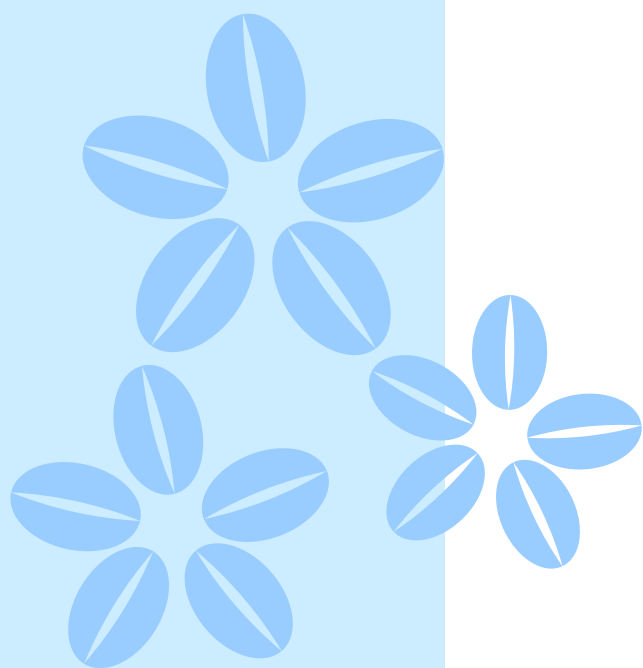


**標準的な健診・保健指導プログラム
新事例集
(平成25年版)**



平成25年3月

新事例集のねらい

本事例集は、医療保険者における「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」の効果的・効率的な推進のため、健診・保健指導の実施に携わる団体の事業改善に資することを目的に作成されたものである。

「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」の中では、保健事業の実施に当たり、現状分析、計画の策定、健診の実施、保健指導対象者の選定・階層化・結果の通知、対象者の階層に応じた保健指導評価、次年度計画の策定、という一連の流れからなるPDCAサイクルの重要性が示されている。

また、評価の視点としては、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）が示されている。

このような一連のPDCAサイクルに沿った事業運営を着実に実施することで、事業実施上の課題や改善点が見出され、より効果的・効率的な保健事業活動へと発展していくものとする。

本事例集で取り上げた団体は、次に示す要件を満たす例として紹介するものである。

- ・医療保険者に関しては、上記の一連のPDCAサイクルの流れを着実に実施することで、事業改善が図られており、特定健診また特定保健指導のいずれか、あるいは両方の実施率が向上してきている

- ・都道府県国保連合会および都道府県に関しては、保健指導実施者への研修や全県下のデータ分析等を通じて、医療保険者支援を行っており、現状分析、計画策定、事業の実施、評価・改善の一連の流れを実施し、事業改善を図っている。

本事例集が医療保険者及び関係団体において活用され、各団体の健診・保健指導事業のさらなる創意工夫に資することが期待される。

なお、本事例集の作成にあたっては、市町村国保、健康保険組合、全国健康保険協会等で特定健診・特定保健指導事業の運営や人材育成に先駆的に取り組んでいる保健師や管理栄養士、事務職員及び有識者からなるワーキンググループを設置し、検討してきた。事例を提供いただいた団体の皆様をはじめ、ご協力いただいた方々に心からの謝意を表す。

平成 24 年度 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

「特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と、保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究」

研究代表者：横山 徹爾

目次

事例 1	直営方式による特定保健指導非対象者を含んだ生活習慣病予防・重症化予防への取り組み	(新潟県上越市)	1
事例 2	直営方式によるポピュレーションアプローチ及び重症化予防を含む生活習慣病予防の取り組み	(静岡県牧之原市)	12
事例 3	全市を挙げた特定健診・特定保健指導を含む生活習慣病対策への取り組み	(兵庫県尼崎市)	20
事例 4	健康診断を活用した、地域と職域が連動した保健事業の展開 ～受けただけでは終わらせない仕組みづくり(愛知県東海市)～		31
事例 5	特定健診・特定保健指導からの生活習慣病予防及び重症化予防の取り組み	(福岡県北九州市)	38
事例 6	加入者20万人を超える大規模共済組合における特定健診・保健指導の実施率・成果向上に向けた取り組み	(東京都職員共済組合)	48
事例 7	保健指導の経年管理と人材育成	(全国健康保険協会)	55
事例 8	医師会と保険者の協働による特定健診・保健指導の実施率向上と重症化予防の取り組み	(東松山医師会病院健診センター)	64
事例 9	全国に散在する加入者からなる健保組合における被保険者・被扶養者への効果的なアプローチ	(横河電機健康保険組合)	73
事例 10	幅広い対象者の利用を考慮したプログラムの提供等による広域な事業所を管轄する単一健康保険組合の取り組み	(ヤマハ健康保険組合)	80
事例 11	特定健診データの分析及び普及啓発で医療保険者を支援する取り組み	(愛知県)	89
事例 12	事業評価を踏まえた「特定健診・保健指導事業」の人材育成の展開	(静岡県)	94
事例 13	沖縄県の糖尿病等生活習慣病有病者・予備群の25%減少を目標とした医療保険者の実態に基づく健診・保健指導実践への支援	(沖縄県国保連合会)	99

事例1 直営方式による特定保健指導非対象者を含んだ生活習慣病 予防・重症化予防への取り組み(新潟県上越市)

取り組みの特徴

- 特定保健指導非該当者への健康教育
- 特定健診受診者全員を対象にした健診結果説明会
- 特定保健指導非対象者を含む個別訪問による重症化予防対策の取り組み
- 被用者保険との連携を目的とした市独自の保険者協議会の設置
- 保健指導実施者の力量形成のための人材育成体制

1. 自治体の概要

上越市は、新潟県南西部の日本海に面して位置し、平野部、山間部、海岸部と変化に富んだ地形を有する自然豊かな地域であり、冬期には海岸部を除いた地域で多くの降雪がある全国有数の豪雪地帯である。

平成 17 年に 14 市町村が合併して現在の上越市となり、合併前の各町村役場は現在、区総合事務所として市民に身近な行政サービスの提供を行い、保健師・栄養士も木田庁舎（合併前の上越市役所）・各区総合事務所に分散して配置されている。

総人口は 203,899 人(平成 22 年国勢調査)であり年々減少傾向にある一方、高齢化率は 26.3%(平成 23 年 10 月現在)と年々増加している。

死亡の状況は 1 位悪性新生物、2 位心疾患、3 位脳血管疾患であり、割合で見ると心血管疾患が 28.1%を占めている。また、虚血性心疾患と脳血管疾患の人口 10 万対死亡率は国と比較して高い状況にある。特に脳血管疾患は、標準化死亡比（SMR）で見ると、男性 111、女性 101 と男性が高い状況にある。

介護保険の状況は、認定者数が年々増加し、要介護認定割合が 65 歳以上、40～64 歳共に全国ワーストレベルで推移し、その原因疾患として脳血管疾患が約 7 割を占めている。脳血管疾患から重度の要介護状態になる者が多く、結果として介護保険料平均保険料基準額が 6,525 円（月額）と高額になり、社会保障費を圧迫している。

また、国民健康保険の被保険者数は 46,124 人であり、年々増加している。一人当たり医療費は一般 341,853 円、退職者医療制度 397,085 円(平成 23 年度)と国・県平均より高い状況で推移している。

II. 取り組みの経過と保健事業の体制

このような状況の中、上越市においては平成 20 年度からの特定健診・特定保健指導制度の開始を一つのチャンスとしてとらえ、保健活動を見直してきた。

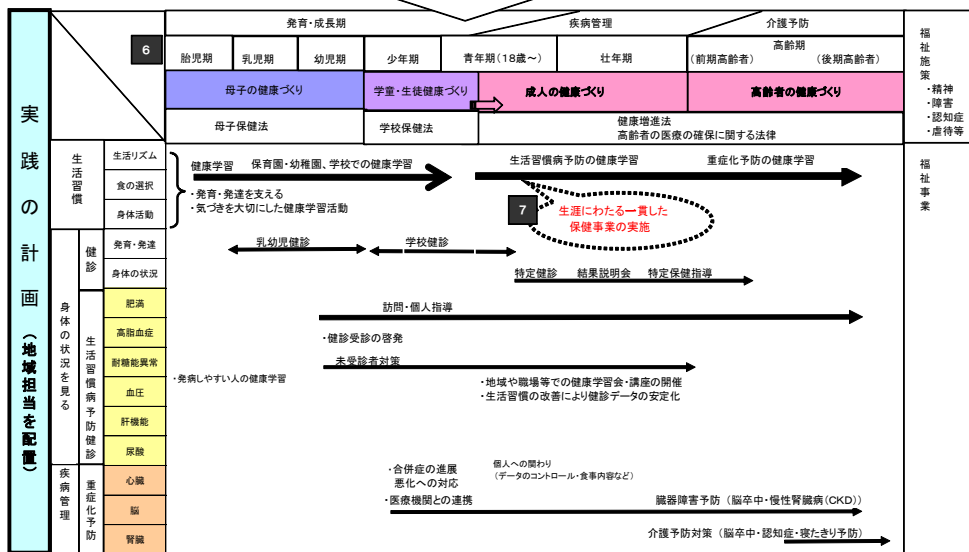
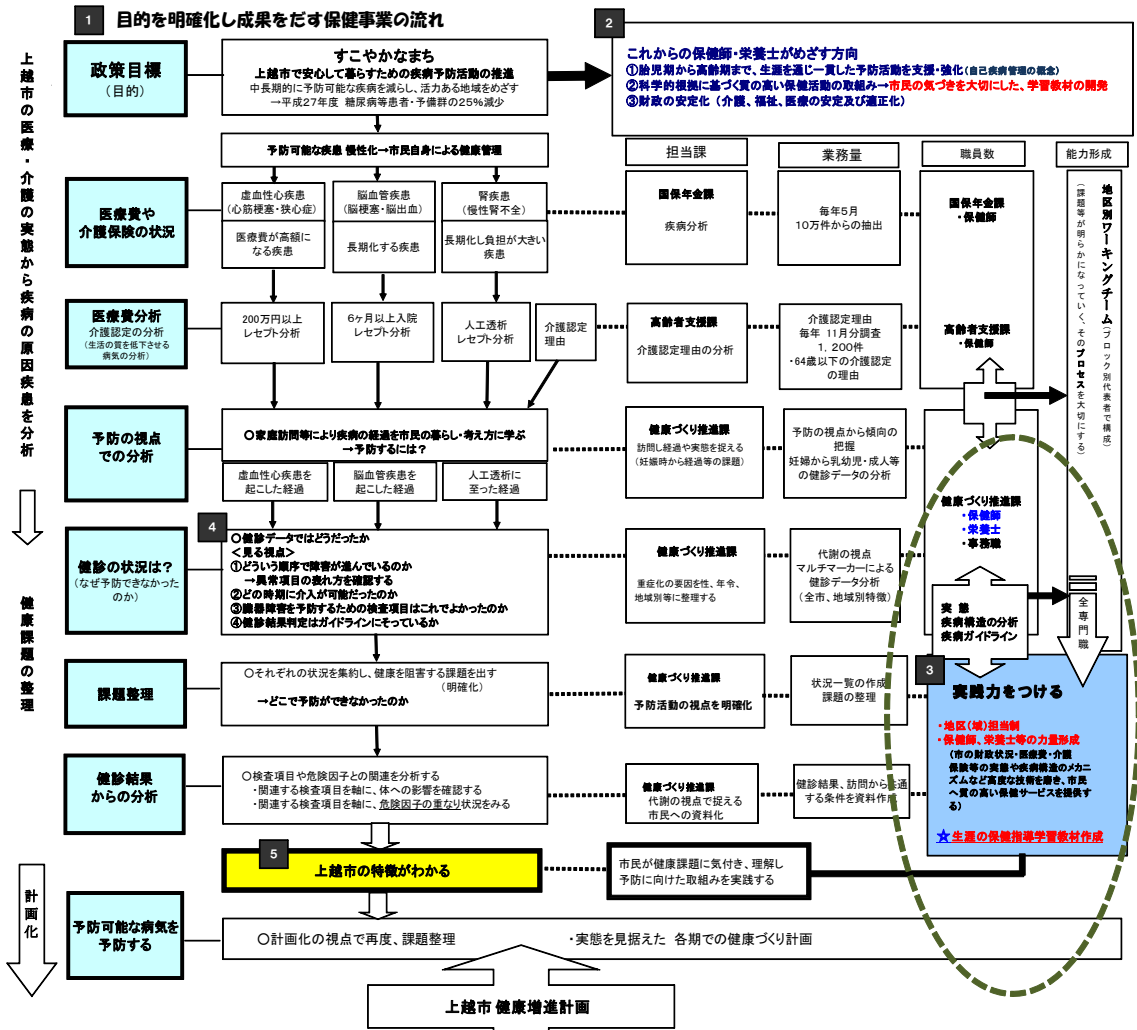
平成 17 年に非常に大きな市町村合併が行われ、各市町村のそれまでの取り組みがさまざまな中で、統一的な保健事業の方向性への協議は非常に困難な作業となった。合併前の上越市は 13 万人と人口規模が大きく、実態の分析・検証・評価・見直しが十分でない中、イベント的な事業も多かった。合併前の町村で行われていた、住民の顔が見える、きめ細かな保健事業の良い部分が失われる危険性もあった。

そこで平成 18 年度より国保・衛生部門及び各区総合事務所の保健師・栄養士で構成するワーキングチームを立ち上げ、健診データの分析と各種データが示す地域特性を読み取り、読み取った特性を保健指導に活用する方策の検討と保健指導実施者の力量形成を続けて行いながら、今後の市の保健活動の方向性を協議してきた。

専門職の意識を統一し、同じ視点で保健活動を行わないと成果につながらないと考え、まず市の財政状況や医療費・介護保険等の実態を認識し、専門職が予防できなかったことを実例から学んだ。次に「疾病構造のメカニズムに照らしながら、質の高い保健活動を行うことが成果につながる」ことを取り組み事例から学んだ。そのため、成果を出した外部講師から保健事業へのアドバイスや専門職研修を受ける他、当市の保健師・栄養士の多くが自体的に学習会に参加している。

当市は、図 1.1 のように PDCA サイクルで常に見直しをしながら保健事業を展開している。現在は、生涯にわたる一貫した保健事業の実施を目指して、母子保健活動の見直しを始めている。

図 1.1 “すこやかなまち” に向けた保健活動



Ⅲ. 特定健診・特定保健指導を含む保健事業の流れ

上越市の特定健診・特定保健指導の実施状況は表 1.1 のとおり。

表 1.1 特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移(法定報告から抜粋)

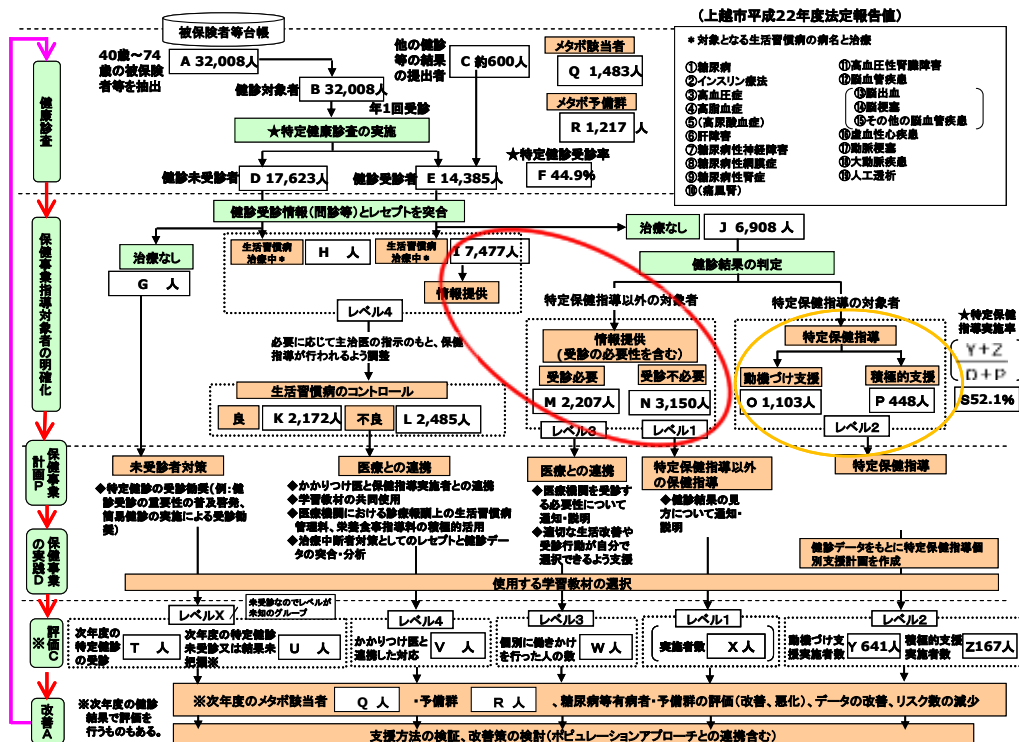
		年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	
特定健診	受診率		41.6%	40.5%	44.9%	45.8%	
	対象者数		32,193人	32,299人	32,008人	32,706人	
	受診者数		13,389人	13,081人	14,385人	14,995人	
	対前年比		—	308人減	1,304人増	610人増	
特定保健指導 (内訳)	実施率		53.8%	50.3%	52.1%	50.3%	
	動機づけ支援	対象者		1,264人	1,120人	1,103人	1,136人
		終了者		712人	614人	641人	604人
	実施率		56.3%	54.8%	58.1%	53.2%	
	積極的支援	対象者		420人	404人	448人	429人
		終了者		194人	153人	167人	183人
実施率		46.2%	37.9%	37.3%	42.7%		

※平成 23 年度実績は暫定値(平成 24 年 12 月現在)

上越市では特定健診実施計画策定時に、特定保健指導対象者だけでなく、医療費や介護保険の分析結果から、上越市の課題となっている心血管疾患の発症予防のため、階層化の結果、情報提供となる者(以下、情報提供レベル者)の中からも市独自に保健指導対象者を抽出し、「重症化予防のための保健指導対象者」と位置づけ、優先的に保健指導を実施している(図 1.2)。

図 1.2 糖尿病等の生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート



具体的には腹囲及びBMIが、階層化基準に該当しなくても血圧、血糖、LDLコレステロール等の危険因子がある者を対象者として抽出している。

さらに、地区担当制を重視し、分析・検証・評価・見直しを市内30地区に分けて行っている。訪問指導を重視しながらも、各地区担当が計画的に保健指導を行うために、全市的な基準を設け、地区担当の裁量に任せて訪問対象者を選定している（表1.2）。

表 1.2 訪問指導対象者の優先度

平成24年度 訪問指導対象者

区分	年齢	対象	(参考)平成23年度訪問対象者				
			全数	市民 18-39歳	特定健診 40-69歳	後期 70-74歳 75歳以上	
至急訪問	年齢制限なし	1つ以上該当している人					
		・HbA1c 10以上	21	1	16	2	3
		・中性脂肪 1000以上	10	1	9	0	0
		・LDL 30未満または250以上	14	2	6	4	2
		・GOT・GPT 300以上	2	0	2	0	0
		・γ-GPT 700以上	15	0	11	2	2
		・クレアチニン 1.8以上(e-GFR30未満)	42	0	9	9	24
優先度1	特定保健指導 対象年齢	1-①積極的支援 (~64歳)	438		438		
		1-②動機づけ支援	1167		598	569	
優先度2	重症化予防訪問 年齢制限なし	2-①血圧 180/110以上	159	3	67	39	50
		2-②HbA1c 8~9.9	47	0	32	8	7
		2-③LDL 160以上	804	18	490	141	155
		2-④心房細動・心房粗動あり	148	0	66	82	
優先度3	重症化予防訪問 ~74歳	3-①160/100~179/109	351	0	351	0	
		3-②HbA1c 7~8	90	0	49	41	
		3-③尿酸 9以上	36	0	24	12	
		3-④e-GFR 45未満(腎の講座参加者以外)	81	0	33	48	
優先度4	重症化予防訪問 ~69歳	4-①140/90~159/99	1407	1	1406		
		4-②HbA1c 6.1以上	159	0	159		
		4-③中性脂肪 300以上	71	0	71		
		4-④LDL 140~159	624	0	624		
		4-⑤尿酸 8~8.9	36	0	36		
		4-⑥e-GFR 60未満(腎の講座参加者以外)	207	0	207		

* 70歳以上は、高齢者健康支援訪問対象者と重複しないか各地区担当で確認してから訪問に行く。

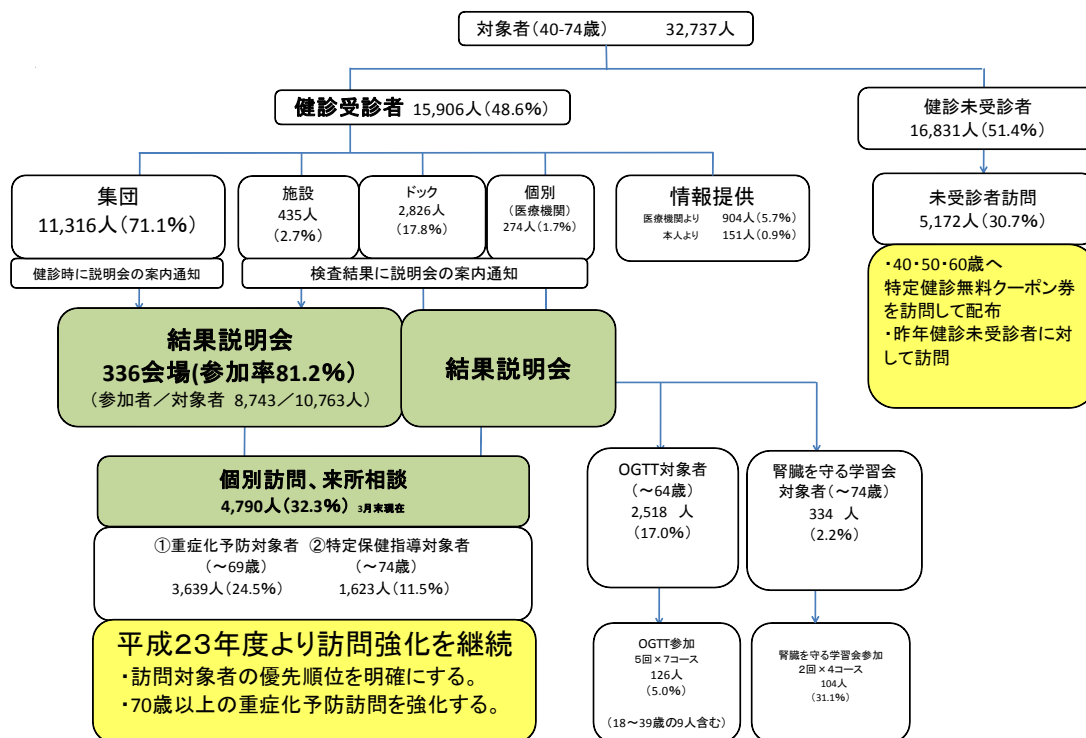
特定保健指導は、国保年金課が衛生部門である健康づくり推進課に執行委任して行っており、特定健診受診者のほか、18~39歳の市民を対象とした市民健診受診者、国保以外の特健診受診者も含めて、健診受診者全員を対象に健診結果説明会を開催し、と具体的な生活改善に向けた指導を行っている。その後定期的に定期的な家庭訪問や電話によるフォローを行い、翌年度の健診結果で改善度を評価している。

また、重症化予防のための保健指導対象者も特定保健指導と同様の流れで訪問し保健指導を行っている（図 1.3）。

図 1.3 特定健診受診後のフォロー体制

平成24年度 特定健診受診後の流れ (平成23年度実績より)

(健診受診者数はH24.4.18現在)



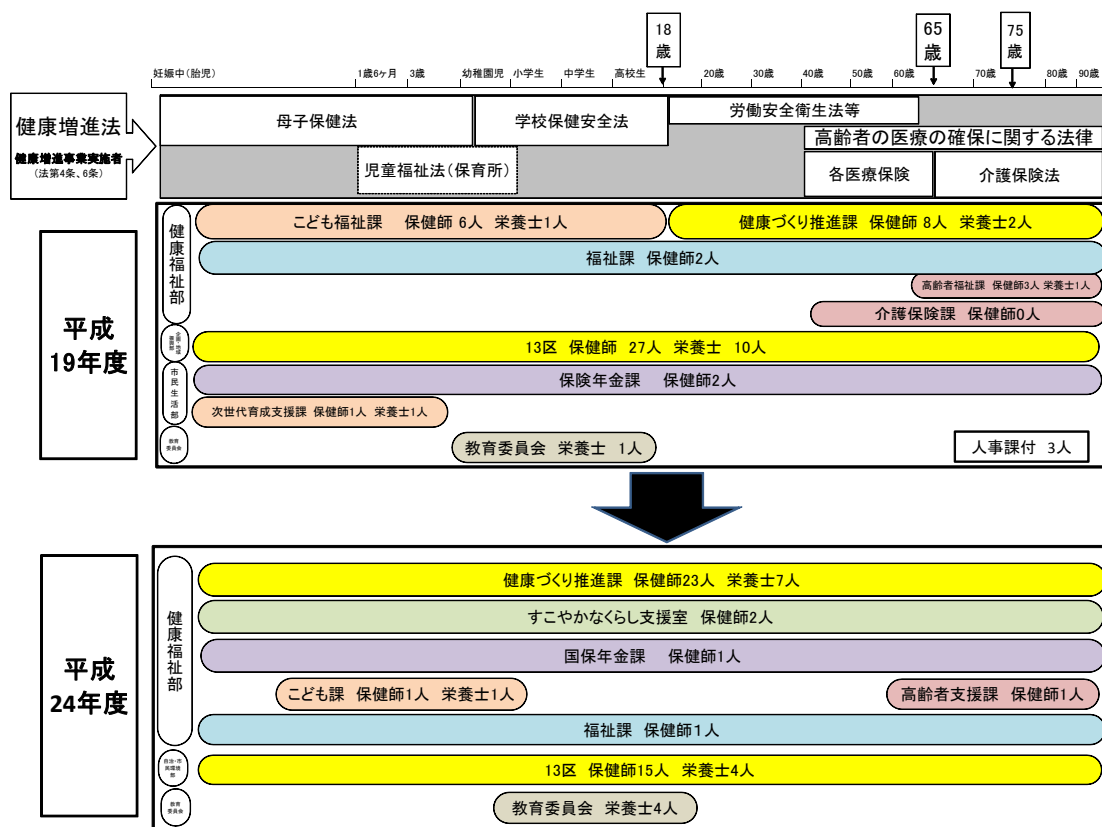
新規健診受診者のデータ分析結果では、健診未受診者の中に潜在的に重症化している者が多いことから、未受診者対策も重要な課題の一つである。健診未受診者の中から倒れていく人を増やさないために、保育園や学校、企業や各町内会などに出向いて、なぜ健診を受けなければならないのか理解してもらえるような健康教育を実施している(表 1.3)。

表 1.3 上越市の未受診者対策

目的	内容
若年者の特定健診受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・自営業者(理美容業、菓子店及び飲食店など)への受診勧奨 ・自営業者の健康管理の実態把握(産業振興課と連携)、勤労者福祉サービスセンター及び商工会議所・13区商工会と連携 ・認定農業者等の健康管理の現状把握及び受診勧奨(農業振興課と連携) ・自営業者各業種別の組織への働きかけ ・学校・保育園との連携(小中学校・保育園での健康教育の充実と受診勧奨) ・未受診者への健診案内文書送付等による受診勧奨
各年代の特定健診受診率を上げる	<ul style="list-style-type: none"> ・国保の加入手続きの際に健診受診勧奨(途中加入も含めて) ・各種団体への健診受診の働きかけ(町内会、健康づくりリーダー、地域協議会等) ・町内会主催の健康講座での健診受診の働きかけ ・健康づくり推進活動チーム研修会での健診受診の働きかけ(市内30地区・年2回開催)
健診リピーター率を上げることで特定健診受診率向上を目指す	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果説明会の内容充実(平成22年度 348回実施) ・健診後の各種保健指導の充実 ・科学的根拠に基づく保健指導の質の向上
39歳以下の市民健診受診率を上げ、長期的な特定健診受診率向上を目指す	<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児健診での健診受診勧奨 ・乳幼児健診・保育園での健康教育を通じて健診受診の働きかけ ・すくすく赤ちゃんセミナー等で妊娠中の健康管理から生涯を通じての健康管理の重要性について働きかけ

これまでの分析や取り組みの評価から、特定保健指導事業だけでは重症化を防げず、結果的に医療費適正化や要介護者の減少につながらないことが判明した。今後も胎児期から高齢期まで生涯を通じて一貫した視点で保健事業を進めていくことが必要である。そのため、平成23年度からは、母子保健分野も健康づくり推進課が所管している。各地区担当保健師が家族単位で地域の健康を守る体制で活動を進めている（図1.4）。

図 1.4 生涯を通じた健康づくりのための市の体制



IV. 新たな課題

上越市の介護保険認定者のうち、働き盛り世代で生活習慣病が重症化して倒れている者のうち41%が被用者保険の加入者であり（表1.4）、倒れた後に国保に加入している実態があった。また、新規透析導入者の以前の加入保険の状況を見ると97%が被用者保険の加入者であり（表1.5）、透析導入後に国保に移行している実態があることから、今後は重症化予防のために被用者保険や企業と連携した取り組みを行うことが重要と考えている。

表 1.4 40～50歳代で介護保険に認定された方の原因

～40～50歳代の認定者 151人(男性 95人, 女性 56人)のうち生活習慣病が原因とおもわれる 44人の状況～

	男女比	健診受診		加入保険		脳血管疾患			生活習慣に関する基礎疾患				
		あり	なし・不明	国保	被用者保険	脳出血	脳梗塞	くも膜下出血	高血圧	脂質異常症	糖尿病	高尿酸血症	アルコール関係
合計	100%	1	43	26	18	19	13	5	32	12	13	8	5
男性	81.8%	0	36	21	15	16	11	3	25	9	10	6	5
女性	18.2%	1	7	5	3	3	2	2	7	3	3	2	0

平成 22 年 2 月現在 上越市介護保険第 2 号被保険者 339 人中

表 1.5 新規透析導入者の状況

		合計		男	女	
		人数	%	人数	人数	
新規透析導入者		30	100%	19	11	
加入保険	以前	被用者保険	29	97%	18	11
		国保	1	3%	1	0
	現在	被用者保険	6	20%	5	1
		国保	11	37%	7	4
	後期	13	43%	7	6	
透析導入時の年齢	30歳代	2	7%	2	0	
	40歳代	0	0%	0	0	
	50歳代	5	17%	4	1	
	60歳代	6	20%	4	2	
	70歳代	10	33%	5	5	
	80歳代	7	23%	4	3	
原因疾患	糖尿病性腎症	13	43%	8	5	
	腎硬化症	6	20%	3	3	
	慢性腎炎	11	37%	8	3	

平成 23 年度更生医療申請書より把握

本来は県単位の保険者協議会で、問題を検討・解決するべきであると考え、上越市においては重症化予防対策は取り組むべき喫緊の課題であると判断し、平成 23 年度に市独自の保険者協議会を立ち上げた。まず被用者保険の健診・保健指導の実態を把握し、事業所や被用者保険の担当者と上越市の取り組みを共有していくことから始めている。

会議では、各被用者保険は特定保健指導の実施率が大変低い実態であることがわかり、また、上越市の状況からみて特定保健指導対象者だけではなく、情報提供レベル者の中にも重症化予防が必要な者がいることから、市民の健康を守る立場で市の保健師・栄養士が企業に出向き、健診結果を含めた健康教育を始めている。

V. 保健事業の評価

上越市の取り組みの成果は、国保医療費や重度の要介護者の減少といった社会保障の安定化にまではまだ至っていない。しかし、健診を受診しその後の保健指導を受けた人のほうが1人当たりの外来医療費(高血圧・糖尿病)の平均単価が低くなるという結果(図1.5)や、要介護状態になりやすいリスクを持つ人に継続的に訪問したところ、要介護状態への移行率が低くなる(図1.6)という結果が出ている。

特定健診の継続受診者と初めて受診した人の結果を比較すると、初めて受診した人は有所見者の割合が非常に高く(表1.6)、未受診者の中に潜在的な重症者が多くいることが推測される。今後も未受診者対策とともに、国保以外の者も含めて市民全体の健康を守る視点から現在の取り組みを検証し、見直しを行いながら事業を実施していきたいと考えている。

図 1.5 一人当たりの外来医療費を比較

高血圧で受診している人	
平成22年度・平成23年度 健診受診等の状況	外来医療費 平成24年5月の 一人当たり平均単価
受診なし(未受診・途中加入等)	25,860円
どちらか1年で健診受診のみ	15,820円
2年とも健診受診のみ	13,179円
どちらか1年で説明会に参加	12,880円
2年とも説明会に参加	11,773円
どちらか1年で保健指導を受けた	13,716円
2年とも保健指導を受けた	11,784円

14,087円の差

14,076円の差

糖尿病で受診している人	
平成22年度・平成23年度 健診受診等の状況	外来医療費 平成24年5月の 一人当たり平均単価
受診なし(未受診・途中加入等)	31,813円
どちらか1年で健診受診のみ	24,481円
2年とも健診受診のみ	19,171円
どちらか1年で説明会に参加	19,945円
2年とも説明会に参加	17,739円
どちらか1年で保健指導を受けた	21,558円
2年とも保健指導を受けた	18,216円

14,074円の差

13,597円の差

図 1.6 平成 22 年度高齢者健康支援訪問対象者の要介護状態への移行率

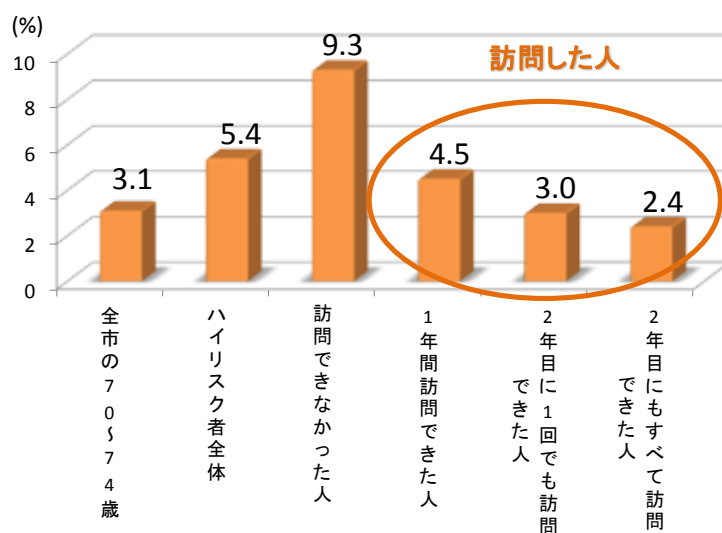


表 1.6 特定健診継続受診者と初めて受診した人の結果比較

(重複あり)

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者			継続受診者 過去1回以上受診がある人		平成23年度 初めて受診した人			
受診者数			9,450人	80.4%	2,301人	19.6%		
項目		基準値	人数	割合	人数	割合		
身体の大きさ	BMI	25以上	1,802人	19.1%	519人	22.6%		
	腹囲	男性85cm以上 女性90cm以上	2,143人	22.7%	625人	27.2%		
血管が痛む(動脈硬化の危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪	400mg/dl以上	82人	0.9%	36人	1.6%	
		HDLコレステロール	34mg/dl以下	104人	1.1%	39人	1.7%	
	インスリン抵抗性	血糖	空腹時血糖	126mg/dl以上	145人	3.9%	44人	4.5%
			HbA1c (JDS値)	6.5%以上	268人	2.8%	95人	4.1%
			計		349人	3.7%	113人	4.9%
	血管を傷つける	血圧	収縮期	160mmHg 以上	449人	4.8%	138人	6.0%
			拡張期	100mmHg以上	492人	5.2%	203人	8.8%
計				733人	7.8%	254人	11.0%	
その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	160mg/dl以上	620人	6.6%	216人	9.4%		
腎機能	尿酸	9.0g/dl以上	41人	0.4%	21人	0.9%		

※空腹時血糖・HbA1c・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

そのため今後の保健活動を数値で確実に評価し、保健指導の質を確保していきたいと考えていることから、平成 24 年度に新たな健康増進計画を策定し、第 2 期特定健診実施計画及び第 5 期介護保険事業計画と整合性をとりながら、今後 10 年間の目標を具体的にアウトカム指標で評価していくこととしている(表 1.7)。

最終的には特定健診・特定保健指導制度が本来目指すところである生活習慣病予防の徹底により、住民が安心して暮らすことができる活力ある地域づくり、その基盤としての社会保障の安定化に向けて、毎年検証・評価・見直しを実施していきたいと考えている。

表 1.7 生涯を通じて一貫した保健活動を実施⇒評価(案)

年代	上越市				参考: 国(健康日本21)目標値			
	目標値	現状値	目標値(案)	現状値(案)	目標(実現の目安)	現状(平成22年)	目標(平成22年)	現状(平成22年)
妊娠期・産後期・乳幼児期	20歳代女性のやせの者の割合の減少	24.0%	20%	20歳代女性のやせの者の割合の減少	20% (平成24年)	20% (平成24年)	20% (平成24年)	20% (平成24年)
	母体の正常な妊娠維持・出産	99%	99.6%	低下出生体重児の割合	出生率一桁	出生率一桁	出生率一桁	減少傾向へ (平成28年)
	5歳児のやせの者の割合	84.3%	80.0%	3歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	90%以上 (平成21年)
	5歳児のやせの者の割合	4.88%	2.71%	3歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	4.0% (平成22年)
	5歳児のやせの者の割合	78.5%	80.0%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	3.9% (平成23年)
	5歳児のやせの者の割合	17.9%	12.0%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	1.3割 (平成21年)
	5歳児のやせの者の割合	34.3%	17.0%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	31.2%
	5歳児のやせの者の割合	28.2%	15.3%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	22.2%
	5歳児のやせの者の割合	9.0%	7.8%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	18.4%
	5歳児のやせの者の割合	1.6%	1.2%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	15.3%
学童期	5歳児のやせの者の割合	28.2%	15.3%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	15.3%
	5歳児のやせの者の割合	9.0%	7.8%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	18.4%
	5歳児のやせの者の割合	1.6%	1.2%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	15.3%
	5歳児のやせの者の割合	28.2%	15.3%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	15.3%
	5歳児のやせの者の割合	9.0%	7.8%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	18.4%
	5歳児のやせの者の割合	1.6%	1.2%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	15.3%
	5歳児のやせの者の割合	28.2%	15.3%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	15.3%
	5歳児のやせの者の割合	9.0%	7.8%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	18.4%
	5歳児のやせの者の割合	1.6%	1.2%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	15.3%
	5歳児のやせの者の割合	28.2%	15.3%	5歳児肥満率の減少	肥満率一桁	肥満率一桁	肥満率一桁	15.3%
成人期	成人の喫煙率の減少	11.6%	10%	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	成人の喫煙率	成人の喫煙率	12.0% (平成22年)
	成人の喫煙率の減少	14.5%	10%	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	成人の喫煙率	成人の喫煙率	12.0% (平成22年)
	成人の喫煙率の減少	51.1%	40.0%	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	成人の喫煙率	成人の喫煙率	12.0% (平成22年)
	成人の喫煙率の減少	6.0%	6.0%	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	成人の喫煙率	成人の喫煙率	12.0% (平成22年)
	成人の喫煙率の減少	34.1%	34.1%	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	成人の喫煙率	成人の喫煙率	12.0% (平成22年)
	成人の喫煙率の減少	21.2%	21.2%	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	成人の喫煙率	成人の喫煙率	12.0% (平成22年)
	成人の喫煙率の減少	29.5%	40.0%	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	成人の喫煙率	成人の喫煙率	12.0% (平成22年)
	成人の喫煙率の減少	35.3%	35.3%	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	成人の喫煙率	成人の喫煙率	12.0% (平成22年)
	成人の喫煙率の減少	27.2%	27.2%	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	成人の喫煙率	成人の喫煙率	12.0% (平成22年)
	成人の喫煙率の減少	32.2%	32.2%	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率	成人の喫煙率	成人の喫煙率	12.0% (平成22年)
高齢期	70歳以上の高齢者の割合	44.7%	40.0%	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	40.0% (平成22年)
	70歳以上の高齢者の割合	11%	11%	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	40.0% (平成22年)
	70歳以上の高齢者の割合	10%	10%	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	40.0% (平成22年)
	70歳以上の高齢者の割合	103%	103%	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	40.0% (平成22年)
	70歳以上の高齢者の割合	83%	83%	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	40.0% (平成22年)
	70歳以上の高齢者の割合	44.7%	40.0%	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	40.0% (平成22年)
	70歳以上の高齢者の割合	11%	11%	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	40.0% (平成22年)
	70歳以上の高齢者の割合	10%	10%	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	40.0% (平成22年)
	70歳以上の高齢者の割合	103%	103%	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	40.0% (平成22年)
	70歳以上の高齢者の割合	83%	83%	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	70歳以上の高齢者の割合	40.0% (平成22年)

