

# 第2期

## えびの市国民健康保険特定健診等

### 実施計画（案）

（計画期間：平成25年度～平成29年度）

平成25年3月

えびの市

健康保険課

## 目次

序章 制度の背景について	3
1 医療制度改革の工程と指標	3
2 社会保障と生活習慣病	4
3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）	6
4 第2期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方	8
5 第2次健康日本21における医療保険者の役割	8
第1章 第1期の評価	10
1 目標達成状況	10
（1）実施に関する目標	10
①特定健診実施率	
②特定保健指導実施率	
（2）成果に関する目標	10
①内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率	
（3）目標達成に向けての取り組み状況	11
①健診実施率の向上方策	
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	
2 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について	12
（1）国の考え方に基づく試算	13
①減算対象となる保険者	
②減算率	
③加算対象となる保険者	
④加算率	
（2）市町村国保グループでの位置	14
第2章 第2期計画に向けての現状と課題	15
1 社会保障の視点でみた医療保険者(市町村)の特徴	15
2 えびの市（被保険者）の健康状況と課題及び今後の方向性	16
1) 循環器疾患	16
（1）健診結果からみた高血圧の状況	
（2）疫学データからみた高コレステロール血症の問題	
（3）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	
（4）取り組みの方向性	
2) 糖尿病	20
（1）健診結果からみた糖尿病の状況	
（2）取り組みの方向性	
3) 慢性腎臓病	22
（1）健診結果から見た慢性腎臓病（CKD）の状況	

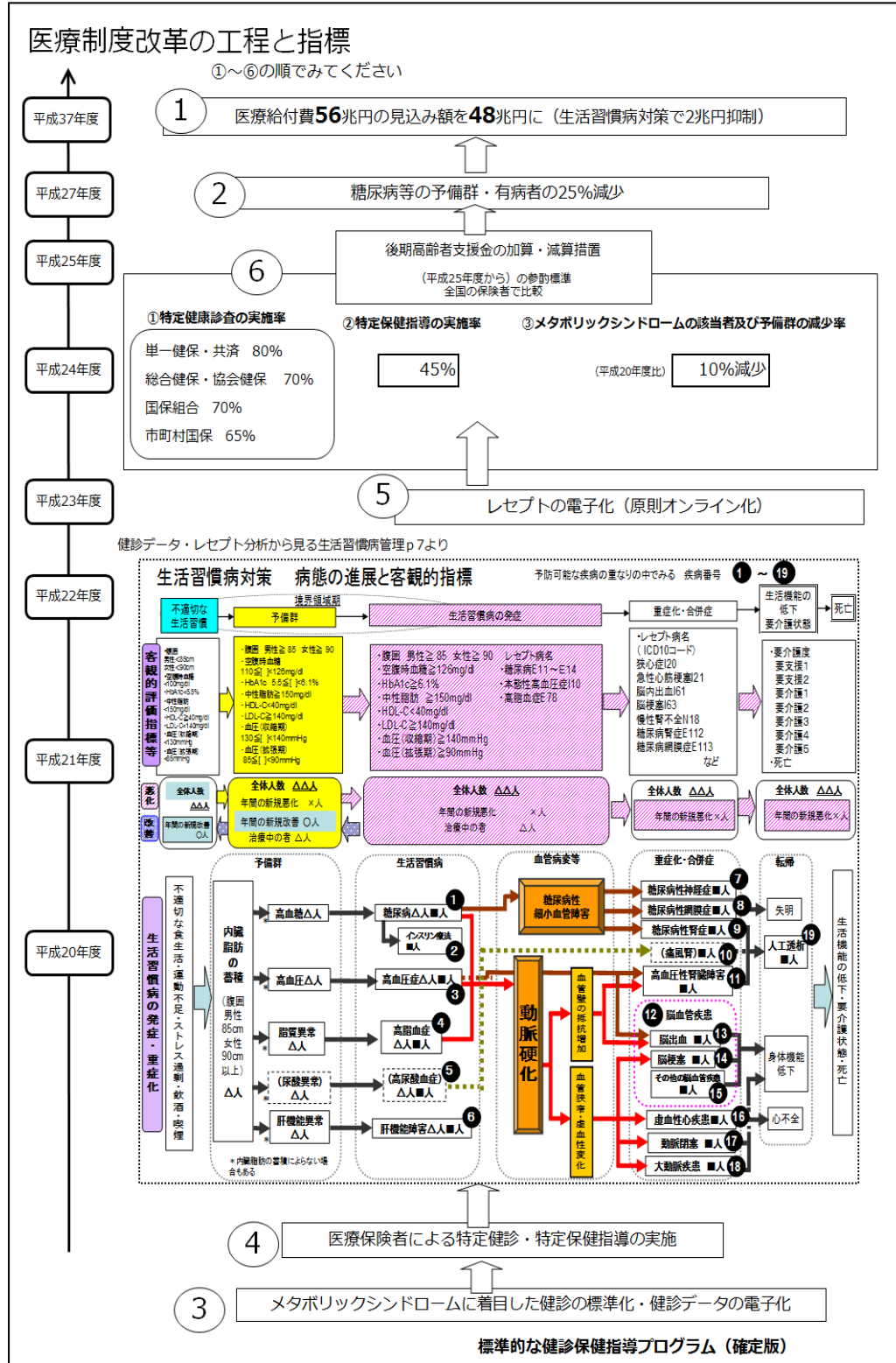
(2) 取り組みの方向性	
4) 共通する課題（生活習慣病の背景となるもの）・・・	24
3 対策・・・・・・・・・・・・・・・・	25
1) 特定健康診査受診率向上の施策	
2) 特定保健指導参加率向上の施策	
3) 健診受診者の事後指導の充実	
4) 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策	
5) 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施・・・	26
1 特定健診実施等実施計画について	
2 目標値の設定	
3 対象者数の見込み	
4 特定健診の実施	
(1) 実施形態	
(2) 特定健診委託基準	
(3) 健診実施機関リスト	
(4) 委託契約の方法、契約書の様式	
(5) 健診委託単価、自己負担額	
(6) 代行機関の名称	
(7) 受診券の様式	
(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	
5 保健指導の実施・・・・・・・・	29
(1) 健診から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・支援方法	
(3) 生活習慣病のための健診・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	
(5) 保健指導実施者の人材確保と資質向上	
(6) 保健指導の評価	
第4章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存・・・	37
1 特定健診・保健指導のデータの形式	
2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	
3 個人情報保護対策	
第5章 結果の報告・・・	37
1 支払基金への報告	
第6章 特定健診審査等実施計画の公表・周知・・・	37
参考資料・・・・・・・・	39

# 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 医療制度改革の工程と指標

特定健診・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。



左の縦軸に時間の流れ、下から上に進んでいきます。特定健診・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、団塊の世代の人たちが 75 歳になるころです。国はこのときの給付費 56 兆円と見込まれているところを、制度改革で 48 兆円にできないか、そのうち生活習慣病対策で 2 兆円を抑えてほしいと考えました。

②そのためには、平成 27 年度までに糖尿病等の有病者・予備群を 25%減らしたい。そこで、

③厚生労働省が、標準的な健診・保健指導プログラムを作り、

④平成 20 年度から各医療保険者による特定健診・特定保健指導がスタートしました。

⑤今までバラバラだった健診と医療の状況を照らし合わせて見られるように、健診データも医療の状況であるレセプトも電子化しました。

⑥5 年目の今、全国で評価できる時期がきています。

## 2 社会保障と生活習慣病

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

この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずる

とあります。

また特定健康診査は、メタボ健診と呼ばれていますが、同法 18 条では

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

と書かれています。

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

P5 の表 社会保障と生活習慣病

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。

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。

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、医療費は、2.4 倍となりましたが、そのうち糖尿病は 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。生活習慣病関連の医療費の伸びが大きいことと、合併症による障害で日常生活に大きな影響を及ぼすことから、糖尿病の予防を目標としたのだと理解できます。

社会保障と生活習慣病

年代	世界の動き	国の動き	国の財政			社会保障給付費							
			一般会計 税収決算額 (兆円)	一般会計 歳出決算額 (兆円)	長期債務残高 (国・地方) (兆円)	計 (兆円)	医療 (兆円)	糖尿病 (兆円)	主要疾患別医療費 虚血性心疾患 脳血管疾患 (兆円)	がん (兆円)	年金 (兆円)	福祉・その他 (兆円)	
1978 昭和53	WHOアトマタ宣言	第1次国民健康づくり運動	21.9	34.1	77.6	19.8	8.9					7.8	3.0
1982 昭和57		★ 老人保健法制定	30.5	47.2	154.1	30.1	12.4	0.3	0.3	0.9	0.8	13.3	4.3
1986 昭和61	WHOオオタワ憲章 (ヘルスプロモーション)		41.9	53.6	224.7	38.6	15.1	0.5	0.4	1.2	1.1	18.8	4.7
1988 昭和63		第2次国民健康づくり運動 (アクティブ80ヘルスプラン)	50.8	61.5	246.5	42.5	16.7	0.5	0.5	1.4	1.3	21.0	4.7
1996 平成8		「成人病」を、「生活習慣病」に公衆衛生審議会の提言を受け厚生省が改称	52.1	78.8	449.3	67.5	25.2	1.0	0.7	1.9	1.9	35.0	7.4
2000 平成12	世界の人口60億人に	第3次国民健康づくり運動 (健康日本21)	50.7	89.3	645.9	78.1	26.0	1.1	0.7	1.8	2.0	41.2	10.9
2003 平成15		健康増進法施行	43.3	82.4	691.6	84.3	26.6	1.1	0.7	1.7	2.5	44.8	12.9
2006 平成18		医療制度改革 (予防重視、後期高齢者医療制度の創設)	49.1	81.4	761.1	89.1	28.1	1.1	0.7	1.9	2.5	47.3	13.7
2007 平成19		医療保険者における生活習慣病対策として、標準的な健診・保健指導プログラム (確定版) の提示	51.0	81.8	766.7	91.4	28.9	1.1	0.7	1.8	2.7	48.3	14.2
2008 平成20	WHO「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」 4つの非感染性疾患 (NCD；心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患) と4つの共通的危険因子 (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)		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) 報告書たぎ台公表											

1982年(昭和57年)の何倍?

