

第3期

五戸町特定健康診査等実施計画

(計画期間 2018年度～2023年度)

青森県五戸町

<目次>

第1章 計画策定の趣旨

- 1 計画の背景及び目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 計画の性格と役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 3 計画期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

第2章 現状と課題

- 1 人口動態・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 2 疾病と医療費・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 3 特定健康診査の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
- 4 特定保健指導の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
- 5 健診結果の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
- 6 第3期計画の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

第3章 特定健康診査等の実施

- 1 基本的な考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
- 2 達成しようとする目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
- 3 特定健康診査等の実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22

第4章 目標実現のための施策の実施

- 1 特定健康診査受診率の増加のために・・・・・・・・・・ 28
- 2 特定保健指導実施率の増加のために・・・・・・・・・・ 29
- 3 内臓脂肪症候群該当者及び予備群の減少率の増加のために・・ 29

第5章 特定健康診査等の結果の通知と保存

- 1 特定健康診査等のデータについて・・・・・・・・・・ 30
- 2 特定健康診査等の結果の報告・・・・・・・・・・・・・・・・ 31

第6章 特定健康診査実施計画の公表、評価及び見直し

- 1 特定健康診査等実施計画の公表・・・・・・・・・・・・ 31
- 2 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し・・・・・・・・ 31

—— 第3期五戸町特定健康診査等実施計画 ——

◆発行

五戸町

〒039-1513

青森県三戸郡五戸町字古館21番地1

TEL：0178-62-2111（代表）

FAX：0178-62-4940

ホームページ：<http://www.town.gonohe.aomori.jp>

◆編集

住民課

第1章 計画策定の趣旨

1 計画の背景及び目的

五戸町では、急速に進行する少子・高齢化社会の中で全ての町民が健康で明るく元気で生活できる社会の実現を図るため、病気の早期発見や早期治療に留めるのではなく、健康を増進し、発病を予防する「一次予防」を重視し、壮年期の死亡を減少させ、介護を受けずに生活できる健康寿命の期間を延伸させることを目標に町民の健康づくりを推進する「健康五戸21」を策定し、その着実な実行に取り組んできました。

国では、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、平成18年6月の医療制度改革関連法の改正により、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、医療保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）に基づいて、保険者は被保険者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施することとしています。

このため、本計画は、国民健康保険者として、町民の健康づくり運動を推進する「健康五戸21」と整合性を保ちながら、健康で長寿であることの実現に資するため、内臓脂肪症候群等の生活習慣病を中心とした疾病予防を重視し、健康及び保健指導の充実を図る観点から、特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施方法及びその成果に関する基本的事項を定めるため策定した第2期実施計画（平成25年度から5年間）が平成29年度で終了することから、第2期の特定健康診査等の実施結果を踏まえた「第3期五戸町特定健康診査等実施計画」を策定するものです。

2 計画の性格と役割

五戸町特定健康診査実施計画は、法第19条に基づき策定するもので、国の特定健康診査等基本指針を踏まえ、青森県医療費適正化計画（第三期）及び五戸町国民健康保険 保健事業実施計画（データヘルス計画）と整合性を保ちながら、当町国民健康保険被保険者のうち40歳以上75歳未満の方を対象に特定健康診査等を実施することにより、自分自身の健康課題を正しく理解し、自主的に健康増進及び疾病予防に取り組むことで、町民の願いである健康で長寿であることの実現に資するものです。

3 計画期間

この計画は、6年を一期として、第3期は2018年度から2023年度までの6年間とします。

また、策定した計画は町ホームページ等で公表するとともに、中間評価として2020年度までの実施状況を2021年度に評価し検証します。

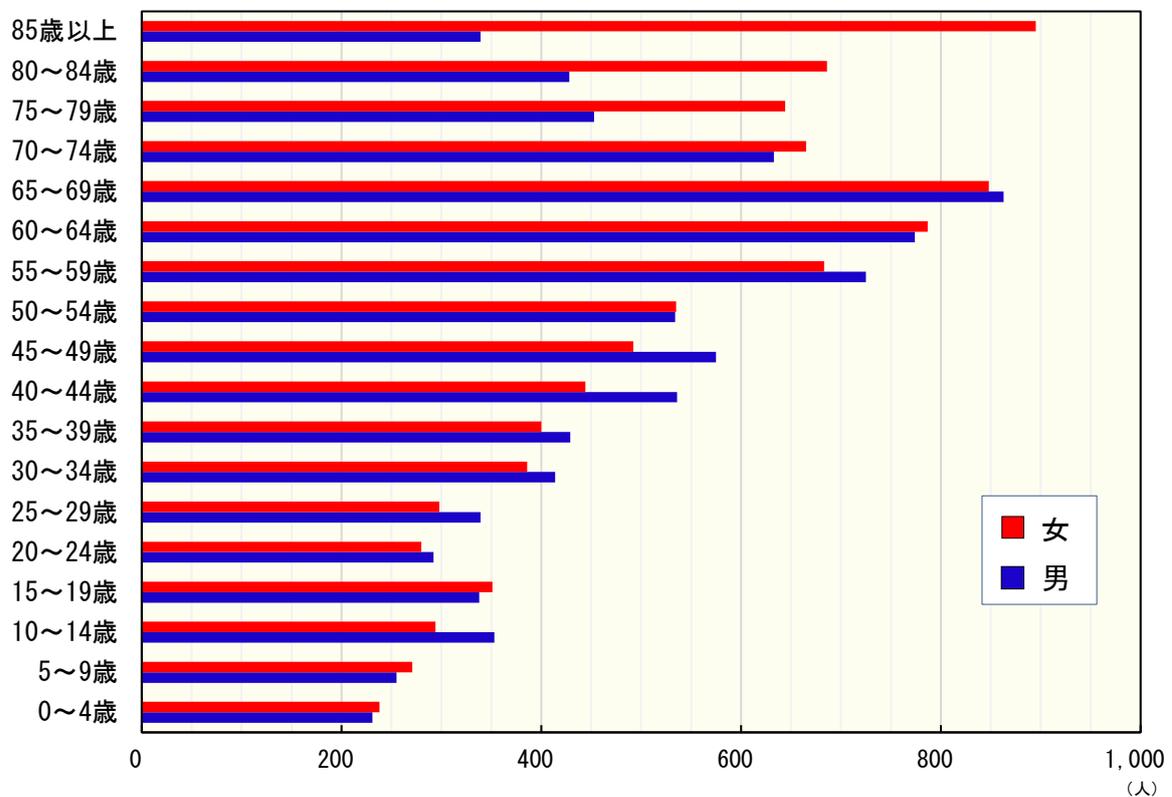
第2章 現状と課題

1 人口動態

(1) 人口構成

当町の人口は、平成29年9月30日現在の住民基本台帳による集計では、17,708人で、男性が8,511人、女性が9,197人で、平成24年より全体で1,465人減少となっております。年齢階層別構成は次のとおりです。(図1参照)

図1 町の人口構成



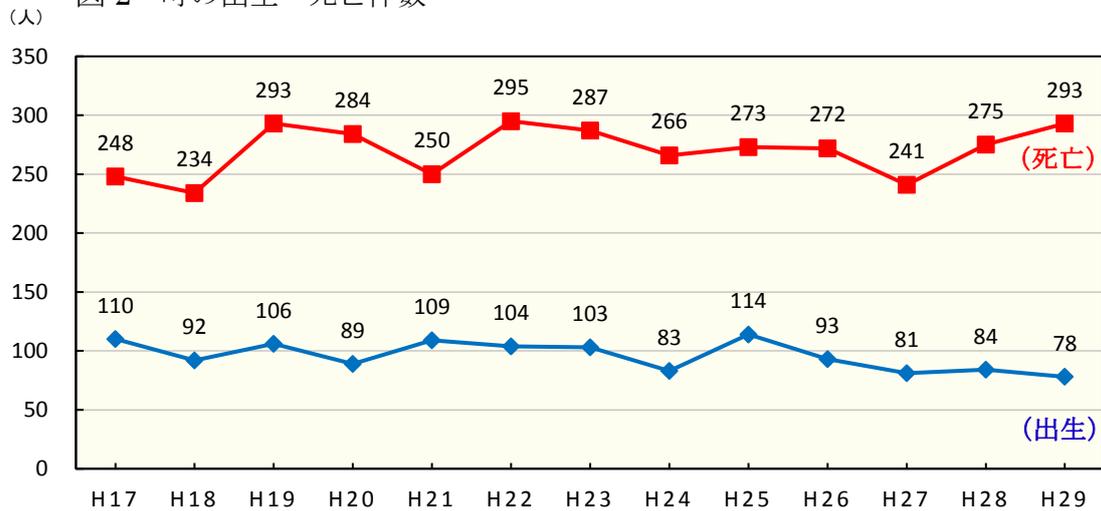
出典：H29.9.30住民基本台帳

(2) 出生と死亡

当町の出生数は緩やかに減少、死亡数は横ばいの状況となっております

(図2参照)

図2 町の出生・死亡件数



出典:住民基本台帳

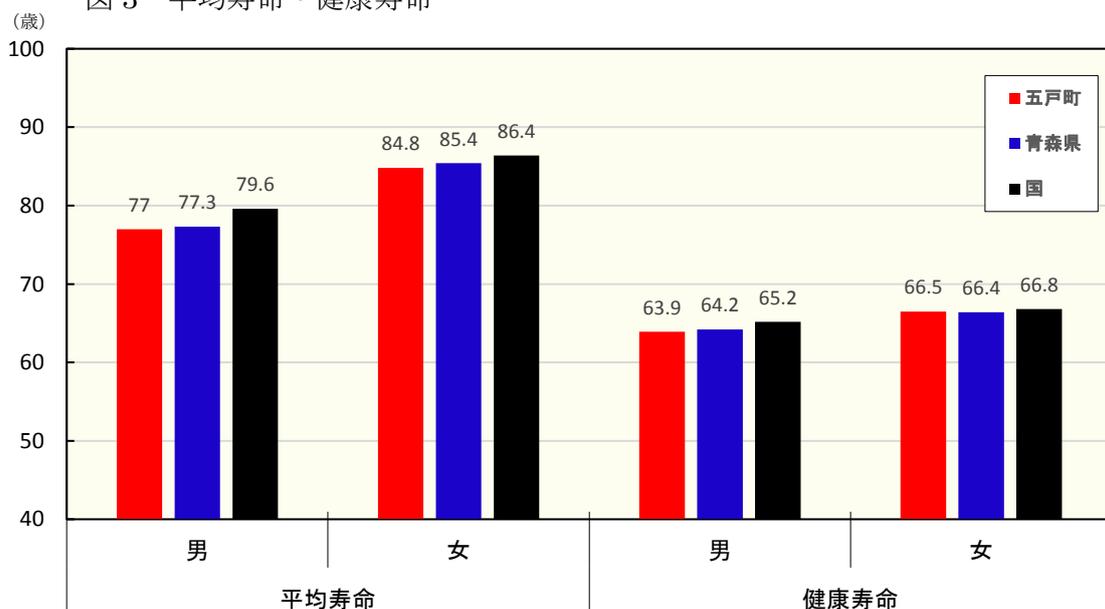
(3) 平均寿命と健康寿命

当町の平成28年平均寿命は、男性が77.0歳、女性が84.8歳で国や県と比較して短命であることがわかります。

また、平均寿命と健康寿命の差は男性が13.1歳、女性が18.3歳となっており、男女ともに国及び県と同程度もしくは平均を下回っています。

(図3参照)

