

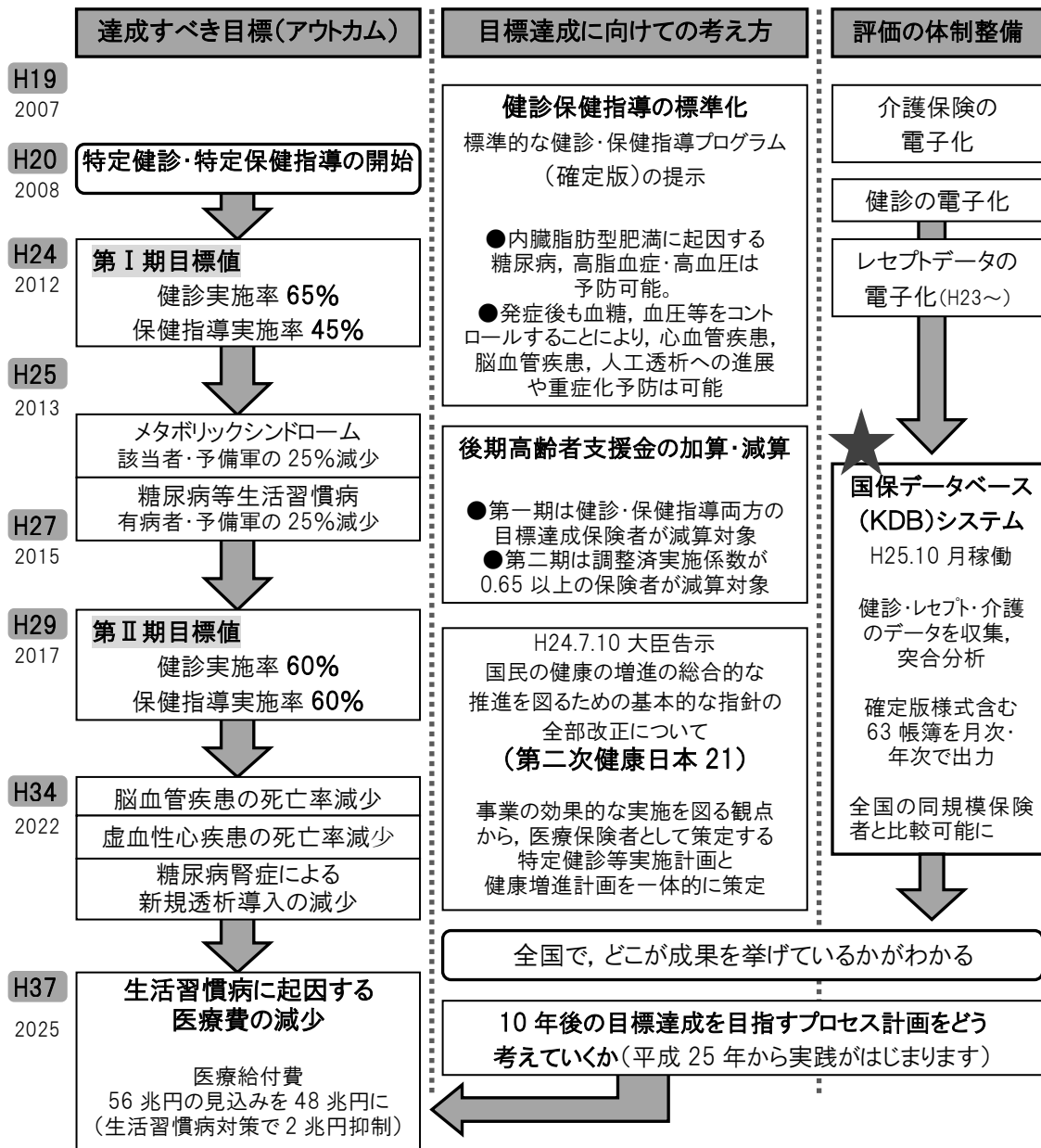
第Ⅳ章 第2期
特定健康診査・特定保健指導実施計画

第IV章 特定健康診査・特定保健指導実施計画

1. 制度の背景について

(1) 医療制度改革の目標達成と評価

医療制度改革の目標達成と評価(第2期に向けての動き)

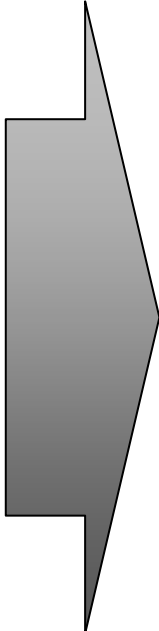


(2) 特定健診の基本的考え方

「特定健康診査等基本指針の改正」(平成 24 年 9 月 28 日 厚生労働省大臣告示)

特定健診は糖尿病等生活習慣病の発症や重症化予防することを目的としてメタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを的確に抽出するために行うものです。

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための 健診・保健指導の基本的な考え方について

	これまでの健診・保健指導		これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、 課題抽出のための分析 	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の 早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した 早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、 理想的な生活習慣に係る 一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健指導に参加した者		健診受診者全員に対し、必要に応じて、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果にのみ 基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測をふまえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともにライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備軍の 25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

**行動変容を
促す手法**

2. 第1期の評価

(1) 前計画の評価

目標の達成状況について、特定健診受診率は未達成、特定保健指導実施率は達成しました。内臓脂肪症候群該当者・予備軍の減少については平成20年度と平成23年を比較すると増加しています。(表1)

表1

	平成20年度	21年度	22年度	23年度	24年度目標
受診率	30%	33.8%	34.6%	34.9%	65%
対象者数	7217人	7244人	7118人	7052人	
受診者数(集団)	2168人	2437人	2427人	2426人	
受診者数(個別)	—	9人	19人	34人	
保健指導実施率	18.4%	53.4%	68.3%	48.5%	45%
内臓脂肪該当者・予備軍の減少率	—	—	—	1.5%増	平成20年度の10%減

① 特定健診受診率

特定健診の受診率は第1期の目標値(65%)を大きく下回り、平成23年度は34.9%でした。集団健診の受診は伸び悩み、個別健診の受診者が非常に少ないのが現状です。平成22年度のアンケート調査の結果では、60歳以上の未受診の理由に「通院しているから」が一番多く、個別健診の受診勧奨と医療機関の協力が重要です。受診率が最も低い40～50歳代の未受診の理由には「忙しいから」「待ち時間が長い」「何ともないから」が多く、健診の意義や重要性を理解していただき受診しやすいような健診体制を整えることが重要です。継続受診者は徐々に増えていますが新規受診者が少なくなっている状況です。(図1) 4年連続受診者は32.7%となっており、1～3年受診者が今後も受診することで目標受診率に近づけることができます。(表2)

新規受診者の健診結果の異常出現率(受診勧奨者)が高い状況を見ると、生活習慣病の重症化予防対象者が潜在的に多くいるものと推測されます。(表3)改めて未受診者対策が重要と考えます。

図1 健診受診者の内訳

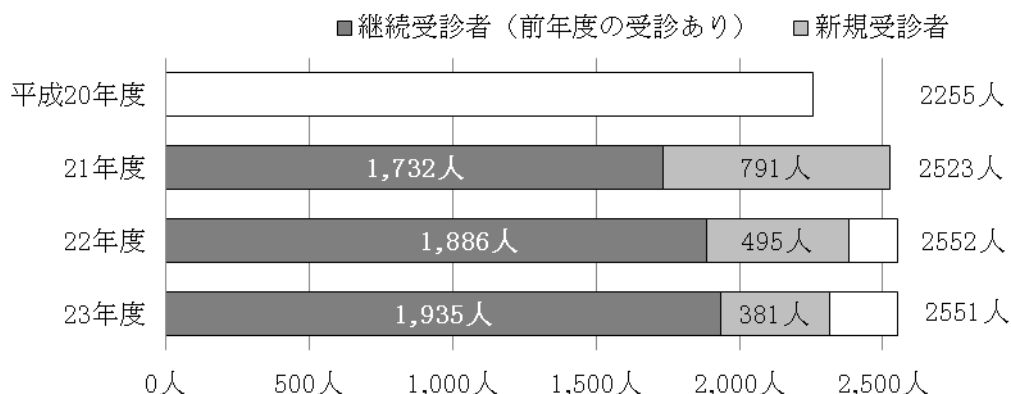


表2

平成20年～23年度 受診者総数	4年連続受診者		3回受診		2回受診		1回のみ受診	
	A	B	C	C/A	D	D/A	E	E/A
3,773	1232	32.7%	713	18.9%	712	18.9%	1,116	29.6%

表3 受診回数別結果

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			全体		継続受診者 過去に1回以上 受診がある者		平成23年度 初めて受診者			
受診者数			2,551人	100.0%	2,170人	85.1%	381人	14.9%		
項目		基準	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
身体の 大きさ	BMI	25以上	674人	26.4%	550人	25.3%	124人	32.5%		
	腹囲	85or90以上	804人	31.5%	650人	30.0%	154人	40.4%		
(動脈硬化の危険因子) 血管が痛む 血管を傷つける	脂内臓	中性脂肪	400以上	20人	0.8%	16人	0.7%	4人	1.0%	
		HDL コレステロール	34以下	48人	1.9%	37人	1.7%	11人	2.9%	
	抵抗性 インスリン	血糖	空腹時 血糖	126以上	73人	5.2%	56人	4.5%	17人	9.8%
			HbA1c	6.5以上	145人	5.7%	107人	4.9%	38人	10.0%
			計		168人	6.6%	126人	5.8%	42人	11.0%
	傷つける 血管を	血圧	収縮期	160以上	69人	2.7%	51人	2.4%	18人	4.7%
拡張期			100以上	43人	1.7%	32人	1.5%	11人	2.9%	
計				90人	3.5%	70人	3.2%	20人	5.2%	
その他の動脈 硬化危険因子	LDL コレステロール	160以上	250人	9.8%	198人	9.1%	52人	13.6%		
腎機能	尿蛋白	2以上	16人	0.6%	11人	0.5%	5人	1.3%		
	eGFR	50or40未滿	56人	2.2%	42人	2.0%	14人	3.9%		
	尿酸	9.0以上	18人	1.6%	13人	1.4%	5人	2.6%		

② 特定保健指導実施率

特定保健指導実施率は第Ⅰ期目標値(平成24年度45%)を2年目で達成して以来、増減はあっても、毎年目標値は超えています。平成23年度は保健指導実施者が確保できなかったため保健指導の実施数が減っています。早急に保健指導が実践できるよう保健師や管理栄養士の人材確保が必要です。(表4)

表4

	H20	H21	H22	H23
保健指導対象者数	343	487	392	390
実施人数	63人	260人	268人	189人
実施率	18.4%	53.4%	68.4%	48.5%
保健指導実施者 (人材確保)	6人	6人	7人	5人

