

第 3 期
伊達市特定健康診査等実施計画

(2018 年度(平成 30 年度)~2023 年度)

平成 30 年3月

北海道伊達市

目次

第1章	計画の概要	
1	計画の目的	1
2	計画の期間	1
3	計画の位置づけ	1
4	特定健康診査・特定保健指導について	1
第2章	伊達市の現状	
1	人口と国民健康保険被保険者数	3
2	国民健康保険被保険者数の推移	4
3	医療費の状況	5
第3章	第2期計画の実施状況	
1	特定健康診査の実施結果	6
2	特定保健指導の実施状況	7
3	取組状況と今後の課題	8
第4章	目標	
1	全国目標値	10
2	伊達市における実施目標	10
3	対象者数の推計	10
第5章	実施方法	
1	特定健康診査の実施方法	11
2	特定保健指導の実施方法	14
第6章	個人情報保護	
1	基本的な考え方	17
2	記録の保存方法	17
3	個人情報の取り扱い及び守秘義務規定の遵守	17
第7章	実施計画の公表・周知	
1	公表方法	18
2	普及啓発の方法	18
第8章	実施計画の評価・見直し	
1	基本的な考え方	19
2	評価方法	19
3	見直し	19

第1章 計画の概要

1 計画の目的

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律や特定健康診査等基本指針（以下「基本指針」という。）に基づき、伊達市が実施する特定健康診査及び特定保健指導を効率的かつ効果的に実施するために策定するものです。

2 計画の期間

計画の期間は2018年度（平成30年度）から2023年度までの6年間とします。

3 計画の位置づけ

「第3期伊達市特定健康診査等実施計画」は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条の規定に基づき伊達市が策定する計画です。計画の策定にあたっては、「伊達市総合計画」、「健康づくり伊達 21（伊達市健康増進計画）」、「伊達市保健事業実施計画（データヘルス計画）」等との調和を図ります。

4 特定健康診査・特定保健指導について

（1）メタボリックシンドロームという概念への着目

メタボリックシンドロームは内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を引き起こす病態であり、それぞれが重複した場合、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなり、逆に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れるという考え方を基本としたものです。

（2）特定健康診査・特定保健指導（特定健康診査等）の基本的な考え方

特定健康診査等は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために実施するものです。

●生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方

項目	特定健診等
健診・保健指導の関係	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	結果を出す保健指導
目的	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、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う)
内容	自己選択と行動変容 (対象者が代謝等の身体の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が選択し、行動変容につなげる)
保健指導の対象者	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」「動機付け支援」「積極的支援」を行う)
方法	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ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	アウトカム（結果）評価
実施主体	医療保険者

○特定健康診査

40～74歳の国民健康保険被保険者を対象とし、メタボリックシンドロームに着目した検査項目について、毎年度計画的に実施する健康診査を「特定健康診査」といいます。特定健康診査受診者に対しては、健診結果の提供と併せて、健診及び問診結果をふまえた生活習慣改善に関する基本的な情報を提供します。

○特定保健指導

特定健康診査の結果により、健康の保持に努める必要がある人に対し、毎年度計画的に実施する、動機付け支援・積極的支援を「特定保健指導」といいます。

① 動機付け支援（対象：特定健診結果からリスクが出現し始めた段階と認められる者）

健診受診後、医師・保健師・管理栄養士等との面接のもとに、生活習慣の改善に向けた行動目標・行動計画を策定します。

行動計画策定から3ヶ月以上経過以降に行動計画の実績に関する評価を行います。

② 積極的支援（対象：特定健診結果からリスクが重なりだした段階と認められる者）

健診受診後、医師・保健師・管理栄養士等との面接のもとに、生活習慣の改善に向けた行動目標・行動計画を策定します。その後、3ヶ月以上の継続的な支援を行い、行動計画策定から3ヶ月以上経過以降に行動計画の実績に関する評価を行います。

第2章 伊達市の現状

1 人口と国民健康保険被保険者数

本市の人口は34,871人、世帯数は17,828世帯です。65歳以上の高齢者人口は12,280人、高齢化率は35.22%で、高齢化が進んでいます。

【伊達市の人口(2016年度(平成28年度)末時点)】 [単位：人、%]

年齢	男性	女性	合計	構成比
0～14歳	1,990	1,884	3,874	11.11
15～64歳	9,107	9,610	18,717	53.67
65歳以上	5,147	7,133	12,280	35.22
合計	16,244	18,627	34,871	100.00

