概要版

保健事業実施計画

第3期データヘルス計画

－令和6～11年度(2024～2029)－

背景

平成26年3月31日付厚生労働省告示第141号「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、後期高齢者医療広域連合は、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の保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」においては、保険者におけるデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和3年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」においては、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を検討するとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」ことが示されました。

島根県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合 」という。）においても、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として19市町村（8市10町1村）の連携・協力のもと、平成28年度に第1期データヘルス計画を策定、平成30年3月に第2期データヘルス計画を策定し、保健事業の効果的かつ効率的な実施を図ってきました。

令和6年度からの第3期データヘルス計画では、健康診査の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報等を活用して分析することで、被保険者の生涯にわたる健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図るための効果的な高齢者保健事業を実施することを目的とします。

島根県後期高齢者医療広域連合
令和６年３月

計画の位置づけ(関連する他計画)

本計画は、「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次））」に示された基本方針を踏まえるとともに、県及び市町村の関係する計画等との整合性を考慮して策定します。

第3次健康長寿しまね推進計画（島根県健康増進計画）	令和6年度 ～ 令和11年度	基本目標 ①平均寿命を延ばす、②65歳の平均自立期間を延ばし、二次医療圏の格差を減らす 1 住民主体の地区ごとの健康づくり活動の促進 2 生涯を通じた健康づくりの推進 3 疾病の早期発見、合併症予防・重症化防止 4 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進
第4期島根県医療費適正化計画	令和6年度 ～ 令和11年度	基本的な考え方 ・医療費適正化に向けた具体的な取組は、住民の生活の質の維持・向上を確保しつつ、住民の視点に立った良質かつ適切な医療のサービスが提供されるよう、医療そのものの効率化を目指す ・住民の医療費の負担が将来的に過大なものとならずに、だれもが安心して医療サービスを受け続けることができるよう、中長期的に医療費の適正化を進める
第9期島根県介護保険事業支援計画	令和6年度 ～ 令和8年度	総合目標：誰もが住み慣れた地域で自分らしく 暮らし続けることができる社会の実現 各重点推進事項と主な方策 1 介護予防の推進と高齢者の社会参加、2 生活支援の充実 3 適正な介護サービスと住まいの確保、4 介護人材確保・介護現場革新 5 医療との連携、6 認知症施策の推進
国保データヘルス計画	令和6年度 ～ 令和11年度	各市町村で実施されている国保保健事業と介護予防事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等と連携することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、医療費の適正化につなげる

計画の期間

本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。令和8年度に中間評価を実施し、必要に応じて第3期データヘルス計画の見直しを行います。

実施体制・関係者連携

本計画を実施するためには、市町村、島根県、島根県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）及び島根県医師会、島根県歯科医師会、島根県薬剤師会等の関係機関との連携が不可欠となります。

本計画の推進にあたっては、医療や健診などのデータを活用し、地域の健康課題に沿った保健事業の実施に努め、市町村や県などの関係機関と連携を図り、計画の実効性を高めていきます。

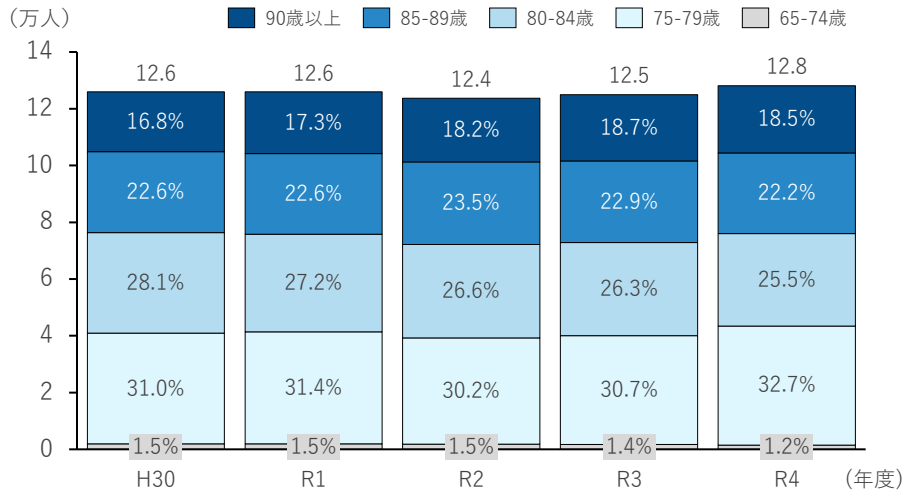
関係団体	役割、連携内容
構成市町村	・ブロック会議（県内6ブロック）を開催し、市町村の担当者と広域連合が保健事業の推進に向けた調整、協議及び進捗管理を行う。市町村の現状や課題を把握し、今後の保健事業の展開に役立てる ・KDBシステムや保健指導情報連携システム、FOCUSシステムを活用して、被保険者の医療・健診情報を共有する。医療費分析や各事業実績を作成し、市町村へ提供する ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進のため、市町村担当者を対象とした会議の開催や調整、進捗管理を行う
島根県	・県が国保を中心とした医療費分析や基盤整備等の市町村支援をしており、後期高齢者にも継続する健康課題については効率的・効果的な対策となるよう県と連携する ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における市町村への支援体制検討会議を開催する
国保連及び 支援・評価委員会	・国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の支援を受けて、広域連合の各種事業をより有効に展開する ・国保連主催の研修会（高齢者の保健事業の推進に係る研修会等）へ参画する
外部有識者	・懇話会を開催し、幅広く意見を聴取し、今後の事業に役立てる ・医師会、歯科医師会、薬剤師会等関係機関や団体と保健事業の実施に向けた調整、協議を行う
保健医療関係者	・島根県保険者協議会に参画し島根県及び県内保険者が一体となって情報を共有し、課題を協議する
その他	・広域連合事務局内に設置した保健事業等連絡会議を開催し、事業報告を行うとともに今後の課題について協議する

1．現状の整理

島根県の後期高齢者を取り巻く現状

図表１　島根県の後期高齢者被保険者数の推移

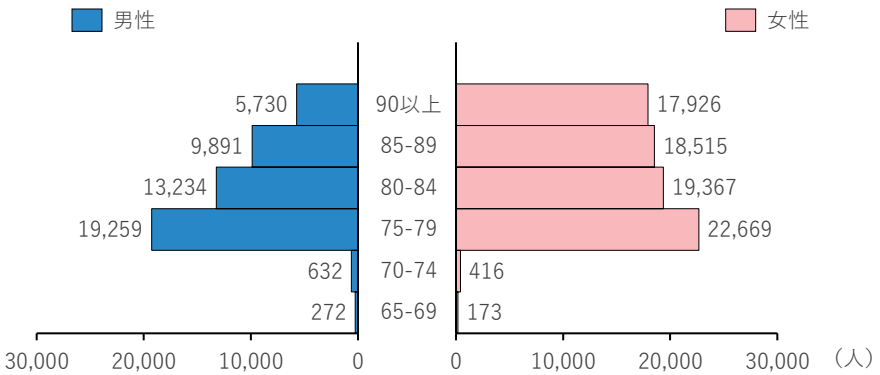
島根県後期高齢者医療の被保険者数は年々増加しており、令和4年度には約12.8万人で平成30年度と比較して約0.2万人増加しており、今後も増加傾向が続くと考えられます。



