

第3期蔵王町
特定健康診査等実施計画



蔵王町観光PRキャラクター
さおうさま

平成30年3月
蔵王町

目 次

I	計画策定にあたって・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
	1. 特定健康診査・特定保健指導導入の背景及び趣旨	
	2. 特定健康診査・特定保健指導実施計画の基本的な考え方	
	3. 計画の位置づけ	
	4. 計画の期間	
	5. 特定健康診査・特定保健指導の対象となる生活習慣病	
	6. 生活習慣病対策の必要性	
	7. メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義	
II	第2期計画期間の振り返り・・・・・・・・・・・・・・・・	5
III	達成しようとする目標・・・・・・・・・・・・・・・・	8
IV	特定健康診査の実施方法・・・・・・・・・・・・・・・・	9
	1. 特定健康診査実施の基本的な考え方	
	2. 特定健康診査の対象者	
	3. 特定健康診査の実施方法	
V	特定保健指導の実施・・・・・・・・・・・・・・・・	13
	1. 基本的な考え方	
	2. 特定保健指導の対象者	
	3. 特定保健指導の実施方法	
VI	個人情報保護・・・・・・・・・・・・・・・・	18
VII	特定健康診査実施計画の公表・周知・・・・・・・・	18
VIII	特定健康診査・特定保健指導実施計画の評価及び見直し・・・・・・・・	18

I 計画策定にあたって

1. 特定健康診査・特定保健指導導入の背景及び趣旨

わが国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い医療水準を達成してきました。

しかし、少子高齢化の急速な進展及び疾病構造の変化に伴い、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年々増加しており、死亡原因でも生活習慣病が6割を占め、医療に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっており、国民医療費を押し上げる要因の一つとなっています。

平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」の施行により40歳から74歳の加入者を対象に医療保険者（以下「保険者」という。）に加入者の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。

蔵王町では、平成20年3月に「蔵王町特定健康診査等実施計画」を策定し、この計画に基づく健診等を平成20年度から実施し、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療、重症化予防に取り組んできました。

本計画は第2期（平成25年度～平成29年度）の計画期間が終了することに伴い、第3期（平成30年度～平成35年度）の計画として策定するものです。

2. 特定健康診査・特定保健指導実施計画の基本的な考え方

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、特定保健指導対象者の割合の減少を目標とし実施します。

特定保健指導は、対象者が自らの生活習慣を振り返り、課題を認識して行動変容するとともに、自らの健康を自己管理し健康的な生活を維持することを通し、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目標として実施します。

3. 計画の位置づけ

蔵王町では、これまで「蔵王町特定健康診査等実施計画」に基づき特定健康診査事業に取り組んできましたが、この度、新たに平成30年度から平成35年度までの第3期計画を策定します。

この計画は国の特定健康診査等基本指針（法第18条）に基づき、蔵王町が策定する計画であり、宮城県医療費適正化計画と十分な整合性を図るものとします。

4. 計画の期間

この計画の期間は、平成 30 年度から平成 35 年度とします。

5. 特定健康診査・特定保健指導の対象となる生活習慣病

特定健康診査・特定保健指導の対象となる生活習慣病は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群とします。

6. 生活習慣病対策の必要性

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）に起因するケースが多く、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の改善がないままに、その後重症化し、虚血性心疾患や脳卒中の発症に至るといった経過をたどることになります。

このため生活習慣の改善により、若いときからの生活習慣病予防対策を進め、生活習慣病を発症しない境界域の段階で止めることができれば、通院患者を減らすことができ、この結果、町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。

7. メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義

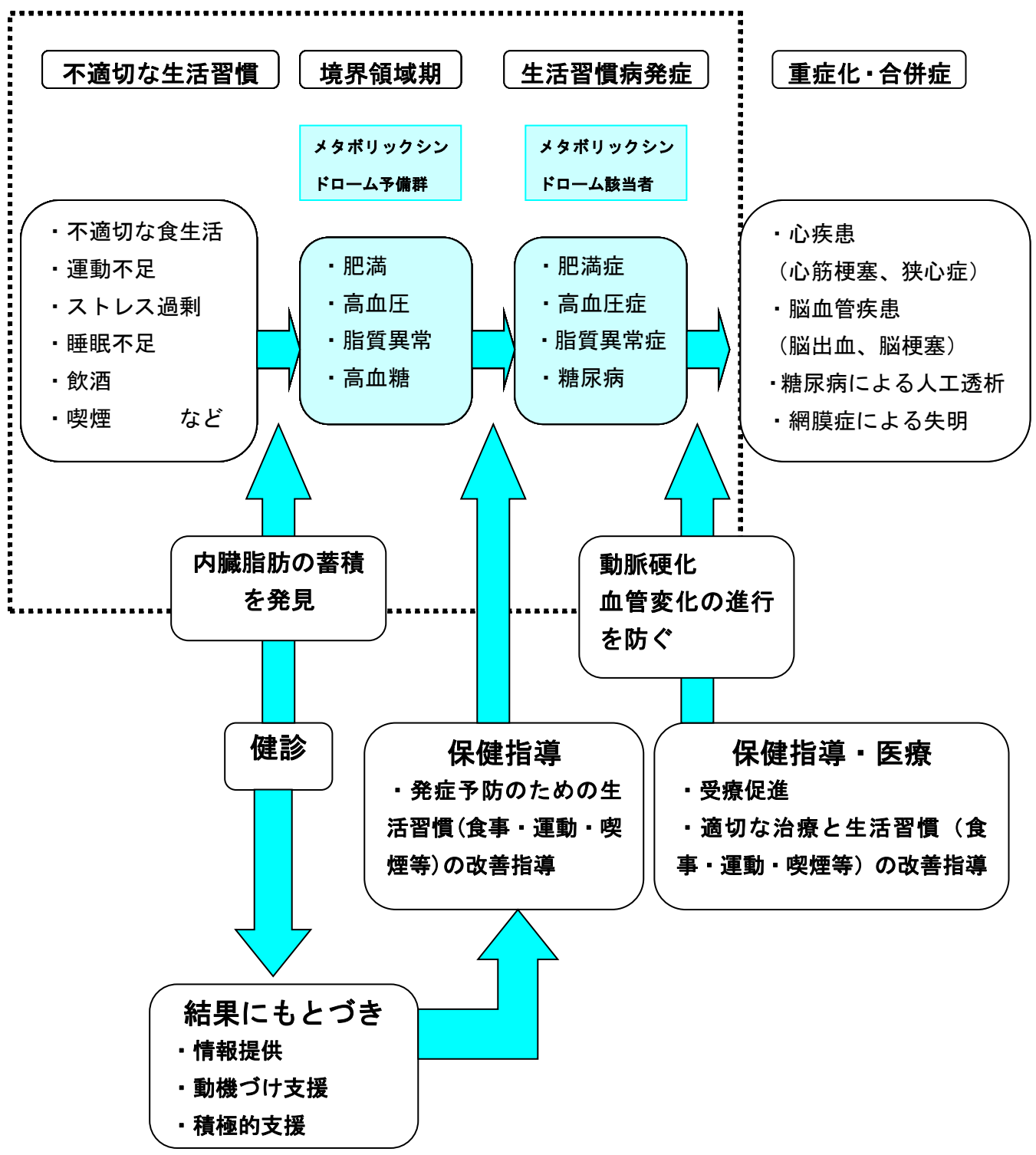
メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）とは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることで、それらのリスクの低減が図られるという考え方を基本としています。（図表 1 メタボリックシンドロームのメカニズムと健診・保健指導）

すなわち、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧症は予防可能であり、また発症後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする慢性腎不全などへの進行や重症化を予防することが可能であるという考え方です。

内臓脂肪症候群の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖や中性脂肪・血圧などの上昇をもたらすとともに様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心疾患・脳血管疾患・人工透析の必要な慢性腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、健診受診者にとって生活習慣と健診

