診査受診率の向上を図る。 3. 市町は健診結果を基に生活習慣病等の発症・重症化のリスクが高い者に対し、受診勧奨又は保健指導を実施する。
	実施内容	1. 市町が健康診査実施計画を元に、広域ご協議を実施した上で対象者に受診券を通知し、健診委託業者及び福井県医師会との委託により個別・集団での健康診査を実施。市町が広域に実績報告、交付請求を行い、「福井県後期高齢者医療広域連合後期高齢者健康診査事業補助金」を交付する。 2. 当該年度4月1日時点75歳から79歳のうち①前年度の受診者、②要介護3以上、③長期入院者を除外した者を対象に、民間業者へ健診受診勧奨通知の作成と通知を委託し、県内一斉に個別受診勧奨通知を実施。 通知内容には、みなし健診と長寿健康診査の2種類の受診勧奨内容を盛り込む。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町で定期的にヒアリングを行い、健康診査の進捗管理や健診結果の活用状況を確認する。 広域にて実績を集計し、適宜市町と実施方法等について協議を実施する。
	備考	• KDBでの全体評価は、実施年度の翌年6月末頃に実施 • 広域連合が医師会からの実績を集計・評価

	概要	1. 市町が実施計画に基づき、健診受託事業者及び県医師会との委託により健康診査事業を実施し、その費用を広域が精算し補助金として交付する。 2. 民間業者に委託し、対象者抽出、受診勧奨通知作成、通知を実施する。 3. 高齢者の保健事業と介護予防の一體的な実施において、市町が健診結果を活用し保健指導等を実施。
ストラクチャー (体制)	実施内容	1. ①市町が健康診査の実施計画を提出 ②市町は実施計画を元に、広域と協議を実施 ③市町が健診対象者へ受診券の通知を行い、個別・集団で夫々健診を実施。 ④市町が広域に実績報告を提出し、交付請求を行い、広域が内容を精査し補助金を交付する ⑤交付額は、広域連合が健診の基準額及び事務費を設定 2. ①民間業者に委託し、対象者抽出、受診勧奨通知を作成・通知する ②年度末に広域で、受診勧奨通知者の健診診査受診状況を確認する 3. ①令和6年度より県内全市町が一體的の実施事業実施。 ②市町と定期的なヒアリングを行い、健診結果の活用状況や保健指導実施状況を確認する。
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 長寿健康診査を実施する市町に対し、健康診査の進捗確認や健診結果の活用状況に関するヒアリングを実施。 2. 広域は委託業者が業務を滞りなく勤められたか検証する。また広域が受診勧奨通知者の受診率を把握し、通知
	備考	

		事業の進捗状況・課題等	次年度への申し送り・改善事項等
総評・コメント	2024年度(R6)	健診受診率については増加傾向にあり、県下一斉の受診勧奨の通知が効果的であったと考える。ただ、A4版は一般的なチラシと紛れ、目に留まらない可能性があり庄看八ガキやナッジ理論を活用したデザインに変更することで更高的な受診率の向上が期待できる。	・受診勧奨の通知のサイズ変更（A4版→庄看八ガキ） ・受診勧奨の通知のデザインを「ナッジ理論」に基づくものに変更 ・受診券通知対象に年齢制限を設けている市町を減らす
	2025年度(R7)		
	2026年度(R8)		
	2027年度(R9)		
	2028年度(R10)		
	2029年度(R11)		

IV 個別事業

事業シート 【健康診査事業】

事業2 みなし健診事業

事業の目的	生活習慣病の早期発見や重症化予防を推進するため、健康診査の受診率向上を図る。										
事業の概要	健診と同様の検査を診療上受けている被保険者を対象に、本人の同意の下、医療機関から診療情報の提供を受け、健診結果として活用することで効果的な保健事業に繋ぐ。										
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定期 実績 (R4)	2023年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム評価指標	1	受診率20%未満の市町数	市町別健康診査受診者数/市町別健康診査対象者数(みなし健診含む)	9市町	8市町	6市町	4市町	3市町	1市町	0市町	
	2										
	3										
	4										
	5										
アウトプット評価指標	1	みなし健診候補者における診療情報提供率/みなし健診候補者数	診療情報提供数/みなし健診候補者数		15.0%	20.0%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	
	2	みなし健診協力医療機関数	みなし健診協力医療機関数		100機関	前年度より増加					
	3										
	4										
	5										
プロセス(方法)	概要	健診と同様の検査を診療上受けている被保険者を対象に、本人の同意の下、医療機関から診療情報の提供を受け、健診結果として活用することで効果的な保健事業に繋ぐ。									
	実施内容	1. 福井県医師会へ委託し、前年度に生活習慣病である75歳から79歳の在宅被保険者のうち、基本健診項目のすべてを診療で受けている者を候補者としてリスト化し、医療機関へ候補者一覧を提供する。 2. 候補者が健診と同様の検査を受けた医療機関へ、みなし健診候補者一覧を送付 3. 医師からみなし健診対象者へ直接みなし健診の説明を行い、同意が取れた者の診療情報は福井県医師会を通じて提供を受ける。 4. 広域連合は福井県医師会に委託料を支払う。									
	実施後のフォロー・モニタリング	・委託元（福井県医師会）との定期的な実施方法についての情報共有・協議の実施 ・市町の保健事業での健診データ活用状況を把握									
	備考										
ストラクチャー(体制)	概要	広域が抽出したみなし健診候補者に対し、医療機関にて再度診療情報を確認し、同意が取れた場合は福井県医師会を経由し、広域へ診療情報を提供する。									
	実施内容	1. 民間業者が作成した医科レセプトデータを基に、みなし健診候補者を広域にて抽出 2. 候補者が健診と同様の検査を受けた医療機関へ、みなし健診候補者一覧を送付 3. 医師がみなし健診の説明を行い、本人同意が取れた場合、診療情報提供用紙に記載し福井県医師会へ提供 4. 福井県医師会が診療情報をデータ化し広域へ送付 5. 広域が特定健診システムへ取り込むことで、みなし健診受診となる									
	実施後のフォロー・モニタリング	・委託元（福井県医師会）との定期的な実施体制についての情報共有・協議の実施									
	備考										
総評・コメント	事業の進捗状況・課題等				次年度への申し送り・改善事項等						
	2024年度(R6)	新規事業。候補者リストの抽出及び医療機関への候補者リスト作成を委託。広域連合が162医療機関にリストや用紙等を郵送したが事務量が多い。候補者に通知していないため事業認知等に課題あり。みなし健診結果データのKDB搭載事務が複雑で事務量が過大となった。				・候補者に対してみなし健診の案内を郵送し、事業周知を図る。 ・候補者リスト及び医療機関と候補者に対する通知事務は民間事業者に一括委託し効率化を図る。 ・みなし健診結果のKDB搭載に係る事務について、国保連合会に委託力を依頼する。					
	2025年度(R7)										
	2026年度(R8)										
	2027年度(R9)										
	2028年度(R10)										
	2029年度(R11)										

