

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

1 特定健康診査等実施計画について

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

この計画は5年を一期とし、第2期は平成25年度から29年度とし、計画期間の中間年である27年度の実績をもって、評価・見直しを行っていきます。

2 目標値の設定

特定健康診査等基本指針で示された参酌標準に基づいて、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率並びにメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に係る本計画最終年度の目標値を設定し、さらにそれに向けた各年度の目標数値を設定します。

図表 62 特定健診実施率及び特定保健指導実施率の目標値

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健診実施率	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	52%	54%	56%	58%	60%
※メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	—— %	—— %	—— %	—— %	25%

※「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」については、保険者毎の目標値設定はなく平成 29 年度までの全国目標値が設定されており、平成 20 年度の目標設定時と比べたメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率を示しています。

目標値を達成するための取り組みは、次のとおりです。

(1) 特定健診実施率の向上方策（国の定める目標値特定健診実施率 60%）

- 若い世代の実態把握を丁寧に行い、健診の必要性の周知、セルフケア能力の形成、健診を受けやすい体制作りに力を入れる具体的な取り組みを実践していきます。
- 地区毎の受診率を把握し、未受診者台帳を活用することにより、地区担当で責任を持って未受診者訪問を継続して実施していきます。
- 今後レセプトを活用し、通院中の対象者が特定健診未受診であれば、生活習慣病で通院している方が多い医療機関へ直接出向き、受診勧奨をしていただけるように依頼します。また、通院中を理由に特定健診を受診されない方が見受けられるため、特定健診から保健指導までの取り組みを丁寧に説明し、特定健診受診の必要性を理解していただきます。
- 自治会などで、受診勧奨の説明会を継続して実施していきます。

(2) 特定保健指導実施率の向上方策（国の定める目標値特定保健指導実施率 60%）

- 集団健診受診者に対しては、健診結果を郵送配布から対面配布方式に変更し、健診結果を直接説明することにより、保健指導へ繋げていきます。
- 個別健診受診者に対する保健指導実施率をあげるために、集団健診受診者への取組と同様、医療機関との連携を図り、健診結果の対面配布方式による結果の説明を実施していきます。

(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少方策（国の定める減少率 25%）

メタボ該当者・予備群を減少させるためには、健診の項目や健診内容はどういう状態をあらわしているのかといったポピュレーションアプローチ、保健指導の選定方法や優先

順位、効果のある保健指導方法、学習教材の開発等が必要となることから、第2章で述べている取り組みを丁寧に実践していきます。

3 対象者数の見込み

図表 63 特定健診対象者数等の見込み

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健診対象者数	18,000 人	18,000 人	18,000 人	18,000 人	18,000 人
特定健診受診者数	7,200 人	8,100 人	9,000 人	9,900 人	10,800 人
特定保健指導対象者数	1,296 人	1,458 人	1,620 人	1,782 人	1,944 人
特定保健指導実施者数	674 人	787 人	907 人	1,034 人	1,166 人

第1期4年間（平成20年度～平成23年度）における法定報告での特定健診対象者数が、18,000人前後で推移していることから、第2期計画の期間中においても特定健診対象者数を18,000人として、図表62の特定健診目標実施率をもとに、特定健診受診見込み者数を算定しました。

また、特定保健指導対象者（積極的支援・動機づけ支援）についても、第1期4年間（平成20年度～平成23年度）で、特定健診受診者の18%で推移しているため、第2期計画の期間中においても特定保健対象者数を特定健診受診見込み者数の18%として算定しました。さらに、特定保健指導実施見込み者数については、図表62の特定保健指導目標実施率をもとに算定しています。

※法定報告対象者とは、特定健康診査の実施年度中に40～74歳となるもので、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のないもの）。

