

沖縄県後期高齢者医療広域連合
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

計画策定の趣旨	背景	沖縄県後期高齢者医療広域連合では、平成27年3月に「第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を、平成30年3月に「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し被保険者の健康保持・増進及び健康寿命の延伸を目的とした保健事業に取り組んできた。 第2期の最終年度である令和5年度に健康・医療情報を活用したPDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業の実施をはかるため「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、保健事業の実施・評価・改善を行っていく。	
	目的	効率的な保健事業の実施により、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り、生活習慣病等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ができる高齢者を増やすことを目的とする。 高齢者の身近な立場で保健事業や介護予防事業を実施している市町村と広域連合が連携し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（以下「一体的実施」という。）」を通してきめ細やかな保健事業を実施して行く。 保健事業の結果として、医療費の適正化、要介護認定率の低下や介護給付費の減少に資することを期待する。	
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	都道府県健康増進計画	令和6年～令和11年	【健康おきなわ21（仮）】：健康課題の共有
	都道府県医療費適正化計画	令和6年～令和11年	【第4期沖縄県医療費適正化計画（仮）】：重複受診・服薬対策
	介護保険事業支援計画	令和6年～令和8年	【沖縄県高齢者保健福祉計画（仮）】：地域包括ケアの推進
	国保データヘルス計画	令和6年～令和11年	【第3期国民健康保険保健事業推進計画（仮）】：保健事業の継続
実施体制 関係者連携	市町村との連携体制	市町村担当主管課長及び担当者会議（5月、11月） 一体的実施に関する研修会 一体的実施の委託	
	関係者等	沖縄県後期高齢者医療広域連合運営懇話会（8月、1月） 沖縄県保険者協議会 沖縄県保険者協議会保健活動専門部会 保健事業支援・評価委員会	

(1) 基本情報

人口・被保険者	対象者に関する基本情報	(令和5年4月1日時点)
---------	-------------	--------------

	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	1,462,871	100.00	719,729	49.20	743,142	50.80
被保険者数（人）	151,295	100.00	61,774	40.83	89,521	59.17
65～69歳（人）	303	0.20	197	0.13	106	0.07
70～74歳（人）	756	0.50	439	0.29	317	0.21
75～79歳（人）	48,778	32.24	22,558	14.91	26,220	17.33
80～84歳（人）	44,647	29.51	19,562	12.93	25,085	16.58
85～89歳（人）	33,648	22.24	12,921	8.54	20,727	13.70
90歳以上（人）	23,163	15.31	6,097	4.03	17,066	11.28

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
構成市町村	高齢者保健事業について連携：一体的実施を27市町村にて実施。1村で訪問指導事業を委託。 (令和5年度現在)
都道府県	国民健康保険課：一体的実施への支援、厚生労働省、九州厚生局との調整。 高齢者福祉介護課：一体的実施への支援、地域支援事業との調整。
国保連及び支援・評価委員会	国保連合会：一体的実施に係る研修を委託 評価委員会：データヘルス計画策定について評価及び助言
外部有識者	沖縄県後期高齢者医療広域連合運営懇話会：計画の実行に向けての助言
保健医療関係者	沖縄県医師会：長寿健診について集合契約 沖縄県歯科医師会：歯科健診について集合契約
その他	被保険者自身が主体的に健康保持・増進に努めるよう情報提供等を行う。

(2) 現状の整理

被保険者等の特性	被保険者数の推移	○平成30年度：143,551人 ○令和元年度：146,415人 ○令和2年度：146,927人 ○令和3年度：144,865人 ○令和4年度：145,247人 ○令和5年度：151,295人 第2期データヘルス計画開始時の平成30年度の被保険者数は143,551人で令和3年度に減少したがその後は増加しており、令和5年度には151,295人と5年間で7,744人増加している。
	年齢別被保険者構成割合	75歳～79歳が全体の32.24%を占め、次に多いのが80歳～84歳で全体の29.51%となっており、75歳～84歳の年齢層を合わせると61.75%を占めている。男女別に比べると女性の割合が59.17%と男性に比べて多くなっている。年齢が高くなるほど男女の差が拡大し、90歳以上では女性は男性の約2.8倍の人数となっている。
	その他	沖縄県の令和4年度の高齢化率（KDB）は22.6%と全国平均の28.7%と比較すると低く、被保険者の割合も沖縄県は10.6%、全国平均は15.7%と低くなっている。
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脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有病者数を目標値より下回る。 ②一人当たり医療費の全国平均との差を平成27年度の差（8.2万円）と比較して50%縮小する。 ③健診所見者で国を上回る項目を8項目以下にする。 ④長寿健診受診率38%以上。 ⑤歯科健診受診者1,000人以上。
	目標の達成状況	①全て目標値を下回っている。 ②令和4年度の全国との差は6.2万円あり、目標とする数値（4.1万円）を達成できていない。 ③令和4年度は9項目で全国を上回っており、目標を達成できていない。 ④令和4年度は受診率は28.9%で目標を達成できていない。 ⑤令和4年度の受診者数は866人で目標を達成できていない。

