

岡山市国民健康保険 特定健診フォローアップ保健事業実施計画

【令和 7 年度改訂版】

令和 7 年 1 0 月

岡山市国保年金課

第一章 岡山市国民健康保険特定健診フォローアップ事業実施計画の 策定にあたって	・・・・・・ P 3
1 実施の背景と趣旨	
2 実施計画の位置づけ	
3 岡山市国民健康保険としての取り組み	
1) 特定健診の受診率向上対策	
2) 地域保健事業との連携	
3) 特定健診フォローアップ事業の導入	
【岡山市国保特定健診等事業イメージ】	
4 フォローアップ保健事業の実施状況	
1) 特定保健指導およびフォローアップ保健事業の対象者数	
2) フォローアップ保健指導の実施状況と効果	
3) 医療への受診勧奨の実施状況	
4) 生活習慣病重症化予防訪問事業の実施状況	
第二章 特定健診フォローアップ事業の達成目標及び対象者	・・・・・・ P 9
1 達成目標	
1) フォローアップ保健指導の利用率	
2) 腎機能低下の各階層該当者の割合の減少	
3) 新規人工透析患者数及び特定疾病受療証交付件数の減少	
2 フォローアップ保健指導及び医療受診勧奨の対象者	
1) 対象者の選定	
2) 対象者の階層化	
3 フォローアップ保健指導	
1) 対象者及び実施方法	
2) 実施内容	
3) 事業評価及び見直し	
4 確実な受診勧奨と受診状況の確認	
5 生活習慣病重症化防止のための訪問指導	
6 糖尿病性腎症重要化予防	
第三章 個人情報保護	・・・・・・ P 1 5
1 特定健診フォローアップ事業で取り扱うデータ	
2 データ等の管理	
3 保健指導データの提供	
4 個人情報の保護に関する方針	
第四章 評価及び見直し	・・・・・・ P 1 6

第一章 岡山市国民健康保険特定健診フォローアップ事業実施計画の策定にあたって

1. 実施の背景と趣旨

わが国の医療保険制度は、少子高齢化の急速な進行、経済の低成長への移行ならびに医療費の高騰などにより厳しい財政状況に直面しています。岡山市国民健康保険事業においても「収納率向上対策」「医療費適正化対策」を財政維持のための２本の柱と位置づけ、納期内納付の推進や健康の保持増進に努めているところです。

特定健康診査（以下、「特定健診」という。）・特定保健指導は、急増する生活習慣病を予防することにより、国民の生活の質の維持及び向上を図りつつ、あわせて医療費の適正化を図るため、平成２０年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき医療保険者に実施が義務づけられたもので、本市においても特定健康診査等実施計画の策定を行い、特定健診・特定保健指導を実施し、メタボリックシンドローム（以下、「メタボ」という。）に着目した生活習慣病予防に取り組んでおります。

一方、平成２２年度に岡山市国民健康保険（以下「国保」という。）が行った医療費分析では、医療費の伸びを抑制する効果が期待できる疾病対策として、慢性腎臓病対策が有効との指摘がありました。そこで、慢性腎臓病対策を優先課題と位置づけ、平成２３年度から、内臓脂肪の蓄積を伴わないため特定保健指導の対象外となるが、本市独自の検査項目として、クレアチニン、総コレステロール、尿酸の３項目を加え、腎機能が低下しているおそれがあり高血圧などの生活習慣病のリスクが高い者に対し、慢性腎臓病の重症化予防や人工透析を要する腎不全への進行防止を目的とした保健指導または医療受診の勧奨を実施することとしました。

2. 実施計画の位置づけ

本実施計画は、「岡山市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第４期）」と連携しつつ、腎機能低下及び血圧・血糖などのリスクが認められるが、特定保健指導の対象とならない生活習慣病予備群への丁寧な対応を図るため、具体的な取組項目とその内容を示すものです。

3. 岡山市国民健康保険としての取り組み

1) 特定健診の受診率向上対策

自覚症状のない生活習慣病を予防もしくは早期に発見するためには、健康診査を受けることが大前提となります。特定健診等を受ける人を増やすことが重要であり、受診率向上対策として、広報や個別通知などの充実を図ります。