の結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機付けができるようになりますと考えられます。

図表 1：メタボリックシンドロームのメカニズムと健診・保健指導



Ⅱ 第2期計画期間の振り返り

(1) 特定健康診査

平成28年度の本町特定健康診査受診率は40.9%となっており、第2期計画最終年目標値である60%を下回っています。その要因としては、制度の周知不足、未受診者への勧奨不足等があげられ、受診率向上のため受診勧奨通知の発送等の施策が必要となります。

第2期計画における目標値(個別健診、人間ドック含む)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
受診率	55%	55%	60%	60%

第2期計画における実績(個別健診、人間ドック含む)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
受診率	39.7%	42.8%	43.2%	40.9%

(2) 特定保健指導

平成28年度の本町特定保健指導実施率は積極的支援が7.4%、動機付け支援が15.4%となっており、国が示す第2期計画最終年目標値である60%を大きく下回っています。しかしながら、特定保健指導実施者のうち、翌年の健診で保健指導レベルが改善される人の割合は高い状況です。そのため、実施率向上のため利用勧奨の強化と質の高い保健指導の実施体制について検討していく必要があります。

第2期計画における実績(積極的支援)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
該当者(人)	77人	69人	60人	54人
実施者数(人)	17人	7人	3人	4人
実施率(%)	22.1%	10.1%	5.0%	7.4%

第2期計画における実績(動機付け支援)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
該当者(人)	134人	144人	133人	123人
実施者数(人)	46人	41人	22人	19人
実施率(%)	34.3%	28.5%	16.5%	15.4%

(3)生活習慣病対象者の推移について

第2期計画中の生活習慣病対象者の推移は以下のとおりで、被保険者数は男女共に、年々減少傾向にあるのに対し、生活習慣病対象者の割合は増加傾向にあります。

生活習慣病対象者の推移

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
被保険者数	3,620人	3,455人	3,332人	3,251人
生活習慣病対象者数	1,391人	1,357人	1,333人	1,371人
割合(%)	38%	38%	40%	42%

生活習慣病対象者の男女の推移

1) 男性

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
被保険者数	1,894人	1,810人	1,715人	1,667人
生活習慣病対象者数	698人	659人	655人	673人
割合(%)	37%	36%	38%	40%

2) 女性

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
被保険者数	1,726人	1,645人	1,617人	1,584人
生活習慣病対象者数	693人	698人	678人	698人
割合(%)	40%	42%	42%	44%

生活習慣病対象者の年代別の推移

	平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度	
	被保数	対象者	被保数	対象者	被保数	対象者	対象者	対象者
40歳代	301人	71人	280人	64人	266人	54人	263人	52人
割合	23%		23%		20%		20%	
50歳代	501人	169人	448人	163人	402人	144人	394人	138人
割合	34%		36%		36%		35%	
60歳代	1,356人	698人	1,383人	716人	1,369人	727人	1,364人	759人
割合	51%		52%		53%		56%	
70歳～74歳	609人	405人	575人	380人	562人	368人	560人	381人
割合	67%		66%		66%		68%	

年代別では、すべての年度において年齢が上がるほど生活習慣病対象者の割合が増加していることが分かります。

主な生活習慣病疾患者の推移【重複での疾患を含む】

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
高血圧症	933 人	905 人	897 人	909 人
脂質異常症	829 人	800 人	777 人	815 人
糖尿病	477 人	498 人	481 人	516 人
虚血性心疾患	142 人	137 人	131 人	139 人
脳血管疾患	131 人	126 人	122 人	128 人

各生活習慣病疾患の順位にほぼ変化はありませんが、全体的に生活習慣病疾患者の割合は増加傾向にあります。

生活習慣病の危険因子である肥満を防ぎ、健康づくりを推進していくため、より若い世代から「自分の健康は自らつくり守る」という意識を高めるために、切れ目なく健康づくりに取り組める環境を整え、よりよい生活習慣の確立に向けた取組みを進めていく必要があります。

