

本 巢 市
特定健康診査等実施計画

平成 20 年 3 月

本巢市国民健康保険

目 次

第1章 計画の趣旨	1
1 計画の背景及び目的	1
2 特定健診・保健指導の対象となる生活習慣病	1
3 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義	2
4 計画の性格と役割	4
5 計画期間	4
第2章 被保険者の現状と課題	5
1 社会保障の視点でみる本市の特徴	5
2 生活習慣病の治療状況	8
3 まとめ	19
4 健康状態	20
第3章 特定健康診査等の実施目標	24
1 特定健康診査等実施の基本的考え方	24
2 目標値の設定	25
3 目標値の内訳	26
第4章 特定健康診査等の実施	27
1 特定健康診査の実施	27
2 特定保健指導について	29
3 特定健康診査等のスケジュール等	36
第5章 特定健康診査等の記録管理と個人情報保護	38
1 特定健康診査等の記録の管理及び保存について	38
2 個人情報保護について	40
第6章 特定健康診査実施計画の評価、見直し及び公表	41
1 特定健康診査等実施計画の公表	41
2 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	41

第 1 章 計画の趣旨

1 計画の背景及び目的

国では、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、平成 18 年 6 月の医療制度改革関連法の改正により、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、医療保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「法」という。）に基づいて、保険者は、被保険者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施することとしています。

このため、本計画は、国民健康保険者として、市民の健康づくり運動を推進する「本巢市健康増進計画」と整合性を保ちながら、健康で長寿であることの実現に資するため、内臓脂肪症候群等の生活習慣病を中心とした疾病予防を重視し、健診及び保健指導の充実を図る観点から、本市国民健康保険被保険者に対して法第 18 条第 1 項に規定する特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施方法及びその成果に関する基本的な事項を定めるものです。

2 特定健診・保健指導の対象となる生活習慣病

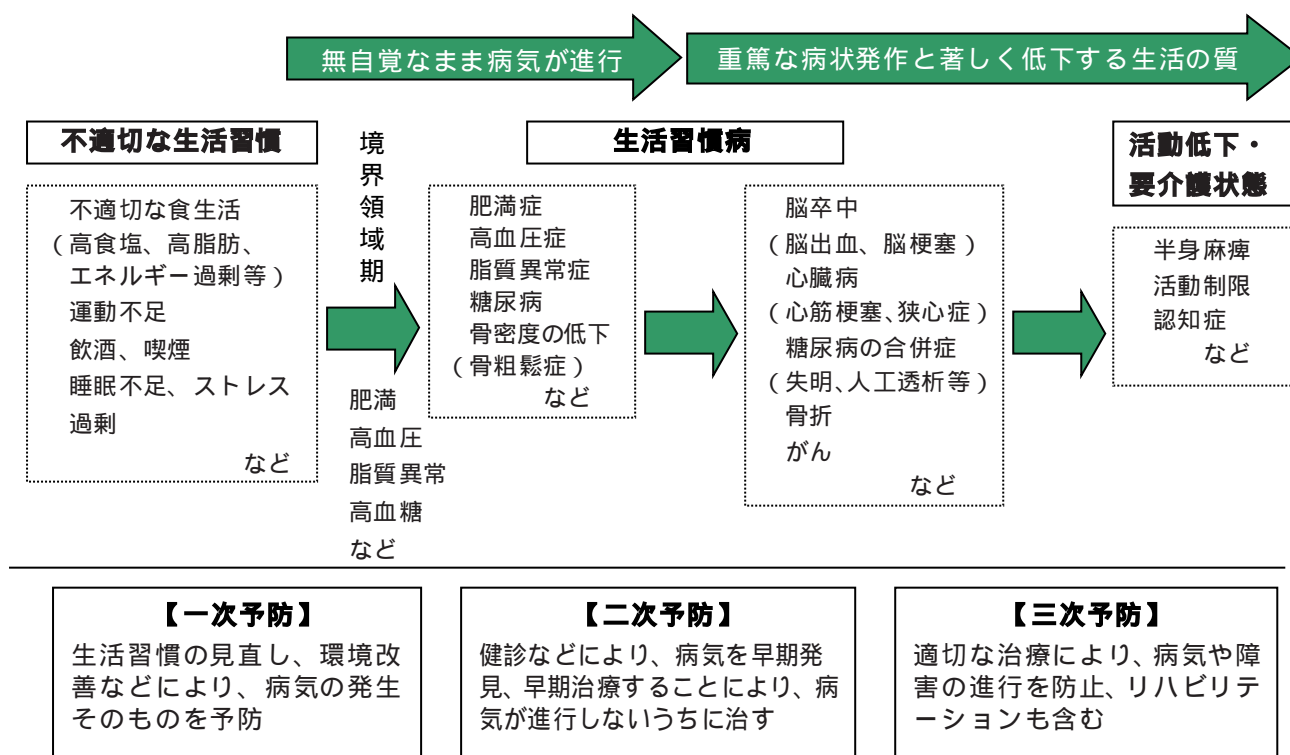
本市の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に 75 歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等（以下「糖尿病等」という。）の生活習慣病の発症を招き、外来通院及び投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。

このため、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、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、市民の生活の質の維持及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。

糖尿病等の生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）に起因する 경우가多く、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このため、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念に基づき、その該当者及び予備群に対し、運動習慣の定着やバラ

ンスのとれた食生活などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の生活習慣病や、これが重症化した虚血性心疾患、脳卒中等の発症リスクの低減を図ることが可能となります。特定健康診査・保健指導の対象となる生活習慣病は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群とします

図表 1 生活習慣病の進行と一次予防・二次予防・三次予防の関係



出典:生活習慣病予防研究会編 『生活習慣病のしおり 2004』より作成

3 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義

平成 17 年 4 月に、日本内科学会等内科系 8 学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示しました。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としています。

すなわち、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す。

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、人工透析に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られます。

図表 2 新しい健診・保健指導の基本的な考え方

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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 最新の科学的知識と課題抽出のための分析 </div> <div style="font-size: 40px; margin: 20px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 行動変容を促す手法 </div>	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が保健指導の対象		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や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

資料：厚生労働省資料

4 計画の性格と役割

本巣市特定健康診査等実施計画は、法第 18 条に基づき策定するもので、国の特定健康診査等基本指針を踏まえ、岐阜県医療費適正化計画と整合性を保ちながら、本市国民健康保険被保険者のうち 40 歳以上 75 歳未満の方を対象に特定健康診査等を実施することにより、市民の願いである健康で長寿であることの実現に資するものです。

5 計画期間

この計画は、5 年を 1 期とし、第 1 期を平成 20 年度から平成 24 年度までの 5 年間とします。また、5 年ごとに評価と見直しを行います。

第2章 被保険者の現状と課題

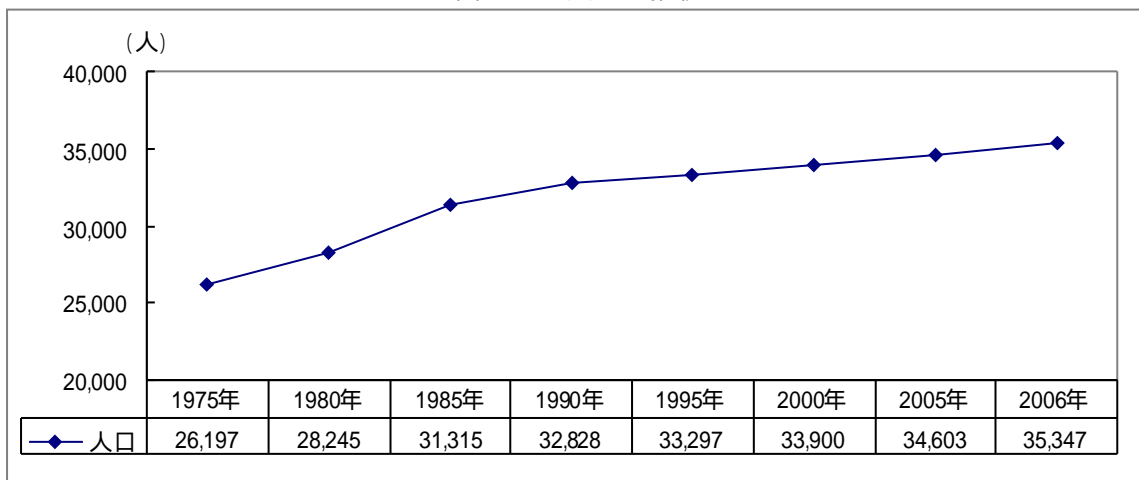
1 社会保障の視点でみる本市の特徴

(1) 人口・高齢化率

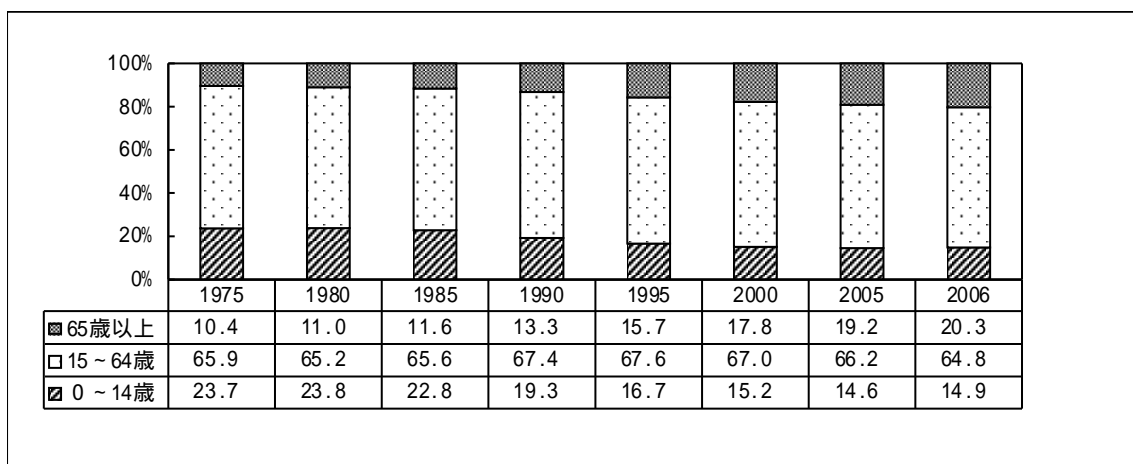
本市の総人口は2006年12月31日現在、35,347人です。1975年以降の推移を、合併前の旧4町村の合計で見ると、1975年の26,197人から9,150人の増加で約1.34倍となっています。

年齢三区分別の割合をみると、0～14歳の年少人口は1985年で、全体の22.8%であったのが、2005年には、14.6%まで下がり、2006年にはやや上昇して14.9%となっています。それに対し、65歳以上の老年人口については、1985年で全体の11.6%であったのが、2006年には、20.3%と確実に少子高齢社会へと進んでいることがわかります。

図表3 人口の推移



図表4 年齢構成割合の推移

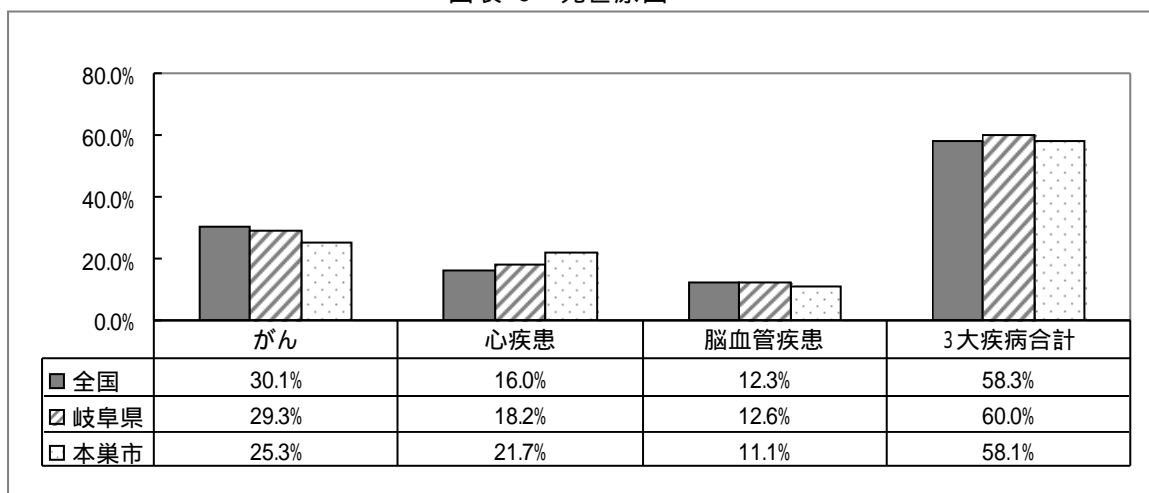


(2) 死亡

死亡順位1位の悪性新生物、第2位の心疾患、3位脳血管疾患までの生活習慣病だけで、死因の58.1%を占めます。また、心疾患による死亡が、全国・岐阜県より高い状況にあり、生活習慣病からくる動脈硬化などを予防していくことが必要です。

