

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

1 特定健康診査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 健診・保健指導実施の基本的な考え方

- ①健診結果のデータを一元的に管理し、蓄積された健診データを使用することにより効果的・効率的な健診・保健指導を実施する。生涯を通じた自己の健康管理の観点から継続的な健診データが必要である。
- ②内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。
このため、保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の過程とリスク要因の数に着目することが重要である。
- ③効果的・効率的に保健指導を実施していくためには予防効果が大きく、期待できるものを明確にし、保健指導対象者を選定する。
- ④メタボリックシンドロームの該当者は、30代以前と比較して40歳代から増加する。40歳未満の者については正しい生活習慣に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。
- ⑤糖尿病等の生活習慣病予備群に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行させないことである。そのため保健指導では、対象者が健診結果を理解して身体の変化に気づき、自らが実践できるよう支援し、そのことにより対象者がセルフケアできるようになることを目的とする。

3 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	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	52%	54%	56%	58%	60%

4 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	9,379人	9,479人	9,579人	9,679人	9,779人
特定健診受診者数	3,752人	4,266人	4,790人	5,324人	5,868人
特定保健指導対象者数	616人	700人	786人	874人	963人
特定保健指導実施者数	320人	378人	440人	507人	578人

5 特定健診の実施

(参考) 平成24年度

(1) 実施形態

健診は、特定健診実施機関に委託します。県医師会に加入の特定健診実施機関は、取りまとめ機関である県医師会と、代表保険者が集合契約を行います。県医師会加入以外は、直接、特定健診実施機関と代表保険者で集合契約を行います。

(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られています。

(3) 健診実施機関リスト

平成24年度特定健診実施機関については、沖縄県国保連合会のホームページに掲載しています。

(4) 委託契約の方法、契約書の様式

県医師会及び県医師会加入以外の特定健診実施機関と代表保険者が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。

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

国保の集合契約単価は、集団健診 6,200 円、個別健診 6,700 円（平成24年度）
自己負担額は医療保険者毎に設定されています。

(6) 代行機関の名称

国保の特定健診にかかる費用（自己負担額を除く）の請求・支払の代行は、沖縄県国民健康保険団体連合会に委託しています。

(7) 受診券の様式

国民健康保険 交付年月日 平成24年 4月 1日
被保険者証 有効期限 平成25年 3月31日
兼高齢受給者証 発効期日 平成24年 4月 1日
一部負担金の割合 2割(平成25年3月31日までは1割)
記号 豊国 番号 123456
トヨミチ 太郎
氏 名 豊見城 太郎
性 別 男
生 年 月 日 昭和14年10月11日
資格取得年月日 平成24年 4月 1日
世帯主氏名 豊見城 花子
住 所 沖縄県豊見城市字翁長854番地1
保険者番号 **470294 保険者名 豊見城 太郎
管理番号 1210000001 (40歳以上)
特定健診自己負担額 0円
平成24年 4月 1日 から 平成25年 3月31日 まで有効
特定健診受診日 平成 年 月 日

(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、国民健康保険証と一体型になった受診券を発行し、健診のお知らせ等とともに通知しています。通知内容は、市内の特定健診実施機関一覧表、健診内容、集団健診の日程等なっています。

3月：保険証（受診券一体型）発送

4月～翌年3月：集団健診準備、健診実施（集団・個別）
特定保健指導準備、特定保健指導実施

4月～翌年3月：未受診者対策

10月：実績報告

11月：予算案作成

2月：受診結果の把握と次年度の対策を検討

6 保健指導の実施

1 特定保健指導の基本的考え方

- ①特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とする。
- ②特定健康診査の実績に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準、及び特定保健指導として行う積極的支援及び動機づけ支援の内容については、法第24条の厚生労働省令で定められた方法で実施する。

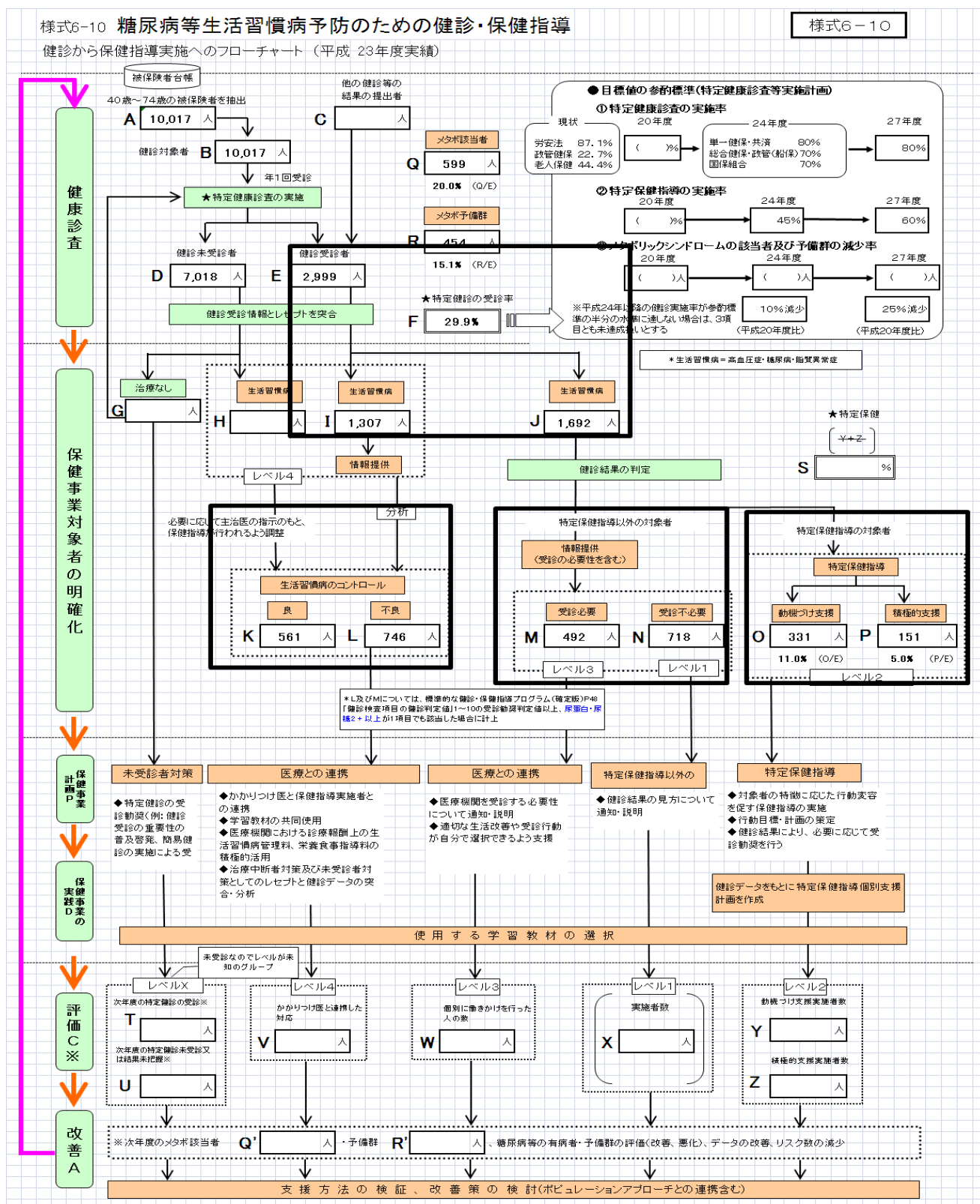
2 特定保健指導の対象者とならない被保険者への対応

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

(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 健診から保健指導実施へのフローチャート



(※事業主健診、通院中の方の健診結果については含まれてない。)

(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

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) p178 様式 6-10 フローチャートに基づき、健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に5つのグループに分ける。

①レベルX(健診未受診者グループ:優先順位 3)

実態把握と、特定健診への受診勧奨が必要なグループ

②レベル4(医療との連携グループ:優先順位4)

現在、生活習慣病で治療中(※)の被保険者

※対象となる生活習慣病の病名と治療は標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)p146、178参照

③レベル3(医療との連携グループ:優先順位 2)

特定健診受診者のうち、その健診結果が、受診勧奨判定値であり、健診機関の医師の判断により医療機関受診が必要とされたグループ

④レベル2(特定保健指導グループ:優先順位 1)

階層化により、動機づけ支援、積極的支援レベルとなったグループ

⑤レベル1(特定保健指導以外の保健指導グループ:優先順位 5)

健診結果、階層化により、情報提供レベルだったグループ

表 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (受診率 40% H25 度の率で試算)

