

第2期 特定健診等実施計画

増毛町国民健康保険

第2期 特定健康診査等実施計画

もくじ

序章 制度の背景について	1
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 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）実施に関する目標と取り組み状況	8
①特定健診受診率	8
②特定保健指導実施率	8
（2）成果に関する目標	9
①内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）減少率	9
（3）目標達成に向けての取り組み状況	9
①健診実施率の向上方策	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	10
第2章 第2期計画に向けての現状と課題	12
1 医療費分析からみた増毛町の特徴	12
（1）年齢・性別による医療費（入院、入院外）の傾向	12
①入院、入院外の状況	12
②高齢化が医療費に与える影響	13
③男女別の傾向	15
（2）増毛町の疾病の傾向	17
2 第1期計画の実践からみえた被保険者の健康状況と特徴	20
（1）糖尿病	20
（2）循環器疾患	20
（3）高コレステロール	21
（4）共通する課題（生活習慣の背景となるもの）	23
第3章 特定健診・特定保健指導の実施	24
1 特定健診実施等実施計画について	24
2 対象者数の見込みと目標値の設定	24
3 特定健診の実施	24
（1）実施形態	24
（2）特定健診委託基準	24
（3）健診実施機関リスト	24
（4）委託契約の方法、契約書の様式	25
（5）健診委託単価、自己負担額	25
（6）健診の案内方法、健診実施スケジュール	25

4 保健指導の実施	25
（1）健診から保健指導実施の流れ	25
（2）要保健指導対象者の選定と優先順位・支援方法（平成25年度）	25
（3）生活習慣予防のための健診・保健指導の実践	26
（4）保健指導の評価	26
5 特定健診受診率の目標達成と、効果的な特定保健指導の実施に向けた事業計画の策定について	26

第4章 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存	27
1 特定健診・保健指導のデータの形式	27
2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	27
3 個人情報保護対策	27

第5章 結果の報告	27
1 支払基金への報告	27

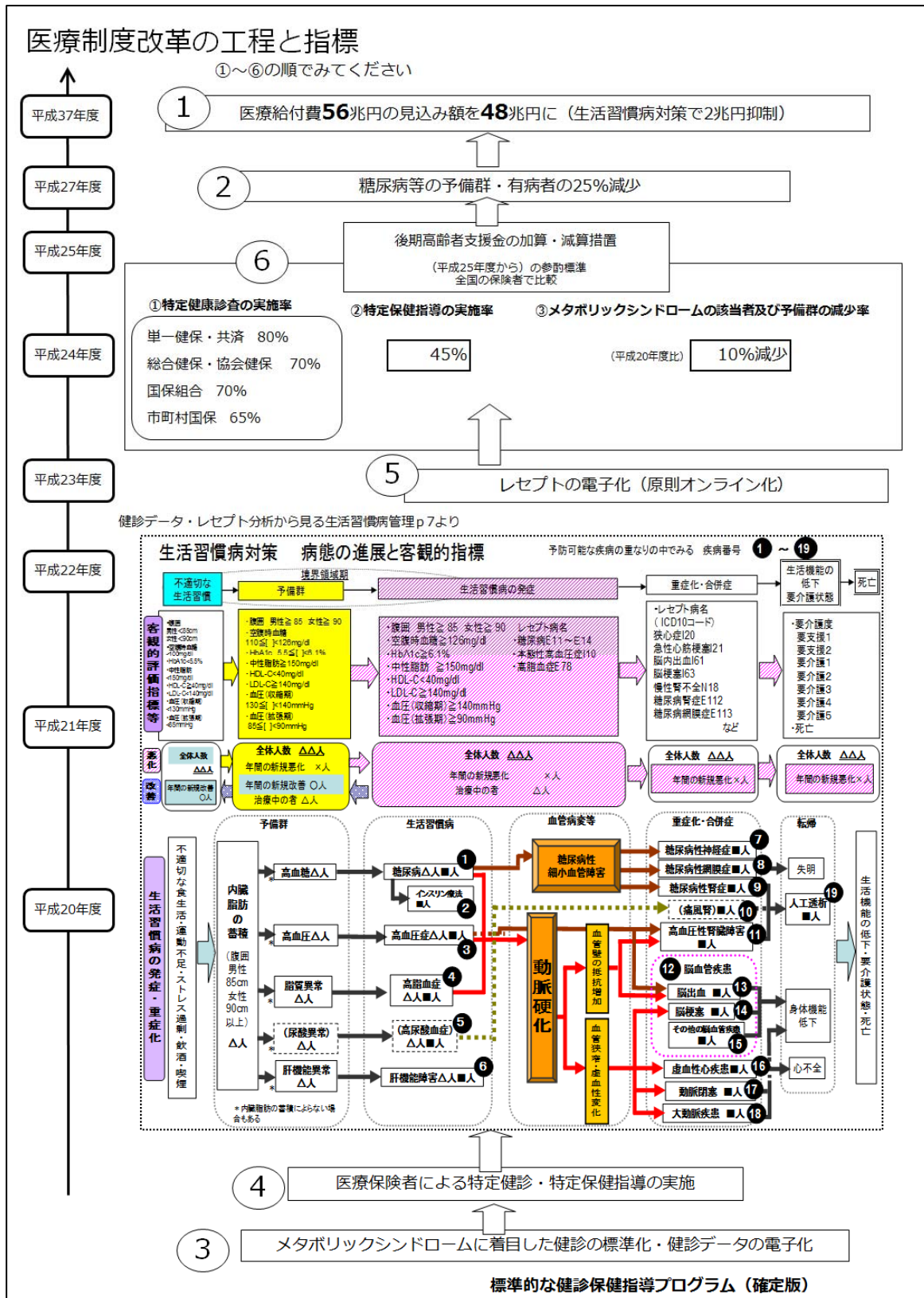
第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知	27
-----------------------	----

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 医療制度改革の工程と指標

特定健診・保健指導は何を目指しているのか、国の大きな流れを示したものです。



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 年度に示された医療制度改革の中のひとつの動きです。

①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特定健診受診率・特定保健指導実施率に基づき後期高齢者支援金の加算・減算措置も行われることから、各医療保険者は受診率・実施率を向上させるために 5 年ごとに特定健診・保健指導の実施計画を見直すこととなっています。

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ました。単位は「兆円」となります。

1982 年、昭和 57 年に老人保健法が制定されました。国の税収 30 兆、社会保障費 30 兆、うち医療費は 12 兆で糖尿病 3,000 億円、虚血性心疾患 3,000 億円、脳血管疾患 9,000 億円、がん 8,000 億円です。

特定健診・特定保健指導がスタートした平成 20 年度は、国の税収 44 兆円、社会保障費 94 兆円、医療費 29.6 兆円、糖尿病は 1.2 兆円、虚血性心疾患 8,000 億円、脳血管疾患 1.6 兆円、がん 2.9 兆円とそれぞれ老人保健法が始まった昭和 57 年と比べて、医療費は、2.4 倍となりましたが、そのうち糖尿病は 3.9 倍、虚血は 2.5 倍、脳は 1.7 倍、がんは 3.5 倍の医療費となっています。生活習慣病関連の医療費の伸びが大きいことと、合併症による障害で日常生活に大きな影響を及ぼすことから、糖尿病の予防を目標としたのだと理解できます。