※これらのデータは、各年度 2 月診療 KDB データを基に算出

ただし、平成 29 年度については、6 月診療 KDB データを基に算出

Ⅲ 達成しようとする目標

(1) 国の目標値は、基本指針において、平成 35 年度時点における目標値を掲げており、各保険者の目標値は、その値を踏まえて設定することとなります。

本町の目標は、国の目標値を参酌しながら目標値を設定します。

また、医療が必要となる緊急性の高い対象者への保健指導は、特定保健指導対象者に含みませんが、重症化予防の観点から実施していくことにします。

第 3 期計画の保険者種別毎の目標

	全国目標	市町村国保	国保組合	全国健保 (含船保)	単一健保	総合健保
特定健康診査の 受診率	70%	60%	70%	65%	90%	85%
特定保健指導の 実施率	45%	60%	30%	35%	55%	30%

(2) 特定健康診査における目標

国の指針で示されている第 3 期計画における市町村国保の特定健康診査受診率の目標値は 60%、特定保健指導実施率の目標値は 60%となっています。

本町においては現在の実施状況を勘案し目標達成に向けて各年度の目標値を次の通り設定します。

第 3 期計画における目標値

・ 特定健康診査受診率

	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
受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

・ 特定保健指導実施率

	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
実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

前項であげた特定健康診査および特定保健指導の実施率目標を達成するため、以下の取組を実施していきます。

特定健康診査

○特定健康診査受診率向上対策

- ・ 集団健診の時間
- ・ 未受診者に二次健診を実施します
- ・ 医療機関での受診方法、期間等の検討します

○周知方法の強化

- ・ チラシや広報誌の活用を再検討

特定保健指導

○特定保健指導実施率向上対策

- ・ 保健指導の実施方法を再検討します（土日祝日、時間外、家庭訪問等）
- ・ 保健指導の質を確保するために、保健指導事業の適切な評価を行います

○肥満改善や運動習慣の定着を図るための意識と環境整備

- ・ 健康づくりに関する講座、セミナーを充実させます
- ・ 健康情報の定期的な発信を行います
- ・ 海洋センターや地域包括支援センターなど関係機関と連携しながら、運動事業を開催します

IV 特定健康診査の実施方法

1. 特定健康診査実施の基本的な考え方

生活習慣病の予防に着目した効果的・効率的な特定健康診査・特定保健指導実施のための取組を強化します。

- (1) 特定健康診査未受診者の確実な把握
- (2) 特定健康診査結果からの必要な保健指導の徹底
- (3) 医療費適正化効果まで含めたデータの蓄積と評価

2. 特定健康診査の対象者

蔵王町の被保険者のうち、特定健康診査の実施年度中に40歳～74歳となる者で、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している者が対象者となります。

3. 特定健康診査の実施方法

(1) 実施方法・場所

特定健康診査は、受診者の利便性を考慮し、蔵王町地域福祉センター等を会場としての集団健診と、各実施医療機関等での個別健診を毎年度検討しながら実施します。

(2) 自己負担額

自己負担は、集団健診は無料とします。ただし、個別健診は、受診者の一部負担金を毎年度検討しながら別途定め負担いただきます。

(3) 案内・周知方法

特定健康診査対象者には、受診日の2週間前までに特定健康診査の受診票を送付します。

なお、健診受診率向上につながるよう実施場所・実施期間等を広報誌やホームページに掲載するとともにあらゆる機会をとらえ周知を図ります。

(4) 実施機関

健診団体との委託契約により集団健診を実施し、医師会等との委託契約により個別健診を実施します。

(5) 実施項目

厚生労働省保険局「標準的な健診・保健指導プログラム 改訂版」に準じ、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出するための特定健診項目と、疾病の早期発見、早期治療に繋げるための追加項目とします。

