

第3期 長寿健康づくり事業 実施計画



令和6年3月

佐賀県後期高齢者医療広域連合

はじめに

平成20年4月の後期高齢者医療制度の発足から、令和6年4月で16年になります。

この間に少子高齢化は進展し、令和7年までに団塊世代が後期高齢者となり、後期高齢者人口は今後増加の一途と見込まれ、医療費状況は全国的に厳しさを増し、適正化が大きな課題となります。このため国では、現役世代の負担上昇抑制を図りつつ、負担能力に応じ、全世代で公平に支え合う観点から、後期高齢者の保険料負担割合が見直されました。

医療保険制度の持続可能性を高めるには、高齢者のみならず一人ひとりが「自分の健康は自分で守る」と意識し、行動を改めることも重要です。ぜひ、自らの健康づくりを意識されて、取り組んでいただきますようお願いいたします。

今後はデジタル時代といわれ、マイナンバーカードで健康医療データ確認もでき、多様な利用が可能な時代となっていきますが、その際はデータ利活用が最重要となります。地域や社会として健康状況を把握して施策に活用すると同時に、個々人の健康医療データから自らの健康状態を知り、それをもとに健康改善に努めるのです。

そのためにはデータの意味を読み取って活かせるデータリテラシーもとても大切です。後期高齢者の皆様にも、このことが可能になるよう、啓発や広報も含め、政府・自治体とともに対応をめざしたいと考えます。

さて、佐賀県後期高齢者医療広域連合では、これまで高齢者の「健康寿命」の延伸、制度の持続、安定的な運営を目的として、「(第1期)長寿健康づくり事業実施計画(平成27年度から平成29年度まで)」、被保険者の「健康維持と疾病予防」及び「医療費の適正化」を目的として、「第2期長寿健康づくり事業実施計画(平成30年度から令和5年度まで)」を策定し、取り組みを進めてきました。

今回、第2期「実施計画」策定から6年を経過し、各種事業評価を当広域連合で自己点検し、その結果を当広域連合運営懇話会、佐賀県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会に提示して意見を頂き、最終評価を実施しました。そして、健康診査・医療費情報等に基づくデータ分析を行い、佐賀県における高齢者の健康課題を洗い出して事業方針を決定し、令和6年度からの「第3期長寿健康づくり事業実施計画」として策定しました。

この「第3期実施計画」でも、第1期・第2期の計画で掲げた「健康寿命」延伸、並びに「医療費適正化」を目標に、高齢者特有の身体的フレイル・心理的フレイル・社会的フレイルを予防するための取り組みをはじめ、糖尿病や高血圧などの生活習慣病に起因する疾病重症化を予防する取り組み等も含め、高齢者の皆様が健やかで、日々心豊かに生活することのできる活力ある社会の実現へ向け、一層の事業推進に取り組んで参ります。

今後も、県民の皆様をはじめ関係機関の皆様のご理解とご協力、ご支援を賜りますよう、重ねてお願い申し上げますとともに、1人ひとりが自分自身の健康医療データに関心を持ち、自らの努力で健康を保持できるようになることを祈念して、挨拶いたします。



佐賀県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 横尾俊彦
(多久市長)

目 次

第1章 基本的事項	1
1 背景・目的	1
2 計画期間	1
3 関連する他の計画との関係	2
4 実施体制・関係者連携	2
(1) 市町との連携	
(2) 関係機関との連携	
第2章 現状の整理	4
1 保険者の特性	4
(1) 佐賀県の人口の推移	
(2) 将来推計に伴う医療費見込み	
(3) 平均余命と平均自立期間(健康寿命)	
2 第2期長寿健康づくり事業実施計画等に係る考察	7
(1) 第2期計画の最終評価	
(2) 個別保健事業の検証	
第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく課題の抽出	20
1 健康・医療情報の分析	20
(1) 平均余命と平均自立期間	
(2) 健康診査・歯科健康診査の状況	
(3) 1人当たり医療費	
(4) 疾病分類別医療費	
(5) ジェネリック医薬品の状況	
(6) 重複投薬・多剤投薬患者割合	
(7) 要介護認定率の状況	
(8) 要介護認定有無別の有病率(疾病別)、要介護度別有病率(疾病別)の状況	
(9) 通いの場の展開状況	
(10) 介護・医療のクロス分析	
2 健康課題の抽出・明確化	50
(1) 健康状態の把握	
(2) 健康状態の維持・重症化予防	
(3) フレイル予防	
(4) 医療費の適正化	

第4章 目標	5 2
1 計画全体の目的の設定	5 2
2 全体目標の設定	5 2
3 中長期目標	5 2
4 短期目標	5 2
第5章 保健事業の内容	5 3
(1) 健康診査事業	
(2) 健康訪問指導事業(要受診者指導事業・低栄養指導事業)	
(3) 歯科健康診査事業	
(4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	
(5) ジェネリック医薬品普及事業	
(6) 重複服薬等対策事業	
(7) 重複・頻回受診対策事業	
(8) 健康増進支援事業	
(9) 医療費通知事業	
(10) 医療費分析事業	
第6章 計画の評価方法・見直し	6 2
1 評価方法・体制	6 2
2 評価の時期	6 2
3 計画の見直し	6 2
第7章 計画の公表・周知	6 2
第8章 個人情報の取扱い	6 2
第9章 地域包括ケアに係る取組	6 2
資料編	
1 第3期長寿健康づくり事業実施計画(データヘルス計画)策定の流れ	6 5
2 第3期長寿健康づくり事業実施計画(データヘルス計画)国共通様式 I～V	6 6

第1章 基本的事項

1 背景・目的

後期高齢者医療広域連合は、高齢者の医療の確保に関する法律の規定により、健康教育、健康相談、健康診査、その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うよう努めなければならないとされています。

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、保険者はデータ分析に基づく被保険者の健康保持増進のために事業計画を策定し、それを活用した保健事業を推進することとされました。

こうしたことから佐賀県後期高齢者医療広域連合(以下、広域連合という。)では、平成26年3月に厚生労働省が示した「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針」に従い、健康・医療情報を活用してPDCA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るため、平成27年3月に第1期長寿健康づくり事業実施計画(以下、データヘルス計画という。)を策定し、平成30年からの第2期データヘルス計画を経て、令和6年度から令和11年度を計画期間とする第3期データヘルス計画を策定するものです。

○健康維持と疾病予防

疾病の重症化予防及びフレイル対策に着目した事業等を通じ、被保険者の健康管理及び生活の質(QOL)の維持・向上を図ります。また、高齢者の一人ひとりに対して、きめ細かな保健事業と介護予防を実施します。

○医療費の適正化

適正受診・適正服薬を促すなど、被保険者の健康に留意しつつ、高額化する医療費の適正化に取り組むことにより、制度の安定運営を図ります。

2 計画期間

本計画の計画期間は、佐賀県が策定する医療費適正化計画との整合性を図るため、令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)までの6年間とします。

3 関連する他の計画との関係

本計画は、広域連合及び構成市町が相互に役割を担い、連絡調整を図りながら、後期高齢者医療に係る施策を総合的かつ計画的に実施するために定める「佐賀県後期高齢者医療広域連合広域計画」(以下、広域計画という。)のうち「(5)データヘルスの推進」の規定に基づき策定するものです。

また、国や佐賀県等が定める以下の各種計画等との整合性を図り、計画期間の中間年度における評価後に、必要に応じて本計画の内容を見直すこととします。

計画等名称	計画期間
21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第3次))	令和6年度～令和17年度 (2024年度～2035年度)
高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン(第2版補足版)	令和4年3月改訂
第3次佐賀県健康プラン(佐賀県健康増進計画)	令和6年度～令和17年度 (2024年度～2035年度)
佐賀県医療費適正化計画(第4期)	令和6年度～令和11年度 (2024年度～2029年度)
第9期さがゴールドプラン21(佐賀県高齢者保健福祉計画・佐賀県介護保険事業支援計画)	令和6年度～令和8年度 (2024年度～2026年度)
第3次佐賀県歯科保健計画(ヘルシースマイル佐賀21)	令和6年度～令和17年度 (2024年度～2035年度)
第2期佐賀県循環器病対策推進計画	令和6年度～令和11年度 (2024年度～2029年度)
各市町国保保健事業実施計画(データヘルス計画)	令和6年度～令和11年度 (2024年度～2029年度)

4 実施体制・関係者連携

(1) 市町との連携

広域連合が中心となり計画を策定し、県内20市町と連携し事業を実施します。

計画策定に当たっては、市町からの意見を十分に聴き、当広域連合内において医療専門職の意見等を踏まえて策定します。

また、計画の実施に当たっては、長寿健康づくり事業の一貫性、連続性のある実施のために、市町との連携が不可欠です。広域連合及び市町は、それぞれ広域計画に規定する事務を担うとともに、必要に応じて長寿健康づくり事業に係る連携会議を開催し、健康課題の共有及び市町や他の広域連合における長寿健康づくり事業の好事例の展開を図ります。

連携会議には、後期高齢者医療担当部署のほか、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組状況に応じて保健事業担当部署、国民健康保険担当部署、介護保険担当部署等にも参画いただきます。

(2) 関係機関との連携

計画策定に当たっては、佐賀県医師会、佐賀県歯科医師会、佐賀県薬剤師会(以下、三師会という。)、学識経験者、佐賀県老人クラブ連合会、佐賀県看護協会、佐賀県、佐賀県国民健康保険団体連合会(以下、国保連合会という。)、全国健康保険協会佐賀支部、佐賀県民生委員児童委員協議会で構成する佐賀県後期高齢者医療広域連合運営懇話会(以下、運営懇話会という。)において広く意見を求めるとともに、国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会の外部有識者等による専門的な見地からの計画への意見や実施状況等に対する評価・助言などの支援を受けます。さらに、パブリックコメントにより広く意見を聴取します。

長寿健康づくり事業の効果的かつ効率的な推進、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組には、専門的な見地からの助言・協力を得ることが不可欠であるため、三師会等の関係機関に引き続き協力を求めます。

また、支援をいただく佐賀県健康福祉部国民健康保険課及び国保連合会と連携して事業を推進します。

第2章 現状の整理

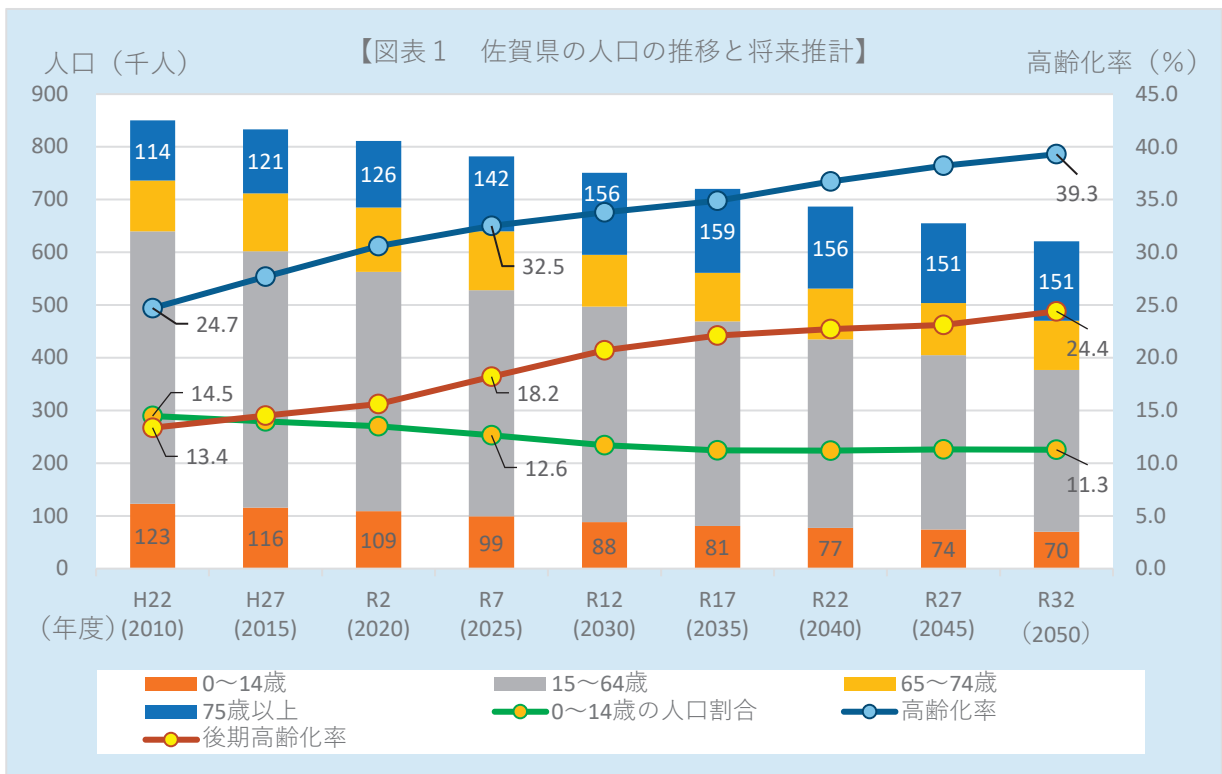
1 保険者の特性

(1) 佐賀県の人口の推移

わが国の人口は年々減少傾向にあり、将来推計によると、今後も減少し続けていくことが予想されています。

佐賀県においても人口は減少を続けており、将来推計によると、令和2年(2020年)に81万人であった人口は、令和32年(2050年)には62万人となることが見込まれています。

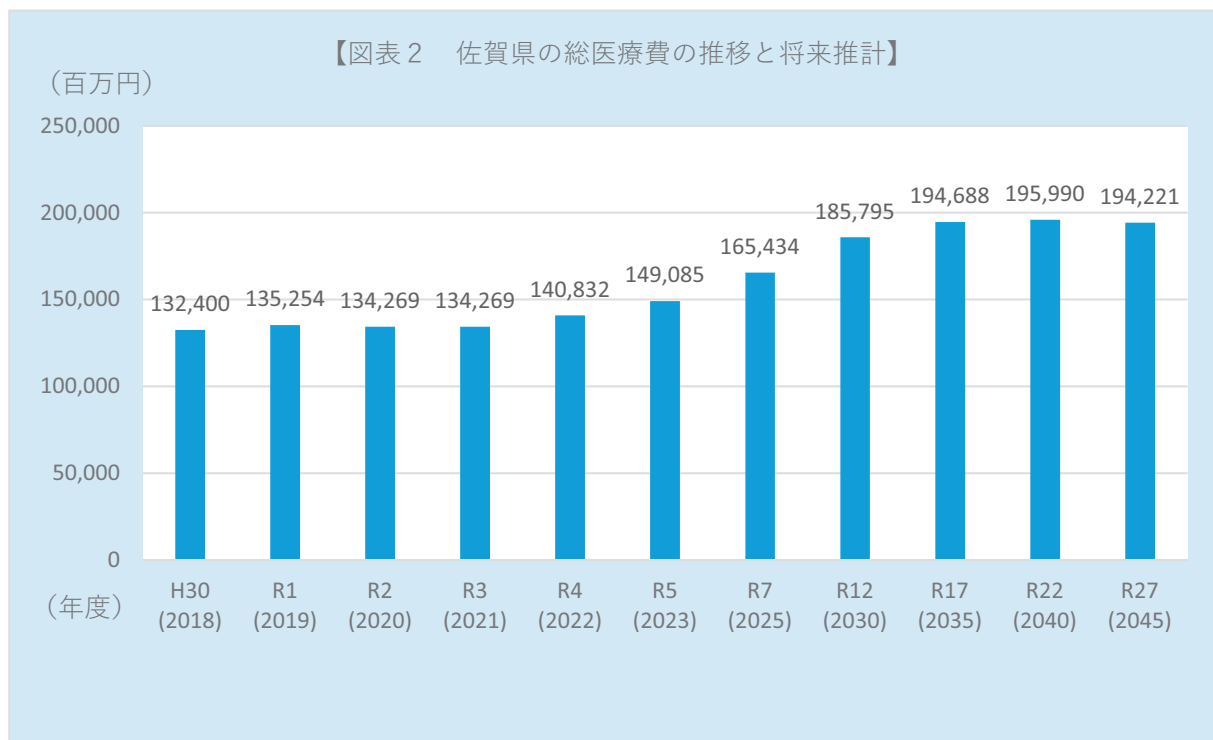
その一方で、75歳以上の高齢者は年々増加し、令和17年(2035年)に15万9千人とピークを迎え、平成22年(2010年)に13.4%だった後期高齢化率は令和32年(2050年)には24.4%になると見込まれています。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「地域別5歳階級推計人口」(2018年推計)

(2) 将来推計に伴う医療費見込み

佐賀県では、後期高齢者の将来推計人口の増加に伴い、医療費も年々増加する見込みで、令和4年(2022年)の医療費1,408億320万円に対し、後期高齢者の将来推計人口がピークを迎える令和17年(2035年)には1,946億8,800万円と約1.4倍に増加すると見込んでいます。



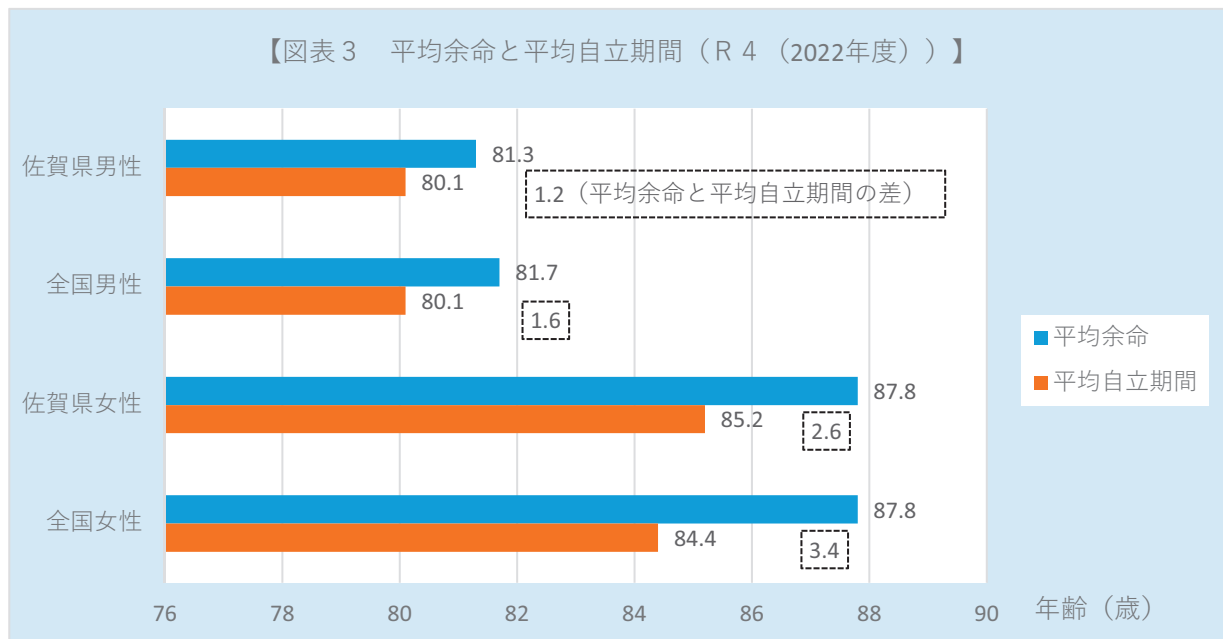
出典：広域連合にて作成

(3) 平均余命と平均自立期間(健康寿命)

佐賀県の平均余命は、令和4年度(2022年)に男性が81.3歳、女性が87.8歳となっており、全国平均と比較して、男性は0.4歳低く、女性は全国平均と同じ年齢となっています。

また、平均自立期間は、男性が80.1歳、女性が85.2歳となっており、全国平均と比較すると、男性は全国平均と同じで、女性は全国平均より0.8歳高くなっています。

平均余命と平均自立期間の差は、男性、女性ともに全国平均より低くなっており、比較的健康的な期間が長いといえます。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S21_001 地域の全体像の把握）

2 第2期長寿健康づくり事業実施計画等に係る考察

(1) 第2期計画の最終評価

第2期計画においては、「長寿健康づくり事業に係る連携会議の開催や市町広報誌を通じた健康啓発及び制度周知の取組等、市町との連携を強化することで、効果的・効率的な事業の実施を目指す」ことを基本方針とし、被保険者の「健康維持と疾病予防」及び「医療費の適正化」を目的に据え、各種保健事業に取り組んできました。

これら第2期計画における平成30年度から令和4年度の保健事業の実施状況に係る評価として、広域連合内部における自己点検を実施し、点検結果を広域連合に設置する運営懇話会及び国保連合会に設置する保健事業支援・評価委員会に提示し、意見及び助言等を受けました。

① 運営懇話会からの意見等

- ・健康診査の受診率を向上させることが重要であるため、受診勧奨に工夫が必要である。
- ・健診での疾病の早期発見を重症化予防につなげるため、個別訪問を継続する必要がある。
- ・既存事業の見直し、糖尿病やフレイル対策、歯科健康診査の充実等に取り組んでいただきたい。
- ・歯科と糖尿病等の合併症を有する高齢者へのアプローチによる生活の質(QOL)の維持・向上の取組や、歯科健康診査の必要性の周知広報などに取り組んでいただきたい。

② 国保連合会保健事業支援・評価委員会からの意見等

- ・保健事業を実施していく上で、健診データの把握は重要である。市町との連携のほか、医療機関とも連携し、健診受診率の向上に努めていただきたい。
- ・個別の事業において、対象者の抽出基準、目標設定・評価指標、支援方法などについて、広域連合と市町が一体となって取組をすすめるべきである。
- ・国民健康保険から後期高齢者医療保険へ移行する重症化予防対象者などの支援を、継続的に実施できるような取組を実施していただきたい。
- ・歯科と全身疾患との関係について被保険者へ広く普及啓発していただきたい。

これらの意見等を踏まえた第3期計画の方針については、「(2) 個別保健事業の検証」に示します。

(2) 個別保健事業の検証

総合評価

個別の保健事業については、下記の評価基準に基づき総合評価を行いました。

評価記号	評価内容
A	計画どおりに事業を進めることが適当
B	効果が見られるが、部分的に改善・見直しの検討が必要
C	効果が十分でなく、全体的に改善・見直しの検討が必要
D	事業の休・廃止を含めた検討が必要

事業名	健康診査事業					
事業概要	市町(集団健診)及び県医師会(個別健診)への委託にて、被保険者を対象とした健康診査を実施する。					
事業目的	被保険者の生活習慣病等を早期に発見し、治療に繋げることにより、重症化の予防を図る。					
評価指標	健診受診率					
目標値(令和5年度)	33%					
目標の達成状況 (%)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	24.95	26.46	23.98	23.41	26.38	-
総合評価	B					
事業効果・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診率は令和2年度及び令和3年度は新型コロナウイルスの影響で低下したものの、令和4年度にはコロナ禍以前の数字よりも増加しており、受診率向上対策が一定の成果を上げている。 ・最終目標値からは依然として大きく下回っていることから、引き続き受診率向上対策が必要である。 ・広域連合だけでなく市町と協力し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業等でも、健診受診啓発及び健康状態不明者対策の取組を継続する必要がある。 					
次期計画の方針	<p>受診率は計画期間内で概ね増加傾向にあったが、令和4年度全国平均(30.1%(見込))と比較すると依然として低いため、次期計画では、全国平均受診率を参考とした目標を設定し、受診者数の増加のための取組を継続する。</p> <p>健康診査の結果に基づいて要受診者指導や低栄養指導等他の事業を行い、疾病の重症化予防、医療費抑制につなげる。</p> <p>【目標達成に向けた取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全被保険者への受診券配付の推進及び受診期間の確保 ・リーフレットの配付や医療費通知を活用した受診啓発の広報 ・受診勧奨通知の送付(健康状態不明者対策) ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に伴う市町での健診受診啓発 ・後期高齢者の質問票及び血清アルブミン値の活用 					

事業名	要受診者指導事業					
事業概要	<p>前年度の健康診査の結果から、検査値が一定値以上で医療機関未受診者である被保険者を対象に、訪問指導を実施する。</p> <p>【判定基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧値：収縮期 160mmHg 以上または拡張期 100mmHg 以上 ・ HbA1c 値：7.0%以上 					
事業目的	医療機関での受診を要するにも関わらず受診履歴のない被保険者に対し、個別訪問による医療機関への受診指導を行うことにより、疾病の重症化の予防を図る。					
評価指標	訪問後の医療機関受診者率(未治療者)					
目標値(令和5年度)	30% 以上					
目標の達成状況 (%)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	28.3	32.3	58.8	25.4	33.3	—
総合評価	B					
事業効果・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問後の医療機関受診者率は年度により差があるものの、概ね目標を達成できており、目標値について修正が必要である。 ・ 年度により医療機関受診者率に差があることから、引き続き効果的に被保険者に受診を促す指導方法等を検討する必要がある。 ・ 令和2年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始し、当事業についても市町への委託内容と調整し実施している。今後も対象者等について市町と相互補完しながら実施する必要がある。 					
次期計画の方針	<p>健康日本 21(第3次)において、高血圧・糖尿病対策が継続して重点項目とされたほか、訪問指導により対象者の医療機関受診につながっていることから継続して事業を実施する。</p> <p>【目標達成に向けた取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問指導後の医療機関未受診者に対する取組(受診勧奨通知) ・ 医療機関への情報提供体制の整備等かかりつけ医と連携した取組(個別訪問時に健診結果データを記載した医療機関宛ての「連絡票」を手渡し、受診の円滑化と医療機関との連携を図る。) ・ 市町と相互補完し実施する HbA1c 値・血圧値に係る取組 ・ 糖尿病性腎症重症化予防の対策会議等への参画(関係団体と連携) ・ 低栄養状態に関する判定基準を追加 					

事業名	低栄養指導事業					
事業概要	<p>健康診査の結果から、低栄養状態が疑われる被保険者を対象に、訪問指導を実施する。</p> <p>【対象者】 当年度健診で以下の2項目以上に該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・BMI 値 18.5 未満 ・血清アルブミン値 3.5 g/dl 以下 ・前年度健診結果から 2 kg 以上の体重減少 					
事業目的	疾病予防、疾病の悪化防止や生活の質(QOL)の維持・向上を目的とする。					
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・健診項目に血清アルブミン検査を追加 ・健診時の質問票の変更(高齢者の特性を踏まえた「後期高齢者の質問票」) ・健診結果を活用した低栄養の訪問指導の実施 					
目標値(令和5年度)	-					
目標の達成状況	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	-	-	-	-	-	-
総合評価	B					
事業効果・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度から健診項目に血清アルブミン検査を追加し、低栄養の訪問指導の対象者抽出に活用できている。 ・高齢者の特性を踏まえた「後期高齢者の質問票」を令和2年度から導入し、保健指導等に活用できている。 ・広域連合による訪問指導を実施しているが、訪問指導の実績が少なく、効果が限定的であり、今後はより効果的な指導方法の検討が必要である。 					
次期計画の方針	<p>健康日本 21(第3次)において低栄養傾向にある高齢者の減少を目標とされたことから、血清アルブミン値の検査については健康診査事業に組み込んで実施し、低栄養状態が疑われる被保険者の訪問指導については要受診者指導事業に組み込んで継続実施するよう検討する。</p> <p>【目標達成に向けた取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町が実施する高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業における訪問指導との調整を実施 ・通いの場等において栄養等に関する健康教育・相談の実施 ・低栄養対象者の個別訪問指導を要受診者指導事業において継続実施 					

事業名	歯科健康診査事業					
事業概要	実施年度に76歳に達する被保険者等を対象に高齢者特有の口腔内衛生状態及び口腔機能評価を検査項目に加えた個別健診を実施する。					
事業目的	口腔機能の維持・改善を図り、歯周病に起因する細菌性心膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能低下による誤嚥性肺炎・フレイル状態等を予防することにより、被保険者の健康を維持・促進し生活の質(QOL)の維持・向上を目指す。					
評価指標	歯科健康診査受診率					
目標値(令和5年度)	15%					
目標の達成状況(%)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	13.53	13.37	11.72	12.60	17.34	-
総合評価	A					
事業効果・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科健康診査受診率は令和2年度と令和3年度は新型コロナウイルスの影響を受けたものの令和4年度に最終目標値を上回っており、歯科医師会等との連携による受診啓発や広報等での周知活動の効果が出ている。 ・ 特に、令和4年度に実施した歯科健康診査未受診者勧奨通知の効果が高かったと評価している。 ・ 受診率は目標を達成したものの、今後も引き続き歯科医師会等と連携し受診率向上に向けた対策が必要である。 					
次期計画の方針	<p>健康日本21(第3次)において歯・口腔の健康に関する取組が生活習慣の改善で示されたほか、令和4年度に広域連合が委託して実施した歯科医療費分析により改めて歯科と全身疾患との関連が明らかとなったため、引き続き広域連合が主体となり、76歳に達する被保険者を対象に、高齢者特有の口腔内衛生状態及び口腔機能評価等を加えた無料の個別歯科健康診査を継続して実施する。また、健診受診後医療機関未受診者を対象とした訪問指導を継続して実施する。</p> <p>なお、第2期計画の最終目標受診率15%を達成したため、次期計画については、受診率の実績を反映した新たな目標を設定する。</p> <p>【目標達成に向けた取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科医師会等との連携による被保険者への受診啓発を継続 ・ 歯科健康診査未受診者への受診勧奨通知の継続 					

事業名	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業					
事業概要	市町において事業企画等を行い、被保険者に対する個別支援及び通いの場等における健康教育、健康相談等を実施する。					
事業目的	人生100年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごせる社会としていくために、高齢者一人ひとりに対して、きめ細かな保健事業と介護予防を実施する。					
評価指標	実施市町数					
目標値(令和5年度)	20市町					
目標の達成状況	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	—	—	10市町	19市町	20市町	20市町
総合評価	A					
事業効果・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度の事業開始から順調に実施市町数が増加し、令和4年度に県内全市町で取組が開始され、市町への支援の効果が出ている。 ・国が目標とする「令和6年度までに全市町村での一体的実施の取組開始」を達成したことから、今後は一体的実施の事業内容の充実が課題となるため、市町への支援を継続する必要がある。 					
次期計画の方針	<p>当該業務に年間を通じて従事する医療専門職を配置する市町へ業務委託し、事業の企画・調整等及び国保データベースシステム(以下、KDBシステムという。)を活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握、医療関係団体等との連絡調整等の業務及び被保険者に対する個別的支援と通いの場等への積極的な関与業務を継続して実施する。</p> <p>なお、次期計画では、目標を全市町での実施の維持に改める。</p> <p>【目標達成のための取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町の特性に応じた保健事業の実施に向けて、情報提供や医療費分析等の支援の継続 ・市町が取り組む一体的実施事業の充実を図るため、研修会や講演会の開催、情報提供や医療費分析の支援の継続 ・佐賀県及び国保連合会と連携し、市町への支援方法等の検討 					

事業名	ジェネリック医薬品普及事業					
事業概要	<p>【差額通知の送付】</p> <p>ジェネリック医薬品に切り替えた場合に、1か月当たりの自己負担額が100円以上軽減すると見込まれる被保険者に、年2回(7月・1月)自己負担軽減額見込を記載した通知書を送付する。</p> <p>【希望シール配布】</p> <p>全被保険者を対象に、被保険者証の交付(更新)等にあわせて希望シールを配布する。また、県薬剤師会と協力し、お薬手帳への希望シールの貼付を実施する。</p>					
事業目的	ジェネリック医薬品の普及を促進し、被保険者の自己負担の軽減や医療給付費(調剤)の適正化を図る。					
評価指標	ジェネリック医薬品数量シェア					
目標値(令和5年度)	80%以上					
目標の達成状況 (%)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	77.5	79.8	81.4	81.9	83.4	-
総合評価	A					
事業効果・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品差額通知や、ジェネリック医薬品希望シールの被保険者証等への貼付の取組により、数量シェアの目標を達成できた。 ・令和6年度以降は国も更に目標値を引き上げる可能性があるため、今後も薬剤師会等と連携し、数量シェアの維持拡大に向けた取組を継続する必要がある。 					
次期計画の方針	<p>令和3年6月の閣議決定において、2023年度(令和5年度)末までに全ての都道府県で数量シェア80%以上と定められたことから、数量シェア拡大の取組を継続する。</p> <p>【目標達成に向けた取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・佐賀県薬剤師会等との連携による数量シェア拡大の取組 ・医療費通知等を活用したジェネリック医薬品の普及啓発の広報 ・ジェネリック医薬品差額通知の継続(年2回) 					

事業名	重複服薬等対策事業					
事業概要	<p>重複、多剤及び併用禁忌の服薬が疑われる対象者を抽出し、通知を送付し保険薬局等への相談を勧奨する。</p> <p>また、有害事象の発生の恐れがある併用禁忌等の服薬が疑われる対象者については、保健師等による個別訪問を行い服薬に関する指導を行う。</p>					
事業目的	重複服薬等による薬物有害事象の発生を防止し、医薬品の適正使用を推進することで、被保険者の健康維持と医療費の適正化を図る。					
評価指標	勧奨による相談率					
目標値(令和5年度)	10%以上					
目標の達成状況 (%)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	7.1	4.1	7.0	2.0	6.2	-
総合評価	B					
事業効果・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・相談勧奨通知による相談率は目標の10%に到達しておらず、今後も医師会・薬剤師会等と連携し服薬通知の取組を継続する必要がある。 ・指標の勧奨による相談率は薬局への相談数のみとなっているが、令和3年度に実施した通知対象者へのアンケートでは8割がかかりつけ医へ相談するとの結果が出ている。成果の測定が正確にできないため、指標の変更を検討する必要がある。 					
次期計画の方針	<p>重複服薬等の勧奨通知により、適正服薬等が図られ、医療費の負担軽減にもつながっているため勧奨通知の取組を継続する。</p> <p>【目標達成に向けた取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・県医師会・県薬剤師会等と連携した効果的な服薬通知の検討 ・有害事象の恐れがある服薬が疑われる対象者等への個別訪問による相談勧奨の取組の継続 					

