

第3章 課題解決のための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、抽出された健康課題についての詳細な要因分析が必要となります。そこで糖尿病に関しては、大学との連携により国保データベース（KDB）システム等を活用した糖尿病にかかるデータ分析の取組を実施していきます。また、大学との共同研究（データ分析・コホート研究）によりハイリスク群を特定・追跡し施策効果の検証を含むPDCAサイクルの改善を図ります。

その上で生活習慣病対策として発症予防・重症化予防を推進し、特定健康診査受診率向上への取組及び特定保健指導の実施について関係機関と連携して取り組みます。その際には、民間事業者のリソースやノウハウを活かした成果連動型民間委託契約方式（PFS※）による事業実施等について併せて検討していきます。

特に生活習慣病重症化予防としては、重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨、治療中の方には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

さらに、ポピュレーションアプローチの取組としては、適正体重の維持、減塩などの食生活改善、適正飲酒等について庁内関係課と連携し周知啓発していきます。また、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知していきます。

※成果連動型民間委託契約方式（PFS：Pay For Success）とは

国は又は地方公共団体が、民間事業者に委託等して実施させる事業のうち、その事業により解決を目指す行政課題に対応した成果指標が設定され、地方公共団体等が当該行政課題の解決のためにその事業を民間事業者に委託等した際に支払う額等が、当該成果指標の改善状況に影響するものです。

2. 重症化予防の取組

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、11,269人（35.5%）です。そのうち治療なしが2,977人（21.0%）を占め、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が1,388人です。

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、2,977人中1,447人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。（図表3-1）

3. 主な個別保健事業計画

図表 3-2

(1) 特定健康診査実施率向上事業										
事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。									
事業の概要	特定健康診査を実施（問診・身体計測・診察・血圧・血液検査等の「基本的な項目」と医師が必要とした判断した場合に受ける「詳細な健診の項目」がある）。									
対象者	当該年度4月1日における静岡市国保加入者かつ、40歳から74歳以下の年齢に達する人。なお、妊産婦その他、厚生労働大臣が定める人は対象者から除く。									
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診と個別健診を実施 ・特定健康診査対象者について、周知啓発・利用勧奨、また優先順位を考慮した未受診者対策等を行う ・受診機会の拡充や同時受診の推進の実施 									
実施計画	<p>【継続する取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハガキによる未受診者勧奨の強化 ・サンデーレディース健診の実施 ・大腸がん検診受診推進事業の実施 ・トリプル健診事業の実施（大腸がん検診・歯周病検診） ・健診費用無償化の継続 ・市広報媒体による周知 ・成人健診まるわかりガイドの全世帯配布 ・啓発ポスターの配布 ・受診啓発のための説明会 ・30歳代健診の受診勧奨 <p>【新たな取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・若い世代が利用しやすい健診体制の整備の検討 ・ファミリー健診の導入を検討 ・電子フォーム上での受診券再発行の受付 ・民間の力を活かした取組強化策（PFSによる事業実施等）の検討 <p>【拡充する取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検診車による巡回健診の回数、会場の増加検討 									
アウトプット指標 (実施量率)	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	特定健康診査受診率	法定報告	33.0%	34.2%	35.5%	36.8%	38.1%	39.4%	40.7%
アウトカム指標 (成果)	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	メタボリックシンドロームの該当者の割合の減少	法定報告	21.1%	20.5%	19.9%	19.3%	18.7%	18.1%	17.5%

