

# 第2期

(平成25～29年度)

## 特定健康診査等実施計画

篠栗町国民健康保険

## 第2期 特定健康診査等実施計画 平成25年3月

### もくじ

#### 序章 制度の背景について

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 計画の位置づけ	4
6 計画の期間	4

#### 第1章 第1期の評価

1 目標達成状況	6
(1) 特定健診実施率	6
(2) 特定保健指導実施率	7
(3) 成果に関する目標	7
参考) 後期高齢者支援金加算・減算の基準について	8

#### 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(篠栗町)の特徴	10
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今後の課題	12
(1) 循環器疾患	12
(2) 糖尿病	14
(3) 高血圧症	16
(4) 脂質異常症	18
(5) 慢性腎臓病	19
(6) メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)	20

#### 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について	21
2 目標値の設定	21
3 対象者数の見込み	21
4 特定健診の実施	21
(1) 実施形態	21
(2) 特定健診委託基準	21
(3) 健診実施機関リスト	21
(4) 委託契約の方法、契約書の様式	21
(5) 健診自己負担額	22
(6) 代行機関の名称	22
(7) 受診券の様式	22
(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	22
5 保健指導の実施	23
(1) 健診から保健指導実施の流れ	24
(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	25
(3) 保健指導実施者の人材確保と資質向上	26
(4) 保健指導の評価	26

#### 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・特定保健指導のデータの形式	27
2 特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間について	27
3 個人情報保護対策	27