社会保障と生活習慣病

年代	世界の動き	国の動き	国の財政		社会保障給付費										
			一般会計 税収決算額 (兆円)	一般会計 歳出決算額 (兆円)	長期債務残高 (国・地方) (兆円)	計 (兆円)	医療 (兆円)	主要疾患別医療費				年金 (兆円)	福祉・その他 (兆円)		
								糖尿病 (兆円)	虚血性心疾患 (兆円)	脳血管疾患 (兆円)	がん (兆円)				
1978 昭和53	WHOアルマタ宣言	第1次国民健康づくり運動	21.9	34.1	77.6	19.8	8.9							7.8	3.0
1982 昭和57		★老人保健法制定	30.5	47.2	154.1	30.1	12.4	0.3	0.3	0.9	0.8			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 （アクトエイブ80ヘルスプラン）	50.8	61.5	246.5	42.5	16.7	0.5	0.5	1.4	1.3			21.0	4.7
1996 平成8		「成人病」を、「生活習慣病」に公衆衛生審議会の提言を受け厚生省が改称	52.1	78.8	449.3	67.5	25.2	1.0	0.7	1.9	1.9			35.0	7.4
2000 平成12	世界の人口60億人に	第3次国民健康づくり運動 （健康日本21）	50.7	89.3	645.9	78.1	26.0	1.1	0.7	1.8	2.0			41.2	10.9
2003 平成15		健康増進法施行	43.3	82.4	691.6	84.3	26.6	1.1	0.7	1.7	2.5			44.8	12.9
2006 平成18		医療制度改革（予防重視、後期高齢者医療制度の創設）	49.1	81.4	761.1	89.1	28.1	1.1	0.7	1.9	2.5			47.3	13.7
2007 平成19		医療保険者における生活習慣病対策として、標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）の提示	51.0	81.8	766.7	91.4	28.9	1.1	0.7	1.8	2.7			48.3	14.2
2008 平成20	WHO「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」 4つの非感染性疾病（NCD；心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患）と4つの共通する危険因子（喫煙、運動不足、不健康な食事、過度の飲酒）の予防と管理のためのパートナーシップ	★特定健診・特定保健指導スタート	44.3	84.7	770.4	94.1	29.6	1.2	0.8	1.6	2.9			49.5	14.9
			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

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

図 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）

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

確定版で示された基本的な考え方です。

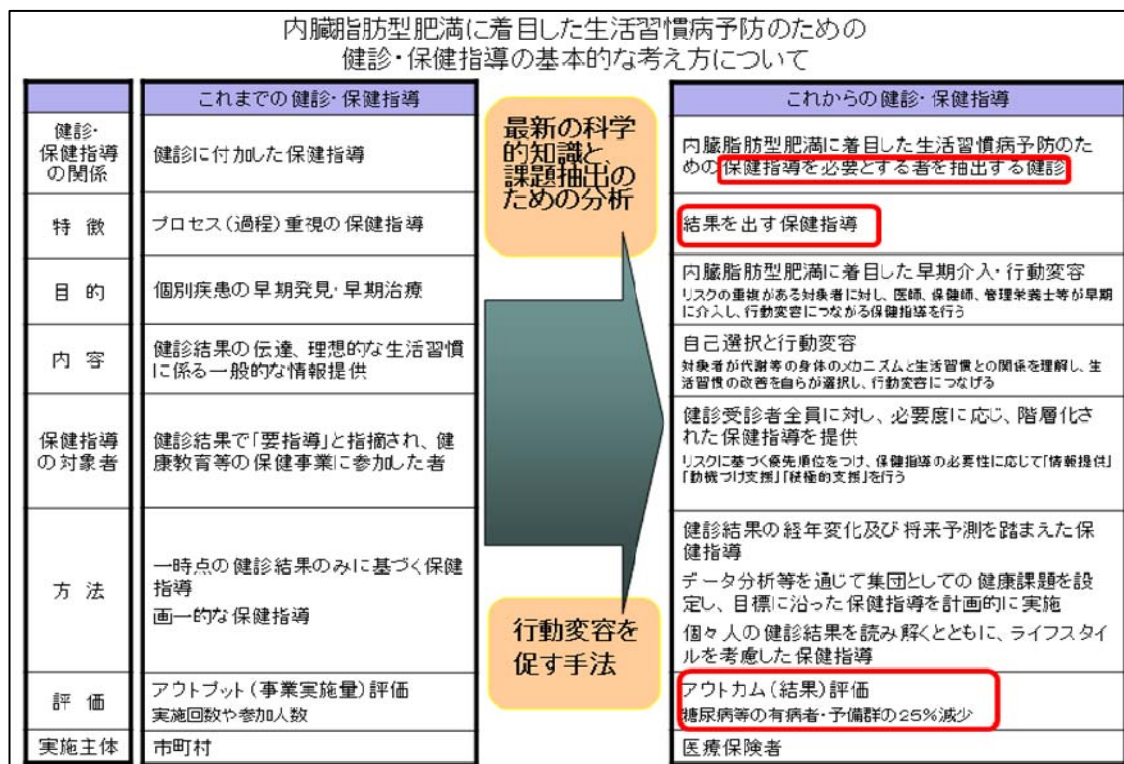
なぜ、内臓脂肪症候群に着目するのでしょうか？確定版第 2 編第 1 章にこのように書かれています。

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

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

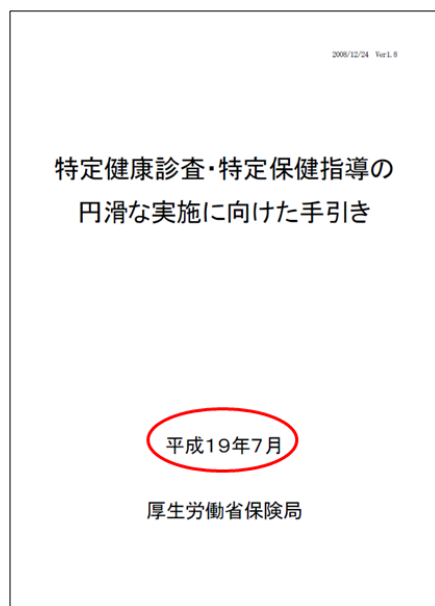
健診と保健指導の関係については、平成 19 年度までの健診・保健指導と平成 20 年度からの健診・保健指導について、確定版 p8 に整理されています。

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。



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

図 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き



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

また、第2期計画においても大きな制度等の変更はありません。

4 第2次健康日本21における医療保険者の役割

国の健康づくり施策（第2次健康日本21）の中で設定される目標項目 53 のうち、医療保険者が関係するのは、中年期以降の健康づくり対策のところになります。

医療保険者が関係する目標項目	
循環器疾患	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。

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？

[illegible]