図表 3-3

(2) 特定保健指導実施率向上事業										
事業の目的	特定健康診査の結果から、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因になっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、適切な生活習慣あるいは健康の維持・増進につなげる。									
事業の概要	特定健康診査の結果から、内臓脂肪蓄積の程度と血圧、脂質異常、血糖、喫煙、などのリスク数や年齢により、階層化しレベル別に保健指導を行う。 実施率向上のため、制度周知・未利用者勧奨・関係機関との調整等を実施。									
対象者	特定健康診査後、階層化結果で対象となった者。リスク度合により、「積極的支援」「動機づけ支援」「動機づけ支援相当」に分かれる。									
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の結果から、対象者に合わせた効果的な食事や運動習慣などの生活習慣に関する指導を実施し、3か月以上経過後評価していく 対象者本人が、自分の生活習慣の改善点に気づき自ら目標を設定し、行動できるよう支援する。 各保健福祉センター・委託実施機関で実施 									
実施計画	<p>【継続する取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導のPR・制度周知 特定保健指導利用券の交付時の利用勧奨 各保健福祉センターによる特定保健指導利用勧奨 特定健診受診時の特定保健指導の制度周知及び勧奨 情報通信技術(CT)を活用した特定保健指導事業 特定保健指導未利用者対策 委託機関との連携 保健指導実施者のスキルアップ <p>【拡充する取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導未利用者対策（特に40歳～50歳代） 40歳～50歳代が多く利用するスポーツ関連事業者や、平日夜間・土日祝日でも営業している特定保健指導実施機関への委託を検討 二次検診の利用推奨 （二次検診は、血糖高値の特定保健指導対象者に生活習慣改善の動機づけとするため、市独自で実施している。 検査項目は糖負荷試験・頸動脈エコー、尿検査） 二次検診対象者の拡大。年齢範囲、高血圧ハイリスク者について検討 初回面接における分割実施の推進 									
アウトプット指標 (実施率)	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	特定保健指導実施率	法定報告	23.9%	27.5%	29.0%	30.5%	32.0%	33.5%	35.1%
アウトカム指標 (成果)	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告	21.3%	21.8%	22.3%	22.8%	23.3%	23.8%	24.3%
	2	メタボリックシンドロームの該当者の割合の減少	法定報告	21.1%	20.5%	19.9%	19.3%	18.7%	18.1%	17.5%

図表 3-4

(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業														
事業の目的	糖尿病及び糖尿病性腎症の発症や重症化を予防し、人工透析への移行を防止する。													
事業の概要	糖尿病や糖尿病性腎症のリスクが高い者に保健指導や受診勧奨を実施する。													
実施方法	(1)糖尿病の方への保健指導（糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進） ・対象者に対する個別通知 ・専門職による保健指導・受診勧奨（個別面接・訪問・電話・文書） ・受診結果報告書やレセプト情報から受診状況確認 (2)高血糖者（HbA1c8.0%以上）への保健指導 ・個別面接や家庭訪問により指導を行い、医療機関につなぐ (3)糖尿病治療中断者への保健指導（健診未受診者） ・糖尿病及び合併症について文書指導を行い、医療機関への受診勧奨を行う													
実施計画	【継続する取組】 ①糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進 ②HbA1c8.0%以上への保健指導 【新たな取組】 ①糖尿病治療中断者（健診未受診者）への保健指導 対象者に糖尿病及び合併症に関し文書指導を行い、医療機関への受診勧奨を行う ②一般診療所から糖尿病/腎臓病専門施設への病診連携をシステム化する「静岡DKD(糖尿病性腎臓病)連携システム」を静岡市糖尿病の会と連携して進める ③大学との連携により国保データベース（KDB）システム等を活用した糖尿病にかかるデータ分析事業の実施 【強化する取組】 ①糖尿病と歯周病に関する相互啓発													
アウトプット指標 (実施量率)	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績	目標値									
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)				
	1	保健指導実施率	対象者のうち保健指導を実施した割合	99.8%	98%以上	98%以上	98%以上	98%以上	98%以上	98%以上				
アウトカム指標 (成果)	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績	目標値									
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)				
					1	受診勧奨直該当者の指導後の医療機関への受診率	かかりつけ医からの返信ハカキの集計、レセプト確認	84.0%	85%以上	85%以上	85%以上	85%以上	85%以上	85%以上
					2	介入前後の検査値の維持改善率（HbA1c）	指導対象者の翌年度健診結果との突合	79.4%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
					3	介入前後の検査値の維持改善率（eGFR,尿蛋白）	指導対象者の翌年度健診結果との突合	89.4%	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上
					4	HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合の減少	KDB	12.5%	12.1%	11.7%	11.3%	10.9%	10.5%	10.1%
5	HbA1c8.0%以上の者の割合	KDB	1.3%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%					

