

# 第2期 特定健康診査等実施計画

古 賀 市

平成 25 年 3 月 31 日

## 第2期 特定健康診査等実施計画

### 目次

<b>序章</b>	<b>制度の背景について</b>	<b>1</b>
	1 医療制度改革の工程と指標	1
	2 社会保障と生活習慣病	2
	3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）	3
	4 第2期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方	4
	5 第2次健康日本21と特定健診等実施計画との整合性	5
	6 計画の期間	5
<b>第1章</b>	<b>第1期の評価</b>	<b>7</b>
	1 目標達成状況	7
	（1）実施に関する目標	7
	① 特定健診実施率	7
	② 健診実施率向上に向けた取組みと今後の方策	9
	（2）特定保健指導実施率	10
	① 実施に関する目標	10
	② 特定保健指導実施率向上に向けた取組みと今後の方策	10
	（3）成果に関する目標	11
	① メタボリックシンドローム（該当者及び予備群）減少率	11
	② メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）減少にむけての取組み	12
	2 後期高齢者支援金の加算・減算	12
	（1）後期高齢者支援金について	12
	（2）国の考え方に基づく試算	14
<b>第2章</b>	<b>第2期計画に向けての現状と課題</b>	<b>15</b>
	1 社会保障の視点でみた医療保険者（市町村）の特徴	15
	2 第1期計画の実施からみえてきた被保険者の健康状況と課題	19
	（1）循環器疾患（虚血性心疾患、大動脈疾患、脳血管疾患）	19
	（2）高血圧症	20
	① 高血圧の状況	20
	② 高血圧における今後の課題と対策	22
	（3）脂質異常症	23
	① 脂質異常症の状況	23
	② 脂質異常症における今後の課題と対策	25
	（4）糖尿病	25
	① 糖尿病の状況	25
	② 古賀市2次検査（75g経口ブドウ糖負荷試験より）の結果について	28
	③ 糖尿病における今後の課題と対策	29
	（5）慢性腎臓病（CKD）	30
	① 慢性腎臓病（CKD）の状況	30
	② CKD（慢性腎臓病）における今後の課題と対策	31
<b>第3章</b>	<b>特定健診・特定保健指導の実施</b>	<b>33</b>
	1 特定健診実施等実施計画の評価及び見直しについて	33
	2 目標値の設定	33
	3 対象者数の見込み	33
	4 特定健診の実施	33
	（1）実施形態	33

	(2) 特定健診委託基準	34
	(3) 健診実施機関リスト	34
	(4) 委託契約の方法	34
	(5) 健診委託単価、自己負担額	34
	(6) 代行機関の名称	34
	(7) 受診券の様式	35
	(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	36
	<b>5 保健指導の実施</b>	<b>36</b>
	(1) 健診から保健指導実施の流れ	36
	(2) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実施スケジュール	38
	(3) 保健指導に使用する学習教材	39
	(4) 保健指導実施者の人材確保と資質向上	39
	(5) 保健指導の評価	40
<b>第4章</b>	<b>特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存</b>	<b>41</b>
	1 特定健診・保健指導データの形式	41
	2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について	41
	3 個人情報保護対策	41
<b>第5章</b>	<b>結果の報告</b>	<b>41</b>
	1 支払基金への報告	41
<b>第6章</b>	<b>特定健康診査等実施計画の公表・通知</b>	<b>41</b>

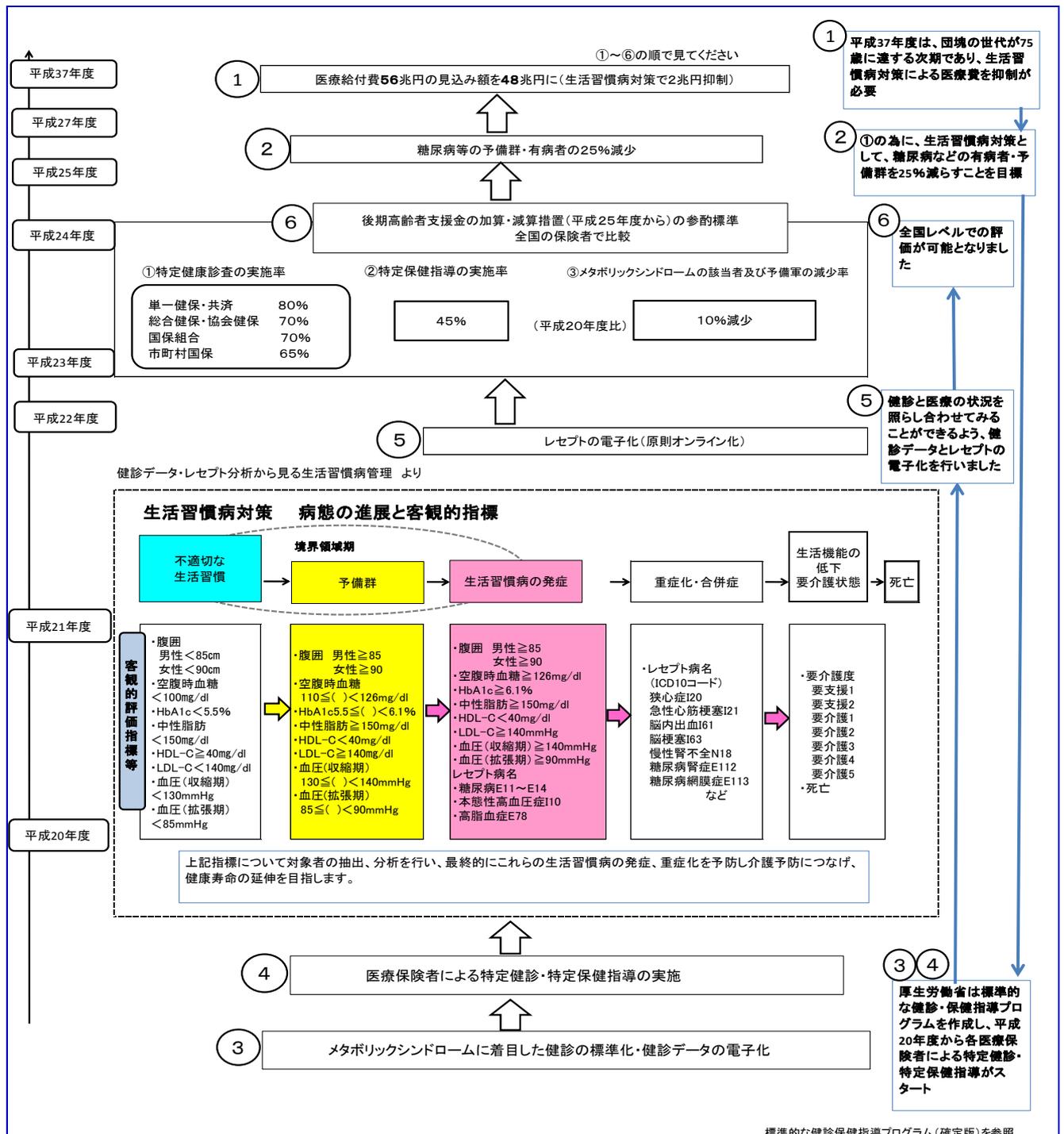
# 序章 制度の背景について

## 1 医療制度改革の工程と指標

急速な少子高齢化の進展、疾病構造の変化などの大きな環境の中で、国民皆保健制度を維持し、医療制度を堅持していくためには、その構造改革が急務であることから、平成17年12月、政府は「医療制度改革大綱」を制定しました。特定健診・特定保健指導は、平成17年度に出された医療制度改革の中のひとつの動きです。

【図1】は、特定健診・保健指導は何を目指しているのか、国の大きな流れを示したものです。経年的に下段から上段に記しています。説明は①～⑥の順序で見てください。

【図1】 医療制度改革の工程と指標



## 2 社会保障と生活習慣病

平成 20 年度から、「高齢者の医療の確保に関する法律」により各医療保険者による特定健診・特定保健指導が義務づけられました。この法律の目的には、「国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずる」とあります。

また、特定健康診査は、メタボ健診と呼ばれていますが、同法 18 条では、「糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査」と記されています。

では、「なぜ糖尿病対策が必要なのか?」「なぜ糖尿病の有病者・予備群の減少なのか?」社会保障の視点で述べます。

【表 1】の「社会保障と生活習慣病」では、横軸は左から年代、生活習慣病対策に関する世界の動き、国の動き、国の財政（税収・歳出・借金）、社会保障給付費となっています。

医療費も社会保障に含まれるので、予防可能とされる糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、がんの医療費の内訳を見てみました。単位は「兆円」となります。

1982 年（昭和 57 年）に老人保健法が制定されました。この年は国の税収約 30 兆円、社会保障費約 30 兆円、うち医療費は約 12.4 兆円で糖尿病 3,000 億円、虚血性心疾患 3,000 億円、脳血管疾患 9,000 億円、がん 8,000 億円でした。

特定健診・特定保健指導がスタートした平成 20 年度には、国の税収約 44 兆円、社会保障費約 94 兆円、医療費約 29.6 兆円、このうち主要疾患別医療費は、糖尿病 1.2 兆円、虚血性心疾患 8,000 億円、脳血管疾患 1.6 兆円、がん 2.9 兆円とそれぞれ老人保健法が始まった昭和 57 年と比べて、医療費は 2.4 倍になりましたが、そのうち糖尿病は 3.9 倍、虚血性心疾患は 2.5 倍、脳血管疾患は 1.7 倍、がんは 3.5 倍と大きく伸びています。

なかでも特に糖尿病については、生活習慣病関連の医療費の伸びが大きいことと、合併症による障害で日常生活に大きな影響を及ぼすことから、特定健診、特定保健指導は糖尿病の予防を第一に、目標に掲げたのだと理解できます。

表1 社会保障と生活習慣病

年代	世界の動き	国の動き	国の財政			社会保障給付費								
			一般会計 税収決算額	一般会計 歳出決算額	長期債務残高 (国・地方)	計	医療	主要疾患別医療費				年金	福祉・その他	
			(兆円)	(兆円)	(兆円)			(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)			(兆円)
1978 昭和53	WHOアルマアタ宣言	第1次国民健康づくり運動	21.9	34.1	77.6	19.8	8.9						7.8	3.0
1982 昭和57		老人保健法制定 ★	30.5	47.2	154.1	30.1	12.4	0.3	0.3	0.9	0.8		13.3	4.3
1986 昭和61	WHOオタワ憲章（ヘルスポモーション）		41.9	53.6	224.7	38.6	15.1	0.5	0.4	1.2	1.1	18.8	4.7	
1988 昭和63		第2次国民健康づくり運動（アクティブ80ヘルスプラン）	50.8	61.5	246.5	42.5	16.7	0.5	0.5	1.4	1.3	21.0	4.7	
1996 平成8		「成人病」を、「生活習慣病」に公衆衛生審議会の提言を受け厚生省が改称	52.1	78.8	449.3	67.5	25.2	1.0	0.7	1.9	1.9	35.0	7.4	
2000 平成12	世界の人口60億人に	第3次国民健康づくり運動（健康日本21）	50.7	89.3	645.9	78.1	26.0	1.1	0.7	1.8	2.0	41.2	10.9	
2003 平成15		健康増進法施行	43.3	82.4	691.6	84.3	26.6	1.1	0.7	1.7	2.5	44.8	12.9	
2006 平成18		医療制度改革（予防重視、後期高齢者医療制度の創設）	49.1	81.4	761.1	89.1	28.1	1.1	0.7	1.9	2.5	47.3	13.7	
2007 平成19		医療保険者における生活習慣病対策として、標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）の提示 ★	51.0	81.8	766.7	91.4	28.9	1.1	0.7	1.8	2.7	48.3	14.2	
2008 平成20	WHO「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」 4つの非感染性疾患（NCD；心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患）と4つの共通する危険因子（喫煙、運動不足、不健康な食事、過度の飲酒）の予防と管理のためのパートナーシップ	特定健診・特定保健指導スタート	44.3	84.7	770.4	94.1	29.6	1.2	0.8	1.6	2.9	49.5	14.9	
							1982年（昭和57年）の何倍？							
							2.4	3.9	2.5	1.7	3.5			
2011 平成23	腎臓病もNCDに追加 世界人口が70億人突破（1950年の25億人の3倍近くに）		40.9	94.7	893.9									
2012 平成24		4月 次期国民健康づくり運動プラン（第2次健康日本21）報告書たたき台公表 ★												

（福岡県国民健康保健団体連合会資料より）

### 3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）

生活習慣病をどのように予防していくのか、平成19年4月に厚生労働省健康局より「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」が示されました。

確定版の健診・保健指導において、なぜ内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目するのか、確定版の第2編第1章に下記のような基本的な考え方が示されています。

内臓脂肪症候群に着目して行う健診、保健指導の基本的な考え方は「内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また、発症してしまっても、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能である」という考え方である。

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入することにより、「内臓脂肪の蓄積・体重増加」が、中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こすことで、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるようになった。このデータを示しデータに沿った保健指導を行うことで、健診受診者が、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係を理解し、このことが生活習慣の改善に向けての明確な動機づけになると考える。

これまでの健診・保健指導は病気の「早期発見」と「早期治療」を目的としていました。しかし、特定健診は、生活習慣病の要因となる内臓脂肪肥満に着目し、「保健指導を必要とする者を抽出するもの」であり、保健指導についてはその要因となっている生活習慣を改善することで、糖尿病等の有病者の重症化・予備群を減少させること、すなわち「病気の予防」を目的としています（図2）。

生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健診は個人が生活習慣を振返る絶好の機会と位置づけ、行動変容につながる保健指導を行います。

【図2】 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	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析</p> <p>↓</p> <p>行動変容を促す手法</p>	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を選択し、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、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、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	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 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・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

健康局からは、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」が出され、健診・保健指導の契約やデータの取り扱いのルールが書かれています。

第1期計画では、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」等これらの資料を参考に、内容を検討し計画策定を行いました。

#### 4 第2期計画に向けての特定健診・特定保健指導の基本的な考え方

平成24年4月13日に公表された「今後の特定健診・保健指導の在り方について 中間まとめ」及び平成24年7月13日に公表された「第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・特定保健指導の実施についてのとりまとめ」によると、第2期に向けては、

- ① 特定保健指導の対象とならない非肥満者や治療者への対応
  - ② 未受診者の対応や継続受診について
- が具体的に示されています。

本市では、第1期よりこれらの取り組みが既に行われているところであり、枠組み自体は第1期と大きく変わらないと考えていますが、②の未受診者の対応や継続受診については、未受診者の中に医療機関への受診勧奨が必要な人が多く含まれていると思われるため、医療機関への受診勧奨を重点的に実施していきたいと考えています。

また現在国で検討されている、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針となる「特定健診等基本方針」を参考に進めていきます。

## 5 第2次健康日本21と特定健診等実施計画との整合性

平成12年度より展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本21」は『壮年期死亡の減少』『健康寿命の延伸』『生活の質の向上』を目的として、健康を増進し発症を予防する「一次予防」を重視する取り組みが推進されてきました。

しかし、急速な少子高齢化の進展や生活習慣の変化による疾病構造の変化が、生活習慣病にかかる医療費の増加や介護負担の上昇を招き、今後も国民の負担は一層増すことが予想されます。こうした社会的背景を踏まえ、生活習慣病の予防及び社会生活を営むための必要な機能の維持・向上等により『健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）の延伸』と『健康格差の縮小』を実現することが重要であるとし、今回の平成25年から平成34年までの「二十世紀における第2次国民健康づくり運動（第2次健康日本21）」では、引き続き生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展など、重症化の予防を重視した取り組みを推進する為の基本的な方向が示されました。その基本的な方向を達成する為、第2次健康日本21に示す具体的な目標53項目(表2)についての現状の数値と概ね10年後の目標値を掲げ、目標達成に向けた取り組みが更に強化されるよう、その結果を厚生労働大臣告示として示すことになりました。国は事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する特定健診等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定することとしています。

