

# 青森県後期高齢者医療 データヘルス計画（第2期） 【概要版】

青森県後期高齢者医療広域連合

平成30年2月



## 目次

<b>第1章</b>	<b>計画策定について</b>	
	1. 背景・目的	1
	2. 基本方針	1
	3. データヘルス計画の位置づけ	2
	4. 計画期間	2
	5. 関係者が果たすべき役割	2
	6. 第1期データヘルス計画の取り組みの考察	3
<b>第2章</b>	<b>現状と課題把握</b>	
	(1)分析結果	7
	(2)データ分析に基づく現状	11
	(3)データ分析に基づく課題と対策	12
<b>第3章</b>	<b>保健事業実施の目的・目標</b>	
	データヘルス計画の目的・目標の設定	13
<b>第4章</b>	<b>データヘルス計画の推進</b>	
	1. 保健事業の展開におけるイメージ	14
	2. 保健事業の進め方	15
	3. 保健事業実施体制	16
<b>第5章</b>	<b>データヘルス計画の展開</b>	
	保健事業の今後の展開	17
<b>第6章</b>	<b>データヘルス計画の評価・見直し及び周知</b>	
	1. データヘルス計画の評価	21
	2. データヘルス計画の見直し	21
	3. 計画の公表・周知	21
	4. 運営上の留意事項	21

# 第1章 計画策定について

## 1. 背景・目的

後期高齢者医療広域連合(以下、「広域連合」という。)は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第125条第1項に基づき、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援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に努めなければならないとされています。

また、国においては、平成25年6月14日に「日本再興戦略」が閣議決定され、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

これに伴い、当広域連合においても被保険者の健康寿命を延伸し、それぞれの被保険者の生活の質(QOL)が維持できるよう、国の方針等に基づき、健康診査の結果やレセプト等のデータによる現状分析を行い、それらから見えてきた課題等に対応した保健事業の推進を図るため、平成27年3月に平成29年度までの3ヶ年を計画期間とした「保健事業推進計画(第1期データヘルス計画)」を策定しました。

さらに、「日本再興戦略2016」(平成28年6月2日閣議決定)では、「データヘルス計画を通じた企業や保険者等による健康・予防に向けた取組を強化する。」こととされました。

このような背景を踏まえ、改めて直近(平成28年度)のレセプトデータ等の分析を行うとともに、第1期データヘルス計画の評価・検証を行い、そこから見えてきた新たな課題に対応した保健事業を推進するため、第2期データヘルス計画を策定し、被保険者の「健康寿命の延伸」及び「医療費の適正化」を図るものです。

## 2. 基本方針

1. 疾病ごとの医療費比較、高額レセプトの発生状況や発生元となる疾病の把握を行い、潜在する課題を明確にします。
2. 明確となった課題に対する、「短期的な対策」・「中長期的な対策」を検討します。さらに、費用対効果の高い集団を特定し、PDCAサイクルにより、取り組みを循環させ、事業の進行管理を実施します。
3. 即効性がある短期的事業と、将来の大きな医療費削減に繋がる中・長期的な事業を本県の実状に合わせて、効率よく実施します。
4. 実施する事業に対する明確な目標を設定します。また、この目標を達成するための効果的な実施方法を、明示します。さらに、事業実施後の効果測定方法についても記載します。

### 3. データヘルス計画の位置づけ

---

「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第2次))」に示された基本方針を踏まえるとともに、県の健康増進計画である「健康あおもり21(第2次)」及び「青森県医療費適正化計画(第三期)」との整合性を図るとともに、「青森県後期高齢者医療広域連合第3次広域計画」、市町村の「健康増進計画」、市町村国民健康保険の「保健事業実施計画」、市町村の「介護保険事業計画」等の関係する計画と調和が保たれたものとします。

### 4. 計画期間

---

この計画の期間は、平成30年度から平成35年度までの6年間とします。

### 5. 関係者が果たすべき役割

---

- (1) 広域連合は、レセプトデータや健診データ、KDBデータ等を活用し、健診・医療情報の詳細な分析を行います。また、学識経験者、医師会・歯科医師会・薬剤師会等の保険医療機関、各保険者代表等で構成する「青森県後期高齢者医療広域連合運営懇談会」及び県や国保連合会、県内6医療圏域の市町村の代表者等で構成する「青森県後期高齢者医療広域連合政策推進会議」を通じて、幅広く助言等をいただき、本計画を策定するとともに、各種保健事業の評価・見直しを行っていきます。
- (2) 市町村は、被保険者にとって最も身近な立場にあり、その地域の実状態等について詳しいことから、各種訪問指導事業等を主体的に実施します。
- (3) 市町村との連携を図るため、広域連合事務局、市町村の後期高齢担当課、健康づくり担当課、介護予防事業担当課の各課長を構成員とする「青森県後期高齢者医療保健事業推進検討会議」及び6医療圏域ごとに設置している「青森県後期高齢者医療保健事業推進検討会議圏域部会」を活用し、協調して事業を実施します。

## 6. 第1期データヘルス計画の取り組みの考察

### 第1期データヘルス計画の各事業達成状況

		実施年度	事業名	事業実施主体	事業目的
健康診査事業	①	平成20年度から	医科健康診査事業	市町村	被保険者の生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図ります。
	②	平成27年度から	歯科健康診査事業	市町村	被保険者の口腔機能低下による嚥下性肺炎等の予防を図ります。
保健指導事業 (訪問指導)	③	平成28年度から	健診異常値放置者受診勧奨事業	市町村	健診異常値を放置している者に対し、医療機関への受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。
	④	平成28年度から	生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	市町村	生活習慣病の治療を中断している者に対し、医療機関への受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。
	⑤	平成28年度から	脳梗塞の発症予防事業	市町村	脳卒中は、要介護者となる主な原因であるため、未然に発病を予防することでQOLの低下の防止を図ります。
	⑥	平成23年度から	受診行動適正化指導事業(重複・頻回受診、重複服薬)	市町村	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少を図り、適正な受診行動に導きます。
	⑦	平成28年度から	糖尿病治療中断者受診勧奨事業	市町村	糖尿病の治療を中断している者に対し、医療機関への受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。
	⑧	平成29年度から	糖尿病性腎症重症化予防事業	市町村	糖尿病性腎症患者の重症化を予防し、新規人工透析患者の減少を図ります。

(評価)