国民健康保険の被保険者は8,748人、そのうち、特定健康診査等の対象となる40～74歳は7,177人であり、この年代の全人口における国民健康保険加入率は41.33%（40～74歳の人口は17,367人）です。年齢毎の構成比については被用者保険退職による加入者が増加する60歳以上から高くなり、65歳～74歳が全体の約5割を占めています。

【国保被保険者の構成(2016年度(平成28年度)末時点)】 [単位：人、%]

年齢構成	男		女		合計	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
0～4	62	1.54	64	1.35	126	1.44
5～9	94	2.34	65	1.37	159	1.82
10～14	87	2.17	94	1.99	181	2.07
15～19	103	2.57	113	2.39	216	2.47
20～24	92	2.29	92	1.94	184	2.10
25～29	91	2.27	68	1.44	159	1.82
30～34	120	2.99	110	2.32	230	2.63
35～39	163	4.06	153	3.23	316	3.61
40～44	220	5.48	198	4.18	418	4.78
45～49	244	6.08	224	4.73	468	5.35
50～54	207	5.16	216	4.56	423	4.84
55～59	233	5.81	293	6.19	526	6.01
60～64	450	11.21	641	13.54	1,091	12.47
65～69	987	24.60	1,219	25.74	2,206	25.22
70～74	860	21.43	1,185	25.03	2,045	23.38
合計	4,013	100.00	4,735	100.00	8,748	100.00
(再掲)0歳～39歳	812	20.23	759	16.03	1,571	17.96
(再掲)40歳～64歳	1,354	33.74	1,572	33.20	2,926	33.45
(再掲)65歳～	1,847	46.03	2,404	50.77	4,251	48.59

2 国民健康保険被保険者の推移

被保険者数の過去3年間の推移をみると、人口減少の影響を受け、毎年、被保険者数が減少しています。特定健康診査の対象者数を見ると、高齢化の影響で65歳以上の人数は横ばいとなっていますが、40～64歳の被保険者数が大きく減少しており、毎年、対象者が減少しています。

【過去3年間における5歳階級別の被保険者数及び構成比】

[単位：人、%]

年齢構成	2014年度 (平成26年度)		2015年度 (平成27年度)		2016年度 (平成28年度)	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
0～4	149	1.55	142	1.53	126	1.44
5～9	196	2.04	187	2.02	159	1.82
10～14	223	2.32	198	2.14	181	2.07
15～19	259	2.70	239	2.58	216	2.47
20～24	215	2.24	211	2.28	184	2.10
25～29	193	2.01	167	1.80	159	1.82
30～34	299	3.12	277	2.99	230	2.63
35～39	387	4.03	353	3.81	316	3.61
40～44	497	5.18	488	5.27	418	4.78
45～49	475	4.95	467	5.04	468	5.35
50～54	440	4.59	435	4.70	423	4.84
55～59	594	6.19	563	6.08	526	6.01
60～64	1,368	14.26	1,228	13.25	1,091	12.47
65～69	2,117	22.07	2,241	24.19	2,206	25.22
70～74	2,181	22.74	2,069	22.33	2,045	23.38
合計	9,593	100.00	9,265	100.00	8,748	100.00
(再掲) 0歳～39歳	1,921	20.03	1,774	19.15	1,571	17.96
(再掲) 40歳～64歳	3,374	35.17	3,181	34.33	2,926	33.45
(再掲) 65歳～	4,298	44.80	4,310	46.52	4,251	48.59
(再掲) 特定健康診査対象者 40歳～74歳	7,672	79.97	7,491	80.85	7,177	82.04

3 医療費の状況

医療費全体に占める生活習慣病の割合を見ると、件数については入院が 7.3%、外来が 25.3%、総計では 24.7%となっています。また、医療費については入院が 8.5%、外来は 28.7%、総計では 18.9%となっています。

上記のとおり、件数では全体の 25%、費用額では 20%を生活習慣病関連の疾病が占めており、生活習慣病の発症及び重症化の予防のための取り組みが重要となっています。

伊達市における生活習慣病に係る医療費の状況（2016年（平成28年）5月診療分）

区分	件数 (件)	総費用額 (円)	1件あたりの費用額 (円/件)	入院・入院外の 件数の比率	入院・入院外の 費用額の比率	
医療費合計	入院	246	164,299,890	667,890	3.6%	48.7%
	外来	6,654	173,325,300	26,050	96.4%	51.3%
	合計	6,900	337,625,190	48,934	100%	100%

