

平成29年度 神戸市国民健康保険運営協議会 第2回専門部会（保健事業）

- 1 日 時 平成30年3月19日（月） 午後1時25分～午後3時00分
- 2 場 所 市役所1号館8階大会議室
- 3 出席者 神戸市国民健康保険運営協議会委員(敬称略)
- 公益代表 足立(正)委員、中田委員
- 保険医・薬剤師代表 岡田委員
- 被保険者代表 玉田委員
- 専門委員（敬称略）
- 岡山委員、佐野委員、前田委員、足立(泰)委員
- 神戸市（事務局）
- 北 神戸市医療監、三木保健福祉局長、花田高齢福祉部長、  
野崎国保年金医療課長、有原国保適正化担当課長、  
山崎保健所調整課長
- 4 議 題 データヘルス計画について
- 資料 データヘルス計画（案）

5 議事内容

- (1) 資料 データヘルス計画（案）について  
事務局 資料説明

<主な意見・質問>

委員：確認だが、41ページの特定保健指導実施率は、分母は保健指導の対象者  
で、分子は実際にそれを受けた人か。

事務局：はい。対象者中実際に特定保健指導を終了した方である。

委員：長田区は特定健診を受ける人は一番少ないぐらいであったと思う。ところが、実際にこの対象となると、この指導を受ける人というのは多いのか。区民全体としては受ける意思が低い、生活習慣病を治したいという数字が長田区は高いという話があった。それに関連して、57ページの2-2に地域特性を踏まえた特定保健指導の勧奨ということで、特定健診受診率が低い兵庫区・長田区等があがっている。しかし、ここは特定保健指導のところだろう。受診率が低いというのは、1-3にある。こ

これはおかしいのではないか。

事務局：これについては、特定健診の実施率が低い兵庫区・長田区に働きかけるところとして、健康ライフプラザ等の活用を考えている。2-2の特定保健指導について、長田区の実施率がいいが、特定健診受診率の向上とあわせて、特定保健指導の勧奨を強化していき、神戸市全体の特定保健指導の実施率を上げていきたいということで記載している。

委員：特定保健指導の実施向上であれば、41ページの図表52の区別特定保健指導実施率の低い区が対象になるのではないか。

委員：この特定健診受診率が低いということは、もしかしたら潜在的に、本来は保健指導をしなくてはならない方々が分母に入っていないのが問題であると思う。対象者の分母が場合によっては過小評価してしまう可能性があると思う。27ページの図表32で、特定健診受診率の分母が被保険者もしくは対象者であり、41ページの図表52に反映されていない結果、一見は実施率が高いように見えていても、実は潜在的なリスクの高い方々が分母に入っていないがゆえに、過小評価しているというのが読み取れるので、どうしてもやはり長田区を無視してしまうのは危険な印象を受ける。

委員：56ページの(1)の1-3で、兵庫区・長田区の特定健診受診率を上げるべきという目標がある。(2)は特定保健指導の実施率向上であり、長田区は、一旦受けた人は特定保健指導に結構参加している。それであれば、東灘区や中央区のような区が、特定保健指導の実施率では低い区になるのではないか。

委員：ただ、そのときに、顕在的な人たちと潜在的な人たちで分けていく場合に、委員が言ったような顕在的な対象者ならば、東灘区が対象になってくると思う。しかし、潜在的なリスクを抱えている人であれば長田区が出てくるので、今後の計画方針の中では、潜在と顕在を分けた上で、保健指導の実施率、特定健診の実施率を算出する必要があるのではないか。

委員：今の意見に賛成で、特定保健指導の実施率と特定健診の受診率は、しっかり分けて、特定保健指導の実施率の低いところを向上すべきであり、実施率は全部低いので、特にどこを重点でということはないのだが、長田区だけ上がっても、区の人口規模も少ないし、ほとんど寄与しない。そのため、ここは「全市的な視野をもって実施する」と記載したほうがわかりやすいのではないかと思う。

事務局：意見をいただいたように、特定保健指導の実施率は全体として低いので、どこからかかっていくかという問題もあるが、そこはもう少し整理した上で表にまとめたいと思っている。特定健診のアプローチからすると、まず特定健診の受診率が低いと考えられる兵庫区、長田区、中央区の3区を中心として重点勧奨をまず行いたいということで、当初の案では、あわせて特定保健指導の指導勧奨も同じターゲットで行っていきこうというところで表現をまとめていたが、もう少し整理して考えたいと思う。

