

広陵町国民健康保険
第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画
-概要版-
令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

1 基本的事項

1. データヘルス計画の主旨と他計画との整合性

データヘルス計画	特定健康診査等実施計画
「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める」ことが掲げられた。これを踏まえ、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）を策定する。	平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられた。同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定する。
データヘルス計画の目的	
町民がいつまでも「健康」で「幸せ」を感じることができるよう、いきいきと活力あふれる町づくりで健康寿命を80歳に近づけることを目指した健康増進計画の目標達成に向けた活動を、KDBデータを元にPDCAサイクルに沿ってさらに効率よく健康づくり事業を図ることを目的とする。	
他計画との位置づけ	
本計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康増進計画や医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画及び国民健康保険運営方針と調和のとれたものとする。	
関係者連携	
国保担当と保健事業担当が中心となり、後期高齢者医療や介護保険関係部局の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、策定する。また、生活保護（福祉事務所）担当とも連携してそれぞれの健康課題を共有し、保健事業を展開する。	
計画の評価	個別事業の評価
設定した計画の評価指標に基づき、KDBシステム等を活用し、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施する。	設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、KDBシステム等を活用し、毎年度、評価を実施し、必要に応じて次年度の保健事業の実施内容等の見直しを行う。

2. データヘルス計画の構成

基本構成			
計画策定に際しては、まず、KDBシステムや公的統計等を用いて死亡、介護、医療、健診等の関連データを分析し、地域における健康課題を抽出する。健康課題の整理に際しては、以下の生活習慣病の進行イメージに沿って、特に保健事業における介入により予防可能な疾患に着目する。			
次に、整理した健康課題及び前期計画の振り返りを踏まえ、計画目的及び目標を設定した上で、目標達成のために取り組むべき保健事業の優先順位付けを行い、各事業の評価指標を設定する。			
生活習慣病の進行イメージ			
不健康な生活習慣	生活習慣病予備群 メタボリックシンドローム	生活習慣病	生活習慣病重症化 死亡・介護
【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 ※本紙P.13			

2 健康課題の抽出～目的・目標の設定

1. 死亡・介護・生活習慣病重症化（入院医療・外来（透析））

【平均余命・平均自立期間】

男性の平均余命は82.5年で、県より短い、国より長い。国と比較すると、0.8年長い。女性の平均余命は89.0年で、国・県より長い。国と比較すると、1.2年長い。

男性の平均自立期間は80.6年で、県より短い、国より長い。国と比較すると、0.5年長い。女性の平均自立期間は84.9年で、国・県より長い。国と比較すると、0.5年長い。

平均余命・平均自立期間 ※本紙P. 10



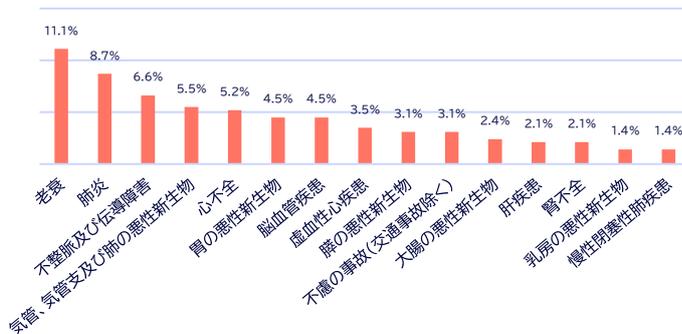
【死亡】

令和3年度の生活習慣病における重篤な疾患の死亡者数及び総死亡者数に占める割合は「虚血性心疾患」10人（3.5%）、「脳血管疾患」13人（4.5%）、「腎不全」6人（2.1%）となっている。

平成25年から29年の標準化死亡比は、「急性心筋梗塞」51.5（男性）56.6（女性）、「脳血管疾患」83.7（男性）108.7（女性）、「腎不全」95.8（男性）95.0（女性）となっている。

死亡割合_上位15疾患 ※本紙P. 14

標準化死亡比（SMR） ※本紙P. 15



死因	標準化死亡比（SMR）		
	広島市		国
	男性	女性	
急性心筋梗塞	51.5	56.6	100
脳血管疾患	83.7	108.7	100
腎不全	95.8	95.0	100

【介護】

要介護または要支援の認定を受けた人の有病割合（図表3-2-3-1）をみると、県と比べて高いのは、要支援1,2では「骨粗しょう症」「骨折」「糖尿病」、要介護1,2では「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」「脳血管疾患」、要介護3,4,5では「高血圧症」「脳血管疾患」「糖尿病」「脂質異常症」である。

