

**第2期**  
**特定健診等実施計画**

**平成25年4月**

第2期 特定健康診査等実施計画 平成25年4月

もくじ

<b>序章 制度の背景について</b>	1
1 医療制度改革の工程と指標	1
2 社会保障と生活習慣病	2
3 生活習慣病予防対策についての国の考え方(第1期)	4
4 第2期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方	5
5 第2次健康日本21における医療保険者の役割	5
<b>第1章 第1期の評価</b>	7
1 目標達成状況	7
(1) 実施に関する目標	7
① 特定健診受診率	7
② 特定保健指導実施率	7
(2) 成果に関する目標	7
① 内臓脂肪症候群(該当者及び予備群)減少率	7
(3) 目標達成に向けての取り組み状況	8
① 健診受診率の向上方策	8
② 保健指導実施率の向上方策	8
2 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について	9
(1) 国の考え方に基づく試算	10
(2) 市町村国保グループでの位置	10
<b>第2章 第2期計画に向けての現状と課題</b>	11
1 社会保障の視点でみた吉野川市の特徴	11
2 第1期計画の実践からみえてきた被保険者の健康状況と課題	12
(1) 糖尿病	12
(2) 循環器疾患	14
(3) 慢性腎臓病	16
(4) 共通する課題(生活習慣の背景となるもの)	19
(5) 健康課題の解決に向けてのプロセス計画	20
① 保健指導の対象者の明確化	22
② 保健指導の実施	23
③ 保健指導の記録	24
④ 保健指導の評価	24
<b>第3章 特定健診・特定保健指導の実施</b>	25
1 特定健診実施等実施計画について	25
2 目標値の設定	25
3 対象者数の見込み	25
4 特定健診の実施	26
(1) 実施形態	26
(2) 特定健診委託基準	26
(3) 健診実施機関リスト	26
(4) 委託契約の方法、契約書の様式	26
(5) 健診委託単価、自己負担額	26
(6) 代行機関の名称	26
(7) 受診券の様式	26
(8) 健診の案内方法	26
5 保健指導の実施	27
(1) 健診から保健指導実施の流れ	27
(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法	28
(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール	28
(4) 保健指導に使用する学習教材	30
(5) 保健指導実施者の人材確保と資質向上	30
(6) 保健指導の評価	30
<b>第4章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存</b>	31
1 特定健診・保健指導のデータの形式	31
2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	31
3 個人情報保護対策	31
<b>第5章 結果の報告</b>	31
1 支払基金への報告	31
<b>第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知</b>	32



- ①図の一番上平成37年度は、どういう時期かという、団塊の世代の人たちが75歳になるころです。国はこのときの給付費56兆円と見込まれているところを、制度改革で48兆円にできないか、そのうち生活習慣病対策で2兆円を抑えてほしいと考えました。
- ②そのためには、平成27年度までに糖尿病等の有病者・予備群を25%減らしたい。そこで、
- ③厚生労働省が、標準的な健診・保健指導プログラムを作り、
- ④平成20年度から各医療保険者による特定健診・特定保健指導がスタートしました。
- ⑤今までバラバラだった健診と医療の状況を照らし合わせて見られるように、健診データも医療の状況であるレセプトも電子化しました。
- ⑥5年目の今、全国で評価できる時期がきています。

## 2 社会保障と生活習慣病

特定健診・特定保健指導を規定する「高齢者の医療の確保に関する法律」の目的には、

この法律は、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とあります。

また特定健康診査は、メタボ健診と呼ばれていますが、同法18条では

特定健康診査(糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。)

と書かれています。

なぜ糖尿病対策が重要なのか、なぜ糖尿病の有病者・予備群の減少なのか、社会保障の視点でみてみました。

次の表より、横軸、左から年代、生活習慣病対策に関する世界の動き、国の動き、国の財政(税収・歳出・借金)、社会保障給付費となっています。医療費も社会保障に含まれるので、予防可能とされる糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、がんの医療費の内訳を見てみました。単位は「兆円」となります。

老人保健法が制定された、1982年(昭和57年)は国の税収30兆、社会保障費30兆、うち医療費は12兆で糖尿病3000億円、虚血性心疾患3000億円、脳血管疾患9000億円、がん8000億円です。

また、1970年(昭和45年)に高齢化率が7%を超え、さらに1994年(平成6年)に14%を超えており、特定健診・特定保健指導がスタートした平成20年度は、国の税収44兆円、社会保障費94兆円、医療費29.6兆円、糖尿病は1.2兆円、虚血性心疾患8000億円、脳血管疾患1.6兆円、がん2.9兆円とそれぞれ老人保健法が始まった昭和57年と比べて、糖尿病は3.9倍、虚血は2.5倍、脳は1.7倍、がんは3.5倍の医療費となっています。医療費の伸びが大きいことと、合併症による障害で日常生活に大きな影響を及ぼすことから、糖尿病の予防を目標としたのだと理解できます。

表 社会保障と生活習慣病

年代	世界の動き	国の動き	国の財政			社会保障給付費								
			一般会計 税収決算額	一般会計 歳出決算額	長期債務残高 (国・地方)	計	医療	主要疾患別医療費				年金	福祉・その他	
			(兆円)	(兆円)	(兆円)			(兆円)	糖尿病	虚血性心疾患	脳血管疾患			がん
1978 昭和53	WHOアルマタ宣言	第1次国民健康づくり運動	21.9	34.1	77.6	19.8	8.9						7.8	3.0
1982 昭和57		老人保健法制定	30.5	47.2	154.1	30.1	12.4	0.3	0.3	0.9	0.8		13.3	4.3
1986 昭和61	WHOオタワ憲章 (ヘルスプロモーション)		41.9	53.6	224.7	38.6	15.1	0.5	0.4	1.2	1.1	18.8	4.7	
1988 昭和63		第2次国民健康づくり運動 (アクティブ80ヘルスプラン)	50.8	61.5	246.5	42.5	16.7	0.5	0.5	1.4	1.3	21.0	4.7	
1996 平成8		「成人病」を、「生活習慣病」に公衆衛生審議会の提言を受け厚生省が改称	52.1	78.8	449.3	67.5	25.2	1.0	0.7	1.9	1.9	35.0	7.4	
2000 平成12	世界の人口60億人に	第3次国民健康づくり運動 (健康日本21)	50.7	89.3	645.9	78.1	26.0	1.1	0.7	1.8	2.0	41.2	10.9	
2003 平成15		健康増進法施行	43.3	82.4	691.6	84.3	26.6	1.1	0.7	1.7	2.5	44.8	12.9	
2006 平成18		医療制度改革 (予防重視、後期高齢者医療制度の創設)	49.1	81.4	761.1	89.1	28.1	1.1	0.7	1.9	2.5	47.3	13.7	
2007 平成19		医療保険者における生活習慣病対策として、標準的な健診・保健指導プログラム (確定版) の提示	51.0	81.8	766.7	91.4	28.9	1.1	0.7	1.8	2.7	48.3	14.2	
2008 平成20	WHO「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」 4つの非感染性疾病 (NCD; 心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患) と4つの共通する危険因子 (喫煙、運動不足、不健康な食事、過度の飲酒) の予防と管理のためのパートナーシップ	特定健診・特定保健指導スタート	44.3	84.7	770.4	94.1	29.6	1.2	0.8	1.6	2.9	49.5	14.9	
							1982年 (昭和57年) の何倍?							
							2.4	3.9	2.5	1.7	3.5			
2011 平成23	腎臓病もNCDに追加 世界人口が70億人突破 (1950年の25億人の3倍近くに)		40.9	94.7	893.9									
2012 平成24		4月 次期国民健康づくり運動プラン (第2次健康日本21) 報告書たたき台公表												

### 3 生活習慣病予防対策についての国の考え方(第1期)

どのように予防していくのか、国が示したのが「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」です。平成19年4月に出ました。

図 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)

<h2 style="margin: 0;">標準的な健診・保健指導 プログラム</h2> <p style="margin: 0;">(確定版)</p> <p style="margin: 0;">平成19年4月</p> <p style="margin: 0;">厚生労働省 健康局</p>	<p style="text-align: center;">標準的な健診・保健指導プログラム</p> <p>第1編 健診・保健指導の理念の転換</p> <p>第1章 新たな健診・保健指導の方向性 ..... 3</p> <p>第2章 新たな健診・保健指導の進め方(流れ) ..... 9</p> <p>第3章 保健指導実施者が有すべき資質 ..... 11</p> <p>第2編 健診</p> <p>第1章 内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)に着目する意義 ..... 19</p> <p>第2章 健診の内容 ..... 20</p> <p>第3章 保健指導対象者の選定と階層化 ..... 24</p> <p>第4章 健診の精度管理 ..... 29</p> <p>第5章 健診データ等の電子化 ..... 31</p> <p>第6章 健診の実施に関するアウトソーシング ..... 37</p> <p>第7章 後期高齢者等に対する健診・保健指導の在り方 ..... 40</p> <p>第8章 健診項目及び保健指導対象者の選定方法の見直し ..... 42</p> <p>第3編 保健指導</p> <p>第1章 保健指導の基本的考え方 ..... 69</p> <p>第2章 保健事業(保健指導)計画の作成 ..... 73</p> <p>第3章 保健指導の実施 ..... 82</p> <p>第4章 保健指導の評価 ..... 110</p> <p>第5章 地域・領域における保健指導 ..... 115</p> <p>第6章 保健指導の実施に関するアウトソーシング ..... 119</p> <p>第4編 体制・基盤整備、総合評価</p> <p>第1章 人材育成体制の整備 ..... 133</p> <p>第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備 ..... 135</p> <p>第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理 ..... 138</p>
---	--

以下の図は確定版で示された基本的な考え方です。

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための 健診・保健指導の基本的な考え方について	
健診・保健指導の関係	これまでの健診・保健指導
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数
実施主体	市町村

最新の科学的知識と課題抽出のための分析

→

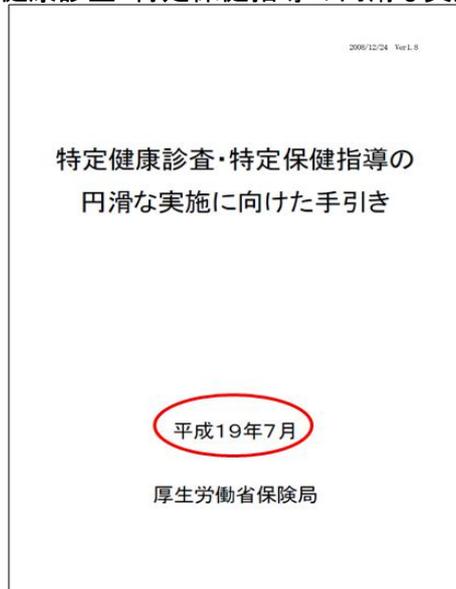
行動変容を促す手法

健診・保健指導の関係	これからの健診・保健指導
特徴	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健診 <b>結果を出す保健指導</b>
目的	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重篤がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトカム(結果)評価 <b>糖尿病等の有病者・予備群の25%減少</b>
実施主体	医療保険者

その中で『健診は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。』とされています。結果を出す保健指導とありますが、その結果とは「糖尿病等の有病者・予備群の減少」となっています。

保険局からは、「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」が出ています。健診・保健指導の契約やデータの取り扱いのルールが書かれています。

図 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1期計画については、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」、「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」等これらの資料を参考に、内容を検討し計画策定を行いました。

#### 4 第2期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方

平成24年4月13日に公表された「今後の特定健康診査・保健指導の在り方について 中間とりまとめ」によると、第2期に向けては、

- (1) 特定保健指導の対象とならない非肥満の方への対応
  - (2) 血清クレアチニン検査の必要性等
- が具体的に書かれています。

吉野川市では、第1期からこれらの取り組みが既に行われているところであり、枠組み自体は第1期と大きく変わらないと考えられます。

現在国で検討されている「特定健診等基本指針(素案)」(平成24年6月27日付)を参考に進めていきます。

#### 5 第2次健康日本21における医療保険者の役割

医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」です。国の健康づくり施策も平成25年度から新しい方針でスタートします。国の健康づくり施策(第2次健康日本21)の方向性との整合も図っていきます。