2.4 3.9 2.5 1.7 3.5

### 3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）

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

図 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）

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

確定版で示された基本的な考え方です。

なぜ、内臓脂肪症候群に着目するのでしょうか？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、P7の表の通りに整理されています。

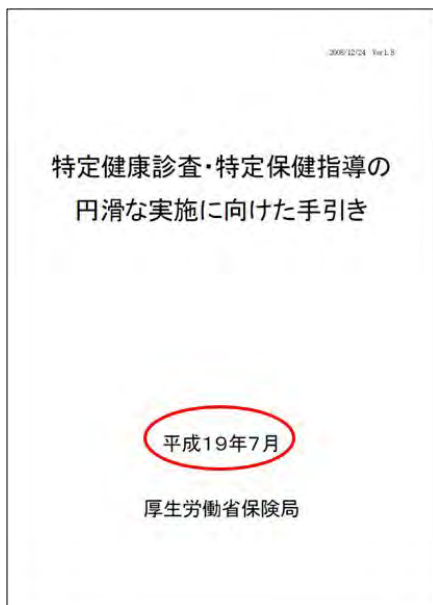
健診は生活習慣病予防のための「保健指導を必要とする者」を抽出する。結果を出す保健指導で、その結果とは、糖尿病等の有病者・予備群の減少とされています。



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	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
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	行動変容を促す手法	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々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

保険局からは、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」が出ています。健診・保健指導の契約やデータの取り扱いのルールが書かれています。

図 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き



第1期計画については、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」等これらの資料を参考に、内容を検討し計画策定を行いました。



#### 4 第2期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方

平成24年4月13日に公表された「今後の特定健診・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。

宮崎県市町村国保では、第1期よりこれらの取り組みが既に行われているところであり、枠組み自体は第1期と大きく変わらないと考えられます。

現在国で検討されている「特定健診等基本指針」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。

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。

医療保険者が関係する目標項目	
循環器疾患	○高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） ○脂質異常症の減少 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ○特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上
糖尿病	○合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少 ○治療継続者の割合の増加 ○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（HbA1cがNGSP値8.4%（JDS値8.0%）以上の者の割合の減少） ○糖尿病有病者の増加の抑制 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲） ○特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）

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 HbA1c8.4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。

また、都道府県の実態の中に自分の市町村の位置（P15）を入れたものを添付しています。

図 平成25年度からの国の健康づくり施策（第2次健康日本21）における医療保険者の役割は？（P9の図）

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

2012.06.04修正

生涯における各段階(あらゆる世代)					
乳幼児期	学童	若年期	中年期	高齢期	死亡
0才	18才	20才	40才	65才	75才
<p>妊娠(妊婦)</p> <p>母子保健</p> <p>出生</p>	<p>児童</p> <p>学童</p> <p>児童(児童)</p>	<p>若年期</p> <p>若年世代労働者</p> <p>精神保健</p>	<p>中年期</p> <p>健康づくり対策</p>	<p>高齢期</p> <p>介護予防</p>	<p>死亡</p>
<p>個人</p> <p>家庭</p> <p><b>医療保険者</b></p>	<p>個人</p> <p>家庭</p>	<p>個人</p> <p>家庭</p>	<p>個人</p> <p>家庭</p>	<p>個人</p> <p>家庭</p>	<p>個人</p> <p>家庭</p>
<p>個人で達成すべき目標</p>	<p>個人で達成すべき目標</p>	<p>個人で達成すべき目標</p>	<p>個人で達成すべき目標</p>	<p>個人で達成すべき目標</p>	<p>個人で達成すべき目標</p>
<p>地域</p> <p>職域</p>	<p>地域</p> <p>職域</p>	<p>地域</p> <p>職域</p>	<p>地域</p> <p>職域</p>	<p>地域</p> <p>職域</p>	<p>地域</p> <p>職域</p>
<p>社会環境に関する目標</p>	<p>社会環境に関する目標</p>	<p>社会環境に関する目標</p>	<p>社会環境に関する目標</p>	<p>社会環境に関する目標</p>	<p>社会環境に関する目標</p>

# 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 えびの市の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	25.0%	35.0%	45.0%	55.0%	65.0%
実績	14.7%	16.8%	18.2%	24.5%	— %

・平成 23 年度までは確定値。平成 24 年度は平成 25 年 11 月頃確定。

#### 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 えびの市の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	20.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%
実績	36.1%	32.3%	28.8%	27.6%	— %

・平成 23 年度までは確定値。平成 24 年度は平成 25 年 11 月頃確定。

### (2) 成果に関する目標

#### ①内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率

次の算定式に基づき、評価することとされています。

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

下表は、えびの市の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 えびの市特定健診受診者中の内臓脂肪症候群（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	148 人 17.4%	168 人 17.8%	156 人 15.8%	250 人 17.9%	— 人 — %
予備群	105 人 12.4%	125 人 13.2%	126 人 12.7%	187 人 13.4%	— 人 — %

・平成 23 年度までは確定値。平成 24 年度は平成 25 年 11 月頃確定。

### (3) 目標達成に向けての取り組み状況

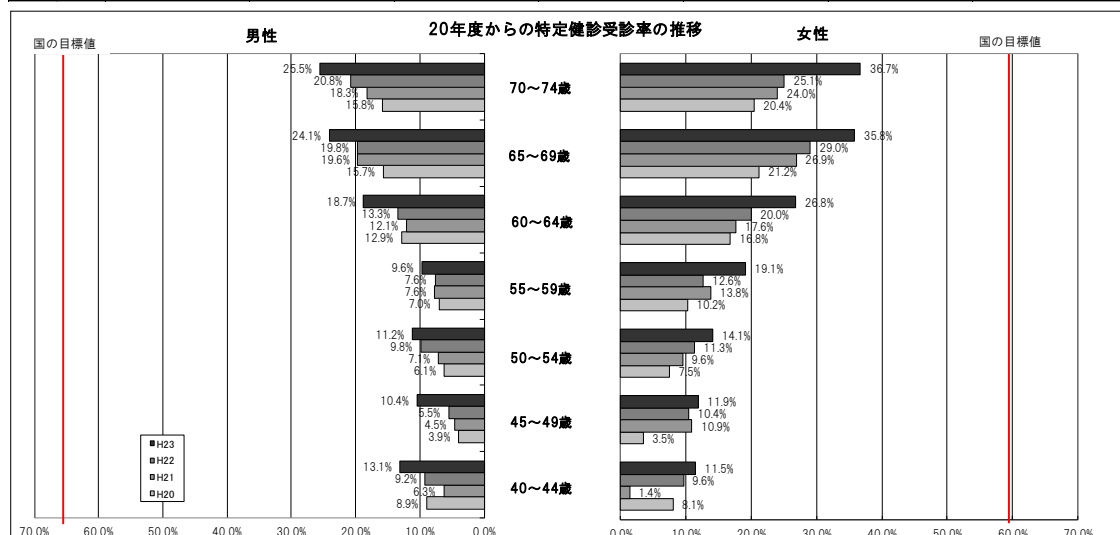
#### ①健診実施率の向上方策

平成 20 年度からの特定健診受診率の推移をみたものです。

図 えびの市の平成 20 年度からの受診率の推移

性・年齢階級別で受診率をみる

		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	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
男性	H20	168	15	8.9%	229	9	3.9%	374	23	6.1%	528	37	7.0%	505	65	12.9%	598	94	15.7%	682	108	15.8%
	H21	160	10	6.3%	199	9	4.5%	326	23	7.1%	523	40	7.6%	545	66	12.1%	570	112	19.6%	630	115	18.3%
	H22	153	14	9.2%	164	9	5.5%	315	31	9.8%	472	36	7.6%	637	85	13.3%	531	105	19.8%	596	124	20.8%
	H23	145	19	13.1%	163	17	10.4%	278	31	11.2%	415	40	9.6%	699	131	18.7%	518	129	24.1%	603	154	25.5%
女性	H20	161	13	8.1%	171	6	3.5%	292	22	7.5%	431	44	10.2%	566	95	16.8%	746	158	21.2%	872	178	20.4%
	H21	138	2	1.4%	174	19	10.9%	251	24	9.6%	406	56	13.8%	602	106	17.6%	677	182	26.9%	825	198	24.0%
	H22	135	13	9.6%	164	17	10.4%	230	26	11.3%	373	47	12.6%	651	130	20.0%	606	176	29.0%	830	208	25.1%
	H23	122	14	11.5%	160	19	11.9%	213	30	14.1%	356	68	19.1%	649	174	26.8%	614	220	35.8%	792	291	36.7%



- 受診率は増加していますが、65%の目標値には遠い状況です。また、若い世代（40代～50代）での受診率が特に低い状況です。
- 治療中の方も特定健診の対象となるため、医療機関に協力いただけるよう検討し、できるところから実施しました。
- 未受診者へ電話での受診勧奨やハガキでの受診勧奨を実施しました。
- 40歳の方への無料人間ドック（平成 24 年度から）やセット健診の実施で対象者の受診の利便性も考慮しました。

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

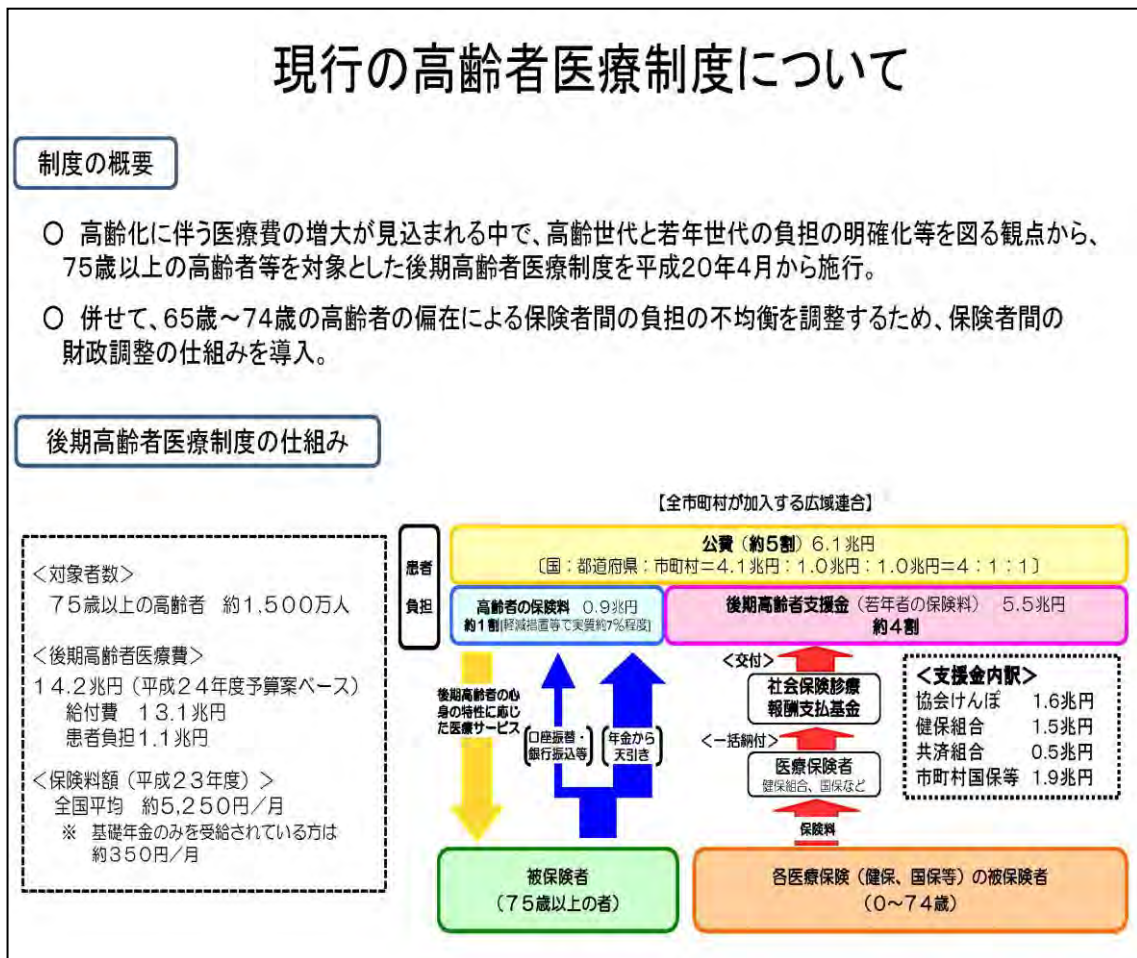
●保健指導へ参加しやすい案内文書を作成し、医療機関からも受診者へ保健指導の受講案内を配布して頂きました。

●HbA1c6.1以上のものへの訪問・電話指導を開始しました。(平成24年度から)

2 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について

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

図 現行の高齢者医療制度について



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、そ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(平成 22 年度実績では全国で 8 市町村国保保険者が達成)

②減算率

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

③加算対象となる保険者

健診も保健指導もほとんど実施していない保険者。(平成 22 年度実績で、特定保健指導実施率 0%の市町村国保保険者は、27 都道府県 70 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。

