

IV 個別の保健事業

事業番号 1	①事業名称	特定健康診査事業
②事業の目的	特定健康診査の受診率が低く、また生活習慣病や生活習慣病を起因とする重症化疾患の割合が高いことから、特定健康診査により早期発見し、発症と重症化予防につなげる。	
③対象者	40～74歳の被保険者	
④現在までの事業結果	昨年度までは集団/個別の両方の健診を行った結果、アウトカム指標の60%は達成しなかったものの平成30年度から比較して10.2%受診率を上げることができた。	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)
アウトカム (成果) 指標	特定健康診査実施率	38.5%	42.0%	45.5%	49.0%	52.5%	56.0%	60.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨実施割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	受診率向上のため、受診しやすい環境整備やみなし健診の把握といった受診勧奨以外の部分の強化を図る。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

<p>周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送と、窓口での受診勧奨を実施。 実施形態：個別健診及び集団健診を実施。 実施場所：個別健診→市内医療機関、集団健診→保健センター 実施項目：法定の実施項目 実施期間：5月～2月 結果提供：書面にて結果を交付</p>

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

<p>集団健診等の予約方法の改善を図り、受診しやすい環境を整備する。また、みなし健診の提出等の周知を強化し、受診率向上を図る。 周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送と、窓口での受診勧奨を実施。 実施形態：個別健診及び集団健診を実施。 実施場所：個別健診→市内医療機関、集団健診→保健センター 実施項目：法定の実施項目 実施期間：5月～2月 結果提供：書面にて結果を交付</p>

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

<p>保険年金課：対象者の選定及び事業の立案及び関係機関との調整 医師会：地域の医療機関への呼びかけ かかりつけ医：患者への呼びかけや個別健診の実施 外部委託：受診勧奨の通知作成や、集団健診の実施</p>

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

<p>保険年金課：対象者の選定及び事業の立案及び関係機関との調整 医師会：地域の医療機関への呼びかけ かかりつけ医：患者への呼びかけや個別健診の実施 外部委託：受診勧奨の通知作成や、集団健診の実施</p>

⑭評価計画

<p>令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う。</p>

IV 個別の保健事業

事業番号 2	①事業名称	特定保健指導事業
②事業の目的	生活習慣病に移行させないことを目的に、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とする。	
③対象者	特定健診受診者のうち、腹囲、BMIの数値が基準より高く、血糖、脂質、血圧のいずれかの値が基準値を超えてた場合、積極的あるいは動機付け支援の対象となる。	
④現在までの事業結果	特定保健指導の実施率が年々減少している状態	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	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 (成果) 指標	体重減少2kg以上の者の割合	14.7%	18.9%	23.1%	27.3%	31.5%	35.7%	40.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	16.9%	24%	31.1%	38.2%	45.3%	52.4%	60%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。

(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	集団健診会場での初回面談分割実施、利用者に付与するインセンティブの内容を強化し、利用率の向上を図る。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<p>周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送と、電話による受診勧奨を実施。</p> <p>実施形態：業者へ委託</p> <p>実施場所：各家庭または利用者が指定した場所（ICT面談も実施可能）、各医療機関</p> <p>実施項目：初回面接、継続支援、評価</p> <p>実施期間：3～6か月間</p>
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<p>集団健診会場にて、腹囲またはBMIと血圧の測定結果を把握し、その場で対象者に初回面談を分割実施する。特定保健指導利用者に対するインセンティブとし、特定保健指導の実施内容・成果に応じ、健康応援クーポンを配布する。</p> <p>周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送と、電話による受診勧奨を実施。</p> <p>実施形態：業者へ委託</p> <p>実施場所：下松市保健センター、各家庭または利用者が指定した場所（ICT面談も実施可能）、各医療機関</p> <p>実施項目：初回面接、継続支援、評価</p> <p>実施期間：3～6か月間</p>

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

<p>管内担当部署：健診結果から対象者を選定、利用勧奨、個別相談</p> <p>医師会：地域の医療機関への呼びかけ</p> <p>外部委託：利用勧奨、保健指導の実施</p>
--