主傷病	件数 (件)	総費用額 (円)	1件あたりの費用額 (円/件)	総件数に占める 件数の割合	総費用額に占める 費用額の割合	
糖尿病	入院	1	796,910	796,910	0.4%	0.5%
	外来	432	14,377,190	33,280	6.5%	8.3%
	合計	433	15,174,100	830,190	6.3%	4.5%
高血圧症	入院	1	189,350	189,350	0.4%	0.1%
	外来	652	11,321,650	17,360	9.8%	6.5%
	合計	653	11,511,000	206,710	9.5%	3.4%
脂質異常症	入院	0	0	0	0.0%	0.0%
	外来	372	7,026,860	18,890	5.6%	4.1%
	合計	372	7,026,860	18,890	5.4%	2.1%
高尿酸血症	入院	0	0	0	0.0%	0.0%
	外来	27	285,460	10,570	0.4%	0.2%
	合計	27	285,460	10,570	0.4%	0.1%
脂肪肝	入院	0	0	0	0.0%	0.0%
	外来	13	267,630	20,590	0.2%	0.2%
	合計	13	267,630	20,590	0.2%	0.1%
動脈硬化症	入院	0	0	0	0.0%	0.0%
	外来	5	155,020	31,000	0.1%	0.1%
	合計	5	155,020	31,000	0.1%	0.0%
脳出血	入院	2	1,858,130	929,070	0.8%	0.6%
	外来	2	86,710	43,360	0.0%	0.1%
	合計	4	1,944,840	972,430	0.1%	0.6%
脳梗塞	入院	6	5,147,840	857,970	2.4%	0.5%
	外来	85	2,099,900	24,700	1.3%	1.2%
	合計	91	7,247,740	882,670	1.3%	2.1%
狭心症	入院	2	1,726,920	863,460	0.8%	0.5%
	外来	49	1,159,440	23,660	0.7%	0.7%
	合計	51	2,886,360	887,120	0.7%	0.9%
心筋梗塞	入院	1	398,200	398,200	0.4%	0.2%
	外来	2	92,780	46,390	0.0%	0.1%
	合計	3	490,980	444,590	0.0%	0.1%
腎不全	入院	5	3,926,970	785,390	2.0%	0.5%
	外来	45	12,900,460	286,680	0.7%	7.4%
	合計	50	16,827,430	1,072,070	0.7%	5.0%
生活習慣病に係る医療費等	入院	18	14,044,320	780,238	7.3%	8.5%
	外来	1,684	49,773,100	29,553	25.3%	28.7%
	合計	1,702	63,817,420	37,491	24.7%	18.9%

国保データベース（KDB）システムより出力

第3章 第2期計画の実施状況

1 特定健康診査の実施状況

受診勧奨などの取り組みにより受診率は増加傾向にあり、2012年度（平成24年度、第1期計画最終年度）と2016年度（平成28年度）を比較すると約5%上昇していますが、目標値には達していません。なお、各年代毎の受診率で男女差はそれほどみられません。年齢が上がるにつれて受診率が上がっています。

【受診率・目標達成率などの状況】

[単位：人、%]

項目	2012年度 (平成24年度) (第1期)	2013年度 (平成25年度)	2014年度 (平成26年度)	2015年度 (平成27年度)	2016年度 (平成28年度)	2017年度 (平成29年度)
目標	65%	30%	40%	50%	55%	60%
受診率	26.0%	26.8%	29.1%	31.3%	31.2%	
対象者数	7,057	6,920	6,841	6,718	6,486	
受診者数	1,836	1,857	1,988	2,101	2,021	
目標達成率	40.0%	89.3%	72.8%	62.6%	56.7%	

【年齢・男女別の受診率などの状況】

[単位：人、%]

