厚真町
第２期特定健診等実施計画

平成25年4月

厚真町　第2期　特定健康診査等実施計画　平成25年4月

もくじ

序章　制度の背景について 1

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 6

第１章　第1期の評価 8

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 8

①内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率 8

（３）目標達成に向けての取り組み状況 9

①健診実施率の向上方策 9

②保健指導実施率の向上方策 9

③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策 9

2　後期高齢者支援金の加算・減算の基準について 10

（１）国の考え方に基づく試算 11

（２）市町村国保グループでの位置 11

第２章　第２期計画に向けての現状と課題 14

1　社会保障の視点でみた医療保険者（市町村）の特徴 14

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 15

（１）糖尿病 15

（２）循環器疾患 18

（３）慢性腎臓病 25

（４）共通する課題（生活習慣の背景となるもの） 31

第３章　特定健診・特定保健指導の実施 33

1　特定健診実施等実施計画について 33

2　目標値の設定 33

3　対象者数の見込み 33

4　特定健診の実施 33

（１）実施形態 33

（２）特定健診委託基準 33

（３）健診実施機関リスト 33

（４）委託契約の方法、契約書の様式 33

（５）健診委託単価、自己負担額 34

（６）健診費用の請求・支払 34

（７）受診券の様式 34
（８）健診の案内方法、健診実施スケジュール 34
５　保健指導の実施 35
（１）健診から保健指導実施の流れ 35
（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 37
（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 39
（５）保健指導実施者の人材確保と資質向上 41
（６）保健指導の評価 43
Ａ 糖尿病の保健指導計画 46
Ｂ 高血圧の保健指導計画 54
Ｃ 腎機能障害の保健指導計画 65

第４章　特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存 70
１　特定健診・保健指導のデータの形式 70
２　特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について 70
３　個人情報保護対策 70

第５章　結果の報告 70
１　支払基金への報告 70

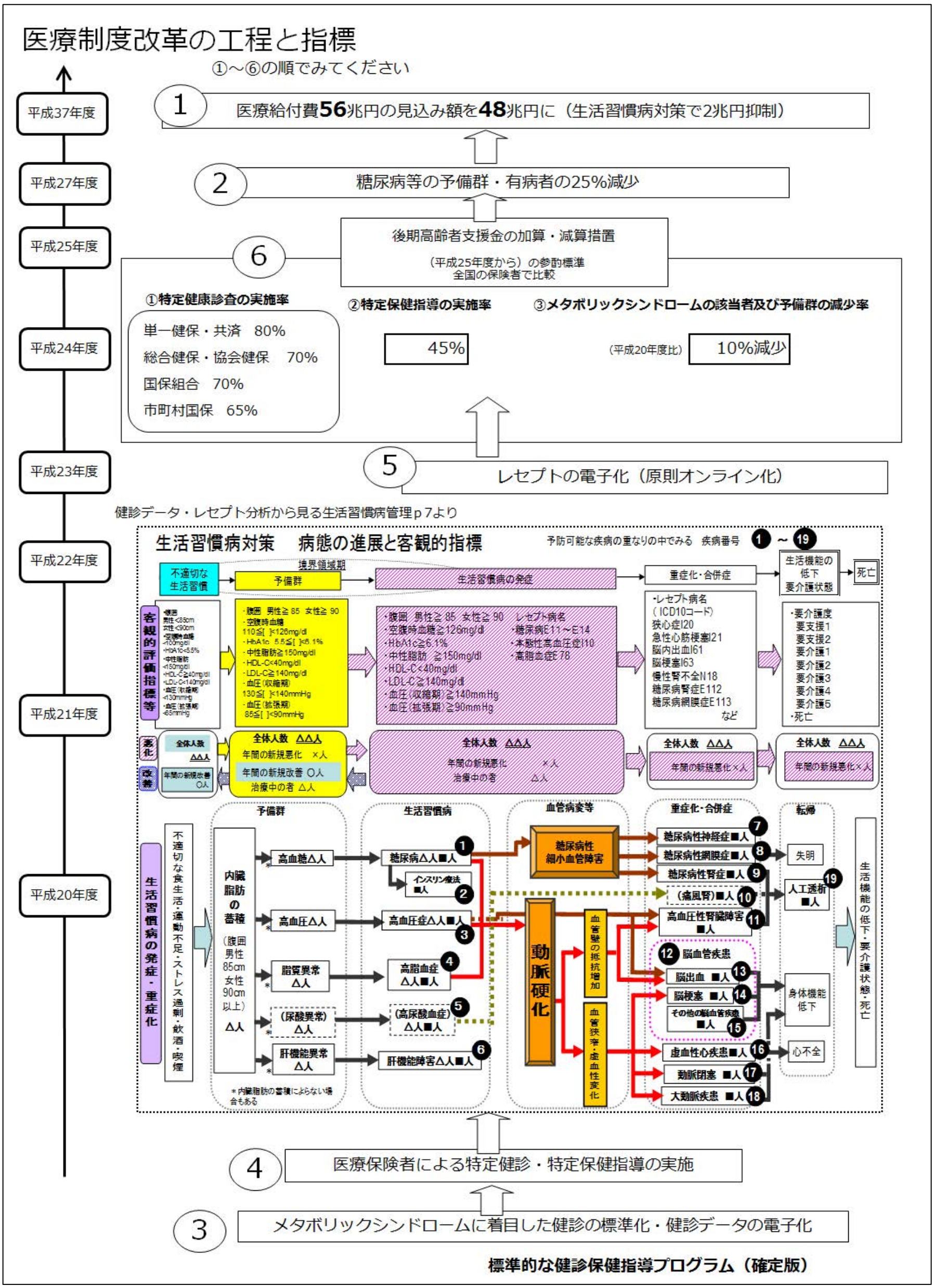
第６章　特定健康診査等実施計画の公表・周知 70

序章　制度の背景について

1　医療制度改革の工程と指標

図１　医療制度改革の工程と指標

特定健診・保健指導の目指すもの、国の大きな流れを示したものです。



左の縦軸に時間の流れ、下から上に進んでいきます。特定健診・特定保健指導は、平成 17 年度に出された医療制度改革の中のひとつの動きです。①～⑥の順序でみていきます。

図の一番上平成 37 年度は、団塊の世代の人たちが 75 歳になるころです。国はこのときの医療給付費見込み 56 兆円を、制度改革で 48 兆円にし、そのうち生活習慣病対策で 2 兆円の抑制が必要と考えました（①）。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%減らす必要があり（②）、その目標の達成の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成するにいたりました（③）。平成２０年度から各医療保険者による特定健診･特定保健指導が始まっています(④)。また、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（⑤）、5 年目の今、全国で評価できる時期がきています（⑥）。

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であり、なぜ糖尿病の有病者・予備群の減少なのかを社会保障の視点から考えてみます。

表１　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。費用単位は「兆円」となります。

昭和 57 年（1982 年）に老人保健法が制定されたときは、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 億円となっていました。

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 1982 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。

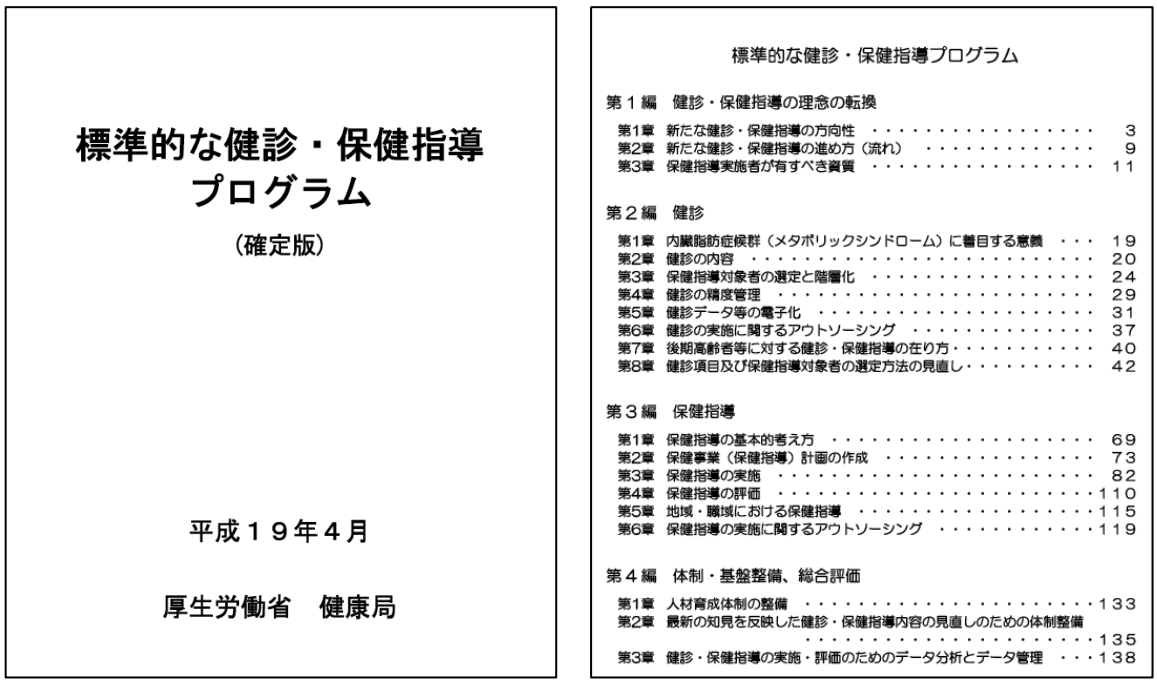
表１　社会保障と生活習慣病

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	一般会計歳出決算額	長期債務残高（国・地方）	計	医療	主要疾患別医療費				年金	福祉・その他
								糖尿病	虚血性心疾患	脳血管疾患	がん		
			（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）
1978 昭和53	WHOアルマアタ宣言	第1次国民健康づくり運動	21.9	34.1	77.6	19.8	8.9					7.8	3.0
1982 昭和57		**老人保健法制定** ★	30.5	47.2	154.1	30.1	**12.4**	**0.3**	**0.3**	**0.9**	**0.8**	13.3	4.3
1986 昭和61	WHOオタワ憲章（ヘルスプロモーション）		41.9	53.6	224.7	38.6	15.1	0.5	0.4	1.2	1.1	18.8	4.7
1988 昭和63		第2次国民健康づくり運動（アクティブ80ヘルスプラン）	50.8	61.5	246.5	42.5	16.7	0.5	0.5	1.4	1.3	21.0	4.7
1996 平成8		**「成人病」を、「生活習慣病」**に公衆衛生審議会の提言を受け厚生省が改称	52.1	78.8	449.3	67.5	25.2	1.0	0.7	1.9	1.9	35.0	7.4
2000 平成12	世界の人口60億人に	第3次国民健康づくり運動**（健康日本21）**	50.7	89.3	645.9	78.1	26.0	1.1	0.7	1.8	2.0	41.2	10.9
2003 平成15		**健康増進法施行**	43.3	82.4	691.6	84.3	26.6	1.1	0.7	1.7	2.5	44.8	12.9
2006 平成18		**医療制度改革**（予防重視、後期高齢者医療制度の創設）	49.1	81.4	761.1	89.1	28.1	1.1	0.7	1.9	2.5	47.3	13.7
2007 平成19		医療保険者における生活習慣病対策として、**標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）**の提示 ★	51.0	81.8	766.7	91.4	28.9	1.1	0.7	1.8	2.7	48.3	14.2
2008 平成20	WHO「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」4つの非感染性疾患（NCD；心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患）と**4つの共通する危険因子**（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
		1982年（昭和57年）の何倍？					**2.4**	**3.9**	**2.5**	**1.7**	**3.5**		
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）		40.9	94.7	893.9								
2012 平成24		4月　次期国民健康づくり運動プラン（**第2次健康日本21**）報告書たたき台公表 ★											

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）」であり、平成 19 年 4 月に確定版で示された基本的な考え方です。

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・職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

なぜ、内臓脂肪症候群に着目するのかが確定版第 2 編第 1 章に次のように示されています。

> 内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。
>
> 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになると考える。

健診と保健指導の関係については、平成 19 年度までの健診・保健指導と平成 20 年度からの健診・保健指導について、確定版に整理されています（図２）。

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」を抽出するために実施し、それをもとに結果を出す保健指導を実施し、結果として求められるものは糖尿病等の有病者・予備群の減少とされています。

図２

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

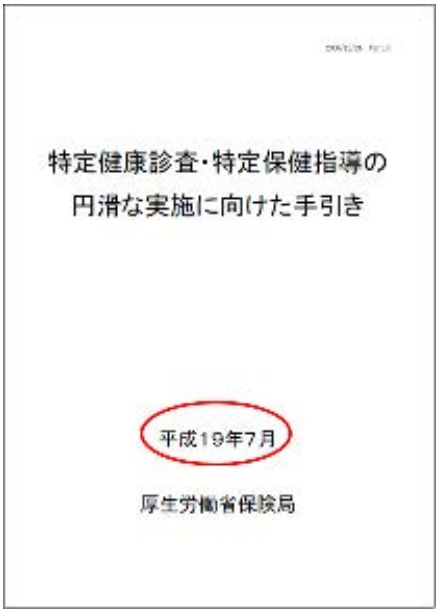
	これまでの健診・保健指導	これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特　徴	プロセス（過程）重視の保健指導	結果を出す保健指導
目　的	個別疾患の早期発見・早期治療	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内　容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、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

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

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」が出ており、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３　特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き



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

４　第２期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方

平成２４年４月１３日に公表された「今後の特定健診・保健指導の在り方について　中間とりまとめ」によると、第２期に向けては、

①特定保健指導の対象とならない非肥満の方への対応

②血清クレアチニン検査の必要性等

が具体的に表されています。

厚真町では、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。

国から示された「特定健診等基本指針」にのっとって第２期計画を進めていきます。

５　第２次健康日本２１における医療保険者の役割

医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」です。国の健康づくり施策も平成２５年度から新しい方針でスタートします。国の健康づくり施策（第２次健康日本２１）の方向性との整合も図っていきます。

国が設定する目標項目５３のうち、医療保険者が関係するのは、中年期以降の健康づくり対策のところで以下の項目になります。

医療保険者が関係する目標項目	
循環器疾患	② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） ③ 脂質異常症の減少 ④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑤ 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）

特定健診・特定保健指導の実施率の向上から始まって、適正体重の維持、メタボ予備群・該当者の減少、高血圧の改善、脂質異常症の減少、治療継続者の割合の増加、糖尿病有病者の増加の抑制、血糖コントロール、HbA1c8.0 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。

図４　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

	取り組み主体		生涯における各段階（あらゆる世代） 妊娠 ― 出生 ― 乳幼児期 ― 学童 ― 若年期 ― 中年期 ― 高齢期 ― 死亡 働く世代（労働者） 胎児（妊婦）　0歳　18歳　20歳　40歳　65歳　75歳
個人で達成	厚真町・医療保険者（厚真町国民健康保険）	個人 家庭	母子保健　食育　精神保健　健康づくり対策　介護予防 □適正体重の子どもの増加 ア全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ肥満傾向にある子どもの割合の減少 □健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加 ア　朝・昼・夜の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加 イ　運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 □共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少） □乳幼児・学齢期のう歯のない者の増加 □過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 □妊娠中の飲酒をなくす □妊娠中の喫煙をなくす □未成年者に飲酒をなくす □未成年者に喫煙をなくす □特定健診・特定保健指導の実施率の向上 □適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少） □メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少 □高血圧改善（収縮期血圧の平均値の低下） □脂質異常症の減少 □適切な量と質の食事をとる者の増加（主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加、食塩摂取量の減少、野菜と果物摂取量の増加 □日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加 □歯周病を有する者の割合の減少 □歯の喪失防止 □生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 □成人の喫煙率の減少 □がん検診の受診率向上 □睡眠による休養を十分とれていない者の減少 □気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 □治療継続者の割合の増加 □糖尿病有病者の増加の抑制 □血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS8.0%以上の者の割合の減少） □脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整脂肪率の減少 □合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少 □介護保険サービス利用者の増加の抑制 □低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 □口腔機能の維持・向上 □75歳未満のがん年齢調整死亡率の減少 □自殺者数の減少
	地域	コミュニティ ボランティア等	□地域のつながりの強化 □健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の増加 □認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 □就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加
社会環境に関する目標	職業	企業 飲食店 特定給食施設 民間団体等 （薬局等）	□受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少 □メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 □週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □健康づくりに関する活動に取組、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 □食品中の食塩や脂肪の低減に取組食品企業及び飲食店の登録数の増加 □利用者に応じた食事の計画、調理および栄養の評価改善を実施している特定給食施設の割合の増加 □健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 □住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取組自治体数の増加
	都道府県		□小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医の割合の増加 □健康格差対策に取組自治体の増加 □健康寿命の延伸 □健康格差の縮小
	国・マスメディア		□COPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度の向上 □ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

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
目標	５５％	５７％	６０％	６２％	６５％
実績	４５．７％	４８．４％	４８．２％	５１．６％	５１．０％

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（終了すること）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	３５％	３７％	３９％	４２％	４５％
実績	４８．５％	５４．３％	４１．４％	５９．８％	５５．６％

特定健診実施率、特定保健指導実施率とも現時点では、平成２２年度までの確報値と２３、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

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	$1 - \dfrac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
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） ○該当者及び予備群の数は、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及び予備群が含まれる率は、セグメントを粗く（年齢 2 階級×男女の 4 セグメント）した率を適用。

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。

表　内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率

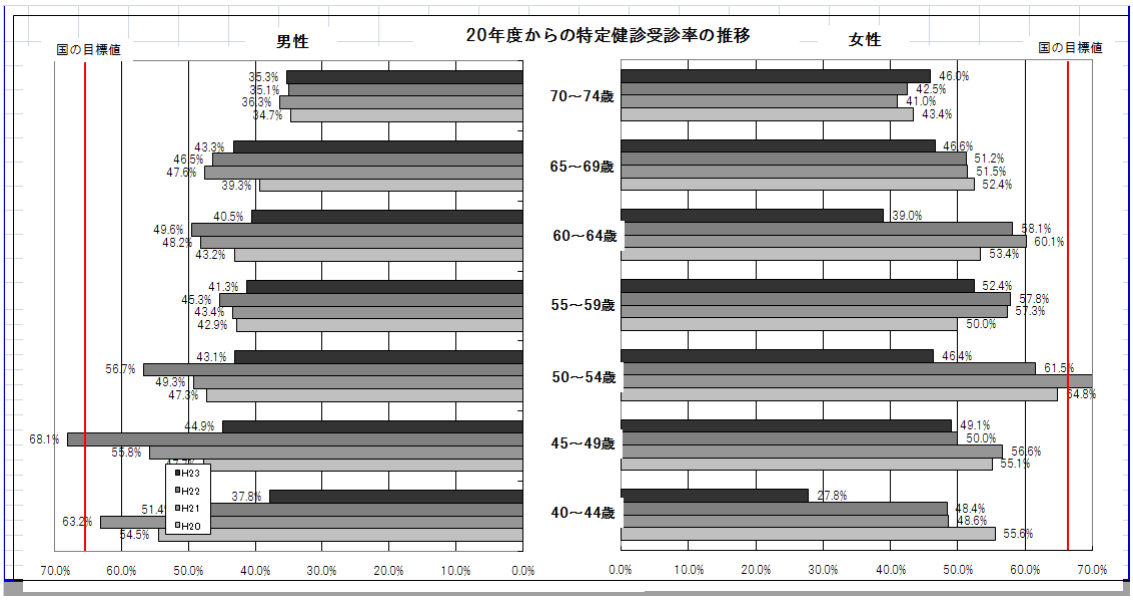
内臓脂肪症候群の	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
該当者	９１人 １５．９％	１０８人 １８．５％	９０人 １６．６％	１１８人 １８．１％	１１４人 １８．４％
予備群	６５人 １１．４％	５２人 ８．９％	５８人 １０．７％	６６人 １０．１％	５５人 ８．９％

（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１　平成２０年度からの受診率の推移



- 受診率は全国平均の２０．８％（平成２２年度）、全道平均の２３．５％（平成２３年度）および胆振管内の他市町と比較すると高率で５０％を前後していますが、６５％の目標値には届いていません（図３，４）。
- 健診案内と受診券を対象者全員に送付し、町内各地区の生活会館、マナビィハウスを巡回する方法で健診を実施しました。

②保健指導実施率の向上、③メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策

●保健指導実施率は年度によってばらつきはあるものの、目標値を上回る結果となっています。ただし、積極的支援該当者の実施率は低くなってきています。

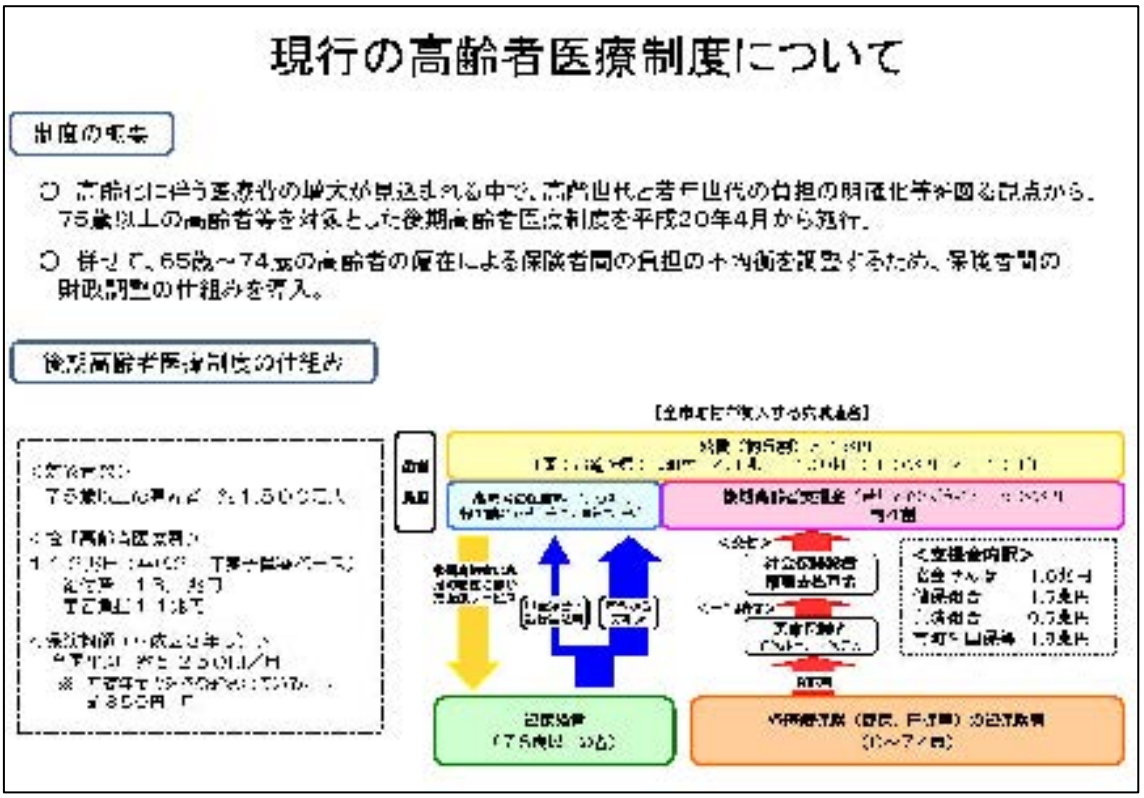
●メタボ該当者及び予備群の割合は合計すると毎年２７～２８％台で推移しており減少はみられていません。

●保健指導担当者は原則として地区担当としました。
●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（健診説明会の実施、国保ヘルスアップ事業の活用）や、若い世代の健診を実施し、できるだけ多くの住民・被保険者と出会える機会を持ち、早期介入に努めました。

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、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２　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しており（平成２４年度概算では、１人あたり４９，４９７円）、医療保険者の規模の大小に関わらず平等に負担することが義務付けられています。ただし、その支援金の額は、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標」の達成状況で、±１０％の範囲内で加算・減算等の調整を行うこととされ、平成２５年度から納付される後期高齢者支援金に適用されることになっています。（平成２４年度までの支援金は加算・減算を行わず１００／１００で算定）

この背景としては、医療保険者が生活習慣病対策を推進すれば、糖尿病や高血圧症・脂質異常症等の発症が減少し、これによって、脳卒中や心筋梗塞等への重症な疾患の発

症も減少するが、こうした重症な疾患は後期高齢者において発症することが多く、後期高齢者の医療費の適正化につながることを踏まえ、そうした医療保険者の努力を評価し、特定健康診査や特定保健指導の実施に向けたインセンティブとするために設けられた制度です。

（１）国の考え方に基づく試算

現在、国の検討会において議論されている平成２５年度の支援金の評価基準は、

①減算対象となる保険者

特定健診の実施率６５％以上、特定保健指導の実施率４５％以上の両方を達成した保険者（平成２２年度実績では全国で８市町村国保保険者が達成）

②減算率

２１年度実績での試算では、約３．７％、１人あたり減算額は２，０００円弱と見込まれています。

③加算対象となる保険者

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

調整後の特定健診実施率と特定保健指導実施率を乗じた実施係数が０．００１５未満を加算対象とする案が有力（特定健診実施率１５％未満、特定保健指導実施率が１％未満などの場合に該当）です。

