

第3章 第三期特定健診等実施計画

1. 第三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ます。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定します。

2. 目標値の設定

【図表31】

特定健診実施率・特定保健指導終了率の目標

	平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成33年度 (2021)	平成34年度 (2022)	平成35年度 (2023)
特定健診受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導終了率	90%	91%	92%	93%	94%	95%

3. 対象者の見込み

【図表32】

特定健診・特定保健指導の対象者見込み

		平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成33年度 (2021)	平成34年度 (2022)	平成35年度 (2023)
特定健診	対象者数	5,647人	5,666人	5,676人	5,716人	5,608人	5,351人
	受診者数	2,824人	2,946人	3,065人	3,201人	3,253人	3,211人
特定保健指導	対象者数	282人	283人	284人	286人	280人	268人
	終了者数	254人	258人	261人	266人	263人	255人

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

個別健診（医療機関委託）、集団健診（市が外部に委託して行う節目健診）、ドック健診（助成事業）を行います。

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ます。

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施医療機関については、受診票に一覧を同封して送付します。

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、心電図、眼底、貧血）を実施します。また、血中脂質検査のうちLDL コレステロールについては、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ます。（実施基準第1条4項）

5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施します。

6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受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します。

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、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、岐阜県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

対象者には個別に受診票を発送します。また【図表33】のスケジュールに基づいて、健診の実施、受診勧奨等を行う他、ポスターや健診会場、健康教育の場などで周知広報活動を行います。

特定健診等スケジュール

【図表33】

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	受診票発送	○	○			○							
健診等	特定健診（個別健診） （委託医療機関で実施）			○	○		○						
	節目健診（集団検診） （バス、保健センターで実施）	○	○			○							
	ドック健診（助成事業）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
受診勧奨等	電話による受診勧奨				○	○	○						
	はがき受診勧奨					○							
	広報誌等への掲載	○		○		○							