特定健診項目

基本的健診項目	詳細な健診項目
1. 既往歴の調査 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 4. BMIの測定 5. 血圧の測定 6. 肝機能検査 7. 血中脂質検査 8. 血糖検査(HbA1c) 9. 尿検査	1. 貧血検査 (貧血の既往歴を有する者または視診等で 貧血が疑われる者) 2. 心電図検査 3. 眼底検査 (2・3については、前年度の健診結果等 において血糖、脂質、血圧及び腹囲等の すべてについて、一定の基準に該当した 者)

追加項目

1. 心電図検査(上記「詳細な健診項目」2. 心電図検査の条件を満たさない者) 2. 血清クレアチニン 3. 血清尿酸

よって、特定健康診査受診者に対して、詳細な健診項目の「貧血検査」と「眼底検査」を除く項目を実施することとします。

(6) 特定健康診査委託基準

特定健康診査を委託するにあたり、次の具体的な基準を定めます。

- ①国が定める内容の健診を適切に実施するために必要な医師、看護師等が確保されていること。また、常勤の管理者が置かれていること。
- ②国の定める内容の健診を適切に実施するために必要な施設及び設備を有していること。
- ③検査や診察を行う際、受診者のプライバシーが十分に保護される設備が確保されていること。
- ④救急時における応急処置のための設備を有していること。
- ⑤国の定める検査項目では、標準物質による内部制度管理が適切に行われ、検査値の精度が保証されていること。また、外部精度管理調査を定期的に受け、検査値の精度が保証されている結果であるとともに精度管理上の問題点があった場合

に、適切な対応策が講じられること。

- ⑥受診者の健診記録が適切に保存・管理されているとともに、個人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及びこれに基づくガイドライン、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン等を遵守していること。
- ⑦利用者の利便性に考慮した健診を実施すること。また、大河原町の求めに応じ、適切な健診の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行えること。
- ⑧健診実施者に必要な研修を定期的に行うことにより、当該健診実施者の資質向上に努めること。
- ⑨国の定める内容の健診を適切かつ継続的に実施することができる財政基盤を有していること。

その他、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の告示により定めた基準を満たすものとします。

(7) 委託契約の方法

特定健康診査の実施については、健診団体・医師会と毎年度単価契約をします。

(8) データの提出及び管理方法

特定健診に関するデータの取り扱いについては、以下のとおりとします。

- ・受診者・健康診査機関等のデータの提出
- ①委託事業者は、データの提出にあたっては、原則磁気媒体とします。
- ・町のデータの管理
- ②特定健康診査に関するデータの管理は 5 年間保存とし、宮城県国民健康保険団体連合会に委託するものとします。

V 特定保健指導の実施

1. 基本的な考え方

特定保健指導は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものです。

生活習慣病は、①自覚症状がないまま進行する、②長年の生活習慣に起因する、③疾患発症の予測が可能、などが特徴として挙げられます。しかし、生活習慣は個人が長年築いてきたものであるために、改善すべき生活習慣に自ら気づくことが難しく、さらに、対象者自身、生活習慣の改善を自ら実践すること（行動変容）の難しさを認識している場合も多いと思われます。

そのために、以下の点を踏まえて取り組みます。

特定保健指導の重点目標

①生活習慣改善意識の啓発

対象者に、自覚症状がなくても発症リスクがあることや、生活習慣の改善によってリスクを減らすことができることを理解してもらう。

②自主的な行動目標の設定

対象者が、健診結果を理解し、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自ら設定する。

③自発的な行動の実践

対象者が行動目標に向けて自ら実践し、そして、自身の健康のセルフケア（自己管理）ができるようになる。

特定保健指導は、生活習慣病予備群を生活習慣病に移行させないことを目指し、対象者一人ひとりの意識や状況に違いがあることを認識した上で、対象者に押しつけず、生活習慣を改善することが本人にとって快適であることを実感でき、楽しめるようなプログラムを提示するなど、創意と工夫に努めながら実施していきます。

