

#### IV 個別事業計画 （事業の目的・事業の概要・評価指標等）

- 事業1 健診
- 事業2 歯科健診
- 事業3 低栄養
- 事業4 口腔
- 事業5 適切な受診と服薬
- 事業6 糖尿病性腎症重症化予防
- 事業7 生活習慣病重症化予防
- 事業8 健康状態不明者
- 事業9 フレイル予防

Ⅳ 個別事業

事業シート

事業1

健康診査事業

事業の目的	被保険者が住み慣れた地域・自宅で自立した日常生活を一日でも長く送れるようにすることに繋げるため、生活習慣病の重症化予防のための指導対象者等を選定する機会とする。 生活習慣病未発症者については、早期に発見することによって、適切に医療等につなげ重症化を予防することができる。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 対象者 石川県後期高齢者医療被保険者 ※ただし、長期入院・施設入所者・その他市町が認める者は対象外</li> <li>2 実施方法 (1) 広域連合が、管内市町に委託して実施。 (2) 市町によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託等）等異なる。</li> <li>3 実施内容 (1) 検査項目 ア 必須項目：問診、計測（身長、体重、BMI、血圧）、身体診察、脂質（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） 肝機能（AST、ALT、γ-GT）、ヘモグロビンA1c又は空腹時血糖、尿・腎機能（尿中の糖、尿蛋白の有無） イ 詳細項目：貧血検査、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査 ウ 任意項目：市町が独自に実施</li> <li>4 健診結果の活用 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、市町の実情に応じて以下のような取組を行う。 (1) 保健指導：リスクを軽減するための生活習慣、行動等に関して、保健師・看護師・管理栄養士等の医療専門職による保健指導 (2) 受診勧奨：リスクに対応する適切な医療につながるよう、医療機関への受診を勧奨する。</li> </ol>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					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									
	2									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット 評価指標	1	健診受診率	(評価対象) 健診受診人数/(被保険者人数-対象除外者人数) (方法) 「後期高齢者医療制度事業費補助金事業実績報告」 (評価時期) 健診実施の翌年度の6月	33.5%	35.9%	36.4%	36.8%	37.3%	37.7%	37.7%
	2	健診受診率20%未満の市町村数	(評価対象) 健診受診率20%未満の市町村数 (方法) 「後期高齢者医療制度事業費補助金事業実績報告」 (評価時期) 健診実施の翌年度の6月	4	3	2	1	0	0	0

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合が市町に委託して実施</li> <li>2 市町は、直接実施又は医師会・医療機関等に委託する等の方法で健康診査を実施</li> <li>3 健診結果を基にした保健指導等は、主に保健事業と介護予防等の一体的な実施において市町が実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合から市町へ健康診査事業の委託 4月に委託契約の締結</li> <li>2 市町による健康診査事業の実施 4月～3月：健康診査事業実施※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町により異なる必要に応じて、未受診者への個別勧奨等、各市町において受診勧奨を実施。</li> <li>3 健診結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町により異なる。</li> <li>4 受診率向上の取組 ケーブルテレビ・ホームページ・広報に掲載 未受診者に対して、ハガキ等で健診受診を勧奨する。</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 当該年度11月頃：受診者数見込の確認</li> <li>2 当該年度2月頃：受診者数の把握</li> </ol>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合が市町に委託して実施</li> <li>2 市町は、直接実施又は医師会・医療機関等に委託する等の方法で健康診査を実施</li> <li>3 健診結果を基にした保健指導等は、保健事業と介護予防等の一体的な実施等の事業において市町が実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合の体制 (1) 主幹部署：業務課健康推進室 (2) 担当者数：事務職1名、保健師2名 (3) 実施方法：管内市町へ委託</li> <li>2 市町村の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる (2) 担当者数：市町によって異なる (3) 実施方法：医療機関（医師会含む）への委託、市町が直接実施等、市町によって異なる</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業

