

## **第 2 部**

# **特定健康診査等実施計画**

**南富良野町国民健康保険**

**平成 2 5 年 4 月 1 日**

# もくじ

---

## 第2部 第2期 特定健康診査等実施計画 平成25年4月

---

### 序章 制度の背景について

1 医療制度改革の工程と指標	91
2 社会保障と生活習慣病	92
3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）	93
4 健診・保健指導の基本的な考え方	97
5 第2次健康日本21における医療保険者の役割	97

---

### 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	100
ア 特定健診実施率	100
イ 特定保健指導実施率	100
（2）成果に関する目標	100
ア 内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率	100
（3）目標達成に向けての取り組み状況	101
ア 健診実施率の向上方策	101
イ 保健指導実施率の向上方策	101
ウ メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策	102
2 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について	102
（1）国の考え方に基づく試算	104
（2）市町村国保グループでの位置	104

---

### 第2章 第2期計画に向けての現状と課題、そして保健指導計画

1 社会保障の視点でみた医療保険者（市町村）の特徴	106
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	106
（1）循環器疾患	106
（2）糖尿病	108
（3）慢性腎臓病	110
（4）共通する課題（生活習慣の背景となるもの）	111
3 課題解決のための保健指導計画	
（1）循環器疾患	113
（2）糖尿病	125
（3）慢性腎臓病	133
（4）栄養・食生活	136

---

---

### 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	147
2 目標値の設定	147
3 対象者数の見込み	147
4 特定健診の実施	147
(1) 実施形態	147
(2) 特定健診委託基準	148
(3) 健診実施機関リスト	148
(4) 特定健診受診者の自己負担額	148
(5) 南富良野町内医療機関における特定健診について	149
(6) 南富良野町内医療機関における血液データの提供について	149
(7) 健診実施スケジュール	149
5 保健指導の実施	150
(1) 健診から保健指導実施の流れ	150
(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	152
(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	153
(4) 保健指導に使用する学習教材	154
(5) 保健指導実施者の人材確保と資質向上	155
(6) 保健指導の評価	155

---

### 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	157
2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	157
3 個人情報保護対策	157

---

### 第5章 結果の報告

1 支払基金への報告	157
------------	-----

---

### 第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

157

---



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。

- ① 図の一番上平成 37 年度は、どういう時期かということ、団塊の世代の人たちが 75 歳になるころです。国はこのときの給付費 56 兆円と見込まれているところを、制度改革で 48 兆円にできないか、そのうち生活習慣病対策で 2 兆円を抑えてほしいと考えました。
- ② そのためには、平成 27 年度までに糖尿病等の有病者・予備群を 25%減らしたい。

そこで、

- ③ 厚生労働省が、標準的な健診・保健指導プログラムを作り、
- ④ 平成 20 年度から各医療保険者による特定健診・特定保健指導がスタートしました。
- ⑤ 今までバラバラだった健診と医療の状況を照らし合わせて見られるように、健診データも医療の状況であるレセプトも電子化しました。
- ⑥ 5 年目の今、全国で評価できる時期がきています。

## 2 社会保障と生活習慣病

特定健診・特定保健指導を規定する「高齢者の医療の確保に関する法律」の目的には、

この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずる
--

とあります。

また特定健康診査は、メタボ健診と呼ばれていますが、同法 18 条では

特定健康診査(糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。)

と書かれています。

なぜ糖尿病対策が重要なのか、なぜ糖尿病の有病者・予備群の減少なのか？社会保障の視点でみてみました。(表 社会保障と生活習慣病) 横軸、左から年代、生活習慣病対策に関する世界の動き、国の動き、国の財政(税金・歳出・借金)、社会保障給付費となっています。医療費も社会保障に含まれるので、予防可能とされる糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、がんの医療費の内訳を見てみました。単位は「兆円」となります。

1982年、昭和57年に老人保健法が制定されました。国の税金30兆、社会保障費30兆、うち医療費は12兆で糖尿病3000億円、虚血性心疾患3000億円、脳血管疾患9000億円、がん8000億円です。

特定健診・特定保健指導がスタートした平成20年度は、国の税金44兆円、社会保障費94兆円、医療費29.6兆円、糖尿病は1.2兆円、虚血性心疾患8000億円、脳血管疾患1.6兆円、がん2.9兆円とそれぞれ老人保健法が始まった昭和57年と比べて、医療費は、2.4倍となりましたが、そのうち糖尿病は3.9倍、虚血は2.5倍、脳は1.7倍、がんは3.5倍の医療費となっています。生活習慣病関連の医療費の伸びが大きいことと、合併症による障害で日常生活に大きな影響を及ぼすことから、糖尿病の予防を目標としたのだと理解できます。

### 3 生活習慣病予防対策についての国の考え方(第1期)

どのように予防していくのか、国が示したのが「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」です。平成19年4月に出了した(図27)。

確定版で示された基本的な考え方です。

なぜ、内臓脂肪症候群に着目するのでしょうか？確定版第2編第1章にこのように書かれています。



<h2 style="margin: 0;">標準的な健診・保健指導プログラム</h2> <p style="margin: 0;">(確定版)</p> <p style="margin: 0;">平成19年4月</p> <p style="margin: 0;">厚生労働省 健康局</p>		<p style="text-align: center; margin: 0;">標準的な健診・保健指導プログラム</p> <p>第1編 健診・保健指導の理念の転換</p> <p>第1章 新たな健診・保健指導の方向性 . . . . . 3</p> <p>第2章 新たな健診・保健指導の進め方（流れ） . . . . . 9</p> <p>第3章 保健指導実施者が有すべき資質 . . . . . 11</p> <p>第2編 健診</p> <p>第1章 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目する意義 . . . . . 19</p> <p>第2章 健診の内容 . . . . . 20</p> <p>第3章 保健指導対象者の選定と階層化 . . . . . 24</p> <p>第4章 健診の精度管理 . . . . . 29</p> <p>第5章 健診データの電子化 . . . . . 31</p> <p>第6章 健診の実施に関するアウトソーシング . . . . . 37</p> <p>第7章 後期高齢者等に対する健診・保健指導の在り方 . . . . . 40</p> <p>第8章 健診項目及び保健指導対象者の選定方法の見直し . . . . . 42</p> <p>第3編 保健指導</p> <p>第1章 保健指導の基本的考え方 . . . . . 69</p> <p>第2章 保健事業（保健指導）計画の作成 . . . . . 73</p> <p>第3章 保健指導の実施 . . . . . 82</p> <p>第4章 保健指導の評価 . . . . . 110</p> <p>第5章 地域・領域における保健指導 . . . . . 115</p> <p>第6章 保健指導の実施に関するアウトソーシング . . . . . 119</p> <p>第4編 体制・基盤整備、総合評価</p> <p>第1章 人材育成体制の整備 . . . . . 133</p> <p>第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備 . . . . . 135</p> <p>第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理 . . . . . 138</p>
--	--	--

図 26 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）

内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになると思われる。

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p8に整理されています。

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

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための 健診・保健指導の基本的な考え方について			
	これまでの健診・保健指導	最新の科学的知識と課題抽出のための分析	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 リスクに基づき優先順位をつけ、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	行動変容を促す手法	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

図 27 健診・保健指導の基本的な考え方

保険局からは、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」が出ています。健診・保健指導の契約やデータの取り扱いのルールが書かれています。

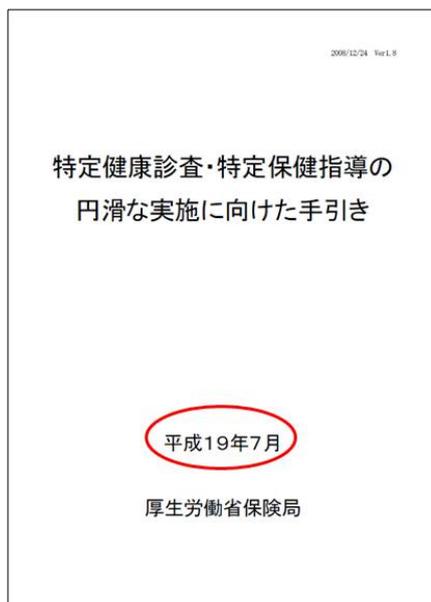


図 2 8 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き

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

が具体的に書かれています。

南富良野町国保では、第1期よりこれらの取り組みが既に行われているところであり、枠組み自体は第1期と大きく変わらないと考えられます。

現在、国で検討されている「特定健診等基本指針」を参考に進めていきます。

#### 5 第2次健康日本21における医療保険者の役割

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

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

医療保険者が関係する目標項目	
循環器疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）</li> <li>③ 脂質異常症の減少</li> <li>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</li> <li>⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上</li> </ul>
糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>② 治療継続者の割合の増加</li> <li>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）</li> <li>④ 糖尿病有病者の増加の抑制</li> <li>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）</li> <li>⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）</li> </ul>

平成25年度からの国の健康づくり施策(第2次健康日本21)における医療保険者の役割は？

<p>生涯における各段階(あらゆる世代)</p> <p>高齢期 75才 介護予防</p> <p>中年期 40才 健康づくり対策</p> <p>若年期 20才 精神健康</p> <p>学童 10才 貧困</p> <p>乳幼児期 0才 母子健康</p> <p>出生 0才</p> <p>死 75才</p>	
<p>取組主体</p> <p>市町村</p> <p>個人</p> <p>医療保険者</p> <p>家庭</p>	<p>出生</p> <p>乳幼児期</p> <p>学童</p> <p>若年期</p> <p>中年期</p> <p>高齢期</p> <p>死亡</p>
<p>個人で達成すべき目標</p>	<p>出生</p> <p>乳幼児期</p> <p>学童</p> <p>若年期</p> <p>中年期</p> <p>高齢期</p> <p>死亡</p>
<p>地域</p> <p>コミュニティ ボランティア等</p>	<p>出生</p> <p>乳幼児期</p> <p>学童</p> <p>若年期</p> <p>中年期</p> <p>高齢期</p> <p>死亡</p>
<p>社会環境に関する目標</p>	<p>出生</p> <p>乳幼児期</p> <p>学童</p> <p>若年期</p> <p>中年期</p> <p>高齢期</p> <p>死亡</p>
<p>地域</p> <p>企業 飲食店 特定給食施設 民間団体 (栄養ケア・フーズ・プロジェクト、薬局等)等</p>	<p>出生</p> <p>乳幼児期</p> <p>学童</p> <p>若年期</p> <p>中年期</p> <p>高齢期</p> <p>死亡</p>
<p>都道府県</p>	<p>出生</p> <p>乳幼児期</p> <p>学童</p> <p>若年期</p> <p>中年期</p> <p>高齢期</p> <p>死亡</p>
<p>国・マス・メディア</p>	<p>出生</p> <p>乳幼児期</p> <p>学童</p> <p>若年期</p> <p>中年期</p> <p>高齢期</p> <p>死亡</p>

