

## 第4章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

### 1 第4期特定健康診査等実施計画

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等実施計画を定める。

第1期及び第2期は5年を1期としていたが、医療費適正化計画が6年1期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は6年を1期として策定している。

### 2 目標値の設定

【図表 51】

	目標値					
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診実施率	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
特定保健指導実施率	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%	90.0%
特定保健指導対象者の減少率 (2008年度比)	35.7%	36.0%	36.3%	36.6%	36.9%	37.2%

### 3 対象者数の見込み（各年度4月1日時点の推計値）

【図表 52】

			推計					
			令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
特定 健診	対象者数	40～64 歳	2, 918 人	2, 760 人	2, 605 人	2, 542 人	2, 427 人	2, 344 人
		65～74 歳	5, 301 人	4, 782 人	4, 360 人	3, 887 人	3, 434 人	2, 974 人
	受診者数	40～64 歳	1, 168 人	1, 215 人	1, 251 人	1, 322 人	1, 360 人	1, 407 人
		65～74 歳	2, 121 人	2, 105 人	2, 093 人	2, 022 人	1, 924 人	1, 785 人
特定 保健 指導	対象者数	40～64 歳	111 人	115 人	117 人	122 人	124 人	127 人
		65～74 歳	202 人	198 人	195 人	187 人	176 人	161 人
	実施者数	40～64 歳	96 人	101 人	103 人	109 人	112 人	115 人
		65～74 歳	174 人	173 人	172 人	167 人	159 人	145 人
特定保健指導対象者数 出現率			9. 5%	9. 4%	9. 3%	9. 2%	9. 1%	9. 0%

### 4 特定健康診査の実施

#### (1) 実施場所

- ① 集団健診：各地区で実施
- ② 個別健診：委託医療機関

#### (2) 実施項目

法定の実施項目（基本的な健診項目と、医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目）を実施し、階層化を行う（「円滑な実施に向けた手引き（第4版）」参照）。また、保険者独自の項目として、心電図、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血を全員に実施する。

#### (3) 実施時期

通年実施（情報提供事業を含む）

#### (4) 外部委託の方法

- ① 集団健診：宮崎県健康づくり協会へ個別契約により委託
- ② 個別健診：南那珂医師会へ集合契約により委託

※特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託

#### (5) 周知や案内の方法

- ① 該当地区回覧や広報紙、ホームページへの記載
- ② 委託医療機関へのポスターの設置
- ③ 対象者へのパンフレット配布 等

#### (6) 診療情報の提供や事業者健診等のデータ収集

- ① 健診機関、事業主、保険者の3者協議の上で、事業者健診の結果を健診機関から受領する。
- ② 受診勧奨の際に事業者健診や人間ドックの結果の受領についても働きかけを行い、データの受領及び保健指導を実施する。

#### (7) 医療機関との連携

- ① 医療機関で特定健診と同等の検査を受けている場合、受診者本人の同意の下、検査結果の提出を本人あるいは実施医療機関へ依頼する。
- ② 治療中であっても特定健康診査の対象となるため、かかりつけ医から対象者への受診勧奨について、医療機関と連携を図る。

### 5 特定保健指導の実施

#### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。（P56 参考資料3）

#### (2) 実施場所

- ① 集団健診：地区毎に実施
- ② 個別健診：対象者の自宅等

#### (3) 実施項目

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に定められた要件に沿って実施する。

指導の成果等については見える化をすすめ、アウトカムの達成状況の把握や要因の検討を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

#### (4) 実施時期

- ① 集団健診：通年実施
- ② 個別健診：通年実施

#### (5) 外部委託の方法

- ① 集団健診：外部委託なし（保険者自身で実施）
- ② 個別健診：外部委託なし（保険者自身で実施）

#### (6) 周知や案内の方法

対象者への個別通知等

#### (7) 特定保健指導対象者の重点化の方法

特定保健指導は、階層化によって対象者になった全員に実施し、方法については、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」を参考とする。