5 : 目標達成

2 : 悪化している

4 : 改善している

1 : 評価できない

3 : 横ばい

実施内容	目標値 (平成29年度末)	達成状況 (平成28年度)	評価	課題及び考察
広域連合と市町村が委託契約を結び、県内の全被保険者を対象とし、市町村が実施しました。市町村から対象者に対し、受診券の送付等の様々な取組を行い、広域連合は受診率向上のためのアドバイス、財政的サポートを行いました。	受診率 25%以上	受診率 23.97%	4	受診率は上昇傾向にありますが、目標は達成できませんでした。要因として、健診実施体制や未受診者への取組が不十分であったこと等が考えられます。今後も継続して健診受診率向上を目指していきます。
広域連合と市町村が委託契約を結び、県内の全被保険者を対象とし、市町村が実施しました。市町村から対象者に対し、受診券の送付等の様々な取組を行い、広域連合は受診率向上のためのアドバイス、財政的サポートを行いました。	全市町村(40市町村)による実施	実施市町村数 7市町村 (29年度は9市町村の予定)	4	実施市町村数は上昇傾向にありますが、目標は達成できませんでした。未実施市町村の状況を把握し、実施に向けた支援を行っていきます。また、青森県歯科医師会と連携を図り、市町村が取り組みやすい環境を整えていきます。
広域連合は、健診受診後、その結果に異常値があるにもかかわらず医療機関受診が確認できない者を特定リストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供しました。市町村は自市町村の保健師で事業を実施し、受診勧奨や健康相談等を行いました。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助しました。	6医療圏域の各圏域内で1市1町1村による実施	実施市町村数 14市町村 (29年度は27市町村の予定)	5	目標は達成されました。H28は実施時期が年度後半のため、実施困難な市町村が多い結果となりましたが、H29は計画的に実施できました。今後は、未実施市町村が実施できるよう実状に応じた支援を行っていきます。
広域連合は、過去に生活習慣病で定期受診をしていましたが、その後、定期受診を中断した者を特定リストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供しました。市町村は自市町村の保健師で事業を実施し、受診勧奨や健康相談等を行いました。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助しました。	6医療圏域の各圏域内で1市1町1村による実施	実施市町村数 10市町村 (29年度は20市町村の予定)	5	目標は達成されました。H28は実施時期が年度後半のため、実施困難な市町村が多い結果となりましたが、H29は計画的に実施できました。今後は、未実施市町村が実施できるよう実状に応じた支援を行っていきます。
広域連合は、過去に一過性脳虚血発作の疾病記載があり、且つ脳梗塞の疾病記載が無い者を特定リストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供しました。市町村は自市町村の保健師で事業実施し、生活習慣の見直しなど訪問指導・健康相談を行いました。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助しました。	6医療圏域の各圏域内で1市1町1村による実施	実施市町村数 12市町村 (29年度は20市町村の予定)	5	目標は達成されました。H28は実施時期が年度後半のため、実施困難な市町村が多い結果となりましたが、H29は計画的に実施できました。今後は、未実施市町村が実施できるよう実状に応じた支援を行っていきます。
広域連合は、医療機関への重複受診者・頻回受診者、重複して服薬している者を特定リストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供しました。市町村は自市町村の保健師で事業実施し、適正な医療機関へのかかり方について訪問指導や健康相談を行いました。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助しました。	6医療圏域の各圏域内で1市1町1村による実施	実施市町村数 8市町村 (29年度は24市町村の予定)	5	目標は達成されました。H28は実施時期が年度後半のため、実施困難な市町村が多い結果となりましたが、H29は計画的に実施できました。今後は、未実施市町村が実施できるよう実状に応じた支援を行っていきます。
28年度は、対象者に対し広域連合が受診勧奨通知を送付。29年度は、市町村主体の訪問指導に切り替えました。広域連合は、過去に糖尿病で定期受診をしていましたが、その後、定期受診を中断した者を特定リストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供しました。市町村は自市町村の保健師で事業実施し、受診勧奨や健康相談等を行いました。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助しました。	対象者への通知 ↓ 訪問指導へ変更 (6医療圏域の各圏域内で1市1町1村による実施)	通知件数 2,877件 (29年度は5市町村の予定)	4	目標は達成できませんでした。要因としては、H29は年度途中で事業形態を勧奨通知の発送から訪問指導に変更したためと考えられます。今後は、未実施市町村が実施できるよう実状に応じた支援を行っていきます。
広域連合と市町村が委託契約を結び、各市町村の重症化予防プログラムに沿って実施します。広域連合は、ステージ毎の対象者を特定リストを作成。その他健診等の必要な情報を市町村へ提供します。かかりつけ医・専門医のアドバイスを受け、市町村の保健師・栄養士等による電話・訪問指導を行います。広域連合は円滑な事業実施に資するよう助言・財政的サポートを行います。	2市町村で実施 (西目屋村、三戸町)	— (29年度から実施予定)	5	目標は達成されました。今後は、平成29年度の実施状況を検証し、実施市町村の拡充を目指します。

	実施年度	事業名	事業実施主体	事業目的
高齢者の低栄養防止・重症化予防事業	⑨ 平成27年度から	フレイル対策事業	市町村	高齢者の特性に応じた栄養指導や口腔指導を行い、生活機能の維持・向上を図ります。
医療費適正化事業	⑩ 平成25年度から	ジェネリック医薬品差額通知事業	広域連合	ジェネリック医薬品へ切り替えることで自己負担額が安くなること、また国が先発医薬品と同等の効能があることを認めた医薬品であることを周知し、切り替えを促し、医療費の削減を図ります。
	⑪ 平成29年度から	薬剤併用禁忌防止啓発事業	広域連合	かかりつけ薬局を持つこと、お薬手帳を1冊にまとめることを啓発し、併用禁忌となる薬剤が処方されていることを周知し、健康被害等の抑制を図ります。
(長寿健康増進事業) 特別対策補助金	⑫ 平成20年度から	健康教育・健康相談	市町村	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。
	⑬ 平成20年度から	運動・健康施設等利用助成	市町村	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。
	⑭ 平成20年度から	社会参加活動運営費助成	市町村	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。
	⑮ 平成20年度から	人間ドック・脳ドック等助成	市町村	被保険者の疾病の早期発見により重症化を防ぎます。
	⑯ 平成20年度から	その他(はり・きゅうマッサージ等)	市町村	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。
	⑰ 平成20年度から	柔道整復にかかる適正化	市町村	療養費の適正化を図ります。

(評価)

5 : 目標達成                      2 : 悪化している  
4 : 改善している                1 : 評価できない  
3 : 横ばい