図3 平均寿命・健康寿命



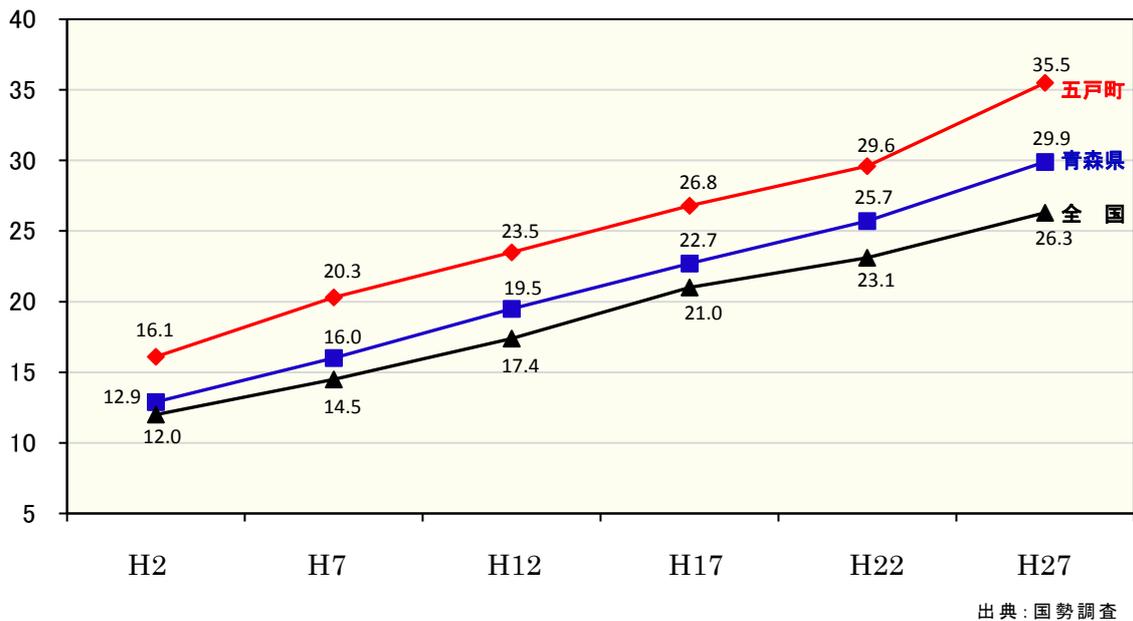
出典:KDB_1 地域全体の把握(H28年度)

(4) 高齢化の率の推移

当町の高齢化率は、青森県や国とほぼ同様に増加していますが、増加率は上回っています。

平成27年の青森県と当町の高齢化率を比較すれば、当町が35.5%で青森県の29.9%に比べて5.6%も高い水準にあります。(図4参照)

(%) 図4 高齢化の推移



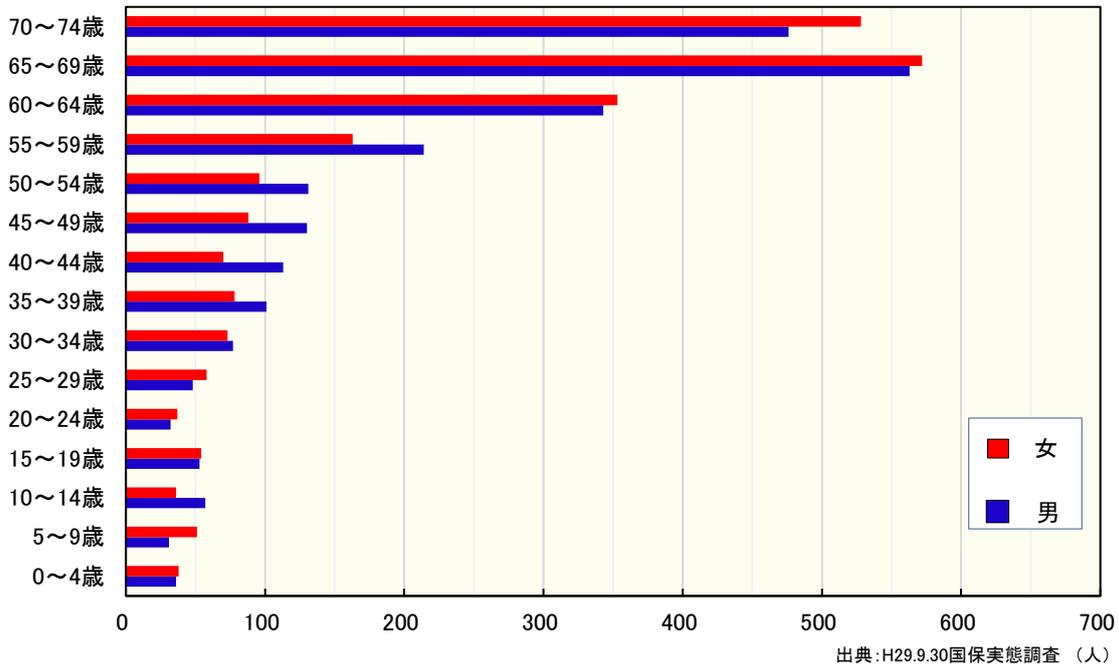
(5) 国民健康保険被保険者の状況

当町の人口は、17,708人(平成29年9月30日現在)となっておりますが、そのうち、国民健康保険被保険者数は4,700人で、26.5%を占めております。

被保険者数は、年齢が高くなるにつれて増加傾向にあり、39歳以下の860人に対し、40～64歳が1,701人とほぼ2倍となっています。

また、階層男女別の状況では、59歳までは男性が多く、60歳以上では女性が多くなっています。(図5参照)

図5 町の国民健康保険被保険者の状況



2 疾病と医療費

(1) 主要死因別死亡状況

平成28年の3生活習慣病（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）による死亡率は43.4%と約半数を占めています。肺炎による死亡率は増加、腎疾患、自殺はほぼ横ばいとなっています。（図6・7参照）

図6 死因別状況

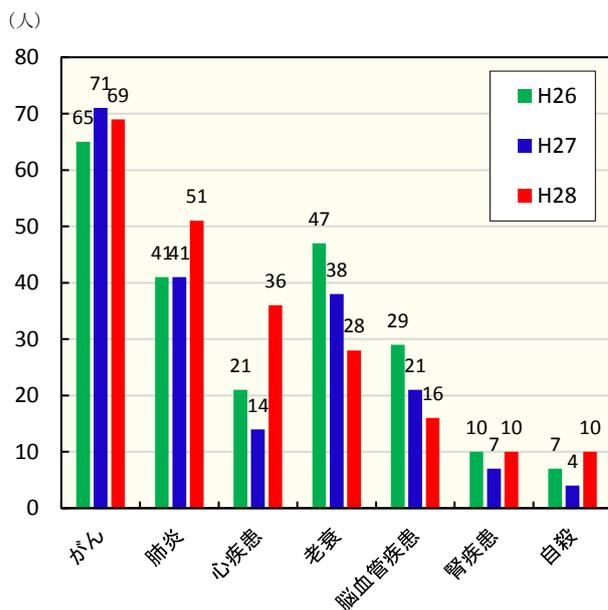
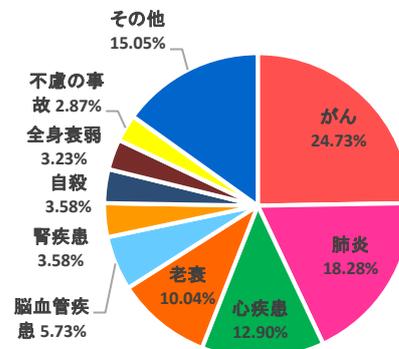


図7 平成28年死因状況



出典：住民課・福祉保健課

・五戸町の標準化死亡比（SMR）の概要

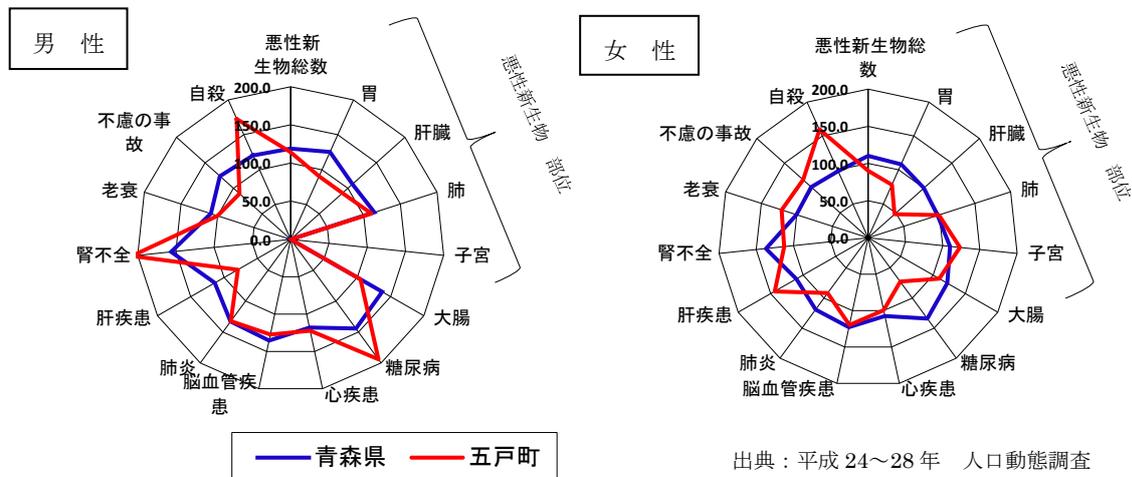
平成 24～28 年

区分	悪性新生物											
	総数		胃		肝臓		肺		子宮		大腸	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
青森県	118.9	110.3	125.3	108.4	108.3	100.1	114.5	97.5		109.9	137.4	122.0
五戸町	114.2	90.4	90.7	78.3	90.7	47.4	110.2	99.5		123.2	104.6	109.8

区分	糖尿病		心疾患（高血圧を除く）		脳血管疾患		肺炎		肝疾患	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
青森県	144.1	134.2	117.9	107.4	135.3	122.8	133.0	119.2	114.2	110.6
五戸町	194.2	72.8	122.5	99.7	127.3	119.8	132.6	91.6	79.4	143.9

区分	腎不全		老衰		不慮の事故		自殺	
	男	女	男	女	男	女	男	女
青森県	156.3	137.1	109.0	100.6	124.0	102.1	120.4	98.1
五戸町	207.8	112.5	99.9	121.5	89.5	116.8	172.7	159.6

図 8 五戸町の標準死亡比（SMR）の状況



出典：平成 24～28 年 人口動態調査

○標準化死亡比（SMR）とは

人口動態データを用いて算出されるデータで、地域の年齢構成による死亡数の差を解消し、地域別・死因別に全国水準との比較を可能にするものです。SMR の値が 100 を上回ると全国水準よりも死亡率が高く、100 を下回ると全国水準よりも死亡率が低いことがわかります。

○使用した死亡データ

今回の SMR 算定に当たっては、平成 24～28 年の人口動態統計調査に基づく死亡数を使用しています。

○人口規模の違いによるデータの不安定性

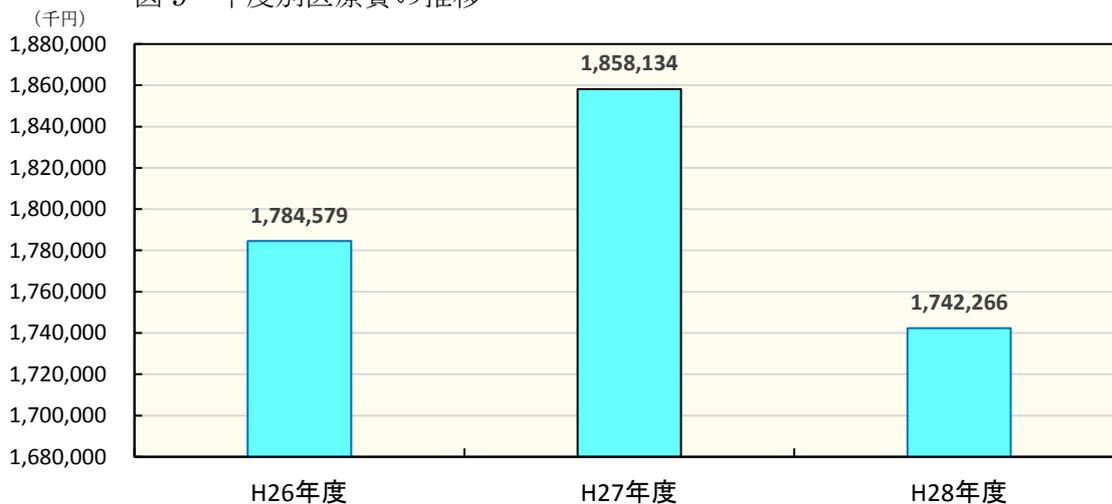
人口規模の少ない市町村では、わずかな死亡数の増減により SMR が変動しますが、今回の算定に当たっては、ベイズ推計等によるデータの不安定性の緩和を行っていないため、上記のデータはあくまでも参考値となります。

(2) 医療費総額の推移

直近3年を比較すると、平成27年度をピークに平成28年度は1億1,586万円、率にして6.23%と大幅に減少しています。平成27年度は全国的に見ても医療費が増加しており、特に調剤医療費が大きく増加しています。原因として平成27年度はC型肝炎の新薬の使用が増えたことに対し、平成28年度は薬価が大幅に引き下げられたことが予想されます。

(図9参照)