図表 3-5

(4) 生活習慣病重症化予防・受診勧奨事業										
事業の目的	生活習慣病の重症化予防が必要な対象者へ保健指導・受診勧奨を実施し脳血管疾患及びCKD（慢性腎不全）の発症・重症化を予防し、医療機関への受診につなげる。									
事業の概要	特定健康診査の受診者のうち、特定保健指導の対象外であるが、検査結果の値または所見が受診勧奨の必要があると判断された人に保健指導及び受診勧奨を行い、生活習慣病の発症・重症化を予防する。									
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診の結果から受診勧奨値で未治療のリスクが高い者（以下）を選定 <ul style="list-style-type: none"> (1)血圧160/100mmHg以上、(2)LDL180mg/dl以上（男性のみ）、(3)尿酸9.0mg/dl以上、(4)心房細動、(5)eGFR50mL/分/1.73m以下（69歳以下）、40mL/分/1.73m以下（70歳以上）または尿蛋白定性（+）以上 ※受診勧奨該当項目の診断名や生活習慣病のレセプト情報が確認できた者、がん・難病等で治療中、及び他保健事業でフォロー対象者を除く									
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に対する個別通知 専門職による保健指導・受診勧奨（個別面接・訪問・電話・文書） レセプト情報や受診結果報告書から受診状況確認 									
実施計画	【継続する取組】 ①受診勧奨値のハイリスク者（高血圧、脂質異常、腎機能低下者、心房細動等）の保健指導・医療機関への受診勧奨の実施 ②継続的な支援が必要な場合には、関係課と連携し支援する									
アウトプット指標 （実施量率）	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	保健指導実施率	対象者のうち保健指導を実施した割合	99.6%	98%以上	98%以上	98%以上	98%以上	98%以上	98%以上
アウトカム指標 （成果）	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	医療機関への受診率	対象者からの結果返送、レセプト確認	49.9%	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上
	2	介入前後の検査値の改善率 （血圧、脂質、尿酸）	指導対象者の翌年度健診結果との突合	73%	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上	75%以上

図表 3-6

(5) 生活習慣病発症予防・啓発事業														
事業の目的	国民健康保険に加入している被保険者に情報提供することで各ライフステージにて健康増進を図る。													
事業の概要	生活習慣病の発症予防に向け、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の増大につながっている実態やその背景にある地域特性について、庁内関係機関・外部関係機関と連携し広く市民へ周知する。													
対象者	静岡市国民健康保険被保険者													
実施計画	<p>【継続する取組】</p> <p>①地域での健康講座、講演会等でのポピュレーションアプローチ</p> <p>②HPなど市広報媒体による周知啓発</p> <p>【新たな取組】</p> <p>①大学との連携によるKDBシステム等を活用した糖尿病にかかるデータ分析・コホート研究の導入</p> <p>②大学との共同研究（データ分析・コホート研究）により、ハイリスク群を特定・追跡し、施策効果の検証を含むPDCAの改善の取組</p> <p>【強化する取組】</p> <p>①健康支援課と協力し、分析データを活用したポピュレーションアプローチの実施</p> <p>②適正体重の維持、減塩などの食生活改善、適正飲酒に関する周知啓発</p> <p>③歯周病と糖尿病に関する相互啓発</p>													
アウトプット指標 (実施量率)	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績	目標値									
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)				
	1	健康支援課への情報提供	回数	2回	3回以上	3回以上	3回以上	3回以上	3回以上	3回以上				
アウトカム指標 (成果)	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定 時実績	目標値									
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)				
					1	高血圧予備群の割合の減少	KDB	12.0%	11.8%	11.5%	11.3%	11.0%	10.8%	10.5%
					2	高血圧Ⅰ度以上の者の割合の減少	KDB	53.8%	53.3%	52.8%	52.3%	51.8%	51.3%	50.8%
3	高血糖（HbA1c6.5%以上の者）の割合の減少	KDB	9.1%	9.0%	8.9%	8.8%	8.7%	8.6%	8.5%					

4. 実施する保健事業

(1) 特定健康診査・特定保健指導

図表 3-7

	事業名及び事業概要	実施内容及び実施状況
特定健康診査・特定保健指導	<p>特定健康診査受診率向上</p> <p>【目的】 内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病の予防を図る。</p> <p>【対象者】 40～74歳の静岡市国民健康保険加入者</p>	<p>【新規】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ファミリー健診の導入を検討 ・電子フォーム上での受診券再発行の受付 ・民間の力を活かした取組強化策(PFSによる事業実施等)の検討 <p>【拡充】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検診車による巡回健診の回数、会場の増加検討 <p>【継続】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハガキによる未受診者勧奨の強化 ・サンデーレディース健診の実施 ・大腸がん検診受診推進事業の実施 ・トリプル健診事業の実施 (大腸がん検診・歯周病検診) ・健診費用無償化の継続 ・市広報媒体による周知 ・成人健診まるわかりガイドの全世帯配布 ・啓発ポスターの配布 ・受診啓発のための説明会 ・30歳代健診の受診勧奨
	<p>特定保健指導実施率向上</p> <p>【目的】 特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる人に対して、生活習慣を見直すサポートを行う。</p> <p>【対象者】 特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある人</p>	<p>【拡充】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導利便性向上 ①運動習慣定着に主眼をおいた実施機関、②平日夜間、土日祝日に指導できる機関 への委託を検討 ・二次検診の利用推奨 (特定健診後、血糖高値者により生活改善の見直しを促進するため、市独自で設定している。糖負荷試験・頸動脈エコー、尿検査) ・二次検診対象者の拡大。年齢範囲、高血圧ハイリスク者について検討 ・初回面接における分割実施の推進 <p>【継続】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導のPR・制度周知 ・特定保健指導利用券の交付時の利用勧奨 ・各保健福祉センターによる特定保健指導利用勧奨 ・特定健診受診時の特定保健指導の制度周知及び勧奨 ・情報通信技術 ICT を活用した特定保健指導事業 ・特定保健指導未利用者対策 ・委託機関との連携 ・保健指導実施者のスキルアップ

