

第 3 期

住田町特定健康診査等実施計画

住 田 町

平成30年 4月

目 次

序章 計画策定にあたって	1
1 背景及び趣旨	
2 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方	
(1) 生活習慣病対策について	
(2) メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義	
(3) 特定健康診査及び特定保健指導の概要	
3 計画の性格	
4 計画の期間	
5 計画の目標値	
第1章 住田町の現状と第2期計画の成果と課題	4
1 住田町国民健康保険における現状	
(1) 特定健康診査等対象者	
(2) 特定健診の現状	
(3) 医療費の状況	
2 保健事業活動状況（生活習慣病に係る事業）	
(1) 健康教育の実施状況	
(2) 健康相談の実施状況	
(3) 教育・相談以外の保険事業	
3 第2期計画の成果と課題	
第2章 達成しようとする目標	7
1 目標の設定	
2 特定健康診査等の対象者数	
第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施	8
1 特定健康診査の実施方法	
(1) 実施場所	
(2) 実施項目	
(3) 実施時期	
(4) 自己負担額	
(5) 委託の有無	
(6) 委託基準	
(7) 契約形態	
(8) 受診方法	
(9) 周知・案内の方法	
(10) 特定健康診査データの保管及び管理方法	
(11) 他の健診データの受領方法	
2 特定保健指導の実施方法	
(1) 対象者の選定と階層化	
(2) 対象者の重点化	
(3) 実施方法	
(4) 実施内容	
(5) 積極的支援における支援方法と支援ポイント	

(6) 指導プログラム	
(7) 特定保健指導データの保管及び管理方法	
第4章 個人情報保護	18
第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知	18
第6章 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	18
第7章 その他	18
資料 健診結果資料	19
資料A 特定健康診査 受診率の推移	
資料B リスク項目別リスク保有状況	
資料C 内臓脂肪症候群該当者及び予備群の状況	
資料D 特定保健指導対象者の状況	

序章 計画策定にあたって

1 背景及び趣旨

我が国は国民皆保険制度のもと、高い保健医療水準を誇り、平均寿命は世界のトップクラスを維持している。

しかしながら、高齢化の急速な進展と生活習慣病の増加が医療費の増大を引き起こし、中でも生活習慣病は死亡割合の約6割を占め、医療費に占める割合も国民医療費の約3分の1となっている状況から、国では特定健診及び特定保健指導の実施率に関し指標を設定し生活習慣病の改善を促すとともに、平成27年度からは特定健診・特定保健指導結果及びレセプト情報等の電子データを活用した医療費分析の結果に基づく保健事業計画（データヘルス計画）の策定とPDCAサイクルによる見直しを保険者へ義務付けし、分析結果に基づく具体的な施策の展開により目標とする数値の改善を図り、医療費削減効果が最大限に発揮されるよう取り組みを推進している。

生活習慣病の発症、重症化の過程においてはメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）（※1）が大きく影響していることから、重症化に至る前の段階で、本人自らが健康状態を自覚し、生活習慣病改善の必要性を理解し実践につなげられるよう、保険者が健診結果によりリスクの高い者を的確なタイミングで選別し、専門職が個別に介入していくことにより、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少につなげることができると考えられる。

上記の趣旨により、住田町国民健康保険の保険者である住田町は「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下、「法」という）に基づき、第2期住田町特定健康診査等実施計画に引き続き第3期計画においても、糖尿病等の生活習慣病に着目した特定健診・特定保健指導を行うこととする。

（※1）メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）：内臓脂肪型肥満に加え、高血圧、高血糖、脂質異常のいずれか二つ以上を併せ持った状態

2 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方

(1) 生活習慣病対策について

国民の医療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症などの発症を招き、外来通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになる。

このため、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、糖尿病等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、この結果、国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る。

(2) メタボリックシンドロームに着目する意義

内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖・脂質異常・高血圧を呈する病態があり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなることから、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

よって、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ、運動や食生活等の生活習慣の改善が行われることにより、生活習慣病の発症ならびに重症化の予防を図ることが可能になる。

また、内臓脂肪の蓄積及び体重増加が、生活習慣病の原因となることを詳細にデータで示すことができるようになるため、健診受診者は、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすくなり、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになると思われる。

(3) 特定健康診査及び特定保健指導の概要

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病や、重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものである。

特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

	これまでの健診・保健指導		これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス（過程）重視の保健指導	最新の科学的知識と課題抽出のための分析	結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し医師・保健師・管理栄養士が早期に介入し行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関係を理解し生活習慣の改善を自ら選択し行動変容につなげる



保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され健康教育等の保健事業に参加した者	行動変容を促す手法	健診受診者全員に対し必要度に応じ階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導・画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来の予測を踏まえた保健指導 データの分析等を通じて集団としての健康課題を設定し目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット（事業実施量）評価、実施回数や参加人数		アウトカム（結果）評価 特定保健指導対象者数の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

※標準的な健診・保健指導プログラム確定版より

3 計画の性格

この計画は、国の特定健康診査等基本指針（法第18条）に基づき、住田町国民健康保険が策定する計画であり。岩手県医療費適正化計画、住田町データヘルス計画と十分な整合性を図るものとする。

4 計画の期間

この計画（第3期）は平成30年度から平成35年度の6年とし、6年ごとに見直しを行う。又、3ヶ年（半期）毎に中間評価を行う。

5 計画の目標値

この計画の実行により、平成20年度と比較した特定保健指導対象者数を平成35年度までに、25%減少することを目標とする。

第1章 住田町の現状と第2期計画の成果と課題

1 住田町国民健康保険における現状

(1) 特定健康診査等対象者

住田町の人口は、平成30年1月1日現在で5,652人、このうち、国民健康保険の被保険者は1,327人(23.4%)である。又、特定健康診査及び特定保健指導の対象となる40歳以上75歳未満の被保険者は1,139人で、全体の85%を占めている。