古賀市においては、平成19年3月に健康増進計画「ヘルスアップぷらん」を策定し取り組みを推進してきました。計画の期間は平成19年度から平成28年度までの10年間の計画であり、平成23年度に、第2期特定健康診査等実施計画を見据えながら中間見直しを行ったところです。第2期古賀市特定健康診査等実施計画においても「ヘルスアップぷらん」と整合性を図りながら策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。

また、この計画は、健康増進法に基づく健康増進計画に包含されるものであり、福岡県が策定する「福岡県医療費適正化計画」とも十分な整合性を図るものとします。

## 6 計画の期間

この計画は第2期の計画であり、第1期特定健康診査等実施計画（平成20年度から平成24年度）に続く、平成25年度から平成29年度までの5年間の計画期間とします。

【表2】平成25年度からの国の健康づくり施策(第2次健康日本21)における医療保険者の役割は？

2012.06.04修正

個人で達成すべき目標	市町村	<p>生酒における各段階(あらゆる世代)</p> <p>乳幼児期 0才</p> <p>学童 18才</p> <p>若年期 20才</p> <p>中年期 40才</p> <p>高齢期 65才</p> <p>75才</p> <p>死亡</p> <p>胎児(妊婦)</p> <p>母子保健</p> <p>教育</p> <p>精神保健</p> <p>健康づくり対策</p> <p>介護予防</p>
	医療保険者	<p>健康づくり対策</p> <p>特定健診・特定保健指導の実施率の向上</p> <p>適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少)</p> <p>ロコモティブシンドロームの該当者及び予備者の減少</p> <p>治療継続者の割合の増加</p> <p>糖尿病有病者の増加の抑制</p> <p>血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1cが5.8%以上の者の割合の減少)</p> <p>適切な種と量の食事と運動の増加(主食、主菜、副菜総量合わせは食事量が1日2回以上、日ごとの割合の増加、食塩摂取量の減少、野菜と果物摂取量の増加)</p> <p>日常生活における歩数の増加</p> <p>運動習慣者の割合の増加</p> <p>運動の異発防止</p> <p>がん検診の高利用率の向上</p> <p>睡眠による体力を十分でない者の減少</p> <p>気分転換によるストレスの軽減</p> <p>認知機能低下(ハイリスク高齢者の把握率)の向上</p> <p>職業または向らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加</p>
社会環境に關する目標	地域	<p>認知機能低下(ハイリスク高齢者の把握率)の向上</p> <p>職業または向らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加</p>
	職域	<p>認知機能低下(ハイリスク高齢者の把握率)の向上</p> <p>職業または向らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加</p>
都道府県	企業	<p>健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数増加の増加</p> <p>職場中の健康や脂肪の低減に取り組み食品企業及び飲食店の数増加の増加</p> <p>利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定保健施設数の増加</p> <p>健康づくりに関連して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加</p>
	民間団体(栄養ケア・ステーション、薬局等)等	<p>健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数増加の増加</p> <p>職場中の健康や脂肪の低減に取り組み食品企業及び飲食店の数増加の増加</p> <p>利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定保健施設数の増加</p> <p>健康づくりに関連して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加</p>
国・マスメディア	<p>国民が運動しやすいまちづくり環境整備に取り組み自治体数の増加</p> <p>健康増進対策に取り組み自治体の増加</p> <p>認知機能低下(ハイリスク高齢者の把握率)の向上</p> <p>職業または向らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加</p>	

★ 第2次健康日本21に示す具体的な目標53項目のうち、市町村医療保険者が取組み主体となる項目は、主に中年期以降の健康づくり対策及び介護予防に関するところであり、内15項目が特定健診・保健指導で評価項目可能な項目となります。

# 第1章 第1期の評価

## 1 目標達成状況

### (1) 実施に関する目標

#### ① 特定健診受診率

古賀市第1期特定健康診査等実施計画における特定健康診査受診率については、平成24年度の最終目標を国の定めた目標に準じて65%としました。しかし、受診率は平成20年度以降低率・横ばいであり、平成23年度は、23.9%と福岡県の平均受診率27.8%を下回っており、県内でも50位と低位となっています。特に継続受診率が低く平成23年度においては、県の平均66.8%に比べ64.0%と低率、県内54位と下位に位置しています。【図4】・【表6】の性別・年齢ごと受診率では、50～54歳の受診率が男女共に低く、特に女性の受診率の伸びが低い傾向にあります。しかも古賀市では他市町と比べ60～70歳代の受診率も低い傾向にあります。また図5の校区毎の経年の受診率では、舞の里校区、花鶴校区の受診率が高く、小野校区、青柳校区の受診率が低いという地域による差が見られました。

【表3】 古賀市の特定健康診査の目標と実施状況

		平成23年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度 (H25.3月末データ)
		福岡県					
目標値		—	35.0%	45.0%	55.0%	60.0%	65.0%
対象者		811,292人	8,265人	8,420人	8,554人	8,804人	9,093人
実績	受診人数	225,559人	1,803人	2,218人	2,039人	2,103人	2,197人
	集団		1,803人	1,534人	1,385人	1,395人	—
	個別		—	684人	654人	708人	—
	受診率	27.8%	21.8%	26.3%	23.8%	23.9%	24.2%
	集団		21.8%	18.2%	16.2%	15.9%	—
	個別		—	8.1%	7.6%	8.0%	—
県平均受診率			23.8%	25.4%	26.5%	27.8%	—
県内順位(60市町村中)			48位	39位	47位	50位	—

★ 平成23年度は、23.9%と福岡県の平均受診率27.8%を下回っており、県内でも50位と低位

(古賀市データより)

※ 平成24年度については、平成25年3月末時点での速報値を示しています。

【表4】 新規受診率の比較

	福岡県	古賀市
平成21年	40.4%	45.4%
平成22年	28.1%	27.1%
平成23年	25.0%	25.6%

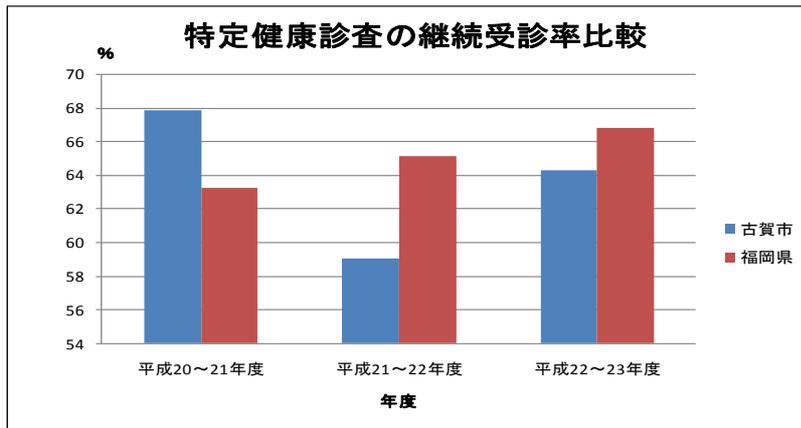
★ 平成21年度古賀市は、医療機関健診実施の年であり新規受診者が多いと考えられる

【表5】 特定健康診査の継続受診率の推移

	福岡県	古賀市		
	平成 22～23 年度	平成 20～21 年度	平成 21～22 年度	平成 22～23 年度
継続受診	66.8%	67.8%	59.8%	64.3%
県内順位 (60市町村中)		24位	53位	54位

(古賀市データより)

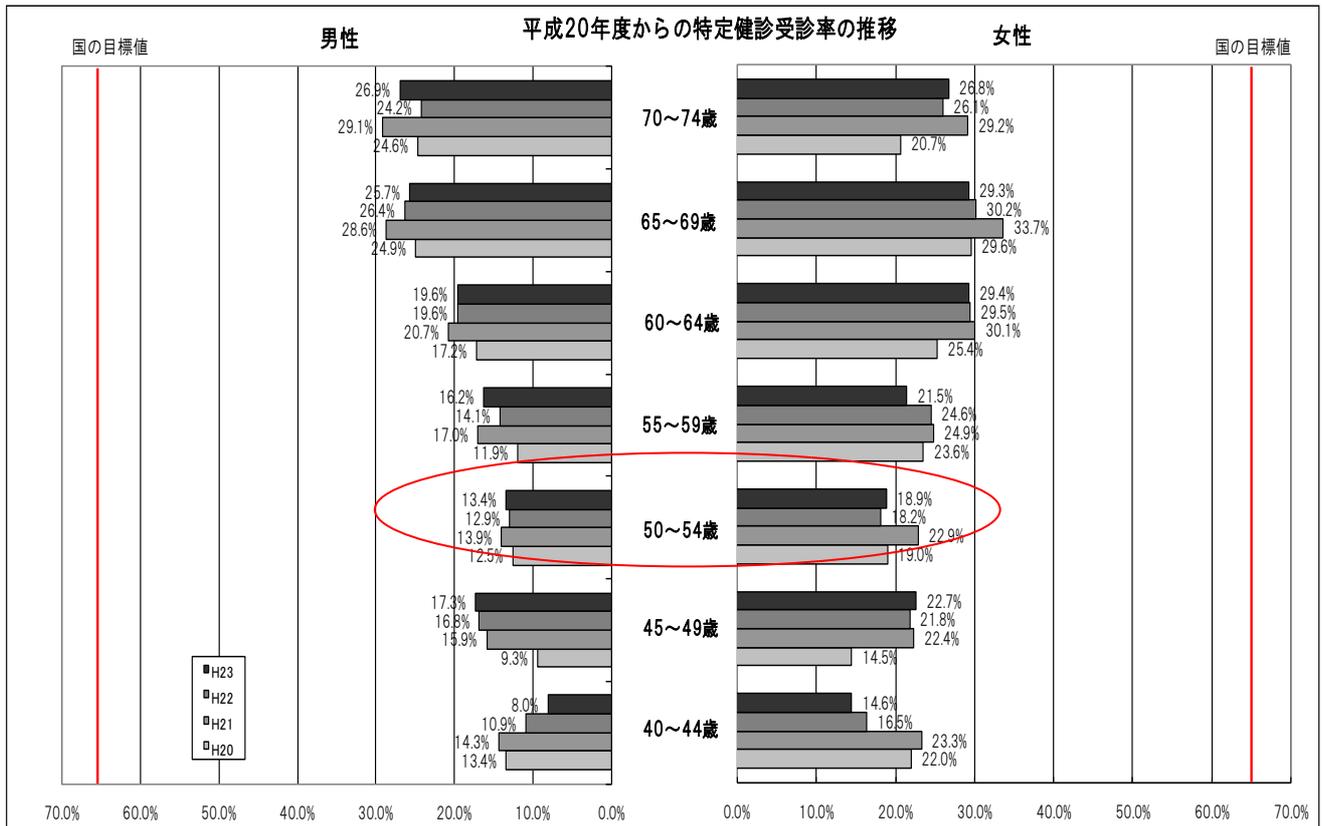
【図3】 特定健康診査の継続受診率比較



(古賀市データより)

★ 平成 23 年度は、県の平均 66.8% に比べ 64.0% と低率、県内 54 位と下位

【図4】 平成 20 年度からの特定健診受診率の推移



(古賀市データより)

★ 50 歳～54 歳の受診率が男女共に低い

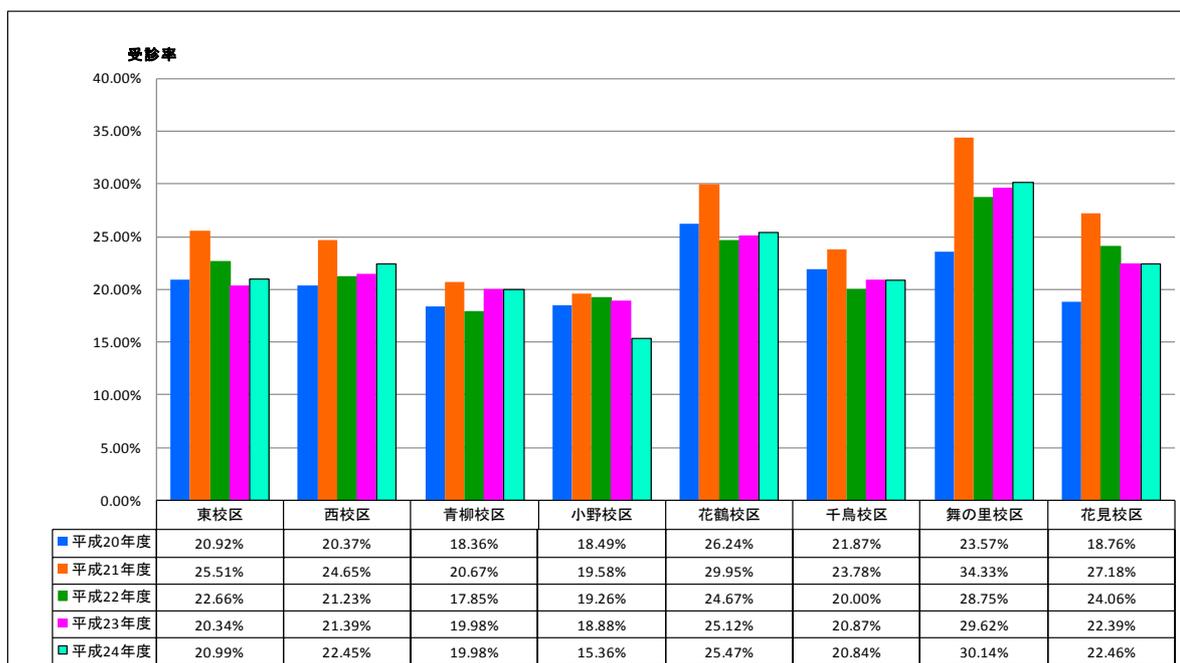
【表 6】 特定健診年代別受診率

古賀市		男性			女性		
		平成20年度	平成23年度	伸び率	平成20年度	平成23年度	伸び率
40～59歳	人数	149	170	—	266	247	—
	受診率	11.9%	13.9%	2.0%	20.5%	19.6%	▲0.9%
60～74歳	人数	579	703	—	809	983	—
	受診率	22.8%	24.5%	1.7%	25.5%	28.5%	3.0%

★ 40歳～59歳女性の受診率の伸びが低い

(古賀市データより)

【図 5】 特定健診 校区毎経年受診率 (H20—H24)



★ 舞の里校区、花鶴校区の受診率が高く、小野校区、青柳校区の受診率が低い

(古賀市データより)

## ②健診受診率向上に向けた取組みと今後の方策

古賀市の健診受診率における課題は、継続受診率が低く、特定健診対象者が圧倒的に多い60～70歳代の受診者の割合が低いことです。新規受診者は一定の受診率を維持している為、継続受診者の受診率向上と60～70歳代の受診率向上が、特定健診受診率向上のための重要な課題となっています。

今後の取組みとして

- 受診しやすい環境整備の為に、集団健診と医療機関健診は引き続き実施していきます。また、集団健診については、がん検診等と同時に受診できる複合健診を充実させるとともに、平成25年度以降健診申し込みについては、はがきによる申し込み方法を取入れていきます。
- 60～70歳代の受診率向上の取組みとして、この年代は生活習慣病関連疾患の治療者も多いことから、医療機関との連携・協力のもと治療中の方の受診促進を図ります。

- 40～50 歳代の受診率向上として、特に女性の受診率の伸びが低いことから夜間の健診やレディースデイの設定など、働く女性が受診しやすく、かつ魅力のある健診を実施していきます。また未受診者に対し受診勧奨はがきの郵送や行政区・商工会などへの巡回啓発、市の広報やホームページ、啓発ポスター・チラシなどによる啓発を行い、市民がわかりやすい表示等の工夫を行っていきます。

