

## 第5章 保健事業の内容

### 1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととします。

そのためには重症化予防の取り組みとポピュレーションアプローチ<sup>※</sup>を組み合わせる実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取り組みを行います。

具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化により医療費や介護給付費等の実態を広く市民へ周知します。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってきます。

喫煙は、がん・循環器疾患（脳血管疾患・心疾患等）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病に共通した危険因子であり、喫煙対策によりこれらの健康被害を減少させるため健康教育・健康相談を実施します。

そのため特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。

その実施にあたっては第10章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

※ポピュレーションアプローチとは、保健事業の対象者を一部に限定せず集団全体へ働きかけを行い、全体としてリスクを下げるアプローチを指しています。一方で疾患リスクの高い対象者に絞り込んで対処していく方法をハイリスクアプローチといいます。

## 2 個別の保健事業

### (1) 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	糖尿病性腎症からの人工透析への移行を防止する。
対象者	・五所川原市糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者。 ・特定健康診査結果において、HbA1c6.0～6.4%（境界領域）の方。
現在までの事業結果	・HbA1c8.0以上の者は減少傾向にある。 ・HbA1c6.5以上で糖尿病レセプトがない未治療者が9%いる。 ・糖尿病性腎症は医療費の増加につながっている。

#### 今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	HbA1c8.0以上の者の割合	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%
	(再掲) 40～64歳 HbA1c8.0 以上の者の割合	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%
	(再掲) 65～74歳 HbA1c8.0 以上の者の割合	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%
アウトカム (成果) 指標	HbA1c6.5以上の者の割合	6.5%	6.3%	6.1%	5.9%	5.7%	5.5%	5.3%
アウトカム (成果) 指標	HbA1c6.5以上の者のうち、糖 尿病レセプトがない者（医療 機関未受診者）の割合	9.0%	8.8%	8.6%	8.5%	8.3%	8.2%	8.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施率 (糖尿病未治療者)	91.2%	92.2%	93.5%	95.0%	96.5%	98.0%	100.0%

目標を達成するための 主な戦略	かかりつけ医との連携を強化し、五所川原市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを推進して いくとともに、境界領域からの支援を実践していく。
--------------------	---

#### 現在までの実施方法（プロセス）

##### 五所川原市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく事業

- (1) 医療機関未受診者への保健指導
- (2) 糖尿病未治療（中断者含む）者への受診勧奨
- (3) 糖尿病治療者への保健指導
- (4) 対象者向けの糖尿病重症化予防教室での知識普及
- (5) 実務者を対象とした多職種研修会（年1回）

#### 今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- (1) 五所川原市糖尿病性腎症重症化予防プログラムの継続実施
- (2) 健診結果HbA1c6.0～6.4%の要指導者に対する保健指導の実施

#### 現在までの実施体制（ストラクチャー）

- (1) 五所川原市糖尿病性腎症重症化予防プログラム業務計画及び手順書を作成し、国保年金課、健康推進課が役割分担
- (2) かかりつけ医との連携
- (3) 健康推進課への保健師、栄養士等の配置

#### 今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- (1) かかりつけ医との連携強化
- (2) 健診結果HbA1c6.0～6.4%の要指導者に対する保健指導実施体制整備
- (3) 健康推進課への保健師、栄養士等の継続配置

#### 評価計画

年度毎に事業の効果や目標の達成状況を評価する。

(2) 生活習慣病重症化予防事業

事業の目的	脳血管疾患、虚血性心疾患死亡者の減少を図る。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健康診査の結果で、高血圧Ⅱ度以上の未治療者及び心電図有所見者で心房細動未治療者。</li> <li>・ 特定健康診査の結果で、糖尿病、高尿酸、眼底、心電図有所見者で保健指導基準該当者。</li> </ul>
現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脳血管疾患標準化死亡比、虚血性心疾患標準化死亡比とも改善がみられている。</li> <li>・ 生活習慣病の有病者健診データより、収縮期血圧の有所見率は男性50.9%、女性45.9%、心電図の有所見率は24.5%である。</li> <li>・ 高血圧Ⅱ度以上未治療者の保健指導率は75.6%。うち受診勧奨後の医療受診率は64.7%である。</li> </ul>

