

第3章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業は、特定健診・特定保健指導、健診等の結果を活用した重症化予防事業、その他の保健事業及びポピュレーションアプローチの4つを中心に取り組む。

計画の短期目標及び中長期目標を達成するために、特定健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施が重要となる。そのため、まず、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努める必要がある。

さらに、中長期目標の対象疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎臓病等に関する共通のリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボ等の減少を目指した重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。重症化予防の取組としては、生活習慣病の重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎臓病重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には、医療受診が必要な者に適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者には医療機関と連携した重症化予防のための保健指導と治療中断の支援を実施する。また、歯周病は、糖尿病や心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病の重症化にも影響を及ぼすことから、医療機関と連携し、口腔ケアの理解促進と適切な治療への働きかけを行う。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護給付費等の実態を広く市民へ周知する。この他、生活習慣病は、子どもの頃に培われた生活習慣が影響することから、母子保健事業における健診等においても、子どもとその保護者が正しい生活習慣が送れるような保健指導・栄養指導を引き続き行う。

また、被保険者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を進めるため平成28年度から前倒しで実施されている保険者努力支援制度の各指標に関する項目についても積極的に取り組んでいく。

Ⅱ 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務） **第3期特定健康診査等実施計画**

1 第3期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年を一期として策定する。

2 目標値の設定

【図表 32】

	平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健診受診率	42.0%	45.0%	48.0%	51.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	66.3%	66.3%	66.3%	66.3%	66.3%	66.3%
特定保健指導対象者の減少率	20.4%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%

*重症化予防のための保健指導に重点を置くため、特定保健指導実施率は現状維持（平成28年度実施率）を目標とする。

3 対象者の見込み

【図表 33】

		平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健診	対象者数	14,153人	14,096人	14,040人	13,984人	13,982人	13,872人
	受診者数	5,944人	6,343人	6,739人	7,132人	7,660人	8,323人
特定保健指導	対象者数	594人	634人	674人	713人	766人	832人
	実施者数	394人	420人	447人	473人	508人	552人

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

指定医療機関で年間を通して受診できる「個別健診」と、日時と場所（住民センター等）を指定して実施する「集団健診」を実施している。集団健診において、休日、夜間健診を実施する。なお、健診の実施は、個別健診、集団健診ともに、市（国保）から健診機関への委託による。

- ① 個別健診(指定医療機関)
- ② 集団健診(住民センター等)

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、市のホームページに掲載する。

(参照)URL : <https://www.city.omura.nagasaki.jp/>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血、貧血）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL については、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。(実施基準第 1 条 4 項)

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医との協力及び連携を行う。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、長崎県国保連に事務処理を委託する。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

受診率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として被保険者に対する基本的な周知広報活動について、下記の予定で実施する。(図表 34)

年間スケジュール

【図表 34】

	受診券発行	特定健診	勧奨	周知
前年度 3 月	対象全員に発行			市広報、健康のしおり配布、各団体へポスター、チラシ配布
4 月		健診の実施		
5 月		↓	はがき・電話・訪問による受診勧奨	市広報：集団健診案内
6 月				
7 月				市広報：集団健診案内
8 月				
9 月				市広報：集団健診案内
10 月				健康福祉まつりでチラシ配布
11 月				市広報：集団健診案内
12 月				
1 月				市広報：集団健診案内
2 月				市広報：集団健診案内
3 月				

