

# 第5章 個別保健事業計画

個別保健事業の計画は、表11のとおりです。

表11

事業の項目	事業名	事業の目的及び概要	実施内容	対象者	実施体制		目標		
					担当課	実施時期	アウトプット		
							指標	現状値(平成27年度)	目標値
一次予防	特定健診	集団健診 個人健診 人間ドックの費用助成	集団・個別医療機関での特定健診の実施 人間ドック受診のための費用助成	集団・個別:40～74歳の被保険者 人間ドック:20～74歳の被保険者	税務住民課 福祉保健課	4～12月	特定健診の実施回数 ・集団健診の実施(5～9月) (総合健診5日、単独6日) ・個人健診(4～12月) 137人 ・人間ドック助成(4～12月) 143人	・集団健診の実施 5～11月 総合5日、単独6日 ・個人健診 4～12月 随時 ・人間ドック助成 4～12月 随時	
		特定健診の受診勧奨	受診率向上のための啓発	①全被保険者(全住民) ②③④健診未受診者  40代・50代被保険者中、特に40・45・50・55歳の節目の者  3年連続未受診者	税務住民課 福祉保健課 税務住民課 福祉保健課	3～12月  4～7月  4～12月	受診勧奨の実施回数 ①健診パンフレットを作成し、全戸配布 ②5月末に受診券・案内の送付 未受診者への勧奨ハガキ送付 8月末 個別医療機関(治療中患者の情報提供含む) 勧奨 11月末 ③前年度受診者への勧奨 電話・訪問 ④健康推進員による健診案内の配布 20戸/一推進員  受診勧奨の実施回数 ・40歳を迎えた方への電話・訪問・個別通知の送付 1回 ・40・45・50・55歳男女への訪問による受診勧奨 1回	①健診パンフレットを作成し、全戸配布 1回 ②受診券の送付と案内 1回 未受診者への勧奨ハガキの送付 1回 個別医療機関(治療中患者の情報提供含む) 1回 ③前年度受診者への勧奨 電話・訪問 1回 ④健康推進員による健診案内の配布の継続 1回	
		健診結果説明会	健診結果をわかりやすく本人に提供することで自分の健康状態を知ることができる	個別に面接を実施し、紙媒体等により情報の提供を行う	特定健診(集団・個別)、人間ドック、スマート健診受診者全員	福祉保健課	5～3月	結果説明会の回数 結果説明会の開催 15日	全受診者(人間ドック・個人健診を含む)に対する結果説明会開催、説明会に来行できない場合は訪問で対応
		スマート健診	健診の実施と受診率向上のための啓発	集団でのスマート健診の実施、対象者に対する個別通知	20～39歳以下で健康診断を受ける機会のない住民	福祉保健課	5～9月	スマート健診の実施回数 ・集団健診の実施(5～9月) ・対象者への個別案内1回 (総合健診5日、単独6日)	・集団健診の実施(5～9月) (総合健診5日、単独6日) ・対象者への個別案内1回
	特定保健指導	特定保健指導	結果説明会時に委託により実施 人間ドック受診者のうち、結果説明会不参加者等状況に応じて直営(訪問等)で実施	特定保健指導対象者	税務住民課 福祉保健課	原則、健診結果返却時または健診当日の実施(初回前後の分回実施)	①特定保健指導を実施した者の割合 ②特定保健指導を利用した者の割合 ③特定保健指導実施率 64.0% ④終了率 61.3%	・特定保健指導実施率 85.0%以上 ・特定保健指導未利用者への利用勧奨実施率 100%	
発症予防	生活習慣病予備群への早期介入	ヘルスアップ教室	保健指導等の早期介入により発症予防を図る	保健指導、栄養・運動教室等の実施	税務住民課 福祉保健課	10～2月	対象者のうち教室に参加した者の割合 ・教室の参加率 10.6% ・教室の案内をした者 100%	・教室の参加率 15.0% ・教室の案内を送付した者 100%	
