

## 第5章

### 領域別健康づくりの施策

# 第5章 領域別健康づくりの施策

## 第1節 現状と課題のまとめ

第4章までに示した、当市における健康づくりを取り巻く現状と課題、及び今後の取組の方向性のまとめは以下のとおりです。

図表 71 現状と課題、及び今後の取組の方向性

現状
<ul style="list-style-type: none"><li>・人口及び世帯は、自然動態と社会動態の両方の増加を受け穏やかに増加傾向にあり、全国と比べると20～40歳代の割合が高いのが当市の特徴となっている。</li><li>・高齢化が進展し、平成34年（2022年）に後期高齢者数が前期高齢者数よりも多くなると予測される。</li><li>・平成12年から平成27年までの15年間で、当市の平均寿命が男女ともに2.4歳延長しており、埼玉県平均を上回る長命化が進んでいる。</li><li>・死因について見ると、壮年期（25～44歳）の1位は自殺、2位が悪性新生物（がん）である一方、中年期（45～64歳）及び高齢期（65歳以上）では、1位が悪性新生物（がん）、2位が心疾患（高血圧性を除く）となっている。</li><li>・当市国保においては、被保険者数は減少（人口全体に占める国保加入者は平成28年度19.7%）する一方、65歳以上の被保険者の総医療費が約5割を占めており、加齢に伴って入院・通院・調剤のいずれにおいても総医療費は増加傾向にある。</li></ul>
課題
<ul style="list-style-type: none"><li>・高齢期に総医療費が大きくなるのは、それまでの生活習慣に由来するため、高年齢層向けの取組に加え、若年層や中年層からの健康増進・健康管理が重要である。</li><li>・具体的には、悪性新生物（がん）、脳梗塞、糖尿病の重症化に伴う透析、精神疾患が医療費に占める割合が大きく、健（検）診の推進、生活習慣病の予防、疾患の再発・重症化予防、精神障害者手帳保有者への支援といった取組の強化が必要である。</li><li>・若年層や中年層からの健康増進・健康管理について言えば、生活習慣病の予防に関連する、食生活、運動習慣といった領域の取組を強化する必要がある。</li><li>・健（検）診については、受診率を高めるとともに、ハイリスクと判断された人が確実にリスクを低減できるように支援する必要がある。</li></ul>
取組の方向性
<ul style="list-style-type: none"><li>・上記の課題に対し、「ヘルスアップ（健康増進や疾病の予防に関する取組）」と「ヘルスサポート（疾病の進行と重症化を防ぐための取組）」の2つの視点を持ち、施策を展開</li><li>・市民一人ひとりが「セルフヘルスケアマネジメント（自己健康管理を推進するための取組）」に取り組めるよう方策を提案</li></ul>

## 第2節 事業体系

本計画では、第4章までに示した施策の視点を踏まえ、以下の事業体系に基づいて領域別の健康づくりの施策を推進していきます。

- 1 生活習慣病等の発症リスクを高める生活習慣を改善するための取組  
(健康な人が病気にならないようにするための取組)
  - (1) 健康体格の実現 (適正体重の実現)
  - (2) 特定健診受診者の改善率向上及び未受診者に対するフォロー **(重点)**
  - (3) 健康的な食生活・食行動の実現  
⇒「第三次和光市食育推進計画」において具体策を実施
  - (4) 歯・口腔の健康の維持
  - (5) 適切な身体活動・運動習慣の定着
  - (6) 習慣的喫煙の削減
  - (7) 習慣的多量飲酒の削減
  - (8) 主に働いている人の休養の重要性
- 2 疾病の早期発見・早期対応に関する取組  
(健康な人が病気にならないようにするための取組)
  - (1) がんの早期発見の向上 **(重点)**
  - (2) 現役世代 (社会保険加入者の若年層・中年層と国民健康保険加入者の若年層)からの健康増進支援の検討 **(重点)**
- 3 脳血管疾患・心疾患・糖尿病等の重症化予防に関する取組  
(すでに病気になっている人が重症化しないようにするための取組)
  - (1) 循環器疾患 (脳血管疾患・心疾患)における再発・重症化予防の検討 **(重点)**
  - (2) 糖尿病における重症化予防の検討 **(重点)**
- 4 認知症の早期発見に関する取組  
(健康な人が病気にならないようにするための取組)
- 5 メンタルヘルスに関わる取組  
(健康な人が病気にならないようにするための取組)
  - (1) 現役世代 (社会保険加入者の若年層・中年層と国民健康保険加入者の若年層)のメンタルヘルスに係るリスクの実態把握
- 6 地域における健康づくりの取組  
(健康な人が病気にならないようにするための取組)
  - (1) ヘルスサポーターの活動支援 **(重点)**
  - (2) 食育コンソーシアムを基幹とした、地域事業者による健康支援事業の推進
  - (3) 社会的孤立や経済的な困窮に起因する、健康自立困難ケースに対する、個別の健康課題に対するマネジメント **(重点)**

# 1 生活習慣病等の発症リスクを高める生活習慣を改善するための取組

## (1) 健康体格の実現

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」46ページに記載

### <施策の方向性>

体重は、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連があることから、疾病発症のリスクを高めないように、適正体重の維持を可能とする支援を行います。

### <具体的施策>

#### 1) 若年層、中年層男性の肥満者に対する保健指導の充実（健康保険医療課）

##### ① 社会保険加入者の若年層・中年層と国民健康保険加入者の若年層に対する個別保健指導の検討【新】

社会保険加入者で、生活習慣病等の発症リスクをもつ人の発見の仕方や個別ケアマネジメント対象者の抽出の仕方及び有効な取組について、実施に向けて調整していきます。

ア 第一段として、「ニーズ調査」の回答者（20～64歳）のうち、「BMI値が25以上」などの生活習慣病の発症リスク保有者に対しアプローチを行い、特に生活習慣改善の必要性が高い人に対し、個別ケアマネジメントの手法を利用し、リスク改善支援を実施します。

対象者の勤務先等での健康診断受診歴や健康診断結果、保健指導受診歴等確認し、勤務先等での保健指導を受けられない人に対し、ニーズ調査結果及び健康診断結果と本人からの情報収集を行います。その結果、特に生活習慣改善の必要性が高い人に対しては、生活改善の実行が可能なケアプランを作成し、専門職による保健指導を実施します。また、生活習慣改善の必要性が中程度・低い人に対しては、自主的な健康づくり行動に役立つ情報発信を実施します。具体的には運動を日常生活に取り入れやすいよう体育館の利用紹介や、食育推進コンソーシアム会議（108ページ参照）を基幹とした、店舗での減塩・減糖商品のポップ表示、コーナー化やコンビニエンスストアで実施している「買い方プログラム」等の情報提供を行います。

イ 健康マイレージ参加者の状況など、健康保険医療課事業参加者の身体状況を把握し、特に生活習慣改善の必要性が高い人に対しては、生活改善の実行が可能なケアプランを作成し、専門職による保健指導を実施します。また、生活習慣改善の必要性が中程度・低い人に対しては、自主的な健康づくり行動に役立つ情報発信を実施します。

ウ 市で実施している健康診断以外での、勤務先等での健康診断を受診した人にも健康づくり支援を行うことを市広報やホームページを通じて周知します。

エ 市民、会社の健康保険組合、協会けんぽ及び関係団体等に対して、健康診断結果等の必要な情報を提供するよう求め、上記情報より抽出した生活習慣病リスク者に対しては、個別ケアマネジメントの手法を利用したリスク改善支援の実施を検討してまいります（予定）。

## ② 若年層に対する健康診断事業【継】

勤務先等での健康診断を受けられない人に対して健康診断の受診機会の提供を行うため、「30代健診」を実施します。

「30代健診」受診者のうち、血液検査結果等に異常があった人に対し、個別ケアマネジメントや健康教室を実施します。（健康教室の目的：受講者が生活習慣病予防を含め健康的に生活するための知識や技術等を座学・実技グループワークを通して身につけ、日常生活に活用できるようになること。）

健康教室を実施した結果、平成28年度においては、参加者の39名のうち、体重に関しては男性の55%、女性の67%の数値が改善、体脂肪率に関しては、男性の89%、女性の63%が改善、腹囲に関しては、男性の33%、女性の70%が改善しました。

## 2) 地域ぐるみの健康的な食生活の推進（健康保険医療課）

⇒詳細は（3）「健康的な食生活・食行動の実現」79ページ及び第2部「第三次和光市食育推進計画」105ページ以降に記載しています。

## 3) 運動習慣定着の推進（健康保険医療課）

⇒詳細は（5）「適切な身体活動・運動習慣の定着」82ページに記載しています。

## 4) 高齢層の肥満と低体重（低栄養）者に対する個別ケア【継】（健康保険医療課）

日常生活圏域ニーズ調査（65歳以上対象）にて使用する調査票（基本チェックリスト）結果で、評価項目の口腔機能・栄養がハイリスクである人を抽出し、訪問による摂食・栄養指導等、個別の高齢者の課題を解決するためのケアを実施します。