IV 個別事業

事業シート [健康診査事業]

事業3 後期高齢者歯科健康診査事業

事業の目的	歯周疾患や口腔機能低下を早期発見し、適切な歯科医療介入に繋げることで口腔機能低下を予防する。
事業の概要	広域連合が福井県歯科医師会に委託し、県下統一した口腔機能検査を含む10項目から成る歯科健診（個別）を実施する。結果に応じて歯科治療に繋げ、口腔機能の低下がある場合は、口腔機能向上のための指導を行う。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定期実績(R4) 2023年度(R5)	上段：目標値、下段：実績値						
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトカム評価指標	1	75～79歳被保険者の歯科受診割合 （同性齢者の当該年度末時点での歯科受診者数/同年齢の被保険者数） KDB「被保険者管理台帳」	同性齢者の当該年度末時点での歯科受診者数/同年齢の被保険者数	50.5%	51.0%	53.0%	55.0%	57.0%	59.0%	60.0%	
	2	後期高齢者の質問票No.4 （咀嚼機能）回答「いいえ」	KDB「地域の全体像の把握」	29.4%	%	28.5%	28.5%	28.5%	28.5%	28.5%	
	3	後期高齢者の質問票No.5 （嚥下機能）回答「いいえ」	KDB「地域の全体像の把握」	21.9%	%	21.7%	21.6%	21.6%	21.6%	21.6%	
	4										
	5										
アウトプット評価指標	1	歯科健康診査受診率 (通知数)	健診受診者数/健診対象者数 (通知数)	9.7%	9.7%	7.4%	11.0%	11.5%	12.0%	12.5%	13.0%
	2										
	3										
	4										
	5										

プロセス(方法)	概要	広域連合が福井県歯科医師会に委託し実施
	実施内容	1. 対象者 ①当該年度4月1日時点、75～78歳に到達した被保険者。 ②令和3年度以前の広域連合の歯科健診受診者、特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準に準じた対象者を除外。 ②歯科健康診査希望者 2. 健診内容 10項目(歯の状態、歯周組織の状況、咬合の状況、咀嚼能力、舌機能、嚥下機能、粘膜の異常、口腔衛生状況、口腔乾燥、上記の関連項目)の実施、結果説明及び結果に応じた受診勧奨や口腔機能向上のための指導を実施。 3. 健診結果の提供 各市町に健診結果を提供し、保健事業に活用。 4. 事業評価 健診結果を分析し、歯科口腔の現状分析
	実施後のフォロー・モニタリング	・広域連合が健診結果を市町へ提供、市町での各種歯科保健事業への活用を推奨。 ・広域連合が健診結果をもとに歯科口腔保健に関する現状を分析し、各市町と情報共有。 ・委託元（福井県歯科医師会）との定期的な実施方法についての情報共有・協議の実施
	備考	・KDBでの全体評価は、実施年度の翌年6月末頃に実施 ・広域連合が歯科医師会からの実績を集計・評価

ストラクチャー(体制)	概要	広域連合が福井県歯科医師会に委託し、歯科医師会が指定する医療機関で健診を実施
	実施内容	1. 民間業者へ委託し、対象者抽出、歯科健診案内及び受診券の作成、通知（年数回に分割）を実施 2. 福井県歯科医師会に委託し県内の指定医療機関（約280機関）で歯科健康診査を実施 3. 広域連合が健診結果を集計、分析し構成市町へ提供 4. 歯科保健事業への活用状況等を把握
	実施後のフォロー・モニタリング	・委託元（福井県歯科医師会）との定期的な実施体制についての情報共有・協議の実施。 ・広域連合は、KDBから歯科受診状況市町での健診結果の活用状況を把握する。
	備考	

