

### 第3章 特定健診・特定保健指導の実施

#### 1 第二期特定健診実施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

	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%	43%	46%	48%	50%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%

＜目標値を達成するため、特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けた取組＞

第二期計画期間中においては、第一期での取組を踏まえ、特定健診・特定保健指導の重要性の周知・啓発を行っていくとともに、未受診者や保健指導未利用者に対する受診勧奨に積極的に取り組んでいきます。

#### ①第一期計画から継続するもの

##### ◎個別周知

	事業名	内容
特定健診	特定健診の案内チラシ配布	受診券と同封してチラシを発送（受診方法や日程表等を記載）
	特定健診電話勧奨事業	特定健診未受診者への電話による受診勧奨を実施。
	受診勧奨ハガキ発送	年度内未受診者に対する受診勧奨のハガキを発送。
	事業参加者への周知	国保が実施する事業（水中運動教室やノルディックウォーキング大会など）への参加者に対する特定健診受診勧奨を行った。
保健指導	特定保健指導未利用者対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診における保健指導の説明 保健指導の重要性利用を促すため、集団健診会場で健康手帳記入時に保健指導に関して説明を実施</li> <li>・ 電話勧奨 特定保健指導の対象者への電話による利用促進を実施。</li> </ul>

##### ◎広報・啓発

	事業名	内容
特定健診	放送	特定健診に関する情報を防災無線や区内放送を利用して放送。
	立て看板の設置	集団健診に関する情報を立て看板にて周知した。
	広報車による街宣	公用車へスピーカーを設置し、街宣。

	市内イベントへの参加	生涯学習フェスティバル、あやはしまラソンなど ※パネルの内容やより効果的な宣伝方法などについて改善を図りつつ継続していきたい。
特定 健診 ・ 保健 指導 共通	ホームページ	うるま市のホームページへ特定健診・保健指導に関する情報を掲載。
	広報誌への掲載	特定健診や特定保健指導に関する情報を「広報うるま」へ掲載。
	医療機関への協力依頼	個別健診実施医療機関への受診勧奨の協力依頼。
	各自治会への表彰	受診率が高い自治会への表彰。
	地域出前健康講座	市内の自治会及び団体等を対象に、特定健診・特定保健指導に関する説明と、健康づくり講座を実施。
	運動施設利用による健康づくり事業(エコデイカード)	特定健診受診、特定保健指導対象者においては指導を受けることで、うるま市内の運動施設を無料で利用できるカードを発行。

#### ◎利便性の向上

	事業名	内容
特定 健診	自己負担額無料化	課税世帯においても自己負担額を無料とする。
	がん検診との同時実施	健康支援課との連携し、集団健診においては、がん検診と同日実施。
	健診日時の多様化	土日や夜間に健診を実施するなど、日時を多様化することで特定健診を受診できる機会を増やす。(夜間健診など)
	受診券の再発行	集団健診会場での受診券再発行や電話で再発行・再発送をしている。
	ドック助成事業	希望者は指定医療機関において人間ドックまたは脳ドックを実施。

#### ②第二期計画から新規に実施するもの

	事業名	内容
	特定健診電話勧奨事業 (コールセンターへ委託)	未受診者への電話による受診勧奨をコールセンターへ委託する。 受診を拒否された方々に受けない理由を確認し統計を取る。
	外部団体への 協力依頼の拡充	各自治会や医療機関だけでなく、民生委員や商工会などへ地域健康出前教室を実施し、必要性について理解してもらい受診勧奨の協力依頼を拡充する。
	窓口での呼びかけ	事業係における特定健診以外の手続き時にも受診勧奨を行う。
	過去の事業参加者への 受診勧奨	現在事業に参加している者だけでなく、過去に事業へ参加した者にも継続して健診を受けているか確認するとともに受診勧奨していく。
	健康づくり事業への結びつけ	特定保健指導対象者の生活習慣をより効果的に改善するためにも、国保保健事業において実施している運動教室や栄養教室といった各種の健康づくり事業へ結び付けていく。
	健康づくり応援団	エコデイカード発行された方を、健康づくり応援団として任命。役割としてチラシの配布等による、健診受診勧奨を担う。

推進活動費の助成	受診率の向上推進活動費として助成する。
申告時の健診	うるみん3階ホールにおいて実施する、市民税・県民税の申告時期に、特定健診の会場を近くに設置して受診勧奨を行い実施する。
受診券一体型(※検討)	国民健康保険被保険者証と特定健康診査受診券の一体型について、医師会や国保連合会からも全市町村様式を統一して作成してほしいと要請があり、検討中である。

### 3 対象者数の見込み

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健診対象者数	25,000 人	25,000 人	25,000 人	25,000 人	25,000 人
特定健診受診者数	10,000 人	10,750 人	11,500 人	12,000 人	12,500 人
特定保健指導対象者数	2,000 人	2,150 人	2,300 人	2,400 人	2,500 人
特定保健指導実施者数	1,200 人	1,290 人	1,380 人	1,440 人	1,500 人

### 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、取りまとめ機関である県医師会と、代表保険者が集合契約を行います。県医師会加入以外は、直接、特定健診実施機関と代表保険者で集合契約を行います。