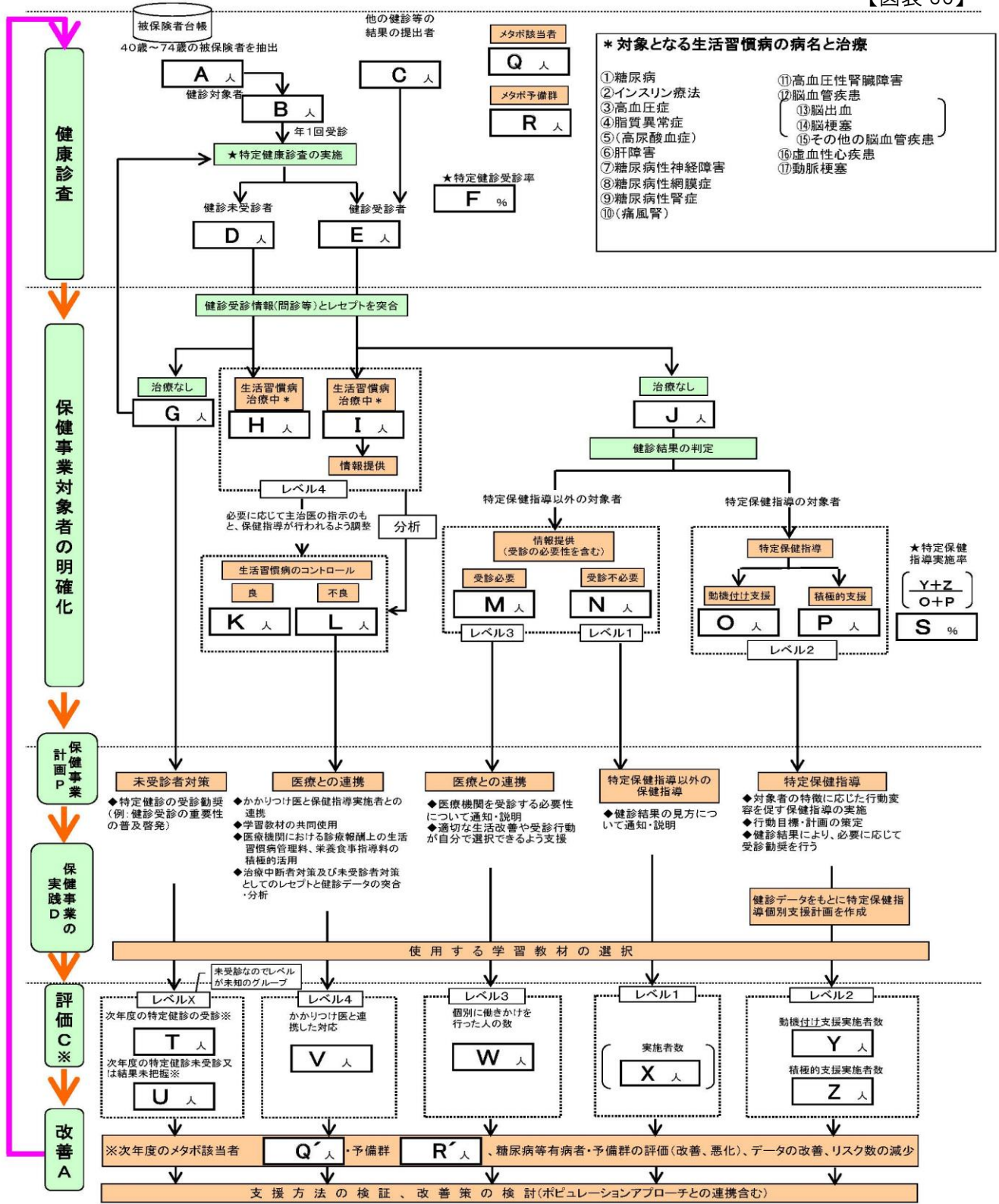
5 特定保健指導の実施

特定保健指導については、市（国保）が直接実施する。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表35)

【図表35】



※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

(2) 保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

保健指導対象者について、図表 36 に基づき、下記のような優先順位で保健指導を実施する。

優先順位別保健指導対象者 (H30 年度見込)

【図表 36】

優先順位	様式 5-5	保健指導 レベル	支援方法	H27 対象者 (対受診者比) *1	H27 実施者 (実施率) *2	対象者数見込 (対受診者見込 5,944 人比)	目標 実施者数 (実施率)
1	O P	特定保健指導 ○動機付け支援 P 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じ て受診勧奨を行う	492 人 (10.5%) (法定報告)	353 人 (62.4%) (法定報告) (うち、92 人 は重症化予防 対象者)	594 人 (10.0%)	394 人 (66.3%)
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性 について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動 が自分で選択できるよう支援	945 人 (20.2%)	157 人 (16.6%)	1,129 人 (19.0%)	339 人 (30%) *3
3	L	情報提供 (治療中で コントロール 不良)	◆かかりつけ医と保健指導実 施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬 上の生活習慣病管理料、栄養食 事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策としてのレセプトと健 診データの突合・分析	1,436 人 (30.7%)	268 人 (18.7%)	1,724 人 (29.0%)	517 人 (30%)
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健 診受診の重要性の普及啓発)	9,434 人	通知 11,264 人 電話 36 人 訪問 374 人	8,209 人 ※受診率目 標達成まで あと 1,126 人	100% [通知 全員 電話 2,000 人 訪問 1,000 人]
5	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通 知・説明	952 人 (20.4%)	212 人 (22.3%)	1,189 人 (20.0%)	36 人 (3%)
6	K	情報提供 (治療中で コントロール 良)	◆かかりつけ医と保健指導実 施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策としてのレセプトと健 診データの突合・分析 ◆医療機関における診療報酬 上の生活習慣病管理料、栄養食 事指導料の積極的活用	1,021 人 (21.9%)	186 人 (18.2%)	1,308 人 (22.0%)	39 人 (3%)
4D (健診未受診者) を除いた合計				4,846 人	1,176 人	5,944 人	1,325 人