## (2) 特定保健指導実施率

### ① 実施に関する目標

「特定健康診査基本方針」における特定保健指導（積極的支援・動機付け支援）実施率について国は 45%以上を目標として定めています。古賀市においても国の定めた 45%を目標としましたが、平成 21 年度以降古賀市の保健指導実施率は目標を大きく上回り、平成 23 年度は保健指導実施率 66.8%（県下 12 位）を達成しています。

【表 7】 特定保健指導実施率

古賀市		平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
目 標 値		45%	45%	45%	45%	45%
実 績	人数	124人	199人	176人	181人	—
	実施率	36.7%	64.6%	69.0%	66.8%	—
県内順位 (60市町村中)		31位	12位	8位	12位	—

(古賀市データより)

### ② 特定保健指導実施率向上に向けた取組みと今後の方策

特定健診の結果から個人の生活習慣に沿って特定保健指導を行い、早期受診や生活習慣改善につなげることが特定健診・保健指導の目的となります。

古賀市特定保健指導の実施率は目標の 60%を上回っており、第 2 章でも示されているように

- 早期に適正受診につなげることで人工透析など重症化予防につながっている
- 特定健診受診者の重症高血圧が減少している

などの効果が表れています。

しかし、前述のように継続受診率の低さを考えると、特定保健指導から次年度の健診につながっていないことも一因と考えられ、保健指導のアプローチのあり方について検討していく必要があります。また、現在実施している特定保健指導の対象とならない治療者や非肥満者などについても、重症化予防の観点から優先順位を決め、個別の保健指導を主体に実施していきます。

(3) 成果に関する目標

①メタボリックシンドローム（該当者及び予備群）減少率

次の算定式に基づき、評価することとされています。

算定式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	<p>○H25 納付分は、H24（＝当該年度）/H20（＝基準年度）とし、H26 以降の納付分は、前年/前々年（例えば H26 の場合は H25/H24）</p> <p>○該当者及び予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないように、実数ではなく、健診受診者に含まれる該当者及び予備群の者の割合を対象者数に乗じて算出したものとする。</p> <p>○なお、その際に乗じる対象者数は、各医療保険者における実際の加入者数ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化（高齢化効果）によって打ち消されないよう、年齢補正（全国平均の性・年齢構成の集団に、各医療保険者の性・年齢構成（5 歳階級）別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率を乗じる）を行う。</p> <p>○基点となる H20 の数は、初年度であるため、健診実施率が低い医療保険者もある（あるいはそもそも対象者が少なく実施率が 100%でも性別・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率は、セグメントを粗く（年齢 2 階級×男女の 4 セグメント）した率を適用。</p>

【表 8】は古賀市特定健診結果から経年のメタボリックシンドロームの人数・率を示しています。現時点では、年齢補正の方法が示されていないため、特定健康診査受診者の中のメタボリックシンドローム（該当者及び予備群）の人数・率を示します。メタボリックシンドローム該当者は、年々減少傾向にあります。予備群は横ばいとなっています。

【表 9】を見ると古賀市は男女共にメタボリックシンドローム該当者の割合は福岡県平均（男性 25.0%、女性 9.0%）より低率ですが、男性のメタボリックシンドローム予備群の割合は高くなっています。メタボリックシンドローム該当者における検査結果の重複状況は男女共に血圧＋脂質を重複している割合が多く、特に女性では福岡県の平均より高くなっています。

【表 8】 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者及び予備群の人数・率

古賀市		平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
該当者	人数	218 人	273 人	240 人	229 人
	該当率	12.1%	15.1%	11.8%	10.9%
予備群	人数	251 人	251 人	204 人	249 人
	該当率	13.9%	13.9%	10.0%	11.8%

★ 該当者は、年々減少傾向にあります。予備群は横ばい

(古賀市データより)

【表9】 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の状況

（平成23年度特定健診受診結果）

		健診受診者		メタボリック 予備群		メタボリック 該当者		再掲) 重複状況							
								血糖+血压		血糖+脂質		血压+脂質		3項目全て	
		B	B/A	E	E/B	I	I/B	J	J/(E+I)	K	K/(E+I)	L	L/(E+I)	M	M/(E+I)
男性	福岡県	91,671	24.7%	16,818	18.3%	22,901	25.0%	4,221	10.6%	1,362	3.4%	10,717	27.0%	6,601	16.6%
	古賀市	873	21.3%	176	20.2%	158	18.1%	27	8.1%	7	2.1%	86	25.7%	38	11.4%
女性	福岡県	133,888	30.4%	9,446	7.1%	12,114	9.0%	1,769	8.2%	636	2.9%	6,509	30.2%	3,200	14.8%
	古賀市	1,230	26.1%	70	5.7%	69	5.6%	7	5.0%	2	1.4%	45	32.4%	15	10.8%

（古賀市データより）

★ 男女共にメタボリックシンドローム該当者の割合は福岡県平均より低率であるが男性のメタボリックシンドローム予備群の割合は高い。

★ メタボリックシンドローム該当者における検査結果の重複状況は男女共に血压+脂質を重複している割合が多く、特に女性では福岡県の平均より高い。

## ②メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）減少にむけての取組み

生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複するほど、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクは高くなります。

特に若年者については、検査結果が軽症であっても重複の状況により優先順位をつけて保健指導を実施していきます。

## 2 後期高齢者支援金の加算・減算

### （1）後期高齢者支援金について

平成20年度から後期高齢者医療制度が創設され、医療費全体の約40%を若年者の医療保険から拠出する「後期高齢者支援金」制度が導入されました。

この後期高齢者支援金の額は、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標」の達成状況によって、±10%の範囲内で加算・減算等の調整を行うこととされ、平成25年度から適用されることになっています。

これは、若年者が加入する医療保険者が、糖尿病や高血圧症、脂質異常症等の発症予防と、心疾患や脳血管疾患等への重症化予防に努めることが、後期高齢者の医療費の適正化につながることを踏まえ、こうした医療保険者の努力を評価し、特定健診や特定保健指導の実施をさらに推進、強化していくための意欲刺激となるよう設けられたものです。

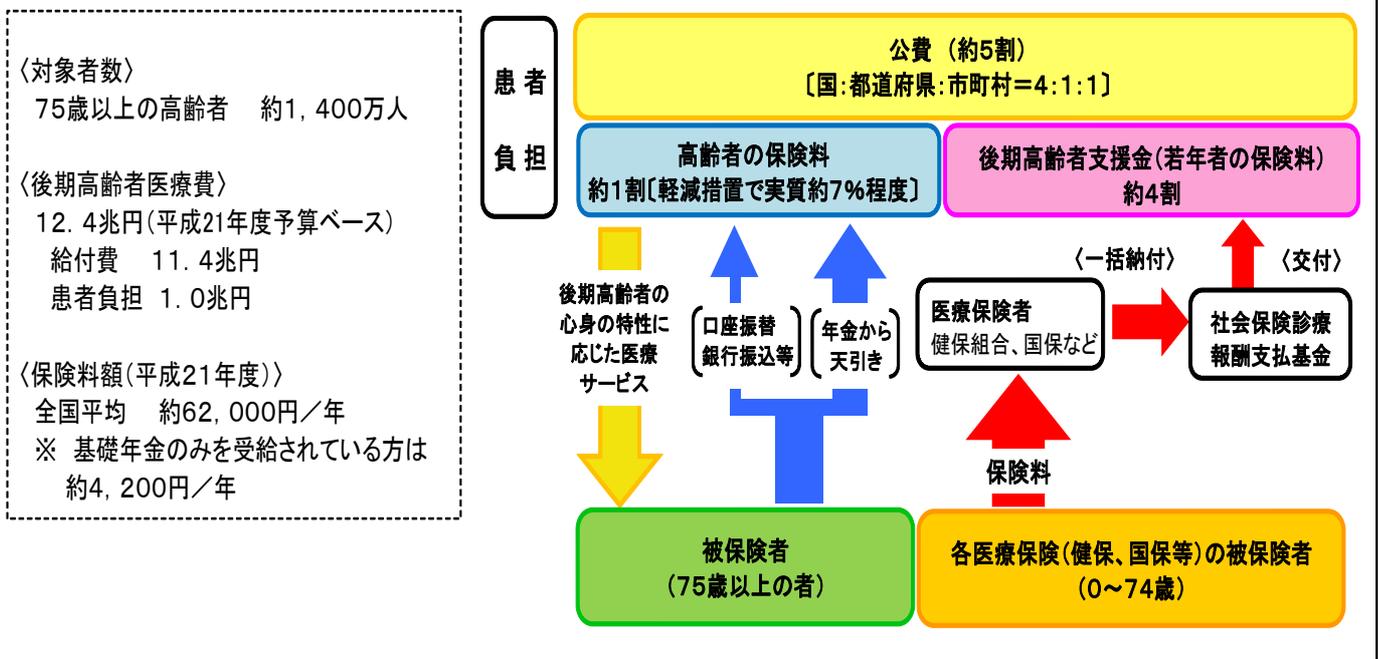
図6 現行の高齢者医療制度について

## 現行の高齢者医療制度について

### 制度の概要

- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢者と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

### 後期高齢者医療制度の仕組み

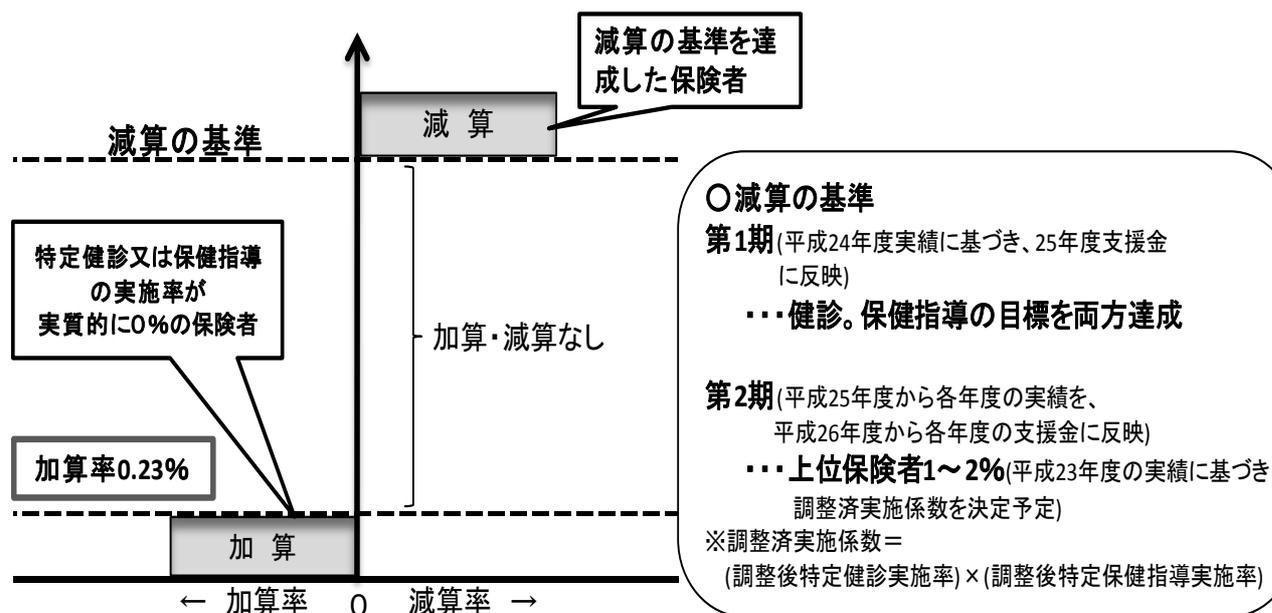


## (2) 国の考え方に基づく試算

平成 25 年度から開始される後期高齢者支援金の加算・減算の算定方法について、平成 24 年度実績に基づき、平成 25 年度に加算対象になるのは、健診または保健指導実施率が 0.1%未満の保険者で加算率は 0.23%とし、減算対象になるのは特定健診の実施率 65%以上（市町村国保）、特定保健指導の実施率 45%以上（市町村国保）の両方を達成した医療保険者となります。

後期高齢者制度見直し時に改めて検討することを前提に、現行法の加算・減算制度を平成 25 年度から実施。

- ・ 保険者種別ごとの事情を考慮（実施率を調整）
- ・ 加算額を基に減算、保健指導実施率が実質的に 0%の保険者に対し加算
- ・ 第 1 期は、特定健診・保健指導の目標（参酌標準）を両方達成した保険者に対し減算
- ・ 第 2 期は、上位 1～2%程度の保険者に対し減算
- ・ 実施は平成 25 年度支援金の精算時（平成 27 年度）から



