

第2期鯖江市国民健康保険
保健事業実施計画
(データヘルス計画)

鯖江市国民健康保険

目 次

序章	保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項・・・・・・・・・・	1
1	第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）策定の背景	
2	計画の位置づけ	
3	関係者が果たすべき役割	
	（1）実施主体の役割	
	（2）外部有識者等の役割	
	（3）被保険者の役割	
4	計画の期間	
第1章	鯖江市国民健康保険の現状・・・・・・・・・・	3
1	国民健康保険加入者の状況	
2	医療費の状況	
	（1）医療費の動向	
	（2）疾病の動向	
3	生活習慣病の状況	
	（1）生活習慣病の動向	
4	特定健康診査の現状	
	（1）特定健康診査の受診状況	
	（2）健診有所見者の状況	
	（3）メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の状況	
	①メタボリックシンドローム該当者・予備群状況	
	②メタボリックシンドローム該当者・予備群のリスクの重複状況	
	③特定健診受診者の生活習慣病治療状況	
5	特定保健指導の現状	
	（1）年度別特定保健指導実施率	
第2章	計画策定にあたって・・・・・・・・・・	22
1	前期計画等に係る考察	
	（1）既存事業から見える課題	
	（2）特定健診の受診状況から見える課題	
	（3）特定保健指導の実施状況から見える課題	
	（4）疾病分析から見える課題	
	（5）特定健康診査検査値から見える課題	
2	健康課題の抽出	
	（1）課題	
3	対策と目標値および保健事業の内容	
	（1）生活習慣病の早期発見	
	（2）生活習慣病の重症化の防止	
	（3）医療費の適正化の推進	
4	分析データの活用	
5	事業の評価と見直し	
6	計画の公表と周知	
7	個人情報の取り扱い	
8	地域包括ケアに係る取り組みおよびその他の留意事項	

第3章	保健事業実施計画に対する国からの支援等・・・・・・・・・・・・・・・・	31
第4章	第3期特定健康診査等実施計画・・・・・・・・・・・・・・・・	32
1	鯖江市国民健康保険目標値の設定	
	（1）特定健康診査の実施に係る目標	
	（2）特定保健指導の実施に係る目標	
	（3）特定健康診査等の実施の成果に係る目標	
2	対象者数	
	（1）特定健康診査	
	（2）特定保健指導	
3	特定健康診査	
	（1）実施場所	
	（2）実施項目	
	（3）実施時期	
	（4）実施機関	
	（5）自己負担額	
	（6）受診方法	
	（7）周知や案内方法	
	（8）事業主健診等の健診受診者のデータ収集方法	
	（9）健診結果の返却方法	
4	保健指導	
	（1）保健指導の基本的な考え方	
	（2）保健指導の優先順位	
5	特定保健指導	
	（1）実施場所	
	（2）実施時期	
	（3）実施機関	
	（4）特定保健指導委託基準	
	（5）自己負担額	
	（6）利用者への周知や案内方法	
	（7）保健指導の未利用者への勧奨	
	（8）指導方法	
	（9）実施体制、事務の流れ	
6	年間スケジュール等	
7	個人情報の保護	
8	特定健康診査等実施計画の公表、周知	
9	特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	
	（1）普及啓発趣旨	
	（2）普及啓発の方法	
10	特定健康診査等実施計画の評価・見直し	
11	特定健診以外の健診との関係	
	（1）75歳以上の後期高齢者を対象とした健診	
	（2）生活保護受給者に対する健診	
	（3）がん検診	
	（4）肝炎ウイルス検診	
	（5）特定健診以外の健診結果の提出	
	（6）本市健康づくり事業との連携	

序章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項

1 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）策定の背景

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においても、「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、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

これまで、保険者においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところでありますが、今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者のリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82号第4項の規定に基づき厚生労働大臣が定める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（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部が改正され、保険者は健康・医療情報を活用してPDCA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の保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施および評価を行うこととなりました。

鯖江市国民健康保険（以下「鯖江市国保」という。）においても、国の保健事業実施指針に即して、「鯖江市国民健康保険保健事業実施計画（第1期 平成28～29年度）」を策定し、健康・医療情報を活用した生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、重症化予防の取組を進めてきました。平成30年度から35年度までの第2期においても、そうした取組をさらに推進することで、鯖江市国保被保険者の健康の保持と健康寿命の延伸を目指します。

2 計画の位置づけ

鯖江市国保のデータヘルス計画は、被保険者の健康づくりを推進し、健康寿命の延伸を目的にし、被保険者の生活習慣病の早期発見と早期治療を促すとともに日常生活での健康保持と増進を定着することを目指します。この過程をとおして伸び続ける国保医療費の適正化に取り組めます。

健康・医療情報（「レセプトデータ」と「特定健診データ」）を分析し、把握された課題と第1次保健事業計画の実施過程での改善点を克服するための保健事業実施のための計画を策定します。各年度の評価指標を設定して年度ごとに到達度と効果を評価し、事業内容や手法を見直しながら、PDCAサイクルの取組を繰り返して最終年度指標の達成を目指します。

また、平成20年度に開始した特定健診と特定保健指導については、保険者が実施する他の保健事業と一体的に企画し、効果的かつ効率的に実施できるように相互の連携をとるため、この計画に特定健康診査等実施計画を含め策定することとします。

3 関係者が果たすべき役割

(1) 実施主体の役割

鯖江市国保のデータヘルス計画は、鯖江市健康福祉部国保年金課（国民健康保険所管課）が主体となり、市民の健康増進を担当する健康づくり課と連携し、策定することとします。

また、計画期間を通して、PDCAサイクルに沿った確実な運用がなされるように、業務マニュアルを作成し、業務の標準化を図ることとします。

(2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連の過程において、専門的 知見を有する第三者との連携・協力が重要といえます。このため、保健医療関係者および国保連合会（国保連に設置される評価委員会を含む）と意見交換や情報交換を行い、計画の策定と評価にあたり相談と指導等の支援を受けることとします。

また、平成30年度から都道府県が国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、県が保有する健康・医療等に関する情報の提供を受けるとともに市医師会や市内の保健医療関係者との連携が円滑に行われるように、県から県医師会等との連携の支援を要望することとします。

併せて、被保険者に転職や加齢等で健康保険組合等との往来があることから、他の医療保険者と連携して健康・医療情報の共有と保健事業等の連携に努めます。また、地域の保健、医療、介護、福祉、スポーツ等の関係者と連携した生活習慣病の解消に向けた取り組みも促進することとします。

(3) 被保険者の役割

計画は被保険者の健康保持と増進が最終的な目標であり、その実効性を高めるためには、被保険者自身が症状を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要です。このため、被保険者向けの説明会や研修会を行い、健康情報の提供や健康課題の分析、取組事例の紹介を行い、相談や意見交換を通して当事者意識をもって行動変容を促せるように事業内容を工夫することとします。

また、計画の策定および評価にあたり、市国保運営協議会にて協議し、意見等を反映することとします。

4 計画の期間

計画の策定期間は、「特定健康診査等実施計画」が関係する「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条第1項の規定では6年を1期としており、第2期計画の期間は、平成30年度から平成35年度とします。

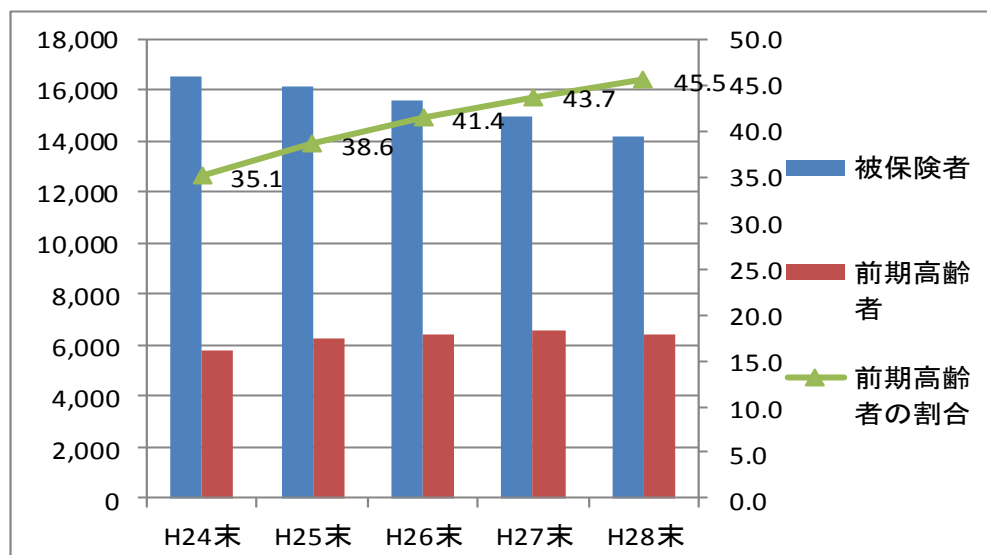
第1章 鯖江市国民健康保険の現状

1 国民健康保険加入者の状況

鯖江市の平成28年度末人口は69,126人、世帯数は23,672世帯であり、そのうち、鯖江市国保の加入人口（被保険者数）は14,197人、世帯数は8,317世帯となっています。定年延長と雇用状況の改善等の影響で被保険者数は減少していますが、前期高齢者の占める割合が高くなっており、平成28年度末には45.5%となっています。

（被保険者の推移）

	H24 末	H25 末	H26 末	H27 末	H28 末
被保険者	16,564	16,142	15,598	14,989	14,197
前期高齢者	5,808	6,232	6,452	6,553	6,458
前期高齢者の割合	35.1	38.6	41.4	43.7	45.5



2 医療費の状況

(1) 医療費の動向

鯖江市国保の医療費は毎年増加傾向にあり、平成28年度では57億4,545万円に上っており、一人当たりの医療費の額も390,820円となっています。

年度	件数	費用額(千円)	被保険者数(人)	一人当たり 費用額(円)
H24	202,659	5,450,265	16,889	322,711
H25	207,232	5,567,491	16,454	338,367
H26	221,874	5,510,711	15,984	344,764
H27	212,640	5,668,050	15,368	368,822
H28	208,881	5,745,449	14,701	390,820

(年度別保険給付状況 一般+退職)

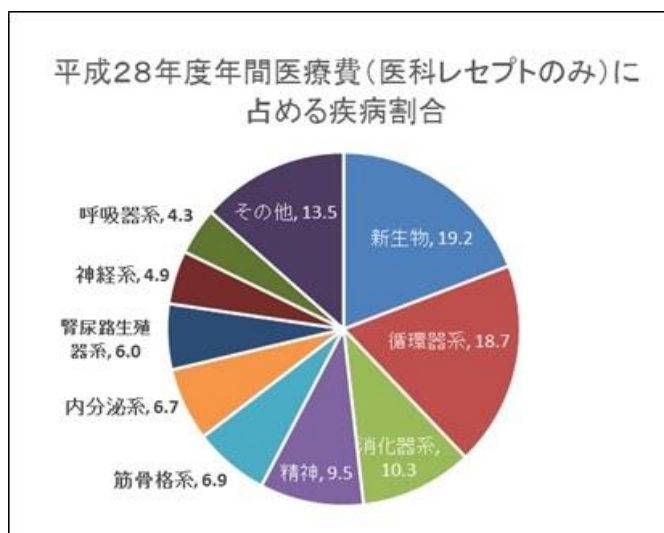
(2) 疾病の動向

平成28年度年間医療費(医科レセプトのみ)合計は、47億5,116万円となっています。このうち、生活習慣病の占める医療費は13億535万円で、全体の29.8%を占めており、放置すれば重症化した疾病に移行し、医療費増大と生活の質の低下を招くことになりかねません。

大分類	費用額(円)	割合(%)	大分類	費用額(円)	割合(%)
1 感染症	108,589,840	2.3	11 消化器系	489,381,040	10.3
2 新生物	910,027,470	19.2	12 皮膚および皮下組織	71,781,770	1.5
3 血液および血臓器の疾患	26,091,560	0.5	13 筋骨格系	328,740,560	6.9
4 内分泌	317,346,380	6.7	14 腎尿路生殖器官系	282,812,540	6.0
5 精神	446,661,630	9.5	15 妊娠、分娩	11,546,750	0.2
6 神経系	233,180,830	4.9	16 周産期	3,486,630	0.1
7 眼	154,314,590	3.2	17 先天奇形、変形	30,590,970	0.6
8 耳	25,973,810	0.5	18 その他	24,114,270	0.5
9 循環器系	886,140,540	18.7	19 損傷、中毒	196,039,790	4.1
10 呼吸器系	204,334,670	4.3	総数	4,751,155,640	100.0

(※ 鯖江市国民健康保険 平成28年3月～平成29年2月診療分から分析)

平成28年度医療費(医科レセプトのみ)では、新生物が19.2%、続いて循環器系18.7%、消化器系10.3%、精神9.5%、筋骨格系6.9%となっています。このうち、生活習慣が影響する循環器系と消化器系、内分泌系、腎尿路生殖系で約4割を占めます。



(平成28年度医療費(医科レセプトのみ)に占める疾病割合)

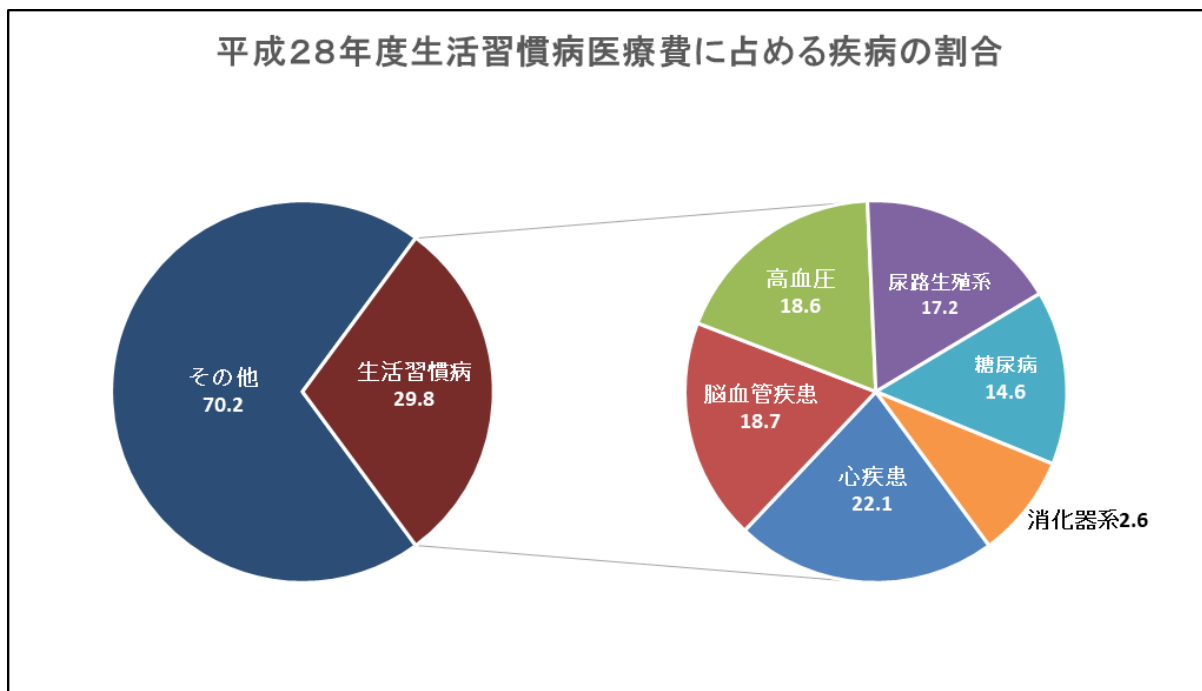
3 生活習慣病の状況

(1) 生活習慣病の動向

大分類	費用額(円)	割合(%)
心疾患	312,244,340	6.6
脳血管疾患	265,124,670	5.6
高血圧	263,454,500	5.5
尿路生殖系	243,750,820	5.1
糖尿病	206,749,830	4.4
消化器系	124,526,940	2.6
その他	3,335,304,540	70.2
総 数	4,751,155,640	100.0

