

阿南市国民健康保険

# 第2期特定健康診査等実施計画

平成25年3月

阿南市

# 目 次

---

## 序章 制度の背景について

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期に向けての特定健診及び特定保健指導の基本的な考え方	4
5 第2次健康日本21における医療保険者の役割	4

---

## 第1章 第1期の評価

1 目標達成状況	5
(1) 実施に関する目標	
ア 特定健診実施率	
イ 特定保健指導実施率	
(2) 成果に関する目標	
メタボリックシンドローム該当者及び予備群減少率	
(3) 目標達成に向けての取組状況	
ア 特定健診実施率の向上方策	
イ 特定保健指導実施率の向上方策及び	
ウ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少方策	
2 保険者に対する後期高齢者支援金の加算及び減算の基準について	8
(1) 国の考え方に基づく試算	
ア 減算対象となる保険者	
イ 減算率	
ウ 加算対象となる保険者	
エ 加算率	
(2) 市町村国保グループでの位置	

---

## 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阿南市の特徴	11
(1) 医療費の状況	
(2) 疾病分類による統計	
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	14
(1) 糖尿病	
ア 阿南市の状況	
イ 健診結果からみた糖尿病の状況	
ウ 今後の課題	
(2) 循環器疾患	
ア 高血圧症	
イ 脂質異常症	

- (3) 慢性腎臓病（CKD）
    - ア 徳島県の状況
    - イ 阿南市の状況
    - ウ 健診結果からみた慢性腎臓病の状況
  - (4) 共通する課題（生活習慣の背景となるもの）
- 

### 第3章 特定健診及び特定保健指導の実施

1	特定健康診査実施等実施計画について	20
2	目標値の設定	20
3	対象者数の見込み	20
4	特定健診の実施	20
	(1) 実施形態	
	(2) 特定健診委託基準	
	(3) 特定健診実施機関リスト	
	(4) 委託契約の方法及び契約書の様式	
	(5) 特定健診委託単価及び自己負担額	
	(6) 代行機関の名称	
	(7) 受診券の様式（平成24年度）	
	(8) 特定健診の案内方法及び特定健診実施スケジュール	
	(9) 他の健診等の結果収集	
5	特定保健指導の実施	22
	(1) 特定健診から特定保健指導実施の流れ	
	(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位及び支援方法	
	(3) 生活習慣予防のための特定健診及び特定保健指導の実践スケジュール	
	(4) 糖尿病の保健指導計画	
	(5) 保健指導に使用する学習教材	
	(6) 保健指導実施者の人材確保及び資質向上	
	(7) 特定保健指導の評価	

---

### 第4章 特定健診及び特定保健指導の結果の通知と保存

1	特定健診及び特定保健指導のデータの形式	32
2	特定健診及び特定保健指導の記録の管理及び保存期間について	32
3	個人情報保護対策	32

---

### 第5章 結果の報告

支払基金への報告	32
----------	----

---

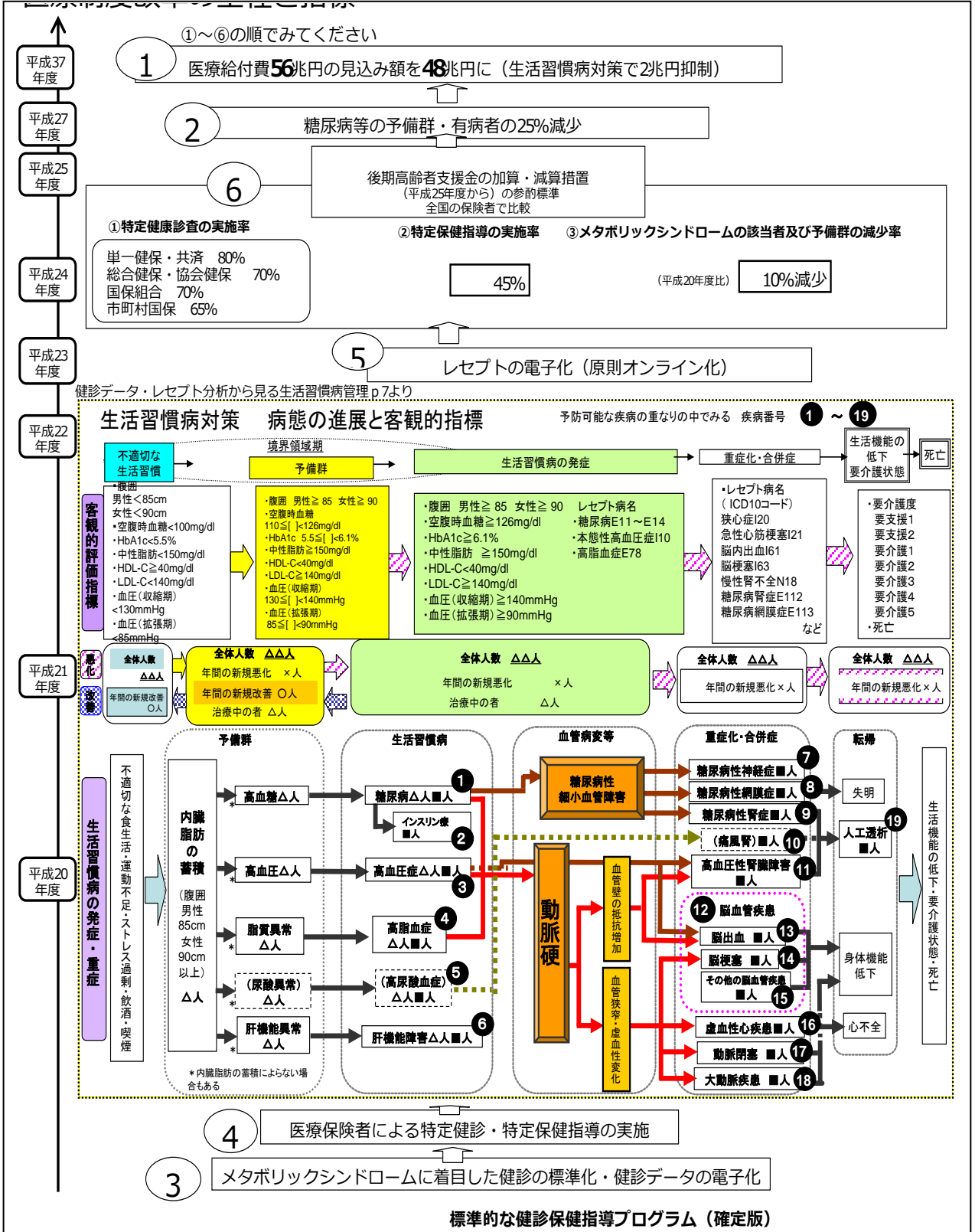
### 第6章 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

---

# 序章 制度の背景について

## 1 医療制度改革の工程と指標

### 医療制度改革の工程と指標



特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導は何を目指しているのか、国の大きな流れを示したものです。

1頁の図 医療制度改革の工程と指標の左の縦軸は、年代の経過を下から上に進んでいきます。特定健診及び特定保健指導は、平成17年度に出された医療制度改革の中のひとつの動きです。①～⑥の順序でみていきます。

①図の一番上平成37年度は、どういう時期かということ、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及び予備群を25%減らしたい。そこで、

③厚生労働省が、標準的な健診及び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及び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診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）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

特定健診及び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第1条には、

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。

また特定健診は、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及び予備群の減少なのか社会保障の視点でみてみました。

表 社会保障と生活習慣病

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 総決算額	一般会計 歳出決算額	長期補償費 (国・地方)	計	医療	主要疾患別医療費				年金	福祉・その他
								糖尿病	虚血性心疾患	脳血管疾患	がん		
(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	
1978 昭和53	WHOアルマアタ宣言	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「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」 4つの非感染性疾患 (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
							2.4	3.9	2.5	1.7	3.5		
							1982年(昭和57年)の何倍?						
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 ★											

昭和57年と平成20年の医療費を比べると、糖尿病は3.9倍、虚血性心疾患は2.5倍、脳血管疾患は1.7倍、がんは3.5倍になっています。医療費の伸びが大きいこと、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にしたということが理解できます。

### 3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）

「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の中で、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及び保健指導の基本的な考え方について示されています。

	これまでの健診・保健指導	最新の科学的知識と課題抽出のための分析	これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		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
特徴	プロセス（過程）重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重層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	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体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		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 リスクに基づき優先順位をつけ、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	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		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 個々人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	アウトプット（事業実施量）評価 実施回数や参加人数		アウトカム（結果）評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者	

これからの特定健診及び特定保健指導は、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものとされています。

また、「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」には、特定健診及び特定保健指導の契約やデータの取り扱いのルールが記載されています。

第1期計画については、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期に向けての特定健診及び特定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「今後の特定健診・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。

阿南市では、第1期よりこれらの取組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の改正案（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

##### ア 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%以上が特定健診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※1	35%	40%	45%	55%	65%
目標※2	—	—	30%	45%	65%
実績	26%	26.7%	27.9%	30.5%	33%