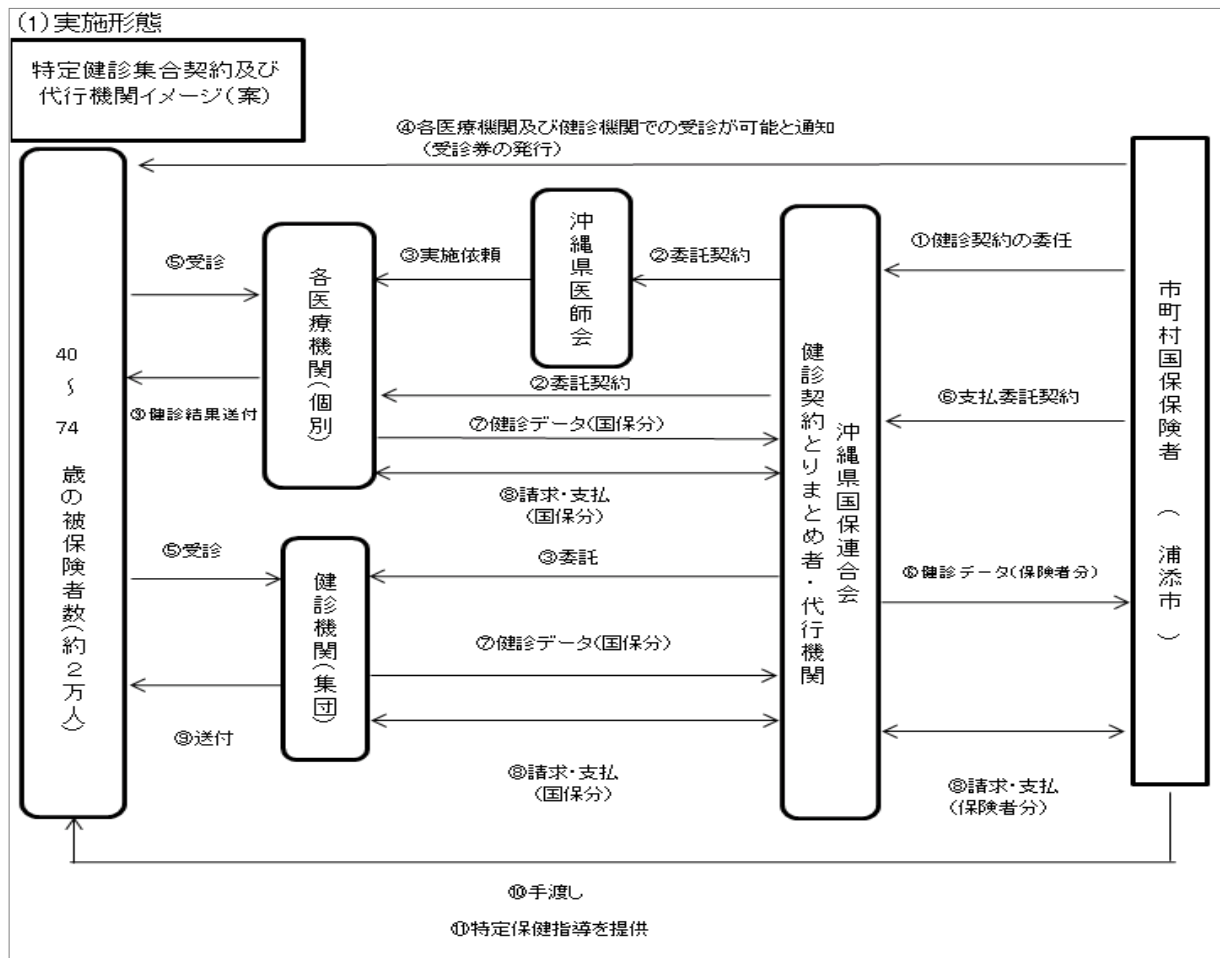
なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示で規定）は、上記対象者から除く（年度途中での妊婦・刑務所入所等は、異動者と同様に、対象者から除外）

4 特定健診の実施

(1) 実施形態

健診は、特定健診実施機関に委託します。県医師会に加入の特定健診実施機関は、とりまとめ機関である県医師会と、代表保険者が集合契約を行います。県医師会加入以外は、直接、特定健診実施機関と代表保険者で集合契約を行います（図表 64）。

図表 64 特定健診の実施形態



(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

(3) 委託契約の方法、契約書の様式

県医師会及び県医師会加入以外に特定健診実施機関と代表保険者が集合契約を行います。委託の範囲は、問診、身体測定、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告（データ作成）です。