# 第1章 第1期の評価

## 1 目標達成状況

### (1)実施に関する目標

#### ①特定健診実施率

市町村国保については、平成24年度において、40歳から74歳までの対象者の65%以上が特定健康診査を受診することを目標として定められています。

表 特定健康診査の実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
目標	45%	50%	55%	60%	65%
実績	41.8%	41.9%	42.2%	43.8%	※45%

#### ②特定保健指導実施率

平成24年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることを目標として定められています。

表 特定保健指導の実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
目標	25%	30%	35%	40%	45%
実績	30.3%	53.1%	57.3%	56.7%	※57.5%

※特定健診実施率、特定保健指導実施率とも、平成23年度までの法定報告値と平成24年度見込みについて示しています。

### (2)成果に関する目標

#### ①内臓脂肪症候群(該当者及び予備群)減少率

次の算定式に基づき、評価することとされています。

算定式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	<p>○H25納付分は、H24(=当該年度)／H20(=基準年度)とし、H26以降の納付分は、前年／前々年(例えばH26の場合はH25／H24)</p> <p>○該当者及び予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないよう、実数ではなく、健診受診者に含まれる該当者及び予備群の者の割合を対象者数に乗じて算出したものとする。</p> <p>○なお、その際に乗じる対象者数は、各医療保険者における実際の加入者数ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化(高齢化効果)によって打ち消されないよう、年齢補正(全国平均の性・年齢構成の集団*に、各医療保険者の性・年齢階層(5歳階級)別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率を乗じる)を行う。</p> <p>○基点となるH20の数は、初年度であるため、健診実施率が低い医療保険者もある(あるいは元々対象者が少なく実施率が100%でも性別・年齢階層別での発生率が不確かな医療保険者もある)ことから、この場合における各医療保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率は、セグメントを粗く(年齢2階級×男女の4セグメント)した率を適用。</p>

現時点では、特定健康診査受診者の中の内臓脂肪症候群(該当者及び予備群)の人数・率を示します。(※平成24年度は見込みで示しています。)

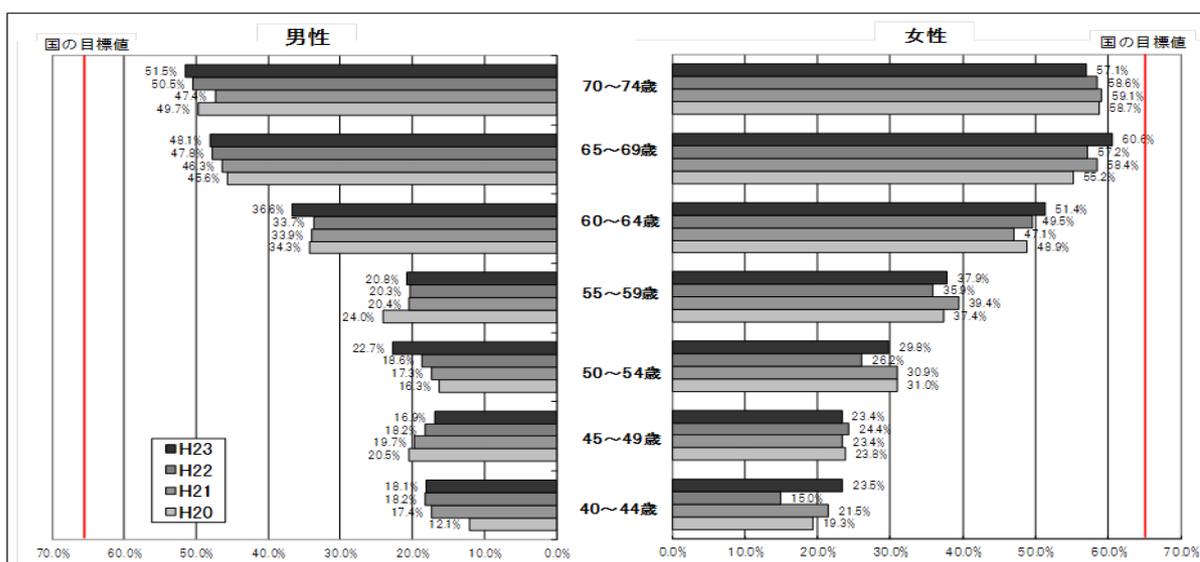
表 内臓脂肪症候群(該当者及び予備群)の人数・率

内臓脂肪症候群	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
該当者	623人 20.9%	605人 20.2%	619人 19.9%	625人 19.4%	※670人 ※19.5%
予備群	366人 12.3%	371人 12.4%	351人 11.3%	368人 11.4%	※399人 ※11.5%

### (3) 目標達成に向けての取り組み状況

#### ① 健診実施率の向上方策

図 平成20年度からの受診率の推移



#### ★新規受診者数の増加

- ・各地区会、研修会等の場を借りて、健診の案内や受診勧奨を行います。
- ・未受診者対策として個別通知や電話での受診勧奨を行います。

#### ★リピーター率の上昇

- ・未受診者で、過去の健診データがある有所見者には優先順位をつけて個別訪問を行います。
- ・初回受診者や有所見者への保健指導と次年度の受診勧奨を行います。

#### ★受診機会の増加

- ・一般衛生部門と協力し、がん検診と特定健診(集団)を同日実施します。
- ・日帰りドック健診実施施設の増加を検討します。

#### ② 保健指導実施率の向上方策

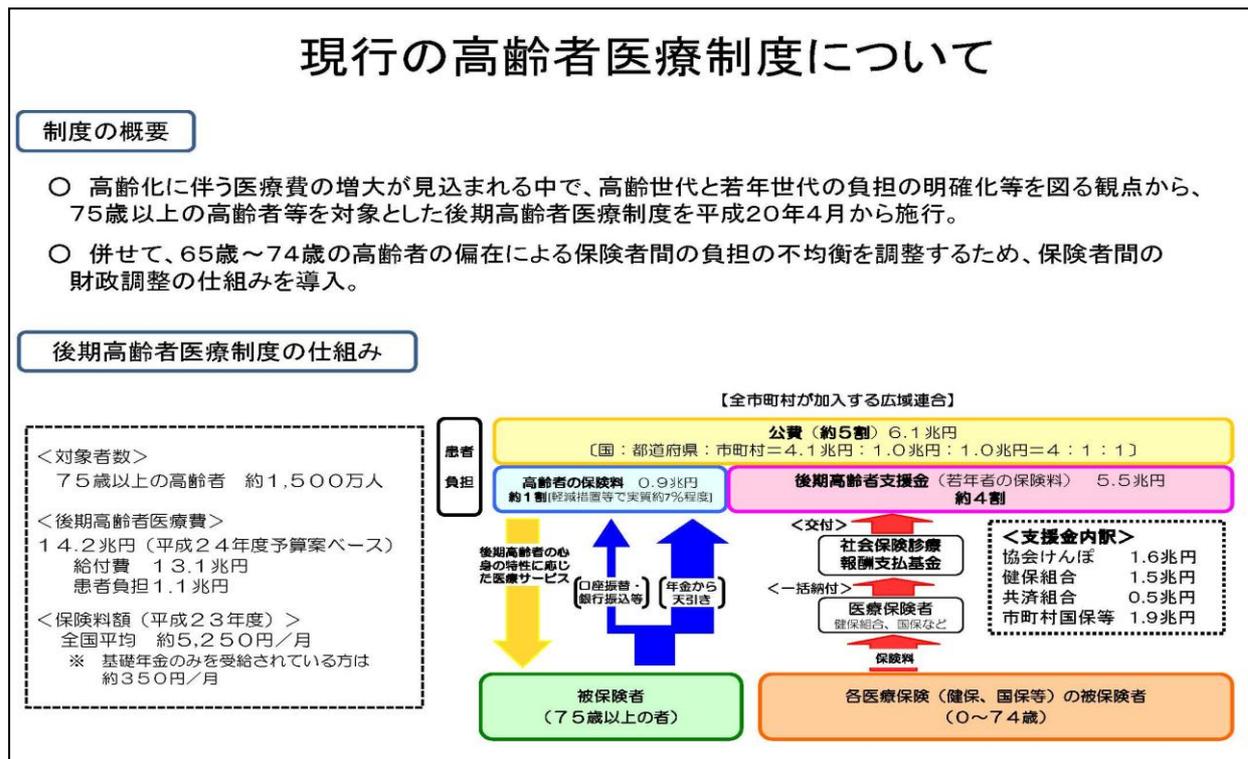
- ・集団健診受診者は健診当日に保健指導日を決めます。
- ・個別支援だけでなく、グループ支援が出来る体制づくりを行います。
- ・対象者のみでなく、家族全体の健康状態を把握し必要な保健指導を行っていきます。
- ・年間実施スケジュールを毎年作成し、進捗状況の管理・次年度実践計画へとつなげます。

・特定保健指導の対象とならない非肥満者の方への保健指導や、若い世代の健診を実施している一般衛生課と連携し、できるだけ多くの住民・被保険者と出会う機会を持ち、早期介入に努めます。また、若いときから健診を受けるという流れを作ります。

## 2 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について

平成20年度から後期高齢者医療制度が創設され、この制度における財政負担として、全体の約4割を若年者の医療保険から支援金という形で拠出することが決まっています。これを「後期高齢者支援金」といいます。

図 現行の高齢者医療制度について



(1) 国の考え方に基づく試算

現在、国の検討会において議論されている平成25年度の支援金の評価基準は、

①減算対象となる保険者

特定健診実施率65%以上、特定保健指導実施率45%以上の両方を達成した保険者

②減算率

平成21年度実績での試算では約3.7%、1人あたり減算額は2,000円弱と見込まれています。

③加算対象となる保険者

健診も保健指導もほとんど実施していない保険者で調整後の特定健診実施率と特定保健指導実施率を乗じた実施係数が0.0015未満を加算対象とする案が有力(特定健診実施率15%未満、特定保健指導実施率が1%未満などの場合に該当)です。

平成21年度の実績で試算してみたところ、徳島県内に加算対象となる保険者はありませんでした。

④加算率

0.23%を前提とする方向です。国保加入者1人あたり加算額は、年114円と試算されています。

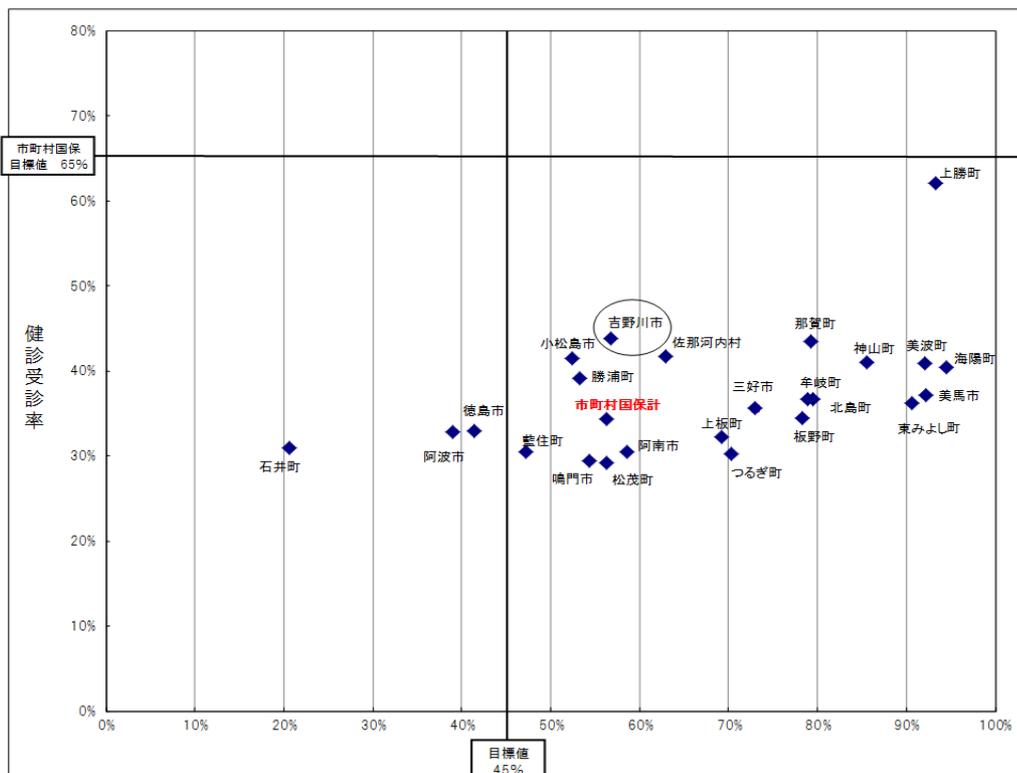
(2) 市町村国保グループでの位置

図 H23 健診受診率と保健指導実施率

	市町村	健診受診率	保健指導実施率
1	上勝町	62.0%	93.3%
2	吉野川市	43.8%	56.7%
3	那賀町	43.4%	79.3%
4	佐那河内村	41.7%	63.0%
5	小松島市	41.5%	52.4%
6	神山市	41.0%	85.5%
7	美波町	40.9%	92.1%
8	海陽町	40.4%	94.4%
9	勝浦町	39.1%	53.2%
10	美馬市	37.2%	92.1%
11	牟岐町	36.7%	78.9%
12	北島町	36.7%	79.5%
13	東みよし町	36.2%	90.7%
14	三好市	35.8%	73.0%
15	板野町	34.4%	78.3%
	市町村国保計	34.3%	56.3%
16	徳島市	32.9%	41.5%
17	阿波市	32.8%	39.0%
18	上板町	32.2%	69.2%
19	石井町	31.0%	20.6%
20	阿南市	30.5%	58.5%
21	藍住町	30.4%	47.2%
22	つるぎ町	30.2%	70.4%
23	鳴門市	29.4%	54.4%
24	松茂町	29.2%	56.3%

