

第三期
特定健康診査等実施計画

平成30年3月
東京都職員共済組合

目 次

第1章 第三期計画策定にあたって	
1 計画の目的	1
(1) 計画策定の背景	
(2) 計画の理念	
2 計画の位置づけ	2
第2章 第二期実施計画の実施状況と課題	
1 特定健康診査等の実施率	3
(1) 特定健康診査	
(2) 特定保健指導	
2 事業効果	4
(1) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	
(2) 生活習慣病有病者数	
(3) 体重減少・健診データ改善（リスク減少）	
(4) 要医療者の受診状況	
3 第三期に向けた課題	5
(1) 特定健康診査	
(2) 特定保健指導	
第3章 第三期実施計画の基本的な考え方	
1 計画の期間	6
2 基本的な考え方	6
(1) 特定健康診査	
(2) 特定保健指導	
(3) 事業主（任命権者）との連携	
3 目標値の設定	7
(1) 国の目標値	
(2) 平成35年度の目標値	
(3) 年度別計画目標値	
4 対象者数	8
(1) 特定健康診査	
(2) 特定保健指導	

第4章 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

- 1 特定健康診査等の実施方法…………… 9
 - (1) 組合員（任意継続組合員除く）
 - (2) 被扶養者及び任意継続組合員
 - (3) 人間ドック利用者
 - (4) パートタイム先等での健診受診者（被扶養者）
 - (5) 医療機関に通院している受診者（被扶養者）
 - (6) その他[対象上記：(1)～(5)]
- 2 特定保健指導の実施方法…………… 12
 - (1) 実施形態
 - (2) 実施場所
 - (3) 対象者
 - (4) 実施時期
 - (5) 実施項目と支援内容
 - (6) 周知・案内方法

第5章 生活習慣病対策の充実強化

- 1 非肥満のリスク保有者…………… 14
- 2 生活習慣病有病者の未治療者…………… 15
- 3 血糖値リスク保有者（糖尿病対策）…………… 15
- 4 生活習慣改善への取組の推進…………… 15

第6章 円滑な計画の推進に向けて

- 1 個人情報保護…………… 16
 - (1) 基本的な考え方
 - (2) データの管理方法
- 2 計画の公表・周知…………… 16
- 3 計画の評価・見直し…………… 16
 - (1) 進捗状況の評価
 - (2) 評価結果の活用

参 考

- 1 用語説明…………… 18
- 2 特定保健指導の階層化…………… 19
- 3 特定健診検査項目と判定値及び検査の目的…………… 20
- 4 特定健診問診票…………… 21

第1章 第三期計画策定にあたって

1 計画の目的

(1) 計画策定の背景

高齢化の急速な進展に伴い疾病構造も変化しており、生涯にわたる生活の質の維持・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となっています。また、医療費についても今後さらに増大することが見込まれています。これを抑制するためには、死亡原因の約6割(図1)、医療費の約2割(図2)を占める生活習慣病の予防・早期発見の徹底等を通じて、医療費の適正化対策を総合的に推進することが求められています。

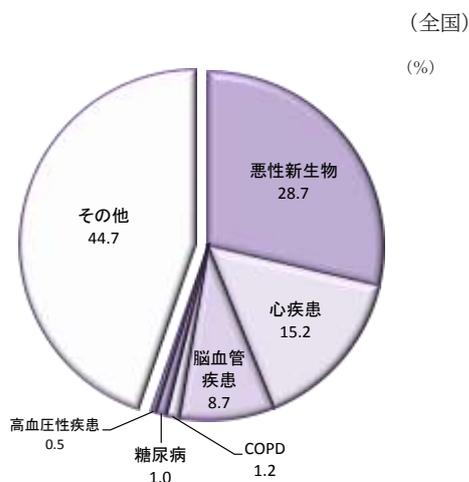
高血圧症や糖尿病などの生活習慣病は、東京都職員共済組合で実施した医療費分析においても医療費の上位を占め、受診者数も多いことから、組合員及び被扶養者の疾病予防と健康増進を図るため、その対策が急務となっています。

当共済組合では、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)に基づき、平成20年4月に特定健康診査等実施計画(第一期)、平成25年3月に特定健康診査等実施計画(第二期)を策定し、40歳から74歳までの組合員(※)・被扶養者を対象に、内臓脂肪症候群(以下「メタボリックシンドローム」という。)に着目した生活習慣病予防のための健康診査・保健指導(以下「特定健康診査」・「特定保健指導」という。)の実施をはじめとする、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少に取り組んできました。

本計画は、この第一期及び第二期における事業評価等を踏まえ、当共済組合が抱える健康課題に的確に対応し、より効果的な生活習慣病予防対策を実施するため、策定するものです。

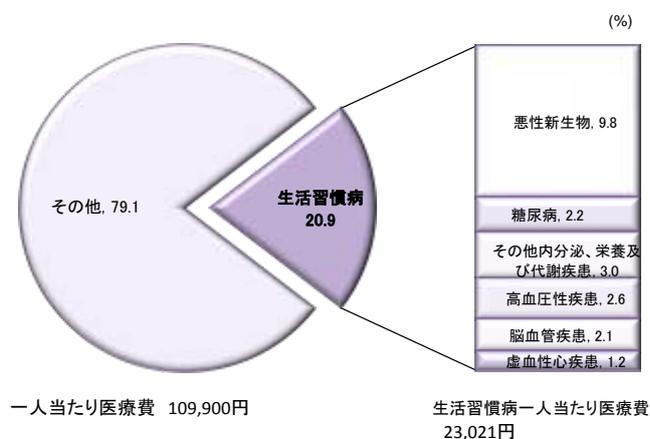
※組合員は、短期給付の適用を受ける者に限る。(以下同じ)

図1 死因別死亡割合(平成27年度)



資料：厚生労働省「平成27年度人口動態統計」

図2 医療費に占める生活習慣病割合(平成28年度)



