

5. 保健事業の内容

第 1 期計画の評価や健康課題を踏まえ、次のとおり生活習慣病対策の重点的取り組みと主な保健事業をあげました。健康寿命の延伸と医療費適正化にむけて、1 次～3 次予防まで切れ目のないリスク別に対象を絞ったより効果的な保健事業を実施します。

重点的取り組み ①健診受診率の向上 ②高血圧症・糖尿病対策（早期予防・生活改善・未治療・治療中断の防止）

対策	目的	事業名	目標	対象者	実施内容	評価指標(○アウトプット●アウトカム)
生活習慣病予防対策 ①次予防	若い年代から健康意識を高め、早くから生活習慣病予防に取り組む人を増やします。	ポピュレーションアプローチ	各種教室や出前講座、元気館トレーニング・プールなど様々な健康づくりの場を活用して、情報提供・啓発を行い、生活改善への意識を高めます。	一般住民	これまでの取り組みをより生活習慣病予防につながる内容に充実させます。 ○啓発活動 健康チャレンジ事業、ケーブルテレビの活用、減塩の普及 ○健康教育 出前講座(事業所等) 健康教室(40～50 歳代対象) 栄養相談日 ○環境づくり ウォーキングの日、元気館トレーニング・プール 地域運動教室	○各事業の参加者を増やす ○壮年期の参加者を増やす ○減塩に取り組む人を増やす
健診受診率向上 ②次予防	健診受診者を増やし、生活習慣病を予兆のうちに発見して発症を防ぎます。	特定健診	健診受診率の低い 40-50 歳代の未受診者対策と、不定期受診者を継続受診につなげる取り組みを行います。	国保被保険者 40～74 歳	特定健診の内容は第 4 章4(1)に記載しています。	○40-50 代健診受診率の増加 ○継続受診者の割合の増加 ○結果報告会参加率 80%
予備群対策	脳血管疾患や虚血性心疾患など重症化疾患のリスクを予兆のうちに防ぎ、生活改善によって発症を予防する。	特定保健指導	特定保健指導の内容を充実させ、生活改善につなげます。	国が示している階層化基準に基づき、対象者を動機づけ支援・積極的支援に分けて実施します。 詳細は、第 4 章 4(2)を参照。	特定保健指導の内容は第 4 章 4(2)に記載しています。	○特定保健指導実施率の維持 ●対象者の階層化改善率 積極的支援 30% 動機づけ支援 25% (翌年の健診結果で評価)
	早期の生活改善によって発症を予防し、脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性合併症への重症化を防ぎます。	生活習慣病予防教室	生活習慣病予備群の方の発症・重症化予防のため、生活改善につながる指導・教室を行います。	壮年期の肥満・糖尿病・高血圧症・慢性腎臓病の予備群で、より早期の方や重複リスク者など改善効果の高い方。特定保健指導の対象者やハイリスク個別支援対象者で、必要な方も対象とします。	①健診結果より対象者を抽出し、個別通知及び必要者には電話勧奨を行います。 ②病態・食事・運動・歯科を中心とした専門職による健康教育を行い、生活改善に結びつく内容にします。生活改善目標を立て、継続できるよう支援します。 ③講演会を開催し、より多くの方に予防意識をもってもらうため、一般公開とします。	○教室参加率 20% ○参加者の理解度 80% ○参加者の生活改善に取り組む人の割合 50% ●対象者の検査値改善率 40% (翌年の健診結果で評価)

