

特定健診の受診率の 向上に取り組むということ



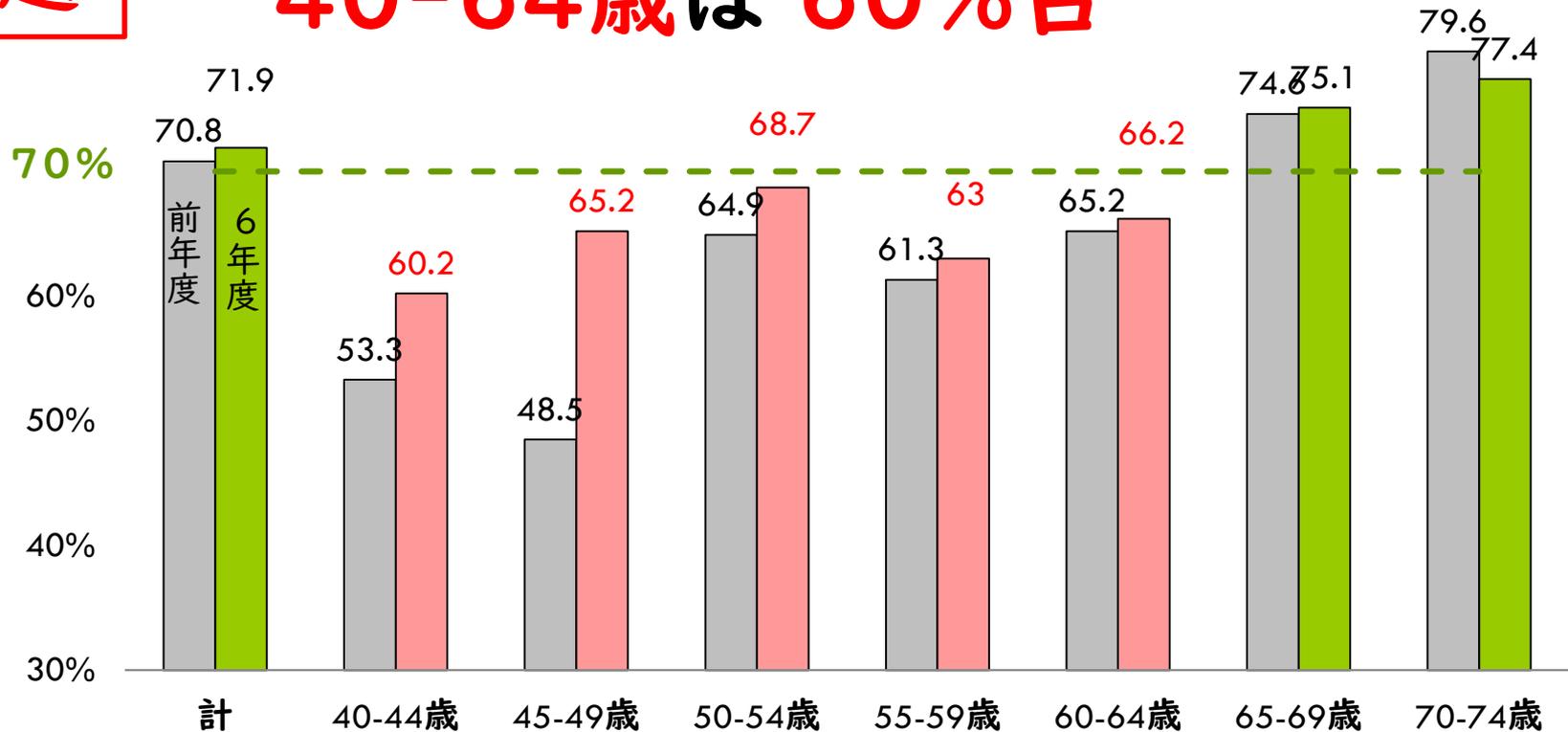
十勝岳

北海道上富良野町
(令和6年12月末 人口 9,706人)