## 5) 若年層女性のやせへの対策

### ① 小中学校での食育の推進【継】（学校教育課）

小中学校等での教育課程に基づいた食育の実践・推進により、生涯にわたって自らの健康を適切に管理し改善していく能力を育てます。

### ② 「女性特有のがん検診（集団）」と全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）特定健診の合同実施【継】（健康保険医療課）

和光市では、がん検診受診率向上のため、平成27年度から女性特有のがん検診と協会けんぽ加入の被扶養者を対象とした特定健診を合同実施しています。

この検診は、受診者層が比較的20歳～40歳代が多いため、今後は、20歳以上の受診者のうちBMIが18.5未満や食生活に課題がある人を対象に適切な栄養摂取等についての栄養助言指導を行うことで、がん検診受診率向上だけではなく女性の健康体格の実現を支援していきます。

<評価指標>

図表 72 健康体格の実現に関する評価指標

	項目	現状値	目標
		H28 年度	H39 年度
①	20 歳代女性の BMI 18.5 未満の割合	27.6% (※1)	20% (※2)
②	20～60 歳代男性の BMI 25 以上の割合	27.9% (※1)	25.1% (※3)
③	70 歳以上の BMI 25 以上の割合	21.0% (※1)	18.9% (※4)
④	70 歳以上の BMI 18.5 未満の割合	9.9% (※1)	8.9% (※4)

※1 「平成 28 年 地域の絆と安心な暮らしに関する調査」結果より抽出

※2 目標値の設定は、「健康日本 21（第二次）」に基づくものとする。

※3 目標値の設定は、国の目標値（28%）より低かったが、さらに現状値の 1 割減少値とした。

※4 目標値の設定は、現状値の 1 割減少値とした。

## (2) 特定健診受診者の改善率向上及び未受診者に対するフォロー（重点）

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」32ページに記載

### <施策の方向性>

特定健診及び特定保健指導（※1）のリスク軽減に係る効果を具体化するため、新たに特定保健指導における評価指標に改善率を設け、アウトカムを明確にすると共に改善率向上のための取組を行います。

（※1）特定健診及び特定保健指導とは、保険者が健診結果により内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につながるよう、専門職が個別に介入するものです。

### <具体的施策>

#### 1) 特定保健指導終了者の改善率の設定【新】（健康保険医療課）

現行のデータヘルス計画においては、特定保健指導実施後の改善率の指標を「メタボリックシンドロームの該当者・予備群者減少率」としていたため、メタボリックシンドロームリスクの軽減効果が不明でした。

本計画の基本方針、「健診受診等による具体的な改善率を目標値として設定し、アウトカムを明確にした事業実施を進める」を受けて、第2期データヘルス計画の特定保健指導実施後の評価指標については「特定保健指導の終了率・改善率・全体改善率」という評価指標に転換させました。具体的には、特定保健指導を受けた人の翌年度以降の健診結果から、メタボリックシンドロームリスク反映数値（体重、腹囲、中性脂肪、空腹時血糖）を改善させていくことを目標とします。

また、特定保健指導による医療費効果の検証をします。

#### 2) 特定保健指導利用者数・参加継続者数・改善率の向上の取組（健康保険医療課）

##### ① 特定保健指導の導入・手法の見直し・改善【新】

「標準的な健診・保健指導プログラム（案）【平成30年度版】」（※2）を踏まえ、以下の手法を実施予定です。

（※2）標準的な健診・保健指導プログラムとは、高齢者医療確保法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものです。

個別健診受診者は、受診医療機関の医師からの特定保健指導の受診勧奨の実施依頼、及び市でも健診結果入手後に文書、電話等での保健指導の参加勧奨を実施します。

集団健診受診者は、健診受診時に、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等から特定保健指導対象と見込まれる人に対して健診医の勧奨のもと、特定保健指導の初回面接（主に簡単な生活面のアセスメントを行います）と目標を定めた行動計画を暫定的に作成し、後日、全ての項目結果から医師が総合的な判断を行い、専門職が本人と行動計画を完成する方法を実施します。

特定保健指導初回面接時に、経年の健診結果のグラフや本人の疾患リスク、検査値について、メタボリックシンドロームの病態が記載されているリーフレット等でわかりやすく説明し、対象者自身が身体の状態を具体的にイメージできて、自らの課題を理解するための支援を行ったり、個別ケアマネジメントの手法による保健指導としたりすることで、生活習慣改善の必要性への理解促進を図ります。

特定保健指導の利用継続に同意が得られない場合には、訪問等を実施、合意形成に努めます。

動機づけ支援、積極的支援ともに実施期間を約3ヶ月とし、利用者の負担軽減を図ります。

### 3) 特定健診未受診者支援（健診受診の積極的勧奨）（健康保険医療課）

#### ① ヘルスサポーター等による自主活動時及び日常生活圏域を中心とした訪問等での受診勧奨【新】

現在までは、特定健診未受診者に対し、手紙及び電話での受診勧奨を行っていましたが、今後はヘルスサポーターによる、特定健診の積極的勧奨を目的とした、日常生活圏域を中心とした訪問を新たに実施していきます。

特定健診未受診者の自宅を訪問した際には、その場で、健診を受けて自身の身体の状態に気づくことの大切さや生活習慣病を予防することのメリットについての説明を行うとともに、特定健診の積極的勧奨を実施します。

#### ② 年齢別での勧奨実施【継】

55歳から64歳は、生活習慣病罹患者が急増する年代層であること等情報提供を含めた、特定健診案内通知の送付及び電話での受診勧奨を実施します。

40歳代は、無料クーポン券の対象年齢であることから、電話勧奨時に特定健診及びがん検診との同時受診の受診勧奨を実施します。

その他の年代は、特定健診の案内及び受診勧奨のはがきの送付等を実施します。

#### ③ 健診予約に直接連動する電話勧奨【継】

集団健診の電話予約時期と同時期に特定健診の受診勧奨を実施し、受診勧奨から集団健診の予約をとることができる体制を継続します。

#### ④ 健診結果の提供依頼及び未受診理由の聞き取り【継】

他の健診の受診者への健診結果の提供依頼や受診の意向の確認に加え、受診しないと回答する人の理由の聞き取り、分析を実施し、次年度以降の改善につなげます。

### 4) 現時点では特定保健指導の対象外である服薬者に対する支援（健康保険医療課）

#### ① 特定保健指導対象外の検査高値、糖尿病性腎症等リスク者へのアプローチ【新】

複数年の健診結果において、特定保健指導対象外かつHbA1c 6.0%以上（※3）、血圧140 mmHgまたは90 mmHg以上、LDLコレステロール140 mg/dl以上（※4）の2つ以上に該当する人や、HbA1c 5.6%以上かつegfr90未満（※5）の中から、人工透析や脳血管疾患発症リスクに応じて対象者を決定し、食事・運動を含めた個別ケアマネジメントの手法を利用した保健指導の実施を検討してまいります。

(※3) HbA1cとは、約1~2ヶ月前の血糖コントロール状態を反映する指標とされ、一般的な基準値は5.6%以下です。

(※4) LDLコレステロールとは、細胞内に取り込まれなかった余剰なコレステロールを血管内に放置し、動脈硬化を引き起こす原因であり、一般的な基準値は139mg/dl以下です。

(※5) egfrとは、腎臓にどれくらい老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の働きが悪いということになります。一般的な基準値は90以上です。

## ② 生活習慣病による医療機関受診者へのアプローチ【新】

KDBシステム(※6)等を活用し、医療機関を受診中の人の中から、健診結果やレセプトの受療状況から循環器疾患(脳卒中・狭心症等)の入院中・後の人や、高血圧・糖尿病・脂質異常症の傷病名を複数併せ持つ人等を確認し、緊急度に応じて支援対象者を選定してまいります。その対象者に対して、生活習慣や服薬等の状況確認及び医師の指導内容の実施状況を踏まえた食事・運動等個別ケアマネジメントの手法を利用した支援を実施することを予定しています。

(※6) KDBシステムとは、国民健康保険データベースのことです。

## <評価指標>

図表 73 特定健診受診者の改善率向上及び未受診者に対するフォローに関する評価指標

	項目	現状値	目標
		H28年度	H35年度
①	国民健康保険 特定健診受診率の向上 (年度末年齢が40歳~74歳の和光市国民健康保険に加入している人のうち、特定健診を受診した人の割合)	42.5% (※1)	60.0% (※2)
②	国民健康保険 特定保健指導の想定対象者数 (特定健診受診者のうち、特定保健指導の対象となった人の数)	492人 (※2)	586人 (※2)
③	国民健康保険 特定保健指導終了率の向上 (特定保健指導を受けた人のうち、受講期間中脱落することなく最後まで受けられた人の数)	15.5% (※1)	60.0% (※2)
④	国民健康保険 特定保健指導改善率の向上 (特定保健指導終了者総数のうち、翌年度の特定保健指導の階層化レベルが改善した人の数)	—	50.0% (※2) (75~76ページを参照)
⑤	国民健康保険 特定保健指導全体改善率の向上 (特定保健指導の対象となった人のうち、翌年度の特定保健指導の階層化レベルが改善した人の数)	—	30.0% (※2)

