

## 第7章 保健事業の実施内容

### 1. 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症予防のための保健事業計画

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の予防のためには、血管変化における共通のリスクである、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことが対策となり、特定健康診査受診率向上と健診後の支援が重要となる。支援は、個人の背景が多様であることから、訪問を中心とした個別支援を行うこととする。併せて、被保険者全員を対象としたポピュレーションアプローチを組み合わせ、費用対効果を考えた事業を行っていく。このため、事業に優先度を設けた。

図表. 事業の一覧

	事業名	開始年度	目的/概要
特定健康診査	- 特定健康診査	H20～	特定健康診査等実施計画（第6章）
	- 特定保健指導	H20～	特定健康診査等実施計画（第6章）
リスク別重症化予防事業	① 特定健康診査未受診者対策事業	H21～	特定健康診査の受診率の向上を図る
	② 特定保健指導未利用者対策事業	H21～	特定保健指導の利用率の向上を図る
	③ 特定保健指導訪問事業	H26～	40～50歳代に訪問し重症化を防ぐ
	④ 受診勧奨値を超えている方への対策	H20～	心血管病等の重症化予防を図る
	⑤ 糖尿病性腎症重症化予防事業	H27～	糖尿病による合併症を防ぐための保健指導
	⑥ CKD重症化予防連携システムの運用	H27～	医療機関との連携により、CKDの重症化を防ぐ
	⑦ 国保日帰り人間ドック助成事業	H11～	被保険者の健康増進を図る
	⑧ 早期介入保健指導事業	H20～	人間ドック事後保健指導 県民健康調査後の保健指導
ポピュレーションアプローチ	⑨ 子どもの生活習慣病予防事業	H27～	乳幼児期からの生活習慣病予防
	⑩ 生活習慣病の啓発事業	H27～	喫煙、多量飲酒に着目した啓発活動
	⑪ 地域包括ケアの推進事業	H26～	高齢者の尊厳の保持と自立支援
	⑫ ふくしま【健】民パスポート啓発事業	H28～	個人のインセンティブ提供
	⑬ 医療費適正化事業		重複・頻回受診者等訪問指導事業 後発医薬品使用促進 医療費通知書の送付 第三者行為求償事務
	⑭ がん検診、歯と歯ぐきの検診受診啓発	H30～	がん検診等の受診率向上を図る
	⑮ 生活習慣病予防の広報事業	H20～	生活習慣病予防のための広報事業

#### 【事業項目説明】

##### 評価指標について

- ストラクチャー「だれがどういう体制で？」  
事業を行う際の体制や予算が整っているかを評価すること
- プロセス「どのように？」  
事業実施の流れが適切に管理できているかを評価し、事業手順を改善するために行う評価のこと
- アウトプット「どれだけやって？」  
事業の実施量や業務量（頑張った度合い、エネルギー量）に関する指標のこと
- アウトカム「その結果、どうなった？」  
計画して業務を実施したことによる成果（効果）に関する指標のこと

#### 【優先度説明】

- A 最優先事業
- B 平成30年度より取り組み
- C 平成31年度以降検討

## 2. 特定健康診査未受診者対策

①事業名	特定健康診査未受診者対策事業	優先度：A・B
目的	特定健康診査受診率向上	
目標：ストラクチャー	受診しやすい環境を整えるため、自己負担金の無料化を検討する 医療機関、かかりつけ薬局、関係団体、地域と連携した受診勧奨体制 委託事業者と目標を共有し、受診勧奨者の15%受診を目標とする	
プロセス	平成30年度より治療中の方の健診データ取得のしくみを構築する 受診勧奨の重点地区を設定する	
アウトプット アウトカム	受診勧奨数 受診勧奨者の15%受診	
対象者	特定健康診査未受診者	
事業内容	関係機関と連携した受診勧奨の取り組み 特定健康診査受診率の低い40～50歳代の継続未受診者と、退職加入後に未受診となる60歳代前半に受診勧奨を行う 他健診、治療中の方の結果の取得を図る	
実施方法（プロセス）	ア 受診勧奨しやすい環境を整えるため、自己負担金の無料化を検討する イ 医療機関において個別に受診勧奨 ポスターの掲示と治療中の方への受診勧奨 ウ かかりつけ薬局と連携した受診勧奨 市民検診のお知らせやチラシの配布、CKD予防のため尿検査自己測定の実施と特定健康診査受診勧奨、健診結果のCKD状況の把握と相談 エ 地域での受診勧奨 重点地区を設定し、地域の関係者とともに受診勧奨の実施 オ 受診勧奨はがきの送付 未受診者の過去の受診状況に応じ、対象者や内容を変える カ 労働安全衛生法による健診結果の取得 受診勧奨はがき内、承諾の返信はがきにより結果取得 キ 治療中の方のかかりつけ医からの結果の取得 かかりつけ医から情報提供できる仕組みを構築する	
評価体制・方法	受診勧奨事業の中で得られる未受診理由の把握（ストラクチャー） 個別健診（検診委員会）、集団健診委託事業先との検討会議（ストラクチャー） 特定健康診査法定報告結果（アウトプット、アウトカム） 年代別受診率 はがき送付者の受診率（アウトカム） 受診勧奨方法が適切であるか、毎年見直しをする（プロセス） 労働安全衛生法による健診結果の取得数（アウトプット） 治療中の方のかかりつけ医からの結果の取得数（アウトプット）	
実施体制（ストラクチャー）	イ 医療機関との連携 ウ かかりつけ薬局に受診勧奨依頼 エ 重点地区の設定 健康推進課と協議 オ 業者に委託 オ 国保年金課 カ 国保年金課	
実施スケジュール	特定健康診査実施期間 6月～11月	
実施期間	特定健康診査実施期間 6月～11月	
実施場所	各医療機関、福島市と契約した委託業者	