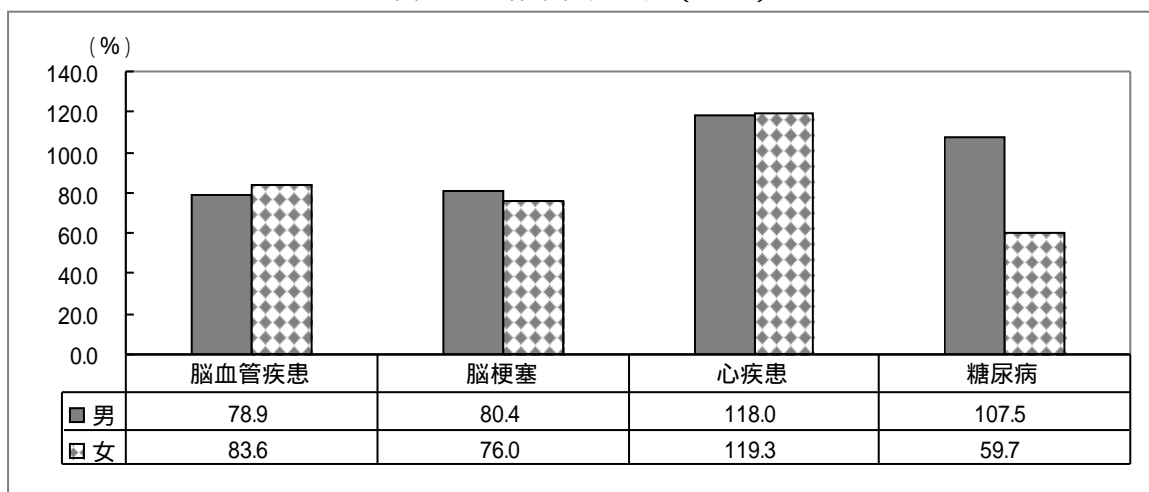
さらに、死亡の状況を全国を100としてみる、標準化死亡比で比較しますと、男女共に、心疾患が全国を上回り、男性では糖尿病も全国の平均を上回っています。

図表 5 死亡原因



資料:岐阜地域の公衆衛生

図表 6 標準化死亡比 (SMR)



資料:岐阜地域保健所統計

(4) 国民健康保険

本市の国民健康保険加入率は、35.6%と全国37.5%・県39.3%に比べて低い状況であり、保険料収納率は、全国に比べ4%高くなっています。

1人あたりの一般医療費は、197,468円で全国211,376円より約14,000円低く、県202,377円に比べ約5,000円低くなっています。しかし、1人あたりの退職者医療費は、398,222円で国377,295円より約2万円高く、県362,720円より約35,000円高くなっています。

又老人医療費は、804,666円で国より15,000円ほど低く県より約6万円高い状況です。

(5) 介護保険の認定状況

介護保険第2号被保険者の認定状況を年齢別疾病別にみると、原因疾患は脳血管疾患が最も多く、71%を占めています。その内脳出血が10人、脳梗塞が12人でした。

年齢別では、50歳代が13人42%、60歳～64歳が17人55%で、最年少は48歳でした。男女別では男性16人、女性15人とほぼ同数であるが、男性のほうが、若い年齢での要介護認定者が多い傾向にあります。

また、50歳代より60歳代のほうが介護度は重度であり、疾病別では脳血管疾患が重度傾向にあります。

図表7 介護保険2号認定者から見た予防活動資料(平成18年度4月～3月認定分)

年代別疾病										本業市
年齢	脳血管疾患	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性	初老期における認知症	多系統萎縮症	関節リウマチ	頸部脊柱管狭窄症	筋萎縮性側索硬化症	がん(がん末期)	パーキンソン病	総計
40歳代							1			1
50歳代	13									13
60-64歳	9	1	1	1	2	1		1	1	17
総数	22	1	1	1	2	1	1	1	1	31
%	71.0%	3.2%	3.2%	3.2%	6.5%	3.2%	3.2%	3.2%	3.2%	100.0%

脳出血10、脳梗塞12

年齢別介護度									
年齢	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	男性	女性
40歳代				1					0
50歳代		1	3	4	3	2		8	5
60-64歳			1	6	4	4	2	7	10
総数	0	1	4	11	7	6	2	16	15
%	0.0%	3.2%	12.9%	35.5%	22.6%	19.4%	6.5%	51.6%	48.4%

疾病別判定							
2号特定疾病名	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
脳血管疾患			1	3	8	5	1
糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症						1	
初老期における認知症					1		
多系統萎縮症				1			
関節リウマチ						1	1
頸部脊柱管狭窄症							1
筋萎縮性側索硬化症					1		
がん(がん末期)						1	
パーキンソン病						1	
総計	0		1	4	11	7	2

性別状況		
年齢	男性	女性
40歳代	1	0
50歳代	8	5
60～64歳	7	10
合計	16	15

2 生活習慣病の治療状況

(1) 医療費分析 (資料集 様式3 参照)

1枚あたりの費用額が50万円以上の診療分診療報酬明細書(以下「レセプト」と言う)65件中、心疾患治療者が62%、脳血管疾患治療者が20%であり、いずれも血管内皮細胞の変化による動脈硬化によって引き起こされる疾患となっています。基礎疾患の中で最も多かったのは高血圧で60%、続いて糖尿病が57%と高率の値となっています。

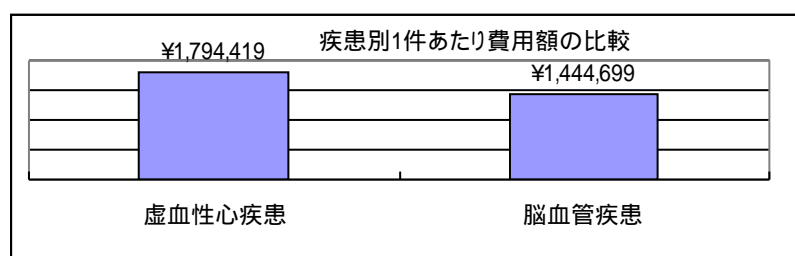
図表 8 高額レセプトの疾患別人数と割合

基礎疾患					心疾患				脳血管疾患			
高血圧	脂質異常症	糖尿病	インスリン	高尿酸血症	計	虚血変化	洞調節不全	その他	計	脳梗塞	脳出血	その他
39	15	37	5	3	40	27	15	18	13	9	5	1
60%	23%	57%	8%	5%	62%	42%	23%	28%	20%	14%	8%	2%

ここで、疾患別で1件あたりの医療費の平均を算出してみると、対象レセプト全体の平均額1,358千円に対して、虚血性心疾患の平均額は1,794千円と高額でした。脳血管疾患の平均額は1,445千円と、虚血性心疾患に比べると高額ではありませんが、脳血管疾患の特性から長期入院になることが多く、結果的には高額な医療費になると考えられます。

以上のことから、高額な医療費の原因となっている疾患は虚血性心疾患であり、またその基礎疾患である糖尿病の罹患も医療費の高額化の原因となっているということが明らかになります。

図表 9 虚血性心疾患・脳血管疾患別費用額



さらに、重症化して心疾患や脳血管疾患に到った背景について詳しく見ると、心疾患の中では特に虚血変化が多く、その背景にある基礎疾患は、高血圧が72%と多く、次に脂質異常症が47%と高いことがわかります。

図表 10 心疾患の背景

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	虚血性心疾患		基礎疾患							
					高血圧症		糖尿病		脂質異常症		高尿酸血症	
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下	2,282	16	1	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30歳代	1,025	32	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
40歳代	799	81	8	1.0%	6	75.0%	2	25.0%	3	37.5%	0	0.0%
50歳代	1,653	405	60	3.6%	44	73.3%	23	38.3%	31	51.7%	1	1.7%
60歳代	2,916	1,227	254	8.7%	181	71.3%	95	37.4%	126	49.6%	23	9.1%
70~74歳	1,401	419	76	5.4%	56	73.7%	32	42.1%	28	36.8%	7	9.2%
合計	10,076	2,180	399	4.0%	288	72.2%	152	38.1%	188	47.1%	31	7.8%

また、虚血性心疾患の背景にある基礎疾患の合併状況（図表 11）をみると、高血圧と脂質異常症と糖尿病の3つを合併している人が37%と最も高く、2つを合併している場合は高血圧と糖尿病の合併が11%で高いことから、高血圧と糖尿病の合併がある人（48%）が、重症化していたということがわかります。

図表 11 虚血性心疾患の背景（リスクの重なり）

	合計	高血圧 + 脂質異常症 + 糖尿病	高血圧 + 糖尿病	高血圧 + 脂質異常症	脂質異常症 + 糖尿病	高血圧のみ	脂質異常症のみ	糖尿病のみ	基礎疾患合併なし
虚血性心疾患	27人	10人 37%	3人 11%	0人 0%	2人 7%	5人 19%	0人 0%	5人 19%	2人 7%

}	13人
	48%

以上のことから、基礎疾患を複数併せ持っていればいるほど重症化し、虚血性心疾患に到りやすいということがわかり、そういったリスクの重なりを予防あるいは改善していくということが今後の課題となります。

脳血管疾患についても同様に見てみると、脳血管疾患全体では高血圧が62%と高く、次に糖尿病が54%で高い傾向でした。脳梗塞と脳出血のいずれの場合も高血圧が高率であり、さらに、脳血管疾患治療者の中で、同時に虚血性心疾患も罹患している重症化傾向にある人が23%（約4人に1人）にも上っているという現状が明らかとなります。（図表 12）

脳血管疾患の背景にある基礎疾患の中では、高血圧が重要であることがわかります。しかしながら、高血圧の次に高いのは必ず糖尿病であり、医療費の高額化の原因となる糖尿病の予防が重要であるといえます。

図表 12 脳血管疾患の背景

	人数		基礎疾患				基礎疾患なし	心疾患			心疾患全体	
			高血圧	脂質異常症	糖尿病	高尿酸血症		虚血変化	洞調節不全	その他		
脳血管疾患		13人		8人	1人	7人	0人	2人	3人	1人	6人	7人
				62%	8%	54%	0%	15%	23%	8%	46%	54%
内訳	脳梗塞	9人	69%	6人	1人	5人	0人	1人	2人	1人	4人	5人
				67%	11%	56%	0%	11%	22%	11%	44%	56%
	脳出血	5人	38%	4人	1人	3人	0人	0人	2人	0人	2人	3人
				80%	20%	60%	0%	0%	40%	0%	40%	60%
	その他	1人	8%	0人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人
				0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%

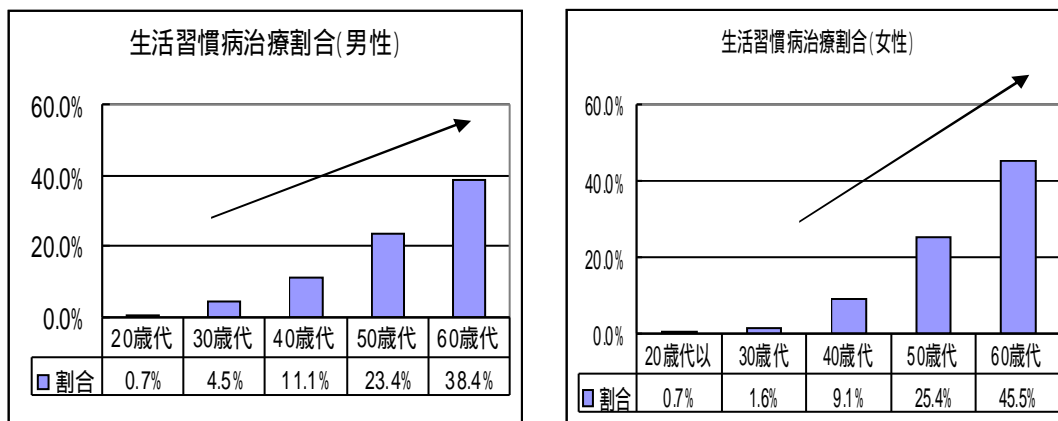
(2) 生活習慣病の治療状況 (資料編 様式 3-1)

本県市国民健康保険被保険者 10,076 人 (H18.12 月末現在) のうち、生活習慣病の治療をしているものは 2,180 人 (21.6%) で、性別に男性が 996 人 (20.1%)、女性が 1,184 人 (23.1%) となっています。

年齢別にみると、男性では、30 歳代にはわずかに 4.5% だった治療者が、40 歳代には 11.1% と 2.5 倍増加し、50 歳代はさらに 2.5 倍増加して 23.4% となっており、30 歳代と比較して約 5 倍に急増しています。そして、60 歳代が最も多く 38.4% と、約 4 割の人が生活習慣病の治療を受けている状況です。

女性についても同様に、30 歳代で 1.6% であった者が、50 歳代では、25.4% となり、60 歳代では 45.5% と 2 人に 1 人が治療を受けています。この結果から、50 歳代での生活習慣病治療者を増やさないためには、30 歳～40 歳代での予防対策が重要といえます。