要介護認定者の有病状況 ※本紙P. 18

疾病名	要支援1,2			要介護1,2			要介護3,4,5		
	広島市		県	広島市		県	広島市		県
	認定者数(人)	割合		認定者数(人)	割合		認定者数(人)	割合	
糖尿病	167	41.2%	39.7%	205	42.4%	37.3%	158	33.1%	32.3%
高血圧症	323	79.8%	80.8%	377	78.1%	77.0%	364	76.2%	71.5%
脂質異常症	228	56.3%	60.3%	265	54.9%	52.0%	187	39.1%	38.6%
虚血性心疾患	99	24.4%	29.2%	130	26.9%	27.0%	105	22.0%	23.4%
脳血管疾患	111	27.4%	29.5%	182	37.7%	35.3%	199	41.6%	40.3%
認知症	29	7.2%	7.6%	184	38.1%	39.7%	222	46.4%	50.1%
うち_アルツハイマー病 ※1	16	4.0%	4.9%	138	28.6%	30.1%	143	29.9%	34.5%
骨折	119	29.4%	26.4%	109	22.6%	28.3%	127	26.6%	29.6%
骨粗しょう症	227	56.0%	49.4%	198	41.0%	39.9%	151	31.6%	33.6%

【生活習慣病重症化】入院医療・外来（透析）

「虚血性心疾患」及び「脳血管疾患」を含む「循環器系の疾患」の入院医療費は入院医療費全体の14.6%を占めており、「腎不全」の外来医療費は、外来医療費全体の8.5%を占めている。
生活習慣病における重篤な疾患のうち「虚血性心疾患」及び「脳血管疾患」の受診率はいずれも国より低く、「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は国より高い。

疾病分類（大分類）別_入院医療費_循環器系の疾患 ※本紙P.21

疾病分類（中分類）別_外来医療費_腎不全 ※本紙P.25

疾病分類（大分類）	医療費（円）	入院医療費に占める割合	疾病分類（中分類）	医療費（円）	外来医療費に占める割合
循環器系の疾患	119,371,940	14.6%	腎不全	135,383,500	8.5%

受診率（被保険者千人当たりレセプト件数）_生活習慣病における重篤な疾患 ※本紙P.28

重篤な疾患	広陵町	国	国との比
虚血性心疾患	4.4	4.7	0.94
脳血管疾患	5.7	10.2	0.56
慢性腎臓病（透析あり）	37.0	30.3	1.22

2. 生活習慣病

【生活習慣病】外来医療、健診受診者のうち、受診勧奨対象者

生活習慣病基礎疾患の外来医療費に占める割合は「糖尿病」が7.3%、「高血圧症」が4.5%、「脂質異常症」が3.5%となっている。基礎疾患及び「慢性腎臓病（透析なし）」の外来受診率は、「糖尿病」が国より低い。

疾病分類（中分類）別_外来医療費_基礎疾患（男女合計） ※本紙P.25

疾病分類（中分類）	医療費（円）	外来医療費に占める割合
糖尿病	115,209,460	7.3%
高血圧症	72,096,400	4.5%
脂質異常症	55,395,600	3.5%

受診率（被保険者千人当たりレセプト件数）_基礎疾患 ※本紙P.28

基礎疾患及び慢性腎臓病（透析なし）	広陵町	国	国との比
糖尿病	602.4	651.2	0.93
高血圧症	909.3	868.1	1.05
脂質異常症	572.3	570.5	1.00
慢性腎臓病（透析なし）	15.4	14.4	1.06

受診勧奨対象者のうち服薬が確認されていない人の割合は、血糖ではHbA1cが6.5%以上であった人の27.0%、血圧ではI度高血圧以上であった人の52.8%、脂質ではLDL-C140mg/dl以上であった人の79.2%、腎機能ではeGFR45ml/分/1.73m²未満であった人の17.1%である。

特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質・腎機能）の服薬状況 ※本紙P.47

血糖（HbA1c）	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合	血圧	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合
6.5%以上7.0%未満	97	35	36.1%	I度高血圧	418	218	52.2%
7.0%以上8.0%未満	57	13	22.8%	II度高血圧	94	52	55.3%
8.0%以上	24	0	0.0%	III度高血圧	11	6	54.5%
合計	178	48	27.0%	合計	523	276	52.8%
脂質（LDL-C）	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合	腎機能（eGFR）	該当者数（人）	服薬なし（人）	服薬なし_割合
140mg/dL以上160mg/dL未満	324	253	78.1%	30ml/分/1.73m ² 以上45ml/分/1.73m ² 未満	30	6	20.0%
160mg/dL以上180mg/dL未満	157	135	86.0%	15ml/分/1.73m ² 以上30ml/分/1.73m ² 未満	3	0	0.0%
180mg/dL以上	78	55	70.5%	15ml/分/1.73m ² 未満	2	0	0.0%
合計	559	443	79.2%	合計	35	6	17.1%