## 第2章 第2期計画に向けての現状と課題

### 1 社会保障の視点でみた医療保険者（市町村）の特徴

【表 10】 社会保障の視点でみた医療保険者（市町村）の特徴

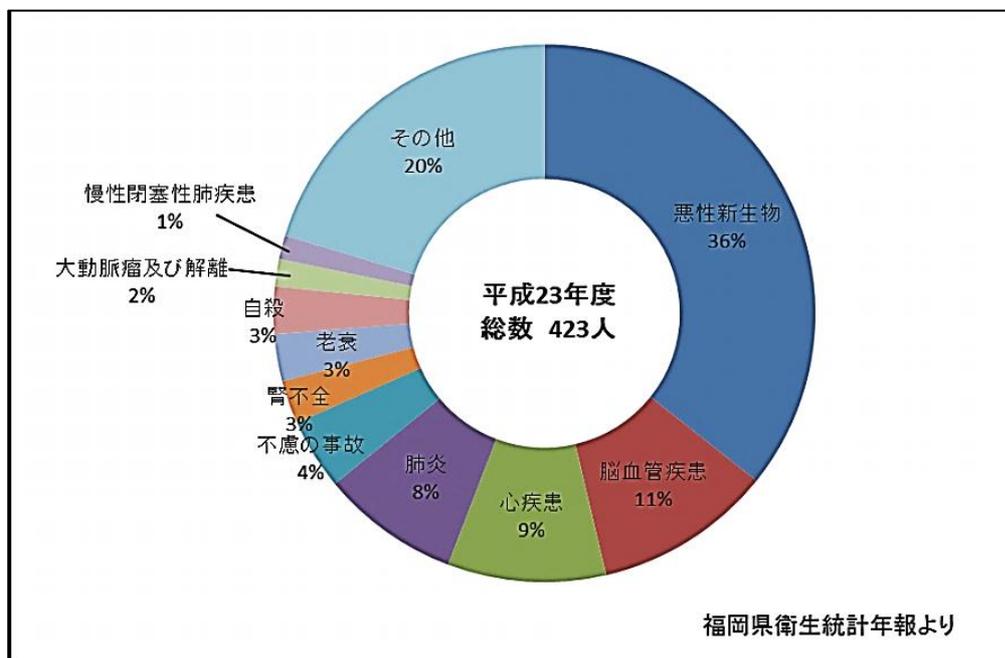
		全国			福岡県			古賀市						
1	総人口(H21)	127,510,000			5,066,856			57,662						
2	65歳以上人口(H21)	29,005,000			1,109,780			10,989						
3	高齢化比率(H21)	22.7%			21.9%			19.1%						
4	平均寿命(H17)	男性	78.8			78.4(全国31位)			79.5(県内5位)					
		女性	85.8			85.9(全国23位)			86.5(県内7位)					
5	死亡統計(H22)	合計(人)	男性	女性	合計(人)	男性	女性	合計(人)	男性	女性				
		1,197,012	633,700	563,312	46,996	24,231	22,765	434	240	194				
6	早世予防からみた死亡(0~54歳)(H22)	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性				
		176,549	119,965	56,584	7,073	4,755	2,318	72	52	20				
		14.7%	18.9%	10.0%	15.10%	19.6%	10.2%	16.60%	21.7%	10.3%				
7	死因別死亡数(H21)	順位	原因	実人数	10万対	65歳未満	原因	実人数	10万対	65歳未満	原因	実人数	10万対	65歳未満
		1位	悪性新生物	344,105	129.4	39.1%	悪性新生物	14,312	138.7	19.8%	悪性新生物	151	142.6	23.8%
		2位	心疾患	180,745	54.4	11.5%	心疾患	5,584	41.1	9.0%	脳血管疾患	45	36.6	17.8%
		3位	脳血管疾患	122,350	37.2	7.8%	肺炎	4,656	29.5	3.3%	心疾患	40	31.2	15.0%
		4位	肺炎	112,004	23.0	2.1%	脳血管疾患	4,404	34.2	11.5%	肺炎	35	22.9	0%
5位	老衰	38,670	7.2	0%	不意の事故	1,636	18.2	28.5%	不意の事故	18	15.6	22.2%		
8	生活保護(H22)	生活保護率	15.2%			24.6%(全国1位)			11.4%(県内43位)					
		医療扶助率	79.59%			85.36%(全国4位)								
9	国保の状況(H21)	被保険者総数	36,058,660人			1,338,187人			13,515人					
		一般	34,183,408人			1,271,871人			12,538人					
		退職	1,875,252人			66,316人			977人					
		加入率	38.1%			35.0%			32.8人					
		収納率	88.01%			89.93%			91.94%					
		一人あたり医療費	289,885			324.43			全国14位					
	一般	285,399			319,565			全国14位						
	退職	371,663			417,737			全国3位						
10	後期高齢者医療費(H22)	904,795			1,146,623.00			全国1位						
11	介護保険の状況(H21)	1号被保険者	28,917,121人			1,106,245人			10,627人					
		1号認定者	4,696,384人			197,271人			1,405人					
		1号認定者/1号被保険者	16.2%			17.8%			13.2%					
		2号被保険者	42,693,000人			1,663,742人			20,144人					
		2号認定者	149,558人			5,764人			63人					
		2号認定者/2号被保険者	0.40%			0.34%			0.31%					
12	介護度別内訳	要介護認定者	4,845,942人			203,035人			1,468人					
		要支援1・2	1,252,042	25.8%		59,972	29.5%		464	31.6%				
		要介護1	847,117	17.5%		40,518	20.0%		228	15.5%				
		要介護2	848,961	17.5%		33,012	16.3%		222	15.1%				
		要介護3	712,604	14.7%		27,068	13.3%		201	13.7%				
		要介護4	625,961	12.9%		23,309	11.5%		210	14.3%				
	要介護5	559,257	11.5%		19,156	9.4%		143	9.7%					
13	特定健診(H21)	受診者/対象者	7,169,761/22,419,244			213,854/807,101			2,039/8,554					
		受診率	32.0%			26.5%(全国39位)			23.8%(県内47位)					
14	特定保健指導(H22)	受診者/対象者	242,911/953,535			10,353/29,581			176/255					
		受診率	25.5%			36.7%(全国4位)			69.0%(県内8位)					
15	透析患者状況(H22)	総患者数	総数	100万対	総数	100万対	総数	100万対						
		297,126	2,320.30	13,438	2,649.50	149	2,572.50							
16	透析患者状況(H22)	糖尿病性腎症	患者数	糖尿病性腎症	患者数	糖尿病性腎症	患者数	糖尿病性腎症	患者数	糖尿病性腎症				
				人数	割合	人数	割合	人数	割合					
				297,126	102,783	34.6	13,438		149	84	41.3			
	新規導入	37,271	16,271	43.4			18	8	44.4%					

古賀市においては

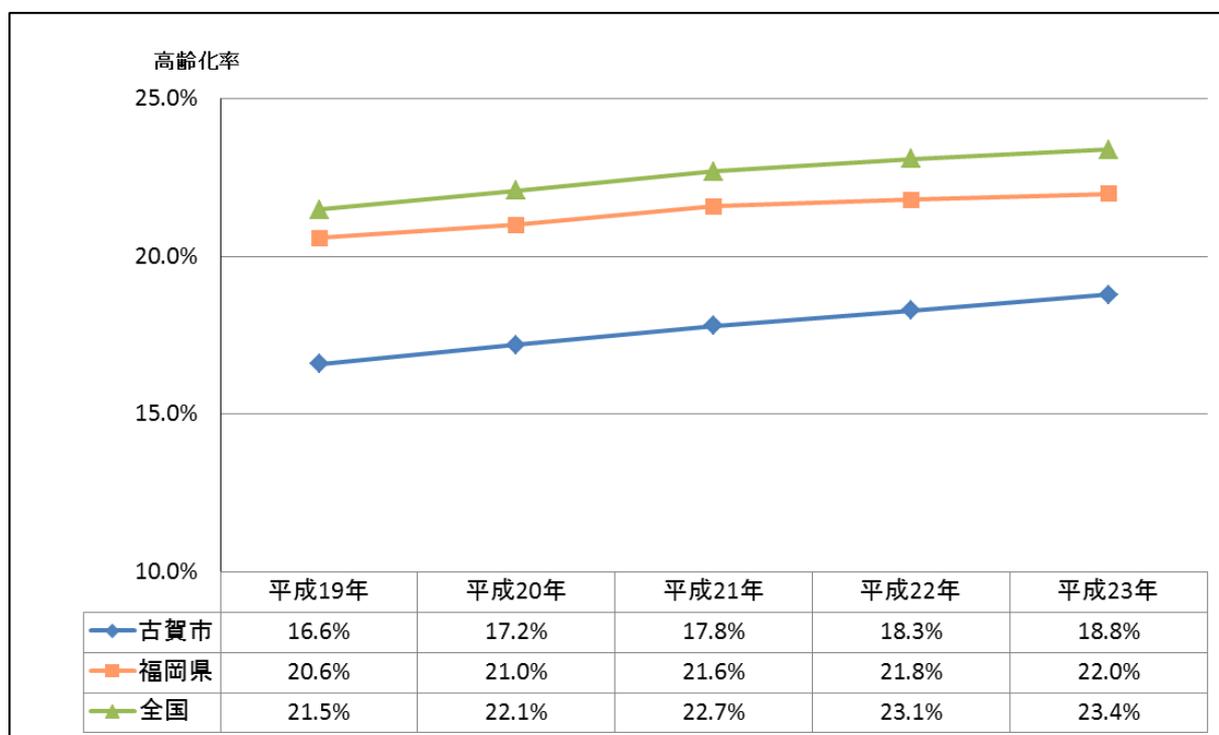
(福岡県国民健康保健団体連合会資料より)

- ★ 主要死因は、悪性新生物に次いで脳血管疾患の割合が高い
- ★ 心疾患、脳血管疾患における65歳未満の死亡割合が高い
- ★ 心疾患の受療率が高い(表13)割に死亡率が低い
- ★ 透析患者のうち、約4割を糖尿病性腎症が占めている

【図7】 古賀市主要死因の割合（平成21年度）



【図8】 古賀市高齢化率の比較



★ 全国、福岡県と比較して、高齢化率は低いですが、年々上昇している

(古賀市データより)

《表 10 について》

平成 21 年 10 月 1 日現在における古賀市の人口は 57,662 人であり、65 歳以上の人口が 10,989 人で高齢化率は 19.1%と全国、県と比較しても低い状況にあります。平均寿命は、男性 79.5 歳、女性 86.5 歳と全国平均を上回っている状況です。死亡統計による死因別死亡割合（人口 10 万人対）は、1 位 悪性新生物、2 位 脳血管疾患、3 位 心疾患であり、特に 65 歳未満の死亡割合が福岡県より顕著に高くなっています。

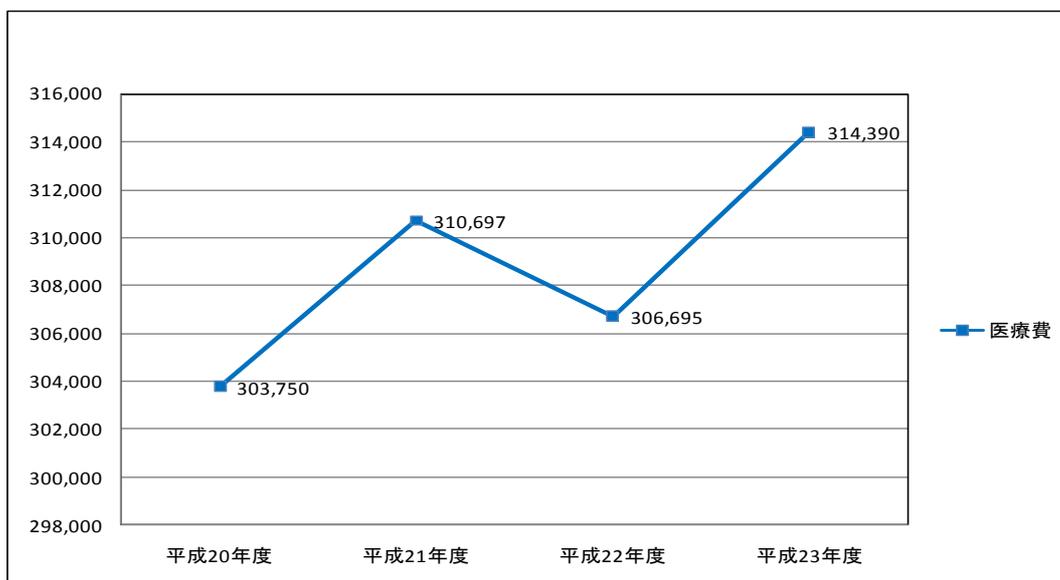
古賀市の平成 21 年度における国民健康保険加入者一人当たりの医療費は 310,697 円で、県下 60 市町村中 43 位です。また、【表 11】・【図 9】で古賀市の国民健康保険の一人当たり医療費の推移をみると、平成 20 年度から増減を繰り返しながら徐々に増加しており、平成 23 年度は平成 20 年度より 10,640 円増の 314,390 円となっています。

【表 11】 国民健康保険の一人当たり医療費の推移

年度	医療費	20 年度との比較
平成 20 年度	303,750	—
平成 21 年度	310,697	+6,947
平成 22 年度	306,695	+2,945
平成 23 年度	314,390	+10,640

(古賀市データより)

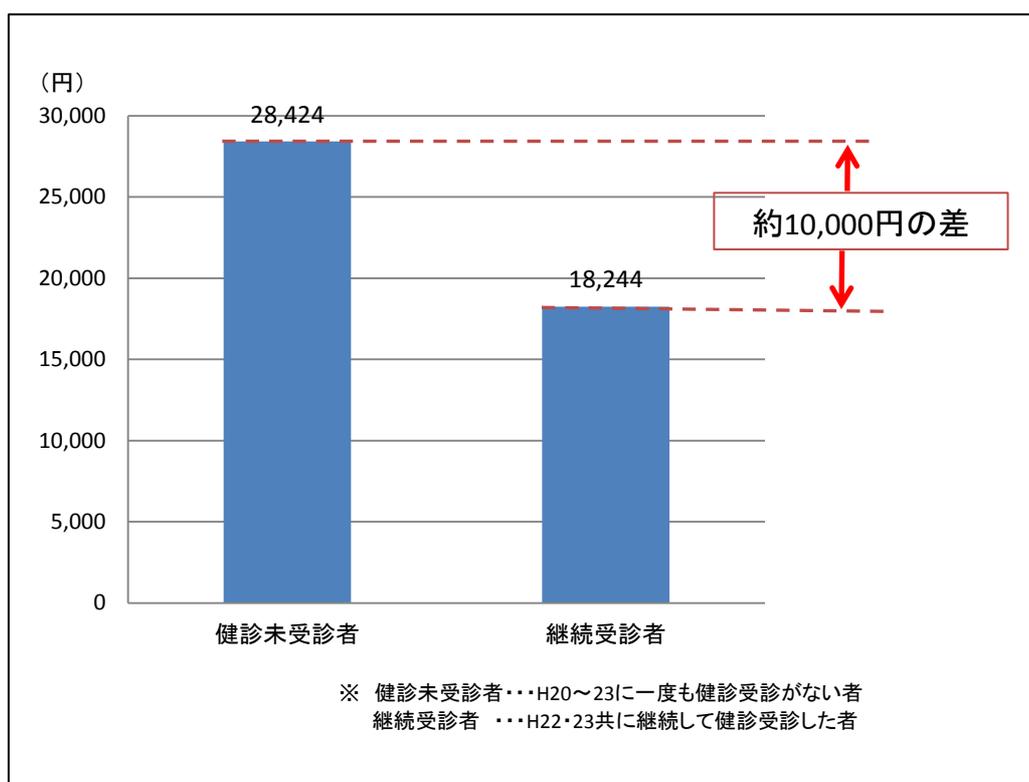
【図 9】 国民健康保険の一人当たり医療費の推移



(古賀市データより)

また、平成 20 年度以降一度も特定健診を受診したことがない人と毎年継続して受診している人について、平成 24 年 5 月診療分の生活習慣病にかかる入院外の医療費を比較したところ、継続受診者の平均医療費は健診を全く受けたことがない人と比較して月約 10,000 円低いという結果が出ました。これは、特定健診を継続的に受診し、その後の適切な保健指導を受けることが、生活改善や早期治療にむすびつき、生活習慣病の発症や重症化の予防につながっていると考えられます。

【図 10】 生活習慣病医療費（通院）の 1 人あたり 1 か月平均単価



(福岡県国民健康保健団体連合会資料より)



## 2 第1期計画の実施からみえてきた被保険者の健康状況と課題

### (1) 循環器疾患（虚血性心疾患、大動脈疾患、脳血管疾患）

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで日本人の主要死因の大きな一角を占めています。循環器疾患の予防は基本的には発症危険因子の管理であり、確立した危険因子としては『高血圧』『脂質異常症』『喫煙』『糖尿病』の4つです。

循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、これらのそれぞれについて改善を図っていく必要があります。

【表12】は、古賀市では虚血性心疾患の人数が非常に多く、その基礎疾患である高血圧を併発している人の割合が最も高くなっています。

更に【表13】のひと月200万円以上の高額医療費の疾患一覧でも、虚血性心疾患の占める割合が16.7%と最も高くなっています。

【表12】 循環器疾患における基礎疾患重複状況（平成24年5月診療分）

古賀市	実人数	基礎疾患					
		糖尿病		高血圧		脂質異常症	
		人数(延)	割合	人数(延)	割合	人数(延)	割合
虚血性心疾患	1,052	661	62.8%	869	82.6%	618	58.7%
大動脈疾患	90	47	52.2%	72	80.0%	61	67.8%
脳血管疾患	589	292	49.6%	459	77.9%	372	63.2%

★ 循環器疾患において高血圧を基礎疾患に持つ人の割合が最も高い

(古賀市診療報酬明細書より)

【表13】 ひと月200万以上の高額医療費疾患一覧（平成23年度診療分）

古賀市	件数	循環器疾患								がん		その他	
		虚血性疾患		不整脈		大動脈疾患		脳血管疾患		件数	割合	件数	割合
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合				
500~600万円未満	1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
400~500万円未満	5	2	40.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	40.0%
300~400万円未満	5	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	3	60.0%
200~300万円未満	49	7	14.3%	0	0.0%	1	2.0%	2	4.1%	12	24.5%	27	55.1%
合計	60	10	16.7%	0	0.0%	2	3.3%	3	5.0%	13	21.7%	32	53.3%

★ 高額医療の疾患において、循環器疾患の中では虚血性心疾患の占める割合が最も高い

(古賀市診療報酬明細書より)

【表14】は平成24年5月診療分より生活習慣病の重症化・合併症での受診状況を福岡県と古賀市で比較したものです。

古賀市では、脳血管疾患の受診割合は15%と福岡県の14.9%とほぼ同じ割合ですが、虚血性心疾患では受診割合が26.8%と、福岡県の21.0%より高く、県内2位と非常に多い状況です。

