

特定健康診査等実施計画書



阿波市の木 ケヤキ

阿波市健康キャッチフレーズ

「みんなの力で糖尿病予防に取り組む日本一の阿波市にしよう！」

阿波市

特定健康診査等実施計画構成

序章 計画策定にあたって	1
1 特定健診・特定保健指導の導入の趣旨	1
2 特定健診・保健指導の対象となる生活習慣病	1
3 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目する意義	2
4 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	3
5 計画の性格	
6 計画の期間	
7 計画の目標値	
第1章 阿波市の集団としての疾病特徴や国民健康保険加入者の健康状態について(阿波市の地域特性)	4
1 社会保障の視点でみる阿波市の特徴	4
2 阿波市国民健康保険加入者の健康の実態	5
(1) 国民健康保険加入者の治療状況	
①生活習慣病レセプトの状況	5
②医療費が高くなる病気は何か	5
③長期入院によって医療費が高くなる病気は何か	6
④精神疾患以外の6か月以上入院しているレセプトの一覧	8
⑤人工透析の実態	8
(2) 生活習慣病実態の分析	9
<生活習慣病主要疾病等分析について>	9
①生活習慣病全体の治療状況	9
②糖尿病の治療状況	10
③高血圧の治療状況	11
④高脂血症の治療状況	11
⑤虚血性心疾患の治療状況	12
⑥脳梗塞の治療状況	12
⑦人工透析の治療状況	12
(3) 阿波市国民健康保険加入者 H18 年度健診結果の状況	12
①健診受診状況(ピラミッドグラフ)	12
②健診有所見者状況全体	13
③メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)のリスクの重複状況	16
3 医療制度改革の目標達成に向けた改善方策の検討	18
(1) 健診実施率の向上方策	18
(2) 保健指導実施率の向上方策	19
(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策	19

(4)阿波市における生活習慣病予防対策の目標	.....	20
(5)ポピュレーションアプローチの展開	.....	20
第2章 特定健診・特定保健指導の実施	.....	22
1 健診・保健指導実施の基本的考え方	.....	22
2 目標値の設定	.....	22
3 阿波市国民健康保険の目標値	.....	22
4 特定健診の実施	.....	24
(1)実施形態	.....	24
(2)特定健診委託基準	.....	24
(3)健診実施機関リスト	.....	25
(4)委託契約の方法、契約書の様式	.....	25
(5)健診委託単価、自己負担額	.....	25
(6)代行機関の名称	.....	26
(7)事務のフローチャート	.....	27
(8)受診券の様式	.....	30
(9)健診実施場所	.....	31
(10)健診実施期間	.....	31
(11) 健診の案内方法	.....	31
(12)年間実施スケジュール	.....	32
5 特定保健指導の実施	.....	33
(1)健診から保健指導実施の流れ	.....	33
(2)健診の内容	.....	35
(3)保健指導対象者の選定と階層化	.....	36
(4)要保健指導者の優先順位・支援方法	.....	38
(5)支援レベル別保健指導計画	.....	41
(6)保健指導プログラム	.....	42
(7)要保健指導対象者数の見込み	.....	46
(8)健診結果から保健指導実施へのフローチャート(様式 6-10)	.....	48
(9)平成 20 年度保健指導対象者数	.....	51
(10)保健指導実施者の人材確保と資質向上	.....	52
(11)特定保健指導基準	.....	53
(12)保健指導の評価	.....	54
第3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	.....	55
2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	.....	56
3 被保険者への結果通知の様式	.....	56
4 記録の提供の考え方	.....	57
5 健康手帳の活用	.....	58
6 個人情報保護対策	.....	58

第4章 結果の報告	.....60
第5章 特定健診・特定保健指導に係る費用	.....61
1 特定健康診査等実施計画の参酌標準と後期高齢者 支援金の関係について	.....61
2 特定健康診査・特定保健指導に係る費用	.....62
第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知	.....64
く 資 料 〉	
資料 1 社会保障の視点で見る市町村の特徴	.....1
資料 1-②介護保険第2号被保険者(65歳未満者)の生活習慣病が原因疾患	.....2
資料 2 生活習慣病レセプトの状況	.....3
資料 3 医療費が高くなる病気は何か	.....4
資料 3-②6か月以上入院しているレセプトの一覧	.....5
資料 4 人工透析をしている患者さんのレセプト一覧	.....6
資料 4-②人工透析している患者さんのレセプト一覧	.....7
資料 5 昭和 57 年からの新規人工透析者の分析	.....8
資料 6 生活習慣病の分析	.....9
資料 6-①生活習慣病全体の分析	.....10
資料 6-②糖尿病の分析レセプト分析	.....11
資料 6-③高血圧の分析レセプト分析	.....12
資料 6-④高脂血症の分析レセプト分析	.....13
資料 6-⑤虚血性心疾患の分析レセプト分析	.....14
資料 6-⑥脳梗塞の分析レセプト分析	.....15
資料 6-⑦人工透析の分析レセプト分析	.....16
資料 7 健診受診状況 ピラミッドグラフ	.....17
資料 7-①健診受診者のうち血圧の分布状況	.....18
資料 7-②健診有所見者状況	.....19
資料 7-③健診受診者のうち HbA1C の分布状況	.....20
資料 8 被保険者の健康状況 健診有所見状況	.....21
資料 8-②年代別男女別有所見割合からみた順位	.....22
資料 9 HbA1C と治療の有無	.....23
資料 10 健診受診者のうちメタボ該当者・予備群の状況	.....24
資料 11 腎機能検査項目を軸に eGFR の状況を見る	.....25
資料 11-②腎機能検査項目を軸に eGFR の状況を見る	.....26
資料 12 腎臓を守るために国の特定健診項目に追加を要望する 健診データによる検証	.....28
資料 12-②腎機能障害を早期把握(男性)	.....29
資料 12-②腎機能障害を早期把握(女性)	.....30
資料 13 平成 20 年度以降の医療保険制度	.....31
参考資料	

序章 計画策定にあたって

1 特定健診・特定保健指導の導入の趣旨

健診等の保健事業については、現在、老人保健法や医療保険各法に基づいて市町村、企業、医療保険者によって実施されているが、各健診の実施主体が不明確であり、受診者に対するフォローアップが不十分であるとの指摘がされているところである。

このため、健診・保健指導については、

- ① 適切に実施することにより、将来の医療費の削減効果が期待され、医療保険者が最も大きな恩恵を受けること
- ② 医療費のデータと健診・保健指導のデータを突合することができ、より効果的な方法等を分析できること
- ③ 対象者の把握を行いやすいこと

このことから、保険者が実施主体となることにより、被保険者だけでなく、従来手薄だった被扶養者に対する健診も充実し、健診受診率の向上が見込まれる。さらに十分なフォローアップ(保健指導)も期待できることから、保険者にその実施が義務付けられたものである。

上記の趣旨により、国保、健保組合等の保険者は、「高齢者の医療の確保に関する法律」(以下「法」という。)に基づき、40歳以上74歳までの被保険者、被扶養者について、平成20年度から糖尿病等の生活習慣病に着目した健診及び保健指導(以下それぞれ「特定健診」、「特定保健指導」という。)を行う。

2 特定健診・保健指導の対象となる生活習慣病

市民の受療実態は、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。つまり不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満症等(以下「糖尿病等」という。)の生活習慣病の発症を招き、外来通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどることになる。

このため、生活習慣の改善により、若い時からの糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を発症しない境界域の段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができる。さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

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

血管疾患等の発症リスクが高くなる。このため、内臓脂肪症候群(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可能となる。特定健康診査・保健指導の対象となる生活習慣病は、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群とする。

3 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目する意義

平成17年4月に、日本内科学会等内科系8学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示した。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

すなわち、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。

内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになると思われる。

4 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

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

	これまでの健診・保健指導		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	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析</p> <p>行動変容を促す手法</p>	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 リスクの重複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	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

5 計画の性格

この計画は、国の特定健康診査等基本指針(法第18条)に基づき、阿波市国民健康保険が策定する計画であり、都道府県医療費適正化計画と十分な整合性を図るものとする。

6 計画の期間

この計画は5年を1期とし、第1期は平成20年度から平成24年度とし、計画期間の中間年である平成22年度に評価、見直しを行う。

7 計画の目標値

この計画の実行により、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群を平成27年度までに25%減少することを目標とする。

第1章 阿波市の集団としての疾病特徴や健康状態について

(阿波市国民健康保険被保険者の実態)

1 社会保障の視点でみる阿波市の特徴(様式6-1) 資料1から

健診・保健指導が医療保険者に義務づけられ、生活習慣病を予防し、将来の医療費と、住民(被保険者)の負担がどのようになるかを明確にしていく必要がある。疾病を予防し、医療費の伸びを抑えることが、医療保険者と保険料を納める住民(被保険者)の負担の軽減につながる。また、市町村の場合は、医療費だけではなく、介護保険や生活保護との関連性もでてくると考えられる。このことから医療費に影響すると考えられる客観的な指標で、国、県と比較し阿波市の特徴をみる。

① 人口・高齢化率

平成17年4月1日に4町が合併。平成17年度末人口は41,075人で減少傾向にある。平成17年10月現在、全国、徳島県を比較すると、阿波市においては約4人に1人が65歳以上(26.9%)の超高齢社会を向かえている。今後さらに平均寿命がのび、医療費や介護給付費も同様、伸びることが予想されることから社会保障費の伸びを抑えるためには、生活習慣病予防及び介護予防対策を効率的に行うとともに、健康な社会環境を確保することが求められる。

② 死亡の状況

平成17年度死亡統計を見ると、死亡の原因疾患は悪性新生物、心疾患、脳血管疾患が死因の上位3位を占め全国、県、阿波市とも同様の原因となっているが、65歳未満の死亡の割合でみると、不慮の事故100%中65.7%、心疾患100%中50%、脳血管疾患100%中31.7%と第1位から第5位(人口10万対)まで全国、県より高い状況にある。

③ 生活保護の状況

生活保護率は国(11.7%)、県(13.7%)、阿波市(15.1%)を比較すると高く、医療扶助率については国(81.3%)、県(87.7%)阿波市(83.4%)と県平均より低い。

④ 介護保険の状況

1人あたり介護給付費は平成17年度をみると、国(約25万2千円)、徳島県は全国1位の(約32万円)である。阿波市(約29万7千円)は県平均を下回っているものの、全国平均に比べ1人あたり約4万円多くなっている。介護保険第2号被保険者(65歳未満)介護認定の原因疾患をみると、脳血管疾患、糖尿病が上位を占めている。(参考：資料1-②)

⑤ 国民健康保険の状況

国保の加入率は33.4%と全国、県と比較して低くなっている。1人あたり医療費をみると、国は(約21万2千円)一般では徳島県は全国1位(27万7千円)であるが、

阿波市(約 29 万 2 千円)はさらに、全国より 8 万円高くなっている。退職医療費は全国(約 38 万 8 千円)で県 (約 38 万 8 千円)となっている。阿波市は国より約 3 万円高く、県より約 2 万円高い。反対に老人医療費は国(82 万 6 千円)、県(82 万 1 千円)となっており、阿波市は(78 万 2 千円)で国、県に比べ約 4 万円低くなっている。老人医療費が低くなっているのは、介護給付費に移行しているものと考えられる。

⑥ 透析の状況

現在 89 人が人工透析を受け、平成 18 年度新規導入者数は 6 人であった。その原因疾患は、糖尿病性腎症が半数を占めていた。透析費用は年間約 500 万円といわれている。このことは、生活習慣病対策により、透析導入時期を 1 年遅らせることができれば、6 人×500 万円=3,000 万円の医療費の適正化が期待できる。

⑦ 特定健診対象者数

特定健診・特定保健指導の対象となる 40～74 歳の平成 18 年度被保険者数 7,575 人のうち、老人保健法による基本健康診査受診者は 1,582 人(20.9%)と受診率は低いうえに、40、50 歳代の比較的若い世代の受診が少ないことから健診の意義について理解していただけるよう働きかけ(未受診者対策)が必要となる。

2 阿波市国民健康保険加入者の健康の実態

(1) 国民健康保険加入者の治療状況

①資料 2 から 生活習慣病レセプトの状況(平成 17 年 9 月審査分)

平成 17 年 10 月徳島県保険者協議会での生活習慣病レセプト分析によると、阿波市 70 歳未満者の 1 か月の国保医療費は、2 億 3 百万円であった。そのうち糖尿病や心疾患・脳血管疾患などの生活習慣病の病名の記載のあるレセプトの費用額は 1 億 3 千万円で、全体の約 64.5%を占めていた。

また、年代別にみみると 40 歳代から 60 歳代の被保険者 6,479 人のうち生活習慣病で受療中は 2,557 人、約 40%という状況である。30 歳代から 40 歳代にかけて、生活習慣病受療の人が 2.5 倍に増え、医療費は 4 倍に上昇している。このことから、若い世代からの生活習慣病予防の大切さを住民に知っていただくとともに、発症予防、重症化予防に取り組むことが医療費の暴騰を抑え、また長期的効果として、高齢期での医療費の伸びも抑制できると考えられる。

※レセプトとは「診療報酬明細書」の通称で、医療機関が「医療」という商品を買った対価としての費用請求書です。省令により様式や手続きが定められている。

② 資料 3 から 医療費が高くなる病気は何か (様式 1-1)

レセプト(医療)は生活習慣の結果であるが予防活動の視点から見ると疾病経過を読みとることができる。平成 17 年 9 月審査分で 1 か月 100 万円以上のレセプト 15 件(40 歳～74 歳)の分析結果、虚血性心疾患 9 件、大動脈疾患 6 件、脳血管疾

患 4 件であった。基礎疾患では高血圧症もしくは糖尿病の重なりのある人が7人約半数(46.6%)を占める。そのうち糖尿病・高血圧・高脂血症3つの重なりがある人は4人(26.6%)であった。これら高額な医療費がかかる疾患の予防および重症化を防ぐためには、生活習慣病発症基礎である血管を守ることにある。生活習慣病の基礎疾患として、阿波市は高血圧、脂質異常、糖尿病等があることから血管を守るために、早期に介入、発見できる体制をつくり、保健指導を徹底することにより、発症及び重症化を予防し、医療費の高騰を抑えることができる。

1か月 100万円以上となったレセプトの一覧から(平成 17 年 9 月審査分)
(40~74歳) <レセプト傷病名 1 からみると>

1 か月医療費(円)	人	(レセプト傷病名 1 から) 疾病別 1 人あたり医療費
9,969,560	5	虚血性心疾患 1 人あたり約 199 万円
1,575,930	1	大動脈疾患 1 人あたり約 157 万円
2,545,610	2	脳血管疾患 1 人あたり約 127 万円
2,518,860	2	糖尿病 1 人あたり約 126 万円
1,522,830	1	他、胃がん

③ 長期入院によって高額になる病気は何か

● 高額な医療費のレセプトだけではなく、長期に治療を要することにより結果的に医療費が高額になる疾患についても分析する。

まず入院のレセプトを分析すると、下記(表 3-1)1 か月のレセプト件数 12,723 件のうち 558 件(4.4%)の入院費用額が全体の 51.5%を占め、1 か月全体の入院費用額は 2 億 4 千万円であった。また全入院のうち精神疾患での入院(表 3-2)が 135 件(24.2%)を占める。

表3-1 件数は少なくとも費用がかさむのが入院(6か月以上の入院)

阿波市平成 17 年 8 月診療分(9 月審査分)

	全体	入院		外来(%)
件数(件)	件 12,723	558 件 (4.4%)	<	12,165 (95.6%)
費用額(円)	円 447,676,830	241,979,190 円 (54.1%)	>	205,697,640 (45.9%)

表3-2 長期化する精神疾患入院の状況 阿波市平成17年8月診療分(9月審査分)

(6か月以上入院) 204件の入院期間状況		
	精神疾患 122件	その他 82件
最長	47年	34年
30年以上	27件	3件
20～29年	18件	4件
10～19年	29件	7件
3～10年	20件	14件
6か月～3年	28件	54件

1か月あたり総額 4千4百万円 1か月1件約36万9千円

6か月以上入院者は、全入院558件のうち、204件(36.6%)であった。そのうち精神疾患入院件数は、122件(59.8%)を占める。その総額は1か月あたり約4,400万円、1件あたりの費用額は、366,979円である。1か月単位で見れば高額なレセプトとはならないが、入院開始年月から入院期間を計算すると、最長47年間であった。1か月1件約36万円を47年間払い続けると2億円を超えることになる。

表3-3 (6か月以上入院204件中) 生活習慣病の重なり

	糖尿病	高血圧	高脂血症	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患
精神	27	24	24	3	9	10
122件	22.1%	19.6%	19.7%	2.5%	7.4%	8.2%
その他	21	34	7	4	9	33
82件	25.6%	41.5%	8.5%	4.9%	11.0%	40.2%

精神疾患の入院は長期化するとともに生活習慣改善の難しさがある。精神疾患は、今回の医療制度改革の予防のターゲットではないが、入院件数の4分の1を占め、長期化により費用負担、生活習慣病の重なり、患者のQOLの面からみても医療機関や福祉部門等関係者との連携により、医療費適正化の観点から今後精神保健福祉等検討していく課題がある。

表3-1 入院の	精神病床入院 (再掲)	入院中の割合
558件中	135件	24.2%
241,979,190円	43,189,770円	16.2%

④ 精神疾患以外の6か月以上入院しているレセプトの一覧(40～74 歳)

(平成 17 年 9 月審査分)

資料3-②から 6 か月以上の入院27人のうち、脳血管疾患からみると、高血圧、糖尿病の重なりが約 30%、虚血性心疾患約 20%という状況である。

40から74歳27人中、脳血管疾患で6か月以上入院している人は9人。この9人中、高血圧4人、糖尿病5人の疾病の重なりがあった。

このことから

長期入院者は、虚血性心疾患より脳血管疾患の人が多い。

27 人中、入院費用は糖尿病を有している人が、1か月1人あたり約46万円で一番高かった。虚血性心疾患は、1か月1人あたり40万円で糖尿病に比べ、6万円低い。

6 か月以上長期入院の総額1人あたりでは高血圧症が一番高かった。また、1人あたりの入院月数も高血圧症が101か月と多かった。高血圧症では、入院も長期化し、その結果医療費が高くなる。

⑤ 人工透析の実態

医療が長期化することで、積算の医療費が高額となるのが人工透析である。今回の医療制度改革においても、人工透析の伸び率が課題となっている。(平成 17 年 10 月 19 日医療制度構造改革試案参考資料)

人工透析については、昭和 47 年身体障害者福祉法の障害範囲が拡大され、人工透析の必要な腎疾患が障害者として認定されるようになり、更生医療により治療に対する自己負担がなくなった。また昭和 59 年 10 月、健保法等の改正で長期高額疾病患者の支給制度が創設され、透析治療患者がその対象とされたことにより、1 か月の自己負担額の上限は 1 万円となった。(国民衛生の動向)