*1: KDB では H27 受診者数は 4,670 人で算定

*2: H27 の保健指導実施者実績は血圧、血糖、尿蛋白の結果での階層化

*3: HbA1c6.5 以上については 100%

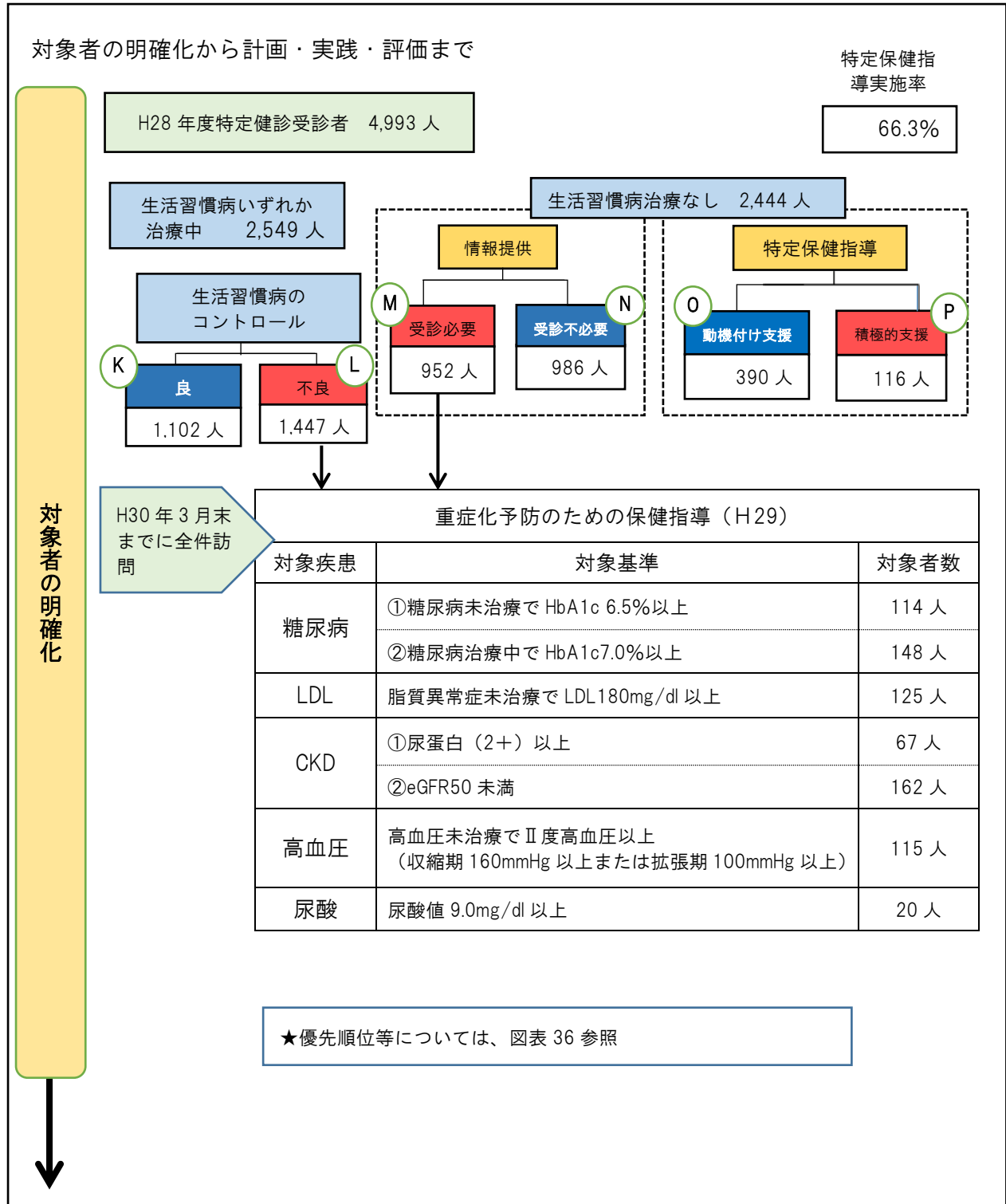
(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かうための進捗状況管理とPDC Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 37)