総評・コメント	事業の進捗状況・課題等		次年度への申し送り・改善事項等	
	2024年度(R6)	対象年齢を75歳から78歳の4学年に拡大し、歯科健診案内及び受診券をA4版に変更したが受診率が減少した。 今後はR6年度の受診状況等を検証し、受診率向上を目指して歯科健診案内及び受診券のサイズ等の見直しが必要である。	<ul style="list-style-type: none"> 対象年齢を79歳までの5学年に拡大 各年齢毎の受診率の把握 歯科健診案内及び受診券のサイズ変更（A4版→庄着ハガキ） 一體的の実施事業において市町と連携し、歯科健診受診を周知 	
	2025年度(R7)			
	2026年度(R8)			
	2027年度(R9)			
	2028年度(R10)			
	2029年度(R11)			

IV 個別事業

事業シート [オーラルフレイル予防事業]

事業4 (新)オーラルフレイル予防事業

事業の目的	被保険者の口腔機能に応じた口腔機能低下予防の指導を実施し、効果的なオーラルフレイル予防を推進する。
-------	---

事業の概要	<p>1. 口腔機能向上相談・指導事業 歯科健診検査結果、口腔機能低下で指導を行った被保険者に対し、指導後の口腔機能評価を再度行い、結果に応じた相談指導に繋ぐ。</p> <p>2. 防問歯科口腔ケア指導事業 在宅訪問者に対し、訪問による歯科口腔状況の健診検査を実施し、結果に応じた歯科口腔ケア指導を行う。</p> <p>3. 元気な歯・口腔機能高齢者表彰事業 歯科健診検査の結果が優良な健口高齢者や、精力的にオーラルフレイル予防の普及啓発を行なう団体を表彰する。</p>
-------	---

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定期 実績 (R4)	2023年度 (R5) %	上段：目標値、下段：実績値					
						2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム 評価指標	1	全被保険者の歯科受診割合	歯科受診者数／全被保険者数 (分母・分子共に年度末時点) KDB「被保険者管理台帳」	43.0%	47.8%	48.9%					
	2	口腔機能改善割合	口腔機能向上相談・指導後の結果改善者数／口腔機能向上相談・指導事業受診者全数	—	—	60.0%	70.0%	80.0%	90.0%	90.0%	90.0%
	3			—	—	63.3%					
	4			—	—	—					
	5			—	—	—					
アウトフット評 価指標	1	口腔機能向上相談・指導者数	口腔機能向上相談・指導者数	—	—	50人	100人	150人	200人	250人	300人
	2	口腔機能向上相談・指導協力医療機関数	口腔機能向上相談・指導協力医療機関数	—	—	30機関					
	3	訪問歯科健診・口腔ケア指導事業希望者の受診率	訪問歯科口腔ケア指導事業受診者数／訪問歯科口腔ケア指導事業の申込者数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	4			—	—	—					
	5			—	—	—					

プロセス (方法)	概要	広域連合が福井県歯科医師会に委託し、口腔機能向上事業及び訪問歯科健診を実施。 広域連合が歯科健康診査の結果が優良な高齢者や、オーラルフレイル予防活動に優良団体を表彰。
	実施内容	<p>1. 口腔機能向上相談・指導事業 高齢者歯科健診検査で口腔機能に問題があり指導を受けた被保険者を対象に、健診指導後の3か月後を目指に健診同一医療機関で指導後の口腔機能評価を行い、結果に応じた相談・指導(咀嚼訓練、舌圧訓練、嚥下機能評価等)を実施。 訪問歯科健診・口腔ケア指導事業希望者の受診率 要介護3～5の在宅被保険者を対象に歯科口腔の健康診査を行い、結果に応じた歯科口腔ケア指導を実施。 訪問歯科健診・口腔ケア指導事業 県内居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当する被保険者への事業周知、実施の調整等を担つ。 実施後は広域連合がケアマネジャーに 대해アンケート調査等を行い、事業評価を実施。</p> <p>2. 元気な歯・口腔機能高齢者表彰事業 下記2つを対象として、福井県歯科保健大会の県民のつどいで表彰。 ①歯・口腔の状態が良好な被保険者 ②オーラルフレイル予防に関する熱心な普及啓発等の活動を行なっている団体(通所事業所や老人クラブ等)</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	・福井県歯科医師会との定期的な実施方法についての情報共有・協議の実施。 ・事業の結果を構成市町に提供し、市町の保健事業に活用できるよう連携。 ・県内居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象に事業に関する調査等を実施し、事業評価を実施。
	備考	・KDBでの全体評価は、実施年度の翌年6月末頃に実施