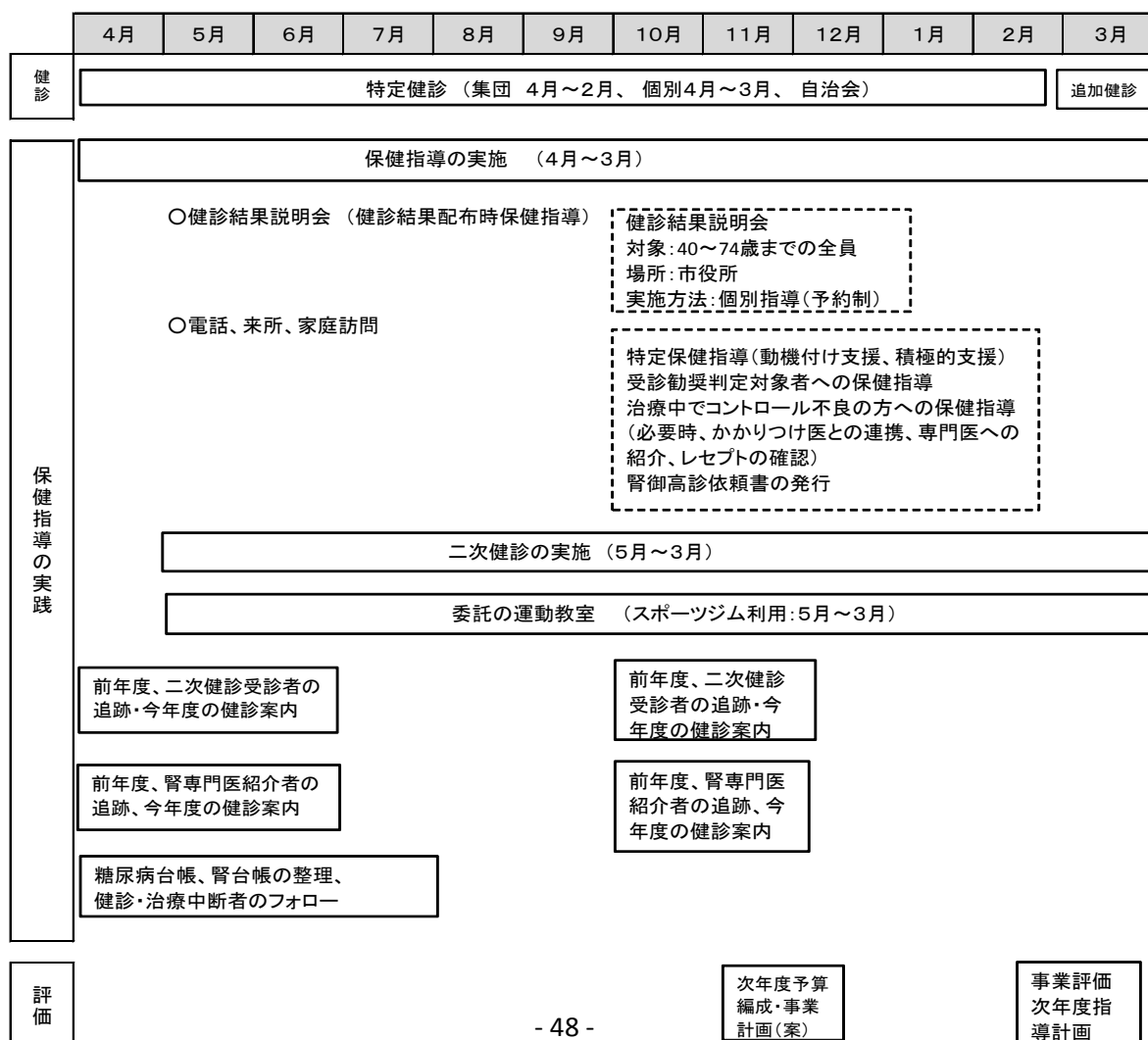
優先 順位	様式 6-10	保健指導 レベル	支援方法	対象者数見 込(受診者に 占める割合)	目標実施 率
1	O P	特定保健指導	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆二次健診の実施(高血糖、ハイリスク者等) ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	O 443人 (11.8%) P 199人 (5.3%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について説明 ◆健診結果(状態)を理解し適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 ＊ツールを活用し重点対象者を支援 (HbA1C6.1 以上、Ⅲ度高血圧、LDL180 以上、 因子の重複者、GFR50 未満 等)	600人 (16%)	重点対象者 については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 ◆未受診者対策(特に 40・50 代、治療中断者の受診勧奨) ◆ポピュレーションアプローチ	9,379人 受診率目標達成 までにあと 6419人 (H23比)	40%

4	K L	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ＊ツールを活用し重点対象者を明確化 （治療中断者、HbA1c7.0 以上、G F R 50 未満） ◆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	788人 (21%)	50%
5	N	情報提供（受診 不必要の者）	◆健診結果の見方について通知・説明 （内臓肥満は伴わないが、循環器及び腎疾患の予備群等）	900人 (24%)	30%

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 e G F R と尿蛋白の有無、HbA1c・血糖、L D L、血圧等のレベル）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

図 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) 保健指導の実践

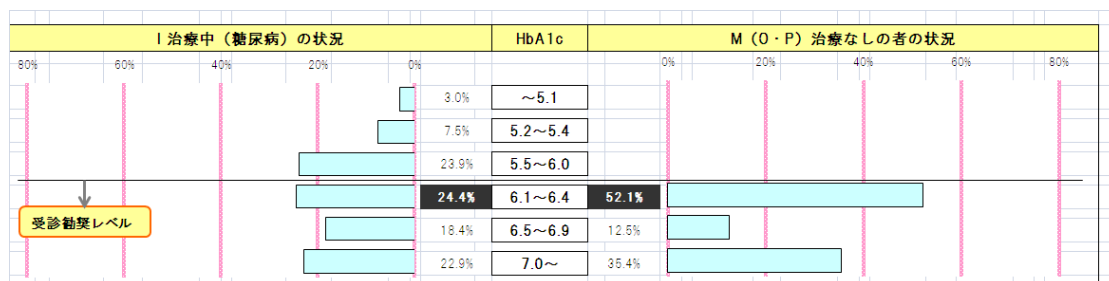
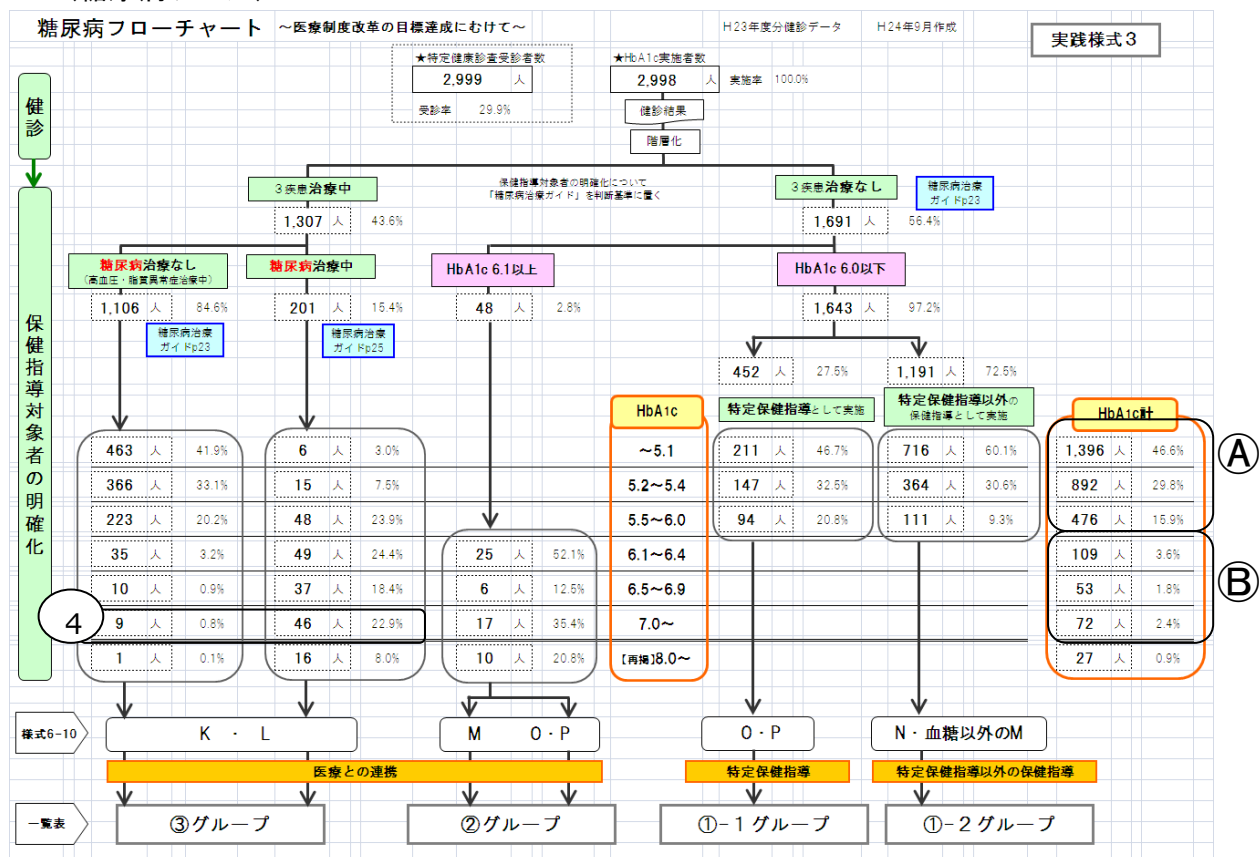
①健診委託機関から健診結果表・データの到着