図9 年度別医療費の推移

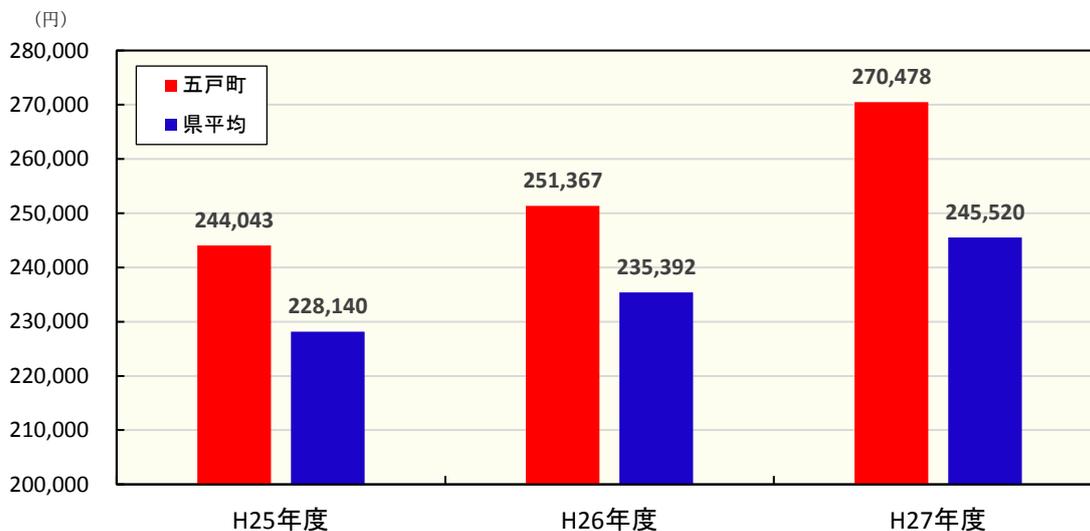


出典：国保事業年報C表(3)

(3) 被保険者1人当たり医療費の推移

直近3年を比較すると、増加傾向となっています。県の平均と比べると6~10%高く推移しています。(図10参照)

図10 被保険者1人当たり医療費の推移



出典：国保図鑑

(4) 疾病分類別医療費の割合（大分類）

平成28年度入院は新生物、精神、循環器が全体の56.5%を占めており、医療費が高額になる要因となっています。（図11参照）

外来は、内分泌、循環器、筋骨格が全体の44.5%を占めており、特に内分泌、循環器の割合が高くなっています。（図12参照）

図11 大分類別医療費内訳（入院）

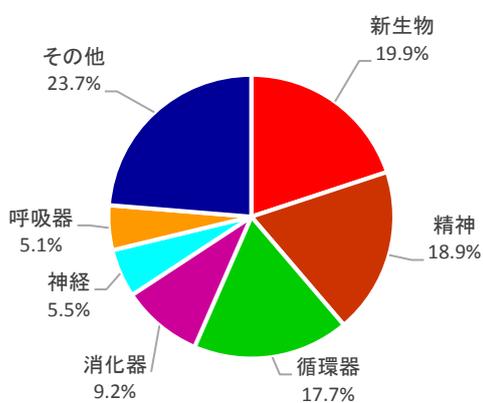
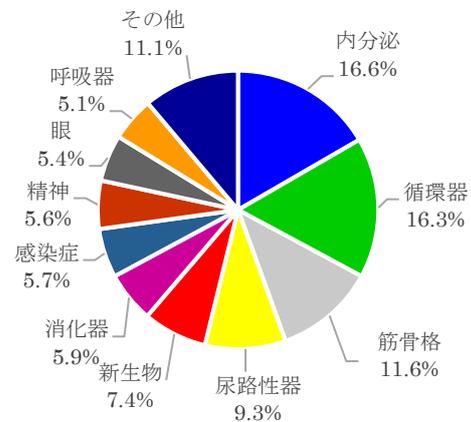


図12 大分類別医療費内訳（外来）



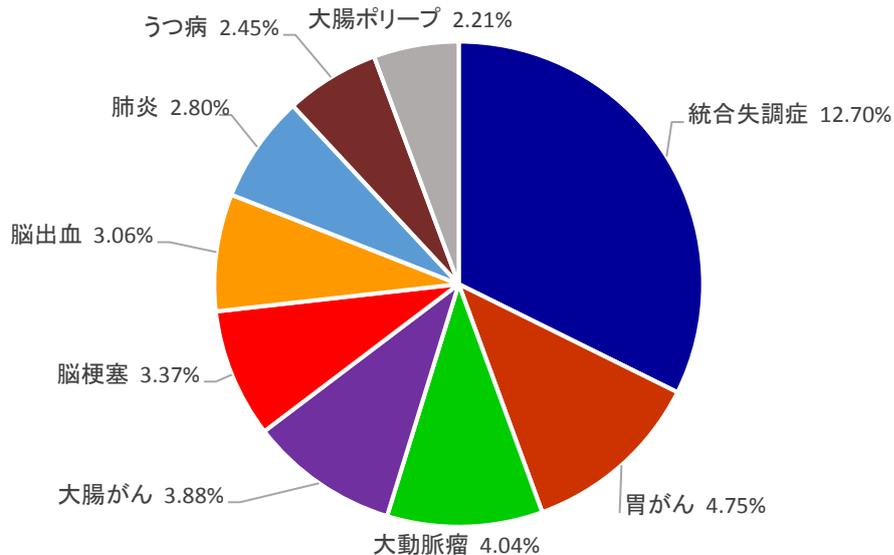
出典：KDB23_002 医療費分析（2）大、中、細小分類

(5) 疾病分類別医療費(入院)の割合(細小分類)

平成28年度入院・男性は統合失調症が12.7%を占めています。次いで胃がん、大動脈瘤、大腸がんとなっており、3~4%前後で推移しています。(図13参照)

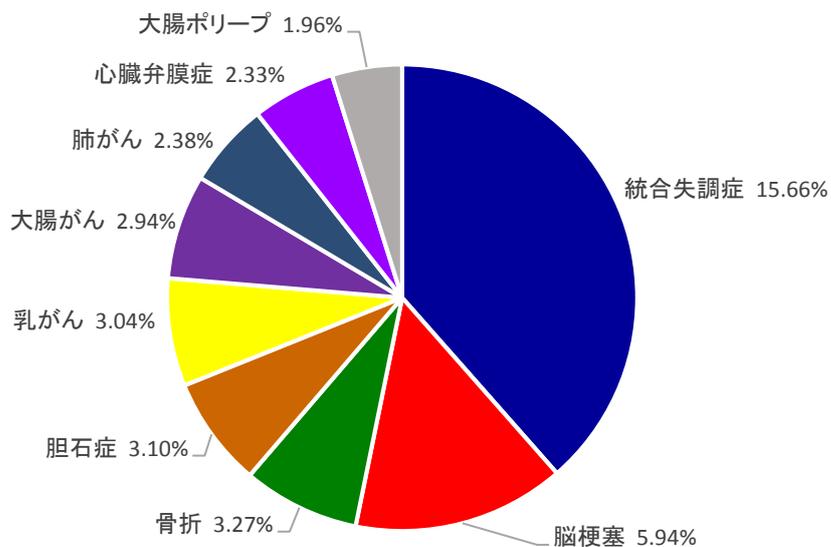
女性は統合失調症が15.66%を占めています。次いで脳梗塞、骨折胆石症となっており、3~5%前後で推移しています。(図14参照)

図13 平成28年度疾病分類別医療費の割合細小分類(入院・男性)



出典：KDB_002のCSVファイル(疾病別医療費分類(細小82))分類

図14 平成28年度疾病分類別医療費の割合細小分類(入院・女性)