事業シート

事業2

歯科健康診査事業

事業の目的	被保険者が住み慣れた地域・自宅で自立した日常生活を一日でも長く送れるようにすることに繋げるため、後期高齢者の口腔機能の低下及び誤嚥による肺炎等の疾病の予防を図る。
事業の概要	<p>1 対象者 市町が実施する歯科健康診査の受診日において石川県後期高齢者医療広域連合の被保険者である者のうち、前年度において75歳に達した者とする。</p> <p>2 実施方法 (1) 広域連合から、管内市町への補助事業として実施。 (2) 市町によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託等）、対象者等異なる。</p> <p>3 実施内容 (1) 検査項目 ア歯の状態（現在歯数・喪失歯の状況） イ歯肉の状況 ウ口腔清掃状態 エその他の所見（歯列咬合、顎関節、粘膜） オ嚥下機能 力咀嚼機能 キ舌・口唇機能 等 カ・キは口腔機能評価項目 検査項目は市町によって異なる</p> <p>(2) 歯科健診結果の活用 市町によって異なる</p>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					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									
	2									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット 評価指標	1	実施市町率	（評価対象） 健診実施市町数 （方法） 「後期高齢者医療制度事業費補助金事業実績報告」 （評価時期） 健診実施の翌年度の6月	9	11	12	13	14	15	16
	2	実施市町村のうち口腔機能評価実施市町村割合（3項目）	（評価対象） 口腔機能評価実施市町数 （方法） 「後期高齢者医療制度事業費補助金事業実績報告」 （評価時期） 健診実施の翌年度の6月	5	7	9	10	11	12	14

プロセス (方法)	概要	<p>1 広域連合が市町の実施する被保険者を対象とした歯科健康診査に対して補助金を交付</p> <p>2 市町は、直接実施又は医師会・医療機関等に委託する等の方法で歯科健康診査を実施</p> <p>3 健診結果を基にした保健指導等は、市町毎に実施。</p>
	実施内容	<p>1 広域連合から市町へ補助金に係る事務 4月：市町が広域連合へ事業計画を提出し、補助金の交付申請をする。広域連合が市町に交付決定を出す 年度末：市町が広域連合へ実績報告をする</p> <p>2 市町による歯科健康診査事業の実施 4月～3月：歯科健康診査事業実施※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町により異なる 必要に応じて、未受診者への個別勧奨等、各市町において受診勧奨を実施。</p> <p>3 健診結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町により異なる。</p> <p>4 受診率向上の取組 ケーブルテレビ・ホームページ・広報に掲載</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1 当該年度11月頃：受診者数見込の確認</p> <p>2 当該年度2月：受診者数の把握</p>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<p>1 広域連合が市町に委託して実施</p> <p>2 市町は、直接実施又は医師会・医療機関等に委託する等の方法で健康診査を実施</p> <p>3 健診結果を基にした保健指導等は、保健事業と介護予防等の一体的な実施等の事業において市町が実施</p>
	実施内容	<p>1 広域連合の体制 (1) 主幹部署：業務課健康推進室 (2) 担当者数：事務職1名、保健師2名 (3) 実施方法：管内市町へ委託</p> <p>2 市町村の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる (2) 担当者数：市町によって異なる (3) 実施方法：医療機関（歯科医師会含む）への委託、市町が直接実施等、市町によって異なる</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業

事業シート

事業3 低栄養防止に係る取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	被保険者が住み慣れた地域・自宅で自立した日常生活を一日でも長く送れるようにすることに繋げるため、後期高齢者になると低栄養によるフレイル状態の加速化も懸念されるため取り組む。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>対象者 市町により異なるが、低栄養に陥るまたは悪化する可能性のある被保険者 (例) BMI20以下かつ6ヵ月で2-3kg以上体重減少がある者</li> <li>実施方法 (1) 広域連合が、管内市町に委託して実施。 (2) 市町によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託等）等異なる。</li> <li>実施内容 市町により異なる (例) (1) 一体的実施・KDB活用支援ツールまたは地域の実態によりオリジナルな抽出基準を設ける。 (2) 対象者には本事業の対象者である通知を出す。 (3) 保健指導実施。基本的には訪問する。 (4) 初回保健指導よりおおむね3か月後最終評価を行う。その際に質問票も記載してもらう。</li> <li>関係機関と連携 ・かかりつけ医との連携：医師会に事業の健診開始前に事業概要の説明を行い、年度末には報告を行う。かかりつけ医がいる場合は保健指導前に目標値等指示を仰ぎ、保健指導後実施報告を行う。連携方法は電話・書面・面談で各市町による。</li> </ol>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					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	体重維持増加者の割合 (増加とは0.1kgでも増加した者)	(評価対象) 体重維持増加者数/支援実施者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	R4実績なし	75%	75%	75%	75%	75%	75%
	2	低栄養傾向(BMI20以下)の者の割合	(評価対象) BMI20以下の者の人数/支援実施者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	R4実績なし 参考： 20.7% 一体的実施・活用支援ツールで抽出した割合	20%	20%	20%	20%	20%	20%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット 評価指標	1	訪問率	(評価対象) 保健指導実施人数/対象者 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度の6月	R4実績なし	60%	60%	60%	60%	60%	60%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合が市町に委託して実施</li> <li>市町は、直接実施又は石川県栄養士会に委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合から市町へ一体的実施事業の委託 前年度3月：委託契約事務 4月：委託契約締結</li> <li>市町による一体的実施事業の実施 4月～3月：一体的実施事業実施※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町により異なる</li> <li>健診結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町により異なる。</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> <li>年度初め：当初計画</li> <li>当該年度12月頃：変更申請</li> <li>年度末：実績報告</li> </ol>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合が市町に委託して実施</li> <li>市町は、直接実施又は石川県栄養士会に委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合の体制 (1) 主幹部署：業務課健康推進室 (2) 担当者数：事務職1名、保健師2名 (3) 実施方法：管内市町へ委託</li> <li>市町村の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる (2) 担当者数：市町によって異なる (3) 実施方法：石川県栄養士会への委託、市町が直接実施等、市町によって異なる</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業

