

第2期 特定健康診査等実施計画

長崎県川棚町

平成25年4月1日

序章	計画策定にあたって・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1	特定健診・特定保健指導の趣旨	
2	これまでの取り組みと第2期に向けた基本的な考え方	
3	後期高齢者支援金の加算・減算	
4	計画の位置づけ	
5	計画の期間	
第1章	計画を取り巻く状況と課題・・・・・・・・	4
1	高齢化の状況	
(1)	高齢化率の推移	
(2)	介護保険要支援・要介護認定者数の推移	
(3)	第2号被保険者の要支援・要介護の認定状況	
2	死因や疾病からみる健康状況	
3	川棚町国民健康保険の医療費の状況	
(1)	町国保の医療費全体の状況	
(2)	入院の診療・調剤報酬明細書（レセプト）の状況	
(3)	一月100万円以上の診療・調剤報酬明細書（レセプト）の状況	
(4)	生活習慣病治療者の状況	
第2章	第1期の取り組みの成果と課題・・・・・・・・	9
1	特定健診について	
(1)	特定健診受診率の推移	
(2)	継続受診者の状況	
(3)	未受診者の状況	
(4)	特定健診受診率向上のための取り組み	
(5)	生活習慣病の予備群・有病者率（町国保特定健診）	
2	特定保健指導について	
(1)	特定保健指導実施率の推移	
(2)	内臓脂肪症候群該当者及び予備群の推移	
(3)	特定保健指導実施率の向上、内臓脂肪症候群該当者及び予備群減少のための 取り組み	

- 3 第1期の実施及び各種データから見えてきた第2期に向けた課題
 - (1) 特定健診・特定保健指導等の実施により明らかになった課題
 - (2) 医療費分析及び要介護認定状況等から明らかになった課題
 - (3) 住民の意識・行動変容を促すための課題

第3章 第2期の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19

1 特定健診・特定保健指導等の実施

- (1) 目標値の設定
- (2) 特定健診の受診率向上
- (3) 特定保健指導の実施率向上
- (4) 特定保健指導対象外の者への保健指導の充実
- (5) 住民の意識・行動変容を促すための取り組み

2 生活習慣病発症予防及び重症化予防の展開

<重点対策1> 高血圧対策

- (1) 基本的な考え方
- (2) 目標設定
- (3) 高血圧の保健指導
- (4) 地域での取り組み

<重点対策2> 高血糖対策

- (1) 基本的な考え方
- (2) 目標設定
- (3) 高血糖の保健指導
- (4) 地域での取り組み

<重点対策3> 脂質異常対策

- (1) 基本的な考え方
- (2) 目標設定
- (3) 脂質異常の保健指導
- (4) 地域での取り組み

<重点対策4> CKD（慢性腎臓病）対策

- (1) 基本的な考え方
- (2) 透析患者数及び疾病別透析導入者数（抜粋）の推移
- (3) 腎臓機能低下の保健指導
- (4) 地域での取り組み

第4章 特定健診・特定保健指導の実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37

1 特定健診の実施

- (1) 実施体制
- (2) 健診自己負担額
- (3) 受診券の様式
- (4) 健診の案内方法

2 特定保健指導の実施

- (1) 対象者の選定
- (2) 実施体制
- (3) 実施場所
- (4) 実施時期
- (5) 保健指導の評価

第5章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存・・・・・・・・・・・・・・・・ 39

- 1 特定健診・保健指導データの形式
- 2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について
- 3 被保険者への結果通知様式
- 4 記録の提供の考え方
- 5 個人情報保護対策

第6章 社会保険診療報酬支払基金（国）への結果報告・・・・・・・・・・・・ 40

第7章 特定健康診査等実施計画の公表・周知・・・・・・・・・・・・・・・・ 40

序章 計画策定にあたって

1 特定健診・特定保健指導の趣旨

急速な少子高齢化が進行する中で、医療制度を将来にわたり持続可能なものとするためには、その構造改革が急務であることから、平成17年12月、国は「医療制度改革大綱」を策定しました。

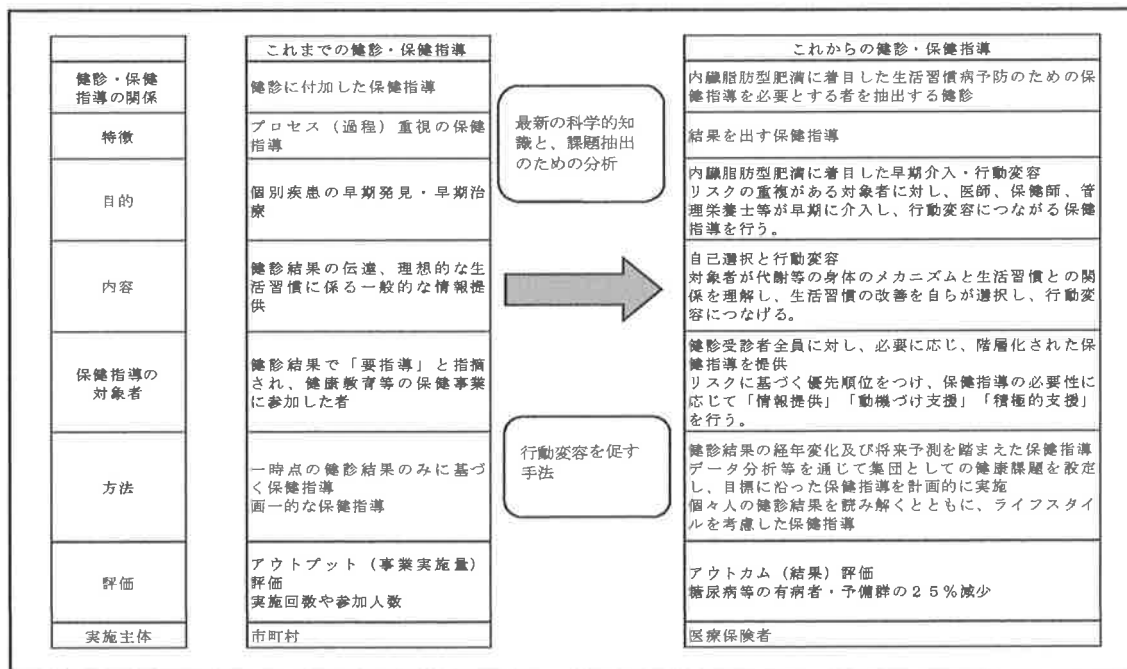
医療制度改革大綱では、「国民皆保険制度を持続可能なものとするために、将来の医療費の伸びが過大とならないよう糖尿病等の有病者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図るなど、計画的な医療の適正化対策を推進する」こととされています。

この医療制度改革大綱を踏まえ、生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、「高齢者の医療の確保に関する法律」により、医療保険者に対して、特定健診と特定保健指導の実施が義務づけられました。

これは、内臓脂肪型肥満に着目した健康診査（特定健診）によって、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を抽出し、医師や保健師、管理栄養士等が保健指導（特定保健指導）を行うことで、本人の行動変容を促すというものです。

これによって国は、平成27年度までの10年間で、平成20年と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることを目標としており、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされました。

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



2 これまでの取り組みと第2期に向けた基本的な考え方

平成18年の医療制度改革における「高齢者の医療の確保に関する法律」により、平成20年4月から医療保険者に対して特定健診及び特定保健指導の実施が義務づけられました。

この特定健診及び特定保健指導については、内臓脂肪型肥満に着目した健診、保健指導を行うことに特色があります。これは、内臓脂肪の蓄積が生活習慣病の発症に大きく関与していることが近年明らかになっていることから、内臓脂肪を蓄積している者に対して運動や食事等の生活習慣の改善を促し、内臓脂肪を減少させることにより、生活習慣病の予防を行うことができるという考えに基づくものです。

川棚町（保険者）は、平成20年2月に、国の「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」及び「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」に基づき、平成20年度から平成24年度までの第1期「特定健康診査等実施計画」を策定しました。

これまで、この第1期「特定健康診査等実施計画」に基づき、増加する糖尿病や腎疾患などの生活習慣病予防及び重症化予防に取り組んできました。

しかしながら、高血圧症や脂質異常症などの割合は他の市町と比較しても依然高い状況にあり、生活習慣病有病者の割合は、県内の中で第1位となっています。

また、平成22年度の川棚町国民健康保険の一般被保険者の1人当たりの医療費は、県内の中でも3番目に高い状況となっています。

一方、国は「特定健康診査等基本指針（平成24年9月28日一部改正）」を示して、平成25年から平成29年度までの第2期においても、特定健診・特定保健指導の枠組みを維持し、実施に係る目標を示し、その実施率向上に向けて取り組むこととしています。

川棚町（保険者）では、こうした国の基本指針や第1期の実施状況を踏まえ、第2期の「特定健康診査等実施計画」を策定します。

3 後期高齢者支援金の加算・減算

後期高齢者支援金について

平成20年度から後期高齢者医療制度が創設され、医療費全体の約40%を若年者の医療保険から拠出する「後期高齢者支援金」制度が導入されました。

この後期高齢者支援金の額は、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係る目標」の達成状況によって、加算・減算等の調整を行うこととなっています。

これは、若年者が加入する医療保険者が、糖尿病や高血圧症、脂質異常症等

の発症予防と、心疾患や脳血管疾患等への重症化予防に努めることが、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、特定健診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ものです。

4 計画の位置づけ

(1) 法定計画としての位置づけ

この計画は、国の「特定健康診査等基本指針」を踏まえ、本町国民健康保険（以下、「町国保」という。）が策定する計画であり、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条に規定された「特定健康診査等実施計画」です。

(2) 「川棚町健康増進計画」との関係

第2期「特定健康診査等実施計画」は、健康増進法第8条第2項の規定に基づく市町村健康増進計画である「川棚町健康増進計画」に包含し、両計画の連携によって、生活習慣病の予防及び重症化予防に取り組めます。

5 計画の期間

この計画は、第1期「特定健康診査等実施計画（平成20年度から平成24年度まで）」に続く、平成25年度から平成29年度までの5年間を計画期間とします。

第1章 計画を取り巻く状況と課題

1 高齢化の状況

(1) 高齢化率の推移

本町の高齢化率（総人口に占める65歳以上の人口の割合）は、平成23年3月末現在で25.1%と全国平均を上回っており、人口の約4人に1人が高齢者という状況で、今後もさらなる高齢化の進行が確実視されています。

高齢化率の状況

（資料：国勢調査）

	平成7年度	平成12年度	平成17年度	平成22年度
川棚町	17.2%	19.4%	22.3%	25.1%
長崎県	17.7%	20.8%	23.6%	26.0%
全国	14.5%	17.3%	20.1%	23.0%

(2) 介護保険要支援・要介護認定者数の推移

高齢化に伴い、平成20年度から平成23年度にかけて要支援・要介護認定者数、介護サービス利用者数ともに1.13倍に増加しています。

認定者の状況

（単位：人）

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
認定者	要支援1	67	78	97	95
	要支援2	74	76	72	72
	要介護1	151	142	148	162
	要介護2	78	90	102	107
	要介護3	104	68	66	70
	要介護4	75	98	89	98
	要介護5	51	59	68	71
	計	600	611	642	675

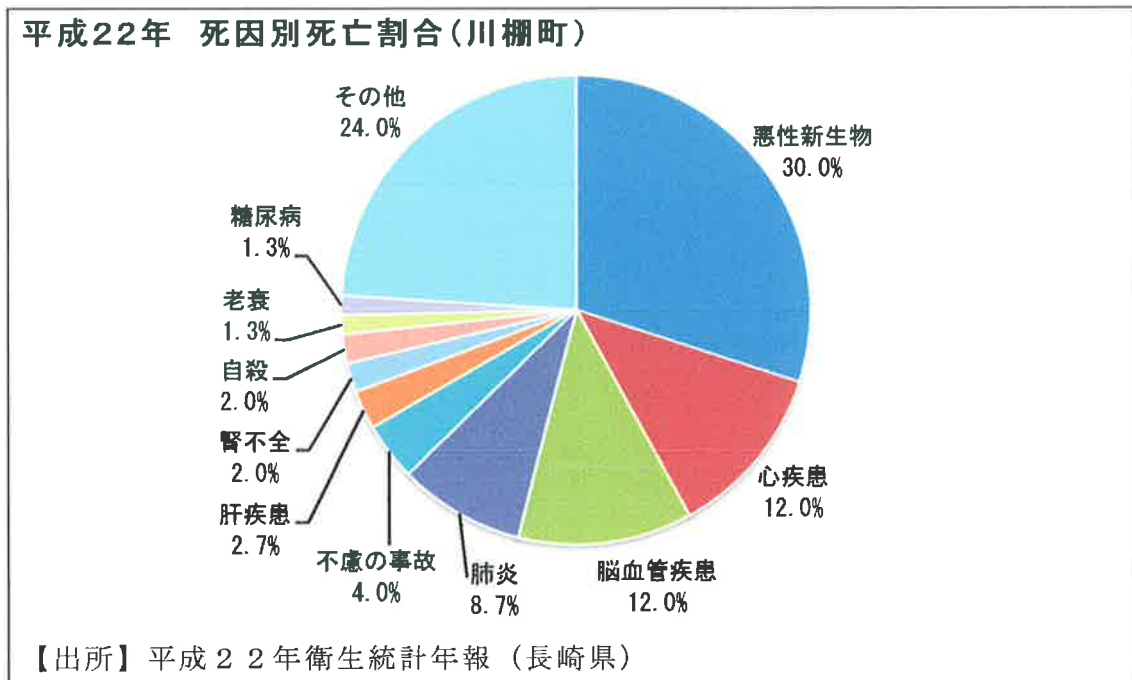
(3) 第2号被保険者の要支援・要介護の認定状況

本町の第2号被保険者の要支援・要介護認定者数は、平成23年3月末現在21人です。要支援・要介護となった原因疾患を見ると、生活習慣病に関するものが57.1%を占めており、このうち脳血管疾患が約83.3%と最も多くなっています。

