

**新富町国民健康保険**  
**第2期特定健康診査等実施計画**  
(平成25年度～平成29年度)



**平成25年3月**  
**宮崎県新富町**

## 第2期 特定健康診査等実施計画

### もくじ

#### 序章 制度の背景について

1. 医療制度改革の工程と指標	1
2. 社会保障と生活習慣病	2
3. 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）	4
4. 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	7

#### 第1章 第1期の評価

1. 目標達成状況	8
（1）実施に関する目標	8
①特定健診実施率	8
②特定保健指導実施率	8
（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及びメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策	11
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
（2）市町村国保グループでの位置	13

#### 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	14
（1）医療費全体の状況	15
（2）平成23年度 ひと月医療費80万円以上のレセプト	15
（3）慢性人工透析患者数と新規導入者の推移	17
2. 第1期計画の実践からみえきた被保険者の健康状況と課題	18
（1）糖尿病	18
（2）循環器疾患	21
（3）慢性腎臓病	26
（4）健診結果から見た新規受診者の状況	29
（5）共通する課題（生活習慣の背景となるもの）	30

#### 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	31
2. 目標値の設定	31
3. 対象者数の見込み	31
4. 特定健診の実施	31
（1）特定健康診査の内容	31
（2）健診対象者	32
（3）実施形態	32
（4）自己負担額	32
（5）特定健診委託基準	32
（6）費用の請求・支払代行機関	32
（7）特定健診の案内方法	32
（8）受診券の様式	32
（9）健診実施スケジュール	33
5. 保健指導の実施	34
（1）健診から保健指導実施の流れ	34
（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	35
（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	37
（4）保健指導に使用する学習教材	37
（5）保健指導実施者の人材確保と資質向上	37
（6）保健指導の評価	37

#### 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	40
2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	40
3. 個人情報保護対策	40

#### 第5章 結果の報告

1. 支払基金への報告	40
-------------	----

#### 第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

40

# 序章 制度の背景について

## 1. 医療制度改革の工程と指標

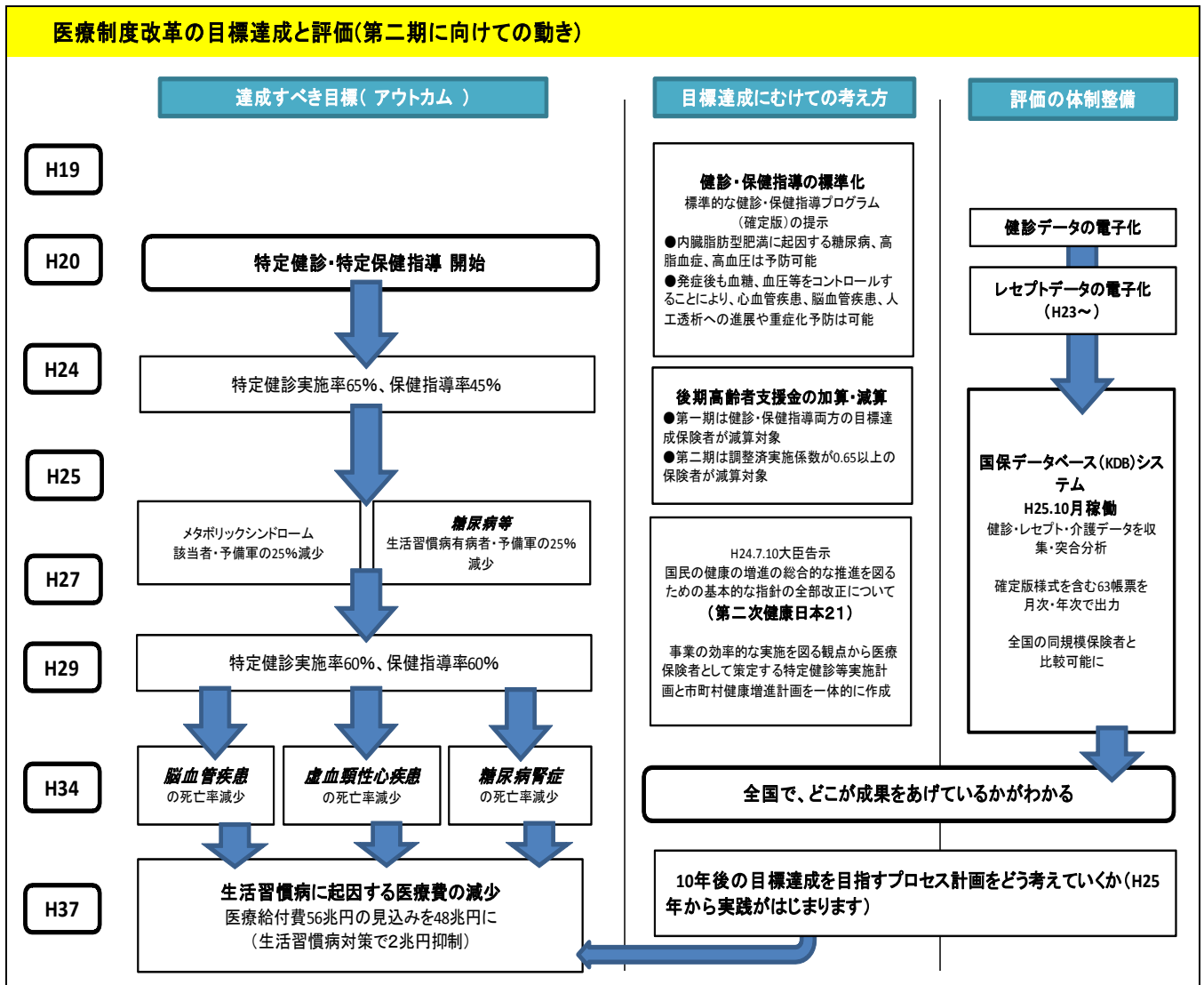
日本では、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる体制が確立され、質の高い保健・医療サービスが提供されてきました。しかし、急速な少子高齢化の進展など社会環境や生活スタイルの変化などにより、疾病構造が変化し、悪性新生物（がん）や循環器疾患（心血管疾患や脳血管疾患）糖尿病などの生活習慣病が増加し、これに伴う要介護者の増加も深刻な問題になっています。

このため国は、誰もが願う「健康と長寿」の確保と医療費抑制のため、平成18年6月に医療制度改革関連法の改正を行い、その一つとして、生活習慣病を中心とした疾病予防重視の健診・保健指導を創設しました。

平成27年度までに糖尿病等の有病者・予備群を25%減らすことを目標に、厚生労働省が示した標準的な健診・保健指導プログラムに基づき、平成20年度から医療保険者による特定健診・特定保健指導がスタートしています。

この計画では、第1期5年間の取り組みや成果を評価し、新富町長期総合計画における「町民誰もが元気で生涯を通して安心して暮らせるまちづくり」の理念に沿って今後の取り組みの方向を第2期計画として定めることとします。

【図】医療制度改革の工程と指標



## 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、「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およ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、同法 18 条には、「特定健康診査は、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、社会保障の視点でみると、特定健診・特定保健指導がスタートした平成 20 年度の医療費は、総医療費 29.6 兆円のうち、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 兆円で、それぞれ老人保健法が始まった昭和 57 年と比べて、総医療費は、2.4 倍、糖尿病は 3.9 倍、虚血心疾患は 2.5 倍、脳血管疾患は 1.7 倍、がんは 3.5 倍になっています。

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。

【表】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)	主要疾患別医療費 (兆円)			年金 (兆円)	福祉・ その他 (兆円)	
								糖尿病 (兆円)	虚血性心疾患 (兆円)	脳血管疾患 (兆円)			
1978 昭和53	WHOアムステルダム宣言	第1次国民健康づくり運動	21.9	34.1	77.6	19.8	8.9					7.8	3.0
1982 昭和57		★ 老人保健法制定	30.5	47.2	154.1	30.1	12.4	0.3	0.3	0.9	0.8	13.3	4.3
1986 昭和61	WHOオタワ憲章（ヘルスプロモーション）		41.9	53.6	224.7	38.6	15.1	0.5	0.4	1.2	1.1	18.8	4.7
1988 昭和63		第2次国民健康づくり運動（アクティブ80ヘルスプラン）	50.8	61.5	246.5	42.5	16.7	0.5	0.5	1.4	1.3	21.0	4.7
1996 平成8		「成人病」を、「生活習慣病」に公衆衛生審議会の提言を受け厚生省が改称	52.1	78.8	449.3	67.5	25.2	1.0	0.7	1.9	1.9	35.0	7.4
2000 平成12	世界の人口60億人に	第3次国民健康づくり運動（健康日本21）	50.7	89.3	645.9	78.1	26.0	1.1	0.7	1.8	2.0	41.2	10.9
2003 平成15		健康増進法施行	43.3	82.4	691.6	84.3	26.6	1.1	0.7	1.7	2.5	44.8	12.9
2006 平成18		医療制度改革（予防重視、後期高齢者医療制度の創設）	49.1	81.4	761.1	89.1	28.1	1.1	0.7	1.9	2.5	47.3	13.7
2007 平成19		医療保険者における生活習慣病対策として、標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）の提示★	51.0	81.8	766.7	91.4	28.9	1.1	0.7	1.8	2.7	48.3	14.2
2008 平成20	WHO「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」 4つの非感染性疾病（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）	4月 次期国民健康づくり運動プラン（第2次健康日本21）報告書たきた公表★											
2012 平成24			40.9	94.7	893.9								



### 3. 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）

国からは、平成19年4月に「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」として、生活習慣病対策についての基本的な考え方が示されました。

【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> (確定版)</p> <p>平成19年4月</p> <p>厚生労働省 健康局</p>	<p>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 健診データ等の電子化 ..... 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・領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>
---	--

#### （1）内臓脂肪群に着目する意義

「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」には「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、発症してしまっても、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」と明記されています。

#### （2）健診と保健指導の考え方

平成20年度からの健診・保健指導については、これまでの健診・保健指導とは違い、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」を抽出するために行うもので、保健指導は、「糖尿病等の有病者・予備群を25%減少する」という結果を出すために行うものとされています。

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」として、健診・保健指導の契約やデータの取り扱いのルールが示されました。

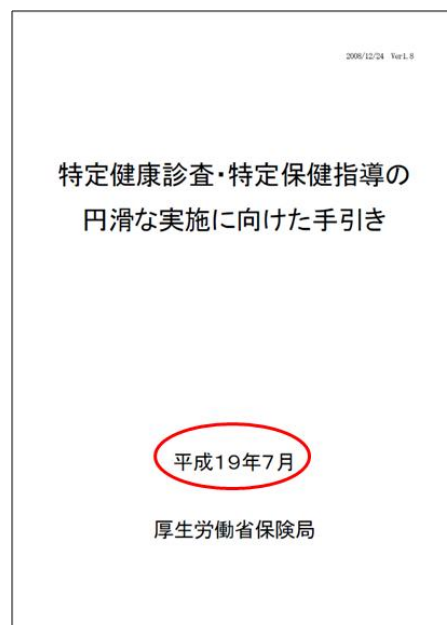
第1期計画については、「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」等これらの資料を参考に、内容を検討し計画策定を行いました。



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>→</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

【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



#### 4. 第2期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方

国が公表している「第2期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について（とりまとめ案）」によると、第2期に向けては、特定保健指導の対象とならない非肥満の人への対応や、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。

新富町国民健康保険では、第1期よりこれらの取り組みの一部がすで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ています。

第2期計画においても、第1期と同様に「特定健康診査等基本指針」や「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」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

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。医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」であるため、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。いずれも、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。

医療保険者が関係する目標項目	
循環器疾患	① 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） ② 脂質異常症の減少 ③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ④ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上
糖尿病	① 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 ② 治療継続者の割合の増加 ③ 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JDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少） ④ 糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤ 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） ⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）





