

第2期

特定健診・特定保健指導実施計画

【平成25年度～平成29年度】

平成25年3月
長野県飯山市

目 次

序 章 制度の背景について

- 1 医療制度改革の工程と指標
- 2 社会保障と生活習慣病
- 3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）
- 4 第2期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方
- 5 第2次健康日本21における医療保険者の役割

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
 - (2)成果に関する目標
 - (3)目標達成に向けての取り組み状況
- 2 後期高齢者支援金の加算・原産の基準について

第2章 第2期計画に向けての現状と課題

- 1 社会保障の視点で見た飯山市の特徴
- 2 第1期計画の実践からみえてきた飯山市の健康状況と課題
 - (1)糖尿病
 - (2)循環器疾患
 - (3)慢性腎臓病
 - (4)共通する課題

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

- 1 特定健診実施計画について
- 2 目標値の設定
- 3 対象者の見込み
- 4 特定健診の実施
- 5 特定保健指導の実施

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
- 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

- 1 支払い基金への報告

第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

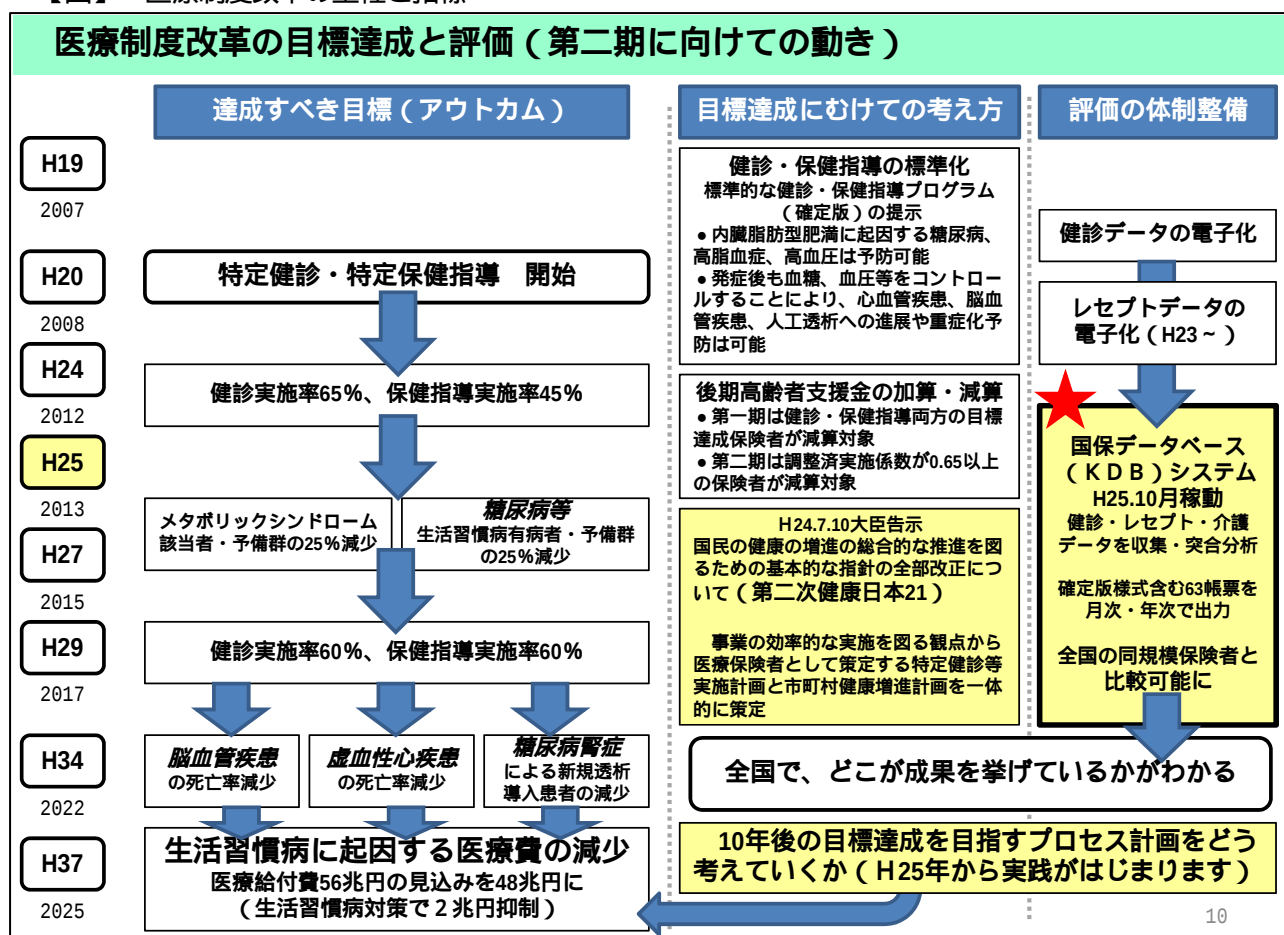
参考資料

序章 制度の背景について

1 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。

【図】 医療制度改革の工程と指標



左の縦軸に時間の流れ、上から下に進んでいきます。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。

- 図の1番下平成37年度は、どういう時期かということ、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5兆円を抑えてほしいと考えました。
- 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。そこで国は、平成29年度までに健診実施率60%保健指導実施率60%、平成34年度までに脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率と糖尿病腎症による新規透析導入患者の減少を目標に掲げました。
- それを実現するために、厚生労働省が「標準的な健診・保健指導プログラム」を作り、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。
- 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。
- そして、5年目の今、全国で評価できる時期がきています。全国で、どこが成果を挙げているかわかります。

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。（【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)	主要疾患別医療費				
								糖尿病 (兆円)	虚血性心疾患 (兆円)	脳血管疾患 (兆円)	がん (兆円)	
												年金 (兆円)
1978 昭和53	WHOアルマタ宣言	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	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	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	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	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	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	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	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	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										
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）		44.3	84.7	770.4	94.1	29.6	1.2	0.8	1.6	2.9	14.9
2012 平成24		4月 次期国民健康づくり運動プラン（第2次健康日本21）報告書たたき台公表 ★	40.9	94.7	893.9		2.4	3.9	2.5	1.7	3.5	
			1982年（昭和57年）の何倍？									

3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）

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月に出ました。

【図】 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）

標準的な健診・保健指導 プログラム (確定版) 平成19年4月 厚生労働省 健康局	標準的な健診・保健指導プログラム 第1編 健診・保健指導の理念の転換 第1章 新たな健診・保健指導の方向性 3 第2章 新たな健診・保健指導の進め方（流れ） 9 第3章 保健指導実施者が有すべき資質 11 第2編 健診 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 第2章 健診の内容 20 第3章 保健指導対象者の選定と階層化 24 第4章 健診の精度管理 29 第5章 健診データ等の電子化 31 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング 37 第7章 後期高齢者等に対する健診・保健指導の在り方 40 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 第3編 保健指導 第1章 保健指導の基本的考え方 69 第2章 保健事業（保健指導）計画の作成 73 第3章 保健指導の実施 82 第4章 保健指導の評価 110 第5章 地域・領域における保健指導 115 第6章 保健指導の実施に関するアウトソーシング 119 第4編 体制・基盤整備、総合評価 第1章 人材育成体制の整備 133 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 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
--	--