		元気アップ教室	保健指導等の早期介入により発症予防を図る	保健指導、栄養・運動教室等の実施	税務住民課 福祉保健課	5～12月	対象者のうち教室に参加した者の割合 ・教室の参加率 7.8% ・教室の案内を送付した者 100%	・教室参加者 15.0% ・教室案内した者 100%	
重症化予防	医療機関への受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨判定値以上の者が適切に医療につながり重症化予防を図る	受診勧奨判定値以上の者	福祉保健課	結果説明会後	受診勧奨判定値以上の者に対する受診勧奨割合 受診勧奨・受診状況確認の実施 100%	受診勧奨・受診状況確認の実施 100%	
		ハリスク者受診勧奨	受診勧奨判定値以上の者において、医療受診していただくことで重症化予防を図る	①Ⅱ度高血圧およびⅢ度高血圧(収縮期血圧≥160または拡張期血圧≥100) ②HbA1c≥7.0 ③LDL≥180mg/dlまたはTG500mg/dl ④eGFR<45(70歳以上は<40) 尿たんぱく2+以上 尿たんぱく3+以上 ⑤血清尿酸値≥9.0	福祉保健課	結果説明会後	・受診勧奨判定値以上の者のうちハリスク者に対する受診勧奨割合 ・未受診者への再勧奨の実施割合 ハリスク者の医療機関受診率 72.4% 【重症化予防対象者】	対象者への受診勧奨実施率 100% 未受診者への再勧奨の実施 100%	
	治療中断者への保健指導	治療中断者に対して治療の再開、生活習慣改善等により重症化を予防できる	面談・訪問等により再受診勧奨や保健指導の実施	生活習慣病の治療中断者	福祉保健課	年間	対象者への面談・訪問実施率 4% ・メタボ該当者割合 5.8% のうち3項目該当者割合 0.8% ・尿たんぱく2+以上 0.3%	治療中断者に対して訪問指導した割合 50.0%	
医療機関との連携した保健指導	元気アップ訪問	主治医と連携した保健指導等の実施により、生活習慣改善等を実施し、心・脳・腎症などの重症化を予防できる	主治医と連携し、保健指導・栄養指導を実施した指導内容を主治医へフィードバックすることにより連携強化を図る。	福祉保健課	年間	対象者への訪問実施率 主治医へのフィードバック実施率 5% ・メタボ該当者割合25.4% のうち3項目該当者割合 8.2% ・尿たんぱく2+以上 2.3%	対象者への訪問実施率 50.0% 主治医へのフィードバック実施率 70.0%		
医療機関との連携した栄養指導	栄養相談	主治医と連携した栄養指導等の実施により、生活習慣改善等を実施し、重症化を予防できる	主治医と連携し、栄養指導の実施 栄養指導を実施した栄養指導を主治医へフィードバックすることにより連携強化を図る。	福祉保健課	医療機関受診後	対象者に栄養指導をした実施率 50% ・栄養指導が必要と認められた者のうち栄養指導が実施できた率 50% 主治医へのフィードバック実施率 100%	栄養指導が必要と認められた者のうち栄養指導が実施できた率 70.0% 主治医へのフィードバック 100%		

事業の項目	事業名	事業の目的及び概要	実施内容	対象者	実施体制		目標			
					担当課	実施時期	アウトプット			
							指標	現状値(平成27年度)	目標値	
喫煙対策	禁煙事業	喫煙は健康障害を引き起こすリスクになることを情報提供し、また受動喫煙についても情報提供を行う。禁煙を希望するものには個別指導等で喫煙者の減少を図る	喫煙の害に対する啓発、個別指導、禁煙外来の紹介、受動喫煙防止の啓発	被保険者全員(全住民)	福祉保健課	結果説明会	・字別懇談会で喫煙の害に対する啓発、受動喫煙防止に関する啓発ができた割合 ・結果説明会で個別指導できた人数の割合	未実施	・字別懇談会で喫煙の害に対する啓発、受動喫煙防止に関する啓発ができた割合 100%(全字) ・結果説明会で禁煙について個別に情報提供できた人数の割合 100%	
