

天龍村国民健康保険  
保健事業実施計画（データヘルス計画）  
及び特定健康診査等実施計画  
【平成 30 年度～平成 35 年度】

平成 30 年 3 月

## 目 次

I	計画の基本的事項	1
1	計画策定の背景・目的	1
2	計画の位置づけ	2
3	計画の期間	3
II	地域の現状	4
1	地域の現状	4
2	国民健康保険の状況	6
3	健康診査等	7
4	医療の受療状況	12
III	保健事業実施計画（データヘルス計画	16
1	これまでの取り組みの考察	16
2	健康課題	17
3	第1期及び第2期データヘルス計画の課題整理	18
4	中長期目標・短期目標の設定	18
5	保健事業の実施計画	19
6	計画の評価及び見直し	22
7	計画の公表・周知	22
8	事業運営上の留意事項	22
9	個人情報保護	22
IV	特定健康診査等実施計画	23
1	取り組み	23
2	健康課題	23
3	目標の設定	24
4	特定健康診査の実施	27
5	特定保健指導の実施	31
6	特定健診・特定保健指導の結果の通知・管理	39
7	特定健康診査実施計画の評価・見直し	40
8	特定健康診査実施計画の公表・周知	40
9	個人情報保護	40

## I 計画の基本的事項

### 1 計画策定の背景・目的

---

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、世界有数の平均寿命となっている。

しかしながら、医療技術の進歩や急激な高齢化などによる医療費の増加などの環境変化の中、医療保険制度を堅持し、将来にわたり持続可能なものにすることが求められてきた。

このような状況に対応するため、平成 18 年 6 月に「医療制度改革関連法」が成立し、平成 20 年 4 月には、この改革の大きな柱の一つである「高齢者の医療の確保に関する法律」が施行され、医療保険者に対して、40 歳以上 75 歳未満の被保険者を対象とする特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務付けられ、本村においても平成 20 年から、特定健康診査・特定保健指導を実施してきた。

また、政府が発表した「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）では、国民の健康寿命の延伸を重要課題とし、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として データヘルス計画 の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する」ことを掲げた。

こうした背景を踏まえ、平成 26 年 3 月に国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針「保健事業実施指針」が一部改訂され、保険者は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うものとされた。

本計画は、「保健事業実施計画（データヘルス計画）」と「特定健康診査等実施計画」を一体的に策定し、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進を図ることを目的とする。

## 2 計画の位置付け

「保健事業実施計画（データヘルス計画）」は、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることを目的としている。

一方、「特定健康診査等実施計画」は、本村が国民健康保険の保険者として、厚生労働大臣が定める特定健康診査等基本指針に即し、保健事業の中核である特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する事項を定める計画である。

また、両計画とも、国の「健康日本21（第二次）」、県の「信州保健医療総合計画」、「天龍村健康増進計画」との整合性を図っている。

各計画の根拠法や指針等

計画名	保健事業実施計画 (データヘルス計画)	特定健康診査等実施計画	健康増進計画
根拠法	国民健康保険法 第82条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	健康増進法 第8条
指針等	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針	特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針
計画策定者	医療保険者	医療保険者	都道府県：義務 市町村：努力義務
対象年齢	被保険者全員	40歳～74歳	全住民
対象とする主な疾病	メタボリックシンドローム、肥満、糖尿病、高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、がん	メタボリックシンドローム、肥満、糖尿病、高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症	メタボリックシンドローム、肥満、糖尿病、高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、がん、ロコモティブシンドローム、認知症、メンタルヘルス
目標	分析に基づき、ただちに取り組むべき健康課題、中長期的に取り組むべき健康課題を明確にし、目標値を設定する。	医療保険者ごとに目標値を設定 ・特定健診受診率 ・特定保健指導実施率	市町村は国や都道府県が設定した目標を勘案し、具体的な各種事業施策や事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定

### 3 計画の期間

---

計画期間は「高齢者の医療の確保に関する法律」の第19条第1項において、「特定健診等実施計画」の計画期間が6年一期に見直されたことを踏まえ、「保健事業実施計画「データヘルス計画」」もその整合性を図り、平成30年度から平成35年度の6か年とする。

また、中間年度にあたる平成33年度に進捗確認・中間評価を行う。

計画の期間



## II 地域の現状

### 1 地域の現状

		天龍村		同規模		長野県		全国		
		実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	
人口構成	総人口	1,365		2,840		2,098,804		127,094,745		
	0～14歳	79	5.8			269,752	12.9	15,886,810	12.7	
	15～64歳	480	35.2			1,186,865	57	76,288,736	60.7	
	65歳以上	806	59	997	35.1	626,085	30.1	33,465,441	26.6	
	(再掲)65～74歳	263	19.3			298,778	14.4	31,852,867	13.8	
(再掲)75歳以上	543	39.7			327,307	15.7	16,125,763	12.8		
平均寿命	男性(歳)	80.6		79.4		80.9		79.6		
	女性(歳)	86.7		86.5		87.2		86.4		
健康寿命	男性(歳)	65.7		65.1		65.7		65.2		
	女性(歳)	67.2		66.7		67.2		66.8		
死亡の状況	標準化死亡比	男性		102.6		90.3		100		
		女性		98.3		94.5		100		
	死因	がん	36.8		44.3		44.7		49.6	
		心臓病	26.3		29.6		26.9		26.5	
		脳疾患	26.3		17.9		20.7		15.4	
		糖尿病	0		1.8		1.9		1.8	
		腎不全	5.3		3.6		2.6		3.3	
		自殺	5.3		2.9		3.1		3.3	
介護保険	1号認定者(認定率)	16.2		20		19.7		21.2		
	新規認定者	0.3		0.3		0.3		0.3		
	2号認定者	0.1		0.4		0.3		0.4		
介護保険認定者の有病状況	糖尿病	13.6		20.4		20.7		21.9		
	高血圧症	29		55		54.1		50.5		
	脂質異常症	8.6		27.1		26.7		28.2		
	心臓病	36.2		62.1		62		57.5		
	脳疾患	14.4		26.3		28.8		25.3		
	がん	7.3		9.3		10.4		10.1		
	筋・骨格	29.3		55		53.6		49.9		
	精神	20.6		36.9		36.4		34.9		
	(再掲)認知症	13.4		23.4		22.5		21.7		
	アルツハイマー病	9.6		19		18		17.7		
介護給付費	1件当たり給付費(全体)	(円) 80,355		(円) 73,702		(円) 58,537		(円) 58,349		
	居宅サービス	42,724		38,583		39,646		39,683		
	施設サービス	252,069		273,946		272,582		281,115		
医療費等	要介護認定別	認定あり		8,522		7,746		7,980		
	医療費(40歳以上)	認定なし		4,023		3,668		3,822		

\*人口構成については、平成27年国勢調査

\*平均寿命以下のデータはKDB(平成28年)

\*同規模平均は人口規模5,000人未満の全国241町村の合計又は平均(KDB)

天龍村における65歳以上人口の割合(高齢化率)は59%で、長野県、全国と比較してかなり高い状況である。また、75歳以上(後期高齢者)の割合が39.7%と特に高い。

平均寿命は、長野県や全国と大差はない。

健康寿命は長野県と変わらず、全国よりわずかに長い。

標準化死亡比は高く、平成28年度の死亡の状況は、脳疾患、腎不全、自殺の割合が長野県、全国と比較して高かった。

介護保険の認定率は、長野県、全国と比較して低い状況である。

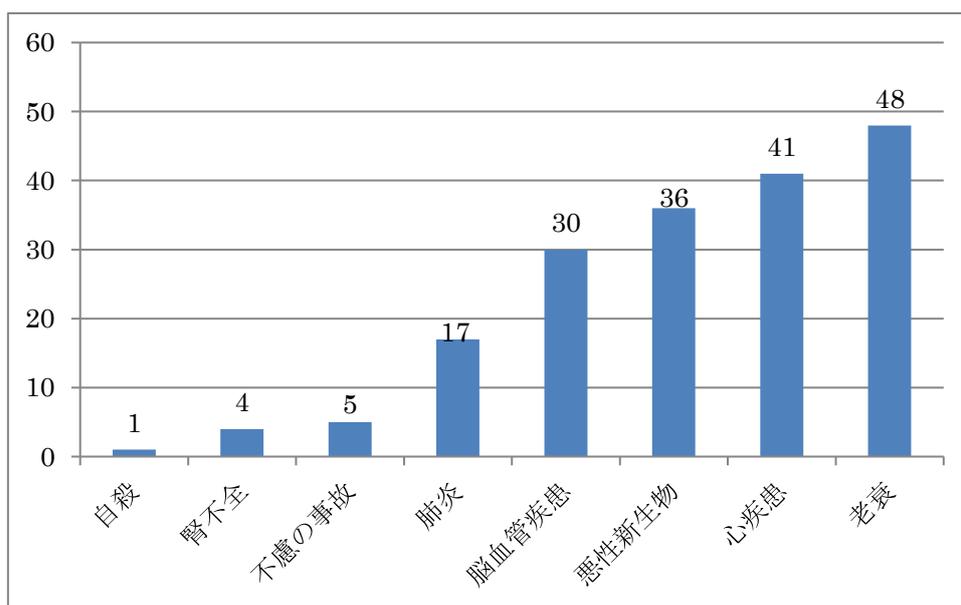
介護認定者の有病状況を長野県、全国と比較すると、どの疾患も低い。天龍村での順位は、心臓病、筋・骨格、高血圧、精神の順である。