※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	データ出典	
被保険者構成の将来推計		「日本の地域別将来人口」によると沖縄県の高齢者人口は毎年増加を続け、沖縄県内の75歳以上人口は2025年（令和7年）に18万4千人、2030年（令和12年）には21万6千人と5年間で32,000円（1年あたり6,400人）増加する見込み。	計算しやすいように数字を簡素化し、1年あたり被保険者が6,400人、一人あたり医療費が15,000円増えると仮定して比較をする。 令和6年度の被保険者を16万人、一人あたり医療費を104万円と仮定すると医療費の総額は年間1664億円となる。 令和11年度の被保険者は19万2千人、一人あたりの医療費は111万5千円、年間の医療費の総額は2140億8千万円となる。 5年間で476億8千万円の医療費が増え、保険料、現役世代の負担、公的負担が増えることになる。将来的な負担を増やさないためにも重症化予防、医療費適正化の取組が重要である。	日本の地域別将来人口（平成30年3月集計）	
将来推計に伴う医療費見込み		広域連合では令和5年度から令和7年度までの2年間で一人あたり医療費がおよそ3万円程度伸びる事を想定している。（1年あたり約15,000円の伸び。）		広域連合資料（令和6・7年度保険料改定）	
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	令和4年度の沖縄県のデータを全国と比較すると ○平均余命は男性81.2歳、女性88.4歳で、全国平均の男性81.7歳、女性87.8歳と比較すると男性は0.5歳低く、女性は0.6歳高い。 ○平均自立期間は男性79.3歳、女性84.2歳で、全国平均の男性80.1歳、女性84.4歳と比較すると男性は0.8歳低く、女性は0.2歳低い。 ○平均余命と平均自立期間の差は男性1.9歳、女性4.2歳で、全国平均の男性1.6歳、女性3.4歳と比較すると男性は0.3歳長く、女性は0.8歳長くなっている。 ○主な死因 沖縄県：がん49.7%、心臓病25.3%、脳疾患14.8%、糖尿病2.9%、腎不全4.1% 全 国：がん50.6%、心臓病27.5%、脳疾患13.8%、腎不全3.6%、糖尿病1.9%	<ul style="list-style-type: none"> ・全国と比べ平均余命は男性が低く、女性が高くなっている。平均自立期間においては、男女ともに全国より低くなっている。 ・平均余命と平均自立期間の差は男女とも全国より長くなっており、介護が必要になるなど自立できない期間が長くなっている。どの様な原因で介護が必要になっているのかがしっかり分析し介護予防に繋げていく事が大切である。 ・主な死因としてはがんが多く、次いで心臓病、脳疾患となっている。 		
	構成市町村比較	○平均余命（県平均：男性：81.2歳、女性88.4歳） ・最も高い市町村は男性は渡名喜村で90.2歳、女性は南大東村で96.2歳 ・最も低い市町村は男性は伊是名村で77.6歳、女性は北大東村で83.5歳 ○平均自立期間（県平均：男性79.3歳、女性84.2歳） ・最も高い市町村は男性は渡名喜村で87.1歳、女性は南大東村で90.3歳 ・最も低い市町村は男性は伊是名村で76.1歳、女性は北大東村で81.1歳 ○平均余命と平均自立期間の差（県平均：男性1.9歳、女性4.2歳） ・最も小さい市町村は男性は伊平屋村で1.2歳、女性は北大東村で2.4歳 ・最も大きい市町村は男性は南大東村で4.3歳、女性は東村で6.8歳	<ul style="list-style-type: none"> ・平均余命の最も長い市町村と低い市町村との差が男性で12.6歳、女性で12.7歳となり大きな差となっている。いずれも離島で小規模の村のため、少数の対象者により数値が影響されるためと思われる。全国平均男性81.7歳より長い市町村は18、女性87.8歳より長い市町村は26となっている。 ・平均自立期間が全国平均より長い市町村は男性13、女性17となり、全国平均よりも短い市町村が多い。 ・平均余命と平均自立期間の差が全国平均より大きい市町村は男性で34、女性で38あり、沖縄は全国に比べて介護が必要なた状態で過ごす期間が長いことが分かる。 	KDB地域の全体像の把握	
	経年変化	○平均余命期間は過去5年間で男性0.8歳、女性0.7歳上昇 ○平均自立期間は過去5年間で男性0.8歳、女性0.5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	【健康診査】 KDBによると全国平均24.2%、沖縄県25.7%となり、全国平均より高くなっている。 【歯科健診】 令和4年度は3市で実施し対象者15,263人、受診者366人、受診率5.67%となっている。全国平均は公表されていないため比較できないが実施市町村割合が3/41（7.3%）となっている。	【健康診査】 ・健診受診率は全国平均と比べて高くなっているが、経年変化では新型コロナウイルス感染拡大の影響前の水準まで戻っていない。引き続き健診受診勧奨を行っていく必要がある。 ・健診受診率が上位となっている市町村はいずれも小規模離島で医療資源が乏しく、限られた日程での集団健診のみの実施となるため健診への関心が高く受診率が高くなっている。 ・健診受診率が低い市町村は都市部が多い。医療機関に恵まれおり、普段から病院受診しているため健診への関心が低いと思われる。	KDB健診・医療・介護データから見る地域の健康課題	
	構成市町村比較	【健康診査】 ○ 上位3市町村：伊是名村96.1%、渡嘉敷村81.3%、南大東村68.1% ○ 下位3市町村：嘉手納町22.9%、沖縄市22.2%、北谷町20.0% 上位は離島が占めており1位と41位では76.1ポイントの差がある。 【歯科健診】 ○実施市町村：那覇市6.3%、浦添市5.2%、沖縄市4.6%		令和5年度健康診査推進計画	
	経年変化	【健康診査】 平成30年度32.4%、令和元年度32.2%、令和2年度25.1%、令和3年度25.6%、令和4年度28.9% 令和2年度に新型コロナウイルス感染拡大の影響で受診率が大幅に下がってしまい、コロナ禍前の水準に戻ってはいない。 【歯科健診】 令和元年度：受診者469人、受診率2.6%、15市町村で実施 令和4年度：受診者866人、受診率5.7%、3市で実施 （令和2年度～3年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で中止）	【歯科健診】 ・歯科健診は広域連合が主体で行っているが、実施出来ている地域が少ないため事業を拡大していく必要がある。 ・受診率が低いので効果的な対象者の抽出や受診勧奨に取り組んでいきたい。	令和5年度健康診査推進計画	
健康診査 歯科健康診査 質問票の分析	全国平均との比較	○健診の結果が基準値よりも悪い有所見者の割合（以下「有所見者割合」という。）の沖縄県の数値が、全国よりも高い項目が令和4年度では広域連合指定の16項目中11項目あった。 ・「BMI25以上」、「腹囲」、「ALT51以上」、「血糖126以上」、「HbA1c6.5以上」、「尿酸8以上」、「収縮期血圧140以上」、「LDLコレステロール140以上」、「血清クレアチニン1.3以上」、「血糖・血圧」、「血糖・血圧・脂質」 ○有所見者割合が全国の値を超えた市町村数が50%を超える項目は12項目あった。 ・BMI25以上(100%)、腹囲(100%)、ALT51以上(61.0%)、血糖126以上(70.7%)、HbA1c6.5以上(63.4%)、尿酸8以上(97.6%)、収縮期血圧140以上(82.9%)、LDLコレステロール140以上(51.2%)、血清クレアチニン1.3以上(82.9%)、血糖・血圧(56.1%)、血圧・脂質(70.7%)、血糖・血圧・脂質(53.7%)	<ul style="list-style-type: none"> ・肥満に関連する項目（BMI、腹囲）に関して全市町村で全国平均を上回っている。令和4年度においてBMIが25以上だった健診受診者は全国平均では23.7%だったのに対し、沖縄県は40.3%。腹囲の基準値超えは全国では14.1%であったのに対し沖縄は45.4%となり、全国で一番有所見者の割合が高くなっている。 ・血糖値、HbA1cの有所見者が全国より高い市町村が多いことから糖尿病のリスクが高い方が多くなっている。 ・収縮期血圧（高血圧）は82.9%の市町村が全国より有所見率が高く、5年間県平均が全国を上回っている。 ・LDLコレステロールは51.2%の市町村が全国より有所見率が高く、5年間県平均が全国を上回っている。脂質異常のリスクが高くなっている方が多くなっている。 ・尿酸と血清クレアチニンの有所見者はどちらも過半数以上の市町村が全国を上回っており、5年間県平均が全国を上回っている。腎臓病のリスクを抱えている方が多くなっている。 	KDB地域の全体像の把握、 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題	
	構成市町村比較	○有所見者割合が多い市町村（16項目中） ・15項目 今帰仁村 ・14項目 うるま市、久米島町、多良間村 ・13項目 名護市、沖縄市、南大東村 ○有所見者割合が少ない市町村（16項目中） ・5項目 豊見城市、南城市 ・6項目 渡名喜村 ・7項目 那覇市、石垣市、伊江村、与那原町			
	経年変化	○年度別健診有所見者割合 H30年度：10項目、R1年度：11項目、R2年度：9項目、R3年度：9項目、R4年度：11項目 ○健診有所見者割合が5年間全国より悪い項目（8項目） ・BMI25以上、腹囲、血糖126以上、尿酸8以上、収縮期血圧140以上、LDLコレステロール140以上、血清クレアチニン1.3以上、血糖・血圧、血糖・血圧・脂質	【総評】 沖縄は肥満の割合が全国で一番高く、生活習慣病に関連する項目が悪い。「血糖・血圧」、「血糖・血圧・脂質」と複合的に悪い方の割合も高く、全国的にみても健康課題を抱えている受診者が多い事が分かる。		

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	被保険者数、一人あたり医療費がともに増加するため、全体の医療費が増加することが予想されている。適正受診・適正服薬に取り組み医療費適正化を進めていく。また、未治療者、治療中断者への受診勧奨を行うことで、重症化を防ぎ医療費の伸びを抑制する。	
B	沖縄県は重症化してから入院や、重度化してから介護認定が多い。疾病の早期発見・重症化予防の必要性から健康診断の受診率の向上を図る。また、健康状態の把握、重症化予防のため健康状態不明者の減少を目指していく。	
C	沖縄県は介護が必要な状態で過ごす期間が長く、肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常、腎臓病に関連する数値も高い。筋・骨格に関する医療費も高く、介護給付費や重度の介護認定率も高い。沖縄県の後期高齢者は多くの健康課題を抱えている。健康課題の原因としては肥満、飲酒、食生活、運動不足といった事が考えられ、生活習慣の改善が必要である。また、外来の医療費が低く、入院の医療費が高いことから未治療者や治療中断者が多くいることが推測される。健康状態の保持・改善、疾病の重症化予防の点から生活習慣病への取組が重要である。	○
D	重度の介護認定率が高く、フレイルや閉じこもりに関連する質問票の項目が悪く、転倒・骨折のリスクも高い。市町村が行う介護予防事業と連携し、フレイル予防、転倒予防、認知症予防等に取り組んでいく必要がある。	