#### 第5章 結果の報告

27

#### 第6章 特定健康診査等実施計画の公表・周知

27

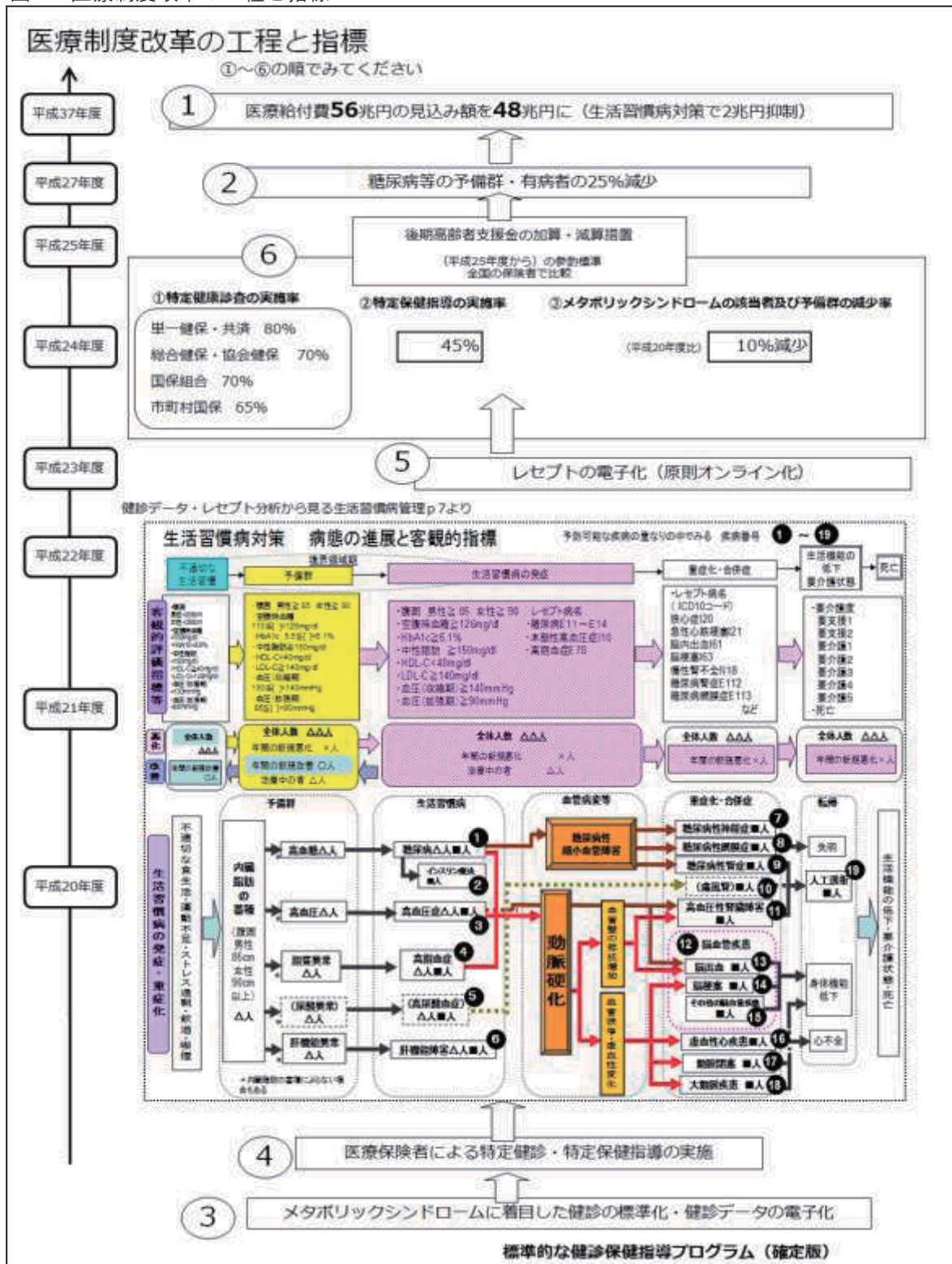
# 序章 制度の背景について

## 1 医療制度改革の工程と指標

わが国は、国民皆保険制度によって、高い保健医療水準を達成してきました。しかし、急速な少子高齢化、疾病構造の変化などの大きな環境の変化に直面し、国民皆保険を堅持していくため、国は平成17年に「医療制度改革大綱」を策定しました。

これを踏まえ、平成20年4月から高齢者の医療の確保に関する法律により、医療保険者に対して、生活習慣病予防の徹底を図るため、「特定健診・保健指導」の実施が義務づけられました。

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

特定健診・特定保健指導を規定する「高齢者の医療の確保に関する法律」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、メタボ健診とも呼ばれていますが、同法第18条では、「特定健康診査(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をいう。)」と書かれています。

なぜ糖尿病対策が重要なのか、なぜ糖尿病の有病者・予備群の減少を目標とするのかについて社会保障の視点でみてみました。

表1の社会保障と生活習慣病では、横軸、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(税込・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。

昭和57年に老人保健法が制定された頃の国の税収は30兆、社会保障費30兆、うち医療費は12兆で糖尿病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8,000億円です。

特定健診・特定保健指導がスタートした平成20年は、国の税収44兆円、社会保障費94兆円、医療費29.6兆円、糖尿病は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倍となりましたが、そのうち糖尿病は3.9倍、虚血は2.5倍、脳は1.7倍、がんは3.5倍の医療費となっています。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、糖尿病の予防を目標とし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					年金	その他
			一般会計 物入り算額	一般会計 歳出入算額	高齢者給付 (税・地)	計	医療	主要疾病別医療費					
								糖尿病	虚血性心疾患	脳血管疾患	がん		
(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	
1978 昭和53	WHOアルマタ宣言	新しい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オタワ宣言 (ヘルスプロモーション)		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 (アクトアップ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」に公衆衛生学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	世界の人口が億人に	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、高齢高齢者医療政策の創設)	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「神経認知症への予防と管理に関するグローバルイニシアチブ」 4つの主要な慢性疾患(NCD)：心臓病、癌、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、不健康な食生活、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)の時点?							2.4	3.9	2.5	1.7	3.5		
2011 平成23	有病率もNCDに色増 世界人口が70億人突破(1950年の25億人の3倍近く)		40.9	94.7	893.9								
2012 平成24		4年、次期国民健康づくり運動プラン(第2次健康日本21) 提示されたことによる											