事例2 直営方式によるポピュレーションアプローチ及び重症化予防を含む生活習慣病予防の取り組み(静岡県牧之原市)

自治体直営方式による 生活習慣病予防の取り組み ～ポピュレーションアプローチから重症化予防まで～

取り組みの特徴

- 健康戦隊ももレンジャー事業による啓発活動
- 特定保健指導非該当者への健康教育
- 特定保健指導該当者全員を対象にした健診結果説明会

I. 自治体の概要

2005（平成 17）年 10 月に旧相良町と旧榛原町が合併して誕生した牧之原市は、静岡県のほぼ中央に位置し、東は駿河湾に面している。牧之原台地を中心にお茶の栽培が盛んで、全国的なお茶の生産地である。2009 年 6 月には富士山静岡空港が開港、東名高速道路、御前崎港と併せ、「空・陸・海」の玄関となった。市の面積は 111.68km²、人口は 2011 年 12 月末現在 49,917 人、高齢化率は 24.4%となっている。

II. 特定健診の状況

1. 特定健診の実施状況

(1) 実施体制

特定健診の実施体制は表 2.1 のとおりである。榛原医師会による集団健診は、健康福祉センターさざんか、相良保健センター、各地区のコミュニティセンター等、市民にとって身近な公共施設で実施されている。また、集団健診と個別健診の結果から、特定保健指導の対象となった被保険者に対しては、健康福祉センターさざんかと相良保健センターで月 2～3 回、健診の結果説明会を開催し、特定保健指導に勧誘している。

表 2.1 特定健診の実施体制

担当部署	健康増進部国民健康保険課 および健康推進課
実施方法	・榛原医師会による集団健診 ・開業医による個別健診 ・人間ドック
実施時期	4 月～翌年 3 月

(2) 受診率の推移 (表 2.2)

2009 年度の国民健康保険の被保険者数は 16,125 人、うち、特定健診の受診対象者は

表 2.2 特定健診受診率の推移

年度	受診率(%)		
	男	女	合計
平成 20 年度	21.7	27.5	24.6
平成 21 年度	23.9	32.0	27.9
平成 22 年度	28.5	38.5	33.4

(法定報告から抜粋)

10,173 人である。特定健診の受診率は 2008 年度が 24.6%、2009 年度が 27.9% だったものが 2010 年度には 33.4% と確実に向上している。

(3) 健診結果説明会の実施

集団健診、個別健診、人間ドック（一部を除く）を受診した者のうち、特定保健指導の対象となった者全員を対象に地区別に健診結果説明会を開催している。健診結果は、基本的には委託機関から郵送することになっているが、特定保健指導の対象者分のみ当市国保へ提供してもらい、健診結果説明会で結果を返却している。

健診結果説明会では、体組成計の測定を実施し、結果を説明した後、保健指導に誘っている。体組成の測定をすることによって、内臓脂肪のレベルがわかり、健診で測定した腹囲と比較しながら内臓脂肪の蓄積程度を自覚してもらうことができる。

2. 受診率向上への課題

2008 年 4 月から「牧之原市国民健康保険特定健康診査等実施計画書」に基づき、特定健診・特定保健指導事業が開始された。事業が開始して半年が経過したころ、特定健診受診率が目標の 40% に対して、半分以下の 19% であることが明らかとなった。初年度の特定健診は、医師会の集団健診と人間ドックの 2 つの方法しかなく、かかりつけ医での個別健診が実現できなかったこと、健診を申し込み制で実施していたこともあり、実施体制に課題を残す結果となった。

3. 受診率向上への工夫

(1) 対象となる住民へのインタビューを通して事業実施方法の方向性を決定

受診率向上のため、同じ健康増進部に所属し、既に協力体制が構築されていた健康推進課と国民健康保険課の担当者が集まり、何度も検討を重ねた。その結果、健診を申し込み制から対象者全員に郵送する方法に変更し、これまでの保健活動と同様、地区へ出向く健康講座の中で受診勧奨を行うことになった。

また、特定健診・特定保健指導事業開始に向けた準備の一つとして 2007 年度に、血糖値の高い人を対象にしたフォーカスグループインタビューを実施した。その結果、効果的な教育のポイントとして、「数値や身体の様子が目で見える」「病気の怖さが説明される」「専門職による専門的指導が受けられる」「目標を決める」等が挙げられた。これらは、受診率向上につなげるための効果的な健康講座の実施として、また、特定保健指導を効果的に実施するための要素としてプログラ

ムに反映させた。

内臓脂肪レベルと体の部位別脂肪率・筋肉量の測定結果が 1～2 分で印刷できる体組成計



(2) 「健康戦隊ももレンジャー」の誕生～武器は体組成計～

効果的なポイントを網羅できる媒体や方法を考えた結果、特定保健指導

の評価で使用するために、国保の予算で購入した「体組成計」を健康講座でも使うことになった。この武器（体組成計）の最大の特徴は、内臓脂肪レベルと体の部位別脂肪率・筋肉量が測定でき、わずか1～2分で結果表がプリントアウトできること。結果は数値やグラフでわかりやすく表示されるため、とても興味をそそられることなどである。

また、インパクトを与えて市民の記憶に残ることが大切と考え、ピンクの派手なコスチュームとシルバーのマントや帽子を衣装とした「健康戦隊ももレンジャー」が出勤することになった。「ももレンジャー」は健康推進課と国民健康保険課の保健師、管理栄養士等の専門職と事務職で組織され、居酒屋やスーパー、イベント会場や地域の公民館祭、お茶工場など、日ごろ多くの市民が利用する場所に出動し、狙う対象を定めて一口健康教育を行っている。例えば、青年・壮年・中年期の男性が集まる居酒屋では、測定した内臓脂肪レベルに着目した説明に加えて、生活習慣病予防の話、外食メニューの選び方のアドバイスなどを行っている。



健康戦隊ももレンジャー

Ⅲ. 特定保健指導の状況

1. 特定保健指導の実施状況

(1) 実施体制と方法（表 2.3）

特定保健指導の実施体制は表 2.3 のとおりである。国民健康保険課の管理栄養士と一緒に取り組んでいる。医師会から健診結果が届いた順に結果説明会の日程を設定し、特定保健指導の対象者に案内を送付している。健診受診から結果説明会までの期間は1か月から1か月半程度である。対象者に対しては、健診結果説明会参加時に特定保健指導への勧誘を実施し、同意が得られた場合は、併せて初回面接を実施している。

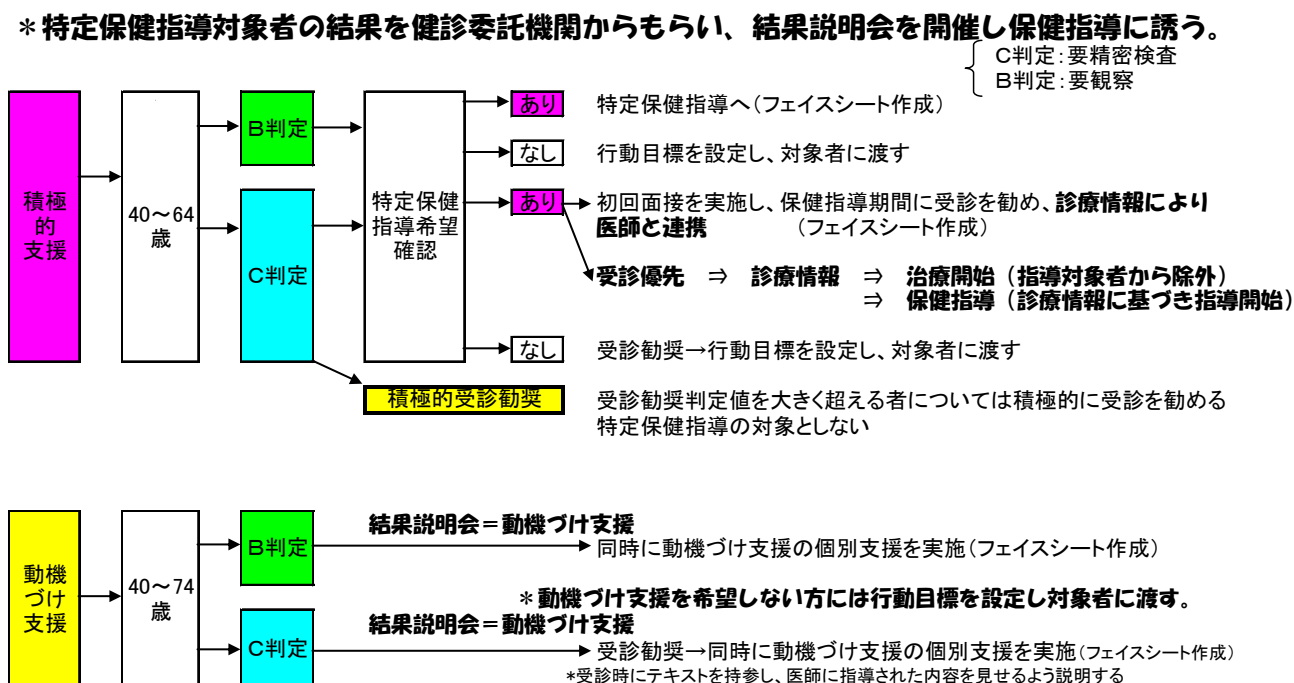
表 2.3 特定保健指導の実施体制

担当部署	健康増進部健康推進課
実施方法	健康推進課保健師等への業務委任
実施時期	指導開始 7月下旬～翌年2月 指導終了 翌年1月～8月
従事者	健康推進課保健師 4名 管理栄養士 1名 国民健康保険課管理栄養士 1名(非常勤) 健康運動指導士 1名(非常勤)
実施場所	健康福祉センターさざんか 相良保健センター

保健指導に誘う際には、フロー図（図 2.1）のように、支援別にアプローチ方法を決め、かかりつけ医と連携を図りながらテーラーメイドの保健指導ができるよう個別対応にて実施している。

なお、人間ドック受診者で特定保健指導の動機づけ支援の対象となった者については、希望があれば受診施設で保健指導を実施している。希望しなかった者に対しては、結果説明会の日程に合わせて健康推進課より案内を送付し、再度、特定保健指導への勧誘を実施している。

図 2.1 特定保健指導の対象別フロー図



* 特定保健指導該当者のC判定の者への特定保健指導については、医師からの診療情報提供を得ずに健診結果説明会場で特定保健指導を実施しても良いことについて、医師会と協議し、了解を得ている。ただし、保健指導期間中に受診勧奨を行うこととしてあり、積極的支援については、診療情報提供書類により、かかりつけ医から指示をもらうようにしている。

(2) 実施率の推移 (表 2.4)

特定保健指導のうち、積極的支援対象者に対する実施率は2008年度が16.4%、2009年度が17.5%だったが2010年度には19.4%と向上している。2010年度、積極的支援利用者数に対する終了者数の割合が前年度に比べ増加しているのは、医師会との協議により、C判定(要精密検査)となった者に対する保健指導の方法を変更したことが影響している。

動機づけ支援対象者に対する実施率は若干、低下している。複数年にわたり特定保健指導の対象者となり利用を敬遠すること、仕事で忙しい者は連絡も取りにくく指導に結びつかない、また指導途中に服薬開始になる者もいるためだと分析している。

表 2.4 特定保健指導実施率の推移

年度	積極的支援				動機づけ支援				合計	
	対象者(人)	利用者(人)	終了者(人)	実施率(%)	対象者(人)	利用者(人)	終了者(人)	実施率(%)	終了者(人)	実施率(%)
平成20年度	146	26	24	16.4	284	200	186	65.5	210	48.8
平成21年度	143	28	25	17.5	247	168	160	64.8	185	47.4
平成22年度	196	50	38	19.4	249	154	150	60.2	188	42.2

(法定報告から抜粋)

2. 重症化予防にむけた取り組み

特定保健指導の対象とならない者の中には、血圧や脂質、血糖値等が高く心配なケースが多く見られるため、制度以外の新たなアプローチが必要であると判断したため、1年目から保健師、看護師（非常勤）、管理栄養士による訪問指導を開始した。訪問指導では、受診勧奨を行うとともに、栄養や運動に関するアンケートを実施し、動機づけ支援に相当する保健指導を実施している。また、血糖値がかなり高い者に対しては、糖尿病療養指導士の資格を有している管理栄養士による訪問指導を実施している。

また、同じく特定保健指導の対象にはならないが、保健指導判定値を超える者を対象としたヘルスアップ・カレッジ（病態教室）を糖尿病編と高血圧編の2つのコースで実施している。

3. 実施率向上にむけた取り組み

特定保健指導を受けた者は、途中で服薬開始になる者、他市へ転出する者以外の脱落者は、ほとんどいない。

脱落者が少ない理由としては、保健指導に誘う際に体組成計の結果等により数値による動機づけができていないこと、コースメニューを個別かグループか選択できること、半年間のスケジュール表を渡して次のアプローチを予告していることが考えられる。

また、基本的には初回面接を実施した保健師または管理栄養士がその対象者の担当となり、プログラム終了まで継続的に支援している。特に動機づけ支援は関わりの回数が少ないため、同じ支援者の方が信頼関係を構築しやすく、電話等でのアプローチが容易になる。

グループ支援については、2つコースを用意しており、どちらも栄養と運動を体験型で学習できるようになっている。

「食生活チェック」の表（参考資料2.1）は、結果説明会案内通知に同封し、説明会時に受診者の食生活を確認しながら、今後の行動目標を設定するツールとして使用する。「6ヶ月間の測定結果・血液検査結果記録票」（参考資料2.2）は、積極的支援の者に使用し、保健指導実施者や採血を指示する医師が、一目で体重や腹囲の変化がわかるようにするためであり、支援のたびに記入していく。この結果記録表は、指導実施者側が使用するものである。動機づけ支援も積極的支援も6ヶ月後の評価時には、健診結果と保健指導6ヶ月後の結果がわかるような一覧表が入った「修了証」を渡し、本人が設定した目標を達成できたら、粗品をプレゼントしている。

参考資料 2.1 「食生活チェック」

食生活チェック (積極的支援・動機づけ支援)

(様) (平成 年 月 日現在)

食 習 慣	1. 食事時間は？	①規則的 ②不規則
	2. 食事は1日何回ですか？	①3回 ②2回 ③その他()
	3. いつもお腹一杯まで食べますか？	①いつも満腹 ②時々満腹 ③腹八分目
	4. 食事を食べる早さは？	①早い ②ふつう ③ゆっくり
	5. 味付けの好みは？	①濃い ②ふつう ③薄い
	6. 食事はどなたが作りますか？	①本人 ②配偶者 ③その他()
	7. 食物のアレルギーまたは嫌いな物は？	①ある ②ない ※()
	8. 外食の頻度はどうですか？	①ほとんど毎日 ②週3~4回 ③ほとんどしない
	9. 惣菜、コンビニ、インスタント食品は？	①ほとんど毎日 ②週3~4回 ③ほとんど食べない
	10. 菓子や甘い飲み物(ジュース、缶コーヒー、スポーツ飲料)をよくとりますか？	①ほとんど毎日 ②週3~4回 ③ほとんどとらない ※どんなもの?()
	11. 飲酒の習慣はありますか？	①ある(回/週) ②ない ※何をどれ位?()
	12. 食生活で気をつけている事はありますか？	①ある ②ない ※どんなこと?()
食 生 活	1. 主食は何を食べますか？(量は？)	ごはんなら…①1膳 ②1~1.5膳 ③1.5~2膳 ※茶碗大きさ…①小さめ ②ふつう ③大きめ その他(パン… めん…) ()
	2. 主におかずとして魚類と肉類のどちらが多いですか？	①魚 ②肉 ③同じくらい
	3. 大豆や大豆製品は食べますか？	①はい(回/週) ②いいえ
	4. 卵は食べますか？	①はい(回/週) ②いいえ
	5. 牛乳、乳製品は食べますか？	①ほとんど毎日 ②週3~4回 ③あまり飲まない
	6. 揚げ物、油料理は食べますか？	①ほとんど毎日 ②週3~4回 ③あまり食べない
	7. 野菜は食べますか？	①ほとんど毎日 ②週3~4回 ③あまり食べない
	8. 果物は食べますか？	①ほとんど毎日 ②週3~4回 ③あまり食べない
生 活 習 慣	1. 仕事の有無	①あり ②なし ①ありの方：仕事内容()
	2. 普段の活動量は？	①よく動く ②まあまあ動く ③あまり動かない ④動かない
	3. 20歳の頃の体重：	kg (現在の体重： kg) kgの増・減
	4. 毎日の睡眠時間は？	(時間くらい)

参考資料 2.2 「6ヶ月間の測定結果・血液検査結果記録表」

〔6ヶ月間の測定結果・血液検査結果記録表〕 氏名 (歳)

<身体計測経過>

項目	健診時	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	目標値
計測日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
身長	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
腹囲	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
BMI										
体脂肪率	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
最高血圧	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
最低血圧	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
総歩数	歩	歩	歩	歩	歩	歩	歩	歩	歩	歩
運動歩数	歩	歩	歩	歩	歩	歩	歩	歩	歩	歩

<血液検査>

項目	健診時	最終回	目標値
採血日	/	/	/
TG	mg/dl	mg/dl	mg/dl
HDL	mg/dl	mg/dl	mg/dl
LDL	mg/dl	mg/dl	mg/dl
HbA1c	%	%	%

<部位別筋肉量一元々>体組成計測定

項目	初回	最終回
測定日	/	/
右腕	kg	kg
左腕	kg	kg
体幹	kg	kg
右足	kg	kg
左足	kg	kg
内臓脂肪	レベル	レベル



4. 保健指導内容の充実に向けた取り組み

(1) 事業実施前、実施後のスタッフ間のカンファレンス

特定保健指導に従事するスタッフは、新人から中堅者までおり、中堅者でも異動等により特定保健指導歴の長短の違いがある。どのスタッフが結果説明を行っても、必要な情報が収集ができ、保健指導に誘い、アセスメントをしながら行動目標を決めることができるように、事業実施前後にカンファレンスを行っている。実際には、カンファレンスの前に結果説明会の担当スタッフ間で健診結果を回覧し、情報収集したい内容、分析、気付いたことなどを各自で書き込み、それをカンファレンスの中で検討し、どのようなアプローチをするのかを協議している。協議後の決定事項の例としては、「～さんは過去に健診を受けているか確認し、過去の様子も聞き取る。」「～さんは、去年は来年ひっかかったら保健指導を受けると言っていたので、今年はそのことを話して保健指導に誘う。」「～さんは、レセプトでは降圧剤を服薬しているが、質問紙では高血圧薬を飲んでいないことになっているため、服薬状況を確認する。」「～さんは、年齢的にも時間に余裕がありそうなので、グループ支援の方に誘おう。」などである。

説明会終了後には、「実際にどのようなアプローチをしたのか?」「どんなケースがいたのか?」についてカンファレンスを行い、アプローチ内容を共有している。こういった事業実施前後のカンファレンスにより、経験年数が浅いスタッフでも、不安なく自信を持って保健指導が実施できるようになってきている。

(2) 研修後の復命における工夫

県や国保連合会、その他で実施する研修会に参加しているが、トピックス的な新たに学んだ内容については、スタッフでカンファレンスをする際に伝達してもらうようにしている。これは、紙による復命書が回覧されても、全てを読まないことと、頭に残らないことがあるため、大事な内容については全員に周知できるようにするためである。

5. 特定健診・保健指導事業の評価を次年度に活かす

特定健診については、受診率の予測等から、次年度の方法について国保と保健担当部署で協議している。国民健康保険課と健康推進課の担当者は普段から頻繁に打ち合わせを行い、相談しやすい関係づくりができているため、次年度の実施方法を一緒に検討することが自然な流れとなっている。

保健指導については全ての保健指導が終了した後に、利用者全員の6か月後の評価を実施し、集団としての成果を確認している。また、前年度利用者について1年後の特定健診結果を確認し、1年後の効果の持続も確認している。個別支援を利用した対象者と、グループ支援を利用した対象者についても比較を行っている。

保健指導の実施方法の見直しについては、年度初めのスタッフ間の検討会の中で、さまざまな視点からデータを分析した結果等を活用して前年度の方法からの改善点を協議し、

よりよいメニューづくりができるよう努めている。

図 2.2 牧之原市特定健診・特定保健指導の計画策定から評価までのフロー（H23）



市民全体へのアプローチ

- ・総合健康相談
- ・地区における各種健康講座
- ・健康戦隊ももレンジャー事業 (体組成計による測定会及び即席健康教育)
- * 国保・保健分野一緒に実施 ~出張会場~
- 各地区の公民館祭、市のイベント、スーパー居酒屋、お茶工場、企業のイベントなど
- ・広報・ホームページでの健康教育

⇕

＜各種団体との連携・協働＞

- ・NPO体育協会 ・体育指導員
- ・歯みんぐ
- ・健康づくり食生活推進員 ・チュー坊の会
- ・生きがいリーダー ・保健委員

保健指導非該当者へのアプローチ

＜ヘルスアップカレッジ＞
(高血糖編・高血圧編)

対象者: 血糖値や血圧が高い方

内 容: 保健師による講話
管理栄養士による講話
健康運動指導士による運動指導

重症化予防を目的とした訪問指導

対象者: 血糖値や血圧が高い方 (HbA1c6.1以上は、糖尿病療養指導士資格保有者が訪問)

内 容: 健診結果説明、受診勧奨、食事や運動を含めた保健指導 (動機づけ支援程度の保健指導を実施し、次年度健診に向けての目標を設定)

* 2012.3.29 時点での資料

事例3 全市を挙げた特定健診・特定保健指導を含む生活習慣病対策への取り組み(兵庫県尼崎市)

尼崎市では、生活習慣病対策を医療費適正化の柱と位置づけ、市民協働局や健康福祉局以外の各部署と連携し全市を挙げて取り組んでいる。また、健診の対象を11、14歳及び16歳以上、75歳以上の者に拡大するとともに、健診データの分析から、特定保健指導の対象外の者に生活習慣病重症化予防のための生活改善指導を行うなど、徹底した生活習慣病対策を実施している。

I. 自治体の概要

尼崎市は、大阪平野の西部にあって、兵庫県の南東部に位置し、東西8.4キロ、南北11.1キロ。市域の東は神崎川、左門殿川、中島川を隔てて大阪市と、猪名川を挟んで豊中市と接し、北は伊丹市、西は武庫川を境に西宮市と接し、南は大阪湾に面している。市域ほぼ全域が市街化され、山や丘がない平坦な土地。どこにでも自転車で行けるような住みやすさ、気軽さがあるまちである。市の面積は49.97km²、人口は2011年3月末現在458,754人、高齢化率は22.8%となっている。

II. 生活習慣病対策の取り組みの経緯と概要

1. 市職員に対する生活習慣病対策と現職死亡減少

かつて、尼崎市職員は、全国の自治体職員の中で一人当たり医療費が最も高く、同時に、尼崎市職員健保組合の財政破綻まで危惧される状況であった。現職員の死亡も10年間で100人以上であることに加え、毎年約30人が新たに休職し、年間では延50人ほどが休職していたため、休職期間中の給与、代替人員の人件費等を合わせて約5.5億円の損失が推計されていた。

このように、健保組合においては医療費削減対策による財政の健全化が、人事労務部門においては人材の損失防止と休職による不要な人件費の軽減が課題となっていた。そのため、市職員のレセプトや健診データ分析を行ったところ、治療者のうち、心筋梗塞、狭心症、脳卒中など生活習慣病が高率を占めており、いずれも高血圧・高脂血症・糖尿病・肝疾患を合併していた。

当時はまだ、「メタボリックシンドローム」という言葉も一般的ではなかったが、高血糖や高血圧、高脂血症など各因子では軽微な異常でも、リスクが1人に集積すると心血管疾患の危険因子になるという「マルチプルリスクファクター症候群」の考え方をもとに、改めて市職員の健診結果について、リスク集積状況を調べ血管病の危険度を判定し直してみると、リスク集積者がすでに死亡していたり心血管疾患を発症していることが分かった。

リスク集積の背景にある肥満の解消に取り組むなど、リスク集積の改善を中心に、市職員の健診・保健指導に取り組んだ結果、循環器疾患による現職死亡の減少、メタボリックシンドロームの減少、休職者数の減少、医療費の低減などの効果が見られ、保健指導による予防対策の有効性を市組織内で確認することができた。

2. 国保での生活習慣病対策へ

市職員に対する予防対策の成果を市民に対する保健事業に活かさないかとの考えから、平成17年度より国保加入者を対象に生活習慣病対策をスタートさせた。まず対象集団の健康状況を調べたところ、尼崎市の平均寿命が県内最下位で、65歳未満の死因別死亡では生活習慣病に関するものが2割を占めていることが明らかとなった。また、高額な医療費を要した疾患は、脳卒中や心筋梗塞など、予防可能な生活習慣病の割合が高かったこと、さらに、健診とレセプトのデータの分析結果から、「健診受診者の方が未受診者より医療費が低いこと」、「重症化すればするほど医療費が高くなること」、「健診受診回数が多いほど一人当たりの医療費が下がること」など、医療費の低減に対する健診の有用性が確認できた。そこで、重症化する前に健診を受けてもらうことや、その結果に基づきリスク集積者への保健指導の徹底を目指し、平成18年度から「ヘルスアップ尼崎戦略事業」を開始した。

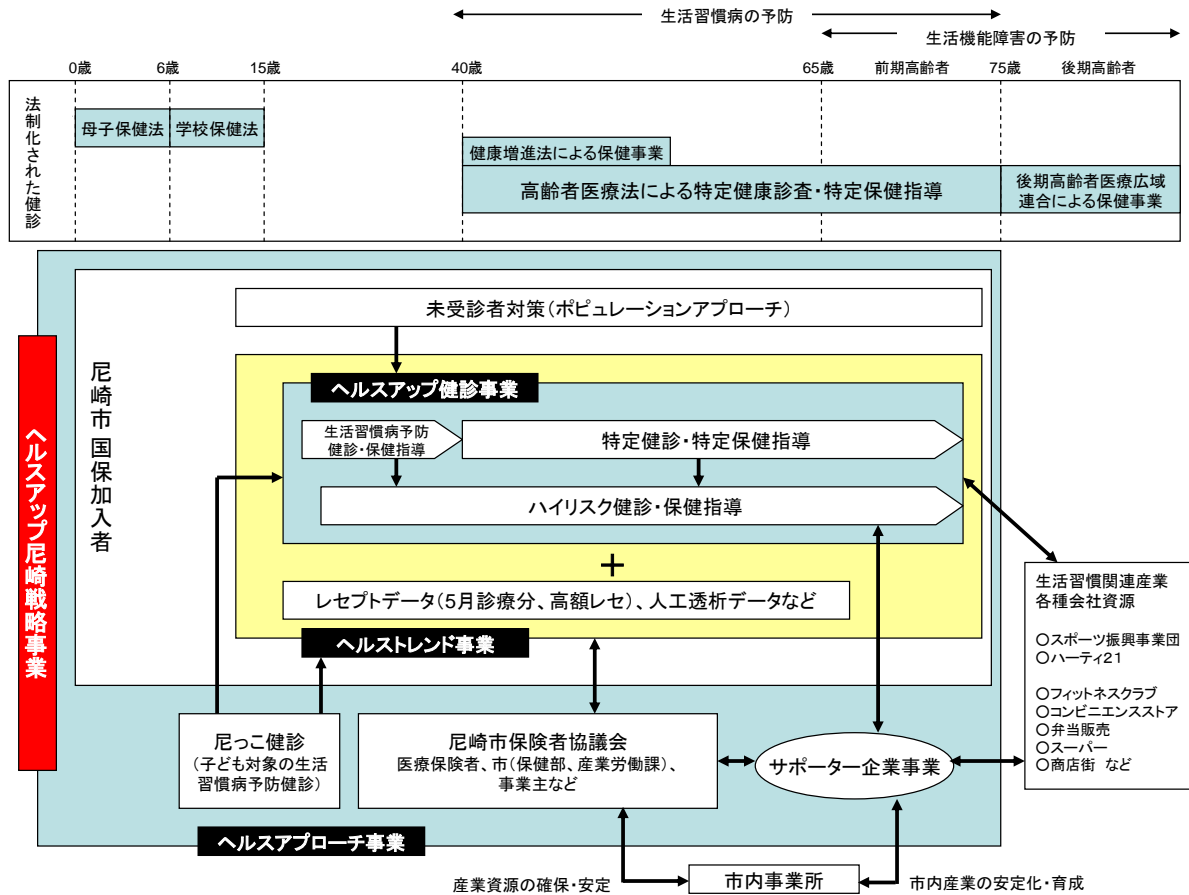
「ヘルスアップ尼崎戦略事業」の3つの柱は、ヘルスアップ健診事業、ヘルストレンド事業、ヘルスアプローチ事業である（図3.1）。

ヘルスアップ健診事業には、①中・長期的な医療費適正化対策として若年層を対象とした「生活習慣病予防健診、保健指導」、②短期的な医療費適正化対策として喫緊の重症化予防による「ハイリスク健診、保健指導」がある。

ヘルストレンド事業は、ヘルスアップ健診事業で得られたデータ（健診結果やレセプトデータ、人工透析データなど）の分析を行い、実態分析、事業の評価と再構築を行うためのものである。

ヘルスアプローチ事業は「自分の健診結果をもとに生活習慣を選択することが生活習慣病予防の基本であるため、まずは健診を受診して欲しい」という考え方を中心に、広く市民を対象に包括的に情報提供や学習支援を行う事業である。中でも、市独自に、国保以外の医療保険者や商工会議所傘下の団体、市の衛生部門、労働部門とともに「尼崎市保険者協議会」を組織化している。国保以外の加入者も含めて広く市民を対象に生活習慣病予防の学習の機会を作るための協議を行い、加入している医療保険に関係なく健診の意義や生活習慣の改善について学んでもらえるようにしている。被用者保険加入時に正しい生活習慣をつけてもらうことが、退職後、加入する国保にとっても結果的に医療費適正化につながると思っている。なお、保険者協議会には、市の衛生部門や労働部門も参画していることから、市全体に対するアプローチ方法（ポスター作製、掲示など）の調整も行うことができる。

図 3.1 ヘルスアップ尼崎戦略事業の位置づけ

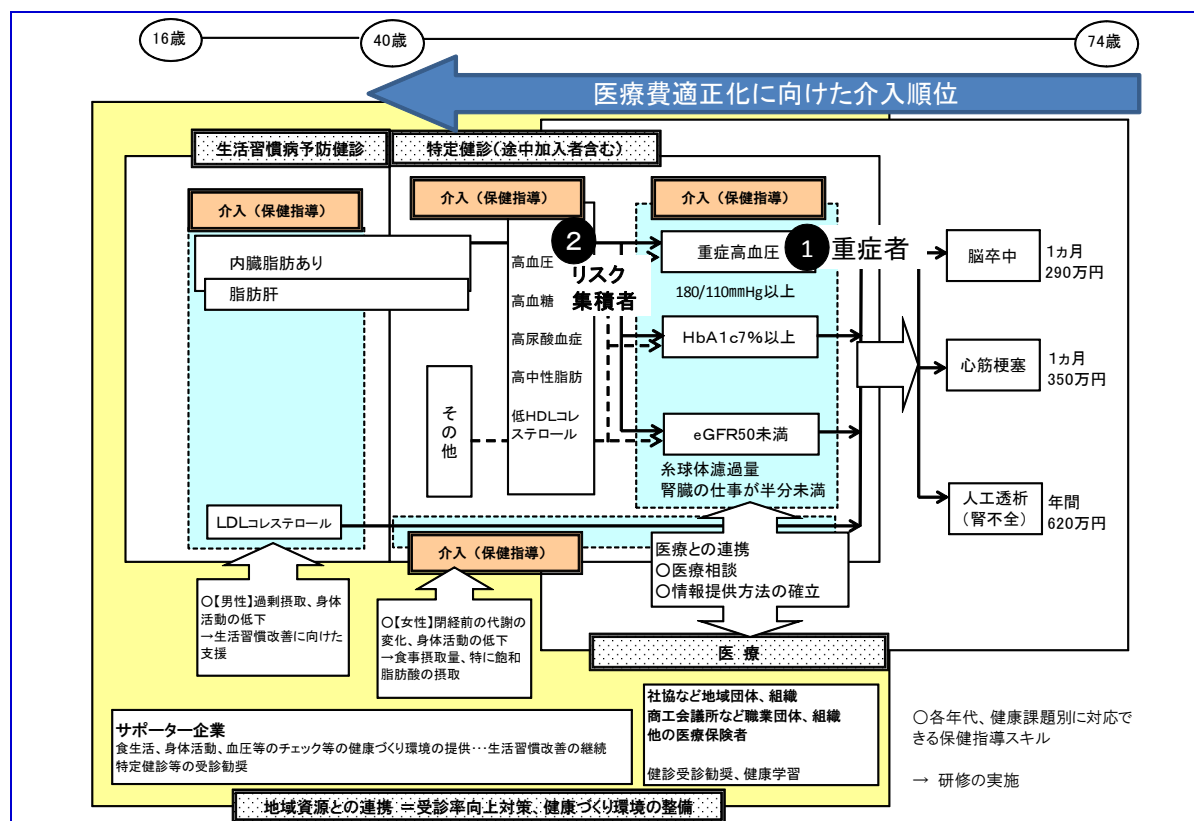


平成 20 年度からスタートした特定健診の受診率が向上した結果、健診結果が正常値を大きく超えた者が多く掘り起こされた。健康寿命の延伸と医療費適正化のためには、緊急性、優先度を勘案し、特定保健指導だけではない保健指導対象者、保健指導方法を選択することとした（図 3.2）。これが尼崎市の生活習慣病対策の大きな特徴である。なお、保健指導の介入の優先順位は、①最終的に脳卒中、心筋梗塞、人工透析に至る可能性のある重症者（血圧 180/110mmHg 以上のⅢ度高血圧、HbA1c7%以上の高血糖者、eGFR50 未満の腎機能低下者）、②ひとつの検査結果の数値はそれほど高くなくても、3～5項目の所見が重複することで重症化しやすいリスク集積者とした。上記以外の特定保健指導の対象外の者でも、LDL コレステロール数値が単独で悪いなど、それぞれのリスクを評価し、保健指導対象者、保健指導方法を選択している。

なお、尼崎市の保健指導では、生活習慣は個人によって異なるものであり実践したい生活習慣も個人が選択して決めることから、「何分間歩きましょう」などの具体策の提示を優先するのではなく、「本人がいかに自分の身体（リスク）についてイメージすることができるか」を重要視し健診結果の説明を行っている。検査値が悪くても自覚症状がない限り、本人がリスクを自覚することは難しい。そこで、リスクを認識してもらうために、「血液がド

ロドロ」や「血管が狭くなる」イメージ、「脳の血管の細さと脳卒中のなりやすさとの関係」など、身体のメカニズムの理解やイメージが湧くような表現を用いて伝えるようにしている。リスクに意識が向けば、具体的な行動は本人が継続的に選択すると考えている。

図 3.2 医療費適正化に向けた介入順位



3. 医療費適正化に向けた構造改善～全庁的な生活習慣病対策へ～

平成 23 年には、さらに全庁的な取り組みを推進するため、「尼崎市生活習慣病予防ガイドライン」を策定し、これを市総合計画における健康づくりの基本指針として、市の上位計画に組み込みながら、組織横断的に推進する体制を整えた。各学会で設定されている各年代ごとの疾病予防に関するエビデンスをまとめ、科学的根拠に基づく施策を講じられるよう職員共通の指針とするとともに、ライフステージごとに目標とすべき健診結果基準値である「予防指標」を各学会ガイドラインをもとに設定した。これは、事業成果の評価指標としても位置づけている。

また、「尼崎市生活習慣病予防ガイドライン」(概要版)を作成し、全戸配布するとともに、自治会などの集まりで学習会を実施し、市民にもまず健診で予防指標を超えていないかどうか確認するとともに、健診結果に基づき生活習慣が改善できるよう「ライフステージごとの食品の基準量」や、「個人の運動量によって算出できるご飯と油脂量」など、市民が誰でもわかるよう、平易に見やすくまとめた資料をもとに説明している。

図 3.3 「尼崎市生活習慣病予防ガイドライン」による生涯にわたる生活習慣病対策

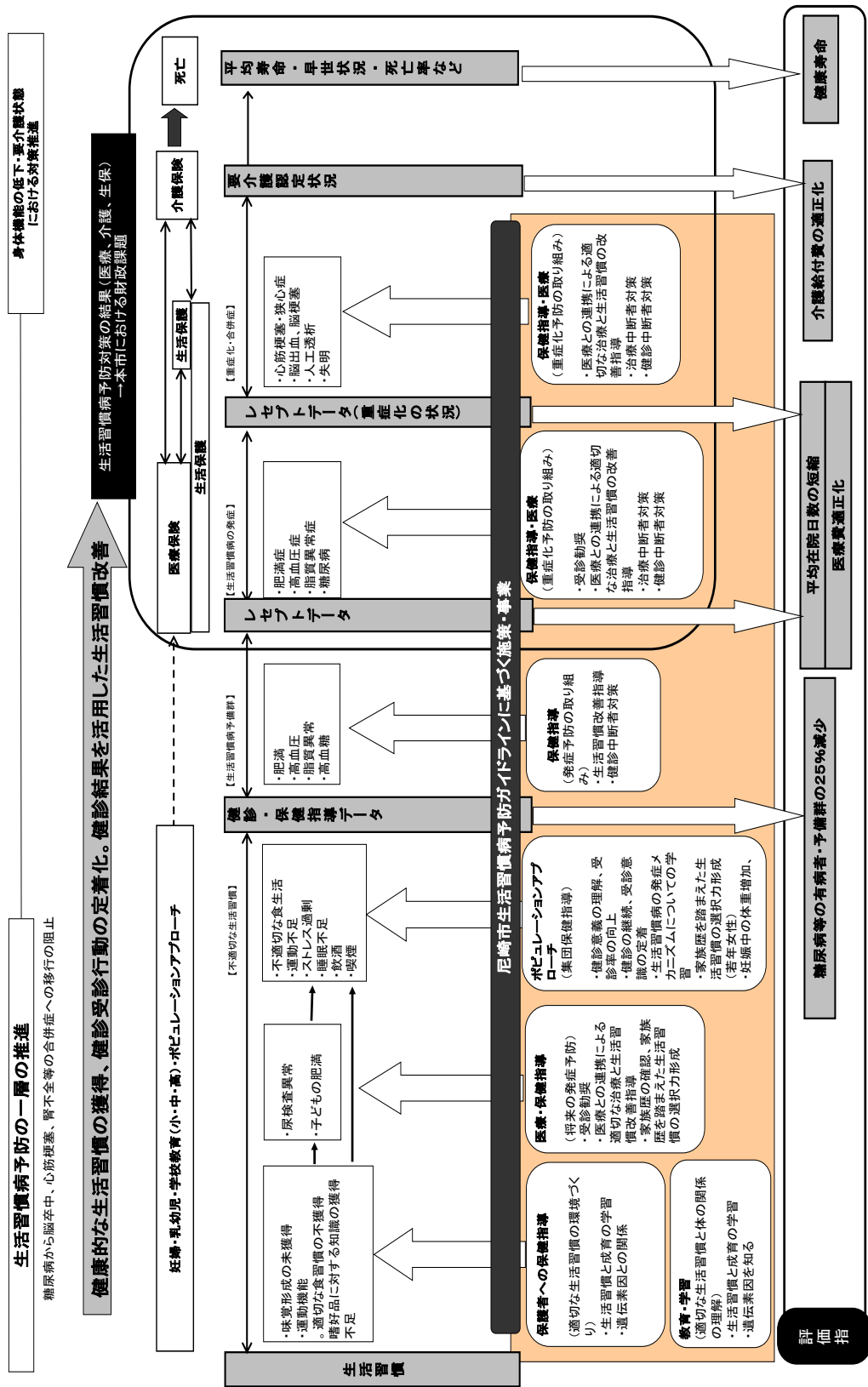
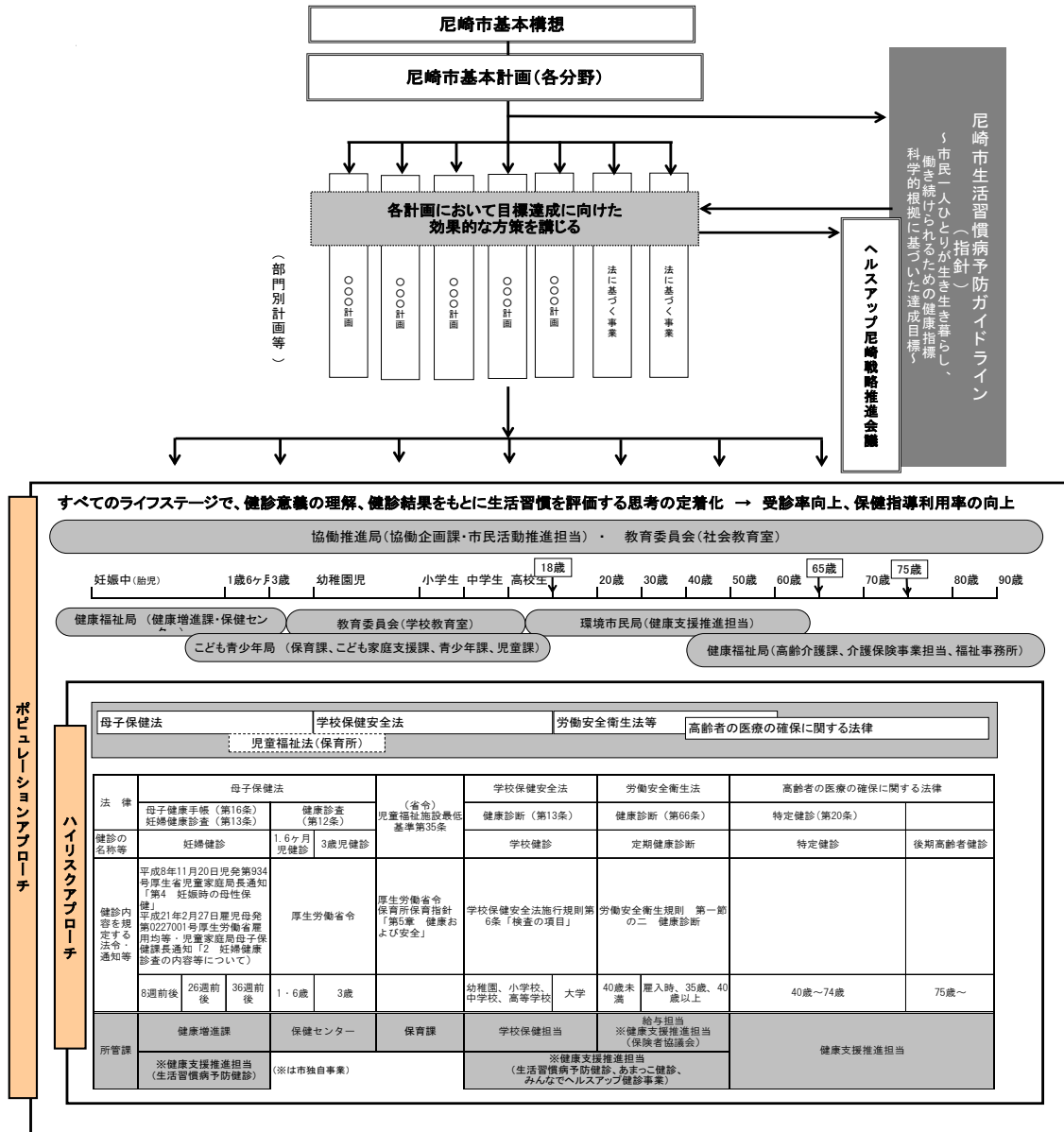


