

第4章 前期期間における重点課題・目標・取組の設定

1 糖尿病の発症予防・重症化予防に向けた保健事業の強化

市民の健康を取り巻く現状や第2期計画の最終評価を踏まえ、本計画の前期期間においては、糖尿病の一次予防、二次予防、三次予防の各段階において、事業を重点的に、切れ目の無いよう展開していきます。

(1) 評価指標・補助指標

取組の評価指標には、発症予防に関連したものとして「糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の割合」、重症化予防に関連したものとして「糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数」を設定し、関連する取組の実績を補助指標に設定することで、目標達成に向けた取組の実効性を高めます。

【糖尿病の発症予防】

評価指標／補助指標	現状値	目標値
[評] 糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の割合	9.7% (R3年度)	8.7% (R15年度)
[補] 50歳代の特定健康診査受診率	25.8% (R3年度)	40.0% (R11年度)
[補] 特定保健指導未開始者の割合	80.1% (R3年度)	70.0% (R11年度)

【糖尿病の重症化予防】

評価指標／補助指標	現状値	目標値
[評] 糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数	54人 (R3年度)	減少 (R15年度)
[補] 医療未受診者のうち医療機関につながった者の割合	60% (R3年度)	増加 (R11年度)
[補] 治療中断者のうち医療機関につながった者の割合	17.8% (R3年度)	25.0% (R11年度)

(2) 主な取組

① 特定健康診査の受診勧奨の強化

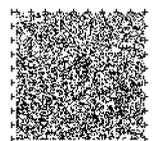
発症リスクが高いものの受診率が低い50歳代等に対して糖尿病のリスクや身体への影響を十分周知し、受診勧奨を強化するとともに受診しやすい環境整備に取り組みます。

- ・ ナッジ理論※を活用したハガキ等による未受診者勧奨の実施
 - ・ ショートメッセージサービスや個別メールなども活用した、効果的な継続受診勧奨の実施
 - ・ かかりつけ医など医療機関との連携による受診率向上に向けた取組の実施
 - ・ 休日の日程等の充実など、働く世代が受診しやすい環境整備
 - ・ 働く世代にも親しみがあるSNS、LINE、ホームページなどによる受診意義の啓発強化
- ※ メッセージの工夫などによりその人にとってより良い選択ができるように手助けする手法。

② 特定保健指導の実施体制の充実と利用勧奨の強化

医療機関と連携して特定保健指導未開始者を迅速に把握できる実施体制を構築し、未開始者全数に対する利用勧奨を実施します。

- ・ 特定保健指導未開始者への通知・電話等による利用勧奨の実施
 - ・ 特定保健指導を利用したいと感じてもらい、取組効果を実感してもらえる実施手法（スマホアプリやウェアラブル端末※による取組状況の見える化など）の拡充
 - ・ 特定健診実施医療機関との情報連携体制の構築による特定保健指導対象者への迅速な介入の実施
- ※ ウェアラブル端末：スマートウォッチなどのような手首や腕などに装着する機器。



③ 糖尿病による合併症予防を優先した重症化予防対策の充実・強化

糖尿病による死亡や合併症リスクを低減させるため、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、治療中断者に適時適切な勧奨を実施し、医療機関での治療に繋がります。

- ・医療未受診者への勧奨対象基準の拡充
- ・治療中断者への通知、電話等による勧奨業務の強化

2 生活習慣改善に向けた健康状態の見える化や支援の強化

個人の生活習慣改善を促すためには、生活習慣を改善しよう意識してもらうことが重要です。自身の健康状態や健康リスクを適切に把握できるようにし、個人の状態に則した具体的動機付けや啓発・支援を行うことで、市民の生活習慣改善に向けた取組を重点的に進めます。

(1) 評価指標・補助指標

取組の評価指標には、身体活動・運動に関連したものとして「運動習慣者の増加」、栄養・食生活に関連したものとして「バランスの良い食事を摂っている者の増加」を設定し、関連する取組の実績を把握するための補助指標を設定することで、目標達成に向けた取組の実効性を高めます。

評価指標／補助指標	現状値	達成目標
[評] 運動習慣者の増加	37.0% (R4 年度)	47.0% (R16 年度)
[評] バランスの良い食事を摂っている者の増加	50.5% (R4 年度)	60.0% (R15 年度)
[補] 健康管理アプリダウンロード数	3,149 件 (R4 年度)	15,000 件 (R11 年度)