特定保健指導対象者以外の保健指導については、効果的・効率的に実施するため日南市保健指導優先順位表を使用する。保健師、管理栄養士等が各地区を担当し、上記プログラムも参考にしながら、地域の事情及び個々の状況にあわせた保健指導を実施する。（P56 参考資料3）

【図表 53】

特定健診・ 特定保健指導 月間スケジュール	5月：受診券、案内送付 医療機関説明会 6月：国庫負担金事業実績報告及び交付申請 6月：特定健診開始（集団健診、個別健診）12月末まで 通年：情報提供事業、事業者健診結果受け取り 通年：保健指導対象者の抽出、保健指導実施（特保含む） 通年：未受診者対策 （受診券発送時に案内文書同封、電話・訪問による受診勧奨、 国保部門庁内連携組織・自治会・健康づくり推進員と協働による 受診勧奨、医療機関通院者のデータ収集、医療機関へ協力依頼 等） 毎月：請求支払（代行機関毎月 21 日） 10月：前年度の法定報告 11月：次年度予算作成
-----------------------------	--

## 6 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等を遵守するとともに、日南市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、外部委託する際には、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理する。

### (2) 記録の管理・保存方法

特定健康診査・特定保健指導の記録管理は、特定健康診査等データ管理システム及び日南市健康管理システムで行う。

保存にあたっては、「円滑な実施に向けた手引き」に準じて、個人の健康情報を漏洩しないよう、厳格に管理した上で適切に活用する。

## 7 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、実施計画を作成・変更時は、遅延無くホームページ等への掲載により公表・周知する。

特定健康診査等の普及啓発のため、全対象者へのパンフレット等の配布や公共施設へのポスター掲示、広報紙・ホームページへの掲載等を行う。

また、県によるテレビやユーチューブなどの広報活動を推進する。

## 8 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

特定健診・特定保健指導の実施率、特定保健指導の対象者の減少率については、毎年度達成状況を評価する。

実施計画の見直しについては、目標達成状況の評価結果を活用し、必要に応じてあるいは令和 8 年度に中間評価を行う。

第6章 第3期データヘルス計画（保健事業全体）の健康課題と目的・目標

1 日南市の健康課題

【図表 54】

項目	健康課題	優先度	保健事業との対応
A	肥満の割合が高い	1	1
B	糖尿病の医療費の増加と入院外の高血圧の医療費の割合が高い	2	1、2、3
C	人工透析、心疾患、循環器系、新生物による医療費増大傾向	3	1、2、3
D	健診受診率が低い	4	1

2 データヘルス計画全体における目的・目標

【図表 55】

※宮崎県共通指標      ◎必須      ○任意

項目	データヘルス計画 全体における	評価指標	策定時	目標値					
	目的		令和3年	令和6年	令和7年	令和8年	令和9年	令和10年	令和11年
D	特定健診・特定保健指導の実施率が向上する。	特定健康診査実施率   ◎	37.6%	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
		特定健康診査実施率【40～64歳】   ○	25.9%	30.0%	34.1%	38.2%	42.3%	46.4%	50.0%
		特定健康診査実施率【65～74歳】   ○	43.3%	47.7%	52.2%	56.6%	61.0%	65.4%	70.0%
		特定保健指導実施率   ◎	85.7%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%	90.0%
		特定保健指導実施率【40～64歳】   ○	83.7%	85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	90.0%	90.0%
		特定保健指導実施率【65～74歳】   ○	86.7%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%	90.0%	90.0%
		特定保健指導対象者の減少率 （2008年度比）	35.4%	35.7%	36.0%	36.3%	36.6%	36.9%	37.2%
		健診未受診者率（健診なし・治療なし）	19.1%	18.5%	18.0%	17.5%	17.0%	16.5%	16.0%