#### (2) 特定健診委託基準

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

#### (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、沖縄県国民健康保険団体連合会のホームページに掲載しています。

#### (4) 委託契約の方法、契約書の様式

県医師会及び県医師会加入以外の特定健診実施機関と代表保険者が集合契約を行います。委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告（データ作成）です。契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成しています。

#### (5) 健診委託単価、自己負担額

国保の集合契約単価は、集団健診 6,200 円、個別健診 6,700 円（平成 24 年度現在）

自己負担額は医療保険者毎に設定されています。

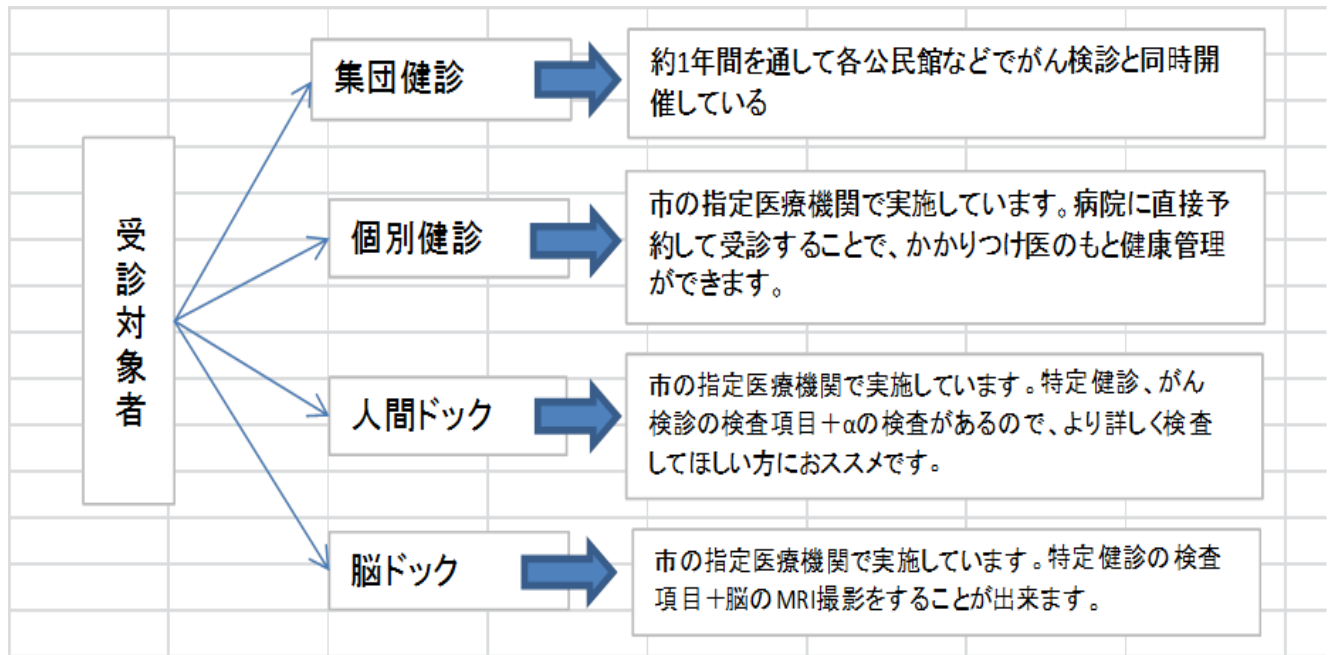
なお、うるま市国民健康保険における特定健康診査の自己負担額は無料となっています。

#### (6) 代行機関の名称

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

(7) 健診項目、内容

○受診対象者は、次の4つの受診方法から1つ選択できます。



○健診内容

問診票	服薬・既往歴・喫煙など
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲
理学的検査	身体診察
血圧	収縮期・拡張期
血液化検査	中性脂肪・尿酸・HDLコレステロール・LDLコレステロール
肝機能検査	ALT・AST・γ-GTP
血糖検査	空腹時血糖値・HbA1c
尿検査	尿糖・尿蛋白・尿潜血
腎機能検査	クレアチニン
心電図	医師が必要と判断した時に実施します
貧血検査	
眼底検査	

## 5 保健指導の実施

特定保健指導の実施については、国民健康保険課から健康支援課への執行委任の形態で行います。また、一部医療機関への業務委託により、特定保健指導を行っています。

### <特定保健指導の基本的な考え方>

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

### <二次健診>

血管疾患発症のリスクが高い積極的支援、動機づけ支援該当者において、代謝状況や血管変化に関するより詳しい検査（75g 糖負荷検査、頸動脈超音波健診、微量アルブミン尿）を二次健診として実施し、対象者自身が現在の身体状況を知り、生活習慣の改善に向けた行動変容および見直しができるよう支援します。

### <特定保健指導の対象とならない被保険者への対応>

被保険者の健康の保持及び増進のため、特定健康診査の結果及びレセプト等の情報を活用し、特定保健指導の対象とはならないが、受診の勧奨、その他の保健指導を積極的に行う必要がある者を選定し、これらの者に対する特定保健指導以外の保健指導も実施に努めます。

### <医療機関との連携>

特定健診の結果、受診勧奨判定値を超えている被保険者に対し早期受診につなげ、また治療中の方には、治療を中断しないよう重症化予防の視点から、医療情報の共有化など、医療機関（かかりつけ医、専門医）や医師会と連携し、協力体制を整えます。また、各診療ガイドラインに沿って保健指導や必要な支援ができるよう努めます。