人工透析の割合については福岡県（0.8%）に比べ、古賀市（0.46%）の方が低い状況にあります。

生活習慣病の受療状況は、糖尿病の受療率が福岡県（36.4%）に比べ古賀市は（45.0% 県内1位）と顕著に高く、高血圧、脂質異常症は福岡県とほぼ同じ受療割合となっています。糖尿病の受療率が高い状況については、今後の医療費の増大に関わる重要な課題です。しかし、県内の糖尿病患者の受療率の低い現状において、この古賀市の受療率の高さが、糖尿病の重症化を防いでいるとも考えられます。

一方、虚血性心疾患受療者数の増大については、発症の重要危険因子である高血圧、高脂血症要治療者が、適正な受診につながっていないことが一因と考えられます。

【表 14】 生活習慣病と重症化・合併症での受療状況（平成 24 年度 5 月診療分）

コントロール不良または  
医療機関未受診・治療中断などにより

**重症化・合併症** ← **糖尿病等の生活習慣病**

高額の医療費と個人の生活の質の低下を招く

1年間でかかる医療費の目安 (平均)			200万円 (1回の費用)		400万円 (1回の費用)		500万円		内服)17万円 インスリン注射)50万円								7万円		9万円			
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		再掲)糖尿病合併症				高血圧		脂質異常症					
市町村名	被保険者数	生活習慣病 人数	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	人数	割合	人数	割合	人数	割合
福岡県	1,294,112	343,129	52,942	14.9%	74,379	21.0%	2,764	0.8%	128,912	36.4%	11,911	9.2%	13,226	10.3%	6,266	4.9%	7,962	6.2%	240,361	67.9%	193,307	54.6%
古賀市	14,172	3,924	589	15.0%	1,052	26.8%	18	0.46%	1,767	45.0%	123	7.0%	154	8.7%	51	2.9%	59	3.3%	2,666	67.9%	2,227	56.8%
県内順位	18位		21位		2位		54位		1位										42位		16位	

(福岡県国民健康保健団体連合会資料より)

- ★ 糖尿病の受療率の高さが人工透析の抑制につながっている
- ★ 高血圧の受療率の低さが虚血性心疾患や脳梗塞の発症につながっている

## (2) 高血圧症

### ① 高血圧の状況

高血圧は、脳血管疾患や虚血心疾患、慢性腎不全などあらゆる循環器疾患の危険因子です。「高血圧治療ガイドライン 2009」では、糖尿病患者における高血圧の頻度は、非糖尿病患者に比べ約 2 倍であり、高血圧患者においても糖尿病の頻度は 2~3 倍高く、2 型糖尿病と高血圧はインスリン抵抗性状態を共通の背景因子とし、メタボリックシンドロームを構成する主要因子であることが述べられています。

更に高血圧と糖尿病が合併すると脳血管障害や虚血性心疾患の発症頻度が大きく増加することが知られており、糖尿病合併高血圧患者においては、最小血管障害や大血管障害を予防改善させ重大な合併症を抑制するためにも、厳しい血糖管理とともに、血圧の厳重な管理が重要です。

成人における血圧値の分類

正常	正常高値	高血圧		
		軽症（Ⅰ度）	中等度（Ⅱ度）	重症（Ⅲ度）
～129	130～139	140～159	160～179	180～
～84	85～89	90～99	100～109	110～

平成 24 年 5 月診療分の診療報酬明細書の結果【表 15】において、加齢に伴い生活習慣病の発症数が増加していますが、特に 60 代以降、高血圧症の発症が増加しています。また、高血圧受療中の人が併発している生活習慣病をみると、55.0%の人に脂質異常症、46.0%の人に糖尿病を発症しています。また、生活習慣病の中でも重症化している疾患としては虚血性心疾患の割合が 32.6%と最も多い状況です。

【表 15】 高血圧患者の年代別受療率と合併症の状況（平成 24 年 5 月診療分）

古賀市	生活習慣病人数	糖尿病等の生活習慣病(基礎疾患)													重症化・合併症														
		高血圧症		脂質異常症		糖尿病				再掲)糖尿病合併症			高尿酸血症		大動脈疾患		虚血性心疾患		脳血管疾患				腎臓疾患		人工透析				
		A	B/B/A	C	C/B	D	D/B	心臓治療法		網膜症	神経障害		腎臓障害	I	I/B	J	J/B	K	K/B	脳梗塞		脳出血		O	O/B	P	P/B		
								E	E/D		F	F/D								G	G/D	H	H/D					L	L/B
20代以下	19	4	21.1%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%		
30代	48	16	33.3%	3	18.8%	2	12.5%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	18.8%	0	0.0%	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	3	18.8%	1	6.3%
40代	136	67	49.3%	32	47.8%	25	37.3%	1	4.0%	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	20.9%	0	0.0%	14	20.9%	2	3.0%	2	3.0%	7	10.4%	4	6.0%
50代	333	197	59.2%	96	48.7%	74	37.6%	5	6.8%	4	5.4%	4	5.4%	4	5.4%	29	14.7%	2	1.0%	51	25.9%	29	14.7%	5	2.5%	17	8.6%	2	1.0%
60代	1,805	1,256	69.6%	703	56.0%	598	47.6%	32	5.4%	39	6.5%	14	2.3%	28	4.7%	168	13.4%	27	2.1%	394	31.4%	183	14.6%	21	1.7%	77	6.1%	9	0.7%
70代	1,583	1,126	71.1%	632	56.1%	526	46.7%	36	6.8%	52	9.9%	16	3.0%	15	2.9%	159	14.1%	43	3.8%	409	36.3%	211	18.7%	16	1.4%	71	6.3%	0	0.0%
合計	3,924	2,666	67.9%	1,466	55.0%	1,226	46.0%	75	6.1%	96	7.8%	34	2.8%	47	3.8%	373	14.0%	72	2.7%	869	32.6%	425	15.9%	44	1.7%	176	6.6%	16	0.6%
再40歳以上	3,857	2,646	68.6%	1,463	55.3%	1,223	46.2%	74	6.1%	96	7.8%	34	2.8%	47	3.8%	370	14.0%	72	2.7%	868	32.8%	425	16.1%	44	1.7%	172	6.5%	15	0.6%

(福岡県国民健康保健団体連合会資料より)

- ★ 加齢に伴い生活習慣病の発症数は増加し、特に 60 代以降に高血圧症の発症が増加している
- ★ 高血圧症に併発している生活習慣病としては高脂血症、糖尿病が最も多い
- ★ 高血圧症の重症化している疾患は虚血性心疾患が最も多い

【図 11】は、平成 23 年度の特定健診の結果から、重症化しやすいⅡ度高血圧以上の人の経年の状況をみたものです。平成 20 年度にはⅡ度高血圧以上の人が健診受診者のうち 125 人(6.9%)を占めていましたが、年々減少し、平成 23 年度には 59 人(2.8%)まで減少しています。

このうち、平成 23 年度においては、重症のⅢ度高血圧の人 12 人のうち未治療者が 8 人(66.7%)を占め、治療中者が 4 人(33.3%)となっています。

【図 11】 重症化しやすいⅡ度高血圧以上の人の状況 (古賀市)

年度	健診受診者	正常	正常高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	
H20	1,803	851 47.2%	430 23.8%	397 22.0%	125 6.9%	92 73.6%	33 26.4%	6.9%
					20 1.1%	17 85.0%	3 15.0%	1.1%
H21	2,218	1,274 57.4%	394 17.8%	427 19.3%	123 5.5%	82 66.7%	41 33.3%	5.5%
					20 0.9%	14 70.0%	6 30.0%	0.9%
H22	2,039	1,209 59.3%	398 19.5%	347 17.0%	85 4.2%	53 62.4%	32 37.6%	4.2%
					14 0.7%	10 71.4%	4 28.6%	0.7%
H23	2,103	1,334 63.4%	388 18.4%	322 15.3%	59 2.8%	36 61.0%	23 39.0%	2.8%
					12 0.6%	8 66.7%	4 33.3%	0.6%

(福岡県国民健康保健団体連合会資料より)

★ 特定健診における重症高血圧は年々減少している

## ② 高血圧における今後の課題と対策

- 健診受診者においては、Ⅱ度高血圧以上の人は年々減少がみられますが、健診受診率そのものが低いことや虚血性心疾患の受療率が高いことから、潜在的に多くの高血圧の人がいることが考えられ、受診率の向上、特に継続受診者の受診勧奨を図る必要があります。
- 古賀市では虚血性心疾患の受療率が高く、その基礎疾患として高血圧症が最も多く占めています。また、健診受診者の重症高血圧者は年々減少傾向にあるものの重症高血圧者の未治療者が 66.7%もいることから、特にⅡ度高血圧以上の重症高血圧者に対して受診勧奨を行うとともに医療機関との連携のもと個々の病態にあわせた保健指導を行っていきます。
- 高血圧は、他の生活習慣病（特に糖尿病）を併発するほど脳心血管疾患のリスクは高まる為、保健指導としては、【表 16】の血圧に基づいた脳心血管リスク層別化より、①Ⅱ度高血圧以上の人 ②Ⅰ度高血圧で、糖尿病や慢性腎臓病（CKD）及び3個以上の生活習慣病を併発している人に対し、優先的に保健指導を行っていきます。

【表 16】 血圧に基づいた脳心血管疾患リスク層別化 (古賀市)

血圧分類		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
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,612	655	439	270	212	28	8
		40.6%	27.2%	16.7%	13.2%	1.7%	0.5%
リスク第1層 危険因子がない	246	146	61	21	17	1	0
		15.3%	22.3%	13.9%	7.8%	8.0%	3.6%
リスク第2層 糖尿病以外の1~2個の危険因子 またはメタボリックシンドローム(*)がある	868	345	245	141	120	14	3
		53.8%	52.7%	55.8%	52.2%	56.6%	50.0%
リスク第3層 糖尿病 慢性腎臓病(CKD) 3個以上の危険因子	498	164	133	108	75	13	5
		30.9%	25.0%	30.3%	40.0%	35.4%	46.4%
							62.5%

※ ①~④: 脳心血管疾患のリスクが高い順を表す

(古賀市データより)

(3) 脂質異常症

① 脂質異常症の状況

脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子であり、特に総コレステロール及びLDLコレステロールの高値は日米欧いずれの診療ガイドラインでも、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。日本人を対象とした疫学研究でも、虚血性心疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは総コレステロール値 240mg/dl 以上あるいはLDLコレステロール 160mg/dl 以上からです。

特に男性は、女性に比べてリスクが高いことから、LDL高値者については、心血管リスクの評価を行うことが、その人の健康寿命を守ることになります。

また、動脈硬化性疾患予防ガイドライン（2012年版）では、LDL-Cコレステロール 180mg/dl 以上又は病歴から家族性高コレステロール血症を疑う場合は、家族（血縁者）のスクリーニングが重要であり、疑わしい場合は専門医へ紹介することが望ましいとされています。

【表 17】の平成 23 年度の特健診結果では、即受診が必要な値である LDL-Cコレステロール 180mg/dl 以上の人は 86 人（4.1%）であり、そのうち 94.2%が未治療でした。

また、【図 13】の LDL-C フローチャートを見ると、脂質異常症治療者の 384 名の中にも LDL-Cコレステロール 180mg/dl 以上だった人が 5 人いました。

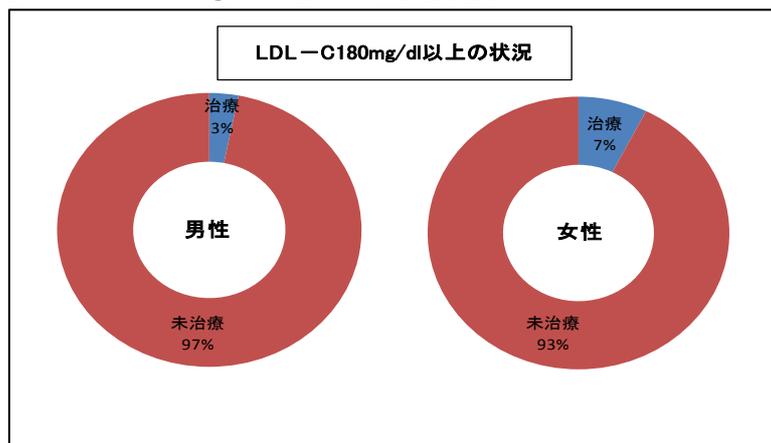
【表 18】の古賀市における平成 24 年 5 月診療分の脂質異常症を中心としたレセプトデータをみると、脂質異常症受療中の人のうち他の基礎疾患として高血圧症を併発している人が 65.8%であり、重症化・合併症としては虚血性心疾患を発症している人が 27.8%と最も多い状況です。

【表 17】 LDL-C180mg/dl 以上の状況（平成 23 年度古賀市特定健診結果）

古賀市	LDL-C 180 以上	健診時の治療状況			
		治療		未治療	
		人数	割合	人数	割合
男性	32 人	1 人	3.1%	31 人	96.9%
女性	54 人	4 人	7.4%	50 人	92.6%
合計	86 人	5 人	5.8%	81 人	94.2%

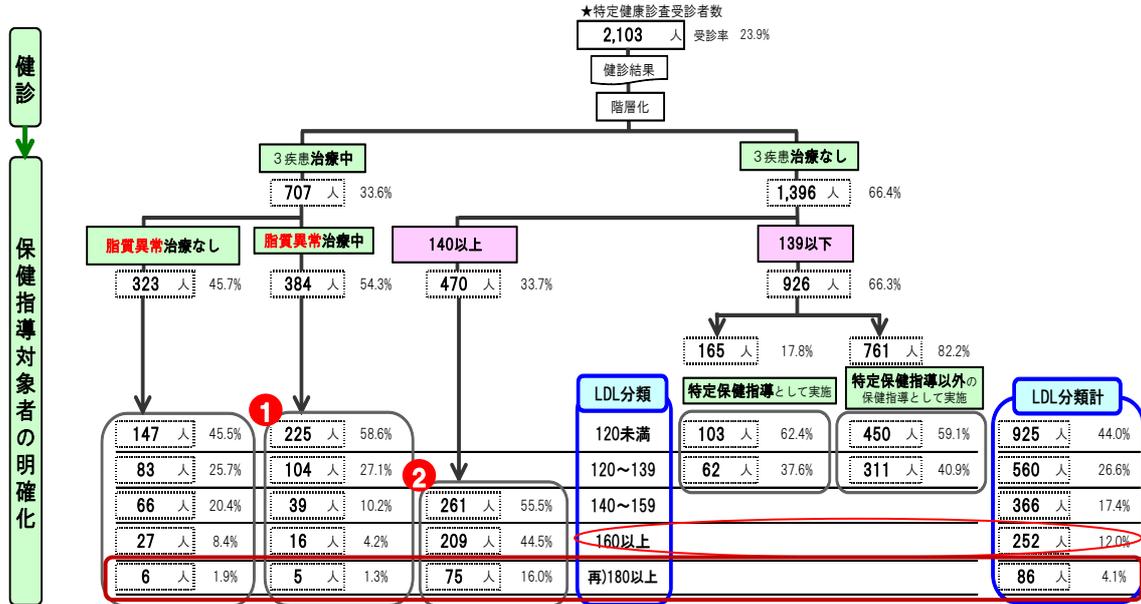
（古賀市データより）

【図 12】 LDL-C180mg/dl 以上の治療状況



【図 13】 LDL-C フローチャート（平成 23 年度古賀市特定健診結果）

LDL-C フローチャート



★ 虚血性心疾患のリスクが高まる LDL コレステロール 160mg/dl の人が 252 人(12.0%)。そのうち 180 mg/dl 以上が 86 人(34.1%)である。