3. 生活習慣病予備群・メタボリックシンドローム

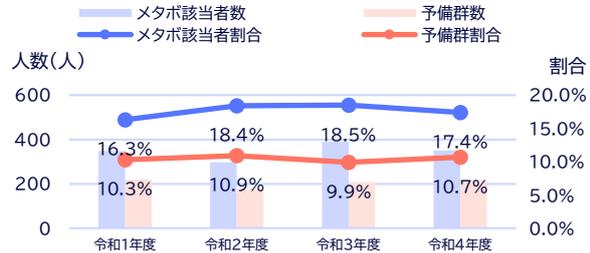
【生活習慣病予備群】メタボ該当者・メタボ予備群該当者

令和4年度特定健診受診者のうち、メタボ該当者は350人（17.4%）であり、国・県より低い。メタボ予備群該当者は216人（10.7%）であり、国・県より低い。令和4年度と令和1年度の該当者割合を比較すると、メタボ該当者の割合は1.1ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は0.4ポイント増加している。

メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数 ※本紙P. 40

広陵町

	広陵町		国	県
	対象者数(人)	割合	割合	割合
メタボ該当者	350	17.4%	20.6%	18.8%
メタボ予備群該当者	216	10.7%	11.1%	11.0%



4. 不健康な生活習慣

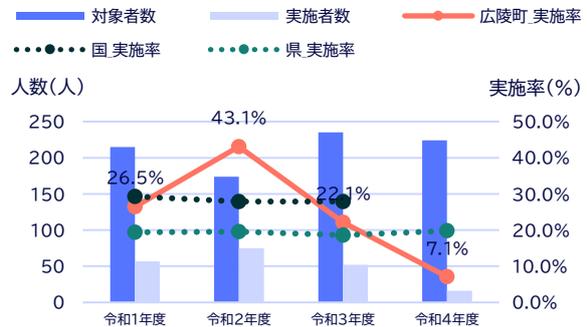
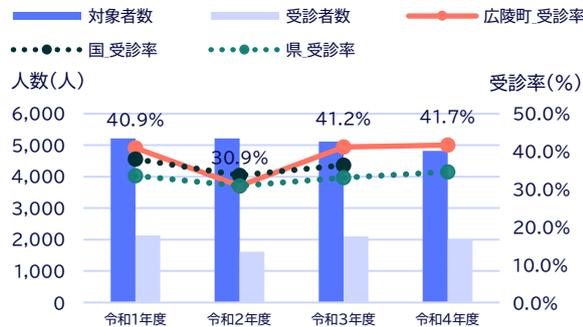
【生活習慣】特定健診受診率・特定保健指導実施率