※1 第1期特定健康診査等実施計画の目標を記載しています。

※2 第1期特定健康診査等実施計画の中間年である平成22年に評価及び見直しを行い、目標を見直しました。

##### イ 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	31.2%	51.6%	63%	58.5%	60%

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

##### メタボリックシンドローム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>○平成25年納付分は、平成24年(=当該年度) / 平成20年(=基準年度)とし、平成26年以降の納付分は、前年 / 前々年(例えば平成26年の場合は平成25年 / 平成24年)</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(全国平均の性及び年齢構成の集団に、各医療保険者の性及び年齢階層(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>○基点となる平成20年の数は、初年度であるため、健診実施率が低い医療保険者もあ</p>



	る(あるいは元々対象者が少なく実施率が100%でも性別及び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及び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。
--	--

現時点では、特定健診受診者の中のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数及び率を示します。

表 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数及び率

内臓脂肪症候群の	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	534人 16.4%	553人 16.5%	556人 16.0%	647人 16.8%	741人 16.4%
予備群	402人 12.3%	421人 12.6%	436人 12.6%	532人 13.8%	578人 12.8%

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。

### (3) 目標達成に向けての取組状況

#### ア 特定健診実施率の向上方策

- (ア) 阿南市は医療機関が多く、既に通院治療している方も少なくはありません。しかし、治療中の方も特定健診の対象となるため、医療機関に協力していただけるように継続的に働きかけていきます。
- (イ) 平成23年度からの取組として、阿南市と、阿南市医師会、とくしま未来健康づくり機構及び農村健康管理センターとの間において、「特定健康診査の支払に関する覚書」を交換し、指定の実施機関において受診した場合、自己負担額を無料にしました。  
また、特定健診の訪問専任の保健師を雇用し、未受診者に対する個別訪問を強化したことにより、平成23年度は平成22年度に比べて実施率が増加しました。
- (ウ) 平成23年度は、過去3年間未受診者のうち、地区別の実施率の低い加茂谷、大野、椿及び椿泊の3地区を重点的に訪問しました。伊島を除く各地区で、平成23年度の実施率が平成22年度の実施率より高く、特に大野については、平成22年度に比べ約10%も実施率が増加しました。
- (エ) 男女とも40歳から44歳までの受診が低いため、平成24年度から40歳の新規対象者に対する訪問を実施していきます。
- (オ) 平成24年度は、従来の集団健診に椿泊漁協、見能林公民館、橘公民館、宝田公民館、長生公民館の5か所を追加し、より住民が受診しやすい環境作りに努めました。図 地区別の特定健診実施率の推移をみると、集団健診を追加した長生、椿及び椿泊においては、平成23年度の受診率を上回りました。

図 平成20年度からの特定健診実施率の推移

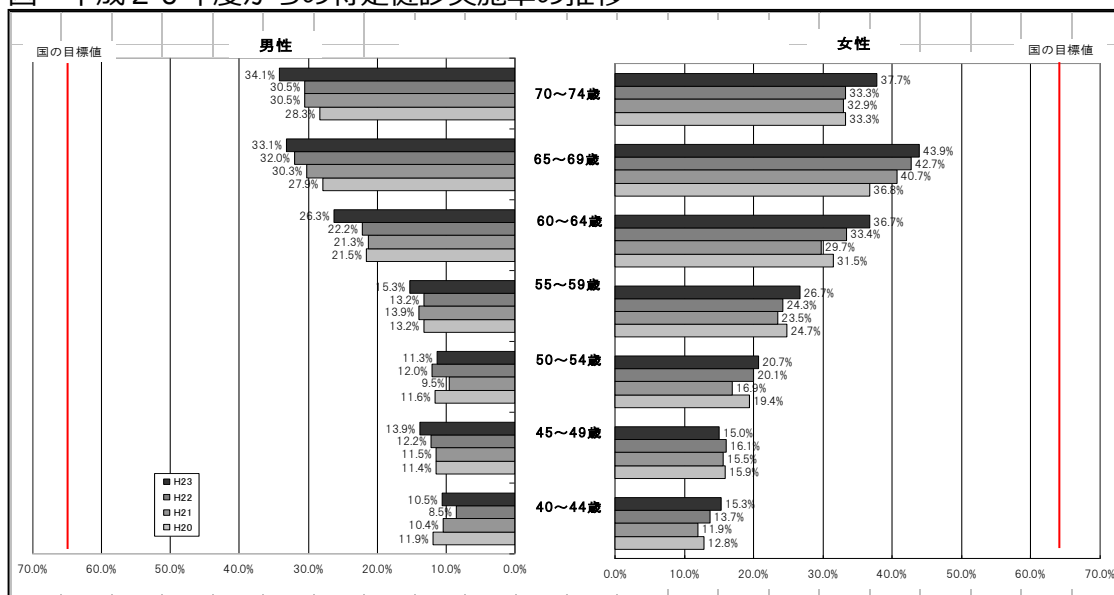
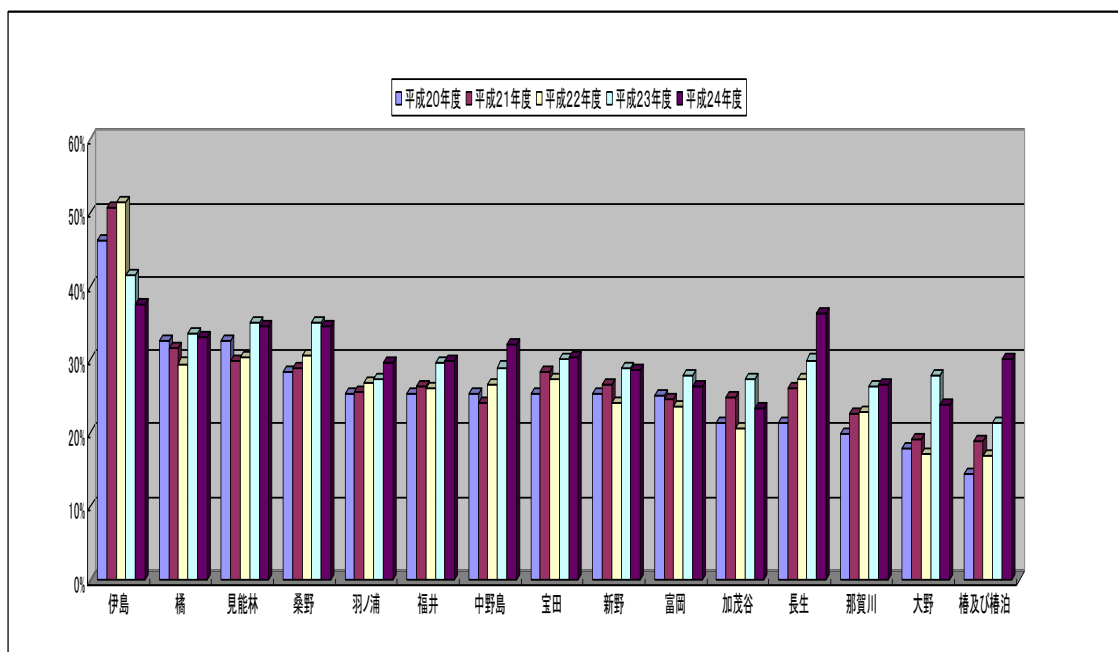


図 地区別の特定健診実施率の推移 (平成25年3月6日時点)