図表 13 年齢別生活習慣病割合

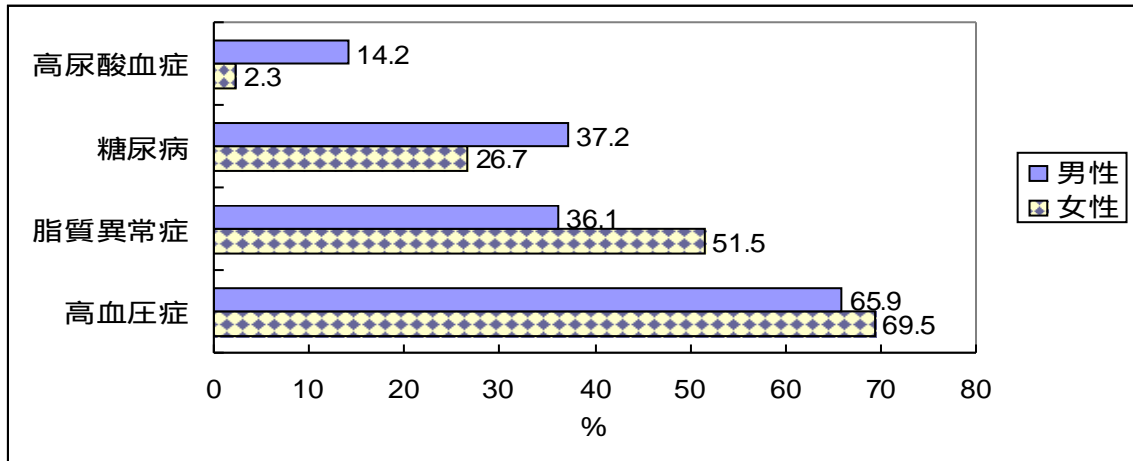


(3) 基礎疾患別の治療状況

生活習慣病の治療をしている患者のうち、基礎疾患(高血圧・糖尿病・高尿酸・脂質異常症)の詳細な内容を見てみると、男性で最も多かったのが、高血圧で65.6%、次いで糖尿病で37.2%、脂質異常症36.1%、高尿酸14.2%です。

女性も高血圧が多く、男性よりも多い69.5%とほぼ7割を占めました。次いで脂質異常症51.5%、糖尿病26.7%と続いています。

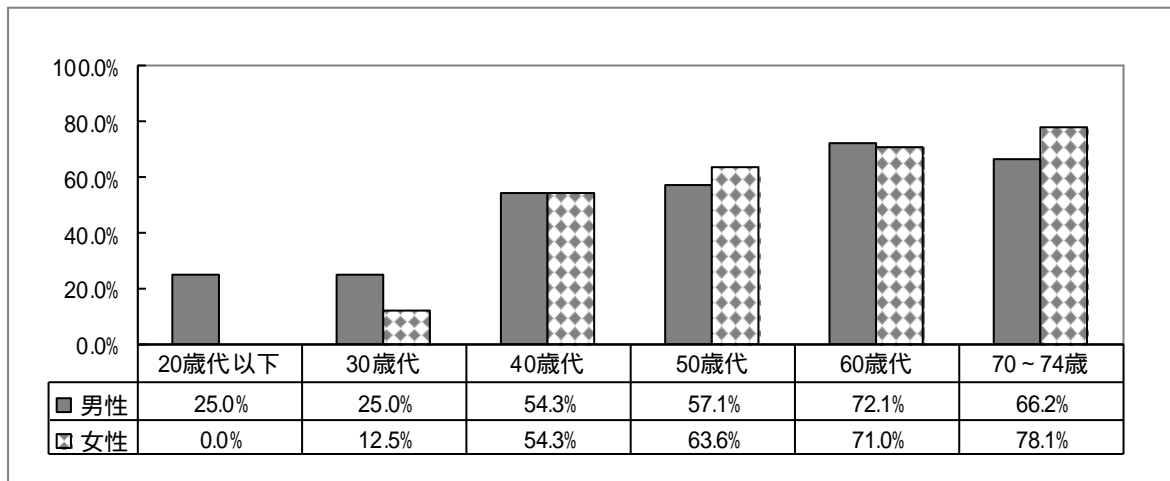
図表 14 基礎疾患の内訳



(4) 高血圧の治療状況

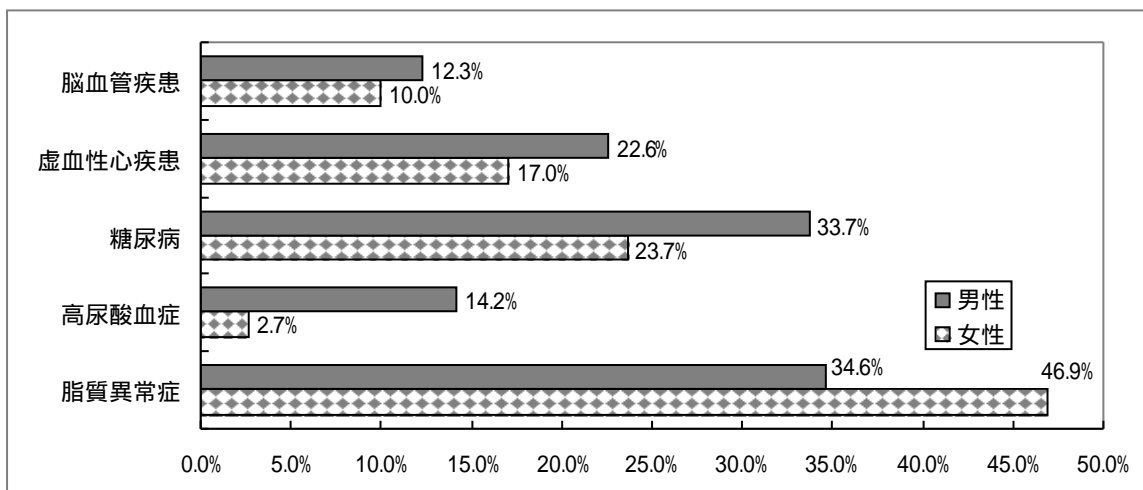
生活習慣病で治療している中で高血圧の治療者をみると、男女ともに40歳代で高血圧の治療者が5割と急増し、50歳代で6割、60歳代で7割と年齢が上がるごとに罹患率も高くなっています。また、男性では20歳代、30歳代から25%の治療者がおり、治療者が若年化しています。

図表 15 高血圧の年代別治療状況



また、高血圧治療者と他の生活習慣病との重なりを確認した者が図表 16 で、高血圧治療者の脳血管疾患との合併率に着目すると、脳血管疾患と合併している患者は、男性で12.3%、女性で10.0%と1割近い患者が脳血管疾患という重症な疾患を合併しています。

図表 16 高血圧と合併している疾患の割合

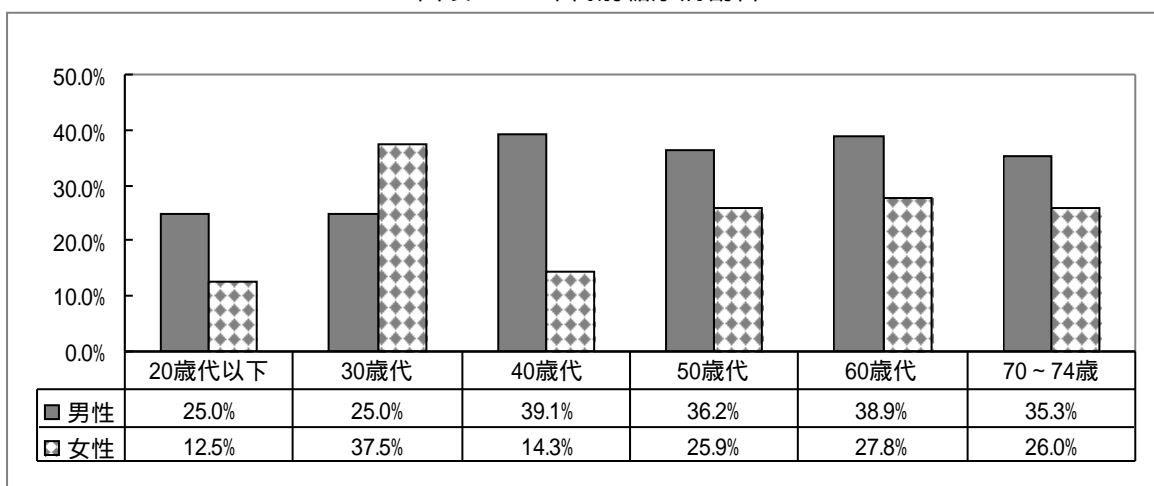


高血圧は、脳血管疾患の最も重要な因子であることは、高血圧ガイドラインでも示されています。脳血管疾患は本人のADLを低下させ、生活の質を一変させるだけでなく、長期入院や高額な医療につながることから、医療保険者としても重要な疾病であるため、予防が急がれます。脳血管疾患に至るには少なくとも10年以上の高血圧等による血管変化を経て発症すると考えられることから、若年層から高血圧予防対策が必要であるとともに、高血圧治療が始まって治療中断しないなどの支援が重要です。

(5) 糖尿病の治療状況

生活習慣病治療者のうち糖尿病治療者の状況をみると、男性では、40歳代から約4割が、女性については、男性ほど高率ではないものの50歳代から約3割近くが糖尿病患者であることがわかります。年代を追った大きな変化はみられません。

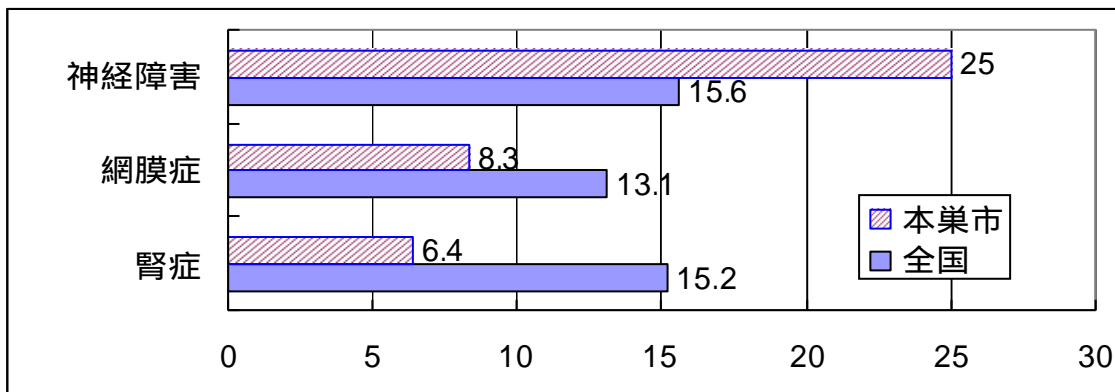
図表 17 年代別糖尿病割合



糖尿病は予防可能な疾患ですが、罹患すると血管変化をすすめる大きなリスクであり、腎症や網膜症、神経障害などの細小血管障害に加え、虚血性心疾患や脳血管疾患などの大血管疾患などの合併症を引き起こす重大な疾患です。また、ひ

とたび合併症に至ると不可逆的であり、大きな身体障害を伴うこととなります。本巢市の糖尿病合併症の発症状態を全国と比較したものが図表 18 です。

図表 18 糖尿病三大合併症の全国との比較

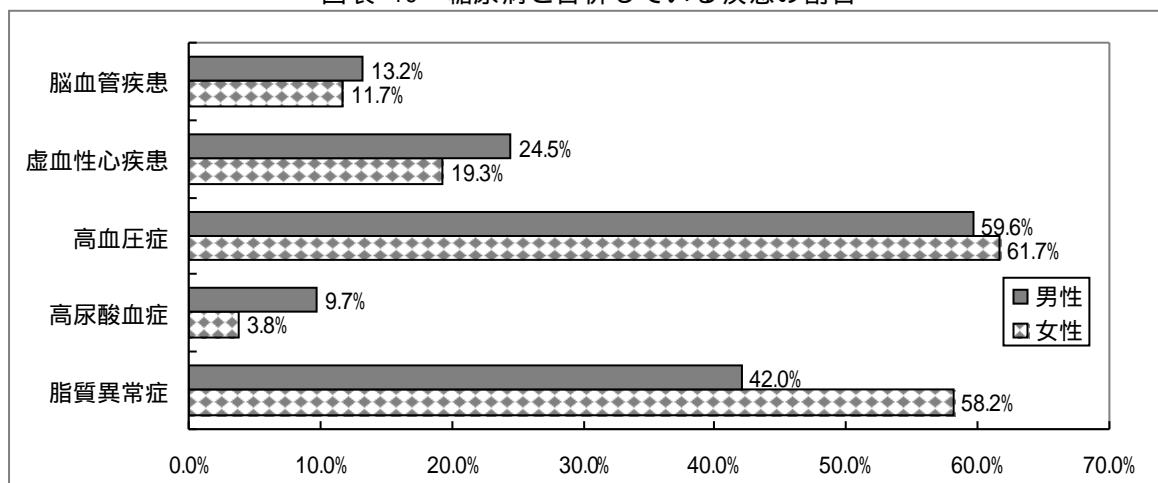


全国の統計と比べて糖尿病神経障害の罹患率が高く、網膜症、腎障害は低い傾向です。糖尿病合併症のうち、細小血管障害と言われるものは、まず神経障害から発症して、続いて網膜症、腎障害に至ります。したがって、合併症に至っているもののうち、早期で診断されている人も多く、これら神経障害に至っている糖尿病治療者が、合併症の重症化を起こさないためにも、血糖コントロールの重要性について治療者本人が学習する機会を作る必要があります。また、治療中断に至らないよう医療機関との連携が重要です。