今後の目標値								
指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	高血圧Ⅱ度以上の者の割合	5.3%	5.2%	5.0%	4.7%	4.3%	3.8%	3.3%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導実施率 (高血圧Ⅱ度以上)	75.6%	76.6%	77.6%	78.1%	79.1%	80.1%	80.6%
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨対象者の医療機関受 診率(高血圧Ⅱ度以上)	64.7%	68.0%	71.2%	74.4%	77.6%	80.2%	84.0%

目標を達成するための 主な戦略	KDBを活用し、高血圧及び心電図有所見者で未治療者(治療中断者)を抽出し、保健指導を強化する。
--------------------	---

現在までの実施方法(プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 高血圧Ⅱ度以上で未治療者へ対面型保健指導</li> <li>(2) 高血圧予防教室等健康教育(1回/年)</li> <li>(3) 受診勧奨判定値(脂質異常、CKD対策として尿蛋白+以上・心電図検査等)を超えている者への受診勧奨及び電話支援等</li> </ul>
-----------------	---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 現行の高血圧Ⅱ度以上の者に加え、治療中断者及び心電図有所見である心房細動者への介入(訪問指導主体)</li> <li>(2) 糖尿病、高尿酸、眼底、心電図有所見者に対する受診勧奨</li> </ul>
----------------------	---

現在までの実施体制(ストラクチャー)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 事業の企画・運営は、健康推進課</li> <li>(2) 健康推進課への保健師、栄養士等の配置</li> </ul>
--------------------	---

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 事業の企画、運営、体制整備について、国保年金課との役割分担</li> <li>(2) 健康推進課への保健師、栄養士等の継続配置</li> </ul>
-------------------------	---

評価計画	年度毎に事業の効果や目標の達成状況を評価する。
------	-------------------------

(3) メタボリックシンドローム対策事業

事業の目的	メタボリックシンドロームによる生活習慣病の発症リスクを低下させる。
対象者	特定健康診査の結果で、メタボリックシンドロームに該当する者及びその予備群
現在までの事業結果	メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合は増加している。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	メタボリックシンドロームの 該当者・予備群の割合	29.4%	28.9%	28.4%	27.4%	26.4%	25.4%	24.4%
アウトカム (成果) 指標	運動習慣のある者の割合	33.6%	34.6%	35.6%	36.6%	37.6%	38.6%	40.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	健康教室実施回数/参加者数	—	2回/30人	4回/70人	6回/100人	8回/150人	10回/200人	12回/250人

目標を達成するための  
主な戦略

健康運動指導士等の関係職種や運動施設等の関係機関とも連携し、ポピュレーションアプローチとして、肥満対策を加え、生活習慣病予防へつなげる。

現在までの実施方法（プロセス）

- (1) 特定保健指導におけるメタボリックシンドローム該当者支援
- (2) 食生活見直し、運動形成の動機付けを目的とした生活習慣病予防教室（食事と運動）（年1回）

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- 生活習慣の改善方法がわかり、選択できる教室の機会を整備していく。
- (1) 運動習慣のきっかけや定着を目指す運動教室の定期開催
  - (2) 減塩、野菜の摂取量の増加、果物の摂取量改善等、食習慣の見直しにつながる教室の開催
  - (3) 肥満がもたらすメカニズムや生活習慣について学べる教室の開催

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- (1) 事業の企画・運営は、健康推進課
- (2) 健康推進課への保健師、栄養士等の配置

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- (1) 事業の企画、運営、体制整備について、国保年金課との役割分担
- (2) 健康運動指導士と連携した運動教室の開催
- (3) 民間運動施設の活用促進
- (4) 健康推進課への保健師、栄養士等の継続配置