項目	データヘルス計画 全体における	評価指標	策定時	目標値					
	目的		令和３年	令和６年	令和７年	令和８年	令和９年	令和１０年	令和１１年
C	生活習慣病を早期に発見し、重症化を予防する。	総医療費に占める、人工透析、脳血管疾患、虚血性心疾患の割合の減少	7.5%	7.4%	7.3%	7.2%	7.1%	7.0%	6.9%
		人工透析患者数の減少（患者千人当たり）	9.70人	9.5人	9.4人	9.3人	9.2人	9.1人	9.0人
		脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）患者数の減少（患者千人当たり）	74.22人	73.5人	72.8人	72.1人	71.4人	70.7人	70.0人
		虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）患者数の減少（患者千人当たり）	72.22人	71.8人	71.4人	71.0人	70.6人	70.3人	70.0人
		血圧が保健指導判定値以上の割合 ◎	53.6%	53.0%	52.5%	52.0%	51.5%	51.0%	50.5%
		高血糖者の割合（HbA1c6.5%以上）◎	9.5%	9.0%	8.5%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%
		がん検診受診率 胃がん検診（国保）	13.8%	14.0%	14.2%	14.4%	14.6%	14.8%	15.0%
		肺がん検診（国保）	4.9%	5.1%	5.3%	5.5%	5.7%	5.9%	6.1%
		大腸がん検診（国保）	15.3%	15.5%	15.7%	15.9%	16.1%	16.3%	16.5%
		子宮頸がん検診（国保）	17.4%	17.5%	17.6%	17.7%	17.8%	17.9%	18.0%
		乳がん検診（国保）	31.0%	31.1%	31.2%	31.3%	31.4%	31.5%	31.6%
		健康ポイントの取組みを行う実施者の割合	2.5%	2.6%	2.7%	2.8%	2.9%	3.0%	3.1%

※肺がん検診はX線のみを算出

項目	データヘルス計画 全体における	評価指標	策定時	目標値					
	目的		令和 3 年	令和 6 年	令和 7 年	令和 8 年	令和 9 年	令和 10 年	令和 11 年
B	高血圧・糖尿病患者の減少により、医療費も減少する。	重症化予防対象者数（割合）の減少	1,262 人（36.5%）	36.2%	35.9%	35.6%	35.3%	35.0%	34.7%
		高血圧Ⅱ度以上	182 人（5.3%）	5.2%	5.1%	5.0%	4.9%	4.8%	4.7%
		HbA1c6.5%（治療中 7.0）以上の者の割合	213 人（6.2%）	6.0%	5.8%	5.6%	5.4%	5.2%	5.0%
		HbA1c8.0%以上の者の割合 ◎	0.9%	0.8%	0.7%	0.6%	0.5%	0.4%	0.3%
		HbA1c8.0%以上の者の割合【40～64 歳】○	1.1%	1.0%	0.9%	0.8%	0.7%	0.6%	0.5%
		HbA1c8.0%以上の者の割合【65～74 歳】○	0.8%	0.7%	0.6%	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%
		尿蛋白 2+以上	80 人（2.3%）	2.2%	2.1%	2.0%	1.9%	1.8%	1.7%
		eGFR45 未満（40 歳未満は 60 未満）	75 人（2.2%）	2.1%	2.0%	1.9%	1.8%	1.7%	1.6%
		後発医薬品の使用割合	81.6%	83.0%	84.0%	85.0%	86.0%	86.5%	87.0%
	糖尿病の未治療者及びコントロール不良者を減らす。	健診受診者で糖尿病未治療者が受診にむすびつく割合 100%	54.1%	62.0%	70.0%	78.0%	86.0%	94.0%	100%
		糖尿病 HbA1c6.5%以上（未治療）の保健指導の実施率 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		HbA1c6.5%以上のうち糖尿病のレセプトがない者の割合 ◎	8.7%	8.5%	8.3%	8.1%	7.9%	7.7%	7.5%
		糖尿病 HbA1c7.0%以上（治療中）の保健指導の実施率 90%	79.8%	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%