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が福井県歯科医師会に委託し、口腔機能向上事業及び訪問歯科健診を実施。 広域連合が歯科健康診査の結果が優良な高齢者や、オーラルフレイル予防活動に優良団体を表彰。
	実施内容	<p>1. 口腔機能向上相談・指導事業 ・福井県歯科医師会に委託して実施 ・実施医療機関：県内歯科健診協力医療機関</p> <p>2. 訪問歯科口腔ケア指導事業 ・福井県歯科医師会に委託して実施 ・実施医療機関：県内歯科健診協力医療機関 ・県内居宅介護支援事業所のケアマネジャーと協力して実施</p> <p>3. 元気な歯・口腔機能高齢者表彰事業 ・福井県歯科保健大会は、福井県健康政策課、福井県歯科医師会、福井新聞社が主催</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	・委託元(福井県歯科医師会)との定期的な実施体制についての情報共有・協議を実施。 ・福井県歯科保健大会の主催組織と、表彰式参加に関する協議を実施。
	備考	

総評・コメント		事業の進捗状況・課題等	次年度への申し送り・改善事項等
		2024年度(R6)	
		新規事業 目標値を上回る指導や口腔機能評価数であった。歯科健診後、歯科医療との対応と混乱している医療機関が見受けられ、事業の周知が不十分である。	<ul style="list-style-type: none"> 本事業の目的や流れについて、歯科医師会を通じ医療機関に周知を徹底する。 訪問歯科健診についてケアマネジャーへの周知を継続して実施
		2025年度(R7)	
		2026年度(R8)	
		2027年度(R9)	
		2028年度(R10)	
		2029年度(R11)	

IV 個別事業

事業シート [一体的実施事業]

事業5 糖尿病重症化予防事業（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）

事業の目的	糖尿病性腎症患者の重症化を予防し、人工透析等への移行を抑制する。
事業の概要	市町が健康診査及びKDBデータ等を活用して対象者を抽出し、かかりつけ医等との連携を図り、受診勧奨や保健指導を行う。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定期実績 (R4) % 9.0%	上段：目標値、下段：実績値						
					2023年度 (R5) 6.31%	2024年度 (R6) 6.31%	2025年度 (R7) 減少	2026年度 (R8) 減少	2027年度 (R9) 減少	2028年度 (R10) 減少	2029年度 (R11) 6.0%
アウトカム評価指標	1	糖尿病治療中断者の割合	支援ツール(7)（治療中断者）の人数／被保険者数	% 8.5%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%		
	2	健診結果の腎機能（受診勧奨判定値以上）の割合	健診結果の割合（医療未受診者）KDB「後期高齢者の健診状況」	% 9.0%	6.31%						
	3	医療機関受診率	受診に繋がった人数／受診勧奨者数	% 11.2%	5.8%	9.7%					
	4	人工透析患者割合	KDB「患者千人当たり人工透析患者数」	% 47.2%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	
	5			% 8,384	74.0%	60.0%					
アウトプット評価指標	1	取組んだ市町数	取組んだ市町	% 6	14	15	16	17	17	17	
	2	介入率	介入支援実施者数／介入対象者数	% 98.4%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3			% 93.6%	65.1%						
	4			% %							
	5			% %							

プロセス（方法）	概要	広域連合が一体的実施事業として糖尿病腎症重症化予防のハイリスクアプローチに取組む市町に委託して実施
	実施内容	1. 市町が事業計画を広域連合に提出、広域連合が内容を確認し内容が適切と判断した場合に一体的実施事業として市町に委託契約 2. 各市町がKDB支援ツール等を活用し、対象者を抽出 3. 対象者を個別に医療専門職が訪問等を行い、現在の生活状況や医療の受療状況を聞き取り、結果に応じて受診勧奨や保健指導等を行なう 4. 実施後に医療の受療状況を確認し、必要に応じて生活状況の変化等を把握 5. 事業全体を整理し報告書で広域連合に報告 6. 事業完了が確認できた場合、経費を委託料として広域連合が市町に支払う
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 中間報告（実施年度の10月ごろ） ・委託市町から事業の進捗状況を広域連合に報告 ・広域連合は進捗状況を確認し、必要な市町に対しヒアリング等を実施 2. 実績報告・評価（実施年度末～翌年4月頃） ・委託市町から事業の実績報告書を広域連合に報告 ・広域連合は報告内容について、記載内容の不備や評価結果等について確認 ・広域連合は全市町の結果集計や評価のとりまとめを行い、事業全体の評価を実施
	備考	・KDBでの全体評価は、実施年度の翌年6月末頃に実施

ストラクチャー（体制）	概要	広域連合が一体的実施事業として糖尿病腎症重症化予防のハイリスクアプローチに取組む市町に委託して実施
	実施内容	1. 広域連合の体制 ・担当者：業務課健康増進係 保健師及び事務職 ・方法：市町との委託契約 2. 市町の体制 ・担当課：市町の組織体制により異なる ・担当者：市町の医療専門職の配置状況及び日常生活圏数等により異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	・各市町の事業体制や事業評価を精査し、改善等が必要な場合は個別に協議し、次年度事業計画に反映する ・広域連合として事業全体の進捗管理や結果の評価を行い、次年度の一体的実施事業の方針等を整理する
	備考	

総評・コメント	事業の進捗状況・課題等		次年度への申し送り・改善事項等
	2024年度(R6)	取組数は、前年度の7市町から大きく前進し目標値を達成したが、介入率や医療機関受診率は低下した。専門職の人員不足が要因の市町も見受けられた。 一方で、糖尿病治療中断者及び人工透析患者割合は低下し、一定の評価があつた。	・まだ取り組んでいない市町には取り組むよう働きかける ・介入率を上げるよう工夫している市町の情報を共有する。 ・受診に繋がる手法に関する研修会を実施する。
	2025年度(R7)		
	2026年度(R8)		
	2027年度(R9)		
	2028年度(R10)		
	2029年度(R11)		