一方、三大合併症のうち、最も重症化した状態である糖尿病腎症や糖尿病網膜症を治療している者は 50 歳代で出現しています。明らかに糖尿病と診断される病態から 20 年程度経て発症するとされていることから、30 歳代で介入がなされていたのが課題となります。

さらに糖尿病合併症として、大血管障害といわれる虚血性心疾患及び脳血管障害の合併についてみますと男性の脳血管疾患は 13.2%、虚血性心疾患は 24.5%で、女性では脳血管疾患が 11.7%、虚血性心疾患が 19.3%でした。男女ともに 2 人に 1 人は虚血性心疾患があることがわかりました。また、男女ともに高血圧症と 6 割が合併しており、女性は脂質異常症とも 6 割が合併しています。

図表 19 糖尿病と合併している疾患の割合



また糖尿病による治療費は、重症化するごとに増大していくため、合併症が多くなればなるほど、身体的精神的にも、経済的にも負担が大きくなっていきます。

図表 20 糖尿病の治療費（1カ月分）

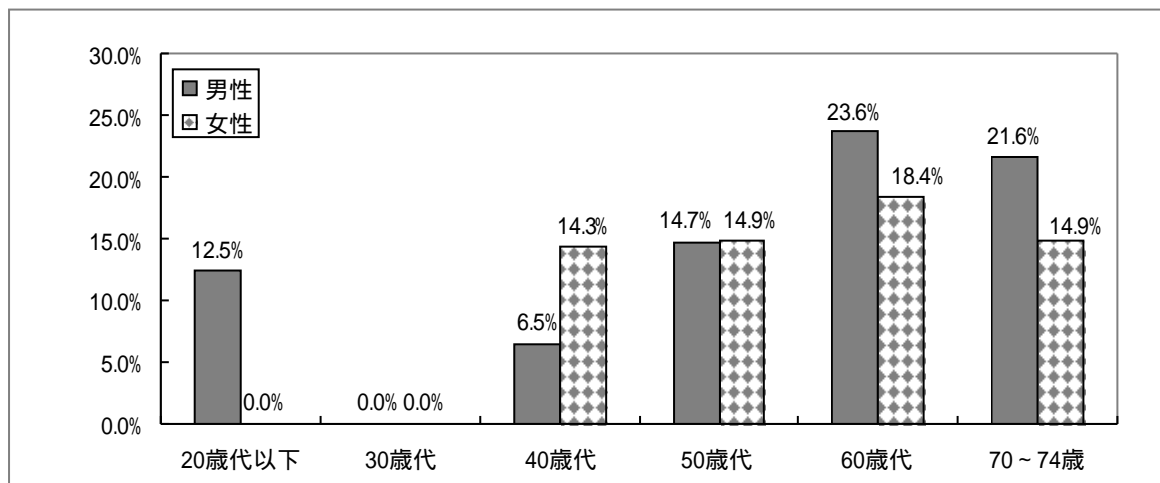
治療内容	経過観察	内服治療	インスリン療法	人工透析
治療費	5,470円	12,420円	41,880円	600,000円

資料：沖縄県国民健康保険連合会調べ

（6）虚血性心疾患の治療状況

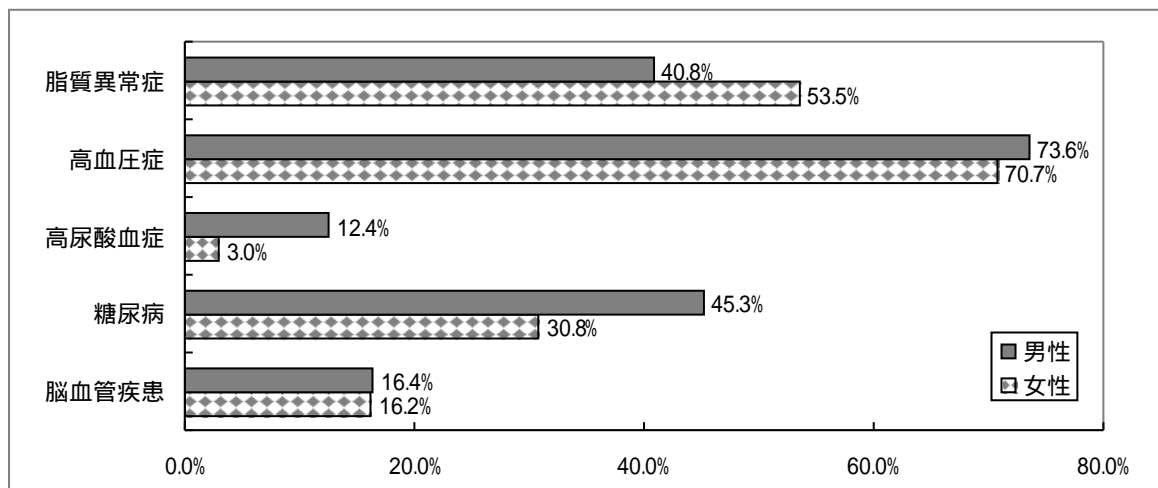
高額な医療費となる虚血性心疾患の治療状況を見ると（図表 21）、女性では40歳代から男女ともに60歳代の罹患率が最も高く、60歳代生活習慣病患者のうち、およそ2割が虚血性心疾患の治療に至っていることがわかります。

図表 21 虚血性心疾患の年代別治療状況



また、虚血性心疾患に至った背景となる基礎疾患をみますと（図表 22）高血圧合併者が男女とも約7割いることがわかります。男性では糖尿病が45%、女性では脂質異常症を高率に合併しています。

図表 22 虚血性心疾患との合併率



虚血性心疾患と基礎疾患の重なりを図表 23 でみると、男女ともに高血圧の治療者が多く、さらに高血圧、糖尿病、脂質異常症の 2 つから 3 つあわせもつ人が多くなっています。女性では、高血圧と脂質異常症の 2 つ以上の疾患をあわせもつ人が多くなっています。

図表 23 虚血性心疾患と基礎疾患治療との重なり状況

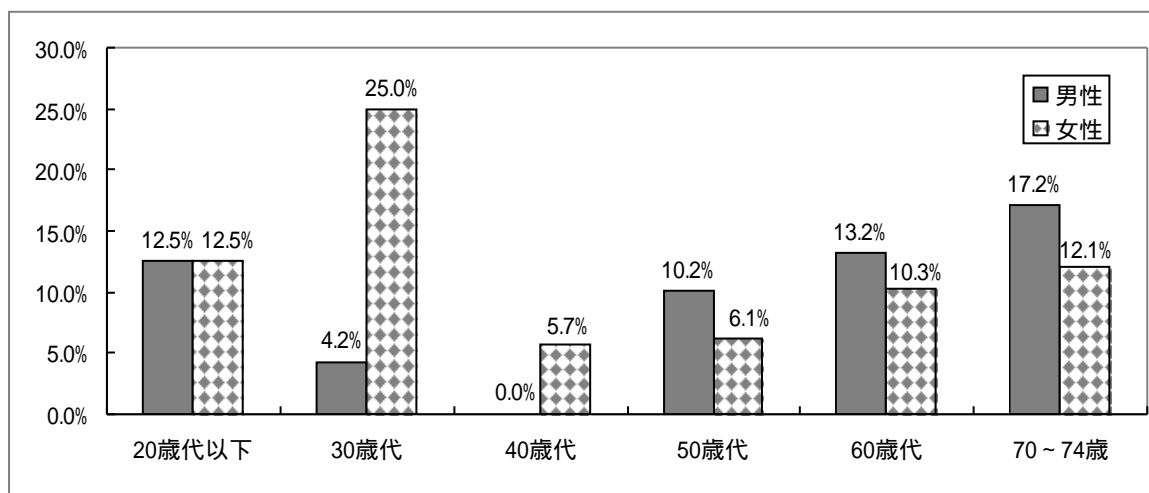
虚血性心疾患と他の基礎疾患との重なり	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
合計	201	100.0%	198	100.0%
虚血性心疾患の治療のみ	22	10.9%	24	12.1%
虚血性心疾患 +	76	37.8%	71	35.9%
+ 高血圧	54	26.9%	44	22.2%
+ 糖尿病	10	5.0%	7	3.5%
+ 脂質異常症	12	6.0%	20	10.1%
虚血性心疾患 + 2 つ計	64	31.8%	73	36.9%
+ 高血圧、糖尿病	33	16.4%	17	8.6%
+ 高血圧、脂質異常症	22	10.9%	49	24.7%
+ 糖尿病、脂質異常症	9	4.5%	7	3.5%
虚血性心疾患 + 3 つ	39	19.4%	30	15.2%
+ 高血圧、糖尿病、脂質異常症	39	19.4%	30	15.2%

(7) 脳血管疾患の治療状況

介護保険給付の増加につながる脳血管疾患については、若年層で高率を示していますが、これについては、サンプル件数も少なく、取り立てて問題があるとはいえません。

基本的には、年齢が上がるとともに罹患率が高くなっている状況です。

図表 24 脳血管疾患の年代別治療状況



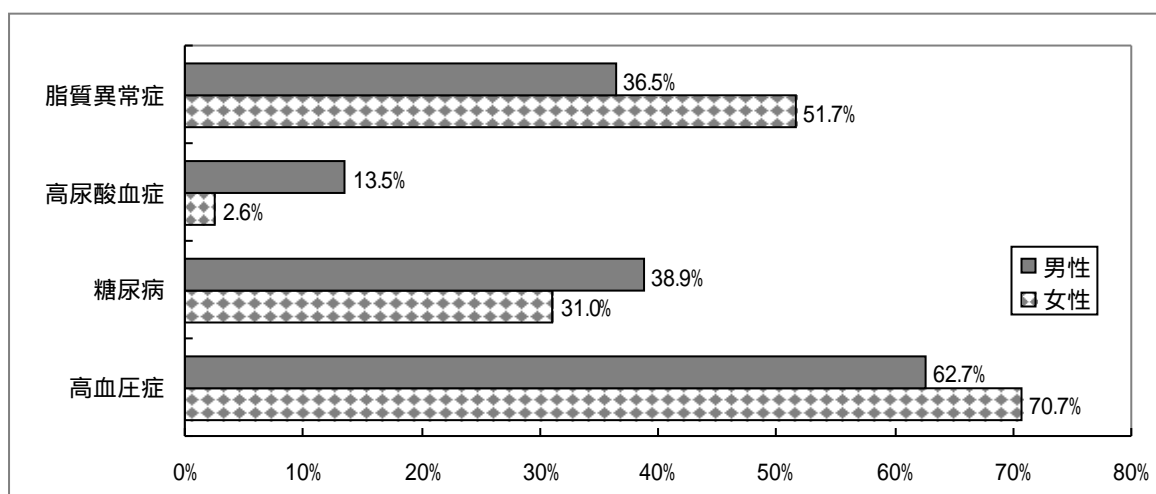
また、本巢市の脳血管疾患では脳出血は少なく、いわゆる「つまる」タイプの脳梗塞が約 8 割を占めています。

図表 25 脳血管疾患の内訳

年代	被保険者数	生活習慣病実人数	脳血管疾患		(再掲)			
					脳梗塞		出血	
			数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下	2,282	16	2	12.5%	0	0.0%	2	100.0%
30歳代	1,025	32	3	9.4%	2	66.7%	0	0.0%
40歳代	799	81	2	2.5%	1	50.0%	1	50.0%
50歳代	1,653	405	32	7.9%	18	56.3%	10	31.3%
60歳代	2,916	1,227	142	11.6%	117	82.4%	14	9.9%
70歳～74歳	1,401	419	61	14.6%	53	86.9%	2	3.3%
合計	10,076	2,180	242	11.1%	191	78.9%	29	12.0%

その発症の背景としての基礎疾患を見ると、虚血性心疾患と同様に高血圧との合併が高く、男女ともに 6 割以上を占めています。また、女性では脂質異常症が約 5 割、男性では糖尿病が約 4 割合併しており、動脈硬化を進めた結果として、脳梗塞などつまる原因になっていると思われます。

図表 26 脳血管疾患との合併している基礎疾患



脳血管疾患と基礎疾患の重なりをみると、男女ともに高血圧の治療者が多く、さらに男性では高血圧、糖尿病、脂質異常症の 3 つあわせもつ人が多くなっています。女性では、高血圧と脂質異常症の 2 つ以上の疾患をあわせもつ人が多くなっています。(図表 27)