委員：長田区というふうに一口で言っても、かなり地域差があると思う。確かに兵庫区、長田区を重点的に勧奨されるというのはいい考えだと思うが、非常に社会状況・経済状況が長田区の中でも違うので、次には一歩進んで、地域間格差についてまた検討されるのも一つの方法かと思う。

事務局：区の中でも、例えば健診会場に近くて、比較的健診を受けている方、そうでない方、同じ区の中でもまた地域格差というのがあるかと思うので、そのあたりをまた検討したいと思う。

委員：協会けんぽの場合もこの3区は非常に低い。雇われている人、仕事を持っている人だが、それでも明らかにこの3区が他の区に比べると低い。やはり地域の特性が共通にあるという気がする。

事務局：我々としては健康格差に今、着目しており、高齢者については、3回の介護保険制定時の要介護リスクの要因分析で、ある程度経済格差と要介護率が出てきているが、それも含めて若年層にもう少しきっちりデータをとってみたいということもある。例えば、健康格差というのは、学力と先ほどの特定健診の受診率みたいな話も相関関係はないことはない。その場合、問題になるのは、当該世代の健康格差というよりも、それが健康格差を通じた次世代の経済格差につながるのではないかということである。連鎖を防止するという形で、まずいろいろな指標で厳しい地域については積極的に介入するために、特に健康ライフプラザが、今回は、そういう国保の保健指導の施設として性格を変える。それであれば、そういう形で積極的に健康介入してみようということになる。来てくれなければ行かないとしようがない。地域で健康診査もした上で、セット健診みたいな形で、保健指導を訪問である程度やっていくというアプローチも要るのではないかと考えている。

委員：若年者の単身世帯、低所得世帯、外国人が多くいる中で、実際に若年層の20歳

代、30歳代の人たちが、今もしうまくキャッチできてなかった結果、その方が重篤化して、40歳代、50歳代で発見したときには、さらに一層悪い状況になってしまった場合、今の40歳代、50歳代よりももっとひどい状況が想定されてくると思う。そういった中で、若年者の単身者はどういう健康状況かというのを見ると、長田区が特定健診受診率が低い状況で、なおかつレセプトもなかった場合には、本当に潜在的なリスクが高い地域の可能性があるのではないかと思う。そういった場合に、今、こういったような形でその方々をフォローしているのか。

事務局：昔、こういった特定健診の制度がある前は、老人保健法の基本健診のようなものがあり、全階層、一応健康診査や保健指導ができていた。ところが、それが特定健診制度になり、こういう形で輪切りになると、全体が非常に見えにくい。特に国保の場合は、若年の自営業者と年金生活者がミックスになっているので、なかなか実態が見えにくいと思っている。そこについては、年齢別で見ると精査できると思うので、若年者については、時間がないため健診の受診率も保健指導の実施率も低い。そこをどう解決していくか。特に、自営業の方は、我々が干渉しなければ、そのまま受診しない。例えば、母子保健も一方データがあり、母子保健とのリンクも考えると、なかなか厳しい状況になってくる。一番言われている低体重児出生率は割と極端だが、所得の低いところと所得の高いところと両方低い。ただ、低体重児自体は、生後の生活習慣病リスクなり、いろいろな要介護リスクが高いというような指導もいただいているので、そういったところをもう少し細かく指導していきたいというふうに考えている。

事務局：いま現在はそこまで分析はできていないが、よい検索のツールをまたこれから採用する予定なので、そのあたりもこれから検討したい。そういう分析をした上でまた対応も考えていきたいと考えている。

委員：この計画書のところで、17ページ図表16の19番のくも膜下出血が生活習慣病から外れているが、これは何か意味があるのか。一般的に脳血管疾患というと、まとめるのではないかと思うが。

事務局：はい。誤っているのが脳梗塞と同じく重症化・合併症ということで着色をしたほうがいいのかと思う。

委員：20ページの年代別の患者数及び患者1人当たり医療費で、虚血性心疾患と脳梗

塞と並べてあるが、一般的には、虚血性心疾患であれば、「脳血管疾患」ということにして、脳梗塞と脳出血とくも膜下出血を合計したものを出すのが一般的なので、ここはそうしたほうがいいのではないかと。