年齢	区分	2013年度(平成25年度)			2014年度(平成26年度)			2015年度(平成27年度)			2016年度(平成28年度)		
		総数	男性	女性	総数	男性	女性	総数	男性	女性	総数	男性	女性
40～44	対象者	402	209	193	387	208	179	383	199	184	341	178	163
	受診者	67	34	33	63	27	36	56	27	29	67	39	28
	受診率	16.7%	16.3%	17.1%	16.3%	13.0%	20.1%	14.6%	13.6%	15.8%	19.6%	21.9%	17.2%
45～49	対象者	375	195	180	394	197	197	380	181	199	391	194	197
	受診者	77	42	35	92	53	39	81	41	40	85	43	42
	受診率	20.5%	21.5%	19.4%	23.4%	26.9%	19.8%	21.3%	22.7%	20.1%	21.7%	22.2%	21.3%
50～54	対象者	374	171	203	375	175	200	377	185	192	360	173	187
	受診者	83	33	50	95	42	53	97	44	53	107	50	57
	受診率	22.2%	19.3%	24.6%	25.3%	24.0%	26.5%	25.7%	23.8%	27.6%	29.7%	28.9%	30.5%
55～59	対象者	548	248	300	502	223	279	450	199	251	439	193	246
	受診者	137	60	77	127	56	71	125	59	66	148	66	82
	受診率	25.0%	24.2%	25.7%	25.3%	25.1%	25.4%	27.8%	29.6%	26.3%	33.7%	34.2%	33.3%
60～64	対象者	1,275	540	735	1,181	501	680	1,062	442	620	945	382	563
	受診者	341	136	205	334	117	217	325	124	201	296	108	188
	受診率	26.7%	25.2%	27.9%	28.3%	23.4%	31.9%	30.6%	28.1%	32.4%	31.3%	28.3%	33.4%
65～69	対象者	1,859	791	1,068	1,930	831	1,099	2,088	919	1,169	2,052	906	1,146
	受診者	544	242	302	622	282	340	715	313	402	698	309	389
	受診率	29.3%	30.6%	28.3%	32.2%	33.9%	30.9%	34.2%	34.1%	34.4%	34.0%	34.1%	33.9%
70～74	対象者	2,087	884	1,203	2,072	878	1,194	1,978	835	1,143	1,958	834	1,124
	受診者	608	271	337	655	281	374	702	303	399	620	274	346
	受診率	29.1%	30.7%	28.0%	31.6%	32.0%	31.3%	35.5%	36.3%	34.9%	31.7%	32.9%	30.8%
合計	対象者	6,920	3,038	3,882	6,841	3,013	3,828	6,718	2,960	3,758	6,486	2,860	3,626
	受診者	1,857	818	1,039	1,988	858	1,130	2,101	911	1,190	2,021	889	1,132
	受診率	26.8%	26.9%	26.8%	29.1%	28.5%	29.5%	31.3%	30.8%	31.7%	31.2%	31.1%	31.2%

2 特定保健指導の実施状況

特定健康診査受診率の向上に伴い、対象者数は増加傾向となっています。実施率は2013・2014年度（平成25・26年度）は目標を上回る高い水準でしたが、近年は50%前後で推移しています。

なお、指導を実施したことによる特定保健指導対象者の減少率は20%近くに達しており、確実に指導の効果が表れていると言えます。

【実施率・目標達成率などの状況】

[単位：人、%]

項目	2013年度 (平成25年度)	2014年度 (平成26年度)	2015年度 (平成27年度)	2016年度 (平成28年度)	2017年度 (平成29年度)
目標	30%	40%	50%	55%	60%
実施率	61.1%	50.4%	46.6%	49.0%	
対象者数	229	248	238	251	
終了者数	140	125	111	123	
目標達成率	203.7%	126.0%	93.2%	89.1%	

【保健指導による対象者の減少率などの状況】

[単位：人、%]

区分	2013年度 (平成25年度)	2014年度 (平成26年度)	2015年度 (平成27年度)	2016年度 (平成28年度)
当該年度の特定健康診査受診者のうち、前年度に特定保健指導を受けた者の数	117	122	131	156
上記のうち、当該年度の健診結果では特定保健指導の対象外となった者の数	16	26	33	23
特定保健指導により、指導の対象外となった割合（対象者減少率）	13.7%	21.3%	25.2%	14.7%

3 取組状況と今後の課題

(1) 第2期における取組状況

ア 特定健康診査

①情報提供及び広報活動

・健診の内容を知ってもらう目的も含めて、受診券を年度当初に対象者全員に一斉送付しています。受診券のほか、受診方法や実施機関などの情報を記載したパンフレットや受診の必要性を分かりやすく説明するパンフレットも併せて送付することで、健診のPRを行っています。

・地区健診の対象地区在住者、消防団員、シルバー人材センター会員など、関係機関と連携してターゲットをしばったPR活動にも取り組んでいます。

・伊達市ポイントカード（伊達まちカード）事業がはじまり、がん検診も含めた対象の健診を複数受診することでポイントが付与される仕組みを開始し、受診の動機付けを行っています。

・個別健診実施医療機関を担当職員で訪問し、伊達市の特定健診の現状説明や意見交換を実施。通院している方の個別健診受診への協力を依頼しています。

②未受診者への受診勧奨

・未受診者に対し、健診内容の周知や理解を深めて受診につなげるため、年齢層に応じた情報を提供し受診を勧奨するハガキを送付しています。また、ハガキ送付者に対し、専門知識を有する保健師や栄養士などによる電話勧奨も行っています。