(2) 発症予防

図表 3-8

	事業名及び事業概要	実施内容及び実施状況
生活習慣病発症予防	30歳代の健康診査 【目的】 壮年期から健康診査受診を促し健康の保持増進を図る。健康意識を高め、40歳以降の特定健康診査受診に繋げる。 【対象者】 30～39歳の静岡市国民健康保険加入者	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査は、実施医療機関に委託して実施 対象者への個別通知 ちらし配架による制度周知
	30歳代健診の保健指導 【目的】 健康診査の結果、受診勧奨し、重症化を予防する。 【対象者】 30～39歳で、健診結果が以下に該当する被保険者 ア)収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上 イ)LDL コレステロール 160mg/dl 以上 ウ)尿酸 9.0mg/dl 以上 エ)心房細動 オ)eGFR50ml/分/1.73 m ² 以下または尿蛋白1+以上	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に対する個別通知 保健師・栄養士による保健指導(個別面接・訪問・電話・文書等)
	二次検診 【目的】 特定保健指導対象者に生活習慣改善の行動変容を促すための効果的な保健指導の資料とする。 【対象者】 特定保健指導対象者の糖尿病予備群で必要と認める人	<ul style="list-style-type: none"> 対象者へ特定保健指導時に利用勧奨 75g 糖負荷検査、頸部エコー検査を集団健診医療機関に委託して実施 利用者 23 人(令和3年度)のうち翌年度 66.7%が健診結果改善。
	HbA1c6.2%～6.4%(NGSP 値)で糖尿病予備群の発症予防 【目的】 糖尿病予備群の方に個別通知による注意喚起を促し、生活改善による発症予防に繋げる。 【対象者】 前年度の特定健康診査結果 HbA1c6.2～6.4%の方(質問票で治療中は含まず)	<ul style="list-style-type: none"> 前年度の特定健康診査結果で HbA1c6.2～6.4%に該当し、質問票で服薬なしと回答した方へ個別通知 検査値の持つ意味、糖尿病の合併症についての周知啓発
	生活習慣病予防啓発事業(ポピュレーションアプローチ) 【目的】 国民健康保険に加入している被保険者に情報提供をすることで各ライフステージにて健康増進を図る。 【対象者】 静岡市国民健康保険被保険者	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診者全員にパンフレットを配布 健康まつりや健康講座、栄養士会、食生活改善推進員、保健委員協議会活動(清水区)等で生活習慣病予防の啓発活動 S型デイサービス・子育てサロン等での健康教育 市民を対象とした生活習慣病予防をテーマにした講演会の開催 糖尿病と歯周病に関する相互啓発
	肥満・メタボリックシンドロームの予防 【目的】 メタボリックシンドロームを改善することにより、生活習慣病を予防する。 【対象者】 特定健康診査結果メタボリックシンドローム該当者	<ul style="list-style-type: none"> メタボリックシンドロームのリスク因子である高血圧、高血糖、脂質異常者(受診勧奨値の者)に保健指導の実施 特定保健指導対象者の保健指導 ポピュレーションアプローチの強化 他課(スポーツ振興課)との連携により、運動習慣の定着化を検討
	重複頻回受診者の保健指導 【目的】 生活習慣病等により保健指導が必要と認められるものに対し、保健指導を行い疾病の早期回復と健康の保持増進を図る 【対象者】 静岡市国民健康保険被保険者かつ重複頻回受診者・重複多剤投薬者	<ul style="list-style-type: none"> 保健師・栄養士による保健指導(訪問・電話・文書等) <p>【拡充】 多剤服薬者の保健指導</p>

