

〈Ⅲ〉目的、目標の設定と取組

1. 目的

被保険者一人ひとりが、自己の健康状態を把握して健康課題を正しく理解し、経済的な負担が軽く、生涯にわたり健康意識をもって生活の質の向上、維持できるよう、保健事業を通じて被保険者の自主的な健康増進、疾病予防の取組を支援し、健康を意識した生活の維持増進と健康寿命の延伸を図る。

2. 保健事業の目標、評価指標

平成 35 年度達成を目標とし、アウトプット(実施内容)、アウトカム(事業成果)を次のとおり設定する。ただし、事業評価に当たっては、アウトプットとアウトカムの評価に加えて、事業の構成、実施体制、実施方法等の多面的な視点から評価を行うものとする。

★…新規事業

事業名	対象者			事業担当課	目標	
	区分	性別	年齢		アウトプット (実施内容)	アウトカム (事業成果)
特定健康診査	被保険者	全て	40～74	健康福祉課	個別受診券の発送。	健診受診率の増加 60% 生活習慣病、糖尿、 高血圧、脂質異常 有病率の減少 (レセプト)
特定保健指導	被保険者	全て	40～74	健康福祉課	健診受診後、早期に保健指導利用に関する個別通知発送。積極的支援該当への家庭訪問を実施。未受診者健診当日の保健指導実施。	特定保健指導実施率の向上 積極的支援 30% 動機付け支援 30%  メタボリック 基準該当、予備軍 の減少
特定健康診査個別勧奨通知(受診率向上の取組)	被保険者	全て	40～74	健康福祉課	10月、1月末に受診勧奨ハガキの発送。 勤務先等で健診を受診する機会のある方に情報	未受診者への情報提供 100%  健診情報提供者が増加し受診率に反映する。 50名

事業名	対象者			事業担当課	目標	
	区分	性別	年齢		アウトプット (実施内容)	アウトカム (事業成果)
					提供に関する周知を行い受診率向上に取り組む。	
未受診者健診	被保険者	全て	40～74	健康福祉課	未受診者健診を利用した生活習慣病予防を意識した集団教育の実施。	高血圧、脂質異常、糖尿病予防に意識した行動(減塩、野菜をとる、糖分を控える)がとれる。
重症化予防事業 糖尿病性腎症への取り組み	被保険者	全て	40～74	健康福祉課	三重県プログラムに沿った対象者への受診勧奨と保健指導の実施に向けて、四日市医師会との糖尿病対策委員会の参加を行う。	糖尿病性腎症予防についての体制づくりができる。  健診結果の改善 (マルチマーカー) 血圧 130 以上 血糖 100 以上 eGFR60 未満
乳がん検診	町民	女性	30 歳以上	健康福祉課	集団、個別検診の実施 <u>H30 年度まで、健診+がん検診 2 種類以上受診し、5 人 1 組で応募すると温泉券が当たる事業を実施(※)。</u>	検診受診率の増加 80% (H39. 90%)
子宮頸がん検診	町民	女性	20 歳以上	健康福祉課	集団、個別検診の実施 <b>(※)</b> ★ HPV 併用検	検診受診率の増加 72% (H39. 80%)