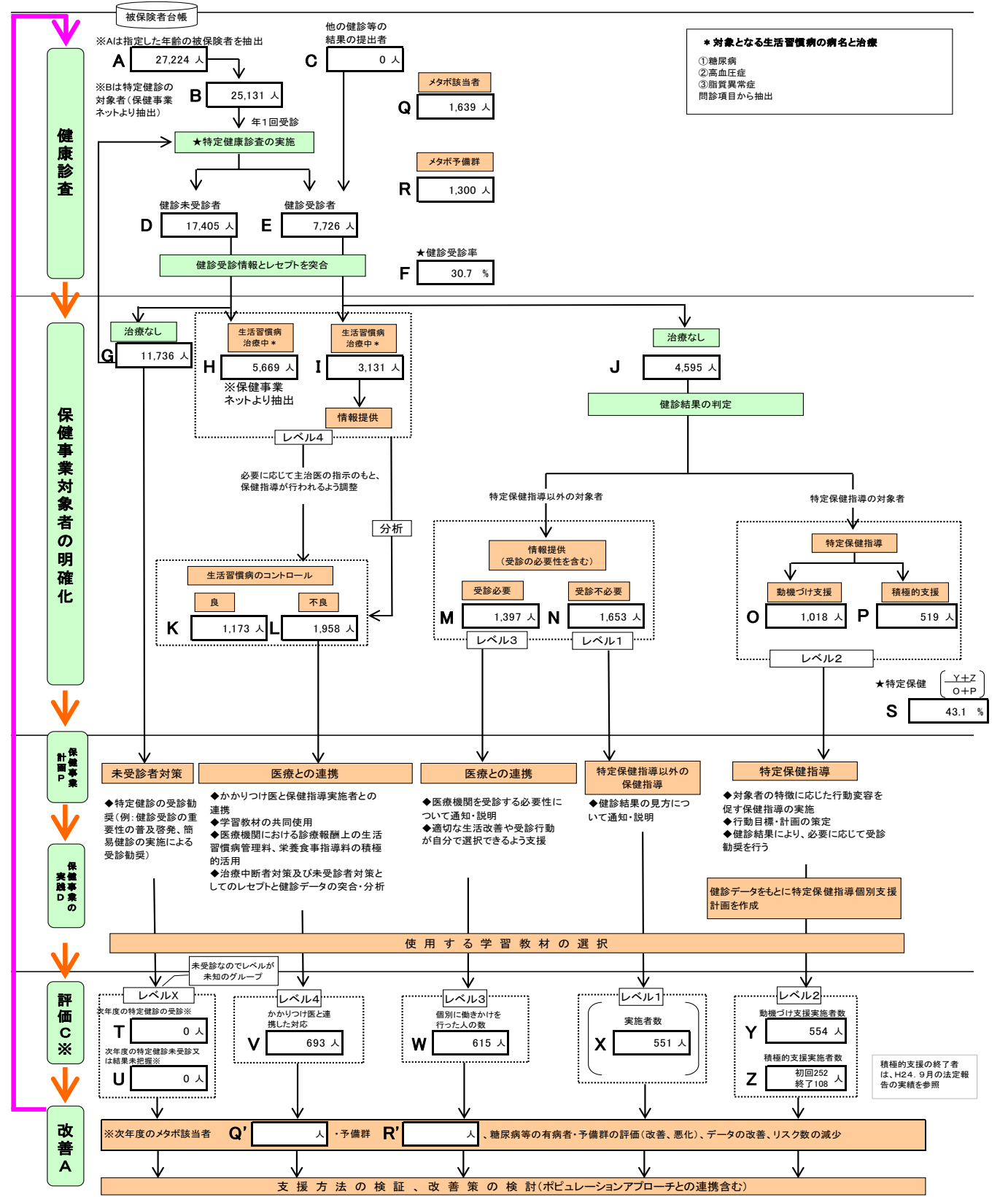
# (1) 健診から保健指導実施の流れ

確定版様式 6-10 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践、評価を行います。 図 健診から保健指導実施へのフローチャート

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(2011年度)(両方)(年齢:40~74)

健診から保健指導実施へのフローチャート

\* 基本的にはマルチマーカーより抽出。ただし、A、B、Hの数字については保健事業ネットより抽出。



(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

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%)	H29年度 目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 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	1,537人 (19.89)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・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	1,397人 (18.08)	・HbA1c6.1%(JPS)以上80%、 ・高血圧Ⅱ度以上90%、 ・CKD腎専門医レベル90% ・LDLコレステロール180以上70%
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、簡易健診の実施による受診勧奨)	17,405人 ※受診率目標達成までにあ と8,610人	
4	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果の見方について通知・説明	1,653人 (21.40)	
5	I	情報提供 (生活習慣病コントロール不良)	◆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	3,131人 (40.53)	・HbA1c8%(JPS)以上60%、 ・高血圧Ⅱ度以上90%、 ・CKD腎専門医レベル60%

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、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。