実施内容	目標値 (平成29年度末)	達成状況 (平成28年度)	評価	課題及び考察
市町村は、要介護状態等の在宅高齢者を対象に、歯科医や歯科衛生士等の専門職が、嚥下等口腔機能低下など予防するため訪問歯科健診を行いました。	実施市町村数の維持又は増加	2市町村 青森市、西目屋村	3	実施市町村数は2市町村と横ばいでした。 今後は、実施内容の充実を図るとともに、未実施の市町村が実施できるよう実状に応じた支援を行っていきます。
広域連合は、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の者を特定し、ジェネリック医薬品への切り替えを促すため、啓発文書を送付しました。 27、28年度は年2回送付。	年3回実施 使用割合 60%以上	年2回実施 通知件数 31,655件 使用割合 66.1%	5	目標は達成されました。 しかし、国の目標が、平成32年9月までに使用割合80%であることから、随時、目標値の見直しを行い、使用割合向上のための取り組みを検討していきます。
広域連合は、薬剤併用禁忌の発生状況を把握し、その対象者へお薬手帳を一冊にまとめること、かかりつけ薬局を持つことを啓発する文書を送付しました。 29年度は年1回送付。	年1回送付	—	5	平成29年度の実施状況を検証し、その結果を踏まえて取り組みの充実を検討していきます。
市町村は、被保険者を対象に、健康教育・健康相談等に関する情報等が記載されたカレンダー等作成・配布し、広域連合はその経費を補助しました。	実施市町村数の維持又は増加	5市町村 八戸市、むつ市、 平川市、鱒ヶ沢 町、西目屋村	3	実施市町村数は横ばいでした。 今後も、事業継続できるよう、実状に応じた支援を行っていきます。
市町村は、被保険者を対象に、各種運動施設、健康施設等を利用とする場合の利用券等を交付し、広域連合はその経費を補助しました。	実施市町村数の維持又は増加	2市町村 八戸市、西目屋村	3	実施市町村数は横ばいでした。 今後も、事業継続できるよう、実状に応じた支援を行っていきます。
市町村は、被保険者を対象に、スポーツ・社会参加活動・健康まつり等を開催し、広域連合は各種行事等の運営費用を補助しました。	実施市町村数の維持又は増加	1市町村 八戸市	3	実施市町村数は横ばいでした。 今後も、事業継続できるよう、実状に応じた支援を行っていきます。
市町村は、被保険者を対象に、人間ドック等を実施し、受診した場合の自己負担分を除く費用を広域連合が補助しました。	実施市町村数の維持又は増加	8市町村 青森市、八戸市、 十和田市、鶴田 町、おいらせ町、三 戸町、階上町、新 郷村	4	実施市町村数は2市町村増加し、改善されました。 今後は、未実施の市町村が実施できるよう実状に応じた支援を行っていきます。
市町村は、被保険者を対象に、はり・きゅうマッサージ等の施術券を交付し、広域連合はその経費を補助しました。	実施市町村数の維持又は増加	2市町村 弘前市、八戸市	3	実施市町村数は横ばいでした。 今後も、事業継続できるよう、実状に応じた支援を行っていきます。
市町村は、被保険者を対象に、柔道整復に係る療養費の適正化に関するパンフレット等を作成し、広域連合はその経費を補助しました。	実施市町村数の維持又は増加	2市町村 青森市、大鰐町	3	実施市町村数は横ばいでした。 今後も、事業継続できるよう、実状に応じた支援を行っていきます。

## 第2章 現状と課題把握

### (1)分析結果

#### 【疾病大分類別】

##### ●医療費が高い疾病

#### 医療費

1位	循環器系の疾患	32,511,830,184 円
2位	筋骨格系及び結合組織の疾患	17,763,800,367 円
3位	新生物<腫瘍>	15,408,649,109 円

##### ●患者数が多い疾病

#### 患者数

1位	循環器系の疾患	178,640 人
2位	消化器系の疾患	166,511 人
3位	内分泌、栄養及び代謝疾患	148,252 人

##### ●患者一人あたりの医療費が高額な疾病

#### 患者一人あたりの医療費

1位	循環器系の疾患	181,996 円
2位	新生物<腫瘍>	161,806 円
3位	腎尿路生殖器系の疾患	154,118 円

#### 【疾病中分類別】

##### ●医療費が高い疾病

#### 医療費

1位	腎不全	10,002,181,387 円
2位	その他の心疾患	9,388,931,479 円
3位	高血圧性疾患	8,530,673,769 円

##### ●患者数が多い疾病

#### 患者数

1位	高血圧性疾患	149,255 人
2位	その他の消化器系の疾患	130,420 人
3位	糖尿病	101,356 人

##### ●患者一人あたりの医療費が高額な疾病

#### 患者一人あたりの医療費

1位	白血病	551,647 円
2位	知的障害<精神遅滞>	430,996 円
3位	腎不全	417,785 円

**【高額(5万円以上)レセプトの件数と割合】**

●高額レセプト件数

高額レセプト件数	56,930 件
高額レセプト件数割合	1.0 %
高額レセプト医療費割合	32.3 %

●高額レセプト発生患者の疾病傾向

患者一人あたりの医療費順(中分類)

患者一人あたりの医療費

1位	腎不全	5,360,812 円
2位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	5,001,146 円
3位	肩の障害<損傷>	4,852,763 円

**【健診異常値放置者の状況】**

健診異常値放置者数	2,319 人
-----------	---------

**【生活習慣病治療中断者の状況】**

生活習慣病治療中断者数	1,081 人
-------------	---------

**【糖尿病性腎症発症者の状況】**

人工透析患者数	2,213 人
(Ⅱ型糖尿病起因患者数)	1,219 人

**【医療機関受診の状況】**

重複受診者数	2,745 人
頻回受診者数	7,031 人
重複服薬者数	8,727 人

### 【ジェネリック医薬品普及率の状況】

ジェネリック医薬品普及率(数量割合)	66.3 %
--------------------	--------

### 【薬剤併用禁忌の状況】

薬剤併用禁忌対象者数	7,814 人
------------	---------

### 【服薬の状況】

長期多剤服薬者数	51,025 人
----------	----------

### 【疾病大分類別】

#### ●医療費が高い疾病

			医療費
平成 26 年度	1位	循環器系の疾患	32,780,469,731 円
	2位	筋骨格系及び結合組織の疾患	16,965,565,709 円
	3位	腎尿路生殖器系の疾患	13,788,213,399 円
平成 28 年度	1位	循環器系の疾患	32,511,830,184 円
	2位	筋骨格系及び結合組織の疾患	17,763,800,367 円
	3位	新生物<腫瘍>	15,408,649,109 円

### 【疾病中分類別】

#### ●医療費が高い疾病

			医療費
平成 26 年度	1位	腎不全	9,285,102,050 円
	2位	高血圧性疾患	9,268,568,534 円
	3位	その他の心疾患	8,255,777,509 円
平成 28 年度	1位	腎不全	10,002,181,387 円
	2位	その他の心疾患	9,388,931,479 円
	3位	高血圧性疾患	8,530,673,769 円

**【高額(5万点以上)レセプトの件数と割合】**

平成 26 年度	高額レセプト件数	51,558 件
	高額レセプト件数割合	1.0 %
	高額レセプト医療費割合	30.3 %
平成 28 年度	高額レセプト件数	56,930 件
	高額レセプト件数割合	1.0 %
	高額レセプト医療費割合	32.3 %

● 高額レセプト発生患者の疾病傾向  
患者1人あたりの医療費順(中分類)

		患者1人あたりの医療費順(中分類)	患者1人あたりの医療費
平成 26 年度	1位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	5,913,713 円
	2位	白血病	5,811,261 円
	3位	腎不全	5,229,716 円
平成 28 年度	1位	腎不全	5,360,812 円
	2位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	5,001,146 円
	3位	肩の障害<損傷>	4,852,763 円