事業名		対象者			事業担当課	目標									
		区分	性別	年齢		アウトプット (実施内容)	アウトカム (事業成果)								
						診の検討									
胃がん検診		町民	全て	30歳以上	健康福祉課	集団、個別検診の実施(※)	検診受診率の増加 25% (H39. 50%)								
大腸がん検診		町民	全て	30歳以上	健康福祉課	集団検診の実施(※)	検診受診率の増加 50%								
肺がん検診		町民	全て	30歳以上	健康福祉課	集団検診の実施(※)	検診受診率の増加 35% (H39. 50%)								
30代健診		町民	全て	30～39	健康福祉課	集団健診の実施 託児の実施	健診受診率の増加 8%								
たばこ対策	①妊娠期喫煙状況把握と禁煙教育	妊婦とその家族	全て	全て	子ども家庭課	妊娠及び育児期の親の喫煙状況の把握とたばこと健康に関する情報提供、禁煙への支援	子育て世代の喫煙状況の把握継続と禁煙支援 健やか親子調査より <table border="1"> <tr> <th colspan="2">父親の喫煙率</th> </tr> <tr> <td>4か月</td> <td>38%</td> </tr> <tr> <td>1歳半</td> <td>(H39. 35%)</td> </tr> <tr> <td>3歳半</td> <td></td> </tr> </table>	父親の喫煙率		4か月	38%	1歳半	(H39. 35%)	3歳半	
	父親の喫煙率														
	4か月	38%													
1歳半	(H39. 35%)														
3歳半															
②禁煙教育	町民	全て	全て	健康福祉課	健診や健康相談等での禁煙支援を実施。	国保喫煙者割合の低下(特定健診質問票) 男性 22% (H39. 20%) 女性 3.5%(現状維持)									
③情報提供	町民	全て	全て	健康福祉課 子ども家庭課	COPD や受動喫煙、世界禁煙デー等について広報、防災ラジオ等での啓発。	COPD の認知度の増加									

事業名		対象者			事業担当課	目標	
		区分	性別	年齢		アウトプット (実施内容)	アウトカム (事業成果)
情報発信	①健診結果からわかった地域の健康課題や生活習慣病予防の重要性について	町民	全て	全て	健康福祉課	運動教室や健康相談場面でのミニ講座を実施。 がん検診会場でのポスター掲示を実施。	
	②健康週間の周知	町民	全て	全て	健康福祉課	広報、防災ラジオ等での啓発。	
	③食中毒予防、感染症予防の周知	町民	全て	全て	健康福祉課	広報、防災ラジオ等での啓発。	
	④救急の日、救急医療週間及び救急医療の周知など	町民	全て	全て	健康福祉課	広報、防災ラジオ等での啓発。	
	⑤熱中症予防に関する周知	町民	全て	全て	健康福祉課	広報、防災ラジオ等での啓発。	
	⑥食育月間、食育の日の周知	町民	全て	全て	健康福祉課	防災ラジオ等での啓発。	
職域との事業連携		町民	全て	全て	健康福祉課	・データ分析 ・共同事業 ・講演会 ・健康宣言	さらに、事業や検診での連携を考えていく。
栄養改善、食育推進事業	①一般食育クッキング教室	町民	全て	小学3年生以上	健康福祉課	生活習慣病予防に関するミニ講座と調理実習を合わせて、5地区で開催する。	主食、主菜、副菜を組み合わせ、バランスに気を付けて食事している人の増加
	②食育の推進	町民	全て	町民	健康福祉課	食への関心を高め、健全な食生活を定着させるための普及啓発	①朝食欠食者の減少 ②食育について関心のある人の増加

事業名		対象者			事業担当課	目標	
		区分	性別	年齢		アウトプット (実施内容)	アウトカム (事業成果)
ウォーキング推進事業	①健康ウォーキング大会	町民	全て	概ね小学生以上	健康福祉課	親子ウォーキングの推奨 年2回実施(春、秋)	参加者の増加 (1回200人以上) 特に子どもを含む若い世代の参加者を増やす
	★ ②健康ウォークデー	町民	全て	成人	健康福祉課	①「健康ウォークデー」を設定し周知 ②B&Gを拠点に健康ウォークデーに教室を開催	① 「健康ウォークデー」を知っている人の増加 ② 自主ウォーキンググループの育成(3つ)
運動推進事業	①健康づくり体験運動教室	町民	全て	成人	健康福祉課	年44回実施 あわせて生活習慣病のミニ講座を10回実施	参加者の増加
	②地区巡回健康づくり運動教室	町民	全て	成人	健康福祉課	20地区実施 少ない地区への声かけを行う。	参加者の増加
	③女性のための健康づくり体験教室	町民	女性	成人	健康福祉課	年2回実施	参加者の増加
歯科保健事業	①情報発信	町民	全て	成人	健康福祉課	広報、防災ラジオ、健康カレンダー等での啓発。 ★8020運動についての周知	8020運動に関する認知度57.3% (H39健康増進計画アンケート)
	②歯科相談	町民	全て	成人	健康福祉課	健康相談および30代、未受診者健診時の際に実施。	・健診受診者のうち90%の歯科相談利用がある ・特定健診質問票歯科の項目につい