評価計画

年度毎に事業の効果や目標の達成状況を評価する。

(4) 禁煙・COPD 対策事業

事業の目的	・健康被害の減少 ・支援体制の拡充
対象者	禁煙に関心のある市民
現在までの事業結果	・市広報、市ホームページ、市国保だより等による知識啓発 ・保健師による禁煙相談開設（5回/年）：相談件数7件。 ・医療専門職による、COPD講演会及び個別相談の実施（1回/年）：参加者22名（参加者アンケートによるCOPD理解度31.3%） ・喫煙率は男女ともに国や同規模自治体より高く、特に男性は55～59歳、女性は50～54歳が全国との差が大きい。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	40歳以上の喫煙率	14.5%	14.3%	13.8%	13.3%	12.8%	12.3%	12.0%
アウトカム (成果) 指標	COPD死亡率 (人口10万人対)	17.8 (R3時点)	17.6	17.5	17.4	17.3	17.2	17.1
アウトプット (実施量・率) 指標	COPD健康教育参加者数	22人	25人	27人	29人	31人	33人	35人
アウトプット (実施量・率) 指標	禁煙相談の利用者数	9人	10人	11人	12人	13人	14人	15人

目標を達成するための主な戦略

市SNSや関係機関（医療機関、事業所、教育機関等）と連携し、啓発活動を強化する。

現在までの実施方法（プロセス）

- 市広報・ホームページの活用のほか保健事業の機会を捉え知識啓発
- 医師、理学療法士等による健康教育
- 市保健師、医師や理学療法士による個別支援・相談

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- 現行に加え、市SNSの活用及び医療機関、事業所、教育機関等関係機関との連携による市相談窓口の周知
- 医師等の医療専門職によるCOPD健康教育の継続
- 市保健師による禁煙支援の機会の増加

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- 事業の企画・運営は、健康推進課
- 健康教育にて医師、理学療法士と連携
- 健康推進課への保健師・栄養士等の配置

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- 医療従事者、医療機関、事業所、教育機関等の関係機関との連携強化
- 健康推進課への保健師・栄養士等の継続配置

評価計画

年度毎に事業の効果や目標の達成状況を評価する。

(5) 歯周病発症予防事業

事業の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯周病検診受診率の向上</li> <li>・必要者への保健指導</li> </ul>
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯周病検診：40歳・50歳・60歳・70歳の市民</li> <li>・歯科保健指導：市民</li> </ul>
現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯周病検診受診勧奨として、対象者全員に受診券の送付、他事業での受診勧奨を実施。</li> <li>・歯周病検診受診率は平成23年度1.4%から、令和4年度11.4%と10%増加した。</li> <li>・歯周病検診受診結果として、令和4年度では、要指導20.5%、要精検67.9%であった。</li> </ul>

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合	79.8%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%	84.0%	85.0%
アウトカム(成果)指標	40代における歯周炎を有する者の割合	70.6%	70.0%	68.0%	66.0%	64.0%	62.0%	60.0%
アウトカム(成果)指標	50～74歳の咀嚼良好者の割合	75.4%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	79.5%	80.0%
アウトプット(実施量・率)指標	歯周病検診の受診率	11.4%	14.0%	15.3%	16.6%	17.9%	19.2%	20.0%

目標を達成するための主な戦略	市SNSや関係機関と連携し、定期的な受診勧奨を行うとともに、市保健師、看護師による保健指導を実施していく。
----------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 対象者への受診券の送付及び市広報紙等での周知</li> <li>(2) 他保健事業（骨粗しょう症検診）申込者の歯周病検診対象者へ受診勧奨チラシを同封</li> <li>(3) 他の保健事業に併せた知識の普及啓発</li> </ul>
---

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 他の市民健診受診者への個別勧奨を実施</li> <li>(2) 市SNSを活用した定期的な受診勧奨</li> <li>(3) 歯周病検診結果に基づく要指導者への保健指導や要精検者への精検受診勧奨</li> </ul>
---

現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 事業の企画・運営は、健康推進課</li> <li>(2) 北五歯科医師会との連携</li> <li>(3) 健康推進課への保健師等の配置</li> </ul>
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 北五歯科医師会に加え、特定健康診査（個別）を実施している医療機関と連携し受診勧奨を強化</li> <li>(2) 要指導者への保健指導の強化</li> <li>(3) 健康推進課への保健師等の継続配置</li> </ul>
--

評価計画

年度毎に事業の効果や目標の達成状況を評価する。
-------------------------

## 第6章 計画の評価・見直し

保険者は、健診・医療情報を活用してP D C A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ことが求められており、K D B等の情報を活用し、毎年、評価を行い、必要に応じて本計画を見直します。