②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。

（糖尿病ツール）



③解決すべきはどこなのか

ア ①の発症予防と②重症化予防を数で出してみます。 ① 2,764人 ② 234人
イ 最優先は未治療者でHbA1c 6.1以上の②グループです。

④-1 ②グループ HbA1c 6.1 以上（受診勧奨レベル未治療者）48 人の健診結果一覧表を作成する。→糖尿病台帳にのせて継続して支援していく対象者です。

保健指導対象者名簿						②グループ						年度分診療データ		年 月作成																								
個人コード	名前	性別	年齢	障害化結果	8-10 70+才未満	DM コントロール レベル	特定健診結果																															
							機体代謝				内臓脂肪				脂質代謝				血圧				肝機能				腎臓				骨質の機能				生活習慣		心臓開閉	
							HbA1c	空腹時血糖値	随時血糖値	糖化HbA1c	総コレステロール	BMI	LDL	中性脂肪	HDL	治療	収縮期	拡張期	血圧分類	治療	GOT	GPT	γ-GTP	尿酸	sGFR	クレアチニン	尿蛋白	尿潜血	尿糖	心臓開1	心臓開2	心臓開3						
女 74	動脈づけ支援	P	2	14.2	330	+	94	24.4	189	323	56	124	70	正常	17	16	23	5.4	61.6	0.7	2+	+	+	0														
男 56	腫瘍の支援	P	2	12.3		483	+	87.2	26.3	137	269	43	136	82	正常高値	35	54	99	5.7	130.4	0.5	-	-	-	1													
女 65	食餌提供	M	2	12.2	293	+	86	22.5	85	330	37	110	70	正常	21	30	49	3.1	92.4	0.5	±	±	±	0														
男 61	腫瘍の支援	P	2	10.6		511	+	96.5	28.4	157	507	39	120	78	正常	18	21	33	5.1	66.9	0.9	+	-	-	0													
男 49	食餌提供	M	2	9.6	228	+	82	23.1	124	97	55	149	81	I度	17	17	30	5	135.5	0.5	+	-	-	0														
女 59	腫瘍の支援	P	2	9.3	150	-	88.6	27.3	179	204	54	141	91	I度	44	62	77	4.3	95	0.5	±	-	-	0														
女 58	摂食	P	2	8.9	187	-	97	25.2	129	182	45	144	80	I度	16	20	27	5.5	95.4	0.5	±	-	-	0														
男 63	食餌提供	M	2	8.8		352	3+	78	20.9	89	67	52	108	54	正常	15	11	27	4.4	75.4	0.8	-	-	-	0													
女 67	動脈づけ支援	O	2	8.7	188	-	90.5	29.3	135	204	56	168	100	II度	23	23	22	4.6	63.4	0.7	+	-	-	0														
女 60	食餌提供	M	2	8	153	-	84.5	22	187	84	78	132	83	正常高値	18	16	62	2.9	120.6	0.4	±	±	±	0														
男 72	食餌提供	M	2	7.8	121	-	71	18.3	83	45	51	114	66	正常	15	11	24	7.1	72.6	0.8	-	-	-	1														
女 63	食餌提供	M	2	7.6	164	-	83.5	21	176	135	54	140	74	I度	14	16	24	3.7	93.2	0.5	-	±	-	1														
男 56	食餌提供	M	2	7.6	166	+	77.6	19.7	123	79	48	125	75	正常	38	30	16	5.2	166.6	0.4	+	±	±	1														
男 64	腫瘍の支援	P	2	7.4	105	2+	102.6	27.6	139	184	41	145	94	I度	41	51	77	5.9	66	0.9	-	-	-	1														
男 65	動脈づけ支援	O	2	7.3	169	±	105	29.5	129	151	42	146	85	I度	30	47	87	5.5	102.4	0.6	-	-	-	0														
女 57	動脈づけ支援	O	2	7.1	169	-	90.4	26.9	185	113	44	122	74	正常	17	27	26	4.8	95.9	0.5	+	-	-	0														
男 48	腫瘍の支援	P	2	7	157	-	89.5	27.2	152	128	46	142	81	I度	22	30	71	5.8	111.7	0.6	-	-	-	1														
男 74	食餌提供	M	2	6.9	158	-	80.8	23.8	142	83	52	134	82	正常高値	19	21	30	6.5	63.3	0.9	-	-	-	1														
男 73	動脈づけ支援	O	2	6.9		154	2+	90	25.4	85	84	43	141	80	I度	29	17	14	6.1	63.3	0.9	-	-	-	0													
男 67	動脈づけ支援	O	2	6.8		141	2+	87.2	24.1	85	98																											

保健事業ネットでレセプトの状況を確認します。(治療の有無、薬の状況、検査状況)

ア 個々の健診結果を読み取る。

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）p16「第3章 保健指導実施者が
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。

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あった教材に修正し、保健指導の実践に使用していきます。

- 50 -

次のものを使用します。

- ・ 健診結果表（健診委託機関から送付された）
- ・ 特定健診結果一覧（私の健康記録 A - 2）
- ・ 糖尿病予防のための構造図（糖 - 1）
- ・ 検査値を記録してみましょう（糖 - 2）
- ・ 私の生育（妊娠）歴、家族歴、治療歴（私の健康記録 A - 1）
- ・ 糖尿病の診断基準（糖 - 5）
- ・ インシュリンの仕事（糖 - 17）
- ・ 個人ファイル等（過去の記録等を綴ってあるもの、ファイル保管庫から出す）

④ - 4 本人に面談する

自分の HbA1c の値が糖尿病のどの段階であるかを確認し、血管に及ぼす影響を認識してもらい、専門医の受診につなげる。

ア 学習教材を用いて受診を勧める

イ 紹介状の作成

ウ いつ頃受診できそうか、どこの医療機関にかかる予定かを確認する

エ 受診時持参するもの

- ・ 紹介状
- ・ 特定健診結果一覧（私の健康記録 A - 2）
- ・ 高血糖を考える経過表（糖 - 3）

④ - 5 受診の有無の確認（電話連絡または訪問）

本人に受診の確認、治療状況の確認などを行い、2 ～ 3 ヶ月後に訪問の約束をする。
レセプトで治療状況の確認

④ - 6 事後訪問

ア 治療状況の確認と治療継続の必要性を理解してもらう

- ・ 合併症予防のための検査記録（糖 - 13）
- ・ 糖尿病の治療には段階があるんです（糖 - 14）
- ・ 治療中断 なぜいけないのでしょうか？（糖事例 - 6）

イ 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

ウ 次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する

④ - 7 保健指導の記録

「高血糖を考える経過表（糖 - 3）」に記載

④ - 8 治療中断の予防や健診の継続受診ができるように糖尿病管理台帳にて管理

④ - 9 保健指導を実施したことにより、データの改善がみられたか次年度健診結果などで評価

⑤－１ ④グループ HbA1c 7.0 以上（治療中コントロール不可）55 人の健診結果一覧表を作成する。糖尿病腎症による年間新規透析患者数の減少と糖尿病治療継続者の増加を目標とします。