若い頃からの生活習慣病予防が大切と考えられます。

2 死因や疾病からみる健康状況

本町の平成22年主要死因を見ると、「悪性新生物（がん）」、「心疾患」、「脳血管疾患」のいわゆる生活習慣病の三大疾患が全死亡者数の54%を占めています。



3 川棚町国民健康保険の医療費の状況

（1）町国保の医療費全体の状況

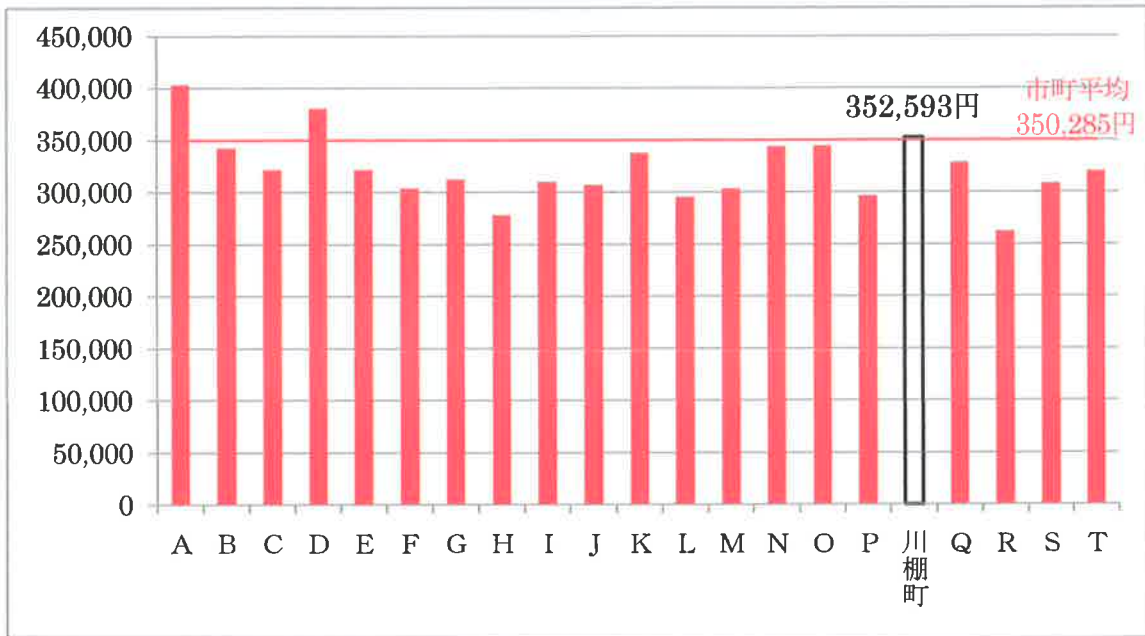
平成23年度の町国保加入者の医療費は、総額14億8千万円で、そのうち一般医療費が13億6千万円、退職医療費が1億2千万円です。1人当たりの医療費（一般）は36万7千円となっています。

平成22年度においては、1人当たりの医療費（一般）は35万2千円で、県内では3番目に高い状況です。

平成23年度国民健康保険医療費

	一般	退職	合計
総額	1,359,841千円	125,787千円	1,485,627千円
1人あたり医療費	367,128円	320,067円	362,613円
被保険者数（平均）	3,704人	393人	4,097人

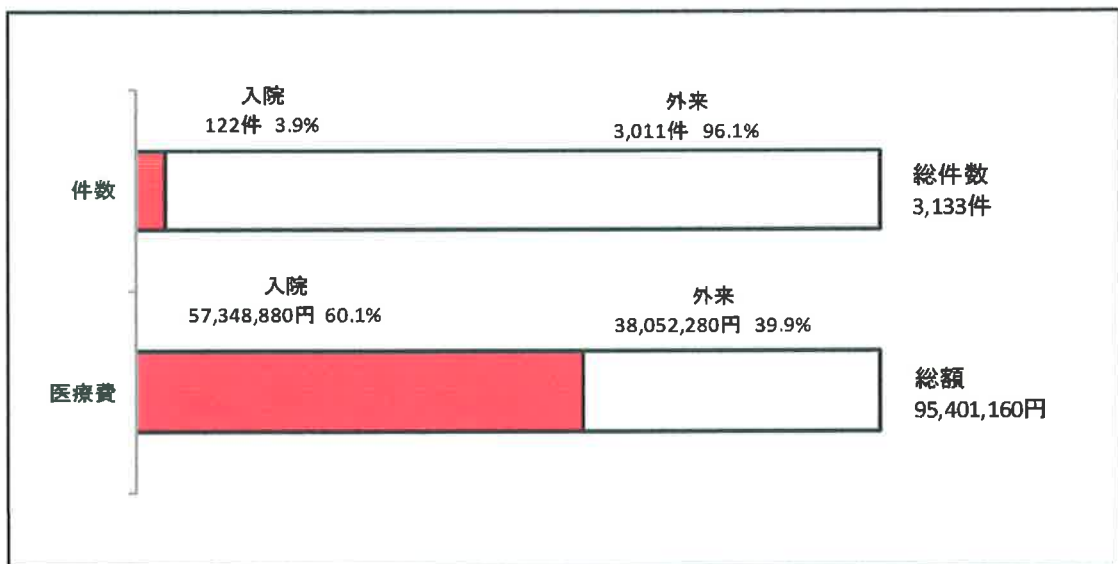
平成22年度1人あたり医療費（一般）



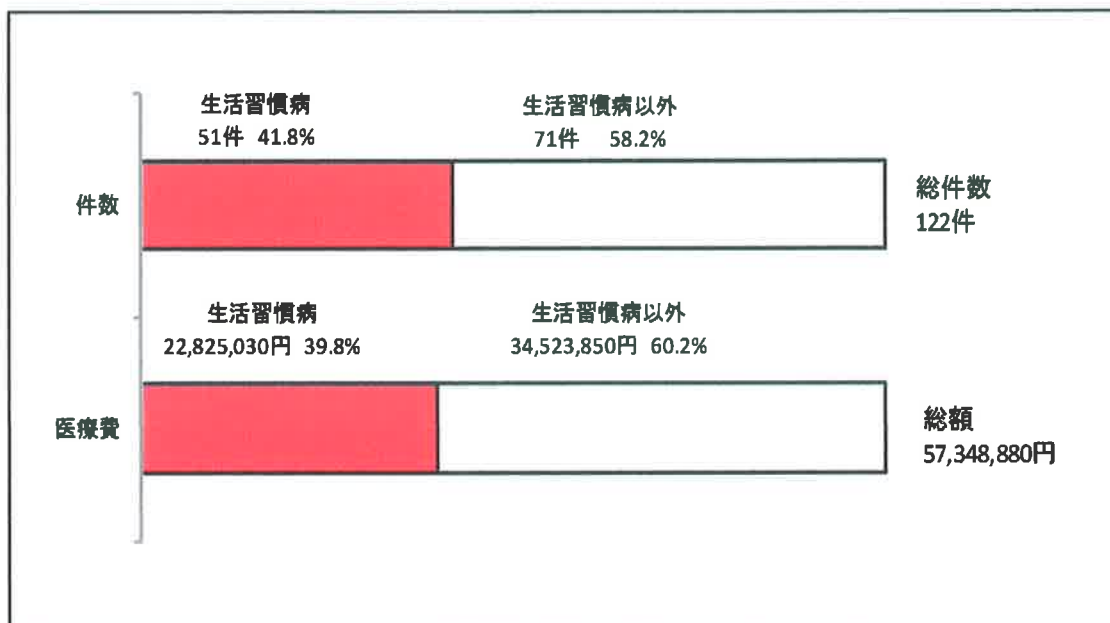
(2) 入院の診療・調剤報酬明細書（レセプト）の状況

平成23年5月診療分のすべての診療・調剤報酬明細書（以下、「レセプト」という。）のうち、入院にかかる件数は4%ほどですが、費用割合は60%を超えています。また、入院に占める生活習慣病の割合は、件数、費用ともに約40%となっています。このことから、生活習慣病予防が入院医療費を押さえることにつながると考えられます。

平成23年5月診療分の件数及び医療費



平成23年5月診療分入院のうち生活習慣病が占める割合



(3) 一月100万円以上の診療・調剤報酬明細書（レセプト）の状況

一月100万円以上の高額レセプトを見てみると、約5人中1人が生活習慣病関係（悪性腫瘍を除く）であり、生活習慣病対策が高額医療費の抑制につながると考えられます。

一月100万円以上の内訳(平成23年度)					
件数	実人数	生活習慣病 (悪性腫瘍を除く)		(再掲) 虚血性心疾患	(再掲) 脳血管疾患
		実人数	割合	実人数	実人数
96	66	12	18.2%	5	4

・主病が生活習慣病の者の基礎疾患(対象者12人の内訳)					
高血圧症		糖尿病		脂質異常症	
実人数	割合	実人数	割合	実人数	割合
10	83.3%	8	66.7%	8	66.7%

【出所】川棚町健康推進課調べ(EcoB、レセプトより)

(4) 生活習慣病治療者の現状

特定健診の結果、長崎県に比べ、血糖の有所見者（高値）の割合が高いにもかかわらず、糖尿病治療割合は、長崎県に比べ低い状況にあります。また、血圧の有所見者（高値）の割合が低いにもかかわらず、高血圧治療割合は、長崎県に比べ高い状況にあります。

そのため、特定健診から早期に治療へつなげ、基礎疾患があっても重症化しないように、生活習慣病予防のための取り組みを行う必要があります。

生活習慣病治療者の割合(平成24年11月診療分)

	糖尿病 (%)	インスリン 療法 (%)	網膜症 (%)	神経 障害 (%)	腎臓 障害 (%)	高血 圧症 (%)	脂質 異常症 (%)
長崎県	55.8%	1.4%	5.6%	1.6%	4.5%	73.8%	61.5%
差	-5.7%	-0.1%	1.9%	1.0%	1.1%	4.3%	-5.9%

【出所】 EcoB: 血管の傷みから生活習慣病を見る(全体)

特定健診有所見者(高値)の割合(平成23年度)

	高血糖				高血圧		高 LDL	
	HbA1c(JDS) 5.2%以上		HbA1c(JDS) 6.1%以上		正常高値血圧以上 130mmHg~/85mmHg~		LDL コレステロール 120mg/dl 以上	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
川棚町	500	63.8%	53	6.4%	389	49.6%	383	46.6%
長崎県	57,519	58.4%	8,535	8.4%	54,880	55.7%	49,145	48.4%