事務局：それも正しておく。

委員：29ページの有所見率の推移というグラフが図表37にあるが、そこに有所見者割合の推移ということが書いてあって、摂取エネルギーの過剰、血管を傷つけると書いてあるが、この区別は少し無理があるかと思う。例えば、尿酸というのは抗酸化作用があるという説もあり、血管を傷つけるかどうかというのはわかっていない。こういうことを記載すると、学問的には怪しいので、むしろ「肥満関連要因」とかではないか。しかし、糖尿病も肥満と関連しているので、余りここを書いてしまうと、かえってわかりにくいので、ここは見直していただければと思う。

事務局：KDBがこういった記載だったため、そのまま使用している。

委員：図表40で、特定健診の質問項目回答状況とあるが、これは男女込みで書いてあり、区別は厳しいかもしれないけれども、ぜひこれは男女別に出したほうが良いと思う。特に喫煙習慣とか、飲酒習慣というのは、男女でものすごく差があるので、「何パーセント」と出ても、例えば、33ページの上の図表42で、喫煙ありが全市で「11.2%」と書いてあるが、男女込みで書いてしまうと、少し感覚がわからない。基本的に生活習慣は男女別のほうが対策を打つときの根拠も出しやすいので、男女別を考慮していただきたい。それから、57ページの実施目標というところで、特定保健指導の実施率が80%になっているが、これは終了率ではないか。

事務局：2-1のセット健診のところ、特定保健指導初回する方が100%である。終了した人を、実施率として表記して「80%」としている。

委員：長田区等は若年者の自営業が多いというのは、大体どういうふうなイメージの人なのか。非正規雇用とか、そういう人か。

事務局：国保の加入者なので、基本的には被用者保険、健康保険に入っていない方が対象になるが、いわゆる西区や北区という住宅地と違い、まず自営業の層が多いところ、これが特色としてあると思う。

委員：若年者で自営業なのか。

事務局：5人以内の事業者であれば協会けんぽの対象外なので、自営業といっても、従事者のケースがある。

委員：兵庫区や長田区等は外国の人が多い。実際に人口の何パーセントとか、それをどう把握するかということが一つの問題で、もう一つは、その人たちに医療を提供する、いわゆる届けるというところに言葉の問題もあり、そのあたりは考えていかなければならない。「外国人」をまた別の枠で考えないといけないかもしれない。

事務局：外国人の中でも比較的短期間滞在する方も、最近では長田区、兵庫区で増えてきているので、国保の保険利用の面でもいろいろと問題のある方もおり、その対策が必要かと思う。

委員：17ページの図表16、左側の2番目に「その他の悪性新生物」とあるが、その他以外のものは何のことか。

事務局：中分類という分類があり、例えば、「悪性新生物」ですと、18番目に「胃の悪性新生物（胃がん）」というのがあり、これは上位20疾患を挙げているが、それ以外の部位の悪性新生物というのにも出てくる。1番に「気管支（肺）」の悪性新生物というものもある。

委員：医療費が高いということの理由に、調剤とか、入院項目の費用が高いというものがあつた。そういった分類も重要だが、それ以上に、疾病構造とか、どういう病気にかかっている人が多くて、その治療費が高くて、それが全体に貢献しているというあたりをしていただくと、今度、対策もとり得る。つまり、そういうところに重点的に手を打てばいいということになるので、今やっていないとすれば、今までのデータをもとに、他都市と比較して神戸市の病気の特性はどうなるかということをごひやっただきたい。

委員：神戸市民が治療を受けている病気が、どういうものが多くて、それが費用的にどう拡大させているかという分析で、今何かつかんでおられたら、ちょっと教えていただきたいが、そういうものはないか。

事務局：17ページの疾病の大分類、中分類というものが、いわゆる病名別に医療費、あるいは患者数の多いものから順番に拾っている表ではあるが、これをもう少し掘り下げたものということか。

委員：これで比較すれば神戸市の特性というものが出てくると思う。その面で、それ

それぞれの保険組織の中だけでやるよりも、それを他の保険と比較して総合的に分析するという努力をもう少し、例えば、兵庫県全体で、神戸市は国保としては一番大きいほうだが、それを後期高齢者医療とか、あるいは協会けんぽとか、ああいう全県的な組織の中のこういうデータ分析をつき合わせて兵庫県全体の疾病構造を明らかにするという努力をどこかでやっていただきたい。それイニシアティブを持つのは兵庫県だと思うが、神戸市も、保険者全体の集まる会議では、その必要性を主張していただきたいと思う。