事業名	重複・頻回受診対策事業					
事業概要	<p>重複受診者、頻回受診者に対し、訪問指導を実施する。</p> <p>【重複受診者】 3か月連続で同一疾病のレセプトが1か月2枚以上の受診者</p> <p>【頻回受診者】 3か月連続で同一医療機関の受診が1か月15回以上の受診者</p>					
事業目的	重複・頻回受診が認められる被保険者に対し、適正な受診、服薬や健康管理についての意識の高揚を図る。					
評価指標	訪問後の改善者率					
目標値(令和5年度)	50%以上					
目標の達成状況 (%)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	60.00	66.60	74.60	53.64	65.67	-
総合評価	B					
事業効果・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問後の改善者率は全ての年度で目標を達成しており、効果的な訪問指導が実施できたと評価している。 ・訪問対象者に対する医療費適正化の効果もあり、今後も継続して事業を実施する必要がある。 ・訪問について現在保健指導として実施しているが、本人へ重複・頻回傾向にあることを伝えておらず、訪問時の指導方法について検討の必要がある。 					
次期計画の方針	<p>訪問指導により重複・頻回受診の傾向が改善され、医療費の負担軽減につながっていることから、継続して事業を実施する。</p> <p>【目標達成に向けた取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重複・頻回受診者への個別訪問指導の継続 ・市町広報誌等を活用した周知広報 ・個別訪問時の指導方法についての検討 					

事業名	健康増進支援事業【評価対象外】					
事業概要	市町が実施している健康づくりに資する事業に補助を行う。 ・はり・きゅう等施術助成事業及び健康教育・健康相談等事業への補助を実施					
事業目的	被保険者の健康づくりに資する事業を行う市町に対し、費用の助成を行う。					
評価指標	評価対象外					
目標値(令和5年度)	評価対象外					
目標の達成状況	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	—	—	—	—	—	—
総合評価	評価対象外					
事業効果・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・健康教育関連実施市町数が伸び悩んでおり、引き続き市町に対し既存事業の内容確認・見直し等で補助対象となるケースや好事例、事業の効果を紹介し、当事業の積極的な活用促進が必要である。 ・健康相談事業については、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業との調整を図りながら検討が必要である。 					
次期計画の方針	<p>高齢者の健康づくりを目的とした市町の実施事業に対する補助を継続して実施する。</p> <p>特に健康相談事業について、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業との調整を図りながら実施市町数を増やす。</p> <p>【第3期での取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町の既存事業の内容確認・見直し等のほか好事例等の紹介による当事業の積極的な活用促進 ・市町に対し当事業を活用した健診受診勧奨の取組を促進 					

事業名	医療費通知事業【評価対象外】					
事業概要	全被保険者に対し、年2回(11月、2月)医療費通知を送付する。 ※令和元年度までは、年3回(7月、11月、2月)送付。					
事業目的	被保険者に対し、一定の期間にかかった医療費をお知らせすることにより、自己の健康管理や医療費の管理に対する関心を促し、適正な受診につなげる。					
評価指標	評価対象外					
目標値(令和5年度)	評価対象外					
目標の達成状況	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	-	-	-	-	-	-
総合評価	評価対象外					
事業効果・課題	・被保険者に対し、一定の期間にかかった医療費をお知らせしたことにより、自己の健康管理や医療費の管理に対する関心を促すことができた。					
次期計画の方針	<p>自己の健康管理や医療費の管理に対する関心を促す効果が見込まれることから、継続して事業を実施する。</p> <p>【第3期での取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療費通知の継続 ・マイナポータルでの医療費通知の閲覧について普及促進するための市町広報等での啓発 					

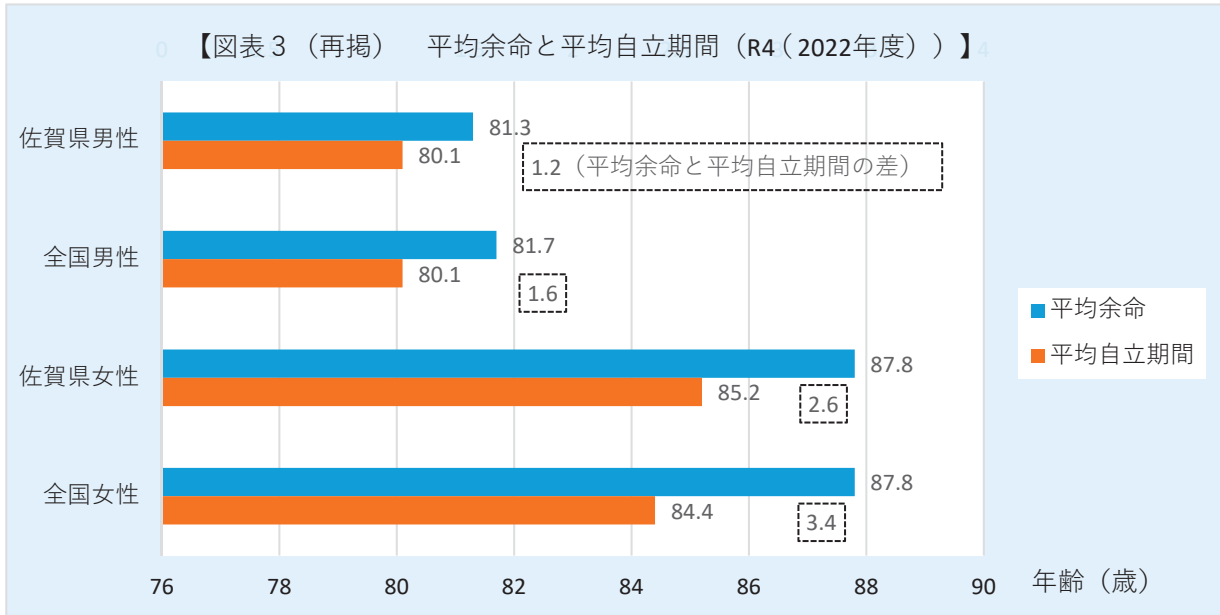
事業名	医療費分析事業【評価対象外】					
事業概要	KDB システムを活用し、地域の特性などを踏まえ、より効果的な分析を実施する。 あわせて、市町の保健事業の有効な実施に資するため、情報を提供する。					
事業目的	長寿健康づくり事業をより効果的に実施するため、情報収集・分析を行い、その結果を市町へ提供することで、保健事業の有効的な実施の支援を図る。					
評価指標	評価対象外					
目標値(令和5年度)	評価対象外					
目標の達成状況	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
	-	-	-	-	-	-
総合評価	評価対象外					
事業効果・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 広域連合に保健師を配置し、KDB システムを活用した医療費分析や市町への情報提供を行い、市町の保健事業の実施を支援することができた。 ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の内容の充実を図るため、今後も国保連合会と共同で市町の分析支援などを行い、市町の特性に合った保健事業の実施等を支援する必要がある。 					
次期計画の方針	<p>市町の保健事業に分析結果が活用されていることから、継続して事業を実施する。</p> <p>【第3期での取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町毎の課題の積極的な情報提供による地域の特性に合った保健事業の実施を支援 ・ 保険者協議会への資料提供による県内医療保険者全体での情報共有 ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業で活用するため、市町における KDB システムでの分析の支援を継続実施 					

第3章 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく課題の抽出

1 健康・医療情報の分析

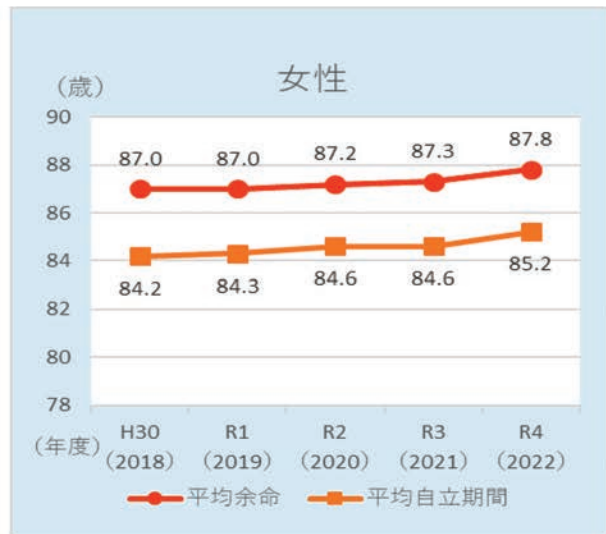
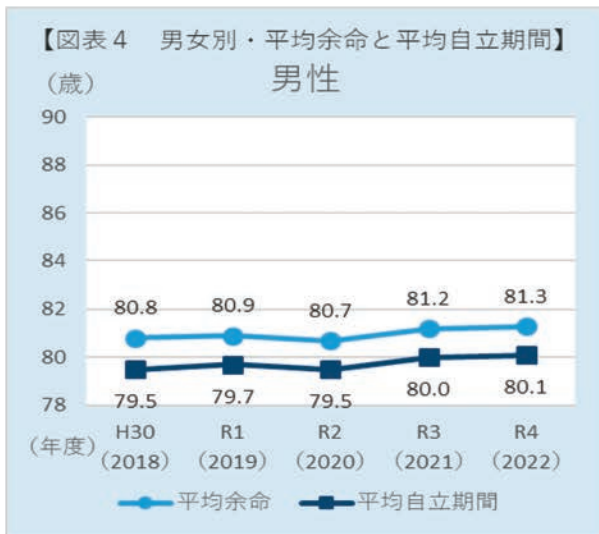
(1) 平均余命と平均自立期間

佐賀県は、平均余命と平均自立期間の差は男女ともに全国平均と比較し小さくなっており、健康寿命が長いといえます。



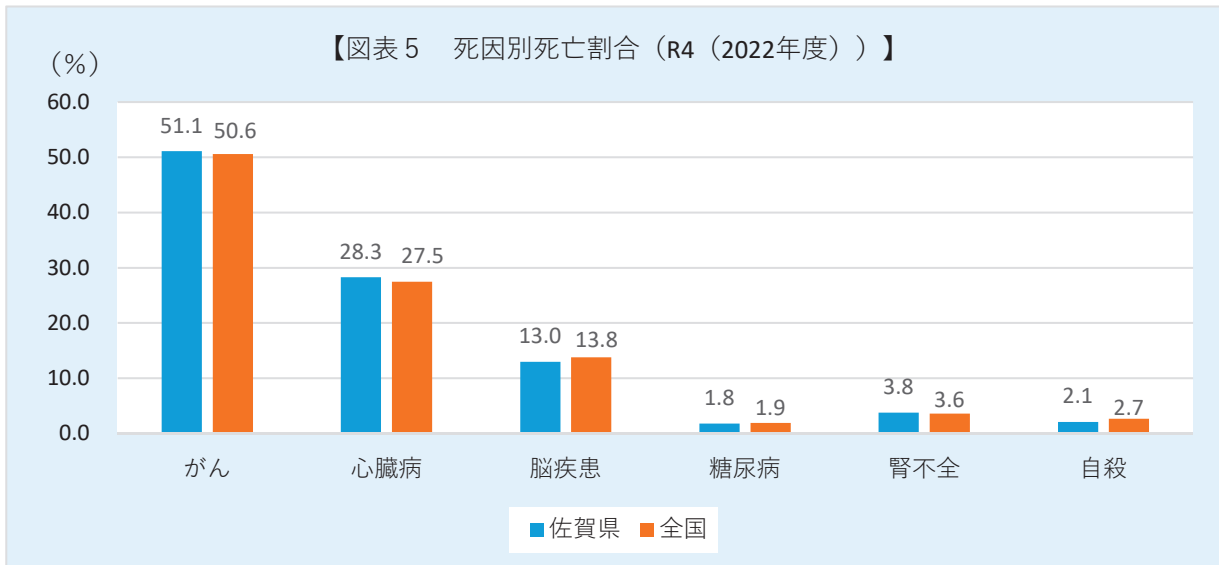
出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S21_001 地域の全体像の把握)

また、過去5年間で平均余命と平均自立期間の年齢はいずれも上昇しています。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S21_001 地域の全体像の把握)

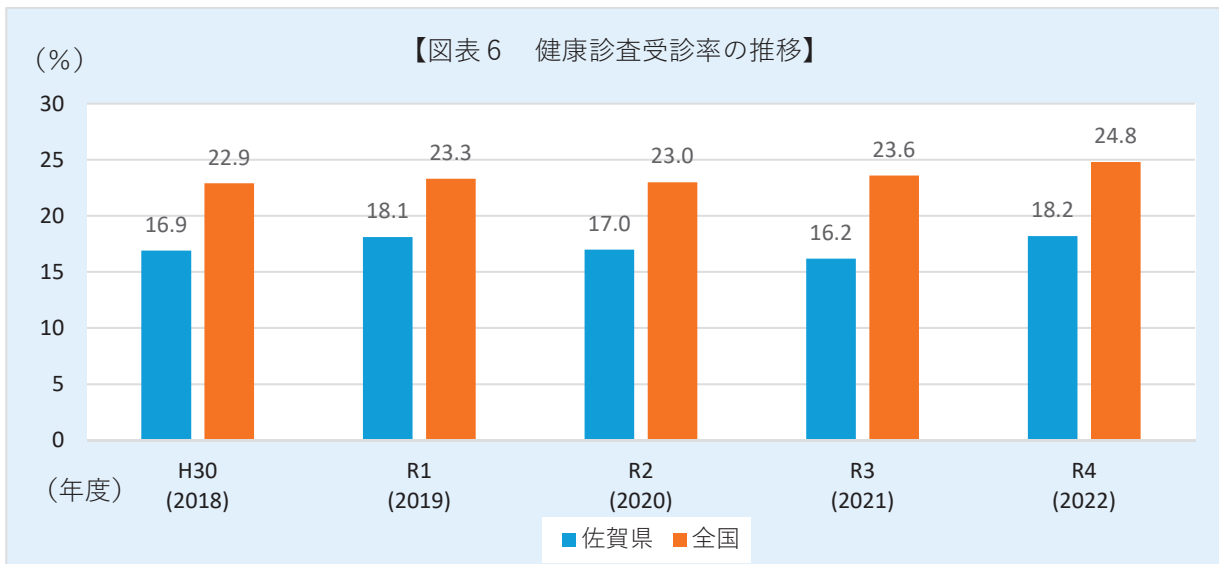
死因別死亡割合は、がん、心臓病、腎不全で全国よりも割合が高くなっています。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S21_001 地域の全体像の把握）

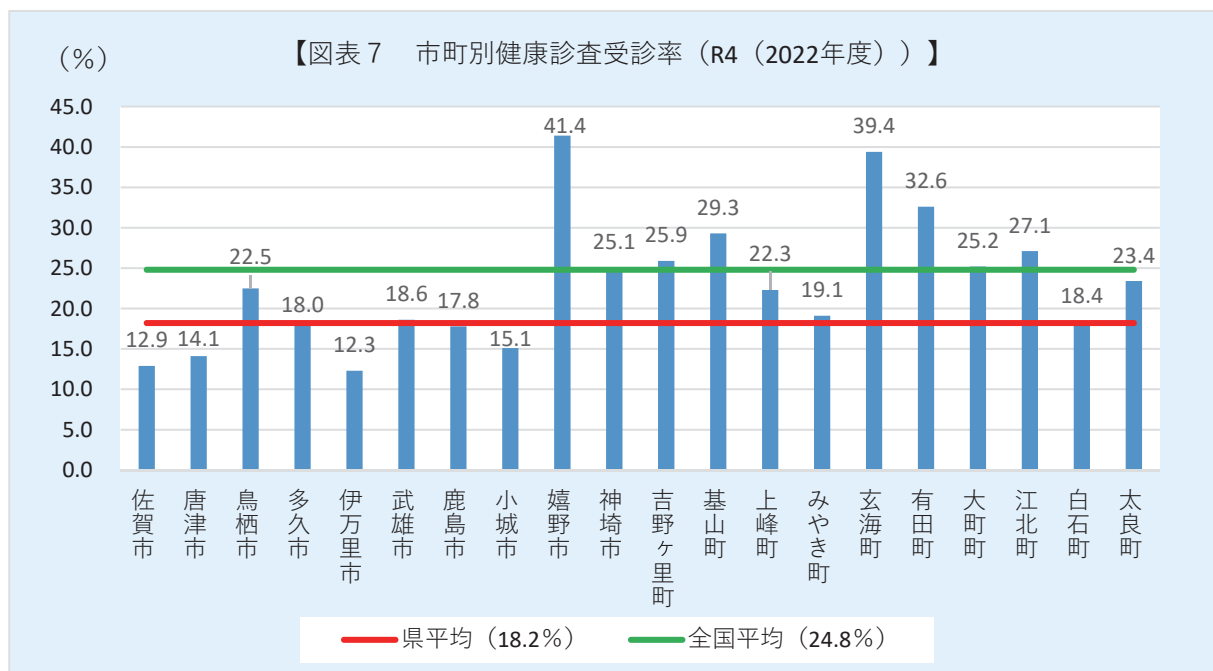
(2) 健康診査・歯科健康診査の状況

令和4年度の健康診査の対被保険者受診率は18.2%で、全国平均の24.8%と比較し6.6ポイント低くなっています。



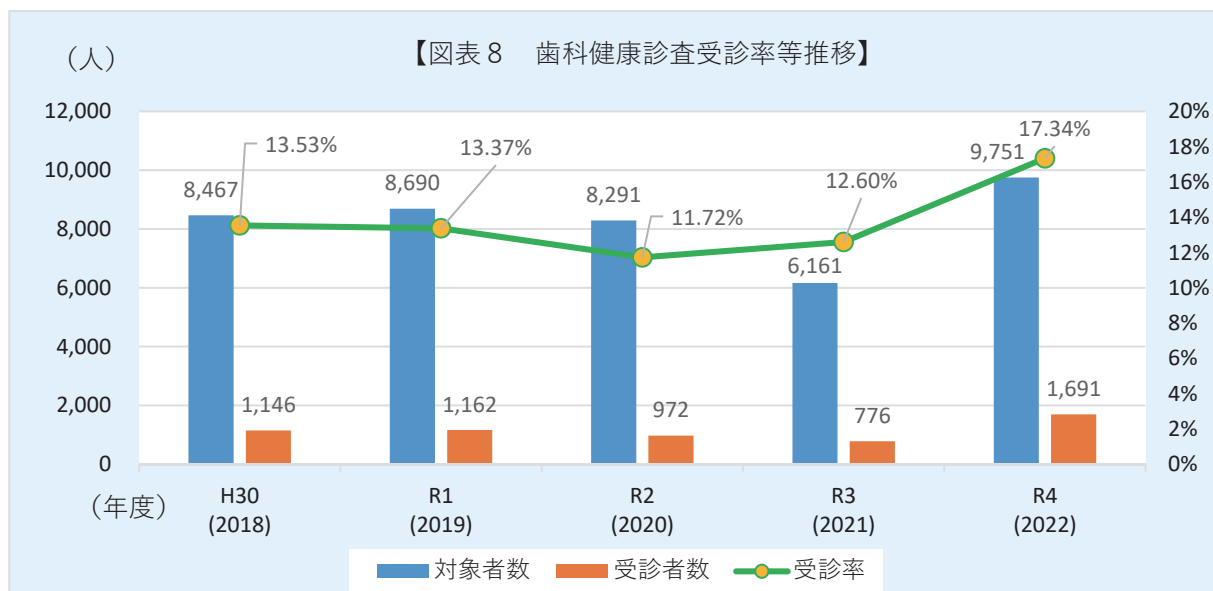
出典：KDB システム（S29_001 健康スコアリング（健診））

県内の市町別の健康診査受診率を比較すると、最も高い市町で41.4%、最も低い市町で12.3%と差が大きくなっています。



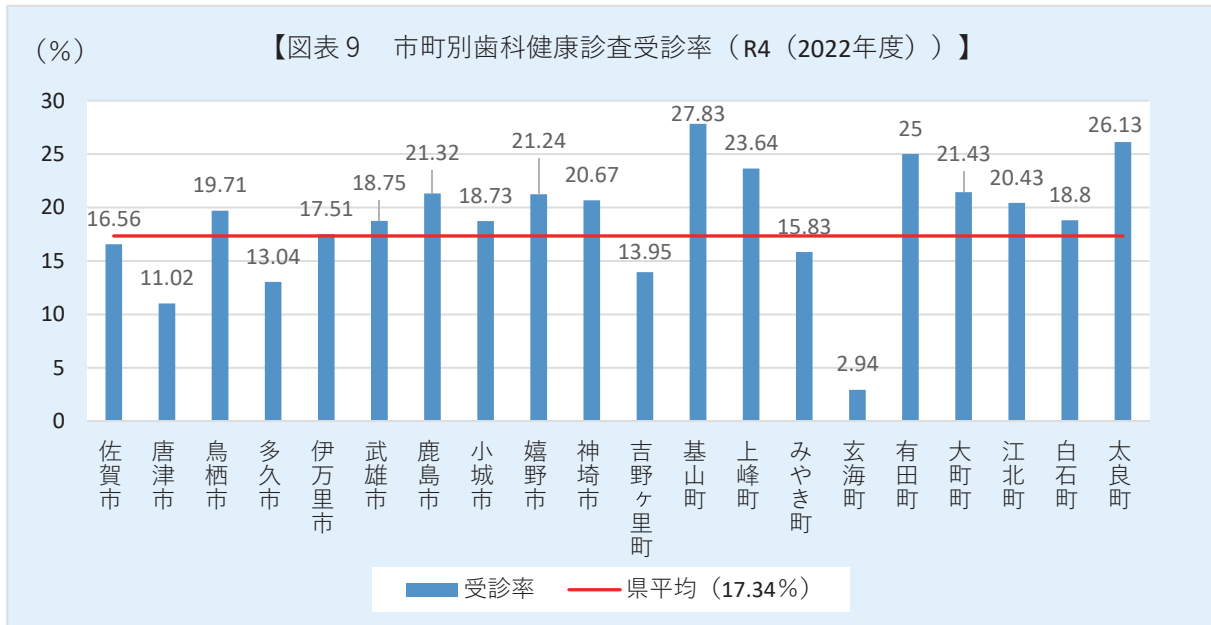
出典：KDB システム (S29_001 健康スコアリング (健診))

歯科健康診査受診率は、令和2年度に低下しましたが、令和4年度には増加しています。



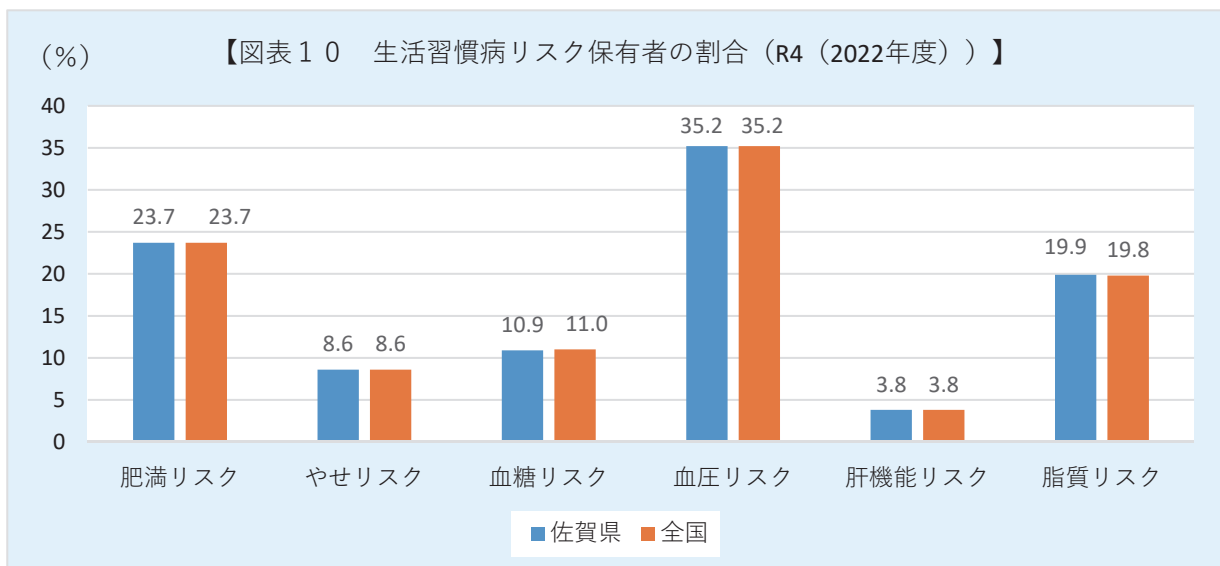
出典：歯科健康診査受診率一覧 (広域連合作成)

歯科健康診査の受診率を市町別で比較すると、最も高い市町で27.83%、最も低い市町で2.94%と差が大きくなっています。



出典：歯科健康診査受診率一覧（広域連合作成）

生活習慣病の疾病別リスク保有者の割合は、肥満・やせ・血圧・肝機能リスクは全国の値と同じとなっています。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S29_001 健康スコアリング（健康））

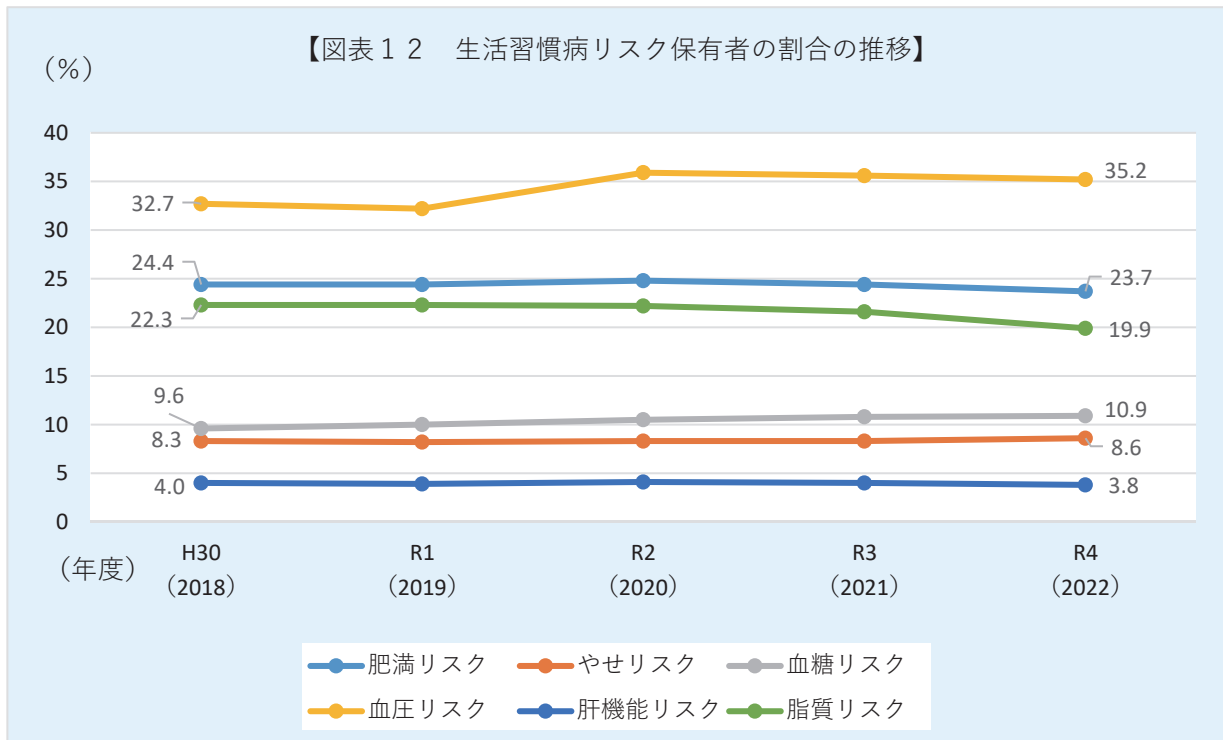
【図表 11 生活習慣病リスク保有者割合（性・年齢調整値）（R4（2022年度））】

（単位：％）

市町名	肥満リスク	血圧リスク	肝機能リスク	脂質リスク	血糖リスク	やせリスク
佐賀市	24.0	34.9	4.0	20.1	11.1	8.3
唐津市	23.5	35.4	3.6	19.8	10.8	8.9
鳥栖市	23.8	35.2	3.8	19.8	11.0	8.6
多久市	23.6	35.4	3.7	20.0	10.7	9.0
伊万里市	23.7	35.2	3.7	20.3	10.7	8.8
武雄市	23.7	35.2	3.8	19.9	10.9	8.7
鹿島市	23.8	35.1	3.8	19.7	11.0	8.5
小城市	24.0	34.8	4.0	19.9	11.2	8.1
嬉野市	23.4	35.6	3.5	19.5	10.7	9.3
神崎市	23.7	35.2	3.8	19.8	11.0	8.6
吉野ヶ里町	23.9	35.3	3.8	19.7	11.1	8.5
基山町	24.2	34.9	4.1	19.6	11.4	7.9
上峰町	23.9	35.3	3.9	19.9	11.0	8.5
みやき町	23.9	35.0	3.9	19.9	11.1	8.3
玄海町	23.4	35.6	3.6	19.6	10.8	9.0
有田町	23.4	35.5	3.6	19.8	10.7	9.1
大町町	23.8	35.2	3.8	19.9	10.9	8.6
江北町	23.6	35.3	3.7	19.6	10.9	8.8
白石町	23.5	35.4	3.6	19.7	10.8	9.0
太良町	23.7	35.2	3.8	19.6	11.1	8.5

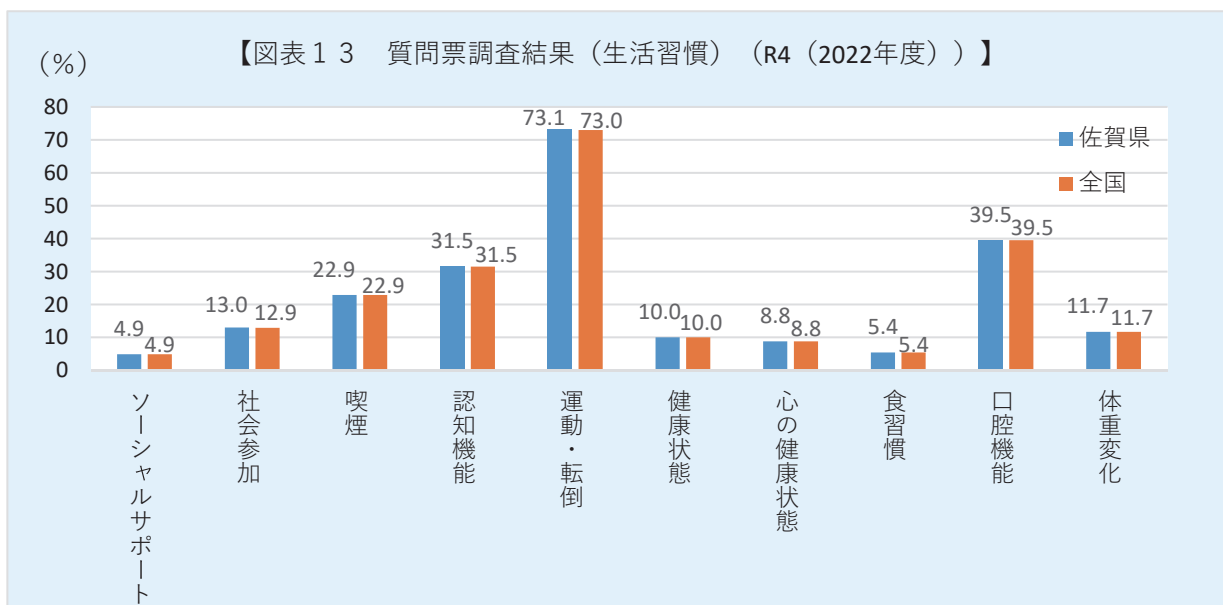
出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S29_001 健康スコアリング（健康））

血糖及び血圧リスクの保有者は、5年間でわずかながら増加しています。また、脂質リスクの保有者は5年間で減少しています。



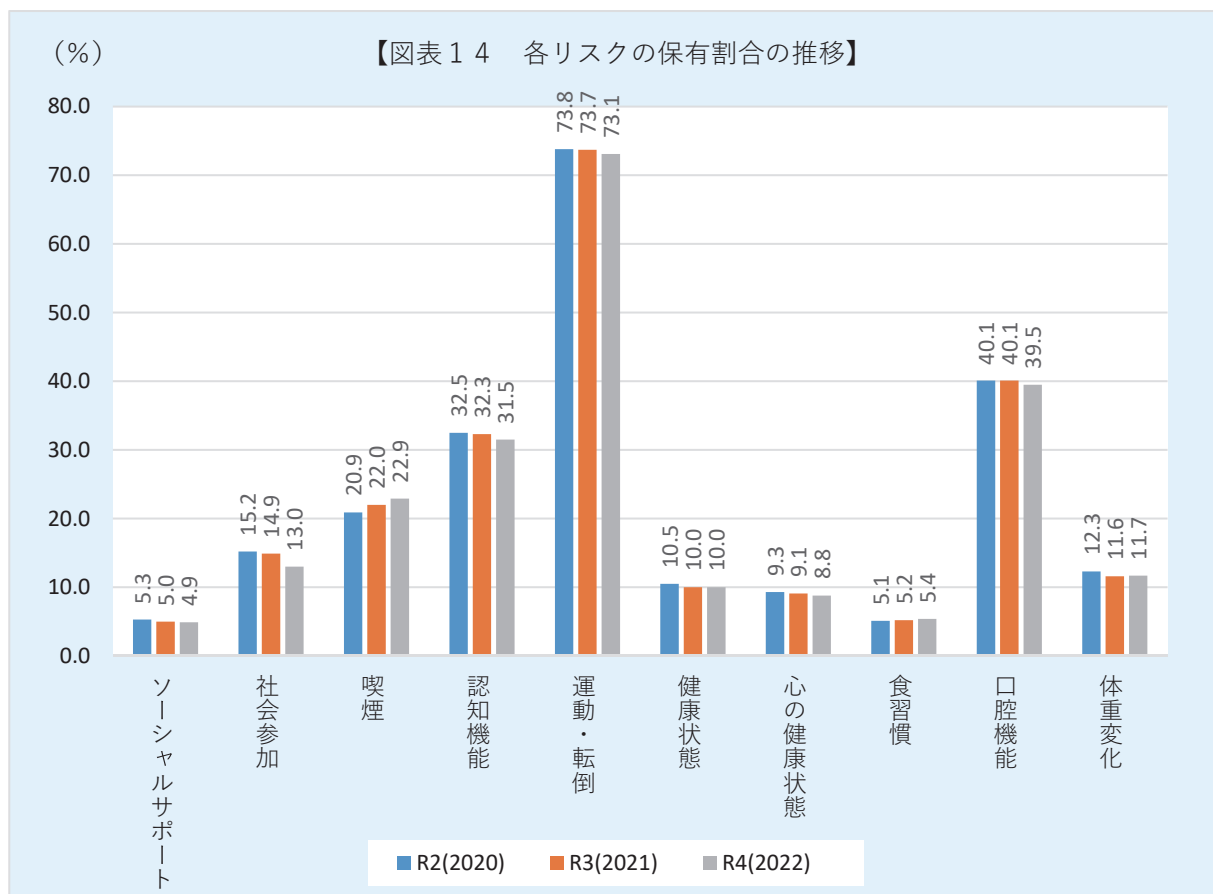
出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_001 健康スコアリング (健康))