第1章 第1期の評価

1 目標達成状況

(1) 実施に関する目標値と取り組み状況

① 特定健診受診率

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ることから、下記のとおり目標値を設定しました。

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	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%	65.0%
実績	18.4%	21.9%	24.0%	27.3%	33.2%

各年度の取り組み状況

- ・平成20年度：春と秋の集団健診、留萌市立病院での個別健診。
- ・平成21年度：春と秋の集団健診。
- ・平成22年度：春と秋の集団健診、ガン検診との同時開催。
- ・平成23年度：春と秋の集団健診、ガン検診との同時開催。
40代、50代への臨戸受診勧奨。郵送による受診勧奨。
- ・平成24年度：春と秋の集団健診、ガン検診との同時開催。
増毛市街診療所、留萌市内病院での個別健診。
郵便による受診勧奨。広報紙折り込みでの周知。

② 特定保健指導実施率

平成24年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることを目標として定められていることから、下記のとおり目標値を設定しました。

表 特定保健指導の実施状況（終了者の割合）

	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	20.0%	30.0%	40.0%	45.0%	45.0%
実績	38.7%	62.5%	57.6%	30.2%	82.4%

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23年度までの確報値と24年度見込みについて示しています。

各年度の取り組み状況

- ・平成20年度：結果を全員に郵送、要指導者に連絡し保健指導と運動教室。
- ・平成21年度：結果を全員に郵送、要指導者に連絡し保健指導と運動教室。
- ・平成22年度：結果を全員に郵送、要指導者に連絡し保健指導と運動教室。
- ・平成23年度：結果を全員に郵送、要指導者に連絡し保健指導。
- ・平成24年度：要指導者、要医療受診者には結果を郵送せず、呼び出しを行い保健指導。非対象者には郵送にて結果通知。

(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	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	○H25 納付分は、H24（=当該年度）／H20（=基準年度）とし、H26 以降の納付分は、前年／前々年（例えば H26 の場合は H25／H24） ○該当者及び予備群の数は、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	25人 13.0%	43人 19.5%	37人 15.6%	52人 20.0%	25人 7.8%
予備群	32人 16.7%	31人 14.0%	22人 9.3%	23人 8.8%	26人 8.1%

(3) 目標達成に向けての取り組み状況

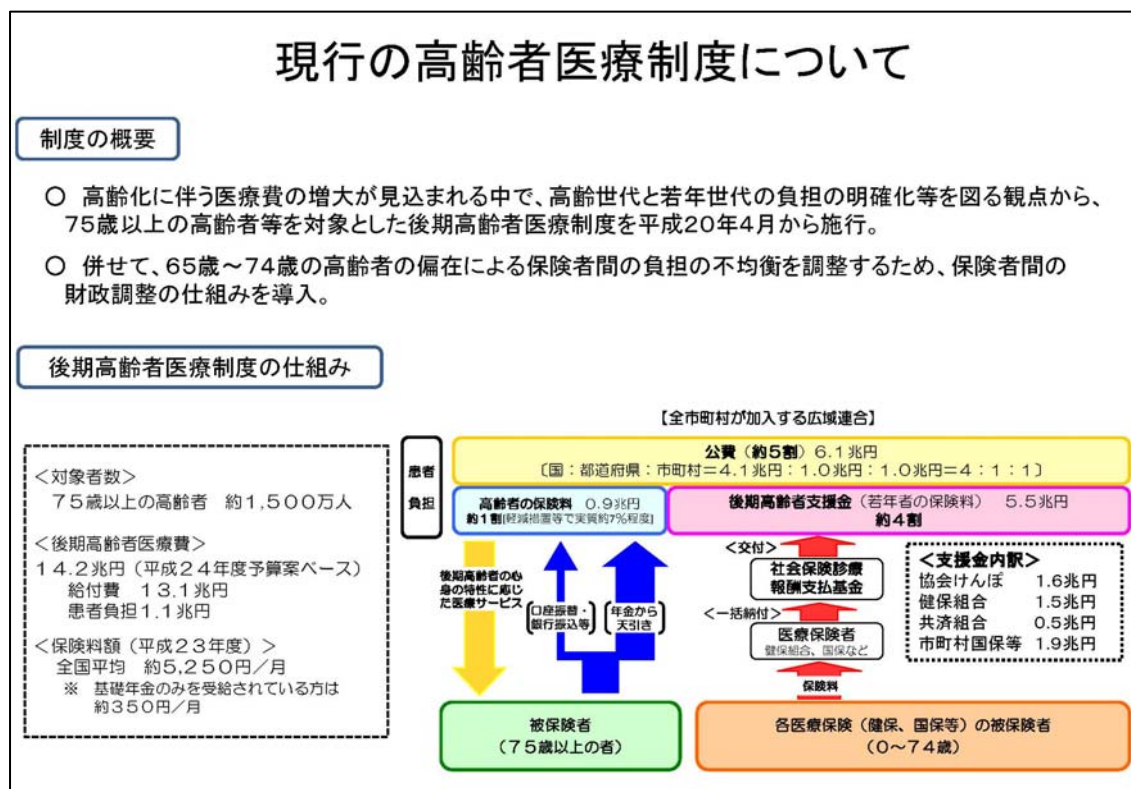
①健診実施率の向上方策

第1期計画最終年度の平成24年度に65%に設定した第1期計画でしたが、各年度において、目標値の半分程度の実施率でしかなく、目標達成に向けた取り組みは不十分だったため、第2期計画においては、目標達成に向けた具体的な行動を起こす必要があります。

2 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について

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

図 現行の高齢者医療制度について



支援金は、加入者1人当たりいくらという形で算定することとなっており（平成25年度概算では、1人あたり52,714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。

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。

第2章 第2期計画に向けての現状と課題

1 医療費分析からみた増毛町の特徴

平成23年度における増毛町国保加入者の一人あたりの年間医療費（療養諸費）は全道平均の1.15倍、52,000円程高く、市を除く町村平均と比較すると1.20倍、69,000円程度高額となっています。

表 一人あたりの年間療養諸費 (単位:円)

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
増毛町	339,773 ^㉞ (331,232) ^㉟ (466,013) ^㊱	378,934 [㉡] (368,149) [㉢] (576,790) [㉣]	382,166 [㉤] (374,398) [㉥] (497,884) [㉦]	401,286 [㉧] (401,484) [㉨] (398,255) [㉩]
北海道	326,967 (319,068) (441,046)	334,374 (329,851) (423,104)	341,885 (336,643) (436,135)	348,960 (343,418) (439,363)
道内町村	308,226 (302,187) (439,928)	314,168 (310,491) (414,739)	325,150 (336,643) (420,474)	332,039 (327,389) (437,183)