**現状
課題**

**受診率目標 70%ですが
40-64歳は 60%台**

町の特定健診受診率



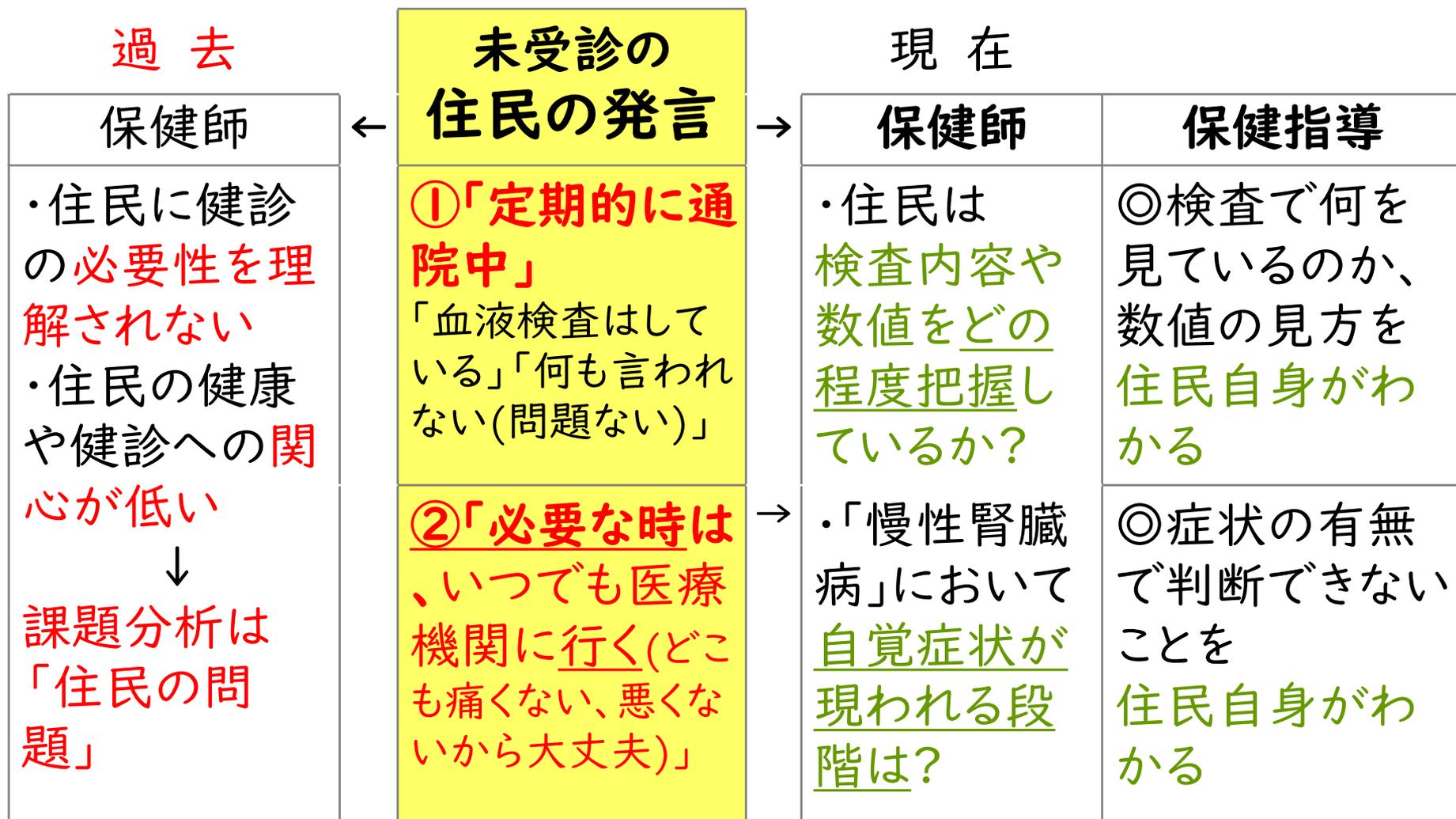
出典 令和5年度：法定報告 令和6年度：R7.1月末時点

(参考)
特定健診受診率

地域職域
連携体制

他医療保険 (被扶養者)	全国健康保険協会		後期高齢者 健康診査
	市町村職員共済		
町 受診率	(R4) 39.4%	(R5) 63.3%	(R5) 50.23%
北海道	19.0%	35.7%	15.20%