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思う。

健診と保健指導の関係については、平成19年度までの健診・保健指導と平成20年度からの健診・保健指導について、確定版P8に整理されています。

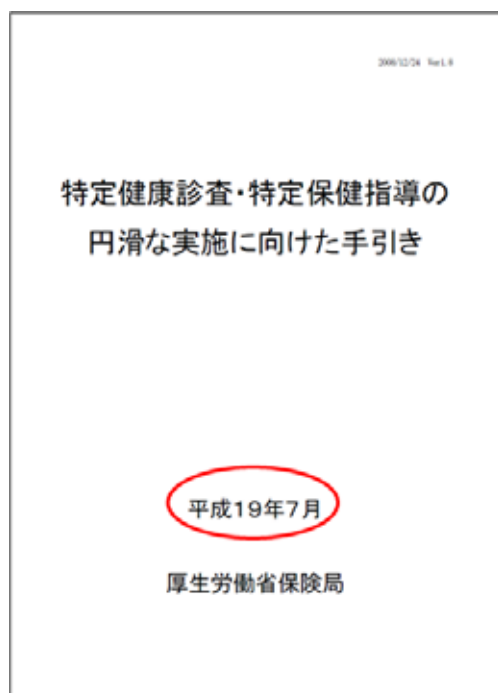
健診は生活習慣病予防のための「保健指導を必要とする者」を抽出する。結果を出す保健指導で、その結果とは、糖尿病等の有病者・予備群の減少とされています。

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	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析 行動変容を促す手法	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 リスクの重篤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、必要に応じて、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

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

国は、平成25年度から平成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、実施に関わる目標を示し、その実施率向上に向けて取り組むこととしています。

また、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方への対応、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。

飯山市国保では、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。

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JDS値8.0%（NGSP値8.4%）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、HbA1c値8.0以上の割合の減少、糖尿病腎症による年間透析導入患者数の減少など、健診データ・レセプトデータで把握・評価できる具体的な目標項目になっています。

巻末に都道府県の実態の中に自分の市町村の位置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？

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

特定健診実施率

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に準じて、市町村の平成 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ですが、受診率は年々向上しています。

【表】飯山市の特定健康診査実施状況

	平成 20 年度 (法定報告)	平成 21 年度 (法定報告)	平成 22 年度 (法定報告)	平成 23 年度 (法定報告)	平成 24 年度 (法定報告)
目標	35%	40%	45%	55%	65%
実績	26.1%	24.7%	27.6%	29.7%	%

特定保健指導実施率

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、市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 21 年度は 20%代に上昇したものの、それ以降は実施率が減少しています。

【表】飯山市の特定保健指導実施状況

	平成 20 年度 (法定報告)	平成 21 年度 (法定報告)	平成 22 年度 (法定報告)	平成 23 年度 (法定報告)	平成 24 年度 (法定報告)
目標	25%	30%	35%	40%	45%
実績	19.4%	21.8%	14.9%	14.6%	%

(2) 成果に関する目標

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

現時点では、特定健康診査受診者の中の内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率を示します。

内臓脂肪症候群該当者及び予備群については、人数も割合も横ばいの状況です。

【表】 内臓脂肪症候群（該当者および予備群）の人数・率

内臓脂肪症候群の	平成 20 年度 (法定報告)	平成 21 年度 (法定報告)	平成 22 年度 (法定報告)	平成 23 年度 (法定報告)	平成 24 年度 (法定報告)
該当者	136 人 11.0%	126 人 10.8%	114 人 8.9%	159 人 11.9%	人 %
予備群	145 人 11.7%	123 人 10.5%	161 人 12.5%	146 人 11.0%	人 %

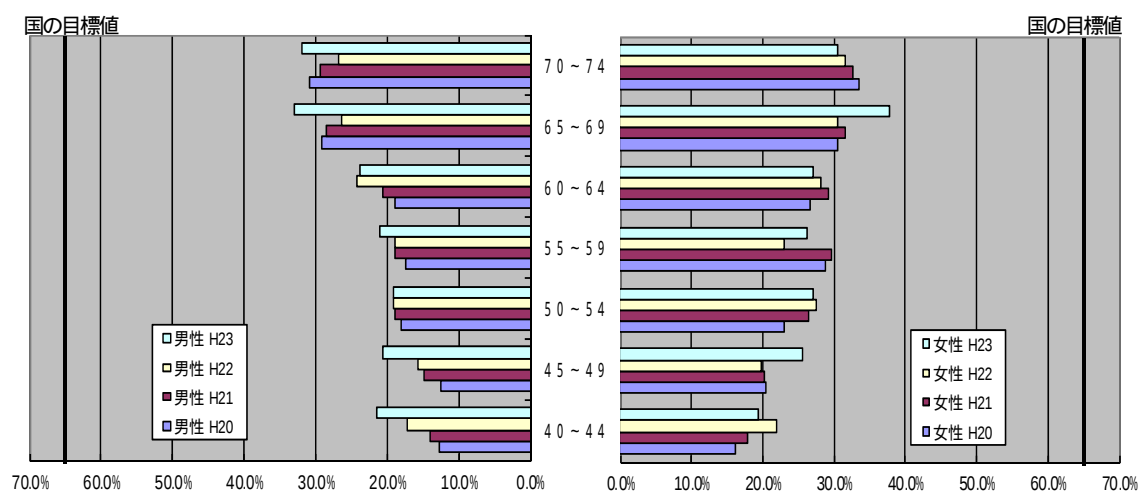
(3) 目標達成に向けての取り組み状況

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年代別男女別推移をみると、受診率は平成 20 年度当初から低く未受診者対策として受診勧奨通知の発送や受診勧奨訪問を行ったものの効果を出すまでには至りませんでした。

また、治療中の方も特定健診の対象となるため、受療中の方にもわかりやすい説明と働き掛けが必要と思われます。

【図】 平成 20 年度からの受診率の推移



保健指導実施率の向上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も実施率が目標値に及ばず、今までのグループ支援を中心としたアプローチ方法を見直す必要があります。

また、以前より若年代の方を対象とした「ヤング健診」(19～39 歳)を実施しており、早期介入に努めました。

特定保健指導対象者外の者への保健指導の実施

非肥満者や治療中のため、特定保健指導の対象外となるが、高血圧、高血糖、脂質異常、腎臓機能低下の者を対象に、家庭訪問を行い生活習慣の改善や治療の継続を支援し、重症化予防に取り組んできました。