運動・転倒や口腔機能、認知機能についてリスクがあると感じている被保険者が多くなっています。



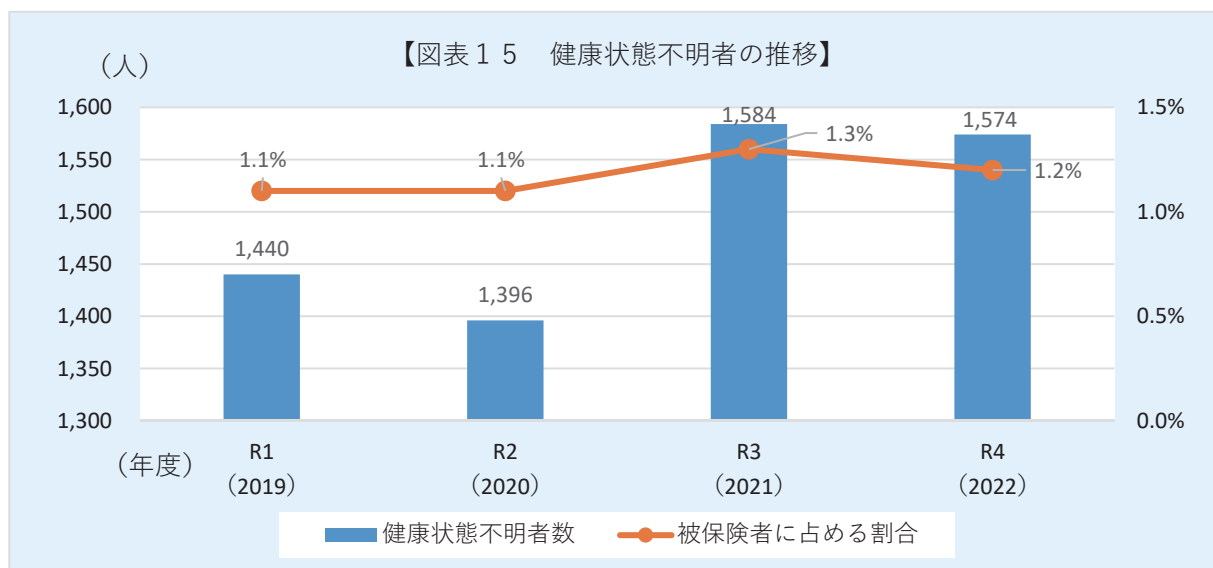
出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S25_001 質問票調査の経年比較)

各リスクの保有割合は、過去3年間でほぼ変化が見られない状況です。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S25_001 質問票調査の経年比較)

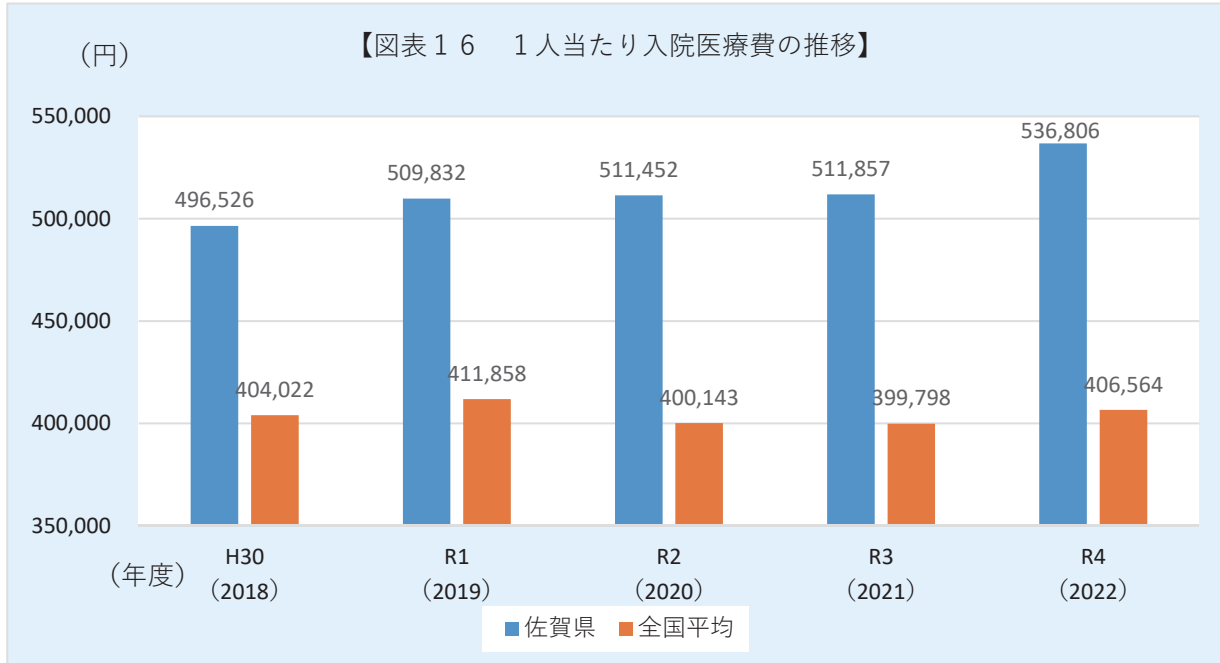
健康状態不明者数はほぼ横ばいで、被保険者の1%程度で推移しています。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S25_001 質問票調査の経年比較)

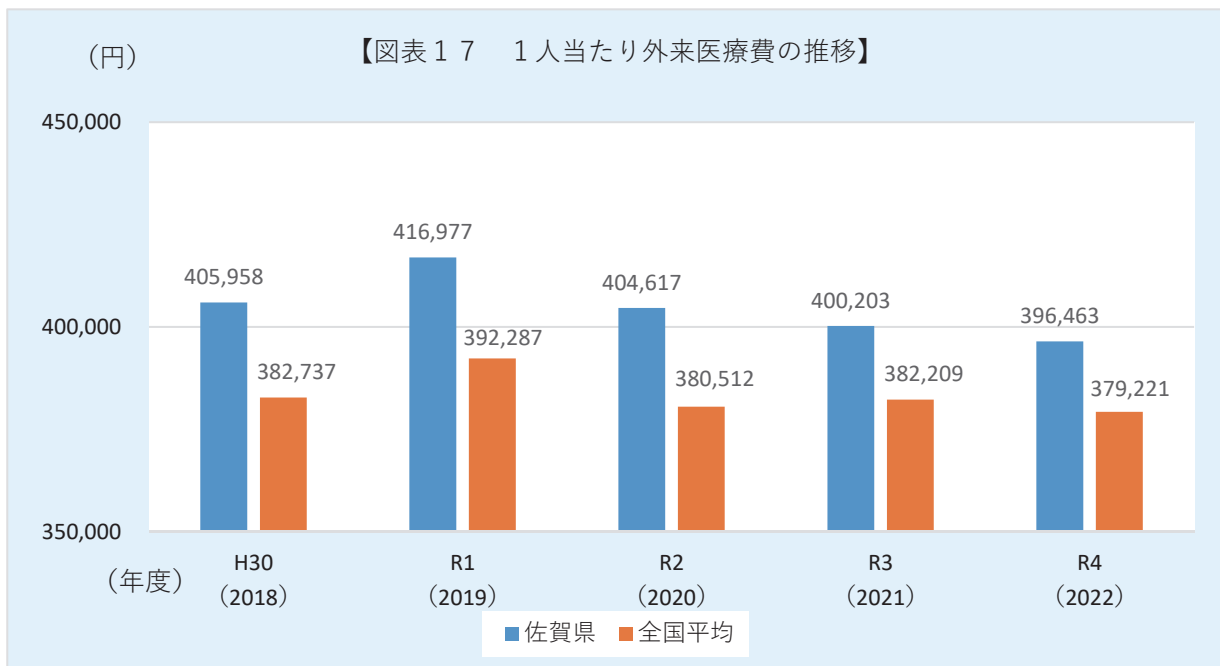
(3) 1人当たり医療費

佐賀県は入院・外来ともに1人当たり医療費が全国平均と比較して高く、特に入院医療費において全国平均を大きく上回っており、5年間で増加しています。



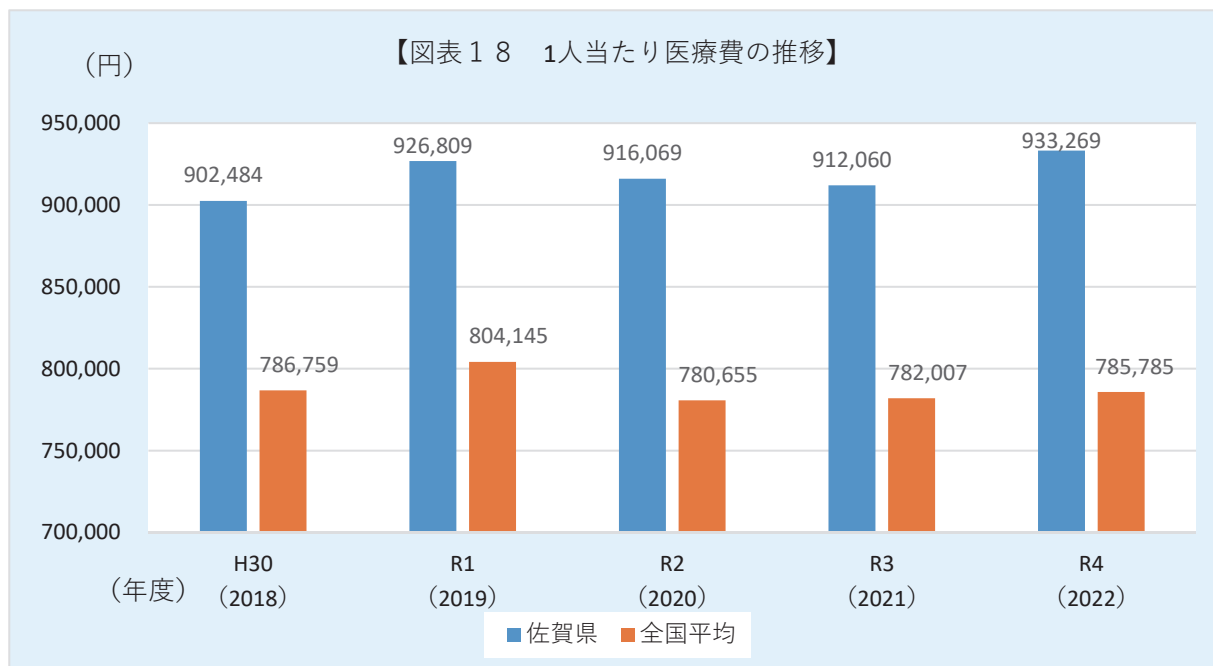
出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_001 健康スコアリング (医療))

外来医療費は5年間で若干減少傾向です。



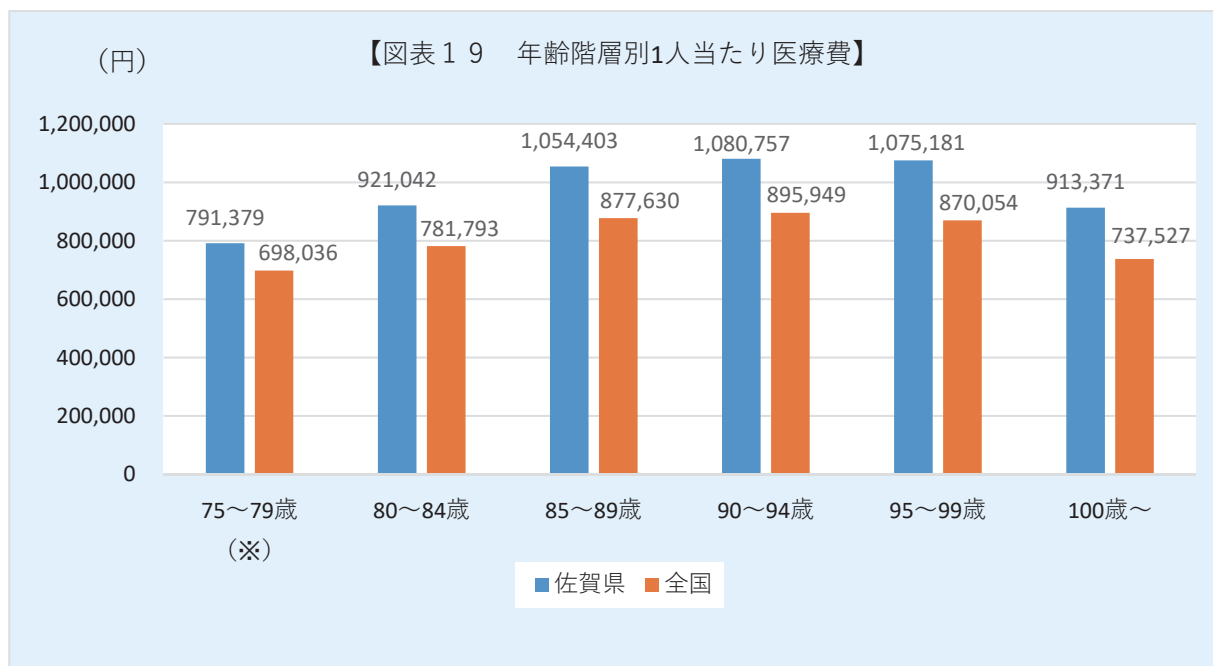
出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_001 健康スコアリング (医療))

入院と外来を合計した医療費は、5年間で若干増加しています。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_001 健康スコアリング (医療))

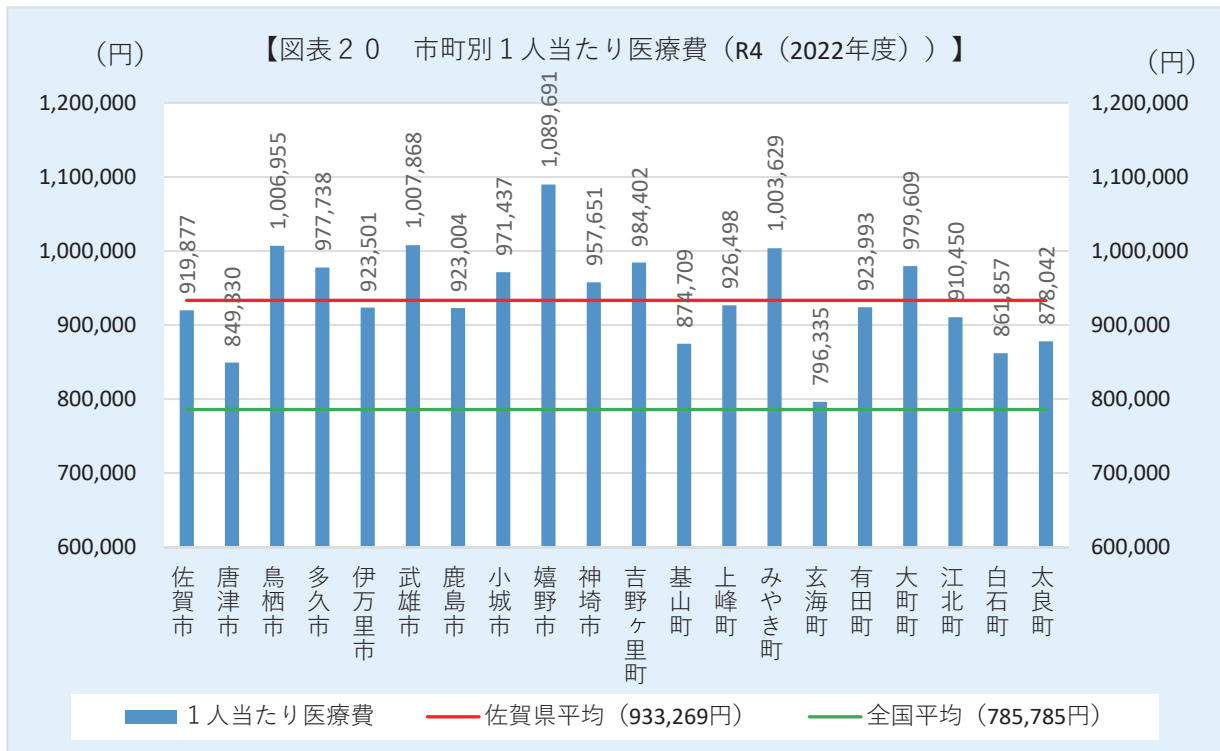
年齢階層別1人当たり医療費は、85歳以上で全国との差が大きくなっており、95歳から99歳で最も差が大きくなっています。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_001 健康スコアリング (医療))

※ 65歳以上75歳未満の方で、申請により広域連合の認定（障害認定）を受けた者を含む。

市町で比較すると、最も高い市町で1,089,691円、最も低い市町で796,335円となっており、構成市町間での差が大きくなっています。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_004 健康スコアリング (保険者等一覧))

(4) 疾病分類別医療費

入院医療費では、骨折、脳梗塞、関節疾患が高く、これは全国的にも同じ状況となっています。
また、全国平均と比較して骨粗しょう症の医療費が高くなっています。

【図表 21 1 保険者当たり医療費（点数）入院・男女計（2022年）】

（単位：点）

No.	最大医療資源傷病名	国との差		最大医療資源傷病名	国
		自都道府県			
1	骨折	34,901,023	▲ 2,397,461	骨折	37,298,484
2	脳梗塞	22,627,679	▲ 1,140,844	脳梗塞	23,768,523
3	関節疾患	15,637,382	90,618	関節疾患	15,546,764
4	統合失調症	10,971,030	2,840,916	不整脈	14,021,784
5	肺炎	9,575,397	▲ 1,676,521	慢性腎臓病(透析あり)	12,354,948
6	不整脈	8,460,012	▲ 5,561,772	肺炎	11,251,918
7	骨粗しょう症	8,221,909	653,568	統合失調症	8,130,114
8	慢性腎臓病(透析あり)	8,042,731	▲ 4,312,217	心臓弁膜症	7,780,195
9	認知症	6,377,716	▲ 1,061,797	骨粗しょう症	7,568,341
10	うつ病	5,079,578	1,641,722	認知症	7,439,513
11	パーキンソン病	4,925,182	▲ 417,935	狭心症	6,965,185
12	心臓弁膜症	4,907,133	▲ 2,873,062	大腸がん	6,494,130
13	脳出血	4,587,519	▲ 1,346,495	肺がん	5,956,369
14	肺がん	4,224,768	▲ 1,731,601	脳出血	5,934,014
15	大腸がん	4,206,721	▲ 2,287,409	パーキンソン病	5,343,117
16	胃がん	2,675,871	▲ 1,414,635	大動脈瘤	4,304,906
17	狭心症	2,650,052	▲ 4,315,133	胃がん	4,090,506
18	糖尿病	2,467,774	▲ 623,719	胆石症	3,766,020
19	胆石症	2,336,091	▲ 1,429,929	うつ病	3,437,856
20	高血圧症	2,063,640	426,177	白内障	3,219,188
21	大動脈瘤	1,958,280	▲ 2,346,626	糖尿病	3,091,493
22	肝がん	1,895,349	35,903	心筋梗塞	2,564,150
23	白内障	1,853,377	▲ 1,365,811	間質性肺炎	2,490,565
24	間質性肺炎	1,637,341	▲ 853,224	膀胱がん	2,268,725
25	膀胱がん	1,536,263	▲ 732,462	腸閉塞	2,189,652
26	貧血	1,517,186	▲ 486,667	膵臓がん	2,131,141
27	白血病	1,483,507	▲ 186,766	前立腺がん	2,050,201
28	膵臓がん	1,356,702	▲ 774,439	貧血	2,003,853
29	クモ膜下出血	1,355,756	▲ 203,052	肝がん	1,859,446
30	腸閉塞	1,337,145	▲ 852,507	白血病	1,670,273
31	前立腺がん	1,325,628	▲ 724,573	高血圧症	1,637,463
32	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	1,291,634	▲ 85,067	クモ膜下出血	1,558,808
33	心筋梗塞	1,238,655	▲ 1,325,495	食道がん	1,384,110
34	乳がん	1,104,531	▲ 258,891	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	1,376,701
35	逆流性食道炎	985,122	▲ 216,026	乳がん	1,363,422
36	慢性腎臓病(透析なし)	970,195	▲ 149,618	逆流性食道炎	1,201,148
37	気管支喘息	966,373	47,884	慢性腎臓病(透析なし)	1,119,813
38	大腸ポリープ	817,346	▲ 232,649	大腸ポリープ	1,049,995
39	肺気腫	701,879	▲ 69,477	気管支喘息	918,489
40	食道がん	614,432	▲ 769,678	胃潰瘍	914,420

出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S23_001 医療費分析（1）細小分類）

外来医療費では、糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)、高血圧症が高く、全国的にも同じ状況となっています。また、佐賀県では肝がんの医療費が全国平均よりも高くなっています。

【図表 22 1 保険者当たり医療費(点数) 外来・男女計(2022年)】

(単位:点)

No.	最大医療資源傷病名	国との差	
		自都道府県	国
1	糖尿病	20,008,794	▲ 10,529,031
2	慢性腎臓病(透析あり)	19,610,623	▲ 7,306,078
3	高血圧症	17,801,822	▲ 6,204,087
4	不整脈	14,376,427	▲ 8,073,517
5	関節疾患	12,850,608	▲ 5,272,750
6	骨粗しょう症	10,545,888	▲ 4,012,495
7	脂質異常症	7,883,348	▲ 4,258,611
8	前立腺がん	6,091,192	▲ 4,555,577
9	緑内障	5,878,333	▲ 1,889,538
10	白内障	4,147,997	▲ 1,012,888
11	肺がん	4,145,492	▲ 4,523,896
12	逆流性食道炎	3,665,475	▲ 2,326,782
13	気管支喘息	3,416,198	▲ 2,409,046
14	狭心症	2,574,533	▲ 1,809,139
15	脳梗塞	2,461,828	▲ 749,308
16	パーキンソン病	2,347,720	▲ 1,438,725
17	肝がん	2,309,688	422,726
18	骨折	2,041,715	▲ 375,178
19	大腸がん	1,843,706	▲ 1,486,182
20	乳がん	1,833,682	▲ 1,229,387
21	慢性腎臓病(透析なし)	1,712,831	▲ 1,212,195
22	前立腺肥大	1,663,533	▲ 1,054,442
23	胃がん	1,561,181	▲ 1,045,702
24	うつ病	1,191,447	▲ 819,580
25	間質性肺炎	1,070,857	▲ 1,237,866
26	胃潰瘍	1,070,438	▲ 1,742,802
27	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	1,058,565	▲ 846,727
28	糖尿病網膜症	1,019,748	▲ 868,274
29	心臓弁膜症	981,178	33,214
30	膀胱がん	979,559	▲ 482,049
31	統合失調症	958,752	▲ 266,761
32	大腸ポリープ	921,892	▲ 580,207
33	白血病	912,167	▲ 586,644
34	腎臓がん	901,953	▲ 353,045
35	C型肝炎	813,266	37,089
36	肺気腫	699,855	▲ 394,752
37	膵臓がん	667,247	▲ 509,127
38	貧血	650,867	▲ 873,851
39	甲状腺機能低下症	558,617	▲ 415,013
40	B型肝炎	460,836	▲ 119,113

最大医療資源傷病名		国
糖尿病		30,537,825
慢性腎臓病(透析あり)		26,916,701
高血圧症		24,005,909
不整脈		22,449,944
関節疾患		18,123,358
骨粗しょう症		14,558,383
脂質異常症		12,141,959
前立腺がん		10,646,769
肺がん		8,669,388
緑内障		7,767,871
逆流性食道炎		5,992,257
気管支喘息		5,825,244
白内障		5,160,885
狭心症		4,383,672
パーキンソン病		3,786,445
大腸がん		3,329,888
脳梗塞		3,211,136
乳がん		3,063,069
慢性腎臓病(透析なし)		2,925,026
胃潰瘍		2,813,240
前立腺肥大		2,717,975
胃がん		2,606,883
骨折		2,416,893
間質性肺炎		2,308,723
うつ病		2,011,027
慢性閉塞性肺疾患(COPD)		1,905,292
糖尿病網膜症		1,888,022
肝がん		1,886,962
貧血		1,524,718
大腸ポリープ		1,502,099
白血病		1,498,811
膀胱がん		1,461,608
腎臓がん		1,254,998
統合失調症		1,225,513
膵臓がん		1,176,374
肺気腫		1,094,607
甲状腺機能低下症		973,630
心臓弁膜症		947,964
食道がん		788,575
C型肝炎		776,177

出典: KDB データヘルス計画支援ツール (S23_001 医療費分析(1) 細小分類)

入院と外来を合わせると、統合失調症やうつ病についても全国平均より高い結果となっています。

【図表 23 1 保険者当たり医療費（点数）入院+外来・男女計（2022年）】

（単位：点）

No.	最大医療資源傷病名	国との差	
		自都道府県	国
1	骨折	36,942,738	▲ 2,772,639
2	関節疾患	28,487,990	▲ 5,182,132
3	慢性腎臓病(透析あり)	27,653,354	▲ 11,618,295
4	脳梗塞	25,089,507	▲ 1,890,152
5	不整脈	22,836,439	▲ 13,635,289
6	糖尿病	22,476,568	▲ 11,152,750
7	高血圧症	19,865,462	▲ 5,777,910
8	骨粗しょう症	18,767,797	▲ 3,358,927
9	統合失調症	11,929,782	2,574,154
10	肺炎	9,833,253	▲ 1,816,689
11	肺がん	8,370,260	▲ 6,255,496
12	脂質異常症	8,182,295	▲ 4,192,038
13	前立腺がん	7,416,819	▲ 5,280,151
14	パーキンソン病	7,272,901	▲ 1,856,661
15	認知症	6,800,013	▲ 1,159,528
16	うつ病	6,271,025	822,143
17	緑内障	6,170,557	▲ 2,107,225
18	大腸がん	6,050,428	▲ 3,773,589
19	白内障	6,001,374	▲ 2,378,699
20	心臓弁膜症	5,888,311	▲ 2,839,848
21	狭心症	5,224,585	▲ 6,124,272
22	脳出血	4,658,570	▲ 1,366,352
23	逆流性食道炎	4,650,596	▲ 2,542,808
24	気管支喘息	4,382,571	▲ 2,361,162
25	胃がん	4,237,052	▲ 2,460,337
26	肝がん	4,205,037	458,629
27	乳がん	2,938,213	▲ 1,488,278
28	間質性肺炎	2,708,199	▲ 2,091,089
29	慢性腎臓病(透析なし)	2,683,026	▲ 1,361,813
30	胆石症	2,592,695	▲ 1,538,629
31	膀胱がん	2,515,822	▲ 1,214,511
32	白血病	2,395,674	▲ 773,410
33	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	2,350,199	▲ 931,794
34	貧血	2,168,053	▲ 1,360,518
35	大動脈瘤	2,098,330	▲ 2,428,154
36	前立腺肥大	2,087,116	▲ 1,469,988
37	膵臓がん	2,023,949	▲ 1,283,566
38	大腸ポリープ	1,739,239	▲ 812,855
39	胃潰瘍	1,639,385	▲ 2,088,275
40	心筋梗塞	1,442,995	▲ 1,454,486

最大医療資源傷病名		国
骨折		39,715,377
慢性腎臓病(透析あり)		39,271,649
不整脈		36,471,728
関節疾患		33,670,122
糖尿病		33,629,318
脳梗塞		26,979,659
高血圧症		25,643,372
骨粗しょう症		22,126,724
肺がん		14,625,756
前立腺がん		12,696,970
脂質異常症		12,374,333
肺炎		11,649,942
狭心症		11,348,857
大腸がん		9,824,017
統合失調症		9,355,628
パーキンソン病		9,129,562
心臓弁膜症		8,728,159
白内障		8,380,073
緑内障		8,277,782
認知症		7,959,541
逆流性食道炎		7,193,404
気管支喘息		6,743,733
胃がん		6,697,389
脳出血		6,024,922
うつ病		5,448,882
間質性肺炎		4,799,288
大動脈瘤		4,526,484
乳がん		4,426,491
胆石症		4,131,324
慢性腎臓病(透析なし)		4,044,839
肝がん		3,746,408
膀胱がん		3,730,333
胃潰瘍		3,727,660
前立腺肥大		3,557,104
貧血		3,528,571
膵臓がん		3,307,515
慢性閉塞性肺疾患(COPD)		3,281,993
白血病		3,169,084
心筋梗塞		2,897,481
大腸ポリープ		2,552,094

出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S23_001 医療費分析（1）細小分類）

疾病別医療費は、骨折が16市町で1位となっています。

【図表 24 疾病別医療費上位 10 疾患、入院 + 外来・男女計 (2022 年)】

市町名	1位	2位	3位	4位	5位	6位	7位	8位	9位	10位
佐賀市	骨折	慢性腎臓病(透析あり)	関節疾患	脳梗塞	不整脈	糖尿病	骨粗しょう症	高血圧症	統合失調症	肺がん
唐津市	骨折	関節疾患	糖尿病	不整脈	慢性腎臓病(透析あり)	高血圧症	脳梗塞	骨粗しょう症	肺炎	統合失調症
鳥栖市	骨折	脳梗塞	関節疾患	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	不整脈	高血圧症	骨粗しょう症	統合失調症	認知症
多久市	関節疾患	骨折	脳梗塞	慢性腎臓病(透析あり)	骨粗しょう症	糖尿病	不整脈	高血圧症	肺がん	うつ病
伊万里市	骨折	慢性腎臓病(透析あり)	関節疾患	脳梗塞	高血圧症	不整脈	糖尿病	骨粗しょう症	肺炎	パーキンソン病
武雄市	骨折	慢性腎臓病(透析あり)	脳梗塞	関節疾患	糖尿病	高血圧症	不整脈	統合失調症	肺炎	骨粗しょう症
鹿島市	慢性腎臓病(透析あり)	骨折	不整脈	関節疾患	骨粗しょう症	糖尿病	脳梗塞	統合失調症	高血圧症	前立腺がん
小城市	骨折	関節疾患	慢性腎臓病(透析あり)	脳梗塞	糖尿病	不整脈	骨粗しょう症	高血圧症	統合失調症	肺がん
嬉野市	骨折	関節疾患	脳梗塞	統合失調症	不整脈	糖尿病	高血圧症	慢性腎臓病(透析あり)	骨粗しょう症	肺炎
神埼市	骨折	関節疾患	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	不整脈	脳梗塞	高血圧症	骨粗しょう症	肺がん	うつ病
吉野ヶ里町	慢性腎臓病(透析あり)	骨折	関節疾患	不整脈	糖尿病	骨粗しょう症	高血圧症	脳梗塞	統合失調症	うつ病
基山町	骨折	脳梗塞	関節疾患	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	不整脈	骨粗しょう症	脳出血	高血圧症	パーキンソン病
上峰町	骨折	関節疾患	慢性腎臓病(透析あり)	脳梗塞	不整脈	糖尿病	骨粗しょう症	高血圧症	大動脈瘤	肺がん
みやき町	骨折	関節疾患	不整脈	脳梗塞	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	骨粗しょう症	高血圧症	統合失調症	うつ病
玄海町	骨折	脳梗塞	不整脈	糖尿病	高血圧症	慢性腎臓病(透析あり)	関節疾患	骨粗しょう症	脳出血	脂質異常症
有田町	骨折	慢性腎臓病(透析あり)	関節疾患	脳梗塞	高血圧症	糖尿病	骨粗しょう症	不整脈	肺炎	脂質異常症
大町町	骨折	関節疾患	糖尿病	慢性腎臓病(透析あり)	統合失調症	パーキンソン病	不整脈	脳梗塞	高血圧症	心臓弁膜症
江北町	骨折	脳梗塞	関節疾患	糖尿病	慢性腎臓病(透析あり)	骨粗しょう症	高血圧症	不整脈	統合失調症	脳出血
白石町	骨折	関節疾患	高血圧症	脳梗塞	不整脈	骨粗しょう症	糖尿病	慢性腎臓病(透析あり)	統合失調症	肺炎
太良町	関節疾患	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	骨折	骨粗しょう症	脳梗塞	高血圧症	糖尿病	統合失調症	胃がん

出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S23_001 医療費分析 (1) 細小分類) から作成