→糖尿病管理台帳にのせて継続して支援していく対象者です。

保健指導対象者名簿 ④グループ

特定健診結果																															
名前	性別	年齢	指導化結果	8-10 フォローアップ	特定健診結果																										
					血圧				糖代謝				脂質代謝				腎臓の機能				内臓脂肪				肝機能				生活習慣		心臓病所見
					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	尿糖	BUN	GOT	GPT	γ-GTP	喫煙	心電図1	心電図2	心電図判定
女 74			動機づけ支援	○	124	70	正常		330		14.2	3+		189	323	56		5.4	61.6	0.7	2+	±	94	24.4	17	16	23	0			
男 59			情報提供	L	142	82	I 度		260		12.3	3+	○	156	90	54		4.9	76.8	0.8	±	+	88	25.7	14	10	42	0			
男 56			情報の支援	P	136	82	正常高値			469				137	269	43		5.7	130.4	0.5	—	—	97.2	26.3	35	54	99	1			
女 55			情報提供	M	110	70	正常		293		12.2	+		85	330	37		3.1	92.4	0.5	±	±	86	22.5	21	30	49	0			
女 42			情報提供	L	121	84	正常	○	366		11.1	3+	○	130	99	43	○	5.9	62.6	0.8	—	—	98.5	28.8	22	32	34	0			
男 57			情報提供	L	117	70	正常		282		11.1	3+	○	164	365	39		5.8	89.8	0.7	—	—	94.8	28.3	14	30	70	1			
男 61			情報の支援	P	120	78	正常			511	10.6	3+		157	507	39		5.1	66.9	0.9	+	—	96.5	28.4	18	21	33	0			
男 45			情報提供	L	114	74	正常		148		10.4	2+	○	98	394	33	○	5.8	96.1	0.7	+	—	89.4	24.6	15	17	35	1			
男 49			情報提供	M	149	81	I 度		228		9.6	3+		124	97	55		5	135.5	0.5	+	—	82	23.1	17	17	30	0			
女 59			情報の支援	P	141	91	I 度		150		9.3	—		179	204	54		4.3	95	0.5	±	—	88.6	27.3	44	62	77	0			
男 56			情報提供	L	148	90	I 度	○	153		9.2	2+	○	106	105	37	○	8.1	74.4	0.8	2+	—	110	26	22	17	40	0			
女 72			情報提供	L	160	80	II 度	○	128		9.1	—		107	410	40	○	4.9	53.6	0.8	—	—	86	29	16	12	17	0			
女 67			情報提供	L	120	72	正常		195		9	—	○	134	158	58		4.9	91.6	0.5	—	—	89	26.3	41	59	55	0			
女 58			情報の支援	P	144	80	I 度		187		8.9	—		129	162	45		5.5	95.4	0.5	±	—	97	25.2	16	20	27	0			
男 63			情報提供	M	108	54	正常			352	8.8	3+		89	67	52		4.4	75.4	0.8	—	—	78	20.9	15	11	27	0			
女 74			情報提供	L	130	74	正常高値		160		8.8	—	○	103	136	58		4.7	72.9	0.6	—	—	126.7	35.2	35	28	101	0			
女 67			動機づけ支援	○	168	100	II 度		186		8.7	—		135	204	56		4.6	63.4	0.7	+	—	90.5	29.3	23	23	22	0			
男 71			情報提供	L	112	60	正常		154		8.6	—	○	109	74	47		6.5	57.1	1	—	—	75.5	21.2	20	13	38	0			
女 62			情報提供	L	137	81	正常高値	○	159		8.5	—	○	197	58	50	○	7.1	64.8	0.7	—	—	81.7	29	18	19	36	0			
男 67			情報提供	L	140	70	I 度	○	116		8.5	—	○	104	63	72		3.7	74.1	0.8	—	—	70	17.2	24	16	27	0			
女 68			情報提供	L	136	78	正常高値	○	140		8.3	+	○	105	232	45	○	4.3	74.7	0.6	±	—	84	26.4	44	49	32	0			
女 74			情報提供	L	130	66	正常高値		187		8.3	±	○	85	50	80		4.8	72.9	0.6	—	—	80	23.1	26	22	25	0			
男 62			情報提供	L	134	84	正常高値		140		8.2	—	○	106	168	56		4.6	75.8	0.8	—	—	85.4	23.5	29	21	63	1			
女 67			情報提供	L	142	68	I 度	○	150		8.1	2+	○	137	112	69		6.1	75	0.6	2+	—	89	26	27	35	43	0			
女 62			情報提供	L	158	80	I 度	○	194		8.1	—	○	113	74	60		5.1	76.7	0.6	—	—	90	25.1	46	61	39	0			
男 53			情報提供	L	138	82	正常高値	○	227		8	2+	○	122	168	53	○	7.8	14.8	3.7	3+	±	115.5	38.7	15	18	35	0			
女 60			情報提供	M	132	83	正常高値		153		8	—		187	84	78		2.9	120.6	0.4	±	±	84.5	22	18	16	62	0			
男 72			情報提供	L	141	80	I 度	○	174		7.9	—	○	98	792	44		5.3	56.9	1	—	—	81.2	22.9	72	48	341	0			

⑤－２ 名簿を作成したら、対象者の情報を整理します
保健事業ネットでレセプトの状況を確認します。（治療の有無、薬の状況、検査状況）

⑤－３ 対象者の特徴から保健指導の方針をたて、面接の準備をする（健診データの読み取り）

- ・特定健診結果一覧（私の健康記録 A－２）
- ・糖尿病予防のための構造図（糖－１）
- ・検査値を記録してみましよう（糖－２）
- ・私の生育（妊娠）歴、家族歴、治療歴（私の健康記録 A－１）
- ・高血糖を考える経過表（糖－３）
- ・合併症予防のための検査記録（糖－１３）
- ・糖尿病の治療には段階があるんです（糖－１４）
- ・糖の流れと薬のメカニズム（糖－１５）

⑤－４ 本人に面談する

ア 治療状況・現在の状況を確認

糖尿病のどの段階にいるのか、次の段階に進まないために必要なことは何かを確認するために必要な資料

- ・私の糖尿病はどの段階にいるのか（糖－１２）
- ・合併症予防のための検査記録（糖－１３）
- ・眼（網膜症）～失明直前まで自覚症状がでません
- ・糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方