事務局：9ページに、死因別の死亡率ということで神戸市と兵庫県があり、これは死亡要因だけなので、一元的な見方だが、そこから我々が公衆衛生で得ている知見とあわせて言うと、例えば、呼吸器系だと、神戸市は結核が多い。これは政令市の中でも多い。大阪に次いで多いが、これは港町という特性があつて、あと肝炎も多い。そういったあたりがどうなっているか、それと喫煙率は高くない。兵庫県の受動喫煙条例があるので、受動喫煙も低いはずである。そこで気になるのが女性の肺がんである。男性の肝がんについては、歴史的な経緯もあり、肝炎の影響かと思われる。あとのところの疾病の標準化との傾向を見るということは非常に大事だと思うので、させていただきたい。

委員：これはスタートしてから日がまだ浅いので、全国の集まっているデータが少ないと思う。長期化するにつれて非常に膨大なデータが集まってくる。

事務局：神戸市も入るのが遅れたので、ここで実は使えていないが、今後、KDBシステムなどを使いながらまた解析もしていきたい。同じように、他の保険者でもデータヘルス計画を作成しているので、例えば同じ項目のデータがあれば、それを比較するという形での活用も今後できるかと思うので、追々分析をしていきたい。

事務局：それと、協会けんぽから協会けんぽとの連携とのことを言われているので、先ほどの話も含めて、協会けんぽとも情報交換をしていきたい。

委員：最近、いろいろなところで「健康寿命」ということを急に言い始めた気がして、また目標に挙げられているが、「健康寿命」というのは、まだまだ極めて不確定な概念だと思う。健康寿命は指標により3種類ある。ADL、介護保険の利用、自分が健康と思うかどうか、この3つのどれをとるかによって全然違ってくる。介護保険のサービスを受けているかというのは、かなり客観的に見えるが、例えば、家族によって介護を受けている人は全然表に出てこない。そうい

う人たちは健康寿命から抜けてしまうし、要介護度別といっても、地域のデイケアセンターに行くと、日によって違うので、客観的とは言えない。それが、恐らく厚生労働省の指針の中に出てきたのだと思うが、あちらこちらで「健康寿命の延伸」と言い始めた。健康寿命の延伸は悪いとは言わないし、非常にいいのだが、何をもってそれが延進できたかというのを判定できない。平均寿命は確定した概念で、計算の仕方は万国一律なので、比較することができるわけだが、健康寿命は時期尚早のような気がする。

事務局：指標が3つほどあるというのは確かだが、神戸市として採用しているものの比較ということで出している。介護保険計画で使っているものをこちらのほうで採用しているが、一つのメルクマールとしては、それでの比較ということでまずは出してみてもどうかと考えている。

委員：42ページのまとめの上から6番目にある、特定健診の受診者のうち、非肥満者の人でも9割以上の人がいずれかの生活習慣病のリスクを保有しているというのは、全国的な問題で、特定健診の意義そのものに関わってくるところであるのだが、看過するわけにはいかないと思う。これに対する対策が、57ページの保健事業一覧の右下の3-3の健康づくり啓発事業の中に入ってくるのか。

事務局：3万3,000人のカバーはなかなか難しいが、その中で、健康ライフプラザを使って、健康教室の中でそういったハイリスク者に対してのアプローチができないかということを試みてみたいと考えている。

委員：問題点として、できれば書き込んでいただいたほうがはっきりするかと思う。あと、左のページの1-5のフレイルチェックの実施率60%ということだが、個々の特定健診は、医師会、医療機関で50%としているので、もしこれが60%を目標とするのであれば、医師会、医療機関も当然しないといけないが、現在のところ実施していない。医師会としては、フレイルチェックした後の医療指導者に対する道筋がはっきりしていないというのが最大の問題点と考えており、そのあたりは、来年度どういうふうになるのか。

事務局：フレイルチェックについて、医師会からいただいている課題について、まだ回答ができていない。一つには、結果の内容をもって次にどうつなげるかというところが、なかなか判別ができないようなものになっているので、そのあたりの改善がまだ不十分であると理解している。今、現行は、特定健診を医療機関で受けた