イ 特定保健指導実施率の向上方策及び

ウ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少方策

(ア) 特定保健指導を実施するに当たり、保健指導実施者を地区担当性にすることで、発症予防及び重症化予防に努めました。

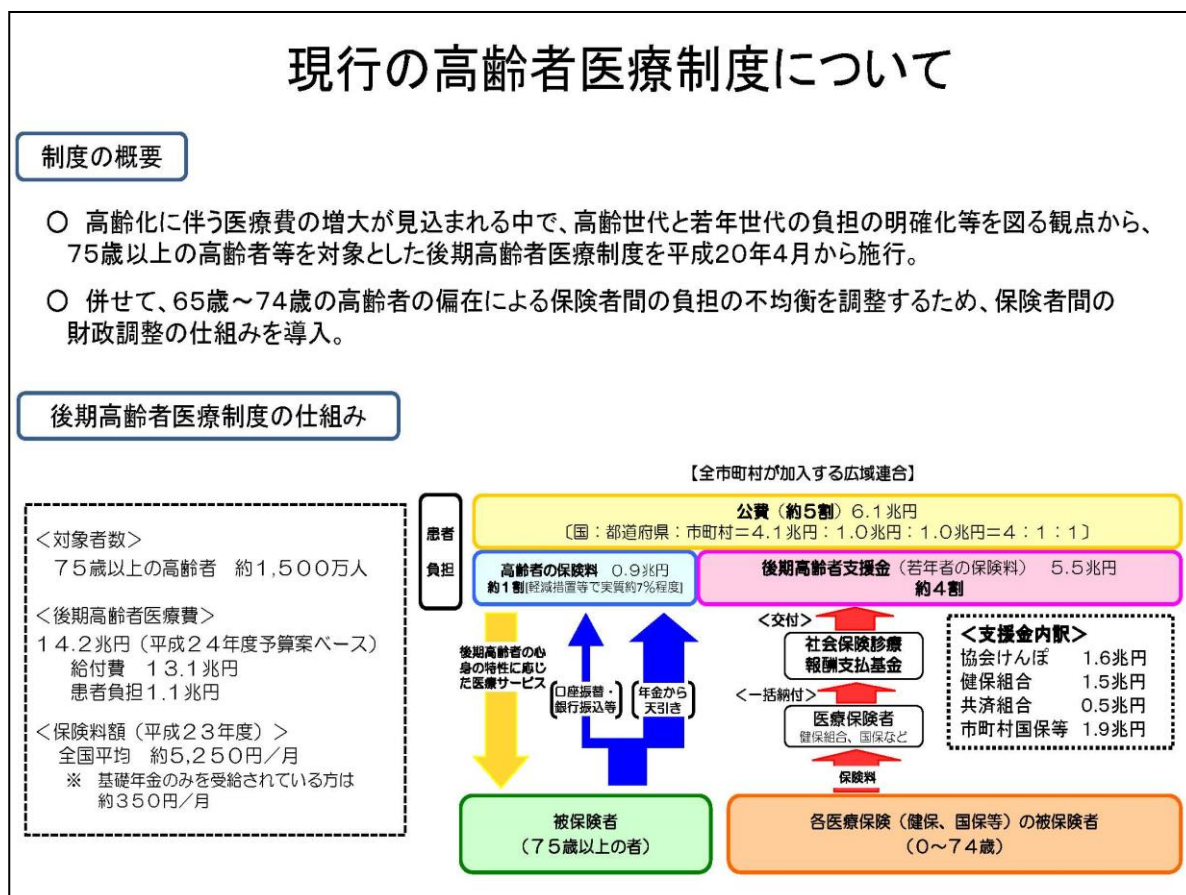
(イ) 毎年、年間実施スケジュールを作成し、進捗状況の管理及び次年度実践計画につなぎました。

(ウ) 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、多くの住民や被保険者に出会える機会を持つことで早期介入に努めました。

## 2 保険者に対する後期高齢者支援金の加算及び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



支援金は、加入者1人当たりいくらという形で算定することとなり（平成24年度概算では、1人当たり49,497円）、医療保険者の規模の大小に関わらず平等に負担することが義務付けられています。ただし、その支援金の額は、国が「特定健康診査等基本指針」で示す特定健診等の実施及びその成果に関する具体的な目標の達成状況で、±10%の範囲内で加算及び減算等の調整を行うこととされ、平成25年度から納付される後期高齢者支援金に適用されることになっています。（平成24年度までの支援金は加算及び減算を行わず100/100で算定）

この背景としては、医療保険者が生活習慣病対策を推進すれば、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症が減少し、これによって、脳卒中や心筋梗塞等への重症な疾患の発症も減少するが、こうした重症な疾患は後期高齢者において発症することが多く、後期高齢者の医療費の適正化につながることを踏まえ、そうした医療保険者の努力を評価し、特定健診及び特定保健指導の実施に向けた社会的評価とするために設けられた制度です。

(1) 国の考え方に基づく試算

現在、国の検討会において、平成25年度の支援金の評価基準が議論されています。

ア 減算対象となる保険者

特定健診の実施率65%以上、特定保健指導の実施率45%以上の両方を達成した保険者になります。

イ 減算率

平成21年度実績での試算では、減算率は約3.7%、加入者1人当たりの減算額は2,000円弱になると見込まれています。

ウ 加算対象となる保険者

特定健診も特定保健指導もほとんど実施していない保険者になります。

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。

阿南市の平成23年度の実績で試算してみました。特定健診実施率30.5%を調整済特定健診実施率に直すと60.8%、これに特定保健指導実施率58.5%を乗じると0.356になるため、阿南市は加算対象になりません。

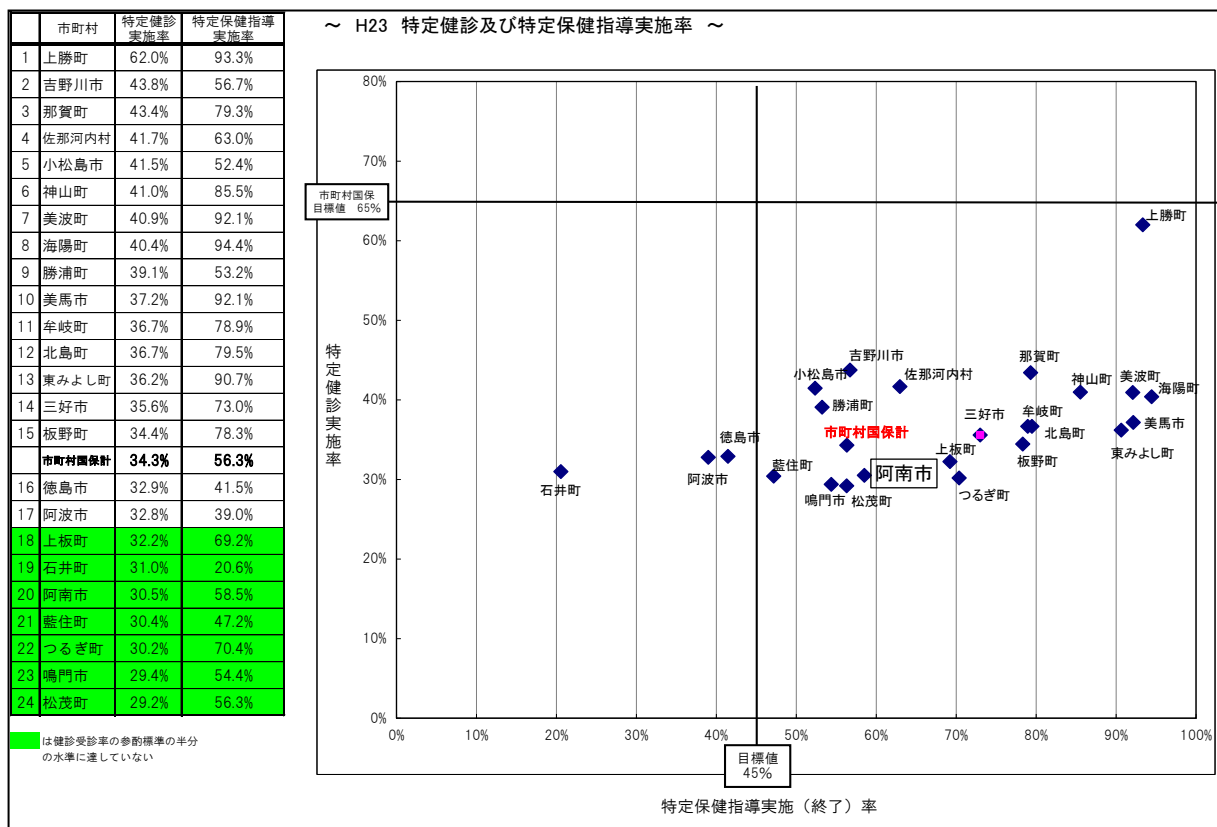
エ 加算率

0.23%を前提とする方向で、加入者1人当たり加算額は年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

