

## 第4章 具体的な実施方法

### 1. 実施場所、実施時期、実施項目

#### (1) 実施場所と実施時期

- ・事業所や被扶養者居住地のまとまり状況を考慮し、検診車を利用した健診・巡回保健指導または各地域の医療機関と連携したサービスの提供を行う。

#### ①集 団

地区名	健康診査		保健指導	
	実施場所	実施時期	実施場所	実施時期
森吉地区	保健センター 公民館 自治会館等	4月中旬 ↓ 5月中旬 (18日間)	保健センター 公民館 自治会館等	6月下旬 ↓ 11月下旬
阿仁地区	同上	5月下旬 (7日間)	同上	7月 ↓ 12月
合川地区	同上	6月上旬 (15日間)	同上	8月 ↓ 1月
鷹巣地区	同上	6月下旬 ↓ 8月上旬 (20日間)	同上	10月 ↓ 3月

#### ②ドック・個別

地区名	健康診査		保健指導	
	実施場所	実施時期	実施場所	実施時期
市民ドック	北秋中央病院 米内沢病院 市立阿仁病院	5月1日 ↓ 1月31日	保健センター 公民館 自治会館等	通 年
医療機関 個別方式	市内の 医療機関	4月1日 ↓ 翌年3月31日	同上	通 年

## (2) 実施項目

### ①基本的な健診の項目（必須項目）

項 目	内 容
1) 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）を含む
2) 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）
3) 身長、体重及び腹囲の測定	身長、体重、腹囲（腹囲測定に代えて内臓脂肪面積の測定でも可）
4) BMI の測定	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$ の 2 乗
5) 血圧測定	
6) 血液検査	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（空腹時血糖又はHbA1c）
	肝機能検査（GOT, GPT, $\gamma$ -GTP）
7) 検 尿	尿糖、尿蛋白

### ②詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）

項 目	内容と実施できる条件（判断基準）
1) 貧血検査	内容（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） 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
2) 心電図検査	前年度の特定健康診査の結果等において、血糖、脂質、血圧及び肥満の全てにおいて、次の基準に該当した者
3) 眼底検査	血糖   空腹時血糖値が <b>100mg/dl</b> 以上、又は <b>HdA1c</b> が <b>5.2%</b> 以上
	脂質   中性脂肪 <b>150mg/dl</b> 以上、又は <b>HDL</b> コレステロール <b>40mg/dl</b> 未満
	血圧   収縮期 <b>130mmHg</b> 、又は拡張期 <b>80mmHg</b> 以上
	肥満   腹囲が <b>85cm</b> 以上（男性）・ <b>90cm</b> 以上（女性）の者（内臓脂肪面積の測定ができる場合には、内臓脂肪面積が <b>100</b> 平方 <b>cm</b> 以上）、又は腹囲が <b>85cm</b> 未満（男性）・ <b>90cm</b> 未満（女性）の者で <b>BMI</b> が <b>25</b> 以上の者

## 2. 外部委託の有無

- \* 特定健康診査は、従来どおり健診事業団等による集団検診、医療機関個別方式（市民ドック含む）による個別委託契約により実施する。
- \* 特定保健指導は、外部委託や代行機関の利用は行わず、健康推進課（成人保健担当）の保健師・管理栄養士を中心に実施し、市民課（国保年金担当）、高齢福祉課（介護保険担当）の連携を図るものとする。

## 3. 周知や案内（受診券や利用券の送付等）の方法

- \* 対象者への個別通知（受診券・利用券）
- \* 広報での呼びかけ
- \* 保健協力員による声かけ及び個別通知文の配布

## 4. 事業主健診等他の健診受診者の健診データをデータ保有者から受領する方法

健診種別	データの受領方法	受領時期
事業主健診	・ 健診データまたは提出用健診データファイル様式で受領	・ 受診券の配布及び案内時に本人または委託健診機関から健診結果データを送付してもらう。
ドック	・ 健診データまたは提出用健診データファイル様式で受領	・ 受診券の配布及び案内時に本人または委託健診機関から健診結果データを送付してもらう。