### 3. 特定保健指導未利用者対策

②事業名	特定保健指導未利用者対策事業	優先度：A・B
目的	特定保健指導利用率向上	
目標：ストラクチャー	利用しやすい環境づくりのため、特定保健指導委託医療機関を20カ所増やす	
プロセス	コールセンター委託業者と目標を共有し、利用勧奨者の15%を目標とする 医療機関が受託しやすいようマニュアル作成、支払方法の研修の実施	
アウトプット	コールセンターで、休日、夜間の利用勧奨実施	
アウトカム	利用者数が毎年100人増 利用勧奨者の15%受診	
対象者	特定保健指導未利用者	
事業内容	医療機関と連携しての利用勧奨、電話による利用勧奨	
実施方法（プロセス）	ア 特定健康診査実施医療機関において、結果説明時にリーフレットを配布し、個別に利用勧奨する イ 特定保健指導委託医療機関が健診当日や結果説明当日に特定保健指導を実施できる体制づくりを支援する ウ 「初回面接」と「評価」を別の実施機関でできる体制づくりを整える エ 特定保健指導委託医療機関の研修を実施する オ コールセンターから電話による利用勧奨を行う（休日、夜間の実施）	
評価体制・方法	特定保健指導委託医療機関数（ストラクチャー） 特定保健指導法定報告結果（アウトプット、アウトカム）年代別受診率 電話勧奨者の受診率（アウトカム） 利用勧奨方法が適切であるか、毎年見直しをする（プロセス）	
実施体制（ストラクチャー）	ア 特定健康診査実施医療機関との連携 イ ウ エ 特定保健指導委託医療機関との連携 オ コールセンター委託契約	
実施スケジュール	特定健康診査開始～年度末	
実施期間	6月～3月	
実施場所	各医療機関、福島市と契約した委託業者	

③事業名	特定保健指導訪問事業	優先度：A
目的	特定保健指導40～50歳代対象者に訪問で特定保健指導を実施し重症化を防ぐ	
目標：ストラクチャー	訪問数の確保ができる体制整備	
プロセス	保健指導の効果がでる保健師の力量形成、研修の実施・案内	
アウトプット	特定保健指導実施率100%、終了率80%	
アウトカム	特定保健指導実施者の次年度保健指導レベル改善50%	
対象者	特定保健指導該当者40～64歳	
事業内容	家庭訪問による特定保健指導	
実施方法（プロセス）	訪問	
評価体制・方法	訪問年齢の拡大（ストラクチャー） 訪問実施数、特定保健指導実施数、特定保健指導終了率（アウトプット） 特定保健指導実施者の次年度健診結果の把握	
実施体制（ストラクチャー）	健康推進課実施	
実施スケジュール	毎月20日頃に訪問カルテを健康推進課に送付	
実施期間	9月～3月	
実施場所	市内	

#### 4. リスク別個別事業

リスク別個別事業では、訪問や電話相談での個別の対応を中心に行うが、費用対効果を考慮し集団健康教育を取り入れながら実施する。

福島市医師会、福島県立医科大学生活習慣病・慢性腎臓病態学講座、福島薬剤師会、協会けんぽ福島支部と実施するCKD重症化予防連携システムの運用は、慢性腎臓病のみならず福島市民に多い心血管病予防のために重要な連携となることから、引き続き連携を図っていく。

