

## 第4章 施策の展開

### 1 県民の健康の保持の推進のための取組み

#### (1) 保険者による特定健康診査・特定保健指導の推進及びその支援

##### 【現状と課題】

- これまでは40歳以上の住民を対象に市町村が健康診査や保健指導を実施していましたが、平成20年度からは保険者に40～74歳の被保険者・被扶養者を対象とした特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられ、保険者は実施方法の検討など円滑な実施に向けた準備が必要です。(図4-1)
- 全国一律の基準で特定健康診査や特定保健指導を行うために、厚生労働省は「標準的な健診・保健指導プログラム」を策定し、特定健康診査・特定保健指導の方向性や進め方、体制・基盤整備などを示しており、基準に合致した質の高い健康診査・保健指導を実施できる従事者を確保することが必要となっています。
- 保険者は、特定健康診査・特定保健指導の結果のデータ分析や特定健康診査・特定保健指導の結果のデータとレセプトデータとの突き合わせにより、健康診査・保健指導の医療費への影響の調査などを行うことが可能になりますが、現状では電子化されたレセプトは限られていることから本格的な実施は難しくなっています。
- 各保険者に所属する医師・保健師等の数はそれほど多くはないことから、外部の健診機関や保健指導機関に委託して特定健康診査・特定保健指導が実施されることも予想されますが、特定健康診査・特定保健指導の効果について適切に評価して、委託していくことが保険者に求められています。
- 組合管掌健康保険(\*)や共済組合(\*)などの被用者保険(\*)では、全国各地に受診対象者がいるため、事業者等による健康診断(\*)が受けられない被扶養者が身近な場所で特定健康診査・特定保健指導を受診できるようなくみづくりが求められています。
- 都道府県単位に保険者が医療費の調査・分析や保健事業の推進について協議・調整等をするために保険者協議会(\*)が設置されておりますが、平成20年10月から政府管掌健康保険(\*)が公法人化され都道府県単位の財政運営が行われることから、保険者協議会の役割の重要性が増しています。
- 特定健康診査の結果等の個人情報については、事業者(雇用主)へのデータ流出による就業上の不利益な取り扱いの発生などがないよう、漏洩防止に細心の注意が必要です。