飲酒対策	節酒事業	適正な飲酒の啓発により生活習慣病を予防する	適正な飲酒の啓発など	被保険者全員	福祉保健課	結果説明会	結果説明会で適量な飲酒について個別指導できた人数の割合	未把握	結果説明会で適量な飲酒について個別指導できた人数の割合 100%	
生活習慣	身体活動運動習慣	ストックウォーキング教室	健康の保持増進、疾病予防を支援する活動で、ウォーキングコースを歩き、運動習慣の改善を目指す	全町民	福祉保健課 税務住民課	5~3月	広報の掲載 チラシの配布 結果説明会での啓発 参加者数	広報・チラシ・結果説明会での啓発 実施しているが、数は未把握 教室の参加者数 30人	広報の掲載 チラシの配布 結果説明会での啓発 参加者数	年2回 全戸 100% 50人
		健康スマホポイント事業(BIWA-TEKU)へスマートフォンアプリを活用した保健事業へ	身体活動の増加、運動習慣の定着、生活習慣病を予防できる	ウォーキング、健診受診、健康イベントに参加することでポイントが貯まることで、住民の健康意識を高めること、住民の健康の維持増進、疾病予防を支援する中で、運動習慣の定着を目指す。	被保険者全員(全住民)	福祉保健課 税務住民課	年間	広報の掲載 チラシの配布 結果説明会での啓発 参加者数	未実施(平成30年1月からの新規事業)	広報の掲載 チラシの配布 結果説明会での啓発 参加者数
	食生活習慣	ヘルスクッキング	生活習慣病予防に対する知識の啓発と予防のためのレシピの啓発	町の健康課題に合わせ、テーマを決定し、健康課題と生活習慣病予防について、健康講座と運動講座を各々にアウトプットして実施する(健康推進員が中心となって各年で開催し、保健師も出向く)。	全町民	福祉保健課	7~3月	ヘルスクッキングの開催回数(字)	ヘルスクッキングの開催回数(字) 8字/26字 30.7%	ヘルスクッキングの開催回数(字) 50.0%以上
	食育活動	学校での食育活動	減塩・野菜摂取1日350g以上などの小・中学生に向けた啓発を学童期から生活習慣病予防の知識を得てもらい、予防につなげてもらう。	減塩・野菜摂取1日350g以上などの小・中学生に向けた啓発を保健師・管理栄養士・健康推進員が連携して実施する。子どもを通して、親世代にも伝えてもらう。	中学生と小学3年生	福祉保健課	各年1回	学校での食育活動の実施回数	学校での食育活動の実施回数 各校年1回	学校での食育活動の実施回数 各校年1回 継続
	医療機関受診の適正化	重複検診受診・重複投薬者等対策事業	重複検診受診・重複投薬者等に対する医療費の適正化	原則連合会保健師により対象者を訪問し、適正な医療受診について保健指導をする。	1)一次抽出(年4回) 重複受診:3か月間連続して、1か月間のレセプト枚数が3枚以上 期間受診:3か月間連続して、1か月間のレセプトに15日以上重複薬:同一月に同一成分を持つ薬剤を3つ以上の医療機関から処方されている者 2)二次抽出(年1回) 重複受診:13か月間連続して、同一診療科または同一病種に201か月間33所以上の受診が見られた者 2)3か月間に毎月53所以上の医療機関(診療科)の受診が見られた者 3)三次抽出 3)3か月間に2つの診療科を各々23所以上の受診が見られた者 期間受診:3か月間連続して、同一医療機関(診療科)において、1か月間に15回(日)以上の受診が見られた者(人工透析は除く) 2)二次抽出 2)二次抽出の対象者をもとに、多賀町と国保連合会とで協議の上、訪問対象者を決定	福祉保健課 税務住民課	年間	対象者への手紙や訪問等で指導した割合	未実施	対象者への手紙や訪問等で指導した割合 100%