関係団体と連携した啓発イベントにて健診をＰＲしたり、健診未受診者に対して電話やハガキ等での受診勧奨を行っています。

さらに、各地域のヘルスボランティアが受け持ち世帯を訪問し、生活習慣病予防に関する啓発情報とともに、夜間・休日に受診できる実施医療機関などを掲載した「けんしん・予防

接種ガイド」の全戸配布を行うなど、あらゆる機会を使って普及啓発に努めています。

2) 地域保健事業との連携

特定健診の受診率を高めるため、あらゆる機会を通じて健康意識の向上と健診の有用性を広報するとともに、地域組織や他の医療保険者と連携を図りながら、特定健診及びがん検診等の受診率向上プロジェクトを進めます。

また、医療費や特定健診等の結果分析から明らかとなった被保険者の健康課題を、地域保健担当部門にも積極的にフィードバックすることで認識の共有を図り、事業展開の連携に努めます。

3) 特定健診フォローアップ事業の導入

特定健診・特定保健指導におけるメタボリックシンドローム中心の従来の視点に加え、平成22年度に実施した国保医療費分析で得た知見をもとに、「腎機能低下の予防」を新たな視点に盛り込んだ岡山市国民健康保険特定健康診査フォローアップ事業（以下「特定健診フォローアップ事業」といいます。）を平成23年度から実施しています。

具体的には、特定健診の項目に岡山市独自の検査項目（血清クレアチニン・尿酸・総コレステロール）を追加するほか、糖尿病予備群の早期発見には空腹時血糖とHbA1cの併用が望ましいとされていることからHbA1cも必須項目とし、特定健診の一層の充実を図っています。

また、慢性腎臓病の重症化の予防、腎不全への進行防止ならびに血圧や血糖等の異常が引き起こす生活習慣病の予防を目的として、現行の特定保健指導では対象とならない人のうち、腎機能が低下しているおそれがあり血圧、血糖、脂質または尿酸のリスクが高い人に対し、岡山市独自のフォローアップ保健指導または医療受診の勧奨を行っています。平成26年度からは、特に重症化が懸念される対象者へ文書通知または訪問にて、療養指導や生活習慣改善のための保健指導を実施しています。

人工透析導入の原因疾患では、糖尿病性腎症の割合が多いことから、糖尿病性腎症重症化予防についてもプログラムに基づき取組を推進し、対策を強化していきます。

さらに、本市では平成24年度から、35歳から39歳の被保険者に対しても特定健康診査に準じた健診（以下、「35歳からの健康診査」といいます。）と保健指導を実施し、生活習慣病のリスクを有する人を早期に発見し介入することで、生活習慣病予防や重症化への進行防止を図り、平成25年度からは、35歳からの健康診査の受診者に対してもフォローアップ保健指導または医療受診勧奨を行っています。

Ⅱ

国保被保険者



岡山市国保特定健診等事業イメージ

特定健康診査
(40～74歳)

【検査項目】

- 血圧測定
- 身体測定: 肥満(腹囲・BMI)
- 血液検査: 脂質・肝機能・血糖
- 尿検査(糖・たんぱく)

【岡山市独自の検査項目】

- ※HbA1cを必須
- 血清クレアチニン
- 尿酸
- 総コレステロール

35歳からの
健康診査

健診内容(方法・項目)は岡山市国保特定健康診査に準ずる

判定・階層化

リスクなし

服薬中

次年度の健診

メタボ基準該当

メタボ基準該当なし(非肥満)