図 3.4 「尼崎市生活習慣病予防ガイドライン」推進体制



II. 特定健診・特定保健指導と保健事業実施の状況

1. 保健事業の実施体制

保健事業は、国保引き受け型で実施している。市民協働局市民サービス部には、医療保険者として保健事業を推進する健康支援推進担当のほか、国保年金課や後期高齢者医療制度担当などが集まっており、医療保険者として組織的に取り組む体制となっている。

保健事業の企画から健診、保健指導の実施、データ分析、資料作成など保健事業に従事

している担当者数は、課長を除き保健師 10 人、管理栄養士 1 人、事務職 3 人である。

事業の予算については、法定の特定健診・保健指導やその他保健指導、ヘルストrend事業（レセプトのデータ化、健診のデータ分析による施策の効果の分析、評価）など国保加入者に関する事業は国保特別会計で、重症化予防を狙ったハイリスク健診（頸部エコー検査、75 グラム糖負荷試験）や市民全体への受診勧奨などの普及啓発については一般財源から国保会計に繰入れて歳出している。

2. 実施率の推移（表 3.1）

平成 18 年度の健診受診率は 19%であったが、平成 19 年度には 24%であった。平成 20 年度から開始された特定健診の受診率は 42.3%に上昇した。ただし、受診率の上昇とともに表 3.1 で示すコントロール不良者、受診必要者、人工透析予防対象者の割合が増えて、平成 19 年度の受診率 24%のときは重症者が 30%であったものが、平成 20 年度に受診率が 42.3%に上がると重症者は 70%に増加した。

表 3.1 平成 19 年度、20 年度の特定健診等の結果状況

	受診率	治療中		受診必要 M	受診不必要 (国基準)		特定保健指導	
		コントロール良 K	コントロール不良 L		人工透析 予防対象 (独自 基準) N1	異常 なし NO	動機 付け 支援 O	積極 的 支援 P
19年度	24%	7%	10%	18%	6%	31%	17%	11%
受診率が上がると、			重症者が掘り起こされ				28%	
20年度	42.3%	11%	26%	26%	17%	3%	13%	4%
							予備軍の割合が減りました	
							17%	

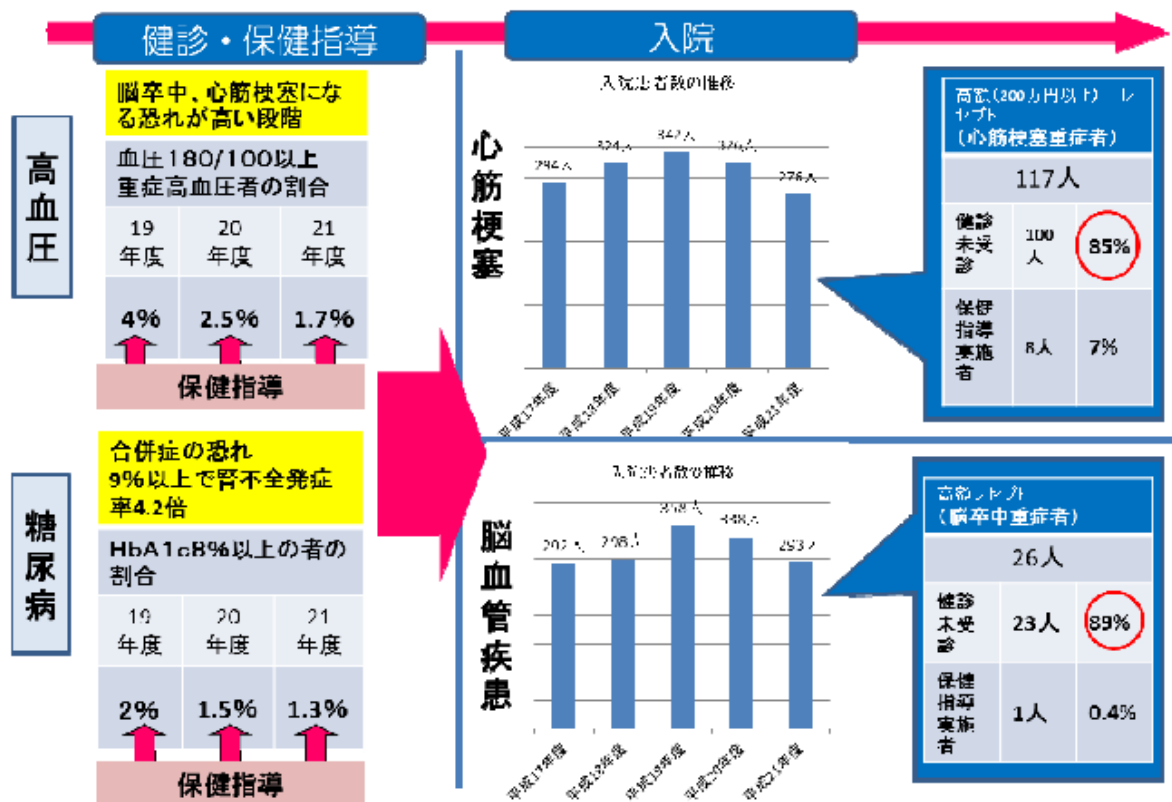
表 3.2 特定健診受診率、特定保健指導実施率

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
特定健診 受診率 (%)	42.3	35.6	32.9	39.1
特定保健指導 実施率 (%)	53.1	56.7	58.1	60.9
特定保健指導 完了率 (%)	29.2	28.7	25.8	39.5

尼崎市の最終目標は、「健康寿命の延伸による医療費の適正化」であり、重症者の健康状態の改善や、糖尿病や高血圧のリスクをコントロールして脳卒中や心筋梗塞を発症しないことなどを目標としているため、特定保健指導の対象・対象外に関わらず、集団健診受診者のうち、91%に保健指導（集団、個別）をほぼ直営で実施している。個別健診受診者については、基本的にかかりつけ医での受診であることから、医療機関から保健指導日を案内してもらっている。このように、個別健診受診者の保健指導の利用が進まないこともあり、特定保健指導の終了率は、目標 45%に対し 30%に満たない状態で、国が示した目標値と比較すると数値が低いことが今後の課題である。

健診・保健指導の実施率の向上に伴って、重症者の割合の低下や入院患者数の減少などの成果が現れている。高血圧（血圧 180/100 以上）者の割合は、平成 19 年度には 4% であったものが、平成 20 年度には 2.5%、平成 21 年度には 1.7% となっており、同様に、糖尿病（HbA1c（JDS 値）8.0%以上）者の割合は、平成 19 年度には 2% であったものが、平成 20 年度には 1.5%、平成 21 年度には 1.3% と減少している。心筋梗塞による入院患者数は平成 19 年度には 342 人であったものが、平成 20 年度には 326 人、平成 21 年度には 276 人、脳血管疾患による入院患者数は、平成 19 年度には 358 人であったものが、平成 20 年度には 338 人、平成 21 年度には 293 人となっている。

図 3.5 保健指導の実施率と入院患者数の推移



IV. 受診率向上のための取り組み

1. 健診情報の積極的発信

尼崎市では、2012年までに受診率65%達成を目標に「倍バイ大作戦」に取り組んでいる。そのためには受診しやすい環境づくりが急務と考え、市民に健診の必要性について伝え、特定健診の案内を具体的にを行う様々な対策に力を注いでいる。

(1) 「健診べんりちょう」の配布

健康保険の種類ごとに健診内容や特定健診の受診券の受け取り方、受診会場などを記した「健診べんりちょう」を配布している。

(2) 「特定健診のお知らせ携帯WEB版」の開設

健診実施日や会場、会場の地図を携帯電話から検索できる「特定健診のお知らせ携帯WEB版」を開設している。

(3) 「血圧記録表」の配布

血圧の正しい測定方法や年齢・合併疾患の有無による目標値がわかる「血圧記録表」を配布している。

2. 健診意識向上のための啓発

「健診というと敷居が高い印象を持たれがち。体力測定くらいの感覚で、気軽に受診を」をスローガンに、同市では、市民の健診意識向上に向けたユニークな啓発活動を展開している。

(1) 「健診すすめ隊」による健診の呼びかけ

市民による「健診すすめ隊」を結成し、イメージキャラクター「すすめズメ」と共に、市内各所で健診を呼びかけている。

(2) 「健診すすめ通信」の全戸配布

健診日程や、健診を受けることによる健康維持や医療費削減効果などの情報を掲載した「健診すすめ通信」を市内全戸に配布している。

(3) 健診すすめ隊テーマソング「AMA-KENレッツゴ」

健診すすめ隊のテーマソング「AMA-KENレッツゴ」を作り、健診に関心がなかった層へのPRに努めている。振り付けは難易度別に数種類作り、ダンスコンテストも行った。

3. 実施機会の工夫

尼崎市では、20～30 歳代でのメタボ該当率が全国に比べて高いことから、16 歳から 39 歳までの国保加入者を対象とした生活習慣病予防健診と保健指導を独自に実施している。さらに受診機会を拡大するために、下記のような様々な工夫を行なっている。このような対策が功を奏し、国保被保険者の受診率は 2006 年は約 19.0%だったが、2007 年は 24%、2008 年は 42.3%まで上昇している。

(1) 「レディース健診デイ」

男性の健診スタッフや男性と一緒に受診に抵抗があり健診をあきらめていた女性のために、2009 年に「レディース健診デイ」を創設し、特に受診率の低い若い女性などに働きかけを行っている。

(2) 「保育スペース」の開設

「レディース健診デイ」には、子育て中の女性も安心して受診できるよう、保育スペースがある健診日を設けている。

(3) 出前健診の実施

16 歳以上の健診受診希望者が 30 人以上集まった場合、希望の日程・場所に出前健診を行なっている。なお、健診にかかる費用以外の出前費用は無料としている。

通常は 100～150 人を収容できる健診会場を確保しているが、このような比較的大きな会場はコミュニティの中心から離れたところなど利便性がよくない場合がある。そこで、近隣での開催を希望する者には、職員が出向いて健診を実施し、健診結果も説明に行く。地域の集会やイベント時などでの企画、集客、場所の確保をしてもらうことで、住民の自治力の養成も兼ねている。

4. 外部機関との連携による推進

(1) 尼崎市保険者協議会の設置

尼崎市国民健康保険をはじめとする市内各医療保険者（全国健康保険協会や健康保険）及び、市内事業者並びに各関係者による健康実態分析や協議、さらに具体的な事業を協働で実践する場として尼崎市保険者協議会を平成 18 年度から設置し、若年層からの生活習慣病を予防するため、様々な活動を行っている。（定期フォーラム開催など）

(2) 「頑張る尼崎市民を応援するサポーター企業」

市民一人ひとりが、今の生活習慣を活かしながら、より健康に近づけるような生活習慣が選択できることを目指し、同市で販売されている商品やサービスも健康づくりの資源の一つと考え、民間企業や団体と協働で、「健康環境づくり」を目指す事業を行うこととし、「脱メタボ」に向けた生活習慣の改善を応援するサポーター企業を募集している。

定期的に参画（予定）企業を集めた会議を開催し、市の事業予定を提示した上で、協賛できる商品やサービスを募集している。希望する企業が市ホームページ上から申請し、市の保健事業の考え方に沿っていること、事業推進に役立つこと、市民に向けて独自に開発したものや提供するサービスであること等を審査する（表 3.3）。市による認定などはしていないが、市ホームページへの掲載・リンク、事業のタイアップなどを行っている。現在、21 企業が参画しているが、商品やサービスを適宜チェックし、市の考え方に沿わなくなった場合、掲載等を中止するなどの見直しを行っている。

表 3.3 サポーター企業の提供内容例

食品会社	1 食分のお弁当の中に 20 品目以上の食材を使い、うす味で野菜中心の低カロリーなベジタフル弁当の販売
レストラン	1 日に必要な野菜量の半分 150 グラムが摂取できるランチの提供
スポーツクラブ	保健指導に基づいた運動プログラム提案
医療生活協同組合	健診結果の見方講習会の実施
ダンススクール	健診受診者への無料体験レッスン、メタボリックシンドロームを予防するためのダンスの開発・指導

V. 今後の目標と課題

、尼崎市職員の健康改善から始めた事業を、国保加入者へと対象を拡大して行った結果、医療費適正化の効果が現れたため、今後は、蓄積されたノウハウを活かしながら、各部門と連携して、介護給付費、生活保護費の適正化まで広げること为目标としている。そのために子どもから高齢者までを対象とした全市的な取り組みを盛り込んだ「尼崎市生活習慣病予防ガイドライン」を全庁的に推進して、組織横断的に生活習慣病予防対策に一層取り組む予定である。具体的には、10 年後を目途に、健診結果における有所見率を 10%まで下げることを目指している。ガイドラインは市の総合計画と連動しており、このガイドラインに基づいてそれぞれの部署の部門別計画を展開していくこととしており、国保においては第 2 期特定健康診査等実施計画がこれにあたる。

、生活習慣病対策については、内臓脂肪の有無に関わらず、重症者への介入に重点をおいた重症化予防対策をさらにすすめるとともに、HbA1c（JDS 値）6.1%を超えているなど、重症化予備群に対して、必要な医療につなげるための保健指導を行うとともに、生活習慣改善に向けた継続した健康教育を実施し、確実な成果を求めていくこととしている。

事例4 健康診断を活用した、地域と職域が連動した保健事業の展開 ～受けただけでは終わらせない仕組みづくり～(愛知県東海市)

健康診断を受けても、なかなか生活習慣改善にはつながらない。そこで健康応援情報提供事業「運動・食生活応援メニュー」を開発し、まちぐるみの生活習慣病対策の起点としている。

市では全庁的に「健康」を視点にもったまちづくりを進めているが、特定健診を個人への働きかけの重要な場として位置づけている。国保加入者だけでなく、市内の事業所と連携した取り組みが進みつつある。

I. 自治体の概要

知多半島の西北端に位置し、北は名古屋市に隣接している。名古屋市の中心地区から約15 kmに位置し、総面積は 43.36 ㎡である。平成 24 年 3 月 1 日の人口は 110,435 人で、高齢化率 18.9%である。国民健康保険被保険者は、27,977 人で加入率 25.3%である。

II. 特定健診・特定保健指導の状況

1. 特定健診の実施状況

(1) 実施体制 (表 4.1)

特定健診の実施体制は、表 4.1 のとおりである。市内の 36 医療機関に委託し、実施している。

表 4.1 特定健診の実施体制

担当部署	市民福祉部健康福祉課
実施方法	東海市内医療機関による個別健診
実施時期	7月～11月

(2) 受診率の推移 (表 4.2)

2010 年度の国民健康保険の被保険者は 28,406 人 (人口比 26.3%)、うち特定健診の受診対象者は 17,421 人である。特定健診の受診率は 2008 年度が 48.2%、2009 年度が 48.2%だったものが 2010 年度には 49.2%と微増しているが、40・50 歳代の受診率が低くかつ伸び悩んでいる。

表 4.2 特定健診受診率の推移

年度	受診率(%)		
	男	女	合計
平成 20 年度	—	—	48.2
平成 21 年度	41.5	54.5	48.2
平成 22 年度	42.4	55.5	49.2

(法定報告から抜粋)

2. 特定保健指導の実施状況

(1) 実施体制と方法 (表 4.3)

特定保健指導の実施体制は表 4.3 のとおりである。健診結果票の送付とともに、「からだすっきりプロジェクト」(特定保健指導)の案内を送付している。特定保健指導の積極的支援・動機付け支援対象者のうち初回面接日の来所時に、希望があれば、個別・集団いずれかの方法で、動機付け支援対象者に対しても積極的支援と同様に6か月間定期的に指導を行っている。

表 4.3 特定保健指導の実施体制

担当部署	市民福祉部健康福祉課
実施方法	健康福祉課保健師・管理栄養士で実施
実施時期	指導開始 9月上旬～翌年3月 指導終了 翌年3月～9月
従事者	保健師 3名、管理栄養士4名等
実施場所	しあわせ村保健福祉センター

(2) 実施率の推移 (表 4.4)

実施率は2008年度が4.2%、2009年度が6.5%だったものが、電話勧奨や家庭訪問を実施して2010年度には17.0%と向上が見られた。

表 4.4 特定保健指導実施率の推移

	積極的支援				動機づけ支援				合計	
	対象者 (人)	利用者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	利用者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	終了者 (人)	実施率 (%)
平成20年度	290	13	5	1.7	984	72	48	4.9	53	4.2
平成21年度	259	19	9	3.5	854	100	63	7.4	72	6.5
平成22年度	245	57	34	13.9	788	171	142	18.0	176	17.0

(法定報告から抜粋)

III. 当該保健事業の始まり

平成20年9月に議員を対象とした講演会で「東海市の男性の平均寿命は78.4歳と愛知県の79.1歳に比べると低いレベルにある(平成17年)、1人当たりの医療費は県内で高額である、その原因が人工透析患者が多いことだ」と、市長が聞き、大きなショックを受けた。それをきっかけにして、地域社会全体で総合的な視点を以て市民の意識改革や健康づくりに取り組もうと、担当部署だけでなく市役所全体で「健康づくり・生きがいつくり」を考えることとなった。

市長からもらった宿題は、「市内の社会資源を活用して、健康分野だけでなく、都市基盤や生涯学習など様々な分野が組織横断的に連携すること」、「男性を元気にしてほしい。特に働き盛りを。そのために、企業や健康保険組合と連携して取り組むこと」の2つだった。

東海市は、鉄鋼業で成長した市であるため、健康保険組合加入者が多く、国民健康保険の被保険者は30%以下の状況である。また、男性の死亡者は60歳代が一番多い現状であるため、国民健康保険の被保険者中心の事業ではなく、企業や健康保険組合と連携して、働いている世代の健康問題について特に検討する必要があった。

IV. 健康づくりの取り組みの経緯

市役所全体で組織横断的な事業展開を図るため、平成 21 年 7 月に企画部署に「いきいき元気推進担当」を設置、同年 9 月に職員 42 名による「いきいき元気推進委員会」を立ち上げ、翌年 11 月に「健康・生きがい連携推進プラン」を作成した。

このプランの将来像（ビジョン）を「ひとりひとりがいきいきと笑顔でいられるまち」とし、事業展開の方策として「運動応援」、「食生活応援」、「ふれあい応援」の3つのプログラムを作成、「身近なところで自然に健康を維持できる環境」の整備を進めることとした。

平成 23 年度からは、「いきいき元気推進担当」を健康部署に配置し、プランを推進していくための調整会議(8 部局の関係次長級職員)及びワーキンググループ(12 課の担当主幹級職員)を設置し、事業を展開している。

V. 具体的な取り組み

1. 「運動・食生活応援メニュー」の作成

「健康診査や相談事業などの場面」と「健康づくりを実践していく場面」を「つなぐ道具」が必要であると考え、考案したのが健康診査のデータを活用した「運動・食生活応援メニュー」（以下、応援メニュー）である。

(1) 応援メニューの判定内容および実施状況

この応援メニューは、健康診査結果と簡単な問診だけで、その人の健康状態にあわせた運動と食生活を応援するメニューを提示するもので、健康診査の結果（数値）を誰にでもわかりやすく「見える化」した仕組みである。（本ロジックは、あいち健康の森健康科学総合センターの健康度評価システムをもとに、特定健診と簡単な問診からメニューを打ち出すものである。）

わかりやすさの特徴として、運動処方をメッツ換算して★マーク(★～★★★★)で表示していること、食事処方を「エネルギー量、バランスやご飯の量、野菜の量、塩分の量」を四つ葉で表現していることがある。運動習慣のない者や生活習慣病・予備群の者に対し、検査データや生活状況に合わせて一人ひとりに合った「運動の強さ、有酸素運動、筋力トレーニング」をメニュー表示する。さらに自分に合った食事も四つ葉メニューで表示して、専門スタッフがアドバイスを提供し、さらにはまちの健康社会資源の活用につなげるというものである。

平成 23 年 10 月からしあわせ村トレーニング室で本事業を開始しているが、市民の大多数を占めている“関心期”、すなわち運動を始めたいが何をすればいいのかわからない者が「動き始めるきっかけ」として機能しており、メニュー提供を受けた者の約 3 人に 1 人がトレーニング室で有酸素運動や筋力トレーニング等の運動利用を始めている。

この事業の利点は、どこで受けた健康診断であっても、市内在住・在勤の方なら誰でもメニューの提供を受けることができるということである。

(2) 事業の広がり

この応援メニューを全市的に活用し、健康づくりのきっかけにしてもらうとともに、東海市の公園や運動施設を利用してもらうため、市内の企業に説明に伺い、大手鉄鋼会社および協力会社に講演会および説明会を実施した。そうしたところ、H24.3.31時点で市内21企業との事業連携を行っており、「出前メニュー判定」、「講演会」、「社員への事業紹介」等の事業を実施した。また今後「半年間の事業支援」などを予定している。

企業担当者からは、「労働安全衛生委員会などを社内で実施し取り組んではいるが、生活習慣の改善は“個人”の問題という意識が強く、会社としても指導しにくい」、「保健師等の専門職が本社しかいない」、「年間数人ではあるが、勤務中に心筋梗塞や脳血管疾患を発症し、問題意識は持っていた」、「とくに若年者のメタボが多く、気になっている」という声が聞かれている。そのような企業側の問題意識もあり、現在とても好意的に事業連携が進みつつある状況である。

医療保険者や会社の責務の範囲もあり、市としてどこまで介入していくのかという問題もあるが、市民が自ら健康づくりを始める「きっかけづくり」として活用していただけるよう事業を展開していきたい。

また、地域住民を対象に各地区の公民館で「出前メニュー判定」を実施したり、愛知県の健康づくりリーダーや食生活改善推進員、自主グループに働きかけ「運動・食生活応援メニュー」を体験してもらう等、地域と連携した取り組みの検討も始まっている。

(3) 医師会との連携

特定保健指導の対象者は、服薬中や治療中の者は除外されることになっているが、この応援メニューは、治療中の者でも主治医の指示のもとに運動ができるような判定結果になっている。運用にあたっては、地元医師会との連携が必要であるが、医師会への説明会を実施したところ「糖尿病の方や脂質代謝異常の方にも安心して運動が進められる」と好意的な意見をいただき、今後医師会と治療中の者が紹介・逆紹介の形で連携ができる仕組みの検討を行い、安心して運動が出来る仕組みの構築を図っている。

2. 健康づくりを推進するための環境整備

事業の流れとしては、国民健康保険・健康保険組合・協会けんぽ等全ての者を対象に、①健康診断の結果(尿と血液検査を含む)を基に、②一人ひとりにあわせた応援メニューを提供し、③運動や食生活の取組みを支援する環境整備を進めている。

(1) 運動応援プログラムの環境整備

市民の運動への取り組みを支援する環境として、花と緑の推進課の事業として、都市公園をウォーキングコースとして設定し、応援メニューで判定された運動処方★メニューにあわせたウォーキングペースが体験できる「ペース体感ゾーン」を整備した。また、土木課の事業として新たにできた市道と県道をウォーキングコースとして設定し、路面にマーキングを行った。ほかにも★メニューにあわせた、市民体育館や各地区の公民館などでの教室の開催も始まっている。

(2) 食生活応援プログラムの環境整備

食生活を応援する仕掛けとしては、商工会議所や市内 13 の飲食店（H24.3.31 時点）と連携し、「“おいしく”で“健康”」をコンセプトに、エネルギー量や栄養のバランス・塩分量に配慮した「いきいき元気メニュー」の開発を始めている。この取り組みは、応援メニューで判定された「自分にあったエネルギー量やバランス、塩分量等」を体験してもらえる、官民が連携したまち全体で健康づくりを応援する仕組みとして動き出した。

(3) 今後の事業展開

まち全体で健康づくりを応援する仕組みをつくるために、「健康応援ステーション」制度の平成24年10月の確立を目指している。「いきいき元気メニュー」を提供する飲食店だけでなく、スポーツ用品店や薬局等の市内事業所、医師会・歯科医師会・薬剤師会の協力を得て、一定の基準を満たしたところを「健康応援ステーション」として位置づけ、市民が、「身近なところで自然に健康を維持できる環境」にしていく。

VI. 事業評価

平成23年10月から取り組みが始まったばかりで、健康指標を評価することは難しいが、運動・食生活応援メニューの提供が始まって以来、しあわせ村トレーニング室の参加者が倍増しているなどの手応えは感じている。今後、プランの数値目標達成のために長期的に継続して事業に取り組むこと、そして企業や協力事業者を広げ、市民が主体的に取り組んでいくための仲間づくりを推進していくことが重要であると考えている。この取り組みが広がることにより、市民の健診への関心が高まり特定健診の受診率の向上につながり、保健指導実施率の向上にもつながること、そして最終的には平均寿命の伸びや医療費の抑制につながることを期待している。

VII. まとめ

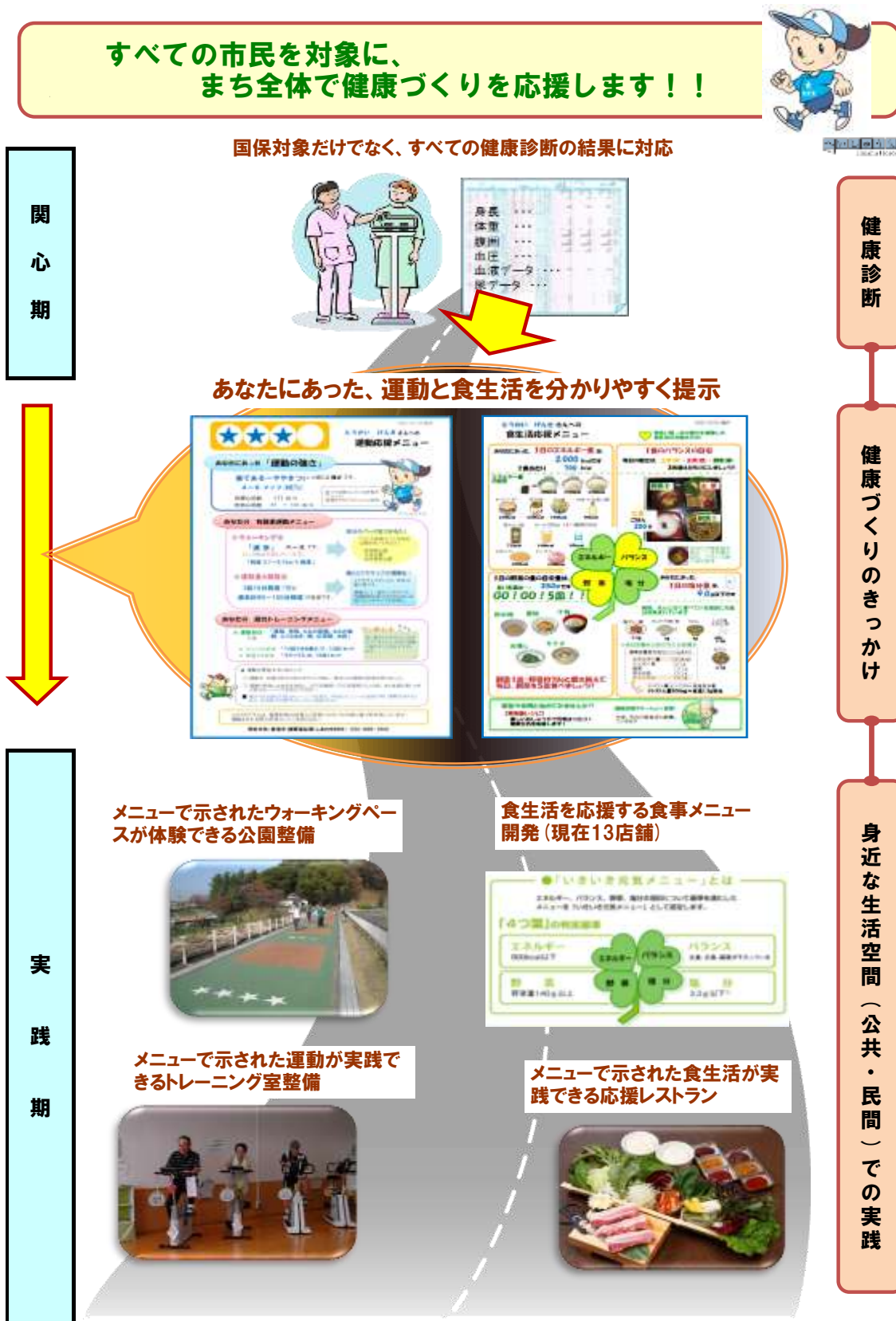
ポピュレーションアプローチとは、多くの味方をつくること。

講演会で市長をその気にさせたのは、愛知県健康づくり事業団あいち健康の森の健康科学総合センター長である。市長はセンター長へ「東海市を頼む」と言い、今回の事業展開については、職員の委員会の立ち上げからお世話になった。市長は、1日40本以上吸っていたたばこを止め、毎日1万歩歩いている。委員会に参加した職員の多くも味方である。「公園は、緩衝緑地だ」と始めは言っていた職員が「歩くためのペース体感ゾーン」をつくってくれた。いきいき元気推進委員会のメンバーである職員から推進項目として出されたのは、「きっかけ」、「動」、「食」、「場」、「enjoy」の5分野で、いずれも身近で生活実感のあることばかりである。

事業を進める中で、飲食店からは「自分たちも身体にいい物を提供したい」、「お客さんが健康でいてくれて、長くご愛好いただきたい」、企業の衛生管理者からも「何とかしなくてはと思っていたが…」などの意見が聞かれた。誰もが、「最近太ってきた」、「こんなに酒ばかり飲んでいたら…」などと意識を持ってはいるが、「何をしたいのかわからない」から行動に移せなかったということだ。

そんな人たちが行動を起こすきっかけとして、健診を起点にして「自分にあった運動」や「自分の適量」を知ってもらうこと、まちの中に「行動できる場」を意識的に増やすことを中心に取り組んできた。5年後には自然にウォーキングする人や、食べる量を意識する人が増えるよう、「生きがいがあり健康なまち東海市」を目指していきたいと考えている。

図 4.1 東海市における保健事業展開イメージ



事例5 特定健診・特定保健指導からの生活習慣病予防及び重症化予防の取り組み(福岡県北九州市)

- 健診データ、医療費データ、介護給付の現状等から実態を把握して課題を抽出し、課題の共有や情報交換などを行いながら、衛生部門、医師会、国保連合会等と連携して事業を展開。
- 重症化予防の取り組みとして対象者を明確化し、特定保健指導対象外の者へもアプローチ。
- 個別フォローを重視。
- 慢性腎臓病対策としてCKD予防連携システムを構築。

I. 自治体の概要

本市は九州の最北部に位置し、昭和38年に5市が対等合併して北九州市が誕生し、平成25年には市制50周年を迎える。基幹産業は、古くからの製造業に加え、ロボット、自動車関連などの新しい産業も芽生えている。また、環境分野ではアジア諸国への国際環境技術協力や資源循環型社会の構築に寄与する一方で、最近は低炭素社会をリードする「北九州スマートコミュニティ創造事業」や海外水ビジネスにも着手し、内外から高い評価を得ており、平成23年度には国から環境未来都市にも選定された。

総人口は972,713人、高齢化率は25.5%（平成24年3月31日現在）と政令市の中で最も高齢化率が高い。

国民健康保険被保険者数は、262,390人（平成23年度）であり、1人当たりの医療費（一般被保険者分）は365,851円（平成23年度）と、政令市の中でも最も高い水準となっている。一方、1人当たりの保険料は63,139円（平成23年度）と政令市の中で最も低く、毎年、一般財源から多くの法定外繰り入れを行っている。

II. 保健事業実施体制

特定健診・特定保健指導が開始された平成20年4月に組織改正が行われ、特定健診・特定保健指導を担当する係は、国保の制度管理を行う保険年金課ではなく、各種検診や健康教育、食育、歯科・口腔保健、介護予防、地域の健康づくりリーダーの育成支援など健康づくりを一体的に担当する健康推進課の中に配置された。

このことが、生活習慣病予防を進めるにあたり、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを連動させ、健康づくり全体として考えていくことにつながった。

また、7つの行政区に母子から高齢者までの健康づくりを担う衛生部門の保健師・栄養士等が配置されており、保健師は地区担当制を基本とし、一部業務分担制で保健活動を展開している。

III. 取り組みの経過



1. 実態把握

市民の健康状態をみると、健診データは悪い、医療費は高い・・・決して良い状況ではなかった。まず、健診データ・医療費データ・介護給付の現状・身体障害者手帳（透析関係）・財政状況・人口動態・産業・生活の実態等多方面からの実態把握を行った。保健師・栄養士という専門職にとって、巨大な組織のどこにどのデータがあるのかを調べ、調整するところから始めることは大変であったが、これが連携の始まりでもあった。また、これら膨大なデータの分析や展開については、外部講師や国保連合会に支援をいただいた。

データを並べ、分析する中で、市民の生活実態や健康課題が見えてきて、アプローチしなければいけない対象像が徐々に明確になっていった。

(1) 医療費の現状

平成22年5月診療分の全レセプトに占める入院レセプト件数は3%であるにも関わらず、費用額は54%も占めており（図5.1）、入院は、少ない件数でも多くの医療費がかかっている現状がわかった。また、入院レセプトに占める予防可能な生活習慣病の割合をみると、件数、費用額共に約60%を占めている（図5.2）。さらに、1か月100万円以上の高額レセプトに占める生活習慣病の割合を見ると、件数、費用額共に約70%を占めている。

また、高額な医療費を要する慢性人工透析患者数を人口100万対で全国と比べると最も高い状況で、こうした実態から生活習慣病を予防し、重症化を防ぐことが市民の健康の質の向上と医療費等の増加抑制の両面から大変重要であることがわかった。

図 5.1 全レセプトのうち入院レセプトが占める割合

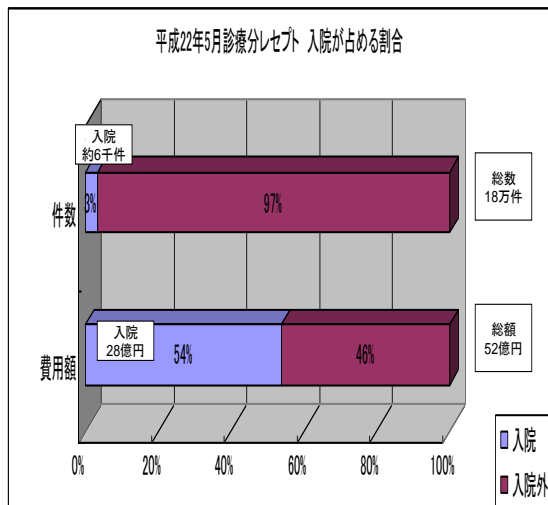
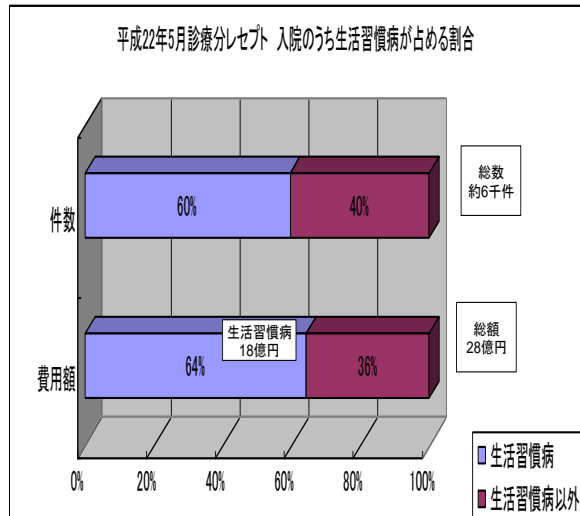


図 5.2 入院レセプトのうち生活習慣病が占める割合



(2) 介護保険の現状

要支援・要介護認定率は、第1号及び第2号被保険者共に全国及び県の平均認定率よりも高く、要介護4・5の主治医意見書の原因疾患をみると脳梗塞が1位を占めている。

また、若くして介護給付を受ける2号被保険者の原因疾患をみると、生活習慣病に係るものが約7割を占め、内訳は、脳血管疾患が約6割と最も多い現状にあった。若い頃からの生活習慣病予防及び重症化予防が介護給付の抑制を考える上でも重要である。

このように、生活習慣病と介護保険の給付状況とは、密接に関係しており、介護予防においては、生活習慣病重症化予防と一連の流れでみていくことが必要不可欠であることがわかっていった。(図 5.3)。