は健診受診率の参酌標準の半分の水準に達していない

健診は保健指導を実施するための手段である ~ H23 健診受診率と保健指導実施率 ~



保健指導実施（終了）率

平成23年度実績で見ると、吉野川市の特定健診受診率は43.8%、特定保健指導実施率は56.7%という状況です。

## 第2章 第2期計画に向けての現状と課題

### 1 社会保障の視点でみた吉野川市の特徴

項目		国			徳島県			吉野川市		
1	人口動態 H24.4.1 推計人口 (徳島県中より)	総人口	127,650,000 人		776,177 人		43,304 人			
		65歳以上人口	30,250,000 人		211,426 人		13,298 人			
		(再掲)75歳以上人口	15,010,000 人		117,708 人		7,836 人			
		高齢化率	23.7 %		27.2 %		30.7 % 県内 11/24			
		75歳以上の割合	11.8 %		15.2 %		18.1 % 県内 13/24			
平均寿命	男性	78.79 歳		78.09 歳 全国 39/47		78.8 歳 県内 2/24				
	女性	85.75 歳		85.67 歳 全国 30/47		85.9 歳 県内 7/24				
2	死亡の状況 平均22年度 徳島県内統計年報より	死亡原因	死亡原因		死亡原因		死亡原因		10万対	
		1位	悪性新生物 279.7		悪性新生物 327.0		悪性新生物 380.9		10万対	
		2位	心疾患 149.8		心疾患(高血圧性除く) 183.1		心疾患(高血圧性除く) 220.3		10万対	
		3位	脳血管疾患 97.7		肺炎 128.4		肺炎 151.4		10万対	
		4位	肺炎 94.1		脳血管疾患 116.7		脳血管疾患 114.7		10万対	
早世予防からみた死亡(64歳以下) 平均22年度人口動態調査 平均22年度徳島県内統計年報より	合計	176,549 人 14.8%		1,153 人 12.4%		66 人 11.6%		県内 12/24		
	男性	119,965 人 18.9%		812 人 17.0%		49 人 17.1%		県内 8/24		
	女性	56,584 人 11.2%		341 人 7.5%		17 人 6.0%		県内 15/24		
3	介護保険 平均22年度 介護保険事業状況報告より	要介護認定者数	5,062,234 人		4,798 人		2,741 人			
		【再掲】1号被保険者/認定率	4,907,439 人 16.9%		43,730 人 21.1%		2,675 人 20.8%			
		【再掲】2号被保険者/認定率	154,795 人 0.4%		1,068 人 0.4%		66 人 0.4%			
		介護給付費	6,839,563,804,875 円 1,351,096 円		60,674,754,251 円 1,354,408 円 27位		3,870,355,044 円 1,412,023 円		11位	
4	後期高齢者医療 平均22年度後期高齢者医療事業年報 国民健康保険料(医療費)の状況より	加入者	14,341,142 人		116,350 人		7,620 人 H23年度(3月~2月)			
		1人あたり診療費	904,795 円 H22年度		966,288 円 H23年度(3月~2月)		894,531 円 県内 17/24			
		入院:1人あたり診療費	418,334 円		475,004 円		418,660 円 県内 18/24			
		入院外:1人あたり診療費	262,563 円		306,510 円		334,557 円 県内 4/24			
5	国保の状況 平均23年3月31日人口 (平均22年度人口動態調査) 平均22年度国民健康保険事業年報より	被保険者数	35,849,071 人		194,372 人		11,210 人			
		うち 65~74歳	11,222,279 人 31.3%		64,280 人 33.1%		3,733 人 33.3%			
		一般	33,851,629 人 94.4%		180,249 人 92.7%		10,493 人 93.6%			
		退職	1,997,442 人 5.6%		14,123 人 7.3%		717 人 6.4%			
		加入率	28.4%		24.6%		25.0%			
6	医療費の状況 平均22年度 国民健康保険事業年報より	医療費総額(一般+退職)	10,730,826,914,577 円 299,333 円		68,543,319,583 円 352,640 円 8位		3,955,769,672 円 353,771 円		14位	
		一般	9,981,583,067,737 円 294,863 円		62,904,750,260 円 348,988 円 8位		3,707,072,069 円 353,290 円		13位	
		退職	749,243,846,840 円 375,102 円		6,638,569,323 円 399,247 円 8位		258,697,603 円 360,806 円		19位	
7	医療の状況 75歳以上の医療費分析 (※平均24年3月診療費データ)	治療者数	全受療者に占める割合		全受療者に占める割合		全受療者に占める割合		全受療者に占める割合	
		虚血性心疾患	10,377 16.5%		10,377 16.5%		524 13.9%		4.8%	
		脳血管疾患(脳梗塞)	5,504 8.8%		5,504 8.8%		250 6.6%		2.3%	
		脂質異常症	31,744 50.5%		31,744 50.5%		1,975 52.5%		18.3%	
		糖尿病	22,871 36.4%		22,871 36.4%		1,249 33.2%		11.6%	
		高血圧症	43,258 68.8%		43,258 68.8%		2,634 70.0%		24.4%	
7	特定健診の状況 平均23年度 法定報告結果より	健診対象者数			健診対象者数		健診対象者数		受診率	
		受診者数/受診率			127,850 人 43,863 人 34.3%		7,373 人 3,226 人		43.8%	
		有所見順位			有所見項目		有所見項目		割合	
		第1位	※徳島県の特定健診の状況については徳島県内市町村国保分のみの集計		HbA1c 26,221 人 59.8%		HbA1c 1,945 人		60.3%	
		第2位			LDL 24,518 人 55.9%		収縮期血圧 1,772 人		54.9%	
		第3位			収縮期血圧 22,416 人 51.1%		LDL 1,743 人		54.0%	
		第4位			腹囲 14,687 人 33.5%		腹囲 1,092 人		33.8%	
		第5位			BMI 12,274 人 28.0%		BMI 929 人		28.8%	
		第6位			血糖 10,243 人 23.4%		血糖 864 人		26.8%	
		第7位			中性脂肪 10,041 人 22.9%		中性脂肪 769 人		23.8%	
第8位			拡張期血圧 7,571 人 17.3%		拡張期血圧 630 人		19.5%			
第9位			ALT(GPT) 6,046 人 13.8%		ALT(GPT) 392 人		12.2%			
第10位			尿酸 4,195 人 9.6%		尿酸 304 人		9.4%			
7	支援別状況 情報提供(I・M・N) 動機づけ支援(O) 積極的支援(P) (再掲)結果中のためO・P対象者から除いた場合	対象者数	38,029 人		38,029 人		2,824 人		—	
		実施率(終了率)	—		—		—		—	
		対象者数	4,272 人 2,656 人 62.2%		300 人 183 人 61.0%		—		—	
		実施率(終了率)	1,562 人 630 人 40.3%		102 人 45 人 44.1%		—		—	
対象者数	9,888 人		—		798 人		—			

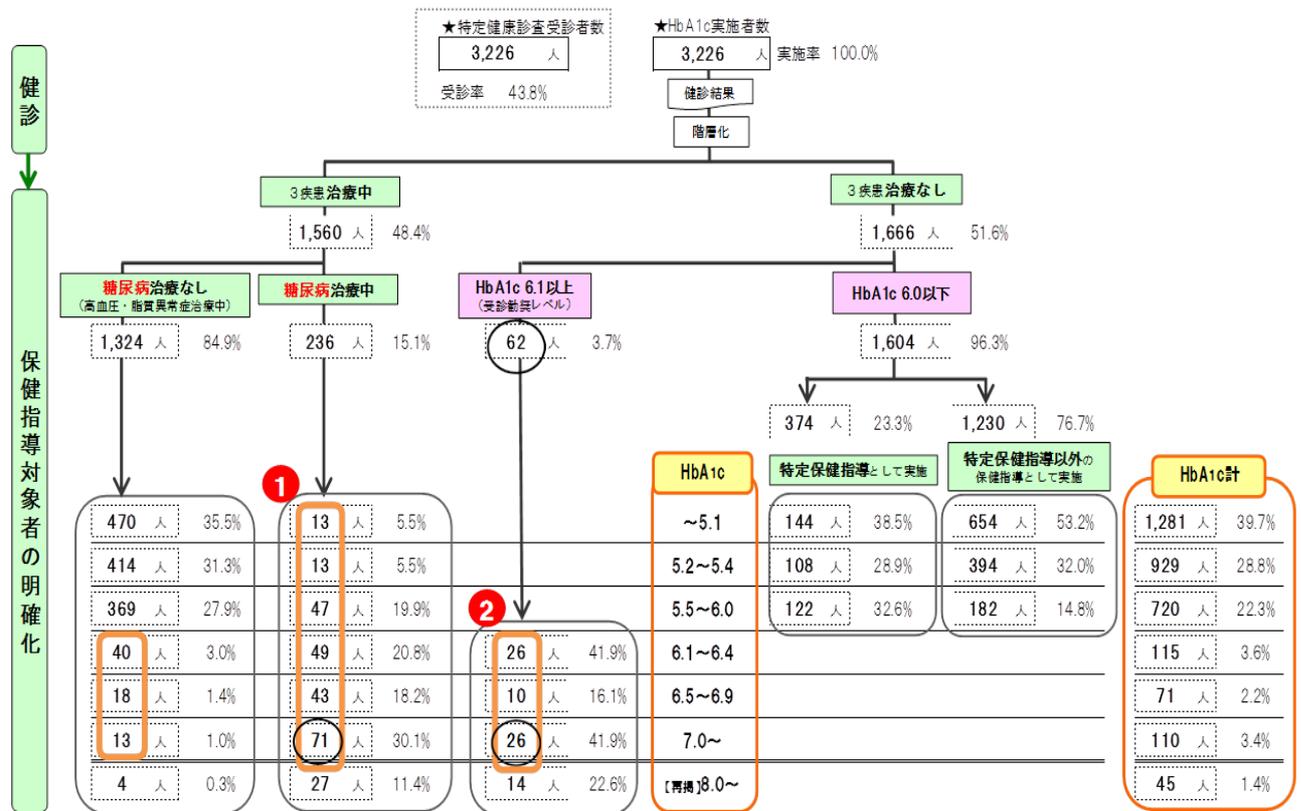
○ = 県より高い所

## 2 第1期計画の実践からみえてきた被保険者の健康状況と課題

### (1) 糖尿病

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL: Quality of Life)ならびに社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。全国的に見ると、糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人中途失明の原因疾患としても第2位に位置しており、さらに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2～3倍増加させるとされています。

図 糖尿病フローチャート(平成23年度)