出典：KDB_S21_006_被保険者構成

図表２　男女年齢階層別被保険者構成

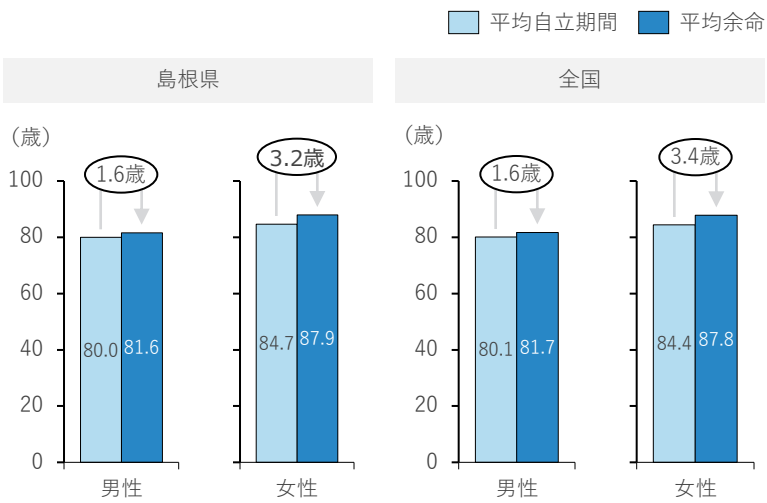
被保険者数は男性は約4.9万人（38.3%）、女性は約7.9万人（61.7%）となっています。



出典：KDB_S21_006_被保険者構成

図表３　平均余命（0歳時点の平均余命）と平均自立期間

島根県の平均自立期間は、男性80.0歳、女性84.7歳と男性は全国とさほど変わらず、女性は平均自立期間がやや高い状況です。平均余命と平均自立期間の差は男性1.6歳、女性3.2歳と、全国と比較して男性は同程度、女性は低くなっています。



出典：KDB_S21_001_地域の全体像の把握

図表４　令和4年度の死因割合（全国比較）

死因割合は、がんが48.2%と最も高く、次いで心臓病28.0%、脳疾患15.9%となっており、全国よりもがんは－2.4ﾎﾟｲﾝﾄ、心臓病は＋0.5ﾎﾟｲﾝﾄ、脳疾患は＋2.1ﾎﾟｲﾝﾄとなっています。

（人、%）

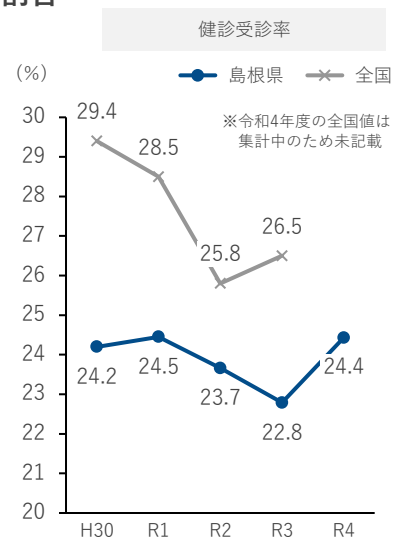
	死亡者数	島根県の死因割合	全国の死因割合	全国の死因割合との差
がん	2,413	48.2	50.6	-2.4
心臓病	1,401	28.0	27.5	0.5
脳疾患	795	15.9	13.8	2.1
糖尿病	95	1.9	1.9	0.0
腎不全	183	3.7	3.6	0.1
自死	124	2.5	2.7	-0.2

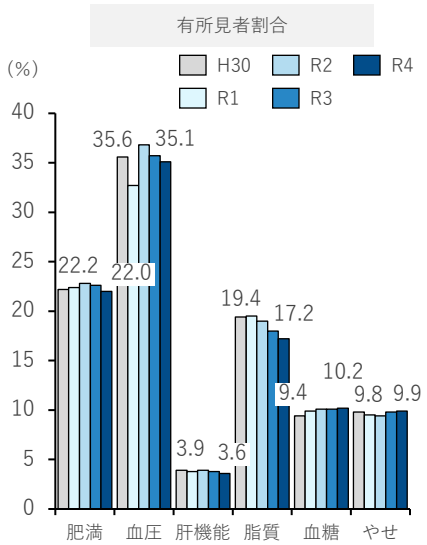
出典：KDB_S21_001_地域の全体像の把握

図表５　健診受診率及び有所見者割合

後期高齢者の健診受診率は、新型コロナウイルス感染症等により令和3年度まで減少し、令和4年度では例年並みに回復し、概ね横ばい傾向となっていますが、全国と比較すると低い水準となっています。

健診の有所見者割合では、血圧、肥満の順に高く、また経年でみると肥満、血糖、やせは横ばい傾向もしくは増加傾向、脂質は減少傾向となっています。

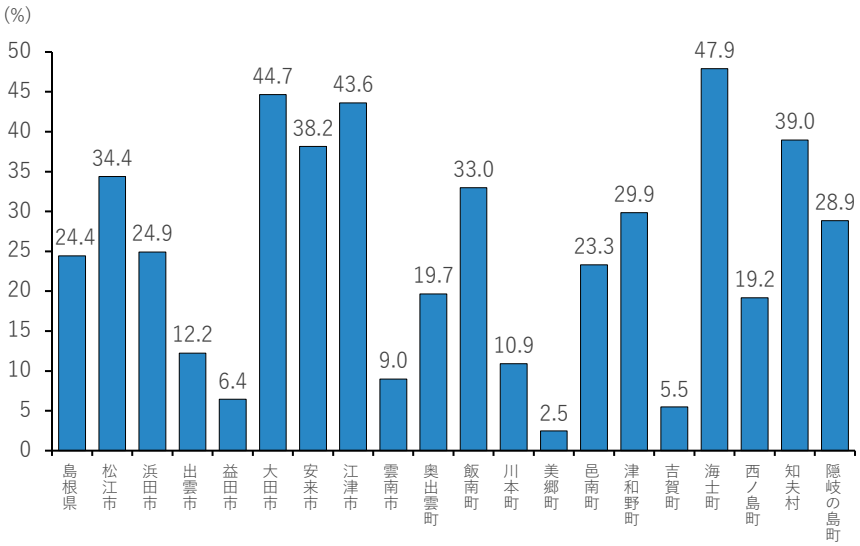




出典：島根県後期高齢者医療広域連合資料、全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議（令和5年4月14日保険局高齢者医療課説明資料）
KDB_S29_001_健康スコアリング（健診）