## 【施策】

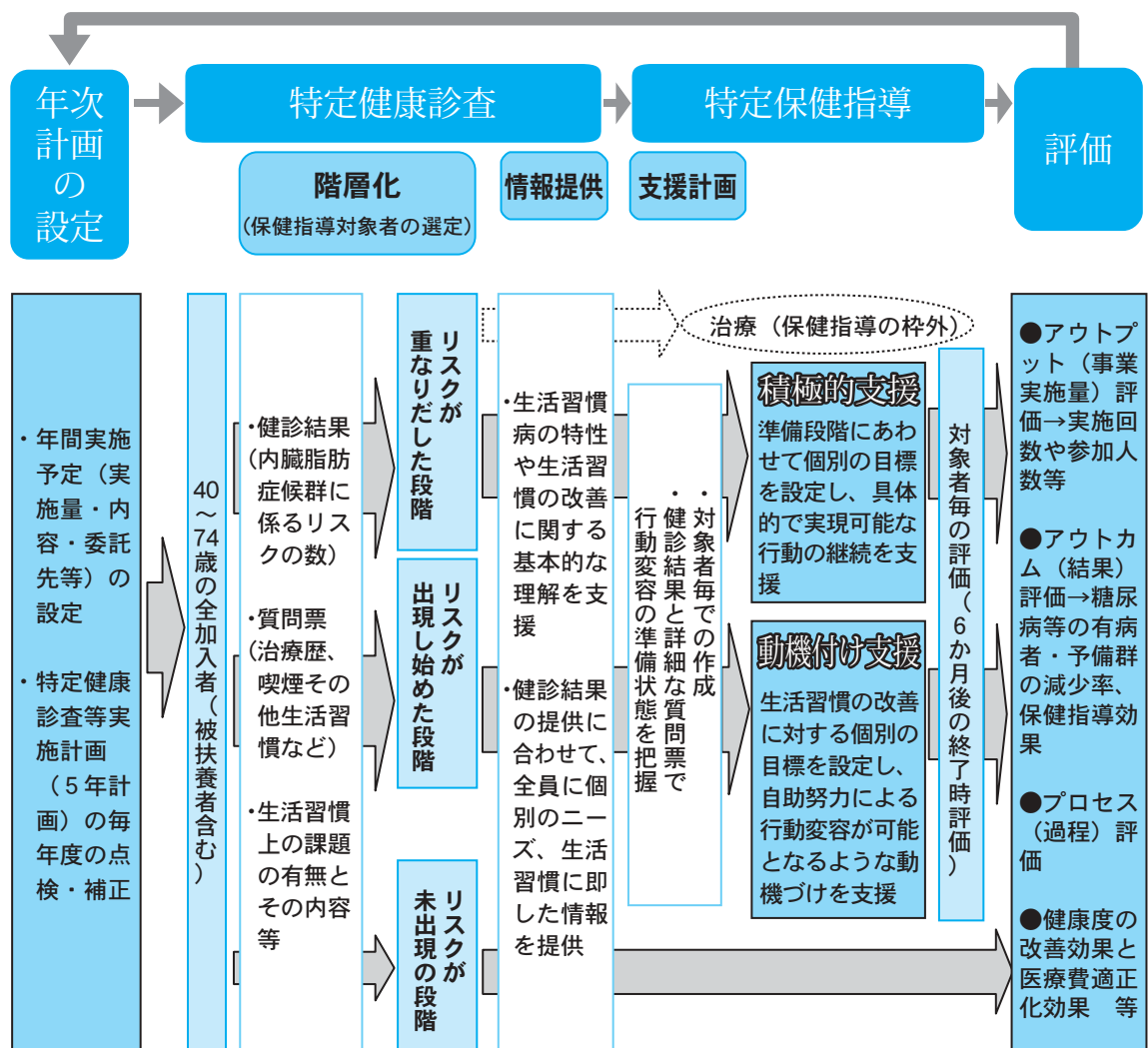
- ① 特定健康診査・特定保健指導に関する情報の収集・提供（県・市町村・保険者・保険者協議会等）
  - ・ 特定健康診査及び特定保健指導に関する情報を関係者がそれぞれ収集し、集めた情報を保険者協議会や市町村との各種会議等において提供することにより、情報・知識の共有化を図ります。
  - ・ 保険者は、特定健康診査・特定保健指導を行うに当たり、実施方法や目標値などを記載した特定健康診査等実施計画を5年ごとに定める必要がありますが、保険者が計画を策定・改定する際に、県・保険者協議会から必要な情報を提供するなどの支援を行います。
- ② 特定健康診査・特定保健指導の従事者に対する人材育成（県・保険者・保険者協議会・関係団体等）
  - ・ メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した特定健康診査・特定保健指導は新しい事業であることから、医師、保健師、管理栄養士(\*)等をはじめとした特定健康診査等従事者が適切な知識、技術を習得できるように、県・保険者協議会・関係団体等において研修を行います。
  - ・ 県・保険者・関係団体等が行う特定健康診査・特定保健指導に関する研修の情報を保険者協議会に集め、市町村や保険者に所属する保健師等が参加できるしくみを充実します。
- ③ 特定健康診査・特定保健指導データ及び医療費分析の実施（県・市町村・保険者・保険者協議会）
  - ・ 保険者は、特定健康診査や特定保健指導の効果を測定するために、データの経年変化の把握などにより特定健康診査・特定保健指導データの分析に取り組みます。
  - ・ 保険者は、特定健康診査・特定保健指導の結果のデータとレセプトデータとの突き合わせに努めることにより、医療費の増減、患者の増減などを把握し特定健康診査・特定保健指導の効果を検討するとともに、医療機関への受診が必要な方への受診勧奨を行います。
  - ・ 平成23年度までにすべてのレセプトが電子データ化される予定であることから、特定健康診査・特定保健指導データとレセプトデータを電子的に突き合わせて、特定健康診査・特定保健指導の効果を評価していく方法について検討します。
- ④ 保険者協議会における保険者間の協議・調整（県・市町村・保険者・保険者協議会）
  - ・ 保険者協議会の場を活用して特定健康診査・特定保健指導の委託先の健診機関・保健指導機関に関する情報を交換し、保険者が適切な委託先を選択できるようにするための客観的な評価について協議、検討します。

- ・ 被用者保険の被扶養者が、身近な地域で特定健康診査・特定保健指導を受診できることを目指しながらも、保険者の特定健康診査・特定保健指導の委託契約が複雑にならないような方法を保険者協議会の場において、協議、検討し、保険者間の調整を行います。