カッコ上段は一般分、下段は退職分 マルは順位

増毛町民の医療機関受診状況、疾病傾向等を推定するために、増毛町国保と後期高齢者医療保険に加入している方の平成22、23、24年5月診療分のデータを分析しました。

(1) 年齢・性別による医療費（入院・入院外）の傾向

①入院、入院外の状況

表 増毛町と北海道の入院件数、点数の比較（国保＋後期高齢）

		平成22年	平成23年	平成24年
増毛町	1,000人あたり件数	58件	62件	64件
	1人あたり点数	2,845点	3,228点	3,158点
北海道	1,000人あたり件数	44件	44件	45件
	1人あたり点数	2,200点	2,254点	2,337点
増毛町 北海道	件数	1.32	1.41	1.42
	点数	1.29	1.43	1.35

平成24年5月診療分の入院の件数、点数をみると増毛町は北海道平均よりも1.42倍、入院の件数が多く、被保険者1人あたりの入院にかかる点数は1.35倍となっています。

表 増毛町と北海道の入院外件数、点数の比較（国保＋後期高齢）

		平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年
増 毛 町	1,000 人あたり件数	9 2 0 件	9 9 1 件	1,0 3 0 件
	1 人あたり点数	1,4 3 8 点	1,5 5 9 点	1,6 7 3 点
北 海 道	1,000 人あたり件数	9 0 7 件	9 3 3 件	9 5 4 件
	1 人あたり点数	1,4 0 2 点	1,4 4 9 点	1,5 3 0 点
増毛町	件 数	1.0 1 倍	1.0 6 倍	1.0 8 倍
北海道	点 数	1.0 3 倍	1.0 8 倍	1.0 9 倍

平成 2 4 年 5 月診療分の入院外の件数、点数をみると増毛町は北海道平均と比べて、入院外の件数は 1.0 8 倍、被保険者 1 人あたりの入院外にかかる点数は 1.0 9 倍となっています。

このことより、増毛町の医療費は入院が原因で高額になっていることが分かります。

②高齢化が医療費に与える影響

①では増毛町は入院する割合が高く、医療費が高くなっている事を記しましたが、増毛町は北海道の中でも高齢化率が高く（平成 2 4 年 3 月 3 1 日現在 3 9.4 %、道内 8 位）、一般的に高齢な者ほど医療にかかる頻度が多くなるため、その点についても考慮が必要となります。

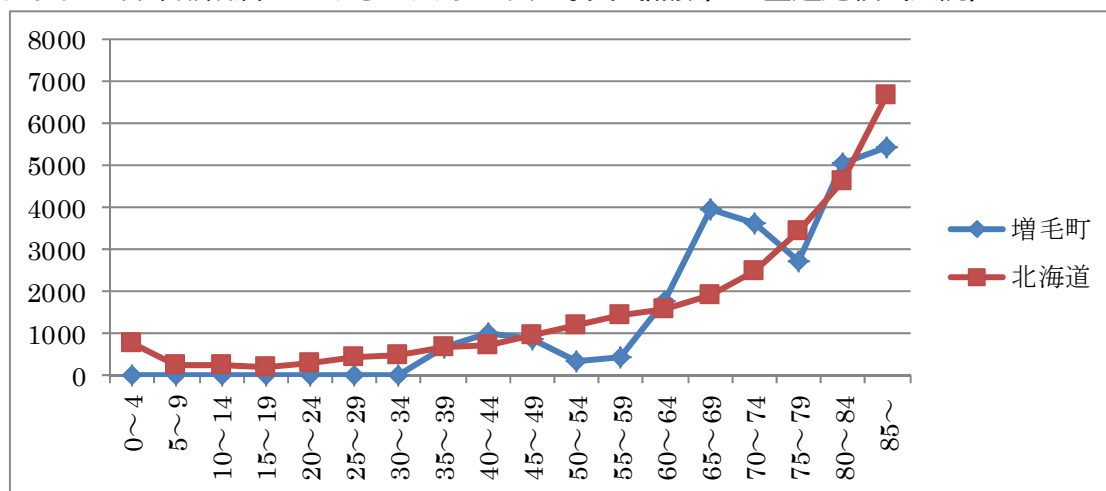
増毛町と北海道全体の国保と後期高齢者医療保険加入者 1 人あたりの医療費の平均を 0 歳から 5 歳刻みで比較しました。

表 各年齢階層における 1 人あたり医療費（点数）の全道比較（入院）

	0～4	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
増毛町	0	0	0	0	0	0	0	647	974
北海道	765	216	217	183	292	404	489	645	711
差	▲765	▲216	▲217	▲183	▲292	▲404	▲489	2	263

	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
増毛町	865	314	405	1,774	3,940	3,618	2,702	5,046	5,418
北海道	947	1,162	1,417	1,560	1,911	2,480	3,423	4,613	6,686
差	▲82	▲848	▲1,012	214	2,029	1,138	▲721	433	▲1,268

グラフ 各年齢階層における1人あたり医療費（点数）の全道比較（入院）



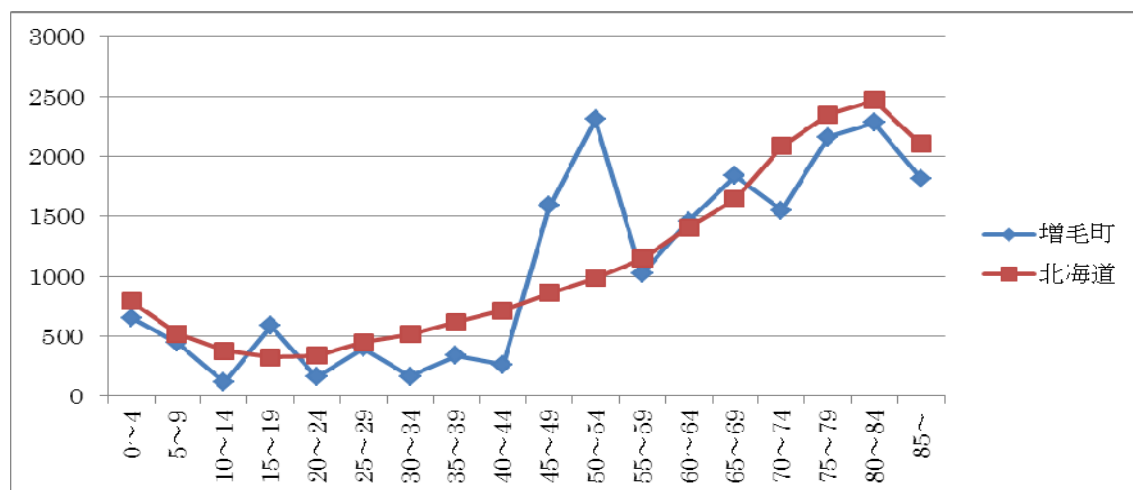
表とグラフをみると入院においては全道と比較すると65歳から74歳（前期高齢者）で高い水準にあり、65～69歳においては全道平均の2倍、2,000点（2万円）ほど高額な医療費がかかっていることが分かります。

また、75歳以上（後期高齢者）は全道平均よりも入院による医療費は抑えられていることも分かります。

表 各年齢階層における1人あたり医療費（点数）の全道比較（入院外）

年齢階層	0～4	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
増毛町	653	445	117	587	161	402	163	336	263
北海道	789	520	376	325	338	448	516	618	714
差	▲136	▲75	▲259	262	▲177	▲46	▲353	▲282	▲451