IV 個別事業

事業シート [一体的実施事業]

事業6 生活習慣病重症化予防事業（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）

事業の目的	生活習慣病の重症化を予防することで、重症化による介護状態への移行等を抑制する。
事業の概要	・市町が健康診査及びKDBデータ等を活用して対象者を抽出し、かかりつけ医等との連携を図り、受診勧奨や保健指導を行う。 ・高齢者が集まる通りの場等において、生活習慣病予防の普及啓発に関する健康教育・健康相談を実施する。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定期実績 (R4) % 0.4%	上段：目標値、下段：実績値						
					2023年度 (R5) % 0.51%	2024年度 (R6) % 0.58%	2025年度 (R7) % 45.0%	2026年度 (R8) % 44.0%	2027年度 (R9) % 43.0%	2028年度 (R10) % 42.0%	2029年度 (R11) % 41.0%
アウトカム評価指標	1	血糖・血圧コントロール不良者の割合	支援ツール⑥（コントロール不良）の人数／被保険者数	% 0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%
	2	健診結果の血圧（受診勧奨判定値以上）の割合	健診結果の高血圧割合（医療未受診者） KDB「後期高齢者の健診状況」	% 46.2%	48.8%	47.8%					
	3	医療機関受診率	受診に繋がった人數／受診勧奨者数	% 81.4%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%	92.0%	94.0%	
	4			% %							
	5			% %							
アウトプット評価指標	1	取組んだ市町数	取組んだ市町数	% 7市町	10 9	12 11	14	15	16	17	
	2	生活習慣病予防事業の参加者割合	ホビュレーション（健康教育・相談）事業参加者人數／被保険者数	% 1.5%	2.0%	2.5%	3.0%	3.5%	4.0%	4.5%	
	3			% %							
	4			% %							
	5			% %							

プロセス(方法)	概要	広域連合が一体的実施事業として生活習慣病の重症化予防のハイリスクアプローチに取組む市町に委託して実施
	実施内容	1. 市町が事業計画を広域連合に提出、広域連合が内容を確認し内容が適切と判断した場合に一体的実施事業として市町と委託契約 2. 各市町がKDB支援ツール等を活用し、対象者を抽出 3. 対象者を個別に医療専門職が訪問等を行い、現在の生活状況や医療の受療状況を聞き取り、結果に応じて受診勧奨や保健指導等を行 4. 実施後に医療の受療状況を確認し、必要に応じて生活状況の変化等を把握 5. 事業全体を整理し報告書で広域連合に報告 6. 事業完了が確認で合意場合、経費を委託料として広域連合が市町に支払う
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 中間報告（実施年度の10月ごろ） ・委託市町から事業の進捗状況を広域連合に報告 ・広域連合は進捗状況を確認し、必要な市町に対しヒアリング等を実施 2. 実績報告・評価（実施年度末～翌年4月頃） ・委託市町から事業の実績報告を広域連合に報告 ・広域連合は報告内容について、記載内容の不備や評価結果等について確認 ・広域連合は全市町の結果集計や評価のとりまとめを行い、事業全体の評価を実施
	備考	・KDBでの全体評価は、実施年度の翌年6月末頃に実施

ストラクチャー(体制)	概要	広域連合が一体的実施事業として糖尿病重症化予防のハイリスクアプローチに取組む市町に委託して実施
	実施内容	1. 広域連合の体制 ・担当者：業務課健康増進係 保健師及び事務職 ・方法：市町との委託契約 2. 市町の体制 ・担当課：市町の組織体制により異なる ・担当者：市町の医療専門職の配置状況及び日常生活圏域数等により異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	・各市町の事業体制や事業評価を精査し、改善等が必要な場合は個別に協議し、次年度事業計画に反映する ・広域連合として事業全体の進捗管理や結果の評価を行い、次年度の一体的実施事業の方針等を整理する
	備考	

総評・コメント	事業の進捗状況・課題等		次年度への申し送り・改善事項等
	2024年度(R6)	前年度の9市町から11市町が取り組み、取組数の目標値を達成した。また、生活習慣病予防事業参加者割合も大きく向上したが、コントロール不良者は増加し、医療機関受診率は下がった。	・未実施の市町については取り組むよう働きかける。 ・医療機関受診率が向上するよう、受診勧奨の効果的なアプローチについて、市町間で情報交換を実施する。
	2025年度(R7)		
	2026年度(R8)		
	2027年度(R9)		
	2028年度(R10)		
	2029年度(R11)		

IV 個別事業

事業シート [一体的実施事業]