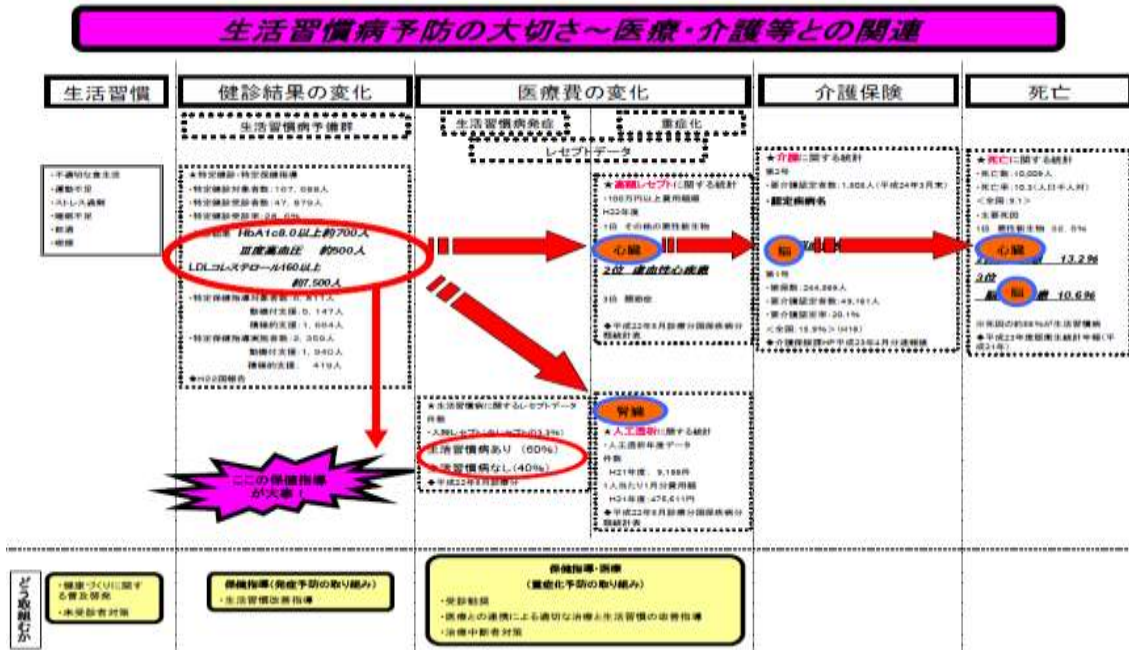
(3) 死亡状況

1位悪性新生物、2位心疾患、3位脳血管疾患であり、人口10万対の死亡率は、すべて全国に比べて高い状況にあり、政令市の中で、死亡率はワースト1位という状況であった(平成21年度)。

2. 北九州市の健康課題と方向性

実態把握から、①高血圧、高血糖、腎臓機能低下の重症者が多い、②悪化して脳血管疾患や心疾患などの生活習慣病で入院している、③腎臓機能が低下し、慢性人工透析患者が多い、④要介護認定率が高く、脳血管疾患などの生活習慣病との関連が大きい等の課題が明確になり、本市にとって「高血圧と糖尿病」を柱とし、慢性腎臓病(CKD)の視点も踏まえた生活習慣病予防及び重症化予防対策が重要であることがわかった。

図 5.3 生活習慣病の予防の大切さ（社会保障費全般を踏まえて）



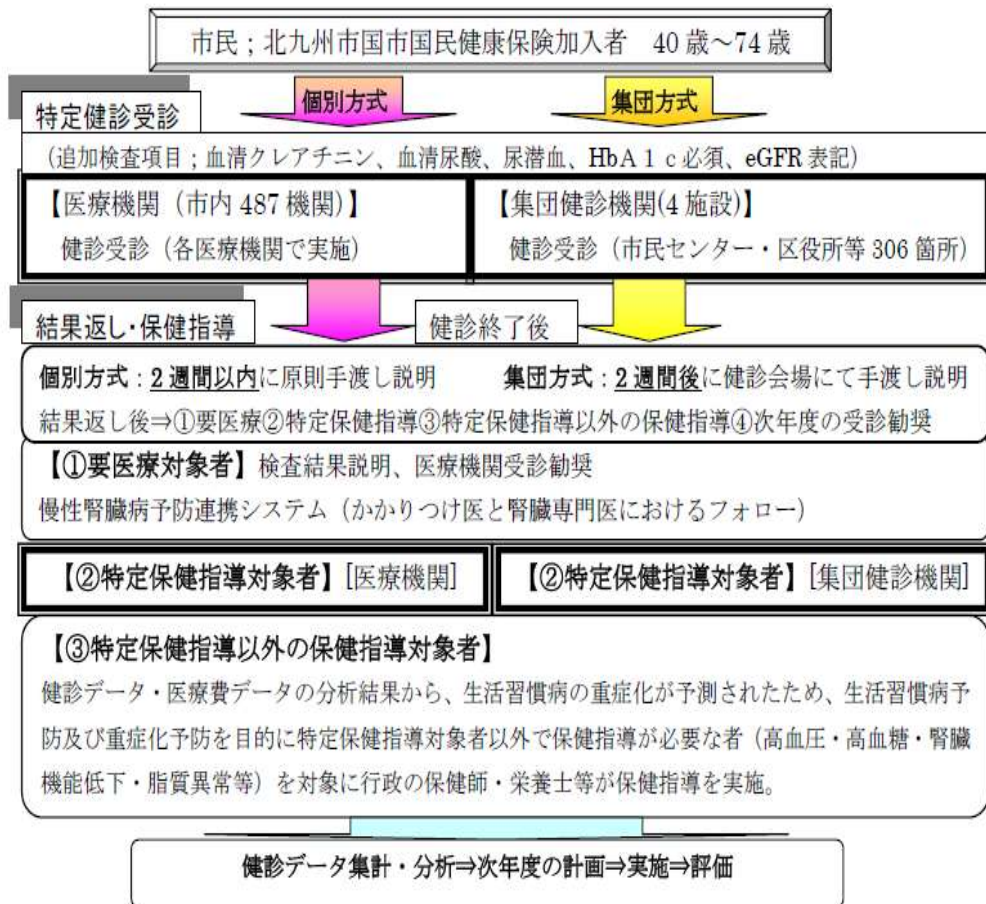
IV. 特定健診・特定保健指導

1. 実施体制

北九州市国民健康保険特定健診・特定保健指導の流れは、図 5.4 のとおりである。特定健診及び特定保健指導の実施は市医師会及び健診保健指導実施機関に委託している。

本市の特定健診の特徴は、健康実態（腎機能の低下している人が多く、人工透析患者数も全国に比べて多い）から、検査項目に血清クレアチニン、血清尿酸、尿潜血、HbA1c を必須項目とし、eGFR（推算糸球体濾過量）の表記を行っていることである。健診結果は、約 2 週間後、原則手渡しで本人に説明し、返している。その後、特定保健指導対象者はすぐに保健指導に入っている。また、特定保健指導対象外の者に対しても、健診後のフォロー一体体制を充実させている。

図 5.4 北九州市国民健康保険特定健診・特定保健指導の流れ



2. 特定健診・特定保健指導の実績 (図 5.5)

特定健診受診率は、国の示す目標値には達していないが、年々増加し、政令市の中でも上位に上がってきており、伸び率は政令市の中で1位である。また、特定保健指導の実施率についても上位に位置している。

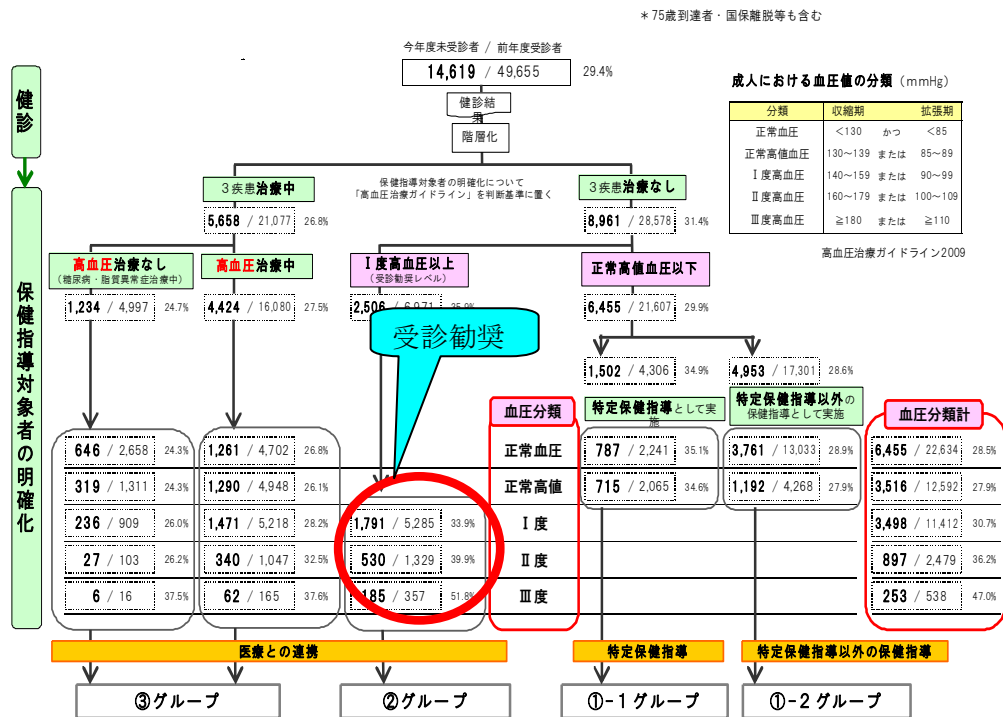
受診率向上に向けては、広報活動、電話やハガキによる個別通知、健康づくり推進員や食生活改善推進員などの地域ボランティアの協力、地域保健活動でのPR等を地道に行っており、実施したことを評価し、効果のある取組みの継続実施や強化をしている。

また、図 5.6 のように検査データが悪いにも関わらず、次年度健診を受診していない人も多く(健診中断者)、重症化予防のために、健診中断者の中で重症化の恐れのある者を抽出し、電話による受診勧奨をしている。

図 5.5 北九州市国民健康保険特定健診・特定保健指導経年結果

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	
特定健診	対象者数	172,315	170,069	167,688	166,025	
	受診者数	37,870	43,489	47,879	51,680	
	受診率(%)	22.0	25.6	28.6	31.1	
	政令市順位	12	7	6	5	
特定保健指導	動機付支援	対象者数	4,624	4,961	5,147	5,327
		終了者数	542	2,810	1,940	1,669
		実施率(%)	11.7	56.6	37.7	31.3
	積極的支援	対象者数	1,403	1,746	1,664	1,886
		終了者数	88	531	419	311
		実施率(%)	6.3	30.4	25.2	16.5
	合計	対象者数	6,027	6,707	6,811	7,213
		終了者数	630	3,341	2,359	1,980
		実施率(%)	10.5	49.8	34.6	27.5
		政令市順位	8	2	3	4

図 5.6 平成 23 年度健診中断者（血圧）



3. 市医師会（委託先）との連携

特定健診・特定保健指導を市医師会に全面委託しているため、円滑に運用するためには連携が重要である。市医師会主催の定例会議に出席し、特定健診・特定保健指導の実績や分析結果をタイムリーに情報提供し、情報を共有している。それをもとに「市民のために」ということを念頭に置きながら、課題や方向性を随時協議している。

また、特定保健指導の質の維持・向上のため、医師会主催の研修（主に医師向け）や行政主催の身体のメカニズムと生活習慣との関係に関する事例研修（主にコメディカル向け）を実施している。

V. 重症化予防～特定保健指導対象外の者への保健指導～

1. 重症化予防 ～特定保健指導対象外の者への保健指導の取り組み～

図 5.7 のように、特定健診の結果をみると特定保健指導対象者（動機付け支援、積極的支援）より、特定保健指導対象者外者の中に受診が必要な者が相対的に多く、また治療中でコントロール不良な者も多くいた。この対象者を放置することは、重症化を招き、医療費が今後も上がると考えられるため、この対象者へのアプローチが市の施策として必要であると考えた。

これらの取り組み（生活習慣病対策）をすすめて行くにあたっては、まず、本庁と区役所の係長級での会議で方向性を決め、その後、各区の地区担当保健師、栄養士からメンバーを募って検討会を行い、目的、対象者、方法、役割、流れ等を決め、マニュアルを作成した。生活習慣病予防及び重症化予防を目的として、特定保健指導対象外の者のなかから、対象者を独自に抽出し、保健指導（家庭訪問等の個別フォロー重視）を行っていった（図 5.8 参照）。

具体的には、高血圧、高血糖、腎臓機能低下の者を優先的に、保健師・栄養士等の訪問・面接による保健指導を実施し、検査結果や身体のメカニズムと生活習慣との関係を説明した上で治療につなげた。また、治療中断等でコントロール不良の重症者には治療継続や良好なコントロールのための保健指導を実施した。

毎年、効果を検証し、対象者を決めており、平成 24 年度は腎臓機能低下（蛋白尿等）や脂質異常項目の重なっている者も対象者に追加している。

図 5.7 特定健診からの保健指導に至る流れ

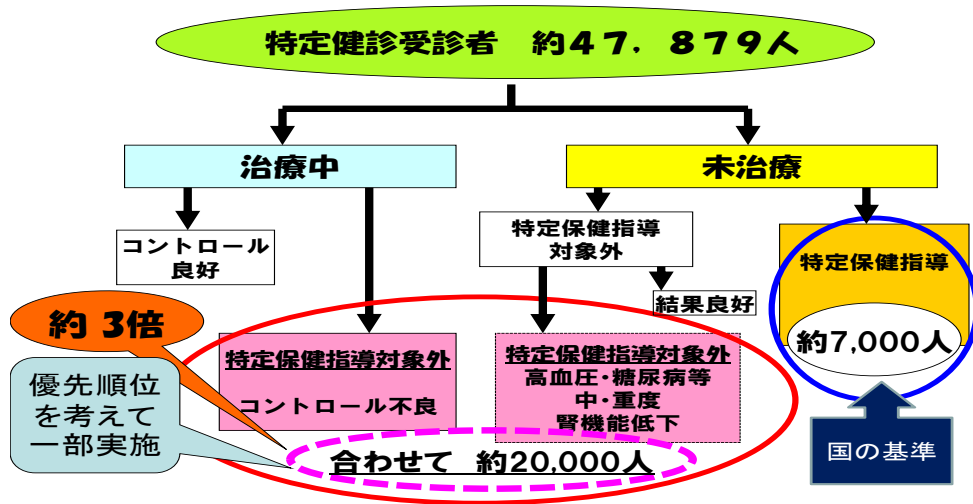


図 5.8 特定保健指導対象外の者に対する保健指導の対象者数（平成 23 年度分）

年度		平成23年度	
内容		対象詳細	対象数
服薬なし	糖	(1)HbA1c8.0以上 (2)HbA1c6.5以上8.0未満	114 713
	血圧	(1)Ⅲ度高血圧 (2)Ⅱ度高血圧	185 726
	腎	(1)eGFR50未満 (40歳以上70歳未満) eGFR40未満(70歳以上)	179
服薬あり	糖	(1)HbA1c8.0以上	431
	血圧	(1)Ⅲ度高血圧	171
	脂質	(1)血圧、血糖、脂質のすべてに重複して受診 勧奨判定値以上 (2)中性脂肪またはγ-GTPが1000以上	297 24
	腎	(1)eGFR50未満(優先順位をつける) (2)尿蛋白3+以上	133 72

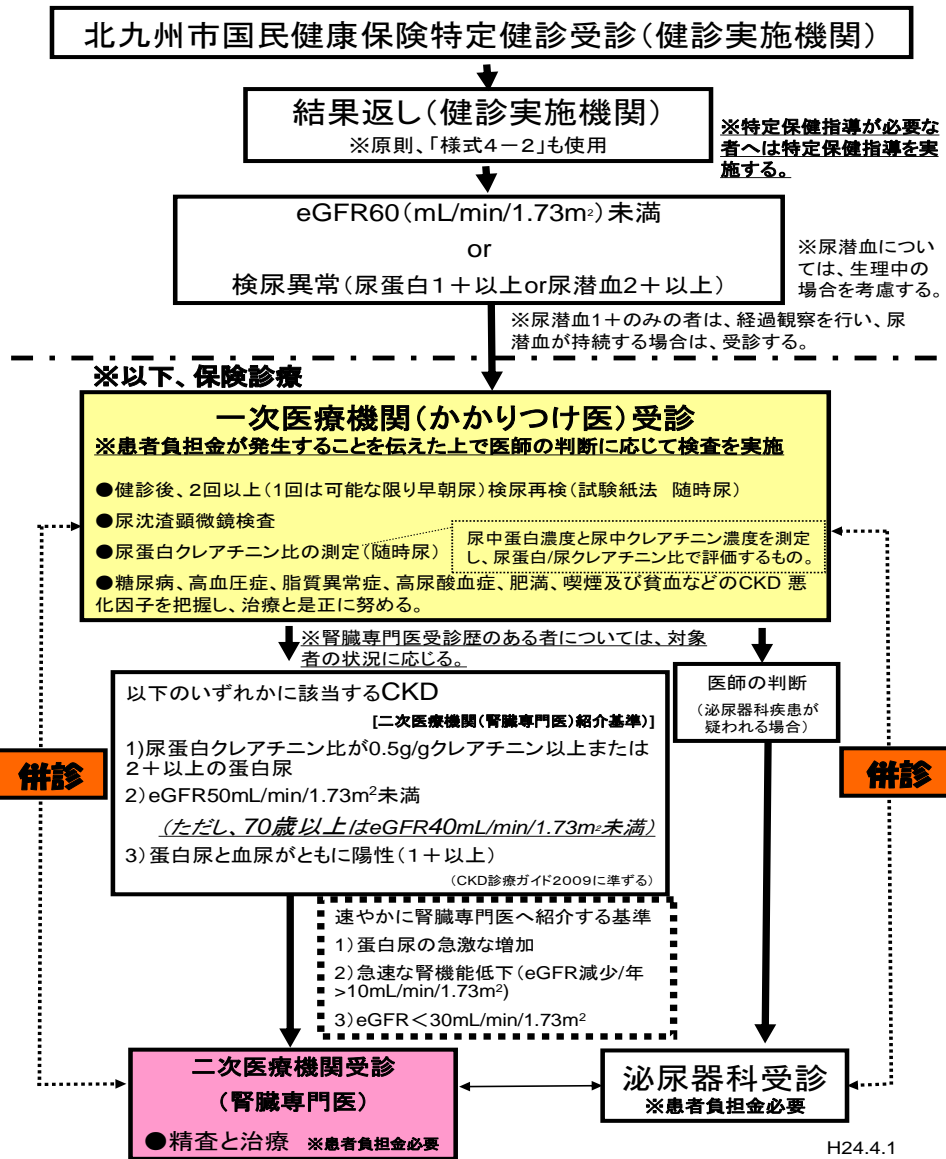
2. 慢性腎臓病（CKD）予防の取り組み

特定保健指導対象外で腎臓機能が低下している者へ衛生部門・国保部門の保健師、栄養士が訪問指導を開始したが、当初は、①腎臓についての知識や理解が充分でない、②医師との連携が充分でないなどの理由で円滑に進まなかった。

訪問の実態や、健診データの分析を行いながら、市医師会と話し合いを進める中で、特定健診を起点とした慢性腎臓病予防のための検討会を腎臓専門医、かかりつけ医、行政とで実施することになった。これにより、予防の視点で、特定健診からかかりつけ医、腎臓専門医までつなぐ本市独自の慢性腎臓病予防連携システムが平成23年度から開始された。

本システムは、課題はあるものの、かかりつけ医の慢性腎臓病予防への理解が深まり、患者が重症化する前に腎臓専門医につながるなど今のところ円滑に進んでいる。今後は効果検証が重要となる。

図 5.9 北九州市慢性腎臓病予防連携システム



VI. 保健事業の評価と今後の展開

1. 保健事業の展開

実態把握、分析、課題抽出、対象者の明確化、課題の共有、実施、評価と、関係部署、関係機関と連携しながら「住民のために・・・」という思いですすめている。このプロセスが効果的な保健事業を展開する上でたいへん重要であると感じている(図5.10)。

また、推進するにあたり、①幹部の理解と協力、②本庁内部の連携、③衛生部門とのいろいろな機会を通しての課題・方向性の共有や協議が重要なキーワードであったと考える。その際、健康課題と医療費等の社会保障費と市の財源や今後の負担との関連について提示することで、市としてどのように動くべきかが話し合われていった。

2. 評価

特定健診・特定保健指導の実施状況については、経年的に見たり、政令市間比較を出したり、その評価結果を次年度の実施に活かしている。

また、健診データを経年的に見ており、集団データとして、全体的な傾向、継続受診者のデータの改善状況、新規受診者の健診結果の状況、健診中断者の状況等分析を行っている。個別データとしては、特定保健指導対象外の者に対する保健指導を実施した者について次年度データを比較し、評価を行っている。その結果、高血圧関係は7割改善などの効果が出ている。これらのデータは、衛生部門等の関係部署や医師会等の関係機関に情報提供をしている。

3. 今後の展開

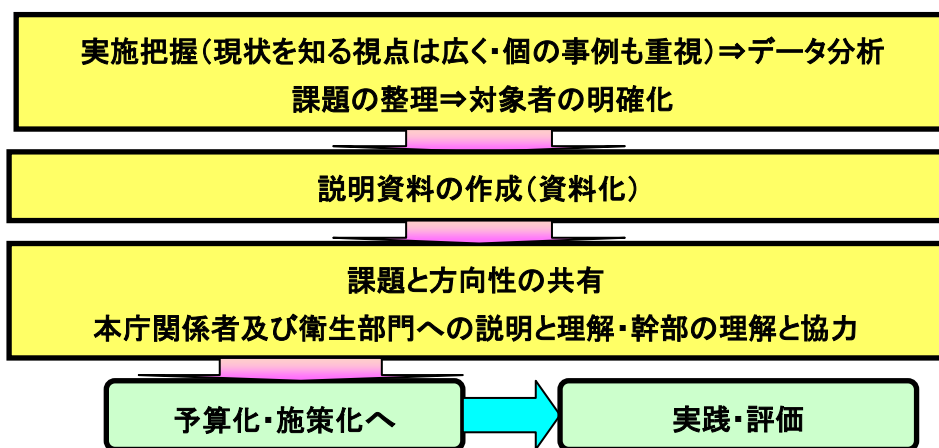
北九州市では、生活習慣病予防の取り組みを始めたばかりではあるが、健診データや医療費データ等で評価をしながら、次への展開を考えているところである。特定保健指導対象外の者へのアプローチにおいても個人のデータを経年で見るとデータ改善がみられている。

また、保健福祉局には、障害者や高齢者の福祉施策や生活保護施策など様々な課題がある中で「健康の維持・向上の推進」が局の最重点課題に挙げられており、予防重視の施策展開となってきた。このような状況の中、保健師のマンパワーも少しずつ充実されてきている。

平成25年度からの特定健康診査等実施計画は、本市の健康増進計画と一体的に検討を進めているところであり、生活習慣病予防及び重症化予防は重要な柱として盛り込む予定である。

さらに今後は、生活習慣病予防においても母子保健や職域も視野に入れ、全ライフステージに応じたトータルな保健活動を展開することで、住民のより一層の健康と社会保障の安定化に寄与していきたい。

図 5.10 保健事業の展開



事例6 加入者20万人を超える大規模共済組合における特定健診・保健指導の実施率・成果向上に向けた取り組み(東京都職員共済組合)

本事例では、多様な職種の事業主から構成される加入者 20 万人を超える大規模共済組合において、各事業主の理解や協力を得ながら、アウトソーシング事業者を活用し、年々実施率・成果を向上させた取り組みについて紹介する。

I. 共済組合の概要

東京都職員共済組合は、加入者 229,307 人(被保険者 124,322 人、被扶養者 104,985 人、2012 年 3 月現在)を抱える大規模共済組合である。組合員(被保険者)は、都知事部局、交通局(バス、電車等)、水道局、下水道局、教育庁(学校)、東京消防庁、東京都特別区(23 区)等の職員と多様な職種から構成され、三交替制等の勤務形態も見られる。また、小笠原諸島等の遠隔地も含まれる。

II. 特定健診の状況

1. 特定健診の実施体制

特定健診は、共済組合事務局の事業部健康増進課のスタッフ 8 人(医師 1 人、保健師 1 人、管理栄養士 2 人(うち 1 人は非常勤)、事務 4 人)が担当している。

組合員は事業主健診を活用して実施している。被扶養者については、約 1500 力所の健診機関と提携する代行機関によって、特定健診とともに、特定健診の検査項目を拡充した生活習慣病健診を実施しており、選択性となっている。

2. 受診率の推移

年度別に見た特定健診の受診率の推移は表 6.1 の通りである。

表 6.1 年度別特定健診受診率

区分	受診状況	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
組合員(任意継続者含む)	健診対象者数(人)	85,236	83,084	81,447
	健診受診者数(人)	70,820	76,857	76,183
	健診受診率 (%)	83.1	92.5	93.5
被扶養者	健診対象者数(人)	27,263	25,973	24,827
	健診受診者数(人)	8,417	6,914	8,793
	健診受診率 (%)	30.9	26.6	35.4

注) 受診者の中に人間ドック受診者含む

組合員の受診率は、平成 20 年度は 83.1%であったものの、21 年度以降は約 10%増加している。

一方、被扶養者については、平成 20 年度 30.9%であったが、平成 21 年度は 26.6%に減少したため、対策を充実させた結果、平成 22 年度には 35.4%まで改善している。平成 23 年度はさらに 1000 人以上受診者が増加する見込みである。

3. 被扶養者の健診受診率向上への取り組み

(1) 「検査項目充実」で健診受診者 1,000 人以上増加

特定健診については、平成 21 年度の受診率の低下から、特に「被扶養者の受診率が低い」という問題意識を持ち、その原因を探るため、平成 22 年 7 月にアンケート調査を実施した。その結果、受診率低下の原因として「特定健診の検査項目が少ない」という回答に着目した。

検査項目の充実に向けた検討では、「費用負担」と「人間ドックとの差別化」の 2 つの課題に多くの時間を割き議論を行った。「費用負担」については、「特定健診の受診は無料」を前提としたうえで、検査項目を増やすことによる費用増をなるべく抑え、効果的に受診率増につながる検査項目は何かを検討した。

また、一部自己負担を伴う「有料の人間ドック」と健診内容が類似してくると人間ドック受診者が減ってしまうことが懸念され、それぞれの健診のバランスをどうとるかを検討した。

その結果、平成 23 年度から表 6.2 のとおり、最もニーズの高かった「胸部健診」等を新たに検査項目として加え、生活習慣病健診がスタートした。平成 23 年度は（現時点で途中経過となるが）、平成 22 年度対比“受診者数 1,000 人以上増”となる見通しである。

(2) 封書やはがきを用いた効果的な受診勧奨手法

受診者数を増やすために、平成 22 年度から封書による受診勧奨を実施し、平成 21 年度に比べ受診者数が拡大している。また、平成 23 年度は、はがきによる受診勧奨を追加し、年 2 回実施している。

表 6.2 各種検診項目の比較

【表の見方：○必須項目、□医師判断による選択実施】		特定健診	生活習慣 病健診	人間ドッ ク
問診・診察	問診・診察	○	○	○
	身体測定	身長・体重・肥満度・腹囲	○	○
呼吸器系	胸部 X 線		○	○
循環器系	心電図	□	○	○
	血圧	○	○	○
	眼底	□	□	○
	脂質	総コレステロール		○
中性脂肪・HDL コレステロール		○	○	○
LDL コレステロール		○	○	○
消化器系	肝機能	GOT・GPT・ γ GTP	○	○
	糖尿病	空腹時血糖又はヘモグロビン A1c	○	○
泌尿器系	尿	蛋白・糖	○	○
		潜血		○
	腎機能	血清クレアチニン		○
血液異常	貧血	ヘマトクリット血色素量・赤血球数	□	○
感覚器系	視力・聴力	□	○	○
その他	腹部超音波・肺機能検査・上部消化管 X 線等			○

III 特定保健指導の状況

1. 特定保健指導の実施体制

特定保健指導は、特定健診と同様に事業部健康増進課のスタッフ 8 人（医師 1 人、保健師 1 人、管理栄養士 2 人（うち 1 人は非常勤）、事務 4 人）が担当している。

特定保健指導の実施方法としては、アウトソーシング先である保健指導機関の専門職が勤務先事業所へ訪問し実施する形式（事業所内実施型）と保健指導機関が会場を設置し希望者が来所して実施する形式（会場来所型）を組み合わせ実施している。

2. 実施率の推移

年度別に見た特定保健指導の実施率の推移は表 6.3 の通りである。

表 6.3 年度別特定保健指導実施率

(人)

区分	実施状況	平成 20 年度			平成 21 年度			平成 22 年度		
		動機づけ	積極的	全体	動機づけ	積極的	全体	動機づけ	積極的	全体
組合員 (任意継続者含む)	保健指導対象者数	6,196	10,338	16,534	6,447	10,395	16,842	6,405	10,323	16,728
	初回支援実施者数	1,276	2,149	3,425	2,621	4,011	6,632	3,068	4,354	7,422
	初回実施率(%)	20.6	20.7	20.7	40.7	38.6	39.4	47.9	42.2	44.4
	保健指導終了者数	1,158	1,527	2,685	2,420	2,998	5,418	2,913	3,891	6,804
	終了率(%)	18.7	14.8	16.2	37.5	28.8	32.2	45.5	37.7	40.7
	被扶養者	保健指導対象者数	621	307	928	399	209	608	563	299
	初回支援実施者数	32	13	45	44	21	65	99	48	147
	初回実施率(%)	5.2	4.2	4.8	1.1	10.0	10.7	17.6	16.1	17.1
	保健指導終了者数	30	10	40	30	11	41	92	41	133
	終了率(%)	4.8	3.3	4.3	7.5	5.3	6.7	16.3	13.7	15.4

組合員においては、全体で平成 20 年度 16.2%であったものの、平成 21 年度 32.2%、平成 22 年度 40.7%と年々増加している。

被扶養者についても、平成 20 年度 4.3%、平成 21 年度 6.7%、平成 22 年度 15.4%と年々増加している。

3. 特定保健指導実施率向上への取り組み

(1) 事業主の理解促進が鍵

初年度となる平成 20 年度は、「事業主健診の結果を集めること」「特定保健指導に関する事業主の理解や協力を得ること」がスムーズに進まず、組合員の実施率が低い結果となった。

多くの組合員に効率的に保健指導の機会を提供するためには、「事業主の理解」が非常に重要な課題であると認識している。当該組合は、消防署や交通局、水道局等を含む多様な事業者から構成されているが、全ての事業主を訪問し、当該事業の説明を行った。各事業者の状況は様々であったが、「事業主の負担をできるだけ軽減し実施する」ということを中心に働きかけたところ、比較的 understanding を得やすい傾向であった。

その後、毎年度、各事業主と共済組合、保健指導アウトソーシング事業者による 3 者で開始前の事前協議、実施後の事後反省会を実施している。

(2) 事業主の負担を減らし、実施率を高める「通知型アプローチ」

前述したように、初回支援は、事業所内実施型、会場来所型を組み合わせ実施しているが、実施率は事業所内実施型が最も高くなっている。このことから、「できるだけ職場で保健指導を受けられる環境」を広めようとしている。

当該組合の事業所内での実施方法の特徴は、アウトソーシング事業者が直接対象者と実施日等の調整にあたる点である。初回支援の日時・場所を調整する方法としては「通知型アプローチ」を取っている。この方法は、アウトソーシング事業者が事業所の会議室等の状況から、事前に各対象者の支援日時・場所を設定し、保健指導の利用日時等を記載した通知文を発送し、後日電話で予定を確認し、確定するものである。利便性が高く、また、意識の低い対象者に対しても電話で利用勧奨すること等により、大きな成果をあげている。

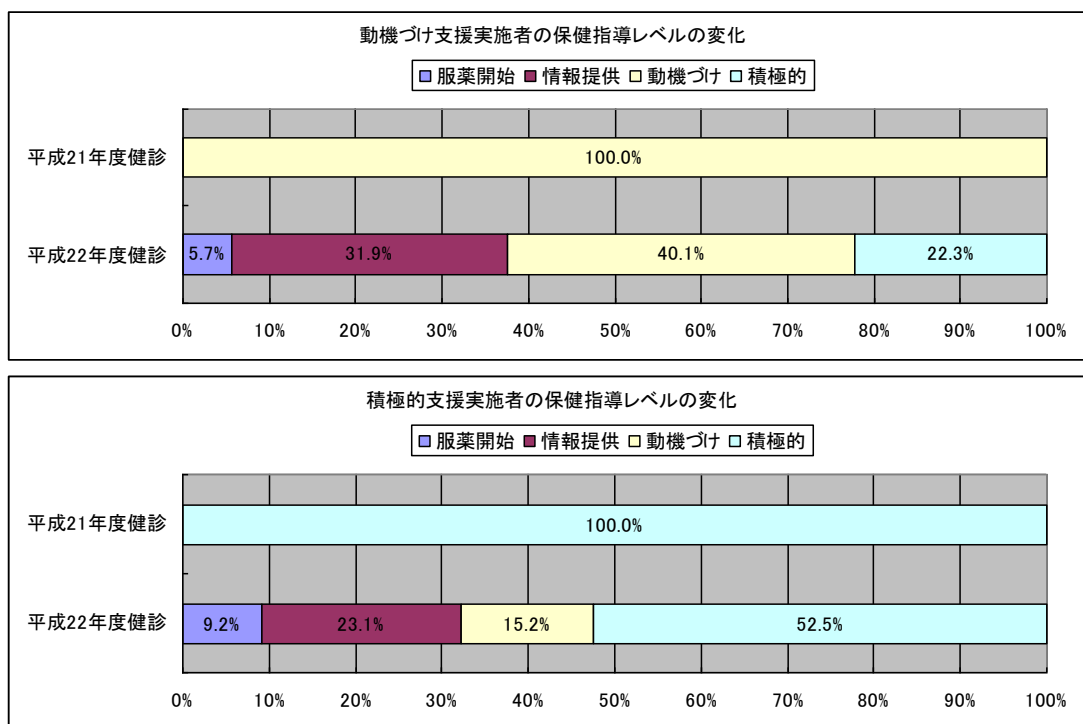
(3) 健診受診から保健指導まで時間をかけない

「自分の健診結果を見たとき」が最も健康に関する関心が高く、時間がたつと意識が薄れることから、健診からできるだけ時間をおかないことが重要と考え、健診機関で保健指導が可能な場合は、当該健診機関に保健指導を委託することで、案内の迅速化を図っている。その場合は、遅くとも1か月以内に所属事業所経由等で保健指導対象者に対して利用案内を送付している。

4. 特定保健指導の実施成果（健診結果の改善状況）

平成21年度特定保健指導利用者の平成22年度の状況は図6.1の通りである。

図6.1 平成21年度保健指導利用者の平成22年度における保健指導レベルの変化



動機づけ支援では、全体の 31.9%が情報提供へ移行する一方、40.1%が動機づけ支援のまま変化なし、22.3%が積極的支援へ悪化している。

一方、積極的支援では、23.1%が情報提供へ、15.2%が動機づけ支援へ移行する等、全体の約 4 割に改善が見られている。

5. 特定保健指導成果向上への取り組み

(1) ポピュレーションアプローチの充実

成果向上に向けては、特定保健指導だけでなく、ポピュレーションアプローチが重要と捉え、動機づけ支援・積極的支援の対象にならなかった者に対して Web を活用した健康支援プログラムを提供している。本プログラムは、対象者が事前に通知した ID 番号、パスワードを入力すると、自身の健診結果を確認でき、また、健診結果に基づく「健康リスク判定」や「10 年後の予測」「生活改善シミュレーション」等、対象者一人ひとりの生活習慣や健診結果に基づいたアドバイスを提供するものである。

(2) 効果的にアウトソーシング事業者を活用する

①アウトソーシング事業者選定の方法とポイント

加入者数が多い大規模共済組合では、いかに優れたアウトソーシング事業者を選定するかが実施率、実施成果を大きく左右する要因となる。当該組合では、選定基準として、基本方針・視点、従事者・実施体制（研修実績含む）、保健指導の内容（プログラムの内容・工夫点）、個人情報取り扱い、特定保健指導の業務実績、費用等について比較検討し、アウトソーシング事業者を選定している。事業者の考え方や姿勢が合わないと、運営途中でトラブルになる可能性もあるため、この点は、特にしっかり確認している。

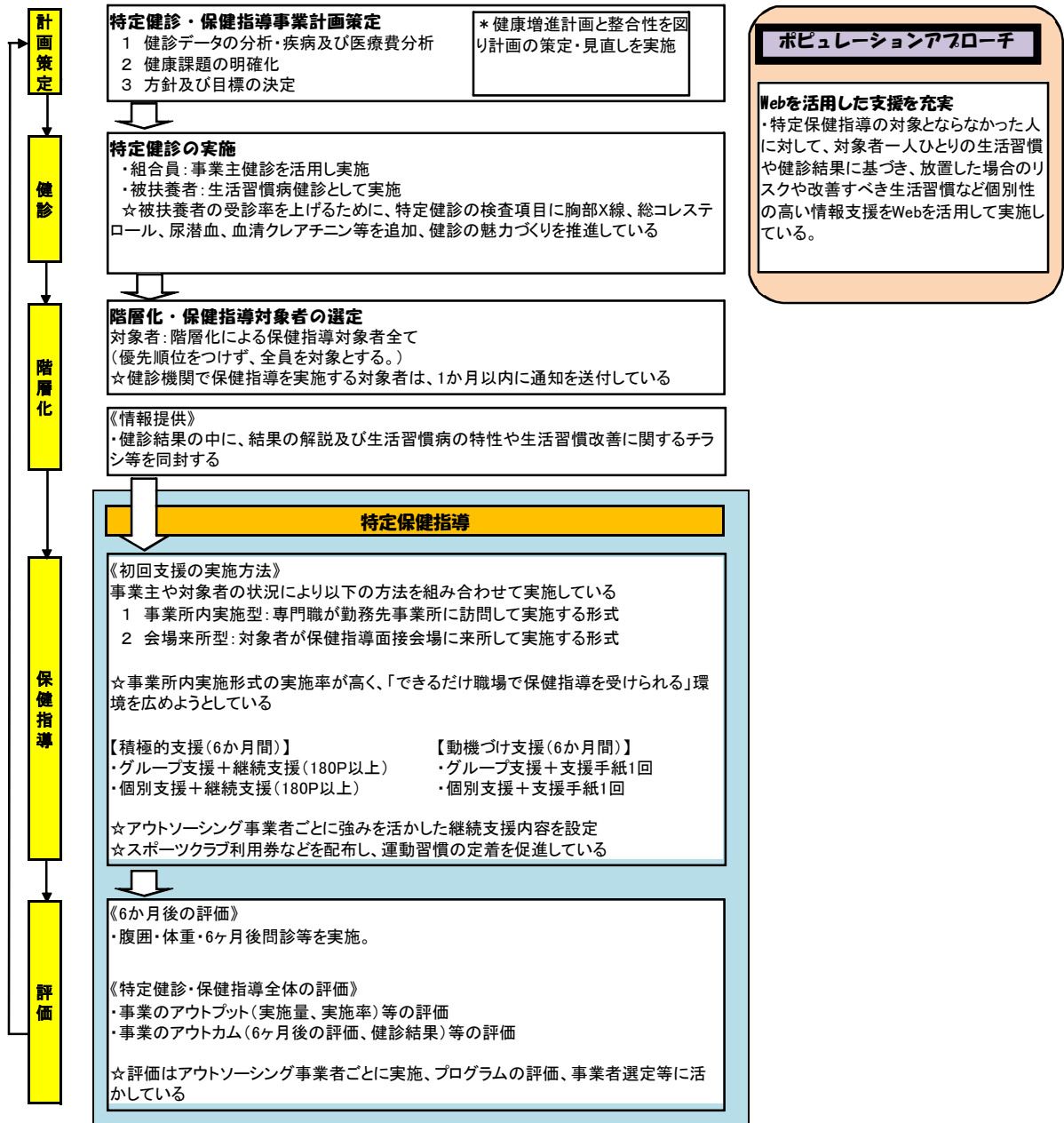
選定にあたっては、必ずプロポーザルの機会を設定し、その際には「初回面接のデモンストレーション」を実施してもらう。優れた企画書や支援教材であっても、それが実際現場でうまく活用できなければ、指導のレベルは上がらない。デモンストレーションを通じて、実際に保健指導をどのように行うかをその場で把握し、選定の重要な指標としている。

②アウトソーシング事業者との連携

事業開始にあたっては、共済組合と各事業主、アウトソーシング事業者で事前協議を持ち、これまでの実績をふまえ、事業の実施方法や内容、役割分担等について、事前協議を行っている。また、実施後は、実施結果をもとに事後反省会を実施し、今後の改善点を検討している。

現在は複数の健診機関と保健指導専門機関にアウトソーシングしているが、支援の質を高めるために、年 2 回情報交換会等を開催するとともに、初回支援の実施率、初回支援実施者の継続率、体重・腹囲の減少状況、参加者のアンケート評価等については、事業者ごとに集計し、検証している。