Ⅰ

Ⅱ

Ⅲ

Ⅳ

特定保健指導

生活習慣病重症化予防
訪問事業

医療への受診勧奨

フォローアップ
保健指導

情報提供

動機付け支援

Ⅰ

地区担当保健師が訪問し、受診勧奨、療養相談などを実施。メタボ該当者には、特定保健指導の利用勧奨も行う。

Ⅱ

受診勧奨文書を郵送し、電話・面接による個別相談、医療機関への受診を勧奨

Ⅲ

フォローアップ保健指導の案内を郵送し、電話・面接による個別指導または集団指導(フォローアップ教室)を実施

Ⅳ

健診結果を活かし生活習慣改善についての情報提供

特定健診未受診者

Ⅴ

糖尿病性腎症重症化予防

医科レセプトの有無や内容を確認し、糖尿病の未治療者や治療中断者に対し、医療機関への受診を勧奨。合わせて、電話・面接による健康相談を実施

評価・計画作成

4. フォローアップ保健事業の実施状況

1) 特定保健指導およびフォローアップ保健事業の対象者数

令和6年度の特定健診受診者は29,154人で、昨年度から微減しています。11月頃に受診率の算出を行い、特定健診受診率の確定値予定となっています

		令和5年度		令和6年度	
健診結果後の区分 (人)		対象者数 (人)	出現率	対象者数 (人)	出現率
特定保健指導対象	動機付け支援	2,817	9.6%	2,916	10.0
	積極的支援	856	2.9%	921	3.2
フォローアップ保健事業対象	医療への受診勧奨	1,132	3.9%	1,151	3.9
	フォローアップ保健指導	747	2.5%	852	2.9
	情報提供強化群	6,158	21.0%	6,344	21.7
服薬中(問診で服薬中と答えた人)		13,906	47.3%	13,493	46.3
情報提供等(異常なし含む保健指導等に非該当)		3,759	12.8%	3,477	11.9
合計		29,375	100.0%	29,154	100.0%

*対象者数は各年度末の実績値

2) フォローアップ保健指導の実施状況と効果

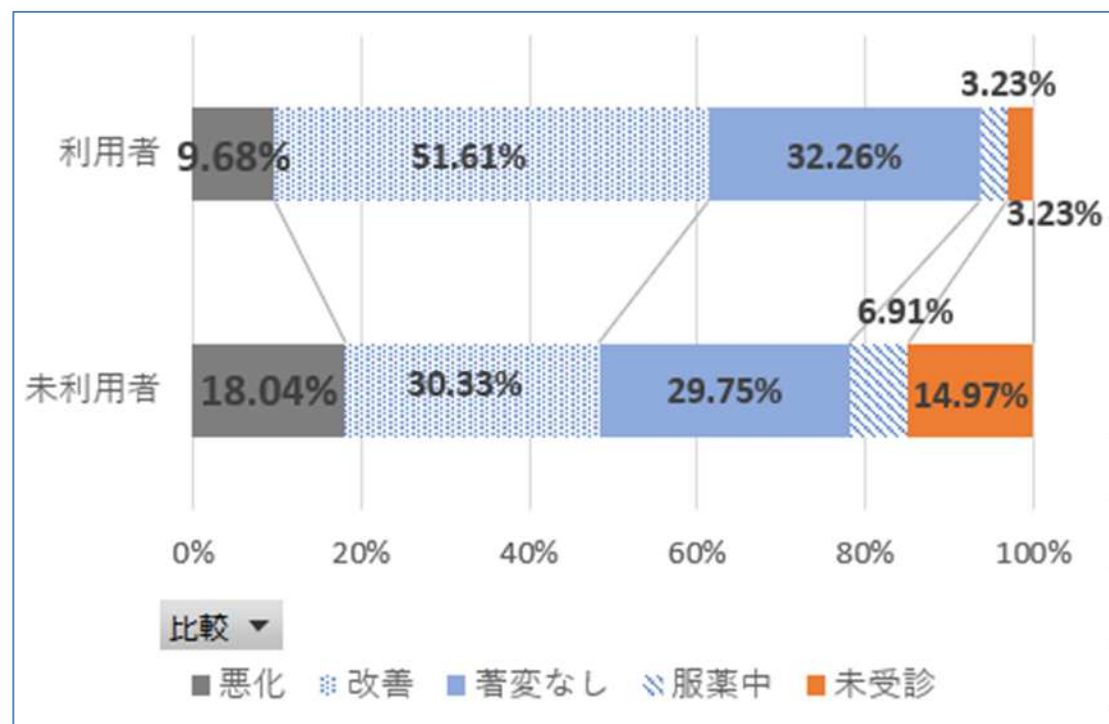
令和6年度にフォローアップ保健指導を利用した人は34人で利用率は3.9%となっています。

○フォローアップ保健指導の利用状況

年度	対象者数(人)	利用者数(人)	利用率(%)
令和2年度	587	28	4.8
令和3年度	720	30	4.2
令和4年度	819	37	4.5
令和5年度	747	43	5.8
令和6年度	852	34	3.9

令和5年度のフォローアップ保健指導の利用の有無により翌年(令和6年度)の健診結果を比較してみると、保健指導利用者のほうが生活習慣病リスクの改善の割合が高く、悪化の割合が低くなっています。また、翌年度の健診を受けている割合も高いことから、生活習慣病リスクの進展・重症化予防を図ることができ、さらに特定健診の連続受診にも寄与していると考えられます。