事業シート

事業4 口腔機能低下防止に係る取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	被保険者が住み慣れた地域・自宅で自立した日常生活を一日でも長く送れるようにすることに繋げるため、口腔機能低下は、低栄養につながり、フレイル状態の重症化に繋がるため、それを阻止あるいは減退速度の鈍化を目指す。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>対象者 市町が対象者とした被保険者</li> <li>実施方法 (1) 広域連合が、管内市町に委託して実施。 (2) 市町によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託等）等異なる。</li> <li>実施内容 市町によって異なる。</li> <li>関係機関と連携 ハイリスクアプローチならば (1) かかりつけ医との連携：歯科医師会等に事業の健診開始前に事業概要の説明を行い、年度末には報告を行う。 かかりつけ歯科医がいる場合は連携方法を決め、連携方法は電話・書面・面談で各市町による。</li> </ol>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 (R4) 実績	目標値					
					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	咀嚼機能低下該当者割合	(評価対象) 質問票④咀嚼はいと回答した者数/支援実施者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 取組実施年度の翌年度6月	R4実績なし 参考： 30.9% 一体的実施・活用支援ツールで抽出した割合	31%	31%	31%	31%	31%	31%
	2	嚥下機能低下該当者割合	(評価対象) 質問票⑤嚥下はいと回答した者数/支援実施者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 取組実施年度の翌年度6月	R4実績なし 参考： 22.1% 一体的実施・活用支援ツールで抽出した割合	23%	23%	23%	23%	23%	23%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 (R4) 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット 評価指標	1	実施率	(評価対象) 支援実施者/支援対象者 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	R4実績なし	60%	60%	60%	60%	60%	60%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合が市町に委託して実施</li> <li>市町は、直接実施又は各種団体に委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合から市町へ一体的実施事業の委託 前年度3月：委託契約事務 4月：委託契約締結</li> <li>市町による一体的実施事業の実施 4月～3月：一体的実施事業実施※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町により異なる</li> <li>健診結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町により異なる。</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> <li>年度初め：当初計画</li> <li>当該年度12月頃：変更申請</li> <li>年度末：実績報告</li> </ol>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合が市町に委託して実施</li> <li>市町は、直接実施又は各種団体へ委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合の体制 (1) 主幹部署：業務課健康推進室 (2) 担当者数：事務職1名、保健師2名 (3) 実施方法：管内市町へ委託</li> <li>市町村の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる (2) 担当者数：市町によって異なる (3) 実施方法：市町が直接実施、各種団体へ委託する等、市町によって異なる</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業 事業シート