年齢階層	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
増毛町	1,589	2,308	1,020	1,460	1,837	1,549	2,164	2,281	1,818
北海道	862	986	1,148	1,406	1,643	2,089	2,351	2,467	2,103
差	727	1,322	▲128	54	194	▲540	▲187	▲186	▲285



表とグラフをみると入院外においては全道と比較すると45～54歳で非常に高い水準にあることがわかります。

また入院外においても後期高齢者は医療費が低い傾向になっています。

このことより、増毛町の医療費が高額になっているのは高齢者が多いためではなく、40歳から74歳の健康状態が悪いからということが分かります。

③男女別の傾向

ここでは、さらに入院、入院外の医療受診状況を男女別に分け、性別による傾向の違いを分析します。

表 各年齢階層における1人あたり医療費（点数）の全道比較（入院）（男）

年齢階層	0～4	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
増毛町	0	0	0	0	0	0	0	1,054	1,662
北海道	810	276	253	186	293	362	447	631	753
差	▲810	▲276	▲253	▲186	▲293	▲362	▲447	423	909

年齢階層	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
増毛町	1,298	0	933	3,260	4,148	4,165	4,226	5,528	5,676
北海道	1,042	1,324	1,708	2,073	2,452	3,085	4,067	5,266	7,080
差	256	▲1,324	▲775	1,187	1,696	1,080	159	262	▲1,405

表 各年齢階層における1人あたり医療費（点数）の全道比較（入院）（女）

年齢階層	0～4	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
増毛町	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北海道	718	152	180	180	291	448	535	661	666
差	▲718	▲152	▲180	▲180	▲291	▲448	▲535	▲661	▲666

年齢階層	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
増毛町	0	0	0	681	3,773	3,223	1,519	4,718	5,323
北海道	852	1,005	1,177	1,181	1,487	2,005	2,925	4,172	6,518
差	▲852	▲1,005	▲1,177	▲417	2,286	1,218	▲1,406	546	▲1,195

表をみると男女ともに60歳までは全道平均以下（0点が多数）となっていますが、60歳を境に入院点数が一気に増え、75歳までは大幅に上回る状況にあります。

男性35～49歳の階層で全道平均を上回っていますが、いずれの階層も対象者は1人でそれぞれ生活習慣病ではない疾病（貧血、精神、骨折等）によるものなので、入院の傾向は、男女に差はありませんでした。

表 各年齢階層における 1 人あたり医療費（点数）の全道比較（入院外）（男）

年齢階層	0～4	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
増毛町	952	756	191	105	113	242	67	257	246
北海道	822	543	407	320	279	376	448	598	688
差	130	213	▲216	▲215	▲166	▲134	▲381	▲341	▲442

年齢階層	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
増毛町	1,309	1,309	635	2,164	2,651	1,649	2,427	2,626	2,539
北海道	871	971	1,188	1,529	1,747	2,206	2,544	2,729	2,497
差	438	937	▲553	635	904	▲557	▲117	▲103	42

表 各年齢階層における 1 人あたり医療費（点数）の全道比較（入院外）（女）

年齢階層	0～4	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
増毛町	278	72	75	1,041	252	656	250	462	288
北海道	756	497	344	330	396	521	591	640	740
差	▲478	▲425	▲269	711	▲144	135	▲341	▲178	▲452

年齢階層	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
増毛町	2,148	2,656	1,315	942	1,184	1,477	1,960	2,047	1,551
北海道	852	1,000	1,115	1,315	1,562	1,998	2,202	2,289	1,935
差	1,296	1,656	200	▲373	▲378	▲521	▲242	▲242	▲384

男女ともに 4 5 歳までは全道平均よりも低い傾向にありますが、4 5 歳を境に入院外点数が増え、男性が 6 9 歳頃まで、女性は 5 9 歳頃までその傾向が続きます。

入院、入院外の点数を男女別に全道平均と比較した結果、増毛町は男女ともに、4 5 歳頃までは病院にはあまりかからないが、4 5 歳頃からは通院する事が多くなり、6 0 歳頃からは入院にかかる医療費も増大し、それは北海道の平均を大きく上回る傾向にあります。

増毛町の 8 5 歳以上の方は全道平均よりも医療費は低い傾向にありますが、今後全道平均よりも医療費が多くかかっている現在 4 5 歳から 7 4 歳の層の方が後期高齢者になった時に医療費が増大することが懸念されます。

6 0 歳頃から医療費が高額になってくる理由のひとつとして、退職者の国保加入が考えられます。被用者保険に加入している方は、事業所等による集団健診実施により健診受診率は高いものの、保健師、看護師、栄養士等による特定保健指導を受ける機会が少なく、健診を受けっぱなしとなる傾向があり、結果退職後の無理が利かなくなった時期に国保へ加入し医療費を押し上げることになります。

その対策のために増毛町の保健師が積極的に被用者保険加入者に対しても生活習慣病予防ためのアプローチを行う必要があるといえるでしょう。

（２）増毛町の疾病の傾向

年齢、性別による入院、入院外の傾向を①、②、③で分析しましたが、ここでは増毛町の疾病の傾向を入院、入院外別に分析します。

表 増毛町と北海道平均の 1,000 人あたりの疾病件数と 1 人あたりの点数（カッコ内が点数）〔入院〕（２０分類）

疾病分類	感染症	新生物	血液、免疫	代謝	精神
増毛町	0(0)	7.39(502)	0.39(16)	4.28(110)	4.28(173)
北海道	0.72(36)	6.03(379)	0.29(17)	1.95(83)	5.79(220)
増毛町／北海道	-	1.2(1.3)	1.3(0.9)	2.2(1.3)	0.7(0.8)
疾病分類	神経	眼	耳鼻	循環器	呼吸器
増毛町	1.17(44)	1.17(63)	0.39(5)	25.29(1,312)	2.72(83)
北海道	3.56(180)	1.07(40)	0.18(4)	10.18(626)	2.55(118)
増毛町／北海道	0.3(0.2)	1.1(1.6)	2.2(1.1)	2.5(2.1)	1.1(0.7)
疾病分類	消化器	皮膚	筋骨格	腎等	妊娠、分娩
増毛町	5.84(177)	1.17(63)	4.28(288)	1.56(48)	0(0)
北海道	3.16(128)	0.29(12)	2.74(162)	1.91(103)	0.26(6)
増毛町／北海道	1.8(1.4)	4.1(5.2)	1.6(1.8)	0.8(0.5)	-
疾病分類	周産期	先天奇形	その他	損傷、中毒	特殊
増毛町	0(0)	0(0)	0.39(29)	3.50(244)	0(0)
北海道	0.13(5)	0.12(7)	0.79(34)	3.13(177)	0(0)
増毛町／北海道	-	-	0.5(0.9)	1.1(1.4)	-