⑤ 特定健康診査等に関する個人情報の保護（市町村・保険者・健診機関等）

- ・ 保険者は、特定健康診査等に関する個人情報の取扱いに関して、個人情報保護法に基づくガイドライン(\*)を遵守し、職員等の義務の周知徹底、委託の際の個人情報の厳重な管理等を契約書に定めるなど適切な対応を行います。

図 4 - 1 保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施



出典：厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き

## (2) 生活習慣病予防のための健康づくり

### 【現状と課題】

- 特定健康診査の対象外である40歳未満及び75歳以上等<sup>(※1)</sup>の県民や、特定健康診査においてメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)予備群や該当者と判定されなかった県民も含めて、食生活の改善や運動の実施による生活習慣病予防の知識をひろめ、県民自らが健康づくりに取り組む体制づくりが必要です。
- 企業等は、従業員に対して健康診断を実施するなど、従業員の健康管理という観点から、特に壮年期・中年期の健康づくりに重要な役割を担っていますが、効果的な健康づくりのために企業等で行われる保健事業と地域住民に対して行われる保健サービスとの連携が必要です。
- 平成18年5月診療分の神奈川県国民健康保険団体連合会レセプト(市町村国民健康保険分)によれば、歯肉炎及び歯周疾患(\*)は119分類中2番目に件数、医療費の高い疾患であり、歯の健康づくりは、歯みがきなどの生活習慣の改善により予防効果が期待できるため、さらなる歯の健康づくりに向けた取組みが必要です。

### 【施策】

- ① 生活習慣病予防の重要性の普及啓発(県・市町村・企業・保険者・関係団体等)
  - ・ メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した生活習慣病予防対策を進めるため、県、市町村、企業、保険者、関係団体等が連携・協力し、食と運動を組み合わせた生活習慣改善についての普及啓発を積極的に行います。
  - ・ 生活習慣病予防や健康づくりのための食生活の普及や、食生活・栄養に関する教育・指導を実施します。
- ② 地域保健と職域保健の連携(県・市町村・企業・保険者・関係団体等)
  - ・ かながわ健康プラン21推進会議の部会である地域・職域連携推進部会において、地域住民を対象に生涯を通じた健康的な生活を目指した健康管理・保健サービスを提供する地域保健(\*)と、就業者等の安全と健康の確保のために企業等において行われる職域保健(\*)の連携と推進のための総合調整を行います。また、二次保健医療圏(\*)ごとの地域保健と職域保健の連携と推進のための地域・職域連携推進協議会を設置します。
- ③ 歯の健康づくり(県・市町村・関係団体等)
  - ・ 「8020運動(\*)」を推進するため、先駆的・モデル的な事業の検討や、フッ化物(\*)の応用の普及を通じて、県民の歯の健康づくりを支援します。
  - ・ 歯の健康づくりを実施するために必要な情報提供、研修事業を実施するとともに、歯科疾患予防のための知識・技術の普及や歯周疾患検診などを行います。

※1 年齢による区分のほか、生活保護受給者や短期滞在の外国人などが特定健康診査の対象外となります。

## 2 医療の効率的な提供の推進のための取組み

### (1) 療養病床の転換の支援

#### 【現状と課題】

- 平成18年10月1日現在の療養病床アンケート調査では、療養病床に入院中の患者について、施設等の機能や患者本人の医療・介護の必要性等を踏まえ、医療機関として対応が望ましいと考えられる施設等としては、医療療養病床が47.7%、介護療養病床が36.3%、介護老人保健施設が14.3%、特別養護老人ホームが13.3%、在宅が5.8%などとなっています。（複数回答）
- 療養病床の転換に向けて、療養病床から転換した介護老人保健施設における一定の医療提供機能を付加する措置、転換に向けた経過的類型（介護保険移行準備病棟<sup>(\*)</sup>・経過型介護療養型医療施設<sup>(\*)</sup>）の創設、介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成などの支援措置を厚生労働省において講じています。
- 療養病床の入院患者やその家族等が、それぞれの病状や身体能力に応じて安心して治療や介護を受けることができるように、適切な情報提供や相談等を行う必要があります。
- 入院においても在宅においても医療・介護サービスの必要性については、個々の県民ごとに適切に判断する必要があり、また、それぞれにふさわしいサービスが提供されるよう医療・介護サービスの提供体制の整備が必要になります。
- 療養病床から転換した介護保険施設等に入所した方や退院して在宅で暮らしている方に医療・介護サービスが必要になった場合に、適切な医療・介護サービスが提供されるような体制を整備する必要があります。