出典：KDB_002のCSVファイル(疾病別医療費分類(細小82))分類

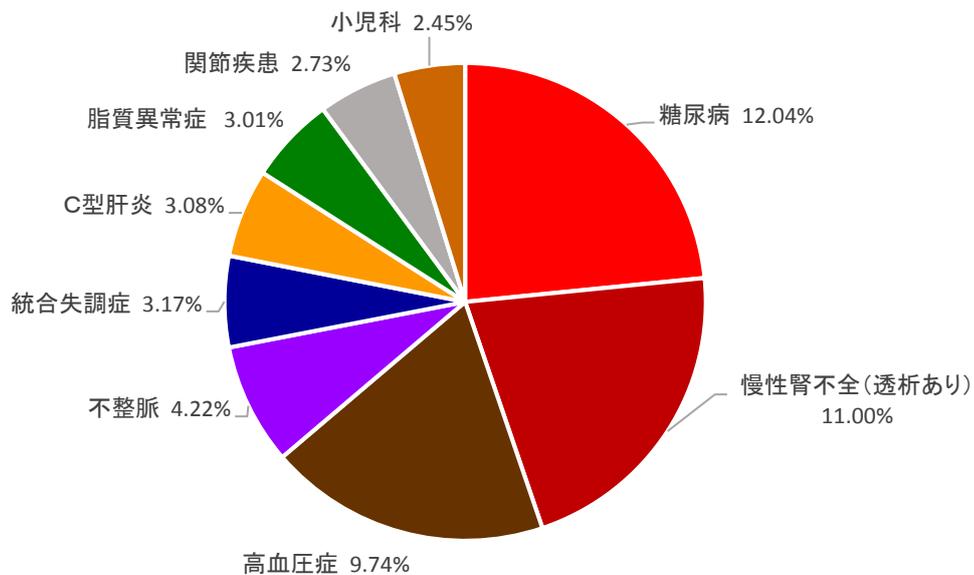
(6) 疾病分類別医療費（外来）の割合（細小分類）

平成28年度外来・男性は糖尿病が12.04%を占めています。次いで慢性腎不全（透析あり）、高血圧症となっており、9～11%前後で推移しています。（図15参照）

女性の糖尿病は9.89%を占めています。次いで高血圧症、骨粗しょう症、関節疾患となっており、6～8%前後で推移しています。

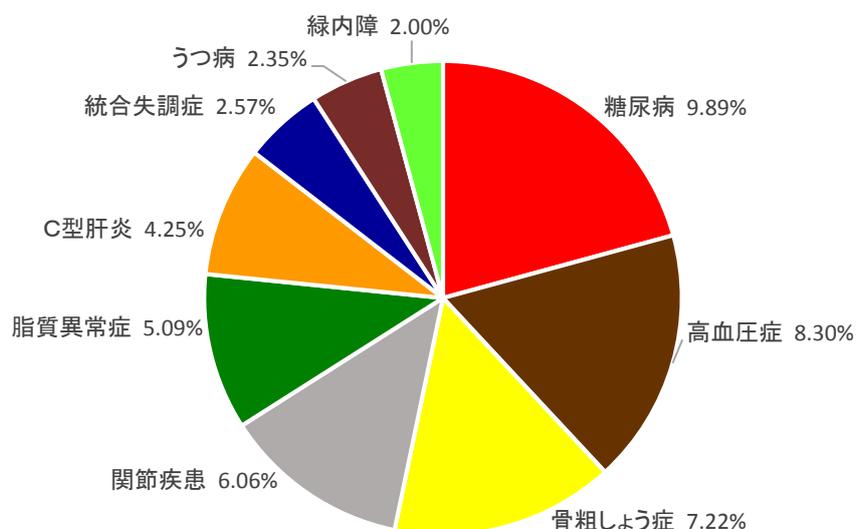
（図16参照）

図15 平成28年度疾病分類別医療費の割合細小分類（外来・男性）



出典：KDB23_002のCSVファイル（医療費分析（2）大、中、細小分類）

図16 平成28年度疾病分類別医療費の割合細小分類（外来・女性）

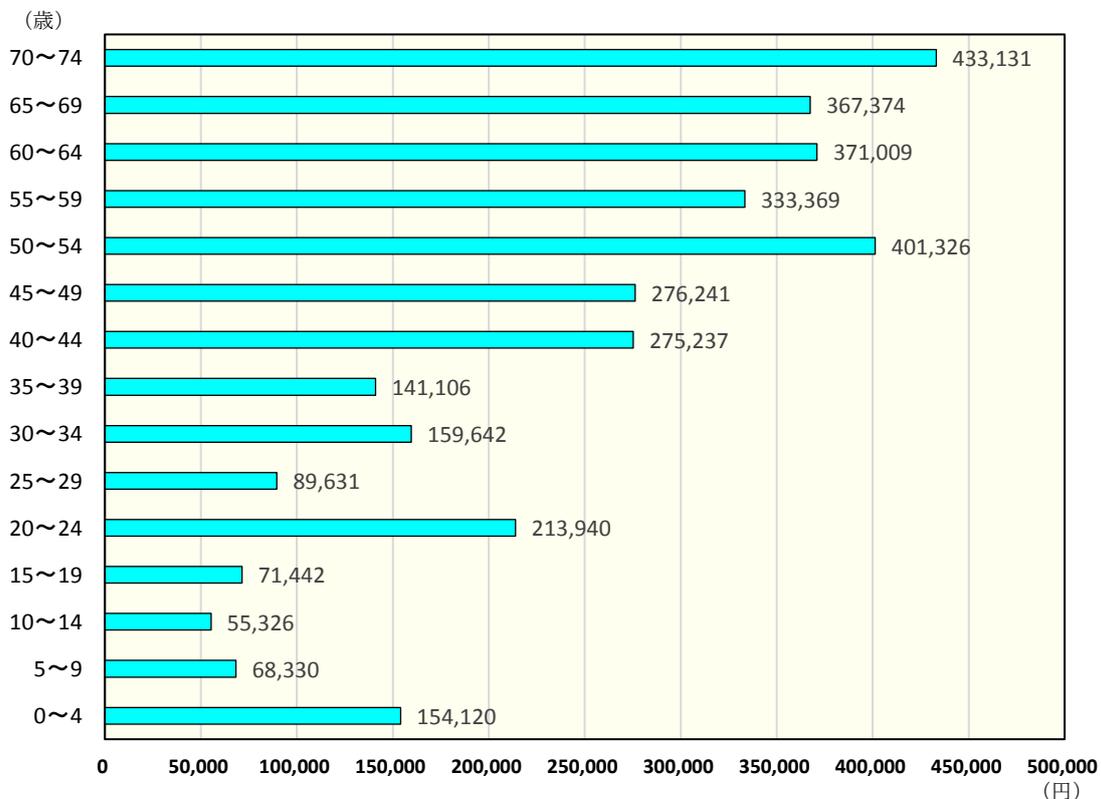


出典：KDB23_002のCSVファイル（医療費分析（2）大、中、細小分類）

(7) 年齢階層別 1 人当たり医療費

平成 28 年度年齢階層別 1 人当たり医療費は、一旦 20～24 歳で高くなりますが、25～39 歳までは低く推移しています。20～24 歳は例年歯肉炎及び歯周疾患等の消化器系の疾患が多くなっています。1 人当たり医療費は 40 歳を過ぎると増加傾向となり、70～74 歳が最も高くなっています。重症化予防の観点から 40 歳以上に対する保健指導が重要であると言えます。(図 17 参照)

図 17 年齢階層別 1 人当たり医療費 (平成 28 年度分)



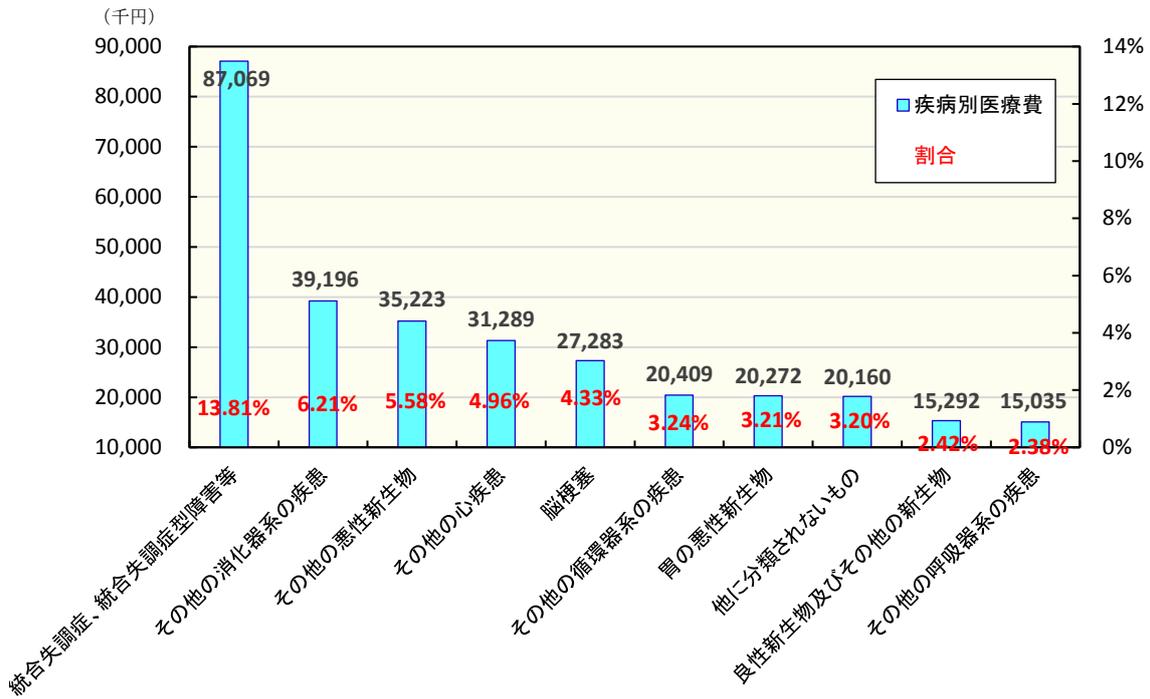
出典：KDB_No1 地域全体の把握 医療の CSV ファイル

(8) 疾病分類別 1 人当たり医療費 (入院・中分類)

平成 28 年度入院は統合失調症、統合失調症型障害等が最も高く、約 8,700 万円です。全体の 13.81% を占めています。次いでその他の消化器系の疾患、その他の悪性新生物となっており、5～6% 前後で推移しています。(図 18 参照)

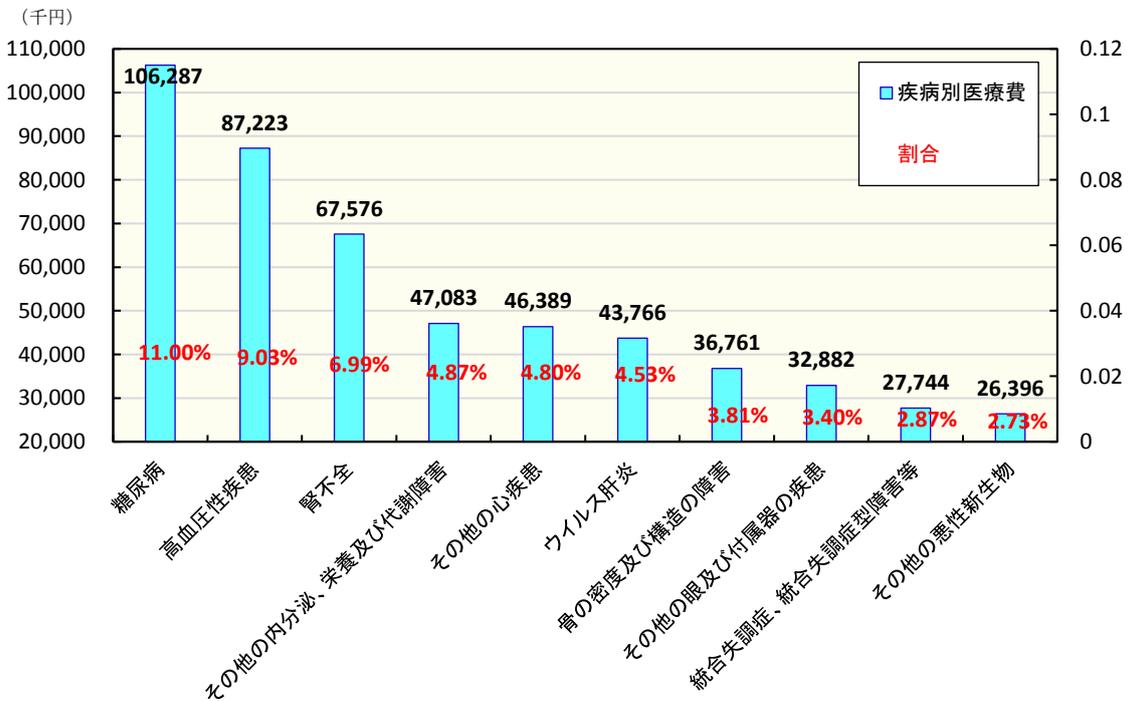
外来は糖尿病が 11.0% を占めています。次いで高血圧性疾患、腎不全となり、6～9% で推移しています。(図 19 参照)

図 18 疾病分類別医療費の割合中分類（入院）



出典：KDB23_002のCSVファイル(医療費分析(2)大、中、細小分類)

図 19 疾病分類別医療費の割合中分類（外来）



出典：KDB23_002のCSVファイル(医療費分析(2)大、中、細小分類)

3 特定健康診査の状況

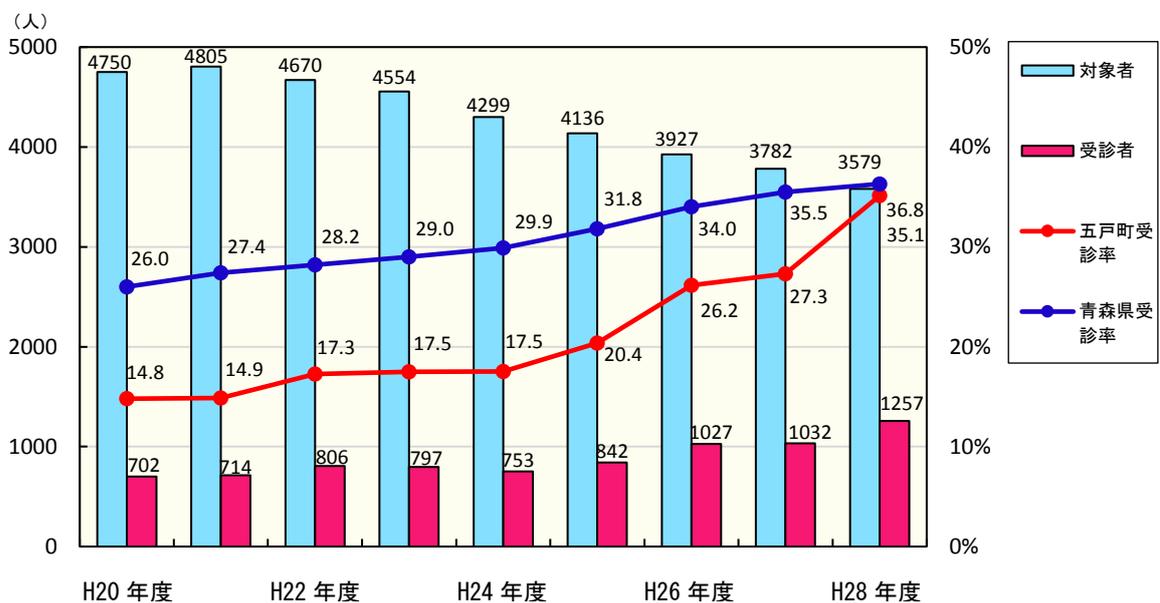
(1) 特定健康診査受診状況

平成28年度における40～74歳の特定健康診査の実施状況は、受診対象者数3,579人に対して、受診者数は1,257人で受診率は35.1%となっています。

当町の受診率は、第2期特定健診受診率の目標値60%を下回っていますが、平成28年度は県平均とほぼ同じく推移しています。(図20参照)

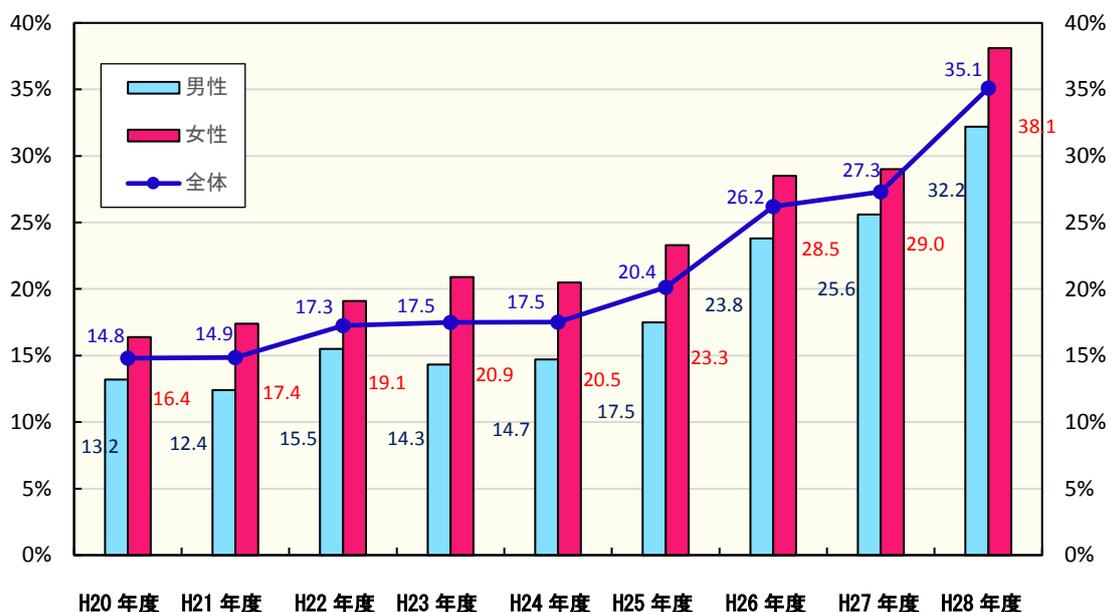
また、性別では女性が男性に比べ高い傾向にあります。(図21参照)