③ 内臓脂肪症候群・予備軍の状況

平成20年度と23年度の該当者の割合を比較すると1.5%増加しています。

該当者の次年度の改善率は予備軍と該当者を含め約2~3割程度です。

しかし全体の毎年の新規受診者に内臓脂肪の蓄積者が多いことが要因と考えられます。また次年度の継続健診受診に結びつかず継続した保健指導が実施できていないことも要因として考えられます。(図2, 3)

図2 メタボリック予備軍の改善状況

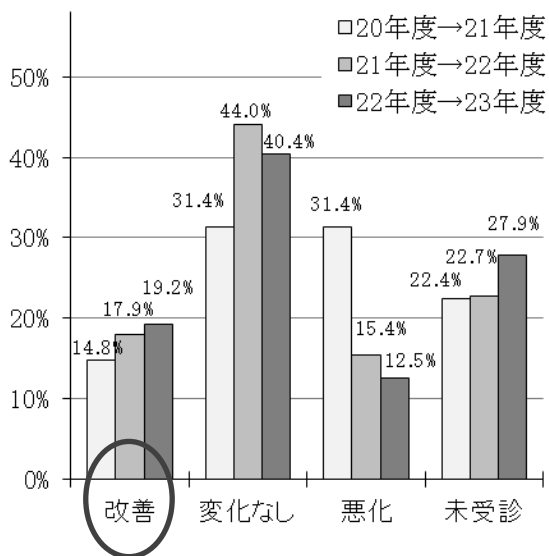
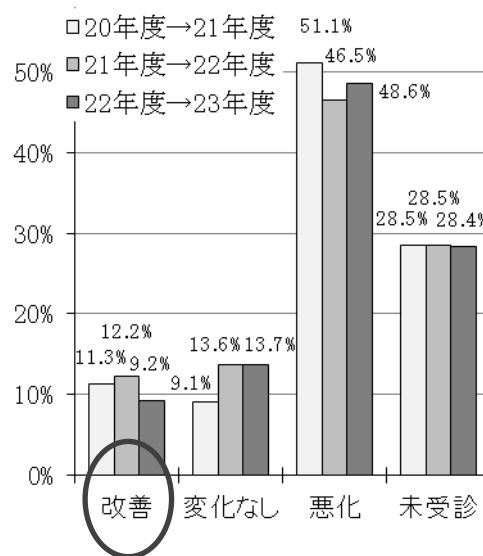


図3 メタボリック該当者の改善状況



(2) 特定健康診査受診者の状況

① 基本健診(詳細健診含む)の状況(p.24～25 表10, p.42 図3・4, p.50 図3)

県内の他市町村と各健診項目の異常出現率を男女別に比較してみると、男性の肥満や高血圧、女性は高 LDL コレステロールが多い状況です。

高血圧や高 LDL コレステロールは受診勧奨レベルにもかかわらず放置している者が多く治療に結びついていない状況にあります。

適切な行動がとれるよう保健指導の充実が必要です。

異常出現率の割合からみると男女とも半数以上が高血糖(HbA1c異常値)で一番多い現状です。その中でも糖尿病を強く疑われる者の治療率の推移をみると半数以下になっています。

また糖尿病治療者の HbA1c の分布図をみると、治療中でもコントロールが不可の者が多く糖尿病の合併症が心配です。合併症予防のためにも食事や運動などの生活習慣の改善に向けた保健指導が重要です。

また男女とも慢性腎臓病(CKD)と考えられる蛋白尿の異常出現率が多い状況です。

糖尿病をはじめ慢性腎臓病(CKD)の治療の基本は食事療法です。管理栄養士による食事指導が実施できるよう体制を整える必要があります。

脳梗塞を引き起こす原因となる心房細動が平成 23 年度は 17 人いました。その異常は心電図の検査を実施することでわかりますが受診者は全体の 6 割となっています。心原性脳梗塞を予防するためにも全ての受診者に心電図検査を実施できるよう体制を整える必要があります。

② 二次健診(頸動脈超音波検査・75g 糖負荷検査・微量アルブミン尿検査)の状況(p.46 表5)

内臓脂肪症候群など心血管病の発症リスクが高い対象者には平成 23 年度から二次健診を実施しています。

平成 23 年度対象者 499 人中 215 人に実施し、受診率 43.1%でした。

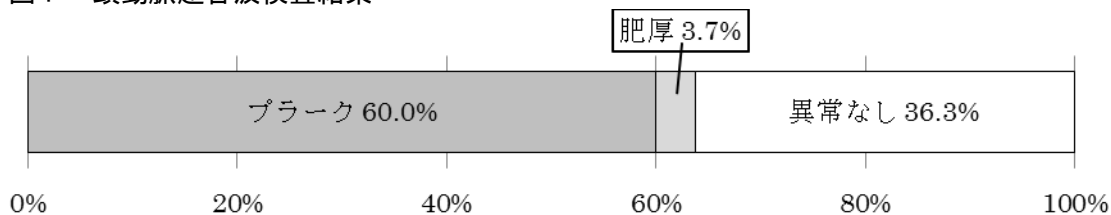
i プラークは受診者の約 6 割に所見が見られました。(p.98 図4)

血圧が高く高血糖ほどプラークや肥厚の所見の割合が明らかに高い状況です。

頸動脈の変化は、脳血管や心臓の冠動脈の変化を反映しており、頸動脈の肥厚や硬化を早期に発見することは、脳・心臓血管障害の予測につながります。

プラークのあった受診者の中では、その後の精密検査にて心筋梗塞や狭心症を発症していることが判明し治療に結びつき命を守ることができました。

図4 頸動脈超音波検査結果

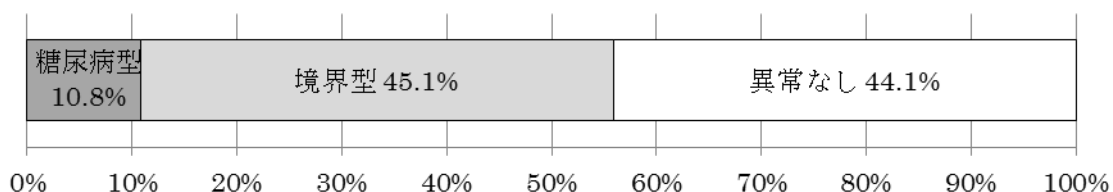


ii 75g 糖負荷検査は受診者の 6 割弱に異常所見がみられました。(図5)

糖尿病型は約 1 割, 境界型は 45%の状況です。

検査時にインスリン測定も含めて実施しています。特に内臓脂肪が過剰に蓄積すると、血液中の糖を処理するインスリンの働きが徐々に低下します。インスリンの効きが悪く、血液中の糖がうまく細胞の中に取り込まれず、血液中に溜まった状態を「インスリン抵抗性」といい、正常な血糖を維持するために、血液中のインスリンが多く分泌される(高インスリン)状態が続きます。高インスリン状態は血管障害(内皮障害)を引き起こします。

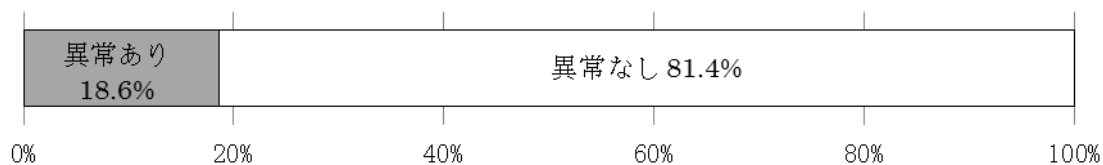
図5 75g 糖負荷検査結果



iii 微量アルブミン尿は受診者の約 2 割に所見が見られました。(図6)

高血糖と高血圧のリスクを併せ持っている方の半数がアルブミン尿異常所見となり多い状況です。人工透析者の実態からも高血圧と糖尿病の組み合わせは特に腎臓の血管を傷めている状況が分かります。糖尿病性腎症の早期診断だけでなく、全身的な血管障害(特に血管内皮障害)を反映しています。

図6 微量アルブミン尿検査異常者の割合

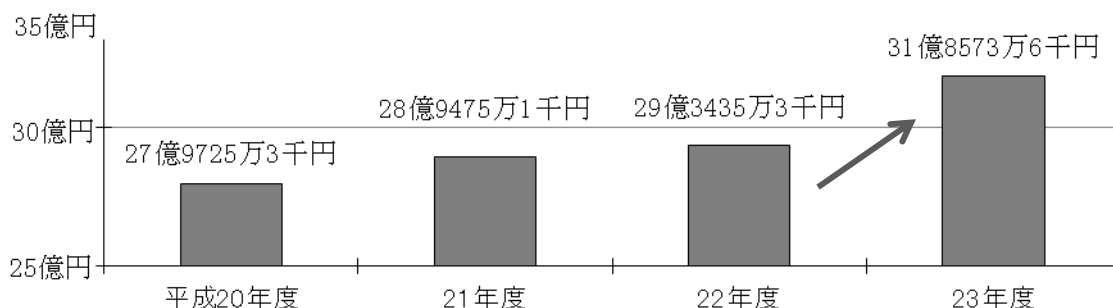


3. 保険者の特徴 (p.13 表1)

潮来市は、国や県と比較して国保加入率が 37.6%と高い現状です。医療費は国と比較すると低い状況ですが、県と比較すると一般は高く、退職者は低い状況です。

平成 20 年度からの医療費の推移をみると毎年伸びています。高齢化に伴い増加は見込まれていましたが、平成 23 年度は東関東大震災による被災地医療費無料制度に伴い急激な増加が見られました。ストレスをきっかけに発病した疾患と無料のうちに受診しておこうという思いが医療費増加にも関与したことがうかがえます。(図1)

図1 医療費の推移



生活習慣病の治療状況をみると、高血圧は高齢になるにつれ受診者の増加が明らかです。糖尿病は 39 歳以下の受診では高血圧より多い状況です。高血圧や糖尿病は塩分や糖分などの食習慣が大きくかわる生活習慣病です。また高血圧や糖尿病は動脈硬化の因子として重要です。放置した結果、虚血性心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患の発症につながりますが、50 歳代 60 歳代で急増しています。特定健診・保健指導は 40 歳からになっていますが予防するためにはもっと早い段階からの健診・保健指導が重要と考えます。(表1)

表1 高血圧・糖尿病・循環器疾患における診療件数の状況

年代	～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～64 歳	65～69 歳	70～74 歳
高血圧	3	51	192	358	431	470
糖尿病	13	16	49	89	99	93
虚血性心疾患	3	1	9	35	39	39
脳梗塞	0	0	11	21	14	39
脳内出血	0	2	5	4	6	2




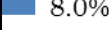
平成 24 年 5 月診療(入院+入院外)