図表６　市町村別健診受診率

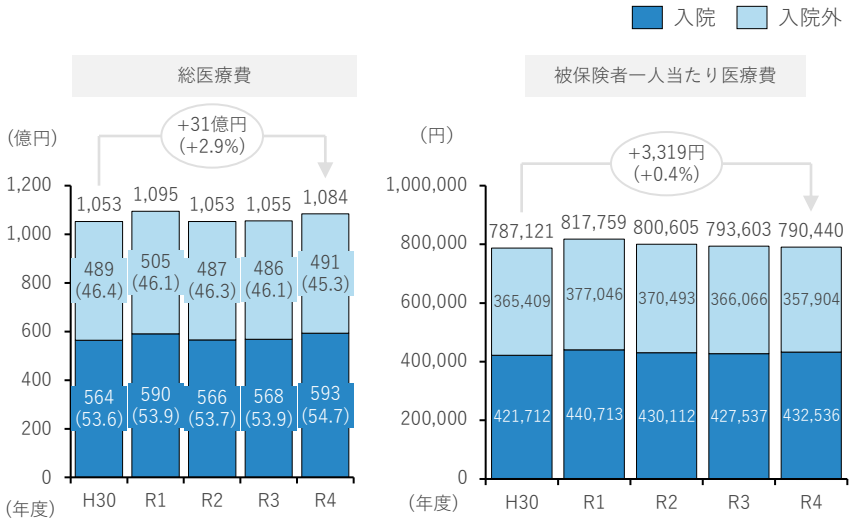
市町村の中で健診受診率が最も高いのは海士町（47.9%）で、県平均（24.4%）より高い市町村は、10市町村であり、継続して健診受診率向上を推進する施策を実施します。



出典：令和4年度健診業務委託管理表

図表７　総医療費及び被保険者一人当たり医療費

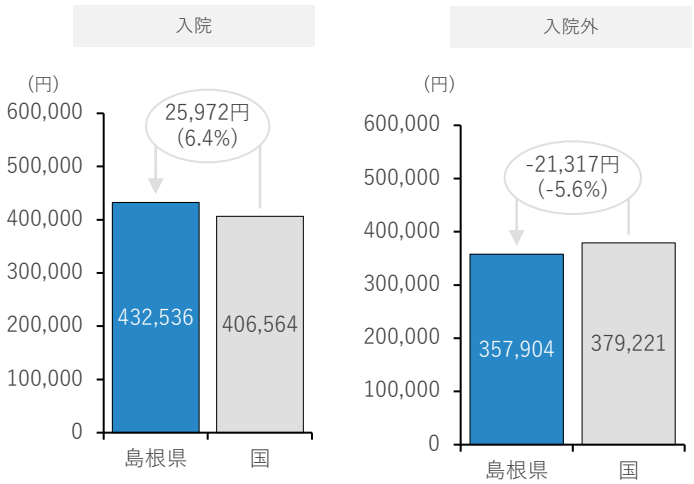
令和4年度の総医療費は平成30年度と比較して増減を繰り返しやや増加傾向となっており、平成30年度と比較して入院では2億円 、入院外では29億円増加しています。
また被保険者数も増加していることから、被保険者一人当たり医療費は令和2年度以降横ばいで推移しています。
一人当たり医療費を診療区分別でみると、入院外はやや減少傾向ですが、入院は増減を繰り返しながら横ばい傾向になっています。



出典：KDB_S29_002_健康スコアリング（医療）

図表８　被保険者一人当たり医療費（全国比較）

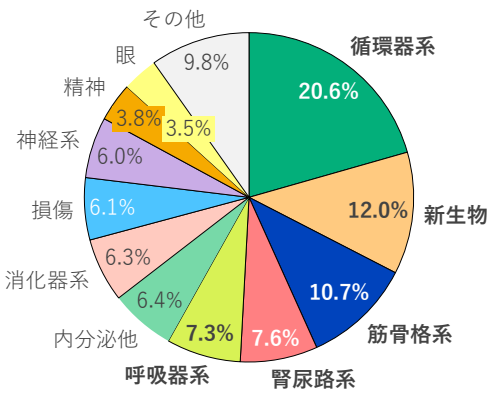
令和4年度の被保険者一人当たり医療費を全国と比較してみると、入院は高く、入院外は低い結果となっています。入院では約6.4%高く、入院外では約5.6%低くなっています。



出典：： KDB_S29_002_健康スコアリング（医療）

図表９　疾病分類（大分類）による医療費構成割合

令和4年度の医療費を疾病分類別（大分類）にみると、最も医療費割合が高いのは「循環器系の疾患」次いで「新生物」「筋骨格系」の順に医療費が高い傾向となっています。医療費構成比上位5疾患の医療費で医療費全体の58.2%を占めています。