事業名		対象者			事業担当課	目標	
		区分	性別	年齢		アウトプット (実施内容)	アウトカム (事業成果)
							て経年的に改善が みられる。
	③歯科健診	町民	全て	成人	健康福祉課	けやきフェスタ、特保集団教室で実施。	参加者の増加
	イベント参加事業	町民	全て	全て	健康福祉課	けやきフェスタを年1回けんぽ他、関係機関の協力のもとで実施。	参加者の増加
	医療費通知事業	被保険者	全て	0～74	住民課	全世帯に通知を送付する(6回/年)	
	ジェネリック医薬品差額費通知	被保険者	全て	0～74	住民課	ジェネリック医薬品差額通知を送付する(2回/年)	
	重複・頻回受診対策	被保険者 (対象者)	全て	40～74	住民課	重複及び頻回受診者に対する調査、案内文書送付を実施(1回/年)	受診習慣変容者： 10%
介護予防事業	①介護予防、生活支援サービス事業 はつらつ体力づくり教室(運動器の機能向上)	高齢者	全て	65歳以上で介護認定を受けていない方	健康福祉課 地域包括支援センター	3クラス各12回コースを1年で実施	教室前後の体力測定や基本チェックリストの点数が維持、改善する人の増加

事業名	対象者			事業担当課	目標	
	区分	性別	年齢		アウトプット (実施内容)	アウトカム (事業成果)
②一般介護予防事業 いきいき栄養、健口教室(低栄養改善、口腔機能向上)	高齢者	全て	65歳以上 で介護認定を受けていない方	健康福祉課	年7回実施 調理実習も実施	参加者の増加
③一般介護予防事業 にこにこアップ教室 (認知機能の向上)	高齢者	全て	65歳以上 で介護認定を受けていない方	健康福祉課	年24回実施 回想法、調理実習、運動、口腔ケアの指導を実施	教室前後の長谷川式スケールの点数が維持、改善する人の増加
④一般介護予防事業 介護予防運動教室(運動器の機能向上)	高齢者	全て	65歳以上 で介護認定を受けていない方	健康福祉課 地域包括支援センター	年40回実施	教室前後の体力測定や基本チェックリストの点数が維持、改善する人の増加
⑤一般介護予防事業 介護予防講座(啓発)	町民	全て	成人	健康福祉課	年4~5回実施	参加者の増加
⑥認知症サポーター養成講座	町民	全て	成人	健康福祉課 地域包括支援センター	年3~4回実施	参加者の増加
⑦けやきでお茶飲み会	町民	全て	成人	健康福祉課 地域包括支援センター 社会福祉協議会	年12回実施	参加者の増加
⑦菰野町 SOS ネットワーク事業	町民	全て	成人	健康福祉課 菰野町地域包括支援センター		搜索協力者、事業所の増加

#### 〈IV〉 第3期特定健康診査等実施計画

##### 1. 特定健康診査、保健指導の対象となる生活習慣病

###### (1) 生活習慣病の有病者及び予備軍の状況

高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約5割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっています。生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の有病者やその予備群が増加しており、また、その発症前の段階であるメタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、菰野町においては、男性では2人に1人、女性では6人に1人の割合に達しています。

町民の生涯にわたって生活の質の維持、向上のためには、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置いた取組が重要であり、喫緊の課題となっています。

###### (2) 生活習慣病の発症予防

国民の受療の実態を見ると、高齢者に向けた生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳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。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るという経過をたどることになります。

このような経過をたどることは、国民の生活の質（QOL）の低下を招くものであるが、これは若い時からの生活習慣病の予防により防げるものです。生活習慣病の境界域段階で留めることができれば、通院を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることも避けることができます。また、その結果として、中長期的には医療費の増加を抑えることも可能となります。