図29 平成25年度からの国の健康づくり施策(第2次健康日本21)における医療保険者の役割は？

# 第1章 第1期の評価

## 1 目標達成状況

### (1) 実施に関する目標

#### ア 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 26 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	45%	50%	55%	60%	65%
実績	46.7%	53.0%	54.5%	58.2%	%

#### イ 特定保健指導実施率

平成24年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることを目標として定められています。

表 27 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	25%	30%	35%	40%	45%
実績	67.7%	26.8%	71.8%	51.2%	%

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年度見込みについて示しています。

### (2) 成果に関する目標

#### ア 内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率

次の算定式に基づき、評価することとされています。

算定式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	<p>○H25 納付分は、H24 (=当該年度) / H20 (=基準年度) とし、H26 以降の納付分は、前年 / 前々年 (例えば H26 の場合は H25 / H24)</p> <p>○該当者及び予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないように、実数ではなく、健診受診者に含まれる該当者及び予備群の者の割合を対象者数に乗じて算出したものとする。</p> <p>○なお、その際に乗じる対象者数は、各医療保険者における実際の加入者数ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化 (高齢化効果) によって打ち消されないよう、年齢補正 (全国平均の性・年齢構成の集団*に、各医療保険者の性・年齢階層 (5 歳階級) 別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率を乗じる) を行う。</p> <p>○基点となる H20 の数は、初年度であるため、健診実施率が低い医療保険者もある (あるいは元々対象者が少なく実施率が 100%でも性別・年齢階層別での発生率が不確かな医療保険者もある) ことから、この場合における各医療保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率は、セグメントを粗く (年齢 2 階級×男女の 4 セグメント) した率を適用。</p>

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 28 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	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	43 人 16.3%	49 人 17.7%	55 人 19.6%	67 人 21.5%	人 %
予備群	34 人 12.9%	27 人 9.7%	30 人 10.7%	28 人 9.0%	人 %

### (3) 目標達成に向けての取り組み状況

#### ア 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。

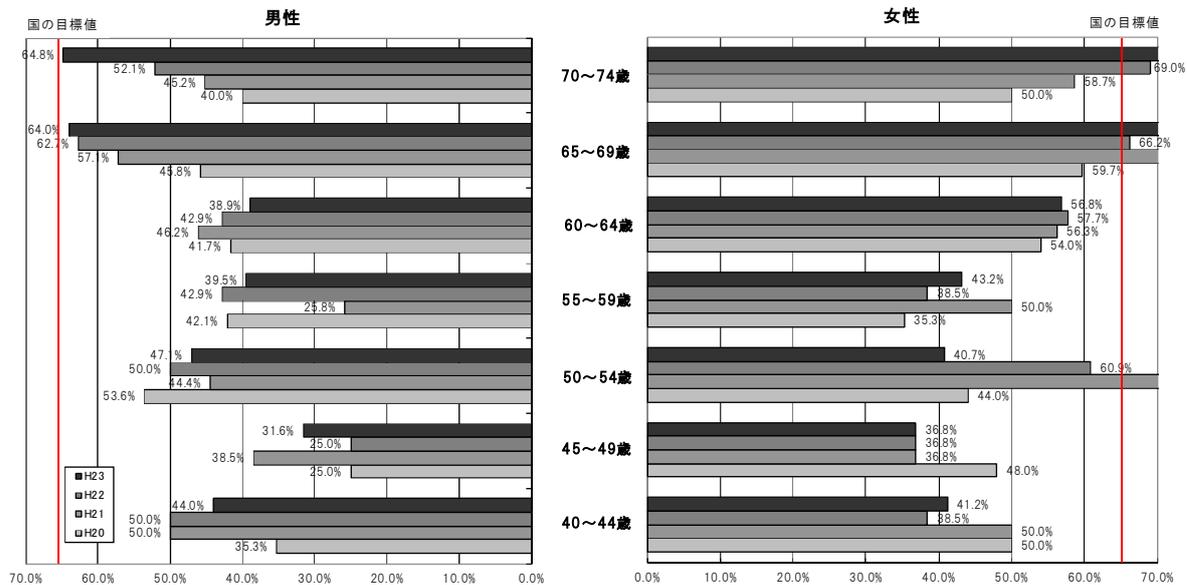


図30 平成20年度からの受診率の推移

平成24年度の保健活動では以下の方策を実施している状況にあります。

- 未受診者対策として、
  - ◆ 家庭訪問を継続して受診勧奨実施しています。
  - ◆ 7月から12月の期間中、町内医療機関で個別に特定健診を実施しています。
  - ◆ 7月から12月の期間中、富良野医師会に所属する医療機関に通院している方は、医療機関の血液検査の結果と身体計測を加えて、特定健診に充当しています。
- 富良野医師会に所属していない医療機関に通院している方も特定健診対象となりますが、情報提供が受けられない状況にあります。

#### イ 保健指導実施率の向上

#### ウ メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策

- 地区担当保健師が対象者に応じて継続して支援を行っています。
- 特定健診を受診した方すべてに対して、健診結果について血管を守る視点で把握してもらい、縦断的な支援に努めています。

## 2 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について

平成20年度から後期高齢者医療制度が創設され、この制度における財政負担として、全体の約4割を若年者の医療保険から支援金という形で拠出することが決まっています。これを「後期高齢者支援金」といいます。

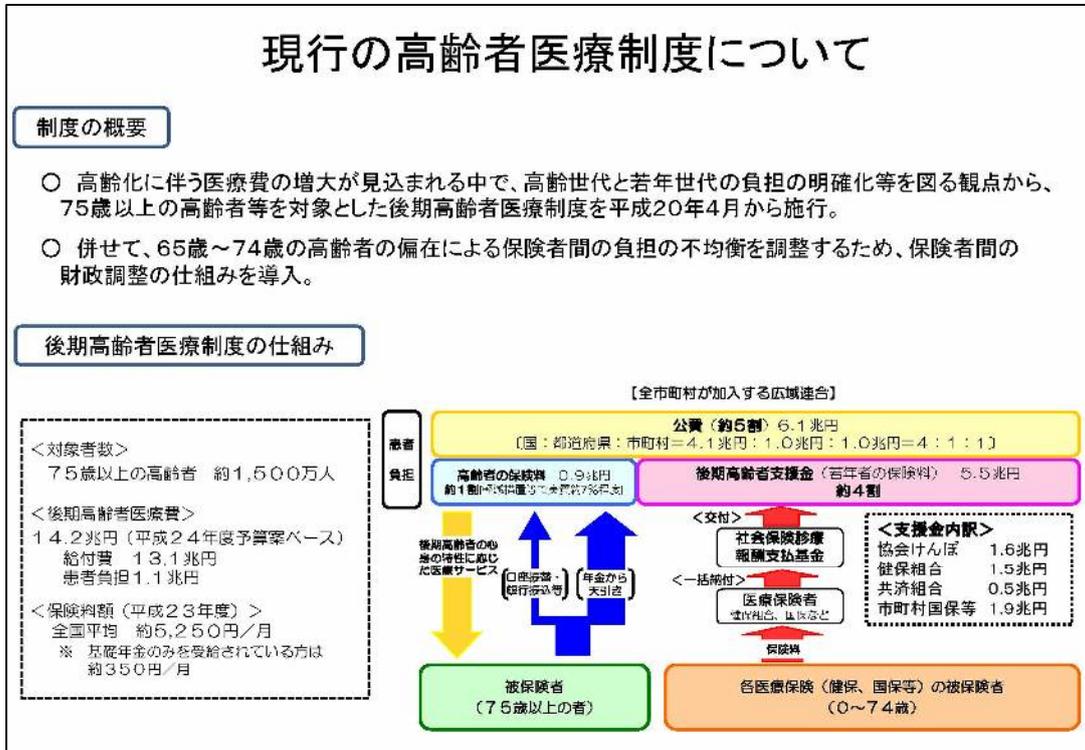


図 31 現行の高齢者医療制度について

支援金は、加入者1人当たりいくらという形で算定することとなっており（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、南富良野町は加算対象ではありませんでした。

##### ④ 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) 南富良野町国保の位置

平成22年度実績で見ると、南富良野町国保の受診率は54.5%、保健指導実施率は71.4%となっており、北海道平均よりは大きく上回っていますが、市町村国保の目標値である65%に届いていません。