※1 「平成28年度国法定報告」に基づく。

※2 「第2期和光市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」に基づく。

図表 74 特定保健指導の終了率・改善率・全体改善率の目標値  
(平成 30 年度～平成 35 年度)

対象者数 (人)	H30 (2018 年)	H31 (2019 年)	H32 (2020 年)	H33 (2021 年)	H34 (2022 年)	H35 (2023 年)	
動機付け支援	376	376	385	392	398	410	← 特定健診目標受診者数にH25～28 年度の4年間の動機づけ支援対象者 平均発生割合(0.0817)を乗じた数値
積極的支援	161	162	165	168	171	176	← 特定健診目標受診者数にH25～28 年度の4年間の積極的支援対象者 平均発生割合(0.0351)を乗じた数値
合計	537	538	550	560	569	586	②

終了者数 (人)	H30 (2018 年)	H31 (2019 年)	H32 (2020 年)	H33 (2021 年)	H34 (2022 年)	H35 (2023 年)	
動機付け支援	107	151	176	202	250	281	
積極的支援	27	37	44	50	63	71	
合計	134	188	220	252	313	352	
終了率	25%	35%	40%	45%	55%	60%	← 第2期データヘルス計画に 記載した目標値

改善者数 (人)	H30 (2018 年)	H31 (2019 年)	H32 (2020 年)	H33 (2021 年)	H34 (2022 年)	H35 (2023 年)	
動機付け支援	38	57	72	89	118	141	
積極的支援	9	14	18	22	29	35	
合計	47	71	90	111	147	176	← 終了者数×②(終了者総数中 の改善率) (③)
改善率(終了 者総数中の改 善者割合)	35%	38%	41%	44%	47%	50%	← H27 年度の 34.8%を毎年+3% 増として設定(①)

全体改善率 (特定保健指 導対象者総数 中の改善者割 合)	8.8%	13.2%	16.4%	19.8%	25.8%	30.0%	← ③÷②
---	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

**【参考】特定保健指導の階層化の考え方について**

平成 27 年度に特定健診を受診した人は 4,370 人（健診対象者数 10,396 人・受診率 42.0%）、特定保健指導の対象となった人は、動機付け支援が 363 人、積極的支援は 157 人の計 520 人でした。

このうち、特定保健指導を実施した人は動機付け支援が 58 人、積極的支援が 8 人でした。この合計 66 名を対象として、次年度（平成 28 年度）の健診結果のメタボ階層化結果を比較したところ、改善（※1）した人が 23 人（35%）、維持（※2）した人が 25 人（38%）、悪化（※3）した人が 2 人（3%）となっています。

このように、対象者の状態によって階層化することで、状態が改善しているかどうかを把握することが可能になります。

（※1）改善とは、特定保健指導の階層化のレベルが良くなった人

平成 27 年度の階層化が「積極的支援」で、翌年度は階層化が「情報提供」及び「動機付け支援」となった人

平成 27 年度の階層化が「動機付け支援」で、翌年度は階層化が「情報提供」となった人

（※2）維持とは、特定保健指導の階層化のレベルが変わらなかった人

平成 27 年度の階層化が「積極的支援」で、翌年度も階層化が「積極的支援」となった人

平成 27 年度の階層化が「動機付け支援」で、翌年度も階層化が「動機付け支援」となった人

（※3）悪化とは、特定保健指導の階層化のレベルが悪化した人

平成 27 年度の階層化が「動機付け支援」で、翌年度は階層化が「積極的支援」となった人

**【平成 27 年度 特定保健指導実施状況】** （内訳）

	全体 ※	動機付け支援	積極的支援
対象者数(人):A	520	363	157
終了者数(人):B	66	58	8
終了率(%)	12.7%	16.0%	5.1%

**【次年度（平成 28 年度）の健診結果のメタボ階層化結果】**

（内訳）

	全体 ※	動機付け支援	積極的支援
改善(人):C	23	18	5
維持(人):D	25	23	2
悪化(人):E	2	2	0
改善率(終了者):C/B	34.8%	31.0%	62.5%
改善率(全体):C/A	4.4%	5.0%	3.2%

※平成 27 年度の特定保健指導実施者で、平成 28 年度の健診結果がない人は 16 人いました。

【参考】特定健康診査結果の階層化と特定保健指導対象者のグループ分け

STEP 1

(1)腹 囲	
男性	85cm以上
女性	90cm以上

(2)腹 囲	
男性	85cm未満
女性	90cm未満
かつ	BMI25以上

(3)腹 囲	
男性	85cm未満
女性	90cm未満
かつ	BMI25未満

STEP 2

① 血糖	a 空腹時血糖	100mg/dl以上
	または	
	b HbA1c	5.6%以上
② 脂質	a 中性脂肪	150mg/dl以上
	または	
	b HDLコレステロール	40mg/dl未満
③ 血圧	a 収縮期	130mmHg以上
	または	
	b 拡張期	85mmHg以上
④ 質問票	喫煙歴あり(①～③のリスクが1つ以上の場合カウント)	

STEP 3

STEP1で(1)の場合
STEP2の①～④のリスクが
2つ以上: 積極的支援
1つ: 動機づけ支援
0: 情報提供

STEP1で(2)の場合
STEP2の①～④のリスクが
3つ以上: 積極的支援
1つ又は2つ: 動機づけ支援
0: 情報提供

情報提供
------

STEP 4

65歳以上75歳未満の方は、「積極的支援」となった場合でも「動機づけ支援」とする。
血糖・脂質・血圧で服薬中の方は「情報提供」となり、特定保健指導の対象とはならない。

資料：和光市国民健康保険ヘルスプランより引用

図表 75 動機付け支援と積極的支援実施の内容（標準的なプログラムより）

	動機付け支援	積極的支援
①支援期間・頻度	面接または電話による支援 原則1回 3ヶ月間	初回面接支援の後、3ヶ月以上の継続的な支援（電話、来所等）
②支援内容・支援形態	対象者自身の生活習慣の改善点等に気づき、自ら目標設定し、行動できるような内容とする	対象者自身の生活習慣の改善点等に気づき、自ら目標設定し、行動できるような内容とする 面接による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価を行う。
③面接による支援の具体的内容	1人当たり20分以上の個別支援又は1グループ（概ね8名以下）当たり概ね80分以上のグループ支援	1人当たり20分以上の個別支援又は1グループ（概ね8名以下）当たり概ね80分以上のグループ支援
④3カ月以上の継続的な支援の具体的内容		支援A（※注1）のみで180ポイント以上 支援A（最低160ポイント以上）と支援B（※注2）の合計で180ポイント以上
⑤ポイント算定に係る留意事項		1日に1回の支援のみカウントする。 保健指導と直接関係ない情報のやりとりはカウントしない等
⑥実績評価	初回面接から3ヶ月経過後、面接、メール、電話を利用して双方向のやりとりを行う	面接、メール、電話を利用して実施する双方向のやりとりを行う。継続的な支援の最終回と一体のものとして実施することも可

※注1 支援A 過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ、必要性に応じた支援をすること。

※注2 支援B 初回の面接の際に作成した行動計画の実施状況を確認し、行動計画に掲げた取組を維持するために励ましや賞賛を行うもの。

資料：和光市国民健康保険ヘルスプランより引用

### (3) 健康的な食生活・食行動の実現

現状分析と課題については、第2部「第三次和光市食育推進計画」111～117ページに記載

#### <施策の方向性>

生活習慣病の予防・重症化を防ぐことを目的に、市民のセルフヘルスケアマネジメント（自己健康管理）の一助となるような、減塩・減糖を踏まえたバランスのとれた食事を規則正しく摂取することのできる食環境を、市内の飲食提供事業者等と公民協働により構築します。

#### <具体的施策>

具体的施策については、第2部「第三次和光市食育推進計画」の118～124ページをご参照ください。

#### <評価指標>

図表 76 健康的な食生活・食行動に関する評価指標

	項目	現状値	目標
		H28年度	H39年度
①	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上ほぼ毎日食べている者の割合 (※ほぼ毎日＝「毎日」＋「週5～6日」)	68.7% (※1)	80% (※2)
②	食塩摂取量の減少	男性 9.5g 女性 8.6g (※1)	男性 8.0g 女性 7.0g (※3)