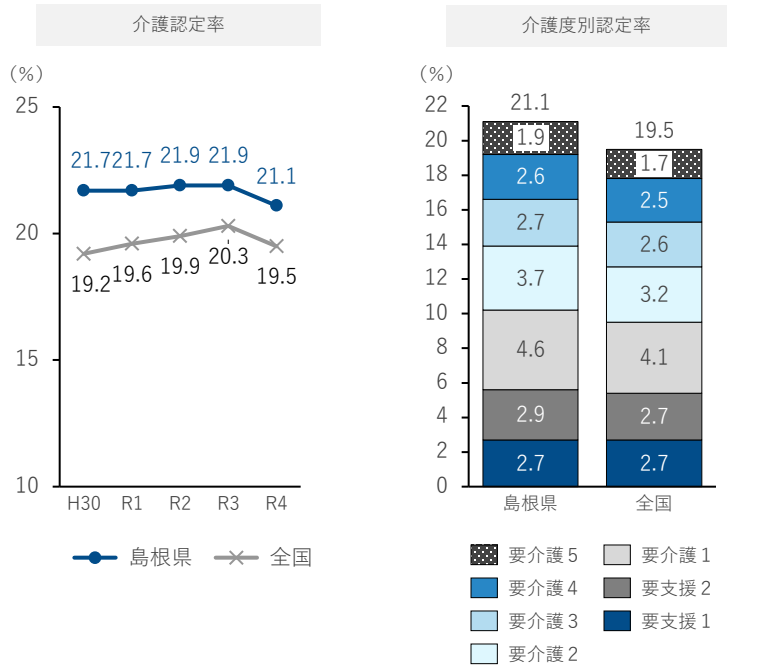


医療費構成割合上位5位（令和4年度）	58.2%

出典：KDB_ S23_002_医療費分析（大分類）

図表10　介護認定率及び介護度別認定率

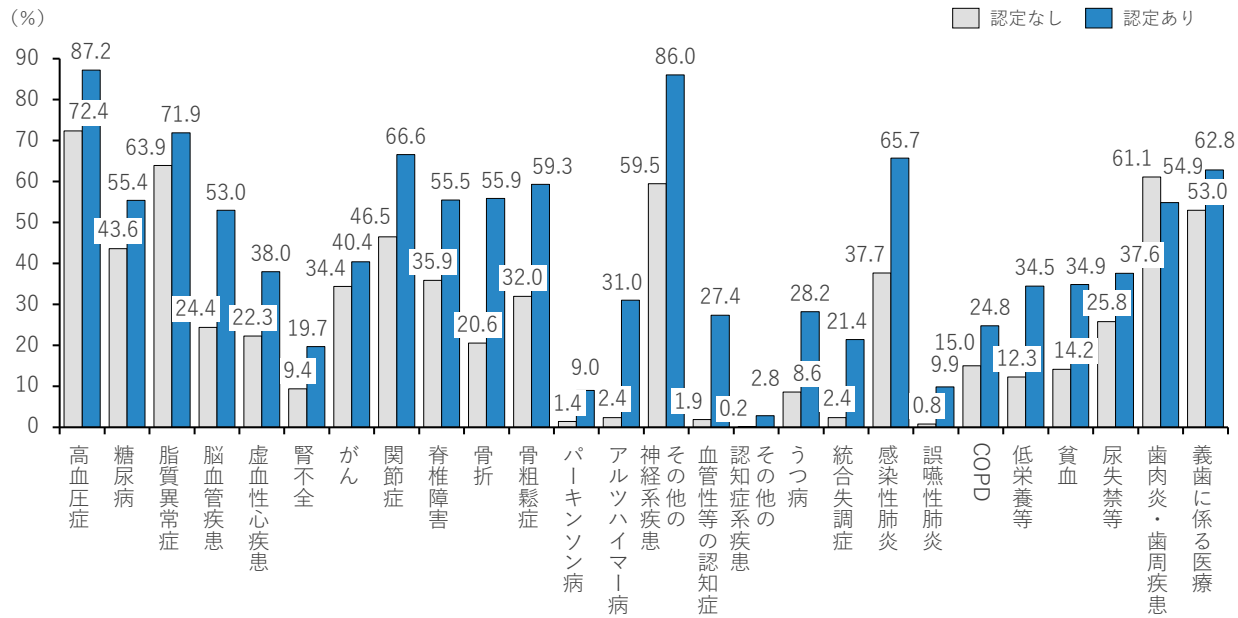
要介護認定率は、21.1％と全国(19.5%)と比較して1.6ﾎﾟｲﾝﾄ高くなっています。
要介護度別の認定率では要介護1、要介護2の順に割合が高く、要支援2から要介護5の認定率は全国と比較して高い結果となっています。



出典：KDB_S29_003_健康スコアリング（介護）

図表11　要介護認定有無別の有病率（疾病別）

介護に関連する疾病を認定有無別にみると、歯肉炎・歯周疾患以外の疾病は要介護認定ありの方が有病率が高くなっています。要介護認定有無別で有病率の差が大きい疾病は、骨折、脳血管疾患、アルツハイマー病となっています。



2．健康課題の整理

広域連合がアプローチする課題

平均余命・平均自立期間（要介護2以上）等・死因別死亡割合

課題A	・平均自立期間が短い市町村の改善 ・健診受診により健康状態を把握し、健康状態を維持、重度化防止（悪化の遅延）する被保険者の増加 ➡平均自立期間の延長
アセスメント	・平均余命と平均自立期間のポイント差が全国平均より男性は同等で女性は0.2歳低い ・男女ともに、知夫村、浜田市、出雲市、で平均自立期間と平均余命の差が県平均を上回っている ・平均自立期間と平均余命の差が県平均より下回り、かつ平均余命が県平均より高い地域は男性で雲南市、女性では松江市、益田市、雲南市、奥出雲町、飯南町、美郷町、邑南町、海士町である ・男女とも上記の項目が県平均より高い雲南市においては、要介護認定ありの有病率割合が、疾病別に見て概ね低い傾向にある。要介護認定ありの有病率が高く、要介護認定の悪化に影響のある疾病を予防することが重要となる。要介護度別の有病率をみると、筋・骨格は介護度の悪化とともに有病率が下がってはいるものの、要介護3以上の対象者では過去5年間で有病率が上昇しており、要介護5では平成30年度から5ポイント上昇している
課題解決に係る取組の方向性	・構成市町村ごとの平均自立期間のモニタリングと結果の共有 ・一体的実施の進捗管理と実施継続に向けた支援

健康診査・歯科口腔健康診査の受診状況

課題B	・県内における健診受診率が低い市町村の改善 ・県内における歯科健診受診率が低い市町村の改善 ➡被保険者が自身の健康の維持・増進のため、健康状態を把握する被保険者の増加 ➡適切な医療、保健事業等へつなげるため、健診受診率、歯科健診受診率の向上
アセスメント	・健康診査受診率が全国平均と比較して低い傾向にある。特に男女とも75-79歳において全国平均より受診率が低い。一方で当県では国保の特定健診受診率は全国平均より高いことから、後期高齢者加入以降の健診を受ける仕組み等切り替えに要因がないか分析が必要である。また、国保と連携した受診率向上の取組が重要
課題解決に係る取組の方向性	・後期高齢者医科健診、歯科健診の受診勧奨の強化 ・歯科健診LEDOデジ化の推進 ・医師会、歯科医師会との連携強化

健康診査・歯科口腔健康診査・質問票の結果

課題C	・被保険者が腎症に至らない、至るのを遅らせることが必要（糖尿病性腎症重症化予防の取組の推進） ➡被保険者が健康状態に応じて、適時適切に医療等にかかり、重度化防止の行動をとる被保険者数の増加 ・ポリファーマシーの専門的な現状把握と対策が必要 ➡薬剤の適正な服用により有害事象の発生減少と二次的な疾患の予防
アセスメント	・有所見の状況を見ると、全国と比較して「やせ」のスコアが低い傾向にある ・血糖リスクは全国よりも低いが、経年のリスク保有者割合を見ると男女とも「血糖」「やせ」のリスク保有割合がやや増加傾向にある。特に「やせ」はフレイルに繋がるリスクが上がるため今後対策が必要と考えられ、高齢者質問票の結果においても、「運動・転倒」リスクありの割合が全国と比較して高いことから、身体的フレイルに関連する疾患対策（骨折や骨粗鬆症など）を軸とした対策を推進する必要がある
課題解決に係る取組の方向性	・効果的な対象者の抽出と行動変容に繋がる保健事業（勧奨通知や保健事業）の工夫 ・ポリファーマシー対策の推進

健康状態不明者

課題D	・県内における健康状態不明者の割合が高い市町村の改善 ・未治療によるコントロール不良者や治療中断者の適切な受診等への支援の位置づけを再検討 ・健康状態不明者へのアウトリーチの実施スキームの検討（再検討）
アセスメント	・健康状態不明者の割合が過去3年で増加していることから、継続して状態不明者への介入が必要とされる
課題解決に係る取組の方向性	・健康状態不明者へのアウトリーチの強化 ・未治療によるコントロール不良者や治療中断者の適切な受診等への支援強化