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

④加算率

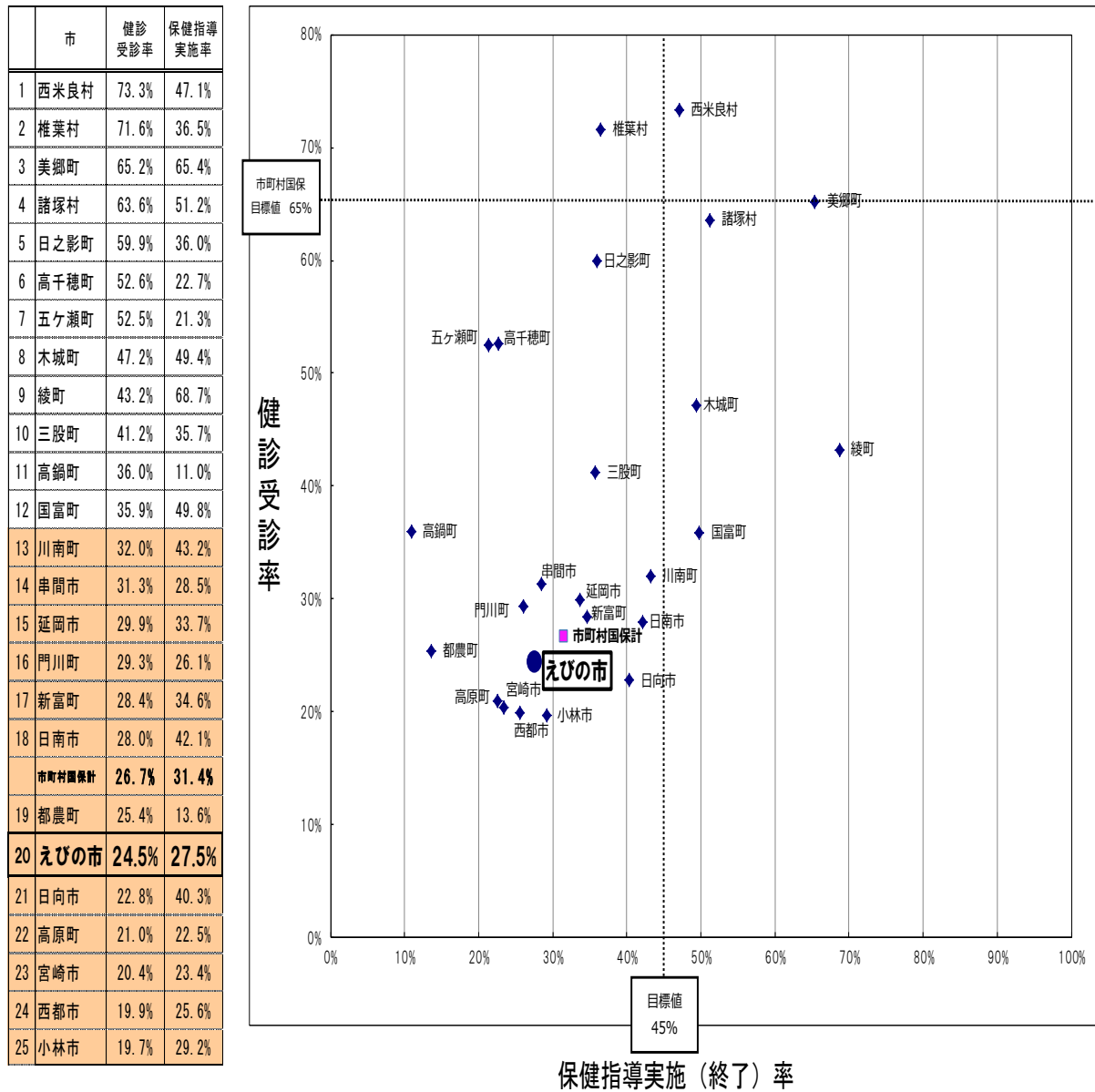
0.23%を前提とする方向。国保加入者 1 人あたり加算額は、年 114 円と試算されています。



(2) 市町村国保グループでの位置

図 H23 健診受診率と保健指導実施率

【都城市を除く】



平成 23 年度実績で見ると、県内市町村国保で特定健診実施率 65%達成は、3 保険者、特定保健指導実施率 45%達成保険者は、6 保険者となっています。

## 第2章 第2期計画に向けての現状と課題

### 1 社会保障の視点でみた医療保険者(市町村)の特徴

【表】 社会保障の視点でみた医療保険者(えびの市)の特徴

○ 国・県と比較し問題となるもの

項目		国		宮崎県		えびの市				
1	人口動態	総人口	127,650,000 人	1,130,912 人	21,267 人					
		65歳以上人口	30,250,000 人	291,214 人	7,356 人					
	H13,10,10現在 【世帯別人口】	(再掲)75歳以上人口	15,010,000 人	160,076 人	4,477 人					
		高齢化率	23.7 %	25.9 %	34.7 %					
		75歳以上の割合	11.8 %	14.2 %	21.1 %					
平均寿命 【男】 78.79 歳 【女】 85.75 歳	男性	78.79 歳	H17 78.6 歳 全国 26/47	78.6 歳	78.4 歳					
	女性	85.75 歳	86.1 歳 全国 14/47	86.1 歳	85.0 歳					
2	死亡の状況	死亡原因	10万対	死亡原因	10万対	死亡原因	人数			
		1位	悪性新生物	279.7	悪性新生物	302.9	悪性新生物	80人		
		2位	心疾患	149.8	心疾患	183.1	心疾患	55人		
		3位	脳血管疾患	97.7	脳血管疾患	122	肺炎	42人		
		4位	肺炎	94.1	肺炎	114	脳血管疾患	31人		
	5位	老衰	35.9	不慮の事故	37.5	老衰	25人			
早世予防からみた死亡(64歳以下)	合計	14.8%	1,644 人	13.3%	40人					
	男性	18.9%	1,102 人	17.6%	22人					
	女性	11.2%	542 人	9.0%	18人					
3	要介護認定者数	4,845,942 人	48,422 人	1,433 人						
	認定率(1号扶養保険者)	16.2%	16.6%	18.5%						
4	介護給付費	介護給付費総額 6,328,280,695,000円	介護給付費総額 68,495,468,000円	介護給付費総額 2,115,807,000円						
	1人あたり介護給付費	218,842円	234,854円	272,867円(県内1位)						
5	後期高齢者医療	加入者	14,341,142 人	156,839 人	4,572 人					
	入院:1人あたり診療費	418,334 円	H22年度 431,638 円	H22年度(4月~3月) 439,491 円						
	入院外:1人あたり診療費	262,563 円	272,959 円	292,874 円						
6	医療費の状況	医療費総額(一般+退院)	10,730,809,969,643 円	299,333 円	112,284,541,377 円	313,967 円	23位	2,758,357,436 円	337,166 円	9 位
		一般	9,981,592,881,827 円	294,863 円	104,283,273,456 円	309,985 円	23位	2,594,869,017 円	336,384 円	9 位
	退院	749,244,489,084 円	375,102 円	7,885,267,771 円	377,269 円	17位	1,634,884,419 円	350,082 円	20位	
	7	特定健診の状況	健診対象者数		208,328 人	53,005 人	25.4%	5,291 人	1,295 人	24.5%
			受診者数/受診率							
有所見項目										
第1位			LDLコレステロール	30,047 人	56.7%	LDLコレステロール	782 人	58.6%		
第2位			HbA1c	29,763 人	56.2%	HbA1c	779 人	58.4%		
第3位			収縮期血圧	25,795 人	48.7%	収縮期血圧	777 人	58.2%		
第4位	尿酸	17,674 人	33.3%	尿酸	459 人	34.4%				
第5位	BMI	13,215 人	24.9%	血糖	426 人	31.9%				
第6位	血糖	12,394 人	23.4%	BMI	349 人	26.1%				
第7位	拡張期血圧	10,452 人	19.7%	中性脂肪	263 人	19.7%				
第8位	中性脂肪	9,615 人	18.1%	拡張期血圧	229 人	17.2%				
第9位	ALT(GPT)	7,841 人	14.8%	ALT(GPT)	206 人	15.4%				
第10位	尿酸	4,792 人	9.0%	尿酸	118 人	8.8%				
ブライチヤート別	支援助成状況									
	情報提供(I-M-N)	45,342 人	-	-	1,137 人	-	-			
	断続づけ支援(O)	5,347 人	141 人	38人(27.0%)	28.4%					
	継続的支援(P)	2,316 人	52 人	10人(19.2%)	25.0%					
	(高)服薬中でのコントロール表(O)	8,048 人	-	-	-					
(高)服薬中でのコントロール不熟(O)	12,649 人	-	-	-						

※高齢化率、75歳以上の割合の計算には、総人口から年齢不詳を除いた数を分母として使用しています  
 ※利用率、終了率は保健指導対象者を分母とした割合

## 2 えびの市（被保険者）の健康状況と課題及び今後の方向性

### 1) 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、それぞれについて改善を図っていく必要があります。

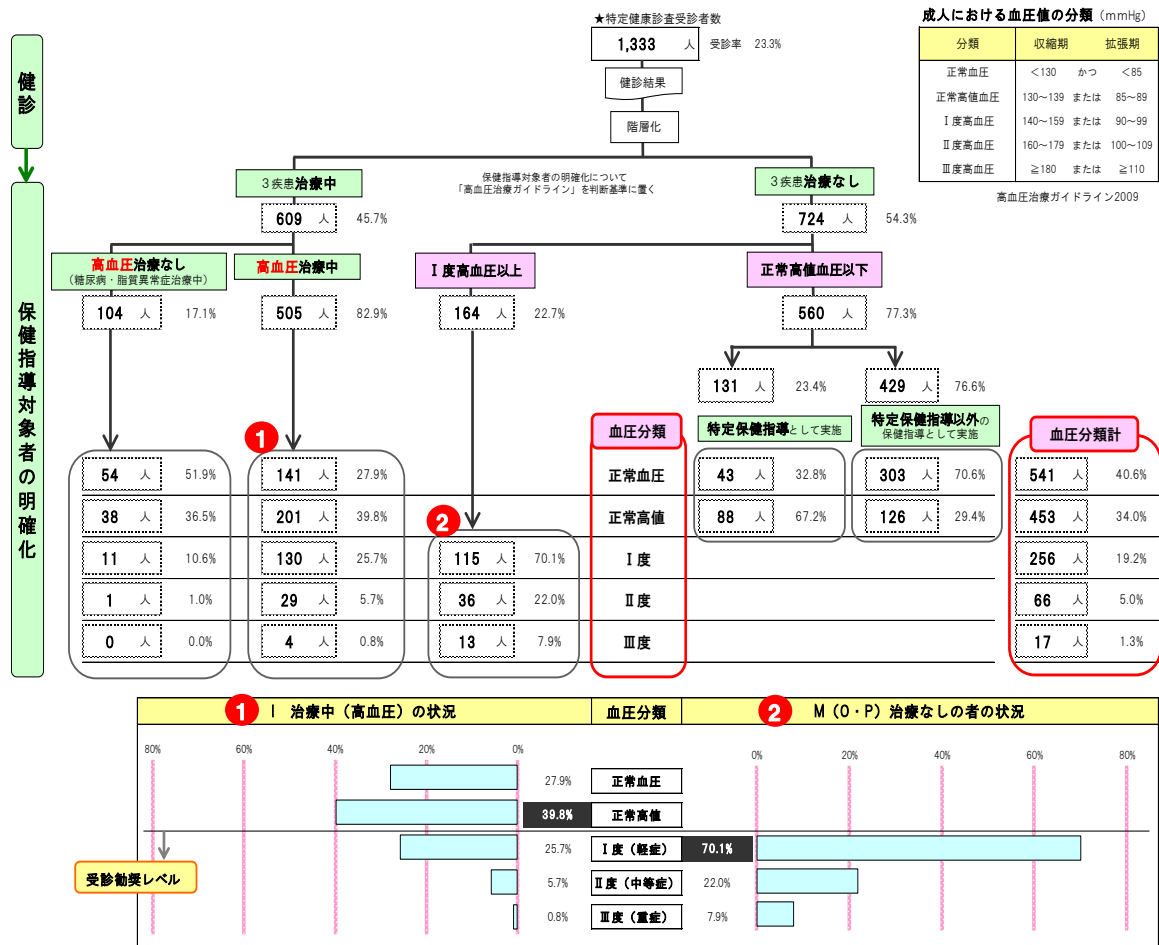
#### (1) 健診結果からみた高血圧の状況

平成23年度特定健診結果において、3疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）治療中で高血圧治療中は82.9%、3疾患の治療はしていないが、I度高血圧以上の方は、22.7%であった。また、高血圧の有病者は県平均が18.7%、えびの市国保で26.2%と、県平均を上回っている状況です。