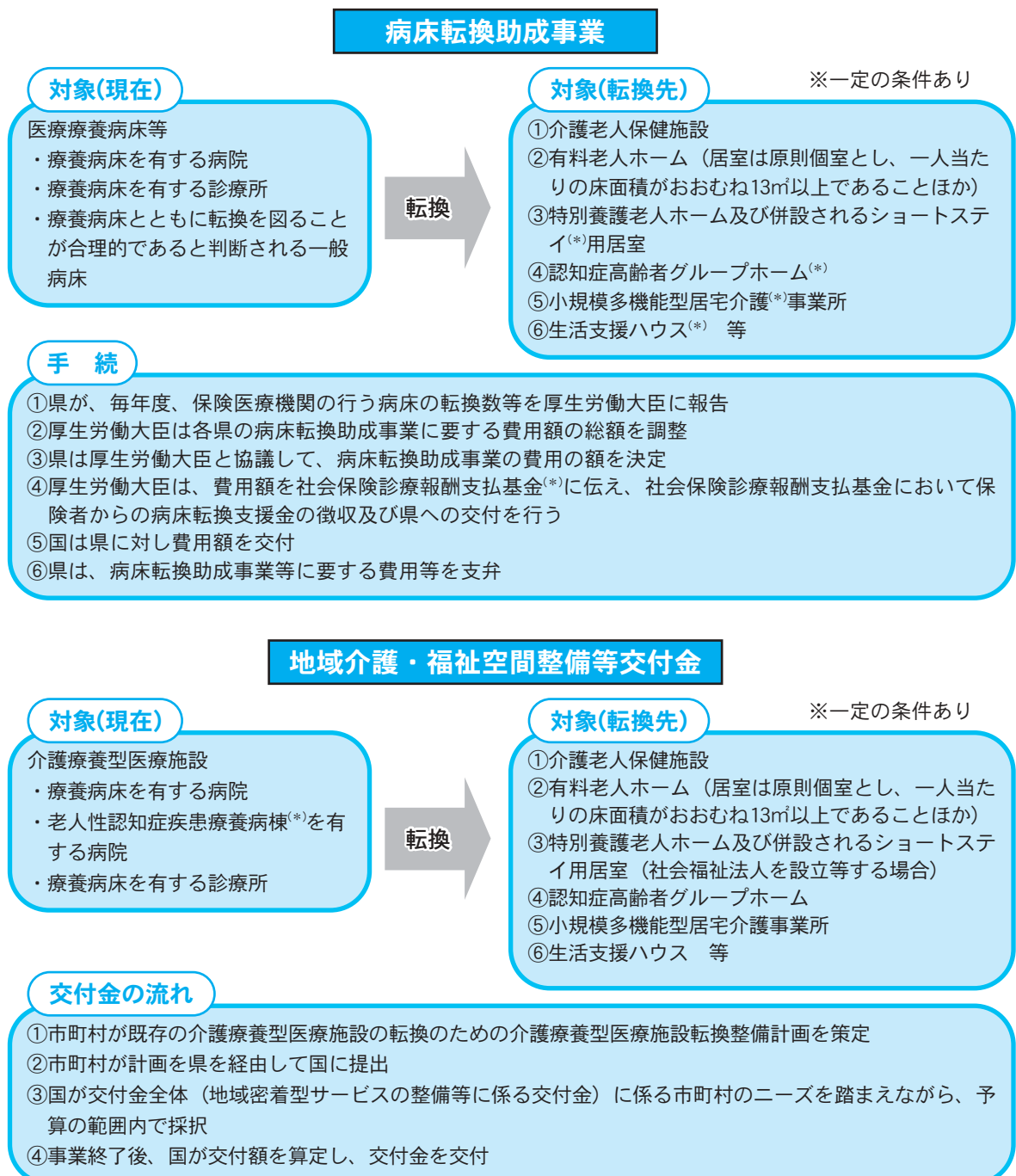
#### 【施策】

- ① 介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成・支援（県・市町村）
  - ・ 医療保険財源を活用した「病床転換助成事業」により、医療療養病床やその他の医療保険適用の長期入院病床を介護老人保健施設や有料老人ホーム<sup>(\*)</sup>等に転換するための改修等の費用を県が助成します。
  - ・ 介護療養型医療施設<sup>(\*)</sup>を介護老人保健施設や有料老人ホーム等に転換することを支援するため、国の市町村交付金である「地域介護・福祉空間整備等交付金」により、転換に係る整備事業の経費について支援します。
- ② 医療機関や高齢者等への相談窓口の設置（県・市町村・医療機関）
  - ・ 県に療養病床の転換に関する医療機関への相談窓口を設置し、療養病床を介護保険施設等に転換するために活用できる支援措置等の相談に応じ、転換を支援します。
  - ・ 療養病床の入院患者やその家族等へは、各医療機関の医療ソーシャルワーカー<sup>(\*)</sup>や地域医療連携室<sup>(\*)</sup>等が対応していますが、県や市町村においても、相談窓口を設置しているほか、高齢者に対する総合相談窓口として地域包括支援センター<sup>(\*)</sup>を設置しています。



- ③ 療養病床を退院する利用者のための医療・介護サービス提供基盤整備の推進（県・市町村・介護サービス事業者・医療機関等）
- ・ 介護保険施設等は、療養病床を退院する方の受け皿としての役割もあることから、市町村等と連携を図り、計画的な整備に努めます。
  - ・ 療養病床を退院された方が必要な医療・介護サービスを受けることができるように在宅医療支援体制の整備を推進するために医療機関相互の連携や医療・福祉の連携体制の構築を目指します。

図4-2 介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成・支援の概要



## (2) 医療機関の機能分担・連携の推進

### 【現状と課題】

- 医療法の改正により、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病並びに救急医療(\*)、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療(\*)及び小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業ごとの医療連携体制(\*)を構築するための方策を医療計画に定めることとされました。(神奈川県の場合、へき地はありません。)
- 県民一人一人に適切な医療サービスを提供するためには、日ごろから身近なところで健康管理を行うかかりつけ医(かかりつけ歯科医)(\*)の普及が必要ですが、平成17年12月の県政モニターアンケート調査では、かかりつけ医について「ある」は46.1%、「ない」は50.6%でした。
