

山田町国民健康保険

第2期データヘルス計画

第3期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

山田町

## 目次

第1章 計画の策定にあたって	1
1 基本的事項	1
1-1 計画策定の背景と目的	1
1-2 計画の期間	2
2 山田町国民健康保険の現状	3
3 健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題	6
3-1 医療費の現状	6
3-2 疾病別医療費の現状	8
3-3 高血圧と脳卒中に係る分析	11
3-4 糖尿病と人工透析に係る分析	14
3-5 特定健診受診状況	16
3-6 肥満とメタボリックシンドロームについて	17
3-7 飲酒と喫煙について	19
3-8 食習慣と運動習慣について	21
3-9 男女別の取り組み	23
3-10 特定保健指導実施状況	24
3-11 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の次年度の改善状況	28
第2章 第2期データヘルス計画	30
1 第1期計画に基づく対策の評価	30
2 山田町の課題と対策	32
3 保健事業	33
3-1 保健事業の概要	33
3-2 保健事業の内容	35
3-3 保健事業の内容及び評価指標	44
第3章 第3期特定健康診査等実施計画	49
1 特定健康診査・特定保健指導制度	49
2 第2期山田町特定健康診査等実施計画の期間の現状	50
3 第3期山田町特定健康診査等実施計画の目標	51
4 特定健康診査等の対象者	52
4-1 特定健康診査	52
4-2 特定保健指導	53
5 特定健康診査等の実施方法	55
5-1 特定健康診査の実施方法	55
5-2 特定健康指導の実施方法	56
5-3 年間スケジュール	58
第4章 計画に基づく事業の評価・見直し等について	59
1 保健事業実施状況の評価方法・時期	59

2	計画の見直し	59
3	計画の公表・周知	59
4	個人情報の取り扱い及び守秘義務規定の遵守	59
5	実施体制・関係者連携	59

## 第1章 計画の策定にあたって

### 1 基本的事項

我が国では少子高齢化が進む中で、生活習慣の乱れが原因で引き起こされるといわれる生活習慣病が増加しており、社会の環境の変化に伴って疾病構造の変化が進んでいます。こうした状況の中で、国民ひとりひとりが「長く健康で暮らす」ことの重要性が増しています。山田町では、平成20年度から、「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）」に基づき、40歳から74歳の被保険者を対象にメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び生活習慣病予防のための特定保健指導をはじめとする保健事業を実施してきました。

山田町の国民健康保険の医療費の状況に目を向けてみると、被保険者数は減少する一方で、医療の高度化や高齢化に伴い、医療費は増加傾向にあります。

このような状況において、保健事業をより実施しやすくなるような基盤の整備も進んでいます。「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）」において、平成23年度当初より診療報酬明細書及び調剤報酬明細書（以下「レセプト」という。）を原則電子化することとされています。この結果、電子化されたレセプト情報や特定健康診査等の結果は適切な管理のもとで、各保険者がデータ分析を行い、被保険者の健康課題を把握したうえでより効果的・効率的に保健事業を実施する、いわゆるデータヘルスという考え方に基づく保健事業の展開が可能になりました。

こうした流れを受けて、各保険者は、被保険者の健康寿命の延伸やQOLの向上等の課題に取り組む役割が強まっています。山田町においても、データヘルスの考え方にに基づき、保健事業を展開し、被保険者の健康の保持増進に努めてまいります。

#### 1-1 計画策定の背景と目的

今回策定する2つの計画は、山田町国民健康保険の被保険者を対象とした計画ですが、それぞれ根拠となる法令や対象年齢が異なります。しかし、これらをより実効性のある計画にするため、保健事業全般を対象として策定するデータヘルス計画と、保健事業の中核である特定健康診査・特定保健指導を対象として策定する特定健康診査等実施計画を、それぞれ章立てした形で一体的に策定しました。

健康・医療情報の分析に当たっては、主に国保データベースシステム（以下「KDB」という。）のデータを使用し、経年比較や他自治体平均との比較を行い、健康課題をより明確にすることに努めました。

##### (1) データヘルス計画

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」を重要な柱として掲げ、「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」として、「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」ことを掲げました。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 条第 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）の一部が改正され、各保険者は健康・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、保健事業に取り組むことが期待されています。

山田町では、これまで実施してきた保健事業の取り組みを活かしながら、より効果的・効率的な保健事業を推進していくために、第 1 期データヘルス計画（平成 27 年度～29 年度）を実施してきたところです。

第 1 期における保健事業の実施結果を踏まえ、計画の見直しを行い、新たに第 2 期計画を策定しました。

本計画は「被保険者の健康の保持増進」を大きな目標として設定します。この目標の達成に向けた取り組みを進めるため、山田町国保被保険者の現状を把握し、レセプト情報や特定健康診査結果等の健康・医療情報等の分析結果から健康課題を把握したうえで、実施する保健事業を示すものとします。

## （2）特定健康診査等実施計画

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、各保険者に対して、40 歳から 74 歳まで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ました。

山田町においても、平成 20 年 3 月に、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標に関する基本的事項について定めた「山田町特定健康診査等実施計画」（第 1 期計画期間：平成 20 年度～24 年度、第 2 期計画期間：平成 25 年度～29 年度）を策定し、事業を実施してきたところです。

第 2 期における特定健康診査及び特定保健指導の実施結果等を踏まえ、計画の見直しを行い、新たに第 3 期計画を策定しました。

本計画は「生活習慣病対策」を軸とし、対策を実施計画化したものとなります。

### 1-2 計画の期間

両計画の計画期間は、「医療費適正化計画」などとの整合性を踏まえ、平成 30 年度から平成 35 年度までの 6 年間とします。

## 2 山田町国民健康保険の現状

### (1) 山田町国保概要

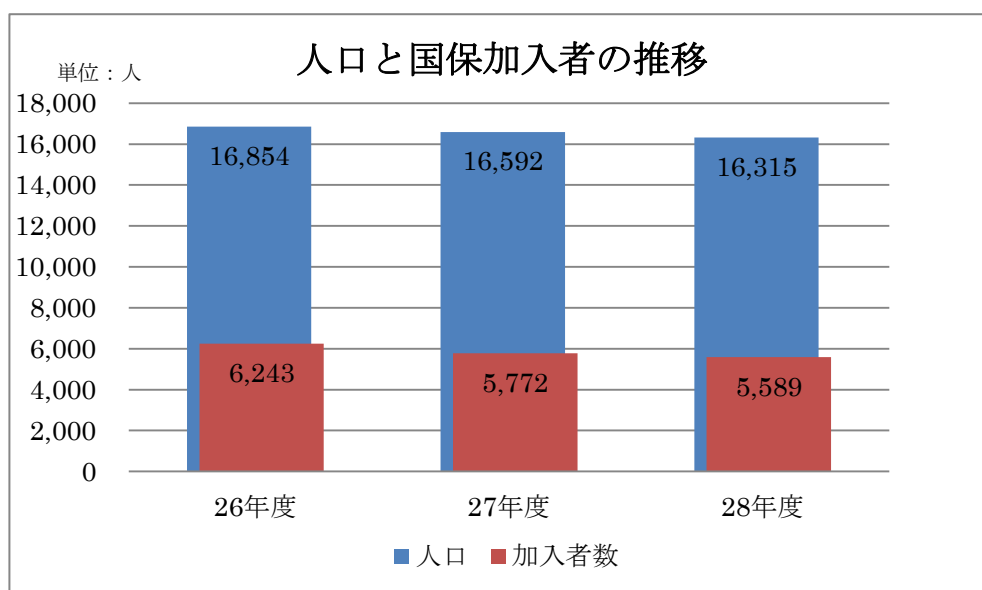
平成 28 年 4 月 1 日時点の人口は 16,315 人、山田町国民健康保険加入者は町民全体の 34.3%を占めています。

町人口		16,315 人	
国保加入者数		5,589 人	
40 歳以上割合		79.2%	
国保加入者医療費		1,869,241,050 円	
国保加入者一人あたりの医療費		334,450 円	
平均寿命		男性 77.0 歳、女性 86.2 歳	
	岩手県	78.5 歳、85.9 歳	
	同規模市町村	79.3 歳、86.3 歳	
	国	79.6 歳、86.4 歳	
健康寿命		男性 63.6 歳、女性 66.9 歳	
	岩手県	64.4 歳、66.5 歳	
	同規模市町村	65.1 歳、66.8 歳	
	国	65.2 歳、66.8 歳	

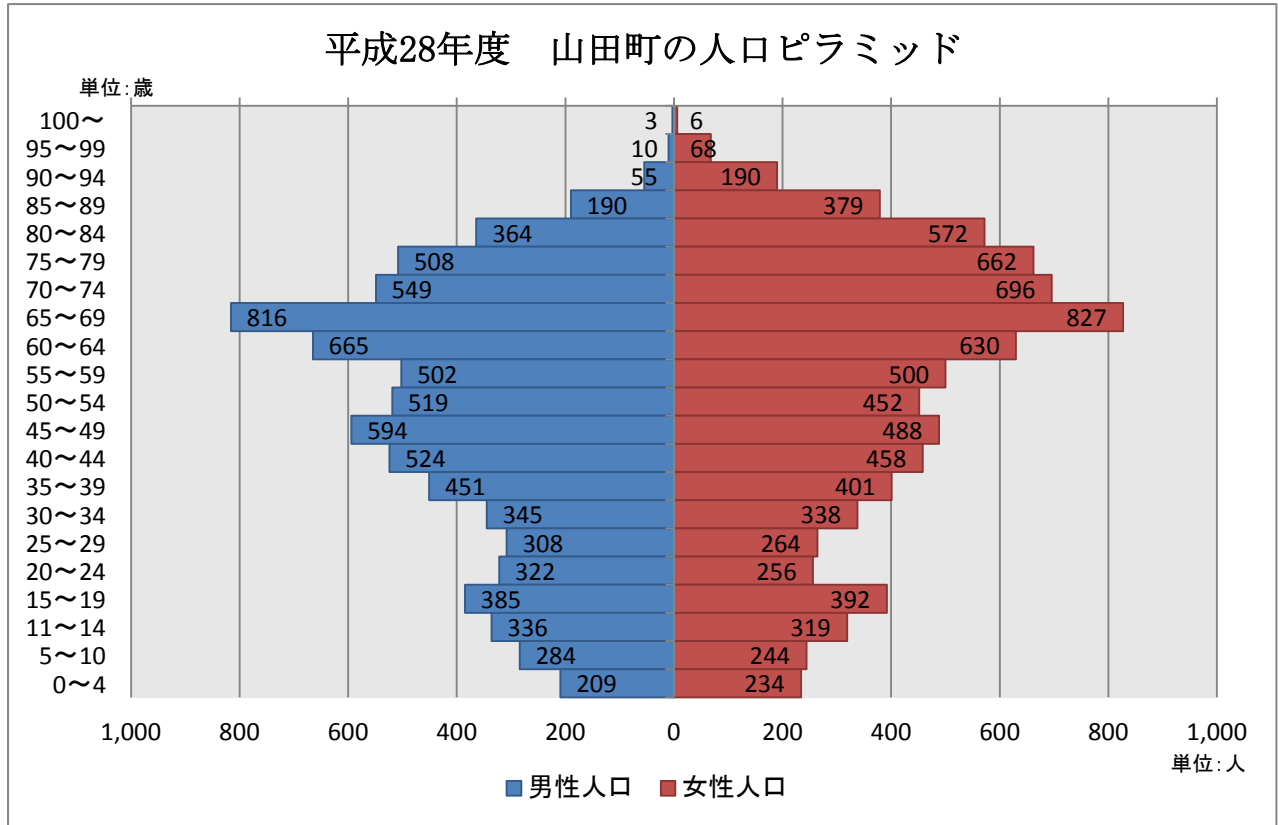
(出典：KDB)

### (2) 人口と国保加入者数の推移 (平成 26～28 年度 各 4 月 1 日時点)

平成 28 年度の山田町の人口及び国保加入者数は、平成 26 年度に比べ減少しています。加入者の割合は町全体の 34.3%(平成 28 年度)で加入率は 2.7 ポイント減少しています。加入者の減少理由として考えられるのは、75 歳到達者が後期高齢者医療制度に移行することや、社会保険の加入者が増加し国保への加入者が減ってきていること等が要因と考えられます。

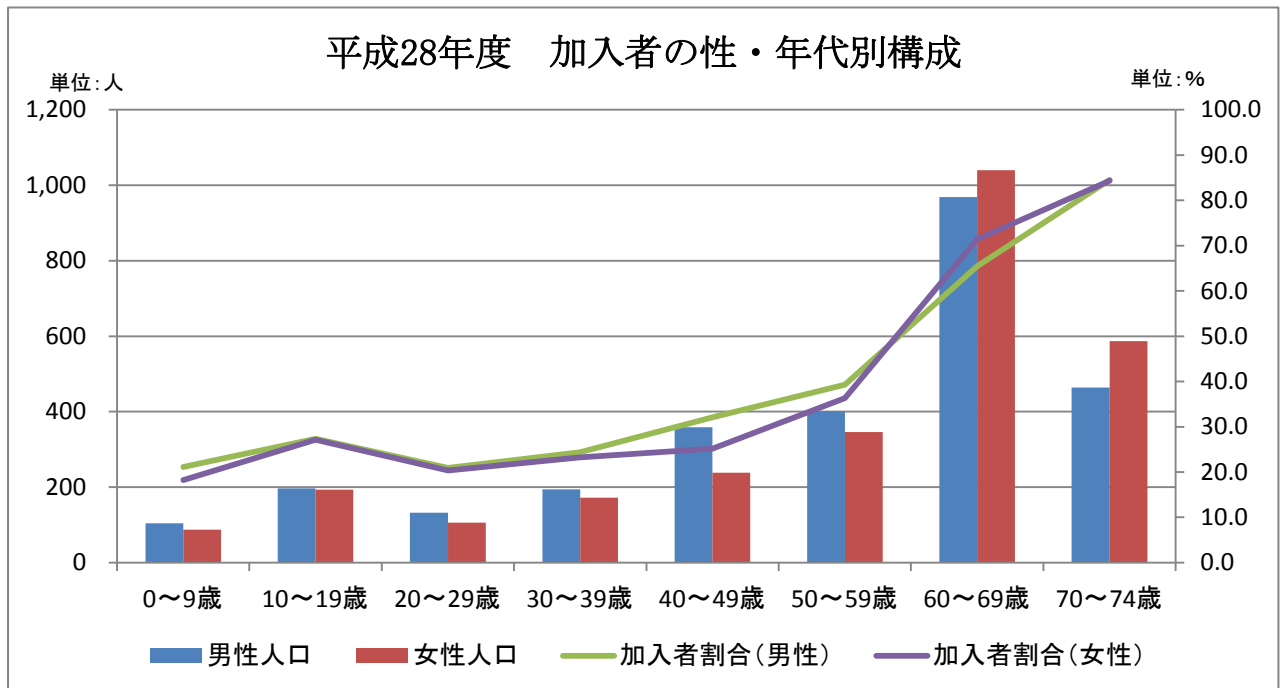


(出典：KDB)



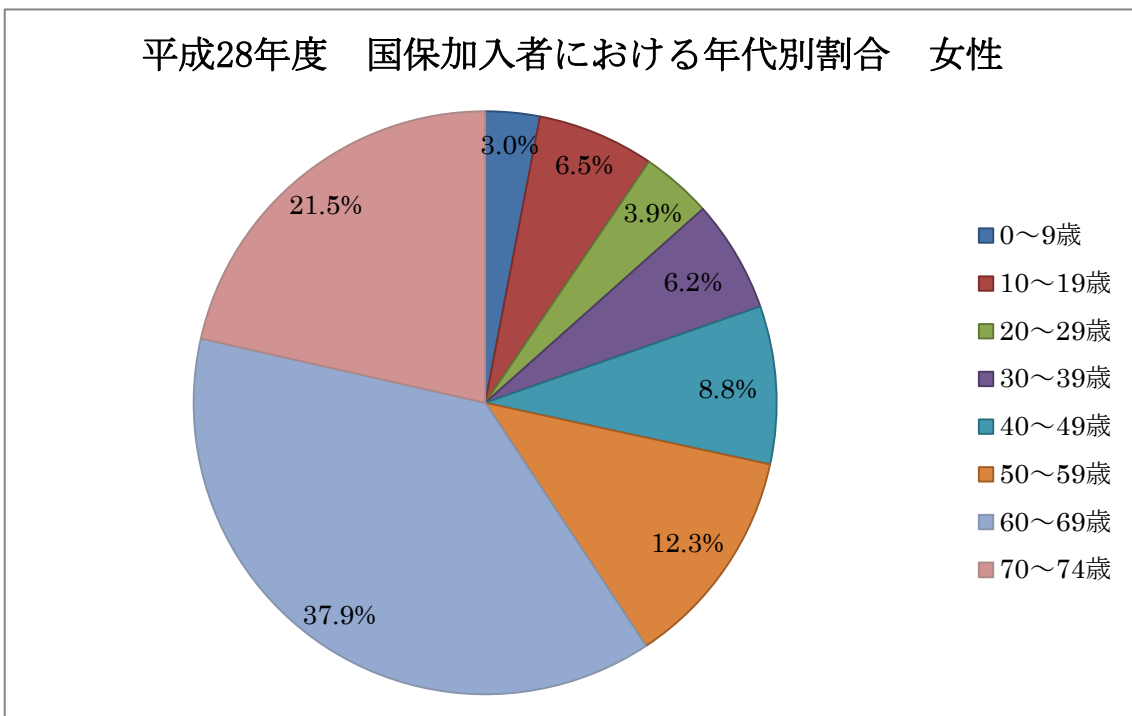
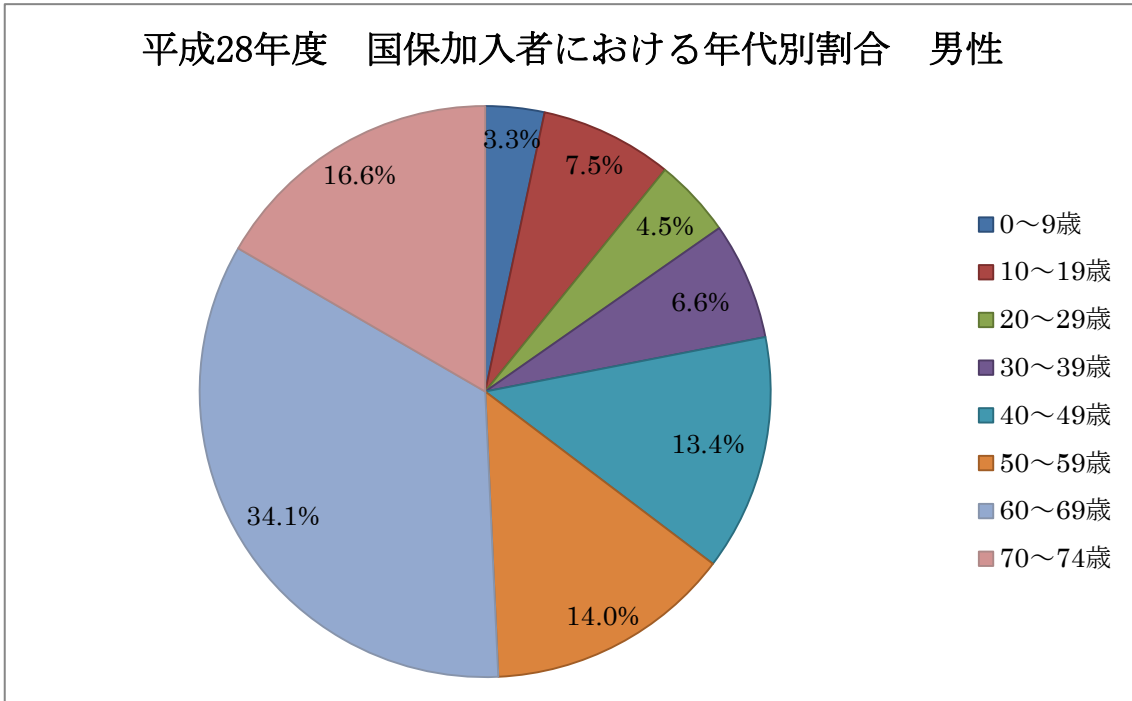
### (3) 加入者の性別・年代別構成

加入者の性別・年代別構成をみると、社会保険等の加入者が多い50歳代までに比べて、社会保険等からの脱退に伴って60歳代から加入率が大きく上昇しています。



(出典: KDB)

山田町では男女ともに60歳代の人数構成割合が34.1%、37.9%と最も高くなっています。また、岩手県・国と比較すると、男女ともに全体を通して加入割合は高い傾向にあります。第一次産業である漁業従事者が多いためであると考えられます。



(出典：KDB)