図 6.2 東京都職員共済組合特定健診・特定保健指導の計画策定から評価までのフロー（H23）



事例7 保健指導の経年管理と人材育成（全国健康保険協会）

全国健康保険協会（以下、協会けんぽ）では、経年的な健診結果、保健指導記録、事業所情報をシステムで管理し、情報を共有して効果的な保健指導を行っている。宮崎支部では、保健指導推進のために人材育成や体制整備等に積極的かつ計画的に取り組み、特定保健指導実施率 32.7%という実績を上げている。

今回は、人材育成とシステムによる経年管理を中心に保健指導の推進についてまとめた。

1. 協会けんぽの概要

全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という）は、「保険者として健康保険及び船員保険事業を行い、加入者の皆様の健康増進を図るとともに、良質かつ効率的な医療が享受できるようにし、もって加入者及び事業主の利益の実現を図る」ことを基本使命として、平成 20 年 10 月に政府管掌健康保険を国から引き継いで発足した。

1. 事業所及び加入者の状況

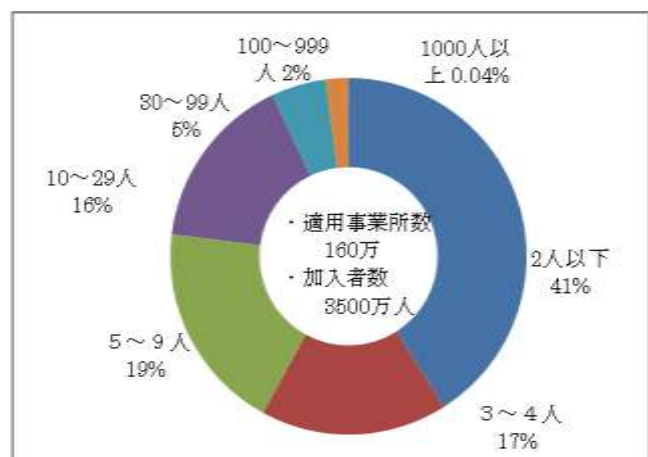
- 適用事業所数 160 万事業所
- 加入者数 3500 万人
- 事業所規模 77%が9人以下
93%が29人以下
(図 7.1)

- 業種 卸売小売業、製造業、
建設業で半数を占める

- 被保険者一人あたり標準報酬総額は、健保組合加入者は協会けんぽ加入者の 1.4 倍であり、この格差が

保険料率の格差になっている。共済組合や健保組合の保険料率平均 7~8%台に対し、協会けんぽの保険料率平均は 10.0%（平成 24 年度）である。

図 7.1 適用事業所の規模



2. 特定健康診査等の実施状況

(1) 特定健康診査等の実施方法について

特定健康診査等の実施方法については、以下のようになっている。

表 7.1 特定健康診査等の実施方法

	特定健康診査		特定保健指導
被 保 険 者	生活習慣病 予防健診	契約健診機関で受診し、健診費用の一部を協会が負担（23年度は2,711機関と委託契契）	<ul style="list-style-type: none"> • 協会けんぽの保健師等（支部保健師約80人、契約保健師約700人）が、事業所訪問による保健指導を中心に実施 • 外部保健指導機関に委託をして実施（23年度577機関と契約）
	事業者健診	事業者に依頼をして、健診結果を提供していただく	
被 扶 養 者	特定健康診査	集合契約及び個別契約により実施	集合契約及び個別契約により外部保健指導機関で実施する

（2）特定健康診査等の実績について

平成22年度の特定健診実施率は、生活習慣病予防健診の受診率は伸びているものの、事業者健診結果の提供に事業主が消極的であること等から、34.5%に留まっている。（表7.2）

特定保健指導は、協会けんぽの保健師、管理栄養士約800人が事業所を訪問して実施しているが、さらに多くの加入者に保健指導の機会を提供するために、外部保健指導機関への委託も進めている。

しかし、特定保健指導の対象者（22年度）は約92万人、しかも2/3は積極的支援対象者で、目標の実践状況報告のやり取りなど非常に手間がかかり、途中終了割合が高い。22年度は、約68,000人が終了し、実施率は7.4%であった。

表 7.2 特定健診、特定保健指導実施状況

項目		20年度実績	21年度実績	22年度実績 (確報値)
特定健康診査	対象者数 (人)	1,206,629	13,095,190	13,202,395
	受診者数 (人)	3,804,147	4,100,573	4,559,095
	受診率 (%)	29.5	31.3	34.5
特定保健指導	対象者数 (人)	805,279	847,652	924,931
	対象者の割合 (%)	21.2	20.7	20.3
	終了者数 (人)	25,174	61,635	68,404
	終了者の割合 (%)	3.1	7.3	7.4

3. 健診・保健指導に関する経年情報の共有と活用

協会けんぽでは、健診・保健指導情報を経年的に管理して保健指導に活用している。

受診勧奨支援システムには、事業所の基本情報や健診、保健指導の実施状況、受け入れ状況、職場の健康課題、健康職場づくりの支援経過や今後の計画等が記録されている。

保健指導支援システムは、全保健師が活用しているノート型パソコンに搭載されている。事業所訪問に持参して、経年的な個別健診結果や保健指導記録を参照して保健指導を行っている。

各システムの特徴は下記のとおりである。

◆受診勧奨支援システム（加入者数・業種・健診受診状況・保健指導受け入れ状況、組織風土等の事業所情報を管理するシステム）

- 個別支援や事業主との話し合い、職場環境などから把握した集団の課題や支援経過、支援計画を記録し、経年管理に活用している。
- 初回面接は事業所への訪問を基本にしているため、事業所訪問を計画する際には基本情報が必要である。
- 受診勧奨支援システムでは、前回把握した事業所情報を参照して、事業所の受け入れを考慮した計画をすることができる。
 - 訪問可能時期（決算期は避けるなど）
 - 開始時間（営業職なので9時開始など）
 - 訪問場所（営業所などが数か所に分かれているなど）
 - 考慮すべき勤務シフト（夜勤と日勤のシフトなど）

◆保健指導支援システム（対象者の情報、過去の支援状況、健診結果などを経年的に管理するシステム）

- 過去5回分の健診結果を登録できるため、経年的な変化をみることができる。
- 過去5回分の保健指導を登録できるため、記録情報を参照すると共に、経年的な変化をみることができる。
 - 対象者の生活習慣
 - 既往歴・現病歴・家族構成など
 - 目標設定内容、対象者の意欲、取り組み状況、目標の達成状況
 - 保健指導実施者の所感特に「保健指導実施者の所感」は、他の記録からは得ることのできない対象者の様子などの情報が得られるため、その対象者に初めて指導をする保健指導実施者であっても継続的な支援をすることができる。
- 健診結果、生活習慣の変化をグラフやレーダーチャートで表示できるため、検査値の変化と生活習慣の変化を合わせて考えることができる。
- 次回の保健指導者が考慮すべき内容を記録として残し、次回参照することができるため、個別性の高い保健指導においては大変効果的である。

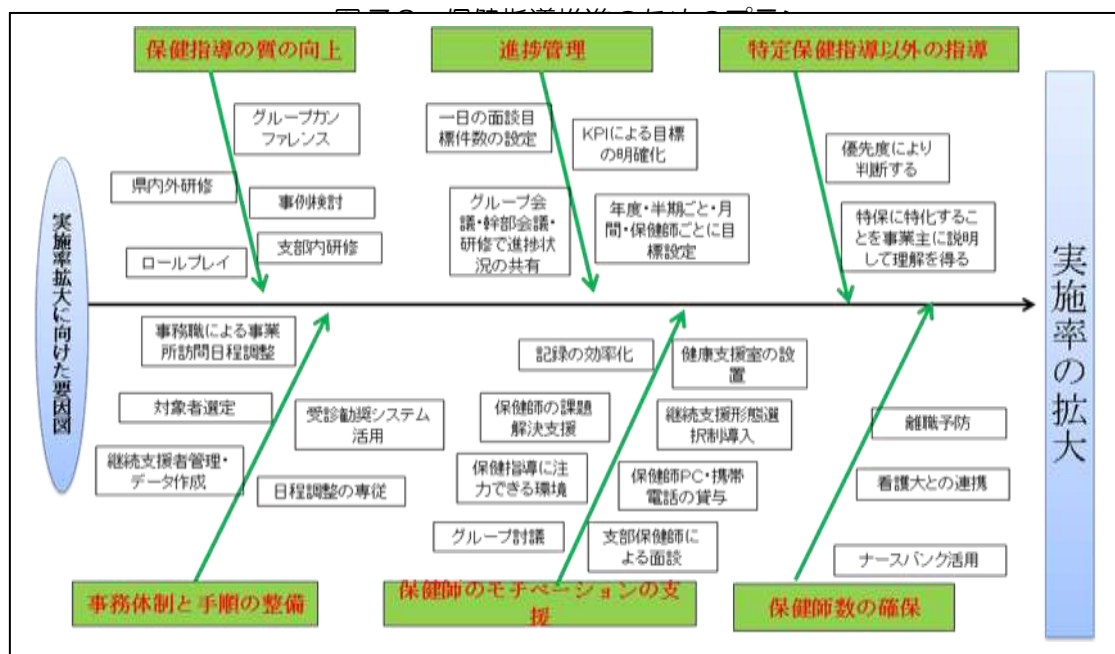
II. 支部での取り組み事例について

《特定保健指導を推進するための質の管理の視点を中心に一宮崎支部の取り組み》

協会けんぽでは、各支部が地域の実情に合わせ工夫をこらしながら事業を展開している。特定保健指導を少しでも多くの加入者に利用していただき健康づくりを推進するために、保健指導の質の向上の取り組みについて、協会けんぽ独自のシステムを活用しながら取り組んでいるところである。その具体的な取り組みについて、宮崎支部の例を紹介する。

1. 保健指導推進のためのプラン

特定保健指導初年度である平成 20 年度は、特定保健指導の実施率は 1.6%であった。平成 21 年度からは特定保健指導対象者に特化して取り組むこととし、保健指導実施体制や他の体制について見直しを行い、図 7.2 のとおり特定保健指導の推進計画を策定した。



2. 人材育成の実際

宮崎支部では、20名の契約保健師が事業所訪問を中心に保健指導を行っている。それぞれ、年齢や前歴、経験、勤務日数、保健指導業務に対する認識など、異なる背景を持っている。また加入事業所が県内各地に点在しているため、契約保健師も各地に配置しており、自宅から事業所へ直行直帰となる場合が多い。これらを考慮し保健師を支援することが、質の向上とともにモチベーションの向上につながると捉え、重要項目として位置づけている(表 7.3)。

表 7.3 保健指導実施者への支援内容

	Plan	Do	Check
の 保 健 指 導 の 質 の 向 上	・保健指導の質の標準化	○情報の共有と相互理解 ・グループカンファレンスによる情報の共有 ・常勤保健師の面談による相互理解 ・保健指導対象者の情報共有と支援方法の学びあい 《情報共有の媒体》 保健指導用パソコン、携帯電話	・保健指導到達度自己チェック ・保健師研修会アンケートによる評価と改善 ・満足度評価 ・ストラクチャー評価 ・プロセス評価 ・アウトカム評価 ・アウトプット評価
保 健 師 の モ チ ベ ー シ ョ ン 支 援	・保健師の課題解決支援 ・保健指導に注力できる環境整備 ・実施体制の見直し	○研修の見直し ・保健指導者に必要なスキルを定めて研修企画 ・事業所同行訪問によるスキルアップ ○保健指導スキル等の自己チェックを導入 ・良い保健指導のものさしの策定 ○契約保健師が主体となった課題の解決 ・グループ討議による課題解決 ○体制整備 ・健康支援室の設置 ・記録の効率化 ・リレー制の導入	

(1) 情報の共有と相互理解

保健指導は、保健師と対象者の2者だけの関係になりがちな上に、契約保健師は直行直帰の仕事になることが多いため、保健師同士で保健指導技術や支援方法の工夫などの情報や日ごろの悩みを共有する場が必要である。一人の対象者を複数の保健師で担当する場合や、困難事例、支援方法の相談など、情報交換が頻繁に行われている。

このような情報の共有は、受診勧奨支援システム、保健指導支援システムによる経年管理によって実現している。システムには、記録された個別支援情報や健康職場づくり支援情報、次回保健指導への提案等、各保健師の支援方法やノウハウなど保健指導には不可欠な情報が詰まっている。グループカンファレンスでは、このような情報が活用されて現場に即した話し合いが行われている。また、経年記録を元に、随時、保健師間で連絡を取り合って情報交換をしており、これが保健指導の質の向上や標準化、保健師のモチベーションの向上につながっている。

(2) OJTを取り入れた研修

保健指導者に必要なスキルを「知識」「技術」「コンピテンシー」の視点から整理をして(表 7.4)、研修を組み立てた。またロールプレイや事例検討などを積極的に行い、得た知識や技術は、日々の保健指導の場で活用し、事業所に同行訪問する機会には互いに学びあうなどOJTを意識したプログラム構成にしている。

表 7.4 保健指導実施者研修を立案する視点

知識の視点	技術の視点	コンピテンシーの視点
CKD に関する研修	電話支援時のロールプレイ実習	人間理解の特保への活用
メンタルヘルス不調者への対応	初回面談時におけるロールプレイ実習	事例検討会で各自事例を提出して討議
保健指導エビデンスの検証	グループコーチング研修	中断率低減、特保2年目以降の対応について討議
重症化予防に向けた訪問指導		目標設定、動機づけ支援の評価について討議
		記録の在り方、目標の立て方について討議

(3) 保健指導の質の標準化のための「良い保健指導」のものさしづくり

「良い保健指導」のものさしを下記の 10 視点 (45 項目) について策定し、到達度を定期的に自己チェックしている。

- ・組織
- ・事業所の理解
- ・支援者の健康管理
- ・情報伝達
- ・研鑽
- ・面接の雰囲気づくり
- ・保健師の姿勢
- ・目標設定
- ・対象者の状態
- ・事前準備

(4) 契約保健師が主体となった課題の解決

現場で保健指導を担当する契約保健師を主体に、保健指導の課題である中断率の低減や特保 2 年目以降の支援方法、目標設定等について、グループ討議を行い、事業運営に反映している。

3. 実施結果

(1) 特定保健指導実施率

特定保健指導実施は、表 7.5 のとおり、平成 22 年度 32.7%と著しく向上している。また、21 年度以降は、支援の中断率も改善し、実施率向上の要因となった。

表 7.5 特定健診、特定保健指導実施状況 (人)

	被保険者特定健診		特定保健指導			
	受診者数	受診率 (%)	対象者数	初回面談数	6ヶ月後 評価数	実施率 (%)
平成 20 年度	47,548	38.8	10,600	2,107	166	1.6
平成 21 年度	54,892	44.5	11,555	5,354	1,916	16.6
平成 22 年度	59,772	48.3	12,089	6,301	3,952	32.7

図 7.3 特定保健指導実施状況

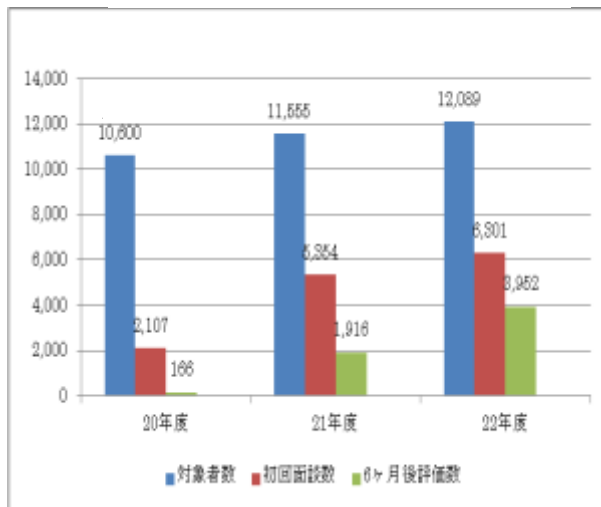
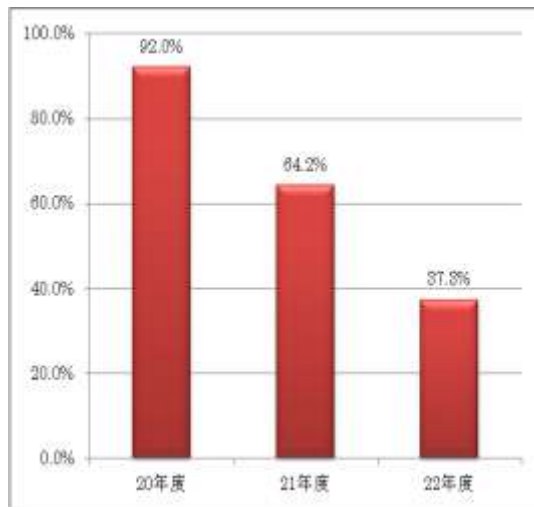


図 7.4 特定保健指導中断率



(2) 特定保健指導の効果

① 特定保健指導の有無別階層化の変化

平成 20 年度の健診結果が動機づけ支援であった者について、特定保健指導の支援の有無別の、翌年度の特定健診結果における階層化の結果は、支援群の 36%が非該当に改善しているが、支援なし群では 8%の改善に留まっている (図 7.5)。

積極的支援では、特定保健指導支援群は翌年度の健診結果における階層化の結果は、非該当へ 27%、動機づけ支援へ 15%、合計 42%が改善しているが、支援なし群では、92%が積極的支援に留まっており、改善した者は 8%である (図 7.6)。

図 7.5 特定保健指導の有無別階層の変化 (平成 20 年度動機づけ支援対象者について)

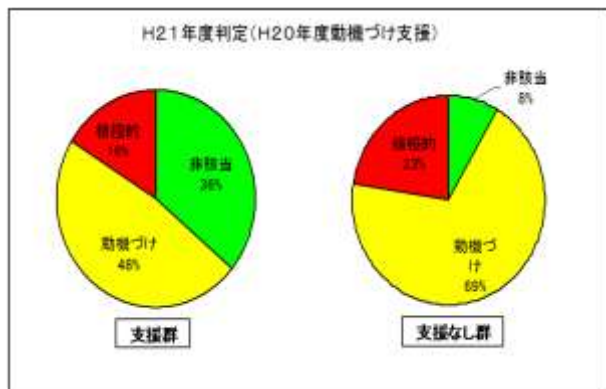
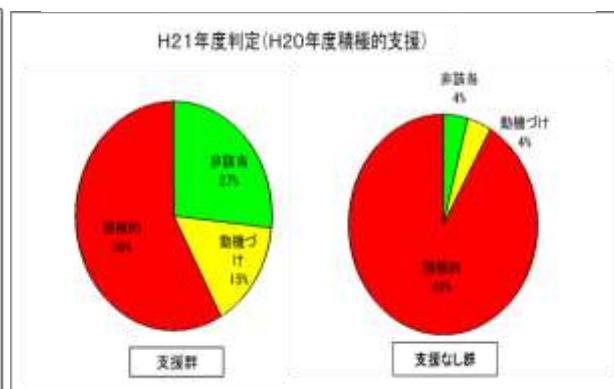


図 7.6 特定保健指導の有無別階層の変化 (平成 20 年度積極的支援対象者について)



4. まとめ

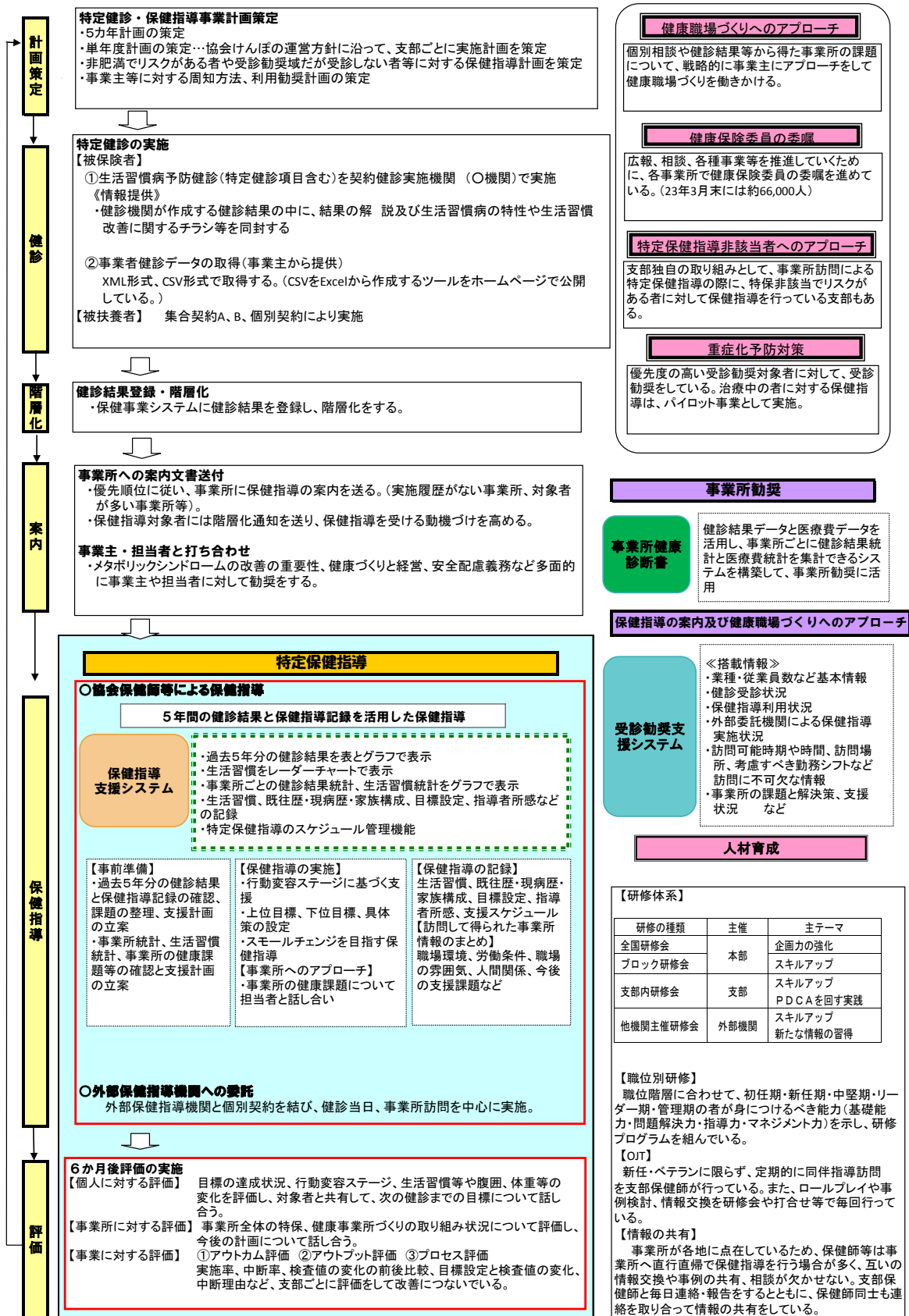
平成20年度より始まった特定健診・特定保健指導であるが、協会けんぽは組織の移行と重なり、少なからず混乱もありながらのスタートとなった。平成22年度からは、特定保健指導を最大限推進するという方針に沿って展開している。

保健指導の推進のために、保健指導の質の向上と保健師のモチベーションの支援を中心に取り組んでいる。特に、情報の共有を図って、グループカンファレンスやグループ討議を積極的に行ってきている。また、事業所や支援対象者の共有や継続支援のための情報の活用には、システムによる経年管理が不可欠である。健診結果と保健指導の経年記録で保健指導の標準化を図るとともに、経年情報を活用することで質を高めることもできる。経年記録を基に、保健師同士が積極的に情報交換をして互いに高め合うことにもつながっている。

保健指導推進プランに取り組んだ成果は、特定保健指導の実施率や健診結果の改善率の向上に現れている。

PDCAは大きなサイクルのPDCAと小さなサイクルのPDCAがあるが、特に小さなPDCAは日々PDCAを意識し、問題があればその場で対応を考えるなど、問題が大きくなる動かしかけを行いつつ、長いスパンでのPDCAにつなげられるように常に意識して保健事業を行っている。

図 7.7 全国健康保険協会 特定健診・特定保健指導の計画策定から評価までのフロー（H23）



事例8 医師会と保険者の協働による特定健診・保健指導の実施率向上と重症化予防の取り組み（東松山医師会病院健診センター）

- 医師会に集約された健診・保健指導データの分析と地域職域連携会議での課題共有
- 特定保健指導の実施率向上を目的とした利用勧奨
- 特定保健指導の場を活用した受診支援による重症化予防の取り組み

I. 東松山医師会病院健診センターの概要

埼玉県東松山市にある東松山医師会病院は、比企医師会に所属する有志開業医によって設立された東松山医師会が、保健・医療・福祉の連携推進のために地域の中核病院として開設した、会員数 54 人、職員数 220 人の共同利用施設である。

併設する健診センターでは、近隣市町村および事業所、学校などの健診事業に加え、平成 20 年度より特定健診・保健指導事業の受託を開始した。

II. 特定健診・保健指導における健診センターの位置づけ

1. 受託機関としての役割

健診センターの特定健診・保健指導事業の受託は、保険者のニーズに合った事業内容を協議して締結する直接契約と、医師会や所属する健診関連学会と各保険者間で締結されている集合契約の 2 つの契約形態に基づいて実施している（右図 8.1）。



2. 地域の中核病院としての役割

近隣市町村および事業所のデータの大半が集約される健診機関であることから、地域全体の現状分析を行い、その結果は健康増進の総合的な推進を図るための基礎資料としている。分析されたデータは健診センターの事業の見直しに活用されるだけでなく、地域職域連携会議などで保険者に提供している。

平成 20 年度には健診センターで健診を受診した 18,080 名について、4 つの性・年齢階級別に特定健診項目、標準的な質問票項目について、事業所、各市町村の傾向を分析した。特に、標準的な質問票項目の回答については、事業所と市町村間で、服薬歴、運動習慣、ストレス、飲酒習慣、朝食の欠食に差が見られた。各市町村間ではモール型ショッピングセンターや運動施設などが近年に建設された地域と農業が盛んな地域で運動習慣、肥

満、喫煙歴、行動変容ステージなどに差が見られ、地域全体の課題、各保険者の取り組む課題を明確化するための参考資料とした。

Ⅲ. 医師会における特定健診の実施状況

1. 実施体制

特定健診は、市町村の保健センターで実施される集団健診、医師会に所属する開業医の医療機関で実施する個別健診のほか事業所の定期健診、人間ドック、生活習慣病予防健診などの特定健診に置き換えられる健診としても実施している。

集団健診は、医師 2 人、臨床放射線技師 1 人、臨床検査技師 3 人、看護師 4 人、事務 7 名が 1 日あたり最大で 300 人の健診を実施し、健診の種類や項目により最大実施人数および必要スタッフ数が変動する。健診後は、専門医による読影や検査結果の判定および結果報告書を作成し、約 2 週間で結果報告書を返却している。結果報告書には個々に合わせた情報を記載し、保険者の依頼に応じて階層化リスト、電子データの提供を行っている。

2. 実施件数

健診センターでの特定健診の実施件数は表 8.1 のとおりである。市町村国保との契約は近隣 6 市町村と締結しており、実施件数は増加傾向にある。平成 20 年度は特定健診・保健指導制度が手探り状態だったことや地域住民への周知不足もあり、実施件数が少なかったと考えられる。平成 22 年度以降は集団健診を年に 2 度実施し、受診率の向上を図っている。

表 8.1 特定健診の実施件数 (人)

	国民健康保険組合			健康保険組合、 協会けんぽ、共済組合等		
	特定健診	その他	計	特定健診	その他	計
平成 20 年度	6,515	329	6,844	1,123	7,910	9,033
平成 21 年度	7,532	358	7,890	818	7,696	8,514
平成 22 年度	7,638	423	8,061	597	7,760	8,357
平成 23 年度	7,789	455	8,244	533	7,850	8,383

3. 情報提供の充実への取り組み

特定健診の結果報告書には、健診結果や標準的な質問票項目を元に個々に必要な情報を載せ、最低限の情報提供を行っている（参考資料 8.1、参考資料 8.2）。

医師会に所属する開業医の医療機関で特定健診を受診した場合も、開業医の希望があれば同様の報告書を作成して提供するとともに、各保険者では、健診結果説明会や健康教室などで独自の情報提供を行っている。

参考資料 8.1 情報提供例

メタボリックシンドロームとは

いわゆる生活習慣病として知られている「高血圧症・高脂血症・糖尿病」。これらの共通の原因となるのは、内臓脂肪肥満（内臓のまわりに脂肪がたまっている状態）です。この内臓脂肪が蓄積すると動脈硬化が進行し、心筋梗塞や脳梗塞などの病気を引き起こす危険性が高まります。このように、内臓脂肪肥満と「高血圧・高脂血症・糖尿病」のうちで2つ以上を併せ持った状態を『メタボリックシンドローム』といいます。

あなたが改善すべきポイントは・・・??

以下の項目のうち、**ピンク色**で示してある項目が、今回の健診で基準値を超えています。まずはできることから始めてみましょう。

■ 肥満または内臓脂肪の蓄積がある

原因	消費カロリー（身体活動）より摂取カロリー（食事）が多い状態が長く続くと、余分なカロリーが体脂肪として体内に蓄積していきます。運動不足と過食が主な原因です。
放置すると	高血圧、脂質異常症（高脂血症）、糖尿病、脂肪肝、心筋梗塞などを引き起こします。
改善のために	食べすぎていると思う方は、食事量を現在の80%くらいに減らしましょう。飲み物は無糖のものやお茶、水に変えましょう。お酒は控えめに。現在より1日1000歩多く歩きましょう。

■ 血圧が高い

原因	ほとんどの人が原因が明らかでなく、遺伝、塩分過多、肥満などで発病しています。
放置すると	心筋梗塞、脳梗塞などが起こりやすくなります。
改善のために	まずは肥満を解消しましょう。塩分の取りすぎには注意し、緑茶のつゆなどは飲まないようにしましょう。野菜・果物を積極的にとりましょう。

■ 血糖値、A1cが低い

原因	大人の糖尿病の約半数がⅡ型糖尿病と呼ばれるもので、過食や運動不足、遺伝がもたらす余剰の分泌や働きが悪くなり、血糖値が上昇していきます。
放置すると	血糖値が800mg/dl以上になると、昏倒状態に陥ります。A1cが7%以上になると合併症が徐々に現れてきます。目には出血、失明が起こり、腎不全になります。
改善のために	まずは肥満を解消しましょう。カロリーのとり過ぎだけでなく、甘いお菓子や飲料、果物の食べすぎも控えましょう。

■ 中性脂肪が高い、HDLコレステロールが低い

原因	過食、肝臓での合成が他の人より強い（遺伝）、身体活動が少ないために消費されないなどの原因があります。中性脂肪が増えるとHDLコレステロールが下がることが多く見られます。
放置すると	徐々に動脈硬化が悪化します。加えて血管が狭くなり、血圧障害、さらには狭心症、心筋梗塞、脳梗塞などを引き起こします。
改善のために	まずは肥満を解消しましょう。食事のカロリーを抑えること、とくに炭水化物、果物、菓子類、缶コーヒー、清涼飲料水などの糖質は中性脂肪の原料です。また、喫煙はHDLコレステロールを下げます。禁煙を考えましょう。

■ LDLコレステロールが高い

原因	遺伝、肉の食べすぎ、食物繊維不足などで増加します。女性では、閉経後は女性ホルモンの分泌が低下し、LDLコレステロールが上昇します。
放置すると	動脈硬化を進行させ、胸骨を基にしてきた血栓（血の塊）が血管をふさぎ、心筋梗塞を引き起こします。
改善のために	体内に入るコレステロール量を1日300mg以下（卵黄1個で210mg）におさえます。マーガリンなどの乗油で固形の脂も控えましょう。野菜、キノコ、海藻などの食物繊維を積極的にとり、コレステロールを排泄しましょう。また、喫煙はLDLコレステロールを上げます。禁煙を考えましょう。

■ 尿酸が高い

原因	過食やプリン体を多く含む食品をたくさん食べることによる産生過剰型、尿として排泄する量が少ないことによる排泄低下型、またはその混合型があります。
放置すると	7.0mg/dl以上になると結晶化し、痛風や尿路結石、腎臓障害を引き起こします。
改善のために	まずは肥満を解消しましょう。また、尿量を増やすため、水分をこまめにとりましょう。ストレスは尿酸の合成を高めます。ストレス解消も忘れずに。

東松山医師会病院 健診センター

参考資料 8.2 情報提供例（個別用）

①情報提供レベル

生	体重 標準体重です。このまま維持するよう努めて下さい。
活	塩分 塩分は1日7.5g未満にしましょう。
推	食事 夕食以降の食後は控えましょう。
指	飲酒 飲酒量を少し控えましょう。
標	糖質 今までどおりで結構です。
準	脂質 今までどおりで結構です。
準	水分 今までどおりで結構です。
準	運動 今までより、1日30分多く歩くようにしましょう。

生	体重 やせ気味ですので、これ以上体重を減らさないよう食事のバランスを考えましょう。
活	塩分 塩分は1日8g未満にしましょう。
推	食事 朝食をしっかりととりましょう。
指	飲酒 適度な飲酒を心がけましょう。
標	糖質 今までどおりで結構です。
準	脂質 今までどおりで結構です。
準	水分 今までどおりで結構です。
準	運動 週に2日は、1日30分以上歩くよう心がけてください。

生	体重 体重が20歳時より大幅に増加していますので、これ以上増やさないようにしましょう。
活	塩分 塩分は1日7.5g未満にしましょう。
推	食事 夕食の量が多いようであれば、減らしましょう。
指	飲酒 適度な飲酒を心がけましょう。
標	糖質 今までどおりで結構です。
準	脂質 洋菓子、牛乳をとりすぎているようであれば、減らしましょう。また、肉類を減らし、魚や緑黄色野菜、大豆製品をとるようにしてください。
準	水分 今までどおりで結構です。
準	運動 週に2日は、1日30分以上歩くよう心がけてください。

②積極的支援レベル

生	体重 内臓脂肪が蓄積している可能性がありますので、お腹まわりを中心に20歳時の体重を目標にして減量しましょう。
活	塩分 塩分は1日7.5g未満にしましょう。
推	食事 夕食は早めにし、朝食をしっかりととりましょう。
指	飲酒 適度な飲酒を心がけましょう。
標	糖質 炭水化物、穀類、甘いジュースやお菓子をとりすぎているようであれば、減らしましょう。
準	脂質 今までどおりで結構です。
準	水分 今までどおりで結構です。
準	運動 今までより、1日30分多く歩くようにしましょう。

生	体重 内臓脂肪が蓄積している可能性がありますので、お腹まわりを中心に20歳時の体重を目標にして減量しましょう。
活	塩分 主治医の指示に従ってください。
推	食事 夕食は早めにし、朝食をしっかりととりましょう。
指	飲酒 1日の飲酒量はビールが500ml、焼酎が300ml、ワインが1杯程度とし、週に2日は休肝日をとりましょう。
標	糖質 甘いジュースやお菓子をとりすぎているようであれば、減らしましょう。
準	脂質 塩を使った料理、洋菓子、牛乳をとりすぎているようであれば、減らしましょう。また、肉類を減らし、魚や緑黄色野菜、大豆製品をとるようにしてください。
準	水分 今までどおりで結構です。
準	運動 週に2日は、1日30分以上歩くよう心がけてください。

IV. 特定保健指導の状況

1. 実施体制

健診センターで行う特定保健指導は、管理栄養士 2 人、保健師 2 人が担当し、1 日あたり最大で 10 人の面接支援を実施している。直接契約では、事前に保険者の担当者と協議し、健診センターの標準プログラムに血液検査や腹部 CT 検査を行い実施ポイントを追加している（参考資料 8.3）。

2. 実施件数

特定保健指導の実施件数は表 8.2 のとおりである。特定保健指導は積極的支援を委託し、動機づけ支援は自ら実施する保険者が多いため、積極的支援の受託が多くを占めている。終了率が年々低下している原因としては、特定保健指導の利用が初めてではない対象者の脱落が見られることと、平成 22 年度以降は要受診者の支援を行っているため、服薬による中断が生じていることがあげられる。前者については、今後優先して取り組むべき課題となっている。

表 8.2 特定保健指導の実施件数 (人)

	積極的支援			動機づけ支援			合計	
	利用者	終了者	終了率(%)	利用者	終了者	終了率(%)	終了者	終了率(%)
平成 20 年度	113	110	97.3	7	7	100.0	117	97.5
平成 21 年度	99	95	96.0	18	17	94.4	112	95.7
平成 22 年度	97	85	87.6	25	22	88.0	107	87.7

参考資料 8.3 支援プログラム例（積極的支援）

種類	実施時期	形態	時間	実施する側の職種	ポイント		内容
					A	B	
初回面接		個別	20～30分	保健師・管理栄養士	-	-	行動目標・支援計画の作成
	3週間後	電話	10分	保健師・管理栄養士	-	20	賞賛・励まし、場合によっては目標等の修正（支援B→Aに切り替え）
継続支援	1ヶ月半後	個別	60分	保健師・管理栄養士	80	-	身体検査（計測）・行動目標・支援計画の軌道修正・食事記録
	3ヶ月後	電話	5分	保健師・管理栄養士	-	10	賞賛・励まし、評価の日程決め
	4ヶ月後	個別	20分	保健師・管理栄養士	80	-	身体検査（計測）・行動目標・支援計画の軌道修正・食事記録
	5ヶ月後	電話	5分	保健師・管理栄養士	-	10	賞賛・励まし、評価の日程決め
	5ヶ月半後	手紙	-	保健師・管理栄養士	-	-	評価日のお知らせ、事前の案内
	6ヶ月後	個別	10分	保健師・管理栄養士	40	-	身体検査（計測・血圧測定・血液検査等）※食事がつきます 検査結果をもとに評価、今後の行動目標・支援計画の再考
評価	6ヶ月後			保健師・管理栄養士	-	-	行動変容の状況等の終了時評価※継続支援と同時実施
				小計	A 200	B 40	
				合計	240		ポイント

3. 特定保健指導の終了率向上に向けた取り組み

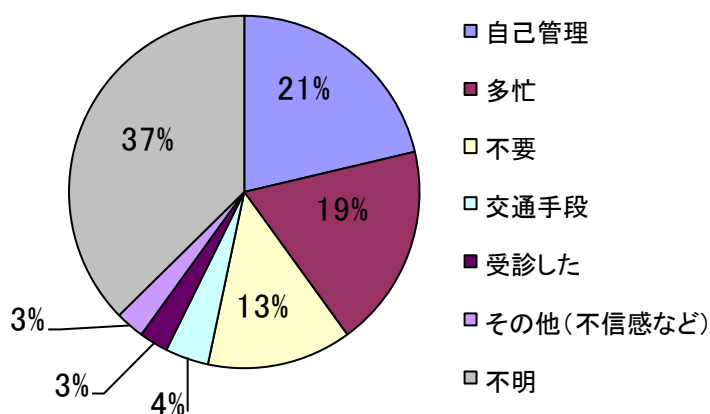
事前に特定保健指導対象者リストが提供されている市町村国保について、平成20年度の特定保健指導終了率を算出したところ、全体で15.4%と保険者が目標としていた数値には届かなかった。そこで、利用率向上のため、事前に保険者の担当者と協議し、平成21年度以降は期限までに申し込みがなかった対象者へ電話で利用勧奨を行った。その結果、特定保健指導の終了率が20%以上に上昇した(表8.3)。また、実際に電話で対象者の声を聞くことで、未利用者の中には「特定保健指導がこういったものかよくわからない」、「後で予約しようと思っていたら忘れていた」など、特定保健指導に関心がある者も少なくないことがわかった。受託機関が利用勧奨を行うことでプログラム内容への疑問や問い合わせに対して説明することができ、その場ですぐに予約可能だったことも迷っている対象者への後押しになった。

表 8.3 利用勧奨後の特定保健指導利用率の推移

	指導対象者 (人)	申し込み (人)	申し込み率 (%)	勧奨による 申し込み(人)	最終実施人数 (人)	終了率(%)
平成20年度	78	12	15.4	勧奨なし	12	15.4
平成21年度	105	10	9.5	13	23	21.9
平成22年度	229	32	14.0	15	47	20.5
平成23年度	213	34	16.0	16	50	23.5

さらに、電話勧奨をしても利用しない対象者の拒否理由を調査したところ、関心がなかったり不要と考えている者よりも、既に自己管理をしている者や多忙で来院できない者が多く、そのような対象者には自己管理のための情報提供が必要と考えられた。