1件あたりの介護給付費は、長野県、全国と比較して高い状況である。サービス別にみると、居宅サービスの給付費は長野県、全国と比較して高いが、施設サービスの給付費は低くなっている。

医療費については、介護認定の有無に関わらず長野県、全国よりも高い。

死因についてみると、「老衰」「心疾患」「悪性新生物」「脳血管疾患」の順に高くなっている。

図 天龍村 平成23年～27年 死因別死亡者数の合計



資料：飯田保健所事業概況書 平成23年～27年

## 2 国民健康保険の状況

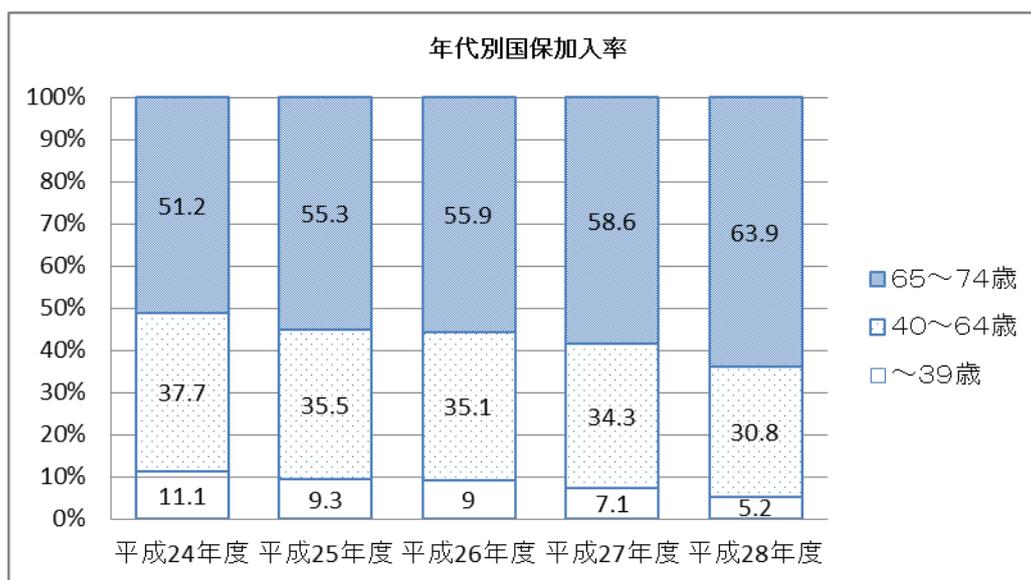
### (1) 国保加入率と加入状況

	天龍村	同規模	長野県	国
加入者数(人)	305	811	540824	32,587,223
加入率(%)	18.6	28.1	25.6	26.9
年代別				
～39歳	5.2	23.2	24.9	28.2
40～64歳	30.8	36.5	32.6	33.6
65～74歳	63.9	40.4	42.4	38.2

資料：KDBシステム 平成28年度

加入率は、長野県、全国と比較して低いものの、年代別加入状況では65歳以上の加入割合が高く、加入者の63.9%を占める。

65歳以上の加入割合は年々増加している。



資料：KDBシステム

### 3 健康診査等

#### (1) 特定健康診査結果及び特定保健指導

天龍村の平成 28 年度の特定健康診査受診率は 41.8%で、全国より高いものの県より低い。また、40 歳から 54 歳の受診率が低い。

メタボ該当者は 16.2%、男性で 22.0%、女性で 10.9%。平成 28 年度は男性のメタボ該当者は長野県を下回ったが、女性は長野県より高くなっている。

メタボ予備群は 8.6%、男性で 12.0%、女性で 5.5%である。男性は長野県、全国より下回っているが、女性は長野県より高い。平成 26 年度からの変化をみると、増加傾向にある。

非肥満高血糖は平成 28 年度で 21.9%あり、長野県、全国より高く、毎年高くなっている。平成 28 年度をみると 65 歳以上の男性、55 歳以上の女性で非肥満高血糖となった人がいる。

表 平成 28 年度 特定健康診査結果の比較 (%)

	天龍村	長野県	全国
健診受診率	41.8	42.2	34.0
メタボ該当者	16.2	16.0	17.3
男性	22.0	25.1	27.5
女性	<b>10.9</b>	8.5	9.5
メタボ予備群	8.6	9.7	10.7
男性	12.0	15.5	17.2
女性	5.5	4.9	5.8
非肥満高血糖	<b>21.9</b>	10.2	9.3
特定保健指導実施率	42.9	3.3	4.1

資料：KDB システム 平成 28 年度

表 特定健康診査結果の推移 (%)

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
健診受診率	43.7	37.1	41.8
メタボ該当者	18.8	19.8	16.2
男性	31.0	31.9	22.0
女性	10.0	9.3	<b>10.9</b>
メタボ予備群	5.8	4.0	<b>8.6</b>
男性	8.6	2.1	<b>12</b>
女性	3.8	5.6	5.5
非肥満高血糖	23.2	14.9	<b>21.9</b>

資料：KDB システム

表 男性 年代別 受診率の推移

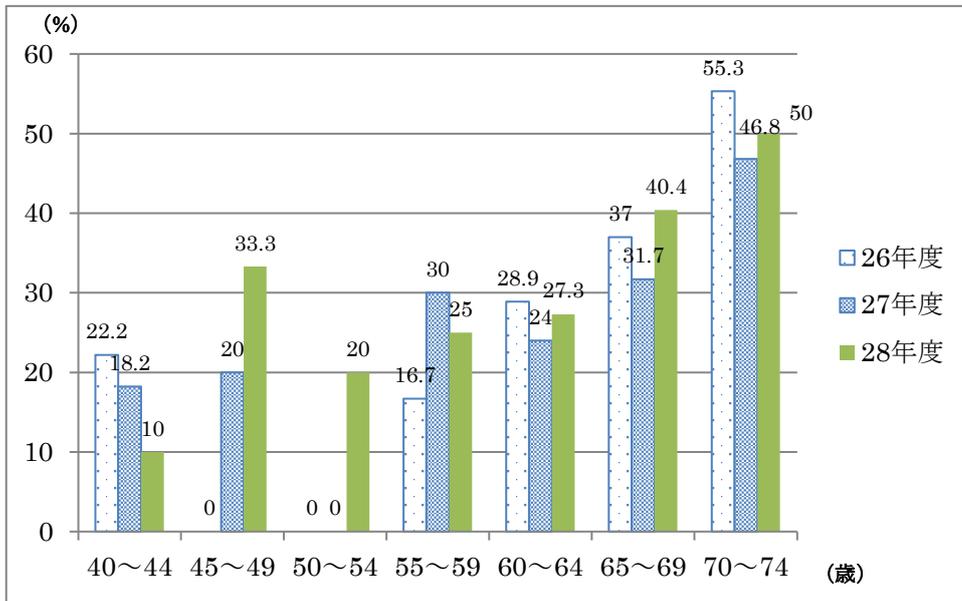


表 女性 年代別 受診率の推移

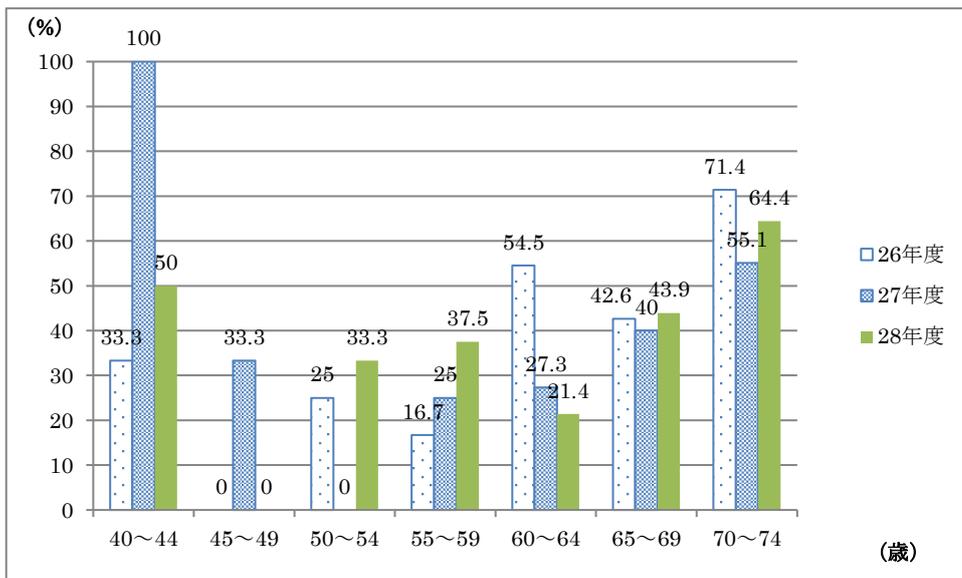


表 平成 28 年度 非肥満高血糖率 (%)