【出所】 長崎県国保連合会資料より

第2章 第1期の取り組みの成果と課題

1 特定健診について

(1) 特定健診受診率の推移

国の「特定健康診査等基本指針」における市町村国保の特定健診受診率の目標値に準じて、町国保の平成24年度特定健診受診率の目標値を65%に設定しました。

目標値の達成は困難な状況にありますが、平成24年度においては、例年と比較し受診者が増加しています。

特定健診目標と実績

※平成24年度は平成25年3月末現在（暫定）

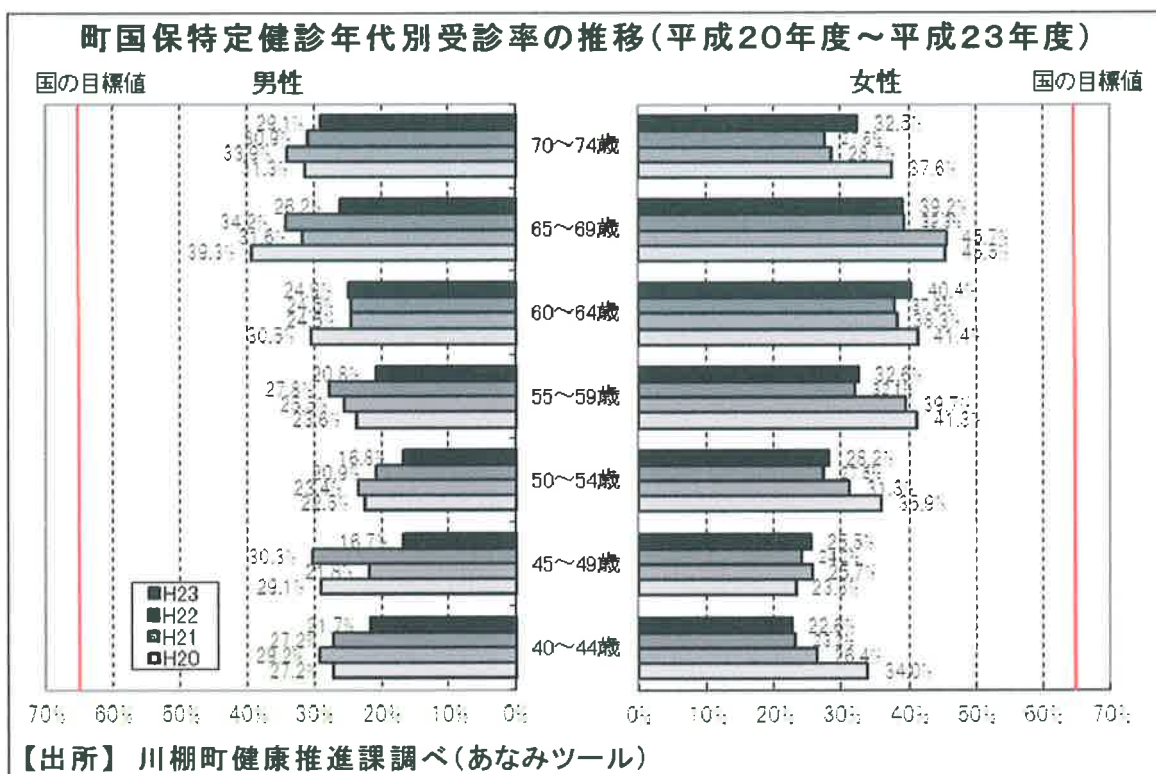
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
目標値	50%	55%	60%	63%	65%
実績	32.1%	29.0%	28.1%	28.7%	37.5%
対象者数	2,791人	2,747人	2,738人	2,729人	2,678人
受診者数	895人	797人	769人	784人	1,004人

特定健診受診率の長崎県内順位は、平成20年度は9位でしたが、平成23年度は20位となっています。

特定健診受診率順位

平成20年度			平成21年度			平成22年度			平成23年度		
順位	保険者名	受診率	順位	保険者名	受診率	順位	保険者名	受診率	順位	保険者名	受診率
1	R	48.60%	1	R	51.30%	1	S	57.80%	1	S	60.20%
2	S	46.90%	2	S	48.10%	2	F	48.20%	2	F	50.40%
3	L	40.10%	3	P	43.00%	3	R	46.50%	3	I	49.60%
4	Q	40.00%	4	F	41.60%	4	Q	41.20%	4	Q	49.60%
5	T	39.90%	5	Q	41.00%	5	L	40.00%	5	R	46.80%
6	F	37.70%	6	L	39.00%	6	M	39.90%	6	M	44.40%
7	E	37.20%	7	T	37.60%	7	P	39.10%	7	K	44.40%
8	J	36.40%	8	M	36.30%	8	K	37.90%	8	C	42.70%
9	川棚町	32.10%	9	E	36.20%	9	C	36.80%	9	P	41.30%
10	M	31.70%	10	K	34.60%	10	T	36.30%	10	L	40.30%
11	K	31.60%	11	C	34.40%	11	I	36.00%	11	T	36.50%
	全国	30.90%	12	I	33.30%	12	E	35.60%	12	E	36.50%
12	D	29.10%	13	J	32.40%		長崎県	33.80%	13	N	35.80%
13	P	28.90%		全国	31.40%	13	B	33.60%		長崎県	35.50%
	長崎県	28.30%	14	G	31.30%	14	H	33.10%	14	H	35.30%
14	G	28.20%	15	B	30.30%	15	D	32.50%	15	D	33.60%
15	I	26.90%		長崎県	30.00%	16	J	32.10%	16	J	33.30%
16	B	26.00%	16	川棚町	29.00%		全国	32.00%		全国	32.70%
17	C	24.30%	17	N	28.70%	17	N	30.60%	17	B	32.30%
18	N	23.70%	18	H	27.10%	18	G	30.00%	18	A	31.10%
19	H	23.60%	19	D	26.60%	19	A	29.70%	19	G	29.50%
20	O	23.10%	20	A	23.40%	20	川棚町	28.10%	20	川棚町	28.70%
21	A	22.90%	21	O	20.10%	21	O	27.60%	21	O	25.30%

年代別受診率の推移を見ると、どの年代も平成20年度と比較し低下しています。特に40歳代から50歳代は低い状況にあります。



(2) 継続受診者の状況

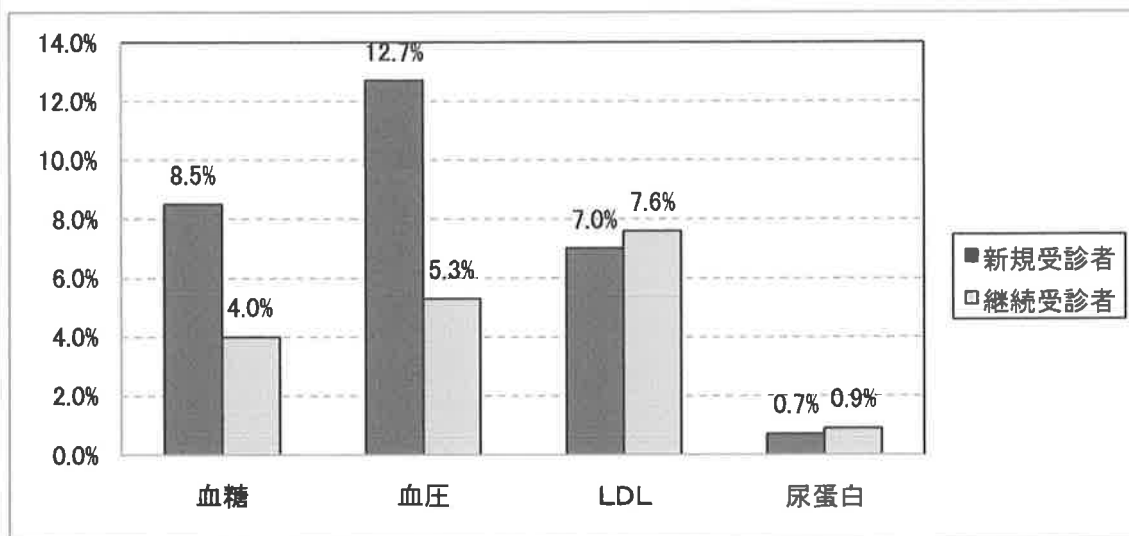
特定健診の継続受診者(2年連続受診している者)割合は60%以上を占めており県平均とほぼ同じとなっています。継続受診の必要性についての普及啓発を行い、新規受診者を継続受診者へとつなげることが受診率向上には必須と考えられます。

	H20-21年度	H21-22年度	H22-23年度
川棚町	66.9%	71.7%	68.2%
長崎県	64.9%	70.4%	68.4%

【出所】 川棚町健康推進課調べ(あなみツール)

各検査項目で継続受診者と新規受診者の基準値以上の割合を見ると、新規受診者で血糖・血圧については基準値を超えている者の割合が高いことがわかります。健診未受診者の中には重症化している者が多数含まれていることが予測されます。

継続受診者と平成23年度新規受診者の健診結果比較



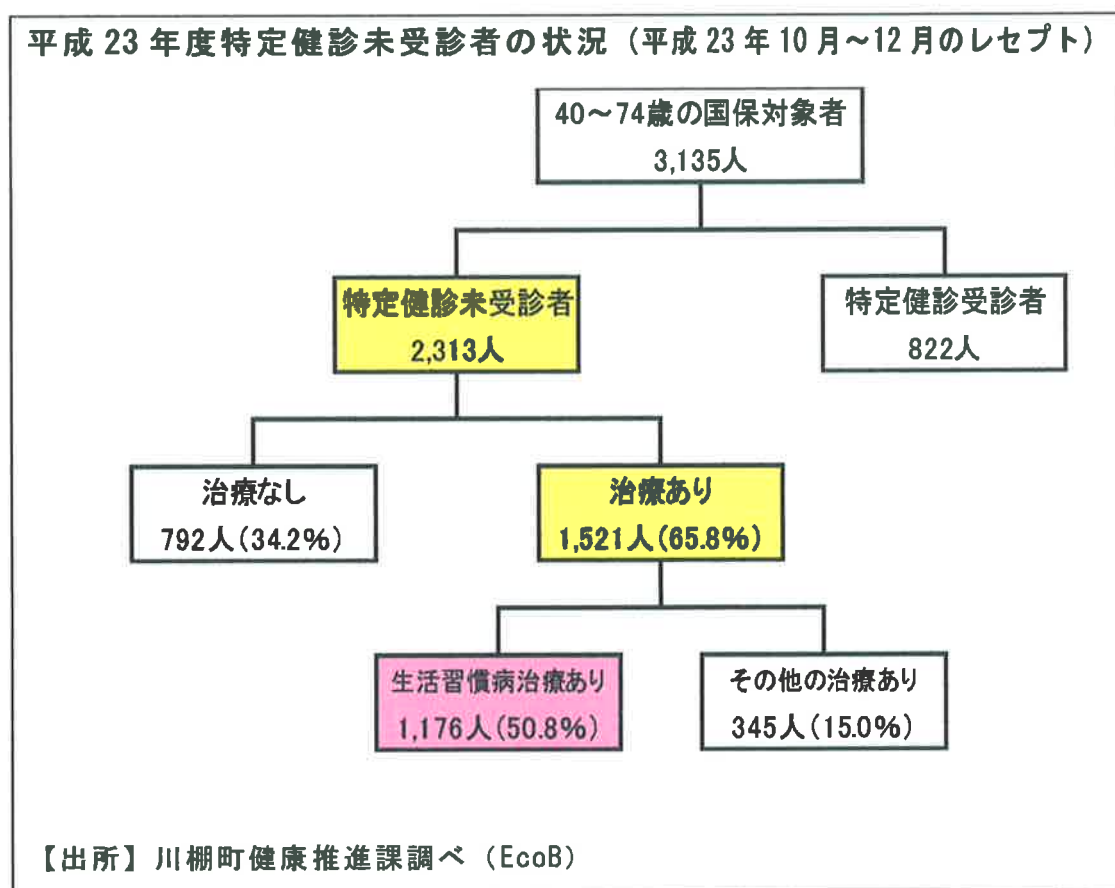
※ガイドラインを踏まえた受診勧奨値に該当する者の割合

- 血糖 …… 空腹時血糖 126mg/dl 以上もしくは HbA1c(JDS)6.5%以上
- 血圧 …… 収縮期血圧 160mmHg 以上もしくは拡張期血圧 100mmHg 以上
- LDL …… LDLコレステロール 160mg/dl 以上
- 尿蛋白 …… 2+以上

【出所】 川棚町健康推進課調べ

(3) 未受診者の状況

平成23年度の特定健診の未受診者の内訳は、治療ありの者が65.8%と通院中の者の割合が高いことがわかります。また、その内、生活習慣病治療中の者が50.8%とかなり多くなっており、未受診者の半数近くの者が生活習慣病の何らかの治療を行っていることがわかります。



(4) 特定健診受診率向上のための取り組み

これまで、広報誌やホームページを活用した広告活動や、母子愛育班員や食生活改善推進員等の協力依頼、医師会との連携、訪問や電話による勧奨など、受診率向上に向けて様々な取り組みを行った結果、年々低下していました健診受診率は平成24年度に向上しました。