項目		健康医療情報等の整理		アセスメント		データ出典	
健康診査 歯科健康 診査 質問票の 分析	質問票調査結果の状況（生活習慣）	全国平均との比較	健康スコアリングより（全国の平均が100点） 健康状態リスク（100点）、心の健康状態リスク（100点）、食習慣リスク（97点）、 口腔機能リスク（103点）、体重変化リスク（98点）、運動転倒リスク（97点）、 認知機能リスク（91点）、喫煙リスク（103点）、社会参加リスク（97点）、 ソーシャルサポートリスク（101点）、の合計点数987点。 全ての項目で平均並み（90点以上110点未満）であった。	健診の際に実施している「後期高齢者の質問票」より以下の事が分かった。 ・口腔機能リスク、喫煙リスク、ソーシャルサポートリスクが100点を超えており、「硬いものでも食べられる」、「禁煙」、「身近に相談できる人がいる」、といった項目での自己評価の高い方が多い。 ・健康状態リスク、心の健康状態リスクは全国平均と同じ100点となっている。 ・食習慣リスク、体重変化リスク、運動転倒リスク、認知機能リスク、社会参加リスク、の項目で平均を下回っている。「3食きちんと食べている」、「体重の減少があった」、「歩行速度低下、転倒」、「物忘れ」、「外出頻度」の項目での自己評価が低い方が多い。 ・点数が低い項目は閉じこもりやフレイルのリスクが高いので、通いの場での介護予防教室など積極的な支援が必要である。	KDB 健康スコアリング（健診） 健康スコアリング （保険者一覧）		
		構成市町村比較	市町村ごとの10項目の合計点数（全国平均が100点×10項目） ○合計点数が高かった市町村 1、名護市1,043点 2、北谷町1,037点 3、南風原町1,019点 ○合計点数が低かった市町村 1、粟国村841点 2、竹富町863点 3、伊平屋村914点				
		経年変化	質問票の使用がR2年度からなのでR2～R4年度の合計点数を比較する。 R2年度：996点（認知機能91点） R3年度：988点（認知機能89点） R4年度：987点（認知機能91点） 全体的に認知機能の点数が低く、令和3年度は90点を下回った。 「今日の日付が分からない」「最近物忘れがひどくなった」の両方の回答で全国を上回っている。				
健康状態不明者の数	全国平均との比較	令和4年度の健康状態不明者は2,832人で全体のおよそ1.95%の割合。 全国の数値は公表されていない。	健康状態不明者は「A：自分の意思で受診しない方」、「B：受ける意思はあるが社会的理由（貧困等）で受診できない方」、「C：受ける意思はあるが日程や交通手段等の問題で受診していない方」に分けることができるが、どの様な理由で健康状態不明となっているか把握することが大切である。 ・Aに該当する方へは保健指導や啓発活動等をとって健診受診を促す活動が重要である。 ・Bに該当する方へは必要な支援（生活保護、介護等）につなげていく活動が重要である。 ・Cに該当する方へは受診しやすくなるような受診環境を整えていく事が重要である。	一体的実施・KDB 支援ツール			
	構成市町村比較	健康状態不明者の割合が高い市町村（R4年度） ・与那国島（9.3%） ・座間味村（4.5%） ・南大東村（4.1%） 健康状態不明者の割合が低い市町村（R4年度） ・渡嘉敷村（0.0%） ・北大東村（0.0%） ・東村（0.4%）					
	経年変化	健康状態不明者の割合は、H30年度（1.66%）、R1年度（1.64%）、R2年度（1.71%）、 R3年度（1.92%）、R4年度（1.95%）と年々上がっている状況である。					
医療費	全国平均との比較	令和3年度沖縄県の一人当たりの医療費 （総額）1,002,500円 全国平均：940,512円 順位：15位 （入院）591,933円 全国平均：466,848円 順位：9位 （外来）374,169円 全国平均：419,170円 順位：44位 （歯科）23,374円 全国平均：36,355円 順位：46位	沖縄県の一人当たり医療費は、全国で（外来）は44位、（歯科）は46位と低い（入院）が9位と高くなっている。そのため（総額）では15位と全国平均に比べて高くなっている。普段は病院に通わないが悪化、重症化してから入院するといった特徴が表れている。 ・一人あたり医療費が高い市町村については小規模市町村では少数の高額治療者の影響が大きいため原因の判断が難しい。 ・一人あたりの医療費が少ない市町村については離島で医療機関に限られており、入院や治療できる施設がない事が原因と思われる。 ・経年変化では総額での全国順位が12位～15位と上位に位置している。 ・重症化する前に早期発見し治療へ繋げていくためには、健診受診率の向上や健康状態不明者の減少に向けた取組が必要である。	後期高齢者医療事業報告書			
	構成市町村比較	令和3年度1人当たり医療費（総額）が高い市町村 ・本部町 1,173,837円 ・粟国村 1,107,574円 ・渡名喜村 1,093,545円 令和3年度1人当たり医療費（総額）が低い市町村 ・北大東村 453,756円 ・多良間村 525,599円 ・渡嘉敷村 741,502円		令和3年度沖縄県後期高齢者医療事業報告書			
	経年変化	各年度の1人当たり医療費総額と順位 H29年度：沖縄県 1,018,650円（14位）、全国 944,561円 H30年度：沖縄県 1,030,565円（13位）、全国 943,082円 R1年度：沖縄県 1,043,135円（12位）、全国 954,369円 R2年度：沖縄県 994,844円（14位）、全国 917,124円 R3年度：沖縄県 1,002,500円（15位）、全国 940,512円		高齢者医療事業報告書			
医療関係 の分析	全国平均との比較	令和4年度の医療費分析（最大医療資源傷病名）の上位5つの疾病は 【沖縄県】筋・骨格（31.2%）、がん（17.9%）、精神（10.3%）、 慢性腎臓病（透有）（10.1%）、脳梗塞（7.4%） 【全 国】筋・骨格（26.5%）、がん（22.2%）、慢性腎臓病（透有）（10.3%）、 糖尿病（8.5%）、精神（7.9%）	沖縄県は全国に比べて筋・骨格の医療費が高い。肥満の割合が全国に比べて高いため関節疾患や転倒による骨折が多いと思われる。 ・精神の割合が全国より高くなっているが、内訳のうち病、統合失調症等は保健事業では対策が難しいが、認知症に関しては認知症予防の取組が重要である。 ・脳梗塞の割合が全国より高くなっており、動脈硬化や心房細動等が高血圧が原因によるものとなっている。 ・医療費の多い筋・骨格、脳梗塞は沖縄県の課題である肥満と高血圧が原因となっている。どちらも生活習慣改善の取組が有効であり、運動教室や栄養指導教室等の取組をすることで減らすことができ、認知症予防にもつながっていく。	KDB 地域の全体像の把握			
	構成市町村比較	各疾病の割合が高い5市町村 【筋・骨格】 渡名喜村（45.2%）、伊平屋村（45.2%）、与那国町（42.1%）、 竹富町（42%）、北谷町（37.6%） 北大東村（53.8%）、粟国村（37.7%）、南大東村（31.7%）、 与那国町（29.6%）、渡嘉敷村（25.5%） 【慢性腎臓病（透有）】 南風原町（15.6%）、宜野座村（15.6%）、金武町（14.9%）、 読谷村（14.3%）、八重瀬町（13.2%） 【精神】 座間味村（25.8%）、本部町（22.1%）、糸満市（20.3%）、 伊平屋村（15.4%）、大宜味村（14.6%） 【脳梗塞】 渡名喜村（16.8%）、北谷町（10.8%）、伊是名村（10.7%）、 北大東村（10.7%）、国頭村（9.9%）					
	経年変化	各年度の上位5つの疾病 R1：筋・骨格（32.0%）、がん（17.4%）、慢性腎臓病（透有）（10.1%）、 精神（9.9%）、脳梗塞（7.2%） R2：筋・骨格（31.2%）、がん（17.9%）、精神（10.3%）、 慢性腎臓病（透有）、脳梗塞（7.4%） R3：筋・骨格（31.2%）、がん（17.6%）、慢性腎臓病（透有）（10.4%）、 精神（10.1%）、脳梗塞（7.7%）					