資料：医療保険課「平成29年度組合員・家族の健康と医療費の状況」

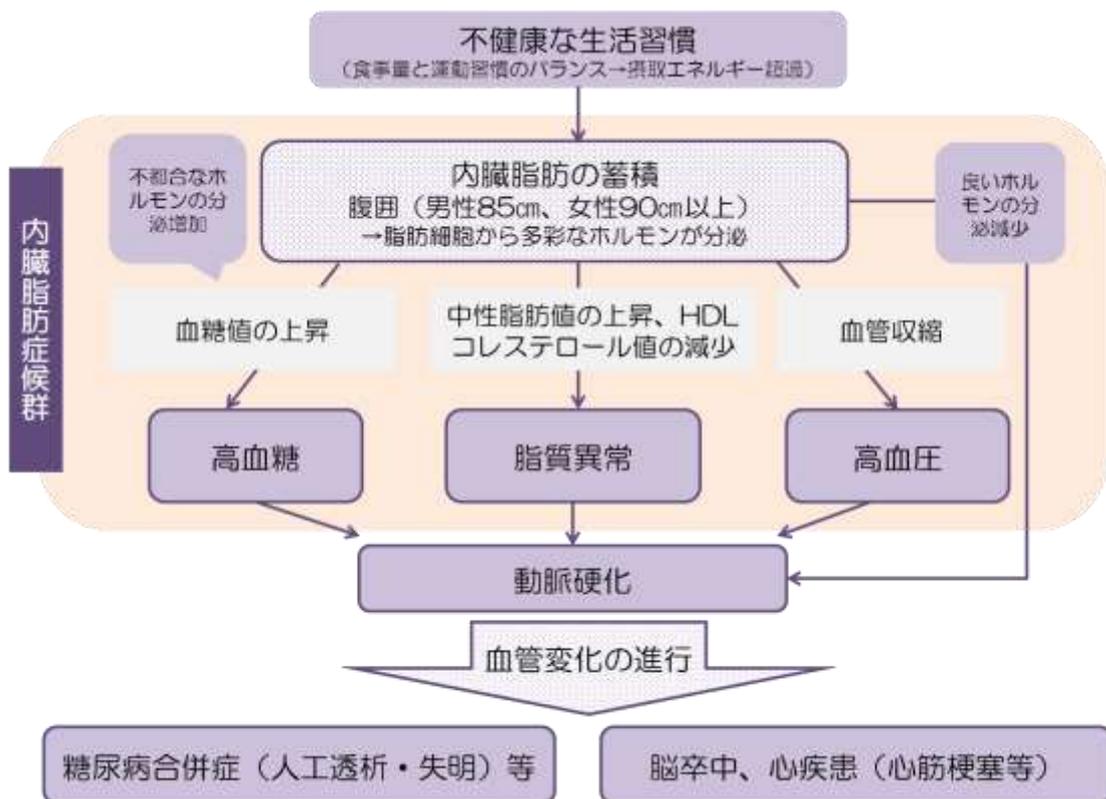
(2) 計画の理念

糖尿病等の生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）に起因する 경우가多く、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、脳血管疾患等のリスクが高くなります。

このため、メタボリックシンドロームの概念に基づき、その該当者及び予備群に対し、運動習慣の定着やバランスのとれた食生活などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の生活習慣病や、これが重症化した虚血性心疾患、脳卒中等の発症リスクの低減を図ることが重要です。

当共済組合では、組合員及び被扶養者のうち、40歳から74歳までの者に対して、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導、その他生活習慣病予防対策を効果的・効率的に実施します。生活習慣病の発症、重症化や合併症への進行の予防に重点を置いた取り組みを実施することにより、組合員及び被扶養者の生活の質（QOL：Quality of Life）の向上及び中長期的な医療費の適正化を図っていきます。

図3 メタボリックシンドロームイメージ図



厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き」より改変

2 計画の位置づけ

この計画は、当共済組合が実施する特定健康診査等の基本的な計画を定めるものであり、法第 19 条の規定に基づき策定するものです。

第2章 第二期実施計画の実施状況と課題

1 特定健康診査等の実施率

第二期（平成25年度から平成29年度）の特定健康診査等の実施率は、平成28年度実績で、特定健康診査85.4%、特定保健指導45.9%と、特定健康診査については毎年実施率を伸ばしていますが、平成27年度以降計画目標値に達していない状況です。一方、特定保健指導については毎年計画目標値を超えています。

（1）特定健康診査

特定健康診査では、事業主（任命権者）からの健診データ集約の促進と被扶養者向けの受診勧奨及び人間ドック助成事業の拡大などにより、組合員・被扶養者ともに毎年実施率を伸ばしています。

（2）特定保健指導

特定保健指導では、任命権者への働きかけによる事業所訪問型保健指導の拡大などにより、計画目標値を達成しております。

目標値と実績

区 分			25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
特定健康診査 実施率(%)	計画 目標値	全体	83.0	84.0	86.0	88.0	90.0
		組合員	94.7	94.8	95.2	95.6	96.0
		被扶養者	40.8	44.4	51.8	59.3	67.0
	実績 (国報告値)	全体	83.3	84.4	84.8	85.4	—
		組合員	94.9	95.3	95.3	95.5	—
		被扶養者	42.4	44.9	45.9	46.8	—
	全国実施率（参考値）		47.6	48.6	50.1	—	—
特定保健指導 実施率(%)	計画目標値		45.0	45.0	45.0	45.0	45.0
	実績(国報告値)		46.9	45.6	45.3	45.9	—
	全国実施率（参考値）		17.7	17.8	17.5	—	—

※実績は国への報告値

※平成29年度実績は未確定（平成30年2月末現在）

2 事業効果

特定保健指導事業の実施効果については、以下のとおり、生活習慣病予防に高い効果が表れています。

(1) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、平成20年度に比べ、平成28年度は当共済組合全体で13.0%となりました。

なお、特定保健指導の実施により、保健指導終了者の3割(図4)が対象者から非対象者に移行していますが、保健指導対象者率(保健指導対象者/評価対象者)については非対象者から新たな流入があるため、平成24年度以降は緩やかな減少(図5)となっています。

図4 特定保健指導実施による翌年の保健指導レベル改善

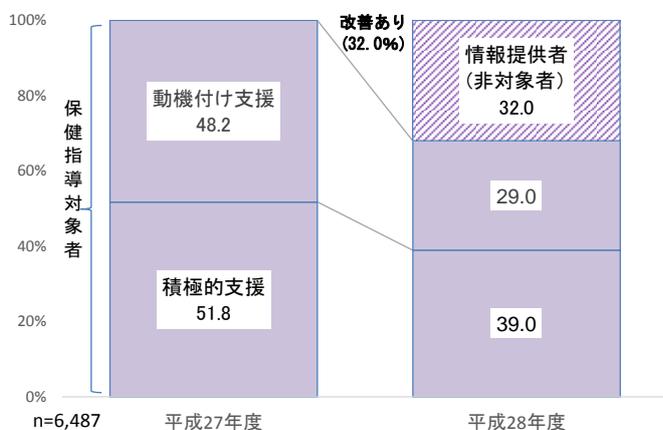


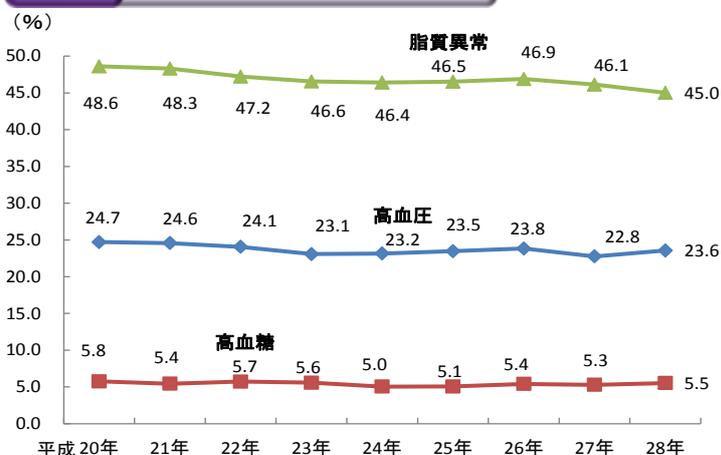
図5 特定保健指導対象者率



(2) 生活習慣病有病者数

生活習慣病の有病者は、事業開始後年々減少傾向にあり、平成28年度の高血圧症の有病者は23.6%と、平成20年度に比べ1.1ポイント減少しました。脂質異常症にも同様の現象がみられ、特定保健指導、情報提供等の事業の成果が表れていると考えられます。