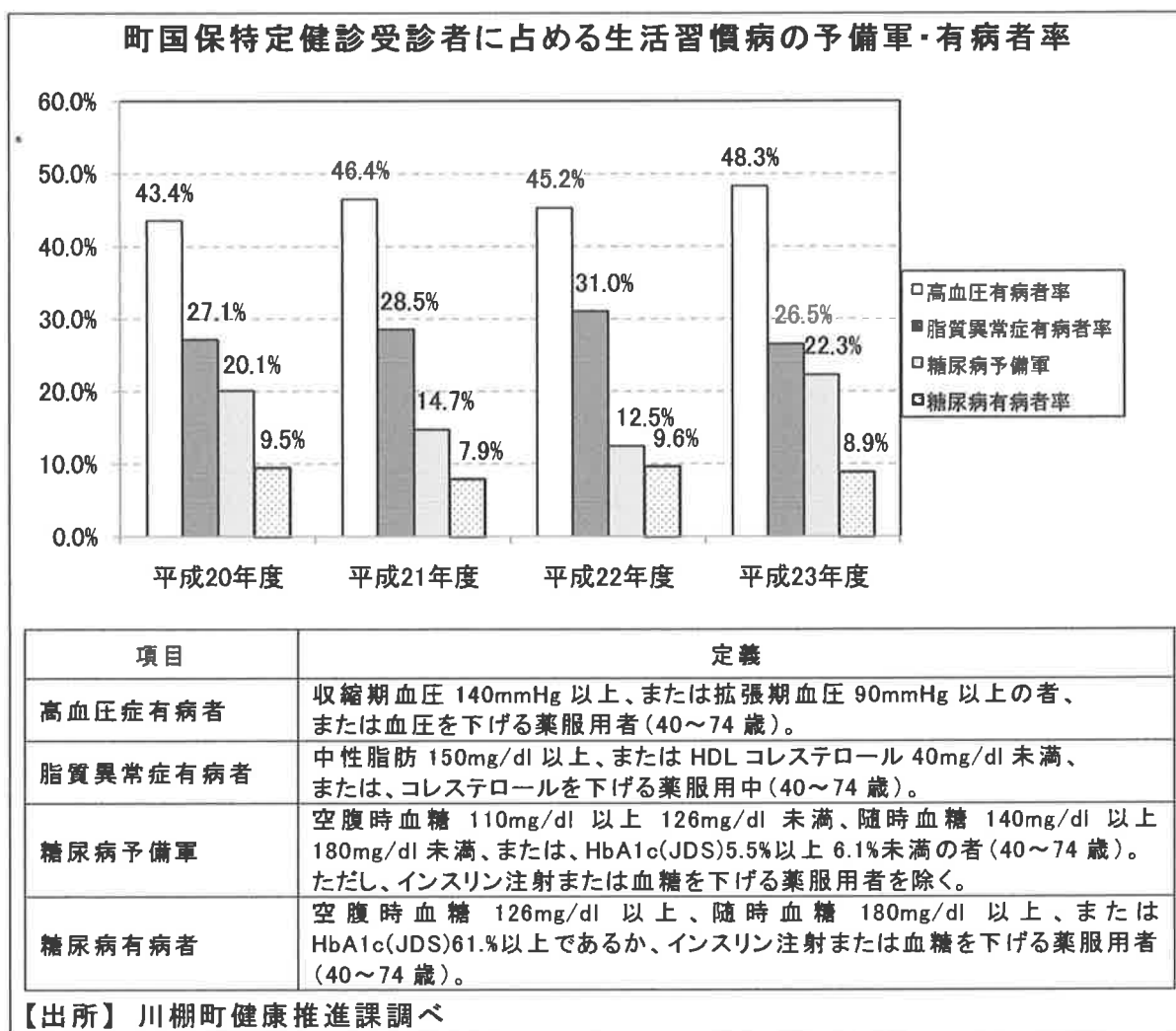
特に、平成24年度は、母子愛育班員、食生活改善推進員の呼びかけ訪問及び保健師等の訪問・電話による受診勧奨の取り組みは、受診率向上に大きく寄与していると思われまます。

特定健診受診勧奨の取り組み

	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
対象者数	2,791人	2,747人	2,738人	2,729人	2,678人
受診者数 (受診率)	895人 (32.1%)	797人 (29.0%)	769人 (28.1%)	784人 (28.7%)	1,004人 (37.5%)
広報	広報かわたな	→	→	→	→
	町ホームページ	→	→	→	→
イベントや 教室の開催 時PR	健康まつり	→	→	→	→
	元気塾(介護予防事業)	→	→	→	→
関係機関と の連携	町医師会との 連携	→	→	→	→
	町外医療機関 との連携	→	→	→	→
個人通知	特定健診受診券 (中途加入者 含む)	→	→	→	→
				国保税賦課決定 通知書にチラシ 同封	→
未受診者 対策		文書による受診 勧奨	→	→	→
					保健師、管理栄養士による訪問 等受診勧奨
その他	がん検診との同 時実施(集団の み)	→	→	→	→
					地区公民館での 健診実施
協力依頼	母子愛育班連合 会	→	→	→	→
	食生活改善推進 協議会	→	→	→	→
	総代会	→	→	→	→
	その他各種団体	→	→	→	→
					母子愛育班員、 食生活改善推進 員による呼びか け訪問 のぼり旗掲示

(5) 生活習慣病の予備群・有病者率（町国保特定健診）

「高血圧症」が最も高く平成23年度では48.3%、続いて「脂質異常症」が26.5%となっています。「糖尿病」は8.9%ですが、糖尿病予備群と合わせると30%を超えています。



2 特定保健指導について

(1) 特定保健指導実施率の推移

国の「特定健康診査等基本指針」における市町村国保の特定保健指導実施率の目標値に準じて、町国保の特定保健指導実施率の目標値を45%と設定しました。平成23年度までは、各年度ともに目標を達成した状況にあります。

特定保健指導目標と実績

	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
目標値	25%	30%	35%	40%	45%
実績	0% (29.0%)	37.0%	48.6%	42.7%	実施中

※平成20年度法定報告について、実績0%となっていますが、実際の実績は（ ）内の数値

特定保健指導実施率の長崎県内順位は、平成21年度は37.0%で10位であり、それ以降、実施率は増加しているものの順位については、ほぼ変わらない結果となっています。

特定保健指導目標と実績

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	
目標値		25%	30%	35%	40%	
県平均実施率		22.7%	35.6%	33.1%	37.6%	
県内市町順位		—	10位	6位	9位	
特定保健指導	動機づけ支援	対象者数	96人	62人	55人	63人
		終了者数	0人(24)	28人	29人	29人
		実施率	0%(25.0)	45.2%	52.7%	46.0%
	積極的支援	対象者数	35人	30人	15人	26人
		終了者数	0人(14)	6人	5人	9人
		実施率	0%(40.0)	20.0%	33.3%	34.6%
	合計	対象者数	131人	92人	70人	89人
		終了者数	0人(38)	34人	34人	38人
		実施率	0%(29.0)	37.0%	48.6%	42.7%

※平成20年度法定報告については終了者0人となっていますが、実際の終了者数等は（ ）内の数値

(2) 内臓脂肪症候群該当者及び予備群の推移

国の「特定健康診査等基本指針」及び「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」では、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和は、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年齢構成の変化 (高齢化効果) によって打ち消されないよう、年齢補正 (全国平均の性・年齢構成の集団に、各医療保険者の性・年齢階層 (5 歳階級) 別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率を乗じる) を行う。</p> <p>○基点となる H20 の数は、初年度であるため、健診実施率が低い医療保険者もある (あるいは元々対象者が少なく実施率が 100% でも性別・年齢階層別での発生率が不確かな医療保険者もある) ことから、この場合における各医療保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率は、セグメントを粗く (年齢 2 階級 × 男女の 4 セグメント) した率を適用。</p>

内臓脂肪症候群該当者・予備群は、平成 20 年度と比べ人数、割合ともに減少している状況にあります。

特定健診内臓脂肪症候群 (該当者及び予備群) の人数・率

	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	130 人 14.3%	97 人 12.2%	96 人 12.5%	80 人 10.2%	実施中
予備群	114 人 12.6%	81 人 10.2%	66 人 8.6%	88 人 11.2%	実施中

(3) 特定保健指導実施率の向上、内臓脂肪症候群該当者及び予備群減少のための取り組み

集団健診受診時に、特定健診結果報告会の実施を周知し、個別に結果を返却しました。その際、特定保健指導についても十分な説明を行い、初回面接実施率の向上に努めました。また、個別支援やグループ支援を併せて活用し、特定保健指導の実施率向上に努めました。

また、保健指導従事者等の質の向上を図るため、県主催等の各種研修会へ参加しました。

3 第1期の実施及び各種データから見えてきた第2期に向けた課題

(1) 特定健診・特定保健指導等の実施により明らかになった課題

①特定健診受診率が目標値に達成していないため、受診率の向上が必要です。

特に、地域のボランティア、保健師等による呼びかけ訪問等を継続して実施していくことが有効と考えられます。

また、40歳代から50歳代の受診率が低いため、早期発見、早期治療の目的からも、この年代への積極的なアプローチが必要です。

②新規受診者の中には、すでに高血圧症・糖尿病の治療域に属する者が多いと想定されるため、新規受診者を増やして、治療につなぎ、重症化を予防することが必要です。

③特定健診の結果、高血圧症・糖尿病・脂質異常症の有病者及び予備群が多いため、特定保健指導とともに、特定保健指導対象外の者へも訪問等により生活習慣の改善及び医療受診や治療継続の支援が必要です。

④特定健診、特定保健指導の目標達成に向けて、従事者の質の向上や医療機関等関係機関との連携を行い、実施率の増加に積極的に努めることが必要です。

(2) 医療費分析及び要介護認定状況等から明らかになった課題

①要支援・要介護認定者数が増加しているため、生活習慣病予防及び重症化予防の推進が重要です。特に第2号被保険者の要支援・要介護の認定者を見ると脳血管疾患が多いため、若い世代からの高血圧対策と脂質異常対策を進める必要があります。

②一月100万円以上かかる高額レセプトを見ると、生活習慣病による虚血性心疾患や脳血管疾患が多く占めているため、重症化を予防するために高血圧対策と糖尿病対策、脂質異常対策の推進が必要です。

③糖尿病の増加とともに、それに起因する慢性腎臓病が増加しており、糖尿病対策に加え、慢性腎臓病対策の推進が必要です。

(3) 住民の意識・行動変容を促すための課題

- ①特定健診の結果から代謝等の身体メカニズムと生活習慣との関連について、住民の正しい理解を深めることが必要です。
- ②個人の健康づくりの取り組みを地域で支援していくため、住民主体の健康学習を進め、住民が正しい知識を得て、自らが選択できる能力を養うことが必要です。
- ③生活習慣病予防及び重症化予防を推進するためには、保健指導の質の向上を図ることが必要です。

第3章 第2期の取り組み

1 特定健診・特定保健指導等の実施

(1) 目標値の設定

町国保特定健診受診率、特定保健指導実施率の各年度の目標値を下記のとおり設定します。

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診の受診率	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導の実施率	45%	50%	55%	58%	60%
内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率					10%減少

(2) 特定健診の受診率向上

未受診者の中には自分自身の健康状態を理解していない方が多数いると思われるため、地区別受診率や受診歴等を基に、通知や電話、訪問等による受診勧奨やイベント等でのPR活動を行います。また、かかりつけ医やボランティア（母子愛育班員や食生活改善推進員）など地域住民に関わる多様な人々の協力を得て、特定健診受診の必要性について働きかけます。

(3) 特定保健指導の実施率向上

住民が自分自身の健康状態を正しく理解し、生活習慣病の発症予防及び重症化予防に向けた生活を営めるよう、質の高い保健指導を提供し、特定保健指導の実施率向上を目指します。

実施に際しては、個人の特定健診の結果に基づいて、学習教材を使用し、それぞれの特性やメカニズムについて分かりやすく説明することにより、住民が自分自身の生活習慣を振り返り、必要な改善について考え、自己決定し行動できるよう支援します。また、継続受診の必要性を普及啓発します。

(4) 特定保健指導対象外の者への保健指導の充実

生活習慣病有病者は比較的多いため、特定保健指導の対象外となるものの、

高血圧や高血糖、脂質異常、腎臓機能低下等のある者を、リスクの重なりによって優先順位をつけ、町の保健師・管理栄養士等の家庭訪問を中心とした保健指導を実施します。

実施や評価に際しては、特定保健指導と同様に行います。

(5) 住民の意識・行動変容を促すための取り組み

生活習慣病は、治療によって改善されても、食事のコントロールを継続しないとまた悪化するため、治療の継続とともに、食事のコントロールが重要になります。そのため、個人の身体の状況、栄養状態、生活習慣等に基づき個人に合った熱量及び栄養素を満たす食事を摂ることができるように支援します。

また、運動習慣の確立も重要であり、個人に合った運動を継続して行えるように支援します。

地域における健康学習を推進し、住民が行政や地域が行う学習の場に参加することで自らの食生活を振り返り、自主的・継続的な食生活の改善につながるよう、内容を充実させます。また、そうした場があることを住民に情報提供していきます。