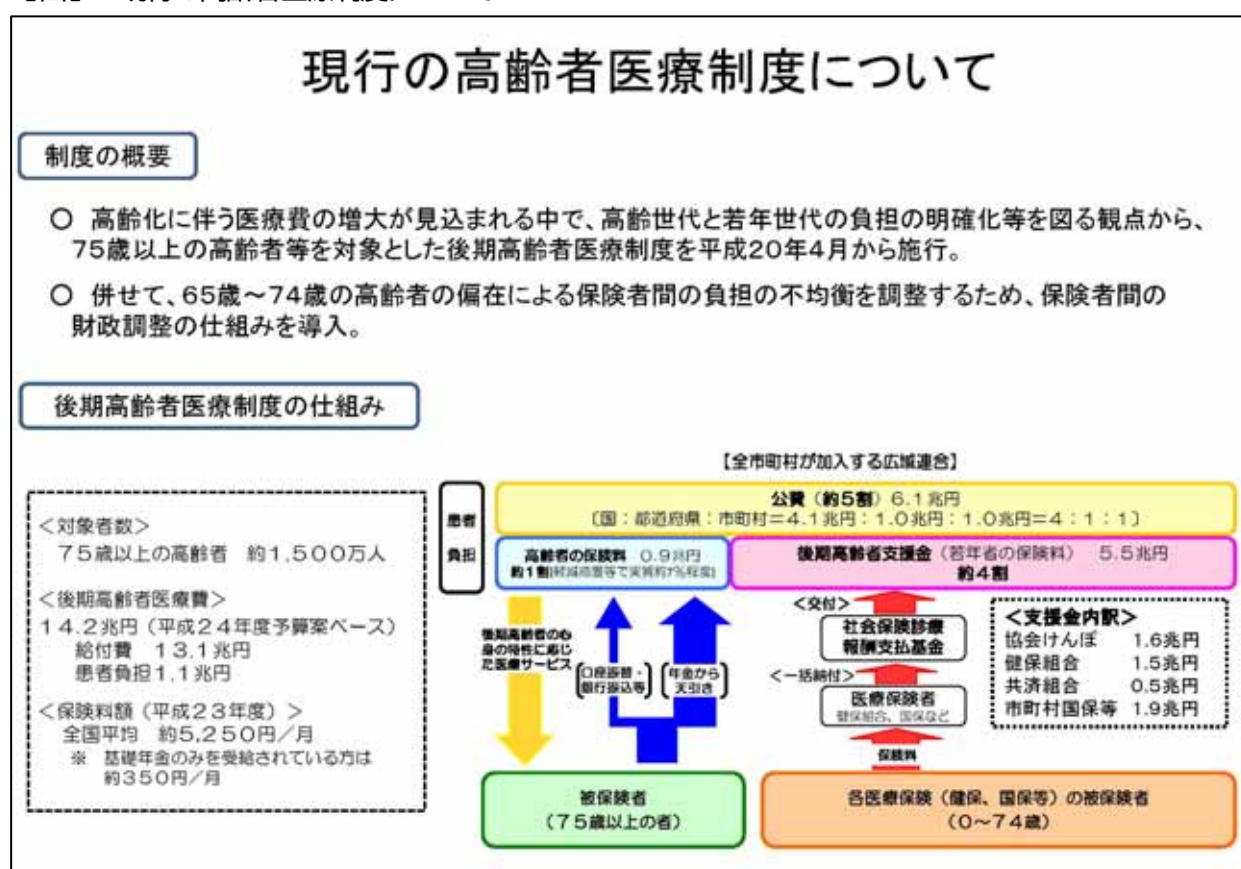
2 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について

平成 20 年度から後期高齢者医療制度が創設され、医療費全体の約 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「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 年度から適用される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ものです。

【図】 現行の高齢者医療制度について



(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、

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）

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。

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。

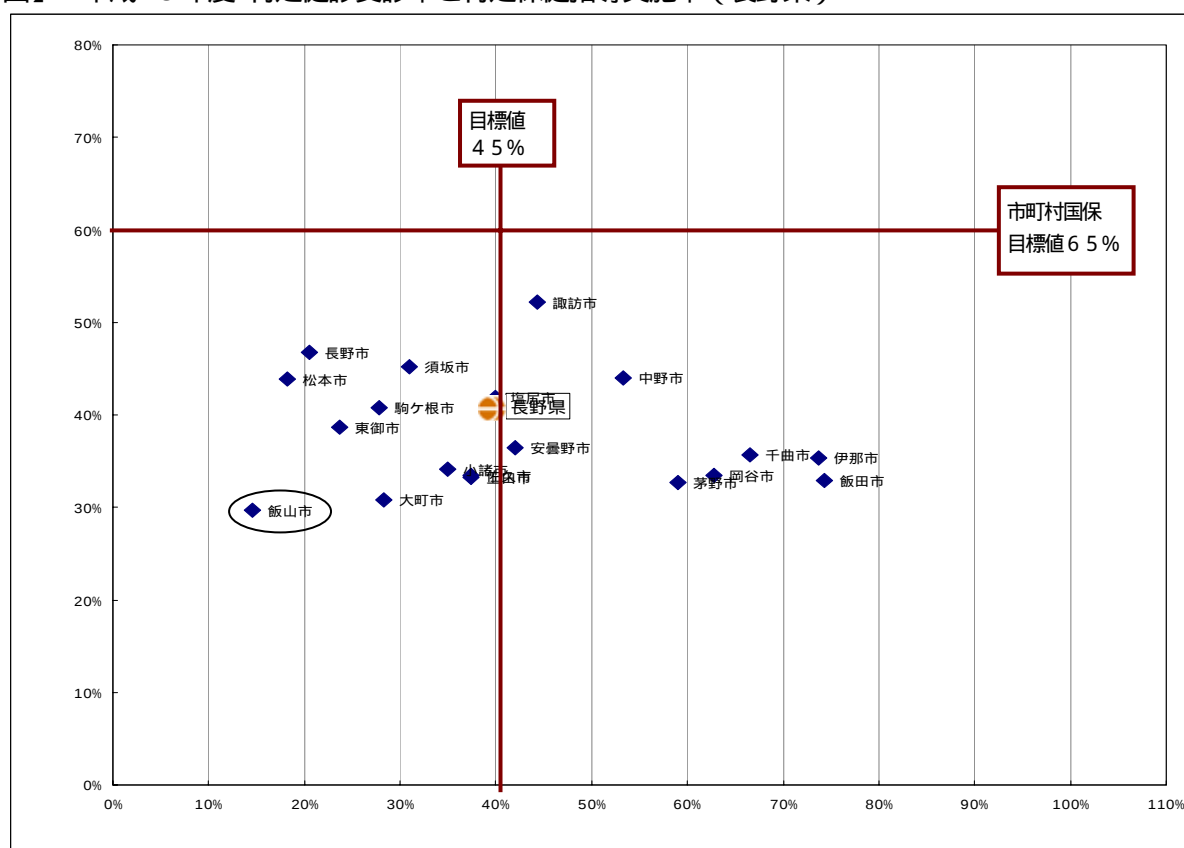
23 年度の実績で試算してみたところ、当市は加算対象となりませんでした。

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】 平成 23 年度 特定健診受診率と特定保健指導実施率（長野県）