図20 特定健康受診者数と受診率の推移



出典：国保データベース(KDB)

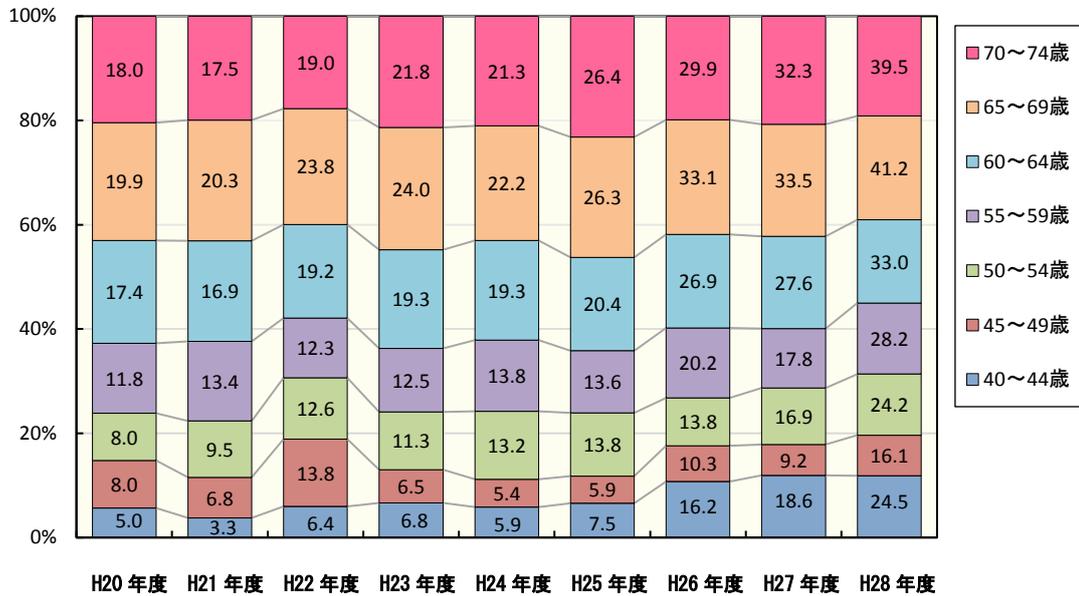
図21 性別特定健診受診率



出典：国保データベース(KDB)

年齢別受診状況をみると、40歳代、50歳代の受診率が低く、特に45～49歳の受診率が極端に低くなっています。(図22参照)

図22 年齢別特定健診受診率



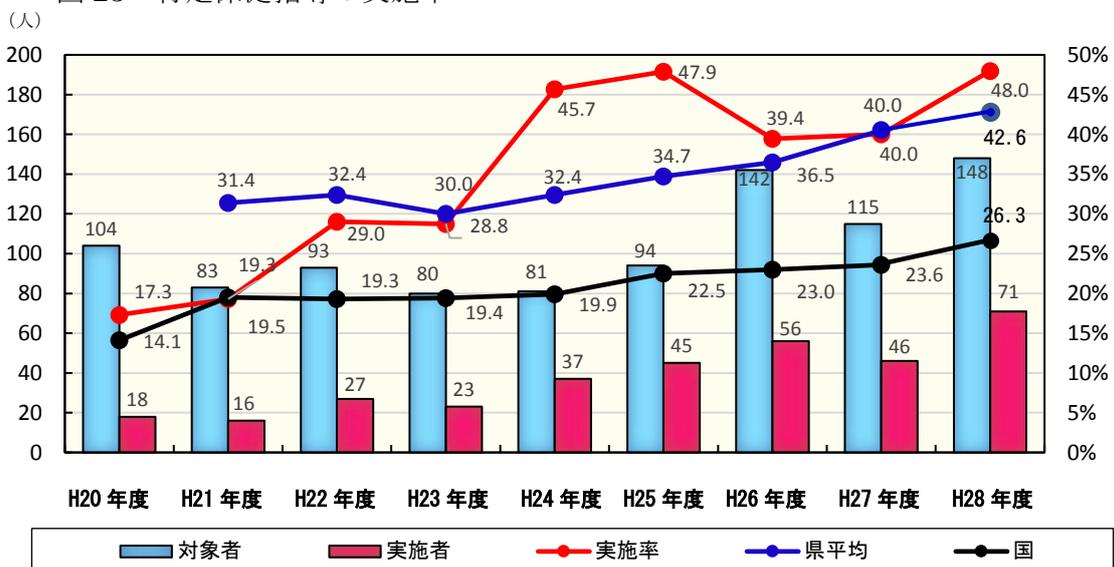
出典：国保データベース(KDB)

4 特定保健指導の状況

(1) 特定保健指導対象者の状況

平成28年度における40～74歳の特定保健指導の実施状況は、対象者148人に対して、実施者は71人で実施率は48.0%となっています。(図23参照)

図23 特定保健指導の実施率

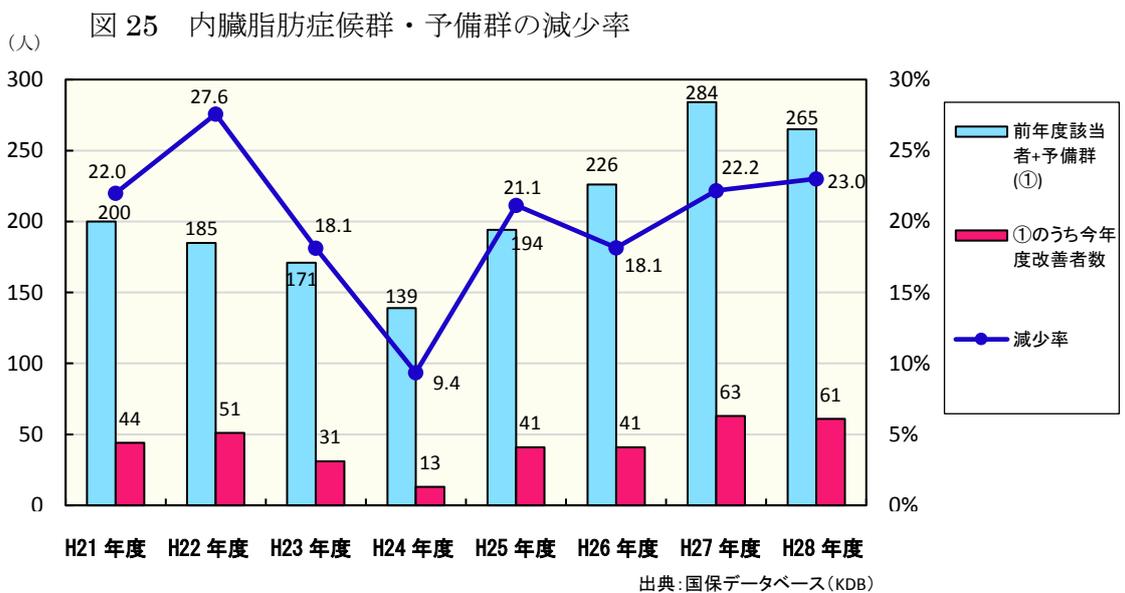
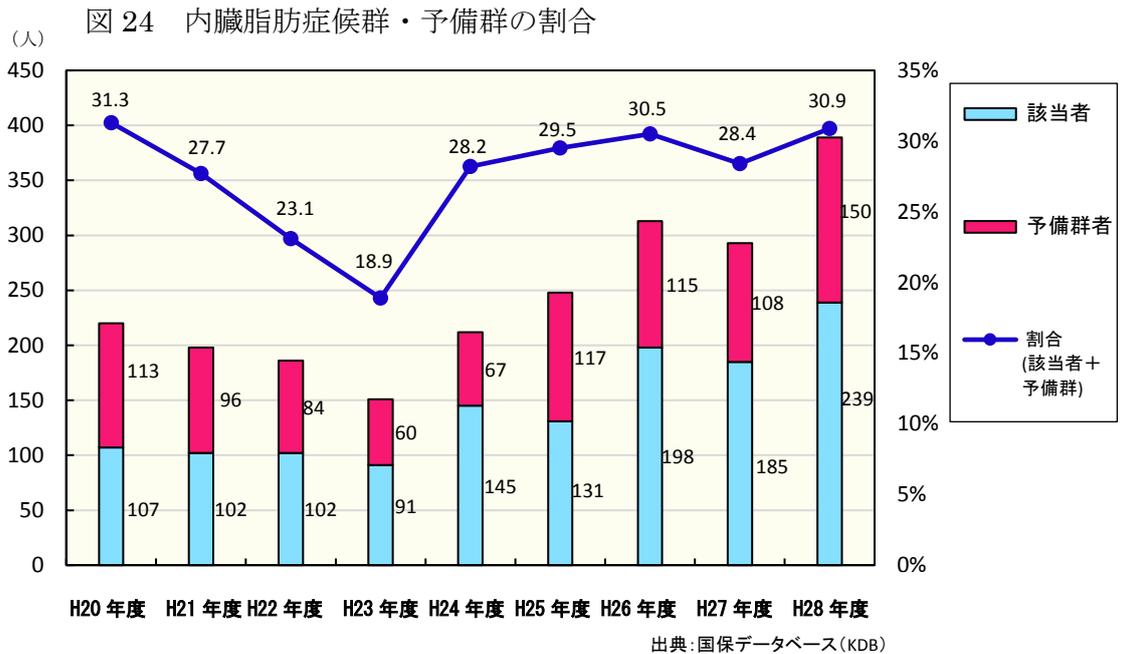


出典：国保データベース(KDB)

(2) 内臓脂肪症候群・予備群の状況

内臓脂肪症候群及び予備群をみると、平成23年度までは減少傾向でしたが、平成24年度からはともに増加の傾向にあります。(図24参照)

また、減少率をみてみると、平成25年度からはほぼ横ばいとなっています。(図25参照)



5 健診結果の状況

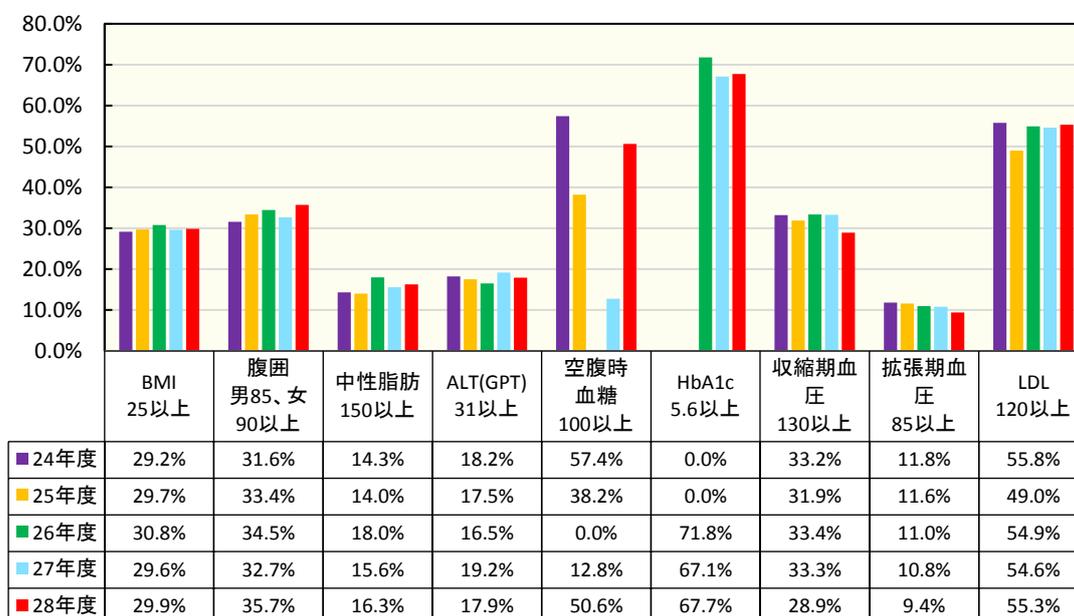
(1) 健診結果異常率の状況

健診結果異常率についてみると、空腹時血糖は一時減少しましたが、平成28年度は増加しています。

また、腹囲は増加傾向にあります。他の数値については、減少傾向にあります。(図26参照)