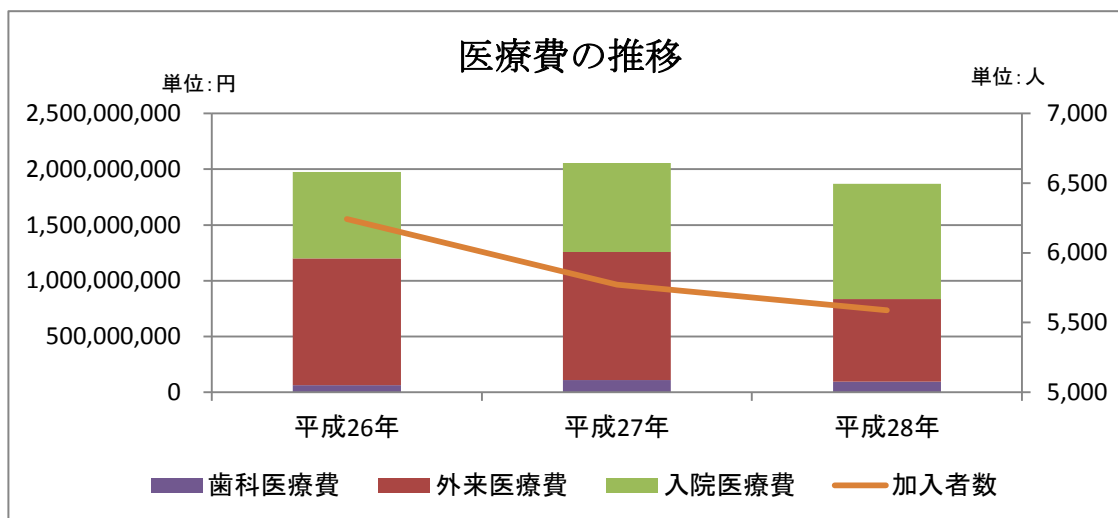


### 3 健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題

#### 3-1 医療費の現状

##### (1) 年間医療費の推移

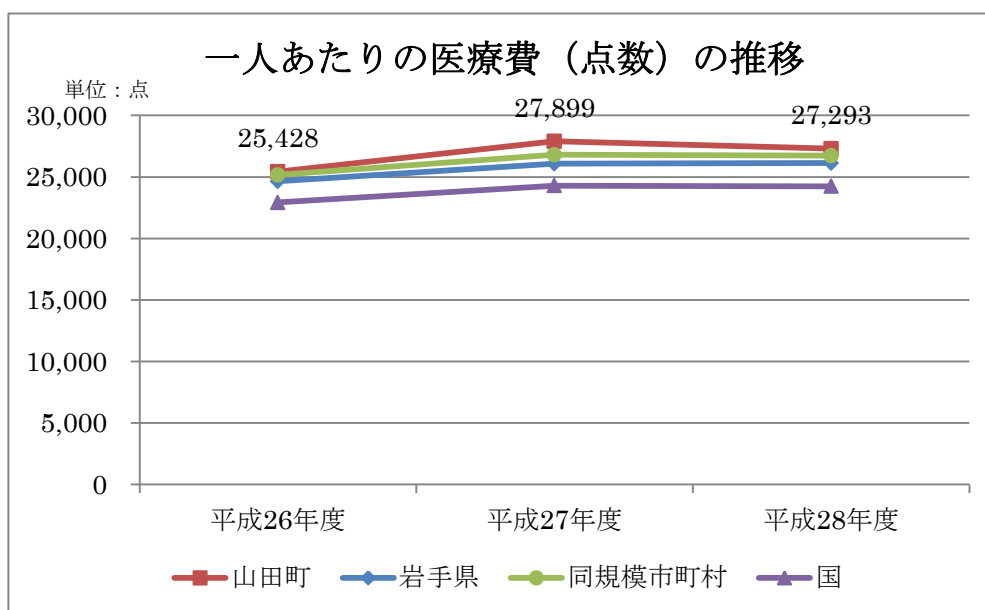
平成28年度の医療費総額は約18億6千万円で、平成26年度と比べると約1億円減少していますが横ばい傾向です。加入者数は平成26年度から毎年度減少しています。



(出典：KDB)

##### (2) 一人あたりの医療費（点数）の推移

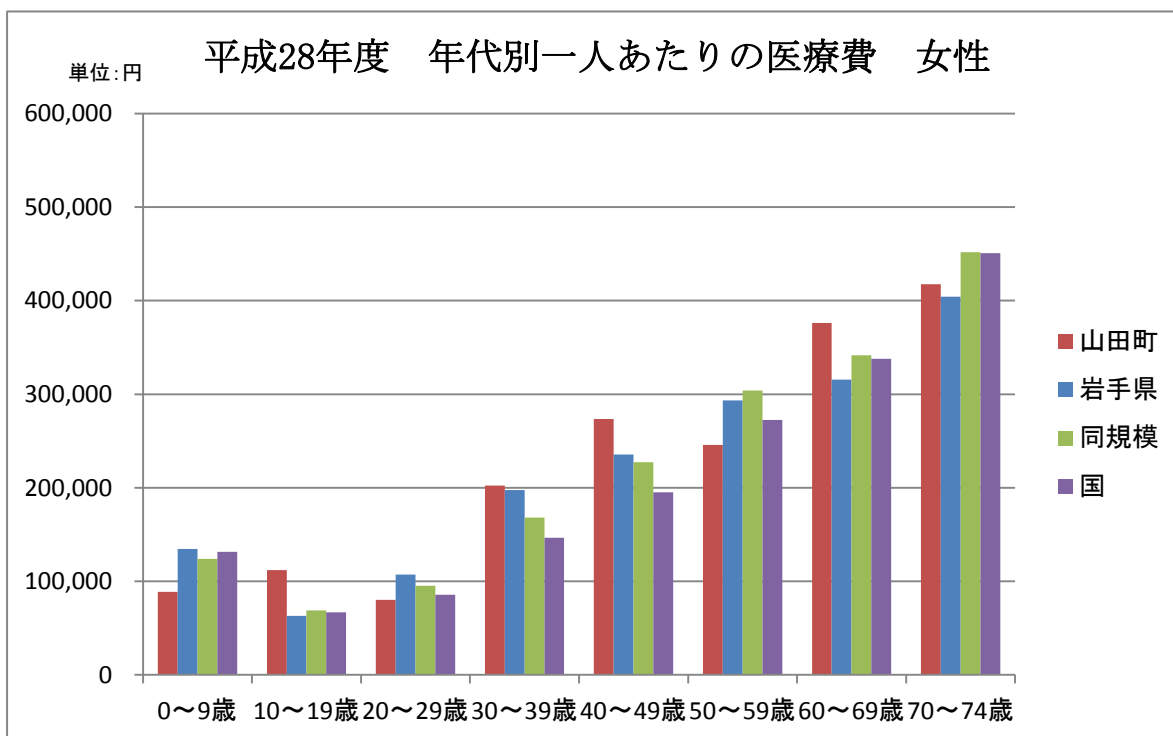
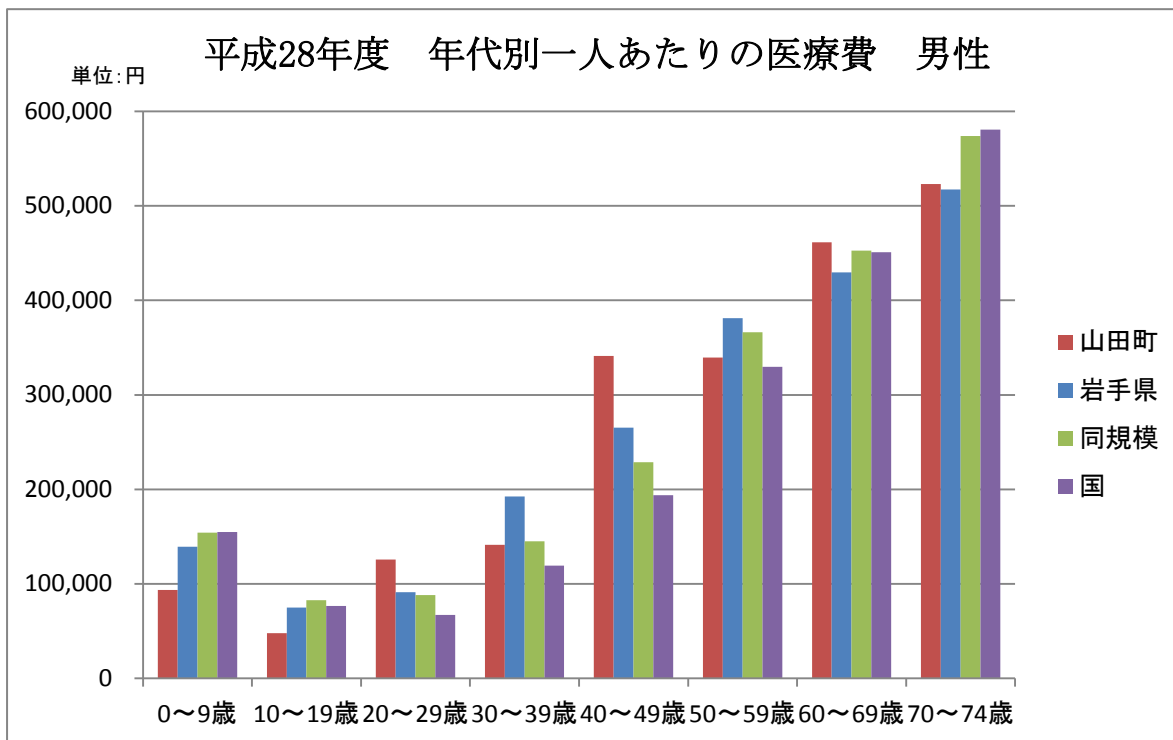
一人あたり医療費を、岩手県・同規模市町村・国と比較してみると、平成28年度の山田町国保加入者一人あたり年間医療費は27,293点で、平成26年度と比べると1,865点(約7%)増加しています。岩手県、同規模市町村・国の増加率6%であるのに対して高くなっています。



(出典：KDB)

### (3) 年代別一人あたりの医療費

加入者一人あたり医療費を性別・年代別に岩手県・同規模・国と比較してみると、20歳代、40歳代、60歳代で山田町国保が他よりも高くなっています。一人あたり医療費が高くなる要因には、診療内容や医療の高度化の他、様々な要因が考えられます。一人あたり医療費が他の自治体と比べて高いことが好ましくないとは一概には言えない、という点には注意が必要です。



(出典：KDB)

### 3-2 疾病別医療費の現状

国保の高額医療費をみてみますと、入院医療費の総額は男女ともに国と比較して高く、外来医療費の総額は男性で国よりも高い状況にあります。

特に脳梗塞、脳出血による入院医療費は国の2倍以上となっています。これらの疾病は医療費が高額なだけでなく、身体機能や言語などに障害が残り、介護が必要な状況になる可能性も高いため、町の重点健康課題として対策が必要です。

また、糖尿病と人工透析の外来医療費も高い状況であり、糖尿病の予防、糖尿病の重症化・合併症の予防も併せて優先度の高い課題です。

#### 平成28年度 疾病別医療費の現状

入院	医療費総額(円)	レセプト1件あたりの医療費 (円)	標準化比(国=1.00)	
			男	女
総額	795,533,670	475,513	1.06	1.08
心筋梗塞	2,058,070	1,029,035	0.41	0.00
脳梗塞	49,946,110	780,408	2.18	2.59
脳出血	22,883,820	762,794	2.77	0.58
糖尿病	3,537,630	272,125	0.56	0.19
人工透析	20,189,690	721,060	1.45	0.51
悪性新生物	129,084,120	729,289	1.10	0.79
精神	190,685,040	362,519	1.84	1.82

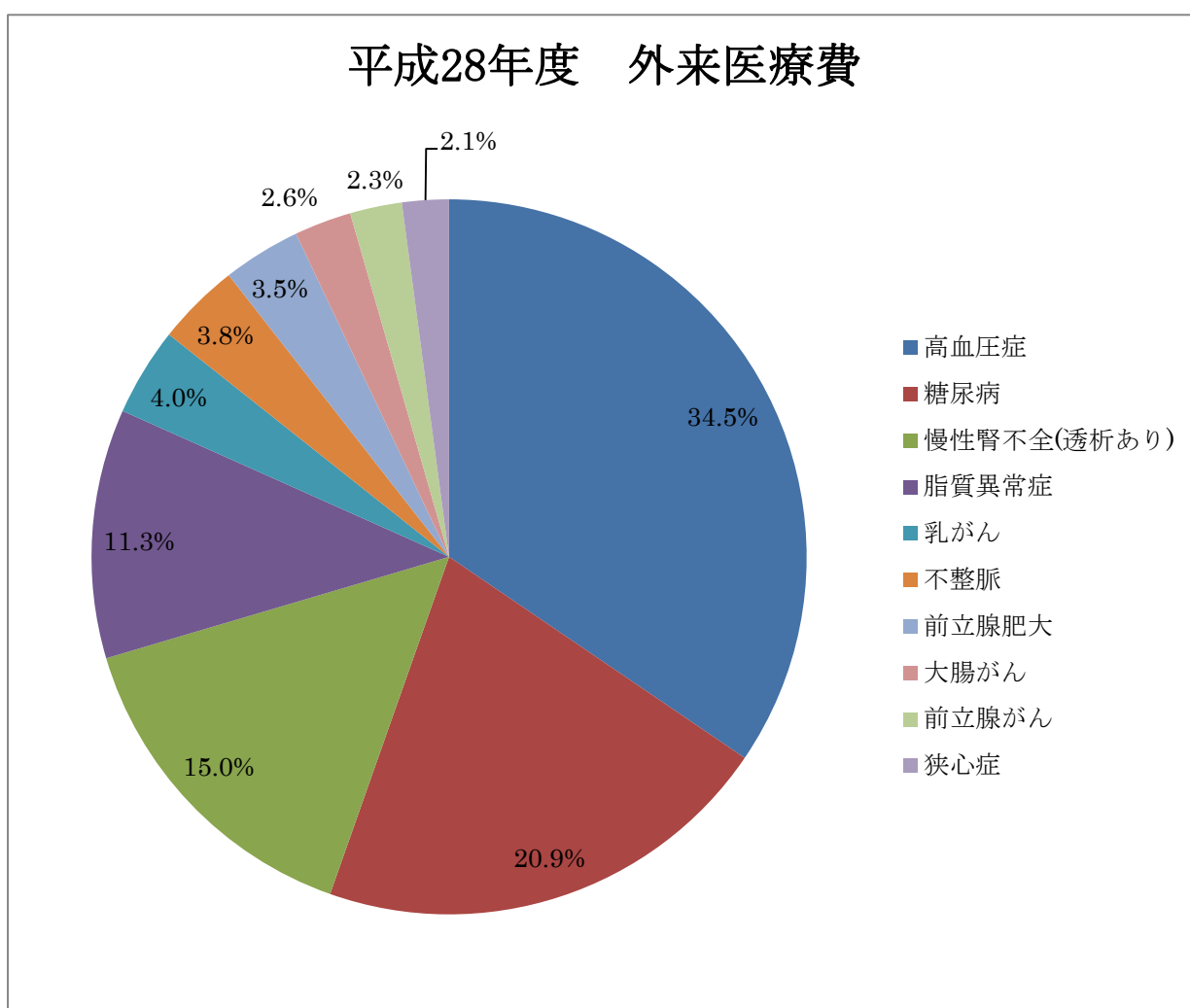
外来	医療費総額(円)	レセプト1件あたりの医療費 (円)	標準化比(国=1.00)	
			男	女
総額	1,149,329,850	22,913	1.23	1.00
心筋梗塞	120,950	20,158	0.14	0.22
脳梗塞	8,970,660	24,050	1.03	1.07
脳出血	87,150	17,430	0.08	0.41
糖尿病	100,561,010	30,299	1.08	1.12
人工透析	95,381,210	374,044	1.10	1.29
悪性新生物	105,550,180	84,508	1.03	0.95
精神	77,892,290	26,200	1.29	1.56

(出典：KDB)

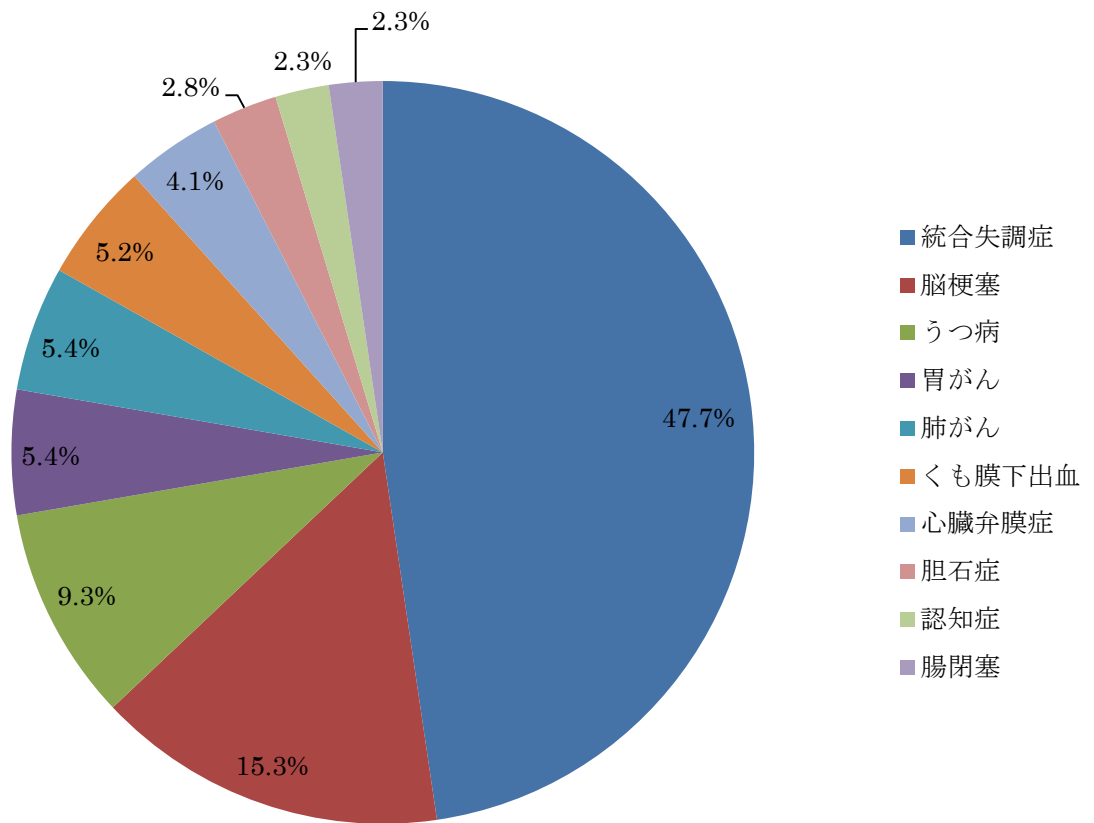
国保の医療費上位 10 項目をみてみますと、外来医療費では高血圧が全体の 34.5%と 1 番高い割合となっています。そのことから、高血圧を予防する取り組みが必要です。その一方で入院医療費では、脳梗塞・くも膜下出血が 20.5%を占めていますが、平成 28 年に脳卒中を発症した 21 名中 11 名の約半数が高血圧の治療をせずに脳卒中を発症していることから、高血圧の治療を適切な時期に受けられるような取り組みも併せて実施する必要があります。

また、糖尿病と人工透析の外来医療費を併せると約 36%と高い状況です。高血圧と糖尿病を合併することで脳卒中のリスクが高くなることも鑑みると、糖尿病の予防が必要であると同時に糖尿病の重症化予防も必要です。

入院医療費では、統合失調症が約 48%と約半数を占めています。この多くは 1 年以上の長期入院患者であり、病院や相談支援事業所と連携した退院促進と地域定着に係る取り組みが必要です。



# 平成28年度 入院医療費



(出典：KDB)

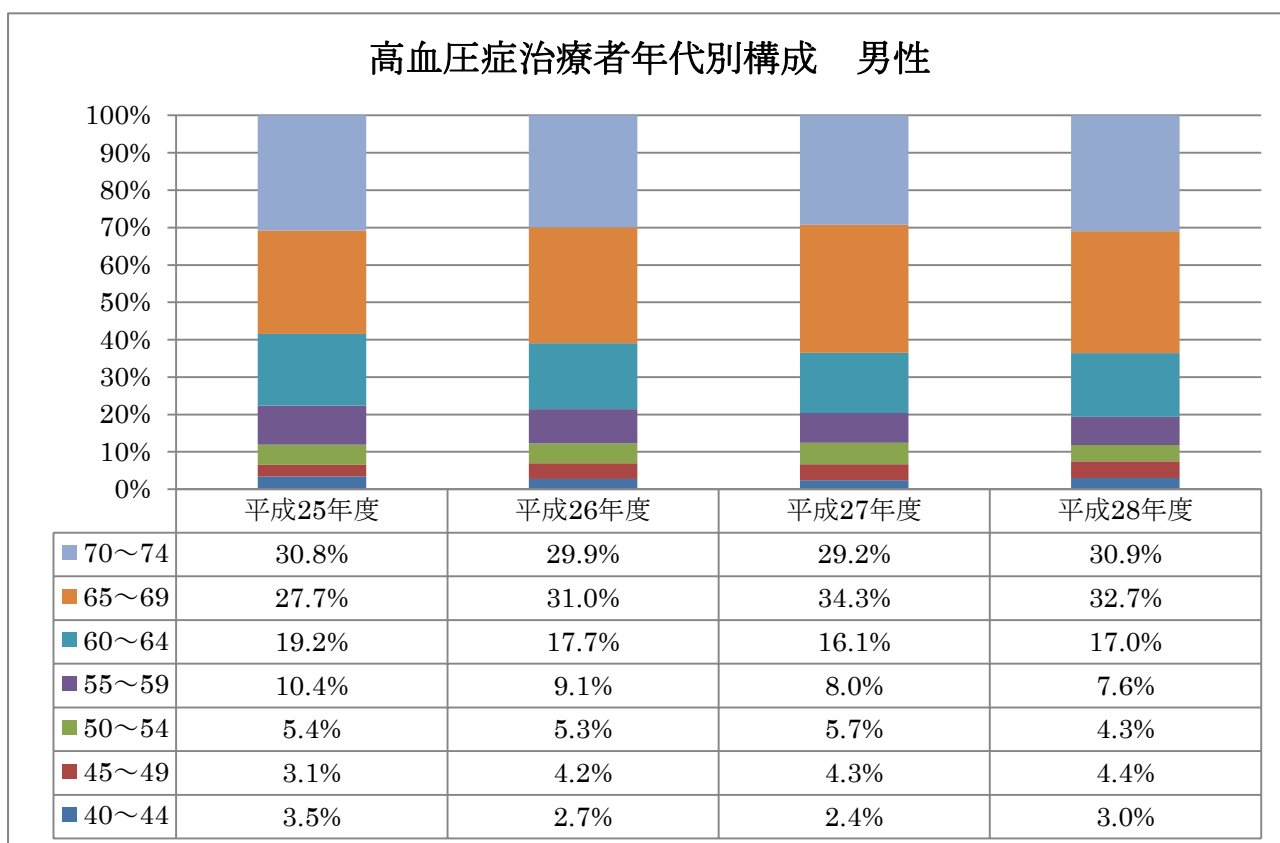
### 3-3 高血圧と脳卒中に係る分析

#### (1) 男性の高血圧と脳卒中に係る分析

平成 25 年度から平成 28 年度の高血圧治療者の割合は、55 歳～59 歳が年々減少、60 歳～64 歳の高血圧治療者の割合がほぼ横ばいであるのに対し、脳卒中治療者の割合は 60 歳～64 歳で増加傾向にあります。また、平成 28 年に脳卒中を発症した男性の約半数は高血圧治療をしておらず、60 歳以下の国保加入者では、過去 3 年間に町の各種検診を受診していない状況です。