【図】 えびの市特定健診受診者の高血圧フローチャート（平成23年度）

（平成24年6月現在連合会提供データより）

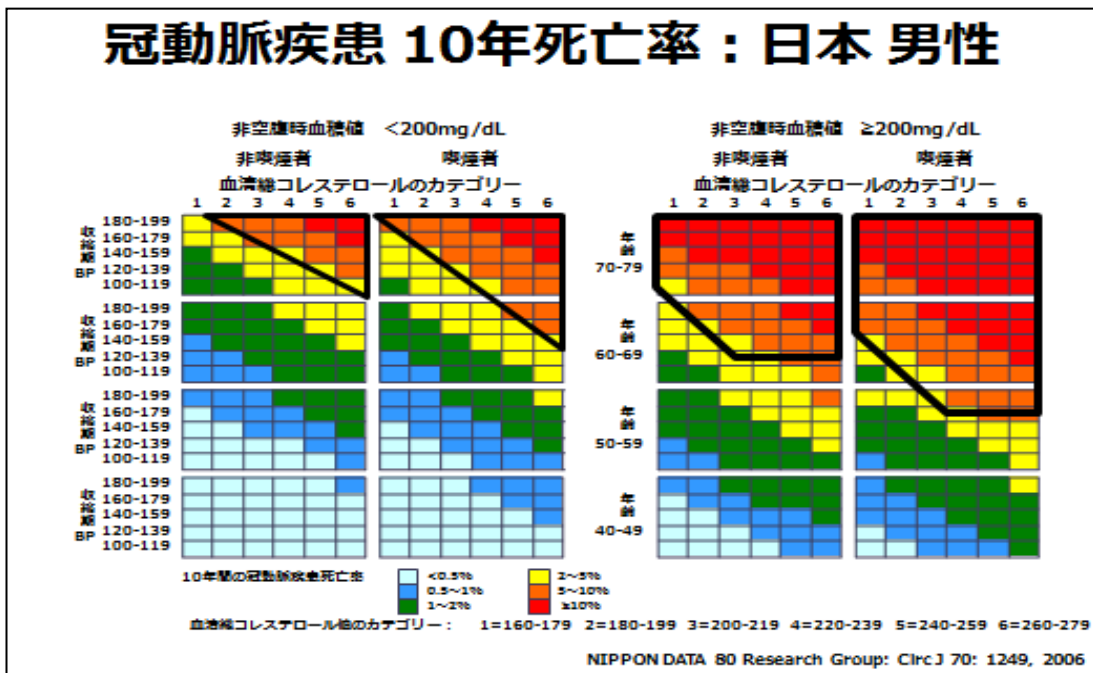
高血圧フローチャート ～医療制度改革の目標達成にむけて～



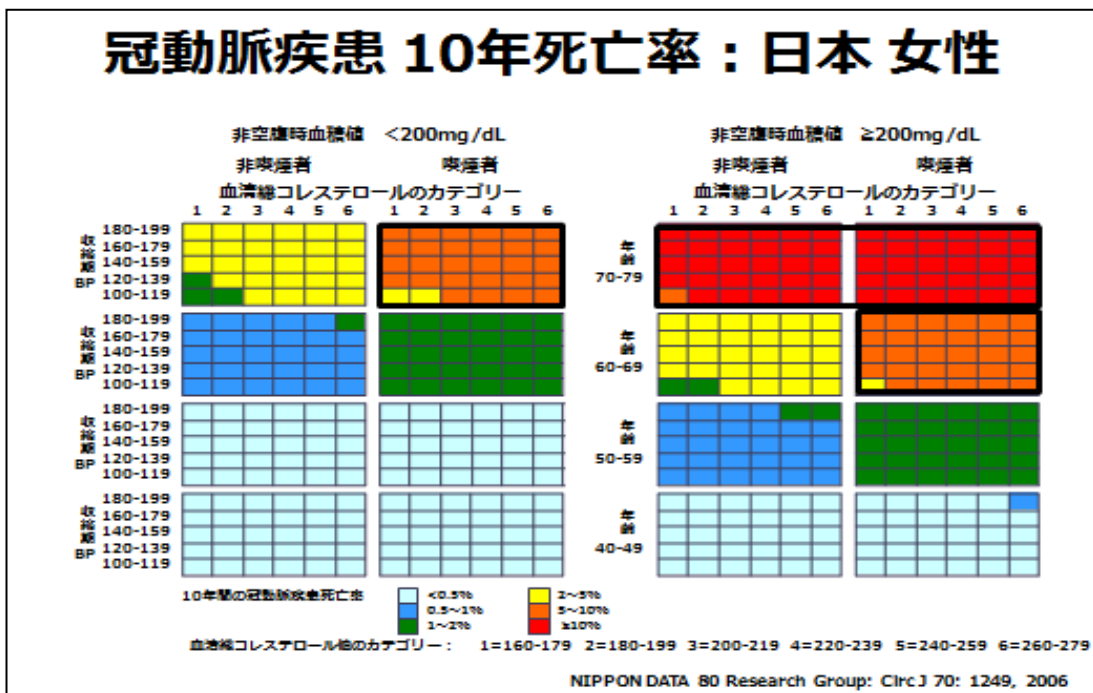
(2) 疫学データからみた高コレステロール血症の問題

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 160mg/dl 以上からが多くなっています。特に男性は、女性に比べてリスクが高いことから、LDL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】 冠動脈疾患 10年死亡率：日本男性



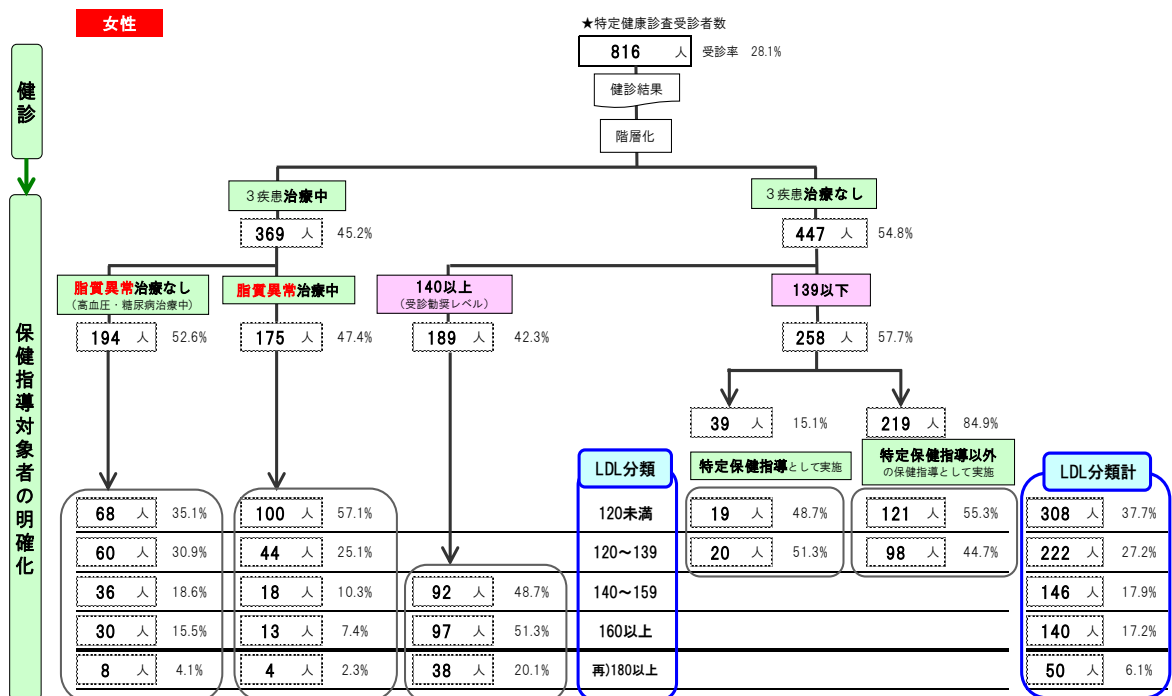
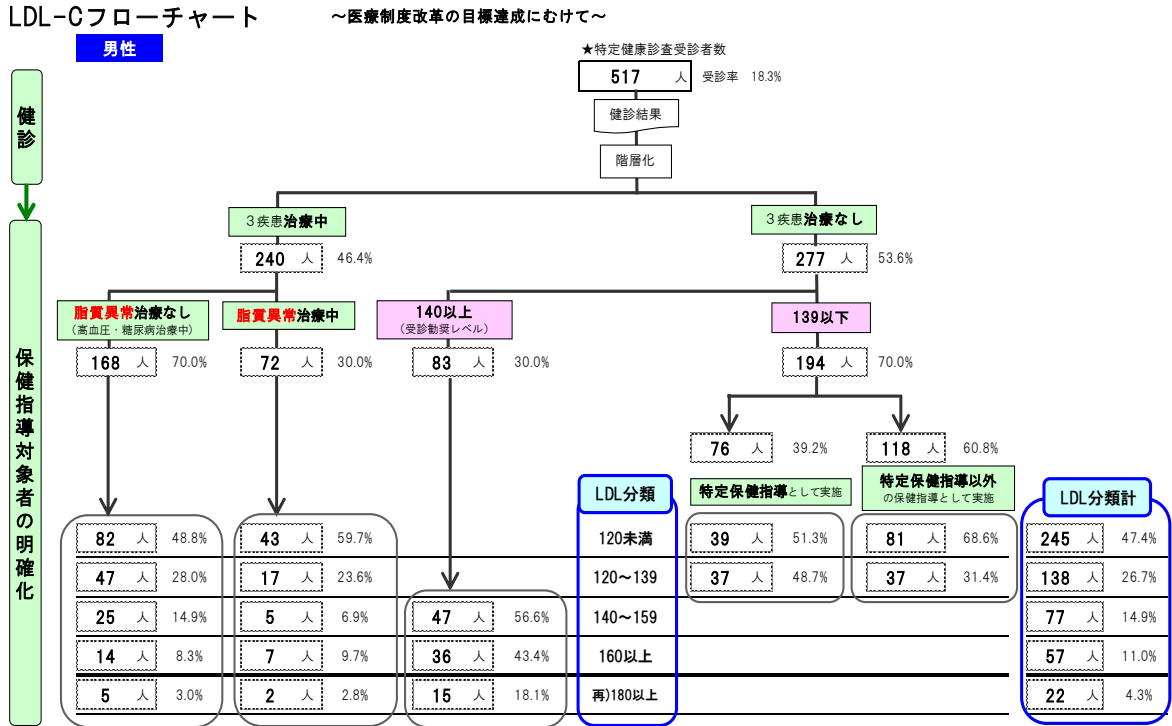
【図】 冠動脈疾患 10年死亡率：日本女性



(3) 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

平成23年度特定健診結果において、LDL高値者(160mg/dl以上)の方が男性で11.0%、女性で17.2%となっています。また、脂質異常症の有病者は県平均で13.0%、えびの市国保で14.7%と、県平均を上回っている状態です。

【図】えびの市特定健診受診者のLDLコレステロールフローチャート  
(平成24年6月現在連合会提供データより)



#### (4) 取り組みの方向性

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、市民一人ひとりがこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