### (3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

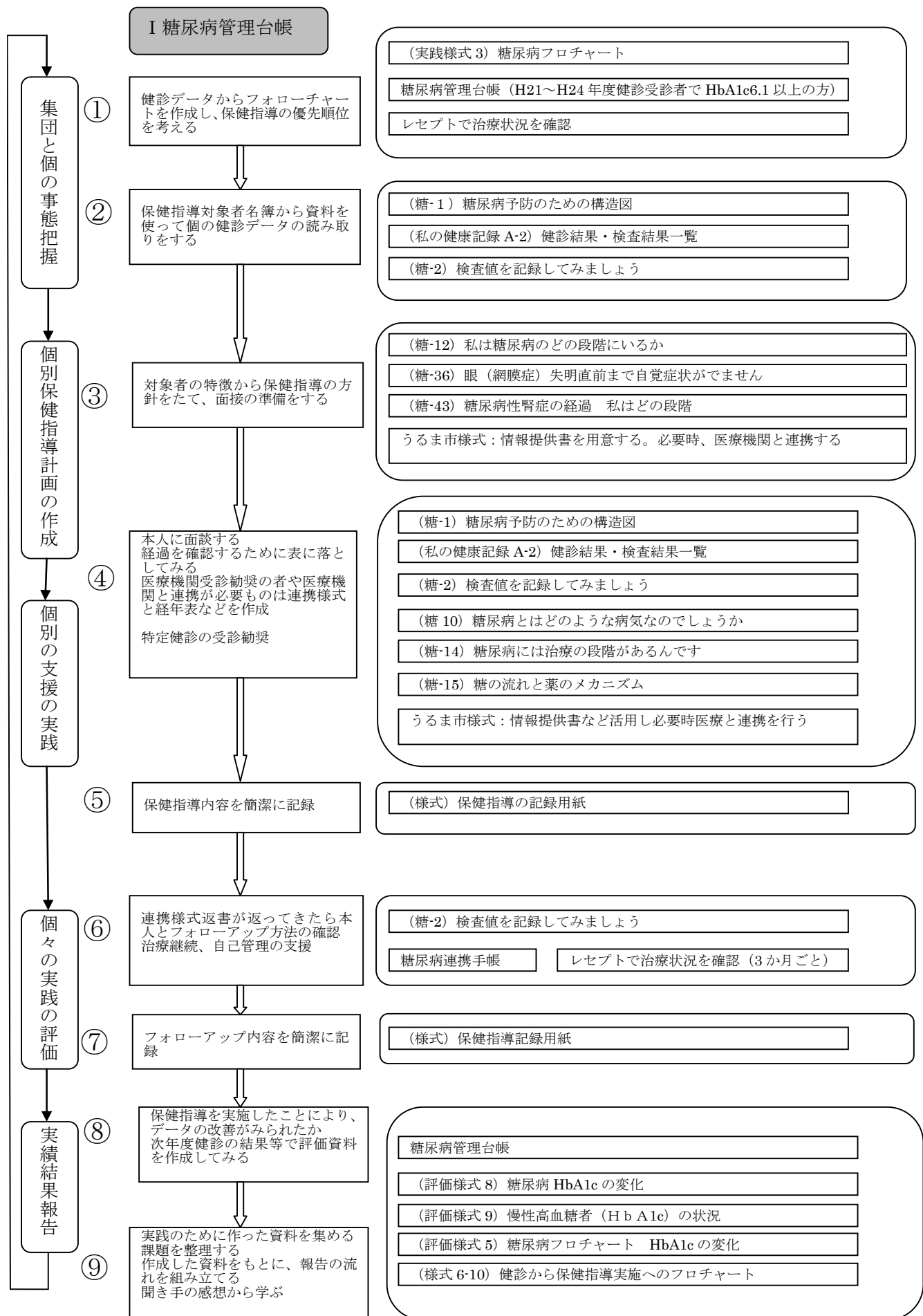
目標に向かったの進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。