２１年度の実績で試算してみたところ、厚真町は加算対象となる実績ではありませんでした。

③加算率

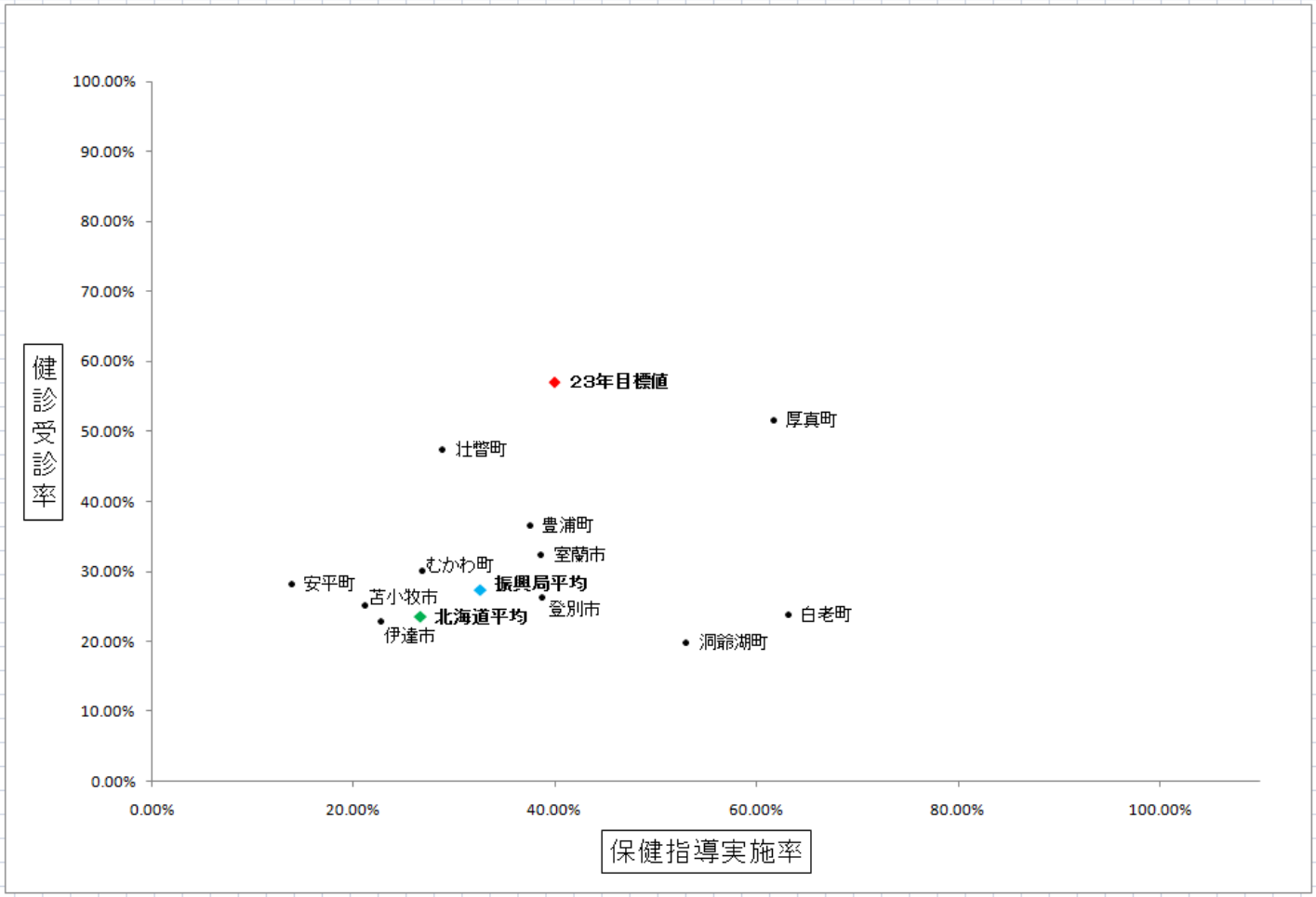
０．２３％を前提とする方向。国保加入者１人あたり加算額は、年１１４円と試算されています。

（２）市町村国保グループでの位置

平成２３年度実績で見ると、北海道内の市町村国保での特定健診実施率６５％達成保険者は３、特定保健指導実施率４５％達成保険者は、５４保険者となっています。

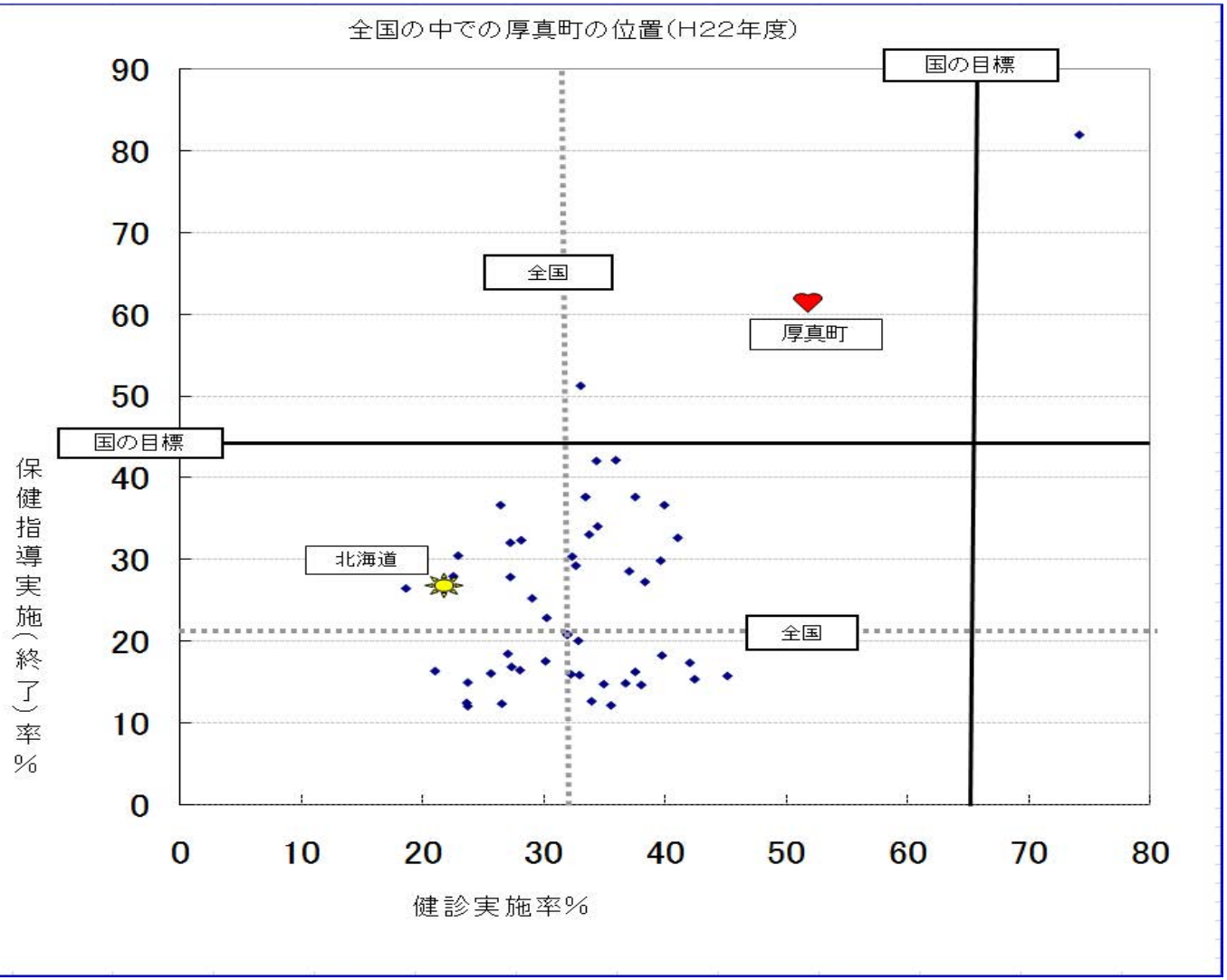
図３、４　平成２３年度健診受診率と保健指導実施率（胆振総合振興局管内および全道全国平均との比較）

健診受診率と保健指導実施率振興局の散布図・・・胆振総合振興局



市町村名	受診率	実施率
23年目標値	57.00%	40.00%
北海道平均	23.49%	26.69%
振興局平均	27.41%	32.64%
室蘭市	32.30%	38.62%
苫小牧市	25.15%	21.16%
登別市	26.34%	38.71%
伊達市	22.76%	22.77%
豊浦町	36.54%	37.50%
洞爺湖町	19.78%	53.03%
壮瞥町	47.45%	28.85%
白老町	23.79%	63.12%
安平町	28.25%	13.85%
厚真町	51.65%	61.68%
むかわ町	30.05%	26.80%

都道府県	健診受診率 %	保健指導実施率 %
厚真町	51.65	61.68
上富良野町	74.2	82
宮城	45.2	15.8
東京	42.5	15.4
富山	42.1	17.4
山形	41.1	32.7
長野	40	36.7
岩手	39.8	18.3
新潟	39.7	29.9
大分	38.4	27.3
群馬	38.1	14.7
島根	37.6	16.3
山梨	37.6	37.7
石川	37.1	28.6
福島	36.8	14.9
香川	36	42.2
愛知	35.6	12.2
千葉	35	14.8
岐阜	34.5	34.1
沖縄	34.4	42.1
三重	34	12.7
長崎	33.8	33.1
佐賀	33.5	37.7
徳島	33.1	51.3
秋田	33	15.9
滋賀	32.9	20.1
鹿児島	32.7	29.3
熊本	32.4	30.4
埼玉	32.3	16
茨城	32	20.9
全国	32	20.8
静岡	30.3	22.9
兵庫	30.2	17.6
栃木	29.1	25.3
青森	28.2	32.4
京都	28.1	16.5
鳥取	27.4	16.9
福井	27.3	27.9
宮崎	27.3	32.1
高知	27.1	18.5
大阪	26.6	12.4
福岡	26.5	36.7
和歌山	25.7	16.1
神奈川	23.8	12.1
奈良	23.8	15
岡山	23.7	12.5
愛媛	23	30.5
北海道	22.6	28
山口	21.1	16.4
広島	18.7	26.5



第２章　第２期計画に向けての現状と課題

１　社会保障の視点でみた医療保険者（市町村）の特徴

表１　社会保障の視点でみた医療保険者（市町村）の特徴

項目				全国		北海道		厚真町		
				人数	割合	人数	割合	人数		割合
1	人口構成 H22年 国勢調査	総人口		128,057,352	－	5,506,419	－	4,890		－
		0歳～14歳		16,803,444	13.2%	657,312	11.9%	554		11.3%
		15歳～64歳		81,031,800	63.8%	3,482,169	63.2%	2,751		56.3%
		65歳以上		29,245,685	23.0%	1,358,068	24.7%	1,585		32.4%
		(再掲)75歳以上		14,072,210	11.1%	670,118	12.2%	866		17.7%
2	平均寿命 厚生労働省	男　性		78.8		78.3		77.2		137 位
		女　性		85.8		85.8		84.4		169 位
3	死亡 （主な死因年次推移分類） 22年度人口動態 注意:市町村データは平成22年度版地域保健情報年報21年度死亡	死亡原因		死亡原因	死亡率（10万対）	原因	死亡率（10万対）	原因		死亡率（10万対）
			1位	悪性新生物	279.7	悪性新生物	324.8	悪性新生物		388.5
			2位	心疾患	149.8	心疾患	162.6	肺炎		347.6
			3位	脳血管疾患	97.7	脳血管疾患	96.3	心疾患		265.8
			4位	肺炎	94.1	肺炎	96.2	脳血管疾患		102.2
			5位	老衰	35.9	不慮の事故	30.3	腎不全		61.3
4	早世予防からみた死亡(64歳以下) H22年人口動態調査	合　計		176,549 人	14.7%	8,690 人	15.7%	8 人		12.5%
			男　性	110,065 人	18.9%	5,696 人	19.1%	4 人		11.8%
			女　性	56,584 人	10.0%	2,994 人	11.7%	4 人		13.3%
5	介護保険 H22年度 介護保険事業状況報告	認定者数(H22年度末)		5,062,234人		245,769人		251人		
		総人口		126,923,410人		5,498,916人		4,870人		
		40-64歳人口		43,221,255人		1,948,048人		1,586人		
		1号被保険者 計＊＊		29,098,466人		1,352,966人		1,594人		
		75歳以上＊＊		14,276,616人		673,874人		881人		
		1号認定者数／1号被保険		4,907,439人	16.9%	238,801人	17.7%	244人		15.3%
			再)75歳以上（%）	4,266,338人	29.9%	206,611人	30.7%	229人		26.0%
			再)65－74歳（%）	641,101人	4.3%	32,190人	4.7%	15人		2.1%
		1号認定者の原因疾病				原因	人数	割合	原因	人数	割合
			第1位						認知症	46人	18.9%
			第2位						脳血管疾患	41人	16.8%
			第3位						高血圧症	41人	16.8%
			第4位						変形性膝関節症	10人	4.1%
			第5位						骨折	9人	3.7%
		2号認定者数／		154,795人	0.36%	6,968人	0.36%	7人		0.44%
			うち脳血管疾患割合（/2号認定者）					5人		71.4%
		第1号被保険者分 介護給付費		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	229	296,109,294	219	332,991		209
		第5期保険料額（月額）		4,972 円		4,631 円		4,500 円		
6	後期高齢者医療 H22年度後期高齢者医療事業状況報告	加入者（年度平均）		14,059,915 人		667,265	全国34位	897		全道102位
		1人あたり医療費（円）		904,795 円		1,070,584		947,003		
		医療費総額（千円）		12,721,335,977,000 円		714,268,239		848,515		
7	国保 平成22年度 国民健康保険事業年報	被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数		割合
				35,849,071 人	—	1,506,331 人	－	1,737 人		－
		年度末現在								
			（再掲）前期高齢者	11,222,279 人	31.3%	497,459 人	33.0%	580 人		33.4%
			（再掲）70歳以上			247,804 人	16.5%	287 人		16.5%
			一般	33,851,629 人	94.4%	1,426,957 人	94.7%	1,692 人		97.4%
			退職	1,997,442 人	5.6%	79,374 人	5.3%	45 人		2.6%
			加入率（年度末）		28.00%		27.4%			37.4%
	医療費 平成22年度 国民健康保険事業年報	医療費総額（千円）		医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	医療費		1人あたり
				10,730,826,914	299	514,984,785	342	514,492		296
			（再掲）前期高齢者			256,895,211	516	235,318		406
			（再掲）70歳以上			148,716,172	600	127,694		445
			一般（千円）	9,981,583,067	295	480,374,599	337	492,863		291
			退職（千円）	749,243,846	375	34,610,186	436	21,629		481
8	医療費分析 平成22年5月診療分	生活習慣病レセ状況			率		率			率
			費用額／占有率					15205640円		54.2
			枚数／占有率					539枚		47.3
			実人数／占有率（様式3-1）					498人		
			（再掲）40～74歳					503枚		44.1
			（再掲）65～74歳					332枚		29.1
		生活習慣病（40～74歳）		実人数	割合	実人数	割合	実人数		割合
			脳血管疾患					53		10.2
			虚血性心疾患					153		29.6
			糖尿病					148		28.6
			（再掲）インスリン療法					15		9.9
			（再掲）人工透析					1		0.7
			（再掲）糖尿病性腎症					14		9.2
			（再掲）糖尿病性網膜症					3		2.1
			高血圧症					397		76.8
			高尿酸血症					54		10.4
			高脂血症					213		41.2
9	人工透析患者 23年度末 自立支援医療（更生医療）意見書より	透析患者数／人口千対						15人		3.0
		糖尿病性腎症／割合						7人		46.7%
10	生活保護 平成22年度	保護世帯／保護人員／保護率(%)		1,410,049	1,952,063	15.3	110,312	159,542	28.8	25	29.00	6.10
		医療扶助率								29	28.00	96.50
11	特定健診 特定保健指導 H22年度 特定健診・特定保健指導実施結果集計表	特定健診		受診者数	受診率	受診者数	受診率	全国順位	受診者数	受診率	全道順位
				7,169,761人	32.0%	218,140	22.6%	45位	541	48.2 %	21 位
		特定保健指導		終了者数	実施率	終了者数	実施率	全国順位	終了者数	実施率	全道順位
				198,778人	20.8%	8,533	20.9%	17位	46	41.4 %	72 位
12	様式6－2 健診有所見者状況 総数（40～74歳） 北海道国保連合会 H22年度市町村国保における特定健診等結果状況報告書	健診項目				有所見者	有所見率	全道順位	有所見者	有所見率	全道順位
		高血糖・高血圧・脂質異常を重複して持つ	腹囲			68,632	30.2%		203	32.0%	81 位
			BMI			63,594	28.0%		239	37.6%	28 位
			中性脂肪			45,651	20.1%		168	26.5%	7 位
			ALT（GPT）			35,408	15.6%		116	18.3%	44 位
			HDL			10,287	4.5%		27	4.3%	94 位
			血糖値			53,728	23.7%		9	1.4%	164 位
			HbA1c			120,733	53.2%		184	29.0%	176 位
			尿酸			9,721	4.3%		37	5.8%	107 位
		血管を傷つける	収縮期血圧			105,656	46.5%		376	59.2%	8 位
			拡張期血圧			44,195	19.5%		190	29.9%	18 位
			LDLコレ			124,052	54.6%		275	43.3%	165 位
		腎臓	尿蛋白			13,347	5.9%		50	7.9%	9 位
			クレアチニン			1,063	0.5%		8	1.3%	15 位
13	出生 H22年 人口動態調査	出生数（人口千対）		1,071,304人	8.50	40,158	7.32	36		7.38
			低体重児出生率（出生百対）	103,049	9.62	3,934	9.80	3		8.33

２　第１期計画の実践からみえてきた被保険者の健康状況と課題

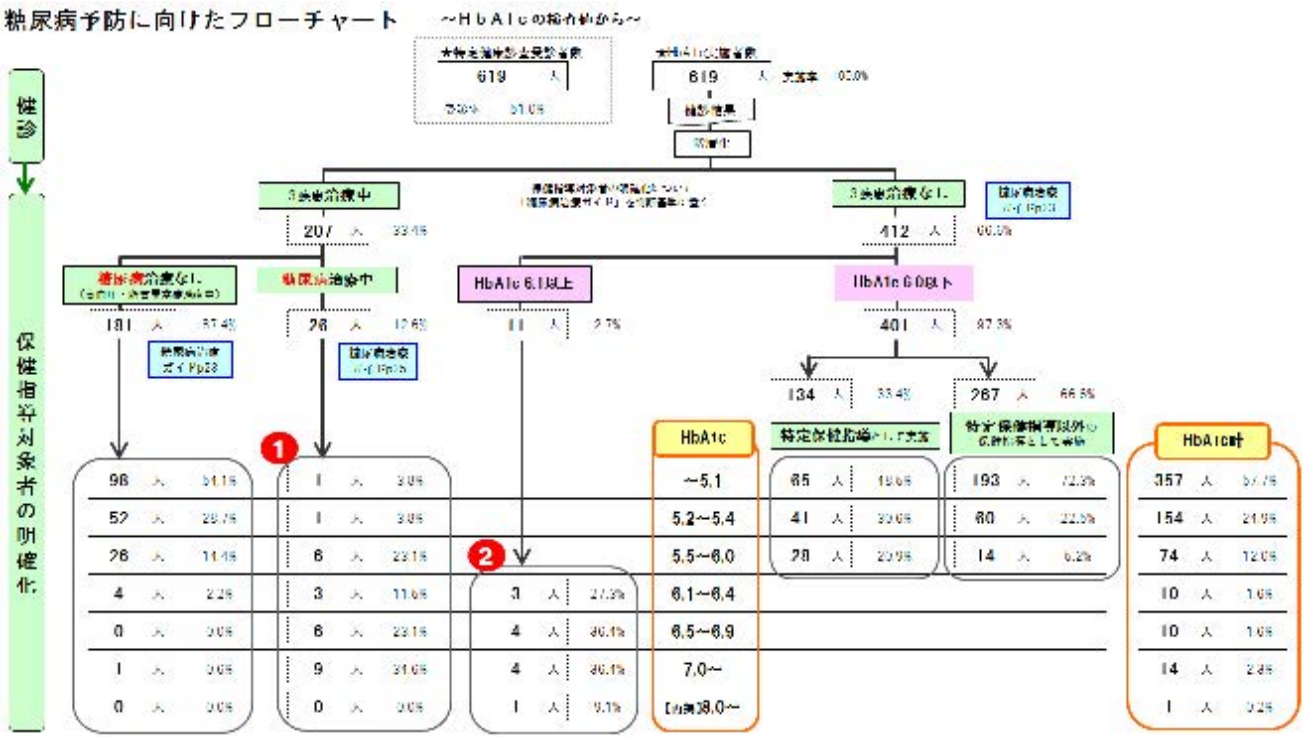
（１）糖尿病

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。

○厚真町の現状○

平成２４年１２月の時点では人工透析患者が１２名おり、そのうち糖尿病が原因疾患であった方が６名います。

図１　糖尿病フローチャート（平成２４年度）

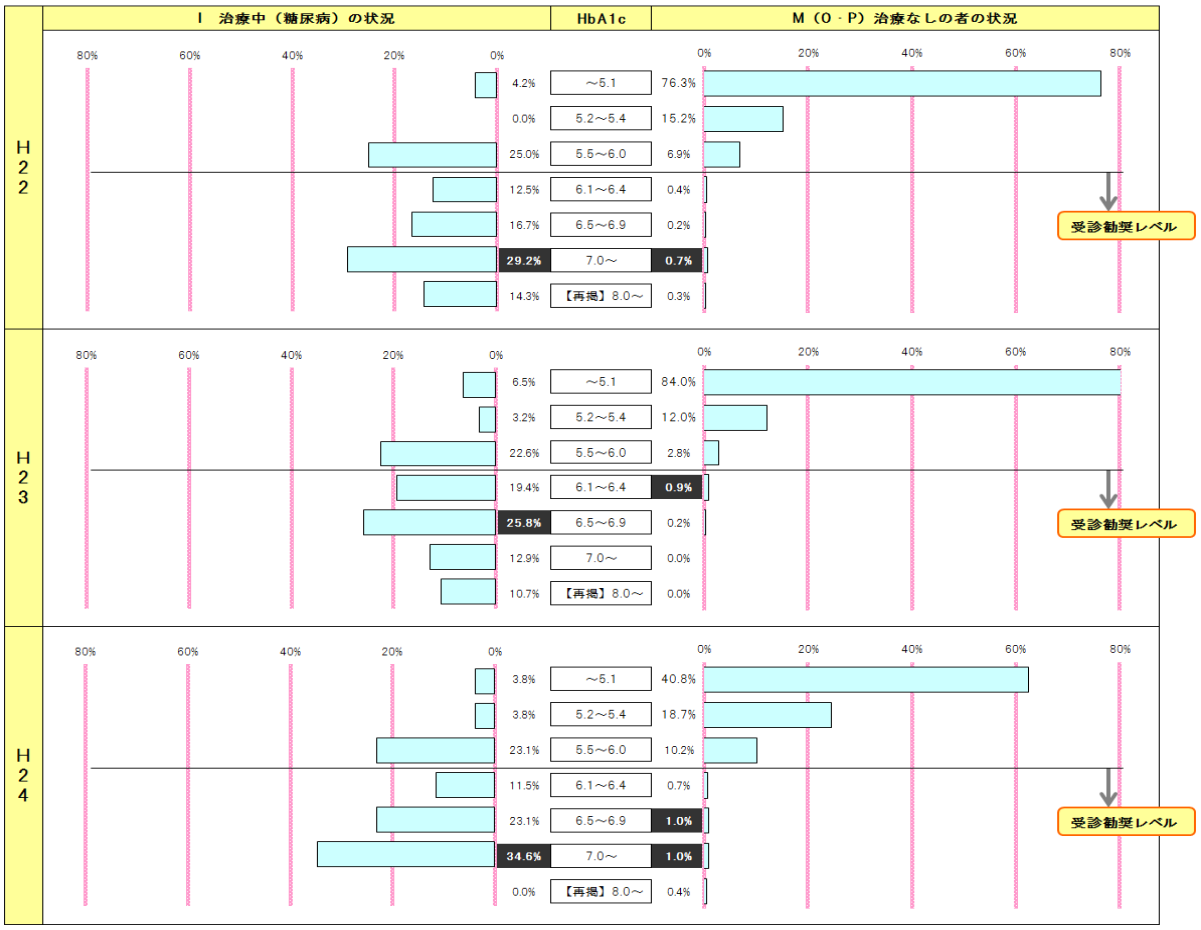


糖尿病有病者数は、平成２４年度特定健診結果において、３４人でした。これは健診受診者の５．５％にあたります。

その中で、糖尿病、高血圧、脂質異常等の治療をしていない方は、１１人でした。

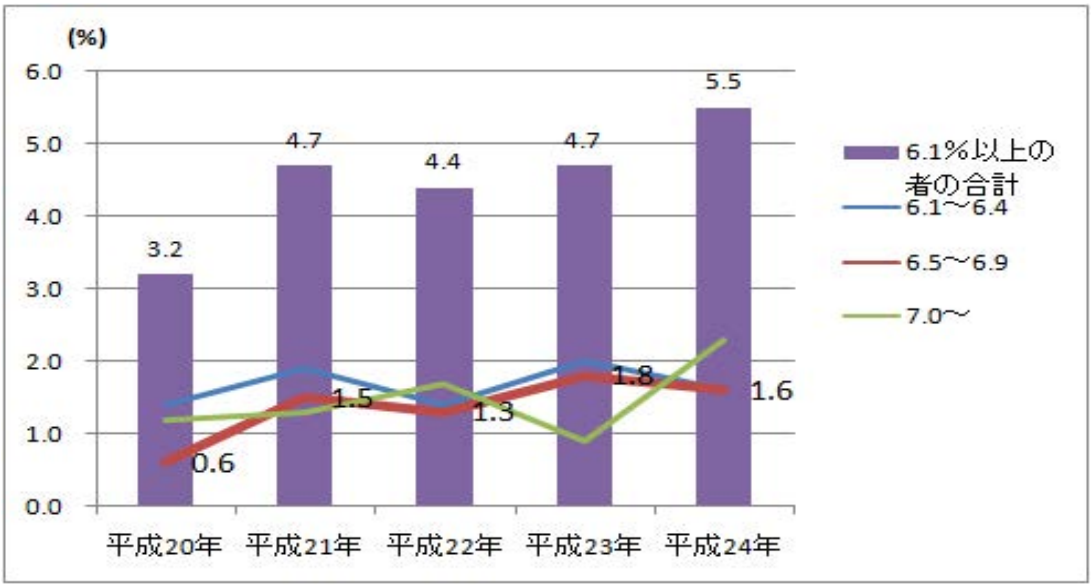
また、糖尿病治療中であっても HbA1c が６．５以上の方が２６名中１５名と、治療中にもかかわらずコントロール不良の方が多い状況です。

図２　厚真町特定健診受診者の糖尿病の状況（平成２２～２４年度）



第１期の健診結果での糖尿病有所見者数・割合の推移は図３のようになります。６．１％以上の有所見者の割合がわずかながら年々増加しています。そのうち、６．５％～６．９％の値の方がわずかずつ増加しています。

図３　第１期における健診受診者中の糖尿病有所見者割合の推移



平成２２年５月診療分（６月審査分）では、医療を受けた方全員のうち、２８．６％の方が糖尿病で治療していました。

第１期は HbA1c６．１％以上の重症化予防に重点を置いてきましたが、今後は多段階において糖尿病およびその合併症を抑制していくことが重要であることから、第１期の重点を含め以下の３点に力をいれていきます。

●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新規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。