図6 生活習慣病有病者率



※日本高血圧学会・日本動脈硬化学会・日本糖尿病学会の診断基準を参考に、服薬治療者を含め算出

【高血圧】 収縮期血圧 140mmHg 以上又は 拡張期血圧 90mmHg 以上
 【高血糖】 空腹時血糖 126mg/dl 以上又は HbA1c 6.5%以上 (NGSP値)
 【脂質異常】 中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDLコレステロール 39mg/dl以下
 又は LDLコレステロール 140mg/dl 以上

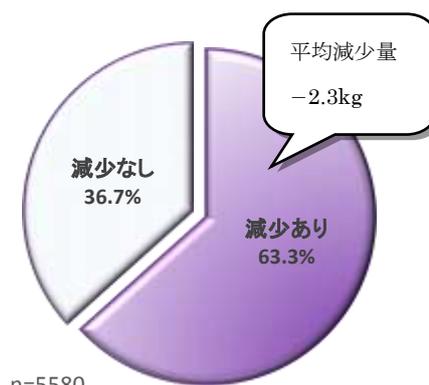
(3) 体重減少・健診データ改善（リスク減少）

特定保健指導終了者は、体重減少(図7)、血圧等の健診データに改善効果がみられ、特に体重が4%以上減少した者については改善効果が顕著に表れました。(図10)

体重減少による内臓脂肪の減少が血圧、脂質、血糖値の改善を促しており、特定保健指導によるリスク改善の成果が表れています。

図7

特定保健指導実施による体重変化
(平成27年度)

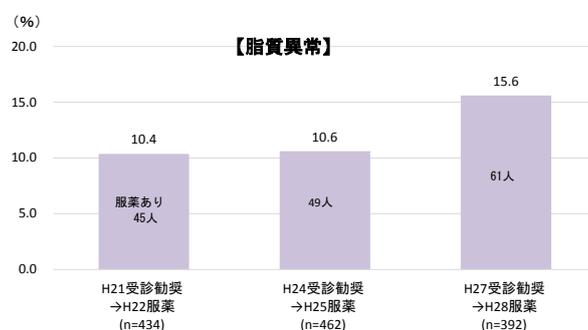


(4) 要医療者の受診状況

特定保健指導実施時に医療機関への受診勧奨をした者の翌年の服薬状況をみると、脂質異常症では、15.6% (図8) が翌年までに服薬を開始しており、重症化防止に役立っていると考えられます。

図8

要医療者の受診状況



3 第三期に向けた課題

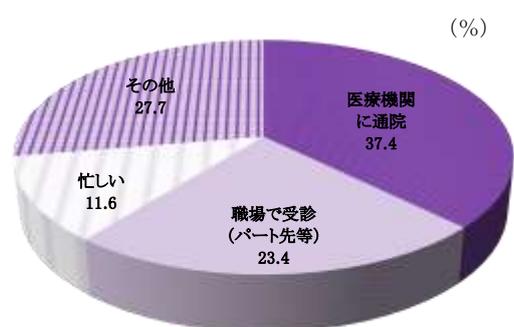
(1) 特定健康診査

特定健康診査については毎年実施率を伸ばしていますが、被扶養者の実施率は50%未満と、組合員に比べ受診率が低いことから、さらに被扶養者の受診率を向上させる取り組みが求められます。また、被扶養者については、一度健診を受診すると、翌年受診しない傾向も見られるので、継続的に受診するための意識付けが今後も必要です。

さらに、未受診の方には既に医療機関にかかっている方やパートタイム先等の勤務先で健診を受ける方が多いことから、多様な方策を展開していく必要があります。

図9

特定健診長期未受診理由(平成27年)



対象：特定健診の5年間未受診者（被扶養者） 1458名

(2) 特定保健指導

任命権者との共同事業化による事業所訪問型保健指導が実施率向上に大きな成果を挙げていることから、引き続き事業所訪問型保健指導を維持・拡大していくことが必要です。

また、健診受診当日の保健指導実施など、特定保健指導を受けやすい環境整備を今後も進めていく必要があります。

さらに、特定保健指導の非対象者が翌年に対象者へ流入することを防止するため、非対象者への情報提供についても、充実強化が求められます。

第3章 第三期実施計画の基本的な考え方

1 計画の期間

平成30年度から35年度までの6か年計画として策定します。

2 基本的な考え方

(1) 特定健康診査

当共済組合で実施した「医療費分析」において、糖尿病・高血圧症等の生活習慣病は、40歳以上においては、医療費の2割(図2)を占め、当共済組合の重要疾病であることから、その予防と重症化防止が必要です。特定健康診査は、生活習慣病の発症や重症化を予防することに主眼を置いて、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に該当する者を的確に把握し、支援が必要な者を特定保健指導へとつなげるために実施しています。

ア 組合員

第三期においても、組合員については、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)に基づき事業主が実施する健康診断(以下「事業主健診」という。)のデータ収集を派遣先等においてもさらに強化し、実施率の向上を図ります。

イ 被扶養者

被扶養者については、実施率向上を図るため、以下の取り組みを進めていきます。

- ①受診環境の整備
- ②多様な健診機会の提供
- ③医療機関との適切な連携
- ④組合員を通じた受診勧奨や制度周知の徹底

また、毎年受診することへの意識付けが大切なことから、継続的な受診に向けた普及啓発を重点的に実施します。

さらに、パートタイム等の勤務先で健診を受ける被扶養者に対して、当該健診結果の収集を積極的に働きかけていきます。

(2) 特定保健指導

特定保健指導は、対象者自らが生活習慣を振り返り、それを改善するための行動目標を設定するとともに、その行動が実践できるよう支援を行い、そのことにより対象者自身が健康に関する自己管理ができるようになることを目的として実施しています。

第三期の特定保健指導の実施にあたっては、これまでの成果をもとに、適切な目標設定やより効果的な支援方法など第二期の実施状況を踏まえ、生活習慣改善や体重・健診データの改善に効果的な特定保健指導をさらに充実させていきます。