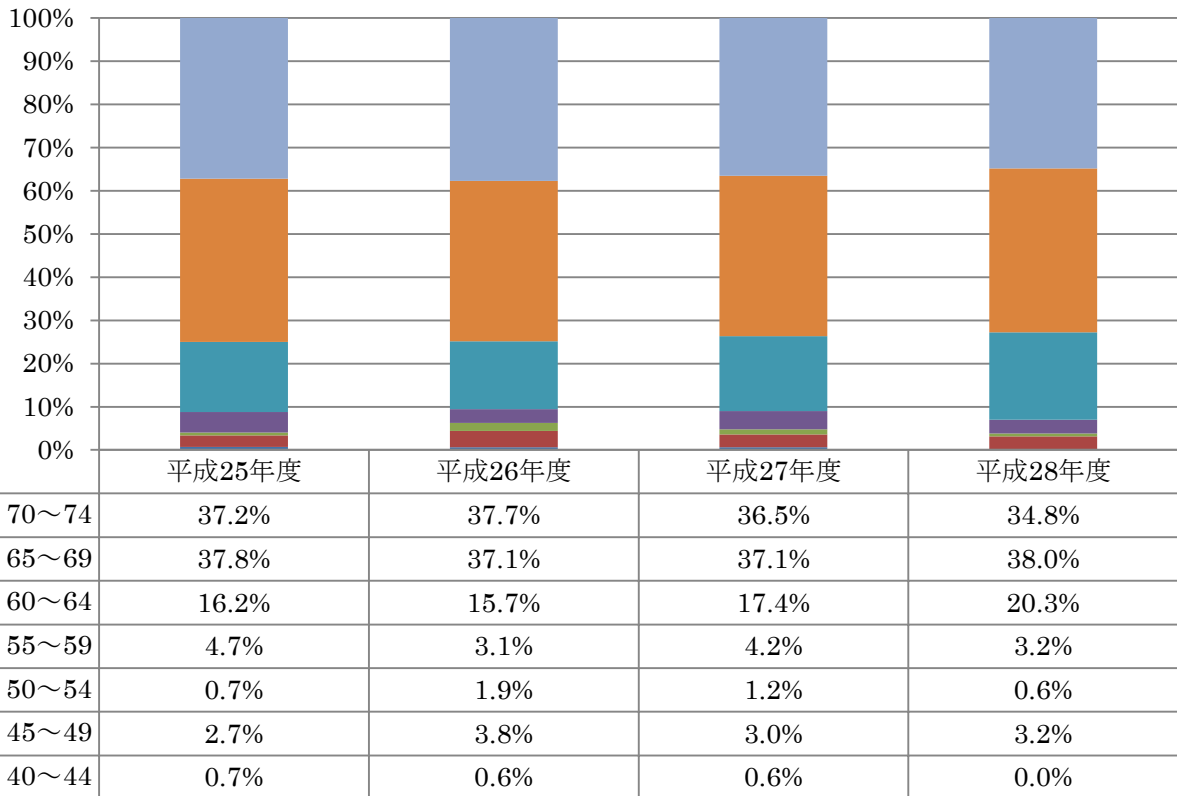
このことから、山田町の 60 歳以下の男性は、日常的に血圧測定を行うことや健診を受診して血圧のセルフチェックを行うことが不十分であると推察されます。

また、平成 28 年脳卒中発症者の内訳では脳出血が約 4 割でした。脳梗塞発症者の内訳ではラクナ梗塞が大半を占めており、平成 15 年から平成 24 年の 10 年間で脳出血、脳梗塞の死亡者割合を国や県と比較すると、脳出血で亡くなる方が多い状況にありました。これにより、山田町の男性の多くは、塩分の過剰摂取や高血圧の状態が継続していることが予測されます。



(出典：KDB)

### 脳卒中治療者年代別構成 男性



(出典：KDB)

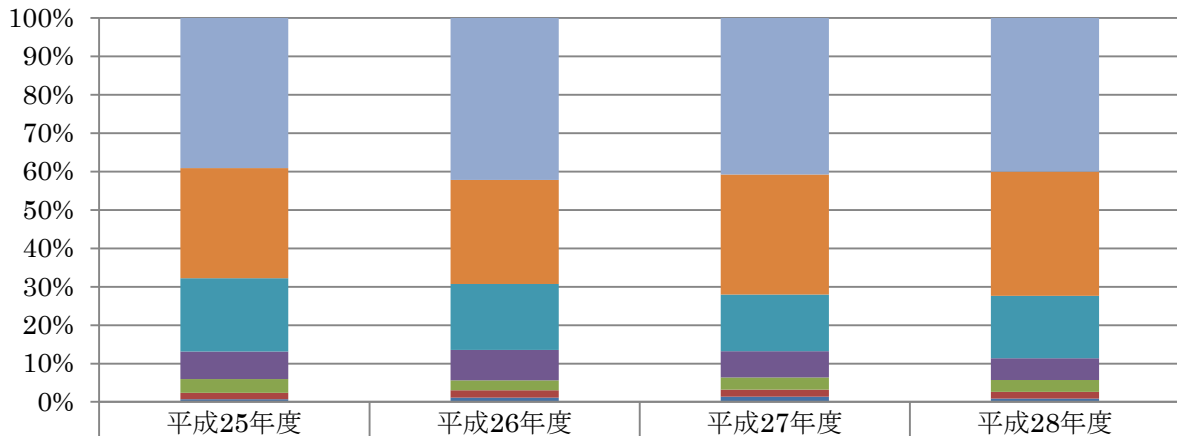
#### (2) 女性の高血圧と脳卒中に係る分析

平成28年の女性の脳梗塞発症者の内訳では、全てアテローム血栓性脳梗塞でした。また、平成15年から平成24年の10年間で脳出血、脳梗塞の死亡者割合を国や県と比較しても大きな差はありませんでした。医療費では、脳出血は入院・外来医療費ともに国や県より低く、脳梗塞は高いことから、山田町の女性の多くが気を付けなければならないのは「アテローム血栓性脳梗塞」であると考えられます。

アテローム血栓性脳梗塞の原因は高血圧の他に高脂血症や糖尿病との関連が強いとされており、脳卒中治療ガイドラインでは「脳梗塞発症の相対危険度は、総コレステロールが240mg/dL以上、LDL-コレステロールが160mg/dL以上、中性脂肪が150mg/dL以上で有意に高かった」としています。また「糖尿病患者の降圧目標は130/80mmHg未満」としているため、女性は血圧だけでなく包括的な健康管理が重要となってきています。

また、女性の脳卒中発症者や治療者割合は65歳以上から多くなっているため、発症前の年代からの健康管理が必要と考えられます。

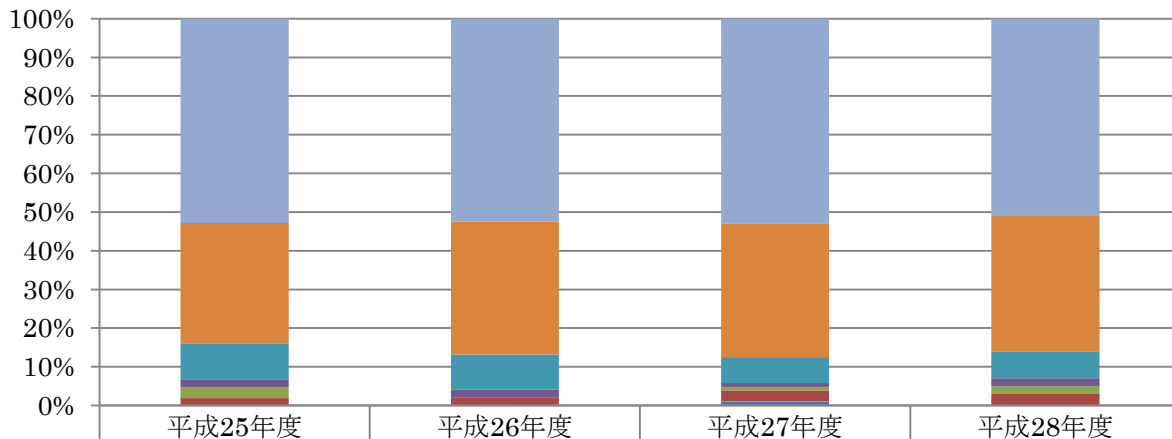
### 高血圧症治療者年代別構成 女性



	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
70～74	39.1%	42.1%	40.8%	40.0%
65～69	28.7%	27.1%	31.3%	32.3%
60～64	19.1%	17.2%	14.7%	16.3%
55～59	7.2%	7.9%	6.9%	5.7%
50～54	3.6%	2.6%	3.2%	3.0%
45～49	1.6%	1.9%	1.8%	1.8%
40～44	0.7%	1.1%	1.4%	0.9%

(出典：KDB)

### 脳卒中治療者年代別構成 女性



	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
70～74	52.8%	52.5%	52.9%	51.0%
65～69	31.1%	34.3%	34.6%	35.0%
60～64	9.4%	9.1%	6.7%	7.0%
55～59	1.9%	2.0%	1.0%	2.0%
50～54	2.8%	0.0%	1.0%	2.0%
45～49	1.9%	2.0%	2.9%	3.0%
40～44	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%

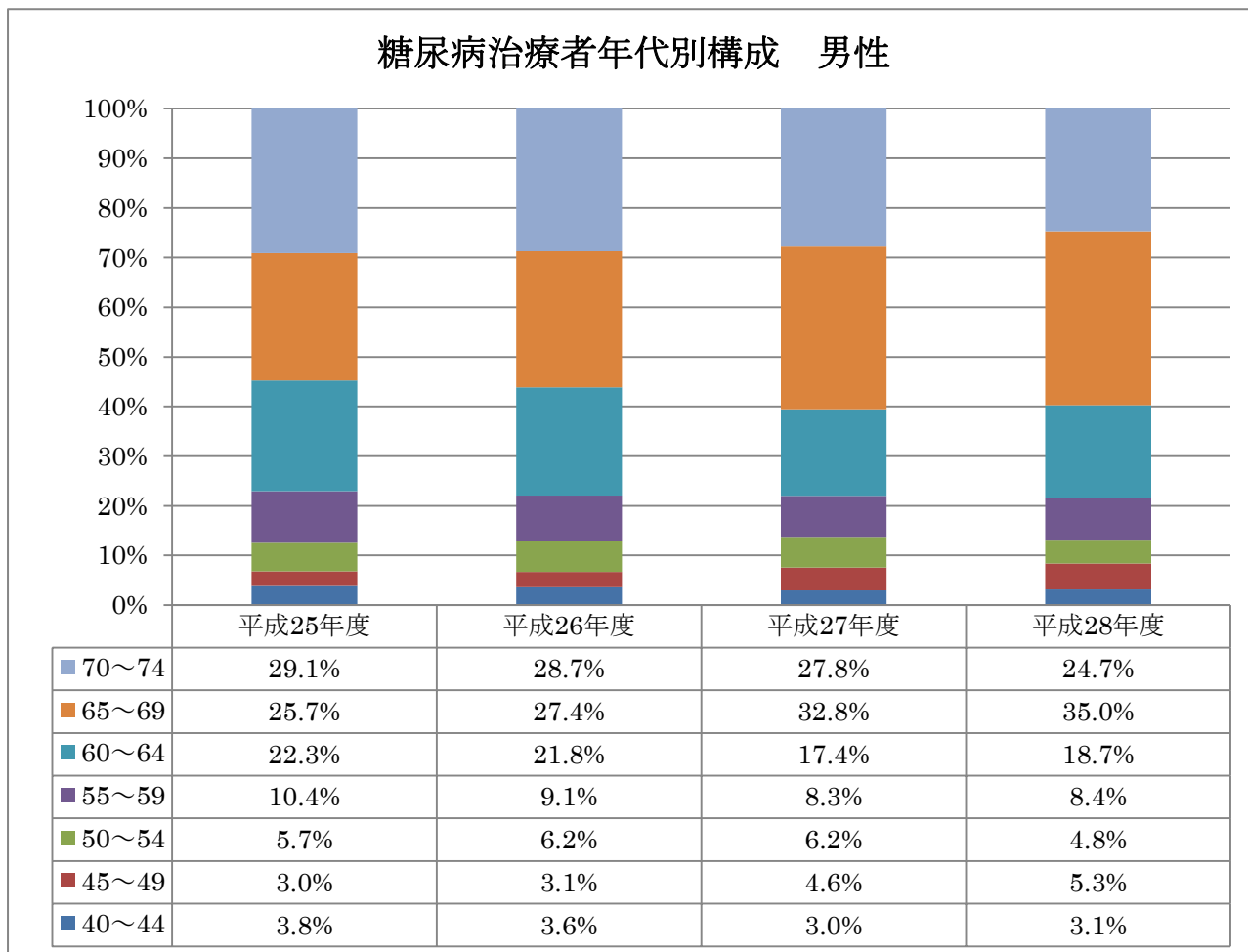
(出典：KDB)



### 3-4 糖尿病と人工透析に係る分析

#### (1) 男性の糖尿病と人工透析に係る分析

平成29年11月現在で糖尿病を理由とした人工透析者は11名のうち男性は8名でした。人工透析導入は40歳代～60歳代前半と若く、糖尿病の治療を開始してから透析導入まで5年以下と短期間であるという特徴がありました。また、糖尿病治療者割合は45歳～49歳で増加傾向にあり、山田町の男性の糖尿病に関する課題は、若い年代からの糖尿病発症や糖尿病治療開始の遅れが考えられます。また、透析導入により他保から国保へ異動する方もあり、他保との連携や地域全体への取り組みが課題として挙げられます。



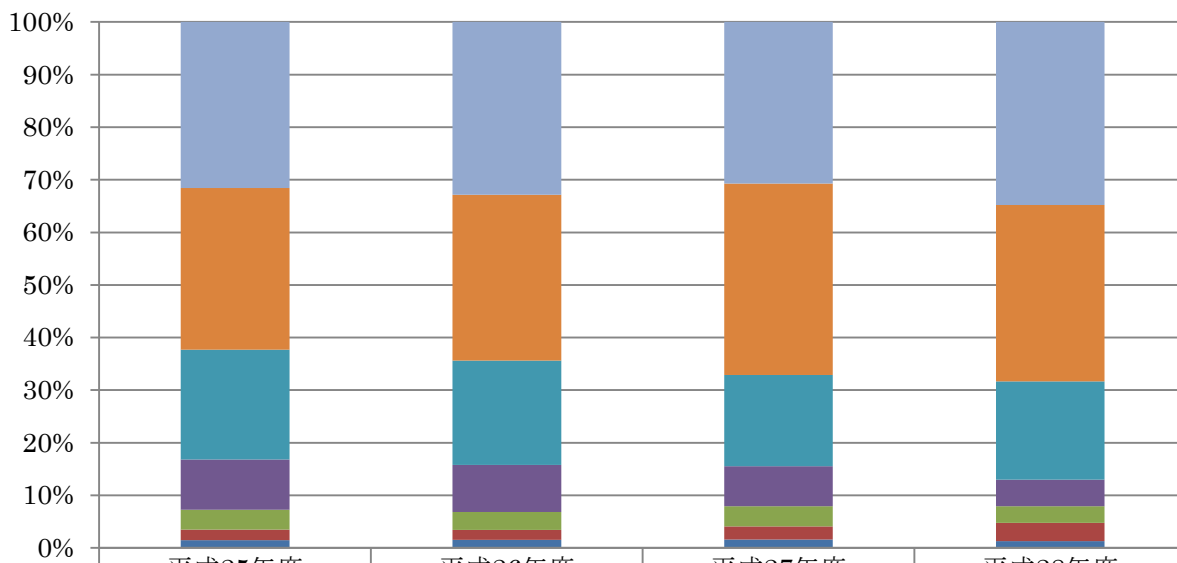
(出典：KDB)

#### (2) 女性の糖尿病と人工透析に係る分析

平成29年11月時点で透析を受けている女性は、糖尿病の治療から10年以上経過してからの透析導入であり、年齢が60歳代後半からとなっています。このことから、透析や合併症を予防するために、血糖コントロールについての生活指導が課題として考えられます。

また、国や県の女性と比較して糖尿病や人工透析の外来医療費が高く、3-3(2)でも述べたとおり、アテローム血栓性脳梗塞が多いことから、山田町の女性では糖尿病治療者の割合の増加、高血圧と糖尿病の合併時のコントロール等が重点課題であると考えられます。

### 糖尿病治療者年代別構成 女性



	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
70～74	31.6%	32.8%	30.7%	34.8%
65～69	30.7%	31.6%	36.4%	33.5%
60～64	20.9%	19.8%	17.4%	18.7%
55～59	9.6%	9.0%	7.6%	5.1%
50～54	3.8%	3.4%	3.8%	3.2%
45～49	2.0%	1.9%	2.5%	3.5%
40～44	1.4%	1.5%	1.6%	1.3%

(出典：KDB)

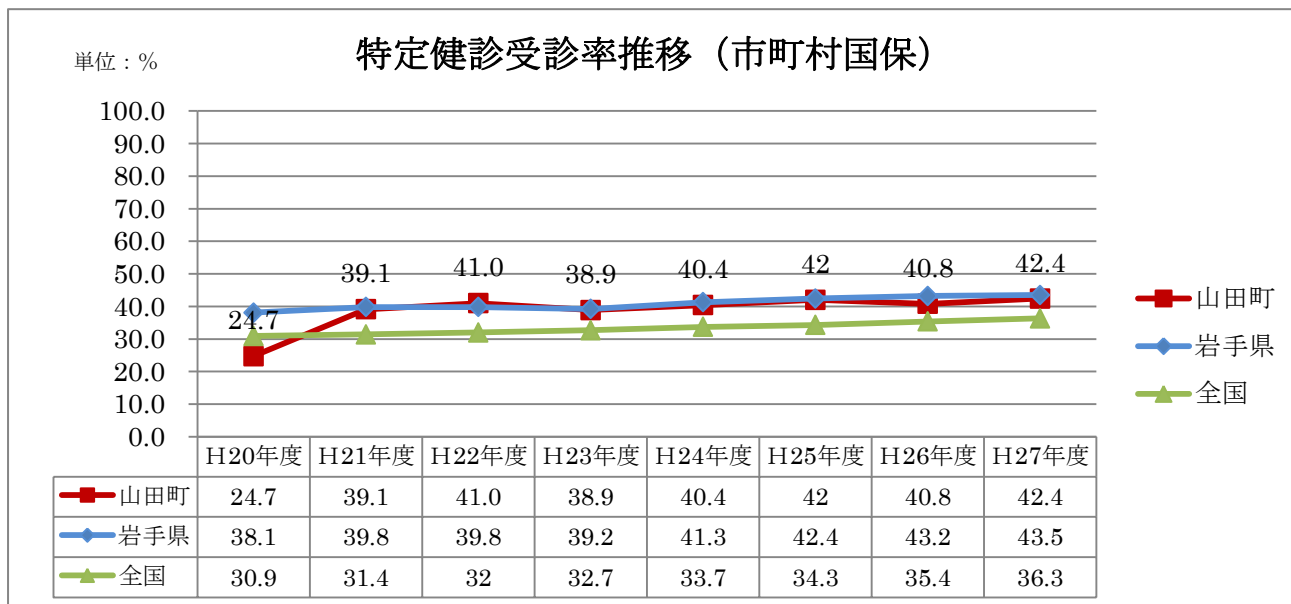
### ～医療費分析のまとめ～

- ・脳卒中、糖尿病、人工透析の医療費が国と比較して高く、生活の質を低下させる病気であるため、重点課題として取り組む必要がある。
- ・男性では40歳代から生活習慣病を発症する方が増加し、早くから重症化する方も多い。また、未治療のまま重症化する方や治療開始が遅れている可能性も高い。
- ・男性の脳卒中の内訳では、脳出血やラクナ梗塞が多いことから、塩分の過剰摂取や血圧コントロール不良が予測される。
- ・女性では比較的早期に治療を行い、重症化するのが60歳代後半からであるため、要医療者を治療に結びつけると同時に、重症化予防のため、高齢者担当課とのより強い連携も必要と考えられる。
- ・女性の脳卒中の内訳ではアテローム血栓性脳梗塞が大半を占めることから、高血圧だけでなく、血糖やコレステロールなど総合的な対策が必要と考えられる。