項目	データヘルス計画 全体における	評価指標	策定時	目標値					
	目的		令和 3 年	令和 6 年	令和 7 年	令和 8 年	令和 9 年	令和 10 年	令和 11 年
A	生活習慣の改善により、肥満の割合が減少する。	特定保健指導の対象者の減少率（％）◎	17.6％	17.9％	18.2％	18.5％	18.8％	19.1％	19.4％
		特定保健指導の対象者の減少率（％）○ 【40～64 歳】	16.3％	16.6％	16.9％	17.2％	17.5％	17.8％	18.1％
		特定保健指導の対象者の減少率（％）○ 【65～74 歳】	18.2％	18.5％	18.8％	19.1％	19.4％	19.7％	20.0％
		メタボ該当者 2 項目以上	729 人（21.1％）	21.0％	20.9％	20.8％	20.7％	20.6％	20.5％
		LDL180m g /dl 以上	112 人（3.2％）	3.1％	3.0％	2.9％	2.8％	2.7％	2.6％
		中性脂肪 300m g /dl 以上	73 人（2.1％）	2.0％	1.9％	1.8％	1.7％	1.6％	1.5％

## 第6章 健康課題を解決するための個別の保健事業

各種保健事業の実施にあたっては、重症化予防の取組を重点に行うとともに、ポピュレーションアプローチを組み合わせる実施していく。

【図表 56】

番号	事業分類	事業名称	事業概要	優先度
1	特定健康診査対策	特定健診実施率向上対策	データを活用した特定健診の未受診者に向けた効率的・効果的な対策を立案し実施、また市のホームページや市報等による広報、地域の関係団体に協力依頼を行い、受診勧奨を実施することで特定健診実施率の向上を図る。	1
2	生活習慣病重症化予防	糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病の発症予防及び糖尿病性腎症の重症化予防の推進のために、糖尿病対策に関わる医療機関関係者と市町村保険者の間で顔の見える関係を構築し、効果的・効率的に連携する。	2
3	生活習慣病重症化予防	脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防事業	脳血管疾患・虚血性心疾患の発症予防及び重症化予防の推進のために、対象者を明確にし、保健指導を実施する。医療機関や関係機関との連携を図る。	3



# 1 事業1 特定健診実施率向上対策

事業の目的		多くの人の生活習慣病を早期に発見し重症化を予防するために、データを活用し特定健診対象者に向けた効率的・効果的な対策を実施することで、特定健診実施率の向上を図る。								
事業の概要		市ホームページや広報誌による広報、集団健診実施案内の班回覧など広報を実施。 受診勧奨対象者抽出を行い、電話や訪問または個別ハガキなどで受診勧奨を行うとともに、地区の関係団体（医師会、自治会、健康づくり推進員、食生活改善推進員、元気にちなん応援隊、まちの保健室など）に協力依頼し、広く受診勧奨を行う。								
対象者		特定健康診査対象者（40～74歳の国保被保険者）								
目標を達成するための主な戦略		1 広報 市ホームページへの健診情報掲載、全住民への健診ガイドの送付、市広報への健診案内、集団健診実施地区への班回覧などを随時実施する。 2 健診実施方法 対象者が受診しやすいように個別健診・集団健診双方を実施し、集団健診では医療機関の少ない郊外の地域、日曜健診、がん検診とのセット検診を実施する。 3 受診勧奨対象者抽出による受診勧奨 (1) 集団健診実施地区住民、前年度ハイリスク者、新規対象者（40歳）、健康状態不明者等を抽出し、電話・訪問による受診勧奨を実施。 (2) 当該年度の対象者をAI分析により数種類の受診勧奨資材毎に分け、ハガキによる受診勧奨を行う。（県委託事業応募） (3) 実施期間終了1か月前に、今年度未受診者に対しハガキによる受診勧奨を実施 (4) 国保加入手続き時に特定健診案内文書を配布し、受診勧奨を行う。 (5) 情報提供事業が適当と思われる対象者を抽出し、個別に情報提供事業利用勧奨を行う。 4 協力依頼 地区の関係団体（医師会、自治会、健康づくり推進員、食生活改善推進員、元気にちなん応援隊、まちの保健室など）に受診勧奨の協力依頼を実施する。 特に医師会に対して通院中患者の情報提供事業活用について協力依頼し、情報提供事業による健診受診者の獲得をねらう。								
ストラクチャー	事業の実施体制	1 予算の確保 2 関係団体への協力体制（医師会、健康づくり推進員、看護協会等） 3 事業の進捗状況の確認の随時実施、職員の配置								
プロセス	事業の実施方法	1 受診勧奨対象者抽出は適当であったか。 2 協力方法は適当であったか。 3 受診勧奨時期は適当であったか。								
指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
					実績値					
				R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット（実施量・率）評価指標	個別の受診勧奨数	未受診者に対するハガキ通知率	未受診者に対するハガキ通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		被保険者総数に対する電話・訪問	スタッフによる受診勧奨率	42%	42%	42%	42%	42%	42%	42%
	情報提供事業協力依頼	被保険者に対する対象者通知	案内通知率	4.2%	5.8%	5.8%	5.8%	5.8%	5.8%	5.8%
		医師会への協力依頼回数	医師会への文書依頼や会議数	1回	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
					実績値					
				R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 評価指標	受診率	受診率	法定報告による地区毎および全体の受診率	37.6%	40%	44%	48%	52%	56%	60%
	ハガキ通知による受診率	ハガキ通知による受診率	ハガキ通知による受診率	44.7%	45%	46%	47%	48%	49%	50%
	情報提供事業利用者数	情報提供事業利用者数	医師会からの報告数	100 人	150 人	200 人	250 人	300 人	350 人	400 人

