

第2期

特定健康診査等実施計画

平成25年3月  
神山町

## 第2期 特定健康診査等実施計画

### 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	3
3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）	5
4 第2期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方	6
5 第2次健康日本21における医療保険者の役割	6
6 計画の性格	8
7 計画の期間	8
<b>第1章 第1期の評価</b>	9
1 目標達成状況	9
(1) 実施に関する目標	9
①特定健診実施率	9
②特定保健指導実施率	9
(2) 成果に関する目標	9
①内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率	9
(3) 目標達成に向けての取り組み状況	10
①健診実施率の向上方策	10
②保健指導実施率の向上方策	10
③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策	10
2 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について	13
(1) 国の考え方に基づく試算	13
(2) 市町村国保グループでの位置	14
<b>第2章 第2期計画に向けての現状と課題</b>	16
1 社会保障の視点でみた神山町の特徴	16
2 第1期計画の実践からみえた神山町の健康状況と課題	18
(1) 糖尿病	18
(2) 循環器疾患	20
(3) 慢性腎臓病	24
(4) 共通する課題（生活習慣の背景となるもの）	27
<b>第3章 特定健診・特定保健指導の実施</b>	29
1 特定健診実施等実施計画について	29
2 目標値の設定	29
3 対象者数の見込み	29
4 特定健診の実施	29
(1) 実施形態	29
(2) 特定健診委託基準	29
(3) 健診実施機関リスト	29
(4) 委託契約の方法、契約書の様式	29

---

---

(5) 健診委託単価、自己負担額	30
(6) 代行機関の名称	30
(7) 受診券の様式	30
(8) 健診の案内方法、健診実施スケジュール	30
5 保健指導の実施	31
(1) 健診から保健指導実施の流れ	31
(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	33
(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	34
(4) 保健指導に使用する学習教材	34
(5) 保健指導実施者的人材確保と資質向上	34
(6) 保健指導の評価	34

---

#### **第4章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存** 36

1 特定健診・保健指導のデータの形式	36
2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	36
3 個人情報保護対策	36

---

#### **第5章 結果の報告** 36

1 支払基金への報告	36
------------	----

---

#### **第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知** 37

## 序章 制度の背景について

### 1 医療制度改革の工程と指標

図1 医療制度改革の工程と指標 (P. 2)

特定健康診査・保健指導は何を目指しているのか、国の大いな流れを示したものです。

特定健康診査・特定保健指導は、平成17年度に国から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平成37年度、団塊の世代の人たちが75歳になるころの医療給付費は56兆円と見込まれております。年々増加の一途をたどる医療給付費を国は制度改革で48兆円に抑制し、そのうち生活習慣病対策で2兆円を抑えたいと考えています。

②そのために、生活習慣病の課題である糖尿病等の有病者・予備群を平成27年度までに25%減らす事を目標に掲げています。

そこで、この目標達成のために

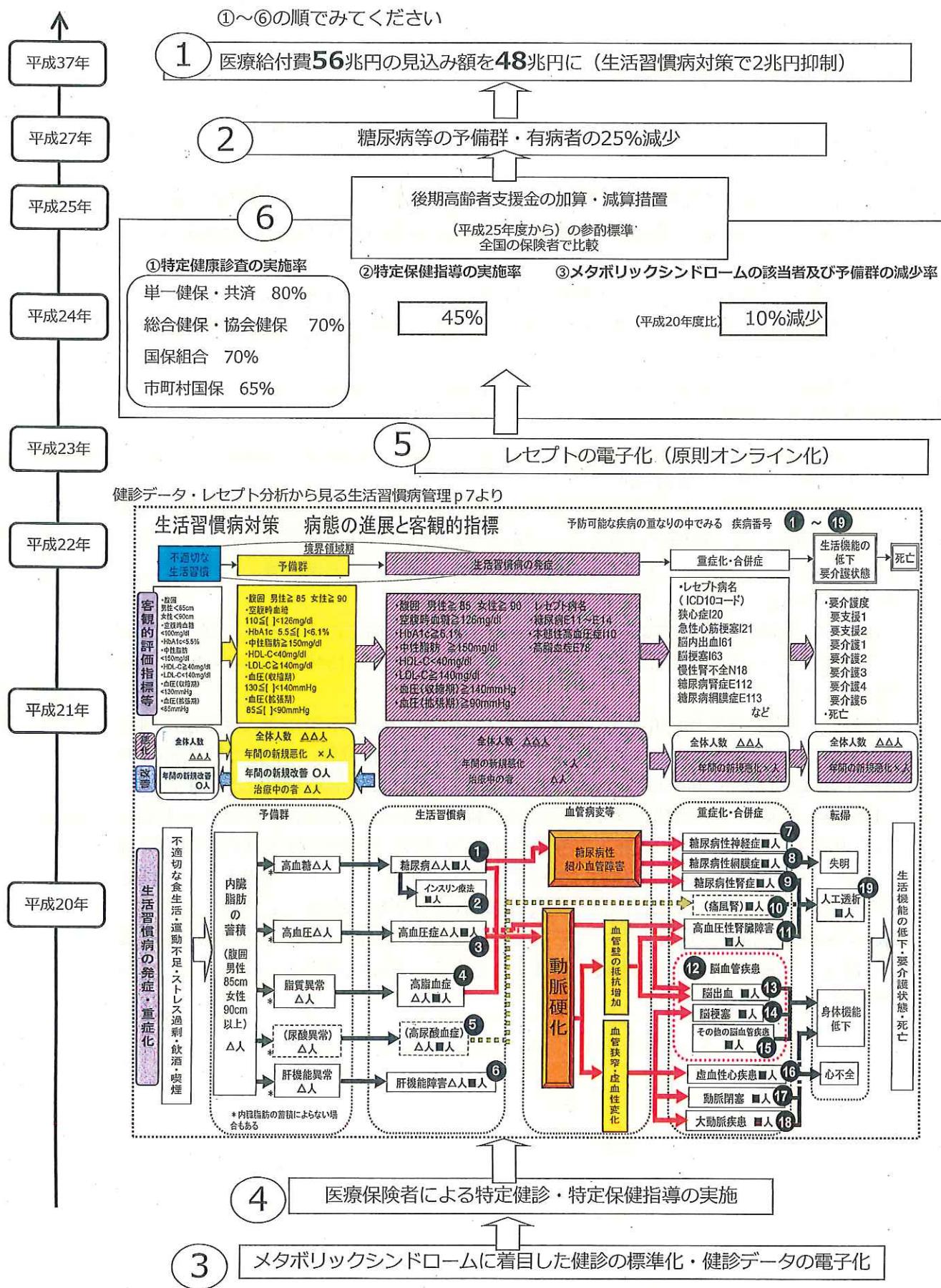
③厚生労働省が、標準的な健診・保健指導プログラムを作成し、

④平成20年度から、各医療保険者による特定健康診査・特定保健指導を義務づけされ、神山町国保においても5年を1期とした特定健康診査等実施計画を策定し進めてきたところです。

⑤また、同時期から制度改正に伴い健診と医療の状況（レセプト）を照らし合わせて見る事ができるよう、健診データ、医療の状況（レセプト）の電子化が図られました。

⑥制度開始から5年目経過し、1期の計画を評価・見直しを行い、新たに2期の特定健康診査等実施計画を策定します。

図1 医療制度改革の工程と指標



# 標準的な健診保健指導プログラム（確定版）

## 2 社会保障と生活習慣病

特定健康診査・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す。

表1 社会保障と生活習慣病（P. 4）

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。

1955年、昭和30年は感染症で亡くなる人の数と成人病で亡くなる人の割合が逆転した年です。その頃の社会保障費は4000億円、医療給付費は1900億円、年金等が2000億円でした。

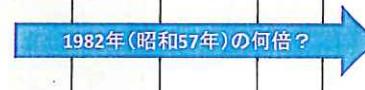
1970年、昭和45年高齢化率が7%を超え、1982年、昭和57年に老人保健法が制定されました。国の税収30兆、社会保障費30兆、うち医療給付費は12兆で糖尿病3000億円、虚血性心疾患3000億円、脳血管疾患9000億円、がん8000億円です。

1994年、平成6年に高齢化率14%を超え、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事が理解できます。

表1 社会保障と生活主管病

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)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)
1955 昭和30		感染性疾患と成人病の総死亡に占める割合が逆転				0.4	0.19						0.20
1956 昭和31						0.4	0.20						0.20
1957 昭和32		「成人病」（日本独自の行政用語）の始まり				0.4	0.22						0.21
1961 昭和36		国民皆保険・皆年金の実施				0.8	0.39						0.41
1963 昭和38		老人福祉法制定				1.1	0.59						0.53
1970 昭和45		高齢化社会へ（高齢化率7%超）	7.3		7.3	3.5	2.1						0.9 0.6
1973 昭和48		老人医療費無料化			16.2	6.3	3.4						1.7 1.2
1977 昭和52		日本、平均寿命世界一に	17.3	29.1	60.0	16.9	7.6						6.6 2.7
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	50.8	61.5	246.5	42.5	16.7	0.5	0.5	1.4	1.3	21.0	4.7
1989 平成元		消費税の創設 高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）、1.57ショック	54.9	65.9	254.0	44.9	17.5	0.6	0.5	1.6	1.3	22.5	4.8
1994 平成6		高齢社会へ（高齢化率14%超）	51.0	73.6	367.6	60.5	22.9	0.9	0.7	1.9	1.8	31.0	6.6
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
1997 平成9		地域保健法施行 日本人の平均年齢40歳を超える消費税率5%に（うち1%は地方消費税） 老年人口が年少人口を上回る	53.9	78.5	492.2	69.4	25.3	1.0	0.8	1.9	2.0	36.4	7.7
2000 平成12	世界の人口60億人に	介護保険法施行	50.7	89.3	645.9	78.1	26.0	1.1	0.7	1.8	2.0	41.2	10.9
2001 平成13		厚生労働省発足	47.9	84.8	673.1	81.4	26.6	1.2	0.8	1.8	2.2	42.6	12.2
2002 平成14			43.8	83.7	698.1	83.6	26.3	1.1	0.7	1.7	2.2	44.4	12.9
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
2005 平成17		合計特殊出生率が過去最低の1.26に 人口減少社会に突入 介護保険法改正（予防重視型システムへの転換、地域密着型サービスの創設） 障害者自立支援法制定	49.1	85.5	758.3	87.8	28.1	1.1	0.7	1.8	2.6	46.3	13.4
2006 平成18		医療制度改革（医療費適正化の総合的な推進、後期高齢者医療制度の創設、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合）	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
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）	「社会保障・税一体改革成案」（政府・与党社会保障改革検討本部決定）	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 											

1982年(昭和57年)の何倍?