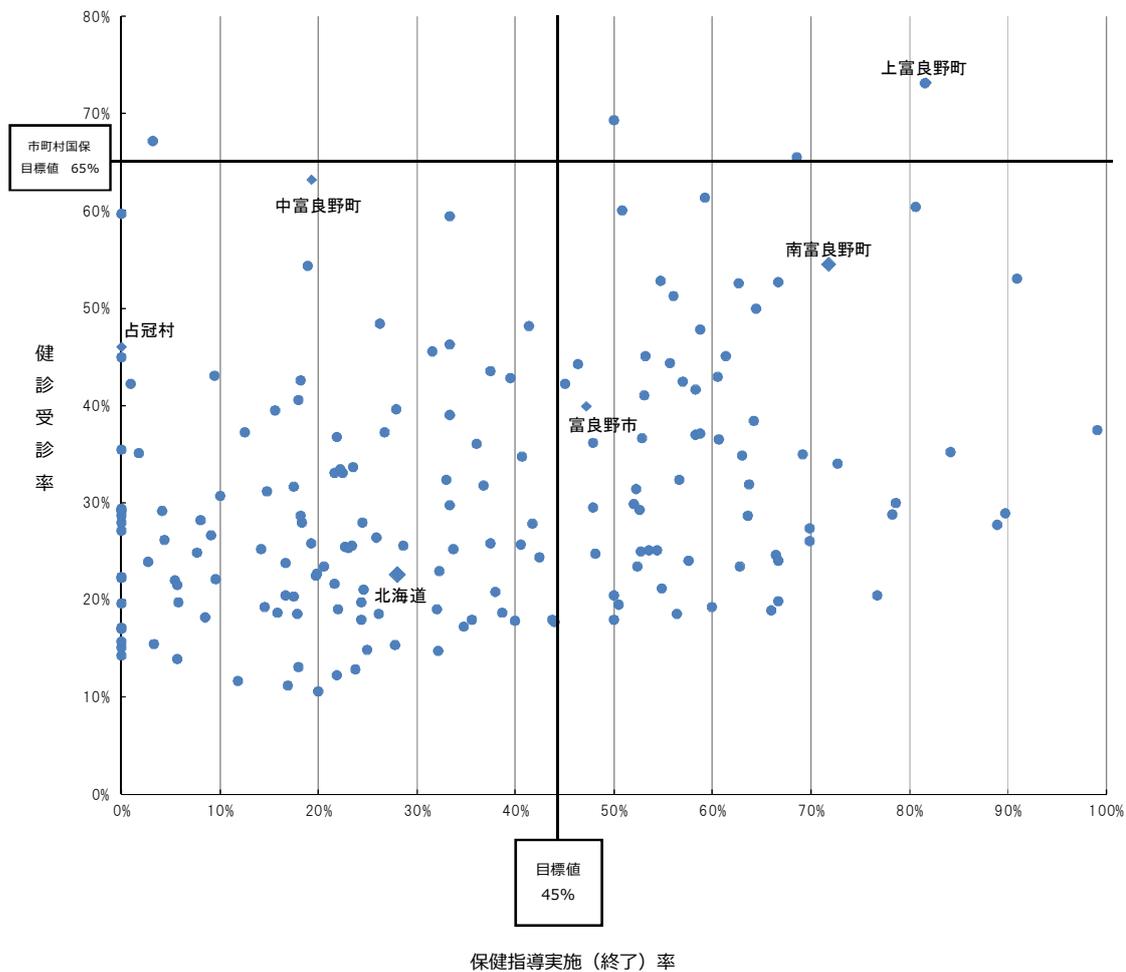


図 3 2 健診受診率と保健指導実施率

## 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29）

### 2 第1期計画の実践からみえた被保険者の健康状況と課題

#### (1) 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。

#### ●健診結果からみた高血圧の状況

高血圧フローチャート ～医療制度改革の目標達成に向けて～

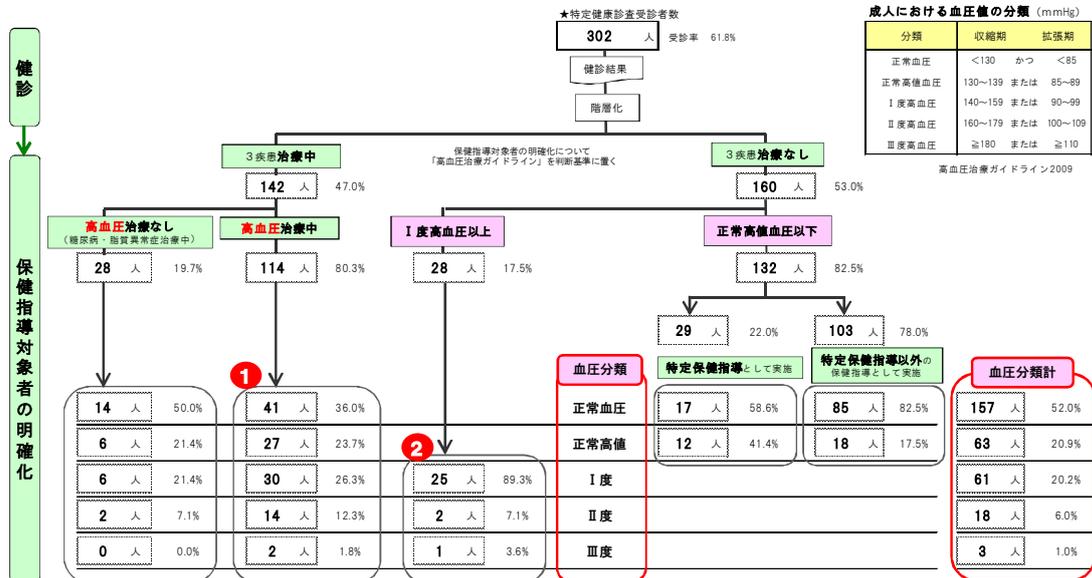


図33 高血圧フローチャート（平成23年度）

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

表 29 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		上川総合振興局				
		南富良野町								
類似団体区分						町村 1-0				
1	人口構成 H22年度 国勢調査	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
		総人口	128,057,352	-	5,506,419	-	2,814	-		
		0歳～14歳	16,803,444	13.2%	657,312	11.9%	324	11.5%		
		15歳～64歳	81,031,800	63.8%	3,482,169	63.2%	1,637	58.2%		
		65歳以上 (再掲)75歳以上	29,245,685 14,072,210	23.0% 11.1%	1,358,068 670,118	24.7% 12.2%	853 499	30.3% 17.7%		
2	平均寿命 厚生労働省 2005年(17年)	男性	78.8	78.3	78.2	82位				
		女性	85.8	85.8	85.8	83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	242.9		
		2位	心疾患	149.8	心疾患	162.6	脳血管疾患	208.2		
		3位	脳血管疾患	97.7	脳血管疾患	96.3	肺炎	173.5		
		4位	肺炎	94.1	肺炎	96.2	老衰	104.1		
5位	老衰	35.9	不慮の事故	30.3	腎不全・不慮の事故	69.4				
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%	1人	2.4%		
		男性	110,065人	18.9%	5,696人	19.1%	0人	0.0%		
		女性	56,584人	10.0%	2,994人	11.7%	1人	4.8%		
5	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		144人			
		第1号被保険者分 介護給付費 (単位:千円)	6,663,722,854	229	296,109,294	219	211,020	260		
		第5期保険料額(月額)	4,972円		4,631円		4,192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		535	全道 149 位		
		1人あたり医療費(円)	904,795円		1,070,584	全国 34位	869,171			
		医療費総額(千円)	12,721,335,977,000円		714,268,239		464,137			
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	-	834人	-		
		(再掲)前期高齢者	11,222,279人	31.3%	497,459人	33.0%	274人	32.9%		
		(再掲)70歳以上			247,804人	16.5%	143人	17.1%		
		一般	33,851,629人	94.4%	1,426,957人	94.7%	798人	95.7%		
		退職	1,997,442人	5.6%	79,374人	5.3%	36人	4.3%		
	加入率(年度末)		28.00%		27.4%		27.8%			
	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)	10,730,826,914	299	514,984,785	342	310,452	372		
		(再掲)前期高齢者			256,895,211	516	132,624	484		
		(再掲)70歳以上			148,716,172	600	82,161	575		
一般(千円)		9,981,583,067	295	480,374,599	337	294,730	369			
退職(千円)		749,243,846	375	34,610,186	436	15,722	437			
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	280	54.5%	12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	28	71.8%	13位		
12	様式G-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
		腹囲			68,632	30.2%		88	33.2%	70位
		BMI			63,594	28.0%		87	32.8%	68位
		中性脂肪			45,651	20.1%		52	19.6%	49位
		ALT(GPT)			35,408	15.6%		38	14.3%	143位
		HDL			10,287	4.5%		25	9.4%	2位
		血糖値			53,728	23.7%		76	28.7%	105位
		HbA1c			120,733	53.2%		94	35.5%	164位
		尿酸			9,721	4.3%		22	8.3%	53位
		収縮期血圧			105,656	46.5%		134	50.6%	63位
		拡張期血圧			44,195	19.5%		57	21.5%	77位
		LDLコレ			124,052	54.6%		133	50.2%	131位
腎臓	尿蛋白			13,347	5.9%		4	1.5%	158位	
	クレアチニン			1,063	0.5%		6	2.3%	3位	

●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

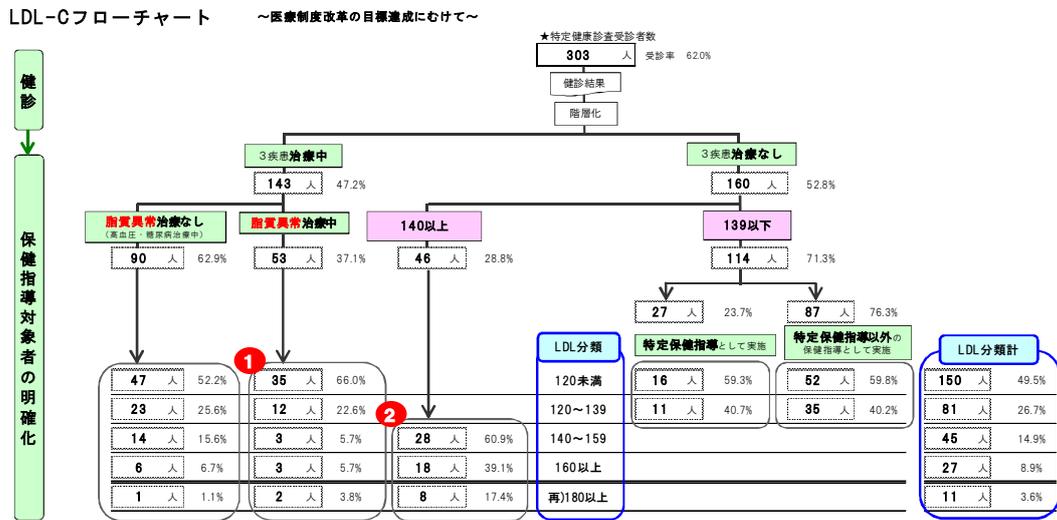


図 34 LDL-C フローチャート（平成 23 年度）

LDL 高値者に対し、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を行い、ハイリスク者には治療継続が図られる仕組みづくりを目標とします。

◇疫学データからみた高コレステロール血症の問題

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

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

(2) 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。

糖尿病有病者数は、平成23年度特定健診結果において、40人でした。その中で糖尿病、高血圧、脂質異常などの治療をしていない人は3人でした。この対象者に対する、医療との連携のもと、治療中断予防・重症化予防の仕組みの構築を目指します。

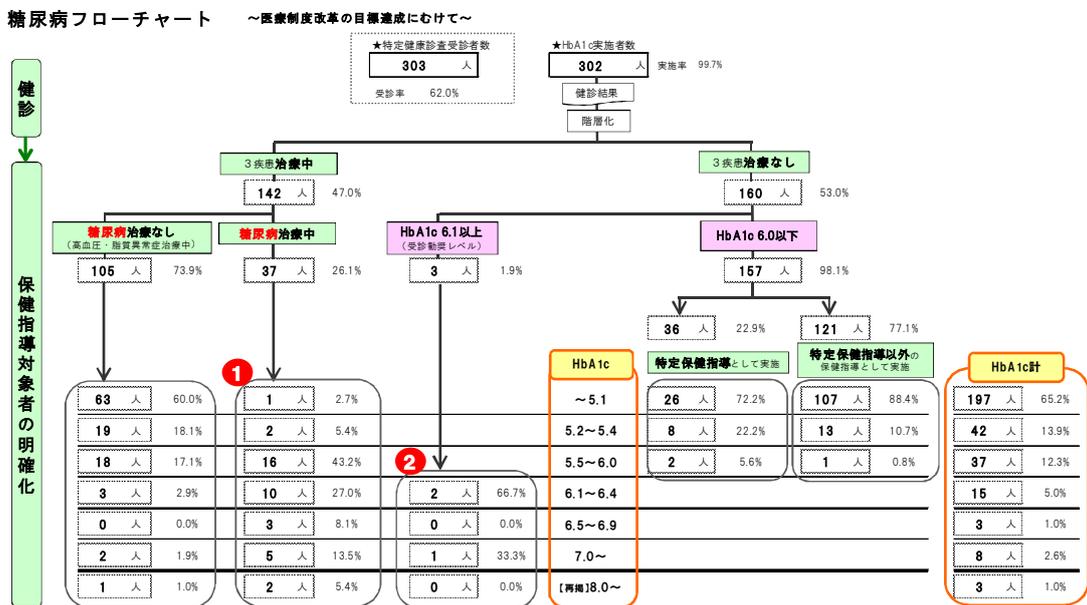


図 35 糖尿病フローチャート（平成23年度）

平成23年5月診療分（7月審査分）レセプトからみた糖尿病の状況は、生活習慣病で治療中の者のうち、糖尿病で治療中の者は36.7%占めています。

第2期は HbA1c 6.1以上の重症化予防に重点を置き、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、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