男性では、慢性腎臓病(透析あり)が17市町で1位となっています。

【図表 25 疾病別医療費上位 10 疾患、入院 + 外来・男性 (2022 年)】

市町名	1位	2位	3位	4位	5位	6位	7位	8位	9位	10位
佐賀市	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	糖尿病	脳梗塞	前立腺がん	高血圧症	骨折	関節疾患	肺がん	肺炎
唐津市	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	不整脈	骨折	前立腺がん	脳梗塞	肺炎	高血圧症	関節疾患	肺がん
鳥栖市	慢性腎臓病(透析あり)	脳梗塞	糖尿病	骨折	前立腺がん	不整脈	肺がん	関節疾患	高血圧症	統合失調症
多久市	慢性腎臓病(透析あり)	脳梗塞	糖尿病	骨折	不整脈	関節疾患	肺がん	高血圧症	肝がん	肺炎
伊万里市	慢性腎臓病(透析あり)	骨折	脳梗塞	不整脈	糖尿病	関節疾患	前立腺がん	高血圧症	肺炎	肺がん
武雄市	慢性腎臓病(透析あり)	脳梗塞	糖尿病	骨折	前立腺がん	不整脈	肺炎	統合失調症	高血圧症	関節疾患
鹿島市	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	前立腺がん	糖尿病	脳梗塞	統合失調症	骨折	関節疾患	高血圧症	肺炎
小城市	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	不整脈	脳梗塞	骨折	関節疾患	前立腺がん	高血圧症	肺がん	認知症
嬉野市	慢性腎臓病(透析あり)	脳梗塞	不整脈	糖尿病	関節疾患	骨折	統合失調症	高血圧症	肺炎	前立腺がん
神埼市	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	不整脈	前立腺がん	骨折	関節疾患	脳梗塞	肺がん	高血圧症	肺炎
吉野ヶ里町	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	糖尿病	肺がん	関節疾患	大腸がん	認知症	高血圧症	前立腺がん	統合失調症
基山町	脳梗塞	慢性腎臓病(透析あり)	骨折	糖尿病	不整脈	脳出血	関節疾患	前立腺がん	高血圧症	肺炎
上峰町	慢性腎臓病(透析あり)	脳梗塞	糖尿病	前立腺がん	不整脈	肺がん	骨折	腎臓がん	高血圧症	関節疾患
みやき町	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	脳梗塞	糖尿病	関節疾患	前立腺がん	骨折	高血圧症	肝がん	肺炎
玄海町	骨折	不整脈	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	脳梗塞	高血圧症	前立腺がん	胆石症	脳出血	大腸がん
有田町	慢性腎臓病(透析あり)	脳梗塞	糖尿病	不整脈	骨折	高血圧症	関節疾患	肺炎	前立腺がん	脳出血
大町町	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	前立腺がん	糖尿病	関節疾患	骨折	パーキンソン病	認知症	肺がん	胃がん
江北町	脳梗塞	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	骨折	関節疾患	前立腺がん	不整脈	高血圧症	狭心症	統合失調症
白石町	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	前立腺がん	脳梗塞	糖尿病	高血圧症	骨折	肺がん	胃がん	肺炎
太良町	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	前立腺がん	胃がん	関節疾患	脳梗塞	糖尿病	高血圧症	統合失調症	心臓弁膜症

出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S23_001 医療費分析 (1) 細小分類) から作成

女性では、骨折が15市町で1位となっています。

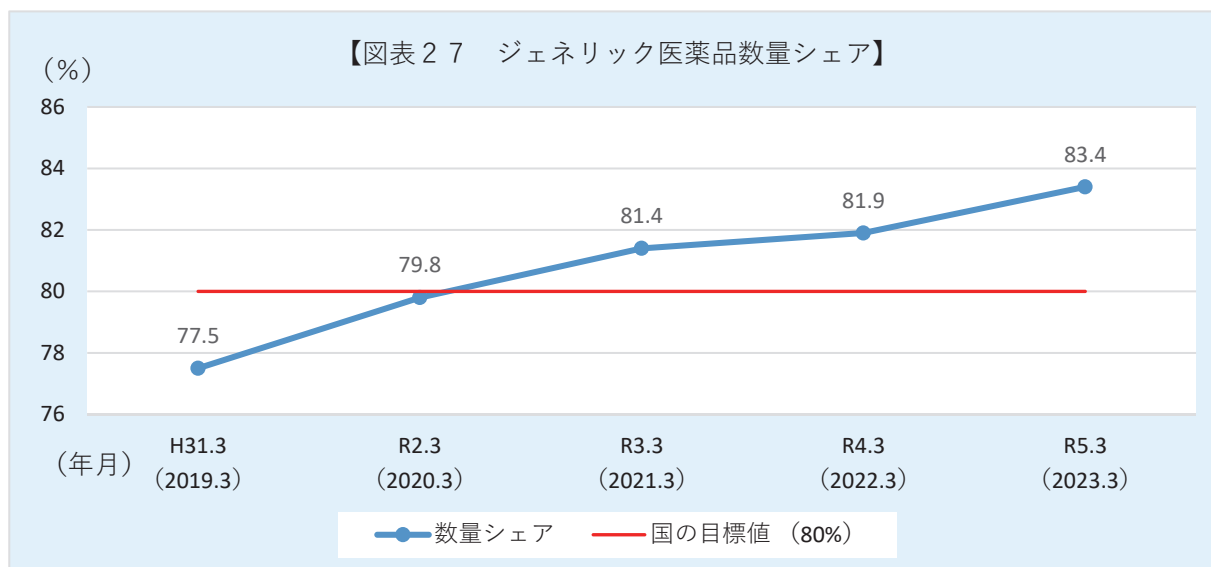
【図表 26 疾病別医療費上位 10 疾患、入院 + 外来・女性（2022 年）】

市町名	1位	2位	3位	4位	5位	6位	7位	8位	9位	10位
佐賀市	骨折	関節疾患	骨粗しょう症	脳梗塞	高血圧症	不整脈	糖尿病	慢性腎臓病(透析あり)	統合失調症	脂質異常症
唐津市	骨折	関節疾患	高血圧症	骨粗しょう症	脳梗塞	不整脈	糖尿病	慢性腎臓病(透析あり)	統合失調症	脂質異常症
鳥栖市	骨折	関節疾患	脳梗塞	骨粗しょう症	糖尿病	不整脈	高血圧症	慢性腎臓病(透析あり)	脂質異常症	認知症
多久市	関節疾患	骨折	骨粗しょう症	脳梗塞	慢性腎臓病(透析あり)	高血圧症	不整脈	糖尿病	うつ病	統合失調症
伊万里市	骨折	関節疾患	高血圧症	脳梗塞	骨粗しょう症	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	糖尿病	肺炎	パーキンソン病
武雄市	骨折	関節疾患	脳梗塞	高血圧症	骨粗しょう症	統合失調症	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	不整脈	肺炎
鹿島市	骨折	骨粗しょう症	関節疾患	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	脳梗塞	統合失調症	高血圧症	糖尿病	パーキンソン病
小城市	骨折	関節疾患	骨粗しょう症	慢性腎臓病(透析あり)	脳梗塞	不整脈	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	統合失調症
嬉野市	骨折	関節疾患	統合失調症	脳梗塞	骨粗しょう症	高血圧症	糖尿病	不整脈	慢性腎臓病(透析あり)	脂質異常症
神埼市	関節疾患	骨折	骨粗しょう症	高血圧症	脳梗塞	不整脈	糖尿病	うつ病	慢性腎臓病(透析あり)	統合失調症
吉野ヶ里町	慢性腎臓病(透析あり)	骨折	関節疾患	骨粗しょう症	不整脈	高血圧症	糖尿病	うつ病	脳梗塞	統合失調症
基山町	骨折	脳梗塞	関節疾患	骨粗しょう症	糖尿病	慢性腎臓病(透析あり)	高血圧症	不整脈	認知症	パーキンソン病
上峰町	骨折	関節疾患	骨粗しょう症	不整脈	脳梗塞	高血圧症	慢性腎臓病(透析あり)	糖尿病	大動脈瘤	認知症
みやき町	骨折	関節疾患	骨粗しょう症	不整脈	脳梗塞	糖尿病	高血圧症	統合失調症	脂質異常症	うつ病
玄海町	高血圧症	脳梗塞	糖尿病	関節疾患	骨折	不整脈	慢性腎臓病(透析あり)	骨粗しょう症	脂質異常症	肺炎
有田町	骨折	関節疾患	慢性腎臓病(透析あり)	骨粗しょう症	高血圧症	脳梗塞	糖尿病	肺炎	不整脈	脂質異常症
大町町	骨折	統合失調症	関節疾患	脳梗塞	糖尿病	パーキンソン病	骨粗しょう症	心臓弁膜症	高血圧症	不整脈
江北町	骨折	関節疾患	骨粗しょう症	糖尿病	脳梗塞	高血圧症	不整脈	慢性腎臓病(透析あり)	脳出血	肺がん
白石町	骨折	関節疾患	骨粗しょう症	高血圧症	脳梗塞	不整脈	統合失調症	糖尿病	肺炎	慢性腎臓病(透析あり)
太良町	関節疾患	骨粗しょう症	骨折	慢性腎臓病(透析あり)	不整脈	脳梗塞	高血圧症	糖尿病	パーキンソン病	肺炎

出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S23_001 医療費分析（1）細小分類）から作成

(5) ジェネリック医薬品の状況

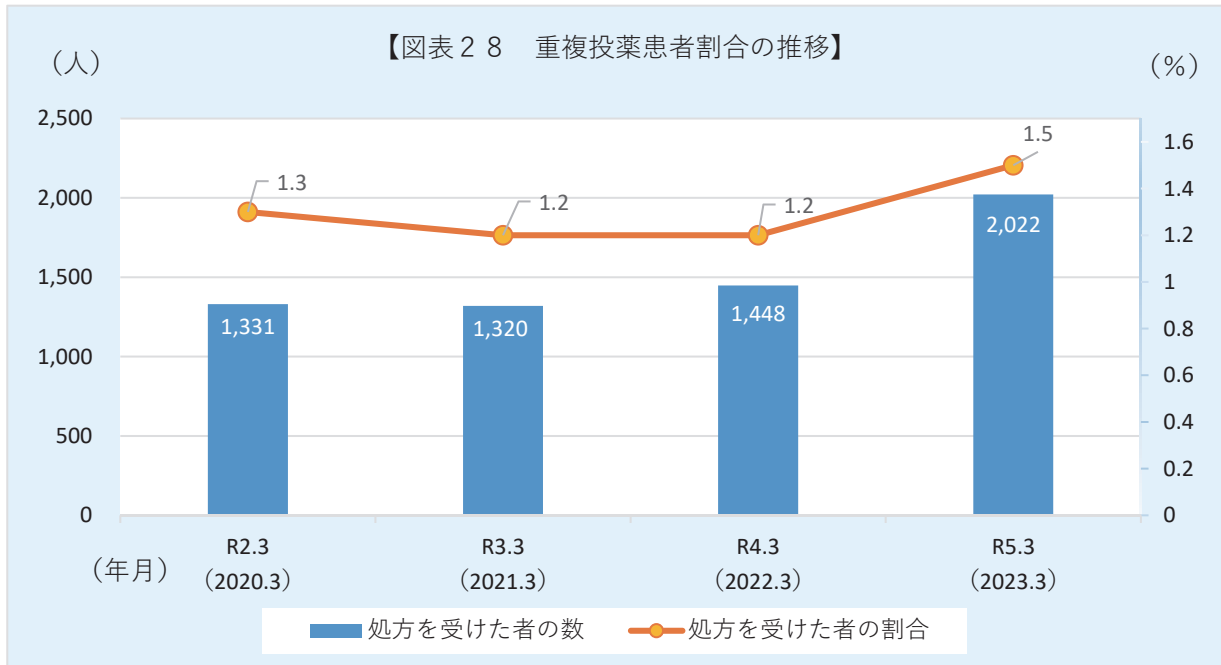
佐賀県では、ジェネリック医薬品の使用割合が過去5年間で順調に増加しています。



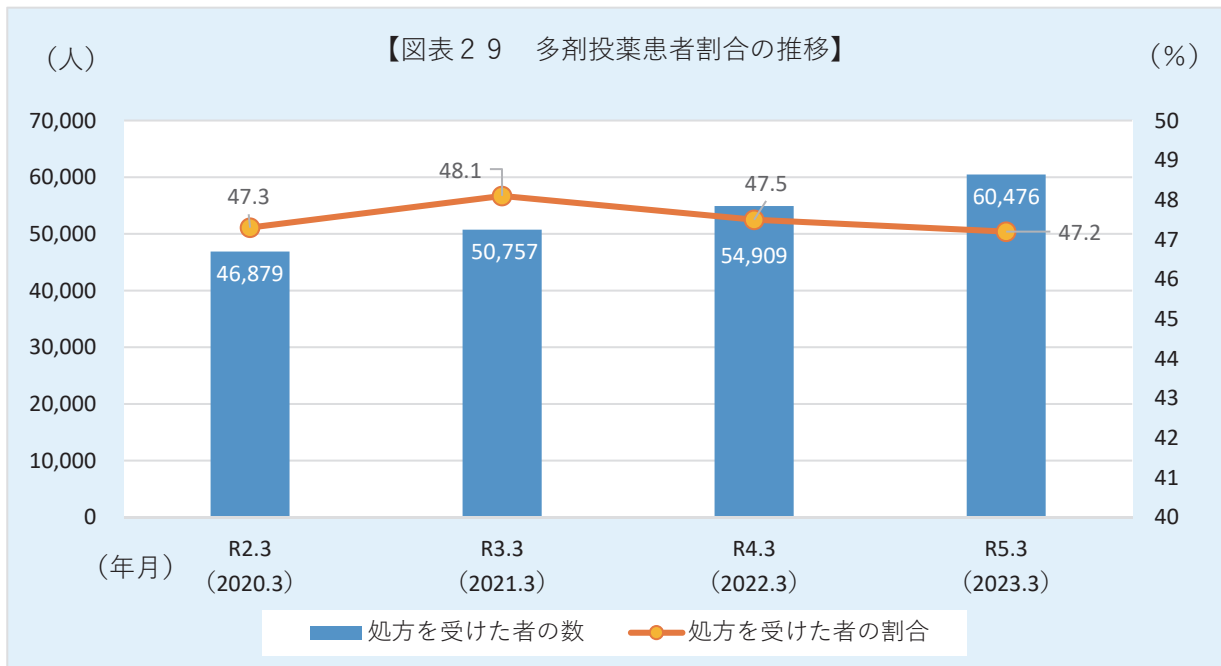
出典：佐賀県国民健康保険団体連合会提供 保険者別統計資料（表 5-1 審査年月別数量シェア）

(6) 重複投薬・多剤投薬患者割合

重複投薬・多剤投薬の患者割合は、いずれも過去4年間をみると横ばいの状況が続いています。



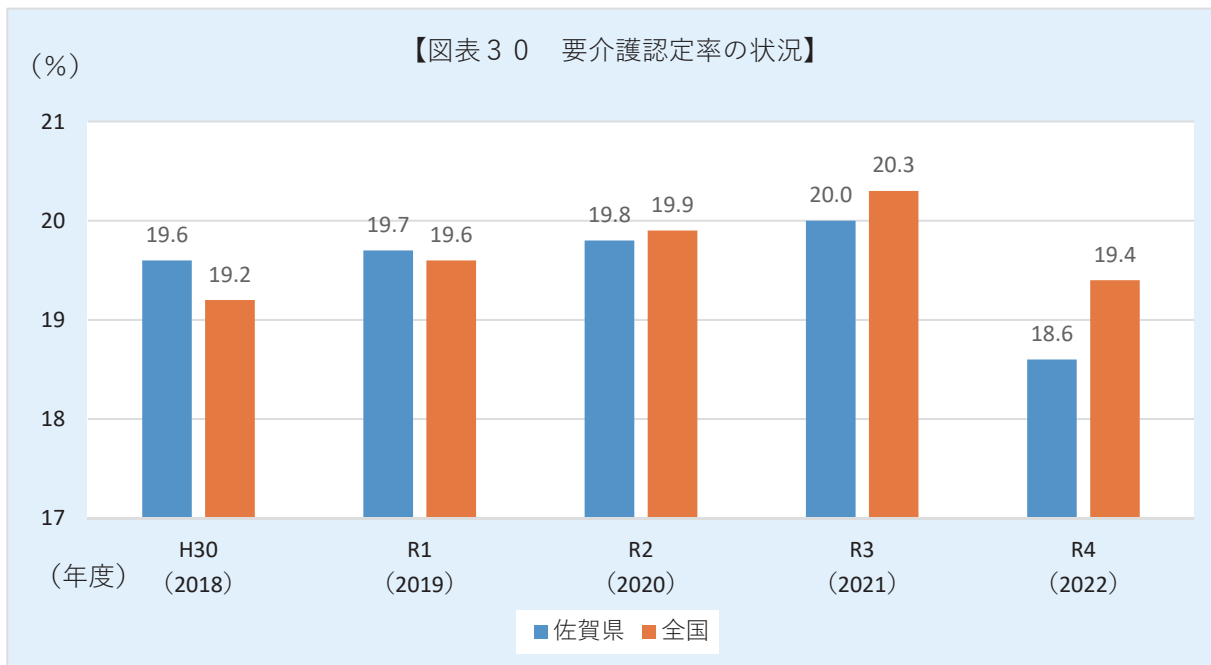
出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S27_013 重複・多剤処方の状況)



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S27_013 重複・多剤処方の状況)

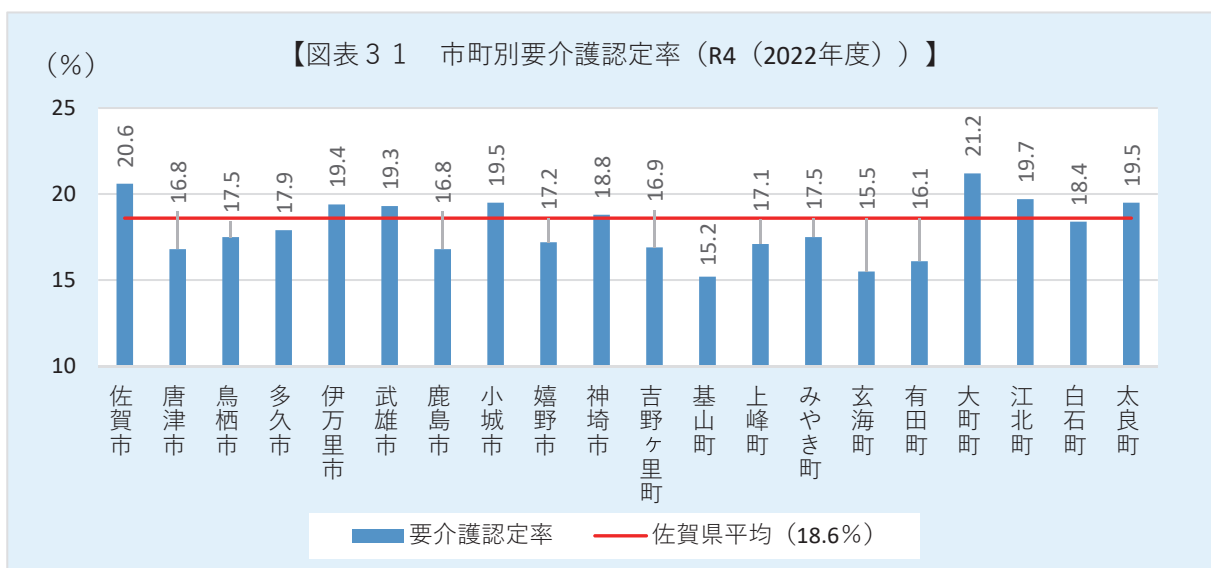
(7) 要介護認定率の状況

佐賀県の要介護認定率は18.6%と、全国平均の19.4%と比較すると低くなっています。また、令和3年度までは増加傾向にありましたが、令和4年度は減少に転じています。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_003 健康スコアリング (介護))

最も高い市町は21.2%、最も低い市町は15.2%となっています。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_004 健康スコアリング (保険者等一覧))

介護給付費は令和3年度(2021年度)まで全国よりも高く増加傾向でしたが、令和3年度(2021年度)から減少に転じ、令和4年度(2022年度)から全国の給付費を下回りました。

【図表 32 1人当たり給付費（男女計、居宅+施設）】 (単位：円)

	H30 (2018年度)	R1 (2019年度)	R2 (2020年度)	R3 (2021年度)	R4 (2022年度)
佐賀県	24,509	25,107	25,391	25,343	23,474
全国	23,020	23,795	24,402	24,813	23,727

【図表 33 1人当たり給付費（男女計、居宅）】 (単位：円)

	H30 (2018年度)	R1 (2019年度)	R2 (2020年度)	R3 (2021年度)	R4 (2022年度)
佐賀県	16,051	16,460	16,687	16,798	15,550
全国	14,353	14,872	15,281	15,713	15,157

【図表 34 1人当たり給付費（男女計、施設）】 (単位：円)

	H30 (2018年度)	R1 (2019年度)	R2 (2020年度)	R3 (2021年度)	R4 (2022年度)
佐賀県	8,458	8,647	8,704	8,546	7,923
全国	8,667	8,922	9,122	9,100	8,570

出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_003 健康スコアリング (介護))

1人当たり介護給付費(居宅+施設)が最も高い市町は29,304円、最も低い市町は17,068円と差が大きくなっています。

【図表 35 1人当たり介護給付費(2022年)】

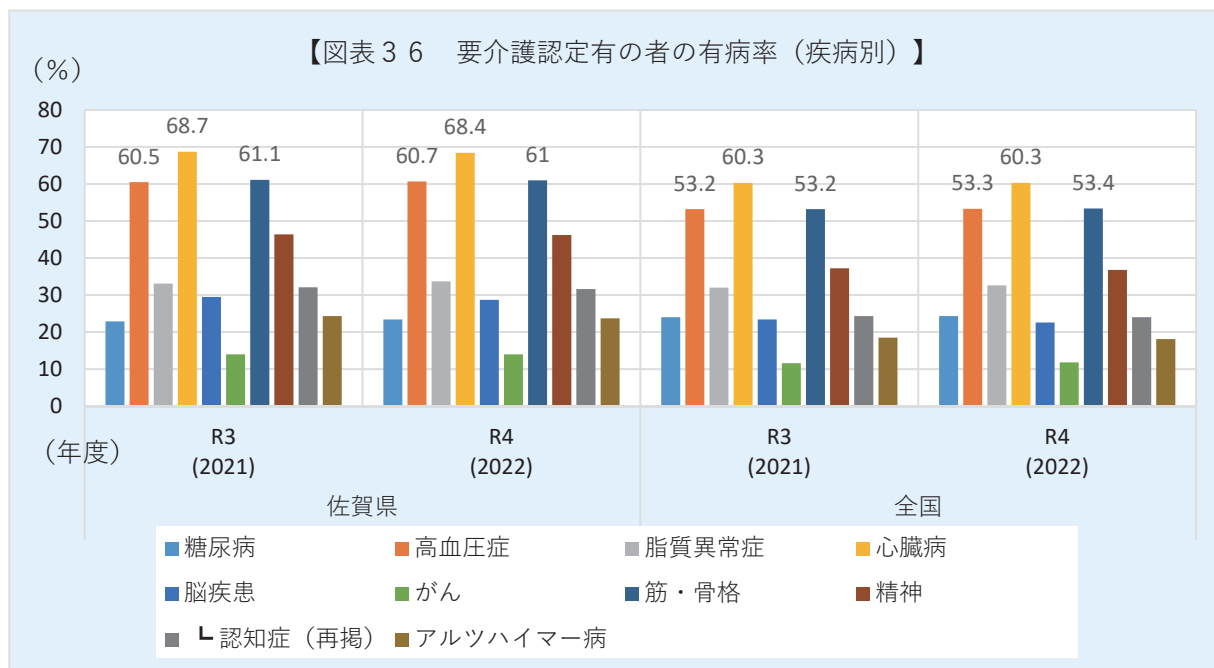
(単位：円)

市 町 名	居宅+施設	居宅	施設
佐 賀 市	23,623	16,166	7,457
唐 津 市	24,547	16,409	8,138
鳥 栖 市	19,965	15,706	4,259
多 久 市	23,136	11,569	11,567
伊 万 里 市	25,206	17,003	8,203
武 雄 市	24,680	16,997	7,683
鹿 島 市	24,046	15,751	8,295
小 城 市	24,420	16,204	8,216
嬉 野 市	20,908	14,518	6,389
神 埼 市	21,479	13,941	7,538
吉 野ヶ 里 町	21,180	14,562	6,618
基 山 町	17,068	11,823	5,245
上 峰 町	23,403	13,763	9,640
み や き 町	21,516	14,946	6,570
玄 海 町	28,662	12,812	15,850
有 田 町	20,954	13,780	7,174
大 町 町	28,558	14,809	13,749
江 北 町	25,392	13,712	11,680
白 石 町	26,570	13,044	13,526
太 良 町	29,304	14,671	14,633

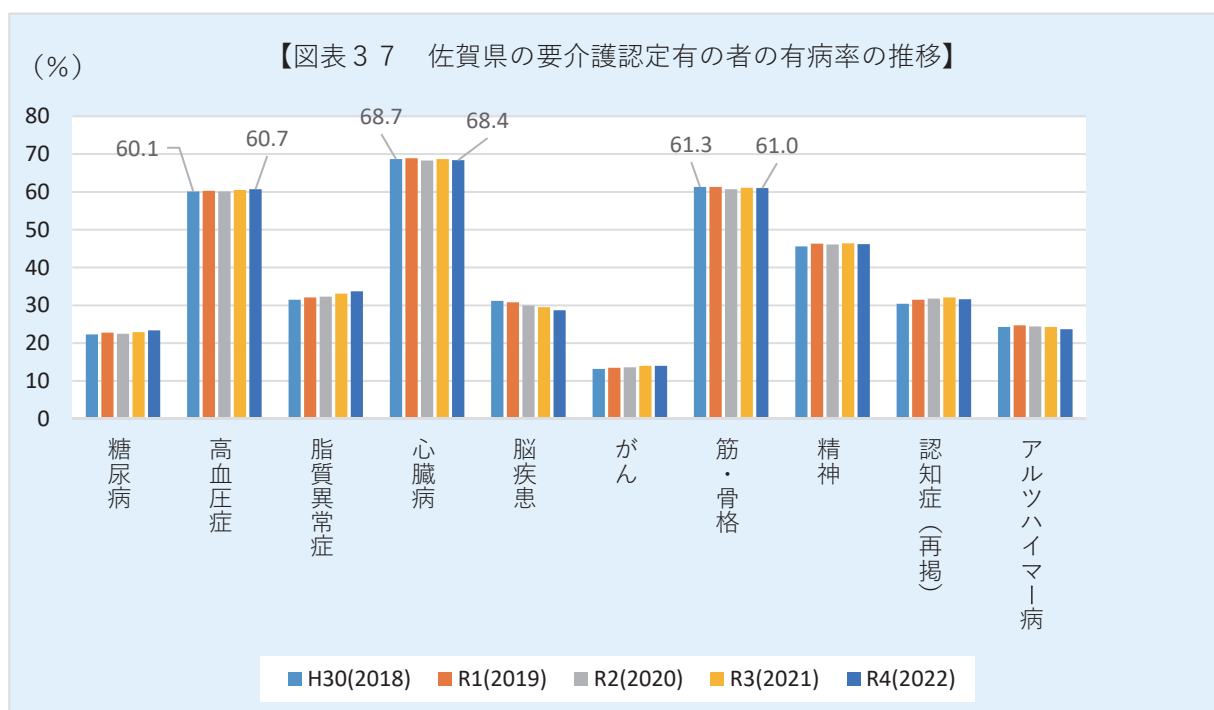
出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_004 健康スコアリング (保険者等一覧))

(8) 要介護認定有無別の有病率(疾病別)、要介護度別有病率(疾病別)の状況

要介護認定有の者の有病率を疾病別で見ると、心臓病が最も高く68.4%となっており、全国平均を8.1ポイント上回っています。続いて、筋・骨格、高血圧症の有病率が高く6割を上回り、いずれも全国平均を上回っています。

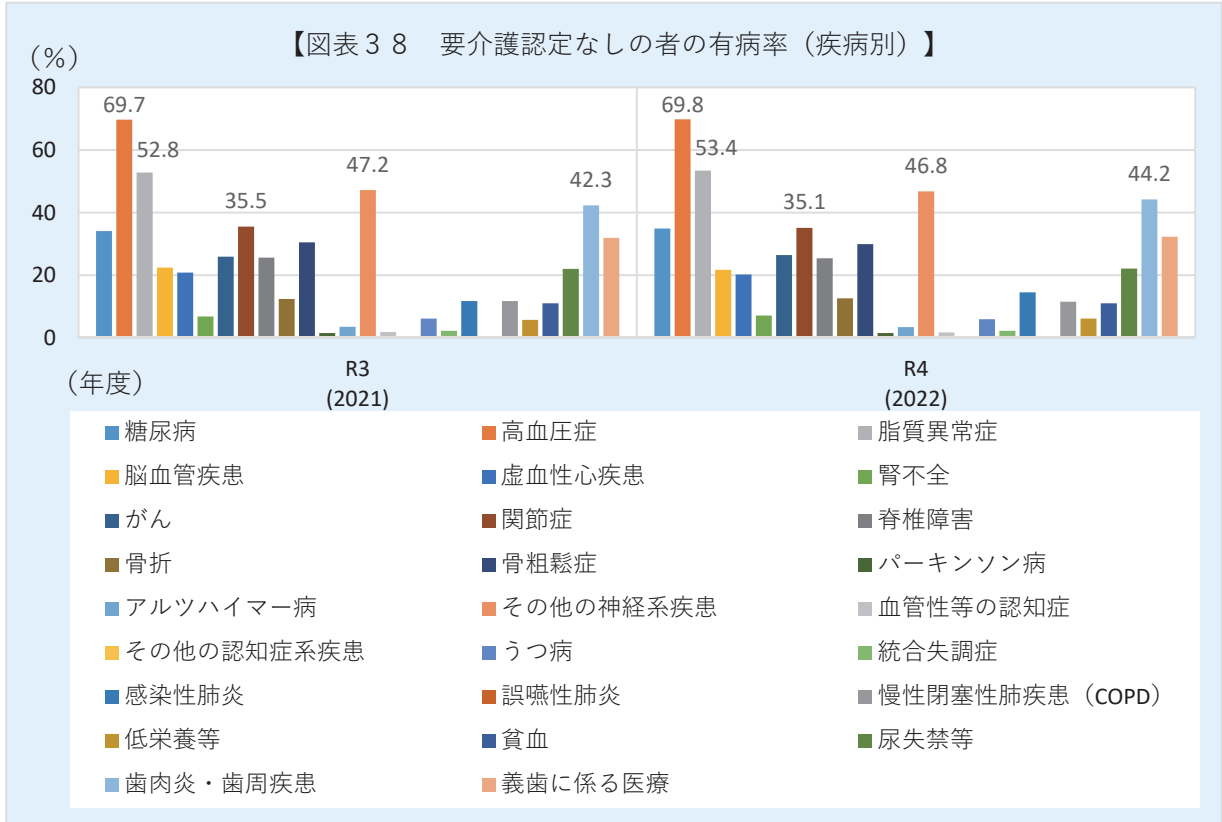


出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S24_001 要介護(支援)者認定状況)

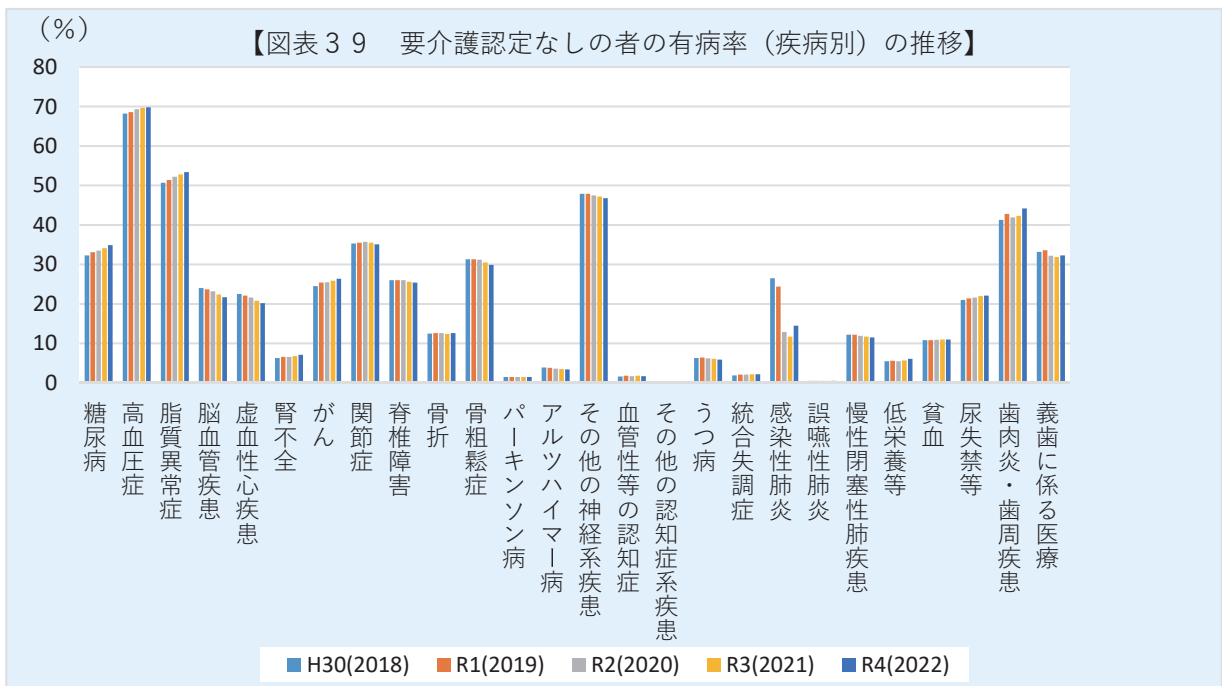


出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S24_001 要介護(支援)者認定状況)

また、要介護認定なしの者でも、糖尿病や高血圧症、低栄養等のほか歯肉炎・歯周疾患の有病率が増加傾向にあります。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (C24_004 後期高齢者の医療 (健診))



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (C24_004 後期高齢者の医療 (健診))

【図表 40 市町別要介護認定有の者の有病率（疾病別）（R4（2022年度））】

（単位：％）

市町名	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	心臓病	脳疾患	がん	筋・骨格	精神	認知症 (再掲)	アルツ ハイマ ー病
佐賀市	23.7	58.9	35.2	66.5	25.7	13.5	60.2	44.8	29.2	20.9
唐津市	23.2	61.0	34.0	68.5	29.7	14.4	57.9	43.8	31.8	23.8
鳥栖市	23.0	61.9	37.8	70.7	30.9	15.7	65.4	49.6	34.1	26.9
多久市	21.2	56.9	31.5	62.6	25.8	10.4	59.2	41.0	25.7	19.1
伊万里市	20.4	60.0	31.2	68.7	28.8	12.2	60.0	48.0	33.1	26.8
武雄市	24.3	62.4	30.4	70.7	30.9	10.6	59.9	46.4	32.8	25.4
鹿島市	24.3	64.4	30.4	70.8	33.1	17.5	65.9	50.5	35.6	25.5
小城市	23.3	61.7	35.4	69.3	32.1	16.8	64.9	51.7	34.2	23.0
嬉野市	26.6	66.8	34.3	74.1	36.5	14.2	63.3	54.3	42.4	33.9
神埼市	24.8	61.7	33.4	70.2	24.5	16.2	64.6	42.7	28.7	21.8
吉野ヶ里町	24.5	60.9	29.2	68.3	25.9	13.4	61.2	45.2	31.1	24.7
基山町	26.7	60.1	37.7	68.1	27.6	15.6	59.8	45.7	28.0	20.6
上峰町	24.6	64.0	29.5	71.0	28.7	16.5	58.9	44.0	31.6	22.5
みやき町	26.3	61.1	34.3	69.8	28.3	15.1	60.7	45.5	32.1	23.5
玄海町	24.0	63.9	34.0	73.6	34.6	19.6	70.5	46.7	37.6	30.7
有田町	25.8	64.1	39.7	71.7	28.1	9.8	61.2	46.5	32.3	28.5
大町町	19.0	54.5	27.2	61.7	20.6	10.5	55.3	41.9	25.8	20.6
江北町	19.1	57.3	26.4	63.9	27.5	10.7	61.2	39.1	25.1	19.2
白石町	19.3	58.8	26.7	67.5	32.2	15.1	60.8	47.3	32.6	25.7
太良町	20.4	61.4	28.6	68.3	38.0	16.6	62.7	54.4	39.0	26.7