④-1 事業名	【血圧】 受診勧奨値を超えている方への対策	優先度：A
目的	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症につながる血圧の改善を行う。	
目標：ストラクチャー	全医療機関での健診結果説明時に受診勧奨ができる体制支援 医療機関で付加価値の高い情報提供率 100% 医療機関での対面による情報提供率（H29：82.0%）85% 訪問数の確保ができる体制整備	
プロセス	医療機関で受診勧奨が円滑にできるように、リーフレットなどの整備 効果の見える保健指導ができるように保健師の力量形成、研修の実施・案内	
アウトプット	再受診勧奨実施率 100% 再受診勧奨者の受診率 100%（適切な管理がある場合を除く） 受診勧奨者の次年度健診結果の改善 100%	
アウトカム	健診結果：Ⅱ度高血圧比率	
対象者	血圧受診勧奨値を超えた方全員	
事業内容	血圧で受診勧奨値を超えた方への受診勧奨	
実施方法（プロセス）	ア 受診した医療機関において、受診勧奨値を超えた方全員に受診勧奨を実施する イ 受診後、3～4カ月後にKDB データ、レセプト情報から未受診者に個別に再受診勧奨を行う ウ 65 歳未満は訪問による再受診勧奨 エ 65 歳以上は電話による再受診勧奨 オ 受診勧奨後、6カ月後に受診が継続しているか訪問等で確認する	
評価体制・方法	特定健康診査結果報告において、「情報提供の方法」より「1.付加価値の高い情報提供」、「2.専門職による対面説明」、「3.1 と 2 両方」で把握（ストラクチャー） 訪問や電話による再勧奨実施数、保健指導実施数把握（アウトプット） 保健指導実施者のレセプトによる医療機関受診把握（アウトカム） 受診勧奨値を超えた方の次年度健診結果（アウトカム） 受診結果の分析（アウトカム）	
実施体制（ストラクチャー）	受診勧奨：委託医療機関 訪問による再勧奨：健康推進課実施 電話による再勧奨：在宅保健師の会	
実施スケジュール	受診勧奨：6月～11月 訪問による再勧奨：健康推進課実施11月～5月 電話による再勧奨：在宅保健師の会12月～3月	
実施期間	6月～3月	
実施場所	医療機関、市内、国保年金課相談室	

④-2 事業名	【脂質】受診勧奨値を超えている方への対策	優先度：A
目的	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症につながる脂質（中性脂肪、LDL コレステロール、HDL コレステロール）の改善を行う。	
目標：ストラクチャー プロセス アウトプット アウトカム	【血圧】に同じ 【血圧】に同じ 【血圧】に同じ 健診結果：LDL-コレステロール 180mg/dl 以上の比率	
対象者	脂質（中性脂肪、LDL-コレステロール、HDL-コレステロール）受診勧奨値を超えた方	
事業内容	脂質で受診勧奨値を超えた方への受診勧奨	
実施方法（プロセス）	ア 受診した医療機関において、受診勧奨値を超えた方全員に受診勧奨を実施する イ 受診後、3～4カ月後にKDB データ、レセプト情報から未受診者に個別に再受診勧奨を行う ウ 65 歳未満は訪問による再受診勧奨 エ 65 歳以上は電話による再受診勧奨	
評価体制・方法	【血圧】に同じ	
実施体制（ストラクチャー）	【血圧】に同じ	
実施スケジュール	【血圧】に同じ	
実施期間	【血圧】に同じ	
実施場所	【血圧】に同じ	

⑤-1 事業名	糖尿病性腎症重症化予防事業 【血糖】受診勧奨値を超えている方への対策	優先度：A
目的	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症につながる血糖（HbA1c）の改善を行う。	
目標：ストラクチャー プロセス アウトプット アウトカム	【血圧】に同じ 【血圧】に同じ 【血圧】に同じ 健診結果：HbA1c7.0%以上の比率	
対象者	血糖受診勧奨値を超えた方全員	
事業内容	血糖（HbA1c）受診勧奨値を超えた方への受診勧奨	
実施方法（プロセス）	ア 受診した医療機関において、受診勧奨値を超えた方全員に受診勧奨を実施する イ 受診後、3～4カ月後にKDB データ、レセプト情報から未受診者に個別に再受診勧奨を行う ウ 65 歳未満は訪問による再受診勧奨 エ 65 歳以上は電話による再受診勧奨 オ 受診勧奨後、6カ月後に受診が継続しているか訪問等で確認する	
評価体制・方法	【血圧】に同じ	
実施体制（ストラクチャー）	【血圧】に同じ	
実施スケジュール	【血圧】に同じ	
実施期間	【血圧】に同じ	
実施場所	【血圧】に同じ	

⑤-2 事業名	糖尿病性腎症重症化予防事業 【CKD】受診勧奨値を超えている方、保健指導値の方への対策	優先度：A
目的	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症につながるCKD（慢性腎臓病）の改善を行う。	
目標：ストラクチャー プロセス アウトプット アウトカム	【血圧】に同じ 【血圧】に同じ 【血圧】に同じ 健診結果：eGFR45未満の比率	
対象者1	CKD受診勧奨値を超えた方全員	
事業内容1	受診勧奨値を超えた方への受診勧奨	
実施方法（プロセス）1	ア 受診した医療機関において、受診勧奨値を超えた方全員に受診勧奨を実施する イ 受診後、3～4カ月後にKDBデータ、レセプト情報から未受診者にCKD重症化予防連携システム様式Bにより、個別通知にて再受診勧奨を行う ウ 返信で、栄養相談希望有りの場合、食事指導指示に応じて栄養相談を実施する	
対象者2	CKD保健指導値、または、受診勧奨値の方 （CKD分類G3a、または、尿蛋白±～+）	
事業内容2	保健指導値の方への保健指導（健康教育）	
実施方法（プロセス）2	ア 保健指導値、受診勧奨値の方のリスクの重なりから優先順位をつける イ 対象者に通知 ウ 申込みの時に、個別相談希望を確認 エ 健康教育の実施（医師） オ 個別相談の実施 相談者：保健師、管理栄養士、薬剤師など	
実施体制（ストラクチャー）	福島市CKD重症化予防連携システム 健康推進課、在宅管理栄養士、福島薬剤師会	
評価体制・方法	特定健康診査結果報告において、「情報提供の方法」の「1.付加価値の高い情報提供」、「2.専門職による対面説明」、「3.1と2両方で把握」（ストラクチャー） 文書による再勧奨実施数、返信数（アウトプット） 栄養相談希望数、実施数（アウトプット） 受診勧奨値を超えた方の次年度健診結果（アウトカム） 受診結果の分析（アウトカム） 健康教育参加者数（アウトプット）	
実施スケジュール	受診勧奨：6月～11月 文書による再勧奨：12月～3月	
実施期間	6月～3月	
実施場所	医療機関、保健福祉センター	