○厚真町の高血圧の現状○

図４　高血圧フローチャート（平成２４年度）

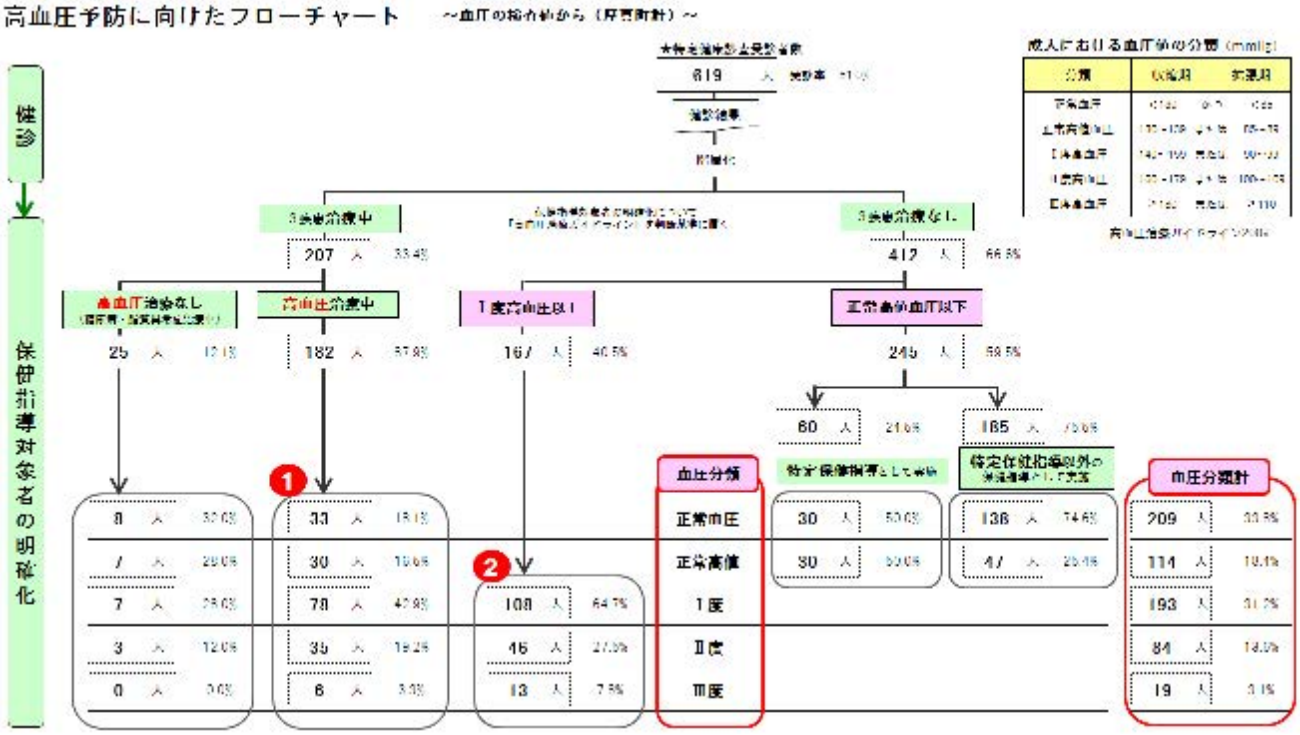
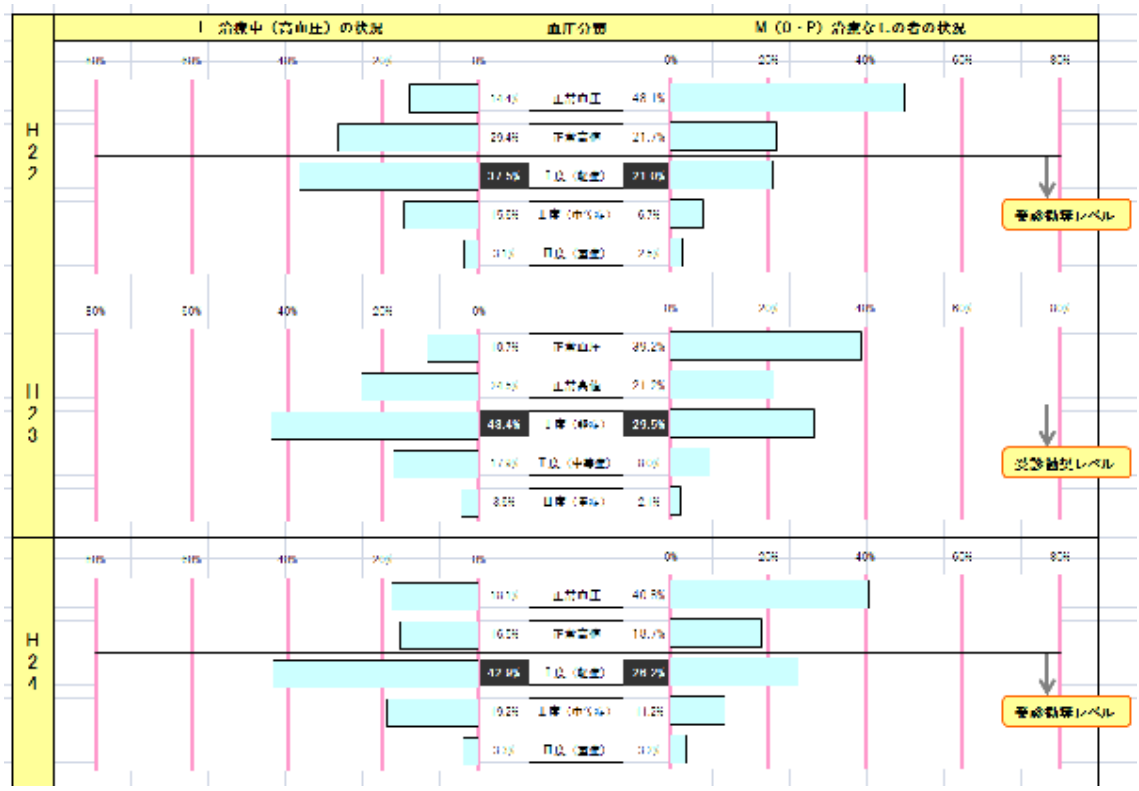


図５　厚真町特定健診受診者の高血圧の状況（平成２２～２４年度）



●健診結果からみた高血圧の状況

図４のフローチャートからもわかるように、平成２４年度のＩ度高血圧以上の有所見者は２９６名で、受診者全体の４７．９％に所見がありました。これは全国や全道の割合と比較してもかなり高い状況です。また、有所見者の中で、糖尿病、高血圧、脂質異常等の治療をしていない方は、１６７人でした。

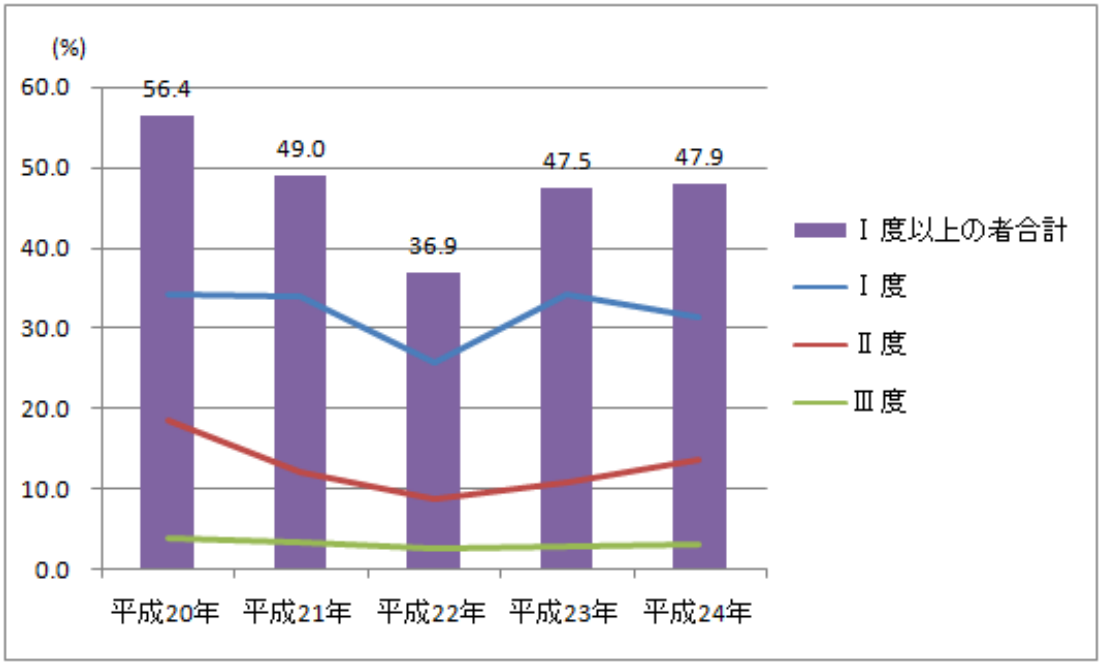
また、図５より、治療中であってもＩ度以上の測定値の方も多い状況であり、引き続き医療と連携して生活習慣の改善指導が必要であると考えられます。

第１期健診受診者に占める有所見者数・割合は図６のように推移しています。
割合が減少してきているといえますが、以前として高率で推移しています。

●高血圧の医療状況

平成２２年５月診療分（６月審査分）レセプトで見てみると、全受診者の７６．８％の方が高血圧治療を受けていました。男性では、４０代では１００％、５０代以上でも８０％前後の方が高血圧の治療をしています。女性では、４０～５０代では６０～７０％の割合ですが、６０代以上になると８０％前後の方が高血圧の治療をしていました。

図６　第１期における健診受診者中の高血圧有所見者割合の推移



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。今期は「Ⅰ度高血圧（140／90）以上の者の割合の減少」を指標として掲げ、必要な保健指導の実施及び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７　冠動脈１０年死亡率：日本男性

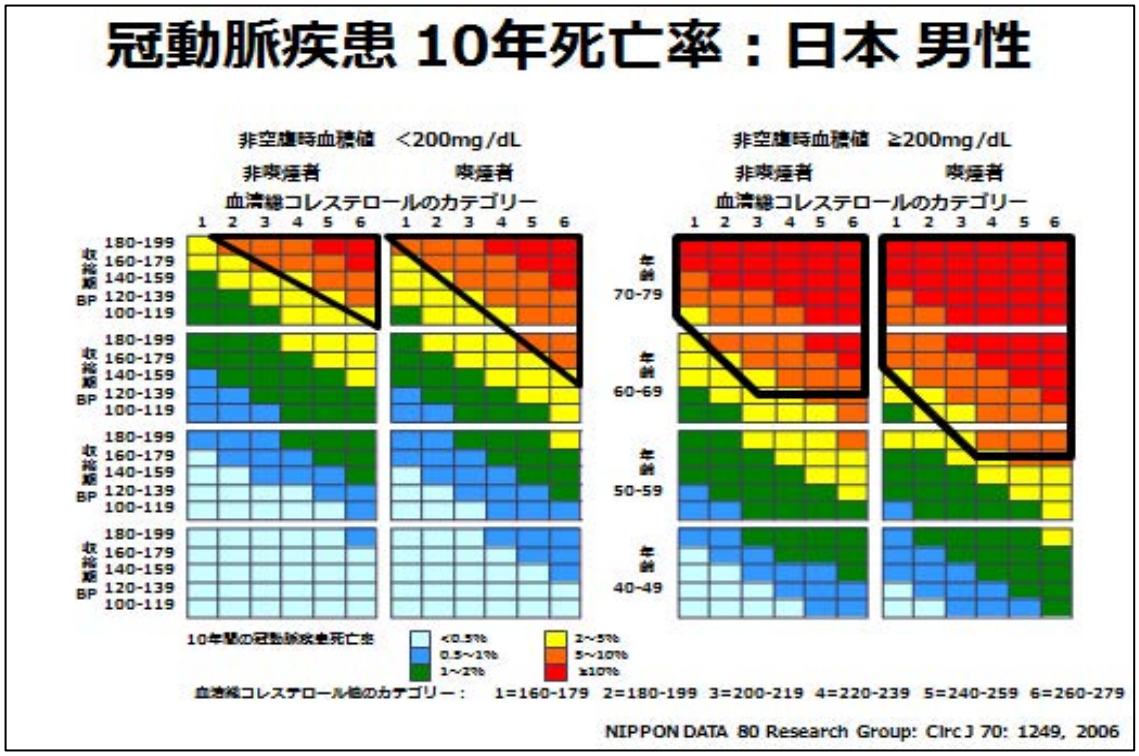


図８　冠動脈１０年死亡率：日本女性

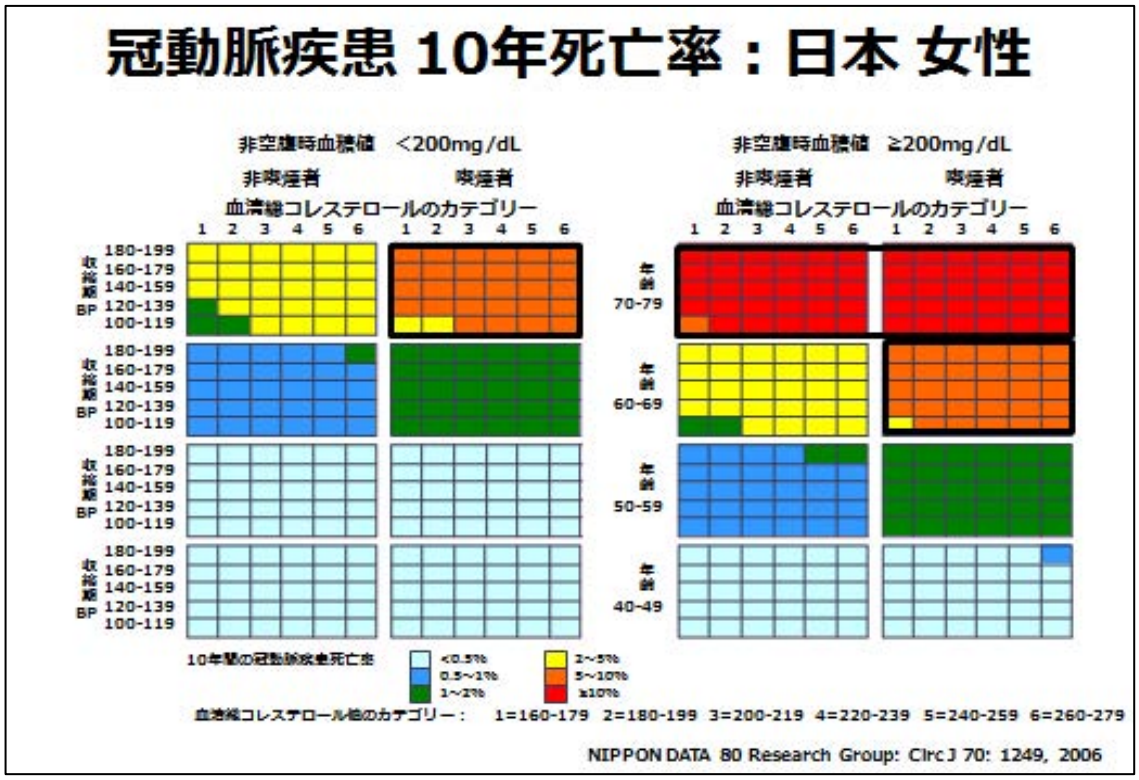


図９　脂質異常症（高ＬＤＬコレステロール血症）フローチャート（平成２４年度）

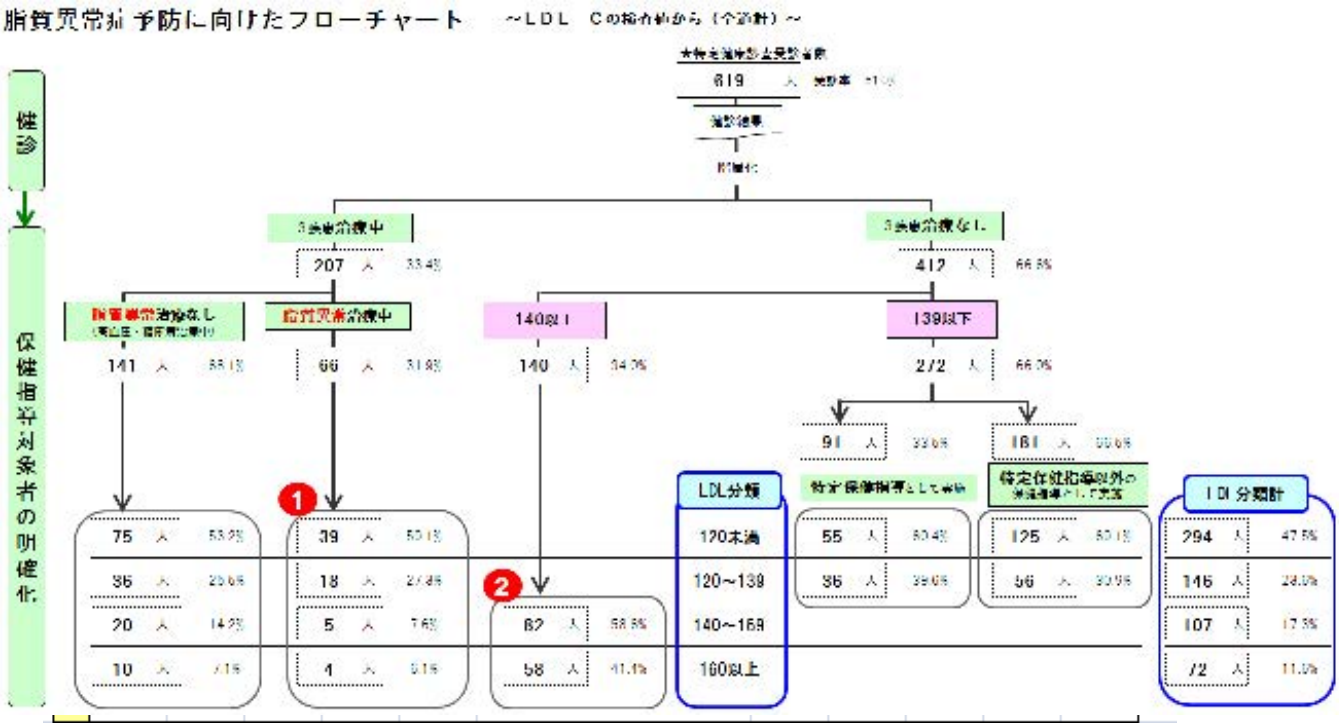
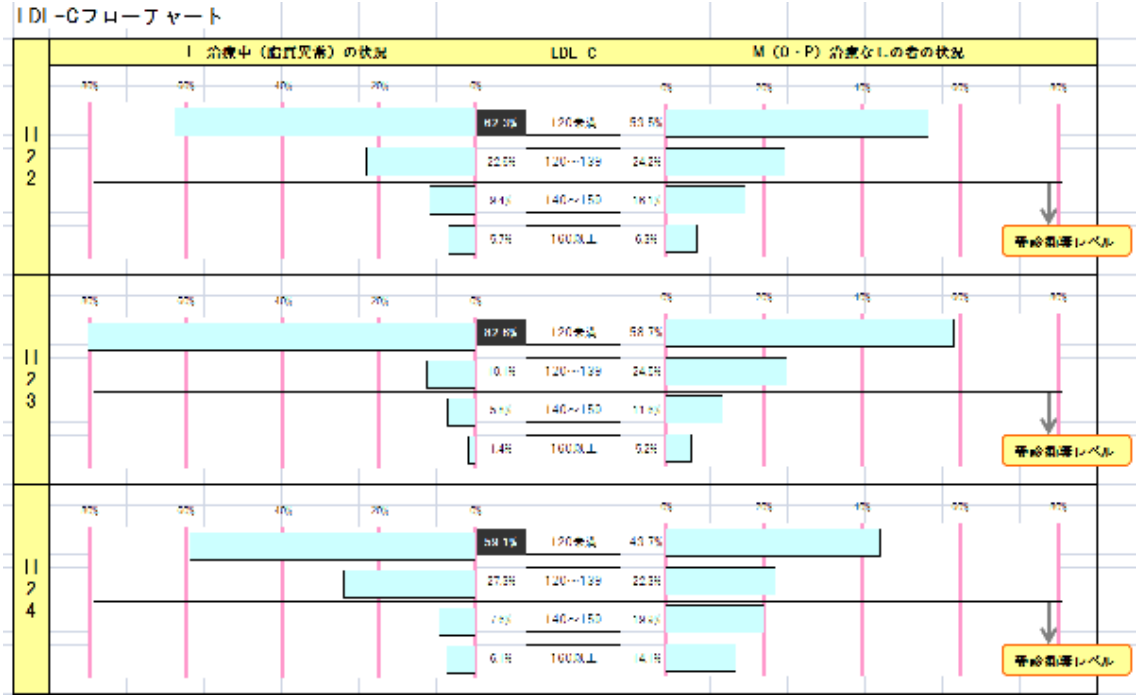


図１０　厚真町特定健診受診者の脂質異常症（高ＬＤＬコレステロール血症）の状況（平成２２～２４年度）



●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

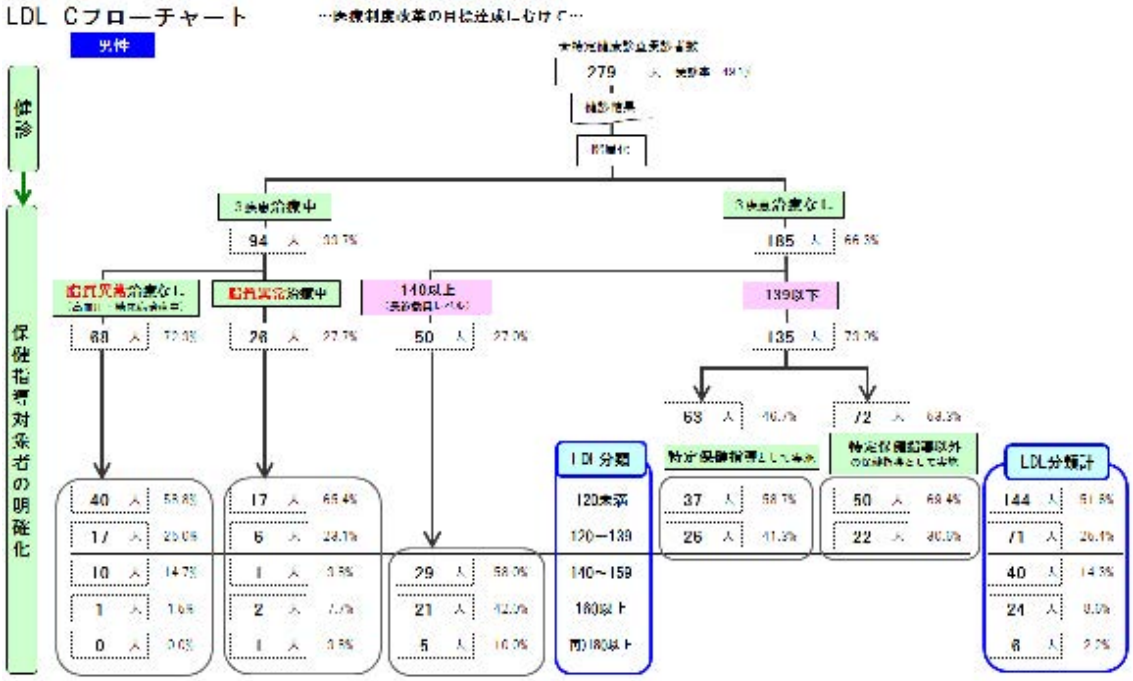
厚真町ではＬＤＬが１４０以上の高値者が１７９名おり、受診者の２８．９％を占めています。そのうち、１８０以上の方が１９名で、治療中の方も２名含まれています。また、図１１にあるように、男女別では男性６４名、女性１１５名と女性が多く、そのうち未治療の方が１４０名おり、男女別では、男性が５０名、女性が９０名となっています。男女ともに高値でありながら治療につながっていない方が多い状況です。

治療中の方は、２４年度は６６人中５７人が１４０未満となっており、平成２２年度から経年的に治療中の方のコレステロールのコントロールが良好だといえます。

●医療の状況

平成２２年５月診療分（６月審査分）レセプトで見てみると、全受診者の４１．２％の方が脂質異常症の治療を受けていました。男性では、４０代では１２％でしたが、５０代からは３０～４０％前後の方が治療をしています。女性では、４０代が６０％と高率ですが、５０代以降では５０％前後で推移しています。

図１１　脂質異常症（高ＬＤＬコレステロール血症）フローチャート（男女別）



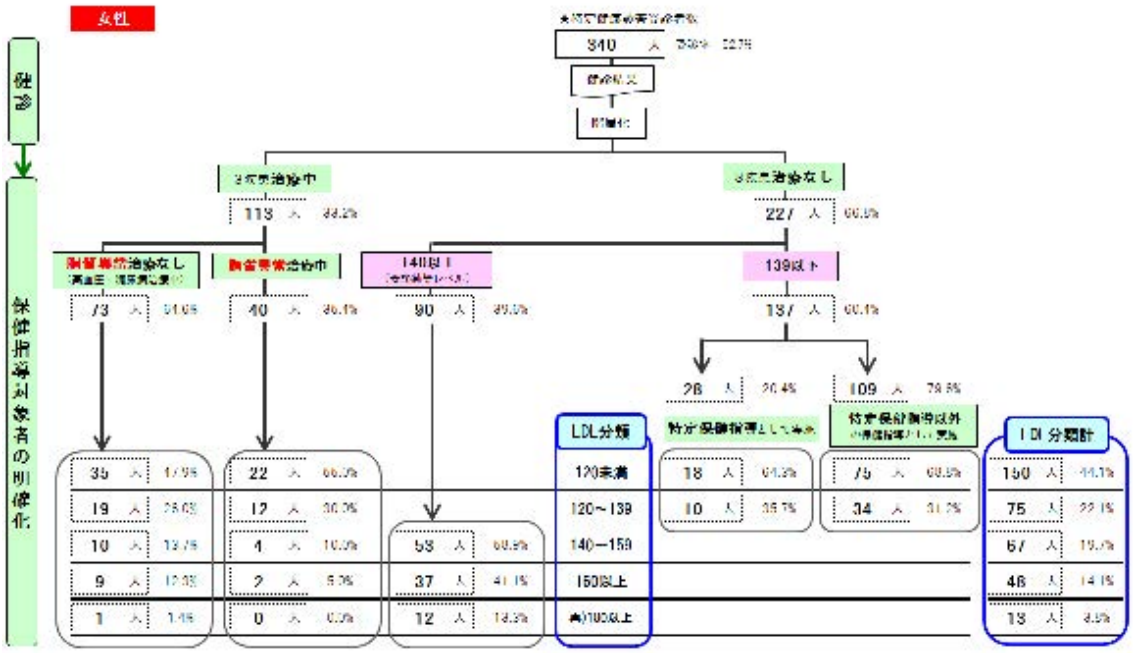
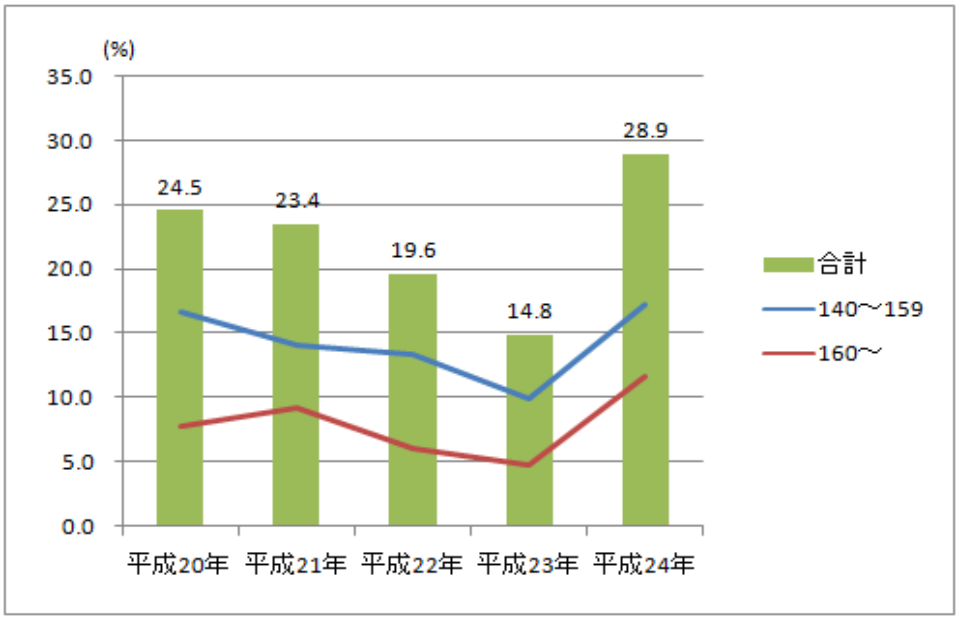