2 生活習慣病発症予防及び重症化予防の展開

生活習慣病発症予防及び重症化予防のため、高血圧対策、高血糖対策、脂質異常対策、CKD（慢性腎臓病）対策を推進していきます。

<重点対策1> 高血圧対策

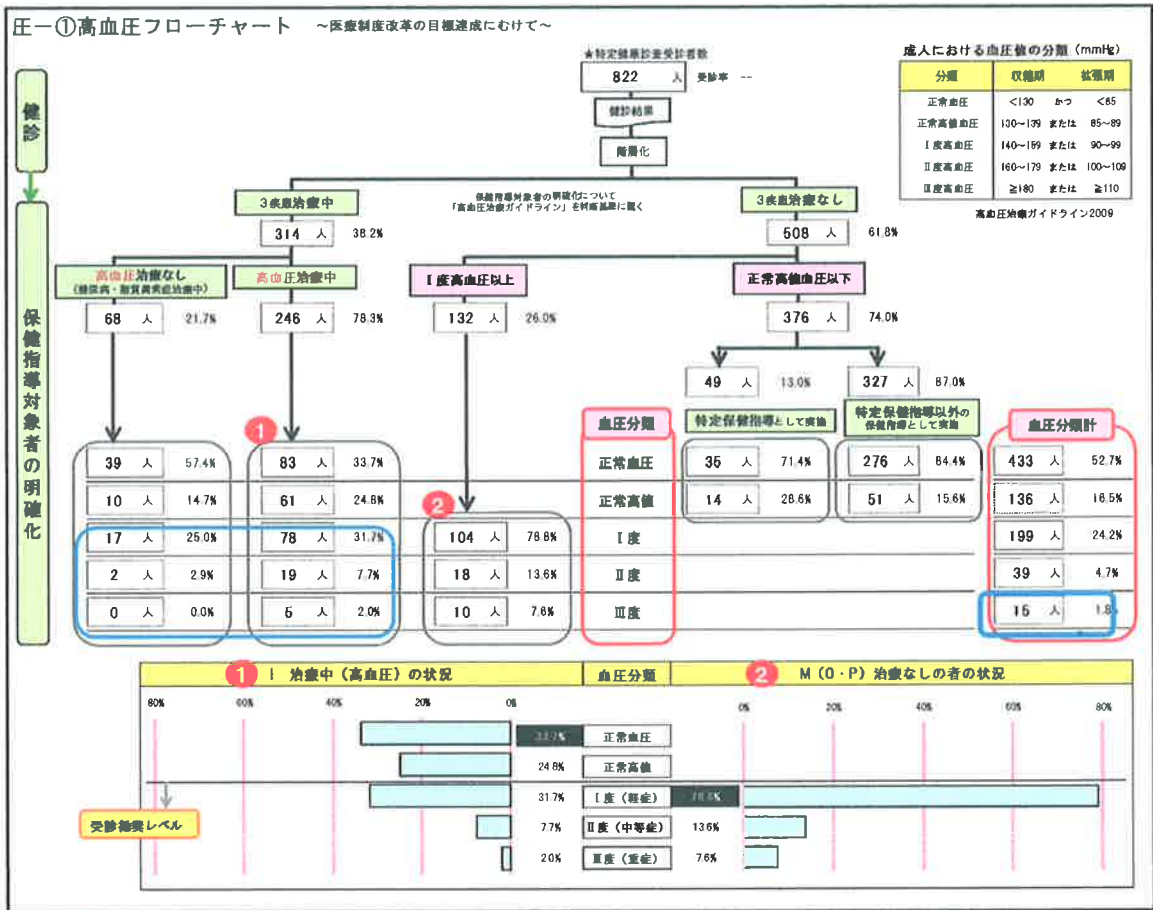
(1) 基本的な考え方

高血圧は、動脈硬化の進行、血管障害などにより脳血管疾患や虚血性心疾患、腎臓疾患などの生活の質の低下につながる疾患を発症させます。その結果、医療費だけでなく、介護に要する費用も増加します。

町国保の特定健診の結果では、高血圧症の有病者率が48.3%と高く、高血圧症の受療率が県内でも2番目に高い状況にあります。また、医療費及び要介護認定の状況から脳血管疾患が多く、高血圧との関連性がうかがえます。そのため、最重要の課題として高血圧対策を推進します。

(2) 目標設定

重症化予防のために、Ⅲ度高血圧（収縮期血圧180mmHg以上又は拡張期血圧110mmHg以上）の者の割合を減少させ、高血圧症の者のうちⅠ度高血圧（収縮期血圧140～159mmHg又は拡張期血圧90～99mmHg）からⅢ度高血圧の者の割合の減少に努めます。



(3) 高血圧の保健指導

本町では、「高血圧治療ガイドライン」、「脳卒中治療ガイドライン」、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」等の各学会のガイドラインに基づき、保健指導を実施します。

①対象者の決定

特定健診の結果から、特定保健指導対象者に保健指導を実施します。

また、特定保健指導対象外の者で、III度高血圧（収縮期血圧180mmHg以上又は拡張期血圧110mmHg以上）の者を優先し、次いで、II度高血圧（収縮期血圧160～179mmHg又は拡張期血圧100～109mmHg）の者、さらに、I度高血圧（収縮期血圧140～159mmHg又は拡張期血圧90～99mmHg）の者についても、血圧以外のリスクの重複がある者から優先順位をつけて、保健指導の対象者とします。

	血圧測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H20	252	25.5%	87	34.5%	56	22.2%	77	30.6%	28	11.1%	4	1.6%
	H21	251	28.0%	96	38.2%	50	19.9%	84	33.5%	17	6.8%	4	1.6%
	H22	249	29.3%	99	39.8%	43	17.3%	83	33.3%	17	6.8%	7	2.8%
	H23	246	29.9%	83	33.7%	61	24.8%	78	31.7%	19	7.7%	5	2.0%
治療なし	H20	738	74.5%	456	61.8%	104	14.1%	135	18.3%	35	4.7%	8	1.1%
	H21	647	72.0%	373	57.7%	108	16.7%	119	18.4%	41	6.3%	6	0.9%
	H22	602	70.7%	371	61.6%	95	15.8%	98	16.3%	32	5.3%	6	1.0%
	H23	576	70.1%	350	60.8%	75	13.0%	121	21.0%	20	3.5%	10	1.7%

血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	
	～119 /~79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	571	204 35.7%	142 24.9%	75 13.1%	120 21.0%	20 3.5%	10 1.8%
リスク第1層 危険因子がない	69 12.1%	38 18.6%	17 12.0%	8 10.7%	4 3.3%	1 5.0%	1 10.0%
リスク第2層 糖尿病以外の1～2個の危険因子 またはメタリックシンドローム(*)がある	261 45.7%	87 42.6%	74 52.1%	36 48.0%	53 44.2%	8 40.0%	3 30.0%
リスク第3層	241 42.2%	79 38.7%	51 35.9%	31 41.3%	63 52.5%	11 55.0%	6 60.0%

②保健指導の実施

特定健診結果を基に、保健指導対象者の情報を整理し、優先順位を考え、保健指導方針を決定します。

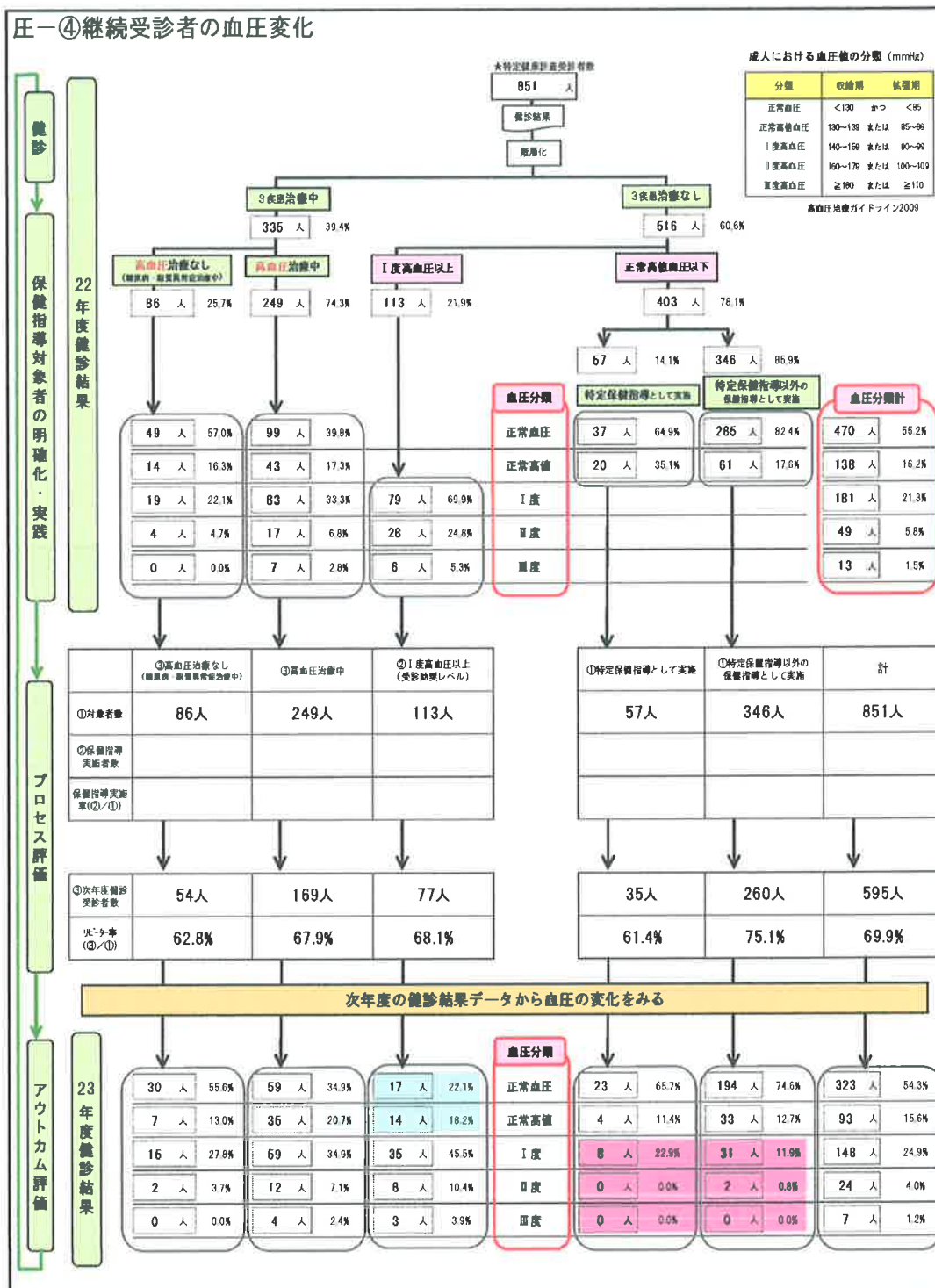
対象者の健診結果や生活習慣等に応じて「私の健康記録」等の学習教材を使用し、結果報告会や家庭訪問等による保健指導を実施します。生活習慣の改善への支援、受診（治療）勧奨及び治療継続への支援等を行います。

③保健指導の評価

評価は、対象者個人を単位として、健診結果の経年変化、治療状況、生活習慣の状況などから行います。また、レセプトで医療機関の受診状況を確認します。

さらに、健診結果から、「継続受診者の血圧変化【(表) 圧-④】」、「I 度高血圧以上の経年変化【(表) 圧-⑤】」、「健診中断者の実態(血圧)【(表) 圧-⑥】」を用いて、評価を行います。

評価を毎年行い、健康課題を明確にしたうえで、具体的な取り組みを実施します。

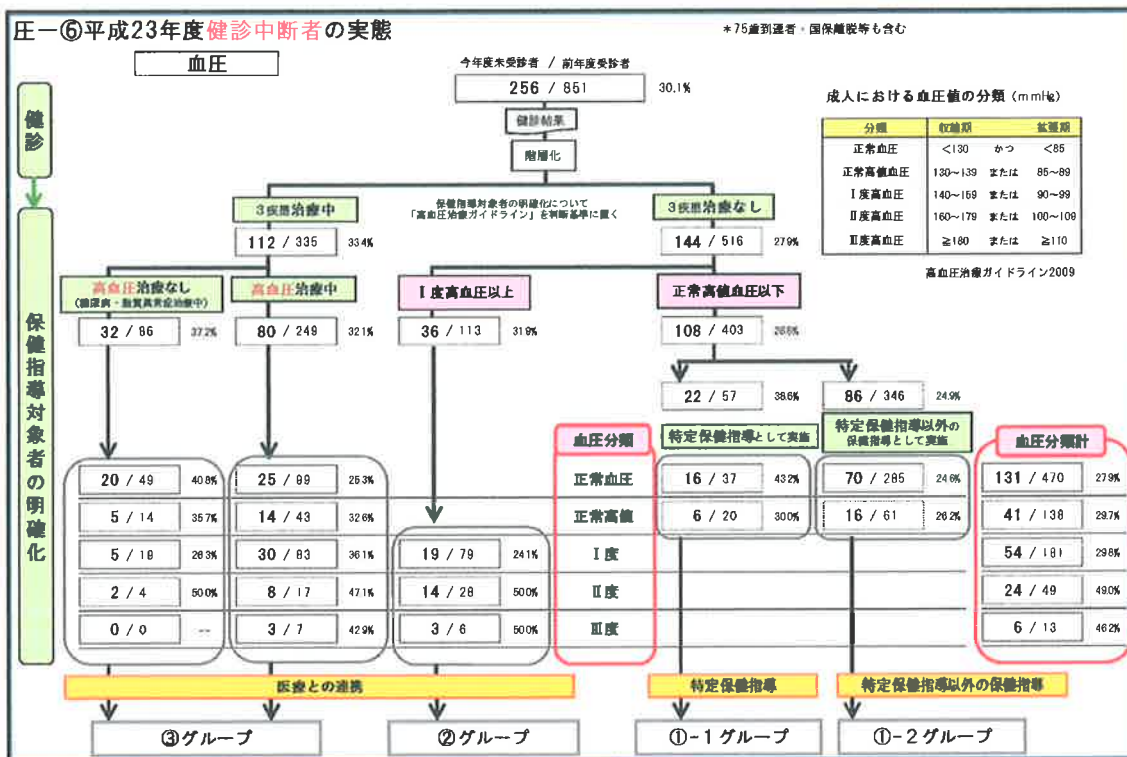


圧-⑤22・23年度の比較

H22年度		H23年度の結果をみる				
		継続受診者 159人 65.4%				未受診(中断)
I度高血圧以上 243人 28.6%		正常高値以下 58 23.9%	I度 73 30.0%	II度 21 8.6%	III度 7 2.9%	
I度	181	52 28.7%	59 32.6%	14 7.7%	2 1.1%	54 29.8%
II度	49	5 10.2%	13 26.5%	4 8.2%	3 6.1%	24 49.0%
III度	13	1 7.7%	1 7.7%	3 23.1%	2 15.4%	6 46.2%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	75 30.9%	65 26.7%	19 7.8%	84 34.6%
I度	52 28.7%	59 32.6%	16 8.8%	54 29.8%
II度	18 36.7%	4 8.2%	3 6.1%	24 49.0%
III度	5 38.5%	2 15.4%		6 46.2%