③受診環境の整備

・より詳しい検査を希望する方のために、独自の健康診断である脳ドックや短期人間ドックを実施しています。

・年に3回実施している集団健診の定員がここ数年、ほぼ埋まっており、健診機会の拡充が求められています。このため、2017年度（平成29年度）から新しい集団検診（日帰りドック）を開始しました。

イ 特定保健指導

①利用勧奨・環境整備の実施

・特定健診結果送付時のリーフレットの内容を充実させることで健康に対する関心を高めるほか、利用申し込みのない方に対する電話勧奨などに取り組んでいます。

・夜間、土日祝日の相談受付や各地域に出向いての結果説明会の実施など、対象者が保健指導を利用しやすい環境を整えています。

②指導内容の向上

・毎年度、実施プログラム（マニュアル）を作成し、指導実施に活用しています。

・指導に当たる保健師、栄養士が各種研修を受講するほか、課内での学習会などを行うことでスキルアップに取り組んでいます。

・対象者が自分に合った食事や運動の方法を自ら考えて実践するための動機づけと支援のために、各種の栄養・運動講座を実施しています。

(2) 今後の課題

ア 特定健康診査

健診のPRや未受診者への受診勧奨などの取り組みにより、受診率は増加傾向にありますが、計画で掲げた目標値の達成には大きな開きがある状況です。

未受診者への受診勧奨の取り組みの中で健診の存在を知らなかったとの声も寄せられており、引き続き、効果的な健診の情報提供、PR活動に取り組む必要があります。

また、受診勧奨と併せ、外部健診実施機関を活用した集団健診の実施など、健診機会の拡充についても検討、実施していきます。

さらに、一度健診を受けただけで終わらず、翌年度以降も継続して受診してもらうことも重要であるため、未受診者への勧奨だけでなく、継続受診のためのPR活動にも取り組む必要があります。

イ 特定保健指導

特定保健指導の実施率については、ここ数年減少傾向にあります。健診受診時期が遅く法定報告期間内に指導が終了していない場合は翌年度実績として計上されるため、実施率が下がる場合があります。全体として、受診率は目標を超える、または目標に近い結果となっており、今後も引き続き利用勧奨や内容向上に取り組むとともに、より効果的な実施方法についても検討していきます。

第4章 目 標

基本指針において、2018年度（平成30年度）から2023年度までの計画期間中に各医療保険者が設定すべき2つの目標と、2023年度時点における目標値を掲げており、各保険者の目標値は、その値を踏まえて設定することになっています。

1 全国目標値

項 目		第2期 2013～2017年度 (平成25～29年度)		第3期 2018～2023年度 (平成30年度)	
		全国目標	市町村国保 の目標	全国目標	市町村国保 の目標
実施に関する目標	①特定健診実施率	70%	60%	70%	60%
	②特定保健指導実施率	45%	60%	45%	60%

2 伊達市における実施目標

第2期計画における特定健康診査及び特定保健指導の実施状況を踏まえ、第3期計画期間における実施目標を次のとおり定めます。

項目	2018年度 (平成30年度)	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健康診査	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導	60%	60%	60%	60%	60%	60%

3 対象者数の推計

対象者数については、第2期計画期間における被保険者数の推移及び特定保健指導対象者割合に基づき推計し、これらに年度別目標値を乗じて算出しています。

区分		2018年度 (平成30年度)	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
特定健診	対象者 (注1)	6,350	6,216	6,086	5,968	5,833	5,710	
	受診者	2,223	2,486	2,739	2,984	3,208	3,426	
	受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%	
特定保健指導	動機付け支援	対象者	193	216	238	259	279	298
		利用者	116	130	143	156	167	179
	積極的支援	対象者	77	86	95	103	111	118
		利用者	46	52	57	62	66	71
	合計	対象者 (注2)	270	302	332	362	389	416
		利用者	162	181	199	217	234	250
利用率		60%	60%	60%	60%	60%	60%	

注1) 特定健診対象者の推計にあたっては、2013年度（平成25年度）以降の被保険者数の減少率をもとに計算しています。

注2) 特定保健指導対象者数の推計にあたっては、2013年度（平成25年度）以降、特定保健指導の対象となる者の割合の平均値及び動機付け、積極的支援の比率の平均値をもとに計算しています。