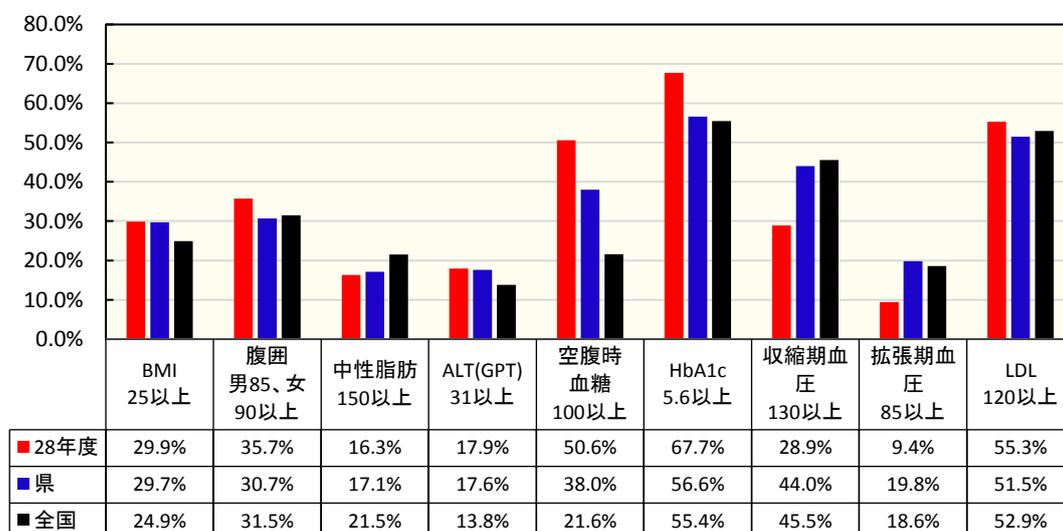
国・県と比較すると、空腹時血糖、HbA1c、腹囲、LDLの異常率が高く推移しています。(図27参照)

図26 健診データ異常率



出典：国保データベース(KDB)

図27 国・県との比較



出典：国保データベース(KDB)

(2) 質問票調査の状況

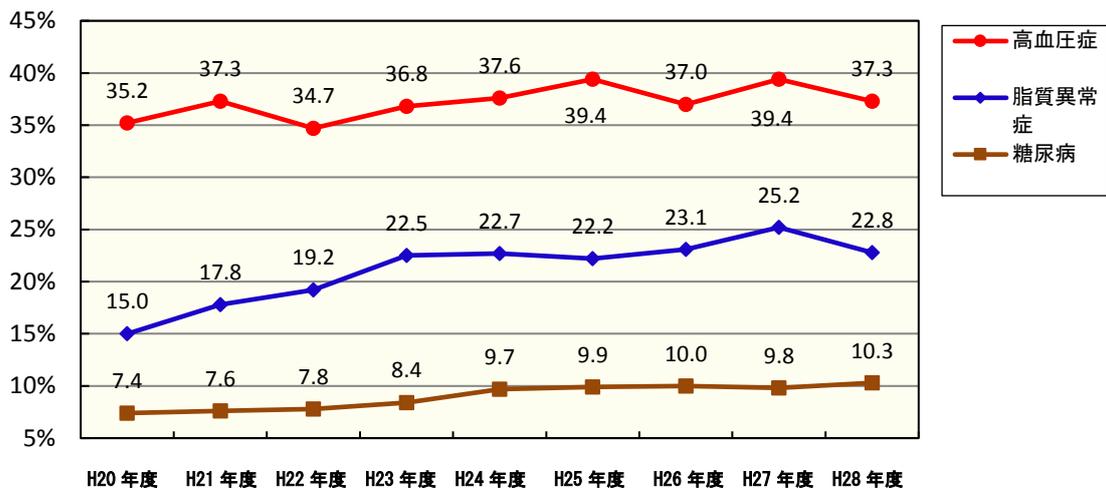
① 服薬の状況

服薬の状況を見ると、すべてにおいて緩やかに増加傾向にあります。

高血圧症の方が最も多いようですが、県と比較すると低く推移しています。糖尿病の服薬は男女ともに県平均と比べ高く推移しています。

(図 28・29 参照)

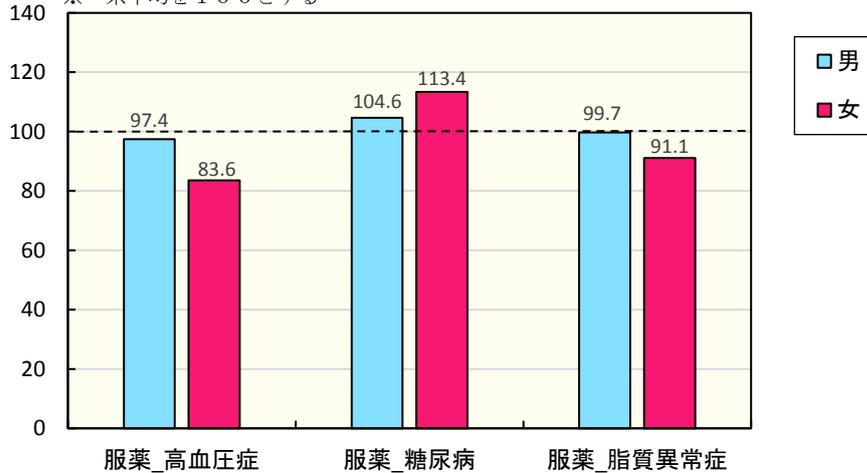
図 28 服薬の割合



出典：国保データベース(KDB)

図 29 服薬の状況

(%) ※ 県平均を100とする

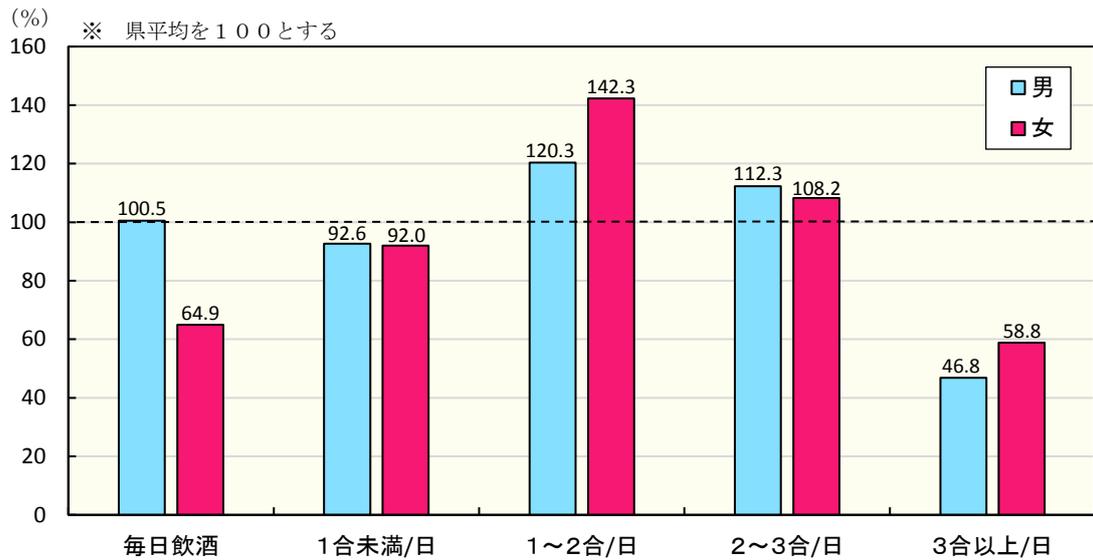


出典：国保データベース(KDB)

② 飲酒の状況

飲酒について県と比較した場合、毎日飲酒は男性でほぼ同じ、女性は低めですが、1～2合/日、2～3合/日飲酒は男女ともに高く推移しています。(図30参照)

図30 飲酒の状況

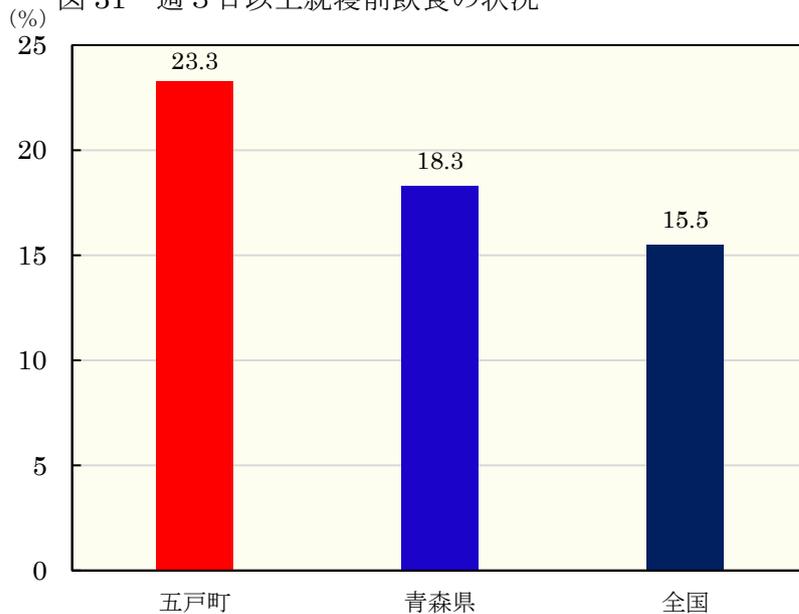


出典: 国保データベース(KDB)

③ 就寝前の飲食の状況

週3日以上就寝前に飲食していると回答した方は23.3%で、県平均に比べてもかなり高く推移しています。(図31参照)

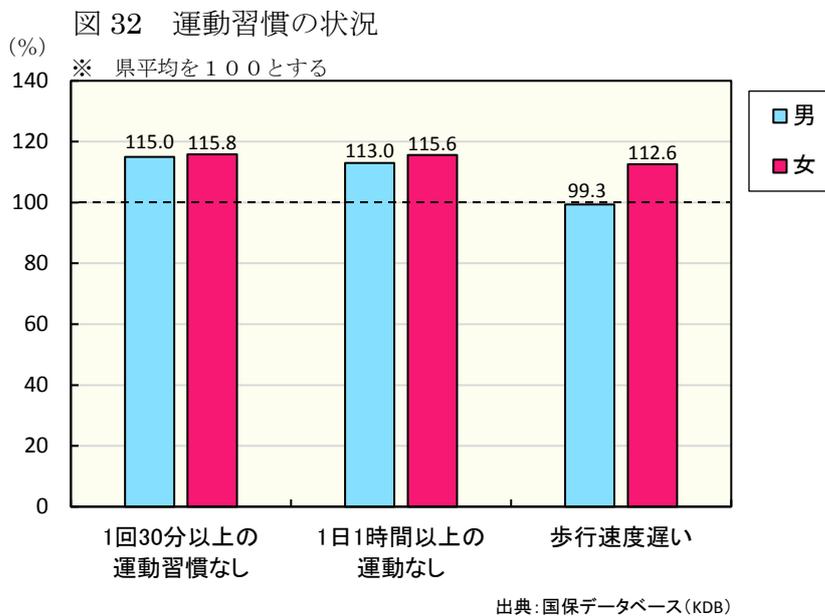
図31 週3日以上就寝前飲食の状況



出典: 国保データベース(KDB)