## 2. 達成しようとする目標値の設定

「第3期の実施率の目標」を国の特定健康診査等基本指針で示す目標に従い次のとおり定めます。

### 第3期の実施率の目標

	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
健康診査受診率	45%	48%	51%	54%	57%	60%
保健指導実施率	20%	22%	24%	26%	28%	30%

## 3. 特定健康診査等対象者

菰野町国民健康保険における特定健康診査は、菰野町国保被保険者で特定健康診査実施年度中に40～74歳になる者で、除外規定に該当する人を除き対象とします。

### <除外規定>

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者

- 1 妊産婦
- 2 刑事施設、労務場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
- 3 国内に住所を有しない者
- 4 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者
- 5 病院又は診療所に6か月以上継続して入院している者
- 6 高確法第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所又は入居している者

### 第3期特定健康診査の対象及び受診者の見込み

	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
対 象 者	8,330	8,160	8,000	7,840	7,680	7,530
受 診 者	3,750	3,920	4,080	4,230	4,380	4,520

#### 4. 特定健康診査等の実施方法

##### (1) 特定健康診査の実施

###### ① 実施場所

特定健康診査の実施にあたっては、被保険者が受診しやすい健診の実施体制を維持することが重要です。第2期計画に引き続き、個別健診により特定健康診査の実施委託を受けた三重県下の医療機関で7～11月に実施します。また、特定健康診査の未受診者に対して3月上旬の土、日、月曜日に受診できる方法など、利便性の向上に配慮していきます。

##### 特定健康診査実施体制

健診方法	場所	回数	実施期間
個別健診方法	県内受託医療機関	随時	7月から11月
集団健診方式	保健福祉センターけやき	随時	3月土日月の3日間

###### ② 実施項目

国が定める特定健康診査の実施項目は、特定健康診査がメタボリックシンドロームに着目したものであることから、メタボリックシンドロームの判定に必要最低限の項目のみが法定化されています。

##### 菟野町国保特定健康診査の実施項目（平成29年度）

種 別	検 査 項 目
基本的な検診項目	質問票（服薬歴、喫煙歴）、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） 理学的検査（身体診察）、血圧測定 血中脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） 血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c） 肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP） 尿検査（尿糖、尿蛋白）
四日市、桑名、いなべ 医師会共通項目	心電図検査（12誘導心電図）
詳細の検診項目	眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） 注）一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施
追加健診項目	血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能評価を含む） BUN、アルブミン、尿酸、尿検査（尿潜血）

③ 実施期間

菰野町国保特定健康診査の実施期間は、7月1日から11月30日です。

④ 外部委託の方法

特定健康診査は、医師会と集合契約により実施します。委託医療機関については、厚生労働省令である「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」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医療機関とします。

⑤ 周知、案内方法

- ・受診券及び受診案内は対象者個人に郵送し、個別に案内します。
- ・町広報誌「おしらせ版」及び健康カレンダーに受診方法等を掲載します。

⑥ 受診券の交付方法

菰野町国保特定健康診査の受診券は、6月下旬に全対象者に一斉に送付します。

受診券には、受診券整理番号、氏名、性別、生年月日、有効期限及び受診上の注意事項を印字します。

健診の受診は、受診券の提出及び被保険者証の確認の2つを要件とします。

⑦ その他

菰野町国民健康保険の被保険者で個人的に受診した人間ドック、事業主健診及びその他特定健康診査の実施項目を含む健診を受診した場合は、高齢者の医療の確保に関する法律第20条に基づき、その結果の提出をもって特定健康診査を受診したものとみなします。

(2) 特定保健指導の実施

① 保健指導対象者の抽出方法

特定健康診査の結果、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人を除いて、腹囲の他、血圧、血糖、脂質が所定の値を上回る人を、特定保健指導の対象者に選定します。さらに追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援と積極的支援に区別します。

特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク ①血糖②脂質③血圧	④喫煙歴	対象	
			40～64歳	65～74歳
≥85cm（男性）	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
≥90cm（女性）	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI ≥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	あり		
		なし		
	1つ該当			