出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S24_001 要介護（支援）者認定状況）

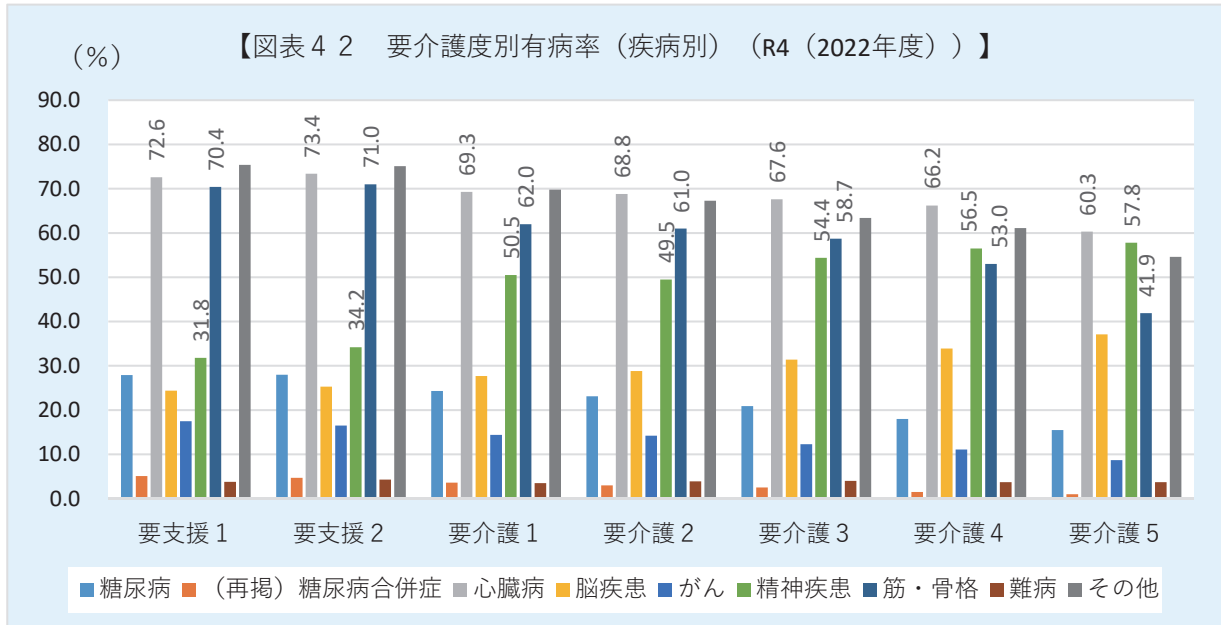
【図表 41 市町別要介護認定なしの者の有病率（疾病別）（R 4（2022年度））】

（単位：％）

市町名	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	がん	関節症	アルツハイマー病	その他の神経系疾患	認知症	血管性等の	その他の認知症系疾患	歯周疾患・歯肉炎
佐賀市	36.8	67.3	54.0	27.2	32.0	2.7	45.5	2.0	0.2	50.0	
唐津市	35.1	71.0	55.3	27.3	36.0	3.6	45.6	1.4	0.2	38.3	
鳥栖市	29.7	64.5	54.7	24.8	31.7	3.9	48.6	1.7	0.1	50.6	
多久市	33.5	71.2	53.1	24.3	43.6	3.0	49.2	1.8	0.2	34.4	
伊万里市	30.6	70.2	50.0	22.9	37.6	3.8	47.4	0.9	0.1	34.6	
武雄市	33.9	73.5	52.2	24.8	35.5	3.2	44.9	1.3	0.1	42.5	
鹿島市	38.6	73.8	48.8	31.2	37.3	2.9	49.0	1.4	0.0	48.9	
小城市	34.4	69.6	53.8	26.5	33.4	2.8	48.7	1.9	0.1	44.2	
嬉野市	37.5	72.8	52.0	27.4	37.3	5.3	49.3	2.6	0.1	45.8	
神埼市	35.5	69.4	51.2	27.8	34.0	2.9	44.9	1.8	0.2	46.2	
吉野ヶ里町	33.0	69.5	47.9	25.4	30.0	3.8	46.2	1.3	0.1	45.4	
基山町	41.8	71.0	62.0	26.9	37.2	2.9	44.4	1.4	0.2	44.6	
上峰町	32.3	67.3	49.8	27.0	32.3	2.6	43.5	2.0	0.2	47.5	
みやき町	34.2	67.7	52.0	26.2	33.3	3.4	48.7	2.0	0.1	42.5	
玄海町	30.3	72.7	55.7	25.5	44.7	5.2	45.0	1.3	0.1	27.3	
有田町	38.5	72.4	62.7	20.2	42.8	4.8	51.7	1.4	0.1	39.5	
大町町	29.0	69.5	50.2	24.5	34.2	2.9	48.5	1.5	0.0	42.5	
江北町	32.6	69.4	45.5	26.1	37.9	3.5	45.2	1.4	0.3	38.0	
白石町	34.3	76.5	51.5	29.4	38.2	4.0	47.9	1.9	0.1	42.3	
太良町	31.4	76.9	48.2	26.1	45.3	3.8	50.4	1.6	0.2	46.1	

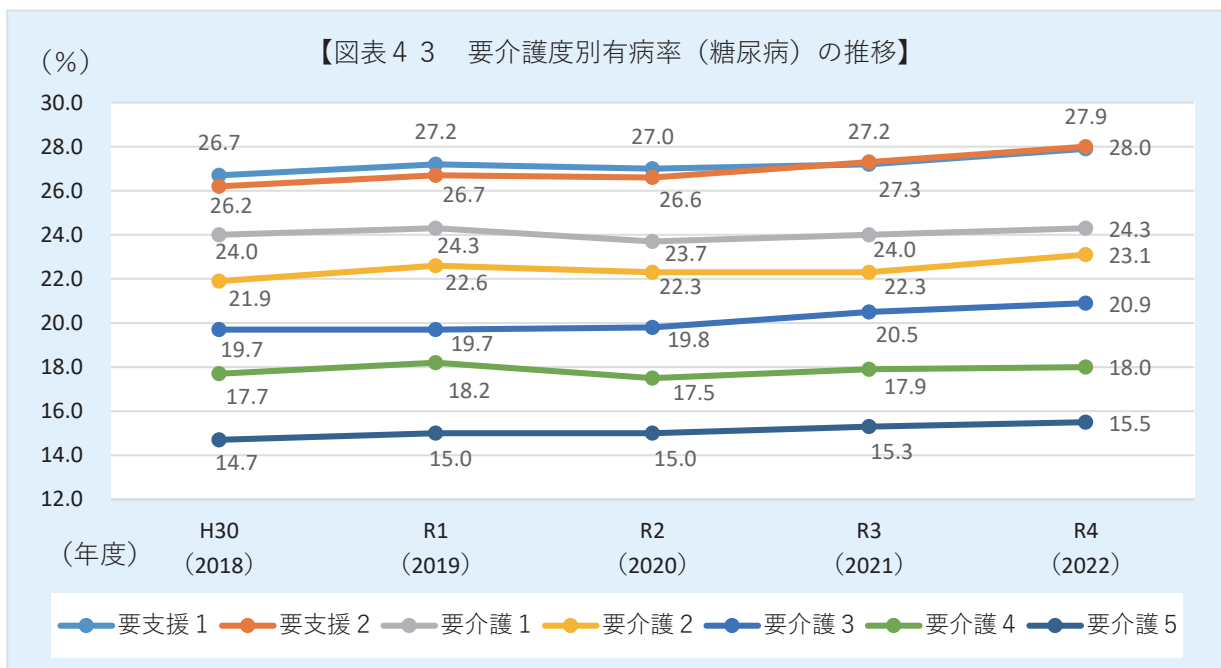
出典：KDB データヘルス計画支援ツール（C24_004 後期高齢者の医療（健診））

要介護度別有病率は、要支援1から要介護3までは心臓病の有病率が最も高く、次いで筋・骨格の有病率が高くなっています。要介護4及び要介護5では、心臓病に続き精神疾患の有病率が高くなっています。

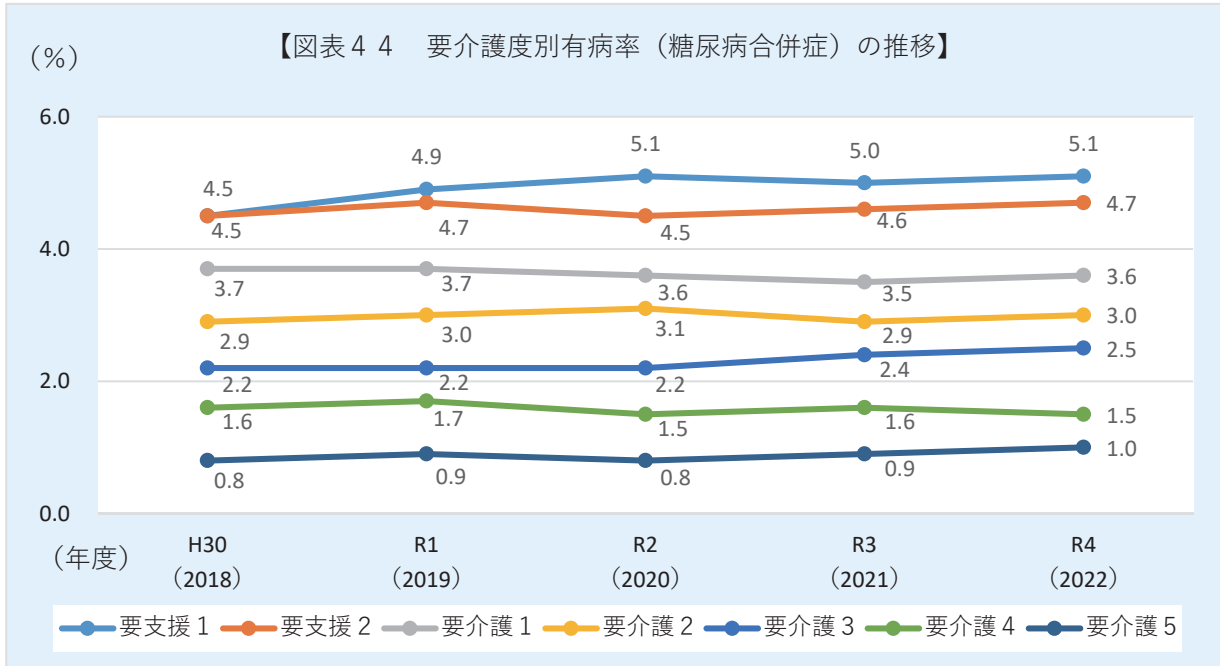


出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S25_006 医療・介護の突合（有病状況）画面より作成）

糖尿病の有病率は、要支援1から要介護5まですべての区分で増加しています。

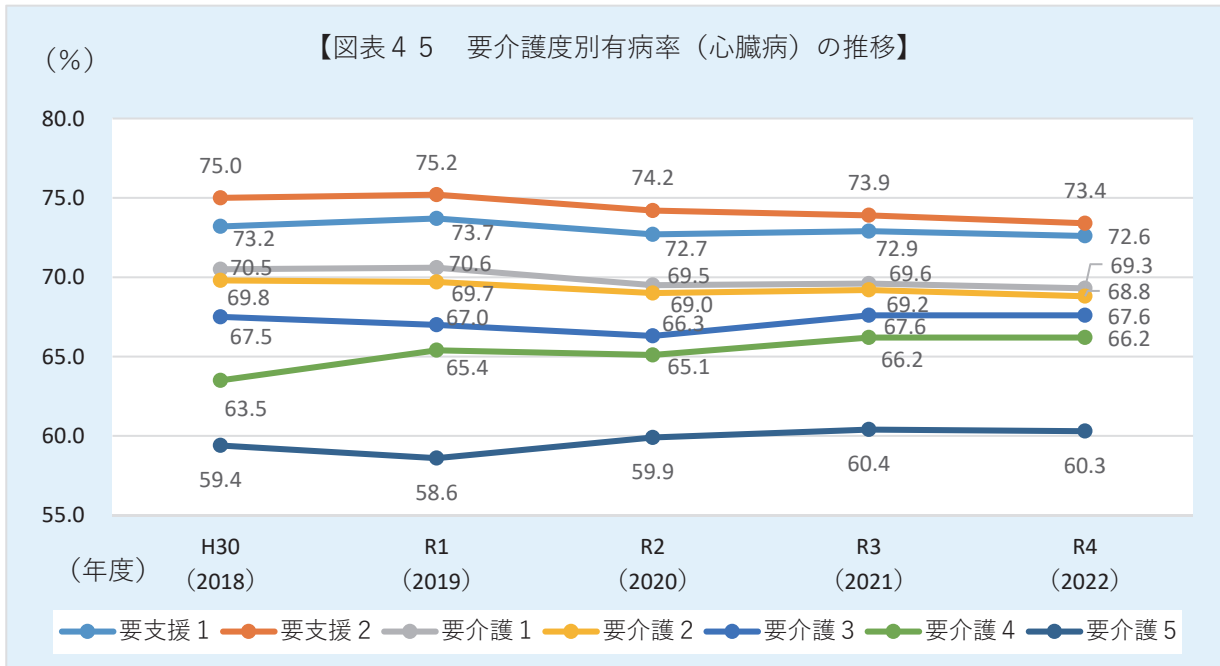


出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S25_006 医療・介護の突合（有病状況）画面より作成）



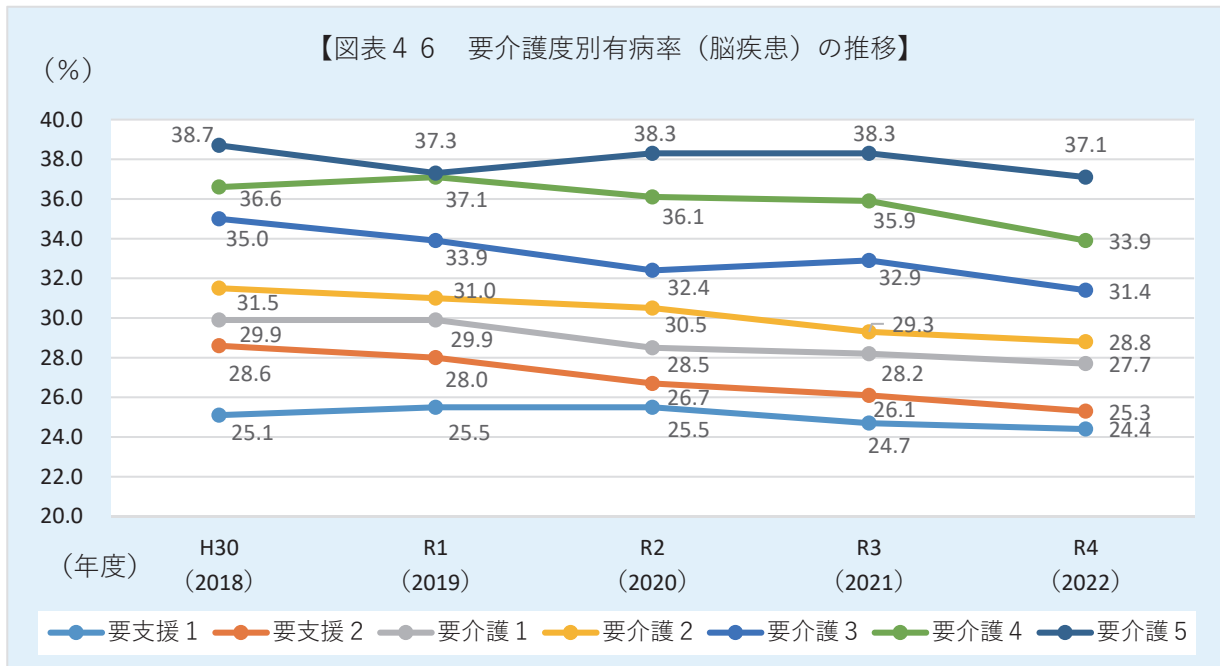
出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S25_006 医療・介護の突合（有病状況）画面より作成）

心臓病の有病率は、要介護 2 以下ではわずかに減少傾向で、要介護 3 以上ではわずかに増加傾向です。



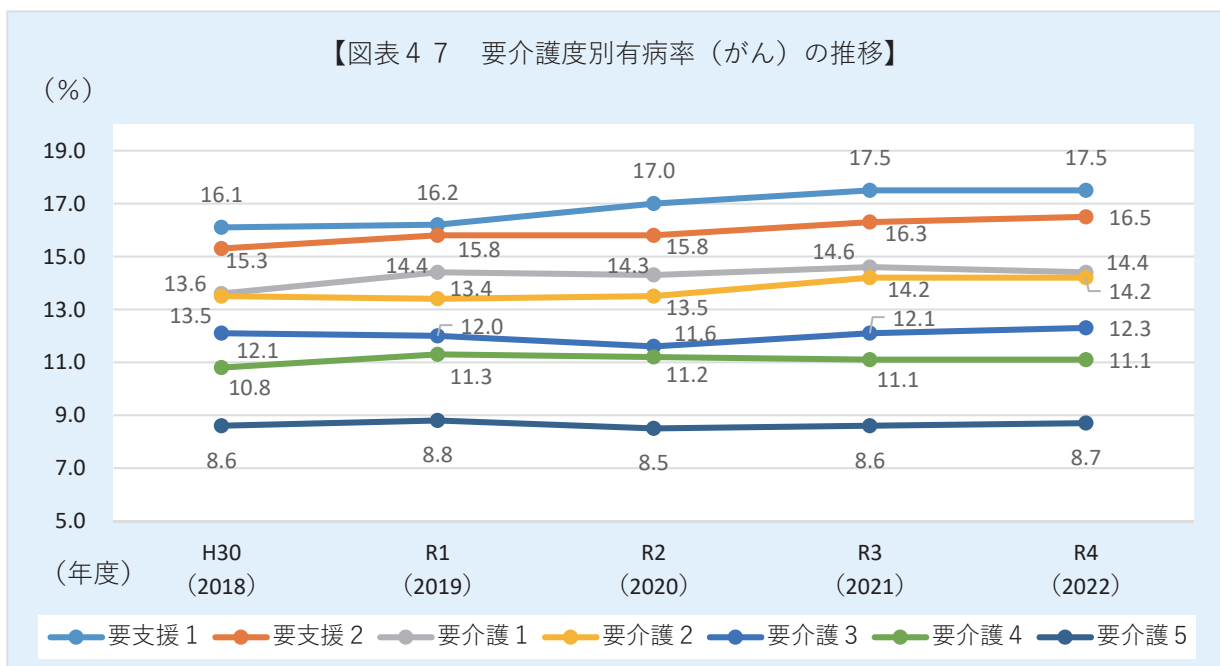
出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S25_006 医療・介護の突合（有病状況）画面より作成）

脳疾患の有病率は、要支援1から要介護5までのすべての区分で減少しています。



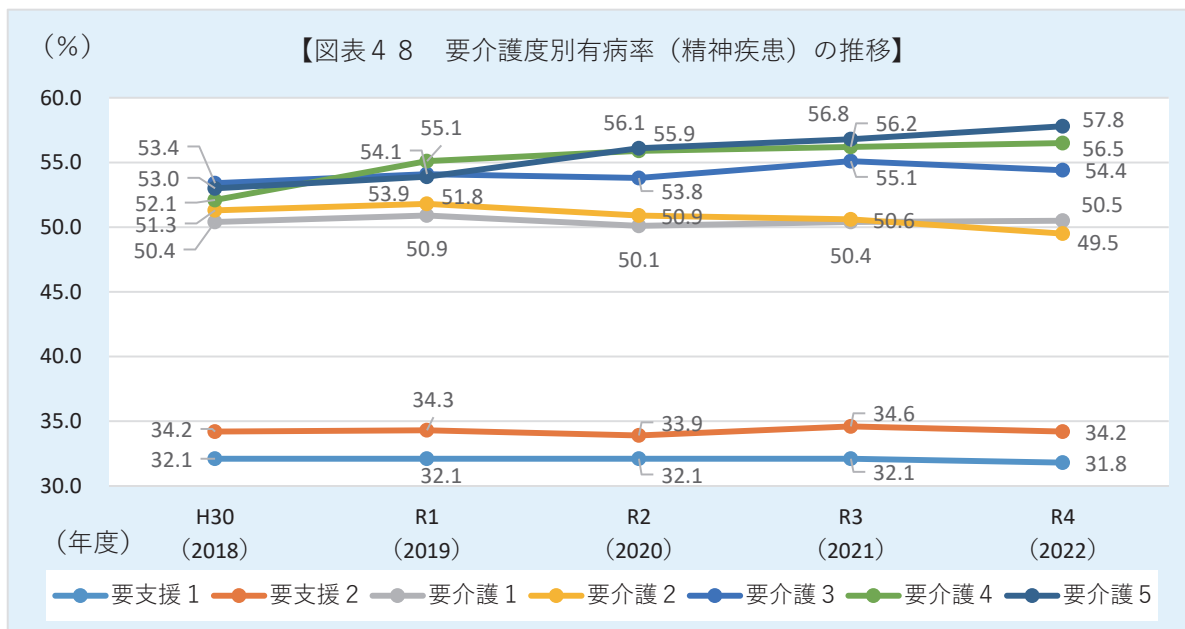
出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S25_006 医療・介護の突合（有病状況）画面より作成）

がんの有病率は、要支援1から要介護5までのすべての区分で増加しています。



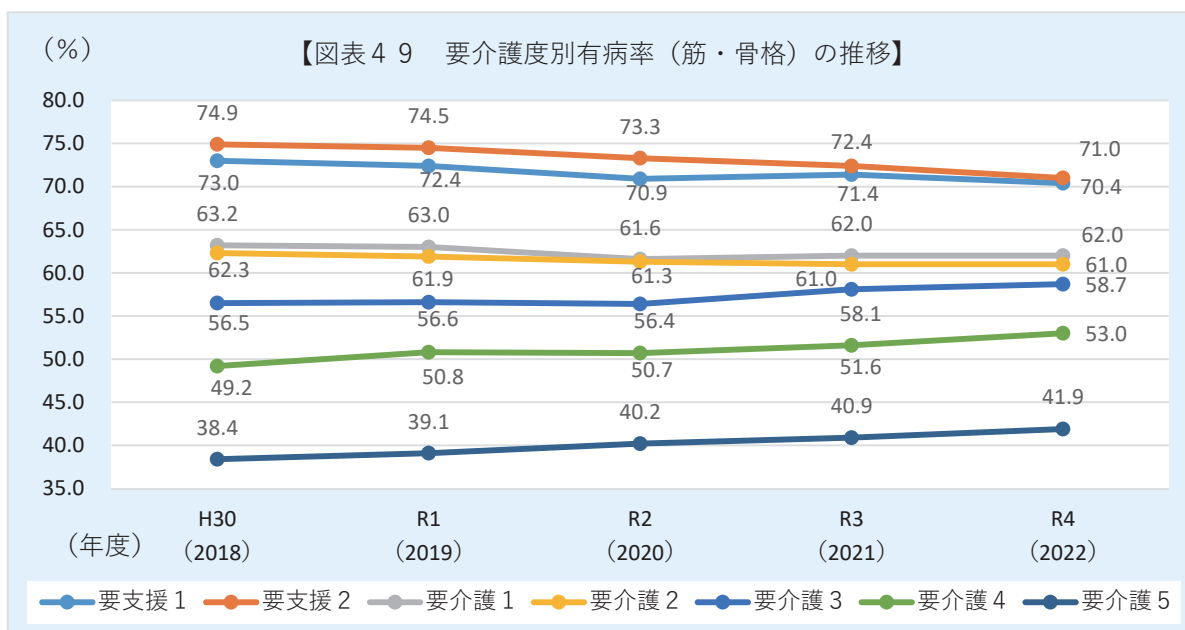
出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S25_006 医療・介護の突合（有病状況）画面より作成）

精神疾患の有病率は、要支援1から要介護2では横ばいから減少傾向で、要介護3以上は増加傾向です。



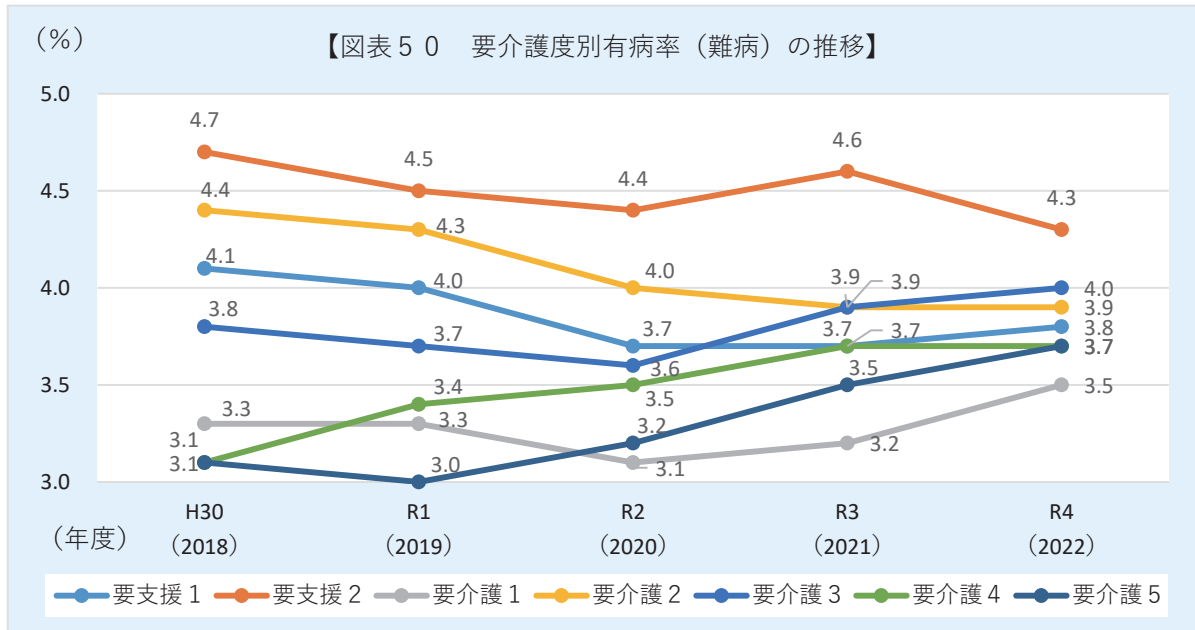
出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S25_006 医療・介護の突合（有病状況）画面より作成）

筋・骨格の有病率は、要支援1から要介護2で減少傾向で、要介護3以上でわずかに増加傾向です。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S25_006 医療・介護の突合（有病状況）画面より作成）

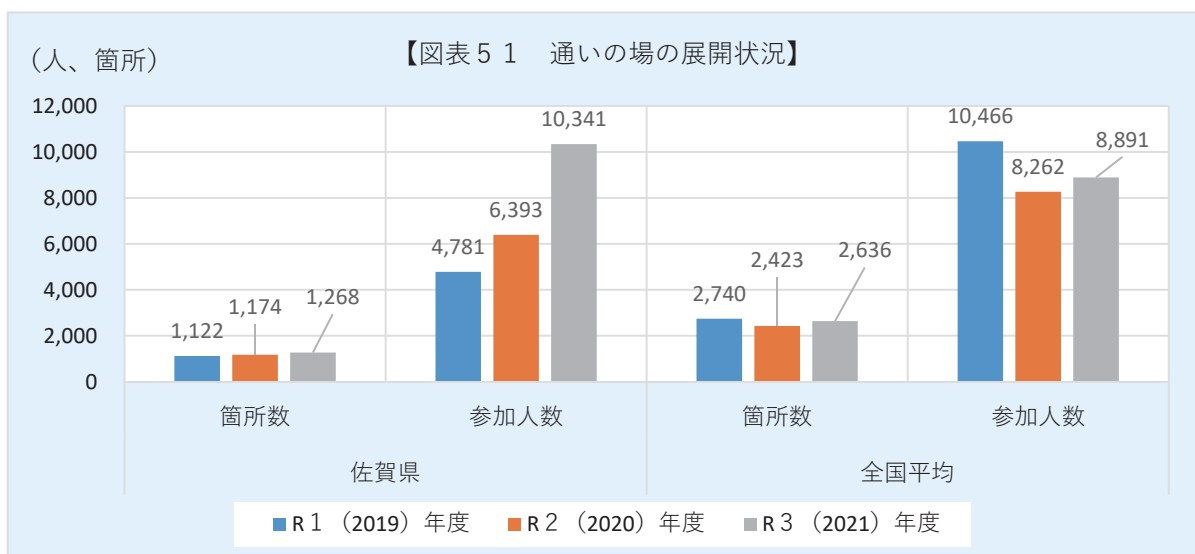
難病の有病率は、要支援1から要介護2で横ばいから減少傾向で、要介護3以上で増加傾向です。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール（S25_006 医療・介護の突合（有病状況）画面より作成）

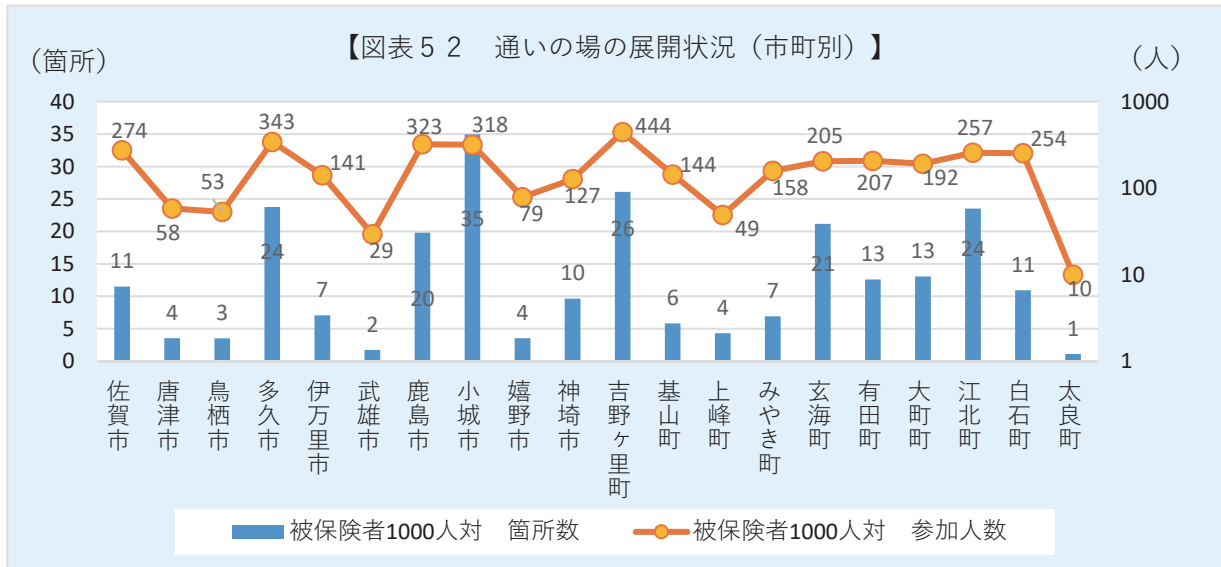
(9) 通いの場の展開状況

佐賀県の通いの場の箇所数は全国平均と比較して少ないですが、1箇所、1回当たりの参加者数は多くなっています。経年でみても箇所数及び参加者数は増加傾向にあります。



出典：厚生労働省老健局老人保健課 介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（概要）から作成

被保険者1,000人あたりの通いの場の箇所数は、最も多い市で35箇所、最も少ない町で1箇所となっています。

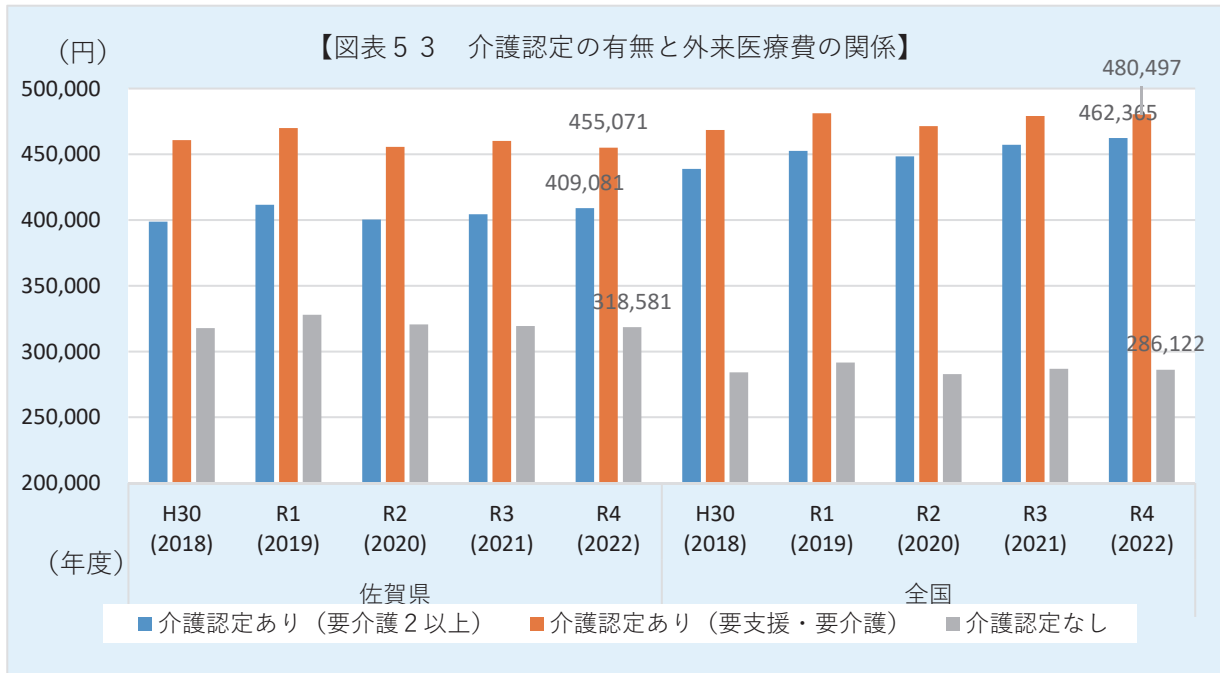


出典：厚生労働省老健局老人保健課 介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（概要）から作成

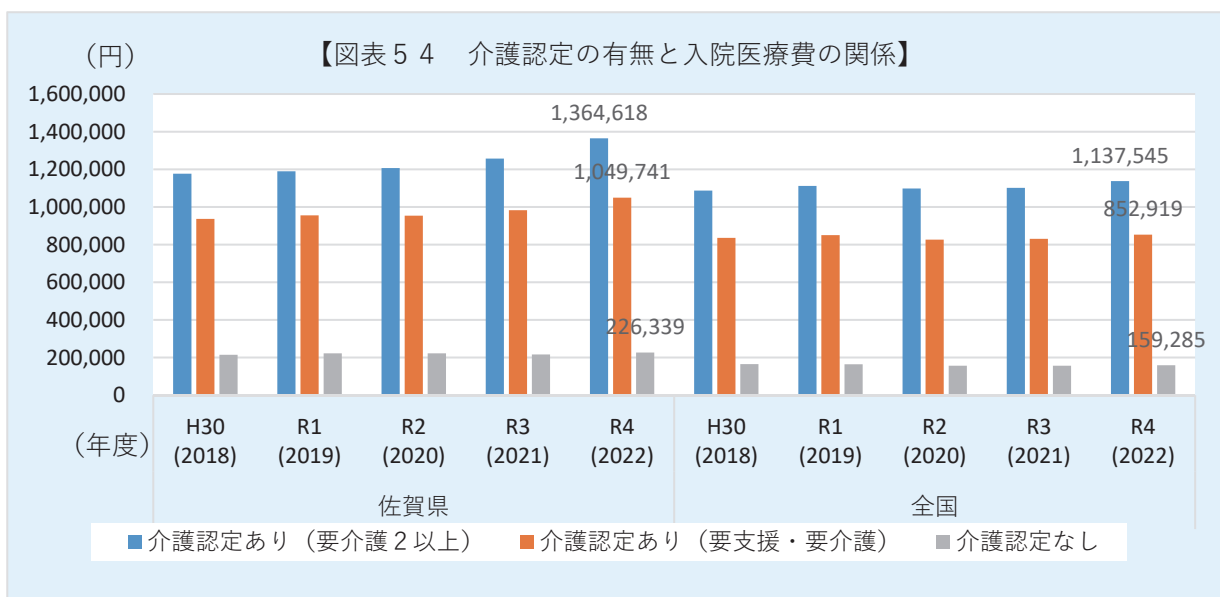
(10) 介護・医療のクロス分析

介護と医療の関係では、要介護認定有の者の医療費は入院・外来ともに過去5年間で増加傾向にあります。介護認定なしの者では、入院は増減を繰り返しており、外来では令和元年度以降は減少を続けています。