資料4・4-②から 様式2-4①② 平成 18 年 12 月診療分、1 か月分のレセプト(40～64 歳、65～74 歳)から人工透析の治療を受けている者は計 69 人、うち平成 18 年度新規透析者は 6 人であった。その 6 人のうち糖尿病による透析導入者は半数の 3 人であった。

また平成 18 年 12 月診療分のレセプト(40 歳～74 歳)69 人から透析開始時期をみると資料 5となる。以前は、腎炎等 糖尿病以外の原因による者がほとんどだったが、近年は糖尿病性腎症による人工透析導入者が増えてきている。

また、資料6-①から平成 17 年 8 月診療分(9 月審査分)のレセプト分析から阿波市国保の人工透析者数は 89 人である。資料4と資料4-②の 1 か月あたり1人平均費用額は約47万8千円であり、1 人あたり年間約574万円の医療費となる。糖尿病との合併は 89 人中 40 人で仮に糖尿病の早期介入・重症化予防ができて、25%減の 10 人を 1 年でも透析開始時期を遅らせたとすると、年間約5,740万円の医療費適正化

となる。

このように、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導を実施するにあたり、肥満、特に内臓肥満による糖尿病、高血圧、脂質異常は腎障害を促進する要因であり、人工透析に至った経過や健診結果を科学的に分析し、人工透析予備群に対し早期に介入・重症化を予防することにより人工透析の開始時期を遅らせ、患者数の減少を目指す必要がある。そのためには、国の特定健診項目以外に、徳島県、阿波市においては透析予備群抽出に必要な血清クレアチニン、血清尿酸を追加することが重要な健診項目となる。

また、健診結果やレセプト分析等により、受診勧奨、低蛋白食の食事療法を必要とする被保険者に対しては重症化予防、治療の中断防止としての観点から、継続した医療が本人の納得のもと受けられるよう地域医師会、腎臓内科専門医等関係者との連携や方策について検討することも必要である。また、県下的に支援体制の仕組みが構築されるよう、今後保険者協議会等の場で課題を提起する。

(2)生活習慣病実態の分析 **資料6**

生活習慣病の実態について、生活習慣病治療中の40～74歳の被保険者3,378人のうち、糖尿病1,040人(30.8%)、虚血性心疾患634人(18.8%)、脳梗塞345人(10.2%)という状況であった。

虚血性心疾患、脳血管疾患は高額な医療費となりやすい大血管の病気である。脳血管疾患は介護保険にも影響があることから健診・保健指導により血管を傷める兆候を早期に発見し、予防することが医療費適正化につながると考える。

また阿波市の特徴として、40～64歳の糖尿病治療者数422人の治療状況を見ると、インスリン注射をしている人が59人(14%)と県内で最高であった。

糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告によると、糖尿病の概念は、「インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主徴とし、種々の特徴的な代謝異常を伴う疾患群である。その発症には遺伝因子と環境因子がともに関与する。代謝異常の長期間にわたる持続は慢性合併症を来たしやすく、動脈硬化症をも促進する。代謝異常の程度によって、無症状からケトアシドーシスや昏睡に至る幅広い病態を示す」とあり、インスリンの作用不足が生じることのないよう、糖尿病の概念について、被保険者の方々にご理解いただき、糖尿病の発症予防・重症化予防に取り組むことが必要と考える。

<生活習慣病の主要疾病等分析について>

資料6-①(様式3-1) ～ 資料6-⑦(様式3-7) 平成17年9月審査分

①生活習慣病全体の治療状況 資料6-① (様式3-1)

阿波市の国民健康保険被保険者平成17年9月審査、合計14,955人のうち、生

活習慣病(全体)では 6,949 人(46.5%)が生活習慣病の治療を受けている。20 歳代以下で、すでに 27 人が治療にかかっており、30 歳代で 61 人、40 歳代になると急増し、160 人の人が治療を受けている。また、50 歳代になると、さらに増加しており4人に1人の 722 人が治療者となり、60 歳代では2人に1人。70 歳以上では男性の83.0%、女性の86.8%と、ほとんどの人が治療完了とならず、老後も治療を受けているのが現状である。

法改正に基づく予防を重視した取り組みが医療保険者に求められていることから生活習慣病の発症が増加する40歳、50歳代以前の若年層の予防が重要になってくる。また、予防効果を考えると、若い世代のポピュレーションアプローチはもとより、40 歳代までの 248 人が治療完了となる早期予防の介入また重症化予防の支援施策が今後必要となる。

同、資料6-①(全体)の生活習慣病治療者 6,949 人のうち虚血性心疾患治療者は 1,447 人で20.8%、脳梗塞治療者は 970 人で 14.0%である。20 歳代以下の人の虚血性心疾患や脳梗塞も発症しており、30 歳代以上をみると脳梗塞より虚血性心疾患の割合が多く、早世死亡に至らないよう支援が必要である。

平成 20 年度開始の法改正に伴う予防を重視した取り組みが医療保険者に求められていることから、阿波市においては 20 歳代以前の若年層からの生活習慣病予防の取り組みが重要と考えられる。

このことについては予算及びパワー不足が考えられることから、今後、業務の連携や効率的な工夫等、検討課題がある。

②糖尿病の治療状況 資料6-② (様式 3-2)

糖尿病治療者は男性 881 人、女性 800 人で被保険者数に占める割合は男性 12.0%、女性 10.5%と、男性の治療者の割合が多い。また、男女とも年齢が高くなるにつれ増加している。

糖尿病治療者(全体)は平成17年9月審査分、1,681 人(11.2%)。そのうちインスリン治療者 180 人(10.7%)、人工透析者は 40 人(2.4%)である。

下記、表3-1から糖尿病の重症化にともなう細小血管障害の状況を国と比較すると資料6-⑦(全体)人工透析 44.9%(糖尿病が原因)、資料6-②糖尿病(全体)神経障害 28.7%と阿波市が高い。また大血管障害では資料6-②のとおり虚血性心疾患 29.3%、脳梗塞 17.6%であり、高額医療につながる。

血管を傷める因子を取り除くこと、すなわち糖尿病を予防することが、細小血管を守り、合併症を予防し、また大血管障害(虚血性心疾患)の予防や重症化を防ぐことが、法改正の目的である高額医療費の暴騰を抑え、医療費の適正化に繋がる。

糖尿病治療者のうち細小血管障害の内訳(%) **表 3-1**

(%)	人工透析導入者のうち糖尿病が原因疾患である者	神経障害	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症
阿波市	44.9 %	28.7 %	13.6 %	11.1 %
※ 国	42.0 %	15.6 %	15.2 %	13.1 %

資料 6-⑦ (全体)

資料 6-②(全体)

国(%) ※ 糖尿病の医療体制構築に係る指針・糖尿病の疫学より抜粋

また、資料6-②(全体)糖尿病以外の血管を傷める因子として、高血圧 67.0%、高脂血症 43.7%という状況であり、糖尿病を発症しても重症化しない取り組みが必要である。糖尿病患者における基本は、血糖のコントロール状況、血圧管理状況の把握が重症化予防の上で重要となってくる。

③高血圧の治療状況 資料6-③(様式 3-3)

高血圧治療者のうち、血管を傷める因子である糖尿病との重なりをみると、男性合計 32.2%、女性合計 23.0%であり、男性が約 10%高い。

糖尿病以外の血管を傷める因子である高脂血症との重なりをみると男性 32.0%、女性 42.9%と女性の方が疾病の合併率が高い。

同じく資料6-③(全体)の大血管障害の疾病合併率では虚血性心疾患 25.9%、脳梗塞は 16.5%であり、高額医療費につながる虚血性心疾患予防の基本は、上記の血圧および糖尿病のコントロールに加え脂質管理が重要となる。

④高脂血症の治療状況 資料6-④ (様式 3-4)

高脂血症治療者は男性 11.3%、女性 19.7%と女性に多い。他の生活習慣病との重なりをみると、血管を傷める因子として、男性では高血圧 66.9%、糖尿病 39.2%、高尿酸 19.7%である。女性は、高血圧 70.4%、糖尿病 27.2%、高尿酸 6.7%である。

女性に比べ男性が、血管を傷める因子である糖尿病の重なりが 12%高く、高尿酸の重なりも 13%高い。このように男女差がみられることから、効果的な保健指導を実施するためには、今後さらにデータの分析や食の実態把握も必要と考えられる。

⑤虚血性心疾患の治療状況 資料6-⑤(様式 3-5)

虚血性心疾患の治療状況をみると、50歳代から60歳代にかけ増えている。高血圧との重なりは男性73.5%、女性76.7%と高率である。糖尿病については、男性40.6%、女性28.9%であり男性の虚血性心疾患では糖尿病との重なりが高率である。動脈硬化予防の視点から血糖、血圧、LDL(悪玉)コレステロールとの有所見の重なり状況を見るとともに、治療者については長期的に血管を傷めないよう重症化予防の視点から管理目標値内にデータが維持されるよう支援が必要と考えられる。

⑥脳梗塞の治療状況 資料6-⑥(様式 3-6)

脳梗塞の治療状況(全体)をみると、50歳代までは少なく、60歳代から増えている。高血圧との重なりは男性69.5%、女性73.1%と女性の方が高率である。また、糖尿病の重なりについては男性35.3%、女性26.1%と約9%と男性が高い。高脂血症は男女とも60歳代で増えている。脳梗塞予防については、発症年代以前からの血圧、血糖のリスクの重なりを減らすことが、将来の脳梗塞予防、介護予防につながると考える。

⑦人工透析の治療状況 資料6-⑦(様式 3-7)

人工透析の治療状況をみると、高血圧との重なりは男性87.0%、女性82.9%、糖尿病は男性50.0%、女性37.1%であった。血圧の管理に合わせ、特に男性については、糖尿病との合併が多いことから、人工透析予防の視点で、健診結果からeGFR(腎臓系球体ろ過量)を算出し、腎臓病予備群の抽出を行い、腎臓を守るために血圧、血糖の異常者についてはコントロールできるよう支援していくことが大切である。

以上、(1)～(7)の生活習慣病の治療状況から健診データの血圧、血糖値に着目し、糖尿病予防および重症化予防、虚血性心疾患予防、脳梗塞予防、人工透析予防の視点に重点をおく。また、特定保健指導等対象者の優先順位を決め早期介入を行っていく。

(3)阿波市国民健康保険加入者 H18 年度健診結果の状況

①健診受診状況 資料7から (様式 6-9 ピラミッドグラフ)

平成18年度の阿波市基本健康診査受診状況から、40～74歳の国保被保険者7,575人の受診状況をみると資料7のとおり受診状況は低い。男性624人、女性958人、計1,582人(受診率20.8%)であった。

平成20年からの特定健康診査では、徐々に健診受診率を向上し、24年度で65%の参酌標準が示されている。平成25年度からの後期高齢者支援金の加算・減算にも影響するため、生活習慣病の医療受療状況と照らし合わせながら、健診の受診勧奨と未受診者対策を行っていく必要がある。特に生活習慣病1次予防の対象となる

65歳未満の被保険者の受診率が低いことから、受診しやすい健診・保健指導体制を整備するとともに、若い世代からの生活習慣病予防意識を高めるアプローチを積極的に図っていくこととする。

②健診有所見者状況全体では 資料7-①・資料7-②から

(資料7-②)から健診受診者のうち、有所見率が最も高かったのは「収縮期血圧」で、受診者のうち882人の55.8%であった。血圧の分布状況を見ると(資料7-①)、中等症高血圧* 以上の方が109人(受診者の6.9%)であった。

資料7-② 様式6-2 関係から

有所見第2位はLDLコレステロールで有所見率は46%(728人)であった。動脈硬化性疾患予防ガイドライン(2007年版)には、「冠動脈疾患、脳梗塞の発症を予防するためには、高LDLコレステロール血症を中心とした脂質異常を改善する必要がある」とされている。

資料7-② から

有所見第3位はHbA1c** 556人の35.1%であった。資料7-③HbA1cでみた糖尿病の予備群は、356人(22.5%)、有病者は200人(12.6%)であった。

医療制度改革の目標値は平成27年度の糖尿病等有病者・予備群25%減少となっている。

健診で発見された有病者に対しては、まず重症化予防の視点で治療放置が無いよう治療の重要性を理解していただくとともに、予備群の被保険者にも健診結果の意味するもの等、一人ひとりの実態に合った保健指導を確実に実施することにより、HbA1cが正常域に近づけられるよう支援することが求められる。

* 「中等症高血圧」以上とは、収縮期血圧160mmHg以上、又は拡張期血圧100mmHg以上で既往歴、家族歴等のリスクがない場合、まず生活改善に取り組むこととなるが、1か月後に血圧が140/90mmHg以上なら、降圧薬治療の適応となる。(高血圧治療ガイドライン2004)

* HbA1c検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、保健指導を行う上で有効であるとともに、絶食による健診受診を受診者に対して、事前に通知していたとしても、食事を摂取した上で健診を受診することにより、必ずしも空腹時における採血が行えないことから、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。

(標準的な健診・保健指導プログラム確定版)。糖尿病予備群はHbA1c5.5～6.0%、有病者は6.1%以上。

資料 8 から 健診有所見状況について

この表からは健診データから阿波市全体の被保険者の健康状態がみえてくる。表を簡単に説明すると、まず、健診項目を身体のメカニズムに添って分類をしている。食生活との関係が深い、摂取エネルギーの過剰が原因であるために所見が出る、肥満を見る BMI や内臓脂肪の蓄積があるかどうかを見る腹囲測定がある。また、主食などの炭水化物の摂り過ぎは中性脂肪、余ったエネルギーが肝臓に蓄積された程度をみる GPT。血管を詰まらせないようにする掃除役の HDL(善玉)コレステロール。

次に血管を傷つける項目として、糖尿病をみる空腹血糖、血糖の平均値をみる HbA1C、また、大血管(心臓)や小細血管(腎臓、眼、神経)を傷める尿酸。すべての血管を傷める高血圧。また動脈硬化が進み心疾患や脳梗塞などの原因となる LDL(悪玉)コレステロール。そして臓器障害の進行度を予測する、主に腎臓の状態はクレアチニン、心臓は心電図、眼の状態や脳血管の重症化等を判断する眼底検査等が疾病予防のための健診項目である。

また、年代別に分類した理由については

65歳を区切りに比較的若い時期とし、この若い時期に生活改善を行う方が、予防効果が期待できると考えられるためである。このような理由から、特定保健指導対象者についても64歳までは積極的支援が必要となり、65歳以上の方は積極的支援が必要な人でも動機づけ支援となるため、年齢を分けてデータを分析している。

平成18年度基本健康診査の受診者は 1,852 人。阿波市においては、特に若い世代の受診率が低く、糖尿病、インスリン治療者、透析療養者が多い。このことから若い世代からの予防意識を高め、健診の重要性、疾病予防について、また重症化に繋がる健査結果についても、身体のメカニズムが理解できる情報提供や支援が必要である。

●これらをもとに資料8について、

網掛けで表示している30%以上については、健康状態を判断する阿波市の特徴であると捉えられる。まず40歳代の男性ではメタボリックシンドローム判定基準の基本ベースである腹囲肥満者・BMI は半数以上と多くみられる。それに加え、収縮期血圧や LDL コレステロールの血管を傷つける要因の重なりがみられることから、症状はないものの心臓血管や脳血管、腎臓に負担をかけている可能性がある。また、50歳代になると空腹血糖や HbA1C の耐糖能異常(糖尿病)である兆候が出、60歳代では、尿酸が約30%と増加し、血管を傷つける要因がさらに重なってきている。また心電図所見の割合も年齢が高くなるにしたがって増加しており、男性はこの資料8においては左から右へと臓器障害の重症化がすすんでいると思われる。

女性については、腹囲肥満やBMIよりも先に50歳代で収縮期血圧や LDL コレステ

ロールの所見が高率に出ている。女性は年齢的に身体的変化(ホルモンバランスの変化)の影響があることも考えられ、このころからの所見が増加していることから、女性については身体的変化を考慮した支援が必要であると考えられる。また50歳代では、女性は男性に比べ、空腹血糖よりも HbA1C の方が高率に出ている。また、50歳代で HbA1C 6.1以上の糖尿病と診断される値の人が男性同様、急に増加している。この6.1以下の時点での糖尿病予防に対する早期介入が必要であり、この2次健診を勧める場合の必要性和インスリンの大切さを理解していただくとともに、早くから実践へとつなげられる支援が必要である。

阿波市の特徴である

●血圧については、男性は40歳代から全ての年代で30%を超え、50歳代では40%以上の人に。また50歳代で50%、65歳以上になると60%以上の人に所見が段階的に増加している。

女性については、収縮期血圧の所見が50歳代で17%から43%と急激に増加し、60歳代で55%、70歳代では約70%と、多くの人に所見が出ている。

●脂質異常(LDL コレステロール)については、男性は、女性より早く、40歳代から各年代で30%以上の人に所見が出ている。

女性については、40歳代では約30%の人に、50歳代で急増し約55%となり60歳代では60%前後の人に、所見が出ている。脂質異常については、男性より女性の方が約15%から20%高率となっている。

●資料8-②から 年代別、男女別 有所見割合からみた順位 (様式 6-2 から)

男性は40歳代では肥満、脂質、血圧、血糖の順で疾病の重なり所見が出ていると考えられ、50歳代になると、血糖が第1位。60歳代以上で収縮期血圧が第1位となっている。

女性は40歳代では脂質、肥満、血糖、血圧の順で疾病の重なり所見が出ていると考えられ、40歳代から60歳代まで脂質異常が第1位を占め、70歳代で血圧が1位となっている。

男性は腹囲肥満から50%以上の高率で所見がはじまり10年後に50%近くの人に血糖が出、女性は脂質異常が50歳代から高率ではじまり10年後に、血圧が50%以上の高率で出ている。血糖については男性に比べ若い世代で約15%から25%、所見が少ない。このことから血液データが示す性差、個人の食の実態、生活実態からその背景を探り、代謝のメカニズムと関連づけ、若い世代から、自ら生活習慣改善に取り組めるよう支援が必要である。

資料 7-③ ・ 資料9から 受診者 1,582 人中、HbA1C 正常が37.2%、糖尿病

予備群又は糖尿病有病者が62.8%である。

治療中の者については、合併症を予防するため6.4以下が「良好」であるがHbA1C 6.5以上のコントロール不十分、又は7.0以上不良者が61.7%いる。7.0以上が続くと合併症が出やすいことから、合併症を予防するためには、阿波市専門職関係者等との連携、また医療機関や糖尿病専門医との連携も必要となる。また、合併症のおそれがあるといわれているコントロール不十分の6.5以上、とくに7.0以上の81人(受診者の5.1%)のコントロール支援が必要であり、重症化を防ぐことが大切である。

資料10から (様式6-8 関係)

③メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)のリスクの重複状況

健診結果から内臓脂肪症候群の該当者及び予備群についてみたところ、男性受診者624人のうちメタボリックシンドローム該当者及び予備群は277人(44.4%)であった。メタボリックシンドローム該当者とは(腹囲肥満に加え、血糖、血圧、脂質の3項目のうち、2項目以上の所見が重なることを言い123人(19.7%)であった。メタボリックシンドローム予備群とは、腹囲肥満に加え、上記3項目うち、いずれか1項目の重なりがあるもので154人(24.7%)であった。また1項目の所見があるものには喫煙もひとつのリスクとして数えられる。

また、女性受診者958人のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群は184人(19.2%)であった。メタボリックシンドローム該当者は62人(6.5%)であり、予備群は122人(12.7%)であった。

このことから、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の男性は約2人に1人が該当し、女性は5人に1人が該当している。

40から74歳総数からみるとメタボリックシンドローム該当者は、185人(11.7%)予備群該当者は276人(17.4%)であり、該当者・予備群を合わせると、461人(29.1%)の約1/3の人に認められる。

また、非該当者の中には、腹囲の肥満はあるものの3項目のどれも該当しない場合は予備群の中にも含まれてはならず、特定保健指導対象者としては除外される。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群が特定保健指導の対象者となるが、その対象者25%の減少目標を達成するためには、非該当者に対しても、メタボリックシンドロームについての理解をしていただくとともに内臓脂肪による肥満者を増やさない取り組みが必要である。

また、男性に内臓肥満者が多いことから、未受診者の男性に対しても潜在的に内臓肥満者もしくはメタボリックシンドロームに該当する人が多いのではないかと推測される。このことから、受診を呼びかけるとともに若い世代からの健診の大切さを周知し、受診しやすい健診体制を作る必要がある。また健診受診後もリスクが軽減されるよう

一人ひとりの健診結果に基づいた支援が大切であり、健診から保健指導の流れを定着させ、次年度も健診を受けようと思えるような支援やフォローが必要である。

◎資料6で前述したとおり、糖尿病で治療している(40歳から74歳)1,040人(30.8%)のうち、合併症である糖尿病性腎症が140人(13.5%)であった。

糖尿病死亡率、徳島県が全国1位であり、インスリン療法をしている人徳島県内第2位(40～74歳)、40～64歳では1位となっている。また人工透析についても、40～74歳の総数で第1位となっている。(参考資料) これらの結果から阿波市においては、糖尿病に焦点を置き、合併症等、重症化させないよう早期介入をすることにより腎臓(すなわち血管)を守っていかなければならない。

資料11及び11-②から

血清クレアチニン検査については、今回の法改正で特定健診検査項目から外されていたが徳島県の糖尿病の現状により、徳島県国民健康保険団体連合会は追加した。この血清クレアチニンについては eGFR(腎臓系球体ろ過量)を算出し、腎臓機能の状態をみることが出来るため、糖尿病による腎障害の早期介入をするために必要な検査項目である。

この資料は、eGFR(腎臓系球体ろ過量)の数値から腎機能の病期分類をあらわし、メタボリックシンドロームなど腎機能低下の原因となる危険因子の重なりをみたものであり、重症化が見られることから、健診結果から体の中のメカニズムを一人ひとりみていくことが大切であり、医療機関との連携も必要となる。また被保険者の方にも体のメカニズムを理解していただき、自ら目標を持ち、生活改善に取り組むことができるよう支援していく。これらの結果、このたびの法改正の目的である生活習慣病予防、疾病の重症化予防、医療費の高騰化防止につながると考える。

3 医療制度改革の目標達成に向けた改善方策の検討

(1) 健診実施率の向上方策

健診受診率を向上するには、未受診者の実態把握(資料15 健康に関するアンケート調査報告書の抜粋)や、受診した人の健診に対する意見を聞くことも大切である。そのためには、未受診者の健康実態はどうか、何故健診を受けないのか、健康を何で捕らえ考えているのか等を把握し、たえず住民の意見を取り入れた健診体制を検討していく必要がある。本市の課題として、健診受診率が低く、特に40歳代男性の受診率は下表のとおり7.9%を切っている現状にある。このような課題に対して被保険者等の関心を集めるチラシの配布や情報の提供方法についても検討し、法改正に伴う健診等体制の変更についても、情報提供に努めるとともに健診を受けやすい体制づくりや若年層への受診機会の確保を検討することも必要である。

また、健診結果や健康状況を分析し支援することにより、医療費への効果や被保険者の個人負担の軽減に繋がること等を分かりやすく説明し、特定健診への理解を深めていただけるよう努めることが必要である。特定健診等基本指針には健診受診率の参酌標準の半分(33%)にも満たない場合は、他の二つの目標が未達成扱いとなることから、後期高齢者支援金の加算という事態を避けるためには、健診受診率の向上は阿波市国民健康保険財政にとっても最重要課題となる。現在の健診受診率は20.8%にとどまっており、被保険者の利便性に配慮した健診体制の整備やポピュレーションアプローチを積極的に行うことが必要である。

● 健診の必要性和具体的な案内を行う。

- ・健診対象者に健診受診券を郵送する。(ダイレクトメール方式)
- ・職業別団体など国保被保険者が加入している各種団体を通じた案内。
- ・保険料通知の際、健診についても案内。
- ・自治会ごとの回覧板等による周知。
- ・市報による案内。
- ・その他

● 平成18年度 阿波市健診受診状況 (5歳毎国保被保険者)

年齢	男			女		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
40～44	215人	13人	6.0%	182人	18人	9.9%
45～49	293	27	9.2	221	29	13.1
50～54	434	44	10.1	322	44	13.7
55～59	667	70	10.5	655	127	19.4
60～64	604	115	19.0	673	170	25.3
65～69	776	159	20.5	767	265	34.6
70～74	785	196	25.0	981	305	31.1

(2) 保健指導実施率の向上方策

保健指導の実施率を向上するためには、保健指導の結果を分析していかなければならない。対象者にとって効果的な目標設定であったか、効果的な指導であったか、受けて良かった・満足できたという声が聞かれる指導だったかを常に分析していく必要がある。

本市における保健指導は、健診結果が自分の身体の実態を表していることを理解してもらうために、健診受診者全員対象に健診結果説明会を開催し、希望者に検査結果を直接手渡し、健診結果の経年表を用いながら個別に身体のマカニズムの視点で結果説明を行っている。今後は現在の保健指導に加え、「身体のマカニズム」・「重症化のマカニズム」を参加者自身が理解したうえで、生活習慣を改善しようと目標を立て、実践していけるような支援が必要である。さらに、有所見者のうち継続的な支援が必要な者には、優先順位をつけて後日、訪問等にて継続的支援を行うとともに、支援により生活習慣改善に導けたか、対象者がどのようなところを知った上で行動変容に結びついたかなど、保健指導の結果を分析していかなければならない。また、その分析結果を参考に対象者に合ったものとして返していけるよう支援者として継続的研鑽努力をし、資質向上をはかることが必要である。

なお、本市で活用している指導用教材は、国の示す「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」の学習教材にも採用されている「保健活動を考える自主的研究会」で作成した資料をもとに実施する。

(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策

メタボリックシンドローム該当者を減少させるためには、健診受診率の向上・保健指導実施率の向上のほかに、健診体制の工夫、保健指導対象者の選定方法や優先順位づけ、効果のある保健指導の方法、わかりやすい学習教材の作成などが考えられる。また、生活改善が得られた人、得られなかった人の改善度を評価し、成果に繋がる目標の設定についても適切であったかを分析し、生活改善が得られなかった人が自ら改善し継続できる支援を開発、検討する。

特に、阿波市においては、(平成18年度基本健康診査結果によると)メタボリックシンドローム該当者及び予備群該当者が多く、肥満から高血圧・高血糖所見が出現し、メタボリックシンドロームが徐々に重症化して糖尿病や脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析に至るケースが増えている。個々の健康意識や生活習慣から「健康障害のリスク」は何かを分析し、改善の方向性を支援する必要がある。また保健指導の効果をさらに上げるための改善策としては、健診結果から糖尿病予防の早期介入検査75g糖負荷試験が必要な者については、健診の必要性を理解していただき受診を促す。また頸部エコー検査等の結果についても、医療機関との連携をとりながら個人にあった改善方向へと支援していくことが重症化予防として必要である。

(4) 阿波市における生活習慣病予防対策の目標

- 予防のターゲットは、高額な医療につながる虚血性心疾患や長期入院、介護保険給付につながる脳血管疾患等の予防とし、その予備群となるメタボリックシンドローム該当者やメタボリックシンドローム予備群を減少させる。
- 国保にとって一生涯の給付が必要となる人工透析者がここ数年急増する中で、腎不全を予防し、1年でも人工透析の導入を遅らせる。
- 上記2項の基礎疾患の予備群となる糖尿病、高血圧、脂質異常や高尿酸血症等の生活習慣病及びその予備群に対し、早期に介入し行動変容に向けた支援により重症化予防を行う。
- 特に男性のメタボリック該当者や予備群該当者が多いことから、若い世代（特定健診対象年齢）の男性の受診率を上げるとともに、生活習慣病予防、重症化予防について積極的に支援していく。
- 特定健診対象者に対しては40歳代の若い世代からの健診、保健指導を重点的に実施し、早期介入、早期改善に取り組む。（また、健康推進課においては、特定健診対象者以前の年齢に対して早期に生活習慣病予防の意識付けを行い35歳の節目健診等を導入し、生活習慣病予防を徹底する。）

これらの目標を達成するために、平成20年度から施行される特定健診・特定保健指導が、阿波市の健康課題に応じて、もっとも効率的、効果的に実施できるよう連携、評価をしながら取り組んでいく。

(5) ポピュレーションアプローチの展開

生活習慣病予防に向けた健康意識の普及啓発という狭義の捉え方ではなく、市民が学習しなければならないことは何かを考えていくことが重要である。自覚症状のない生活習慣病を予防していくためには、「まず健診を受診し、その結果に基づいて生活習慣を改善していくことが最も重要である」というのが今回の特定健診実施の目的であるが、健診未受診者に健康の判断を何でしているか尋ねてみると、「自覚症状」と答える者が多く、何か症状が出てから健診受診、医療機関受診しているという声を聞いた。

このことにより、市民の健康が悪くなる時はどんな時か？健診は何のためにしているのか？健診項目は身体の中のどのような状態を現しているのか？自覚症状が出てからの健康管理で間に合うのか？等、理解ができるような学習の場の提供が必要である。このような健康意識の問いかけにより市民が自ら考え生活改善できるアプローチがもっとも重要な柱であり、繰り返し学習できる情報提供をしていくことが生活習慣改善につながっていくと考える。

また、国民健康保険が相互扶助の制度であり、被保険者はその担い手として保険

料を納めているという観点からも、特定健診受診率や特定保健指導実施率、あるいはその結果の評価に基づき、後期高齢者医療制度支援金の加算・減算などのペナルティーが準備されていることについても市民に理解と協力を促し、さらには国民健康保険制度を維持する観点から収納率の課題についても合わせて伝えていく必要がある。

第2章 特定健診・特定保健指導の実施

1. 健診・保健指導実施の基本的考え方

糖尿病、心筋梗塞、脳梗塞等の心・血管疾患、人工透析を必要とする慢性腎不全などへの進展や重症化を予防するため、メタボリックシンドロームに着目した健診を実施し、生活習慣改善を必要とする保健指導対象者を確実に抽出し、各個人の健康実態にあった保健指導につなげていく。

・健診未受診者の確実な把握・保健指導の徹底・医療費適正化効果までを含めたデータの蓄積と効果の評価にとりくむ。

2. 目標値の設定

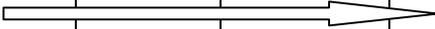
特定健診等の実施及び成果に係る目標値を設定し、その達成に向けた取り組みを強化する。

- 特定健診の受診率(又は結果把握率)
- 特定保健指導の実施率(又は結果把握率)
- 目標設定時と比べた内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率

3. 阿波市国民健康保険の目標値

特定健康診査等基本指針に掲げる参酌標準をもとに、阿波市国民健康保険における目標値を下記のとおり設定する。

この目標値が達成できない場合、法第 120 条により、後期高齢者支援金の加算対象となり、保険料で充当することになる。

	国の参酌標準	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
特定健診の受診率(又は結果把握率)	65%	30%	40%	50%	60%	65%
特定保健指導の実施率(又は結果把握率)	45%	25%	30%	35%	40%	45%
内臓脂肪症候群の該当者・予備群の(減少率)人数	10%減少 2,205 人 (221 人減少)					10%減少 1,984 人

※阿波市国民健康保険被保険者数(平成 19 年 10 月 1 日現在 40～74 歳) 7,575 人

※内臓脂肪症候群該当者・予備群の算定 29.1%(平成 18 年度阿波市基本健康診査結果)

国保被保険者(40～74歳)で考えると、2,205人。その10%(約221人)が減少目標人数となる。

※ 目標値設定根拠となる阿波市国民健康保険の実態として、(様式6-10) 健診から保健指導実施へのフローチャートに記した。

(参考)

第5回被保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会資料からみたメタボリックシンドローム該当者・予備群の考え方

●「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」とは、8学会の基準に合致する者だけでなく、腹囲が基準以上で血糖値が高い者や、腹囲が基準以下でもBMIの値の大きい者も含む。

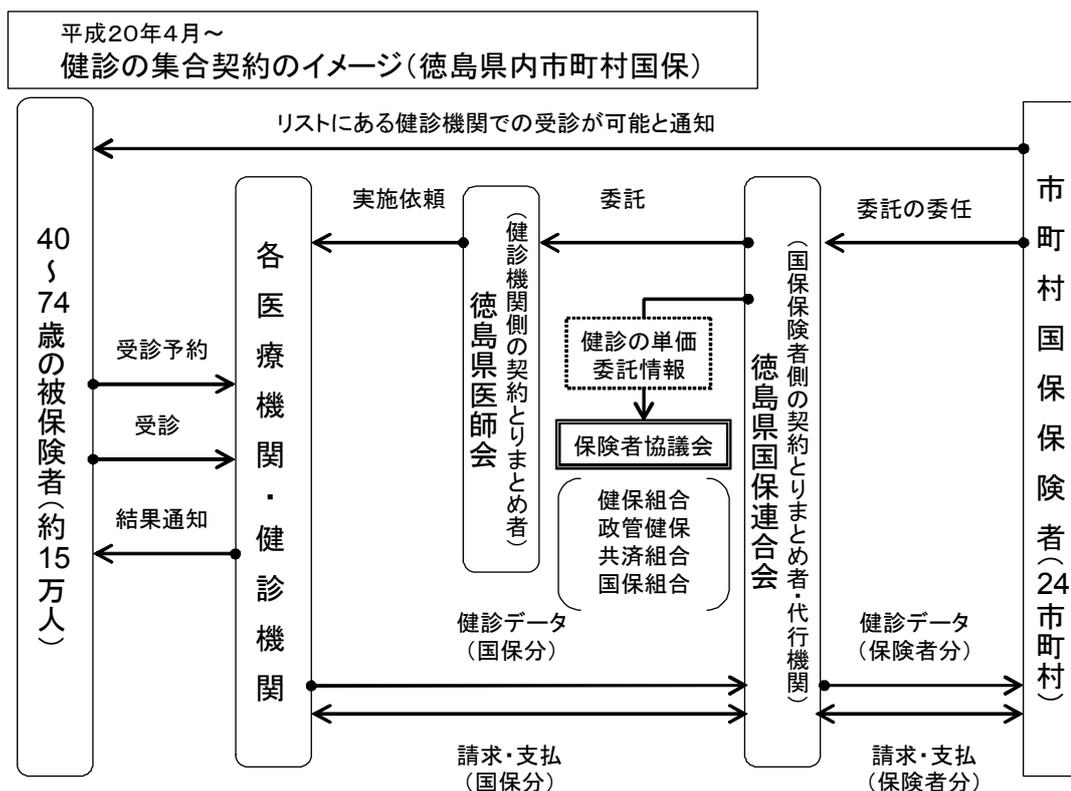
●該当者および予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないよう、実数ではなく、受診者に含まれる割合を対象者に乗じて算出したものとする。なお、その際に乗じる対象者数は、各被保険者における実際の加入者ではなくメタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化(高齢化効果)によって打ち消されないよう、年齢補正(全国平均の性・年齢構成の集団に、各被保険者の性・年齢階層(5歳段階)別メタボリックシンドロームの該当者および予備群が含まれる率乗じる)をおこなう。

4 特定健診の実施

(1) 実施形態

保険者事務の効率化を図り、被保険者が受診しやすい健診体制を構築する。

県内市町村国保保険者から代表保険者を決め、県医師会等健診機関のとりまとめ団体と集合契約の形態で被保険者の健診体制を整備する。



(2) 特定健診委託基準

実施機関の質を確保するための委託基準を作成し、事業者の選定・評価を行う。

事業者の評価にあたっては保険者協議会を活用し、情報交換を行うものとする。

●委託基準

次に示す基準(特定健診・特定保健指導確定版38～39ページに示す)がクリアできる実施機関と契約を結ぶ。

- ①人員に関する基準
- ②施設または設備等に関する基準
- ③制度管理に関する基準
- ④健診結果等の情報の取扱いに関する基準
- ⑤運営等に関する基準

●委託基準を満たしているかどうかの確認方法

ホームページ上で公表されている健診・保健指導機関の示す「重要事項に関する規定の概要」によりこの機関の情報を随時確認する。

保険者が必要に応じ契約先の健診・保健指導機関に関する資料の収集や疑義紹介を行うことにより、随時委託先を確認する。

●委託基準を満たさない機関が判明した場合の対応

次年度の委託契約を締結しない、あるいは保険者側から支払基金に対して、健診・保健指導機関番号登録の抹消あるいは一時停止を依頼する。

(3)健診実施機関リスト 詳細については資料14(別表)

健診機関コード	健診機関名	住所	電話番号	健診時期	受付時間	予約
	徳島県医師会	資料 14	資料 14	資料 14	資料 14	注 2
	総合健診センター	徳島市蔵元町 1 丁目 10 番地 3	088-633-2266	注 2	注 2	注 2
	徳島県農村健康管理センター	阿波市阿波町平川原北 59-1	0883-36-6611・6612 FAX36-6613	注 2	注 2	注 2

(4)委託契約の方法、契約書の様式案 資料15(別表)

特定健康診査の実施については、徳島県医師会および被保険者の利便性を考慮し、市内公共機関等で健診を実施できる機関へ委託する。

契約書については、国が示す標準的なものに準拠する。

(5)健診委託単価、自己負担額 資料15

保険者協議会で統一された健診委託単価、自己負担額とする。

集団検診 委託単価 5,250円 (内、自己負担額 1,000円)

個別健診 委託単価 6,300円 (内、自己負担額 1,000円)