また、令和8年度に中間評価を行い、本計画の最終年度である令和11年度には、次期計画の策定に向けた評価を行います。

K D Bシステムの健診医療・介護のデータを基に、地区担当の保健師・栄養士等が健診の受診状況や治療の状況等について定期的に評価を行います。

特定健康診査の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。

特に、直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年取りまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

## 第7章 計画の公表・周知

本計画は、パブリックコメントを実施するとともに五所川原市国民健康保険運営協議会に諮るなど、策定段階から市民等の行政への参画を図ります。

また、本計画の公表については、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条第3項に基づき、広報紙や市ホームページへの掲載のほか、市役所情報公開コーナー等で閲覧できるようにするなど、被保険者及び市民に広く周知します。

なお、本計画の内容に変更が生じた場合は、遅滞なくこれを公表します。

## 第8章 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いに関しては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者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」、「健康保険組合等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」並びに五所川原市個人情報保護法施行条例等）を踏まえ適切に対応します。

このほか、特定健康診査または特定保健指導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、業務委託先の履行状況を管理していきます。

実施機関から提出された特定健康診査・特定保健指導結果データは、代行機関である青森県国保連に管理、保管を委託します。

## 第9章 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040（令和22年）年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。

要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保被保険者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、健康寿命の延伸につながります。

要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する第5章の重症化予防の取り組みそのものが介護予防として捉えることができます。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高い状況です。

高齢者が地域で元気に暮らし、医療・介護サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市にとっても非常に重要です。

### 1 地域包括ケアに係る取り組み

国保担当課から地域包括ケア<sup>※</sup>担当課へKDBデータを提供し、地区別の特有の疾病罹患状況等を分析し、介護予防事業へ役立てます。

こうした、KDBデータの提供のほか、地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との地域のネットワークとの研修会等に参加し、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて検討を重ねていきます。

※地域包括ケアとは、厚生労働省において、2025年（令和7年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービスを提供する体制。地域包括ケアシステムはその仕組みのこと。

### 2 留意事項

本計画の策定や保健事業の実施について、青森県国保連に設置されている支援・評価委員会による支援、助言を活用します。

本市では、国保部門に保健師等の専門職は配置されていませんが、健康増進部門の保健師等と連携して保健事業を推進します。

また、本計画策定作業を通じて、今後とも連携を強化し、介護保険部門とも共通認識をもって課題解決に取り組んでいきます。



## 第 10 章 第 4 期特定健康診査等実施計画

### 1 特定健康診査等実施計画の基本的事項

#### (1) 計画策定の背景

国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に 75 歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。（図表 41）

このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となります。

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものです。

#### (2) 計画の位置づけ

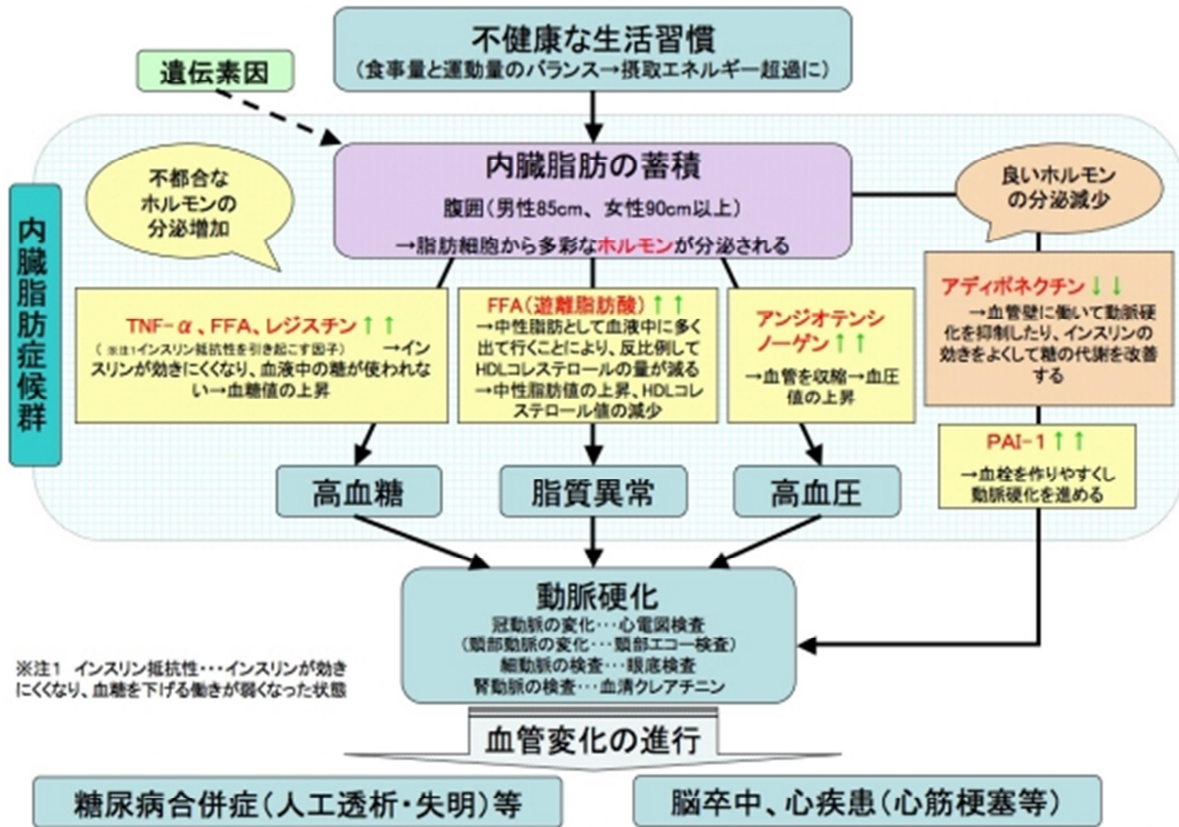
特定健康診査等実施計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律第 18 条第 1 項」の規定による国の「特定健康診査等基本指針」に基づき策定し、特定健康診査及び特定保健指導の受診率の向上を図るための取り組みを定めたものとなっています。

この計画は、「健康日本 21 計画（第 3 次）」で示された指針をふまえ、「健康あおもり 21」及び「健康ごしょがわら 21」、「五所川原市国民健康保険第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」等、それぞれの計画との整合性を図ります。

#### (3) 計画期間

計画期間は、国の指針に基づき令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

■図表 41 メタボリックシンドロームのメカニズム



2 特定健康診査等の達成目標と対象者数

(1) 特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の状況

第3期における特定健康診査の受診率は、新型コロナウイルス感染症の影響により減少傾向にありましたが、少しずつ上昇傾向に転じていますが、県平均より低い状況です。(図表 45)

特定保健指導の実施率は、令和2年度までは目標値を上回ったものの、減少傾向にあり令和4年度は50%を下回る状況です。(図表 48)

■図表 42 第3期目標値

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健康診査受診率(%)	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
特定保健指導実施率(%)	45.0	47.5	50.0	52.5	55.0	60.0
特定保健指導対象者減少率(%)	-	-	-	-	-	25.0

出典：五所川原市国民健康保険第3期特定健康診査等実施計画

(2) 達成目標

国は、令和11年度までに市町村国保における特定健康診査受診率と特定保健指導実施率の目標値を60.0%以上としていることから、本市においても国の目標値に合わせ、各年度の目標値を以下のとおり設定します。(図表 43)

第4期は、特定健康診査の周知徹底、受診勧奨を強化し、各保健事業の実施と併せて、受診率の向上を目指します。

■図表 43 第 4 期目標値

	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
特定健康診査受診率 (%)	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
特定保健指導実施率 (%)	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
特定保健指導対象者減少率 (%)	-	-	-	-	-	25.0

(3) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

令和 6 年度から令和 11 年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示します。(図表 46)

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み者数は、目標値にあわせて設定しました。

■図表 44 第 3 期計画における見込み数

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
特定健康診査対象者数(人)	10,550	9,780	9,050	8,405	7,791	7,223
特定健康診査受診者数(人)	3,692	3,912	4,073	4,202	4,285	4,334
特定健康診査受診率 (%)	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0