医療関係・介護関係の状況

課題E	・入院1人当たり医療費に影響を及ぼす循環器（その他の心疾患）、脳血管疾患及び骨折医療費の減少 ・介護認定者における有病率が高い疾病（高血圧、心臓病、筋・骨格など）、認定の有無に有病率の差がある骨折、脳血管疾患、低栄養等、貧血の発症予防と重症化予防の実施
アセスメント	〈医療関係の分析〉 ・医療費の3要素別に経年で見てみると、受診率、一件当たりの日数はやや減少しているが、一日当たりの医療費は増加傾向となっている ・1人当たりの医療費を全国と比較すると、入院外は低いが、入院は高い ・疾病中分類における医療費構成割合の上位5位を1人当たり医療費にして全国と比較すると、その他の心疾患、その他の悪性新生物＜腫瘍＞、骨折が高い ・入院1人当たり医療費もその他の心疾患、その他の悪性新生物＜腫瘍＞、骨折が全国より高い ・入院外ではその他の心疾患が高い ・循環器においては循環器病対策推進基本計画の目標達成に向けた取組みが必要と捉えた対象者群の選定が必要とされる ・市町村別でみると、多くの市町村で骨折、脳梗塞が入院の医療費の上位を占めている ・入院外は、糖尿病、高血圧症、不整脈が医療費の上位を占めている ・多剤投薬患者（同月内6剤以上、15日分処方以上）割合が、被保険者の内4割を超えており、ポリファーマシーの現状をより専門的に分析し、課題を整理して対策を検討する必要がある 〈介護関係の分析〉 ・全国よりも認定率は高い。中でも要介護2から5の割合が高い ・全国と比較すると当県は介護費が高くなっており、特に施設の介護給付費が高くなっている ・介護認定者の有病状況をみると、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、アルツハイマー病が全国よりも高くなっており、特に高血圧、心臓病、筋・骨格は全国との差が大きい ・要介護認定有無別の有病率を見ると、差が大きいものは骨折、脳血管疾患、アルツハイマー病、低栄養等、貧血となっている。これらのことから、要介護認定に影響が大きい疾病であると考えられる。一方、上記のような病気をきっかけに活動量の低下が起こり「廃用症候群」などにつながることも懸念されるため、上記疾病の発症予防と併せ、すでに発症している罹患者への啓発や重症化予防対策も必要と考えられる ・市町村によって傾向が異なるが、特に骨折医療費は全国平均よりも高い傾向を示している。併せて高齢者における骨折の要因疾患の1つである骨粗鬆症においても、介護認定有無別で比較すると認定者の割合が高い。過去5年間の有病率の上昇は骨折、骨粗鬆症が上位に位置しており、今後の事業介入の検討が必要と考える
課題解決に係る取組の方向性	・重症化予防すべき事業対象者の把握 ・構成市町村における個別事業の推進 ・一体的実施の進捗管理と実施継続に向けた支援 ・地域連携による積極的な周知啓発 ・関係機関との連携強化

3．保健事業について

実施保健事業一覧

事業番号	事業名称	事業目的	事業概要
1	健康診査事業	被保険者の健康の保持・増進、生活習慣病等の重症化予防及び被保険者のQOL(生活 の質)の維持・確保	・健康診査の実施 ・健診未受診者への受診勧奨
2	歯科口腔健康診査事業	76歳から85歳の被保険者に対して口腔機能評価、栄養状態評価を行い、口腔の状態や機能を把握し適切な事後措置を行うことによって高齢者の健康と生活機能の維持増進	・歯科口腔健康診査の実施 ・LEDOデジ化システム啓発に向けた歯科医師会との連携
3	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業	高齢者が安心して暮らせる地域社会を支えるため、高齢者の特性を踏まえたきめ細やかな保健事業と介護予防を一体的且つ効率的、効果的に行う	市町村に委託し、事業番号4～11の個別事業を一体的に取り組む
4	低栄養防止対策事業	被保険者が低栄養状態の改善・悪化防止に取り組むことで、フレイル状態になることを防ぐ	低栄養に陥る又は悪化する可能性のある者へ相談・指導を実施 （※実施市町村によって異なる）
5	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病を抱える被保険者について、個別訪問・保健指導・受診勧奨を行い腎症もしくは透析に至るような重症化の予防を図る	糖尿病かつ腎機能低下の所見がある者、糖尿病のコントロール不良者や治療中断者へ健康状態・食生活・運動習慣等の聞き取りや保健指導 （※実施市町村によって異なる）
6	健康状態不明者対策	被保険者が適切な医療・介護等のサービスにつながり、健康状態を保つ	・健診・医療・介護に関する情報がない者の健康状態の把握 ・通いの場における健診受診の啓発等 （※実施市町村によって異なる）
7	口腔機能低下予防事業	被保険者が口腔機能低下防止を通して、低栄養状態及びフレイル状態に陥ることを防ぐ	・口腔機能の低下またはその恐れがある者へ健康状態・食生活・運動習慣等の聞き取りや保健指導 ・通いの場等における情報提供又は機能低下者の把握 （※実施市町村によって異なる）
8	身体的フレイル予防事業	被保険者が、自身の身体状態に気付き、身体的フレイルを防止する	・身体的フレイルのリスクがある者へ健康状態・食生活・運動習慣等の聞き取りや保健指導 ・介護予防教室、通いの場、地域活動等における情報提供 ・島根県と連携した骨折対策の事業検討 （※実施市町村によって異なる）
9	その他の重症化予防	未治療による腎機能や血圧等のコントロールが不良である者を医療機関へつなげ、重症化を予防する	健診の結果、要精密検査、要治療者が翌年度まで医療機関未受診だった者への受診勧奨通知
10	服薬指導（ポリファーマシー対策）事業	多剤併用及び重複処方等に該当する被保険者が、必要以上の医薬品を使用している状態でおきる副作用などの有害事象を減らすことで、被保険者の健康を保持と医療費の適正化を目的とする	・保険証台紙への周知啓発 ・薬剤師等による専門的な指導・相談
11	重複頻回受診、重複投薬者等への相談指導事業	重複・頻回受診、重複投薬にある被保険者に対し、適正な受診を促し傷病の早期治癒及び健康の保持増進を図ると共に医療費の適正化を図る	重複頻回受診、重複投薬者等への保健師等の医療専門職による相談指導
12	後発医薬品（ジェネリック）利用促進事業	患者負担額の軽減と医療費の削減を図るため、後発医薬品(ジェネリック)の使用を促進する	・後発医薬品(ジェネリック)差額通知の実施 ・後発医薬品(ジェネリック)希望カードの配付

個別保健事業の実施方法等

1．健康診査事業

事業の目的	被保険者の健康の保持・増進、生活習慣病等の重症化予防及び被保険者のQOL(生活 の質)の維持・確保を目的とする
事業の概要	【健康診査】 1　対象者　島根県の後期高齢者医療被保険者 2　実施方法　市町村に委託して、個別・集団健診による健康診査を実施 3　実施内容　検査項目 【基本項目】1.問診　2.身体測定　3.理学的検査　4.血圧測定　5.脂質検査　6.血糖検査 7.肝機能検査　8.尿検査 【追加項目】1.貧血検査　2.心電図検査　3.眼底検査　4.血清クレアチニン検査 【健診未受診者への受診勧奨】 1　直営によるもの 前々年度の健康診査未受診者の内、前年度未受診者且つ前々年度若しくは前年度に医科受診が全くない者に対して受診勧奨通知を実施 2　委託によるもの 前年度の健康診査受診状況とレセプトデータからデータ分析を行い、勧奨対象者の特性に合わせた受診勧奨通知を実施

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	県受診率	当該年度の受診者数/対象者数（被保険者数-対象除外者数）	24.8% (R4実績)	25.6%	26.0%	30.4%	30.8%	31.2%	31.6%
	2	県受診率 （75歳～84歳）	当該年度の受診者数/対象者数（被保険者数-対象除外者数）	25.3% (R4実績)	前年度増	前年度増	30.5%	31.8%	33.1%	34.4%
	3	受診者数	当該年度の受診者数	28,357人	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	4	健診未受診者の健診受診率	健診未受診者の健診受診者数/健診未受診者数	8.8%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
アウトプット評価指標	1	健診周知の実施 （広域連合）	当該年度健診周知の実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	2	健診周知の実施 （市町村）	当該年度健診周知の実施	－	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	3	みなし健診	当該年度実績	－	－	導入検討	導入検討	導入	導入	導入
	4	健診未受診者への受診勧奨通知の実施	（評価対象） 当該年度の健診未受診者数 （評価方法） KDBシステムより抽出	741通 (委託) 1,140通 (直営)	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	5	受診券発行市町村数	翌年度市町村実施計画より	11市町村	12市町村	13市町村	14市町村	15市町村	17市町村	19市町村
	6	勧奨後の健診受診者数	（評価対象） 当該年度勧奨後の健診受診者数 （評価方法） KDBシステムより抽出	100人	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増