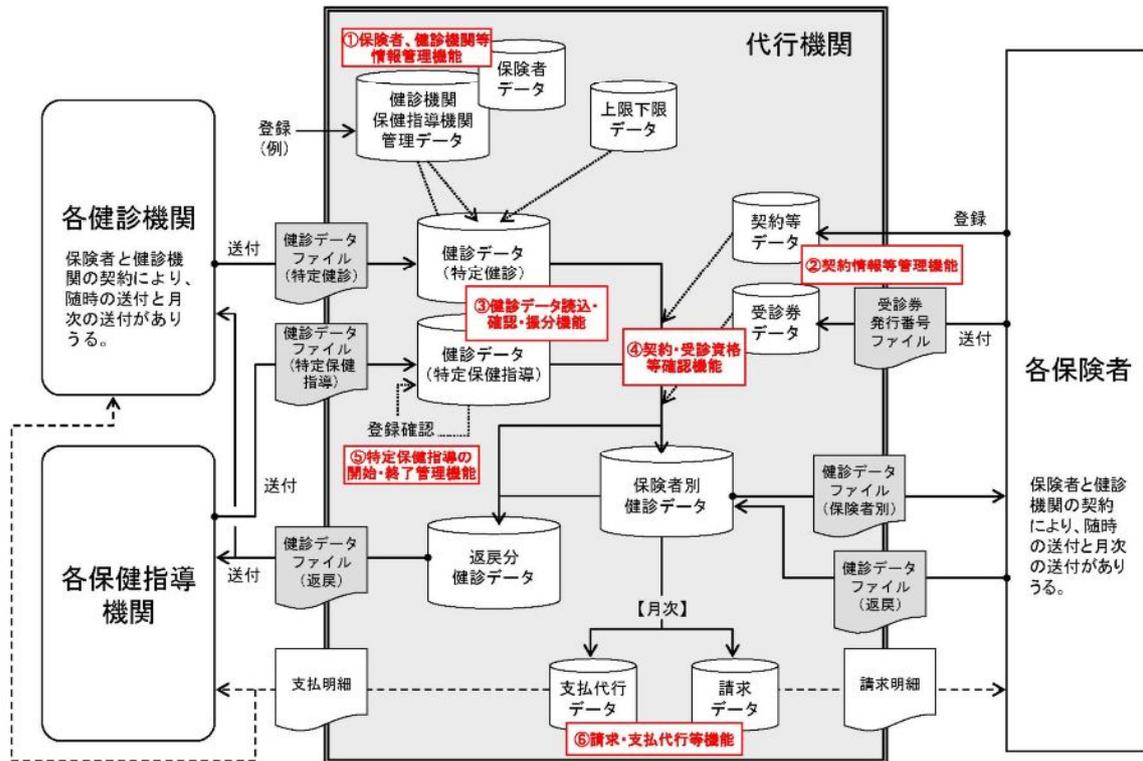
(6) 代行機関の名称

徳島県国民健康保険団体連合会に代行機関として委託する。

代行機関において次に示す6項目の機能が必要である。

- ① 支払代行や請求等の事務のために健診機関・保健指導機関および保険者の情報を管理する機能
- ② 簡単な事務点検のために契約情報・受診券(利用券)情報を管理する機能
- ③ 健診機関等から送付されたデータを読み込み、確認し、保険者に振り分ける機能
- ④ その際に契約と合っているか、受診資格があるか等を確認する。
- ⑤ 特定保健指導の開始と終了を管理する。
- ⑥ 請求、支払代行等の機能

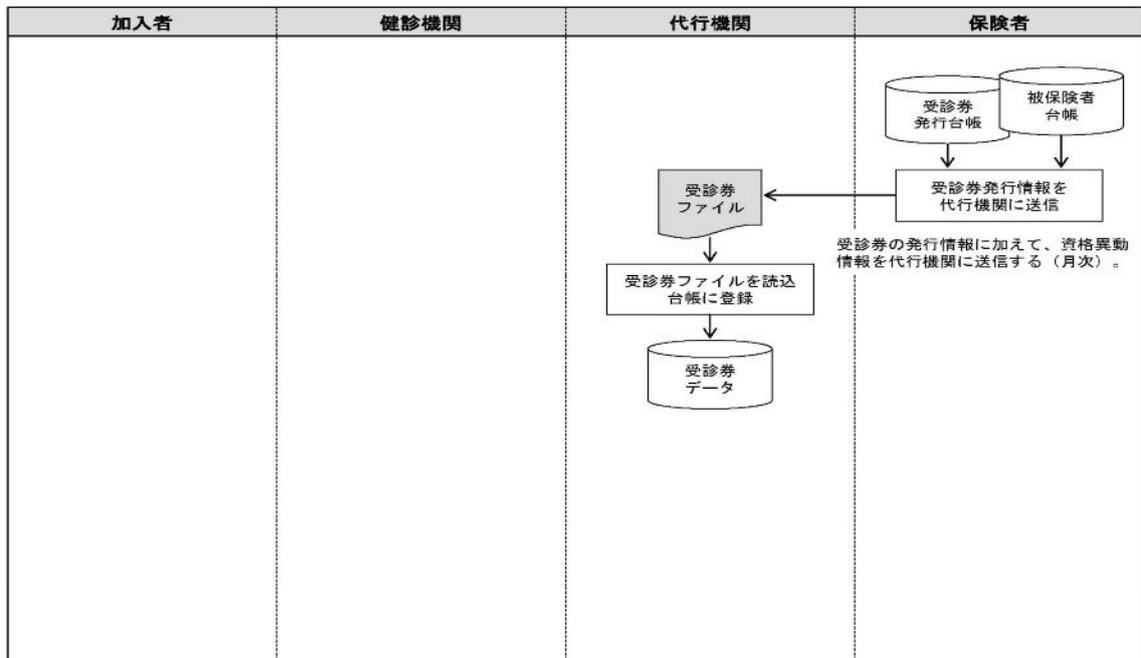
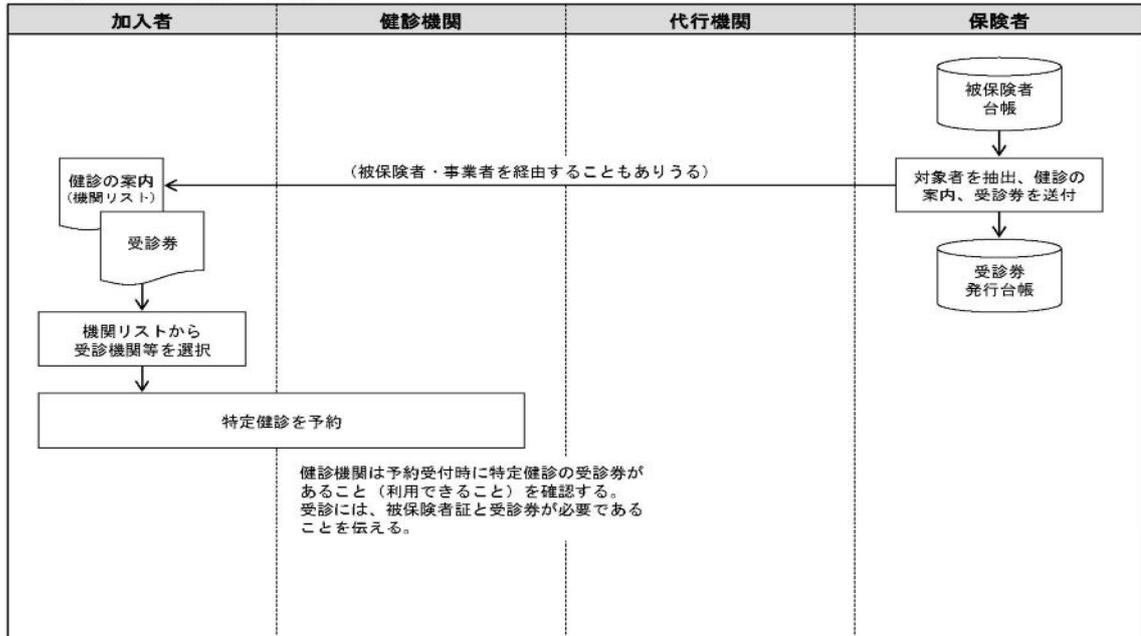
代行機関における事務点検の全体イメージ(標準的な一例)



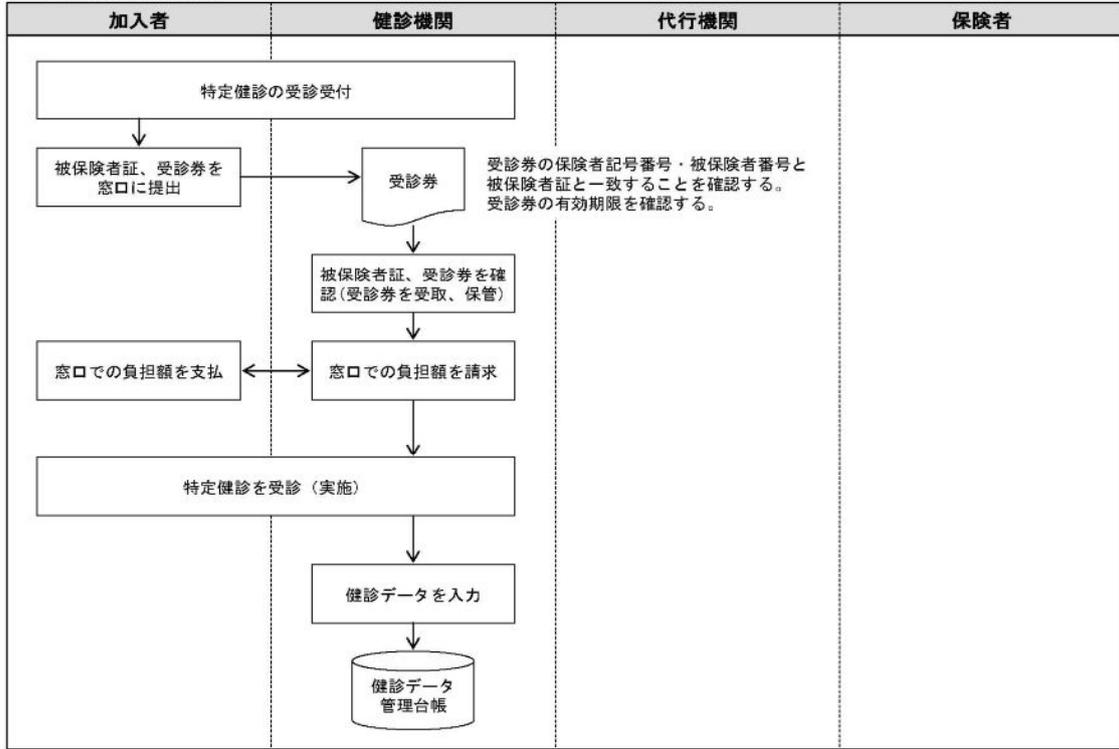
(7)事務のフローチャート

集団契約

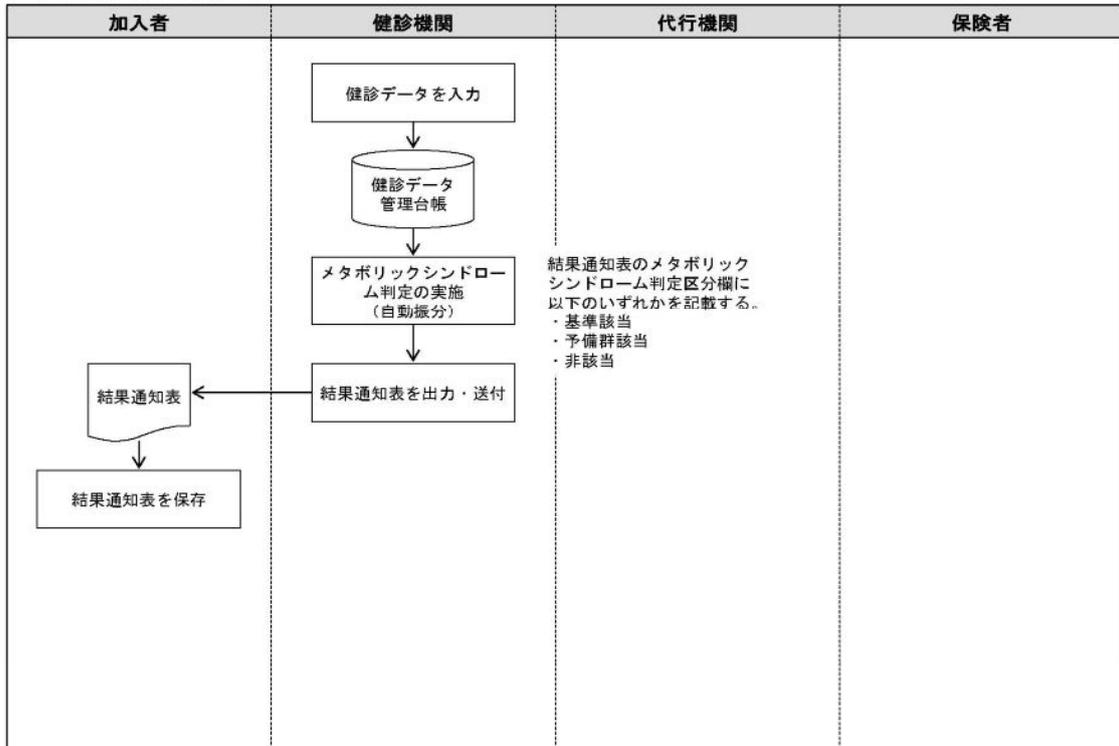
(1) 加入者への通知・予約受付



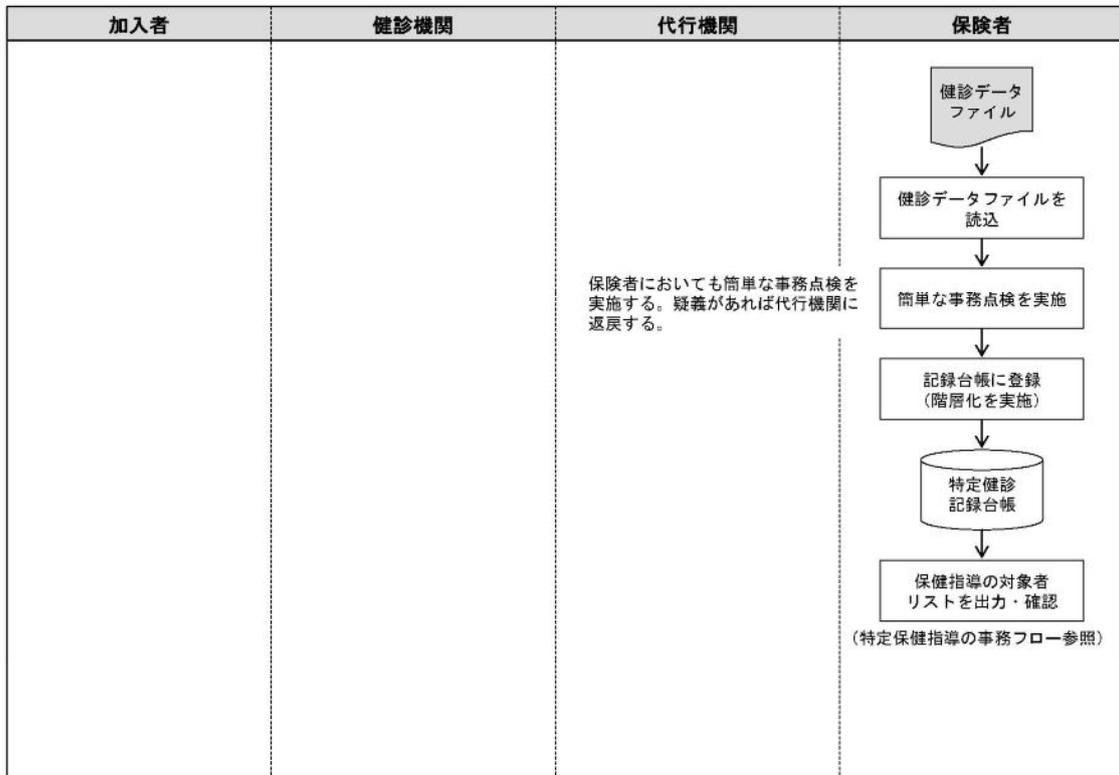
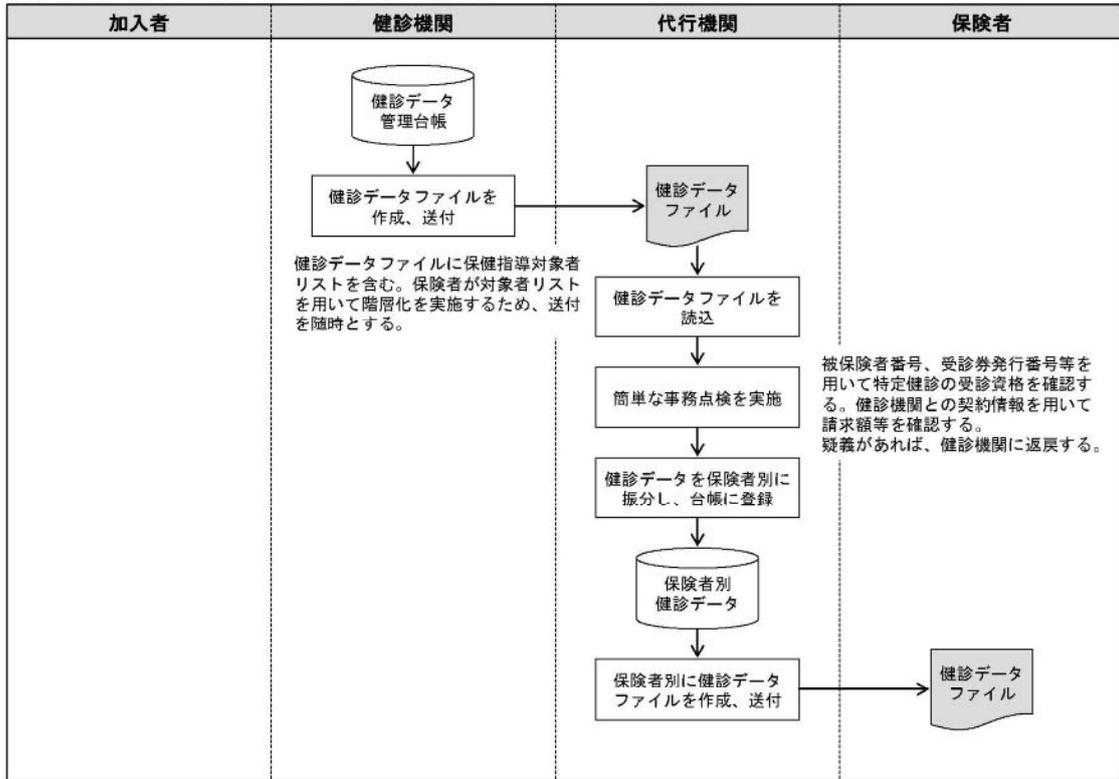
(2) 特定健診の実施