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飯山市の特徴

表 社会保障の視点でみた飯山市の特徴

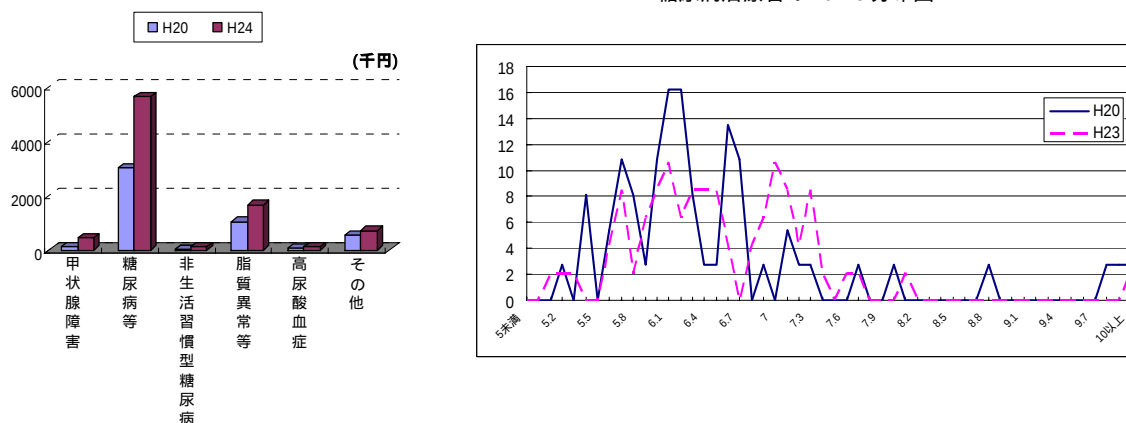
* ○は国・県と比較して問題となるもの

項 目			国 (平成22年度)		長野県 (平成22年度)		飯山市 (平成22年度)				
1	人口動態 H22国勢調査	総人口	128,057,352	人	2,150,437	人	24,287	人			
		65歳以上人口	29,245,685	人	570,127	人	7,272	人			
		75歳以上人口	14,072,210	人	305,280	人	4,302	人			
		高齢化率	23.0	%	26.5	%	29.9	%			
		75歳以上の割合	11.1	%	14.2	%	17.7	%			
2	死亡の状況 全国：H22人口動態調査 長野県：平成22年都道府県別年齢調整死亡率 飯山市：平成22年飯山市死亡統計	死亡原因	順位	年齢調整死亡率	順位	年齢調整死亡率	順位	人数	年齢調整死亡率		
		75歳未満の悪性新生物	1位	84.3	1位	男性：148.4 女性：80.3 (全年齢)	1位	26人	67.9		
		虚血性心疾患	2位	男性：36.9 女性：15.3	男性：2位 女性：3位	男性：27.3 女性：11.5	男性：5位 女性：5位	男性：6人 女性：11人	男性：12.2 女性：20.3		
		脳血管疾患	男性：4位 女性：3位	男性：49.5 女性：26.9	男性：3位 女性：2位	男性：53.9 女性：32.3	男性：3位 女性：4位	男性：13人 女性：16人	男性：52.8 女性：21.9		
		自殺	男性：6位 女性：8位	男性：29.8 女性：10.9	男性：5位 女性：6位	男性：31.0 女性：10.9	男性：4位 女性：1人	男性：4人 女性：1人	男性：23.2 女性：8.5		
	早世予防からみた死亡 (64歳以下) 全国：H22人口動態調査 長野県：平成20年飯山市：H22飯山市人口動態調査	合計	176,549 人	14.7%	2,712 人	11.9%	30人	8.9%			
		男性	110,065 人	18.9%	1,848 人	15.7%	20人	11.9%			
		女性	56,584 人	10.0%	864 人	7.8%	10人	6.0%			
	3	介護保険 全国：H22介護保険事業状況報告 長野県：H22冊子「介護保険事業年報」	要介護認定者	5,062,234 人		96,651 人		1,265 人			
			1号被保険者の認定 (1号認定者/2号人口)	4,907,439 人	16.9%	94,263 人	16.6%	1,239 人	16.8%		
2号被保険者の認定 (2号認定者/2号人口)			154,795 人	0.36%	2,388 人	0.33%	26 人	0.33%			
1人あたり介護給付費 (1号1人あたりの介護給付・平均給付)			235,049 円		250,055 円						
介護給付費総額 (1号の介護給付・平均給付)			6,839,563,804,875 円		142,203,878,915 円		170,815,035 円 平成22年3月				
4	後期高齢者医療	被保険者数	14,059,915 人		311,637 人		4,403 人				
		1人あたり医療費	904,795 円		770,560 円		全国44位		730,506 円 県内19位		
		医療費総額	12,721,335,977,269 円		240,134,521,304 円		3,216,420,739 円				
5	国保の状況 全国：長野県・冊子「国民健康保険の実態平成22年度版」	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
		うち 65～74歳	36,058,660 人	----	583,546 人	----	6,476 人	----			
		一般	11,212,950 人	31.1%	197,306 人	33.8%	2,128 人	32.9%			
		退職	34,183,408 人	94.8%	541,291 人	92.9%	5,823 人	89.9%			
		退職	1,875,252 人	5.2%	41,625 人	7.1%	653 人	10.1%			
		加入率	28.4	%	26.9	%	27.3	%			
6	医療費の状況 医療費：1人あたり医療費 ×各被保険者数による概算	医療費総額 (療養費・概算)	医療費(概算)	1人あたり	医療費(概算)	1人あたり	医療費	1人あたり	県内順位		
			10,452,864,654,100 円	289,885 円	158,802,707,164 円	272,134 円	2,047,141,312 円	36,112 円	19位		
		一般	9,755,910,459,792 円	285,399 円	144,586,945,465 円	267,115 円	1,833,779,160 円	34,920 円	18位		
		退職	696,961,784,076 円	371,663 円	14,047,396,875 円	337,475 円	213,337,712 円	326,704 円	44位		
		医療の状況 (5月診療分・レセプトより)	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に占める割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に占める割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に占める割合
	虚血性心疾患			22,198	7.41	3.83	206	4.10	3.18		
	脳血管疾患			22,042	7.36	3.80	193	3.84	2.98		
	脂質異常症			79,754	26.64	13.75	829	16.51	12.80		
	糖尿病			53,893	18.00	9.29	591	11.77	9.13		
	高血圧症			108,770	36.33	18.76	1,331	26.51	20.55		
	人工透析			1,432	0.48	0.25	14	0.28	0.22		
7	特定健診実施状況 全国：学習会資料より 長野県：H22法定報告 (市町村国保) 飯山市：H22法定報告	健診受診状況	健診対象者数	健診受診者数	受診率	健診対象者数	健診受診者数	受診率	健診対象者数	健診受診者数	受診率
			22,419,244 人	7,169,761 人	32.0%	374,592 人	149,885 人	40.0%	4,529 人	1,248 人	27.6%
		有所見順位	検査項目	有所見者数	割合	検査項目	有所見者数	割合	検査項目	有所見者数	割合
		1位				HbA1c	105,880 人	66.9%	HbA1c	1,048 人	84.0%
		2位				LDLコレステロール	82,932 人	51.9%	LDLコレステロール	643 人	51.5%
		3位				収縮期血圧	69,687 人	43.7%	総コレステロール	388 人	31.1%
		4位				空腹時血糖	34,385 人	32.9%	拡張期血圧	388 人	31.1%
		5位				腹囲	45,131 人	28.3%	腹囲	344 人	27.6%
		6位				中性脂肪	36,443 人	22.8%	収縮期血圧	252 人	20.2%
		7位				BMI	35,335 人	22.1%	BMI	251 人	20.1%
		8位				拡張期血圧	34,268 人	21.5%	中性脂肪	208 人	16.7%
		9位				γ-GTP	23,000 人	14.4%	γ-GTP	172 人	13.8%
		10位				AST(GOT)	21,299 人	13.3%	空腹時血糖	139 人	11.1%
	フォローチャート制	特定保健指導	対象者数	実施者数 (終了者数)	実施率 (終了率)	対象者数	実施者数 (終了者数)	実施率 (終了率)	対象者数	実施者数 (終了者数)	実施率 (終了率)
		情報提供(I・M・N)				131,821 人	--	--	898 人	--	--
		動機づけ支援(O)				12,884 人	5,152 人	40.0%	133 人	26人	19.5%
		積極的支援(P)				5,180 人	1,473 人	28.4%	44 人	6人	13.6%
		(再)服薬のためのO・P対応				27,178 人	--	--	173 人	--	--