★ 180 mg/dl 以上の人のうち、治療中は 5 人、未治療 81 人である。

【表 18】 脂質異常症の年代別受療率と合併症の状況（平成 24 年 5 月診療分）

古賀市	生活習慣 病人数	糖尿病等の生活習慣病(基礎疾患)								重症化・合併症							
		脂質異常症		高血圧症		糖尿病		高尿酸血症		大動脈疾患		虚血性心疾患		脳血管疾患			
		B	B/A	C	C/B	D	D/B	I	I/B	J	J/B	K	K/B	L	L/B	M	M/B
20代以下	19	2	10.5%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30代	48	17	35.4%	3	17.6%	5	29.4%	2	11.8%	1	5.9%	1	5.9%	0	0.0%	0	0.0%
40代	136	68	50.0%	32	47.1%	25	36.8%	12	17.6%	0	0.0%	8	11.8%	3	4.4%	3	4.4%
50代	333	178	53.5%	96	53.9%	88	49.4%	27	15.2%	2	1.1%	35	19.7%	26	14.6%	1	0.6%
60代	1,805	1,051	58.2%	703	66.9%	532	50.6%	115	10.9%	24	2.3%	269	25.6%	154	14.7%	11	1.0%
70代	1,583	911	57.5%	632	69.4%	443	48.6%	116	12.7%	34	3.7%	305	33.5%	177	19.4%	4	0.4%
合計	3,924	2,227	56.8%	1,466	65.8%	1,094	49.1%	272	12.2%	61	2.7%	618	27.8%	360	16.2%	19	0.9%
再)40歳以上	3,857	2,208	57.2%	1,463	66.3%	1,088	49.3%	270	12.2%	60	2.7%	617	27.9%	360	16.3%	19	0.9%

(福岡県国民健康保健団体連合会資料より)

★ 脂質異常症受療中の人のうち高血圧症を併発している人が 65.8%と最も多い

★ 脂質異常症受療中の人の合併症としては虚血性心疾患を発症している人が 27.8%と最も多い

## ② 脂質異常症における今後の課題と対策

虚血性心疾患の危険因子である脂質異常症については、古賀市でも受療している人の27.8%が虚血性心疾患を発症しています。更に健診受診者において、即受診が必要な値であるLDLコレステロール180mg/dl以上の人86人のうち81人(94.2%)が未治療となっています。虚血性心疾患のリスクが高まるLDLコレステロール160以上の人に対し、優先的に食生活などの保健指導を行うとともに未治療者に対する受診勧奨を積極的に行っていきます。

### (4) 糖尿病

#### ① 糖尿病の状況

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL: Quality of Life)ならびに社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。全国的に見ると、糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人中途失明の原因疾患としても第2位に位置しており、更に、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2~3倍増加させるとされています。

【表19】の古賀市における平成24年5月診療分の糖尿病を中心とした診療報酬明細書をみると糖尿病治療中の人のうち37.4%の人が虚血性心疾患、15.8%の人が脳梗塞を発症していることがわかります。また併発している生活習慣病としては、高血圧が69.4%、脂質異常症が61.9%となっています。

表20の人工透析の経年推移をみると平成23年の透析患者総数は140名であり平成21年より増加の割合は緩和となっていますが、糖尿病性腎症とその他の腎炎との割合を見ると、年々糖尿病性腎症の人工透析の割合が増加していることがわかります。

新規透析導入患者については、年によってばらつきがみられる為、昭和50年からの5年間隔の新規導入透析患者の平均値で見ると微増しています。

【表19】 糖尿病患者の年代別受療率と合併症の状況 (平成24年5月診療分)

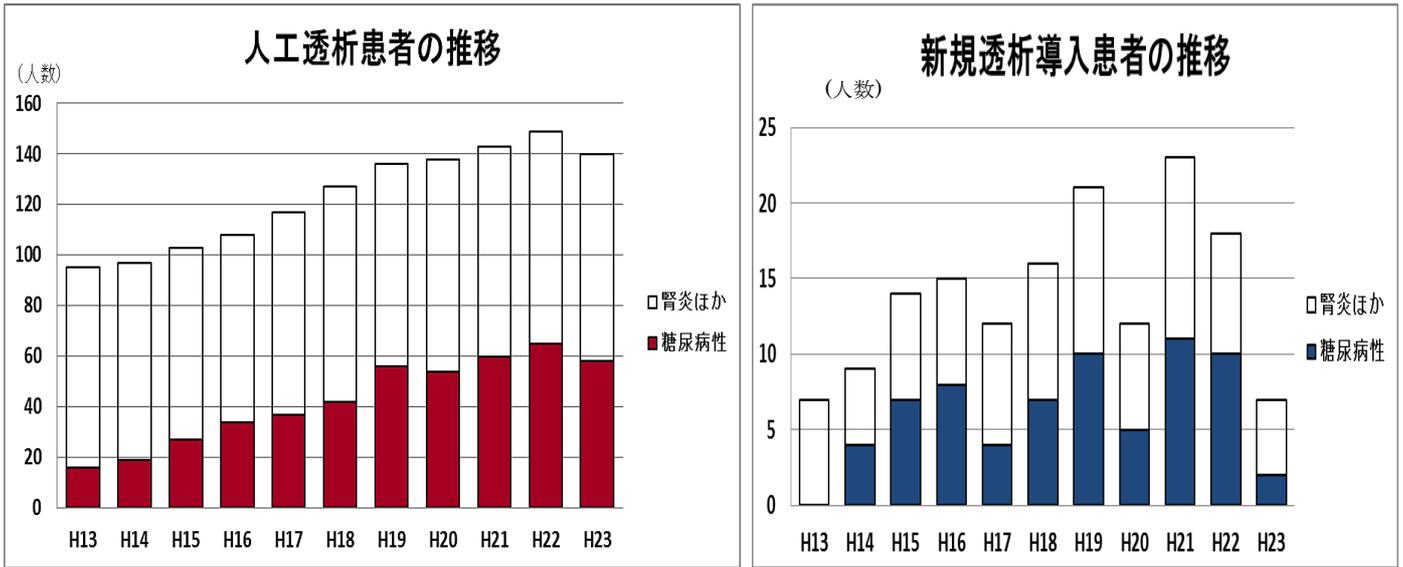
古賀市	生活習慣病 人数	糖尿病等の生活習慣病(基礎疾患)								重症化・合併症											
		糖尿病		高血圧症		脂質異常症		高尿酸血症		大動脈疾患		虚血性心疾患		脳血管疾患				腎臓疾患		人工透析	
		A	B/B/A	G	G/B	H	H/B	I	I/B	J	J/B	K	K/B	脳梗塞		脳出血		O	O/B	P	P/B
20代以下	19	3	15.8%	1	33.3%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30代	48	13	27.1%	2	15.4%	5	38.5%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%	0	0.0%
40代	136	43	31.6%	25	58.1%	25	58.1%	6	14.0%	0	0.0%	7	16.3%	3	7.0%	0	0.0%	6	14.0%	2	4.7%
50代	333	129	38.7%	74	57.4%	88	68.2%	17	13.2%	2	1.6%	34	26.4%	21	16.3%	2	1.6%	11	8.5%	0	0.0%
60代	1,805	845	46.8%	598	70.8%	532	63.0%	99	11.7%	17	2.0%	298	35.3%	121	14.3%	11	1.3%	64	7.6%	6	0.7%
70代	1,583	734	46.4%	526	71.7%	443	60.4%	108	14.7%	28	3.8%	322	43.9%	135	18.4%	4	0.5%	51	6.9%	0	0.0%
合計	3,924	1,767	45.0%	1,226	69.4%	1,094	61.9%	231	13.1%	47	2.7%	661	37.4%	280	15.8%	17	1.0%	134	7.6%	8	0.5%
再70歳以上	3,857	1,751	45.4%	1,223	69.8%	1,088	62.1%	230	13.1%	47	2.7%	661	37.7%	280	16.0%	17	1.0%	132	7.5%	8	0.5%

(福岡県国民健康保健団体連合会資料より)

★ 糖尿病治療中の人のうち37.4%の人が虚血性心疾患、15.8%の人が脳梗塞を発症

★ 糖尿病に併発している生活習慣病としては、高血圧が69.4%、脂質異常症が61.9%となっている

【図 14】 人工透析患者及び新規透析導入患者の推移 (古賀市)



(古賀市データより)

- ★ 平成 23 年の透析患者総数は 140 人、そのうち新規透析導入患者数は 7 人
- ★ 平成 21 年より人工透析患者の増加の割合は緩和となっているが、糖尿病性腎症の割合は増減を繰り返しながら徐々に増加している
- ★ 新規透析導入患者数は、年によってばらつきがみられる

【表 20】 古賀市人工透析患者の経年推移 (国保外含む)

古賀市	平成13年		平成14年		平成15年		平成16年		平成17年		平成18年		平成19年		平成20年		平成21年		平成22年		平成23年		
	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	
原因疾患	腎炎ほか	79	83.2%	78	80.4%	76	73.8%	74	68.5%	80	68.4%	85	66.9%	80	58.8%	84	60.9%	83	58.0%	84	56.4%	82	58.6%
	糖尿病性	16	16.8%	19	19.6%	27	26.2%	34	31.5%	37	31.6%	42	33.1%	56	41.2%	54	39.1%	60	42.0%	65	43.6%	58	41.4%
	合計	95	100.0%	97	100.0%	103	100.0%	108	100.0%	117	100.0%	127	100.0%	136	100.0%	138	100.0%	143	100.0%	149	100.0%	140	100.0%

(古賀市データより)

【表 21】 古賀市新規透析導入患者の経年推移 (国保外含む)

古賀市	平成13年		平成14年		平成15年		平成16年		平成17年		平成18年		平成19年		平成20年		平成21年		平成22年		平成23年		
	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	
原因疾患	腎炎ほか	7	100.0%	5	55.6%	7	50.0%	7	46.7%	8	66.7%	9	56.3%	11	52.4%	7	58.3%	12	52.2%	8	44.4%	5	71.4%
	糖尿病性	0	0.0%	4	44.4%	7	50.0%	8	53.3%	4	33.3%	7	43.8%	10	47.6%	5	41.7%	11	47.8%	10	55.6%	2	28.6%
	合計	7	100.0%	9	100.0%	14	100.0%	15	100.0%	12	100.0%	16	100.0%	21	100.0%	12	100.0%	23	100.0%	18	100.0%	7	100.0%

(古賀市データより)

糖尿病については、全国的にも受療率が低く合併症の併発が多いことが問題となっています。古賀市では、【表 22】の糖尿病患者の合併症の状況を見ると、糖尿病受療者の割合が 45.0%で福岡県よりも顕著に高い状況となっています。しかしながら受療者が多い割にはインスリン療法、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症など合併症の割合は、県の割合より低く、更に人工透析患者の割合も低くなっています。これは、糖尿病対策を第一として、特定健診結果から受療の必要がある人に対し個別の保健指導および早期の受診勧奨を積極的に行ったことや、市内に専門医療機関があることで、県下 1 位という高い受療率が重症化防止につながり、合併症に至らず適正にコントロールできている人が多いことも一因と考えられます。

【表 22】 糖尿病患者の合併症の状況（平成 24 年 5 月診療分）

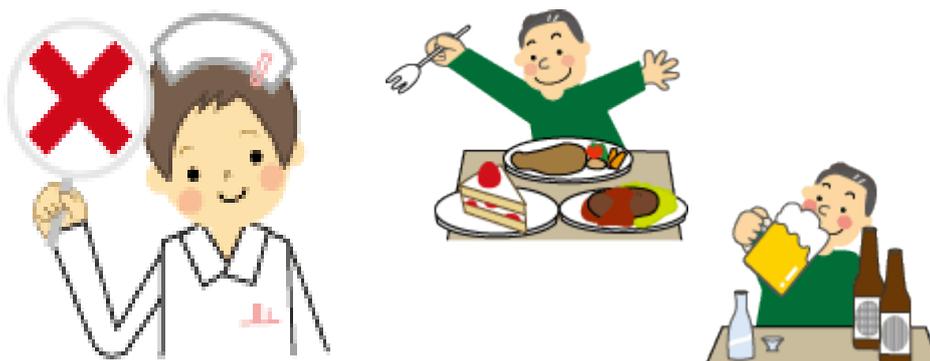
古賀市	生活習慣 病人数	糖尿病		再掲)糖尿病合併症								人工透析	
				インスリン療法		網膜症		神経障害		腎臓障害			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
福岡県	343,129	128,912	36.4%	11,911	9.2%	13,226	10.3%	6,266	4.9%	7,962	6.2%	2,764	0.78%
古賀市	3,924	1,767	45.0%	123	7.0%	154	8.7%	51	2.9%	59	3.3%	18	0.64%

(福岡県国民健康保健団体連合会資料より)

- ★ 糖尿病受療者の割合は 45.0%で福岡県よりも顕著に高い
- ★ インスリン療法、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症など合併症の割合は、県の割合より低く、更に人工透析の割合も低い

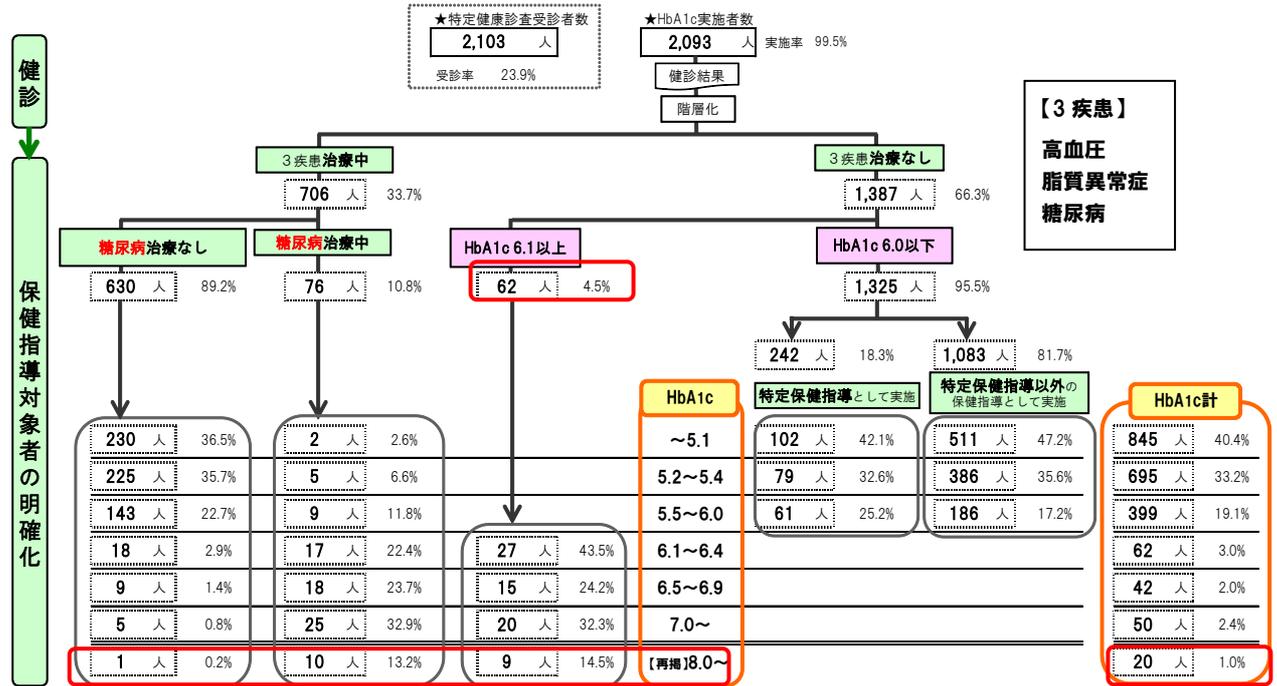
【図 15】は平成 23 年度特定健診の結果、糖尿病に関する値である HbA1c をフローチャートにまとめたものです。この図をみると糖尿病の可能性を否定できない値である HbA1c6.1 以上の人 154 人 (7.4%) のうち、糖尿病未治療者が 62 人 (4.5%) いました。また、糖尿病合併症の危険のある HbA1c8.0 以上の方は、20 人 (1.0%) にのぼり、そのうち、糖尿病未治療者が 10 人、糖尿病治療中の中にも HbA1c8.0 以上の「血糖コントロール不可」の人が 10 人と 5 割を占め、血糖コントロール不良の人が多い状況となっています。