(3) 特定健診の結果説明

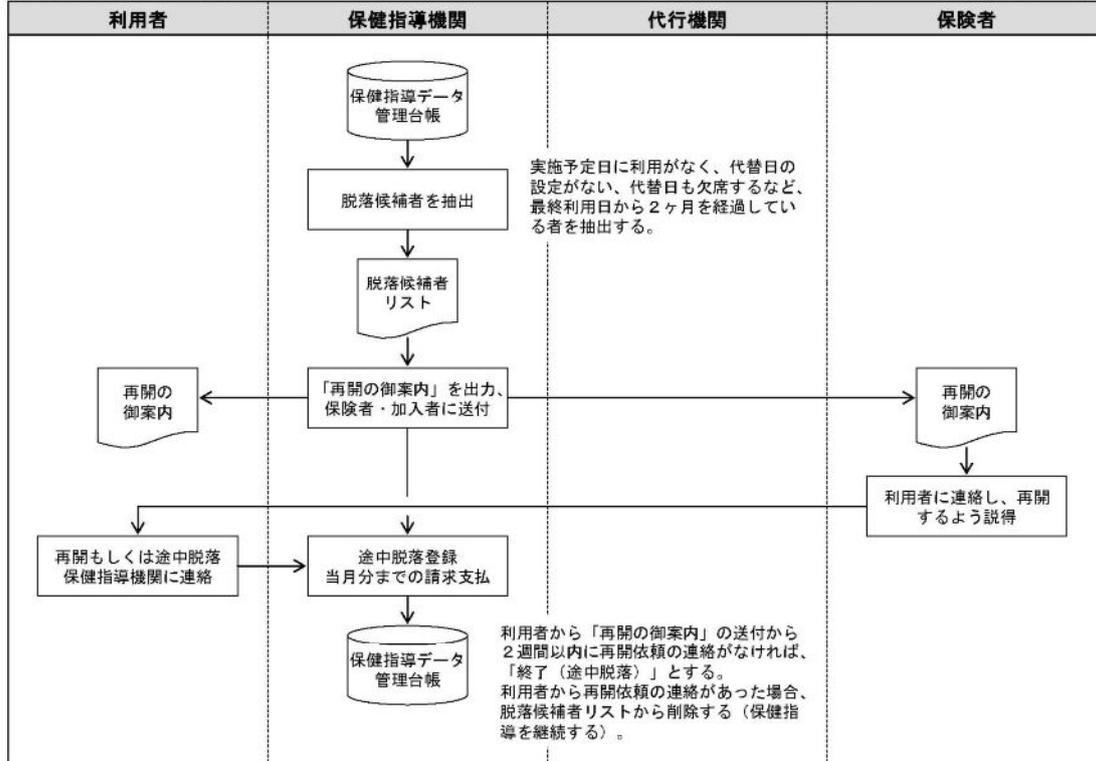


(4) 特定健診の結果データの保険者への送付



○特定保健指導の途中脱落

※個別契約・集団契約の事務フロー共通



(8) 受診券の様式

集合契約の枠組みを利用するため、受診券の発行を行う。

(表面)	(裏面)
<p align="center">特定健康診査受診券</p> <p align="right">平成 年 月 日交付</p> <p>受診券整理番号 ○○○○○○○○</p> <p>被保険者証の記号及び番号 ○○○○○○-○○○○○○○</p> <p>受診者の氏名</p> <p>性別</p> <p>生年月日</p> <p>有効期限 平成 年 月 日</p> <p>健診内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査 ・その他 () <p>窓口での自己負担</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なし ・定額 (円) ・あり (費用の 割に相当する額) ・あり (費用のうち、 円を超える額) <p>保険者所在地</p> <p>保険者番号・名称</p> <p>契約とりまとめ機関名</p> <p>支払代行機関名</p> <p align="right">印</p>	<p align="center">注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> この券の交付を受けたときは、すぐに住所欄に住所を自署してください。(特定健康診査受診結果の送付に用います。) 特定健康診査を受診するときは、この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。 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。 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、保険者において保存します。 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。 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ます。 この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。 <p>住所</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

(備考)

- この券の大きさは、縦140ミリメートル横90ミリメートルとする
- この券は、対象者ごとにこれを作成すること。
- 「健診内容」欄は、複数に該当する場合には、全て記載すること。追加の健診項目がある場合には、その他の欄に記載すること。また、追加の健診項目が無い場合は、その他の欄は抹消すること。
- 「窓口での自己負担」欄は、複数に該当する場合には、全て記載すること。また、該当しない事項は抹消すること。
- 「契約とりまとめ機関名」及び「支払代行機関名」は、該当しない場合は抹消すること
- 必要があるときは、健診内容、窓口での自己負担、注意事項その他の記載内容について、所要の変更又は調整を加えることができる。

(9)健診実施場所

集合契約をしている徳島県内各医療機関、徳島県農村健康管理センターおよび阿波市内保健センター等において実施する。

(10)健診実施期間

各年度5月から翌年2月までとする。

(11)健診の案内方法

受診率向上につながるように各機会を通じて案内する。

- ①年間健診計画の広報
- ②訪問等の機会を利用
- ③未受診者への「受診勧奨はがき」等文書の送付
- ④保険証交付(郵送)の際に健診受診案内を同封する。
- ⑤各施設に健診案内の掲示

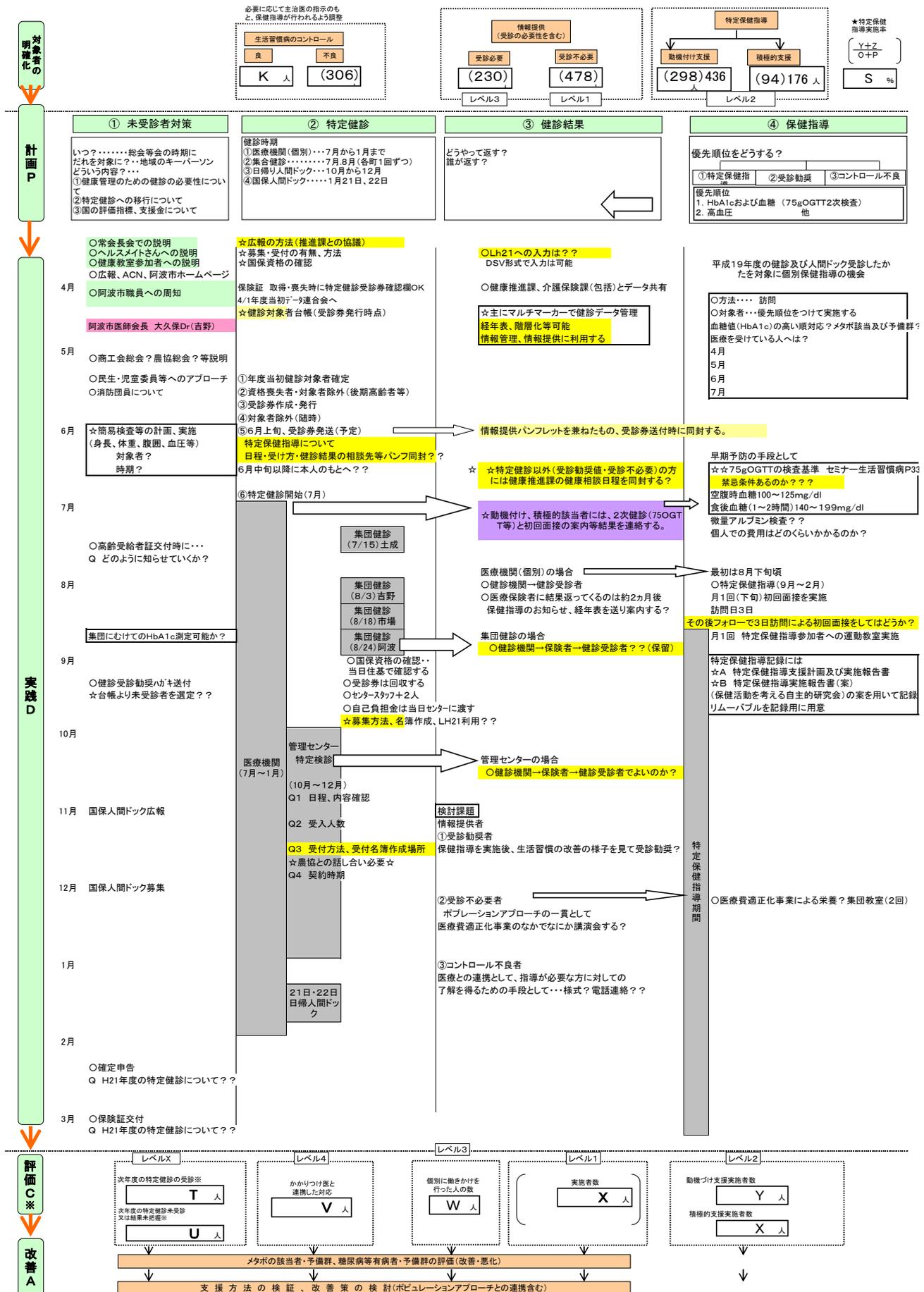
(12)年間実施スケジュール

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

阿波市

()H18年度実施

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



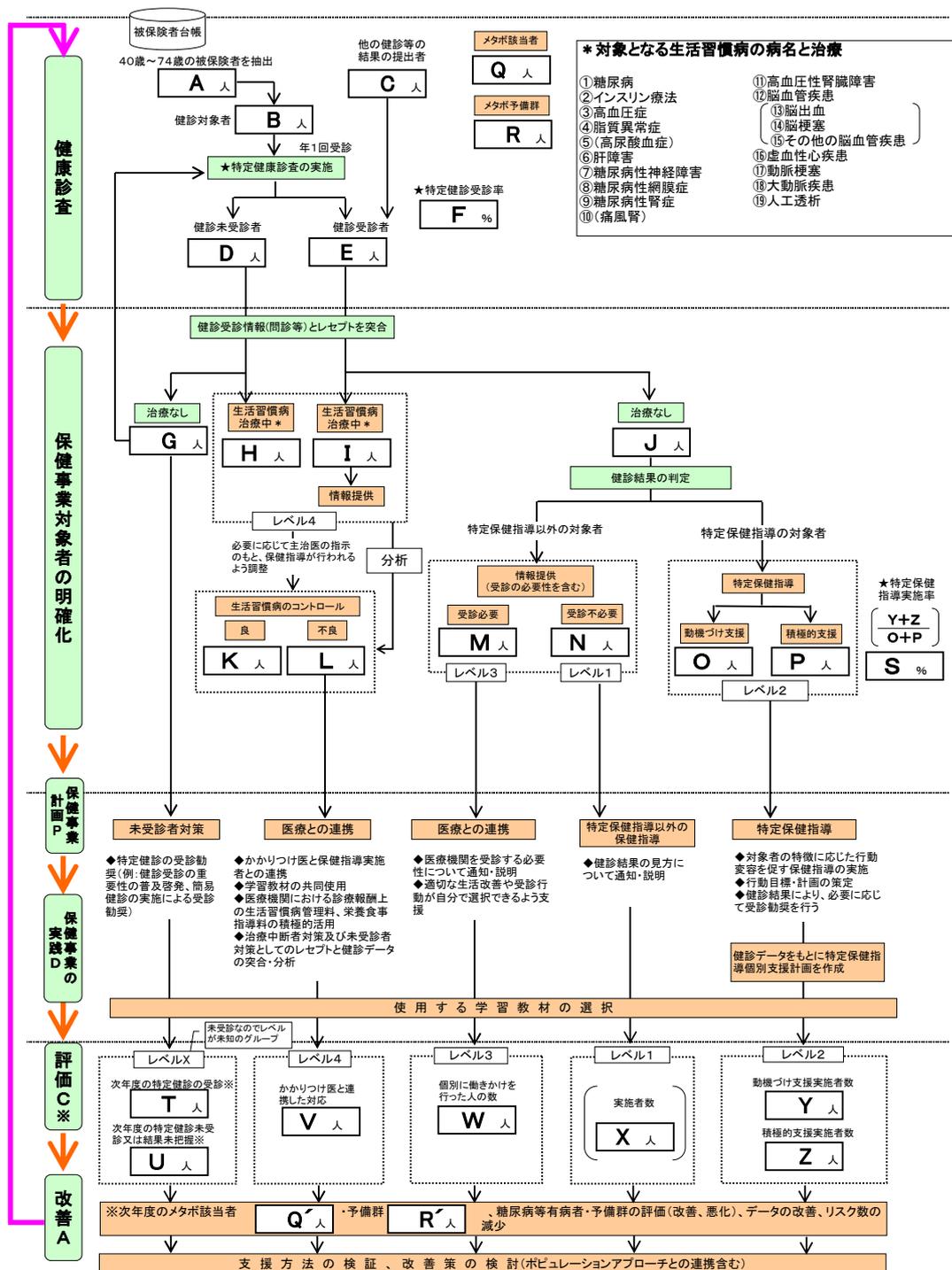
5 特定保健指導の実施

(1) 健診から保健指導実施の流れ

目標値を達成するために、以下のような流れで健診・保健指導を実施する。

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式6-10

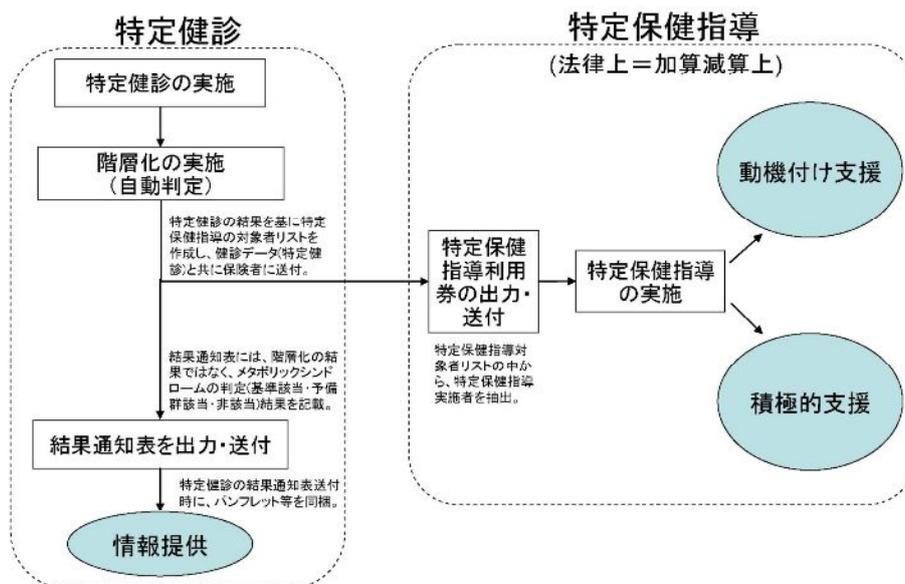


(参考)

特定健康診査・特定保健指導の用語の定義と流れ

第3回 保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会 資料より

特定健診から特定保健指導への流れ



⑧ 健診結果の説明等の法律上の位置付け

- 「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」においては、特定健診の結果を基に階層化を行い、それを基に特定保健指導(情報提供・動機付け支援・積極的支援)を行うこととされているが、

■加入者に行動変容を促す特定保健指導として保険者に義務づけようとしているのは「動機付け支援」及び「積極的支援」であり、仮に「情報提供」(全員を対象)も特定保健指導の対象とした場合、パンフレットを加入者全員に送れば特定保健指導の実施率が100%になってしまう問題もあること

■特定健診の結果を基にどの区分に該当するか自体は自動的に判定され、健診機関における健診結果の説明の際には、その情報も受診者に伝えられることが一般的であるとともに、その際に受診者にパンフレットを渡す「情報提供」まで行うことも自然であること

以上から、高齢者医療確保法でいう「特定健診」は、特定健診の実施から結果説明、階層化、情報提供までの範囲を表す用語とし、「特定保健指導」は、動機付け支援及び積極的支援を表す用語と整理することとする。

- この整理に基づき、特定保健指導の実施率とは、動機付け支援及び積極的支援対象者のうちこれらを受けた者、と定義されることになる。

(2) 健診の内容

- 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的確に抽出する健診項目とする。
- 健診受診者にリスクに基づく優先順位をつけ必要に応じた保健指導レベル別の内容を決定する際に活用する問診項目とする。

<具体的な健診項目>

①基本的な検査項目

質問項目、身体測定(身長、体重、BMI、腹囲)、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液科学検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)、肝機能検査(GOT、GPT、 γ -GTP)、血糖検査(空腹時血糖)、尿検査(尿糖、尿蛋白)

②心血管系予防のために(HbA1c、血清クレアチニン、血清尿酸)を追加する。

※徳島県内、市町村国保の追加検査項目(参考: **資料12・12-②**)

③詳細な健診項目

- 心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)のうち、一定の基準のもと医師が必要と判断したものを選択する。

<一定の基準>

●心電図検査・眼底検査

前年の健診結果等において血圧・脂質・血糖・肥満のすべての項目で判定基準に該当した者

●貧血検査

貧血の既往を有する者または視診等で貧血が疑われる者

※平成20年度については、特定健診が初年度に当たるため、③の詳細な健診は特定健診の中には含めないが、医師が診察中、必要と認めるものについては、医療の対象者として、医師の判断のもと検査することが出来る。

④その他

●2次健診項目

特定健診の検査項目を基本に実施するが、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析を確実に予防するためには、明らかな変化や障害が起こる前に将来予想を踏まえた保健指導を行うための検査が必要となる。

そのためには、国が示した検査項目に加えて血糖検査やHbA1cが有所見とならない段階からインスリン抵抗性や耐糖能異常が把握できる75g糖負荷試験の検査が、また、尿蛋白やクレアチニンが有所見とならない段階からの微量アルブミン検査、心電図や眼底検査が有所見とならない段階からの頸部エコー検査を2次検査としての検診を勧奨する。

(3) 保健指導対象者の選定と階層化

特定保健指導の対象者を明確にするために実施する。

● 特定保健指導の基本的考え方

- ① 特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とする。
- ② 特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、法第24条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。

● 保健指導対象者の階層化(保健指導レベル別に4つのグループに分ける)

- ① レベル4(医療との連携グループ)
肥満症、糖尿病、高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析など治療中の者
- ② レベル3(ハイリスクアプローチグループ)
レベル4以外の者で健診項目が受診勧奨だった者
- ③ レベル2(ハイリスクアプローチグループ)
レベル3以外の者で内臓脂肪症候群該当者、予備軍該当者
- ④ レベル1(ポピュレーションアプローチグループ)
①から③に該当しない者

● 健診未受診者

- ⑤ 糖尿病、高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析など治療中の者は①と同じ扱いとする。
- ⑥ ⑤以外の者

● 特定保健指導の対象とならない被保険者への対応

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及び診療報酬明細書等の情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診の勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施に努める。