また、介護認定有の者の医療費を全国平均と比較すると、入院医療費では非常に高い状況となっていますが、外来では低くなっています。



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_003 健康スコアリング (介護))



出典：KDB データヘルス計画支援ツール (S29_003 健康スコアリング (介護))

2 健康課題の抽出・明確化

健康・医療情報の分析結果から、次のような課題が明らかになっています。

(1) 健康状態の把握

① 健康診査受診率の向上、生活習慣病等の早期発見

生活習慣病等の早期発見や、効果的な保健指導を実施するためには、健康状態を把握することが必要となります。佐賀県は全国と比較して、健康診査受診率が低く、構成市町間でも受診率が高い市町と低い市町の差が大きくなっています。健康状態を把握するための健康診査受診率を向上させることが必要です。

② 健康状態不明者の減少

健康診査や医療機関の受診歴がなく、健康状態が不明な者の割合が1%程度の横ばいで推移しています。被保険者数の増加に伴い健康状態不明者数が増加傾向にあることから、健康状態を把握するための取組を実施し、健康状態不明者数を減少させることが必要です。

(2) 健康状態の維持・重症化予防

① 糖尿病及び高血圧等の生活習慣病重症化予防

生活習慣病リスクの保有者割合で、血糖リスク及び血圧リスクの保有者割合が過去5年間でわずかに増加しているほか、1保険者当たり医療費(外来)では、糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)、高血圧症が高くなっており、糖尿病及び高血圧等の生活習慣病の重症化予防の取組を行うことが必要です。

② 糖尿病性腎症の重症化予防

1保険者当たり医療費(入院+外来)において慢性腎臓病(透析あり)の医療費が高く、疾病別で見ると3番目に高くなっており、糖尿病性腎症の重症化予防に取り組む必要があります。

③ 国民健康保険から後期高齢者医療制度へ移行後の継続支援

重症化予防の取組や健康教育の取組では、国民健康保険から後期高齢者医療制度への移行後も継続的に支援を行うことが重要です。継続的な支援を実施できるような体制づくりが必要です。

(3) フレイル予防

① フレイル予防(低栄養・口腔・骨折)

健康診査時の質問票調査結果から運動・転倒リスク、口腔機能リスク、認知機能リスクがあると感じている被保険者の割合が高くなっているほか、疾病分類別医療費において骨折が最も高くなっている構成市町が多いことから、身体的なフレイル予防の取組が必要となります。

② 歯科健康診査受診率の向上

歯科健康診査受診率は令和4年度(2022年度)から増加に転じていますが、構成市町間で比較した場合に上位と下位の差が大きくなっていることから、歯科健康診査受診率の向上の取組が必要です。

③ 通いの場の充実(健康教育等)

社会参加リスクが全国平均より高くなっており、一体的実施事業の通いの場等でのポピュレーションアプローチなどを通じて社会参加を促進する必要があります。

また、構成市町間で通いの場への参加率に差があるため、利用者が気軽に参加できるような通いの場づくりが必要となります。

(4) 医療費の適正化

① 重複・頻回受診者の減少

1人当たり医療費が年々増加しているほか、将来推計人口も令和17年度(2035年)にピークを迎えるまで増加する見込みであるため、適正受診を促進する必要があります。

② 適正服薬の推進

重複投薬・多剤投薬の患者割合は過去4年間でほぼ横ばいの状態が続いています。適正服薬を促進する取組を継続して実施する必要があります。

③ ジェネリック医薬品の普及

ジェネリック医薬品の使用割合が過去5年間で順調に増加しており、国が目標とする数量シェア80%以上を達成しています。今後も継続してジェネリック医薬品の普及促進を図る必要があります。

第4章 目標

1 計画全体の目的の設定

第3期データヘルス計画では、生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、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計画全体の目的とします。

2 全体目標の設定

計画全体の目的を達成するため、次の2点を全体目標として設定します。

(1) 健康維持と疾病予防

疾病の重症化予防及びフレイル対策に着目した事業等を通じ、被保険者の健康管理及び生活の質(QOL)の維持を図ります。また、高齢者の一人ひとりに対して、きめ細かな保健事業と介護予防を実施します。

(2) 医療費の適正化

適正受診・適正服薬を促すなど、被保険者の健康に留意しつつ、高額化する医療費の適正化に取り組むことにより、佐賀県後期高齢者医療制度の安定運営を図ります。

3 中長期目標

- (1) 健康診査により、被保険者の生活習慣病等の早期発見・早期治療につなげるほか、個別訪問による受診指導等を実施することにより重症化の予防を図ります。
- (2) 歯周病や口腔機能低下による嚥下性肺炎やフレイル状態等を予防し、口腔機能の維持・改善を図ることで、被保険者の健康を維持・促進し、生活の質(QOL)の維持・向上を促進します。
- (3) 高齢者一人ひとりに対して、きめ細かな保健事業と介護予防事業を実施し、できる限り健やかに過ごせる社会づくりを推進します。
- (4) ジェネリック医薬品の普及、適正服薬、適正受診を推進することにより、被保険者の健康維持・向上を図るとともに、医療費の適正化を推進します。

4 短期目標

原則として、毎年度、達成状況等を把握し、評価・見直しを行います。短期目標については、個別の保健事業についてまとめた第5章保健事業の内容にアウトカム評価指標、アウトプット評価指標として記載しております。

第5章 保健事業の内容

第4章で掲げた目標を達成するために、当広域連合では、高齢者の特性を踏まえるとともに、被保険者が主体的・積極的に取り組めるよう工夫を行い、次の保健事業を推進していきます。

- (1) 健康診査事業
- (2) 健康訪問指導事業(要受診者指導事業・低栄養指導事業)
- (3) 歯科健康診査事業
- (4) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業
- (5) ジェネリック医薬品普及事業
- (6) 重複服薬等対策事業
- (7) 重複・頻回受診対策事業
- (8) 健康増進支援事業
- (9) 医療費通知事業
- (10) 医療費分析事業

第5章 保健事業の内容

事業名	健康診査事業
事業目的	被保険者の生活習慣病等を早期に発見し治療につなげることにより、重症化の予防を図る。
事業概要	<p>1 対象者 佐賀県後期高齢者医療被保険者 ただし、除外対象者を佐賀県後期高齢者医療広域連合健康診査事業実施要領に定める。</p> <p>2 実施方法 広域連合が佐賀県医師会(個別健診)及び市町(集団検診)へ委託して実施。</p>
第3期計画における取組	<ul style="list-style-type: none"> ・全被保険者への受診券配付の推進及び受診期間の確保 ・リーフレットの配付や医療費通知を活用し受診啓発の広報 ・受診勧奨通知の送付(健康状態不明者対策) ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に伴う市町での健診受診啓発 ・後期高齢者の質問票及び血清アルブミン値の活用

○ アウトカム評価指標

評価指標	健康状態不明者の割合					
計画策定時 R4実績	目標値					
	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
1.48%	1.46%	1.44%	1.42%	1.40%	1.38%	1.36%

○ アウトプット評価指標

評価指標	健康診査受診率					
計画策定時 R4実績	目標値					
	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
20.32%	21.30%	22.39%	23.69%	25.06%	26.53%	28.09%

評価指標	受診勧奨後に健康診査を受診した者の割合					
計画策定時 R4実績	目標値					
	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
2.57%	2.98%	3.39%	3.80%	4.21%	4.62%	5.00%

事業名	健康訪問指導事業(要受診者指導事業・低栄養指導事業)
事業目的	被保険者の治療の早期開始等を促し、重症化の予防を図る。
事業概要	1 対象者 前年度の健診結果が以下の判定基準に該当する者 ・収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上の者 ・HbA1c 値 7.0%以上の者 ※低栄養の対象基準を検討し追加する。 2 実施方法 広域連合が業者へ委託して実施
第3期計画における取組	・医療機関への情報提供の体制の整備等かかりつけ医と連携した取組 (個別訪問時に健診結果データを記載した医療機関宛での「連絡票」を手渡し、受診の円滑化と医療機関との連携を図る。) ・市町と相互補完し実施する HbA1c 値・血圧値に係る取組を継続 ・低栄養対象者の個別訪問指導を要受診者指導と合わせて継続実施

○ アウトカム評価指標

評価指標	該当者出現率(血圧)					
計画策定時 R4実績	目標値					
	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
3.3%	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満

評価指標	該当者出現率(HbA1c)					
計画策定時 R4実績	目標値					
	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
3.2%	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満

○ アウトプット評価指標

評価指標	訪問後の医療機関受診者率(未治療者)					
計画策定時 R4実績	目標値					
	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
33.3%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%

第5章 保健事業の内容

事業名	歯科健康診査事業
事業目的	口腔機能の維持・改善を図るため、歯周病に起因する細菌性心膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能の低下による嚥下性肺炎・フレイル状態等を予防することにより、被保険者の健康を維持・促進し生活の質(QOL)の維持・向上を目指す。
事業概要	1 対象者 当該年度に76歳となる被保険者及び前年度受診券交付後に県外から転入し、かつ年度中に76歳に到達した者 2 実施方法 広域連合が佐賀県歯科医師会に委託して実施
第3期計画における取組	・歯科医師会等との連携による被保険者への受診啓発を継続 ・歯科健康診査未受診者への受診勧奨通知の継続

○ アウトカム評価指標

評価指標	健診後医療機関受診者割合(要治療・要精密者)					
計画策定時	目標値					
R4実績	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
97.67%	98.0%	98.0%	98.0%	98.0%	98.0%	98.0%

○ アウトプット評価指標

評価指標	歯科健康診査受診率					
計画策定時	目標値					
R4実績	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
17.34%	17.62%	17.90%	18.17%	18.45%	18.73%	19.00%

評価指標	受診勧奨後歯科健康診査受診率					
計画策定時	目標値					
R4実績	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
7.43%	7.58%	7.73%	7.88%	8.03%	8.18%	8.33%

事業名	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業
事業目的	人生100年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごせる社会としていくために、高齢者一人ひとりに対して、きめ細かな保健事業と介護予防を実施する。
事業概要	<p>1 対象者</p> <p>各市町の基準で抽出した対象者</p> <p>2 実施方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広域連合が市町に委託する一体的実施事業として実施 ・事業実施に際し、三師会や県、国保連合会等関係団体と連携を図る。
第3期計画における取組	<ul style="list-style-type: none"> ・市町の特性に応じた保健事業の実施に向けて、情報提供や医療費分析等の支援の継続 ・市町が取り組む一体的実施事業の充実を図るため、研修会や講演会の開催、情報提供や医療費分析の支援の継続 ・佐賀県及び国保連合会と連携し、市町への支援方法等の検討

○ アウトカム評価指標

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業のアウトカム評価指標については、取組内容に応じて設定しているため、参考資料として添付しているデータヘルス計画の国様式「Ⅳ 個別事業」に記載しています。

○ アウトプット評価指標

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業のアウトプット評価指標については、取組内容に応じて設定しているため、参考資料として添付しているデータヘルス計画の国様式「Ⅳ 個別事業」に記載しています。

事業名	ジェネリック医薬品普及事業
事業目的	ジェネリック医薬品の普及を促進し、被保険者の自己負担の軽減や医療給付費(調剤)の適正化を図る。
事業概要	<p>【ジェネリック医薬品差額通知の発送】</p> <p>1 対象者 先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えた場合に、薬代の自己負担額が月に100円以上軽減すると見込まれる被保険者</p> <p>2 実施方法 広域連合が佐賀県国民健康保険団体連合会に委託して実施</p> <p>【ジェネリック医薬品希望シールの作成・貼付】</p> <p>1 対象者 被保険者</p> <p>2 実施方法 佐賀県薬剤師会と連携して実施</p>
第3期計画における取組	<ul style="list-style-type: none"> ・佐賀県薬剤師会等との連携による数量シェア及び金額シェア拡大の取組 ・医療費通知等を活用したジェネリック医薬品の普及啓発の広報 ・ジェネリック医薬品差額通知の継続(年2回)

○ アウトカム評価指標

評価指標	ジェネリック医薬品数量シェア					
	目標値					
計画策定時 R4実績	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
83.4%	84.8%	86.2%	87.6%	89.0%	90.4%	91.8%

評価指標	ジェネリック医薬品金額シェア					
	目標値					
計画策定時 R4実績	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
-%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%

○ アウトプット評価指標

評価指標	差額通知発送通数					
	目標値					
計画策定時 R4実績	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
19,901通	18,500通	17,000通	15,500通	14,000通	12,500通	11,000通

事業名	重複服薬等対策事業
事業目的	重複服薬等による薬物有害事象の発生を防止し、医薬品の適正使用を推進することで、被保険者の健康維持と医療費の適正化を図る。
事業概要	<p>【服薬通知の発送】</p> <p>1 対象者</p> <p>(1)重複服薬：同一月内に薬効が同じ医薬品を複数の医療機関から処方されたことがある被保険者</p> <p>(2)併用禁忌：医療機関で処方された薬剤を併用して服用することで飲み合わせの問題が発生する恐れのある被保険者</p> <p>(3)多剤服薬：同一月内に複数の医療機関から処方されている医薬品の種類が計12種類以上となる被保険者</p> <p>※(1)及び(2)は、その状態に継続性が認められる場合</p> <p>2 実施方法 広域連合が業者委託にて実施</p>
第3期計画における取組	<ul style="list-style-type: none"> ・県医師会・県薬剤師会等と連携した効果的な服薬通知の検討 ・有害事象の恐れがある服薬が疑われる対象者等への個別訪問による相談勧奨の取組の継続

○ アウトカム評価指標

評価指標	重複服薬・多剤服薬の割合					
計画策定時 R4実績	目標値					
	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.1%	4.0%

○ アウトプット評価指標

評価指標	服薬状況の改善率					
計画策定時 R4実績	目標値					
	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
49.9%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

事業名	重複・頻回受診対策事業
事業目的	重複・頻回が認められる被保険者に対し相談勧奨及び受診指導を行い、被保険者の適正受診につなげる。
事業概要	<p>1 対象者</p> <p>(1)重複受診者 同一疾病名の受診(治療等)が2医療機関以上ある月が3か月連続している者</p> <p>(2)頻回受診者 同一医療機関での診療回数が15回以上ある月が3か月連続している者</p> <p>※(1)・(2)ともに入院、人工透析患者等は除く。</p> <p>2 実施方法</p> <p>広域連合が業者委託にて実施</p>
第3期計画における取組	<ul style="list-style-type: none"> ・重複・頻回受診者への個別訪問指導の継続 ・市町広報誌等を活用した周知広報 ・個別訪問時の指導方法についての検討

○ アウトカム評価指標

評価指標	重複・頻回受診状況改善率					
計画策定時 R4実績	目標値					
	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
65.7%	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上

○ アウトプット評価指標

評価指標	該当者出現率					
計画策定時 R4実績	目標値					
	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
0.59%	0.57%	0.55%	0.53%	0.51%	0.49%	0.47%

以下の事業は、データヘルス計画における評価の対象外となるため評価指標は設定していません。

事業名	健康増進支援事業【評価対象外】
事業目的	被保険者の健康づくりに資する事業を実施する市町に対し、費用の助成を行う。
事業概要	1 対象 構成市町 2 実施方法 広域連合が市町の実施する健康づくりに資する事業に対し補助を行う。
第3期計画における取組	・市町の既存事業の内容確認・見直し等のほか、好事例の紹介による当事業の積極的な活用の促進 ・市町に対し、当事業を活用した健診受診勧奨の取組の推進

事業名	医療費通知事業【評価対象外】
事業目的	被保険者に対し、一定の期間にかかった医療費をお知らせすることにより、自己の健康管理や医療費の管理に対する関心を促し、適正な受診につなげる。
事業概要	1 対象者 全被保険者 2 実施方法 広域連合が業務委託にて年2回の通知を実施
第3期計画における取組	・医療費通知の継続 ・マイナポータルでの医療費通知情報の閲覧について普及促進するための市町広報等での啓発

事業名	医療費分析事業【評価対象外】
事業目的	長寿健康づくり事業をより効果的に実施するため情報収集・分析を行い、結果を市町へ提供することで保健事業の有効的な実施の支援を図る。
事業概要	1 対象 構成市町 2 実施方法 広域連合の保健師がKDBシステム等を活用し実施
第3期計画における取組	・地域の特性に合った保健事業の実施を支援 ・保険者協議会への資料提供による県内医療保険者全体での情報共有 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業で活用するため、市町におけるKDBシステムでの分析の支援を継続実施

第6章 計画の評価方法・見直し

1 評価方法・体制

PDCA サイクルの考えに基づく内部評価を実施するとともに、広域連合に設置する運営懇話会及び佐賀県国民健康保険団体連合会に設置する保健事業支援・評価委員会による外部評価を行います。

2 評価の時期

内部評価は毎年度実施し、外部評価は計画期間の中間年度である令和8年度(中間評価)及び最終年度となる令和11年度(最終評価)に実施します。

3 計画の見直し

国や佐賀県等が定める各種計画等との整合性を図り、中間評価及び最終評価後にパブリックコメントを実施し、必要に応じて本計画の内容を見直します。

第7章 計画の公表・周知

計画の策定・見直し及び計画に掲げた目標の進捗・成果に関する評価の結果について、広域連合のホームページで公表します。

第8章 個人情報の取扱い

本計画の実施に当たっては、健康診査結果情報や医療情報等、秘匿性の高い個人情報を取り扱うことから、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)を遵守し、個人情報の保護に万全を期すよう努めます。

また、当広域連合が計画の見直しや事業の実施に当たり業務委託等を行う場合は、受託業者に対し、適切な監督・指導等を行い、個人情報の保護に努めます。

第9章 地域包括ケアに係る取組

後期高齢者は介護保険サービスを利用する被保険者が多いという特性を踏まえ、KDBシステム等を活用し要介護者の疾病状況等を抽出し、各市町や地域の医療・介護関係者と情報を共有することでその取組を支援します。

資 料 編

資料編

- 1 第3期長寿健康づくり事業実施計画(データヘルス計画)策定の流れ
- 2 第3期長寿健康づくり事業実施計画(データヘルス計画) 国共通様式 I～V

1 第3期長寿健康づくり事業実施計画（データヘルス計画）策定の流れ

年月	会議等	事項
令和5年(2023年) 4月	・第1回構成市町担当課長会議	・策定スケジュール説明
5月	・第2期長寿健康づくり事業実施計画自己点検	
6月	・国保連保健事業支援・評価委員会	・第2期計画の外部評価
7月	・第1回運営懇話会 ・国保データベースシステム等による分析	・第2期計画の外部評価
8月	・計画の素案の作成	
9月	・国保連保健事業支援・評価委員会	・計画の素案について
10月	・第2回構成市町担当課長会議 ・第1回構成市町副市町長会議 ・第1回理事会	・計画の素案について ・パブリックコメントの実施について
11月	・第2回運営懇話会 ・計画原案の作成	・計画の素案について
12月	・パブリックコメントの実施 (12月11日～12月28日) ・計画原案への意見聴取 (市町、運営懇話会委員)	・住民意見聴取
令和6年(2024年) 1月	・第3回構成市町担当課長会議 ・第2回構成市町副市町長会議 ・第2回理事会	・パブリックコメントの結果について ・計画原案への意見について
2月	・第3回運営懇話会 ・計画の策定(決定)	・計画原案への意見について
3月	・計画を厚生労働省へ提出	
4月	・計画の施行	

2 第3期長寿健康づくり事業実施計画（データヘルス計画）国共通様式 I～V

計画策定の趣旨	背景	<p>後期高齢者医療広域連合は、高齢者の医療の確保に関する法律の規定により、健康教育、健康相談、健康診査、その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うよう努めなければならないとされている。</p> <p>平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、保険者はデータ分析に基づく被保険者の健康保持増進のために事業計画を策定し、それを活用した保健事業を推進することとされた。</p> <p>こうしたことから佐賀県後期高齢者医療広域連合（以下、広域連合という。）では、平成26年3月に厚生労働省が示した「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針」に従い、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、平成27年3月に第1期データヘルス計画を策定し、平成30年度からの第2期データヘルス計画を経て、令和6年度から令和11年度を計画期間とする第3期データヘルス計画を策定するものである。</p>	
	目的	<p>○健康維持と疾病予防 疾病の重症化予防及びフレイル対策に着目した事業等を通じ、被保険者の健康管理及び生活の質（QOL）の維持・向上を図る。また、高齢者の一人ひとりに対して、きめ細かな保健事業と介護予防を実施する。</p> <p>○医療費の適正化 適正受診・適正服薬を促すなど、被保険者の健康に留意しつつ、高額化する医療費の課題に取り組むことにより、制度の安定運営を図る。</p>	
計画期間		令和6年度～令和11年度	
関連する他の計画 関連事項・ 関連目標	第3次佐賀県健康プラン（佐賀県健康増進計画）	令和6年度～令和17年度	少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣や社会環境の改善を通じて、「共に支え合い、健やかに心豊かに生活できる活力ある社会の実現」を目指すもの。
	佐賀県医療費適正化計画（第4期）	令和6年度～令和11年度	県民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供を推進し、医療費の伸びの適正化を図るもの。
	第9期さがゴールドプラン21（佐賀県高齢者保健福祉計画・佐賀県介護保険事業支援計画）	令和6年度～令和8年度	全ての高齢者が住み慣れた地域で、安心して生活ができ、元気に活躍する、明るく豊かな地域共生社会を目指すとともに、地域共生社会の実現に向けて地域包括ケアシステムを推進するもの。
	第3次佐賀県歯科保健計画（ヘルシースマイル佐賀21）	令和6年度～令和17年度	県民の生涯にわたる歯と口腔の健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に進めるため、歯と口腔の健康づくりに関する基本的な計画を定めるもの。
	第2期佐賀県循環器病対策推進計画	令和6年度～令和11年度	誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するもの。
	国保データヘルス計画	令和6年度～令和11年度	保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用し、被保険者の健康の保持増進に資することを目的とするもの。
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制	<p>広域連合が中心となり計画を策定し、20市町と連携し事業を実施する。</p> <p>計画策定に当たっては、市町からの意見を十分に聴き、当広域連合内において医療専門職の意見等を踏まえて策定する。</p>	
	関係者等	<p>広域連合に設置する佐賀県医師会・佐賀県歯科医師会・佐賀県薬剤師会（以下、三師会という。）、学識経験者、佐賀県老人クラブ連合会、佐賀県看護協会、佐賀県、佐賀県国民健康保険団体連合会（以下、国保連合会という。）、全国健康保険協会佐賀支部、佐賀県民生委員児童委員協議会で構成する佐賀県後期高齢者医療広域連合運営懇話会（以下、運営懇話会という。）において広く意見を求めるとともに、国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会の外部有識者等による専門的な見地での計画への意見や実施状況等に対する評価・助言などの支援を受ける。</p>	

(1) 基本情報

人口・被保険者		対象者に関する基本情報					(2023年3月31日時点)
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		795,157	100.0%	377,369	47.5%	417,788	52.5%
被保険者数(人)		128,264	100.0%	48,551	37.9%	79,713	62.1%
65~69歳(人)		626	0.5%	369	0.8%	257	0.3%
70~74歳(人)		1,090	0.8%	633	1.3%	457	0.6%
75~79歳(人)		43,361	33.8%	19,379	39.9%	23,982	30.1%
80~84歳(人)		35,332	27.5%	13,939	28.7%	21,393	26.8%
85~89歳(人)		27,026	21.1%	9,269	19.1%	17,757	22.3%
90歳以上(人)		20,829	16.2%	4,962	10.2%	15,867	19.9%

関係者等	計画の実効性を高めるための関係者等との連携
連携内容	
構成市町	保健事業の実施主体は広域連合であるが、多くの場合、住民に身近な構成市町が主導的な役割を担い実施の中心となる。保健事業の一貫性、連続性のある実施のためには、市町との連携が不可欠であることから、健康課題の共有や取組に必要なデータ等の情報提供等を行い事業が円滑に実施できるよう連携・協力する。また、市町や他の広域連合における保健事業の好事例の展開を図る。
佐賀県	市町の効果的かつ効率的な保健事業の実施を支援するため、佐賀県と連携し、研修事業や好事例の横展開、意見交換の場の提供等を実施する。 また、保健事業の実施に関して、助言等の支援協力を求めるほか、県が推進する関連事業と連携・協力するよう努める。
国保連及び支援・評価委員会	国保データベースシステム(以下、KDBシステム)を活用した分析等を円滑に実施できるよう、国保連合会と連携し、構成市町の支援を実施する。また、支援・評価委員会においてデータヘルス計画の外部評価を受けるとともに、構成市町が実施する保健事業への専門的な見地からの助言を求める。
外部有識者	各年度に運営懇話会を開催し、被保険者の健康課題等について共有するとともに、データヘルス計画の策定に際し広く意見を求めるほか、データヘルス計画の中間評価及び最終評価において評価や助言を受け、適切かつ円滑な保健事業を実施するための連携を図る。
保健医療関係者	佐賀県医師会、佐賀県歯科医師会、佐賀県薬剤師会等に対し、保健事業の効果的かつ効率的な推進及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組への専門的な見地からの助言・協力を引き続き求める。
その他	被保険者の主体的な健康の保持増進の実効性を高めるため広報等を実施する。 また、被保険者の立場からの意見を計画等に反映させるため、運営懇話会の委員に佐賀県老人クラブ連合会を参画させるほか、パブリックコメントを実施する。

(2) 現状の整理

被保険者等の特性	被保険者数の推移	佐賀県の後期高齢者医療の被保険者数は過去5年間で平成30年度末の124,299人から令和4年度末の128,317人と約4,000人増加しており、今後も年々増加し、令和17年(2035年)に159,229人とピークを迎え、75歳以上の割合は22.1%となり、全国の19.2%を上回ると推計されている。
	年齢別被保険者構成割合	令和4年度末の被保険者の構成割合は、75歳~79歳が最も高く、33.8%となっている。 男女別に構成割合をみると、75歳~79歳で男性が39.9%であるのに対し、女性は30.1%と低くなっている。また、90歳以上で男性が10.2%であるのに対し、女性は19.9%とおよそ2倍となっている。
	その他	佐賀県の後期高齢者の平均余命は、令和4年度で男性81.3歳、女性で87.8歳となっており、全国平均と比較すると男性が0.4歳短く、女性は全国平均と同じである。 65歳以上の高齢化率は、佐賀県は30.8%であり、全国平均28.7%より高くなっている。
前期計画等に係る評価	前期(第2期)に設定したDH計画全体の目標(設定していない場合は各事業の目標)	①健康診査事業 受診率33.0% ②健康指導事業 訪問後医療機関受診率30%以上 ③歯科健康診査事業 受診率15.0% ④高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業 実施市町数20市町(全市町) ⑤ジェネリック医薬品普及事業 数量シェア80.0%以上 ⑥重複服薬対策事業 重複・併用禁忌服薬改善者率 10.0%以上 ⑦重複・頻回受診対策事業 訪問後改善者率 50.0%以上
	目標の達成状況	①過去5年間で健康診査受診率は増加傾向にあるが目標値には達していない。 ②訪問後医療機関受診率は年度により差があるものの概ね目標を達成。 ③新型コロナウイルスの影響で一時的受診率は低下したものの令和4年度に17.3%と目標を達成。 ④令和2年度10市町、令和3年度19市町、令和4年度20市町(全市町)と目標達成。 ⑤令和2年度以降は数量シェア80%以上を維持。令和4年度末では83.4%。 ⑥過去5年間では一度も目標値の10%を達成できていない。 ⑦過去5年間のいずれも目標の訪問後改善者率50%以上を達成。令和4年度は65.7%。