項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典	
医療関係の分析	後発医薬品の使用割合	R2年度：87.2% R3年度：87.3% R4年度：88.7%	後発医薬品に関しては県全体での取組により全国で一番高くなっている。	厚生労働省 保険者別の後発医薬品使用割合	
	重複投薬患者割合 多剤処方患者割合	○重複投薬者（3医療機関以上から重複処理が発生した薬効数が1以上、または2医療機関以上から重複処理が発生した薬効数2以上）割合（各年度4月時点） ・R2年度：1.45%（2,147人/147,932人） ・R3年度：1.61%（2,343人/145,766人） ・R4年度：1.63%（2,393人/146,689人） ○多剤処方者（同一薬剤に関する処方日数が1日以上で処方薬剤数が15錠以上）割合 ・R2年度：0.71%（1,043人/147,932人） ・R3年度：0.69%（1,005人/145,766人） ・R4年度：0.70%（1,023人/146,689人）	重複投薬者の割合は年々増えており、多剤処方者の割合はあまり変化が無い。薬の内容を確認し、ポリファーマシー対策を行っていく必要がある。	KDB重複・多剤処理の状況	
介護関係の分析	要介護認定率の状況	全国平均との比較	令和4年度 介護認定率：沖縄県19.0%、国19.4%。 要介護3以上：沖縄県8.5%、国6.8%	沖縄県の令和4年度の介護認定率は19.0%と全国の19.4%と比べると0.4ポイント低くなっている。しかし、要介護3以上の介護認定率では1.7ポイント高くなっている。軽度の介護認定率は低いが重度の介護認定率は高いという状況で、外来が少なく、重症化してからの入院が高いという医療の状況に似ている。 介護認定率が最も高い粟国村31.8%と最も低い多良間村では19.6ポイントもの差がある。どちらも小規模離島のため少数の人数でも率に影響してしまうため大きな差があるものと思われる。沖縄県の認定率より低い市町村が17あり、その市町村で行っている介護予防の取組を参考としていきたい。	KDB健康スコアリング (介護)
		構成市町村比較	○令和4年度介護認定率の高い市町村 ・粟国村 31.8% ・渡名喜村 29.0% ・東村 23.2% ・伊平屋村 23.1% ・久米島町 23.1% ○介護認定率の低い市町村 ・多良間村 12.2% ・北大東村 15.5% ・八重瀬町 15.8% ・南風原町 16.0% ・浦添市 16.3%		
		経年変化	R1年度 沖縄県：20.7% 国：19.6% R2年度 沖縄県：21.3% 国：19.9% R3年度 沖縄県：21.8% 国：20.3% R4年度 沖縄県：19.0% 国：19.4%		
	介護給付費	全国平均との比較	令和4年度の一人当たり介護給付費（居宅）は沖縄県が18,053円、国が15,157円となっており、（施設）一人当たり介護給付費は沖縄県が8,199円、国が8,570円となっている。居宅は国より2,896円高く、施設では371円低くなっているが合計では2,525円高くなっている。	一人あたりの介護給付（居宅）ではR1年度からR4年度まで国より高くなっており、（施設）ではR4年度以外は国より高くなっている。R4年度は（居宅）（施設）共に前年度より低くなっており、新型コロナウイルス感染拡大の影響等も考えられるが引き続き分析していきたい。 介護認定率が高かった粟国村、渡名喜村が（施設）の介護給付費も高くなっている。どちらも小規模離島であり、医療機関や介護施設は限られているので日頃からの健康管理と介護予防の取組が重要である。那覇市、浦添市、沖縄市の都市部の（施設）給付費が低いのは医療機関に恵まれており日頃から医療機関を受診している影響があると思われる。 市町村での高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を進め、通いの場での介護予防への取組を進めていくことが重要である。	KDB健康スコアリング (介護)
		構成市町村比較	○一人当たり介護給付費（居宅） 高い市町村 ・宮古島市 21,709円 ・座間味村 21,298円 ・那覇市 20,624円 ・金武町 20,463円 ・伊平屋村 19,744円 低い市町村 ・与那国町 12,139円 ・粟国町 12,139円 ・多良間村 12,746円 ・伊是名村 12,870円 ・八重瀬町 13,473円 ○一人当たり介護給付費（施設） 高い市町村 ・粟国村 30,383円 ・渡名喜村 22,741円 ・伊是名村 22,602円 ・国頭村 18,425円 ・大宜味村 17,821円 低い市町村 ・多良間村 622円 ・南大町村 4,896円 ・沖縄市 6,060円 ・那覇市 6,759円 ・浦添市 6,912円		
		経年変化	○一人当たり介護給付費（居宅） R1年度 沖縄県：19,805円 国：14,872円 R2年度 沖縄県：20,340円 国：16,504円 R3年度 沖縄県：20,843円 国：15,713円 R4年度 沖縄県：18,053円 国：15,157円 ○一人当たり介護給付費（施設） R1年度 沖縄県：9,569円 国：8,922円 R2年度 沖縄県：9,761円 国：9,122円 R3年度 沖縄県：9,664円 国：9,100円 R4年度 沖縄県：8,199円 国：8,570円		
要介護別有病率 (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	○要介護者の有病状況（R4年度） ・心臓病 沖縄県：48.6% 国：60.3% ・筋・骨格 沖縄県：44.9% 国：53.4% ・高血圧 沖縄県：43.8% 国：53.3% ・脂質異常症 沖縄県：26.0% 国：32.6% ・脳疾患 沖縄県：21.9% 国：22.6% ・認知症 沖縄県：19.4% 国：24.0% ○要介護別有病率（疾病治療者/対象者）※沖縄県のみ ・脳血管疾患 要支援1・2：36.4% 要介護1・2：39.0% 要介護3・4・5：44.6% ・心不全 要支援1・2：32.0% 要介護1・2：32.8% 要介護3・4・5：38.8% ・虚血性心疾患 要支援1・2：27.9% 要介護1・2：24.8% 要介護3・4・5：21.4% ・脳血管疾患 要支援1・2：23.7% 要介護1・2：23.9% 要介護3・4・5：25.1% ・認知症 要支援1・2：10.6% 要介護1・2：44.8% 要介護3・4・5：46.1% ○要介護認定有無別の有病率（疾病治療者/対象者）※沖縄県のみ ・脳血管疾患 介護認定有：36.4% 介護認定無：24.9% ・心不全 介護認定有：35.5% 介護認定無：18.2% ・虚血性心疾患 介護認定有：23.9% 介護認定無：18.9% ・脳血管疾患 介護認定有：24.4% 介護認定無：16.4% ・認知症 介護認定有：37.8% 介護認定無：4.7%	要介護者の有病状況では主要な6疾患の有病状況は全て国より低くなっている。沖縄県は外来受診が少なかったため必要な治療を受けていなかったり治療中断となっている可能性がある。 脳血管疾患、認知症は要介護3・4・5では45%以上の疾病治療者者がおり、心不全も40%近い疾病治療者がいる。要介護認定の無い方に比べて介護認定有の方は5つの疾病全ての有料率が高くなっている。重症化する前の対策が介護予防の点からも重要である。 地域ごとに有病率が高い疾病があるので地域の特性に合わせた保健事業及び介護予防事業が必要である。 経年変化については大きな変化は見られない。	KDB地域の全体像の把握 保険者データヘルス支援システム	
	構成市町村比較	介護の要因となる疾病の有病率（疾病治療者/被保険者）が高い市町村 【脳血管疾患】今帰仁村（45.23%）、石垣市（45.03%）、名護市（40.18%）、伊江村（39.20%）、国頭村（38.74%） 【心不全】宮古島市（34.77%）、与那国町（32.57%）、座間味村（31.78%）、石垣市（30.74%）、竹富町（30.37%） 【虚血性心疾患】石垣市（31.41%）、伊是名村（28.07%）、伊江村（25.34%）、与那原町（24.58%）、与那国町（24.57%） 【腎不全】粟国村（30.66%）、与那原町（24.43%）、国頭村（24.20%）、うるま市（23.94%）、糸満市（22.79%） 【認知症】与那国町（25.71%）、宮古島市（23.08%）、石垣市（22.77%）、本部町（21.28%）、大宜味村（20.51%）			
	経年変化	介護の要因となる疾病の有病率（疾病治療者/被保険者） 【脳血管疾患】、【心不全】、【虚血性心疾患】、【腎不全】、【認知症】 R元年度 31.28% 23.79% 21.21% 18.95% 16.22% R2年度 31.83% 23.79% 21.56% 18.65% 16.32% R3年度 32.64% 22.59% 21.89% 18.48% 16.26% R4年度 30.10% 23.75% 20.52% 19.00% 15.45%			