糖尿病有病者数は、平成23年度特定健診結果において、369人でした。

その中で、糖尿病、高血圧、脂質異常等の治療をしていない方は、62人でした。

またHbA1cが7.0%以上の方は、3疾患の治療をしていない人の中では26人(41.9%)、糖尿病治療中の方でも71人(30.1%)みられました。

この対象者については、県下において平成21年度から徳島県医師会糖尿病認定医への糖尿病地域保健用連携パスを使って、医療との連携のもと、治療中断予防・重症化予防の仕組みができています。

しかし、吉野川市の連携パスは、現時点において2名しか利用者がおらず、ほとんど活用できていない状況にあります。

次に平成24年3月診療分(4月審査分)レセプトからみた糖尿病の状況は、次の表のようになります。

表 血管の傷みから生活習慣をみる(平成24年3月診療分)

平成24年4月審査分 051: 吉野川市

性別	年代	被保険者数	生活習慣病レセプト枚数	生活習慣病人数	占有率(%)	糖尿病占有率(%)	高血圧	脂質異常症	インスリン	高尿酸血症	虚血変化	洞調節不全	心疾患その他	脳梗塞	脳出血	脳血管その他	腎臓疾患	肝臓疾患	人工透析	動脈硬化	動脈閉塞	網膜変性	腎臓障害	神経障害	その他	備考
男性	0～19	564	11	10	1.8%	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	20～29	383	12	11	2.9%	3	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0
	30～39	450	30	29	6.4%	6	2	3	1	3	1	0	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	40～49	501	97	89	17.8%	36	22	21	6	8	6	5	5	2	1	2	9	10	6	0	10	4	5	5	0	0
	50～59	725	234	214	29.5%	89	47	56	7	15	12	5	11	5	2	2	9	22	2	1	6	2	8	3	3	3
	60～69	1,803	907	840	46.6%	352	246	196	32	73	77	40	36	35	5	15	43	92	9	7	31	14	33	13	1	1
	70以上	869	689	617	71.0%	237	167	114	17	47	58	27	20	28	3	12	27	48	1	2	21	8	18	12	0	0
小計	5,295	1,980	1,810	34.2%	724	486	393	64	147	154	77	74	70	11	31	91	178	18	10	68	29	64	33	5	5	
女性	0～19	511	8	8	1.6%	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20～29	362	5	5	1.4%	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	30～39	429	23	22	5.1%	7	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	40～49	453	44	42	9.3%	16	4	11	5	0	0	0	3	0	0	0	3	4	1	1	0	1	2	1	1	1
	50～59	754	192	178	23.6%	51	28	27	9	4	3	1	3	1	0	0	6	11	0	0	2	3	1	4	1	1
	60～69	1,957	986	919	47.0%	239	154	164	22	13	25	20	22	13	2	6	25	55	2	5	15	17	23	10	3	3
	70以上	1,083	848	781	72.1%	209	154	147	19	12	41	20	10	22	1	3	18	48	0	0	11	9	19	10	1	1
小計	5,549	2,106	1,955	35.2%	525	340	351	59	29	69	41	38	36	3	9	53	119	3	6	28	30	45	25	7	7	
合計	0～19	1,075	19	18	1.7%	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	20～29	745	17	16	2.1%	5	2	4	2	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0
	30～39	879	53	51	5.8%	13	2	4	4	3	1	0	2	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	1	0
	40～49	954	141	131	13.7%	52	26	32	11	8	6	5	8	2	1	2	12	14	7	1	10	5	7	6	1	1
	50～59	1,479	426	392	26.5%	140	75	83	16	19	15	6	14	6	2	2	15	33	2	1	8	5	9	7	4	4
	60～69	3,760	1,893	1,759	46.8%	591	400	360	54	86	102	60	58	48	7	21	68	147	11	12	46	31	56	23	4	4
	70以上	1,952	1,537	1,398	71.6%	446	321	261	36	59	99	47	30	50	4	15	45	96	1	2	32	17	37	22	1	1
小計	10,844	4,086	3,765	34.7%	1,249	826	744	123	176	223	118	112	106	14	40	144	297	21	16	96	59	109	58	12	12	

これより読みとれることとして、

- ・平成24年3月診療分の生活習慣病に関連するレセプト枚数は60歳以上が3,430件で全体の83.9%を占めています。
- ・平成24年3月診療分で「糖尿病」を含めて受診された方は1,249名で、全体の33.2%を占めています。
- ・年齢を重ねるにつれて、糖尿病で受診される方は増加しています。
- ・糖尿病でその他の疾患の重なりが多くみられ始めるのは、男性で40歳～、女性で50歳～です。
- ・糖尿病で多くみられる重なりは、「高血圧」「脂質異常症」「肝臓疾患」「虚血変化」です。
- ・どの年代においても、生活習慣病のうち糖尿病受診者数はダントツ1位となっています。等があります。

第1期はHbA1c6.1%以上の重症化予防に重点を置いてきましたが、今後は多段階において糖尿病およびその合併症を抑制していくことが重要であることから、

●糖尿病の発症予防

「糖尿病有病者の増加の抑制」を指標とします。糖尿病予備群に対する保健指導や、一般衛生部門と連携し、より若い世代から健診や保健指導を行い糖尿病予防を目指します。

●糖尿病の合併症の予防

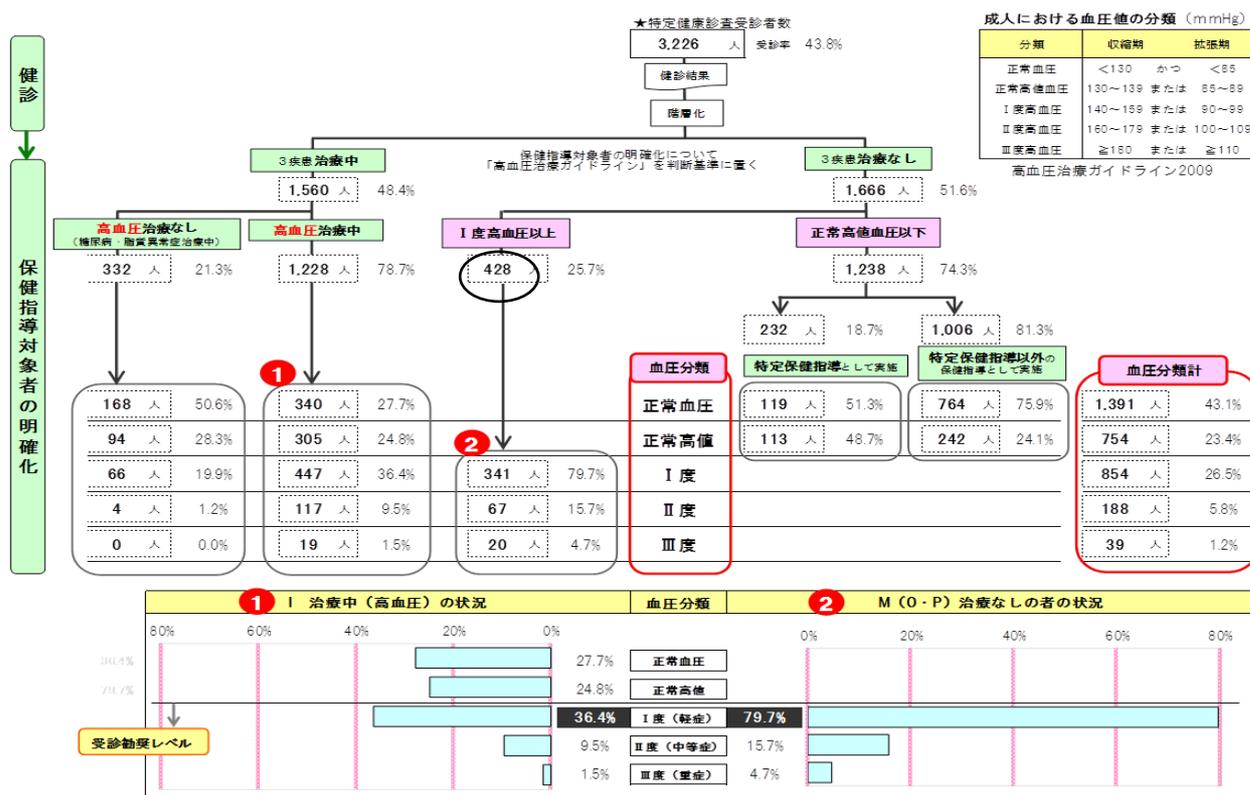
これに関しては「治療継続者の割合の増加」と「血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少」を指標とします。未治療であったり、治療を中断したりすることが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されています。治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持できれば、糖尿病による合併症の発症等を抑制することができます。

## (2)循環器疾患

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで日本人の主要死因の大きな一角をしめています。循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つです。循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、これらのそれぞれについて改善を図っていく必要があります。

### ●健診結果からみた高血圧の状況

図 高血圧フローチャート(平成23年度)



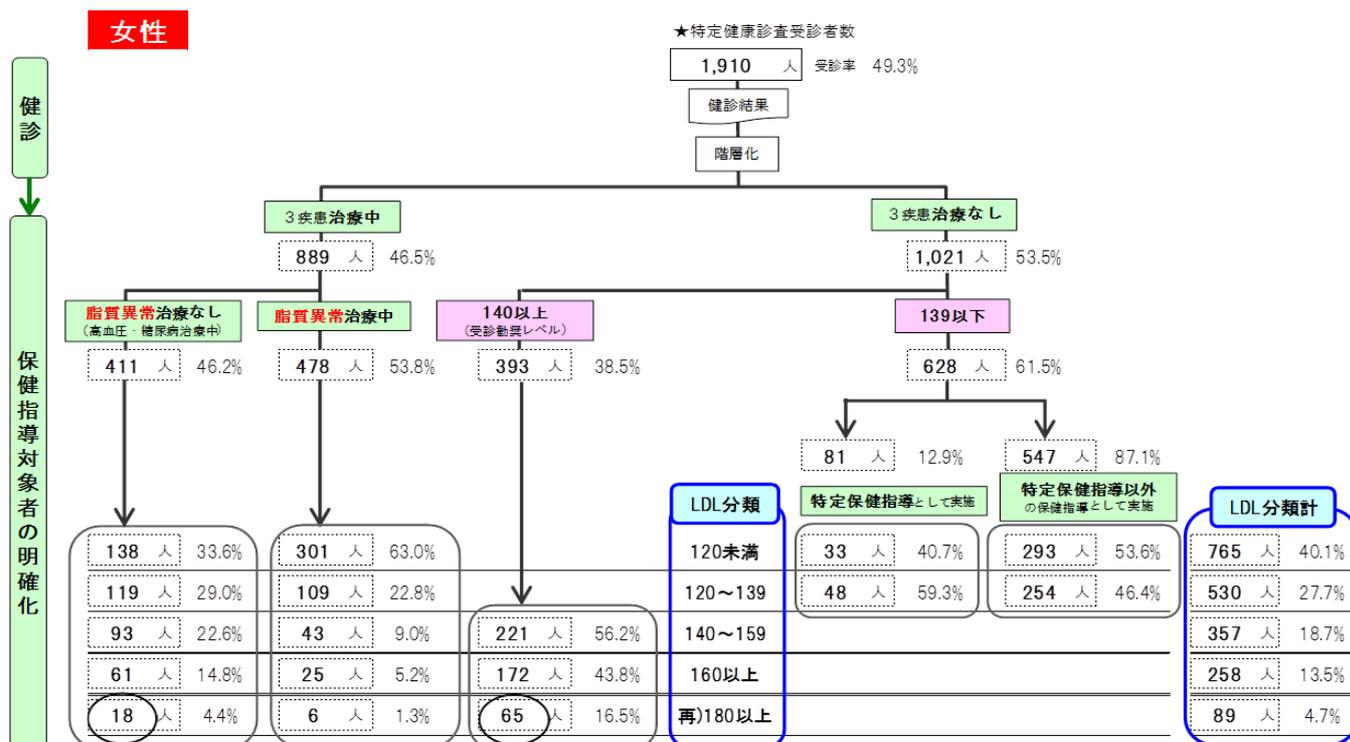
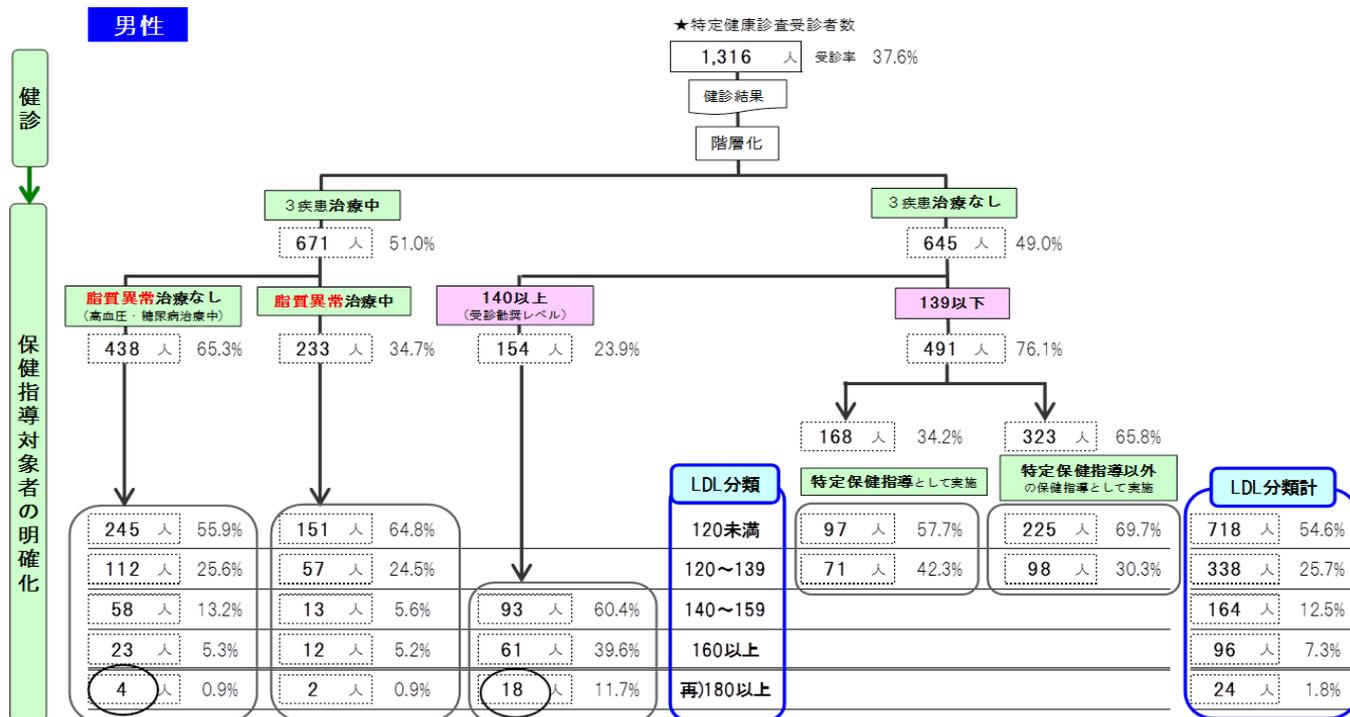
高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子でありコントロールをする必要があります。吉野川市では、受診勧奨レベルにもかかわらず治療をしていない人が428人(25.7%)います。今後「高血圧の改善」を指標として掲げ、必要な保健指導、医療との連携を行っていきます。