また、循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上昇させることが必要になります。どれほどの値であれば治療を開始する必要があるかなどについて、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができることへの支援が重要です。

循環器疾患では、発症予防及び重症化予防のために下記4つの項目を指標として取り組みます。

- 高血圧の改善
- 脂質異常症の減少
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少
- 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上



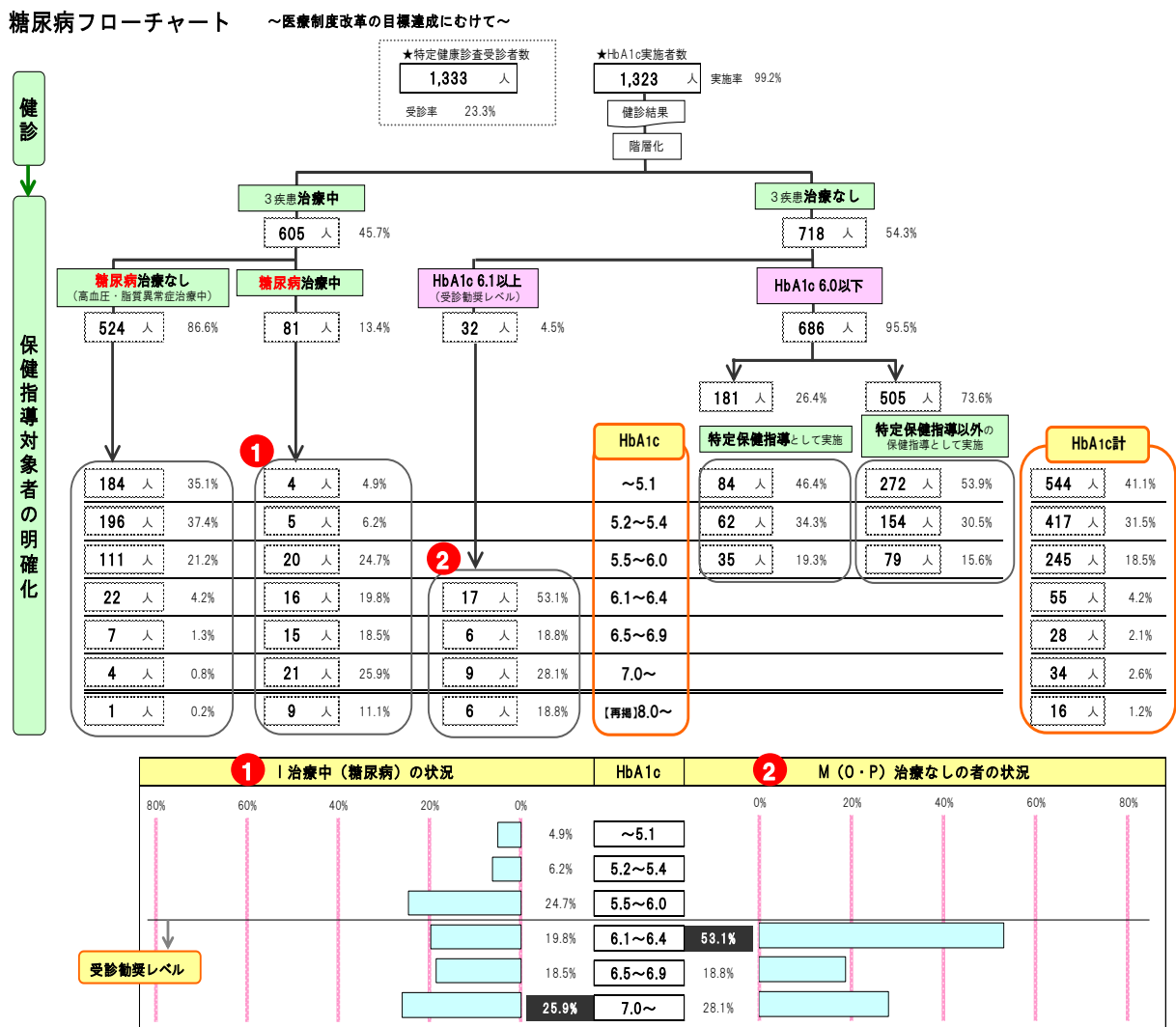
## 2) 糖尿病

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。

### (1) 健診結果からみた糖尿病の状況

平成23年度特定健診結果において、3疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）治療中で糖尿病治療中の方は、13.4%、3疾患の治療はしていないがHbA1c6.1以上（JDS値）の方は4.5%でした。また、糖尿病の有病者は県平均が8.3%（JDS値）、えびの市国保で9.3%（JDS値）と、県平均を上回っている状態です。

【図】 えびの市特定健診受診者の糖尿病フローチャート（平成23年度）  
（平成24年6月現在連合会提供データより）



## (2) 取り組みの方向性

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。

循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器疾患の予防対策が有効になります。

糖尿病における重症化予防は、特定健診によって、糖尿病が強く疑われる人、あるいは糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。

そのためには、まず特定健診の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。

同時に、糖尿病の未治療や、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るため、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することが重要となります。

糖尿病では、下記6つの指標に取り組みます。

- 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
- 治療継続者の割合の増加
- 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  
（HbA1cがNGSP値8.4%（JDS値8.0%）以上の者の割合の減少）
- 糖尿病有病者の増加の抑制
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）
- 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）

### 3) 慢性腎臓病

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

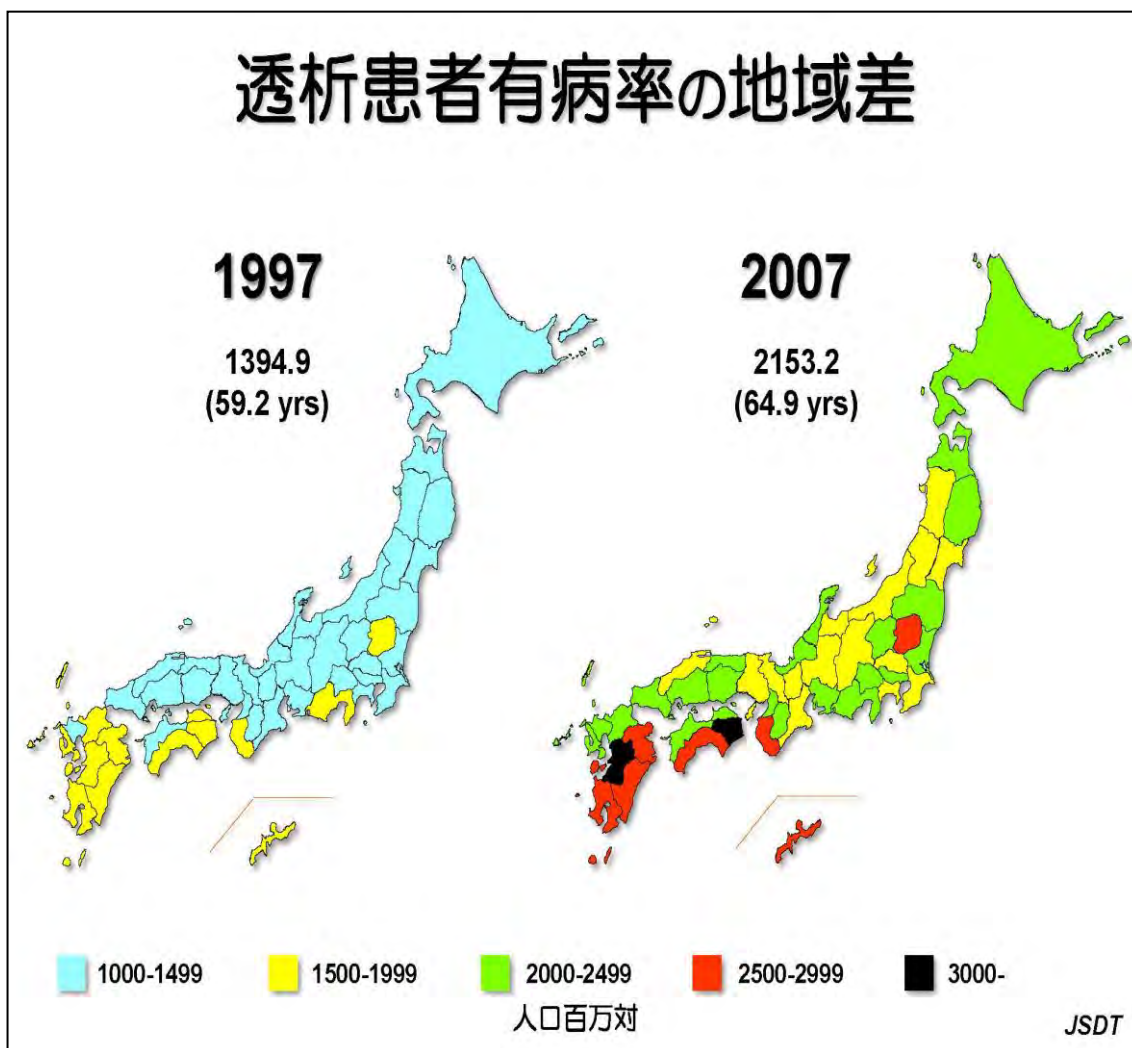
さらに、心血管イベント、すなわち脳卒中とか心筋梗塞を起こす人の背景に、慢性の腎臓疾患を持った人が非常に多いという事実が重要です。実際に疫学研究によって、微量アルブミン尿・蛋白尿が、独立した心血管イベントの危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管イベントの頻度が増えるということが証明されました。

すなわち腎臓疾患、特に慢性の腎臓疾患は、単に末期腎不全（透析）のリスクだけではなくて、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。

#### ●宮崎県の状況

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実況」によると平成22年3,611人で人口100万人対では、1位熊本県、2位徳島県に次ぐ第3位という状況です。

【図】 透析患者有病率の地域差



(1) えびの市の健診結果から見た慢性腎臓病（CKD）の状況

健診結果から、CKD予防対象者をみると、糖尿病、高血圧、脂質異常の治療がなく、腎機能が腎専門医レベルの方が15人、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、702人です。

(2) 取り組みの方向性

まずは、CKD予防対象者の病歴把握【表】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をし、さらに医療との連携を図ります。