過去、未受診は「住民の問題」と考えていました 住民の発言から保健指導の展開へ

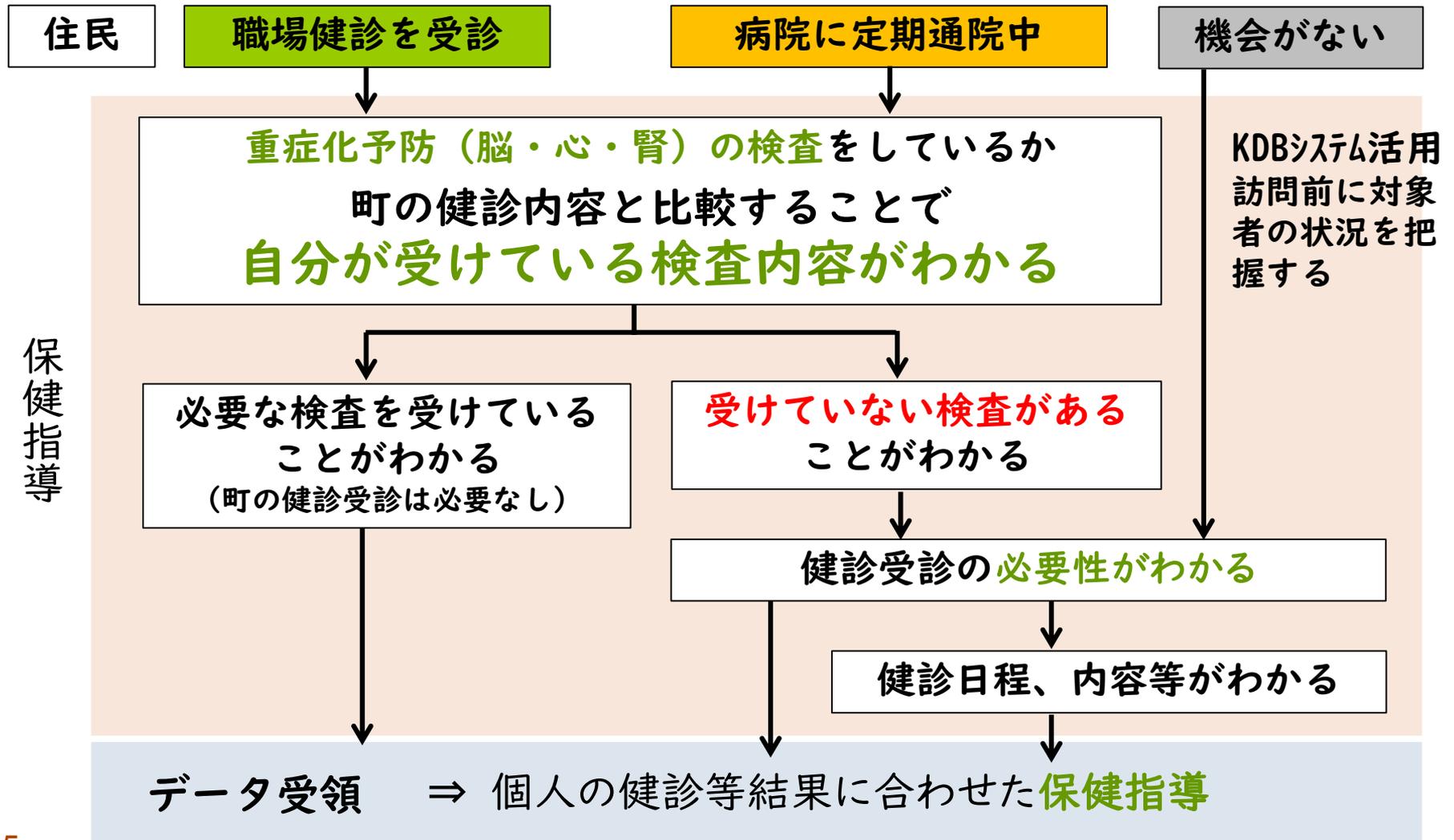


心電図検査の所見から高血圧問題を考える

健康診査	年齢		60歳代	60歳代	職場健診の結果受領時に 保健指導① ・早朝高血圧と家庭血圧測定について	60歳代	結果報告 ・左室肥大とは何か →1ヶ月後、家庭血圧測定記録を持って内科受診	60歳代
	健診機関		職場健診	職場健診		町健診		職場健診
	腹囲径		82	86		81		81
血圧	収縮期		132	130	→後日「血圧高いが、何ともない」と来所 保健指導② ・高血圧続くことで身体の中で何が起こるのか(臓器障害)、 予防目的の心電図検査の必要性がわかる →「町の健診を受けてみようか」	145	治127	
	拡張期		76	76		81		治64
血中脂質	中性脂肪		106	117		118		
	HDL		58	63		54		
	LDL		125	129		128		
糖代謝	血糖値		随119	空101		随134		
	HbA1c		未実施	未実施		5.9		
血管変化	心電図検査		未実施	未実施		左室肥大		
	血清クレアチニン		未実施	未実施		0.76		
	eGFR		未実施	未実施		77.1		
[注意] 心電図検査等の未実施者を対象に、一律に町の健診受診を勧奨するものではない。個々の健診結果を読み取り、重症化予防を目的とする。			KDB履歴		履歴なし	高血圧症・高血圧性心疾患 耐糖能異常		
						アムロジピン2.5mg→5mg 追加 テルミサルタン40mg		

受診率向上の取組は「保健指導」

住民自身が「受けている検査・結果」がわかり判断



受診率の向上に取り組む

（目標 ○○ %）



業務負担軽減
インセンティブ
(効率性優先)



目的
(何のため)

生活習慣病の
重症化予防

↓ (主軸)

行政主体の
住民への押し付け
(売り)

実践計画
(解決のため)

特定健診・保健指導
↓ 取組により

問題の本質が見えない
狭い・浅い対策に終始
住民が離れていく
保健指導の苦手意識
評価未達成で疲弊
等々

②課題分析