ア 組合員

組合員については、コラボヘルスの取り組み強化により、事業所訪問型保健指導をさらに拡大し、実施率の向上を図ります。また、複数回にわたり特定保健指導の対象となる方へ、個別性を重視した支援を実施する事により、特定保健指導の充実強化を図ります。

イ 被扶養者

被扶養者に対しては、健診日当日の保健指導実施場所の追加など特定保健指導を受けやすい環境整備を進めていくと共に、対象者への意識付けの強化を図ります。

(3) 事業主（任命権者）との連携

特定健康診査及び特定保健指導を円滑に実施するために、事業主別に特定健康診査・特定保健指導の実施率、特定保健指導の効果などをまとめた「健康状況報告書」を提供すると共に特定保健指導の共同実施など、各事業主（任命権者）と緊密な連携を図ります。

また、事業主が実施する事業主健診の事後措置（保健指導等）についても、連携を深めていきます。

3 目標値の設定

(1) 国の目標値

「特定健康診査等基本指針」において国が示す目標値に即し、第二期の実施状況等を踏まえ、当共済組合の目標値を設定します。

保険者種別	全国目標 (%)	共済組合 (%) (私学共済除く)
特定健康診査実施率	70	90
特定保健指導実施率	45	45

(2) 平成35年度の目標値

特定健康診査は、保険者別の共済組合の目標値に即し、特定保健指導は、当共済組合の第二期の実施率と保険者全体の目標値を勘案し、以下のとおり設定します。

特定健康診査の目標実施率 90%

特定保健指導の目標実施率 45%

(3) 年度別計画目標値

特定健康診査については、平成30年度は第二期の成果を勘案して設定し、平成31年度から平成34年度は、施策の効果を反映して設定します。

特定保健指導については、第二期実績がすでに第三期の目標値に達していることから、各年度ともこれを維持することを目指して設定します。

年度別計画目標値 (%)

区 分		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
計画目標値	特定健康診査実施率	85.8	86.6	87.5	88.3	89.1	90.0
	特定保健指導実施率	45.0	45.0	45.0	45.0	45.0	45.0

4 対象者数

各年度の実施者数の推計は以下のとおりです。

(1) 特定健康診査

(第二期目標値：90%)

区 分		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
計画目標値(%)	全 体	85.8	86.6	87.5	88.3	89.1	90.0
	組 合 員	95.5	95.6	95.7	95.8	95.9	97.0
	被扶養者	49.5	52.2	54.9	57.6	60.3	63.0
対象者数(人)	全 体	94,236	93,609	92,822	92,158	91,733	91,147
	組 合 員	74,363	74,196	74,166	74,065	74,211	72,381
	被扶養者	19,873	19,413	18,656	18,093	17,522	18,766
実施者数(人)	全 体	80,854	81,065	81,219	81,376	81,734	82,032
	組 合 員	71,017	70,931	70,977	70,954	71,168	70,210
	被扶養者	9,837	10,134	10,242	10,422	10,566	11,822

(2) 特定保健指導

(第二期目標値：45%)

区 分		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
計 画 目 標 値 (%)		45.0	45.0	45.0	45.0	45.0	45.0
対象者数(人)	全 体	14,231	14,268	14,295	14,323	14,386	14,438
	動機付け支援	6,404	6,421	6,433	6,445	6,474	6,497
	積極的支援	7,827	7,847	7,862	7,878	7,912	7,941
実施者数(人) (最終評価終了者)	全 体	6,404	6,421	6,433	6,445	6,474	6,497
	動機付け支援	2,882	2,889	2,895	2,900	2,913	2,924
	積極的支援	3,522	3,532	3,538	3,545	3,561	3,573

※特定保健指導の対象者数は、平成28年度までの対象者率の平均を基に推計

第4章 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

1 特定健康診査の実施方法

(1) 組合員（任意継続組合員除く）

法第21条第1項の規定により、事業主健診をもって特定健康診査とします。

また、事業主健診の結果については、法第27条第2項の規定により、組合員を使用する事業主（任命権者）に協力を求め、収集します。

(2) 被扶養者及び任意継続組合員

ア 実施形態

○個別契約

被扶養者及び任意継続組合員が受診しやすい環境を整備するため、全国に契約医療機関を持つ代行機関（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者）に委託（巡回健診含む）し、その契約医療機関が実施します。

なお、当該契約医療機関は、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第11号。以下「告示第11号」という。）に規定する基準を満たすものとします。

○集合契約

被扶養者の健診受診の利便性を高めるため、上記個別契約の医療機関で賄えない医療機関（かかりつけ医等）での受診を確保するため、医師会等と契約する集合契約を実施します。

イ 実施場所

当共済組合が指定する医療機関

ウ 対象者

当共済組合の被扶養者及び任意継続組合員のうち、40歳から74歳までの者。ただし、妊産婦その他、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（平成20年厚生労働省告示第3号）に該当する者を除きます。

エ 実施時期

毎年6月から3月までとします。

オ 実施項目

被扶養者及び任意継続組合員の疾病予防への取組を促進するため、法定の「特定健康診査」に加え、個別契約で特定健康診査に検査項目を付加した「生活習慣病健診」を実施します。

○特定健康診査

【基本的な健診項目】

- ① 既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む）
- ② 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- ③ 身長、体重及び腹囲の検査
- ④ BMI の測定
- ⑤ 血圧の測定
- ⑥ 血液検査
 - a 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）
 - b 血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c）
 - c 肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP）
- ⑦ 尿検査（尿糖及び尿蛋白）

【詳細な健診項目】

一定の基準の下、医師が必要と判断した場合に実施します。

- ① 心電図検査
- ② 眼底検査
- ③ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）
- ④ 血清クレアチニン（e-GFR）

【質問項目】（参考 特定健診問診票 P21）

○生活習慣病健診

特定健康診査の基本的な健診項目に加え、以下の項目を追加して実施します。

- ①胸部エックス線検査
- ②心電図検査
- ③血液検査（総コレステロール、白血球数、血小板数、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、MCV、MCH、MCHC、尿酸、血清クレアチニン）
- ④尿検査（潜血）
- ⑤視力・聴力

カ 周知・案内方法

特定健康診査の受診案内文書（受診機関リスト及び予約方法の案内等）を対象者に配付します。また、広報誌及びホームページ等により周知します。

なお、年度途中の未受診者に対して、受診を促進するための案内を送付し、確実な受診に結びつけていきます。

(3) 人間ドック利用者

40歳から74歳までの組合員及び被扶養者が、当共済組合の助成を得て人間ドックを受けたときは、人間ドックをもって特定健康診査とします。

健診結果は、人間ドック直営・指定医療機関から代行機関を通じて収集します。

また、組合員が当共済組合の助成対象医療機関以外で人間ドックを受け、事業主健診とみなされる場合は、健診結果の提供について事業主（任命権者）に協力を求め、収集に努めます。