方に、薬局でのフレイルチェックをお勧めしており、まだ実際に薬局でも2,000件を超えたぐらいの実績程度である。まだ普及もこれからということであるので、まずは、今いただいている意見を踏まえて、また医療機関においても実施していただけるような形をぜひお願いしたいと思っている。健診を受けてフレイルチェックするということも、その対象となる65歳の方に対して十分まだ周知が徹底できてないというところもあるかと思うので、そのあたりの周知もあわせて今後進めていきたいと思っている。以前からいただいている意見に対して、まだ完全に結果の利用形態について回答ができていないことについては、申し訳ないと思っており、今後、改善していきたい。

事務局：今、結果の通知の内容を本人に返した後に、いくら以上がフレイルというのははっきりないが、「フレイル的だ」となったときにどうなるのかということが、介護予防部会の中でも話が出ていたが、あんしんすこやかセンターが相談窓口になるのであろうという話で大体意見がまとまっている。あんしんすこやかセンターでの対応マニュアルを作る予定である。フレイルの改善の受け皿として、これから公募していく予定であるが、スポーツジムなどを活用した、「運動」と「栄養」と「社会参加」といういわゆるフレイル予防の3つのことを取り入れた改善と予防のプログラムも立ち上げていこうかと思っている。まずはあんしんすこやかセンターに相談し、そこから必要な方にはそちらをお勧めして、フレイルが改善し、またフレイルチェックを行うという循環を、医学的に問題がなければ、できるだけ急いでつくっていききたいと思っている。

委員：24ページのジェネリック医薬品の使用率のグラフで、男性が赤になっていて、女性が青になっているが、これは正しいのか。ほかのグラフは、すべて女性が赤になっていて、これだけ青になっている。

事務局：確認する。

委員：健診の受診率を上げるためには、医療機関の協力がすごく大事だと思うが、その医療機関の協力を得るための仕組みというのは、何か新しい取り組みというのは考えているか。

事務局：特定健診において、個別健診については医療機関をお願いしているところなので、引き続き同じように行っていく。

委員：今の伸び率だと、とても毎年2%は実現できそうにない。何か新しい取り組み

をやらないと、大きな市なので受診率はそんなに簡単には伸びないと思う。例えば、今、集団健診と施設健診で伸び率はどちらが高いか。

事務局：伸び率は同じぐらいである。

委員：全国の健診の受診率を比較すると、60歳代、70歳代の方がきちんと受けてくれているところは受診率が高いし、受けてくれていないところは低い。その年齢層の7割が医療機関を定期的に受診しているので、医療機関の医師の声かけがうまくいくと、原理的には5割ぐらいになるはずである。そこまでいかないということは、そこがうまくいってないので、これは全国どこでも同じ問題を抱えているが、医師会とどう協調するか、そののところをもう少しやらないと、なかなか難しいのではないかという印象を受ける。

委員：生活習慣病で医療機関にかかっている方は、対象外か。

事務局：対象である。

委員：分母にそういった人が入っているので、そこが受けていただかないと、受診率は上がらない。

委員：ただ、そういうところは、ほとんど医療機関で特定健診の検査項目は定期的に行われている検査項目になるので、それを新たにまた特定健診で同じ検査を受けなさいというのはどうなのか。

委員：30年度から、医療機関から特定健診相当の項目を出してもらったら健診とみなすというしくみができた。そのため、そのあたりのルールづくりとか、一緒にやっていくような仕組みをつくっていかないと、「今、受けているんだから、もういいよ」となってしまうと、どうしてもそこで受診率が上がらなくなる。保険者努力支援制度の中で受診率の上昇というのは結構重い課題であることから、そこをどう医師会の協力をいただくかが非常に大きいと思う。市として、何かこういった取り組みというのはどうか。

事務局：健康ライフプラザの活用という形で医師会と連携しながら個別にやっていくということから言うと、先ほどの話をずっと医師会とも議論しており、医師会で例えばデータをこういうふうにしたら提供いただけるという話であれば、また話をさせていただきたいとは思っている。それは健診率を上げることになる。