また、阿波市の体制にあった他の課との保健指導関係者等と協議や情報交換をし、連携をとり、ポピュレーションアプローチ、要受診勧奨者、治療コントロール不良者等に対し効率よく支援していく。また、医師等医療機関関係者との連携も図り、疾病の重症化を防いでいく。

(参考)

保健指導対象者の選定と階層化

ステップ1 ○ 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。

- ・腹囲 M \geq 85cm、F \geq 90cm → (1)
 - ・腹囲 M $<$ 85cm、F $<$ 90cm かつ BMI \geq 25 → (2)
- ※(1)、(2)以外の者への対応については、3)留意事項参照

ステップ2 ○ 検査結果、質問票より追加リスクをカウントする。 ○ ①～③は内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の判定項目、④はその他の関連リスクとし、 ④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみをカウントする。

- ①血糖※ a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②脂質 a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ③血圧 a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)

④質問票 喫煙歴あり

※ 空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合には、空腹時血糖のみを使用。

ステップ3 ○ ステップ1、2から保健指導対象者をグループ分け

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

ステップ4

- 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL(Quality of Life)の低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。
- 血圧降下剤等を服薬中の者(質問票等において把握)については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。
- 市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。
- 医療機関においては、生活習慣病指導管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を活用することが望ましい。
なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は了解の下に、保健指導を行うことができる。

3)留意事項

- 医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、保健指導を実施することができる。
- 市町村の一般衛生部門においては、医療保険者と連携し、健診結果等から、医療機関を受診する必要があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等を行うべきである。
- 特定保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果、質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである(第3編参照)。
- 保健指導を実施する際に、健診機関の医師が直ちに医療機関を受診する必要があると判断しているにもかかわらず、保健指導対象者が、医療機関を受診していない場合は、心血管病の進行予防(心疾患、脳卒中等の重症化予防)のために治療が必要であることを指導することが重要である。
- また、健診データ・レセプトデータ等に基づき、治療中断者を把握し、心血管病の進行予防(心疾患、脳卒中等の重症化予防)のために治療の継続が必要であることを指導することが重要である。

(4) 要保健指導者の優先順位・支援方法

要保健指導者の優先順位、支援方法を次のとおりとする。

● 優先順位の考え方

内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因(高血圧・高血糖・脂質異常症等)が多く、保健指導が必要な対象者で、内臓脂肪蓄積の程度やリスク要因の数によって優先順位を決める。

- 年齢が比較的若く予防効果が大きく期待できる対象者
- 健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化したため、より緻密な支援が必要となった対象者
- 質問項目の回答により生活習慣改善の必要性が高い対象者
- 前年度、積極的支援だったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者など

留意点

- 前期高齢者については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。
- 血圧降下剤等を服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。
- 特定保健指導とは別に、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために必要と判断した場合は、主治医の依頼または了解のもとに保健指導を行う。

● 保健指導レベル

保健指導プログラムは、対象者の保健指導の必要性ごとに「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」に区分、階層化を行う。

○ 情報提供

健診受診者全員を対象とし、対象者が、健診結果から自分の身体状況を確認するとともに生活習慣を見直すきっかけとする。(年1回の支援)

○ 動機づけ支援

対象者への個別支援あるいはグループ支援により、対象者が自分の生活習慣を振り返り、行動目標を立てることが出来るとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践にうつりその生活が継続できることを目指す。(1～2回の支援)

○積極的支援

「動機づけ支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自分の健康状態を自覚したうえで生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践に取り組みながら、支援プログラム終了時にはその生活が継続できることを目指す。(3～6ヶ月の継続支援)

以上の3段階に階層化を行うとともに、標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) p178 様式6-10 フローチャートに基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に4つのグループに分ける

①レベルX(健診未受診者グループ)

実態把握と、特定健診への受診勧奨が必要なグループ

②レベル4(医療との連携グループ)

現在、生活習慣病で治療中(※)の被保険者

※対象となる生活習慣病は次の疾患である。

糖尿病・インスリン療法・高血圧症・脂質異常症・高尿酸血症・肝機能症障害・糖尿病性神経障害・糖尿病性網膜症・糖尿病性腎症・痛風腎・高血圧性腎障害・脳出血・脳梗塞・その他の脳血管疾患・虚血性心疾患・動脈閉塞・大動脈疾患・人工透析

③レベル3(医療との連携グループ)

特定健診受診者のうち、その健診結果が、受診勧奨判定値であり、健診機関の医師の判断により医療機関受診が必要とされたグループ

④レベル2(特定保健指導グループ)

階層化により、動機づけ支援、積極的支援レベルとなったグループ

⑤レベル1(特定保健指導以外の保健指導グループ)

健診結果、階層化により、情報提供レベルだったグループ

●優先とした理由、支援方法

優先順位	保健指導レベル	理由	支援方法	求められる能力・資質
1	レベル2(特定保健指導グループ)	特定健診・保健指導の評価指標、医療費適正化計画の目標達成に寄与するグループである	<ul style="list-style-type: none"> ◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援を行う ◆生活改善への動機付けを効果的に行うため、2次検査(75g糖負荷検査、微量アルブミン尿、頸動脈エコー)の受診を勧める ◆ハイリスクアプローチ用の学習教材の開発 	必要な検査の説明、学習教材の使い方がマスターできる
2	レベル3(医療との連携グループ)	病気の発症予防・重症化予防の視点で医療費適正化に寄与できると考えられる	<ul style="list-style-type: none"> ◆必要な再検査、精密検査について説明 ◆運命の分かれ道にいることを理解し、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 ◆ハイリスクアプローチ用の学習教材の開発 	体のメカニズム+疾患の理解
3	レベルX(健診未受診者グループ)	特定保健指導の実施率には寄与しないが、特定健診受診率向上、ハイリスク予備群の把握、早期介入により、医療費適正化に寄与できると考えられる	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨 ◆簡易健診の実施(腹囲、血圧、HbA1c) ◆ポピュレーションアプローチ用学習教材の開発 	1、2の資質の上に健診を受けてみようと思わせる能力
4	レベル1(特定保健指導以外の保健指導グループ)	特定健診受診率向上を図るため、健診受診・自己管理に向けた継続的な支援が必要	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診の意義や各健診項目の見方について説明 ◆ポピュレーションアプローチ用の学習教材の開発 	学習教材を素直に使える性格
5	レベル4(医療との連携グループ)	すでに病気を発症していても、重症化予防の視点で、医療費適正化に寄与できると考えられる	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者での治療計画の共有化 ◆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 ◆治療中断者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 	生活習慣病に関する各学会のガイドラインを熟読

(5) 支援レベル別保健指導計画

レベル	項目	期間および回数 (年)	1回あたりの時間	標準的に使用する学習教材 (生活習慣病予防ファイル等)	記録表
レベル2	(ハイリスクアプローチグループ)内臓脂肪症候群診断者・予備群	1～2ヶ月に1回 (6ヶ月間の支援)	30分	資料1 基本健診経年結果一覧 資料2 早世予防のために 資料3 メタボリックシンドローム 資料4 基準は一人一人違います 資料5 血管変化の予防の視点 資料6 わたしの体格は？ 2次検査用資料 資料7 75g糖負荷試験について 資料8 75g糖負荷検査結果 資料9 頸動脈超音波検査 資料10 インスリンの仕事 資料11 生活習慣病予防の間診票	ハイリスク2次検査用 記録用紙 経年表 個別支援記録用紙
レベル3	(ハイリスクアプローチグループ)	3～4ヶ月に1回	30分	ファイル 資料1 基本健診経年結果一覧 資料2 早世予防のために 資料3 メタボリックシンドローム 資料4 基準は一人一人違います 資料5 血管変化の予防の視点 資料6 わたしの体格は？ 資料11 生活習慣病予防の間診票	経年表 個別支援記録用紙
未受診者対策グループ		1年に1回	30分	ファイル 資料3 メタボリックシンドローム 資料4 7. 血管変化の予防の視点 資料5 血管変化の予防の視点 健康の判断を何でしていますか？	個別支援記録用紙
レベル1	(ポピュレーションアプローチグループ)	1年に1回	10～30分	資料11 生活習慣病予防のための間診票 資料12 健康手帳の活用	経年表 既存の記録用紙
レベル4	(医療との連携グループ)	各医療機関との連携をはかる		指導用教材の共有化をはかる	受診状況が確認できるもの

(6)保健指導プログラム

①基本的事項

医療保険者は、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なければならない。

②使用する保健指導プログラム（学習教材）

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）のp4の考え方「対象者が健診結果に基づき自らの健康状態を認識した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食習慣や運動習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容に結びつけられる」に基づき、保健活動を考える自主的研究会編「私の健康記録」を保健指導プログラム（学習教材）とする。

仕様

A4 2穴 バインダー式

保健師・栄養士が対象者に応じて、組み立てて資料を持参することができ、地域特性に応じた資料を自由に組みかえられ、対象者が保存しやすい形とした。

構成

○基本資料（対象者全員へのポピュレーションアプローチ）

- ・ 健診結果：健診項目の意義、判定基準
- ・ 生活習慣：食と運動の資料

○選択資料（対象者ごとに用いるハイリスクアプローチ）

- ・ 内臓脂肪
- ・ 糖尿病
- ・ 高血圧
- ・ 脂質異常
- ・ 高尿酸
- ・ 心臓
- ・ 腎臓
- ・ 肝臓

学習教材で用いる判定基準値等は、生活習慣病に関係する各学会のガイドラインと整合性がとれたものとする。

③学習教材「私の健康記録」の構成

標準的な健診・保健指導プログラム (確定版)		使用する保健指導プログラム (学習教材)			資料 様式	
保健指導プログラムの 特徴 p 4	保健指導の実施要件 (情報提供) p 8 8	私の健康記録				
<p>対象者（住民が）</p> <p>健診結果から自分の健康状態を知るために ↓ 健診結果に基づき自らの健康状態を認識した上で ↓ 代謝のメカニズムと ↓</p>	<p>健診の意義</p> <p>①自分自身の健康状態を認識できる機会をつくる</p> <p>②日頃の生活習慣が健診結果に表れてくることを知る</p> <p>↓</p> <p>健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す</p> <p>↓</p> <p>健診結果の見方データの表す意味</p>	自分の健診結果を知る	A1～5	ポピュレーションアプローチ (情報提供)	基本資料	
		自分の結果を判定基準に位置づける	A6～8			
		健診結果と生活を結びつける	A9 食1・2			
		健診結果と代謝を結びつける	A10 食1・2			
<p>↓</p> <p>代謝のメカニズムと</p> <p>↓</p> <p>生活習慣（食習慣・運動習慣等）との関係を理解し ↓ 生活習慣の改善を自ら選択し、行動に結びつける</p>	<p>自分の身体で起きていることを関連づけられ内容を説明する</p>	代謝のメカニズム	内臓脂肪	B	ハイリスクアプローチ	選択資料
			糖尿病	C		
			高血圧	D		
			脂質異常	E		
			高尿酸	F		
			心臓	G		
			腎臓	H		
肝臓	I					
<p>↓</p> <p>生活習慣（食習慣・運動習慣等）との関係を理解し ↓ 生活習慣の改善を自ら選択し、行動に結びつける</p>	<p>→</p>	食	健診結果と食	食1～4	ポピュレーションアプローチ (情報提供)	基本資料
			食品と栄養素	食5～34		
			食習慣	食35～38		
		運動	運動習慣	運1～8		

④保健指導レベルごとの支援方法と期待される効果

健診から保健指導実施へのフローチャートの保健指導レベルと標準的な支援方法

保健指導 レベル	対象者及び効果	支援方法
レベル2 (特定保健指導グループ)	<ul style="list-style-type: none"> ◆階層化により、動機づけ支援・積極的支援となったグループ ◆特定健康診査等の評価指標である特定保健指導実施率向上及び医療費適正化計画の目標達成に寄与できる 	<ul style="list-style-type: none"> ◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援を行う ◆生活改善への動機付けを効果的に行うため、2次検査を実施する(75g糖負荷検査、微量アルブミン尿、頸動脈エコー) ◆ハイリスクアプローチ用の学習教材の開発
レベル3 (医療機関受診勧奨グループ)	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果が受診勧奨判定値であり、関係学会のガイドラインを踏まえ、医療機関受診が必要とされたグループ ◆病気の発症及び重症化予防の視点で医療費適正化に寄与できる 	<ul style="list-style-type: none"> ◆必要な再検査、精密検査について説明 ◆運命の分かれ道にいることを理解し、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 ◆ハイリスクアプローチ用の学習教材の開発
レベルX (特定健康診査未受診者グループ)	<ul style="list-style-type: none"> ◆実態把握と特定健康診査の受診勧奨が必要なグループ ◆特定健康診査等の評価指標である特定健康診査実施率向上に寄与できる 	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨 ◆簡易健診の実施 (腹囲、血圧、HbA1c等) ◆ポピュレーションアプローチ用学習教材の開発
レベル1 (特定保健指導対象者以外で保健指導が必要なグループ)	<ul style="list-style-type: none"> ◆内臓肥満は伴わないが、高血圧、高血糖、高脂血症、高尿酸等による循環器及び腎疾患の予備群がいるグループ ◆病気の発症予防の視点で医療費適正化に寄与できる ◆継続受診勧奨により特定健康診査実施率向上に寄与できる 	<ul style="list-style-type: none"> ◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援を行う ◆生活改善への動機付けを効果的に行うため、2次健診を実施する ◆ハイリスクアプローチ用の学習教材の開発 ◆健診の意義や各健診項目の見方について説明 ◆ポピュレーションアプローチ用の学習教材の開発
レベル4 (生活習慣病で治療中のグループ)	<ul style="list-style-type: none"> ◆生活習慣病で治療中(*)だが、コントロールが不良のグループ ◆すでに病気を発症していても、重症化及び合併症予防の視点で医療費適正化に寄与できる *対象となる生活習慣病の病名等は「様式6-10」参照 	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者での治療計画の共有化 ◆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 ◆治療中断者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析
情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆上記対象者を除く全受診者 ◆病気の発症予防の視点で医療費適正化に寄与できる ◆継続受診勧奨により、特定健康診査実施率向上に寄与できる 	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果や健診時の質問票から個人に合わせて健診の意義や生活習慣病に関する基本的な知識の情報を提供する ◆生涯を通じて使用できる健康手帳の開発

⑤記録様式

○特定保健指導支援計画及び実施報告書

「特定保健指導支援計画及び実施報告書」は、指導期間中の対象者個人の記録（対象者ごとに保健指導の実施状況や結果等をまとめたもの）として、「標準的な健診・保健指導プログラム」にて様式例が示されている。

記載すべき内容としては、医療保険者への実施報告（委託する場合）や、保健指導機関における（医療保険者自身で保健指導を実施する場合は医療保険者において）保管・記録用として、実施した指導の内容や結果等の他、対象者の設定した行動目標や行動計画、それらを支援するための支援内容（支援計画）や、終了時の評価結果等を簡潔に整理したものであることが重要である。

この記録（様式）は、保健指導の終了時に医療保険者へ実施報告を行う場合や、終了時以外においても、医療保険者や対象者の求めに応じ適宜報告する場合に用いられるものとなる。

このような個人記録は、通常、各保健指導機関が長年蓄積したノウハウに基づき、見やすく、管理しやすいレイアウトあるいは記載方法で作成されていることが多いことから、当面、国において統一的な様式を定めることは予定していない。但し、様式例に示した記載項目は報告あるいは記録として最低限記載すべき内容であることから、どのようなレイアウトであれ、網羅しておくことが必要である。

（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 p32）

○様式案の考え方

保健指導データの標準的なファイル仕様をみると、○…必須入力項目、☆…少なくとも委託する場合は必須入力項目、△…情報を入手した場合に入力という条件となっている。医療保険者直接実施又は市町村国保から衛生部門への執行委任等の場合、費用決済が発生しないため、国への報告様式で求められる必須入力項目のみ網羅しておけばよいと考えられる。

A：特定保健指導支援計画及び実施報告書（案）

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）p97の様式から国への実績報告に必要な項目のみ残した。