重症化に至った
個の実態
→ 予防の視点で読
取り、科学的根拠
を基に具体的対策
(専門職の力量形成)

分析の質の違い

①結果
(アウトカム評価)
死亡・介護
医療、健診データ
→ 分析・健康課題
が「高い、多い」

↓
目標値の設定

データヘルス計画

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

～特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進～

特定健診・保健指導の実施率の**向上**

① **結果**
(アウトカム評価) ↓

データの分析

地域・職場のメリット

- 各地域、各職場特有の健康課題がわかる。
- 予防する対象者や疾患を特定できる。
- <レセプトを分析すると>
- 何の病気で入院しているか、治療を受けているか、なぜ医療費が高くなっているか

個々人のメリット

- 自らの生活習慣病のリスク保有状況がわかる。
- 放置するとどうなるか、どの生活習慣を改善すると、リスクが減らせるかがわかる。
- 生活習慣の改善の方法がわかり、自分で選択できる。

未受診者への受診勧奨

健康のための資源
(受診の機会、治療の機会)

保健指導

④ **医療の実態**

○重症化が予防できる

メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少

○重症化が予防できる

高血圧の改善

脂質異常症の減少

糖尿病の減少

短期目標疾患

③ **介護の実態**

② **死亡の実態**

脳血管疾患・心疾患死亡率の減少

糖尿病合併症の減少

中長期目標疾患

① **健康寿命の延伸**

出典 標準的な健診・保健指導プログラム
(令和6年度版) 厚生労働省 健康局

健診・保健指導の取組

特定健診	町 R4
対象者	1,504人
受診者数	1,062人
受診率	70.6%

特定保健指導実施率	町
	86.0%

健診・保健指導
検証・改善へ

予防の視点で
読取り、科学的
根拠を基に具
体的対策

8 (専門職の役割)

①結果(アウトカム評価) KDBシステムから出力(非専門職でも可能)