3 疾患治療中の方のうち、「糖尿病治療なし」の内訳の中にも、HbA1c8.0 以上の方が 1 人おり、糖尿病以外の生活習慣病で受診中であっても、糖尿病が見つからない人がいることがわかります。



【図 15】 糖尿病フローチャート（平成 23 年度 古賀市特定健診結果）

糖尿病フローチャート



★ HbA1c6.1 以上の人のうち、糖尿病未治療者は 62 人(4.5%)

★ HbA1c8.0 以上的人是、20 人(1.0%)。うち、糖尿病未治療者が 10 人、糖尿病治療中の中にも HbA1c8.0 以上の「血糖コントロール不可」の人が 10 人と血糖コントロール不良の人が多い

★ 糖尿病以外の生活習慣病で受診中であっても糖尿病が見つからない人が 1 人いる

② 古賀市 2 次検査（75g 経口ブドウ糖負荷試験より）の結果について

古賀市は、糖尿病の重症化を予防する為に、特定健診受診後の 2 次検査として、古賀市独自に「75g 経口ブドウ糖負荷試験」を、平成 21 年度より実施しています。

対象は、30 歳以上 64 歳以下の人で、HbA1c5.2%以上 6.0%以下の積極的支援、動機付け支援の人に実施しています。「HbA1c5.2%以上 6.0%以下」の値は、正常高値から境界領域の段階であります、実際に「75g 経口ブドウ糖負荷試験」を実施すると、平成 22 年度、平成 23 年度ともに 40%~50%の人が、「境界型」又は「糖尿病型」となっています。

【表 23】 75g 経口ブドウ糖負荷試験結果

古賀市	平成21年度		平成22年度		平成23年度		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
対象者数	36	—	73	—	68	—	
受診数	35	97.2%	39	53.4%	38	55.9%	
検査結果内訳	糖尿病型	12	34.3%	4	10.2%	3	7.9%
	境界型	20	57.1%	17	43.6%	15	39.5%
	正常型	3	8.6%	18	46.2%	20	52.6%

(古賀市データより)

※ 平成 21 年度は抽出した対象条件を HbA1c と基準値を高く設定していたため、対象者数も少なく境界型、糖尿病型の割合が多いと考えられます。

**【75g 経口ブドウ糖負荷試験とは】**

糖尿病の発症を予測する検査です

75gのブドウ糖（砂糖水）を飲み、**血糖値とインスリン量**を調べます。

（インスリン：糖がエネルギーにかわるために働くホルモン）

75gのブドウ糖を摂取した後、**インスリンの分泌量、血糖値の変化**をみます。

### ③ 糖尿病における今後の課題と対策

#### ●糖尿病の発症予防

糖尿病の人の3人に1人は自分が糖尿病であることに気づいていないといわれており、古賀市の「75g 経口ブドウ糖負荷試験」の結果 40%～50%の人が「糖尿病型」又は「境界型」であったことから糖尿病及び糖尿病予備群は、潜在的に多くいると考えられます。

広報などによる啓発や糖尿病予防教室の開催、出前講座など、より広く周知を行い、住民の意識付けを行うとともに、受診率の向上、特に継続受診者の受診勧奨を図っていきます。また健診受診者に対しては、糖尿病予備群の段階で個別性を重視した保健指導を行い、特に若い世代からの糖尿病予防を目指します。75g 経口ブドウ糖負荷試験は、糖尿病型や境界型の早期の受診につなげることができるため、今後も継続して実施することで糖尿病の重症化及び発症を予防していきます。

#### ●糖尿病の重症化(合併症)予防

糖尿病の血糖コントロール指標として、HbA1c6.9%以上は「コントロール不十分」もしくは「コントロール不良」であり、糖尿病の重症化（合併症）を招く可能性が最も高くなります。古賀市の健診結果からも特に合併症発症の危険性の高いHbA1c8.0以上の人に糖尿病未治療者や、糖尿病治療中であってもコントロール不良の人が多くいる現状は大きな問題であり、特定健診の結果においてこれらの血糖コントロール不良者については、優先的に保健指導を行うとともに、未治療者に対しては積極的な受診勧奨を行います。

また、糖尿病は治療の中断によって合併症を招く可能性も高いことから、医療機関との連携を図ることで継続的な受診につなげ、糖尿病による合併症の発症を抑制します。

#### ●合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善

糖尿病の合併症のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きいのが糖尿病性腎症による透析導入です。古賀市でも糖尿病腎症の割合は年々増加していることから、平成24年度からスタートした「粕屋地区CKD対策連携システム」【図16】や特定健診の2次検査として、平成24年度から導入している「微量アルブミン尿検査」を活用し早期に糖尿病性腎症を発見し、専門機関と連携し、重症化予防につなげます。

**【微量アルブミン尿検査とは】**

アルブミン尿は、早期糖尿病性腎症の発見及び心血管疾患発症の重要な予測因子であり、尿検査によって尿中のアルブミン量を測定します。

## (5) 慢性腎臓病 (CKD : Chronic Kidney Disease)

### ① 慢性腎臓病 (CKD) の状況

慢性腎臓病 (以下 CKD と略す) は 2002 年にアメリカで提唱された全く新しい概念です。慢性に進行する腎臓の疾患は数多くあり、腎臓の疾患名はわかり難いとの批判がありました。そこで様々な腎疾患を主に「蛋白尿」と「腎機能」の面より包括し新たに CKD と定義しました。

#### 【CKD の定義】

「腎臓の障害 (蛋白尿など)、もしくは GFR (糸球体ろ過量) 60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の腎機能低下が 3 ヶ月以上持続するもの」となっています。

わが国においては、新透析導入患者の増加が問題となっており、1983 年頃には年に 1 万人程度であったのが、2010 年には 30 万人になっています。新規透析導入患者増加の一番大きな原因は、糖尿病性腎症、高血圧による腎硬化症も含めた生活習慣病による CKD が非常に増えたことだと考えられています。

さらに、脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患を起こす人の背景に、慢性の腎臓疾患を持った人が非常に多いという事実が重要です。実際に疫学研究によって、微量のアルブミン尿・蛋白尿が、独立した心血管疾患の危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管疾患の頻度が増えるということが証明されました。

**すなわち、腎臓疾患、特に慢性の腎臓疾患は、単に末期腎不全 (透析) のリスクだけではなく、心血管疾患のリスクを背負っている危険因子であり、腎機能の問題は、全身の血管系の問題であることを意味していると言われています。**

古賀市の平成 23 年の透析患者の総数は 140 人であり、うち新規導入者は 7 人でした。新規導入者の約半数は糖尿病性腎症となっています。

CKD の病期 (ステージ) の指標となる eGFR (推算糸球体濾過量) は、血清クレアチニンを測定することにより、推算することができます。

CKD の重症度分類で見ると、CKD 予防対象者は 408 人 (19.35%) でした。

【表 24】は、「CKD 診療ガイド 2012」で示された原疾患と腎機能 (GFR)、蛋白尿によって CKD の重症度を分類する表です。重症度はステージを色分けしてリスクを示しています。緑はリスクが最も低い状態で、黄、オレンジ、赤になるほど末期腎不全、死亡などのリスクが高くなります。平成 23 年度の特定健診結果を分類したところ、赤のグループが 13 人 (0.6%)、オレンジのグループが 62 人 (2.6%)、黄色のグループが 333 人 (15.2%) となっています。

【表 24】 CKD の重症度分類（平成 23 年度古賀市特定健診結果）

原疾患		糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿
		高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿
GFR区分 (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )		尿蛋白区分		A1	A2		A3
		尿検査・GFR 共に実施		(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
		2,093 人		1,997 人 95.4%	71 人 3.4%	21 人 29.6%	25 人 1.2%
G1	正常 または高値	90以上	275 人	268 人	5 人	0 人	2 人
			13.1%	12.8%	0.2%	0.0%	0.1%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,493 人	1,438 人	41 人	14 人	14 人
			71.3%	68.7%	2.0%	34.1%	0.7%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	301 人	273 人	21 人	7 人	7 人
			14.4%	13.0%	1.0%	33.3%	0.3%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	22 人	18 人	3 人	0 人	1 人
			1.1%	0.9%	0.1%	0.0%	0.0%
G4	高度低下	15-30 未満	2 人	0 人	1 人	0 人	1 人
			0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
			0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%

(古賀市データより)

## ② CKD(慢性腎臓病)における今後の課題と対策

### ●CKD(慢性腎臓病)対象者の把握

古賀市では、糖尿病腎症による人工透析患者数は増減を繰り返しながらも年々徐々に増加しています。よってCKD対象者の把握、追跡、分析が必要であり、その為に必要な健診項目として、引き続き血清クレアチニン、尿潜血、尿酸の検査を追加項目として実施します。

### ●CKD(慢性腎臓病)の重症化予防

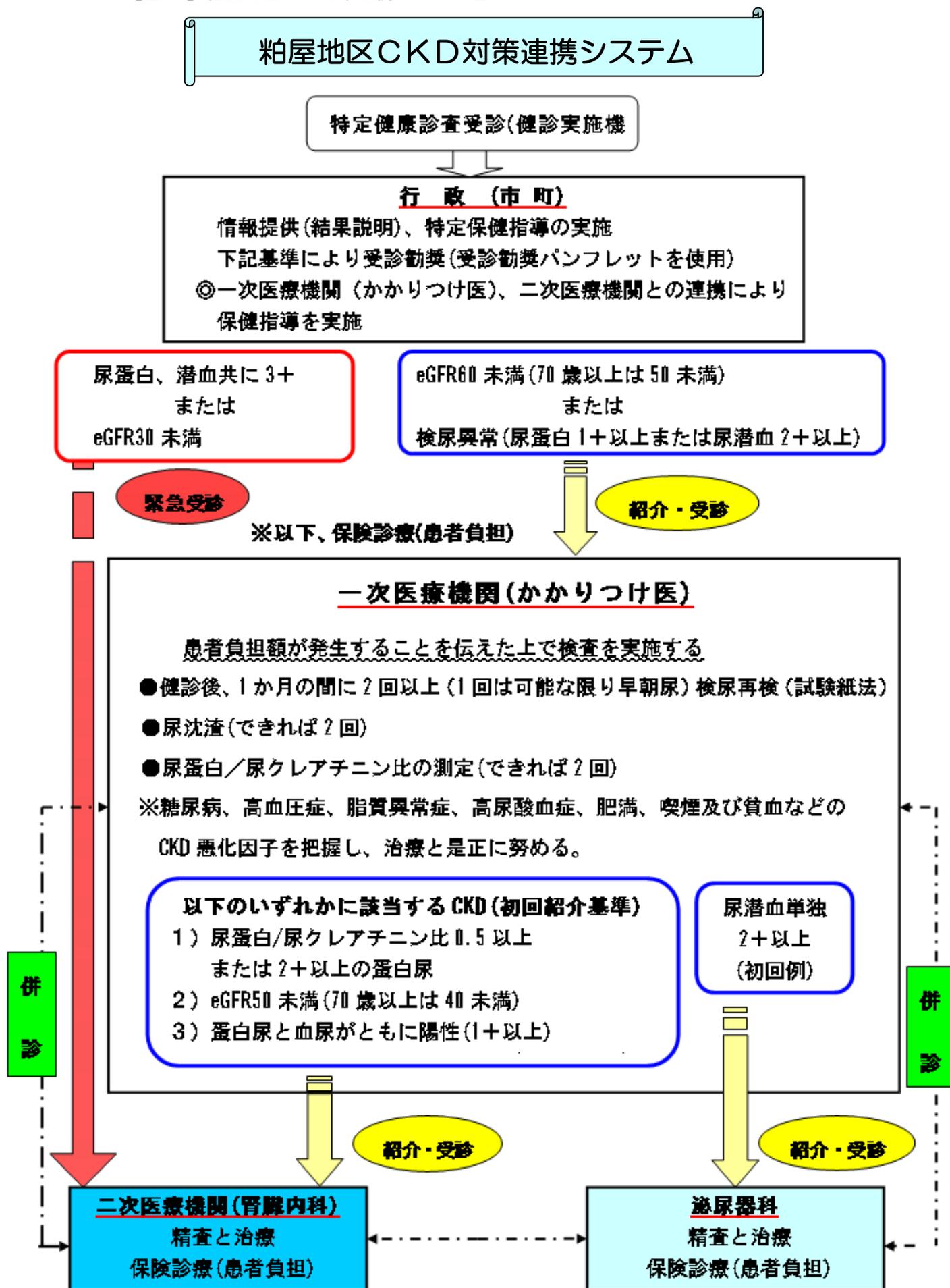
平成 24 年度からスタートした「粕屋地区 CKD 対策連携システム」においては、行政、かかりつけ医、腎臓内科医が連携し、CKD 対象者に対し自覚症状のない時期から適切な医療と保健指導を行うことで重症化防止を図ることを目的としています。この「粕屋地区 CKD 対策連携システム」を活用し、対象者への早期の受診勧奨を行うとともに、かかりつけ医及び腎専門医との連携を図りながら保健指導を行っていくことで重症化の予防、人工透析の抑制を図っていきます。

### ●心血管疾患の予防

CKD は心血管疾患の予備群であり、表 22 の CKD(慢性腎臓病)の重症度分類で CKD 予防対象者の重症者を優先的に対象とし、生活習慣病との関連をふまえた保健指導を実施していきます。

また、平成 24 年度導入の特定健診の 2 次検査である「微量アルブミン尿検査」については、継続して実施することで糖尿病性腎症の早期発見だけでなく、生活習慣病の重症化を防ぎ、心血管疾患の予防にもつなげます。

【図 16】 粕屋地区 CKD 対策連携システム図



## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施

### 1 特定健診実施等実施計画の評価及び見直しについて

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年を一期として、第2期は平成25年度から29年度までとし、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

古賀市第2期特定健康診査等の実施計画において、特定健診・保健指導実施率の目標は、特定健康診査等基本方針に掲げる参酌標準をもとに特定健診受診率、保健指導実施率ともに60%としました。

特定保健指導については、既に国が掲げている目標値を達成していますが、今後特定健診受診率が向上することに伴い特定保健指導の対象者の増が見込まれることから、今後とも、この保健指導実施率60%を維持していくことを目標とします。

表25 特定健診・保健指導実施率の目標

	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	30%	40%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%

### 3 対象者数の見込み

表26 特定健診・特定保健指導対象者見込み

	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	10,100人	10,300人	10,500人	10,700人	10,900人
特定健診受診者数	3,000人	4,120人	5,250人	5,885人	6,540人
特定保健指導対象者数	240人	288人	315人	294人	261人
特定保健指導実施者数	144人	173人	189人	176人	157人

★ 表26の特定保健指導対象者数は「積極的支援」「動機づけ支援」の見込み人数を表していますが、古賀市では、加えて治療者や非肥満者などの特定保健指導非対象者に対しても、必要に応じて保健指導を実施しています。(平成23年度：約1,000人)

今後この特定保健指導非対象者ハイリスク群への保健指導も継続して実施していきます

### 4 特定健診の実施

#### (1) 実施形態

集団健診については、特定健診実施機関に委託します。

個別健診については、県医師会が実施医療機関のとりまとめを行い、国保連合会が事務局となり、県医師会と代表市町村長が市町村国保の代理として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、古賀市における実施機関は全戸配布するチラシに掲載します。また、古賀市以外の特定健診実施医療機関については古賀市のホームページに一覧表を掲載します。