⑤-3 事業名	糖尿病性腎症重症化予防事業 個別保健指導	優先度：A・B
目的	糖尿病性腎症による心血管疾患、人工透析への移行を予防する	
目標：ストラクチャー	医療機関と糖尿病治療中断者情報の連携のしくみをつくる	
プロセス	かかりつけ医と糖尿病専門医の連携ができるようなしくみをつくる	
アウトプット	効果のでる保健指導ができるように保健師の力量形成、研修の実施・案内	
アウトカム	医療機関との連携数 個別保健指導実施数（対象者の50%利用） 個別保健指導利用者の検査データの改善 ・HbA1c 値改善数 100% ・eGFR値改善数 50% ・尿蛋白改善数 50%	
対象者	ア 糖尿病治療中断者 イ 糖尿病治療中でHbA1c8.0%以上の方 ウ HbA1c6.5%、または、空腹時血糖 126mg/dl 以上で、 eGFR45~50、または、尿蛋白2+以上の方	
事業内容	糖尿病性腎症重症化予防のための個別保健指導	
実施方法（プロセス）	ア 糖尿病治療中断者の把握を行い、訪問による保健指導を実施する イ 糖尿病治療中でHbA1c 8%以上の方へ訪問による保健指導を行い、かかりつけ医と連携を行う ウ HbA1c6.5%、または、空腹時血糖 126mg/dl 以上で、eGFR45~50、 または、尿蛋白2+以上の方に保健指導および栄養相談の通知を行い、希望者に6カ月継続した支援を行う	
評価体制・方法	治療中断者を把握できる体制整備（ストラクチャー） 糖尿病治療中でHbA1c8.0%以上への訪問数、実施率 個別保健指導、栄養相談実施数、実施率（アウトプット） 個別保健指導実施者の検査値の把握（アウトカム）	
実施体制（ストラクチャー）	福島市CKD 重症化予防連携システム 健康推進課 在宅管理栄養士	
実施スケジュール	H30 糖尿病治療中断者の状況把握のため医療機関アンケートを実施 H30 国保連合会糖尿病治療中断者リストから訪問で状況把握 H30 糖尿病治療中断者対応をマニュアル化 H31~糖尿病治療中断者フォローアップ開始、システムの運用 H31 血糖コントロール不良者に対する専門医連携をシステム化	
実施期間	治療中断者の把握：通年 糖尿病治療中でHbA1c8.0%以上訪問：5月~9月 個別保健指導：通年	
実施場所	医療機関、国保年金課相談室、保健福祉センター	

⑥事業名	CKD 重症化予防連携システムの運用	優先度：A
目的	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症につながるCKD（慢性腎臓病）予防のための関係機関との連携を行う	
目標：ストラクチャー プロセス アウトプット アウトカム	CKD 重症化予防連携システムの円滑な運用 福島市医師会 CKD 重症化予防連携システム対策委員会における協議 医療機関へ周知のための資料作成協力 お薬手帳CKDシールの配布数 システムを利用した連携数 システム利用者の検査値の変化	
対象者	CKD 専門医紹介基準 eGFR45 未満 または、尿蛋白 2+ または、尿蛋白+かつ尿潜血+ など	
事業内容	特定健康診査からシステムを利用した受診勧奨 かかりつけ医から腎臓専門医紹介 お薬手帳CKDシールの運用 かかりつけ薬局における尿検査自己測定の実施と受診勧奨 連携スタッフによる事例検討 CKD 理解のための啓発活動 福島市糖尿病性腎症重症化予防プログラムの運用 事例検討会	
実施方法（プロセス）	ワーキンググループでの話し合い 福島市医師会 CKD 重症化予防連携システム対策委員会での協議 医療機関へ情報提供と周知 CKD 理解のための啓発活動（国保だより、ほか広報媒体の利用） 連携数の集計	
評価体制・方法	腎臓専門医、連携協力医から連携数を集計（1 月～1 2月）（アウトカム） 受診結果の分析（アウトカム）	
実施体制（ストラクチャー）	福島県立医科大学生活習慣病・慢性腎臓病態学講座 福島市医師会 CKD 重症化予防連携システム対策委員会 福島歯科医師会 福島薬剤師会 協会けんぽ福島支部 福島市健康推進課、国保年金課	
実施スケジュール	5 月医療機関説明会 1 月集計事務 連携：通年	
実施期間	通年	
実施場所	医療機関など	