医療		介護		死亡			
4 医療費に占める 生活習慣病 医療費の割合	町	全国	1 健康寿命(令和4年度)	町	全国		
	13.1%	18.7%		男性	平均余命(年)	82.0	81.7
					平均自立期間(年)	80.7	80.1
			女性	平均余命(年)	89.6	87.8	
				平均自立期間(年)	86.5	84.4	
3 要介護			町	全国			
一人当たり医療費 (月平均を算出)			1号認定率	16.2%	19.4%		
			2号認定率	0.25%	0.38%		
	町	全国	2 死亡原因	死亡数	SMR		
H30	27,300円	26,560円		脳血管疾患	88	84.5	
↓	↓			虚血性心疾患	58	85.6	
R4	26,630円	29,050円		腎不全	26	102.4	
変化率	-2.5%	9.4%		心疾患	132	67.9 **-	

分析・健康課題が「短い・高い・多い」では解決できない

②課題の分析 予防可能な疾患
重症化に至った個の実態(経過)

過去、寝たきり床ずれ対応の福祉中心の活動から 寝たきりにさせない生活習慣病予防に転換

福祉専門職の配置と役割分担

介護保険法	根拠法令	健康増進法・高確法
介護福祉士・社会福祉士等	他の専門職	管理栄養士
虚弱・要介護・高齢者 ケアプラン作成・連絡調整	⇒	生活習慣病対策 健康寿命の延伸
子ども・子育て支援法 児童福祉法、児童虐待防止法 発達障害者支援法 など	根拠法令	母子保健法
保育士・社会福祉士等	他の専門職	管理栄養士
特定妊婦 ※2009年児童福祉法第6条の3第5項 「出産後の養育について出産前において 支援を行うことが特に必要と認められる 妊婦」 虐待予防の視点 相談援助、生活支援	(例)妊婦 どちらに 時間を かけて いますか？	妊娠前体格(BMI) (やせ・肥満) 妊娠中の 体重増加不良・過多 妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病(GDM) 母性並びに乳児及び幼児の 健康の保持及び増進

身体を守ることを専門とする保健師

地区担当保健師は 健康課題に横断的・包括的に関わる

事例A		母子保健	特定健診・特定保健指導					
年齢		妊婦健康診査	産後	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳
血压分類		家族歴：実母・祖母 くも膜下出血で死亡 自身:妊娠高血圧症候群		I度高血圧	正常高値	I度高血圧		
血压	収縮期			152	122	152	130治	125治
	拡張期			96	66	99	92治	87治
							治療開始	

事例B		母子保健事業	特定健診・特定保健指導					
年齢		妊婦健康診査	40歳				40歳代	
BMI			22.0		26.3	24.6	21.3	
空腹時血糖		家族歴：糖尿病あり 食後2時間163mg/dl 妊娠糖尿病(薬物療法なし)	93	~	104	119	91	
HbA1c			5.6	~	6.3	6.2	5.6 治	
							軽症糖尿病 治療開始	

担当する地区に責任をもった保健活動を推進

保健師1年目の未受診者訪問

□初めは拒否されるのではないかと心配だったが、健診を受けないとしても話を聞かせてくれる方が意外と多かった。訪問により担当地区の住民がどんな人なのか、どんな環境で生活しているのか、なぜ未受診なのかがわかった。

□住民の未受診理由は様々であり、その理由に応じた勧奨により健診を受けてもらえた。訪問して話をしたことが「何か見つかるのが怖い」「今年こそは」と健診を受けるか迷っていた人の後押しになっていたのだと考える。

例えば、〇〇地区の酪農家は、遅い時間なら行けるが過去に牛が産気づいて健診に行けなかったという事情があったため、午後の健診を案内し、直前の日程変更もできると伝えて、5年ぶりの受診につなげることができた。受診に至らなくともその理由から住民の考えがわかり、来年はこんな勧奨をしに行こうと考えるヒントになった。

□未受診者対策に行った人こそ何か所見があり、高LDL、心室性期外収縮（頻拍）などで保健指導に入った。住民自身が予防できる段階で体の状態に気づけることが、未受診者対策をして健診を受けてもらうことの意義だと学んだ。