## 2 事業2 糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して市が医療機関と連携して保健指導等を行い、人工透析への移行を防止することによって、市民の健康増進と医療費の適正を図る。
事業の概要	<p>糖尿病腎症重症化予防プログラム、宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第1期改訂版）、日南市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、以下の視点でPDCAサイクルに沿って実施する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導</li> <li>2 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する受診勧奨、保健指導</li> <li>3 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導</li> </ol>
対象者	<p>対象者の選定基準にあたっては、抽出すべき対象者を以下とする。（P57 参考資料4）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療機関未受診者</li> <li>2 医療機関受診中断者</li> <li>3 糖尿病治療中者               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 糖尿病性腎症で通院している者</li> <li>(2) 糖尿病性腎症を発症していないが、高血圧、メタボ該当者等リスクを保有する者</li> </ol> </li> </ol> <p>詳細については、日南市糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針に準ずる。</p>
目標を達成するための主な戦略	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 選定基準に基づく対象者の抽出と該当者数の把握 取組を進めるにあたって、保有するレセプトデータ、特定健診データ及び糖尿病管理台帳を活用し、対象者の抽出と該当者数の把握を行う。 腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「CKD 重症度分類」を基盤とする。</li> <li>2 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨 確実に継続的な医療機関受診行動につながるよう、対象者全員に訪問・個別面談・電話等による受診勧奨を実施する。</li> <li>3 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導 糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧コントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。 そこで、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類と生活習慣病のリスク因子を合わせて対象者に応じた保健指導を実施。指導の際には、糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用する。</li> <li>4 対象者の進捗管理               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 糖尿病管理台帳作成、管理、評価 特定健診の結果で過去6年間のうち、一度でもHbA1c6.5%以上に該当した35歳、40～79歳を対象とし、個別支援を経年的に実施する。 評価としては、介入前後の検査値の変化を比較する。                   <ol style="list-style-type: none"> <li>① HbA1c の変化</li> <li>② eGFR の変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下）</li> <li>③ 尿蛋白の変化</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>5 糖尿病連携手帳の普及推進 糖尿病をもつ市民と関係機関が、共に糖尿病連携手帳を活用しながら受診、服薬、生活習慣改善など、糖尿病の重症化予防に取組ことを目的として、令和元年度に南那珂医師会、日南歯科医師会、日南串間薬剤師会、串間市、日南市の5者で糖尿病重症化予防に係る連携協定を締結した。 取組の一環として、糖尿病連携手帳の普及啓発のために、啓発資料の配布や手帳活用のメリットを周知するとともに、糖尿病管理台帳対象者に対して、手帳の活用状況の調査を実施し、その結果を関係機関と情報共有する。 また、取組に対しては、単年度毎に評価を実施する。</li> </ol>