⑦事業名	国保日帰り人間ドック助成事業	優先度：A
目的	被保険者の健康増進	
目標：ストラクチャー アウトプット アウトカム	委託医療機関での円滑な実施 委託医療機関での特定保健指導の実施 利用者数 570 人 利用率 15%	
対象者	当該年度内 30 歳、35 歳、40 歳、45 歳、50 歳、55 歳、60 歳に達する被保険者	
事業内容	特定健康診査、がん検診などを日帰りで実施する	
実施方法（プロセス）	ア 受診した医療機関において、受診勧奨値を超えた方全員に受診勧奨を実施する イ 受診後、3～4カ月後にKDB データ、レセプト情報から未受診者に個別に再受診勧奨を行う ウ 65 歳未満は訪問による再受診勧奨 エ 65 歳以上は電話による再受診勧奨	
評価体制・方法	実施報告（アウトカム、アウトプット）	
実施体制（ストラクチャー）	7 医療機関	
実施スケジュール	5 月案内通知、募集 6 月受診録発送 6 月委託医療機関説明会 7 月～3 月実施および実施結果報告	
実施期間	7 月～2 月	
実施場所	各医療機関	

⑧-1 事業名	早期介入保健指導事業 （国保日帰り人間ドック）	優先度：A・C
目的	40 歳未満の被保険者の健康増進	
目標：ストラクチャー アウトプット アウトカム	日帰り人間ドック実施医療機関での保健指導委託実施を検討 保健指導の実施率 100% 腹囲の改善 100%	
対象者	国保日帰り人間ドックを受診した 30 歳、35 歳で、特定保健指導要件に該当した方	
事業内容	特定保健指導と同等の保健指導を実施する	
実施方法（プロセス）	日帰り人間ドック結果から、対象者を抽出 対象者に訪問で保健指導を行う	
評価体制・方法	実施報告（アウトカム、アウトプット）	
実施体制（ストラクチャー）	国保年金課、委託医療機関	
実施スケジュール	7 月～2 月人間ドック実施 家庭訪問 3 カ月後に、評価	
実施期間	7 月～3 月	
実施場所	各医療機関	

⑧-2 事業名	早期介入保健指導事業 (福島県県民健康調査「健康診査」)	優先度：A
目的	40歳未満の被保険者の健康増進	
目標：アウトプット アウトカム	実施率 100% 受診率 100%	
対象者	福島県県民健康調査 19～39歳健診で受診勧奨値を超えた方	
事業内容	受診勧奨値を超えた方への受診勧奨	
実施方法（プロセス）	当該年度 受診者把握 被保険者の受診状況をレセプト確認 次年度、未受診者に電話または訪問	
評価体制・方法	実施報告（アウトカム、アウトプット）	
実施体制（ストラクチャー）	健康推進課	
実施スケジュール	当該年度 受診者把握 次年度事業実施	
実施期間	通年	
実施場所	健康推進課	

## 5. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチでは、メタボリックシンドローム、高血圧症、糖尿病、脂質異常症等を増加させる福島市民の生活習慣を特定健康診査検査項目と結びつけて、科学的な視点で住民の共感をえていくことが肝要である。また、すでに高血圧、糖尿病、脂質異常症等で治療している方々には、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症へ重症化しないよう、生活指導（水分の取り方、入浴の仕方など）を普及していく。

特に、子どもの生活習慣病予防、喫煙対策、多量飲酒対策に着目した事業に力を入れていく。

⑨事業名	子どもの生活習慣病予防事業	優先度：A
目的	乳幼児期から生活習慣病予防に配慮した生活ができるよう啓発する	
目標：アウトプット アウトカム	配布数 肥満傾向児の出現率（10歳）9% むし歯のない子ども（6歳）の率 55%以上	
対象者	国保被保険者で、家族に乳幼児を持つ世帯	
事業内容	該当世帯にパンフレットを配布する	
実施方法（プロセス）	出生届けの際、市民課窓口および各支所で配布 希望者に国保年金課で配布 健康推進課で健康教育等に活用	
評価体制・方法	市民課および各支所で配布数把握（アウトプット） ふくしまし健康づくりプラン2018（アウトカム）	
実施体制（ストラクチャー）	市民課、各支所、健康推進課へ配布依頼、国保年金課	
実施スケジュール	4月配布依頼 3月集計依頼	
実施期間	通年	
実施場所	市民課窓口および各支所、国保年金課窓口	

⑩-1 事業名	生活習慣病の啓発事業（喫煙対策）	優先度：A
目的	特定健康診査等の機会を利用し、禁煙の取り組みを支援	
目標：アウトプット アウトカム	実施率 100% 特定健康診査受診者の喫煙率 11%	
対象者	特定健康診査受診者で、問診項目に「喫煙あり」と丸をつけた方など	
事業内容	喫煙者にリーフレットを配布し、禁煙する意志がある方には禁煙外来を紹介	
実施方法（プロセス）	特定健康診査受診時、喫煙ありの場合、COPDに関するリーフレットを配布 喫煙が健康に及ぼす影響などの知識を普及 禁煙する意志がある場合、禁煙外来を紹介する	
評価体制・方法	リーフレット配布数（アウトプット） 特定健康診査受診者の喫煙率集計（アウトカム）	
実施体制（ストラクチャー）	医療機関、健康推進課、福島県保健衛生協会、福島薬剤師会	
実施スケジュール	5月医療機関リーフレット配置、配布依頼 6月～10月医療機関配布 6月～11月市民検診集団健診の問診で指導 通年リーフレット配置	
実施期間	通年	
実施場所	医療機関、健診会場、かかりつけ薬局	