図表 27 脳血管疾患と基礎疾患治療との重なり状況

	男性		女性	
	人数	割合	人数	割合
合 計	126	100.0%	116	100.0%
脳血管疾患のみ	16	8.0%	17	8.6%
脳血管疾患 +	45	22.4%	40	20.2%
+ 高血圧	32	15.9%	27	13.6%
+ 糖尿病	7	3.5%	6	3.0%
+ 脂質異常症	6	3.0%	7	3.5%
脳血管疾患 + 2つ計	43	21.4%	35	17.7%
+ 高血圧、糖尿病	17	8.5%	6	3.0%
+ 高血圧、脂質異常症	16	8.0%	25	12.6%
+ 糖尿病、脂質異常症	10	5.0%	4	2.0%
脳血管疾患 + 3つ	22	10.9%	24	12.1%
+ 高血圧、糖尿病、脂質異常症	22	10.9%	24	12.1%

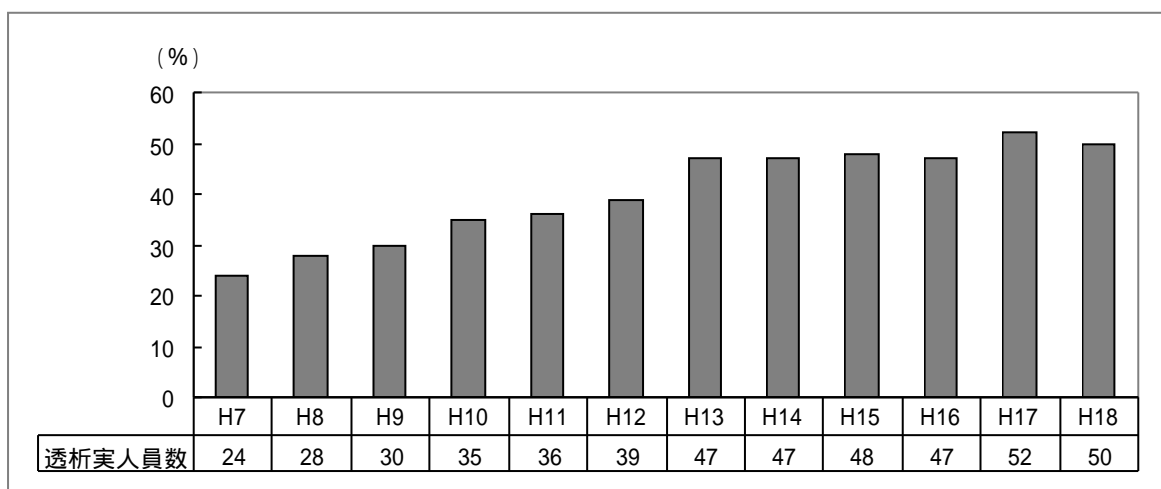
(8) 人工透析の実態

人工透析療法は、生活の質や日常生活活動を低下させ、合併症も多く長期化すると累積医療費が高額となります。

人工透析患者の年次推移

人工透析患者の平成 7 年から平成 18 年の 12 年間の累計から見ると、平成 7 年は 25 名で、平成 18 年で 98 名と増加している。これらの内死亡者等を除く実人員でみると、平成 7 年の 24 名から平成 18 年の 50 名と約 2 倍に増加しています。

図表 28 透析実人員の推移



資料: 岐阜県健康福祉環境部障害福祉課 身体障害者手帳交付台帳(平成18年3月現在)

人工透析 医療費からの検討

平成 18 年 1 月分の国民健康保険診療報酬レセプトで人工透析療法の記載があった 29 名の 1 か月の保険点数から計算すると、人工透析による医療費は、一人につき年間おおむね 760 万円でした。

一人当たり医療費 計算方法

$1 \text{ か月の保険点数 (29 名合計)} 1,837,266 \text{ 点} \times 10 \text{ 円} \times 12 \text{ か月} \div 29 \text{ 名} = 7,602,480 \text{ 円}$

平成 18 年 3 月 31 日現在の人工透析患者 50 名の医療費総額は 1 年間で 38,000 万円となり、今後毎年新規人工透析患者が 2 名ずつ増加すると考えると、1,520 万円ずつ医療費が増加することになります。

人工透析による医療費総額の推計 = 760 万円 \times 50 名 = 38,000 万円
--

人工透析療法が適応となる身体障害者医療は、自己負担分については身体障害者福祉法によって公費負担されますが、保険者負担分については継続して支払わなければならない、患者数が増加すると医療費を押し上げることになります。

新規人工透析導入者の透析に至る原因疾患をみると、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症による者が近年 50%を占めており、その率は今後増加していくことが考えられます。

人工透析の新規導入をできるだけ遅らせることができないか人工透析導入者の実態から予防の可能性を検討する必要があります。

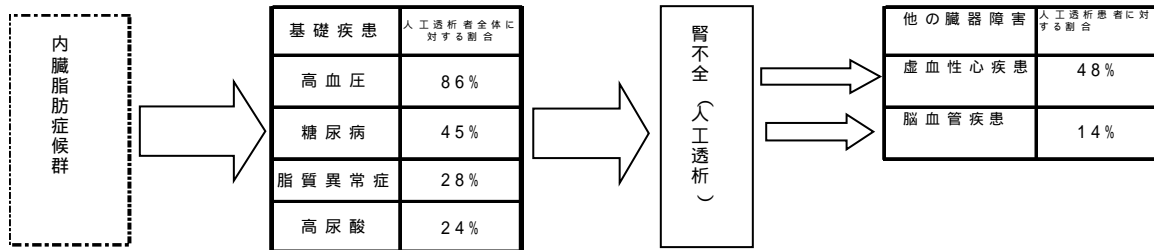
人工透析患者が合併している病気の状況

人工透析患者がどのような疾患を併せ持っているかを把握し、予防の可能性を検討しました。平成 18 年 1 月分の国民健康保険診療報酬レセプトで人工透析療法の記載があった 29 名分の基礎疾患をみると、高血圧が第 1 位で 25 名 (86.2%)、第 2 位は糖尿病 13 名 (44.8%) でした。基礎疾患で高血圧が単独にみられた人は 6 名 (20.7%) であり、糖尿病が単独だった人は 0 名であり、糖尿病を持つ人は全員高血圧と重なっています。

さらに、透析患者が合併している病気で特に狭心症・心筋梗塞の心疾患は 14 名 (48.3%) であり、それら心疾患をもつ 14 名のうち、基礎疾患に高血圧と糖尿病の重なりが 8 名 (57.1%) 見られます。

これらレセプト結果より人工透析を予防の視点で考えると、慢性腎不全から透析に影響する基礎疾患に高血圧が考えられ、血圧管理を適切に行う早期支援が必要です。さらに「高血圧 + 糖尿病」の組み合わせが虚血性心疾患などに合併してさらに重症化しやすくなると思われます。

図表 29 人工透析が合併している病気の状況



3 まとめ

医療費分析結果から、本市の疾病特徴を下記のようにまとめることができます。

医療費が高額になる疾患は、虚血性心疾患、脳血管疾患及び人工透析療法です。

人工透析療法者の増加は、新規透析導入者は年平均 6 人で、近年原因疾患が糖尿病の人が半数を占めています。

生活習慣病の治療者では高血圧の治療が多く、糖尿病の合併症や虚血性心疾患、脳血管疾患など重症な疾患への背景となっています。

虚血性心疾患、脳血管疾患で治療している者が基礎疾患として、どのような生活習慣病を合併しているかをみた結果、いずれの疾患も高血圧が約 7 割、ついで脂質異常症及び糖尿病が約 4 割合併しています。これら基礎疾患のうちどれかひとつ合併しても動脈硬化を進めるリスクとなりますが、特に高血圧と糖尿病（高血糖）が重なってくると、より動脈硬化をすすめる中長期的な医療費を増大させることが社会保険庁の調査（政府管掌健康保険における医療等に関する調査研究報告書）で明らかとなっています。

年齢別にみると、ほとんどの生活習慣病で 60 歳代の患者が多い傾向でしたが、30 歳代から 40 歳代の罹患率の上昇が際立っていることと、虚血性心疾患や脳血管疾患に至る動脈硬化は生活習慣病を罹患して少なくとも 10 年以上経てから発症することなどを考えると、若年層からの生活習慣病予防が重要であると思われます。

本市国民健康保険被保険者の生活習慣病治療実態では、重症化の背景として、まず高血圧が重要な要因となっていることが大きな特徴といえます。長期間にわたる高血圧は血管内皮細胞を傷つけ、冠動脈の血管内皮細胞が傷つき動脈硬化が進んでいくと考えられます。したがって、若い年代から自らの血圧値を知る機会をもてることや、血圧を上昇させる遺伝的要因があれば早期から血管変化の予防が大切です。

また、高血圧に糖尿病による高血糖や高インスリン状態が重なって、さらに血管変化をすすめる、重症化しているケース、または、高血糖状態が先行し、動脈硬化の進展に伴って高血圧が出現するケースがあると考えられます。高血糖状態や高インスリン

状態の背景には内臓脂肪の蓄積によるインスリン抵抗性が関係している事が科学的にも明らかになっていることから、本市の国民健康保険被保険者の重症化の背景には内臓脂肪の蓄積が大きく影響していると考えられます。

参考: インスリン抵抗性

糖を処理するインスリンホルモンは分泌しているが、脂肪細胞が一杯のため効きが悪く、さらにインスリンの分泌を要求し、血中にインスリンが増える状況

4 健康状態

(1) 健診受診状況(様式6-1)

平成18年度国民健康保険被保険者40歳～74歳の受診者数は2,576名で、受診率は38.4%です(男性32.7%・女性43.7%)。年代で見ると、男女ともに40歳～64歳代が低くなっています。生活習慣病の予防効果の中長期的に上げるためには、40歳～64歳の受診率向上をより強化する必要があります。

図表 30 健診受診状況

男 性			女 性		
20～39歳	国保健診受診者 107 国保被保険者 1005	10.6%	20～39歳	国保健診受診者 155 国保被保険者 979	15.8%
40～64歳	国保健診受診者 437 国保被保険者 1734	25.2%	40～64歳	国保健診受診者 742 国保被保険者 1988	37.3%
65～74歳	国保健診受診者 625 国保被保険者 1517	41.2%	65～74歳	国保健診受診者 772 国保被保険者 1477	52.3%
75歳以上	国保健診受診者 366 国保被保険者 1005	36.4%	75歳以上	国保健診受診者 459 国保被保険者 1479	31.0%
40～74歳	国保健診受診者 1062 国保被保険者 3251	32.7%	40～74歳	国保健診受診者 1514 国保被保険者 3465	43.7%

全 体		
40～74歳	健診受診者 2576 国保被保険者 6716	38.4%

(2) 健診有所見者状況 (様式 6-2)

図表 31 によると、男性で有所見率が高かったのは、最高血圧 52.5%、腹囲 44.4%、LDL コレステロール 44.3%、中性脂肪 35.2%、血糖 28.8%でした。

そのうち高血圧と血糖は「血管を傷つける」段階で有所見となる項目であり、内臓脂肪の蓄積を背景として初めに有所見となる腹囲や中性脂肪などの「摂取エネルギーの過剰」の段階の次の段階にまで進行してしまっている者が多いということになります。

女性で有所見率が高かったのは、LDL コレステロール 46.2%、最高血圧 42.8%、中性脂肪 24.8%、HbA1c 20.0%でした。高血圧と HbA1c の有所見率が高かったことから、男性同様、「血管を傷つける」段階に至っている者が多いということを示しています。

しかし、男女共に、その次の段階の「臓器障害」に至っている者は少ないということは、生活習慣の改善によって血管変化を遅らせ、虚血性心疾患や脳血管疾患を予防することが可能であるということが考えられます。

図表 31 男女別有所見率の状況

	摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					
	腹囲	BMI	中性脂肪	GPT	HDL	血糖値	HbA1c	尿酸	最高血圧	最低血圧	LDL コレステロール
男性	44.4%	24.6%	35.2%	15.6%	21.3%	28.8%	23.1%	16.8%	52.5%	19.1%	44.3%
女性	11.3%	19.0%	24.8%	6.0%	5.6%	17.6%	20.0%	1.9%	42.8%	12.6%	46.2%

資料:平成 18 年度本巣市青年・節目・基本健診結果

(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群とそのリスクの重複状況 (様式 6-3)

本市の健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者と予備群の割合を男女別、年代別にみると(図表 32)、男女共に 30 歳未満の段階ですでにメタボリックシンドローム該当者、予備群の両方が出現しています。

男性は、30 歳未満と 30 歳代では該当者より予備群の方が多いが、それより年代が上がると予備群より該当者の方が多くなっています。女性も男性とほぼ同様に 40 歳代以下では該当者より予備群の方が多く、50 歳以上になると該当者の方が多くなります。

男女共にいずれの年代においても、腹囲有所見者のうち腹囲有所見のみでリスクを併せ持っていない者の割合は該当者、予備群よりも低く、腹囲有所見者の多くがすでに何らかのリスクが出現する段階にまで進んでいるということ、年代が上がるにつれリスクが重なっている者の割合が増加していくということがわかります。