	40 ~ 44 歳	45 ~ 49 歳	50 ~ 54 歳	55 ~ 59 歳	60 ~ 64 歳	65 ~ 69 歳	70 ~ 74 歳
男性	0	0	0	0	0	10.5	30.0
女性	0	0	0	33.3	33.3	33.3	24.1

資料：KDB システム 平成 28 年度

メタボリックシンドロームと予備群の有所見者の割合をみると、女性の腹囲（16.4%）、女性の BMI（9.1%）が長野県より多い状況である。  
また、血糖（1%）、血圧（6.7%）、血糖・血圧・脂質（6.7%）が長野県より高い状況である。

表 平成 28 年度 検査値（メタボ、予備群）の比較 (%)

	天龍村	長野県	全国
腹囲	25.7	29.1	31.5
男性	36.0	46.0	50.1
女性	<b>16.4</b>	15.3	17.3
BMI	4.8	4.6	4.7
男性	0	1.8	1.7
女性	<b>9.1</b>	6.9	7.0
血糖	<b>1.0</b>	0.7	0.7
血圧	<b>6.7</b>	6.3	7.4
脂質	1.0	2.7	2.6
血糖・血圧	1.0	2.4	2.7
血糖・脂質	1.0	1.0	1.0
血圧・脂質	7.6	7.6	8.4
血糖・血圧・脂質	<b>6.7</b>	4.9	5.2

資料：KDB システム 平成 28 年度

特定健康診査の結果、受診勧奨となった割合は 54.3%で長野県より高い。受診勧奨となり医療機関を受診した割合は 45.7%であり、長野県 49.0%、全国 51.6%より低く、未治療者の割合は 11.4%と、長野県 4.0%、全国 3.4%より高い。

表 平成 28 年度 受診勧奨者医療機関受診率及び未治療者率 (%)

	天龍村	長野県	全国
受診勧奨者率	<b>54.3</b>	53.3	55.9
受診勧奨者の医療機関受診率	<b>45.7</b>	49.0	51.6
受診勧奨者の医療機関非受診率	8.6	4.3	4.3
未治療者率	<b>11.4</b>	4.0	3.4

資料：KDB システム 平成 28 年度

## (2) 生活習慣

特定健康診査の質問票から服薬、既往歴、生活習慣について状況をみた。

服薬状況の割合をみると、高血圧症(52.4%)、糖尿病(10.5%)、脂質異常症(32.4%)のいずれも長野県、全国より高かった。高血圧症、脂質異常症の服薬状況は増加している。

既往歴の割合をみると、脳卒中(7.6%)と心臓病(6.7%)では長野県、全国より多く、貧血(5.7%)は低いが増加傾向にある。

表 平成 28 年度 服薬・既往歴 (%)

		天龍村	長野県	全国
服薬 状況	高血圧症	<b>52.4</b>	33.1	33.7
	糖尿病	<b>10.5</b>	7.5	7.5
	脂質異常症	<b>32.4</b>	23.2	23.6
既 往 歴	脳卒中	<b>7.6</b>	3.1	3.3
	心臓病	<b>6.7</b>	6.6	5.5
	貧血	5.7	7.5	10.1

資料：KDB システム 平成 28 年度

表 服薬・既往歴の推移 (%)

		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
服薬 状況	高血圧症	47.8	41.6	52.4
	糖尿病	11.6	10.9	10.5
	脂質異常症	23.9	26.7	32.4
既 往 歴	脳卒中	5.1	7.9	7.6
	心臓病	8.0	7.9	6.7
	貧血	2.2	5.9	5.7

資料：KDB システム

生活習慣の状況をみると、天龍村では「1回30分以上の運動習慣なし」(81.9%)、「1日1時間以上の運動習慣なし」(61.9%)、「歩行速度が遅い」(75.2%)が、長野県、全国を上回り、「運動習慣なし」は年々増加している。

「飲酒頻度 毎日」(24.8%)は長野県と同程度だが、「1日飲酒量 1合未満」(64.2%)は長野県より高くなっている。

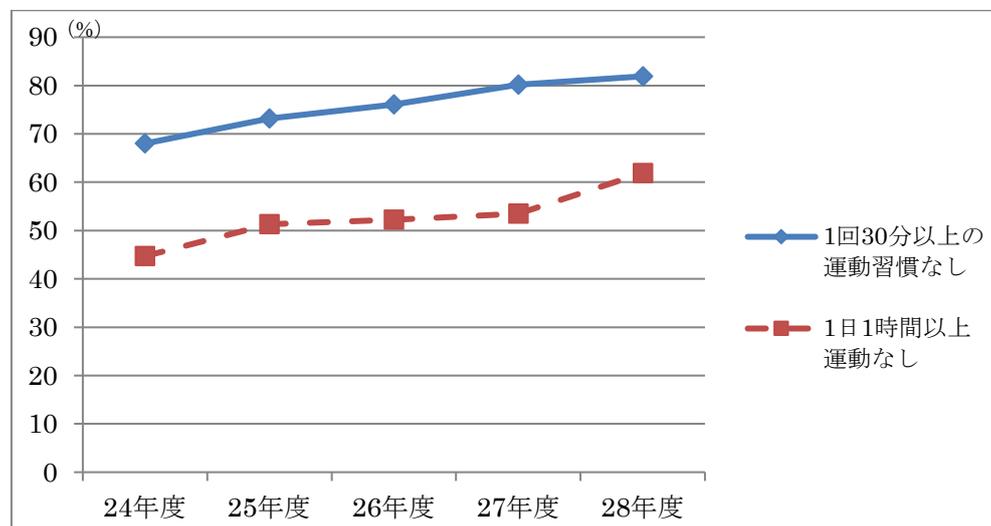
「生活習慣改善の意欲なし」(50.5%)「保健指導利用しない」(90.5%)は、長野県、全国よりかなり高くなっている。

表 平成28年度 生活習慣 (%)

	天龍村	長野県	全国
喫煙	8.6	13.4	14.2
20歳時から体重が20kg以上増加	22.9	29.0	32.1
1回30分以上の運動習慣なし	<b>81.9</b>	63.9	58.7
1日1時間以上運動習慣なし	<b>61.9</b>	45.6	49.6
歩行速度が遅い	<b>75.2</b>	51.3	50.4
1年間で体重増減3kg以上	8.6	17.9	19.5
食事速度が速い	18.1	25.3	25.9
週3回以上 就寝前に夕食	3.8	15.0	15.4
週3回以上 夕食後に間食	5.7	11.3	11.8
週3回以上 朝食を抜く	3.8	6.2	8.5
飲酒頻度 毎日	24.8	24.4	25.6
1日飲酒量 1合未満	<b>64.2</b>	54.0	64.1
睡眠不足	15.2	21.9	25.0
生活習慣改善の意欲なし	<b>50.5</b>	29.8	30.9
保健指導利用しない	<b>90.5</b>	61.8	59.4

資料：KDB システム 平成28年度

グラフ 運動習慣の推移



資料：KDB システム

## 4 医療の受療状況

### (1) 受診率

受診率は、外来で千人当たり 568.7 人であり、長野県、全国より少ない。入院では、21 人であり、長野県、全国より多い。歯科については、124.7 人であり、長野県、全国より少ない。

表 平成 28 年度 受診率の比較 (千人当たり)

	天龍村	長野県	全国
外来	568.7	668.8	668.3
入院	21.0	17.7	18.2
歯科	124.7	141.4	145.3

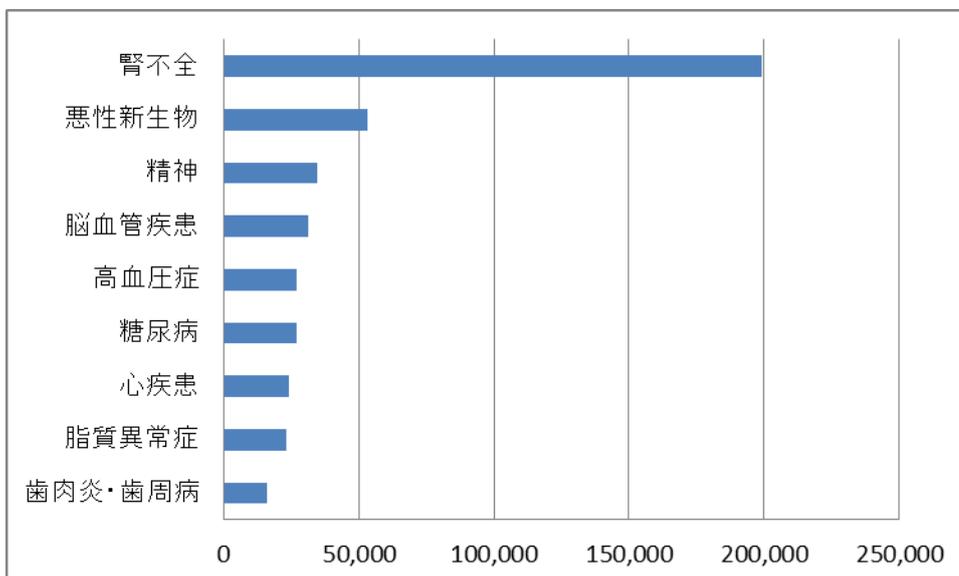
資料：KDB システム 平成 28 年度

### (2) 疾病別外来・入院医療費 (1 件当たり)

平成 28 年度の疾病別の医療費は、外来では「腎不全」が最も高く、次いで「悪性新生物」となっている。入院では「悪性新生物」が最も高く、「心疾患」「脳血管疾患」「高血圧症」「腎不全」「糖尿病」の順になっていた。