## 5. 特定保健指導者の対象者の抽出（重点化）の方法

特定保健指導対象者の抽出は、特定健康診査の結果から内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の基準に従って自動的に決定（階層化）されるものであるが、階層化の結果として保健指導対象者全員に指導を実施するのではなく、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者（比較的若い時期（65歳未満）に生活習慣の改善を行った方が効果が大きい）を明確にし、優先順位をつけて保険指導を実施するものとする。

### \* 特定保健指導の対象者（階層化）

腹 囲	追加リスク		④喫煙歴	対 象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40-64歳
≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2つ以上該当		—	積極的支援	動機付け 支 援
	1つ該当		あり なし		
上記以外で BMI ≥25	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		—		

## (1) 抽出方法

### ステップ1 内臓脂肪蓄積に着目してリスクを判定

- ・腹囲 男性 $\geq 85\text{cm}$ 、女性 $\geq 90\text{cm}$  → (A)
- ・腹囲 男性 $< 85\text{cm}$ 、女性 $< 90\text{cm}$  かつ BMI  $\geq 25$  → (B)

### ステップ2

- ①血 糖：a 空腹時血糖  $100\text{mg/dl}$ 以上 または b HbA1c の場合  $5.2\%$ 以上  
または c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）
- ②脂 質：a 中性脂肪  $150\text{mg/dl}$ 以上 または b HDL コレステロール  $40\text{mg/dl}$ 未満、  
または c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）
- ③血 圧：a 収縮期  $130\text{mmHg}$  以上 または b 拡張期血圧  $85\text{mmHg}$  以上  
または c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）
- ④質問票：喫煙歴あり（①から③のリスクが 1 つ以上の場合にのみカウント）

### ステップ3 ステップ1, 2 から保健指導対象者をグループ分け

- ① (A) の場合 ①～④のリスクのうち追加リスクが
  - 2 以上の対象者は 積極的支援レベル
  - 1 の対象者は 動機づけ支援レベル
  - 0 の対象者は 情報提供レベル とする
- ② (B) の場合 ①～④のリスクのうち追加リスクが
  - 3 以上の対象者は 積極的支援レベル
  - 1 または 2 の対象者は 動機づけ支援レベル
  - 0 の対象者は 情報提供レベル とする

### ステップ4

- ①服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。  
(理 由)・継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため。
- (参 考)・特定保健指導とは別に、医療保険者が生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼または了解の下に、保健指導を行うことができる。
  - ・市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼または、了解の下に、医療保険者と連携し、診療データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の住民に対する保健指導を行う。
- ②前期高齢者 (65 歳以上 75 歳未満) については、積極支援の対象となった場合でも「動機づけ支援」とする。  
(理 由)・予防効果が多く期待できる 65 歳までに、特定保健指導がすでに行われてきていると考えられること。
  - ・日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL の低下に配慮した生活習慣改善が重要であること 等。

## (2) 標準的な保健指導

### ①糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導

- ・対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるよう支援すること。
- ・対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することで、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援する。

### ②対象者ごとの保健指導プログラムについて

- ・保健指導の必要性ごとに「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」に区分し、各保健指導プログラムの目標を明確にしたサービスの提供を行う。

情報提供	自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、 <u>基本的な情報を提供することをいう。</u>
動機づけ支援	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようになることを目的とし、医師、保健師、管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、 <u>生活習慣の改善のための、取り組みに係る動機づけ支援を行うとともに、計画の策定を指導したものが、計画の実績評価を行う保健指導を行う。</u>
積極的支援	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようになることを目的とし、医師、保健師、管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣の改善のための、 <u>対象者に対する主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定をしたものが、計画の進捗状況評価と計画の実績評価（計画策定の日から6ヶ月以上経過後に行う評価をいう）を行う。</u>