また、平成 17 年の国民健康・栄養調査の結果によると、20 歳以上における

メタボリックシンドロームが強く疑われる者の全体の割合は男性 22.4%、女性 10.0%であり、本市は全体でみると男性 18.1%、女性 9.4%と下回っているものの、年代別推移でみると同等あるいは国のデータを上回っている年代もあり、今後も増加が見込まれるため早期段階から対応していくことが必要です。

図表 32 メタボリックシンドローム該当者・予備軍

男性		腹囲のみ		メタボ予備群		メタボ該当者	
年齢	健診受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
30歳未満	68	4	5.9%	7	10.3%	3	4.4%
30歳代	175	16	9.1%	27	15.4%	24	13.7%
40歳代	159	12	7.5%	32	20.1%	32	20.1%
50歳代	284	9	3.2%	62	21.8%	79	27.8%
60歳代	631	14	2.2%	62	9.8%	130	20.6%
70歳以上	778	10	1.3%	41	5.3%	111	14.3%

女性		腹囲のみ		メタボ予備群		メタボ該当者	
年齢	健診受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
30歳未満	137	2	1.5%	3	2.2%	1	0.7%
30歳代	502	7	1.4%	11	2.2%	1	0.2%
40歳代	458	11	2.4%	15	3.3%	13	2.8%
50歳代	834	15	1.8%	39	4.7%	59	7.1%
60歳代	950	15	1.6%	59	6.2%	139	14.6%
70歳以上	1103	11	1.0%	74	6.7%	161	14.6%

資料:平成 18 年度本築市青年・節目・基本検診結果

(4) 健診・保健指導のための課題整理

健康状態から、健診・保健指導における課題を以下に整理します。

潜在的な健診未受診者の相当数が心疾患や脳血管疾患、腎疾患の予備軍である可能性が推測できます。今後これらの疾病を予防するため、まず健診を受診し、自分の健康を確認することが重要です。本市の国民健康保険被保険者の健診受診率は、38.4%であり、そのうち40歳～64歳の男性受診率は25.5%と低い状況です。今後受診率を上げるために各団体への説明、個別通知等受診の啓発や情報提供を積極的に行うと共に、健診の意義を認識し、継続した受診につながるような保健指導を充実していくことが大切です。

健診結果では、男女共に「血管を傷つける」段階の最高血圧の有所見率が圧倒的に高く、40歳代から50歳代にかけて急増しており、このことは、レセプト分析結果と一致していると思われます。また年代が上がるにつれ血糖やHbA1cの有所見率も上がってきます。高血圧と高血糖の組み合わせは最も血管変化を速めるため、両方に対する早期の段階からの予防が必要です。そしてその高血圧や高血糖の背景にあるのが内臓脂肪の蓄積であるため、内臓脂肪の蓄積を防ぐことが今後の生活習慣病の発症を防ぎ、医療費の適正化につながると考えられます。

心電図有所見者の実態から、肥満でなくても動脈硬化危険因子を併せ持つ人は、血管を傷つけるものと、摂取エネルギーの過剰を反映する有所見率が高くなっており、それが心臓の血管に影響を与えていると思われます。

動脈硬化性疾患を予防するためには、動脈硬化危険因子の有無や併せ持つ数、既往歴等によって、血圧、血糖、LDL コレステロール、尿酸等の管理目標値が設定されているため、問診および検査結果からそれらの項目についても併せてみていくことが重要であると考えられます。

血圧や血糖検査において、三次予防の対象者であっても未治療になっているものがみられ、脳、心臓、腎臓等の臓器を守るためにも早期に適切な治療を開始することが重要です。またコントロール不良者に対する医療機関との連携も必要です。

節目健診や生活習慣病二次健診結果より、動脈硬化性疾患の発症リスクの高い対象者を選定するためには、一次健診項目として HbA1c、尿酸、クレアチニン、心電図、眼底、貧血検査を受診者全員に実施する必須項目として、早期予防を図る必要があります。

第3章 特定健康診査等の実施目標

1 特定健康診査等実施の基本的考え方

(1) 健診受診率の向上方策

健診実施率を向上するには、未受診者の実態把握や受診した人の健診に対する意見を聞く事も大切です。本巢市は、男性の40歳～64歳までの年齢の受診率が低いので、未受診者がなぜ健診を受けないのか把握する必要があります。今後は、被保険者への医療受給者証の更新時などの機会を活用し健診受診を勧奨する他、商工会等様々な団体や住民に対し、「健診はなぜ受診しなければいけないのか」について広く理解してもらい、受診率向上を図ります。

(2) 特定保健指導実施率の向上方策

保健指導の実施率の向上のために、平成18年度より「国民健康保険ヘルス事業」を実施してきましたが、今後対象者にとって効果のある指導ができるように努力します。

健診結果が自分の体の実態をどのように表しているかを理解してもらうために、保健指導は個別面接を基本とします。また、住民がわかりやすい学習支援と、効果的な保健指導を行うために、指導教材は、国の示す「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」の学習教材にも採用されている「保健活動を考える自主的研究会」で作成した資料を活用します。

(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策

メタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させるには、健診実施率や保健指導実施率の向上のほかに、健診の目的や健診内容はどういう状態を表しているのかといったポピレーションアプローチ、保健指導対象者の選定方法や優先順位、健診内容や二次健診の工夫、効果のある保健指導方法、分かりやすい学習教材の開発などが考えられます。本巢市国民健康保険被保険者の健康実態や課題に応じた最も効率的・効果的の内容や方法を検討し実施していきます。

(4) 本市における生活習慣病予防対策の重点

高額な医療につながる虚血性心疾患や長期入院・介護保険給付につながる脳血管疾患の予防とし、その予備群となるメタボリックシンドローム該当者や予備群を減少させます。

本人の負担はもちろんのこと、国民健康保険にとっても一生涯の給付が必要になる人工透析者がここ数年急増する中で、腎不全を予防し1年でも人工透析の導入を遅らせます。このために医療機関との連携を図り適正医療の継続を働

きかけます。

これらの予備群となる高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病及びその予備群に対し、早期に介入し行動変容に向けた支援による重症化予防を行います。特に、「高血圧」と「糖尿病」をあわせもつ人を優先的に支援します。

特に男性のメタボリック該当者・予備群該当者が多いことから、64歳以下の男性により積極的に働きかけます。

2 目標値の設定

特定健診受診率、特定保健指導利用率並びに内臓脂肪症候群該当者及び予備群の減少率に係る計画最終年度の目標数値を設定し、それを達成するための各年度の目標数値を次のとおり設定します。

平成 24 年度 達成目標

- (1) 特定健康診査受診率：平成 24 年度の達成率 65%
- (2) 特定保健指導実施率：対象者の 45%
- (3) 内臓脂肪症候群該当者及び予備群の減少率：全体で 10%

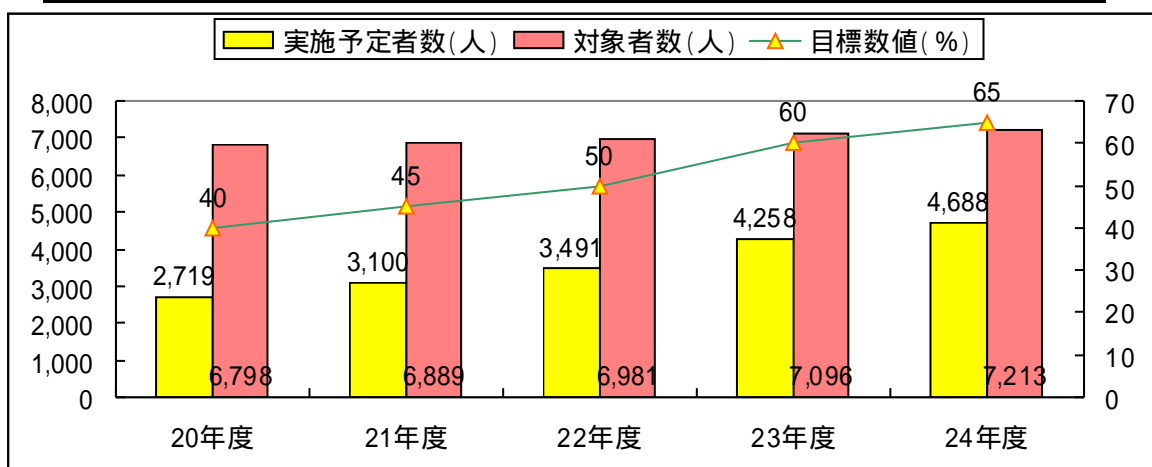
図表 33 本巢市の年次目標値

	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
特定健診の受診率(又は結果把握率)	40%	45%	50%	60%	65%
特定保健指導の実施率(又は結果把握率)	30%	35%	40%	45%	45%
内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率					10%減少

3 目標値の内訳

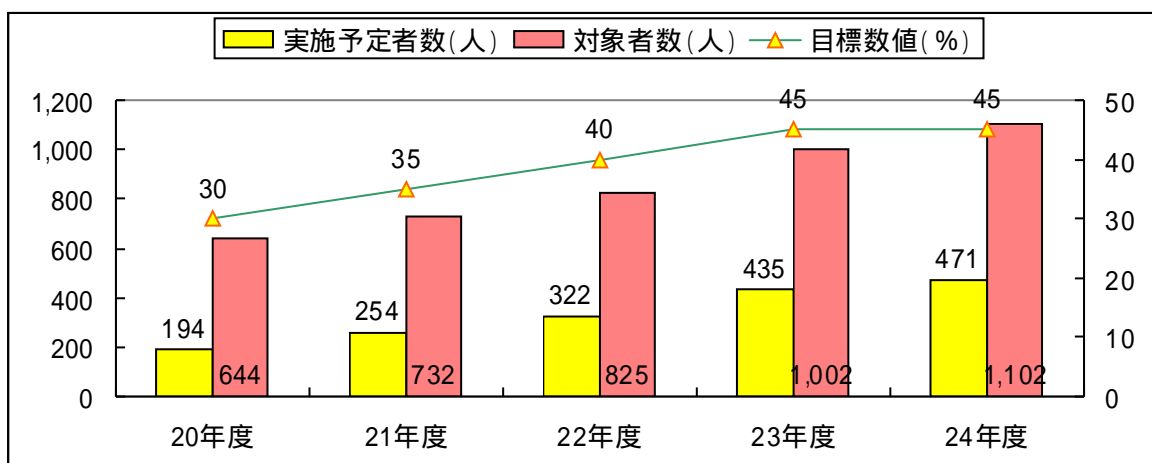
(1) 特定健康診査実施率の目標と実施予定者数等

区 分		20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
目標数値 (%)		40	45	50	60	65
実施予定者数 (人)		2,719	3,100	3,491	4,258	4,688
対象者数 (人)	40～64歳	3,653	3,677	3,702	3,655	3,608
	65～74歳	3,145	3,212	3,279	3,441	3,605
	合計	6,798	6,889	6,981	7,096	7,213



(2) 特定保健指導実施率の目標と実施予定者数等

区 分		20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
目標数値 (%)		30	35	40	45	45
実施予定者数(人)	積極的支援	64	85	107	145	156
	動機づけ支援	130	169	215	290	315
	合計	194	254	322	435	471
対象者数(人)		644	732	825	1,002	1,102



第4章 特定健康診査等の実施

1 特定健康診査の実施

(1) 特定健康診査の対象者

特定健康診査の対象は、市内に住所を有する、当該年度内に40歳から74歳となる国民健康保険の被保険者です。

なお、次に該当する人は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(厚生労働省令157号)第1条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者(厚生労働省告示第3号)」に基づき、特定健康診査の対象外とします。

特定健康診査の対象外の要件

- 1 妊産婦
- 2 刑事施設・労役場その他これらに準ずる施設に拘禁された者
- 3 国内に住所を有しない者
- 4 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者
- 5 病院又は診療所に6ヶ月以上継続して入院している者
- 6 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所又は入居している者(障害者自立支援法に規定する障害者支援施設、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する施設、養護老人ホーム又は特別養護老人ホーム、介護保険法に規定する特定施設又は介護保険施設等)

(参考) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(厚生労働省令第157号)

保険者は、高齢者医療確保法第20条の規定により、毎年度、当該年度の4月1日における加入者であって、当該年度において40歳以上74歳以下の年齢に達するもの(妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者を除く。)に対し、(中略)特定健康診査を行うものとする。

(2) 実施項目

生活習慣病等の疾病予防に資するため、次の事項を健診項目として設定します。

基本的な健診の項目

質問項目、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積))、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液化学検査(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)、GT(GTP))、血糖検査(空腹時血糖及び随時血糖¹又はHbA1c検査)、尿検査(尿糖、尿蛋白、尿潜血²)、腎機能検査(血清クレアチニン、尿酸)³