- 軽症患者も大きな病院へ集中する傾向にあるため、かかりつけ医と専門的な機能を持つ病院との機能分担と連携の推進が求められています。
- 限られた医療資源を有効に活用し、効率的な地域医療の供給システムを構築するためには、病院相互の機能分担と連携のもと、地域としての医療提供体制を整備する必要があります。
- 地域における第一線の医療機関であるかかりつけ医を支援するとともに、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図ることにより地域医療の充実を図る役割を担う「地域医療支援病院(\*)」について、各二次保健医療圏に整備することを目標にしているところです。
- 地域連携クリティカルパス(\*) (診療計画表) は、急性期(\*)病院から回復期(\*)病院を経て自宅に戻るまでの疾病ごとの診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもので、診療に当たる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるなど、医療連携の方法の一つと考えられます。

### 【施策】

- ① がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の医療連携体制の構築(医療機関・医療関係機関、市町村、保険者、県等)

#### <がん>

- ・ たばこ対策や生活習慣の改善などがんの予防やがん検診による早期発見に努めるとともに、がん診療連携拠点病院(\*)の連携を強化します。また、治療の初期段階からの緩和ケアの推進、緩和ケア病棟(\*)の整備やターミナルケア(\*)を担う人材育成を推進します。なお、がんに対応できる医療機関の医療機能について住民・患者にわかりやすく示します。

#### <脳卒中>

- ・ 健康づくりに取り組みやすい環境づくりや生活習慣病予防の普及啓発を行い、また、

生活習慣病の改善に向けた健診後の保健指導や受診奨励に努めます。さらに、急性期に対応できる医療機関を中心に、予防・健診から急性期治療、リハビリテーション、在宅医療に至る医療連携体制を整備します。なお、脳卒中治療に対応できる医療機関の対応するステージとその医療機能について住民・患者にわかりやすく示します。

#### <急性心筋梗塞>

- ・ 健康づくりに取り組みやすい環境づくりや生活習慣病予防の普及啓発を行い、また、生活習慣病の改善に向けた健診後の保健指導や受診奨励に努めます。さらに、急性期に対応できる医療機関を中心に、予防・健診から急性期治療、リハビリテーション、在宅医療に至る医療連携体制を整備します。なお、急性心筋梗塞治療に対応できる医療機関の対応するステージとその医療機能について住民・患者にわかりやすく示します。