**【ジェネリック医薬品普及率 数量割合】**

	平成26年度	平成28年度
ジェネリック医薬品普及率	58.1 %	66.3 %

## (2) データ分析に基づく現状

分 類	現 状
医療データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>●1人あたり医療費は年々増加傾向にあります。</li> <li>●高額レセプトの医療費や件数は増加傾向にあります。</li> <li>●疾病大分類別の「医療費が高い疾病」、「患者数が多い疾病」、「患者1人あたりの医療費が高額な疾病」の第1位は「循環器系の疾患」です。</li> <li>●疾病大分類別の「患者数が多い疾病」の第2位は「消化器系の疾患」です。</li> <li>●疾病中分類別において、「医療費が高い疾病」の第1位及び「患者1人あたりの医療費が高額な疾病」の第3位は「腎不全」です。</li> <li>●疾病中分類別において、「医療費が高い疾病」の第3位及び「患者数が多い疾病」の第1位は「高血圧性疾患」です。</li> <li>●高額レセプトの医療費割合は32.3%を占めています。</li> <li>●高額レセプトの発生患者における「患者1人あたりの医療費」では、「腎不全」が平成26年度は第3位でしたが、平成28年度では第1位に上昇しています。</li> <li>●人工透析患者数は2,213人であり、そのうち、Ⅱ型糖尿病起因患者数は1,219人です。</li> <li>●疾病中分類別において、「患者数が多い疾病」の第3位は「糖尿病」であり、被保険者数の約半数(49.64%)となっています。</li> </ul>
介護データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>●全国と比較すると、本県は介護認定率が高くなっています。</li> <li>●介護認定者における疾病の有病率状況は、ほぼ全国と同じですが、「脳疾患」は全国を上回っています。</li> </ul>
死因分析データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「脳疾患」、「腎不全」、「糖尿病」による死因が全国割合を上回っています。</li> </ul>
保健データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>●健診受診率は年々増加傾向にありますが、市町村間では受診率に差があります。</li> <li>●健診異常値放置者数は2,319人、糖尿病治療中断者を含む生活習慣病治療中断者数は1,081人です。</li> <li>●医療機関へのかかり方について、重複受診者数は2,745人、頻回受診者数は7,031人、重複服薬者数は8,727人であり、正しい受診行動に導く指導が必要です。</li> <li>●長期多剤服用者数は51,025人である。多剤服薬は副作用が起こりやすく、様々なリスクがあるため、適正な服薬を促す必要があります。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ジェネリック医薬品普及率(数量割合)は66.3%であり、「平成32年9月までに使用割合80%とする」と国が定めた目標を達成していないため、切り替え勧奨を行う必要があります。</li> <li>●薬剤併用禁忌対象者数は7,814人であり、併用禁忌の薬剤による健康被害を防止する必要があります。</li> </ul>

### (3) データ分析に基づく課題と対策

課題の整理	対策	対策となる事業
<p>疾病大分類及び疾病中分類において、生活習慣病患者が多数存在します。 医療費も多額です。 健康状態不明者(健診未受診・生活習慣病投薬レセプト無し・生活習慣病レセプト無し)が多数存在します。</p>	<p>被保険者に生活習慣を見直すきっかけを提供し、生活習慣病等の発症や重症化予防、心身機能低下を防止します。 特に健康状態不明者に対し、健康診査への理解を深めさせ、健診受診に繋がります。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医科健康診査事業</li> <li>・健康状態不明者受診勧奨事業</li> </ul>
<p>肺炎による死亡者の多くが誤嚥性肺炎と言われています。 口腔機能低下による嚥下機能の低下を予防するとともに、食欲低下・体重減少等に伴う虚弱(フレイル)を防止する必要があります。</p>	<p>受診率の向上を図ります。 また、訪問歯科健診事業の事業化の検討を進めます。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科健康診査事業</li> <li>・フレイル対策事業(訪問歯科健診)</li> </ul>
<p>健診異常値放置者・生活習慣病治療中断者・糖尿病治療中断者が多数存在します。</p>	<p>医療機関への受診に繋げることで適切な治療を行い、各種疾病の重症化を予防します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診異常値放置者受診勧奨事業</li> <li>・生活習慣病治療中断者受診勧奨事業</li> <li>・糖尿病治療中断者受診勧奨事業</li> </ul>
<p>疾病中分類において脳梗塞は上位を占めています。 また、脳梗塞を発症したにもかかわらず、定期的に医療機関の受診を行っていない被保険者が多数存在します。</p>	<p>脳卒中は要介護者となる主な原因となっています。未然に発症を防ぐことでQOLの低下を防止します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳梗塞の発症予防事業</li> </ul>
<p>重複受診者・頻回受診者・重複服薬者が多数存在し、それらの患者を正しい受診行動に導く指導が必要です。</p>	<p>適正な医療機関のかかり方について、保健師等の専門職による指導を行います。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診行動適正化指導事業(重複・頻回・重複服薬)</li> </ul>
<p>人工透析患者のうち、Ⅱ型糖尿病起因の患者が存在します。 疾病中分類において、「医療費が高い疾病」の1位は腎不全で、糖尿病は「患者数が多い疾病」の3位となっています。 糖尿病は進行すると腎症に至り、人工透析が必要となるため、腎症の悪化を遅延させる必要があります。</p>	<p>早期に保健指導等を行い、生活習慣を改善することで、腎症の悪化を予防します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症重症化予防事業</li> <li>・糖尿病治療中断者受診勧奨事業</li> </ul>
<p>ジェネリック医薬品普及率については、「平成32年9月までに使用割合80%とする」と国が定めた目標を達成していないため、切り替え勧奨を行う必要があります。</p>	<p>ジェネリック医薬品へ切り替えることで自己負担額が安くなること、また国が先発医薬品と同等の効能があることを認めた医薬品であることを周知し、切り替えを促します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ジェネリック医薬品差額通知事業</li> </ul>
<p>多数の薬剤併用禁忌対象者が存在します。 薬剤併用禁忌は、重篤な健康被害等に繋がります。</p>	<p>かかりつけ薬局を持つこと、お薬手帳を1冊にまとめることを啓発し、併用禁忌となる薬剤が処方されていることを周知します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤併用禁忌防止啓発通知事業</li> </ul>
<p>長期多剤服薬対象者が多数存在します。 多剤服薬は副作用が起こりやすく、様々なリスクがあるため、適正な服薬を促す必要があります。</p>	<p>かかりつけ薬局を持つこと、お薬手帳を1冊にまとめることを啓発し、多剤処方や残薬の解消など、適正な服薬を促します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ポリファーマシー対策事業</li> </ul>

## 第3章 保健事業実施の目的・目標

### データヘルス計画の目的・目標の設定

第1章の第1期データヘルス計画の取り組みの考察及び第2章の各データの分析に基づく現状からまとめた課題を解決するために、保健事業実施計画を策定する目的及び保健事業実施計画に基づき保健事業等を実施することにより、事業計画期間終了時に改善されている状態を目標として設定します。目標については、「短期的目標」と「中・長期的目標」を設定します。

「短期的目標」とは、年度ごとに達成されている目標のことです。

「中・長期的目標」とは、計画最終年度に達成されている目標のことです。

#### 目 的

被保険者が自立して日常生活を送ることができるよう、保健事業等を積極的に推進し、健康寿命の延伸を図り、結果として医療費の適正化に資することを目的とする。

- ①疾病の早期発見・早期治療及び生活習慣の見直しを支援する。
- ②後期高齢者の特性を踏まえ、疾病の重症化を予防する。
- ③加齢に伴う心身機能の低下を防止する。