契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成しています。

(4) 健診実施方法及び健診実施機関

浦添市では平成 23 年度より特定健診とがん検診を同時に受診できる体制を整え、「総合健診」と称し、以下の方法で実施しています。

個別健診・・・沖縄県市町村代表保険者と沖縄県医師会との集合契約書に記載された医療機関、個別契約を行った医療機関

集団健診・・・平成25年度については、浦添市保健相談センターにて実施

健診実施機関の周知方法として、浦添市 HP・広報等を用いて周知を行います。

(5) 健診委託単価及び自己負担額

平成24年度 健診委託単価

個別健診・・・・・・・・ 6,700 円

集団健診・・・・・・・・ 6,200 円

自己負担額は無料とする。

【具体的な健診項目】(資料編P89 参照)

ア 基本的な健診項目(下線部は沖縄県、二重下線は浦添市独自の健診項目)

質問項目、身体測定(身長、体重、BMI、腹囲)、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液化学検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール)、肝機能検査(GOT、GPT、 γ -GTP)、血糖検査(空腹時または随時)、HbA1c 検査、尿検査(尿糖・尿蛋白・尿潜血)、腎機能検査(血清クレアチニン)、血清尿酸検査、心電図、貧血検査

イ 詳細な健診の項目

眼底検査(前年度の特定健康診査の結果等において、血糖、脂質、血圧、腹囲等の全ての項目について、眼底検査実施の基準に該当した者。)

ウ その他の検査項目(動脈硬化検診)

尿中微量アルブミン検査、75g 糖負荷検査(耐糖能精密検査)、頸動脈エコー検査

(6) 受診券の様式（被保険者証と一体）

図表 65 受診券の様式

国民健康保険 被保険者証		交付年月日 平成25年**月**日 有効期限 平成26年**月**日
記号 国 国 番号 1 2 3 4 5 コクホ タロウ		
氏 名	国保 太郎	
性 別	男	
生 年 月 日	昭和**年**月**日	
資格取得年月日	平成**年**月**日	
世帯主氏名 国保 太郎		
住 所	国市西3丁目14番18号	
保 険 者 番 号	00470000	保険者名 国市
特定健診受診券		
整理番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
受診期間	平成25年**月**日から 平成26年**月**日まで	
特定健診を受けた日	平成	年 月 日



受診券は被保険者証と一体

(7) 代行機関の名称

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

(8) 年間実施スケジュール

- 前年度2月～3月：特定健診集合契約、詳細健診契約準備（4月実施）、受診券送付、動脈硬化検診契約準備（4月実施）
- 4月～翌年3月：特定保健指導準備、特定保健指導実施
- 4月～翌年3月：未受診者対策
- 5月～翌年3月：集団健診準備、健診実施（集団、個別）
- 5月～翌年3月：医療機関への受診勧奨のお願い
- 9月：法定報告準備
- 11月：翌年度予算案作成

(9) 特定健診受診勧奨について

ア 従来からの取組

- ・市の広報誌の利用とホームページへの掲載
- ・電話勧奨（地区担当を決めて勧奨を行う）
- ・未受診者を対象に、はがき送付と戸別訪問
- ・自治会、市民サークルに対しての特定健診説明
- ・対象者への広報用チラシの送付
- ・庁舎ロビー等でのパネル展
- ・健康講演会の開催
- ・関係機関等への普及・協力依頼
（ポスター掲示、のぼり設置、ポケットティッシュ・うちわ等の配布）
- ・職場健診等の把握に努め、そのデータの提供による特定健診受診率向上を図る

- ・自治会表彰の実施
- ・医療機関別特定健診の受診状況の把握を行い、通院中の方に対し、主治医より特定健診の案内をしてもらう様、協力体制をとる
- ・未受診者の職場訪問等の実施を検討

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施します。また、計画期間途中における特定保健指導の実施者見込み数の動向を勘案し、外部委託についても検討します。

確定版様式6-10をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行います。

様式6-10 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート（平成23年度実績）

樣式6-10



(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

平成 25 年度における要保健指導対象者見込み、選定と優先順位・支援方法について、「健診から保健指導実施へのフローチャート（図表 66）」をもとに、図表 67 のとおり試算してみました。