B：特定保健指導実施報告書（案）

実際の支援ごとの記録様式。保健指導記録として管理するほか、保険者や対象者の求めに応じ提出できるよう、A4用紙1枚におさまる簡潔なものとした。

(7)要保健指導対象者数の見込み

阿波市

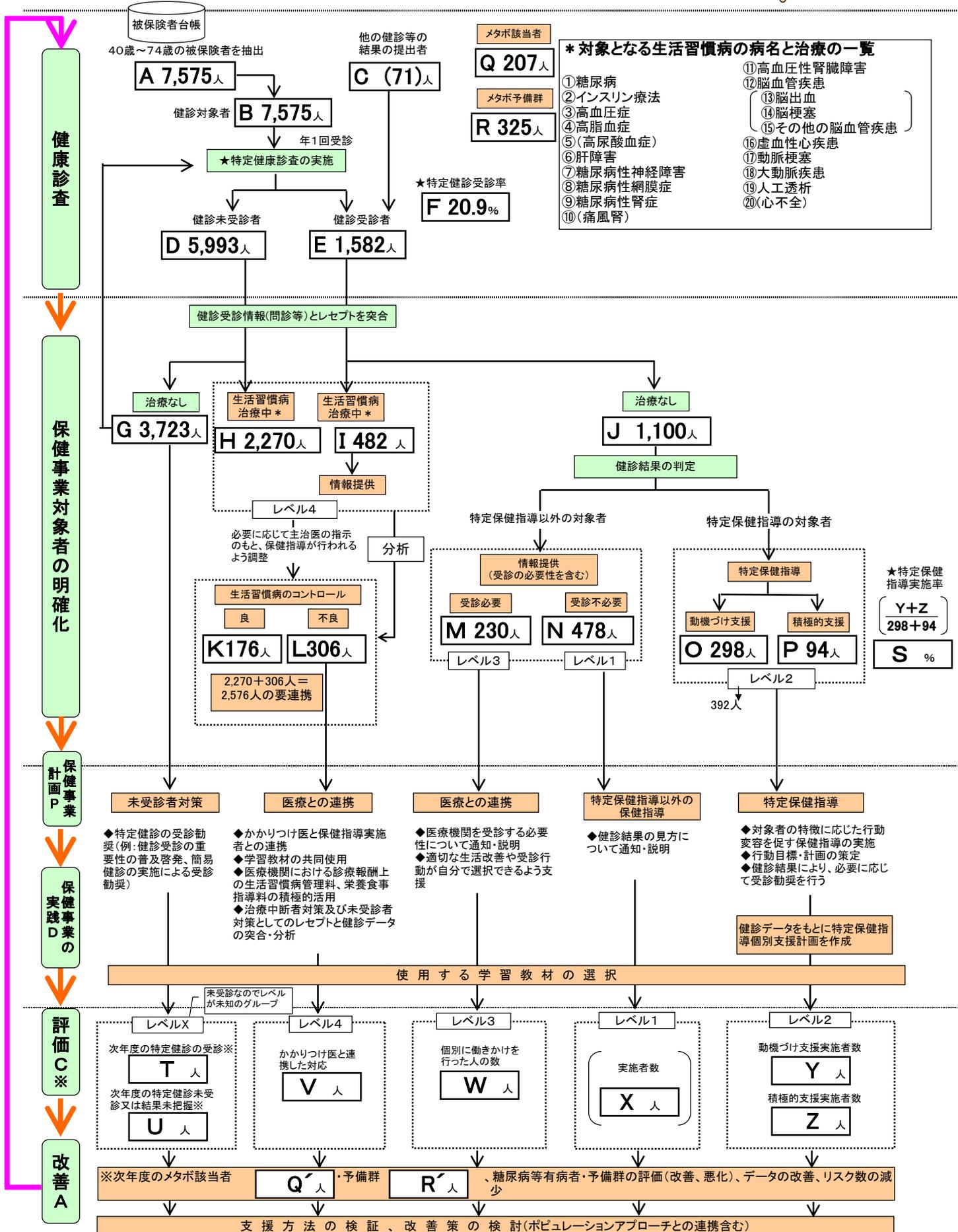
			平成18年度		平成20年度		平成21年度		平成22年度		平成23年度		平成24年度		
目標	健診実施率		20.8%		30		40		50		60		65		
	保健指導実施率		13.4%		25		30		35		40		45		
様式6-10 健診から保健指導実施へのフローチャート			推計値 (目標値)	実績値											
40564歳	男	被保険者数	A	2,213		2,240		2,255		2,270		2,285		2,300	
		健診受診者数	E	269	12.2	550	24.5	744	33.0	941	41.5	1,140	49.9	1,252	54.4
		健診未受診者数	D	1,944		1,690		1,511		1,329		1,145		1,048	
		特定保健指導対象者数	O+P	104		212		288		364		441		484	
		動機づけ支援	O	39		80		108		136		165		181	
		積極的支援	P	65		133		180		227		275		302	
		特定保健指導実施者数	Y+Z	0		53		86		127		176		218	
	女	動機づけ支援	Y			20		32		48		66		82	
		積極的支援	Z			33		54		80		110		136	
		被保険者数	A	2,053		2,080		2,100		2,110		2,125		2,140	
		健診受診者数	E	388	18.9	573	27.6	774	36.9	976	46.3	1,183	55.7	1,294	60.5
		健診未受診者数	D	1,665		1,507		1,326		1,134		942		846	
		特定保健指導対象者数	O+P	77		114		154		194		235		257	
		動機づけ支援	O	48		71		96		121		146		160	
65574歳	男	積極的支援	P	29		43		58		73		88		97	
		特定保健指導実施者数	Y+Z	0		28		46		68		94		116	
		動機づけ支援	Y			18		29		42		59		72	
		積極的支援	Z			11		17		26		35		44	
		被保険者数	A	1,561		1,590		1,610		1,625		1,640		1,660	
		健診受診者数	E	355	22.7	554	34.8	746	46	941	57.9	1,142	69.6	1,250	75.3
		健診未受診者数	D	1,206		1,036		864		684		498		410	
	女	特定保健指導対象者数	O+P	112		175		235		297		360		394	
		動機づけ支援	O	27		42		57		72		87		95	
		(積極的支援)	P	85		133		179		225		273		299	
		特定保健指導実施者数	Y+Z	0		44		71		104		144		177	
		動機づけ支援	Y			11		17		25		35		43	
		積極的支援	Z			33		54		79		109		135	
		被保険者数	A	1,748		1,790		1,810		1,825		1,840		1,860	
計	男	健診受診者数	E	570	32.6	646	36.1	863	47.7	1,080	59.2	1,299	70.6	1,411	75.9
		健診未受診者数	D	1,178		1,144		947		745		541		449	
		特定保健指導対象者数	O+P	99		111		148		186		223		243	
		動機づけ支援	O	46		51		68		85		103		111	
		(積極的支援)	P	53		60		80		100		121		131	
		特定保健指導実施者数	Y+Z	0		28		45		65		89		109	
		動機づけ支援	Y			13		20		30		41		50	
	女	積極的支援	Z			15		24		35		48		59	
		被保険者数	A	3,774		3,830		3,865		3,895		3,925		3,960	
		健診受診者数	E	624	16.5	1,104	28.8	1,490	38.6	1,882	48.3	2,282	58.1	2,502	63.2
		健診未受診者数	D	3,150		2,726		2,375		2,013		1,643		1,458	
		特定保健指導対象者数	O+P	216		387		523		661		800		878	
		動機づけ支援	O	151		255		343		433		525		576	
		積極的支援	P	65		133		180		227		275		302	
計	女	特定保健指導実施者数	Y+Z	100		97		157		231		320		395	
		動機づけ支援	Y	80		64		103		152		210		259	
		積極的支援	Z	20		33		54		80		110		136	
		被保険者数	A	3,801		3,870		3,910		3,935		3,965		4,000	
		健診受診者数	E	958	25.2	1,219	31.3	1,637	41.6	2,056	51.9	2,482	62.1	2,705	67.2
		健診未受診者数	D	2,843		2,651		2,273		1,879		1,483		1,295	
		特定保健指導対象者数	O+P	176		225		302		379		458		499	
計	女	動機づけ支援	O	147		182		244		306		370		403	
		積極的支援	P	29		43		58		73		88		97	
		特定保健指導実施者数	Y+Z	111		56		91		133		183		225	
		動機づけ支援	Y	71		45		73		108		148		181	
積極的支援	Z	40		11		17		26		35		44			

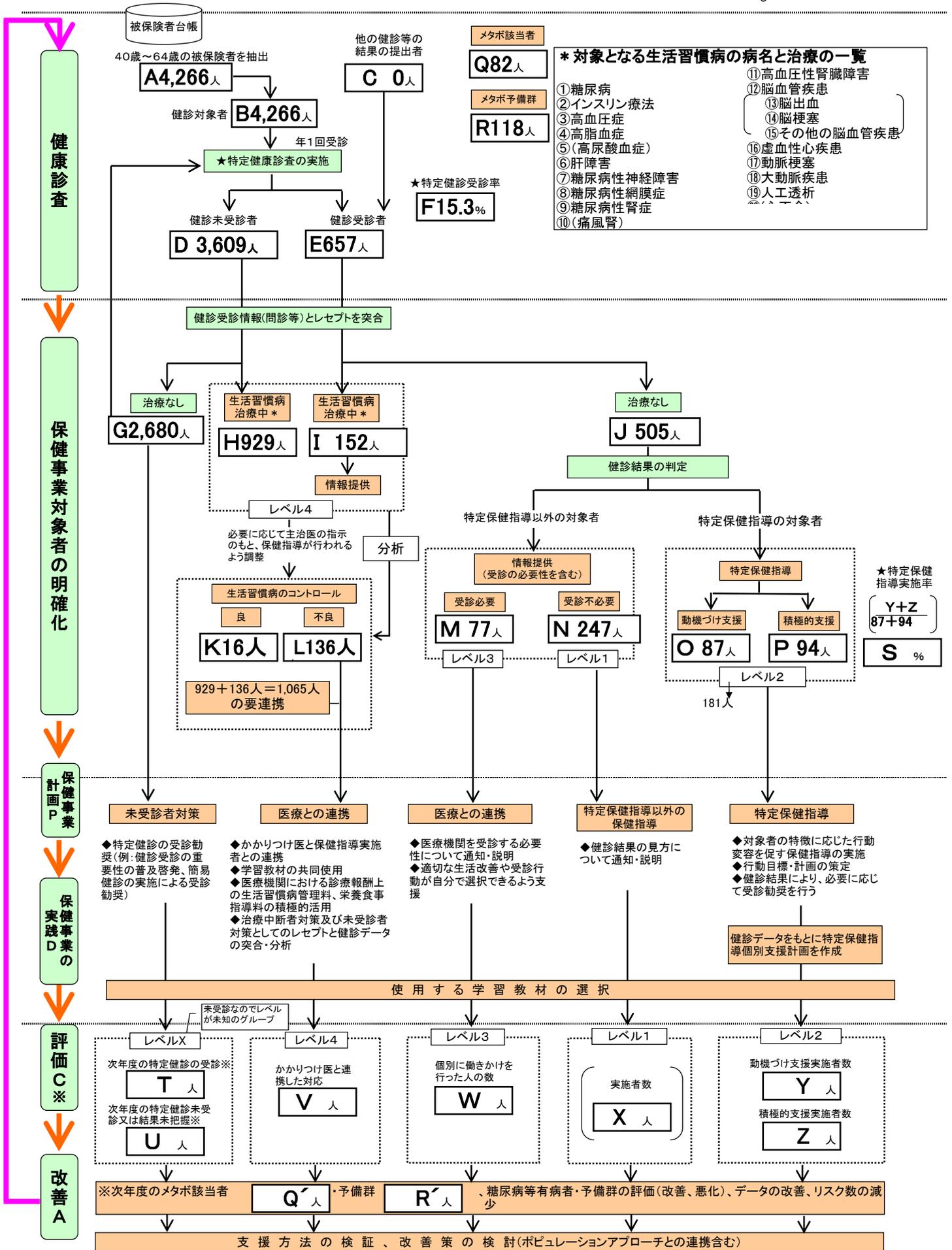
		平成18年度		平成20年度		平成21年度		平成22年度		平成23年度		平成24年度		
総計	被保険者数	A	7,575		7,700		7,775		7,830		7,890		7,960	
	健診受診者数	E	1,582	20.9	2,314	30.0	3,127	40.1	3,938	50.1	4,763	60.2	5,207	65.2
	健診受診率		20.9		30.1		40.2		50.3		60.2		65.4	
	健診未受診者数	D	5,993		5,386		4,648		3,892		3,127		2,753	
	特定保健指導対象者数	O+P	392		611		826		1,040		1,258		1,377	
	保健指導実施率		53.8		25.0		30.0		35.0		39.9		45.0	
	動機づけ支援	O	298		436		588		739		895		978	
	積極的支援	P	94		176		238		300		364		399	
	特定保健指導実施者数	Y+Z	211		153		247		364		502		620	
	動機づけ支援	Y	151		109		176		260		358		441	
	積極的支援	Z	60		44		71		104		146		180	

(8) 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診結果から保健指導実施へのフローチャート

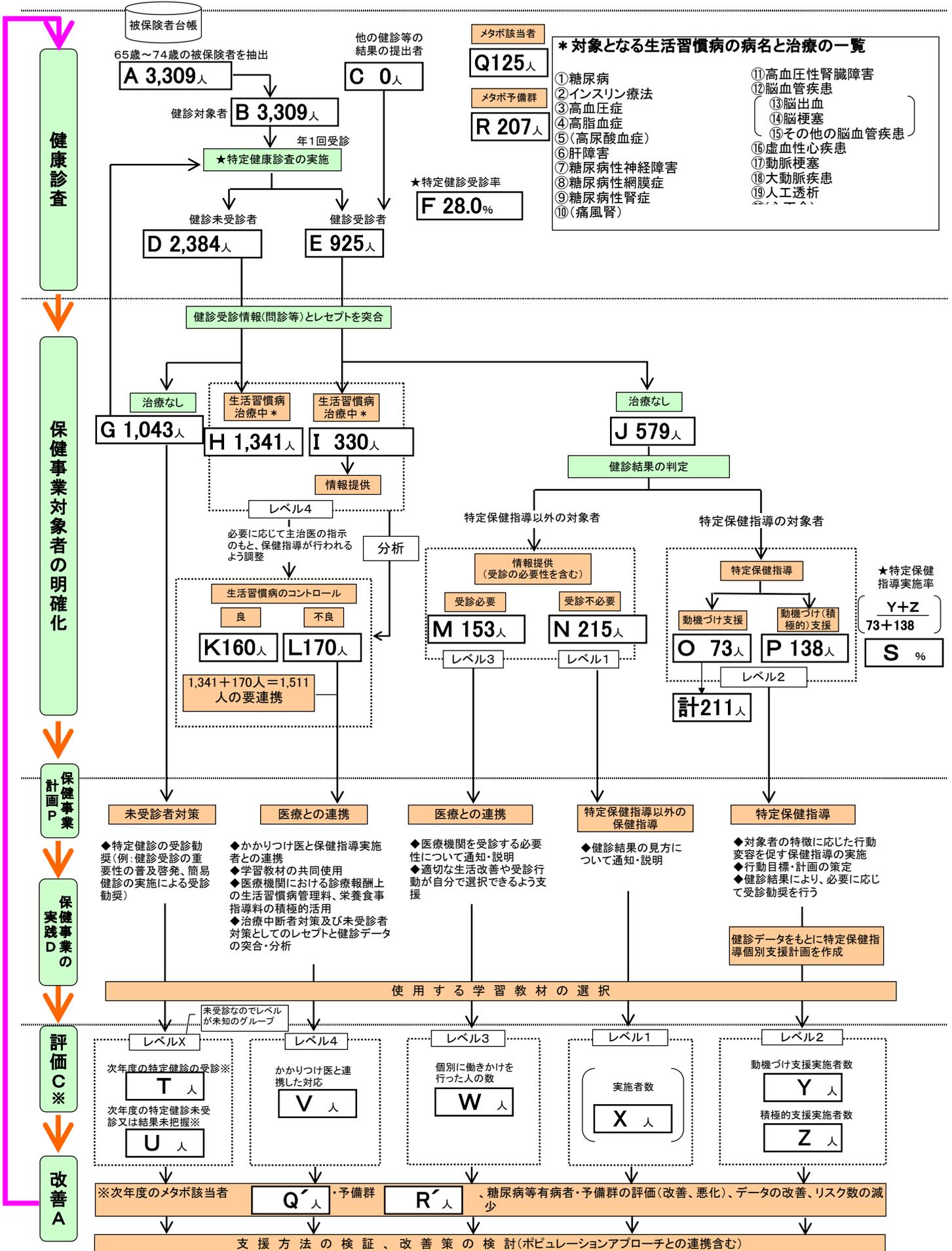
阿波市

様式6-10





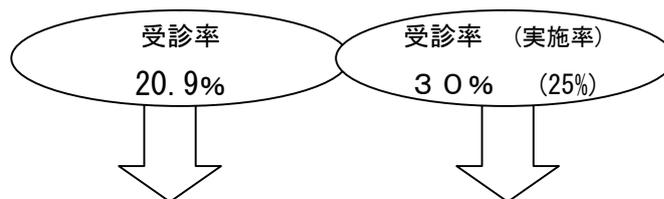
※次年度の健診結果で評価を行うものもある。



※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

(9) 平成 20 年度保健指導対象者数

	平成18年度	平成20年度
被保険者数(40～74才)	7,575 人	7,700 人
健診受診者数(40～74才)	1,582 人	2,314 人



優先順位	保健指導レベル	保健指導対象者数 (フローチャート総数から)	保健指導対象者数 見込み
1	レベル2 (特定保健指導グループ) (被保険者数7,575人で割った%)	392 人	611 人 (積極 175 人・ 動機づけ 436 人)
		5.2%	7.9%
2	レベル3 (受診勧奨) (医療との連携グループ) フローチャート(M)	230 人	385 人
		3.0%	5.0%
3	レベルX (未受診者グループ) フローチャート(D)	5,993 人	5,386 人
		79.2%	69.9%
4	レベル1 (特定保健指導以外の保健指導グループ) フローチャート(K+N) (受診不必要+治療コントロール良好)	654 人	732 人
		8.6%	9.5%
5	レベル4 (治療コントロール等) (医療との連携グループ) フローチャート(L+H) (治療コントロール不良+生活習慣病治療中)	2,576 人	3,080 人
		34.0%	40.0%

(10)保健指導実施者の資質向上と人材確保

保健師、管理栄養士等特定保健指導を行うスタッフは、専門職としての資質の向上を図るため、保険者協議会等で開催の健診・保健指導プログラムの研修等に積極的に参加するとともに、職場単位や地域での学習を積み重ねていくことが必要である。

医療保険者による生活習慣病対策、予防重視の基本的な考え方のもと、保健指導に必要な保健師・管理栄養士の配置や人材確保が必要であり、目標達成するためには新規採用、在宅の専門職の活用あるいはアウトソーシングの活用等をおこなう。

アウトソーシングの場合は、アウトソーシング先の保健指導実施機関の(指導の効果が得られる質を確保するための)委託基準を作成し、事業者の選定・評価を行う。事業者の評価にあたっては保険者協議会を活用し、情報交換を行うものとする。

○阿波市の人員体制(案)

職種	平成 19 年度		平成 24 年度	
	国保 (嘱託)	保健・(1)は嘱託 (成人関係を記載)	国保	保健 (嘱託)
保健師	2	成人関係 3(内母子の 支援兼務あり)	保健師6名 管理栄養士4名 事務職8名	成人関係のみ7名 管理栄養士5名 (1)
管理栄養士	(0)	母子・成人兼務 2 (0)		
看護師				
医師	0			
検査技師	0			
事務員	4			
合計	6(0)			

(11) 特定保健指導基準

(阿波市自ら実施する場合もアウトソーシングする場合も同様の基準とする)

●基本的な考え方

○アウトソーシングを推進することにより多様な事業者による競争により保健指導の質の向上が図られる一方で、価格競争による質の低下につながらないように保健指導の質の確保が不可欠である。

○委託基準により保健指導が適切に実施される事業者を選定する。

○委託契約期間中は、保健指導が適切に実施されているかモニタリングを行う。

○委託契約終了時には保健指導の成果について外部の人間性も含め専門的知識を有する者等複数の観点から評価を行う。

○個人情報については、その性格と重要性を十分認識し適切に取り扱う。

○基準を満たしている委託先を選定するために保険者協議会を活用する。

○巡回型・移動型で保健指導を行う場合でも基準と同じとする。

●具体的な基準

①人員に関する基準

②保健指導の内容に関する基準

③保健指導の記録等の情報の取り扱いに関する基準

④運営等に関する基準

●委託先リスト

保険者協議会作成の委託先事業者リストを参考に保健指導実施機関リストを作成。また専門職としての資質の向上を図るため、保険者協議会等で開催の健診・保健指導プログラムの研修等に積極的に参加するとともに、事例検討などの OJT(職業指導)も推進する。

委託先リスト(例)

保健指導 機関コード	機関名	住所	電話 番号	保健指導実 施者	保健指導時期	受付時間	予約
●●●●	××××			管理栄養士 保健師 運動指導士	通年 土日祝日休	9時～17時	要
△△△△	◆◆◆◆			保健師 看護師	通年 土日祝日のみ	9時～17時	不要
□□□□	○○○○			管理栄養士 保健師	通年 土日祝日休	18時～22時	要