入院医療費は年によって変動が大きいので、平成 24 年度から平成 28 年度の平均値をみたところ「腎不全」「悪性新生物」「心疾患」「脳血管疾患」「高血圧症」「糖尿病」の順に高くなっている。

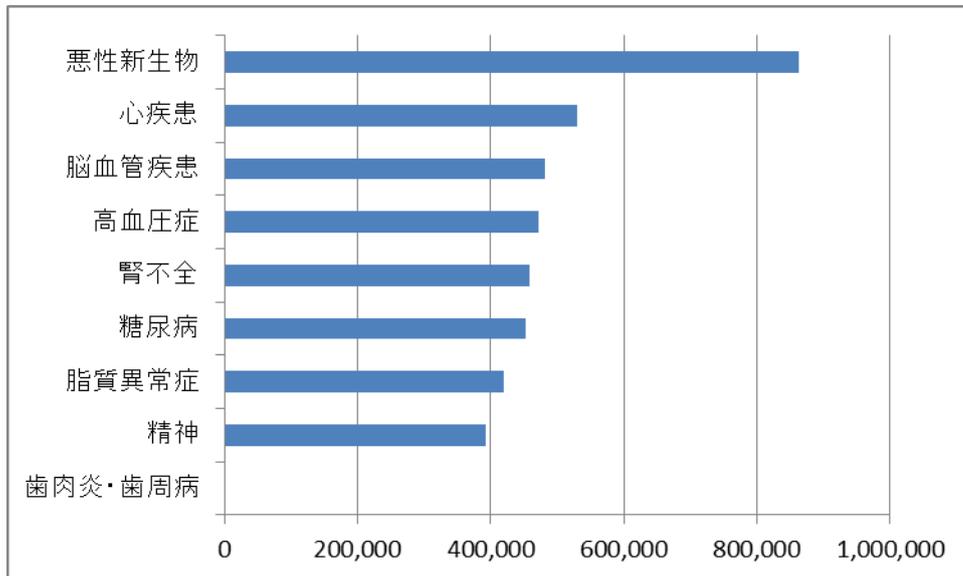
グラフ 平成 28 年度 疾病別外来医療費(1 件当たり) (円)



資料：KDB システム 平成 28 年度

グラフ 平成 28 年度 疾病別入院医療費 (1 件当たり)

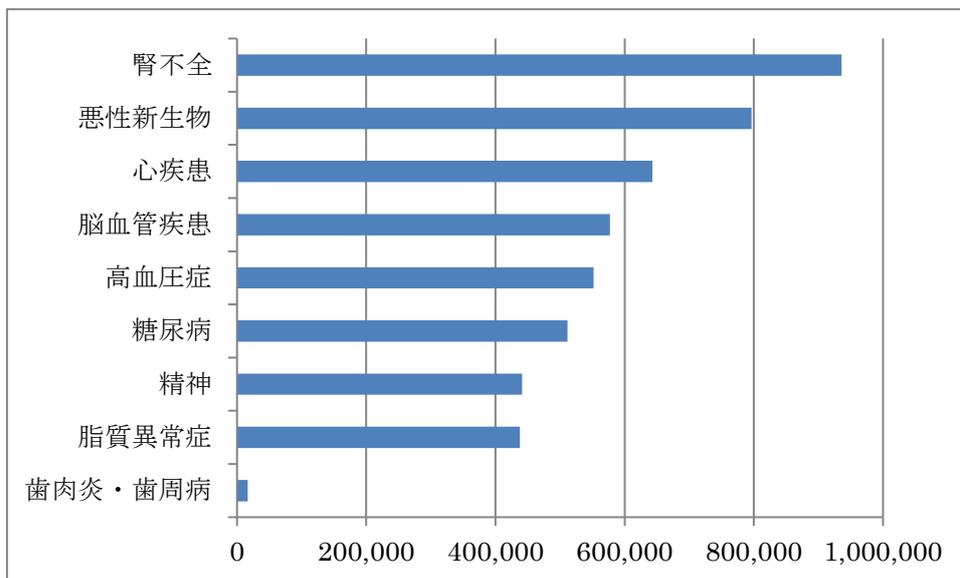
(円)



資料：KDB システム 平成 28 年度

グラフ 入院 1 件当たり医療費 平成 24 年度～平成 28 年度の平均値の比較

(円)



資料：KDB システム 平成 28 年度

平成 28 年度の歯科の 1 件当たり点数をみると、1,498 点であり、長野県 (1,237 点) 全国 (1,298 点) より高くなっている。

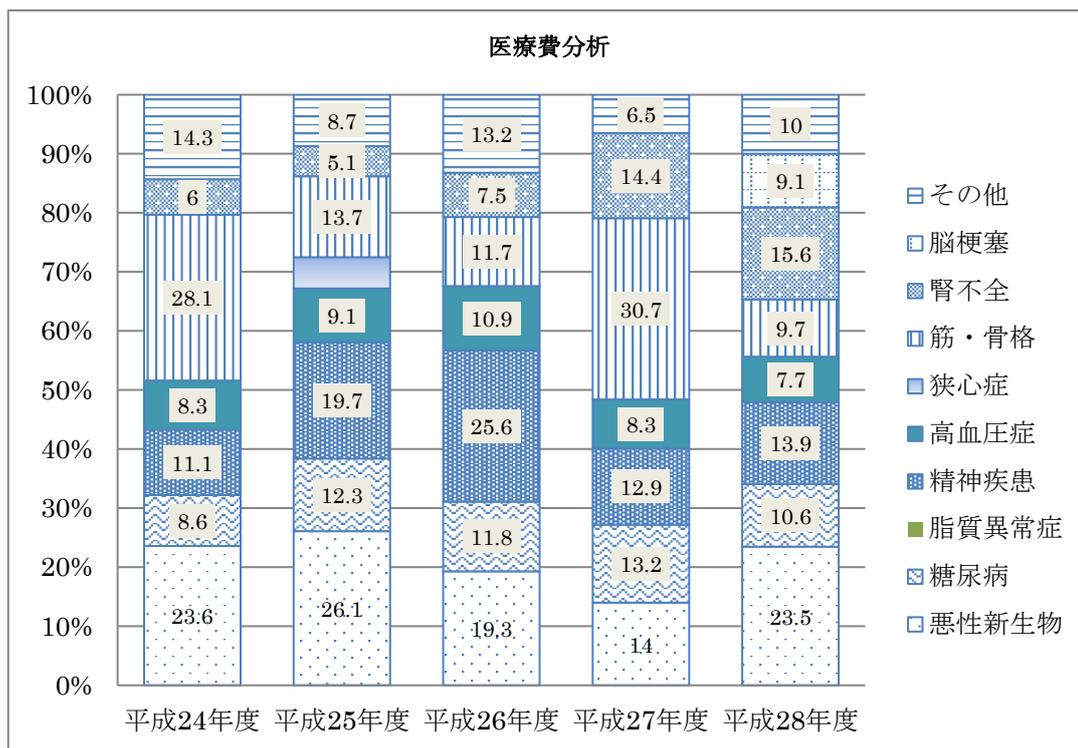
表 平成 28 年度 歯科 1 件当点数の比較

	天龍村	長野県	全国
点数	<b>1,498</b>	1,237	1,298

資料：KDB システム 平成 28 年度

### (3) 医療費分析

医療費の割合は年度によって異なるが、平成28年度は「悪性新生物」(23.5%)「腎不全」(15.6%)「精神疾患」(13.9%)の順に多く、「脳梗塞」(9.1%)が急増した。「腎不全」の割合は年々増加している。「糖尿病」の割合は年々増加しているが、平成28年度においては2.6%減少した。

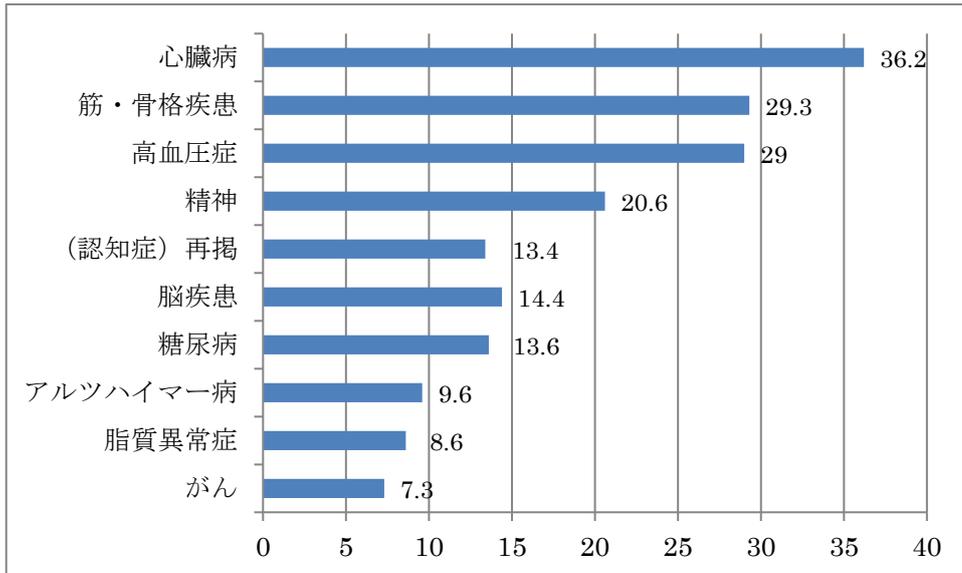


資料：KDB システム

(4) 要介護認定者の有病状況

要介護認定者の有病状況は、心臓病が最も高く、筋・骨格疾患、高血圧症、精神疾患の順である。

グラフ 平成 28 年度 要介護認定者の有病状況 (%)