#### 目 標

##### 【短期的目標】

- 健康診査受診率の向上(医科・歯科)
- 生活習慣病予備群の早期発見
- 健診異常値放置者数の減少
- 生活習慣病治療中断者数の減少
- 糖尿病治療中断者数の減少
- 脳梗塞発症の可能性者数の減少
- 重複頻回受診者・重複服薬者数の減少
- 訪問歯科健診件数の増加
- 糖尿病性腎症における病期の維持・進行抑制
- 通知対象者のジェネリック医薬品普及率(数量割合)の増加
- 薬剤併用禁忌発生件数の減少
- 長期多剤服薬者数の減少

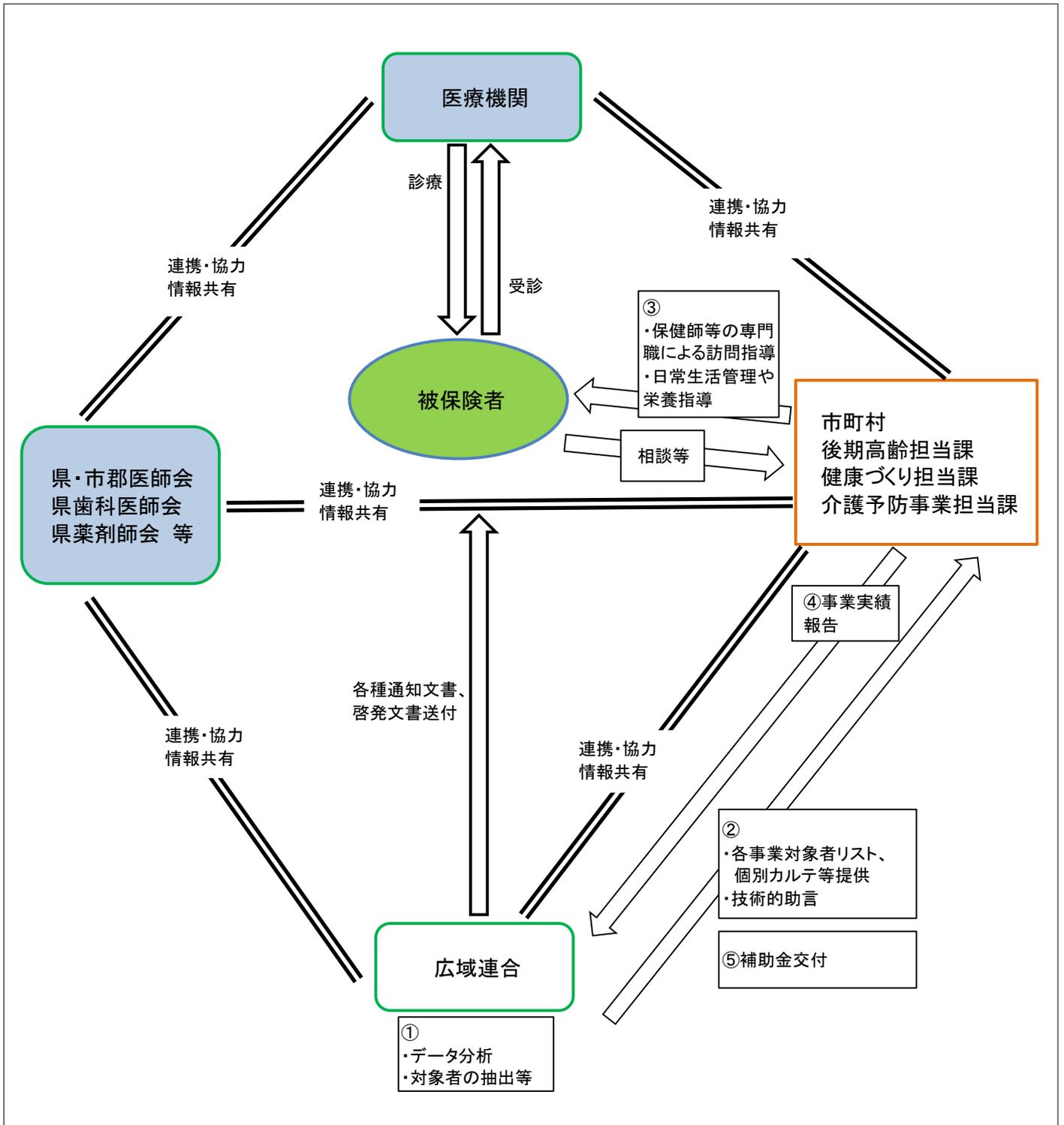
##### 【中・長期的目標】

- 糖尿病等の生活習慣病有病者数の減少
- 健康状態不明者数の減少
- 訪問指導実施者数・訪問指導対象者の医療機関受診者数・訪問歯科健診件数の増加
- 脳梗塞の発症者数の減少
- 新規人工透析導入患者者数の減少
- 要介護者等の生活機能の維持・向上
- ジェネリック医薬品普及率(数量割合)の増加
- 薬剤併用禁忌対象者割合の減少
- 長期多剤服薬者割合の減少