(4) パートタイム先等での健診受診者（被扶養者）

パートタイム等の勤務先で健診を受ける被扶養者が健診データを当共済組合に提供した場合は、当該健診をもって特定健康診査とします。また、データ提供に関する周知などの働きかけを一層強化します。

(5) 医療機関に通院している受診者（被扶養者）

医療機関に通院（かかりつけ医等）している被扶養者については、かかりつけ医において特定健診（集合契約）を受診してもらうよう周知します。

また、かかりつけ医等で健診を受けた被扶養者が、健診結果（特定健診項目を網羅）を当共済組合に提供した場合は、当該健診をもって特定健康診査とします。

(6) その他[対象：上記（1）～（5）]

疾病予防の意識付けのための、きめ細かい情報提供と重症化予防に重点を置き、外部委託等を活用しながら、効果的な情報提供を行います。

ア 特定健診結果通知

特定健康診査、事業主健診、人間ドック（以下「特定健康診査等」という。）の受診者に対して、特定健診結果通知と生活習慣病に関する情報提供を実施します。実施にあたっては、情報提供の内容を充実させ、ICT及び紙媒体により確実に対象者に通知します。

イ 健診結果や問診結果に応じた情報提供

ICTを活用した個人の健診結果に基づく情報提供サービス（健康情報提供サービス）については、今後も引き続き実施し、生活習慣病予防のための情報を継続的に提供していきます。実施にあたっては、個人の健康への「気づき」につながるようICTの特性を活用した、きめ細かな健康情報の提供や、個々人のリスクに応じた対応に一層の重点化を図り、共済組合全体の健康意識の底上げとヘルスリテラシー向上を図っていきます。

また、非肥満者への情報提供の充実と医療機関への受診勧奨の強化を進めていきます。

2 特定保健指導の実施方法

(1) 実施形態

特定保健指導機関に委託して実施します。

なお、委託先は、告示第 11 号に規定する基準を満たしている特定保健指導機関のうち、当共済組合の目指す特定保健指導を適切かつ効果的に実施できる者を選定します。

組合員については、事業主（任命権者）と協定を締結していることから、共同事業化を進めており、さらに協力・連携して実施していきます。

また、対象者の利便性向上を図るため、人間ドック直営・指定医療機関が人間ドック当日に特定保健指導を実施できる場合は、当該医療機関が実施するなど、健診日当日の特定保健指導実施を進めていきます。

(2) 実施場所

当共済組合が指定する特定保健指導機関の施設、組合員が勤務する事業所等

(3) 対象者

特定健康診査等の結果により、下表の基準に基づいて対象者を抽出します。

ただし、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者は、医療機関において継続的な医学的管理の一環として特定保健指導が行われることが適当であるため、特定保健指導の対象としません。

なお、受診勧奨値を超えるなど、要医療レベルと判定される者については、医師の承諾を得た上で、特定保健指導を利用できることとします。

腹囲又はBMI	追加リスク（※）	④喫煙	対象	
	①血糖・②脂質・③血圧		40-64歳	65-74歳
男性 85cm以上 女性 90cm以上	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 BMI25以上	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	/		

※上記の追加リスクは、以下を基準とする。

- ①血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上、又は HbA1c5.6%以上
- ②脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上、又は HDL-C39mg/dl 以下
- ③血圧：収縮期 130mmHg 以上、又は拡張期 85 mmHg 以上
- ④喫煙：現在タバコを習慣的に吸っている者

なお、追加リスクに拘らず、服薬治療中の者は特定保健指導の対象としない。

(4) 実施時期

年間を通じて実施します。なお、指導が年度をまたぐ場合は、年度末で特定保健指導を終了せず、6ヶ月後の評価まで継続して特定保健指導を実施します。

(5) 実施項目と支援内容

支援レベル	支援の内容
動機付け支援	<ul style="list-style-type: none"> 保健師等による初回面接【個別（20分以上）又は集団（おおむね80分以上）】を1回行い、生活習慣改善のための行動目標の設定等を行います。 初回面接から1ヶ月以内に手紙等による支援を行います。 面接の6ヵ月後に、電話等を利用して支援の効果を評価します。
積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> 動機付け支援と同様の方法で初回面接を行います。 初回面接から1ヶ月以内に手紙等による支援を行います。 初回面接後、3ヶ月以上の継続的な支援を行い、6ヵ月後に、電話等を利用して支援の効果を評価します。

初回面接では、コーチングなどの手法を取り入れ、対象者が自らリスクを認識し、生活習慣改善に取り組めるように支援していくと共に、対象者の利便性を考慮したICTによる面接を検討していきます。

初回面接では対象者個々のリスクを認識してもらうため、原則個別面接としますが、必要に応じて集団指導を実施します。また、指導の効果を高めるため、家族の参加を働きかけていきます。

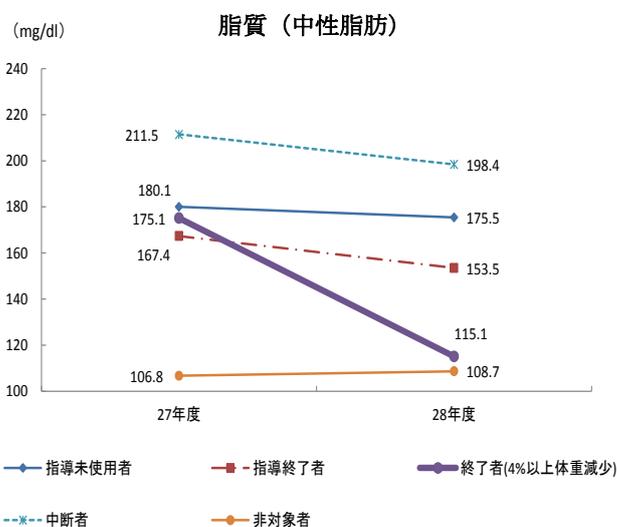
厚生労働省が標準的プログラムで定める治療が必要な者については、医療機関への受診を勧奨し、重症化を防止するための支援を行います。

特定保健指導の実施により、体重が4%減少すると検査値データが改善（図10）する事、また初回面接から1ヶ月時点までの体重減少率その後の体重に影響する等、第二期で高い改善効果が示された方法(以下)により第三期についても、支援していきます。

- ①行動目標設定の際に体重4%減を目標とする
- ②1ヶ月後を意識した目標設定を行う
- ③1ヶ月目までの継続支援を手厚くする

また、家族とともに生活習慣改善に取り組むことが有効なことから、対象者のリスクや目標等を家族と共有することで、食事等の生活習慣改善について家族が支援を行えるようにしていきます。