(2) 主な取組

① PHR※を活用した、市民誰もが活用できる健康管理の共通基盤の構築

健康管理アプリケーションを活用して、自身の健診結果等の情報を取得、閲覧でき、日々の生活の記録（歩数・体重・血圧・睡眠等）を簡単に管理できる健康管理の共通基盤を構築し、市民が自身の健康状態、健康リスクを把握できる環境を整備します。これにより、栄養・食生活、身体活動・運動などの生活習慣の改善に向けた個人の意識の向上、取組の充実を図ります。※ 8 ページを参照。

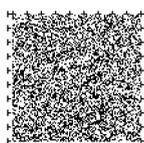
② データを活用したPDCAサイクルによる取組の推進

健康管理アプリケーションにより収集した市民の生活習慣の改善状況などの成果のデータを活用してPDCAサイクル※を充実させ、取組をより効果的、効率的に推進します。

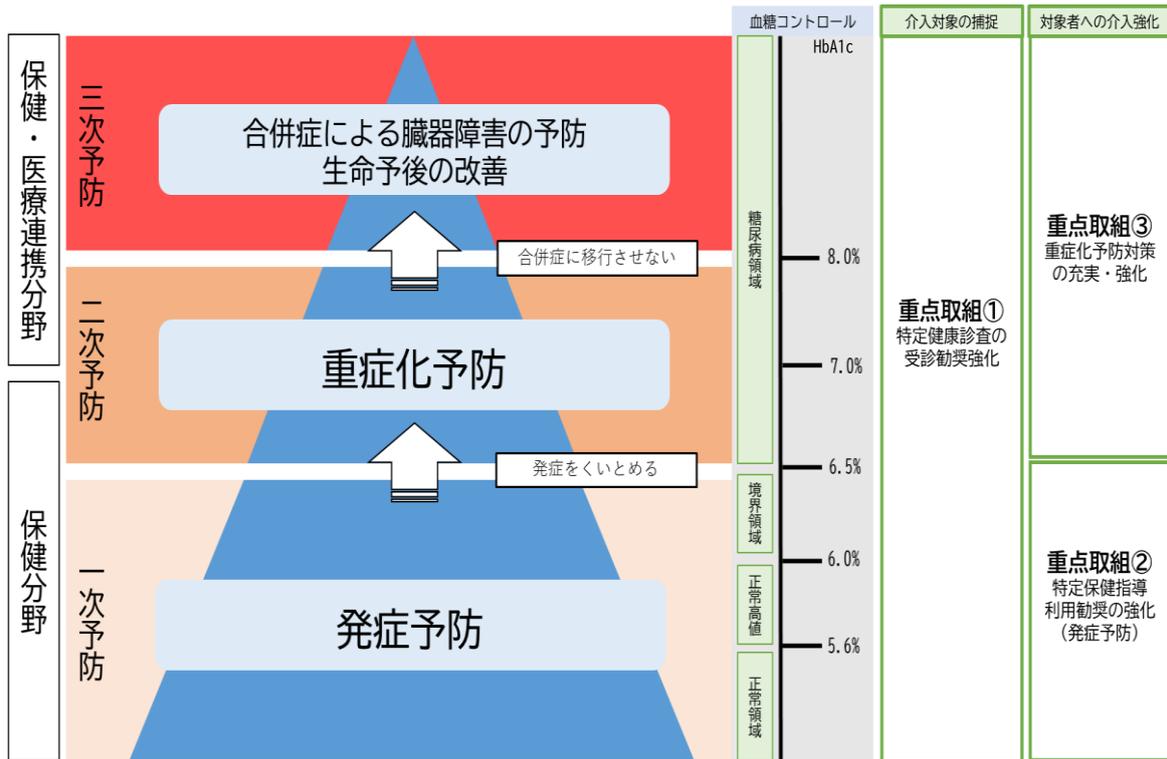
※ PDCA サイクル：Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Action（改善）を循環させ、マネジメントの品質を高める考え方。

③ 地域及び職域における健康づくり活動の支援の強化

健康管理アプリケーションにより収集した市民の健康状態のデータを用いて、保健師や管理栄養士などを中心として地域や職域の健康課題を分析し、その課題や解決に向けた取組、目標を地域や職域と共有し、健康づくり活動を支援します。



【糖尿病の発症予防・重症化予防に向けた保健事業の強化のイメージ】



【生活習慣改善に向けた健康状態の見える化や支援の強化のイメージ】