対策	目的	事業名	目標	対象者	実施内容	評価指標(○アウトプット●アウトカム)
ハイリスク者対策 (3次予防)	生活習慣病の重症化を防ぎ、脳血管疾患や虚血性心疾患、人工透析への移行を防ぎます。 医療機関と連携して、ハイリスク者の重症化を予防します。	糖尿病ハイリスク者 個別支援	医療機関未受診者・治療中断者を早期受診・治療継続につなげます。 かかりつけ医と連携して、血糖コントロールと継続した生活改善につなげます。	40-69歳でHbA1c7%以上に達した方、 糖尿病性腎症第3期4期が疑われる方	①健診結果よりハイリスク者台帳を作成し、レセプト等で受療状況を確認します。 ②医療機関未受診者、治療中断者に対し、受診勧奨を行います。 ③かかりつけ医とケースカンファレンスを行い、新規ハイリスク者および必要者に対し、保健指導を行います。 ④血糖コントロールのため糖尿病連携手帳を配布し活用を勧め、必要者を眼科・歯科・専門医受診につなぎます。 ⑤必要者には診療情報提供書による栄養指導を勧めます。	○個別支援実施率 100% ●対象者のHbA1c改善率 50% (翌年の健診結果で評価) ●医療機関受診率 100%
		高血圧ハイリスク者 個別支援	医療機関未受診者・治療中断者を早期受診・治療継続につなげます。	Ⅱ度以上高血圧で未治療の方 (血圧160/100 mmHg以上)	健診結果よりハイリスク者台帳を作成し、対象者へ受診勧奨を行います。	○受診勧奨実施率 100% ●医療機関受診率 100%
		CKDハイリスク者 個別支援		腎機能低下者のうち、 CKD重症度分類で赤ステージの方 (P22 CKD重症度分類を参照)	①健診結果よりハイリスク者台帳を作成し、対象者へ受診勧奨を行います。 ②必要に応じてかかりつけ医と連携し、専門医受診につなぎます。	○受診勧奨実施率 100% ●医療機関受診率 100%
体制整備		医療機関訪問	効果的な保健事業をすすめるため、町内医師との連携を強めます。 ケースカンファレンスを行い、医療と連携してハイリスク者を支援する。	町内医療機関の医師	①医療機関と連携した個別支援を行うため、ハイリスク者のケースカンファレンスを行います。 ②治療中の方の健診受診者を増やすため、個別健診の受診勧奨について協力を依頼します。 ③かかりつけ医と関係機関が連携してハイリスク者支援を行うため、糖尿病連携手帳・診療情報提供書の活用を図ります。	○ケースカンファレンスの実施 ○診療情報提供書の利用の増加
		生活習慣病対策 実務者会	町の医療の中核を担う邑智病院との連携を強めます。	公立邑智病院の医師、関係職員 (医師、看護師、管理栄養士、地域連携室)	①公立邑智病院と取り組みを共有し、町の医療の中核を担う邑智病院の役割と連携について検討します。 ②ハイリスク者の病診連携について検討します。	
		生活習慣病対策 検討会	町の健康実態や保健事業について共有し生活習慣病予防・重症化予防をすすめるための体制について検討します。	町内医療機関の医師、歯科医師 公立邑智病院の医師、関係職員 (医師・看護師・管理栄養士・地域連携室) 県央保健所	①町の健康実態や保健事業の情報共有を行い、今後の生活習慣病予防対策について検討します。 ②重症化予防の連携ツールとして、糖尿病連携手帳・診療情報提供書の活用を図り、保健・医療連携、かかりつけ医・専門医の病診連携等重症化予防の体制づくりについて検討します。	
医療費適正化対策	受診行動適正化及び医療費適正化を図ります。	受診行動適正化	重複服薬者の状況を確認し、適切な受診を促していきます。	重複服薬者	①重複服薬者を抽出します。 ②必要者には、電話や訪問で状況確認・指導を行います。	○重複服薬者の状況把握
		ジェネリック医薬品の普及	ジェネリック医薬品の利用を促進します。	先発薬品利用者で、ジェネリック医薬品への切替により医療費差額が発生する可能性がある方	①ジェネリック医薬品の利用について広報啓発を行います。 ②対象者に先発薬品からジェネリック医薬品へ切り替えた場合の差額通知を送付します。	○差額通知の送付 ●ジェネリック医薬品の普及率(数量シェア)の増加