### 3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）

具体的な事業の進め方について、平成19年4月、国が「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」を示しました。

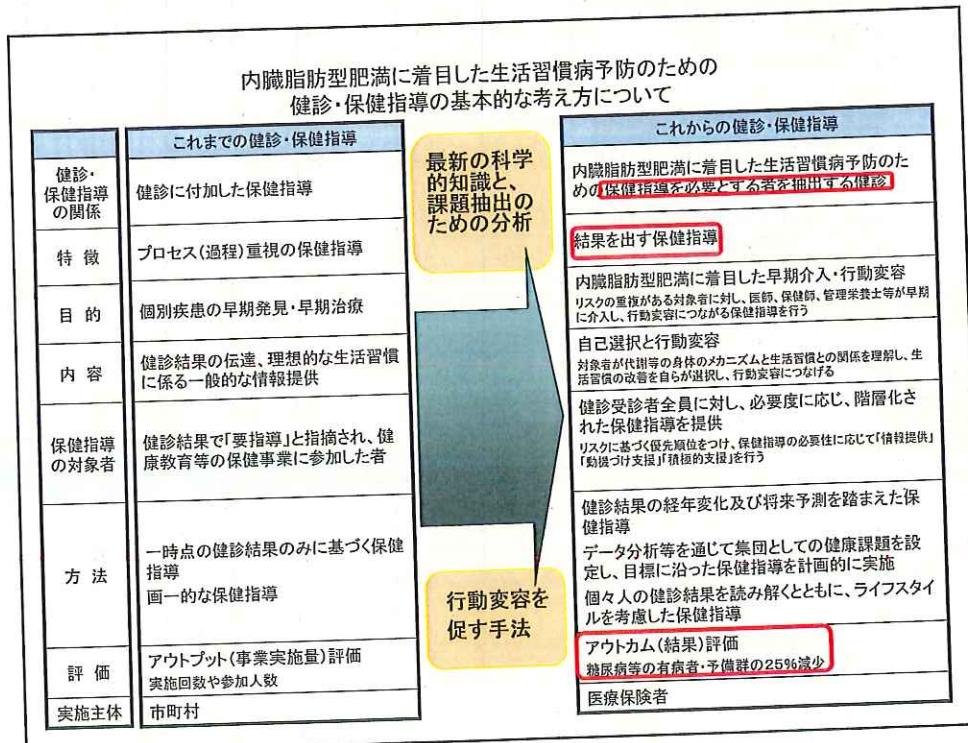
内臓脂肪症候群に着目する意義を確定版第2編第1章にこのように書かれています。

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、人工透析が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考える。

健診と保健指導の関係については、平成19年度までの健診・保健指導と平成20年度からの健診・保健指導について、確定版p8に整理されています。

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。結果を出す保健指導で、その結果とは、糖尿病等の有病者・予備群の減少とされています。



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」が出ており、健診・保健指導の契約やデータの取り扱いのルールなどが書かれています。

第1期特定健康診査等実施計画については、「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、内容を検討し策定しています。

#### 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が、神山町国保では、第1期より既に取り組んでいるため大きな変更点はありません。

上記内容を含め、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。(P. 7、図2)

国が設定する目標項目53のうち、医療保険者が関係するのは、中年期以降の健康づくり対策のところになります。

特定健診・特定保健指導の実施率の向上から始まって、適正体重の維持、メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少、高血圧の改善、脂質異常症の減少、治療継続者の割合の増加、糖尿病有病者の増加の抑制、血糖コントロール、HbA1c8.0以上の割合の減少、糖尿病腎症による年間透析導入患者数の減少など、健診データ・レセプトデータで把握・評価できる具体的な目標項目になっています。

## 図2 平成25年度からの国の健康づくり施策(第2次健康新日本21)における医療保険者の役割

取り組み主体		生涯における各段階 (あらゆる世代)					
市町村	個人	家庭	地域	職域	社会環境に関する目標		
医療保険者	個人で達成すべき目標	個人	地域	企業飲食店 特定給食施設 民間団体 (栄養ケア・ステーション、薬局等)			
妊娠一出生一乳幼児期	学童	若年期	中年期	高齢期	死亡		
胎兒(妊娠) 0才	1才 2才	18才 20才	40才	65才 75才			
母子保健	食育	精神保健	健診づくり対策	特定健診・特定保健指導の実施率の向上	口特定健診・特定保健指導の実施率の向上	口合併症(糖尿病性腎症による) 年間新規透析導入患者数の減少	□口脳血管疾患・虚血性心疾患の 年齢別死因死因率の減少
ア 会員数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	口適正体重の子どもの増加 ア 健康な生活習慣(栄養・食生活・運動)を有する子どもの割合の増加 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 口共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少) 口乳幼児・学童期のうれしい音の増加 口妊娠中の飲酒をなくす 口妊娠中の喫煙をなくす	口適正体重を維持している人の増加(肥満・やせの減少) 口メタボリックシンドロームの該当者及び 偏胖の減少 口高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下) 口適切な量と質の食事をとする者の喫煙・主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が「日2回以上の日がほぼ毎日の常勤会員の割合の増加、 食生活量の減少、野菜と果物摂取量の増 加) 口日常生活における歩数の増加 口運動習慣者の割合の増加 口乳幼児・学童期のうれしい音の増加 口妊娠中の飲酒をなくす 口未就学年者の飲酒をなくす	口適正体重の子どもの割合の減少 口メタボリックシンドロームの該当者及び 偏胖の減少 口治療前進器使用者の割合の増加 口高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の増 加) 口適切な量と質の食事をとする者の割合の増加(肥 満・主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が「日2 回以上の日がほぼ毎日の常勤会員の割合の増加、 食生活量の減少、野菜と果物摂取量の増 加) 口日常生活における歩数の増加 口運動習慣者の割合の増加 口乳幼児・学童期のうれしい音の増加 口妊娠中の飲酒をなくす 口未就学年者の飲酒をなくす	口糖尿病有病者の増加の抑制 □血糖能シントロール指標におけるコントロール不良 者割合の減少 □介護保険サービス利用者の増加の抑制 □低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増 加の抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少	□糖尿病(糖尿病性腎症による) 年間新規透析導入患者数の減少	□介護保険サービス利用者の増加の抑制 □低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増 加の抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少	□糖尿病(糖尿病性腎症による) 年間新規透析導入患者数の減少
母子保健	食育	精神保健	健診づくり対策	特定健診・特定保健指導の実施率の向上	口認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 □就職または何らかの地域活動をしている高齢 者の割合の増加	□認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 □就職または何らかの地域活動をしている高齢 者の割合の増加	□認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 □就職または何らかの地域活動をしている高齢 者の割合の増加
個人	家庭	地域	職域	社会環境に関する目標			
□受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機關・医療機 関)の機会を有する者の割合の減少 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の増加	□受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機關・医療機 関)の機会を有する者の割合の減少 □地域のつながりの強化 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の増加	□地域のつながりの強化 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の増加	□受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機關・医療機 関)の機会を有する者の割合の減少 □過労時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の減少 □地域のつながりの強化 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の増加	□受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機關・医療機 関)の機会を有する者の割合の減少 □過労時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の減少 □地域のつながりの強化 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の増加	□受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機關・医療機 関)の機会を有する者の割合の減少 □過労時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の減少 □地域のつながりの強化 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の増加	□受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機關・医療機 関)の機会を有する者の割合の減少 □過労時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の減少 □地域のつながりの強化 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の増加	□受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機關・医療機 関)の機会を有する者の割合の減少 □過労時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の減少 □地域のつながりの強化 □健康新しい目的とした活動に主として関わってい る国民の割合の増加
都道府県	国・マスメディア						
					□小児人口10万人当たりの小児科医・児童 精神科医師の割合の増加	□健康新しい策に取り組む自治体の増加	□口コモディティンドーム(運動器症候群)を 認知している国民の割合の増加
					□生民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組 む自治体数の増加		
					□地域格差対策に取り組む自治体の増加		□口コモディティンドーム(運動器症候群)の認知度の向上

## 6 計画の性格

この計画は、国の特定健康診査指針に基づき、神山町国民健康保険が策定する計画であり、国民健康づくり運動「健康日本21（第2次）」、徳島県医療費適正化計画、夢・元気・笑顔～健康かみやま21～と十分な整合性を図るものとします。

## 7 計画の期間

この計画は5年を1期とし、第2期は平成25年度から平成29年度までとします。

# 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2 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	49.0%	53.0%	57.0%	61.0%	65.0%
実績	35.9%	34.4%	34.2%	41.0%	40.0%

#### 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3 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	22.0%	27.0%	33.0%	39.0%	45.0%
実績	48.5%	71.6%	83.6%	85.5%	86.6%

※特定健診実施率、特定保健指導実施率とともに、平成23年度までの法定報告値と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	当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数 1 - _____ 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	○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） ○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。 ○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。 ○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。
--	--

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。

表4 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	82人 16.4%	74人 16.3%	71人 16.1%	85人 16.9%	85人 17.0%
予備群	68人 13.6%	57人 12.6%	72人 16.3%	66人 13.1%	70人 15.0%

※平成23年度までの法定報告値と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り組み状況

#### ①特定健康診査実施率の向上方策

表5～表8、図3 特定健康診査受診率の推移（P. 11～12）

○受診率は増加していますが、65%の目標値には届いていません。

○継続受診者は約70%です。

○年代別にみると男女ともに50歳代の受診率が低いです。

受診率向上に向けて次の取り組みを行いました。

##### ●訪問による受診勧奨を行いました。

- 65歳から74歳までの健診・医療・介護を過去3年間受診していない人
- 40歳代、50歳代の若年層

##### ●平成23年度に過去3年間未受診者、平成24年度に過去4年間未受診者に受診勧奨の個別通知

- 平成23年度から受診期間の延長
- 町内医療機関等にポスターの掲示
- 毎年、特定健康診査受診券発送時に過去の健診結果表（経年表）を同封しました。
- 町内巡回する肺がん健診などあらゆる機会にパンフレット等用いて受診勧奨を行いました。

#### ②保健指導実施率の向上、③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策

- 保健指導の実施にあたっては、衛生一般部門と連携し、保健師、管理栄養士、看護師で地区担当制とし実施しました。
- 集団健診受診者には健診結果相談会を行いました。
- 年間実施スケジュールを毎年作成し、進捗状況の管理・次年度実践計画へつなげました。
- 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、20歳から39歳

表5 特定健診受診率の推移①

対象者 数	受診者 数	受診率	継続受診者数		新規受診者数	不定期受診者数	
			D/A	D/B(前年)		C	C/B
H20	1,394	501	35.9%	--	--	--	--
H21	1,317	453	34.4%	302	60.3%	151	33.3%
H22	1,290	441	34.2%	326	72.0%	71	16.1%
H23	1,228	503	41.0%	333	75.5%	119	23.7%