目標を達成するための主な戦略	<p>6 医療との連携</p> <p>(1) 医療機関連携を活用した重症化予防対策（尿アルブミン検査）          特定健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち HbA1c6.5%以上に該当するもので、尿蛋白定性（－）の者には、医療機関でのアルブミン尿検査（尿アルブミン/クレアチニン比）を勧める。          その結果に基づき保健指導を実施することにより、対象者自身が検査結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣等を振り返り、改善するための行動等が自己決定できるようになる。          糖尿病性腎症に対し、早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。</p> <p>(2) 医療機関未受診者・治療中断者への介入について          検査結果が糖尿病領域にありながら、糖尿病に関する医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、南那珂医師会と協議して作成する紹介状を使用する。</p> <p>(3) 健診未受診者について          糖尿病で通院治療をしている特定健診未受診者については、医療機関にて特定健診受診を積極的に勧めてもらうよう協力を依頼する。</p> <p>(4) 治療中の者への介入について          治療中の場合は、糖尿病手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、日南市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行う。</p> <p>7 庁内関係課との連携          乳幼児期～老年期まで対象とする施策であることから、「健康にちなん 21」を参考に庁内及び関係機関と連携し、ライフステージ各期に適した啓発や健康教育を行う。          また、受診勧奨や保健指導を実施していく中で、生活支援や生活支援等の必要が出てきた場合は長寿課や福祉課、地域包括支援センター等関係部署と連携していく。</p> <p>8 「糖尿病重症化予防推進研修会」の実施          市内医療機関、医師会、薬剤師会等に研修会の案内をし、糖尿病重症化予防事業の経過報告、糖尿病連携手帳の活用状況調査等について情報共有する。</p>									
	ストラクチャー	事業の実施体制	<p>1 健康課題の把握</p> <p>2 医療機関及び関係機関との連携</p>							
	プロセス	事業の実施方法	<p>1 糖尿病連携手帳の普及啓発</p> <p>2 糖尿病管理台帳</p> <p>3 糖尿病腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導</p> <p>4 医療機関と連携した保健指導・栄養指導</p>							
	指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時 R3	目標値				
						実績値				
アウトプット（実施量・率）評価指標	糖尿病未治療	健診受診者で糖尿病未治療者が受診に結びつく割合 100%	KDB システムより抽出	54.1%	R6	R7	R8	R9	R10	R11
					62.0%	70.0%	78.0%	86.0%	94.0%	100%
	糖尿病 HbA1c7.0%以上	糖尿病 HbA1c7.0%以上（治療中）の保健指導の実施率 90%	KDB システムより抽出	79.8%	R6	R7	R8	R9	R10	R11
					80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%

指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
					実績値					
				R3	R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果) 評価指標	人工透析	患者数 (患者千人当たり)	KDB システムより抽出	9.7 人	9.5 人	9.4 人	9.3 人	9.2 人	9.1 人	9.0 人
	人工透析	総医療費に占める割合	KDB システムより抽出	4.7%	4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%	4.1%