(2) 特定健診の現状

平成20年度より実施してきた特定健診の受診率は、平成20年度の全体では46.1%と高かったものの、H21年度以降は低下し、ほぼ40%前後で推移している。

年齢区分別では、40～44歳、50～54歳、60～64歳の受診率が上昇し、65歳～69歳で受診率が低下している。また、男性の受診率は全ての実施年度で女性より5～10ポイントほど低い傾向を示している。

年度別の性別及び年齢区分別の受診状況は、以下のとおりである。

年度別性別受診率

実施年度	男性	女性	全体
H20	41.9%	50.9%	46.1%
H21	36.3%	46.6%	41.1%
H22	36.3%	44.8%	40.4%
H23	34.6%	40.8%	37.6%
H24	34.7%	39.5%	37.0%
H25	36.6%	44.8%	40.5%
H26	37.9%	47.0%	41.2%
H27	38.2%	45.5%	41.5%
H28	35.8%	48.6%	41.7%

※町民生活課調べ

年度別年齢区分別受診率

年度	40～44 歳	45～49 歳	50～54 歳	55～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
H20	16.7%	26.4%	29.3%	32.4%	38.3%	59.9%	61.3%
H21	16.4%	27.9%	26.8%	31.9%	38.1%	56.1%	47.3%
H22	21.9%	23.8%	22.9%	33.7%	38.8%	51.8%	48.0%
H23	25.0%	26.7%	20.2%	31.6%	39.5%	45.8%	41.9%
H24	19.7%	23.3%	25.5%	33.3%	35.2%	45.8%	41.4%
H25	25.5%	20.0%	36.8%	35.3%	37.6%	47.5%	45.4%
H26	30.4%	26.6%	27.5%	30.4%	39.1%	47.0%	51.7%
H27	31.3%	28.6%	29.4%	29.7%	43.7%	46.2%	46.3%
H28	28.6%	25.0%	32.2%	29.5%	44.3%	46.2%	45.6%

※町民生活課調べ

(3) 医療費の状況

住田町の平成28年度の国民健康保険の医療費総額は、約5億2千百万円で、一人当たりの医療費は約32.5万円であり、H26年度に最高額を記したが、近年は幾分減少している。

また、生活習慣病（脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病・高血圧・その他内分泌系疾患）の患者数は被保険者数全体の約37%となっている。

一人当たりの医療費の推移

	H24	H25	H26	H27	H28
一般	292,248円	298,426円	345,452円	322,300円	324,939円
退職	263,095円	284,404円	366,880円	264,758円	313,552円

※いわて国保の実態より

一件当たり費用額及び一日当たり費用額の推移（一般被保険者）

	H24	H25	H26	H27	H28
一件	30,685円	31,837円	35,849円	32,556円	33,140円
一日	13,476円	13,865円	15,125円	14,013円	14,369円

※いわて国保の実態より

2 保健事業活動状況（生活習慣病に係る事業）

住田町は健康増進法により各種保健事業を実施し、国民健康保険被保険者をはじめ地域住民の健康管理・保持増進を行ってきた。

(1) 健康教育の実施状況（平成29年度）

事業	地区別栄養教室	運動教室	町民健康教室	脱メタボ教室
回数	17回	12回	3回	2回
参加人数	373人	212人	154人	29人
対象者	地区住民	ヘルスサポート会員	一般町民	特定保健指導対象者
場所	自治公民館	農林会館	役場	保健福祉センター

平成29年度保健活動実績書：保健福祉課

(2) 健康相談の実施状況（平成29年度）

事業	人間ドック結果説明会	総合検診結果説明会	地区別栄養相談
回数	3回	3回	17回
参加人数	41人	123人	387人
会場	役場、上・下地区公民館	役場、上・下地区公民館	自治公民館等

平成29年度保健活動実績書：保健福祉課

(3) 教育、相談以外の保健事業（平成29年度）

- ・ 広報すみた「保健だより」「糖尿病を防ごう」の連載
- ・ 住田町まちづくり大会 事例発表「住田町の健診の状況から」
- ・ 文化産業まつり 健康コーナーの開設
- ・ 住田テレビによる「住田い町の今 ～糖尿病対策～」の放映
- ・ 保健推進委員や食生活改善推進員活動との連携

3 第2期計画の成果と課題

(1) 健診・保健指導等実施率

第2期計画期間（H25～H29）における健診・保健指導等の実施率及びメタボリックシンドロームの該当者・予備群者の減少率は下表のとおりである。

	H25	H26	H27	H28	H29
健診実施率	40.5%	41.2%	41.5%	41.7%	46.3%
保健指導実施率	32.5%	25.9%	31.0%	33.3%	(※1)
メタボリックシンドロームの該当者・予備群者の減少率	-15.7%	-15.1%	-17.3%	-17.3%	(※2)

※1 保健指導実施率の29年度分は指導中のため記載なし（実施開始時21.3%）

※2 計画開始年度（H20）におけるメタボリックシンドロームの該当者・予備群者の割合は34.9%である。減少率は法定報告資料より算出。

(2) 成果と課題

- 健診実施率は、健診開始当初より低下したものの以降はほぼ40%前後で推移している。平成28年度末の実績は目標値の70%に対し41.7%と大きく割り込んでおり、メタボリックシンドロームの該当者・予備群者の減少率も平成29年度の目標値25%減に対し平成28年度末において17.3%減と目標値に達していない。

健診実施率が上がらない理由として、若年者の健康への無関心といった健康教育の不足が考えられほか、通院している方や会社の健診を受けている方など特定健診以外の方法で健康管理している方へのアプローチができていないなど改善が必要である。

- メタボリックシンドロームの判定にかかるリスクについて、リスク項目別に保有率（資料B）を検討すると、リスク保有状況には大きな変化はないが、脂質、血圧でいく分上昇する傾向がみられる。