※1 「平成28年 地域の絆と安心な暮らしに関する調査」結果より抽出

※2 目標値の設定は、「健康日本21（第二次）」に基づくものとする。

※3 目標値の設定は、「日本人の食事摂取基準（2015年版）」に基づくものとする。

## (4) 歯・口腔の健康の維持

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」49ページに記載

### <施策の方向性>

口腔機能は、日常生活を営むために不可欠な摂食や構音と密接に関連するものであり、その良否は寿命の延伸や生活の質の向上に大きく関係しています。特に高齢者における咀嚼機能の低下は、野菜摂取量の低下と有意な関連性を示すことが報告されており、摂取できる食品群にも大きな影響を与えると考えられます。

生活の質の向上に向け、摂食・嚥下等の口腔機能が低下しやすい高齢者に対して重点的に施策を実施していきます。

### <具体的施策>

#### 1) 妊婦や40、50、60、70、80歳の人を対象に歯周疾患検診の実施【継】 (健康保険医療課)

成人の歯周病予防として、周病が糖尿病などの全身疾患へ与える影響について、普及啓発を行います。

#### 2) 乳幼児健診や保育所・幼稚園での歯科健診、歯科保健指導、3歳児健診でのフッ化物塗布【継】(ネウボラ課)

乳幼児の口腔の健やかな発育や口腔に関する保護者の不安や悩みに応えるため、歯科医師による健診と歯科衛生士による歯みがき指導を実施します。

また、3歳児健診でのフッ化物塗布を実施し、フッ化物塗布の習慣化の普及啓発を実施します。

#### 3) 小・中学校での歯科健診や歯科指導教室の実施【継】(学校教育課)

歯肉の炎症がはじまる学齢期に、学校で正しい歯の磨き方や噛むことの大切さなど、基本的な歯と口の健康づくりについて学習し、自律的な健康管理ができるような資質や能力を育成できるような歯科指導教室を実施します。

#### 4) 高齢の口腔リスクのある者に対する個別ケア(介護予防)【継】

##### ① 介護予防・生活支援サービス事業(口腔ケアステーション、介護予防ケアマネジメント)一般介護予防事業(まちかど健康相談室)を実施します。

特に、口腔ケアステーションでは摂食・咀嚼等の口腔機能の低下またはそのおそれのある人や、口腔衛生状態の不良を改善する必要がある人に対し、口腔機能改善に関する指導・訓練を実施します。(長寿あんしん課)

##### ② 日常生活圏域ニーズ調査結果で、要介護認定を受けていない人を対象に、評価項目の口腔機能・栄養がハイリスクである人を抽出し、訪問摂食・栄養指導等、個別の高齢者の課題を解決できるようなケアを実施します。(健康保険医療課)

5) 「8020よい歯のコンクール」の実施【継】(健康保険医療課)

生涯にわたり自分の歯でおいしく噛んで食べることができ、健康な日常生活を送れるよう、朝霞地区歯科医師会主催の選考会で口腔の状態が良好であると判定された人に対し、市民まつりの「8020よい歯のコンクール」において表彰します。

<評価指標>

図表 77 歯・口腔の健康の維持に関する評価指標

	項目	現状値	目標
			H39 年度
①	「基本チェックリスト」設問のうち口腔機能の低下のある 65 歳以上の人の割合を 15%以下	19.8% (※1)	15% (※3)
②	80 歳で自分の歯が 20 本以上ある人の割合	男性 49% 女性 49% (※2)	50% (※4)
③	60 歳で自分の歯が 24 本以上ある人の割合	男性 68% 女性 70% (※2)	70% (※4)
④	過去 1 年間に歯科健診を受診した者の割合 (20 歳以上) (男女計)	62.5% (※2)	65% (※4)

※1 第 7 期和光市長寿あんしんプラン (地域包括ケア計画) より「平成 29 年度日常生活圏域ニーズ調査結果」に基づく。

※2 「平成 28 年 地域の絆と安心な暮らしに関する調査」結果より抽出

※3 目標値の設定は、男女総数の現状値の 2 割減少とする。

※4 目標値の設定は、「健康日本 2 1 (第二次)」に基づくものとする。

## (5) 適切な身体活動・運動習慣の定着

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」47～48ページに記載

### <施策の方向性>

身体活動・運動量は、がんや循環器疾患、糖尿病、COPDなどの発症リスクと関連があることから、疾病発症リスクを高めないように、適切な身体活動・運動習慣の定着を可能とする支援を行います。

### <具体的施策>

#### 1) わこう健康マイレージの実施【新】(健康保険医療課)

身体活動量の保持・増進等を目的とした埼玉県コバトン健康マイレージに参加します。参加者に歩数計を配布し、参加者はウォーキングを継続することでポイントが付与され、埼玉県が実施する商品抽選会へ参加することができます。加えて、市独自のポイントを設定することで、更なる自主的な健康づくり行動を促進します。

実施にあたっては、体力測定会及び測定結果に応じた個別アドバイスや、健康づくりに関する情報提供を行い、セルフヘルスマネジメントの支援、参加継続への動機づけを行うとともに、身体活動量の変化等の検証を実施していきます。

地区別・年齢層別の歩数の現状値より、地区別の特性に応じた広報周知・優先度・セルフヘルスマネジメントの支援を行います。その際には、スポーツ青少年課と連携し、「健康マイレージ」をPRします。

#### 2) ヘルスサポーターの養成(健康保険医療課)

##### ① ヘルスサポーターを1,000人(平成39年度末)養成します。【継】

生活習慣病予防に重点を置いたヘルスサポーターによる地域での自主的な健康づくり活動を積み重ねて、地域に浸透させていきます。

##### ② ヘルスサポーターが主催する「ラジオ体操会」を地域で拡大していきます。【継】

セルフヘルスマネジメントの支援として、ラジオ体操を一般市民に普及させていきます。

#### 3) 東京オリンピック・パラリンピックの開催を契機として、気軽に運動ができるような環境の整備(スポーツ青少年課・健康保険医療課)

スポーツ青少年課と連携を図りながら、気軽に運動ができるような環境の整備、運動(レクリエーション)の場の提供などを進めていきます。

#### 4) 運動しやすい場を提供

##### ① スポーツ活動が可能な場の有効活用【継】(スポーツ青少年課)

スポーツ・レクリエーション活動をするための身近な場所として、市内の小・中学校の校庭・体育館を学校教育に支障のない範囲で地域や登録団体に開放を進めていきます。

また、市内にある国の施設を有効に活用するため、市民開放を拡大するよう関係機関に働きかけます。

② スポーツ施設開放の推進【継】（スポーツ青少年課）

公共スポーツ施設の利用者増加を図るとともに、市民の多様なニーズに応えるため、民間企業との連携を図り民間スポーツ施設の利用者拡大に努めます。

③ 公園の有効活用【新】（スポーツ青少年課・都市整備課）

市内の公園には、健康遊具が設置されている公園も数箇所あり、運動やスポーツができるスペースがある公園も多くあります。今後は、これらの公園機能を活用した健康づくりや公園に着目したスポーツ事業を推進します。

5) 運動・身体活動の意義と重要性を啓発普及（健康保険医療課）

① ウォーキングをはじめとした、運動・身体活動のメリットや方法についての周知【新】

「健康マイレージ」をホームページや広報などで周知する際、ウォーキングのメリットや方法についても併せて記載します。併せて「わこう散歩マップ」の普及を図ります。

<評価指標>

図表 78 適切な身体活動・運動習慣の定着に関する評価指標

	項目		現状値	目標
			H28 年度	H39 年度
①	1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上している人の割合	20 歳～64 歳以下	32.0% (※1)	34.5% (※2)
		65 歳以上	32.0% (※1)	53% (※2)
②	日常生活における歩数の増加	20 歳～64 歳以下	5,225 歩 (※1)	8,500 歩 (※3)
		65 歳以上	4,650 歩 (※1)	6,000 歩 (※3)

※1 「平成 28 年 地域の絆と安心な暮らしに関する調査」結果より抽出（無回答者を除く）

※2 目標値の設定は、「健康日本 2 1（第二次）」に基づく男女目標値の平均値とした。

※3 目標値の設定は、「健康日本 2 1（第二次）」に基づくものとする。

## (6) 習慣的喫煙の削減

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」50～52ページに記載

### <施策の方向性>

喫煙については、日本人の多くの疾患の画一した原因であり、また、受動喫煙防止や未成年者喫煙防止の観点からも、子育て世帯への禁煙行動促進の取組が必要です。また、その対策により、がん・循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）・慢性閉塞性肺疾患、糖尿病等の予防の推進や健康づくりにおいて、大きな効果が期待できるため、習慣的喫煙の削減を可能とする支援を行います。

### <具体的施策>

#### 1) 喫煙の健康影響についての情報提供・意識啓発（受動喫煙防止対策を含む）

① 乳幼児健診時に啓発ちらしの配布【新】（ネウボラ課）

② 教育委員会や医師会と連携した禁煙啓発ポスターを掲示（成人式等にちらしを配布する）【新】（健康保険医療課・生涯学習課）

③ わこう健康マイレージ（セルフモニタリング）の活用（予定）【新】  
（健康保険医療課）

わこう健康マイレージ参加者が喫煙の有無、一ヶ月間の喫煙本数を自己申告し、市独自に別途ポイントを付与することで、更なる自主的な健康づくり行動へのインセンティブとします。