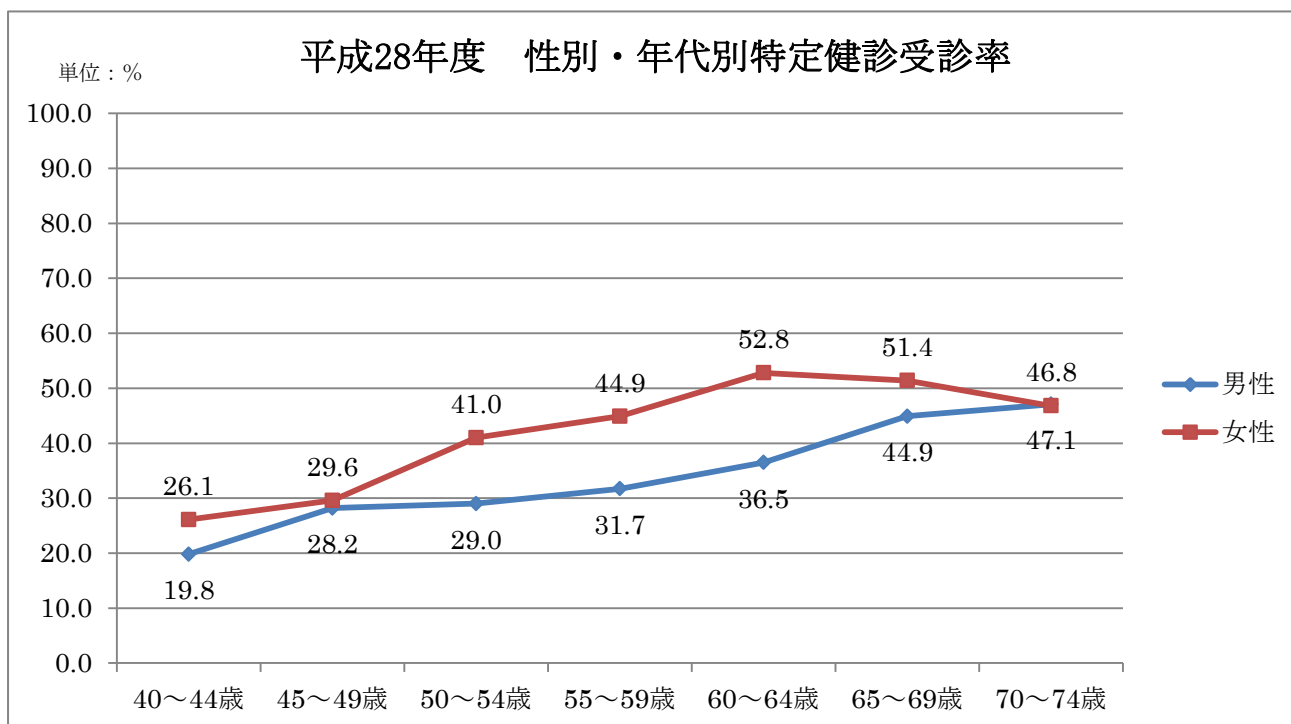
### 3-5 特定健診受診状況

町の特定健診の受診数は、対象者数の減少に伴い減少していますが、受診率は軽微ながらも向上しており、岩手県よりは若干低く、国よりは高い状況が続いています。

また、町の受診率の推移を性別・年代別にみると、どの年代も男性は女性に比べて低く、また、男女ともに、年代が若いほど低いです。



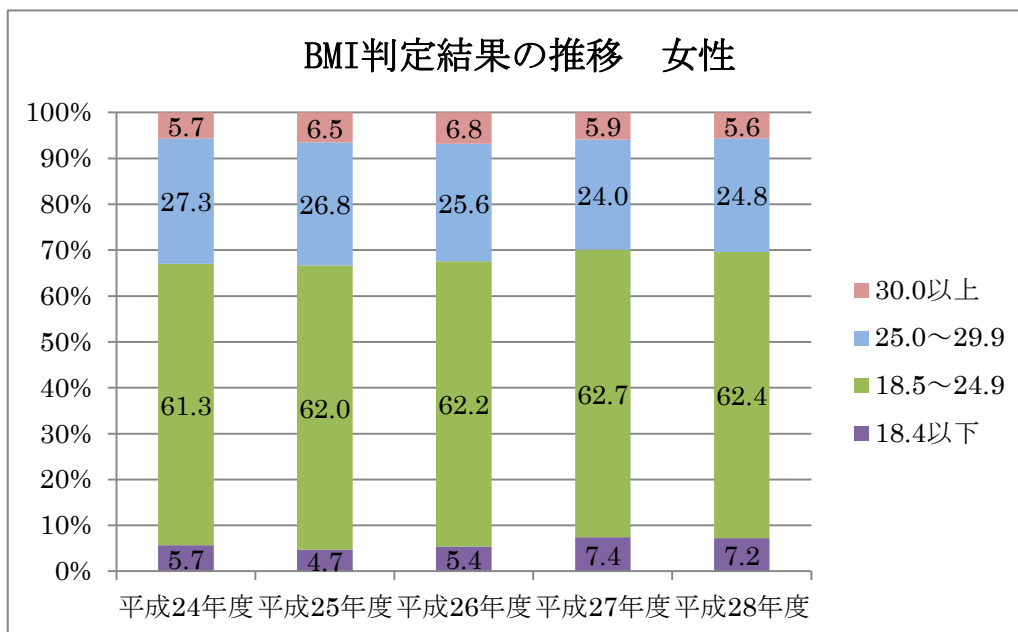
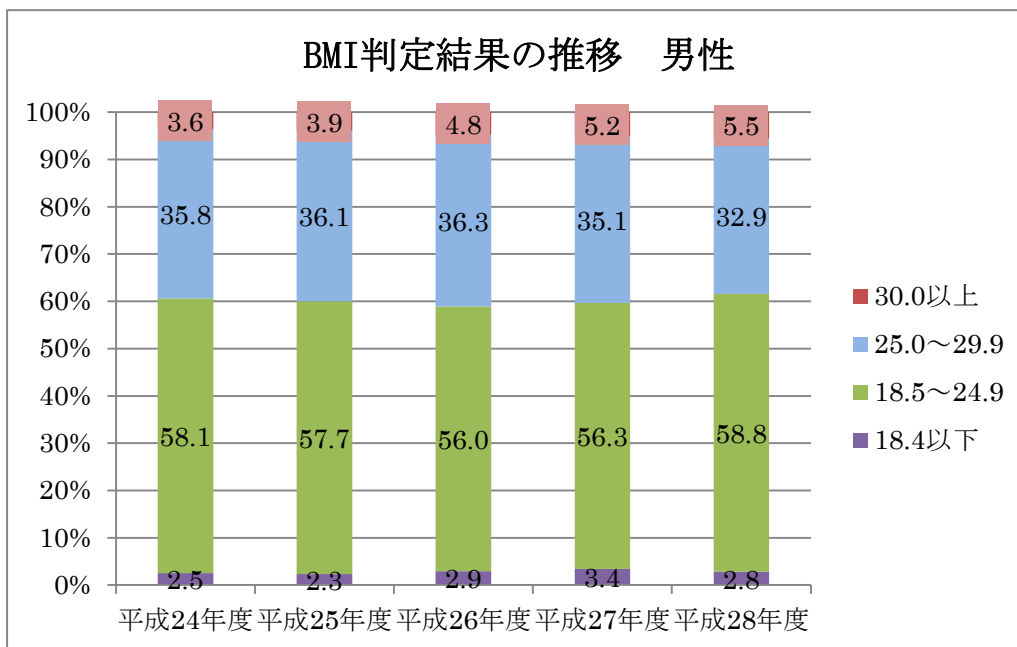
(出典：法定報告)



(出典：法定報告)

### 3-6 肥満とメタボリックシンドロームについて

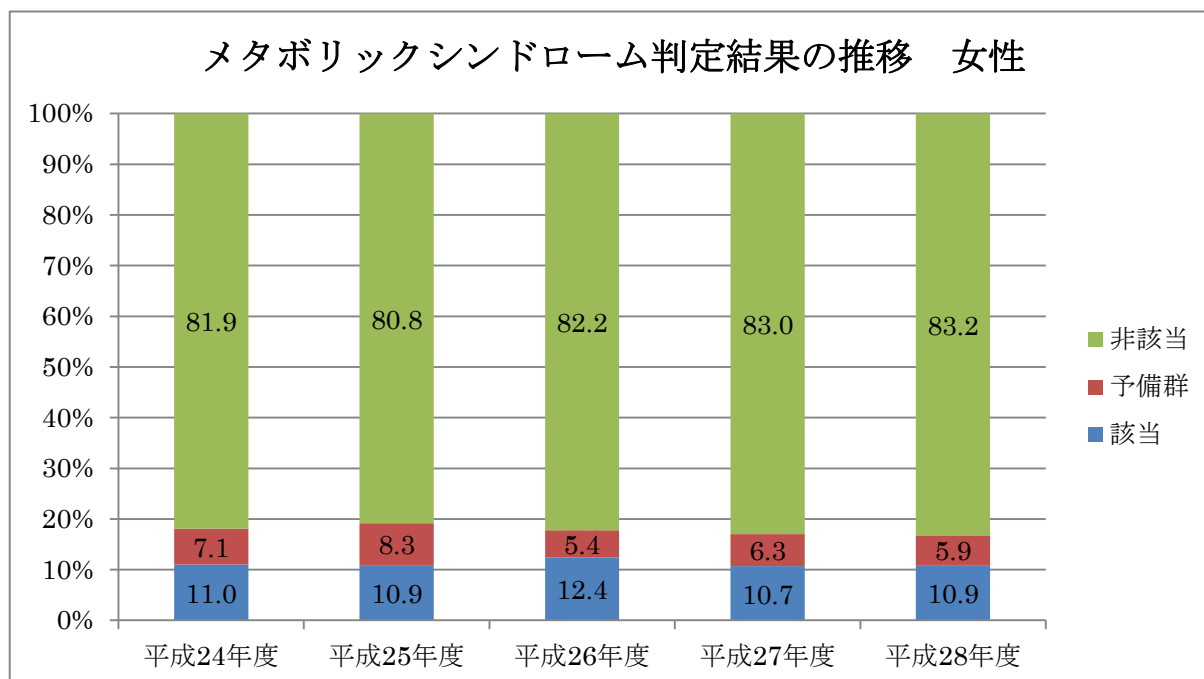
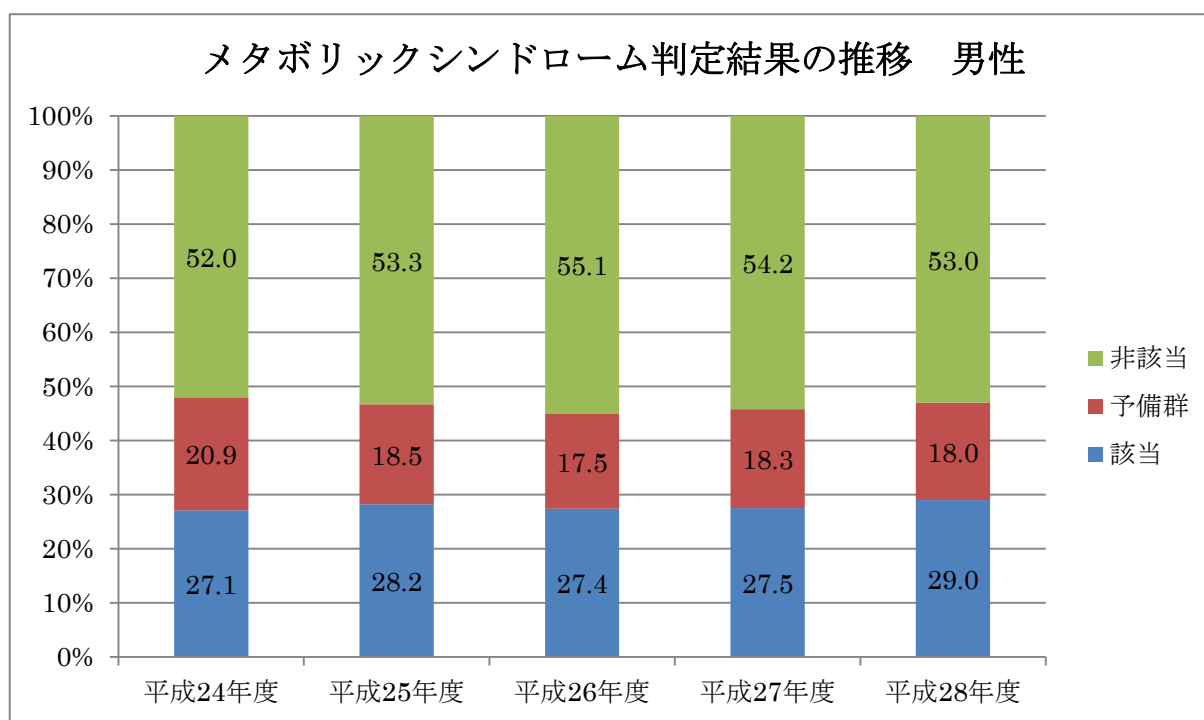
BMI25以上の肥満者割合は男性が女性より約10%高いですが、BMI30以上の高度肥満者割合は女性のほうが男性より高い傾向にあります。



(出典：法定報告)

腹囲や肥満度に加えて高血圧、高血糖、脂質異常、喫煙などのリスクが重なった状態であるメタボリックシンドローム判定結果では、該当者、予備群ともに男性が女性よりも約2倍から3倍高い割合となっており、3-2で示したとおり、男性の脳血管疾患の医療費が高額となる理由と考えられます。

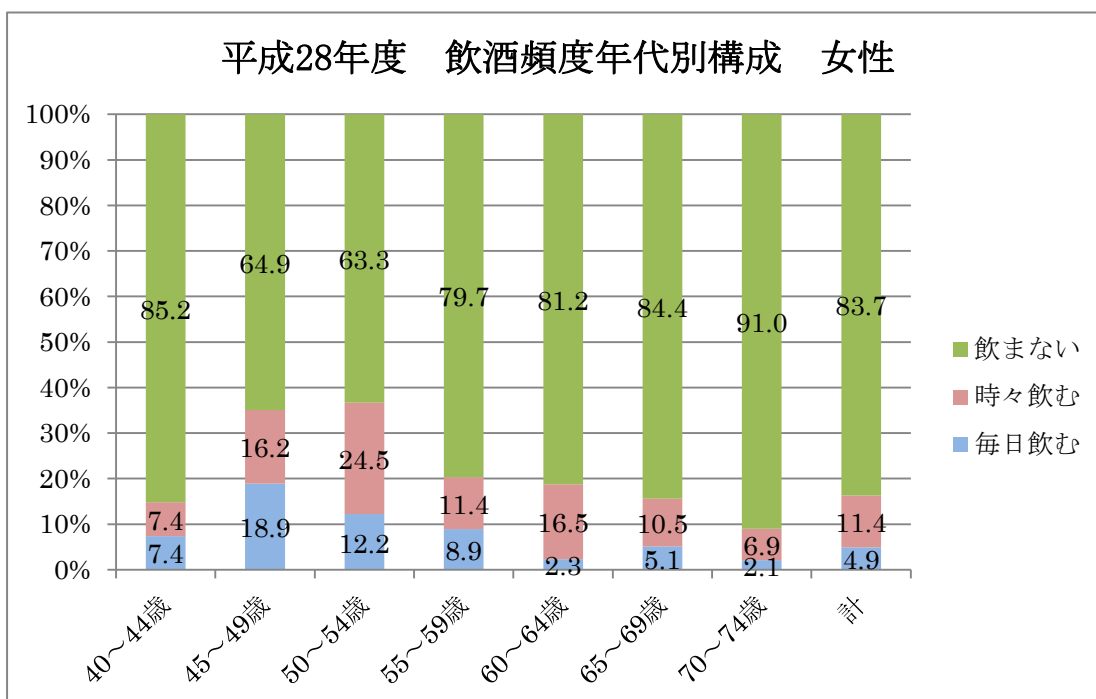
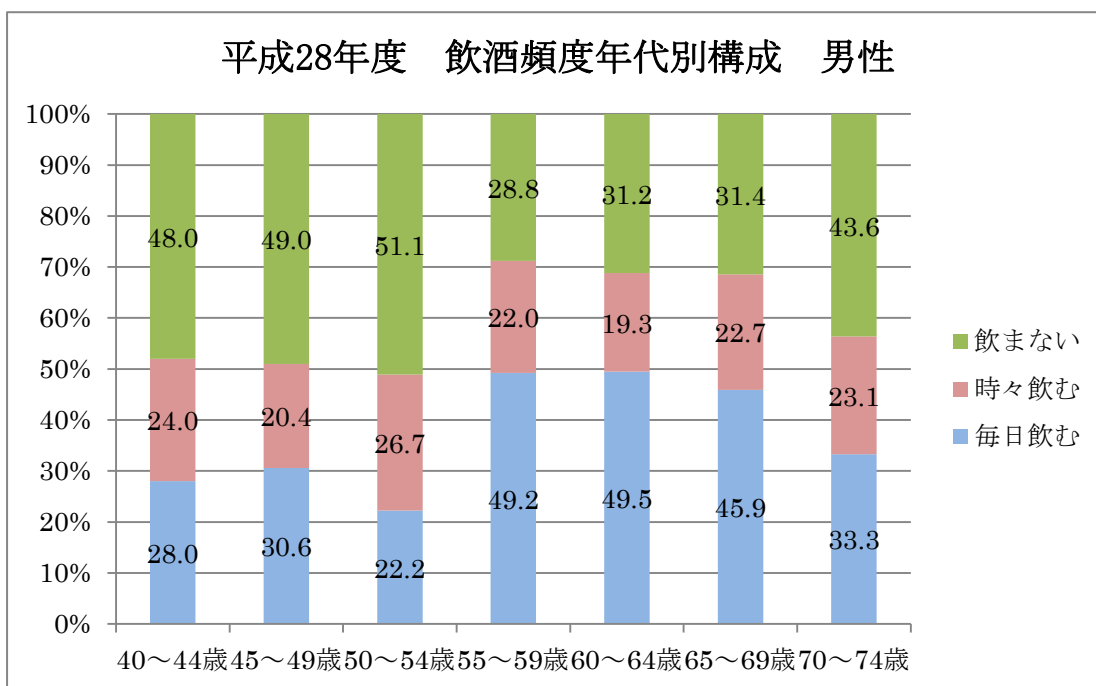
このことから男性の肥満及びメタボリックシンドローム該当者や予備群への対策が必要となってきます。



(出典：法定報告)

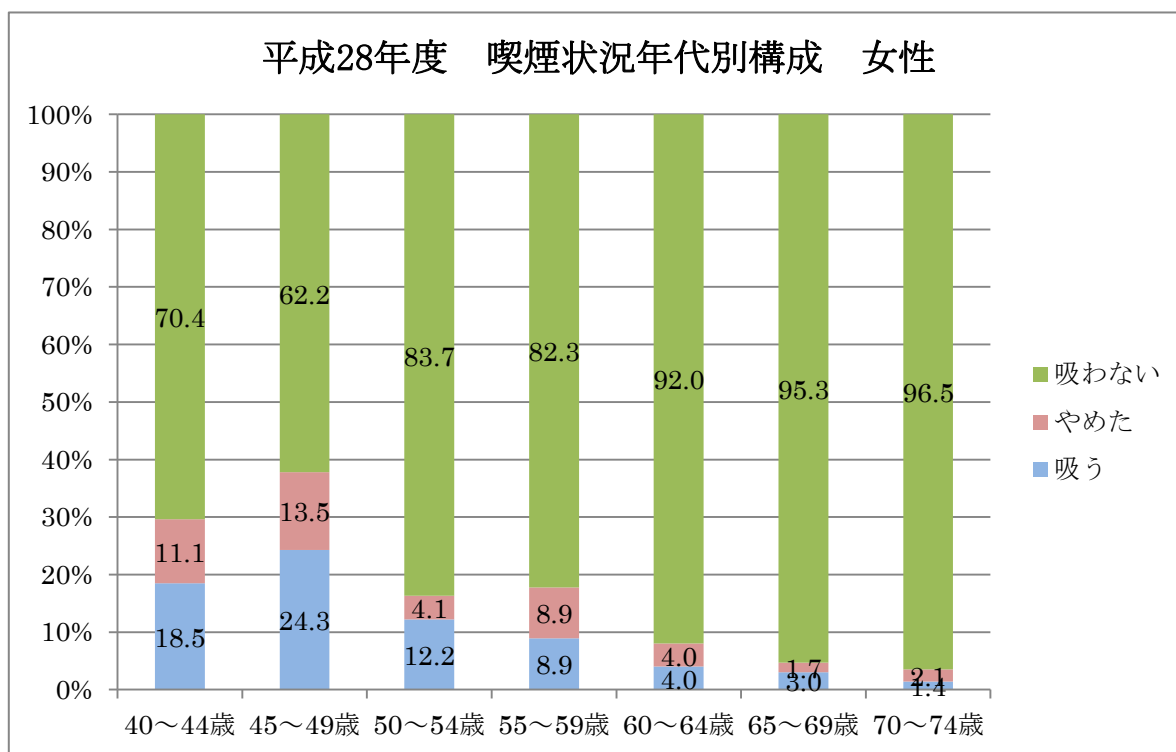
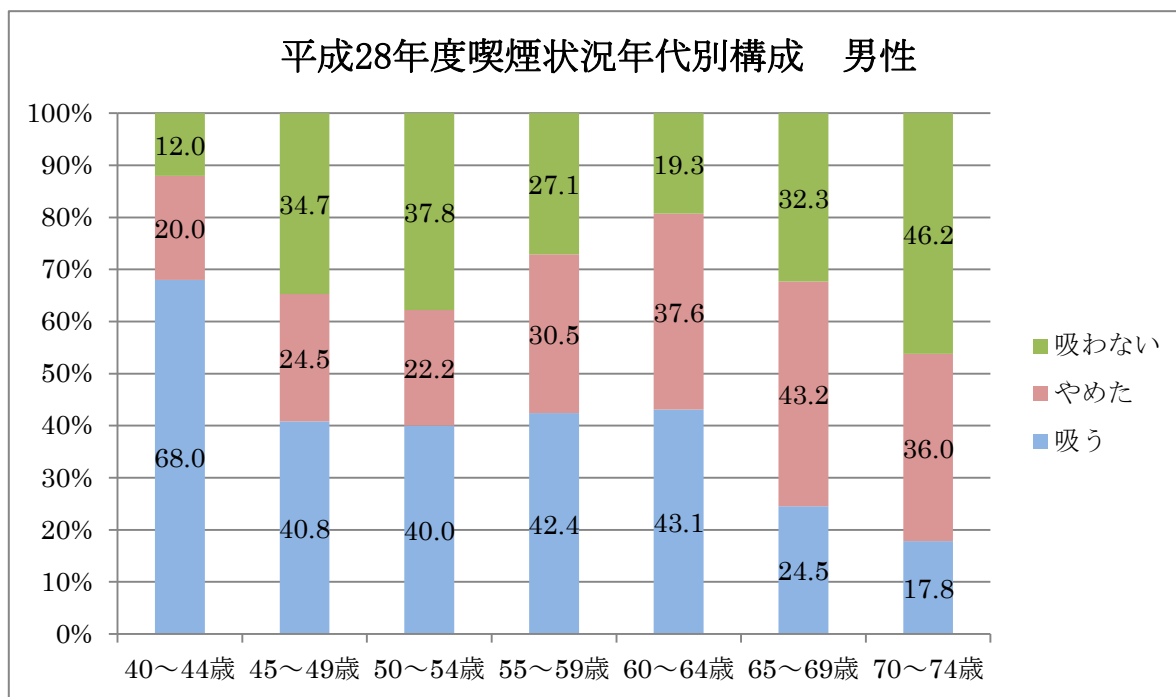
### 3-7 飲酒と喫煙について

飲酒の習慣を男女で比較すると、「毎日飲む」、「時々飲む」と回答した男性 62.2%に対し、女性では 16.3%と男性が 3.8 倍高い状況にありました。また、女性では年齢を重ねる毎に飲酒習慣が減っていくのに対し、男性ではほとんど減少することなく推移しています。飲酒は適量であれば、交流を持つための手段になったり、降圧作用をもたらしますが、適量を超えると、様々な生活習慣病につながるため、適量飲酒に向けた取り組みが必要です。



(出典：法定報告)

喫煙では、男性が30.1%、女性4.9%と男性で高く、女性は年齢が高くなるほど喫煙率が低くなっていますが、男性では40歳から64歳まで40%を超えています。肺がんの死亡率を平成15年から平成24年の10年間で県と国と比較するとほとんどの年代で高い状況にあり、COPDの外来医療費も国と比較して高い状況であることや男性の生活習慣病が多いことを鑑みると、喫煙対策は重要です。



(出典：法定報告)

### 3-8 食習慣と運動習慣について

平成 28 年度に町内 8 地区で実施した健康教室において、「山田町で脳卒中が多い食習慣について」のグループディスカッションで出された参加者 100 名の意見や特定健診結果を基に、町の食習慣と運動習慣について分析することで必要な保健事業について考察します。