事業7 身体的フレイル予防事業（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）

事業の目的	低栄養等のフレイルリスクのある被保険者に対し、フレイル予防への支援を被保険者のQOLを維持するとともに介護状態への移行を抑制する。
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者の質問票等を活用しフレイル状態又はフレイルリスクのある高齢者を把握し、低栄養や口腔機能や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援を行う。 ・高齢者が集まる通いの場等において、フレイル予防の重要性や具体的な生活行動等の普及啓発や栄養・口腔・運動・服薬等のフレイル予防に関する健康教育・健康相談を実施する。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定期実績 (R4)	上段：目標値、下段：実績値						
					2023年度 (R5)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム評価指標	1	低栄養ハイリスク者の割合	支援ツール①（低栄養）の人数（確定値）／被保険者数	%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%
	2	口腔ハイリスク者の割合	支援ツール②（口腔）の人数（確定値）／被保険者数	%	2.0%	1.9%	1.8%	1.7%	1.6%	1.5%	
	3	身体的フレイルハイリスク者の割合	支援ツール⑤（身体的フレイル）の人数（確定値）／被保険者数	%	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%	
	4			%							
	5			%							
アウトプット評価指標	1	低栄養対策に取組んだ市町数	取組んだ市町数	%	9	9	10	10	11	11	
	2	口腔低下対策に取組んだ市町数	取組んだ市町数	%	1	2					
	3	身体的フレイル対策に取組んだ市町数	取組んだ市町数	%	9	10	11	12	13	14	
	4	フレイル予防事業（フレイル状態の把握）の参加者割合	ボビュレーション事業参加者人数／被保険者数	%	3.0%	3.5%	4.0%	4.5%	5.0%	5.5%	
	5			%							

プロセス（方法）	概要	広域連合が一体的実施事業としてフレイル予防のハイリスクアプローチに取組む市町に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 市町が事業計画を広域連合に提出、広域連合が内容を確認し内容が適切と判断した場合に一体的実施事業として市町と委託契約 各市町がKDB支援ツール等を活用し、対象者を抽出 対象者を個別に医療専門職が訪問等を行い、現在の生活状況や医療の受療状況を聞き取り、結果に応じて受診勧奨や保健指導等を行 実施後に医療の受療状況を確認し、必要に応じて生活状況の変化等を把握 事業全体を整理し報告書で広域連合に報告 事業完了が確認できる場合、経費を委託料として広域連合が市町に支払う
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 中間報告（実施年度の10月ごろ） <ul style="list-style-type: none"> ・委託市町から事業の進捗状況を広域連合に報告 ・広域連合は進捗状況を確認し、必要な市町に対しヒアリング等を実施 実績報告・評価（実施年度末～翌年4月頃） <ul style="list-style-type: none"> ・委託市町から事業の実績報告を広域連合に報告 ・委託市町は報告内容について、記載内容の不備や評価結果等について確認 ・広域連合は全市町の結果集計や評価のとりまとめを行い、事業全体の評価を実施
	備考	・KDBでの全体評価は、実施年度の翌年6月末頃に実施

ストラクチャー（体制）	概要	広域連合が一体的実施事業として糖尿病重症化予防のハイリスクアプローチに取組む市町に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 広域連合の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・担当者：業務課健康増進係 保健師及び事務職 ・方法：市町との委託契約 2. 市町の体制 <ul style="list-style-type: none"> ・担当課：市町の組織体制により異なる ・担当者：市町の医療専門職の配置状況及び日常生活圏域数等により異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・各市町の事業体制や事業評価を精査し、改善等が必要な場合は個別に協議し、次年度事業計画に反映する ・広域連合として事業全体の進捗管理や結果の評価を行い、次年度の一体的実施事業の方針等を整理する
	備考	

総評・コメント	事業の進捗状況・課題等		次年度への申し送り・改善事項等
	2024年度(R6)	2025年度(R7)	
	低栄養・口腔・身体フレイル対策に取組む市町は目標を下回り、リスク者の割合も健診受診者が増加することによりリスク者数も多くなっている。 ハイリスク・ハイパフォーマンス事業の質・量を増やすよう支援する。		<ul style="list-style-type: none"> ・取組む市町が増加するよう個別市町に対し、依頼していく。 ・データ分析等の資料提示することで必要性を解いていく。 ・研修会で取り組み市町の情報を共有する。
	2026年度(R8)		
	2027年度(R9)		
	2028年度(R10)		
	2029年度(R11)		

IV 個別事業

事業シート [一体的実施事業]

事業B 健康状態不明者把握事業（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）

事業の目的	健康状態等の不明な被保険者を把握し、医療や介護等の必要な支援を行うことで重症化を予防する。
事業の概要	健診検査及びKDBデータ等を活用して状況が確認できない対象者を抽出し、市町の介護等の関係機関と連携して個別の状況を把握し必要な支援に繋げる。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定期実績(R4) (R5)	上段：目標値、下段：実績値						
					2023年度 (R6)	2024年度 (R7)	2025年度 (R8)	2026年度 (R9)	2027年度 (R10)	2028年度 (R11)	2029年度 (R12)
アウトカム評価指標	1	健康状態不明者の割合	支援ツール⑩(状態不明者)の人数／被保険者数	% 1.6%	% 1.53%	1.53%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%
	2	医療・健診・介護等に繋がった者の割合	医療・健診・介護等に繋がった者数／介入者数	% 21.4%	% 15.7%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
	3			%	%						
	4			%	%						
	5			%	%						
アウトプット評価指標	1	健康状態不明者把握に取組んだ市町数	取組んだ市町数	% 3市町	% 7	9 10	11	13	15	16	17
	2	対象者のうち現状把握ができた割合	現状把握できた人数／事業対象者数	% 95.7%	% 89.4%	100% 77.4%	100%	100%	100%	100%	100%
	3			%	%						
	4			%	%						
	5			%	%						