### ③情報提供の内容

支援形態	<ul style="list-style-type: none"> <li>●健診結果送信にあわせて情報提供用紙を送付する。</li> <li>●IT活用されていれば、個人用情提供画面を利用する。</li> </ul>
支援内容	<p>&lt;個別支援&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●健診結果や健診時の問診票から、対象者個人に合わせた情報提供が必要。</li> <li>●特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。</li> <li>●健診の意義や健診結果の見方を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。</li> <li>●対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要が高い情報を的確に提供することが望ましい。</li> <li>●身近で活用できる社会資源情報も掲載する。</li> </ul>

#### ④動機づけ支援の内容

支援形態	<p>&lt;面接による支援&gt;次のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●1人 20分以上の個別支援</li> <li>●1グループ 80分以上のグループ支援</li> </ul> <p>&lt;6ヶ月以後の評価&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail 等</li> </ul>
支援内容	<p>&lt;個別支援&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。</li> <li>●生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。</li> <li>●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</li> <li>●対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。</li> <li>●体重、腹囲の計測方法について説明する。</li> <li>●生活習慣の振返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。</li> <li>●対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。</li> </ul> <p>&lt;6ヶ月後の評価&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●身体状況や、生活習慣に変化が見られたかについて確認する。</li> </ul>

#### ⑤積極的支援の内容

○初回の面接による支援（動機づけ支援による面接と同様）

○3ヶ月以上の継続的な支援

支援形態	<ul style="list-style-type: none"> <li>●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail</li> </ul> <p>*継続的な支援に要する時間は、ポイント数の合計が <b>180</b> ポイント以上とする。</p>
支援内容	<p>支援A（積極的関与タイプ）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●生活習慣の振返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。</li> <li>●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</li> </ul> <p>&lt;中間評価&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●取組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、行動目標・計画の作成を行う。</li> </ul> <p>支援B（励ましタイプ）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。</li> </ul>



## ⑦望ましい積極的支援の例

### イ 面接による支援 個別支援 (30分以上) または グループ支援 (90分以上)

- ・生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、行動計画や行動目標の設定等動機づけ支援の内容を含む支援とする。
- ・食生活については、食生活の中で、エネルギーの過剰摂取につながっている要因を把握し、その是正のために料理や食品の適切な選択等が自らできるスキルを身につけ、確実に行動変容できるような支援をする。
- ・運動については、生活活動、運動の実施状況の確認や歩行前後の把握などを実施し、確実に行動変容できるような支援とする。

○2週間後 電話、または e-mail による支援

○1ヶ月後 電話、または e-mail による支援

○2ヶ月後 電話、または e-mail による支援

### ロ 3ヶ月後 (中間評価による体重、腹囲等の測定から必要時 6ヶ月後の評価までの行動目標・行動計画の修正を含む)

個別支援 (20分以上) または グループ支援 (80分以上)

○4ヶ月後 電話、または e-mail による支援

○5ヶ月後 電話、または e-mail による支援

### ハ 6ヶ月後の評価 個別支援 (20分以上) または グループ支援 (80分以上)

- ・次回の健診まで確立された行動を維持できるような支援を行う。

## ⑧後期高齢者 (75歳以上) に対する健診・保健指導

### イ 基本的な考え方

- 生活習慣の改善による疾病の予防というよりも、QOLの確保、介護予防が重要。
- 糖尿病等の生活習慣病の早期発見のための健康診査は重要。

### ロ 健康診査

- 高齢者医療法に基づき、広域連合において実施 (努力義務)。
- 健診項目：75歳未満の健診項目のうち、必修項目のみを実施。
  - \*心電図等の医師の判断に基づき実施する項目を除く。
  - \*腹囲は医師の判断に基づき実施。

### ハ 保健指導

- 本人の求めに応じて、健康相談等の機会を提供できる体制を確保。

## 6. 実施に関する年間スケジュール

月 日	特定健康診査等の実施内容			
	森吉地区	阿仁地区	合川地区	鷹巣地区
4月		準備		
5月	健診	健診	準備	準備
6月	指導準備	指導準備	健診	準備
7月			指導準備	健診
8月				健診
9月				指導準備
10月				
11月				
12月				
1月				
2月	森吉健診準備			
3月				