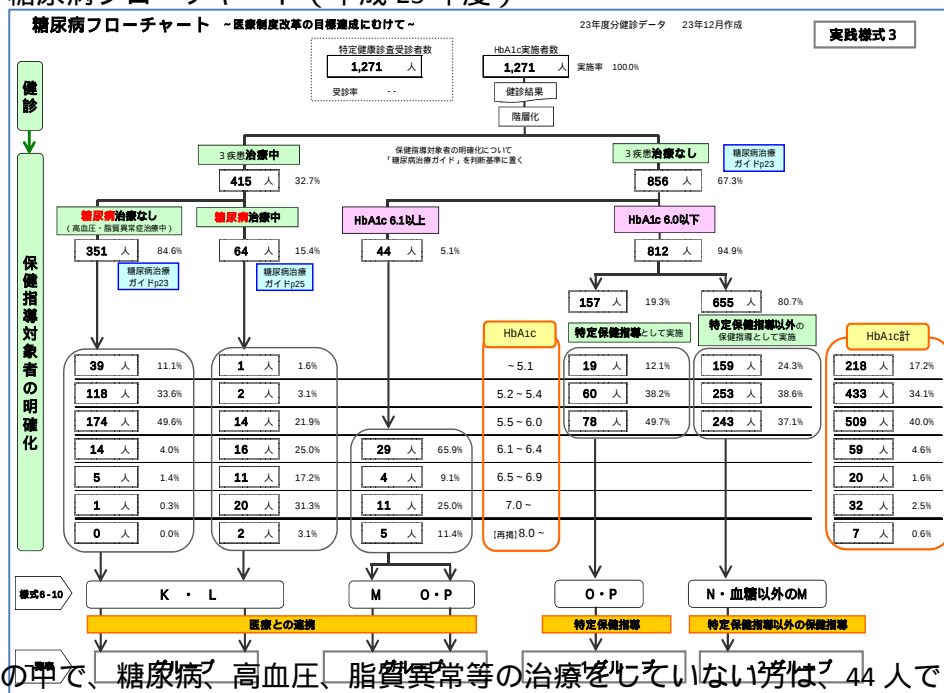
(1) 糖尿病

飯山市では、平成 20 年と 24 年の医療費を分析してみると、内分泌・栄養代謝疾患の中では、糖尿病の医療費が最も伸びていることがわかりました。

糖尿病治療者の HbA1c 分布図



・図 糖尿病フローチャート（平成 23 年度）



の対象者については、受診勧奨だけでなく治療中断予防・重症化予防が必要であり、あわせて合併症を抑制していくことが重要となります。

透析治療者の推移（各年５月のレセプト分析より）

年度	H20	H21	H22	H23	H24
人工透析者数	18 人	17 人	14 人	16 人	15 人
うち糖尿病疾患有り	7 人	9 人	7 人	10 人	9 人
その割合	38.9%	52.9%	50.0%	62.5%	60%

透析者の推移を見ると、件数は横ばいだが糖尿病による透析導入者の割合は増えている。

- 糖尿病の発症予防

「糖尿病有病者の増加の抑制」を指標とします。糖尿病予備群に対する保健指導や、一般衛生部門、被用者保険の保険者と連携し、より若い世代からの糖尿病予防を目指します。

- 糖尿病の合併症の予防

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

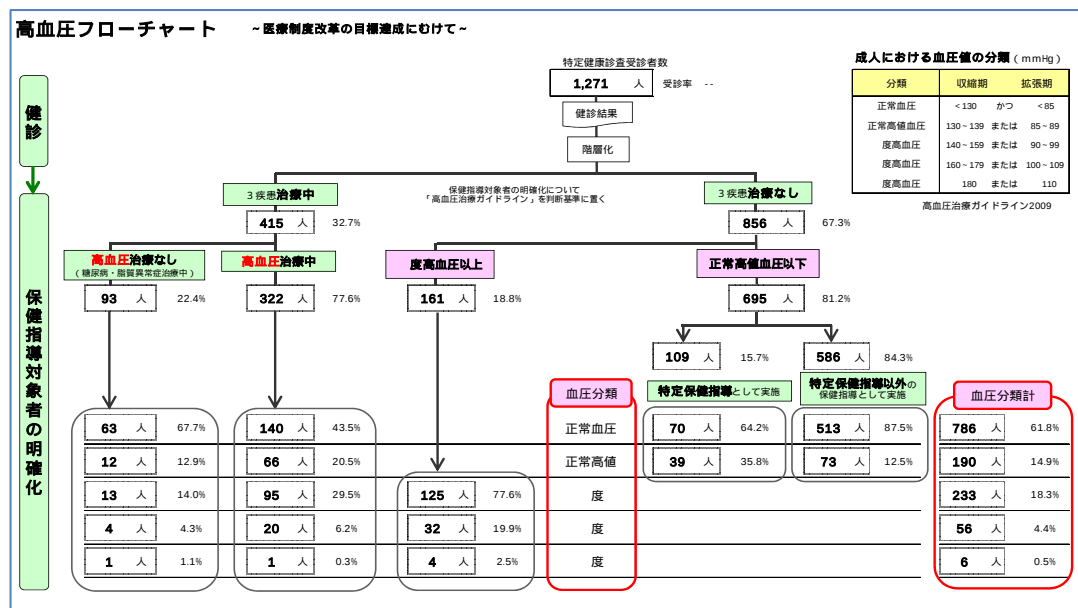
- 合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善