増毛町と北海道平均を比較すると、特定健診・保健指導制度のターゲットの生活習慣病の「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「循環器系の疾患」による入院件数が、増毛町では非常に高くなっていることが分かります。

表では疾病を大まかに分けていますので、さらに詳細に分け、そのなかで、５件以上の件数があり、北海道平均よりも高い割合で発症している疾病を抜き出しました。

表 北海道平均件数よりも増毛町民が高い割合で発症する疾病（カッコ内が点数）〔入院〕（１２１分類）

疾病分類	その他の悪性新生物	糖尿病	高血圧性疾患	虚血性心疾患
増毛町	3.8 9 件	2.7 2 件	3.8 9 件	2.3 3 件
北海道	2.7 2 件	1.4 1 件	1.6 2 件	1.2 6 件
増毛町／北海道	1.9 倍	1.9 倍	2.4 倍	1.9 倍
疾病分類	その他の心疾患	脳梗塞	その他の消化器系の疾患	骨折
増毛町	5.0 6 件	8.9 5 件	3.8 9 件	3.1 1 件
北海道	1.8 1 件	3.1 0 件	1.7 4 件	1.7 6 件
増毛町／北海道	2.8 倍	2.9 倍	2.2 倍	1.8 倍

件数は 1,000 人あたりの発生件数

この表から、**増毛町民は脳梗塞で約 3 倍、心筋梗塞では約 2 倍発症しやすい事**などがわかります。

【入院件数＝発症件数として考察しています。】

また表中で生活習慣病とされている糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患（心筋梗塞や狭心症）、脳梗塞を予防し、北海道平均まで発症率を抑えることが出来れば、入院にかかる医療費は、ひと月あたり 1 千 2 0 0 万円（1 2 0 万点）、年間 1 億 4 4 0 万円減らすことが出来ます。

[その他の悪性新生物（膵臓ガンや胆のうガン、食道ガン、前立腺ガンなど）を予防可能な生活習慣病とするとさらに医療費は抑制可能となりますが、細分類されたデータがありませんので、ここでは含めずに算出しました。]

次に入院外についても同様に分析します。

表 増毛町と北海道平均の 1,000 人あたりの疾病件数と 1 人あたりの点数 (カッコ内が点数) [入院外] (20 分類)

疾病分類	感染症	新生物	血液、免疫	代謝	精神
増毛町	15.56(27)	31.91(141)	2.72(3)	114.01(151)	29.18(69)
北海道	20.66(58)	35.26(400)	3.60(23)	99.15(233)	45.60(277)
増毛町／北海道	0.9(0.5)	0.9(0.4)	0.8(0.1)	1.1(0.6)	0.6(0.2)

疾病分類	神経	眼	耳鼻	循環器	呼吸器
増毛町	25.29(34)	43.19(31)	8.56(7)	347.47(415)	40.86(60)
北海道	34.57(236)	78.18(106)	12.96(18)	250.87(887)	62.68(149)
増毛町／北海道	0.7(0.1)	0.6(0.3)	0.7(0.4)	1.4(0.5)	0.7(0.4)

疾病分類	消化器	皮膚	筋骨格	腎等	妊娠、分娩
増毛町	139.30(225)	19.07(10)	136.96(238)	26.46(190)	0.39(1)
北海道	175.22(394)	38.89(34)	126.53(380)	27.90(198)	1.86(13)
増毛町／北海道	0.8(0.6)	0.5(0.3)	1.1(0.6)	0.9(1.0)	0.0(0.0)

疾病分類	周産期	先天奇形	その他	損傷、中毒	特殊
増毛町	0(0)	0(0)	20.62(33)	28.79(39)	0(0)
北海道	0.31(4)	1.34(8)	20.97(59)	31.04(241)	0(0)
増毛町／北海道	-	-	1.0(0.6)	0.9(0.2)	-

増毛町と北海道平均を比較すると、「循環器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「筋骨格系及び皮下組織の疾患」で全道平均を上回っていますが、他の疾病では平均を下回っています。

入院では循環器系（脳、心臓）、代謝（糖尿）の件数が多くなっていますが、入院外では入院と比較すると低いことが分かります。

このことより、病気が悪化してから病院にかかる傾向が増毛町民にあると予想されます。

それでは、入院と同様に、さらに詳細に分け、そのなかで、50 件以上の件数があり、北海道平均よりも高い割合で発症している疾病を抜き出しました。

表 北海道平均件数よりも増毛町民が高い割合で発症する疾病（カッコ内が点数）〔入院外〕（１２１分類）

疾病分類	糖尿病	その他の代謝疾患	高血圧性疾患	虚血性心疾患
増毛町	54.09件	43.58件	249.42件	22.18件
北海道	46.44件	37.20件	159.33件	18.25件
増毛町／北海道	1.2倍	1.2倍	1.6倍	1.2倍

疾病分類	その他の心疾患	脳梗塞	胃潰瘍、十二指腸潰瘍	関節症
増毛町	21.79件	26.85件	40.86件	53.31件
北海道	15.60件	20.04件	15.53件	25.14件
増毛町／北海道	1.4倍	1.3倍	2.6倍	2.1倍

疾病分類	脊椎障害	分類されないもの	その他の損傷
増毛町	27.24件	20.62件	23.35件
北海道	21.68件	17.28件	18.55件
増毛町／北海道	1.3倍	1.2倍	1.3倍

件数は1,000人あたりの発症件数

生活習慣病とされている糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞について考察すると、糖尿病の入院率（1.9倍）と比べ低いことから、糖尿病を放置していることが予測できます。

また入院と同様に表中で生活習慣病とされている糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患（心筋梗塞や狭心症）、脳梗塞を予防し、北海道平均まで発症率を抑えることが出来れば、入院外にかかる医療費は、ひと月あたり32.6万円（32.6万点）、年間3千912万円減らすことが出来ます。

しかしながら、健診受診率が増加すると、受診が必要な糖尿病の状態にある方、高血圧の方が増えると予想できますので、特定健診制度の推進により一次的に入院外医療費は増加すると考えられます。

2 第1期計画の実践からみえた被保険者の健康状況と特徴

(1) 糖尿病

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質（QOL：Quality of Life）ならびに社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。全国的に見ると、糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人中途失明の原因疾患としても第2位に位置しており、さらに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2～3倍増加させるとされています。

平成23年度特定健診を受診した方のうち糖尿病を有病している方（HbA1c(JDS)6.1%以上）は、受診者271人中22人（8.1%）でした。

22人のうち、すでに治療を受けている方は10人（45.5%）で、半数以上の12人（54.5%）の方は治療を受けておらず、受診を勧奨しています。

表 HbA1c 検査値からみた有所見者状況 カッコ内は北海道平均%

HbA1c 実施者		HbA1c 区分							
		5.1 以下		保健指導 判定値		5.2～5.4		5.5～6.0	
人数	実施率	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
271	100%(98.8)	98	36.2%(47.7)	151	55.7%(45.0)	95	35.1%(27.0)	56	20.7%(18.0)