図表 67 要保健指導対象者数の見込み（選定と優先順位・支援方法）

（平成 25 年度における受診率を平成 23 年度受診率 32.5%と同じとして試算）

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機づけ支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応 じて受診勧奨を行う	O 814 人 (11.3%) P 504 人 (7.0%)	利用率 65% 終了率 52%
2	M	情報提供（受診必 要）	◆医療機関を受診する必要性 について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動 が自分で選択できるよう支援	1,296 人 (18.0%)	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例： 健診受診の重要性の普及啓 発）	10,800 人 ※受診率目標 達成までにあ と 3,600 人	——%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	1,656 人 (23.0%)	——%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実 施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬 上の生活習慣病管理料、栄養 食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策としてのレセプトと健 診データの突合・分析	2,930 人 (40.7%)	——%

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から
個々のリスク（特に HbA1c・血糖、LDL コレステロール、血圧等のレベル、eGFR
と尿蛋白の有無）を評価し、必要な保健指導を実施します。

目標に向かっての進捗管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

平成25年度

対象者の計画・実施・評価まで

①未受診者対策

40～59歳の受診率を上げる。

②特定健診

受診率40%を目指す

③健診結果・保健指導

保健指導率52%

実施スケジュール

4月

○電話勧奨の対象者リスト作成
○電話勧奨
○自治会に対する受診勧奨

5月

○はがき送付
○市内医療機関への受診勧奨
○戸別訪問開始

6月

7月

8月

9月

○はがき送付

10月

○戸別一斉訪問

11月

○戸別一斉訪問

12月

○戸別一斉訪問

1月

○はがき送付
○戸別一斉訪問

2月

3月

前年度の集団・個別健診者の保健指導

糖尿病健診受診者への保健指導

保健指導対象者の選定及び保健指導実施までの準備(優先順位・使用する資料等共通理解を図る)

個別健診受診者への保健指導

3～4か月に1回、保健指導対象者名簿作成(優先順位①グループへの保健指導)

前年度の「HbA1c評価表」「血圧評価表」「LDLコレステロール評価表」を作成

集団健診結果返し週間(年5クール予定)

糖尿病健診契約準備
糖尿病健診対象者選定基準

(4) 保健指導従事者の人材確保と資質向上

図表 69 浦添市の特定健診・特定保健指導に従事する

職 種	人 数（正 規 職 員）	人 数（嘱 託 員 又 は 兼 務 員）	合 計
保 健 師	4	3	7
看 護 師	0	5	5
管 理 栄 養 士	1	1	2
事 務 担 当	2	5	7
合 計	7	14	21

（平成24年10月）

平成24年10月末時点における保健師の正規職員数は22人で、衛生部門や介護部門、福祉部門等への配置体制となっており、そのうち約3割にあたる衛生部門の保健師及び嘱託員、国保部門の嘱託員等が特定保健指導を行っています。また、管理栄養士の正規職員は衛生部門と福祉部門に1人ずつ配置されており、衛生部門の管理栄養士と嘱託員が特定保健指導を行っています（図表69）。

なお、保健指導は生活習慣病対策や予防重視の視点から行っており、特定健診受診者全員を対象として、優先順位ごとに保健師・看護師・管理栄養士合わせて14人で行っています。

保健指導従事者一人あたりが担当する人数は、図表66（P58）の健診受診者数6,508人でみると約465人となっており、図表63（P54）において平成29年度の特定健診受診者見込み数10,800人とすると、約23人の専門職の人員体制が必要となっています。今後、健診受診者数の増加に伴い保健指導対象者の増加が見込まれる中、より質が高く効果のある保健指導を継続して行なっていくために、保健師や管理栄養士等の専門職の人員を、外部委託も考慮しつつ適宜確保しながら、保健指導の充実を図っていきます。

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

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

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

(5) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）によると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」としています。