図 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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23年度					
対象者の明確化から計画・実践・評価まで							
対象者の明確化	糖尿病治療ガイドP23	糖尿病治療なし(高血圧・糖質異常治療)	糖尿病治療ガイドP25				
	850人	2,481人	174人				
課題設定と計画P	①未受診者対策	②特定健診	③健診結果				
	④保健指導						
実践スケジュールD	4月	・対象者全員へ受診勧奨のチラシを送付。	・対象者全員へ特定健診受診券を送付。 ・特定健診開始。	・40～64歳:健診受診者4,197名(治療中1,205名、治療なし2,992名) ・65～74歳:健診受診者3,409名(治療中1,856名、治療なし1,553名)	・HbA1c6.1以上(受診勧奨レベル) 174人	①-1★特定保健指導として実施	
	5月	・「広報うるま」へ特定健診に関する案内を掲載。 ・広報車による特定健診に関する街宣活動。 ・集団健診の案内のために立て看板を実施地区周辺へ適時掲載。 ・広報誌への折り込みチラシを作成。また、各自治会へ折り込みチラシを配布するよう協力依頼。 ・電話による受診勧奨(前年度未受診者を優先的に案内)。	・各地区における集団健診を開始(全55回)。 ・ドック助成事業開始。 ・毎月の新規加入者への受診券発行および発送。 ・特定健診結果データを受理後、保健指導へ結びつけるためのデータ加工	・結果説明を廃止し、すべて個別訪問、面談にて対応。	・結果説明までの準備 結果説明の方法を統一するために、使用する機材についてスタッフ間で共有。地区分担当で担当者を明確にし、保健指導の実施状況等をタイムリーに把握できるようにシステム化。 健診結果が届いた後、データを階層化し、「健診結果一覧(A-3)」「早世・障害の予防のために(A-4)」を盛り込んだカルテを作成。その後、担当保健指導者にてアプローチし健診結果の説明を実施。	① HbA1c6.0以下(全3,130人)	①-2★特定保健指導以外で実施
	6月			・二次健診対象者(65歳未満)824名 ・積極的支援対象者 ・動機づけ支援対象者 ※過去の二次健診実施者は除く			
	7月			・二次健診結果 ・75gOGTT 糖尿病型7名 境界型70名 ・頸動脈エコー 高度動脈硬化1名 中等度動脈硬化13名 経度動脈硬化78名 ・微量アルブミン検査 顕性蛋白尿3名 微量アルブミン尿24名 ・特定健診では血糖 HbA1cが正常域であったが、二次健診の結果有所見であったもの 75gOGTT11名 頸動脈エコー21名 微量アルブミン3名			
	8月			保健指導判定値(レベル2)1,518名 40～64歳 積極的支援510名 動機づけ支援432名 65～74歳 動機づけ支援576名			
	9月			保健指導判定値(レベル1)1,481名 40～64歳1,045 血圧正常高値123名HbA1c318名LDL371名 65～74歳 血圧正常高値82名HbA1c226名LDL182名			
	10月	・休日健診の案内ハガキを未受診者へ郵送。		受診勧奨判定値(レベル3)1,547名 40～64歳1,006 高血圧50名HbA1c26名LDL282名 65～74歳 血圧正常高値82名HbA1c226名LDL182名			
	11月	・市内付近の特定健診実施医療機関への受診勧奨の協力依頼	・関係体験者による講演の際に特定健診を実施(実施医療機関:江州クリニック)。全3回。	生活習慣病のコントロール不良(レベル4)805名 高血圧(160/100以上)171名、HbA1c(7.0以上)226名、LDL(160以上)81名、尿酸(8.0以上)99名、HDL(34以下)77名、中性脂肪(300以上)106名			
	12月	・年内未受診者を対象として追加健診の案内を郵送。	・12月末をもってドック助成事業を終了。				
	1月	・ハイリスク対象者への指導の際に特定健診の受診勧奨。	・追加もれ健診を実施(3回)				
	2月		・比嘉公民館において追加健診を実施。 ・2月末をもって特定健診日程終了。 ・一部の個別健診実施医療機関とのドック助成事業における契約。 ・次年度の特定健診受診券発送の準備開始(集団健診日程調整、受診券発行および資格確認など)。				
	3月						



(4) うるま市における糖尿病解決のための実践の流れと評価（保健指導プログラム）



(5) 保健指導実施者の人材確保と資質向上

保健指導実施者の人材確保策を検討するために、保健活動の年次推移の表を作成し、体制整備につなげていきます。

図 保健活動の年次推移

〇うるま市の保健活動の年次推移	H20年	H21年	H22年	H23年
<p>平成19年度 健康つるま21策定 (H19年度～28年度)</p> <p>健康つるま21の推進 健康つるま21中間評価・後進計画(H24年度～28年度)策定</p> <p>基本健康診査 増進事業 がん検診(乳・婦人・肺・胃・大腸) 健康相談・健康教育 母子保健・予防接種事業 地区分担制</p> <p>H17年度 4市町合併 保健師配置: 本庁・支所3か所分散配置</p>	<p>健康つるま21策定 (H19年度～28年度)</p> <p>生活習慣病予防推進 運動施設等利用促進事業 (バイメタカード)</p> <p>うるま市健康福祉センターH20年10月～ 保健師配置: センター・1支所 2か所配置</p>	<p>うるま市健康福祉センターH20年10月～ 保健師配置: センター・1支所 2か所配置</p> <p>特定保健指導H20年度～ 1) グループ支援(健康教育) 2) 結果追跡 3) 個別支援 4) 二次健診</p> <p>重症化予防(CID・DM等) 1) 透析患者等重症化防止のため訪問 2) 国際課題①の整理し、CID予防の対象者の 明確化する。 3) 個別支援の重要性を認識する。</p>	<p>アクトリーニング H22年度より1か所委託 H22年度は、旧健高のみ開催</p> <p>重症化予防 ★慢性腎臓病(CKD)予防に向けた計画書策定★ ★たんばく(豚+以上ある者)に対して、腎臓を守る生活指導及び 経年管理について指導 H22年1月より妊婦健診結果に基づき指導実施。 母子保健・CKDの取り組み H22年12月より妊婦健診での取り組み ★たんばく(豚+以上ある者)に対して、腎臓を守る生活指導及び 経年管理について指導 H22年1月より妊婦健診結果に基づき指導実施。</p> <p>重症化予防 ★CKD台帳・糖尿病台帳の統一化★ CKD健診指導率: 43.4% 糖尿病健診指導率: 41.1%</p> <p>重症化予防 ★ハイリスク台帳へ高血圧の追加★ CKD健診指導率: 48.6% 糖尿病健診指導率: 50.6% 高血圧健診指導率: 47.8%</p> <p>個別健診委託機関15医療機関へ、うるま市の健康問題を共有し、 健診受診率の向上と、医療連携について話し合を行った。</p>	<p>重症化予防事業 教室</p> <p>特定健診 特定保健指導・2次健診(健康支援委託) 早期介入保健指導 受診勧奨者への訪問指導事業 重症・多受診訪問事業</p> <p>健康(保健師) 2名 地区分担 保健師 16名 地区分担 栄養士 4名(職員2名・嘱託2名) 増進嘱託看護師 2名 嘱託栄養士1名、嘱託看護師2名 嘱託看護師6名</p>
健康支援課 保健事業				
国保保健事業				
健康 入 タ ツ ツ ア ス				
健康 入 タ ツ ツ ア ス				