・糖尿病性腎症～いま、私はどの段階なのか

⑤－５ 治療中断の予防や健診の継続受診ができるように糖尿病管理台帳にて管理レセプトで治療状況を確認

ア 治療継続、自己管理の支援

治療状況の確認、必要な保健指導の実施

⑤－６ 保健指導を実施したことにより、データの改善がみられたか次年度健診結果などで評価

⑥－１ ①-1グループ 特定保健指導対象者を優先順位で整理

ア 血圧・LDL等で受診勧奨判定値の者を優先的に保健指導する

イ メタボリックのある方、HbA1c 5.2以上の方、遺伝のある方は二次健診対象者
糖尿病有病者の増加の抑制を目標とします。

保健指導対象者名簿				①-1グループ										年度別健診データ										年 月作成									
個人コード	氏名	性別	年齢	障害化結果	E-10 フレックスマネジメント グループ	BMI 20-24.9	特定健診結果										年度別健診データ																
							糖化血中					脂質代謝					血圧					腎臓					心臓						
							HbA1c	空腹時 血糖	空腹 血糖	総コレ ステロール	LDL	中性 脂肪	HDL	治療	収縮期 血圧	拡張期 血圧	血圧分類	治療	GGT	AST	ALT	尿酸	eGFR	クレアチニン	尿蛋白	尿潜血	尿糖	心臓病	心臓病	心臓病			
男	59	糖化の結果	P	①-1	6	151	—	95	28.3	111	109	54	137	74	正常高値	23	25	56	6.4	88.9	0.7	±	—	1									
男	59	動脈硬化のリスク	O	①-1	6	136	—	89.2	27.5	72	159	54	120	82	正常	18	17	11	4.4	74.4	0.6	—	+	0									
男	64	糖化の結果	P	①-1	6	112	—	99.8	28.9	171	116	46	132	71	正常高値	22	31	69	6.1	75.1	0.8	+	2+	0									
男	63	糖化の結果	P	①-1	6	122	—	91.5	26.5	133	116	39	119	79	正常	23	35	26	5.7	75.4	0.8	+	+	1									
女	68	動脈硬化のリスク	O	①-1	6	108	—	114.8	38.1	155	57	67	161	67	異常	153	361	103	5.6	74.7	0.6	—	—	0									
男	74	動脈硬化のリスク	O	①-1	6	123	—	96	29.2	142	72	58	133	78	正常高値	35	55	30	7.4	83.3	0.7	—	—	0									
女	69	動脈硬化のリスク	O	①-1	6	113	—	95	23.9	179	140	50	120	70	正常	22	19	32	6.7	62.8	0.7	—	—	0									
男	50	糖化の結果	P	①-1	6	111	—	101	30	153	230	63	133	85	正常高値	23	21	36	7.2	80.6	0.8	—	—	1									
男	62	糖化の結果	P	①-1	6	127	—	96	27.3	167	230	53	142	95	1度	58	102	85	7.1	59.3	1	—	—	0									
女	83	糖化の結果	P	①-1	6	116	—	97	25.6	138	274	45	90	61	正常	19	19	56	4.8	76.3	0.6	—	—	0									
男	62	糖化の結果	P	①-1	5.9	105	—	96	28.2	144	241	38	118	70	正常	19	17	20	7.8	66.6	0.9	—	—	0									
男	61	糖化の結果	P	①-1	5.9	122	—	87.2	24.2	133	49	75	128	90	1度	33	28	28	6.8	76.1	0.8	—	—	0									
男	70	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.9	107	—	89	25.8	105	98	50	112	72	正常	19	18	19	6.1	57.3	1	—	—	0									
男	55	糖化の結果	P	①-1	5.8	116	+	89	25.6	140	90	58	124	85	正常高値	30	41	97	5.6	68.9	0.9	—	—	0									
男	69	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	112	—	100.3	28.5	136	160	52	128	70	正常	31	41	73	7.6	57.6	1	—	—	0									
女	72	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	107	—	106.9	32.5	122	129	62	125	86	正常高値	21	22	35	5.5	73.5	0.6	—	—	0									
女	72	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	101	—	93.8	27.3	178	92	53	120	78	正常	18	17	20	4.4	73.5	0.6	—	—	0									
女	71	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	97	—	103	27.4	123	83	64	142	67	1度	20	19	15	5.4	73.8	0.6	—	+	0									
男	70	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	117	—	86.5	24.2	103	233	51	140	70	1度	23	21	56	5.4	84.7	0.7	—	—	1									
男	62	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	119	—	93	27.8	111	42	52	124	66	正常	26	24	28	6.2	66.6	0.9	—	±	0									
男	67	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	125	—	91.5	26.7	169	106	85	127	75	正常	27	32	89	6.3	65.1	0.9	—	—	0									
男	73	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	89	—	90.8	26.3	148	114	50	138	80	正常高値	18	16	16	5	63.5	0.9	+	±	0									
女	65	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	163	—	87	26.9	132	173	54	130	80	正常高値	17	16	25	5.1	55.2	0.8	—	—	1									
男	68	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	112	—	93.2	25.3	123	67	64	128	82	正常	23	15	21	7.1	64.9	0.9	—	—	0									
男	61	糖化の結果	P	①-1	5.8	104	—	92	26.1	205	121	48	103	54	正常	21	25	39	5.8	66.9	0.9	—	±	1									
男	57	糖化の結果	P	①-1	5.8	131	—	91	24.1	101	75	66	132	76	正常高値	21	20	40	7.1	106.3	0.6	±	2+	0									
男	68	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	111	—	89.7	25	147	177	44	110	70	正常	20	14	51	7	57.8	1	—	—	1									
女	81	糖化の結果	P	①-1	5.8	87	—	100	31	168	124	81	135	85	正常高値	15	19	14	6.1	77	0.6	—	—	1									
男	66	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	113	—	97	25.1	162	181	35	130	82	正常高値	15	15	46	6.2	65.4	0.9	2+	—	1									
男	40	糖化の結果	P	①-1	5.8	97	—	113	37.9	106	303	43	127	90	1度	21	29	63	6.6	85.9	0.8	—	—	1									
女	66	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.8	106	—	91	28.8	144	91	53	112	70	正常	23	20	17	4.4	75.3	0.6	—	+	0									
男	63	糖化の結果	P	①-1	5.7	177	—	102.3	32	97	135	56	130	80	正常高値	24	26	20	4.9	66.3	0.9	—	—	0									
男	66	動脈硬化のリスク	O	①-1	5.7	111	—	89	26.1	176	95	56	124	78	正常	32	63	276	7.3	57.8	1	—	—	1									
203879 徳島県 保一					5.7	100	—	89	24.5	184	110	53	138	88	正常高値	22	18	28	8.1	64.9	0.9	—	2+	0									

⑥－２ 名簿を作成したら、対象者の情報を整理します

保健事業ネットでレセプトの状況を確認します（治療の有無、薬の状況、検査状況）

⑥－３ 面接の準備をする（健診データの読み取り）

- ・私の生育（妊娠）歴、家族歴、治療歴（私の健康記録A－1）
- ・特定健診結果一覧（私の健康記録A－2）
- ・早生、障害予防のための構造図（私の健康記録A－4）
- ・検査値を記録してみましよう（糖－2）
- ・メタボリックの診断基準（私の健康記録B－1）
- ・メタボリックはなぜ血管を痛めるのでしょうか（私の健康記録B－2）
- ・脂肪細胞から分泌される物質とその働き（私の健康記録B－15）

- ・インシュリンの仕事（糖－１７）

⑥－４ 本人に面談する

ア 受診勧奨レベルの方には受診の必要性を確認

イ 血圧が受診勧奨値の方には、高血圧治療ガイドラインの基準を示して判断してもらう

- ・私は血圧の治療が必要な段階なの（私の健康記録Ｄ－１）
- ・メタボリックシンドロームの構造図（からだノート メタボ－１）

ウ LDLが受診勧奨値の方には、動脈硬化性疾患予防ガイドラインの基準を示して判断してもらう

- ・私のLDLコレステロールは？（からだノート 脂－６）
- ・LDLコレステロール値の判断基準（からだノート 脂－２）
- ・健診で「脂質異常症」と言われたのですが・・・（からだノート 脂－１）
- ・早生・障害予防のための構造図（私の健康記録Ａ－４）

エ 受診時持参するもの

- ・特定健診結果一覧（私の健康記録Ａ－２）
- ・高血糖を考える経過表（糖－３）

⑥－５ 二次健診の実施

ア 動脈硬化の予防・糖尿病の発症予防の目的で、二次健診をすすめる

イ 二次健診の説明資料

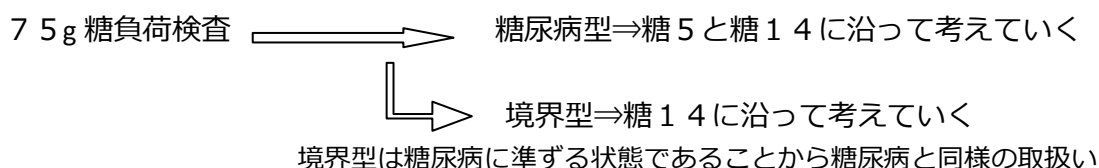
- ・頸動脈超音波検査（私の健康記録Ｂ－９・１０）
- ・血圧脈波検査（私の健康記録Ｂ－１１・１２）
- ・７５ｇ糖負荷検査について（私の健康記録Ｂ－１６）
- ・７５ｇ糖負荷検査の結果（私の健康記録Ｂ－１７）
- ・私はどのパターン（私の健康記録Ｂ－１８）