HbA1c 区分								HbA1c6.1 以上（再掲）			
受診勧奨 判定値								治療中		治療なし	
		6.1～6.4		6.5～6.9		7.0 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
22	8.1%(7.3)	10	3.7%(3.0)	5	1.8%(1.9)	7	2.6%(2.4)	10	45.5%(55.9)	12	54.5%(44.1)

増毛町の健診受診者の HbA1c 検査値をみると、有所見者の割合は北海道平均よりも11.5%も高い状況にあります。

糖尿病の判定境界値となっている6.1を超える者は0.8%ですが、保健指導の対象となる、危険値（5.2～6.0）にある者は10.7%も多い状態ですので、この方達を保健指導により、正常値まで下げることが増毛町の糖尿病、心筋梗塞、脳梗塞を増やさない事につながり、またそれが急務であることがわかります。

さらに、HbA1c が6.1を超え医療機関での治療、コントロールを開始しなければならない者も多くいることが、明らかな身体の不調を感じなければ、病院にかからないという増毛町民の傾向を表しています。

(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（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病）の管理です。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。

表 高血圧検査値からみた有所見者状況

カッコ内は北海道平均%

高血圧 実施者数		高血圧区分			
		正常血圧		正常高値	
人数	実施率	人数	割合	人数	割合
271	100%(100.0)	95	35.1%(50.7)	35	12.9%(21.8)

高血圧区分								高血圧Ⅰ度以上（再掲）			
受診勧奨 判定値								治療中		治療なし	
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
141	52.0%(27.5)	77	28.4%(21.5)	53	19.6%(5.0)	11	4.1%(1.0)	72	51.1%(47.0)	69	48.9%(53.0)

【Ⅰ度：140～159(90～99) Ⅱ度：160～179(100～109) Ⅲ度：180～ (110～)】

増毛町は北海道平均に比べ高血圧の者は24.5%も高く、受診者の半数以上（52.0%）が高血圧という状態です。治療については、北海道平均を上回ってはいますが、治療中の割合が高いにも関わらず、高血圧の者の割合が非常に高いというのは、高血圧になる生活習慣を見直さず、薬にのみ頼っていると考えられます。

（３）高コレステロール

●疫学データからみた高コレステロール血症の問題

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

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

図 冠動脈10年死亡率：日本男性

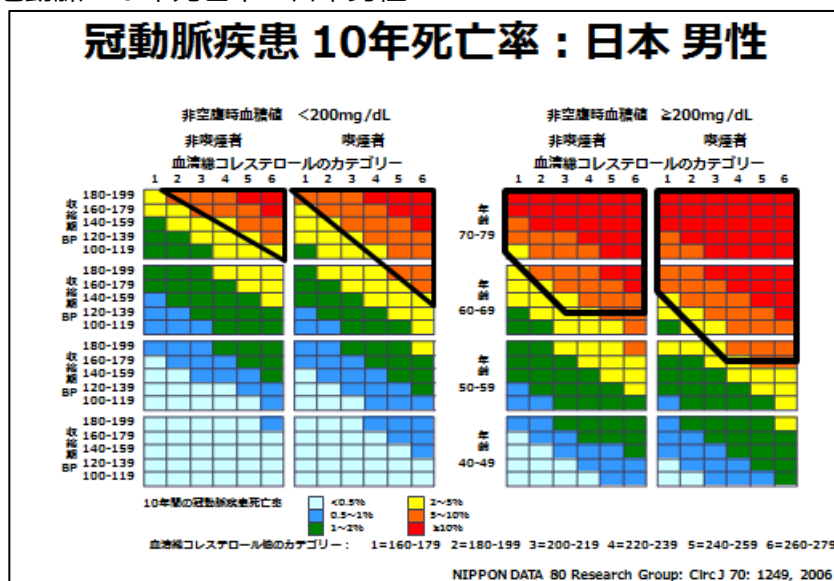
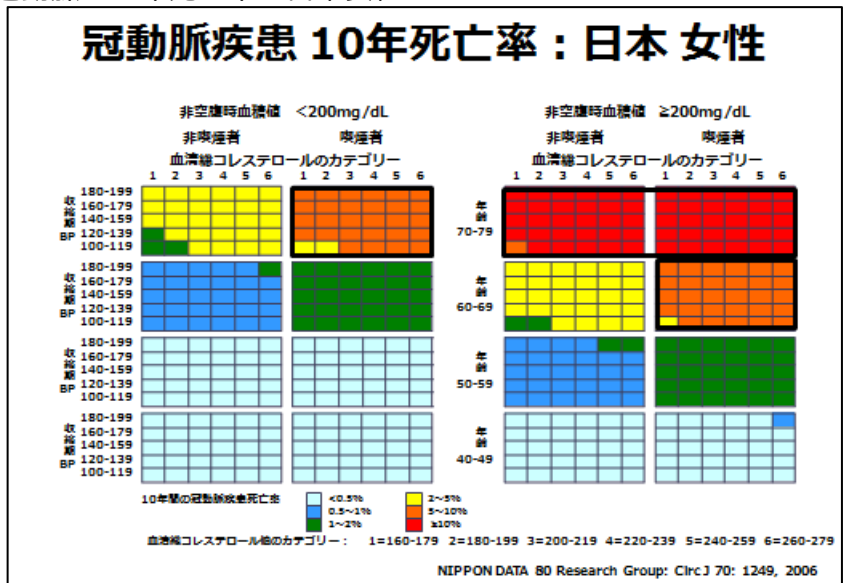


図 冠動脈10年死亡率：日本女性



LDL 検査値についても保健指導、受診が必要となる120以上の者は北海道平均よりも11.2%高い状況にあり、うち4.8%が要保健指導、6.3%が受診勧奨です。

糖尿、高血圧、脂質異常が全て高く、その結果、脳梗塞、虚血性心疾患を多発している状況となっていますので、特定健診受診率を向上させ、有効な保健指導を行うことが、今の増毛町には必要です。

表 LDL 検査値からみた有所見者状況 カッコ内は北海道平均%

LDL		LDL 区分			
実施者数		120 未満		120～139	
人数	実施率	人数	割合	人数	割合
271	100%(100.0)	92	33.9%(45.1)	82	30.3%(25.5)