阿南市の平成23年度実績を見ると、特定健診実施率30.5%、特定保健指導実施率58.5%でした。

図 特定健診及び特定保健指導実施率（平成23年度）



## 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阿南市の特徴

表 社会保障の視点でみた阿南市の特徴

項目		国		徳島県		阿南市			
1	人口動態	総人口	127,650,000 人	776,177 人	75,278 人				
		65歳以上人口	30,250,000 人	211,426 人	20,477 人				
	H24.4.1 推計人口 (徳島県平均)	(再掲)75歳以上人口	15,010,000 人	117,708 人	11,179 人				
		高齢化率	23.7 %	27.2 %	27.2 %	県内 16/24			
		75歳以上の割合	11.8 %	15.2 %	14.9 %	県内 15/24			
平均寿命	男性 78.79 歳	H17	78.09 歳	全国 39/47	77.5 歳	県内 18/24			
平成17年 都道府県別生命表より	女性 85.75 歳		85.67 歳	全国 30/47	85.6 歳	県内 13/24			
2	死亡の状況	死亡原因	死亡原因	10万対	死亡原因	10万対	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	339.0	
		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)	185.4	
		3位	脳血管疾患	97.7	肺炎	128.4	老衰	121.8	
		4位	肺炎	94.1	脳血管疾患	116.7	肺炎	116.5	
	5位	老衰	35.9	老衰	59.6	脳血管疾患	91.4		
	甲世予防からみた死亡(64歳以下)	合計	176,549 人	14.8%	1,153 人	12.4%	112 人	12.0%	県内 10/24
平成22年度 徳島県保健統計年報より	男性	119,965 人	18.9%	812 人	17.0%	71 人	15.7%	県内 13/24	
	女性	56,584 人	11.2%	341 人	7.5%	41 人	8.5%	県内 9/24	
3	介護保険	要介護認定者数	5,062,234 人	44,798 人	4,426 人				
		【再掲】1号被保険者/認定率	4,907,439 人 16.9%	43,730 人 21.1%	4,319 人 21.3%				
		【再掲】2号被保険者/認定率	154,795 人 0.4%	1,068 人 0.4%	107 人 0.4%				
	平成22年度 介護保険事業状況年報より	介護給付費	給付費 1人あたり 6,839,563,804.875 円 1,351,096 円	給付費 1人あたり 60,674,754,251 円 1,354,408 円	全国順位 27位	給付費 1人あたり 6,162,119,480 円 1,392,255 円	県内順位 12位		
4	後期高齢者医療	加入者	14,341,142 人	116,350 人	11,179 人	H23年度 (3月~2月)			
		1人あたり診療費	904,795 円	966,288 円	879,645 円	県内 18/24			
		入院:1人あたり診療費	418,334 円	475,004 円	408,346 円	県内 19/24			
		入院外:1人あたり診療費	262,563 円	306,510 円	304,610 円	県内 9/24			
5	国保の状況	被保険者数	人数 35,849,071 人	人数 194,372 人	人数 18,681 人				
		うち 65~74歳	11,222,279 人 31.3%	64,280 人 33.1%	6,449 人 34.5%				
		一般	33,851,629 人 94.4%	180,249 人 92.7%	16,856 人 90.2%				
	退職	1,997,442 人 5.6%	14,123 人 7.3%	1,825 人 9.8%					
	平成23年度3月31日人口 (平成22年度人口動態) 平成22年度国民健康保険事業年報より	加入率	28.4%	24.6%	24.1%				
6	医療費の状況	医療費総額(一般+退職)	医療費 1人あたり 10,730,809,969,643 円 299,333 円	医療費 1人あたり 68,543,319,583 円 352,640 円	全国順位 8位	医療費 1人あたり 6,480,659,681 円 346,912 円	県内順位 16位		
		一般	9,981,592,881,827 円 294,863 円	62,904,750,260 円 348,988 円	8位	5,816,737,594 円 345,084 円	15位		
		退職	749,244,489,084 円 375,102 円	5,638,569,323 円 399,247 円	8位	663,922,087 円 363,793 円	18位		
	医療の状況	治療者数	全受療者に占める割合 総人数に占める割合	治療者数	全受療者に占める割合 総人数に占める割合	治療者数	全受療者に占める割合 総人数に占める割合		
虚血性心疾患	10,377 16.5%	10,377 16.5%	1,046 17.4%	1,046 17.4%					
脳血管疾患(脳梗塞)	5,504 8.8%	5,504 8.8%	535 8.9%	535 8.9%					
脂質異常症	31,744 50.5%	31,744 50.5%	2,994 49.8%	2,994 49.8%					
糖尿病	22,871 36.4%	22,871 36.4%	2,301 38.3%	2,301 38.3%					
高血圧症	43,258 68.8%	43,258 68.8%	4,122 68.6%	4,122 68.6%					
人工透析	571 0.9%	571 0.9%	41 0.7%	41 0.7%					
7	特定健診の状況	健診対象者数	健診対象者数	受診者数	受診率	健診対象者数	受診者数	受診率	
		受診者数/受診率	127,850 人	43,863 人	34.3%	12,648 人	3,860 人	30.5%	
		有所見順位		有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	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%	LDL	2,209 人	57.2%
		第2位		LDL	24,518 人	55.9%	HbA1c	2,166 人	56.1%
		第3位		収縮期血圧	22,416 人	51.1%	収縮期血圧	2,061 人	53.4%
		第4位		腹囲	14,687 人	33.5%	腹囲	1,335 人	34.6%
		第5位		BMI	12,274 人	28.0%	BMI	1,115 人	28.9%
		第6位		血糖	10,243 人	23.4%	血糖	836 人	21.7%
		第7位		中性脂肪	10,041 人	22.9%	中性脂肪	817 人	21.2%
		第8位		拡張期血圧	7,571 人	17.3%	拡張期血圧	747 人	19.4%
		第9位		ALT(GPT)	6,046 人	13.8%	ALT(GPT)	503 人	13.0%
		第10位		尿酸	4,195 人	9.6%	尿酸	417 人	10.8%
		支援別状況		対象者数	実施者数(終了者数)	実施率(終了率)	対象者数	実施者数(終了者数)	実施率(終了率)
情報提供(I-M-N)		38,029 人	—	—	3,303 人	—	—		
動機づけ支援(O)		4,272 人	2,656 人	62.2%	416 人	268 人	64.4%		
積極的支援(P)		1,562 人	630 人	40.3%	141 人	58 人	41.1%		
(再)服薬中のためP対象者 とらえられた者		9,888 人	—	—	876 人	—	—		

(1) 医療費の状況

平成20年度から平成24年度までのレセプトから医療費の状況をみてみました。平成23年度までのレセプト状況、平成24年度は見込みについて示しています。

特定健診が開始した平成20年度からの医療費は、平成21年度に減少したものの、その後は増加傾向にあります。国保加入者の医療費の約9割を、40歳から75歳未満が占めており、40歳から75歳未満の中でも、55歳ころから徐々に医療費が増え始めています。

特定健診の受診をみると55歳ころから徐々に増え始めています。これは医療費と比例していることから、特定健診の受診は医療機関に通院している方が受けている割合が高いようです。

今後は、医療費及び特定健診の受診が増え始める55歳ころまでの対象者に、更なる積極的な介入を図ります。そして、特定健診の受診勧奨を行うとともに、健診結果から保健指導対象を明確にし、早期介入や重症化予防に努めます。

表 医療費の推移

	国保加入者の医療費(円)	40～75歳未満(円)
平成20年度	6,279,915,874	5,642,073,607
平成21年度	6,229,698,090	5,565,433,794
平成22年度	6,433,964,567	5,802,355,795
平成23年度	6,474,631,040	5,828,025,928
平成24年度	6,641,362,698	5,977,226,428

(2) 疾病分類による統計

平成20年から平成24年までの5月分の国保加入者の疾病分類をみてみました。疾病分類統計表(件数)の順位は、1位 消化器系の疾患、2位 循環器系の疾患、3位 内分泌、栄養及び代謝疾患となっています。平成20年から平成24年までを通して、順位の変動はありません。

疾病分類統計表(金額)の順位は、平成20年から平成23年までは、1位 循環器系の疾患、2位 精神及び行動の障害、3位 消化器系の疾患となっていました。平成24年に2位と3位の順位が入れ替わりました。

表 疾病分類統計表（件数）

疾病分類別	平成20年5月分	平成21年5月分	平成22年5月分	平成23年5月分	平成24年5月分
感染症及び寄生虫症	452	394	442	474	471
新生物	528	520	465	573	490
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	42	39	37	46	48
内分泌、栄養及び代謝疾患	1,662	1,612	1,646	1,745	1,753
精神及び行動の障害	1,144	1,005	936	864	897
神経系の疾患	384	377	418	471	453
眼及び付属器の疾患	1,247	1,176	1,025	1,052	1,106
耳及び乳様突起の疾患	284	225	244	242	257
循環器系の疾患	3,174	3,155	3,214	3,226	3,315
呼吸器系の疾患	1,169	1,267	1,151	1,171	1,237
消化器系の疾患	3,307	3,173	3,281	3,464	3,546
皮膚及び皮下組織の疾患	633	655	679	698	726
筋骨格系及び結合組織の疾患	1,312	1,359	1,234	1,165	1,134
腎尿路生殖系の疾患	432	400	332	387	359
妊娠、分娩及び産褥	20	16	21	11	22
周産期に発生した病態	5	10	7	5	6
先天奇形、変形及び染色体異常	27	30	30	33	32
他に分類されないもの	236	228	174	170	169
損傷、中毒及びその他の外因の影響	378	381	310	338	513
合計	16,436件	160,222件	15,646件	16,135件	16,534件