圧-⑥平成23年度 健診中断者の実態



(4) 地域での取り組み

健康相談での血圧測定や健康教育、さらに食生活改善推進協議会との連携を図り、高血圧対策を推進します。

また、生活習慣病は、若い頃からの健康管理が重要であるため、健康意識が高まる妊娠・出産後等の機会を捉えるなど母子保健活動との連携を図ります。

<重点対策2> 高血糖対策

(1) 基本的な考え方

糖尿病は、虚血性心疾患や脳血管疾患などのリスクを高め、また、神経障害や網膜症、腎症などを合併することによって、個人の生活の質を低下させるだけでなく、医療費や介護費等の社会保障費にも影響を及ぼします。

町国保の特定健診の結果では、糖尿病有病者率と予備群を合わせると30%を超え、糖尿病合併症に移行した者の割合が県国保平均よりも高い状況です。そのため、糖尿病対策にも積極的に取り組みます。

(2) 目標設定

重症化予防のために、HbA1c（NGSP）7.4%（HbA1c（JDS）7.0%）以上の者の割合を減少させ、血糖コントロール不良者の割合の減少に努めます。

*HbA1c：平成24年度までの健診結果はJDS値で表記。

平成25年度以降はNGSP値で表記。

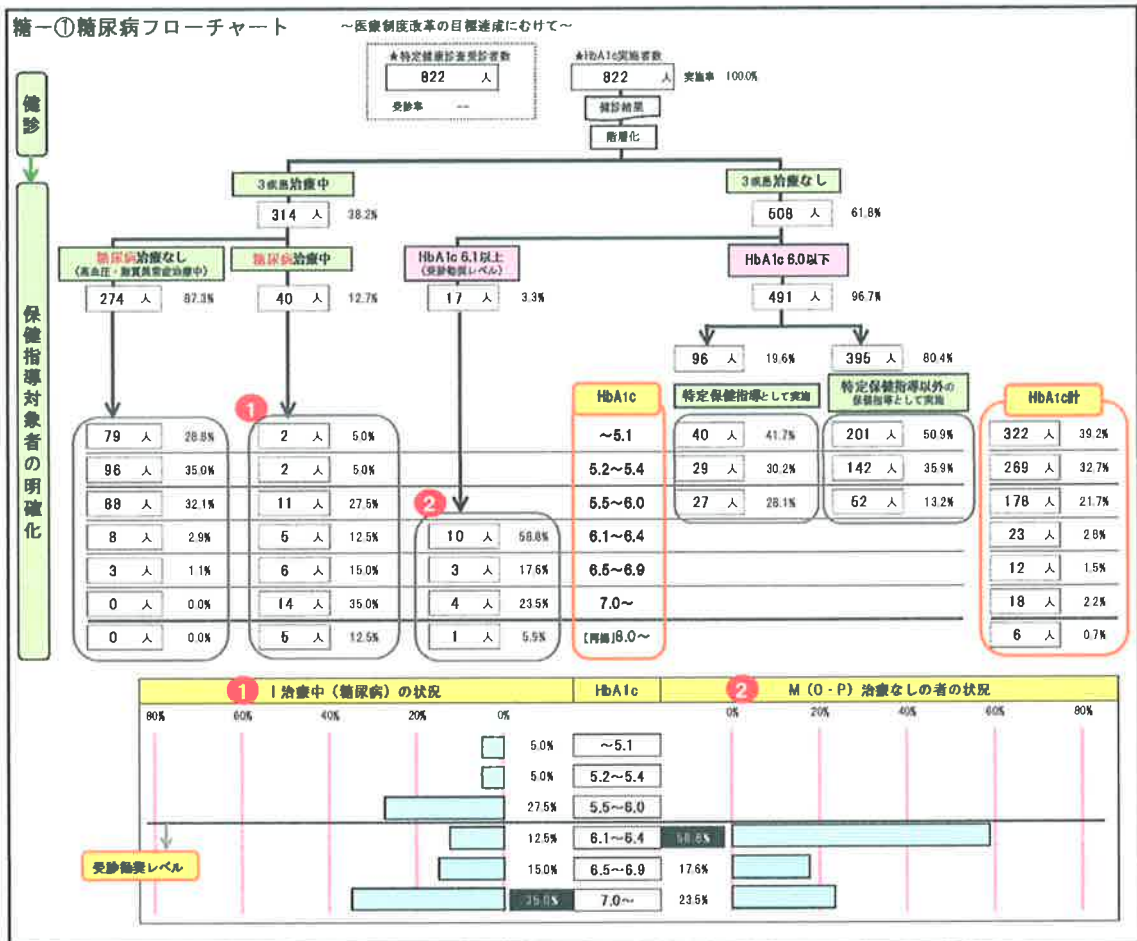
(3) 高血糖の保健指導

本町では、「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン」及び「糖尿病治療ガイド」等の各学会のガイドラインに基づき、特定健診の結果から保健指導を実施します。

①対象者の決定

特定健診の結果から、特定保健指導対象者に保健指導を実施します。

また、特定保健指導対象外の者で、HbA1c（NGSP）7.4%（HbA1c（JDS）7.0%）以上のもの、次いで、HbA1c（NGSP）6.5%（HbA1c（JDS）6.1%）以上の者から優先順位をつけて、保健指導の対象者とします。



②保健指導の実施

特定健診結果を基に、保健指導対象者の情報を整理し、優先順位を考え、保健指導方針を決定します。

対象者の健診結果や生活習慣等に応じて「私の健康記録」等の学習教材を使用し、結果報告会や家庭訪問等による保健指導を実施します。生活習慣の改善への支援、受診（治療）勧奨及び治療継続への支援等を行います。

特に、糖尿病は血糖値のコントロールが難しいため、継続的なフォローを行います。

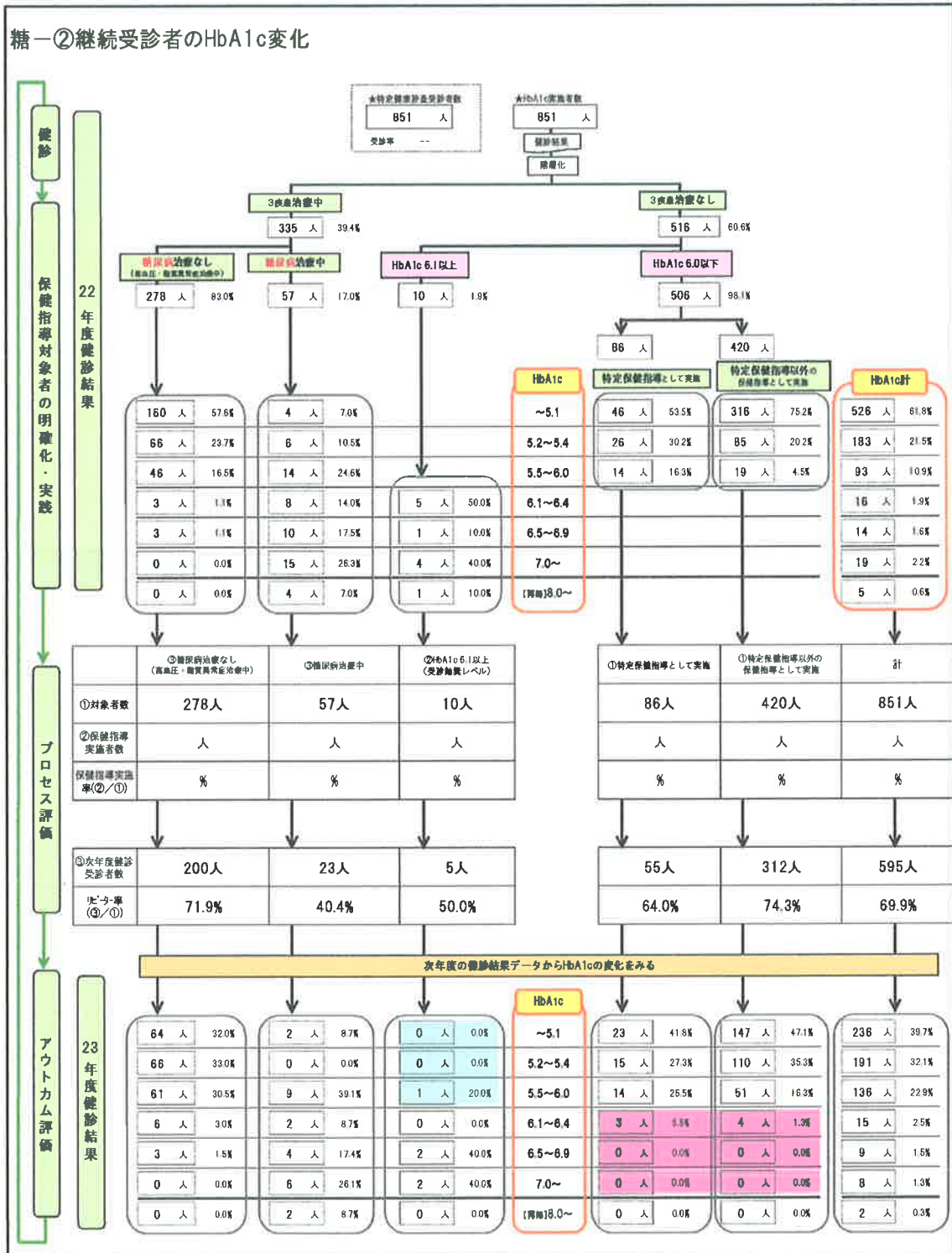
③保健指導の評価

評価は、対象者個人を単位として、健診結果の経年変化、治療状況、生活習慣の状況などから行います。また、レセプトで医療機関の受診状況を確認します。

さらに、健診結果から、「継続受診者のHbA1cの変化【(表)糖一②】」、「HbA1c(JDS)6.1%(HbA1c(NGSP)6.5%)以上の経年変化【(表)糖一③】」、「健診中断者の実態(HbA1c)【(表)糖一④】」