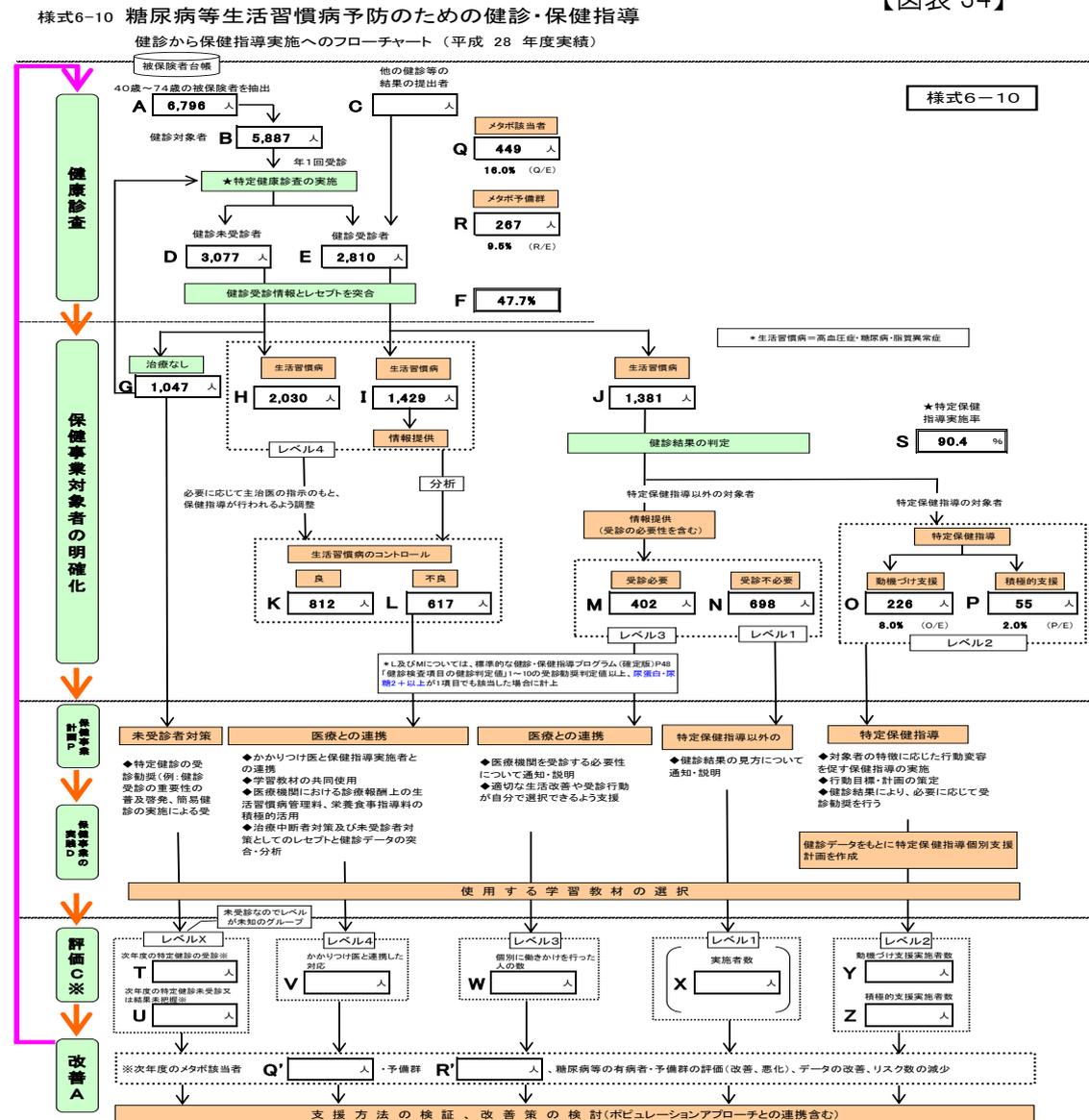
5. 特定保健指導の実施

特定健康診査に基づく保健指導は、健康増進課への執行委任の形態で行います。

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)」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・実践評価を行います。(図表34)

【図表34】



*平成28年度特定健診結果から保健指導支援ツールにて作成

2) 保健指導対象者数と優先順位・支援方法 (図表 35)

保健指導対象者と優先順位・支援方法(平成 28 年度実績)

【図表 35】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数 受診数割合 (%)	実績 (%)	平成 28 年 目標 (%)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け 支援 P：積極的支 援	◆対象者の結果に応じた保健・ 栄養指導の実施 ◆行動目標・計画・評価 ◆健診結果により、必要に応じ て受診勧奨を行う	281 人 (10%)	254 人 (90.4%)	91%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性 について説明、紹介状を作成 ◆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	402 人 (14.3%)	402 人 (100%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 ①電話 ②はがき ③広報等で受診を勧める	未受診者 3,077 人 ※受診率目 標達成まで あと 545 人	受診者数 2,810 人 (47.7%)	57%
4	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(個人に合わせたバラ ンス食票等を提示)	698 人 (24.8%)	698 人 100%	100%
5	I	情報提供 (治療中)	◆重症化予防の数値を超える 者には、医療連絡票等を作成・ 説明・かかりつけ医と連携 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策として医療連絡票の返 信がない者にレセプト又は本 人に受診確認と生活習慣改善 の支援	1,429 人 (50.9%)	1,429 人 100%	100%

資料 本巣市特定健診結果

2-①
 受診勧奨判定対象者
 治療中でコントロール不良の方への対応(医師との連携)
 事前に随時結果を把握する。
 重症化及び合併症予防のため、現在の状態が身体に及ぼす影響と障害予防のための治療のあり方の理解を促す。
 治療中前向きな減らす個別支援。管理目標を再確認し、保健・栄養・運動・禁煙指導。必要に応じて、医療連携体制を作成、継続支援を行う。

2-②
 受診勧奨判定対象者
 治療中でコントロール不良の方への対応(医師との連携)
 事前に随時結果を把握する。
 重症化及び合併症予防のため、現在の状態が身体に及ぼす影響と障害予防のための治療のあり方の理解を促す。
 治療中前向きな減らす個別支援。管理目標を再確認し、保健・栄養・運動・禁煙指導。必要に応じて、医療連携体制を作成、継続支援を行う。

2-③
 保健指導判定対象者への保健指導
 原則、受診者全員の結果を事前に把握し、個別面談で、随時結果を指導する。
 1. 対象に含まれていない保健指導の実施(動脈硬化危険因子の有無や危険因子数、既往症等)により、設定されている管理目標値を併せてみていく。
 2. 学習教材の活用(からだノート、食ノート等)、活用する資料の検討

2-④
 受診勧奨判定対象者: 受診勧奨を行い医療連携により、重症化を防ぐ。早期介入を行い生活改善後3か月~6ヶ月後必ず受診確認。
 ◆重症化予防
 1 医療連携体制を作成
 2 医療機関の連携確認
 (受診状況と検査値・生活習慣改善の確認)
 * 医師の返信がない
 1 医師受診確認
 2 支援体制作成
 3 支援体制作成