⑩-2 事業名	生活習慣病の啓発事業（多量飲酒対策）	優先度：A
目的	特定健康診査等の機会を利用し、多量飲酒の改善	
目標：アウトプット アウトカム	実施率 100% 特定健康診査 2 合以上飲酒者 6%	
対象者	特定健康診査受診者で、問診項目で「飲酒 2 合以上」に丸をつけた方など	
事業内容	多量飲酒者にリーフレットを配布	
実施方法（プロセス）	特定健康診査受診時、2合以上飲酒の場合、リーフレットを配布 飲酒が健康に及ぼす影響などの知識を普及	
評価体制・方法	リーフレット配布数（アウトプット） 特定健康診査受診者の2合以上飲酒者率集計（アウトカム）	
実施体制（ストラクチャー）	リーフレット配布数（アウトプット） 特定健康診査受診者の喫煙率集計（アウトカム） 医療機関、健康推進課、福島県保健衛生協会	
実施スケジュール	5月医療機関リーフレット配置、配布依頼 6月～10月医療機関配布 6月～11月市民検診集団健診の問診で指導 通年リーフレット配置	
実施期間	通年	
実施場所	医療機関、健診会場	

⑪事業名	地域包括ケアの推進事業	優先度：A・B
目的	高齢者の尊厳の保持と自立支援	
目標：ストラクチャー	長寿福祉課との連携 年代ごとの健康課題の把握	
プロセス	地域包括ケアに関する会議参加	
アウトプット	地域包括支援センター、介護保険事業者との連携事例数	
アウトカム	国保出前講座開催数 10回 高齢者に多い心原性脳塞栓症発生数の減少	
対象者	高齢者	
事業内容	<p>ア 地域包括ケアに関する会議への参加 医療・介護・保健・福祉サービスの連携の把握を行い、保険者の役割として事業を組立てるよう情報収集する</p> <p>イ 介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有 情報共有の手順 ① 訪問、電話、栄養相談等の保健事業対象者について、KDBデータの個人履歴、5年間の履歴を出力し、介護保険利用状況を確認する ② 介護保険の認定を受けている場合、サービス状況を確認し、ケアマネジャーから、保健指導に関する助言をもらう ③ 必要な場合は、ケアマネジャーを通し、居託事業者と連携を図る ④ 介護保険認定がない場合に、対象者の生活状況等の確認が必要な場合は、地域包括支援センターと情報共有を図る</p> <p>ウ KDB・レセプトデータを活用した事業 KDBで要支援、介護を分析した結果、第2号被保険者の認定理由で半数を占める脳卒中対策のため、心房細動による脳塞栓症予防に焦点をあて、受診勧奨・保健指導を実施する</p> <p>エ 住民主体の地域活動の支援 国保出前講座の実施 「健診結果の見方と生活について」 目的：心筋梗塞、脳血管疾患、腎不全の予防 「認知症予防は、健診結果の改善から」 目的：認知症予防 「心臓病（心房細動）による脳梗塞を予防するために」 目的：心房細動による脳塞栓症予防</p> <p>オ 後期高齢者医療制度又は介護保険制度と連携した事業 高齢者に多い疾患、介護保険につながりやすい疾患の予防のため、介護関係者に対し、啓発活動を行う 啓発用リーフレット配布、研修会など情報提供、</p> <p>カ 総合病院を拠点とした地域包括ケアの推進に向けた取り組みを検討</p>	
実施方法（プロセス）	地域包括ケアに関する会議、KDBシステムやレセプトから年度毎に課題を把握 課題に応じた内容の講座、啓発チラシなどを準備 長寿福祉課を通し地域包括支援センターや介護事業者へ情報提供 介護保険認定者の国保保健事業利用者は、個別に介護事業所と連携を図る	
評価体制・方法	実施報告（アウトプット）	
実施体制（ストラクチャー）	国保年金課	
実施スケジュール	4月年度計画作成、長寿福祉課と打ち合わせ	
実施期間	通年	
実施場所	学習センターなど	

⑫事業名	ふくしま【健】民パスポートの啓発事業	優先度：A
目的	個人のインセンティブ提供	
目標：アウトプット アウトカム	新規事業参加者数（健康推進課設定） 参加者の健康への効果（未設定）	
対象者	18歳以上で福島市在住の方	
事業内容	福島市健康づくりポイント事業	
実施方法（プロセス）	健康推進課が、記入台紙を国保年金課、支所、学習センター、保健福祉センターに配置する。 国保年金課では、説明書を掲示し、記入台紙を配布し、参加方法を説明する。 ふくしま市政だより、報道機関、福島市健康フェスタで啓発ポイントに応じ、健康推進課でふくしま【健】民カードを発行	
評価体制・方法	健康推進課によるカード発行数 福島県健康増進課によるスマートフォンアプリ利用者数の把握	
実施体制（ストラクチャー）	福島県健康増進課 福島市健康推進課	
実施スケジュール	5月記入台紙の設置・配布	
実施期間	6月～3月	
実施場所	国保年金課窓口	