委員：その後に出てくる保健指導は、日常の診療行為で行っている。

委員：特定保健指導は、治療中の人は対象にならない。

委員：同じようなことが既に治療中に行われているので、特定健診の受診率を上げるということに関しては、協力できないことはないと思う。

事務局：特定健診の受診率を上げるための対策、保健指導実施率をあげるための対策について、他都市で医療機関に対するインセンティブのような制度があるか調べる。今年度から、医師会にアドバイスをいただき、特定健診のインセンティブとして、例えば、大腸がん検診のクーポン券を送るということをしており、それはかなり効果があった。結果的に受診率を上げる効果もあり、大腸がんの健診率も上がっているので、いろいろなアイデアをこれから定期的に相談させていただきたいと思っている。

委員：特定健診が始まって以来、国としても生活習慣病が抑制されたエビデンスがあるのか。

委員：指導したら成績がよくなったというエビデンスはある。ただ、それが医療費に結びついてどうかというデータは、私たちが昔、出したことがある。ナショナルデータベースで解析をした結果、少しは医療費が減ったデータはある。ただ、全体の医療費に反映しているかという、ほとんどそこまではいっていない。

委員：生活習慣病の患者の数が減っているのか。それが医療費とリンクすると思うが。

事務局：我々としては、疾病の早期発見という観点からは必要である。全体的にメタボリックシンドロームの指導でどうなったというデータはないし、我々が議論すべき問題でもないと思うが、やはり疾病の早期発見、早期介入という観点からの協力は、あくまでもお願いしたいと思っている。

委員：「特定保健指導の実施率を上げる」ということを目標に挙げていると思うが、そこに効果がないと意味がないので、効果を高めるというのも目標にしっかり入れていただき、保険者が自己評価して、効果の上がる保健指導を確保する。数だけするが、全然効果がないということがよくある。そうなると、本当に金の無駄なので、効果を上げるのが第一で、その効果のあるものを規模を大きくすることが本来のやり方なので、そのこのところは、事業計画の中でしっかり持っていたいただきたい。

委員：協会けんぽのデータを分析している経験からすると、特定健診は掘り起こしという面もあり、1人当たり医療費はどうしても上がってしまう。しかし、検査データの値は改善傾向があるので、そういった意味で、有効性を検査値で見て

いくという、神戸市の方向性は具体的になってくるのではないかという印象を受けている。保険者努力支援制度によって交付金が入ってくるので、医師会との協力で、もし健診受診率や保健指導率が上がるのであれば、結果として、交付金をいただき、それが今後の保健事業費もしくは何らかの政策に生かしていけると思うので、そういった意味でも、ぜひ市と医師会で協力していただきたい。

協会けんぽにおいて、やはり5人、10人以下の自営業がすごく健康状況が悪い。そういった場合に、5人未満の方々が問題ではないかという話があったかと思うが、その方々も健康度合いが悪い可能性があると思う。なおかつ8ページの中の「国保の異動状況」で、短期間転職者が多い、それも若年層を中心に多いという話があったということは、もともとつかまえにくい層が転職して国保に入ったり入らなかったりという状況が繰り返されると思う。そういったような人たちというのは、多分経済的にも厳しくて、なおかつ健康度合いも低い可能性があるだけに、そこをどうキャッチしていくのか。多分その中に「外国人」というのが入ってくると思う。そこで、仮に若年層と外国人が必ず来るだろう場所としてコンビニがあると思う。コンビニで食事を買って帰っていくというような生活をしている人が割と多いのではないかと協会けんぽで話が出た。コンビニの場所を使いながら、いかにして健診を受けていただくのかというPRの場所として考えてもいいのではないかという印象を受けている。

事務局：全年齢区分へのアプローチは、なかなか難しいが、特定の年齢区分であったり、特定の地域・区であったりというところをまず掘り起こしとしてやってみるといふ方向性を今考えているので、そういった中で、効果的な広報などについてもこれからまた検討したいと思っている。

委員：医師会としては、全面的に協力している。

保健指導の分割実施は平成31年度から開始予定か。

事務局：平成30年度は、まだいろいろと調整をさせていただく必要があると思っているので、できれば平成31年度からと考えている。そのあたりも、これからいろいろ協議をさせていただいてと思っている。

事務局：今年から国保も30歳健診をやるが、そのやり方と項目について医師会と相談させていただきたいと思っている。これについては、いろいろと意見があり、特に協

会けんぽとの連携をどうするという話もあるが、まずこちらからしてみようということをお願いしたいと思っている。実施方法等の中に、先ほど言われたコンビニでのPRのようなことは出てくるとしており、相談させていただければと思っている。