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。

## （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）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けるよう、特定保健指導者（保健師・管理栄養士等）が作成する評価表と全体の評価表の様式を定めておきます。

特定保健指導者（保健師・栄養士）ごとに作成する評価表  
うるま市の保健活動の取り組み経過

保健師・栄養士ごとに作成する評価表（プロセス評価）		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
対象	集団健康診査の要指導・要医療・要精査（国保人間ドックはフォローできず）	< 特定健診（集団健診・人間ドック・個別）受診者の階層化レベル1~4 >			
方法	①健康手帳交付 ②健康教育（個別・集団） ③健康相談 ④健康診査 ⑤訪問指導	< 集団健康診査 > 健診時健康教育 結果説明会 グループ支援 個別支援（特定保健指導・特定外のハイリスク） < 人間ドック・個別健診 > 個別支援	健診時健康教育：66回 結果説明会：40回（2庁舎・種島等の公民館開催） グループ支援：17回/4回 受講者37名 2次健診：2医療機関 積極的支援者のA:89名 個別支援：個別ドックのみ支援者全体である。い分け支援	健診時健康教育：歳上1食生活改善推進員よりPprへ 結果説明会：種島等の公民館開催 グループ支援：歳上1食生活改善推進員よりPprへ 2次健診：2医療機関 積極的支援者のA:89名 個別支援：各担当地区支援状況の共有 早期介入しレベル1支援個別強化（国保個別強化） 特定外の保健指導者数増	健診時健康相談：日々雇用者随所で実施 結果説明会：種島等の公民館開催一部あり 2次健診：3 医療機関 積極的 動機づけ（65歳以下）支援者 159名 個別支援：各担当地区支援状況の共有 栄養士・嘱託看護師の地区受け付け増分担当 強化月間設ける 動機づけ支援3か月支援介入 早期介入しレベル1支援個別強化（国保個別強化） 早期介入しレベル1支援個別強化（国保個別強化）
内容	老人保健事業（e57年～平成19年） 基本健康診査に基づき 保健指導・要医療・要精査者への 受診動機が主 評価：事業の回数や参加人数	健診時健康教育：73回 特定保健指導のPR・結果説明会の予約 結果説明会：97回（3庁舎・種島等の公民館実施） グループ支援：1クール4回 受講者26名 2次健診：4医療機関 積極的支援者のみ 87名 個別支援：結果説明会未実施の特定保健指導者優先 運動施設等利用促進事業 （ハイダカカード）	健診時健康教育：66回 結果説明会：40回（2庁舎・種島等の公民館開催） グループ支援：17回/4回 受講者37名 2次健診：2医療機関 積極的支援者のA:89名 個別支援：個別ドックのみ支援者全体である。い分け支援	健診時健康教育：歳上1食生活改善推進員よりPprへ 結果説明会：種島等の公民館開催 グループ支援：歳上1食生活改善推進員よりPprへ 2次健診：2医療機関 積極的支援者のA:89名 個別支援：各担当地区支援状況の共有 早期介入しレベル1支援個別強化（国保個別強化） 特定外の保健指導者数増	健診時健康相談：日々雇用者随所で実施 結果説明会：種島等の公民館開催一部あり 2次健診：3 医療機関 積極的 動機づけ（65歳以下）支援者 159名 個別支援：各担当地区支援状況の共有 栄養士・嘱託看護師の地区受け付け増分担当 強化月間設ける 動機づけ支援3か月支援介入 早期介入しレベル1支援個別強化（国保個別強化）
連携	重症化予防の取組	★CKD予防の取組 ★透視検査実施把握のため訪問実施 ★国保連携問題G表の整理をなし、CKD予防の対象者の明確化をすすめる。 ★個別支援の重要性を認識する。	★慢性腎臓病（CKD）予防に向けた計画書策定★ ★CKD台帳の整備★ ★DM台帳の整備★ 健診終年管理できる体制整備しハイリスク台帳で支援	★CKD-DM統一台帳の整備★ ★未受診者の実態把握★ HbA1c6.1以上の未治療者（H20年81名、H21年55人）に対し、全数フォローし、受診動機と未受診理由を確認した。	★重症化予防（CKD・DM・高血圧）★ ★ハイリスク台帳へ高血圧の追加★ ハイリスク地区支援状況の共有 特定健診未受診者への受診動機