①心電図所見(心房細動の未治療者)	③腎専門医に紹介する(10以上は該当)
②眼底検査(NVⅡ度・H2・S2以上の未治療者)	④HbA1c7.0%以上(未治療者は6.5%以上)
③腎専門医に紹介する(10以上は該当)	⑤LDL-C180mg/d以上
④HbA1c7.0%以上(未治療者は6.5%以上)	⑥LDL-C140mg/d以上
⑤LDL-C180mg/d以上	⑦尿蛋白(+)以上
⑥LDL-C140mg/d以上	⑧中性脂肪300mg/d以上
⑦尿蛋白(+)以上	⑨肝機能 GOT5以上・GPT5以上・γ-GTP10以上
⑧中性脂肪300mg/d以上の未治療者	
⑨肝機能 GOT5以上・GPT5以上・γ-GTP10以上	

プロセス(過程)	アウトカム(実績)	アウトカム(結果)	専門スタッフ(体制・機軸)
①糖尿病管理台帳作成 年1回健康データを記入込む ポイント毎に整理してから 台帳に載っている人全てに関わる ②台帳に年間通じて情報を入れ込む ↓ 地区担当者が関わる 地区担当者が代わっても継続される	糖尿病台帳の全体数 360名 ①健康未受診者 155名 ②未治療者 2名 ③HbA1c悪化 10名 ④尿蛋白悪化 6名 尿蛋白(-) 6名 ⑤GFR 1年で5以上低下 1年で30%以上低下 ⑥記入すべき内容 備考欄に ①死亡、その他原因 ②脳・心疾患・手術 ③透析 ④がんなど	糖尿病台帳の全体数 360名 ①健康未受診者 155名 ②未治療者 2名 ③HbA1c悪化 10名 ④尿蛋白悪化 6名 尿蛋白(-) 6名 ⑤GFR 1年で5以上低下 1年で30%以上低下 ⑥記入すべき内容 備考欄に ①死亡、その他原因 ②脳・心疾患・手術 ③透析 ④がんなど	専門スタッフ17名が地区担当制で実施 保健師13名・看護師1名・管理栄養士6名 確認すること ①シシヤで治療しているか ②他の保険者に行っているか レセプトを確認 訪問・面談か→保健指導 他のリスク(血圧・メタボなど) 微量アルブミン尿検査の情報 を入れ込む→腎症予防の保健 指導

糖尿病台帳の全体数	360名
健康未受診者	155名
未治療者	2名
HbA1c悪化	10名
尿蛋白悪化	6名
尿蛋白(-)	6名
GFR	1年で5以上低下 1年で30%以上低下
記入すべき内容	備考欄に ①死亡、その他原因 ②脳・心疾患・手術 ③透析 ④がんなど

特定健診の受診率の状況

本県市の目標	55%	平成22年度	55%	平成23年度	65%	平成24年度	50%	平成25年度	52%	平成26年度	55%	平成27年度	57%	平成28年度	57%
本県市の実績	45.1%	48.6%	49.3%	49.1%	49.0%	47.7%									
全国市町村別の実績	34.7%	35.1%	35.6%	35.9%	36.6%	37.3%									

年度	受診者	該当者	終了者	終了率	該当者	終了者	終了率	動機づけ支援
平成24年度	3,066人	951人	923人	97.3%	87人	79人	90.8%	244人
平成25年度	3,130人	965人	928人	96.2%	63人	58人	92.1%	243人
平成26年度	3,095人	989人	965人	97.6%	75人	68人	90.7%	223人
平成27年度	3,024人	922人	891人	96.6%	50人	44人	88.0%	248人
平成28年度	2,810人	821人	794人	96.6%	55人	49人	89.1%	226人

対象疾患	改善	維持	悪化	治療	未治療
糖尿病	38.2%	50.0%	11.7%	96.7%	3.3%
LDL	74.5%	25.5%	0.0%	53.2%	46.8%
高血圧	83.8%	13.2%	3.0%	64.7%	35.3%