○令和 5 年度フォローアップ保健指導利用者と未利用者についての比較
 (対象者 747 人 利用者 43 人 未利用者 704 人)



3) 医療への受診勧奨の実施状況及び効果

令和 6 年度の医療受診勧奨対象者は合計 1, 1 5 1 人で、5 6. 1 %が医療受診につながりました。医療受診勧奨対象者のうち、腎機能低下のおそれがあり受診勧奨の対象となった人は 3 8 1 人で、保健師・栄養士による健康相談を利用した人は 1 8 人となっています。早期に医療管理の元、コントロールすることで、病気の進展を防止することができることから、引き続き医療受診勧奨を実施いたします。

○ 医療受診勧奨対象者の内訳（文書通知）と医療受診割合

年度	内訳		合計 (人)	医療受診割 合 (%)
	腎 (人)	腎以外 (人)		
令和2年度	273	586	859	88.2
令和3年度	364	798	1,162	73.8
令和4年度	314	746	1,060	67.2
令和 5 年度	325	807	1,132	84.4
令和6年度	381	770	1,151	56.1

○医療への受診勧奨対象者の健康相談利用状況（腎）

年度	腎		
	受診勧奨実施（人）	健康相談利用者（人）	相談利用率（％）
令和2年度	273	33	12.1
令和3年度	364	25	6.9
令和4年度	314	22	7.0
令和5年度	325	29	8.9
令和6年度	381	18	4.7

4）生活習慣病重症化予防訪問事業について

特定健診等の結果から、血圧・血糖および腎機能（尿たんぱく及びeGFR）が受診勧奨域にある人へ保健師が訪問し、医療受診に結びつくような情報提供や健康相談を行い、確実に治療に結びつけ疾病の重症化予防を図ります。また、平成27年度より、訪問対象者を特定保健指導へと拡大し、医療受診勧奨と合わせて、特定保健指導の勧奨も同時に行っています。

◇令和6年度対象者数（人）

血圧	血糖	腎機能	総計
33	6	14	53

◇訪問時の医療受診意向状況（訪問人数48人）

53人の対象者のうち、既に受診が確認できた5人を除く48人に対し、保健師による訪問を実施して受診意向を確認し、訪問実施後は17人が医療機関を受診しました。

腎機能や血糖など自覚しにくい項目は、訪問したことで受診の必要性を理解し、医療機関受診につながりました。受診しないと回答した人へも療養指導や生活習慣改善にむけた保健指導を実施しました。

訪問実施者の受診意向（内訳）

	血圧		血糖		腎機能		総計	
すでに受診	3人	10.0%	2人	33.3%	1人	8.3%	6人	12.5%
これから受診	1人	3.3%	0人	0%	2人	16.7%	3人	6.3%
受診しない	17人	56.7%	1人	16.7%	6人	50.0%	24人	50.0%
不在・応答不能	9人	30.0%	3人	50.0%	3人	25.0%	15人	31.2%
総計	30人	100.0%	6人	100.0%	12人	100.0%	48人	100.0%

第二章 特定健診フォローアップ事業の達成目標及び対象者

1. 達成目標

特定健診フォローアップ事業の達成目標は次の3項目とします。

特定健診フォローアップ事業の達成目標

- ①フォローアップ保健指導の利用率
- ②腎機能低下の進行抑制
- ③新規人工透析患者数及び特定疾病療養受療証の新規交付件数の減少（新規透析導入者の減少）

1) フォローアップ保健指導の利用率

腎機能をはじめ血圧など生活習慣病のリスクが高い人に、市が独自に行うフォローアップ保健指導の利用率について、第3期データヘルス計画及び第4期特定健診等実施計画の最終評価目標に基づき、令和7年度目標値を10.0%と定めます。

2) 腎機能低下者の進行抑制

腎機能の低下を測る指標として、腎臓の糸球体が血液をろ過する1分当たりの量を血清クレアチニンの結果をもとに推計した数値（この数値を「eGFR」といいます。）を用います。eGFRの値から腎機能低下の度合と血圧、血糖などの腎機能を悪化させる要因をリスク数として階層分けし、区分に応じた保健指導や受診勧奨を行うことで該当者の腎機能を維持し腎不全への進行抑制を目指します。追跡調査による経年の健診結果から改善状況の確認を行います。