平成28年度の医療費のうち、生活習慣病が全体の29.8%の割合を占めます。生活習慣病に係る医療費のうち、上位3疾患は心疾患、脳血管疾患、高血圧であり、全体医療費の17.7%、生活習慣病にかかる医療費の59.4%の割合となっています。

(平成28年度医療費(医科レセプトのみ)に占める疾病割合)

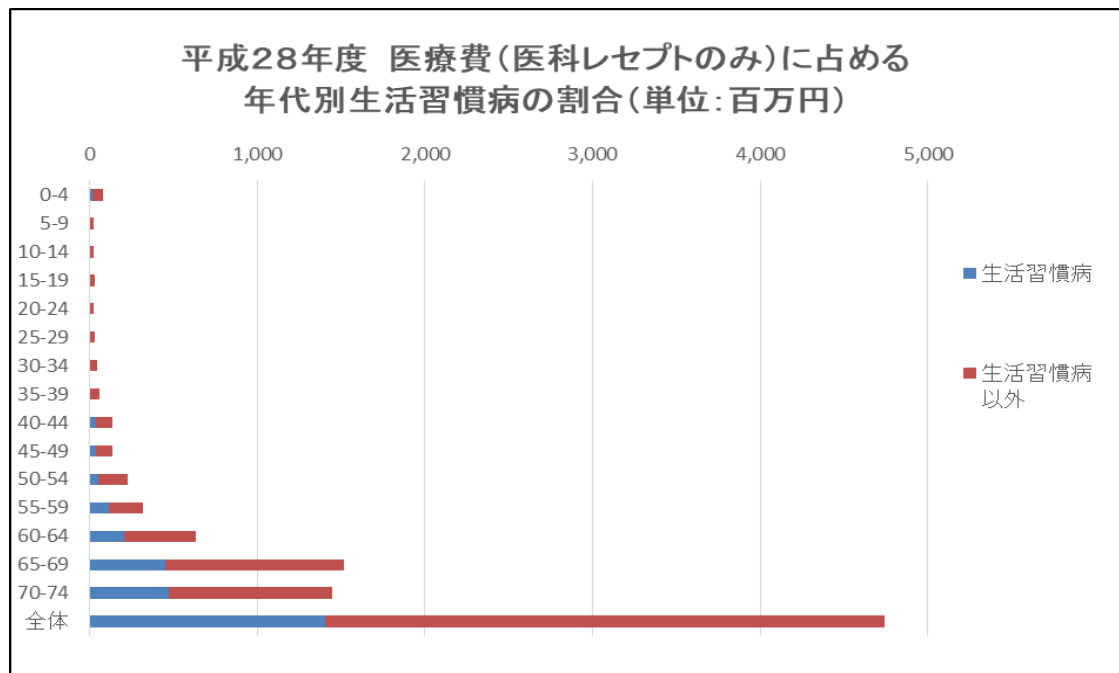


高血圧・高脂血症は他疾患に比べ発症しやすく、他疾患にも付随して起こりやすく、これらの疾患が重症化した状態が脳血管疾患や人工透析を必要とする慢性腎臓病といえます。

また、年齢別では、生活習慣病の割合が50歳代から高くなり、60歳、70歳代は各年代の約30%を占めています。生活習慣病に関係する1人当たりの医療費は約9.6万円で、55歳以上は10万円を超えています。

平成28年度医療費(医科レセプトのみ)に占める生活習慣病の割合 年齢別

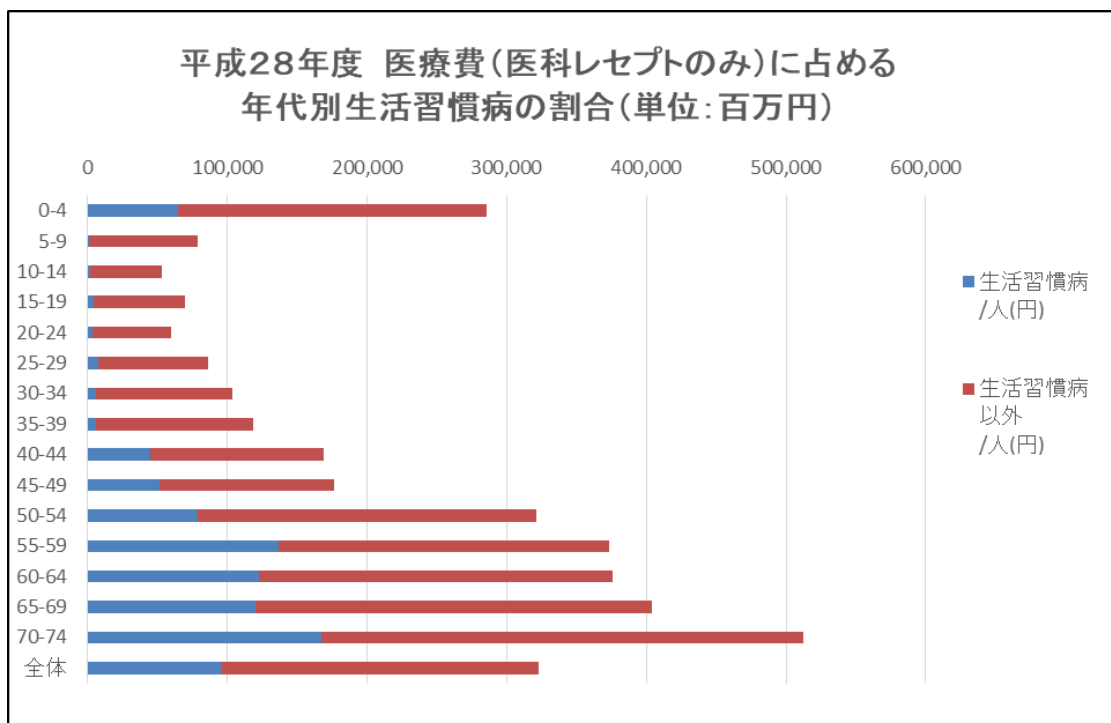
年齢 (歳)	費用額 (円)	生活習慣病 (円)	生活習慣病以外 (円)	生活習慣病の 割合(%)
0-4	83,893,400	18,994,780	64,898,620	22.6
5-9	28,658,870	580,020	28,078,850	2.0
10-14	24,156,930	1,098,650	23,058,280	4.5
15-19	32,725,500	2,024,560	30,700,940	6.2
20-24	23,238,500	1,315,510	21,922,990	5.7
25-29	29,522,140	2,739,470	26,782,670	9.3
30-34	48,819,760	2,781,660	46,038,100	5.7
35-39	62,234,830	3,290,190	58,944,640	5.3
40-44	135,299,330	36,075,590	99,223,740	26.7
45-49	136,899,700	39,787,780	97,111,920	29.1
50-54	230,814,940	56,950,710	173,864,230	24.7
55-59	318,507,230	116,501,420	202,005,810	36.6
60-64	634,123,950	207,220,170	426,903,780	32.7
65-69	1,517,058,000	453,568,540	1,063,489,460	29.9
70-74	1,445,202,560	472,922,050	972,280,510	32.7
計	4,751,155,640	1,415,851,100	3,335,304,540	29.8



(平成28年度医療費(医科レセプトのみ)に占める生活習慣病の割合 年齢別)

平成28年度1人当たり医療費(医科レセプトのみ)に占める生活習慣病の割合 年齢別

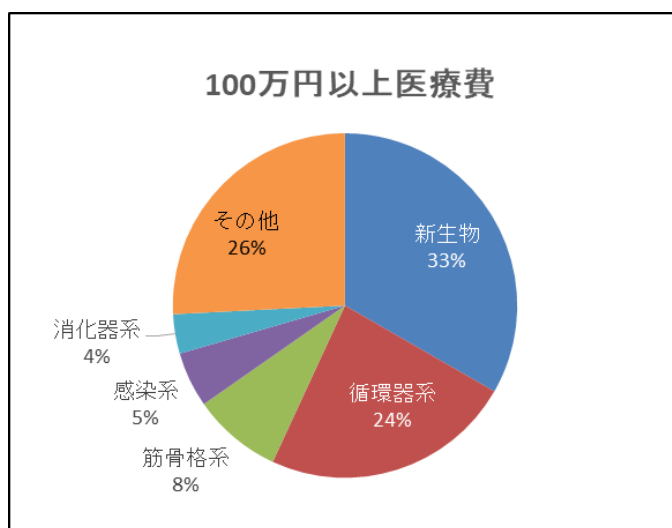
年齢 (歳)	生活習慣病 /人(円)	生活習慣病以外 /人(円)	費用額 /人(円)
0-4	64,608	220,744	285,352
5-9	1,607	77,780	79,387
10-14	2,431	51,014	53,445
15-19	4,308	65,321	69,629
20-24	3,390	56,503	59,893
25-29	8,034	78,541	86,575
30-34	5,931	98,162	104,093
35-39	6,267	112,276	118,543
40-44	45,094	124,030	169,124
45-49	51,405	125,468	176,873
50-54	79,319	242,150	321,469
55-59	136,578	236,819	373,397
60-64	122,906	253,205	376,111
65-69	120,694	282,994	403,688
70-74	167,762	344,903	512,665
全体	96,264	226,768	323,032



(平成28年度1人当たり医療費(医科レセプトのみ)に占める生活習慣病の割合 年齢別)

平成28年度 100万円以上医療費レセプト件数と疾患別割合

大分類	件数	割合
新生物	217	33.3
循環器系	154	23.6
筋骨格系	55	8.4
感染系	34	5.2
消化器系	24	3.7
その他	168	25.8
総計	652	100.0

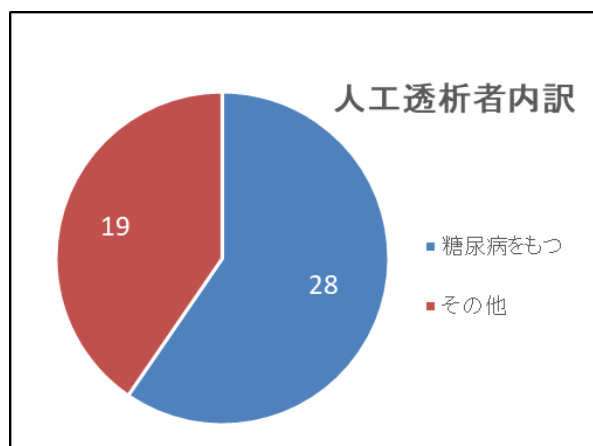


100万円以上の高額な医療費は、新生物に次いで循環器系疾患が多く約24%となっています。

平成29年3月末 人工透析者の内訳
(平成29年3月分内科レセプトによる)

分類	人数	割合
糖尿病をもつ	28	59.57
その他	19	40.43
計	47	100.00

さらに、平成29年3月末の人工透析者47人の内訳を見ると、糖尿病による人工透析が59.57%と多く、糖尿病の重症化予防が急務と考えられます。



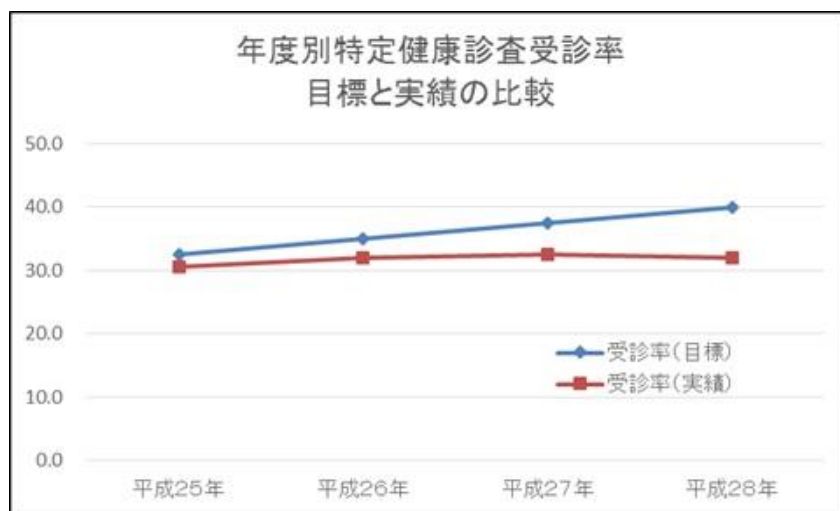
4 特定健康診査の現状

(1) 特定健康診査の受診状況

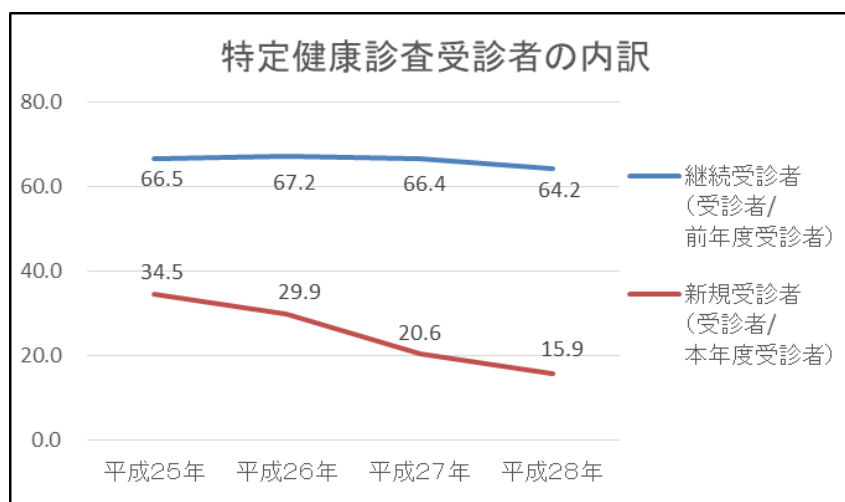
平成25年度から平成28年度までの特定健診受診状況を見ると、若干受診率は向上していますが、平成28年度の目標値である40%には達しておらず、さらなる受診啓発が必要です。

(鯖江市特定健診受診率推移 各年：法定報告値)

		平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	備 考
実施計画	対象者	12,162	12,222	12,283	12,345	H25、H26、H27、H28： 確報値
	実施予定者数	3,952	4,277	4,606	4,938	
	実施率(%)	32.5	35.0	37.5	40.0	
実績報告	対象者	11,138	11,008	10,806	10,332	
	実施予定者数	3,408	3,512	3,528	3,294	
	実施率(%)	30.6	31.9	32.6	31.9	



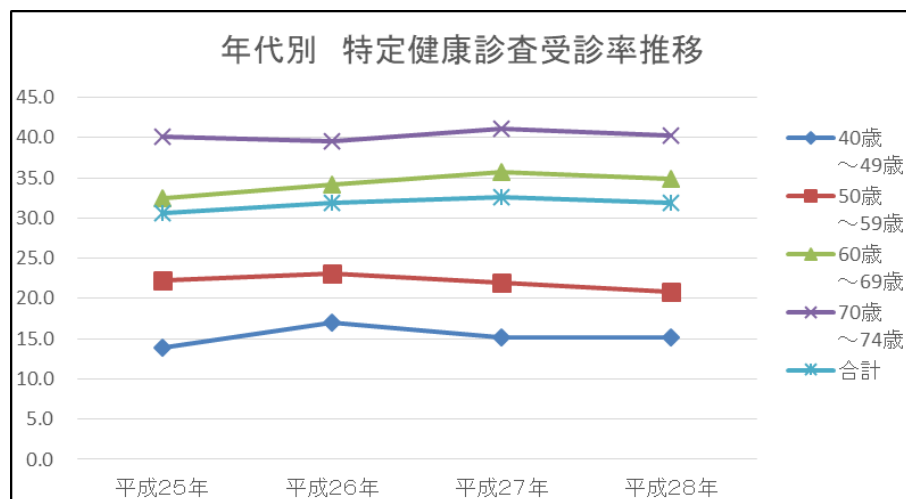
2年続けて特定健診を受診する継続受診者の割合はおよそ65%ですが、新規受診者の割合が減少しています。