図10 特定保健指導終了状況と検査値の変化



(6) 周知・案内方法

特定保健指導対象者には、特定保健指導実施方法等の案内文書を送付します。組合員は、原則所属経由で送付し、被扶養者及び任意継続組合員は自宅送付とします。

また、連続して特定保健指導の対象になる方については、利用に結びつくように案内していきます。

第5章 生活習慣病対策の充実強化

生活習慣病対策として、法で定められた「特定健康診査」「特定保健指導」を今後も継続していくとともに、これらをさらに効果的なものにするために、生活習慣病の現状を踏まえながら、以下の対策についても充実強化させていきます。

1 非肥満のリスク保有者

非肥満者（BMI及び腹囲が保健指導判定値未満の者）は特定保健指導の対象となりません。特定保健指導の対象外から翌年度対象に流入した者の内訳をみると、肥満による流入が5割（図11）となっています。特定保健指導対象者への流入を防止する上で、非肥満者へのアプローチは大きな課題となっています。

また、非肥満者で高血糖、脂質異常、高血圧のリスクを有する者は、組合員及び被扶養者全体の4割（図12）を占めることから、リスク低減のための生活習慣改善に向けた対策が必要です。

このような非肥満者の課題に対応するため、非肥満者でリスクを有する者に対し、厚生労働省が定める標準的プログラムに即して「当該疾病の情報提供」、「生活習慣改善指導」、「医療機関受診勧奨」などの対応を図り、特定保健指導対象者への流入防止、生活習慣病予防及び重症化防止を図ります。

なお、組合員については、事業主健診の事後措置との調整を図り、任命権者と連携しながら、効果的・効率的に実施していきます。

図 11 非肥満者の流入状況

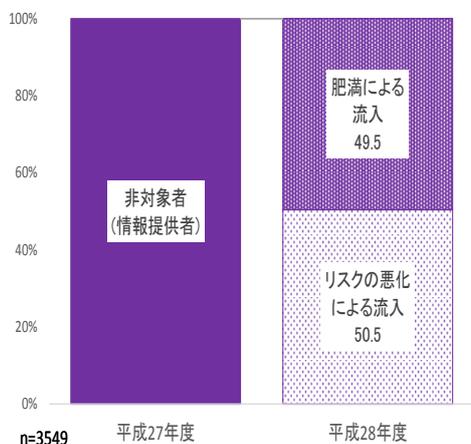
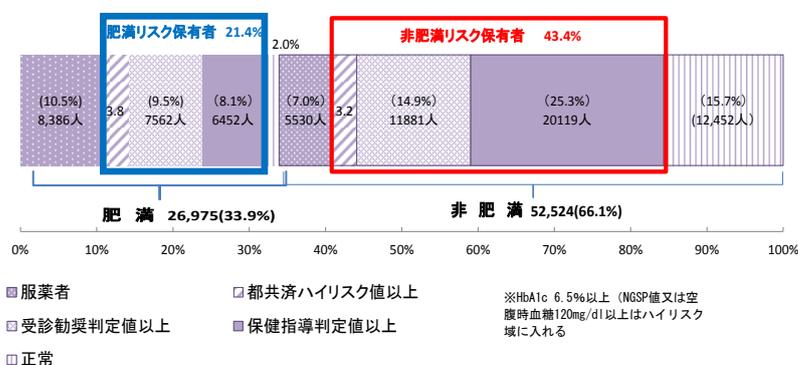


図 12 肥満者・非肥満者のリスク分布(平成28年度)



2 生活習慣病有病者の未治療者

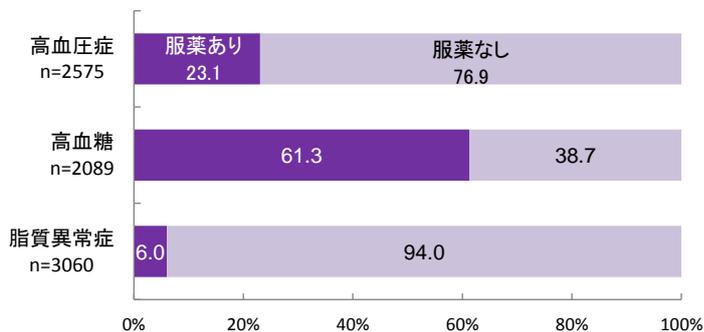
高血圧症、高血糖、脂質異常症の有病者の服薬状況（図 13）をみると、それぞれ8割、4割、9割が服薬しておらず、未治療が疑われます。

重症化してからの治療はコントロールが難しいことから、有病者の重症化を防止するため、早期に医療機関受診に向けた取組をさらに強化する必要があります。

このため、有病者に対するきめ細かい医療機関への受診勧奨を徹底していきます。

なお、組合員については、任命権者への情報提供の強化や事業主健診の事後措置との調整を図り、任命権者と緊密に連携しながら、効果的・効率的に実施していきます。

図13 生活習慣病治療域の服薬割合(平成28年度)



高血圧症: 160/100mmHg以上
 高血糖: HbA1c7.0%以上
 脂質異常症: LDL180mg/dl、中性脂肪1000mg/dl以上

3 血糖値リスク保有者（糖尿病対策）

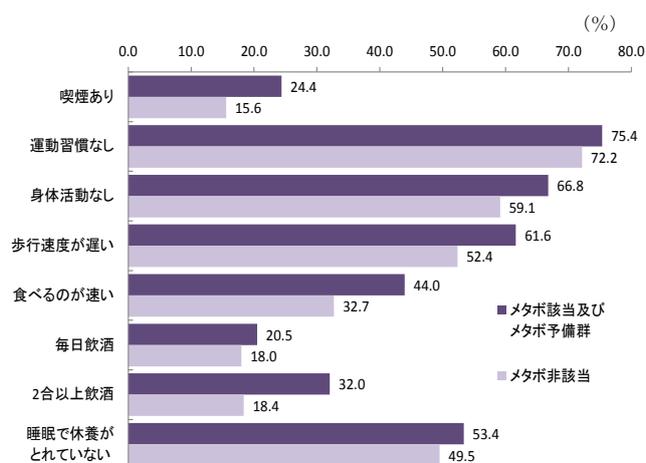
糖尿病は生活習慣と社会環境の変化に伴い急速に増加しています。糖尿病はひとたび発症すると治癒することはなく、放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、末期には失明したり透析治療が必要となる事があります。さらに、糖尿病は脳卒中、虚血性心疾患などの心血管疾患の発症リスクを上昇させます。また、都共済の特定健診データからも、保健指導判定値以上の糖尿病ハイリスク者の割合が全国より高くなっております。

このため、糖尿病の発症及び進行を防止するための取組が重要です。

4 生活習慣改善への取組の推進

当共済組合のデータ分析（図 14）において、生活習慣の問診とメタボリックシンドローム判定の関係を調べたところ、良くない生活習慣で「喫煙者」「身体活動が少ない、運動習慣がない」「早食い」がメタボリックシンドローム該当者に多いことから、生活習慣病の予防には、これら生活習慣の改善が重要であることが示されています。このため、共済だよりや共済ホームページ、健康情報提供サービスなど様々な媒体を通じて、組合員・被扶養者全体の生活習慣改善への意識づけやサポートを今後も引き続き進めていきます。