また、生活習慣病の中でも糖尿病や循環器疾患は高額な医療を必要とします。高額医療の状況をみると370件中、糖尿病7件、循環器疾患106件でした。1件当たりの医療費をみると糖尿病は約100万円、循環器疾患は約90～170万円です。循環器疾患に至った基礎疾患としては約8割の方が高血圧が一番多い状況でした。次いで糖尿病、脂質異常症です。(表2, 3)

表2 高額医療の状況(平成24年1月～12月 80万円以上/月)

全体			件数	医療費	1件当たり医療費
			370件	513,919,590円	約140万円
原因疾患	糖尿病	糖尿病	7件	7,002,530円	約100万円
	循環器疾患	虚血性心疾患	28件	47,472,620円	約170万円
		脳血管疾患	74件	91,353,060円	約120万円
		閉塞性動脈硬化症	1件	902,750円	約90万円
		※心房細動	3件	5,268,000円	約170万円
	その他	がんや整形疾患等	257件	361,920,630円	約140万円

表3 循環器疾患(106件)に至る原因となった基礎疾患

基礎疾患	件数	割合	
高血圧	89件	78.8%	 78.8%
糖尿病	54件	47.8%	 47.8%
脂質代謝異常症	32件	28.3%	 28.3%
高尿酸	9件	8.0%	 8.0%

循環器疾患の方の健診受診状況をみると受診していたのは22名でした。循環器疾患を発症する以前の健診結果をみると、内臓脂肪の蓄積や高血圧、高血糖などの問題を抱える内臓脂肪症候群・予備群の方が多くいた状況でした。また健診を受けているといっても中断している方が多く中には10年以上も受診せず循環器疾患を発症してしまった事例もあります。健診後の事後フォローを充実する必要があります。

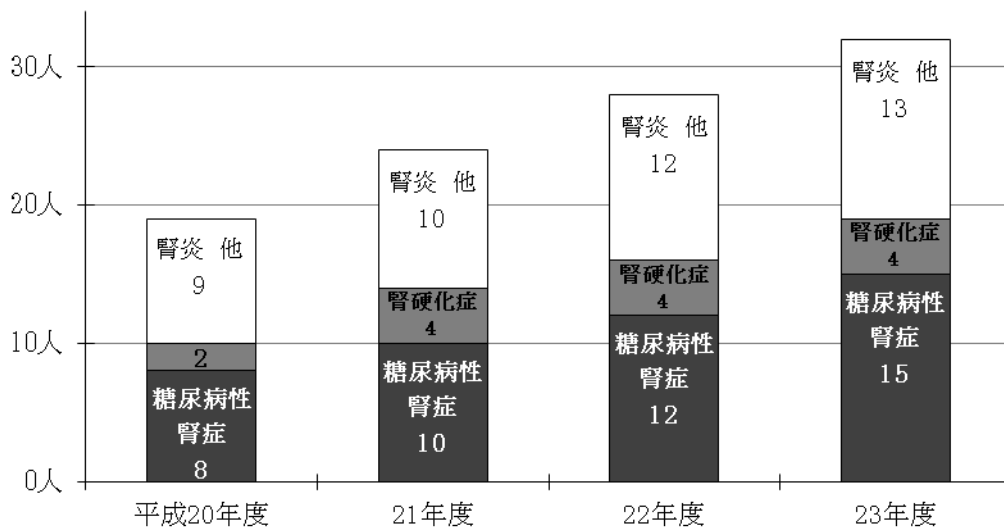
年代をみると60歳後半が多く、老化現象が加わり重症化しやすい状況だったと考えます。しかし中には40歳代と若くして発症していることを考えると早い段階での健診・保健指導の充実を図っていく必要があります。(表4)

表4 高額医療の循環器疾患患者の健診受診状況

最終健診受診状況		循環器疾患発症者		受診者数	有所見状況	治療状況				健診結果有所見状況										
						高血圧	糖尿病	脂質異常症	心臓病	脳卒中	内臓脂肪の蓄積			血管を傷つける因子			臓器の状況			喫煙
											内臓脂肪	中性脂肪	HDL	尿酸	血圧	血糖	LDL	(心電図)	(心臓)	
				22人	人数	12				16			4	15	12	9	5	12	9	
					割合	54.5%				72.7%			18.2%	68.2%	45.5%	40.9%	22.7%	54.5%	40.9%	
発症年齢	性別	最終受診歴	年齢	虚血性心疾患発症者																
1	67	男	H24	67	●		●	●		○					○	○			有	
2	70	女	H24	70				●										○		
3	67	男	H24	67	●		●	●		○			○		○			未	○	有
4	68	男	H24	68	●		●	●			○			○	○			○		有
5	66	女	H24	66	●		●	●		○				○						
6	70	男	H23	69			●				○			○	○					有
7	71	男	H23	70											○					有
8	71	男	H23	70								○		○		○	○	○		
9	73	女	H23	72	●	●	●							○		○			○	
10	70	男	H20	66	●									○		○	○	○	○	有
11	73	男	H22	71				●		○	○	○	○	○	○				○	
12	62	男	H18	56						○				○						有
13	64	女	H13	53						○				○					○	
14	64	女	H13	53						○				○					○	
発症年齢	性別	最終受診歴	年齢	脳梗塞発症者																
1	75	男	H24	75						○				○	○				○	有
2	72	女	H23	71	●	●				○				○	○	○			○	
3	66	女	H23	65										○				○		
4	69	男	H23	68							○		○		○	○			○	
5	70	男	H23	69	●	●					○				○	○			○	
発症年齢	性別	最終受診歴	年齢	くも膜下出血(脳動脈瘤含む)発症者																
1	73	女	H24	73										○		○		未		
2	66	女	H24	66	●						○				○			○		
3	42	男	H21	38						○	○		○	○	○	○				有

また、高額な医療を必要とする疾患として人工透析の問題は大きいです。人工透析は長期にわたっての医療費負担として重大です。月約40万円の医療費が一生続き、平成23年度末現在の国保の方では19名が人工透析中で年間約1億円を必要としています。新規人工透析者の原因疾患の半数以上が糖尿病性腎症であり健診未受診者でした。(図2)糖尿病に高血圧を合併することで急速に腎機能低下に至っている状況です。

図2 潮来市人工透析患者の推移 (国保・後期高齢加入者・生保分)



現在透析を実施している方(国保加入者)で、糖尿病性腎症が原因となった人については、潮来市での健康診査を受診していた人は2人のみでした。内1人は初めて健診を受診した時は既に、すぐに透析導入しなければならない状態でした。つまり、健診の未受診対策が重要な課題です。

表5 人工透析の原因

(平成20年度～平成23年度 新規透析導入者：国保分)

	交付年度	導入年齢	導入時の保険	国保加入状況	健診受診の有無	原因疾患			糖尿病の再掲			閉塞性動脈硬化症	高血圧	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患	
						糖尿病性	腎硬化	その他	疾患名	インスリン治療	神経障害						網膜症
1	H22	44	国保		有(H17・H19のみ)	○			糖尿病性腎症								
2	H20	46	国保		無	○			糖尿病性腎症				○				
3	H22	46	国保		無	○			糖尿病性腎症			○	○		○	○	
4	H21	52	国保	H9～	無	○			糖尿病性腎症		○		○				
5	H20	54	国保	H9～	無	○			糖尿病性腎症				○				
6	H21	54	国保	H10～	無	○			糖尿病性腎症		○	○	○	○	○		
7	H20	55	国保		無	○			糖尿病性腎症								
8	H23	58	国保		無	○			糖尿病性腎症				○	○			
9	H23	70	国保		無	○			糖尿病性腎症			○			○		
10	H23	70	国保		有(H22のみ)	○			糖尿病性腎症				○		○		
11	H21	65	国保	S56～	無		○		高血圧性腎症								
12	H21	61	社保	H21～	無		○		腎硬化症				○	○	○		
13	H20	51	国保		無			○	慢性糸球体腎炎				○				
14	H21	63	国保	H13～	無			○	慢性糸球体腎炎								
15	H22	73	国保		無			○	慢性糸球体腎炎				○		○		
16	H23	44	社保	H23～	無			○	慢性腎炎								
17	H22	58	社保	H22～	無			○	その他								
18	H20	72	国保		無			○	不詳								

今後さらに現在の高齢者を支える若い世代の健康問題が潮来市国民健康保険の健全維持に大きく影響すると考えます。まずは若い世代から健診を受け、健診結果から自分の健康状態を理解し早期から生活習慣病の発症予防・重症化予防に取り組んでいける体制を整えることが最重要課題です。

4. 特定健康診査等実施計画

この計画は、国の定める特定健康診査基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり背策の方向性、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1期として、第2期は平成25年度から29年度としています。

(1) 目標値の設定

糖尿病等生活習慣病予防のための健診や重症化予防のための医療も受診していない状況により早世・障害をもたらしている実態から、第一に健診を受診していただき健診結果から健康状態を把握し、健診結果から生活習慣病の重症化予防を最優先に保健指導を実施します。結果、医療費の適正化、特に生活習慣病での入院治療の抑制を図ります。その実現に向けて以下を目標とします。(表1)

表1

	平成25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
特定健診受診率	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	50%	55%	60%	65%	70%

第1期では特定健診等の実施の成果に係る目標について、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少を10%以上とすることと設定されていましたが、基本指針の改正(平成24年9月28日厚生労働大臣告示)では、

平成29年度において平成20年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を25%以上とすること。

各保険者は当該数値を必ずしも目標として設定する必要はないが、特定健康診査等の対象者におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の構成割合や減少率を基に、各保険者において、特定健康診査等の効果の検証や効果的な対策等を行うことは重要であることから、各保険者がこれらの数値を把握し、保健事業に活用することは望ましい。

とされました。目標設定は行いませんが、該当者及び予備群の構成割合や減少率を把握し、保健事業評価に活用していきます。

(2) 対象者の見込み

表2

	平成25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
特定健康診査診査対象者数	7601人	7480人	7293人	7079人	6871人
特定保健指導対象者数	418人	411人	401人	389人	378人