第5章 実施方法

1 特定健康診査の実施方法

(1) 実施項目

検査項目は、国が定める実施基準によるほか、被保険者の健康づくりに役立てるため、腎機能検査（血清クレアチニン・血清尿酸）を追加します。

なお、市が助成を行う脳ドック・短期人間ドックについても、特定健診の法定項目を含有して実施します。

区分	内容	
基本的な健診項目	問診	既往歴の調査、自覚・他覚症状の検査など
	身体測定	身長・体重・腹囲・BMI
	血圧	収縮期血圧・拡張期血圧
	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
	肝機能検査	GOT
		GPT
		γ-GTP
	血糖検査	空腹時血糖
ヘモグロビンA1c		
尿検査	糖	
	蛋白	
詳細な健診の項目 (※1)	血液学的検査 (貧血検査)	血色素量
		赤血球数
		ヘマトクリット値
心機能検査	心電図	
追加健診項目 (※2)	腎機能検査	血清クレアチニン
		血清尿酸

※1) 詳細な健診の項目については、一定の基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施します。なお、眼底検査については、実施体制が整わないため、当面実施しないこととします。

※2) 血清クレアチニンについては実施基準では詳細な健診の項目とされていますが、伊達市では独自に追加項目として実施しています。

(2) 実施場所

集団健診：保健センター、有珠白鳥館、稀府みどり会館、黄金はまなす館 等
個別健診：市内の指定医療機関（集合契約により実施）

(3) 実施時期又は期間

集団健診：5月、9月、10月、12月、1月
個別健診：4月～2月

(4) 外部委託等の方法

特定健康診査の実施に際して、当市では体制が整っていないことから、外部委託基準を満たす健診機関への委託により行います。

(5) 委託契約

当市の国保被保険者は特定の場合を除き伊達市内に在住していることから、基本的には大規模な契約（市町村国保の契約をベースとした集合契約や全国組織（全衛連・結核予防会等）による集合契約）ではなく、(4) 外部委託等の方法にも記載のとおり、近隣の医療機関や被保険者の利便性の高い医療機関へ委託します。

(6) 契約形態

契約形態は集団契約及び個別契約とし、集団健診及び個別健診を実施します。

・ 集団健診

集団健診は市が設定する日に公共機関等において集団で受診するもので、受診したい日を選択して事前に保健センターに申し込み、健診当日に受診券を提出して受診するもの。

・ 個別健診

毎年4月から翌年2月まで対象医療機関において個別に受診するもので、受診したい医療機関を選択して、事前に医療機関に申し込み、健診当日に受診券を医療機関窓口提出して受診するもの。

(7) 事業主健診等の健診受診者のデータ収集方法

国民健康保険被保険者は被用者保険の適用にならない場合に加入する健康保険であるといった特性上、国保被保険者が事業主健診等を受診しているかの把握が非常に困難です。事業主健診等により受診している場合には、受診結果を提供してもらうようにホームページ等で周知を行います。受診結果の提供があった場合には、市において必要なデータ登録を行うとともに、健康推進に必要な情報提供を行います。

(8) 受診券

受診券には、特定健康診査受診対象者の住所、氏名、整理番号、性別、生年月日、有効期限、健診内容毎の自己負担額、保険者情報等を記載し、市から郵送します。

また、発券時期については、年度当初に一括発券することとし、発券については北海道国民健康保険団体連合会に委託して行うものとします。ただし、国民健康保険の資格異動等により別途発券する場合は市で行うものとします。

(9) 代行機関

特定健康診査の費用決裁や受診データの管理に関する事務は、北海道国民健康保険団体連合会に委託し、その保管及び管理を行います。なお、特定健康診査結果は、健診を実施した医療機関が、国の定める電子標準様式で北海道国民健康保険団体連合会に提出します。