受診率を年代別で見ると、受診率が最も高いのは70～74歳（平成28年度：40.3%）であり、受診率の低い年代は、40歳代（平成28年度：15.2%）、50歳代（平成28年度：20.8%）です。

（年代別 特定健診受診率推移 法定報告）

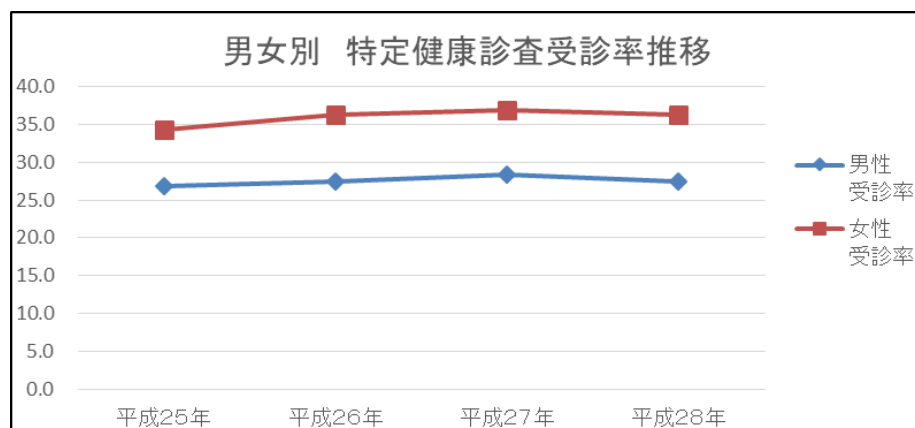
年代別受診率	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
40歳～49歳	13.9	17.0	15.1	15.2
50歳～59歳	22.3	23.1	22.0	20.8
60歳～69歳	32.4	34.2	35.8	34.9
70歳～74歳	40.1	39.6	41.1	40.3
合計	30.6	31.9	32.6	31.9



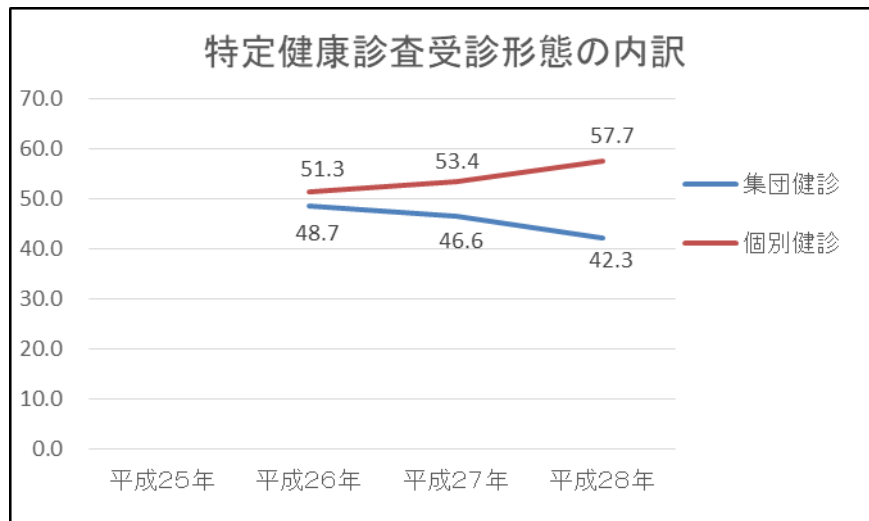
男女別の受診率を見ると、いずれの年度についても男性よりも女性の受診率が高くなっています。

（男女別 特定健診受診率推移 法定報告）

男女別受診率	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
男性受診率	26.8	27.5	28.4	27.5
女性受診率	34.3	36.2	36.8	36.2



受診者の受診形態にも変化があり、年度を追うごとに集団健診を受診する方の割合が下がっています。



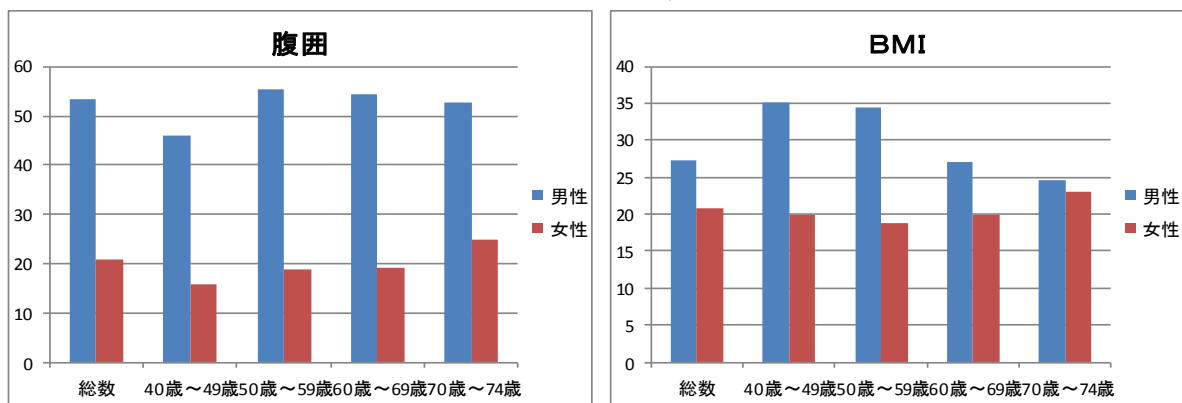
(2) 健診有所見者の状況

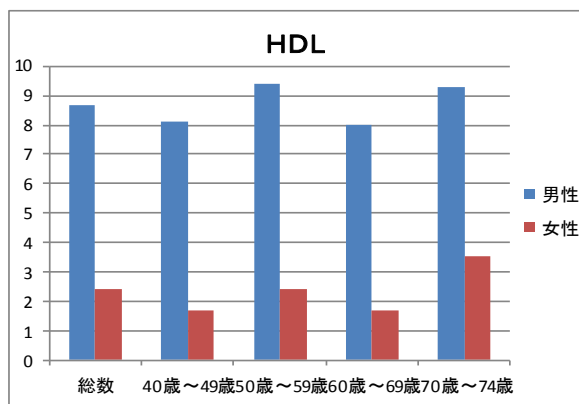
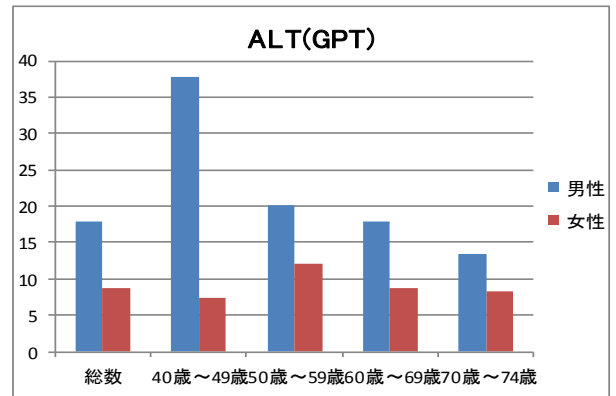
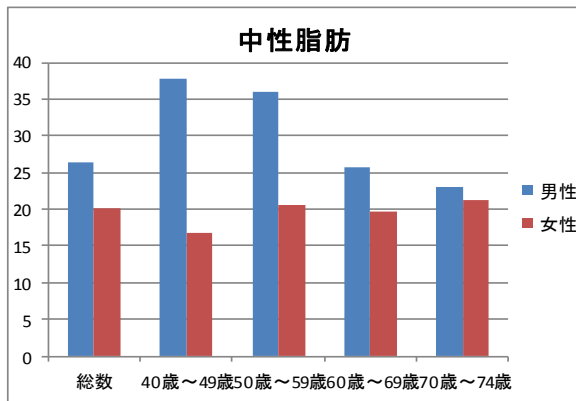
有所見状況（男女別・年代別）

平成28年度特定健診受診者（3,574人）の有所見状況を見ると、男性の有所見状況は、最も高いのがHbA1Cの776人(60.2%)であり、次いで空腹時血糖の516人(55.7%)、収縮期血圧の822人(53.3%)、腹囲の822人(53.3%)と続きます。一方、女性の有所見状況は、HbA1Cの1,662人(60.3%)が最も高く、次いでLDLコレステロールの1,133人(55.8%)、収縮期血圧の896人(44.1%)となっています。

また、年代別有所見者状況を見ると、HbA1Cや収縮期血圧、空腹時血糖は、男女とも60～70歳代が高く、LDLコレステロールは、女性60歳代が60.1%と高くなっています。また、腹囲は、男性が50歳代から約5割を占めています。

(平成28年度 特定健診有所見者状況 受診者3,574人)





摂取エネルギーの過剰による要因となる
 有所見は、腹囲、BMI、中性脂肪、ALT (GPT)、HDLが下記の判定基準値である場合をいう。

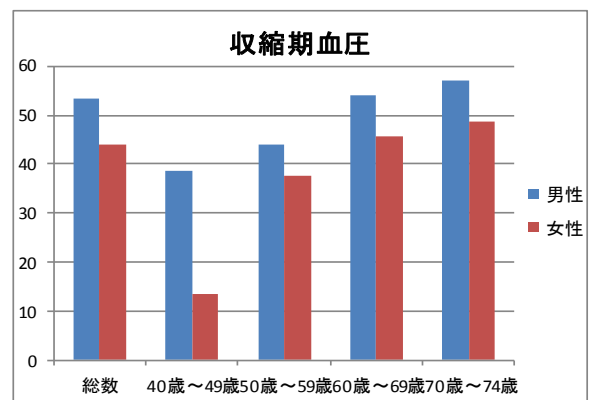
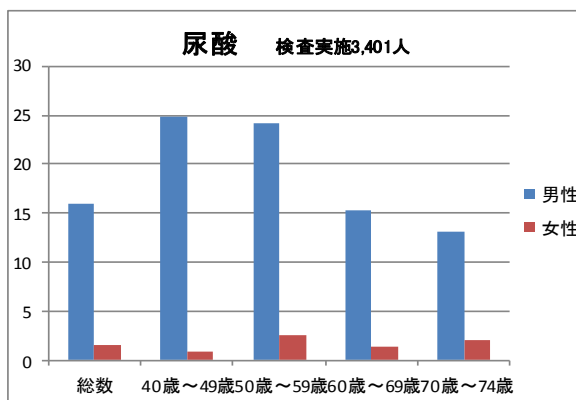
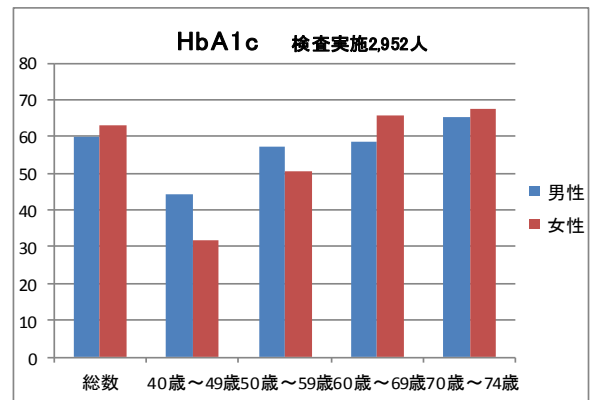
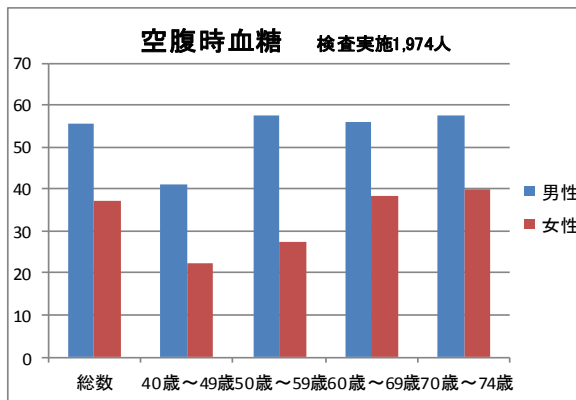
腹囲：男性 85cm 以上、女性 90cm 以上

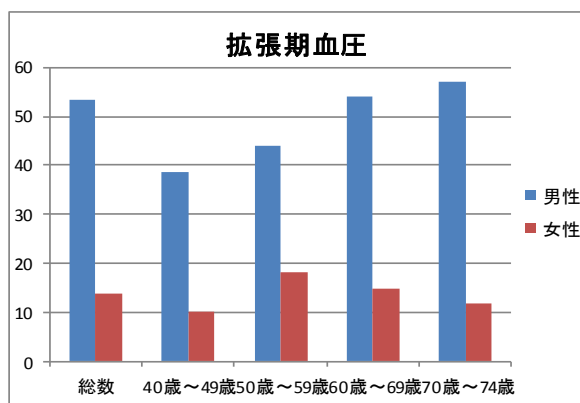
BMI：25 以上

中性脂肪：150 以上

ALT (GPT)：31 以上

HDL：40 未満





血管を傷つける要因となる有所見は、血糖、HbA1C、尿酸、収縮期血圧、拡張期血圧が下記の判定基準値である場合をいう。

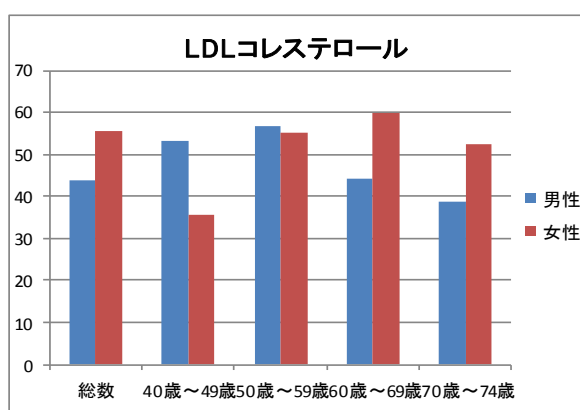
血糖：空腹時 100 以上

HbA1C：5.6 以上

尿酸：7.0 以上

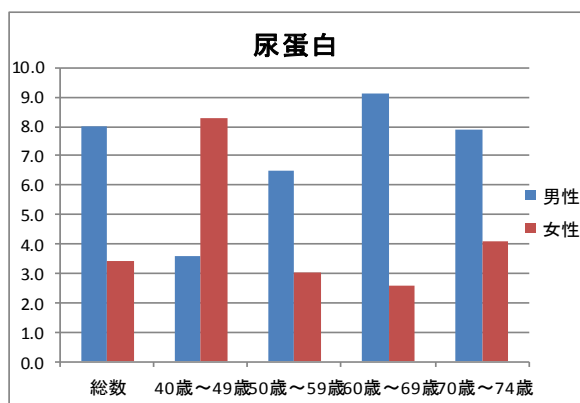
収縮期血圧：130 以上

拡張期血圧：85 以上



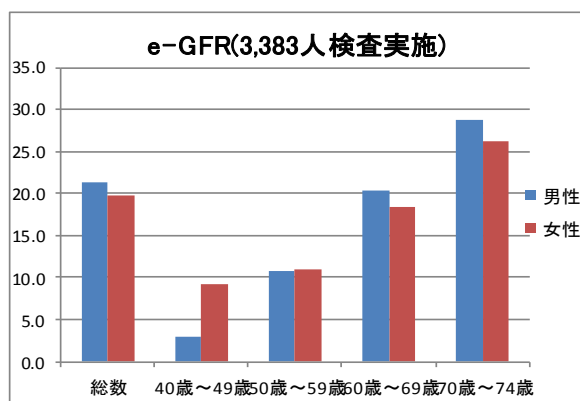
内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因となる有所見は、LDLコレステロールが下記の判定基準値である場合をいう。