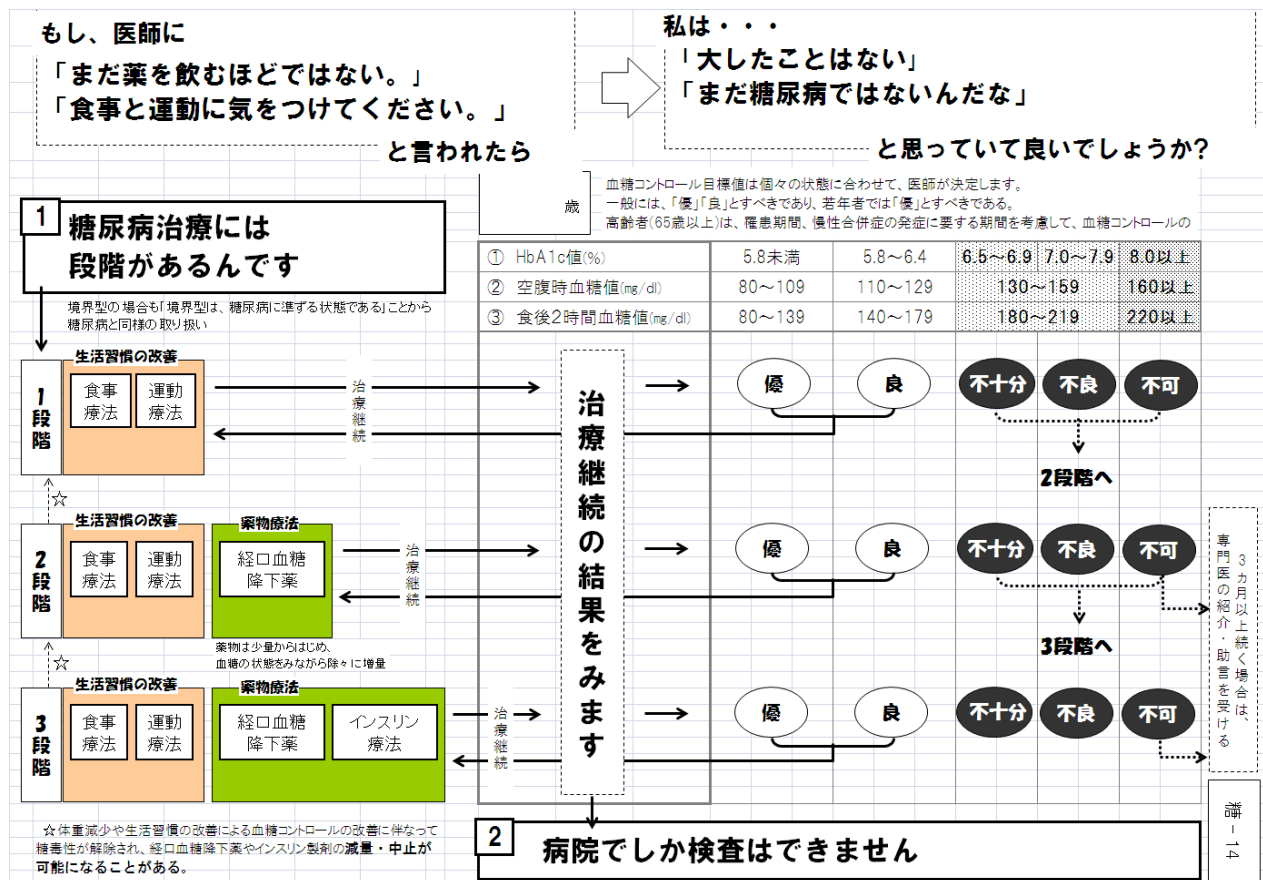
⑥－６ 二次健診の予約、二次健診の受診

⑥－７ 検査結果が届いたら、面接の準備をする

ア 経年表と糖尿病構造図、二次健診結果を合わせてデータを読み取る

イ 二次健診の結果で治療（受診）が必要かどうかを判断します





⑥-8 本人に面談する

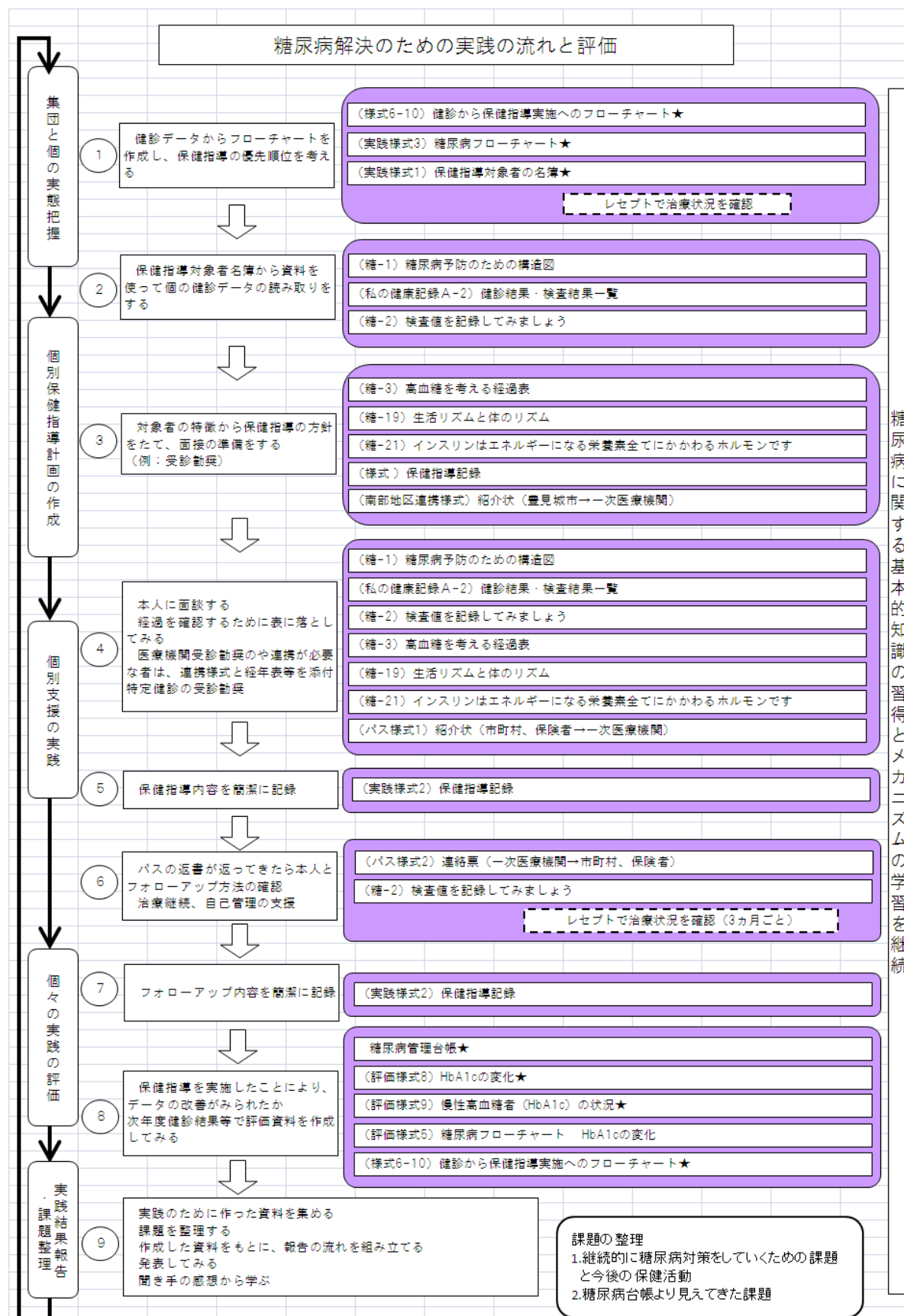
- ・頸動脈超音波検査（私の健康記録B-9・10）
- ・血圧脈波検査（私の健康記録B-11・12）
- ・75g糖負荷検査の結果（私の健康記録B-17）
- ・インシュリン抵抗性とはどのような状態なのでしょうか（糖-11）
- ・インシュリンの仕事（糖-17）