2. 特定保健指導の対象者

特定保健指導の対象者は、国民健康保険加入者のうち、特定健康診査実施中に40歳から74歳で、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人としてします。また、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める人（海外在住、長期入院など）は対象から除きます。

特定保健指導としては、特定健康診査の結果に基づき、健康の保持に努める必要がある人に対して、「動機付け支援」「積極的支援」を毎年度実施します。動機付け支援と積極的支援の対象者を選定（階層化）する基準は次のとおりとします。

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	65～74歳
≥ 85 cm (男性) ≥ 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	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	/		

(注) 喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味します。

追加リスク

- ①血糖 空腹時血糖 100 mg/dl 以上、または HbA1C の場合 5.6% (NGSP 値) 以上
- ②脂質 中性脂肪 150 mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満
- ③血圧 収縮期血圧 130 mm Hg 以上、または拡張期血圧 85 mm Hg 以上

※糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人を除く。

3. 特定保健指導の実施方法

(1) 対象者の選定

厚生労働省保険局「標準的な健診・保健指導プログラム 改訂版」に準じ、腹囲・脂質・血圧の検査値が一定の基準を超えた者に対して、メタボリックシンドローム予防のための特定保健指導を実施します。ただし、すでに薬剤等の治療を受けている者は除きます。

また、上記に該当しない者については、健診結果と同時に生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供します。

(2) 自己負担額

自己負担額については無料とします。

(3) 案内・周知方法

保健指導に該当する者に対しては、特定健診会場での個別面接を実施する他、約1ヶ月後に個別通知を送付します。

(4) 実施場所

自宅へ家庭訪問や蔵王町地域福祉センター等において、十分プライバシーが守られる場で実施します。

(5) 実施時期

特定健康診査の結果に基づき特定保健指導の階層化を行い、3か月から6か月にわたり実施します。

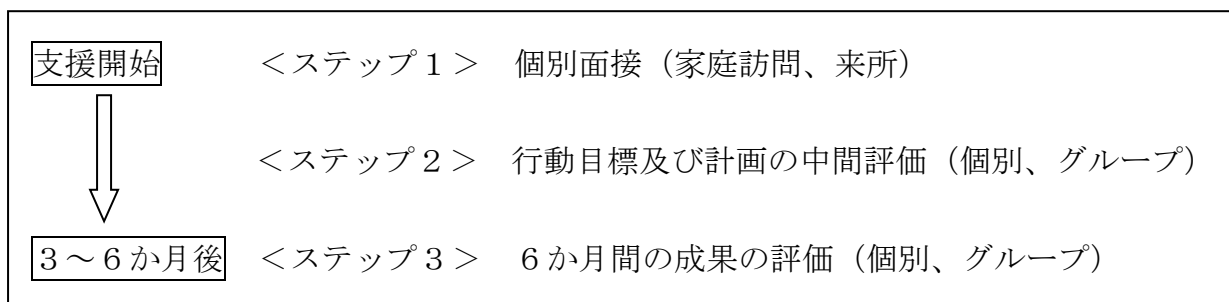
(6) 実施内容

厚生労働省保険局「標準的な特定健診・保健指導プログラム 改訂版」に準じ、腹囲、血糖、脂質、血圧の検査値が一定の基準を超えた者に対し、メタボリックシンドローム改善予防のために「動機付け支援」、「積極的支援」の支援レベルに分けて保健指導を実施します。

<動機付け支援>

「動機付け支援」は、自分の生活習慣の改善すべき点や伸ばすべき行動などを自覚し、利用者（対象者）自ら目標設定し、行動に移すことができるよう、利用者（対象者）本人に直接、実施します。