プロセス(方法)	概要	広域連合が一体的実施事業として健康状態不明者対策のハイリスクアプローチに取組む市町に委託して実施
	実施内容	1. 市町が事業計画を広域連合に提出、広域連合が内容を確認し内容が適切と判断した場合に一体的実施事業として市町と委託契約 2. 各市町がKDB支援ツール等を活用し、対象者を抽出 3. 対象者を個別に医療専門職が訪問等を行い、現在の生活状況や医療の受療状況を聞き取り、結果に応じて受診勧奨や保健指導等を行 4. 実施後に医療の受療状況を確認し、必要に応じて生活状況の変化等を把握 5. 事業全体を整理し報告書で広域連合に報告 6. 事業完了が確認できる場合、経費を委託料として広域連合が市町に支払う
	実施後のフォロー・モニタリング	1. 中間報告(実施年度の10月ごろ) ・委託市町から事業の進捗状況を広域連合に報告 ・広域連合は進捗状況を確認し、必要な市町に対しヒアリング等を実施 2. 実績報告・評価(実施年度末～翌年4月頃) ・委託市町から事業の実績報告を広域連合に報告 ・広域連合は報告内容について、記載内容の不備や評価結果等について確認 ・広域連合は全市町の結果集計や評価のとりまとめを行い、事業全体の評価を実施
	備考	・KDBでの全体評価は、実施年度の翌年6月末頃に実施
	概要	広域連合が一体的実施事業として糖尿病重症化予防のハイリスクアプローチに取組む市町に委託して実施
	実施内容	1. 広域連合の体制 ・担当者：業務課健康増進係 保健師及び事務職 ・方法：市町との委託契約 2. 市町の体制 ・担当課：市町の組織体制により異なる ・担当者：市町の医療専門職の配置状況及び日常生活圏域数等により異なる

ストラクチャー(体制)	概要	広域連合が一体的実施事業として糖尿病重症化予防のハイリスクアプローチに取組む市町に委託して実施
	実施内容	1. 広域連合の体制 ・担当者：業務課健康増進係 保健師及び事務職 ・方法：市町との委託契約 2. 市町の体制 ・担当課：市町の組織体制により異なる ・担当者：市町の医療専門職の配置状況及び日常生活圏域数等により異なる
	実施後のフォロー・モニタリング	・各市町の事業体制や事業評価を精査し、改善等が必要な場合は個別に協議し、次年度事業計画に反映する ・広域連合として事業全体の進捗管理や結果の評価を行い、次年度の一体的実施事業の方針等を整理する
	備考	

総評・コメント	事業の進捗状況・課題等		次年度への申し送り・改善事項等
	2024年度(R6)	・取り組む市町数は目標に達し、介入者を健診等につなぐことができた率も目標を上回った。 ・対象者の状況把握ができた率が下がっているため、通知や介護関連部署と連携等を検討していく。 ・未実施市町を減らし、対策を強化する。	・引き続き、取組む市町数を増やしていくため、データ分析等の資料を提示し市町に理解を求めていく。 ・研修会で取り組み市町の情報を共有する。
	2025年度(R7)		
	2026年度(R8)		
	2027年度(R9)		
	2028年度(R10)		
	2029年度(R11)		

IV 個別事業

事業シート [適正医療事業]

事業9 服薬通知・相談事業

事業の目的	重複・多剤等が確認される被保険者に服薬相談を実施し、適正服薬によるポリファーマシーの防止を図る。
-------	--

事業の概要	<p>1 服薬情報通知 ・医科及び薬剤レセプトの服薬内容等から対象者を抽出し、「服薬情報のお知らせ」を送付</p> <p>2 服薬相談概要 ・訪問相談（希望者に対して対象者の自宅又は希望薬局で服薬に関する相談助言）を実施 ・かかりつけ薬局での相談（希望者に対して服薬に関する相談助言を実施）を実施</p> <p>3 効果測定 ・通知発送後の多剤処方・重複服薬・相互作用（併用禁忌）・慎重投与の改善を評価</p>
-------	---

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定期実績(R4)	上段：目標値、下段：実績値						
					2023年度(R5)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム評価指標	1	服薬医療品数の改善割合	支援ツール③の人数／被保険者数	3.3% 2.93%	% 3.2%	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.7%	
	2	多剤処方割合	KDB「多剤処方該当者数」(同一月内で15日以上かつ10種類以上処方を受けた人)／全	9.0% 8.8%	% 8.8%	8.6%	8.4%	8.2%	8.0%	7.8%	
	3				%						
	4				%						
	5				%						
アウトフット評価指標	1	服薬相談件数	服薬相談件数	3件 49件	% 100件	150件	200件	250件	300件	350件	
	2				%						
	3				%						
	4				%						
	5				%						