④ 母子健康手帳交付時やプレパパママ教室、赤ちゃん学級、乳幼児健診などで、妊婦とそのパートナーへの意識啓発や保健指導を実施【継】  
（地域包括ケア課・ネウボラ課）

⑤ 肺がん検診及び特定健診・集団健診受診者で喫煙者に対し、個別のパンフレットを配布し指導を強化【継】  
（健康保険医療課）

⑥ 市ホームページによる情報提供、保健センター等の掲示版や啓発ちらしの設置・配布【継】  
（健康保険医療課）

⑦ 「世界禁煙デー（5月31日）・禁煙週間（5月31日～6月6日）」の啓発活動【継】  
（健康保険医療課）

#### 2) 未成年者喫煙防止対策【継】（学校教育課）

小学校・中学校・高等学校学習指導要領に基づき、喫煙、飲酒、薬物乱用防止について、教育委員会と連携し、推進していきます。児童・生徒の喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいことから（厚生労働省ホームページより抜粋）、中・長期的な観点で児童・生徒の喫煙をなくしていくことを目指します。

<評価指標>

図表 79 習慣的喫煙の削減に関する評価指標

	項目		現状値	目標
			H28 年度	H39 年度
①	喫煙率	成人	男性 26.7% (※1) 女性 8.1% (※1)	男性 12.0% (※4) 女性 7.3% (※5)
		妊婦	1.1% (※2)	0% (※4)
②	受動喫煙の機会を有する者の割合	家庭	8.3% (※3)	3% (※4)

※1 「平成 28 年 地域の絆と安心な暮らしに関する調査」結果より抽出

※2 「平成 28 年度の妊娠届出書」より抽出

※3 現状値は、「健康日本 2 1（第二次）」に基づくものとする。

※4 目標値の設定は、「健康日本 2 1（第二次）」に基づくものとする。

※5 目標値の設定は、国の目標値（12.0%）より低かったが、さらに現状値の 1 割減少値を目標とした。

## (7) 習慣的多量飲酒の削減

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」53ページに記載

### <施策の方向性>

飲酒量と疾病罹患の関係は疾病により様々ですが、がん、糖尿病、脳卒中、高血圧、心血管病、メタボリック症候群はその関連があるとされています。そのうち、がんと高血圧については、飲酒量が増えるほどリスクが上昇することがわかっています（日本高血圧学会、高血圧治療ガイドラインより抜粋）。また、多量飲酒は身体疾患だけでなく、うつ病や自殺などの健康障害の一因にもなっており、これらのリスクを高めないように、習慣的多量飲酒を削減する支援を行います。

### <具体的施策>

#### 1) 多量飲酒の健康影響についての情報提供・意識啓発

① 乳幼児健診時に啓発ちらしの配布【新】(ネウボラ課)

② 教育委員会や医師会と連携した節酒啓発ポスターを掲示(成人式等にちらしを配布する)【新】(健康保険医療課・生涯学習課)

③ わこう健康マイレージ(セルフモニタリング)の活用(予定)【新】  
(健康保険医療課)

わこう健康マイレージ参加者が飲酒の有無、一ヶ月間の飲酒量を自己申告し、市独自に別途ポイントを付与することで、更なる自主的な健康づくり行動へのインセンティブとします。

④ 母子健康手帳交付時やプレパパママ教室、赤ちゃん学級、乳幼児健診などで、妊婦とそのパートナーへの意識啓発や保健指導を実施【継】  
(地域包括ケア課・ネウボラ課)

⑤ 市ホームページによる情報提供、保健センター等の掲示版や啓発ちらしの設置・配布【継】  
(健康保険医療課)

#### 2) 未成年者飲酒防止対策【継】(学校教育課)

小学校・中学校・高等学校学習指導要領に基づき、喫煙、飲酒、薬物乱用防止を教育委員会と連携し、推進していきます。未成年者の身体は発達する過程にあるため体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を妨げたり、臓器の機能が未完成のためアルコールの分解能力が成人に比べて低く、アルコールの影響を受けやすいこと等がわかっています。未成年者飲酒禁止法も踏まえ、未成年者の飲酒を完全に防止することを目標とします。

<評価指標>

図表 80 習慣的多量飲酒の削減に関する評価指標

	項目		現状値	目標
			H28 年度	H39 年度
①	飲酒率	妊婦	1.1% (※1)	0% (※3)
②	適正量（1日あたりの純アルコール摂取量が男性 40g、女性 20g）を超えて飲酒している人の割合	20歳以上男性	15.1% (※2)	13.0% (※3)
		20歳以上女性	8.2% (※2)	6.4% (※3)

※1 「平成 28 年度の妊娠届出書」より抽出

※2 「平成 28 年 地域の絆と安心な暮らしに関する調査」結果より抽出

※3 目標値の設定は、「健康日本 2 1（第二次）」に基づくものとする。

## (8) 主に働いている人の休養の重要性

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」54ページに記載

### <施策の方向性>

睡眠不足や睡眠障害は、肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因であり、心疾患や脳血管障害を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことがわかっています。(厚生労働省ホームページ掲載「健康づくりのための睡眠指針の改定に関する検討会報告書」より抜粋) 睡眠による休養をとることの重要性について普及啓発・周知を行い、あわせて適切な休養がとれるような取組について今後検討していきます。

### <具体的施策>

#### 1) 十分な睡眠と休養の重要性についての普及啓発【新】(健康保険医療課)

- ① 主に働く世代の人は、仕事に関するストレスを感じやすい環境にあるため、気分転換を図ったり、十分な睡眠と休養の重要性について、周知・啓発を図ります。
- ② 乳幼児期・児童期は、成長に必要なホルモンが多く分泌されるため、早寝・早起きの生活リズムを大切にし、成長に必要な睡眠の確保について市広報・ホームページを通じて周知・啓発を実施します。
- ③ 高齢者の睡眠は、体内リズムの変化等により、眠りが浅くなると言われます。生活にメリハリをつけて十分な睡眠がとれるよう、日中に活動できる適切な居場所づくりを推進します。(長寿あんしん課の実施している地域支援事業との連携)
- ④ 睡眠の状態は、こころの健康度を図る一つの目安になるため、睡眠不足とこころの病気(うつ)等や身体症状との関係について、リーフレット等を用いて周知啓発に努めます。

#### 2) ストレスの要因を分析するための市民の睡眠に関する実態の把握・分析(予定)を実施することを検討します【新】(健康保険医療課)

- ① 市民全体を対象とした調査を実施し、睡眠・休養に係るリスクを判断する設問(スクリーニング設問)を追加し、市民のメンタルヘルスに関する実態を把握・分析することを検討します。

<評価指標> 実態把握ができていないため、中間評価時に設定します。

## 2 疾病の早期発見・早期対応に関する取組

### (1) がんの早期発見の向上（重点）

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」35～36ページに記載

#### <施策の方向性>

各種がん検診の受診率を向上させるために、がん検診による早期発見・早期治療の重要性について、周知・啓発していきます。子宮頸がん検診・乳がん検診の無料クーポン券の配布により、新規及び継続受診のきっかけとします。

また、がん検診受診結果に基づき、要精密検査となった人への精密検査受診の重要性について個別啓発していきます。

#### <具体的施策>

##### 1) がん検診受診率の向上のための周知・啓発【継】（健康保険医療課）

- ① がん検診のポスターやちらしを作成し、市内公共施設に設置します。
- ② 市ホームページや広報で、がん検診の周知を図ります。
- ③ がん検診未受診者に対して、個別通知はがきによる、受診勧奨を実施します。
- ④ 無料クーポン券の配布により、受診勧奨・再勧奨を行います。
- ⑤ 特定健診とがん検診を同時に受診できる体制を継続実施し、受診者の利便性を考慮した検診の在り方を推進していきます。
- ⑥ 市内に乳がん検診と子宮がん検診を同時に受診できる医療機関がないため「女性特有のがん検診（集団）」を引き続き実施します。
- ⑦ がん検診県民サポーターを養成し、がんの普及・啓発を図ります。

##### 2) がん検診精密検査受診率の向上【継】（健康保険医療課）

- ① 要精密検査となった人には、受診した医療機関で精密検査の必要性等を説明してもらい、受診勧奨を促進します。さらに朝霞地区医師会と連携し、精密検査受診の促進、結果の把握に努めていきます。
- ② 精密検査を受診していない人には、市から手紙や電話により確認及び受診勧奨を行います。また、実施する時期についても検討していきます。
- ③ すべてのがん検診精密検査受診率が90%以上になるように、検診を受診する際の注意事項や説明等、引き続き適正な検診が行われるように医師会と調整し実施します。