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<p>管内担当部署：健診結果から対象者を選定、利用勧奨、個別相談</p> <p>医師会：地域の医療機関への呼びかけ</p> <p>外部委託：利用勧奨、保健指導の実施</p>
--

⑭評価計画

令和8年に中間評価を行い、指標の見直しを行う。

IV 個別の保健事業

事業番号 3	①事業名称	糖尿病性腎症重症化予防事業（保健指導）
②事業の目的	糖尿病性腎症重症化リスクの高い人に対して、保健指導への参加勧奨を行い、保健指導に基づき数値改善に向けた取組を行ってもらうことで、被保険者の健康維持及び将来の医療費抑制を図る。	
③対象者	糖尿病性腎症重症化予防プログラムに則って抽出	
④現在までの事業結果	プログラムに参加された方の多くが、数値に改善が見られ、効果が出ている。	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	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 (成果) 指標	指示書目標の達成率	50.0%	52.5%	55.0%	57.5%	60.0%	62.5%	65.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施率	14.3%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	過去の実績を参照すると、本事業への参加者には数値の改善が一定程度表れている。一方で、参加者の確保が課題であるため、協力医療機関の拡大及び周知啓発の強化を図る。
-----------------	---

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<p>周知勧奨：書面による受診勧奨通知及びかかりつけ医からの勧奨。 実施形態：対面あるいは電話等での保健指導。 実施場所：市役所あるいは自宅 実施項目：医師からの指示書 実施期間：6ヶ月間</p>
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<p>本事業の対象者として抽出された被保険者に、事業内容をより分かりやすく、また参加する意欲を沸かせる案内文書を作成する。 下松医師会を通じて、本事業への協力医療機関の増加を働きかけ、本事業への参加者数の増加を目指す。 周知勧奨：書面による受診勧奨通知及びかかりつけ医からの勧奨。 実施形態：対面あるいは電話等での保健指導。 実施場所：市役所あるいは自宅 実施項目：医師からの指示書 実施期間：6ヶ月間</p>

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

<p>保険年金課：レセプト、過去の健診結果から対象者を選定、その他実施方法等を検討 医師会：事業実施の協力 かかりつけ医：患者への呼びかけや指示書の作成 外部委託：保健指導</p>

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<p>本事業への協力医療機関を拡大することで、新規の対象者を発掘する。 保険年金課：レセプト、過去の健診結果から対象者を選定、その他実施方法等を検討 医師会：事業実施の協力 かかりつけ医：患者への呼びかけや指示書の作成 外部委託：保健指導</p>

⑭評価計画

<p>令和8年に中間評価を行い、指標の見直しを行う。</p>

IV 個別の保健事業

事業番号 4	①事業名称	生活習慣病予防事業（未受診、中断）
②事業の目的	被保険者の健康寿命を延伸させること及び医療費増大を抑制することを目的とする。	
③対象者	【生活習慣病】 （未受診）特定健診結果において、「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」に掲載された検査項目のいずれかが受診勧奨判定値以上の者 【糖尿病性腎症重症化予防】 （未受診）特定健診結果において、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに規定する判定値以上の者 （中断）過去に糖尿病の受診歴があり、直近1年間において糖尿病による医療機関の受診がない者	
④現在までの事業結果	糖尿病性腎症の未受診の勧奨後の医療機関受診率は約51%と高いが、中断者については勧奨後の受診が0%、生活習慣病予備軍の勧奨者については、約7%と低いため、中断者及び生活習慣病予備軍の者に対するアプローチが必要。	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	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 (成果) 指標	受診勧奨後の医療機関受診率	12.5%	15.0%	17.5%	20.0%	22.5%	25.0%	27.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨通知送付率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。