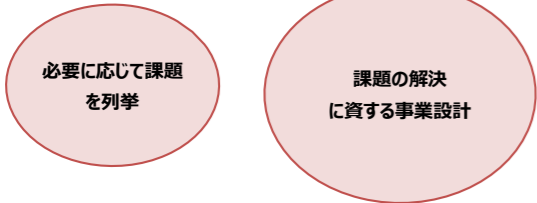
項目		健康医療情報等の整理	アセスメント	データ出典	
介護関係 の分析	通いの場の展開状況 (箇所数・参加者数 等)	全国平均との比較	令和2年度に始まった高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施により市町村が地域の健康課題に合わせた取組を実施している。各市町村での好事例を集約し横展開して事業の拡大を図っていききたい。		後期高齢者医療広域連合 集計
		構成市町村比較			
		経年変化			
介護・医療のクロス分析		<p>令和4年度沖縄県での一体的実施での取り組み状況</p> <p>【健康教育・健康相談】173ヵ所、3,941人参加（累計）</p> <p>【フレイル状態の把握】15ヵ所、255人参加（累計）</p> <p>【複合的取組】52ヵ所、961人参加（累計）</p> <p>※全国の様子は未公表</p> <p>【健康教育・健康相談】16市町村で実施し、通いの場の数が多かったのは那覇市と南風原町で19ヵ所、参加人数（累計）が多かったのは与那原町593人、読谷村536人であった。</p> <p>【フレイル状態の把握】3市町で実施し、通いの場の数が多かったのは宜野湾市と竹富町で7ヵ所、参加人数（累計）は宜野湾市が136人と最も多かった。</p> <p>【複合的取組】7市町村で実施し、通いの場の数が多かったのは西原町で25ヵ所、参加人数（累計）も西原町が325人と一番多くなっている。</p> <p>一体的実施における市町村数、通いの場数、参加人数（累計）</p> <p>R2年度：4市町村、33ヵ所、330人</p> <p>R3年度：18市町村、121ヵ所、2,395人</p> <p>R4年度：22市町村、240ヵ所、5,157人</p>	<p>要介護の有無にかかわらず外来が低く、入院費が高い状況となっている。普段は医療機関を受診しないが重症化して入院する。要支援や軽度の要介護は少ないが重度の要介護状態になって認定を受けるといった特徴が表れている。</p>	健康スコアリング（介護）	
		<p>外来一人あたり医療費</p> <p>【介護認定なし】 沖縄県：261,436円 国：286,122円（国より24,686円低い）</p> <p>【要支援・要介護】 沖縄県：441,046円 国：480,497円（国より39,451円低い）</p> <p>【要介護2以上】 沖縄県：428,452円 国：462,365円（国より33,913円低い）</p> <p>入院費一人あたり医療費</p> <p>【介護認定なし】 沖縄県：202,767円 国：159,285円（国より43,482円高い）</p> <p>【介護認定あり】 沖縄県：1,098,346円 国：852,919円（国より245,427円高い）</p> <p>【要介護2以上】 沖縄県：1,372,532円 国：1,214,341円（国より234,987円高い）</p>			

	広域連合がアプローチする課題	優先する課題	課題解決に係る取組の方向性	対応する保健事業番号
A	被保険者及び一人あたり医療費の増加による医療費の増加額の抑制、適正受診・適正服薬の推進		・重複・頻回受診者訪問 ・重複服薬対策	4,6
B	疾病の早期発見、重症化予防	✓	・健康診査事業の実施及び受診率の向上 ・歯科健診事業の実施及び受診率の向上 ・健康状態不明者の把握	1,2,3
C	生活習慣病等の重症化予防	✓	・訪問指導事業 ・一体的実施による個別指導	3,5,7
D	介護予防・フレイル予防		・一体的実施によるポピュレーションアプローチの実施	8



目的・目標		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																					
計画全体の目的 (この計画によって目指す姿)		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り、生活習慣病等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ができる高齢者を増やす																					
目標	評価項目(共通評価指標)	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	
健診受診率の向上 健康状態不明者の減少	アウトフィット	健診受診率	28.9%	39107	135317	30.5%			31.0%			31.5%			32.0%			32.5%			33.0%		
		歯科健診実施市町村数・割合	7.3%	3	41	46.3%			56.1%			61.0%			68.3%			75.6%			80.5%		
生活習慣の改善 重症化の予防 フレイルの予防		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	53.7%	22	41	90.2%			90.2%			90.2%			100.0%			100.0%			100.0%		
一体的実施の推進 実施市町村数の増加	アウトフィット	低栄養	19.5%	8	41	29.3%			34.1%			39.0%			43.9%			48.8%			53.7%		
		口腔	2.4%	1	41	29.3%			34.1%			39.0%			43.9%			48.8%			53.7%		
		服薬(重複・多剤)	0.0%	0	41	29.3%			34.1%			39.0%			43.9%			48.8%			53.7%		
		重症化予防(糖尿病性腎症)	48.8%	20	41	90.2%			90.2%			90.2%			90.2%			90.2%			90.2%		
		重症化予防(その他身体的フレイルを含む)	53.7%	22	41	90.2%			90.2%			90.2%			90.2%			90.2%			90.2%		
		健康状態不明者	12.2%	5	41	29.3%			34.1%			39.0%			43.9%			48.8%			53.7%		
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	0.55%	801	145247	前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる		
		口腔	4.12%	5984	145247	前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる		
		服薬(多剤)	3.03%	4405	145247	前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる		
		服薬(睡眠薬)	2.12%	3079	145247	前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる		
		身体的フレイル(ロコモ含む)	4.63%	6718	145247	前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる		
		重症化予防(コントロール不良者)	0.59%	850	145247	前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる		
		重症化予防(糖尿病等治療中断者)	8.13%	11809	145247	前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる		
		重症化予防(基礎疾患保有+フレイル)	6.17%	8955	145247	前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる		
		重症化予防(腎機能不良未受診者)	0.02%	29	145247	前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる		
		健康状態不明者	1.95%	2832	145247	前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる			前年度より改善させる		
		平均自立期間(要介護2以上)	男性:81.2 女性:88.4			男性:81.5 女性:88.7			男性:81.7 女性:88.8			男性:81.8 女性:89.0			男性:82.0 女性:89.1			男性:82.2 女性:89.2			男性:82.3 女性:89.4		