【表】 えびの市のCKD予防のためのフローチャート（平成23年度）

（平成24年6月現在連合会提供データより）

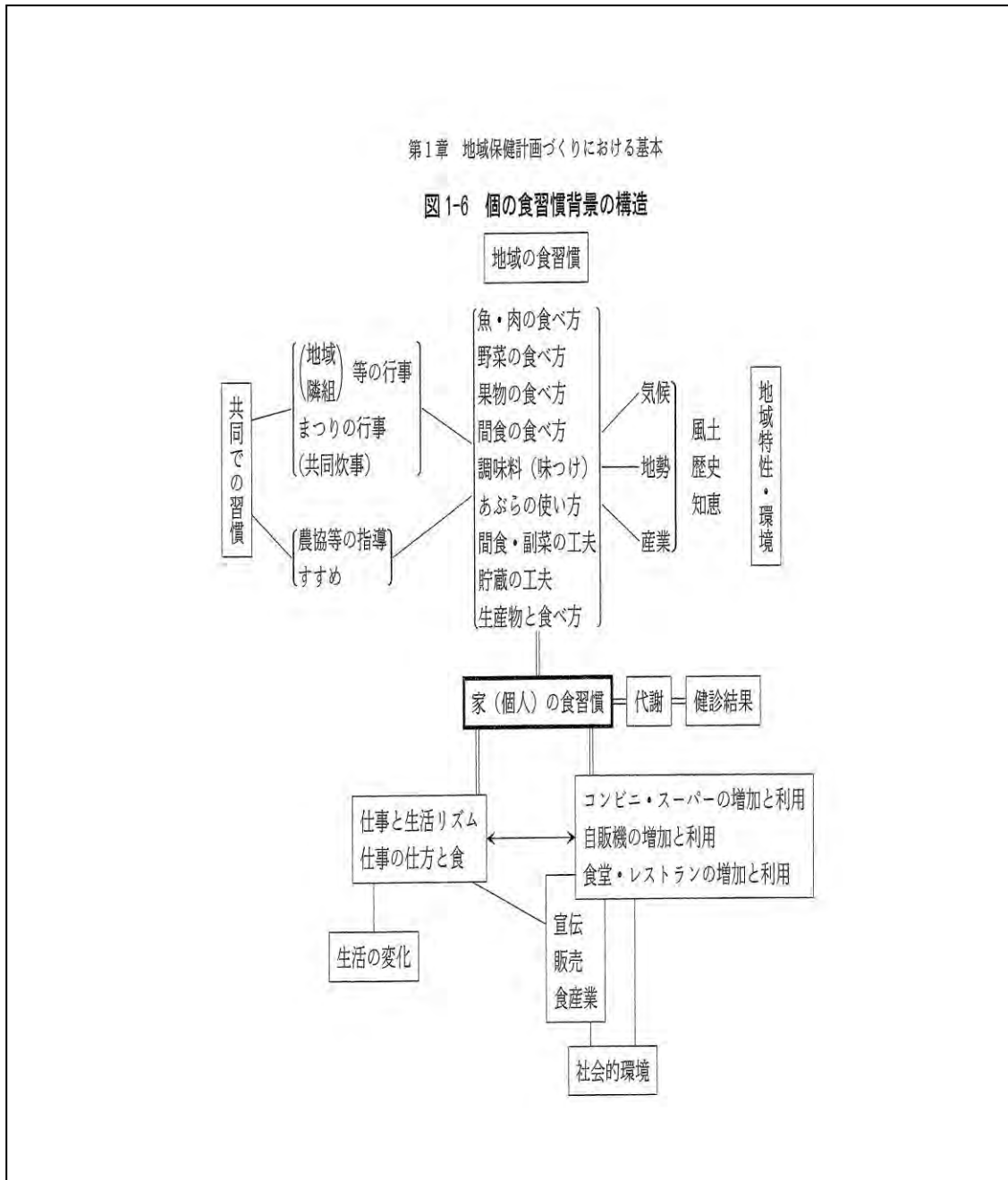
特定健診		対象の明確化					備考		
尿所見	eGFR	蛋白(2+)以上	蛋白(+) 潜血(+)	蛋白のみ(+)	潜血のみ(+)	蛋白・潜血(-)又は(±)	尿検査未実施者のeGFR区分 60以上 6人 50~60未満 2人 50未満 0人		
		8人 (0.9%)	5人 (0.6%)	19人 (2.2%)	148人 (16.9%)	698人 (79.5%)			
特定健診受診者 886人 (20.5%) 4,332人	【再掲】100以上	45人 (5.1%)	1人 (2.2%)	0人 (0.0%)	1人 (2.2%)	9人 (20.0%)	34人 (75.6%)	地域でみる	
		492人 (92.0%)	2人 (0.2%)	3人 (0.3%)	7人 (0.8%)	90人 (10.3%)	390人 (44.4%)		
	治療なし	50~60未満	36人 (6.7%)	0人 (0.0%)	1人 (0.1%)	1人 (0.1%)	9人 (1.0%)	25人 (2.8%)	522人 (59.5%)
		535人 (60.9%)	7人 (1.3%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	2人 (0.2%)	2人 (0.2%)	3人 (0.3%)	13人 (40.6%)
	治療中	50未満	13人 (3.8%)	1人 (0.1%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	1人 (0.1%)	11人 (1.3%)	19人 (59.4%)
		878人 (20.3%)	45人 (13.1%)	2人 (0.2%)	1人 (0.1%)	1人 (0.1%)	6人 (0.7%)	35人 (4.0%)	32人 (3.6%)
	クリアチニン・尿検査共に実施	50~60未満	285人 (83.1%)	3人 (0.3%)	0人 (0.0%)	8人 (0.9%)	40人 (4.6%)	234人 (26.7%)	324人 (36.9%)
		343人 (39.1%)							

特定健診		対象の明確化					備考		
尿所見	eGFR	蛋白(2+)以上	蛋白(+) 潜血(+)	蛋白のみ(+)	潜血のみ(+)	蛋白・潜血(-)又は(±)	尿検査未実施者のeGFR区分 60以上 1人 40~60未満 1人 40未満 0人		
		3人 (0.7%)	0人 (0.0%)	7人 (1.6%)	95人 (21.4%)	338人 (76.3%)			
特定健診受診者 445人 (31.9%) 1,395人	【再掲】100以上	13人 (2.9%)	1人 (7.7%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	6人 (46.2%)	6人 (46.2%)	地域でみる	
		154人 (84.6%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	37人 (8.4%)	117人 (26.4%)		
	治療なし	40~60未満	26人 (14.3%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	4人 (0.9%)	22人 (5.0%)	180人 (40.6%)
		182人 (41.1%)	2人 (1.1%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	2人 (0.5%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	2人 (28.6%)
	治療中	40未満	3人 (1.1%)	1人 (0.2%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	2人 (0.5%)	5人 (71.4%)
		443人 (31.8%)	52人 (19.9%)	0人 (0.0%)	0人 (0.0%)	2人 (0.5%)	10人 (2.3%)	40人 (9.0%)	7人 (1.6%)
	クリアチニン・尿検査共に実施	40~60未満	206人 (78.9%)	2人 (0.5%)	0人 (0.0%)	3人 (0.7%)	44人 (9.9%)	157人 (35.4%)	256人 (57.8%)
		261人 (58.9%)							

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。

図 個の食習慣背景の構造（「健康日本21と地域保健計画」より）



### 3 対策

#### 1) 特定健康診査受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報等を利用した啓発
- ・医療機関と連携し未受診者への受診勧奨を実施
- ・未受診者への電話、はがき等による受診勧奨を実施
- ・受診しやすい健診の設定（個別健診・セット健診・人間ドック・脳ドック）

#### 2) 特定保健指導参加率向上の施策

- ・参加に結びつく案内文書の作成
- ・未受講者への訪問指導等の実施
- ・医療機関との連携による、参加率向上

#### 3) 健診受診者の事後指導の充実

- ・健診結果説明会の出席率向上のために、参加に結びつく案内文書の作成
- ・健診結果説明会の内容の充実（マンネリ化防止）
- ・要指導者に対する早期の訪問指導等を実施
- ・医療機関と連携し、受診者の健診結果説明会への参加の勧奨を実施

#### 4) 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進、特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導、家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施

#### 5) 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく市民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進、特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
- ・結果説明会等による保健指導の実施に加え、訪問等による状況把握及び受診勧奨等
- ・慢性腎臓病（CKD）予防のために訪問等による状況把握及び早期の受診勧奨を実施



## 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。

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

### 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	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

### 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	5,615人	5,558人	5,503人	5,448人	5,393人
特定健診受診者数	2,246人	2,501人	2,752人	2,996人	3,236人
特定保健指導対象者数	321人	357人	393人	428人	462人
特定保健指導実施者数	128人	161人	196人	235人	277人

### 4 特定健診の実施

#### (1) 実施形態

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

#### (2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

#### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、えびの市のホームページに掲載し、対象者へは受診券送付時に実施医療機関一覧表を送付します。

<http://www.city.ebino.lg.jp/>

#### (4) 委託契約の方法、契約書の様式

西諸医師会とえびの市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ます。

(5) 健診委託単価、自己負担額

特定健診受診時窓口で支払う自己負担の額は、1,000円です。非課税世帯は無料。

(6) 代行機関の名称

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

(7) 受診券の様式

**平成25年度**  
**(えびの市)**

**特定健康診査受診券**

受診券管理番号			
氏名			
性別		受診月日	
有効期限			

特定健診	受診項目		窓口負担額(1000円)
	身体測定 (血圧・BMI)	検査検査	医師の判断により要検査
		心電図検査	医師の判断により要検査
	聴覚検査	医師の判断により要検査	

受診先	所在地	宮崎県えびの市本町字1222	TEL
	電話番号	0984-38-1111	
	診療	内科	
	心療内科	心療内科	

**特定健康診査受診上の注意事項**

1. 特定健康診査を受診するときは、受診券と国民健康保険被保険者証を窓口で提示してください。お持ちでない場合は受診できません。
2. 特定健康診査は必ず事前に予約して受診する必要があります。
3. 特定健康診査受診料等は、受診者本人に対して徴収することとし、滞りなくお支払いください。なお、国民健康保険に加入しない場合は、ご自身の負担となります。お支払いの滞りや不足は、受診できません。
4. 健診結果のリーフレットは、受診代行機関で送付されることとなります。届いた後速にお知らせください。お忘れの際は、お電話ください。
5. 国民健康保険被保険者の資格を失った場合は、この受診券は使用できません。
6. 不正にこの券を使用する者は、罰則として徴収額以上の罰金を課せられることがあります。
7. この券の取扱要領は、窓口で受診料を支払った後、お持ち帰りください。お持ち帰りしない場合は、お電話ください。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

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。(下表の保険者年間実施スケジュール参照)

通知内容は、受診券、特定健診実施医療機関一覧表、受診方法、特定健診のお知らせです。

## 保険者年間スケジュール

保険者	H25年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H26年1月	2月	3月	
えびの市		受診券 発行月	← 受診券有効期限 →										

※受診券発行月は、受診券に記載される交付年月日です。

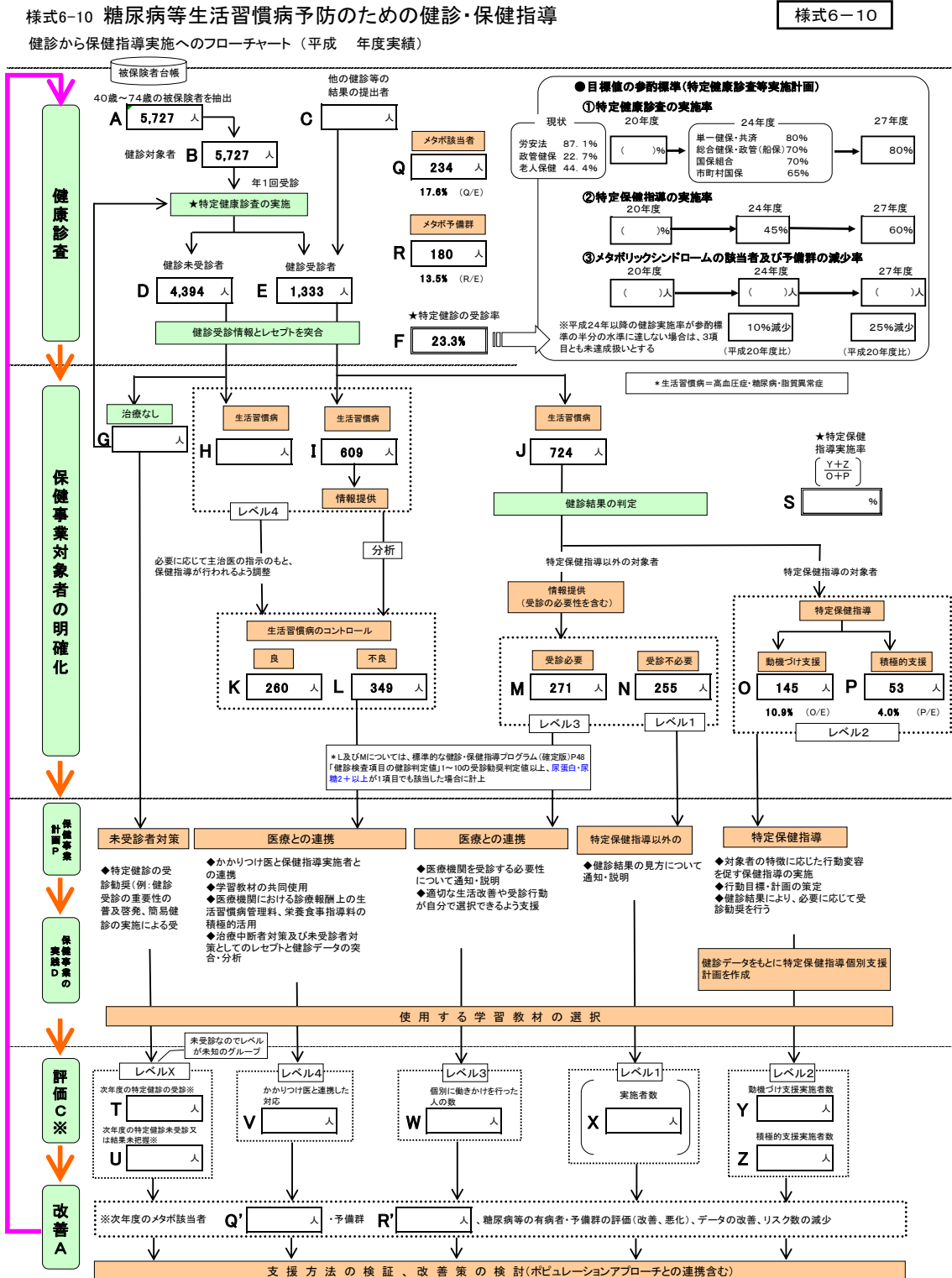
※受診券交付後に75歳に到達する者の受診券有効期限は誕生日の前日までです。

## 5 保健指導の実施

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム」確定版様式6-10をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行います。