令和3年度の特定健診受診率は41.2%で、国・県より高い。

令和3年度の特定保健指導実施率は22.1%で、国より低いが、県より高い。

特定健診受診率（法定報告値） ※本紙P. 34

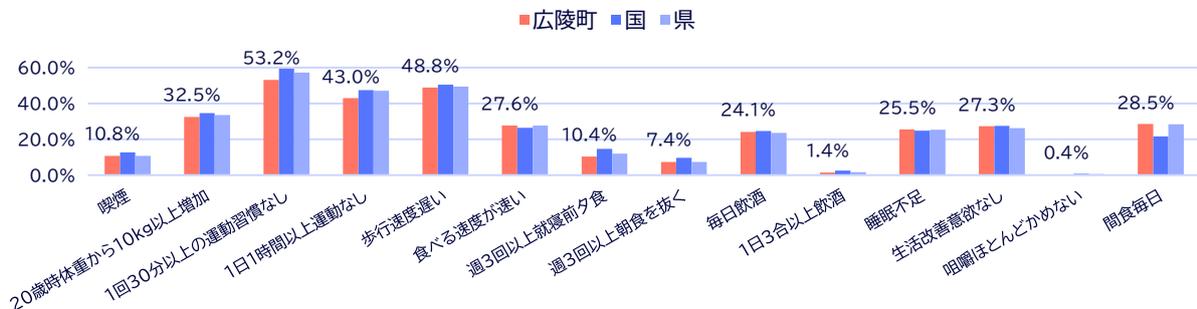
特定保健指導実施率（法定報告値） ※本紙P. 43



【生活習慣】質問票の回答割合

令和4年度の特定健診受診者のうち、国や県と比較して「睡眠不足」「間食毎日」の回答割合が高い。

質問票項目別回答者の割合 ※本紙P. 48



5. 健康課題と評価指標

項目	健康課題	評価指標
#1重症化予防	#1 重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、健診で受診勧奨対象者に対して適切に医療機関の受診を促進することが必要	【中長期指標】 特定健診受診者のうち、以下の割合の減少 ・HbA1cが6.5%以上 ・血圧がⅠ度高血圧以上 ・LDL-Cが140mg/dl以上 ・eGFRが45ml/分/1.73㎡未満 【短期指標】 特定健診受診者のうち、以下の割合の減少 ・HbA1cが7.0%以上で服薬なし ・血圧がⅡ度高血圧以上で服薬なし ・LDL-Cが160mg/dl以上で服薬なし ・eGFRが60ml/分/1.73㎡未満
#2保健指導生活習慣病	#2 メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、健康的な生活を維持することが必要	【中長期指標】 特定健診受診者のうち、メタボ該当者の割合 メタボ予備群該当者の割合 【短期指標】 特定保健指導実施率
#3特定健診早期発見	#3 適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の向上が必要	【中長期指標】 特定健診受診率 【短期指標】 40歳代の特定健診受診率
#4,5健康づくり	#4 生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、生活習慣の改善が必要 #5 要介護の原因の多くを占める骨折を予防するために、住民の知識を深め、骨折防ぐことを目的に、生活習慣の改善が必要	【中長期指標】 骨粗しょう症検診後の精検受診率 若年者健診国保対象者の受診率 個別禁煙指導後の医療受診率 【短期指標】 骨粗しょう症検診の新規受診者数 広陵元気塾参加者数及び動画再生回数 肺がん検診受診率
#6一体的実施介護予防	#6 要介護状態や重篤な疾患をできる限り防ぐことを目的に、介護が必要となる主な原因疾病や骨折を予防し、75歳に達した後も継続して重症化予防に取り組むことが必要	※重症化予防と健康づくりに記載の指標と共通
#7体制整備社会環境	#7 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要 #8 後発医薬品の使用割合の改善が必要	【短期指標】 重複服薬者の割合 多剤服薬者の割合 後発医薬品の使用割合

5. データヘルス計画の目標と個別保健事業

1 重症化予防

第3期計画における重症化予防に関連する健康課題
#1 健診を受診し受診勧奨対象者に対して適切な医療機関の受診を促進することが必要
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診者のうち、HbA1cが6.5%以上で服薬なしの者の割合の減少 ・ 特定健診受診者のうち、血圧がⅠ度高血圧以上で服薬なしの者の割合の減少 ・ 特定健診受診者のうち、LDL-Cが140mg/dl以上で服薬なしの者の割合の減少 ・ 特定健診受診者のうち、中性脂肪が300mg/dl以上で服薬なしの者の割合の減少 ・ 特定健診受診者のうち、腎機能が45ml/min/1.73m未満で服薬なしの者の割合の減少



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
<p>第2期計画期間で実施していた事業では透析移行患者の抑制の目標を達成している。</p> <p>第3期計画においては引き続き新規人工透析患者の抑制を目標としつつも、虚血性心疾患・脳血管疾患の発生の抑制も目標とし、血糖・腎機能に加え、血圧・血中脂質に関しても適切な医療機関受診を促進していく。</p>			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1	継続	<p>【県共同事業】</p> <p>①生活習慣病受診勧奨（レッドカード）推進事業</p> <p>②糖尿病性腎症重症化予防受診勧奨事業</p>	<p>対象者</p> <p>① 高血圧、高血糖、高コレステロール、高中性脂肪、慢性腎臓病の未治療者・治療中断者</p> <p>② 前年度に糖尿病の服薬歴が確認されたが当該年度に中断した者</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関及び奈良県国保連合会と連携し、通知や電話等による受診勧奨を実施 <p>実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 未受診の場合は、レセプトにて受診状況を確認して再勧奨
#1	継続	<p>【県共同事業】</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）</p>	<p>対象者</p> <p>糖尿病性腎症重症化リスクが高く、かかりつけ医から保健指導が必要と判断された者</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関及び奈良県国保連合会と連携し、通知や電話等による利用勧奨を実施 <p>実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健師及び管理栄養士等の専門職がかかりつけ医と連携しながら保健指導を実施