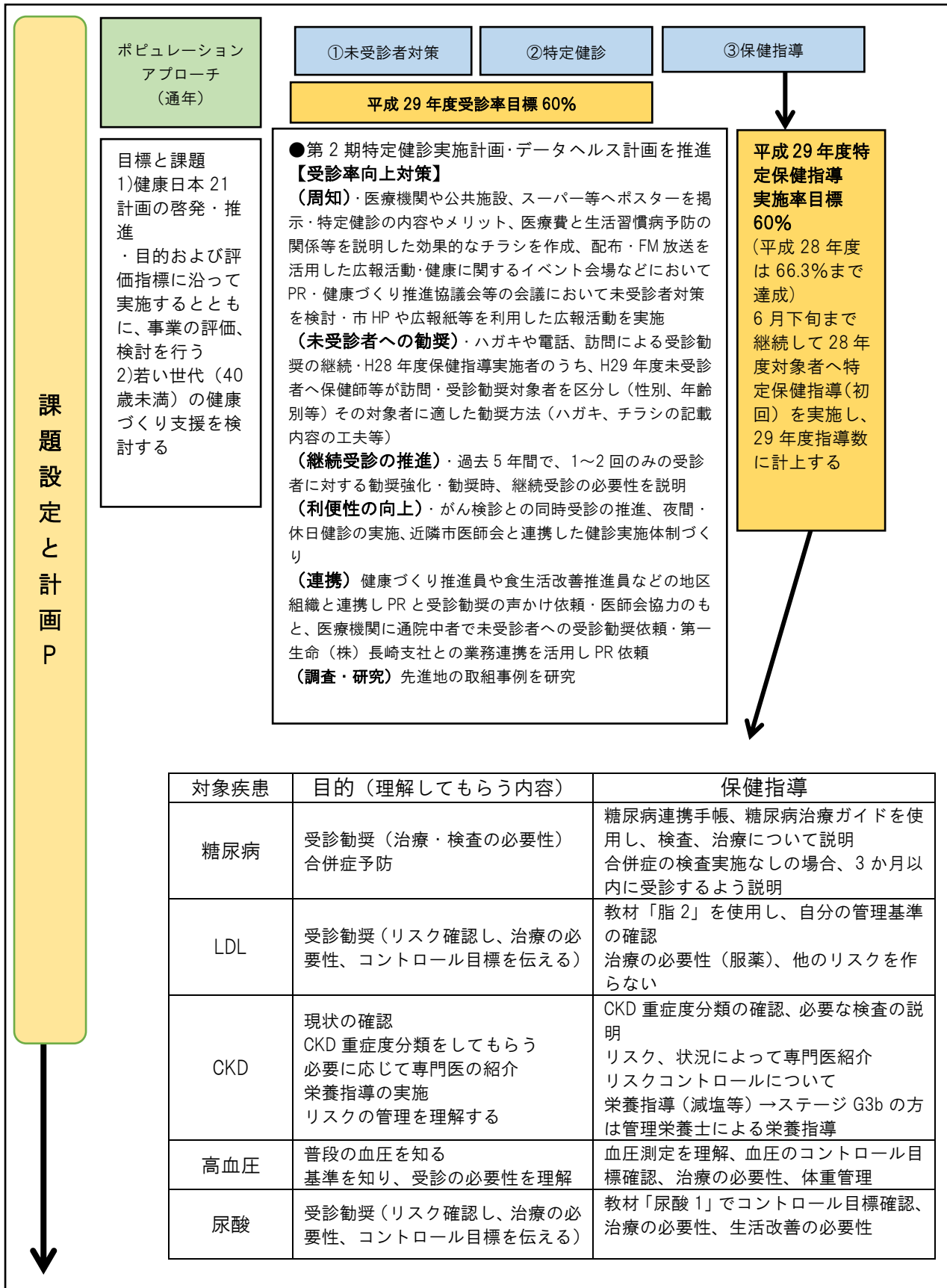
糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