# 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】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 (1/11現在)
目標	35%	40%	45%	50%	65%
実績	38.2%	35.8%	23.8%	28.4%	30.9%

#### 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】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	10%	20%	30%	40%	45%
実績	44.9%	32.1%	40.6%	34.6%	実施中

特定健診実施率、特定保健指導実施率ともに、平成23年度までの確報値と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

平成 24 年度の内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の割合が、平成 20 年度に比べて 10%減少することを目標として定められています。

国が示す次の算定式に基づき、評価することとされています。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。

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 支援金納付分は、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>

【表】 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 (1/11 現在)
該当者	273 人 17.5%	202 人 14.1%	172 人 18.3%	162 人 14.6%	128 人 15.1%
予備群	186 人 11.9%	145 人 10.1%	100 人 10.6%	102 人 9.2%	141 人 11.7%

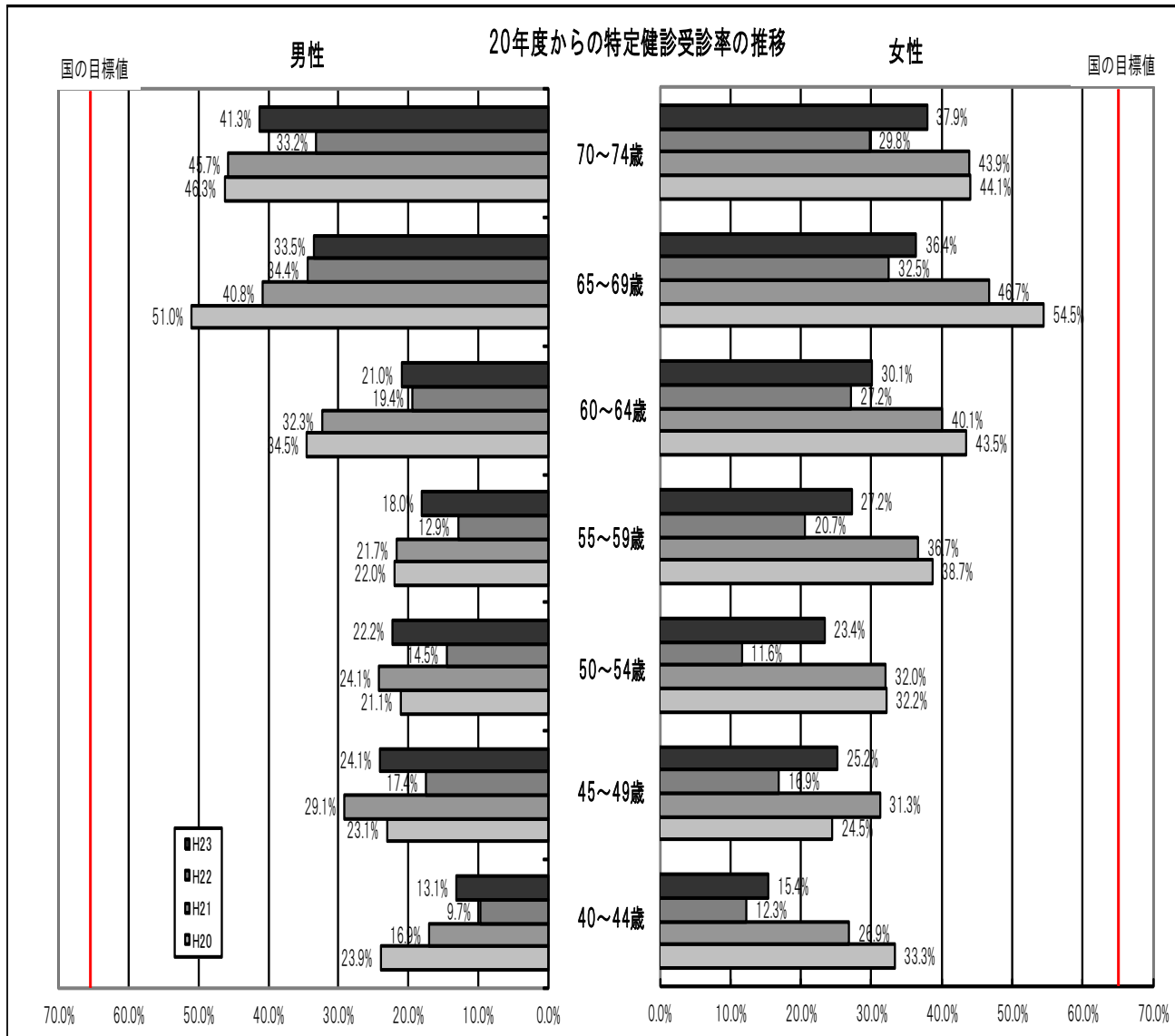
(3) 目標達成に向けての取り組み状況

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】 平成20年度からの受診率の推移

		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	138	33	23.9%	169	39	23.1%	242	51	21.1%	327	72	22.0%	348	120	34.5%	408	208	51.0%	393	182	46.3%
	H21	118	20	16.9%	175	51	29.1%	232	56	24.1%	286	62	21.7%	362	117	32.3%	414	169	40.8%	398	182	45.7%
	H22	113	11	9.7%	155	27	17.4%	221	32	14.5%	272	35	12.9%	402	78	19.4%	389	134	34.4%	389	129	33.2%
	H23	122	16	13.1%	133	32	24.1%	207	46	22.2%	261	47	18.0%	410	86	21.0%	373	125	33.5%	412	170	41.3%
女性	H20	126	42	33.3%	151	37	24.5%	202	65	32.2%	300	116	38.7%	402	175	43.5%	457	249	54.5%	415	183	44.1%
	H21	119	32	26.9%	144	45	31.3%	181	58	32.0%	289	106	36.7%	404	162	40.1%	465	217	46.7%	412	181	43.9%
	H22	122	15	12.3%	130	22	16.9%	172	20	11.6%	276	57	20.7%	460	125	27.2%	421	137	32.5%	440	131	29.8%
	H23	130	20	15.4%	111	28	25.2%	167	39	23.4%	250	68	27.2%	455	137	30.1%	423	154	36.4%	438	166	37.9%



- ・受診率は横ばい状態にあり、目標値である 65%には達していません。
- ・平成 22 年度は口蹄疫発生のため健診実施時期が例年通りではありませんでした。
- ・平成 22 年度より、胃がん・大腸がん検診も同時に実施しています。
- ・平成 23 年度より、未受診者を対象にした健診を実施しています。
- ・平成 24 年度より、脳ドックの受診者も医療機関から情報提供をお願いしています。

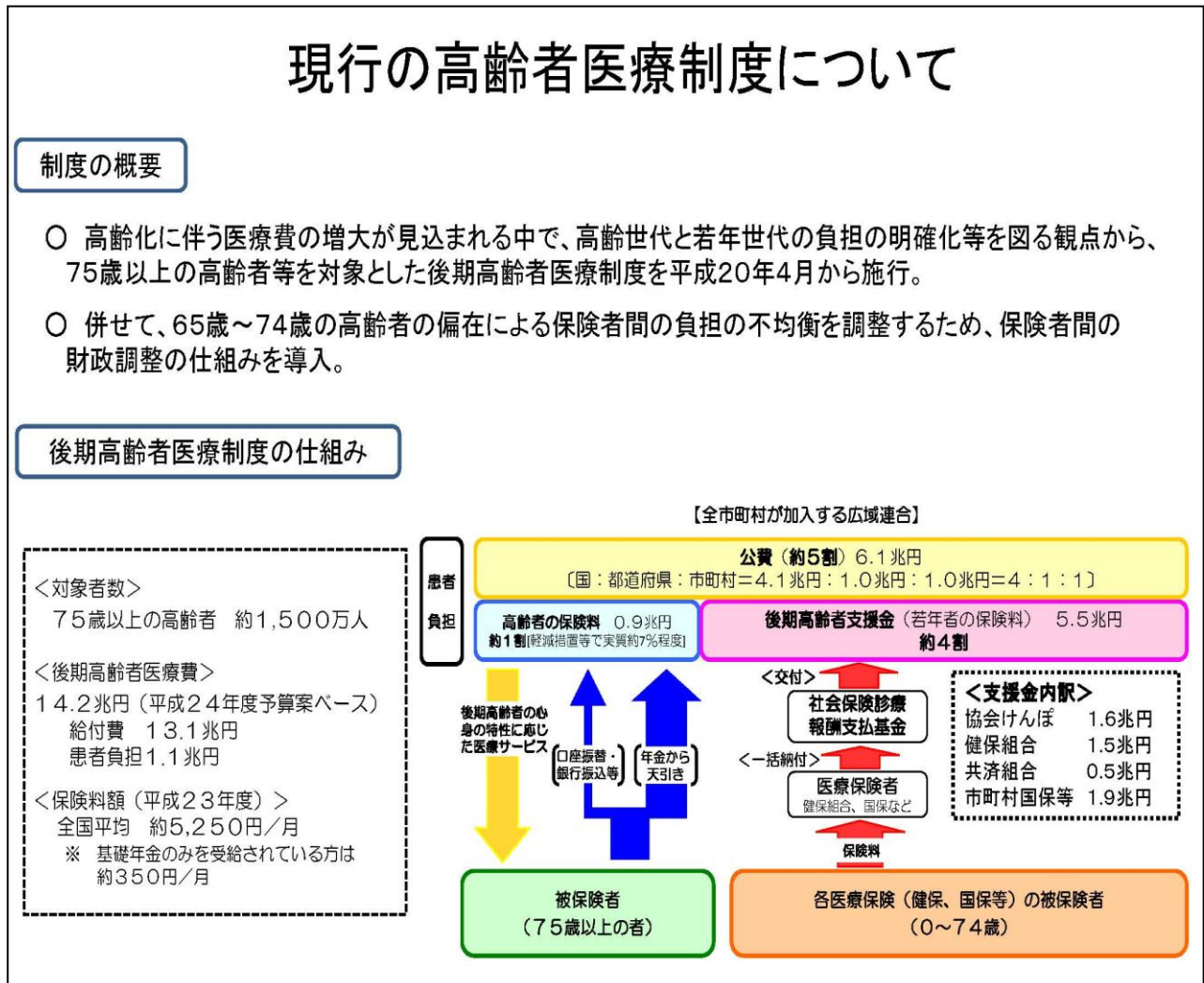
②保健指導実施率の向上方策及びメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策

- ・特定保健指導については年々増加しているものの目標値には達していません。
- ・特定保健指導の対象者は個別対応し、初回面接時に結果を渡しています。
- ・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を一部実施し、重症化予防に努めています。

## 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 49,522 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（刺激）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次のとおりです。

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です。減算率は平成 21 年度実績での試算では、約 3.7%、国保加入者 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