⑬-1 事業名	医療費適正化事業 重複・頻回受診者等訪問指導事業	優先度：A
目的	医療費の適正な利用	
目標：アウトプット アウトカム	実施数：毎年増加させる 訪問後に医療費の減少した比率 100%	
対象者	ア 重複・頻回受診者 イ 重複服薬者 ウ 高血圧症、糖尿病で治療中で、特定健康診査の検査値が高血圧Ⅲ度、HbA1c 8.0%以上の方（コントロール不良）	
事業内容	訪問による適正受診と保健指導	
実施方法（プロセス）	ア 重複・頻回受診者のレセプトを確認し、訪問 イ 重複服薬者のレセプトを確認し、薬剤師と同行訪問 ウ 前年度の特定健康診査受診者から、高血圧症、糖尿病で治療中で、コントロール不良の方へ訪問指導	
評価体制・方法	実施報告（アウトプット） 訪問前後のレセプト分析（アウトカム）	
実施体制（ストラクチャー）	健康推進課、福島薬剤師会、国保年金課	
実施スケジュール	4月～コントロール不良訪問実施 5月薬剤師会と打ち合わせ 6月～訪問実施 訪問後、3カ月後レセプト確認	
実施期間	通年	
実施場所	市内	

⑬-2 事業名	医療費適正化事業 後発医薬品使用促進、医療費通知の送付、第三者行為求償事務	優先度：A
目的	医療費の適正利用	
目標：アウトカム	ジェネリック医薬品利用割合 80%	
対象者	国保被保険者	
事業内容	後発医薬品使用差額通知 年2回 医療費通知の送付 年6回 第三者行為求償事務	
実施方法（プロセス）	委託契約 後発医薬品使用通知 委託契約 医療費通知の送付 第三者行為求償事務	
評価体制・方法	国保連合会より報告書（アウトカム）	
実施体制（ストラクチャー）	国保年金課	
実施スケジュール	4月委託契約 随時 第三者行為求償事務	
実施期間	通年	
実施場所	国保年金課	

⑭事業名	がん検診、歯と歯ぐきの検診の受診啓発	優先度：A、B
目的	がん検診、歯と歯ぐきの検診の受診率向上	
目標：アウトカム	胃がん受診率： 40%以上 肺がん受診率： 40%以上 大腸がん受診率： 40%以上 乳がん受診率： 50%以上 子宮頸がん受診率：55%以上 歯と歯ぐきの検診受診率：10%以上	
対象者	がん検診等対象者	
事業内容	がん検診、歯と歯ぐきの検診の受診勧奨	
実施方法（プロセス）	国保加入者全員に受診券を送付 受診率の低い女性検診、歯と歯ぐきの検診を特に啓発 健康推進課との連携	
評価体制・方法	各検診受診者から国保被保データを抽出（アウトカム）	
実施体制（ストラクチャー）	健康推進課、国保年金課	
実施スケジュール	5月受診券送付 6月～12月啓発	
実施期間	6月～12月	
実施場所	健康推進課、国保年金課	

⑮事業名	生活習慣病予防の広報事業	優先度：A
目的	生活習慣病に関する知識の普及と健康意識の高揚を図るため啓発活動を行う	
目標：プロセス	特定健康診査等、生活習慣病に関する広報内容の充実を図る	
対象者	国保被保険者	
事業内容	国保だより、福島市ホームページ等での広報	
実施方法（プロセス）	国保だより年3回 福島市ホームページ：随時	
評価体制・方法	国保だよりへ記事の掲載、ホームページの有効活用（プロセス）	
実施体制（ストラクチャー）	国保年金課	
実施スケジュール	5月ホームページ作成 7月、10月、3月国保だより掲載	
実施期間	通年	
実施場所	国保年金課	

## 6. ふくしまし健康づくりプランとの連携

データヘルス計画の目的を達成するために、ふくしまし健康づくりプランとの連携により、事業を展開していく。

### <ふくしまし健康づくりプラン2018>

#### 基本理念

やすらぎと潤いのあるまちで生涯にわたって健康で安心して暮らす

#### 基本方針

- 1 健康に関する生活習慣づくりの支援
- 2 生活習慣病の発症予防と重症化予防
- 3 ライフステージに応じた健康づくり支援
- 4 市民が主体的に健康づくりをすすめるためのまちづくりの推進
- 5 放射線に関する健康管理の推進

#### 推進項目および事業

平成28年度福島市民の健康と生活習慣調査の結果や各種データに基づき、経年的に悪化している項目や全国レベルより水準が低い項目、他の推進項目の改善・悪化に影響を及ぼすと思われる9項目を「重点推進項目」と位置づけ、現在行っている取り組みをさらに推進していく8項目を「継続推進項目」とした。