図 8.2 保健指導の拒否理由



4. 重症化予防に向けた取り組み

平成 21 年度に特定健診を受診した 7,571 名の階層化結果から、保健指導レベルに該当した者の受診勧奨値該当状況を調査したところ、積極的支援対象者は 80%以上、動機づけ支援対象者は 70%ほどが受診勧奨値に該当していた。受診勧奨値に該当した保健指導対象者を除外する保険者では、除外後の特定保健指導対象者が 3%未満になることもあった（表 8.4）。

表 8.4 平成 21 年度保健指導対象者の判定値該当状況

支援レベル	受診者数（人）	対象者数（人）	受診勧奨値 該当者（人）	受診勧奨値除外後の 保健指導対象者率（%）
積極的支援	7571	581	481	1.3
動機づけ支援		800	605	2.6

さらに、平成 22 年度の標準的な質問票の服薬状況の回答結果から、平成 21 年度に受診勧奨値に該当した者が服薬を開始したかどうかを調査した。医療機関を受診し、医師の判断により服薬治療の対象とならなかった者の把握はできなかったが、受診勧奨値に該当し、服薬治療を開始した者は 20%に満たなかった（表 8.5）。

表 8.5 平成 21 年度受診勧奨者の平成 22 年度服薬状況

	H21		H22	
	受診者数（人）	受診勧奨値 該当者（人）	服薬開始者 （人）	服薬率（%）
高血圧	4,487	843	144	17.1
脂質異常	4,474	1,597	186	11.6
高血糖	4,394	153	22	14.4

そこで、平成 22 年度より特定保健指導の対象外となる受診勧奨値該当者についても初回面接を実施し、医療機関の受診を支援することを保健指導の企画に盛り込んだ。情報提供レベルに該当する受診勧奨値該当者は保険者でのフォローとし、特定保健指導に該当する受診勧奨値該当者の支援を健診センターで行っている。

初回面接では、対象者が健診結果をどのように捉えているか、健康に対する考え方を尊重しながら受診の必要性を認識できるよう支援し、「医療機関を受診する」という行動目標をたてることができた場合には、かかりつけ医の有無を確認し、かかりつけ医がいなければ医療機関を紹介している。また、本人のやる気に応じて、生活改善の行動目標を設定している。

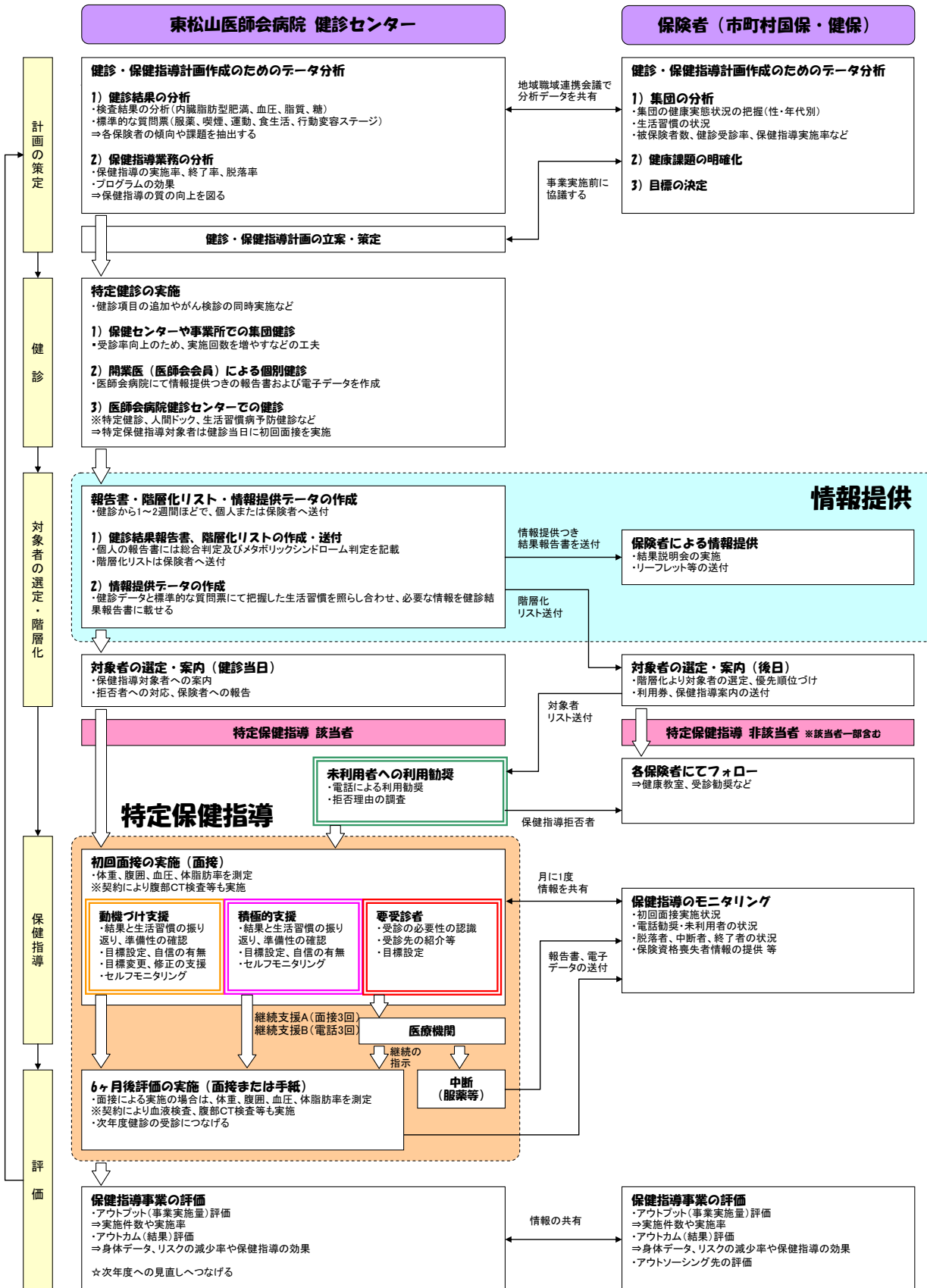
その後の継続支援では受診行動の確認を行い、主治医へ特定保健指導の中断、継続の判断を仰いだ。なかなか受診行動に結びつかない対象者に対しては、受診の障害になっていることがないかをアセスメントし、支援方策を検討している。

V. 健診・保健指導事業の見直し

健診センターでは、健診・保健指導の質の向上のため、減量効果だけでなく、検査値の改善状況、階層化の変化、保健指導終了率などの集計を行い、定期的な見直しを行っている。平成21年度の集計では、保健指導を利用して改善が見られても、次年度も保健指導の対象になるケースが少なからずあることがわかった。1度保健指導を利用した対象者の次年度の行動変容ステージや2年連続保健指導利用者の減量状況を調査したところ、2回目の保健指導では1回目より減量しにくい傾向にあった。前回の支援状況を十分に把握せずに2回目の保健指導を実施することのないよう、2回目の保健指導においては新たな支援プログラムを開発する必要性も明らかになった。

今後も、医師会と保険者が積極的に関わって情報交換や課題を共有することで、それぞれの役割を果たし、地域全体の健康増進を目指していきたいと考えている。

図 8.3 医師会と連携した健診・保健指導プログラムの流れ



事例9 全国に散在する加入者からなる健保組合における被保険者・被扶養者への効果的なアプローチ（横河電機健康保険組合）

本事例では、外資系企業を含む多様な事業主から構成され、全国各地に加入者が散在する健保組合において、被保険者及び被扶養者の特定健診・特定保健指導実施率向上に向けて、工夫を凝らした取り組みを行った事例を紹介する。

I. 横河電機健康保険組合の概要

横河電機健康保険組合は、横河電機株式会社を親会社とする横河電機グループの各事業会社が主として加入し、特徴としては外資系事業会社も4社加入している健保組合であることである。

平成24年度の事業所数は21事業所、全国4都道府県に所在し、約9割が東京都に所在している。ただし、加入している事業会社の事業所、工場、支店、営業所は全国に散在しており、東京近郊に勤務している被保険者及び被扶養者は8割、それ以外の在勤者は2割とである。

組合適用事業所の被保険者数は3人から約6,000人までばらつきが大きく、被保険者100人未満の事業所が3割を占めている。

加入者は35,102人、うち被保険者16,097人、被扶養者19,005人となっている。被保険者の平均年齢は、43.7歳で、男性が全体の8割強となっている。

II. 特定健診の状況

1. 特定健診の実施体制

特定健診は、健保組合の事務のスタッフ2人が担当。被保険者は事業主健診を活用して実施している。被扶養者については、複数の健康保険組合が共同で全国展開する共同利用型の健診を実施している。

2. 受診率の推移

年度別に見た加入者全体の特定健診の受診率の推移は表9.1のとおりである。

被保険者の受診率は、平成20年度は85.4%であったものの、平成23年度（平成24年7月25日現在）は93.5%（20年度対比+8.1%）と増加している。また、被扶養者についても、平成20年度42.0%が平成23年度（平成24年7月25日現在）52.9%と10.9%増加している。

表 9.1 年度別特定健診受診率 ※受診者の中に人間ドック受診者含む

区分	受診状況	平成 20年度	平成 21年度	平成 22年度	平成 23年度※
被保険者	健診対象者数（人）	10,022	10,211	10,196	10,299
	健診受診者数（人）	8,558	9,238	9,376	9,626
	健診受診率（％）	85.4	90.5	92.0	93.5
被扶養者	健診対象者数（人）	5,281	5,647	5,555	5,332
	健診受診者数（人）	2,216	2,806	2,868	2,818
	健診受診率（％）	42.0	49.7	51.6	52.9

※ 平成 23 年度は平成 24 年 7 月 25 日現在の集計。

3. 健診受診率向上への取り組み

（1）被保険者への取り組み

①事業主の理解を促進する働きかけ

健保組合では、事業主の産業医をはじめとした産業保健スタッフからなる健康推進委員会で特定健診・保健指導の実施状況を報告し、事業の重要性を訴えるとともに、実施成果を共有している。

このことにより、各事業所における特定健診・保健指導の実施協力を促進している。

（2）被扶養者への取り組み

①被扶養者に向けた共同健診事業

事業主健診を活用できる被保険者に比べ、被扶養者は受診率を高めることが難しいとして対策を検討。健保組合が共同で健診を実施することで、この課題を解消しようとしている。

具体的には、複数の健保組合が共同で健診代行機関に依頼、健保が集まり受託数を増やすことで、全国各地で利用できる巡回型健診と施設型健診を設定し実施している。単独の健保では、エリアによっては受診者数が少ないため、受診できる健診会場や健診機関が設定できなかったり、作業負担が増加したりする傾向が見られる。本事業では、同一の方法で複数の健保からオーダーされる仕組みとなるため、健保側は、煩雑な契約業務や各種作業負担が軽減でき、全国各地で健診を手配することができる。

②検査項目の充実

検査項目を増やし、内容を充実させることで対象者の選択肢を増やすことが重要と捉え対応している。健診コースは、特定健診と特定健診の項目に診察・測定（視力、胸部X線、聴力）、尿検査（尿潜血、ウロビリノーゲン）、血液一般検査（血小板数、赤血球色素量、

赤血球色素濃度、赤血球容積、白血球)、脂質(総コレステロール)、腎機能(尿酸、尿素窒素、血清クレアチニン)、便潜血等が入った一般健診コースを設定。オプションとして、マンモグラフィ又は乳房エコー検査、子宮頸部細胞診検査、胃部X線検査、便潜血検査を加えている。費用は、オプションを含め全額健保負担としている。また、これ以外に被保険者と同様に日帰り人間ドック(個人負担あり)を実施している。

特定健診だけで十分と思っている対象者も見られるため、多くの選択肢を提供することで、健診の充実を図っている。

③ 受診勧奨の取り組み

健診受診率向上に向けて案内資料の充実を図るとともに、未受診者対策は平成24年度から取り組みを強化している。健診の案内資料送付後、未受診である方に電話連絡、はがき送付を実施し、受診率向上に向け取り組んでいる。

III 特定保健指導の状況



1. 特定保健指導の実施体制

特定保健指導も、特定健診と同じ事務スタッフ2人が担当している。

特定保健指導の実施方法としては、被保険者については、アウトソーシング先である保健指導機関の専門職が勤務先事業所へ訪問し実施している。また、被扶養者については保健指導機関が会場を設置し、希望者が来所して実施する形式で全国展開している。

2. 実施率の推移

年度別に見た特定保健指導の実施率の推移は表9.2のとおりである。

表 9.2 年度別特定保健指導実施率

実施状況	平成 20 年度			平成 21 年度			平成 22 年度			平成 23 年度※		
	動機 づけ	積極 的	全体	動機 づけ	積極 的	全体	動機 づけ	積極 的	全体	動機 づけ	積極 的	全体
保健指導 対象者数(人)	977	1,441	2,418	1,024	1,478	2,502	945	1,374	2,319	1,002	1,275	2,277
保健指導 実施者数(人)	259	399	658	507	670	1,177	454	622	1,076	505	578	1,083
実施率 (%)	26.5	27.7	27.2	49.5	45.3	47.0	48.0	45.3	46.4	50.4	45.3	47.6

※ 平成 23 年度は平成 24 年 7 月 25 日現在の集計

特定保健指導実施率は、平成 20 年度 27.2%であったものが、平成 23 年度(平成 24 年 7 月 25 日現在)で 47.6%と 20%以上増加している。平成 21 年度に実施率増加が顕著となっているが、これは、平成 21 年度に事業主の理解協力が進み、被保険者の実施率が増加したことによるものである。

3. 特定保健指導実施率向上への取り組み

(1) 健康推進委員会で実施成果をPR

前述したように、健保組合では事業主の産業医をはじめとした産業保健スタッフからなる健康推進委員会で特定健診・保健指導の実施状況を報告している。特に、特定保健指導については、毎年実施結果データをアウトプット評価及びアウトカム評価の視点から分析し発表している。この委員会を通じて特定保健指導が健康推進に役立つものであることを認識してもらい、事業主の協力を高めている。

平成 23 年度 発表項目〔平成 20～23 年度特定保健指導実施結果集計分析〕

1. 特定健診・保健指導実施状況
2. 特定保健指導対象者の占める割合
3. 検査項目別健診結果の推移
4. 特定保健指導実施の有無による保健指導レベルの変化比較(支援対象者の変化・積極的支援からの変化・動機づけ支援からの変化)
5. 前年の保健指導実施状況による保健指導レベルの変化比較(支援対象者の変化・積極的支援からの変化・動機づけ支援からの変化)

(2) 被扶養者に対する保健指導実施アプローチ

全国に点在する被扶養者については、初回面接支援を「どこ」で「どのような形」で実施していくかが課題となっている。この点について、当該健保組合では、健診事業と同様に、複数の保険者が単独の保健指導機関へ共同型で依頼する保健指導の仕組みを活用している。保健指導機関は全国に面接会場を設置、実施エリアで対象者がでた場合、保健指導利用案内を行い、希望者が当該会場に来所して実施する形式で実施している。

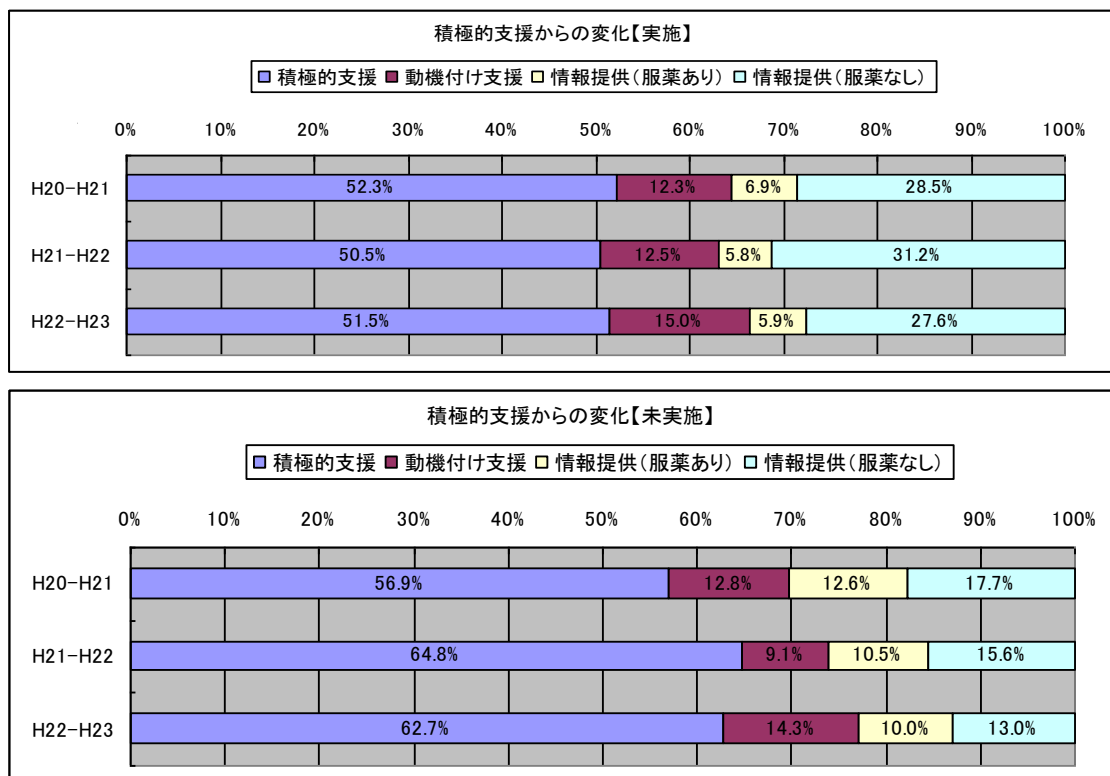
4. 特定保健指導の実施成果（健診結果の改善状況）

(1) 積極的支援の状況

平成 20 年度から平成 22 年度までの積極的支援対象者の翌年の保健指導レベルの変化を保健指導実施者と未実施者と比較した（表 9.3）。

積極的支援対象者の翌年の保健指導レベルを実施者と未実施者と比較すると、実施者は、積極的支援のまま「横ばい」が約 50%、動機づけ支援・情報提供（服薬なし）へ「改善」が 40%以上見られる。一方、保健指導未実施者は、「横ばい」が 60%以上、「改善」が 30%未満となっており、保健指導の実施効果が顕著であることが確認される。

表 9.3 平成 20—22 年度積極的支援対象者の翌年の保健指導レベルの変化

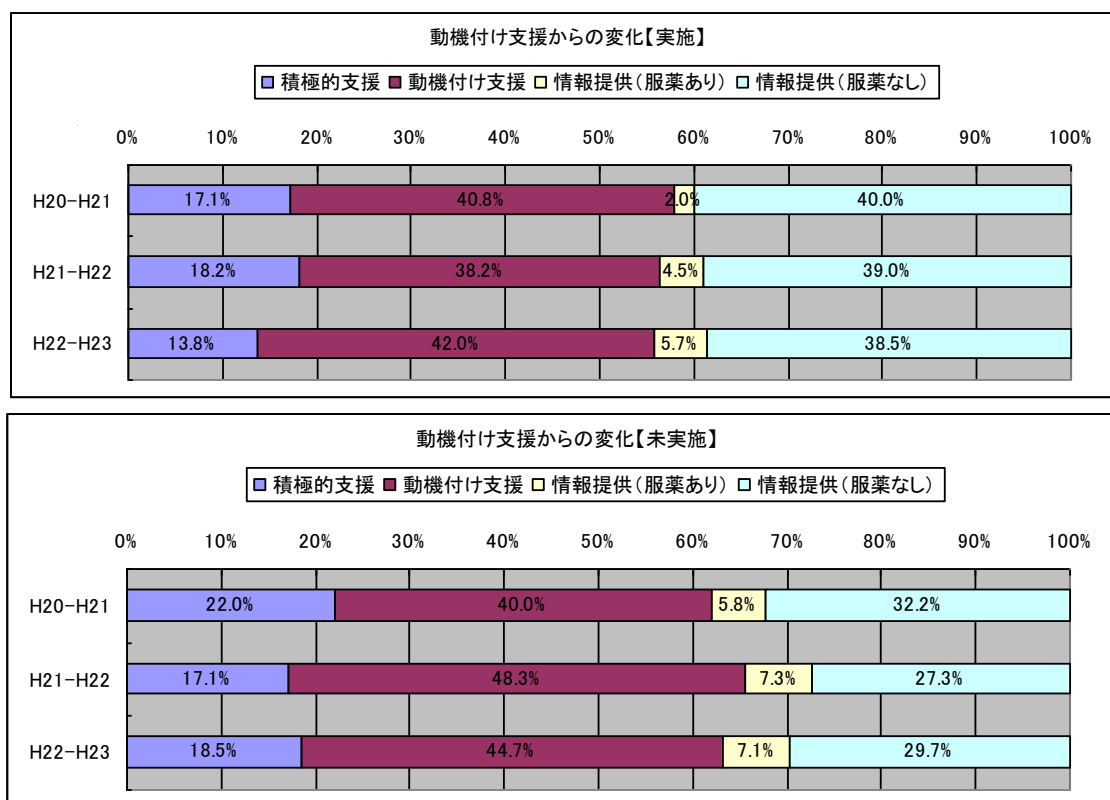


(2) 動機づけ支援の状況

同様に平成 20 年度から平成 22 年度までの動機づけ支援対象者の翌年の保健指導レベルの変化を保健指導実施者と未実施者と比較した(表 9.4)。

動機づけ支援対象者の翌年の保健指導レベルを比較すると、実施者は情報提供(服薬なし)へ改善が 40%弱、未実施者は 30%弱と約 10%の開きが見られる。積極的支援と同様に一定の実施効果が把握できる。

表 9.4 平成 20-22 年度動機づけ支援対象者の翌年の保健指導レベルの変化



5. 特定保健指導成果向上への取り組み

(1) 支援手法の検証と改善

成果向上に向け、アウトソーシング事業者と毎年効果を検証し、改善に取り組んでいる。具体的には、支援ツールの在り方、初回支援の方法、継続支援における注力時期の捉え方と支援方法等について、アウトプット評価（初回支援実施率、継続率）、アウトカム評価（保健指導レベルの改善度、検査結果数値改善度）の視点から検証している。

(2) 特定保健指導対象予備群への啓蒙活動

メタボリックシンドロームの予防・減少に向けては、特定保健指導対象外の予備群へのアプローチが重要と捉え、過去4年間の健診結果データを分析、今後保健指導の対象となる確率が高い対象者（表 9.5）に向けて健診直前に生活習慣の改善を支援する「アドバイス・レター」を送付している。

表 9.5 アドバイス・レター送付対象者

- 血圧・血糖・脂質のうち 1 つ以上に問題があり、腹囲か BMI が基準値を超えるとメタボリックシンドローム（該当／予備群）又は保健指導対象者になる可能性がある人
- 腹囲が基準値を超えている人で、血圧・血糖・脂質のいずれかが基準値を超えるとメタボリックシンドローム（該当／予備群）又は保健指導対象者になる可能性がある人
- 腹囲が基準値を超える可能性があり、かつ血圧・血糖・脂質のうち 1 つ以上が基準値を超える可能性があるため、メタボリックシンドローム（該当／予備群）又は保健指導対象者になる可能性がある人
- 腹囲が基準値を超える可能性がある人（血圧、血糖、脂質は基準値以下）
- BMI が基準値を超える可能性がある人（血圧、血糖、脂質は基準値以下）

※ 前年の健診結果で服薬が見られないこと、これまで特定保健指導対象者になっていないことが前提

（3）経年対象者に対する支援が課題

これまでの保健指導実施者の体重減少状況を見ると、当該年度新規に対象となる者と前年度から継続して対象となる者では、平均体重減少率に大きな差異が見られる（表 9.6）。前年からプログラムを実施している対象者は、減量効果を獲得することが難しく、また、プログラムに対するモチベーションも低下しているケースがあるため、今後この対象者にいかに効果的な支援を実施するかが重要な課題と捉えている。

表 9.6 平成 22 年度新規対象者と経年対象者（21 年度も初回支援実施）

との平均体重減少率の違い

保健指導レベル	新規対象者 (%)	経年対象者 (%)
積極的支援	2.6	1.2
動機づけ支援	1.9	1.2

事例10 幅広い対象者の利用を考慮したプログラムの提供等による 広域な事業所を管轄する単一健康保険組合の取り組み (ヤマハ健康保険組合)

特定健診の対象年齢の引き下げ、被扶養者自身の健診および保健指導の利用勧奨とともに被保険者への波及効果を考えたのミニコミ誌の活用、「本気の1ヶ月」をキャッチフレーズにした運動と食事のプログラムの提供等による、幅広い対象者の利用を考慮した広域な事業所を管轄する単一健康保険組合の取り組み

I. ヤマハ健康保険組合の概要

本組合は、製造業2社を主な母体企業とした、適用事業所65箇所からなる単一健康保険組合である。被保険者の80%は静岡県西部に居住しているが、残り20%は全国に散在している。被保険者数約28,000人(男:女=78:22)、平均年齢41.8歳(男性42.6歳、女性38.9歳)であり、被扶養者数約28,000人、扶養率1.00となっている。40歳以上の特定健診対象者は、被保険者約14,300人、被扶養者約6,700人、合計で約21,000人である。

II. 特定健診の状況

1. 特定健診の実施方法

(1) 被保険者

対象年齢を35歳以上に引き下げて実施している。各事業者に労働安全衛生法による定期健康診断の結果及び問診のデータ提出を依頼し、システムにデータを集積している。平成22年度から健保組合内で健診項目の標準化を図り、データの統一につなげている。

(2) 被扶養者

対象年齢を被保険者と同様に35歳以上としている。受診券は被保険者を經由して、前年度末に配布し、翌年度の4月初めから3月末まで受診できるようにしている。受診健診機関は、健保連集合契約機関およびヤマハ健康保険組合個別契約機関から選択し、受診者自身が予約をする。受診時の自己負担額は、個別契約機関では0円、集合契約機関では平成23年度まで一部負担があるが少額である。

2. 特定健診受診率の推移

被保険者は定期健診の受診率がほぼ 100%であるため、データ取得に焦点を絞り、平成 21～22 年度に定期健診結果が未提出やデータ欠損のある各事業所に個別に特定健診・特定保健指導のPRを実施するとともに、健診機関に対しては電子データ提出の促進を図り、年々受診率が向上してきた（表 10.1）。

被扶養者については、平成 20 年度は秋から健診を開始したが、翌年度からは、通年度実施できる体制へと環境を整備した。さらに平成 22 年度は、健診対象者の半数に対し未受診者の実態把握を目的にアンケート調査を実施したところ、受診率上昇へつながった。しかし、平成 23 年度は受診率が低下したことから、単年度の受診率が向上できてもそれを連続受診へ結びつけるには課題があることが分かった。平成 24 年度は受診環境の整備及び個別受診勧奨の強化を実施中である。

表 10.1 特定健診受診率の推移（40 歳以上）

	受診率(%)			
	被保険者	被扶養者	全体	目標値
平成 20 年度	83.0	33.1	67.0	64.0
平成 21 年度	90.0	36.7	72.8	69.0
平成 22 年度	90.8	40.5	74.7	74.0
平成 23 年度	93.2	38.7	75.9	79.0

3. 受診率向上への課題

被扶養者の受診率が約 40%と低迷しており、現在受診している者は、健康に自信がある、何事においてもまじめに取り組むなど健康意識の高い層が多いのではないかと予測し、平成 22 年度秋にアンケート調査を実施した。その結果、受診券が被保険者から対象者に届いていない、受診者の便宜を図ろうと複数の受診方法を採用したことがかえって健診情報を複雑にし受診方法がわからなくなっているといった課題が明らかとなった。そのため、受診環境の整備の必要性、受診方法のPR方法の見直し、個別対応の必要性が見出された。

4. 受診率向上への平成 24 年度の取り組み

(1) 健診料金の一部自己負担廃止、無料化

健診機関との契約方法により、一部発生していた自己負担（1,000～4,000 円程度）を廃止し、平成 24 年度から「どこで受診しても自己負担なし、特定健診は無料で受けられます」と機関誌及び受診送付用封筒にてPRした。

居住地によっては、無料で受けられる健診機関がない地域もあったが、地域格差を是正したことにより、受診勧奨のしやすい環境を整備できた。

(2) 連続未受診者を対象にした電話受診勧奨（名称：特定健診受診サポートサービス）

平成 22・23 年度連続未受診者のうち、電話番号を把握できた者に対し電話による受診勧奨をアウトソーシングで実施した。実施時期は、年度内の受診が可能になるように健診機関への予約が混み合う前の 6～8 月とした。

表 10.2 のとおり、対象の 60%に接触でき、「受診済、受診了承、パート健診結果提出予定」との回答を対象の 44%から得られた。結果として未受診者の多くは健診を拒否しているのではないことがわかった。ただし、電話では受診了承であっても受診しない場合が想定され、受診率への反映がどの程度になるか現時点では判断できない。

表 10.2 電話受診勧奨の結果 (人)

地域	対象数	架電数	前向き回答			計
			受診済・ 予約済	受診了承	パート健診 予定	
静岡県内	1,976	1,149	90	592	96	778
静岡県外	581	419	17	304	33	354
合計	2,557	1,568	107	896	129	1,132

(3) 連続未受診者を対象にした限定企画健診を実施（名称：奥さま土曜日健診）

人気の高い土曜日に、予約の取りにくい婦人科検診も同時受診できる付加価値をつけ、連続未受診者限定の健診を実施した。会場は浜松市内の事業所 1 箇所とし、対象者 1,109 人には募集のダイレクトメールを被保険者経由で送付した。募集定員 150 人のところ 230 人からの申し込みがあり、216 人が受診した。

(4) 年度当初の健診優先枠の有効活用促進（名称：早いがお得キャンペーン）

静岡県西部の個別契約機関 2 箇所において、他健保組合の利用が比較的少ない 4～5 月での受診勧奨キャンペーンを実施した。婦人科がん検診を特定健診と同時受診を希望する対象者が多いが、下半期は予約が取りにくくなるため、「婦人科同時受診が可能！」を強調したチラシを作成し、受診券に同封した。受診者数は前年度に比べ 2 倍に増加した。

III. 特定保健指導の状況



1. 特定保健指導の実施状況

健保組合が全額費用を負担しており、被保険者は就業時間内の離席が認められている。

(1) 被保険者

- ①医療職が常駐している事業所は、医療職が実施している（産業医 6 人、看護職 32 人、管理栄養士 1 人）。
- ②医療職がない静岡県西部と静岡県外の一部事業所では、健保組合の保健師が実施している。
- ③上記以外の事業所は健診機関で実施するか、保健指導専門機関へのアウトソーシングで実施している。

(2) 被扶養者

- ①静岡県西部居住の対象者は、健保組合の保健師が実施している（来所型と訪問型）。
- ②上記以外は、健診機関で実施するか、保健指導専門機関へアウトソーシングしている。
- ③パート先で健診を受診した者に対しては、健診結果の提出を求め、提出者に対し保健指導を実施している。
- ④前期高齢者を対象に訪問による保健指導をアウトソーシングしている。

2. 実施率の推移

被保険者については、2年目の平成 21 年度は目標値 45%まで近づいたが、それ以降実施率は低迷している（表 10.3）。被扶養者の実施率も年々低下しているため、24 年度からは非常勤保健師を増員し、実施率の向上を図っている。

表 10.3 特定保健指導実施率の推移

	被保険者			被扶養者		
	動機づけ(%)	積極的(%)	計(%)	動機づけ(%)	積極的(%)	計(%)
平成 20 年度	36.1	34.4	35.0	35.0	25.0	31.6
平成 21 年度	50.3	40.6	44.4	22.2	13.8	20.3
平成 22 年度	49.1	31.8	39.3	18.8	15.2	17.8
平成 23 年度	45.2	33.2	38.4	10.0	17.6	12.1

3. 実施率向上に向けた取り組み

(1) 被保険者

平成 21～22 年度は、特定保健指導未実施の事業所に対し、担当者に電話で説明し、特定保健指導だけでなく保健指導全般の実施を依頼した。

平成 23 年度は、健診機関での実施が困難な事業所に対し、保健指導専門機関での実施を促進した。

特定保健指導の実績については、母体企業 2 社の産業医に定期的に報告し、実施率向上に向けた協力を依頼している。また、健保組合機関誌に国への報告データを掲載し、実施推進をPRしている。

(2) 被扶養者

直営型の場合は、利用案内通知の送付後、期日までに連絡がない者に対して健保組合保健師が個別に電話連絡し、利用を勧奨している。その際、交通事情等で来所困難な者に対して健保組合保健師が自宅訪問し実施している。

アウトソーシングの場合は、平成 21 年度から利用券を発行しているが、当初は利用者が僅かであった。平成 22 年度から利用券発送前に保健指導実施機関に連絡して、予約方法や実施内容の詳細を把握し、その内容を対象者に電話で伝えた後に、利用券を送付している。初回面接までの流れ、特に予約方法の詳細を説明することは利用促進につながっている。集合契約機関の中には、健診はしているが特定保健指導を実施していない機関があり、この場合の特定保健指導実施が課題である。

IV. 特定保健指導に関連したその他の保健指導



1. ボディデザインスクール®通信教育（以下BDS）

(1) 目的及び内容

BDS とは、メタボリックシンドロームの改善及び予防を目的とし、集団指導と個人への介入を組み合わせた、都竹茂樹医師（熊本大学 政策創造研究教育センター 教授）の監修による運動と食事のプログラムである。プログラムの運営・実施は監修者と健保組合保健師が担当する。通信教育により遠隔地居住者にも対応しており、平成 18 年度以降、年 2 回実施している。

BDS のプログラムは、運動としてスロー筋カトレーニング 3 種目 10 回×2 セット／毎日、食事は和食中心など 3 つのシンプルな内容である。効果が早く実感できる筋カトレーニングを優先し、第 2 段階として有酸素運動との併用を指導している。

プログラム効果の検証については、監修者により、当組合加入事業所をフィールドとしてメタボリックシンドローム及び予備群の職域中年男性を対象に「BDS 参加群」と「情報提供群」のランダム化比較検討が行われ、腹囲・BMI・総コレステロール・中性脂肪・LDL コレステロール・空腹時血糖等の改善に関して有効性が報告されている。

(2) 対象・定員

被保険者及び同居家族のうち 18～64 歳の希望者を対象としており、特定保健指導対象者に限定していない。参加者については事前に健診及びレセプトデータを確認、受診中疾患がある場合は主治医の了解を得た上で参加するように指導している。1 回の定員は 400 名である。

(3) 方法

参加者には事前にテキスト、運動のDVD等の資料を配布。開始前日に会場に来ることができる者を対象に、監修者及び保健師による2時間半の対面集団指導(講義・運動実技)を行い、オリエンテーション及びモチベーションの向上を図る。

「本気の1ヵ月」として、まず1ヵ月間の課題実施を目指し、eメール・支援レター・Webによる個別及び一律の支援を実施。記録表記載及び支援は2ヵ月間行う。

平成23年までは紙教材版で実施してきたが、プログラム中断者に対し迅速に支援を行うため、またグループダイナミックスを活用して参加者の意志の継続を促進するために、平成24年度からWebを活用したeラーニング(以下Web版)を開始した。平成24年2回目参加者では紙教材版25%、Web版75%である。プログラムはモチベーションを高めるARCS動機付けモデルに基づいており、事前・事後アンケート、ゴール設定、実



実施状況・計測値・感想等の記録表、小テスト、参加者と指導者の質疑応答・意見交換のための掲示板、情報提供のためのコンテンツなどから構成されている。スクリーニングに参加できない者に対しては、コンテンツにスクリーニングの動画を掲載することで対応している。

(4) 特定保健指導への活用

①BDS指導内容の活用

特定保健指導以前から、被保険者に対して健診後の保健指導を実施してきたが、1回20分程度の指導時間の中では健診結果の説明やアセスメントなどに時間がとられ、肝心の指導時間が不足することもある。指導効果が出にくく、指導対象者が固定化するという悩みを感じてきた。そこで、メタボリックシンドローム予防・改善の結果実績のあるBDSの運動と食事の課題を特定保健指導に取り入れた。筋力トレーニングで身体を動かすことによって、指導場面が活気づき、また指導内容がより具体的になったことにより、対象者の受け入れが改善したケースが増えている。

②通信教育ツールとしての活用

特定保健指導のツールとしての活用はまだ始まったばかりである。現在は健保組合保健

師や事業所医療職が特定保健指導の初回面接時に BDS 参加を薦める形で試みているが、今後はアウトソーシングに委託している遠隔地事業所への拡大を検討中である。

特定保健指導に活用するメリットとしては、①過去の参加者の効果を健保組合機関誌に連載することで BDS 効果の認知度が上がってきているため、参加の動機付けがしやすい ②特定保健指導対象者以外も参加するため、申し込みへの抵抗感が少ない ③2つの事業を連携することによる特定保健指導の時間・コスト面での効率化などが挙げられる。

2. 事業所における禁煙推進（ヤマハ禁煙デー推進活動）

平成 19 年度から、年間 2 回禁煙推進デーを設定し、運動に賛同する事業所の希望者に禁煙補助剤の支給と Web を使った禁煙サポート参加費用の一部補助を実施している。事業所独自で産業医と共同して行う禁煙活動においても、禁煙補助剤及びパンフレットの支給やスモーカーライザーの貸し出し等を行い、事業所ぐるみの禁煙推進運動をサポートしている。

喫煙率は、平成 19 年度 34.1%だったが、平成 23 年度は 27.6%へ低下している。

3. 被扶養者対象ミニコミ誌の発行（名称：奥さま通信）

主婦向けミニコミ誌を年 1 回発行している。被保険者を通じて配布しているが、家庭まで持ち帰ってもらえるように対象者の氏名を宛名に記載している。原稿は全て健保組合保健師をはじめとした保健事業スタッフが担当し、既製の記事では書けない内容を本音で伝えるスタイルをとっている。毎号「シリーズ健康診断」の中で、特定健診・特定保健指導やがん検診をテーマにした記事を掲載している。

V. 保健指導内容の充実に向けた取り組み

1. ヤマハグループ看護職研修会の開催

従来より、事業所及び健保組合看護職を対象に、現任教育として年 1 回研修会を開催してきたが、特定保健指導開始後は参加対象を特定保健指導に関わるスタッフに拡大し、保健指導スキル向上に焦点を当てたテーマとした。研修は勤務時間中の 3 時間半である。外部講師を依頼して、講義及びグループワークによる参加型の研修を実施、また、健保組合保健師により、前年度の特定健診・特定保健指導実績報告を行っている。

2. アウトソーシング先の保健指導内容の把握

遠隔地における保健指導に関しては、アウトソーシングしているが、その質を把握していないことを課題と捉え、平成 24 年度は個別契約機関 4 箇所には、保健指導実施後の報告を XML データのみでなく、保健指導計画の中身が把握できるように別途報告書の提出

を依頼している。

VI. 特定保健指導実施上の今後の課題



1. アウトソーシングによる保健指導の質の確保・地域格差是正

利用率の低下のみならず、利用者から指導内容に関する不満の声が聞かれる。事業所からは初回面接中に退席するケースも報告されており、現行の継続実施が困難となってきた。アウトソーシング先では問い合わせに対し営業担当者が対応するが多いために指導をしている実際の場面が捉えにくく、保健指導実施者の職種及び指導メニューを把握するのが限界で、具体的な支援内容の把握及び保健指導の質的評価ができていない。また質的評価を行ったとしても地域によっては対象者数が小規模であるため改善依頼が困難であったり、保健指導実施機関が少ないために委託先の選択肢が限られるなど、地域格差が見られる。形骸化していく保健指導に代わって、質を確保できかつ地域格差のない支援プログラムの構築が課題であり、平成 24 年度からは Web 上での BDS による生活習慣改善プログラムを試行している。