医療費適正化	医療費通知	医療費通知の送付	被保険者に自身の受療状況と医療費を把握してもらうことを目的に、医療費総額、診療区分、医療機関名等を記載した通知を全受療生体に送付する。	全受療者	税務住民課	年4回	医療費通知の送付	全診療月の送付(4~3月診療分)	全診療月の送付(4~3月診療分)	
	ジェネリック医薬品(後発医薬品)利用差額通知	ジェネリック医薬品差額通知送付	ジェネリック医薬品の使用促進による医療費抑制を目的に、切り替えた場合の自己負担軽減額を通知する。	切替対象薬剤使用被保険者	税務住民課	年4回	差額通知の送付	年4回の通知(4、6、8、10月調剤分)	年4回の通知(4、6、8、10月調剤分)	
歯科保健	歯周病予防対策	歯周病予防健康診査	①40・50・60・70歳の節目の年齢の町内歯科医院での歯周病予防健診の受診券を発行し、歯周病予防健診を受ける機会を増やすとともに、歯周病に関する知識を普及する。 ②健康イベント等には、歯周病予防健診のブースを設け、歯周病予防健診・歯科指導を受ける機会を設ける。	①40・50・60・70歳の節目の方全員 ②全町民	福祉保健課	①年間 ②3月頃	①受診勧奨の回数 ②イベント時の歯周病健診・歯科指導実施者数	①受診勧奨の回数 1回 ②イベント時の歯周病健診・歯科指導実施者数 未実施	①受診勧奨の回数 2回 ②イベント時の歯周病健診・歯科指導実施者数 10人	
がん	がん検診	がん検診	総合健診(特定健診とがん検診の同時開催)による検診の受けやすさ体制づくり、個別医療機関(乳がん・子宮頸がん)での受診しやすい体制づくりにより、受診率向上を目指す。	胃・大腸・肺がん:40歳以上 乳がん:40歳以上の女性 子宮頸がん:20歳以上の女性	福祉保健課	5~10月	受診勧奨の回数	個別通知による受診勧奨の回数 1回	個別通知による受診勧奨の回数 1回以上	

目標			評価方法		
アウトカム			滋賀県データヘルス計画における共通目標	時期	体制
指標	現状値(平成27年度)	目標値(平成35年度)			
特定健診受診者/特定健診対象者	特定健診受診率56.2%	特定健診受診率65.0%	特定健診受診率 60.0%	法定報告後	・集団健診 福祉保健課・税務住民課 ・人間ドックの助成 税務住民課 ・個別健診の実施 医師会
今年度特定健診受診者/前年度特定健診対象者	継続受診者の割合78.0%	継続受診者の割合85.0%	継続受診者の割合 75.0%	法定報告後	①②健診パンフレット・勧奨ハガキ等の作成 税務住民課・福祉保健課 ③電話勧奨 福祉保健課・税務住民課、在宅健診師・連合会委託 ④健康推進員
40・50代の特定健診受診者/40・50代の特定健診対象者	男性 40代 31.0% 50代 31.4% 女性 40代 32.1% 50代 43.9% 40代受診率 31.4% 50代受診率 37.5%	男性 40代・50代 35% 女性 40代・50代 45% 40代受診率 35.0%以上 50代受診率 40.0%以上	40代受診率 19.0%以上 50代受診率 28.5%以上	法定報告後	・40歳の者への個別通知 福祉保健課 ・40歳男女・45歳・50歳・55歳男女への勧奨 福祉保健課
特定健診3年連続未受診者/特定健診対象者	3年(25~27年度)連続未受診者 27.3%	3年連続未受診者 25%以下	3年連続未受診者 40%以下	法定報告後	電話勧奨 在宅健診師(連合会委託) 訪問勧奨 福祉保健課
特定健診未受診かつ治療なしの者/特定健診対象者	健診未受診かつ治療なしの者 32.3%	健診未受診かつ治療なしの者 30%以下	健診未受診かつ治療なしの者 35%以下	法定報告後	電話勧奨 在宅健診師(連合会委託) 訪問勧奨 福祉保健課