図14 メタボリックシンドローム該当者・非該当者の生活習慣(平成28年度)



第6章 円滑な計画の推進に向けて

1 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扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）、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ダンス（厚生労働省）及び当共済組合情報セキュリティ基本方針等に基づき適切に対応します。

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書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2) データの管理方法

特定健康診査等の情報は、東京都職員共済組合特定健診等情報処理システムにおいて管理します。データの保存期間は原則5年間とします。

ただし、効果測定等に用いるデータについては上記期限到来後においても、データを匿名処理後利用します。

2 計画の公表・周知

この計画は、当共済組合ホームページ等に掲載し、組合員及び被扶養者に周知します。

3 計画の評価・見直し

(1) 進捗状況の評価

毎年度、目標値の進捗状況等に関する評価を行い、その結果を共済だより等で公表します。

(2) 評価結果の活用

ア 計画期間中の見直し

計画期間中、進捗状況評価等を踏まえ、必要に応じ、達成すべき目標値の設定、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について適宜見直しを行い、計画の変更を行います。

イ 次期計画への反映

計画最終年度（平成35年度）は、第四期特定健康診査等実施計画の作成作業を行うこととなるため、当該計画の内容の検討に際しては、当該評価結果を適宜活用するものとしてします。

【参 考】

1 用語説明

か行

用語	解説
合併症	一つの病気に関連して起こる別の新しい病気や病症のことをいいます。「合併症の病気」とも言われる糖尿病の場合には、慢性及び急性の合併症を発症する場合があります。その慢性合併症に、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害、動脈硬化性疾患等があります。
眼底検査	検眼鏡を使用して眼の網膜、視神経などを見る検査です。目の病気の他に高血圧症、動脈硬化、糖尿病などの状態を把握するのに用いられます。
虚血性心疾患	動脈硬化で冠動脈の血管の内側が狭くなったり、血管のけいれんが原因で心臓に十分な血液がいざわたらなくなった状態をいいます。酸欠（虚血）状態になると、胸痛などの症状が現われます。
血清クレアチニン	血液中のクレアチニンの値です。筋肉などのたんぱく質が分解されてできる老廃物の一種で、腎臓を経由して尿に排出されます。血液中のクレアチニン値の上昇は、血液をろ過している腎臓機能の低下を示しています。腎臓の機能異常や、腎障害の程度を見る上で重要な指標になっています。
高齢者の医療の確保に関する法律	後期高齢者医療制度の発足に合わせ、平成20年4月1日にそれまでの「老人保健法」から現在の名称へ変更されました。国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずることなどを定めています。
QOL (quality of life)	生活の質や人生の質と訳されます。生活習慣病の発症、重症化や合併症への進行を予防する取り組みがQOLの維持及び向上を図り、医療費適正化にもつながります。健康な体（恵まれた環境）で日々を豊かに過ごす人生は「QOLが高い」といえます。

さ行

脂質異常症	血液中のLDL コレステロールや中性脂肪が多すぎたり、HDL コレステロールが少なくなる疾病です。放置すると血管の動脈硬化が少しずつ進み、心臓疾患や脳血管疾患など引き起こす原因になります。
心筋梗塞	虚血性心疾患のうちの一つで、心臓が栄養としている冠動脈の血流が途絶え、心筋が虚血状態になり壊死してしまった状態のことをいいます。
人工透析	血液中の不用老廃物や有害物質の除去及び体内の環境（体液）を浄化することを目的に行われる治療法です。腎不全の治療として広く応用されています。
腎不全	腎の血流障害、機能ネフロン減少、尿路の閉塞により、窒素代謝物や水、電解質の排泄が十分にできなくなり、体液の量的、質的恒常性が維持できなくなった状態をいいます。発症の経過により、急性腎不全と慢性腎不全とに分けられます。
生活習慣病 (悪性新生物を含む)	国では生活習慣病を、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する症候群」と定義しています。
積極的支援	メタボリックシンドロームのリスクが高い人に対し、保健師、管理栄養士等が、生活習慣改善への助言や支援をします。対象者が、自らの生活習慣を振り返りながら、実践可能な行動目標を立て、その実践に取組めるようにアドバイスをします。電話や面接での支援や、健康講座への参加など、継続した保健指導を3か月以上行い、都共済では6か月後に健康状態や生活習慣の改善状況を確認します。

た行

代行機関	保険者の負担を軽減するため、保険者に代わって多数の健診・保健指導機関と保険者の間に立ち、決済や健診・保健指導データをとりまとめる機関をいいます。
動機付け支援	メタボリックシンドロームの兆候が現れはじめた人に対し、保健師、管理栄養士等が、生活習慣改善への助言や支援をします。対象者が、自らの生活習慣を振り返りながら、実践可能な行動目標を立て、その実践に取組めるようにアドバイスをします。都共済では6か月後に健康状態や生活習慣の改善状況を確認します。
糖尿病	血液中のブドウ糖の濃さをコントロールするインスリンの働きが悪くなり、高血糖の状態が続くことをいいます。膵臓でインスリンを作り出すβ細胞が破壊され、インスリン分泌が作られなくなってしまう「1型糖尿病（インスリン依存型糖尿病）」、インスリン分泌の働きが悪く、膵臓で十分にインスリンが作られない「2型糖尿病（インスリン非依存型糖尿病）」、ほかの病気の影響で発症する「二次性糖尿病」の3つに大別されます。日本でほぼ8割以上を占める「2型糖尿病」は、「生活習慣病」の一つとされています。