KDBシステム「地域全体像の把握」での比較では、血糖の割合が県平均の約2倍となっているほか、腹囲、血圧、脂質のすべてにおいて県平均をわずかず上回っている。

リスク保有率が医療費削減に影響するまでの受診率に至っていないことが考えられ、受診率の上昇そのものが課題とされる。

- メタボリックシンドローム該当者の割合は、男性が24.5%、女性が8.5%と男性の比率が女性の2.9倍と高く、男性の該当者の減少が必要である。

また、男女とも特定保健指導により2割にメタボリックシンドローム該当者の改善がみられる（資料C）ことから特定保健指導の有効性は明らかであるが、近年、メタボリックシンドローム予備群の改善率、特定保健指導の利用者と未利用者の改善率の差が縮小していることから、この原因を究明し、保健指導方法の改善等に反映させていく必要がある。

第2章 達成しようとする目標

1 目標の設定

特定健診等基本指針に掲げる参酌基準をもとに住田町国民健康保険における目標値を下記のように設定する。

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
健診実施率	40%	45%	50%	54%	57%	60%
保健指導実施率	30%	38%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導対象者の減少率（H20年度比）	—	—	—	—	—	25%減

※平成20年度の特定保健指導対象者は160人

2 特定健康診査等の対象者数

		H30	H31	H32	H33	H34	H35
被保険者数見込数	全体	1,139	1,093	1,049	1,007	967	928
	男性	609	585	561	539	517	496
	女性	530	508	488	468	450	432
	40～64歳	502	482	450	432	403	387
	男性	284	273	256	246	229	220
	女性	218	209	194	186	174	167
	65～74歳	637	611	599	575	564	541
	男性	325	312	305	293	288	276
	女性	312	299	294	282	276	265
健診対象者見込み数	全体	456	492	525	544	551	557
	男性	244	263	281	291	295	298
	女性	212	229	244	253	256	259
	40～64歳	237	256	268	277	275	278
	65～74歳	219	236	257	267	276	279
特定保健指導対象者数	全体	82	89	100	103	116	120
	40～64歳	41	45	50	52	58	60
	65～74歳	41	45	50	52	58	60
特定保健指導利用者見込み数	全体	24	34	46	52	64	72
	40～64歳	12	17	23	26	32	36
	65～74歳	12	17	23	26	32	36

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施

1 特定健康診査の実施方法

(1) 実施場所

下記実施項目での健診実施が可能な会場、医療機関

(2) 実施項目（標準的な健診・保健指導プログラムの基準に準ずる）

1) 基本的な健診の項目

- ① 質問項目（服薬歴・既往歴等）
- ② 身体計測（身長・体重・BMI・腹囲）
- ③ 理学的所見（身体診察）
- ④ 血圧測定
- ⑤ 脂質検査（中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール）
- ⑥ 肝機能検査（AST・ALT・ γ -GTP）
- ⑦ 血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖）
- ⑧ 尿検査（尿糖・尿蛋白）

2) 詳細な健診の項目

- ① 心電図検査
- ② 眼底検査
- ③ 貧血検査（赤血球数・ヘモグロビン値・ヘマトクリット値）
- ④ 血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）

3) そのほかの健診項目

住田町の特定健診にあわせ、必要に応じて追加し、実施するもの

- ① 尿潜血
- ② 血清アルブミン
- ③ 推定塩分摂取量測定
- ④ その他必要と認められたもの

4) 一日人間ドック

町で委託実施する一日人間ドック受診者は、特定健診の法定項目を含有しており、特定健診を実施したものとみなす。

(3) 実施時期

特定健診の実施時期は、4月～翌年1月までとする。

(4) 自己負担額

特定健診 1,500円

(5) 委託の有無

健診機関等への委託により実施。

委託健診機関は2カ所（岩手県予防医学協会・岩手県厚生連）

必要に応じ、町内医療機関へも委託するものとする。

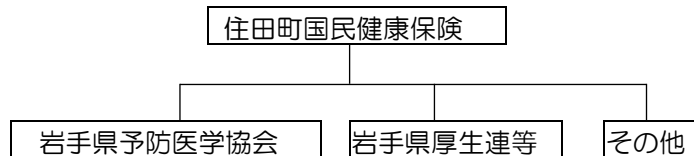
(6) 委託基準

- ① 標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）に示されているアウトソーシング基準に準じる。

なお、実施機関の質を確保するための委託基準を作成し、事業者の選定・評価を行う。事業の評価にあたっては、保険者協議会を活用し、情報交換を行うものとする。

- ② 健診・保健指導データの保存並びに支払い請求事務については、岩手県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）に委託して実施する。
特定健診・保健指導に関する一定の研修を受けた者。
電子データによる提供。精度管理に協力する者。

(7) 契約形態



(8) 受診方法

原則指定された期日・場所において受診するものとする。

(9) 周知・案内の方法

健診の実施については 対象者に、問診票を送付して案内する。
また、受診率向上につながるよう、住田町広報紙・ホームページ・ケーブルテレビ・健康教育の場等で周知するほか、健診未受診者については、個別訪問や通知等により受診を勧奨し受診率の向上を図る。

(10) 特定健康診査データの保管及び管理方法

特定健康診査データは、原則として特定健康診査を受託する健診機関等が、国の定める電子的標準様式により、国保連へ提出する。

特定健康診査に関するデータは、原則5年保存とし、国保連に管理及び委託する。

(11) 他の健診データの受領方法

- ① 職場健診を受ける機会のある者は、職場健診の結果を本人より住田町保健福祉課に提出してもらう。しかし、紛失の場合には、本人了解の上、事業主又は健診機関より結果を提出してもらう。
- ② 人間ドックを受けた者については、健診結果と領収書の提出をもって補助対象とする。なお、電子データ提供承諾書（人間ドック委託先から住田町国保に電子データで結果を提出すること）を提出した者については、健診結果は不要とする。