(3) 未受診者対策

① 受診したくなる特定健康診査の広報

i 特定健診周知の広報

- ・国、県や国保連等の広報紙等を活用した特定健診の広域的な受診勧奨をする。
- ・行政無線、市ホームページ、区長回覧等を活用した特定健診の広域的な受診勧奨をする。
- ・市役所保険年金課やかすみ保健福祉センター窓口等での受診勧奨チラシを配布する。
- ・各種公共機関に受診勧奨チラシを設置する。
- ・健康づくり推進委員等との連携による自治会ごとの受診勧奨をする。
- ・各種団体・事業所等と連携した受診勧奨をする。
- ・福祉・教育関連の保護者向けに受診勧奨チラシを配布する。
- ・受診経験者等を重点に置いた電話や個別訪問による受診勧奨をする。
- ・受診勧奨チラシに各種がん検診等を記載する。

ii 受診券の送付

- ・すべての受診対象者へ特定健診の受診券を個別に送付する。
- ・受診券は集団健診と個別健診のどちらにも使用できるようにする。
- ・受診券送付時に特定健診勧奨チラシを同封する。

iii 追加集団健診の案内

- ・未受診者に対して追加集団健診の案内ハガキを再度個別に送付し受診勧奨をする。
- ・40代、50代限定の受診日を設け、受診勧奨をする。

iv 市内協力医療機関からの受診勧奨

- ・市内協力医療機関に特定健診の受診勧奨を依頼する。
- ・市内協力医療機関内に受診勧奨ポスターの掲示を依頼する。

② 受診しやすい特定健康診査体制の整備

i 健診方法の選択性に関すること

集団健診と個別健診(医療機関健診)を組み合わせを行い受診機会を拡大する。

ア.集団健診

- ・集団健診は毎年7月に実施する。
- ・集団健診未受診者を対象に追加の集団健診を実施する。
- ・食生活改善推進員との連携による集団健診時の減塩料理等の試食会を実施する。
- ・受診がスムーズに進むような工夫をする。

イ.個別健診

- ・県医師会との集合契約による参加医療機関での年間を通じた個別健診を実施する。
- ・個別健診については、毎年度ごとに茨城県医師会との集合契約を締結する。

ii 集団健診の健診項目の充実に関すること

- ・特定健診の基本検査項目の他に追加検査項目(心電図・眼底・貧血)を実施する。
- ・受診者の利便性を考慮し、がん検診、肝炎ウイルス検診等も同時に実施する。

iii 集団健診の実施日に関すること

- ・集団健診は事前に健診日や会場を決定し周知する。
- ・働く世代に配慮した日曜日の健診の実施の増やす。
- ・未受診者に配慮した追加の集団健診日を設定する。
- ・年齢を限定した健診日を設定する。

iv 集団健診及び個別健診の会場に関すること

ア.集団健診は市民の利便性を考え、次の6会場を実施する。また、会場内の利便性を常に工夫する。

- ・かすみ保健福祉センター ・潮来保健センター ・潮来公民館
- ・延方公民館 ・大生原公民館 ・中央公民館(日の出)

イ.個別健診は県医師会との集合契約参加医療機関で実施する。

市内医療機関は次のとおりである。(平成24年度現在)

- ・飯島内科 ・大久保診療所 ・久保医院 ・仲沢医院 ・延方クリニック

v 集団健診及び個別健診の料金に関すること

- ・集団健診の自己負担は無料とする。
- ・県医師会との集合契約による個別健診の自己負担 500円とする。
- ・集団健診での追加検査項目(心電図・眼底・貧血)は自己負担(3項目セット1,700円)とする。ただし、無料となるよう継続的に検討する。
- ・医師の判断による詳細な検査項目(心電図・眼底・貧血)は無料とする。

vi 集団健診の健診結果説明会の開催に関すること

- ・健診結果には過去の健診結果も記載して比較検討ができるようにする。
- ・集団健診を実施した場合、健診結果説明会を開催
- ・健診結果説明会の内容をマンネリ化しないような工夫
- ・健診結果書は原則として結果説明会で配布
ただし、説明会不参加の人には郵送等で送付する。
- ・「私の健康記録」ファイルを配布し、各自が経年的に健診結果を保管することで、受診自覚を意識化させる。

③ 未受診者をなくすための特定健康診査未受診者の分析と活用

i 未受診者の特性に関する調査・研究に関すること

- ・未受診者の未受診の理由を把握する。
- ・未受診者の特性に応じた未受診者リストの作成・活用をする。
- ・未受診者の疾病に係るレセプト分析をする。
- ・未受診者の高額医療費(人工透析等)に係るレセプト分析をする。
- ・未受診者の生活習慣病の重症化や死亡確率の調査をする。
- ・受診歴が全くない世帯を分析し、重点的に受診勧奨をする。

ii 未受診者に対する分析結果を生かした特定健康診査の改善

- ・健診事前学習会や訪問勧奨時に受診勧奨チラシを使用する。
- ・未受診者の特性に応じて文書・電話・個別訪問等による受診勧奨をする。
- ・調査結果を活用した受診勧奨チラシ等を作成し配布をする。
- ・年齢を考慮した受診勧奨をする。(40歳時の受診勧奨)
- ・世帯に応じた受診勧奨をする。(未受診の一人世帯の重点化)

iii 他の健診結果や医療機関のデータの受領に関すること

- ・人間ドック等の健診結果を受領できるように検討する。
- ・商工会や農協等の事業所における健診結果を受領できるように検討する。

iv 保健指導でかかわった世帯への働きかけ

- ・保健指導でかかわった世帯に未受診者がいた場合は受診勧奨を徹底する。
- ・健診結果で重症レベルの者が次年度未受診の場合は放置せず、健康の自己管理するための健診の重要性の理解を図り継続した健診受診を勧める。

(4) 特定健診等の実施

① 対象者

法定に基づき潮来市国民健康保険被保険者のうち 40～74 歳となる者とします。
* 潮来市国民健康保険被保険者のうち 19～39 歳に対しては、健康増進法に基づく市独自の生活習慣病予防健康診査にて対応します。

② 健診の内容(実施項目)

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とするものを抽出する健診項目とします。

i 基本的な健診の項目

- ・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 ・血中脂質検査(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(AST, ALT, γ -GT) ・血糖検査(空腹時血糖, HbA1c検査)
- ・尿検査(尿糖, 尿たんぱく)

[独自導入項目]

- ・腎機能検査(血清クレアチニン, 血清クレアチニンから算出した eGFR, 尿潜血)
- ・血清尿酸検査(男性のみ) ※女性にも導入できるよう検討する。

ii 詳細な健診

- ・心電図検査, 眼底検査, 貧血検査(赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値)について省令に基づいた者へ実施します。
心電図は, 虚血性心疾患や心原性脳梗塞のハイリスク者を把握するために役立つため基本健診の項目に導入できるよう検討します。
- ・75g糖負荷検査頸動脈・超音波検査・微量アルブミン尿検査について独自の二次健診として実施しています。対象者は生活習慣病未治療者で心血管疾患のハイリスク者等へ実施します。さらに予防効果の高い詳細検査項目の導入を検討します。

③ 健診の実施形態と方法

第1期に引き続き集団健診を主体に実施します。7月に保健センターや各地区公民館等を活用し集中的に実施し, 7月中に受診できなかった方に対し未受診者健診を実施します。また医療機関と連携により受療者を主体とした個別健診を実施します。

[集団健診実施機関] 茨城県総合健診協会(本部住所:茨城県水戸市笠原町 489-5)

④ 委託契約の方法

集団健診機関との委託は個別契約, また個別健診は茨城県医師会との集合契約とし国から示された標準的な契約書に基づき契約を行います。

⑤ 健診の案内・周知方法

集団健診(個別健診)の受診券を個別送付します。
広報紙やホームページ, 防災無線等を活用します。

⑥ 年間実施スケジュール

- 4月 健診対象者の抽出
- 6月 受診券の発行
- 7月 特定健診の実施
- 8月 健診データの結果取得 → 保健指導対象者の抽出
健診結果説明会の実施
- 9月 保健指導の開始
- 3月 特定健診受診終了

(5) 特定保健指導等の実施

特定保健指導は, 内臓脂肪型肥満に着目し, その要因になっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより, 対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持できるようにすることを通じて, 糖尿病等の生活習慣病の予防を目的としています。

しかしながら, 潮来市の実態から生活習慣病の重症化予防, 特に脳血管疾患予防が重要課題です。そのため, 未受診の高血圧者を中心とした心血管疾患ハイリスク者に対して優先的に保健指導を実践します。

具体的な保健指導のプロセスについては, 資料として巻末に記載します。

5. 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

(1) 特定健診・保健指導のデータの形式

国が示した電子的標準様式により、電子データでの送受信を原則とします。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低 5 年間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までですが、保存期間の満了後は、保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど、加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行います。

6. 結果の報告

高齢者医療法第 142 条に規定されています。

実績報告については、特定健康診査等データ管理システム(国保連合会システム)から実績報告用データを作成し翌年度 11 月 1 日までに報告いたします。

7. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画の趣旨の普及啓発について、市ホームページの掲載、各種通知や保健事業等の実施機会に合わせて啓発パンフレット等の配布を行い公表・周知します。

8. 資料

高血圧の保健指導計画

(1) 保健指導の基本的考え方

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患、慢性心不全などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、日本人の循環器疾患の発症や死亡に対して大きな人口寄与危険割合を示し、他の危険因子と比べるとその影響は大きいものがあります。また、至適血圧と高血圧の間の領域（正常高値血圧と正常血圧）の循環器疾患発症数への寄与も非常に大きいことが示されています。

血圧測定の意義について、日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン 2009」では、

- ① 高血圧と診断するには、正しい血圧測定が必要である。診察室血圧は今日なお、高血圧診療のスタンダードとされているが、さまざまな点で、その臨床的価値に疑問が投げかけられている。問題は指針に従った血圧測定が、健診や診療の現場でめったに行われないことにある。そして多くの場合、測定精度は軽視、あるいは無視されている。
- ② 本邦における家庭血圧測定の普及は著しい。家庭血圧の測定は、患者の治療継続率を改善するとともに、降圧薬治療による過剰な降圧、あるいは不十分な降圧を評価するのに役立つ。家庭血圧測定の医療経済効果はきわめて高いことが報告されている。
- ③ 本ガイドラインでは測定者がすべての測定値を記録することを強く推奨する。

高血圧の保健指導においては、血圧値を入り口として、

- 脳・心臓・腎臓などの生きていく上重要な臓器を守るために、血管の中を、血液がある一定の圧で常に一定量流れているという仕組みが大切であることを理解してもらうこと。
- 血圧の基準値は一人一人違うので、今の自分の値がどの段階にあるかを確認してもらうこと。
- 血圧の上がる原因は、個々人の生活習慣以外の社会的・遺伝的要因も影響してくることを、保健指導を実施する保健師・栄養士が正しく理解し、生活習慣改善を押し付けることなく、対象者主体の保健指導を行うことで、自己管理ができるよう支援し続けること。

を目的とします。そのことが対象者の生活の質の低下を防ぎ、ひいては医療費や介護費の適正化に寄与すると考えるからです。

(2) 保健指導の目標設定

「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」の目標は、「収縮期血圧の平均値の低下」とありますが、地域、職業、経済力、世帯構成等による健康状態やその要因となる生活習慣の差(健康格差)があることから、全てを平均した指標を用いるのではなく、人々が生きがいをもって自らの健康づくりに取り組むことができるよう、「収縮期血圧の平均値の低下」を改め、「Ⅱ度高血圧以上(収縮期160以上拡張期100以上)の者の減少を目指す」とします。