※グループディスカッション内で 100 名から 109 の意見が出され、男性で大きく 4 カテゴリー、12 小カテゴリーに分類され、女性では 1 カテゴリー、6 小カテゴリーに分類されました。

#### (1) 男性の食習慣と運動習慣

男性の食習慣で特徴的なのは、女性と比較して、【食事の質】以外に、【食事の量】や【食事をする時間】【幼少期からの食習慣】等、カテゴリー数が多いことです。

町の主産業は漁業や農業等、肉体労働を主とした第一次産業であり、保健事業を行った際に「食べないと力が出ない」といった【食事の量】が多くなる理由についてよく聞かれます。併せて、漁業のように明け方に作業をする方は【食事をする時間】が不規則になる傾向があります。また、菓子パンや糖分入りの缶コーヒー等を漁に持参し、小腹が空いた時や休憩時間に飲食する《菓子パンを日常的に食べる》や、《糖分が多く入った飲料を飲む傾向がある》ことも挙げられます。

【食事の質】については、沿岸部で特徴的な塩魚や干物、魚卵、塩辛等の《塩分の強いものが食卓に上がる》ことが挙げられ、さらに《味の濃いものを好む》傾向も見られました。料理をする妻や母親の立場から「減塩に気を付けて料理を出しても味が薄くて食べた気がしない」と言われるという声も聞かれ、実際にすでに味付けがされた《料理に調味料を付け足す》という、より塩分をも摂取しやすい習慣が挙げられました。

その他、野菜や果物をあまり好まず《野菜や果物の摂取不足》が生じる一方で《肉料理を好む》傾向も挙げられました。

しかし、運動習慣については女性に比べて男性のほうが実施している割合が高く、男性の強みであると考えられます。

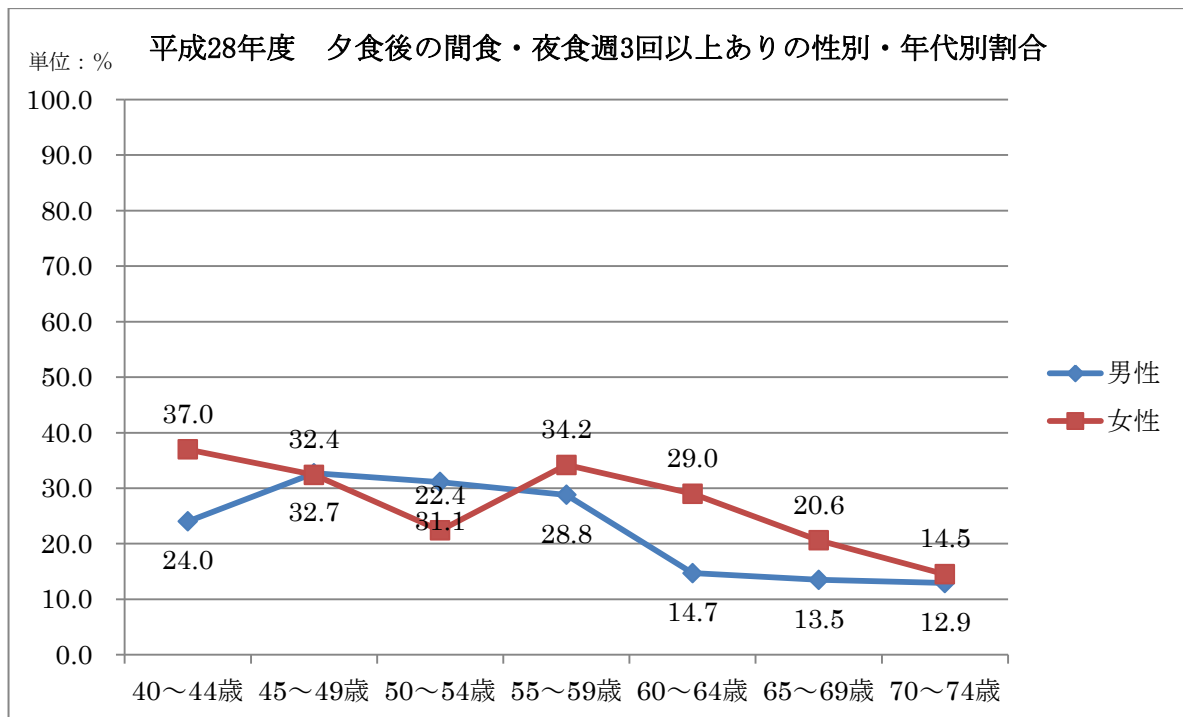
#### (2) 女性の食習慣と運動習慣

女性では【食事の質】の部分に係る意見に終始し、おやつをとる習慣が意見の大半を占めました。《甘いおやつを食べる習慣がある》《郷土のおやつを定期的に食べる習慣がある》という方が多く、内容としては仏壇にあげたお供え物をついつい食べてしまうこと、いつも机の上にお菓子をのせておいて食べてしまうこと等が挙げられました。このように《甘いものを好んで食べる》《果物をとりすぎてしまう》という女性の特徴がみられ、「夕食後の間食・夜食が週 3 回以上」の割合が男性よりも高いことの裏付けととらえることができます。また、昼食に菓子パンを食べる習慣がある方もあり《菓子パンを日常的に食べる》習慣があることもわかりました。

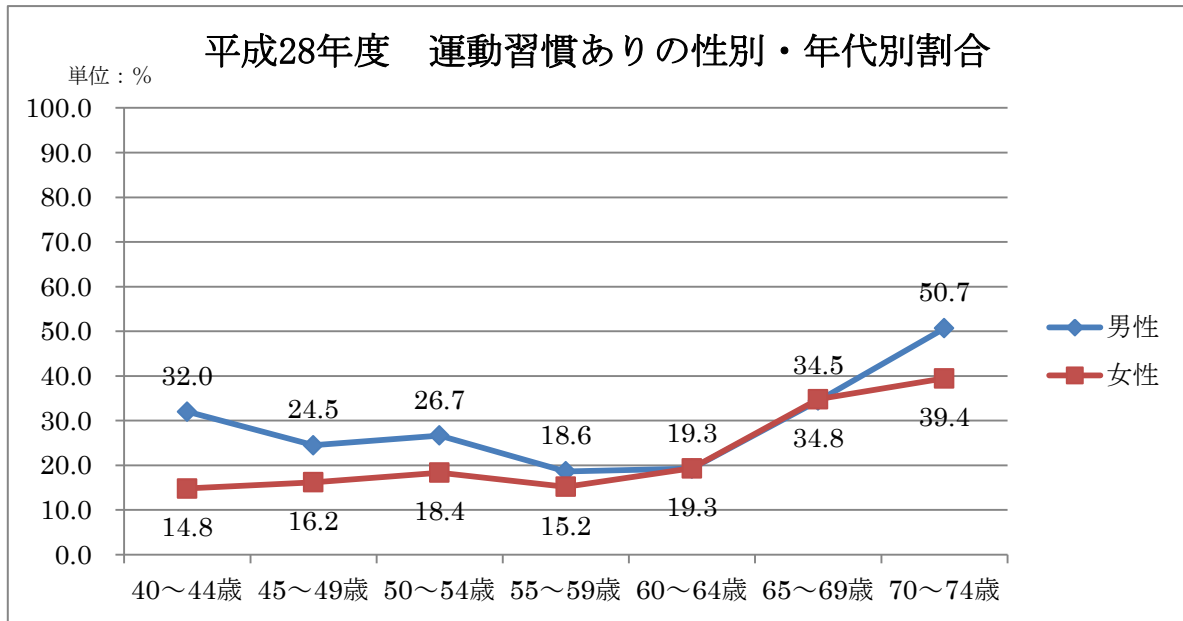


	カテゴリー	小カテゴリー
男性	【食事の質】	《塩分の強いものが食卓に上がる》
		《料理に調味料を付け足す》
		《味の濃いものを好む》
		《菓子パンを日常的に食べる》
		《糖分が多く入った飲料を飲む傾向がある》
		《野菜や果物の摂取不足》
		《肉料理を好む》
		《飲酒の習慣がある》
	【食事の量】	《飲酒量が多い》 《食べる量が多い》
	【食事をする時間】	《食べる時間が不規則》
【幼少期からの食習慣】	《幼少期から塩分過多の食習慣がある》	
女性	【食事の質】	《塩分の強いものが食卓に上がる》
		《菓子パンを日常的に食べる》
		《甘いおやつを食べる習慣がある》
		《郷土のおやつを定期的に食べる習慣がある》
		《甘いものを好んで食べる》
		《果物を取りすぎてしまう》

(平成 28 年度健康教室参加者の声)



(出典：法定報告)



(出典：法定報告)

### ～山田町の健康課題のまとめ～

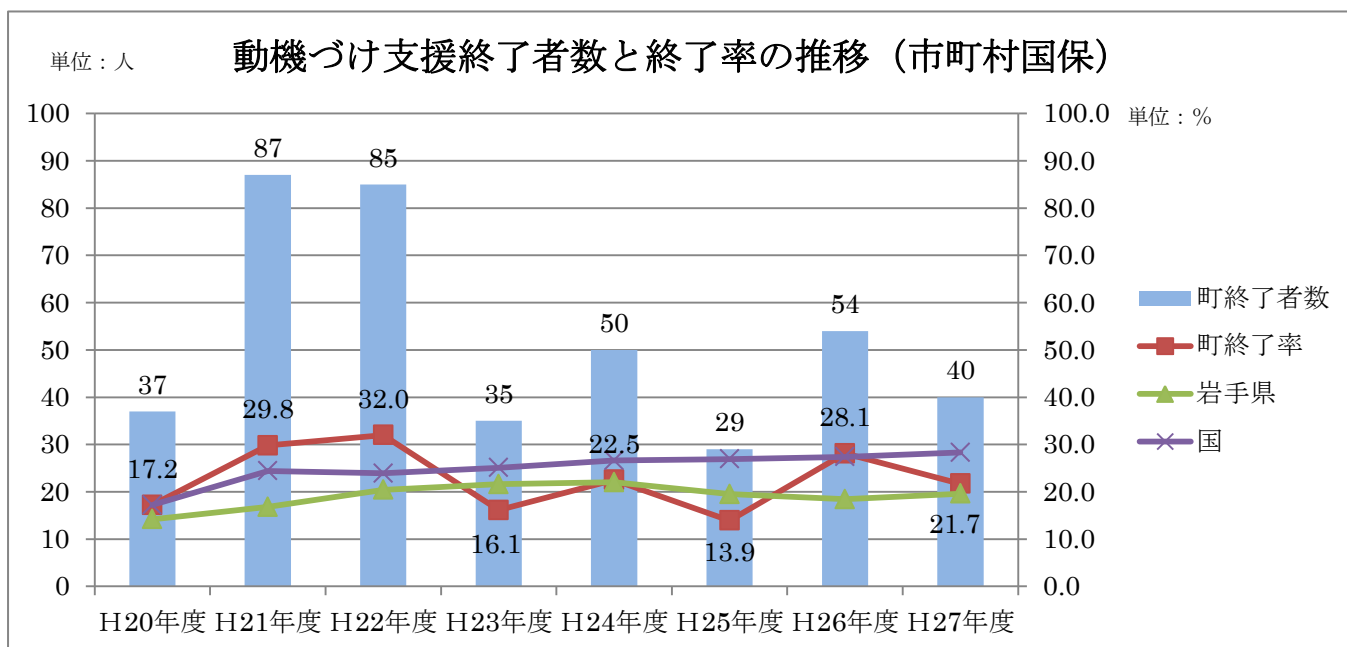
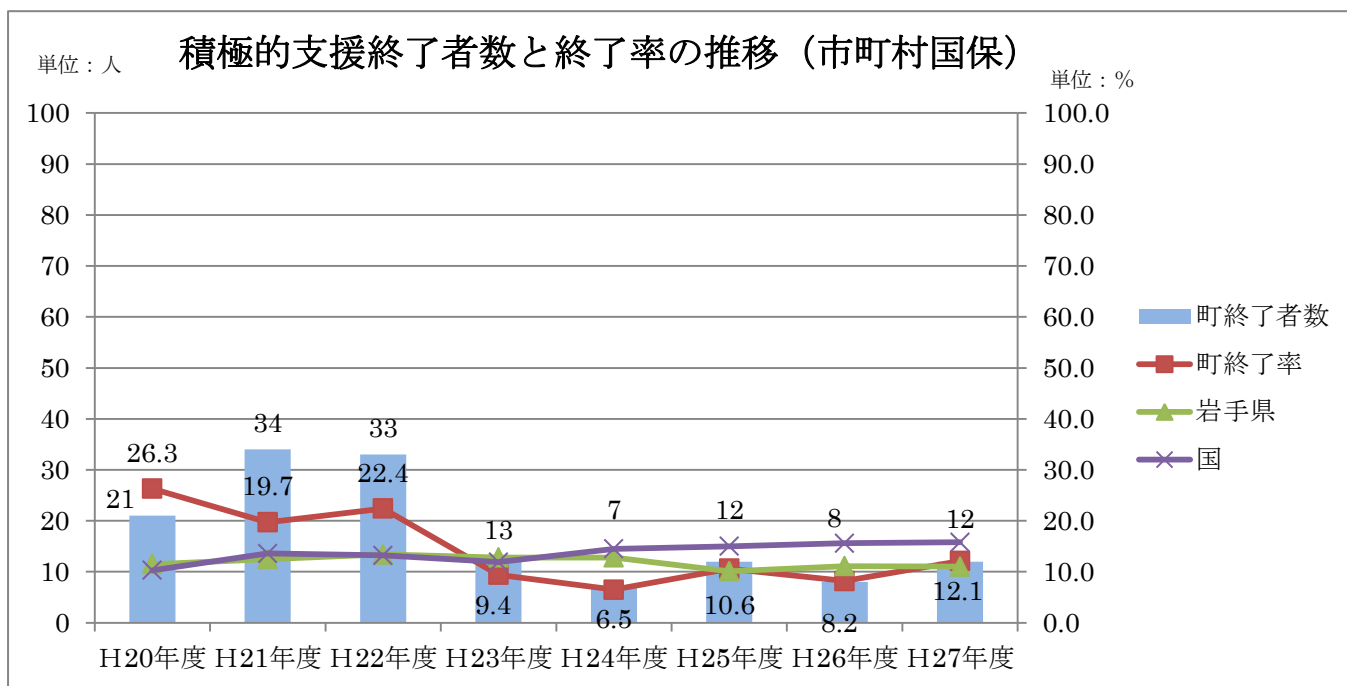
- ・肥満やメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は、男性が女性より高い。
- ・飲酒、喫煙の習慣割合は男性が女性の約4倍から6倍である。
- ・男性の食習慣では【食事の質】【食事の量】【食事をする時間】【幼少期からの食習慣】など女性に比べて生活習慣病を引き起こす側面が多く、脳卒中や糖尿病、人工透析が男性で多い理由がうかがえる。
- ・女性の食習慣では【食事の質】に関する意見に終始し、特におやつを食べる習慣が根強いことが浮かびあがってきた。これらが糖尿病や人工透析が国と比較して高いこと、アテローム血栓性脳梗塞が脳卒中の大半を占めるところにつながるものが予測される。

#### 3-9 男女別の取り組み

男性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・若い年代からの血圧測定や健診受診によるセルフチェックの促進 ⇒要治療者の早期受診への対策</li> <li>・高血圧や糖尿病治療中の方への重症化予防と中断者への対策</li> <li>・減塩対策</li> <li>・適度な食事量や食事を摂る時間に関する普及</li> <li>・喫煙対策、適量飲酒対策</li> </ul>
女性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・おやつ回数、内容の見直し</li> <li>・血糖やLDL コレステロール、中性脂肪等の検査値が悪化しにくい食事の普及</li> <li>・高血圧や糖尿病治療中の方への重症化予防</li> <li>・運動を促す取り組み</li> </ul>

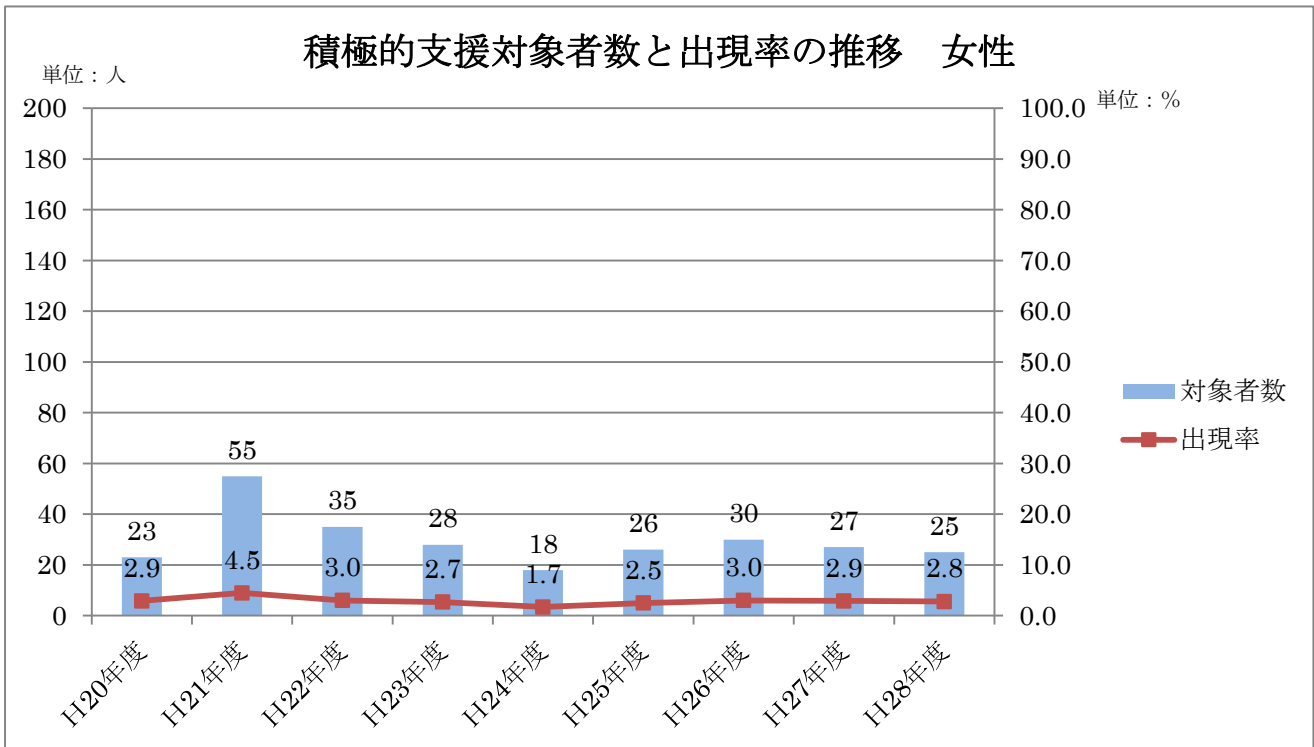
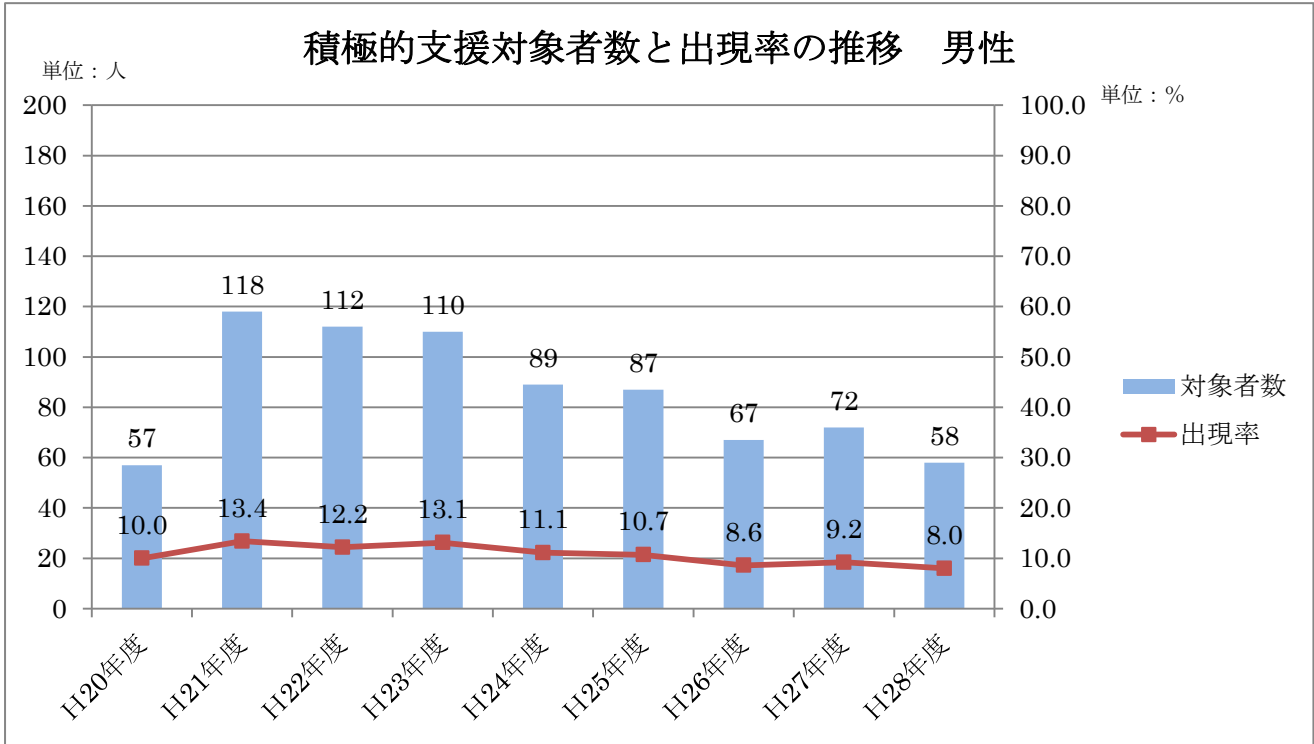
### 3-10 特定保健指導実施状況

町の特定保健指導の終了者数及び終了率は東日本大震災津波による町民の健康意識の低下から、平成23年度に急激に減少しました。その後、回復してきているものの、積極的支援終了率は岩手県、国を下回っています。動機づけ支援の終了率は変動があり、県より高い年度や低い年度がありますが、国よりは低く推移しています。