### 3 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第1期）

糖尿病等の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。

その中で特定健診・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)に着目するのかについて、下記のように確定版第2編第1章に示されています。

「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、発症してしまっただ後も、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、体重増加が血糖や中性脂肪、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し、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ため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになると考える。」

健診と保健指導の関係については、平成19年度までの健診・保健指導と平成20年度からの健診・保健指導について、確定版に整理されています。(表2)

健診は生活習慣病予防のための「保健指導を必要とする者」を抽出し、結果を出す保健指導で、その結果とは糖尿病等の有病者・予備群の減少とされています。

表2 健診・保健指導の基本的考え方

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	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための <u>保健指導を必要とする者を抽出する健診</u>
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導	<u>結果を出す保健指導</u>
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 リスクの重症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 リスクに基づき優先順位をつけ、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	<u>アウトカム(結果)評価</u> 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

最新の科学的知識と課題抽出のための分析

↓

行動変容を促す手法

また、厚生労働省 保険局からは「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。

篠栗町国民健康保険の第1期計画(平成20年度～24年度)については、「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期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方

「今後の特定健診・保健指導の在り方について 中間とりまとめ（平成24年4月13日公表）」及び「第二期特定健康診査等実施計画機関に向けての特定健診・保健指導の実施についてのとりのまとめ（平成24年7月13日公表）」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方への対応(非肥満者・治療者)

②未受診者への対応等

が具体的に書かれています。

篠栗町国民健康保険では、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られます。

現在、国で検討されている「特定健診等基本指針」を参考に進めていきます。

#### 5 計画の位置づけ

この計画は、国の特定健康診査等基本指針を踏まえ、篠栗町国民健康保険が策定する計画であり、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条に規定された「特定健康診査等実施計画」であります。

また、医療保険者は健康増進法における「健康増進事業実施者」に位置付けられています。さらに、平成25年度からは、国の健康づくり施策も新しい方針でスタートします。その中の国が設定する目標項目53のうち医療保険者が関係するのは、中年期以降の健康づくり対策の部分であり、特定健診・特定保健指導の実施率向上を始め、メタボ予備群・該当者の減少、高血圧の改善、治療継続者の割合の増加など、健診データ、レセプトデータで把握・評価できる具体的な目標項目になっています。(図2)

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に続く、平成25年度から平成29年度までの5年間を計画期間とします。



# 第1章 第1期の評価

## 1 目標達成状況

### (1) 特定健診実施率

#### ①実施に関する目標

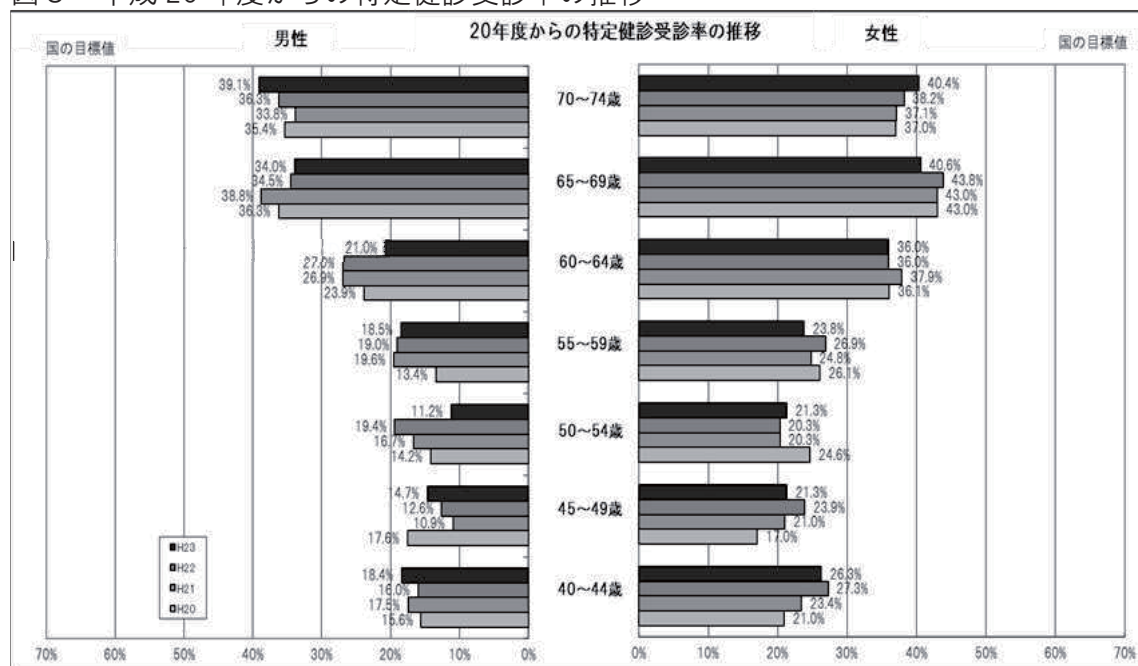
市町村国保については、平成24年度において、40歳から74歳までの対象者の65%以上が特定健康診査を受診することを目標として定められました。篠栗町国民健康保険ではそれに基づき、平成24年度の目標を65%としました。