2 特定保健指導の実施

(1) 対象者の選定と階層化

【ステップ1】（内臓脂肪蓄積のリスク判定）

- 腹囲とBMI で内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。
- ・腹囲 男性85 cm 以上、女性90 cm以上 → ㊤
 - ・腹囲 ㊤以外 かつ BMI \geq 25 kg/m² → ㊦

【ステップ2】（追加リスクの数の判定と特定保健指導の対象者の選定）

- 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。
- ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。
- ⑤に該当する者は特定保健指導の対象にならない。

①	① 血圧高値	a 収縮期血圧	130mmHg 以上 又は
		b 拡張期血圧	85mmHg 以上
	② 脂質異常	a 中性脂肪	150mg/dl 以上 又は
		b HDLコレステロール	40mg/dl 未満
③	③ 血糖高値	a 空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）	100mg/dl 以上 又は
		b HbA1c（NGSP）	5.6%以上
④	④ 質問票	喫煙歴あり	
⑤	⑤ 質問票	①、②又は③の治療に係る薬剤を服用している	

【ステップ3】（保健指導レベルの分類）

ステップ1、2の結果を踏まえて、保健指導レベルをグループ分けする。なお、前述のとおり、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

㊸の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが	2以上の対象者は	積極的支援レベル	
	1の対象者は	動機づけ支援レベル	
	0の対象者は	情報提供レベル	とする。

㊹の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが	3以上の対象者は	積極的支援レベル	
	1又は2の対象者は	動機づけ支援レベル	
	0の対象者は	情報提供レベル	とする。

【ステップ4】（特定保健指導における例外的対応等）

○ 65歳以上75歳未満の者については、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL（Quality of Life）の低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要であること等から、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機づけ支援」とする。

○ 降圧薬等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しているので、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当である。そのため、医療保険者に

よる特定保健指導を義務とはしない。しかしながら、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、かかりつけ医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。また、健診結果において、医療管理されている疾病以外の項目が保健指導判定値を超えている場合は、本人を通じてかかりつけ医に情報提供することが望ましい。

(2) 対象者の重点化

今後は、保健指導対象者の増加が予測されること、さらに糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備軍の25%を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要であることから、優先順位を次のとおりとする。

ア 年齢が比較的若い対象者

イ 健診結果が前年度と比較して悪化し、健診結果の保健指導レベルが前年度より高くなり、より緻密な保健指導が必要となった者

ウ 質問項目（標準的な質問票）の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められた者

(3) 実施方法

① 実施場所

住田町役場及び保健福祉センター、各公民館等とする。又、必要に応じて、家庭訪問による個別支援を行う。

② 実施時期又は期間

特定保健指導は、年間を通して実施する。

但し、当該年度における特定保健指導対象者への特定保健指導は、特定健康診査受診後一定期間経過後から当該年度末までに着手するものとする。

③ 委託の有無

特定保健指導は、主に町が直接実施すると共に、一部を特定保健指導業務受託機関へ委託し実施する。

④ 周知・案内方法

特定保健指導の対象者には、案内通知を送付し、必要に応じて個別勧奨を行う。

(4) 実施内容

実施内容は、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」第3編第3章に記載されている内容とする。

保健指導プログラムは、対象者の保健指導の必要性の度合いに応じて、「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」に区分されるが、各保健指導プログラムの目標を明確化した上で、サービスを提供する必要がある。

保健指導にあたっては、医師、保健師、管理栄養士等が中心となって、対象者が参加しやすい環境を整えて実施する。

尚、支援に当たっては、既存の保健事業や社会資源を活用し、地域や職場で行われている健康づくりのためのポピュレーションアプローチと連携

して行う。

又、同じ対象者に対する支援は、毎年同じ内容を繰り返すことなく、対象者の特性に合わせて常に改善に努める。

① 情報提供

年1回（健診結果の通知と同時に実施）あるいはそれ以上

② 動機付け支援

原則1回の支援を行い、3か月以上経過後に評価を行う。

ア 面接による支援

1人20分以上の個別支援、又は1グループ80分以上のグループ支援（1グループはおおむね8名以下とする）。

イ 3か月以上経過後の評価

3か月以上経過後の評価は、面接あるいは通信・ICT等を活用して行う。

③ 積極的支援

3か月以上の継続的な支援

ア 初回面接

動機づけ支援と同様の支援

イ 3か月以上の継続的な支援

3か月以上の継続的支援については、支援A（積極的関与タイプ）及び支援B（励ましタイプ）によるポイント制とし、支援Aのみで180ポイント以上、又は支援A（最低160ポイント以上）と支援Bの合計で180ポイント以上の支援を実施するものとする。

ウ 3か月以上の継続支援終了後の評価

設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。

中間評価や3か月以上の継続支援終了後の評価は、初回面接を行った者と同じの者とするを原則とするが、同一機関内の保健指導実施者間で十分な情報共有ができていれば、同一者でなくとも差し支えない。

エ 支援形態

支援A（積極的関与タイプ）

- ・初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画及び実施報告書の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援を行う。
- ・個別支援A、グループ支援A、電話支援A、電子メール支援A（電子メール、FAX、手紙等）から選択

支援B（励ましタイプ）

- ・支援計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援を行う。
- ・個別支援B、電話支援B、電子メール支援B（電子メール、FAX、手紙等）から選択。

(5) 積極的支援における支援方法と支援ポイント

	基本的なポイント	最低限の介入量	ポイントの上限
個別支援A	5分20ポイント	10分	1回30分以上実施した場合でも120ポイントまで
個別支援B	5分10ポイント	5分	1回10分以上実施した場合でも20ポイントまで
グループ支援A	10分10ポイント	40分	1回120分以上実施した場合でも120ポイントまで
電話支援A	5分15ポイント	5分	1回20分以上実施した場合でも60ポイントまで
電話支援B	5分10ポイント	5分	1回10分以上実施した場合でも20ポイントまで
電子メール支援A (電子メール、FAX、手紙等)	1往復40ポイント	1往復	
電子メール支援B (電子メール、FAX、手紙等)	1往復5ポイント	1往復	