#### <糖尿病>

- ・ 糖尿病やその合併症に関する正しい知識等を普及し、また、保健指導や受診奨励に努めます。長期にわたる継続治療とともに、緊急の場合の適切な専門医療が必要であるため、糖尿病の合併症に対応できる医療機関や糖尿病の教育等に力を入れている医療機関の医療機能について住民・患者にわかりやすく示します。

### ② 救急医療、精神科救急医療、小児医療、周産期医療及び災害時医療の医療連携体制の構築（医療機関、医療関係機関、関係団体、市町村、保険者、県等）

#### <救急医療>

- ・ 救命率の向上を図るためのプレホスピタル・ケア(\*)や住民の身近なところでの初期・二次の救急医療の確保・充実を図るとともに、三次救急医療を担う大学病院や救命救急センター(\*)の機能強化を図ります。また、ドクターヘリ(\*)の安定的な運用を図ります。

#### <精神科救急医療>

- ・ 精神科救急医療(\*)体制に参画する医療機関及び病床等について、整備拡充に努め、365日24時間体制の充実を図るとともに、精神科救急医療における薬物等依存症(\*)の方の受入体制を整備します。

#### <小児医療>

- ・ 小児救急電話相談事業(\*)を周知するとともに、休日夜間急患診療所や病院群輪番制(\*)等による救急医療体制を安定的に確保します。また、地域内の診療所医師による病院における救急診療への協力などの連携方策や医療資源の集約化・重点化等、地域の実情に応じた小児救急医療体制(\*)を検討していきます。

#### <周産期医療>

- ・ 産科医師等の医療従事者の確保に向けた取組みを推進するとともに、助産師の活用や地域内診療所と病院との連携、医療資源の集約化・重点化など地域の実情に応じた体制を検討していきます。また、こうした取組みに加えNICU(\*)等周産期設備の整備・充実等により、周産期救急医療体制の充実を図ります。



### ＜災害時医療＞

- ・ 八都県市間の相互応援協定に基づき、医療救護を含む応急活動マニュアル等の作成及び定期的な訓練を実施します。さらに、神奈川DMA T(\*)指定病院を増やすとともに、国、搬送を担う関係機関等との連携体制の整備をより一層進め、広域医療搬送の具体化に向け課題等を整理します。

### ③ かかりつけ医（かかりつけ歯科医）を中心とした地域医療連携（県、市町村、医療提供者）

- ・ 県民一人一人に適切な医療サービスを提供するため、日ごろから身近なところで健康管理を行うかかりつけ医（かかりつけ歯科医）の普及を図ります。
- ・ 地域の中心的な医療機関と開業医との間でネットワークを組み、高度医療機器等の共同利用等の実施により地域の医療機関相互の密接な機能連携と機能分担を図るとともに、病院への地域医療連携室の設置や診療機能のオープン化(\*)などを推進します。

### ④ 地域の中核病院を中心とした地域医療連携（県、市町村、医療提供者）

- ・ 各病院において地域医療に果たすべき役割や方向性を整理するとともに、病院相互の機能分担と連携の推進を図ります。
- ・ 地域医療支援病院を地域ごとに整備し、医療連携の推進や地域の医療従事者に対する研修の充実など、地域の中心的な医療機関としての役割を明確にします。
- ・ 地域連携クリティカルパス（診療計画表）は、患者の入院期間短縮や転院時等への不安解消などの効果が期待されており、地域の実情に応じた具体化を検討・協議し、普及を図ります。