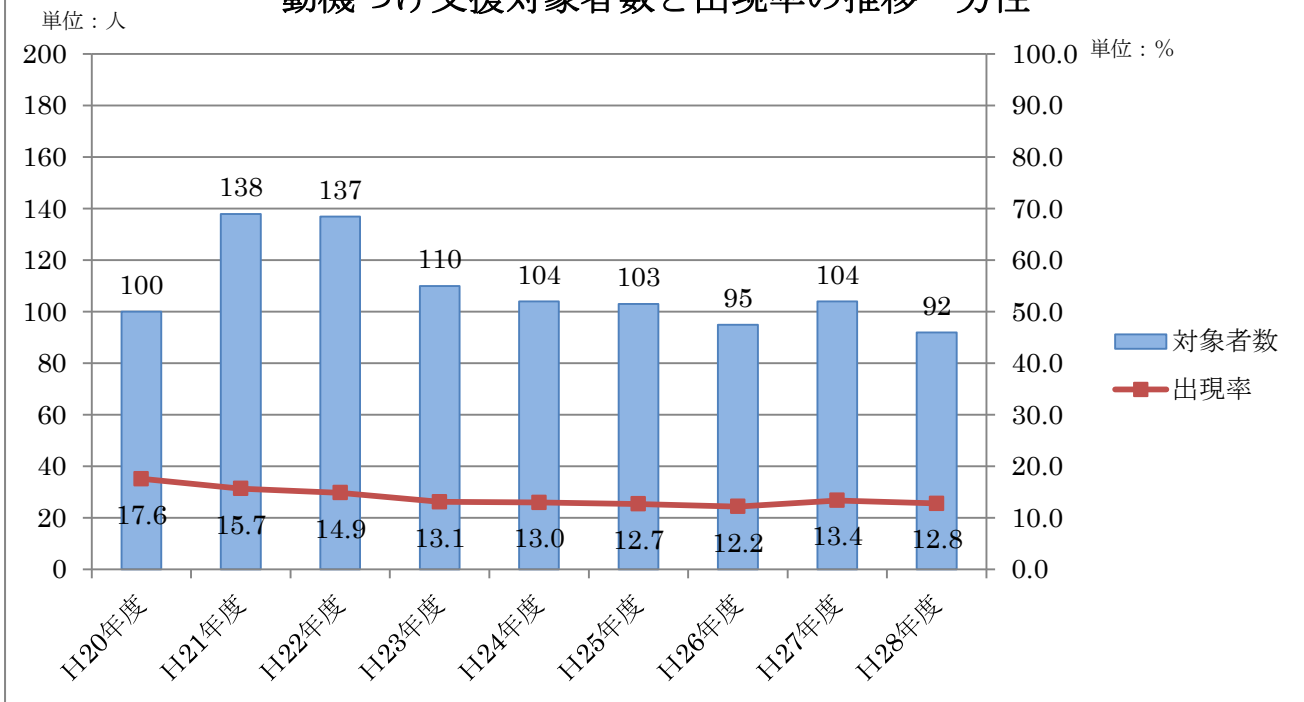
(出典：法定報告)

町の積極的支援及び動機づけ支援の対象者数及び出現率は男女ともに年々減少しています。これは、高血圧、脂質異常症、糖尿病の服薬治療者の割合が増加し、服薬のため、特定保健指導の対象から除外とされた方が増えたためであることが推測できます。

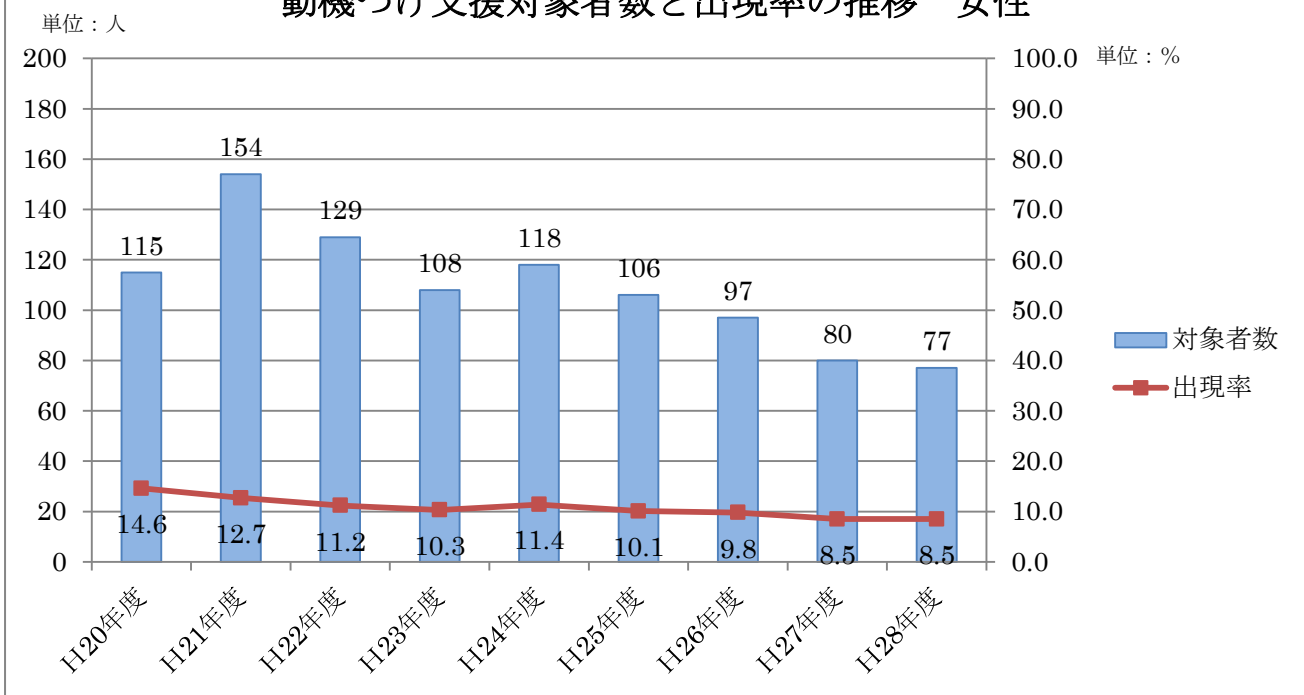


(出典：法定報告)

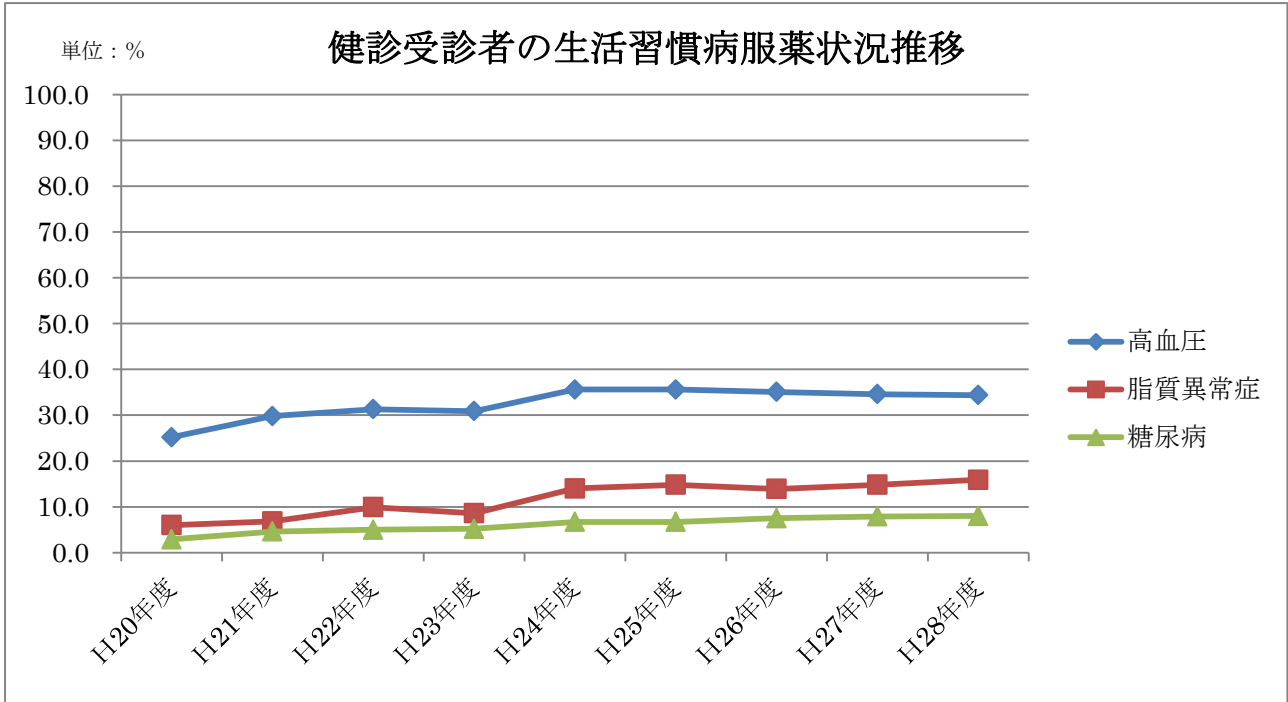
### 動機づけ支援対象者数と出現率の推移 男性



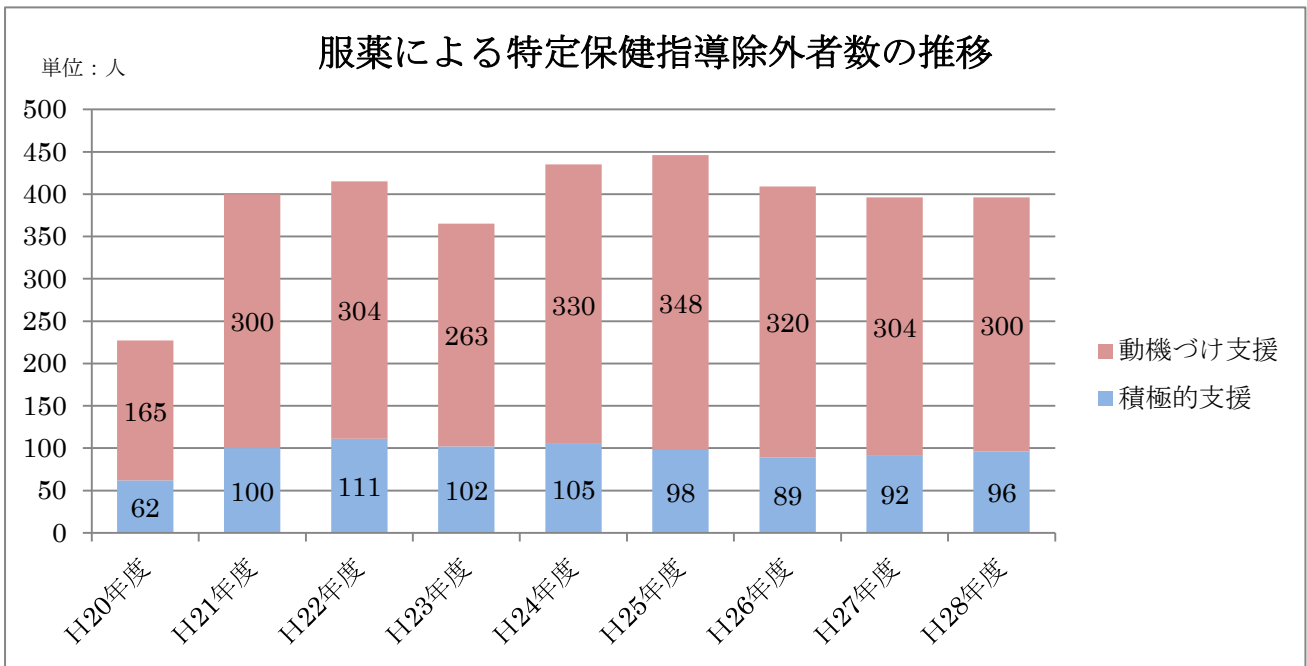
### 動機づけ支援対象者数と出現率の推移 女性



(出典：法定報告)



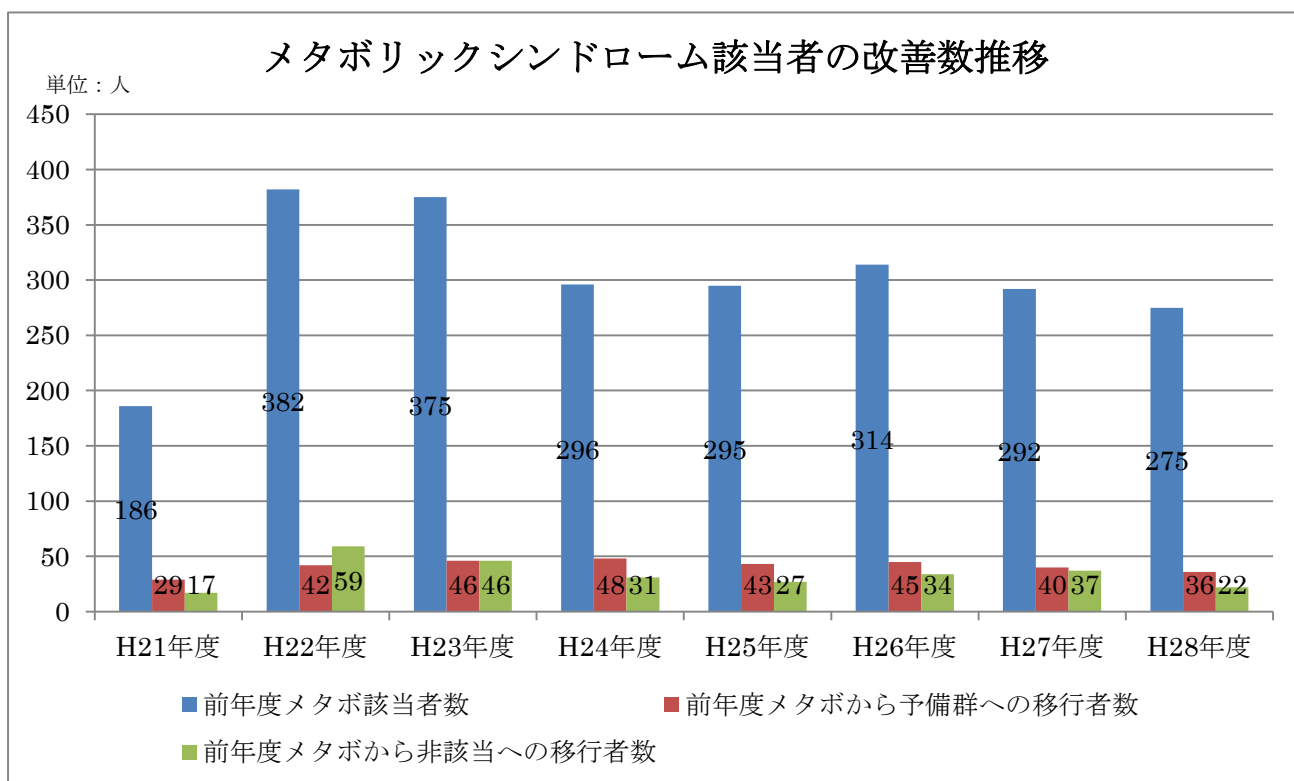
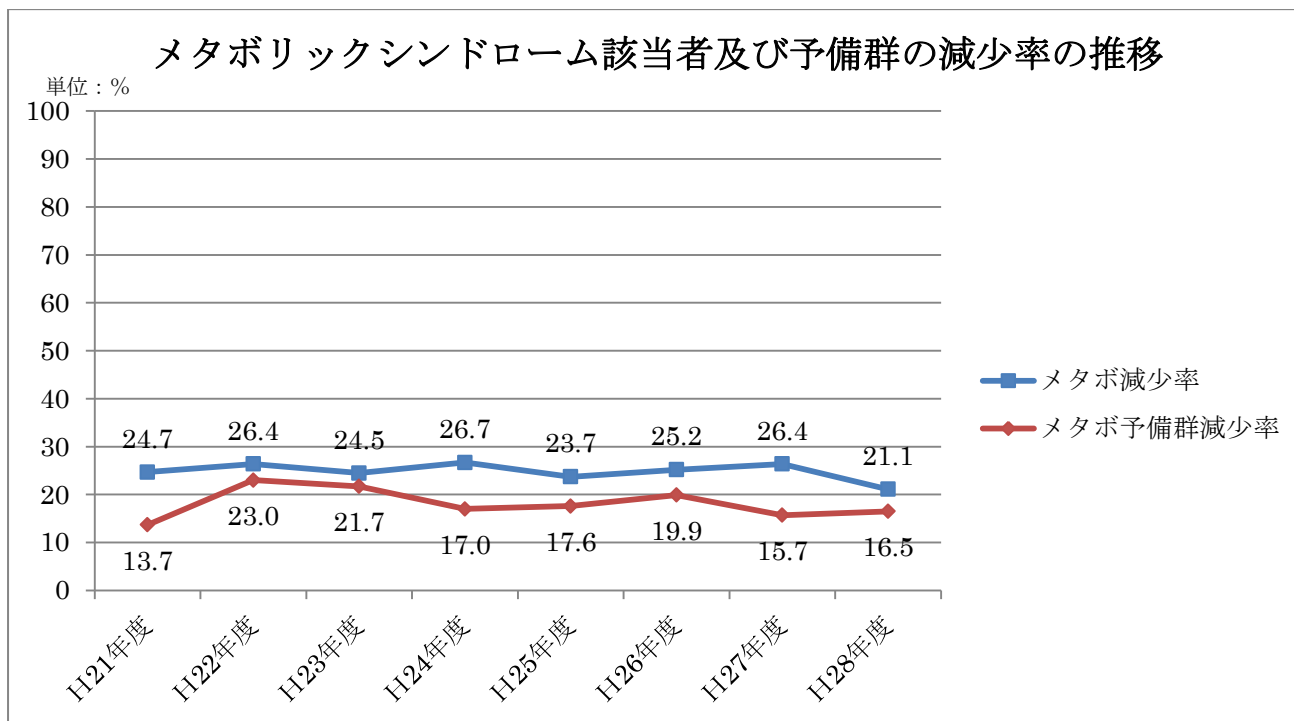
(出典：法定報告)



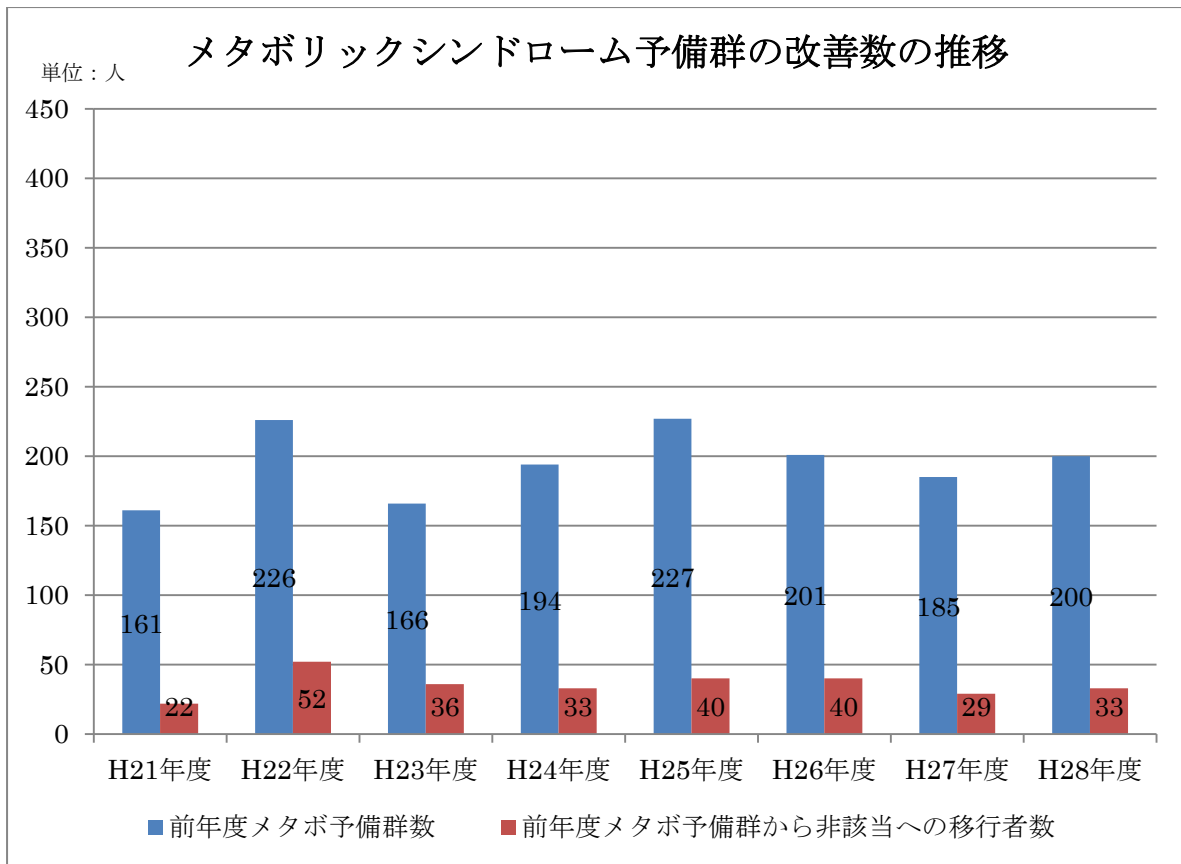
(出典：法定報告)

### 3-11 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の次年度の改善状況

次年度の特定健診において、メタボリックシンドローム該当から予備群、または非該当に改善、予備群から非該当へと改善している受診者がいます。メタボリックシンドローム該当者の減少率は25%前後、予備群の減少率は18%前後になっています。



(出典：法定報告)



(出典：法定報告)

## まとめ

町の特定健診の受診率は約 40%で推移し、目標受診率の 65%を大きく下回っている。健診項目の追加や追加健診日程の設定、夕方・日曜日の実施等、健診を受けやすい体制づくりはしているもののまだまだ低い状況である。特に若い世代や男性の受診率が低く、さらに受診への働きかけが必要である。

特定保健指導の終了者の割合は平成 28 年度 22.0%であり、目標実施率の 60%をはるかに下回っている。特に積極的支援の終了率が低く、利用者を増やす必要がある。

また、特定保健指導の対象者が減少していることから、特定保健指導に限らず、町民全体の健康づくりを目的とした各種健康教育等を展開していくことが大切である。メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は横ばいであるが、改善している割合も大きく、町民の意識は高まっていると思われる。保健事業の成果が長続きするよう、健康的な生活習慣を継続できるよう内容を検討していく必要がある。