(3) 保健指導の目標達成のための対象者の明確化

① 健診受診者の血圧の状況を見る

脳・心血管疾患の減少を目指すために、科学的根拠に基づく課題設定、保健指導対象者の抽出を行います。標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)p48「別紙5 健診検査項目の健診判定値」、関連する下記学会のガイドライン

- ・動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版
- ・脳卒中治療ガイドライン 2009
- ・高血圧治療ガイドライン 2009

を基本に保健指導の対象となる方がどのくらいいるかを見ます。

i 保健指導の対象となる人を血圧の状況(治療・未治療別)でみる

まず、未治療にある高血圧者の課題解決を優先に考えます。未治療者の解決が進み、医療機関と連携がとれる条件が整っている場合は、次に降圧治療中の血圧コントロール不良者の解決を考えます。

表1 治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H21	621	24.6%	209	33.7%	171	27.5%	206	33.2%	30	4.8%	5	0.8%
	H22	711	27.9%	240	33.8%	241	33.9%	202	28.4%	25	3.5%	3	0.4%
	H23	712	27.9%	285	40.0%	211	29.6%	179	25.1%	29	4.1%	8	1.1%
治療なし	H21	1,902	75.4%	1,128	59.3%	368	19.3%	308	16.2%	68	3.6%	30	1.6%
	H22	1,841	72.1%	1,156	62.8%	361	19.6%	255	13.9%	61	3.3%	8	0.4%
	H23	1,839	72.1%	1,180	64.2%	369	20.1%	237	12.9%	38	2.1%	15	0.8%

ii 優先すべき対象者を明確にする

保健指導対象者は、訪問しやすい人、保健師・栄養士のその時々で決めるものではありません。

血管を守るために、血圧値だけでなく他のリスクの有無も考慮し、重症化しやすい対象者を選定していきます。降圧治療のない者について、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化を行い、高血圧治療ガイドライン 2009 を根拠に、リスクに基づく優先順位を考えます。

【血圧以外の心血管病の危険因子】

ア.65 歳以上

イ.喫煙

ウ.脂質異常症

低 HDL コレステロール血症 (<40mg/dL)

高 LDL コレステロール血症 (≥140mg/dL)

高トリグリセライド血症 (≥150mg/dL)

エ.肥満 (BMI ≥25, または腹囲 男 85cm, 女 90cm 以上)

オ.メタボリックシンドローム

予防的な観点から以下のように定義する。

正常高値以上の血圧レベルと腹部肥満 (男性 85cm 以上, 女性 90cm 以上) に加え、血糖値異常 (空腹時血糖 110-125mg/dL, かつ/または糖尿病に至らない耐糖能異常), あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの

カ.糖尿病 糖尿病治療中, 空腹時血糖 ≥126mg/dL または HbA1c6.1 以上

キ.CKD 蛋白尿, eGFR<60mL/分/1.73m²

グループ	血圧レベル	血圧以外の心血管病の危険因子
優先順位①	Ⅱ度高血圧以上	
優先順位②	I度高血圧	糖尿病または CKD または「ア」～「オ」の危険因子 3 個以上
優先順位③	I度高血圧	「ア」～「オ」の危険因子 1～2 個
	正常高値血圧	糖尿病または CKD または「ア」～「オ」の危険因子 3 個以上
優先順位④	I度高血圧	「ア」～「オ」の危険因子なし
	正常高値血圧	「ア」～「オ」の危険因子 1～2 個

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

平成23年度特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	リスクなし	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 /~79	120~ 129 /80~84	130~ 139 /85~89	140~ 159 /90~99	160~ 179 /100~ 109	180以上 /110以上					3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療
1,842		761	419	370	239	38	15	1,230	23	318	271	
		41.3%	22.7%	20.1%	13.0%	2.1%	0.8%	66.8%	1.2%	17.3%	14.7%	
リスク第1層 危険因子がない	332	195	61	50	23	3	0	306	23	3	0	
	18.0%	25.6%	14.6%	13.5%	9.6%	7.9%	0.0%	24.9%	100%	0.9%	0.0%	
リスク第2層 糖尿病以外の 1~2個の危険因子	989	416	234	194	121	16	8	650	--	315	24	
	53.7%	54.7%	55.8%	52.4%	50.6%	42.1%	53.3%	52.8%	--	99.1%	8.9%	
リスク第3層	521	150	124	126	95	19	7	274	--	--	247	
	28.3%	19.7%	29.6%	34.1%	39.7%	50.0%	46.7%	22.3%	--	--	91.1%	
再掲 重複あり	糖尿病	145	38	43	37	20	5	2	正常高値血圧の高リスク群では生活習慣の修正から開始し、目標血圧に達しない場合に降圧薬治療を考慮する			
	27.8%	25.3%	34.7%	29.4%	21.1%	26.3%	28.6%					
慢性腎臓病 (CKD)	199	67	52	39	32	4	5					
	38.2%	44.7%	41.9%	31.0%	33.7%	21.1%	71.4%					
3個以上の危険因子	236	63	51	4	50	8	4					
	45.3%	42.0%	41.1%	47.6%	52.6%	42.1%	57.1%					

(参考) 高血圧治療ガイドライン2009 日本高血圧学会

優先順位別対象者			
①	②	③	④
53	95	247	217
2.9%	5.2%	13.4%	11.8%

*リスク第2層のメタボリックシンドロームは予防的な観点から以下のように定義する。
正常高値以上の血圧レベルと腹部肥満に加え、血糖値異常（空腹時血糖110~125mg/dl、かつ/または糖尿病に至らない耐糖能異常）あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの。両者を有する場合はリスク第3層とする。

iii 対象者数をみる

保健指導対象をどこまでとするか、対象者数から稼働量を考えるとともに、効果性・効率性がなく目標達成からずれた事業等を見直します。

② 保健指導対象者名簿(健診結果一覧表)を作成する

①~④グループの保健指導対象者名簿(健診結果一覧表)を作成します。

レセプト確認時は、
被保険者証記号・
番号で検索

他の検査項目がどの程度
基準値を超えているかを確認する

誰が最後まで責任を
持って保健指導を
行うかを明確にする

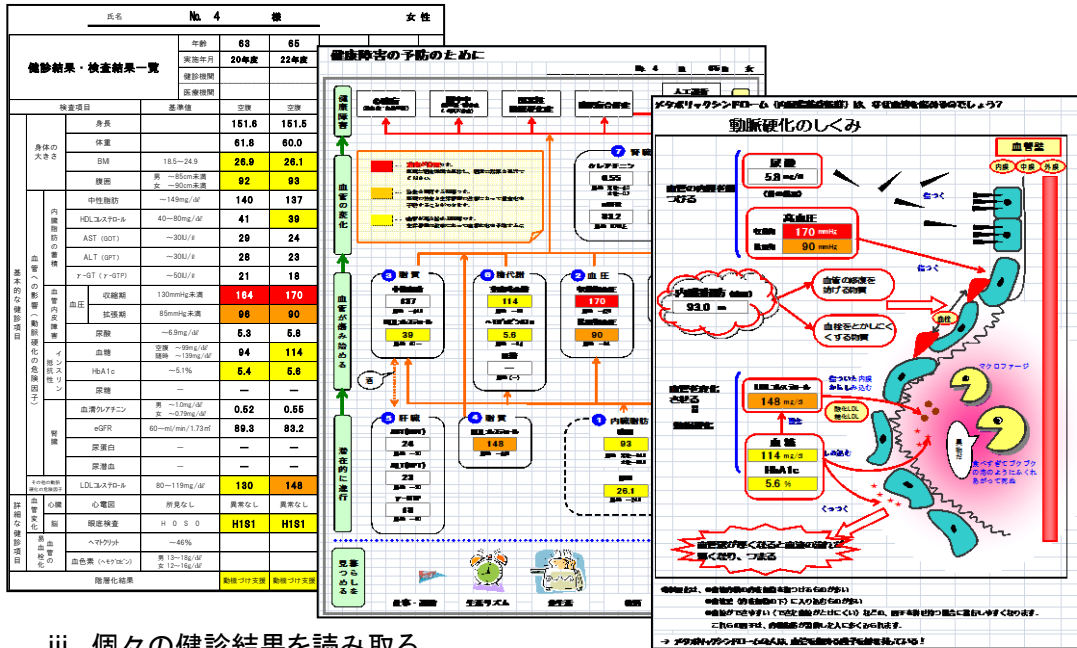
個人コード	被保険者証記号	番号	名前	性別	年齢	脂質化結果	6-10 FD-Ye-Y	特定健診結果																								
								血圧			糖代謝			脂質代謝			尿酸			腎臓の機能			内臓脂肪			肝機能			生活習慣			心電図
収縮期	拡張期	血圧分類	治療	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	尿糖	治療	LDL	中性脂肪	HDL	治療	尿酸	eGFR	クレアチニン	尿蛋白	尿潜血	尿糖	BMI	GOT	GPT	γ-GTP	生活習慣	心電図								
1				女	77	動脈づけ支援	0	196	111	Ⅲ度			5.8	-		139	185	47		0					29.9	16	13	15	5			
2				男	66	動脈づけ支援	0	188	88	Ⅲ度			9.8	-		138	86	67		6	64.6	0.91	++	+	91	24.1	22	20	40	正常範囲		
3				女	74	情報提供	L	184	104	Ⅲ度		84	5.2	-		170	201	62	0		65.7	0.86	-	+	67	18.2	21	15	22			
4				男	58	情報提供	M	184	99	Ⅲ度		99	4.8	-		153	154	65		5.6	65.7	0.89	-	-	84	24.8	18	21	33	異常7波		

(4) 保健指導の実施

① 保健指導の準備

- i 健診結果・検査結果一覧を作成
- ii 対象者個々に健診結果表等をセットする

ア.健診結果・検査結果一覧，構造図，動脈硬化のしくみ
 イ.「(A-1)私の成育(妊娠)歴・家族歴・治療歴」



iii 個々の健診結果を読み取る

ア.遺伝，既往歴・現病歴，体重など他の検査値の変化
 イ.必要な場合にはレセプトを確認

iv 個々に合わせた学習教材を準備する

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)P16「第3章 保健指導実施者が有すべき資質 (2)対象者に対する健診・保健指導 7)学習教材の開発」によると，

生活習慣の改善を支援するためには，保健指導の実施に際して，**効果的な学習教材が必要**であり，対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせて適切に活用できる学習教材の開発が必要である。また，**学習教材は科学的根拠に基づき作成することは当然**であり，常に最新のものに更新していく必要がある。

具体的には，**実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例**をもとに事例検討会などを実施することが必要であり，地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫，作成する能力が求められている。

と，書かれています。

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)別冊の「保健指導における学習教材集」の学習教材を，対象者の具体的事例や科学的根拠(関係学会のガイドライン)を元に地域の実情に合った教材に修正し，保健指導の実践に使用していきます。