結果説明実施率(実施した者/結果説明対象者)	集団健診受診者における結果説明の実施 100% 人間ドック・個別健診者 0%	全受診者(人間ドック・個別健診を含む)に対する結果説明実施率 100%	—	年度末	結果説明会 委託業者・福祉保健課 個別・訪問 福祉保健課
スマート健診受診者/20~39歳までの住民数	スマート健診受診率 4.7%	スマート健診受診率 6%	—	年度末	福祉保健課、健診委託業者
①特定保健指導対象者減少率 昨年度特保対象者のうち今年度特保指導対象者でなくなった者/昨年度特保指導対象者 ②メタボ該当者・予備群の率	①特定保健指導対象者の減少率 30.4% ②メタボ該当者・予備群 男性 40.3% 女性 14.1%	・特定保健指導対象者の減少率 35.0% ・メタボ該当者・予備群 男性 35.0% 女性 現状維持	・特定保健指導対象者の減少率 25.0% ・メタボ該当者・予備群の減少率(平成20年度比) 25.0%	通年	特定保健指導委託業者、税務住民課、福祉保健課
参加者の中で次年度健診結果に改善が見られた者の割合	・次年度の健診結果(血圧、脂質、血糖値のうち保健指導判定値以上の値)に改善がみられた者の割合 21.0%	・次年度の健診結果(血圧、脂質、血糖値のうち保健指導判定値以上の値)に改善がみられた者の割合 30.0%	—	翌年度健診時	税務住民課・福祉保健課・健康運動指導士(雇い上げ)
※1項目ずつ改善が見られたもの割合を評価する	・次年度の健診結果(血圧、脂質、血糖値のうち保健指導判定値以上の値)に改善がみられた者の割合 40.0%	・教室参加前後で血圧、血糖、食生活、活動量に改善がみられた者の割合 50.0% ・食生活について ①野菜摂取量 1日350g以上 ②食塩摂取量 男性8g以下、女性7g以下 活動量について 週2回以上、1回30分以上実施できたか ※1項目ずつ改善がみられた率を評価する	—	翌年度健診時	税務住民課・福祉保健課・協力 龍谷大学
対象者が医療受診した割合	医療機関受診率 50.4%	医療機関受診率 60%	医療機関受診率 60%	年度末	福祉保健課
対象者が医療受診した割合	ハイリスク者の医療機関受診率 72.4% 【重症化予防対象者】 ○服薬治療なしの者 ・HbA1c7.0以上の者 6.3% ・LDLコレステロール180以上の者の割合 4.4% ・メタボ該当者割合 5.8% のうちの3項目該当者割合 0.8% ・尿たんばく2+以上 0.3% ○服薬治療中の者 ・HbA1c7.0以上の者の割合54.5% ・LDLコレステロール180以上の者の割合 3.5% ・メタボ該当者割合25.4% のうちの3項目該当者割合 8.2% ・尿たんばく2+以上 2.3%	ハイリスク者の医療機関受診率 80.0%以上 【重症化予防対象者】 ○服薬治療なしの者 ○服薬治療中の者 ・HbA1c7.0以上の者の割合 ・LDLコレステロール180以上の者の割合 ・メタボ該当者割合 のうちの3項目該当者割合 ・尿たんばく2+以上	ハイリスク者の医療機関受診率 80.0%以上 【重症化予防対象者】 ○服薬治療なしの者 ○服薬治療中の者 ・HbA1c7.0以上の者の割合 ・LDLコレステロール180以上の者の割合 ・メタボ該当者割合 のうちの3項目該当者割合 ・尿たんばく2+以上	年度末	福祉保健課
生活習慣病で治療中断中の者	5%	の割合の減少	の割合の減少	年度末	福祉保健課、医療機関
(要医療受診者)適正な治療を受けられる。(治療中)治療により適正なコントロールができる。	(要医療受診者)要受診者の割合 53.4% (治療中の者)コントロール不良者の割合 57.3%	(未医療受診者)医療受診ができた人の割合 100% (治療中の者)コントロール不良者の割合 50.0%以下	—	(未医療受診者)年度末 (治療中の者)翌年度健診時	福祉保健課、医療機関