「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。

### (3) 慢性腎臓病

透析患者数が世界的に激増しています。わが国の新規透析導入患者は、1983年頃は年に1万人程度であったのが、2010年には約30万人となっています。新規透析導入患者増加の一番大きな原因は、糖尿病性腎症、高血圧による腎硬化症も含めた生活習慣病による慢性腎臓病（CKD）が非常に増えたことだと考えられています。

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

すなわち腎臓疾患、特に慢性の腎臓疾患は、単に末期腎不全（透析）のリスクだけではなくて、心血管イベントのリスクを背負っている危険な状態であり、腎機能の問題は、全身の血管系の問題であることを意味していると言われています。

●南富良野町の状況

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14,602人で全国第6位という状況です。南富良野町国保では、平成25年1月現在、2名となっています。

●健診結果から見た慢性腎臓病（CKD）の状況

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。

平成23年度特定健診結果から、重症度分類よりCKD予防対象者をみると、腎機能が腎専門医での治療レベルの方（①グループ）が3人、専門医と一般医（地域のかかりつけ医等）と協力による治療レベルの方（②③グループ）は32人です（図36）。

まずは、CKD予防対象者の病歴把握（I表作成）に努めるとともに、腎機能に影響を及ぼす高血圧、高血糖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確か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。

CKD該当者を明確にしましょう（CKD重症度分類）

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
GFR区分 (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )			尿蛋白区分	A1	A2		A3
			尿検査・GFR 共に実施	(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
			人	人	人	人	人
			--	--	--	--	--
G1	正常 または高値	90以上	人	人	人	人	人
			--	--	--	--	--
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	人	人	人	人	人
			--	--	--	--	--
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	人	人	人	人	人
			--	--	--	--	--
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	人	人	人	人	人
			--	--	--	--	--
G4	高度低下	15-30 未満	人	人	人	人	人
			--	--	--	--	--
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	人	人	人	人	人
			--	--	--	--	--



		総数
重症度分類 実施者数 288 人	①グループ 重症度分類：赤	3人 1.0%
	②グループ 重症度分類：オレンジ	6人 2.1%
	③グループ 重症度分類：黄色	26人 9.0%
	④グループ 重症度分類：緑	253人 87.8%

図36 CKD診療ガイドに基づく予防対象者

### 3 課題解決のための保健指導計画

#### (1) 高血圧の保健指導計画

##### ア 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、

- 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。
- 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。
- 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。

とあります。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。

#### イ 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 以上拡張期 100 以上）の者の減少を目指す」とします。

#### ウ 保健指導の目標達成のための対象者の明確化

##### (ア) 健診受診者の血圧の状況を見る

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。

(イ) 保健指導の対象となる人を血圧の状況（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。(表 30)

表 30 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
治療中	H20	10	3.8%	4	40.0%	2	20.0%	2	20.0%	2	20.0%	0	0.0%
	H21	76	27.4%	28	36.8%	16	21.1%	19	25.0%	12	15.8%	1	1.3%
	H22	90	32.1%	28	31.1%	19	21.1%	29	32.2%	12	13.3%	2	2.2%
	H23	114	37.7%	41	36.0%	27	23.7%	30	26.3%	14	12.3%	2	1.8%
治療なし	H20	254	96.2%	153	60.2%	41	16.1%	51	20.1%	8	3.1%	1	0.4%
	H21	201	72.6%	123	61.2%	41	20.4%	28	13.9%	8	4.0%	1	0.5%
	H22	190	67.9%	110	57.9%	41	21.6%	30	15.8%	6	3.2%	3	1.6%
	H23	188	62.3%	116	61.7%	36	19.1%	31	16.5%	4	2.1%	1	0.5%

(ウ) 優先すべき対象者を明確にする

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】

- 65 歳以上
- 喫煙
- 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 (≥140mg/dL)
  - ☞ 高トリグリセライド血症 (≥150mg/dL)
- 肥満 (BMI≥25、または腹囲 男 85cm、女 90cm 以上)
- 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 以上, 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
- 糖尿病  
 糖尿病治療中、空腹時血糖≥126mg/dL または HbA1c6.1 以上
- 慢性腎臓病 CKD  
 蛋白尿、推算糸球体濾過率 (eGFR) <60mL/分/1.73m<sup>2</sup>

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危険因子なし
	正常高値血圧	①～⑤の危険因子 1～2 個

(工) 対象者をみる

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。



図 37 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

(オ) 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（図 38）。



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直ちに受診を勧める  
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。

- 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
- 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
- 高血圧治療の進め方
- 家庭血圧測定で自分の血圧値を確認しましょう
- 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
- 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。

#### (イ) 保健指導の実施

- 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。

- ☞ 学習教材を用いて受診を勧める。
- ☞ 受診につながるよう、医療機関の情報提供を行う。
- ☞ 受診時に持参するもの（健診経年結果、家庭血圧測定記録）
- ☞ 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。
- ☞ 受診結果の確認、内服の状況等(レセプトで確認)、降圧目標  
の達成状況を確認する。
- ☞ 治療につながったら、次に必要な生活習慣の改善の指導を行  
う。

氏名		№ 4 様		女性	
健診結果・検査結果一覧		年齢	83	85	
		実施年月	20年度	22年度	
		健診機関			
		医療機関			
検査項目		基準値	30歳	50歳	
身体 の 大き さ	身長		161.6	161.5	
	体重		61.8	60.0	
	BMI	18.5～24.9	26.9	26.1	
	腹囲	男 85cm未満 女 90cm未満	92	98	
内 臓 器 の 機 能	中性脂肪	<149mg/dl	140	137	
	HDLコレステロール	40～80mg/dl	41	39	
	AST (GPT)	<35U/l	29	24	
	ALT (GPT)	<30U/l	28	28	
	γ-GT (γ-GTP)	<50U/l	21	18	
血 管 へ の 影 響 （ <b>動</b> 脈硬化の危険因子）	収縮期	130mmHg未満	164	170	
	拡張期	85mmHg未満	96	90	
	尿酸	<6.9mg/dl	6.3	5.8	
	血糖	空腹 <99mg/dl 随時 <199mg/dl	94	114	
血 管 が 傷 み 始 める	HbA1c	<5.7%	5.4	5.6	
	尿酸	—	—	—	
	血清クレアチニン	男 <1.0mg/dl 女 <0.7mg/dl	0.52	0.55	
	eGFR	60～90ml/min/1.73m <sup>2</sup>	89.3	83.2	
血 管 が 傷 み 進 む	尿酸	—	—	—	
	原蛋白	—	—	—	
	原蛋白	—	—	—	
	原蛋白	—	—	—	
病 変 の 進 捗 （ <b>動</b> 脈硬化）	LDLコレステロール	80～119mg/dl	130	148	
	心電図	所見なし	異常なし	異常なし	
	眼底検査	H O S O	H1S1	H1S1	
	ヘマゲシト	<48%			
病 変 の 進 捗 （ <b>動</b> 脈硬化）	血色素（ヘマゲシト）	男 13～18g/dl 女 12～16g/dl			
	脂質化結果		動脈プラズマ	動脈づけプラズマ	

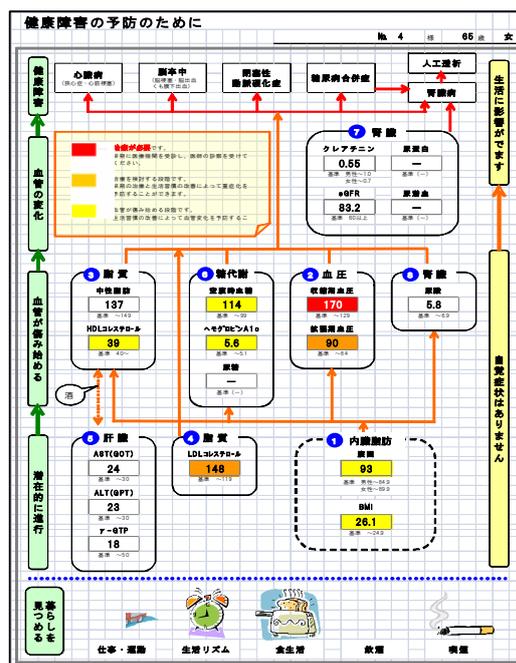


図 39 経年表（左図）、構造図（右図）

● まずは1～3 カ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(対象者に実態に合わせて)

- 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。

- ③ 1～3 か月後、またお会いしましょうと約束をする。
- ④ 1～3 か月後、家庭血圧測定値の変化、生活習慣改善の状況で受診(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 家庭血圧測定値で降圧目標を達成できたら、「来年の健診で」と伝え

る。

● 服薬中の者に対する保健指導

- ① 降圧治療が開始しても、家庭血圧測定値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。
  - ※ 生活習慣だけでなく高血圧(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。

(ウ) 保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなども含め、<sup>アイ</sup>I表(図40)に書いておく。

I

年月		
年齢	昔	新
検査場所		
考え方 縦軸は起きたことから記入することとしていく。項目は住民からの聞き取り表より必要項目を選んで記入、そのため、縦軸の項目を決めない	事柄を横軸に記入していく	

図40 I表

## (工) 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）P110「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、最終評価のみではなく、**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続けることで、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。