糖尿病の合併症のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい「糖尿病腎症による年間透析導入患者数の減少」を指標とします。

(2) 循環器疾患

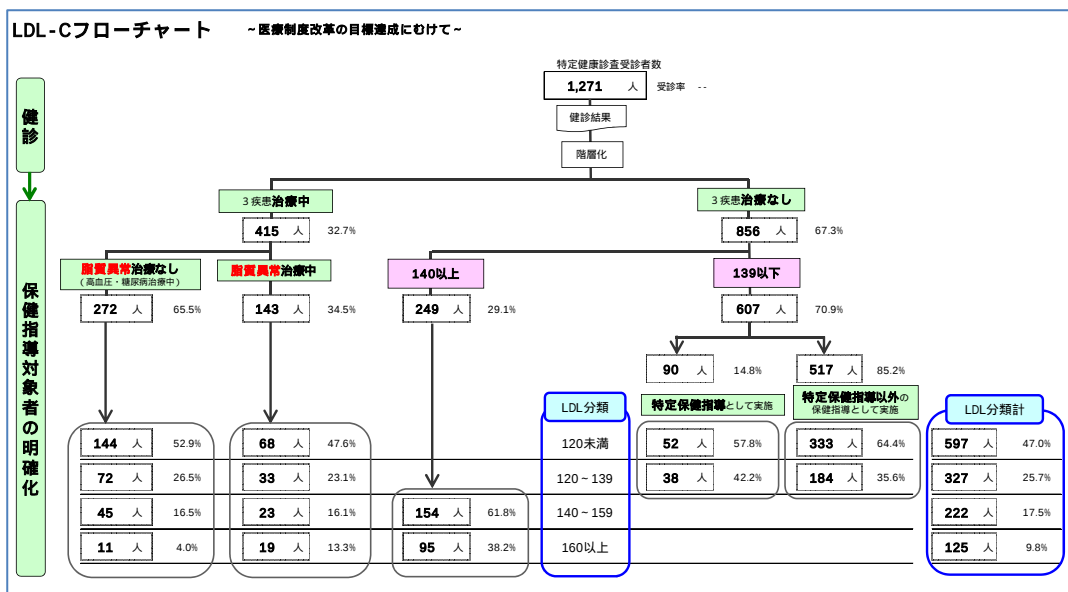
脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと共に日本人の主要死因の大きな一角を占めています。循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つです。循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、これらのそれぞれについて改善を図っていく必要があります。

● 健診結果からみた高血圧の状況



高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子です。高血圧の改善」を指標として掲げ、必要な保健指導、医療との連携を行っていきます。

● 健診結果からみた脂質異常症 (高LDLコレステロール血症) の状況



重症化予防のために LDL 高値者に対して必要な保健指導、医療との連携を行っていきます。

●疫学データからみた高コレステロール血症の問題

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

特に男性は、女性に比べてリスクが高いことから、LDL高値者については、心血管リスクの評価を行うことが、その方の健康寿命を守ることになります。

図 冠動脈10年死亡率：日本男性

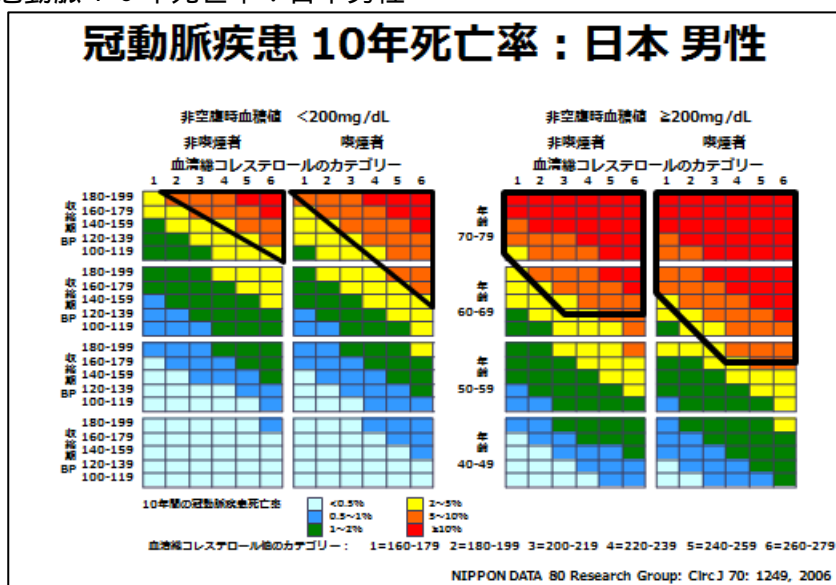
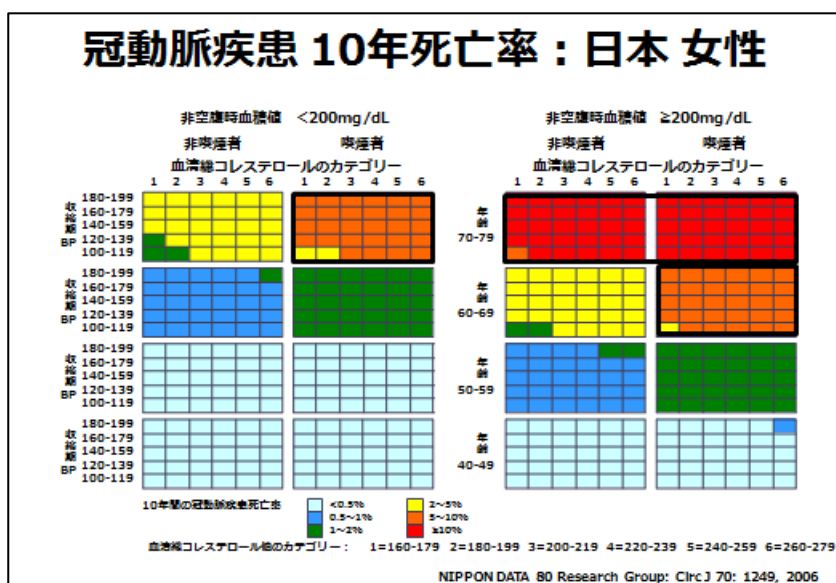