出典：五所川原市国民健康保険第 3 期特定健康診査等実施計画

■図表 45 第 3 期計画における特定健康診査対象者数及び受診者数

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
第 3 期受診率目標値 (%)	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
特定健康診査対象者数(人)	10,953	10,582	10,364	10,006	9,545	—
特定健康診査受診者数(人)	3,531	3,221	2,901	2,964	2,928	—
特定健康診査受診率 (%)	32.24	30.44	27.99	29.62	30.68	—

出典：各年度法定報告

■図表 46 第 4 期計画における見込み数

	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
特定健康診査対象者数(人)	8,912	8,611	8,320	8,039	7,768	7,506
特定健康診査受診者数(人)	3,119	3,444	3,744	4,020	4,272	4,504
特定健康診査受診率 (%)	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0

(4) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

令和 6 年度から令和 11 年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示します。(図表 49)

■図表 47 第 3 期計画における見込み数

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
特定保健指導対象者数(人)	341	318	293	272	253	234
特定保健指導実施者数(人)	171	165	158	152	147	140
動機付け支援(人)	142	137	131	126	122	117
積極的支援(人)	29	28	27	26	25	24
特定保健指導実施率 (%)	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0

出典：五所川原市国民健康保険第 3 期特定健康診査等実施計画

■図表 48 第 3 期計画における特定保健指導対象者数及び実施者数

	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
特定保健指導対象者数 (人)	343	306	316	288	295	—
特定保健指導実施者数 (人)	194	181	172	149	147	—
動機付け支援 (人)	154	137	138	116	118	—
積極的支援(人)	40	44	34	33	29	—
特定保健指導実施率 (%)	56.56	59.15	54.43	51.74	49.83	—

出典：各年度法定報告

■図表 49 第 4 期計画における見込み数

	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
特定保健指導対象者数 (人)	311	344	374	401	426	449
特定保健指導実施者数 (人)	156	179	202	225	247	269
動機付け支援 (人)	129	149	168	187	205	223
積極的支援(人)	27	30	34	38	42	46
特定保健指導実施率 (%)	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0

### 3 特定健康診査の実施方法

#### (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。)

ただし、妊産婦、刑務所入所者、海外在住、長期入院等厚生労働省令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。

#### (2) 実施場所

集団健診（青森県総合健診センター）及び市が委託契約する健診実施医療機関（西北五医師会）で個別健診として実施します。

集団健診の実施場所等については、市ホームページや広報誌で周知します。

健診実施機関に係る委託基準については、国の定める人員に関する基準、施設・設備に関する基準、精度管理に関する基準、特定健康診査の結果等の取り扱いに関する基準、運営等に関する基準を満たすことを条件に、委託契約を結んだ医療機関等で実施します。(委託の選定にあたっては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、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしている機関に委託します。)

#### (3) 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、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 50・51)

このほか生活習慣病の発症予防のため、追加健診項目（保険者独自の健診項目）として「詳細な健診項目」及び尿酸検査及び尿中塩分測定検査を受診者全員に実施します。

■図表 50 基本的な健診項目

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票 <sup>1)</sup> )を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMI が 20 未満の者、もしくは BMI が 22 kg/m <sup>2</sup> 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略 <sup>2)</sup> 可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMI の測定	BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m)の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST(GOT)) アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT(GPT)) ガンマグルトamilトランスフェラーゼ(γ-GT)
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(血清トリグリセライド)の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪 <sup>3)</sup> の量 高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量 低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の量 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビン A1c(HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖 <sup>4)</sup>
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

出典：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（第4版）より抜粋

■図表 51 詳細な健診項目

追加項目	実施できる条件(基準)			
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者			
心電図検査(12誘導心電図) <sup>注1)</sup>	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者			
眼底検査 <sup>注2)</sup>	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者			
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上			
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上			
血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者			
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血糖
血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上			
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上			

注1)心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

注2)眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1ヶ月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