表 疾病分類統計表（金額）

疾病分類別	平成20年5月分	平成21年5月分	平成22年5月分	平成23年5月分	平成24年5月分
感染症及び寄生虫症	7,074,210	7,865,370	9,381,160	9,383,170	9,438,940
新生物	40,025,460	40,488,180	46,818,190	50,235,710	48,403,200
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1,564,600	3,604,400	8,002,450	916,430	5,255,980
内分泌、栄養及び代謝疾患	36,069,300	35,172,360	42,266,550	36,885,540	37,574,510
精神及び行動の障害	80,002,680	72,094,800	69,234,920	68,960,310	67,249,410
神経系の疾患	18,540,210	23,571,660	20,940,220	25,495,060	20,911,470
眼及び付属器の疾患	12,603,610	11,615,540	13,383,680	11,052,940	14,185,440
耳及び乳様突起の疾患	4,249,500	3,087,820	3,216,140	2,335,470	2,850,640
循環器系の疾患	88,410,060	84,709,750	80,241,370	83,443,050	71,658,920
呼吸器系の疾患	16,180,410	16,542,700	13,720,740	23,952,270	18,229,970
消化器系の疾患	64,270,570	58,859,140	61,532,740	66,232,980	68,155,080
皮膚及び皮下組織の疾患	5,635,140	47,049,580	6,443,990	5,582,770	4,877,100
筋骨格系及び結合組織の疾患	28,355,530	25,330,400	23,850,820	20,153,560	33,157,000
腎尿路生殖系の疾患	30,863,330	29,551,510	19,885,730	20,812,950	22,742,460
妊娠、分娩及び産褥	828,810	441,780	1,884,310	96,480	744,380
周産期に発生した病態	64,770	472,610	726,930	122,730	1,507,870
先天奇形、変形及び染色体異常	2,471,850	2,618,340	3,215,940	3,022,390	2,672,420
他に分類されないもの	4,560,870	4,803,310	4,591,020	6,092,180	3,976,850
損傷、中毒及びその他の外因の影響	19,493,090	15,738,860	17,768,910	16,291,060	20,285,170
合計	461,264,000円	483,618,110円	447,105,810円	451,067,050円	453,876,810円



## 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。

#### ア 阿南市の状況

平成24年3月診療分レセプトからみた糖尿病の有病者は、被保険者数18,256人のうち、男性1,189人、女性1,112人と、男性の有病者が多いです。年代で見ると、0～19歳の有病者が3人、20～29歳の有病者が4人と、若い世代に7人の有病者がいました。

2,301人のうちインスリン治療者は156人、人工透析患者は15人でした。

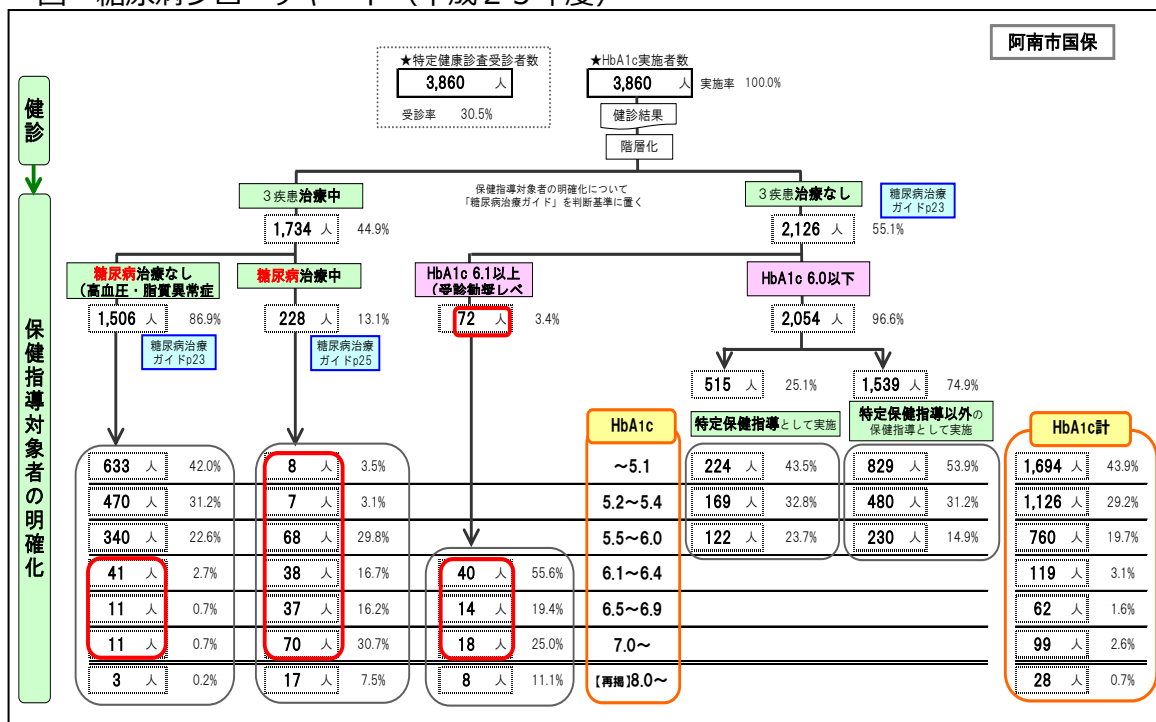
#### イ 健診結果からみた糖尿病の状況

健診結果から、糖尿病の有病者は363人でした。その中で、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の3疾患治療なしで、HbA1c 6.1以上の受診勧奨レベルは72人でした。

3疾患治療なしで、HbA1c 6.1以上の方については、平成21年度より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、治療中断予防及び重症化予防の仕組みができています。

阿南市内の糖尿病認定医をすべて訪問し、糖尿病地域保健用連携パスについての取組等の説明を行いました。また、実際に、地域の中で重症化の方や治療中断中の方に、糖尿病地域保健用連携パスを使用したことで、医療連携の第一歩につながりました。

図 糖尿病フローチャート（平成23年度）



## ウ 今後の課題

第1期はHbA1c 6.1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す。

### (ア) 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、衛生部門、被用者保険の保険者と連携し、より若い世代からの糖尿病予防を目指します。

### (イ) 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。

### (ウ) 合併症による臓器障害の予防及び生命予後の改善

糖尿病の合併症のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい「糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少」を指標とします。

### (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占めています。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、高血圧症、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

れについて改善を図っていく必要があります。

## ア 高血圧症

高血圧症はわが国では3,000万人を超えるといわれており、最も高頻度な生活習慣病です。異常な血圧上昇の持続は動脈硬化症の進行、臓器障害、血管出血などにより脳血管障害や虚血性心疾患、閉塞性動脈硬化症、高血圧性腎不全など生命予後及び生活の質に直接的に関与する疾患を発症させます。

### (ア) 阿南市の状況

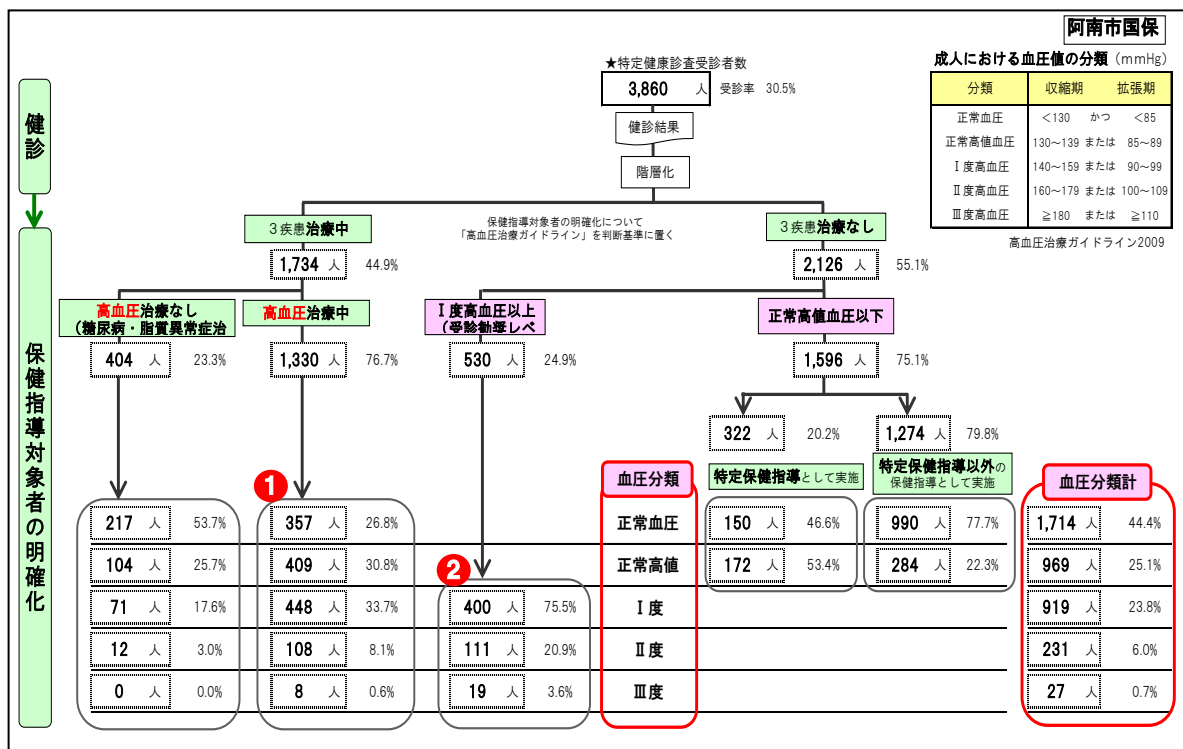
平成24年3月診療分レセプトからみた高血圧症の有病者は、男性1,991人、女性2,131人と、女性の有病者が多いです。