図１２　第１期における健診受診者中のＬＤＬコレステロール有所見者割合の推移



今後は所見のあった方には必要な保健指導を行うとともに、心血管リスク評価のための必要な検査等を紹介し、ハイリスク者には治療開始とその継続が図られる仕組みづくりを目標とします。

（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。厚真町でも新規透析導入患者は毎年０～２名と増加しています。透析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。

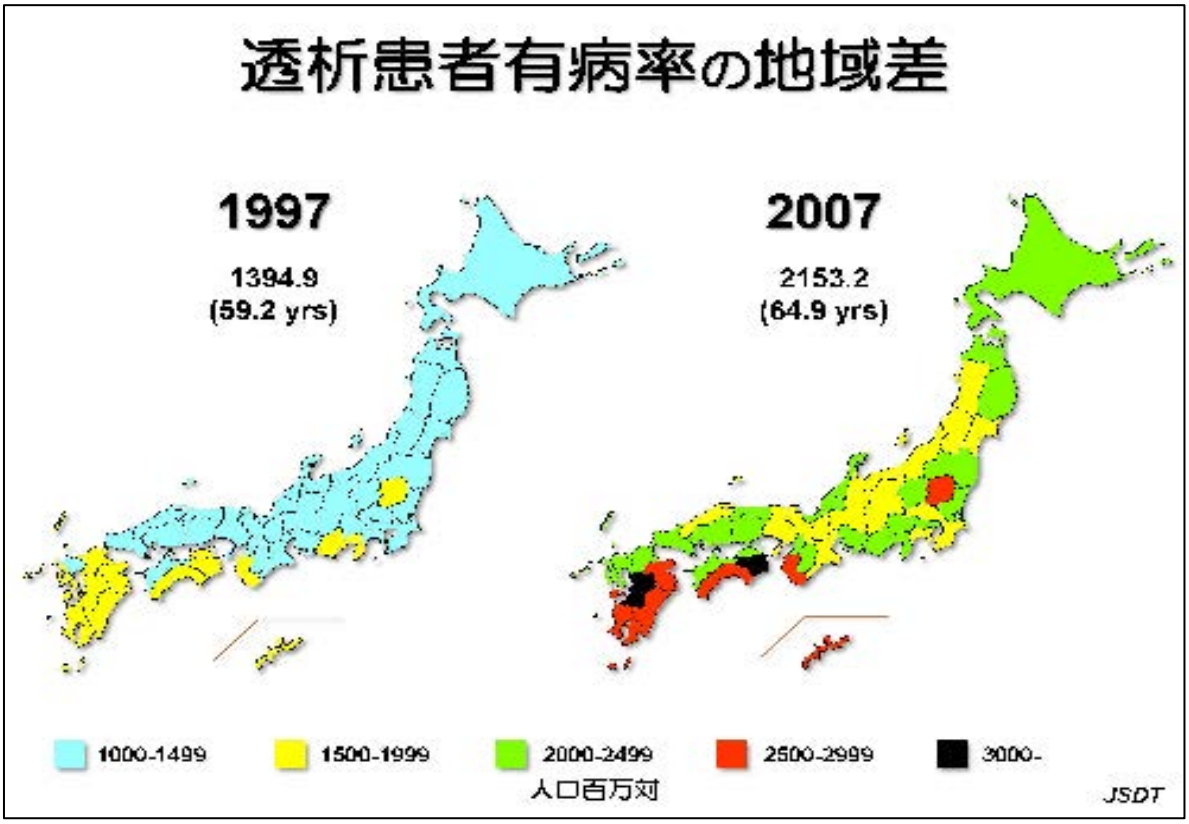
さらに、心血管イベント、すなわち脳卒中とか心筋梗塞を起こす人の背景に、慢性の腎臓疾患を持った人が非常に多いという事実が重要です。実際に疫学研究によって、微量アルブミン尿・蛋白尿が、独立した心血管イベントの危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管イベントの頻度が増えるということが証明されました。

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。

●北海道の状況

日本透析医学会統計調査委員会の報告「わが国の慢性透析療法の現状」によると、北海道の慢性透析患者数は、平成２２年２，５０３人でした。

図１３　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２　CKD 予防のためのフローチャート

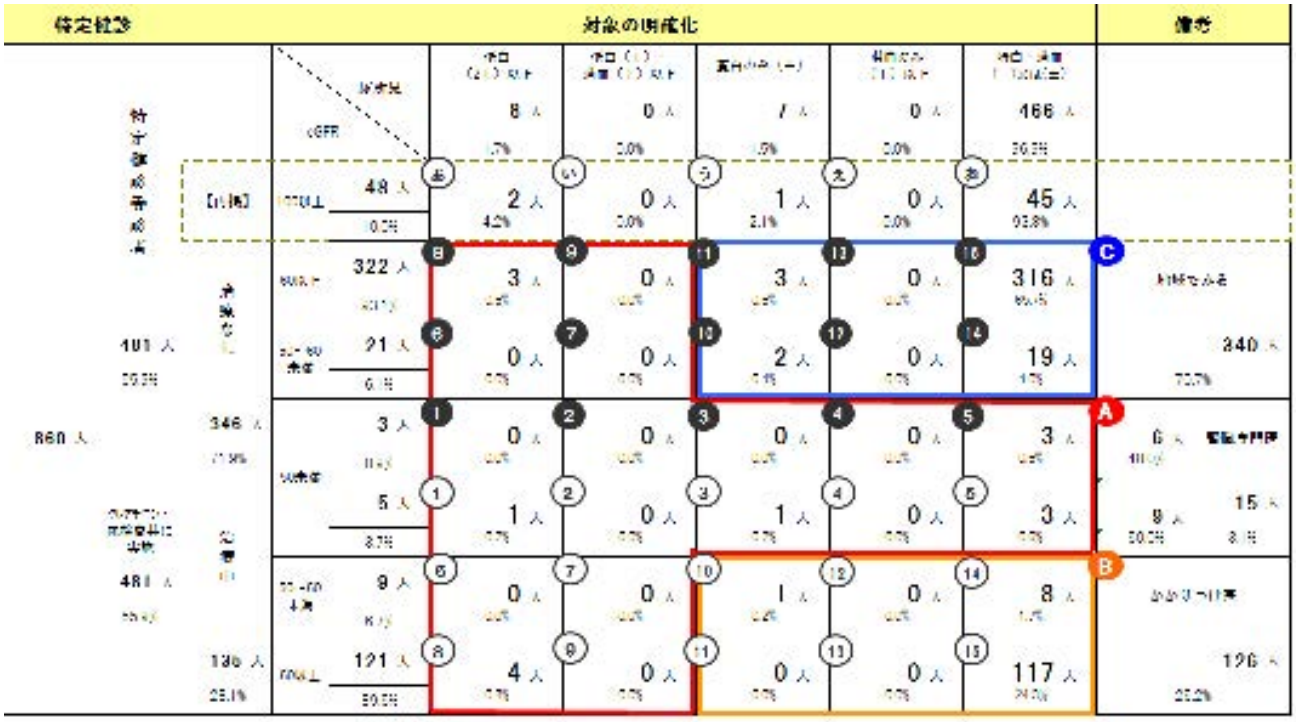


表３　腎機能検査有所見者の推移（男性）

平成20年度

条件	尿蛋白			血清クレアチニン		
	3以上			1.3以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	112	8	7.10%	112	1	0.90%
40～49歳	122	5	4.10%	122	1	0.80%
50～59歳	178	9	5.10%	178	1	0.60%
60～69歳	283	11	3.90%	283	4	1.40%
70～74歳	133	8	6.00%	133	5	3.80%
75歳以上	204	16	7.80%	206	6	2.90%
(再)40～64歳	431	16	3.70%	431	4	0.90%
(再)65～74歳	285	17	6.00%	285	7	2.50%
合計	1032	57	5.50%	1034	18	1.70%

平成22年度

条件	尿蛋白			血清クレアチニン		
	3以上			1.3以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	98	11	11.20%	98	0	0.00%
40～49歳	134	15	11.20%	110	1	0.90%
50～59歳	185	14	7.60%	173	0	0.00%
60～69歳	309	25	8.10%	299	5	1.70%
70～74歳	124	11	8.90%	122	2	1.60%
75歳以上	228	27	11.80%	235	20	8.50%
(再)40～64歳	474	40	8.40%	432	2	0.50%
(再)65～74歳	278	25	9.00%	272	6	2.20%
合計	1078	103	9.60%	1037	28	2.70%

平成24年度

条件	尿蛋白			血清クレアチニン		
	3以上			1.3以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	50	0	0.00%	50	0	0.00%
40～49歳	101	2	2.00%	101	0	0.00%
50～59歳	156	4	2.60%	156	2	1.30%
60～69歳	268	11	4.10%	268	0	0.00%
70～74歳	145	5	3.40%	145	2	1.40%
75歳以上	262	12	4.60%	264	6	2.30%
(再)40～64歳	372	11	3.00%	372	2	0.50%
(再)65～74歳	298	11	3.70%	298	2	0.70%
合計	982	34	3.50%	984	10	1.00%

表４　腎機能検査有所見者の推移（女性）

平成20年度

条件	尿蛋白			血清クレアチニン		
	3以上			1.2以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	112	8	7.10%	112	7	6.30%
40～49歳	122	5	4.10%	122	12	9.80%
50～59歳	178	9	5.10%	178	10	5.60%
60～69歳	283	11	3.90%	283	18	6.40%
70～74歳	133	8	6.00%	133	12	9.00%
75歳以上	204	16	7.80%	206	20	9.70%
(再)40～64歳	431	16	3.70%	431	30	7.00%
(再)65～74歳	285	17	6.00%	285	22	7.70%
合計	1032	57	5.50%	1034	79	7.60%

平成22年度

条件	尿蛋白			血清クレアチニン		
	3以上			1.2以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	98	11	11.20%	98	4	4.10%
40～49歳	134	15	11.20%	110	3	2.70%
50～59歳	185	14	7.60%	173	3	1.70%
60～69歳	309	25	8.10%	299	11	3.70%
70～74歳	124	11	8.90%	122	5	4.10%
75歳以上	228	27	11.80%	235	24	10.20%
(再)40～64歳	474	40	8.40%	432	10	2.30%
(再)65～74歳	278	25	9.00%	272	12	4.40%
合計	1078	103	9.60%	1037	50	4.80%

平成24年度

条件	尿蛋白			血清クレアチニン		
	3以上			1.2以上		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
39歳以下	50	0	0.00%	50	0	0.00%
40～49歳	101	2	2.00%	101	0	0.00%
50～59歳	156	4	2.60%	156	2	1.30%
60～69歳	268	11	4.10%	268	1	0.40%
70～74歳	145	5	3.40%	145	3	2.10%
75歳以上	262	12	4.60%	264	11	4.20%
(再)40～64歳	372	11	3.00%	372	2	0.50%
(再)65～74歳	298	11	3.70%	298	4	1.30%
合計	982	34	3.50%	984	17	1.70%

表５　eGFR の変化（前年度との比較）（平成２４年度健診結果より）

			24年度(1回目)									
23年度受けた人数(1回目)		比較できた人数	eGFR(90～)		eGFR(60～89)		eGFR(30～59)		eGFR(15～29)		eGFR(～15)	
eGFR(90～)	5	5	3	60.00%	2	40.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
eGFR(60～89)	394	311	131	42.10%	176	56.60%	4	1.30%	0	0.00%	0	0.00%
eGFR(30～59)	597	466	22	4.70%	367	78.80%	77	16.50%	0	0.00%	0	0.00%
eGFR(15～29)	6	3	0	0.00%	0	0.00%	1	33.30%	2	66.70%	0	0.00%
eGFR(～15)	1											
合計	1003	785	156	19.90%	545	69.40%	82	10.40%	2	0.30%	0	0.00%

減少した	増加した	変化なし
521 人　66.4%	6 人　0.8%	258 人　32.9%

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、ｅＧＦＲ６０未満です。

表６　ＣＫＤ診療ガイド 2012 における新しい「ＣＫＤの重症度分類」

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		尿蛋白定量 (g/ 日) 尿蛋白 /Cr 比 (g/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 / 1.73m²)	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・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。
CKD の重症度は死亡，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。
（KDIGO CKD guideline 2012 を日本人用に改変）

健診結果・検査結果一覧

事例 K・M 男性・女性			年齢	62	63	64	65	66	67	68	
			実施年月	H17年6月	H18年6月	H19年6月	H20年6月12日	H21年6月10日	H22年6月10日	H23年6月9日	
			健診機関	あつまクリニック	あつまクリニック	あつまクリニック	あつまクリニック	あつまクリニック	あつまクリニック	あつまクリニック	
			医療機関								
			基準値								
基本的な健診の項目	身体の大きさ	身長	cm	163.3	163.9	163.1	163.0	163.4	162.5	163.0	
		体重	kg	54.8	52.7	55.5	54.3	56.1	56.2	55.0	
		BMI 体重kg/(身長m)²	18.5～24.9	20.5	19.6	20.9	20.4	21.0	21.3	20.7	
	血管への影響（動脈硬化の危険因子）・内臓脂肪の蓄積	腹囲	男 85cm未満			82.0	78.5	80.5	82.5	83.0	
			女 90cm未満								
		中性脂肪	空腹 30～149mg/dℓ								
			食後 ～250mg/dℓ	180	127	177	152	197	182	191	
		HDLコレステロール	40～80mg/dℓ	68	72	77	69	56	53	60	
		AST(GOT)	～30U/l	18	18	24	26	22	20	21	
		ALT(GPT)	～30U/l	17	16	17	23	23	17	19	
		γ-GT(γ－GTP)	～50U/l	39	40	31	37	37	36	35	
	血管への影響（動脈硬化の危険因子）・血管内皮障害	血圧	収縮期 ～129mmHg	112	118	134	130	130	134	128	
			拡張期 ～84mmHg	60	54	80	70	74	78	71	
	血管への影響（動脈硬化の危険因子）・インスリン抵抗性	血糖	空腹時 ～99mg/dℓ								
			随時 ～139 mg/dℓ	144	179	129	157	138	117	134	
		$HbA_{1}c$	～5.1%	5.6	5.6	5.7	5.7	6	6	6.1	
		尿糖	（－）	（＋）	（3＋）	（－）	（＋）	（±）	（－）	（2＋）	
	血管への影響（動脈硬化の危険因子）・腎臓	尿酸	～7.1mg/dℓ	3.1	2.8	3.3	3	3.7	5.0	3.8	
		血清クレアチニン		0.9	0.8	0.8	0.9	0.9	1.0	0.9	
		eGFR					62.8	62.6	58.0	65.0	
		尿蛋白	（－）	（2＋）	（＋）	（＋）	（2＋）	（2＋）	（＋）	（±）	
		尿潜血	（－）								
	その他の動脈硬化の危険因子	LDLコレステロール	～119mg/dℓ	105	111	68	88	87	91	88	
詳細な健診の項目	血管変・心臓	心電図	異常なし	異常なし							
	血管変・脳	眼底検査	KW0 H0S0			KW0 H0S0					
	血管の易血栓化	赤血球	男 4.1～6.9×10⁴/mm³	457	458	441	432				
			女 3.6～5.9×10⁴/mm³								
		ヘマトクリット	～46%								
		血色素（ヘモグロビン）	男 13～18g/dℓ								
			女 12～16g/dℓ								
その他健診項目											

表２の健診結果から、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、腎機能低下のレベルが腎専門医レベルの方が６人、地域のかかりつけ医等と連携しながらさらなる低下予防の対象となるレベルの方は、１２６人です。

また、表３，４，５より、尿蛋白および血清クレアチニンの有所見者の割合は年度によって変化がみられます。しかし、平成２３年度と２４年度とを比較するとeGFRの数値が低下した方が健診受診者の６６％を占めていました。平成２２年度の健診結果では、全国全道と比較しても有所見割合が高く、標準化死亡比も全道１位の状況であるため、今後もＣＫＤ予防を視野に入れた保健活動が必要だと考えられます。

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体制構築を目指します。

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１４　厚真町の食習慣背景の構造（「健康あつま２１」より抜粋）

からだの状態

（健診結果などから見る実態）

- ＢＭＩ：３７．６％（全道７位）
- 中性脂肪：３２．１％（全道７位）
- 血圧：収縮期６５．８％（全道７位）拡張期４２．９％（全道１８位）
- 蛋白尿：７．９％（全道９位）
- クレアチニン：１．３％（全道１５位）

栄養素との関係

- 炭水化物
- たんぱく質
- 塩分

食品との関係

[穀類（主食）が多い]

・米の摂取量が多い

・年中、餅がある

・菓子パンを食べる

[間食が多い]

・農作業中は休憩時に菓子パンや缶コーヒーなどを飲む

・仏壇のお供えにお菓子が多い

[魚・肉の食べ方]

・夏は「ジンギスカン」が多い

・魚は一切れが大きい

[塩分が多い]

・自家製の漬物を多く食べる

・味付けが濃い

ジンギスカンに含まれる油の量

分量		脂質の割合	脂質の量
味付きジンギスカン	200g	18.5%	37g
もやし	50g	0.1%	0.5g
ピーマン	25g	0.2%	0.5g
玉ねぎ	50g	0.1%	0.5g

→ 脂質の量合計 38.5 g

町内の店

・コンビニ（２件）

・スーパー（３件）

・食堂（２件）

・焼き肉店（１件）・寿司店（１件）

・ラーメン店（２件）

・スナック（４件）

・飲食店（１件）

厚真町の歴史的背景・環境

・東西に 17.3 km、南北に 32.5 kmあり、面積は 404.56？。海・山を持つ広い町

・明治１５年ころから富山県や石川県、新潟県人らが続いて入植し、本格的に開拓が始まった。

・昭和５５年、北海道電力苫東厚真火力発電所が運転を開始し、国家・民間石油備蓄基地、コールセンターが営業を開始した。

・平成１０年、北海道の高速道路と結ぶ日高自動車道厚真ＩＣが供用を開始

●文化

・葬儀などは自治会で手伝いをする

・自治会ごとでお祭りを開催する所もある

・自治会ごとに生活館、マナビィハウスを管理している。集まりは各生活館等で行われお酒も用意されており飲酒量も多くなる

●特産品

・米（さくら米）

・ジンギスカン

・おふくろ味噌

・ハスカップ

厚真町の実態

・夏は畑で取れた野菜を食べる
　冬は大根、白菜、かぼちゃ、じゃが芋などの保存野菜を食べる

・夏はジンギスカンと一緒にビールを飲む。野菜は少ない

・農作業中は休憩時に菓子パンや缶コーヒーなどを飲む習慣がある（出面さんを頼んでいる場合は特に多く見られ、一緒に食べる習慣がある）

・夏にとれたハスカップはジャムにするか、砂糖をまぶして冷凍保存して食べる

・職業によって生活差が大きい。特に農業は農繁期は朝早く、遅くまで作業がある。農閑期になると男性は空港、ＪＲの除雪に従事する割合が多く、夜中の作業の前にカレー等の食事が提供される

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	５０％	５５％	６０％	６５％	７０％
特定保健指導実施率	５０％	５２．５％	５５％	５７．５％	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	1,220 人	1,180 人	1,140 人	1,100 人	1,060 人
特定健診受診者数	610 人	650 人	680 人	710 人	740 人
特定保健指導対象者数	140 人	143 人	143 人	142 人	141 人
特定保健指導実施者数	70 人	75 人	79 人	82 人	85 人

４　特定健診の実施

（１）実施形態

健診については、特定健診実施機関に委託します。実施機関と厚真町国民健康保険が契約を締結します。

（２）特定健診委託基準

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

（３）健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、健診前に対象者全員に配布する文書に掲載します。

（４）委託契約の方法、契約書の様式

あつまクリニック及び厚生連人間ドック実施機関（札幌厚生病院および鵡川厚生病院）と厚真町国民健康保険が直接に契約を行います。

委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告（データ作成）です。

契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成しています。

（５）健診委託単価、自己負担額

特定健診受診時窓口で支払う自己負担の額は、町内で実施する集団健診および厚生連が実施する人間ドック受診の場合は０円、個別健診の場合は７００円です。

（６）健診費用の請求・支払

特定健診にかかる費用（自己負担額を除く）の請求・支払は、健診実施機関と厚真町国民健康保険が直接実施しています。

（７）受診券の様式

厚真町　特定健康診査（XX～XX歳）　受診券・問診票

受付年月日

本券と保険証を受診当日必ずご持参ください。
本券の有効期限は【 年 月 日 から 月 日まで 】です。
ただし、あつまクリニックでの個別健診は、月 日 以降に受診ください。

受診券整理番号	
生年月日	
年齢	
性別	
個人コード	

《個人負担金》
・集団検診
⇒無料
・個別検診
⇒700円

様

健診実施機関記入欄	実施者
健診実施機関番号：0113613608 医療機関名：医療法人 社団 健康会 あつまクリニック 医師名：小林 孝　石間 巧	名称： 住所： お問い合わせ先：

★下記の問診は受診前にご自身で記入（該当番号に○印）してください。★

(1)現在お記の薬を飲んでいますか？	血圧をさげる（高血圧）薬	1 はい（病院名　　）　2 いいえ
	血糖をさげる薬またはインシュリン注射	1 はい（病院名　　）　2 いいえ
	コレステロールや中性脂肪をさげる薬	1 はい（病院名　　）　2 いいえ
(2)脳血管疾患で治療しているまたは治療したことがありますか		1 治療中　2 過去に治療した　3 いいえ
1または2と答えた方　病名は何ですか		1 脳出血　2 脳血栓・梗塞　3 くも膜下出血 4 一過性脳虚血発作　5 その他（　　）
(3)心臓病で治療している、または治療したことがありますか		1 治療中　2 過去に治療した　3 いいえ
1または2と答えた方　病名は何ですか		1 狭心症　2 狭心症　3 心筋梗塞　4 心不全 5 その他（　　）
(4)腎臓病で治療している、または治療したことがありますか		1 治療中　2 過去に治療した　3 いいえ
(5)貧血で治療している、または治療したことがありますか		1 治療中　2 過去に治療した　3 いいえ
(6)痛風で治療している、または治療したことがありますか		1 治療中　2 過去に治療した　3 いいえ
(7)脂質異常症（高脂血症）で治療したことがありますか		1 はい　2 いいえ
(8)その他に治療しているまたは過去に治療した病気がありますか		1 はい（　　）　2 いいえ
(9)出産経験のある方にお聞きします。 妊娠中に高血圧・尿蛋白がでたことがありますか		1 はい　2 いいえ
(10)家族の方が治療している病気、または医師から指摘されたことがある病気はありますか（両親・兄弟・おじ・おば）		1 該当なし　2 糖尿病　3 脂質異常症　4 高血圧 5 痛風　6 心筋梗塞　7 狭心症　8 肥満症 9 その他（　　）
(11)現在、タバコを習慣的に吸っていますか ※「習慣的に吸っている」とは、本数にかかわらず吸っている方をいいます。		1 はい（　　本／日）　2 いいえ
(12)飲酒について お酒の種類（ビール　焼酎　日本酒　ウィスキー　ワイン　他）		1 毎日飲む　2 時々飲む（週2～3回程度）　3 ほとんど飲まない（月0～2回程度）
(13)現在、お記の自覚症状がありますか		1 該当なし 2 胸が締め付けられるまたは押さえつけられる 3 心臓の鼓動が速いと感じる・動悸がする 4 息切れ　5 めまい・立ち眩み 6 頭痛・頭重感　7 まぶたや足のむくみ 8 手・足の震え・しびれ 9 その他（　　）
(14)健診結果や保健指導について連絡が必要になることがあります。あなたの連絡先を記入してください。		自宅（携帯）電話番号 日中の連絡先

～ご協力ありがとうございました～

以下、スタッフ記入　受診者氏名：　様（　歳）

必須検査			
健診項目			結果
計測	身長	cm	
	体重	kg	
	BMI		
	腹囲	cm	
尿検査(判定量)	蛋白	1－　2±　3+　4++　5+++	
	糖	1－　2±　3+　4++　5+++	
血圧	収縮期 / 拡張期	1回目 / 2回目	
不整脈等所見の有無		なし　・　あり（　　）	
食事・採血時間		食事：A・P　時　採血：A・P　時	
脂質	中性脂肪	採血 □ ①10時間以上 ②10時間以内	
	HDL-C		
	LDL-C		
肝機能	AST		
	ALT		
	γ-GT		
代謝系	随時血糖		
	HbA1c		
厚真町追加検査			
腎機能(代謝系)	血清クレアチニン	検体No.	
肝機能	血清尿酸／尿素窒素		/
貧血検査	赤血球		
	ヘモグロビン		
	ヘマトクリット		