学習教材例

高血圧治療ガイドライン 2009 では、

「初診時に血圧が高くても、通常は日を変えて再度、数回血圧を測定する。その間に、家庭血圧の測定を指導(注意) 180/110mmHg 以上、眼底所見や心電図所見によっては直ちに受診を勧める

とあります。

治療が必要かどうかの判断、家庭血圧測定の必要性やその方法、家庭血圧値の基準などわかる教材を準備します。

ア.血圧値の基準は一人一人違います。自分の基準値を確認しましょう

イ.血圧以外の危険因子等の有無で降圧治療の必要性を判断します

ウ.高血圧治療の進め方

エ.家庭血圧測定で自分の血圧値を確認しましょう

オ.家庭血圧測定の目的は、ふだんの血圧の状態を正確に知ること

カ.高血圧にもタイプがあります

教材を準備することにより、医療機関受診が必要と判断された場合、遺伝や生活習慣等の情報、生活習慣の改善に取り組んだ上の受診なのか家庭血圧測定記録(血圧手帳)を持って受診することで、担当医師に適切な治療の判断をしてもらうことができ、対象者を介した医療機関との連携になります。

血圧手帳 P1

血圧値の基準はひとり一人違います。
自分の基準値を確認しましょう

当てはまるものにチェックを	質問内容	
<input type="checkbox"/>	-	年齢は 65 歳以上ですか
<input type="checkbox"/>	-	家族(血族)に 50 歳未満で心筋梗塞、狭心症を発症された方はいますか
<input type="checkbox"/>	-	タバコを吸いますか
どちらか	-	BMI が 25 以上
<input type="checkbox"/>	□*	腹囲径が 男性は 85cm 以上、女性は 90 cm 以上
しげみか	-	LDL コレステロール値が 140 mg/dl 以上
<input type="checkbox"/>	どちらか	HDL コレステロール値が 40 mg/dl 未満
-	<input type="checkbox"/>	中性脂肪値が 150 mg/dl 以上
-	<input type="checkbox"/>	空腹時血糖値が 100~125 mg/dl または耐糖能異常
計		

結果	0 個	★なし	→	① リスクなし
	1-2	★と 1 個	→	② 中等リスク
	3 個以上	★と 2 個	→	③ 高リスク

右のページで血圧値と合わせてみてみましょう

□に入ったチェックの数に関係なく
下のどれかに 1 つでも当てはまる人は ③「高リスク」になります

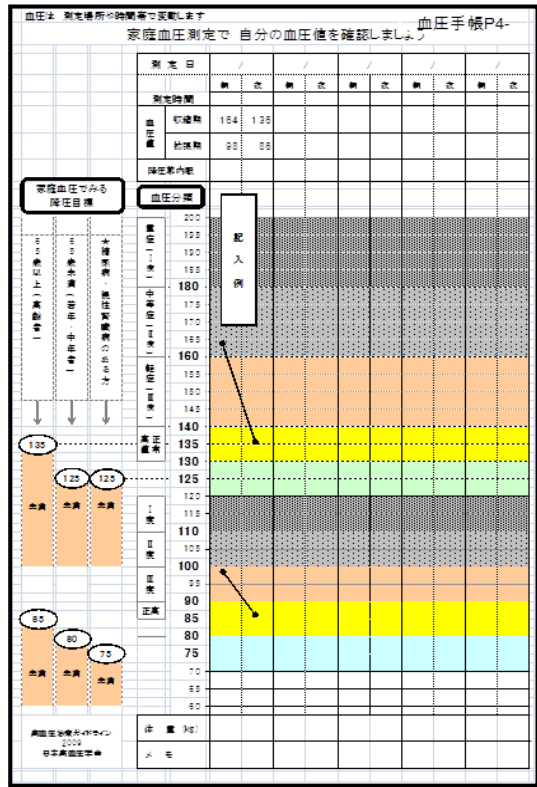
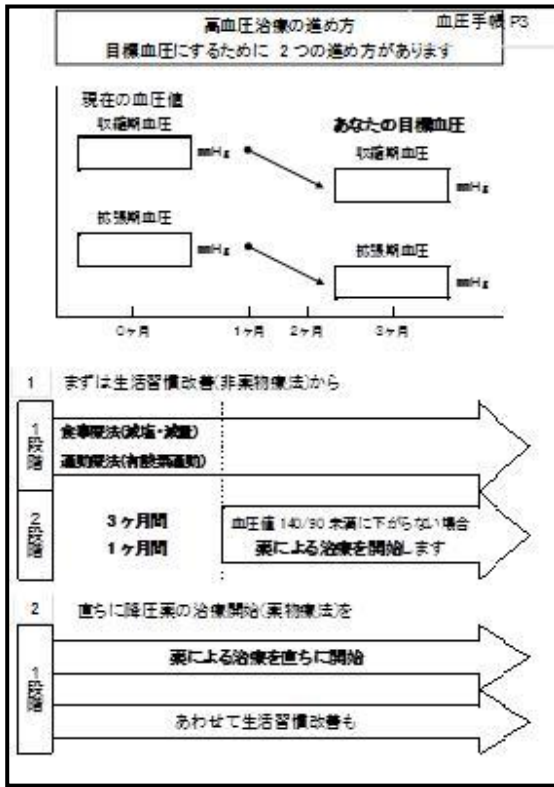
- 糖尿病ですか
- 尿蛋白(+)以上、微量アルブミン尿が 30 mg 以上
- 糸球体ろ過量(eGFR) 60 未満
- 慢性腎臓病・腎疾患(糖尿病性・腎不全など)がある
- 眼底検査で動脈硬化性(高血圧性)眼底変化がある
- 頸動脈エコー検査で内膜-中膜壁肥厚(1.0 mm以上)、プラークがある
- 脳出血・脳梗塞(一過性脳虚血発作)になったことがある
- 左室肥大・狭心症・心筋梗塞・心不全がある
- 閉塞性動脈疾患

血圧手帳 P2

血圧以外の危険因子等の有無で降圧治療の必要性を判断します

		血 圧 値 (外來血圧値)			
		正常高値	高血圧		
		1 度(軽症)	Ⅱ 度(中等症)	Ⅲ 度(重症)	
血 圧	収縮期	130~39	140~159	160~179	180~
	拡張期	85~89	90~99	100~109	110~
① リスクなし	危険因子なし		3ヶ月間生活習慣の改善		
② 中等リスク	危険因子 1~2 個 メタボリック 腰囲径+血圧 +1項目(糖質又は血糖)		1ヶ月間生活習慣の改善 正常血圧まで下降しない場合は降圧療法		
③ 高リスク	危険因子 3 個以上 メタボリック 腰囲径+血圧 +糖質+血糖 糖尿病 慢性腎臓病 脳卒中 心筋梗塞 動脈閉塞症			直ちに降圧療法の開始を あわせて生活習慣改善を	

参考) 高血圧治療ガイドライン 2009 日本高血圧学会
「血圧に基づいた脳心血管リスク層別化」



資料 6

家で 血圧測定をする 目的は

ふだんの血圧の状態を正確に知ること
朝と夜に起こる「仮面高血圧」など 医療機関で月に 1〜2 回 昼間の血圧測定ではわかりません

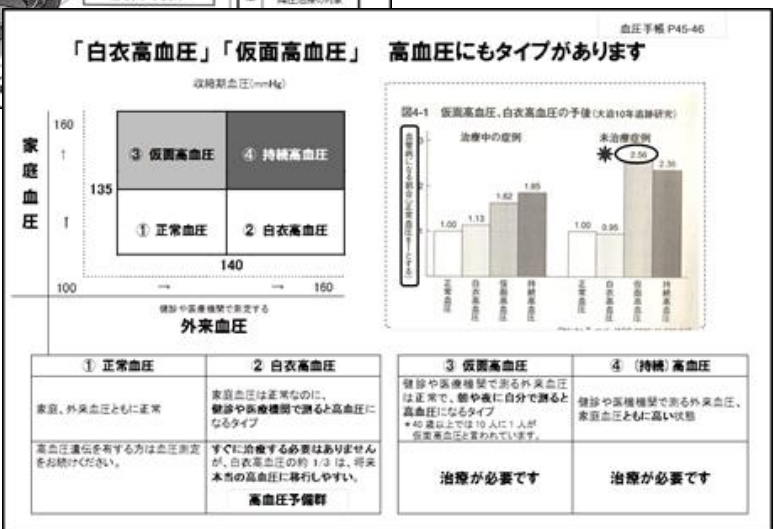
心臓や 脳血管の病気 の発症を防ぐ

1 血圧計の選び方は? **2** 正しい測定方法は? **3** 家庭血圧の基準値は?

測定のコツ:
● 1 日 2 回 (朝・夜) 行う
○ 起床後 1 時間以内 / トイレに行ったらあと / 朝食の前 / 薬をのむ前
○ 寝る前 / 入浴や飲酒の後には 避ける

正しい測定方法:
測定するときはポイント
① いすに座って 1〜2 分 たってから測定する
② カフは心臓と同じ高さで 測定する
③ 薄手のシャツ 1 枚なら 履いたままでもよい

正常血圧の基準値	収縮期 125 未満	拡張期 80 未満
高血圧の診断基準	収縮期 140 以上	拡張期 90 以上
家庭血圧	135 以上	85 以上



② 保健指導の実施

i 直ちに治療(受診)が必要な対象者

まずは、治療(受診)の必要性を確認し、受診につながるよう医療機関の情報提供を行う。

対象者によっては同時に生活習慣の改善を考える。

ア.学習教材を用いて受診を勧める

イ.受診につながるよう、医療機関の情報提供を行う

ウ.受診時に持参するもの(健診経年結果, 家庭血圧測定記録)

エ.いつごろ受診できそうか, どの医療機関にかかる予定かを確認する

オ.受診結果の確認, 内服の状況等(レセプトで確認), 降圧目標の達成状況

カ.治療につながったら, 次に必要な生活習慣の改善

ii まずは1~3ヵ月間の生活習慣改善で降圧を目指す対象者

ア.準備した学習教材から、「私の血圧が上がる原因(体重, 塩分摂取, アルコール, 喫煙, ストレス等)は何か?」を探していく。

※ ただし、遺伝因子が強い場合や生活習慣改善が難しい背景のある場合には、ただ時期を待つことよりも早めの受診を勧める(対象者に実態に合わせて)

イ.血圧に関わる生活習慣を対象者自らが振り返り、問題を探り、解決方法を選択する支援を行う。

※ 健診結果から対象者個々の背景にある生活習慣との関連性を読み取り、的を絞ったうえ、対象者に問いかける。生活リズムや食事量まで幅広く全てを網羅する聞き取りは、住民との信頼関係を悪くする。