### 3 事業3 脳血管疾患・虚血性心疾患予防事業

事業の目的	<p>脳血管疾患・虚血性心疾患の患者千人当たりの患者数と介護認定者が心臓病や脳疾患で治療を受けている方は、同規模や県と比較すると多い現状がある。</p> <p>原因疾患の高血圧や脂質異常症等の発症予防や重症化予防をすることで、市民の健康寿命の延伸と介護予防及び医療費適正化を図る。</p>
事業の概要	<p>脳血管疾患・虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、各学会の治療ガイドライン等に基づいてすすめていく。</p> <p>治療が必要にもかかわらず医療機関未受診の者、また、過去に治療中であったにもかかわらず中断している者については、健診受診勧奨を行う。</p> <p>健診受診者に対しては、健診結果データを日南市保健指導優先順位表に基づいて階層化し、保健指導を実施。</p>
対象者	<p>重症化予防対象者の抽出については、以下とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療機関未受診者</li> <li>2 医療機関受診中断者</li> <li>3 健診結果より、日南市保健指導優先順位に基づいて階層化された者（高血圧・脂質異常症・心房細動）</li> <li>4 治療中であるが血管リスクのある者</li> </ol>
目標を達成するための主な戦略	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 心電図検査の結果と保健指導対象者の抽出 心電図検査は、虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の一つである。また、心房細動は脳梗塞のリスクであり、対象者を早期発見・早期介入するためには、心電図検査が必要となる。心電図検査を実施し、検査結果により心房細動の所見に該当した者を、保健指導対象者（重症化予防対象者）として抽出する。</li> <li>2 医療機関未受診者、治療中断者に対する受診勧奨 確実に継続的な医療機関受診行動につながるよう、対象者全員に訪問・個別面談・電話等による受診勧奨を実施する。</li> <li>3 高血圧等の重症化リスクに応じた保健指導 優先順位表を作成し、健診結果に応じて、保健指導等の対象者を抽出する。 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 高血圧Ⅲ度以上</li> <li>(2) 高血圧Ⅱ度リスク2～3層</li> <li>(3) 高血圧Ⅰ度リスク3層（血圧服薬なし）</li> <li>(4) 高値血圧リスク3層（血圧服薬なし）</li> <li>(5) LDL コレステロール 180 以上（高血圧・脂質異常症・糖尿病の3疾患服薬なし）</li> <li>(6) 中性脂肪 300 以上 等</li> </ol> 保健指導の際は、保健指導教材を活用し、対象者がイメージしやすいようにする。 治療中であるが、リスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。 </li> <li>4 対象者の進捗管理(心房細動管理台帳の作成、管理、評価) 特定健診の心電図検査結果で、過去に一度でも心房細動に該当した場合は、管理台帳の対象者とし、医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し、個別支援を経年的に実施する。</li> <li>5 医療との連携 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 医療機関未受診者・治療中断者への介入について 重症化予防のために、医療機関未受診者や治療中断者に対して受診勧奨を行う。 なお、高血圧未治療者には、家庭血圧測定及び医療機関受診を勧める。 医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集する。</li> <li>(2) 健診未受診者について 高血圧等で通院治療をしている特定健診未受診者については、医療機関にて特定健診受診を積極的に勧めてもらうよう協力を依頼する。</li> <li>(3) 治療中の者への介入について 治療中の場合は、服薬・受診状況を確認し、血管リスク低減に向け、医療機関と連携した保健指導を実施する。</li> </ol> </li> </ol>



ストラクチャー	事業の実施体制	1 健康課題の把握 2 医療機関及び関係機関及び市の各課（市民課・長寿課等）との連携								
プロセス	事業の実施方法	1 心電図検査の全数実施 2 優先順位表の作成（高血圧・脂質異常症・心房細動） 3 重症化予防対象者の抽出 4 心房細動管理台帳の作成と管理 5 医療機関・関係機関との連携した保健指導・栄養指導 6 受診勧奨及び保健指導								
指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
				R3	実績値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトプット (実施量・率)評価指標	高血圧	高血圧Ⅱ度以上	KDBシステムより抽出	182人 (5.3%)	5.2%	5.1%	5.0%	4.9%	4.8%	4.7%
	心房細動管理台帳	心房細動管理台帳対象者	対象者への介入率	100% (R2)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	連携・人材育成	医療機関・関係機関への情報共有	研修会の実施等	書面での情報共有	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上
指標	項目	評価指標	評価対象・方法	策定時	目標値					
				R3	実績値					
					R6	R7	R8	R9	R10	R11
アウトカム (成果)評価指標	脳血管疾患患者数	脳血管疾患患者数の減少 (患者千人当たり)	KDBシステムより抽出	74.22人	73.5人	72.8人	72.1人	71.4人	70.7人	70.0人
	虚血性心疾患患者数	虚血性心疾患患者数の減少 (患者千人当たり)	KDBシステムより抽出	72.22人	71.8人	71.4人	71.0人	70.6人	70.3人	70.0人
	脳血管疾患、虚血性心疾患	総医療費に占める割合	KDBシステムより抽出	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%	2.0%