対象疾患	改善	維持	悪化
糖尿病	7.1%	83.2%	9.7%

改善率	7.1%
維持率	83.2%
悪化率	9.7%

改善率	7.1%
維持率	83.2%
悪化率	9.7%

改善率	7.1%
維持率	83.2%
悪化率	9.7%

改善率	7.1%
維持率	83.2%
悪化率	9.7%

改善率	7.1%
維持率	83.2%
悪化率	9.7%

改善率	7.1%
維持率	83.2%
悪化率	9.7%

改善率	7.1%
維持率	83.2%
悪化率	9.7%

支援方法の検証、改善策の検討

【図表 37】

生活習慣病予防関連の国保健診事業（平成28年度実績）

対象年齢	事業名	目的・目標	事業の概要（方法）	対象者	実施体制（実施者）	成果		課題
						アトプット	アトプカム	
40歳以上の国保者	特定健康診査	生活習慣病の発症および重症化予防のため、保健指導の対象者を抽出するとともに、疾病の早期発見を図る。	個別健診は6月に対象者全員に受診票と受診案内を送付する。	本市国保の被保険者で、実施年度内に40～74歳となる者。	もとす医師会に委託	【受診者】 対象者 5,887人 前半 2,398人 後半 234人 受診者 4,299人(9月月末) 受診者 2,810人	受診率47.7%（法定報告） 目標57%に及ばず	・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を発症、重症化したやうい人を含め、健診で早期発見、早期介入者等、重症化した人に健診未受診者は多いため、受診率の向上が課題。
	集団健康診査	節目の年齢に健診を受け、健康状態を確認し、生活習慣を見直す。補食検査、尿中微量アルブミン、歯周病健診等の項目を追加し、尿病の早期発見、発症予防や重症化予防を図る。	実施調査票により、該当する受診希望者に受診票を送付。45歳には希望の有無にかかわらず、受診票を送付。4保健センターにおいて、集団健診を4、5月及び8月に実施。	40～65歳までの5歳毎、該当年齢で希望した者（保護者は問わず）	健診機関に委託 保健師・看護師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士等	【受診者】 対象者 239人受診(再掲) 【保健指導】 実施数 239人 実施率100%	【75gブドウ糖負荷検査結果】実施者 197人 糖尿病型 6人(3.2%) 境界型 26人(13.9%) 正常型 155人(82.9%) 【尿中微量アルブミン】 有所見者 27人(11.4%)	・受診率の向上 ・人員の確保
	特定保健指導の対象者	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少を図り、生活習慣病の発症や重症化を予防する。	・面接、訪問等による個別保健指導を実施。 ・必要に応じて、受診勧奨、二次健診の受診勧奨を行う。	特定健診及び特定保健指導の実施に関する基盤に基づいた、特定保健指導対象者（積極的・動機づけ支援）	保健師・看護師・管理栄養士等	【特定保健指導】 対象者 281人 終了者 254人 終了率 90.4% 目標91%にわずかに及ばず	【内臓脂肪症候群減少率】 ・該当者22% ・予備群25.7% ・該当者及び予備群計23.4% 目標25%にわずかに及ばず	・人員の確保 ・保健指導技術の更なる向上 ・保健指導の効果検証
40歳以上の国保者	重症化予防	特定保健指導に該当しない者（情報提供対象者）のうち重症化予防のための支援が必要な対象者に、保健指導を実施し、生活習慣病の発症及び、重症化を予防する。	・面接による個別保健指導を実施。 （生活習慣病治療なし） 要医療判定者には、紹介状作成し、受診勧奨、必要に応じて二次健診勧奨。 （生活習慣病治療中） コントロール不良者には、必要に応じて医療連携を行う。	〈生活習慣病治療なし〉 ・医療機関受診必要402人 〈生活習慣病治療中〉 ・生活習慣病コントロール不良者 617人 合計 1,019人	保健師・看護師・管理栄養士等	【保健指導】 対象者 1,019人 実施者 1,019人 実施率 100%	【重症化予防対象者】 ・高血圧 8人(0.3%) ・心臓細動 26人(0.9%) ・LDL180以上 38人(1.4%) ・HbA1c 6.5以上 159人(5.7%) ・尿蛋白2人以上 38人(1.4%)	・人員の確保 ・保健指導技術の更なる向上 ・保健指導の効果検証 ・医療機関との連携
	特定保健指導以外の対象者	特定保健指導に該当しない者（上記の者を除く）に、自身の健康課題に気づき、主体的に食生活改善できるよう支援し、生活習慣病の発症及び重症化を予防する。	・7月より、面接による個別保健指導を実施。	〈生活習慣病治療なし〉 受診不必要 698人 〈生活習慣病治療中〉 生活習慣病コントロール良好 812人 合計 1,510人	保健師・看護師・管理栄養士等	【保健指導】 対象者 1,510人 実施者 1,510人 実施率100%	〈生活習慣病治療なし〉 受診不必要698人(24.8%) 〈生活習慣病治療中〉 生活習慣病コントロール良好812人(28.9%) 合計 1,510人(53.7%)	・人員の確保 ・保健指導技術の更なる向上 ・保健指導の効果検証