資料：KDBシステム 平成 28 年度

要介護者で糖尿病の有病状況の推移をみると、年々増加している。また、認知症、アルツハイマー病は増加傾向にある。

表 要介護者の有病状況の推移 (%)

	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
糖尿病	5.9	8.0	11.7	10.9	13.6
認知症	10.6	11.8	9.9	10.6	13.4
アルツハイマー病	6.8	7.5	5.3	6.7	9.6

資料：KDBシステム

### Ⅲ 保健事業実施計画（データヘルス計画）

#### 1 これまでの取り組みの考察

平成 29 年 3 月に策定した「保健事業実施計画（データヘルス計画）」では、健康診査を活用する人が増え、糖尿病の発症や腎不全等の重症化予防を防ぐために「未受診者対策」と「重症化予防対策」に取り組むこととした。

対策	目標	項目	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度 (30 年 1 月末現在)
未受診者対策事業	特定健診受診率の向上	特定健診受診率	37.1%	41.8%	39.6%
		人間ドック受診者数	9 名	5 名	20 名
		40 歳受診勧奨者数	—	—	40 歳国保加入者：0
		45～54 歳未受診者の受診勧奨後受診率	—	—	16%
重症化予防対策事業	非肥満高血糖者の減少	非肥満高血糖者の割合	14.9%	21.9%	17.2%
		非肥満高血糖者の指導実施率	—	—	69%

#### 【未受診者対策事業】

- ・特定健康診査の PR を CATV、広報により行った。
- ・受診率は増加。平成 29 年度から、人間ドック補助制度を開始したことで、人間ドック受診者が 20 名に増加した。
- ・毎年健診受診者が少ない 45～54 歳で、集団の特定健診未受診者に受診勧奨を行ったところ、16%が特定健診（人間ドック含む）を受診した。
- ・40 歳国保加入者は 0 人であった。

#### 【重症化予防対策事業】

- ・非肥満高血糖者の割合は、17.2%であった。
- ・平成 29 年度の集団の特定健診を受診し、非肥満高血糖で要観察（3 名）・要医療（10 名）となった者のうち、9 名（69%）に指導を実施した。
- ・広報に非肥満高血糖の状態と糖尿病について掲載した。

## 2 健康課題

---

### <背景>

- ・高齢化率は59%と高く、後期高齢者の割合については39.7%と特に高い。
- ・平均寿命、健康寿命は、長野県と大差ない。
- ・国民健康保険の加入率は、長野県より低いですが、65～74歳以下の加入割合が高い。
- ・医療費は、介護認定の有無にかかわらず、長野県、全国を上回っている。

### <特定健康診査等>

- ・健診受診率は長野県をわずかに下回っている。年代別にみると40～50歳前半の受診率が低い。
- ・生活習慣をみると、運動習慣がない人、毎日飲酒する人が多い状況である。また、生活習慣改善の意欲はなく、保健指導利用しないと答えた人が多い。
- ・「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」の服薬をしている割合が高く、「高血圧症」「脂質異常症」に関しては年々、増加傾向にある。また、「脳卒中」「心臓病」の既往も高い。
- ・メタボ該当者、予備軍とも男性は女性の2倍多い。女性の割合は、長野県、全国を上回っている。また、メタボ予備軍は年々、男性で増加している。
- ・非肥満高血糖は、長野県、全国の2倍多い。
- ・健診の結果、受診勧奨となった割合は長野県より高く、その後の医療機関受診率は低い。未治療者率は高い。

### <医療>

- ・医療費は、介護認定の有無にかかわらず、長野県、全国を上回っている。
- ・疾病別でみると、「腎不全」「悪性新生物」「心疾患」「脳血管疾患」の順で多い。
- ・外来は「腎不全」「悪性新生物」「精神」「脳血管疾患」の順であり、「腎不全」「精神」は増加傾向である。

### <介護>

- ・介護認定率は、長野県、全国より低いですが、給付費は高い。
- ・要介護者の有病状況は「心臓病」「筋・骨格疾患」「高血圧症」の順に多く、「糖尿病」「認知症」「アルツハイマー病」は年々、増加している。

### <死因>

- ・死因は「心疾患」「悪性新生物」「脳血管疾患」の順に多い。

### **3 第1期及び第2期データヘルス計画の課題整理**

---

特定健康診査の受診率は増加しているが、40～50歳代の受診率は低い。若い時期から健診を習慣づけ、自らの健康状態を把握することは、健康意識の向上、疾病の早期発見・重症化予防につながり、医療費適正化の視点からも重要である。

死因・介護・医療・健診結果より、「心疾患」「悪性新生物」「脳血管疾患」「腎不全」「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」が多い。また、メタボ予備軍、非肥満高血糖者増加傾向にあり、重症化予防は引き続き課題になる。

これらを踏まえ、第2期計画の目標を設定する。

### **4 中長期目標・短期目標の設定**

---

#### (1) 中長期的な目標（達成時期 平成35年度）

生活習慣病の重症化を予防し、「腎不全」「心疾患」「脳血管疾患」等の医療件数を減少させることにより、医療費の伸びを抑制する。

#### (2) 短期的な目標（達成時期 毎年度）

##### 短期目標 1

40代～50代の受診率を向上させ、適切な情報提供や保健指導を実施することにより、早期から健康に関するセルフケア能力の向上を目指す。

##### 短期目標 2

「腎不全」「心疾患」「脳血管疾患」の共通危険因子となる、「糖代謝異常」「高血圧」「腎機能低下」への対策を優先的に実施し、重症化予防を図る。

## 5 保健事業の実施計画

事業名	事業目的	事業概要
特定健診未受診者対策事業	特定健康診査の受診率向上により、被保険者の健康保持増進を図る	被保険者が健診を受けやすくなるよう体制整備 受診勧奨通知等、広報による周知活動
特定保健指導事業	メタボ該当者及び予備軍の減少	特定保健指導対象者に、生活習慣やメタボが改善されるよう、保健師・管理栄養士等による保健指導を行う
重症化予防事業 (糖尿病性腎症を除く)	生活習慣病リスクを減らし、対象者の健康保持・増進と重症化予防を図る	特定健診結果が要医療・要観察となった者及び非肥満高血糖の者に、保健指導・受診勧奨・情報提供通知を行う。
糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症の発症及び重症化予防を図り、新規透析患者数の減少を図る	県で定めた基準で対象者を抽出し、糖尿病性腎症重症化予防を目的とした保健指導を実施する

実施内容	アウトプット	アウトカム
<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診の周知・啓発（広報・CATV） 〔国保担当者〕</li> <li>・40歳（新規対象者）に健診の周知・ 受診勧奨 〔国保担当者・保健師〕</li> <li>・健診を受けやすくする体制整備 （集団方式・人間ドック補助による 個別方式の周知） 〔国保担当者〕</li> <li>・集団健診未受診者に対し、通知・ 電話で受診勧奨 〔国保担当者・保健師〕</li> <li>・個別受診者に対し、健診結果提供依 頼と健診結果説明 〔国保担当者・保健師〕</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>勧奨対象者への通知率 100%</li> <li>個人受診のデータ等提供数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>勧奨対象者の健診受診率</li> <li>特定健診受診率 （40歳～50歳代）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者へ健診結果送付に合わせて 案内通知 〔保健師〕</li> <li>・電話による勧奨 〔保健師〕</li> <li>・面接、電話、手紙等による継続的 な保健指導の実施及び評価 〔保健師〕</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の終了率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>積極的支援及び動機づけ支援対象者の減少</li> <li>メタボ該当者の減少</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・面接、訪問、電話による保健指導 〔保健師〕</li> <li>・経年的変化のわかる資料等個人に 合わせた情報提供の通知〔保健師〕</li> <li>・広報・CATV等を利用した啓発 〔保健師〕</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者への通知率</li> <li>対象者への介入率</li> <li>対象者への保健指導実施率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>質問票改善</li> <li>「1回30分以上の運動習慣なし」</li> <li>「1日1時間以上の運動習慣なし」</li> <li>「歩行速度が遅い」</li> <li>「毎日飲酒」</li> <li>非肥満高血糖者の減少</li> <li>受診勧奨対象者の医療機関受診率</li> <li>血圧、糖代謝、腎機能における受診勧奨対 象者割合の減少</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人に合わせた情報提供・保健指導 〔保健師〕</li> <li>・医師会及び医療機関との連携 〔保健師〕</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者への通知率</li> <li>対象者への介入率</li> <li>対象者への保健指導実施率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨対象者の医療機関受診率</li> <li>糖代謝、腎機能における受診勧奨対象者割 合の減少</li> <li>新規透析患者数の減少</li> </ul>