また、平成24年3月末時点で、介護保険第2号被保険者の認定を受けている人は77人でした。特定疾病の内訳をみると、脳血管疾患によるものが43人と半数以上を占めています。43人の基礎疾患をみると、高血圧症27人、脂質異常症18人、糖尿病13人、約6割に高血圧症の基礎疾患があります。

### (イ) 健診結果からみた高血圧の状況

健診結果から、3疾患治療なし2,126人のうち、I度高血圧以上の受診勧奨レベルは530人でした。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す。「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。

図 高血圧フローチャート（平成23年度）



## イ 脂質異常症

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及び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240 mg/dl 以上あるいはLDLコレステロール160 mg/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、その方の健康寿命を守ることとなります。

### (ア) 阿南市の状況

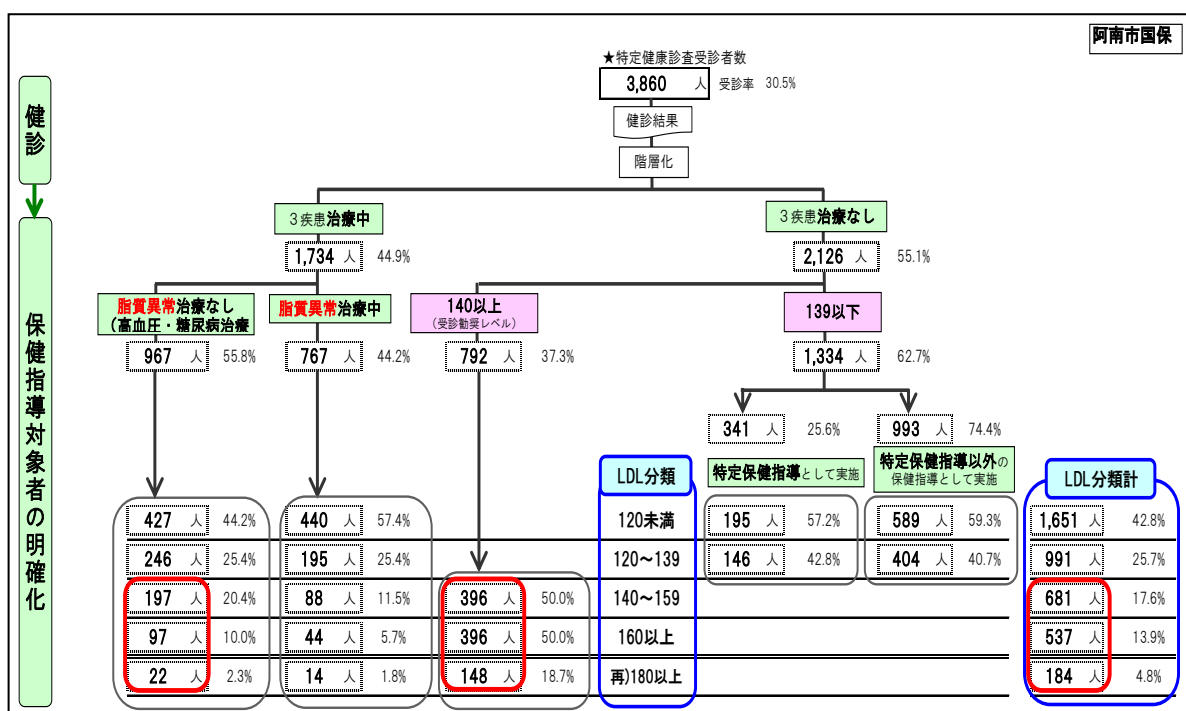
平成24年3月診療分レセプトからみた脂質異常症の有病者は、男性1,209人、女性1,785人と、女性の有病者が多いです。

### (イ) 健診結果からみた脂質異常症（高LDLコレステロール血症）の状況

健診結果から、3疾患治療なし2,126人のうち、LDLコレステロール140mg/dl以上の受診勧奨レベルは792人でした。性別で見ると、男性229人、女性563人と、女性が男性の約2倍以上でした。さらにLDL分類で、LDLコレステロール180mg/dl以上は148人でした。性別で見ると、男性29人、女性119人と、女性が男性の約4倍でした。

性別や年齢を考慮し、LDLコレステロール高値者に対し、必要な保健指導を行うとともに、心血管リスク評価のための必要な検査を行い、ハイリスク者には治療継続が図れる仕組み作りを目標とします。

図 LDL-Cフローチャート（平成23年度）



### (3) 慢性腎臓病（CKD）

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、心血管疾患、すなわち脳卒中や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、微量アルブミン尿や蛋白尿が、独立した心血管疾患の危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管疾患の発症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て、心血管疾患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。

#### ア 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。

#### イ 阿南市の状況

平成24年3月診療分レセプトをみると、人工透析患者は41人でした。1か月の費用額は約2,000万円、年間では約2億4,000万円を要することになります。

41人の人工透析患者のうち、糖尿病による透析導入者は15人です。仮に糖尿病の早期介入及び重症化予防ができ、1年でも透析開始時期を遅らせたすると、年間で約9,000万円の医療費適正化を図ることができます。

#### ウ 健診結果からみた慢性腎臓病の状況

慢性腎臓病の病期（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。慢性腎臓病となるのは、蛋白尿とeGFR60未満です。

特定健診の結果を慢性腎臓病新重症度分類と、腎臓専門医への紹介基準で見ると次のとおりです。

健診結果から、腎臓専門医へ紹介すべき対象者は136人です。また、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、622人です。

まずは、慢性腎臓病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の構築を目指します。

表 慢性腎臓病該当者を明確にしましょう（平成23年度）

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
			3,856 人		3,660 人 94.9%	145 人 3.8%	0 人 0.0%	51 人 1.3%
G1	正常 または高値	90以上	568 人 14.7%	547 人 14.2%	19 人 0.5%	0 人 0.0%	2 人 0.1%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	2,664 人 69.1%	2,551 人 66.2%	93 人 2.4%	0 人 0.0%	20 人 0.5%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	558 人 14.5%	520 人 13.5%	24 人 0.6%	0 人 0.0%	14 人 0.4%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	56 人 1.5%	38 人 1.0%	6 人 0.2%	0 人 0.0%	12 人 0.3%	
G4	高度低下	15-30 未満	9 人 0.2%	4 人 0.1%	3 人 0.1%	0 人 0.0%	2 人 0.1%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 --	1 人 0.0%	

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 3,860 人											
	総数	治療なし					治療中				
		40代	50代	60代	70-74	40代	50代	60代	70-74		
専門医受診対象者 (①～③の実人数)	136 人 3.5%	40 人 29.4%	3 人 7.5%	3 人 7.5%	29 人 72.5%	5 人 12.5%	96 人 70.6%	1 人 1.0%	8 人 8.3%	56 人 58.3%	31 人 32.3%
① 尿蛋白 2+以上	51 人 1.3%	14 人 27.5%	3 人 21.4%	0 人 0.0%	7 人 50.0%	4 人 28.6%	37 人 72.5%	0 人 0.0%	4 人 10.8%	14 人 37.8%	19 人 51.4%
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	100 人 2.6%	27 人 27.0%	0 人 0.0%	3 人 11.1%	23 人 85.2%	1 人 3.7%	73 人 73.0%	1 人 1.4%	5 人 6.8%	48 人 65.8%	19 人 26.0%

(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。

## 第3章 特定健診及び特定保健指導の実施

### 1 特定健康診査等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第1期の評価を踏まえ策定するものです。

この計画は5年を一期とし、第2期は平成25年度から平成29年度とし、計画期間の中間年である平成27年度の実績をもって、評価及び見直しを行っていきます。

### 2 目標値の設定

特定健康診査等基本指針に記載された目標項目、目標値を参考に、阿南市における目標値を下記のとおり設定します。

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診実施率	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	50%	50%	55%	55%	60%

### 3 対象者数の見込み

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診対象者数	13,684人	13,771人	13,868人	13,975人	14,094人
特定健診受診者数	5,474人	6,197人	6,934人	7,686人	8,456人
特定保健指導対象者数	931人	1,053人	1,079人	1,307人	1,437人
特定保健指導実施者数	466人	527人	589人	653人	862人

### 4 特定健診の実施

(参考) 平成24年度

#### (1) 実施形態

特定健診については、特定健診実施機関に委託します。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である徳島県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）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) 特定健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、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) 委託契約の方法及び契約書の様式

県医師会と市町村国保側の取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) 特定健診委託単価及び自己負担額

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。

ただし、阿南市と阿南市医師会、とくしま未来健康づくり機構及び農村健康管理センターとの間において、「特定健康診査の支払に関する覚書」を交換し、指定した医療機関等で特定健診を受診した場合、自己負担額の1,000円を直接、阿南市が医療機関等に支払うため、本人負担はありません。

(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）の請求及び支払の代行は、国保連合会に委託しています。

(7) 受診券の様式（平成24年度）

国民健康保険受診券様式	
〒	
特定健康診査受診上の注意事項	
1. 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います。）	
2. 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。	
3. 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。	
4. 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。	
5. 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。	
6. 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ください。	
7. 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。	
8. 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。	