事業5 適切な受診・服薬の促進に関する取組

事業の目的	被保険者が住み慣れた地域・自宅で自立した日常生活を一日でも長く送れるようにすることに繋げるため、ポリファーマシーによる健康被害改善と医療費適正化する
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>対象者 広域連合が決めた選定基準または市町により異なる (例)被保険者のうち、一定以上の薬剤を処方されている者や一定数以上の医療機関を受診している者。</li> <li>実施方法 (1) 広域連合が、管内市町または民間業者に委託して実施。 (2) 市町によって、周知方法、実施体制(直営、医療機関委託等)等異なる。</li> <li>実施内容 市町により異なる (例) (1) 一体的実施・KDB活用支援ツールにより対象者を抽出する。地域の実態によりオリジナルな抽出基準を設ける。 (2) 対象者には本事業の対象者である通知を出す。 (3) 保健指導実施。基本的には訪問する。 (4) 初回保健指導よりおおむね3か月後最終評価を行う。 (5) KDBにて介入前後の処方薬剤数の変化を確認する。</li> <li>関係機関と連携 (1) かかりつけ医との連携：医師会に事業の健診開始前に事業概要の説明を行い、年度末には報告を行う。 連携方法は電話・書面・面談・本人より医師に連絡票を提出等で各市町による。 広域連合より薬剤師会と民間業者に事業概要等説明を行う。</li> <li>今後の方針 現状、広域連合が民間業者または市町に委託しているが、更なる充実した事業を目指すため、今後は一体的実施で一歩広げられるよう検討する。</li> </ol>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					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	処方薬剤数が15錠以上/月の割合	(評価対象) 介入後3か月の平均が一月当たりの処方薬剤数が15以上者数/支援実施者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果または受診行動適正化事業報告書」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	R4実績なし 参考: 3.8% 一体的実施・活用支援ツールで抽出した割合	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%
	2	改善率	(評価対象) 対象外となった者の数/支援実施者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果または受診行動適正化事業報告書」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	89%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	3	削減医療費	(評価対象) 介入前後3か月の医療費の差 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果または受診行動適正化事業効果測定報告書」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	5657円	5500	5500	5500	5500	5500	5500

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット評価指標	1	訪問者の割合	(評価対象) 訪問者数/対象者 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」「受診行動適正化事業効果測定報告書」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度の6月	10.9%	10%	10%	10%	10%	10%	10%

プロセス(方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合が直営</li> <li>広域連合は、民間業者に委託して保健指導を実施</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>市町に委託して実施</li> <li>市町は、直接実施又は石川県薬剤師会に委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合から民間業者へ受診行動適正化事業の委託 5月：委託契約締結 2 民間業者による受診行動適正化事業の実施 5～3月：受診行動適正化事業実施 3 保健指導 重複・顔回受診、重複投薬の対象者を抽出し、通知を送付後、電話・訪問等で実施する。</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合から市町へ一体的実施事業の委託 前年度3月：委託契約事務 4月：委託契約締結 2 市町による一体的実施事業の実施 4月～3月：一体的実施事業実施※実施方法(直営・委託)や実施期間等については、市町により異なる 3 保健指導 対象者・実施方法については、市町により異なる。</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> <li>5月頃：対象候補者選定等適宜確認</li> <li>年度末：指導における効果測定</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>年度初め：当初計画</li> <li>当該年度12月頃：変更申請</li> <li>年度末：実績報告</li> </ol>
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合が市町に委託して実施</li> <li>市町は、直接実施又は石川県薬剤師会に委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合の体制 (1) 主幹部署：業務課健康推進室 (2) 担当者数：事務員1名、保健師2名 (3) 実施方法：管内市町へ委託</li> <li>市町村の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる (2) 担当者数：市町によって異なる (3) 実施方法：石川県薬剤師会への委託、市町が直接実施等、市町によって異なる</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	
備考		