### ● 血圧評価表

「血圧評価表」（図41）を用いて、翌年度の

- ➡ 健診受診状況
- ➡ 血圧値、その他の検査結果

②治療継続の状況 を把握

血圧評価表										継続データ										RBC		HbA1c	
個人番号	診療録番号		年齢	性別	年齢H20	平成20～23年度のうち最近					血圧								RBC	HbA1c			
	氏名	番号				性別	BMI	LDL	HDL	HDL/LDL	HDL/HDL	H20		H21		H22		H23					
												収縮圧	拡張圧	収縮圧	拡張圧	収縮圧	拡張圧	収縮圧			拡張圧		
1			男	78	48	113	80	—	8.4	128	80	122	80	174	90	174	90	112	88				
2			男	88	51	103	71.5	—	7				174	90	148	90							
3			男	75	51	70	90	—	8.2	122	78	128	78	172	78	132	90						
4			女	88	58	148	82.2	—	5.8	184	94			170	90	170	90	152	90				
5			女	89	49	122	52.1	—	3.8	184	80	170	90	170	90	170	90	152	90				
6			男	81	55	113	0	—	0					180	90	170	90	170	111				
7			女	84	77	108	78	—	4.8	188	88	190	82	180	90	180	90	124	70				
8			男	88	75	177	75.8	—	8.2			140	70	180	90	180	90	152	98				
9			男	83	51	79	83.4	—	8.8	124	88	128	88	180	90	180	90	122	88				
10			女	55	78	130	87.3	3+	5.1	192	88	180	90	180	90	180	90	148	88				
11			男	74	51	83	81.2	—	4	122	80	140	110	180	100	180	100	148	88				
12			女	83	51	115	78.1	—	8					180	100	180	100	152	90				
13			男	59	51	140	71	—	3.2			150	88	180	90	180	90	148	88				
14			女	88	48	120	88.8	—	4.1			170	82	180	74	180	74	130	70				
15			男	88	55	140	70	—	5.7			180	88	180	107	180	107	152	90				
16			女	81	52	97	71.8	—	4.4	140	80	180	80	180	100	180	100	154	90				
17			男	54	47	81	88.8	—	8.1	140	88	140	88	180	90	180	90	148	90				
18			女	74	58	95	81.8	—	8	128	88	180	88	180	90	180	90	154	84				
19			女	54	81	142	112	—	4.5					180	80	180	80	128	70				
20			男	84	52	89	82.1	—	8.2			140	80	180	104	180	104	130	70				
21			男	73	48	137	72.9	—	7.8	140	78	180	88	180	90	180	90	142	80				
22			男	80	48	115	78.8	—	4.8	120	88	180	84	180	90	180	90	130	78				
23			男	88	89	108	88.8	—	8.8			180	84	180	88	180	88	152	98				
24			男	84	84	57	81.8	—	4.8	122	80	140	90	180	84	180	84	158	88				
25			女	85	47	138	82.8	—	3.8	122	70	128	80	180	78	180	78	144	84				
26			男	88	48	85	88.2	—	7.8	158	84	140	84	180	70	180	70	134	80				
27			女	72	57	79	84.2	—	5.8	158	82	180	82	180	108	180	108	127	88				
28			男	47	108	138	114.4	—	8.8	122	80	180	88	180	104	180	104	140	108				
29			女	83	48	111	88.8	—	3.8	158	80	144	102	180	104	180	104	150	112				
30			女	83	47	138	78	—	5.4	170	110	180	82	180	102	180	102	134	80				
31			男	88	82	132	87.8	—	5.4	122	88			180	108	180	108	128	82				
32			女	87	47	73	88.8	—	2.8			180	88	140	102	180	102	120	72				
33			男	72	48	138	88.8	—	3.8			128	82	140	100	180	100	128	80				
34			男	59	47	112	87.8	—	5.7			138	84	170	102	180	102	148	100				
35			男	83	48	84	87.2	—	8.4			128	82	124	100	120	100	120	84				

図 41 血圧評価表

- 継続受診者の血圧変化、I 度高血圧以上の経年変化、健診中断者の実態（血圧）

「継続受診者の血圧変化」、「I 度高血圧以上の経年変化」、「健診中断者の実態（血圧）」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。

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。

- ②服薬治療開始しているが、血圧コントロール不良者の服薬、生活習慣等の状況
- ②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
- ②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と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。

- 高血圧の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 月稼動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。

## （２）糖尿病の保健指導計画

### ア 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、

- 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性疾患などを認める場合が少なくない。
- 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。
- 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。

## イ 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方針」の糖尿病に関する目標項目の優先順位で確認します。

- 糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少
- HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少
- 糖尿病治療継続者の割合の増加
- 糖尿病有病者の増加の抑制

## ウ 保健指導の目標達成のための対象者の明確化

### (ア) 健診受診者の HbA1c の状況を見る

HbA1c は、採血時から過去 1、2 カ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）p48「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）p25「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。

(イ) 保健指導の対象となる人を HbA1c の状況(治療・未治療別)

目標ごとにグループを決め、その対象者数をみます。

- ① 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
- ② グループ HbA1c が JDS 値 8.0% (NGSP 値 8.4%) 以上の者の割合の減少
- ③ グループ 糖尿病治療継続者の割合の増加
- ④ グループ 糖尿病有病者の増加の抑制

グループ	HbA1c (JDS)	優先 順位	備考
①	9.0 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
②	8.0～8.9	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
③	7.0～7.9	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
	6.5～6.9	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
	6.1～6.4	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
④	5.5～6.0	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

(ウ) 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。(図 41)

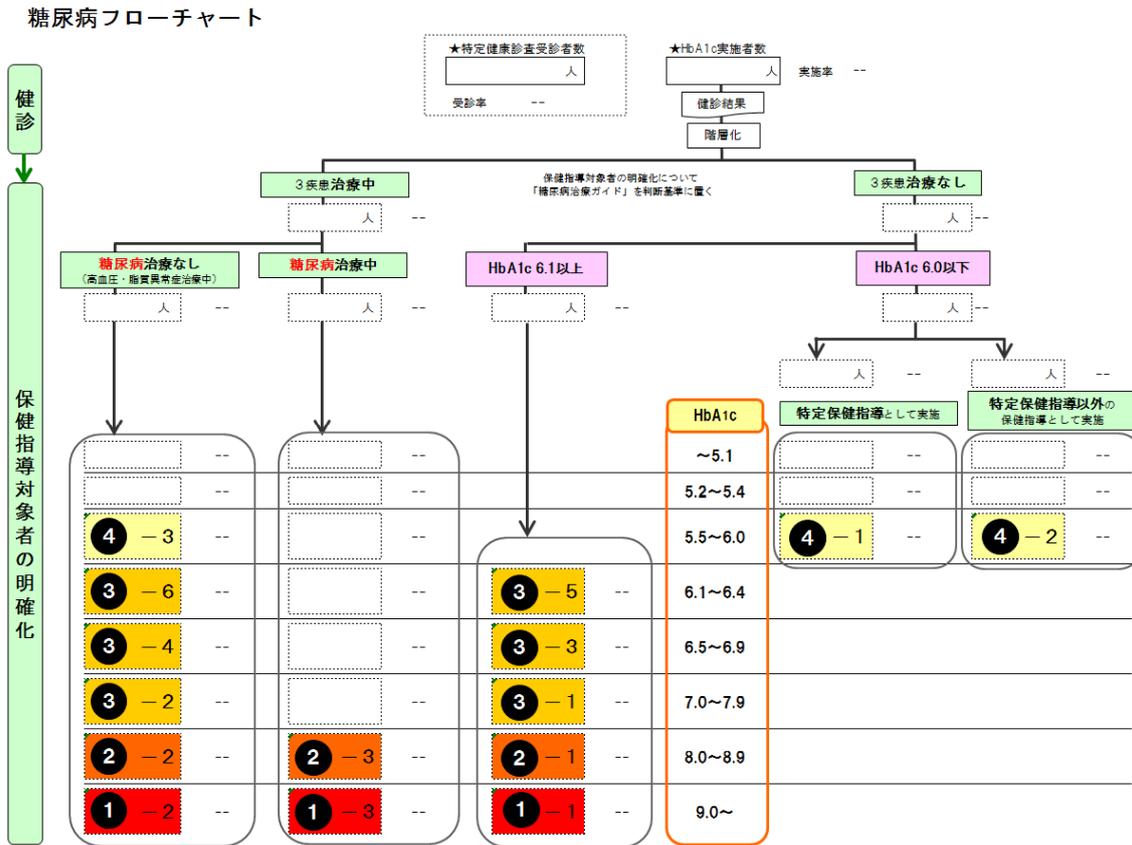


図 42 糖尿病フローチャート

(エ) 保健指導対象者名簿（健診結果一覧表）を作成する

① ~ ④ 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。名簿は、第 2 章 3（1）ウ（オ）と同様です。

## エ 保健指導の実施

(ア) 保健指導の準備

① 健診結果・検査結果一覧を作成



④ 個々に合わせた学習教材を準備する

第2章.3.(1).工.(ア).④と同様。

学習教材例としては、下記のを準備します。

例：①-1 グループ HbA1c9.0%以上で未治療のグループ

- 「(糖-2) 検査値 (HbA1c) を記録してみましょう」
- 「(糖-12) 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」
- 慢性合併症の資料
  - ① 「(糖-36) 眼 (網膜症)」
  - ② 「(糖-37) 糖尿病性神経障害」
  - ③ 「(糖-43) 糖尿病性腎症の経過」
- 「(糖-3) 高血糖を考える経過表」

(イ) 保健指導の実施

第2章.3.(1).工.(イ)と同様に糖尿病の指導を行う。

(ウ) 保健指導の記録

第2章.3.(1).工.(ウ)と同様に糖尿病の記録を行う。

(工) 保健指導の評価

糖尿病の保健指導の評価は、第2章.3.(1).工.(工)と同様に評価を行います。

- HbA1c 評価表

「HbA1c 評価表」を用いて、翌年度の健診結果により判断されます。

- 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

を把握します。

- 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

「継続受診者の HbA1c 変化」(図 44)、「HbA1c6.1 以上の年次変化」、「健診中断者の実態」(図 45)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。

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					未受診 (中断)
HbA1c6.1以上 人	6.0以下	6.1~6.4	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上	
--	--	--	--	--	--	--
6.1~6.4	--	--	--	--	--	--
6.5~6.9	--	--	--	--	--	--
7.0~7.9	--	--	--	--	--	--
8.0以上	--	--	--	--	--	--

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	--	--	--	--	--	--
6.1~6.4	--	--	--	--	--	--
6.5~6.9	--	--	--	--	--	--
7.0~7.9	--	--	--	--	--	--
8.0以上	--	--	--	--	--	--

図 44 継続受診者の HbA1c 変化

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。

- 服薬治療開始しているが、血糖コントロール不良者の服薬、生活習慣等の状況
- 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。

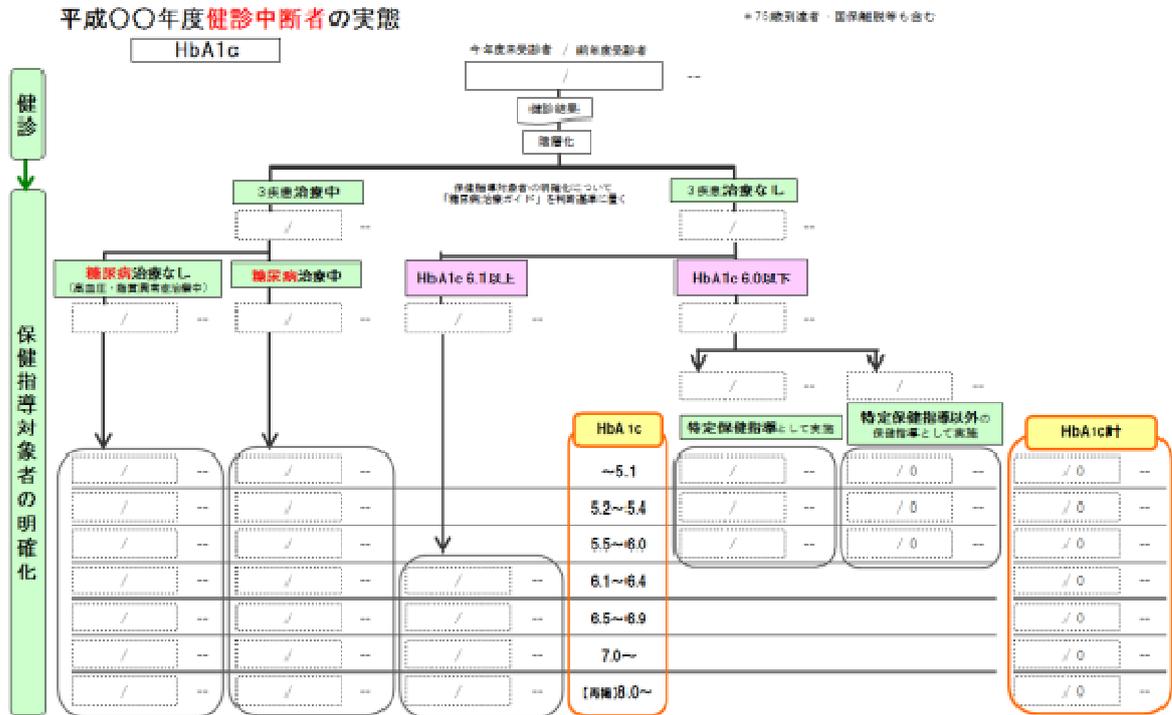


図 45 健診中断者の実態

- 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と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。