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	・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
健診機関窓口での自己負担額	受診者負担額 1,000円
保 險 者 等	所在地 電話番号 番 号 名 称
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
	公印 省略



(8) 特定健診の案内方法及び健診実施スケジュール

特定健診対象者に、受診券を発行し、特定健診のお知らせ等とともに通知します。(年間実施スケジュール参照)

通知内容は、受診券、特定健診実施機関一覧表、パンフレットです。

図 年間実施スケジュール

		受診券有効期限											
	実施年度4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
阿南市				7月1日	→					12月31日			
(注1)実施年度の10月以降に75歳に到達する方については、一律9月30日が有効期限です。													
(注2)「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは7月です。													

(9) 他の健診等の結果収集

阿南市が実施する人間ドック及び脳ドック受診者については、特定健診を受診したものとし、健診機関から健診結果を受領します。

また、特定健診の健診項目を含む事業主健診等結果についても本人等から提出を受けた場合も同様とします。

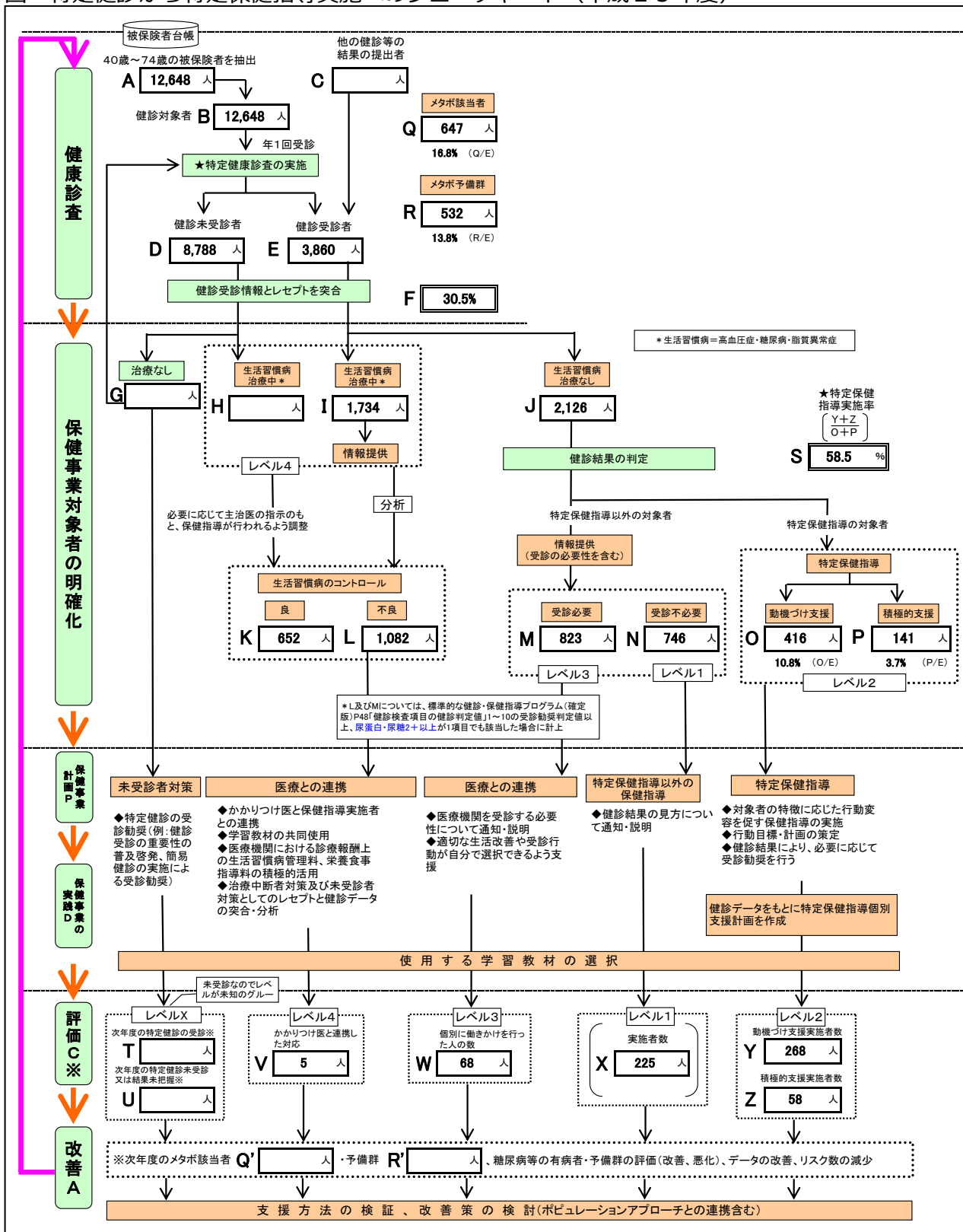
## 5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、衛生部門へ執行委任の形態で行います。

(1) 特定健診から特定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 特定健診から特定保健指導実施へのフローチャート（平成23年度）



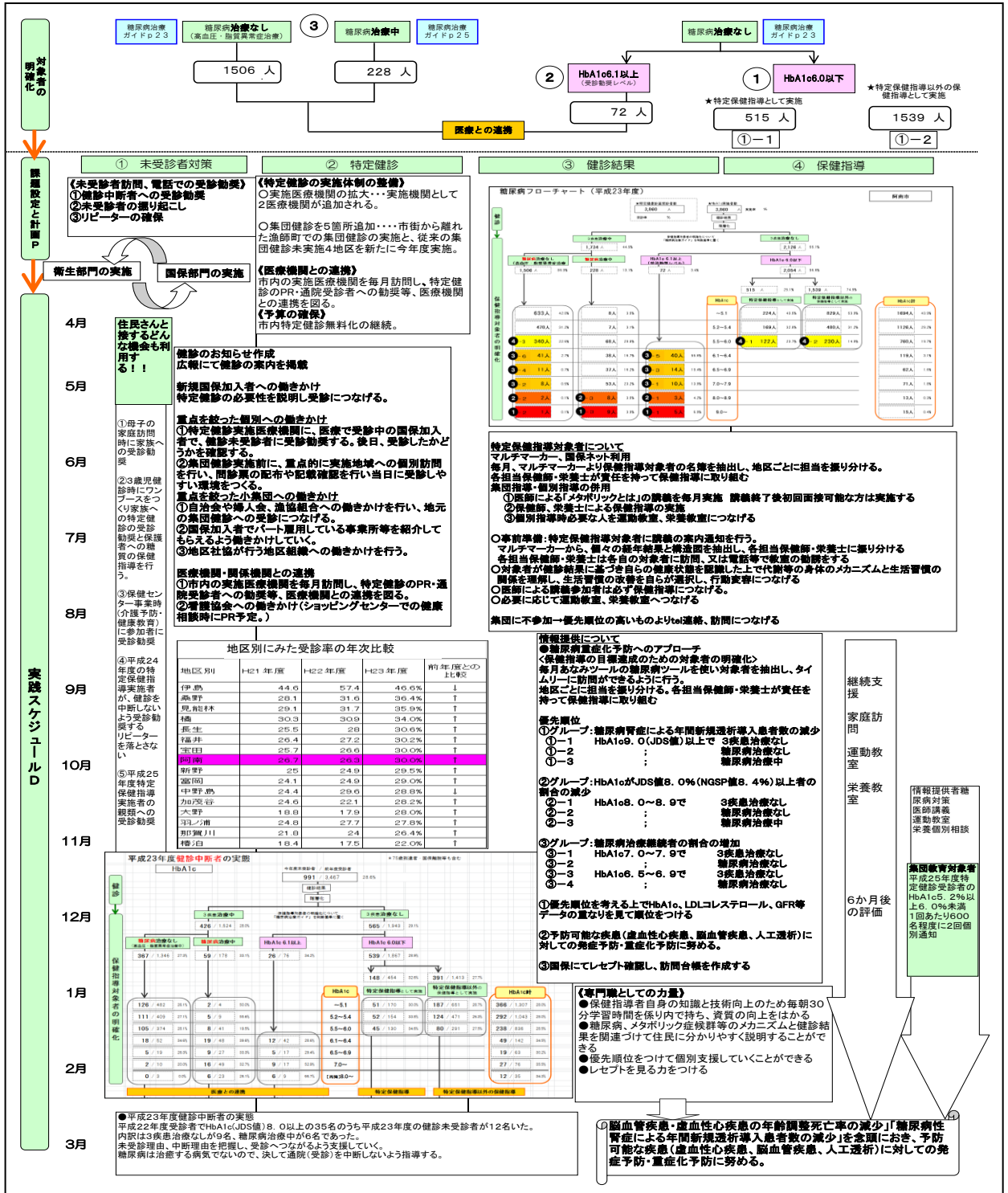
(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位及び支援方法

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23年より (受診者の〇%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標及び計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	557人 (14.4)	60% (平成29年度目標値)
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	823人 (21.3)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	8,788人 ※受診率目標達成まであと4,361人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知及び説明	746人 (19.3)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合及び分析	1,734人 (44.9)	