## 第4章 データヘルス計画の推進

### 1. 保健事業の展開におけるイメージ

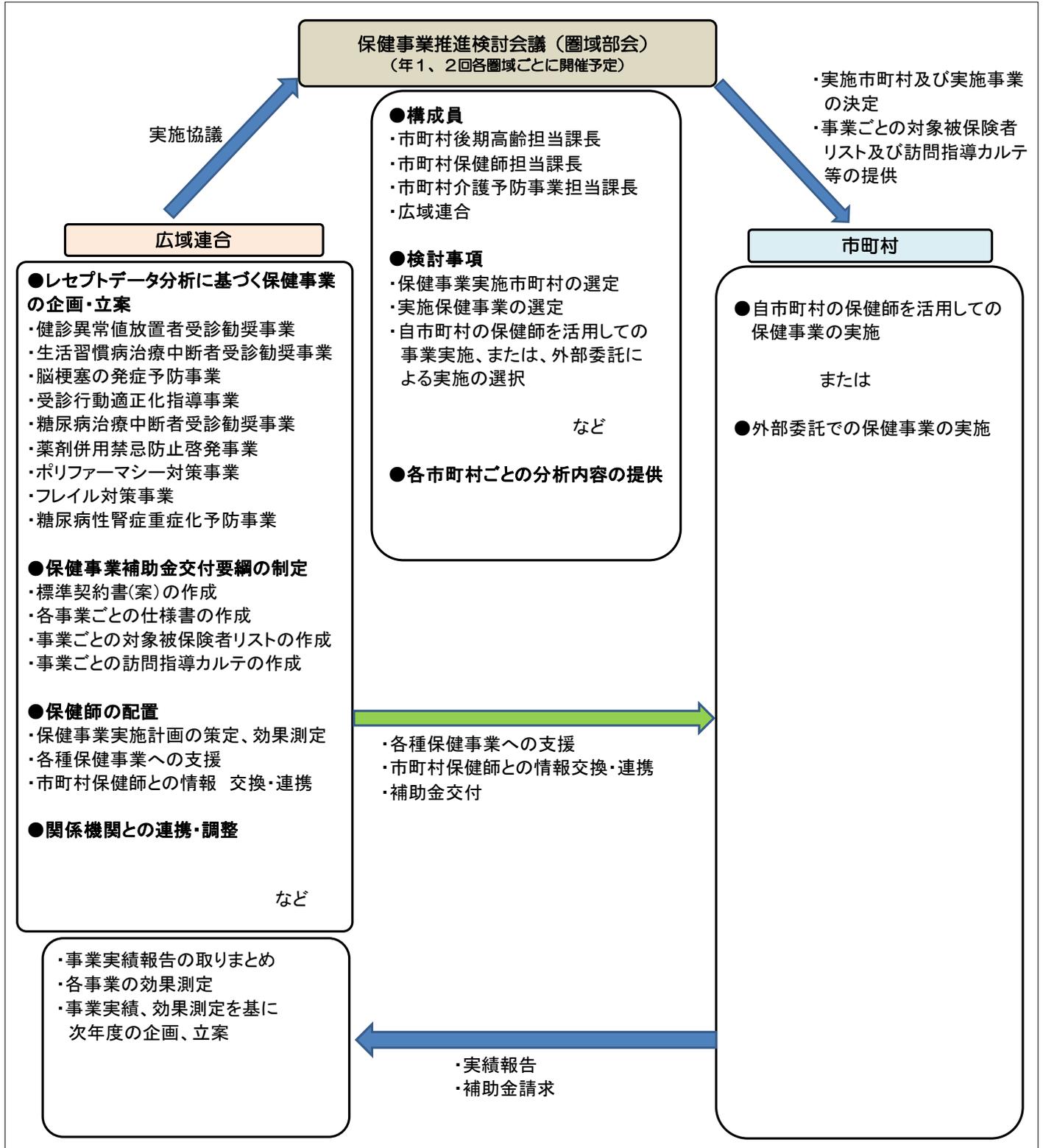
広域連合はじめ、市町村や医師会等関係機関、医療機関がお互いに連携・協力をし、保健事業の対象となる被保険者一人ひとりを支えています。そして、被保険者のQOLの維持・向上及び生活習慣病等の早期発見・重症化予防等を図るための事業展開を目指していきます。



## 2. 保健事業の進め方

広域連合は、毎年度、前年度の4月～3月分のレセプトデータ・健診データ等を分析し、その結果を基に、本計画に掲げた保健事業の効果等の検証及び新たな保健事業の企画・立案を行っていきます。

本計画に掲げた保健事業を実施している市町村の意見等を吸い上げ、次年度以降の保健事業に反映させるため、市町村の後期高齢者医療担当課長、健康づくり担当課長、介護予防事業担当課長を構成員とした保健事業推進検討会議圏域部会を、県内6医療圏域毎に年1～2回開催し、保健事業を進めていきます。



### 3. 保健事業の推進体制等

#### (1) 事務局の体制（保健事業推進チーム）

職種	常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）
事務職	2		2
保健師等		1	1
合計	2	1	3

#### (2) 保健事業費の推移

保健事業名	平成28年度 決算額 (千円)	平成29年度 当初予算額 (千円)
健康診査費	349,940	493,219
保健事業推進費	11,509	31,051
医療費適正化事業費	4,599	47,828
長寿・健康増進事業費	38,521	42,294
小計 (a)	404,569	614,392
特別会計の歳出総額 (b)	158,132,811	163,669,427
特別会計の歳出総額に対する割合 (%) (a) / (b)	0.26%	0.38%

#### (3) 推進組織等

会議名	開催回数等	委員・構成員	内容等
青森県後期高齢者医療広域連合運営懇談会	年1～2回	学識経験者、保険医療機関等の団体の役員、保険者代表、被保険者で構成 20人以内	後期高齢者医療制度の適正かつ円滑な運営に資するため、広く関係者の意見を聴く。
青森県後期高齢者医療広域連合政策推進会議	年2回	県、国保連及び医療圏域毎の市部後期高齢担当課長、町村部担当課長	後期高齢者医療制度に係る政策について、効果的、効率的かつ円滑な推進を図るため、広域連合、関係市町村その他関係機関で協議し、意見集約及び合意形成を行う。
青森県後期高齢者医療保健事業推進検討会議	年1～2回	関係市町村後期高齢担当課長、健康づくり担当課長、介護予防事業担当課長	後期高齢者の地域特性に応じた効果的かつ効率的な保健事業の推進及び被保険者の健康の保持増進及び医療費適正化を図る。
青森県後期高齢者医療保健事業推進検討会議圏域部会	年1～2回	6医療圏域毎の市町村後期高齢担当課長、健康づくり担当課長、介護予防事業担当課長	後期高齢者の地域特性に応じた効果的かつ効率的な保健事業の推進及び被保険者の健康の保持増進及び医療費適正化を図る。

## 第5章 データヘルス計画の展開

### 保健事業の今後の展開

	事業名	種別	事業目的	事業概要
健康診査事業	① 医科健康診査事業	継続	被保険者の生活習慣病等の発症や重症化の予防及び心身機能の低下の防止を図り、受診率の向上を目指し、生活習慣病患者数の減少を目指します。	市町村が自市(町村)民に対し、独自の取り組みで受診勧奨等を行い、健康診査を実施します。
	② 健康状態不明者受診勧奨事業	新規	健診未受診者及び医療機関未受診者といった健康状態が全く把握できない者に対し、健診受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。	健診未受診者且つ医療機関未受診者に対し、健診受診を促します。
	③ 歯科健康診査事業	継続	被保険者の口腔機能低下による嚥下性肺炎等の予防を図り、消化器系の患者数の減少を目指します。	市町村が自市(町村)民に対し、独自の取り組みで受診勧奨等を行い、健康診査を実施します。
保健指導事業(訪問指導)	④ 健診異常値放置者受診勧奨事業	継続	健診異常値を放置している者に対し、医療機関への受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。	健診受診後、結果に異常値があるにもかかわらず、医療機関受診が確認できない対象者を特定し、訪問指導を行うことで、受診勧奨を行います。
	⑤ 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	継続	生活習慣病の治療を中断している者に対し、医療機関への受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。	これまで定期的に生活習慣病の治療をしていたが、定期受診を中断した対象者を特定し、訪問指導を行うことで、受診勧奨を行います。
	⑥ 脳梗塞の発症予防事業	継続	脳卒中は、要介護者となる主な原因であるため、未然に発病を予防することでQOLの低下の防止を図ります。	過去に一過性脳虚血発作の疾病記載があり、且つ脳梗塞の疾病記載が無い者を特定し、訪問指導を行うことで、受診勧奨や生活習慣の見直しを行います。
	⑦ 受診行動適正化指導事業(重複・頻回受診、重複服薬)	継続	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少を図り、適正な受診行動に導きます。	医療機関への不適切な受診が確認される者を特定し、医療機関への適正なかかり方について、訪問指導を行います。
	⑧ 糖尿病治療中断者受診勧奨事業	継続	糖尿病の治療を中断している者に対し、医療機関への受診を勧奨し、重症化の予防を図ります。	これまで定期的に糖尿病の治療をしていたが、定期受診を中断した対象者を特定し、訪問指導を行うことで、受診勧奨を行います。
	⑨ 糖尿病性腎症重症化予防事業	新規	糖尿病性腎症患者の重症化を予防し、新規人工透析患者の減少を図ります。	健診結果値とレセプトデータから対象者を特定し、保健師・栄養士等の専門職が定期的に訪問指導や電話指導等を行います。