- 糖尿病疾病管理台帳の整備

第 2 章.3.(1).工.(工) ● 高血圧の疾病管理台帳と同様に糖尿病疾病管理台帳の整備に取り組みます。

### (3) 慢性腎臓病の保健指導計画

#### ア 保健指導の基本的考え方

慢性腎臓病(CKD: Chronic Kidney Disease)は末期腎不全 (ESKD: end-stage Kidney Disease)・心血管疾患のリスクが高く、特に、ESKDは透析や移植を必要とし、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。

CKDの重要性として、日本腎臓病学会「CKD診療ガイド2012」では、

- 世界的に ESKD による透析患者が増加しており、医療経済上も大きな問題である。
- 糖尿病、高血圧などの生活習慣病が背景因子となって発症する CKD が多い。
- CKD は ESKD・心血管疾患のリスクが高く、国民の健康を脅かしている。

とあります。慢性腎臓病の保健指導においては、健診結果(蛋白尿・血清クレアニンに基づく推算糸球体濾過率 eGFR) を入り口として、

- 今の自分の値が慢性腎臓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支援し続けること。

を目的とします。そのことが対象者の QOL 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。

## イ 保健指導の目標設定

慢性腎臓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方針」の糖尿病に関する目標項目で確認します。

- 糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少

## ウ 保健指導の目標達成のための対象者の明確化

(ア) 健診受診者の蛋白尿と GFR の状況を見る。

新規透析導入患者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うため、

- 日本腎臓病学会「CKD 診療ガイド 2012」

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。

(イ) 保健指導の対象となる人を CKD の状況（重症度分類）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。（図 46）

(ウ) どのグループのどこにいるか優先すべき対象者を明確にする。

- ➡ 保健指導対象者名簿（健診結果一覧表）を作成する。

## エ 保健指導の実施

(ア) 保健指導の準備

第 2 章. 3.(1).エ. (ア) と同様に行う。

CKD該当者の治療状況をみると

尿検査・GFR共に実施 0人				A1	A2		A3
				(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
治療なし 0人				0人	0人	0人	0人
				--	--	--	--
	G1	正常 または高値	90以上	0人	0人	0人	0人
				--	--	--	--
	G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	0人	0人	0人	0人
				--	--	--	--
	G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	0人	0人	0人	0人
				--	--	--	--
	G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	0人	0人	0人	0人
				--	--	--	--
G4	高度低下	15-30 未満	0人	0人	0人	0人	
			--	--	--	--	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0人	0人	0人	0人	
			--	--	--	--	
治療中 0人	G4	高度低下	15-30 未満	0人	0人	0人	0人
				--	--	--	--
	G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	0人	0人	0人	0人
				--	--	--	--
	G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	0人	0人	0人	0人
				--	--	--	--
	G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	0人	0人	0人	0人
			--	--	--	--	
G1	正常 または高値	90以上	0人	0人	0人	0人	
			--	--	--	--	
				0人	0人	0人	0人
				--	--	--	--
				A1	A2	A3	

保健指導を優先すべき対象は？

		総数	40代	50代	60代	70-74歳
治療なし 0人	①グループ 重症度分類：赤	0人	0人	0人	0人	0人
			--	--	--	--
	②グループ 重症度分類：オレンジ	0人	0人	0人	0人	0人
			--	--	--	--
治療中 0人	③グループ 重症度分類：黄色	0人	0人	0人	0人	0人
			--	--	--	--
	④グループ 重症度分類：緑	0人	0人	0人	0人	0人
			--	--	--	--

\*尿検査・GFR共に実施した者で計上

図46 慢性腎臓病分類表

(イ) 保健指導の実施

第2章.3.(1).工.(ア)と同様にCKDの指導を行う。

(ウ) 保健指導の記録

第2章.3.(1).工.(ウ)と同様にCKDの記録を行う。

(工) 保健指導の評価

CKDの保健指導の評価は、第2章.3.(1).工.(工)と同様に評価を行います。

- HbA1c 評価表

CKDの評価は、翌年度の健診結果により判断されます。

- ① 健診受診状況
- ② eGFR 値、尿蛋白

- 慢性腎臓病疾病管理台帳の整備

第2章.3.(1).工.(工) ●高血圧の疾病管理台帳と同様に糖尿病疾病管理台帳の整備に取り組みます。

**(4) 栄養・食生活の保健指導（食の学習）計画**

ア はじめに

平成 12 年から 24 年までの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（健康日本 21）は、全部改正され、平成 25 年 4 月から新たに健康日本 21（第 2 次）がスタートします。基本的な方針は、「ライフステージに応じて」、「目標達成と事業の効率的な実施の観点から、特定健診等実施計画と一体的策定」とあります。

第二期特定健診等実施計画の「栄養・食生活の保健指導計画」策定にあたり、第一期 5 年間の実践で住民の方から学んできたことを、健康日本 21（第 2 次）の考え方で整理し、課題設定するとともに、課題解決のための実践においては標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）の考え方を踏まえるものとします。

#### イ 第 2 次健康日本 21 における医療保険者の役割

国が設定する目標 53 項目のうち、医療保険者が関係するのは 15 項目です。

医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」なので、特定健診・保健指導を中心とした健康づくり対策で、生活習慣病の発症予防と重症化予防を徹底し、生活習慣病に関する目標の達成を目指します。

#### ウ 生活習慣病と生活習慣との関係

世界保健機関（WHO）の「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」によると、心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患および糖尿病を中心とする非感染性疾病（NCD）は、予防可能であり、心臓疾患、脳卒中、2 型糖尿病の 80% まで、また 1/3 以上のがんは、これらの疾患に共通する危険因子（主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒）を取り除くことで予防できるとしています。

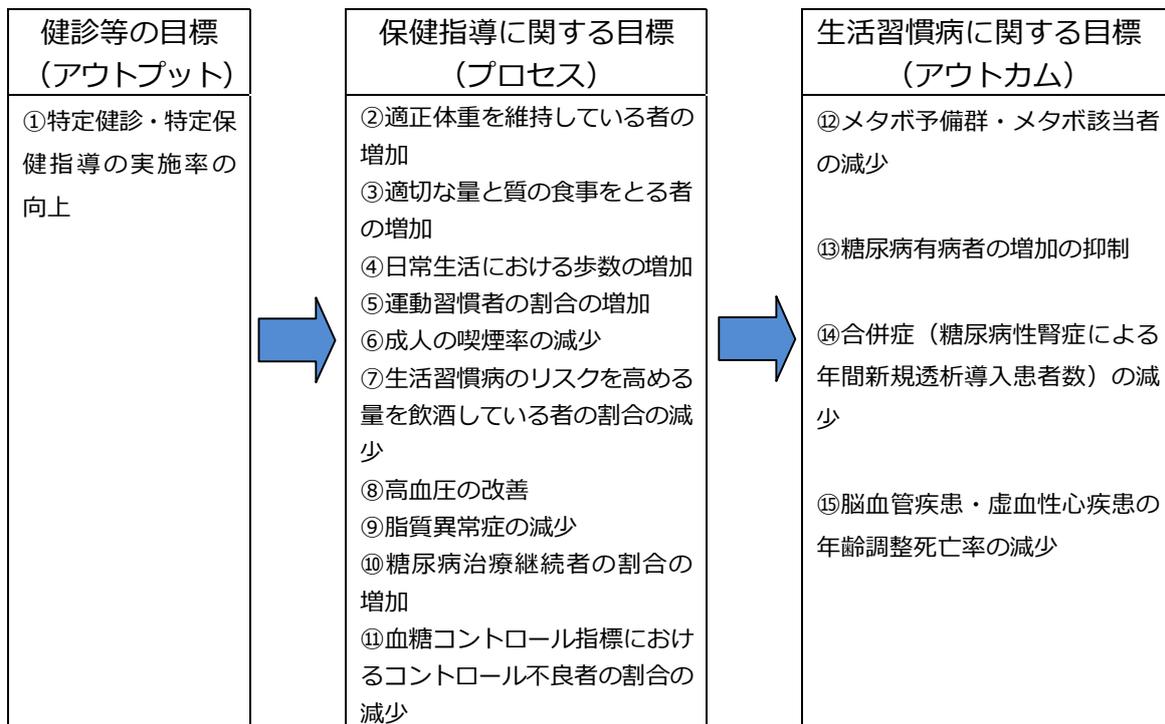


図 47. 医療保険者が関係する目標項目

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確かな情報提供が必要となります。栄養・食生活の保健指導においては、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（家庭、保育所、学校、職場、地域等）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していきます。