\* 継続受診者は前年度と比較して算出  
 \* 新規受診者は過去に1回も受診したことがない者  
 \* 不定期受診者は前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者

表6 特定健診受診率の推移②

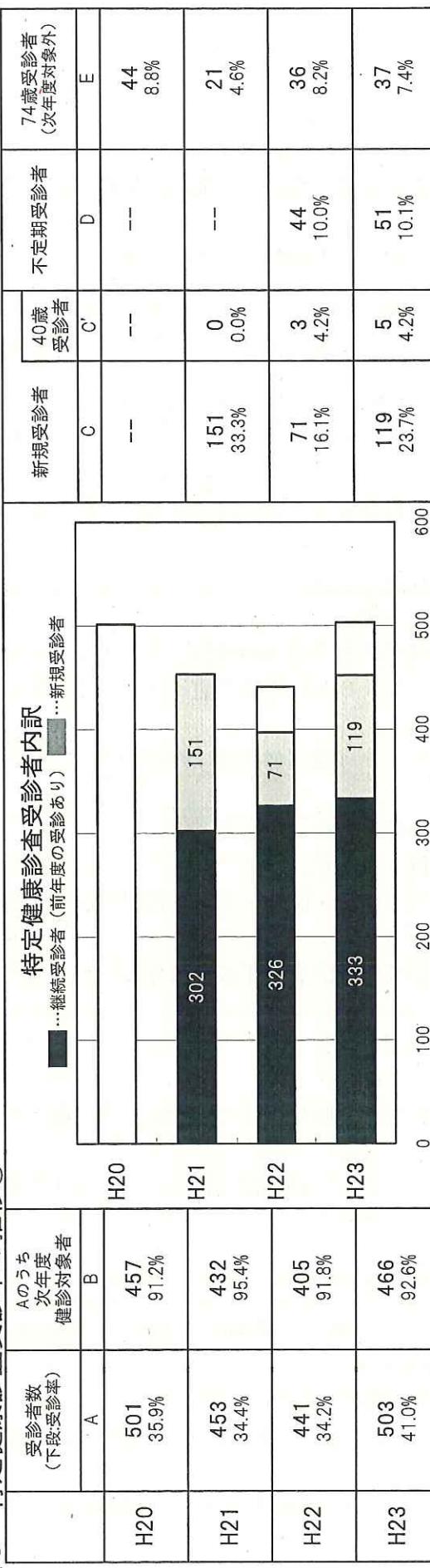


表7 特定健診受診率の推移③

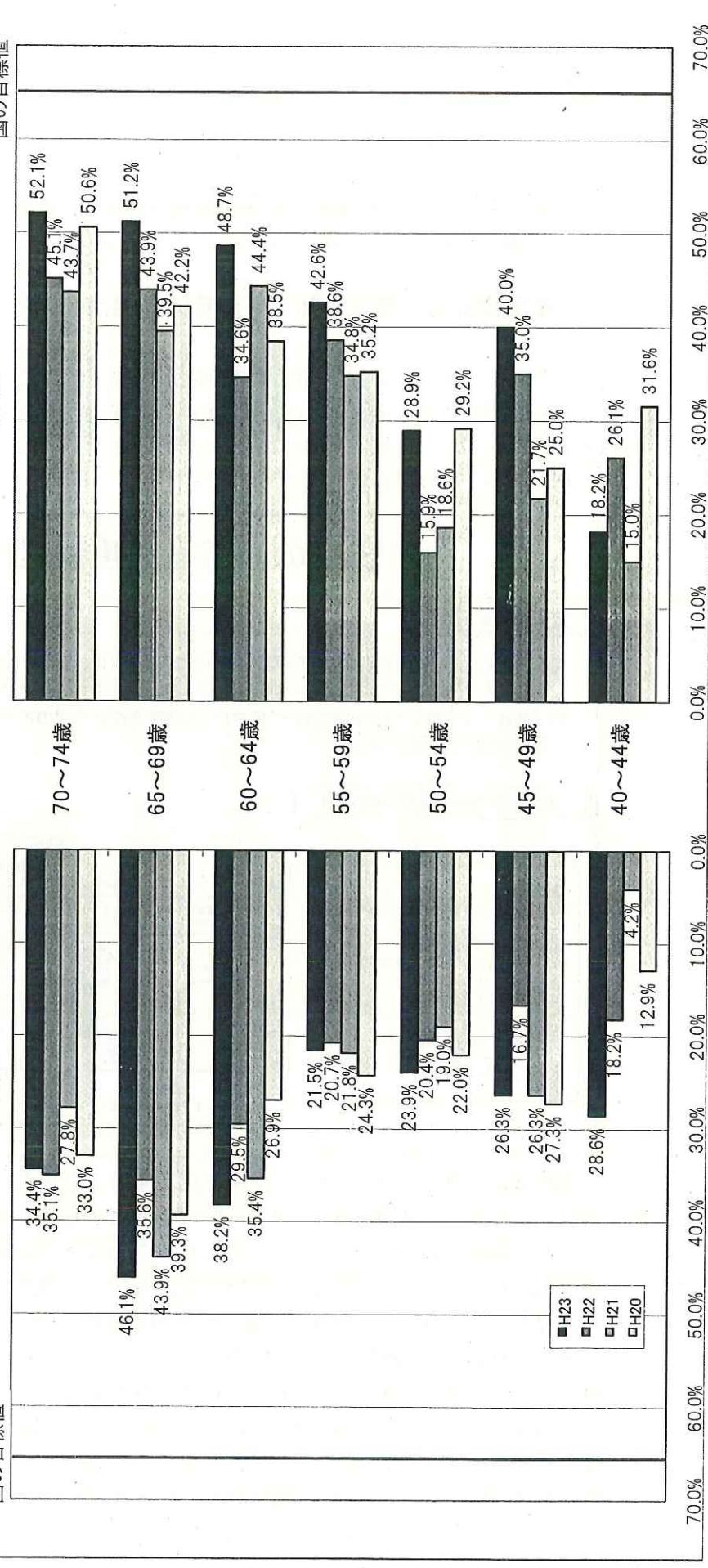
H20～23年度 受診者総数	4年連続受診者				3回受診	2回受診	1回のみ受診	
	A	B	B/A	C				
703	190	27.0%	151	21.5%	108	15.4%	254	36.1%

\* 上記受診者は、H20～23年までに一度でも健診を受診した者がかつH23年度末年齢で40～74歳で計上

表8 特定健診受診率の推移④

		40～44歳		45～49歳		50～54歳		55～59歳		60～64歳		65～69歳		70～74歳		
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
男性	H20	31	4	12.9%	33	9	27.3%	59	13	22.0%	103	25	24.3%	130	35	26.9%
	H21	24	1	4.2%	38	10	26.3%	58	11	19.0%	87	19	21.8%	147	52	35.4%
	H22	22	4	18.2%	42	7	16.7%	49	10	20.4%	82	17	20.7%	166	49	29.5%
	H23	28	8	28.6%	38	10	26.3%	46	11	23.9%	65	14	21.5%	170	65	38.2%
	H20	19	6	31.6%	28	7	25.0%	48	14	29.2%	71	25	35.2%	130	50	38.5%
	H21	20	3	15.0%	23	5	21.7%	43	8	18.6%	69	24	34.8%	124	55	44.4%
女性	H22	23	6	26.1%	20	7	35.0%	44	7	15.9%	70	27	38.6%	130	45	34.6%
	H23	22	4	18.2%	20	8	40.0%	38	11	28.9%	61	26	42.6%	150	73	48.7%

図3 特定健診受診率の推移⑤ 20年度から特定健診受診率の推移

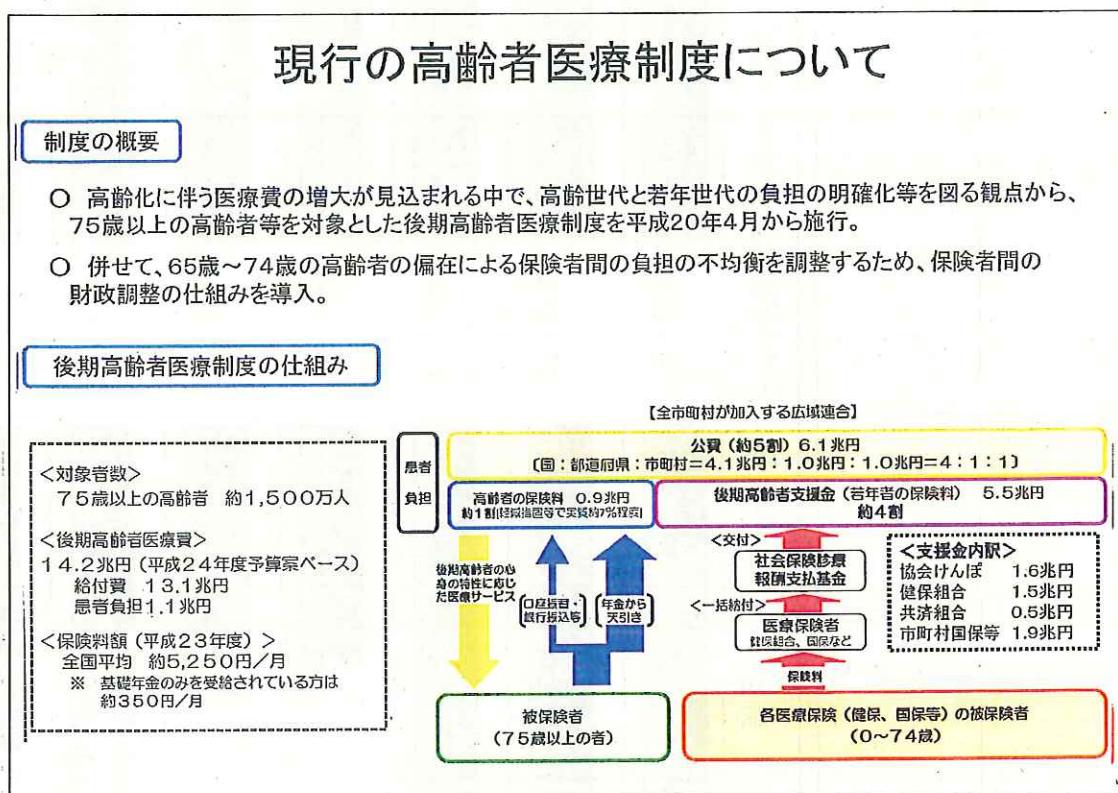


までの若い世代を対象に若年層健診を実施し、メタボリックシンドロームの知識の普及を図るとともに早期介入に努めました。

## 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4 現行の高齢者医療制度について



支援金は、加入者1人当たり費用で算定することとなっており（平成24年度概算では、1人あたり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」の達成状況で、±10%の範囲内で加算・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・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、糖尿病や高血圧症・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、こうした医療保険者の努力を