Ⅳ 個別事業

事業シート

事業6 糖尿病性腎症重症化予防に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	被保険者が住み慣れた地域・自宅で自立した日常生活を一日でも長く送れるようにすることに繋げる。 被保険者一人当たり年間約600万円の透析に係る医療費（本人負担は年間24万円程度で留まるが）長期・高額な医療費の増嵩抑制する
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>対象者 市町により異なるが、糖尿病性腎症が重症化する可能性のある被保険者 (例) 健診受診者のうち、79歳以下かつHbA1cが7.0%以上の者 糖尿病治療中断者かつ健診未受診者 健診受診者のうち、79歳以下かつeGFRが45以下の者</li> <li>実施方法 (1) 広域連合が、管内市町に委託して実施。 (2) 市町によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託等）等異なる。</li> <li>実施内容 市町により異なる (例) (1) 一体的実施・KDB活用支援ツールにより対象者を抽出する。地域の実態によるオリジナルな抽出基準を設ける。 (2) 対象者には本事業の対象者である通知を出す。 (3) 保健指導実施。基本的には訪問する。 (4) 初回保健指導よりおおむね3か月後最終評価を行う。</li> <li>関係機関と連携 (1) かかりつけ医との連携：医師会に事業の健診開始前に事業概要の説明を行い、年度末には報告を行う。かかりつけ医がいる場合は保健指導前に目標値等指示を仰ぎ、保健指導後実施報告を行う。連携方法は電話・書面・面談で各市町による。 (2) 糖尿病対策推進会議等との連携：二次医療圏ごとの糖尿病対策推進会議など市町ごとに抱えている会議にて、事業の報告を行い、対象者抽出や評価方法について助言を受ける。広域連合より石川県糖尿病対策推進会議に情報提供をし、助言を受ける。 (3) 第三者による支援・評価の活用：国保連合会に設置された保健事業支援・評価委員会の巡回時には事業の報告をし、助言を受ける。巡回がない年は、広域連合より実施市町の情報提供を行い、助言を受ける。</li> </ol>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					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	治療開始の割合	(評価対象) 糖尿病治療開始者数/対象者のうち中断者または未治療者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	2	HbA1c8以上の割合	(評価対象) 8以上の人/支援実施者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	R4実績なし 参考：1.7% 一体的実施・活用支援ツールで抽出した割合	1.5%	1.3%	1.1%	0.9%	0.5%	0.7%
	3	HbA1cの変化	(評価対象) HbA1cの維持改善者数/支援実施者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	45.5%	46	46.5	47	48	49	50%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット 評価指標	1	保健指導率	(評価対象) 保健指導実施人数/対象者 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	62.2%	50%	50%	50%	50%	50%	50%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合が市町に委託して実施</li> <li>市町は、直接実施又は石川県栄養士会に委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合から市町へ一体的実施事業の委託 前年度3月：委託契約事務 4月：委託契約締結</li> <li>市町による一体的実施事業の実施 4月～3月：一体的実施事業実施※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町により異なる</li> <li>健診結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町により異なる。</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> <li>年度初め：当初計画</li> <li>当該年度12月頃：変更申請</li> <li>年度末：実績報告</li> </ol>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合が市町に委託して実施</li> <li>市町は、直接実施又は石川県栄養士会に委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合の体制 (1) 主幹部署：業務課健康推進室 (2) 担当者数：事務職1名、保健師2名 (3) 実施方法：管内市町へ委託</li> <li>市町村の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる (2) 担当者数：市町によって異なる (3) 実施方法：石川県栄養士会への委託、市町が直接実施等、市町によって異なる</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

Ⅳ 個別事業

事業シート

事業7 生活習慣病重症化予防に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	被保険者が住み慣れた地域・自宅で自立した日常生活を一日でも長く送れるようにすることに繋げる。 長期・高額な医療費・介護費の増嵩抑制する。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>対象者 市町により異なるが、高血圧症や脂質異常症等の生活習慣病が重症化する可能性のある被保険者 (例) 健診受診者のうち、79歳以下かつ血圧が高血圧Ⅱ度以上の者 高血圧治療薬中断者かつ健診未受診者</li> <li>実施方法 (1) 広域連合が、管内市町に委託して実施。 (2) 市町によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託等）等異なる。</li> <li>実施内容 市町により異なる (例) (1) 一体的実施・KDB活用支援ツールにより対象者を抽出する。地域の実態によるオリジナルな抽出基準を設ける。 (2) 対象者には本事業の対象者である通知を出す。 (3) 保健指導実施。基本的には訪問する。 (4) 初回保健指導よりおおむね3か月後最終評価を行う。</li> <li>関係機関と連携 (1) かかりつけ医との連携：医師会に事業の健診開始前に事業概要の説明を行い、年度末には報告を行う。かかりつけ医がいる場合は保健指導前に目標値等指示を仰ぎ、保健指導後実施報告を行う。連携方法は電話・書面・面談で各市町による。 (2) 第三者による支援・評価の活用：国保連合会に設置された保健事業支援・評価委員会の巡回時には事業の報告をし、助言を受ける。巡回がない年は、広域連合より実施市町の情報提供を行い、助言を受ける。</li> </ol>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					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	治療開始の割合	(評価対象) 高血圧治療開始者数/対象者のうち中断者または未治療者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	61.1%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	2	Ⅱ度高血圧の割合	(評価対象) 8以上の人/支援実施者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	R4実績なし 参考: 6.8%	6.8%	6.6%	6.4%	6.2%	6.0%	5.8%
	3	血圧の変化	(評価対象) 血圧の改善者数/対象者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	94.4%	50%	50%	50%	50%	50%	50%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット 評価指標	1	保健指導率	(評価対象) 保健指導実施人数/対象者 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度の6月	75.5%	50%	50%	50%	50%	50%	50%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合が市町に委託して実施</li> <li>市町は、直接実施又は石川県栄農士会に委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合から市町へ一体的実施事業の委託 前年度3月：委託契約事務 4月：委託契約締結</li> <li>市町による一体的実施事業の実施 4月～3月：一体的実施事業実施※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町により異なる</li> <li>健診結果に基づいた保健指導 対象者・実施方法については、市町により異なる。</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> <li>年度初め：当初計画</li> <li>当該年度12月頃：変更申請</li> <li>年度末：実績報告</li> </ol>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合が市町に委託して実施</li> <li>市町は、直接実施又は石川県栄農士会に委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>広域連合の体制 (1) 主幹部署：業務課健康推進室 (2) 担当者数：事務職1名、保健師2名 (3) 実施方法：管内市町へ委託</li> <li>市町村の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる (2) 担当者数：市町によって異なる (3) 実施方法：石川県栄農士会への委託、市町が直接実施等、市町によって異なる</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング 備考	