対象年齢	事業名	目的・目標	事業の概要(方法)	対象者	実施体制(実施者)	成果		課題
						アウトプット	アウトカム	
40歳未満の国保者	生活習慣病の一次予防早期介入保健指導事業	個別	家族調査票により、該当年齢の受診希望者に8月に受診票及び受診案内を送付。	本本市在任の19～39歳の者	もとす医師会に委託	【受診者】 受診者 127人 【保健指導】 実施者 127人 実施率100%	【重症化予防対象者】 生活習慣病治療なし ・高血圧Ⅱ度以上1人(0.8%) ・心房細動0人(0%) ・LDL180以上1人(0.8%) ・HbA1c6.5以上0人 ・尿蛋白2+以上0人(0%)	・受診率の向上
		集団	家族調査票により、該当する受診希望者に受診票を送付。35歳には希望の有無にかかわらず、受診票を送付。4保健センターにおいて、集団健診を4、5月及び8月に実施。	20～40歳未満の5歳刻みの年齢で希望した者	健診機関に委託 保健師・看護師・歯科医師・薬剤師・衛生士・管理栄養士等	【受診者】 受診者 32人 【保健指導】 実施者 32人 実施率100%	【75gブドウ糖負荷検査結果】 実尿病型 28人 糖尿病型 0人(0%) 境界型 0人(0%) 正常型 28人(100%) 【尿中微量アルブミン】 有所見者 1人(3.1%)	・受診率の向上 ・人員の確保
		保健指導	10月より、面接による個別保健指導を実施。 ・国保特定保健指導、情報提供者に準ずる。	受診者全員	保健師・看護師・管理栄養士等	【保健指導】 生活習慣病治療なし ・動機、積極14人(8.8%) ・受診必要16人(10%) ・受診不要125人(78.6%) 生活習慣病治療中 ・コントロール良好2人(1.3%)、 ・コントロール不良2人(1.3%) 合計 159人	・人員の確保 ・保健指導技術の更なる向上 ・保健指導の効果検証	
19歳未満の国保者	二次健診	未治療者のうち、生活習慣病のハイリスク者である内臓脂肪症候群の減少や重症化を予防するための頸部動脈硬化の健診(頸部超音波)を行うことで保健指導を効果的に行う。	保健指導時、個別にて受診票を送付する。3保健センターにおいて集団健診を10月実施。	節目健診及び国保特定健診受診者のうち、特定保健指導に該当する者。節目健診、特定健診、青年健診受診者のうち、二次健診が必要と認められる者及び糖尿病性腎症等ハイリスク者。	健診機関に委託 保健師・看護師・管理栄養士等	【受診者】 受診者 84人 【保健指導】 実施者 84人 実施率 100%	頸部エコー検査にて要精密検査者12人が100%受診し、治療開始もしくは経過観察となった。	
40歳未満	未受診者対策	青年健診受診率向上のための個別勧奨を行う。	乳幼児健診時に、対象年齢の父母にパンフレット配布、及び受診勧奨。		保健師・看護師・管理栄養士等	【追加受診希望】 30人	・乳幼児健診、教室、相談でより効果的な面談で健診を勧める	
40歳		国保特定健診の受診率向上のため個別勧奨を行う。	未受診者に勧奨はがきを送付する。コールセンター及び健康増進課職員による電話勧奨。	国保未治療者で、過去3年未受診の者、前年度国保特定保健指導対象者で未受診の者。	コールセンター・保健師・看護師・管理栄養士等	【葉書による受診勧奨】 3,077通 【電話による受診勧奨】 対象者 1,446人 実施者 1,446人 ・コールセンター300件中、電話番号把握152件受診勧奨完了(109件) ・1,146件健康増進課実施	【後半特定健診】 234人受診	・受診率47.6%(法定報告)、国の60%及び本市計画目標57%に及ばず。未受診者の中には、自分の健康課題に気付かず、生活習慣病の発症・重症化の恐れがある人が含まれている。 ・がん検診等を活用し、より効果的な面談で健診を勧める
19歳	広報・PR	特定健診・青年健診、節目健診・人間ドックの受診、及び保健指導の普及啓発	4、6、8月 広報もとすとすに協働6月 受診票配布時に広報する 7、8月 未受診者に葉書にて広報する 通年 ポスター掲示	被保険者を含む一般市民	市民課・健康増進課職員			より効果的な啓発方法の検討

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健康診査・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、個人情報の保護に関する法律および本業市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査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します。

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診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9月30日までに報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（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、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、速やかに市のホームページ等で公表、周知します。