評価し、特定健康診査や特定保健指導の実施に向けたインセンティブ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

特定健康診査実施率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

減算率は、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。

②加算対象となる保険者

特定健康診査実施率及び特定保健指導実施率が極端に低い保険者。

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。

加算率は、0.23%を前提とする方向。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。

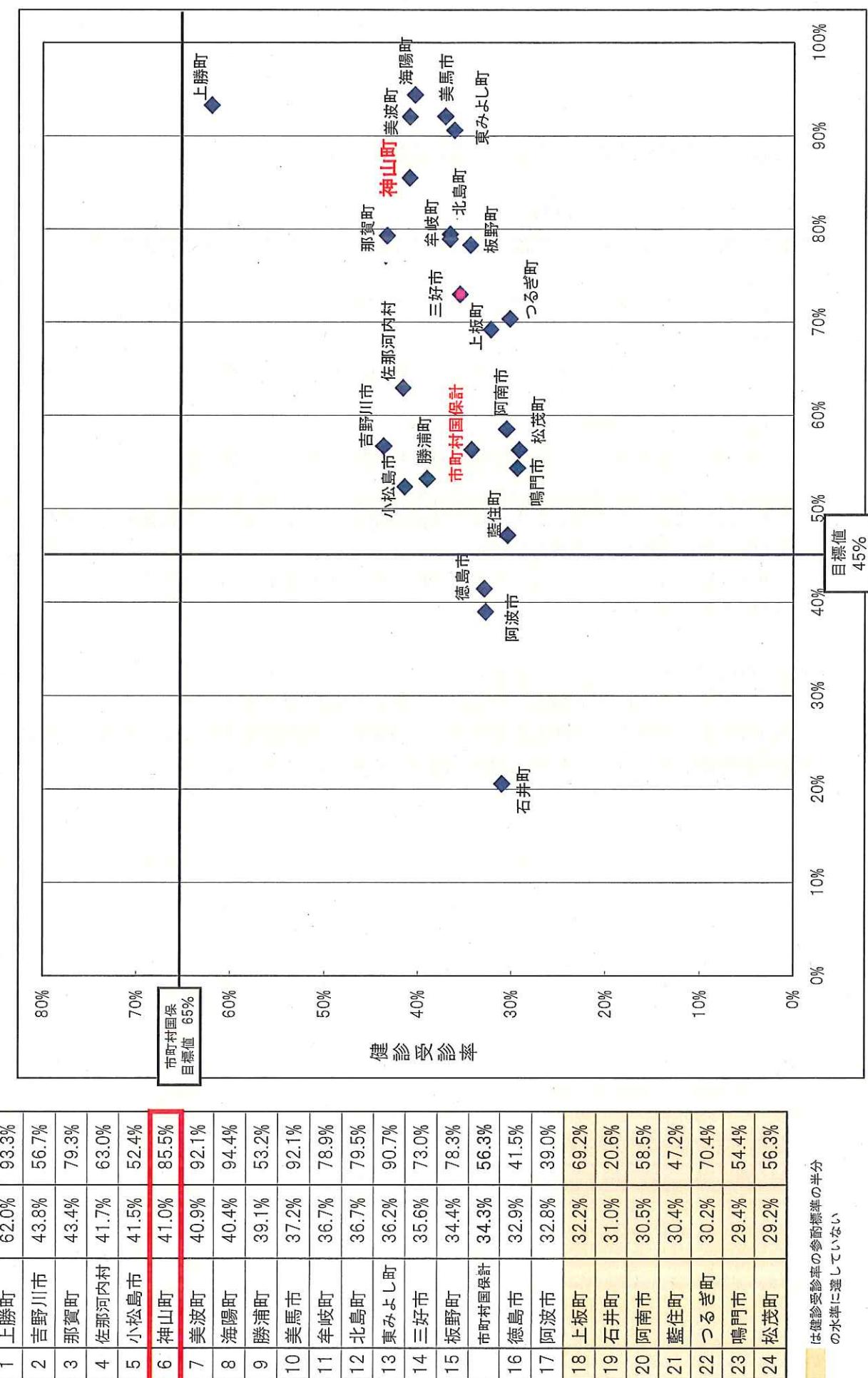
(2) 市町村国保グループでの位置

図5 平成23年度特定健康診査受診率と特定保健指導実施率（P. 15）

神山町国保の平成23年度実績をみると、特定健康診査実施率が41.0%、特定保健指導実施率が85.5%で、加算・減算の対象とはなりません。

図5 平成23年度特定健診受診率と特定保健指導実施率

## 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



## 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神山町の特徴

表9 社会保障の視点でみた神山町の特徴 (P. 17)

- 死亡状況を原因疾患でみてみると、第1位から第4位までは全国・県とほぼ変わらないが、死亡率（人口10万対）でみると、悪性新生物402.3、脳血管疾患335.2、心疾患318.5と全国・県よりも高くなっている。  
また、第5位に腎不全が入っている。
- 医療費の状況では、一人あたりの医療費が425,667円と、県よりも約73,000円高くなっている。
- 医療の状況をみると、全治療者のうち高血圧症が68.8%と最も多く、ついで脂質異常症42.8%、糖尿病30.1%となっている。
- 平成23年度特定健康診査受診率は41.0%と県よりは高いが、目標の65%には届いていない。

表9 国と県と比べてみた徳島県内市町村の位置

項目		国		徳島県		神山町			
1 人口動態 H24.4.1 推計人口 (徳島県より)	総人口	127,650,000 人		776,177 人		5,839 人			
	65歳以上人口	30,250,000 人		211,426 人		2,694 人			
	(再掲)75歳以上人口	15,010,000 人		117,708 人		1,808 人			
	高齢化率	23.7 %		27.2 %		46.1 %			
	75歳以上の割合	11.8 %		15.2 %		31.0 %			
	平均寿命 平成17年 都道府県別年齢別	男性	78.79 歳	H17	78.09 歳 全国 39/47	76.6 歳 県内 24/24	76.6 歳 県内 24/24		
2 死亡の状況 平成22年度 徳島県保健統計年報より	女性	85.75 歳		85.67 歳 全国 30/47		85.3 歳 県内 20/24			
	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	402.3		
	2位	心疾患	149.8	心疾患(高血圧性除く)	183.1	脳血管疾患	335.2		
	3位	脳血管疾患	97.7	肺炎	128.4	心疾患(高血圧性除く)	318.5		
	4位	肺炎	94.1	脳血管疾患	116.7	肺炎	318.5		
	5位	老衰	35.9	老衰	59.6	腎不全	134.1		
3 早世予防からみた 死亡(64歳以下) 平成22年人口動態調査、 平成22年徳島県保健・衛生統 計年報より	合計	176,549 人	14.8%	1,153 人	12.4%	12 人	9.0% 県内 18/24		
	男性	119,965 人	18.9%	812 人	17.0%	10 人	14.1% 県内 18/24		
	女性	56,584 人	11.2%	341 人	7.5%	2 人	3.2% 県内 21/24		
3 介護保険 平成22年度 介護保険事業実績報告より	要介護認定者数	5,062,234 人		44,798 人		585 人			
	【再掲】1号被保険者 /認定率	4,907,439 人	16.9%	43,730 人	21.1%	579 人	20.1%		
	【再掲】2号被保険者 /認定率	154,795 人	0.4%	1,068 人	0.4%	6 人	0.3%		
	介護給付費	給付費	1人あたり	給付費	1人あたり	全国順位	給付費	1人あたり	県内順位
	6,839,563,804,875 円	1,351,096 円	60,674,754,251 円	1,354,408 円	27位	662,116,718 円	1,131,823 円	23位	
	加入者	14,341,142 人		116,350 人		1,926 人		H23年度 (3月~2月)	
4 後期高齢者医療 平成22年度後期高齢者医療 事務手帳、 国保連合会資料「医療費の状況」より	1人あたり診療費	904,795 円	H22年度	966,288 円	H23年度 (3月~2月)	830,329 円	県内 21/24		
	入院:1人あたり診療費	418,334 円		475,004 円		395,030 円	県内 20/24		
	入院外:1人あたり診療費	262,563 円		306,510 円		287,067 円	県内 12/24		
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
5 国保の状況 平成23年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	35,849,071 人	—	194,372 人	—	1,734 人	—			
	うち 65~74歳	11,222,279 人	31.3%	64,280 人	33.1%	703 人	40.5%		
	一般	33,851,629 人	94.4%	180,249 人	92.7%	1,604 人	92.5%		
	退職	1,997,442 人	5.6%	14,123 人	7.3%	130 人	7.5%		
	加入率	28.4%		24.6%		26.8%			
	医療費の状況 平成22年度 国民健康保険事業年報より	医療費 (一般+退職)	1人あたり	医療費	1人あたり	全国順位	医療費	1人あたり	県内順位
6 医療の状況 たぬき君の医療費分析 (※平成24年3月診療分データ)	一般	10,730,809,969,643 円	299,333 円	68,543,319,583 円	352,640 円	8 位	738,106,386 円	425,667 円	2 位
	退職	9,981,592,881,827 円	294,863 円	62,904,750,260 円	348,988 円	8 位	678,809,673 円	423,198 円	3 位
		749,244,489,084 円	375,102 円	5,638,569,323 円	399,247 円	8 位	59,296,713 円	456,129 円	5 位
7 特定健診の状況 平成23年度 法定報告結果より	治療者数	会受療者に 占める割合	総人數に 占める割合	治療者数	会受療者に 占める割合	総人數に 占める割合	治療者数	会受療者に 占める割合	総人數に 占める割合
	虚血性心疾患			10,377	16.5%	5.5%	125	19.5%	7.3%
	脳血管疾患(脳梗塞)			5,504	8.8%	2.9%	54	8.4%	3.2%
	脂質異常症			31,744	50.5%	16.8%	275	42.8%	16.2%
	糖尿病			22,871	36.4%	12.1%	193	30.1%	11.3%
	高血圧症			43,258	68.8%	22.9%	442	68.8%	26.0%
	人工透析			571	0.9%	0.3%	6	0.9%	0.4%
	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%	1,228 人	503 人	41.0%
	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			HbA1c	26,221 人	59.8%	HbA1c	315 人	62.6%
	第2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		LDL	24,518 人	55.9%	LDL	248 人	49.3%
	第3位			収縮期血圧	22,416 人	51.1%	収縮期血圧	240 人	47.7%
	第4位			腹囲	14,687 人	33.5%	腹囲	178 人	35.4%
	第5位			BMI	12,274 人	28.0%	BMI	164 人	32.6%
	第6位			血糖	10,243 人	23.4%	血糖	120 人	23.9%
	第7位			中性脂肪	10,041 人	22.9%	中性脂肪	107 人	21.3%
	第8位			拡張期血圧	7,571 人	17.3%	拡張期血圧	80 人	15.9%
	第9位			ALT(GPT)	6,046 人	13.8%	ALT(GPT)	68 人	13.5%
	第10位			尿酸	4,195 人	9.6%	尿酸	58 人	11.5%
	支援別状況			対象者数	実施者数(修了者数)	実施率(終了率)	対象者数	実施者数(修了者数)	実施率(終了率)
	情報提供(I-M-N)			38,029 人	—	—	427 人	—	—
	動機づけ支援(O)			4,272 人	2,656 人	62.2%	52 人	45 人	86.5%
	積極的支援(P)			1,562 人	630 人	40.3%	24 人	20 人	83.3%
	(再)段階中のためO-P対象 別者から除外した者			9,888 人	—	—	121 人	—	—