課題と気づいたこと	市の近所実態把握のため障がい福祉課へ情報把握	国保し面が障いで関与可能。医療中断が把握しやすくなる。	ハイリスク・特定外の方々が医療費抑制には重要。 家族の健康管理、継年フォローの必要性を認識し、業務分担任に、 地区連携で支援することの重要性を認識し、 医療連携の必要性一病院周りで実施し市の実態共有。 Ⅲ度高血圧の管理も重要 保健指導内容の充実 ・特定動機付け支援者の中間支援の必要性 ・医療連携の必要性 高血圧治療中のコントロール不良が多い 高血圧の方の健診リポートが低い 健診結果受診者の検査結果が悪い	ハイリスク・特定外の方々が医療費抑制には重要。 家族の健康管理、継年フォローの必要性を認識し、業務分担任に、 地区連携で支援することの重要性を認識し、 医療連携の必要性一病院周りで実施し市の実態共有。 Ⅲ度高血圧の管理も重要 保健指導内容の充実 ・特定動機付け支援者の中間支援の必要性 ・医療連携の必要性 高血圧治療中のコントロール不良が多い 高血圧の方の健診リポートが低い 健診結果受診者の検査結果が悪い	・個別支援中心で訪問件数増 ・特定健診者診察・保健指導者目標に満たないあり感。 ・未受診者対策・未利用者対策としての地域づくりの強化も必要。 ・統一した指導者の力量アップに向け学習の積み重ねが重要。 ・今年度健診後のフォローが主に残り、医療中断者への支援が不十分。 ・未受診者対策・未利用者対策としての地域づくりの強化も必要。 ・病院連携の在り方（市民が主体の連携）・ハイリスク者の中で、優先順位を絞り介入する必要性がある。 ・介護の2号者の健診・医療の状況が未把握。 ・特定保健指導者へ手選して結果返しができるように検討要す。
課題	平成17年に4市町村が合併、またまた、地域特性が見えていない。	・専門医レベルの方々の未治療が多い。 ・病院との連携を感じるも、レターなどの連携でなくのみ。連携の在り方課題 ・特定保健指導で個別・人間ドック受診者のフォローがタイムリーに入らない、一歩アウトソーシング検討。 ・レベル10の方の支援は結果説明会未実施は支援できていない	・グループ支援の参加者が少ない。意識の高い人の受講が多く、 当に必要でない人に含んでいるが原因。 ・治療中の人のコントロール不良も多い。治療中の方の保健指導の介入継続。 ・指導者の力量不足（CKD・DM）を感じ、学習の積み重ねの大切さを痛感。 ・専門医レベルの方々の未治療が多い。 ・病院との連携を感じるも、レターなどの連携でなくのみ。連携の在り方課題 ・特定保健指導で個別・人間ドック受診者のフォローがタイムリーに入らない、一歩アウトソーシング検討。 ・レベル10の方の支援は結果説明会未実施は支援できていない	・今年度健診後のフォローが主に残り、医療中断者への支援が不十分。 ・未受診者対策・未利用者対策としての地域づくりの強化も必要。 ・病院連携の在り方（市民が主体の連携）・ハイリスク者の中で、優先順位を絞り介入する必要性がある。 ・介護の2号者の健診・医療の状況が未把握。 ・特定保健指導者へ手選して結果返しができるように検討要す。	・今年度健診後のフォローが主に残り、医療中断者への支援が不十分。 ・未受診者対策・未利用者対策としての地域づくりの強化も必要。 ・病院連携の在り方（市民が主体の連携）・ハイリスク者の中で、優先順位を絞り介入する必要性がある。 ・介護の2号者の健診・医療の状況が未把握。 ・特定保健指導者へ手選して結果返しができるように検討要す。
母子保健	初回健診事後受診（あつちの教室）開催にともない健診の参集課題の見直し。母子の生活習慣病予防の場点は少なかつた。	特定保健指導者が目標値に満たない状況	親子健康手帳窓口での生活習慣病予防場点での保健指導強化 乳幼児健診で生活リズムの大切SPR強化	親子健康手帳窓口での生活習慣病予防場点での保健指導強化 乳幼児健診で生活リズムの大切SPR強化	産科医療機関の連携でGDMの個別支援連携
がん対策	がん検診・特定健診フォローが業務別での支援となってしまう。（同じ対象に別々の介入支援あり）	がん検診・特定健診フォローが業務別での支援となってしまう。（同じ対象に別々の介入支援あり）	がん検診の精査フォローが不十分 精査受診率が低い	がん検診の精査フォローが不十分 精査受診率が低い	がん検診受診結果の経年管理が不十分システム化要す
特定保健指導率	目標値（前掲計画） うるま市 実績 沖縄県 実績	H20年度 30% 32.4% 28.3%	H21年度 35% 30.5% 36.0%	H22年度 40% 34.7% 42.1%	H23年度 43% 49.8% 46.5%
各担当地区の指導対象者・実人員	各担当地区の指導対象者・実人員	各担当地区ごとの指導率	各担当地区ごとの指導率	各担当地区ごとの指導率	各担当地区ごとの指導率