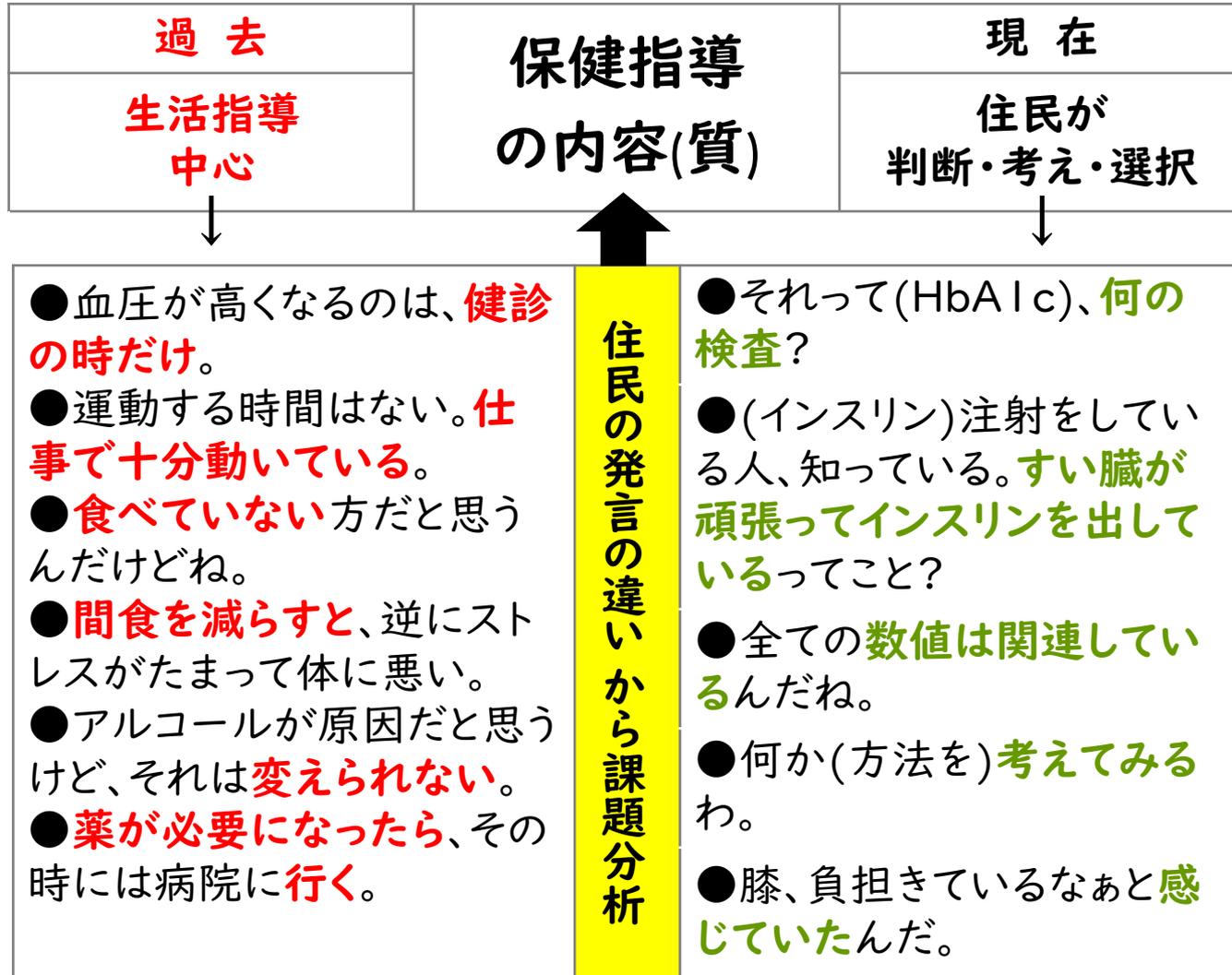
□データ受領の場合も、重症化予防の保健指導につながっている。

例えば、職場健診でメタボ・Ⅲ度高血圧該当者。初回訪問で職場健診ありとわかり、2回目データ受領「結果をまだ見ていない」、3回目「血圧はいつも高いから気にしていない。受診予定はない」、4回目家庭血圧測定値の聞き取り、と継続的に関わっている。この事例から、職場健診や医療を受けている住民でも、町保健師が予防介入すべき存在がいることを知った。