栄養指導が必要と認められた者のうち栄養指導が実施できた率 90.0%	栄養相談を受けた者で、次年度の健診結果に改善がみられた者の割合(要受診となった健診項目の数値が下がる) 未把握	栄養相談を受けた者で、次年度の健診結果に改善がみられた者の割合(要受診となった健診項目の数値が下がる) 50%	—	次年度の健診受診後	福祉保健課、医療機関

目標			滋賀県データヘルス計画における共通目標	評価方法	
アウトカム				時期	体制
指標	現状値(平成27年度)	目標値(平成35年度)			
健診質問票による回答	喫煙率 男性 27.9% 女性 2.6%	喫煙率 男性 25.0%以下 女性 現状より減少	喫煙率の低下 男性 女性 ※滋賀県健康増進計画と整合	年度末	福祉保健課
健診質問票による回答	毎日飲酒する者の割合 男性51.3% 女性 5.8% 飲酒量3合以上飲酒する者の割合 男性 3.4% 女性 0%	毎日飲酒する人 男性 40%以下 女性 現状より増加しない 飲酒量3合以上飲酒する者の割合 男性 2.0% 女性 0%	飲酒割合の減少 男性 女性 ※滋賀県健康増進計画と整合	年度末	福祉保健課
特定健診質問票による回答	週2回以上の運動習慣がある人 男性 35.7% 女性 30.1%	週2回以上の運動習慣がある人 男性 50%以上 女性 50%以上	—	年度末	税務住民課・福祉保健課・開催協力 龍谷大学
				年度末	税務住民課、福祉保健課、東近江市、草津市、大津市、協会けんぽ 他
健康増進計画策定時のアンケート調査(H35)や滋賀県栄養マップ調査(今後未定)による回答	H27.11 滋賀の健康栄養マップ調査の結果(滋賀県)より ①野菜の摂取量 男性333.4g 女性 280.2g ②食塩摂取量 男性 12.4g 女性 9.5g	次の項目において、改善する者が増える ①野菜摂取量 1日350g以上 ②食塩摂取量 男性8g以下、女性7g以下	—	年度末 アンケート調査後 滋賀県栄養マップ調査実施後	多賀町健康推進協議会・福祉保健課・各主婦会など
健康増進計画策定時のアンケート調査(H35)や滋賀県栄養マップ調査(今後未定)による回答	H27.11 滋賀の健康栄養マップ調査の結果(滋賀県)より ①野菜の摂取量 男性333.4g 女性 280.2g ②食塩摂取量 男性 12.4g 女性 9.5g	次の項目において、改善する者が増える ①野菜摂取量 1日350g以上 ②食塩摂取量 男性8g以下、女性7g以下	—	年度末 アンケート調査後 滋賀県栄養マップ調査実施後	町内小中学校・多賀町健康推進協議会・福祉保健課
レセプトで改善が見られた者の割合	未実施	レセプトで改善が見られた者の割合 60%	レセプトで改善が見られた者の割合 60%	年度末	福祉保健課・税務住民課・国保連合会(委託)
—	—	—	—	—	税務住民課
ジェネリック医薬品使用割合(薬剤ベース)	ジェネリック医薬品使用割合(薬剤ベース) 65.2% ※平成27年度 平成28年1月調剤分	ジェネリック医薬品使用割合(薬剤ベース) 80%	ジェネリック医薬品使用割合(薬剤ベース) 80%	年度末	税務住民課
①歯周病予防健診受診率 ②歯周病予防健診の結果、治療が必要な方が治療を受けた割合	①集団歯周病予防健診受診者数 5人 (対象者40・45・50・55・60・60・65・70歳) ②未把握	①医療機関での歯周病予防健診受診率15.0% ②歯周病予防健診の結果、治療が必要な方が治療を受けた割合 60%	—	年度末	福祉保健課、町内歯科医院他
がん検診受診率 (町の検診による集団・個別のみ)	がん検診受診率 肺がん 12.9% 胃がん 12.4% 大腸がん 21.3% 乳がん 27.7% 子宮がん 31.0%	各がん検診受診率 50%以上	各がん検診受診率 50%以上 各がん検診精密検査受診率 100% ※がん対策推進計画と整合	年度末	福祉保健課