※計画様式(I~V)は、東京大学「データヘルス計画標準化ツール®」を改変して作成。

II 健康医療情報等の分析

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント		
被保険者構成の将来推計		佐賀県の75歳以上の後期高齢者人口は2023年3月31日現在128,317人であるが、2035年にピークの159,229人となるまで年々増加する見込みである。	・将来推計人口は2035年度までは増加する見込みで、それに伴い医療費も大きく増加する見込みとなっている。 ⇒更なる医療費適正化の取り組みとして、ジェネリック医薬品の普及促進、重複・頻回対策及び重複服薬対策が必要。		
将来推計に伴う医療費見込み		後期高齢者将来推計人口の増加に伴い、医療費見込みも年々増加する見込みで、2022年度の医療費140,832百万円に対し、将来推計人口がピークを迎える2035年の医療費見込みは194,688百万円と約1.4倍に増加すると推計される。			
平均余命 平均自立期間（要介護2以上）等 死因別死亡割合	全国平均との比較	○平均余命【男性81.3歳（全国81.7歳）、女性87.8歳（全国87.8歳）】 ・全国と比較し、男性で0.4歳低く、女性は同値。 ○平均自立期間【男性80.1歳（全国80.1歳）、女性85.2歳（全国84.4歳）】 ・全国と比較し、男性は同値で、女性は0.8歳高い。 ○平均余命と平均自立期間の差【男性1.2歳（全国1.6歳）、女性2.6歳（3.4歳）】 ・平均余命と平均自立期間の差は男女ともに国よりも小さい。 ○主な死因として国よりも割合が高いものは、がんが0.5%、心臓病0.8%、腎不全0.2%高く、国よりも低いものは脳疾患0.8%、糖尿病0.1%、自殺0.6%である。	・全国と比較して平均自立期間が高い。 ⇒さらに平均自立期間を延伸させるため、フレイル予防、生活習慣病の早期発見及び重症化予防の取組が必要。		
	構成市町村比較	○平均余命（県平均：男性81.3歳、女性87.8歳） ・最も高い市町は男性81.8歳、女性88.2歳 ・最も低い市町は男性80.1歳、女性86.7歳 ○平均自立期間（県平均：男性80.1歳、女性85.2歳） ・最も高い市町は男性80.6歳、女性85.7歳 ・最も低い市町は男性79.0歳、女性84.3歳 ○平均自立期間と平均余命の差（県平均：男性1.2歳、女性2.6歳） ・最も小さい市町は男性1.1歳、女性2.4歳 ・最も大きい市町は男性1.4歳、女性3.0歳			
	経年変化	○平均余命は過去5年間で男性0.5歳、女性0.8歳上昇 ○平均自立期間は過去5年間で男性0.6歳、女性1.0歳上昇			
健康診査・歯科健康診査の実施状況	全国平均との比較	○令和4年度の健診の実施率（受診率）は、全国と比較して6.6%低い。 （広域：18.2%、全国：24.8%） ○令和2年度は6%、令和3年度は7.4%全国平均と比べると低い。	・受診率を市町村別に見ると、健康診査、歯科健康診査共に上位と下位の差が大きい。 ・全国と比較し健診受診率が低い。 ⇒生活習慣病等の早期発見や、保健指導等が必要な人に効果的に事業展開できるように市町と連携し健診受診者数を増加させることが必要。		
	構成市町村比較	○健康診査受診率（県平均18.2%） ・最も高い市町41.4%と最も低い市町12.3%では、29.1%の差がある。 ・上位5位は27.1～41.4%、下位5市町は12.3～17.8%。 ・下位5位以外は受診率18.1%以上。 ○歯科健康診査（76歳の歯科健康診査を全市町で実施） ・歯科健康診査受診率は17.34%で最も高い市町27.83%と最も低い市町2.94%では、24.89%の差がある。			
	経年変化	○健診受診率 ・健診受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和2年度及び3年度に低下したが、回復傾向。 ○歯科健康診査受診率 ・歯科健康診査受診率も健診と同様で、令和2年度に低下したが令和4年度は増加した。			
	全国平均との比較	○生活習慣病リスク保有者の割合（性・年齢調整値、令和4年度） ・肥満、やせ、血圧、肝機能リスク保有者の割合は全国平均と同値。 ・血糖リスク保有者の割合は全国平均より低い。（県：10.9%、全国：11.0%） ・脂質リスク保有者の割合は全国平均より高い。（県：19.9%、全国：19.8%）		・全国と比較し全体の評価は10点が高いが、肥満リスク以外はリスクが低くなっているが、血糖リスク及び血圧リスクの割合が過去5年間で上昇している。 ⇒糖尿病や高血圧等の生活習慣病の適正受診及び重症化予防への取組が必要。	
	構成市町村比較	○健康状況・点数（性・年齢調整値、全国を100点とする。） ・101点が3市町、100点が15市町、99点が2市町とほぼ全国平均と同じ。 ○リスク保有者の割合（性・年齢調整値） 肥満リスク 最高24.2% 最低23.4%（県・全国平均23.7%） やせリスク 最高9.3% 最低7.9%（県・全国平均8.6%） 血糖リスク 最高11.4% 最低10.7%（県10.9%、全国平均11.0%） 血圧リスク 最高35.6% 最低34.9%（県・全国平均35.2%） 肝機能リスク 最高4.1% 最低3.5%（県・全国平均3.8%） 脂質リスク 最高20.3% 最低19.5%（県19.9%、全国平均19.8%）			
	経年変化	○血糖リスク保有者の割合が過去5年間で1.3%増加。 ○血圧リスク保有者の割合が過去5年間で2.5%増加。 ○脂質リスク保有者の割合が過去5年間で2.4%減少。			
	全国平均との比較	○適正な生活習慣を有する者の割合（性・年齢調整値、令和4年度） ・以下のリスクがない者の割合は全国平均と同値。 ソーシャルサポート（95.1%） 喫煙（77.1%） 認知機能（68.6%） 健康状態（90.0%） 心の健康状態（91.2%） 食習慣（94.6%） 口腔機能（60.5%） 体重変化（88.3%） ・社会参加のリスクがない者の割合は全国平均より低い。（県：87.0%、全国：87.1%） ・運動転倒のリスクがない者の割合は全国平均より高い。（県：26.9%、全国26.8%）			・社会参加リスクが全国平均より高く、上位と下位の差が大きい。 ⇒社会参加はフレイルや認知症のリスクを下げると考えられるため、一体的実施でのポピュレーションアプローチ等において、関係部署と連携し社会参加を促す必要がある。
	構成市町村比較	○生活習慣・点数（性・年齢調整値、全国を100点とする。） ・101点が5市町、100点が10市町、99点が4市町、98点が1市町。 ○リスク未保有者の割合 ソーシャルサポート 最高95.2% 最低95.0% 社会参加 最高88.0% 最低85.3% 喫煙 最高79.8% 最低73.1% 認知機能 最高70.2% 最低65.9% 運動転倒 最高28.4% 最低24.2% 健康状態 最高90.4% 最低89.2% 心の健康状態 最高91.5% 最低90.8% 食習慣 最高94.7% 最低94.5% 口腔機能 最高61.7% 最低58.6% 体重変化 最高88.5% 最低87.9% 運動転倒、口腔機能、認知機能の順でリスクがあると感じている被保険者が多い。			
	経年変化	○各リスクは過去3年間でほぼ横ばい傾向。			
	質問票調査結果の状況（生活習慣）				

データ出典	
図表1	地域別5歳階級推計人口・2018年推計 【国立社会保障・人口問題研究所】
図表2	佐賀県後期高齢者医療広域連合統計資料
図表 3、5	S21_001 地域の全体像の把握
図表4	
図表6	○健康診査受診率 S29_001 健康スコアリング（健診） ○歯科健康診査受診率 歯科健康診査受診率一覧（広域連合作成）
図表 7、9	
図表 6、8	
図表 10	○健康診査結果 S29_001 健康スコアリング（健診） ○歯科健康診査結果 歯科健康診査結果表（広域連合作成）
図表 10、 11	
図表 12	
図表 13	S29_001 健康スコアリング（健診）
図表 14	
図表 14	S25_001 質問票調査の経年比較

広域連合がアプローチする課題と対策

広域連合がアプローチする課題		優先する課題
A	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診率の向上 ・健康状態不明者の減少 ・生活習慣病等の早期発見 	✓
B	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病及び高血圧等の生活習慣病重症化予防 ・糖尿病性腎症の重症化予防 ・国保から後期へ移行後も継続した支援の実施 	✓
C	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科健康診査受診率の向上 ・フレイル予防（低栄養・口腔・骨折） ・通いの場の充実（健康教育等） 	

II 情報分析と課題抽出 (B)

医療関係の分析	健康状態不明者の数	全国平均との比較	○全国のデータなし。令和4年度の健康状態不明者は、1,574名（被保険者の1.2%）	<ul style="list-style-type: none"> 健康状態不明者の割合は1%程度で推移していることから、被保険者の増加に伴い、健康状態不明者数は増加傾向にある。 ⇒健康状態不明者数を減少させる取組が必要。
		構成市町村比較	○令和4年度の健康状態不明者の割合は、最も高い市町で1.7%、最も低い市町は0.6%	
		経年変化	○健康状態不明者数はほぼ横ばいで、被保険者の1%程度で推移している。	
	医療費	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ○1人当たり医療費（令和4年度） ・入院・外来ともに1人当たり医療費が高く、特に入院が大きく上回っている。 【入院（県）536,806円、（全国）406,564円】 【外来（県）396,463円、（全国）379,221円】 ○年齢階層別・医療費（令和4年度） ・85歳以上で入院医療費が全国平均との差が大きく、95歳～99歳で最も差が大きい。 【（県）1,075,181円、（全国）870,054円、差額205,127円】 	<ul style="list-style-type: none"> 特に入院医療費が全国と比較し高くなっている。 ⇒入院の原因となる疾病（骨折・脳疾患・関節疾患等）の対策が必要。 ・年齢階層別で入院医療費の85歳以上が高くなる要因分析が必要。 ・全市町で全国平均を上回る結果となっているが、構成市町間での差も大きいことから、市町ごとに取り組み内容が異なってくる。 ⇒市町と連携し地域の特徴にあわせた取組が重要。
		構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> ○1人当たり医療費（入院・外来・男女計）（令和4年度） ・最も高い市町で1,089,691円、最も低い市町で796,335円 ・すべての市町で全国平均（785,785円）を上回っている。 	
		経年変化	<ul style="list-style-type: none"> ○医療費は過去5年間では若干増加傾向。 ○外来医療費はやや減少傾向にあるが、入院医療費は増加傾向。 	
	医療関係の分析	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ○1保険者当たり医療費点数・入院（男女計）（令和4年度） ・骨折、脳梗塞、関節疾患と上位3つは全国と同じ疾病。 ・骨折、脳梗塞、関節疾患と上位3つは全国と同じ疾病。 ・骨粗しょう症が全国平均より高い。（県：8,221,909点、全国：7,568,341点） ・高血圧症が全国平均より高い。（県：2,063,640点、全国：1,637,463点） ○1保険者当たり医療費点数・外来（男女計）（令和4年度） ・糖尿病、慢性腎臓病（透析あり）、高血圧症と上位3つは全国と同じ疾病。 ・肝がんが全国平均より高い。（県：2,309,688点、全国：1,886,962点） ○1保険者当たり医療費点数・入院+外来（男女計）（令和4年度） ・最大医療資源傷病名の上位はほぼ全国と同じで、骨折、関節疾患、慢性腎臓病（透析あり）、脳梗塞、不整脈、糖尿病の順となっている。 ・統合失調症が全国平均と比べ大幅に高い。（県：11,929,782点、全国：9,355,628点） ・うつ病も全国平均との差が大きくなっている。（県：6,271,025点、全国：5,448,882点） 	<ul style="list-style-type: none"> 入院医療費のうち骨折や骨粗しょう症の点数が大きいことから、骨折の要因となるふらつき・転倒のリスクが高いことが推測される。 ・ふらつき・転倒のリスクはフレイルによる身体的虚弱や重複服薬等による薬物有害事象も考えられる。また、骨粗しょう症については低栄養等の要因も考えられる。 ・外来医療費については糖尿病や慢性腎臓病、高血圧症が上位にあることから高血圧や高血糖の重症化による合併症などが考えられる。 ⇒骨折を予防する取組として、食事、歯科、運動の並行した取組が必要。さらに、糖尿病、高血圧、肥満など生活習慣病の予防に関する取組も継続して実施する必要がある。また、高齢者のうつ病の原因のひとつに薬の飲み合わせなどが影響する場合があるため、服薬相談等の取組が必要。
		構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> ○最大医療資源・入院+外来（男女計） ・骨折は16市町で1位となっている。 ・関節疾患と慢性腎臓病（透析あり）はそれぞれ2市町で1位となっている。 ○最大医療資源・入院+外来（男性） ・慢性腎臓病（透析あり）が17市町で1位となっている。 ○最大医療資源・入院+外来（女性） ・骨折が15市町で1位となっている。 	
		経年変化	<ul style="list-style-type: none"> 過去5年間で比較すると ○入院（男女計） ・骨折、脳梗塞、関節疾患の上位3つは変化なし。 ○外来（男女計） ・糖尿病、慢性腎臓病（透析あり）、高血圧症の上位3つに変化なし。 ・1保険者当たり医療費（点数）は増加傾向。 ○入院+外来（男女計） ・平成30年度に3位だった脳梗塞が令和元年度以降4位となった。 ・骨折、関節疾患、慢性腎臓病（透析あり）の上位3つのうち、骨折の医療費（点数）が増加傾向で、ほかはほぼ横ばい傾向。 	
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> 平成31年3月末：77.5%、令和2年3月末：79.8%、令和3年3月末：81.4% 令和4年3月末：81.9%、令和5年3月末：83.4% 	<ul style="list-style-type: none"> ・佐賀県は過去5年間で後発医薬品の使用割合（数量シェア）は増加しており、令和2年9月以降は国が目標とする80%を継続して上回っている。 ⇒今後も普及促進の継続が必要。 	
重複投薬患者割合 多剤投薬患者割合	<ul style="list-style-type: none"> ○重複投薬患者割合は過去4年間で1.2%から1.5%の間で推移しておりほぼ横ばい。 ○多剤投薬患者割合は、同一薬剤に関する処方日数（同一月内）15日以上、処方薬剤数（同一月内）6剤以上で見た場合、過去4年間はほぼ横ばいで令和5年3月は47.2%と約半数が多剤処方となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・重複服薬や多剤等がある被保険者への通知を実施しているものの患者割合はほぼ横ばいとなっている。 ⇒被保険者の意識を高め、かかりつけ医等への相談が定着するよう、より効果的な取組の検討が必要。 		
要介護認定率の状況	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ○要介護認定率（令和4年度） ・要介護認定率は18.6%で国と比較すると0.8%低い。（全国：19.4%） 	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定率は若干、増加傾向にある。 ・国と比較すると要介護の認定率が低いため、引き続き一体的実施等でフレイル予防に取組む必要がある。 	
	構成市町村比較	○要介護認定率が最も高い市町は21.2%、最も低い市町は15.2%		
	経年変化	○令和元年度から令和3年度までは増加傾向にあったが、令和4年度は減少に転じた。		
介護給付費	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度介護給付費 ○1人1月当たりの介護給付費は、居宅+施設で国よりも低い。（居宅+施設、県：23,474円、全国：23,727円） ○居宅の介護給付費は高く、施設の介護給付費は低い。（居宅、県：15,550円、全国：15,157円）（施設、県：7,923円、全国8,570円） 	<ul style="list-style-type: none"> ・1人1月あたりの介護給付費は構成市町間で差が大きい。 ⇒介護給付費が高い市町はフレイル予防等の対策が求められる。 	
	構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度介護給付費 ○1人1月当たりの介護給付費（居宅+施設）が最も高い市町は、29,304円、最も低い市町は17,068円。（居宅）の介護給付費の最も高い市町は17,003円、最も低い市町は11,823円。（施設）の介護給付費の最も高い市町は15,850円、最も低い市町は4,259円。 		
	経年変化	<ul style="list-style-type: none"> 過去5年間で比較 ○1人1月当たりの介護給付費（居宅+施設）は令和3年度までは増加傾向だったが、令和4年度に減少へ転じ、全国平均よりも低くなっている。【令和4年度（県）23,474円、（全国）23,727円】 ○1人1月当たりの介護給付費（居宅）も令和3年度までは増加傾向だったが、令和4年度に減少へ転じている。【令和4年度（県）15,550円、（全国）15,157円】 ○1人1月当たりの介護給付費（施設）は、令和3年度から減少に転じている。過去5年間いずれも全国平均より低い。【令和4年度（県）7,923円、（全国）8,570円】 		

図表 15	【支援ツール（対象者抽出）】 抽出条件No.10
図表 15	
図表 16~ 19	S29_001 健康スコアリング（医療）
図表 20	S29_004 健康スコアリング（保険者等一覧）
図表 16~ 19	S29_002 健康スコアリング（医療）
図表 21~ 23	
図表 24~ 26	S23_001 医療費分析（1） 細小分類
図表 27	保険者別統計資料（表5-1審査年月別数量シェア）【国保連合会提供】
図表 28、 29	S27_013 重複・多剤処方状況
図表 30 図表 31 図表 30	S29_003 健康スコアリング（介護）
図表 32~ 34	S29_003 健康スコアリング（介護）
図表 35	S29_004 健康スコアリング（保険者等一覧）
図表 32~ 34	S29_003 健康スコアリング（介護）

D	<ul style="list-style-type: none"> 重複・頻回受診者の減少 適正服薬の推進 	
---	--	--

II 情報分析と課題抽出 (B)

介護関係の分析	要介護度別有病率(疾病別) 要介護認定有無別の有病率(疾病別)	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ○要介護有病状況(疾病別)(令和4年度) <ul style="list-style-type: none"> ・一番高いのは、心臓病で68.4%で全国平均よりも8.1%高い。次に、筋・骨格で61.0%と全国平均よりも7.6%高い。3番目は、高血圧症で60.7%と全国平均よりも7.4%高い。 ・また、精神のうちの認知症及びアルツハイマー病は国よりも高くなっている。 ○要介護度別有病率(疾病別)(令和4年度) <ul style="list-style-type: none"> ・要支援1から要介護3までは、心臓病の有病率が1番高く、次いで筋・骨格の有病率が高い。 ・要介護4、5では、1番高い有病率は心臓病で、2番目に高い有病率は精神疾患である。 ○要介護認定なしの有病率(令和4年度) <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧症:69.8%、脂質異常症:53.4%、その他の神経系疾患46.8%、歯肉炎・歯周疾患:44.2%、関節症:35.1%と続く。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護有病率を見ると心臓病が一番高くなっている。⇒一体的実施等でフレイル対策及び心臓病等の循環器疾患の基礎疾患となる生活習慣病の重症化予防の取組が必要。 ・要介護認定なしの有病率で歯周疾患の割合が高くなっている。⇒定期的な歯科受診や歯科健康診査等の推進が必要。
		構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> ○要介護認定ありの者のうち6割を超える有病率となった疾病は、心臓病、筋・骨格、高血圧症で過去5年間で変化はない。 ○要介護認定なしの有病率では、高血圧、脂質異常症、その他の神経系疾患、歯肉炎・歯周疾患、関節症が多く、市町の有病率の差は10%以上の開きがある。 	
		経年変化	<ul style="list-style-type: none"> ○要介護認定有無別の有病率(疾病別)(要介護認定あり) <ul style="list-style-type: none"> ・心臓病、筋・骨格、高血圧症は、過去5年間はほぼ横ばいの状況。 ・糖尿病、脂質異常症がやや増加傾向にある。 ・脳疾患は過去5年間で減少傾向となっている。 (要介護認定なし) <ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患、虚血性心疾患、骨粗鬆症、その他の神経系疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)は、わずかに減少。 ・糖尿病、高血圧症、低栄養等、歯肉炎・歯周疾患は増加傾向。 ・感染性肺炎が平成30年度、令和元年度と比較すると令和2年度から令和4年度の間が大きく減少している(10%以上減少)。 ○要介護度別有病率(疾病別) <ul style="list-style-type: none"> ・【心臓病】要支援1から要介護2でわずかに減少、要介護3以上でわずかに増加。 ・【筋・骨格】要支援1から要介護2で減少、要介護3以上で増加。 ・【糖尿病】、【がん】要支援1から要介護5まですべての区分で増加。 ・【脳疾患】要支援1から要介護5まですべての区分で減少。 ・【精神疾患】、【難病】要支援1から要介護2は減少から横ばい、要介護3以上は増加。 	
通いの場の展開状況(箇所数・参加者数等)	全国平均との比較	<ul style="list-style-type: none"> ○通いの場所数の全国平均は2,636箇所に対し、佐賀県は1,268箇所の通いの場がある。 ○参加者数は全国平均8,891人に対し、佐賀県は10,341人 	<ul style="list-style-type: none"> ・全国平均と比較して、多くの方が通いの場に参加されているが、構成市町間で通いの場への参加率に大きな差がある。⇒利用者が気軽に参加できるように通いの場づくりが必要。 	
	構成市町村比較	<ul style="list-style-type: none"> ○被保険者1000人あたりの通いの場の箇所数は最も多い市で35箇所、最も少ない町で1箇所。 ○通いの場への参加率は最も多い町で44.4%、最も少ない町で1% 		
	経年変化	<ul style="list-style-type: none"> ○通いの場の箇所数は令和元年度1,122箇所、令和2年度1,174箇所、令和3年度1,268箇所 ○参加者数は令和元年度4,781人、令和2年度6,393人、令和3年度10,341人 ○箇所数及び参加者数ともに増加傾向にある。 		
介護・医療のクロス分析		<ul style="list-style-type: none"> ○介護と医療の関係では、要介護認定ありの者の医療費は入院・外来ともに過去5年間で増加しているが、介護認定なしの者では、入院では年度によって増減を繰り返しているもの、外来では令和元年度以降減少している。 ○国と比較して介護認定ありの者の外来医療費は低くなっているものの、入院医療費はかなり高い状況である。【令和4年度介護認定あり外来医療費(県)409,081円、(全国)462,365円、入院医療費(県)1,364,618円、(全国)1,137,545円】 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定なしの者も国と比較すると医療費は高いものの、介護認定ありの者の国との差額よりは差が小さく、介護認定ありの者の医療費の削減が課題である。 ・経年変化をみるとほぼ横ばい状態となっているが、被保険者数の増加に伴い医療費の増加が予想される。⇒要介護度の重症化を防ぐため、フレイル予防等が必要。 	

※課題抽出時と作成後にチェック

関連する他の計画を踏まえた 広域連合の取組	課題抽出時：① 関連する他の計画の関連事項や目標について確認
	課題抽出時：② ①を踏まえ、後期のDH計画で取り組むことを確認
	作成後：③ ②の取組について市町村や取組を実行していく上で連携が必要になる関係者等に共有したか確認

図表 36	【要介護認定有 有病率】 S24_001 要介護（支援）者認定状況
図表 40、 41	S24_001 要介護（支援）者認定状況 【要介護認定無 有病率】 ・C24_004 後期高齢者の医療（健診） ・介護突合状況 CSV帳票
図表 37～ 39、 43～ 50	【要介護認定有 有病率】 S25_006 医療・介護の突合（有病状況）画面 【要介護認定無 有病率】 ・C24_004 後期高齢者の医療（健診） ・介護突合状況 CSV帳票
図表 51	介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（概要） 【厚生労働省老健局老人保健課】
図表 52	
図表 51	
図表 53、 54	S29_003 健康スコアリング（介護）

	✓
	✓
	✓



後期データヘルス計画における取組の方向性

関連する他の計画（県における医療費適正化計画等）において、生活習慣病重症化予防や一体的実施事業の内容の充実が関連目標として掲げられており、後期データヘルス計画においても生活習慣病重症化予防や一体的実施事業の各目標の達成に近づくよう取り組みを推進していく。

	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	・健診受診率の向上 ・健康状態不明者の減少 ・生活習慣病等の早期発見	✓	・健診受診勧奨の強化	1,9
B	・糖尿病及び高血圧等の生活習慣病重症化予防 ・糖尿病性腎症の重症化予防 ・国保から後期へ移行後も継続した支援の実施	✓	・市町と連携した糖尿病及び生活習慣病重症化予防の取組の推進 ・国保から後期へ移行後も継続した支援ができる仕組みづくり	2,7,8
C	・歯科健康診査受診率の向上 ・フレイル予防（低栄養・口腔・骨折） ・通いの場の充実（健康教育等）		・歯科健康診査受診勧奨の強化 ・歯科と全身疾患について被保険者へ普及啓発 ・骨折対策の推進 ・初期指導による低栄養改善のための取組の推進 ・一体的実施事業のポピュレーションアプローチの強化	3,4,5,10
D	・重複・頻回受診者の減少 ・適正服薬の推進		・適切な受診及び服薬の推進 ・ジェネリック医薬品普及促進	6,11,12,13

必要に応じて課題を列挙

課題の解決に資する事業設計

目的・目標		
計画全体の目的 (この計画によって目指す姿)		
目標		評価項目（共通評価指標）
健診受診率の向上 健康状態不明者の減少	アウトプット	健診受診率
		歯科健診実施市町村数・割合
生活習慣の改善		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
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	アウトプット	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（その他の身体的フレイルを含む）
		健康状態不明者
一体的実施の推進 ハイリスク者割合の減少	アウトカム	低栄養
		口腔
		服薬（多剤）
		服薬（重複薬）
		身体的フレイル（ロコモ含む）
		重症化予防（コントロール不良者）
		重症化予防（糖尿病等治療中断者）
		重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）
		重症化予防（腎機能不良未受診者）
		健康状態不明者
平均自立期間（要介護2以上）		
・・・		・・・
・・・		・・・

※1 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。

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
1	健康診査	健康診査事業	委託
2	健康指導	健康指導事業（要受診・低栄養）	直営
3	歯科健康診査	歯科健康診査事業	直営
4	一体的実施	低栄養	委託
5		口腔	委託
6		服薬	委託
7		糖尿病性腎症	委託
8		その他重症化予防	委託
9		健康状態不明者	委託
10		通いの場	委託
11	ジェネリック医薬品の普及促進	ジェネリック医薬品普及事業	直営
12	適正受診等推進	重複服薬等対策事業	直営
13	適正受診等推進	重複・頻回受診対策事業	直営

抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標・評価項目

生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化の予防及び心身機能の低下を防止し、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する。

計画策定時 実績※1			目標値※2																	
2022 (R4)			2024 (R6)			2025 (R7)			2026 (R8)			2027 (R9)			2028 (R10)			2029 (R11)		
割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母	割合	分子	分母
20.32%	23,567	115,965	%			%			%			%			%			%		
100%	20	20	%			%			%			%			%			%		
100%	20	20	%			%			%			%			%			%		
35%	7	20	%			%			%			%			%			%		
0%	0	20	%			%			%			%			%			%		
5%	1	20	%			%			%			%			%			%		
90%	18	20	%			%			%			%			%			%		
85%	17	20	%			%			%			%			%			%		
65%	13	20	%			%			%			%			%			%		
0.65%	812	125,310	%			%			%			%			%			%		
2.60%	3,253	125,310	%			%			%			%			%			%		
4.51%	5,650	125,310	%			%			%			%			%			%		
1.48%	1,853	125,310	%			%			%			%			%			%		
3.73%	4,669	125,310	%			%			%			%			%			%		
0.38%	478	125,310	%			%			%			%			%			%		
8.56%	10,727	125,310	%			%			%			%			%			%		
4.87%	6,107	125,310	%			%			%			%			%			%		
0.01%	7	125,310	%			%			%			%			%			%		
1.26%	1,574	125,310	%			%			%			%			%			%		
男性：80.1歳 女性：85.2歳																				

※2目標値を記載する際には、分母・分子は記載不要。

重点・優先	実施年度（市町村数）					
	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
✓						
✓						
✓						

IV個別事業

IV 個別事業 事業シート 【健康診査事業】

事業1	健康診査事業
事業の目的	被保険者の生活習慣病等を早期に発見し治療につなげることにより、重症化の予防を図る。
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査 <ol style="list-style-type: none"> 対象者 <ul style="list-style-type: none"> 佐賀県後期高齢者医療被保険者 ただし、除外対象者を佐賀県後期高齢者医療広域連合健康診査事業実施要領に定める。 実施方法 <ul style="list-style-type: none"> 広域連合が佐賀県医師会（個別健診）及び市町（集団健診）へ委託して実施。 実施内容 <ul style="list-style-type: none"> 検査項目 <ul style="list-style-type: none"> ア 必須項目：（ア）既往歴の調査（イ）自覚症状及び他覚症状の検査（ウ）身体計測（エ）血圧（オ）血中脂質検査（カ）肝機能検査（キ）血糖検査（ク）尿検査（ケ）血清アルブミン イ 詳細項目：（ア）貧血検査（イ）12誘導心電図検査（ウ）眼底検査（エ）血清クレアチニン検査 ※令和2年度から血清アルブミン値を検査項目に追加 未受診者勧奨 <ol style="list-style-type: none"> 対象者 <ul style="list-style-type: none"> 前年度の健診未受診者かつ医療機関未受診者 実施方法 <ul style="list-style-type: none"> 郵送にて送付 実施内容 <ul style="list-style-type: none"> KDBで抽出した対象者へ医療機関の受診を勧奨する通知の送付

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	健康状態不明者の割合	【評価対象】 （対対象者出現率による評価） 健康状態不明者/被保険者数 【方法】 被保険者汎用検索システムで確認（翌年度6月）	1.48%	1.46%	1.44%	1.42%	1.40%	1.38%	1.36%

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	健康診査受診率	【評価対象】 健診受診者/(被保険者数-除外対象者数) ※除外対象者=長期入院者+施設入所者 【方法】 KDBシステムで確認（翌年度6月）	20.32%	21.30%	22.39%	23.69%	25.06%	26.53%	28.09%
	2	受診勧奨後に健康診査を受診した者の割合	【評価対象】 勧奨後受診者数/勧奨対象者数 【方法】 特定健診データ管理システムで確認（翌年度6月）	2.57%	2.98%	3.39%	3.80%	4.21%	4.62%	5.00%

プロセス（方法）	概要	<ol style="list-style-type: none"> 個別健診を 広域連合が佐賀県医師会に委託して実施 集団健診を 広域連合が市町に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 個別健診 <ol style="list-style-type: none"> 佐賀県医師会と健康診査事業業務委託契約（4月締結） 市町による被保険者への受診券送付（市町により時期が異なる） 県医師会所属の個別医療機関による健康診査実施（4月～3月） 健診結果は国保連合会が入力（毎月）し、特定健診等データ管理システムで広域連合が管理 集団健診 <ol style="list-style-type: none"> 市町と健康診査事業業務委託契約（4月締結） 市町による被保険者への受診券送付（市町により時期が異なる） 市町による健康診査実施（4月から3月までの間で、実施期間等は市町により異なる。） 健診実施機関から送付された結果を広域連合が特定健診等データ管理システムへ取り込む 未受診者受診勧奨 <ol style="list-style-type: none"> KDBを利用し対象者を抽出、医療機関の受診を勧奨する通知を送付（7月） 受診勧奨対象者の医療機関受診状況を調査（翌年6月）
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 当該年度10月頃：受診状況の中間把握を行い、市町に公表 翌年度6月頃：受診状況の最終把握を行い、結果を市町に公表 翌年度6月頃：健康診査事業に係る実施内容調査により市町の取組状況を調査
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	<ol style="list-style-type: none"> 個別健診を 広域連合が佐賀県医師会に委託して実施 集団健診を 広域連合が市町に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合の実施体制 <ol style="list-style-type: none"> 担当職員：2名（事務職・保健師） 健診は県医師会及び市町へ委託するため委託契約事務を行う。 健診結果の入力は広域連合から手数料を徴収し国保連合会が行う。 県医師会や市町との連携を図る。 県医師会の実施体制 <ol style="list-style-type: none"> 県医師会所属の医療機関で被保険者に対し健診を実施する。 市町の実施体制 <ol style="list-style-type: none"> 契約市町数20市町（うち11市町で集団健診実施） 広域連合から委託を受け、健診実施に当たり被保険者に対し受診券等を発送する。 集団健診を実施する市町は健診機関に再委託して健診を実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 年度末：県医師会に対し、当年度の事業報告と次年度の健診協力依頼を実施 当該年度10月頃：受診状況の中間把握を行い、市町に公表 翌年度6月頃：受診状況の最終把握を行い、結果を市町に公表
	備考	

IV 個別事業 事業シート [健康訪問指導事業 (要受診・低栄養)]

事業2 健康訪問指導事業 (要受診・低栄養)

事業の目的	被保険者の治療の早期開始等を促し、重症化の予防を図る。
事業の概要	<p>1 対象者 前年度の健診結果が以下の判定基準に該当する者 血圧値：収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上の者 HbA1c値：7.0%以上の者 ※低栄養の判定基準の追加を検討する。</p> <p>2 実施方法 広域連合が業者へ委託して実施</p> <p>3 実施内容 対象者に訪問指導を実施し、医療機関の受診を勧奨する。 訪問上限人数：令和5年度まで200人で実施 ※低栄養の判定基準の追加を検討することに併し上限人数についても検討を要する。</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	該当者出現率 (血圧)	【評価対象】 判断基準該当者数/健診受診者数 【方法】 業務報告書	3.3%	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満
	2	該当者出現率 (HbA1c)	【評価対象】 判断基準該当者数/健診受診者数 【方法】 業務報告書	3.2%	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満	3.0%未満

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	訪問後の医療機関受診者率 (未治療者)	【評価対象】 医療機関受診者数/訪問実施者数 【方法】 業務報告書	33.3%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%

プロセス (方法)	概要	広域連合が業者に委託して実施
	実施内容	<p>1 広域連合から業者へ委託 (1)指名競争入札により委託業者決定 (4月) (2)広域連合と業者で業務委託契約締結 (4月)</p> <p>2 対象者の選定 (1)広域連合が選定基準該当者を抽出し、業者へ提供 (4月) (2)受託業者が選定基準該当者のレセプトを確認し、訪問候補者を選定 (6月)</p> <p>3 受託業者による個別訪問指導の実施 (7月～9月)</p> <p>4 受託業者による効果検証実施</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	<p>1 訪問実施後3か月間の受診状況をレセプトにより確認する。</p> <p>2 年度末に受託業者から業務完了報告書を提出し、広域連合が検査確認を行う。</p>
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が業者に委託して個別訪問を実施する。
	実施内容	<p>1 広域連合の実施体制 担当職員：2名 (事務職・保健師) ・業務委託契約事務 ・対象者データ等の抽出</p> <p>2 委託業者の実施体制 庶務担当者：2名程度 (契約事務等の広域連合との調整) レセプト確認：2名程度 (訪問対象者の選出対応) 訪問担当者：15名程度 (保健師・管理栄養士・看護師等の専門職)</p> <p>3 関係機関等 県医師会：受診勧奨後の指導等への協力</p>
	実施後のフォロー・モニタリング	業者から広域連合へ業務報告書を提出し業務内容の検査確認を実施 (3月)
	備考	

IV 個別事業 事業シート [歯科健康診査事業]

事業3 歯科健康診査事業

事業の目的	口腔機能の維持・改善を図るため、歯周病に起因する細菌性心膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能の低下による誤嚥性肺炎・フレイル状態等を予防することにより、被保険者の健康を維持・促進し生活の質（QOL）の維持・向上を目指す。
-------	---

事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・歯あわせ健診 <ol style="list-style-type: none"> 1 対象者 当該年度に76歳となる被保険者及び前年度受診券交付後に県外から転入し、かつ年度中に76歳に到達した者 2 実施方法 広域連合が佐賀県歯科医師会に委託して実施 3 実施内容 高齢者特有の口腔内衛生状態及び口腔機能評価を検査項目に加えた個別健診を実施 検査項目：ア 粘膜・歯・顎関節およびその他の状況 イ 現在歯・喪失歯の状態 ウ 現在歯による臼歯部での咬合状態 エ 義歯の状態 オ インプラント カ 他の注意点、問題点等 キ 口腔衛生状態 ク 口腔機能評価 ケ 歯周組織の状況（CPI判定） コ 健診結果 ・個別訪問 <ol style="list-style-type: none"> 1 対象者 個別健診の結果が要治療・要精密かつ健診受診後医療機関未受診者 2 実施方法 広域連合所属の保健師が個別訪問または文書にて実施 3 実施内容 対象者へ個別訪問を実施し、歯科医療機関への受診勧奨を行う。 ・未受診者受診勧奨 <ol style="list-style-type: none"> 1 対象者 当年度の歯科健康診査未受診者 2 実施方法 はがきにて郵送 3 実施内容 当年度の歯科健康診査未受診者（11月末時点）に対し受診勧奨通知を送付
-------	--

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	健診後医療機関を受診した者（要治療・要精密者）の割合	医療機関受診者数/要治療・要精密者 しseptで確認（翌年度6月）	97.67%	98.0%	98.0%	98.0%	98.0%	98.0%	98.0%

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	歯科健康診査受診率	【評価対象】 受診者数/対象者数 【方法】 歯科医師会実績報告書で確認 （翌年度4月）	17.34%	17.62%	17.90%	18.17%	18.45%	18.73%	19.00%
	2	受診勧奨後歯科健康診査受診率	【評価対象】 勧奨後受診者数/勧奨対象者数 【方法】 歯科医師会実績報告書で確認 （翌年度6月）	7.43%	7.58%	7.73%	7.88%	8.03%	8.18%	8.33%