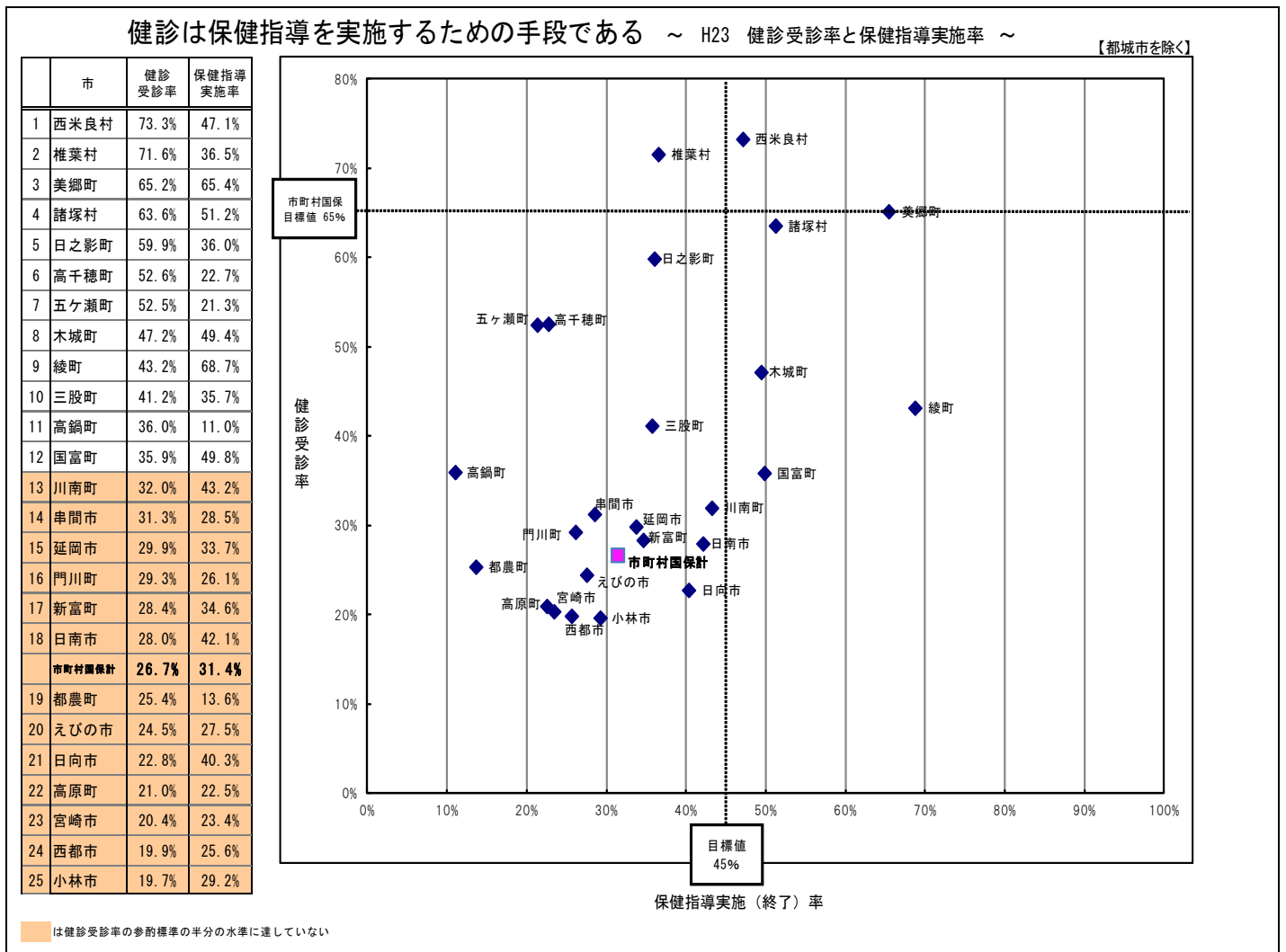
健診も保健指導もほとんど実施していない保険者です。調整後の特定健診実施率と特定保健指導実施率を乗じた実施係数が 0.0015 未満を加算対象とする案（特定健診実施率 15%未満、特定保健指導実施率が 1%未満などの場合に該当）が有力です。加算率は、0.23%を前提とする方向で、国保加入者 1 人あたり加算額は、年 114 円と試算されています。

以上のことから、平成 25 年度の新富町国民健康保険の後期高齢者支援金の加算・減算は行われない見込みです。

(2) 市町村国保グループでの位置

平成 23 年度の実績でみると、県内市町村国保で特定健診実施率 65%達成保険者は、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（都城市は除く）。

【図】平成 23 年度 健診受診率と保健指導実施率（宮崎県）



## 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新富町の特徴

【表】社会保障の視点でみた新富町の特徴

項目		国			宮崎県			新富町								
1	人口動態 H24.4.1 推計人口 (徳島県HPより)	総人口	127,650,000 人			1,130,912 人			17,931 人							
		65歳以上人口	30,250,000 人			291,214 人			4,089 人							
		(再掲)75歳以上人口	15,010,000 人			160,076 人			2,124 人							
		高齢化率	23.7 %			25.9 %			22.8 %							
	75歳以上の割合	11.8 %			14.2 %			11.8 %								
平均寿命	男性	78.79 歳			78.60 歳			78.5 歳								
	女性	85.75 歳			86.10 歳			86.3 歳								
2	死亡の状況 平成22年度 徳島県保健統計年報より	死亡原因	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		302.9							
		2位	心疾患		149.8		心疾患		183.1							
		3位	脳血管疾患		97.7		脳血管疾患		122							
		4位	肺炎		94.1		肺炎		114							
	5位	老衰		35.9		不慮の事故		37.5								
	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		14.7%		1,644 人		12.4%							
男性	119,965 人		18.9%		1,102 人		17.0%									
女性	56,584 人		10.0%		542 人		7.5%									
3	介護保険 平成22年度 介護保険事業状況報告より	要介護認定者数	5,062,234 人			50,847 人			638 人							
		認定率(1号被保険者)	16.9%			17.0%			14.9%							
	介護給付費 (第1号の介護給付・予防給付)	給付費	1人あたり		給付費	1人あたり		給付費	1人あたり							
6,663,722,854,000 円	229,006 円		72,462,392,000 円	234,854 円		990,645,000 円	237,451 円									
4	後期高齢者医療 後期高齢者医療事業年報、 国民連合会資料 「医療費の状況」より	加入者	14,341,142 人			156,839 人			2,155 人							
		入院:1人あたり診療費	418,334 円			430,919 円			397,927 円							
		入院外:1人あたり診療費	262,563 円			250,980 円			243,826 円							
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	被保険者数	人数		割合		人数		割合							
		35,849,071 人	-		357,632 人		-		6,132 人							
		うち 65-74歳	11,222,279 人		31.3%		107,287 人		30.0%							
		一般	33,851,629 人		94.4%		336,466 人		94.1%							
		退職	1,997,442 人		5.6%		21,166 人		5.9%							
		加入率	28.0%			31.5%			34.4%							
6	医療費の状況 平成22年度 国民健康保険事業年報より	医療費総額 (一般+退職)	医療費		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		
		10,730,809,969,643 円	299,333 円		112,284,541,377 円		313,967 円		23 位		1,932,977,328 円		309,276 円			
		9,981,592,881,827 円	294,863 円		104,299,273,606 円		309,985 円		23 位		1,812,464,991 円		304,207 円			
		749,244,489,084 円	375,102 円		7,985,267,771 円		377,269 円		17 位		120,512,337 円		412,713 円			
7	医療の状況 (※平成24年5月診療分データ)	治療者数	全受療者に 占める割合		総人数に 占める割合		治療者数	全受療者に 占める割合		被保険者数に 占める割合		治療者数	全受療者に 占める割合		被保険者数に 占める割合	
		虚性心疾患					9,923		6.20%		2.74%		130		4.68%	
		脳血管疾患(脳梗塞)					5,629		3.52%		1.55%		126		4.54%	
		脂質異常症					46,656		29.16%		12.90%		961		34.62%	
		糖尿病					29,936		18.71%		2.60%		519		18.70%	
		高血圧症					67,055		41.91%		18.50%		1,152		41.50%	
人工透析					1,203		7.52%		0.33%		25		9.01%			
7	特定健診の状況 平成23年度分 特定健診データより (平成24年10月抽出)	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	健診対象者数	受診者数	受診率					
		22,544,587 人	7,362,795 人	32.7%	224,977 人	66,219 人	29.4%	3,962 人	1,134 人	28.6%						
		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					LDL	29,162 人	56.6%	HbA1c	678 人	59.8%				
		第2位					HbA1c	29,012 人	56.4%	LDL	607 人	53.3%				
		第3位					収縮期血圧	25,155 人	48.9%	収縮期血圧	448 人	39.5%				
		第4位					腹囲	17,172 人	33.4%	腹囲	305 人	26.9%				
		第5位					BMI	12,811 人	24.9%	BMI	244 人	21.5%				
		第6位					血糖	12,035 人	23.4%	中性脂肪	220 人	19.4%				
		第7位					拡張期血圧	10,152 人	19.7%	γ-GT	207 人	18.3%				
		第8位					中性脂肪	9,307 人	18.1%	拡張期	179 人	15.8%				
		第9位					ALT(GPT)	7,540 人	14.6%	AST(GOT)	176 人	15.5%				
		第10位					尿酸	4,647 人	9.0%	ALT(GPT)	170 人	15.0%				
		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)					44,100 人	-	-	976 人	-	-						
動機づけ支援(O)					6,756 人	2,626 人	38.9%	104 人	47 人	45.2%						
積極的支援(P)					2,862 人	403 人	14.1%	54 人	6 人	11.1%						
(再)就業中のためO・P対象者 から除外した者					7,881 人	-	-	175 人	-	-						
(再)就業中でコントロール不良(L)					12,369 人	-	-	267 人	-	-						

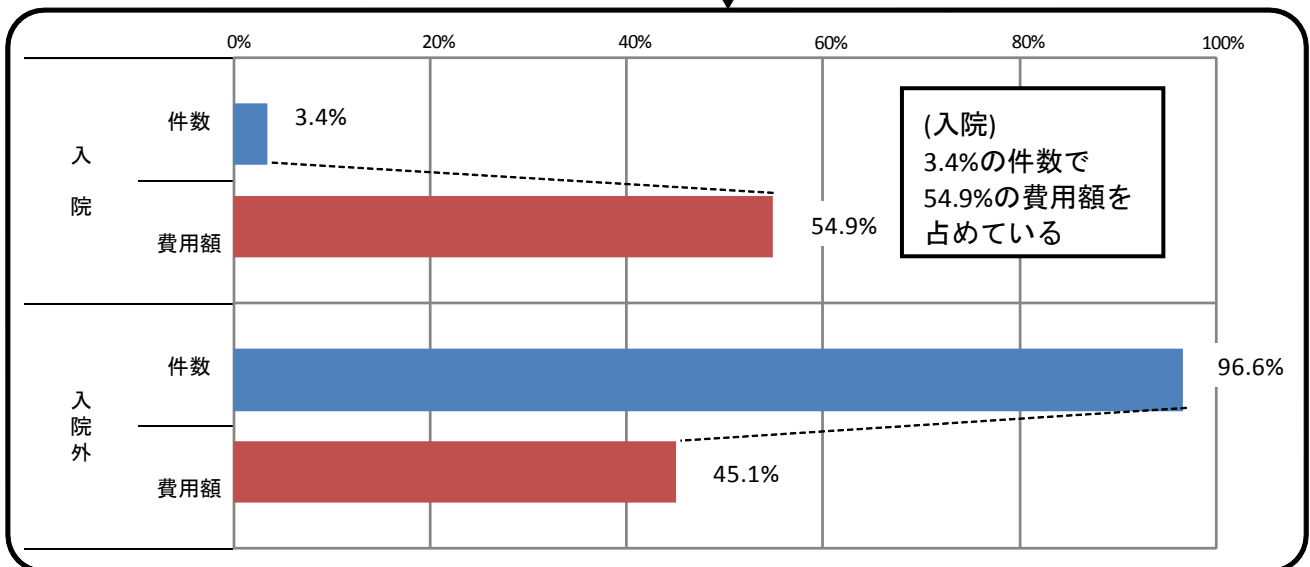
## 2. 医療費の視点でみた現状

### (1) 医療費全体の状況

#### ①入院と入院外の医療費の内訳(平成 23 年 3 月～平成 24 年 2 月診療分)

	費用額		レセプト件数	
		割合		割合
合計	14億2383万5799 円		47,044 件	
入院	7億8146万544 円	54.9%	1,607 件	3.4%
入院外	6億4237万5255 円	45.1%	45,437 件	96.6%

#### ②入院と入院外の件数・費用額の割合比較



(2) 平成 23 年度 ひと月医療費 80 万円以上のレセプト

●ひと月 80 万円以上のレセプトの内訳 (平成 23 年 3 月～平成 24 年 2 月診療分)

	レセプト件数 (件)	費用額 (円)
入院	263	366,180,840
入院外	0	0

①ひと月80万円以上のレセプト  
263件の内訳を見てみると...