□今後も自分から住民のもとに出向いて予防活動につなげていきたい。さらに、**受診率を上げるだけで満足しないように留意する。健診を受けてもらっても中身のない保健指導をしては意味がない**が、今はなかなか住民が健康に向かう保健指導はできていないことが課題である。**行った保健指導と住民の反応や変化を振り返り、課題の解決に取り組むことを大切にしていきたい。**

訪問回数	→	健診受診者	10名	(40~50代6名)
100件以上		データ受領	6名	

「保健指導の質」で継続受診者を増やす



住民は保健師栄養士から静かに離れていく

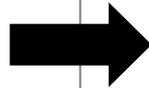
未継続
未受診

「来年も受けよう」と思ってもらえる保健指導

継続受診者が増える

継続率
80%以上

過去



現在

健診業務担当保健師が

健診結果「総合判定」で振り分け

要精検 要指導 治療継続

異常なし

地区担当保健師が

健診経年結果表

総合的に読み取る
[問診表・面接記録、KDBシステム等]

	地区担当保健師	事業担当保健師
事業	・受診勧奨のための家庭訪問	・健康相談 (老人・婦人会) ・病態別の健康教室
内容	「病院に行って下さい」と依頼書を渡す	・調理実習 ・生活改善ための講話
評価	訪問実施数	実施回数・来所者数
課題	・医療機関未受診者が解決しない。 ・高血圧等の未治療者が倒れていく。	・来てほしい人には来てもらえず、参加者はいつも決まった人。 ・お楽しみ方、出かける場 ・データ改善に至らない

対象者	結果判定に関わらず 正常範囲内でも値の変化を見る等 段階に応じた予防の視点で 保健指導が必要な対象者を抽出	確かな予防の視点で住民主体を貫く
保健指導の内容	住民自ら、 数値の経年変化を読み取る この検査は？なぜ？どうして？ 納得できない発言や疑問が出てくる ↓ 身体の中で起こっていることが 具体的にイメージできる ↓ 住民しか知らない生活が結びつき、 自らが解決方法を選択 結果を確かめる	

住民自らが健康問題を考える

健診・保健指導を受けることの価値を育てる

受診率の向上に取り組むということ

- 1 受診率向上を目的にせず、住民主体の**生活習慣病の重症化予防**を考え続ける。
- 2 町の健康課題の解決のために**個の実態から質の高い課題分析**を行う。
- 3 未受診者の**住民の発言を聴くことから**、**発言の本質は何かを考え、保健指導を展開**する。
- 4 **保健指導の内容(質)が**健診・保健指導の**価値を決める**ことから**専門職の主体性と力量形成が重要**。

高齢者の増加、現役世代の急減

2025年 団塊世代が全て後期高齢へ

2040年 高齢者数ピーク、単身高齢者世帯増

社会保障費の増加

財源

後期高齢者医療	2000年 (平成12年)	2021年 (令和3年)	町	(参考) 全国
総費用	13億5千万円	16億1千万円	1.2倍	1.5倍
被保険者数	1,529人	1,869人	1.2倍	1.2倍
一人当たり医療費	883千円	862千円	1.0倍	1.3倍

介護保険サービス	2000年 (平成12年)	2021年 (令和3年)	町	(参考) 全国
総費用	7億4千万円	10億円	1.4倍	3.9倍
介護認定者数	377人	510人	1.4倍	3.1倍
1号一人当たり費用	246千円	296千円	1.2倍	2.0倍

後期高齢者医療 介護保険

公費 (税金) 50%	国 32%(5.3兆円)	国 25%(2.7兆円)
	都道府県 8%	都道府県 12.5%(1.6兆円)
	市町村 8%	市町村 12.5%(1.4兆円)
保険料 50%	保険料 8%(1.3兆円)	1号被保険者 (65歳以上) 23%(2.6兆円)
	支援金 41%(6.4兆円)	2号被保険者 (40~64歳) 27%(3.1兆円)
	公費	

子ども・子育て支援金制度