<評価指標>

図表 81 がんの早期発見・早期対応に関する評価指標

	項目	現状値 (※4)	目標
		H28 年度	H39 年度
①	がん検診受診率	胃がん検診	10.2%
		肺がん検診	11.8%
		大腸がん検診	13.6%
		乳がん検診	26.5%
		子宮頸がん検診	17.7%
			50% (※1)
②	がん検診要精密検査受診率 (※3)	胃がん検診	93.5%
		肺がん検診	95.6%
		大腸がん検診	81.5%
		乳がん検診	94.4%
		子宮頸がん検診	93.8%
			全項目で90%以上 (※2)

※1 目標値の設定は、「健康日本21（第二次）」に基づくものとする。

※2 目標値の設定は、「健康日本21（第二次）」に基づくものとするが、達成しているものについては現状値を維持することとする。

※3 がん検診精密検査受診率の現状値は、平成29年度に実施した手紙や電話による精検追跡結果を含んでいる。

※4 今後の傾向を比較する指標であるため、平成28年度から適応された新しいがん検診の受診率に基づき平成28年度の現状値を記載している。（平成28年度地域保健・健康増進事業報告より）

【がん検診の対象者について】

胃がん・肺がん・大腸がん検診は、和光市に居住地を有する40歳以上の男女

乳がん検診は、和光市に居住地を有する40歳以上の女性

子宮頸がん検診は、和光市に居住地を有する20歳以上の女性

## (2) 現役世代（社会保険加入者の若年層・中年層と国民健康保険加入者の若年層）からの健康増進支援の検討（重点）

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」21～34ページに記載

### <施策の方向性>

企業等における退職年齢が60～65歳が主流であること等を勘案すると、社会保険加入時に高血圧等のリスクがあり、退職時期近く及び退職後に病状がある程度進行した状態で国民健康保険に加入し、重症化したレセプト新規発生につながっているケースも考えられることから、国民健康保険以外の市民における健康管理、生活習慣病の発症リスクを抑えることを目的とした施策を検討していきます。

### <具体的施策>

#### 1) 若年層、中年層男性の肥満者に対する保健指導の充実（再掲）（健康保険医療課）

##### ① 社会保険加入者の若年層・中年層と国民健康保険加入者の若年層に対する個別保健指導の検討【新】

社会保険加入者で、生活習慣病等の発病リスクをもつ人の発見の仕方や個別ケアマネジメント対象者の抽出の仕方及び有効な取組について、実施に向けて調整していきます。

ア 第一段として、「ニーズ調査」の回答者（20～64歳）のうち、「BMI値が25以上」などの生活習慣病の発病リスク保有者に対しアプローチを行い、個別ケアマネジメントの手法を利用し、リスク改善支援を実施します。

対象者の勤務先等での健康診断受診歴や健康診断結果、保健指導受診歴等確認し、勤務先等での保健指導を受けられない人に対し、ニーズ調査結果と本人からの情報収集を行います。その中で、生活改善の実行が可能なケアプランを作成し、専門職による保健指導を実施します。また、生活習慣改善の必要性が中程度・低い人に対しては、自主的な健康づくり行動に役立つ情報発信を実施します。具体的には運動を日常生活に取り入れやすいよう体育館の利用紹介や、食育推進コンソーシアム会議を基幹とした、店舗での減塩・減糖商品のポップ表示、コーナー化やコンビニエンスストアで実施している「買い方プログラム」等の情報提供を行います。

イ 健康マイレージ参加者の状況など、健康保険医療課事業参加者の身体状況を把握し、特に生活習慣改善の必要性が高い人に対しては、生活改善の実行が可能なケアプランを作成し、専門職による保健指導を実施します。また、生活習慣改善の必要性が中程度・低い人に対しては、自主的な健康づくり行動に役立つ情報発信を実施します。

ウ 市で実施している健康診断以外での、勤務先等での健康診断を受診した人にも健康づくり支援を行うことを広報や市ホームページを通じて周知します。

エ 市民、会社の健康保険組合、協会けんぽ及び関係団体等に対して、健康診断結果等の必要な情報を提供するよう求め、上記情報より抽出した生活習慣病リスク者

に対しては、個別ケアマネジメントの手法を利用したリスク改善支援の実施を検討していきます（予定）。

## ② 若年層に対する健康診断事業【継】

勤務先等での健康診断を受けられない人に対して健康診断の受診機会の提供を行うため、「30代健診」を実施します。

「30代健診」受診者のうち、血液検査結果等に異常があった人に対し、個別ケアマネジメントや健康教室を実施します。（健康教室の目的：受講者が生活習慣病予防を含め健康的に生活するための知識や技術等を身につけ、日常生活に活用できるようになること。）

健康教室を実施した結果、平成28年度においては、参加者の39名のうち、体重に関しては男性の55%、女性の67%の数値が改善、体脂肪率に関しては、男性の89%、女性の63%が改善、腹囲に関しては、男性の33%、女性の70%が改善しました。

## ③ 「女性特有のがん検診（集団）」と全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）の被扶養者特定健診の合同実施【継】（再掲）

この事業は、平成27年度から実施しており、同時に実施している子宮頸がん検診または乳がん検診を受診する人が協会けんぽの特定健診を受診できる体制としていましたが、平成29年度より子宮頸がん検診または乳がん検診を受診しなくても、協会けんぽの特定健診だけでも受診可能としています。

今後は、協会けんぽの被扶養者の健康課題等を把握したり、受診結果に異常があった人に対しては、協会けんぽと協働し、個別ケアマネジメントの手法を利用した支援を実施することを検討していきます。

<評価指標> 実態把握ができていないため、中間評価時に設定します。

### 3 脳血管疾患・心疾患・糖尿病等の重症化予防に関する取組

#### (1) 循環器疾患（脳血管疾患・心疾患）における再発・重症化予防の検討（重点）

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」21～34ページに記載

##### <施策の方向性>

循環器疾患（脳血管疾患・心疾患）を一度発症した人について、再発予防の取組について検討していきます。

##### <具体的施策>

#### 1) 国民健康保険被保険者で循環器疾患の再発リスクの高い人への個別支援（健康保険医療課）

国民健康保険被保険者に対しては、循環器疾患の再発を予防するため、KDBシステム等を活用し、医療機関を受診中の人の中から、健診結果やレセプトの受療状況から循環器疾患（脳卒中・狭心症等）の入院中・後の人や、高血圧・糖尿病・脂質異常症の傷病名を複数併せもつ人等を確認し、緊急度に応じて支援対象者を選定していきます。その対象者に対して、生活習慣や服薬等の状況確認及び医師の指導内容の実施状況を踏まえた食事・運動等個別ケアマネジメントの手法を利用した支援を実施することを予定しています。

また、施策を展開した結果については、「脳梗塞、心筋梗塞の入院発生数の抑制」という指標により評価を実施する予定です。

#### 2) 社会保険加入者への支援方策の検討（健康保険医療課）

社会保険加入者の中で、循環器疾患治療のため医療機関にかかっている人や、高血圧・糖尿病・脂質異常症の傷病名を複数併せもつ人など循環器疾患再発・重症化リスクの高い人のデータを現在保有しておらず、社会保険加入者に対する循環器疾患の再発・重症化予防を実施しておりません。

そこで、今後は、社会保険加入者で、循環器疾患再発・重症化リスクの高い人のデータを取得できる仕組みづくりの構築、リスクをもつ人の発見の仕方や個別ケアマネジメント対象者の抽出の仕方について、国民健康保険の循環器疾患再発予防施策の手法を参考にしながら、今後検討していきます。

また、再発するリスクが高い人に対して、地域でのセルフヘルスケアマネジメントを推進するため、個別栄養マネジメント等によるケアプランを作成し、生活改善支援を実施していきます。

<評価指標>

図表 82 脳血管疾患・心疾患に関する評価指標

	項目	現状値	目標
		H28 年度	H35 年度
①	国民健康保険加入者の脳梗塞、心筋梗塞の入院発生数の抑制	52 人 (※1)	46 人 -11.5% (※2)
②	国民健康保険加入者の糖尿病、高血圧症、脂質異常症の傷病名を 2 項目以上合併する者の減少	1,074 人 (※3)	1,009 人 -6.1% (※2)

※1 平成 28 年度の該当者数 52 人との比較とする。

※2 「第 2 期和光市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」に基づく。

※3 平成 29 年 2 月請求分 1,074 人と比較した。

（平成 28 年度の年度末請求のデータを捉えるため、平成 29 年 2 月のデータとした。）

①②については、上記疾患罹患者の新規国保加入者を除いた。

※社保加入者については、データ収集を進め、中間見直しの時点で目標値を改めて設定します。

## (2) 糖尿病における重症化予防の検討（重点）

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」21～34ページに記載

### <施策の方向性>

糖尿病性腎症等の重症化による人工透析移行の予防が可能となるような、取組について検討してまいります。

### <具体的施策>

#### 1) 国民健康保険被保険者で糖尿病性腎症による人工透析移行リスクの高い人への個別支援（健康保険医療課）

国民健康保険被保険者に対し、糖尿病性腎症による人工透析の発症の低減・先送り等を達成するため、現在、特定健診結果の血糖値や尿検査値より抽出した、糖尿病の重症化するリスクの高い医療機関未受診者及び受診中断者に対し、医療機関の紹介や受診勧奨を実施しています。また、糖尿病性腎症等の通院者のうち重症化するリスクの高い人へは医療機関主治医との連携のもと、保健指導を実施しています。