プロセス(方法)	概要	服薬情報通知を発送し、希望者に対し服薬相談を実施する。 通知発送対象者の発送前と発送後のレセプトを検証し、効果測定を行う。
	実施内容	<p>1 服薬情報通知概要 ・医科及び薬剤レセプトから服薬内容をチェックし対象者を抽出し、「服薬情報のお知らせ」を郵送。（年2回） ・服薬相談の案内通知を同封し、訪問時は身近な薬局による服薬相談を案内する。 ・対象者：基準月に2医療機関以上から14日以上の内服薬の処方を受けており、かつ同一月に10種類以上服用している者のうち、aからdのいずれかに該当する医薬品が含まれている者。（a効果が重複する医薬品、b相互作用の可能性がある医薬品、c慎重投与が必要な医薬品、d副作用の可能性がある医薬品）</p> <p>2 服薬相談概要 (訪問相談) ・相談希望者に対して自宅又は希望薬局で服薬に関する相談助言を実施。（初回相談後必要に応じて2回目の訪問を実施） ・訪問時はかかりつけ薬局等の薬剤師が行う。 ・訪問の都度、土は相談内容等を連絡紙でかかりつけ医へ報告。 ・(併設薬局での相談) ・対象者が「服薬情報のお知らせ」を持参し、併設薬局で服薬相談をした場合は服薬に関する相談助言を実施。 ・相談実施者に対する特典（クオカード）の配布を行う。（通知にも案内を記載）</p> <p>3 効果測定 ・通知発送後に発生するレセプトデータ（3ヵ月分）で多剤処方・重複服薬・相互作用（併用禁忌）・高齢者の慎重投与の改善について測定を行う。</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	・相談内容の検証、通知に対する問い合わせ内容の検証
	備考	・KDBでの全体評価は、実施年度の翌年6月末頃に実施

ストラクチャー(体制)	概要	外部委託にて通知発送、服薬相談を行う
	実施内容	<p>・通知対象者抽出 ・外部委託（民間企業） ・通知作成・発送 ・外部委託（民間企業） ・服薬相談 ・外部委託（福井県薬剤師会）、助言・連携（福井県医師会） ・通知送付後の効果分析 ・外部委託（民間企業）</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	委託元（福井県薬剤師会）、連携団体（福井県医師会）と実施体制についての情報共有・協議の実施
	備考	

総評・コメント	事業の進捗状況・課題等		次年度への申し送り・改善事項等
	2024年度(R6)	改善割合・多剤処方割合について、一定の成果が出ている。 服薬相談については、令和6年度から相談実施者に対して特典（クオカード）の配布を行った効果もあり、目標値を大きく達成することが出来た。	
	2025年度(R7)		
	2026年度(R8)		
	2027年度(R9)		
	2028年度(R10)		
	2029年度(R11)		

IV 個別事業

事業シート [適正医療事業]

事業10

後発医薬品使用促進事業

事業の目的	後発医薬品の使用促進による医療費の適正化と被保険者の医療費負担の軽減
-------	------------------------------------

事業の概要	<p>1 後発医薬品利用差額通知の実施 生活習慣病に関する医薬品で先発医薬品との差額が1か月合計100円以上見込める方に対し、後発医薬品に切り替え可能な医薬品及び軽減できる自己負担相当額を通知する。</p> <p>2 後発医薬品希望シールの配布 後発医薬品を希望する意思はあるが医師や薬剤師に言い出しにくい場合に、意思を伝えやすくするための「後発医薬品希望シール」を作成し、被保険者に配布する。</p> <p>3 薬局での相談対応 県内の保険薬局において後発医薬品への切り替えを希望する被保険者からの相談に対応する。</p>
-------	--

プロセス (方法)	概要	後発医薬品差額通知の実施及び後発医薬品希望シールの配布
	実施内容	1. 生活習慣病に関する医薬品で先発医薬品との差額が1か月合計100円以上見込める方に対し、後発医薬品に切り替え可能な医薬品及び軽減できる自己負担相当額を通知する 2. 後発医薬品を希望する意思はあるが医師や薬剤師に言い出しづらい場合に、意思を伝えやすくするための「後発医薬品希望シール」を作成し、被保険者に配布する 3. 薬局において後発医薬品への切り替えに関する相談、助言等を行う
	実施後のフォロー・モニタリング	通知前後の初診状況等の分析を行い、対象者の抽出条件及び通知内容等の検討を行う 相談内容の検証、通知に対する問い合わせ内容の検証
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	外部委託にて差額通知の作成、発送及び効果分析を行う
	実施内容	1. 差額通知の対象者抽出 2. 差額通知の帳票データ作成 3. 差額通知の印刷・発送 4. 差額通知の評価・効果分析 5. 薬局での相談対応 1～4を一括して外部委託（入札） 薬剤師会に委託
	実施後のフォロー・モニタリング	1～5までの一連の業務を済りなく行えたか検証する
	備考	連携団体（福井県医師会・福井県薬剤師会）と実施体制についての情報共有・協議の実施

		事業の進捗状況・課題等	次年度への申し送り・改善事項等
総評・コメント	2024年度(R6)	<ul style="list-style-type: none"> 使用割合は前年度から大きく前進し、目標値を達成した。 薬局での相談対応について、相談実施者へ特典（クオカード）の配布を行った効果もあり、84名の相談があつた。 	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年10月以降、選定療養費制度により後発医薬品への切替率が大幅に上昇したため、差額通知の実施について検討する予知がある。 薬局への相談対応について、選定療養費制度により薬局で都度実施していると薬剤師云から話があつたため、今後委託事業としては実施しない。
	2025年度(R7)		
	2026年度(R8)		
	2027年度(R9)		
	2028年度(R10)		
	2029年度(R11)		