ウ.1~3ヵ月後、またお会いしましょうと約束をする。

エ.1~3ヵ月後、家庭血圧測定値の変化、生活習慣改善の状況で受診(治療)の必要性を判断する。

オ.降圧目標に達しない場合は、治療(受診)につなげる。

※二次性高血圧等の判断も必要。

カ.家庭血圧測定値で降圧目標を達成できたら、「来年の健診で」と伝える。

(ナトリウム)と体 … 塩はどこで、どんな仕事をしているのでしょうか

骨や血、生物は海水から生まれました。だから体液や血液は海水の成分と同じです。

細胞の中のナトリウム
細胞の外のナトリウム } 体液(水分)のバランスをとっています

体重60kgのナトリウム 血液は体重の1/13で4600cc×0.8% → 358g

昔は塩が貴重なものだったので、人間は腎臓から再吸収できるしくみをつけて生命を維持してきました。

自然の食代物から(バランス良く)2~3gはとれます。必要量はまかなわれていたが、…、
ところが(塩)は安く、保存のためにも役立つので余分にとる時代になりました。
(昔とはちがった形で多くとる時代)

余分にとった塩はどこに？
→ 体に塩分はありません

例
10g余分にとると…
体は0.8%にする為に水を要求(のどがかわく)
その量は1,250cc
↓
体重60kgの人のふつうの血液量は4,600ccなので
27%増

体は水ぶくれすると困るので、尿からとんどん出します。

内臓脂肪血管の方は、インスリンが多く出て血管

塩分摂取量の目標値 (1日あたり) 男性 9.0g未満、女性 7.5g未満 高血圧の方は6g未満
(厚生労働省「食生活改善等に関する調査報告書」)

性別	年齢 (歳)											
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
男性	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0
女性	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5

高血圧の方は6g未満

調味料を減らすポイント
① かつお - 出汁に3割ほど減らす
② 醤油 - 減らす
③ 味噌 - 減らす

汁を半分減らすことで3割の減塩に

アルコールとからだ

アルコールの性質と体の状態 異常のでやすい検査 疾患

胃から入ったアルコールは胃の壁(粘膜)から吸収される

胃の分泌の機能を失うと(多量に飲むと)胃や食道の動きを遅くする(消化がわるい)胃や食道の動きを遅くする(食物がとどろく)胃の検査

心臓の働きが弱くなる(内臓が弱くなる)心臓が弱くなる(心臓が弱くなる)

腎臓の働きが弱くなる(腎臓が弱くなる)腎臓が弱くなる(腎臓が弱くなる)

アルコールは高熱性で早く有害なものに変えよう(酒の量は?)

アルコールは高熱性で早く有害なものに変えよう(酒の量は?)

アルコールは高熱性で早く有害なものに変えよう(酒の量は?)

アルコールの種類とアルコール量

アルコールの種類	アルコールの濃度 (%)	100ml中のアルコール量 (g)	100ml中のアルコール量 (g)	100ml中のアルコール量 (g)	100ml中のアルコール量 (g)
ビール(5%)	5	5	5	5	5
焼酎(25%)	25	25	25	25	25
ウイスキー(40%)	40	40	40	40	40
ワイン(12%)	12	12	12	12	12
チューハイ(5%)	5	5	5	5	5
梅酒(15%)	15	15	15	15	15
紹興酒(15%)	15	15	15	15	15
日本酒(15%)	15	15	15	15	15
焼酎(25%)	25	25	25	25	25
ウイスキー(40%)	40	40	40	40	40
ワイン(12%)	12	12	12	12	12
チューハイ(5%)	5	5	5	5	5
梅酒(15%)	15	15	15	15	15
紹興酒(15%)	15	15	15	15	15
日本酒(15%)	15	15	15	15	15

100ml中のアルコール量 (g) = アルコール濃度 (%) × 100

100ml中のアルコール量 (g) = アルコール濃度 (%) × 100

100ml中のアルコール量 (g) = アルコール濃度 (%) × 100

100ml中のアルコール量 (g) = アルコール濃度 (%) × 100

3種類以上の薬を3か月間内服しても血圧が十分に下がらない方へ『治療抵抗性高血圧』が疑われます

① 生活習慣は? ② 不眠やストレスは? ③ 高血圧に対して他の病気が? ④ 薬物の作用を減らす薬物や食品は?

生活習慣は? ① 食塩の制限摂取 ② アルコールの制限摂取 ③ 肥満

不眠やストレスは? ① 慢性疼痛 ② 心臓的な悩み ③ 薬物使用 ④ 数呼吸器病 ⑤ 閉経

高血圧に対して他の病気が? ① 糖尿病 ② 腎臓病 ③ 甲状腺機能亢進症 ④ 睡眠時無呼吸症候群 ⑤ 睡眠時無呼吸症候群 ⑥ 睡眠時無呼吸症候群 ⑦ 睡眠時無呼吸症候群 ⑧ 睡眠時無呼吸症候群 ⑨ 睡眠時無呼吸症候群 ⑩ 睡眠時無呼吸症候群

薬物の作用を減らす薬物や食品は? ① 利尿薬 ② 降圧薬 ③ 降圧薬 ④ 降圧薬 ⑤ 降圧薬 ⑥ 降圧薬 ⑦ 降圧薬 ⑧ 降圧薬 ⑨ 降圧薬 ⑩ 降圧薬

iii 服薬中の者に対する保健指導

ア.降圧治療が開始しても、家庭血圧測定値を見せてもらいながら降圧目標に対して血圧コントロールを把握する。

イ.薬物療法が開始されても血圧コントロールが不良な場合には、生活習慣の改善等を考える。

※生活習慣だけでない高血圧(二次性高血圧、睡眠時無呼吸症候群など)を見逃さないためにも、病態の理解が必要となる。

(5) 保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなども含め、I表に書いておく。

I

年月		
年齢	昔	新
検査場所		
考え方 縦軸は起きたことから記入することとしていく。項目は住民からの聞き取り表より必要項目を選んで記入、そのため、縦軸の項目を決めない	事柄を横軸に記入していく	

(6) 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)P110「第4章 保健指導の評価」によると、

健診・保健指導事業の最終評価は、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、**健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項**についても評価を行っていくことが必要である。

それは「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、または行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、**保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる。**」

とあります。

個への実践を積み重ね続けることで、保健指導方法をより効果的なものに改善し、保健指導の質を向上させながら10年後の第二次健康日本21、医療制度改革の目標達成を目指します。

① 血圧評価表

「血圧評価表」を用いて、翌年度の

- i 健診受診状況
- ii 血圧値, その他の検査結果
- iii 治療継続の状況 を把握

個人番号	健康保険証		氏名	性別	年齢 月齢	健康データ															不健康 高齢者	健康 高齢者					
	区分	番号				平成20～23年度のうも最近					H20				H21			H22					H23				
						特記 事項	LDL	コレ ステロ ール	糖質 代謝	尿酸	診療 回数	収縮 血圧	拡張 血圧	診療 回数	収縮 血圧	拡張 血圧	診療 回数	収縮 血圧	拡張 血圧	診療 回数			収縮 血圧	拡張 血圧			
1					男	72	43	112	92	—	5.4							128	84	132	82	174	82	診療	111	88	
2					男	69	51	102	71.9	—	7.7							122	78	128	78	174	82	診療	146	82	
3					男	75	51	70	90	—	8.2							122	78	128	78	174	78	診療	129	92	
4					男	88	51	140	92	—	5.8							194	84	—	—	178	82	受診中	—	—	
5					男	80	44	120	82	—	3.3							194	82	178	82	178	82	診療	152	82	
6					男	81	53	115	0	+	0							188	82	188	82	188	82	受診中	178	111	
7					男	84	7	108	78	+	4.8							158	84	診療	180	82	188	82	診療	124	70
8					男	89	75	177	78.9	—	8.2							140	70	188	82	188	82	受診中	—	—	
9					男	83	51	78	83.4	—	8.4							124	84	134	84	184	82	診療	154	84	
10					男	85	53	134	87.9	+	5.1							134	84	診療	148	82	184	82	診療	158	84
11					男	74	5	59	81.9	—	4							128	82	148	118	184	82	診療	164	82	
12					男	83	51	115	78.1	—	6							128	82	184	82	184	82	受診中	—	—	
13					男	89	3	142	71	—	3.2							158	84	184	82	184	82	受診中	148	84	
14					男	88	48	120	88.8	—	4.1							172	82	184	74	184	82	受診中	128	72	
15					男	88	53	144	79	—	5.7							188	82	188	82	188	82	受診中	—	—	
16					男	81	52	97	71.8	—	4.4							148	82	180	82	188	82	診療	168	82	
17					男	84	47	91	88.8	—	8.1							148	82	148	82	188	82	受診中	148	82	
18					男	74	33	85	81.8	—	6							128	82	158	82	188	82	受診中	158	84	
19					男	84	51	122	112	—	4.5							188	82	188	82	188	82	受診中	128	72	
20					男	84	53	84	83.8	—	8.2							148	82	188	82	188	82	診療	158	78	
21					男	75	44	137	72.4	—	7.8							134	78	158	82	188	82	診療	142	82	
22					男	80	48	115	78.8	—	4.8							128	82	180	84	188	82	診療	122	78	
23					男	88	45	108	88.8	—	8.8							188	84	188	82	188	82	受診中	—	—	
24					男	84	54	57	81.8	—	4.8							188	82	188	82	188	82	受診中	158	88	
25					男	83	47	108	89.2	—	3.4							128	72	188	82	188	82	診療	78	144	84
26					男	88	48	88	88.2	—	7.2							158	84	148	84	188	82	受診中	124	82	
27					男	73	37	79	84.2	+	5.4							158	82	157	82	158	82	診療	127	88	
28					男	47	183	183	114.4	—	5.8							174	82	152	82	154	84	受診中	148	108	
29					男	83	48	111	88.8	—	3.8							158	82	144	82	158	82	受診中	158	118	
30					男	83	47	128	78	—	5.4							178	114	154	82	158	82	診療	154	84	
31					男	88	38	132	87.8	—	5.4							158	82	158	82	158	82	診療	158	82	
32					男	87	47	72	89.8	—	2.8							158	82	148	82	148	82	受診中	121	72	
33					男	72	48	108	88.2	—	3.8							128	82	148	82	148	82	受診中	138	82	
34					男	89	47	114	87.8	—	5.7							138	84	138	82	138	82	受診中	148	108	
35					男	82	48	84	87.2	—	8.4							128	82	138	82	138	82	受診中	122	84	

② 継続受診者の血圧変化, I 度高血圧以上の経年変化, 健診中断者の実態 (血圧)