### ●疫学データからみた高コレステロール血症の問題

脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子であり、特に総コレステロール及びLDLコレステロールの高値は日米欧いずれの診療ガイドラインでも、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。日本人を対象とした疫学研究でも、虚血性心疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは総コレステロール値240mg/dl以上あるいはLDLコレステロール160mg/dl以上からが多くなっています。

特に男性は、女性に比べてリスクが高いことから、LDLコレステロール高値者については、心血管リスクの評価を行うことが、健康寿命を守ることになります。

図 LDLコレステロールフローチャート(平成23年度:男女別)



LDLコレステロールが160mg/dl以上で治療を受けていない人はH23年で317人(9.8%)〈男女計〉います。その中でも、180mg/dl以上の高値の方は男性で22人(1.7%)、女性で83人(4.3%)いました。

### (3)慢性腎臓病

透析患者数が世界的に激増しています。わが国の新規透析導入患者は、1983年頃は年に1万人程度であったのが、2010年には約30万人となっています。新規透析導入患者増加の一番大きな原因は、糖尿病性腎症、高血圧による腎硬化症も含めた生活習慣病による慢性腎臓病(CKD)が非常に増えたことだと考えられています。

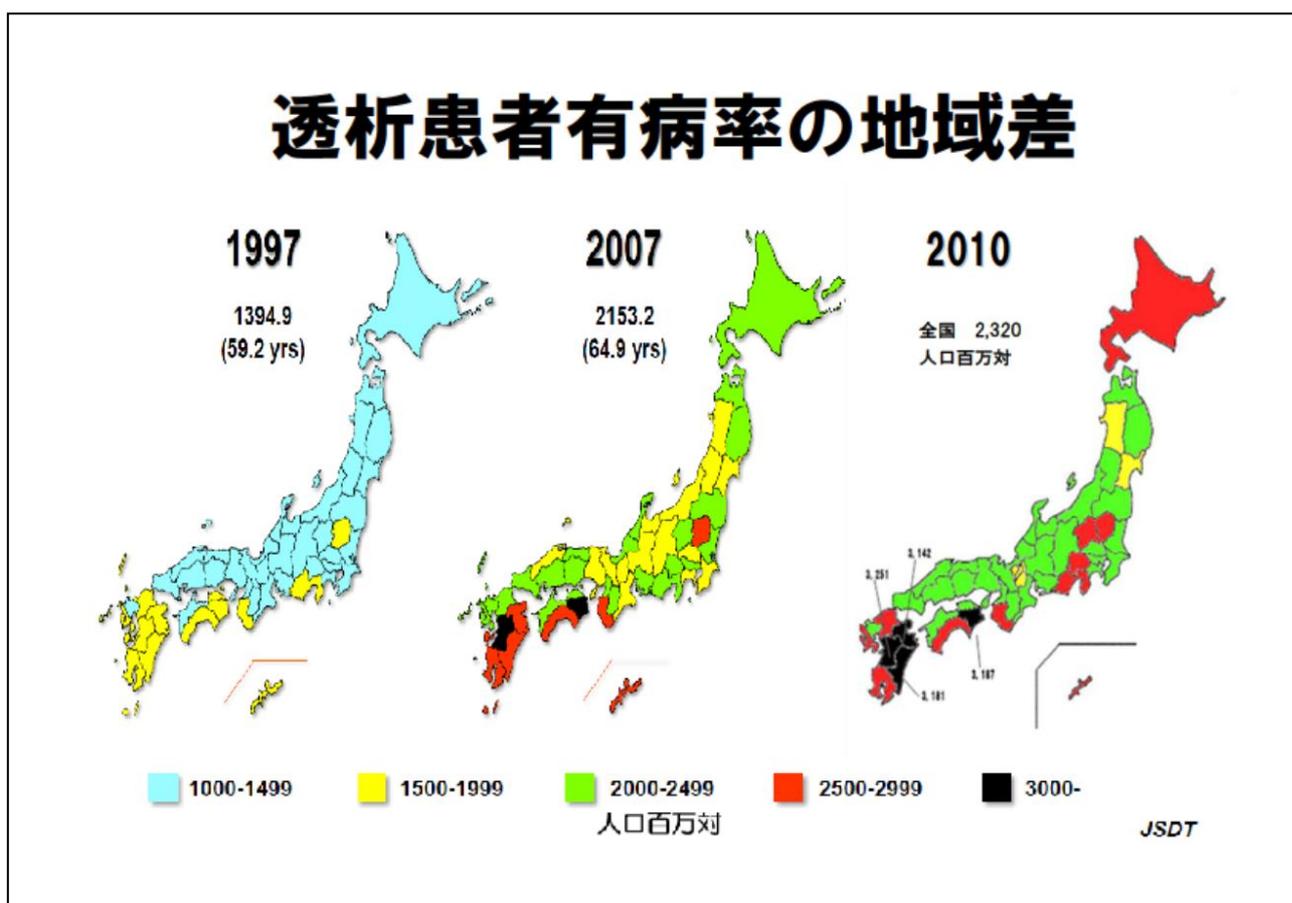
さらに、心血管イベント、すなわち脳卒中とか心筋梗塞を起こす人の背景に、慢性の腎臓疾患を持った人が非常に多いという事実が重要です。実際に疫学研究によって、微量アルブミン尿・蛋白尿が、独立した心血管イベントの危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管イベントの頻度が増えるということが証明されました。

すなわち腎臓疾患、特に慢性の腎臓疾患は、単に末期腎不全(透析)のリスクだけではなく、心血管イベントのリスクを背負っている危険な状態であり、腎機能の問題は、全身の血管系の問題であることを意味していると言われています。

#### ●徳島県の状況

日本透析医学会統計調査委員会の報告「わが国の慢性透析療法の現状」によると、徳島県の慢性透析患者数は、平成22年2,503人で人口100万人対では、熊本県に次ぐ第2位という状況です。

図 透析患者有病率の地域差



●健診結果から見た慢性腎臓病(CKD)の状況

CKDの病期(ステージ)の指標となるeGFR(推算糸球体濾過量)は、血清クレアチニンを測定することにより、推算することができます。慢性腎臓病(CKD)となるのは、蛋白尿とeGFR60未満です。

表 CKD新重症度分類(CKD診療ガイド2012より)

表2 CKDの重症度分類

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
				0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥90			
	G2	正常または軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■、オレンジ■、赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

平成23年度の特定健診結果をCKD新重症度分類で見ると、太枠内の626人(19.4%)がCKD予防対象者となります。

表 CKD該当者を明確にしましょう

原疾患		糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
		高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿
GFR区分 (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )		尿蛋白区分		A1	A2		A3
		尿検査・GFR 共に実施		(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
		3,224人		3,015人 93.5%	154人 4.8%	0人 0.0%	55人 1.7%
G1	正常または高値	90以上	466人 14.5%	434人 13.5%	22人 0.7%	0人 0.0%	10人 0.3%
G2	正常または軽度低下	60-90未満	2,283人 70.8%	2,164人 67.1%	92人 2.9%	0人 0.0%	27人 0.8%
G3a	軽度~中等度低下	45-60未満	408人 12.7%	372人 11.5%	28人 0.9%	0人 0.0%	8人 0.2%
G3b	中等度~高度低下	30-45未満	52人 1.6%	37人 1.1%	10人 0.3%	0人 0.0%	5人 0.2%
G4	高度低下	15-30未満	11人 0.3%	6人 0.2%	0人 0.0%	0人 -	5人 0.2%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	4人 0.1%	2人 0.1%	2人 0.1%	0人 0.0%	0人 0.0%

※健診時、2人検尿できておらず、数に計上していません。

表 腎専門医への紹介基準(CKD診療ガイド2012より)

表 17 腎臓専門医への紹介基準

原疾患		蛋白尿区分			A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)			正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
					30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)			正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
					0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥90			*1	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89			*1	紹介
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	50~59	40歳未満は紹介*2		紹介
				40~49	40~69歳も紹介*2		
	G3b	中等度~高度低下	30~44	30~39	70歳以上も紹介*2		紹介
	G4	高度低下	15~29		紹介	紹介	紹介
G5	末期腎不全	<15		紹介	紹介	紹介	

3カ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は腎臓専門医へ速やかに紹介すること

\*1: 血尿と蛋白尿の同時陽性の場合には紹介

\*2: 尿所見正常の場合、腎臓専門医への紹介は、安定した70歳以上の患者ではeGFR40mL/分/1.73m<sup>2</sup>とし(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)てもよい。

表 腎臓専門医に紹介すべき対象者(平成23年度)

