

平成28年度個別保健事業計画

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
（30歳代健診）	将来、生活習慣病にならないために、若い時から健診受診を勧め、健診を受ける習慣をつける	30歳代は年に1回生活習慣病に着目した健診を受ける習慣がついている H28年度 30人 H29年度 30人	①町内在住 ②30～39歳 ③勤務先等では健康診査を受ける機会のない方 ＊①～③のすべてに該当する方	30歳代健診、追加項目の実施	1、対象者への周知：個別通知、広報等 2、30歳代健診、追加項目の実施、健康情報手帳の配布（年間2回＊追加項目については年間1回） 3、受診者への結果通知 4、・健診結果が要精密、要医療者へは、来所により、受療勧奨及び保健指導を行う ・未来所者へは、再度来所日を設定する又は訪問等で受療勧奨及び保健指導を行う（受療後は、保健師へ連絡をいただく） 5、受療勧奨を行った方の受療結果の確認（内服状況などレセプトで確認） 6、未受療者へ、電話等で受療勧奨を行う	健康福祉課 健康増進担当	H28～H29年度（年間2回）	保健センター	受診者数 継続受診者数 健診結果
特定（健診受診率）の向上	特定健診の受診率を向上させ、生活習慣病の発症・重症化を予防することで、健康寿命を延伸する	特定健診の重要性が分かり、年に1回特定健診を受診する人が増える H28年度 47.7% H29年度 50.7%	40歳から74歳までの中土佐町国保加入者	特定健診未受診者への訪問、電話、ハガキ等での勧奨	1、未受診者への訪問（40～64歳） 2、未受診者への電話勧奨の実施（町民環境課及び健康福祉課職員） 3、勧奨ハガキの送付 4、広報、回覧、防災無線等での周知 5、健康づくりサポーターからの啓発	町民環境課 国保担当保健師 健康福祉課 健康増進担当保健師	H28～H29年度	被保険者宅	受診率 未受診者への訪問数
（特定症予防・指導重症化率の防向上）	動機づけ支援：対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができ、終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できる 積極的支援：対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、終了後にはその生活が継続できる	動機づけ支援：対象者本人が自分の生活習慣の改善点等を自覚し、自ら目標を設定し行動に移すことができる 積極的支援：対象者自らが自身の身体に生じている変化への理解を促すとともに、実践可能な行動目標を対象者自身が選択できる H28年度 15.7% H29年度 18.7%	特定健診の受診結果により健康の保持に努める必要がある方（特定保健指導対象者）	特定保健指導対象者への勧奨 特定保健指導の実施	1、特定保健指導対象者の抽出 2、対象者への個別通知 3、特定保健指導の実施 ・申込み者には、来所又は訪問により特定保健指導の実施 ・申込みのない方へは、対象者宅への訪問又は電話により勧奨を行い、希望者へは特定保健指導を行う	町民環境課 国保担当保健師 健康福祉課 健康増進担当保健師	H28～H29年度	被保険者宅 保健センター 上ノ加江支所 大野見保健福祉センター	特定保健指導実施率 特定保健指導終了率

事業名	目的	目標	対象者	事業内容	方法	実施者	期間	場所	評価
ハイリスク者の受療勧奨事業（重症化予防）	医療機関への受療が必要な者が適切な検査・治療を受けることができ、生活習慣病の重症化を予防する	1、高血圧の改善 2、血糖コントロール不良者の割合の減少 3、脂質異常症の減少 4、肝機能異常者の減少 5、腎機能異常者の減少	1、最大血圧180以上、最小血圧110以上 2、HbA1C7.4以上 3、LDLコレステロール180以上 4、GOT100以上 5、GPT100以上 6、血色素量 男性10.9以下、女性9.9以下 7、尿酸10.0以上	1、個別面談による受療勧奨および保健指導（40歳から74歳までの中土佐町国保加入者）	[集団健診] 1、健診結果報告会の案内通知 2、健診結果報告会の実施 ・来所者に対して、治療の必要性を説明し、医療機関を受療勧奨及び保健指導を行う ・健診結果報告会未来所者へは、再度来所日を設定する又は訪問等で受療勧奨及び保健指導を行う（受療後は、保健師へ連絡をいただく） 3、受療勧奨を行った方の受療結果の確認（内服状況などレセプトで確認） 4、未受療者へ、電話等で受療勧奨を行う [個別健診] 1、対象者の受療結果の確認（内服状況などレセプトで確認） 2、未受療者に対し、対象者宅を訪問し、治療の必要性を説明し、医療機関を受療勧奨及び保健指導を行う	健康福祉課 健康増進担当保健師 町民環境課 保健師	H28～H29年度	保健センター 上ノ加江支所 大野見保健福祉センター 被保険者宅	ハイリスク対象者の医療機関受療率 ハイリスク対象者のフォローアップの実施率
			1、最大血圧160-179、最小血圧100-109 2、HbA1C6.5-7.3 3、LDLコレステロール140-179 4、中性脂肪（空腹時）300以上、（食後4時間）未満400以上 5、HDL34以下 6、GOT61-99 7、GPT61-99 8、γ-GTP101以上 9、血色素量 男性10.0-11.0、18.0以上、女性10.0-11.0、16.0以上 10、尿酸9.0-9.9 11、eGFR49.9以下 12、眼底検査 Sheie-S 2以上、Sheie-H 2以上、K-W II a以上、Scott 1b期以上	1、個別面談による受療勧奨および保健指導（40歳から59歳までの中土佐町国保加入者）	[集団健診] 1、健診結果報告会の案内通知 2、健診結果報告会の実施 ・来所者に対して、治療の必要性を説明し、医療機関を受療勧奨及び保健指導を行う ・健診結果報告会未来所者へは、再度来所日を設定する又は訪問等で受療勧奨及び保健指導を行う（受療後は、保健師へ連絡をいただく） 3、受療勧奨を行った方の受療結果の確認（内服状況などレセプトで確認） 4、未受療者へ、電話等で受療勧奨を行う [個別健診] 1、対象者の受療結果の確認（内服状況などレセプトで確認） 2、未受療者に対し、対象者宅を訪問し、治療の必要性を説明し、医療機関を受療勧奨及び保健指導を行う	健康福祉課 健康増進担当保健師 町民環境課 保健師	H28～H29年度	保健センター 上ノ加江支所 大野見保健福祉センター 被保険者宅	ハイリスク対象者の医療機関受療率 ハイリスク対象者のフォローアップの実施率