(注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送 実施期間：11月に受診勧奨通知送付 3月にKDBあるいはレセプトにおいて受診状況確認
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送。特に糖尿病性腎症の中断者及び生活習慣病予備軍の者に対して、医療機関の受診につながるよう、目を引く勧奨通知を作成する。 実施期間：11月に受診勧奨通知送付 3月にKDBあるいはレセプトにおいて受診状況確認

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

管内担当部署：対象者の選定、受診勧奨後の電話等の対応 外部委託：対象者の選定及び通知作成、勧奨通知の発送

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

管内担当部署：対象者の選定、受診勧奨後の電話等の対応 外部委託：対象者の選定及び通知作成、勧奨通知の発送

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う。

IV 個別の保健事業

事業番号 5	①事業名称	重複服薬
②事業の目的	主に睡眠薬を同月に複数の医療機関で処方されている者に対し、保健指導を行うことで医療費適正化を図る。	
③対象者	主に睡眠薬を同月に複数の医療機関で処方されている者に対し、保健指導を行うことで医療費適正化を図る。	
④現在までの事業結果	保健指導実施後、対象者の複数医療機関の受診が大幅に減少し、ある程度の効果がでている。	

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	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 (成果) 指標	保健指導後の重複服薬の医療機関の受診減少	減少	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(注1) 評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。
 (注2) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

⑨目標を達成するための主な戦略	重複服薬の対象に対して、マイナ保険証の活用を促す。訪問指導に当たって、複数年の訪問で被保険者との関係性を築きながら、かかりつけ医のみの受診になるよう指導を行う。また、医療機関からも患者に対して重複服薬の危険性を周知してもらうよう働きかけていく。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

周知勧奨：書面による受診勧奨通知の発送。後日、訪問指導を実施。 実施期間：1月～3月

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

被保険者への勧奨通知の発送時に、マイナ保険証での受診によって過去の受診歴等を基にした適正な診療が期待できることをあわせて周知する。 周知勧奨：書面による受診勧奨通知及びマイナ保険証周知文の発送。後日、訪問指導を実施。 実施期間：1月～3月