また、評価は①ストラクチャー（構造）、②プロセス（過程）、③アウトプット（事業実施量）、④アウトカム（結果）の4つの観点から行うこととされています。

そのため、保健指導にかかわるスタッフが評価結果を共有でき、必要な改善を行っていくよう、評価表の作成をしていきます。

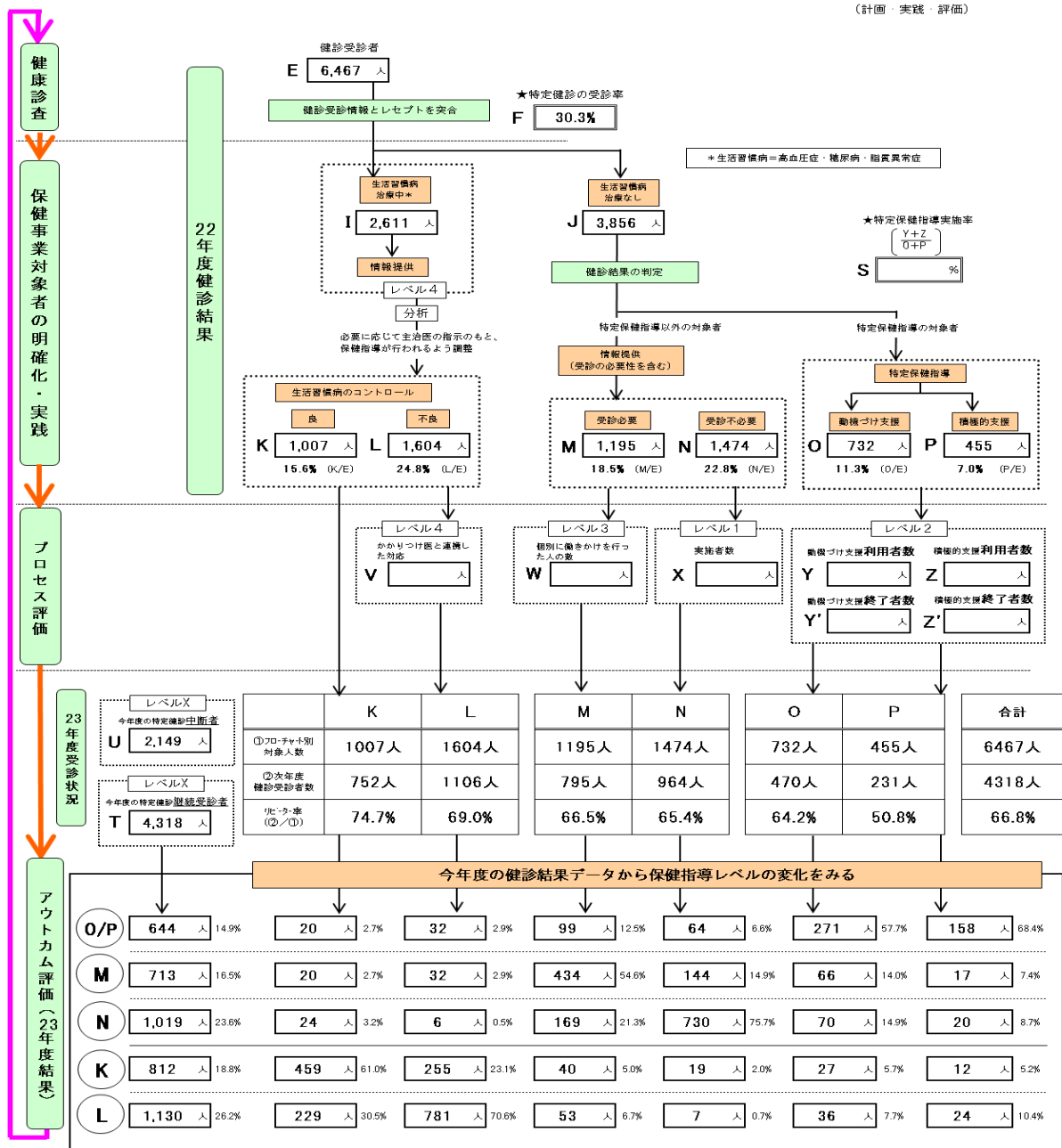
図表 70 糖尿病フローチャートを活用した評価（プロセス評価・アウトカム評価）

22 年度分 健診データ H24年 10 月1日作成

様式6-10 健診から保健指導実施へのフローチャート

様式6-10

（計画・実施・評価）



図表 71 浦添市保健活動の取り組み経過（プロセス評価）

	～平成19年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
経 					