詳細検査				
検査項目	対象条件	必要性の有無	実施	
心電図検査	□ 前年度健診の腰囲、BMI、血糖、脂質、血圧が基準値に該当 □ 健診当日の血圧・脂質異常 収縮期160～／拡張期100～	あり・なし （※血圧・心臓病治療中は除く）	□ 心電図No.	
二次検査				
眼底検査	40～69歳 メタボ該当 中等度高血圧以上の者 高血糖の者	あり・なし		
微量アルブミン尿検査		あり・なし		
頸部動脈エコー検査		あり・なし		
75g糖負荷試験	空腹時血糖100～125mg/dl 随時血糖　食後1時間 160mg/dl 食後2時間 120mg/dl HbA1c 5.2～6.0%	あり・なし		前 / 30分 / 60分 / 120分

【健診会場における医師のコメント】

①検査症状 特記すべき事項		1 なし	2 あり（　　）
②心電図検査を実施した理由		1 問診	2 診察
	所見	1 なし	2 あり（　　）
	医療機関受診の必要性	1 なし	2 あり（緊急・1～3か月後）

★ 医師の総合判断 ★

1 異常認めず	
2 二次検査該当 項目	①眼底 ②微量アルブミン尿 ③頸部動脈エコー ④75g負荷試験
3 要指導 指導項目	（ 肥満 血圧 糖代謝 脂質 肝機能 腎機能 貧血 その他：
4 要医療 受診項目	（ 肥満 血圧 糖代謝 脂質 肝機能 腎機能 貧血 その他：
5 その他コメント：	

※検査項目チェック（　）
1 胸部X線（　）
2 身体測定（　）
3 尿検査（　）
※生理中
4 問診（　）
5 血圧測定（　）
6 診察（　）
7 血液検査（　）
肝炎検査（　）
あり・なし
8 心電図（　）

（８）健診の案内方法・健診実施スケジュール

平成２４年度特定健康診査対象者に、受診券を発行し、健診のお知らせ等とともに通知します。（保険者年間実施スケジュール参照）

通知内容は、受診券、特定健診実施会場一覧表です。

また、平成２４年度は、国民健康保険加入者の保険証が切り替え年にあたることから、手続き時に各世帯に特定健診受診勧奨用パンフレットを配布します。

５　保健指導の実施

特定保健指導の実施については、あつまクリニックでの受診者に対しては保険者直接実施・一般衛生部門への執行委任の形態で行います。また、札幌、鵡川の各厚生病院での受診者に対しては厚生病院に委託して行います。

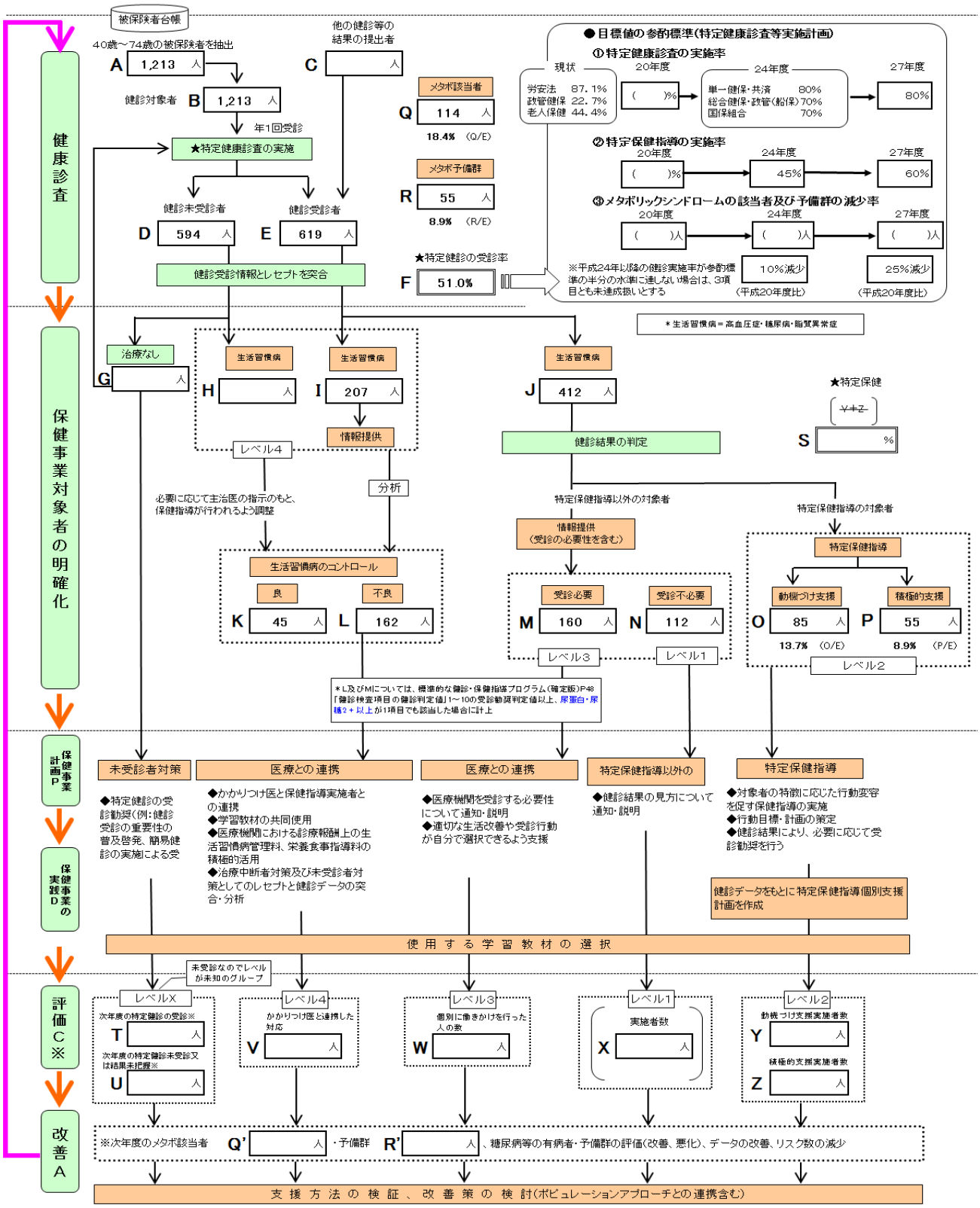
特定保健指導の対象とならない糖尿病、高血圧、腎機能障害の有所見者に対しては、ｐ４５以降の保健指導計画のもとに実施します。

（１）健診から保健指導実施の流れ

確定版様式６－１０をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行います。

図１　健診から保健指導実施へのフローチャート（数値は平成２４年度実績）

様式6-10 **糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導**　　様式６－１０



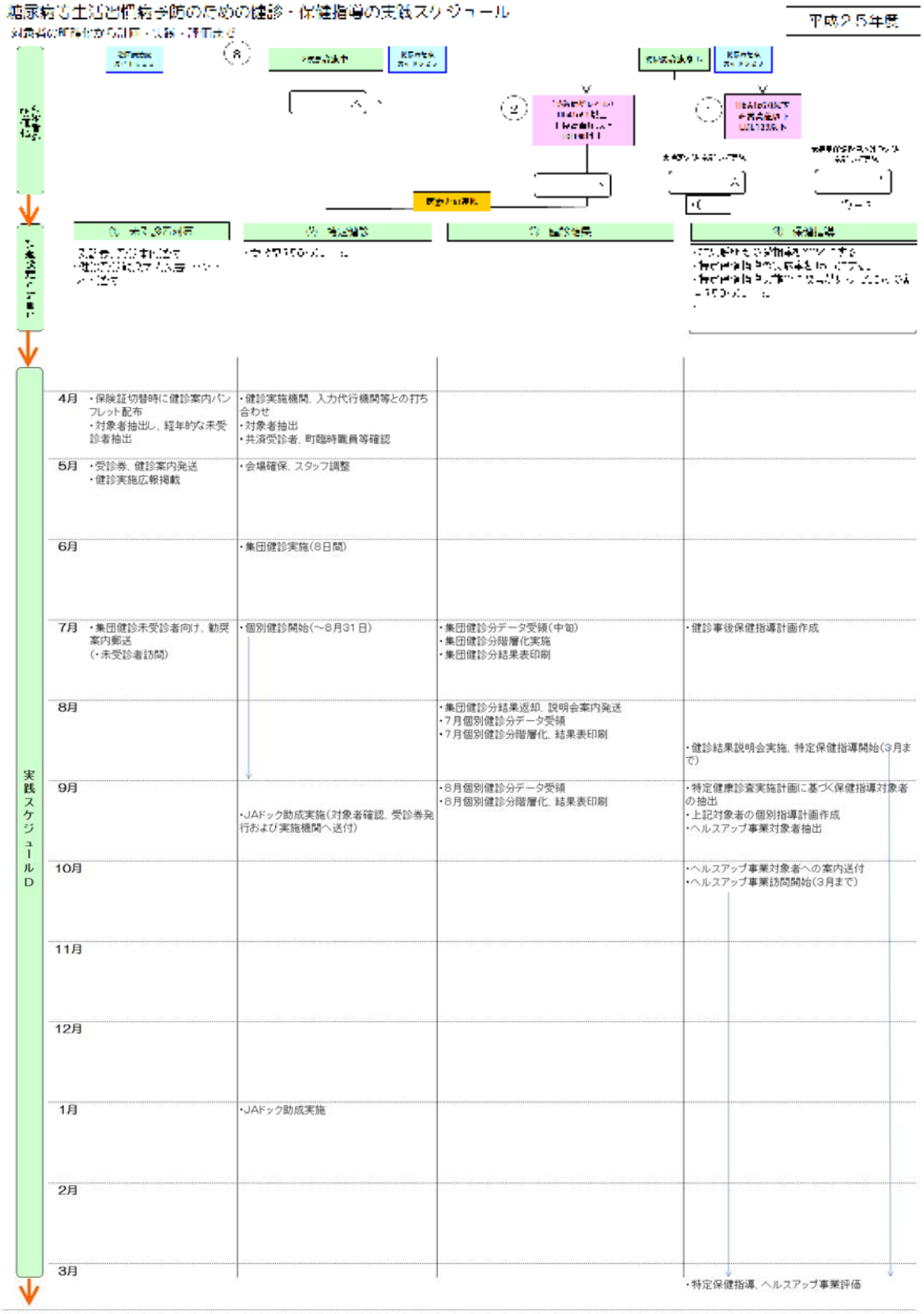
（２）要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

優先順位	様式6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込（受診者の○%）	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	140 人 （22.6）	45% （63 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	160 人 （25.8）	HbA1c6.1 以上については 100%
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）（728 人受診で受診率 60%に到達）	594 人 ※受診率目標達成までにあと 109 人	20% （119 人）
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	112 人 （18.1）	100%
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	207 人 （33.4）	25% （51 人）

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から
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、必要な保健指導を実施します。

（３）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
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。

図２　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



（4）保健指導に使用する学習教材

保健師・栄養士が普段活用している学習教材について、調べてみました。

表１　活用状況報告者（保健師）110 人のうち、活用状況 50%以上のもの

活用状況報告者（保健師）110人のうち、
活用状況 50% 以上のものを
ピックアップしてみました

●・・・保健指導対象者全員に必ず使う資料　○・・・過去の保健指導で、住民に1回でも使ったことがある資料　×・・・過去の一度も使ったことのない資料

			総数 140人								保健師 110人								栄養士 28人							
			●+○		●		○		×		●+○		●		○		×		●+○		●		○		×	
冊子名	資料NO	資料名	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
私の健康記録	A-2	基本健診経年結果一覧	77	55.0%	37	26.4%	40	28.6%	63	45.0%	62	56.4%	30	27.3%	32	29.1%	48	43.6%	13	46.4%	5	17.9%	8	28.6%	15	53.6%
	A-3	定期健康診断結果一覧	112	80.0%	96	68.6%	16	11.4%	28	20.0%	89	80.9%	78	70.9%	11	10.0%	21	19.1%	22	78.6%	17	60.7%	5	17.9%	6	21.4%
	A-4・5	早世、障害予防のために	119	85.0%	92	65.7%	27	19.3%	21	15.0%	94	85.5%	74	67.3%	20	18.2%	16	14.5%	23	82.1%	16	57.1%	7	25.0%	5	17.9%
	A-6	血管変化の予防の視点～私はどの段階にいるのだろうか？	96	68.6%	31	22.1%	65	46.4%	44	31.4%	82	74.5%	24	21.8%	58	52.7%	28	25.5%	12	42.9%	6	21.4%	6	21.4%	16	57.1%
	B-1	「メタボリックシンドローム」～心血管疾患や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群	80	57.1%	7	5.0%	73	52.1%	60	42.9%	68	61.8%	5	4.5%	63	57.3%	42	38.2%	11	39.3%	1	3.6%	10	35.7%	17	60.7%
	B-2	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）は本当に危険なものなのでしょうか？ 動脈硬化のしくみ	102	72.9%	15	10.7%	87	62.1%	38	27.1%	84	76.4%	12	10.9%	72	65.5%	26	23.6%	16	57.1%	3	10.7%	13	46.4%	12	42.9%
	B-8	「脂肪」には２タイプあります。～自分はどっちだろう…？ 内臓脂肪と皮下脂肪の違い	68	48.6%	7	5.0%	61	43.6%	72	51.4%	55	50.0%	7	6.4%	48	43.6%	55	50.0%	13	46.4%	0	0.0%	13	46.4%	15	53.6%
	B-9	頸動脈超音波検査～心血管疾患、脳梗塞の発症の前に早期の血管の異常（動脈硬化）を見逃さない	69	49.3%	0	0.0%	69	49.3%	71	50.7%	59	53.6%	0	0.0%	59	53.6%	51	46.4%	9	32.1%	0	0.0%	9	32.1%	19	67.9%
	B-10	頸動脈超音波検査～心血管疾患、脳梗塞の発症の前に早期の血管の異常（動脈硬化）を見逃さない	68	48.6%	0	0.0%	68	48.6%	72	51.4%	57	51.8%	0	0.0%	57	51.8%	53	48.2%	11	39.3%	0	0.0%	11	39.3%	17	60.7%
	B-18	75グラム糖負荷検査結果	70	50.0%	0	0.0%	70	50.0%	70	50.0%	55	50.0%	0	0.0%	55	50.0%	55	50.0%	14	50.0%	0	0.0%	14	50.0%	14	50.0%
	B-19	私はどのパターン？	71	50.7%	1	0.7%	70	50.0%	69	49.3%	56	50.9%	1	0.9%	55	50.0%	54	49.1%	14	50.0%	0	0.0%	14	50.0%	14	50.0%
	C-1	私は糖尿病なのだろうか～血糖検査から糖尿病を診断することができます～	81	57.9%	2	1.4%	79	56.4%	59	42.1%	68	61.8%	1	0.9%	67	60.9%	42	38.2%	12	42.9%	1	3.6%	11	39.3%	16	57.1%
	C-2	私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	97	69.3%	6	4.3%	91	65.0%	43	30.7%	80	72.7%	3	2.7%	77	70.0%	30	27.3%	16	57.1%	3	10.7%	13	46.4%	12	42.9%
	C-3	インスリンの仕事	90	64.3%	5	3.6%	85	60.7%	50	35.7%	72	65.5%	4	3.6%	68	61.8%	38	34.5%	17	60.7%	1	3.6%	16	57.1%	11	39.3%
	C-4	大切は糖ですが、血液中に多いと合併症が進みます	83	59.3%	2	1.4%	81	57.9%	57	40.7%	71	64.5%	1	0.9%	70	63.6%	39	35.5%	10	35.7%	1	3.6%	9	32.1%	18	64.3%
	C-5	血液の中に糖が多いとなぜ困るのでしょう	70	50.0%	1	0.7%	69	49.3%	70	50.0%	62	56.4%	1	0.9%	61	55.5%	48	43.6%	7	25.0%	0	0.0%	7	25.0%	21	75.0%
	C-6	私の血糖が上がる原因は何だろう？	90	64.3%	2	1.4%	88	62.9%	50	35.7%	70	63.6%	1	0.9%	69	62.7%	40	36.4%	19	67.9%	1	3.6%	18	64.3%	9	32.1%
	C-9	糖尿病治療中の人のための 血糖値、その他の値のコントロール状態の判断基準	64	45.7%	0	0.0%	64	45.7%	76	54.3%	56	50.9%	0	0.0%	56	50.9%	54	49.1%	8	28.6%	0	0.0%	8	28.6%	20	71.4%
	C-19	私の飲んでいる薬はどういう性質のものだろう	71	50.7%	1	0.7%	70	50.0%	69	49.3%	62	56.4%	1	0.9%	61	55.5%	48	43.6%	9	32.1%	0	0.0%	9	32.1%	19	67.9%
	D-2	高血圧は無自覚に動脈硬化を進行 自分の値はどの段階？	86	61.4%	6	4.3%	80	57.1%	54	38.6%	75	68.2%	5	4.5%	70	63.6%	35	31.8%	10	35.7%	1	3.6%	9	32.1%	18	64.3%
	D-4	血圧は１回の測定で判断できない	67	47.9%	4	2.9%	63	45.0%	73	52.1%	60	54.5%	3	2.7%	57	51.8%	50	45.5%	6	21.4%	1	3.6%	5	17.9%	22	78.6%
	D-8	私の血圧は上がる原因は何だろう？	81	57.9%	4	2.9%	77	55.0%	59	42.1%	66	60.0%	2	1.8%	64	58.2%	44	40.0%	15	53.6%	2	7.1%	13	46.4%	13	46.4%
	E-1	私のLDLコレステロール値は病院受診が必要な段階？	72	51.4%	3	2.1%	69	49.3%	68	48.6%	60	54.5%	2	1.8%	58	52.7%	50	45.5%	11	39.3%	1	3.6%	10	35.7%	17	60.7%
	E-3	私のコレステロールバランスは？	65	46.4%	2	1.4%	63	45.0%	75	53.6%	55	50.0%	1	0.9%	54	49.1%	55	50.0%	10	35.7%	1	3.6%	9	32.1%	18	64.3%
	E-4	コレステロールってなんでしょう？・・・・・脂肪の種類です	73	52.1%	1	0.7%	72	51.4%	67	47.9%	59	53.6%	1	0.9%	58	52.7%	51	46.4%	13	46.4%	0	0.0%	13	46.4%	15	53.6%
	E-5	中性脂肪とコレステロールは全く違う脂肪	74	52.9%	2	1.4%	72	51.4%	66	47.1%	60	54.5%	1	0.9%	59	53.6%	50	45.5%	14	50.0%	1	3.6%	13	46.4%	14	50.0%
	F-1	高尿酸血症は、性・年齢を問わず尿酸値が 7.0mg/dl を超えるものをいいます	77	55.0%	3	2.1%	74	52.9%	63	45.0%	63	57.3%	1	0.9%	62	56.4%	47	42.7%	14	50.0%	2	7.1%	12	42.9%	14	50.0%
	F-2	尿酸って何でしょう？～血液の中にある物質です	92	65.7%	4	2.9%	88	62.9%	48	34.3%	73	66.4%	2	1.8%	71	64.5%	37	33.6%	18	64.3%	2	7.1%	16	57.1%	10	35.7%
	H-1	私の腎臓はどの段階にあるか、障害を進めないためにどうしたらいいか	80	57.1%	2	1.4%	78	55.7%	60	42.9%	65	59.1%	1	0.9%	64	58.2%	45	40.9%	15	53.6%	1	3.6%	14	50.0%	13	46.4%
	食-1	血液データと食品（栄養素）（見本）	101	72.1%	32	22.9%	69	49.3%	39	27.9%	78	70.9%	23	20.9%	55	50.0%	32	29.1%	23	82.1%	9	32.1%	14	50.0%	5	17.9%
	食-2	生活習慣病に基づいた食品の基準量	89	63.6%	24	17.1%	65	46.4%	51	36.4%	69	62.7%	15	13.6%	54	49.1%	41	37.3%	20	71.4%	9	32.1%	11	39.3%	8	28.6%
	食-4	生活習慣病予防のためのポイント	108	77.1%	19	13.6%	89	63.6%	32	22.9%	87	79.1%	16	14.5%	71	64.5%	23	20.9%	21	75.0%	3	10.7%	18	64.3%	7	25.0%
	食-5	血糖を上げやすい糖分	121	86.4%	29	20.7%	92	65.7%	19	13.6%	95	86.4%	20	18.2%	75	68.2%	15	13.6%	25	89.3%	9	32.1%	16	57.1%	3	10.7%
	食-6	大豆、イモ、果物の基準量	114	81.4%	17	12.1%	97	69.3%	26	18.6%	90	81.8%	10	9.1%	80	72.7%	20	18.2%	24	85.7%	7	25.0%	17	60.7%	4	14.3%
	食-7	無理なく内臓脂肪を減らすための選択（運動と食事）	99	70.7%	6	4.3%	93	66.4%	41	29.3%	78	70.9%	5	4.5%	73	66.4%	32	29.1%	20	71.4%	1	3.6%	19	67.9%	8	28.6%
	食-8	目標体重で私の食事量を計算してみよう	112	80.0%	20	14.3%	92	65.7%	28	20.0%	85	77.3%	12	10.9%	73	66.4%	25	22.7%	26	92.9%	8	28.6%	18	64.3%	2	7.1%
	食-１０	嗜好品を食べたい場合の量の目安と砂糖と脂質の目安	90	64.3%	6	4.3%	84	60.0%	50	35.7%	68	61.8%	4	3.6%	64	58.2%	42	38.2%	22	78.6%	2	7.1%	20	71.4%	6	21.4%
私の健康記録	食-１１	アルコールの種類とアルコール量	109	77.9%	4	2.9%	105	75.0%	31	22.1%	85	77.3%	2	1.8%	83	75.5%	25	22.7%	23	82.1%	2	7.1%	21	75.0%	5	17.9%
	食-１３	飲み物からとる糖分の目安のつけ方	99	70.7%	3	2.1%	96	68.6%	41	29.3%	75	68.2%	1	0.9%	74	67.3%	35	31.8%	24	85.7%	2	7.1%	22	78.6%	4	14.3%
	食-１７	魚介類・肉類の種類別の目安量	87	62.1%	2	1.4%	85	60.7%	53	37.9%	66	60.0%	1	0.9%	65	59.1%	44	40.0%	21	75.0%	1	3.6%	20	71.4%	7	25.0%
	食-１８	魚50gあたりの脂質とコレステロールの関係	96	68.6%	1	0.7%	95	67.9%	44	31.4%	72	65.5%	0	0.0%	72	65.5%	38	34.5%	23	82.1%	1	3.6%	22	78.6%	5	17.9%
	食-１９	肉50gあたりの脂質とコレステロールの関係	94	67.1%	1	0.7%	93	66.4%	46	32.9%	70	63.6%	0	0.0%	70	63.6%	40	36.4%	23	82.1%	1	3.6%	22	78.6%	5	17.9%
	食-２０	魚50gあたりの脂質とプリン体の関係	85	60.7%	0	0.0%	85	60.7%	55	39.3%	65	59.1%	0	0.0%	65	59.1%	45	40.9%	19	67.9%	0	0.0%	19	67.9%	9	32.1%
	食-２１	肉50gあたりの脂質とプリン体の関係	81	57.9%	1	0.7%	80	57.1%	59	42.1%	60	54.5%	0	0.0%	60	54.5%	50	45.5%	20	71.4%	1	3.6%	19	67.9%	8	28.6%
	食-３２	古くて新しい塩分…目安をつけるための資料	74	52.9%	2	1.4%	72	51.4%	66	47.1%	55	50.0%	0	0.0%	55	50.0%	55	50.0%	19	67.9%	2	7.1%	17	60.7%	9	32.1%
	運-2	体の使い方のちょっとした工夫でエネルギー消費は高まります	83	59.3%	9	6.4%	74	52.9%	57	40.7%	66	60.0%	7	6.4%	59	53.6%	44	40.0%	17	60.7%	2	7.1%	15	53.6%	11	39.3%
糖尿病ノート	ポ-6	症状がないから大丈夫！と思っていませんか？	74	52.9%	3	2.1%	71	50.7%	66	47.1%	62	56.4%	3	2.7%	59	53.6%	48	43.6%	11	39.3%	0	0.0%	11	39.3%	17	60.7%
	糖-5	糖尿病の診断基準（案）	71	50.7%	2	1.4%	69	49.3%	69	49.3%	58	52.7%	1	0.9%	57	51.8%	52	47.3%	12	42.9%	1	3.6%	11	39.3%	16	57.1%
	糖-10	糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？	64	45.7%	1	0.7%	63	45.0%	76	54.3%	56	50.9%	1	0.9%	55	50.0%	54	49.1%	7	25.0%	0	0.0%	7	25.0%	21	75.0%
	糖-12	わたしはどの段階にいるか、そして次の段階に進まないための検査は何か	70	50.0%	4	2.9%	66	47.1%	70	50.0%	60	54.5%	2	1.8%	58	52.7%	50	45.5%	10	35.7%	2	7.1%	8	28.6%	18	64.3%
	糖-食8⑤	飲み物からとる糖分の目安のつけ方（食-13）	75	53.6%	1	0.7%	74	52.9%	65	46.4%	59	53.6%	0	0.0%	59	53.6%	51	46.4%	16	57.1%	1	3.6%	15	53.6%	12	42.9%
	糖-食8⑥	アルコールの種類とアルコール量（食-11）	78	55.7%	1	0.7%	77	55.0%	62	44.3%	62	56.4%	0	0.0%	62	56.4%	48	43.6%	16	57.1%	1	3.6%	15	53.6%	12	42.9%