実施内容	目標値			
	アウトプット		アウトカム	
	短期目標	中長期目標	短期目標	中長期目標
平成30年度～平成35年度				
広域連合と市町村が委託契約を結び、県内の全被保険者を対象とし、市町村が実施します。市町村から対象者に対し、受診券の送付等の様々な取組を行い、広域連合は受診率向上のためのアドバイス、財政的サポートを行います。	受診率 28.7%以上	受診率 35%以上	●健診受診率の向上 ●生活習慣病予備群の早期発見	糖尿病等の生活習慣病有病者数の減少
広域連合は、健康状態不明者(健診未受診者及び生活習慣病投薬レセプトが無い者、生活習慣病レセプトが無い者)を特定し、対象者リストを作成し、データを市町村へ提供します。市町村は、リストを元に受診勧奨や健康相談等を実施し、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数 20市町村以上 ●健康状態不明者の受診率向上	●実施市町村数 20市町村以上 ●健康状態不明者の受診率向上	●生活習慣病予備群の早期発見 ●健康状態不明者数の減少	
広域連合と市町村が委託契約を結び、県内の全被保険者を対象とし、市町村が実施します。市町村から対象者に対し、受診券の送付等の様々な取組を行い、広域連合は受診率向上のためのアドバイス、財政的サポートを行います。	●実施市町村数 15市町村以上 ●健診受診率の向上	●実施市町村数 21市町村以上 ●健診受診率の向上	歯科健診受診者数の増加	
広域連合は、健診受診後、その結果に異常値があるにも関わらず医療機関受診が確認できない者を特定しリストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供します。市町村は自市町村の保健師で事業を実施し、受診勧奨や健康相談等を行う。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数 35市町村以上 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数 40市町村 ●訪問指導実施者数の増加	●訪問指導対象者の医療機関受診者数の増加 ●健診異常値放置者数の減少	
広域連合は、過去に生活習慣病で定期受診をしていましたが、その後、定期受診を中断した者を特定しリストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供します。市町村は自市町村の保健師で事業を実施し、受診勧奨や健康相談等を行います。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数 30市町村以上 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数 40市町村 ●訪問指導実施者数の増加	●訪問指導対象者の医療機関受診者数の増加 ●生活習慣病治療中断者数の減少	
広域連合は、過去に一過性脳虚血発作の疾病記載があり、且つ脳梗塞の疾病記載が無い者を特定しリストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供します。市町村は自市町村の保健師で事業実施し、生活習慣の見直しなど訪問指導・健康相談を行います。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数 30市町村以上 ●脳梗塞の発症者数の減少	●実施市町村数 40市町村 ●脳梗塞の発症者数の減少	●脳梗塞の発症予防によるQOLの低下防止 ●脳梗塞発症の可能性のある者の減少	
広域連合は、医療機関への重複受診者・頻回受診者、重複して服薬している者を特定しリストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供します。市町村は自市町村の保健師で事業実施し、適正な医療機関へのかかり方について訪問指導や健康相談を行います。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数 35市町村以上 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数 40市町村 ●訪問指導実施者数の増加	●重複・頻回受診者・重複服薬者数の減少 ●指導対象者の行動変容	
広域連合は、過去に糖尿病で定期受診をしており、その後、定期受診を中断した者を特定しリストを作成。訪問指導に必要な個別カルテと併せて市町村へ提供します。市町村は自市町村の保健師で事業実施し、受診勧奨や健康相談等を行います。自市町村の保健師で対応できない場合は、外部委託による実施も可とし、係る経費を広域連合が市町村へ補助します。	●実施市町村数 20市町村以上 ●訪問指導実施者数の増加	●実施市町村数 40市町村 ●訪問指導実施者数の増加	●訪問指導対象者の医療機関受診者数の増加 ●糖尿病治療中断者数の減少	
広域連合と市町村が委託契約を結び、各市町村の重症化予防プログラムに沿って実施します。広域連合は、ステージ毎の対象者を特定しリストを作成。その他健診等の必要な情報を市町村へ提供します。かかりつけ医・専門医のアドバイスを受け、市町村の保健師・栄養士等による電話・訪問指導を行います。広域連合は円滑な事業実施に資するよう助言・財政的サポートを行います。	●実施市町村数 10市町村数以上 ●訪問指導実施者数の増加 ●病期の維持・進行抑制	●実施市町村数 20市町村数以上 ●訪問指導実施者数の増加 ●病期の維持・進行抑制	●指導完了者の生活習慣病改善率の向上 ●指導完了者の検査値改善率の向上	新規人工透析患者数の減少