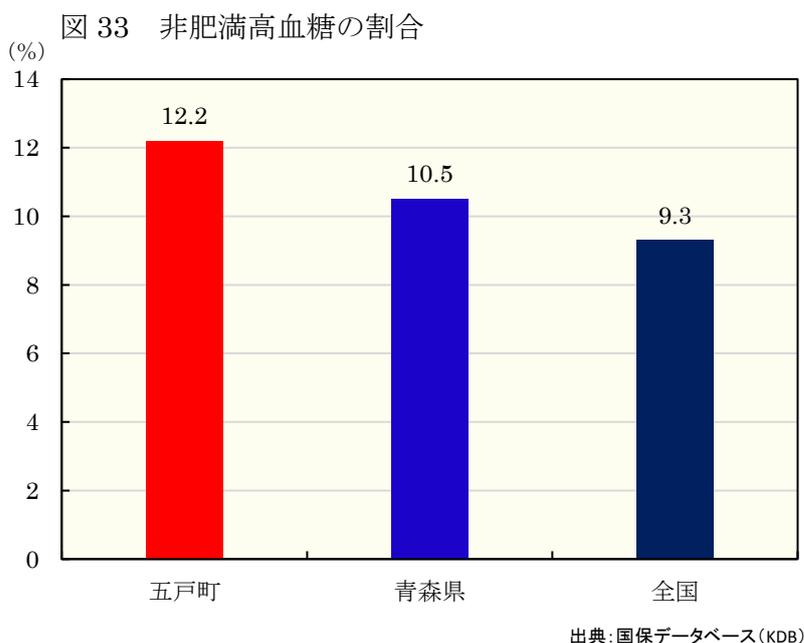
④ 運動習慣の状況

運動習慣について県と比較した場合、歩行速度が遅いと答えた男性の割合を除くすべてで男女ともに県平均を上回っており、運動習慣の無いことが解ります。(図 32 参照)

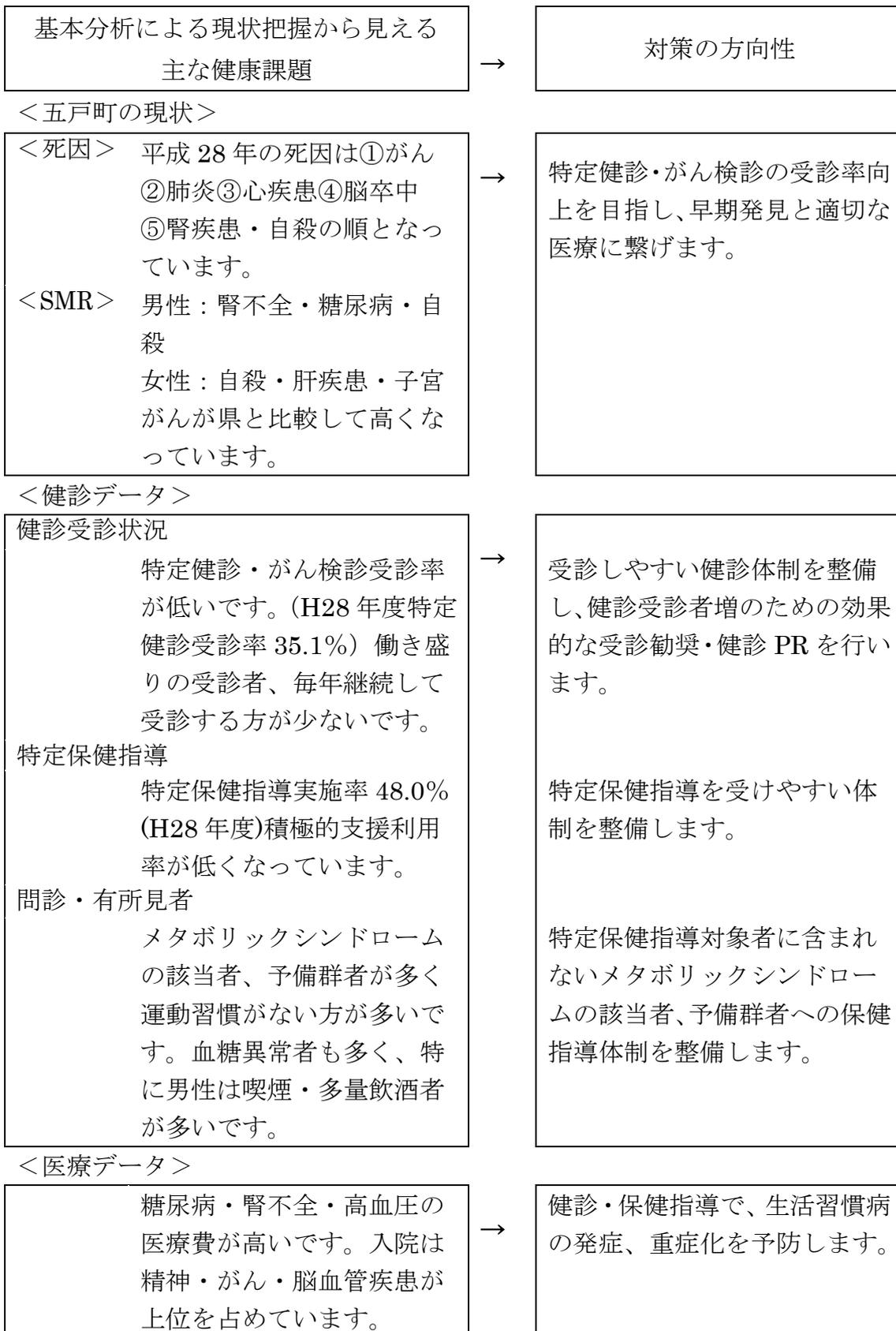


⑤ 非肥満高血糖値の状況

非肥満高血糖の該当者の割合は12.2%で、県平均に比べてもかなり高く推移しています。(図 33 参照)



6 第3期計画の課題



第3章 特定健康診査等の実施

1 基本的な考え方

生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができます。この結果、町民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。

特定健康診査においては、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、内臓脂肪症候群該当者及び予備群に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする方を、的確に抽出することができます。

2 達成しようとする目標

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第2項第2号及び国の特定健康診査等基本指針に基づき、特定健診受診率、特定保健指導利用率並びに内臓脂肪症候群該当者及び予備群の減少に係る計画最終年度の目標数値を設定しそれを達成するため各年度の目標数値を次のとおり設定します。

《計画最終年度の目標》

区 分	2023年目標値	第2期目標値
特定健康診査受診率	60%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%
内臓脂肪症候群該当者及び予備群の減少率	25%	25%

《各年次目標》

区 分	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健康診査受診率	38%	40%	43%	46%	50%	60%
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

3 特定健康診査等の実施

(1) 特定健康診査について

特定健康診査については、生活習慣病の疾病予防に資する為、下記の事項を健診項目として設定します。

《特定健康診査》

対象者	<p>○実施年度中に40～75歳に達する加入者（被保険者・被扶養者）が対象となります。</p> <p>○実施年度を通じて加入している（年度途中に加入・脱退がない）方</p> <p>○除外規定（妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等）に該当しない方</p> <p>※年度途中に75歳に達する加入者は、75歳に到達するまでの間が対象となります</p>
健診の項目	<p>○質問票（服薬歴、喫煙歴 等）</p> <p>○身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）</p> <p>○理学的検査（身体診察）</p> <p>○血圧測定</p> <p>○血液検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） ・血糖検査（空腹時血糖、HbA1c） ・肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP） <p>○検尿（尿糖、尿蛋白）</p>
詳細項目	<p>○心電図検査</p> <p>○眼底検査</p> <p>○貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）</p> <p>○血清クレアチニン検査（eGFR）</p> <p>◎<u>制度上、一定基準の下、医師が必要と認めた場合に実施することになって</u> <u>いますが、対象者全員に実施します。</u></p>

① 実施場所（委託先）

- 五戸町健診センター（五戸町）
- 青森県総合健診センター（青森市）
- 八戸市総合健診センター（八戸市）
- 八戸西健診プラザ（八戸市）

当面は上記4機関に委託しますが、実情に合わせ拡大を検討します。

② 実施期間

委託先の実情に合わせて、当該年度内（4月～翌2月）の期間で実施します。

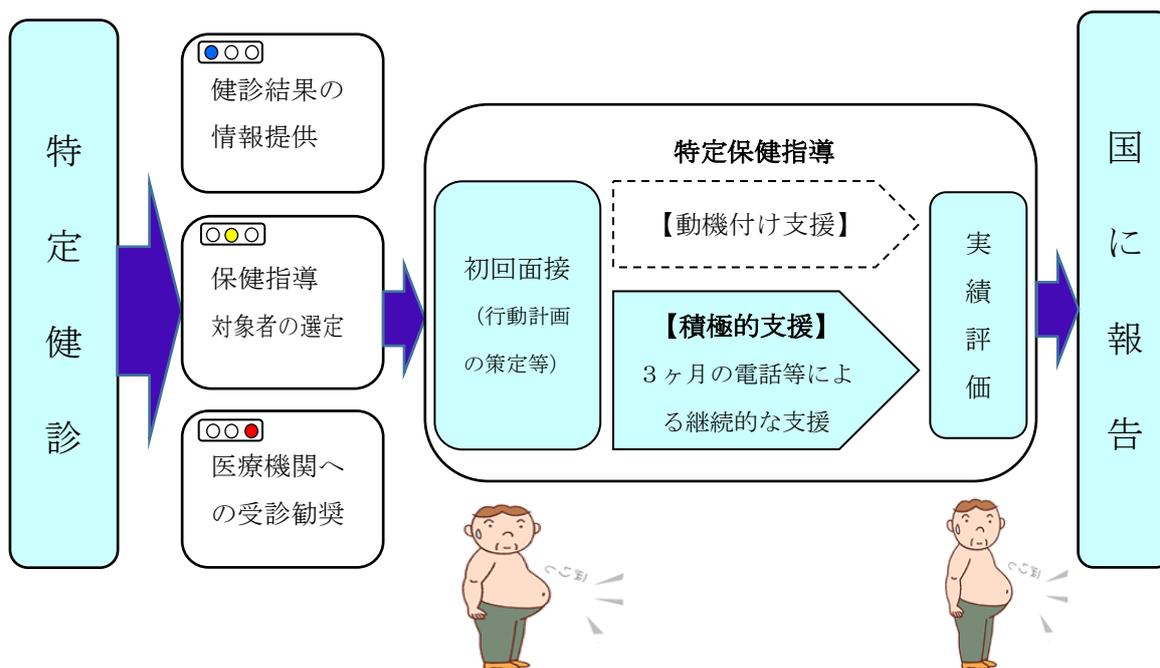
③ 案内と予約方法

4月1日時点での対象者へ町民健診（特定健診・がん検診等）の案内を郵送で行います。（但し、受診券は発行しません。）

健診予約は、電話及び郵送による方法とします。

(2) 特定保健指導について

特定健診・保健指導は、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げるよう、専門職が個別に指導を行います。



① 保健指導対象者の選定

内臓脂肪の蓄積（腹囲、BMI）をベースとして、①～④のリスクが重なり相乗効果で動脈硬化が急速に進まないよう、リスクに応じて積極的支援と動機付け支援対象者を選定します。

《特定保健指導の基準》

腹 囲	追加リスク ①血糖②脂質③血圧	④喫煙歴	対 象	
			40～64 歳	65～74 歳
≥ 8 5 cm (男性) ≥ 9 0 cm (女性)	2 つ以上該当	/	積極的 支 援	動機付け 支 援
	1 つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 2 5	3 つ該当	/	積極的 支 援	動機付け 支 援
	2 つ該当	あり なし		
	1 つ該当	/		

(注) 喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係がないことを意味します。
服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としません。

【特定保健指導判定値】

① 血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上、又は HbA1c の場合 5.6%以上
② 脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満
③ 血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上、又は拡張期血圧 85mmHg 以上
④ 質問票：喫煙歴あり（①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント）

② 健診結果の情報提供

ア 目的（目指すところ）

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識すると共に、生活習慣を見直すきっかけ、また、健診結果とあいまって、医療機関へ受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識してもらうと共に、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらえるようにします。

イ 対象者

健診受診者全員が対象です。

ウ 支援期間・頻度

年1回健診結果の通知と同時に実施します。

エ 支援内容

健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容、疾病リスクとの関係で検査数値の持つ意味について説明）を情報提供します。

また、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかというアドバイスも合わせて行います。

- 健診結果や質問票から特に問題とされないことがない対象者へは、健診結果の見方や、健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供します。合わせて毎年の継続的な健診受診の重要性について、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、年1回、健診結果を確認して、生活習慣改善を行う意義や合理性について納得してもらえるように伝えます。
- 医療機関への受診の必要性はないが、検査値に異常が見られる対象者へは、上記に加え、検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣のアドバイスを提供します。
特に、検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないため特定保健指導の対象とならない場合、非肥満でも危険因子が重複すると、肥満者と同様に脳卒中等の脳・心血管疾患の発症リスクが高まること等に留意が必要である旨アドバイスも合わせて行います。
- 医療機関への受診や継続治療が必要な対象者へは、受診や服薬の重要性を認識してもらえるよう工夫します。
特に、服薬中であるがコントロール不良の方へは、生活習慣病のコントロールの重要性等について、必要な支援を行います。