な行

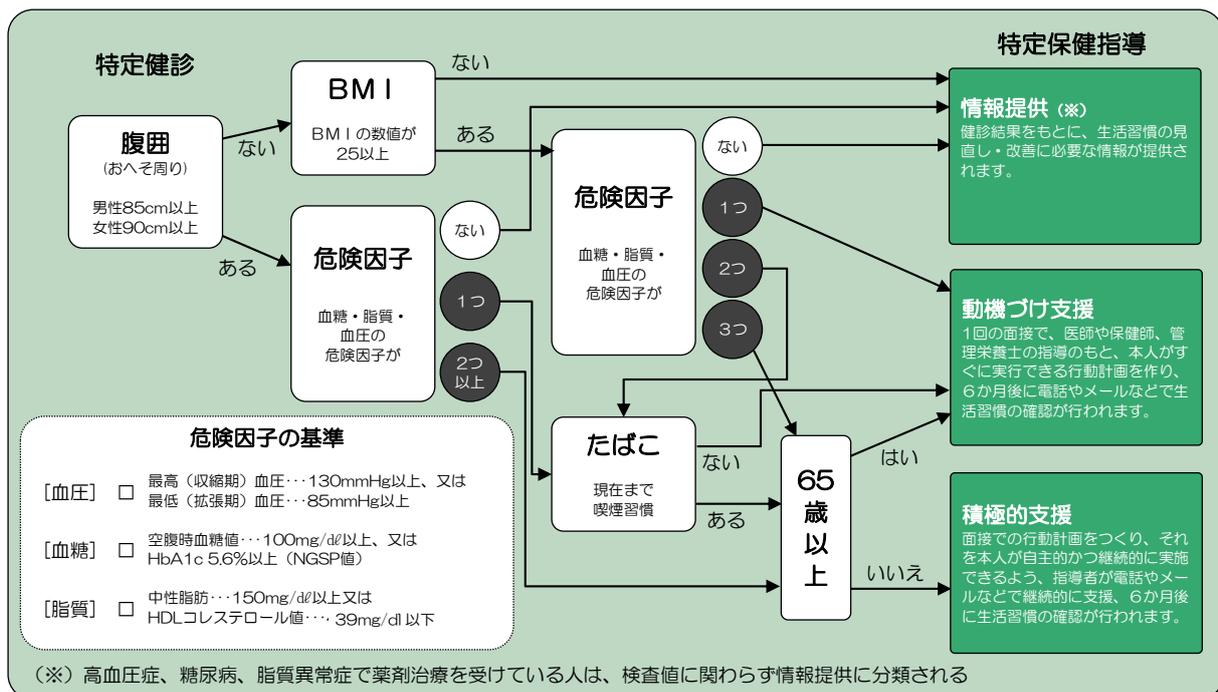
内臓脂肪症候群 (メタボリックシンドローム)	内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）といい、動脈硬化を進行させ、心臓病や脳卒中などの心血管病の発症リスクを増加させます。食べ過ぎや運動不足など、悪い生活習慣の積み重ねが原因となって起こるため、生活習慣の改善によって、予防・改善できます。
脳梗塞	脳に酸素と栄養を運んでいる動脈の閉塞や狭窄のため、脳虚血をきたし、脳組織が酸素や栄養の不足により壊死または壊死に近い状態になることをいいます。
脳血管疾患	脳動脈の異常が原因で起こる疾患の総称です。主なものに脳卒中があり、それには虚血性（脳血栓・脳塞栓）、出血性（脳出血、くも膜下出血）、その他（脳動脈硬化症、もやもや病）などがあります。

は行

ヘマトクリット値	一定量の血液中に存在する赤血球の容積の割合を示した数字をいいます。ヘマトクリット値の増減はたいていの場合、赤血球の量に支配されているので、貧血や赤血球増加の有無や程度を判定する指標となります。
----------	--

2 特定保健指導の階層化

特定健診結果により、保健指導の進め方を3つに分類しています。



3 特定健診検査項目と判定値及び検査の目的

健診検査項目		保健指導判定値	受診勧奨判定値	都共済ハイリスク値	説明
肥満	腹囲 (cm)	男性:85以上 女性:90未満	—	—	体脂肪には皮下脂肪と内臓脂肪があり、内臓脂肪が過剰にたまると、たとえ体重が適正であっても、糖尿病や心筋梗塞、脳卒中などを引き起こしやすくなります。
	BMI (body mass index)	25以上	—	—	体格指数。[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、肥満や低体重(やせ)の判定に用います。
高血圧	血圧(最高値) (mmHg)	130以上	140以上	160以上	「最高値血圧」は心臓から血液が送り出されるとききの血圧で、「最低値血圧」は血液が心臓に戻るとききの血圧。高血圧の状態が続くと動脈硬化を招きやすく、心筋梗塞や脳卒中を引き起こす要因になります。
	血圧(最低値) (mmHg)	85以上	90以上	100以上	
糖尿病	空腹時血糖 (mg/dL)	100以上	126以上	126以上	血糖とは血液中のブドウ糖のこと。血糖値が上がると、すい臓から分泌されるインスリンというホルモンが血糖値を下げようとします。インスリンが不足したり作用が足りないと血糖値は下がらず、高血糖と判定されます。
	HbA1c (NGSP値) (%)	5.6以上	6.5以上	6.5以上	過去1~2か月の平均的な血糖の状態を調べることができます。また飲食によって変動する血糖値と異なり、ヘモグロビンA1cはほとんど影響を受けないので、糖尿病が疑われたときの検査として有効です。
脂質異常	中性脂肪 (mg/dL)	150以上	300以上	500以上	中性脂肪は主にエネルギーとして利用され、あまりは脂肪として体内に蓄積されます。食べ過ぎや飲み過ぎ、肥満によって数値が高くなり、動脈硬化の発症・進行を促進します。
	HDL コレステロール (mg/dL)	39以下	34以下	—	善玉コレステロールともいい、血管内の悪玉コレステロールをとり去り、肝臓へ運んで排泄・処理する働きがあり、動脈硬化を予防します。有酸素運動などにより増加し、肥満や喫煙により減少します。
	※LDL コレステロール (mg/dL)	120以上	140以上	180以上	悪玉コレステロールともいい、量が多くなると血管の内側に付着してたまり、動脈硬化を進行させます。さらに血管をふさいで血流を遮断し、心筋梗塞や脳梗塞を引き起こします。
肝臓	※AST(GOT) (U/L)	31以上	51以上	—	ASTの数値が高いと心臓や筋肉などの臓器の異常や障害が疑われます。ALTの数値が高いとウイルス性肝炎、アルコール性肝炎、脂肪肝などの肝臓障害が疑われます。とくに内臓脂肪型肥満の人は、脂肪肝には要注意です。また、ASTとALTは2つの数値を比較することで病気の種類を推測できます。
	※ALT(GPT) (U/L)	31以上	51以上	—	
	※γ-GT (γ-GTP) (U/L)	51以上	101以上	—	
腎臓	※尿蛋白	弱陽性(±)	陽性(+)以上	—	たんぱくは通常は尿に現れるものではありませんが、腎臓に異常がある場合に尿に漏れ出てくる場合があります。
糖尿病	※尿糖 (参考判定値)	弱陽性(±)	陽性(+)以上	—	尿に含まれるブドウ糖のこと。血糖値が高くなり過ぎると、尿にも糖がもれ出てくるようになるため、糖尿病の進行具合を判断することができます。

①受診勧奨判定値(受診が必要な値)

②都共済ハイリスク値(すぐに受診が必要な値)

③都共済ハイリスク値は、標準的な健診・保健指導プログラム【30年度版】を参考に都共済が独自に設定した数値です。

④※の検査項目は特定保健指導の対象者選定には用いませんが、特定健診の必須項目です。

4 特定健診問診票

	質問項目	回答
1-3	現在、a からcの薬の使用の有無（注）	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	①はい ②いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ②時々③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	①毎日 ②時々③ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎25度（110ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか	①はい ②いいえ

注) 医師の判断・治療のもとで服薬中のものを指す。