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク(特にHbA1c、血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFRと尿蛋白の有無)を評価し、必要な保健指導を実施します。

(3) 生活習慣予防のための特定健診及び特定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P D C A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ます。

図 生活習慣病予防のための健診及び保健指導の実践スケジュール（平成25年度）

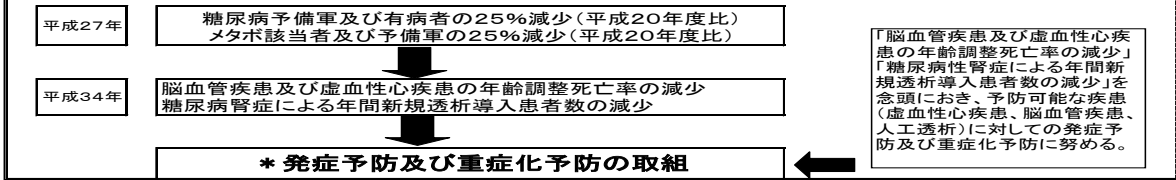


(4) 糖尿病の保健指導計画

特定健診の課題は、「脳」「心臓」「腎臓」の重症化予防です。阿南市においても医療費の適正化を図るため、「糖尿病腎症による年間透析導入患者数の減少」を目指して、糖尿病に視点をおき、個々人に合った保健指導に努めます。

表 糖尿病のプロセス計画

- 受診の有無の確認(電話連絡又は訪問)
- ①本人に受診の確認、治療状況の確認などを行い、2～3ヵ月後に訪問の約束をする。
  - ②レセプト(調剤レセプト含む)で治療状況を確認
  - ③治療状況の確認と治療継続の必要性を理解してもらう
  - ④必要に応じて医療機関と連絡を取り生活習慣改善指導を行う
  - ⑤次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する



(5) 保健指導に使用する学習教材

保健師及び栄養士が普段活用する学習教材について、活用頻度の高いものは、スタッフ間の標準的な学習教材として使用できるように、ガイドライン等の知見を踏まえ、更新していきます。

表 活用状況

私の健康記録	食-19	肉50gあたりの脂質とコレステロールの関係	70.0%
	食-20	魚50gあたりの脂質とプリン体の関係	80.0%
	食-21	肉50gあたりの脂質とプリン体の関係	70.0%
	食-32	古くて新しい塩分…目安をつけるための資料	80.0%
	運-2	体の使い方のちょっとした工夫でエネルギー消費は高まります	70.0%
糖尿病ノート	ボ-6	症状がないから大丈夫！と思っていませんか？	30.0%
	糖-5	糖尿病の診断基準(案)	70.0%
	糖-10	糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？	40.0%
	糖-12	わたしはどの段階にいるか、そして次の段階に進まないための検査は何か	30.0%
	糖-食B⑤	飲み物からとる糖分の目安のつけ方(食-13)	80.0%
	糖-食B⑥	アルコールの種類とアルコール量(食-11)	80.0%

(6) 保健指導実施者の人材確保と資質向上

保健指導実施者の人材確保策を検討するために、保健活動の年次推移の表を作成し、体制整備につなげていきます。

図 保健活動の年次推移

平成	年度	SS8~H19 老人保健法 H19年度地域保健法制	保健師所属部	保健師所属種	業務体制	保健センター成人保健係 保健センター健康増進係 保健センター母子保健係	保健センター 介護保険認定調査係 介護保険支援事業係 介護保険課 計 長寿社会課 福祉課 ことし相談室・保健所 福祉課 保健生各課	合計	要たきり病・呆性老人 等訪問	機能訓練事業	機能訓練事業参加者 (注)	要たきり等訪問 健診事後訪問
関係法令等		保健師所属課（保健師数）						トヨタ			訪問 指導 数	

特定健診及び特定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及び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、集団及び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、健診データ及び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。

#### (7) 特定保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）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。

このような「健診・保健指導」事業の最終評価は、有病者や予備群の数、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てく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事が必要である。」とされています。

また、「評価は、一般的に、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の観点から行う。」とされています。

そのため、保健指導にかかわるスタッフが評価結果を共有でき、必要な改善を行っていけるよう、保健師及び栄養士ごとに作成する評価表と全体の評価表の様式を定めておきます。

個への実践を積み重ねることで、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。





図 全体の評価表

Aプロセス(過程)	B7アウトプット(事業専務量)		Cアウトカム(結果)			Dストラクチャー(構造)
	①特定健診実施率	②特定保健指導実施率	①健診結果	②医療	③介護	
<p><b>Aプロセス(過程)</b></p> <p>○対象者の明確化した保健指導                      ・マルチマーカーを使い対象者を明確化                      ・基本健診を元にデータを分析                      ○未受診者対策                      ○医療との連携                      ○重症化予防                      ○レポート分析                      ○H20年から特定保健指導開始</p>	28%	31.7%	<p>・糖尿病を要診した人のほとんどが糖尿病                      ・健診結果を自覚症状や体調で判断している人がほとんど。</p>	<p>・1人あたりの医療費                      ○一般 252,431円 (県下20位)                      ○退職者 404,659円 (県下16位)                      ○透析患者数 64人 (平成18年3月末)</p>	<p>・★介護認定者・率                      3,778人 (19.6%)                      ★介護給付費 330,025円 (県下7位)                      ★介護保険2号被保険者(65歳未満)の原因疾患 1位 脳血管疾患</p>	<p>保健事業を実施するための仕組みや体制(保健指導に携わるマンパワー)</p> <p>○業務担当と地区分組                      ・保健師 6人                      ・管理栄養士 1人</p>
<p>平成20年度</p> <p>○対象者の明確化した保健指導                      ・保健指導支援ツールで抽出したデータを訪問                      ○地区別データの分析                      ・都心部より離れた僻地の方が肥満者が多いことが分かった。                      ○未受診者対策                      ○医療との連携                      ・糖尿病地域保健連携バスの試行                      ・糖尿病認定医の先生方を訪問し、目的を共有</p>	28.7%	51.9%		<p>(平成17年度)</p>	<p>(平成17年度)</p>	
<p>平成21年度</p> <p>○対象者の明確化した保健指導                      ・保健指導支援ツールで抽出したデータを訪問                      ・地区別データの分析した結果を活かし地区に分けて訪問                      ○未受診者対策                      ・健診中断者をなくすよう受診勧奨                      ○医療との連携                      ・糖尿病地域保健連携バスを継続して実施                      ○重症化予防                      ・保健指導支援ツールで抽出したデータを訪問                      ○レポート分析                      ○糖尿病ノートを読み合わせ・共有</p>	27.9%	62.8%	<p>・糖尿病予防重症化予防対象者の方には少したけ改善がみられた。                      ・重症化予防者の対象者の糖尿病知識(1層)を行使し、生活状況、治療歴、家庭歴等対象者個人が買ってきた。</p>	<p>・★1人あたりの医療費                      ○一般 345,084円 (県下15位)                      ○退職者 363,793円 (県下18位)                      ○透析患者数 41人</p>	<p>・★介護認定者・率                      4,426人 (19.6%)                      介護給付費 1,392,255円 (県内12位)</p>	<p>○業務担当と地区分組                      ・保健師 6人                      ・管理栄養士 1人                      保健師補助員 2人                      栄養士補助員 1人</p> <p>・次年度より地区分組を考える</p>
<p>平成22年度</p> <p>○対象者の明確化した保健指導                      ・保健指導支援ツールで抽出したデータを訪問                      ○未受診者対策                      ・保健指導実施者が次年度継続受診するよう支援する                      ・新規受診者を大切にいく                      ○医療との連携                      ・糖尿病地域保健連携バスを継続して実施                      ○重症化予防                      ・保健指導支援ツールで重症化のケースを抽出                      ・治療を中断せず、健診の継続受診に繋げる。                      ・表を作成し、経年変化、治療歴、生活習慣等を丁寧にみていく</p>	30.5%	66.5%	<p>・平成20年と比べH23年はHbA1c、LDLコレステロール等データの改善がみられた。</p>	<p>(平成22年度)</p>	<p>(平成22年度)</p>	

## **第4章 特定健診及び特定保健指導の結果の通知と保存**

### **1 特定健診及び特定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、特定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、特定健診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、特定健診等データ管理システムへのデータ登録を行います。

### **2 特定健診及び特定保健指導の記録の管理及び保存期間について**

特定健診及び特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行います。

保存期間については、記録の作成の日の属する年度の翌年度から5年を経過するまでの期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の期間のうちいずれか短い期間となるが、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努めます。

### **3 個人情報保護対策**

特定健診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及び職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業員の監督、委託先の監督等）について周知徹底をするとともに、阿南市個人情報保護条例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**

### **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、特定健診等データ管理システムから実績報告用データを作成し、特定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及び周知**

特定健康診査等実施計画及び趣旨の普及啓発について、阿南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、公表及び周知を行います。