## 第2章 第2期データヘルス計画

### 1 第1期計画に基づく対策の評価

#### (1) 第1期計画の課題と対策

- ・特定健康診査、各種がん検診等の未受診者へ受診勧奨を行い、受診率向上に努めます。
- ・特定保健指導の実施率を向上させ、生活習慣の改善へつながるようにします。
- ・脳卒中予防教室等各種教室を行い、重篤な疾病を予防します。
- ・30歳代から40歳代の若い世代からアプローチを行い、健康及び生活習慣の意識改善を図ります。

#### (2) 評価

##### ア 特定健康診査受診率、各種がん検診受診率の向上

###### (ア) 特定健康診査受診率

特定健康診査未受診者対策として、受診しやすい環境づくり（日曜日や夕方の健診日、追加健診の日程を設ける）、2年連続未受診者に対して個別通知に受診勧奨のチラシを同封する等の対策を行いました。また、心電図検査、眼底検査、貧血検査、推定塩分摂取量検査などの検査項目を追加しました。特定健康診査受診率は40%～42%で推移しており、各年度とも目標受診率に達していない状態です。

###### 【平成25年度から平成28年度までの目標受診率と受診率】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
受診率実績 (%)	42.0	40.8	42.4	42.5
目標受診率 (%)	45.0	48.0	51.0	55.0

(出典：法定報告)

###### (イ) がん検診受診率

当該年度に40歳、50歳、60歳の節目年齢になる住民へ家庭訪問により受診勧奨を行いました。がん検診受診率は、胃がん・肺がん・大腸がん検診で僅かずつ増加しています。乳がん検診は、平成27年度まで増加していましたが平成28年度のみ減少しています。子宮頸がん検診は13%～14%で推移しています。

###### 【平成25年度から平成28年度までのがん検診受診率】 (%)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
胃がん	11.0	11.2	13.0	13.2
肺がん	11.3	12.4	12.6	15.9
大腸がん	17.5	19.7	21.6	22.9
乳がん	18.8	18.9	23.7	19.5
子宮頸がん	13.5	14.2	14.4	13.3

(出典：山田町主要な施策の成果に関する報告)

## イ 特定保健指導実施率の向上

特定健康診査実施率の向上のため、初回面接の個別案内通知、電話での参加勧奨、家庭訪問による個別対応を行いました。また、グループ支援（健康教室形式）は日曜日の実施日を設け、対象者が参加しやすい環境づくりに努めました。

特定保健指導実施率は、平成 26 年度以降は 18%～22%で推移しており、各年度とも目標受診率には達していない状態です。

### 【平成 25 年度から平成 28 年度までの実施率】

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
保健指導実施率 (%)	12.7	21.5	18.4	22.2
目標実施率 (%)	30.0	37.0	45.0	52.0

(法定報告)

## ウ 重篤な疾病予防

### (ア) 各種健康教室・講演会

健診結果で病気のリスクのある方を対象に、脳卒中予防教室、糖尿病予防教室、肥満改善教室、循環器疾患（脳卒中・心疾患）予防講演会、糖尿病予防講演会などの事業を行いました。

各種健康教室は、生活習慣病予防・運動・栄養をテーマに 3 回のコースで実施しました。初回は参加者数が多いものの、徐々に参加者が減少することが課題です。

講演会の参加者数は内容によって約 50～100 名で、参加者のアンケートでは「勉強になった」「今後の生活に活かしたい」などの感想が得られていますが、参加者が固定化していることが課題で、教室・講演会ともにより多くの住民が参加する工夫が必要です。

### (イ) ハイリスク者への受診勧奨

特定健康診査の結果、医療機関への受診が必要な者（ハイリスク者）へ家庭訪問による受診勧奨及び保健指導を行いました。家庭訪問で不在の場合は、電話による受診勧奨、保健指導を行いました。

平成 28 年度は対象者 235 人に家庭訪問を実施し、本人または家族に面談及び電話による受診勧奨、保健指導を実施した人数は 185 人（78.7%）でした。残りの約 2 割の対象者には訪問連絡票を配布し、訪問連絡票にて受診勧奨を行いました。

## エ 若い世代へのアプローチ

当該年度に 40 歳、50 歳、60 歳の節目年齢になる住民へ訪問し特定健康診査及び各種がん検診の受診勧奨を行いました。平成 27 年度から実施し、訪問実施率は毎年度 100%、面談実施率は徐々に増加しています。（※平成 27 年度のみ、40 歳、42 歳、60 歳が対象。）

受診勧奨した者のうち 1.7%～3.7%が受診に結びつき、僅かずつではありますが受診者数の増加及び受診者数が拡大しています。

## 2 山田町の課題と対策

第1章の分析結果から、山田町の課題及び、対策の方向性について次のとおりとします。

課 題	対策の方向性
特定健康診査受診率の向上	未受診者への受診勧奨の継続、特に男性や40歳代～50歳代の若い世代への受診勧奨を重点的に行い、受診率の向上に努めます。
特定保健指導実施率の向上	特定保健指導の実施方法を見直すとともに、参加勧奨方法を改善（電話かけ、家庭訪問）し、特定保健指導実施率の向上に努めます。
外来医療費は、高血圧が全体の3割を占め1番高い割合となっている	健康教室や、広報での健康情報の普及啓発などの生活習慣病予防事業を実施し、高血圧予防に取り組みます。
脳卒中・糖尿病・人工透析の医療費が、国と比較して高い	脳卒中予防事業、糖尿病予防事業、糖尿病性腎症重症化予防事業を実施し、脳卒中及び糖尿病の予防、重症化予防に取り組みます。
メタボリックシンドローム該当者及び予備群が男性に多い	男性が特定保健指導に参加しやすいよう、実施方法・内容の改善に取り組みます。 特定保健指導対象者以外にも、健康教室や広報での健康情報の普及啓発などの生活習慣病予防事業を実施し、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少に取り組みます。
夕食後に間食をしている人の割合が高い	肥満改善事業や、広報での健康情報の普及啓発などの生活習慣病予防事業を実施し、間食の適切な摂り方について普及啓発に取り組みます。
飲酒習慣で「毎日飲む」割合が男性に多い	健康教室や、広報での健康情報の普及啓発などの生活習慣病予防事業を実施し、適量飲酒の普及啓発に取り組みます。
男性の喫煙率が高い	健康教室や、広報での健康情報の普及啓発などの生活習慣病予防事業を実施し、喫煙対策に取り組みます。

### 3 保健事業

#### 3-1 保健事業の概要

##### (1) 生活習慣病予防事業、重症化予防事業、特定健康診査・特定保健指導

	事業名	概要
1 次 予 防	生活習慣病予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病のリスクが出現した段階で生活改善の動機づけや栄養・運動指導を実施し、生活習慣病予防を目的として生活習慣病予防教室を実施</li> <li>健康教室において減塩料理を実施</li> <li>老人クラブ等で高齢者へ健康教育を実施</li> <li>広報活動：月1回、町広報の「保健だより」で健康情報について普及啓発を実施</li> </ul>
	脳卒中予防事業	脳卒中予防に関する知識を広く普及し、脳卒中予防を目的として、講演会及び脳卒中予防教室を実施
	糖尿病予防事業	糖尿病の病態生理や予防のための食事・運動について普及し、糖尿病を予防することを目的として、講演会及び糖尿病予防教室を実施
	肥満改善事業	食習慣・運動習慣を改善し、適正体重を維持し肥満を改善することで、生活習慣病を予防することを目的として運動教室を実施
	検診受診率向上対策	がん等疾病の早期発見・早期治療を目的として、当該年度に40歳・50歳・60歳になる住民を対象に、家庭訪問による受診勧奨を実施
2 次 予 防	糖尿病性腎症重症化予防事業	人工透析は、生活の質(QOL)の低下を引き起こし、医療費も高額である。人工透析の原因疾患の約半数を糖尿病が占めていることから、糖尿病の合併症を予防し、住民の健康寿命の延伸を目的として実施
	疾病発症・重症化予防事業	特定健康診査の結果、生活習慣病のリスクが高い者を対象に家庭訪問による受診勧奨及び生活改善の保健指導を実施
	腎疾患予防事業	特定健康診査の結果、尿蛋白+・2+・3+に該当する者を対象に、家庭訪問による受診勧奨及び生活改善の保健指導を実施
特定 保健 指導	特定健診未受診者対策	特定健康診査受診者の増加により、より多くの町民の生活習慣病の早期発見・早期治療を目的とし、当該年度から過去2年間未受診の者に対して案内通知にチラシを同封し、受診勧奨を実施

	特定保健指導	メタボリックシンドローム及び生活習慣病の予防、住民の生活習慣の改善を目的として、初回面接から最終評価まで6か月間継続した支援を実施
--	--------	---

(2) 精神保健事業

	事業名	概要
1次予防	健康2倍デー	居場所づくりを目的として、毎週木曜日に、運動、栄養、休養など健康教室を週替わりで実施
	自殺対策（こころの健康づくり）講演会	年1回、精神疾患や自殺対策に係る講演会を実施し、ポピュレーションアプローチを実施
	ゲートキーパー養成講座	年1回、民生児童委員やボランティア等を対象にゲートキーパー養成講座を実施
	精神疾患に係る勉強会	ケアマネージャーや地域包括支援センター職員に対し、精神疾患の正しい知識の普及や家族への対応方法等の研修会・勉強会を実施
2次予防	うつスクリーニング	当該年度に40歳・50歳・60歳になる住民を対象に、看護師による家庭訪問で、うつスクリーニングを実施
	東日本大震災健康診査後のフォロー	東日本大震災健康診査健康調査票において、不眠・心の元気度についてハイリスクの方へ宮古地域こころのケアセンタースタッフによる面接を行い、さらに必要な方へ家庭訪問による継続支援を実施
	被災者全戸訪問	被災者の全戸訪問にて健康状態を把握し、心身の健康や介護等で支援が必要な場合は関係機関と連携してフォローを実施
	精神保健相談	随時、電話相談や面接、訪問等で相談対応。また、関係機関と連携し、支援を実施
	震災こころの相談室	震災関連の心の相談について、宮古地域こころのケアセンターと連携しながら支援を実施
精神疾患へのアプローチ	精神障がい者社会復帰教室	月1回、精神障がい者を対象に精神保健ボランティアと共同で教室を実施
	家族・当事者・支援者の会	2か月に1回、精神疾患をもつ方とその家族、支援者等が集まり、精神疾患や自立支援制度等の勉強会や交流会等を実施

### 3-2 保健事業の内容

#### (1) 1次予防事業

#### 生活習慣病予防教室

##### ①事業概要

目的	高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病は、脳卒中や透析等の生活の質が低下する病気を引き起こす大きな原因であり、予防することが重要である。そこで、生活習慣病になる前の段階から生活改善の動機づけや栄養、運動指導を実施し、生活習慣病を予防すること
対象者	<p>特定保健指導対象外の者のうち、下記の①～⑤の基準に該当し、且つ、80歳未満に該当する1,091人</p> <p>①血圧：収縮期血圧140以上160未満、または、拡張期血圧90以上100未満          ②血糖：HbA1c6.0以上6.5未満、または、空腹時血糖110以上125未満          ③脂質：LDL140以上180未満、または、TG300以上1,000未満          ④尿糖、尿たんぱく：(+)          ⑤推定塩分摂取量：12g以上</p> <p>※国が示す「オレンジゾーン」に該当</p>
実施方法	各地区で3回コースの健康教室を実施
評価指標	体重の変化と行動変容

##### ②実施状況

各地区の集会場において、健診結果の説明や生活の振り返り・健康目標の設定等を行う初回の教室や栄養教室（講話）、運動教室（講話と実技）の3回コースで実施。

##### 【平成28年度参加者数】

初回	栄養教室（2回目）	運動教室（3回目）
123人	63人	45人

##### ③実施評価と課題

教室の感想として「被災後は生活再建することを目標にしてきたが、健康で家族と楽しく生活することが本当の目標であったことに気付かされた」や「趣味をいつまでもできるように健康でいたい」等が聞かれ、集団で話し合いが行われることで動機づけになった参加者もあった。

しかし、教室の回を重ねるごとに参加者が減少する傾向である。その理由として、実施期間が12月から5月までと長いためにモチベーションが下がってしまうことや教室の日程を忘れてしまう等が挙げられる。そのため、通知するタイミングや内容を工夫し、できるだけ多くの町民に指導を行い、生活改善が習慣化できるよう継続した参加を促すことが課題である。

## 循環器疾患（脳卒中・心疾患）予防講演会

### ①事業概要

目的	死亡率・医療費・介護認定の原因疾患の分析から、脳卒中予防は重点健康課題であり、知識の普及と生活改善を促し、脳卒中予防を図ること
対象者	①収縮期血圧 150 以上または拡張期血圧 100 以上 ②推定塩分摂取量 12 g 以上 ③収縮期血圧 140 以上または拡張期血圧 90 以上かつ HbA1c6.0 以上 ④その他一般町民
実施方法	年 1 回講演会を実施
評価指標	①参加者数、②講演会后アンケート

### ②実施状況

年 1 回、専門医や専門性の高い看護師、管理栄養士を講師に講演会を実施している。

年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
参加者数	95 人	28 人	52 人	55 人

### ③実施評価と課題

毎年開催し、約 30～50 人の参加がある。参加者からは「勉強になった」、「今後の生活に生かしたい」などの感想が聞かれている。また、循環器にかかわる病気は身近なためか、毎年質問も多く出され、身近な学びの場となっている。

参加者数やアンケート等から、参加者の満足度が高く、知識の普及に役立っていると考えられる。

しかし、脳卒中や心疾患の予防について関心の高い一般町民の参加も多いことから、今後は対象者の選定に KDB システム等を用い、治療中の者の重症化予防も視野に入れ、参加者を増やす取り組みの工夫を行う必要がある。

## 糖尿病予防講演会

### ①事業概要

目的	糖尿病は、進行や合併症予防のために生涯にわたり生活習慣の改善が必要となるが、実践するのは容易ではない。そのため糖尿病の病態生理や予防のための食事、運動について普及し、糖尿病を予防すること
対象者	①特定健診等受診者のうち HbA1c6.0 以上 ②その他一般町民
実施方法	年 1 回講演会を実施
評価指標	①参加者数、②講演会后アンケート

### ②実施状況

年 1 回、専門医や糖尿病療養指導士、管理栄養士を講師に講演会を実施している。

年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
参加者数	46 人	44 人	41 人	51 人

### ③実施評価と課題

毎年開催し、40～50 人の参加がある。参加者からは「勉強になった」、「今後の生活に生かしたい」などの感想が聞かれている。また、講演会の際の質問も多く、身近な学びの場となっている。

参加者数やアンケート等から、参加者の満足度が高く、知識の普及に役立っていると考えられる。

しかし、糖尿病予防について関心の高い一般町民の参加も多いことから、今後は対象者の選定に KDB システム等を用い、治療中の者の重症化予防も視野に入れ、参加者を増やせるような取り組みの工夫を行う必要がある。



## 検診受診率向上対策

### ①事業概要

目的	がん等の疾病の早期発見・早期治療
対象者	40歳、50歳、60歳の町民
実施方法	①家庭訪問で受診勧奨 ②広報で周知
評価指標	各種がん検診受診率

### ②実施状況

看護師が対象者へ家庭訪問し、検診受診勧奨を行う。

#### 【訪問実施状況】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
対象者数（人）	591	462	491
訪問人数（人）	591	462	491
訪問実施率（%）	100.0	100.0	100.0
面談実施数（人）	345	250	276
面談実施率（%）	58.4	54.1	56.2

※平成27年度のみ40歳、42歳、60歳を対象とした。

### ③実施評価と課題

平成27年度から実施し、面談実施率は50%台を推移している。

受診勧奨した者のうち1.7%~3.7%が受診に結びつき、僅かずつではあるものの受診者数が増加している。

#### 【受診勧奨した者のうち、検診を受診した人数】

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
胃がん	20人（3.4%）	13人（2.8%）	7人（1.4%）
肝胆腎	23人（3.9%）	17人（3.7%）	8人（1.6%）
肺がん	12人（2.0%）	8人（1.7%）	8人（1.6%）
大腸がん	22人（3.7%）	10人（2.2%）	12人（2.4%）

## 肥満改善事業

### ①事業概要

目的	食習慣、運動習慣を改善し、適正体重を維持する
対象者	特定健康診査の結果、BMI25以上の者
実施方法	5回コースの運動教室（講話、実技）
評価指標	①対象者の参加率 ②教室の初回と最終回のアンケート調査 ③BMI25以上の肥満者の減少

### ②実施状況

平成26年度特定健康診査の結果、70歳未満のBMI25以上または腹囲90cm以上で、疾病等のリスクが無い491人を対象に平成27年度に実施。5回コースで、第1回は体力測定、残り4回は教室の前半に運動の効果、栄養、生活習慣病予防について講話を行い、後半に運動実技を実施。

### ③実施評価と課題

参加者数は、実人数15人（延人数58人）。参加者の感想の中で「講話よりも運動する時間を多くしてほしい」「教室の回数を増やしてほしい」という声が多かった。

参加者のニーズに答え運動実技を増やすことも重要だが、実技だけでなく肥満改善のために必要な生活習慣改善の知識を普及することが課題である。

(2) 2次予防事業

糖尿病性腎症重症化予防事業

①事業概要

目的	人工透析はQOLの低下を引き起こし、医療費も高額となる。原因疾患の約半数を糖尿病が占めているため、糖尿病合併症を予防し、町民の健康寿命の延伸を図る
対象者	<p>(1) 基本的な対象者 以下の①と②を満たしている者</p> <p>①2型糖尿病であり、以下のa～cのいずれかであること</p> <p>a. 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又はHbA1c6.5%以上</p> <p>b. 糖尿病治療中</p> <p>c. 過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴あり</p> <p>②腎機能が低下していること：尿蛋白 (+) 以上</p> <p>(2) ハイリスク者 基本的な対象者の条件を満たし、且つ、eGFRが30～44の間</p> <p>(3) 未受診者または中断者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去に糖尿病の治療歴がある、又は過去3年間程度の検診にてHbA1c7.0以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者</li> <li>・歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者</li> </ul>
実施機関	山田町、県立山田病院、町内歯科医院
実施方法	<p>①すべての対象者：糖尿病重症化予防教室 (5回コース)</p> <p>②未受診者・中断者：通知による受診勧奨</p>
評価指標	受診の有無、教室参加、行動変容 (アンケート実施)、特定健診等での検査値の変化
事業開始	平成29年度

②実施状況

KDBシステムより、平成29年度に上記対象者と判定された495名に対し6月に受診勧奨の通知と教室を実施。教室は、1回2時間の5回コースで、医師・歯科医師・看護師・管理栄養士・検査技師・薬剤師を講師とし、1回あたり2つの講話を実施。内容は病気の理解や運動・食事療法、口腔内のケア、フットケア等、実践も交えた教室を実施している。

③実施評価と課題

平成29年11月時点で176人の受診継続と再開や新規受診が確認された。また、教室参加者は実32人、述べ87人の参加があり、教室終了後のアンケートでは、体重測定をするようになった、ウォーキングを始めた等の行動変容があり、健診結果から6人中5人がHbA1cの改善がみられた。

課題としては、受診勧奨の通知後KDBシステム確認までの時間が空き、その後の未受診者へのフォローができなかったこと、教室では、参加者の体験談を話し合う時間等があまりなかった。今後は、町内関係課、医療機関とのネットワークを強化して実施することが必要である。

## 疾病発症予防・重症化予防事業

### ①事業概要

目的	生活習慣病等を早期発見・早期治療し、疾病の発症及び重症化予防
対象者	特定健康診査の結果、下記※1に該当し、医療機関の受診が必要な者
実施方法	訪問による受診勧奨及び生活改善の保健指導
評価指標	受診勧奨及び保健指導実施率

※1 血圧：収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上、  
脂質：LDL コレステロール 180mg/dl 以上または TG1,000mg/dl 以上、  
血糖：空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上  
(「標準的な健診・保健指導プログラム P83～P101 フィードバック文例集」より)

### ②実施状況

平成 28 年度は、対象者 235 人に家庭訪問を実施し、本人や家族と面談及び家庭訪問時不在者への電話による受診勧奨・保健指導を実施した人数は 185 人 (78.7%)。残りの約 2 割の対象者には訪問連絡票を配布し、受診勧奨を実施。

### ③実施評価と課題

平成 28 年度は、対象者の約 8 割に訪問及び電話による受診勧奨を実施した。対象者の約 2 割は電話で連絡が取れなかったことから、電話連絡がとれない場合の受診勧奨方法を検討する必要がある。

## 腎疾患予防事業

### ①事業概要

目的	早期受診・早期治療による腎疾患の発症及び重症化予防
対象者	特定健康診査の結果、尿蛋白+、2+、3+の者
実施方法	訪問による受診勧奨及び生活改善の保健指導
評価指標	受診勧奨及び保健指導実施率

### ②実施状況

平成 28 年度は、対象者 22 人に家庭訪問で受診勧奨及び保健指導を実施。家庭訪問で不在だった 12 人には電話による受診勧奨を実施。

### ③実施評価と課題

平成 28 年度は、対象者全員に訪問及び電話での受診勧奨を実施することができた。ただし、今後、電話で連絡がとれない場合の受診勧奨方法を検討する必要がある。

(3) 特定健康診査・特定保健指導

特定健康診査未受診者対策

①事業概要

目的	町民が生活習慣病の早期発見・早期治療及び生活習慣の改善をすることで生活習慣病を予防することを目的とする
対象者	過去2年間特定健康診査を受診していない者
実施方法	①案内通知にチラシを同封 ②広報による周知
評価指標	過去2年間未受診者の受診率

②実施状況

平成25年度から案内通知にチラシを同封し受診勧奨。

③実施評価と課題

対象者のうち、約1割の方が受診しているが、さらに受診率を向上させることが課題である。

【対象者の受診率】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
対象者数	2,288人	2,513人	2,263人	2,242人
受診者数	212人	221人	263人	240人
受診率	9.3%	8.8%	11.6%	10.7%

## 特定保健指導

### ①事業概要

事業の目的	メタボリックシンドローム及び生活習慣病の予防、生活習慣の改善
対象者の抽出	特定健康診査の結果、特定保健指導対象となった者
実施方法	①初回面接から最終評価まで6か月間の継続した支援（初回面接、栄養指導、運動指導、電話支援、血液検査、最終評価）を実施 ②個別通知、電話かけ、家庭訪問で参加勧奨を実施
評価指標	特定保健指導実施率

### ②実施状況

#### 【平成25年度から平成28年度までの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
実施率	12.7%	21.5%	18.4%	22.2%
目標実施率	30%	37%	45%	52%