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



個別事業及び計画期間における進捗管理

事業番号	事業分類	事業名	運営委託混合	重点・優先	実施年度(市町村数)					
					2024(R6)	2025(R7)	2026(R8)	2027(R9)	2028(R10)	2029(R11)
1	健康診査	長寿健康診査事業	直営	✓						
2	歯科健診	歯科健診事業	直営							
3	訪問指導事業	健康指導対象者訪問指導事業	直営	✓						
4		重複・頻回受診者訪問指導事業	直営	✓						
5	受診勧奨	長寿健診フォローアップ事業	直営							
6	服薬通知	服薬通知事業	直営							
7	一体的実施	一体的実施(ハイリスクアプローチ)	委託	✓						
8		一体的実施(ポピュレーションアプローチ)	委託	✓						

IV 個別事業

事業シート [長寿健康診査]

事業1 長寿健康診査事業

事業の目的	一年に一度健康診断を受診することで、被保険者の健康保持・増進及び疾病の早期発見と生活習慣病の重症化予防を目的とする。
事業の概要	<p>広域連合が直接医療機関と契約を行って実施する。</p> <p>個別健診については令和5年度においては沖縄県医師会加盟の352医院と集合契約を、6医院と独自契約を結び、県内のどの市町村の医院でも受診できるよう努めている。また、集団健診については市町村の行う住民健診やがん検診と同日に受診できる体制を整えている。啓発ポスターの作成や受診勧奨ハガキを対象者に送付し、受診率の向上に努めていく。</p> <p>健康状態不明者については訪問指導事業や一体的実施により受診勧奨を行って行く。</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	健康状態不明者の減少	・1年以上健診も医療機関も未受診の者 ・KDB及びDH支援システムにより集計	1.9%	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下
	2	リピーター率の増加	・前年度に引き続き受診している者の割合 ・受診者リストの比較	64.3%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	3									
	4									
	5									

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	長寿健診受診率	・健診受診者/健診対象者 ・実績報告による	28.9%	30.5%	31.0%	31.5%	32.0%	32.5%	33.0%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス(方法)	概要	広域連合が主体となり、沖縄県医師会、医療機関、市町村の協力のもとで実施していく。受診結果は市町村と共有し、一体的実施等の保健事業に活用していく。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・沖縄県医師会所属医療機関及び個別契約医療機関と長寿健診について契約を交わす。 ・市町村は集団健診についての日程及び場所を実施機関と調整し、決定する。 ・受診券の発送。 ・年度途中の年齢到達者については市町村にて受診券を発行する。 ・年度途中に未受診者に対する受診勧奨を行う。 ・受診者数の集計をし、受診率を割り出す。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・一体的実施のハイリスクアプローチ対象者として保健指導を行う。 ・長寿健診受診者フォローアップ事業として未治療者に対して通知を行う。 ・健康長寿訪問指導対象者として訪問指導を行う。
	備考	

ストラクチャー(体制)	概要	<ul style="list-style-type: none"> ・実施主体は広域連合だが市町村と連携して事業を行う。 ・保険者協議会と連携し県内全域で実施する。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・個別健診実施医療機関については特定健診と同様とし、保険者協議会を通じて医師会と調整する。 ・健診項目については国の基準に基づいて医師会と調整の上決定する。 ・集団健診については市町村が住民健診等の実施に合わせて実施機関と調整を行う。 ・医療機関が乏しい離島については健診機関の渡航費を他保険者と按分して負担する。 ・被保険者からの問い合わせについては広域連合及び市町村にて対応する。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診率については関係機関と共有する。 ・離島の集団健診実施に係る渡航費については、他の健康診断実施機関と按分して負担する
	備考	

事業2 歯科健診事業

事業の目的	口腔の健康を維持することにより、QOL（quality of life）の向上を図り健康寿命の延伸を目的とする。
事業の概要	平成28年度より沖縄県歯科医師会に委託し事業が始まった。 受診希望者は対象歯科に予約して健診を受診する。 歯科医院では （1）歯の状況、（2）義歯の状況、（3）臼歯部の咬合状態、（4）口腔内衛生状況、（5）口腔乾燥、（6）粘膜の状況、 （7）歯周組織の状況、（8）口腔機能評価、（9）健診結果、 の項目について健診を行い、受診者へ健診結果の説明・指導を行う。

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	歯科健診受診後の治療者割合	・歯科治療者／健診受診者 ・追跡調査により	87.0%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	2	健診結果における要治療者の割合	・要治療者／健診受診者 ・受診結果により	46.7%	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下
	3									
	4									
	5									

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	歯科健診受診率	・健診受診者／健診対象者 ・実績報告により	5.7%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	2	歯科健診実施市町村数	・実施市町村数 ・実績により	15	19	23	25	28	31	33
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	概要	広域連合が主体となり、沖縄県歯科医師会の協力のもとで実施していく。受診結果は市町村と共有し、一体的実施等の保健事業に活用していく。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・沖縄県歯科医師会と健診内容等について協議する。 ・歯科健診事業実施要領の作成。 ・歯科医師会及び実施医療機関と契約の締結。 ・対象者選定及び受診券の発送。 ・歯科健診受診勧奨（ポスター、市町村広報誌等）。 ・健診データの集計、分析。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・受診結果について一体的実施を行っている市町村に提供し、市町村の保健事業に活用する。 ・健診結果が要治療や要指導だった方のフォローについては今後の検討課題。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	沖縄県歯科医師会及び歯科医師会非加盟の歯科医院に委託して実施
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科健診実施可能地域については沖縄県歯科医師会と集合契約を締結。 ・歯科医師会加入の歯科医院が無い地域については歯科医院と直接契約を締結。 ・受診券の作成、送付については広域連合が行う。 ・市町村は歯科健診の広報活動及び受診券再発行の申請の受付を行う。 ・歯科医師会加入歯科医院は健診実施後に書類の提出及び健診費用の請求を歯科医師会に行う。 ・広域連合と直接契約をしている歯科医院は書類の提出及び健診費用の請求を広域連合に行う。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診後の治療については各歯科医院の判断による ・歯科医師会は事業実施後に広域連合に報告を行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [健康指導長寿訪問指導事業（健康指導対象者）]

事業3 健康長寿訪問指導事業（健康指導対象者）

事業の目的	健康指導対象者又はその家族に対し、療養方法等の適切な保健指導を行うことにより、健康保持と疾病の重症化予防に努めるとともに、医療給付の適正化を図る。
事業の概要	長寿健診結果やレセプト等により健康指導が必要とされる方、健康状態が不明な方に対し、訪問指導を行う。 訪問指導員及び市町村に訪問指導を委託して実施し、訪問指導は原則2回実施とする。 事業実施後に訪問指導結果を集計し事業報告会を開催する。

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	状態改善者割合	・状態改善者／訪問指導者	47.7%	48.0%	48.0%	48.0%	48.0%	48.0%	48.0%
	2	健康状態不明者の減少	・1年以上健診も医療機関も未受診の者 ・KDB及びDH支援システムにより集計	1.9%	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下	前年度以下
	3									
	4									
	5									

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	訪問実施人数割合	・訪問実施人数／通知人数 ・実績による	69.7%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	概要	広域連合が計画し、訪問指導員及び市町村へ委託して実施する。 訪問指導員は対象者に対して訪問し、日常生活や健康状態を把握し、適切な保健指導を行う。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問指導事業について概要を決める。 ・訪問指導員の募集、契約。 ・訪問対象者の抽出、リスト作成。 ・訪問指導実施、実績報告（毎月） ・年間の訪問結果を集計し、報告会を開催する。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問後のレセプトにより、受診状況や治療状況を確認する。 ・継続して訪問する必要がある者については次年度も継続して訪問指導する。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が計画し、訪問指導員や市町村へ委託し訪問指導を実施する。 市町村は情報提供や一体的実施との調整を行う。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・広域連合が企画、立案を行う。 ・市町村は訪問指導の受託、広報活動、訪問指導員の推薦等を行う。 ・訪問指導員は広域連合の指示に従い訪問指導を行う。
	実施後のフォロー・モニタリング	実施件数、実施結果を集計し報告書を作成する。 事業内容を毎年度見直し改善を図る。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [健康長寿訪問指導事業（重複・頻回、多剤服薬受診者）]