## 4 その他の保健事業

前述の国保保健事業と関連づけ、その他の疾病予防対策について次のように取り組む。

### (1) 個別の疾病予防

本市の悪性新生物の医療費は増大傾向であるが、本市のがん検診受診率は国の目標値の 50%に達していない。がん検診の実施に当たっては、セット検診の実施など可能な限り特定健診と一体的に行うとともに、がん検診により早期発見することで医療費負担も軽減され、生存率が格段に高くなることなどの啓発を行いながら、関係団体とも連携し受診率向上に努める。

また、筋骨格系に係る疾患、歯科疾患などについても生活の質に深い関わりがあり、ライフコースに応じた事業の展開を図る必要があることから、生活習慣病以外の個別の疾病予防についても関係機関とも連携しながら推進する。

### (2) 重複・頻回受診者等に対する対策

医療費の適正化・削減を図るため、適正受診に係る普及啓発を実施するとともに、服薬者の重篤な健康状態の回避と不要な薬剤処方削減を図るため、適正な服薬を推進する。

### (3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

国保被保険者と後期高齢者医療被保険者とを関連づけ、多面的な課題を抱える高齢者に対し、下記の内容で令和 6 年度より生活習慣病等の重症化予防と生活機能低下予防に取組、高齢者の自立した生活の実現と健康寿命の延伸を目指す。

#### ① ハイリスクアプローチ

糖尿病性腎症重症化予防プログラムや各学会ガイドライン等に基づき、保健師や管理栄養士が個別訪問等により継続的な保健指導を行う。

#### ② ポピュレーションアプローチ

通いの場等への積極的な関与として、保健師又は管理栄養士による生活習慣病予防および重症化予防に関する健康教育、相談を行う。

また、歩行力測定や身体測定を行い、フレイル状態の把握と評価を行う。

実施にあたっては、企画・調整を担当する医療専門職を配置し、KDB システムを活用した地域の健康課題の分析や事業対象者の把握を行う。

さらに医療機関や地域包括支援センターとの情報共有や連携により個々に応じた適切な支援につなげることに努める。

これらの事業の実施にあたり、必要な場合は別途プロセス計画を策定し実施を行う。



## 第7章 個別の保健事業及び個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画（保健事業全体） の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、評価指標に基づき、事業効果や目標の達成状況を確認する。

データヘルス計画全体の中間評価は、令和8年度に行い、最終年度（令和11年度）の目標に向けての取組を検討する。

短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行う。

## 第8章 データヘルス計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、南那珂医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する。

## 第9章 個人情報の取扱い

日南市においては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託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扱いが確保されるよう措置を講じる。

## 第10章 地域包括ケアに係る取組

本市では、高齢化の一層の進行と人口減少社会への対応を見据え「日南市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」を策定し、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進を図る各種施策を推進することとしている。

本市の国保被保険者の年齢構成は、65～74歳の前期高齢者の割合が60%を超えて占める状況があることから前にも述べているように本計画では、上記の介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。

要介護状態となる原因疾患のうち多くを占めている脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは、予防可能なものであり、国保加入者の生活習慣病等の重症化予防を推進することが、地域で元気に暮らす健康な市民を増やすことにつながる。

また、高齢者を包括的に支援する体制（医療、保健、介護、福祉サービスなど）の中で、多職種と連携しながらサービス関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が不可欠である。

## 第11章 その他の留意事項

### 県からの支援等

#### 1 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

平成26年度より、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業が開始され、国保連に支援・評価委員会が設置された。国保連の支援・評価委員会において、計画の策定や評価等の支援を受けるものとする。

#### 2 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として、平成30年度より本格実施している。

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分を創設し、保険者における予防・健康づくり事業の取組を後押ししている。

保険者努力支援制度（事業費分）では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、保険者は同制度を有効に活用し、より質の高い計画策定・実施・評価を目指し、策定を進める。