事業名	事業目的	事業概要
がん対策事業	がんの早期発見、早期治療による死亡率減少	集団がん検診と人間ドック補助事業による個別のがん健診の実施 精密検査対象への受診勧奨
重複頻回受診者訪問指導事業	重複・頻回受診者数の減少	医療費適正化に向け、重複及び頻回受診者に対し訪問指導を実施し、適正な医療受診につなげる
医療費適正化対策事業 (ジェネリック医薬品差額通知)	ジェネリック医薬品の普及率の向上	レセプトデータから、後発医薬品に変薬した場合の差額を被保険者へ通知し、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進につなげる

## 6 計画の評価及び見直し

目標に対しては、1年度ごとの評価と中期(3年度)、長期(6年度)での評価を行う。また、KDBシステム等の情報を活用して経年変化、同規模保険者・県・国との比較も行う。

## 7 計画の公表・周知

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)は、広報等により周知を図り、計画書を公開します。

実施内容	アウトプット	アウトカム
<ul style="list-style-type: none"> <li>・検診の周知、啓発、受診勧奨 〔健康支援担当者、保健師〕</li> <li>・30歳、40歳への啓発、受診勧奨 〔保健師〕</li> <li>・実施体制整備 〔健康支援担当者〕</li> <li>・精密検査対象者への受診勧奨、情報提供 〔保健師〕</li> </ul>	人間ドックによる受診者数 精密検査対象者へ介入率 100%	勧奨対象者の健診受診率  精密検査対象者の医療機関受診率
<ul style="list-style-type: none"> <li>・レセプト情報から対象を抽出し訪問指導を実施する〔国保担当者〕</li> </ul> <p><b>【対象】</b></p> 重複：概ね3ヵ月連続して同一疾病で複数の医療機関を受診 頻回：概ね3ヵ月連続して同一月に同一医療機関での受診が15回以上	適正な対象者の把握	対象者に対する訪問実施率 100%
<ul style="list-style-type: none"> <li>・差額通知の送付 〔国保担当者〕</li> </ul> 時期：年度2回 <p><b>【対象】</b></p> 疾病：循環器・呼吸器・消化器・糖尿病 差額1薬剤当たり100円以上 1人当たり200円以上	対象者への通知率 100%	ジェネリック医薬品普及率（数量ベース） 80%

## 8 事業運営上の留意事項

本計画を実施するにあたっては、国保部門、衛生部門、介護部門が連携を強化するとともに、共通認識をもって課題解決に取り組むものとする。

## 9 個人情報の保護

事業等を実施するに当たっては、当該業務記録の漏洩を防止するとともに、実務担当者には、守秘義務を課す等関係法令を遵守することに加え「医療における個人情報の取り扱いのためのガイドライン」等の取り扱いに基づき、必要な個人情報保護対策を講じる。

### 【参考とする法令】

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）

長野県個人情報保護条例（平成3年長野県条例第2号）

天龍村個人情報保護条例（平成11年天龍村条例第31号）

## IV 特定健康診査等実施計画

### 1 取り組み

---

特定健康診査受診率

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
実績値	47.0%	43.7%	37.1%	41.8%	

特定保健指導実施率

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
実績値	55.6%	25.0%	0.0%	42.9%	

特定健康診査の受診率は減少していたが、平成 28 年度から増加している。

特定保健指導実施率も減少していたが、平成 28 年度に増加した。

### 2 健康課題

---

#### <特定健康診査>

- ・健診受診率は長野県をわずかに下回っている。年代別にみると 40～50 歳前半の受診率が低い。
- ・生活習慣をみると、運動習慣がない人、毎日飲酒する人が多い状況である。また、生活習慣改善の意欲はなく、保健指導利用しないと答えた人が多い。
- ・「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」の服薬をしている割合が高く、「高血圧症」「脂質異常症」に関しては年々、増加傾向にある。また、「脳卒中」「心臓病」の既往も高い。
- ・メタボ該当者、予備軍とも男性は女性の 2 倍多い。女性の割合は、長野県、全国を上回っている。また、メタボ予備軍は年々、男性で増加している。
- ・非肥満高血糖は、長野県、全国の 2 倍多い。
- ・健診の結果、受診勧奨となった割合は長野県より高く、その後の医療機関受診率は低い。未治療者率は高い。

#### <特定保健指導>

- ・特定保健指導実施率は平成 26 年度、27 年度を除き、長野県より上回っている。

### 3 目標の設定

---

#### (1) 目標値の考え方

達成しようとする目標は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条第2項第2号と国が示した「特定健康診査等基本指針」に基づき、「特定健診実施率」「特定保健指導実施率」「特定保健指導対象者の減少率」に係る計画最終年度の目標値を設定するとともに、それらを達成するための各年度の目標値を設定する。

(参考) 第三期計画における国の目標値

項 目		平成 35 年度の目標値
実施に関する目標	①特定健診受診率	市町村国保の加入者に係る受診率 60%以上
	②特定保健指導実施率	特定健診の結果をもとに階層化を行った結果、生活習慣の改善が必要と判断された対象者に係る実施率 60%以上
成果に関する目標	③特定保健指導対象者の減少率	平成 20 年度比、25%以上減少

## (2) 目標値（平成30年度～平成35年度の各目標値）

### ① 目標値

特定健診の受診率は、平成28年度で41.8%となっている。そのため、平成35年度の目標値については、国の目標値である60%を達成できるよう設定する。

特定保健指導の実施率は、平成28年度で42.9%となっている。平成35年度の目標値については、国の目標値60%を達成できるよう設定する。

メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率の目標値については、国は「特定健康診査等基本指針」において、特定保健指導対象者の出現率の減少を目指すこととした。平成20年度と比較して平成35年度の出現率が25.0%減少するように、目標値を設定した。

	<現状値> 平成 28年度	平成 30年度	平成 31年度	平成 32年度	平成 33年度	平成 34年度	平成 35年度
特定健診受診率	41.8%	44.8%	47.9%	50.9%	53.9%	56.9%	60.0%
特定保健指導実施率	42.9%	45.8%	48.7%	51.6%	54.5%	57.4%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率（平成20年度比）*1	23.1%*2	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%

\*1 平成20年度の出現率は10.4%（特定保健指導対象者：28人／受診者数：276人）

\*2  $(\text{平成20年度の出現率} 10.4\% - \text{平成28年度の出現率} 8.0\%) / (\text{平成20年度の出現率} 10.4\%)$

### ② 対象者数の見込み

#### ア 特定健康診査の対象者数の推計

各年度における特定健診の対象者数及び受診者数は以下のとおり推計される。

年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
対象者数*1	269人	254人	239人	224人	209人	194人
受診者数*2	121人	122人	122人	121人	119人	116人

\*1 対象者数は、平成25年度～29年度の国保加入者の伸び率から推計

\*2 受診者数は、平成28年度の受診者数と受診率の実績及び①の目標値を基に算出

## イ 特定保健指導の対象者数の推計

各年度における特定保健指導の対象者数及び実施者数は、以下のとおり推計される。

年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
対象者数*1	9 人	10 人	10 人	9 人	9 人	9 人
受診者数*2	4 人	5 人	5 人	5 人	5 人	5 人

\*1 対象者数=各年度の推計受診者数×7.8%（平成 20 年度の指導対象者出現率 10.4%から 25%減少した割合）

\*2 受診者数=対象者数×①の指導実施率

## 4 特定健康診査の実施

---

### (1) 特定健診の対策

これまでの分析から、特定健診の対策を以下のとおりとする。

#### ① 健診機会の確保及び受診勧奨の充実

健診を受診しやすくするために、集団の特定健康診査事業と人間ドックの補助事業を継続する。また、広報天龍、CATV等を利用し受診勧奨をすすめていく。

#### ② 40～50歳代の対象者へのPR

特定健診の受診者のうち、40～50歳代の者が特に少ないため、特定健診を受診することのメリットについて、広報天龍、CATV等を用いてPRを行い、その増加を図る。

また、集団の特定健康診査未受診の40～50歳代に対して、人間ドック、医療機関での特定健康診査の受診を勧奨する。

#### ③ 情報提供による関心の拡大

特定健診に関心がない方や、受診の必要性を感じていない者に対しては、受診のメリットや受診しないリスク等についての情報提供を行い、特定健診に対する関心の拡大を図る。

特定健診を受診している者については、継続受診のメリット等について情報提供を行う。

### (2) 特定健診の実施体制

#### ① 実施場所

- ・老人福祉センターとおきよめの湯で、健康づくり事業団との委託契約により集団健診を実施。
- ・委託医療機関（県医師会との集合契約）で個別健診を実施。
- ・人間ドック、脳ドックを個人で受診後、償還払い（人間ドック補助制度）

#### ② 期間

4月～翌年3月

#### ③ 健康増進法等による健診項目との関連

- ・集団健診では、後期高齢者医療の保健事業の健診を同時実施する。

### (3) 特定健診の内容

#### ① 基本的な健診項目

特定健診においては、糖尿病等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備軍を減少させるため、特定保健指導を必要とする人を的確に抽出するための健診項目とする。