項目毎に健康づくり目標を設定し、学校・職域・医療機関・地域などとの連携、各種健康講座の開催等により、推進していく。

#### 1 推進項目

##### 1) 重点推進項目

- ① 喫煙
- ② 歯・口腔の健康
- ③ がん
- ④ 肥満・メタボリックシンドローム
- ⑤ 脳・心血管系疾患
- ⑥ こころの健康
- ⑦ 子どもの健康
- ⑧ 子育てを取り巻く環境の整備
- ⑨ 放射線に関する健康管理の推進

##### 2) 継続推進項目

- ア 栄養・食生活
- イ 身体活動・運動
- ウ 休養
- エ 飲酒
- オ 糖尿病
- カ 慢性閉塞性肺疾患（COPD）
- キ 高齢者の健康
- ク ソーシャルキャピタルを活用した地域づくり



## 2 事業（重点推進項目）

### ① 喫煙

〔事業例：学校保健委員会参加や防煙教室、乳児妊産婦等訪問指導事業、こんにちは赤ちゃん事業、禁煙希望者への個別支援、周知PR活動など〕

### ② 歯・口腔の健康

〔事業例：乳幼児健康診査、地域子育て相談会・交流会、親と子の健康講座、学校保健委員会参加、フッ化物洗口事業、働き盛りの健康講座など〕

### ③ がん

〔事業例：がん検診受診勧奨、精密検査該当未受診者への個別通知、健民カードの普及など〕

### ④ 肥満・メタボリックシンドローム

〔事業例：地区健康教室・健康相談、働きざかりの健康講座、食育推進事業、食生活改善推進員の養成及び活動支援など〕

### ⑤ 脳・心血管系疾患

〔事業例：地区健康教室・健康相談、健民カードの普及、特定健康診査の受診勧奨、特定健康診査結果受診勧奨家庭訪問など〕

### ⑥ こころの健康

〔事業例：職域・地域での出前講座やゲートキーパー養成講座など〕

### ⑦ 子どもの健康

〔事業例：親と子の健康講座、地域子育て講座、地域子育て相談会・交流会、学校保健委員会参加、こんにちは赤ちゃん事業、乳幼児健康診査、フッ化物洗口事業など〕

### ⑧ 子育てを取り巻く環境の整備

〔事業例：こんにちは赤ちゃん事業、乳児妊産婦等訪問指導事業、予防接種事業、地域子育て相談会・交流会など、その他こども未来部こども政策課事業\*1〕

\*1 こども政策課事業…母子健康手帳交付、妊婦健康診査受診票交付、妊婦教室、子育て支援センターえがお、産後ケア事業、養育支援訪問事業など

### ⑨ 放射線に関する健康管理の推進

〔事業例：地区健康相談など、その他放射線健康管理課事業\*2〕

\*2 放射線健康管理課事業…放射線と市民の健康講座、子どもの健康と放射線講座、体験型学習会、個人線量計（ガラスバッジ等）による外部被ばく検査、ホールボディカウンタによる内部被ばく検査など

## 7. 介護保険事業計画との連携

データヘルス計画の目的を達成するため、介護保険事業計画との連携により、事業を展開していく。

### <介護保険事業計画>

#### 基本理念

すべての人が人間として尊ばれ、生きがいを持ち、心豊かに、安全に安心して暮らせる長寿社会の実現

- 高齢者が、生きがいを持ち、住み慣れた地域で心豊かに安全に安心して暮らせるように、地域全体で助け合い、共に生きてゆける地域包括ケアに根ざした地域社会づくりを目指します。
- 高齢者とその家族には、自らの選択のもとに、いつでも安心してサービスが利用できるように、多様なサービス提供体制の整備を目指します。

#### 基本目標

- 1 生涯をいきいきと暮らせる健康づくり     ～健康寿命の延伸を目指して～
- 2 社会参加と生きがいつくりの推進
- 3 地域における自立した日常生活の支援
- 4 介護サービスの基盤整備
- 5 介護サービスの質の向上

### <一般介護予防事業>

高齢者の介護予防と悪化防止を目的に、自己管理能力や日常生活の活動の向上、社会参加等の生きがいつくりの支援など高齢者の QOL の向上と地域の実情に応じた介護予防の取組みを推進します。

#### ① 介護予防把握事業

- (ア) 地域の実情に応じ収集した情報により閉じこもり等の支援を要する者を把握し介護予防につなぐ。
- (イ) 包括や事業所が早期に必要な者を把握し支援が受けられるよう一般市民への啓発を図る。

#### ② 介護予防普及啓発事業

- (ア) いきいき介護予防大会
- (イ) 栄養改善、口腔機能改善のための個別相談、出前講座

#### ③ 地域介護予防活動支援事業

- (ア) 福島市版介護予防体操「いきいきももりん体操」の取組み、通いの場の支援
- (イ) 福島市版介護予防体操「いきいきももりん体操」体験講座
- (ウ) いきいきももりん体操サポーター研修会

#### ④ 一般介護予防事業評価事業

- (ア) 一般介護予防事業の効果等の事業評価

#### ⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業

- (ア) 介護予防ケアマネジメント相談会（自立支援型地域ケア会議）