(12) 保健指導の評価

- 各年度の健診データから、対象者を継続的にフォローし、健診結果の変動を見ることとする。

評価は次のような視点で行う。

(1) 肥満	腹囲の増加・減少、体重の増加・減少、BMIの増加・減少
(2) 血糖	HbA1cの増加・減少、空腹時血糖の増加・減少
(3) 血圧	収縮期血圧の増加・減少、拡張期血圧の増加・減少
(4) 脂質	HDLコレステロールの増加・減少、中性脂肪の増加・減少、LDLコレステロールの増加・減少
【(5) 腎機能	血清尿酸の増加・減少、血清クレアチニンの増加・減少】
(6) 肝臓	GOTの増加・減少、GPTの増加・減少、 γ -GTPの増加・減少

(評価)

優先順位	保健指導レベル	改善	悪化
1	レベル2	リスク個数の減少	リスク個数の増加
2	レベル3	必要な治療の開始、リスク個数の減少	リスク個数の増加
3	レベルX	特定健診の受診	特定健診非受診、又は結果未把握
4	レベル1	特定健診の受診、リスク個数の減少	リスクの発生
5	レベル4	治療継続、治療管理目標内のデータの個数が増える	治療中断

第3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

電子的標準形式により、電子データでの効率的な保存および送受信を原則とする。

(1) 健診データ提出の電子的標準様式

(健診機関等→医療保険者、医療保険者→医療保険者)

1) 基本的考え方

○ 今後の新たな健診における、健診データの流れとして以下の場面が考えられる。

① 健康診査実施機関・保健指導実施機関→医療保険者〔法第28条〕

② (被扶養者の健診を行った) 医療保険者

→(被扶養者所属の) 医療保険者〔法第26条〕

③ (異動元の) 医療保険者→(異動先の) 医療保険者〔法第27条〕

④ 労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者

→(当該労働者所属の) 医療保険者〔法第27条〕

また、健康診査等の実施状況などについては、以下の流れが考えられる。

⑤ 医療保険者→国、都道府県〔法第15条・第16条〕、支払基金〔法第142条〕

※〔 〕内の法とは、「高齢者の医療の確保に関する法律」。

○ 今回の新たな健診において、医療保険者には、被保険者の健診を実施する様々な健診機関や、被扶養者の健診を実施する他の医療保険者、さらには労働安全衛生法に基づく健診を実施する事業者などから、健診データが送付されてくることとなり、複数の経路で複雑に情報のやりとりが行われる。

さらに、医療保険者ごとに健診・保健指導の実績を評価する際にも、膨大なデータを取り扱うことから、データの互換性を確保し、継続的に多くのデータを蓄積していくためには、電子的な標準様式を設定する。

○ また、電子的標準様式は、将来的に健診項目の変更、追加、削除、順番の変更等があっても対応が容易となるよう定める。

○ 個人情報の保護には十分に留意する。

○ 人間ドック等他の健診のデータも、この電子的標準様式で収集できるようにする。

○ 収集された電子的情報はバックアップのために、安全性の確保された複数の場所に保存する。

○ 医療保険者においては、被保険者の求めに応じて、健診結果を電子的に提供する。

(2) 具体的な様式

○ 前ページ①「健診機関等→医療保険者」の提出様式は、以下の要件を満たし、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」の(別紙8、別紙9)とする。

- ・ 特定のメーカーのハード、ソフトに依存しない形式
- ・ 将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式
- ・ 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる方式

○ 前ページ②、③、④の提出様式についても、同様の標準様式で対応する。

○ 前ページ⑤の提出様式のうち、国、都道府県が、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の進捗状況や実績の評価のために、各医療保険者から収集する健診・保健指導実施状況については、各医療保険者から支払基金への報告様式を利用する。

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となるが、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努める。

3 被保険者への結果通知の様式

参考資料6
様式別

(裏面) 特定健康診査受診結果通知表

フリガナ	生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏名	性別/年齢	男・女	歳	特定健康診査 受診番号

既往歴	
腫瘍歴	喫煙歴
自覚症状	
他覚症状	

項 目	基準値	今年	前年	前々年	前々々年
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体計測	身長 (cm)				
	体重 (kg)				
	腹囲 (cm)				
	B M I				
血 圧	収縮期血圧 (mmHg)				
	拡張期血圧 (mmHg)				
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)				
	HDL-コレステロール (mg/dl)				
	LDL-コレステロール (mg/dl)				
肝機能検査	G O T (IU/l)				
	G P T (IU/l)				
	γ-G T P (IU/l)				
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)				
	ヘモグロビンA1c (%)				
尿 検査	糖				
	蛋白				

(裏面)

貧血検査	赤血球数 (万/μl)				
	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
心臓超音波検査	所 見				
眼底検査	所 見				

メタボリックシンドローム判定			
----------------	--	--	--

医師の住所	
執照した医師の氏名	

(備考)
 1. この付録は、日本工業規格A列4種とすること。
 2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
 3. 基準値を外れている場合には、「F」(基準値範囲外)に記入すること。
 4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準値外/予備診断/診断外」を記入すること。
 5. 「医師の住所」の欄は、①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 ②空腹血糖値、心電図検査及び眼底検査を実施した報告の理由
 を記入すること。

4 記録の提供の考え方

(1)他の保険者

健診データは、いわゆるセンシティブ情報に当たるものであり、その厳格な取り扱いが求められている。退職・転居等に伴い加入する医療保険者が変わった場合、過去の、個人の健診データを新保険者に移動することについては、慎重に検討する必要がある。

もとより、本人が主体的に、健康手帳等の方法で健診データ等を生涯にわたり継続し、健康管理を行っていくことは望ましいことであるし、本人の同意のもとで、旧保険者から新保険者にデータの提供が行われ、新保険者で全体的なデータ管理がなされることは否定されるべきものではない。

しかしながら、以下の条件が揃う場合のみデータ移動が発生することから、保険者間でのデータ移動は原則ではなく例外として行うことができるという位置付けと整理する。

- 新保険者が、旧保険者でのデータも含め全体的なデータ管理を行う意向が強い場合
- かつ、本人が新保険者のデータ管理に対する意向に同意・賛同するものの、本人から提供できない(散逸等により)ために新保険者が旧保険者から提供を受けることに本人が同意する場合
- さらに、旧保険者が最低保管年限を超えて本人に代わりデータを長期保管している場合

高齢者医療確保法第27条は、新保険者は、旧保険者に記録の写しを求めることができ、求めがあった場合は、旧保険者はこれを提供しなければならない、と定めているが、この条文は、上記の例外的にデータ移動する場合における根拠規定と解釈する。

なお、提供に当たってのデータ抽出作業や媒体の送料等の諸費用については、一義的には提供を希望する新保険者が負担する(当事者で別段の取り決めは可能)

(2)健診・保健指導委託先事業者

健診データは、「個人情報保護に関する基本方針」(平成16年4月2日・閣議決定)において特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要があるとされている医療分野に関する情報である。また、これらの情報は医療保険者が医療保険事業に必要な範囲で扱う情報である。

このため、市町村(一般衛生部門)は、保健指導等に活用する目的で、これらの情報提供を受けようとする場合には、各市町村の個人情報の保護に関する条例の内容を踏まえた上で、例えば、医療保険者に対し、被保険者等に特定健診の受診案内を送付する際に、当該送付状に以下のような注意事項を記載し、本人が希望しない場合には、当該本人が識別される個人データの情報提供を停止することとするように依頼しておくこと。

阿波市国民健康保険健康診査について

(注意事項)

健康診査の結果は、阿波市国保医療課において適正に管理いたしますが、地域住民の健康増進を図る観点から阿波市健康推進課において保健指導や健康相談を実施する目的で情報提供の依頼を受けた場合には、健康推進課へ、健康診査の結果を紙媒体又は電子媒体により提供(※)いたします。なお、このような健診結果の扱いを希望されない場合には、その旨を以下の担当又は健康診査の会場の受付の者までご連絡ください。ご連絡いただいた場合には、阿波市国保医療課から阿波市健康推進課への健診結果の情報の提供をいたしません。

※ 提供した情報は、阿波市健康推進課・介護保険課において保健指導等を実施する以外の目的に使用されることはありません。

(担当)

阿波市国保医療課	担 当	TEL 0883-35-7805
健康推進課	担 当	TEL 0883-36-6815
介護保険課(包括支援センター)	担 当	TEL 0883-36-6543

5 健康手帳の活用 「私の健康記録」A4 2 穴ファイル

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、「私の健康記録」を活用する。

「私の健康記録」は、被保険者の健康実態を経年的に把握できるとともに、自分の身体を「身体メカニズム・重症化メカニズム」の視点で自ら読み解くための資料を綴っておくことができ、生涯を通じた予防活動を支援するために健康実践記録として有効に活用する。

6 個人情報保護対策

(1) 特定健康診査等の記録の保存方法

健診・保健指導で得られる健康情報等の保存については、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等及び阿波市個人情報保護条例(平成17年12月26日条例第196号 改正平成18年4月14日条例第46号)に基づき、適正に保存する。

(2) 体制

個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等及び阿波市個人情報保護条例(以下省略)による管理、運用体制とする。

(3) 保存に係る外部委託の有無

保険者は効果的・効率的な健診・保健指導を実施する立場から、収集した個人情報をも有効に利用することが必要であるため、個人情報の保護に関する法律及びこれ

に基づくガイドライン等及び阿波市個人情報保護条例（以下省略）により個人情報の保護に十分に配慮しつつ、データの保存を外部委託ができることとする。

(4) 外部委託をする場合には、外部委託先を記載

徳島県国民健康保険団体連合会

(5) 特定健康診査等の記録の管理に関するルール

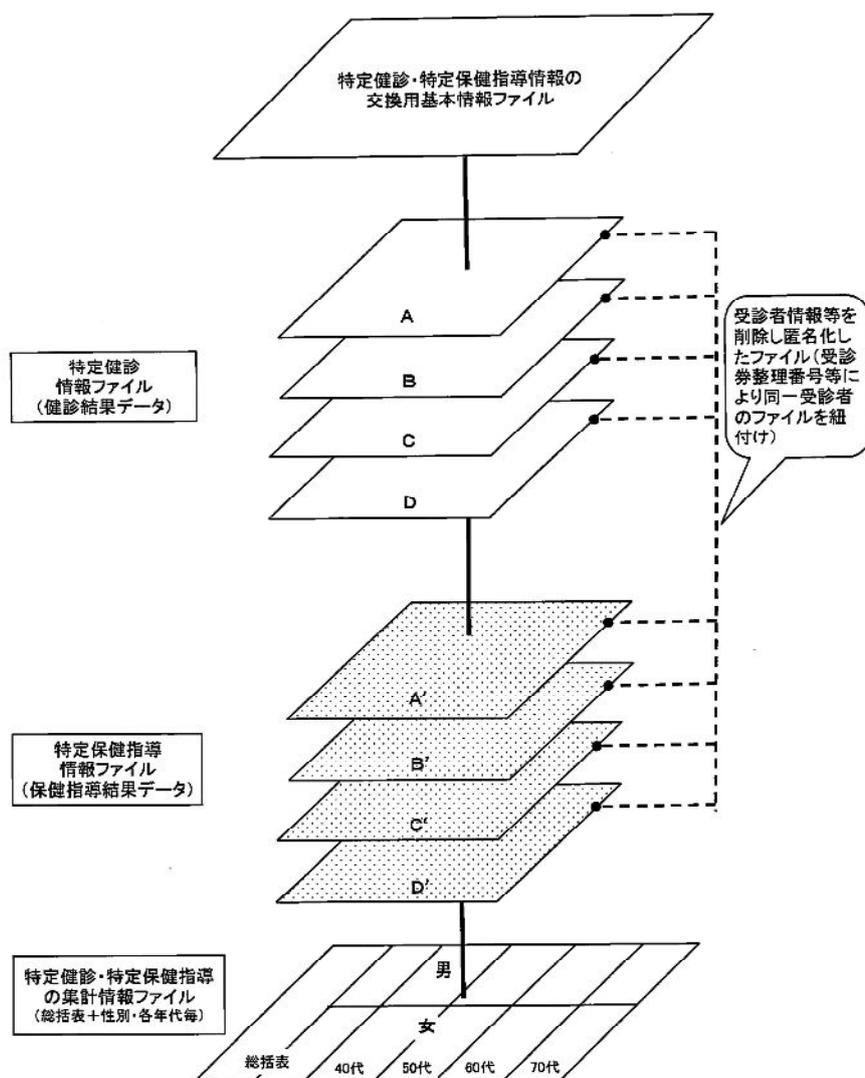
特定健康診査等の記録については、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等及び阿波市個人情報保護条例（以下省略）により、適正に管理する。

第4章 結果の報告

高齢者医療法第 142 条の規定に基づき、阿波市国民健康保険は、特定健診等の実施結果を電子的な形で保存し、匿名化した個票及び集計値と内臓脂肪症候群の該当者・予備群の割合等の必要なデータを、年 1 回社会保険診療報酬支払基金に対して報告する。

特定健診・特定保健指導データのファイルイメージ
(医療保険者から国への実施結果報告)

参考資料4



第5章 特定健診・特定保健指導に係る費用

1 特定健康診査等実施計画の参酌標準と後期高齢者支援金の関係について

平成20年度からの75歳以上が加入する後期高齢者医療制度で、給付費の一部(4割)を74歳以下が加入している保険者が支援し、残りは5割を国等が公費で、1割を75歳以上の保険料で負担することとなる。

保険者が負担する後期高齢者支援金については、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項」、及び保険者が「特定健康診査等実施計画」で定める「特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標」の達成状況を勘案して、±10%の範囲内で、政令で定める方法により、加算・減算等の調整を行う(法第120条第2項・第121条第2項)こととされており、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(法附則第15条)こととなる。

本市において、この特定保健指導等の実施及びその成果に係る目標達成率が不十分だった場合、仮に後期高齢者支援拠出金が4億3,000万円であれば最大4,300万円の加算となり、国保税として約1人当たり約4,162円の負担増となる可能性がある。

そのため、この特定健診・特定保健指導では、実施主体の効率・効果的な実施だけでなく、市民(被保険者)の理解と実践が最も重要となり、生活習慣病を予防することが医療費の伸びの抑制と後期高齢者支援金の負担軽減となり、結果、市民(被保険者)の負担を減らし、国民皆保険制度の安定した運用が持続可能なものとなる。

資料13 図 A-1

H19.11.29 現在被保険者数

※ 被保険者 10,619 人－289 人(65～74 歳の老人医療)＝10,330 人

平成 16 年度老人医療費からの計算で

1 人約42,000円×10,330人≒4億3千万円(阿波市国民健康保険支援金)

10%(4千3百万円)の加算又は減算により差が8千6百万円となる。

加算の場合は $43,000,000 \div 10,330 \approx 4,162$ 円が被保険者1人の負担増加になる。

2、特定健診・特定保健指導に係る費用 (1)特定健診

			単位	単位	単位	小計	単位	平成20予定		
			円	人	回		円			
委託費	委託	0					0		特定健診該当被 保険者	7,700
総務費	研修会費用	48,000	特定健診等研修会費用	6,000	2	4	48,000		健診受診者	2,310
需用費	消耗品費	229,950	積極の支援事務費	500	180	1.05	94,500		保健指導	610
			レセ収納ファイル・指導用資料等						積極的	180
			動機付け支援事務費	300	430	1.05	135,450		動機づけ	430
			レセ収納ファイル・指導用資料等						情報提供	3,000
印刷製本費		892,500	封筒印刷代	10 円	15,000 人	1.05	157,500 円			
			啓発資料経費(各世帯宛パンフ)	50	10,000	1.05	525,000			
			啓発資料経費(広報あわ用PDF版)	200,000	1	1.05	210,000			
役務費	通信運搬費	1,696,500	啓発資料郵送料(各世帯宛パンフ)	90	5,000 世帯	1.00	450,000			
			受診券郵送料	90	5,000 世帯	1	450,000			
			未受診者健診勧奨文書郵送料	90	6,000 人	1	540,000			
			情報提供郵送料	90	2,600	1	234,000			
			目標30% 2310人 → 目標人数+10%=2600人							
			検診データ提供郵送料	90	250	1	22,500			
			転入・社保離脱加入(年間 1500人)*0.53(40~74)*(健診率0.3)=238							
手数料		2,445,500	連合会共同処理手数料	250	7,700		1,925,000			
			受診券作成手数料	50	7,700		385,000			
			利用券作成手数料	50	650		32,500			
			情報提供作成経費	30	2,600		78,000			
			健診データ提供抽出作業手数料	100	250		25,000			
負担金及 び交付金		13,682,000	健診費用				13,682,000			
合計		18,994,450								

(2) 特定保健指導

			単位	単位	単位	小計	単位
報償費	410,000	管理栄養士報償費(初回面接)	10,000 円	1 人	10 回	100,000	円
		対象者610人×0.5(1日8人×月1日間×3人体制×10ヶ月)×0.5(保健師2人・管理栄養士1人)					
		看護師	6,000	1	10	60,000	
		1箇所1人×1日間×10ヶ月間					
		管理栄養士報償費(中間面接・栄養指導)	10,000	1	10	100,000	
		対象者610人×0.5(1日8人×月1日間×3人体制×10ヶ月)×0.5(保健師2人・管理栄養士1人)					
		運動指導士	15,000	1	10	150,000	
		運動指導 月1回×10ヶ月間					
需用費	消耗品費	397,950	健康手帳購入費	500	300	157,500	
			個人の健康管理を記入・管理する手帳				
			積極的支援事務費	500	180	94,500	
			パンフレット 指導資料 事務用品 等				
			動機付け支援事務費	300	430	135,450	
			パンフレット 指導資料 事務用品 等				
			保健指導ノート	2,000	5	10,500	
			保健指導(保健師使用分)				
			受講生用イベント保険(6月補正)				
役務費	通信運搬費	54,900	利用券郵送料	90	610	54,900	
委託費		0	健康管理システム(ログヘルス)改修費		1式		
合計		862,850					
		19,857,300					

第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

日本内科学会をはじめとする8学会により、メタボリックシンドロームの概念が提唱され、内臓脂肪が原因で高血糖になる糖尿病、高血圧になる高血圧症等の生活習慣病は、内臓脂肪を減らすことにより、予防が可能であることが明らかになった。

- ①保健師・管理栄養士等が医学的根拠に基づいた保健指導を実施すれば、内臓脂肪を減らすことができる。
- ②対象者が健診結果から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選択し、行動変容につなげることができる。
- ③適度な運動と栄養改善で内臓脂肪を減少させることにより、血糖、血圧、脂質等の検査結果を改善させることは可能である。

このことから、生活習慣の改善により、若い時から糖尿病等生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を発症しない境界域の段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

予防可能な生活習慣病を予防することによって将来の医療費の伸びを抑え、市民（被保険者）の負担を減らし、国民皆保険制度を持続可能なものとするためには実施主体だけでなく、市民（被保険者）の理解と実践が最も重要となる。

そのため、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・周知を行う。