3) 新規人工透析患者数及び特定疾病受療証の新規交付件数の減少

フォローアップ保健指導を推進することで、腎不全への進行防止を図り人工透析を導入する患者数の抑制に努めます。その指標として、新規人工透析導入者数及び特定疾病受療証*の新規交付件数の減少を目指します。特定疾病受療証の件数については、平成20年から平成22年の3年間平均（約101件）を基準に、新規交付件数の減少を目指します。また、人工透析導入開始年齢にも注目し、フォローアップ保健事業の効果を確認します。

【参考：特定疾病療養受療証（慢性腎臓病の区分）の交付件数】

年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
交付件数	487件	584件	607件	606件	588件	645件	616件
（新規）	114件	100件	121件	90件	104件	107件	98件

※新規とは、8月更新時の被保険者で前月までの一年間に交付した件数をいう。

【参考：人工透析患者数の推移】※患者数は厚労省様式 2-2 新規は国保連合会からの報告

年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
患者数	5 3 2 人	5 1 1 人	5 4 1 人	5 4 5 人	5 1 1 人	4 8 0 人	5 1 8 件
(新規)	7 3 人	7 3 人	6 6 人	4 7 人	4 7 人	4 0 人	3 9 件

2. フォローアップ保健指導及び医療受診勧奨の対象者

1) 対象者の選定

特定健康診査および 35 歳からの健康診査の結果をもとに、腎機能低下の指標である eGFR 値および腎機能低下リスク（血圧、血糖、脂質または尿酸）の数によって対象者を選定します。eGFR および腎機能低下リスクにより階層分けし、区分レベルに応じた指導内容の充実を図ります。

なお、メタボリックシンドロームまたはその予備群として特定保健指導の対象になる者並びに、血圧、血糖または脂質にかかる服薬治療中の者*は除きます。対象者の階層化区分は次に掲げるとおりです。

*特定健康診査および 35 歳からの健康診査の問診で該当の薬剤を服用中と回答した者を「服薬治療中」と判断しています。

2) 対象者の階層化

下表のとおり、腎機能の低下区分ごとに階層化して対象者を抽出します。

フォローアップ保健指導及び医療受診勧奨の対象者（階層化）

特定健診の結果、特定保健指導対象者及び服薬治療中の人（問診で服用中と答えた人）を除く。

保健指導区分	腎機能低下リスク区分		実施内容	方法
医療受診勧奨群	〔重度〕 腎・血圧・血糖 ※1 <受診勧奨基準値> 参照		かかりつけ医・腎臓専門医への受診勧奨。慢性腎臓病に関する情報提供。	文書で通知し、電話等による受診勧奨を行う。希望者には面接による療養相談を実施。
保健指導強化群	〔中等度〕 eGFR 45～59	腎機能低下リスク (血圧・血糖・脂質・尿酸) 2 つ以上 ※2 <リスク基準値> 参照	腎機能や血圧・血糖等それぞれの健康課題に対する情報提供。栄養指導を中心とした保健指導と健康管理指導。	文書で通知し、個別の保健指導を実施。
	〔軽度〕 eGFR 60～89	腎機能低下リスク 3 つ以上 ※2		

情報提供 強化群	[中等度] eGFR 45～59	腎機能低下リスク 0～1 つ ※2	腎機能や血圧・血糖等それ ぞれの健康課題に対する情 報提供および継続した健診 受診を勧奨。	文書による情報提供を 実施。希望者には健康 相談を実施。
	[軽度] eGFR 60～89	腎機能低下リスク 1～2 つ ※2		

※1 <受診勧奨基準値>

腎機能：尿タンパク(+)以上またはeGFR 45未満

高血圧：収縮期160mmHg以上または拡張期100mmHg以上

高血糖：空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c 6.5% (NGSP値) 以上

脂質：LDLコレステロール180mg/dlまたは中性脂肪500mg/dl以上

*脂質は35歳からの保健指導対象者のみ

※2 <リスク基準値>

血糖：HbA1c 5.6%以上 (NGSP 値)

血圧：収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上

脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl（または随時中性脂肪150mg/dl）以上、
またはHDLコレステロール40mg/dl未満