健診受診者 3,226人

	総数	治療なし					治療中				
		27人	40代	50代	60代	70-74	90人	40代	50代	60代	70-74
専門医受診対象者 (①~③の実人数)	117人 3.6%	27人 23.1%	1人 3.7%	6人 22.2%	18人 66.7%	2人 7.4%	90人 76.9%	2人 2.2%	7人 7.8%	57人 63.3%	24人 26.7%
① 尿蛋白 2+以上	55人 1.7%	13人 23.6%	1人 7.7%	6人 46.2%	5人 38.5%	1人 7.7%	42人 76.4%	0人 0.0%	4人 9.5%	21人 50.0%	17人 40.5%
② 尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	0人 0.0%	0人 --	0人 --	0人 --	0人 --	0人 --	0人 --	0人 --	0人 --	0人 --	0人 --
③ GFR50未満 70歳以上は40未満	73人 2.3%	15人 20.5%	0人 0.0%	0人 0.0%	14人 93.3%	1人 6.7%	58人 79.5%	2人 3.4%	5人 8.6%	38人 65.5%	13人 22.4%

健診結果から、腎臓専門医へ紹介すべき対象者は117人(3.6%)です。またCKD予防対象者を見ると、地域のかかりつけ医等と連携しながら予防の対象者となるのは、626人から腎専門医レベルの人数を引いた509人(15.7%)です。

まずは、CKD予防対象者の病歴把握に努めるとともに、腎機能に影響を及ぼす高血糖、高血圧予防を目標に保健指導し、さらに医療との連携体制構築を目指します。

(4) 共通する課題(生活習慣の背景となるもの)

健康増進は、被保険者の意識と行動の変容が必要であることから、被保険者の主体的な健康増進の取組を支援するため、対象者に対する十分かつ確かな情報提供が必要となります。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、被保険者を含む住民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫することが求められます。また、当該情報提供において、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫します。

図 個の食習慣背景の構造(「健康日本21と地域保健計画」より)

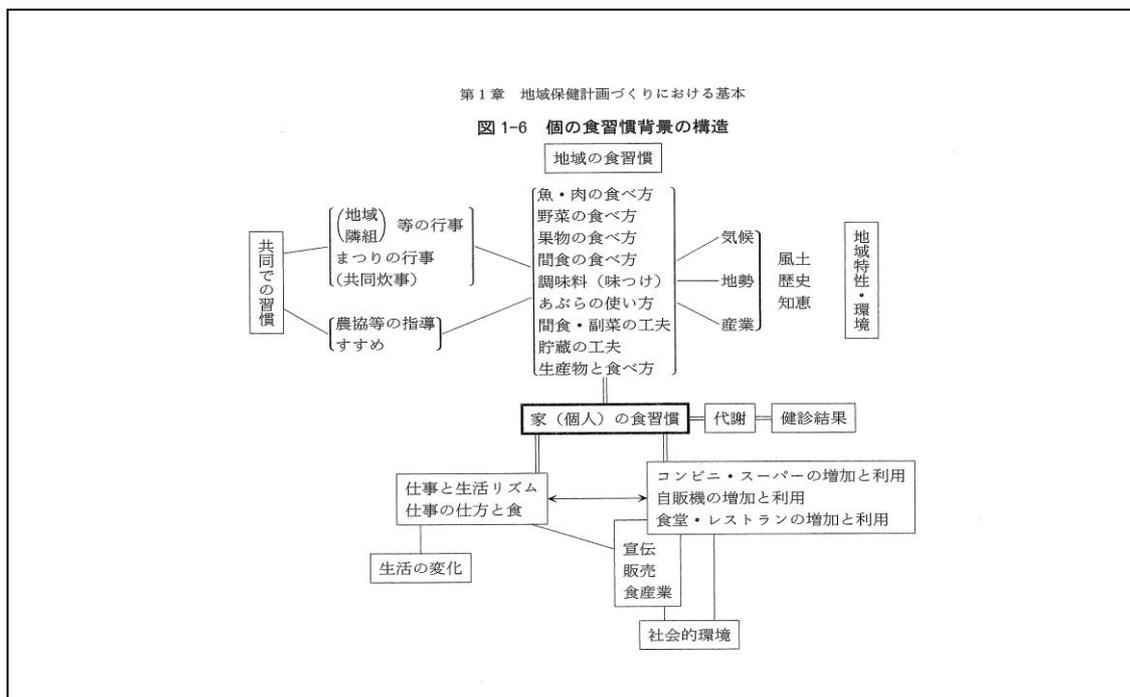


表 1

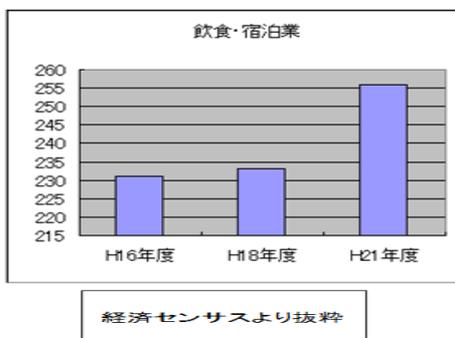


表 2

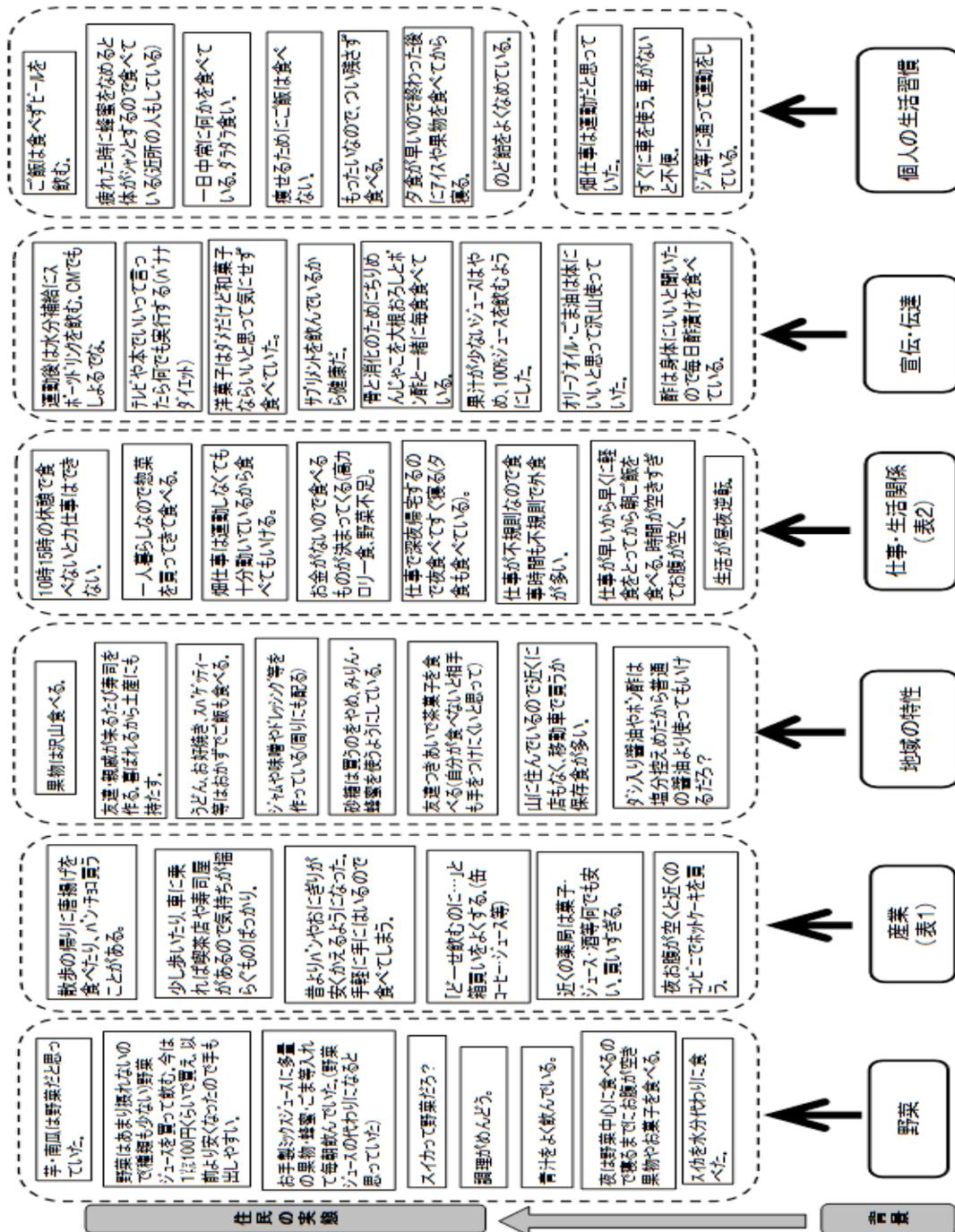
●経済に関する指標

	県	吉野川市	資料
財政力指数	0.44	0.43	国・県：H17 市：H18
	0.32	0.45	H21一般会計決算
人口1人あたり地方債現在高(円)	505,700	475,729	国・県：H17 市：H18
		436,935	H21一般会計決算
経常収支比率	91.2	89.6	国・県：H17 市：H18
	94.9	93.5	H21一般会計決算
自主財源割合(%)	39.8	35.5	
	37.5	26.6	H22一般会計決算
一人あたり所得(千円)	2,724	2,197	国・H14 県・市：H11
	2,590	1,996	平成24年度版市町村別指標(H21年度)
完全失業率(%)	4.9	5.8	H12国勢調査
	7.3	7.4	統計でみる市区町村のすがた2011
老年人口割合(%)	24.4	28.1	H17年度国勢調査
	27.2	30.4	平成24年度版市町村別指標(H24.1.1時点)
離婚率(人口千人あたり)	1.96	1.58	H17年度保健統計年報
	1.82	1.63	統計でみる市区町村のすがた2011(2008)
持ち家割合(一般世帯)(%)	69.7	81	合併まちづくり計画基本構想
	70.6	79.9	平成24年度版市町村別指標(H22.10.1時点)
自動車保有台数(台)(人口千人あたり)	718.2	783.7	合併まちづくり計画基本構想
	768.2	777.2	平成24年度版市町村別指標(H23.3.31時点)



県より数値が悪いもの

図：これまでに見聞した住民の表態



(5)健康課題の解決に向けてのプロセス計画

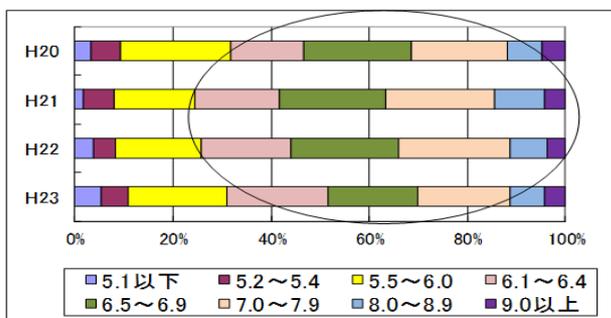
「1社会保障の視点でみた吉野川市の特徴」であったように、特定健診でのHbA1cや血糖値の有所見率は県と比較して高い状況にあり、糖尿病は吉野川市が積極的に取り組むべき健康課題であると考えます。

次図から吉野川市の特定健診結果の現状をみると、未治療者においてHbA1c5.1%以下の方の割合は減少し、HbA1c5.2~6.0%の方の割合が増加しています。また、治療中でHbA1c6.1~6.4%の方の割合は増加傾向にありますが、HbA1c6.5%以上の方の割合は治療の有無にかかわらず減少しています。

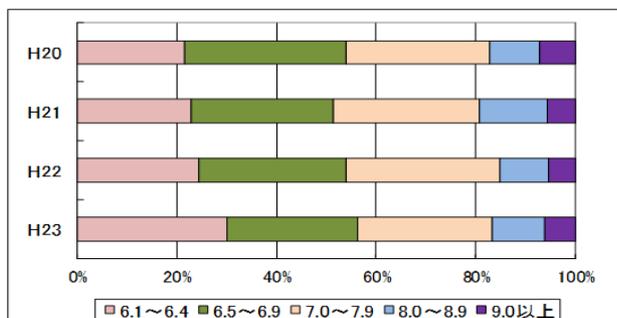
図 健診データから見るHbA1c値の年次推移  
(糖尿病治療中)

HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値									
			正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の恐れ							
			5.1以下		5.2~5.4		5.5~6.0		6.1~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0~8.9		9.0以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H20	204	6.8%	7	3.4%	12	5.9%	46	22.5%	30	14.7%	45	22.1%	40	19.6%	14	6.9%	10	4.9%
H21	213	7.1%	4	1.9%	13	6.1%	35	16.4%	37	17.4%	46	21.6%	47	22.1%	22	10.3%	9	4.2%
H22	232	7.5%	9	3.9%	10	4.3%	41	17.7%	42	18.1%	51	22.0%	53	22.8%	17	7.3%	9	3.9%
H23	236	7.3%	13	5.5%	13	5.5%	47	19.9%	49	20.8%	43	18.2%	44	18.6%	17	7.2%	10	4.2%