③ 医療機関への受診勧奨

ア 目的（目指すところ）

医療機関への受診が必要な対象者に、受診や服薬の重要性を認識してもらい受診を促します。

イ 対象者

再検査が必要な受診者が対象です。

ウ 支援期間・頻度

健診結果の通知と同時に行います。3ヶ月経過しても医療機関から受診結果が返信されない場合は、通知又は電話での再勧奨を行います。

(3) 特定保健指導の実施

リスクに応じて「動機付け支援」と「積極的支援」に振り分けます。

(P24・表参照)

なお、2年連続して積極的支援の対象となっても、以下の2つに該当する場合は、動機付け支援の対象者とします。

- ① 前年度積極的支援に該当し、積極的支援を受けて終了した場合
- ② 当該年度の健診結果が、前年度の健診結果に比べて、以下の場合
〔 BMI 30未満…腹囲1センチ以上減少かつ体重1キロ以上減少
BMI 30以上…腹囲2センチ以上減少かつ体重2キロ以上減少 〕

動機付け支援

- ① 支援者
保健師、管理栄養士、健康運動指導士
- ② 支援期間
 - 個別支援・・・原則1回（20分以上）の支援を行い、3か月以上経過後に評価を行います。
 - グループ支援・・・概ね3人以上に対して、保健師又は管理栄養士と健康運動指導士が原則1回（80分以上）の支援を行い、3か月以上経過後に評価を行います。
- ③ 支援内容
 - 対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が自分の生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気付き、自ら目標を設定し、行動に移すことができるよう支援します。
 - 生活習慣と健診結果との関係、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する情報提供を行い、対象者が、生活習慣を改善するメリットとデメリットについて理解できるようアドバイスします。
 - 対象者が生活習慣を振り返り、自分のこととして、生活習慣の改善が重要であることを認識できるようにします。
 - 食生活については、視覚に訴える教材（フードモデル、食事バランスガイド、カロリー表示のされた食品の提示等）を活用して支援します。
 - 身体活動については、対象者の身体活動量や運動習慣、行動変容ステージ、生活就労環境に応じた支援を行います。
 - 対象者にとって重要度が高く取り組みやすい情報を、ポイントを絞って提供し、対象者が有効に活用できる社会資源の紹介をします。
 - 体重・腹囲の計測方法について説明します。
- ④ 行動計画の実績評価
対象者の行動変容の成果を把握すると共に、保健指導の質の評価を行います。
 - 体重及び腹囲の変化を確認します。
 - 設定した行動目標が達成されているか、体重や腹囲以外の身体的変化がみられたかについて評価を行います。

- 今後、どのようにしていきたいか確認し、取組がうまく進まない場合や状態の改善がみられなかったり、悪化が想定される場面についての対応策を指導します。
- 次年度にも継続して健診を受診し、成果を観察するよう勧めます。

積極的支援

- ① 支援者
保健師、管理栄養士、健康運動指導士
- ② 支援期間
面接支援（20分以上）後、3か月間の継続的な支援（電話・手紙・面接）を行い、6か月後に評価を行います。
- ③ 支援内容
動機付け支援の内容に加えて、生活習慣改善に向けた行動が継続できるように定期的・継続的に支援し、取組の工夫の確認や強化、また、継続ができていない場合はその理由の確認や見直し等を行います。

ア 初回面接

動機づけ支援と同様の支援を行います。

イ 3か月間の継続的な支援（初回面接後）

時期	支援形態	支援者
2週間後	電話（10分以上）又は手紙	保健師又は管理栄養士
1か月後	電話（10分以上）又は手紙	保健師又は管理栄養士
2か月後	面接（40分以上）	保健師又は管理栄養士と健康運動指導士
3か月後	面接（40分以上）	保健師又は管理栄養士と健康運動指導士
6か月後	評価	保健師又は管理栄養士

- 対象者の状況に応じて、面接支援が困難な場合には、電話又は手紙での支援も行えることとします。
- 食生活については、視覚に訴える教材（フードモデル、食事バランスガイド、カロリー表示のされた食品の提示等）を活用して支援するほか、対象者の食事摂取状況を聞き取りし、カロリー摂取量等記載した資料を作成し、本人に提示しながら支援します。
- 3か月後の面接支援とともに、評価を行ってもよいこととします。

④ 行動計画の実績評価

対象者の行動変容の成果を把握すると共に、保健指導の質の評価を行います。

- 体重及び腹囲の変化を確認します。
- 設定した行動目標が達成されているか、体重や腹囲以外の身体的変化がみられたかについて評価を行います。
- 今後、どのようにしていきたいか確認し、取組がうまく進まない場合や状態の改善がみられなかったり、悪化が想定される場面についての対応策を指導します。
- 次年度にも継続して健診を受診し、成果を観察するよう勧めます。

第4章 目標実現のための施策の実施

1 特定健康診査受診率の増加のために

項目	内容	実施者
(1) 対象者の選定	除外規定該当者の把握をします。 ①妊産婦 ②刑務所服役者 ③長期入院及びそれに準ずる手術・入院者を窓口対応等の情報からリストアップします。	健康増進課 住民課 住民課
(2) 対象者の明確化 未受診者対策	①保健協力員の毎戸訪問による受診勧奨を実施します。 ②健診調査を実施し、対象者を明確にします。 ・再勧奨者を明確にして、ダイレクトメールによる再勧奨を実施します。 ・勤め先で受けている方から、健診結果を提供してもらいます。 ③事業所に対して、国保被保険者が就労先で健診を受診した際、その結果を町へ提供してもらえるよう、事業所へ周知します。 ④かかりつけ医から、通院者に対して特定健診の受診を促してもらうよう依頼します。	健康増進課 健康増進課 住民課 住民課 健康増進課
(3) 継続受診対策	予約開始時期に、前年度受診者への案内通知を行います。	健康増進課
(4) 普及啓発の強化	①がん検診と一体的な案内チラシを世帯毎に郵送します。(4月20日基準日) ②啓発チラシは可能な限りカラー印刷にし、興味をひくわかりやすいものにします。	健康増進課 健康増進課

	③イベントがある毎に、啓発用のポスター等 掲示します。 ⑤国保保険証一斉交付時に、特定健診のPR チラシを同封します。	健康増進課 住民課
(5) 受診環境の整備	町民の多様化したニーズに答えるため、適宜 受診環境の改善を図っていきます。	健康増進課

2 特定保健指導実施率の増加のために

項 目	内 容	実施者
(1) 利用環境の整備	利用しやすい夜間・休日の面接時間の設定を します。	健康増進課
(2) 未利用対策	①電話・はがきによる利用勧奨を行います。 ②特定保健指導以外の健康教室等への利用勧 奨を行います。	健康増進課
(3) 継続利用対策	効果が上がる指導を行うため ①保健指導期間を明確に伝え目標を設定しま す。 ②経年変化がわかるグラフを利用します。 ③指導者が知識の向上とスキルアップを図る ために研修会に参加します。	健康増進課

3 内臓脂肪症候群該当者及び予備群の減少のために

項 目	内 容	実施者
(1) 通院者対策	特定保健指導の対象外である服薬中の内臓脂 肪症候群者に対する保健指導（情報提供）の充 実を図ります。 ①薬だけに頼らず、肥満の解消に努めるよう 働きかけます。 ②経年データから、データの悪化がみられる 対象者へは、本人の了解を得て、主治医と連 絡をとり、保健指導を充実させます。	健康増進課
(2) 健康教育の充実	①疾病別教室の開催と積極的な電話等による 参加勧奨を行います。 ②町内運動教室等の紹介と勧奨を行います。	健康増進課

第5章 特定健康診査等の結果の通知と保存

1 特定健康診査等のデータについて

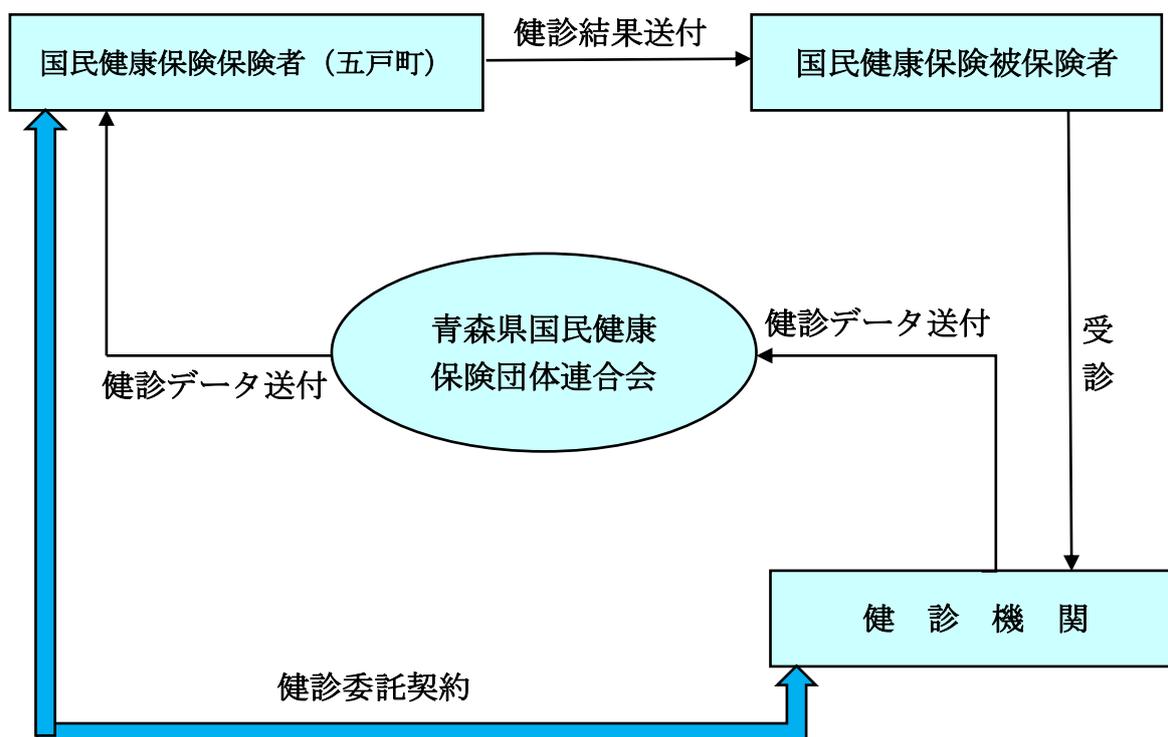
(1) 特定健康診査等の記録の管理及び保存について

特定健康診査のデータは、管理者を定め、電子的標準形式により（青森県国民健康保険団体連合会に委託し）管理保存することとし、その保存期間は、特定健診受診の翌年4月1日から5か年とします。

なお、被保険者が他の保険者の加入者となったときの保存期間は、他の保険者となった年度の翌年度の末日とします。

また、被保険者が他の保険者の加入となった場合は、当該保険者の求めに応じて被保険者が提出すべきデータを被保険者に提供できることとします。

《健診データの流れ》



(2) 個人情報の保護について

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び五戸町個人情報保護条例に定める職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員監督、委託先の監督）に

ついて周知徹底し、個人情報の漏洩防止に細心の注意を図ります。

ただし、特定健診等に従事する職員及び特定健診等の委託先（データの管理を含む）については、業務を遂行するための個人情報について知り得ることとし、その情報を他に漏洩することがないように守秘義務を課すこととします。

2 特定健康診査等の結果の報告

(1) 被保険者への通知について

特定健康診査等の結果は、保険者において整理し、受診者及び利用者に通知します。

(2) 結果の公表について

各年度の特定健康診査受診率、特定保健指導利用率及び内臓脂肪症候群該当者及び予備群の減少率については、翌年度の町の広報やホームページに掲載し公表します。

第6章 特定健康診査実施計画の公表、評価及び見直し

1 特定健康診査等実施計画の公表

国民健康保険被保険者に係る特定健康診査等実施計画を定めたとき、又はこれを変更したときは、速やかに町のホームページ等で公表します。

2 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

特定健康診査等実施計画に基づく実施状況については、年1回「五戸町健康づくり推進協議会」で評価検討の上、必要があれば見直しを行うこととし、検討結果については、国民健康保険運営協議会に報告します。