LDL：120 以上



臓器障害をきたす要因となる有所見は尿蛋白、クレアチニンが下記の判定基準値である場合をいう。

尿蛋白：+以上、e-GFR：60 未満



年度別特定健診結果状況比較（全受診者比較）

1次予防：全ての健診項目が正常の人

2次予防：1次、3次以外

3次予防：健診項目のうち1つでも受診勧奨値以上の項目がある人

年度別特定健診結果状況を見ると、1次予防が必要な人は、毎年約1～2％を維持し、2次予防が必要な人は、平成28年度は約70％を占めています。一方、3次予防が必要な人は、平成25年度から減少傾向ですが、約30％を占めています。今後、生活習慣病の再発や重症化を予防することが急務と考えられます。

	1次予防 (正常値)		2次予防 (保健指導判定値)		3次予防 (受診勧奨判定値)	
	発症を予防する		早期発見・早期治療をする。血管変化の予防		発病後、進行を抑制し、再発や重症化を防ぐ	
平成25年度 3,637人	78人	2.1%	2,448人	67.3%	1,111人	30.5%
平成26年度 3,757人	52人	1.4%	2,522人	67.1%	1,183人	31.5%
平成27年度 3,802人	58人	1.5%	2,598人	68.3%	1,146人	30.1%
平成28年度 3,574人	35人	1.0%	2,548人	71.3%	991人	27.7%

(3) メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の状況

① メタボリックシンドローム該当者・予備群状況

平成28年度特定健診受診者(法定報告 3,294 人)のうち、メタボリックシンドローム該当者・予備群の男性は、60歳～64歳(53.4%)が最も多く、次いで70歳～74歳(51.1%)と続きます。一方、女性は、70歳～74歳(22.0%)が最も多く、次いで55歳～59歳(20.7%)と続きます。また、男性と女性の比は、約2:1という状況です。

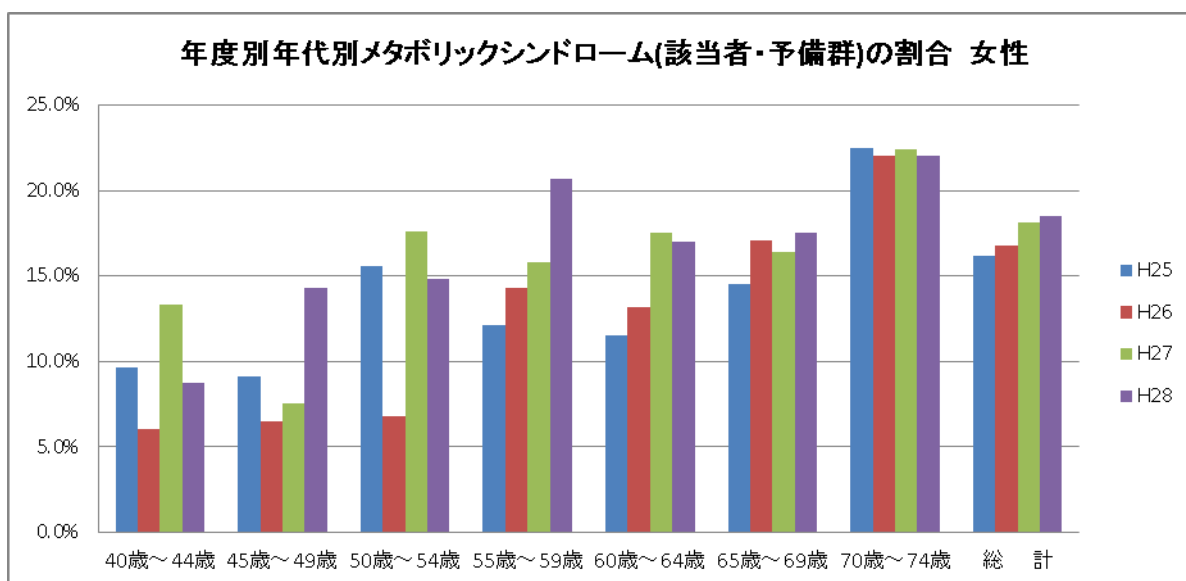
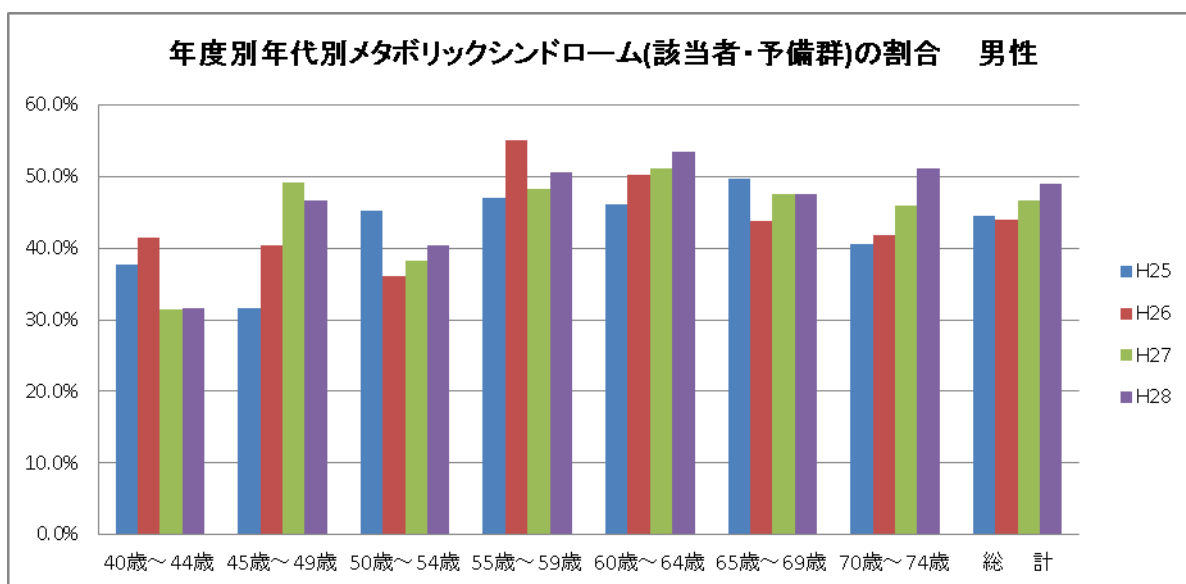
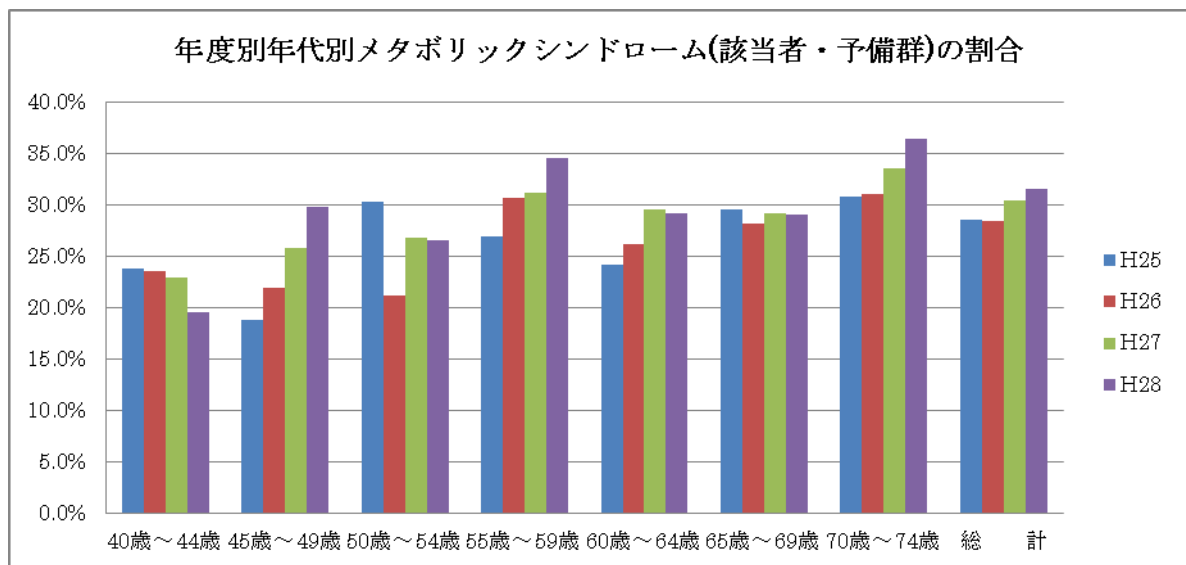
(年度別男女別メタボリックシンドローム該当者・予備群状況 法定報告)

	該当者・予備群率 年齢	H25	H26	H27	H28
合 計 (男 女 計)	40歳～44歳	23.8%	23.5%	22.9%	19.5%
	45歳～49歳	18.8%	21.9%	25.8%	29.8%
	50歳～54歳	30.3%	21.2%	26.8%	26.5%
	55歳～59歳	26.9%	30.7%	31.2%	34.5%
	60歳～64歳	24.2%	26.2%	29.5%	29.2%
	65歳～69歳	29.5%	28.2%	29.2%	29.1%
	70歳～74歳	30.8%	31.1%	33.5%	36.4%
	総 計	28.5%	28.4%	30.4%	31.5%

	該当者・予備群率 年齢	H25	H26	H27	H28
男 性	40歳～44歳	37.7%	41.5%	31.4%	31.7%
	45歳～49歳	31.7%	40.4%	49.1%	46.6%
	50歳～54歳	45.3%	36.1%	38.2%	40.4%
	55歳～59歳	47.1%	55.0%	48.2%	50.6%
	60歳～64歳	46.1%	50.3%	51.2%	53.4%
	65歳～69歳	49.7%	43.7%	47.6%	47.5%
	70歳～74歳	40.6%	41.9%	46.0%	51.1%
	総 計	44.5%	43.9%	46.7%	48.9%

	該当者・予備群率 年齢	H25	H26	H27	H28
女 性	40歳～44歳	9.6%	6.0%	13.3%	8.7%
	45歳～49歳	9.1%	6.5%	7.5%	14.3%
	50歳～54歳	15.6%	6.8%	17.6%	14.8%
	55歳～59歳	12.1%	14.3%	15.8%	20.7%
	60歳～64歳	11.5%	13.2%	17.5%	17.0%
	65歳～69歳	14.5%	17.1%	16.4%	17.5%
	70歳～74歳	22.5%	22.0%	22.4%	22.0%
	総 計	16.2%	16.8%	18.1%	18.5%

(年度別男女別メタボリックシンドローム(該当者・予備群)割合)



② メタボリックシンドローム該当者・予備群のリスクの重複状況

平成２８年度特定健診受診者（３，５７４人）の結果からメタボリックシンドローム該当者のリスク重複状況を見ると、男女ともに「腹囲」＋「高血圧」＋「脂質異常」の割合が最も高い状況です。特に、男性の７０～７４歳と４０歳代が１２％以上を占め、女性は年齢が高くなるにつれ割合も高くなっています。一方、メタボリックシンドローム予備群は、男女ともに「腹囲」＋「高血圧」のリスク者が高く、男性は、６０歳代が１４．５％と最も高く、女性は５０歳代が５．５％と高い状況です。

これらのメタボリックシンドロームリスクの重複者が、リスク１個でも減ること
で重症化は予防できます。特定保健指導対象者が、生活習慣改善への意欲を高め、
継続し取り組めるよう支援することが必要です。

（平成２７年度メタボリックシンドローム有所見の重複状況）

	区 分			総 数			40～49歳			50～59歳			60～69歳			70～74歳			(再掲) 65～74歳		
	高血糖	高血圧	脂質異常	人数	人	割合 %	人数	人	割合 %	人数	人	割合 %	人数	人	割合 %	人数	人	割合 %	人数	人	割合 %
総数	受診者数			3,574		31.2 %	231		30.3 %	304		20.4 %	1,749		35.4 %	1,290		37.1 %	2,618		37.2 %
	腹囲該当者数			1,242		34.8 %	70		30.3 %	108		35.5 %	567		32.4 %	467		38.5 %	927		35.4 %
	腹囲のみ			121	3.4	9.7	13	5.6	18.6	14	4.6	13.0	55	3.1	9.7	39	3.0	7.8	79	3.0	8.5
	予備群	○		25	0.7	2.0	1	0.4	1.4	3	1.0	2.8	6	0.3	1.1	15	1.2	3.0	21	0.8	2.9
			○	289	8.1	23.3	12	5.2	17.1	22	7.2	20.4	142	8.1	25.0	113	8.8	22.7	225	8.6	24.3
	該当者		○	100	2.8	8.1	15	6.5	21.4	15	4.9	13.9	38	2.2	6.7	32	2.5	6.4	55	2.1	5.9
		○	○	117	3.3	9.4	3	1.3	4.3	7	2.3	6.5	48	2.7	8.5	59	4.6	11.9	96	3.7	10.4
		○		44	1.2	3.5	3	1.3	4.3	4	1.3	3.7	22	1.3	3.9	15	1.2	3.0	33	1.3	3.6
		○	○	318	8.9	25.6	16	6.9	22.9	25	8.2	23.1	142	8.1	25.0	135	10.5	27.2	240	9.2	25.9
		○	○	228	6.4	18.4	7	3.0	10.0	18	5.9	16.7	114	6.5	20.1	89	6.9	17.9	178	6.8	19.2
	メタボリック予備群			414	11.6	33.3	28	12.1	40.0	40	13.2	37.0	186	10.6	32.8	160	12.4	32.2	301	11.5	32.5
	メタボリック該当者			707	19.8	56.9	29	12.6	41.4	54	17.8	50.0	326	18.6	57.5	298	23.1	60.0	547	20.9	59.0
男性	受診者数			1,543		27.3 %	111		13.0 %	139		18.2 %	661		29.3 %	632		35.6 %	1,152		33.6 %
	腹囲該当者数			822		53.3 %	51		45.9 %	77		55.4 %	360		54.5 %	334		52.9 %	609		52.9 %
	腹囲のみ			77	5.0	9.4	7	6.3	13.7	12	8.6	15.6	34	5.1	9.4	24	3.8	7.2	49	4.3	8.0
	予備群	○		17	1.1	2.1	1	0.9	2.0	3	2.2	3.9	5	0.9	1.4	8	1.3	2.4	13	1.1	2.1
			○	201	13.0	24.5	9	8.1	17.6	13	9.4	16.9	96	14.5	26.7	83	13.1	24.9	160	13.9	26.3
	該当者		○	59	3.8	7.2	11	9.9	21.6	11	7.9	14.3	23	3.5	6.4	14	2.2	4.2	29	2.5	4.8
		○	○	89	5.8	10.8	2	1.8	3.9	4	2.9	5.2	37	5.6	10.3	46	7.3	13.8	74	6.4	12.2
		○		25	1.6	3.0	1	0.9	2.0	1	0.9	1.3	12	1.8	3.3	11	1.7	3.3	21	1.8	3.4
		○	○	196	12.7	23.8	14	12.6	27.5	17	12.2	22.1	81	12.3	22.5	84	13.3	25.1	146	12.7	24.0
		○	○	158	10.2	19.2	6	5.4	11.8	16	11.5	20.8	72	10.9	20.0	64	10.1	19.2	117	10.2	19.2
	メタボリック予備群			277	18.0	33.7	21	18.9	41.2	27	19.4	35.1	124	18.9	34.4	105	16.6	31.4	202	17.5	33.2
	メタボリック該当者			468	30.3	56.9	23	20.7	45.1	38	27.3	49.4	202	30.6	56.1	205	32.4	61.4	358	31.1	58.8
女性	受診者数			2,031		34.9 %	120		17.0 %	165		22.7 %	1,088		40.4 %	658		38.7 %	1,455		40.5 %
	腹囲該当者数			420		20.7 %	19		15.8 %	31		18.8 %	207		19.9 %	163		24.8 %	318		21.7 %
	腹囲のみ			44	2.2	10.5	6	5.0	31.6	2	1.2	6.5	21	1.9	10.1	15	2.3	9.2	30	2.0	9.4
	予備群	○		8	0.4	1.9	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1	0.1	0.5	7	1.1	4.3	8	0.5	2.5
			○	88	4.3	21.0	3	2.5	15.8	9	5.5	29.0	46	4.2	22.2	30	4.6	18.4	65	4.4	20.4
	該当者		○	41	2.0	9.8	4	3.3	21.1	4	2.4	12.9	15	1.4	7.2	18	2.7	11.0	26	1.8	8.2
		○	○	28	1.4	6.7	1	0.8	5.3	3	1.8	9.7	11	1.0	5.3	13	2.0	8.0	22	1.5	6.9
		○		19	0.9	4.5	2	1.7	10.5	3	1.8	9.7	10	0.9	4.8	4	0.6	2.5	12	0.8	3.8
		○	○	122	6.0	29.0	2	1.7	10.5	8	4.8	25.8	61	5.6	29.5	51	7.8	31.3	94	6.4	29.6
		○	○	70	3.4	16.7	1	0.8	5.3	2	1.2	6.5	42	3.9	20.3	25	3.8	15.3	61	4.2	19.2
	メタボリック予備群			137	6.7	32.6	7	5.8	36.8	13	7.9	41.9	62	5.7	30.0	55	8.4	33.7	99	6.8	31.1
	メタボリック該当者			239	11.8	56.9	6	5.0	31.6	16	9.7	51.6	124	11.4	59.9	93	14.1	57.1	189	12.9	59.4