表２　活用状況報告者（栄養士）28 人のうち、活用状況 50%以上のもの

●・・・保健指導対象者全員に必ず使う資料　○・・・過去の保健指導で、住民に1回でも使ったことがある資料　×・・・過去の一度も使ったことのない資料

活用状況報告者（栄養士）28人のうち、
活用状況 50% 以上のものを
ピックアップしてみました

冊子名	資料NO	資料名	総数 140人								保健師 110人								栄養士 28人							
			●+○		●		○		×		●+○		●		○		×		●+○		●		○		×	
			人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
私の健康記録	A-3	定期健康診断結果一覧	112	80.0%	96	68.6%	16	11.4%	28	20.0%	89	80.9%	78	70.9%	11	10.0%	21	19.1%	22	78.6%	17	60.7%	5	17.9%	6	21.4%
	A-4・5	早世、障害予防のために	119	85.0%	92	65.7%	27	19.3%	21	15.0%	94	85.5%	74	67.3%	20	18.2%	16	14.5%	23	82.1%	16	57.1%	7	25.0%	5	17.9%
	B-2	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）は女性血管を痛めるのでしょう？ 動脈硬化のしくみ	102	72.9%	15	10.7%	87	62.1%	38	27.1%	84	76.4%	12	10.9%	72	65.5%	26	23.6%	16	57.1%	3	10.7%	13	46.4%	12	42.9%
	B-18	75グラム糖負荷検査結果	70	50.0%	0	0.0%	70	50.0%	70	50.0%	55	50.0%	0	0.0%	55	50.0%	55	50.0%	14	50.0%	0	0.0%	14	50.0%	14	50.0%
	B-19	私はどのパターン？	71	50.7%	1	0.7%	70	50.0%	69	49.3%	56	50.9%	1	0.9%	55	50.0%	54	49.1%	14	50.0%	0	0.0%	14	50.0%	14	50.0%
	C-2	私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か	97	69.3%	6	4.3%	91	65.0%	43	30.7%	80	72.7%	3	2.7%	77	70.0%	30	27.3%	16	57.1%	3	10.7%	13	46.4%	12	42.9%
	C-3	インスリンの仕事	90	64.3%	5	3.6%	85	60.7%	50	35.7%	72	65.5%	4	3.6%	68	61.8%	38	34.5%	17	60.7%	1	3.6%	16	57.1%	11	39.3%
	C-6	私の血糖が上がる原因は何だろう？	90	64.3%	2	1.4%	88	62.9%	50	35.7%	70	63.6%	1	0.9%	69	62.7%	40	36.4%	19	67.9%	1	3.6%	18	64.3%	9	32.1%
	D-8	私の血圧は上がる原因は何だろう？	81	57.9%	4	2.9%	77	55.0%	59	42.1%	66	60.0%	2	1.8%	64	58.2%	44	40.0%	15	53.6%	2	7.1%	13	46.4%	13	46.4%
	E-5	中性脂肪とコレステロールは全く違う脂肪	74	52.9%	2	1.4%	72	51.4%	66	47.1%	60	54.5%	1	0.9%	59	53.6%	50	45.5%	14	50.0%	1	3.6%	13	46.4%	14	50.0%
	F-1	高尿酸血症は、性・年齢を問わず尿酸値が「7.0mg/dl」を超えるものをいいます	77	55.0%	3	2.1%	74	52.9%	63	45.0%	63	57.3%	1	0.9%	62	56.4%	47	42.7%	14	50.0%	2	7.1%	12	42.9%	14	50.0%
	F-2	尿酸って何でしょう？～血液の中にある物質です	92	65.7%	4	2.9%	88	62.9%	48	34.3%	73	66.4%	2	1.8%	71	64.5%	37	33.6%	18	64.3%	2	7.1%	16	57.1%	10	35.7%
	H-1	私の腎臓はどの段階にあるか、障害を進めないためにどうしたらいいか	80	57.1%	2	1.4%	78	55.7%	60	42.9%	65	59.1%	1	0.9%	64	58.2%	45	40.9%	15	53.6%	1	3.6%	14	50.0%	13	46.4%
	食-1	血液データと食品（栄養素）（見本）	101	72.1%	32	22.9%	69	49.3%	39	27.9%	78	70.9%	23	20.9%	55	50.0%	32	29.1%	23	82.1%	9	32.1%	14	50.0%	5	17.9%
	食-2	生活習慣病に基づいた食品の基準量	89	63.6%	24	17.1%	65	46.4%	51	36.4%	69	62.7%	15	13.6%	54	49.1%	41	37.3%	20	71.4%	9	32.1%	11	39.3%	8	28.6%
	食-4	生活習慣病予防のためのポイント	108	77.1%	19	13.6%	89	63.6%	32	22.9%	87	79.1%	16	14.5%	71	64.5%	23	20.9%	21	75.0%	3	10.7%	18	64.3%	7	25.0%
	食-5	血糖を上げやすい糖分	121	86.4%	29	20.7%	92	65.7%	19	13.6%	95	86.4%	20	18.2%	75	68.2%	15	13.6%	25	89.3%	9	32.1%	16	57.1%	3	10.7%
	食-6	大豆、イモ、果物の基準量	114	81.4%	17	12.1%	97	69.3%	26	18.6%	90	81.8%	10	9.1%	80	72.7%	20	18.2%	24	85.7%	7	25.0%	17	60.7%	4	14.3%
	食-7	無理なく内臓脂肪を減らすための選択（運動と食事）	99	70.7%	6	4.3%	93	66.4%	41	29.3%	78	70.9%	5	4.5%	73	66.4%	32	29.1%	20	71.4%	1	3.6%	19	67.9%	8	28.6%
	食-8	目標体重で私の食事量を計算してみよう	112	80.0%	20	14.3%	92	65.7%	28	20.0%	85	77.3%	12	10.9%	73	66.4%	25	22.7%	26	92.9%	8	28.6%	18	64.3%	2	7.1%
	食-9	主食と思って食べている穀類の目安のつけ方	62	44.3%	2	1.4%	60	42.9%	78	55.7%	43	39.1%	1	0.9%	42	38.2%	67	60.9%	19	67.9%	1	3.6%	18	64.3%	9	32.1%
	食-１０	嗜好品を食べたい場合の量の目安と砂糖と脂質の目安	90	64.3%	6	4.3%	84	60.0%	50	35.7%	68	61.8%	4	3.6%	64	58.2%	42	38.2%	22	78.6%	2	7.1%	20	71.4%	6	21.4%
	食-１１	アルコールの種類とアルコール量	109	77.9%	4	2.9%	105	75.0%	31	22.1%	85	77.3%	2	1.8%	83	75.5%	25	22.7%	23	82.1%	2	7.1%	21	75.0%	5	17.9%
	食-１３	飲み物からとる糖分の目安のつけ方	99	70.7%	3	2.1%	96	68.6%	41	29.3%	75	68.2%	1	0.9%	74	67.3%	35	31.8%	24	85.7%	2	7.1%	22	78.6%	4	14.3%
	食-１７	魚介類・肉類の種類別の目安量	87	62.1%	2	1.4%	85	60.7%	53	37.9%	66	60.0%	1	0.9%	65	59.1%	44	40.0%	21	75.0%	1	3.6%	20	71.4%	7	25.0%
	食-１８	魚50gあたりの脂質とコレステロールの関係	96	68.6%	1	0.7%	95	67.9%	44	31.4%	72	65.5%	0	0.0%	72	65.5%	38	34.5%	23	82.1%	1	3.6%	22	78.6%	5	17.9%
	食-１９	肉50gあたりの脂質とコレステロールの関係	94	67.1%	1	0.7%	93	66.4%	46	32.9%	70	63.6%	0	0.0%	70	63.6%	40	36.4%	23	82.1%	1	3.6%	22	78.6%	5	17.9%
	食-２０	魚50gあたりの脂質とプリン体の関係	85	60.7%	0	0.0%	85	60.7%	55	39.3%	65	59.1%	0	0.0%	65	59.1%	45	40.9%	19	67.9%	0	0.0%	19	67.9%	9	32.1%
	食-２１	肉50gあたりの脂質とプリン体の関係	81	57.9%	1	0.7%	80	57.1%	59	42.1%	60	54.5%	0	0.0%	60	54.5%	50	45.5%	20	71.4%	1	3.6%	19	67.9%	8	28.6%
	食-３１	塩（ナトリウム）と体…塩はどこで、どんな仕事をしているのでしょうか	66	47.1%	0	0.0%	66	47.1%	74	52.9%	51	46.4%	0	0.0%	51	46.4%	59	53.6%	15	53.6%	0	0.0%	15	53.6%	13	46.4%
	食-３２	古くて新しい塩分…目安をつけるための資料	74	52.9%	2	1.4%	72	51.4%	66	47.1%	55	50.0%	0	0.0%	55	50.0%	55	50.0%	19	67.9%	2	7.1%	17	60.7%	9	32.1%
	食-３３	古くて新しい塩分…目安をつけるための資料	70	50.0%	2	1.4%	68	48.6%	70	50.0%	51	46.4%	0	0.0%	51	46.4%	59	53.6%	19	67.9%	2	7.1%	17	60.7%	9	32.1%
	食-３４	古くて新しい塩分…目安をつけるための資料	60	42.9%	1	0.7%	59	42.1%	80	57.1%	42	38.2%	0	0.0%	42	38.2%	68	61.8%	18	64.3%	1	3.6%	17	60.7%	10	35.7%
	運-2	体の使い方のちょっとした工夫でエネルギー消費は高まります	83	59.3%	9	6.4%	74	52.9%	57	40.7%	66	60.0%	7	6.4%	59	53.6%	44	40.0%	17	60.7%	2	7.1%	15	53.6%	11	39.3%
糖尿病ノート	糖-食B⑮	飲み物からとる糖分の目安のつけ方（食-13）	75	53.6%	1	0.7%	74	52.9%	65	46.4%	59	53.6%	0	0.0%	59	53.6%	51	46.4%	16	57.1%	1	3.6%	15	53.6%	12	42.9%
	糖-食B⑥	アルコールの種類とアルコール量（食-11）	78	55.7%	1	0.7%	77	55.0%	62	44.3%	62	56.4%	0	0.0%	62	56.4%	48	43.6%	16	57.1%	1	3.6%	15	53.6%	12	42.9%
	糖-17	インスリンの仕事	68	48.6%	1	0.7%	67	47.9%	72	51.4%	54	49.1%	1	0.9%	53	48.2%	56	50.9%	14	50.0%	0	0.0%	14	50.0%	14	50.0%

活用頻度の高いものは、スタッフ間の標準的な学習教材として使用できるよう、事例検討等を実施して実践に生かしていきます。

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

さらに地域の実情や第２章の「４）共通する課題」で明らかとなった個の食習慣背景の構造をもとに保健指導の学習教材等を工夫、作成していきます。

（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。

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月以降に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。

厚真町　新規事業と取りやめ事業の歴史

人口　4,779 人

年度	～H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
保健師所属課	S48～保健係	健康管理課 健康管理係 3人	→	保健福祉課 保健講係 2人	保健講係 4人	→	→	→	→	保健福祉課 健康指導係 5名 長寿対策係 介護支援係 1名	健康指導係 4名 長寿対策係 介護支援係 2名	→	→	→	健康指導係 3名 保健福祉課・ 介護支援係	→	→	保健福祉課 健康推進G	→	町民福祉課 健康推進G 4名	→	健康推進G 4名 発達支援センター1名兼務 地域包括支援センター 1名 包括 1名
																地域包括 支援センター				発達支援センター		→
策定計画	S57 老人保健法 H12 介護保険法						●厚真町母子保健計画策定(H9～13)											●厚真町特定健康診査等実施計画				→
																●次世代育成支援計画(前H17～21/後H22～26)						
											●厚真町高齢者保健福祉計画及び厚真町介護保険事業計画											→
学習過程																◎北海道移動保健・栄養士学校参加開始					◎看護協会機能研修会学習会参加 ◎自主学習会	
母子	股関節脱臼検査 歯科検診・フッ素塗布 乳幼児相談(生後2～14ヵ月) 新生児・妊産婦訪問(第1子) 母親教室 離乳食講習会 乳児健診 1歳6カ月児健診 3歳児健診 s64～早期療育開始 巡回相談(教育・肢体不自由児童相談所) 心身障害児講演会 ひまわりの会(障害児を持つ親の会)	継続 継続			予防接種時 保健指導開始 継続	第1子新生児訪問中止	新生児訪問 (全戸)開始 継続		子育て支援 事業開始 巡回相談(教育)教育委員会へ移行 療育支援 事業開始 (道事業)	幼児食講 習会開始	歯科検診・ フッ素塗布 体制拡充 継続 妊婦歯科 検診開始 継続 乳児健診 1回→2回/人 元気づくりス クール開始		股臼検査中止	心身障害児 講演会中止 元気づくりス クール中止	幼児食講習 会・子育て支 援事業→子育 て支援C移行 虐待予防 事業開始 継続 親子料理 教室開始	母親・両親 教室回数減 (8回→ 4回/年) ※早期療育 関係事業 福祉Gへ 移行		保育園訪 問開始 継続		2歳児心理 相談開始 継続	フッ素洗口 開始(子育 て支援G)
成人	胃がん・子宮がん検診 乳がん検診 肺がん・結核検診 冬期栄養教室 住民健診(集団:夏・冬) 健診事後指導会 S60～H5 健診事後教室 (減塩・糖尿病) S60～結果説明会 成人歯科検診 S63～健康まつり	検診 継続 継続	大腸がん 検診開始 継続		健診事後 訪問開始 ヘルシー教室 (肥満)開始 コレステロー ル教室開始 糖尿病予防 教室開始	成人歯科 検診中止 精神障害患 者・家族の つどい開始	国保安定化 対策にこに こ教室開始 特定疾患 患者つど い開始 継続	ヘルシー教 室中止 コレステ ロール教室 中止	健康まつり 中止	個別健康教 育(耐糖能 異常)開始 ウォーキ ングの会 開始	ウォーキング の会中止	継続 冬期栄養・ 健康教育 開始 集合機能 訓練開始	精神障害患 者・家族のつ どい中止		国保多受 診・重複受 診者訪問 開始 集合機能 訓練中止 健診事後教室→ 国保ヘルスアップ 事業(モデル事 業)開始 各種レッス ンプログラ ム開始 継続	にこにこ 教室中止		住民健診 (冬)中止 国保多受診・ 重複受診者 訪問中止 個別健康教 育中止	H20特定健診・ 保健指導開始 継続 総合健診 開始 継続 国保ヘルス アップ事業保 健指導事業 等へ移行 継続 健診事後 栄養教室 継続			
高齢者	S62～リハビリ教室 老人クラブ健康教育 s60～訪問看護事業(看護協会委託)		健康体操 開始		脳卒中 ケアシ ステム	在宅寝た きり等訪 問口腔・ 栄養指導	訪問看護 事業開始		在宅寝たきり 等訪問口腔・ 栄養指導中止	脳ドック 事業開始 継続 家庭介護普 及教室開始	脳卒中ケアシ ステム中止？ 訪問看護事 業中止	転倒予防 教室開始 家庭介護普 及教室中止		転倒予防 教室中止 健康体操 中止	パワリハ 開始 すいすい 教室開始		介護予防事業へ	老人クラブ 健康教育 包括へ移行 口腔機能向 上教室開始		ノルディック ウォーキン		現在、すべて介護予防事業として包括で継続実施
成人の訪問指導人数等	健診事後訪問			504	527	745	1057	567	374	892	653	419	229	189	281		112	115	325	52	215	
	ねたきり等訪問			19	8	17	45	12	15	7	5	1	—	249	4		3	0	0	0	0	
	機能訓練事業			—	—	—	—	—	—	—	—	104	77	661	52		—	—	—	—	—	

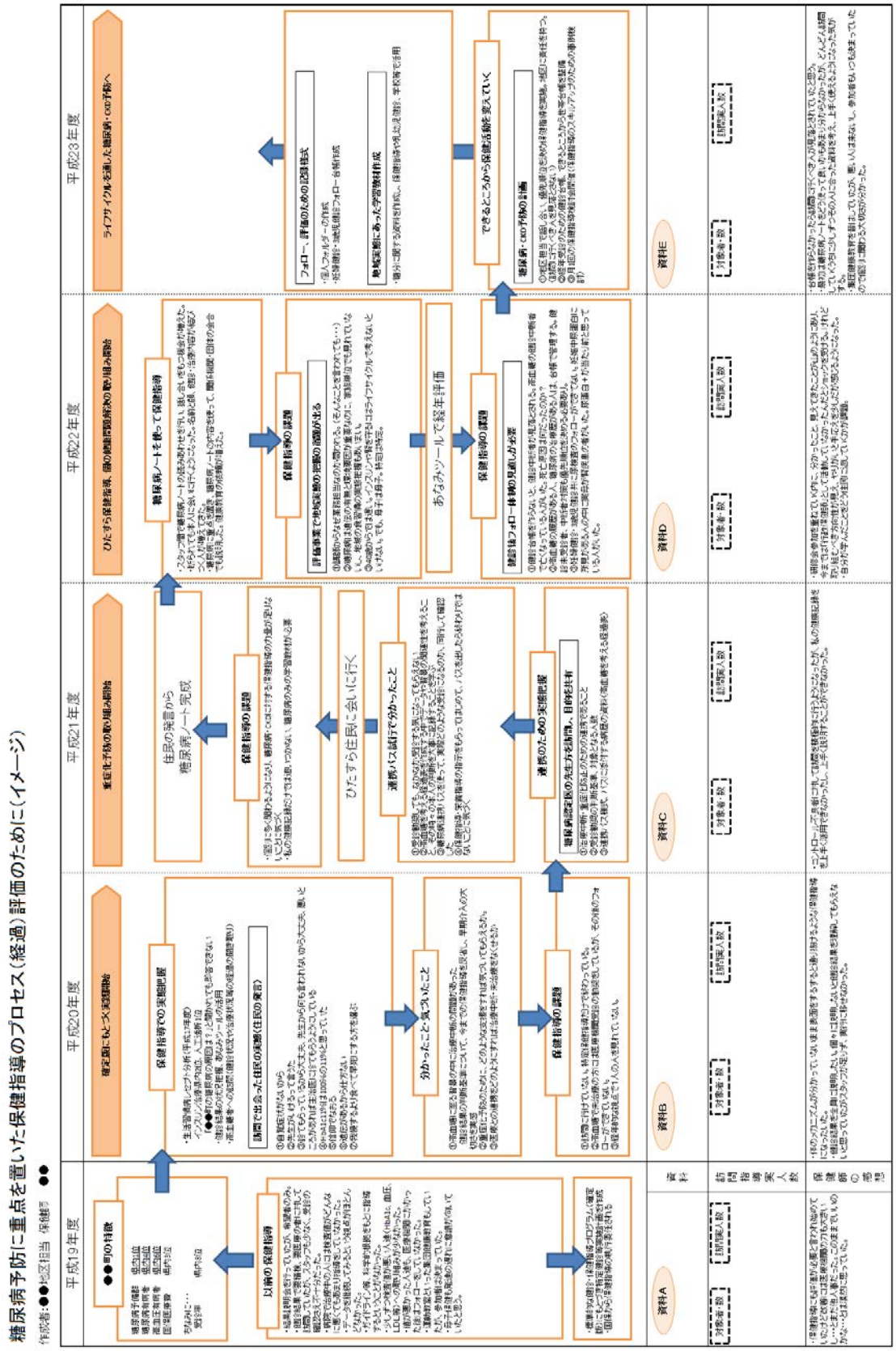
（６）保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）によると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」としています。

また、評価は①ストラクチャー（構造）、②プロセス（過程）、③アウトプット（事業実施量）、④アウトカム（結果）の４つの観点から行うこととされています。

そのため、保健指導にかかわるスタッフが評価結果を共有でき、必要な改善を行っていけるよう、保健師・栄養士ごとに作成する評価表と全体の評価表の様式を定めておきます。

保健師・栄養士ごとに作成する評価表（例）



全体の評価表（様式例）

以下の様式を用いて、目標の達成度合いを図りつつ、年度末に保健指導の評価を実施します。

確定版 p110　第3編　第4章「保健指導の評価」

評価とは？

保健指導における評価の意義

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との生活習慣病の有病者・予備群減少状況

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。

評価の観点	A プロセス（過程）		B アウトプット（事業実施量）			C アウトカム（結果）			D ストラクチャー（構造）
	やってきたこと	評価のための様式（確定版様式ほか実践で作成してきたもの）	①特定健診実施率(%)	②特定保健指導実施率(%)	③保健指導の継続率(%)	①健診結果	②医療	③介護	保健事業を実施するための仕組みや体制
経過									

Ａ　糖尿病の保健指導計画

１　保健指導の基本的考え方

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。

糖尿病の課題として日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド 2012-2013」では、

（１）２型糖尿病の場合、初診時に既に網膜症、腎症、神経障害及び動脈硬化疾患などを認める場合が少なくない。

（２）自覚症状が乏しいため通院が中断しがちである。病態の把握は、検査値を中心に行われることをよく理解してもらう。

（３）糖尿病治療の成否は、患者自身が治療法を十分に理解し、日常生活の中で実践できるかどうかにかかっている。

とあります。

糖尿病の保健指導においては、健診結果（HbA1c）を入り口として、

- 今の自分の値が糖尿病のどの段階にあるかを確認してもらうこと。
- その発症・重症化のリスクは、個々人の生活習慣以外の社会的・遺伝的要因も影響してくることを、保健指導を実施する保健師・栄養士が正しく理解し、生活習慣改善を押し付けることなく、対象者主体の保健指導を行うことで、自己管理ができるように支援し続けること。

を目的とします。そのことが対象者の生活の質の低下を防ぎ、ひいては医療費や介護費の適正化に寄与すると考えるからです。

２　保健指導の目標設定

糖尿病の保健指導の目標達成のために、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な指針」の糖尿病に関する目標項目の優先順位で確認します。

①糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少

②HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少

③糖尿病治療継続者の割合の増加

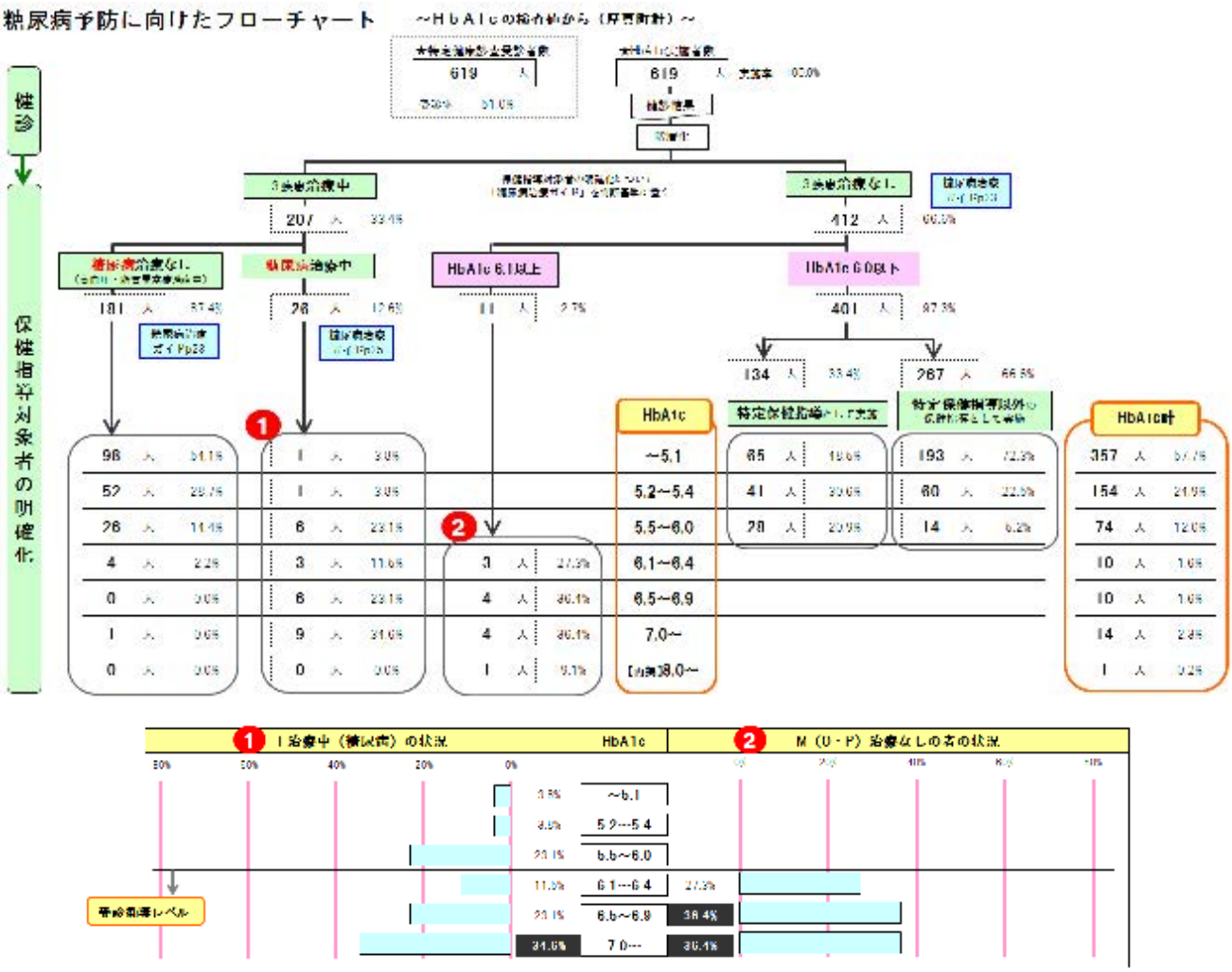
④糖尿病有病者の増加の抑制

３　保健指導の目標達成のための対象者の明確化

１）健診受診者の HbA1c の状況をみる。

HbA1c は、採血時から過去１，２か月間の平均血糖値を反映し、糖尿病の診断に用いられるとともに、血糖コントロール状態の指標とされています。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）p 48「別紙５　健診検査項目の健診判定値」、糖尿病治療ガイド（2012-2013） p 25「図７　血糖コントロール指標と評価」をもとに保健指導の対象となる方がどのくらいいるかを見ます。



