別紙 1

目的	中期的 な目標	短期的	な目標	Į	対象者	事業内容・実施方法	実施期間	実施場所	評価項目	
健康格差の縮小	生活習慣病を予防する (①虚血性心疾患死亡率の) (①虚血性心疾患死亡率の) と	② 糖 尿 病			治療すべき生活習慣病の治療をうけていない者 (未治療者) H25 年度 51名 特定保健指導対象者 (24名) ※ 1 非肥満者 (27名) ※ 2 ※1:健診の結果、重症化予防対象者(注1)で、治療を受けておらず、メタボに該当し、特定保健指導の対象となった者 ※2:健診の結果、重症化予防対象者(注1)で、治療を受けておらず、非肥満で特定保健指導の対象とならなかった者 生活習慣病治療中の者 (コントロール不良)	・保健師・栄養士・国保担当者は、対象者が自らの健診結果・治療すべき生活習慣病や改善すべき食・生活習慣があることを理解し、必要な行動変容につなげる。 ・保健師は、対象者が、健診によって生活習慣病の発症リスク、重症化リスクを発見し、生活習慣の改善や治療・受診行動によってリスクを少なくすることが可能であることを理解できるよう支援し、必要に応じて医療機関と連携し受診勧奨を行う。 ・国保担当者は初回保健指導後、3~6ヶ月後にレセプトを確認し、受診状況等の情報を踏まえ、継続して指導する。 ・保健師・栄養士・国保担当者は、対象者が自らの健診結果・治療すべき生活習慣病や改善すべき食・生活習	年間	保健センター	保健指導実施率 医療機関受診率 健診継続受診率 次年度の健診結果 (検査データの改善)	・左記の評価項目 については、国保 データーベース (KDB)を活用して 把握 ・具体的数値目標 は、プロセス計画 に明記
	減少②糖尿病腎症による新規添	:有病者の増加の抑制 ③高:	#±	重症化予防	H25 年度 87 名	慣があることを理解し、必要な行動変容につなげる。 ・保健師は、対象者が、健診によって生活習慣病の発症リスク、重症化リスクを発見し、生活習慣の改善や <u>治療・受診行動</u> によってリスクを少なくすることが可能であることを理解できるよう支援する。また、医療機関と連携し受診勧奨を行い、必要に応じて医療機関との連携のもと、保健師、栄養士は、生活習慣改善に向けた保健指導・栄養指導を行う。 ・国保担当者は初回保健指導後、 <u>3~6ヶ月後に</u> レセプトを確認し、受診状況等の情報を踏まえ、継続して指導する。		被保険者宅 医療機関	健診継続受診率 次年度の健診結果 (検査データの改善) 治療継続状況の把握	・心疾患死亡数や 死亡率、脳血管疾 患死亡数や死亡率 等のデータについ ても把握
	よる新規透析患者数の減少③脳	[血圧の改善)	特定健診 受診者		生活習慣病治療中の者(コントロール良好) H25 年度 102 名	・保健師・栄養士・国保担当者は、対象者が自らの健診結果・治療すべき生活習慣病や改善すべき食・生活習慣があることを理解し、必要な行動変容につなげる。 ・保健師は、対象者が、健診によって生活習慣病の発症リスク、重症化リスクを発見し、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であることを理解できるよう支援する。また、必要に応じて医療機関との連携のもと、保健師、栄養士は、生活習慣改善に向けた保健指導、栄養指導を行う。 ・国保担当者は6か月から1年後に健診結果・レセプトで状況を確認する。		保健センター 被保険者宅 医療機関	健診継続受診率 次年度の健診結果 (検査データの改善・維 持)	
	少③脳血管疾患死亡率の減少				(非肥満)有所見者 H25 年度 61 名	・保健師は、対象者が自らの健診結果・生活習慣を理解し、このままの状態では生活習慣病を発症するリスクがあることを理解し、必要な理行動変容につなげる。 ・保健師は、対象者が、健診によって生活習慣病の発症リスクを発見し、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であることを理解できるよう支援する。必要に応じて医療機関への受診勧奨を行う。・国保担当者はレセプトを確認し、受診した場合は状況変化について保健師・栄養士に情報提供する。		保健センター被保険者宅	保健指導実施率 医療機関受診率 健診継続受診率 次年度の健診結果 (検査データの改善・維 持)	
	少)			発症予防	特定保健指導対象者(重症化予防対象者除く) H25 年度 16 名 健診の結果、異常がなかった者	・保健師は、対象者が自らの健診結果・生活習慣を理解し、このままの状態では生活習慣病を発症するリスクがあることを理解し、必要な理行動変容につなげる。 ・保健師は、対象者が、健診によって生活習慣病の発症リスクを発見し、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であることを理解できるよう支援する。継続して健診を受診するよう勧奨する。 ・国保担当者はレセプトを確認し、受診した場合は状況変化について保健師・栄養士に情報提供する。 ・国保担当者は継続して健診を受診してもらえるよう地区説明会の開催など受診勧奨のチラシを配布する。		保健センター被保険者宅保健センター	保健指導実施率 健診継続受診率 次年度の健診結果 (検査データの改善・維 持) 健診継続受診率	
					H25 年度 114 名	・保健師、栄養士は、対象者が自らの健診結果を理解し、生活習慣を振り返り、健康的な生活を維持できるよう必要な支援(保健指導・栄養指導・情報提供など)を行う			次年度の健診結果 (検査データの改善・維 持)	