(10) 周知及び案内の方法

●特定健康診査受診の必要性に関する周知

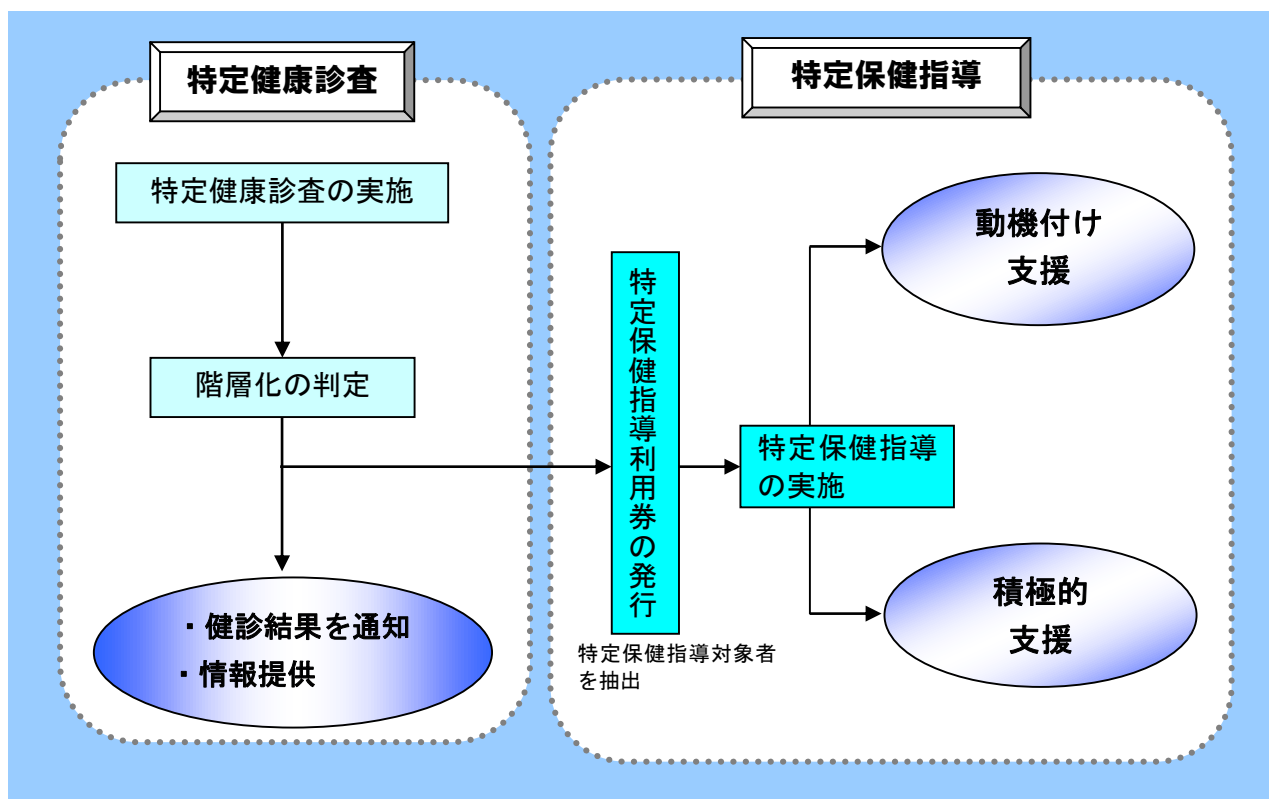
- ・市広報紙やホームページ等に関連情報を掲載
- ・公共施設等に特定健康診査に関するポスター等を掲示

●受診案内の方法

- ・受診券の送付に際しては、特定健診の必要性に関する情報、集団健診の場所及び個別健診の対象医療機関名、日時が記載された受診案内を同封します。
- ・未受診者については、はがき等による勧奨を行います。

2 特定保健指導の実施方法

(1) 特定健康診査から特定保健指導への標準的な流れ



(2) 実施場所

保健センター等、市が指定する場所または対象者宅

(3) 実施時期

特定保健指導の申し込みを受けてから、1ヶ月以内を目処に面接による支援（初回支援）を実施します。

(4) 対象者の抽出方法

特定健康診査の結果により、「健康の保持に努める必要がある人」が特定保健指導の対象となります。「健康の保持に努める必要がある人」は、特定健康診査の結果をもとに胸囲とBMIからリスク判定を行って判定します。なお、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのが異なります（次ページ表を参照）。

●特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク		対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	40～64 歳	65～74 歳
85cm 以上（男性） 90cm 以上（女性）	2 つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当	あり なし		
上記以外で BMI25 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	/		

①血糖（空腹時血糖 100mg/dl 以上、または、HbA1c 5.6 以上）

②脂質（中性脂肪 150mg/dl 以上、または、HDL コレステロール 40mg/dl 未満）

③血圧（収縮期 130mmHg 以上、または、拡張期 85mmHg 以上）

④質問票より 喫煙歴あり（※①から③のリスクが 1 つ以上の場合にのみカウントする）

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

※65～74 歳の方は、追加リスクの数で積極的支援に該当する場合でも動機付け支援となる。

※糖尿病、高血圧症、高脂血症の治療に係る薬剤を服薬している方は、対象者から除外する。

(5) 利用券の発行

健診結果を通知後、特定保健指導対象者に保健指導実施案内を行うと同時に、保健指導利用券を発行します。

(6) 実施内容

ア 動機付け支援

a 支援期間・頻度

保健師、管理栄養士などにより、原則 1 回の面接による支援（1 人 20 分以上の個別支援、または、1 グループおおむね 80 分以上のグループ支援）を行います。