(6) 保健指導プログラム

【動機づけ支援】

①支援パターン1（人間ドック受診者）

回	実施時期	支援形態	支援内容	支援時間	ポイント	スタッフ
1	初回	個別支援A	人間ドック事後指導会 ①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②事前アセスメント ③自己目標の設定	30分		保健師 管理栄養士
2	1カ月後	電話支援A	自己目標の達成状況確認	10分	30P	保健師 管理栄養士
3	2カ月後	電話支援A	自己目標の達成状況確認	10分	30P	保健師 管理栄養士
4	3カ月後	グループ支援	脱メタボ教室 ①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②講話・グループワーク 「6カ月間の振り返り」 ・アンケート調査の実施 ・自己目標の評価 ・今後に向けての目標設定	90分	90P	保健師 管理栄養士
				140分	150P	

②支援パターン2（総合健診受診者）

回	実施時期	支援形態	支援内容	支援時間	ポイント	スタッフ
1	初回	個別支援A	個別面接 ①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②事前アセスメント ③自己目標の設定	30分		保健師 管理栄養士
2	1カ月後	グループ支援	脱メタボ教室① ①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②講話・運動実技 グループワーク 自己目標の達成状況確認 自己目標の再設定	90分	90P	保健師 管理栄養士 健康運動指導士
3	2カ月後	電話支援A	自己目標の達成状況確認	10分	30P	保健師 管理栄養士
4	3カ月後	電話支援A	自己目標の達成状況確認・評価 今後に向けての目標設定	10分	30P	保健師 管理栄養士
				140分	150P	

【積極的支援】

①支援パターン1（人間ドック受診者）

回	実施時期	支援形態	支援内容	支援時間	ポイント	スタッフ
1	初回	個別支援A	人間ドック事後指導会 ①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②事前アセスメント ③自己目標の設定	30分		保健師 管理栄養士
2	1カ月後					
3	2カ月後	電話支援A	自己目標の達成状況確認	10分	30P	保健師 管理栄養士
4	3カ月後	グループ支援	脱メタボ教室 ①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②講話・グループワーク 自己目標の達成状況確認 自己目標の再設定	90分	90P	保健師 管理栄養士
5	4カ月後					
6	5カ月後	電話支援A	自己目標の達成状況確認	10分	30P	保健師 管理栄養士
7	6カ月後	個別支援A	①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②6カ月間の振り返り 自己目標の達成状況確認・評価 今後に向けての目標設定	30分	120P	保健師 管理栄養士
				170分	270P	

②支援パターン2（総合健診受診者）

回	実施時期	支援形態	支援内容	支援時間	ポイント	スタッフ
1	初回	個別支援A	個別面接 ①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②事前アセスメントの回収・確認 ③自己目標の設定	30分		保健師 管理栄養士
2	1カ月後	グループ支援	脱メタボ教室① ①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②講話・運動実技 グループワーク 自己目標の達成状況確認 自己目標の再設定	90分	90P	保健師 管理栄養士 健康運動指導士
3	2カ月後	電話支援A	自己目標の達成状況確認	10分	30P	保健師 管理栄養士
4	3カ月後	個別支援A	個別面接 ①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②自己目標の達成状況確認 ③自己目標の再設定	30分	120P	保健師 管理栄養士
5	4カ月後					保健師 管理栄養士
6	5カ月後	電話支援A	自己目標の達成状況確認	10分	30P	保健師 管理栄養士
7	6カ月後	グループ支援	脱メタボ教室② ①身体チェック（体重・腹囲） 血圧測定（2回） ②グループワーク 「6カ月間の振り返り」 ・アンケート調査の実施 ・自己目標の評価 ・今後に向けての目標設定	90分	90P	保健師 管理栄養士
				170分	360P	

(7) 特定保健指導データの保管及び管理方法

特定保健指導のデータは、原則として特定保健指導実施機関が、国の定める電子的標準様式により、国保連へデータを提出する。

特定保健指導に関するデータは、原則5年間保存とし、国保連に管理及び保管を委託する。

第4章 個人情報保護

住田町個人情報保護条例に基づき、適切な取り扱いをする。

また、特定健康診査及び特定保健指導を受託した事業者についても、同様の取り扱いとすると共に、業務によって知り得た情報については、守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とする。

さらに、個人情報の管理（情報紛失・盗難等）にも十分留意するものとし、これらを取り扱う者に対して、その内容の周知を図る。

(1) 健診・保健指導データの保管方法

- ① 医療機関等による実施分：岩手県国保連合会において保管する。

(2) 保管体制

- ① 国保連合会：カード式入退室システムが設置されている国保連システム管理室において保管する。保管期間は5年間。5年を経過したデータは、磁気媒体にて住田町に提出し、サーバーからは削除する。
- ② データ管理責任者は国保主管課とする。

第5章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

公表・周知は、住田町広報紙、ホームページ等で実施する。

特定健診等を実施するための普及啓発は、町民全体を対象にチラシ等の広報紙、健康教育・健康相談時等を活用して行う。

未受診者へのアンケートを実施し対象者の状況把握に努め、受診の向上につながるよう個々への受診勧奨を行う。

第6章 計画の評価及び見直し

本計画は、中間評価の結果等により計画と大きな乖離が生じた場合には適時見直しを行うものとする。

第7章 その他

特定健康診査の実施にあたっては、町で実施する各種がん検診等と連携し、町民の利便性を考慮しながら受診の向上に努める。

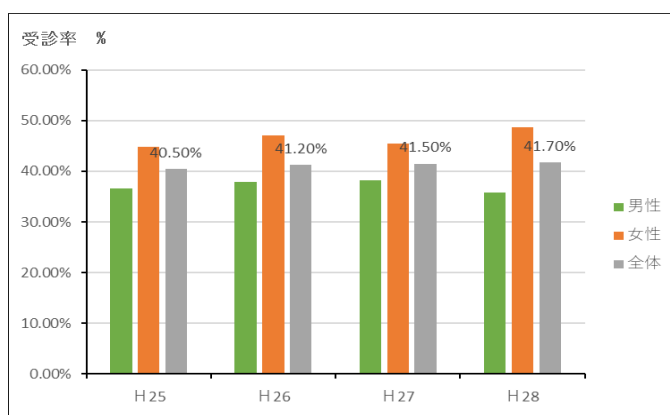
健診結果資料

資料A 特定健康診査 受診率の推移

○ 受診率の推移と性別比較

特定健康診査の受診率は、男女ともに実施開始年度からは下降し、近年はほぼ40%前後で推移している。また、男性の受診率は各年度とも女性より7～12%程度下回っている。