を用いて、評価を行います。

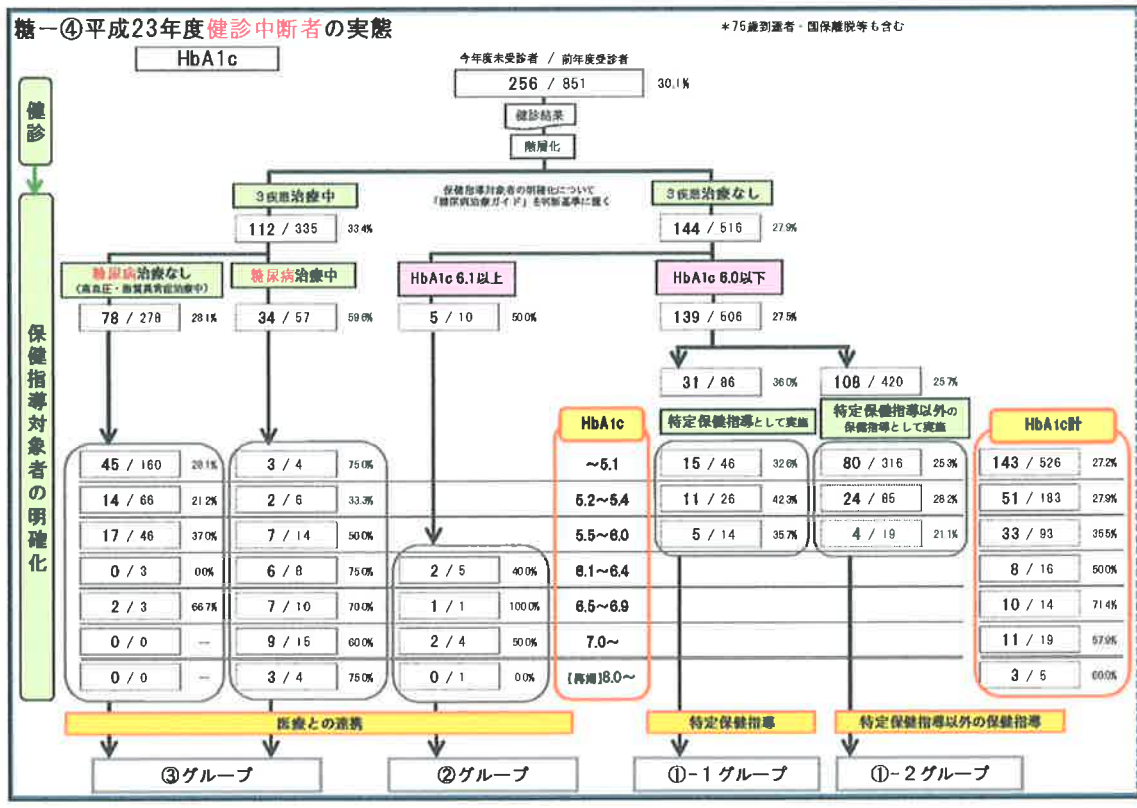
評価を毎年行い、健康課題を明確にしたうえで、具体的な取り組みを実施します。



糖一③22・23年度の比較

H22年度		H23年度の結果をみる					未受診 (中断)
		継続受診者 20人 40.8%					
HbA1c6.1以上 49人 5.8%		6.0以下	6.1~6.4	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上	29
		4	2	6	6	2	
		8.2%	4.1%	12.2%	12.2%	4.1%	59.2%
6.1~6.4	16	3	1	4	0	0	8
		18.5%	6.3%	20.0%	0.0%	0.0%	50.0%
6.5~6.9	14	1	0	2	1	0	10
		7.1%	0.0%	14.3%	7.1%	0.0%	71.4%
7.0~7.9	14	0	1	0	4	1	8
		0.0%	7.1%	0.0%	28.6%	7.1%	57.1%
8.0以上	5	0	0	0	1	1	3
		0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	20.0%	60.0%

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	6	8	2	6	6	29
	12.2%	16.3%	4.1%	12.2%	12.2%	59.2%
6.1~6.4	3	1	0	1	4	8
	18.8%	6.3%	0.0%	6.3%	25.0%	50.0%
6.5~6.9	1	2	1	1	1	10
	7.1%	14.3%	7.1%	7.1%	7.1%	71.4%
7.0~7.9	1	4	1	3	1	8
	7.1%	28.6%	7.1%	21.4%	7.1%	57.1%
8.0以上	1	1	0	1		3
	20.0%	20.0%	0.0%	20.0%		60.0%



(4) 地域での取り組み

地域の健康課題の解決に向けた健康学習の支援を行い、高血糖対策を推進します。

また、血糖のコントロールを良好にしていくために、地域の医療機関との連携を強化します。

さらに、生活習慣病は、若い頃からの健康管理が重要であるため、健康意識が高まる妊娠・出産後等の機会を捉えるなど母子保健活動との連携を図ります。

<重点対策3> 脂質異常対策

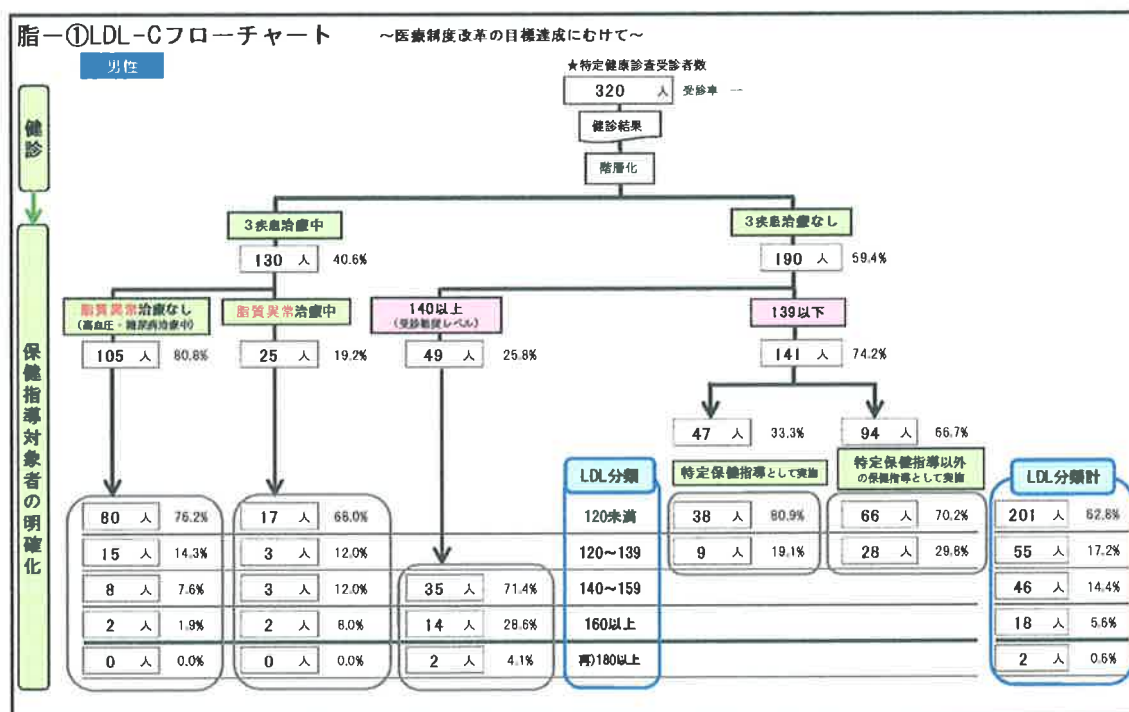
(1) 基本的な考え方

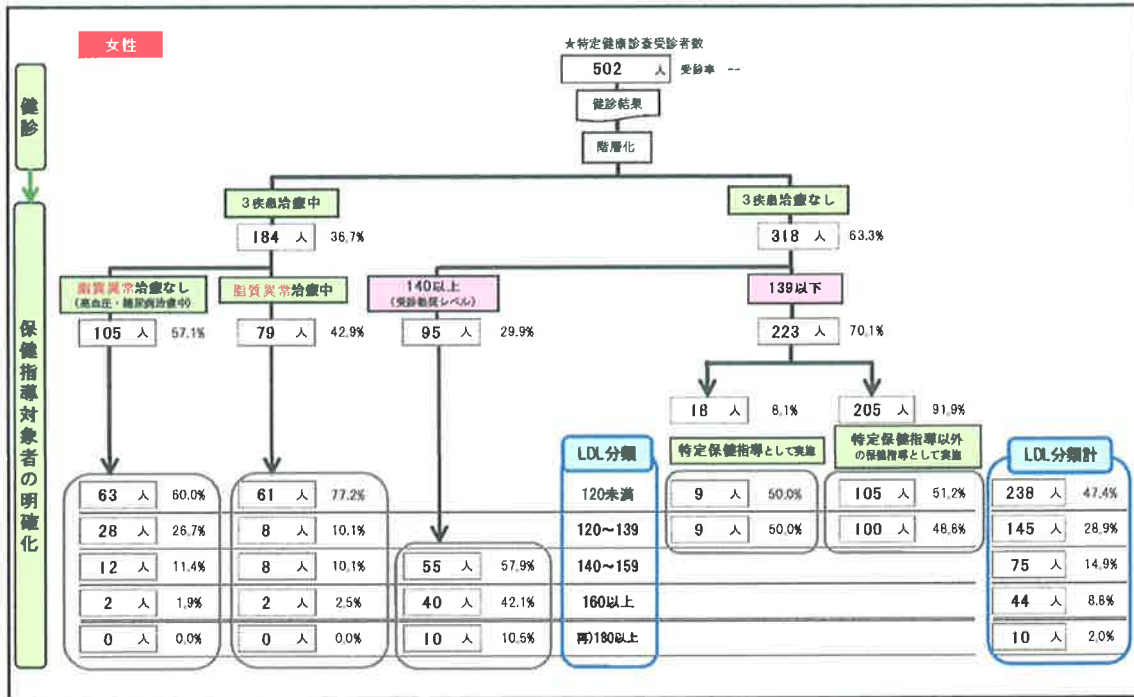
脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子であり、特にLDLコレステロールは、最も重要な指標とされ、虚血性心疾患の発症及び死亡リスクと大きな関係があるとされています。

町国保の特定健診の結果では、脂質異常症の有病者率は26.6%と高血圧症に次いで高く、また、高額レセプトの状況では、脂質異常症と関連の深い虚血性心疾患が最も多いという状況です。そのため、今後も脂質異常対策を進めていきます。

(2) 目標設定

重症化予防のために、LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少に努めます。





(3) 脂質異常の保健指導

本町では、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」等の各学会のガイドラインに基づき、保健指導を実施します。

①対象者の決定

特定健診の結果から、特定保健指導対象者に保健指導を実施します。

また、特定保健指導対象外の者で、LDLコレステロール 160mg/dl 以上の者を保健指導の対象者として考えていきます。特に、LDLコレステロールは、治療なし（未治療）の者が多いことから、未治療のLDLコレステロール高値の者を優先に考えます。

脂-②治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
治療中	H20	96	9.6%	56	58.3%	24	25.0%	8	8.3%	5	5.2%	3	3.1%
	H21	134	14.9%	83	61.9%	32	23.9%	11	8.2%	7	6.0%	1	0.7%
	H22	147	17.3%	112	76.2%	23	15.6%	9	6.1%	2	1.4%	1	0.0%
	H23	104	12.6%	78	75.0%	11	10.6%	11	10.6%	4	3.8%	0	0.0%
治療なし	H20	896	90.3%	424	47.3%	216	24.1%	167	18.6%	65	7.2%	24	2.7%
	H21	764	85.0%	323	42.3%	203	26.6%	127	16.6%	73	9.6%	37	4.8%
	H22	704	82.7%	338	48.0%	188	26.7%	115	16.3%	41	5.8%	22	3.1%
	H23	718	87.3%	361	50.3%	189	26.3%	110	15.3%	46	6.4%	12	1.7%

②保健指導の実施

特定健診結果を基に、保健指導対象者の情報を整理し、優先順位を考え、保健指導方針を決定します。

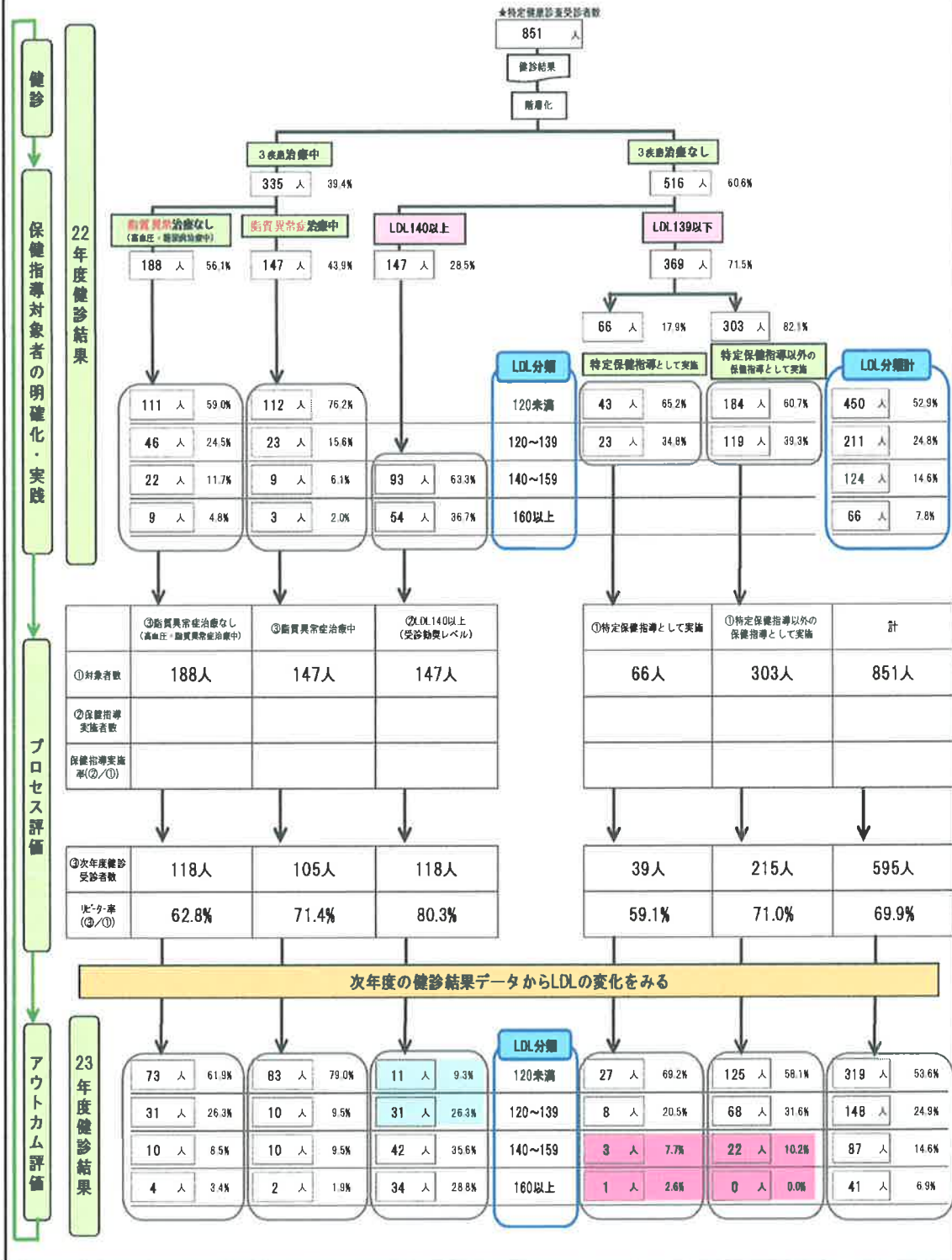
対象者の健診結果や生活習慣等に応じて「私の健康記録」等の学習教材を使用し、結果報告会や家庭訪問等による保健指導を実施します。生活習慣の改善への支援、受診（治療）勧奨及び治療継続への支援等を行います。