また、面接から 3 ヶ月経過以降に身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて、面接や電話等で確認します。

b 支援内容

対象者が自分の生活習慣の改善点などに気付き、自ら目標を設定し行動に移せるよう、生活習慣の改善に向けた行動目標、行動計画を策定します。

c 実績評価

面接または電話等により確認を行い評価結果について支援対象者に提供します。

イ 積極的支援

a 支援期間・頻度

支援開始時に動機付け支援と同様の内容の面接支援を行います。その後、3 ヶ月以上の継続的な支援として、面接や電話等により支援を実施します。また、3

ヶ月経過以降、身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて面接や電話等で確認します。

b 支援内容

対象者が自分の生活習慣の改善点などに気づき、自ら目標を設定し行動に移せるよう、生活習慣の改善に向けた行動目標、行動計画を策定します。

面接で策定した行動計画等をふまえ、計画の実践状況の確認、生活習慣改善の維持・継続に向けた支援、栄養・運動等の実践的な支援などを行います。中盤に身体状況や生活習慣の変化の把握のための中間評価を行い、評価に基づき、支援終了まで、引き続き支援を行います。

c 実績評価

面接または電話等により行い、評価結果について支援対象者に提供します。または継続的な支援の最終回とともに実施します。

(7) 実施の方法

対象者は電話等により特定保健指導の申し込みを行い、市が指定する特定保健指導実施場所に来所するか自宅において面接による支援を受けます。また、面接実施後3ヶ月以上、電話や手紙等による支援を受けます。

(8) 外部委託の有無

実施方法については、原則、本市の保健師、栄養士が実施することとします。なお、今後、対象者の増加が見込まれることから、外部委託の実施について検討を行います。

(9) 代行機関

特定保健指導の実施結果データの管理に関する事務は、北海道国民健康保険団体連合会に委託し、その保管及び管理を行います。なお、特定健康診査結果は、市が国の定める電子標準様式で北海道国民健康保険団体連合会に提出します。

第6章 個人情報保護

1 基本的な考え方

特定健康診査等で得られる健康情報等の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえた対応を行います。その際には、対象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に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導を実施する立場から、収集された個人情報を有効に利用します。

2 記録の保存方法

特定健康診査・特定保健指導のデータ管理は、北海道国民健康保険団体連合会へ委託します。このデータは、原則として最低5年間保存されます。

3 個人情報の取り扱い及び守秘義務規定の遵守

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づく「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「伊達市個人情報保護条例」（2004年（平成16年）条例第26号）に基づいて行います。

特定健康診査等を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理していきます。

第7章 実施計画の公表・周知

1 公表方法

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項において、特定健康診査等実施計画の策定・変更時には遅滞なく公表することが義務付けられています。

この公表の目的は、主に国民健康保険被保険者（その中でも特に40～74歳の実施対象者）に、保険者としての計画期間中の取組方針を示し、趣旨を理解の上積極的な協力を得る（多くの対象者が健診・保健指導を受ける）ことにあります。

これに基づき、特定健康診査等実施計画を作成、または内容を変更したときは、遅滞なく市のホームページや広報紙で公表します。

2 普及啓発の方法

特定健康診査及び特定保健指導の必要性について、情報提供や啓発を図るため、市のホームページや広報紙等で周知します。

第8章 実施計画の評価・見直し

1 基本的な考え方

特定健康診査等は、糖尿病等の生活習慣病有病者及びその予備群の減少を目的として、特定健診受診率・保健指導実施率・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率に係る目標を掲げ計画的に実施するものです。この目的に資する事業とするために、具体的な評価内容を設定し、毎年度、事業の実施状況及び成果に関する評価を行うとともに実施方法等の見直しを行います。

2 評価方法

(1) 実施及び成果に係る目標の達成状況

第4章 目標 で設定した特定健康診査・特定保健指導の目標値の達成状況及びその経年変化の推移について把握し、毎年度評価していきます。

(2) 評価方法

前年度の特定健康診査等の結果データから作成する国への実績報告を、評価として活用します。

3 見直し

計画の中間年度にあたる 2021 年度に中間評価及び見直しを行い、2023 年度に最終評価を行うこととします。

発行 北海道伊達市

編集 健康福祉部保険医療課

健康福祉部健康推進課

電話 0142-23-3331

ホームページ

<http://www.city.date.hokkaido.jp>