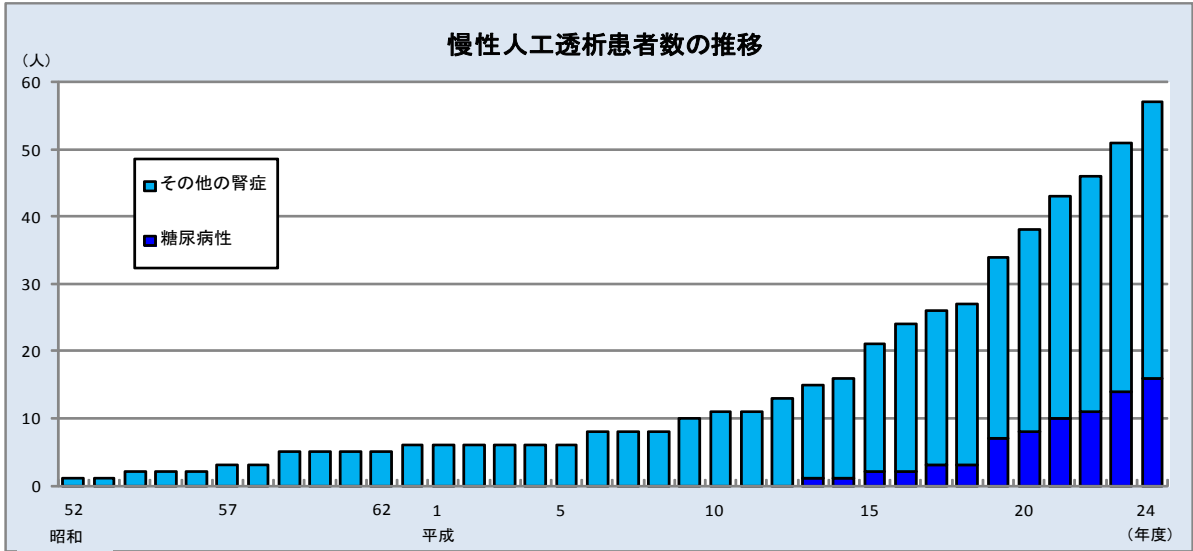
主病名 費用額	合計	循環器疾患					がん	整形疾患	その他	
		虚血性 心疾患	脳血管疾患		大動脈瘤	閉塞性 動脈硬化				
			脳梗塞	脳出血						
合計	件数	263	22	5	23	5	5	61	33	109
	割合	100%	8%	2%	9%	2%	2%	23%	13%	41%
	費用額	366,180,840	46,040,240	5,197,630	23,964,740	14,642,550	8,310,020	84,412,910	42,396,960	141,215,790
	1件あたり	1,392,323	2,092,738	1,039,526	1,041,945	2,928,510	1,662,004	1,383,818	1,284,756	1,295,558
	実人数	15	16	3	12	3	3	39	26	52
700万円台	件数	2								2
	割合	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%
600万円台	件数	2	1			1				
	割合	0.8%	4.5%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
500万円台	件数	2	1			1				
	割合	0.8%	4.5%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
300万円台	件数	3	1					1		1
	割合	1.1%	4.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%	0.9%
200万円台	件数	26	5		1		2	7	5	6
	割合	9.9%	22.7%	0.0%	4.3%	0.0%	40.0%	11.5%	15.2%	5.5%
100万円台	件数	127	8	3	6	1	2	33	12	62
	割合	48.3%	36.4%	60.0%	26.1%	20.0%	40.0%	54.1%	36.4%	56.9%
80～100万円 未満	件数	101	6	2	16	2	1	20	16	38
	割合	38.4%	27.3%	40.0%	69.6%	40.0%	20.0%	32.8%	48.5%	34.9%

②上記の疾患の方の  
基礎疾患をみると...

基礎疾患	疾病	虚血性 心疾患	脳梗塞	脳出血
		実人数(人)	16	3
高血圧	人数	10	3	6
	割合	62.5%	100.0%	50.0%
高血糖	人数	7	2	1
	割合	43.8%	66.7%	8.3%
脂質異常症	人数	9	1	4
	割合	56.3%	33.3%	33.3%

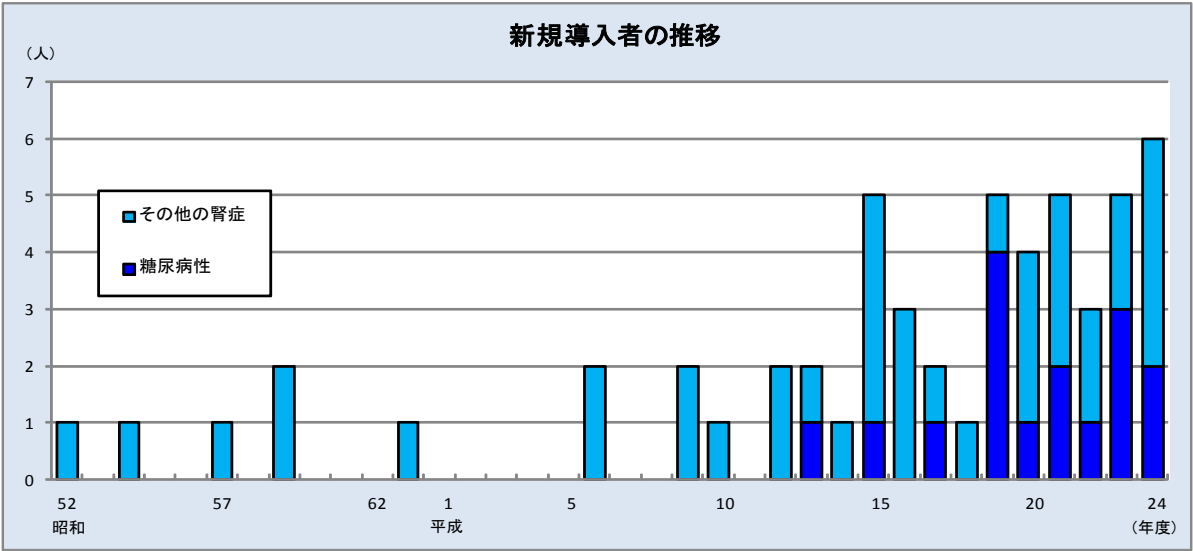
※基礎疾患の重なりあり

(3) 慢性人工透析患者数と新規導入者の推移 (平成 25 年 1 月 1 日現在透析中の方のみ)



年度	昭和													平成				
	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	1	2	3	4	5	
原因疾患	その他の腎症	1	1	2	2	2	3	3	5	5	5	5	6	6	6	6	6	
	糖尿病性																	
	計						3	3	5	5	5	5	6	6	6	6	6	

年度	平成																			
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
原因疾患	その他の腎症	8	8	8	10	11	11	13	14	15	19	22	23	24	27	30	33	35	37	41
	糖尿病性							1	1	2	2	3	3	7	8	10	11	14	16	
	計				10	11	11	13	15	16	21	24	26	27	34	38	43	46	51	57



年度	昭和													平成				
	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	1	2	3	4	5	
原因疾患	その他の腎症	1		1			1		2				1					
	糖尿病性																	
	計						1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	

年度	平成																			
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
原因疾患	その他の腎症	2			2	1		2	1	1	4	3	1	1	1	3	3	2	2	4
	糖尿病性							1		1		1		4	1	2	1	3	2	
	計				2	1	0	2	2	1	5	3	2	1	5	4	5	3	5	6

## 2. 第1期計画の実践からみえきた被保険者の健康状況と課題

糖尿病、循環器疾患、慢性腎臓病の予防を視点を、現状と課題を以下のとおり整理します。

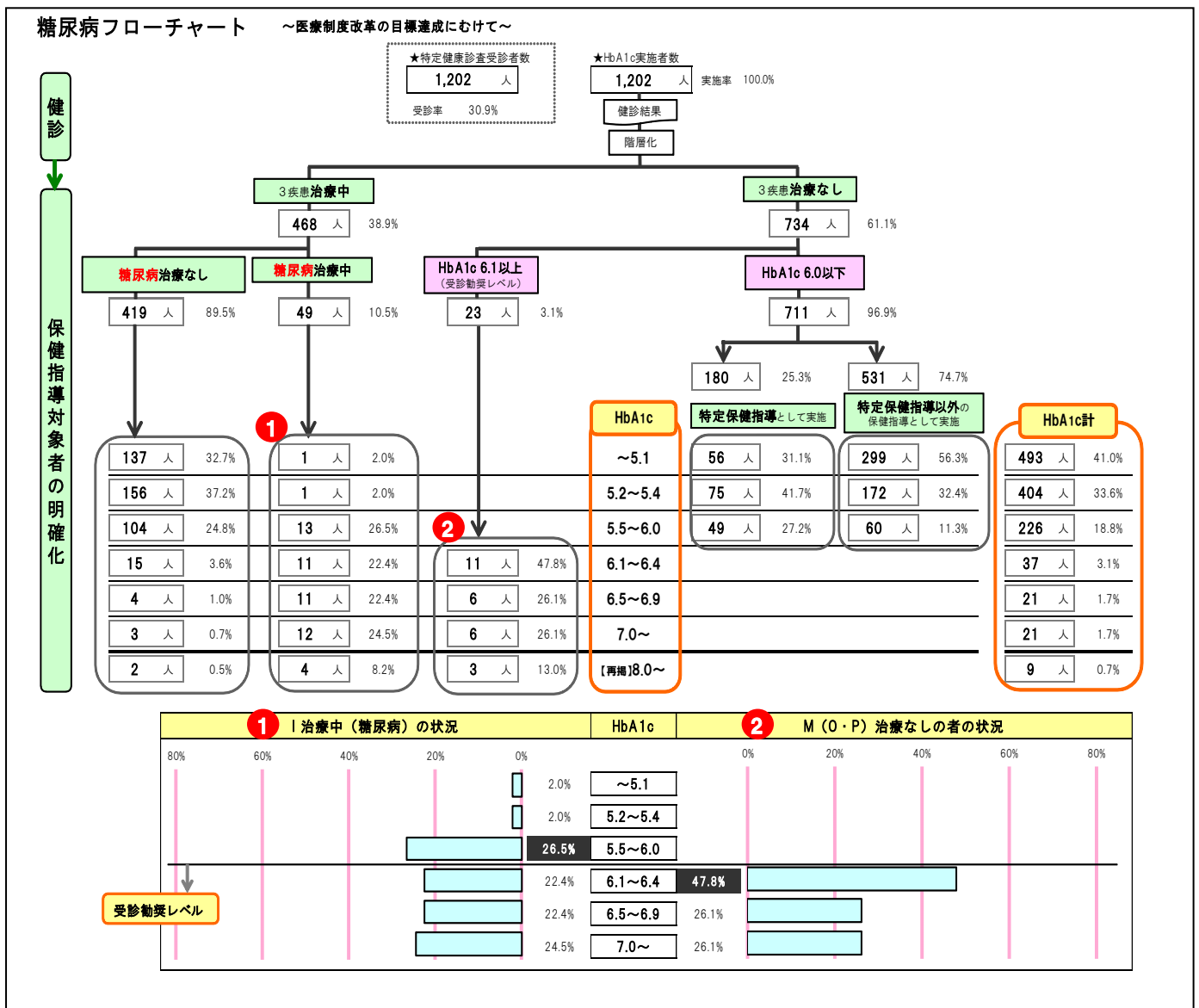
### (1) 糖尿病

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。

平成24年度（平成25年1月11日現在）の健診結果では、糖尿病有病者数は79人（6%）でした。そのうち合併症の恐れのあるHbA1c7.0以上は21人で、治療中者が12人、治療していない人が9人でした。