（１）保健指導の対象となる人を HbA1c の状況（治療・未治療別）でみる

目標ごとにグループを決め、その対象者数をみます。

❶グループ　　糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少

❷グループ　　HbA1c 値が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少

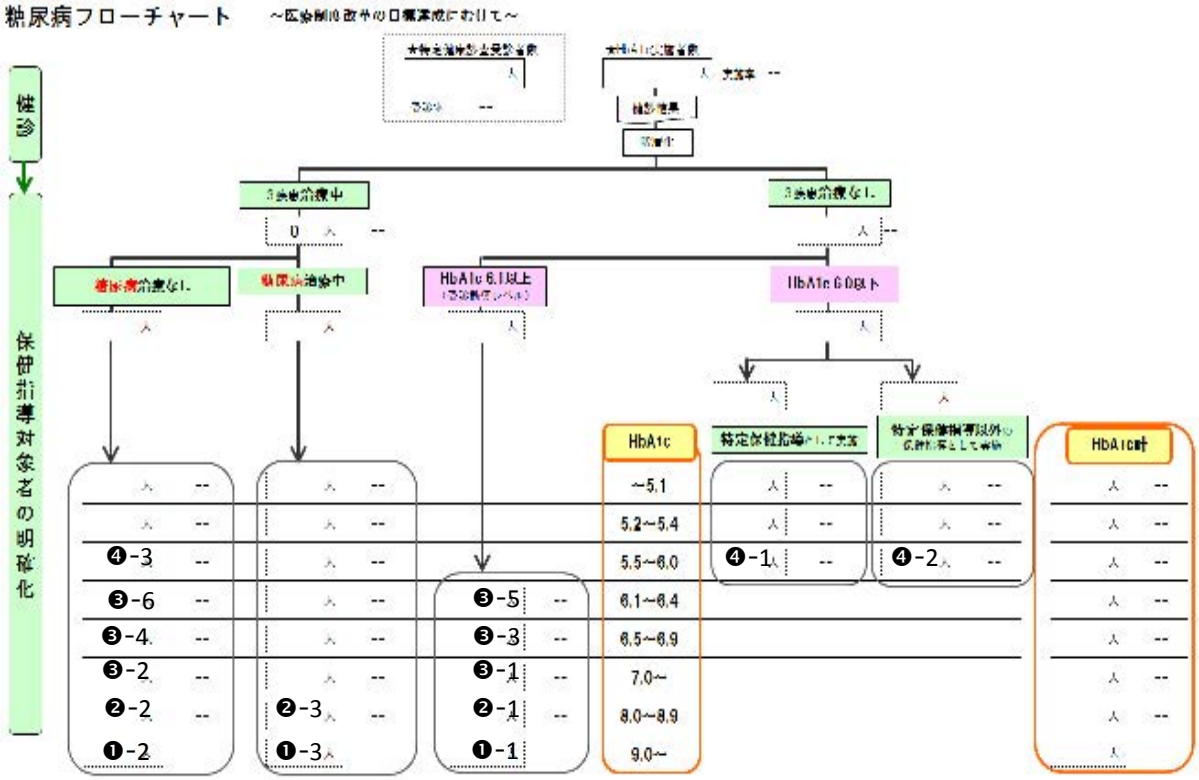
❸グループ　　糖尿病治療継続者の割合の増加

❹グループ　　糖尿病有病者の増加の抑制

[redacted]

（２）どのグループのどこにいるか優先すべき対象者を糖尿病フローチャートで明確にする。

	HbA1 c（NGSP）	優先順位	
❶	9.4以上	1	糖尿病･ 高血圧･ 脂質異常症　治療なし
		2	糖尿病治療なし、高血圧･ 脂質異常症治療中
		3	糖尿病治療中、高血圧･ 脂質異常症治療なし
❷	8.4～9.3	1	糖尿病･ 高血圧･ 脂質異常症　治療なし
		2	糖尿病治療なし、高血圧･ 脂質異常症治療中
		3	糖尿病治療中、高血圧･ 脂質異常症治療なし
❸	7.4～8.3	1	糖尿病･ 高血圧･ 脂質異常症　治療なし
		2	糖尿病治療なし、高血圧･ 脂質異常症治療中
	6.9～7.3	3	糖尿病･ 高血圧･ 脂質異常症　治療なし
		4	糖尿病治療なし、高血圧･ 脂質異常症治療中
	6.5～6.8	5	糖尿病･ 高血圧･ 脂質異常症　治療なし
		6	糖尿病治療なし、高血圧･ 脂質異常症治療中
❹	5.9～6.4	1	特定保健指導対象者
		2	特定保健指導非対象者（糖尿病･ 高血圧･ 脂質異常症治療なし）
		3	糖尿病治療なし、高血圧･ 脂質異常症治療中



２）保健指導対象者名簿（健診結果一覧表）を作成する。

❶～❹のグループの保健指導対象者名簿（健診結果一覧表）を作成します。

誰が最後まで責任を持って保健指導を行うかを明確にする。

グループ

優先順位		被保険者証		名前	性別	年齢	階層化結果	糖代謝					クレアチニン	eGFR	尿蛋白	尿潜血	血圧			脂質異常				腹囲	BMI	GOT	GPT	γ-GTP	尿酸	喫煙	地区	担当保健師
		記号	番号					遺伝	空腹時血糖	HbA1c	尿糖	治療					収縮期	拡張期	治療	中性脂肪	HDL	LDL	治療									
1	1																															
	2																															
	3																															
2	1																															
	2																															
3	1																															
	2																															

他の検査項目がどの程度基準値を超えているかを確認する。

レセプト確認時は、被保険者記号・番号で検索

HbA1c、空腹時血糖、尿糖、遺伝等で糖尿病の程度を見る。

４　保健指導の実施

１）保健指導の準備

（１）健診結果表・経年検査結果一覧を作成

（２）対象者個々に健診結果表等をセットする

①　健診結果表

②　「経年表」、「（糖-１）糖尿病予防のための構造図」

③　「（Ａ-１）私の成育（妊娠）歴・家族歴・治療歴」

（３）個々の健診結果を読み取る

①　HbA1c、随時血糖、尿糖、遺伝等で糖尿病の程度をみる

②　他の検査項目がどの程度基準値を超えているかを確認する

③　必要な場合にはレセプトを確認

（４）個々に合わせた学習教材を準備する

２）保健指導の実施

①学習教材を用いて糖が上がるメカニズム、病気のメカニズムを説明する。必要がある場合は受診を勧める。

②（受診が必要と判断した場合は）受診につながるよう、医療機関の情報提供を行う

③紹介状の作成

④いつごろ受診できそうか、どこの医療機関にかかる予定かを確認する

受診時持参するもの

・紹介状

・経年表

・「（糖-３）高血糖を考える経過表」

（状況によっては、保健師が医師に連絡する、予約する、同行するなどを決める）

⑤目標設定、次回指導の希望と時期の確認

３）（受診を勧めた者に対して）受診の有無の確認（電話連絡又は訪問）

①本人に受診の確認、治療状況の確認などを行い、２～３か月後に訪問の約束をする。

②レセプト（調剤レセプト含む）で治療状況の確認

４）事後訪問

（受診勧奨者）

①治療状況の確認と治療継続の必要性を理解してもらう

・「（糖-１３）合併症予防のための検査記録」

・「（糖事例-６）治療中断　なぜいけないのでしょうか？」、「（糖事例-４）インスリン療法事例」等

②必要に応じて医療機関と連絡を取り生活習慣改善指導を行う

③次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する

5　保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなども含め、表に書いておく。

6　保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版） p 110「第４章　保健指導の評価」によると、

「健診・保健指導」事業の**最終評価は、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価**されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみでなく、**健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項**についても評価を行っていくことが必要である。この評価方法としては３つの側面が考えられる。

１点目は、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、または行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、**保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる。**

とあります。

個への実践を積み重ねることで、保健指導方法をより効果的なものに改善し、保健指導の質を向上させながら１０年後の第二次健康日本２１、医療制度改革の目標達成を目指します。

１）HbA1c 評価表

「HbA1c 評価表」を用いて、翌年度の

①　健診受診状況

②　HbA1c 値、その他の検査結果

③　治療継続の状況　を把握

HbA1c評価表

個人番号	被保険者証		名前	性別	年齢 H23	健診データ													
						平成20～23年度のうち直近						HbA1c							
	記号	番号				収縮期	拡張期	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療有無	H20	治療有無	H21	治療有無	H22	治療有無	H23

２）継続受診者の HbA1c 変化、HbA1c6.1 以上の年次変化、健診中断者の実態（HbA1c）

「継続受診者のHbA1c変化」、「HbA1c6.1以上の年次変化」、「健診中断者の実態（HbA1c）」を用いて、アウトプット（事業実施量）評価に加え、アウトカム（結果）評価やプロセス（過程）評価を含めた総合的な評価を行います。

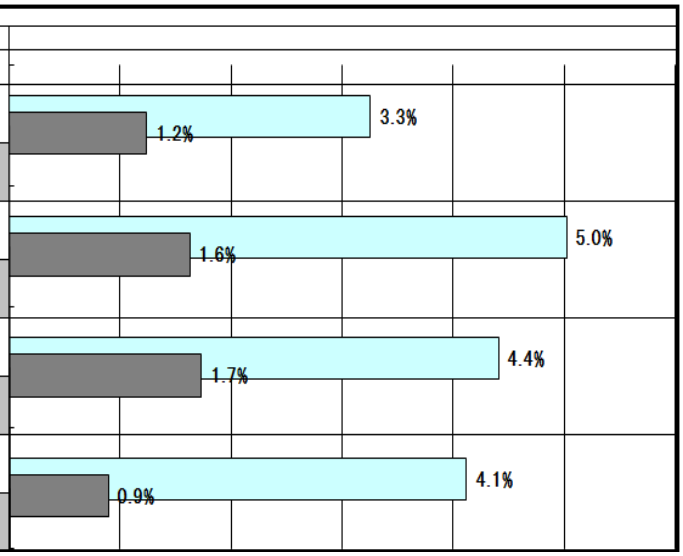
治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値									
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の恐れ				腎不全発症4.2倍	
				5.1以下		5.2～5.4		5.5～6.0		6.1～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0～8.9		9.0以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H20	13	2.0%	0	0.0%	1	7.7%	3	23.1%	3	23.1%	1	7.7%	4	30.8%	0	0.0%	1	7.7%
	H21	20	3.0%	0	0.0%	2	10.0%	5	25.0%	3	15.0%	4	20.0%	5	25.0%	1	5.0%	0	0.0%
	H22	21	3.3%	1	4.8%	0	0.0%	6	28.6%	3	14.3%	4	19.0%	4	19.0%	1	4.8%	2	9.5%
	H23	22	3.9%	2	9.1%	1	4.5%	4	18.2%	4	18.2%	8	36.4%	0	0.0%	1	4.5%	2	9.1%
治療なし	H20	632	98.0%	465	73.6%	115	18.2%	40	6.3%	6	0.9%	3	0.5%	3	0.5%	0	0.0%	0	0.0%
	H21	656	97.0%	388	59.1%	175	26.7%	72	11.0%	10	1.5%	6	0.9%	2	0.3%	1	0.2%	2	0.3%
	H22	614	96.7%	450	73.3%	100	16.3%	50	8.1%	6	1.0%	4	0.7%	3	0.5%	1	0.2%	0	0.0%
	H23	536	96.1%	443	82.6%	67	12.5%	18	3.4%	4	0.7%	2	0.4%	0	0.0%	2	0.4%	0	0.0%

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HbA1c6.1以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.1以下	5.2～5.4	5.5～6.0	6.1以上	再掲	
					再）7.0以上	未治療	治療
H20	645	465 72.1%	116 18.0%	43 6.7%	21 3.3%	12 57.1%	9 42.9%
					8 1.2%	3 37.5%	5 62.5%
H21	676	388 57.4%	177 26.2%	77 11.4%	34 5.0%	21 61.8%	13 38.2%
					11 1.6%	5 45.5%	6 54.5%
H22	635	451 71.0%	100 15.7%	56 8.8%	28 4.4%	14 50.0%	14 50.0%
					11 1.7%	4 36.4%	7 63.6%
H23	558	445 79.7%	68 12.2%	22 3.9%	23 4.1%	8 34.8%	15 65.2%
					5 0.9%	2 40.0%	3 60.0%



3）22・23年度の比較

H22年度		H23年度の結果をみる					
		継続受診者		21 人		75.0%	未受診（中断）
HbA1c6.1以上 28 人 4.4%		6.0以下	6.1～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上	
		2	7	7	0	5	7
		7.1%	25.0%	25.0%	0.0%	17.9%	25.0%
6.1～6.4	9	2	5	0	0	1	1
		22.2%	55.6%	0.0%	0.0%	11.1%	11.1%
6.5～6.9	8	0	2	2	0	1	3
		0.0%	25.0%	25.0%	0.0%	12.5%	37.5%
7.0～7.9	7	0	0	4	0	0	3
		0.0%	0.0%	57.1%	0.0%	0.0%	42.9%
8.0以上	4	0	0	1	0	3	0
		0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	75.0%	0.0%

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	9	10	4	4	2	7
	32.1%	35.7%	14.3%	14.3%	7.1%	25.0%
6.1～6.4	2	5	1	3	1	1
	22.2%	55.6%	11.1%	33.3%	11.1%	11.1%
6.5～6.9	2	2	1	0	1	3
	25.0%	25.0%	12.5%	0.0%	12.5%	37.5%
7.0～7.9	4	0	0	0	0	3
	57.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	42.9%
8.0以上	1	3	2	1		0
	25.0%	75.0%	50.0%	25.0%		0.0%

また、未解決事例等から、さらに保健指導の力量形成を図ります。

- 服薬治療しているが、血糖コントロール不良者の服薬、生活習慣の状況
- 健診未受診者のレセプトとの突合、受診勧奨対象者として訪問等を行い、実態把握に努める
- 医療機関受診継続につながらない対象者の背景は何か（残された課題：経済問題など）

このような評価を毎年行うことで、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みをつくることができ、また、健診・保健指導のデータとレセプトの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施していきます。

３）糖尿病管理台帳の整備

健診中断者、治療中断者を見逃さないための管理台帳の整備が求められます。平成２５年１０月以降に稼働予定の国保データベース（KDB）システムを活用し、その仕組みづくりに取り組みます。

B　高血圧の保健指導計画

1　保健指導の基本的考え方

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患、慢性心不全などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、日本人の循環器疾患の発症や死亡に対して大きな人口寄与危険割合を示し、他の危険因子と比べるとその影響は大きいものがあります。また、至適血圧と高血圧の間の領域（正常高値血圧と正常血圧）の循環器疾患発症数への寄与も非常に大きいことが示されています。

血圧測定の意義について、日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン 2009」では、

① 高血圧と診断するには、正しい血圧測定が必要である。診察室血圧は今日なお、高血圧診療のスタンダードとされているが、さまざまな点で、その臨床的価値に疑問が投げかけられている。問題は指針に従った血圧測定が、健診や診療の現場でめったに行われないことにある。そして多くの場合、測定精度は軽視、あるいは無視されている。

② 本邦における家庭血圧測定の普及は著しい。家庭血圧の測定は、患者の治療継続率を改善するとともに、降圧薬治療による過剰な降圧、あるいは不十分な降圧を評価するのに役立つ。家庭血圧測定の医療経済効果はきわめて高いことが報告されている。

③ 本ガイドラインでは測定者がすべての測定値を記録することを強く推奨する。

高血圧の保健指導においては、血圧値を入り口として、

- 脳・心臓・腎臓などの生きていく上で重要な臓器を守るために、血管の中を、血液がある一定の圧で常に一定量流れているという仕組みが大切であることを理解してもらうこと。
- 血圧の基準値は一人一人違うので、今の自分の値がどの段階にあるかを確認してもらうこと。
- 血圧の上がる原因は、個々人の生活習慣以外の社会的・遺伝的要因も影響してくることを、保健指導を実施する保健師・栄養士が正しく理解し、生活習慣改善を押し付けることなく、対象者主体の保健指導を行うことで、自己管理ができるよう支援し続けること。

を目的とします。そのことが対象者の生活の質の低下を防ぎ、ひいては医療費や介護費の適正化に寄与すると考えるからです。

2　保健指導の目標設定

「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」の目標は、「収縮期血圧の平均値の低下」とありますが、地域、職業、経済力、世帯構成等による健康状態やその要因となる生活習慣の差（健康格差）があることから、全てを平均した指標を用いるのではなく、人々が生きがいをもって自らの健康づくりに取り組むことができるよう、「収縮期血圧の平均値の低下」を改め、「Ⅱ度高血圧以上（収縮期１６０以上または拡張期１００以上）の者の減少を目指す」とします。

３　保健指導の目標達成のための対象者の明確化

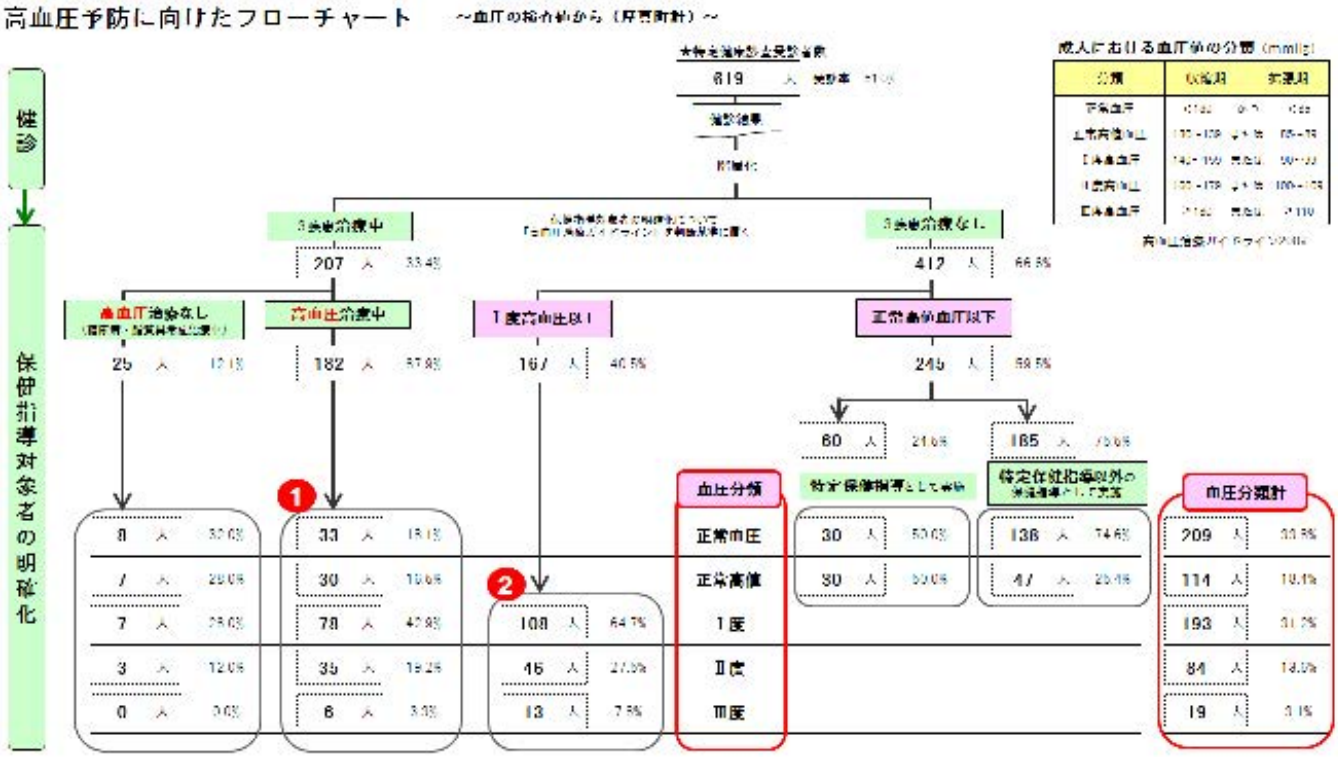
１）健診受診者の血圧値の状況をみる

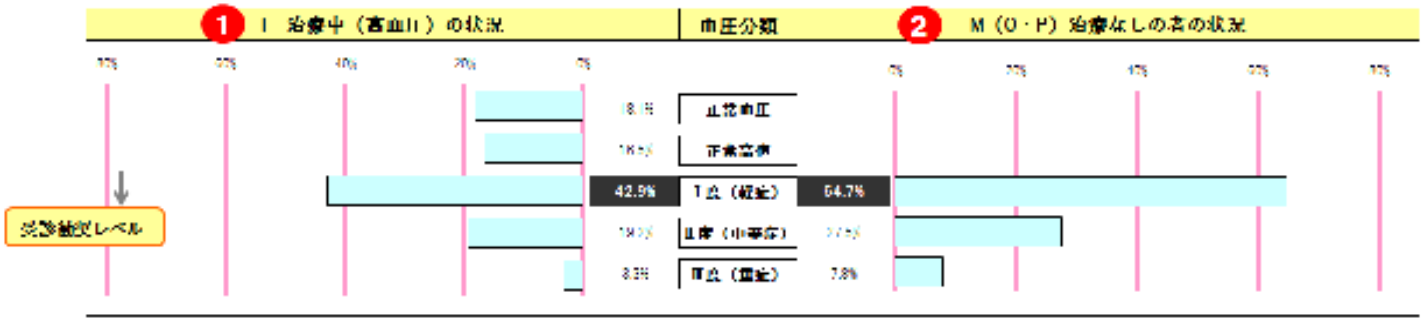
脳・心血管疾患の減少を目指すために、科学的根拠に基づく課題設定、保健指導対象者の抽出を行います。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）ｐ４８「別紙５　健診検査項目の健診判定値」、関連する下記学会のガイドライン

- 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 年版
- 脳卒中治療ガイドライン 2009
- 高血圧治療ガイドライン 2009

を基本に保健指導の対象となる方がどのくらいいるかを見ます。





（１）保健指導の対象となる人をの状況（治療・未治療別）でみる

まず、未治療にある高血圧者の課題解決を優先に考えます。未治療者の解決が進み、医療機関と連携がとれる条件が整っている場合は、次に降圧治療中の血圧コントロール不良者の解決を考えます。

治療と未治療の状況（様式例）

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	163	25.3%	16	9.8%	16	9.8%	61	37.4%	55	33.7%	15	9.2%
	H21	178	26.3%	31	17.4%	37	20.8%	76	42.7%	27	15.2%	7	3.9%
	H22	160	25.2%	23	14.4%	47	29.4%	60	37.5%	25	15.6%	5	3.1%
	H23	162	29.0%	18	11.1%	39	24.1%	72	44.4%	27	16.7%	6	3.7%
治療なし	H20	482	74.7%	155	32.2%	94	19.5%	159	33.0%	64	13.3%	10	2.1%
	H21	498	73.7%	189	38.0%	117	23.5%	145	29.1%	39	7.8%	8	1.6%
	H22	475	74.8%	225	47.4%	106	22.3%	103	21.7%	30	6.3%	11	2.3%
	H23	396	71.0%	152	38.4%	82	20.7%	124	31.3%	28	7.1%	10	2.5%

（２）優先すべき対象者を明確にする

保健指導対象者は、訪問しやすい人、保健師・栄養士のその時々の気分で決めるものではありません。

血管を守るために、血圧値だけでなく他のリスクの有無も考慮し、重症化しやすい対象者を選定していきます。降圧治療のない者について、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化を行い、高血圧治療ガイドライン 2009 を根拠にリスクに基づく優先順位を考えます。

【血圧以外の心血管病の危険因子】

①65 歳以上

②喫煙

③脂質異常症

低 HDL コレステロール血症（<40mg/dl）

高 LDL コレステロール血症（≧140 mg/dl）

高トリグリセライド血症（≧150 mg/dl）

④肥満

BMI≧25、または腹囲　男性 85cm、女性 90cm 以上

⑤メタボリックシンドローム

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（男性 85cm、女性 90cm 以上）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

⑥糖尿病

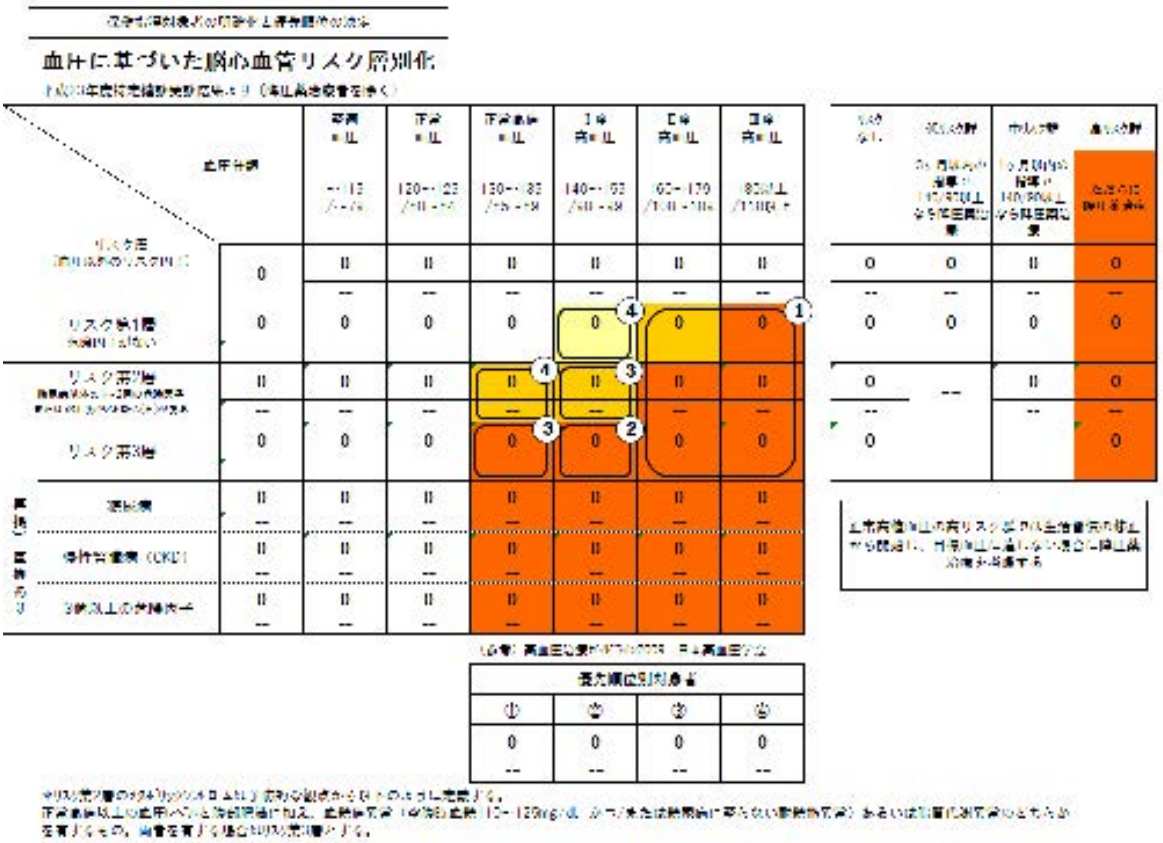
糖尿病治療中、空腹時血糖≧126mg/dl　または　HbA1c6.1 以上

⑦ＣＫＤ

蛋白尿、eGFR<60ml／分／1.73m2

グループ	血圧レベル	血圧以外の心血管病の危険因子
①	Ⅱ度高血圧以上	
②	Ⅰ度高血圧	糖尿病またはCKD、または①～⑤の危険因子3個以上
③	Ⅰ度高血圧	①～⑤の危険因子1～2個
	正常高値血圧	糖尿病またはCKD、または①～⑤の危険因子3個以上
④	Ⅰ度高血圧	①～⑤の危険因子なし
	正常高値血圧	①～⑤の危険因子1～2個