プロセス (方法)	概要	広域連合が佐賀県歯科医師会に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 歯あわせ健診 (1)広域連合と佐賀県歯科医師会で歯科健康診査業務委託契約締結（4月） (2)歯科健康診査実施 佐賀県歯科医師会所属の歯科医院において歯科健康診査を実施。 実施期間：4月～3月 (3)歯科医師会より健診結果報告書提出（毎月） (4)受診状況を歯科医師会及び市町へ周知（毎月） (5)健診結果を集計し歯科医師会及び市町へ周知（翌年6月頃） 2 個別訪問 (1)広域連合が歯科健康診査結果から対象者を抽出 (2)個別訪問による医療機関受診勧奨を実施 実施回数：年2回 3 未受診者受診勧奨 (1)当年度11月末時点の歯科健康診査未受診者を抽出（12月） (2)受診勧奨通知（はがき）送付
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 1 歯科健康診査の市町別受診率を毎月とりまとめ歯科医師会及び各市町へ情報提供 2 未受診者訪問の実績を年度末に各市町へ情報提供
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が佐賀県歯科医師会に委託して実施
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 広域連合の実施体制 担当職員：2名（事務職・保健師） (1)業務委託契約事務 (2)歯科医師会より提出された健診結果報告書の整理 2 佐賀県歯科医師会の実施体制 担当者：2名程度 (1)契約事務等の広域連合との調整 (2)所属の歯科医院への事業説明・健診結果のとりまとめ等
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 1 歯科医師会へ当年度の事業計画の説明（4月頃） 2 歯科医師会へ事業実績を報告、次年度事業への助言等をもらう（3月）
	備考	

IV 個別事業 事業シート [高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（低栄養）]
事業4 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（低栄養）

事業の目的	高齢者の低栄養状態を改善し、介護予防・生活の質（QOL）の維持・向上を目指す。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者 各市町の基準で抽出した対象者 例）抽出基準：BMIや血清アルブミン値、体重減少量等。 実施方法 ・広域連合が市町に委託する一体的実施事業（低栄養）として実施 ・事業実施に際しては、県医師会や県、国保連合会等関係団体と連携を図る。 実施内容 各市町で異なる 例）対象者1人につき複数回訪問を実施し、初回訪問時からの指標の変化で評価する。 例）市町によっては必要に応じ、口腔状態の確認、握力測定等を実施する。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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	低栄養ハイリスク者割合	【評価対象】 低栄養ハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール（翌年6月）	0.65%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%
	2	体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の割合	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	61.7%	61.0%	61.0%	61.0%	61.0%	62.0%	62.0%

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	実施市町村数	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	7	7	8	8	9	9	10
	2	対象者のうち、支援を行った人数の割合	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	83.5%	84.0%	84.0%	84.0%	85.0%	85.0%	86.0%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（低栄養） KDBシステム等を活用し、市町が地域における課題等を分析・把握し、個別訪問を実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会への事業周知・協力依頼 市町への支援 ①全体会議、市町ヒアリング、連携会議（3回/年度）や研修会等の実施。 ②必要に応じて資料等の提供 広域連合から市町への委託による事業実施 ①委託契約締結、実施計画書の提出、内容確認、事業実施方法等への助言。 ②実績報告において、実施内容・実績・評価状況の確認
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 国保連合会の支援・評価委員会への諮問（9月頃） 当年度の計画及び前年度実績を国保連合会の支援・評価委員会諮り助言等を受ける。 進捗状況確認（11月頃） ①事業の進捗状況を市町から報告 ②広域連合は進捗状況に応じて市町へのヒアリングを実施 実績報告（3月） 事業の実績を市町から報告。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（低栄養） 広域連合は事業を円滑に推進するため、県や国保連合会等関係機関との連携を図る。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合の実施体制 担当職員：2名（事務職、保健師） ①企画調整職員、地域担当職員の人件費及びその他の経費を委託料として市町に支払う。 市町の実施体制 ①企画調整担当職員1名（佐賀市のみ2名）、地域担当職員（人数は市町毎に異なる） ②企画調整担当職員がKDBシステム等を活用し地域の課題等を分析する。 ③企画調整担当職員が分析した課題に基づいて抽出基準等を定める。 ④地域担当職員もしくは委託事業者による個別訪問を実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町連携会議や意見交換会等において実施体制上の課題の把握
	備考	

IV 個別事業 事業シート [高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（口腔）]
事業5 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（口腔）

事業の目的	口腔機能低下防止とともに栄養状態の悪化防止を図る。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者 各市町の基準で抽出した対象者 例) 抽出基準：後期高齢者の質問票④、⑤の結果等。 実施方法 ・広域連合が市町に委託する一体的実施事業（口腔）として実施 ・事業実施に際しては、県医師会や県、国保連合会等関係団体と連携を図る。 実施内容 各市町で異なる 例) 対象者1人につき複数回訪問を実施し、初回訪問時からの質問票の変化や歯科医療機関受診状況等で評価する。

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	口腔ハイリスク者割合	【評価対象】 口腔ハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール（翌年6月）	2.60%	2.5%	2.5%	2.4%	2.4%	2.3%	2.3%

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	実施市町数	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	0	2	2	2	2	2	2
	2	対象者のうち、支援を行った人数・割合	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	-	70%	70%	70%	80%	80%	80%

プロセス（方法）	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（口腔） KDBシステム等を活用し、市町が地域における課題等を分析・把握し、個別訪問を実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会への事業周知・協力依頼 市町への支援 ①全体会議、市町ヒアリング、連携会議（3回/年度）や研修会等の実施。 ②必要に応じて資料等の提供 広域連合から市町への委託による事業実施 ①委託契約締結、実施計画書の提出、内容確認、事業実施方法等への助言。 ②実績報告において、実施内容・実績・評価状況の確認
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 国保連合会の支援・評価委員会への諮問（9月頃） 当年度の計画及び前年度実績を国保連合会の支援・評価委員会諮り助言等を受ける。 進捗状況確認（11月頃） ①事業の進捗状況を市町から報告 ②広域連合は進捗状況に応じて市町へのヒアリングを実施 実績報告（3月） 事業の実績を市町から報告。
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（口腔） 広域連合は事業を円滑に推進するため、県や国保連合会等関係機関との連携を図る。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合の実施体制 担当職員：2名（事務職、保健師） ①企画調整職員、地域担当職員の人件費及びその他の経費を委託料として市町に支払う。 市町の実施体制 ①企画調整担当職員1名（佐賀市のみ2名）、地域担当職員（人数は市町毎に異なる） ②企画調整担当職員がKDBシステム等を活用し地域の課題等を分析する。 ③企画調整担当職員が分析した課題に基づいて抽出基準等を定める。 ④地域担当職員もしくは委託事業者による個別訪問を実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町連携会議や意見交換会等において実施体制上の課題の把握
	備考	

IV 個別事業 事業シート 【高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（服薬）】

事業6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（服薬）

事業の目的	重複・多剤服薬等による薬物有害事象の予防を図る。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> 1 対象者 各市町の基準で抽出した対象者 例) 抽出基準：数か月連続で同一月内15剤以上処方や睡眠薬処方あり等が用いられる。 2 実施方法 ・広域連合が市町に委託する一体的実施事業（服薬）として実施 ・事業実施に際しては、県医師会や県、国保連合会等関係団体と連携を図る。 3 実施内容 各市町で異なる 例) 対象者1人につき複数回訪問を実施し、初回訪問時からの指標の変化等で評価する。

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	服薬（多剤）ハイリスク者の割合	【評価対象】 服薬（多剤）ハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール（翌年6月）	4.51%	4.4%	4.3%	4.2%	4.1%	4.0%	3.9%
	2	服薬（睡眠薬）ハイリスク者の割合	【評価対象】 服薬（睡眠薬）ハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール（翌年6月）	1.48%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%

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	実施市町数	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	1	1	2	2	2	3	3
	2	対象者のうち、支援を行った人数・割合	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 1 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（服薬） 2 KDBシステム等を活用し、市町が地域における課題等を分析・把握し、個別訪問を実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会への事業周知・協力依頼 2 市町への支援 (1) 全体会議、市町ヒアリング、連携会議（3回/年度）や研修会等の実施。 (2) 必要に応じて資料等の提供 3 広域連合から市町への委託による事業実施 (1) 委託契約締結、実施計画書の提出、内容確認、事業実施方法等への助言。 (2) 実績報告において、実施内容・実績・評価状況の確認
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 1 国保連合会の支援・評価委員会への諮問（9月頃） 当年度の計画及び前年度実績を国保連合会の支援・評価委員会諮り助言等を受ける。 2 進捗状況確認（11月頃） (1) 事業の進捗状況を市町から報告 (2) 広域連合は進捗状況に応じて市町へのヒアリングを実施 3 実績報告（3月） 事業の実績を市町から報告。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 1 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（服薬） 2 広域連合は事業を円滑に推進するため、県や国保連合会等関係機関との連携を図る。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 広域連合の実施体制 担当職員：2名（事務職、保健師） (1) 企画調整職員、地域担当職員の人件費及びその他の経費を委託料として市町に支払う。 2 市町の実施体制 (1) 企画調整担当職員1名（佐賀市のみ2名）、地域担当職員（人数は市町毎に異なる） (2) 企画調整担当職員がKDBシステム等を活用し地域の課題等を分析する。 (3) 企画調整担当職員が分析した課題に基づいて抽出基準等を定める。 (4) 地域担当職員もしくは委託事業者による個別訪問を実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町連携会議や意見交換会等において実施体制上の課題の把握
	備考	

IV 個別事業 事業シート [高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業(糖尿病性腎症重症化予防)]

事業7 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業(糖尿病性腎症重症化予防)

事業の目的	糖尿病に罹患している高齢者について個別支援をおこない、糖尿病性腎症の重症化の予防を図る。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者 各市町の基準で抽出した対象者 例)抽出基準:抽出基準にはHbA1c、尿蛋白及びe-GFR等が用いられる。 実施方法 ・広域連合が市町に委託する一体的実施事業(糖尿病性腎症重症化予防)として実施 ・事業実施に際しては、県医師会や県、国保連合会等関係団体と連携を図る。 実施内容 各市町で異なる 例)対象者1人につき複数回訪問を実施し、初回訪問時からの指標の変化等で評価する。

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	重症化予防(コントロール不良者)ハイリスク者割合	【評価対象】コントロール不良者ハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】一体的実施・KDB活用支援ツール(翌年6月)	0.38%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
	2	重症化予防(糖尿病等治療中断者)ハイリスク者割合	【評価対象】糖尿病等治療中断者ハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】一体的実施・KDB活用支援ツール(翌年6月)	8.56%	8.0%	8.0%	7.5%	7.5%	7.0%	7.0%
	3	重症化予防(基礎疾患保有+フレイル)ハイリスク者割合	【評価対象】基礎疾患保有+フレイルハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】一体的実施・KDB活用支援ツール(翌年6月)	4.87%	4.5%	4.5%	4.5%	4.0%	4.0%	4.0%
	4	重症化予防(腎機能不良未受診者)ハイリスク者割合	【評価対象】腎機能不良未受診者ハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】一体的実施・KDB活用支援ツール(翌年6月)	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
	5	医療機関未受診者で受診勧奨した者のうち受診した人数・割合	【方法】実績報告で確認(翌年4月)	-	30%	30%	30%	50%	50%	50%
	6	治療中断者のうち健診または受診につながった者の数・割合	【方法】実績報告で確認(翌年4月)	-	30%	30%	30%	50%	50%	50%
	7	HbA1c8.0%以上の人数・割合	【方法】実績報告で確認(翌年4月)	-	40%	40%	35%	35%	30%	30%

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	実施市町数	【方法】実績報告で確認(翌年4月)	19	19	20	20	20	20	20
	2	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	【方法】実績報告で確認(翌年4月)	19	19	20	20	20	20	20
	3	対象者のうち、支援を行った人数の割合	【方法】実績報告で確認(翌年4月)	97.0%	97.0%	98.0%	98.0%	99.0%	99.0%	100.0%

プロセス(方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業(糖尿病性腎症重症化予防) KDBシステム等を活用し、市町が地域における課題等を分析・把握し、個別訪問を実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会への事業周知・協力依頼 市町への支援 <ol style="list-style-type: none"> ①全体会議、市町ヒアリング、連携会議(3回/年度)や研修会等の実施。 ②必要に応じて資料等の提供 広域連合から市町への委託による事業実施 <ol style="list-style-type: none"> ①委託契約締結、実施計画書の提出、内容確認、事業実施方法等への助言。 ②実績報告において、実施内容・実績・評価状況の確認
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 国保連合会の支援・評価委員会への諮問(9月頃) 当年度の計画及び前年度実績を国保連合会の支援・評価委員会諮り助言等を受ける。 進捗状況確認(11月頃) <ol style="list-style-type: none"> ①事業の進捗状況を市町から報告 ②広域連合は進捗状況に応じて市町へのヒアリングを実施 実績報告(3月) 事業の実績を市町から報告。
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業(糖尿病性腎症重症化予防) 広域連合は事業を円滑に推進するため、県や国保連合会等関係機関との連携を図る。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合の実施体制 担当職員:2名(事務職、保健師) <ol style="list-style-type: none"> ①企画調整職員、地域担当職員の人件費及びその他の経費を委託料として市町に支払う。 市町の実施体制 <ol style="list-style-type: none"> ①企画調整担当職員1名(佐賀市のみ2名)、地域担当職員(人数は市町毎に異なる) ②企画調整担当職員がKDBシステム等を活用し地域の課題等を分析する。 ③企画調整担当職員が分析した課題に基づいて抽出基準等を定める。 ④地域担当職員もしくは委託事業者による個別訪問を実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町連携会議や意見交換会等において実施体制上の課題の把握
	備考	

IV 個別事業 **事業シート** [高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（その他生活習慣病重症化予防）]
事業8 **高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（その他生活習慣病重症化予防）**

事業の目的	高血糖や高血圧症等の高齢者について個別支援をおこない、フレイルの悪化等の重症化の予防を図る。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者 各市町の基準で抽出した対象者 例) 抽出基準：抽出基準にはHbA1cや血圧値等が用いられる。 実施方法 ・広域連合が市町に委託する一体的実施事業（その他生活習慣病重症化予防）として実施 ・事業実施に際しては、県医師会や県、国保連合会等関係団体と連携を図る。 実施内容 各市町で異なる 例) 対象者1人につき複数回訪問を実施し、初回訪問時からの指標の変化等で評価する。

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	重症化予防（コントロール不良者）ハイリスク者割合	【評価対象】 コントロール不良者/ハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール（翌年6月）	0.38%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
	2	重症化予防（基礎疾患保有+フレイル）ハイリスク者割合	【評価対象】 基礎疾患保有+フレイル/ハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール（翌年6月）	4.87%	4.5%	4.5%	4.5%	4.0%	4.0%	4.0%
	3	医療機関未受診者で受診勧奨した者のうち受診した人数・割合	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	-	30%	30%	30%	50%	50%	50%
	4	治療中断者のうち健診または受診につながった者の数・割合	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	-	30%	30%	30%	50%	50%	50%
	5	収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上の者の割合	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	-	40%	40%	35%	35%	30%	30%

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	実施市町数	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	15	15	16	17	18	19	20
	2	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	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	15	15	16	17	18	19	20
	3	対象者のうち、支援を行った人数・割合	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	83.7%	84.0%	85.0%	85.0%	86.0%	86.0%	86.0%

プロセス(方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（その他重症化予防） KDBシステム等を活用し、市町が地域における課題等を分析・把握し、個別訪問を実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会への事業周知・協力依頼 市町への支援 (1) 全体会議、市町ヒアリング、連携会議（3回/年度）や研修会等の実施。 (2) 必要に応じて資料等の提供 広域連合から市町への委託による事業実施 (1) 委託契約締結、実施計画書の提出、内容確認、事業実施方法等への助言。 (2) 実績報告において、実施内容・実績・評価状況の確認
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 国保連合会の支援・評価委員会への諮問（9月頃） 当年度の計画及び前年度実績を国保連合会の支援・評価委員会諮り助言等を受ける。 進捗状況確認（11月頃） (1) 事業の進捗状況を市町から報告 (2) 広域連合は進捗状況に応じて市町へのヒアリングを実施 実績報告（3月） 事業の実績を市町から報告。
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（その他重症化予防） 広域連合は事業を円滑に推進するため、県や国保連合会等関係機関との連携を図る。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合の実施体制 担当職員：2名（事務職、保健師） (1) 企画調整職員、地域担当職員の人件費及びその他の経費を委託料として市町に支払う。 市町の実施体制 (1) 企画調整担当職員1名（佐賀市のみ2名）、地域担当職員（人数は市町毎に異なる） (2) 企画調整担当職員がKDBシステム等を活用し地域の課題等を分析する。 (3) 企画調整担当職員が分析した課題に基づいて抽出基準等を定める。 (4) 地域担当職員もしくは委託事業者による個別訪問を実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町連携会議や意見交換会等において実施体制上の課題の把握
	備考	

IV個別事業

IV 個別事業 事業シート [高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（健康状態不明者）]

事業9 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（健康状態不明者）

事業の目的	健康状態を把握し、必要な医療・介護サービス等につなげることで、生活習慣病の重症化や要介護状態となること及び要介護状態悪化の予防を図る。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者 各市町の基準で抽出した対象者 例) 抽出基準：健診・医療機関未受診及び介護サービスの利用がない者等が用いられる。 実施方法 ・広域連合が市町に委託する一体的実施事業（健康状態不明者）として実施 ・事業実施に際しては、県医師会や県、国保連合会等関係団体と連携を図る。 実施内容 各市町で異なる 例) 対象者1人につき複数回訪問を実施し、初回訪問時からの指標の変化等で評価する。

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	健康状態不明者の割合	【評価対象】 健康状態不明者に該当する者/被保険者数 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール（翌年6月）	1.26%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%

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	実施市町数	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	16	16	17	17	18	19	20
	2	対象者のうち、支援を行った人数、割合	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	94.5%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%

プロセス(方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（健康状態不明者） KDBシステム等を活用し、市町が地域における課題等を分析・把握し、個別訪問を実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会への事業周知・協力依頼 市町への支援 ①全体会議、市町ヒアリング、連携会議（3回/年度）や研修会等の実施。 ②必要に応じて資料等の提供 広域連合から市町への委託による事業実施 ①委託契約締結、実施計画書の提出、内容確認、事業実施方法等への助言。 ②実績報告において、実施内容・実績・評価状況の確認
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 国保連合会の支援・評価委員会への諮問（9月頃） 当年度の計画及び前年度実績を国保連合会の支援・評価委員会諮り助言等を受ける。 進捗状況確認（11月頃） ①事業の進捗状況を市町から報告 ②広域連合は進捗状況に応じて市町へのヒアリングを実施 実績報告（3月） 事業の実績を市町から報告。
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（健康状態不明者） 広域連合は事業を円滑に推進するため、県や国保連合会等関係機関との連携を図る。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合の実施体制 担当職員：2名（事務職、保健師） ①企画調整職員、地域担当職員の人件費及びその他の経費を委託料として市町に支払う。 市町の実施体制 ①企画調整担当職員1名（佐賀市のみ2名）、地域担当職員（人数は市町毎に異なる） ②企画調整担当職員がKDBシステム等を活用し地域の課題等を分析する。 ③企画調整担当職員が分析した課題に基づいて抽出基準等を定める。 ④地域担当職員もしくは委託事業者による個別訪問を実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町連携会議や意見交換会等において実施体制上の課題の把握
	備考	

IV 個別事業 事業シート [高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（通いの場への積極的関与）]

事業10 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業（通いの場への積極的関与）

事業の目的	高齢者が健康教育等を通じて、健康的な生活様式やフレイル予防に関心を持ち、自立した生活ができる期間の延長及び生活の質（QOL）の維持・向上を図る。
事業の概要	<ol style="list-style-type: none"> 対象者 被保険者（通いの場への参加者） 実施方法 ・広域連合が市町に委託する一体的実施事業（ポピュレーションアプローチ）として実施 ・事業実施に際しては、県医師会や県、国保連合会等関係団体と連携を図る。 実施内容 通いの場等で各市町の健康課題（低栄養、口腔、フレイル予防、骨折予防等）に応じ、健康教育・健康相談等を実施する。必要に応じて地域支援事業等、他のサービスに繋ぐ。

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	身体的フレイルハイリスク者の割合	【評価対象】 身体的フレイルハイリスクに該当する者/被保険者数 【方法】 一体的実施・KDB活用支援ツール（翌年6月）	3.73%	3.7%	3.6%	3.5%	3.4%	3.3%	3.2%
	2	骨折件数の割合	【評価対象】 骨折レセプト件数（5月診療）/被保険者数 【方法】 疾病別分類統計状況より算出	0.68%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%

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	健康教育・健康相談を実施する市町数	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	19	19	20	20	20	20	20
	2	フレイル状態の把握を実施する市町数	【方法】 実績報告で確認（翌年4月）	18	18	19	20	20	20	20

プロセス (方法)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（ポピュレーションアプローチ） KDBシステム等を活用し、市町が地域における課題等を分析・把握し、通いの場等で健康教育等を実施する。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会への事業周知・協力依頼 市町への支援 (1)全体会議、市町ヒアリング、連携会議（3回/年度）や研修会等の実施。 (2)必要に応じて資料等の提供 広域連合から市町への委託による事業実施 (1)委託契約締結、実施計画書の提出、内容確認、事業実施方法等への助言。 (2)実績報告において、実施内容・実績・評価状況の確認
	実施後のフォロー・モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 国保連合会の支援・評価委員会への諮問（9月頃） 当年度の計画及び前年度実績を国保連合会の支援・評価委員会諮り助言等を受ける。 進捗状況確認（11月頃） (1)事業の進捗状況を市町から報告 (2)広域連合は進捗状況に応じて市町へのヒアリングを実施 実績報告（3月） 事業の実績を市町から報告。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合が市町に委託して実施する一体的実施事業（ポピュレーションアプローチ） 広域連合は事業を円滑に推進するため、県や国保連合会等関係機関との連携を図る。
	実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 広域連合の実施体制 担当職員：2名（事務職、保健師） (1)企画調整職員、地域担当職員の人件費及びその他の経費を委託料として市町に支払う。 市町の実施体制 (1)企画調整担当職員1名（佐賀市のみ2名）、地域担当職員（人数は市町毎に異なる） (2)企画調整担当職員がKDBシステム等を活用し地域の課題等を分析する。 (3)企画調整担当職員が分析した課題に基づいて抽出基準等を定める。 (4)地域担当職員もしくは委託事業者による個別訪問を実施する。
	実施後のフォロー・モニタリング	市町連携会議や意見交換会等において実施体制上の課題の把握
	備考	

IV 個別事業 事業シート [ジェネリック医薬品普及事業]

事業11 ジェネリック医薬品普及事業

事業の目的	ジェネリック医薬品の普及を促進し、被保険者の自己負担の軽減や医療給付費（調剤）の適正化を図る。
-------	---

事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品差額通知の発送 <ol style="list-style-type: none"> 対象者 先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えた場合に、薬代の自己負担額が月に100円以上軽減すると見込まれる被保険者 実施方法 広域連合が佐賀県国民健康保険連合会に委託して実施 実施内容 年2回（7月・1月）自己負担軽減額見込みを記載した通知書の送付。 ジェネリック医薬品希望シールの作成・貼付 <ol style="list-style-type: none"> 対象者 被保険者 実施方法 佐賀県薬剤師会と連携して実施 実施内容 <ol style="list-style-type: none"> 被保険者証の交付（更新）等にあわせて希望シールを配布。 県薬剤師会と連携し、保険薬局で希望者に対しお薬手帳への希望シールの貼付を実施。 市町において被保険者証の交付の際等に希望シールを貼付する。
-------	---

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	ジェネリック医薬品数量シェア	【方法】 国保連より提供資料（翌年6月）	83.4%	84.8%	86.2%	87.6%	89.0%	90.4%	91.8%
	2	ジェネリック医薬品金額シェア	【評価対象】 後発医薬品の金額(薬価ベース)/ 後発医薬品の金額(薬価ベース) +後発医薬品のある先発品の金額(薬価ベース)	—	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%

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	差額通知発送通数	【方法】 年度末時点の発送通数	19,901通 (R4実績)	18,500	17,000	15,500	14,000	12,500	11,000

プロセス（方法）	概要	1 広域連合が国保連合会に差額通知の作成を委託して実施 2 県薬剤師会と連携し、保険薬局でジェネリック医薬品を希望する被保険者のお薬手帳に希望シールを貼付する。
	実施内容	1 差額通知 (1) 広域連合と国保連合会が差額通知作成業務委託契約を締結 (2) 差額通知書の作成・発送（年2回：7月・1月） 2 希望シール貼付 (1) 広域連合と県薬剤師会が連携 (2) 広域連合が指名競争入札により希望シール作成業者を選定（4月） (3) 希望シールの納品後、県薬剤師会及び市町において希望シールの貼付を実施（7月～9月頃）
	実施後のフォロー・モニタリング	1 差額通知の効果額（7月発送分：翌年6月、1月発送分：翌年12月） 2 県薬剤師会に所属する保険薬局にアンケートを実施し、希望シール貼付数確認（10月）
	備考	

ストラクチャー（体制）	概要	1 広域連合が国保連合会に差額通知の作成を委託して実施 2 県薬剤師会と連携し、保険薬局でジェネリック医薬品を希望する被保険者のお薬手帳に希望シールを貼付する。
	実施内容	1 広域連合の実施体制 担当者：1名（事務職） (1) 国保連合会に差額通知の作成を委託し、納品後に広域連合が被保険者へ発送する。 (2) 業者委託により希望シールを作成する。 2 県薬剤師会の実施体制 県薬剤師会に所属する保険薬局で希望シールの貼付を実施する。 3 市町の実施体制 被保険者証の交付の際に、希望シールの貼付を実施する。 4 国保連合会の実施体制 (1) 通知作成業務を受託し、再委託により差額通知を作成する。 (2) ジェネリック医薬品の数量シェア割合を広域連合へ報告する。
	実施後のフォロー・モニタリング	1 県薬剤師会へ希望シールの貼付について協力依頼（5月） 2 県薬剤師会へアンケート集計結果報告及び次年度協力依頼（10月）
	備考	

IV 個別事業 **事業シート [重複服薬等対策事業]**

事業12 重複服薬等対策事業

事業の目的	重複服薬等による薬物有害事象の発生を防止し、医薬品の適正使用を推進することで、被保険者の健康維持と医療費の適正化を図る。
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬通知の発送 <ol style="list-style-type: none"> 1 対象者 <ol style="list-style-type: none"> (1) 重複服薬：同一月に薬効が同じ医薬品を複数の医療機関から処方されたことがある被保険者 (2) 併用禁忌：医療機関で処方された薬剤を併用して服用することで飲み合わせの問題が発生する恐れのある被保険者 (3) 多剤服薬：同一月に複数の医療機関から処方されている医薬品の種類が計12種類以上となる被保険者 ※ (1)及び(2)は、その状態に継続性が認められる場合 2 実施方法 広域連合が業者委託にて実施 3 実施内容 重複、多剤及び併用禁忌の服薬が疑われる対象者を抽出し、通知を送付しかかりつけ医及びかかりつけ薬局への相談を勧奨する。 ・個別訪問 <ol style="list-style-type: none"> 1 対象者 服薬通知の対象となった者のうち、有害事象の発生のおそれがある併用禁忌等の服薬が疑われる被保険者 2 実施方法 広域連合所属の保健師が個別訪問にて実施 3 実施内容 服薬に関する相談及び受診勧奨を行う。

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	重複服薬・多剤服薬の割合	【方法】 KDBシステムから抽出	4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.1%	4.0%

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	服薬状況の改善率	【評価対象】 通知時対象者数－評価時対象者数/通知時対象者数 【方法】 業務報告書	49.9%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

プロセス (方法)	概要	1 広域連合が業者に委託し、服薬通知を送付する。 2 広域連合が服薬通知対象者の中から対象者を抽出し個別訪問による相談及び受診勧奨を実施する。
	実施内容	1 服薬通知 (1) 業者選定 (2) 業者と委託契約締結（4月） (3) 国保連合会とサポート業務委託契約（4月） (4) 服薬通知等の内容確認（県医師会・県薬剤師会へ意見聴取） (5) 業者による服薬通知の発送（9月） (6) 医療機関等での相談受付（県薬剤師会は相談件数を国保連へ報告） (7) 受託業者は広域連合へ業務報告書を提出（3月） 2 個別訪問 (1) 服薬通知対象者から個別訪問対象者を選出 (2) 広域連合の職員（事務職及び保健師）で訪問実施
	実施後のフォロー・モニタリング	業者から広域連合へ業務報告書を提出し業務内容の検査確認を実施（3月）
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	1 広域連合が業者に委託し、服薬通知を送付する。 2 広域連合が服薬通知対象者の中から対象者を抽出し個別訪問による相談及び受診勧奨を実施する。
	実施内容	1 広域連合の実施体制 担当者2名（事務職・保健師） (1) 業務委託関係事務 (2) 個別訪問 2 受託業者の実施体制 服薬通知対象者をレセプトデータから抽出し、通知を発送する。 3 関係機関の実施体制 (1) 県医師会及び県薬剤師会は通知対象者の抽出条件や通知対象者の選定等に対し助言を行う。 (2) 県医師会及び県薬剤師会は服薬通知対象者からの服薬に関する相談等に協力する。 (3) 国保連合会は県薬剤師会との協議の場を設けるほか、相談件数等の集計を行う。
	実施後のフォロー・モニタリング	県医師会、県薬剤師会へ事業報告及び協力依頼（3月）
	備考	

IV個別事業

IV 個別事業 事業シート [重複・頻回受診対策事業]

事業13 重複・頻回受診対策事業

事業の目的 重複・頻回が認められる被保険者に対し相談勧奨及び受診指導を行い、被保険者の適正受診につなげる。

事業の概要
 1 対象者
 (1) 重複受診者
 同一疾病名の受診（治療等）が2医療機関以上ある月が3か月連続している者
 (2) 頻回受診者
 同一医療機関での診療回数が15回以上ある月が3か月連続している者
 ※ (1)・(2)とも入院、人工透析患者等は除く。
 2 実施方法
 広域連合が業者委託にて実施
 3 実施内容
 重複・頻回傾向にある受診者に対し、適正受診につなげることを目的に個別訪問による健康指導を実施する。

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	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	改善率	【評価対象】 何らかの改善が見られた者/対象者 【方法】 業務報告書	65.7%	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上	65.0%以上

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	該当者出現率	【評価対象】 訪問対象者数/判断基準該当者数 【方法】 業務報告書	0.59%	0.57%	0.55%	0.53%	0.51%	0.49%	0.47%

プロセス(方法)	概要	広域連合が業者に委託して実施
	実施内容	1 広域連合から業者へ委託 (1)指名競争入札により委託業者決定(4月) (2)広域連合と業者で業務委託契約締結(4月) 2 対象者の選定 (3)広域連合が選定基準該当者を抽出し、業者へ提供(4月) (4)受託業者が選定基準該当者のレセプトを確認し、訪問候補者を選定(6月) 3 受託業者による個別訪問指導の実施(7月~9月) 4 受託業者による効果検証実施
	実施後のフォロー・モニタリング	1 訪問実施後3か月間の受診状況をレセプトにより確認する。 2 受託業者から業務完了報告書を提出し、広域連合が検査確認を実施(3月)
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	広域連合が業者に委託して実施
	実施内容	1 広域連合の実施体制 担当者：2名(事務職・保健師) (1)業務委託契約事務 (2)対象者データ等の抽出 2 委託業者の実施体制 庶務担当者：2名程度(契約事務等の広域連合との調整) レセプト確認：2名程度(訪問対象者の選出対応) 訪問担当者：15名程度(保健師・管理栄養士・看護師等の専門職) 3 関係機関等 県医師会：受診勧奨後の指導等への協力
	実施後のフォロー・モニタリング	業者から広域連合へ業務報告書を提出し業務内容の検査確認を実施(3月)
	備考	

V その他	
データヘルス計画の評価・見直し	<ol style="list-style-type: none"> 1 評価方法・体制 PDCAサイクルの考え方にもとづく内部評価に加え、広域連合に設置する運営懇話会及び佐賀県国民健康保険団体連合会に設置する保健事業支援・評価委員会による外部評価を実施する。 2 評価の時期 内部評価は毎年度、外部評価は計画期間の中間年度である令和8年度（中間評価）及び最終年度となる令和11年度（最終評価）に実施する。 3 計画の見直し 国や佐賀県等が定める各種計画等との整合性を図り、中間評価及び最終評価後にパブリックコメントを実施し、必要に応じて本計画の内容を見直す。
データヘルス計画の公表・周知	<p>計画の策定・見直し及び計画に掲げた目標の進捗・成果に関する評価の結果について、広域連合のホームページで公表する。</p>
個人情報の取扱い	<p>本計画の実施に当たっては、健康診査結果情報や医療情報等、秘匿性の高い個人情報を取り扱うことから、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）を遵守し、個人情報の保護に万全を期すよう努める。</p> <p>また、広域連合が計画の見直しや事業の実施にあたり、業務委託等を行う場合は、受託業者に対し、適切な監督・指導等を行い、個人情報の保護に努める。</p>
地域包括ケアに係る取組	<p>後期高齢者は、介護保険サービスを利用する被保険者が多いという特性を踏まえ、KDBシステム等を活用して要介護者の疾病状況等を抽出し、各市町や地域の医療・介護関係者と情報を共有することでその取組を支援・協力する。</p>
その他留意事項	



佐賀県いきいき長寿の合言葉

思いを一つに **か** **ち** **が** **ら** **す**

か ならず持とう お薬手帳

ち かくて安心 かかりつけ

が ばいよか毎年健診 健康確認

ら くに負担を ジェネリック

す きなこと挑戦しよう

佐賀県後期高齢者医療広域連合

〒840-0201

佐賀市大和町大字尼寺1870番地 佐賀市大和支所3階

TEL (0952) 64-8476 FAX (0952) 62-0150

ホームページ <https://www.saga-kouiki.jp/>

メールアドレス info@saga-kouiki.jp