第1期では、HbA1cの値に基づき、受診勧奨を含む保健指導や結果説明を行ってきましたが、HbA1c値5.1以下の正常者の割合が減少し、5.2～6.0の糖尿病発症予防者、6.1以上の糖尿病重症予防者の割合が増加傾向にあります。

【図】糖尿病フローチャート（平成24年度）平成25年1月11日現在









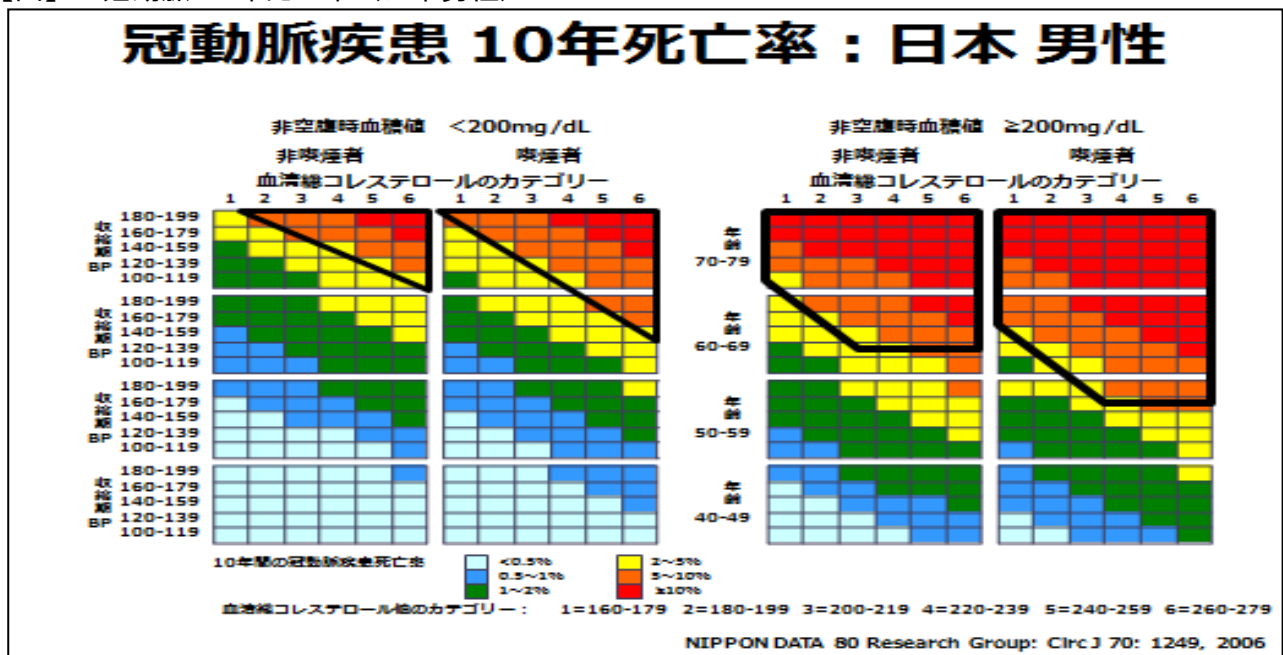
(2) 循環器疾患

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、これらのそれぞれについて改善を図っていく必要があります。

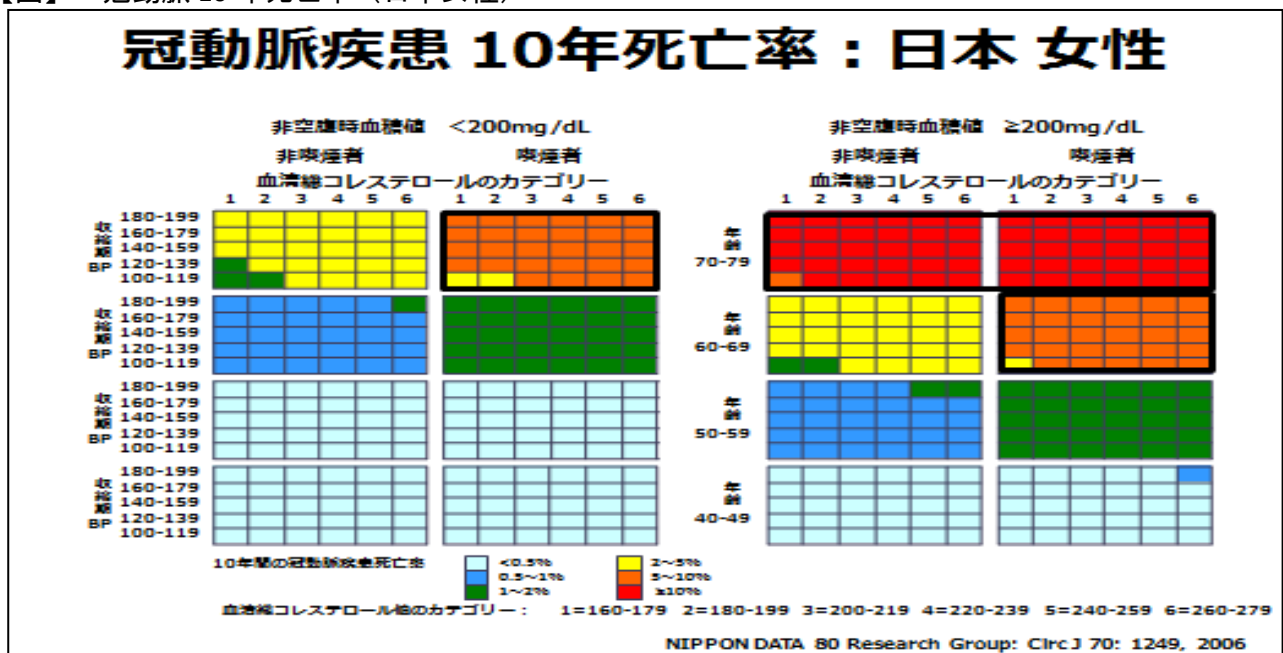
脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子であり、特に総コレステロール及びLDLコレステロールの高値は日米欧いずれの診療ガイドラインでも、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。日本人を対象とした疫学研究でも、虚血性心疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは総コレステロール値 240 mg/dl 以上あるいはLDLコレステロール 160mg/dl 以上からが多くなっています。

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 10 年死亡率（日本男性）



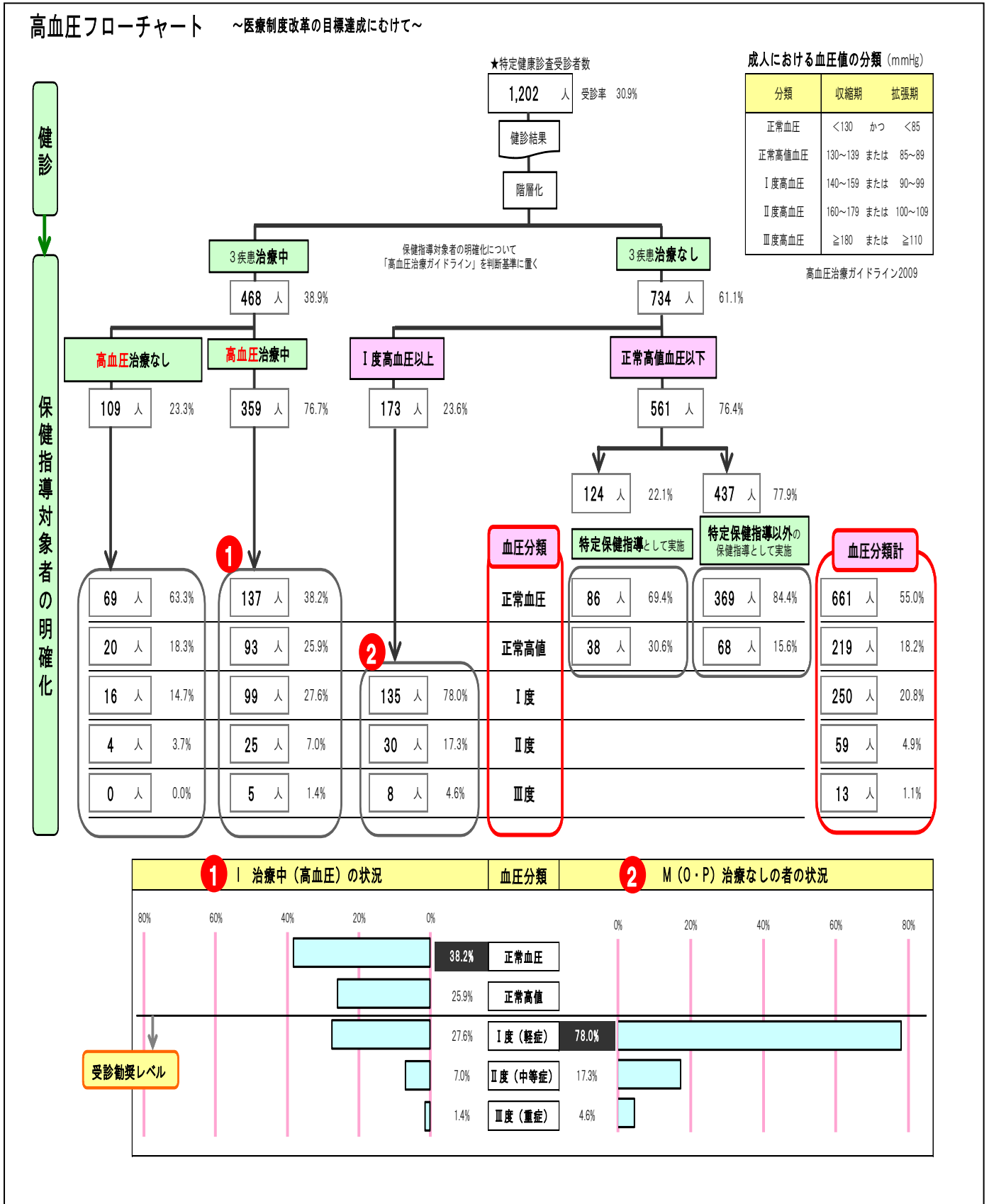
【図】 冠動脈 10 年死亡率（日本女性）



①健診結果からみた高血圧の状況

平成 20 年度からの年次推移をみると、正常値の者が増加し、重症化しやすいといわれているⅡ度高血圧以上の者が減少しています。

【図】高血圧フローチャート（平成 24 年度）平成 25 年 1 月 11 日現在



【図】 血圧の年次比較

	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	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H20	1,572	700	44.5%	415	26.4%	340	21.6%	90	5.7%	27	1.7%
H21	1,458	737	50.5%	349	23.9%	280	19.2%	76	5.2%	16	1.1%
H22	953	429	45.0%	176	18.5%	244	25.6%	83	8.7%	21	2.2%
H23	1,134	669	59.0%	200	17.6%	200	17.6%	55	4.9%	10	0.9%

アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常	正常高値	I 度高血圧	II 度高血圧以上		再掲		再掲
					再)III度高血圧	未治療	治療		
H20	1,572	700 44.5%	415 26.4%	340 21.6%	117 7.4%	61 52.1%	56 47.9%	7.4%	1.7%
					27 1.7%	14 51.9%	13 48.1%		
H21	1,458	737 50.5%	349 23.9%	280 19.2%	92 6.3%	50 54.3%	42 45.7%	6.3%	1.1%
					16 1.1%	10 62.5%	6 37.5%		
H22	953	429 45.0%	176 18.5%	244 25.6%	104 10.9%	51 49.0%	53 51.0%	10.9%	2.2%
					21 2.2%	10 47.6%	11 52.4%		
H23	1,134	669 59.0%	200 17.6%	200 17.6%	65 5.7%	26 40.0%	39 60.0%	5.7%	0.9%
					10 0.9%	6 60.0%	4 40.0%		