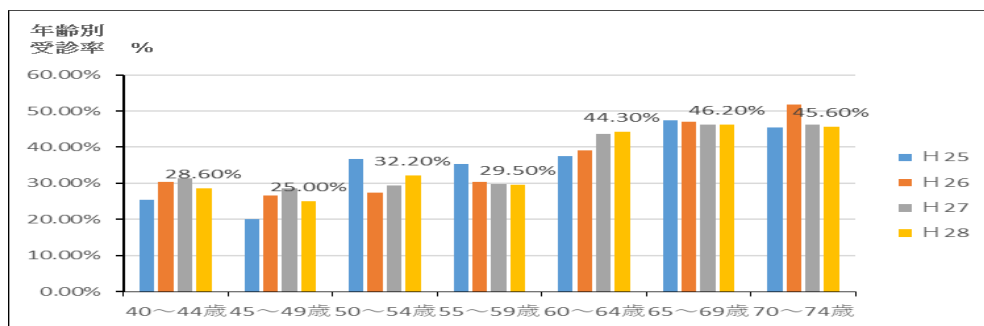
実施年度	男性	女性	全体
H25	36.6%	44.8%	40.5%
H26	37.9%	47.0%	41.2%
H27	38.2%	45.5%	41.5%
H28	35.8%	48.6%	41.7%



○ 年齢区分別推移

年齢別の受診率の推移では、40歳代が下降傾向を示しているのに対し、60歳代前半から徐々に上昇し、65歳以降で受診率が停滞している。

年度	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
H25	25.5%	20.0%	36.8%	35.3%	37.6%	47.5%	45.4%
H26	30.4%	26.6%	27.5%	30.4%	39.1%	47.0%	51.7%
H27	31.3%	28.6%	29.4%	29.7%	43.7%	46.2%	46.3%
H28	28.6%	25.0%	32.2%	29.5%	44.3%	46.2%	45.6%

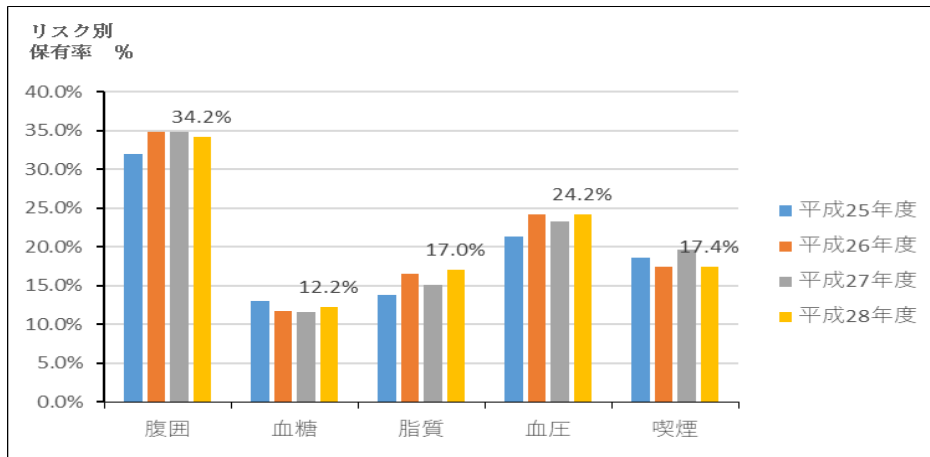


資料B リスク項目別リスク保有状況

○ リスク別保有率の推移

リスク保有状況に大きな変化ないが、脂質、血圧でいく分上昇する傾向がみられる。

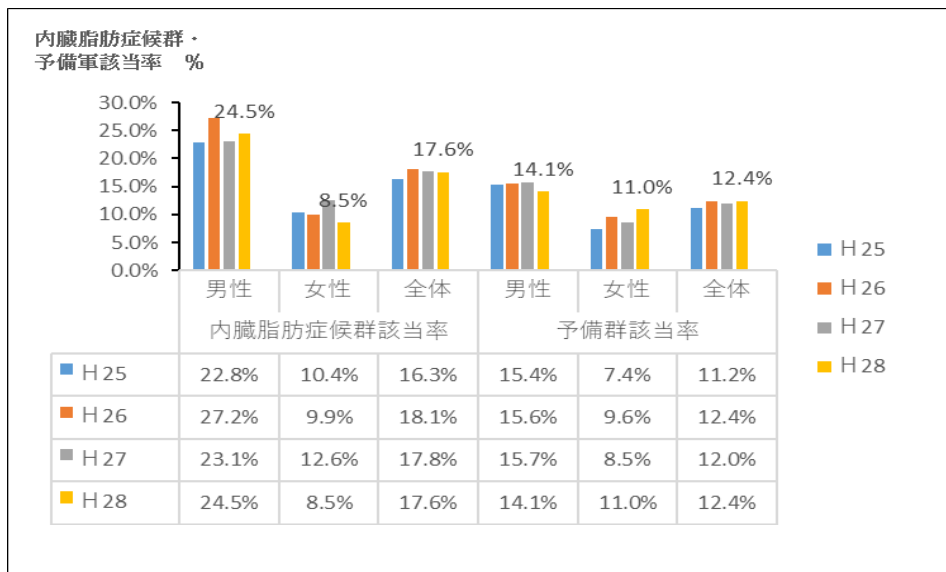
リスク別	H25	H26	H27	H28
腹囲	32.0%	34.9%	34.9%	34.2%
血糖	13.0%	11.8%	11.6%	12.2%
脂質	13.8%	16.5%	15.1%	17.0%
血圧	21.3%	24.2%	23.3%	24.2%
喫煙	18.6%	17.4%	19.7%	17.4%