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（様式例）



（３）対象者数をみる

保健指導対象をどこまでとするか、対象者数から稼働量を考えるとともに、効果性・効率性がなく目標達成からずれた事業等を見直します。

２）保健指導対象者名簿（健診結果一覧表）を作成する。

①～④グループの保健指導対象者名簿（健診結果一覧表）を作成します。

グループ

個人コード	被保険者証		名前	性別	年齢	階層化結果	6-10フローチャート	特定健診結果																											地区	担当保健師
								血圧				糖代謝					脂質代謝				尿酸	腎臓の機能				内臓脂肪		肝機能			生活習慣	心電図所見				
	記号	番号						収縮期	拡張期	血圧分類	治療	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	尿糖	治療	LDL	中性脂肪	HDL	治療	尿酸	eGFR	クレアチニン	尿蛋白	尿潜血	腹囲	BMI	GOT	GPT	γ-GTP	喫煙	心電図1	心電図2	心電図判定		

③レセプト確認時は、被保険者記号・番号で検索

②他の検査項目がどの程度基準値を超えているかを確認する。

①誰が最後まで責任を持って保健指導を行うかを明確にする。

４　保健指導の実施

１）保健指導の準備

（１）健診結果表・経年検査結果一覧を作成

（２）対象者個々に健診結果表等をセットする

①健診結果・検査結果一覧、構造図、動脈硬化のしくみ

②「（Ａ-１）私の成育（妊娠）歴・家族歴・治療歴」

（３）個々の健診結果を読み取る

①遺伝、既往歴・現病歴、体重など他の検査値の変化

②必要な場合にはレセプトを確認

（４）個々に合わせた学習教材を準備する

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）p 16「第３章　保健指導実施者が有すべき資質　（２）対象者に対する健診・保健指導　７」学習教材の開発」によると、

生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、**効果的な学習教材が必要**であり、対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせて適切に活用できる学習教材の開発が必要である。また、**学習教材は科学的根拠に基づき作成することは当然**であり、常に最新のものに更新していくことが必要である。

具体的には、**実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例**をもとに事例検討会などを実施することが必要であり、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められている。

と書かれています。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）別冊の「保健指導における学習教材集」の学習教材を、対象者の具体的事例や科学的根拠（関係学会のガイドライン）を元に地域の実情に合った教材に修正し、保健指導の実践に使用していきます。

学習教材例

高血圧治療ガイドライン 2009 では、

「初診時に血圧が高くても、通常は日を変えて再度、数回血圧を測定する。その間に家庭血圧の測定を指導」

注意）180/110mmHg 以上、眼底所見や心電図所見によってはただちに受診を勧める

とあります。

治療が必要かどうかの判断、家庭血圧測定の必要性やその方法、家庭血圧値の基準などわかる教材を準備します（別紙参照）。

①血圧値の基準はひとり一人違います。自分の基準値を確認しましょう

②血圧以外の危険因子等の有無で降圧治療の必要性を判断します

③高血圧治療の進め方

④家庭血圧測定で自分の血圧値を確認しましょう
⑤家庭血圧測定の目的は、ふだんの血圧の状態を正確に知ること
⑥高血圧にもタイプがあります

教材を準備することにより、医療機関受診が必要と判断された場合、
遺伝や生活習慣等の情報、生活習慣の改善に取り組んだ上での受診なのか
家庭血圧測定記録（血圧手帳）を持って受診することで、担当医師に適切な治療の判断をしてもらうことができ、対象者を介した医療機関との連携になります。

２）保健指導の実施

（１）直ちに治療（受診）が必要な対象者

まずは、治療（受診）の必要性を確認し、受診につながるよう医療機関の情報提供を行う。対象者によっては同時に生活習慣の改善を考える。

①学習教材を用いて受診を勧める
②受診につながるよう、医療機関の情報提供を行う
③受診時に持参するもの（健診経年結果、家庭血圧測定記録）
④いつごろ受診できそうか、どこの医療機関にかかる予定かを確認する
⑤受診結果の確認、内服の状況

（２）まずは１～３か月間の生活習慣改善で降圧を目指す対象者

①準備した学習教材から、「私の血圧が上がる原因（体重、塩分摂取、アルコール、喫煙、ストレス等）は何か？」を探していく。

※ただし、遺伝因子が強い場合や生活習慣改善が難しい背景のある場合には、ただ時期を待つことよりも早めの受診を勧める（対象者の実態に合わせて）

②血圧に関わる生活習慣を対象者自らが振り返り、問題を探り、解決方法を選択する支援を行う。

※健診結果から対象者個々の背景にある生活習慣との関連性を読み取り、的を絞ったうえで、対象者に問いかける。生活リズムや食事量まで幅広く全てを網羅する聞き取りは、住民との信頼関係を悪くする。

③１～３か月後に再度面接を約束する。
④１～３か月後、家庭血圧測定値の変化、生活習慣改善の状況での受診（治療）の必要性を判断する。
⑤降圧目標に達しない場合は、治療（受診）につなげる。

※二次性高血圧等の判断も必要。

⑥家庭血圧測定で降圧目標を達成できたら、次年度の健診受診を勧奨し、支援終了とする。

（３）服薬中の者に対する保健指導

①降圧治療が開始しても、家庭血圧測定を見せてもらいながら降圧目標に対して血圧コントロールを把握する。

②薬物療法が開始されても血圧コントロールが不良な場合には、生活習慣の改善等を考える。

※生活習慣だけでない高血圧（二次性高血圧、睡眠時無呼吸症候群など）を見逃さないためにも、病態の理解が必要となる。

３）受診の有無の確認（電話連絡又は訪問）

①本人に受診の確認、治療状況の確認などを行い、２～３か月後に訪問の約束をする。

②レセプト（調剤レセプト含む）で治療状況の確認

４）事後訪問

（受診勧奨者）

①治療状況の確認と治療継続の必要性を理解してもらう

・「（糖-１３）合併症予防のための検査記録」

・「（糖事例-６）治療中断　なぜいけないのでしょうか？」、「（糖事例-４）インスリン療法事例」等

①必要に応じて医療機関と連絡を取り生活習慣改善指導を行う

②次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する。

５　保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなども含め、表に書いておく。

６　保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版） p 110「第４章　保健指導の評価」によると、

「健診・保健指導」事業の**最終評価は、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価**されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみでなく、**健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項**についても評価を行っていくことが必要である。この評価方法としては３つの側面が考えられる。

１点目は、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、または行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、**保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる。**

とあります。

個への実践を積み重ねることで、保健指導方法をより効果的なものに改善し、保健指導の質を向上させながら１０年後の第二次健康日本２１、医療制度改革の目標達成を目指します。

１）血圧値評価表

（様式例）

血圧評価表

個人番号	被保険者証		名前	性別	年齢 H23	健診データ																	
						平成20～23年度のうち直近					血圧												
											H20			H21			H22			H23			
	記号	番号				HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期

２）継続受診者の血圧値の変化、Ⅰ度高血圧以上の年次変化、健診中断者の実態

「継続受診者の HbA1c 変化」、「HbA1c6.1 以上の年次変化」、「健診中断者の実態（HbA1c）」を用いて、アウトプット（事業実施量）評価に加え、アウトカム（結果）評価やプロセス（過程）評価を含めた総合的な評価を行います。

また、未解決事例等から、さらに保健指導の力量形成を図ります。

- 服薬治療しているが、血糖コントロール不良者の服薬、生活習慣の状況
- 健診未受診者のレセプトとの突合、受診勧奨対象者として訪問等を行い、実態把握に努める
- 医療機関受診継続につながらない対象者の背景は何か（残された課題：経済問題など）

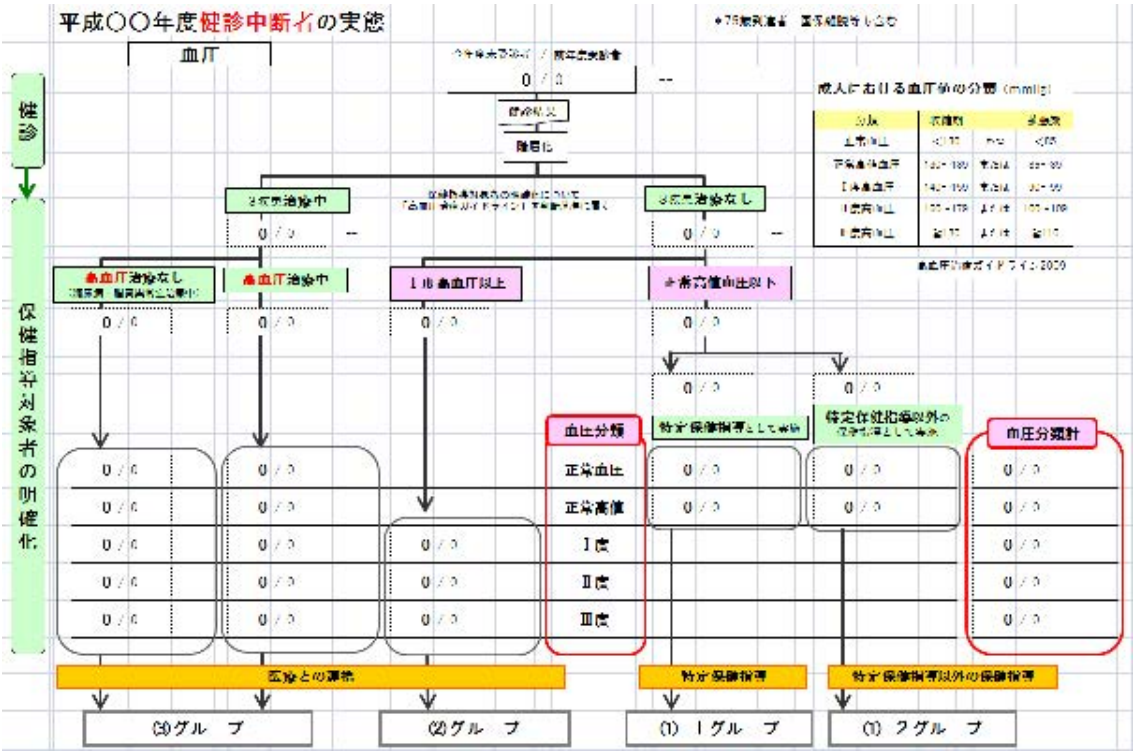
このような評価を毎年行うことで、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みをつくることができ、また、健診・保健指導のデータとレセプトの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施していきます。

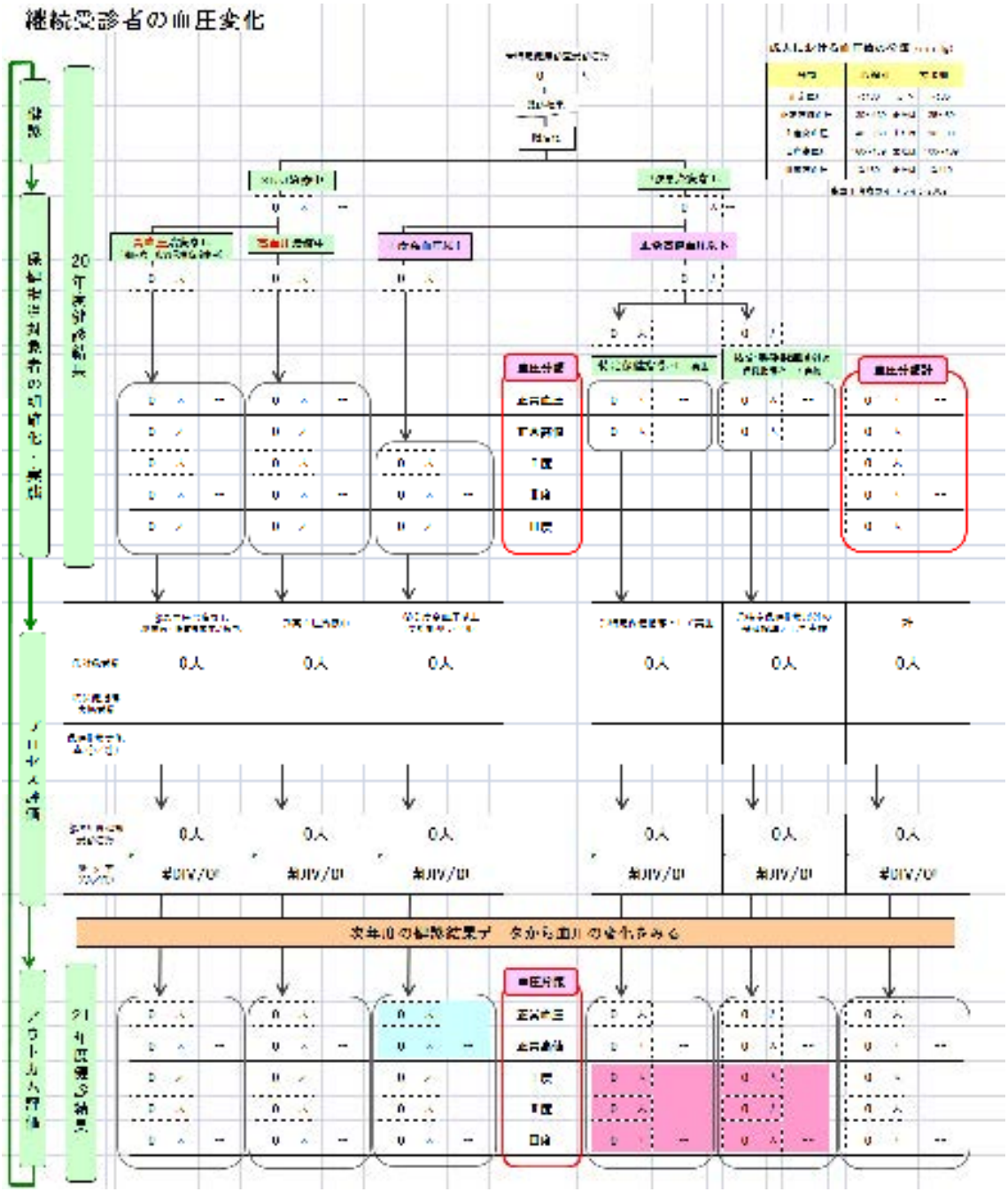
以下様式例（あなみツール使用）

3）22・23年度の比較

H22年度		H23年度の結果をみる				
		継続受診者 189人 80.8%				未受診（中断）
Ⅰ度高血圧以上 234 人 36.9%		正常高値以下	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度	
		49	87	39	14	45
		20.9%	37.2%	16.7%	6.0%	19.2%
Ⅰ度	163	42	66	19	6	30
		25.8%	40.5%	11.7%	3.7%	18.4%
Ⅱ度	55	6	18	15	5	11
		10.9%	32.7%	27.3%	9.1%	20.0%
Ⅲ度	16	1	3	5	3	4
		6.3%	18.8%	31.3%	18.8%	25.0%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	75	84	30	45
	32.1%	35.9%	12.8%	19.2%
Ⅰ度	42	66	25	30
	25.8%	40.5%	15.3%	18.4%
Ⅱ度	24	15	5	11
	43.6%	27.3%	9.1%	20.0%
Ⅲ度	9	3		4
	56.3%	18.8%		25.0%


平成○○年度健診中断者の実態
血圧
健診
保健指導対象者の明確化
0 / 0
2次検診治療中
2次検診治療なし
高血圧治療なし
高血圧治療中
I度高血圧以上
正常高値血圧以下
血圧分類
正常血圧
正常高値
I度
II度
III度
血圧分類計
特定保健指導として実施
特定保健指導以外の保健指導として実施
血圧との連携
特定保健指導
特定保健指導以外の保健指導
(3)グループ
(2)グループ
(1) Iグループ
(1) IIグループ
成人における血圧値の分類（mmHg）
高血圧治療ガイドライン2009



３）高血圧疾病管理台帳の整備

健診中断者、治療中断者を見逃さないための管理台帳の整備が求められます。平成２５年１０月以降に稼働予定の国保データベース（KDB）システムを活用し、その仕組みづくりに取り組みます。

Ｃ　腎機能障害の保健指導計画

１　保健指導の基本的考え方

慢性腎臓病（CKD）は、現在国内では約１３００万人がり患している国民病ともいえる疾患です。腎機能低下が長期にわたり進行し、人工透析の原因となりうるだけでなく、心血管疾患のリスクを高めることから、生活の質ならびに社会経済的活力や社会保障資源に大きな影響を及ぼすといわれています。

２００７年に日本腎臓学会より刊行された CKD 診療ガイドでは、
①CKD の発症には糖尿病などの生活習慣病による動脈硬化が関与している。
②CKD では心血管疾患、入院および死亡の危険が高い。
とされていますが、
③慢性腎臓病の治療は可能である。
ともされています。

CKD の発症および重症化の予防は、糖尿病や高血圧とともに生活習慣の改善により可能であるといえます。

２　保健指導の目標設定

「今後の腎疾患のありかたについて（厚生労働省　腎疾患対策検討会　H20 年 3 月）」の目標は、「腎機能異常の重症化を防止し、慢性腎不全による透析導入への進行を阻止し新規透析導入患者を減少させること、さらにＣＫＤに伴う循環器疾患（脳血管疾患、心筋梗塞等）の発症を抑制する」とありますが、町民にとってはまだ聞きなれない疾患であり、自覚症状に現れにくく健診を受診することで発見される疾患でもあるため、疾患の普及啓発および未受診者対策に努めると共に、健診受診者の、ｅＧＦＲ60 未満および尿蛋白（＋）以上有所見者の割合を減少させることを目標とします。

３　保健指導の目標達成のための対象者の明確化

１）健診受診者の腎機能の状況をみる

腎機能異常の重症化を防止するために、科学的根拠に基づく課題設定、保健指導対象者の抽出を行います。

ＣＫＤ診療ガイド、関連する下記学会のガイドライン

- 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 年版
- 脳卒中治療ガイドライン 2009
- 高血圧治療ガイドライン 2009
- 糖尿病診療ガイドライン（改訂第 2 版）　糖尿病治療ガイド（2006―2007）
- 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン（第 1 版　2002）
- 高脂血症治療ガイド（2004）
- 肥満症治療ガイドライン（2006）
- 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン（2006 年改訂版）

を基本に保健指導の対象となる方がどのくらいいるかを見ます。

表１　ＣＫＤ（慢性腎臓病）の進行度分類と関連検査項目および生活習慣の改善点

進行度による分類				ステージ 1	ステージ 2	ステージ 3	ステージ 4	ステージ5
腎臓の段階				正常領域	腎予備力の低下	腎機能障害期	腎機能不全期	尿毒期（人工透析）
糸球体ろ過量 (GFR)（ml/分/1.73m²）				90 以上	89～60	59～30	29～15	15 未満
腎臓に関する検査項目	尿検査	微量アルブミン		正 常 ～30mg 未満	微量アルブミン尿 30～300mg	顕性たん白尿		
		たんぱく尿		陰 性	(－)～(±)	陽性(＋)～	量が多いほど腎障害は進行	
		血尿(潜血)		陰 性	(－)～(±)			
	血液	血清クレアチニン	男性	0.7 ～ 1.2mg/dl		1.3～2.0mg/dl	2.1～5.0mg/dl	5.1mg/dl～
			女性	0.5 ～ 1.0mg/dl				
		尿素窒素		8～20mg/dl	21～29mg/dl	30～60mg/dl	61mg/dl～	
	腎機能が正常でも危険因子がある場合スクリーニングのため詳細な検査が必要	精密検査	尿検査		尿沈査：腎尿路の障害部位、程度、活動性を反映　尿比重、尿PH、尿中酵素など			
			糸球体ろ過量 クレアチニン・クレアランス		24時間全蓄尿・採血			
			画像診断		超音波(腎エコー)、胸腹部X線、腹部CT、造影剤を使った検査			
			腎生検		腎臓の組織を取って調べる(数日入院が必要)			
	他の臓器障害を見る検査		心臓(冠動脈)		安静時心電図検査→所見のある場合は精密検査　心エコー検査、負荷心電図など			
			脳血管		頸動脈超音波検査→所見のある場合は精密検査　頭部CT(MRI・MRA)など			
			全身の血管		血管内皮機能検査(高感度CRP)、動脈波伝播速度(PWV)、上下肢血圧比(ABI)など			
医療機関		かかりつけ医（一般医）			かかりつけ医での治療			
		腎臓内科(専門医)			専門医の協力	専門医と協調	原則 専門医で	専門医で治療
生活習慣改善	たばこ				禁　煙			
	食事	減　塩			高血圧があれば 6 g/日未満	6 g/日未満		
		たんぱく質制限				0.6 ～ 0.8 g/kg/日		
		カリウム摂取制限					高カリウム血の場合 1500mg/日未満	
	運　動				腎臓を保護するための生活習慣の改善 必要な薬物治療を行うことが腎機能障害の進展予防に重要			

（１） レセプト情報と健診結果の突合

保健指導対象者は、健診結果にレセプト情報を突合することで「治療者」「治療中断者」「未治療者」が把握できます。

まず、未治療にある腎機能障害期（ｅＧＦＲ60 未満）の課題解決を優先に考えます。未治療者の解決が進み、医療機関と連携がとれる条件が整っている場合は、次に治療中断者の解決を考えます。

（２）健診受診者から優先すべき対象者を明確にする

腎機能を守るために、ｅＧＦＲだけでなく尿蛋白、ｸﾙｱﾁﾆﾝ等他のリスクの有無も考慮し、重症化しやすい対象者を選定していきます。また、腎臓を傷める因子や血管の変化等ＣＫＤ診療ガイドに基づく優先順位を考えます。

【腎臓を傷める因子】

①高血圧
②高尿酸血症
③糖代謝異常
④脂質代謝異常症
⑤メタボリックシンドローム
⑥喫煙

（３）対象者数をみる

保健指導対象をどこまでとするか、対象者数から稼働量を考えるとともに、特定保健指導や国保ヘルスアップ事業（高血圧撃退訪問）の対象者と突合し保健指導の効率化を図ります。

２）保健指導対象者名簿を作成する

（１）ＣＫＤ診療ガイドに基づき、腎機能が低下している者（ｅＧＦＲ60 未満）と腎障害が出現している者（尿蛋白１＋以上、尿潜血１＋以上）を視点にして、一覧名簿を作成する。

（２）（１）の名簿から、その対象者の腎臓を傷める因子（上記　１）（２）①～⑥）　のコントロール状況や血管変化を併せてみることにより、個人の腎機能を悪化させている疾患を明確にする。（表１）

（３）健診未受診者の場合は、症状から把握することが多く、住民関わるあらゆる場が対象者を把握する機会となります。ＣＫＤ診療ガイドでは、健診未受診者の中に潜在的なＣＫＤ患者が存在すると推測しているため、健診未受診者も保健指導の対象となります。

４　保健指導の実施

１）保健指導の準備

（１）～（４）は高血圧に準ずる。

「腎ノート」および「私の健康記録」を、対象者の具体的事例や科学的根拠（関係学会のガイドライン）を元に、地域の実情に合った教材に修正し、保健指導の実践に使用していきます。

教材を準備することにより、医療機関受診が必要と判断された場合、健診の径年結果の他、遺伝や生活習慣等の情報、生活習慣の改善に取り組んだ上での受診なのか、血圧手帳や「自分の腎臓を守るための降圧目標と記録用紙（腎１９）」、糖尿病手帳や「糖尿病性腎症予防のための血糖コントロール目標と記録用紙（腎２０）」等疾患にあわせたコントロール目標と記録用紙を持って受診することで、担当医師に適切な治療の判断をしてもらうことができ、対象者を介した医療機関との連携になります。

２）保健指導の実施

（１）直ちに治療（受診）が必要な対象者（ＣＫＤ診療分類　ハイリスク・ステージ５）

まずは、治療（受診）の必要性を確認し、受診につながるよう医療機関の情報提供を行う。対象者によっては同時に生活習慣の改善を考える。

①学習教材を用いて受診を勧める

③受診につながるよう、医療機関の情報提供を行う

④受診時に持参するもの（健診経年結果等）

⑤いつごろ受診できそうか、どこの医療機関にかかる予定かを確認する

⑥受診結果の確認、治療状況の確認

※必要に応じて、かかりつけ医、腎臓専門医と連携をとる。

（２） 受診が必要な対象者（ＣＫＤ診療分類　ステージ３・４）

（１）同様

受診結果に元づき、定期的に家庭訪問等を行うとともに健診結果で経過をみる。

（３）生活習慣改善で腎機能の改善を目指す対象者（ＣＫＤ診療分類　ステージ２）

①準備した学習教材「腎機能が悪化した原因を探そう　ＧＦＲが下がった理由を判断できるチェックリスト（腎７）」から原因を探していく。

※ただし、遺伝因子が強い場合や生活習慣改善が難しい背景のある場合には、ただ時期を待つことよりも早めの受診を勧める（対象者の実態に合わせて）

②血圧に関わる生活習慣を対象者自らが振り返り、問題を探り、解決方法を選択する支援を行う。

※健診結果から対象者個々の背景にある生活習慣との関連性を読み取り、的を絞ったうえで、対象者に問いかける。生活リズムや食事量まで幅広く全てを網羅する聞き取りは、住民との信頼関係を悪くする。

③１～３か月後に再度面接を約束する。

③生活習慣改善の状況での受診（治療）の必要性を判断する。

⑤自覚症状や尿蛋白（+）以上が続く場合は受診を勧める

（４）治療中の者に対する保健指導

①治療が開始しても、コントロールが不良な場合には医療機関での検査結果をみながら腎機能低下を予防するために、状況に合わせた学習教材資料を用いて支援する。

５　保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなども含め、表に書いておく。

６　保健指導の評価

腎臓を守るための取り組みの評価は、心血管疾患（ＣＤＶ）の発症予防および人工透析患者の新規導入の減少、または、透析導入を遅らせることです。毎年アウトカム評価を行い、次年度の実践計画につなげることが必要です。

一人ひとりの腎臓を守る活動を地域から確実に積み上げ、かかりつけ医や専門医と連携して適正な治療を勧めることで、透析患者の減少につながる、結果を出す保健指導を実現していくことがＣＫＤ予防における専門職の役割であり、評価となると考えます。

３）腎疾患管理台帳の整備

健診中断者、治療中断者を見逃さないための管理台帳の整備が求められます。平成２５年１０月以降に稼働予定の国保データベース（KDB）システムを活用し、その仕組みづくりに取り組みます。

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および厚真町の健康管理システムで行います。記録の保存は作成の日から最低５年間、または加入者が他保険の加入者となった日の属する年度の翌年度末までとなりますが、保存期間の満了後は、加入者の求めに応じて本人へ提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康管理に役立てるための支援につながるように努めます。

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

１　特定健康診査等実施計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画の公表に当たっては、２５年度から実施される「厚真町健康増進計画（健康あつま２１）」にも内容が網羅されているため、健康増進計画の公表、配布に合わせて町内各家庭に配布することとします。また、広報、ホームページに掲載し、計画を周知することとします。