治療と未治療の状況

	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	479	30.5%	113	23.6%	143	29.9%	167	34.9%	43	9.0%	13	2.7%
	H21	405	27.8%	114	28.1%	125	30.9%	124	30.6%	36	8.9%	6	1.5%
	H22	288	30.2%	76	26.4%	50	17.4%	109	37.8%	42	14.6%	11	3.8%
	H23	339	29.9%	138	40.7%	80	23.6%	82	24.2%	35	10.3%	4	1.2%
治療なし	H20	1,093	69.5%	587	53.7%	272	24.9%	173	15.8%	47	4.3%	14	1.3%
	H21	1,053	72.2%	623	59.2%	224	21.3%	156	14.8%	40	3.8%	10	0.9%
	H22	665	69.8%	353	53.1%	126	18.9%	135	20.3%	41	6.2%	10	1.5%
	H23	795	70.1%	531	66.8%	120	15.1%	118	14.8%	20	2.5%	6	0.8%

特定保健指導と情報提供の状況

	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		
特定保健指導	H20	250	15.9%	85	34.0%	84	33.6%	56	22.4%	22	8.8%	3	1.2%
	H21	217	14.9%	82	37.8%	62	28.6%	52	24.0%	18	8.3%	3	1.4%
	H22	172	18.0%	65	37.8%	37	21.5%	48	27.9%	18	10.5%	4	2.3%
	H23	158	13.9%	63	39.9%	37	23.4%	44	27.8%	10	6.3%	4	2.5%
情報提供	H20	1,322	84.1%	615	46.5%	331	25.0%	284	21.5%	68	5.1%	24	1.8%
	H21	1,241	85.1%	655	52.8%	287	23.1%	228	18.4%	58	4.7%	13	1.0%
	H22	781	82.0%	364	46.6%	139	17.8%	196	25.1%	65	8.3%	17	2.2%
	H23	976	86.1%	606	62.1%	163	16.7%	156	16.0%	45	4.6%	6	0.6%

【図】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（平成 24 年度）平成 25 年 1 月 11 日現在

血圧分類		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)	843	293 34.8%	231 27.4%	126 14.9%	151 17.9%	34 4.0%	8 0.9%	
	リスク第1層 危険因子がない	112 13.3%	66 22.5%	22 9.5%	11 8.7%	11 7.3%	2 5.9%	0 0.0%
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	535	177 63.5%	165 60.4%	165 71.4%	78 61.9%	89 58.9%	20 58.8%	6 75.0%
	リスク第3層	196 23.3%	50 17.1%	44 19.0%	37 29.4%	51 33.8%	12 35.3%	2 25.0%
再掲) 重複あり	糖尿病	48 24.5%	12 24.0%	12 27.3%	10 27.0%	11 21.6%	2 16.7%	1 50.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	61 31.1%	16 32.0%	12 27.3%	14 37.8%	11 21.6%	8 66.7%	0 0.0%
	3個以上の危険因子	121 61.7%	31 62.0%	25 56.8%	19 51.4%	37 72.5%	7 58.3%	2 100.0%

リスクなし	低リスク群	中リスク群	高リスク群
	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
535 63.5%	11 1.3%	169 20.0%	128 15.2%
99 18.5%	11 100%	2 1.2%	0 0.0%
342 63.9%	--	167 98.8%	26 20.3%
94 17.6%	--	--	102 79.7%

正常高値血圧の高リスク群では生活習慣の修正から開始し、目標血圧に達しない場合に降圧薬治療を考慮する

(参考) 高血圧治療ガイドライン2009 日本高血圧学会

優先順位別対象者			
①	②	③	④
42	51	126	89
5.0%	6.0%	14.9%	10.6%

\*リスク第2層のメタリックシンドロームは予防的な観点から以下のように定義する。  
正常高値以上の血圧レベルと腹部肥満に加え、血糖値異常（空腹時血糖110~125mg/dl、かつ/または糖尿病に至らない耐糖能異常）あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの。両者を有する場合はリスク第3層とする。

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、必要な保健指導や医療機関との連携を行っていきます。

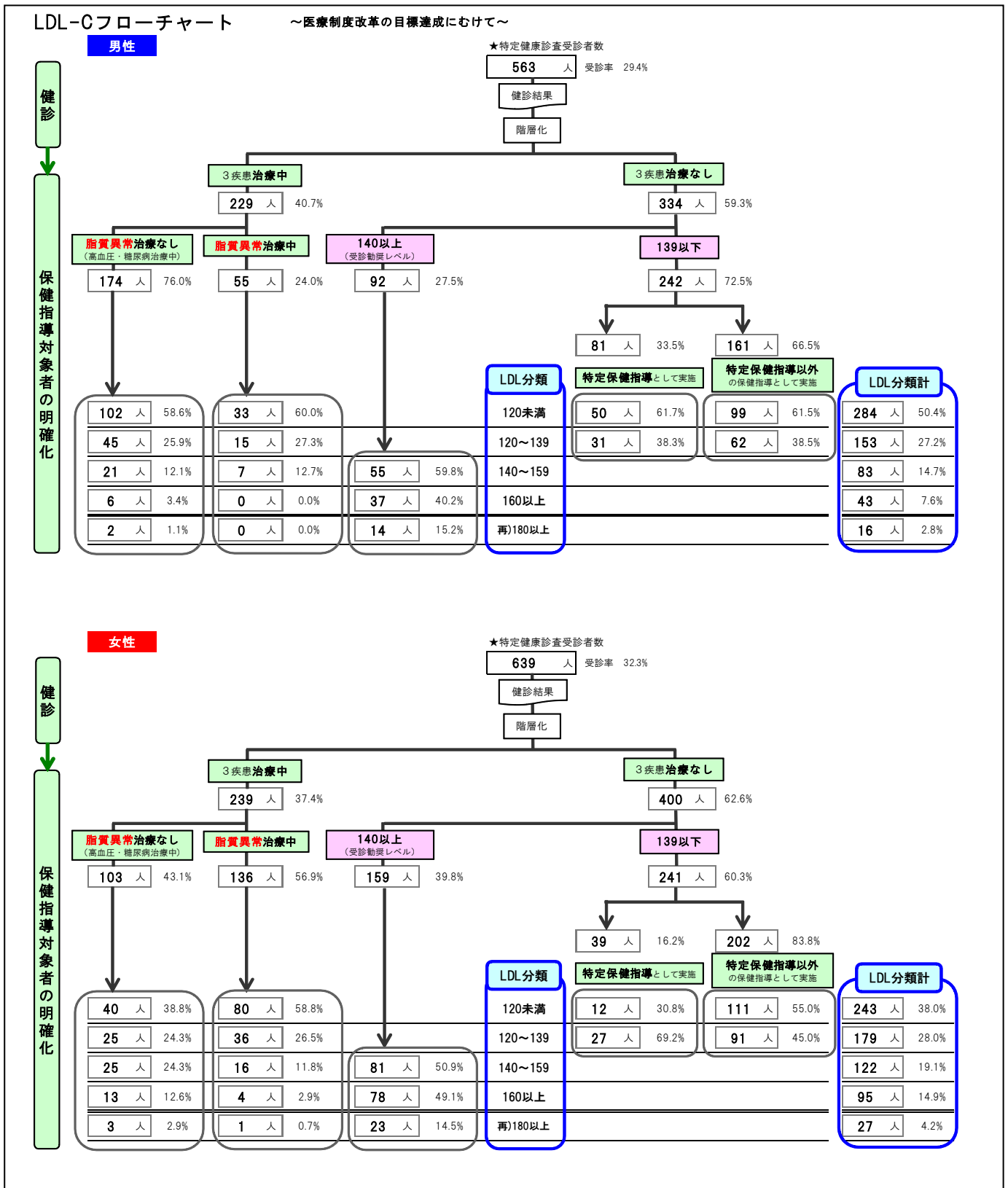
また、今後も高血圧治療ガイドライン 2009 にのっとり対象者を明確化し、脳心血管リスクの高い者への保健指導を実施していきます。



②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

LDL 高値者（160 mg/dl 以上）の者が、男性 7.6%（43 人）女性 14.9%（95 人）と多くいることがわかります。

【図】 LDL-C フローチャート（平成 24 年度）平成 25 年 1 月 11 日現在



「動脈硬化疾患予防ガイドライン 2012 年版」に基づき、「冠動脈疾患の 1 次予防のためのリスクに基づく管理区分」により、ハイリスク者を明確化し、保健指導を実施していきます。

### (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。

#### ①本町の人工透析患者の状況

本町の人工透析患者数は57人（平成25年1月1日現在）で、人口100万人対では3181.9と、全国平均（2383.4）より高い水準です。また、約314人に1人が人工透析患者であるという状況です。

#### ②健診結果から見た慢性腎臓病（CKD）

【図】CKD予防のためのフローチャート（重症化分類）（平成24年度）平成25年1月11日現在

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/1.73㎡)		尿蛋白区分		A1	A2		A3
		尿検査・GFR 共に実施 1,202人	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
				1,143人 95.1%	49人 4.1%	0人 0.0%	10人 0.8%
G1	正常 または高値	90以上	431人 35.9%	421人 35.0%	9人 0.7%	0人 0.0%	1人 0.1%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	689人 57.3%	653人 54.3%	30人 2.5%	0人 0.0%	6人 0.5%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	73人 6.1%	63人 5.2%	9人 0.7%	0人 0.0%	1人 0.1%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	8人 0.7%	5人 0.4%	1人 0.1%	0人 0.0%	2人 0.2%
G4	高度低下	15-30 未満	1人 0.1%	1人 0.1%	0人 0.0%	0人 --	0人 0.0%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 --	0人 0.0%

CKD該当者の治療状況をみると

尿検査・GFR共に実施 1,202 人				A1	A2		A3	
				(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
治療なし 734 人				712 人 97.0%	18 人 2.5%	0 人 0.0%	4 人 0.5%	
	G1	正常 または高値	90以上	298 人 40.6%	294 人 40.1%	4 人 0.5%	0 人 0.0%	
	G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	403 人 54.9%	387 人 52.7%	12 人 1.6%	0 人 0.0%	
	G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	32 人 4.4%	30 人 4.1%	2 人 0.3%	0 人 0.0%	
	G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	1 人 0.1%	1 人 0.1%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	
	G4	高度低下	15-30 未満	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	
	G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	
				0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	
	治療中 468 人	G4	高度低下	15-30 未満	1 人 0.2%	1 人 0.2%	0 人 0.0%	0 人 0.0%
		G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	7 人 1.5%	4 人 0.9%	1 人 0.2%	0 人 0.0%
G3a		軽度～ 中等度低下	45-60 未満	41 人 8.8%	33 人 7.1%	7 人 1.5%	0 人 0.0%	
G2		正常または 軽度低下	60-90 未満	286 人 61.1%	266 人 56.8%	18 人 3.8%	0 人 0.0%	
G1		正常 または高値	90以上	133 人 28.4%	127 人 27.1%	5 人 1.1%	0 人 0.0%	
			431 人 92.1%	31 人 6.6%	0 人 0.0%	6 人 1.3%		
			A1	A2	A3			

保健指導を優先すべき対象は？

		総数	40代	50代	60代	70-74歳
治療なし 734 人	①グループ 重症度分類：赤	0 人 0.0%	0 人 --	0 人 --	0 人 --	0 人 --
	②グループ 重症度分類：オレンジ	7 人 1.0%	0 人 0.0%	1 人 14.3%	5 人 71.4%	1 人 14.3%
	③グループ 重症度分類：黄色	46 人 6.3%	3 人 6.5%	3 人 6.5%	27 人 58.7%	13 人 28.3%
	④グループ 重症度分類：緑	681 人 92.8%	78 人 11.5%	151 人 22.2%	286 人 42.0%	166 人 24.4%
治療中 468 人	①グループ 重症度分類：赤	5 人 1.1%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	1 人 20.0%	4 人 80.0%
	②グループ 重症度分類：オレンジ	19 人 4.1%	1 人 5.3%	1 人 5.3%	11 人 57.9%	6 人 31.6%
	③グループ 重症度分類：黄色	56 人 12.0%	1 人 1.8%	4 人 7.1%	24 人 42.9%	27 人 48.2%
	④グループ 重症度分類：緑	393 人 84.0%	6 人 1.5%	33 人 8.4%	200 人 50.9%	154 人 39.2%