※頸動脈プラークがある場合は、臓器障害の評価をしてもらう必要があるので、病院受診を勧めます。

※75g糖負荷検査の結果より必要な方は、病院の受診を勧めます。

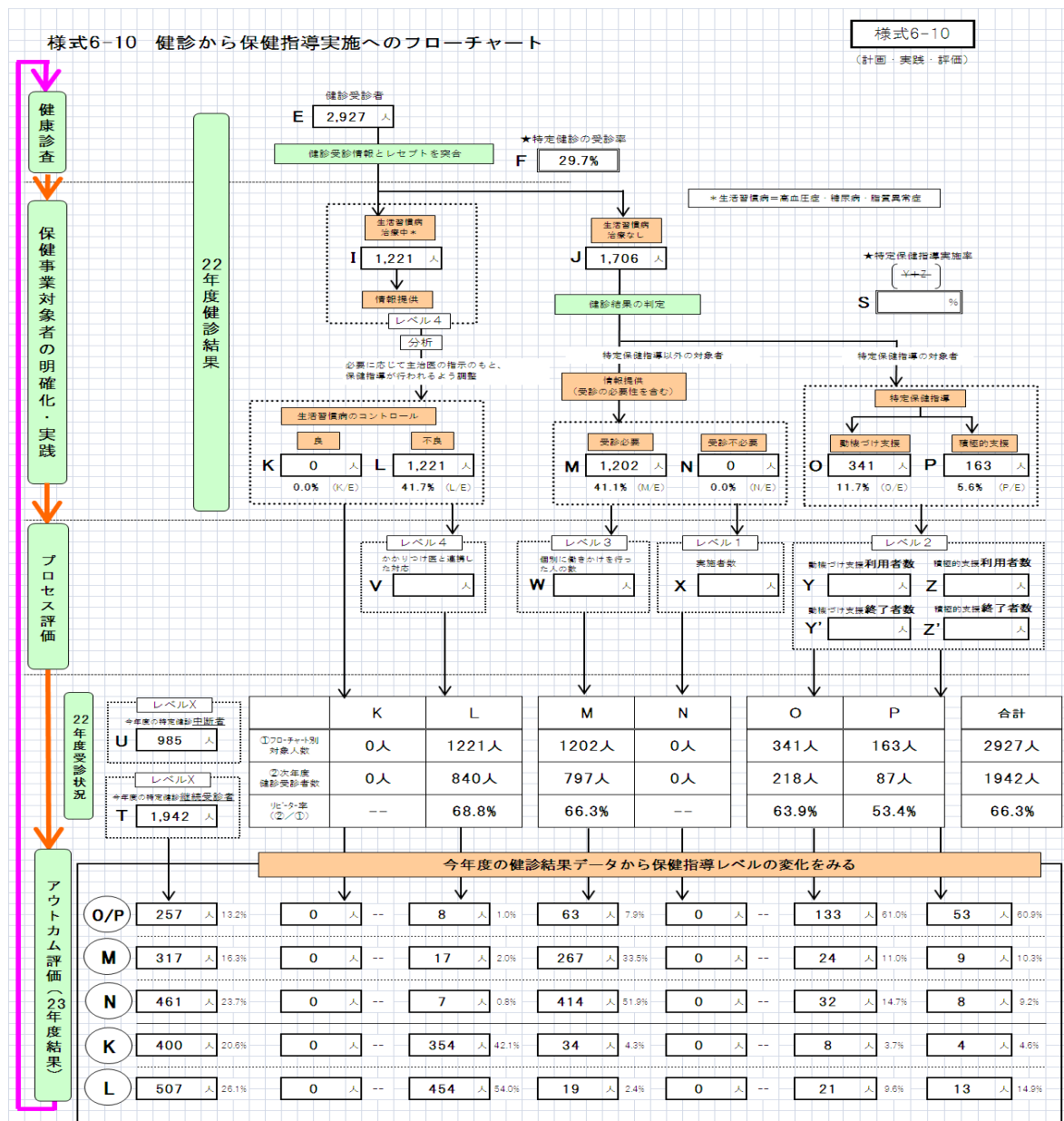
⑥-9 保健指導を実施したことにより、データの改善がみられたか次年度健診結果などで評価

(5) 豊見城市における糖尿病解決のための実践の流れと評価(保健指導プログラム)



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。

①標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)p178 様式6-10 フローチャートに基づきアウトプット評価(事業実施量)を行い、保健指導レベル別にプロセス評価(評価C)を行い、次年度の健診結果においてアウトカム評価(改善A)を行う。アウトカム評価については別紙 様式6-10(計画・実践・評価)を参考に次年度の健診結果から保健指導レベルの変化を評価する。



②保健指導レベル毎の評価指標

優先順位	保健指導レベル	改善	悪化
1	レベル2	リスク個数の減少	リスク個数の増加
2	レベル3	必要な治療の開始、リスク個数の減少	リスク個数の増加
3	レベルx	特定健診の受診	特定健診未受診又は結果未把握
4	レベル4	治療継続、治療管理目標内のデータの個数が増える	治療中断
5	レベル1	特定健診の受診、リスク個数の減少	リスクの発生

③疾患別フローチャート

様式 6-10 では疾患別の状況がわからないため、3疾患別（高血圧・糖尿病・LDL）のフローチャートを活用し保健指導対象者を明確化させ、保健指導別にプロセス評価を行い、次年度の健診結果においてアウトカム評価を行う。

◆保健指導対象者の明確化とアウトカム（結果）評価の例

ア ⑧-3-2 評価表（名簿）作成ツール

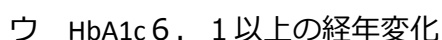
HbA1c評価表																			
個人 番号	被保険者証		名前	性別	年齢 H23	健診データ													
	記号	番号				平成20～23年度のうち直近						HbA1c							
						収縮期	拡張期	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療 有無	H20	治療 有無	H21	治療 有無	H22	治療 有無	H23
			男	74	132	60	148	98.6	—	2.5	治療	6.2		7		8.9	治療	7.4	
			女	73	145	77	128	53.6	—	5.2			治療		9.4	治療	8.5		
			女	72	160	80	107	53.6	—	4.9			治療		7.7	治療	7.7	9.1	
			女	73	158	81	109	73.2	—	3.7			治療		6.6	治療	7.2	7.2	
			男	70	128	80	113	43.4	—	7.8			治療		7.5				
			女	68	166	84	127	75.3	—	4.9		6.8		7					
			女	62	126	76	156	76.7	—	5.7			治療		8.2	治療	6.2	6.4	
			女	57	156	76	129	79.8	+	4.6	治療	7.3							
			男	69	120	70	98	64.9	—	5.5					治療	7.7			
			男	49	124	70	111	94.4	—	5		8.3				9.1			
			男	64	148	84	139	66	—	5.9								7.4	
			男	54	124	92	132	132.5	—	5.1						8.1			
			男	52	124	82	135	109.8	—	4.2						10.4			
			男	59	137	74	111	88.9	±	6.4				7.1		7.2		6	