2生活習慣病発症予防・特定保健指導

第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する健康課題
#2 メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、健康的な生活を維持できることが必要
第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診者のうち、メタボ該当者の割合の減少 ・ 特定健診受診者のうち、メタボ予備群該当者の割合の減少 ・ 特定保健指導実施率の向上



第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
<p>第2期計画期間で実施していた事業では保健指導利用率は、国と比較すると低いが県平均で見ると高い状態であるが、メタボ該当者・予備群該当者の経年推移は横ばいで推移している。</p> <p>第3期計画においては対象者の意識の向上を目指して、保健指導の啓発及び実施方法について工夫し、利用しやすい体制づくりを検討する。</p>			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#2	継続	特定保健指導及び利用率向上事業	<p>対象者 特定保健指導対象者</p> <p>方法 <ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間いつでも申込ができるような申込方法の継続 ・ 健診実施時や適切な時期に電話やメール等による利用勧奨 ・ 保健師及び管理栄養士等の専門職による面談方法の工夫（訪問やICTの活用） </p>

3早期発見・特定健診

第3期計画における早期発見・特定健診に関連する健康課題
#3 適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の向上が必要
第3期計画における早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標
特定健診受診率の向上（現状：45.0% 目標値：60.0%）



第3期計画における早期発見・特定健診に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
<p>第2期計画期間で開始した対象者の特性に応じてメッセージを変えた通知勧奨・再勧奨及び県共同事業の健康づくりインセンティブ事業により、第2期計画期間開始時から受診率が5ポイント向上したものの、目標値には至っていないことから、第2期で実施していた事業を継続しつつ、追加施策を検討していく。</p>			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#3	継続	特定健診受診率向上事業	<p>対象者 特定健診未受診者</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通知による勧奨・再勧奨（対象者の特性に応じた送り分け） ・転入者や新規国保加入時の周知（窓口手続きや年度更新の保険証等送付時） ・医療機関への協力依頼 ・各種イベントでの啓発活動 ・人間ドック受診に対する助成の継続 ・人間ドック申込後の未受診者の追跡と受診勧奨 ・特定健診とがん検診がセットで受診できる体制づくり ・商工会健診と連携 ・奈良県国民健康保険事務共同化等事業の共同保健事業に参画

4健康づくり

第3期計画における健康づくりに関連する健康課題
#4 生活習慣病の発症を防ぐことを目的に早期から生活習慣の改善が必要である #5 要介護の原因の多くを占める骨折を予防するために住民の知識を深め、骨粗しょう症予防に取り組む
第3期計画における健康づくりに関連するデータヘルス計画の目標
<ul style="list-style-type: none"> ・若年者健診受診者数の増加 ・若年者健診要医療者数の減少 ・肺がん検診受診者数の増加 ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者の減少 ・要介護者の筋骨格関連疾患の有病割合の減少 ・骨粗しょう症検診後の精検受診率の増加 ・骨粗しょう症検診受診者数の増加



第3期計画における健康づくりに関連する保健事業			
保健事業の方向性			
若い世代からの健康意識の向上を図り、早期に生活習慣病の兆候を発見し、健康増進に向けた自主的な取り組みができるよう促す。また、要介護の原因の多くを占める骨折について、骨粗しょう症リスクを早期に発見し、その予防に向けた取り組みを行う。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#4	継続	①若年者健診 ②たばこ対策	<u>対象者</u> ①20歳～39歳までの町民 ②町内の中学生及び20歳以上の喫煙者 <u>方法</u> ①について ・健診及び乳房エコー、子宮頸がん検診の実施（希望者には託児） ・健診の間診項目から、喫煙者の肺機能検査測定等禁煙指導の実施とその後の追跡 ・健診結果から保健師や管理栄養士による保健指導の実施 ・健診結果から受診勧奨判定値の者には医療機関の受診を勧奨 ②について ・肺がん検診において、喫煙指数の値が高い人には肺機能検査等禁煙指導の実施とその後の追跡 ・受動喫煙防止条例の周知活動 ・町内の中学生に防煙教室の実施 ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）予防に関する講演会等を開催し啓発 ・イベントで禁煙無関心者への動機付け及び希望者に対する禁煙支援
#5	新規	骨折ゼロのまちづくり事業	<u>対象者</u> 広陵町民 <u>方法</u> ・広陵元気塾にて周知 ・肺がん検診で、骨粗しょう症リスク判定 ・健康をテーマに多角的側面からイベントを実施 ・町内小中学校での骨折件数の把握 ・畿央大学との連携事業の実施 ・スポーツクラブと共同事業の実施 ・妊娠から子育て世代には栄養面からアプローチ