\*尿検査・GFR共に実施した者で計上

CKD 分類の指標となる eGFR（推算糸球体ろ過量）は、血清クレアチニン値を測定することにより、推算することができます。

【表】CKD 新重症度分類（日本腎臓学会「CKD 診療ガイド 2012」より引用）

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞 腎移植 腎不明 その他		尿蛋白量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (mg/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
				0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分 /1.73m <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・蛋白区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症化は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑 ■ 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。

慢性腎臓病は自覚症状がほとんどないため、腎機能の悪化に気づかずに、突然透析導入を宣告される例がまだまだ多いのが現状です。しかし、eGFR や検尿によって早めに腎機能を知ることができれば予防も可能です。

まず、腎機能を知る手段として特定健診が有効であることを周知し、CKD 新重症度分類を参考に、保健指導を優先すべき対象者を明確にしながら腎機能におよぼす高血糖・高血圧・脂質異常症の予防を目標に、保健指導を実施していきます。特定健診の検査内容については、微量アルブミンの導入を検討します。

また、地域のかかりつけ医や腎専門医との連携体制を整えていきます。

(4) 健診結果から見た新規受診者の状況

継続受診者に対し、新規受診者の有所見率が高いことがわかります。

【図】 特定健診受診者の受診回数別結果（平成 23 年度）

受診勤奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勤奨対象者			全体		継続受診者 過去に1回以上受診がある者		H23年度 初めて受診者			
受診者数			1,134 人	100.0%	960 人	84.7%	174 人	15.3%		
項目		基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
身体の大きさ	BMI	25以上	244 人	21.5%	200 人	20.8%	44 人	25.3%		
	腹囲	85or90以上	305 人	26.9%	252 人	26.3%	53 人	30.5%		
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪	400以上	26 人	2.3%	20 人	2.1%	6 人	3.4%	
		HDLコレステロール	34以下	29 人	2.6%	26 人	2.7%	3 人	1.7%	
	インスリン 抵抗性	血糖	空腹時血糖	126以上	0 人	--	0 人	--	0 人	--
			HbA1c	6.5以上	43 人	3.8%	32 人	3.3%	11 人	6.3%
			計		43 人	3.8%	32 人	3.3%	11 人	6.3%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	58 人	5.1%	51 人	5.3%	7 人	4.0%
			拡張期	100以上	19 人	1.7%	15 人	1.6%	4 人	2.3%
			計		65 人	5.7%	57 人	5.9%	8 人	4.6%
	その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	160以上	124 人	10.9%	105 人	10.9%	19 人	10.9%	
腎機能	尿蛋白	2+以上	18 人	1.6%	18 人	1.9%	0 人	0.0%		
	eGFR	50or40未満	13 人	1.1%	10 人	1.0%	3 人	1.7%		
	尿酸	9.0以上	14 人	1.2%	9 人	0.9%	5 人	2.9%		

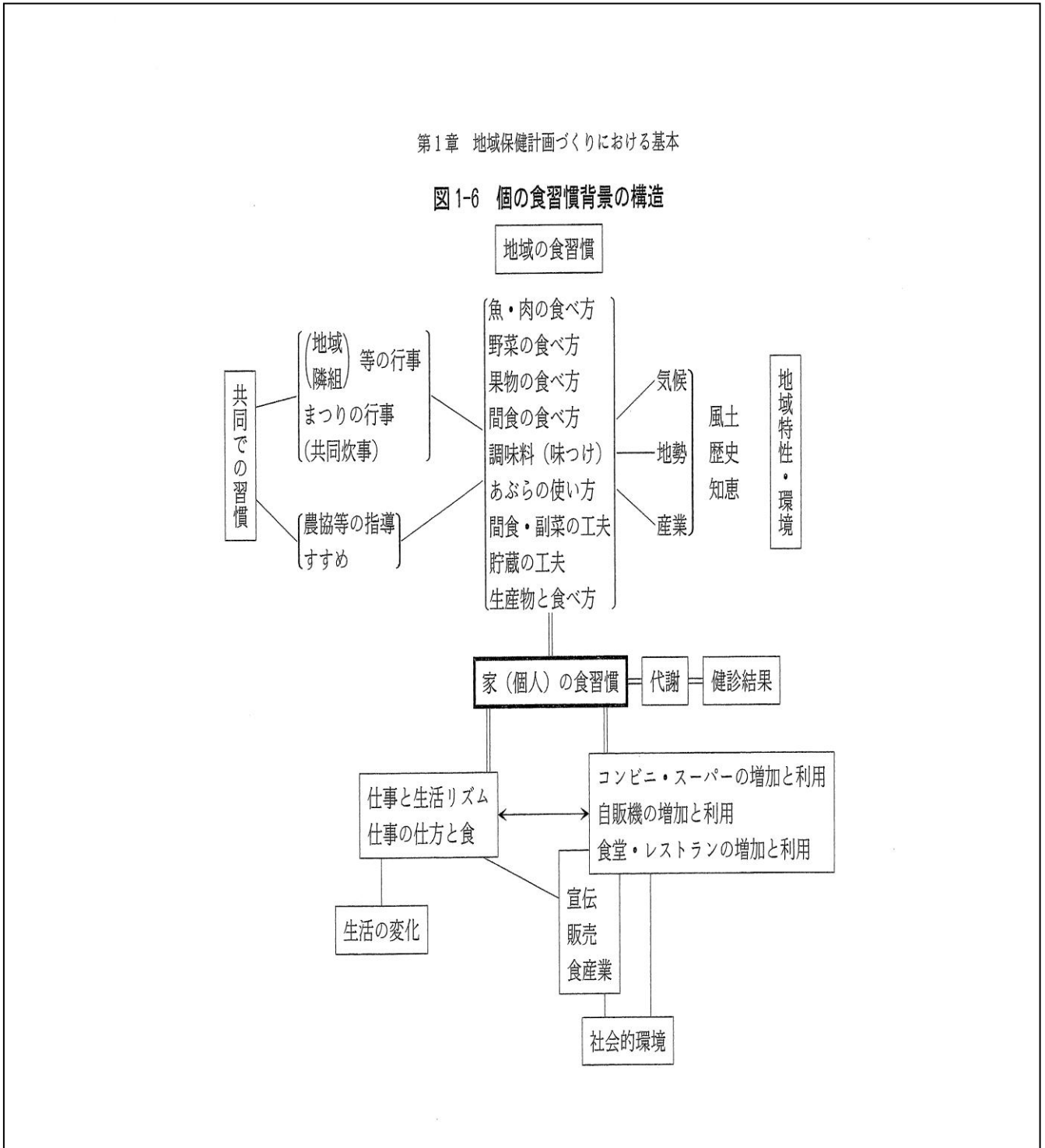
\*空腹時血糖・HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

医療費 80 万円以上のレセプト分析においても、健診未受診者が虚血性心疾患、脳血管疾患でかかっているケースがあるため、未受診者への働きかけやかかわりを継続して行い、健診受診のきっかけ作りとなるよう努めてまいります。

(5) 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】 個の食習慣背景の構造（「健康日本21と地域保健計画」より）





## 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

新富町国民健康保険は、今後5年間の特定健診実施率及び特定保健指導実施率の目標を、以下のとおりとします。

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

### 3. 対象者数の見込み

今後5年間の特定健診対象者数、受診者数、特定保健指導対象者数、実施者数の見込みは、以下のとおりとします。

	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
特定健診対象者数	3,830人	3,768人	3,706人	3,644人	3,582人
特定健診受診者数	1,572人	1,696人	1,853人	2,004人	2,149人
特定保健指導対象者数	252人	271人	296人	321人	344人
特定保健指導実施者数	101人	122人	148人	177人	206人

### 4. 特定健診の実施

#### (1) 特定健康診査の内容

国が示す健診項目を基本に実施し、科学的根拠に基づき、心血管疾患の発症予防及び重症化予防の観点から、必要に応じて町独自の健診項目を追加して実施します。

#### ①基本的な健診項目（標準項目）

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）、 $\gamma$ -GT（ $\gamma$ -GTP）、血糖検査（空腹時血糖、HbA1c）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

#### ②町独自の健診項目（全員に行う）

心電図、腎機能検査（クレアチニン）、推算GFR値、尿酸

#### ③詳細な健診項目（国の基準に該当する場合に行う項目）

貧血検査（血色素、赤血球、ヘマトクリット値）、眼底検査

(2) 健診対象者

特定健診の対象者である40歳から74歳に加え、生活習慣病の中長期的な疾病予防を目指し、30歳から39歳についても、基本的な健診項目と町独自の健診項目を実施していきます。

(3) 実施形態

健診については、特定健診実施機関に委託し、集団健診で実施します。その他、脳ドック・医療機関で受診した方の結果提供を委託機関にお願いしていきます。

実施場所	新富町保健相談センター・新田公民館・上新田学習館 その他、利便性を考慮した実施形態（地区集会所への出前健診等）も検討していきます。
------	--

(4) 自己負担額

町の特定健診受診時、支払う自己負担の額は、0円です。

(5) 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るとおり、事業者の選定・評価を行います。

(6) 費用の請求・支払代行機関

宮崎県国民健康保険団体連合会に代行機関として委託して行います。

(7) 特定健診の案内方法

対象者全員に申込書を通知します。申込者に受診券、問診票を発行し、健診の日程・お知らせ等を同封して通知します。また、40歳到達者には受診券、問診票を通知します。

(8) 受診券の様式


特定健康診査受診券		平成 年 月 日交付			
受診券整理番号					
受診者の氏名					
性別・生年月日 昭和 年 月 日					
有効期限 平成 年 月 日					
窓口での自己負担					
健診内容	実施形態	実施	負担額 又は負担率	同時実施 負担額 ※2	保 険 者 負担上限額
特 定 健 診	基本項目	個別	—	—	—
	集団	○	負担なし	—	—
	貧血	個別	—	—	—
	集団	△	負担なし	—	—
詳 細 項 目 ※1	心電図	個別	—	—	—
	集団	△	負担なし	—	—
	眼底	個別	—	—	—
集団	△	負担なし	—	—	
特 以 外 定 義 的 健 診 項 目	生評	個別	—	—	—
	生活機能	集団	—	—	—
	チェック	個別	—	—	—
	検査 ※1	集団	—	—	—
追加健診	個別	—	—	—	
集団	△	負担なし	—	—	
人間ドック	個別	—	—	—	
集団	—	—	—	—	

※1 基本項目、生活機能チェックの結果により実施します  
 ※2 生活機能評価を実施した場合は、この欄の自己負担額をお支払いください

保険者所在地 宮崎県児湯郡新富町大字上富田7491番地  
 保険者電話番号 0983-33-6059  
 保険者番号 

0	0	4	5	0	6	8	4
---	---	---	---	---	---	---	---

  
 名称 新富町国保  
 契約とりまとめ機関名  
 支払代行機関番号 94599024  
 支払代行機関名 宮崎県国民健康保険団体連合会

注 意 事 項		
1. この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。 (特定健康診査受診結果等の送付に用います。)		
2. 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口に提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。		
3. 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。		
4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。		
5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。		
6. 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。		
7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。		
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。		
		
<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">〒</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </table>	〒	-
〒	-	
住所		

(9) 健診実施スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導
4月	申込書発送	
5月		
6月	受診券発送	
7月	↓ 特定健診	
8月		
9月		↓ 健診結果 説明会
10月		
11月		
12月		↓ 特定保健指導(個別指導)
1月		
2月		
3月		