事業4

健康長寿訪問指導事業（重複・頻回、多剤服薬受診者）

事業の目的	重複・頻回受診者又はその家族に対し、療養方法等の適切な保健指導を行うことにより、健康保持と疾病の重症化予防に努めるとともに、医療給付の適正化を図る。
事業の概要	レセプトにより重複・頻回受診の傾向が見られる方に対し、訪問指導を行う。 訪問指導員及び市町村に訪問指導を委託して実施し、訪問指導は原則2回実施とする。 事業実施後に訪問指導結果を集計し事業報告会を開催する。

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	適正受診者割合	・適正受診者/訪問指導者 ・実績による	77.9%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%
	2									
	3									
	4									
	5									

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	訪問実施人数割合	・訪問実施人数/通知人数 ・実績による	62.8%	63.0%	63.0%	63.0%	63.0%	63.0%	63.0%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	概要	広域連合が計画し、訪問指導員及び市町村へ委託して実施する。 訪問指導員は対象者に対して訪問し、日常生活や健康状態を把握し、適切な保健指導を行う。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 訪問指導事業について概要を決める。 訪問指導員の募集、契約。 訪問対象者の抽出、リスト作成。 訪問指導実施、実績報告（毎月） 年間の訪問結果を集計し、報告会を開催する。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 訪問後のレセプトにより、重複・頻回受診に改善が図られたか確認する。 継続して訪問する必要がある者については次年度も継続して訪問指導する。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が計画し、訪問指導員や市町村へ委託し訪問指導を実施する。 市町村は情報提供や一体的実施との調整を行う。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 広域連合が企画、立案を行う。 市町村は訪問指導の受託、広報活動、訪問指導員の推薦等を行う。 訪問指導員は広域連合の指示に従い訪問指導を行う。 必要に応じてかかりつけ医や地域包括支援センターへ繋げていく。
	実施後のフォロー・モニタリング	実施件数、実施結果を集計し報告書を作成する。 事業内容を毎年度見直し改善を図る。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [長寿健診フォローアップ事業]

事業5 長寿健診フォローアップ事業

事業の目的	長寿健康診査の結果から異常値がみられる対象者を特定し、医療機関への受診が行われていない場合は、適切な検査、治療を促すことにより、被保険者の健康の保持・増進及び重症化の予防を図ることを目的とする。
事業の概要	長寿健診受診結果を広域連合で分析し、抽出基準に該当する対象者を抽出する。 【抽出基準】・脂質：HDLコレステロール34以下 ・尿検査：尿蛋白（＋）以上 ・肝機能：γ-GTP101以上 ・糖代謝：HbA1c6.5以上 ・血圧：収縮期血圧160以上 ・その他広域連合が特に必要と認める者 抽出基準に該当した者のうち、健診後に一定期間医療機関への受診が行われていない者に受診勧奨通知を行う。 受診勧奨通知発送後追跡調査を行い、改善が見られない者については訪問指導や一体的実施事業に繋げていく。

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	通知発送後の改善率	・勧奨後受診者／通知人数 ・実績による	22.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
	2									
	3									
	4									
	5									

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	通知発送人数	・年間通知発送件数 ・実績による	443件	600件	600件	600件	600件	600件	600件
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	概要	毎月長寿健診受診結果を分析し対象者を抽出し、受診勧奨通知文書と個々に応じた啓発パンフレットを同封し郵送する。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 対象者抽出基準について検討し事業計画を立てる。 健康診査受診データが閲覧可能となったら抽出基準該当者の抽出を行う。 抽出基準該当者の医療機関受診状況をレセプトにより確認する。 一定期間医療機関の受診がない方に対して抽出基準にあわせた受診勧奨通知を作成する。 受診勧奨通知と啓発パンフレットを同封し、対象者へ郵送する。 対象者から問い合わせがあった場合は医療専門職が対応する。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 通知書発送後、医療機関受診状況を確認し、必要に応じて訪問指導や一体的実施に引き継ぐ。 年度ごとに事業の集計を行い、評価をする。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	健診結果やレセプトを分析し事業を行う。 市町村へは通知書発送者の情報提供を行う。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査結果やレセプトの分析は広域連合の医療専門職が行う。 市町村へは通知書発送者の情報を提供し、一体的実施事業に活用する。 改善が見られない者については必要に応じて訪問指導を行う。 通知者からの問い合わせに対応できるよう管理に努める。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 通知後の必要な治療に繋がっているか2か月間のレセプトにより確認する。 分析結果を基に事業の改善を行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [服薬通知事業]

事業6

服薬通知事業

事業の目的	レセプトデータを活用し、薬剤の重複・多剤服用等の疑いのある被保険者に対して服薬情報を記載した通知書を送付することにより適切な服薬支援の機会を提供し、被保険者の健康増進及び医療費の適正化を図る。
事業の概要	<p>広域連合が外部に委託して実施する。</p> <p>【対象者】 沖縄県の後期高齢者医療被保険者のうち、複数の医療機関を受診し、基準月に14日以上の内服薬を8種類以上処方されている者。 ただし、住所が沖縄県外の者、入院患者、精神症患者、癌患者、透析患者、認知症患者等を除外する。</p> <p>【通知方法】 対象者及び通院医療機関、薬局に通知書を発送する。</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	医薬品種類数改善割合	・医薬品種類数削減者／ 対象者数 ・実績による	35.8%	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上
	2	重複服薬改善割合	・重複服薬改善者数／対象者数 ・実績による	72.3%	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上	前年度 以上
	3									
	4									
	5									

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	服薬通知発送人数	・服薬通知発送数 ・実績による	3,543件	未設定	未設定	未設定	未設定	未設定	未設定
	2	医療機関への通知件数	・医療機関への通知発送数 ・実績による	1,134件	未設定	未設定	未設定	未設定	未設定	未設定
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	概要	広域連合が事業を計画し、外部に委託して実施する。 事業実施前に沖縄県医師会及び沖縄県薬剤師会と説明を行う。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・広域連合で事業についての計画を立てる。 ・実施機関との契約締結。 ・沖縄県医師会及び沖縄県薬剤師会と事前説明を行う。 ・外部機関が抽出基準に従って抽出し、広域連合が確認し対象者を決定する。 ・対象者へ服薬通知を送付し、通院していた医療機関、薬局にも通知する。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・通知後にレセプトを確認し、改善率及び削減効果額を測定する。 ・介入が必要な対象者については訪問事業や一体的実施に繋げていく。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が主体で実施するが、沖縄県医師会及び沖縄県薬剤師会の意見を取り入れる。 実施については外部に委託する。市町村へは通知者についての情報を提供する。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・広域連合：事業を計画し、管理する。 ・沖縄県医師会：服薬通知の内容について確認し、意見を述べる。 ・沖縄県薬剤師会：服薬通知の内容について確認し、意見を述べる。 ・外部機関：仕様書等に従い事業を実施する。 ・市町村：対象者の情報について一体的実施等に活用。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・外部機関は事業が完了したら実績と評価の報告を行う。 ・広域連合は事業について市町村や関係機関へ情報提供を行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [一体的実施 (ハイリスクアプローチ)]

事業7

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 (ハイリスクアプローチ)