尿酸：7mg/dl以上

3. フォローアップ保健指導

1) 対象者及び実施方法

フォローアップ保健指導対象者のうち、eGFR 60～89に該当し腎機能低下リスクが3つ以上ある者、またはeGFR 45～59で腎機能低下リスクが2つ以上ある者を「保健指導強化群」とし、個別またはグループでの保健指導を実施します。新型コロナウイルス感染症予防の観点から令和2年度より全ての保健指導を個別保健指導へ変更し、また、感染症予防対策を講じて保健指導を実施する体制を整えています。

それ以外の該当者には、文書による情報提供を行います。

2) 実施内容

個別保健指導

①初回指導（約60分）

面接による保健指導を実施します。（実施場所は随時、個別に調整。）血圧や体脂肪測定、尿中塩分測定などの健康チェックを実施します。保健指導では対象者の実情に応じた個別目標を設定します。希望者には、塩分濃度測定器を貸し出し、自宅で測定してもらうなど、モニタリングを図り、行動変容へとつながるよう支援します。

②継続支援（応援コール）

初回指導の翌月から毎月一回ごとに、電話や手紙等により、生活改善の取り組みを支援します。

③6か月後の評価

初回指導の6か月後に、電話や手紙等により、取り組み状況を評価します。次年度の特健診の結果で、取り組み成果を確認します。

3) 事業評価及び見直し

実施した保健指導の効果は、利用者の保健指導6か月後の個別目標達成度、生活習慣の改善状況並びに翌年度の健診結果判定結果やeGFR値やHbA1c値の変化をもって評価します。また、事業のプロセスと対象者数の状況に応じて、フォローアップ保健指導対象者の基準や方法について検討します。

4. 確実な受診勧奨と受診状況の確認

特定健康診査または35歳からの健康診査の結果から、腎機能の低下リスク区分等により医療受診勧奨が望ましい対象者を「医療受診勧奨群」として抽出し、かかりつけ医または腎臓専門医への受診を勧める文書を送付し腎機能低下の進行抑制及び生活習慣病のリスクの重症化予防を図ります。

また、糖尿病性腎症重症化予防として、令和3年度から岡山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（岡山方式）実施に伴い、治療中断者や糖尿病リスク群などの対象者を抽出し、医療受診勧奨の文書を送付します。そして、医療と連携して腎機能評価を行い、PDCAサイクルを効果的に回して腎機能低下の進行抑制を図ります。

5. 生活習慣病重症化予防のための訪問指導

特定健康診査または35歳からの健康診査の結果から、検査数値が医療管理下に置くことが望ましい人を選定し、文書もしくは訪問により医療への受診勧奨、療養相談等を実施します。また、特定保健指導の対象者には、保健指導の利用勧奨を実施します。

<訪問による受診勧奨対象者の基準>

1. 腎機能基準：尿タンパク（2+）以上またはeGFR30未満
2. 血圧基準：収縮期180mmHg以上または拡張期110mmHg以上
3. 血糖基準：HbA1c（NGSP）値8.0%以上