出典：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（第4版）より抜粋

#### (4) 実施時期

年度毎に決定し、特定健康診査の案内時及び市の広報やホームページで周知を図ります。

- ①集団健診 6月から12月
- ②個別健診 4月から翌年3月

#### (5) 周知、案内方法

- ①「市民健診べんり帳」、広報、ホームページ等で随時周知します。
- ②個別健診を受診希望の方には、受診券を発行します。

#### (6) 代行機関の利用

特定健康診査に係る費用の請求及び支払業務の代行機関は、青森県国保連とします。

#### (7) 受診方法

特定健康診査は、日時と場所を定めて一斉に実施する集団健診と医療機関での個別健診を併用して実施します。

特定健康診査対象者に対し世帯に1通案内通知を送付のうえ、その申し込みにより受診。個別健診を申し込んだ場合には、特定健康診査受診券を送付し、集団健診を申し込んだ場合は、各種受診票を送付します。

#### (8) 人間ドックなどその他健診受診者のデータ収集方法

対象者が職場健診または人間ドック等の個人で健診機関で受診した場合には、原則として本人から直接健診結果データを取得します。

#### (9) 他健診との同時実施

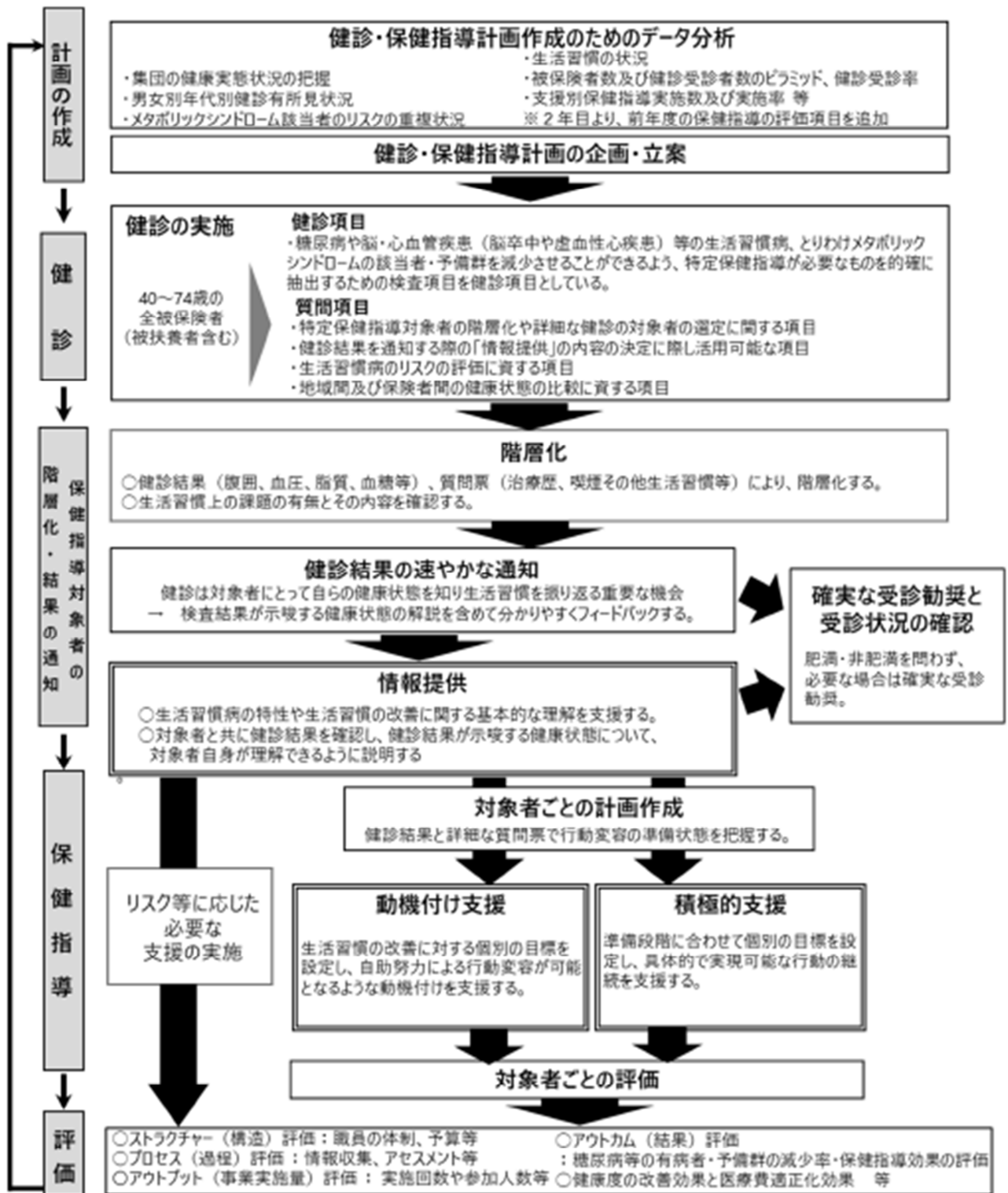
健康診査（後期高齢者医療）や各種検診（がん検診等）と可能な限り同時実施に向けた取り組みをします。