③保健指導の評価

評価は、対象者個人を単位として、健診結果の経年変化、治療状況、生活習慣の状況などから行います。また、レセプトで医療機関の受診状況を確認します。さらに、健診結果から、「継続受診者の LDL コレステロール変化【(表) 脂-③】」、「LDL コレステロール 140mg/dl 以上の経年変化【(表) 脂-④】」、「健診中断者の実態 (LDL) 【(表) 脂-⑤】」を用いて、評価を行います。

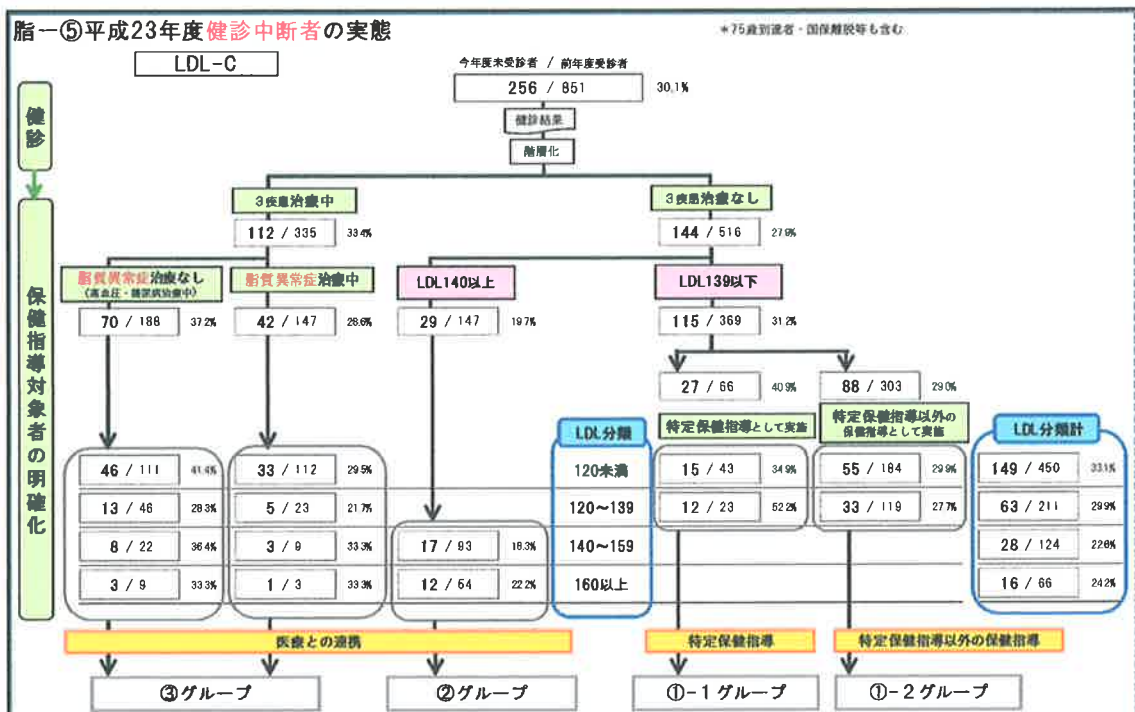
評価を毎年行い、健康課題を明確にしたうえで、具体的な取り組みを実施していきます。

脂一③継続受診者のLDL変化



脂一④22・23年度の比較

H22年度		H23年度の結果をみる				未受診 (中断)				
		継続受診者 595人 72.4%								
140以上	190人 28.6%	140未満	140~159	160~179	180以上	227 27.6%	改善	変化なし	悪化	未受診
		467 56.8%	87 10.6%	32 3.9%	9 1.1%		76 40.0%	51 26.8%	19 10.0%	44 23.1%
140~159	124	42 33.9%	36 29.0%	15 12.5%	3 2.4%	28 22.6%	42 33.9%	36 29.0%	18 14.4%	28 22.6%
160~179	43	10 23.3%	13 30.2%	10 23.3%	1 2.3%	9 20.9%	23 53.5%	10 23.3%	1 2.3%	9 20.9%
180以上	23	4 17.4%	3 13.0%	4 17.4%	5 21.7%	7 30.4%	11 47.8%	5 21.7%		7 30.4%



(4) 地域での取り組み

各種イベントや各健康教室等において食生活のバランスの大切さと運動の推進を図り、脂質異常対策を推進します。

<重点対策4> CKD（慢性腎臓病）対策

(1) 基本的な考え方

人工透析が必要となる主な原因は、糖尿病腎症、高血圧による腎硬化症など生活習慣病による慢性腎臓病であると考えられています。

町国保の特定健診の結果では、糖尿病有病者と予備群、高血圧症有病者が多く、また、重症化して糖尿病腎症や人工透析に移行した者も少なくありません。今後もCKD対策に取り組んでいきます。

腎－①CKD該当者（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 ²)			尿蛋白区分		A1	A2	A3
			尿検査・GFR 共に実施	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
				812 人	789 人 97.2%	16 人 2.0%	1 人 6.3%
G1	正常 または高値	90以上	140 人	135 人 17.2%	4 人 0.5%	1 人 25.0%	1 人 0.1%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	583 人	571 人 71.8%	8 人 1.0%	0 人 0.0%	4 人 0.5%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	87 人	83 人 10.7%	4 人 0.5%	0 人 0.0%	0 人 0.0%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	1 人	0 人 0.1%	0 人 0.0%	0 人 --	1 人 0.1%
G4	高度低下	15-30 未満	1 人	0 人 0.1%	0 人 0.0%	0 人 --	1 人 0.1%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0 人	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 --	0 人 0.0%

(2) 透析患者数及び疾病別透析導入者数（抜粋）の推移

透析患者数は、ここ数年横ばい状態にあります。毎年、新規導入者があり、特に糖尿病性腎症による導入者が多いことがわかります。

腎－②透析患者数の推移				
	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
透析患者数	33人	35人	34人	34人

※毎年3月末時点

腎－③疾病別透析導入者数（抜粋）の推移

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
糖尿病性腎症	3人	1人	2人	1人
腎硬化症	0	1人	0	1人
慢性腎不全	0	1人	0	0
慢性腎炎	0	0	1人	0

糖尿病性腎症以外の3疾患については、70代・80代の導入が主ですが、糖尿病性腎症に限っては、50代・60代からの導入となっています。

このような状況を踏まえ、年齢やeGFR（推算糸球体ろ過量）、尿蛋白を指標として、健診結果からかかりつけ医、腎臓専門医等へ紹介するなど、早期に介入し、新規透析導入患者数の減少を目指します。

（3）腎臓機能低下の保健指導

本町では、「CKD診療ガイド」及び「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等の各学会のガイドラインに基づき、保健指導を実施します。

①対象者の決定

特定健診の結果から、特定保健指導対象者に保健指導を実施します。

また、特定保健指導対象外の者で、eGFR、尿検査、治療の有無、他のリスクの有無等から優先順位を考え、保健指導の対象者を決定します。重症化予防のために、eGFR60ml/分/1.73m²未満、尿蛋白（+）以上、尿潜血（++）以上の者から優先順位をつけて、保健指導の対象者とします。

②保健指導の実施

特定健診結果一覧を作成し、保健指導対象者の情報を整理し、優先順位を考え、保健指導方針を決定します。

対象者に応じた効果的な学習教材（「私の健康記録」等）を使用し、結果報告会や家庭訪問等による保健指導を実施します。生活習慣改善の支援、受診（治療）勧奨及び治療継続への支援等を行います。

③保健指導の評価

評価は、対象者個人を単位として、健診結果の改善状況及び経年変化、治療状況、生活習慣の改善状況などから評価を行います。また、レセプトで医療機関の受診状況を確認します。

このような評価を毎年行い、健康課題を明確にした具体的な取り組みを実施していきます。

(4) 地域での取り組み

日頃から腎臓を守る生活を心がけるよう、減塩の大切さ等を健康教室や広報、各種イベント等で啓発し、CKD対策を推進します。

第4章 特定健診・特定保健指導の実施

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します。

1 特定健診の実施

(1) 実施体制

①健診体制

健診実施を外部機関に委託し、集団健診方式と個別健診方式を並行して実施します。

②実施場所

集団健診については「川棚町中央公民館」及び「地区公民館」等で実施します。

個別健診については本町が直接契約、又は医師会等との集合契約を行う医療機関等（以下「契約健診機関等」という。）において実施します。

③実施項目

○基本的な健康診査の項目

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、理学的検査（身体診察）、血圧測定、血中脂質検査（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（AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP)、血糖検査（空腹時血糖、HbA1c）、尿検査（尿糖、尿蛋白）、血清尿酸検査、血清クレアチニン検査）

※下線については、川棚町国民健康保険独自の追加項目

※血糖検査については（波線の）2項目実施（省令及び標準的なプログラムではいずれか一方を実施）

○詳細な健康診査の項目

心電図検査、眼底検査、貧血検査については、省令に基づいて実施します。

※集団健診の場合、貧血検査は保険者独自の追加項目として実施します。

④実施時期

集団健診 毎年契約健診機関等と日程調整を行い時期を決定。

個別健診 4月～翌年3月

⑤他検診との共同実施

受診者が何度も受診するような不便を避け、受診率向上を図るために、次の検診と同時実施を行うよう配慮します。

○がん検診（胃がん、肺がん、大腸がん、前立腺がん）

○肝炎ウイルス検査

(2) 健診自己負担額

健診委託単価の1割相当額とします。

(3) 受診券の様式

受診券の様式は、国が定める標準様式の内容を記載した様式を使用します。

(4) 健診の案内方法

特定健康診査受診率の向上につながるよう、各機会を通して案内します。

① 健診日程等の案内

4月に健診対象者を一括抽出し受診券を郵送します。

② 広報等による周知

2 特定保健指導の実施

(1) 対象者の選定

特定保健指導は、対象者の保健指導の必要ごとに「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」に区分し、階層化する。対象者を選定するための階層化の基準、及び特定保健指導として行う「積極的支援」及び「動機づけ支援」の内容については、高齢者の医療の確保に関する法律第24条の厚生労働省令で定められた方法で実施します。

○「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します。

○「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し、その生活が継続できることを目指します。

○「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します。

(2) 実施体制

特定保健指導は健康推進課健康増進係が主体的に実施します。

(3) 実施場所

「川棚町中央公民館」等で実施します。必要に応じて個別の家庭訪問も取り入れます。

(4) 実施時期

特定健診終了後、速やかに実施します。

(5) 保健指導の評価

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

第5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・保健指導データの形式

国が示した電子的標準様式により、電子データでの送受信を原則とします。

2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとなるが、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に努めます。

3 被保険者への結果通知様式

本町電算システムにより発行した様式を受診者へ送付します。

ただし、委託健診機関等により発行が可能な場合にはこれを使用します。

4 記録の提供の考え方

健診データは厳格な取り扱いが求められ、以下の条件が揃う場合のみデータ

移動ができ、保険者間でのデータ移動は原則ではなく例外として行います。

- (1) 新保険者が旧保険者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
- (2) かつ、本人が新保険者のデータ管理に対する意向に同意するものの、本人からの提供でない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
- (3) さらに、旧保険者が最低保管年度を越えて本人に代わりデータを長期保管している場合

5 個人情報保護対策

特定健康診査等の実施及び記録の管理等に関する個人情報については、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドラインの遵守、川棚町個人情報の保護に関する条例、川棚町セキュリティポリシーに基づき取り扱うこととします。また、健診機関等についても、個人情報保護に関する法令遵守や守秘義務規定の周知徹底を図り、個人情報の漏洩防止に努めることとします。

第6章 社会保険診療報酬支払基金（国）への結果報告

社会保険診療報酬支払基金（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。

実施報告については、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7章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

計画の公表については、町のホームページへ掲載する等、普及啓発を行います。