## 2 第1期計画の実践からみえてきた神山町の健康状況と課題

### (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6 糖尿病フローチャート（平成23年度）（P. 19）

糖尿病有病者数（糖尿病治療中の者及び糖尿病治療のないHbA1c 6.1%【JDS値】の者）は、平成23年度特定健康診査結果において、60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、8人でした。

この対象者については、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・重症化予防の仕組みができており活用しています。

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では、生活習慣病で治療している人のうち、約30%の人が糖尿病の治療を受けています。

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、今後は各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、次の対策を進めていきます。

#### ①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、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。

#### ②糖尿病の合併症の予防

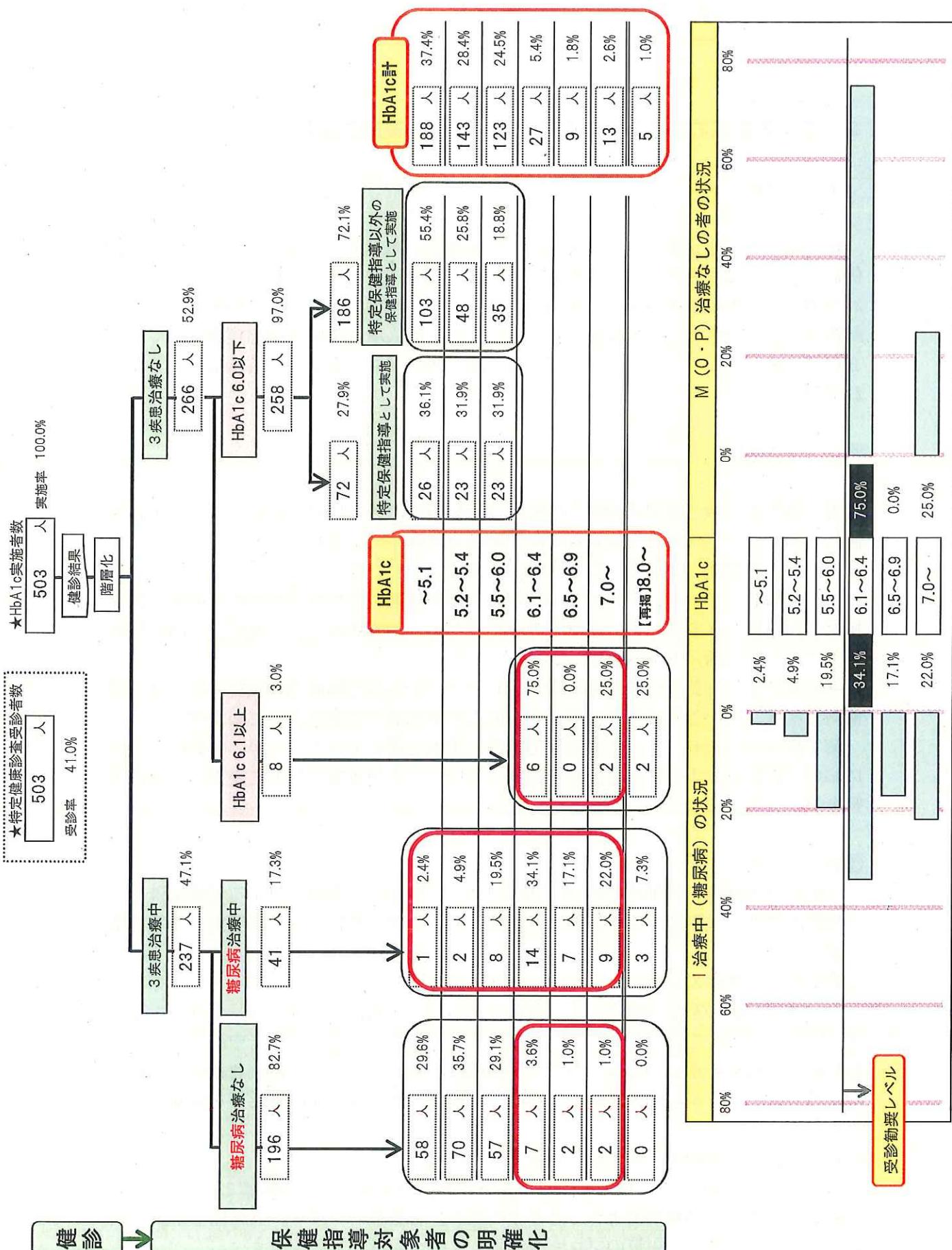
「治療継続者の割合の増加」と「血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少」を指標とします。未治療のまま経過したり、治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されています。治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持できれば、糖尿病による合併症の発症等を抑制することができます。

#### ③合併症による臓器障害の予防・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。具体的な対策は別に定めている「糖尿病対策のプロセス計画」に基づき進めています。

図 6 糖尿病フロー チャート

～医療制度改革の目標達成にむけて～



## (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、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、それについて改善を図っていく必要があります。

### ● 健診結果等からみた高血圧の状況

図7 高血圧フローチャート（平成23年度）（P. 21）

平成23年度の特定健康診査受診結果をみると、重症化する危険性の高い収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上の未治療者が74人、高血圧治療中の者では収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上のⅡ度高血圧・Ⅲ度高血圧者が9人いました。

平成24年3月診療分（4月審査分）レセプトからみた高血圧症の状況では、生活習慣病で治療している人のうち、約69%の人が高血圧症の治療を受けています。

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。

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

図8 LDL-Cフローチャート（平成23年度）（P. 22）

平成23年度の特定健康診査受診結果をみると、危険性の高いLDLコレステロール180mg/dl以上で脂質異常症未治療者は男性1人、女性8人いました。

平成24年3月診療分（4月審査分）レセプトからみた高脂血症の状況では、生活習慣病で治療している人のうち、約43%の人が高脂血症の治療を受けています。

LDL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られるよう進めて行きます。

## 図7 高血压フローチャート～医療制度改革の目標達成にむけて～

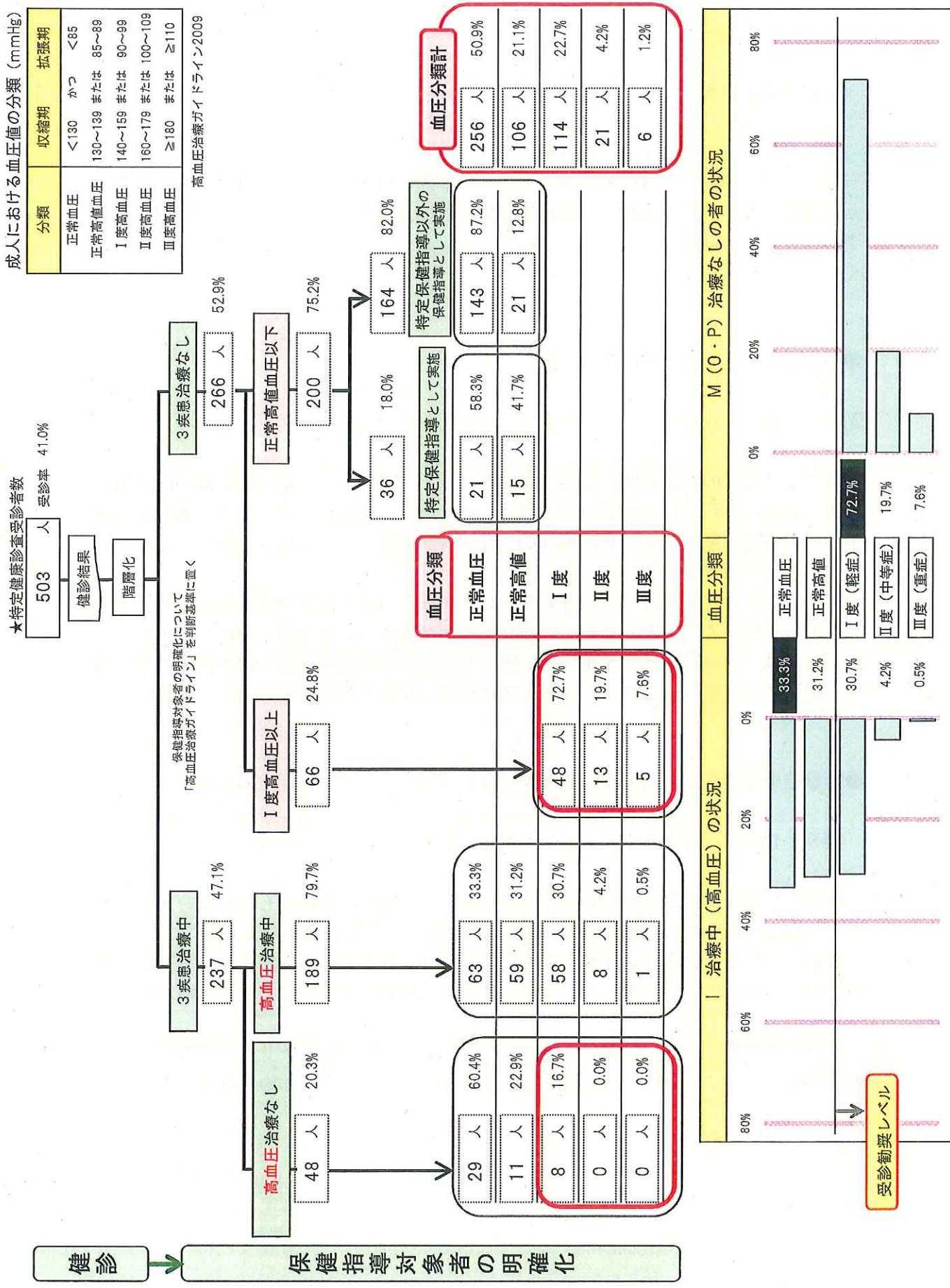
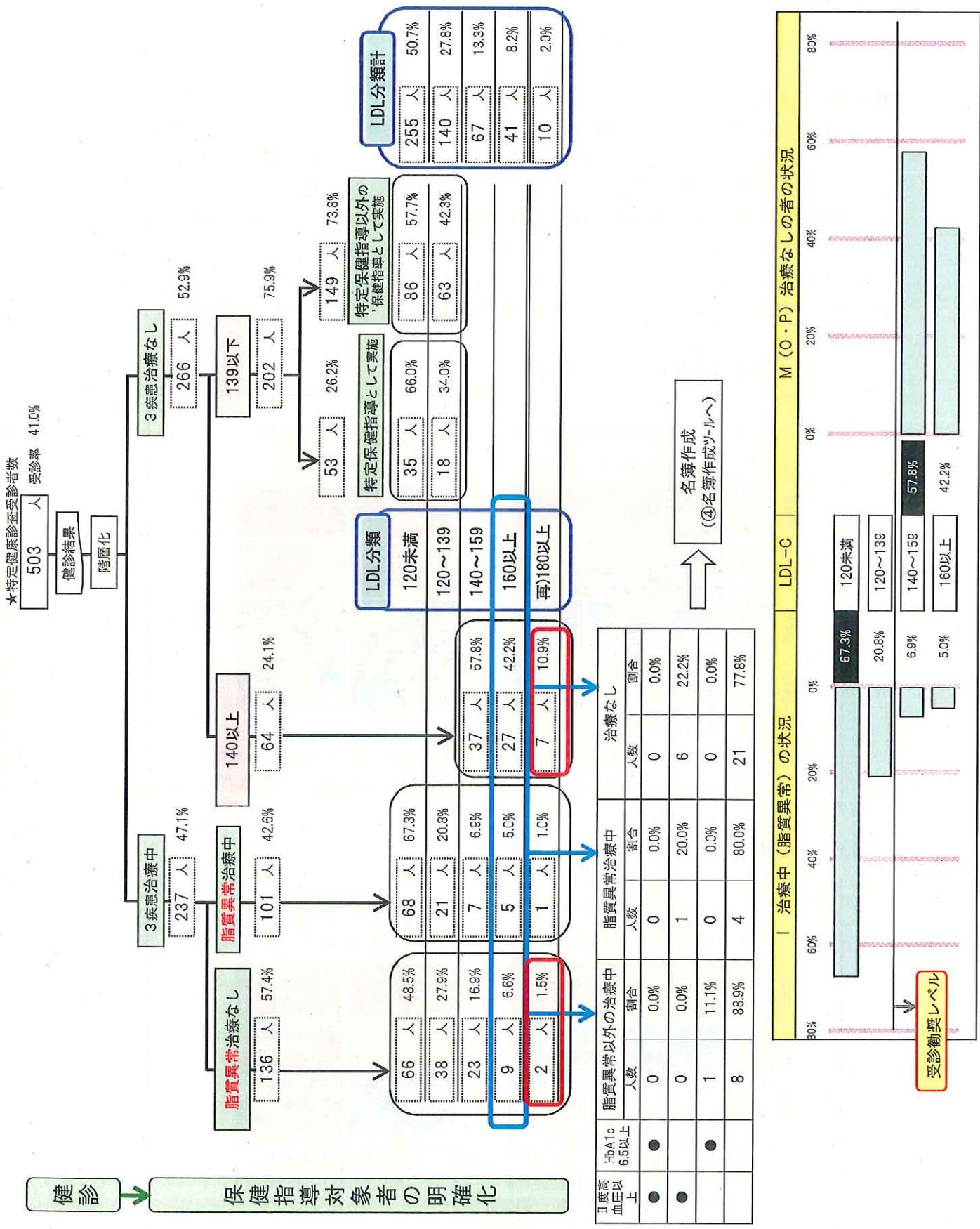