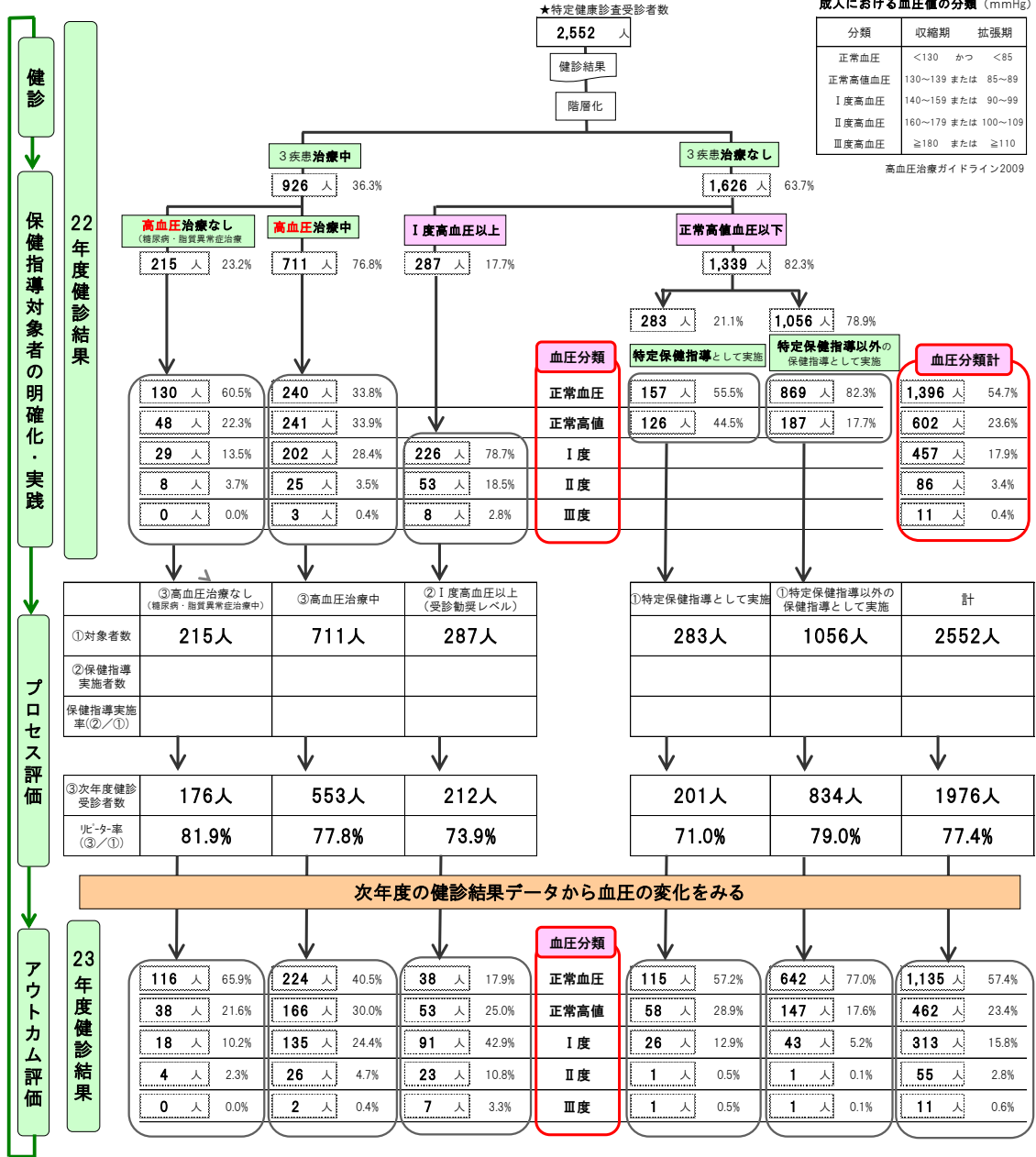
「継続受診者の血圧変化」, 「I 度高血圧以上の経年変化」, 「健診中断者の実態(血圧)」を用いて, アウトプット(事業実施量)評価に加え, アウトカム(結果)評価やプロセス(過程)評価を含めた総合的な評価を行います。

未解決事例等から, さらに保健指導の力量形成を図ります。

- 服薬治療開始しているが, 血圧コントロール不良者の服薬, 生活習慣等の状況
- 健診未受診者のレセプトとの突合, 受診勧奨対象者として訪問等を行い, 実態把握に努める
- 医療機関受診継続につながらない対象者の背景は何か(残された課題: 経済問題など)

このような評価を毎年行うことで, 健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みをつくることができ, また, 健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから, 健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施していきます。

継続受診者の血圧変化



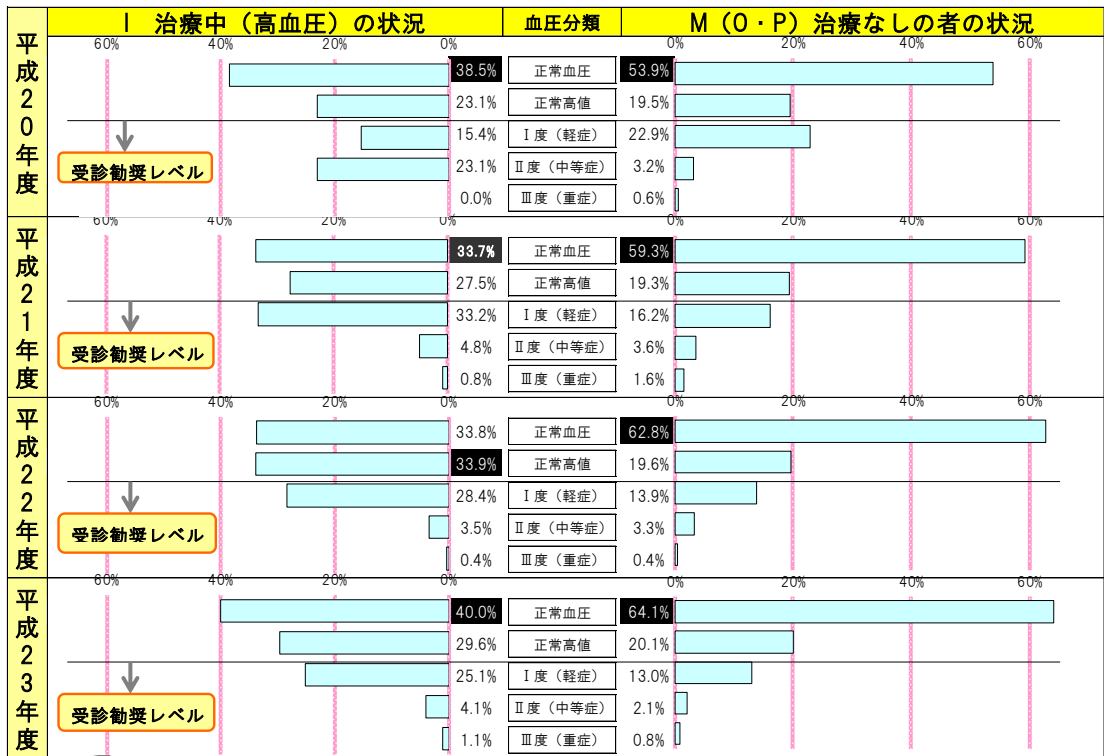
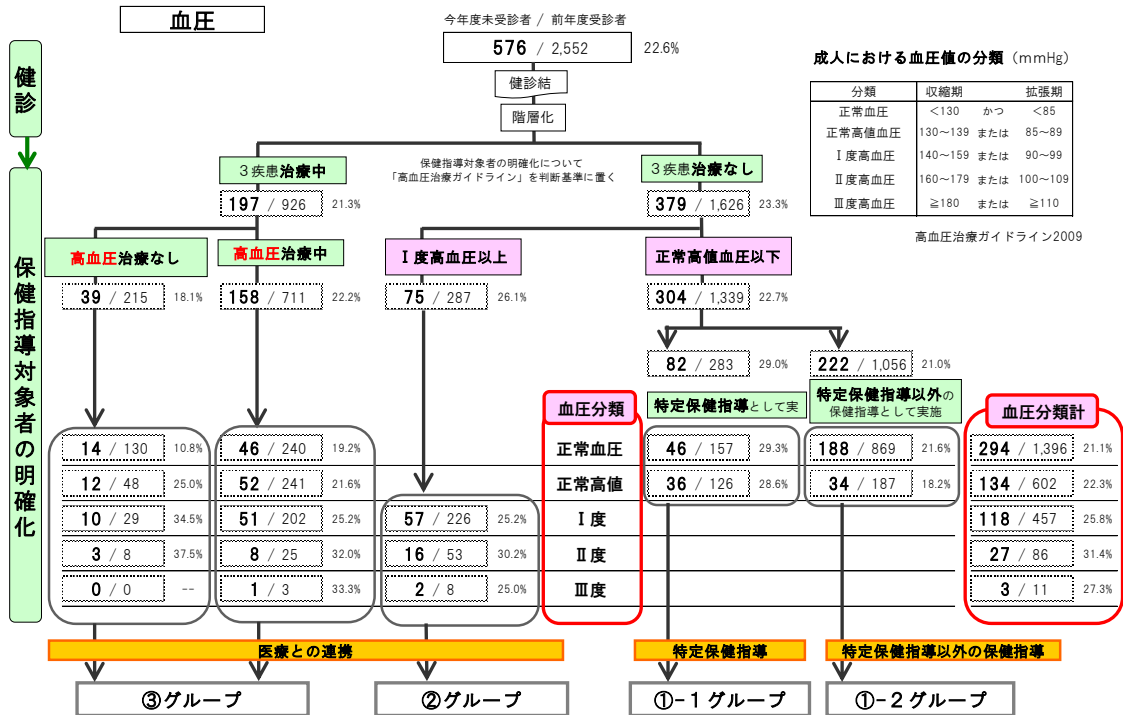
22~23年度の比較

平成22年度	平成23年度の結果をみる				
	継続受診者 405人 73.1%	未受診(中断)			
I度高血圧以上 554人 21.7%	正常高値以下 176人 31.8%	I度 170人 30.7%	II度 50人 9.0%	III度 9人 1.6%	149人 26.9%
I度 457	159人 34.8%	145人 31.7%	31人 6.8%	3人 0.7%	119人 26.0%
II度 86	16人 18.6%	22人 25.6%	17人 19.8%	4人 4.7%	27人 31.4%
III度 11	1人 9.1%	3人 27.3%	2人 18.2%	2人 18.2%	3人 27.3%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	203人 36.6%	164人 29.6%	38人 6.9%	149人 26.9%
I度	159人 34.8%	145人 31.7%	34人 7.4%	119人 26.0%
II度	38人 44.2%	17人 19.8%	4人 4.7%	27人 31.4%
III度	6人 54.5%	2人 18.2%		3人 27.3%

平成23年度健診中断者の実態

*75歳到達者・国保離脱等も含む



③ 高血圧の疾病管理台帳の整備

健診中断者, 治療中断者を見逃さないための管理台帳の整備が求められます。平成25年10月稼働予定の国保データベース(KDB)システムを活用し, その仕組みづくりに取り組みます。