さらに施策を展開した結果については、「新規人工透析導入者数（年度末集計）の抑制」という指標により評価を実施する予定です。

#### 2) 社会保険加入者への支援方策の検討（健康保険医療課）

社会保険加入者の中で、医療機関受診中の人、勤務先等での特定健診結果において血糖値や尿検査値より抽出した、糖尿病の重症化するリスクの高い人などのデータを現在保有しておらず、社会保険加入者に対する糖尿病重症化予防を実施しておりません。そこで、今後は、社会保険加入者で、糖尿病性腎症等の通院者のうち重症化するリスクの高い人のデータを取得できる仕組みづくりの構築、リスクをもつ人の発見の仕方や個別ケアマネジメント対象者の抽出の仕方について、国民健康保険の糖尿病性腎症重症化予防施策の手法を参考にしながら、今後検討していきます。

また、重症化するリスクが高い人に対して、地域でのセルフヘルスケアマネジメントを推進するため、個別栄養マネジメント等によるケアプランを作成し、生活改善支援を実施していきます。

<評価指標>

図表 83 生活習慣病重症化予防事業参加者に関する評価指標

	項目	現状値	目標
		H28 年度	H35 年度
①	国民健康保険加入者の生活習慣病重症化 予防対策事業参加者中の検査数値改善者 割合の増加（事業前後の測定値または直近 健診結果との比較） HbA1c、血圧、eGFR（推定糸球体濾過値） のうち1つ以上	—	当該年度参加者数 中の 30% (※1)
②	国民健康保険加入者の新規人工透析導入 者数（年度末集計）の抑制 ※人工透析実施者の国保新規加入を除く	4 人 (※1)	2 人 (※1)

※1 「第 2 期和光市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」に基づく。

※社保加入者については、データ収集を進め、中間見直しの時点で目標値を改めて設定します。

## 4 認知症の早期発見に関する取組

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」40～41 ページに記載

### <施策の方向性>

国の「新オレンジプラン」の基本的な考え方を踏まえ、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、若年性認知症（※1）対策も含めて地域レベルの取組を進めていきます。

（※1）若年性認知症とは、65歳未満で発症する認知症のことをいい、全国で4万人近くいると言われて  
います。（厚生労働省ホームページ掲載「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」より抜粋）

### <具体的施策>

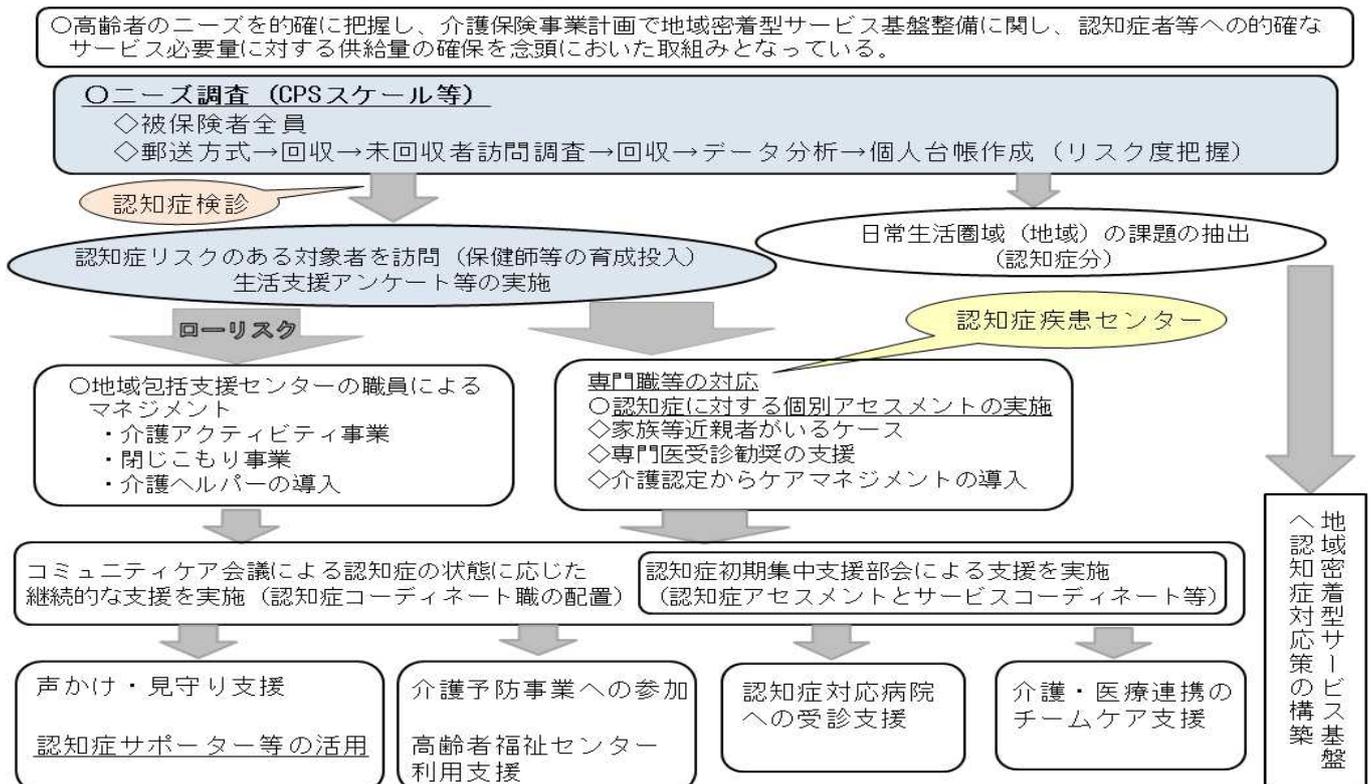
#### ①認知症初期集中支援チームの設置【継】（長寿あんしん課）

介護保険被保険者全員に対しニーズ調査（CPSスケール等）と未回収者訪問を実施した後、認知症リスクのある対象者を訪問、生活支援アンケート等を実施します。そこから抽出した認知症リスクハイリスク者に対し、専門職が個別アセスメントや専門医受診勧奨の支援等を実施します。認知症アセスメントとサービスコーディネートを経た後、必要時、介護予防事業への参加や認知症対応病院への受診支援を実施します。認知症初期集中支援チーム（※2）により、早期発見や早期診断後のサポート体制を整備します。

【図表 84 参照】

（※2）認知症初期集中支援チームとは、医療・介護の専門職が家族の相談により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームです。

図表 84 認知症者に対する地域レベルの取組（認知症ケアパス）



## ②認知症検診の実施【継】（健康保険医療課）

認知症対策は、認知症予防に加えて、疑いのある人を早期に発見し、治療に結びつけることが重要です。適切な診断を早期の適切なタイミングで受けられることが可能となるような取組を実施します。

また、認知症検診の結果、要精密検査と判定された場合には、認知症対応病院への受診支援を実施します。

平成 29 年度においては、年度末 65 歳、70 歳の市民のうち受診希望者を対象に、集団健診事業の 1 項目として実施しましたが、今後は、対象者を 40 歳以降に拡大し、若年性認知症の発見・支援を進めてまいります。

## 5 メンタルヘルスに関わる取組

- (1) 現役世代（社会保険加入者で若年層・中年層と国民健康保険加入者で若年層）のメンタルヘルスに係るリスクの実態把握

### <施策の方向性>

市民を対象としたニーズ調査等の実施や企業と連携しストレス等の原因を分析し、メンタルヘルスに係るリスクの実態把握をした上で、身近な相談窓口の周知や相談体制の充実を図る必要があります。また、こころの健康づくりに関心をもてるように普及啓発し、うつ病などの精神疾患の早期発見と早期対応につなげるための取組を推進していきます。

あわせて、睡眠による休養をとることの重要性について普及啓発・周知を行い、適切な休養がとれるような取組について今後検討していきます。

### <具体的施策>

1) ストレスの要因を分析するための市民の休養に関する実態の把握・分析（予定）の実態を検討します【新】（健康保険医療課）（再掲）
--

- ① 市民全体を対象とした調査を実施し、ストレスに係るリスクを判断する設問（スクリーニング設問）を追加し、市民のメンタルヘルスに関する実態を把握・分析することを検討します。