	検査項目	必須項目
診察	既往歴	○
	うち服薬歴	○
	うち喫煙歴	○
	自覚症状	○
	他覚症状	○
身体計測	身長	○
	体重	○
	胸囲	○
	BMI	○
血圧	血圧	○
肝機能検査	AST (GOT)	○
	ALT (GPT)	○
	γ-GTP	○
血中脂質検査	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	▲
	ヘモグロビンA1c (HbA1c)	▲
尿検査	尿糖	○
	尿蛋白	○
貧血検査	ヘマトクリット値	■
	血色素量	■
	赤血球数	■
心電図		■
眼底検査		■
血清クレアチニン検査 (eGFR)		■

○：必須項目

▲：いずれかの項目の実施で可

■：医師の判断に基づき選択的に実施する項目

## ② 詳細な健診項目

当該年度の健診結果において、以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、①心電図検査、②眼底検査、③貧血検査、④血清クレアチニン検査（eGFR）を実施する。

集団健診においては①～④の検査をすべて行う。

表 詳細な健診項目の判定基準

項目	内容
①心電図	当該年度の健診結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上、又は拡張期血圧 90mmHg 以上、又は問診等において不整脈が疑われる方
②眼底検査	当該年度の健診結果等において、①血圧が a、b のいずれかの基準、又は②血糖の値が a、b、c のいずれかの基準に該当した方 ① 血圧 a 収縮期血圧 140mmHg 以上 b 拡張期血圧 90mmHg 以上 ② 血糖 a 空腹時血糖 126mg/dl 以上 b HbA1c(NGSP) 6.5%以上 c 随時血糖 126mg/dl 以上
③貧血検査	貧血の既往歴を有する方、又は視診等で貧血が疑われる方
④血清クレアチニン検査	当該年度の健診結果等において、①血圧が a、b のいずれかの基準、又は②血糖の値が a、b、c のいずれかの基準に該当した方 ① 血圧 a 収縮期血圧 130mmHg 以上 b 拡張期血圧 85mmHg 以上 ② 血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl 以上 b HbA1c(NGSP) 5.6%以上 c 随時血糖 100mg/dl 以上

\*資料『標準的な健診・保健指導プログラム』平成 30 年度版

### (4) 特定健診の案内方法

#### ① 健診の実施通知

特定健診の実施にあたっては、対象者に受診券、特定健診の案内、集団健診受診票を郵送する。また、広報、CATV等を利用し、特定健診の案内、周知を図る。

#### ② 特定健診の再勧奨

集団の特定健診未受診者に対し、受診勧奨の案内を郵送又は電話で行う。

(5) 年間実施スケジュール

4月より順次、特定健診及び特定保健指導を実施する。

表 特定健診・特定保健指導のスケジュール

	特定健診	特定保健指導
4月	健診対象者の抽出	
5月	受診券等の印刷 健診の開始	
6月	集団特定健診の案内送付	
7月	集団特定健診	
8月		保健指導の開始
9月	未受診者への受診勧奨	
10月		
11月		
12月		
1月	未受診者への受診勧奨	
2月		
3月	健診の終了 ↓	保健指導の終了・評価 ↓

## 5 特定保健指導の実施

### (1) 特定保健指導の対策

#### ① メタボリックシンドロームの予防に対する意識づけ

特定保健指導を通じてメタボリックシンドロームの早期予防を図り、該当者及び予備軍の減少につなげる。また、メタボリックシンドロームの周知にも力をいれる。

#### ② 特定保健指導の質の向上

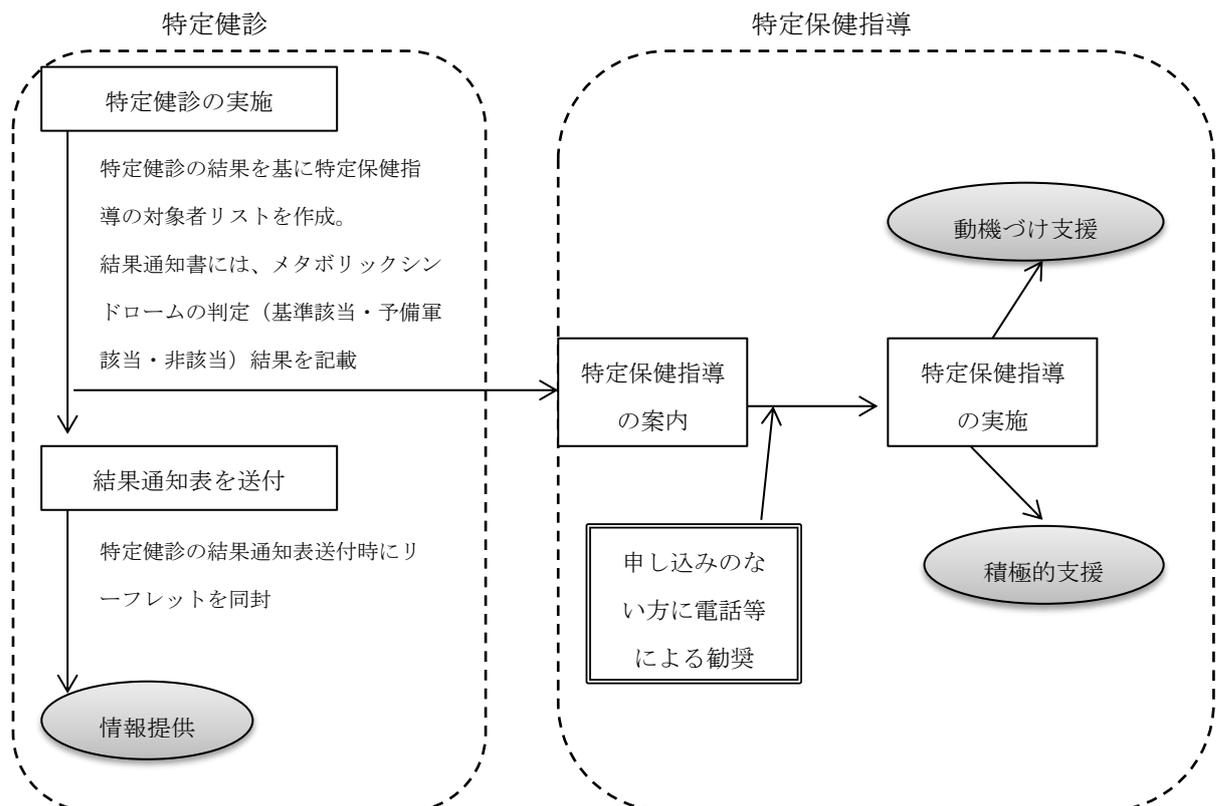
特定保健指導を利用した方々が自信の改善効果を実感できるよう、指導内容の質的な向上を図る。また、指導に携わる人材の育成も行う。

### (2) 特定保健指導の種類と実施体制

生活習慣病への移行を予防するため、特定健診の結果をもとに階層化を行い、健康の保持に努める必要がある者を対象に、特定保健指導を以下のとおり実施していく。

特定健診の結果に基づいて、①情報提供、②動機づけ支援、③積極的支援の階層化を行う。そのうち、②動機づけ支援と③積極的支援については特定保健指導の対象となる。

健診結果通知後、速やかに特定保健指導を開始し、目標値を達成するために、以下の流れで特定健診・特定保健指導を実施する。



### (3) 特定保健指導対象者の選定と階層化

特定保健指導の対象者を明確にするため、国の基準に基づき、リスクレベルに応じて分類し、特定保健指導の内容を検討する。

表 特定保健指導の対象者

		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
腹 囲	≥85cm (男性)	2つ以上に該当	積極的支援	動機づけ支援
	≥90cm (女性)	1つ該当	動機づけ支援	
B M I	上記以外で	3つ以上に該当	積極的支援	動機づけ支援
	BMI ≥25	1つまたは2つ該当	動機づけ支援	

\*服薬中の方は特定保健指導の対象としていない

\*喫煙歴は①血糖②脂質③血圧に該当する場合にのみ

\*65～74歳の方は、積極的支援に該当していても動機づけ支援の対象となる。

### (4) 特定保健指導対象者への案内方法

特定保健指導の対象者へは、特定健診の結果票送付時に特定保健指導の案内を行う。参加申し込みがない方がない方については、改めて電話等により利用勧奨を行う。

### (5) 支援レベル別特定保健指導計画

①情報提供、②動機づけ支援、③積極的支援のそれぞれのレベルに応じた特定保健指導を実施する。

#### ① 情報提供

##### ア 目的

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。また、健診結果とあいまって、医療機関への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ともに、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う。

##### イ 対象者

健診受診者全員を対象とする。

#### ウ 支援期間・頻度

年1回、健診結果の通知と同時に実施

#### エ 支援内容

- ・健診結果や質問票から特に問題とされる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する。
- ・医療機関への受診の必要性はないが、検査値に異常がみられる対象者へは、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する。
- ・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よう工夫する。

##### a 健診結果

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現れてくる等）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）を情報提供する。