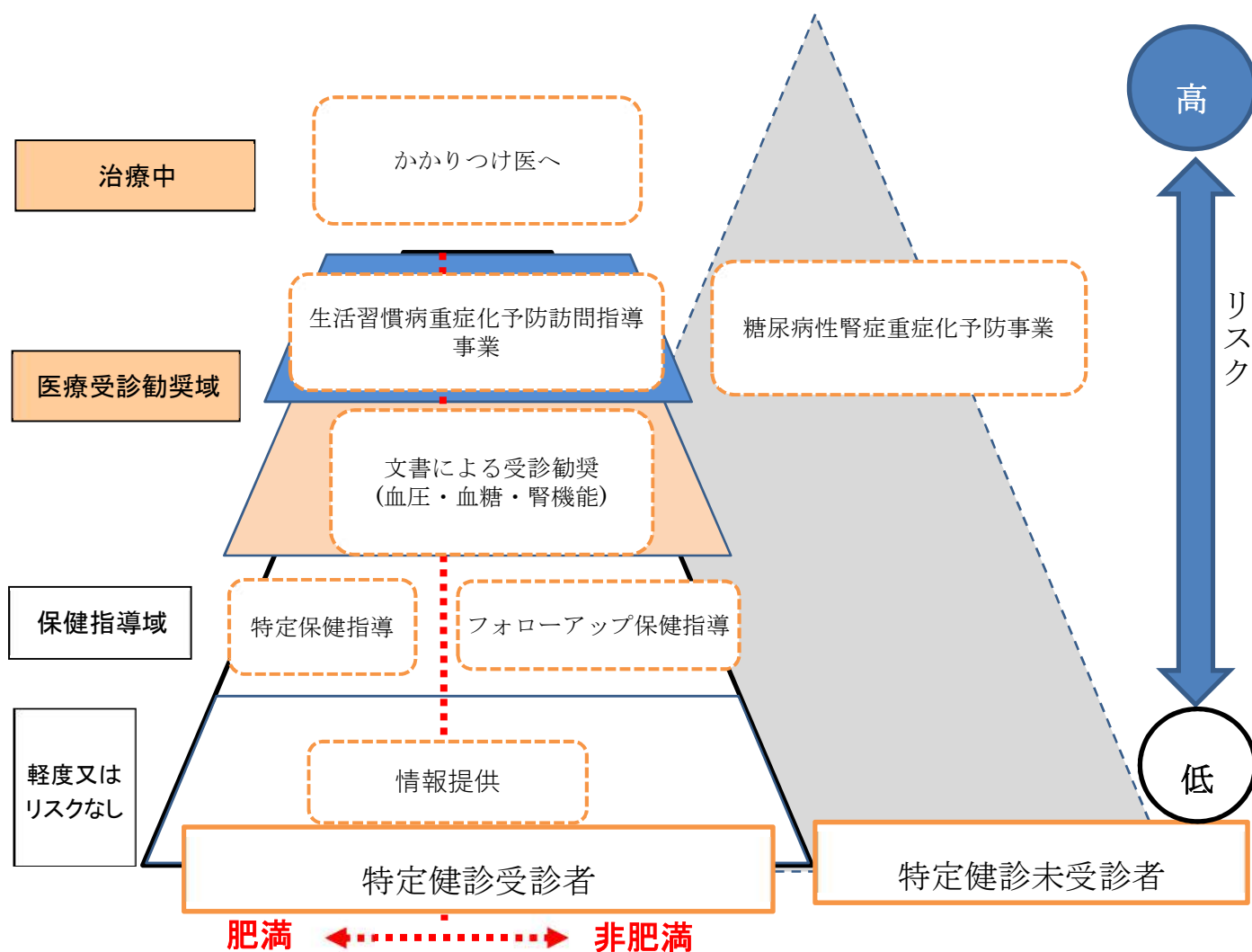
特定健診受診後の保健事業区分、重症化予防訪問事業の訪問指導の流れを参照

6. 糖尿病性腎症重症化予防

人工透析導入にかかる原疾患で最も多いのが糖尿病性腎症であることから、フォローアップ保健指導と並行して糖尿病性腎症重症化予防対策を実施します。令和3年度から岡山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（岡山方式）に基づき、治療中断者や糖尿病リスク群などの対象者を抽出し、医療受診勧奨の文書を送付と、医療と連携して腎機能評価を行い、PDCAサイクルを効果的に回して腎機能低下の進行抑制を図ります。

また、特定健診受診者のうち、受診勧奨域にある人の中でもよりリスクの高い人に、訪問による医療受診勧奨や療養指導等を行うことで糖尿病等の生活習慣病の重症化予防を図ります。

特定健診受診後のフォローアップ区分



重症化予防訪問指導事業の流れ

特定保健指導対象者で
受診が必要な者

非肥満者で受診が必要だが
受診していない者

訪問

受診状況の確認

- ①受診勧奨域であることを伝え、医療機関受診を勧める。
- ②すでに治療中の場合は受診状況の確認と継続受診を勧める。
- ③特定保健指導（動機づけ・積極的）の対象となっている者には、保健指導の利用を勧める（保健センター、保健指導実施機関）。

不在の場合

- ①不在連絡文を残す（居所不明の場合は郵便）。
- ②相手から連絡があった場合、約束訪問または面接・電話で受診状況を確認する。
- ③3回のアプローチで連絡不通の場合は、最終通知文を送付し終了。