「動機付け支援」のステップ



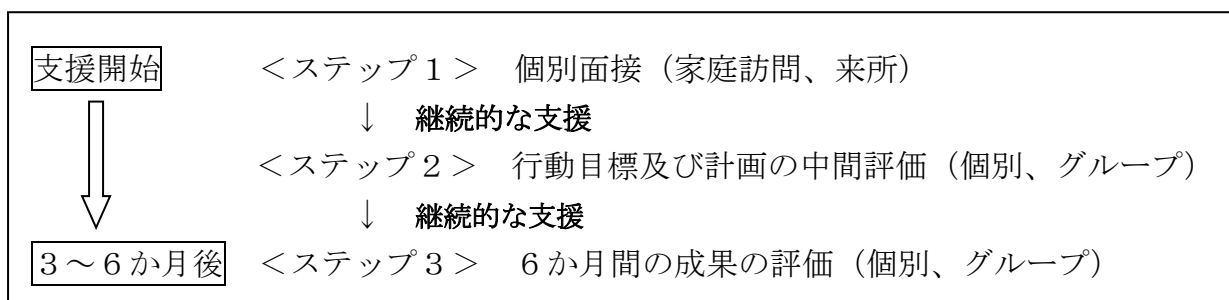
支援形態

- ・面接による支援：1人20分以上の個別支援、又は1グループおおむね80分以上のグループ支援（1グループはおおむね8名以下とします）を実施します。
- ・3～6か月後の評価：3～6か月後の評価は、面接あるいは電話、手紙等で確認します。

<積極的支援>

「積極的支援」は、自分の生活習慣の改善すべき点や伸ばすべき行動などを自覚し、利用者（対象者）自ら目標を設定し、行動に移すことができるよう、初回時の面接による支援以降3ヶ月以上の継続的な支援を、利用者（対象者）に直接、実施します。

「積極的支援」のステップ



支援形態

- ・初回時の面接による支援：動機づけ支援と同様の支援
- ・3か月以上の継続的な支援

※生活習慣の振り返りをし、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援を行う。
※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。

- ・6か月後（3か月後でも可）の評価：6か月後（3か月後でも可）の評価は、面接あるいは電話、手紙等で確認します。

（7）特定保健指導委託基準

特定保健指導にあたり、次の具体的な基準を定めます。

- ①保健指導に携わる保健指導実施者は、保健指導を行うための十分な知識を持ち、技術を身につけた保健師・管理栄養士とします。
- ②委託事業者は、町の事業担当者と打合せを綿密に行い、町の特性に応じた指導内容となるようにすること。
- ③受診者の身体計測結果や参加記録等の記録が適切に保存・管理されているとともに、個人情報保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン等を遵守していること。
- ④町の求めに応じ、適切な保健指導の実施状況を確認する上で必要な資料の提出を速やかに行うこと。
- ⑤保健指導実施者に各種研修会への参加や委託事業者内での研修を定期的に行い、当該保健指導実施者の資質の向上に努めていくこと。
- ⑥国の定める内容の保健指導を適切かつ継続的に実施できる財務基盤を有していること。

その他、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の告示により定めた基準を満たすものとします。

（8）委託契約の方法

特定保健指導については、年度当初に契約します。

（9）データの管理

特定保健指導のデータは原則5年間保存とします。

VI 個人情報保護

特定健診等の個人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」に基づく「国民健康保険組合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」及び「蔵王町個人情報保護条例」等に基づいて、個人情報の厳正な保護を図ります。

特定健康診査・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に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。

また、特定健康診査等の実施にあたっては、「国民健康保険法」及び「高齢者の医療の確保に関する法律」の守秘義務規定を遵守するものとします。

VII 特定健康診査実施計画の公表・周知

この計画については、町のホームページ等に掲載することにより周知を図ります。

VIII 特定健康診査・特定保健指導実施計画の評価及び見直し

評価は、特定健康診査・特定保健指導の方法、内容、結果等について、生活習慣病・予備群の減少や医療費適正化への効果、目標数値を考慮し、下記の事項に基づき実施します。

- ①健診実施体制等
- ②保健指導の指導内容及び実施体制
- ③健診の受診率
- ④健診受診者における内臓脂肪症候群該当者数の割合
- ⑤健診後における階層化
- ⑥保健指導の実施率
- ⑦生活習慣の改善への効果度