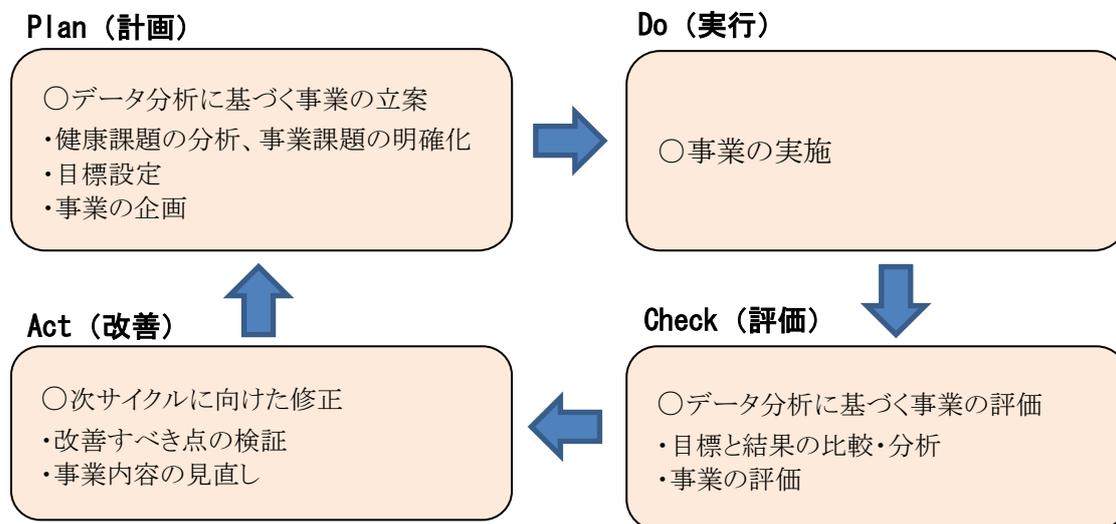
	事業名	種別	事業目的	事業概要
高齢者の低栄養防止・重症化予防事業	⑩ フレイル対策事業	継続	高齢者の特性に応じた栄養指導や口腔指導を行い、生活機能の維持・向上を図ります。	市町村が自市(町村)民の在宅の要介護者に対し、訪問歯科健診を実施します。
	⑪ ジェネリック医薬品差額通知事業	継続	ジェネリック医薬品へ切り替えることで自己負担額が安くなること、また国が先発医薬品と同等の効能があることを認めた医薬品であることを周知し、切り替えを促します。	ジェネリック医薬品に切り替えることで一定額の削減が見込める者を特定し、ジェネリック医薬品への切り替え勧奨文書を送付します。
適正医療費事業	⑫ 薬剤併用禁忌防止啓発事業	継続	薬剤併用禁忌の発生件数の削減を図り、併用禁忌による健康被害等の抑制を図ります。	薬剤併用禁忌の対象者を特定し、啓発文書を送付します。
	⑬ ポリファーマシー対策事業	新規	多剤服薬の発生件数の削減を図り、多剤処方による様々なリスクを防止するため、適正な服薬を促します。	多剤処方の対象者を特定し、啓発文書を送付します。
(長寿健康増進事業) 特別対策補助金	⑭ 健康教育・健康相談	継続	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。	市町村独自の事業として実施します。
	⑮ 運動・健康施設等利用助成	継続	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。	市町村独自の事業として実施します。
	⑯ 社会参加活動運営費助成	継続	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。	市町村独自の事業として実施します。
	⑰ 人間ドック・脳ドック等助成	継続	被保険者の疾病の早期発見により重症化を防ぎます。	市町村独自の事業として実施します。
	⑱ その他(はり・きゅうマッサージ等)	継続	被保険者の心身の健康保持・増進を図ります。	市町村独自の事業として実施します。
	⑲ 柔道整復にかかる適正化	継続	療養費の適正化を図ります。	市町村独自の事業として実施します。

実施内容	目標値			
	アウトプット		アウトカム	
	短期目標	中長期目標	短期目標	中長期目標
<p>平成30年度～平成35年度</p> <p>本県の市町村介護予防事業担当課では、既に市(町村)民を対象に栄養指導及び健康体操教室等の事業を実施していたことから、当広域連合においては、歯科口腔事業に焦点を絞ります。</p> <p>市町村は、要介護状態等の在宅高齢者を対象に、歯科医や歯科衛生士等の専門職が、嚥下等口腔機能低下など予防するため訪問歯科健診を行います。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●実施市町村数 5市町村数以上</li> <li>●訪問歯科健診件数の増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●実施市町村数 8市町村数以上</li> <li>●訪問歯科健診件数の増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●体重や血液検査結果の変化</li> <li>●生活機能の維持・向上</li> </ul>	
<p>広域連合は、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の者を特定し、ジェネリック医薬品への切り替えを促すため、啓発文書を送付します。</p>	<p>使用割合(数量割合) 80%以上</p>	<p>使用割合(数量割合) 90%以上</p>	<p>通知対象者のジェネリック医薬品使用割合(数量割合)の増加</p>	<p>ジェネリック医薬品使用割合(数量割合)の増加</p>
<p>かかりつけ薬局を持つこと、お薬手帳を1冊にまとめることを啓発し、併用禁忌となる薬剤が処方されていることを周知します。</p>	<p>対象者を20%減少</p>	<p>対象者を30%減少</p>	<p>対象者の薬剤併用禁忌発件数の減少</p>	<p>薬剤併用禁忌対象者割合の減少</p>
<p>かかりつけ薬局を持つこと、お薬手帳を1冊にまとめることを啓発し、多剤処方や残薬の解消など、適正な服薬を促します。</p>	<p>対象者を20%減少</p>	<p>対象者を30%減少</p>	<p>対象者の長期多剤服薬者数の減少</p>	<p>長期多剤服薬者割合の減少</p>
<p>市町村は、被保険者を対象に、健康教育・健康相談等に関する情報等が記載されたカレンダー等作成・配布し、広域連合はその経費を補助します。</p>	<p>実施市町村数の維持又は増加</p>	<p>実施市町村数の維持又は増加</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●被保険者の心身の健康保持増進</li> <li>●療養費の適正化等</li> </ul>	
<p>市町村は、被保険者を対象に、各種運動施設、健康施設等を利用とする場合の利用券等を交付し、広域連合はその経費を補助します。</p>				
<p>市町村は、被保険者を対象に、スポーツ・社会参加活動・健康まつり等を開催し、広域連合は各種行事等の運営費用を補助します。</p>				
<p>市町村は、被保険者を対象に、人間ドック等を実施し、受診した場合の自己負担分を除く費用を広域連合が補助します。</p>				
<p>市町村は、被保険者を対象に、はり・きゅうマッサージ等の施術券を交付し、広域連合はその経費を補助します。</p>				
<p>市町村は、被保険者を対象に、柔道整復に係る療養費の適正化に関するパンフレット等を作成し、広域連合はその経費を補助します。</p>				

## 第6章 データヘルス計画の評価・見直し及び周知

### 1. データヘルス計画の評価

本計画の目標の達成状況については、「PDCAサイクル」の考え方で毎年度評価を行い、達成状況により必要に応じて次年度の実施計画の見直しを行います。また、平成32年度には、進捗確認・中間評価を行い、実施計画の最終年度には、事業の総合的な評価を行います。



### 2. データヘルス計画の見直し

計画の見直しについては、計画の最終年度である平成35年度に、年度ごとに行った事業評価及び中間評価を基に見直しを行います。計画の見直しに際しては、本計画の推進組織である、「青森県後期高齢者医療保健事業推進検討会議」及び「同会議圏域部会」を活用します。関係市町村等との検討の場については、「青森県後期高齢者医療広域連合政策推進会議」を活用します。また、広く関係者の意見を聴くため、学識経験者、保険医療機関等の団体の役員等で構成する「青森県後期高齢者医療広域連合運営懇談会」を活用します。

### 3. 計画の公表・周知

本計画は、市町村及び関係団体へ配布する他、ホームページ等で公表するとともに、被保険者をはじめ多くの方へ、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、年度ごとに実施する事業評価の結果や、目標の達成状況等についても、市町村及び関係団体等と情報共有を図り、公表に努めていきます。

### 4. 運営上の留意事項

#### 地域包括ケアについて

保健事業実施の際には、国保や健康づくり、介護保険の保険者である市町村と連携・協働して実施することで、必要に応じて被保険者が保健事業を受けられる機会が確保されることが重要です。

また、今後加齢に伴う心身機能の低下を防止するためには、地域の福祉や介護予防の取り組み等に繋げていく必要があります。このことから、市町村・地域の医療・福祉・介護等関係者と連携を図りながら保健事業を実施し、その地域で被保険者を支える連携の促進に努めていきます。