## (4) 委託契約の方法

集団健診については、古賀市と受託健診業者が契約を行います。

個別健診については、県医師会が実施医療機関のとりまとめを行い、国保連合会が事務局となり、県医師会と代表市町村長が市町村国保の代理として集合契約を行います。

委託の内容は、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。

## (5) 健診委託単価、自己負担額

特定健診受診窓口で支払う自己負担の額は、集団健診 1,000 円（30 歳代 2,000 円）、医療機関健診 1,500 円です。

## (6) 代行機関の名称

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



(7) 受診券の様式

平成 24 年度までの圧着式はがきによる受診券を廃止し、平成 25 年度より図 16 の様式にて封書による通知を行います。

図 16 平成 25 年度特定健診受診券

特定健康診査受診券							年 月 日交付
受診券整理番号							<p style="text-align: center;">特定健康診査受診上の注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 受診券の交付を受けたときは、すぐに、左記の住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を自署してください。(特定健康診査受診結果等の送付に用います。)</li> <li>2. 特定健康診査を受診するときには、受診券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。</li> <li>3. 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。</li> <li>4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。また、この券で受診する追加項目、その他(人間ドック)健診についても同様です。</li> <li>5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。</li> <li>6. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用する受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返しください。</li> <li>7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。</li> <li>8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。</li> </ol>
〒 住所							
カナ氏名 氏名							
性別		生年月日	昭和 年 月 日				
有効期限	年 3月31日						
健診内容	実施形態	実施項目	窓口の自己負担			保険者負担上限額	
			負担額	同時実施負担額 ※2	負担率		
特定健診	基本項目	個別	円	—	—	—	
		集団	円	—	—	—	
	貧血	個別	—	—	—	—	
		集団	—	—	—	—	
	心電図	個別	—	—	—	—	
		集団	—	—	—	—	
	眼底	個別	—	—	—	—	
		集団	—	—	—	—	
	特定健診以外の項目	生活機能チェック	個別	—	—	—	—
			集団	—	—	—	—
生活機能検査※1		個別	—	—	—	—	
		集団	—	—	—	—	
追加健診		個別	—	—	—	—	
		集団	—	—	—	—	
人間ドック	個別	円	—	—	円		
集団	円	—	—	円			
<p>※1 基本項目、生活機能チェックの結果により実施します</p> <p>※2 生活機能評価を同時実施した場合は、この欄の自己負担額をお支払いください</p>							
保険者等	所在地	県 市					
	電話番号						
	番 号						
	名 称	県国保連合会					
契約とりまとめ機関名							
支払代行機関番号							
支払代行機関名							
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">                     特定健診_1_特定健診受診券_国保連22_A4縦                 </div>							

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

対象者には前年度に申し込みはがきを同封した案内文書を個別に通知するとともに健診チラシを全戸配布します。当該年度の5月中旬から下旬に対象者に個別に受診券を発行し、がん検診やその他の検診も含めた健診の詳細チラシとともに通知します。

5 保健指導の実施

特定保健指導については、保険者(古賀市)が直接実施し、保健福祉部門の保健師、管理栄養士が行います。

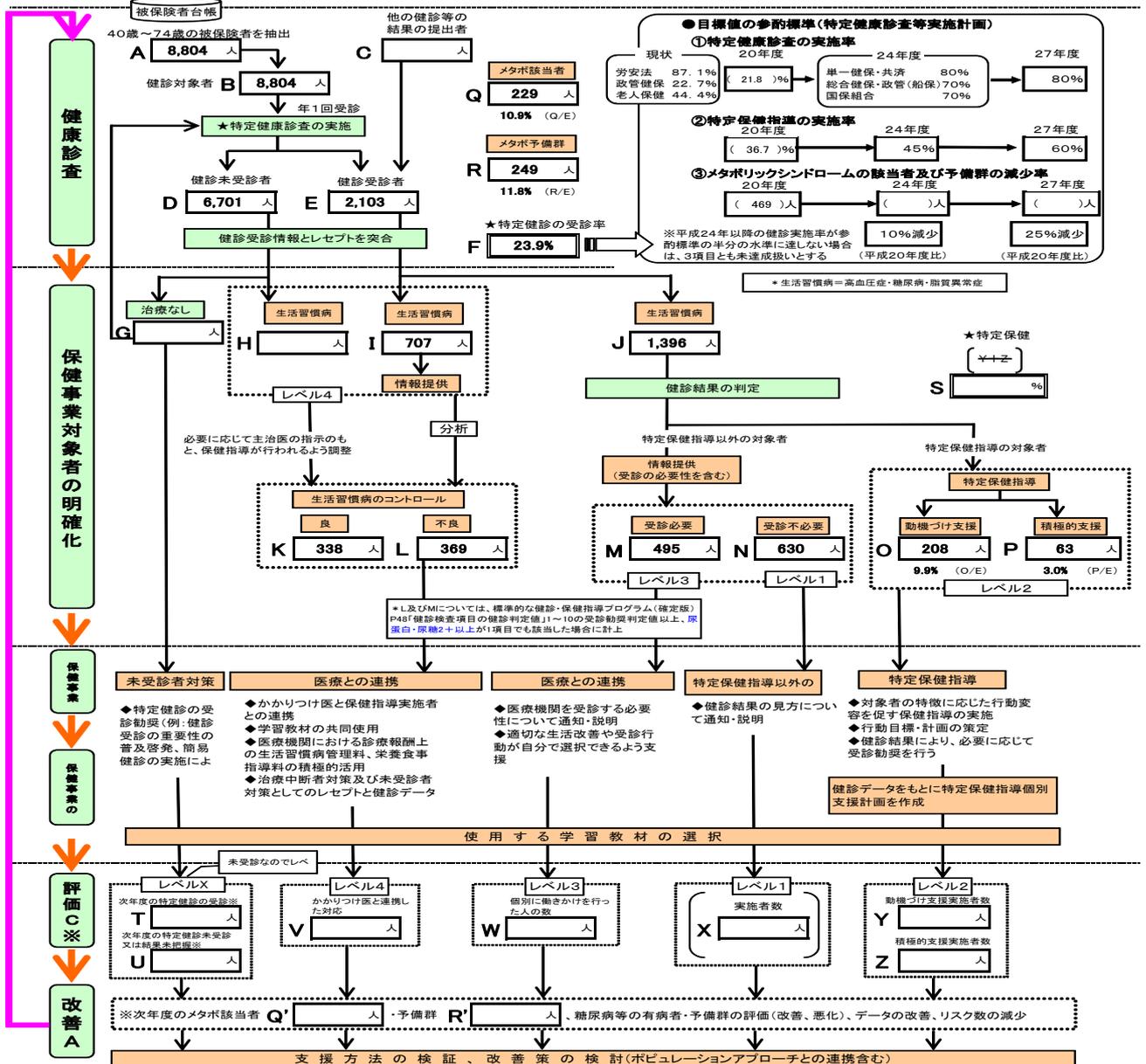
(1) 健診から保健指導実施の流れ

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・実施・評価を行います。

図 17 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  
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)

様式6-10



要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

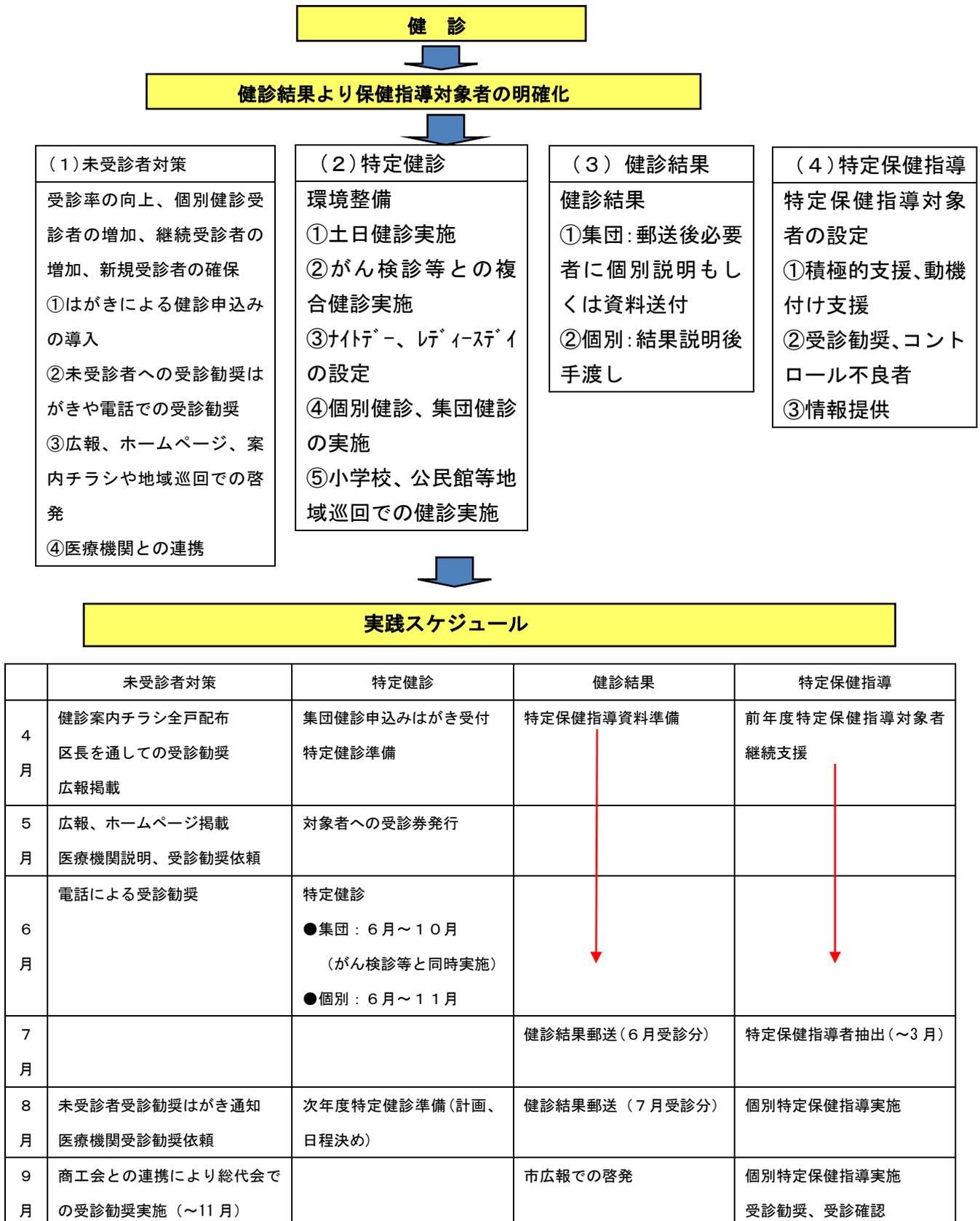
優先 順位	様式 6-10	保険指導 レベル	支援方法
1	P	積極的支援	<p>①対象者へ個別に電話連絡し個別の面接日程を調整する。</p> <p>②健診結果についての説明（経年表、構造図渡す）。情報収集。生活習慣から、本人の気付きを促し行動計画、目標設定を本人と行う。</p> <p>③必要時、医療機関受診を促す。（OGTT、微量アルブミン尿、CKD 該当者は受診時の必要書類渡す）</p> <p>③今後半年間の関わりについて説明し了解を得る。</p> <p>④1～2ヶ月後：電話、個別面接でのフォロー</p> <p>⑤3ヵ月後：電話、個別面接でのフォロー</p> <p>⑥4～5ヶ月後：電話、面接でのフォロー</p> <p>⑦6ヵ月後評価（面接または電話、アンケートにより実施）</p>
2	O	動機付け支援	<p>①対象者へ個別に電話連絡し個別の面接日程を調整する。</p> <p>②健診結果についての説明（経年表、構造図渡す）。情報収集。生活習慣から、本人の気付きを促し行動計画、目標設定を本人と行う。</p> <p>③必要時、医療機関受診を促す。（OGTT、微量アルブミン尿、CKD 該当者は受診時の必要書類渡す）</p> <p>③今後半年間の関わりについて説明し了解を得る。</p> <p>④3ヵ月後：電話及び手紙での支援</p> <p>⑤6ヵ月後評価（面接または電話、アンケートにより実施）</p>
3	M	情報提供（受診 勧奨群もしくは コントロール 不良者）	<p>対象者の把握</p> <p>高血糖：HbA1c6.1%（JDS）以上、6.5（NGSP）以上、空腹時血糖 126mg 以上、尿糖（++）以上</p> <p>血圧：Ⅱ度高血圧以上（収縮期 160 mmHg 以上または拡張期 100mmHg）</p> <p>I 度高血圧であって、糖尿病や慢性腎臓病（CKD）及び3個以上の生活習慣病を併発</p> <p>腎機能：粕屋地区 CKD 連携システムより</p> <p>eGFR60 未満（70 歳以上 50 未満）、尿蛋白（+）以上または尿潜血（++）以上</p> <p>脂質異常症：LDL160mg/dl 以上、HDL34mg/dl 以上（単独除く）、中性脂肪 300mg/dl 以上</p> <p>尿酸 8.0mg/dl 以上</p> <p>①対象者へ個別に電話連絡し個別の面接日程を調整する。</p> <p>②健診結果について説明を行い、かかりつけ医もしくは専門医への受診勧奨を行う。（CKD、微量アルブミン尿該当者は受診時の必要書類渡す）</p> <p>③2～3ヵ月後電話もしくはアンケートにて受診確認を行う。</p> <p>④主治医からの指示などあれば指示に沿った保健指導行う。</p>
4		情報提供	<p>①個別面接、電話、資料送付にて健診結果についての説明を行う（経年表、構造図渡す）。</p> <p>②生活習慣を振り返り、必要時生活習慣が見直せるように支援する。</p>

さらに、各グループ別の健診結果一覧を作成し、個々のリスク（特に HbA1c、血糖、LDL、血圧のレベル、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。

(2) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実施スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実施していくため、年間実施スケジュール【図18】を作成します。

図18 年間スケジュール



10月	電話による受診勧奨	集団健診終了	健診結果郵送（9月受診分）	個別特定保健指導実施 受診勧奨、受診確認
11月		個別健診終了	健診結果郵送（10月受診分）	個別特定保健指導実施 受診勧奨、受診確認
12月			健診結果まとめ、分析、次年度計画	個別特定保健指導実施 受診勧奨、受診確認
1月		次年度健診会場確保		個別特定保健指導実施 個別特定保健指導実施
2月	次年度特定健診申込みはがき及び案内通知 市広報			個別特定保健指導実施 受診勧奨、受診確認
3月	次年度特定健診、はがきによる申込み受付			個別特定保健指導実施 受診勧奨、受診確認

### （3）保健指導に使用する学習教材

#### 保健師・管理栄養士が普段活用している学習教材について

- 私の健康記録
- 腎ノート
- 糖尿病ノート
- 食ノート

定期的にスタッフ間で資料の読み合わせを行い、使い方の確認、理解を深め、保健指導の技術能力の向上に努めていきます。

また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することが求められるため、ガイドライン等の知見を踏まえ更新していきます。

### （4）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を検討し体制整備につなげていきます

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病なのか等を調べ、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ます。

## (5) 保健指導の評価

- 有病者・予備群の減少状況、医療費適正化の観点からの評価
- 保健指導スタッフの評価結果の共有と、評価表様式の標準化を図る

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）によると、「保険指導の評価は、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ただけるよう、保健師・栄養士ごとに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。



## 第4章 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

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康検査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領されたデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

### 2 特定健診・保健指導の記録の管理・保管期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

### 3 個人情報保護対策

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等）について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に最新の注意を払います。

## 第5章 結果の報告

### 1 支払基金への報告

支払基金（国）への実施報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣公示（平成20年厚生労働省公示第380号）及び通知で定められています。

実施報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

## 第6章 特定健康診査等実施計画の公表・通知

本計画は、広報やホームページを利用して公表します。また、特定健康診査等についての普及啓発は、広報誌やホームページに掲載するほか、案内チラシやポスターを配布することで、周知を図ります。