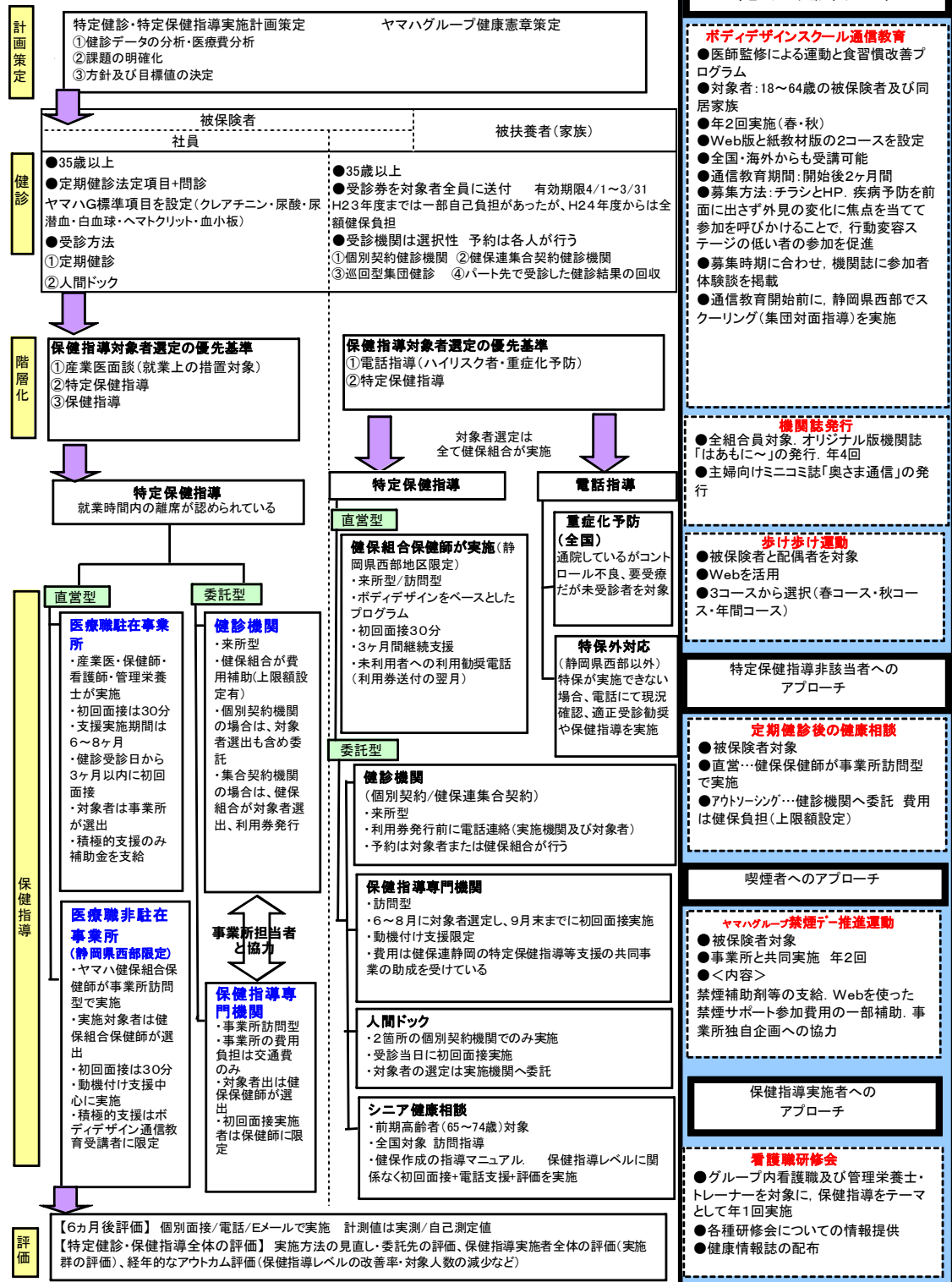
2. 未利用者・連続対象者への効果的な支援

被保険者では、利用率が低下してきているが、個別の利用勧奨は実施していない。また連続対象者への提供プログラムのマンネリ化は対象者だけでなく指導者自身も自覚している点であり、効果に結びつきにくいケースが見られているが介入は困難で、施策が打てずにいる。

被扶養者においては、健診は受診するものの生活習慣改善には消極的といったケースがあり、健診が必ずしも生活習慣改善のきっかけになっていない。

被保険者・被扶養者ともに多く見られる「悪くなってから受診すればいい」という考え方に対し、「健診と保健指導はセットである」ことを周知していくことと、従来の方法では振り向かなかった対象に対しても、やる気を刺激する実施方法の工夫が課題である。

図10.1 特定健診・特定保健指導の計画策定から評価までのフローチャート



事例 11 特定健診データの分析及び普及啓発で医療保険者を支援する取り組み（愛知県）

愛知県では、①特定健診等普及啓発、②特定健診結果等の分析・評価を県が自ら行うことで、県民の受診率向上を図り、それまで医療保険者別となっていた県民の健康状態を地域毎に把握するとともに、県内の各医療保険者の支援につなげている。

I. 自治体の概要

愛知県の面積は5,163km²、世帯数は295万8686世帯、人口は742万215人(2011年10月1日)と全国第4位の規模であり、高齢化率は20.6%と全国平均の23.3%より低くなっている。

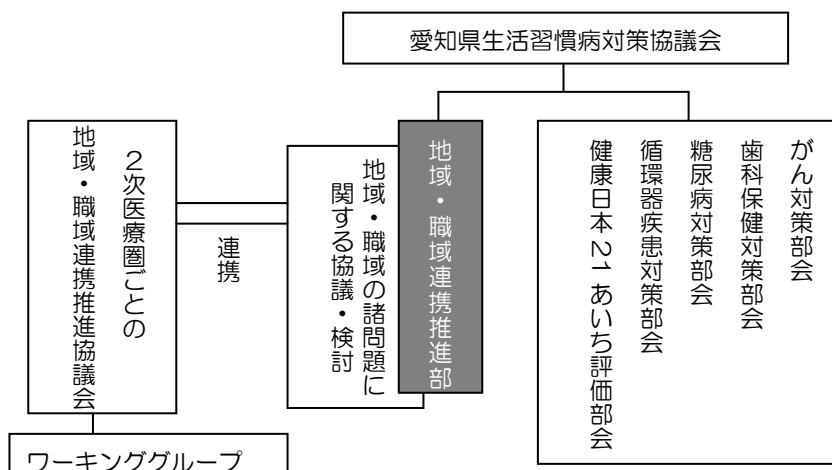
II. 実施体制

1. 特定健診等普及啓発

愛知県（健康福祉部健康担当健康対策課）では、地域保健と職域保健の広域的連携や、健康管理体制の整備・構築、特定健診等の分析・評価を目的として、「愛知県生活習慣病対策協議会 地域・職域連携推進部会（以下、部会）」を設置している（図 11.1）。

部会の構成員は、愛知県国民健康保険団体連合会、健康保険団体連合会愛知連合会、全国健康保険協会愛知支部、愛知県の医療福祉関係者から成り、この部会が中心となって、2次医療圏ごとに設置される「地域・職域連携推進協議会」と連携しながら、地域・職域保健の諸問題に関する協議・検討を行っている。

図 11.1 特定健診等普及啓発の推進体制



2. 特定健診結果等の分析・評価

愛知県健康福祉部の担当者2人（常勤1人、非常勤1人）の体制で実施している。特に、常勤職員が地域・職域の健診事業に係る普及・啓発、健診結果の活用等を中心に担当しており、本事業にある程度の労力をかけられる点が、健診結果等の分析・評価の推進に大きく貢献している。

一方で、データの図表化、取り纏め等までの大量の作業を、この体制だけで遂行するのはマンパワー的に不可能であり、外部委託等を活用せざるを得ない状況となっている。そのためには、予算をいかに獲得するかという点も、実務上、重要である。愛知県では、緊急雇用創出事業や財団法人等の予算を活用しながら、データベースの作成や、冊子の取りまとめ、印刷等に要する費用を捻出してきた。

III. 事業の概要



1. 特定健診等普及啓発

県民に対する意識調査の結果、特定健診の認知度が25%に止まっていたことから、普及・啓発のために開始された（「県政調査（2009年7月実施）」）。毎年、6月を「特定健診・特定保健指導普及啓発強化月間」として、部会を中心に、各種のイベント、輸送機関や小売店等でのポスター貼付、メディアでのPR、特定健診のロゴ作成、小売店レシートへのロゴ印刷等の活動によって周知を図っている。

2. 特定健診結果等の分析・評価

県では、特定健診・特定保健指導制度で収集するデータは、県民の健康水準や現状、健康課題の把握等に活用可能な、健康増進対策推進上、貴重な情報であると認識していたため、同制度開始の際、県内の国民健康保険組合、健康保険組合など全ての医療保険者に対して、特定健診等のデータ提供の依頼を始めた。日頃からつながりの深い市町村国保はともかく、民間企業の健康保険組合に関しては、健康保険組合連合会愛知連合会経由で依頼してもらうなど工夫している。

その結果、下表のように、市町村国保健康保険組合だけでなく、健康保険組合や共済組合などからも協力が得られ、大半（約100万件）の県民の健診データの入手を入手している（表11.1）。

表 11.1 健診結果のデータ提供機関の数

医療保険者名 (回答数/保険者数)	平成 20 年度	平成 21 年度
市町村国民健康保険組合 (54/54)	40 万 3165	41 万 9053
国民健康保険組合 (5/5)	1 万 8110	3 万 7317
健康保険組合 (平成 20 年度:56/108) (平成 21 年度:75/104) (平成 22 年度:71/102)	25 万 3344	38 万 5320
全国健康保険協会 (1/1)	20 万 2904	21 万 4127
共済組合 (平成 21 年度:2/6) (平成 22 年度:5/6)	0	2 万 4127
不明	8376	0
計		
(平成 20 年度:116/168) (平成 21 年度:137/170) (平成 22 年度:136/168)	88 万 5899	108 万 1131

備考（平成 22 年 7 月 7 日厚生労働省通知）：平成 20 年度分受診者数
【愛知県】117 万 7652 人、平成 21 年度分は未公表

IV. 事業効果、課題等



1. 特定健診等普及啓発

企業への協力要請にあたっては、県担当者等が1件ずつ訪問して依頼した。なお、大半の企業においては、本事業への協力は社会貢献という位置づけであり、通常、数百万円単位で発生する広告等も無料で引き受けてもらっている。その代わりに、県のホームページや広報等で企業の協力を公表するなどしてブランドイメージの向上に協力している。

ただし、一部企業では、同じサービスの有料枠がある場合、県の事業だけを特別扱いしにくいという事情や、同様な社会貢献への協力要請が多くマンパワー的にも予算的にも対応し切れないという事情によって、協力が難しいケースも出ている。

今後は、名古屋市からも協力が見込まれるため、市や区が保有する施設等における PR 活動も期待されている。

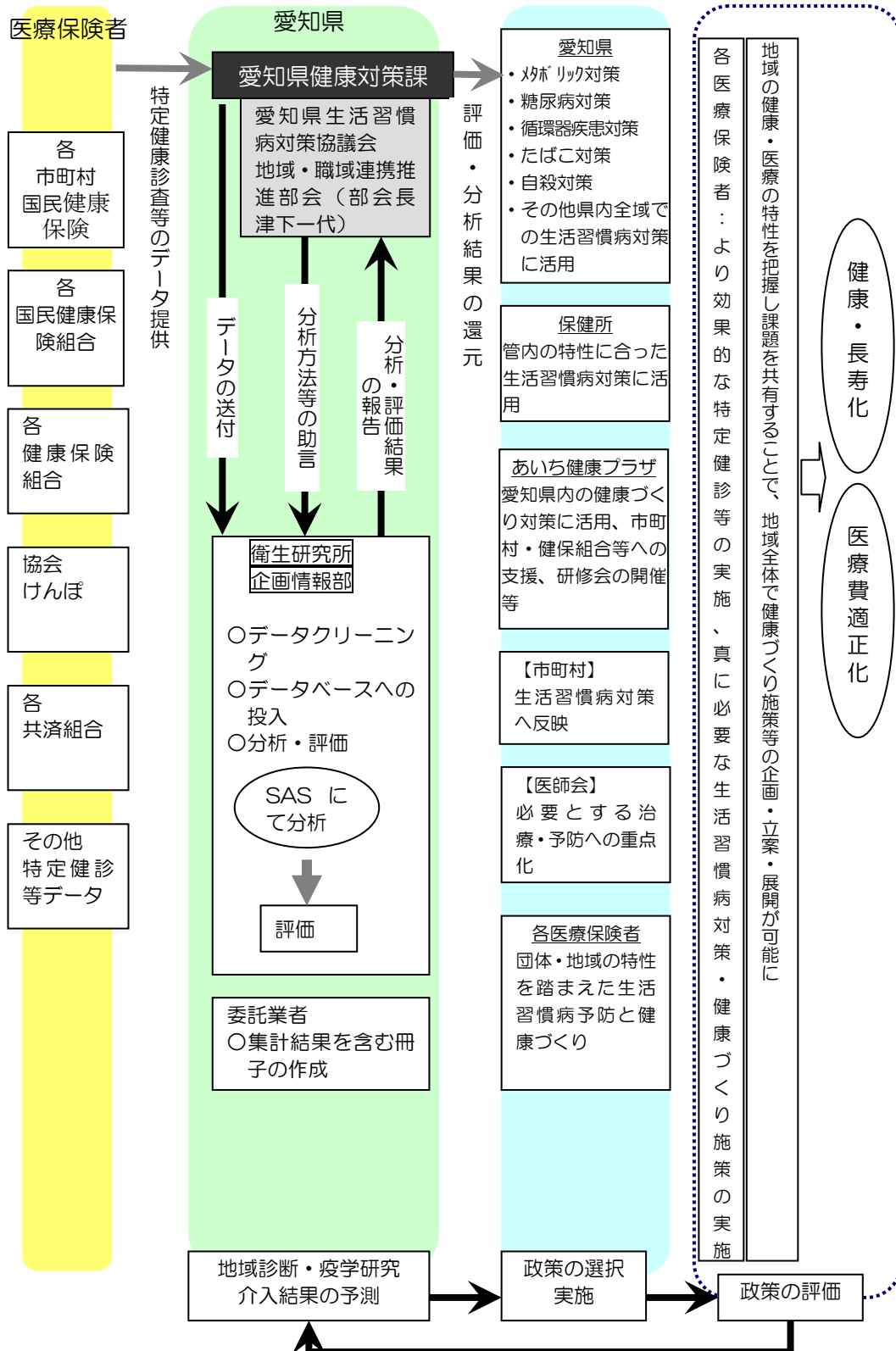
2. 特定健診結果等の分析・評価

(1) データ分析・還元の流れ

特定健診結果の分析・評価は、愛知県が各医療保険者からの健診データを集約し、愛知県生活習慣病対策協議会及び部会の助言を得ながら、県の衛生研究所においてデータ処理

を行い分析・評価を実施した後、委託業者が図表化や文章化を行い、冊子として取りまとめて市町村・2次医療圏・医療保険者・医師会等へ配布している（図 11.2）。

図 11.2 特定健診等データの活用システム



(2) データの提供、加工における課題

①個人情報の保護

各医療保険者から健診データを提供してもらう際の最も大きな問題が、個人情報の保護であった。公表の際には、個人ではなく集計データとして取り扱うこと等の内容を盛り込んだ契約書を取り交わすことで、解決を図っている。この点、行政機関である県としての信頼性があったから可能となったもので、民間企業が同様な機能を果たすことは難しいと考えている。

②異なる形式のデータの加工

また、各医療保険者から提供されるデータの形式がバラバラで統一性がないため、異なるファイル形式でも対応可能なシステムを開発する必要があった。

(3) データ分析・還元による効果

この評価・分析結果が還元されることで、医療保険者にとっては、同じ地域の他の保険者の状況と自保険者を比較することが可能となり、相対的評価のための判断材料が得られる。

また、これまで医療保険者ごとに保有されていた健診データが、居住地域ごとに再編され、結果が可視化（グラフ化、マップ化）されているため、2次医療圏ごと、各自治体ごとの健診等の効果が時系列で容易に把握できるほか、他地域との比較も可能となっている。特に自治体にとっては、対策を講ずべきターゲットが明確になり、重点施策を設定して取り組む等、予算を効率的に活用することにもつながる。

愛知県にとっても、国保のデータのみからは把握が難しかった壮齢期の勤労者、主婦等の健康状態や、保険者別ではない居住地域別の健康状態に関するデータが入手できるようになった利点がある。また、データのやり取りに伴って人的つながりが形成されたことで、県内各関係団体との連携が強化され、健康増進対策を協調して推進していく基盤ができた。

なお、現在は、MetS 有所見者数・率、MetS 予備群数・率、肥満者数・率、腹囲基準値以上者数・率、糖尿病者数・率、高血圧者数・率、高脂血症者数・率、生活習慣の改善に取り組む対象者数・率等を把握し、成果指標としているが、今後は、MetS 関連重症化・合併症発症者数・率、虚血性心疾患・脳卒中による死亡数・率、人工透析者の減少、要支援・要介護者の数の減少、県民の健康長寿まで含めて把握し、評価対象とすることを目標としている。

事例 12 事業評価を踏まえた「特定健診・保健指導事業」の 人材育成の展開（静岡県）

静岡県では、健康増進計画の着実な推進に向け、人材の効果的かつ効率的な育成をめざし、国の研修ガイドラインにもとづいた研修を展開している。研修受講者の実績把握だけではなく、研修目的に沿った研修が行われているか、研修の効果が上がっているのか等を意識した各研修プログラムの評価や研修事業全体の評価を実施し、次の研修に活かしている。

静岡県では、「ふじのくに健康増進計画」（以下、健康増進計画とする）に基づき、県民の健康づくりを推進している。国の医療制度改革の動きを踏まえて、予防重視の観点から糖尿病・メタボリックシンドローム対策を重点項目として位置付けた。

健康増進計画の着実な推進を図るためには、「特定健診・保健指導事業」を含め、地域や職域で保健予防活動に従事する人材を効果的に育成する必要がある。

静岡県は、健康増進計画の着実な推進に向け、人材の効果的かつ効率的な育成をめざし、研修受講者の実績把握だけではなく、研修目的に沿った研修が行われているか、研修の効果が上がっているのか等を常に意識し、各研修プログラムの評価や研修事業全体の評価を実施している。

1. 静岡県の人材育成研修会の概要

静岡県が実施している人材育成として、地域保健従事者研修（新任期、中堅期、管理期）と「特定健診・保健指導実践者育成研修」の二つの研修事業がある（図 12.1）。ここでは、「特定健診・保健指導従事者育成研修」について取り上げる。

1. 「特定健診・保健指導実践者育成研修会」について

「特定健診・特定保健指導事業」を効果的・効率的に企画・立案・運営するとともに、標準的な保健指導プログラムを踏まえた事業の展開により対象者の行動変容につながる保健指導を行うことができる実践者を育成する事を目的とする。

国の研修ガイドラインに沿った研修として「基礎編」「技術編」「計画評価編」と県独自に実施している「スキルアップ編」（表 12.1）を実施している。スキルアップ編研修会では、3人一組で体験型のロールプレイを実施し、普段行っている保健指導の振り返りができるような研修会となっている。更に、特定保健指導の技術向上を目的として「特定保健指導技術アップ研修」も開催している。

研修会の案内については、各医療保険者に通知すると同時に県医師会報に掲載を依頼し実施機関の医師、保健師等の参加を促している。

なお、研修会は県（健康増進担当課、国民健康保険担当課）と保険者協議会との共催で実施している。

図 12.1 健康づくり・保健サービス人材育成事業 体系図

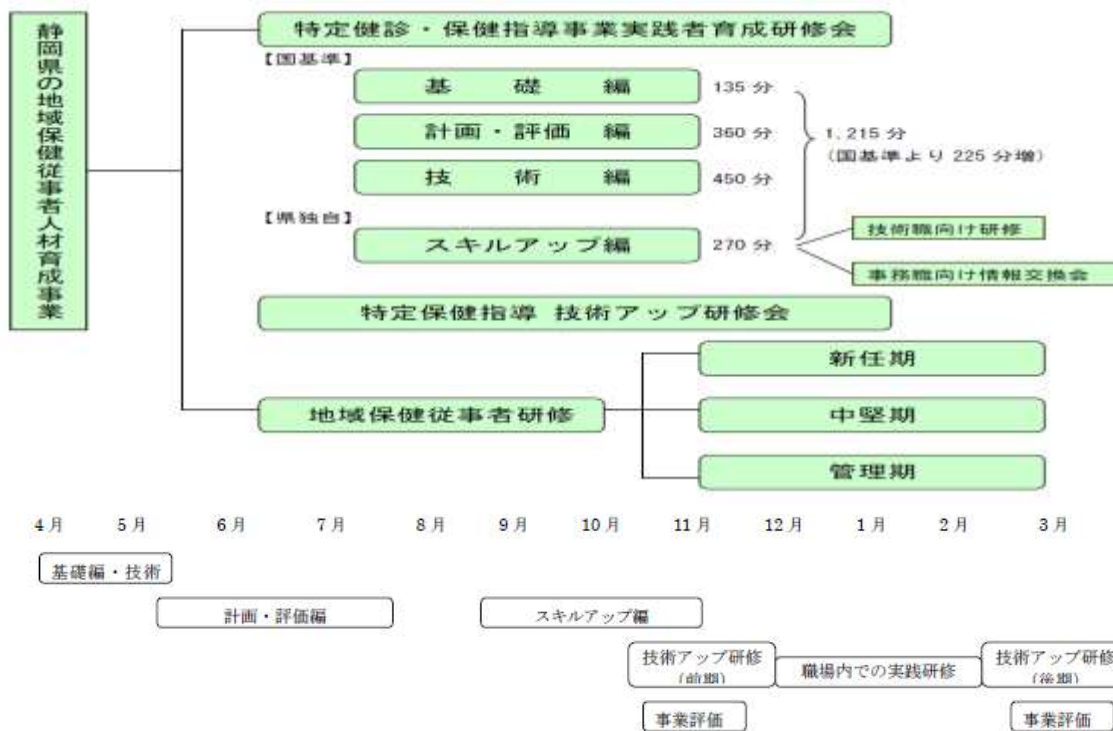


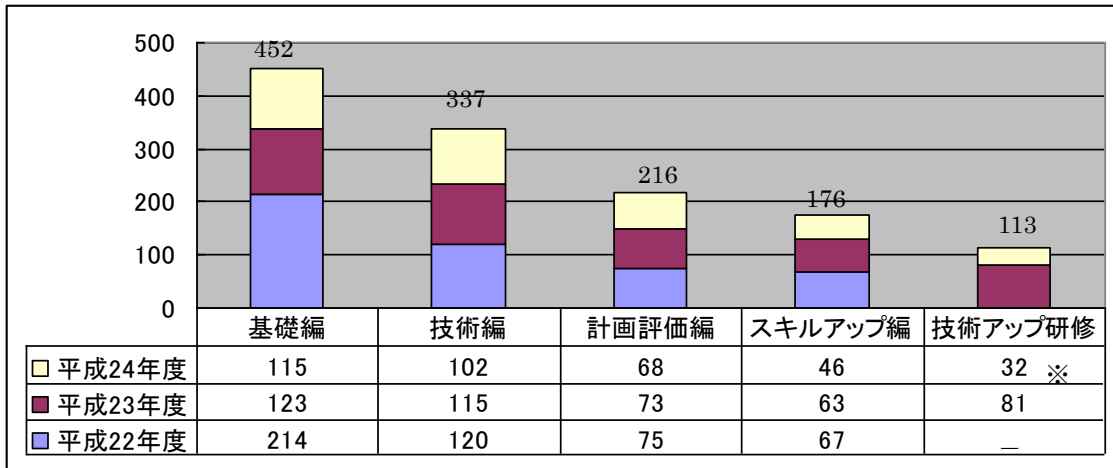
表 12.1 特定健診・特定保健指導スキルアップ研修会

研修目的	標準的な保健指導プログラムを踏まえた特定健診・特定保健指導事業を効果的・効率的に企画・立案・運営し、対象者の行動変容につながる保健指導ができるよう実践者を育成する
研修目標	①特定健診・特定保健指導事業の効果的、効率的な進め方を習得する。 ②対象者の行動変容につながる保健指導の手法を学ぶ。 ③職場で保健指導実践者の質の向上につながる活動の展開をすることができる。
対象者	・平成 19～23 年度特定健診・特定保健指導実践者研修会の基礎編・技術編・計画評価編を受講した者で、スキルアップ研修会未受講者 ・平成 24 年度特定健診・特定保健指導事業実務者研修会の基礎編・技術編・計画評価編を受講した者
定員	90 名
研修の内容	◆保健師、栄養士等実践者向け 事例検討会（ロールプレイ） テーマ「対象者の行動変容につながる保健指導について」 大学の支援を受けながら、「品質マネジメントシステム」を導入して、「計画→実施→評価→改善→実施」と保健指導の質の管理を行ってきた詳細を報告し、ロールプレイを実施。 ◆事務担当者向け 情報提供（講義） テーマ 「特定健診・特定保健指導の動向について」 情報交換会（グループワーク） テーマ「特定健診・特定保健指導事業の効果的な進め方」

2. 研修実績（平成 22～24 年度）

平成 22 年度から平成 24 年までの受講者実績は下記のとおり。毎年度、延べ 400 名近くが受講している（図 12.2）。

図 12.2 受講生の累計（平成 22 年度から 24 年度まで）



※2 回実施中 1 回修了者のみ計上

II. 事業評価の取組について

効果的かつ効率的な人材育成を継続的に行うために、研修受講者の実績把握だけでなく、各研修プログラムの評価や研修事業全体の評価を適切に行う必要がある。

静岡県では、研修目的に沿った研修が行われているか、研修の効果が上がっているのか等を常に意識し、様々な視点で研修及び事業全体の評価を実施している。

1. 研修終了後アンケート

各研修プログラムの終了後に受講者にアンケートを実施。研修に対する満足度、今後の研修に希望すること等を受講者から意見を受けて、次回以降の研修会に生かすようにしている。

2. 特定健診・特定保健指導実施状況調査の実施

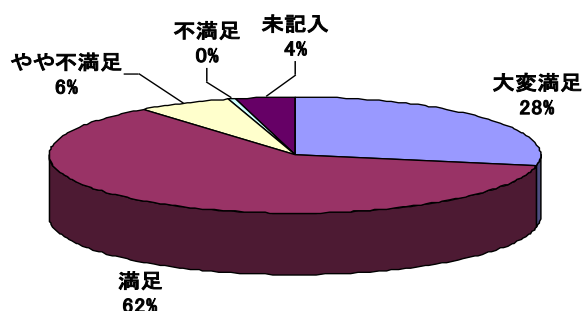
年 2 回各医療保険者に特定健診の受診状況や特定保健指導の実施状況に関する調査（県への要望や困っていることなどの調査も含む）を実施し、研修会の場で情報提供したり、研修の企画に生かしている。

3. 評価会議の実施

年度後半に実施主体である県（健康増進担当課、国民健康保険担当課）と保険者協議会で実施。研修受講後アンケート結果の分析、事業評価を行い今後の研修計画検討に生かしている（図 12.3）。

図 12.3 研修会終了後アンケート結果

研修会アンケート結果



アンケート（自由記載）【抜粋】

- 実践的な話を聞くことができ、とても参考になった
- 他の所属と情報交換ができることはとても有意義であった
- 体験型、ロールプレイは普段の保健指導を振り返ることができ、有効であった

今後の研修に向けての意見【抜粋】

- 成功事例だけでなく、失敗事例についても話が聞きたい
- 個々の現場にあったような研修会を企画してもらいたい
- グループワークは同じ規模の保険者と情報交換がしたい
- 保健所や地区単位で研修会をやってもらいたい
- グループワークの時間をもっと多くしてもらいたい（意見交換の場所がもっと欲しい）

研修会アンケート結果から

- 90 パーセントの参加者が大満足または満足と回答しており研修会に対する参加者の満足度は非常に高い
- 研修会の内容だけでなく、グループワークに対する希望が多く聞かれ、研修会の場が数少ない情報交換の場になっていることが伺える。

4. 評価を踏まえた改善について

- (1) 「保健指導をさらにレベルアップしたい」「重症化予防の対策(特にCKD対策)について勉強したい」という意見が多かったため、平成23年度から、「特定保健指導技術アップ研修会」を企画、開催した。
- (2) 研修会は参加者の情報交換の貴重な場になっているため、講義だけでなく参加者同士の交流が図れるようにグループワークの時間を多く設定するようにした。
- (3) グループワークのメンバーは、テーマに合わせて、経験別や所属別(国保、健保組合、実施機関等)の組み合わせを工夫し効果的な意見交換ができるように配慮した。
- (4) 研修に参加する事務職と技術職では、ニーズが異なるため、スキルアップ研修では技術職と事務職を分けて実施し、技術職には保健指導のロールプレイを含めた実践的な研修を行い、事務職には受診率向上の工夫などの情報交換会を中心に行うようにした。

Ⅲ. 今後に向けて

1. 効果的な研修プログラムの開発

今後も、講義のみの研修ではなく、事例検討会やロールプレイをとりいれて参加型の研修会を実施することで、より効果的な研修プログラムを開発する。

2. 研修実施者間の連携の強化

当県内及び近隣エリアで同目的の研修を実施する団体等と、研修計画等の情報交換、共有を図る。

3. 今後の「特定健診・保健指導事業」の動向等の情報発信

制度の見直しの動きを注視し、研修事業においてタイムリーな情報発信を行う。

事例 13 沖縄県の糖尿病等生活習慣病有病者・予備群の 25%減少を 目標とした医療保険者の実態に基づく健診・保健指導実践への支援 (沖縄県国保連合会)

沖縄県国民健康保険団体連合会では保険者協議会事務局の役割として、市町村と併せ、被用者保険を含めた全県的な保健事業支援、①実態把握のためのデータ作成支援、②保健指導実践支援、③広域的評価を実施している。

1. 沖縄県保険者協議会の活動

1. 保険者協議会の活動（資料 13.1）

医療保険者が連携協力して地域における保健事業等を積極的に推進し、被保険者等の健康の維持増進と医療保険者の円滑な事業運営に資することを目的に、平成 17 年 10 月に、市町村、社会保険事務局（現、全国健康保険協会）、健康保険組合連合会を構成機関として沖縄県保険者協議会が設置された。その後、各共済組合、後期高齢者医療広域連合、沖縄県、県医師会が加わり、沖縄県保険者協議会を構成する医療保険者の被保険者・被扶養者数の合計は、県民人口の約 8 割に達した。

本県の社会保障費・保健統計では、65 歳未満の死亡率全国 1 位（平成 22 年）、糖尿病死亡率全国 1 位（平成 17 年）、介護費用全国 2 位（成 21 年）、透析数全国 5 位（平成 22 年）、肥満全国 1 位（平成 21 年けんぽ）である。市町村国保と協会けんぽの健診・医療費分析を実施した結果、このような状況の背景には、内臓脂肪型肥満を背景とした生活習慣病の重症化が要因にあることが明らかになってきている。

このような沖縄県の健康課題を解決するためには、県人口の約 9 割をカバーする沖縄県保険者協議会が、保険者種別を問わず医療保険者に共通した課題の解決へ向けた取り組みを行ういくことが効率的・効果的である。保険者ごとの健康実態を明らかにし、個人の課題解決のために科学的根拠に沿った保健指導を継続実践することは、医療制度改革の目標である糖尿病等生活習慣病有病者・予備群の 25%減少と、沖縄県の社会保障費の安定と県民の健康の向上へとつながる。

2. 医療保険者の実態に基づく健診・保健指導活動に対する支援（資料 13.2）

沖縄県国民健康保険団体連合会では保険者協議会事務局の役割として、市町村国保と併せて被用者保険を含めた全県的な保健事業支援を行っている。標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）の「内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ」に基づき、以下の 3 つに分けて支援活動を整理した。

- (1) 実態把握のためのデータ作成支援
- (2) 保健指導実践支援
- (3) 広域的評価

II. 沖縄県の医療保険者の実態に基づく健診・保健指導実践の支援

1. 実態把握のためのデータ作成支援

被保険者個人の健康課題を解決するため、医療保険者ごとに異なる健康実態を明らかにすることは保健活動の入り口として非常に重要である。

平成 19 年度に、県内 41 の全市町村へ第 1 期特定健康診査特定保健指導実施計画の策定支援をとおり医療費分析を実施、平成 21 年度には、全国健康保険協会沖縄支部（以下、協会けんぽ沖縄支部）の被保険者の医療費分析を実施した。市町村国保に加え、協会けんぽの分析を行うことで沖縄県全体の健康実態の把握が大きく前進した。

2. お金のかかっている疾患は何か。それは予防可能な疾患か。（資料 13.3）

ひと月 80 万円を超えるレセプトの状況から、協会けんぽ・市町村国保ともに心疾患と脳血管疾患の割合が高く、心疾患については、基礎疾患として糖尿病である者が 61.0%、高血圧である者が 75.4%であった。生活習慣病の重症化によるものが非常に多いことがわかった。

またある市町村国保では、200 万円以上のレセプトのうち約 7 割が他の医療保険者からの転入者であった。県内医療保険者が一体となり、一貫した予防活動を行うことが高額医療費の抑制に効果的である。

3. 人工透析患者数と費用額（資料 13.4）

長期に渡る治療が必要であり、年間を通し高額な費用を要する治療の一つに人工透析がある。

市町村国保と同様、協会けんぽでも人工透析患者は年々右肩上がりである。そのうち、糖尿病性腎症は 31.3%と市町村国保 41.7%と同様に、予防が可能な糖尿病を原因とするものが大きい。市町村保健師が実施した透析患者の訪問から、他保険者から国保へ転入してきた方が少なくない実態もわかり、ここでも県内医療保険者が一体となって予防活動をする重要性が浮き彫りとなった。

4. 糖尿病の患者数と実態（資料 13.5）

被保険者数に占める糖尿病患者の割合は、特に男性で協会けんぽ 5.4%、市町村国保 9.5%と高く糖尿病が重症化して起こる細小血管障害をすでに起こしている方も少なくな

い。また、大血管障害においては虚血性心疾患の割合が男女とも高く、80万円以上のレセプトで心疾患の割合が高かった結果と重なる。

5. レセプト全体に占める生活習慣病の割合（資料 13.6）

レセプト全件数に占める生活習慣病の割合は、協会けんぽと市町村国保の合計で46.6%と非常に高い。費用額の割合では59.6%と、沖縄県における生活習慣病が医療費に与える影響が非常に大きいことがわかる。

6. 沖縄県は、なぜ糖尿病対策が必要なか？（資料 13.7）

沖縄県の糖尿病の年齢調整死亡率（平成17年）は、男女ともに全国1位である。また、医療保険者のレセプトからも、糖尿病を中心とした生活習慣病の重症化が大きな課題であることがわかった。また、協会けんぽ沖縄支部の全国比較では、肥満率は男女とも1位、メタボリックシンドローム率は男性1位、女性2位と、内臓脂肪型肥満が非常に多い。身体のメカニズムから考えると、内臓脂肪型肥満によるインスリン抵抗性から糖尿病を発症し、さらに重症化していることがわかる。

沖縄県の社会保障費の抑制と、個人の生活の質の確保のために、糖尿病対策が非常に重要である。

III. 保健指導実践支援

個人の健康課題解決へ向け、科学的根拠に基づいた保健指導の実践のために専門職としての継続的な力量形成が必要となる。そのための支援も保険者協議会の大きな役割である。

1. 糖尿病フローチャートによる保健指導対象者の明確化（資料 13.8）

糖尿病フローチャートで保健指導対象者を明確にし、保健指導の優先順位を決めて保健指導を実践していく取り組みを行っている。その中でも、治療歴のないHbA1c6.1以上（受診勧奨レベル）の者の声として「食事や運動で値をよくしたい」等、なかなか治療につながらない実態が市町村より報告された。市町村国保では合計1,729人が現在医療未受診であり、その者のレセプトを確認すると1,320人、76.3%が過去に糖尿病と診断されており、治療中断の者が多い実態も明らかになった。このような者をしっかり治療につなげ、その後も継続して保健指導し、重症化を予防するためにも個人の台帳を作成し管理していく必要がある。

2. 糖尿病管理台帳（資料 13.9）

一度でもHbA1c6.1以上を超えた者を管理するために、糖尿病管理台帳を医療保険者

毎で作成していただいた。その中で把握できただけでも、すでに死亡している者が 19 人おり、そのうち 1 人が糖尿病性昏睡が死因であった。市町村保健師から「ガイドラインに記載されているとおりに、糖尿病で本当に亡くなるんだと思った」という感想があった。このような実態からも糖尿病年齢調整死亡率全国 1 位。

IV. 広域的評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）の評価指標に基づき、A アウトカム（結果）、B アウトプット（事業実施量）、C プロセス（過程）、D ストラクチャー（構造）で評価を行った。

1. 医療保険者間の比較をとおした評価（資料 13.10）

医療保険者のデータ比較から、医療保険者ごとの特徴を捉えるだけでなく評価をすることも可能である。アウトカム（結果）を、標準プログラム確定版様式「3-1」と「6-2」、アウトプット（事業実施量）を健診受診率・保健指導実施率、ストラクチャー（構造）を保健師の部門別配置とし、医療保険者の比較をした。プロセス（過程）は各医療保険者で保健活動の過程を評価してもらうことになる。

医療保険者の評価にあたっては、以下のような視点を持って行っている。

- (1) 医療受診勧奨レベルの対象者を医療受診へつなげ、継続した保健指導継続することは脳血管疾患等の重症疾患の抑制につながる。
- (2) 健診項目の有所見区分のうち、高い値の割合が少なくなることは、重症化が抑制できたこととして捉える。
- (3) (1) 及び (2) のためには健診受診率と保健指導実施率をあげなければならない。
- (4) また、このような保健活動を実践するためには、本来の保健師の役割である疾病の予防と健康の増進が発揮できる部署へ保健師を集約することが効率的である。

2. 保険者協議会の活動評価（資料 13.11）

保険者協議会のストラクチャー（構造）評価として、①医療保険者の事業参加状況を見ると平成 23 年度には 94.1%となり、被保険者数の合計が県民人口の約 8 割に達した。沖縄県の健康課題解決のために一体的な保健活動を行う体制が整ってきていることになる。②アウトプット（事業実施量）評価としては、市町村の保健指導件数の推移でみると件数が非常に増加している。③アウトカム（結果）評価としては、平成 22 年度の糖尿病年齢調整死亡率が男性 12 位、女性 8 位へ下がっている。少なくともこのような取り組みが影響しているのではないかと考える。

V. おわりに

沖縄県国保連合会は保険者協議会として、各医療保険者が被保険者個人の健康課題解決に集中して保健活動を実践していけるよう、このような活動を行ってきた。

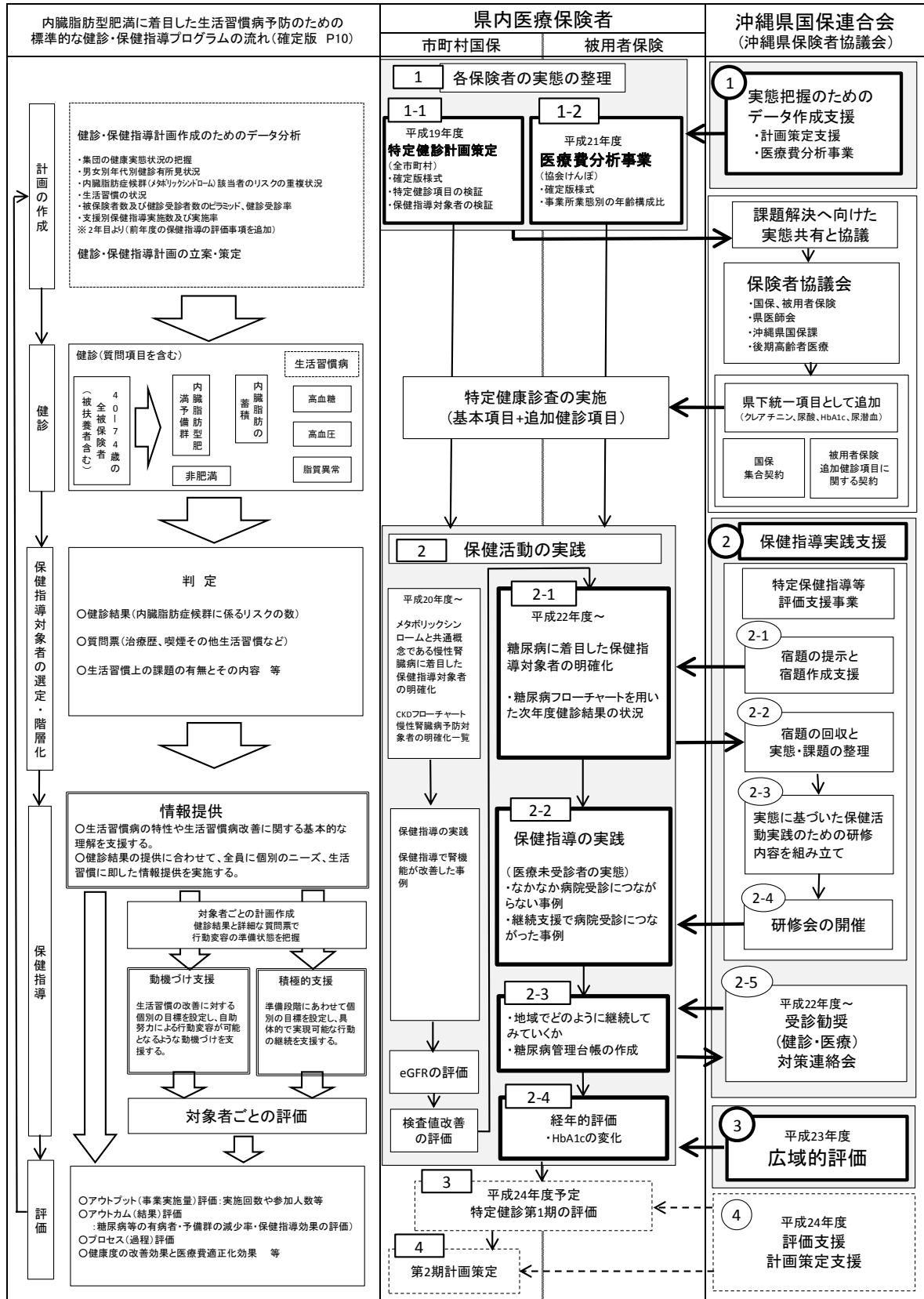
医療保険者が保健活動の実践を評価し、出てきた課題を解決するために計画を立て、また実践するという保健活動の繰り返しが、5年後、10年後の沖縄県全体の課題の解決につながっていく大きな要因になると考えている。