(3) 重症化予防

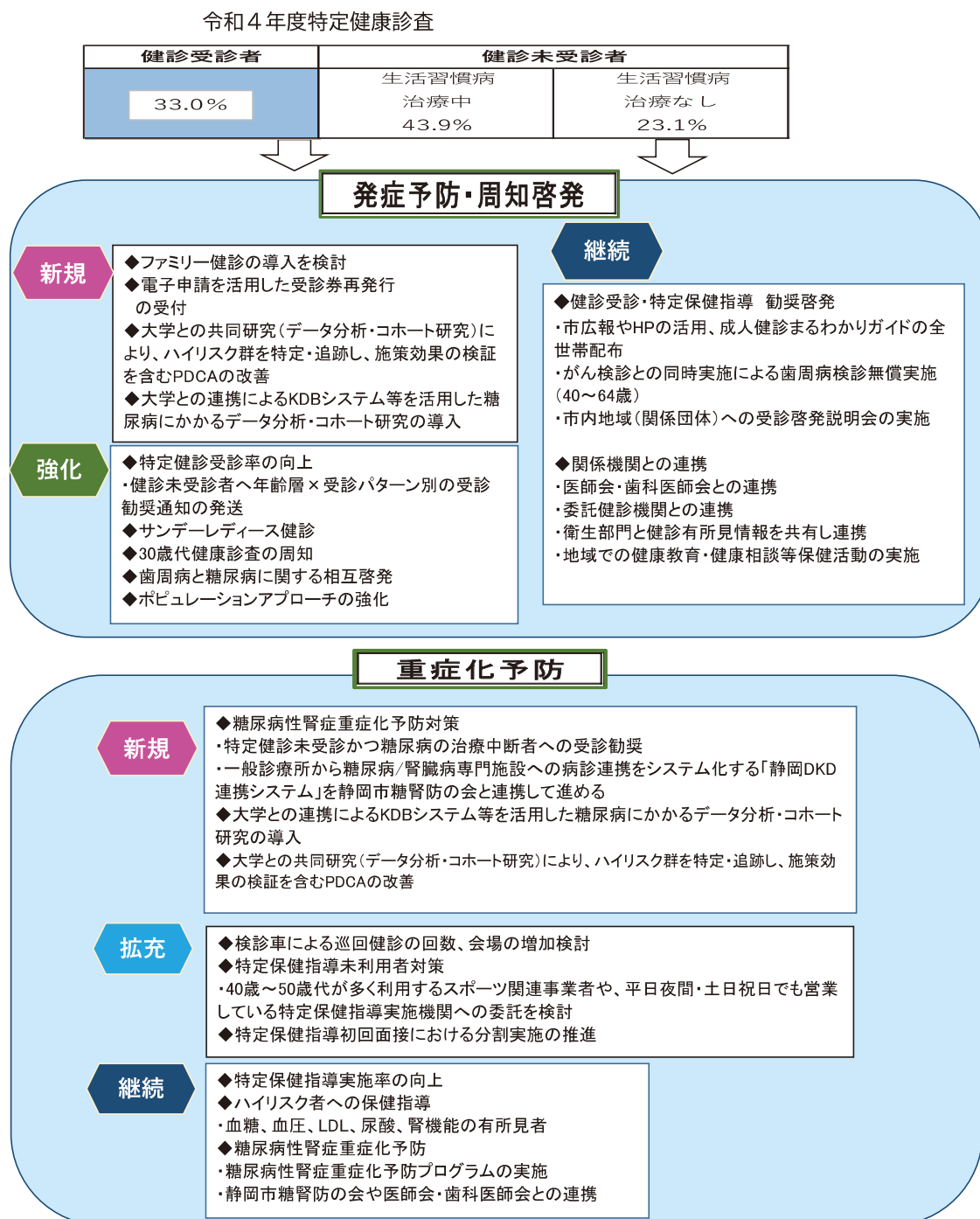
図表 3-9

	事業名及び事業概要	実施内容及び実施状況
重症化予防	<p>糖尿病性腎症重症化予防(糖尿病性腎症重症化予防プログラム) 【目的】 糖尿病性腎症の早期発見及び重症化を予防して、新規人工透析の導入を防止する。 【対象者】 当該年度の健診結果が HbA1c6.5%以上の者で、以下に該当する者 ア) 医療機関未受診者 イ) 医療機関の受診中断者 ウ) ハイリスク者 (糖尿病患者を含む) (a) 尿蛋白定性(1+)以上 (b) 腎機能低下者 (49歳以下)eGFR60(ml/分/1.73 m²)未満 (50~69歳)eGFR50(ml/分/1.73 m²)未満 (70歳以上)eGFR40(ml/分/1.73 m²)未満</p>	<p>・対象者に対する個別通知 ・保健師栄養士による保健指導(個別面接・訪問・電話・文書) ・平成 29 年度から静岡市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを開始</p> <p>【新規】 ・一般診療所から糖尿病/腎臓病専門施設への病診連携をシステム化する『静岡 DKD 連携システム』を静岡市糖腎防の会と連携して進める。</p>
	<p>【新規】糖尿病治療中断者への保健指導 【目的】 糖尿病の重症化を予防し、適切な医療につなぐことで合併症への移行を防止する。 【対象者】 特定健診未受診者のうち、前年度のレセプトに糖尿病病名あるいは糖尿病性腎症病名がある治療中断のもの</p>	<p>・文書により、糖尿病及び合併症に関する周知啓発を行い、医療機関への受診勧奨を行う。 ・数か月後にレセプトにより受療状況確認</p>
	<p>HbA1c8.0%以上で未受診者への保健指導 【目的】 高血糖者の糖尿病性腎症の発症及び重症化を予防し、人工透析への移行を防止する。 【対象者】 特定健診を受診した者で、HbA1c8.0%以上かつ糖尿病未受診及び中断者</p>	<p>・面接・訪問等で保健指導実施、医療機関への受診勧奨を行う。 ・2~4か月後に受療状況確認 ・翌年度健診結果より受療状況確認。未受診の場合再度勧奨実施。</p>
	<p>脳血管疾患重症化予防 【目的】 脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子である。コレステロール、尿酸等の血管を傷つける危険因子も含め、受診勧奨及び保健指導を行い、脳血管疾患重症化予防を行う。 【対象者】 ア) 収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上 イ) LDL コレステロール 180mg/dl 以上 ウ) 尿酸 9.0mg/dl 以上 エ) 心房細動</p>	<p>・対象者に対する個別通知 ・専門職による保健指導(個別面接・訪問・電話・文書)</p>
	<p>虚血性心疾患重症化予防 【目的】 心電図有所見者は、血圧、血糖等のリスクを合わせて医療機関に診断を受ける必要がある。対象者に対し、受診勧奨を行い、虚血性心疾患を予防する。 【対象者】 脳血管疾患重症化予防に準ずる</p>	