記録作成・報告

評価

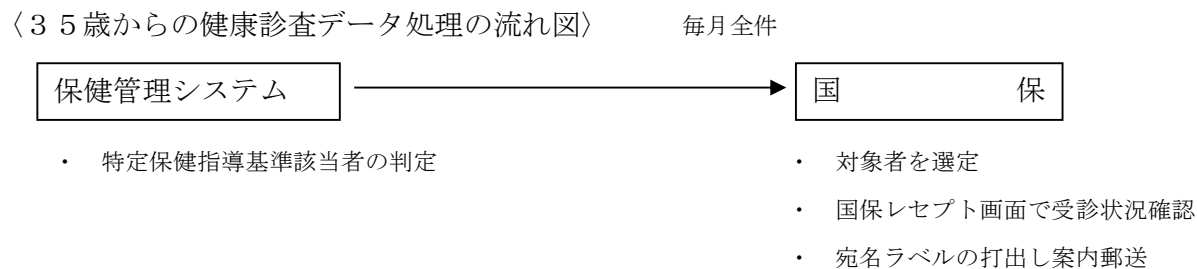
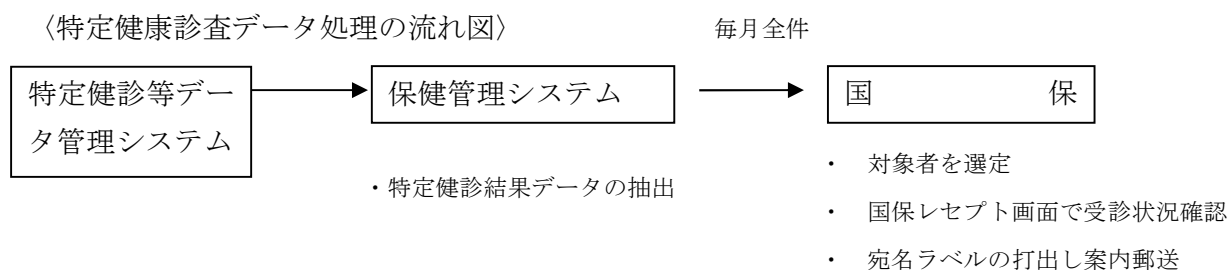
第三章 個人情報の保護

1. 特定健診フォローアップ事業で取り扱うデータ

特定健診フォローアップ事業の実施にあたっては、特定健診等データ管理システム（岡山市と岡山県国民健康保健団体連合会をネットワーク回線で接続し個人情報を含む各種のデータ処理を行うシステム）からダウンロードしたデータを保健管理システムでフォローアップ保健指導及び医療受診勧奨の対象者を抽出する電算処理などを行います。

また、35歳からの健康診査結果については、保健管理システムで特定保健指導基準に相当する判定を行った上で、フォローアップ保健指導及び医療受診勧奨の対象者を抽出する電算処理を行います。

*保健管理システムとは、庁内ネットワーク回線を利用して、保健所健康づくり課と各保健センター及び御津・建部分室、国保年金課を接続し、特定健診や特定保健指導のほか、保健所健康づくり課及び保健所感染症対策課が所管する保健事業全般を管理運用するシステムのことをいいます。



2. データ等の管理

データは岡山市情報セキュリティポリシーに定めるセキュリティ対策を講じたサーバに保管します。データは年度ごとに管理し保存年限は保健指導終了後5年間とし、保管年限が終了したデータは消去します。

また、健診結果や保健指導の実施記録の紙媒体は、個人ごとにファイルし施錠できる執務室内で管理します。紙媒体の保存年限は保健指導終了後5年間とし、保存年限が終了した記録は破棄します。

3. 保健指導データの提供

保健指導データについては、保健指導の実施または実績評価のときに、適宜紙媒体により、利用者本人へ提供します。

4. 個人情報の保護に関する方針

個人情報の取り扱いについて、岡山市（国保年金課、保健所健康づくり課及びその他関係各課）は、個人情報の保護に関する法律及びこの法に基づく各種規則、ガイドライン及び要綱等を遵守することとします。

第四章 評価及び見直し

当該実施計画の評価指標は、「達成目標」に掲げた3項目とし、実施した当該年度のレセプト確認及び翌年度中の結果データを集計し、毎年評価を行います。

特定健診フォローアップ事業の達成目標

- ①フォローアップ保健指導の利用率
- ②腎機能低下の進行抑制
- ③新規人工透析患者数及び特定疾病受療証の新規交付件数の減少

実施したフォローアップ事業のプロセスや対象者数の状況に応じて対象者の階層化基準や保健指導方法について検討し、実施計画を見直します。

また、見直しを行った実施計画は、ホームページ等で公表します。