全体の評価表

評価の項目	A プロセス(過程) やってきたこと 評価のための様式	B アウトプット(事業実施量)	C アウトカム(結果)	D ストラクチャー(構造)
経過	<p>生活習慣病関連で引き起こされる疾患（予防可能な疾患）</p> <p>基礎疾患の重なりはなんんだろ</p> <p>医療費分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>虚血性心疾患</li> <li>脳血管疾患</li> <li>腎疾患</li> <li>65歳未満</li> <li>200万以上の高額医療</li> <li>6カ月以上の長期入院</li> <li>長期化することで高額</li> <li>生活機能の低下</li> </ul> <p>生活習慣病分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>虚血性心疾患 (様式3-6)</li> <li>脳血管疾患</li> <li>人工透析</li> <li>脂質異常 (様式3-4)</li> <li>糖尿病 (様式3-2)</li> <li>高血圧 (様式3-3)</li> <li>全体 (様式3-1)</li> </ul> <p>どの年代で何人受診しているの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健診受診 (様式6-9)</li> <li>健診有所見状況 (様式6-2~6-7)</li> <li>メタボ該当者・予備軍 (様式6-8)</li> </ul> <p>対象者の明確</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健診から保健指導実施へのフローチャート</li> <li>保健指導レベルごとに対象者を把握</li> <li>集団と個の実態把握</li> <li>保健指導の優先順位</li> </ul>	<p>○健診受診率</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>H20年度 27.1%</li> <li>H21年度 28.9%</li> <li>H22年度 30.0%</li> <li>H23年度 29.9%</li> </ul> <p>H20年度と比較して若干増加しているものの受診率が低い。男性40代の受診率は各年度で最も低く、2割弱となっている。</p> <p>○特定保健指導率</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>H20年度 32.4%</li> <li>H21年度 30.5%</li> <li>H22年度 34.3%</li> <li>H23年度 49.9%</li> </ul> <p>平成22年度までは保健指導率は横ばい状態。これまで実施してきた集団健診結果説明会や集団健康教育を廃止（離島など一部地域で必要時実施）し、すべて個別相談対応としたことが、指導率の増加につながっている。</p> <p>○保健指導の継続率</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>H20年度積極的支援の初回面接率 36.7% 終了率 13.6%</li> <li>H21年度積極的支援の初回面接率 30.9% 終了率 15.3%</li> <li>H22年度積極的支援の初回面接率 38.1% 終了率 15.8%</li> <li>H23年度積極的支援の初回面接率 56.5% 終了率 23.9%</li> </ul> <p>終了率は年々増加しているが、約24%と低い状況である。</p>	<p>○健診結果</p> <p>男性のメタボリック該当者は年々増加しており、腹囲有所見者は6割を超えている。さらに低HDLや尿酸有所見者が増加傾向にある。女性は肥満有所見者が減少傾向にあり、それに伴いメタボリック該当者及び予備軍ともに減少傾向にある。</p> <p>男女ともにHbA1c有所見者割合の増減はあるものの、毎年5割を超えている。特定健診受診者の生活習慣病治療中の方は年々増加している。たが、コントロール不良者の割合</p> <p>○保健指導</p> <p>メタボリック該当者及び予備軍の次年度改善率は41.8%、悪化率は15.7%となっている。HbA1c 6.1%以上の改善率は55.6%、I度高血圧以上の改善率は50.4%であり、保健指導を受けた半</p> <p>○発症予防</p> <p>生活習慣病での受療率は増加傾向であるが、県内11市と比較すると最も低い。女性の脳血管疾患、虚血性心疾患は減少傾向であるが、男性は増加傾向。</p> <p>○重症化予防</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①200万以上レセより予防可能な心疾患が29.8%と高い。疾患の重なりを見ると、高血圧と糖尿病の割合が高い。</li> <li>②長期入院よりほとんどが脳血管疾患。糖尿病、高血圧の重なりが多く、費用額も高い。</li> </ul> <p>○障害予防 (2号認定者の状況)</p> <p>2号認定者数はH17年度から年々増加。原因疾患は脳血管疾患が約7割を占めている。50代</p> <p>○死亡統計</p> <p>65歳未満の死因では脳血管疾患が最も多く、その中で脳出血が多い。年代で見ると男女ともに50代</p>	<p>○未受診者対策</p> <p>健診会場で保健指導利用勧奨、手渡結果返しについて周知し、後日、電話で面接日の予約を入れる等利用者が利用しやすい環境を整備。</p> <p>○保健指導率向上対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導対象者に対して健診結果を手渡しで行い、保健指導を受けやすい体制を整備する。</li> <li>・継続率を高めるために、特定保健指導対象者に対しては、回数をお互いに二次健診を実施し、自身の現在の代謝状況を理解することで行動変容が行えるよう支援する。</li> <li>・さらに必要に応じてキッズケルや体重計、歩数計、血圧計の貸出を行い、健康管理に取り組みやすいよう支援する。運動施設利用希望者に対しては、エコボデーカード発行にて運動しやすい体制を整備する。</li> <li>・特定保健指導対象者以外に対しても、健診結果より優先順位を定めし保健指導を実施する。</li> <li>・効果の出せる保健指導が行える</li> </ul> <p>○重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病、高血圧、CKD管理台帳を作成し、継続支援を行う（健診未受診、医療中断を予防する）</li> <li>・医療連携パスを活用し、医療中断がないよう支援する。</li> <li>・治療中の方へ対しても、必要時栄養指導が受けられるよう医療との連携を行う。</li> </ul> <p>○早世予防 ○障害予防</p>