図 冠動脈10年死亡率：日本女性



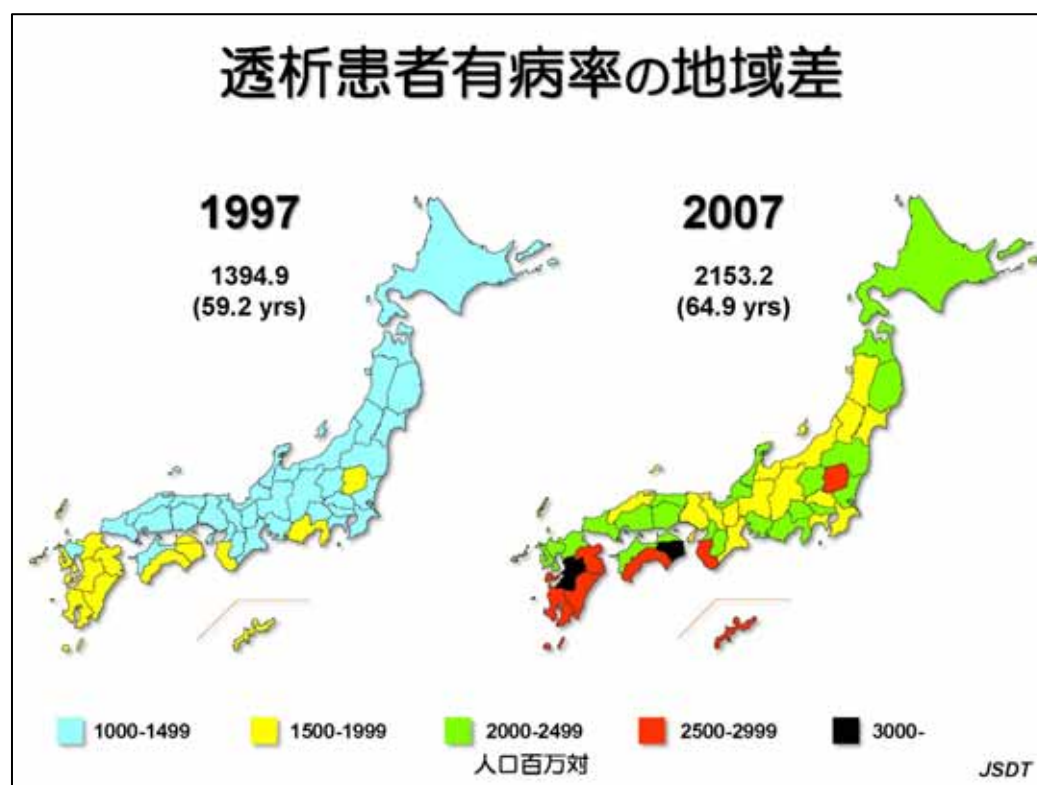
(3) 慢性腎臓病

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。

図 透析患者有病率の地域差



● 健診結果から見た慢性腎臓病（CKD）の状況

表 CKD予防のためのフローチャート

CKD予防のためのフローチャート

*尿蛋白のみ実施

特定健診		対象の明確化							計画化				
特定健診対象者 4,879人	特定健診未受診者 3,608人 73.9%												
	特定健診受診者 1,271人 26.1%	尿所見 eGFR	蛋白(2+)以上 3人 0.2%		蛋白(+)・潜血(+)以上 0人 0.0%		蛋白のみ(+)以上 10人 0.8%		潜血のみ(+)以上 0人 0.0%		蛋白・潜血(-)又は(±) 1,258人 99.0%		尿検査実施者 1,271人 / 実施率 100.0%
		治療なし 856人 67.3%	60以上	792人 92.5%	0人 0.0%	0人 0.0%	3人 0.2%	0人 0.0%	789人 62.1%	地域でみる 844人 66.4%			
			50～60未満	52人 6.1%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	52人 4.1%				
			治療中 415人 32.7%	50未満	12人 1.4%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	12人 0.9%	腎臓専門医 29人 2.3%		
				50～60未満	16人 3.9%	2人 0.2%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	14人 1.1%			
		かかりつけ・家族互共に実施 1,271人 26.1%	50～60未満	67人 16.1%	1人 0.1%	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	66人 5.2%	かかりつけ医 398人 31.3%			
			60以上	332人 80.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	7人 0.6%	0人 0.0%	325人 25.6%				

CKDの病期（ステージ）の指標となるeGFR（推算糸球体濾過量）は、血清クレアチニンを測定することにより、推算することができます。慢性腎臓病（CKD）となるのは、eGFR 60未満です。

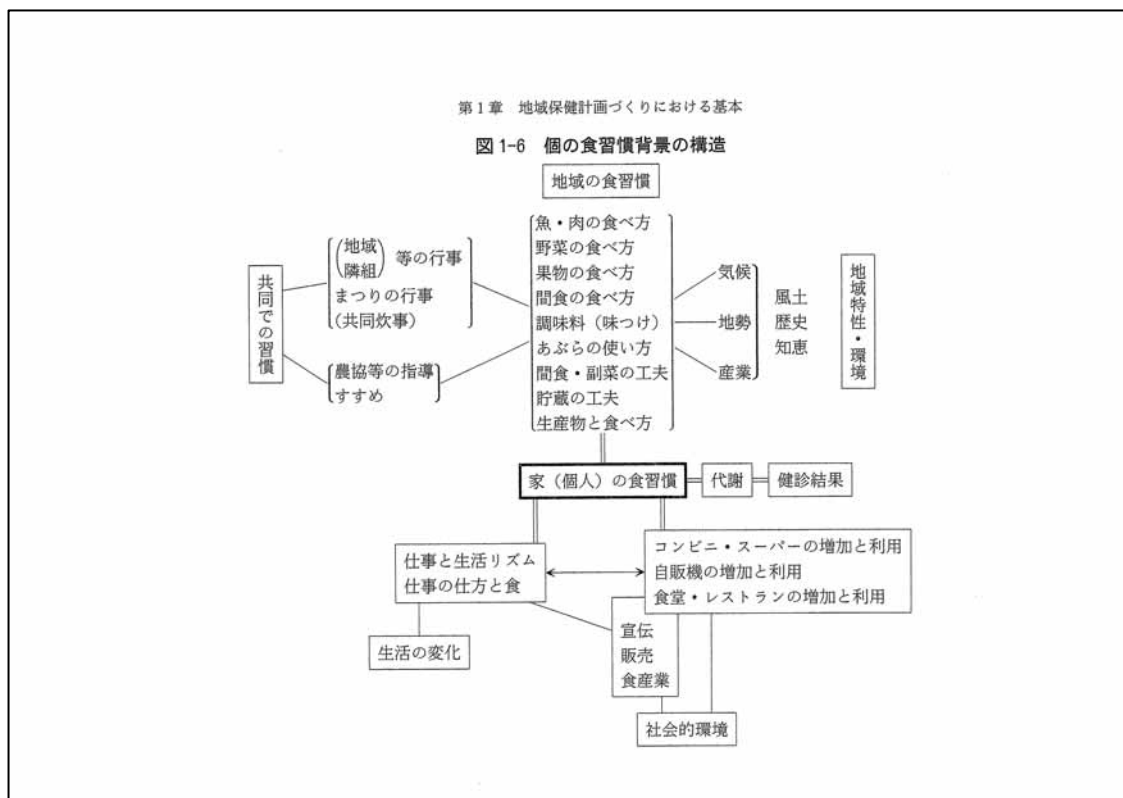
健診結果から、CKD予防対象者をみると、糖尿病、高血圧、脂質異常の治療がなく、腎機能が腎専門医レベルの方が12人、地域のかかりつけ医等と連携しながら予防の対象者となるのは、844人です。