### (3) 在宅医療・地域ケアの推進

#### 【現状と課題】

- 平成17年12月の県政モニターアンケート調査では、入院後、自宅で治療ができる程度に回復した場合、治療を受けたい場所として「自宅で生活しながら治療を受けたい」という回答が76.2%でしたが、一方で、療養生活を最期まで自宅で送ることになった場合、「介護してくれる家族の負担」「往診してくれる医師の存在」に不安があるという方がそれぞれ68.1%、50.3%（複数回答）でした。
- 在宅医療の推進のためには、病院の退院時における他の医療機関をはじめ保健福祉サービス等との連携も視野に入れた連絡調整や患者支援機関のネットワーク化が必要であり、また、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員（ケアマネジャー）<sup>(\*)</sup>などの多様な職種が協働で在宅医療を支える体制が必要となります。
- 口から食べるという機能の維持回復のため、訪問による摂食・嚥下<sup>(\*)</sup>リハビリテーションや口腔ケア<sup>(\*)</sup>などの普及を行う必要があります。
- 医療依存度の高い在宅療養者や、在宅ホスピス<sup>(\*)</sup>を含め、県民の多様なニーズに対応した質の高い訪問看護<sup>(\*)</sup>人材を育成していく必要があります。
- 市町村は、地域ケア体制の中核拠点として、介護予防<sup>(\*)</sup>のマネジメント、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援、権利擁護事業、介護支援専門員（ケアマネジャー）への支援の4事業を地域において一体的に実施する役割を担う地域包括支援センターを設置しています。
- 高齢者が住み慣れた地域で安心して元気に暮らせるよう、地域のさまざまな機関が連携を図りながら、ボランティアや高齢者自身なども参加して、地域で支え合う地域ケア体制を充実することが大切です。
- 高齢者の心身の状態などに応じたサービス提供ができるように、在宅での生活を継続するためのサービスや介護保険施設等のサービス提供基盤の整備を進めていく必要があります。
- 高齢者が地域において生活を継続できるようにするためには、高齢者に配慮した住まいの供給、高齢者に対応した公営住宅の整備、福祉サービスと連動した住宅供給など、住まいに対する施策も必要となります。

#### 【施策】

- ① 在宅医療の推進（県・市町村・医療関係機関・介護関係機関）
  - ・ 病院の退院時において病院同士あるいは診療所との調整にとどまらず、地域の保健福祉サービス、リハビリテーション、かかりつけ薬局<sup>(\*)</sup>等との連携も視野に入れ、連絡調整に努めます。

- ・ 地域における患者支援機関のネットワーク化の推進を図るとともに、在宅療養支援診療所(\*)や訪問看護ステーション(\*)、症状急変時に受け入れる連携先病院の地域医療連携室等を中心とした多職種協働の在宅療養支援体制の整備を推進します。
- ・ 県民の多様なニーズに対応した質の高い訪問看護人材を育成するための研修事業等を推進します。

## ② 地域ケア体制の充実（市町村・介護事業者・関係団体・医療機関・県民等）

- ・ 地域包括支援センターにおいて、地域におけるさまざまな関係者とのネットワークの構築やサービスに関する情報提供などの高齢者や家族に対する総合相談や支援を行うとともに介護予防のマネジメントを包括的・継続的に実施します。
- ・ 地域において関係機関や地域住民が参加し、各種団体や施設等と連携を図りながら、共に支え合うふれあいのあるまちづくりを推進するとともに、NPO(\*)・ボランティア及び高齢者自身らを含めた地域活動を行う個人やグループの活動環境を整備し、協働を進めます。
- ・ 介護保険の施設・居住系サービス(\*)における緊急時の医療体制の確保を含め、保健・医療・福祉サービス全般にわたり有効に機能する地域ケア体制の構築に向けた取組みを推進します。

## ③ サービス提供基盤の整備と多様な住まいの普及（県・市町村・介護事業者等）

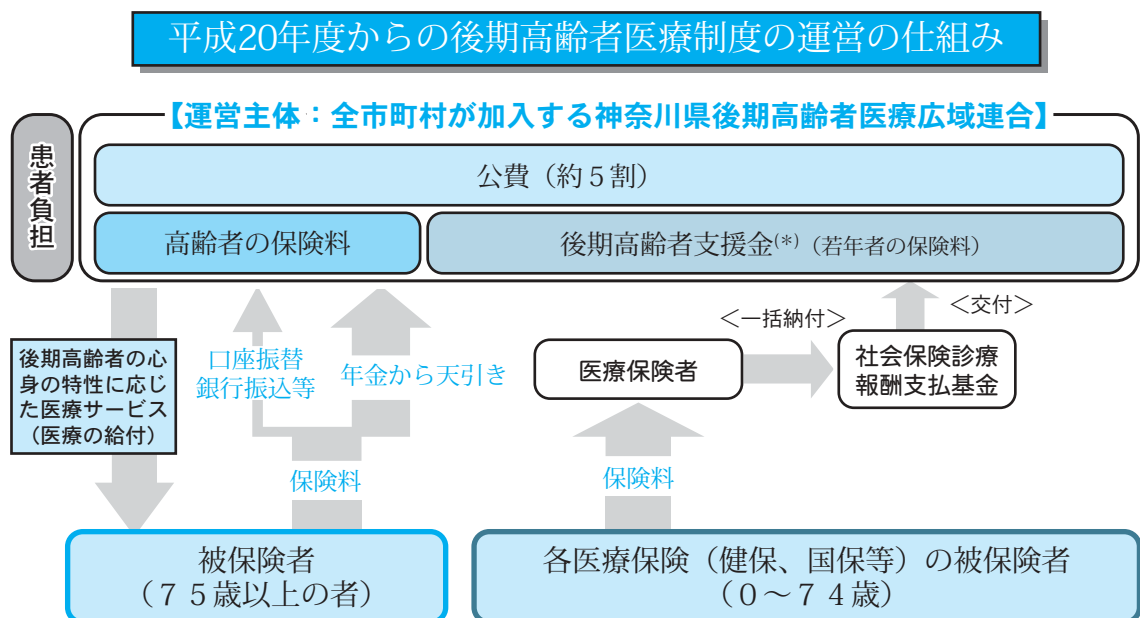
- ・ 日常生活圏域において、必要な地域密着型サービス(\*)や介護予防拠点(\*)などのサービス提供基盤の整備を進めるとともに、特別養護老人ホームなどの介護保険施設の計画的な整備を促進します。
- ・ 有料老人ホーム、ケアハウス(\*)、賃貸事業者が一定の見守りサービス(\*)を提供する高齢者専用賃貸住宅(\*)や、生活援助員(\*)が配置されたシルバーハウジング(\*)など的高齢者向けの多様な住まいの普及を推進します。