5介護予防・一体的実施

第3期計画における介護予防・一体的実施に関連する健康課題
#6 要介護状態や重篤な疾患をできる限り防ぐことを目的に、介護が必要となる主な原因疾病や骨折を予防し、75歳に達した後も継続して重症化予防に取り組むことが必要
第3期計画における介護予防・一体的実施に関連するデータヘルス計画の目標
重症化予防・健康づくりに記載の目標と共通 なお、75歳に達した後の重症化予防は下記の目標に変更し、対策を継続する。 75歳以降も支援が途切れないよう情報共有した上で同様の支援（重症化予防・生活習慣病対策等）を実施する。 ・健診受診者のうち、HbA1cが7.4%以上で服薬なしの者の割合の減少 ・健診受診者のうち、血圧がⅡ度高血圧以上で服薬なしの者の割合の減少 ・健診受診者のうち、LDL-Cが180mg/dl以上で服薬なしの者の割合の減少 ・健診受診者のうち、中性脂肪が500mg/dl以上で服薬なしの者の割合の減少 ・健診受診者のうち、腎機能が40ml/min/1.73㎡未満で服薬なしの者の割合の減少

第3期計画における介護予防・一体的実施に関連する保健事業

保健事業の方向性

国保から後期高齢者医療への移行による健診受診や保健指導のつながり、介護予防との連携、健診・医療・介護等と情報共有し、支援が途切れないようにする。
 ※以下、国保から後期高齢者医療に引き継ぎ、継続して実施する事業についての記載

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#6	継続	国保事業・健康づくり事業と連携した取組	対象者 生活習慣病の重症化、要介護のリスクが高く継続支援が必要とする下記の者 ・透析移行のリスクのある者 ・高血圧症、糖尿病、脂質異常症等で重症化予防が継続的に必要な者 ・認知機能低下やフレイルの疑いがある者 ・骨折歴のある者や骨折に対するリスクのある者等 方法 ・国保事業内容や対象者の情報を共有 ・関連する健康づくり事業等について、参加勧奨等を継続 ・糖尿病性腎症重症化予防事業等の個別支援を継続 ・地域支援事業や下記「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」事業により、支援を継続 ・支援につなぐことを目的に、健診受診率の向上
	新規	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）	対象者 通いの場等において疾病の重症化予防、フレイル予防等の普及啓発活動や健康教育・健康相談を地域の実情に応じて実施 方法 国保の健康課題、地域の健康課題を基に、生活習慣病対策と連携した事業を継続
	新規	疾病のリスク要因を持つ者への個別的支援（ハイリスクアプローチ）	対象者 血圧、血糖、コレステロール、中性脂肪、腎機能が受診勧奨判定超の者で、健診後、6か月以内に該当する疾病でレセプトが発生していない者 方法 ・国保事業の情報を提供し、訪問等により医療機関受診勧奨を継続 ・生活習慣改善の必要な者には、引き続き栄養相談等を継続

6社会環境・体制整備

第3期計画における社会環境・体制整備に関連する健康課題
#7 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要 #8 後発医薬品使用割合の向上が必要
第3期計画における社会環境・体制整備に関連するデータヘルス計画の目標
重複服薬者・多剤服薬者の減少 後発医薬品の使用割合の向上



第3期計画における社会環境・体制整備に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
<p>医療費適正化と健康増進の観点から、適正な服薬を促進するため国保連合会との共同事業により各事業を行っていく。また、後発医薬品使用促進においては、手続きの際に後発医薬品希望シールの説明・配布を行うとともに、定期的にその安全性と医療費削減について広報紙にて啓発する。</p>			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#7	継続	医薬品の適正使用促進事業	<p>対象者 一定の要件に該当した重複、多剤、併用禁忌投薬者</p> <p>方法 国保連合会を通じた重複投薬、多剤投薬、併用禁忌対象者への注意喚起文書の送付</p>
#8	継続	後発医薬品の使用促進事業	<p>対象者 (啓発) 被保険者 (差額通知) 1薬剤(注射薬除く)あたり100円以上の差額が発生している世帯</p> <p>方法 後発医薬品希望シール等の配布や広報掲載による啓発、国保連合会を通じた差額通知の送付</p>