図 健診から保健指導実施へのフローチャート



(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

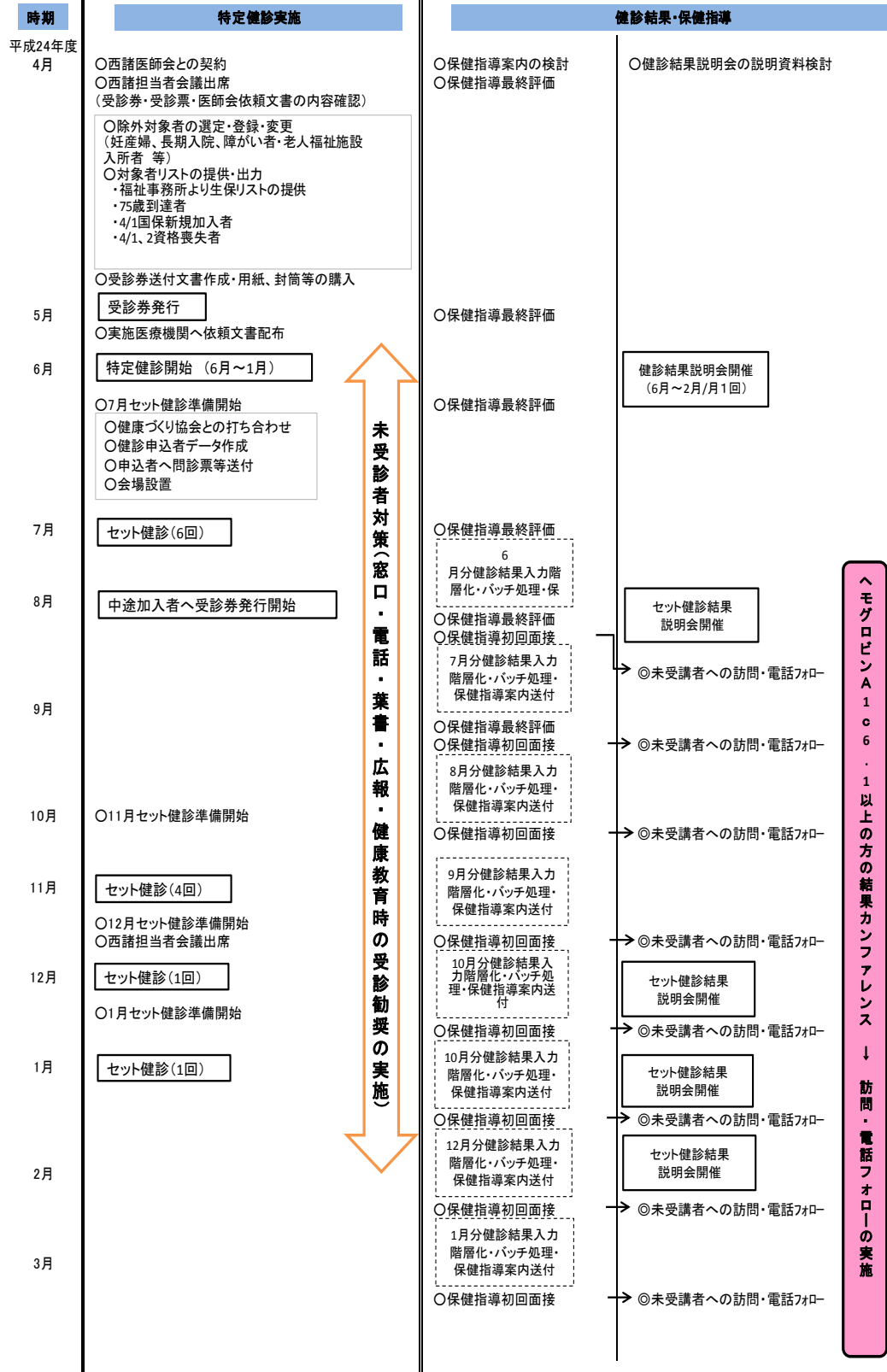
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	対象者数見込 (受診者の〇%)	支援方法
1	P O	特定保健指導 P：積極的支援 O：動機付け支援	積極的支援 53人 (4.0%) ----- 動機付け支援 145人 (10.9%)	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う
2	M	情報提供 (医療機関受診勧奨)	271人 (20.3%)	◆医療機関を受診する必要性について説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援
3	N	情報提供 (受診不必要)	255人 (19.1%)	◆健診結果の見方について説明 説明会(実施医療機関・健診結果説明会)
4	I	情報提供	609人 (45.7%)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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
5	D	健診未受診者	4,394人	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、個別健診やセット健診等の実施による受診勧奨)

(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PDC 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】 健診・保健指導スケジュール

健診・保健指導スケジュール





#### (4) 保健指導に使用する学習教材

保健指導の際には、以下の学習教材を使用しています。

- ・私の健康記録
- ・関係学会ガイドライン

上記の学習教材は、スタッフ間の標準的な学習教材として使用できるよう、使い方等を学習し、学習教材を使用して事例検討を行います。

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

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。



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

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

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

#### （6）保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）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、必要な改善を行っていけるよう、保健師・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。





## 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（医療機関）で受診した個別健診結果データは市から代行機関（国保連合会）に送付し、宮崎県健康づくり協会で受診した集団健診結果データは宮崎県健康づくり協会から代行機関へ送付されます。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年間とします。