まずは、CKD予防対象者の病歴把握に努めるとともに、腎機能に影響を及ぼす高血糖、高血圧予防を目標に保健指導し、さらに医療との連携を目指します。

（４）共通する課題（生活習慣の背景となるもの）

健康増進は、被保険者の意識と行動の変容が必要であることから、被保険者の主体的な健康増進の取組を支援するため、対象者に対する十分かつ的確な情報提供が必要となります。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、被保険者を含む住民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫することが求められます。また、当該情報提供において、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫します。

図 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

	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	35%	40%	45%	50%	60%
特定保健指導実施率	25%	30%	40%	50%	60%

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	4500人	4500人	4450人	4450人	4400人
特定健診受診者数	1350人	1575人	1780人	2000人	2200人
特定保健指導対象者数	155人	181人	204人	230人	253人
特定保健指導実施者数	39人	54人	82人	115人	152人

4 特定健診の実施

(1) 特定健康診査

健診の体制は、第1期同様地区活性化センターや公民館等を巡回して実施する集団健診の形態とするが、休日健診も取り入れ受診率も向上してきており、さらに受診率を上げていくために、夜間健診の実施や個別健診も検討していきます。

なお、特定健康診査の検査項目は次のとおりとする。

< 基本的な健診項目 >

- ・ 質問項目（服薬の有無、既往症、喫煙歴、生活習慣など）
- ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
- ・ 理学的検査（身体診察）
- ・ 血圧測定
- ・ 血液化学検査
 - 脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）
 - 血糖検査（空腹時血糖、HbA1c）
 - 肝機能検査（ALT（GOT）、AST（GOT）、γ-GT）
 - 血清クレアチン・尿酸
- ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・ オプションとして心電図検査・眼底検査・貧血検査（自己負担）が実施可能

* 基本的な健診項目に関する健診料金はH25年度から無料とします。

< 詳細な健診項目 >

医師が必要と認めた場合（一定基準あり）には、下記の検査も実施する。

- ・心電図検査
- ・眼底検査
- ・貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）

< 健診の案内方法・健診実施スケジュール >

各年 1 月の市報配布時に、検診申込調査票を世帯ごとに配布し、申込みのあった人に健診のお知らせとともに健診票を配布します。

平成 25 年度より、平日・休日健診に加え夜間健診を実施します。

（２）人間ドック

国保の保健事業として実施している人間ドックについて、特定健診の検査項目を包含する健診とし、特定健診受診率のアップと健康に対する意識の高揚、疾病予防等を効果的に推進します。

５ 特定保健指導の実施

（１）特定保健指導

特定保健指導の実施については、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

また、保健指導の一部を健康づくり事業団に委託します。特定保健指導の対象者を明確にするために、標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に基づき、受診者を階層化により区分し、優先順位を考え保健指導方針を決めます。

【対象者の選定と階層化】 * 第 1 期と変更なし

次の図表にあるように、追加リスクの数と喫煙歴の有無により、動機づけ支援の対象者が積極的支援の対象者かを選定します。

腹 囲	追加リスク	喫煙歴	対象	
	血糖 脂質 血圧		40 - 64 歳	65 - 74 歳
85 cm以上（男性） 90 cm以上（女性）	2 つ以上該当	／	積極的 支援	動機づけ 支援
	1 つ該当	あり なし		
上記以外で BMI 25	3 つ該当	／	積極的 支援	動機づけ 支援
	2 つ該当	あり なし		
	1 つ該当	／		

（注）喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係しないことを意味します。

〔追加リスク〕

血糖 空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c の場合 5.2% 以上、もしくは薬剤治療を受けている場合
脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上または HDL コレステロール 40mg/dl 未満、もしくは薬剤治療を受けている場合
血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上、もしくは薬剤治療を受けている場合

【階層化】により保健指導を実施する。

「動機づけ支援」「積極的支援」と判定された者には、生活習慣の改善を目指して保健師・管理栄養士が特定保健指導を実施します。なお、「情報提供」は受診した者全員に行います。

【要保健指導対象者の選定と優先順位・支援方法】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法
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
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
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)
4	N	情報提供	健診結果の見方について通知・説明
5	I	情報提供	かかりつけ医と保健指導実施者との連携 学習教材の共同使用 医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析

個々のリスク(特にHbA1c・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFRと尿蛋白の有無)を評価し、対象者に応じた効果的な学習教材を使用し保健指導を実施します。

(2) 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。

- 1月 各種健診のお知らせ及び受診勧奨、検診申込調査票の配布
- 2月 検診申込調査票の回収
- 3月 データ化
- 4月 未受診者対策として再受診勧奨通知発送
- 5月 検診申込調査票による健診票の作成・配布準備
- 6月 各地区保健指導員による健診受診勧奨を兼ねた健診票の配布
- 7月 地区を巡回した集団検診(平日・休日・夜間)
- 8月
- 9月
- 10月
- 11月
- 12月～

結果相談会及び特定保健指導実施

（３）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。そこで、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を評価します。

また、評価は ストラクチャー（構造） プロセス（過程） アウトプット（事業実施量） 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。

第4章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

1 特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。また、特定健診・特定保健指導の記録の保存期限は、国の「特定健康診査等基本指針」に基づき、記録の作成の日から最低5年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までとします。

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

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示（平成20年厚生労働省告示第380号）及び通知で定められています。

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

予防可能な生活習慣病を予防することによって、将来の医療費の伸びを抑え、市民の負担を減らし、国民皆保険制度を持続可能なものとするためには、実施主体だけでなく、市民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及び主旨の普及啓発について、広報誌及びホームページの記載、各種通知や保健事業の実施に併せて啓発パンフレット等の配布を行い、公表・周知を行います。