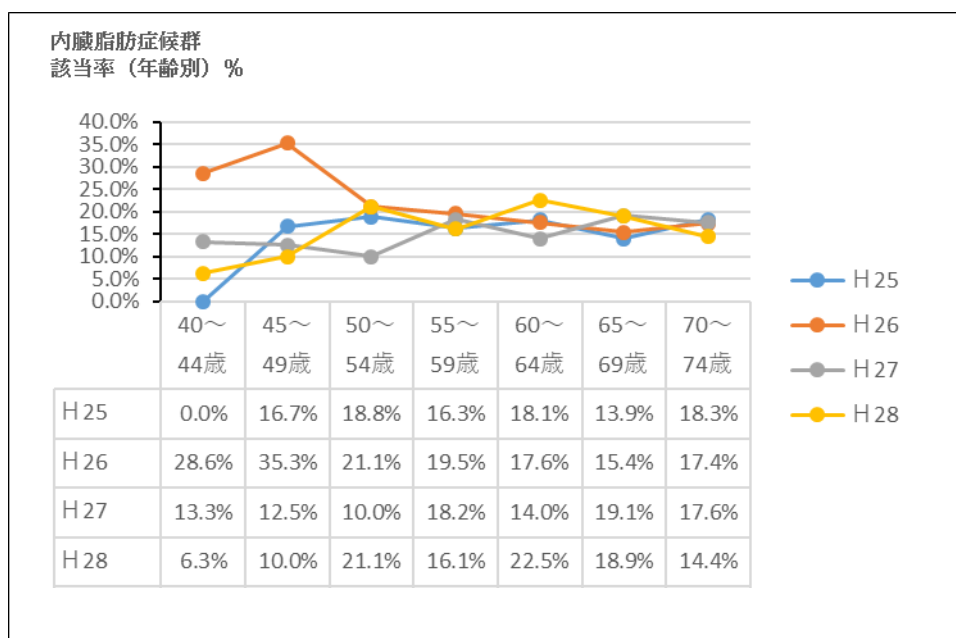
資料C メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

○ メタボリックシンドローム及び予備群該当者割合の推移と性別比較

メタボリックシンドローム該当率及び予備群該当率については、男性は全体の約4割、女性は約2割を占め、男性の該当者割合が高い状況にある。



- **メタボリックシンドローム該当率の年齢区分別性別推移**
メタボリックシンドローム該当率の年齢区分別推移については、50歳代前半までは受診者数が少なくバラツキがみられるが、55歳代以降は、17%前後に収束している。

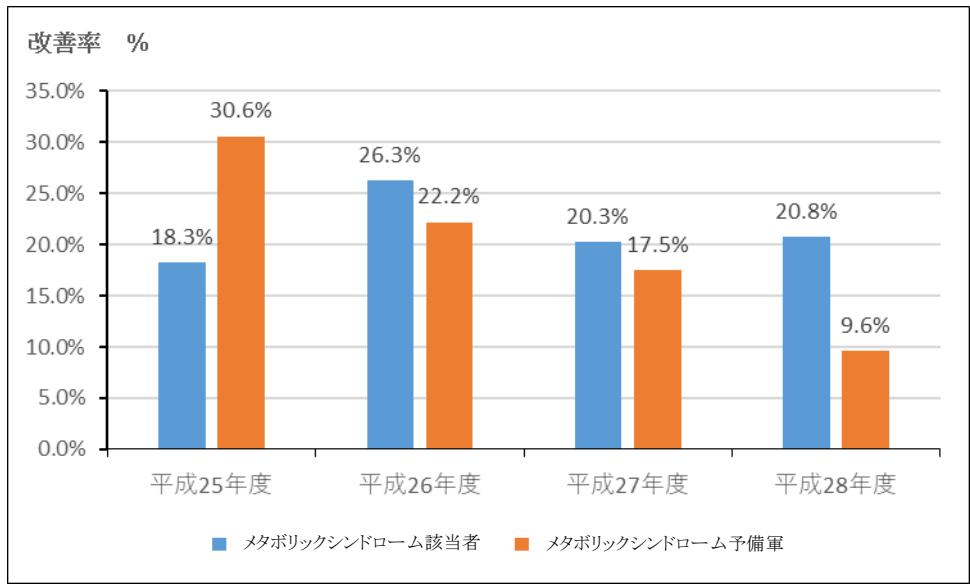


- **メタボリックシンドローム対策の成果**
メタボリックシンドローム該当者の改善率は、各年度とも約2割の方に改善が見られた。

項目	H25	H26	H27	H28
前年度、メタボリックシンドロームで、本年度も受診した者	71	76	79	72
2年連続でメタボリックシンドロームと診断された者	63	71	73	68
① 内、メタボリックシンドローム予備群に改善した受診者	5	15	10	11
② 内、該当から外れ改善した者	8	5	6	4
メタボリックシンドローム該当者の改善率（%）：①②の合計の割合	18.3	26.3	20.3	20.8

- **メタボリックシンドローム予備群該当者の改善状況**
メタボリックシンドローム該当者予備群の状況は、予備群該当者は年々減少しているが、改善率も1割以下まで低下してきている。

項目	H25	H26	H27	H28
前年度、メタボリックシンドローム予備群で、本年度も受診した者	91	54	57	52
内、2年連続で、メタボリックシンドローム予備群と診断された者	43	42	47	47
内、該当から外れ改善した者	19	12	10	5
メタボリックシンドローム予備群の改善率（%）	30.6	22.2	17.5	9.6