2．歯科口腔健康診査事業

事業の目的	76歳から85歳の被保険者に対して口腔機能評価、栄養状態評価を行い、口腔の状態や機能を把握し適切な事後措置を行うことによって高齢者の健康と生活機能の維持増進に寄与する
事業の概要	1　対象者 76歳～85歳の被保険者（一部除外あり） 2　実施内容（広域連合直営事業（受診券発送等の一部事務は市町村委託）） 県内19市町村で通常健診（個別健診・集団健診）と訪問健診で実施 広域連合から健診実施年度の対象者へ受診券と実施医療機関一覧表、受診啓発チラシ（市町村毎に内容異なる）を送付 ※一部の市町村では訪問健診対象者である旨を記載したチラシも同封 LEDOデジ化システムでの受診者へは健診結果通知に「お口年齢」を表示 ※令和5年度より開始

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	受診者数の増加	当該年度の受診者数	7,902人	12,100人	12,800人	13,200人	13,500人	13,500人	13,600人
	2	県平均受診率増加	当該年度の受診者数/対象者数	11.56% (R4実績)	16%	16%	16%	16%	16%	16%
	3	LEDOデジ化導入歯科医院割合	LEDOデジ化システム導入歯科医院割合	25.2% (58/230)	30%	34%	42%	45%	48%	50%
アウトプット評価指標	1	受診率の高い市町村の受診勧奨における好事例の横展開	市町村との協議回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	2	受診勧奨	通いの場等において高齢者の質問票を活用し、受診勧奨を行った市町村数	-	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村
	3	歯科医師会との連携	LEDOデジ化システム導入歯科医院数増加に向けた協議回数	1回 (11月末時点)	2回	2回	2回	2回	2回	2回

3．高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業

事業の目的	高齢者が安心して暮らせる地域社会を支えるため、高齢者の特性を踏まえたきめ細やかな保健事業と介護予防を一体的且つ効率的、効果的に行う
事業の概要	1　より身近な立場からきめ細やかな住民サービスを提供するために市町村に委託して実施 2　医療専門職を中心にデータ分析を行い、健康課題等を把握し、関係者と共有 3　地域に必要な事業全体のコーディネートや企画調整・分析を行うため、市町村に保健師等を配置 4　高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）や通いの場等への関与（ポピュレーションアプローチ）等を行うため、医療専門職を配置 ・高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行うため、日常生活圏域に保健師、通いの場に、保健医療の視点からの支援が積極的に加わることで、通いの場や住民主体の支援の場で、専門職による健康相談等を受けられる ・フレイル状態にある者等を、適切に医療サービスに接続

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	質問票及びそれに準じたものを活用して参加者の健康状態を把握した通いの場等の割合	実績報告書より （評価方法） 健康状態を把握した通いの場等の数/当該年度実施計画時の通いの場等の数	80.9%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
アウトプット評価指標	1	通いの場等の数	実施計画書より	756箇所	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	ブロック会議開催	県内6ブロックで会議開催	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	3	情報共有の回数	企画調整担当者会の開催	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
	4	事業を実施する市町村数	当該年度実施市町村数	13市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村

4．低栄養防止対策事業

事業の目的	被保険者が低栄養状態の改善・悪化防止に取り組むことで、フレイル状態になることを防ぐ
事業の概要	1　対象者 低栄養に陥る又は悪化する可能性のある者 （例）BMI≦20以下かつ６か月で２～３kg以上体重減少がある者　等 ※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する 2　実施内容（実施市町村によって異なる） （例）・管理栄養士等による３か月を１クールとする指導 （初回：訪問、中間：電話、最終：訪問　等） ・対象者の栄養状態・食生活等の確認、体重測定を実施 ・低栄養について説明、保健指導。本人と相談の上、目標を立案する

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	体重が維持（±0.9ｋｇ）・改善（+1ｋｇ）できた者の割合	（評価対象） 体重維持・改善人数/支援実施人数 （評価方法） 初回面談時と最終面談時に体重測定 （評価時期） 実施年度末	75.36% (R4実績)	維持	維持	維持	維持	維持	維持
	2	1年後の要介護認定の状況割合	（評価対象） 1年後の要介護認定者数/支援実施人数 （評価方法） 抽出から1年後の介護認定状況をKDB等から抽出	R5年度末評価実績値 (R4年度支援実施者の1年後状況)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	3	ハイリスク者（低栄養）割合	対象者数/被保険者数(KDBより抽出)	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%	0.94%
アウトプット評価指標	1	体重が維持（±0.9ｋｇ）・改善（+1ｋｇ）できた者の割合が目標値を達成した市町村割合	（評価対象） 目標値を達成した市町村数/実施市町村数 （評価方法） 広域連合において評価	R5年度 実施市町村の割合	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者数 （評価方法） 市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	35.2% (R4実績) 一体的ハイリスク者を対象者とした場合の割合：14.6%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	3	実施市町村割合	（評価対象） 実施市町村数/市町村数 （評価方法） 広域連合において評価 （評価時期） 実施年度末	52.6% (10/19)	57.9% (11/19)	63.2% (12/19)	68.4% (13/19)	73.7% (14/19)	78.9% (15/19)	84.2% (16/19)

5．糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	糖尿病を抱える被保険者について、個別訪問・保健指導・受診勧奨を行い腎症もしくは透析に至るような重症化の予防を図る
事業の概要	1　対象者 糖尿病かつ腎機能低下の所見がある者、糖尿病のコントロール不良者や治療中断者への対策 （例）ヘモグロビンA1c7.0%以上かつ蛋白尿（＋）以上の者　等 ※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する 2　実施内容（実施市町村によって異なる） （例）・保健師等による3～6か月を1クールとする指導 （初回：訪問、中間2回：電話、最終：訪問　等） ・対象者の健診結果（検査結果等）、健康状態・食生活・運動習慣等の聞き取り、保健指導