HBN I	期的	短期的な目標		対象者	事業内容・実施方法	実施期間	実施場所	評価項目	
・ 長 各 き り 宿 ト 一 ()虚血性心疾患死亡率の減少 ()糖尿病腎症に	亡率の減少 ②糖尿病腎症による質	(①脂質異常症の減少 ②糖尿病有病者の増加の抑制 ③高血圧の生生活習慣病を予防する特定健診 未受診者		治療中の者 (生活習慣病治療中の者) H25年度 202名? 未治療の者 (健診・生活習慣病治療も受けていない者) H25年度 159名?	・国保担当者は地域の医師会等の理解を得て、受診中の方の健診の受診勧奨を行う。 ・保健師・栄養士は、健診結果は生活習慣病を発見でき、自らの解決すべき食・生活習慣について気づくことができる唯一の方法であることを、あらゆる機会を通じて普及啓発する。 ・国保担当者は過去の特定健診受診状況から複数年にわたり健診を受診していない者を抽出し、保健師は、通知や電話、訪問等により健診の受診勧奨を実施する。また、保健師・栄養士は対象者の健康実態の把握、治療状況の確認等を行い、必要に応じて医療機関との連携のもと、生活習慣改善に向けた保健指導、栄養指導を行う。 ・国保担当者は6か月から1年後に健診結果・レセプトで状況を確認する。 ・あらゆる機会を利用し、身長・体重・血圧・検尿のできる健康チェックコーナーを実施する。 ・国保担当者は商工会等と連携し、過去の特定健診受診状況から複数年にわたり健診を受診していない者を抽出し個別通知、また、広報・文字放送などを利用し受診勧奨する。また、保健師・栄養士・国保担当者は対象者の生活、健康実態を把握し、対象者に合わせて生活習慣改善に向けた保健指導や栄養指導を実施する。・対象者の生活、健康実態を把握し、医療機関への受診が必要な方へは受診勧奨を行い、その後で対象者からの聞き取りやレセプト等にて受診状況を確認し、必要に応じて医療機関との連携のもと、保健師、栄養士は、生活習慣改善に向けた保健指導、栄養指導を行う。 ・あらゆる機会を利用し、身長・体重・血圧・検尿のできる健康チェックコーナーを実施する。		保健 保 機関 と な と と と と と と と と と と と と と と と と と	次年度の健診受診率次年度の医療機関受診率検査データの把握(医療機関・その他の健診)治療継続状況の把握 次年度の健診受診率検査データの把握(医療機関・その他の健診)	左つつ(KDB) 中ででは、では、大田のでは、では、大田のでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田のののでは、大田のののでは、大田ののののでは、大田のののでは、大田のののでは、大田のののでは、大田のでは、大田ののでは、、大田ののでは、本ののでは
洞少 ③脳血管疾患死亡率の洞		改善)四十歳未満の者	増	40歳未満の被保険者(妊産婦、乳幼児など)	・健診の結果によって、生活習慣病の発症リスク、重症化リスクを発見し、自らの生活習慣における課題に気づき、改善することにより、生活習慣病の発症を予防することが可能であることを理解して、健診を受けることができるよう受診勧奨を行う。 ・生活習慣病は、①自覚症状がないまま進行すること、②長年の生活習慣に起因すること、③発症の予測、予防が可能であることを踏まえ、生活習慣病に関する知識を身につけ、年齢や生活状況等に応じた自らの生活習慣を振り返る機会の提供並びに、自らの健康を認識し健康的な行動ができるよう支援(情報提供・保健指導、栄養指導等)を行う。 ・様々な機会(妊産婦健診、乳幼児健診、健康教室等)を通して、保健師・栄養士は対象者の生活、健康実態を把握し、必要に応じて生活習慣改善に向けた指導(保健指導・栄養指導)を実施する。また、治療が必要な場合は、医療機関への受診勧奨を行う。 ・あらゆる機会を利用し、身長・体重・血圧・検尿のできる健康チェックコーナーを実施する。		保健センター 被保険者宅 医療機関 保育所 学校	健康教育の実施率 40歳での健診受診率 40歳での医療機関受診 率	

注)重症化予防対象者とは・・・① II 度高血圧以上、②心房細動、③LDL-C180mg/dl 以上、④中性脂肪 300mg/dl 以上、⑤ 2 項目以上のメタボリックシンドローム該当者、⑥HbA1c (NGSP) 6. 5%以上、⑦尿蛋白 2 + 以上、⑧eGFR50 未満(70 歳以上 40 未満)のうち 1 つ以上該当した者