資料D 特定保健指導対象者の状況

○ 特定保健指導対象者割合の推移と性別比較

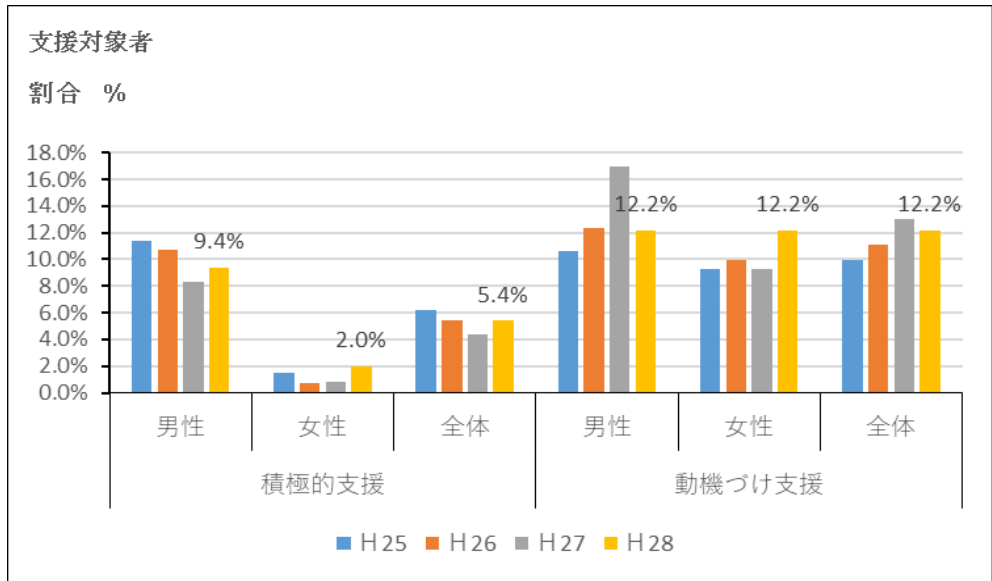
特定保健指導対象者の割合は、女性の積極的支援対象者に比べ男性の割合は5倍くらい高く、動機づけ支援対象者については、男女同程度まで接近してきている。

積極的支援対象者割合 単位：%

年度	男性	女性	全体
H25	11.4	1.5	6.2
H26	10.7	0.7	5.4
H27	8.3	0.8	4.4
H28	9.4	2.0	5.4

動機づけ支援対象者割合 単位：%

年度	男性	女性	全体
H25	10.6	9.3	9.9
H26	12.3	9.9	11.1
H27	17.0	9.3	13.0
H28	12.2	12.2	12.2

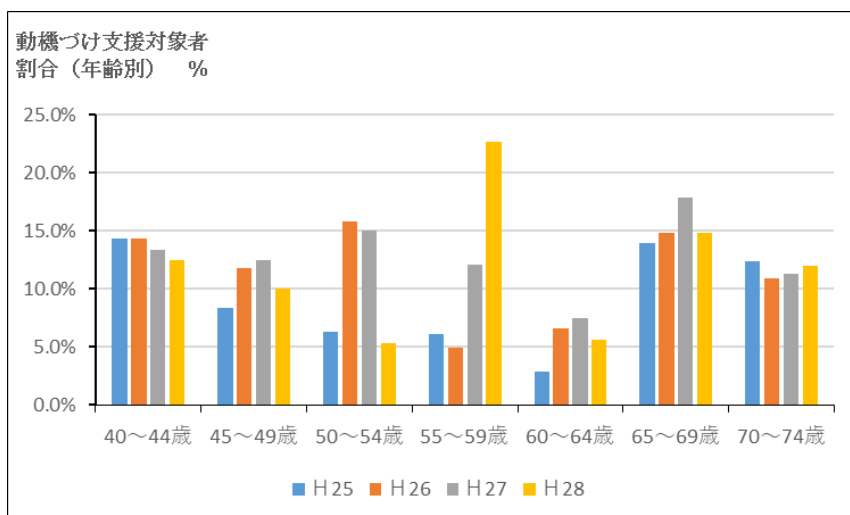


○ 動機づけ支援対象者割合の年齢区分別推移

全 体

単位:%

年度	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
H25	14.3	8.3	6.3	6.1	2.9	13.9	12.4
H26	14.3	11.8	15.8	4.9	6.6	14.8	10.9
H27	13.3	12.5	15.0	12.1	7.5	17.8	11.3
H28	12.5	10.0	5.3	22.6	5.6	14.8	12.0



○ 特定保健指導対象者の改善状況

特定保健指導対象者の改善率は、平成25年度の約2割から1割前後に低下してきている。

項目	H25	H26	H27	H28
前年度、特定保健指導対象者で、本年度も受診した者	45	77	76	76
内、2年連続で、特定保健指導の対象となった者	35	59	67	69
内、対象から外れ改善した者	10	18	9	7
特定保健指導対象者の改善率 (%)	22.2	23.4	11.8	9.2

○ 特定保健指導の利用の有無と改善率

特定保健指導利用者と特定保健指導未利用者との改善率には明らかに差異があったが、近年は特定保健指導利用者の改善率が平成25年度の約3割強から1割弱に急速に低下し改善効果が薄れてきている現状がある。

項目	H25	H26	H27	H28
前年度、特定保健指導利用者と、本年度も受診した者	18	26	21	23
内、本年度、特定保健指導の対象でなくなった者	7	11	5	3
特定保健指導利用者の改善率 (%)	38.9	42.3	23.8	13.0
前年度、特定保健指導未利用者と、本年度も受診した者	53	51	55	53
内、本年度、特定保健指導の対象でなくなった者	7	7	4	4
特定保健指導未利用者の改善率 (%)	13.2	13.7	7.2	7.5