### 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

社会保険診療報酬支払基金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

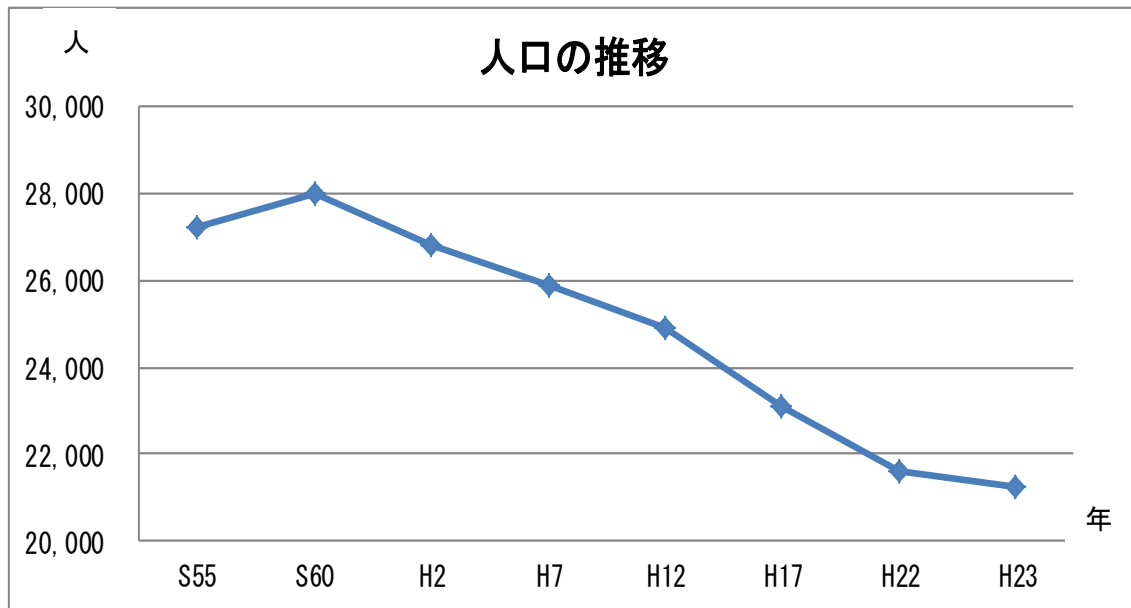
計画の公表・周知については、広報紙・ホームページに掲載します。

白紙（裏面）

## 參考資料

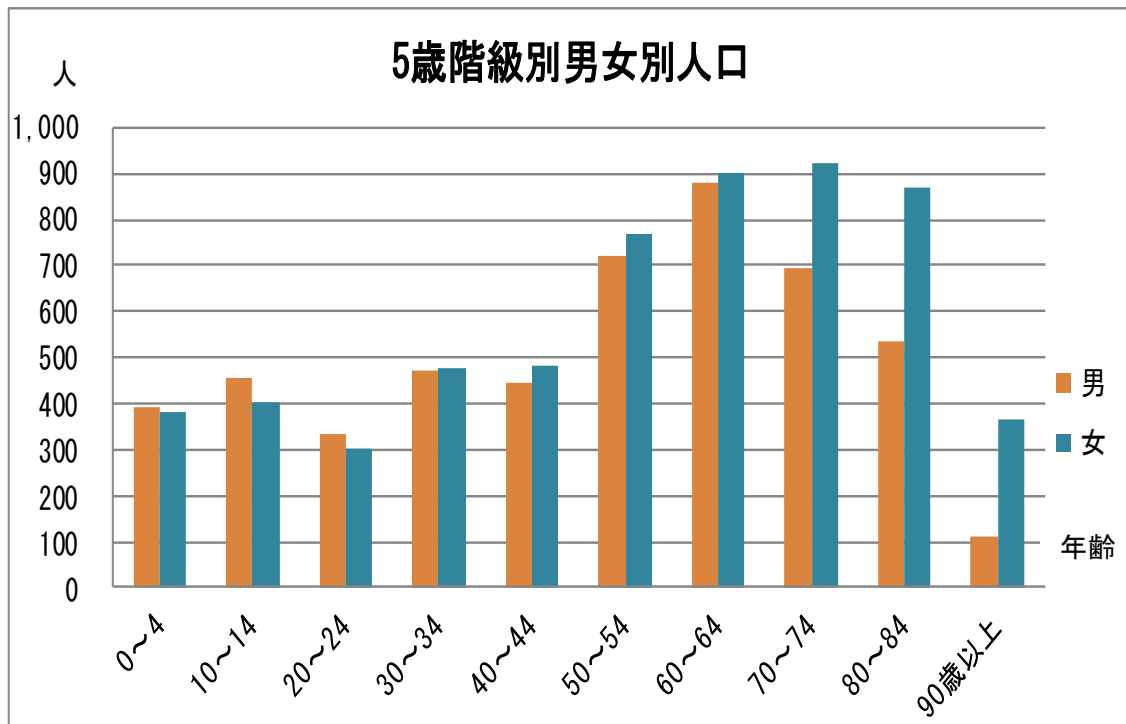


## (1) 人口の推移

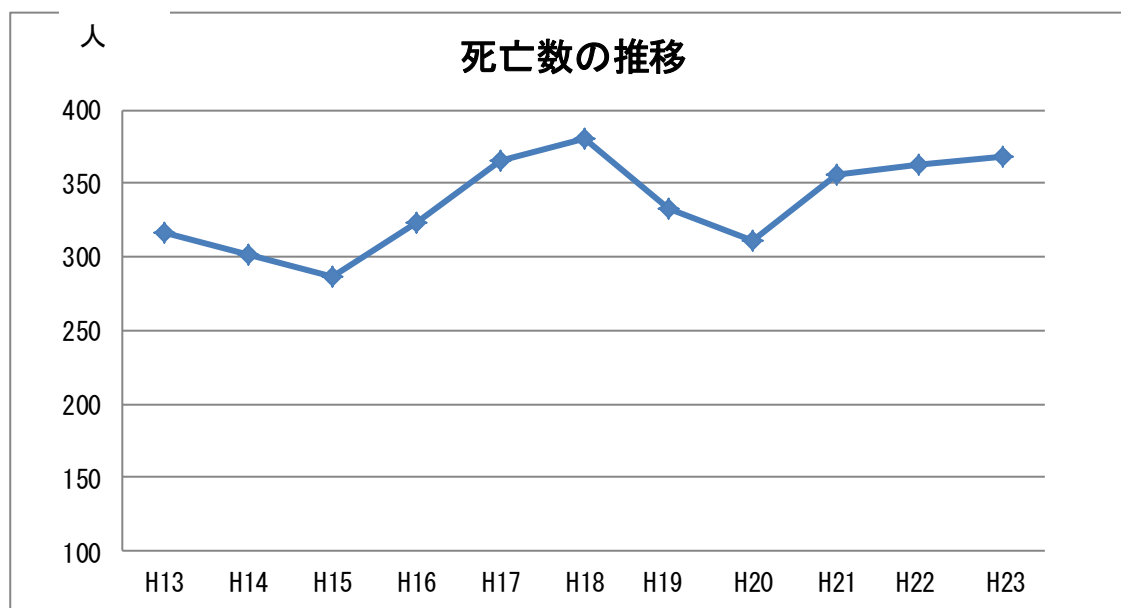
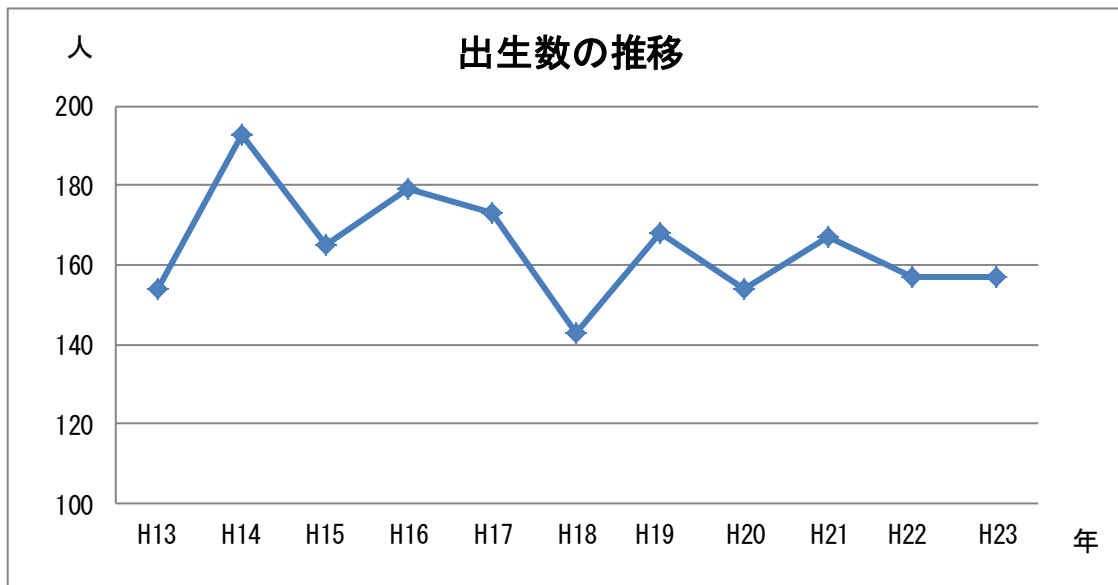


## (2) 5歳階級別男女別人口

平成22年10月1日現在、男性10,134人、女11,472人となっています。また、年少人口2,492人(11.6%)、生産年齢人口11,587人(53.8%)、老年人口7,470人(34.7%)と高齢化が進んでいます。

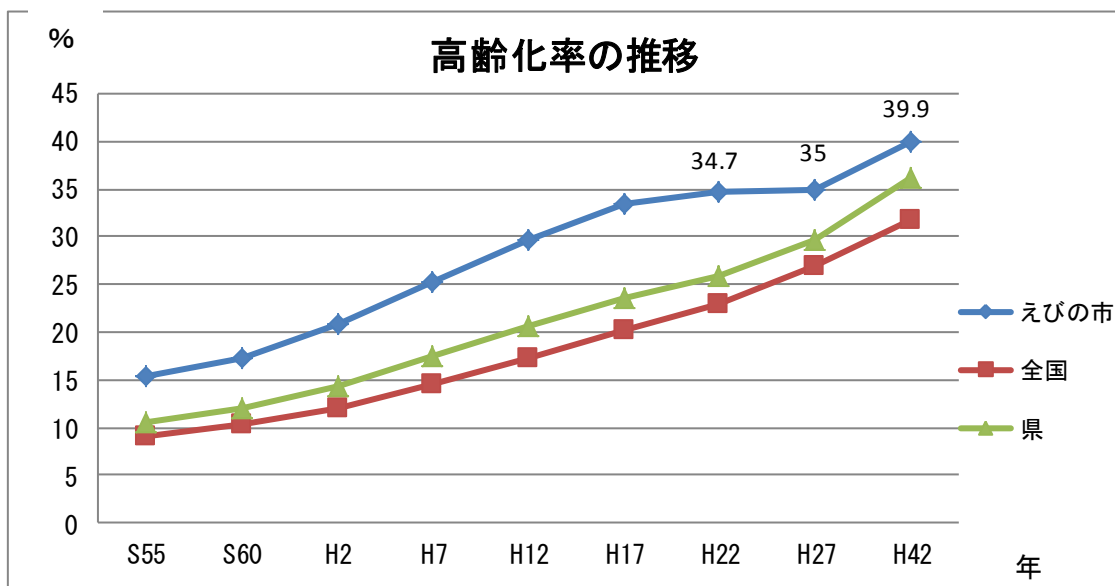


### (3) 出生数、死亡数の推移



#### (4) 高齢化率の推移

えびの市の高齢化率(65歳以上人口の総人口に占める割合)は年々増加していますが、その率は全国平均、県平均よりはるかに高い状況です。今後はさらにその傾向が強まると予想されます。



#### (5) えびの市における主要死因別死亡者数の変化

平成22年の主要死因別死亡割合は、悪性新生物(がん)22.9%、心疾患15.7%、肺炎12.0%、脳血管疾患8.9%です。

また、平成18年以降の主要死因別死亡割合をみると、悪性新生物(がん)・心疾患・脳血管疾患の三大死因が約5割となっています。

(単位：人)

	H18年	H19年	H20年	H21年	H22年
1位	悪 93	悪 85	悪 77	悪 82	悪 80
2位	心 68	心 46	心 44	心 70	心 55
3位	肺 48	肺 43	脳 38	肺 45	肺 42
4位	脳 39	脳 33	肺 35	脳 44	脳 31
5位	自 33	老 15	呼 21	自 16	老 25
6位	不 14	不 14	慢 14	呼 11	自 17
その他	98	112	84	78	100
総計	393	348	313	346	350

(用語解説) 悪…悪性新生物      脳…脳血管疾患      肺…肺炎      心…心疾患  
 自…自殺                  不…不慮の事故      腎…腎不全      老…老衰  
 呼…その他の呼吸器疾患      慢…慢性閉塞性肺疾患

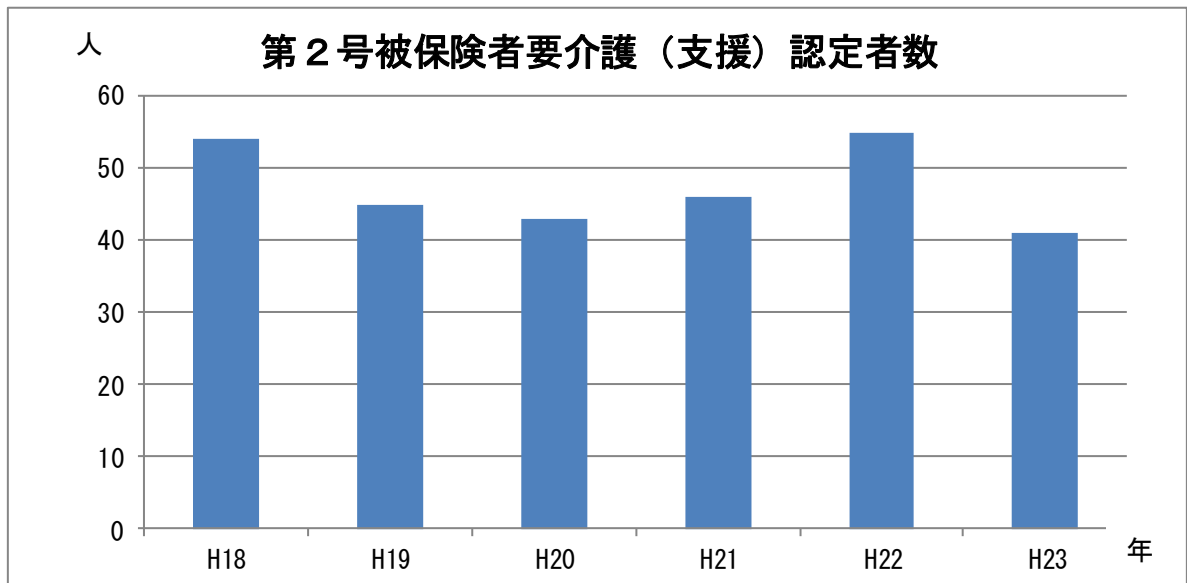
(6) えびの市における部位別悪性新生物死亡者数

(単位：人)

	H18年	H19年	H20年	H21年	H22年
気管・気管支・肺	15	23	6	11	14
胃	7	9	10	9	7
大腸	3	4	14	10	13
肝・肝内胆管	2	11	9	6	9
乳房	4	1	2	5	4
子宮	1	1	0	0	3
膵臓	12	9	9	5	6

(7) 第2号被保険者(40~64歳以下)要介護(支援)認定者数の推移と原因疾患

第2号被保険者の認定者の原因疾患をみると、脳血管疾患と糖尿病性神経・腎・網膜が約7割を占めている。



(単位：人)

		H18年	H19年	H20年	H21年	H22年	H23年
原因疾患	脳血管疾患	38 (70.3%)	29 (64.4%)	29 (67.4%)	28 (60.9%)	37 (67.3%)	22 (53.6%)
	糖尿病性神経・ 腎・網膜	5 (9.3%)	3 (6.7%)	2 (4.7%)	7 (15.2%)	8 (14.5%)	3 (7.3%)
	その他	11	13	12	11	10	16
	合計	54	48	43	46	55	41

第2期 えびの市国民健康保険  
特定健康診査等実施計画 (案)  
(計画期間：平成25年度～平成29年度)

策定：平成25年3月  
編集：えびの市 健康保険課  
〒889-4292  
えびの市大字栗下1, 293番地  
☎0984-35-1111