2) 十分な睡眠と休養の重要性についての普及啓発【継】（健康保険医療課）（再掲）

- ① 主に働く世代の人は、仕事に関するストレスを感じやすい環境にあるため、気分転換を図ったり、十分な睡眠と休養の重要性について、周知・啓発を図ります。
- ② 乳幼児期・児童期は、成長に必要なホルモンが多く分泌されるため、早寝・早起きの生活リズムを大切にし、成長に必要な睡眠の確保について市広報・ホームページを通じて周知・啓発を実施します。
- ③ 高齢者の睡眠は、体内リズムの変化等により、眠りが浅くなると言われています。生活にメリハリをつけて十分な睡眠がとれるよう、日中に活動できる適切な居場所づくりを推進します。（長寿あんしん課の実施している地域支援事業との連携）
- ④ 睡眠の状態は、こころの健康度を図る一つの目安になるため、睡眠不足とこころの病気（うつ）等や身体症状との関係について、リーフレット等を用いて周知啓発に努めます。

<評価指標> 実態把握ができていないため、中間評価時に設定します。

## 6 地域における健康づくりの取組

### (1) ヘルスサポーターの活動支援（重点）

現状分析と課題については、「第3章 健康づくりを取り巻く現状と課題」57～61 ページに記載

#### <施策の方向性>

予防に重点を置いた地域の自主的な健康づくり活動を積み重ね、生活習慣病に限らず、様々な健康課題に対する予防知識・意識を地域に浸透させていくため、ヘルスサポーター養成者数をさらに増やしていきけるような取組を強化していきます。

#### <具体的施策>

##### 1) ヘルスサポーターの育成【継】（健康保険医療課）

ヘルスサポーター養成講座の募集方法の検討、各種広報の媒体及び集団健診や結果説明会を利用してヘルスサポーターの活動状況や養成講座募集についての周知を図ります。

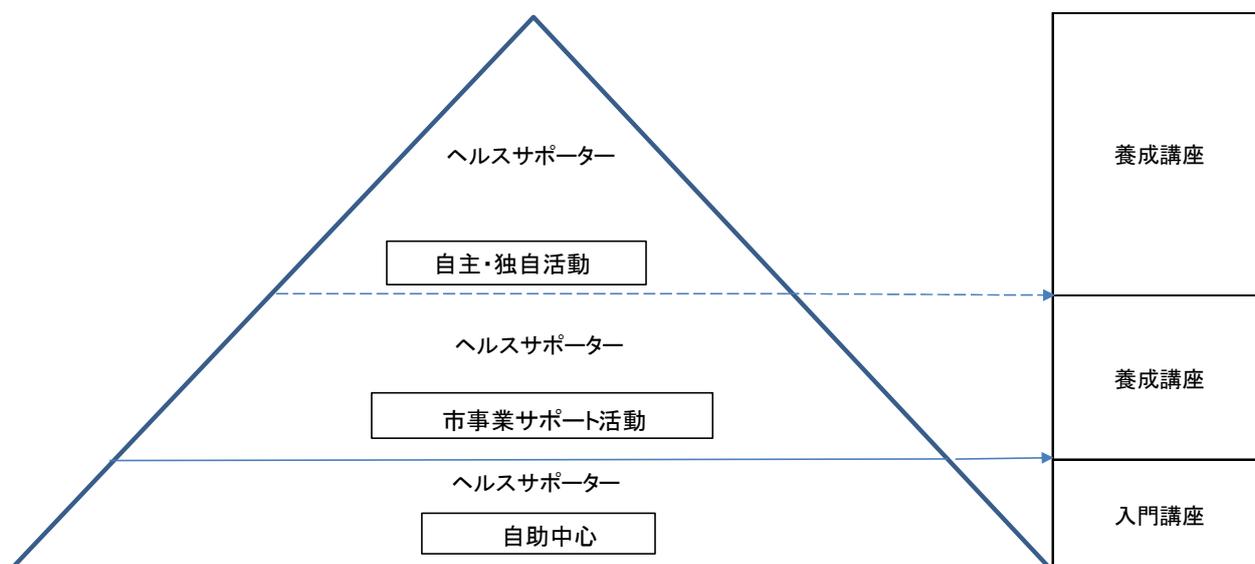
また、サポーター自身での広報活動の活性化（養成講座や居住地域等での自主活動グループメンバーの募集等）を図ります。

サポーターの養成活動計画（案）ですが、平成 25 年度から現在まで実施しているプログラム（1日2時間×2講座で5日間講習）は、年2コース継続して行います。

##### 2) ヘルスサポーターの自主活動の強化（健康保険医療課）

- ① ヘルスサポーターの階層化を行います。ヘルスサポーターの自主活動を強化します。【新】  
【図表 85 参照】

図表 85 ヘルスサポーターの階層化



② 地域の課題・特性に合わせた自主活動を展開するための交流会を実施します。【継】

### 3) ヘルスサポーターによる活動の普及・活性化（健康保険医療課）

市民を巻き込んだヘルスサポーターによる活動を積み重ね、住民同士・近所同士の声かけに波及することをねらいとします。

また、地区別、年齢層別の歩数の現状値等により、どの地域にヘルスサポーターによる健康づくり事業（自助・互助）の課題があるかを分析し、課題がある地域で重点的にヘルスサポーターによる活動を実施していき、住民の力を借りた活性化を図ります。

健康づくりに関する孤立化の問題等について、積極的に健康づくり事業に結びつけられるように市と協働して支援します。

#### <評価指標>

図表 86 地域における健康づくりの取組に関する評価指標

	項目	現状値（※1）	目標
		H29 年度	H39 年度
①	ヘルスサポーター養成者数	213 人	1,000 人

（※1）平成 29 年度ヘルスサポーター養成講座 2 コースが終了した時点での登録者数

## (2) 食育コンソーシアムを基幹とした、地域事業者による健康支援事業の推進

### <施策の方向性>

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要です。

さらに、食生活の視点より、減塩・減糖・減脂を主とした生活習慣病の発症・重症化予防に向けた施策の実効性を高めていくためには、企業、事業者、地域団体、ボランティア等、食育に関わる様々な関係者が主体的かつ多様に連携・協働して、減塩・減糖をはじめとする健康的な食生活・食行動を実践しやすい食環境づくりを推進していくことが極めて重要です。

### <具体的施策>

地域一体型の食育推進のための基盤整備として、市や地域包括支援センターなどの相談支援機関、スーパー・コンビニ等の民間事業者、食文化や農業などの地域団体から構成される「食育推進コンソーシアム会議」を発足し、健康と食をめぐる地域の現状と課題を共有し、課題解決と目標の達成に向けて公民一体となって具体的な取組を行います。

※具体的施策については、第2部「第三次和光市食育推進計画」に記載していますので、118～124 ページをご参照ください。

## (3) 社会的孤立や経済的な苦しさ起因する、健康自立困難ケースに対する、個別の健康課題に対するマネジメント（重点）

### <施策の方向性>

障がい者・生活困窮者等の一人ひとりの生活課題及び健康課題を解決するため、相談支援拠点を生活圏域に展開し、地域ケア会議においてケアプラン等の調整支援を行うことで、包括的ケアマネジメントの体制を構築します。

### <具体的施策>

地域包括ケアによる、障がい者・生活困窮者等の複合課題に対応するための、地域ケア会議の機能強化や地域ケア会議において、専門職により障がい者・生活困窮者の複合課題、特にヘルスの部分について助言・支援等を行います。

## 第3節 計画の推進

本計画は計画期間が10年と長く、計画の推進に当たり、市民の健康を取り巻く環境が大きく変化していくことが見込まれます。具体的には、市民の生活スタイルや地域における活動の状況が変化していくことが考えられます。

また、地域の課題に目を向けると、市民の生活に関わる「自助・互助」の状況については、同じ和光市内であっても、圏域ごとに状況が変化していくことが考えられます。

したがって、本計画で示した施策を効果的・効率的に推進するため、設定した目標の達成状況を把握し検証していくとともに、上記のような市民の生活を取り巻く環境の変化を捉え、医療・福祉・介護等の「公助・共助」の領域における基盤・サービスを充実させていく検討も必要となります。

そこで、計画を推進するための具体的な方策として、以下の2つの取組を実施します。

### ① 「S-PDCA」サイクルの構築・運営

本計画で掲げた基本方針や目標を着実に達成していくためには、計画の推進状況を把握し、施策を推進する上で課題があればそれを把握して対策を検討・実施していく活動（PDCAサイクル）を繰り返していくことが重要です。

ただし、こうした計画・実施・検証・修正のサイクルを回していくためには、その検討の材料となる根拠（データ）が必要です。根拠に基づいて進捗状況や課題を分析できるよう、PDCAサイクルに実態把握（S：サーベイ）を加えた「S-PDCAサイクル」を構築し、運営していきます。

### ② 「ヘルスソーシャルキャピタル審議会」の設置・運営

計画の充実・見直し・機能の適正化を図るため、和光市健康づくり基本条例第15条の規定に基づき、計画策定後の計画の充実・見直し・機能の適正化を図る会議として設置します。

学識経験者、関連団体代表者、公募市民等により構成され、計画に掲げた取組の進捗状況等を踏まえ、計画の推進のための施策等を検討します。