### 3 適正な受診の促進等の取組み

#### 【現状と課題】

- 平成20年4月から現行の老人保健制度(\*)に代わり、75歳以上の後期高齢者と65～74歳の障害認定を受けられた方を対象とする後期高齢者医療制度(\*)が施行され、都道府県の区域ごとに全ての市町村が加入する「後期高齢者医療広域連合(\*)」が制度の運営主体となります。
- 複数の医療機関での受診（重複受診）や、毎日のように受診（頻回受診）する方も見受けられますが、重複受診は薬剤の重複投与(\*)につながる場合もあるので、県民自らが適正に受診するような指導や意識啓発が必要となっています。
- 市町村は老人保健制度の実施者や国民健康保険の保険者として、医療機関から請求のあったレセプトについて、受給資格や請求内容に誤りがないか専門知識を持った職員等が行うレセプト点検や、交通事故のような第三者の行為(\*)によって生じた医療費の加害者への求償(\*)事務に取り組んできました。
- このような医療費適正化の取組みについて、国民健康保険においては引き続き市町村において取り組めますが、後期高齢者医療制度においては神奈川県後期高齢者医療広域連合が中心となって市町村と協力しながら取り組むことが必要であり、これらに対する県の支援が必要です。

図4-3 後期高齢者医療制度の運営の仕組み



出典：厚生労働省 資料（一部変更）

## 【施策】

- ① 後期高齢者医療広域連合や市町村への技術的助言等（県）
  - ・ 後期高齢者医療や国民健康保険において、後期高齢者医療広域連合や市町村が行う取組みに対して、県として技術的助言(\*)等を行い、円滑な実施を支援します。
  
- ② 重複受診者・頻回受診者に対する訪問指導（後期高齢者医療広域連合・市町村・保険者）
  - ・ 重複受診者・頻回受診者に対し健康管理や医療への知識を深めていただくことを目的として実施する訪問指導について、保健師の配置状況や他の保健事業との連携に考慮しながら、実施体制について検討し、実施に努めます。
  - ・ レセプトから指導後の受診行動や医療費等を把握することで指導効果の確認に努め、効果的な訪問指導の方法について検討します。
  
- ③ 医療費に関する意識の啓発（後期高齢者医療広域連合・市町村・保険者）
  - ・ 健康や医療費に対する認識、医療費の適正化への関心を高めるために、受診者に医療費の額などについて通知する医療費通知について、回数を検討し、効果的に実施します。
  - ・ 医療費や医療保険について、住民の理解を深めてもらうために、広報紙やパンフレットなどによる広報活動の内容や回数を充実していきます。
  
- ④ レセプト点検の実施（後期高齢者医療広域連合・市町村・保険者）
  - ・ 国民健康保険団体連合会との連携の強化や、縦覧点検(\*)の実施によりレセプト点検を効率的に実施します。
  
- ⑤ 第三者行為に係る求償等の充実（後期高齢者医療広域連合・市町村・保険者）
  - ・ 交通事故のような第三者の行為に起因する医療費については、レセプト点検や医療機関等との連携により発生原因を的確に把握し、加害者等への求償事務を充実します。