(例：平成 29 年度)

【図表 37-1】

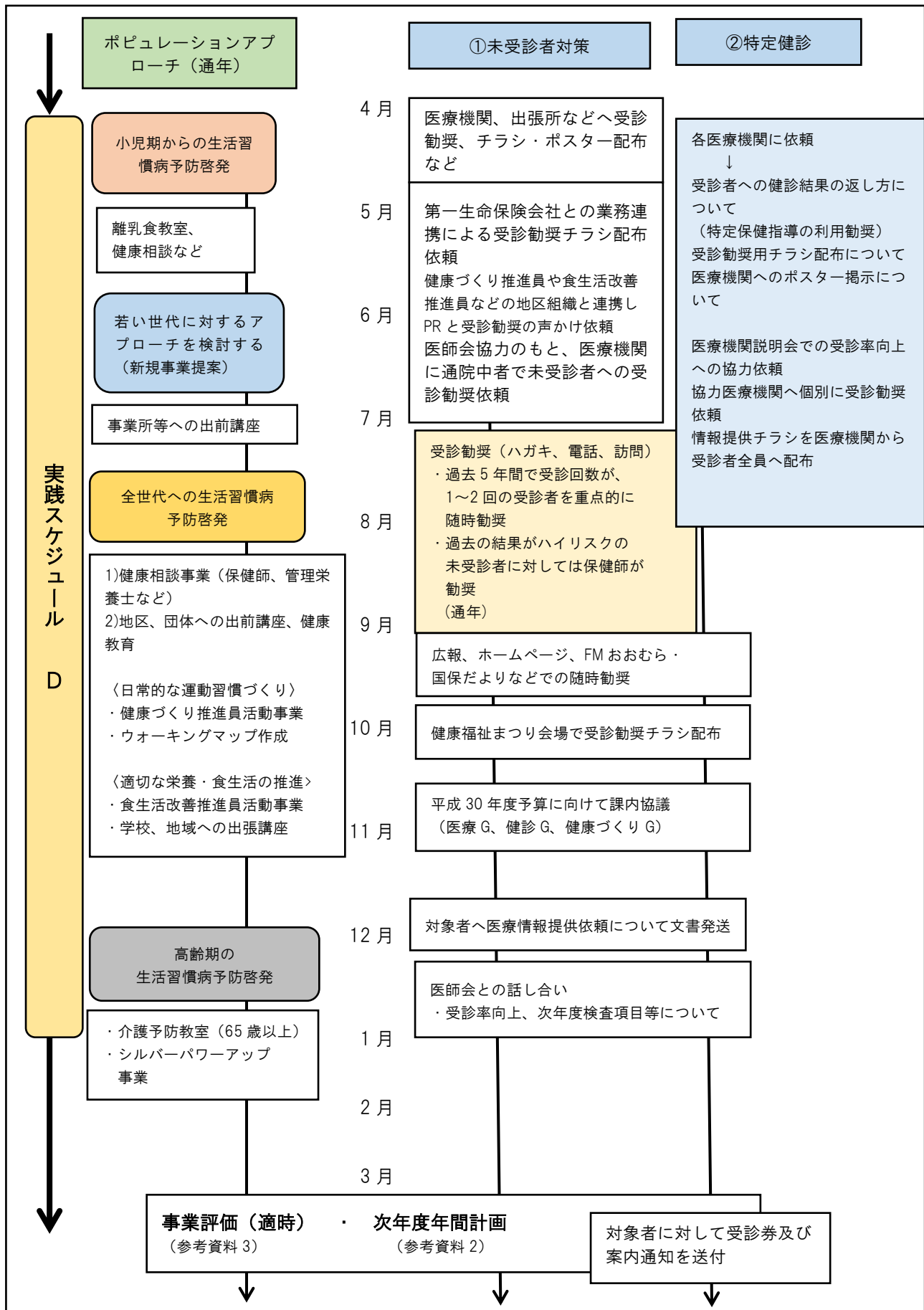


【図表 37-2】

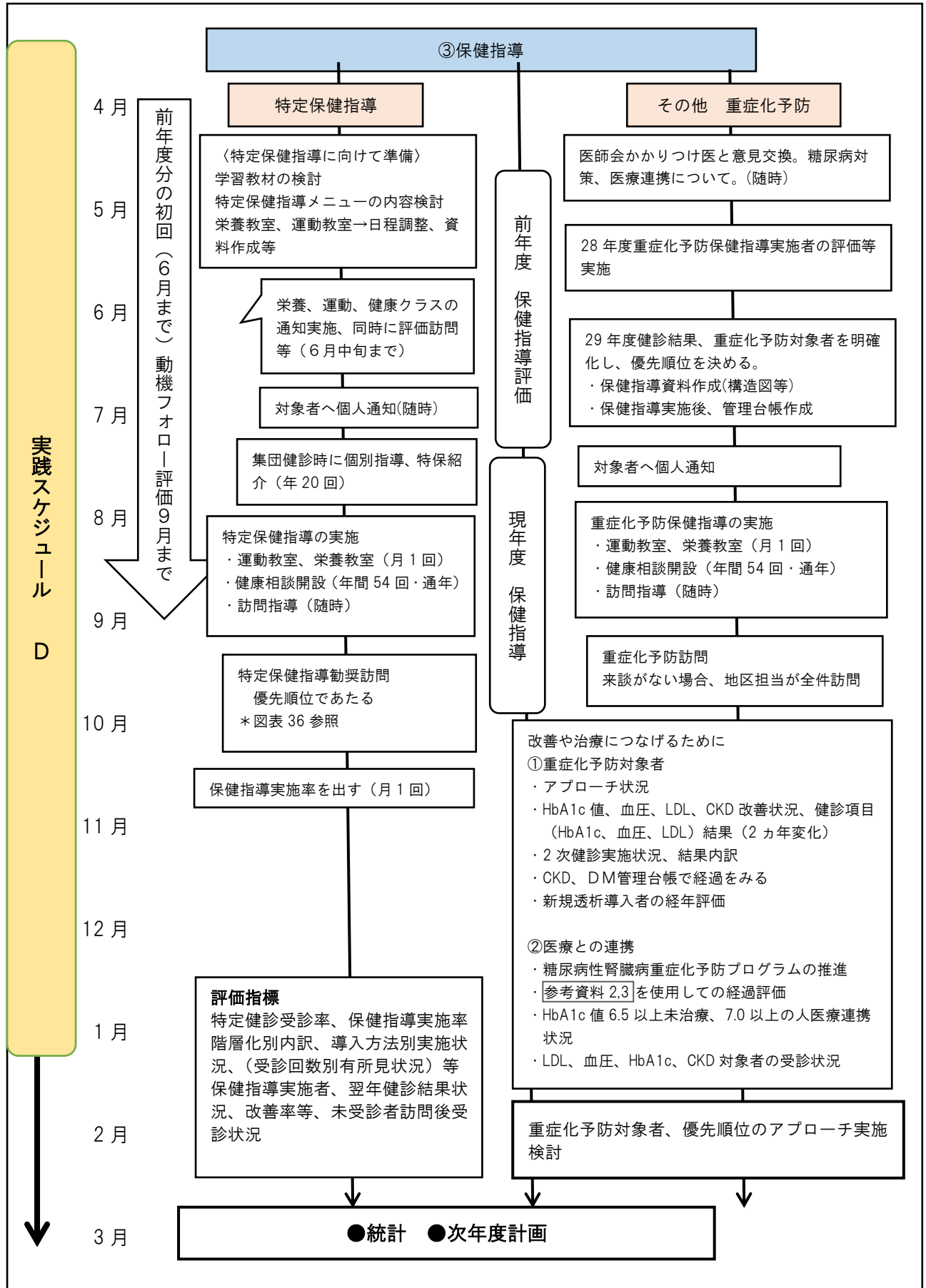


対象疾患	目的(理解してもらう内容)	保健指導
糖尿病	受診勧奨(治療・検査の必要性) 合併症予防	糖尿病連携手帳、糖尿病治療ガイドを使用し、検査、治療について説明 合併症の検査実施なしの場合、3か月以内に受診するよう説明
LDL	受診勧奨(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標を伝える)	教材「脂2」を使用し、自分の管理基準の確認 治療の必要性(服薬)、他のリスクを作らない
CKD	現状の確認 CKD重症度分類をしてもらう 必要に応じて専門医の紹介 栄養指導の実施 リスクの管理を理解する	CKD重症度分類の確認、必要な検査の説明 リスク、状況によって専門医紹介 リスクコントロールについて 栄養指導(減塩等)→ステージG3bの方は管理栄養士による栄養指導
高血圧	普段の血圧を知る 基準を知り、受診の必要性を理解	血圧測定を理解、血圧のコントロール目標確認、治療の必要性、体重管理
尿酸	受診勧奨(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標を伝える)	教材「尿酸1」でコントロール目標確認、治療の必要性、生活改善の必要性