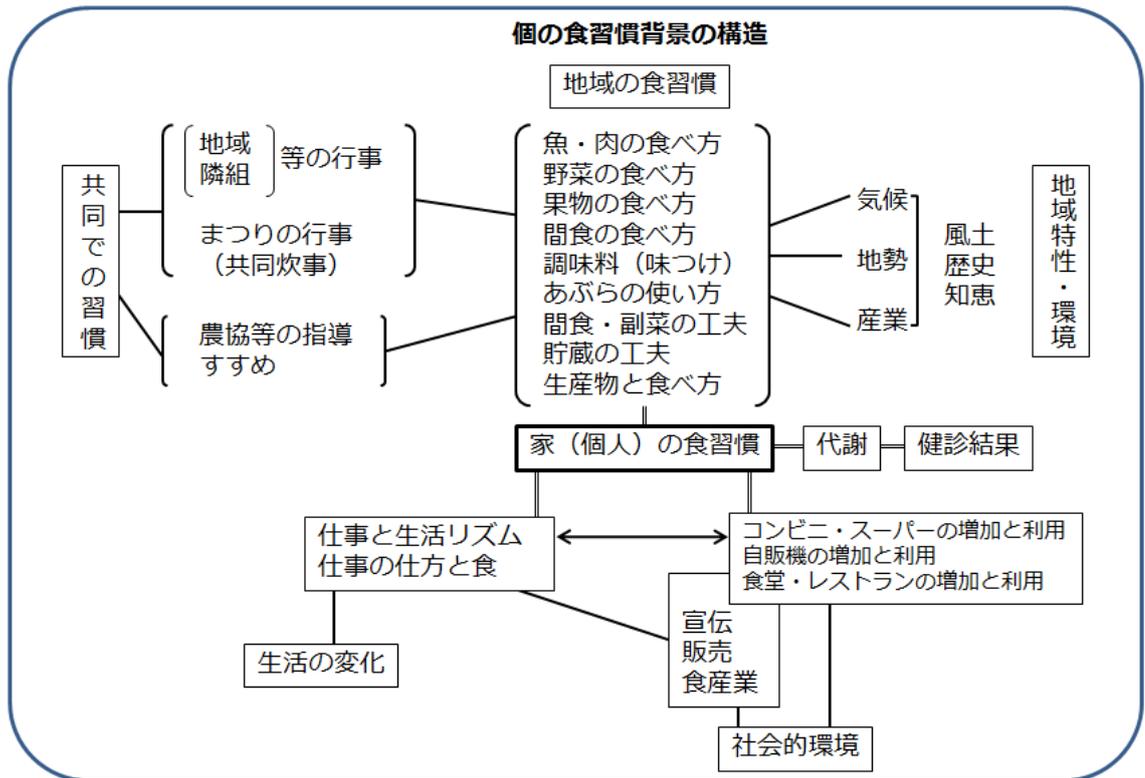
「個の食習慣背景の構造」に基づき、実態を構造的に把握することで、地域の実情に合った食の学習の課題設定をしていきます。

## 工 栄養・食生活の保健指導の基本的な考え方をどこにおくか

- (ア) 健康日本 21（第 2 次）の考え方で、特定健診・保健指導に共通してきたところ

平成 19 年 4 月に国から提示された標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）には、「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」であったこれまでの保健指導を、「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」内容に、「画一的な保健指導」を「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」の方法に転換するよう記載されています。



健康日本21と地域保健計画より

図 48. 個の食習慣背景の構造

健康日本 21（第 2 次）の推進に関する参考資料では、栄養・食生活は、「生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みである」と書かれています。

栄養とは細胞での代謝活動を指し、それに必要な物質を栄養素といっています。特定健診の検査項目、データから自分の栄養状態をみることができます。

第二期の保健指導の実践においては、健診受診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て、細胞での代謝活動を最適の状態にするために、自分に合った食品の選択が自らできるよう支援することを基本にします。

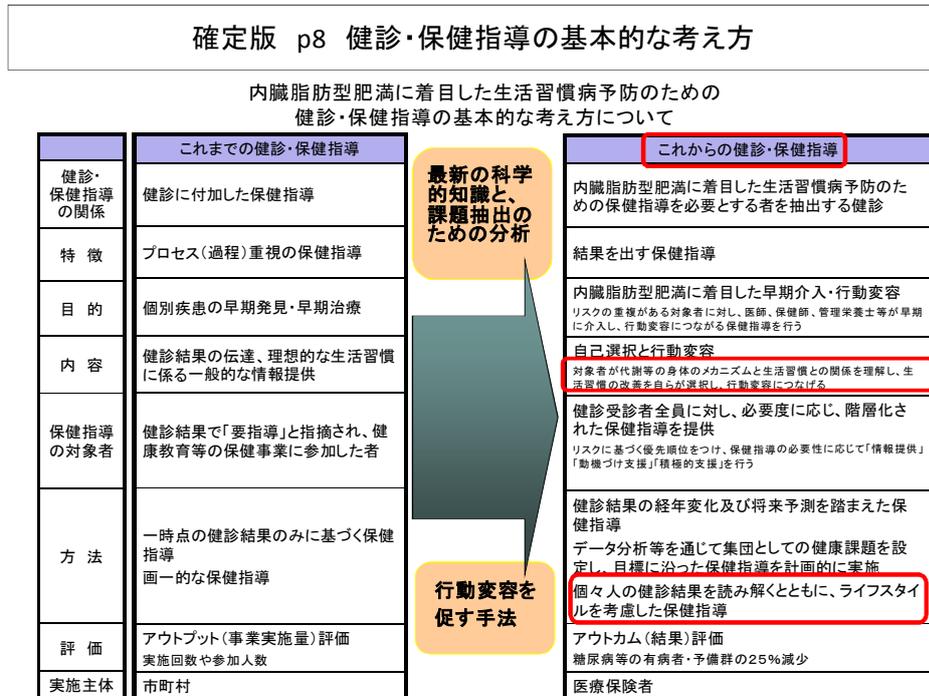


図 49. 特定健診・保健指導の基本的な考え方

(イ) 目標達成のためのプロセスを考えると、何を参考とするか

目標 アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>○メタボ予備群・メタボ該当者の減少</li> <li>○糖尿病有病者の増加の抑制</li> <li>○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</li> <li>○脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少</li> </ul>
-------------	---



目標に向かうプロセス	A 健康日本 21（第2次）の 推進に関する参考資料	B 標準的な健診・保健指導プログラム （確定版）p 8 の考え方での実践の 流れ
栄養状態を みる視点  ↓	適正体重を維持しているか 肥満 (BMI25 以上)、やせ (BMI18.5 未満)	健診データを代謝の視点で読み取る 細胞での代謝活動を栄養という。 それに必要な物質を栄養素という。
食物摂取 適正な量と質 の食事のため に何をどれだけ 食べたらいいか  ↓	① 主食・主菜・副菜がそろった食事が1日2回以上 食生活指針、食事バランスガイドにも主食・主菜・副菜等の料理で1日の適量が示されており、個々の栄養素の目標を設定するよりも包括的で、国民にとっても実践しやすい目標である。 ② 食塩摂取量 8 g ③ 食物繊維等の適量摂取のため1日あたり野菜 350 g ④ 果物摂取量 100 g	① 健診結果と食品（栄養素）を結びつける ② 健診データでインスリンの仕事を考える ③ 総エネルギー量と三大栄養素のバランスからみた私の食品の基準量 ④ 健診結果に基づいた生活習慣病予防のための食品の基準量 生活習慣病に関係する各学会ガイドラインを基に作成
食行動  ↑	共食の増加	① 自分の食べ方を資料で確認 ② 食品の特徴（※）を理解し、選択 ※脂・糖分・塩分の見当をつける
食環境	食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業の数及び飲食店の数の増加	

特徴として 考えられる こと	主食・主菜・副菜等の料理の組み合わせを重視し、適正体重かどうかで評価	健診結果から、血液の質を良くするための食品の基準量を学び、評価は健診結果経年表で行う
----------------------	------------------------------------	--

結論	目標に向かう学習プロセスがなく、評価も体重のみなので、アウトカム評価ができない	健診データと食品（栄養素）の学習 ⇒ 自己選択 ⇒ 食行動変容 ⇒ 血液データの改善というプロセスがあり、アウトカム評価ができる
----	---	--

Bの標準的な健診・保健指導プログラム（確定版） p 8にあるの「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」、「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」の考え方に添った実践で行うこととします。

(ウ) 保健指導に使用する学習教材

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版） p 69 では、「保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が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である。保健指導の重要な点は、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することであり、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援することである」と書かれています。

また、保健指導の際に使用する対象者に必要な情報（学習教材）については、 p 16 で、

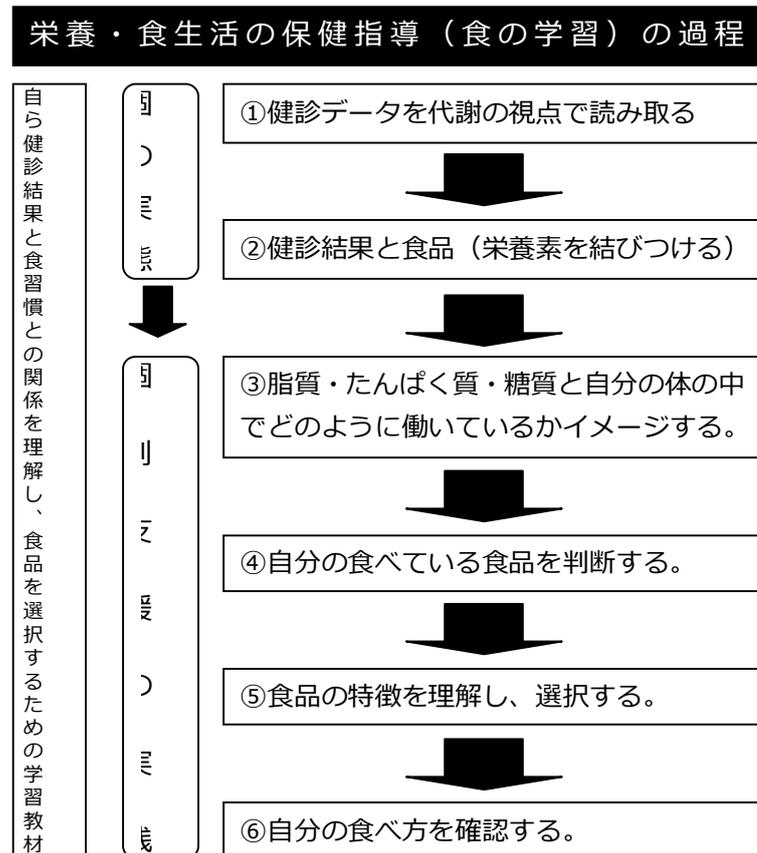
- 生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、効果的な学習教材が必要であり、対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせて適切に活用できる学習教材の開発が必要である。
- また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することは当然であり、常に最新のものに更新していくことが必要である。
- 具体的には、実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例をもとに事例検討会などを実施することが必要であり、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められている。

とあります。

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。

(工) 学習教材を使った栄養・食生活の保健指導（食の学習）の過程



(オ) 実態から食の学習の流れを考えてみました

① 栄養状態からみた南富良野町の課題

南富良野町の場合、特定健診データ(H22)から道の平均を上回っている検査項目は、収縮期血圧は受診者の50.6%、BMI 25以上は受診者の32.8%、腹囲径33.2%で、血圧高値状態を解決することがまず優先課題となります。

血圧高値に関する保健指導においては、

- 内臓肥満状態によるインシュリン抵抗性によって血圧高

値状態になること

- 血圧が上がる原因を把握した上で、食事による過剰なナトリウム摂取による血液量の増加により血圧高値状態になること

このことを住民の方に理解してもらうために、高血圧を入り口として食の学習の流れを作ります。

## ② 食物摂取・食行動からみた南富良野町の課題

南富良野町民の実態をみてみると、

- 山間部にある南富良野町から生み出される食材とそれを使った料理とは？
  - ☞ 寒暖差のある地形で育つじゃがいもを使った料理（じゃがバター、カレーライス、豚汁）
  - ☞ 山の恵み、山菜やきのこを使った料理（山菜の天ぷら、きのこの天ぷら）
- 南富良野町民にとっての冬の保存食とは？
  - ☞ 漬物（白菜、大根、きゃべつ、にんじん）