Ⅳ 個別事業

事業シート

事業8 健康状態不明者対策に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	被保険者が住み慣れた地域・自宅で自立した日常生活を一日でも長く送れるようにすることに繋げるため、被保険者が自身の健康状態に関心を持ち、生活習慣の重症化予防やフレイル予防等の行動がとれるようにする。 保健（健診等）・医療・介護サービスとの繋がりのない被保険者は、その必要性がまったく無いほどに健康管理を充分に行っている方か、自分に必要なサービスが何かが解らず、あるいは気づかず、あるいは気づいても軽症であるという自覚にて繋がっていない方と推測される。しかしながら、その後には、突然、長期・高額な医療が必要な状態となって、医療・介護分野のサービス利用者となり得る可能性が高いことから、そうした事態になる方を少なくすることにより、医療費・介護費の急激な増高を抑制したいため行うもの。無論、そのことは被保険者が住み慣れた地域・自宅で自立した（重度の介護サービスの支援なしで）日常生活を長く送れるようにすることに繋がる
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 対象者 市町により異なる (例)石川県長寿社会課が当広域連合の健診受診情報と医療情報、介護保険の情報を突合し提供している、前年度において、健診未受診かつ医療未受診、さらに介護認定なしの被保険者</li> <li>2 実施方法 (1) 広域連合が、管内市町に委託して実施。 (2) 市町によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託等）等異なる。</li> <li>3 実施内容 市町により異なる (例)・実態把握のための訪問等を行う。 ・初回訪問では、生活状況、身体状況等を確認し、必要なサービス等につなぐ。 ・質問票を記入してもらいリスクの程度をみる。 ・血圧測定を行い、必要があれば以上受診を勧める。 ・少なくとも健診受診を勧める。 ・2回目以降の訪問は必要に応じて変動する。健診受診状況、医療受診状況、介護サービスにつながったかどうかを確認する。 ・必要に応じて訪問を継続する。</li> </ol>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					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	健診受診率の割合	(評価対象) 健診を受診者数/健診受診勧奨者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌々年度6月	R4実績なし	10%	10%	10%	10%	10%	10%
	2	医療につながった割合	(評価対象) 医療受診者数/医療受診勧奨者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	R4実績なし	10%	10%	10%	10%	10%	10%
	3	介護につながった割合	(評価対象) 介護相談等つながった数/介護相談等勧奨者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	R4実績なし	10%	10%	10%	10%	10%	10%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット 評価指標	1	訪問者の割合	(評価対象) 訪問者数/対象者 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度の6月	59.4%	80%	80%	80%	90%	80%	80%
	2	必要な支援の勧奨割合	(評価対象) 医療・介護等に勧奨した数/訪問者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	20.4%	30%	30%	30%	30%	30%	30%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合が市町に委託して実施</li> <li>2 市町は、直接実施又は地域包括支援センターに委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合から市町へ一体的実施事業の委託 前年度3月：委託契約事務 4月：委託契約締結</li> <li>2 市町による一体的実施事業の実施 4月～3月：一体的実施事業実施※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町により異なる</li> <li>3 保健指導 対象者・実施方法については、市町により異なる。</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 年度初め：当初計画</li> <li>2 当該年度12月頃：変更申請</li> <li>3 年度末：実績報告</li> </ol>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合が市町に委託して実施</li> <li>2 市町は、直接実施又は地域包括支援センターに委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合の体制 (1) 主幹部署：業務課健康推進室 (2) 担当者数：事務職1名、保健師2名 (3) 実施方法：管内市町へ委託</li> <li>2 市町村の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる (2) 担当者数：市町によって異なる (3) 実施方法：地域包括支援センターの委託、市町が直接実施等、市町によって異なる</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	