【図表 37-3】



【図表 37-4】



【図表 37-5】

①未受診者対策		②特定健診							
【受診率】 (単位%)									
	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	
目標	47.0	56.0	65.0	42.5	45.5	50.0	55.0	60.0	
実績	35.6	36.5	34.1	30.9	33.2	33.1	35.1		
全国市町村国保実績	32.0	32.7	33.7	34.3	35.4	36.3	-	-	
③保健指導									
【特定保健指導：全体】									
年度	受診者(人)	該当者(人)	該当率(%)	実施者(人)	実施率(%)				
H23	5,146	612	11.9	273	44.6				
H24	4,866	548	11.3	256	49.8				
H25	4,438	453	10.2	227	61.8				
H26	4,794	494	10.3	233	47.0				
H27	4,665	492	10.5	307	62.4				
H28	4,818	483	10.0	320	66.3				
【特定保健指導：積極的支援・動機づけ支援別】									
年度	受診者(人)	積極的支援				動機づけ支援			
		該当者(人)	該当率(%)	実施者(人)	実施率(%)	該当者(人)	該当率(%)	実施者(人)	実施率(%)
H23	5,146	185	3.6	56	30.3	427	8.3	217	50.8
H24	4,866	164	3.4	39	23.8	384	7.9	234	60.9
H25	4,438	128	2.9	57	44.5	325	7.3	223	68.6
H26	4,794	132	2.8	48	36.4	362	7.6	184	50.8
H27	4,665	115	2.5	47	40.9	377	8.1	260	69.0
H28	4,818	102	2.1	48	47.1	381	7.9	272	71.4
(実績は法定報告値)									
【特保以外の保健指導】									
対象疾患	糖尿病	LDL	CKD	高血圧	尿酸				
評価指標	受診状況、HbA1cのコントロール状況(直近の検査値または次年度健診値)	受診状況 LDL値	受診状況、リスクコントロール状況 Δ eGFR、検査値等	血圧測定状況受診状況	受診状況 UA値				
対象疾患	H27年度保健指導実施し、H28年度健診受診有 : 単位人()は%								
	改善状況				治療状況				
	改善	維持	悪化	健診未受診	治療	未治療			
糖尿病	19 (29.7)	16 (25.0)	13 (20.3)	16 (25.0)	37 (77.1)	11 (22.9)			
高血圧	65 (33.7)	36 (18.7)	13 (6.7)	79 (40.9)	54 (45.8)	64 (54.2)			
CKD	40 (4.1)	573 (58.1)	45 (4.6)	329 (33.3)					
生活習慣病予防をライフサイクルで見ていく。母子、長寿と業務分担をしているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組む									

評価 C (前年度に実施した内容)

改善 A

6 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報保護及び守秘義務の観点から適切な取扱いを行う。

個人情報の取扱いは、「個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」及び「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」、並びに「大村市個人情報保護条例（平成 17 年条例第 2 号）」及び同条例施行規則等に基づいて行う。

また、個人情報を適正に取り扱うため、「国民健康保険法（平成 20 年 4 月 1 日施行分）第 120 条の 2」及び「高齢者の医療の確保に関する法律（平成 20 年 4 月 1 日施行分）第 30 条及び同第 167 条」等に守秘義務規定が設けられている。

なお、特定健診を外部委託する際は、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、委託先の契約状況を管理する。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行う。

保存期間については、原則として 5 年間とする。

7 結果の報告

実績報告については、特定健診等データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

8 特定健診等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、計画は市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

9 計画の評価及び見直し

下記の内容については、毎年評価を行い、その結果を大村市国民健康保険運営協議会に報告する。

- ・ 特定健診の受診率
- ・ 特定保健指導実施率
- ・ 特定保健指導対象者以外の保健指導実施率
- ・ 有所見状況の改善状況（HbA1c、血圧、LDL、eGFR 等）

また、本計画は、国の動向等を見極めながら、必要な場合には見直しを行う。