	<p>CKD(慢性腎不全)予防 【目的】 新規人工透析導入予防のため腎機能低下者に対し受診勧奨を行い、重症化を予防する。 【対象者】 eGFR50ml/分/1.73 m²以下(70歳以上は 40 未満)または尿蛋白定性(1+)以上 ※平成 29 年度までは尿蛋白定性(2+)以上を対象としていたが、平成 30 年度より(1+)以上に変更。</p>	<p>・対象者に対する個別通知 ・専門職による保健指導(個別面接・訪問・電話・文書)</p>

図表 3-10 【関係機関との連携】

関係機関との連携	<p>庁内機関との連携 各ライフステージにおける各課の事業が、生涯を通じて脳・心臓・腎臓を守ることにつながっていることを関係各課で確認しながら、健康増進から介護予防まで、各ステージにおける支援について連携して行う。 また、受診勧奨や保健指導をしていく中で、支援の必要性が出てきた場合には、関係課と連携して行う。</p>
	<p>外部機関との連携 医師会や健診医療機関・研究機関、その他の各種協力団体などと共同した取組を行う。</p> <p>【新規】 ・大学との共同研究(データ分析・コホート研究)の導入(九州大学と調整中) ・大学との連携による KDB システム等を活用した糖尿病にかかるデータ分析・コホート研究の導入(静岡社会健康医学大学院大学と調整中)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師会や健診医療機関との連絡会の開催 ・協会けんぽなど被用者保険との連絡会 ・栄養士会、食生活改善推進委員、保健委員(清水区のみ)等関係団体との連携 ・地域包括支援センターとの連携
	<p>ポピュレーションアプローチ 生活習慣病の重症化により、医療費や介護費等の社会保障の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために、個人の実態と社会環境等について、庁内関係機関・外部関係機関と連携し広く周知する。</p>

図表 3-11 第3期における主な具体的な取組のまとめ



5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

(1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

(2) 事業の実施

本市は、令和3年度より静岡県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

1) 企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置

KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

2) 高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます。（ポピュレーションアプローチ）（図表3-12）

6. 発症予防

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。

7. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 3-13)

図表 3-13 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化