沖縄県国保連合会は、医療保険者のその先にいる被保険者個人の健康課題の解決を念頭におき、科学的根拠に基づいた保健活動の実践を支援するためにも、国保連合会保健師もまた、医療保険者の専門職と同様、継続的なで力量形成することが重要であると実感している。

(資料 13.1) 沖縄県保険者協議会の活動

年度	国	県内医療保険者					県医師会	県
		市町村国保	協会けんぽ (旧政管健保)	健保組合	共済組合	後期高齢者 医療広域連合		
十六年		保険者協議会の全国展開 ・保険者の連携協力を円滑に行い、保険者機能を発揮するため、保険者による保健事業の共同実施主体として、保険者協議会を設置する。						
十七年		1 沖縄県保険者協議会設立 (平成17年10月13日) 構成団体: 国保、政管健保、健保連						
十八年		保健活動分析事業 国保連合会事業への参加(健保組合、政管健保)						
十九年		2 特定健診等実施計画策定支援 ＊確定版の様式に沿って、特定健診等実施計画書作成の作業を行う。 ①高齢 ②長期入院 ③人工透析 ④健診 集合契約調整・締結支援(国保・被用者保険・後期) ※毎年度					特定健診に関する検討委員会 医師会主催 集中的な健診・保健指導のチーム研修会 ・国保連合会保健師・講師として参加	集合契約調整
特定健診・特定保健指導開始(平成20年4月～)								
二十年	「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」	3 ＊専門職の力量形成 ・特定健診等評価支援事業 ・特定保健指導等研修会					共済組合、医師会、県の加入 平成20年度 特定健診・特定保健指導に関する説明会	
		＊保健指導教材の共有化 「私の健康記録」 各保険者、医師会へ購入・配付 国保・後期・保健・介護・福祉担当課長並びに保健師合同会議					医師会主催 マスコミ懇談会: 「慢性腎臓病」 連合会保健師参加: 「医療保険者の実態」	
二十一年		＊学習教材の共有化 「拡大教材集(未受診者対策用パネル)」 各保険者、医師会へ購入・配付 4 医療費分析事業 6月～8月: 生活習慣病補記作業 8月～10月: データ入力作業・健診データ分析 国保・後期・保健・介護・福祉担当課長並びに保健師合同会議					後期高齢者 医療広域連合 の加入 医師会主催 県民公開講座 連合会保健師・講師 市町村保健師・健康相談コーナー担当	
二十二年		「受診勧奨(健診・医療)連絡会」 ○住民の実態を共有 ・特定健診結果 ・治療未受診者、治療中断者の実態 ・医療未受診の理由 「医療機関訪問」 ※実態の共有のための医療機関訪問 地域のかりつけ医へ市町村の実態をもって医療機関訪問					県医師会主催 フィードバック会議 ・特定健診の結果の共有 ・医療と地域との連携が始まる (実際の事例を通して)	
二十三年		5 国保・後期・保健・介護・福祉担当課長並びに保健師合同会議 (広域的事業評価)						

(資料 13.2) 医療保険者の実態に基づく健診・保健指導実践の支援



(資料13.3)お金のかかっている疾患は何なのか。それは予防可能なのか。
80万円以上のレセプトをみました。 平成20年5月診療分

	80万円以上	心疾患		脳血管疾患		腎不全		がん		その他	
	件数	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
協会けんぽ	209	69	33.0	49	23.4	12	5.7	51	24.4	42	20.1
市町村国保	844	349	41.4	310	36.7						
計	1,053	418	39.7	359	34.1						

心疾患の、糖尿病と高血圧の保有割合は？

	心疾患	糖尿病		高血圧	
	件数	件数	割合	件数	割合
協会けんぽ	69	31	44.9	37	53.6
市町村国保	349	224	64.2	278	79.7
計	418	255	61.0	315	75.4

(資料13.4)人工透析患者数と費用額



(資料13.5)糖尿病の患者数と実態

男性(20~69歳)

保険者種別	被保険者数 人数	糖尿病患者		インスリン		透析		細小血管障害						大血管障害			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	腎症		網膜症		神経症		脳血管疾患		虚血性心疾患	
								人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
協会けんぽ	136,404	7,393	5.4	468	6.3	82	1.1	936	12.7	608	8.2	859	11.6	678	9.2	1,844	24.9
市町村国保	191,878	18,140	9.5	1,220	6.7	530	2.9	2,220	12.2	2,587	14.3	927	5.1	3,385	18.7	6,285	34.6

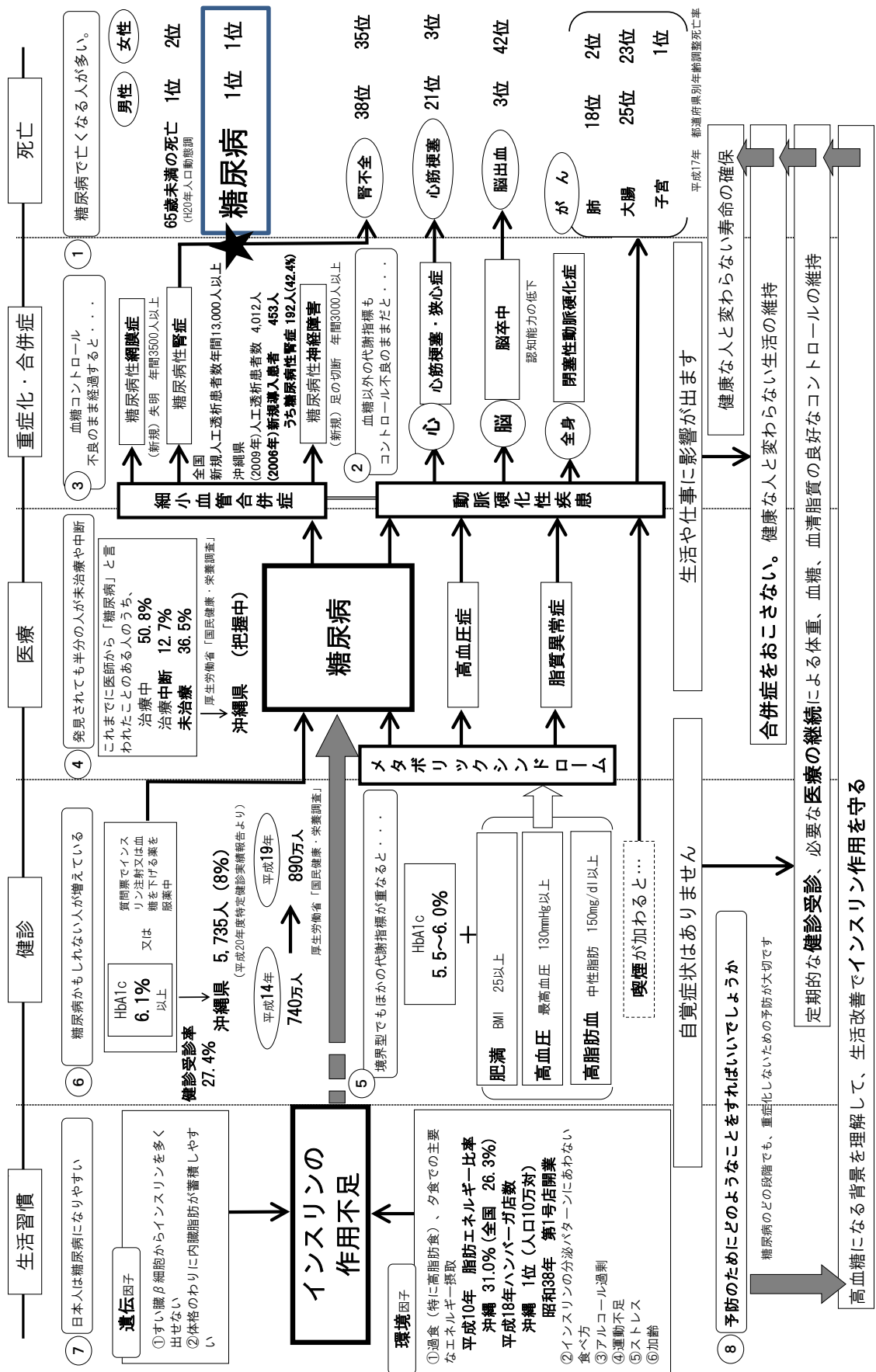
女性(20~69歳)

保険者種別	被保険者数 人数	糖尿病患者		インスリン		透析		細小血管障害						大血管障害			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	腎症		網膜症		神経症		脳血管疾患		虚血性心疾患	
								人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
協会けんぽ	97,119	2,265	2.3	176	7.8	10	0.4	228	10.1	143	6.3	283	12.5	116	5.1	332	14.7
市町村国保	172,926	15,395	8.9	905	5.9	267	1.7	1,539	10.0	1,957	12.7	628	4.1	2,481	16.1	4,316	28.0

(資料13.6)レセプト全体に占める生活習慣病の割合

	全件数	生活習慣病あり		生活習慣病なし		全費用額	生活習慣病あり		生活習慣病なし	
		件数	割合	件数	割合		費用額(万円)	割合	費用額(万円)	割合
協会けんぽ	89,972	30,334	33.7	59,638	66.3	156,991	78,555	50.0	59,638	38.0
市町村国保	265,748	135,419	51.0	130,329	49.0	817,178	502,057	61.4	315,121	38.6
計	355,720	165,753	46.6	189,967	53.4	974,169	580,612	59.6	374,759	38.5

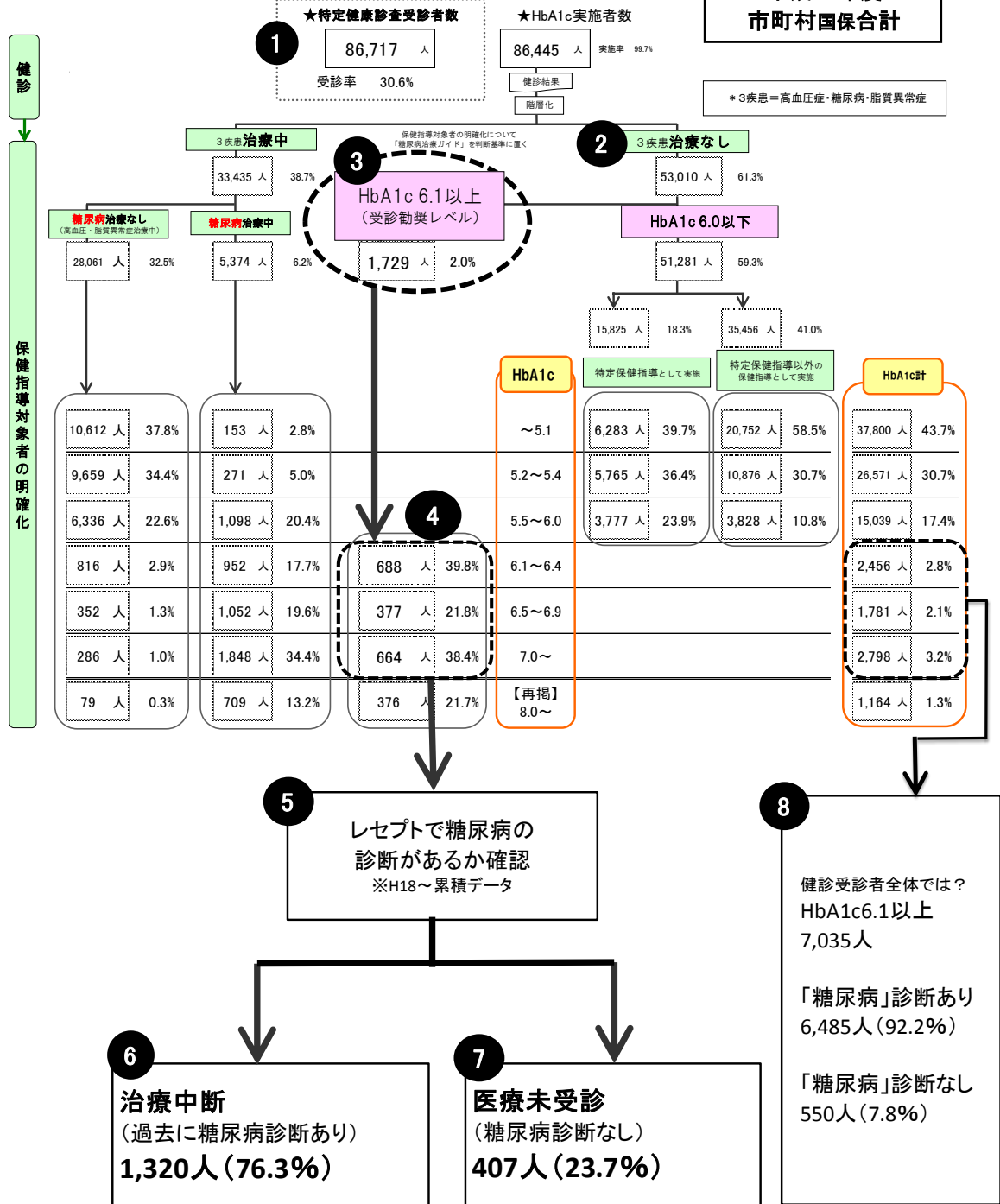
(資料13.7) 沖縄県は、なぜ糖尿病対策が必要なのでしょう？



(資料 13.8) 糖尿病フローチャートによる保健指導対象者の明確化

糖尿病フローチャート～医療制度改革の目標達成にむけて～

平成21年度
市町村国保合計



(資料 13.9) 糖尿病管理台帳

No.	合併症	市町村名	性別	年齢	健診データ				HbA1c		未治療 全くの未受診	レセプトデータ							保健指導状況			死亡状況					
					直近のデータ				HbA1c			治療 機関名	治療 あり	治療薬			合併症			①医療未受診の 状況把握	②医療受診 動向	特定 健診	医療 機関	死亡 年月	死因	状況	
					最高 血圧	最低 血圧	L D L	尿 蛋白	G F R	H20				H21	H22	経口 薬	イン スリン	DPD /2型 薬	心 脳								眼
1		A市 男	46	138	84	128	3+	48.5			14.6																
2		B市 男	63	120	70	95	±	103.3			14.1														H23.1	肺がん	
3		B市 女	56	125	60	174	+	168.6			12.5														H23.4	糖尿病性昏迷 脳脊髄液	
4		C市 女	71	146	80	132	-	90.4			12.2														H23.6	膵臓がん	
5	昏睡	D市 女	55	153	91	135	+	124.3			11.9														-	悪性リンパ腫	
6	とても危険	B市 男	60	114	70	150	-	67.9			11.0														H23.4	?	H23年9月まで 通院中
7	死	C市 男	52	132	96	161	±	171			10.8														H22.8	?	
8		C市 男	60	132	76	164	±	105.6			10.5														H22.2	?	
9		E市 女	60	130	70	106	-	120.6			12.3														H23.3	?	心筋梗塞
10	9.0以上	F市 男	73	138	60	133	++	83.7			11.6														-	?	
11		G市 男	61	169	86	117	-	59.6			7.4														-	?	
12	3大合併症 の危険	H市 女	67	139	75	106	-	91.6			7.2														-	?	膵臓がん
13		I市 男	55	135	67	111	-	91.7			6.6														H21	?	
14	6.5以上	J市 男	66	150	80	105	-	74.7			5.7														-	?	
15		K市 男	68	128	74	99	±	85.4			7.1														-	?	死亡にて 保健指導終了
16		K市 男	76	124	80	72	-	42.3			6.3														-	?	死亡にて 保健指導終了
17	大血管障害 の危険	J市 女	59	86	70	142	-	66.4			6.3														-	?	
18		L市 男	73	153	95	189	-	98.8			6.1														H21.9	?	
19		M市 男	73	110	70	74	-	56.9			8.6														H23.1	?	

(資料13.10) 医療保険者の比較をとした評価

A アウトカム(結果)

① 生活習慣病の受療割合(高い順)

確定版様式3-1を使って市町村別に比較してみました

コントロール不良または医療未受診・中断等により
H22年5月診療分(0~74歳)
県内11市比較

重症化・合併症
高額な医療費と個人の生活の質の低下をまねく ←
糖尿病等生活習慣病

医療費の目安(平均)

200万円 (1回の費用)	400万円 (1回の費用)	500万円 (年間)	17万円(内服)	50万円(インスリン注射)	7万円(内服)	9万円(内服)	7万円(内服)
------------------	------------------	---------------	----------	---------------	---------	---------	---------

No.	市町村	被保険者数	ひと月のレセ件数			生活習慣病人数	脳血管疾患			(再掲)脳血管疾患			虚血性心疾患			人工透析		糖尿病						高血圧		脂質異常症		高尿酸血症											
			全体	生活習慣病	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合									
1	F市	20,973	11,608	8,084	68.6	5,563	1,128	27.6	970	23.7	207	5.1	B市	7,439	30.9	K市	82	2.0	南城市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	1	
2	I市	21,034	10,401	7,043	67.7	4,771	1,160	24.3	1,040	21.8	136	3.3	E市	1,999	30.8	C市	189	2.0	南城市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	2	
3	南城市	14,494	8,098	5,971	68.6	3,894	4,820	20.0	3,791	15.8	1,004	4.2	C市	2,812	29.7	E市	120	1.9	南城市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	3	
4	B市	105,867	57,217	36,737	64.2	24,062	1,543	19.2	1,284	15.9	280	3.6	南城市	1,090	29.7	D市	179	1.3	南城市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	4	
5	H市	36,784	19,137	12,045	62.9	8,050	1,218	18.8	897	15.4	237	3.7	J市	1,277	29.4	南城市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	5				
6	沖縄県	812,783	389,827	160,848	62.9	110,212	30,891	18.8	16,981	16.1	4,216	8.8	南城市	1,090	29.7	南城市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	6				
7	K市	17,714	9,414	5,907	62.7	3,959	780	20.5	740	14.3	189	3.9	H市	2,325	25.9	K市	380	1.6	K市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	7	
8	G市	19,892	9,124	5,707	62.5	3,959	477	12.1	426	9.0	116	2.4	南城市	847	17.6	G市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	8				
9	J市	20,240	10,301	6,429	62.5	4,344	5,121	25.3	4,844	23.9	1,377	6.8	南城市	847	17.6	G市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	9				
10	E市	32,090	16,137	9,633	59.7	6,467	1,954	30.1	1,653	26.6	454	7.3	南城市	847	17.6	E市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	10				
11	D市	53,973	24,081	14,300	59.4	10,150	2,241	41.6	1,818	33.6	493	9.1	H市	100	1.2	南城市	1,786	47.7	89	2.3	271	7.6	214	6.9	82	2.3	F市	4,181	75.3	6,088	60.0	G市	979	21.5	11				
12	C市	50,526	22,043	13,063	59.3	8,460	867	15.6	681	12.2	173	3.1	G市	1,053	24.5	F市	59	1.0	F市	2,338	42.0	211	3.8	384	6.9	187	3.4	96	1.7	D市	6,600	65.0	C市	2,445	44.0	C市	1,913	16.2	12

データ元: 国保ネットおきなわ

② 健診所見者の状況(割合の高い順)

確定版様式6-2を使って市町村別に比較してみました

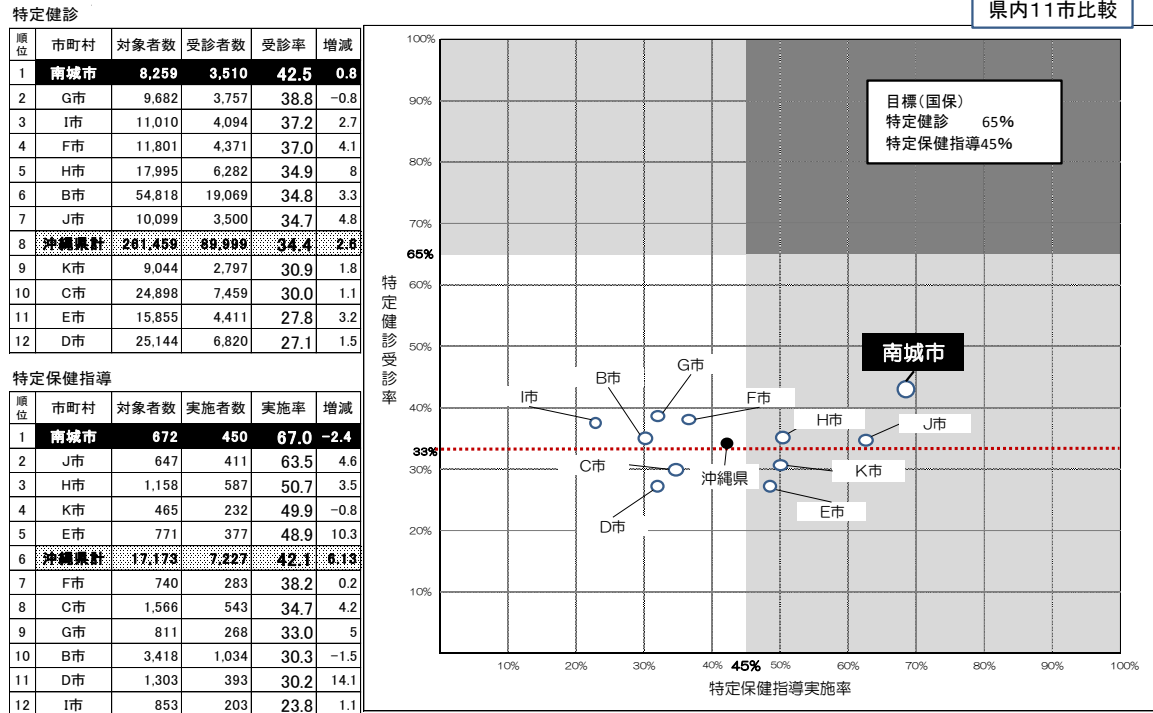
県内11市(男性)

順位	市町村	該当者		市町村	人数	割合	メタボリックシンドローム関連項目												順位																		
		メタボリックシンドローム					メタボリックシンドローム関連項目						血圧		LDL		腎機能																				
		該当者	予備群				肥満	脂質		HbA1c		正常高血圧~I度(軽症)	II度(中等度)~III度(重症)	高LDL	尿蛋白(+)以上)	高尿酸血症																					
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合																				
1	F市	817	37.6	F市	517	23.8	F市	1,144	52.7	D市	354	12.1	G市	784	43.4	I市	1,305	64.9	I市	273	13.6	F市	1,211	55.7	F市	195	9.0	H市	1,416	54.9	I市	263	13.1	G市	630	34.8	1
2	G市	841	35.5	B市	1,792	22.7	C市	1,700	47.8	B市	893	10.8	I市	734	36.4	南城市	816	48.7	F市	286	13.2	J市	848	50.5	F市	198	7.8	E市	1,118	54.6	F市	231	10.6	F市	749	34.5	2
3	I市	897	34.6	I市	456	22.6	G市	847	46.8	C市	370	10.4	F市	747	34.4	B市	3,274	49.1	B市	592	11.8	G市	857	48.0	B市	613	7.8	D市	1,558	53.2	B市	828	10.5	I市	650	32.3	3
4	J市	323	31.1	C市	778	21.9	I市	938	46.6	E市	211	10.3	D市	971	33.1	J市	819	49.0	E市	240	11.7	南城市	779	48.8	J市	118	7.0	B市	4,048	51.3	J市	166	9.9	K市	342	29.5	4
5	南城市	816	31.1	H市	566	21.9	K市	927	45.4	沖縄県	4,093	9.9	沖縄県	13,448	32.5	沖縄県	30,040	48.3	G市	209	11.6	B市	3,813	46.5	沖縄県	2,893	6.5	C市	1,812	50.9	H市	243	9.4	沖縄県	12,990	29.1	5
6	K市	353	30.4	沖縄県	3,891	21.7	沖縄県	18,271	44.6	南城市	188	9.8	南城市	897	32.6	C市	1,960	64.9	南城市	816	48.7	C市	1,960	45.2	D市	199	5.4	沖縄県	3,817	49.7	K市	109	9.3	J市	484	28.8	6
7	沖縄県	12,549	30.2	G市	373	20.6	B市	2,496	44.3	I市	187	9.3	E市	648	31.6	K市	1,960	64.9	南城市	816	48.7	C市	1,960	45.2	D市	199	5.4	沖縄県	3,817	49.7	K市	109	9.3	J市	484	28.8	7
8	B市	2,351	29.8	K市	237	20.4	H市	1,140	44.2	K市	106	9.1	J市	526	31.3	D市	1,383	47.2	K市	129	11.1	C市	1,600	45.2	D市	199	5.4	南城市	772	46.7	G市	144	8.0	B市	2,112	26.8	8
9	C市	1,032	29.0	D市	587	20.0	D市	1,249	42.6	G市	161	8.9	B市	2,472	31.3	E市	915	44.7	沖縄県	99	11.1	D市	1,271	43.4	南城市	84	8.1	J市	778	46.3	C市	281	7.9	H市	690	26.7	9
10	D市	808	27.6	J市	335	20.0	J市	709	42.3	J市	139	8.3	C市	1,097	30.8	H市	1,136	44.0	D市	295	10.1	I市	831	41.3	K市	56	4.8	K市	531	45.8	E市	150	7.3	D市	772	26.3	10
11	H市	710	27.5	E市	406	19.8	E市	825	40.3	H市	213	8.3	H市	777	30.1	G市	769	42.6	C市	349	9.8	H市	1,059	41.0	H市	115	4.5	G市	772	42.7	D市	191	6.5	E市	538	26.3	11
12	E市	560	27.3	南城市	810	18.8	南城市	847	39.2	F市	172	7.9	K市	318	27.4	F市	801	36.6	南城市	181	8.8	E市	831	40.6	E市	90	4.4	F市	842	38.7	南城市	106	6.4	C市	883	24.8	12

軽度が多く、悪い値が少ない

B アウトプット(事業実施量)

③特定健診受診率・保健指導実施率の状況
平成22年度 法定報告



D ストラクチャー(構造)

④保健師の部門別配置割合 ～社会保障安定化のための条件整備～

No	都道府県	人口	保健師1人あたり人口(人)	部門別保健師の配置割合			保健師総数(人)	保健部門(人)										福祉部門(人)				その他(人)		
				保健部門	福祉部門	その他		保健	国保	★計	介護保険	地域包括支援センター	老人福祉	児童福祉	障害者福祉等	計	職員	病院・訪問ステーション	その他	計				
																					保健	国保	★計	介護保険
1	南城市	40,599	4,060	90.9%	9.1%	0.0%	11	10	0	10	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
2	K市	56,050	8,007	77.8%	22.2%	0.0%	9	5	2	7	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	
3	F市	54,613	4,201	76.5%	23.5%	0.0%	17	10	3	13	0	2	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	
4	全国	127,098,402	9,332	72.3%	24.6%	3.1%	18,881	18,402	311	18,812	1,021	2,475	297	274	565	4,832	136	84	386	586				
5	J市	58,138	5,814	71.4%	28.6%	0.0%	14	10	0	10	1	2	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	
6	C市	117,105	5,855	69.0%	31.0%	0.0%	29	20	0	20	3	3	0	0	3	9	0	0	0	0	0	0	0	
7	E市	91,264	6,084	68.2%	27.3%	4.5%	22	10	5	15	3	0	0	0	3	6	1	0	0	0	0	1	1	
8	G市	47,973	11,993	66.7%	33.3%	0.0%	6	4	0	4	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	
9	沖縄県	1,391,215	6,129	64.5%	32.1%	3.4%	352	210	17	227	19	35	15	17	27	113	9	0	3	12				
10	B市	314,031	10,829	58.0%	30.0%	12.0%	50	23	6	29	3	6	0	3	3	15	3	0	3	6				
11	H市	110,285	9,190	57.1%	38.1%	4.8%	21	12	0	12	1	5	0	1	1	8	1	0	0	0	0	1	1	
12	D市	133,762	9,554	46.7%	50.0%	3.3%	30	14	0	14	3	4	2	0	6	15	1	0	0	0	0	1	1	
13	I市	59,742	9,957	35.3%	58.8%	5.9%	17	6	0	6	1	1	0	7	1	10	1	0	0	0	0	1	1	

※人口(平成21年度版国民健康保険の実態)
※市町村保健師数(H23 沖縄県市町村保健師業務研究会名簿)

(資料13.11) 保険者協議会の活動評価

D ストラクチャー(構造)

① 県内医療保険者の連携体制(事業参加状況)の推移

		H13	H14	H15	H16~H19	H20	H21	H22	H23
		医療費分析事業			保健活動分析事業 ストップザ糖尿病	特定健診特定保健指導等評価支援事業			
県内医療保険者 (51)	保険者数	4	4	7	24	34	34	32	48
	参加割合	7.8%	7.8%	13.7%	47.1%	66.7%	66.7%	62.7%	94.1%

平成23年度の事業参加保険者が48(参加割合94.1%)となり、事業参加保険者の被保険者数合計が県民人口の約8割に達した。

B アウトプット(事業実施量)

② 特定保健指導以外を含めた保健指導実施件数の推移

32市町村分

	成人の保健指導件数				
	老人保健法時代		特定健診・特定保健指導制度		
	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
件数	6,388	9,313	13,315	17,373	25,482
前年度比増加件数	-	2,925	4,002	4,058	8,109

平成23年度特定保健指導等研修会課題提出物より集計

A アウトカム(結果)

③ 糖尿病年齢調整死亡率の都道府県推移

確定版様式4-3を使って評価してみました。

男性										女性									
順位	1975年 昭和50年	1995年 平成7年	2000年 平成12年	2005年 平成17年	2010年 平成22年	順位	1975年 昭和50年	1995年 平成7年	2000年 平成12年	2005年 平成17年	2010年 平成22年								
1	徳島 19.0	徳島 12.5	徳島 11.3	徳島 10.0	徳島 9.0	1	徳島 14.8	徳島 9.2	徳島 6.9	徳島 6.3	徳島 5.2								
2	石川 17.1	石川 12.3	石川 10.2	石川 8.5	石川 7.6	2	徳島 14.1	茨城 8.4	石川 7.8	徳島 6.3	香川 4.6								
3	奈良 16.7	三重 12.1	青森 9.9	山梨 8.7	山梨 8.7	3	石川 13.1	三重 8.2	三重 5.7	三重 5.3	香川 4.4								
4	三重 15.7	大阪 12.0	茨城 9.6	茨城 8.6	茨城 8.6	4	北海道 13.1	千葉 7.6	福島 5.4	茨城 4.8	香川 4.2								
5	滋賀 15.2	三重 11.7	三重 9.4	分 9.3	分 8.5	5	奈良 13.8	奈良 7.8	奈良 5.4	奈良 4.7	茨城 4.2								
6	岩手 14.6	奈良 11.7	福島 8.8	鹿 9.2	手 8.3	6	富山 11.8	和歌山 7.8	愛媛 5.4	北海道 4.6	山口 4.2								
7	大分 14.0	京都 11.6	岡山 8.7	鳥取 9.0	福 8.3	7	大分 11.8	愛媛 7.7	茨城 5.4	大分 4.6	北海道 4.1								
8	北海道 13.9	神奈川 11.6	岡山 9.7	鳥取 8.7	佐 8.3	8	広島 11.5	青森 7.5	大阪 5.0	福 4.4	神奈川 4.1								
9	栃木 13.9	秋田 11.3	茨城 10.8	千葉 8.4	茨城 8.0	9	宮城 11.2	広島 7.5	北海道 7.4	千葉 4.4	青森 4.0								
10	福井 13.8	福島 11.3	静岡県 8.6	香川 8.4	香川 7.8	10	福井 11.2	北海道 7.4	香川 4.7	大分 4.3	埼玉 3.5								
11	和歌山 13.3	富山 11.0	北海道 8.5	福島 8.1	大分 7.6	11	三重 11.2	埼玉 7.4	岐阜 4.3	奈良 4.3	熊本 3.9								
12	兵庫 13.1	東京 10.9	山梨 8.5	岩手 8.0	神奈川 7.6	12	京都 10.8	愛媛 7.4	京都 4.3	埼玉 4.3	鹿児島 3.8								
13	青森 13.0	岡山 10.9	香川 8.5	佐賀 8.0	大分 7.5	13	愛媛 10.6	岩手 7.3	福 4.3	福井 4.3	鹿児島 3.6								
14	東京 12.8	群馬 10.8	福 8.5	東京 7.9	宮城 7.4	14	兵庫 10.6	福 7.2	千葉 4.7	神奈川 4.3	群馬 3.5								
15	茨城 12.8	茨城 10.8	茨城 8.4	鹿児島 7.9	福 7.4	15	愛媛 10.6	大阪 7.1	愛媛 4.7	大分 4.3	埼玉 3.5								
16	徳島 12.8	和歌山 10.8	大分 8.3	群馬 7.8	長崎 7.4	16	神奈川 10.4	東京 7.0	福 4.7	福 4.2	富山 3.5								
17	広島 12.7	石川 10.7	山口 8.2	宮崎 7.7	千葉 7.3	17	和歌山 9.8	富山 6.9	岩手 4.5	山梨 4.1	大分 3.5								
18	富山 12.3	兵庫 10.7	熊本 8.1	北海道 7.6	新潟 7.2	18	静岡 9.7	秋田 6.8	東京 4.5	香川 4.1	兵庫 3.5								
19	京都 12.2	鳥取 10.7	大分 8.1	静岡 7.6	岡山 7.2	19	全 9.6	全 6.8	神 4.5	兵庫 4.0	山梨 3.4								
20	鳥取 12.2	福 10.7	秋田 8.0	大分 7.6	徳島 7.2	20	福井 9.6	石川 6.6	福 4.4	和歌山 4.0	三重 3.4								
21	福岡 12.2	北海道 10.5	宮崎 8.0	福岡 7.6	徳島 7.2	21	大分 9.5	山梨 6.4	福 4.4	福 4.0	福 3.4								
22	愛媛 11.9	広島 10.5	秋 8.0	埼玉 7.4	熊本 7.1	22	長野 9.4	長崎 6.4	山梨 4.3	全 3.9	全 3.4								
23	全 11.7	愛媛 10.3	山梨 7.9	三重 7.4	東京 7.1	23	岐阜 9.4	宮城 6.3	福 4.3	全 3.9	全 3.3								
24	香川 11.3	全 10.3	群馬 7.9	全 7.3	秋田 7.0	24	鹿児島 9.4	神奈川 6.4	山口 4.3	神奈川 3.8	全 3.2								
25	新潟 11.2	山梨 10.3	埼玉 7.9	栃木 7.3	静岡 7.0	25	埼玉 9.3	鳥取 6.3	宮城 4.2	愛媛 3.8	石川 3.2								
26	長崎 11.2	静岡 10.3	宮城 7.8	岡山 7.2	愛媛 6.9	26	茨城 9.2	山口 6.3	神奈川 4.2	愛媛 3.8	広島 3.2								
27	宮城 11.1	秋田 10.3	石川 7.7	宮城 7.0	全 6.7	27	大分 9.1	香川 6.3	福 4.2	熊本 3.8	全 3.1								
28	宮城 10.8	山口 8.9	徳島 7.7	新潟 6.9	長野 6.7	28	鳥取 9.1	鹿児島 6.3	大分 4.2	広島 3.7	福井 3.0								
29	埼玉 10.8	群馬 8.6	兵庫 7.8	石川 6.9	三重 6.7	29	東京 8.8	神奈川 6.3	岡山 4.1	宮城 3.8	岐阜 3.0								
30	神奈川 10.6	埼玉 9.5	広島 7.8	山梨 6.9	兵庫 6.7	30	群馬 8.8	新潟 6.2	広島 4.1	福山 3.6	愛媛 3.0								
31	岐阜 10.6	愛媛 8.5	岩手 7.5	鳥取 6.9	群馬 6.5	31	福岡 8.6	福 6.2	福岡 4.1	石川 3.6	鳥取 3.0								
32	千葉 10.4	鹿児島 8.1	福井 7.4	愛媛 6.9	北海道 6.3	32	宮崎 8.6	大分 6.2	埼玉 4.0	熊本 3.6	福 3.0								
33	兵庫 10.4	愛媛 8.8	愛媛 7.4	愛媛 6.7	熊本 6.3	33	千葉 8.3	福 6.3	福 4.0	福 3.6	宮崎 2.9								
34	鳥取 10.3	大分 8.8	神奈川 7.3	山口 6.7	福井 6.0	34	新潟 8.3	福 6.1	山梨 6.1	山梨 3.3	福 2.9								
35	静岡 10.2	熊本 8.5	和歌山 7.1	和歌山 6.2	山口 5.9	35	秋田 8.3	京都 6.1	新潟 3.8	新潟 3.4	岡山 2.9								
36	山口 10.1	神奈川 8.4	長崎 7.0	福井 6.1	宮崎 5.7	36	香川 8.1	香川 6.1	香川 3.8	岡山 3.4	秋田 2.8								
37	大分 10.0	福 8.4	熊本 7.0	岐阜 6.1	鳥取 5.6	37	山梨 7.9	奈良 6.0	群馬 3.7	鳥取 3.2	新潟 2.8								
38	秋田 9.3	福 8.3	熊本 6.9	愛媛 5.9	愛媛 5.5	38	熊本 7.8	分 5.9	山梨 3.7	熊本 3.2	長野 2.8								
39	群馬 9.3	福 8.3	熊本 6.8	熊本 5.9	石川 5.4	39	長崎 7.8	福 5.8	和歌山 3.7	奈良 3.1	宮崎 2.8								
40	熊本 9.0	福 7.7	京都 6.8	広島 5.8	京都 5.4	40	岡山 7.6	長崎 5.6	山梨 3.6	山口 3.1	山梨 2.7								
41	長野 8.9	福 7.7	新潟 6.7	山梨 5.7	和歌山 5.4	41	熊本 7.6	長野 5.5	長野 3.3	滋賀 2.9	神奈川 2.7								
42	宮崎 8.8	福 7.7	宮崎 6.6	神奈川 5.7	鳥取 5.2	42	福 7.3	愛媛 5.5	熊本 3.3	長崎 2.9	愛媛 2.7								
43	山梨 8.5	長野 7.6	宮城 6.5	長野 5.7	山梨 5.0	43	山口 7.2	岡山 5.4	秋田 3.2	岩手 2.8	長野 2.7								
44	山梨 8.5	岐阜 7.8	岐阜 6.4	長崎 5.7	岐阜 4.9	44	山梨 7.1	香川 5.3	長崎 3.0	京都 2.7	京都 2.6								
45	佐賀 7.7	宮城 7.5	鹿児島 6.0	奈良 5.6	神奈川 4.8	45	鳥取 7.1	鳥取 5.2	宮崎 3.0	鳥取 2.8	愛媛 2.5								
46	福岡 7.6	山梨 7.5	長野 5.6	京都 5.4	広島 4.7	46	神奈川 7.1	宮崎 4.8	鳥取 2.8	愛媛 2.8	大分 2.3								
47	岡山 7.6	佐賀 7.5	滋賀 5.6	岡山 5.4	奈良 4.1	47	高知 6.8	熊本 4.6	鳥取 2.6	宮崎 2.7	愛媛 2.2								
48	神奈川 5.5	鳥取 5.8	鳥取 4.2	秋田 4.7	滋賀 3.5	48	佐賀 5.2	山梨 4.2	熊本 1.8	長崎 2.2	熊本 2.2								

都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省大臣官房統計情報部編)