##### b 生活習慣

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以下の①、②について改善方法の例示等を情報提供する。

- ① 食事バランスガイドや運動指針に基づいた食生活と運動習慣のバランス
- ② 料理や食品のエネルギー量や生活活動、運動によるエネルギー消費量

#### オ 支援形態

- ・健診結果送付時に、合わせて提供する。
- ・個別面接時に、情報提供用の資料を用いて説明する。  
特に以下の者については、必要な支援を直接行う。
  - ① 検査データの異常はほとんどないが、喫煙や食事・運動習慣などに問題があり、今後の悪化が懸念される者
  - ② 検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないために特定保健指導の対象とならない者
  - ③ 受診勧奨がなされているにも関わらず、医療機関を受診していない者
  - ④ 服薬中であるが、コントロール不良の者

## ② 動機づけ支援

### ア 目的

利用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るとともに、特定保健指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることを目指す。

## イ 対象者

動機づけ支援に位置づけられた方

## ウ 支援期間・頻度

原則1回の支援を行い、3ヵ月以上経過後に評価を行う。

## エ 支援内容

対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。

詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、利用者の生活習慣改善を動機づけるために次に示す支援を行う。

### a 面接による支援

- ・生活習慣と健診結果との関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者が生活習慣改善の必要性に気づき、自分のこととして重要であることを認識できるように支援する。
- ・対象者が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活習慣を続けるデメリットについて理解できるように支援する。
- ・対象者の生活習慣の振り返り、行動目標や行動計画、評価時期の設定について話し合い、それらの設定や策定ができるように支援する。
- ・体重・腹囲の計測方法について説明する。
- ・食生活・身体活動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。

### b 行動計画の実績評価

- ・行動計画の実績評価は、対象者の行動変容の成果を把握すると共に、保健指導の質を評価するものである。
- ・設定した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。
- ・必要に応じて評価時期を設定して、対象者が自ら評価すると共に、3か月経過後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供する。
- ・評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定するが、体重及び腹囲は必須である。
- ・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見られなかったり、悪化が想定される場面についての対応策を助言する。
- ・次年度にも継続して健診を受診するよう勧める。

## オ 支援形態

### a 面接による支援

- ・ 1人 20分以上の個別支援、又は 1グループおおむね 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）。

### b 行動計画の実績評価

- ・ 行動計画の実績評価は、面接あるいは通信等を利用して行う。

## ③ 積極的支援

### ア 目的

「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣を振り返り、自分のこととして重要であることを認識し、生活習慣変容のための行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組ながら、保健指導終了後には、その生活習慣が継続できることを目指す。

### イ 対象者

積極的支援に位置づけられた方で、専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な方

### ウ 支援期間・頻度

3か月以上の継続的な支援を行う。また、当該3か月以上の継続的な支援後に評価を行う。対象者の状況等に応じ、従前どおり6か月経過後に評価を実施することや、3か月経過後の実績評価の終了後に更に独自のフォローアップ等を行う。

### エ 支援内容

動機付け支援に加えて行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、実践可能な具体的な行動目標について、優先順位をつけながら一緒に考え、対象者が選択できるように支援する。また、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目標の見直し等を行う。

#### a 初回時の面接による支援

動機づけの支援と同様の支援とする。

#### b 3ヵ月以上の継続的な支援

3か月以上の継続的な支援については、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。

**【支援A（積極的関与タイプ）】**

- ・ 行動計画の実施状況の確認を行い、食生活・身体活動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行う。
- ・ 中間評価として、取組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、生活習慣の振り返りを行い、必要があると認めるときは、行動目標や計画の再設定を行う。

**【支援B（励ましタイプ）】**

- ・ 行動計画の実施状況の確認と行動計画に掲げた行動や取組を維持するために賞賛や励ましを行う。

**c 行動計画の実績評価**

行動計画の実績評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。

- ・ 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。
- ・ 必要に応じて評価時期を設定して、対象者が自ら評価すると共に、3か月以上の継続的な支援終了後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供する。
- ・ 評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定するが、体重及び腹囲は必須である。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見られなかったり、悪化が想定される場面についての対応策を助言する。
- ・ 次年度にも継続して健診を受診するよう勧める。

**オ 支援形態**

**a 初回時の面接による支援**

動機付け支援と同様の支援

**b 3か月以上の継続的な支援**

**【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や実施報告書、支援計画の実施状況を確認するため、対象者の行動計画への取組とその評価等について記載したものの提出を求め、それらの記載に基づいた支援を行う。

個別支援、グループ支援、電話支援、電子メール支援（電子メール、FAX、手紙等）から選択して支援する。

**【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いう。

個別支援、電話支援、電子メール支援（電子メール、FAX、手紙等）から選択して支援する。

c 行動計画の実績評価

行動計画の実績評価は、面接又は通信等を利用して行う。

(6) 特定保健指導実施者の資質向上

特定保健指導の質の維持・向上のため、研修会等に保健師等を派遣し、その資質の向上を図っていく。

(7) 特定保健指導の評価

対象	評価項目*1	評価指標	評価手段(根拠資料)	評価時期	評価責任者
個人	(P) 意欲向上 (P) 知識の獲得 (P) 運動・食事・喫煙・飲酒等の行動変容 (P) 自己効力感	行動変容ステージ(準備状態)の変化 生活習慣改善状況	質問票、 観察自己管理シート	6ヵ月後、 1年後	保健指導実施者
	(O) 健診データの改善	肥満度(腹囲・BMI) 血液検査(糖・脂質) メタボのリスク個数 禁煙	健診データ	1年後(積極的支援では計画した経過観察時)	
集団	(P) 運動・食事・喫煙・飲酒等の行動変容	生活習慣改善度	質問票、 観察自己管理シート	1年後 3年後	保健指導実施者
	(O) 対象者の健康状態の改善	肥満度(腹囲・BMI) 血液検査(糖・脂質) メタボ・予備軍の割合 禁煙	健診データ 疾病統計	1年後 3年後 6年後	
	(O) 対象者の生活習慣病関連医療費	医療費	レセプト	3年後 6年後	
事業	(P) 保健指導のスキル (P) 保健指導に用いた支援材料 (P) 保健指導の記録	生活習慣改善度	指導過程(記録)の振り返り	カンファ レンス	保健指導実施者
	(S) 社会資源を有効に効率的活用して実施したか	社会資源の活用状況、 委託件数、委託率	社会資源の活用状況	1年後	医療保険者
	(P) 対象者の選定は適切であったか (P) 対象者に対する支援方法の選択は適切であったか (P) 対象者の満足度	受診者に対する保健指導対象者の割合 目標達成率 満足度	質問票、観察、アンケート	1年後	
	(O) 各対象者に対する行動目標は適切に設定されたか	目標達成率 プログラムの参加継続率(脱落率) 健診実施率	質問票、観察、アンケート	1年後	

最終 評価	(O) 全体の健康状態の改善	死亡率、要介護率、有病者、予備軍、有所見率など	死亡、疾病統計、健診データ	毎年、5年後、10年後	医療保険者
	(O) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医療費	レセプト		

\*1 評価項目：(S) ストラクチャー (P) プロセス (O) アウトカム

\*資料『標準的な健診・保健指導プログラム確定版』

## 6 特定健診・特定保健指導の結果の通知・管理

### (1) 特定健診の結果通知

特定健診の結果については、異常値を示している項目や異常値の程度、異常値が持つ意義等について、「特定健診結果通知書」により分かりやすく受診者に通知する。

### (2) 特定健診データの形式・データ保有者からの受領方法

委託先となる様々な特定健診機関や、他の医療保険者、事業主健診を実施する事業者等の関係者間でデータの互換性を確保し、医療保険者が継続的に多くのデータを蓄積・活用していけるよう、標準的なデータファイルの仕様を以下のとおりとする。

#### ① 特定健診受診者データの形式

健診データ等の形式については、以下の要件を満たすものとする。

- ・特定のメーカーのハード、ソフトに依存しない形式にすること。
- ・将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式にすること。
- ・健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる形式とすること。

#### ② データ保有者からの受領方法

事業主健診や他機関での健診結果については、広報や未受診者への通知の際に受診結果の情報提供をして頂くよう依頼し、紙での提出をお願いします。

### (3) 特定健診・特定保健指導の記録・データの保管及び保管体制

#### ① 特定健診・特定保健指導の記録

特定健診・特定保健指導の記録については、保存期間を5年間とする。

#### ② データの保管方法・体制

健診データの管理等については、長野県国保連合会の健診データ管理システムで行っています。

## **7 特定健康診査等実施計画の評価・見直し**

---

### (1) 実施計画に関する評価

目標に対しては、1年度ごとの評価と、中期（3年度）、長期（6年度）での評価を行う。

### (2) 実施計画の見直し

特定健康診査等実施計画をより効果的なものにするために、評価に応じて、実施方法・周知方法・保健指導内容等について適宜見直しを行う。

## **8 特定健康診査実施計画の公表・周知**

---

特定健康診査等実施計画は、広報等により周知を図り、計画書を公開します。

## **9 個人情報保護**

---

事業等を実施するに当たっては、当該業務記録の漏洩を防止するとともに、実務担当者には、守秘義務を課す等関係法令を遵守することに加え「医療における個人情報の取り扱いのためのガイドライン」等の取り扱いに基づき、必要な個人情報保護対策を講じる。

#### **【参考とする法令】**

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）

長野県個人情報保護条例（平成3年長野県条例第2号）

天龍村個人情報保護条例（平成11年天龍村条例第31号）