事業の目的	高齢者の心身の多様な課題に対応しきめ細やかな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について広域連合が市町村に委託し、市町村において介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施する。
事業の概要	<p>広域連合が委託した市町村において地域の健康課題を分析し、下記の保健事業を実施する。</p> <p>○高齢者に対する個別的支援 (ハイリスクアプローチ)</p> <p>ア、低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組</p> <p>(a) 低栄養・口腔に関わる相談・指導</p> <p>(b) 生活習慣病等に関わる相談・指導</p> <p>イ、重複受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組</p> <p>ウ、健康状態不明者対策</p> <p>・事業実施後には実施市町村がそれぞれの事業の評価指標に従い評価を行い、広域連合が集計し総合的に評価する。</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	低栄養防止・口腔・身体的フレイルに対する改善割合	・改善者/支援した人数 ・市町村実績報告による	14.7%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	2	生活習慣病等(糖尿病性腎症)に対する改善割合	・改善者/支援した人数 ・市町村実績報告による	35.8%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	3	生活習慣病等(その他)に対する改善割合	・改善者/支援した人数 ・市町村実績報告による	29.9%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	4	重複投薬・多剤投与等への改善割合	・改善者/支援した人数 ・市町村実績報告による	0.0%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	5	健康状態不明者の改善割合	・改善者/支援した人数 ・市町村実績報告による	51.3%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上

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	低栄養防止・口腔・身体的フレイルに対する支援割合	・支援した人数/対象者 ・市町村実績報告による	73.4%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	2	生活習慣病等(糖尿病性腎症)に対する支援割合	・支援した人数/対象者 ・市町村実績報告による	59.2%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	3	生活習慣病等(その他)に対する支援割合	・支援した人数/対象者 ・市町村実績報告による	73.7%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	4	重複投薬・多剤投与等への支援割合	・支援した人数/対象者 ・市町村実績報告による	0.0%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	5	健康状態不明者への支援割合	・支援した人数/対象者 ・市町村実績報告による	85.6%	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上

プロセス (方法)	概要	広域連合が市町村に委託し実施する。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村に対し次年度の意向調査を行う。 ・広域連合と市町村で委託契約を行う。 ・市町村は地域の健康課題を分析し、事業の計画を立てる。 ・市町村は事業ごとに対象者を抽出し、医療専門職が訪問相談、訪問指導、アウトリーチ支援等を行う。 ・市町村は事業実施後に実績報告を提出する。 ・広域連合は実績報告を集計し、事業の評価を行う。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・引き続き支援が必要な対象者は継続して支援を行う。 ・広域連合は市町村の事業を評価し、必要な支援を行う。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が市町村に委託し実施する。 地域の医師会、かかりつけ医、包括支援センター等と連携する。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・広域連合が市町村に事業を委託する。 ・市町村に企画調整担当の医療専門職を配置する。 ・市町村に地域担当の医療専門職を配置する。 ・市町村は必要に応じて外部に再委託を行うことができる。 ・沖縄県は事業に対し、助言や援助を行う。 ・沖縄県国民健康保険団体連合会と連携し、研修会等を開催する。
	実施後のフォロー・モニタリング	広域連合や県は、市町村からの実績報告を確認し、助言等を行う。
	備考	

IV 個別事業

事業シート [一体的実施 (ポピュレーションアプローチ)]

事業8

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 (ポピュレーションアプローチ)

事業の目的	高齢者の心身の多様な課題に対応しきめ細やかな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について広域連合が市町村に委託し、市町村において介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施する。
事業の概要	<p>広域連合が委託した市町村において地域の健康課題を分析し、下記の保健事業を実施する。</p> <p>○通いの場等への積極的な関与等 (ポピュレーションアプローチ)</p> <p>ア、フレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談を実施する。 (教育・相談)</p> <p>イ、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援等を行う。 (状態把握)</p> <p>ウ、地域の実績に応じ、高齢者の健康に関する相談や不安等について日常的に気軽に相談が行える環境づくりを行う。 (環境づくり)</p> <p>エ、上記ア～ウを複合的に (同時に) 行う。 (複合的取組)</p> <p>・事業実施後には実施市町村がそれぞれの事業の評価指標に従い評価を行い、広域連合が集計し総合的に評価する。</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	教育・相談への参加者人数	・参加者人数 ・市町村実績報告による	3941人	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	2	状態把握参加者への参加者人数	・参加者人数 ・市町村実績報告による	255人	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	3	環境づくりへの参加者人数	・参加者人数 ・市町村実績報告による	0人	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	4	複合的取組への参加者人数	・参加者人数 ・市町村実績報告による	961人	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	5									

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	教育・相談実施箇所数	・実施した通いの場数 ・市町村実績報告による	173カ所	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	2	状態把握実施箇所数	・実施した通いの場数 ・市町村実績報告による	15カ所	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	3	環境づくり実施箇所数	・実施した通いの場数 ・市町村実績報告による	0カ所	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	4	複合的取組実施箇所数	・実施した通いの場数 ・市町村実績報告による	52カ所	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上	前年度以上
	5									

プロセス (方法)	概要	広域連合が市町村に委託し実施する。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 市町村に対し次年度の意向調査を行う。 広域連合と市町村で委託契約を行う。 市町村は地域の健康課題を分析し、事業の計画を立てる。 通いの場等にて医療専門職が取組を行う。 市町村は事業実施後に実績報告を提出する。 広域連合は実績報告を集計し、事業の評価を行う。
	実施後のフォロー・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 取組において把握された高齢者の状況に応じて、受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨を行う。 広域連合は市町村の事業を評価し、必要な支援を行う。
	備考	

ストラクチャー (体制)	概要	広域連合が市町村に委託し実施する。 地域の包括支援センター、地域ボランティア等と連携して実施する。
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 広域連合が市町村に事業を委託する。 市町村に企画調整担当の医療専門職を配置する。 市町村に地域担当の医療専門職を配置する。 市町村は必要に応じて外部に再委託を行うことができる。 沖縄県は事業に対し、必要な助言や援助を行う。 沖縄県国民健康保険団体連合会と連携し、研修会等を開催する。
	実施後のフォロー・モニタリング	広域連合や県は、市町村からの実績報告を確認し、助言等を行う。
	備考	

V その他

<p>データヘルス計画の評価・見直し</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 事業の結果については毎年度集計・分析を行い、次年度以降の事業の改善を図る。 2 中間評価 <ol style="list-style-type: none"> (1) 実施時期：令和8年度 (2) 実施方法：計画全体及び個別事業の目標達成度を確認。 (3) 目標達成度によって課題を検討する。 (4) 課題解決のために保健事業の見直しを行い、必要に応じて計画の修正を行う。 3 最終評価 <ol style="list-style-type: none"> (1) 実施時期：令和11年度 (2) 実施方法：計画全体及び個別事業の目標達成度を確認、中間評価での改善点の実施状況を確認。 (3) 次期データヘルス計画に向けて第3期計画を振り返り課題を検討する。 (4) 課題解決のため次期計画期間の目標の設定及び保健事業実施の計画を行う。
<p>データヘルス計画の公表・周知</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 公式ホームページへの掲載し、公表する。 2 関係機関へは冊子上に印刷した物を配布する。 3 会議や研修等の場で計画の一部を資料として活用する。
<p>個人情報の取扱い</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 事業の実施にあたり、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）、「沖縄県後期高齢者医療広域連合個人情報の保護に関する法律施行条例」等の規定を順守し、個人情報の適切な取り扱いを行う。 2 保健事業を委託する際には関係法令を順守するよう契約書に明記し、受託者へ適切な指導・監督を行い、個人情報の保護に努める。
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>地域包括ケアとは「医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される」とこと定義されており、広域連合では医療と予防の分野において、医療機関への受診、健康診断、保健指導等を行っております。</p> <p>令和2年度より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が始まり、被保険者が生活する市町村で保健事業と介護予防を一体的に実施する取組が開始されました。これにより後期高齢者医療担当、健康診断担当、介護保険担当それぞれの担当で行っていた業務の連携が期待されます。広域医連合では市町村と連携して一体的実施に取り組み地域包括ケアを推進していきたいと思っております。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>必要に応じて計画の改正を行う。</p>