※ BMI：肥満判定基準で、体重（kg）÷{身長（m）×身長（m）}で算出され、BMIが18.5以上25.0未満を基準、25.0以上を肥満としています。

<追加リスク>

- ① 血糖空腹時血糖 100 mg/dI 以上又は HbA1c の場合 5.6%
- ② 脂質中性脂肪 150 mg/dI 以上又は HDL コレステロール 40 mg/dI 未満
- ③ 血圧収縮期血圧 130 mm Hg 以上又は拡張期血圧 85 mm Hg 以上

## ② 特定保健指導の支援の内容

保健指導は、町の直営において実施します。

### ア 情報提供

特定保健指導の対象者（リスクの比較的高い者）であるか否かに関わらず、特定健康診査を受診した者全員に年1回健診結果と健康相談を実施します。未受診者健診受診者に対しては高血圧症、糖尿病、脂質異常症予防に重点をおいた事業、味噌汁の試飲会（減塩）、飲料に含まれる砂糖の展示等を行います。

### イ 保健指導対象者（動機付け支援、積極的支援）への支援

対象者が自らの健康状態を自覚し、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、実践可能な具体的な行動目標について、優先順位をつけながら一緒に考え、対象者が選択できるような支援します。3か月以上経過後に実施評価を行います。

### ウ 町内医療機関における支援

動機付け支援…動脈硬化の進行度の参考となる血管年齢測定の実施を行います。

積極的支援 …メタボドック、身体計測、血液検査、尿検査、心電図、腹部CTによる内臓脂肪測定と医師による結果説明及びメタボ予防の必要性の説明を行います。

### エ 保健指導利用の支援

積極的支援該当のなった対象者へは保健指導利用勧奨を目的に家庭訪問を行います。

## ③ 実施場所

実施場所は役場健康福祉課としますが、対象者の希望により訪問することも可能とします。

## ④ 実施期間

実施期間は10月1日から翌年6月30日です。

## ⑤ 周知案内方法

特定保健指導は、特定保健指導対象者に対し特定健康診査受診後に案内文書を郵送します。

(3) 年間の事業実施スケジュール

	特定健診	特定保健指導	
		発送事務	保健指導スケジュール
4月			
5月			
6月	受診券一斉発送		
7月	特定健康診査実施		
8月	↓	健診結果の登録	
9月			
10月	途中加入者分追加発行 未受診者受診勧奨(1回目)	保健指導案内発送 (5回)	初回面談実施 保健指導実施 翌年6月まで
11月		↑	↑
12月			
1月	未受診者受診勧奨(2回目)		
2月		↓	
3月	未受診者健診		↓
4月			
5月			
6月			↓

〈V〉事業の円滑な実施に向けて

1. 事業評価と実施計画の見直し

計画期間の最終年度（平成35年度）に、計画に掲げる目標の達成状況及び事業の実施状況に関する調査状況に関する調査及びデータ分析を行い、事業実績に関する評価を行う。評価については、自己評価だけでなく第三者による評価を採り入れるため、必要に応じ三重県国保連合会に設置された保健事業支援、評価委員会による助言、指導を受けることができる。この評価結果は、次期実施計画の内容の見直しに活用する。

また、計画の期間中においても、毎年度自己評価を行い、目標達成への進捗状況や事業の実施状況等により、実施計画の見直しが必要になった時は、必要に応じて修正することができる。

2. 実施計画の公表、周知

この計画を推進するため、実施計画について本町ホームページ等を通じて公表するものとする。また、広報誌への掲載やイベント等を通じて周知を図る。

### 3. 推進体制の整備

計画の推進に当たっては、庁内の関係課とさらに連携を強化し、共通認識をもって着実に実施されるよう体制の整備を図る。

また、計画を円滑に推進するためには、医療機関や国保連合会等の各種関係機関及び関係団体との連携、協力が必要不可欠であり、地域における各関係機関等と連携を密にしながら計画の推進を図る。

### 4. 個人情報の保護

個人情報の取扱いに関しては、「菰野町個人情報保護条例」をはじめ、「個人情報保護法」及び同法に基づくガイドラインを遵守し、適切に対応する。