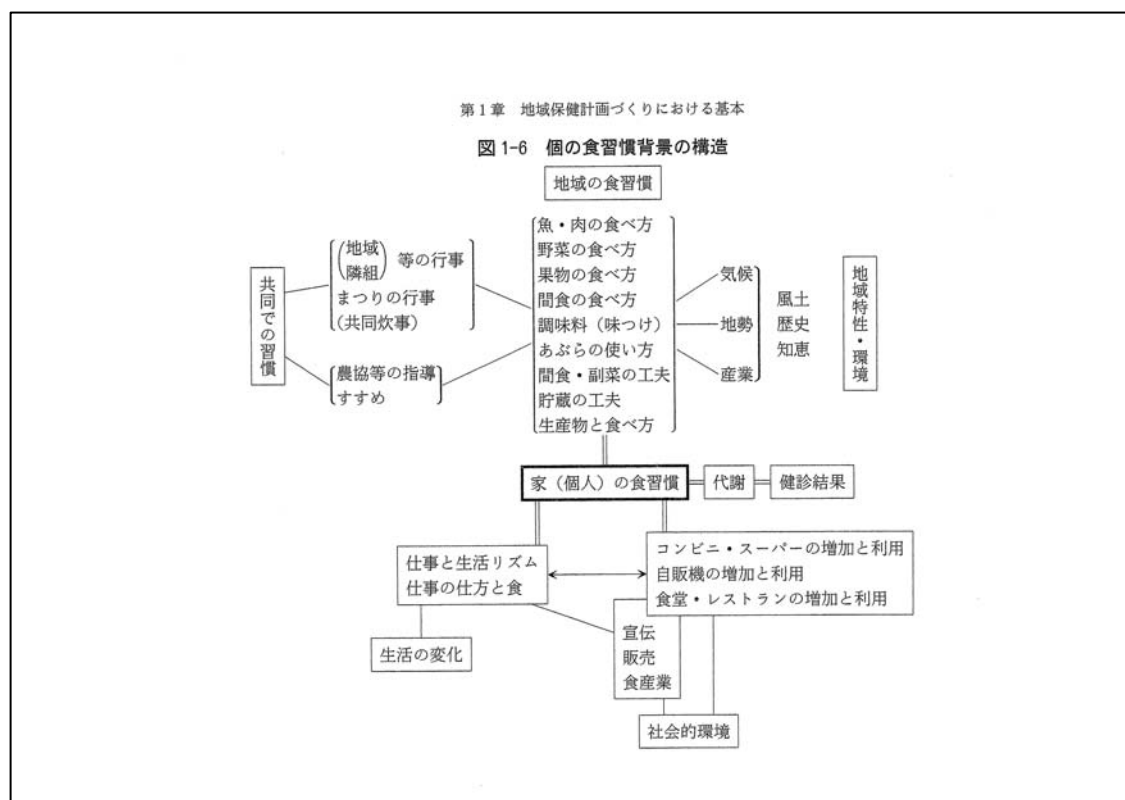
LDL 区分						140 以上（再掲）			
受診勧奨 判定値		140～159		160 以上		治療中		治療なし	
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
97	35.8%(29.5)	60	22.1%(17.0)	37	13.7%(12.5)	12	12.4%(20.5)	85	87.6%(79.5)

（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、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫します。

図 個の食習慣背景の構造（「健康日本２１と地域保健計画」より）



第3章 特定健診・特定保健指導の実施

1 特定健診実施等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第1期の評価を踏まえ策定するものです。

この計画は5年が一期間となり、第2期は平成25年度から29年度とし、評価・見直しを行っていきます。

2 対象者数の見込みと目標値の設定

	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
特定健診対象者数見込	918人	874人	809人	765人	703人
特定健診受診率	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導対象者見込	61人	65人	67人	69人	70人
特定保健指導実施率	70%	70%	75%	75%	80%

※対象者見込数について、特定健診については平成25年3月31日現在対象者数より算出し、特定保健指導については受診者見込数（＝対象者×受診率）に16.5%（平成23、24年度の実績より）を乗じた人数としています。

3 特定健診の実施

（1）実施形態

健診については、旭川がんセンターと集団健診契約を行い、留萌医師会を通じて留萌市内病院、増毛診療所との個別健診契約を行います。

（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ています。

（3）健診実施機関リスト

平成25年度特定健診実施機関については下記のとおりです。

また、留萌市内、増毛町内に健診可能医療機関が設置された場合は、留萌医師会、医療機関責任者と協議し、特定健診を委託します。

診機関番号	実施機関名	所在地	種別
0112913926	北海道対がん協会旭川がん検診センター	北海道旭川市末広東2条6丁目6番10号	集団
0116410853	わたべ整形外科医院	北海道留萌市栄町3丁目1番地12号	個別
0116411117	増毛町立市街診療所	北海道増毛郡増毛町畠中町5丁目176番地の1	
0116411174	川上内科医院	北海道留萌市錦町4丁目3番地36号	
0116411273	富山整形外科	北海道留萌市末広町1丁目10番地10号	
0116411323	留萌記念病院	北海道留萌市開運町1丁目6番地1号	
0116411372	留萌市立病院	北海道留萌市東雲町2丁目16番地	
0116411380	荻野病院	北海道留萌市大町3丁目28番地1号	
0116411398	藤田クリニック	北海道留萌市宮園町1丁目4番地2号	
0116411430	留萌セントラルクリニック	北海道留萌市栄町1丁目5番地12号	
0116411497	たけうち内科循環器内科医院	北海道留萌市高砂町3丁目1番地4号	

(4) 委託契約の方法、範囲

がんセンター、増毛診療所と個別契約を行い、留萌医師会と集合契約を行います。
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。

(5) 健診委託単価、自己負担額

健診単価は診療報酬等を参考とし適宜見直しを行い、医療機関と委託契約します。
また、特定健診受診時窓口で支払う自己負担の額は、制度が浸透する当面のあいだ無料とします。

(6) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

平成25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。通知内容は、受診券、特定健診実施機関一覧表、パンフレットです。
また受診券の有効期間は平成26年3月31日とします。

4 保健指導の実施

特定保健指導の実施については、衛生部門（増毛町役場福祉厚生課保健指導係）への執行委任の形態で行います。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

健診結果から保健指導対象者の明確化し、保健指導計画の策定・実践、評価を行います。

(2) 要保健指導対象者の選定と優先順位・支援方法（平成25年度）

優先 順位	保健指導レベル	支援方法
1	特定保健指導 ・動機付け支援 ・積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う
2	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援
3	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）
4	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明
5	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実合・分析

さらに、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）生活習慣予防のための健診・保健指導の実践

健診受診率・保健指導実施率の目標に向かって進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくために、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することが求められます。

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。

（４）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作成します。

５ 特定健診受診率の目標達成と、効果的な特定保健指導の実施に向けた事業計画の策定について

第1期計画で掲げた特定健診受診率の目標を達成出来なかった反省を踏まえ、第2期計画期においては、目標達成に向けて受診動向を分析し、効果的な受診勧奨の方法を検討する必要があります。

また特定保健指導については、実施率が第1期において目標に達しており、第2期計画期では実施率の更なる向上に加え、対象者の行動変容を促し健康状態を改善するための効果的な指導が求められます。

以上を前提として、医療費の分析、特定健診の受診率、動向、結果、特定保健指導の実施率、対象者の状況等を踏まえ、保険、衛生部門、ほか必要に応じ他部門を交え行う会議を毎年度実施し、会議結果を次年度計画として取りまとめ、町長の承認をもって特定健診・特定保健事業に反映します。

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、北海道国保連合会に委託し、定められた方法によって5年間保存します。

特定保健指導の記録についても同様とします。

3 個人情報保護対策

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業員の監督、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

特定健康診査等を実施する趣旨を普及啓発するため広報紙折込み、防災無線、ホームページ等を効率的に使用します。