1 追加項目として随時血糖を検査項目とした。

2 追加項目として尿潜血を検査項目とした。

3 追加項目として腎機能検査(血清クレアチニン、尿酸)を検査項目とした。

詳細な健診の項目（全員が受ける）⁴

ア 心電図検査

イ 眼底検査

ウ 貧血検査（赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値）

⁴ 詳細な健診の項目は、通常は医師が判断した者であるが、本市は、全員を対象とした。

実施場所及び期間

毎年度当初に当該年度分を決定し、市の広報で周知を図ります。

特定健康診査の実施者

特定健康診査の実施は、健診機関等に委託して実施します。

特定健康診査の案内方法

特定健康診査の案内方法は、対象者に健康診査受診票を送付し、その内容に基づき健診を受診することとします。

特定健診委託基準

特定健康診査の委託先となる実施機関については、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）」第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者は、以下の第1（厚生労働省告示第11号）に掲げる基準を満たす者とします。

特定健康診査の周知等

受診率向上につながるよう各機会を通じて周知及び案内します。

ア 広報及びリーフレットによる周知

イ 受給者証更新時における受診勧奨

ウ 対象者全員に受診票の発送

2 特定保健指導について

(1) 特定保健指導の基本的考え方

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものです。

特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、法第24条の厚生労働省令で定められた方法で実施します。

特定保健指導の対象とならない被保険者への対応

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及び診療報酬明細書等の情報を活用し、特定保健指導の対象とはなりません。受診の勧奨その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導の実施にも努めます。

特に、予防効果が大きく期待される64歳以下の対象者を重点とし、「高血圧+高血糖」「高血圧+脂質異常症」などの重なりは動脈硬化を促進することから虚血性心疾患や脳血管疾患発症予防のためには、これらの人に保健指導が必要です。さらに、医療費分析の結果からみると、高血圧治療者が一気に増加するのは40歳代なので、高血圧の高リスク者に対して優先的に支援します。

(2) 特定保健指導の実施方法

保健指導は、対象となる方の生活を基盤とし、自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することとし、保健指導の必要性ごとに次のように区分し行います。

また、特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機付け支援の内容については、法第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

体と生活との関連についての情報提供を行い、自分の体で起こっていることへの理解を支援します。また、今後の見通し、予防の可能性に気づくため

の情報提供を行い、何を改善すれば、自分の所見が良くなるのかの情報提供を行います。さらに、健康課題に関係する生活習慣（運動、栄養、喫煙など）についての情報提供を行います。

A 内容・形態

全員に画一的な情報提供を行うのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせ「健診結果から今の自分の体を知る—今の段階と将来の見通し」の一覧表を作成し、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報として提供します。主な実施形態・手段としては、健診結果の説明に合わせて行います。

B 具体的内容

- ・ 健診結果から身体状況を理解し生活習慣との関連が認識できるための内容
- ・ 健康や生活習慣病に対する理解を深めるための内容（健診データ、生活習慣に照らし合わせた将来展望を含む）
- ・ 生活習慣の改善に関する基本的な内容方法
- ・ 既存のサービスや社会資源
- ・ その他対象者のニーズにあったもの等

動機付け支援

利用者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に行えるようになることを目的に、医師、保健師又は管理栄養士が面接し、生活習慣改善のための行動計画を策定し実施する支援を行い、計画策定を支援した者が計画の実績評価を行います。

A 実施期間・頻度

支援としては、面接による支援のみの原則1回とする。

支援期間は初めの1回のみですが、完了までの期間としては、面接時（行動計画作成の日）から6ヶ月経過後に実績評価を行うことが6ヶ月とします。

B 具体的な内容

a 初回面接

- 一人30分以上の個別面接により、次の支援を行います。
- ・ 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の方の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性を説明します。
- ・ 生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのダメ

リットの説明

- ・体重・腹囲の測定方法や栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援します。
- ・対象者の方の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用を支援します。

b 6ヶ月後の評価（最終支援として兼ねる）

個別面接、通信等（電話やe-mail、FAX、手紙等）を利用して実施します。通信等を利用する場合は、保健指導機関から対象者との双方向のやりとりを行い、評価に必要な情報を得ます。また、継続的な支援の最終回として一体的実施します。

積極的支援

利用者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に行えるようになることを目的に、医師、保健師又は管理栄養士が面接し、生活習慣改善のための行動計画を策定し、対象者が主体的に取り組むことができるよう継続して支援を行うとともに、計画策定を支援した者が計画の進捗状況評価と実績評価を行います。

A 支援期間・頻度

初回時に面接による支援を行い、その後3ヶ月以上の継続的な支援を行います。完了までの期間としては、初回時面接（行動計画作成日）から6ヶ月以上経過後に実績評価を行うことから約6ヶ月となります。

B 具体的な内容

a 初回面接

一人30分以上の個別面接により次の支援を行います。

- ・生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の方の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性の説明
- ・生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのデメリットの説明
- ・体重・腹囲の測定方法や栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援します。
- ・対象者の方の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用を支援します。

b 3ヶ月以上の継続的な支援及び中間評価

初回面接後、3ヶ月以上継続的に個別面接、グループ面接、電話やe

- m a i l 等により、次のような支援を行い、3ヶ月経過した時点で取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメントをし、必要に応じて改めて行動目標や計画の設定を行います。

- ・初回面接以降の生活習慣の状況を確認します。
- ・栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な支援をするとともに必要に応じて行動維持の推奨を行います。

c 6ヶ月後の評価（最終支援として兼ねる）

個別面接、通信等（電話やe - m a i l、F A X、手紙等）を利用して実施します。通信等を利用する場合は、保健指導機関から対象者との双方向のやりとりを行い、評価に必要な情報を得ます。また、継続的な支援の最終回として一体的実施します。

（3）特定保健指導の実施者

本県市国民健康保険者が健康増進課に執行委任を行い、受診者に対して特定保健指導を実施します。

（4）特定保健指導の委託基準

特定保健指導の委託は当面行いませんが、委託する場合は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）」第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者は、以下の第2（厚生労働省告示第11号）に掲げる基準を満たす者とします。

（5）特定保健指導支援計画及び実施報告書

「特定保健指導支援計画及び実施報告書」は実施期間中の対象者個人の記録として、「標準的な健診・保健指導プログラム」の様式を参考に作成し活用します。

「特定保健指導支援計画及び実施報告書」に示した内容以外の個人記録は紙での記録・保管します。

（6）保健指導必要者の優先順位・支援方法

健診結果は国の基準に従って階層化されますが、基準となる指標の値（判定値）には、保健指導対象者とする値（いわゆる保健指導判定値）と、それよりも高い値で重症化を防止するために医療機関を受診する必要性を検討する値（いわゆる受診勧奨値）があります。

保健指導判定値以上であれば保健指導対象者となることから、受診勧奨判定値を超えている者でも質問票の結果において服薬（医療機関での受療）等を行っていない場合は特定保健指導の対象者です。これらの対象者は、重症化、長期化する患者のハイリスク者であるため最優先で保健指導を実施します。

また、予防効果が多く期待できる層を優先的に実施する観点から、以下の基準に基づき対象者の選出を行います。

< 優先順位 >

受診勧奨判定値以上の者を優先します。

年齢の若い対象者を優先します。

内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧・高血糖・脂質異常等）が多く、保健指導が必要な対象者で、内臓脂肪蓄積の程度やリスク要因の数が多き者を優先します。

特定健康診査結果が前年度と比較して悪化し、健診結果の保健指導レベルが前年度より高くなり、より緻密な保健指導を必要とする者を優先します。

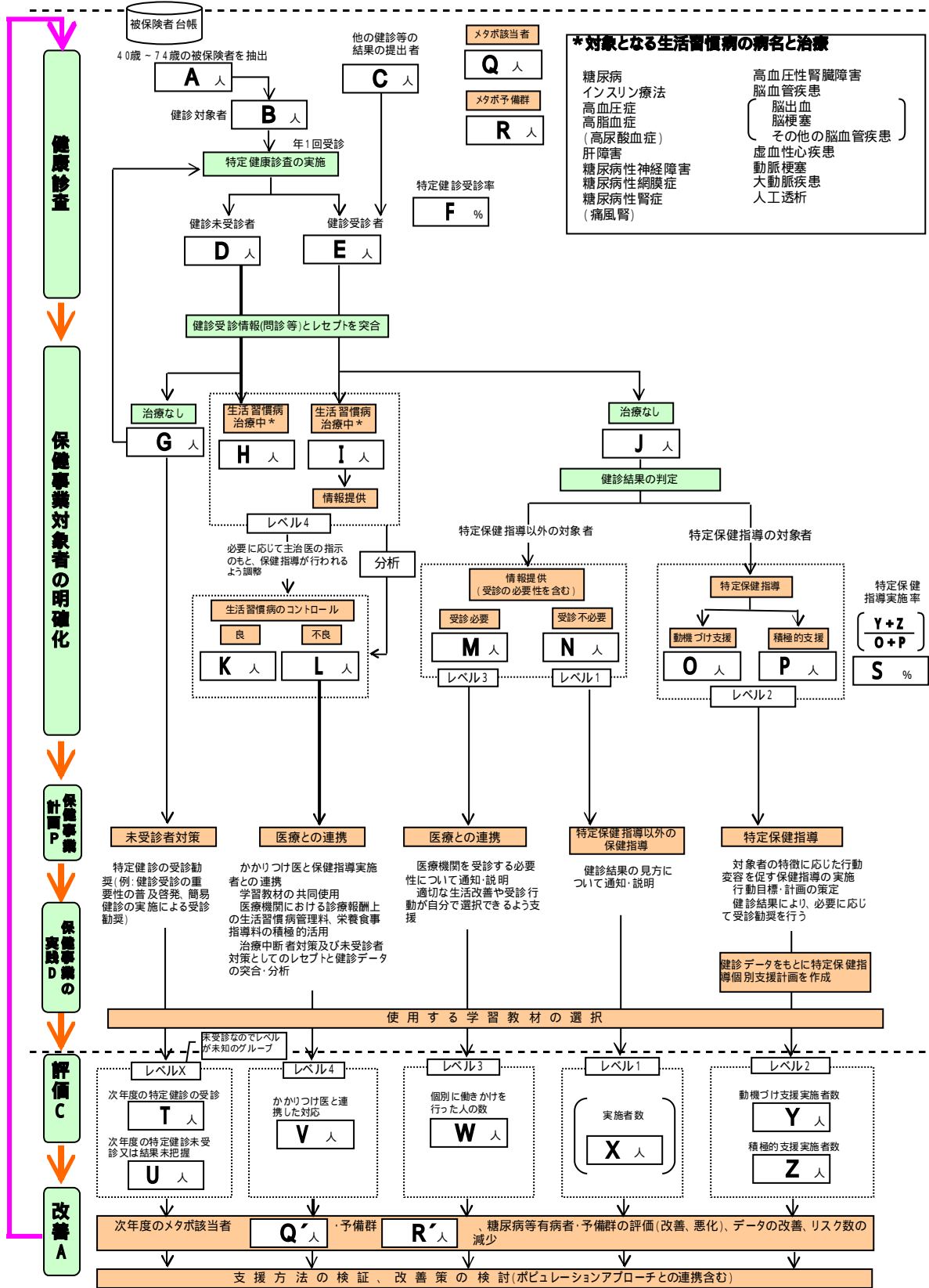
図表 34 保健指導レベル

優先順位	保健指導	対象者及び効果	支援方法
	レベル		
1	レベル2 特定保健指導グループ	・階層化により、動機づけ支援、積極的支援になったグループ ・特定健診・保健指導の評価指標、医療費適正化計画の目標達成に寄与するグループである	代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援を行う
			生活改善への動機付けを効果的に行うため、2次検査を実施する（75g糖負荷検査、微量アルブミン尿、頸動脈エコー）
			ハイリスクアプローチ用の学習教材の開発
2	レベル3 医療機関受診勧奨グループ	・健診結果が、受診勧奨判定値であり、関係学会のガイドラインを踏まえ医療機関受診が必要とされたグループ ・病気の発症予防・重症化予防の視点で医療費適正化に寄与できると考えられる	必要な再検査、精密検査について説明
			運命の分かれ道にいることを理解し、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
			ハイリスクアプローチ用の学習教材の開発
3	レベル1 特定保健指導対象者外で保健指導が必要なグループ	・本業市の国保被保険者の特徴である、内臓脂肪は伴わない高血圧、高血糖、高尿酸、脂質異常等による、循環器及び腎疾患の予備群がいるグループ ・特定健診受診率向上を図るため、健診受診・自己管理に向けた継続的な支援が必要	健診の意義や各健診項目の見方について説明
			ポピュレーションアプローチ用の学習教材の開発
4	レベルX 特定健診未受診者グループ	・実態把握と、特定保健指導の受診勧奨が必要なグループ ・特定健康診査等の評価指標である特定健康診査実施率向上に寄与できる	特定健診の受診勧奨
			ポピュレーションアプローチ用学習教材の開発
5	レベル4 生活習慣病で治療中のグループ	・生活習慣病で治療中だがコントロール不良のグループ ・すでに病気を発症していても、重症化予防の視点で、医療費適正化に寄与できる。 ・対象となる生活習慣病の病名は表6-10参照	かかりつけ医と保健指導実施者での治療計画の共有化
			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
			治療中断者対策としてのレシピと健診データの突合・分析
情報提供 (健康相談として対応するグループ)		・上記の対象者を除く全受診者 ・病気の発症予防の観点で医療費適正化に寄与できる ・継続受診勧奨により、特定健康診査実施率向上に寄与できる	・健診結果や健診時の質問票から個人にあわせて健診の意義や生活習慣病に関する基本的な知識の情報を提供する。 ・生涯を通じて使用できる健康手帳の開発
スタッフ数(40歳～74歳までの特定健診受診者のみの必要スタッフ数)			