### ③実施評価と課題

特定保健指導実施率は、平成25年度から平成26年度は約10%増加したものの、その後は20%前後で推移している。近年、参加勧奨時に対象者から「去年も参加したから参加しない」「毎年ひっかかってもう嫌だ」等の声が聞かれ、『メタボ』や『特定保健指導』に対するマイナスイメージが定着し、“特定保健指導の対象になる＝悪いこと”と思っている人が多い印象を受ける。対象者にマイナスイメージを持たせずに参加を勧奨するアプローチ方法を工夫することが課題である。

### 3-3 保健事業の内容及び評価指標

#### (1) 1次予防事業

##### 生活習慣病予防教室

目標	生活習慣病の予防に関する知識の獲得や行動をすることができる		
対象者	特定健康診査の結果、下記※1に該当する国が示す「オレンジゾーン」を対象者の基本とし、町の課題を加えて抽出		
実施方法	3回コースの教室（第1回：生活の振り返りと目標設定、第2回：栄養指導、第3回：運動指導）を実施		
評価指標	策定時のベースライン値 (平成28年度実績)	中間評価 (平成32年度)	最終評価 (平成35年度)
アウトプット 評価	各回の参加者数 第1回：122人 第2回：61人 第3回：33人	各回の参加者数 第1回：150人 第2回：80人 第3回：50人	各回の参加者数 第1回：180人 第2回：100人 第3回：70人
アウトカム 評価		参加者の体重減少やアセスメント票の改善60%	参加者の体重減少やアセスメント票の改善60%

#### ※1 国が示す「オレンジゾーン」

- ① 血圧：収縮期血圧140以上160未満、または、拡張期血圧90以上100未満
- ② 血糖：HbA1c6.0以上6.5未満、または、空腹時血糖110以上125未満
- ③ 脂質：LDLコレステロール140以上180未満、または、TG300以上1,000未満
- ④ 尿糖、尿たんぱく：(+)

##### 脳卒中予防講演会

目標	脳卒中に関する正しい知識の獲得		
対象者	特定健康診査の結果から脳卒中のリスクが高いと判断される対象者		
実施方法	講演会		
評価指標	策定時のベースライン値 (平成28年度実績)	中間評価 (平成32年度)	最終評価 (平成35年度)
アウトプット 評価	年1回実施 参加者数：55人	年1回実施 参加者数：70人	年1回実施 参加者数：80人
アウトカム 評価		講演会後にアンケートを実施し、内容について6割以上理解できた人の割合70%	講演会後にアンケートを実施し、内容について6割以上理解できた人の割合80%

### 糖尿病予防講演会

目標	糖尿病に関する正しい知識の獲得		
対象者	特定健診等の結果から糖尿病のリスクが高いと判断される対象者		
実施方法	講演会		
評価指標	策定時のベースライン値 (平成 28 年度実績)	中間評価 (平成 32 年度)	最終評価 (平成 35 年度)
アウトプット 評価	年 1 回実施 参加者数：51 人	年 1 回実施 参加者数：70 人	年 1 回実施 参加者数：80 人
アウトカム 評価		講演会後にアンケートを 実施し、内容について 6 割以上理解できた人の割 合 70%	講演会後にアンケートを 実施し、内容について 6 割以上理解できた人の割 合 80%

### 検診受診率向上対策

目標	各種がん検診受診率の向上		
対象者	40 歳以上の住民（子宮頸がん検診は 20 歳以上）		
実施方法	①40 歳、50 歳、60 歳になる住民に、家庭訪問で受診勧奨を実施 ②広報による周知 ③土曜日に検診を実施。追加検診を実施し、受診しやすい環境を整備		
評価指標	策定時のベースライン値 (平成 28 年度実績)	中間評価 (平成 32 年度)	最終評価 (平成 35 年度)
アウトプット 評価	①面談実施率 57.4% ②広報周知 年 5 回 ③土曜日検診、追加検診実 施日数 土曜日検診 4 日間 追加検診 2 日間	①面談実施率 70% ②広報周知 年 5 回 ③土曜日検診、追加検診 実施日数 土曜日検診 4 日間 追加検診 2 日間	①面談実施率 80% ②広報周知 年 5 回 ③土曜日検診、追加検診実 施日数 土曜日検診 4 日間 追加検診 2 日間
アウトカム 評価	がん検診受診率 胃がん検診 13.2% 肺がん検診 15.9% 大腸がん検診 22.9% 乳がん検診 19.5% 子宮頸がん検診 13.3%	がん検診受診率 胃がん検診 15.0% 肺がん検診 15.0% 大腸がん検診 25.0% 乳がん検診 25.0% 子宮頸がん検診 15.0%	がん検診受診率 胃がん検診 20.0% 肺がん検診 20.0% 大腸がん検診 30.0% 乳がん検診 30.0% 子宮頸がん検診 20.0%



(2) 2次予防事業

糖尿病性腎症重症化予防事業

目標	糖尿病性の人工透析導入者の減少と透析導入までの期間の延伸		
対象者	国が示す「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」対象者		
実施方法	①未受診者・中断者：通知による受診勧奨 ②すべての対象者：糖尿病重症化予防教室（5回コース）		
評価指標	策定時のベースライン値 （平成28年度実績）	中間評価 （平成32年度）	最終評価 （平成35年度）
アウトプット 評価	①全対象者への受診勧奨 ②教室参加者延べ87人	①全対象者への受診勧奨 ②教室参加者延べ100人	①全対象者への受診勧奨 ②教室参加者延べ120人
アウトカム 評価	①対象者の約30%が受診 ②教室参加者の約80%の 行動変容、約90%のHbA1c の改善	①対象者の約40%以上が 受診 ②教室参加者の約80%の 行動変容、約90%のbA1c の改善、人工透析導入者 0人	①対象者の約40%以上が 受診 ②教室参加者の約80%の 行動変容、約90%のHbA1c の改善、人工透析導入者0 人

疾病発症予防・重症化予防事業

目標	特定健康診査の結果、要受診者が医療機関を早期受診するとともに、生活習慣を改善する		
対象者	特定健康診査の結果、下記※2に該当する受診が必要な者及び治療中であるがコントロール不良な者		
実施方法	家庭訪問及び電話かけによる受診勧奨及び保健指導		
評価指標	策定時のベースライン値 （平成28年度実績）	中間評価 （平成32年度）	最終評価 （平成35年度）
アウトプット 評価	実施率 62.7%	実施率 70%	実施率 80%
アウトカム 評価		受診勧奨した者の80%が 医療機関を受診する	受診勧奨した者の90%が 医療機関を受診する

※2 血圧：収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上、  
脂質：LDL コレステロール 180mg/dl 以上または TG1,000mg/dl 以上、  
血糖：空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上  
（「標準的な健診・保健指導プログラム P83～P101 フィードバック文例集」より）

### 腎疾患予防事業

目標	特定健康診査の結果、要受診者が医療機関を早期受診する		
対象者	特定健康診査の結果、尿たんぱく＋、2＋、3＋の者		
実施方法	家庭訪問及び電話かけによる受診勧奨及び保健指導		
評価指標	策定時のベースライン値 (平成 28 年度実績)	中間評価 (平成 32 年度)	最終評価 (平成 35 年度)
アウトプット 評価	実施率 69.6%	実施率 70%	実施率 80%
アウトカム 評価		受診勧奨した者の 80%が 医療機関を受診する	受診勧奨した者の 90%が 医療機関を受診する

(3) 特定健康診査・特定保健指導事業

特定健康診査未受診者対策

目標	特定健康診査受診率の向上		
対象者	過去2年間特定健康診査を受診していない者		
実施方法	①個別の健診案内通知に受診勧奨のチラシを同封、広報による周知 ②日曜日の健診や夕方健診・追加健診を実施し、受診しやすい環境を整備 ③検査項目の増加 ④医師会と連携し、通院治療中の者へ受診勧奨		
評価指標	策定時のベースライン値 (平成28年度実績)	中間評価 (平成32年度)	最終評価 (平成35年度)
アウトプット 評価	①チラシ送付数 2,575枚 ②広報掲載 年1回 ③日曜日の健診 2日間 夕方健診 1日間 追加健診 2日間	①チラシ送付数 2,000枚 ②広報掲載 年1回 ③日曜日の健診 2日間 夕方健診 1日間 追加健診 2日間	①チラシ送付数 1,800枚 ②広報掲載 年1回 ③日曜日の健診 2日間 夕方健診 1日間 追加健診 2日間
アウトカム 評価	受診率 42.5%	受診率 50% ※第3期山田町特定健康診査等実施計画より	受診率 60% ※第3期山田町特定健康診査等実施計画より

※アウトプット評価の①チラシ配布数の減少は、想定対象者数（第3期山田町特定健康診査等実施計画より）の減少及び、受診率の向上により対象者が減少することを想定したため。

特定保健指導

目標	特定保健指導実施率の向上		
対象者	特定保健指導の対象となった者		
実施方法	①初回面接から最終評価まで、6か月間の継続した支援を実施 ②個別通知、電話、家庭訪問で参加勧奨を実施 ③グループ支援を日曜日に実施		
評価指標	策定時のベースライン値 (平成28年度実績)	中間評価 (平成32年度)	最終評価 (平成35年度)
アウトプット 評価	保健指導実施率 22.5%	保健指導実施率 39% ※第3期山田町特定健康診査等実施計画より	保健指導実施率 60% ※第3期山田町特定健康診査等実施計画より
アウトカム 評価	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成20年度比） 22.8% ※第3期山田町特定健康診査等実施計画より	/	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少（平成20年度比で25%減少） ※第3期山田町特定健康診査等実施計画より

### 第3章 第3期特定健康診査等実施計画

#### 1 特定健康診査・特定保健指導制度

##### (1) 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査・特定保健指導

「医療制度改革大綱（平成 17 年 12 月 1 日政府・与党医療改革協議会）」において、平成 27 年度には平成 20 年度と比較して生活習慣病有病者や予備群を 25%減少させることが政策目標として掲げられ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされました。

これを踏まえ、生活習慣病予防の徹底を図るため、平成 20 年 4 月から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）により、保険者に対して、内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する健康診査（特定健康診査）及び、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者に対する保健指導（特定保健指導）の実施が義務付けられました。

この政策目標を達成するため、保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施し、事業評価が可能となるよう、国が「標準的な健診・保健指導プログラム」を作成しました。

##### (2) 特定健康診査・特定保健指導の目的

特定健康診査・特定保健指導は、主として内臓脂肪の蓄積に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出し、対象者のもつリスクに応じた保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病を予防することを目的としています。

##### (3) 第3期山田町特定健康診査等実施計画について

保険者は、特定健康診査や特定保健指導を実施するにあたり、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条の規定によって「特定健康診査等実施計画」を定めるものとされています。

なお、第 1 期及び第 2 期は 5 年を一期としていましたが、医療費適正化計画が 6 年一期に見直されたことを踏まえ、第 3 期（平成 30 年度以降）は 6 年を一期として策定します。

## 2 第2期山田町特定健康診査等実施計画の期間の現状

### (1) 特定健康診査実施状況（平成25年度から平成28年度までの目標受診率と受診率）

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
受診率	42.0%	40.8%	42.4%	42.5%
目標受診率	45%	48%	51%	55%

(法定報告)

### (2) 特定保健指導実施状況

#### ア 実施率

##### 【平成25年度から平成28年度までの実施率】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
保健指導実施率	12.7%	21.5%	18.4%	22.2%
目標実施率	30%	37%	45%	52%

(法定報告)

#### イ メタボ減少率

平成20年度から平成28年度までのメタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者の減少率は、22.8%です。

##### 《算出方法》

$$\frac{\text{平成20年度内臓脂肪症候群及び予備群推定数} - \text{平成28年度内臓脂肪症候群及び予備群推定数}}{\text{平成20年度内臓脂肪症候群及び予備群推定数}}$$

$$= \frac{1,520 - 1,173}{1,520} = 0.228 \Rightarrow \text{減少率 } 22.8\%$$

※内臓脂肪症候群及び予備群推定数：健診受診者数に占める該当者及び予備群の者の割合を、特定健康診査対象者数に乗じて算出したもの。

### 3 第3期山田町特定健康診査等実施計画の目標

#### (1) 実施計画の目標設定（国が示す目標値）

ア 特定健康診査実施率：平成35年度までに60%以上にする

イ 特定保健指導実施率：平成35年度までに60%以上にする

ウ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率：平成35年度までに、平成20年度比で25%減少すること

#### (2) 第3期計画の年度ごとの目標値

平成35年度の目標値は、国が示す目標値に基づいて設定しました。年度ごとの目標値は、これまでの実績を踏まえて、平成35年度の目標値を目指して段階的に設定しました。

	平成28年度 法定報告値	目標値					
		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
特定健康診査実施率	42.5%	45%	47%	50%	53%	56%	60%
特定保健指導実施率	22.5%	25%	32%	39%	46%	53%	60%
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	22.8%						25%

#### 4 特定健康診査等の対象者

##### 4-1 特定健康診査

###### (1) 対象者の定義

山田町国民健康保険被保険者のうち、特定健康診査の実施年度中に40歳～74歳になる者で、かつ当該実施年度の1年間を通じて国民健康保険に加入している者（年度途中の加入・脱退等異動の無い者）のうち、除外規則該当者（妊婦、長期入院、海外在住等）を除いた者が対象となります。

###### (2) 対象者数

	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
想定対象者数	3,964人	3,766人	3,578人	3,399人	3,229人	3,068人
目標受診率	45%	47%	50%	53%	56%	60%
目標受診者数	1,784人	1,770人	1,789人	1,802人	1,808人	1,841人

※想定対象者数：各年度の40歳～74歳の推計人口に、平成25年度～平成28年度までの国保加入率を乗じて算出

※目標受診者数：上記想定対象者数に目標受診率を乗じて算出

## 4-2 特定保健指導

### (1) 対象者の定義

特定健康診査の結果、腹囲の他、血糖、血压、脂質が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者です。（「円滑な実施に向けた手引き」1-3-2 参照）

次の図表に示すように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無によって、動機づけ支援と積極的支援の2つに分けられます。ただし、65歳～74歳の者は、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援対象となります。

#### 【特定保健指導の対象者判定基準（階層化）】

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	年齢	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64歳	65～74歳
男性 85 cm以上 女性 90 cm以上	2つ以上該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で、 BMI 25以上	3つ該当	/	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

※喫煙歴の斜線部分は、階層化の判定に喫煙歴の有無が関係しないことを示す。

#### 【追加リスク】

- ①血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c5.6%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：収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上



(2) 対象者数

		H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健康診査目標受診者数		1,784 人	1,770 人	1,789 人	1,802 人	1,808 人	1,841 人
特定保健指導目標実施率		25%	32%	39%	46%	53%	60%
積極的 支援	推定対象者数	91 人	90 人	91 人	92 人	92 人	94 人
	目標実施者数	23 人	29 人	36 人	42 人	49 人	56 人
動機づけ 支援	推定対象者数	186 人	184 人	186 人	187 人	188 人	191 人
	目標実施者数	46 人	59 人	73 人	86 人	100 人	115 人
合計	推定対象者数	277 人	274 人	277 人	279 人	280 人	285 人
	目標実施者数	69 人	88 人	108 人	128 人	149 人	171 人

※特定健康診査目標受診者数：4-1 の (2) から

※積極的支援推定対象者数：特定健康診査目標受診者数に、平成 28 年度積極的支援対象者の割合 (5.1%) を乗じて算出

※動機づけ支援推定対象者数：特定健康診査目標受診者数に、平成 28 年度動機づけ支援対象者の割合 (10.4%) を乗じて算出

## 5 特定健康診査等の実施方法

### 5-1 特定健康診査の実施方法

(1) 実施場所：山田町保健センター、町内各集会場

(2) 特定健康診査の項目

必須項目	詳細な項目 (医師が必要と認めた場合に実施する)
①問診 ②身体計測（身長、体重、腹囲、BMI） ③血圧 ④肝機能検査（AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ-GT(γ-GPT)) ⑤脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） ⑥糖検査（随時血糖、HbA1c） ⑦尿検査（尿糖、尿蛋白）	①貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数） ②心電図検査 ③眼底検査 ④血清クレアチニン検査（eGFR評価）

(3) 実施方法：集団健診

(4) 実施時期

- ア 通常健診 9月（日曜日、夕方の実施日あり）
- イ 追加健診 10月末（2日間程度）

(5) 実施主体：山田町

(6) 健診委託機関：公益財団法人岩手県予防医学協会

(7) 案内・周知方法

- ア 対象となる被保険者へ、個別に健診の案内通知を送付
- イ 広報にて、健診会場、日時、健診項目等を周知

(8) 受診券の交付

対象となる被保険者へ有効期限を年度内とする受診券を発行し、健診案内通知と併せて送付します。

(9) 自己負担金

被保険者の健診に係る費用の負担を軽減し、健診を受けやすくするため無料とします。

(10) 代行機関

特定健康診査における費用の決済及び健診機関から送付される被保険者資格等のデータ点検は、岩手県国民健康保険団体連合会に委託します。

5-2 特定保健指導の実施方法

(1) 特定保健指導の目的

生活習慣病の予防に対する保健指導の第1の目的は、生活習慣病に移行しないことです。そのために、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、自身の健康に関するセルフケアができるようになることを目的とします。

(2) 実施場所：山田町保健センター、町内各集会場

(3) 実施期間：12月～翌年8月

(4) 実施内容

「標準的な健診・保健指導プログラム 平成30年度版」(平成30年4月 厚生労働省 健康局)に示されている内容に準じて実施します。

ア 動機づけ支援

初回面接後、3か月以上の継続した支援を実施し、評価を行います。ただし、対象者の状況に応じて、初回面接から6か月以上経過後に評価を行います。

イ 積極的支援

初回面接後、3か月以上の継続した支援を実施し、評価を行います。ただし、対象者の状況に応じて、初回面接から6か月以上経過後に評価を行います。

※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、または支援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します。

【支援の種類】

支援A(積極的関与タイプ)	支援B(励ましタイプ)
初回面接時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り組み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。	支援計画の実施状況の確認と、励ましや称賛をする支援。

(出典：標準的な健診・保健指導プログラム 平成30年度版)

【積極的支援における支援方法と支援ポイント】

	基本的なポイント	最低限の介入量	ポイントの上限
個別支援A	5分 20ポイント	10分	1回 30分以上実施した場合でも 120ポイントまで
個別支援B	5分 10ポイント	5分	1回 10分以上実施した場合でも 20ポイントまで
グループ支援A	10分 10ポイント	40分	1回 120分以上実施した場合でも 120ポイントまで
電話支援A	5分 15ポイント	5分	1回 20分以上実施した場合でも 60ポイントまで
電話支援B	5分 10ポイント	5分	1回 10分以上実施した場合でも 20ポイントまで
電子メール支援A (電子メール、FAX、手紙等)	1往復 40ポイント	1往復	
電子メール支援B (電子メール、FAX、手紙等)	1往復 5ポイント	1往復	

(出典：標準的な健診・保健指導プログラム 平成30年度版)

(5) 実施主体：山田町

(6) 周知方法：対象者への個別通知、電話かけ、家庭訪問

(7) 自己負担額

被保険者の保健指導に係る費用の負担を軽減し、保健指導を利用しやすくするため、無料とします。

(8) 代行機関

特定保健指導における費用の決済及び健診機関から送付される被保険者資格等のデータ点検は、岩手県国民健康保険団体連合会に委託します。

5-3 年間スケジュール

	特定健診	特定保健指導	
	当該年度	当該年度	翌年度
4月	健診機関と委託契約締結 健診対象者の抽出		特定保健指導 継続支援
5月	対象者のデータの作成 健診委託機関と打合せ		↓
6月	対象者データの作成		↓
7月	健診案内・受診券作成 発送準備 健診委託機関へ問診票出力用データ提出		↓ 特定保健指導 最終評価
8月	健診案内通知・受診券発送 広報にて健診日程・会場等を周知		↓
9月	健診実施（各地区19日間）		事業評価
10月	未受診者（追加健診対象者）の抽出 追加健診案内通知発送 追加健診実施（2日間）		
11月	健診結果受領 翌年度の予算要求事務	翌年度の予算要求事務	
12月	追加健診結果受領 →	対象者の抽出 特定保健指導案内作成・発送 特定保健指導開始 （初回面接）	
1月	受診者数確定、健診料等委託料支払い	特定保健指導（初回面接）	
2月		特定保健指導継続支援	
3月		↓	

## 第4章 計画に基づく事業の評価・見直し等について

### 1 保健事業実施状況の評価方法・時期

データヘルス計画では、健康・医療情報を有効活用して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が求められています。

これまでの保健事業の振り返りや、健康・医療情報であるレセプトデータを分析することで現状の課題を明らかにし、課題に応じた事業を設計（PLAN）し、計画に沿った事業を実施（DO）します。評価（CHECK）にあたっては、評価指標に沿って、実施した事業の効果を把握します。また、評価した結果に基づいて事業の改善（ACTION）を図っていきます。特定健康診査等実施計画についても同様の考え方とし、PDCAサイクルに沿って事業の改善を図ります。「第2章3-3」に示した評価指標に沿って、事業の進捗状況を継続的に管理するとともに、計画期間の中間時点(平成32年度)及び最終年度には、目標達成状況等の評価します。

### 2 計画の見直し

計画期間中において、目標達成状況や事業実施状況の変化等により計画の見直しの必要が生じたときは、適宜修正を行うこととします。

### 3 計画の公表・周知

町ホームページに掲載し、本計画の周知を図ります。また、特定健康診査をはじめとする保健事業の目的等の周知を図っていきます。

### 4 個人情報の取り扱い及び守秘義務規定の遵守

レセプト及び特定健康診査等で得られる個人の健康・医療情報は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」に定める要配慮個人情報に該当するため、「個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン」及び「山田町個人情報保護条例（平成17年山田町条例第15号）」に基づき、厳密な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

また、特定健康診査、特定保健指導その他保健事業を受託した事業者についても、同様の取り扱いとするとともに、業務によって知り得た情報については、守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とします。

さらに、個人情報の管理（書類の紛失・盗難等）にも十分留意するものとし、これらを取り扱う者に対して、その内容の周知を図ります。

### 5 実施体制・関係者連携

山田町は、国保担当課に専任の保健師が配置されていないことから、健康づくり担当課の保健師等と情報の共有を図るなど、積極的に連携しながら事業運営を進めていくこととします。

年に2回、年度当初と特定健康診査終了後に国保担当課と健康づくり担当課の情報共有の場を設け、事業の進捗状況等の確認を行います。

また、介護担当課等その他関係課と共通認識を持ち、積極的に連携して課題解決に取り組む

こととします。