図8 LDL-Cフローチャート～医療制度改革の目標達成にむけて～



### ●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になります。(図9, 図10)

図9 冠動脈10年死亡率：日本男性

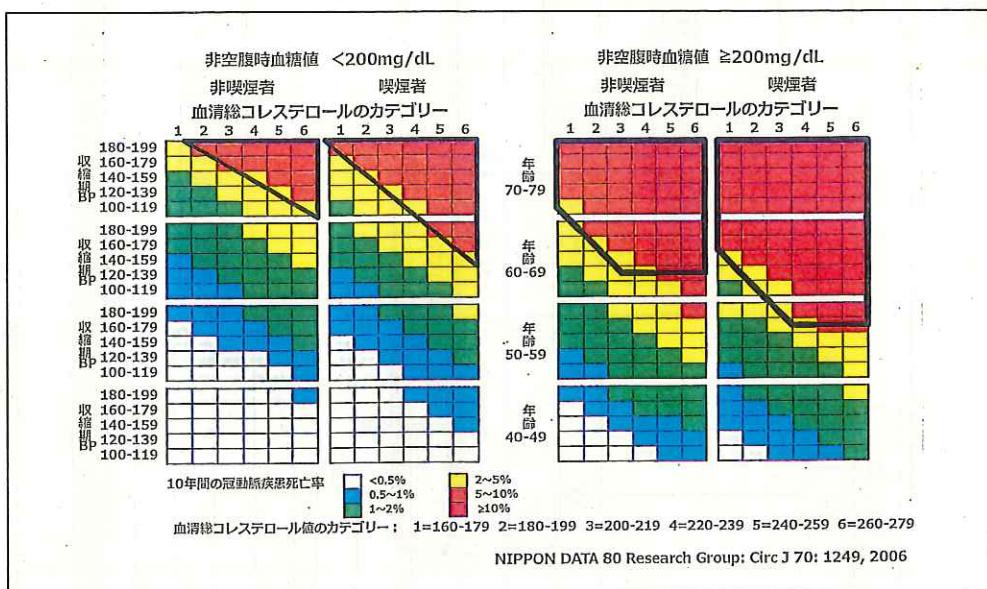
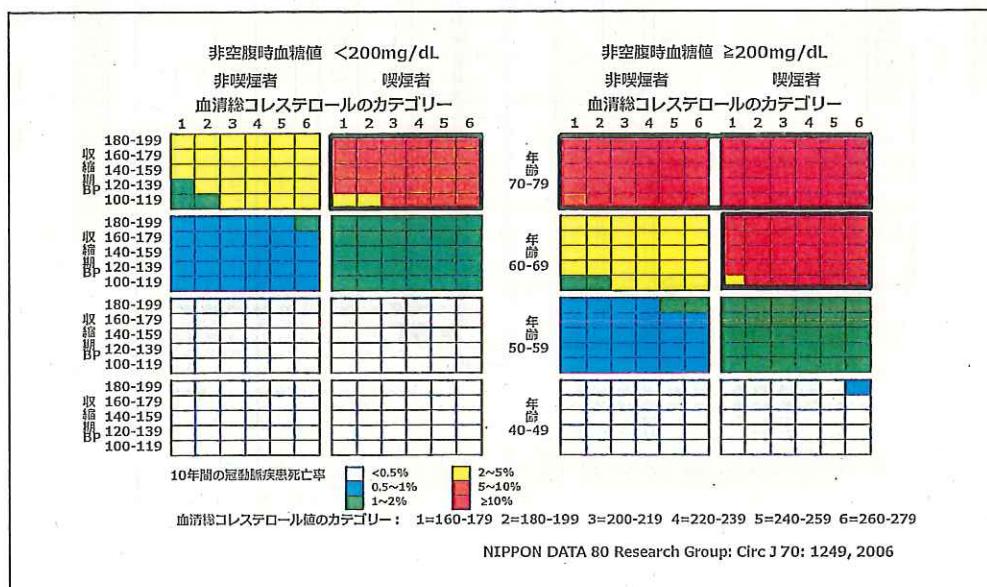


図10 冠動脈10年死亡率：日本女性



### (3) 慢性腎臓病

透析患者数が世界的に激増しています。わが国的新規透析導入患者は、1983年、昭和58年頃は年に1万人程度であったのが、2010年、平成22年、には約30万人となっています。新規透析導入患者增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。

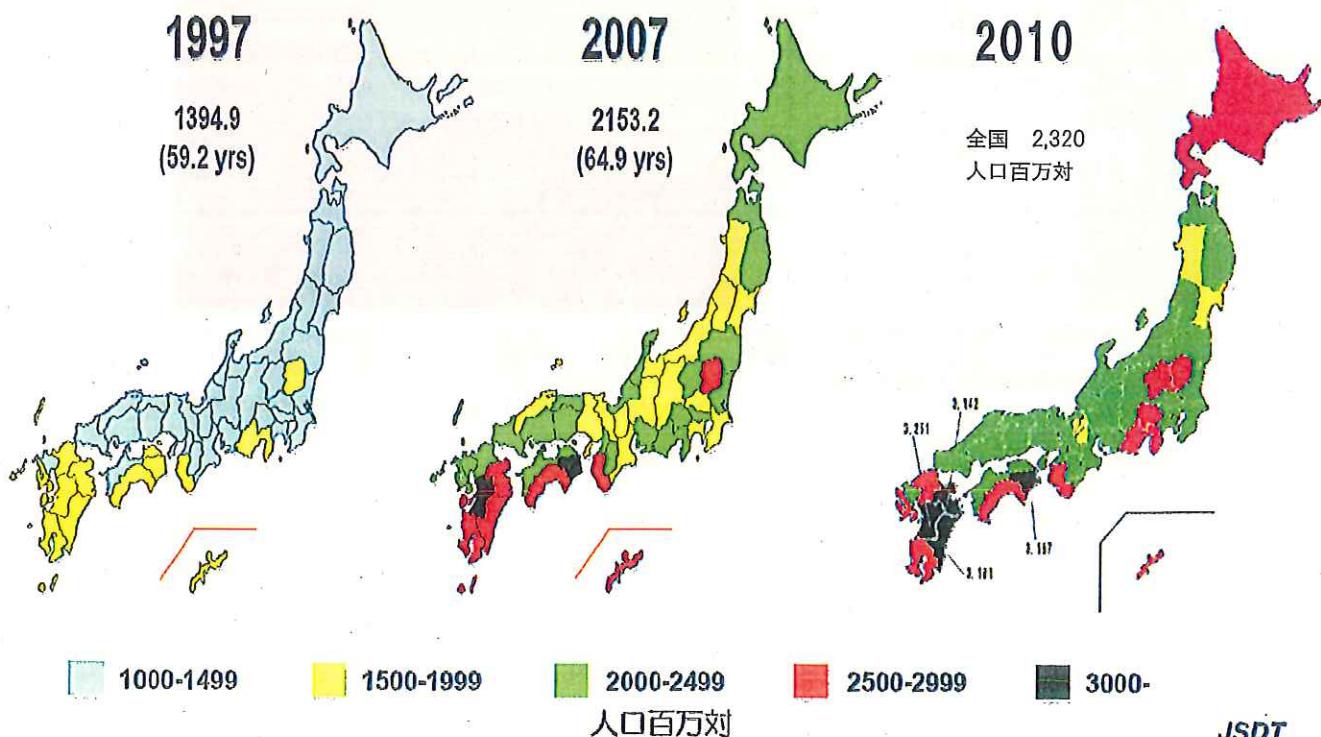
さらに、心血管イベント、すなわち脳卒中や心筋梗塞を起こす人の背景に、慢性の腎臓疾患を持った人が非常に多いという事実が重要です。実際に疫学研究によって、微量アルブミン尿・蛋白尿が、独立した心血管イベントの危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管イベントの頻度が増えるということが証明されました。