IV 個別事業 事業シート

事業9 フレイル予防に関する取組（保健事業と介護予防等の一体的な実施）

事業の目的	被保険者が住み慣れた地域・自宅で自立した日常生活を一日でも長く送れるようにすることに繋げるため、被保険者が自身の健康状態に関心を持ち、フレイル予防等の行動ができるようにする。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 対象者 通いの場に来られる被保険者</li> <li>2 実施方法 (1) 広域連合が、管内市町に委託して実施。 (2) 市町によって、周知方法、実施体制（直営、医療機関委託等）等異なる。</li> <li>3 実施内容 市町によって、実施方法(ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチ)等異なる。</li> <li>4 関係機関と連携 ハイリスクアプローチならば (1) かかりつけ医との連携：かかりつけ医がいる場合連携をする。連携方法は電話・書面・面談で各市町による。 (2) 第三者による支援・評価の活用：国保連合会に設置された保健事業支援・評価委員会の巡回時には事業の報告をし、助言を受ける。巡回がない年は、広域連合より実施市町の情報提供を行い、助言を受ける。</li> </ol>

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					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	適切なサービスへつなげた率	(評価対象) 適切なサービスへつなげた人数/把握した人数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	2.8%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	2	健康状態リスクありの者の割合	(評価対象) 質問票①健康状態4または5該当者数/質問票回答者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 取組実施年度の翌年度6月	R4実績なし 参考： 8.6%	8%	8%	8%	8%	8%	8%
	3	歩行速度リスクありの割合	(評価対象) 質問票②歩行速度はい該当者数/質問票回答者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 取組実施年度の翌年度6月	R4実績なし 参考： 20%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
	4	転倒リスク高い者の割合	(評価対象) ③転倒はい該当者数/質問票回答者数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 取組実施年度の翌年度6月	R4実績なし 参考： 14.6%	14.0%	14.0%	14.0%	14.0%	14.0%	14.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット評価指標	1	実施率	(評価対象) 教室参加者または支援実施者/圏域人数または支援対象者 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	7.6%	7.7%	7.7%	7.8%	7.8%	7.9%	8.0%
	2	人材育成割合	(評価対象) 教室参加者または昨年より増加した活動者/圏域人数 (方法) 「一体的実施実績様式③評価計画・評価結果」 (評価時期) 保健指導実施の翌年度6月	1.0%	1.2%	1.4%	1.6%	1.8%	1.9%	2.0%

プロセス(方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合が市町に委託して実施</li> <li>2 市町は、直接実施又は包括支援センターに委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合から市町へ一体的実施事業の委託 前年度3月：委託契約事務 4月：委託契約締結。</li> <li>2 市町による一体的実施事業の実施 4月～3月：一体的実施事業実施※実施方法（直営・委託）や実施期間等については、市町により異なる</li> <li>3 対象者・実施方法については、市町により異なる。</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 年度初め：当初計画</li> <li>2 当該年度12月頃：変更申請</li> <li>3 年度末：実績報告</li> </ol>
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合が市町に委託して実施</li> <li>2 市町は、直接実施又は各種団体へ委託する等の方法で保健指導を実施</li> </ol>
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 広域連合の体制 (1) 主幹部署：業務課健康推進室 (2) 担当者数：事務職1名、保健師2名 (3) 実施方法：管内市町へ委託</li> <li>2 市町村の体制 (1) 主幹部署：市町によって異なる (2) 担当者数：市町によって異なる (3) 実施方法：市町が直接実施、各種団体へ委託等、市町によって異なる</li> </ol>
	実施後のフォロー・モニタリング	
	備考	