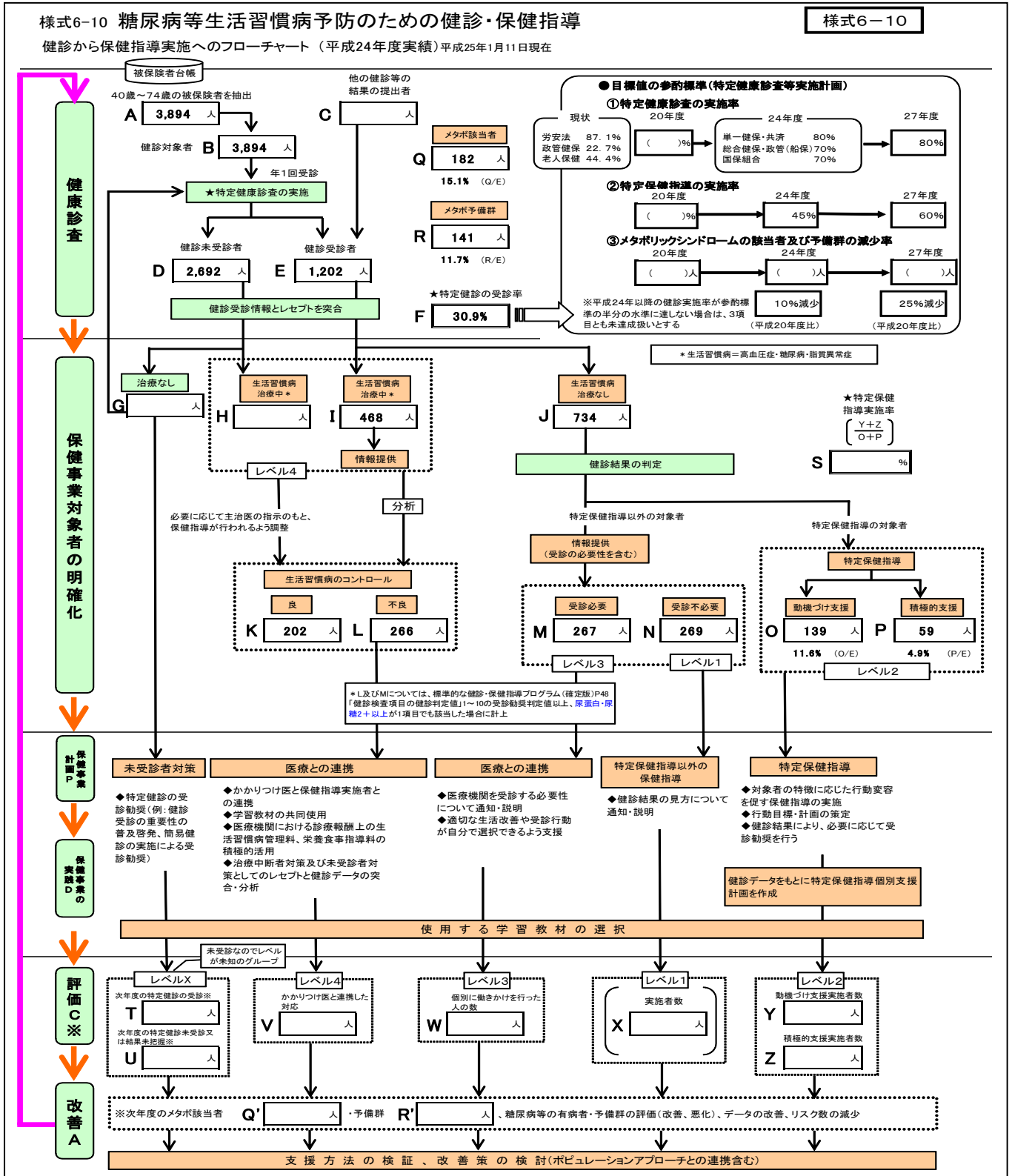
## 5. 保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直営で行います。また、特定保健指導以外の対象者についても同様に行います。

### (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。実践計画は実行プログラムの中で定めます。

【図】様式 6-10 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

下表のとおり、保健指導レベルに応じて、優先順位と支援方法をさだめ、保健指導を行います。

また、国の「今後の特定健診・保健指導の在り方について」で示された受診勧奨などを含む非肥満者の保健指導の対応を踏まえ、科学的根拠に基づいて発症予防及び重症化予防の視点で個々のリスク（特に HbA1c、LDL、血圧等のレベル、eGFR と尿蛋白の有無）を評価し、必要な保健指導の実施に努めます。

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 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・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	198人 (16.4%)	60% (119人)
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	267人 (22.2%)	70% (187人)
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)	2,692人	40% (1077人)
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆結果説明会	269人 (22.4%)	100% (269人)
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 ◆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 ◆結果説明会	468人 (38.9%)	100% (468人)

【表】 特定健診結果からみた重症化予防の対象となる人数(平成 24 年度)  
平成 25 年 1 月 11 日現在

男性: 563人中

	基準値以上	治療の有無別でみると		
		3疾患治療なし	治療中	
<b>血圧</b> 140/90mmHg以上	<b>173人</b> 30.7%	<b>91人</b>	(糖尿病・脂質異常) <b>8人</b>	(高血圧) <b>74人</b>
<b>LDLコレステロール</b> 160mg/dl以上	<b>43人</b> 7.6%		<b>37人</b>	(糖尿病・高血圧) <b>6人</b>
<b>HbA1c(JDS)</b> 6.1%以上	<b>52人</b> 9.2%	<b>19人</b>		(高血圧・脂質異常) <b>9人</b>
	【再掲】8.0%以上 <b>7人</b> 1.2%		<b>2人</b>	<b>0人</b>

女性: 639人中

	基準値以上	治療の有無別でみると		
		3疾患治療なし	治療中	
<b>血圧</b> 140/90mmHg以上	<b>149人</b> 23.3%	<b>82人</b>	(糖尿病・脂質異常) <b>6人</b>	(高血圧) <b>55人</b>
<b>LDLコレステロール</b> 160mg/dl以上	<b>68人</b> 10.6%		<b>54人</b>	(糖尿病・高血圧) <b>16人</b>
<b>HbA1c(JDS)</b> 6.1%以上	<b>27人</b> 4.2%	<b>4人</b>		(高血圧・脂質異常) <b>6人</b>
	【再掲】8.0%以上 <b>7人</b> 0.3%		<b>1人</b>	<b>0人</b>

(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 PDCA 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。

(4) 保健指導に使用する学習教材

保健指導は「私の健康記録、マルチマーカ―」を使用します。また、学習教材は、セミナー生活習慣病や各種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「共通する課題」を明らかにするため、個の食習慣背景の実態把握に努めます。

(5) 保健指導実施者の人材確保と資質向上

保健指導実施者の人材確保策を検討するために、保健活動の年次推移の表を作成し、体制整備につなげていきます。効果的な保健指導を行う専門職としての資質の向上を図るため、健診・保健指導のプログラムの研修等に積極的に参加するとともに、事例学習等による保健指導の力量形成に努めます。

(6) 各種データの活用

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。

(7) 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。

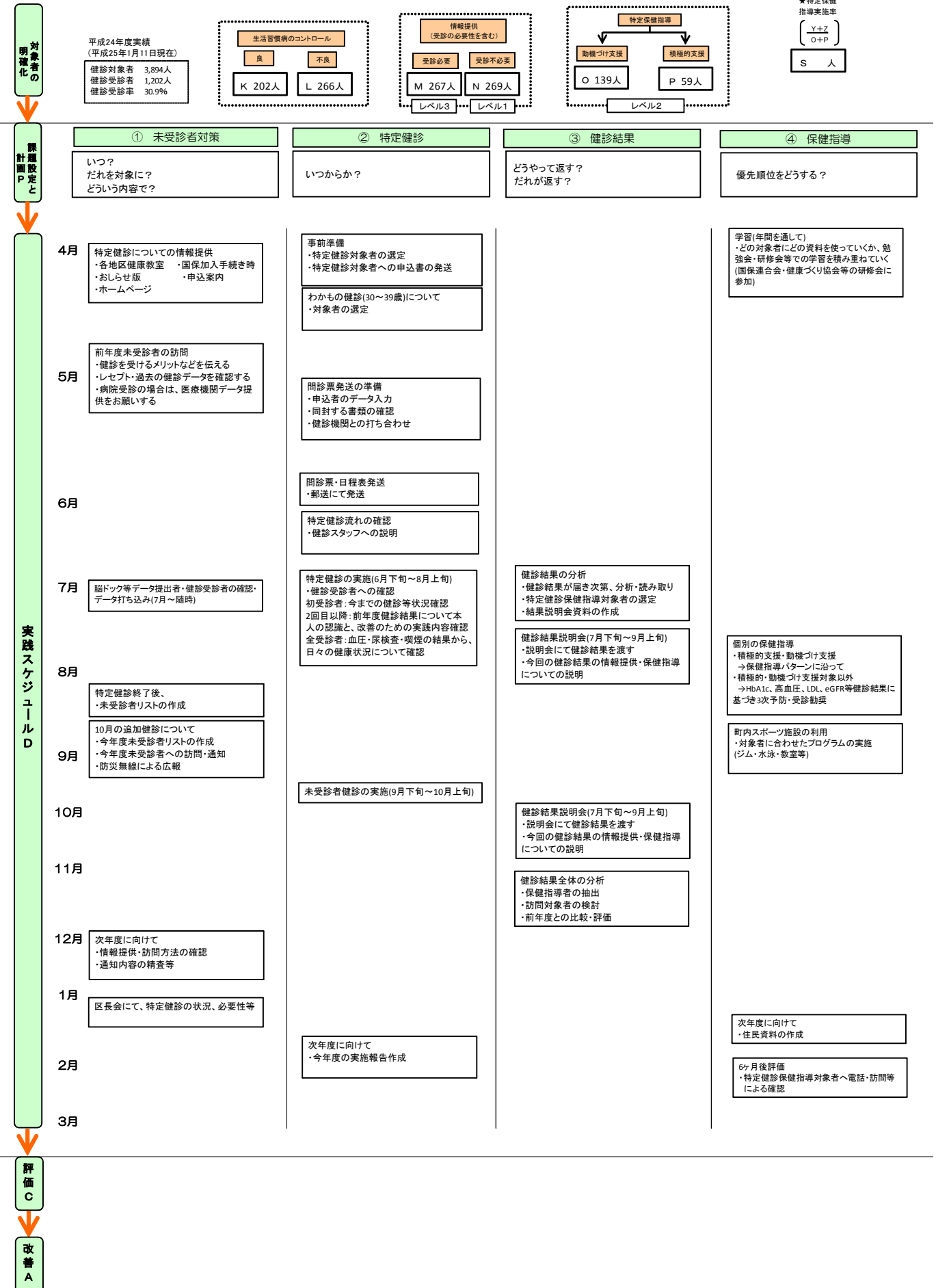
そのため、保健指導にかかわるスタッフが評価結果を共有し、必要な改善を行うよう努めます。



# 【図】 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

## 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

対象者の明確化から計画・実践・評価まで





## 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に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保存義務期間は、規則第22、25条に基づき、記録の作成の日から最低5年間または加入者が他の保険者となった日の属する年度の翌年度の末日までとなりますが、生涯を通じた自己の健康管理の観点から、被保険者となっている限りはデータ等の保存に努めます。また、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康情報を活用し、自己の健康づくりに役立つ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と新富町個人情報保護条例を遵守し、適正に管理します。

## 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

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、更には重症化・合併症にもならず入院患者を減らすことができ、この結果、住民の生活の質の維持およ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ります。

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、住民（被保険者）の負担を減らし、国民皆保険制度を維持可能なものとするため実施主体だけでなく、住民（被保険者）の理解と実践が最も重要となります。

そのため、特定健康診査等実施計画および趣旨の普及啓発について、ホームページへ掲載し公表・周知を行います。