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て、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11 透析患者有病率の地域差



神山町国保においても、生活習慣病に占める人数は少ないが、その医療費は全体の医療費の約0.5%を占めています。

また、表9でもみたように神山町の死亡原因第5位に腎不全があり深刻な課題となっています。

### ●特定健康診査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、尿蛋白とeGFR 60未満です。

表10 CKD新重症度分類（CKD診療ガイド2012より）

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性囊胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73 m <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年度の特定健康診査結果をCKD新重症度分類でみると次のとおりです。

表11 CKD該当者を明確にしましょう

表12 腎専門医に紹介すべき対象者

特定健康診査結果から、CKD予防対象者は太線枠内の91人で、そのうち腎専門医に紹介すべき対象者は26人でした。

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。

表11 CKD該当者を明確にしましょう (CKD重症度分類)

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	
			(-) or (+)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
			503人	469人	17人	0人	
G1	正常または高値	90以上	96人 19.1%	90人 17.9%	5人 1.0%	0人 0.0%	1人 0.2%
G2	正常または軽度低下	60-90未満	337人 67.0%	322人 64.0%	6人 1.2%	0人 0.0%	9人 1.8%
G3a	軽度～中等度低下	45-60未満	59人 11.7%	52人 10.3%	2人 0.4%	0人 0.0%	5人 1.0%
G3b	中等度～高度低下	30-45未満	7人 1.4%	5人 1.0%	2人 0.4%	0人 0.0%	0人 0.0%
G4	高度低下	15-30未満	3人 0.6%	0人 0.0%	2人 0.4%	0人 0.0%	1人 0.2%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	1人 0.2%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 --	1人 0.2%

表12 腎臓専門医に紹介すべき対象者

健診受診者 503人

	総数	治療なし	40代 50代 60代 70-74				治療中	40代 50代 60代 70-74			
			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)	26人 5.2%	7人 26.9%	1人 14.3%	2人 28.6%	3人 42.9%	1人 14.3%	19人 73.1%	0人 0.0%	0人 0.0%	10人 52.6%	9人 47.4%
1 尿蛋白 2+以上	17人 3.4%	5人 29.4%	1人 20.0%	2人 40.0%	2人 40.0%	0人 0.0%	12人 70.6%	0人 0.0%	0人 0.0%	5人 41.7%	7人 58.3%
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	12人 2.4%	2人 16.7%	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 50.0%	1人 50.0%	10人 83.3%	0人 0.0%	0人 0.0%	7人 70.0%	3人 30.0%

#### (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的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。

図12 個の食習慣背景の構造（「健康日本21と地域保健計画」より）

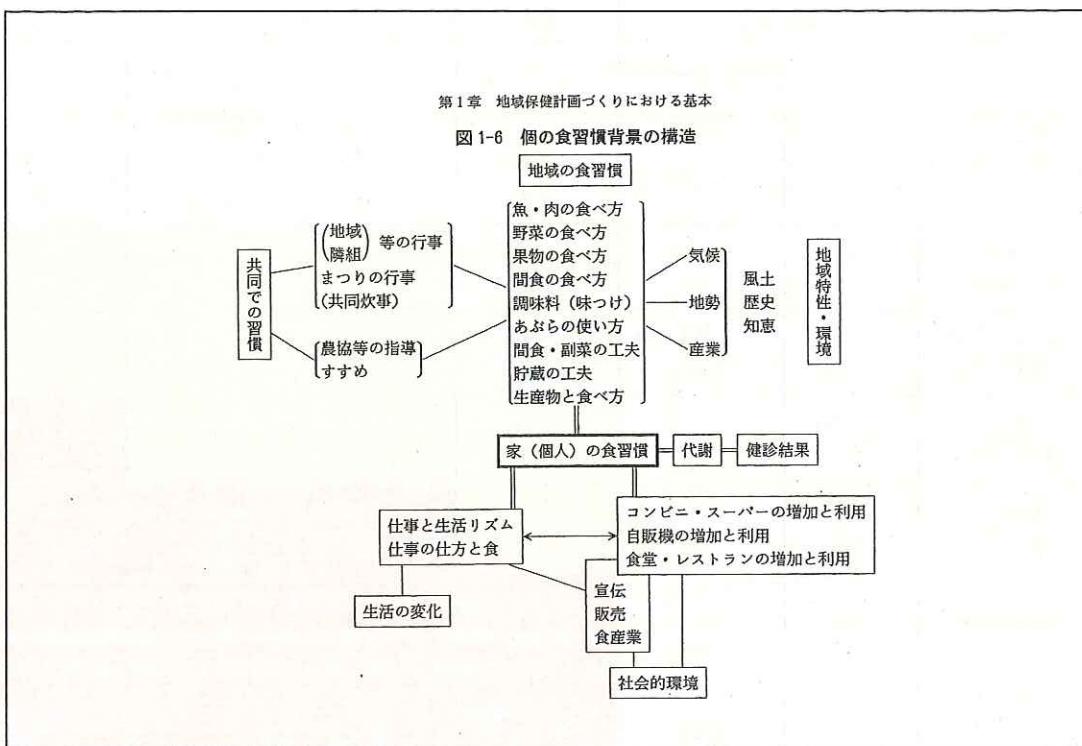
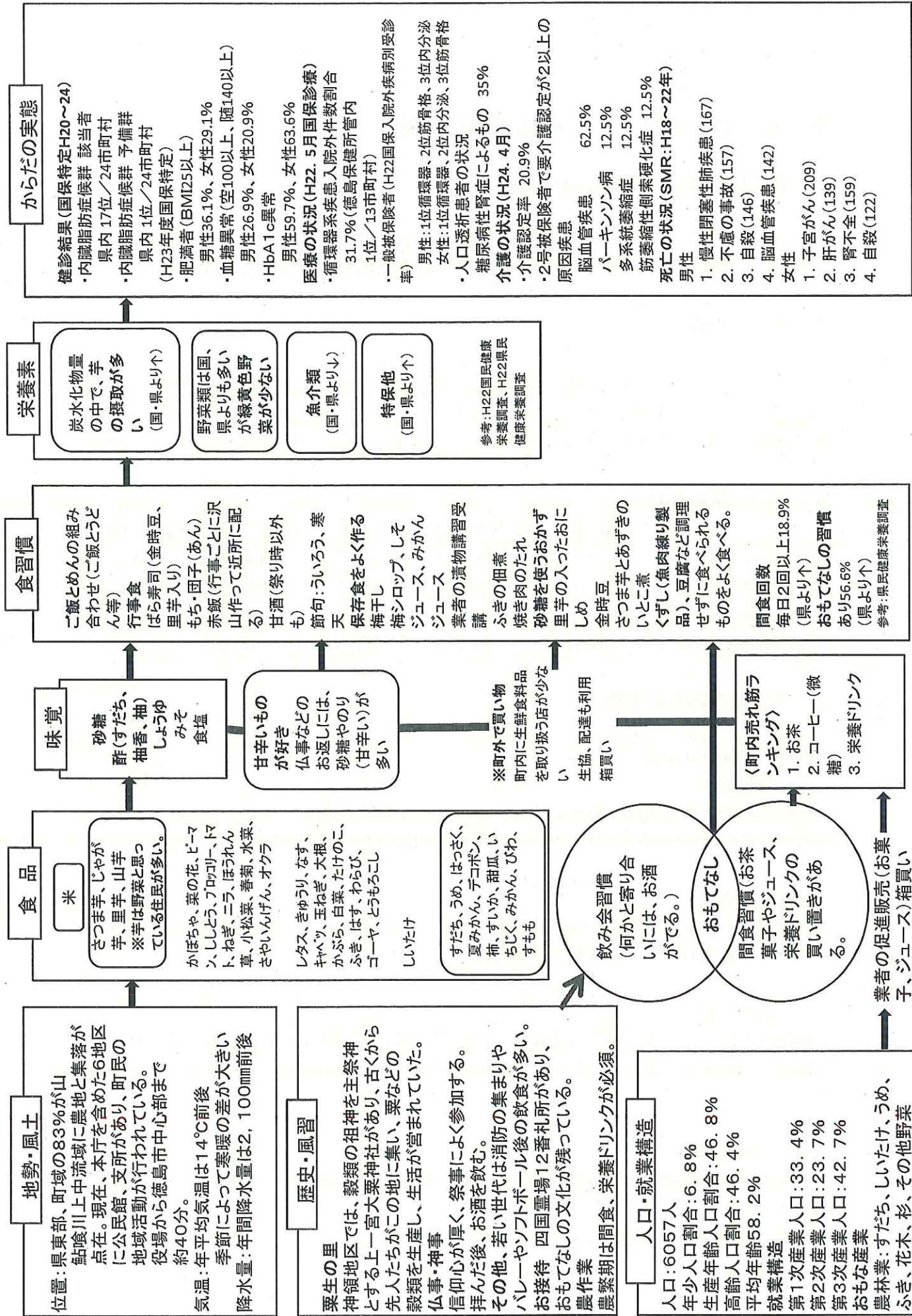


図13 農林業の町、神山町の食の実態と体の実態を考える（P. 28）

神山町民の食の状況をみると、次のような実態が見受けられます。

- 野菜の摂取量は他の市町村に比べて多いが、基準量の1日350gには達していません。
  - イモ類の摂取は多く、またイモ類を野菜と捉えている人がいます。
  - 間食をはじめとして、食べる人と食べない人の個人差が大きい。
  - 地域の寄り合いが多く、集まった席ではアルコールを飲む事がよくある。
- これらの実態から、個人にあった食事指導を訪問等で行うとともに、全体へのアプローチとして1日の望ましい食品摂取量を周知し、自分に見合った食品を選択できるよう指導を行います。

図13 農林業の町、神山町の食の実態と体の実態を考える



## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施

### 1 特定健診実施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。

### 2 目標値の設定

	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	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
特定保健指導実施率	85.0%	88.0%	91.0%	94.0%	95.0%

### 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	1,220人	1,200人	1,180人	1,160人	1,140人
特定健診受診者数	536人	576人	613人	649人	684人
特定保健指導対象者数	69人	75人	79人	84人	88人
特定保健指導実施者数	58人	66人	71人	78人	83人