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

管内担当部署：レセプトデータから対象者を選定、勧奨通知を発送 健康増進課：保健指導の実施

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

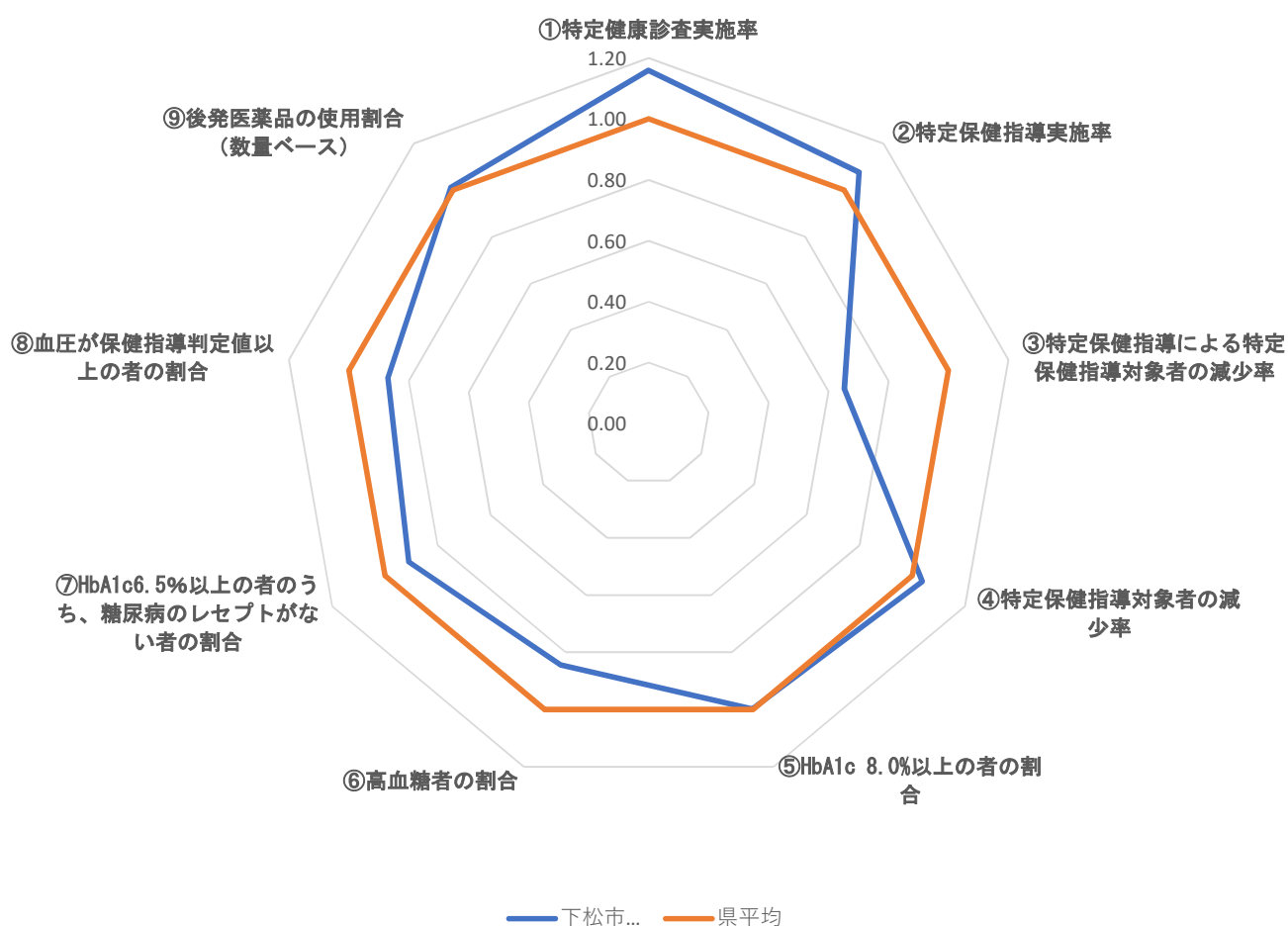
かかりつけ医からも被保険者（患者）に対して適正服薬を指導してもらえるような体制づくりを目指す。 管内担当部署：レセプトデータから対象者を選定、勧奨通知を発送 健康増進課：保健指導を実施 かかりつけ医：被保険者（患者）への呼びかけ

⑭評価計画

令和8年度に中間評価を行い、指標の見直しを行う。

V その他	
データヘルス計画の 評価・見直し	令和8年度に進捗確認のための中間評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行う。 また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う。
データヘルス計画の 公表・周知	本計画は、市のホームページに掲載して公表・周知するものとする。
個人情報の取扱い	保健事業の実施にあたっては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン及び下松市の関係例規等に基づき、庁内等での利用、外部委託事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り扱いが確保されるよう措置を講じる。
地域包括ケアに 係る取組	本市の生活支援・介護予防体制整備協議会会議に参画し、介護予防事業や生活支援サービス体制について、介護部局や健康づくり部局、各種団体との定期的な情報共有・連携を図る。
その他留意事項	

下松市の各指標値の実績と都道府県平均値との比較



(単位：%)

	レーダーチャートの数値		実績値	
	下松市 (a/b or (100-a)/(100-b))	県平均	下松市 (a)	県平均 (b)
①特定健康診査実施率	1.16	1.00	38.5	33.2
②特定保健指導実施率	1.08	1.00	16.9	15.7
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	0.65	1.00	19.7	30.2
④特定保健指導対象者の減少率	1.04	1.00	16.9	19.9
⑤HbA1c 8.0%以上の者の割合	1.00	1.00	1.5	1.3
⑥高血糖者の割合	0.84	1.00	8.7	10.3
⑦HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合	0.91	1.00	15.7	7.3
⑧血圧が保健指導判定値以上の者の割合	0.87	1.00	58	51.7
⑨後発医薬品の使用割合 (数量ベース)	1.01	1.00	83.4	82.5