### 4 特定保健指導の実施方法

#### (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(令和6年度版)」生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れをもとに、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 52)

■図表 52 健診から保健指導実施の流れ



出典：標準的な健診・保健指導プログラム「令和6年度版」より抜粋

## (2) 保健指導対象者の選定と階層化

### ①特定保健指導の基本的考え方

特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に規定された方法で実施します。

■図表 53 特定保健指導対象者の選定基準

腹囲	追加リスク	④喫煙（注）	対象	
	①血圧 ②脂質 ③血糖		40-64 歳	65-74 歳
$\geq 85$ cm（男性） $\geq 90$ cm（女性）	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当			
上記以外で $BMI \geq 25$ kg/m <sup>2</sup>	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当			
	1つ該当	なし	/	
		なし		

（注）喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

\*質問票において「以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う。

### ②特定保健指導の対象とならない被保険者への対応

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及び診療報酬明細書等の情報を活用し、受診の勧奨その他保健指導を積極的に行う必要のある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施に努めます。

## (3) 実施場所

直営：市健康推進課に属する保健師及び管理栄養士等で実施します。

委託：一部委託機関において実施します。



## 5 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

目標に向かっての進捗状況管理とP D C 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します。

■図表 54 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

	特定健康診査	特定保健指導	受診勧奨
4月	・健診対象者の抽出 ・健診実施機関との契約 ・個別健診開始	・前年度保健指導の継続	・保健協力員による健診申込書の配布
5月			
6月	・集団健診	・対象者の抽出 保健指導の開始	
7月		・健診結果説明会	・受診勧奨用受診券発行
8月			・職場健診及び個人健診の結果提供依頼
9月			
10月	・前年度実績報告終了	・前年度実績報告終了	
11月			・受診勧奨通知送付
12月			
1月			
2月			・広報「こくほ」掲載
3月			

## 6 個人情報の保護

個人情報の取り扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン並びに五所川原市個人情報保護法施行条例等を踏まえ適切に対応します。

このほか、特定健康診査または特定保健指導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、業務委託先の履行状況を管理していきます。

実施機関から提出された特定健康診査・特定保健指導結果データは代行機関である青森県国保連に管理、保管を委託します。

※特定健康診査のデータは、健診実施機関から代行機関である青森県国保連に送付されます。診療情報提供や他健診受診者から提出されたデータは、特定健康診査等データ管理システムに入力し、国保連へ送付します。特定保健指導のデータについても特定健康診査等データ管理システムに入力し、国保連へ送付します。

## 7 特定健康診査等実施計画の公表・周知

### (1) 特定健康診査等実施計画の公表

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第19条第3項の規定に基づき、本計画を市の広報やホームページに掲載します。

### (2) 普及啓発及び情報提供

特定健康診査・特定保健指導の必要性を理解していただくため、全対象者に情報の提供や医師会・歯科医師会、薬剤師会等や地域のネットワークを通して普及啓発や受診勧奨に努めます。

## 8 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

特定健康診査等実施計画で設定した目標達成状況、及びその経年変化の推移等について、以下の項目について、毎年度評価を行います。

保険運営の健全化の観点から本市国民健康保険運営協議会において毎年度進捗状況を報告し、実態に即して効果的に状況に応じて本計画を見直します。

- (1) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率
- (2) メタボリックシンドローム該当者・予備群減少率
- (3) その他（実施方法、内容、スケジュール等事業実施状況や管理の評価）

## 9 その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

集団健診において、特定健康診査と肺がん検診、胃がん検診、大腸がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診、肝炎ウイルス検査を同時に実施するとともに、土日に受診できる機会も設け、利便性の向上と受診促進を図ります。