

第4期特定健康診査等実施計画

7. 特定健康診査等の実施に関する事項

7.1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率25.0%以上(平成20年度比)を達成することと示しています。

しかし、本市のこれまでの実績等を鑑みると、国の示す特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の目標値と大きな乖離があり、目標の達成には被保険者の意識・行動変容が不可欠であることから短期で国の示す目標値を達成することは非常に困難な状態です。国の示す目標値との大きな乖離を解消していくため、保険者としての取組の充実を図ることが重要です。令和11年度の最終目標値は、最大限に努力して近づけるための目標値と位置付け、次のとおり計画期間中の目標値を設定します。

図表56. 特定健康診査受診率の目標、及び対象者数の見込み

	①対象者数(人)	②受診率	③受診者数(人) (①×②)
令和6年度	14,054	45%	6,325
令和7年度	13,237	46%	6,090
令和8年度	12,477	47%	5,865
令和9年度	11,814	48%	5,671
令和10年度	11,203	49%	5,490
令和11年度	10,622	50%	5,312

図表57. 特定保健指導実施率の目標、及び対象者数の見込み

	特定健診 受診者数	動機付け支援		積極的支援		実施率
		対象者数	実施者数	対象者数	実施者数	
令和6年度	14,054	546	82	211	32	15%
令和7年度	13,237	544	88	228	37	16%
令和8年度	12,477	531	91	238	41	17%
令和9年度	11,814	530	96	253	46	18%
令和10年度	11,203	519	99	259	50	19%
令和11年度	10,622	515	103	271	55	20%

7.2. 特定健康診査

7.2.1. 対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者を対象とします。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとします。

7.2.2. 実施方法

7.2.2.1. 実施場所

河内長野市内の会場及び委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

7.2.2.2. 実施項目

特定健康診査の実施項目は、以下のとおりです。

対象者全員に実施する「基本的な項目」に加え、市独自で対象者全員に実施する「市独自の健診項目(河内長野市内医療機関受診者のみ)」、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」、に基づき実施します。

図表58. 基本的な健診項目(全員に実施)

問診・身体計測等	問診(既往歴・服薬歴・喫煙習慣など)、身長・体重測定、腹囲測定、血圧測定	
血液検査	脂質検査	中性脂肪/HDLコレステロール/LDLコレステロール(またはnon-HDLコレステロール)
	腎機能検査	AST(GOT)・ALT(GPT)/ γ -GT(γ -GTP)
	血糖検査	空腹時/HbA1c
	腎機能検査	血清クレアチニン/e-GFR/尿酸
尿検査	糖及び蛋白の有無	

図表59. 市独自の追加健診項目(河内長野市内医療機関受診者のみ)

血液検査	腎機能検査	尿素窒素
	貧血検査	赤血球数/血色素量(ヘモグロビン)/ヘマトクリット
	その他の検査	白血球数/血小板数/アルブミン/総コレステロール
尿検査	潜血の有無	
心電図検査	心疾患の有無	

図表60. 詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値

7.2.2.3. 実施時期(期間)

5月から3月に実施します。

7.2.2.4. 案内方法

対象者に、特定健康診査受診券と受診案内を個別に発送します。また、広報やホームページ等で周知を図ります。

7.3. 特定保健指導

7.3.1. 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階級化を行い、対象者を抽出します。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

図表61. 特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	あり なし	積極的 支援	動機づけ 支援
	1つ該当			
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当	あり なし	積極的 支援	動機づけ 支援
	2つ該当			
	1つ該当			

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階級化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味します。

※追加リスクの基準値は以下のとおりです。

- ①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
- ②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いています。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っています。

7.3.2. 実施方法

7.3.2.1. 実施場所

河内長野市内の会場及び委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

7.3.2.2. 実施内容

保有するリスクの数に応じて階級化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとします。

図表62. 情報提供

支援頻度	年に1回
支援形態	健診結果の郵送時に健康に関する動機づけリーフレットを同封します。

図表63. 動機づけ支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個性に応じた指導や情報提供等を行います。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とします。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、または1グループ当たり概ね8人以下、概ね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。
実績評価	○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価します。面接または通信手段(電話、電子メール、FAX、手紙等)を利用して行います。

図表64. 積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促します。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援します。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行います。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、または1グループ当たり概ね8人以下、概ね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。 ○3か月以上の継続的な支援 個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行います。					
実績評価	○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価(成果が出たことへの評価)を原則とし、プロセス評価(保健指導実施の介入量の評価)も併用して評価します。 アウトカム評価 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">主要達成目標</td> <td>・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 						

7.3.2.3. 実施時期（期間）

4月から3月（通年）に実施します。

7.3.2.4. 案内方法

対象者に対して、特定保健指導の利用案内を送付します。

8. 特定健康診査及び特定保健指導の実施スケジュール

8.1. 実施スケジュール

以下のスケジュールで特定健康診査及び、特定保健指導を実施します。

図表65. 実施スケジュール

実施項目	当年度												次年度								
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月			
特定健康診査																					
対象者抽出	⇔																				
受診券送付		⇔																			
特定健康診査実施			←————→																		
特定保健指導																					
対象者抽出			←————→																		
案内送付			←————→										⇔								
特定保健指導実施			←————→																		
前年度の評価	←————→																				
次年度の計画			←————→																		

9. その他

9.1. 個人情報の保護

9.1.1. 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行います。

また、外部委託を行う場合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ます。

9.1.2. データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄します。

9.2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

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、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあります。主に加入者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取り組み方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図ります。

9.3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

9.3.1. 評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行います。

9.3.2. 計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとします。

9.4. 他の健診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検(健)診と可能な限り連携して実施するものとします。

9.5.1. 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

9.5.2. 特定保健指導の実施方法の改善

9.5.2.1. アウトカム評価の導入による「見える化」

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進します。

9.5.2.2. ICTを活用した特定保健指導の推進

在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とします。ICT活用の推進に当たっては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」を参照し、ICT環境やICTリテラシーの確認・確保等、ICT活用に係る課題に留意して対応するものとします。