③ 特定健診受診者の生活習慣病治療状況

平成２８年度特定健診受診者（３，５７４人）と平成２９年５月分のレセプトと突
合した結果、生活習慣病関連疾患での治療者のうち、特定健診受診者は１，１１４
人、未受診者は２，３０６人でした。

H27の状況		H28の状況 下段:割合			
		非該当	予備群	該当者	未受診
受診者	3,798	1,702	279	457	1,360
		45	7	12	36
非該当 人	2,655	1,573	83	84	915
%	69.9	59.2	3.1	3.2	34.5
予備群 人	412	58	142	50	162
%	14.1	14.1	34.5	12.1	39.3
該当者 人	731	71	54	323	283
%	19.2	9.7	7.4	44.2	38.7

また、平成２７年度特定
健診でメタボリックシンド
ローム予備群・該当者のう
ち平成２８年度特定健診結
果で症状の改善が見られた
者が１８３人です。また、
新たに該当した者が１６７
人です。

5 特定保健指導の現状

(1) 年度別特定保健指導実施率

特定保健指導実施率は増加傾向で推移していますが、平成28年度目標値40.0%には及びませんでした。また、各年度すべて積極的支援実施率、動機付け支援実施率もほぼ同様の実施率となっています。

積極的支援は、女性の実施率が男性に比べて高くなっています。今後、男性の生活習慣改善意欲を高めるためのアプローチ方法や支援内容を検討する必要があります。

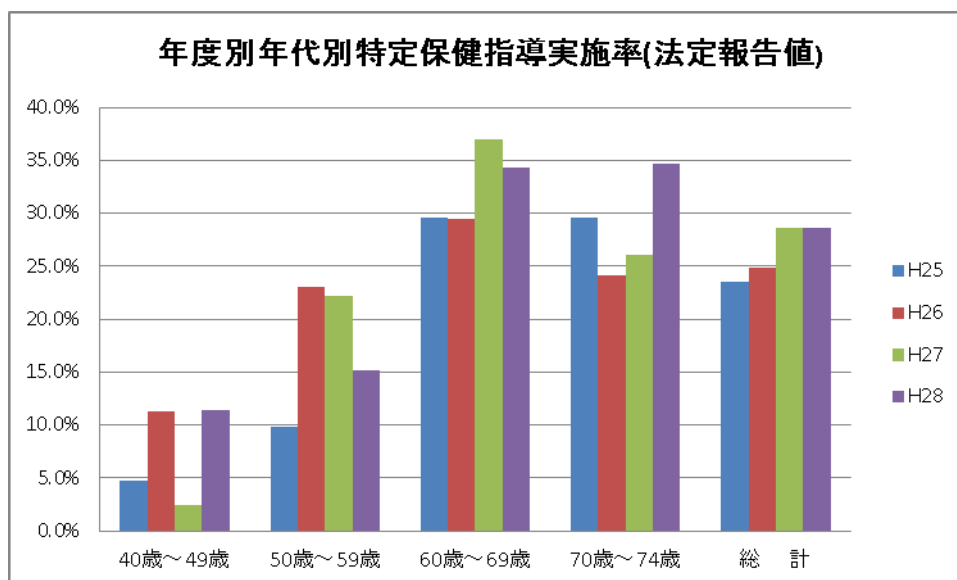
また、動機付け支援は、実施率が高まっており、女性が男性を上回っています。

(年度別特定保健指導実施率推移 法定報告)

		平成 25	平成 26	平成 27	平成 28	備 考
実施計画	対象者数	676	732	841	1,056	H25、H26、H27、 H28: 確報値
	実施予定者数	169	220	276	338	
	実施率 (%)	25.0	30.0	35.0	40.0	
実績報告	対象者数	442	454	427	411	
	実施数	104	113	122	132	
	実施率 (%)	23.5	24.9	28.6	32.1	

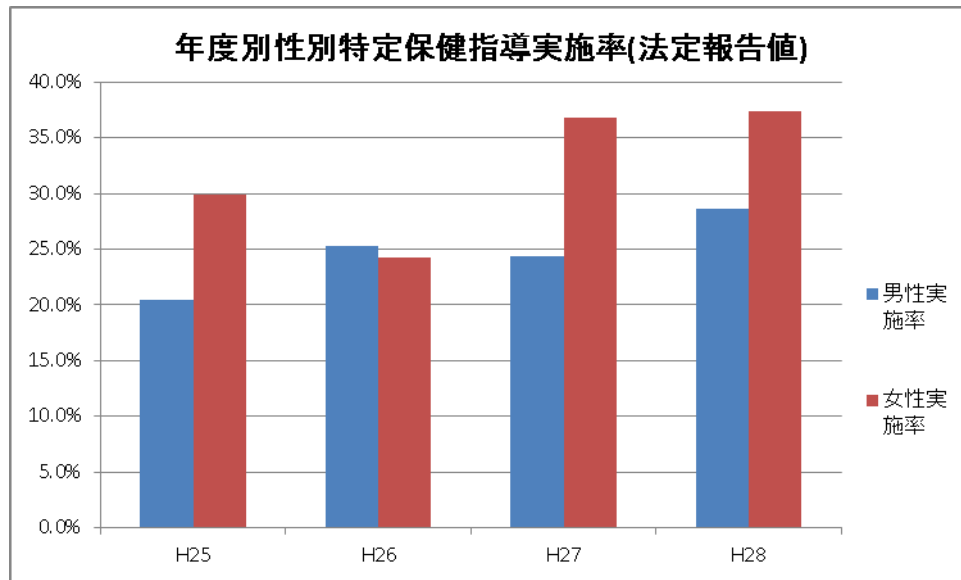
(年代別特定保健指導実施率推移 法定報告)

年代別実施率	H25	H26	H27	H28
40歳～49歳	4.8%	11.3%	2.4%	10.4%
50歳～59歳	9.8%	23.0%	22.2%	29.2%
60歳～69歳	29.6%	29.5%	37.0%	36.2%
70歳～74歳	29.6%	24.2%	26.1%	35.3%
総 計	23.5%	24.9%	28.6%	32.1%



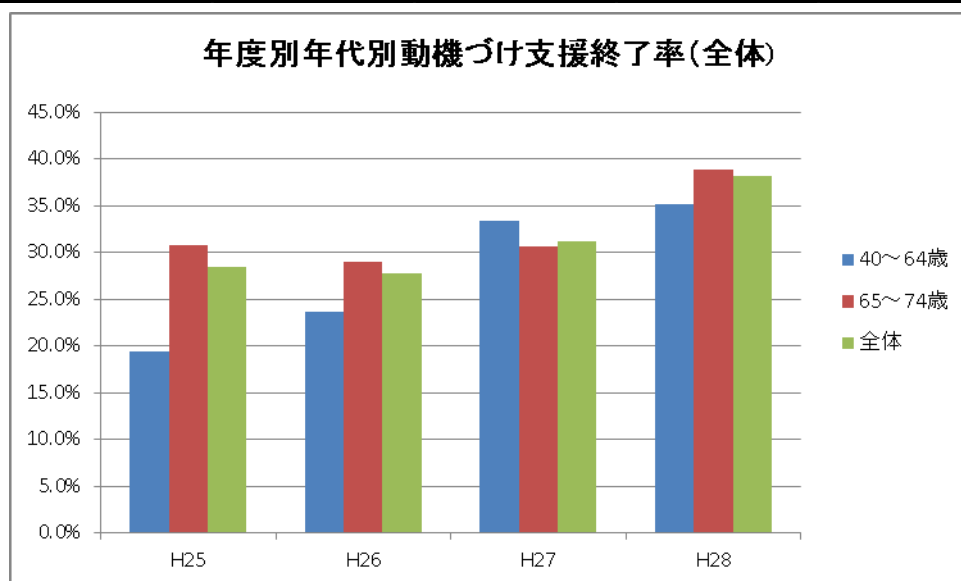
(男女別特定保健指導実施率推移 法定報告)

実施率	H25	H26	H27	H28
男性実施率	20.5%	25.3%	24.4%	28.6%
女性実施率	29.9%	24.2%	36.8%	37.4%



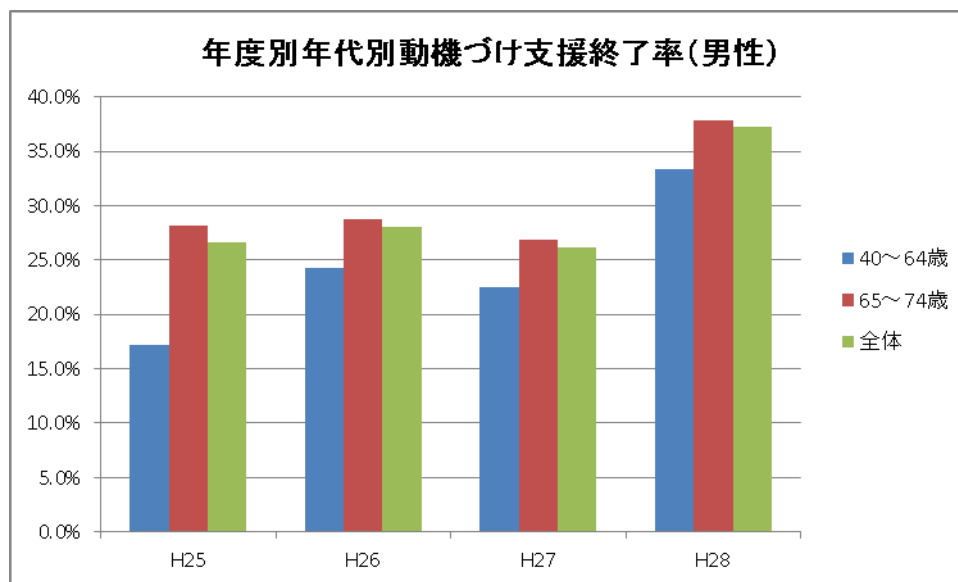
(特定保健指導動機づけ支援終了率 全体)

動機づけ(全体)	H25	H26	H27	H28
40～64歳	19.4%	23.6%	33.3%	35.1%
65～74歳	30.8%	29.0%	30.6%	38.9%
全体	28.4%	27.8%	31.2%	38.2%



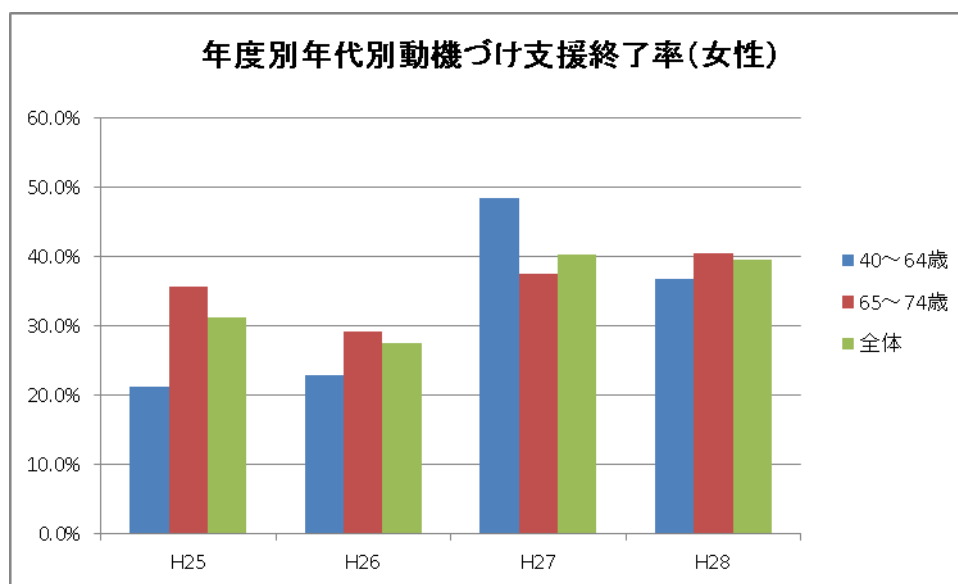
(特定保健指導動機づけ支援終了率 男性)

動機づけ(男性)	H25	H26	H27	H28
40～64歳	17.2%	24.3%	22.5%	33.3%
65～74歳	28.2%	28.8%	26.9%	37.8%
全体	26.6%	28.0%	26.1%	37.2%



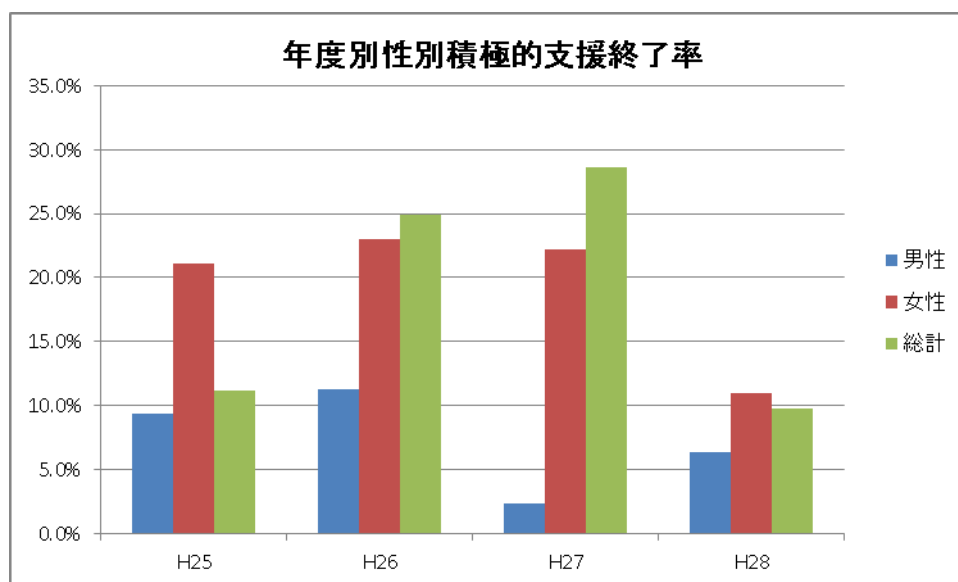
(特定保健指導動機づけ支援終了率 女性)

動機づけ(女性)	H25	H26	H27	H28
40～64歳	21.1%	22.9%	48.3%	36.7%
65～74歳	35.6%	29.1%	37.5%	40.4%
全体	31.2%	27.5%	40.2%	39.6%



(特定保健指導積極の支援終了率)

年代別(40歳～64歳)	H25	H26	H27	H28
男性	9.4%	11.3%	2.4%	6.4%
女性	21.1%	23.0%	22.2%	11.0%
総計	11.2%	24.9%	28.6%	9.8%