これら2つの実態から

血圧高値に関する保健指導においては、調理に使う油量を判断できる学習、漬物の塩分量を判断できる学習、自分の基準量を知る学習が必要となります。

- 普段食べているものの特徴を確認し、健診結果と結び付けていく
- 既存の学習教材集（食ノート）にない南富良野町独特の食品の資料を作る。漬物のレシピを住民から聞き取り、作った資

料で学習し、意見をもらいながら修正していく。

- 各ライフステージ別に自分の基準量を知る学習の継続

### ③ 食環境からみた南富良野町の食

食環境の目標・評価として国は、「食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業の数及び飲食店の数の増加」を置いています。一方、南富良野町の食環境は、

- 食料品店、自宅宅配、移動販売
- ベーカリーショップ
- コンビニエンスストア
- 飲食店（居酒屋、レストラン等）
- 近隣市町村にある食料品店、コンビニエンスストア

という状況です。町内にある店の数は少なく、多くは小規模です。

このような食環境の下、健診結果を読み取る際は、南富良野町民の食習慣背景を構造的に捉えることが求められます。したがって、食の学習内容は献立・料理ではなく、個の健診結果⇔個（家）の食習慣⇔地域の食習慣を結びつけ、選択力を身につける学習と資料を作っていくことが求められます。そのことを通して、南富良野町民が塩分・脂・糖分の見当をつけ、自分に合ったものを選択することができるよう支援することを中心に置きます。

### （カ） 栄養・食生活の保健指導（食の学習）の評価と保健指導実施者の資質の向上

食の学習の目標は、細胞での代謝活動を最適の状態にすることにあります。健診結果から代謝活動としての血液の質をみるができるということを住民が理解し、継続受診につながるよう支援します。

自らの健康問題に気づき、自分自身で解決方法を見出していく過程を支援し続けることで、住民主体の保健指導の質を高めます。そしてその評価は健診結果の経年変化で行います。

## 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

表 31 特定健診実施率・保健指導実施率

	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	68.0%	68.5%	69.0%	69.5%	70.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

### 3 対象者数の見込み

表 32 特定健診対象者数・保健指導対象者

	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	520人	524人	526人	528人	530人
特定健診受診者数	312人	315人	316人	317人	318人
特定保健指導対象者数	35人	34人	33人	32人	31人
特定保健指導実施者数	26人	26人	26人	25人	25人

### 4 特定健診の実施（参考）平成24年度

#### (1) 実施形態

健診の実施については、5～6月および10月に集団健診をしています。さらに、集団での健診日に都合がつかない方に対しては、町内医療機関にて個

別に特定健診を実施しています。また、現在、生活習慣病で治療している方は、富良野医師会に所属している医療機関にて治療している場合は、血液検査の結果を情報提供することにより、特定健診に振り替えることを可能にしています。

## (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) 特定健診実施機関リストと健診場所

健診機関名	健診時期	健診会場
公益財団法人北海道結核予防会	5～6月	保健福祉センター、北落合除雪センター、落合地区多目的センター、下金山地区多目的センター、金山地区コミュニティセンター
公益財団法人北海道結核予防会	10月	保健福祉センター、下金山地区多目的センター
北海道厚生農業協同組合連合会	通年	旭川厚生病院
幾寅診療所	7月～1月	幾寅診療所
落合診療所		落合診療所
金山診療所		金山診療所
けん三のこことば館クリニック		けん三のこことば館クリニック

## (4) 特定健診受診者の自己負担額

特定健診受診で支払う自己負担の額は、0円です。

(5) 南富良野町内医療機関における特定健診について（個別健診）

南富良野町内各医療機関（けん三のこば館クリニック、幾寅診療所、落合診療所、金山診療所）と契約を締結しています。個別健診の項目範囲は、身体計測（身長、体重、腹囲）、血圧、採血（中性脂肪、HDL コレステロール、AST、ALT、 $\gamma$ GT、空腹時血糖または随時血糖、HbA1c、LDL コレステロール、赤血球、ヘマトクリット、血色素、血清尿酸、血清クレアチニン）、尿検査（尿蛋白、尿糖）、診察、心電図検査です。

(6) 医療機関における血液検査データの提供について（情報提供）

富良野医師会との契約を締結しています。情報提供の必須項目範囲は、身体計測（身長、体重、腹囲）、血圧、採血（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、AST、ALT、 $\gamma$ GT、空腹時血糖または随時血糖、HbA1c）、尿検査（尿蛋白、尿糖）、診察、詳細項目範囲は貧血検査、ヘマトクリット、血色素、心電図、眼底検査、追加項目は尿酸、クレアチニンです。

(7) 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、4月に意向調査にて、健診受診について意向を確認しています。（表33）

表 33 健診実施スケジュール

4月		5月下旬～ 6月上旬	7月	10月20・ 21日	12月	1月	3月
意向調査	集団健診希望	特定健診 5地区 (下金山、金山、 落合、北落合、幾 寅)		特定健診 2地区 (下金山、幾寅)			
	個別健診希望		 幾寅・落合・金山診療所・ けん三のこことば館クリニック				
	情報提供希望		 富良野医師会所属の医療機関				
個別健診 (JA 職員) 旭川厚生病院							

## 5 保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施し、保健指導係の保健師・栄養士が行います。

### (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。

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

健診から保健指導実施へのフローチャート（平成23年度実績）

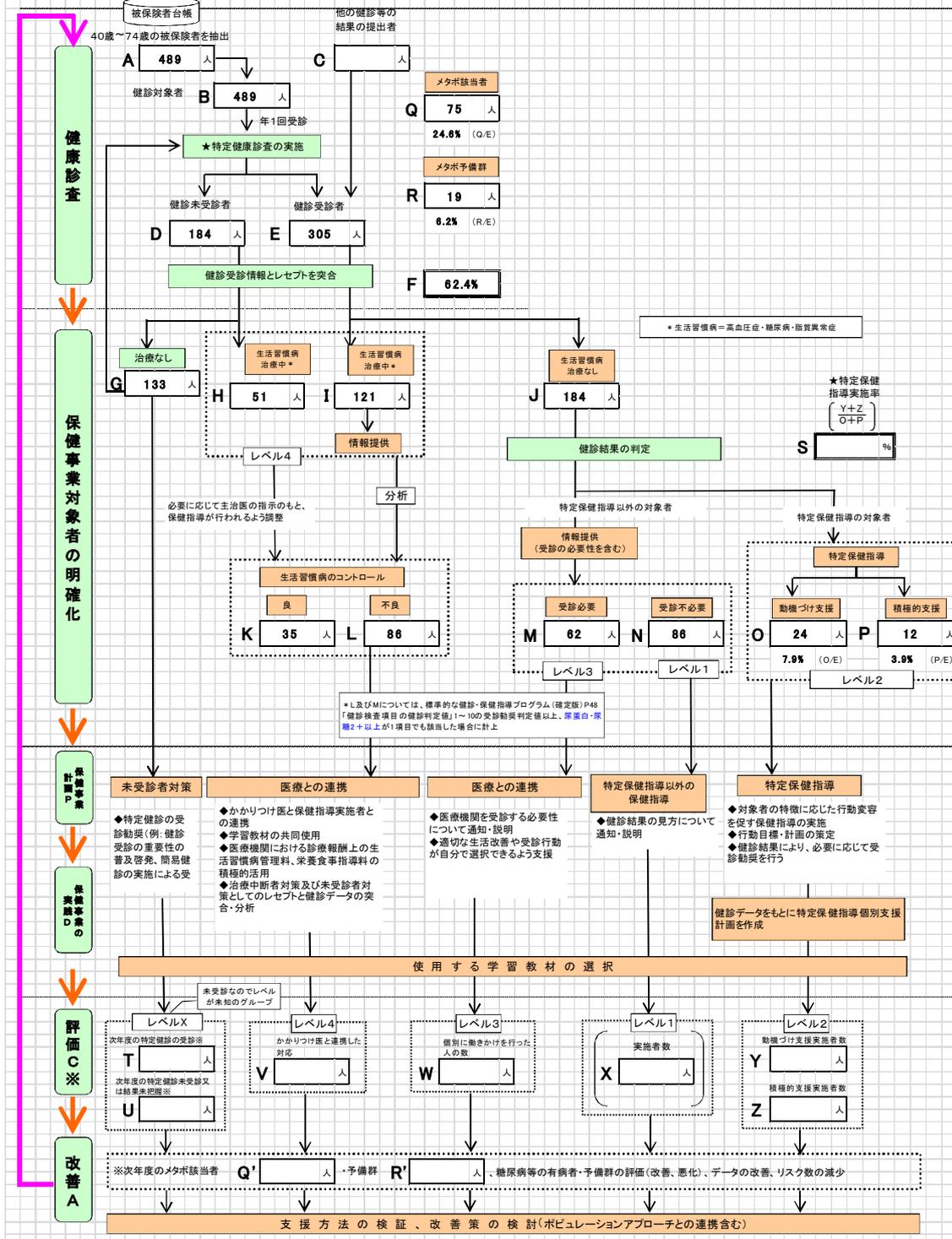


図 50 健診から保健指導実施へのフローチャート

(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

表 34 要保健指導対象者の見込み、選定、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 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	40人 (8.0)	60.0%
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	60人 (12.0)	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、簡易健診の実施による受診勧奨)	180人 ※受診率目標達成までにあと18人	20.0%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	90人 (18.0)	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	90人 (18.0)	70.0%

(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



(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、示しました。



図 52 学習教材

これらの学習教材を基に対象者に応じて使用していきます。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) 保健指導実施者の資質向上

健診・保健指導を計画的に実施するために、まず健診データ、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められます。

具体的には、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考えることが必要となります。

平成25年10月稼働予定の国保データベース(KDB)システムでは、健診・医療・介護のデータを突合できることから、集団・個人単位での優先的な課題設定が容易になることが期待されます。その力量アップのため、健診データ・レセプト分析から確実な保健指導に結びつける研修に積極的に参加していきます。

(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。

確定版 p 110 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、医療従事者が行った「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健康増進の達成、予防率の向上、また、医療費適正化の観点から評価を行うことになる。

評価の項目	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)
	やっていたこと	評価可能な形式 (健康状態改善で評価できるもの)	①特定健診実施率(%)	②特定保健指導実施率(%)	③特定保健指導実施率(%)	④保健指導の実施率(%)	⑤⑥⑦	保健事業を実施するための仕組みや体制
経過								
過程								

図 53 保健師・栄養士ごとに作成する評価表 (例)

## 第4章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

### 1 特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

### 2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。保存期間は5年、加入者が他の保険者に移動した場合は翌年度の末日となるが、保存期間満了後は加入者の求めに応じて提供するなど、生涯にわたり健康情報を活用し、自己の健康づくりに役立てられるよう努める。

### 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、従業員の監督、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**

特定健康診査等実施計画は、すこやかみなみふらのと同時に南富良野町ホームページに掲載します。