グラフで見ると・・・



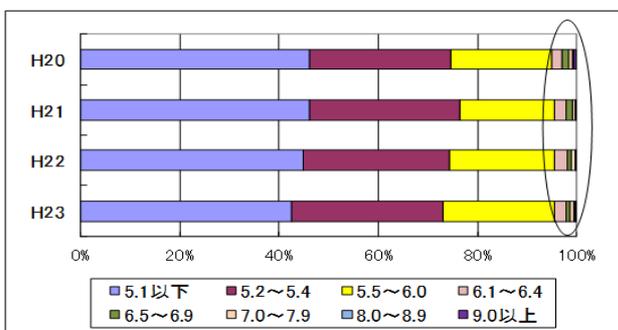
再)HbA1c6.1%以上



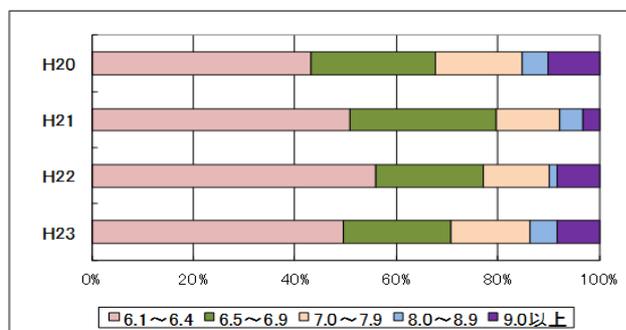
(糖尿病治療なし)

HbA1c測定	正常		保健指導判定値						受診勧奨判定値									
			正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の恐れ							
			5.1以下		5.2~5.4		5.5~6.0		6.1~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0~8.9		9.0以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H20	2,780	93.2%	1,280	46.0%	792	28.5%	569	20.5%	60	2.2%	34	1.2%	24	0.9%	7	0.3%	14	0.5%
H21	2,783	92.9%	1,285	46.2%	845	30.4%	525	18.9%	65	2.3%	37	1.3%	16	0.6%	6	0.2%	4	0.1%
H22	2,877	92.5%	1,293	44.9%	848	29.5%	604	21.0%	74	2.6%	28	1.0%	17	0.6%	2	0.1%	11	0.4%
H23	2,990	92.7%	1,268	42.4%	916	30.6%	673	22.5%	66	2.2%	28	0.9%	21	0.7%	7	0.2%	11	0.4%

グラフで見ると・・・



再)HbA1c6.1%以上



そこで、「特定健診・保健指導」事業の目的である「糖尿病等有病者・予備群の減少」を達成するために、糖尿病対策のプロセス計画を以下のようにまとめました。

①保健指導の対象者の明確化

ア. 健診受診者のHbA1cの状況を見る

HbA1cは、採血時から過去1、2カ月間の平均血糖値を反映し、糖尿病の診断に用いられるとともに、血糖コントロール状態の指標とされています。

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)P48「別紙5 健診検査項目の健診判定値」、糖尿病治療ガイド(2012-2013)P25「図7 血糖コントロール指標と評価」をもとに保健指導の対象となる方がどのくらいいるかを見ます。

(ア)保健指導の対象となる人をHbA1cの状況でみる

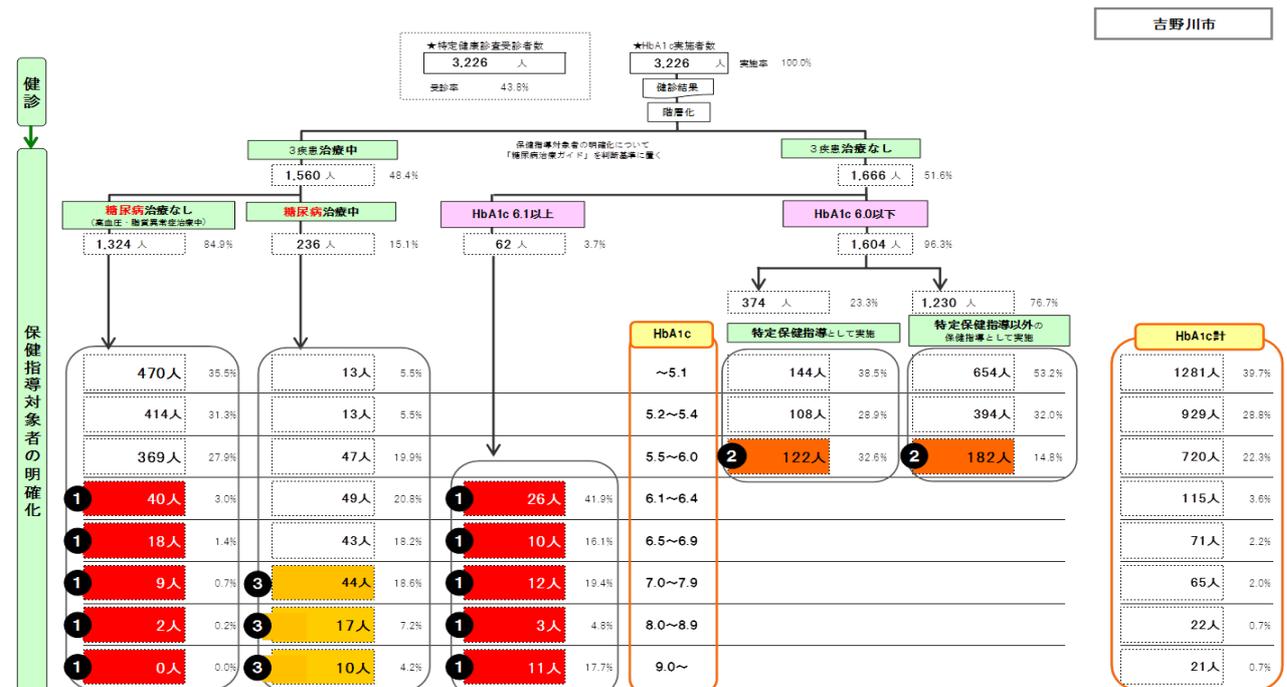
吉野川市の健診結果からグループ分けをして、その対象者を見ます。

- ① グループ 糖尿病重症化の予防
- ② グループ 糖尿病有病者の増加の抑制
- ③ グループ 糖尿病合併症悪化の予防

グループ	HbA1c (JDS)	備 考
①	6.1以上	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし
		糖尿病治療なし・高血圧・脂質異常症治療あり
②	5.5~6.0	特定保健指導対象者
		特定保健指導非対象者
③	7.0以上	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療中

(イ)どのグループのどこにいるかを糖尿病フローチャートで明確にする

図 糖尿病フローチャート(平成23年度)





グループ③への学習教材例としては、下記のを準備します。

- ・「(糖-2)検査値(HbA1c)を記録してみましょう」
- ・「(糖-12)私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か」
- ・「(糖-36)眼(網膜症)」
- ・「(糖-37)糖尿病性神経障害」
- ・「(糖-43)糖尿病性腎症の経過」

#### イ. 保健指導の実施

(ア)学習教材を用いて健診結果から現在の身体状況を理解してもらい、生活習慣の改善に関する基本的な内容をお伝えし、必要な方には受診を勧めます。

(イ)受診するに当たっては、医療機関の情報提供及びかかりつけ医と相談するよう説明します。

(ウ)受診勧奨した場合には、レセプトで受診状況を確認します。

(エ)3～6ヶ月後必要に応じて生活習慣改善の状況、治療状況等確認のため、訪問・電話連絡を実施します。

#### ③保健指導の記録

「(糖-3)高血糖を考える経過表」に記載(遺伝的なこと、環境のことを記入)します。

氏名		さん		記入年月日	
年月					
年齢					
健診結果 (HbA1c 体重 など)					
その時の判断・対応(治療中断)					
生活環境・仕事等の変化					
遺伝					
既往歴					

講  
3

#### ④保健指導の評価

ア. 具体的な保健指導の評価項目

- ・健診受診状況
- ・HbA1c値、その他の検査結果(経年表作成)
- ・受療状況の有無(健診結果で「受診勧奨」となったにもかかわらず、受診がなされていないのではないか、糖尿病で受診中断がないか等の確認をする)

このような評価を毎年行うことで、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みを作ることができ、また健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施していきます。

#### イ. 糖尿病疾病管理台帳の整備

健診中断者、治療中断者を見逃さないための管理台帳の整備が求められます。平成25年10月稼働予定の国保データベース(KDB)システムを活用し、その仕組みづくりに取り組みます。



## 4 特定健診の実施

### (1)実施形態

健診については、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関のとりまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

### (2)特定健診委託基準

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、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

### (3)健診実施機関リスト

平成25年度特定健診実施機関については、徳島県国保連合会のホームページに掲載しています。 <http://tokushima-kokuhoren.or.jp/specific/shealth/>

### (4)委託契約の方法、契約書の様式

県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告(データ作成)です。

契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成しています

### (5)健診委託単価、自己負担額

特定健診受診時窓口で支払う自己負担の額は、1,000円です。

### (6)代行機関の名称

特定健診にかかる費用(自己負担額を除く)の請求・支払の代行は、徳島県国民健康保険団体連合会に委託しています。

### (7)受診券の様式(平成24年度版)

国民健康保険受診券様式	
<p>平</p> <p>特定健康診査受診上の注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>上記の住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を自署してください。(特定健康診査受診券結果等の送付に使用します。)</li> <li>特定健康診査を受診するときには、受診券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。</li> <li>特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。</li> <li>特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。</li> <li>健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。</li> <li>被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返しください。</li> <li>不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。</li> <li>この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。</li> </ol>	

平成24年度特定健康診査受診券	
2012年(平成24年) 月 日 交付	
受診券整理番号	
氏名	
性別	生年月日 19 年(昭和 年) 月 日
有効期限	2012年(平成24年) 月 日
健診内容	<p>・身長 体重 腹囲 BMI 血圧 中性脂肪 HDLコレステロール LDLコレステロール AST(GOT) ALT(GPT) r-GT(r-GTP) ※血糖(空腹時又は随時) ※HbA1c 尿糖 尿蛋白 ※HbA1cと血糖検査両方実施 ・その他(血清クレアチニン 血清尿酸) ☆詳細健診については、告示基準に基づき実施</p>
健診機関窓口での自己負担額	受診者負担額 1,000円
保険者等	<p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>番 号</p> <p>名 称</p> <p style="text-align: right;">公印 省略</p>
契約取りまとめ機関名	(社) 徳島県医師会
支払代行機関番号	93699023
支払代行機関名	徳島県国民健康保険団体連合会