### 4 特定健康診査の実施

(参考) 平成24年度

#### (1) 実施形態

特定健康診査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) 健診方法

健診方法は、医療機関等の施設において行う「個別方式」と、公民館等で日時を決めて行う「集団方式」との併用で実施します。

#### (3) 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。

#### (4) 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/>

### (5) 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。

(6) 委託単価、自己負担額

特定健康診査受診時窓口で支払う自己負担の額は、1,000円です。

(7) 代行機関の名称

特定健康診査にかかる費用（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。

(8) 受診券の様式（平成24年度版）

# 国民健康保険受診券様式

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 座高 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) IgG-T (r-GTP) 糖尿病 (空腹時又は随時) 血HbA1c 尿糖 尿蛋白 血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)				
	☆詳細検査については、告示基準に基づき実施				
健診検査額口での 自己負担額		受診者負担額 1,000円			
保 険 者 等	所在地				
	電話番号				
	番号				
	名前				
					公印 省略
契約取りまとめ役名		(社) 奄美県医師会			
支払代行権番号		93699023			
支払代行権名		徳島県国民健康保険団体連合会			

#### (9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

平成25年度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。

## 5 保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施・一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

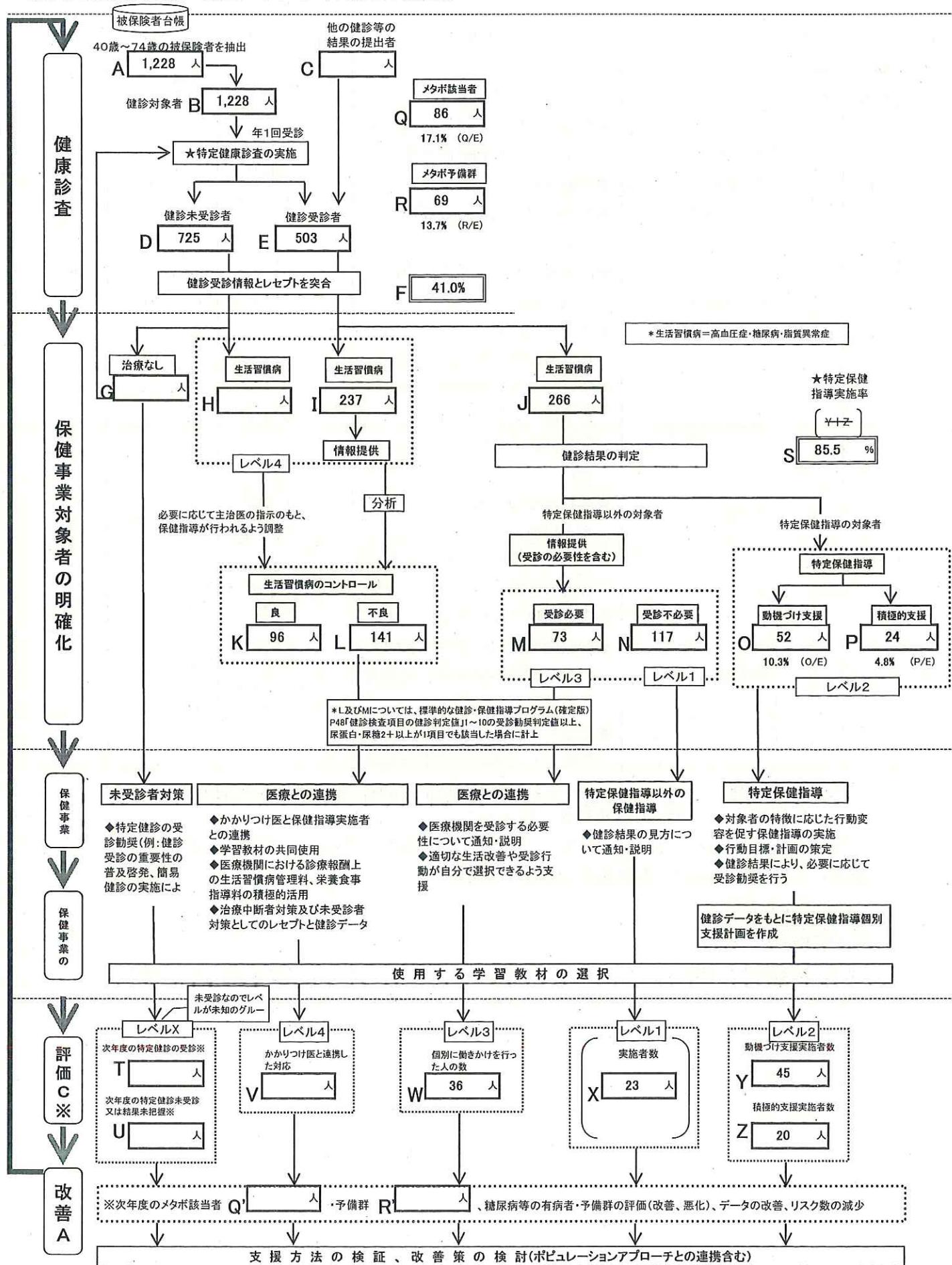
確定版様式6-10をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行います。

図14 健診から保健指導実施へのフローチャート (P. 32)

図14 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式6-10

健診から保健指導実施へのフローチャート（平成23年度実績）



(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	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・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	69人 (13%)	95%
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	80人 (15%)	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)	684人	20%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	123人 (23%)	20%
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・分析	270人 (47%)	15%

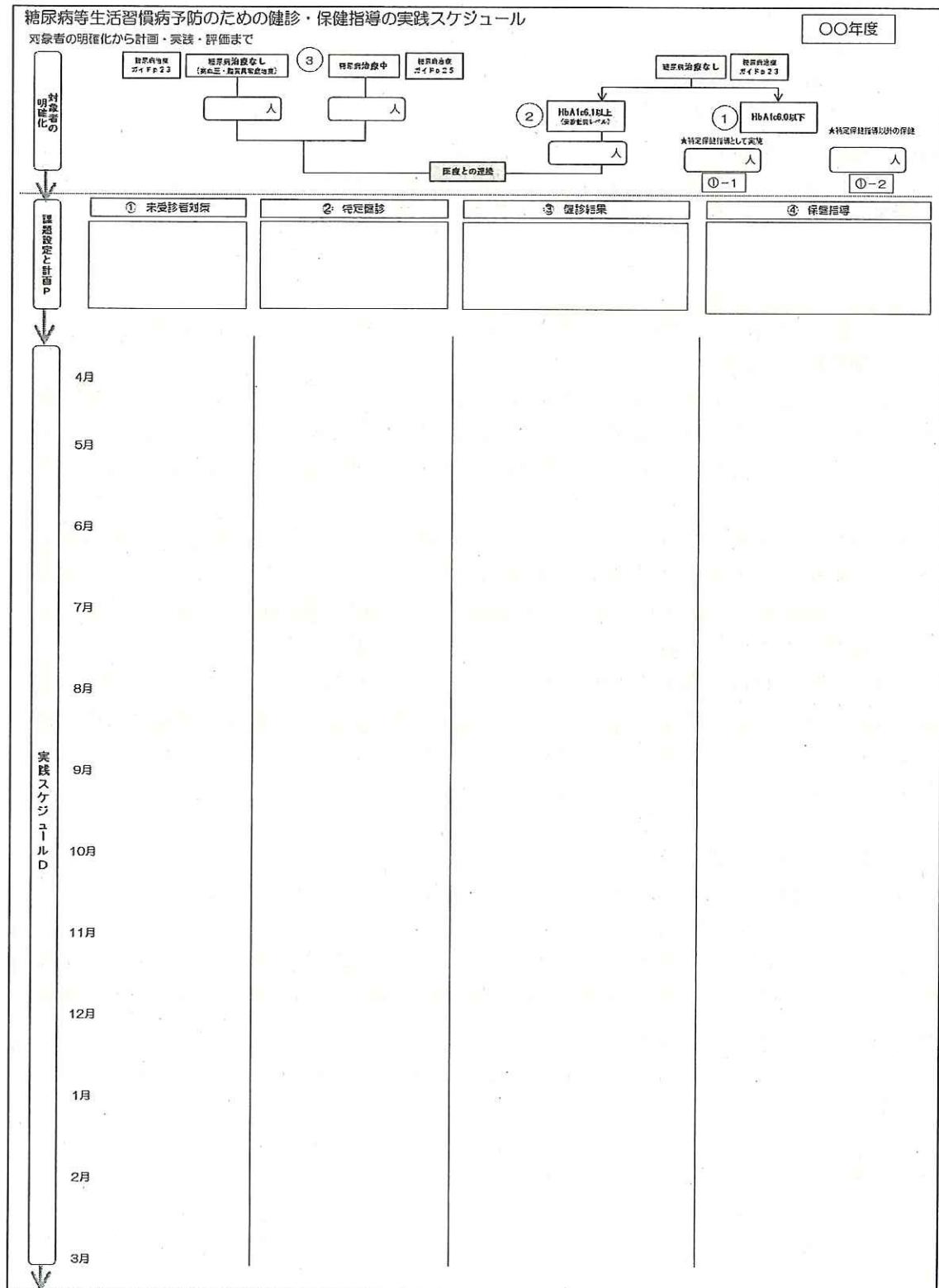
さらに、各グループ別の健診結果一覧表から

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毎年作成します。

図15 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



#### (4) 保健指導に使用する学習教材

保健師・栄養士が普段活用する学習教材。

- ①「私の健康記録」
- ②「糖尿病ノート」
- ③「腎ノート」
- ④「食ノート」
- ⑤その他必要な資料

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。

さらに地域の実情や第2章の「(4) 共通する課題」で明らかとなった個の食習慣背景の構造をもとに保健指導の学習教材等を工夫、作成していきます。

#### (5) 保健指導実施者的人材確保と資質向上

保健指導実施者的人材確保及び資質の向上を図り、質の高い保健指導が提供できるよう体制整備につなげていきます。

特定健康診査・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・効率的な対策を考えることや、どのような疾患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）」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

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つの観点から行うこととされています。

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、必要な改善を行つていけるよう、スタッフごとに作成する評価表と全体の評価表を実施していきます。

## 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

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システム等を活用し行います。

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、法第22条及び第25条の規定に基づき、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つ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

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、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はなく、被保険者の理解と実践が最も重用となります。

そのため、特定健康診査等実施計画及び主旨の普及啓発については、本町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もって公表・周知を行います。

## 第2期特定健康診査等実施計画

---

平成25年3月発行

〒771-3395 徳島県名西郡神山町神領字本野間100番地  
神山町役場 税務保険課  
TEL088-676-1114 FAX088-676-1100

---