第2章 計画策定にあたって

1 前期計画等に係る考察

第1期保健事業実施計画(平成28～29年度)の実施事業と実績は別表のとおり

(1) 既存事業から見える課題

- ・特定健診等の受診率が伸び悩んでいる。特に、集団健診の受診者が減少している。また、40代と50代の受診率が低い。
- ・生活習慣病のリスク保持者に対し、特定保健指導と訪問指導を行っているが、取組や改善状況の聞取りをもとに把握するため、成果が適切に把握されていない。
- ・特定保健指導と訪問指導を年1回もしくは6カ月の間隔で行っているため、この間の取組ときめ細かい指導がなく、生活習慣改善の取組が定着しにくい。
- ・特定健診の結果説明会やお返し会の参加者が少ない。健診結果が適切に理解され、速やかな生活習慣改善につながらないケースが多い。
- ・生活習慣の改善に取り組む者が参加できる研修会や健康教室、サークル活動等が少なく、自主的な取組みに誘導する選択肢が少ない。

(2) 特定健診の受診状況から見える課題

- ・受診率が伸び悩んでいる。40代と50代の受診率が低い。男性が女性より約10%低い。
- ・集団健診の受診者が減少している。
- ・継続受診率が低い。
- ・医療機関で治療を受けている者等からの情報提供が少ない。

※ 対策の方向性

- ・町内で誘い合っただけの集団健診を推進する。
- ・がん検診や脳MRI等の検査と特定健診を一緒に受ける個別健診を推進する。
- ・スマホやドック等のICTを活用した受診広報を行い、連絡のつかない被保険者への広報と受診勧奨を行う。
- ・特定健診の継続受診の定着を推進する。
- ・かかりつけ医に協力を依頼し、医療機関で治療を受けている者等からの情報提供を増やす。

(3) 特定保健指導の実施状況から見える課題

- ・特定保健指導の実施率が伸び悩んでいる。県と比べても下回っている。
- ・年代別では40代が、性別では男性が低い。
- ・メタボ該当者・予備群の割合が全体で約25%、男性で約45%、女性で30%にある。特定保健指導の効果が数値に表れていない。

※ 対策の方向性

- ・特定保健指導の終了率を上げる。また、血液検査で終了時の効果を把握し、継続した指導が必要な者には、引き続き定期的に指導する。
- ・メタボ解消のため、対象者の生活習慣改善の取組と医療機関での治療を確認し、個々に対応した情報提供と指導を行う。
- ・特定保健指導対象者の受診勧奨判定者は、医療機関での治療状況を確認し、保健指導利用もしくは医療機関受診を勧奨する。

(4) 疾病分析から見える課題

- ・循環器系(18.7%)と消化器系(10.3%)、内分泌系(6.7%)、尿路生殖系(6.0%)と生活習慣病が含まれる分類の占める割合が大きい。
- ・生活習慣病が医療費の29.8%を占めている。この内、高血圧と心疾患、脳血管疾患の循環器系の疾病が17.7%と高い。

- ・人工透析者の約6割が糖尿病から移行している。
- ※ 対策の方向性
- ・「循環器系」や「内分泌系」は生活習慣病が多く含まれており、予防対策が可能であり、健診データからリスク者を把握できるため、保健指導の対象疾病とする。
- (5) 特定健康診査検査値から見える課題
- ・男性の有所見は、HbA1C 776人(60.2%)、空腹時血糖516人(55.7%)、収縮期血圧822人(53.3%)、腹囲822人(53.3%)
 - ・女性は、HbA1C 1,662人(60.3%)、LDLコレステロール1,133人(55.8%)、収縮期血圧896人(44.1%)
 - ・年代別有所見者では、HbA1Cや収縮期血圧、空腹時血糖は、男女とも60～70歳代が高く、LDLコレステロールは、女性60歳代が60.1%と高い。腹囲は、男性が50歳代から約5割を占めている。
 - ・生活習慣病のレセプトのある者（特定保健指導・訪問指導）で、受診勧奨基準値以上の者が多数いる。
 - ・受診勧奨基準値以上の者で、生活習慣病に関するレセプトがない者が多数いる。
 - ・高血圧症を患っていて、内服治療中かつ血糖値が受診勧奨基準値以上の者と、糖尿病を患っていて内服治療中かつ血糖値が受診勧奨基準値以上の者がいる。
 - ・糖尿病、糖質異常、血圧の疾患で内服治療を受けていない者で、血圧値や血糖値が受診勧奨基準値以上の者がいる。
- ※ 対策の方向性
- ・高リスク者（受診勧奨判定値以上）の医療機関の受診状況、さらに、高血糖、高血圧、脂質異常といった個別リスクごとの受診状況を把握し、受診勧奨あるいは中断防止の支援を行う。
 - ・循環器系疾患と糖尿病性腎症を重点に重症化予防に取り組む。重症化予防の介入にあたっては、かかりつけ医と連携を十分にとり行う。

2 健康課題の抽出

(1) 課題

課題1 生活習慣病の早期発見

平成28年度医療費(医科レセプトのみ)のうち生活習慣病が全体の約3割を占め、そのうち心疾患、脳血管疾患、高血圧の循環器系に係る疾病が約6割です。年代別の医療費に占める生活習慣病の割合は40歳以降に急激に高まり、生活習慣病に係る医療費の約98%、各年代の医療費の25~35%を占めています。

また、生活習慣病に係る1人当たり医療費は、40歳を境に生活習慣病の医療費が増え、占める割合も高くなり、40歳~54歳が約4.5万円~8万円で、55歳~74歳が約12万~17万円になっています。

一方、特定健診等の平成28年度受診状況は、40歳代が15%、50歳代が20%、60歳代が35%と年代とともに高くなっているが、医療費も高くなっています。

特定健診等の有所見の状況は、BMIと中性脂肪の項目で、男性が40歳代から70歳代にかけて減少しているのに対し、女性は僅かな逡増で、eGFRは40歳代の10%未満から70歳代で25%超と増えています。

このことから、生活習慣病は40歳代から症状が出始め、加齢とともに治療者が増え、重症化する傾向がみられる。生活習慣病の予防と重症化防止のため、40歳代から早期発見・早期治療することが重要で、被保険者が生活習慣病になっているかを早期に把握し、生活習慣を主体的に改善するとともに必要な治療を受けることが課題といえます。

課題2 生活習慣病の重症化の防止

平成28年度の入院医療費は、生活習慣病が件数で23%、費用額が28%を占め、1件当たり費用額は約66万円で、入院外医療費については、生活習慣病が件数で27%、費用額が32%を占め、1件当たり費用額は約1.9万円です。1件当たりの入院費用額は、入院外に比べ高くなっています。

平成27年度特定健診等の受診者のうち、メタボ該当と予備群であった者の平成28年度の受診状況をみると、61%の受診があり、そのうち連続してのメタボ該当と予備群となった割合は約8割です。

また、平成28年度に特定健診の対象であった者のうち、平成29年4月~6月に生活習慣病で医療機関を受診した割合は46%で、このうち平成28年度特定健診受診者37%、平成24~27年度のまだら受診18%、受診なし45%で、生活習慣病治療中の63%が特定健診では直近の健康状態が把握できない状況です。

一方、特定保健指導の平成28年度の実施率は32.1%で、特に支援の必要な積極的支援終了率は10%と低調です。血液検査による効果測定の件数も50人/119人中と少なく、数値的な指導効果が把握されておらず、毎年度、継続して保健指導の対象になっている者の割合が高い状態です。

このことから、特定健診等の結果だけでなく、医療機関の受診経過も含めた生活習慣の改善を必要とする者を把握し、医療機関での治療勧奨、かかりつけ医と連携した生活習慣改善の支援や治療中断防止が重要です。

課題3 医療費の適正化の推進

被保険者数が減少している中で、前期高齢者の割合が高まり、1人当たり費用額も逡増傾向にあるため、医療費は減少しない状況にあります。一方、被保険者の減少は確実な国保税収の減少につながっており、国保事業の継続には適切な保険給付が課題となっています。

このことから、被保険者への啓発と重複および頻回による医療機関の受診や重複した調

剤に対する該当被保険者に対する指導等の適正な保険給付のための取組みが不可欠です。

また、新生物(癌)が医療費の約19%を占めており、これに係る疾病と医療費の逡減が困難な課題となっています。これに対応するため、胃、大腸、肺、子宮頸、乳癌の検診の受診率の向上とピロリ菌抗体検査と陽性判定者の治療を推進するとともに、被保険者における喫煙と新生物等の疾病の関係を分析し、結果を健康増進の啓発と発病防止に活用します。

3 対策と目標値および保健事業の内容

(1) 生活習慣病の早期発見

課題 1 に対し、被保険者の健康状態を把握して早期治療を促すため、次の対策を実施します。

対策 1－1) 特定健診受診率の向上

【概要】

特定健診等の受診率向上に向けた取り組みを推進します。特に、①集団健診の受診者の増加と②「特定健診等と医療機関の受診なし者(なし・なし群)」の減少に重点をおいて実施します。

【目標】 特定健診の受診率

平成 28 年度	→	30 年度	31 年度	32 年度	33 年度	34 年度	35 年度
31.9%		34.0%	35.5%	37.0%	40.0%	42.5%	60.0%

鯖江市国民健康保険第 3 期特定健康診査等実施計画（健診受診率目標値）

対策 1－2) 被保険者等からの健診情報提供の増加

特定健診等の受診がなく、医療機関で治療を受けている被保険者の健康状態を把握するため、被保険者等からの健診情報提供の増加に向けた取り組みを推進します。

【目標】 被保険者等からの健診情報提供件数

平成 28 年度	→	30 年度	31 年度	32 年度	33 年度	34 年度	35 年度
168 件		250 件	350 件	450 件	550 件	650 件	750 件

【内容】

項 目	手段・方策	具体的な取り組み
特定健診受診率の向上 (集団健診の受診者の増加と「なし・なし群」の減少に重点)	健診と医療機関の受診履歴の分析に基づく勧奨通知を作成	・実施体制に基づき分類し、それぞれに対応した勧奨を行う。
	継続受診の勧奨	・前年度受診者で未受診の者に対する勧奨 ・まだら受診者に対する勧奨
	受診しやすい環境・体制づくり	・がん検診、ピロリ菌検査の同時実施と休日健診の実施 ・無料クーポンでの受診呼びかけ ・40 歳未満の若年層からの健診機会の周知 ・ITC を活用した周知と勧奨(スマホドック)
	健診と医科の受診が無い被保険者の健康づくりへの関心を高める	・電話による受診勧奨 ・メールアドレスの登録とメールでの情報提供と勧奨 ・市国保加入者が関係する団体へ健診受診等協力依頼 ・健診と医科の受診が無い被保険者へ健康情報と健康教室等の案内を送付
健康・医療情報取得の推進	医療機関との連携による情報提供の推進	・医療機関へ協力依頼と被保険者からの健診情報提供の推進
	被保険者からの情報提供を促す	・医療機関からの情報提供 ・自費での人間ドック受診結果や職場等での健診結果による情報提供を推進
	新規加入者からの情報提供を促す	・国保への加入届出時に健診結果データの提供の依頼

(2) 生活習慣病の重症化の防止

課題2に対し、特定健診等の結果と医療機関の受診経過も含め生活習慣の改善を必要とする者を対象にした医療機関への受診勧奨と生活習慣改善の支援や治療中断防止のため、次の対策を実施します。

特に、新規透析導入患者数の減少を目指し、人工透析への移行が懸念される糖尿病性腎症に係る検査値が有所見である被保険者に対し、医療機関での治療状況を確認し、未治療者には医療受診を勧奨するとともにかかりつけ医の指導をもとに運動の習慣づけや食生活の改善を促すことで、人工透析者の発生を防止に取り組みます。また、これらの取り組みを推進するために、市医師会、他保険者、県糖尿病対策推進会議等との連携を強化します。

対策2-1) 生活習慣病の治療の促進

【概要】

特定健診等の結果、有所見者に対し医療機関への受診を勧奨するとともに、医療機関で治療を受けている者に対し、かかりつけ医と連携した生活習慣改善の取り組みを推進します。このため、①特定健診等の有所見者の未治療者の減少と②医療機関で治療を受けている者の治療の中断防止に重点をおいて実施します。

なお、有所見で治療を必要とする対象は【HbA1c(※):6.5以上】【eGFR(※):50未満、70歳以上:40未満】【尿蛋白(※):2+以上】【血圧:収縮期160以上 拡張期100以上】とします。

【目標】特定健診等の有所見者の治療率(生活習慣改善に取り組む者を含む)

平成28年度	→	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
—		50.0%	57.5%	65.0%	72.5%	80.0%	85.5%

※特定健診等の有所見者のうち、生活習慣改善に取り組む者を対象から除く。

対策2-2) 主体的な生活習慣改善の取り組みの促進

【概要】

特定健診等の有所見者に主体的な生活習慣の改善を促すとともに、医療機関で治療を受けている者に対し、かかりつけ医と連携した生活習慣改善の取り組みを推進します。特に、①特定健診等の有所見者で生活習慣改善に取り組む者の増加と②医療機関で治療を受けている者で、生活習慣改善に取り組む者の増加(かかりつけ医が生活習慣の改善を必要とした者に限る)に重点をおいて実施します。

このため、被保険者に主体的な生活習慣改善の取り組みが定着するように、健康教室等の開催、民間団体等が開催する食習慣改善や運動教室等の情報や生活習慣改善の機会提供を行います。

【目標】特定保健指導の実施率の向上と保健指導等の継続率の低下

	28年度	→	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
実施率	—		45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%
継続率	—		75.0%	70.0%	65.0%	60.0%	55.0%	50.0%

【内容】

項 目	手段・方策	具体的な取り組み
生活習慣病の治療の促進	特定健診等の有所見者の未治療者の減少	・結果説明会、お返し会への参加促進 ・要治療者へ医療機関での治療勧奨
	医療機関での治療中断者を減らす(生活習慣の改善取組中断を含む)	・レセプトデータとかかりつけ医の確認で治療中断者を把握し、治療継続を勧奨 ・生活習慣改善の取組者に対する定期的な訪問・電話による聞取り
	健康教室・運動教室等への参加と継続のための支援	・健康教室等の開催情報提供 ・健康教室等の開催 ・有所見者の生活習慣改善に向けた取組の支援(情報と取組機会の提供)
主体的な生活習慣改善の取組みの促進	保健指導利用の推進	・文章・電話による保健指導利用の勧奨 ・訪問・電話による健康現状の把握と保健指導の実施 ・動機づけから生活習慣改善の取組み、効果測定につながる保健指導の実施
	医療機関で治療中の者の生活習慣改善の推進	・かかりつけ医に相談し、適切な食生活や運動教室の開催情報提供 ・治療中者の生活習慣改善に向けた取組の支援と定期的な訪問・電話による聞取り

(3) 医療費の適正化の推進

課題3に対し、直接に医療費に影響がある重複・頻回受診者に対する指導やジェネリック医薬品の使用率向上に取り組むとともに、胃、大腸、肺、子宮頸、乳癌の検診率の向上とピロリ菌抗体検査と陽性者に対し治療を推進するため、次の対策を実施します。

対策3-1) 重複頻回受診と頻回服薬の減少・ジェネリック医薬品の推進

【概要】

重複・頻回受診の被保険者に対しての適正受診の指導や、ジェネリック医薬品の使用率を上げることで医療費の伸びを抑制します。

【目標】ジェネリック医薬品の使用率

平成28年度	→	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
75.4%		80.0%	81.0%	82.0%	83.0%	84.0%	85.0%

指標は、対応ジェネリック医薬品のある先発医薬品に占める、ジェネリック医薬品の使用数量の割合

対策3-2) ピロリ菌抗体検査と陽性判定者の治療の推進

【概要】

新生物(癌)の発病防止策の一環として、被保険者のピロリ菌抗体検査を推進し、陽性者の治療を推進するため、次の対策を実施します。

また、ピロリ菌抗体検査済者(陰性・治療済)、喫煙者の新生物等の疾病の関係を分析し、健康増進の啓発と発病防止に活用します。

【目標】ピロリ菌抗体検査(陰性)と治療済の者の割合

平成28年度	→	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
78.0%		80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%