### (8)健診の案内方法

特定健康診査対象者に、受診券を発行し、健診のお知らせ等とともに通知します。

通知内容は、受診券、特定健診実施機関一覧表、パンフレット、市から特定健診に関するお知らせの4セットです。

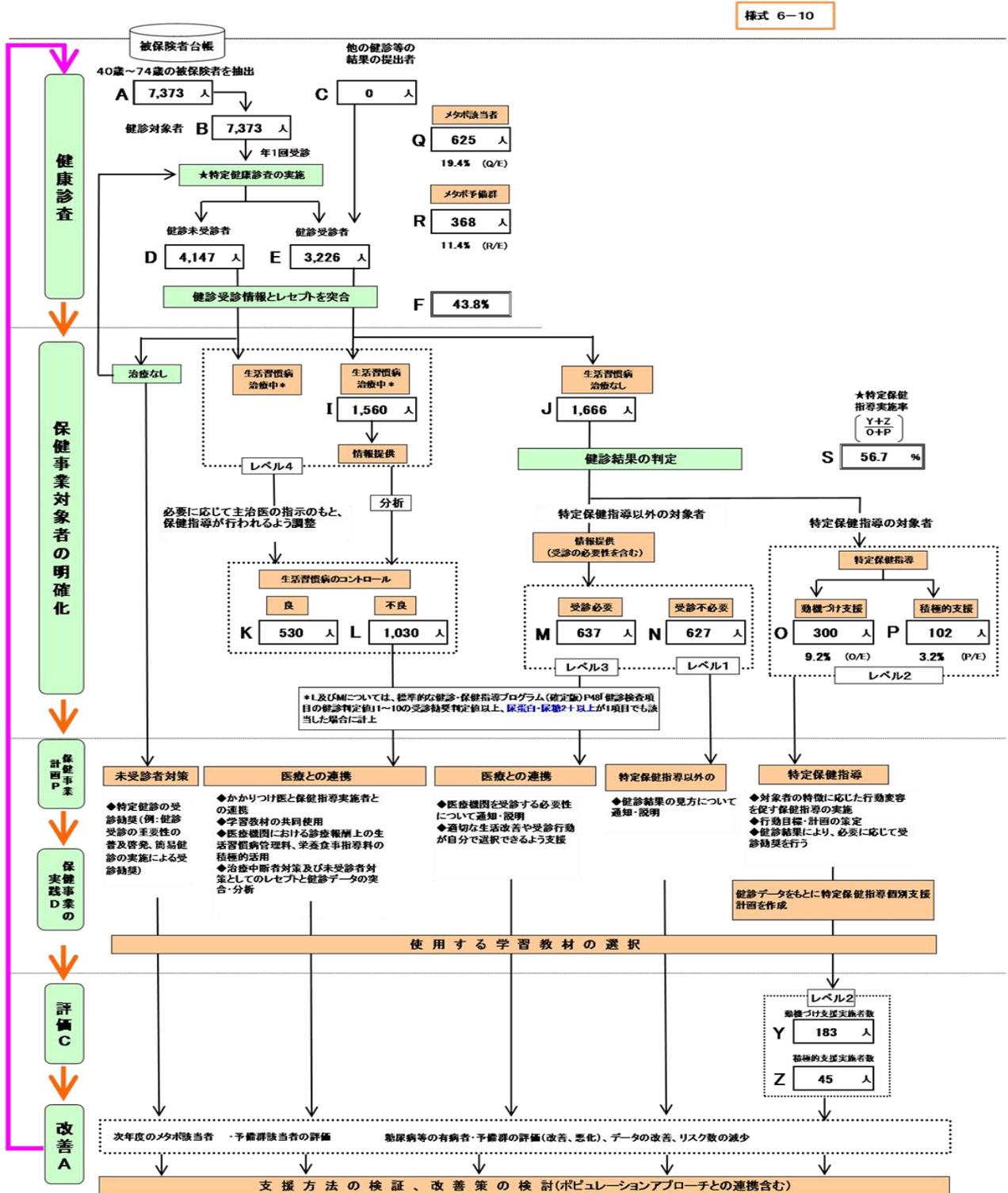
## 5 保健指導の実施

特定保健指導は、保険者が直接実施します。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

確定版様式6-10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 健診から保健指導実施へのフローチャート(平成23年度)



## (2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (平成29年度見込み)	目標実施率 (平成28年度見込み)		
1	PO	特定保健指導 P: 積極的支援 O: 動機づけ支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 行動目標・計画の策定</li> <li>◆ 健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う</li> <li>◆ 二次健診(OGTT、微量アルブミン尿、頸部エコー検査、血圧脈波)実施</li> <li>◆ 対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施</li> </ul>	512人(受診者の12.5%)	60%以上		
2	情報提供 (KLM)	腎専門医レベル 40~69歳 eGFR50未満 40~69歳 eGFR51~69かつ尿蛋白1+以上 70~74歳 eGFR40未満	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 腎専門医を受診する必要性について説明</li> <li>◆ 適切な生活改善や受診行動が自分で行えるよう支援</li> </ul>	102人	100%		
		● HbA1c5.5%以上	最高血圧140mmHg以上	LDL-C140mg/dl以上			
		2	6.1%以上(治療なし)			139人(3.4%)	100%
		3	●	●	●	61人(1.5%)	
		4	●	●		213人(5.2%)	60%以上
		5	●		●	139人(3.4%)	
		6	7.0%以上(治療あり)			98人(2.4%)	100%
7		●	●	188人(4.6%)	50%以上		
3	N	上記1~7以外の情報提供者		2649人(64.6%)	10%以上		
4	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 特定健診の受診勧奨(例: 地区組織等で健診受診の重要性の普及啓発、個別の電話や郵便、訪問による受診勧奨)</li> </ul>	4398人(対象者の40%)	100%		

さらに、「第2章2(5)健康課題の解決に向けてのプロセス計画」の各グループ別の健診結果一覧表を踏まえ、内臓脂肪型肥満に着目し、血管を傷める因子となる個々のリスク(特にHbA1c、血糖、LDLコレステロール、血圧等のレベル、eGFRと蛋白尿の有無)を評価し、生活改善を目的とした保健指導を実施します。具体的には、健診結果から本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識でき、自ら実行できるよう行動変容を目指した支援を行います。

## (3) 生活習慣予防のための健診・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PDCA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ています。

図 糖尿病等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(平成25年度)

対象者の明確化と課題設定

		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
特定健診	目標率	45%	50%	55%	60%	65%
	受診率	41.8%	41.9%	42.2%	43.8%	

↓ H23

年齢	対象者	健診受診者	未受診者
40～49歳	824	167	20.3%
50～59歳	1265	360	28.5%
60～69歳	3428	1686	49.2%
70～74歳	1856	1013	54.6%
計	7373	3226	43.8%

リビーター率	H20-21	H21-22	H22-23
P	66.9	72.2	73.5
O	57.8	61.2	68.7
K	74.4	75.8	78.5
L	70.7	71	73.6
M	75.2	75.7	76.5
N	76.1	75.6	81.1
合計	72.2%	73.4%	76.2%

実践

●未受診者への受診勧奨

3月 保険証交付の際に特定健診をすすめる資料を同封する。  
ホームページ・広報で健診日程案内

4月 新規国保加入者(他保・他市町村からの転入者等)の健診についてのお知らせ  
各地区会での特定健診受診勧奨の講話  
40～45歳国保加入者全員について、受診勧奨通知を郵送

5月 23年度HbA1c6.1%以上で、24年度未受診者への受診勧奨訪問

6月 市内の実施医療機関に現状の説明と受診勧奨のためのポスター掲示を依頼。  
市内の公共施設やスーパー等に受診勧奨のためのポスター掲示を依頼。

7月 特定健診受診券送付の際に健診受診をすすめる資料を同封する。(その際に土日を受診できる医療機関リストも同封する)

8月 広報による周知

9月

10月 健診受診状況を確認し、未受診者に対し、受診勧奨の文書や電話で期限内での受診を呼びかける。

11月

12月

1月

2月 来年度にむけて受診勧奨を行う

3月

★集団健診、日帰りドック健診申し込みの受付開始

●集団健診開始

(市内公民館等を利用して9日間、がん検診等と同時に実施)

★対象者に受診券の送付

実施期間の延長!

●医療機関健診開始(12/27まで)

●日帰りドック健診開始(9月まで)

受診医療機関の増加  
3→5カ所へ!  
定員数の増加  
450人→480人へ!

●二次健診の実施(6月～翌3月)

前年度の保健指導を継続実施

健診結果説明会・訪問等の開始!

●特定保健指導レベル  
すべてアホなし訪問を原則とする。(全数訪問)

●積極指導レベル  
全員に結果説明会の案内を送付。保健指導が必要な対象者(第3章参照)に対して、個別支援やグループ支援を実施。

●重症化予防

血糖	e-GFR	尿蛋白
第1段階	50未満	／
第2段階	51～59	(+)以上
第3段階	40未満	／

※ 基本は管理栄養士が保健指導を行うが、必要に応じて保健師も実施する。

●年間を通して重複多受診者についても訪問実施

**★健診結果及び保健指導について**

積極的支援・動機づけ支援対象者については、従来通りの支援方法(面接・訪問及びグループ支援)を実施し必要に応じて二次健診(75gOGTT・微量アルブミン尿・頸動脈エコー・血圧脈波)を実施していきます。情報提供対象者については、個別支援またはグループ支援を行っていきます。

**特定健診での有所見者の変化**

年度	総数	メタボリックシンドローム						摂取エネルギーの過剰					
		該当者		予備群		男性 85cm以上 女性 90cm以上		中性脂肪 150以上		GPT 31以上		HDLコレステロール 39以下	
		人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合
平成20年度	2985	429	14.4%	491	16.0%	1087	36.4%	801	26.8%	403	13.5%	248	8.3%
平成21年度	2996	408	13.6%	480	15.4%	1059	35.3%	789	26.3%	408	13.6%	218	7.3%
平成22年度	3109	402	12.9%	478	15.4%	1053	33.9%	800	25.7%	422	13.6%	230	7.4%
平成23年度	3226	376	↓11.7%	520	↑16.1%	1092	↓33.8%	769	↓23.8%	392	↓12.2%	220	↓6.8%

年度	総数	血管を傷つける									
		血圧		LDLコレステロール		血糖(JDS値)					
		収縮期130以上	再)収縮期140以上	120以上	HbA1c5.2～6.0	HbA1c6.1以上					
人	割合	人	割合	人	割合	人	割合				
平成20年度	2985	1765	59.1%	1011	33.9%	1866	62.5%	1419	47.5%	278	9.3%
平成21年度	2996	1670	55.7%	1014	33.8%	1818	60.7%	1418	47.3%	289	9.6%
平成22年度	3109	1739	55.9%	972	31.3%	1760	56.6%	1503	48.3%	304	9.8%
平成23年度	3226	1726	↓53.5%	999	↓31.0%	1743	↓54.0%	1649	↓51.1%	296	↓9.2%

#### (4) 保健指導に使用する学習教材

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)P16「第3章 7) 学習教材の開発」によると、

生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、効果的な学習教材が必要であり、対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせて適切に活用できる学習教材の開発が必要である。また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することは当然であり、常に最新のものに更新していくことが必要である。

具体的には、実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例をもとに事例検討会などを実施することが必要であり、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められている。

と、書かれています。

被保険者の生涯を通じた健康増進の取り組みを支援するため、引き続き、健康手帳「私の健康記録」を活用します。

また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することが求められるため、ガイドライン等の知見を踏まえ、更新していきます。

#### (5) 保健指導実施者の人材確保と資質向上

健診・保健指導を計画的に実施するために、まず健診データ、医療費データ(レセプト等)、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められます。

具体的には、医療費データ(レセプト等)と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考えることが必要となります。

平成25年10月稼働予定の国保データベース(KDB)システムでは、健診・医療・介護のデータを突合できることから、集団・個人単位での優先的な課題設定が容易になることが期待されます。その力量アップのため、健診データ・レセプト分析から確実な保健指導に結びつける研修に積極的に参加していきます。

#### (6) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)P110「第4章 保健指導の評価」によると、

保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる。

「健診・保健指導」事業の最終評価は、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項についても評価を行っていくことが必要である。この評価方法としては3つの側面が考えられる。

1点目は、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、または行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる。

としています。

また、評価は①ストラクチャー(構造)、②プロセス(過程)、③アウトプット(事業実施量)、④アウトカム(結果)の4つの観点から行っています。

保健指導にかかわるスタッフが評価結果を共有でき、その都度必要な改善を行っていけるよう最終評価に至るまでのプロセスを評価していくことが重要と考えます。

個への実践を積み重ね続けることで、保健指導方法をより効果的なものに改善し、保健指導の質を向上させながら10年後の第2次健康日本21、医療制度改革の目標達成を目指します。

## 第4章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

### 1 特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて(平成20年3月28日健発第 0328024 号、保発第 0328003 号)」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

### 2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までですが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行うように努めます。

### 3 個人情報保護対策

特定健康診査等の実施に当たっては、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等に定める役員・職員の義務(データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等)について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払います。

## 第5章 結果の報告

### 1 支払基金への報告

支払基金(国)への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示(平成20年厚生労働省告示第380号)及び通知で定められています。

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

## 第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画及び趣旨の普及啓発について、本市の広報誌及びホームページへの掲載、各種通知や保健事業等の実施に併せて啓発パンフレット等の配布を行い、公表・周知を行います。

(参考)この計画におけるHbA1cの値については、JDS値による基準に基づいています。