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	HbA1cの維持（±0.5%）・改善（-0.6以上）かつ尿蛋白（-）の維持ができた者の割合	（評価対象） 体重維持・改善人数/支援実施人数 （評価方法） 初回面談時と最終面談時に体重測定 （評価時期） 実施年度末	R5年度末評価実績値（R4年度支援実施者の1年後状況）	R6年度1年目8割	R6年度2年目7割	R6年度3年目6割			
						R7年度1年目8割	R7年度2年目7割	R7年度3年目6割		
							R8年度1年目8割	R8年度2年目7割	R8年度3年目6割	
								R9年度1年目8割	R9年度2年目7割	R9年度3年目6割
									R10年度1年目8割	R10年度2年目7割
										R11年度1年目8割
	2	ハイリスク者（コントロール不良者）数	KDB支援ツールより抽出	777	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減
	3	ハイリスク者（糖尿病等治療中断者）数	KDB支援ツールより抽出	10,027	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減	前年度減
	4	ハイリスク者（コントロール不良者）割合	KDB支援ツールより抽出	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%	0.60%
	5	ハイリスク者（糖尿病等治療中断者）割合	KDB支援ツールより抽出	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%	7.77%
アウトプット評価指標	1	HbA1cの維持（±0.5%）・改善（-0.6以上）かつ尿蛋白（-）の維持ができた者の割合が目標値を達成した市町村割合	（評価対象） 目標値を達成した市町村数/実施市町村数 （評価方法） 広域連合において評価	R5年度実施市町村の割合	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者 （評価方法） 市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	34.61% (R4実績) 一体的ハイリスク者を対象者とした場合の割合：	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	3	実施市町村割合（ハイリスクアプローチ）	（評価対象） 実施市町村数/市町村数 （評価方法） 広域連合において評価 （評価時期） 実施年度末	21.1% (4/19)	26.3% (5/19)	31.6% (6/19)	36.8% (7/19)	42.1% (8/19)	47.4% (9/19)	52.6% (10/19)

6．健康状態不明者対策

事業の目的	被保険者が適切な医療・介護等のサービスにつながり、健康状態を保つ
事業の概要	1　対象者 健診・医療・介護に関する情報がない者 （例）直近2年間において、健診情報なし、かつレセプトデータなし、かつ要介護認定なしの者等 ※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する 2　実施内容（実施市町村によって異なる） （ハイリスクアプローチ例） ・保健師等の訪問による健康状態の把握、アセスメント ・健診受診勧奨、及び必要に応じて医療・介護サービス等への接続支援 （ポピュレーションアプローチ例） ・通いの場等において、健診受診の啓発を実施又は健診や医療・介護に関する情報がない者に対して高齢者の質問票等を用いて健康状態を把握し、必要なサービスへ繋げる

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	健康状態不明者への介入を行った市町村数（ハイリスク・ポピュレーションアプローチ）	ハイリスクまたはポピュレーションアプローチにおいて、健康状態不明者への介入を行った市町村数 ＊今後各市町村の評価指標を加味して新たな評価指標を検討	8 市町村	9 市町村	10 市町村	11 市町村	12 市町村	13 市町村	14 市町村
	2	ハイリスク者(健康状態不明者)割合	（対象者数/被保険者数(KDBより抽出）	1.47%	1.43%	1.41%	1.38%	1.36%	1.34%	1.32%
アウトプット評価指標	1	健診状態不明者の分析をしている市町村数	分析を実施した市町村数	令和5年度の市町村数	前年度増・維持	前年度増・維持	前年度増・維持	前年度増・維持	前年度増・維持	前年度増・維持
	2	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者数 （評価方法） 市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	93.2% (R4実績) 一体的ハイリスク者を対象者とした場合の割合： 71.9%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	3	実施市町村割合（ハイリスクアプローチ）	実績報告書より	15.8% (3/19)	47.4% (9/19)	68.4% (13/19)	73.7% (14/19)	73.7% (14/19)	78.9% (15/19)	78.9% (15/19)

7．口腔機能低下予防事業

事業の目的	被保険者が口腔機能低下防止を通して、低栄養状態及びフレイル状態に陥ることを防ぐ
事業の概要	1　対象者 口腔機能の低下またはその恐れがある者 （例）咀嚼機能又は嚥下機能の低下がみられる者　等 ※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する 2　実施内容（実施市町村によって異なる） （ハイリスクアプローチ例） ・保健師等による3か月を1クールとする指導（初回：訪問、中間：電話、最終：訪問　等） ・対象者の口腔の状態・食生活の聞き取り、保健指導 （ポピュレーションアプローチ例） ・通いの場等において、口腔機能低下の予防に係る情報提供又は高齢者の質問票等を用いて咀嚼・嚥下機能が低下している恐れがある者を把握し、必要な措置へ繋げる （歯科治療・歯科健診等）

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	口腔機能低下予防を行った市町村数（ハイリスク・ポピュレーションアプローチ）	ハイリスクまたはポピュレーションアプローチにおいて、口腔機能低下予防を行った市町村数	8市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村	19市町村
	2	1年後の要介護認定の状況割合	（評価対象） 1年後の要介護認定者数/支援実施人数 （評価方法） 抽出から1年後の介護認定状況をKDB等から抽出	R5年度末評価実績値（R4年度支援実施者の1年後状況）	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	3	ハイリスク者(口腔)割合	対象者数/被保険者数(KDBより抽出)	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%	4.11%
アウトプット評価指標	1	実施体制づくりをしている市町村数	（評価方法） 歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士等と協議・相談等を行う	令和5年度の市町村数	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者数 （評価方法） 市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	11.2% （R4実績） 一体的ハイリスク者を対象者とした場合の割合：17.8%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	3	実施市町村割合（ハイリスクアプローチ）	実施市町村数/市町村数	10.5% (2/19)	15.8% (3/19)	21.1% (4/19)	26.3% (5/19)	31.6% (6/19)	36.8% (7/19)	42.1% (8/19)

8．身体的フレイル予防事業

事業の目的	被保険者が、自身の身体状態に気付き、身体的フレイルを防止する
事業の概要	【市町村が実施すること】 1　対象者 身体的フレイルのリスクがある者 （例）後期高齢者の質問票で健康状態および歩行速度に該当する者　等 ※実施市町村の実態に応じて、対象者の条件は変化する 2　実施内容（実施市町村によって異なる） （例）・保健師等による3カ月を1クールとする指導 （初回：訪問、中間：電話、最終：訪問　等） ・対象者の健康状態・食生活・運動習慣の聞き取り、保健指導 ・KDBで介護・診療・健診情報により、生活習慣、関節疾患の治療歴等を参照し、必要時受診をすすめる ・介護予防教室、通いの場、地域活動等を把握し、必要に応じて情報提供や事業につなぐ 【広域連合が実施すること】 骨折対策について、県と協議し、事業実施に向けた検討を行う

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	ポピュレーションアプローチにおいて身体的フレイルの取組を実施する市町村数	実績報告書より	4 市町村	7 市町村	17 市町村	18 市町村	19 市町村	19 市町村	19 市町村
	2	通いの場等において身体的フレイルの評価を実施している市町村数	実績報告書より		2 市町村	10 市町村	11 市町村	12 市町村	13 市町村	14 市町村
	3	ハイリスク者(身体的フレイル)割合	対象者数/被保険者数(KDBより抽出)	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%	1.90%
アウトプット評価指標	1	実施体制づくりをしている市町村数	（評価方法） 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、健康運動指導士と協議・相談等を行う	令和5年度の市町村数	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者数 （評価方法） 市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	-	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	3	実施市町村割合（ハイリスクアプローチ）	実施市町村数/市町村数	10.5% (2/19)	5.3% (1/19)	21.1% (4/19)	31.6% (6/19)	42.1% (8/19)	52.6% (10/19)	63.2% (12/19)

9．その他の重症化予防

事業の目的	治療中断者や血糖・血圧等のコントロールが不良である者を医療機関へつなげ、重症化を予防する
事業の概要	1．直営によるもの 当該年度の健診の結果、要精密検査、要治療者が翌年度まで医療機関未受診だった者への受診勧奨通知を行う（糖尿病を除く） 2．委託によるもの 市町村へ委託する 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施のハイリスクアプローチとして実施 ①未治療による腎機能や血圧等のコントロール不良者への支援 ②治療中断者への支援