【内容】

項 目	手段・方策	具体的な取り組み
重複・頻回受診と頻回服薬の減少	重複・頻回受診と頻回服薬の該当者に対する訪問指導	・レセプトデータにて判定（がん、精神疾患の症状を除く） ・訪問にて現状把握と指導
ジェネリック医薬品の普及	ジェネリック医薬品の使用による差額の通知	・年3回の通知
	医師会や調剤薬局と連携した使用推進	・医師会や薬剤師会への協力依頼 ・販売窓口での協力依頼
	国保被保険者への周知	・市広報での周知 ・国保証更新の際に周知
ピロリ菌抗体検査と陽性判定者の治療の推進	ピロリ菌抗体検査の促進	・特定健診等と同時にピロリ菌抗体検査の市内指定医療機関での実施 ・ピロリ菌抗体検査の未検査者に勧奨
	ピロリ菌抗体検査の陽性判定者の治療の促進	・ピロリ抗体菌検査の陽性者の治療の実施と治療勧奨

4 分析データの活用

特定健診のデータとKDBデータを結び付け、次のように分類し、各分類に応じて適した対策を実施します。

結び付けたデータには、医療受診履歴、治療内容および健診受診結果等を追加し、データの更新や区分の見直しなど管理を行います。

【分類図】

A	「特定健診あり」と「医療受診あり」	A 1	かかりつけ医による治療と生活指導
		A 2	かかりつけ医に確認のうえ生活習慣指導
B	「特定健診あり」と「医療受診なし」	B 1	有所見なし
		B 2	有所見・要治療あり
		B 3	有所見あり・要治療なし
C	「特定健診なし」と「医療受診あり」	C 1	かかりつけ医による治療と生活指導
		C 2	かかりつけ医に確認のうえ生活習慣指導
		C 2-①	高血圧性疾患で受診
		C 2-②	糖尿病で受診
		C 2-③	腎不全で受診
		C 2-④	その他で受診
D	「特定健診なし」と「医療受診なし」		

【受診勧奨対策図】

分類		特定健診での対応	医療受診での対応
A	A 1	◎継続受診を促す ・健診当日、会場での結果説明 ・結果説明会、お返し会への参加を促す	■継続治療
	A 2		○生活習慣改善指導
B	B 1		対処なし
	B 2		■継続治療 または ○生活習慣改善指導
	B 3		○生活習慣改善指導
C	C 1	◎医療機関からの情報提供 ○健診の受診を勧奨	■継続治療（勧奨なし）
	C 2-①		○生活習慣改善指導
	C 2-②		
	C 2-③		
	C 2-④		
D		・無料年齢の設定 ・がん検診同時実施 ・休日健診の実施	・中小企業への啓発 ・生活習慣病や健康 教室の情報提供
			現状が把握でき次第対応

5 事業の評価と見直し

策定した計画は、毎年度ごとに目標の達成度および事業の実施状況と事業効果をまとめ、福井県国保連合会等の助言を受けるとともに鯖江市国民健康保険運営協議会にて評価を行い、次年度以降の取組と事業内容を見直して最終年度指標の達成を目指すこととします。

年度ごとに設定された評価指標の到達度と効果を確認・評価し、事業内容や手法を見直すPDCAサイクルの取組を繰り返しながら事業効果を向上させます。

6 計画の公表と周知

策定した計画と各年度の目標値の達成度と取組状況および評価と見直しを市のホームページ等に掲載します。

7 個人情報の取り扱い

市は、特定健診で得られる健康情報およびレセプト情報の取り扱いについて、個人情報の保護に関する法律およびこれに基づくガイドライン並びに鯖江市個人情報保護条例等を踏まえた対応を行うこととします。

その際には、受診者の利益を最大限に保証するため、個人情報の保護に十分な配慮をすたうえて、効果的・効率的な保健事業を実施します。

8 地域包括ケアに係る取組みおよびその他の留意事項

高齢者の被保険者が占める割合が高まる中で、慢性的疾患で介護を要する被保険者が増えており、医療と介護を同時に必要とする被保険者が増えています。

鯖江市国民健康保険では、医療機関での治療と介護保険等の給付を適正かつ効率よく行うため、地域包括ケアにかかる協議会に参加し、地域の医療と介護等の情報を共有しながら適正な保険給付と健康増進に取り組めます。

また、被保険者の特定健康診査と特定保健指導を継続して効果的に実施するため、この保健事業実施計画に基づいた「第3期特定健康診査等実施計画」を作成し、第4章に記載します。

第3章 保健事業実施計画に対する国からの支援等

1 被保険者の生活習慣病等の早期発見と早期治療、重症化予防と健康増進を目的とする事業を展開するにあたり、福井県国保連合会が実施する研修会等で計画の進捗に対する助言を受けるとともに関係する情報を収集し、計画の見直しに活用します。

2 国では生活習慣病の重症化予防等の保健事業に対して、「国保ヘルスアップ事業」を実施しており、この採択を受けて充実した事業を実施します。

一方、国は保険者努力支援制度を導入し、各保険者の生活習慣病等に対する取組みを評価して交付金を交付しており、各指標値により関係者が達成度を客観的に理解し、併せて関係する事業の財源を増やし、事業を充実します。

また、県でも同様な事業結果に基づき交付する制度を実施しており、実績を向上すること新たな財源の確保に努めます。

第4章 第3期特定健康診査等実施計画

1 鯖江市国民健康保険目標値の設定

(1) 特定健康診査の実施に係る目標

特定健康診査基本指針第3の1および2により、平成35年度における特定健康診査の目標実施率を60.0%と定め、また、県の第3期医療費適正化計画の目標を参考に、平成30年度以降の目標実施率を以下のように設定します。

【目標実施率】

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
34.0%	35.5%	37.0%	40.0%	42.5%	60.0%

(2) 特定保健指導の実施に係る目標

特定健康診査基本指針第3の1および2により、平成35年度における特定保健指導の目標実施率を70.0%と定め、また、県の第3期医療費適正化計画の目標を参考に、平成30年度以降の目標実施率を以下のように設定します。

【目標実施率】

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
45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%

(3) 特定健康診査等の実施の成果に係る目標

平成35年度において、平成20年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少率として、特定保健指導対象者の減少率を25%以上（平成20年度比）とします。

2 対象者数

特定健康診査の対象者は、満40～74歳の鯖江市国保被保険者であり（実施年度に満40歳となる者を含む）、当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入、脱退等異動のない者）のうち、妊産婦等除外規定の該当者を除いた者が対象者となります。

平成30年度から平成35年度までの特定健康診査等の対象者については、次のように見込まれます。

【算出方法】

① 特定健康診査 国民健康保険対象者数（40～74歳）×目標実施率

② 特定保健指導

ア 動機付け支援 特定健康診査受診者数×鯖江市の出現率×目標実施率

イ 積極的支援 特定健康診査受診者数×鯖江市の出現率×目標実施率

※ 鯖江市の出現率

40歳～64歳：動機付け支援・・・ 男性 7.8% 女性 5.4%

積極的支援・・・ 男性20.1% 女性 3.8%

65歳～74歳：動機付け支援・・・ 男性15.3% 女性 7.2%

(1) 特定健康診査

	平成	平成	平成	平成	平成	平成
--	----	----	----	----	----	----

	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
対象被保険者数 (人)	10,747	10,485	10,235	9,997	9,770	9,554
目標実施率 (%)	34.0%	35.5%	37.0%	40.0%	42.5%	60.0%
目標実施者数 (人)	3,654	3,722	3,787	3,999	4,152	5,732

(2) 特定保健指導

	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
40歳以上特定健診実施者数 (人)	3,654	3,722	3,787	3,999	4,152	5,732
動機付け支援対象者数A(人)	341	349	371	401	426	601
実施率(%)	45.0	50.0	55.0	60.0	65.0	70.0
実施者数(人)	153	175	204	241	277	421
積極的支援対象者数 B(人)	176	174	192	207	220	311
実施率(%)	45.0	50.0	55.0	60.0	65.0	70.0
実施者数(人)	79	87	105	124	143	218
保健指導対象者数A+B(人)	517	523	563	608	646	912
実施率(%)	45.0	50.0	55.0	60.0	65.0	70.0
実施者数(人)	233	262	309	365	420	639

3 特定健康診査

(1) 実施場所

集団健診並びに個別健診を実施し、受診者はいずれかを選択して受診します。

① 集団健診

健診車を市内の公共施設等に巡回させて健診を実施する形態をいいます。

より多くの被保険者が受診しやすいように日程を調整します。

② 個別健診

医療機関において一般外来患者と同様に健診の日時を決めずに行う形態をいいます。平成23年度からは、福井県医師会と県内保険者との集合契約により、県医師会が指定する医療機関での受診が可能です。

(2) 実施項目

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項目とします。

【基本的な健診項目】

項 目	備 考
既往歴の調査	服薬歴および喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む。
自覚症状および他 覚症状の有無の 検査	理学的検査

身長、体重および腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMIが20未満の者、もしくはBMIが22未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者）に基づき、医師が必要でないと認める時は省略可。腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可。
BMIの測定	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$
血圧の測定	安静座位の状態での測定し、安定した値を示した2回の平均値
肝機能検査	GOT (AST)、GPT (ALT)、 γ -GTP (γ -GT)
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、HbA1c（食後10時間未満の場合）のいずれか ※HbA1cは、NGSP値で表記すること
尿検査	尿糖および尿蛋白の有無

【保険者独自の追加健診項目】

項 目	備 考
腎機能検査	血清クレアチニン（eGFRによる腎機能の評価を含む）、尿酸
貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
心電図検査	心電図検査

【詳細な健診の項目】

下記の基準に該当し、医師の個別に判断により受診しなければいけないとされた場合に実施します。

項 目	実施できる基準（判断基準）	
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において血圧又は血糖が次の基準を該当した者	
	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上
	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上又は、随時血糖値126 mg/dl以上
	ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果が確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準値に該当する者を含む。 また、平成30年度における経過措置として平成29年度に実施した特定健診結果に基づき第2期の判定基準に該当した場合も、平成30年度に詳細な健診として実施してよい。 集団健診：※再掲 本市は、追加項目として全対象者に実施します。 個別健診：一定の基準の下、医師が必要と判断した場合に実施	
貧血検査	・ヘマトクリット値 ・血色素量 ・赤血球数	※再掲 本市は、追加項目として全対象者に実施します。

心電図検査 血清クレアチニン	心電図検査 血清クレアチニン	
-------------------	-------------------	--

※平成30年度における経過措置として、眼底検査は平成29年度に実施した特定健康診査の結果に基づき第2期の判断基準に該当した場合も実施することがあります。

(3) 実施時期

① 実施期間

5月中旬から翌年3月31日まで実施します。

② 受診回数

対象者が受診できるのは、年1回とします。

(4) 実施機関

厚生労働省令で定める「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年（厚生労働省令第157号）」を満たしている健診機関に委託して実施することとします。県医師会とは、集合契約を締結し、集団健診会場は、プロポーザル等で選定した健診機関との個別契約により実施します。

(5) 自己負担額

自己負担を求めることとし、その額は別に定めます。

(6) 受診方法

指定された期間内に受診券および保険証を持参の上、指定医療機関、地区公民館等の集団健診日のいずれかを選択して受診することとします。

(7) 周知や案内方法

① 周知の方法

特定健診の周知方法は、以下のとおりとします。

1) 市民（被保険者全体）に対する案内

市の広報紙、ホームページ、受診券等の同封物としての案内通知に掲載し、広く周知を図ります。また、チラシおよびポスター等で健診の必要性について関係機関、団体等との協力により、意識啓発を図ります。

2) 被保険者個人に対する案内

ア 個別通知による周知

受診券発送や被保険者証発送等に合わせて、特定健診受診券および案内など啓発チラシを同封・送付します。また、年度内未受診者に対し、定期的に未受診者への個別通知を郵送します。

イ 各種メディアによる周知

広報・ホームページ・丹南ケーブルテレビなど各種メディアを活用した周知を行います。

ウ 関係機関との連携による周知

市内医療機関やシルバー人材センター、健診機関等の各機関と連携し周知を図ります。

エ ポピュレーションアプローチにおける周知

地域での健康教育・健康相談の場を通じて、また、健康づくり推進員などと連携し周知を行います。

オ 未受診者への勧奨

対象者の個別の受診歴等に応じた個別勧奨通知や電話での受診勧奨など、健診未

受診者に対して勧奨を行います。

カ その他

街頭啓発などあらゆる機会を捉え、有効と思われる方法での周知を行います。

② 受診案内の方法

対象者に対し、毎年4月末にがん検診と併せた受診券綴りを個別郵送します。また、年度途中（毎年度1月までの資格者分）の鯖江市国民健康保険資格者は、資格取得2ヵ月後に受診券を個別に郵送し、受診勧奨を行います。

(8) 事業主健診等の健診受診者のデータ収集方法

① 事業主からの受領

協会けんぽとの連携強化を進め、効果的に受領できる体制や方法を検討し受領することとします。

② 受診者本人からの受領

受診者本人から健診結果を受領する方法として、未受診者対策での個人通知や啓発チラシ等で、自ら受診している人間ドックや事業者健診結果の紙面での提出を促進します。

③ 診療上の検査データの活用

(保険者とかかりつけ医の連携による治療中患者の特定健診の推進および診療情報の提供)

平成22年度から県の特健健診受診体制事業実施要綱に基づき、特定健診受診体制向上事業を実施しています。これは医療機関において、特定健診に相当する診療情報(検査結果)を市町に情報提供する体制を整備することによって、受診率向上を図ることを目的としています。本人が定期的に自らの健診データを把握するとともに、治療中であっても生活習慣を意識し、改善に取り組む端緒となることが期待され、特定健康診査を受診するようかかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うことも重要です。また、本人の同意のもとで診療におけるデータの提供を求め、特定健診結果のデータとして活用します。通知対象者は、国保レセプト情報での高血圧、糖尿病、脂質異常症等での通院が確認できた人としてします。

④ 特定健診データ把握事業の活用

平成27年度から特定健診データ把握推進事業として国保加入者の事業者健診結果データを健診機関から市町国保に提供する体制が整備され、本人の同意を得ることで健診機関から直接市町国保に情報提供する体制が整備され活用が見込まれます。

⑤ 受領するデータ形態

事業主者健診は、特定健診のように標準化された電子データによる報告が義務付けられていませんが、一部の健診機関との体制は整備されています。今後、電子データでの受領が可能な方法を健診機関と検討し、効率的、効果的な受領を目指します。

(9) 健診結果の返却方法

健診結果は、異常値を示している項目、異常の程度、検査項目が示す意味等についてわかりやすい内容が受診者から求められています。結果通知とともに、本人の健康状態に適した生活習慣改善に対する助言や情報を提供し、継続的健診受診につながる取り組みを記載した情報提供のパンフレット等を同封します。健診機関とパンフレット等の内容については検討し、特に市内の個別指定医療機関では、保険者が作成した情報提供を同封し保険者独自の保健事業等の紹介も行います。

4 保健指導

(1) 保健指導の基本的な考え方

保健指導については、基本的には健診受診者全員に対し、次のとおり実施します。

① 特定保健指導

内臓脂肪型肥満のある者に対し、将来の循環器疾患および糖尿病による合併症発症を予防するために実施します。保健指導対象者自身が、内臓脂肪蓄積と集積しているリスク、および自らの生活習慣との関係を理解し、内臓脂肪蓄積の要因となっている生活習慣を改善することを目的として行います。

② 特定保健指導以外の保健指導(情報提供)

健診結果により、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えるよう、特定健康診査受診者全員を対象に年1回（健診結果の通知と同時に実施）以上実施します。

健診受診者のうち、特定保健指導対象者以外についても、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となるよう保健指導を実施します。更に、健診結果から緊急性、優先性を勘案し、訪問指導、面接指導、集団指導などの保健指導方法を選択して実施します。