図表 35 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式6-10



(7) 保健指導実施者の人材確保と資質向上

専門職としての資質の向上を図るため、保険者協議会等で開催の健診、保健指導プログラムの研修会等に積極的に参加するとともに、事例検討などOJTも推進します。医療保険者による生活習慣病対策、予防重視の基本的な考え方のもと、必要な保健指導に必要な保健師・栄養士の配置、在宅の専門職の活用を勧めます。

注：OJTとは仕事の現場で実務にかかわりながら実務に必要な知識・技術を習得させること。職場内訓練のこと。

(8) 保健指導の評価

健診データより、対象者を継続的にフォローして健診結果の変動を見ます。評価は次のような視点で行います。

健診項目でみる評価の視点（個人・集団）

・肥満	腹囲の増加・減少、体重の増加減少、BMIの増加・減少
・血糖	HbA1cの増加・減少、空腹時血糖の増加・減少
・血圧	収縮期血圧の増加・減少、拡張期血圧の増加・減少
・脂質	HDLコレステロールの増加・減少、中性脂肪の増加・減少 LDLコレステロールの増加・減少
・腎機能	血清尿酸の増加・減少、血清クレアチニンの増加・減少 eGFR 低下者(50未満)の増加・減少
・肝臓	GOTの増加・減少、GPTの増加・減少、 GPTの増加・減少

「(学習教材)健診データ・レセプトデータ分析からみる生活習慣病管理」P88 参照

保健指導レベルでみる評価の視点

保健指導レベル	改善	悪化
レベルX (未受診者グループ)	特定健診の受診	特定健診非受診、 又は結果未把握
レベル2 (特定健診保健指導グループ)	リスク個数の減数	リスク個数の増加
レベル3 (医療との連携グループ)	必要な治療の開始、リスク個数の減少	リスク個数の増加
レベル4 (医療との連携グループ)	治療継続、治療管理目標内データの個数が増える	治療中断
レベル5 (特定保健指導以外の保健指導グループ)	特定健診の受診、リスク個数の減少	リスクの発生

3 特定健康診査等のスケジュール等

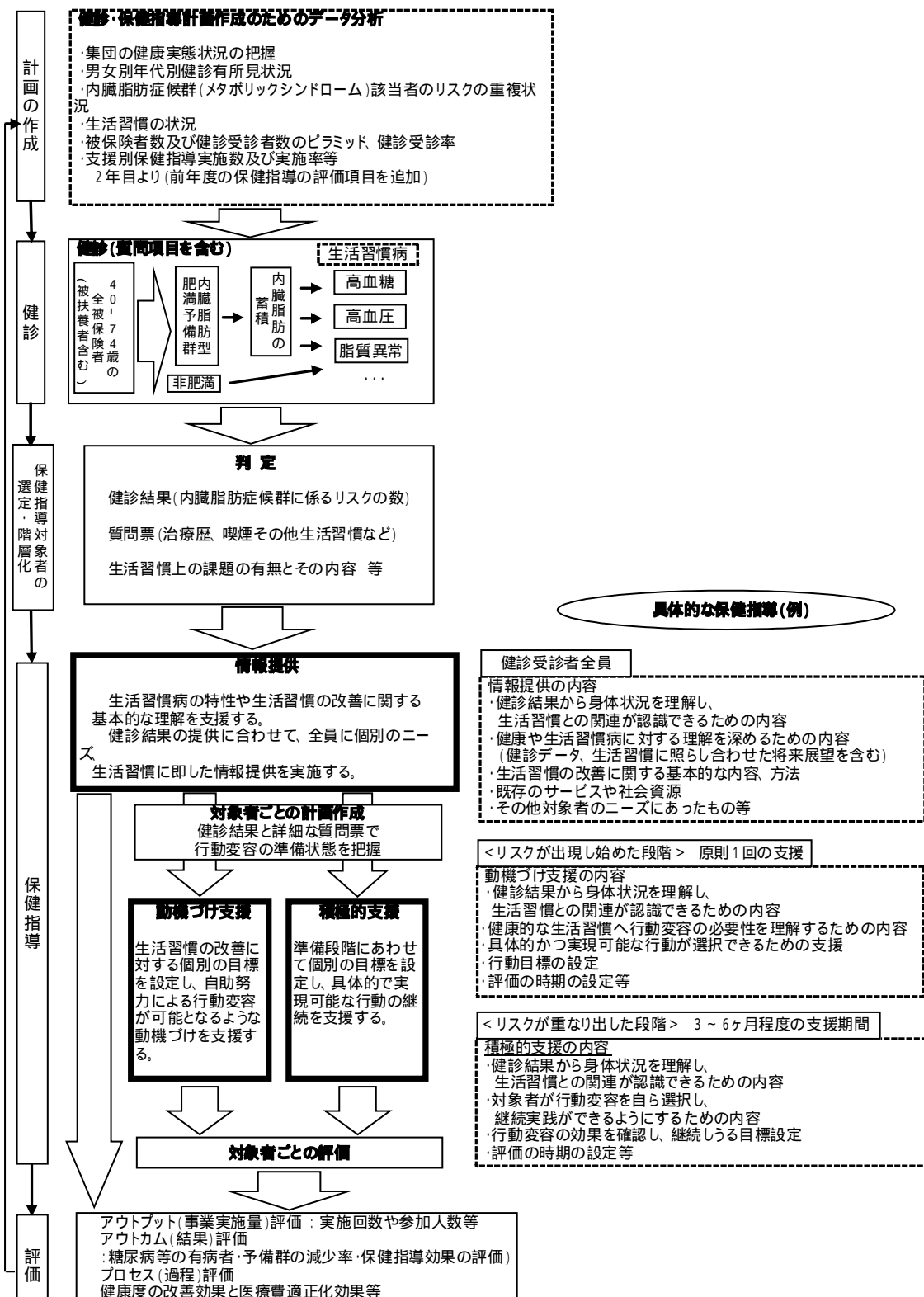
特定健康診査等のスケジュールについては、以下の図表の通りと致します。

図表 36 年間実施スケジュール

	平成19年度	平成20年度		平成21年度	
		特定健診	特定保健指導	特定健診	特定保健指導
4月		・委託契約	・委託契約	・健診実施率と実施実績の算出	・保健指導実施率と実施実績の算出
5月		・健診対象者の抽出 ・受診票の出力 ・受診票の送付			
6月		・特定健診の開始 (40～64歳)	・特定保健指導対象者の抽出		
7月		・特定健診の終了	・特定保健指導の開始		
8月					
9月		・受診票の送付 ・特定健診開始 (65歳～74歳)			
10月		・特定健診の終了 ・健診データ抽出			
11月					
12月	・実施機関との交渉 ・委託料等の検討 ・実施時期の調整				
1月					
2月	・委託料の決定				
3月	委託契約準備		特定保健指導の終了		

* 次年度以降の繰り返し作業

図表 37 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ(イメージ)



第 5 章 特定健康診査等の記録管理と個人情報保護

1 特定健康診査等の記録の管理及び保存について

(1) データ形式・保存期間

特定健康診査等のデータは、保険者が管理者を定め、国の定める電子的標準形式により（岐阜県国民健康保険団体連合会に委託し）管理保存することとし、その保存期間は、特定健診受診の翌年 4 月 1 日から 5 年間とします。

特定健診・保健指導のデータ形式

- ・平成 20 年度当初から電子データのみでの送受信及び保険者での保存とします。
- ・データ保存は国の標準ソフトを利用します。

特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間

- ・記録作成の日の属する年の翌年から 5 年間の保存とします。（それ以上でも可）
- ・他の保険者に移動するなどの理由から被保険者でなくなった後は、当該年度の翌年度末までの保存とします。

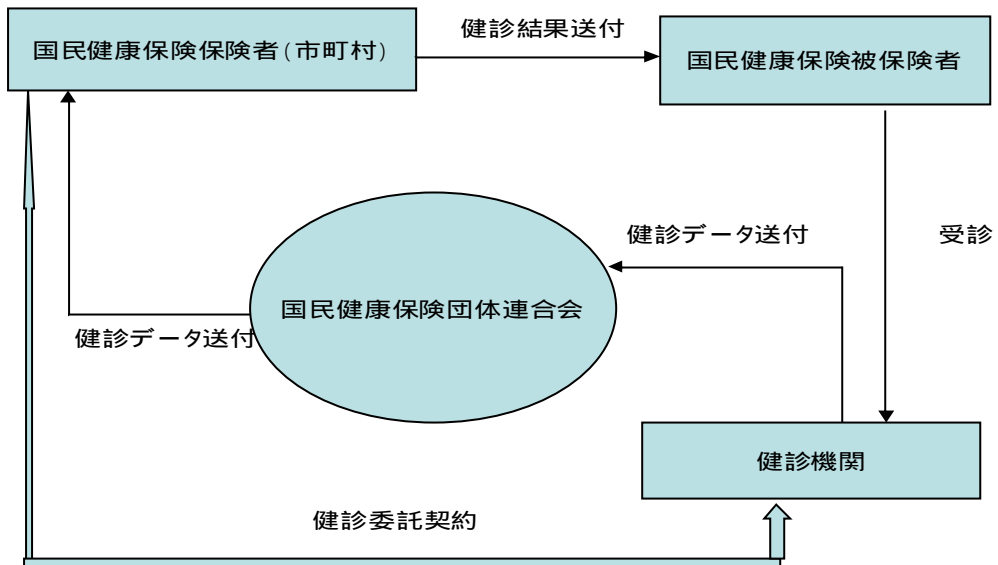
(2) 記録提供に関する規定

被保険者が他の保険者の加入者となったときの保存期間は、他の保険者の加入者となった年度の翌年度の末日とします。また、被保険者が他の保険者の加入者となった場合は、当該保険者の求めに応じて被保険者が提出すべきデータを被保険者に提供することとします。

記録提供に関する被保険者の同意

- ・保険者間で特定健康診査又は特定保健指導に関する記録又は記録の写しを提供する場合、あらかじめ被保険者に対して情報提供の趣旨及び提供される情報の内容についての説明を行い、被保険者の同意を得るものとします。

図表 38 健診データの基本的な流れ



2 個人情報保護について

(1) 個人情報保護の取り扱い

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）及び本業市個人情報保護条例（平成 16 年 2 月 1 日条例第 9 号）に定める職員の義務（適正管理、職員等の義務、委託に伴う措置等）について周知徹底し、個人情報の漏洩防止に細心の注意を図ります。

また、特定健康診査等を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先が契約内容を遵守するよう指導・管理していきます。

関連法及びガイドライン

個人情報の保護に関する法律

医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン

健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン

国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 等

(2) 守秘義務規定の遵守

「国民健康保険法」及び「高齢者医療確保法」に規定されている守秘義務規定を遵守します。

国民健康保険法（平成 20 年 4 月 1 日施行分）

第 120 条の 2 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあつた者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

高齢者医療確保法（平成 20 年 4 月 1 日施行分）

第 30 条 第 28 条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の委託を受けた者（その者が法人である場合にあつてはその役員）若しくはその職員又はこれらの者であつた者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

第 167 条 第 30 条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第6章 特定健康診査実施計画の評価、見直し及び公表

1 特定健康診査等実施計画の公表

国民健康保険被保険者に係る特定健康診査等実施計画を定めたとき、又はこれを変更したときは、速やかに市の広報及びホームページで公表します。

2 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

特定健康診査等実施計画に基づく実施状況については、必要があれば見直しを行うこととし、結果については、本巢市国民健康保険運営協議会に報告します。

参 考 資 料

1 生活習慣病の治療状況

- 様式3 - 1 生活習慣病全体のレセプト分析
- 様式3 - 2 糖尿病のレセプト分析
- 様式3 - 3 高血圧のレセプト分析
- 様式3 - 4 高脂血症のレセプト分析
- 様式3 - 5 虚血性心疾患のレセプト分析
- 様式3 - 6 脳血管疾患のレセプト分析
- 様式3 - 7 人工透析のレセプト分析

2 健診有所見者状況

- 様式6 - 1 健診受診状況
- 様式6 - 2 健診有所見者状況
- 様式6 - 3 メタボリックシンドローム該当者、予備群とそのリスクの重複状況

3 特定健康診査検査項目の検証資料

1 血糖検査

- (1) HbA1c

2 追加検査項目

- (1) 尿酸
- (2) 血清クレアチニン

3 詳細な健診項目

- (1) 心電図検査
- (2) 眼底検査
- (3) 貧血検査