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	医療機関未受診者の医療機関の受診率	(評価対象) 医療機関未受診者の医療機関受診者数/健診後医療機関未受診者数 （評価方法） 広域連合において評価 （評価時期） 翌年度末	40.0%	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増	前年度増
	2	ハイリスク者(腎機能不良未受診者)割合	対象者数/被保険者数 (KDBより抽出)	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%
アウトプット評価指標	1	健診後医療機関未受診者への受診勧奨通知(直営)	（評価対象） 当該年度健診後医療機関未受診者 （評価方法） KDBシステムより抽出	通知実施(R4:50人)	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施
	2	コントロール不良者又は治療中断者へのアプローチ 実施市町村割合	（評価対象） 実施市町村数/市町村数 （評価方法） 広域連合において評価 （評価時期） 実施年度末	5.2% (1/19)	10.5% (2/19)	10.5% (2/19)	15.7% (3/19)	15.7% (3/19)	21.0% (4/19)	21.0% (4/19)

10. 服薬指導（ポリファーマシー対策）事業

事業の目的	多剤併用及び重複処方等に該当する被保険者が、必要以上の医薬品を使用して いる状態でおきる副作用などの有害事象を減らすことで、被保険者の健康を保持と医療費の適正化を目的とする
事業の概要	1　対象者 多剤併用及び重複処方等に該当する被保険者 2　実施内容 保険証台紙への啓発記事を掲載することで、必要以上の医薬品を使用している状態でおきる副作用などの有害事象の減少を図る 効果的かつ専門的なレセプト分析により対象者を抽出して通知し、薬剤師等による専門的な指導・相談を実施

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	服薬指導・相談事業実施		—	—	—	事業実施			
	2	事業開始後、設定		—	—	—	%	%	%	%
	3	ハイリスク者（多剤）割合	対象者数/被保険者数(KDBより抽出)	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%	3.79%
	4	ハイリスク者（睡眠薬）割合	対象者数/被保険者数(KDBより抽出)	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%	2.21%
アウトプット評価指標	1	服薬指導・相談事業実施		—	—	—	事業実施	事業実施	事業実施	事業実施
	2	実施市町村数	当該年度実施市町村数	—	—	—	—	1市町村	2市町村	3市町村
	3	県薬剤師会との協議	薬剤師会と協議を実施したか	実施年3回	実施	実施	実施	実施	実施	実施
	4	被保険者証へ啓発記事掲載 ※中間評価時に方法を見直す	広域連合が被保険者証に啓発記事を掲載したか ※2025年度以降は、資格確認証又は資格情報のお知らせ通知	128,407件	記事掲載	記事掲載	記事掲載			
	5	支援対象者のうち、支援できた者の割合	（評価対象） 支援実施人数/対象者数 （方法） 広域連合において評価 ただし、一体的実施の場合は市町村において評価 （評価時期） 実施年度末	0	0	0	事業検討後設定	前年度増	前年度増	前年度増
	6	実施市町村割合	実施市町村数/市町村数	0	0	0	0	5.3%(1/19)	10.5%(2/19)	15.8%(3/19)

11. 重複頻回受診、重複投薬者等への相談指導事業

事業の目的	重複・頻回受診、重複投薬にある被保険者に対し、健康を保持するための相談、日常生活指導及び受診に関する指導並びに服薬指導等の適切な指導を行い、被保険者の適正な受診を促し傷病の早期治癒及び健康の保持増進を図ると共に医療費の適正化を図る
事業の概要	1　対象者 県内市町村の被保険者から重複受診（かつ重複投薬）、頻回受診（かつ重複投薬）状態にある者 2　実施内容（広域連合直営事業（市町村独自で実施を希望する場合は委託）） 保健師等の医療専門職による相談指導を実施　※相談指導は外部事業者に委託し、外部事業者の医療専門職にて実施 ※離島に位置する市町村もあり医療専門職による訪問が難しいため、より幅広く多数の対象者を選定し相談指導を実施するために原則電話による相談指導を実施

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）
アウトカム評価指標	1	指導実施者のうち適正受診状態になった者の割合	効果測定者のレセプトデータを分析	82.5% （R4実績）	80%	80%
	2	指導実施者のうち適正受診状態になった者の数	効果測定者のレセプトデータを分析	66人 （R4実績）	60人	60人
	3	行動変容率 （重複・頻回受診状態は解消されていないが、行動変容があった者の割合）	効果測定者のレセプトデータを分析	92.5% （R4実績）	90%	90%
アウトプット評価指標	1	実施市町村数	対象者の属する市町村	15 市町村 （R4実績）	19 市町村	19 市町村
	2	対象者数	抽出基準に該当した者	75人 （R4実績）	75人	75人
	3	指導回数	対象者への相談指導の回数	2回 （R4実績）	2回	2回

12. 後発医薬品（ジェネリック）利用促進事業

事業の目的	患者負担額の軽減と医療費の削減を図るため、後発医薬品(ジェネリック)の使用を促進する
事業の概要	後発医薬品(ジェネリック)差額通知の実施 後発医薬品(ジェネリック)希望カードの配付 国保連合会が主催する保険者協議会で使用率向上のための検討

項目	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	ジェネリックの使用割合	厚労省からの情報提供	84.5%	維持	85%	90%	90%	90%	90%
アウトプット評価指標	差額通知実施の有無		通知実施(9,928件)	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施	通知実施

4．データヘルス計画の評価・見直し

【毎年度】
・個別保健事業の実績、進捗状況を把握
・必要に応じて、翌年度の個別保健事業の見直し

【中間評価】
・令和8年度に実施
・令和7年度までの個別保健事業の実績、評価指標の目標達成度の確認
・計画全体及び個別保健事業の目標値の見直し
・個別保健事業の継続及び見直し、新規保健事業の検討

【最終評価】
・令和11年度に実施
・令和10年度までの個別保健事業の実績、令和11年度途中までの保健事業の進捗状況の確認、評価指標の目標達成度の確認
・健診・医療等のデータ分析による健康課題の把握
・次期データヘルス計画における計画全体及び個別保健事業の目標等を検討
・新たな目標等を達成するための個別保健事業について検討

5．データヘルス計画の公表・周知

本計画は、広域連合のホームページに掲載して公表・周知するものとします。また、関係団体を通じて、医療機関等に対し保健事業の目的等の周知を図ります。

6．個人情報の取扱い

保健事業の実施にあたっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン及び広域連合の関係例規等に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

7．地域包括ケアに係る取組

広域連合は、市町村や島根県医師会、島根県歯科医師会、島根県薬剤師会、地域の医療関係団体等と連携した健康づくりに関する事業等を進めています。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業では、各市町村に委託して実施しており、それぞれの健康課題に合わせた保健事業に取り組んでいます。また各取組においては、市町村の国保・後期・介護・保健部門及び郡市医師会や地域の医療機関等、国保連、島根県と連携しながら事業を推進しています。

令和 6 年 3 月発行

島根県後期高齢者医療広域連合

〒690-0887
島根県松江市殿町8番地3
（島根県市町村振興センター4階）
電話:(0852)20-2236（代表）