1) 重症者に対する保健指導

特定保健指導の対象には該当しなかった者については、動機づけのための情報提供や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の発症リスクが高まることから、生活習慣の改善や医療機関への確実な受診勧奨、生活習慣病のコントロールの重要性等について個別に保健指導を行います。

特に、①腹囲や検査データ等は現在、正常な範囲であるが、喫煙や食生活・身体活動等の生活習慣等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、肥満がないため特定保健指導に該当しない者、③受診勧奨がなされているにもかかわらず、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などに個別支援を行います。

2) 対象者個々人のリスクの程度に応じた保健指導

内臓脂肪蓄積の有無に関係なく、健診受診者全員に対し、健診結果をもとにより適切な生活習慣の定着化を目指し、生活習慣の関係について理解を深めるための保健指導を実施し、生活習慣改善や必要な治療に向けて取り組めるよう支援します。

(2) 保健指導の優先順位

将来、脳血管疾患や心疾患、糖尿病の合併症、人工透析となる恐れのある慢性腎臓病の発症を予防するため、これらの危険因子の程度、数、組み合わせにより各学会ガイドラインなど科学的根拠に基づいて、保健指導対象者の優先順位を選定し保健指導介入を行います。詳細は、「表15 保健指導の優先順位・支援方法」のとおりです。

表 1 5 保健指導の優先順位・支援方法

優先 順位		保健指導 レベル	理由	支援方法
1	特定保健指導以外	受診勧奨 (レベル3) M	特定保健指導の対象ではないが緊急性が極めて高い。 脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析等の重症化予防、医療費適正化の観点から重要。	【個別支援を基本とする。】 ◎ 疾病のメカニズムを通して、治療の必要性を理解してもらうよう支援する。 ◎ 生活習慣改善に取り組めるよう日々の生活習慣を振り返り、改善目標計画立案を支援する。
2	特定保健指導	特定保健指導 (レベル2) O、P	メタボリックシンドローム該当者のうち、最も血管変化が進んでいる恐れがあり緊急性が高い。	【個別支援を基本とする。】 ◎ メタボリックシンドロームがなぜ血管変化を進めるかイメージでき、内臓脂肪を減少させる生活習慣改善に取り組めるよう支援する ◎ 内臓脂肪の蓄積と自分の生活習慣との関連を理解し、生活改善に取り組めるよう支援する。 ◎ 生活習慣改善効果を評価するために、体重や血圧値等の記録や3ヵ月後の血液検査等で、継続した生活習慣改善行動に取り組めるよう支援する。 ◎ 特に、年齢が比較的若い対象者や保健指導レベルが動機付け支援レベルから積極的支援に移行する等健診結果が、前年度と比較して悪化し、より綿密な保健指導が必要になった対象者は優先して支援する。
3	特定保健指導以外	e G F Rを指導とした腎機能低下等 (レベル1で3次予防段階) L、M	生活習慣改善に向けた早期介入により、発症や進行を予防できる。 人工透析を必要とする慢性腎不全を予防し、医療費適正化を図る。	【個別支援を基本とする。】 ◎ 合併症が起こる時期、症状、発見のための検査、医療機関への受診の促進を行う。 ◎ 自分の身体の状態を理解し、生活習慣改善の取り組みや医療機関への受診行動につながるよう支援する。 ◎ 事業者委託による管理栄養士等を中心に継続して実施する。
4		治療中でコントロール不良者 (レベル4) L	特定保健指導の対象ではないが、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析等の重症化予防、医療費適正化の観点から重要。	【個別支援を基本とする。】 ◎ コントロール不良によって起こりえる合併症や血管変化がイメージできるよう支援する。 ◎ 主治医との連携体制の整備。 ◎ 治療中断者把握のためのレセプトと健診データの突合・分析が行える。

5	上記者以外 (レベル1) N	生活習慣改善の指標として健診結果を活用し、継続的に受診することの必要性について理解してもらうことが重要。	【グループ支援および個別支援とする。】 ◎構造図の見方や健診結果経過を読み取る力が身に付くよう体の中で起こりえる状況が理解できる。 ◎生活習慣を見直し、バランス食についても理解できる。
---	----------------------	--	--

5 特定保健指導

(1) 実施場所

鯖江市特定保健指導実施機関、鯖江市健康福祉センター、地区公民館、対象者宅

(2) 実施時期

年間通して実施します。ただし、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、当該年度末までに着手することとします。

(3) 実施機関

直営にて実施する人員が不足しているため、一定の対象者を外部への委託にて行います。直営以外の地区公民館等で実施した受診者の場合、健診機関でもある特定保健指導実施機関に委託し、特定保健指導利用勧奨から実施まで委託することとします。また、個別健診での受診者は、特定保健指導実施機関である医療機関が支援できるよう体制を整えます。このように直営と外部委託の2本立てとします。

外部委託については、鯖江市医師会に対して特定保健指導実施機関としての受託希望医療機関を調査し、特定保健指導指定医療機関として個別契約します。

(4) 特定保健指導委託基準

外部委託を実施する場合は、厚生労働省令で定める「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年12月28日（厚生労働省令第157号）」を満たしている指導機関に委託することとします。その他必要な項目については、仕様書に追加します。

(5) 自己負担額

自己負担は、無料とします。

(6) 利用者への周知や案内方法

特定保健指導の周知方法は、以下のとおりとします。

1) 市民（被保険者全体）に対する案内

市の広報紙、ホームページ等に掲載し、広く周知を図ります。

2) 被保険者個人に対する案内

ア 対象者へ利用券と合わせて、保健指導勧奨用チラシやアンケート調査を同封し周知します。

イ 個別健診受診者に対しては、健診実施機関の医師の協力により、利用勧奨を促していただけるよう医療機関との連携を図っていきます。

ウ 集団健診受診者での特定保健指導対象者には訪問(電話)による利用勧奨、また、受診勧奨判定値を含む人には医療機関への受診勧奨を徹底します。

(7) 保健指導の未利用者への勧奨

動機付け支援・積極的支援対象者には、電話や家庭訪問を行うなどして実施率向上を図ります。また、未利用者のアンケート結果をもとに、利用しやすい保健指導のあり方を検討します。

(8) 指導方法

対象者一人ひとりに応じた保健指導を徹底するため、集団健診会場での健診受診者には家庭訪問や公共の施設等を利用し、個別に保健指導を実施します。また、毎年モデル地区として3～4地区において健診結果説明会を開催し、特定保健指導対象者に個別指導を実施します。一方、個別健診会場での健診受診者には、指定保健指導実施機関で個別に指導を行います。今後、支援体制や方法については、特定保健指導の利用状況や効果に応じて検討します。

(9) 実施体制、事務の流れ

① 対象者の選定と階層化

1) 階層化

特定健康診査は、特定保健指導の対象者を見つけ出すことであり、特定健康診査の結果から内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、リスクの数や年齢に応じ、レベル別（動機付け支援・積極的支援）に保健指導を行うために対象者の選定を行います。この選定を階層化といいます。

厚生労働省が示す「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき特定健康診査・特定保健指導におけるメタボリックシンドロームの判定基準にそって、次の3段階に対象者を区別します。

【情報提供】

健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供します。特に問題のない者に対しては、健診結果の見方や毎年の継続受診の重要性など健康保持増進に役立つ内容の情報を提供します。また、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者については、受診や服薬の必要性を認識してもらえるよう情報提供します。

【動機付け支援】

自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動、目標を設定し行動に移せるよう行動計画の策定を支援します。支援は、初めの1回のみであるが、支援初回面接から実績評価を行う期間は、最低3ヶ月経過後とする保健指導。

【積極的支援】

生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的として、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動、自らの目標を設定し行動に移せるよう行動計画の策定を支援します。支援は、初回時に面接による支援を行ない、その後3ヶ月以上の継続的な支援を行います。3ヶ月以上の継続的支援の終了後に実績評価を行ない、さらに独自のフォローアップ等も行う保健指導。

2) 特定保健指導対象者の選定基準

特定健康診査の結果から、腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上の者、または腹囲が男性85cm未満、女性90cm未満の者でBMIが25以上の者のうち、血糖（空腹時血糖100mg/dl以上、HbA1C（NGSP値）5.6%以上）・脂質（中性脂肪150mg/dl以上、HDLコレステロール40mg/dl未満）・血圧（収縮期血圧130mmHg、拡張期血圧85mmHg以上）に該当する者（糖尿病、高血圧症または高脂血症の治療に係る薬剤を使用している者を除く）を選定します。

また、次の図表にあるように、追加リスクの数と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者か積極的支援の対象者かを選定します。

【特定保健指導の対象者】

内臓脂肪型肥満	高血糖 脂質異常 高血圧	喫煙歴	対象	
			40～64歳	65～74歳
腹囲 男性85cm以上 女性90cm以上	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		
腹囲 男性85cm未満 女性90cm未満で BMI 25kg/m ² 以上	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	—		

※上表のうち糖尿病、高血圧、高脂血症の治療にかかる薬剤を服薬するなど、すでに医師の指示のもとで医学的管理を受けている人は除きます。

※喫煙歴の斜線欄は、階層化判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味します。

② 特定保健指導の支援方法と実施体制

ア 動機付け支援プログラムの作成

動機付け支援の実施は、厚生労働省告示第9号「特定保健指導の実施に関する基準第7条1項及び第8条第1項の規定に基づき、厚生労働省が定める特定保健指導の実施方法」および「標準的な特定健診・特定保健指導プログラム」に準ずることとします。

(ア) 動機付け支援の内容

動機付け支援対象者が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動、自らの目標を設定し行動に移すことができる内容とします。

(イ) 支援期間および頻度

支援の内容は、特定健康診査の結果ならびに喫煙習慣、運動習慣、食習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援および行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）および実績評価（行動計画作成の日から3ヶ月経過後に行う評価）を行います。評価方法の一つとして、血液検査を実施し、面接（文書）等による評価をします。

(ウ) 実施時期

年間通して実施します。

(エ) 場所

厚生労働省告示第11号第2「特定保健指導の外部委託に関する基準」の2「施設・設備等に関する基準」を満たす施設で、受託者が保有する施設内または利用者の居宅とします。

(オ) 動機付け支援プログラム内容の作成

特定健康診査および特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法(厚生労働省告示第91号)に基づいた具体的なプログラム内容にします。

イ 積極的支援プログラムの作成および実施

積極的支援の実施は、厚生労働省告示第9号「特定保健指導の実施に関する基準第8条第1項の規定に基づき、厚生労働省が定める特定保健指導の実施方法」および「標準的な特定健診・特定保健指導プログラム」に準ずることとします。

(ア) 積極的支援の内容

支援の内容は、特定健康診査の結果ならびに喫煙習慣、運動習慣、食習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援および行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）および実績評価（行動計画作成の日から3ヶ月経過後に行う評価）を行います。

(イ) 支援期間および頻度

初回面接から実績評価を行う期間は、最低３ヶ月経過後とする保健指導を行います。３ヶ月以上の継続的支援の終了後に実績評価を行ない、さらに独自のフォローアップ等の保健指導も行います。

(ウ) 実施期間

年間通して実施とします。

(エ) 場所

厚生労働省告示第１１号第２「特定保健指導の外部委託に関する基準」の２「施設・設備等に関する基準」を満たす施設で、受託者が保有する施設内または利用者の居宅とします。

(オ) 積極的支援プログラム内容の作成

特定健康診査および特定保健指導の実施に関する基準第８条第１項の規定、および厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法(厚生労働省告示第９１号)に基づいた具体的なプログラム内容とします。

6 年間スケジュール等

特定健康診査・特定保健指導等の実施体制の準備や実施における事務処理、実施後の評価・精算等の処理は、基本的には定型的な事務の流れになります。標準的な難関作業予定を定めます。

	時期		取り組み
年間スケジュール	年度当初	4月下旬 5月上旬	- 健康診査・がん検診受診券送付(一括発送) - 特定健診開始(集団健診および県内指定医療機関で実施) 有効期間：翌年３月末 - 受診勧奨啓発(年間通して) - 前年度の実施結果の検証や評価 - 法定報告関係事務 - 未受診者対策(２月中旬まで)
	年度の前半		
	年度の後半	10月 2月上旬 3月上旬	- 評価結果や事業計画を受け、翌年度の事業計画の検討 - 予算の検討 - 契約の選定および締結 - 健康診査・がん検診受診券の対象者抽出・受診券作成
	月間スケジュール	25日頃 25日頃 25日頃 25日頃 30日頃 30日頃	支払い日 階層化・重点化を行う日 年度途中資格者の受診券作成 年度途中資格者の受診券発送日 特定保健指導利用券の発券 特定保健指導利用券の発送準備および発送日

7 個人情報保護

第2章記載のとおり

8 特定健康診査等実施計画の公表、周知

第2章記載のとおり

9 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法

(1) 普及啓発趣旨

① 情報提供や啓発の必要性

特定健診・保健指導は医療保険者に実施が義務付けられています。実施率を高めるためには加入者の前向きな実施への協力（積極的な受診）が不可欠です。加入者の十分な協力を得るためには、特定健診・保健指導を受ける必要性の情報提供や啓発を進め、特定健診・保健指導をはじめとする保健事業実施への理解を深めていく必要があります。そこで、特定健診等を実施する趣旨を周知するため、市のホームページ、広報紙に掲載するほか、医療機関、健康診査機関等を通じて普及啓発に努めます。

② 関係者の連係・役割分担による効果的な啓発活動

福井県保険者協議会と連携しながら新聞、テレビ等でのマスメディアを使った啓発活動を進めていきます。

(2) 普及啓発の方法

特定健診等を実施する趣旨を周知するため、市のホームページ、広報紙に掲載するほか、医療機関、健康診査機関等を通じてポスターの掲示や協力により普及啓発に努めます。また、普及啓発用のチラシ等は、健康づくり推進員や健康づくり事業での啓発の強化、国保加入者への通知等での同封などを行います。さらに、イベントや地区、町内の行事等の場を利用し、健康診査の必要性、受診の方法、日程等を啓発します。

10 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

第2章記載のとおり

11 特定健診以外の健診との関係

(1) 75歳以上の後期高齢者を対象とした健診

鯖江市国保被保険者が75歳に達すると、鯖江市国保を脱退し後期高齢者医療保険の被保険者となります。その場合、法に基づき後期高齢者医療保険においても保健事業として健診が実施されます。後期高齢者健診についても国保特定健診の枠組みを活用して実施することとします。

(2) 生活保護受給者に対する健診

各医療保険に属さない生活保護受給者に対しては、健康増進法に基づき国保特定健診の枠組みを活用して実施することとします。

(3) がん検診

がん検診は、健康増進法に基づき健診機関に委託し実施しています。被保険者のがん検診受診率向上に向けて、できる限り同時に実施できるよう調整します。個別健診会場に

においてもがん検診指定医療機関の場合は、併せて肺がん検診や大腸がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診を実施する体制を整備します。

(4) 肝炎ウイルス検診

特定健診の集団での実施会場で、健診等と併せて同時に受診できる体制を取っています。全ての健診会場で受診できるよう調整を図っていく必要があります。

(5) 特定健診以外の健診結果の提出

鯖江市国保被保険者が、労働安全衛生法に基づく定期健康診断や独自に人間ドックなど特定健診に代わる健診結果、医療機関で実施した検査結果などを鯖江市国保に提出すると特定健診受診率に算定されることから、健診機会があれば結果票を提出してもらうよう周知するとともに、健診結果に基づき階層化し、必要に応じて特定保健指導または特定保健指導以外の保健指導を実施します。

(6) 本市健康づくり事業との連携

生活習慣病の予防ならびに生活習慣を改善する取り組みを促し、医療費の抑制につなげるためには、40歳よりも若い世代からの働きかけも必要と考えられます。そのため、衛生部門の健康づくり課と十分連携を図りながら既存の事業を十分に活用し、市全体としての健康づくりを推進していきます。