翌年、

- ・健診受診状況
- ・血糖値

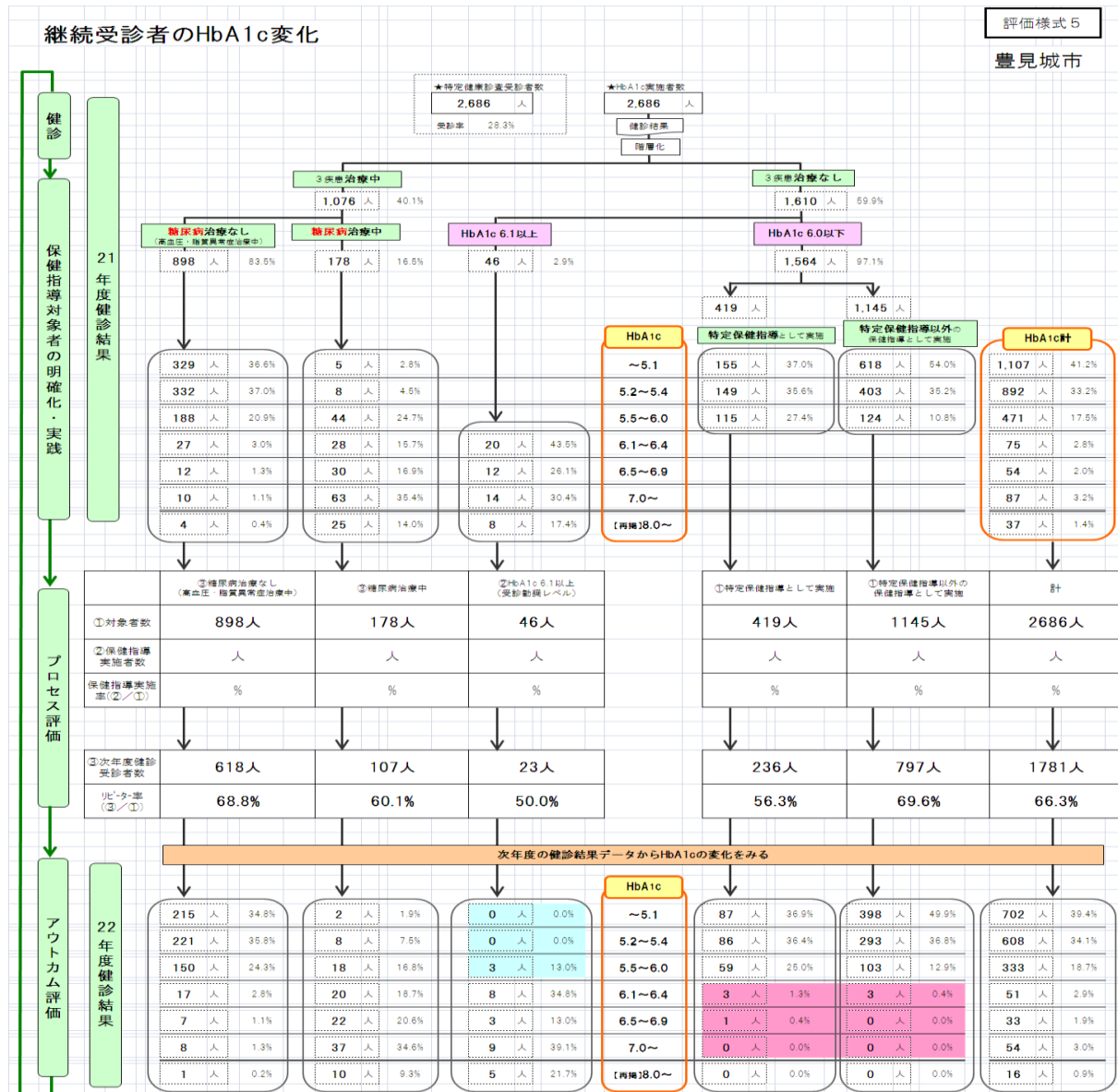
- 血糖値が改善しない対象者は誰か、どういう背景にあるのかなどの分析を行う。

健診中断者の実態

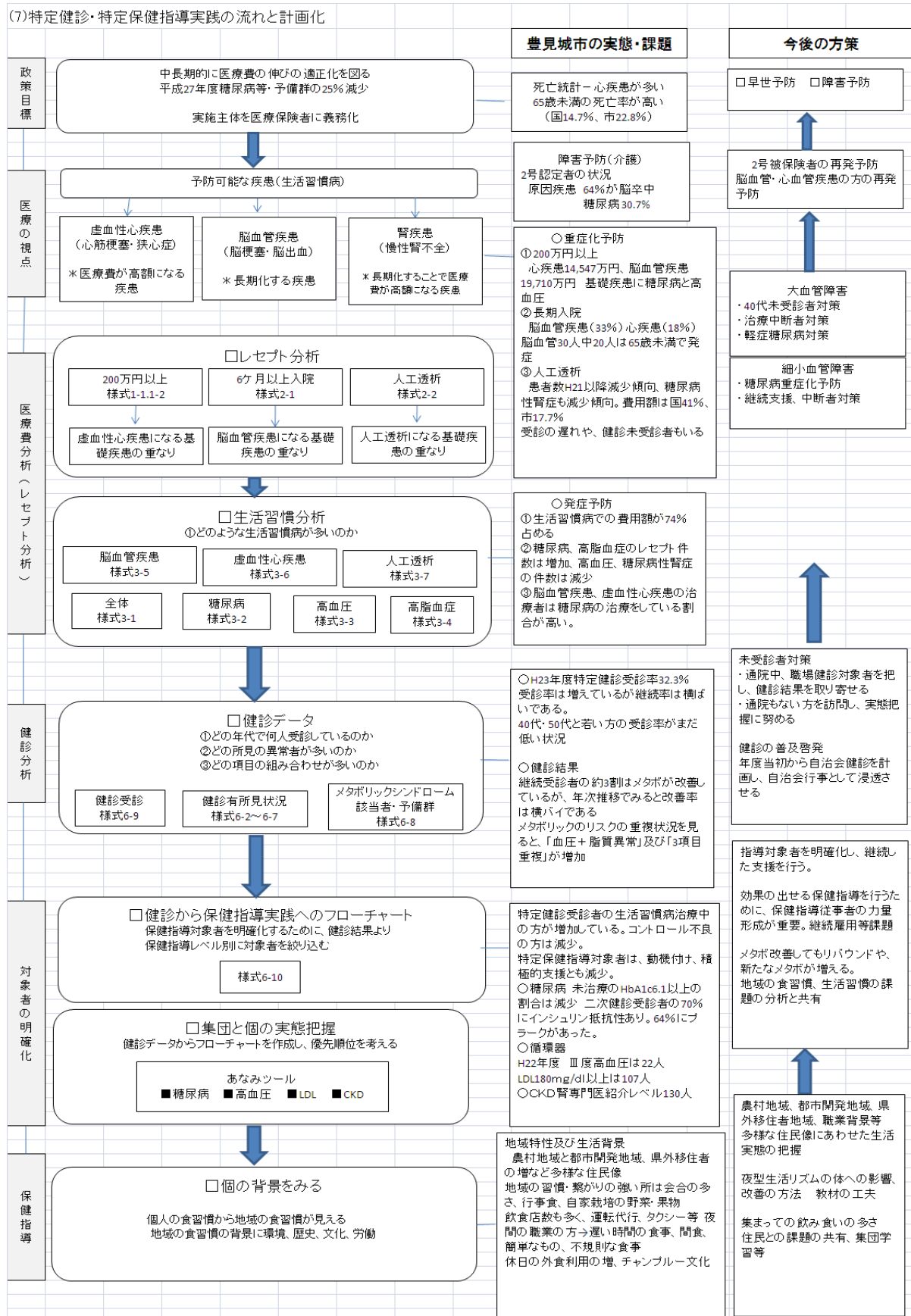


- 59 -

工 継続受診者の HbA1c の変化



(7) 特定健診・特定保健指導実践の流れと計画化



(8) 保健指導実施者の人材確保と資質向上

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。

各市町村の専門職の人数

No	専門職		保健師				栄養士				保育士	介護福祉士	社会福祉士
	市町村	人口	総数	保健師1人 当たり人口	再掲		総数	栄養士1人 当たり人口	再掲				
					保健予防				保健予防				
					人数	割合(%)			人数	割合(%)			
1	那覇市	316,138	66	9,033	35	53	17	39,517	8	47	227		26
2	沖縄市	135,363	36	12,306	11	31	15	13,536	10	67	187		6
3	うるま市	118,994	33	6,611	18	55	9	29,749	4	44	49		15
4	浦添市	111,463	33	7,962	14	42	4	55,732	2	50	46		5
5	宜野湾市	92,467	31	6,605	14	45	6	23,117	4	67	49		15
6	名護市	60,160	20	6,684	9	45	8	8,594	7	88	16		6
7	糸満市	58,799	15	4,900	12	80	4	19,600	3	75	99		6
8	豊見城市	57,957	14	8,280	7	50	5	19,319	3	60	40	不 確 定 (行政と民間)	5
9	宮古島市	54,720	22	3,648	15	68	7	9,120	6	86	110		4
10	石垣市	48,123	10	6,015	8	80	3	24,062	2	67	106		1
11	南城市	40,774	12	3,707	11	92	4	10,194	4	100	37		4
12	談谷村	40,005	13	5,001	8	62	6	10,001	4	67	43		2
13	南風原町	35,137	12	3,194	11	92	3	11,712	3	100	22		3
14	西原町	34,613	15	3,147	11	73	5	11,538	3	60	57		1
15	八重瀬町	27,679	6	5,536	5	83	3	13,840	2	67	12		3
16	北谷町	27,676	14	4,613	6	43	8	9,225	3	38	57		6
17	中城村	17,639	5	8,820	2	40	4	8,820	2	50	28		4
18	与那原町	16,991	6	4,248	4	67	4	5,664	3	75	29	2	
19	北中城村	16,107	8	3,221	5	63	3	16,107	1	33	33	4	
20	嘉手納町	13,875	8	2,313	6	75	4	4,625	3	75	61	3	
21	本部町	13,749	6	3,437	4	67	2	13,749	1	50	10	1	
22	金武町	11,215	6	3,738	3	50	4	5,608	2	50	79	2	
23	恩納村	10,435	6	3,478	3	50	3	5,218	2	67	未把握	未把握	
24	今帰仁村	9,518	4	3,173	3	75	1	9,518	1	100	51	2	
25	久米島町	8,541	5	2,847	3	60	3	4,271	2	67	74	3	
26	宜野座村	5,647	4	2,824	2	50	2	5,647	1	50	18	1	
27	国頭村	5,294	4	1,324	4	100	1	5,294	1	100	21	1	
28	伊江村	4,840	3	1,613	3	100	2	4,840	1	50	26	0	
29	竹富町	3,923	4	981	4	100	1	3,923	1	100	20	1	
30	大宜味村	3,398	2	1,699	2	100	1	3,398	1	100	24	0	
31	東村	1,946	2	973	2	100	1	1,946	1	100	10	1	
32	伊是名村	1,591	3	530	3	100	1	0	0	0	未把握	未把握	
33	与那国町	1,581	3	527	3	100	0	0	0	0	10	0	
34	伊平屋村	1,317	2	659	2	100	2	1,317	1	50	12	0	
35	多良間村	1,303	2	652	2	100	0	0	0	0	未把握	未把握	
36	南大東村	1,263	1	1,263	1	100	0	0	0	0	5	0	
37	座間味村	898	2	449	2	100	0	0	0	0	0	0	
38	栗国村	807	1	807	1	100	0	0	0	0	未把握	未把握	
39	渡嘉敷村	705	2	353	2	100	0	0	0	0	3	0	
40	北大東村	524	1	524	1	100	0	0	0	0	5	0	
41	渡名喜村	408	1	408	1	100	1	0	0	0	0	0	
	市町村計	1,413,583	443		264	60	147		91	62			

※市町村調査(平成24年10月現在)
※人口(平成23年度版国民健康保険の実態)