表3 篠栗町特定健康診査の目標と実施状況

	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	25%	35%	45%	55%	65%
実績	30.5%	31.6%	31.8%	31.8%	33.4%

#### ②健診実施率向上に向けた取組と今後の方策

図3 平成20年度からの特定健診受診率の推移



平成20年度当初から未受診者の対策として、電話による受診勧奨、平成22年度から医療機関での個別健診の導入、平成23年度には65歳以上をターゲットに各地区の公民館へ出向き、受診勧奨を実施してきましたが、受診率は微増・横ばい状況です。平成24年度の受診率は33.4%と福岡県の平均受診率27.8%を上回っていますが、国の目標受診率には及ばない状況です。

また、継続受診者の割合が64.9%で、これが受診率向上にも関係しているため、この継続受診率を維持すると共に、新規受診者を増やす対策を検討する必要があります。

- 未受診者には、受診勧奨の電話及び案内通知、さらに家庭訪問を行い、健診受診者の増加にもつながるよう、対策を講じていきます。
- 治療中の者も特定健診の対象となるため、医療機関に協力してもらえよう連携を図り、新規受診者の増加を目指します。
- 受診率の低い若い世代（特に男性）については、個別の働きかけを実施します。



## (2) 特定保健指導実施率

### ①実施に関する目標

平成 24 年度において、特定保健指導が必要と判定された対象者の 45%以上が特定保健指導を受けることを目標として定められました。篠栗町国民健康保険では、それに基づき平成 24 年度の目標を 45%としました。

表 4 篠栗町特定保健指導の実施状況

	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	33%	36%	39%	42%	45%
実績	20.4%	38.6%	71.3%	62.6%	63.0%

### ②特定保健指導実施率向上に向けた取組と今後の方策

国の目標値は達成できており、平成 23 年度と比較して平成 24 年度は微増の状況です。特定保健指導対象者の中には次年度も健診を受診し、再度特定保健指導に該当する者が増えている状況もあるため、今後はより個別性を重視した保健指導を実施していく必要があります。

また、現在も実施している治療者や非肥満者など特定保健指導の対象とならない者についても、重症化予防の観点から家庭訪問によりきめ細やかな保健指導を実施します。具体的には、糖尿病（HbA1c6.1 以上）、高血圧（Ⅱ度以上）、CKD 該当者（GFR50 未満）の台帳を作成し、優先順位を決め、治療の有無に関わらず保健指導を実施していきます。

## (3) 成果に関する目標

### ①内臓脂肪症候群（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、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・年齢階層（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（あるいは元々対象者が少なく実施率が 100%でも性別・年齢階層別での発生率が不確かな医療保険者もある）ことから、この場合における各医療保険者の性・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>

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内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率を示します。

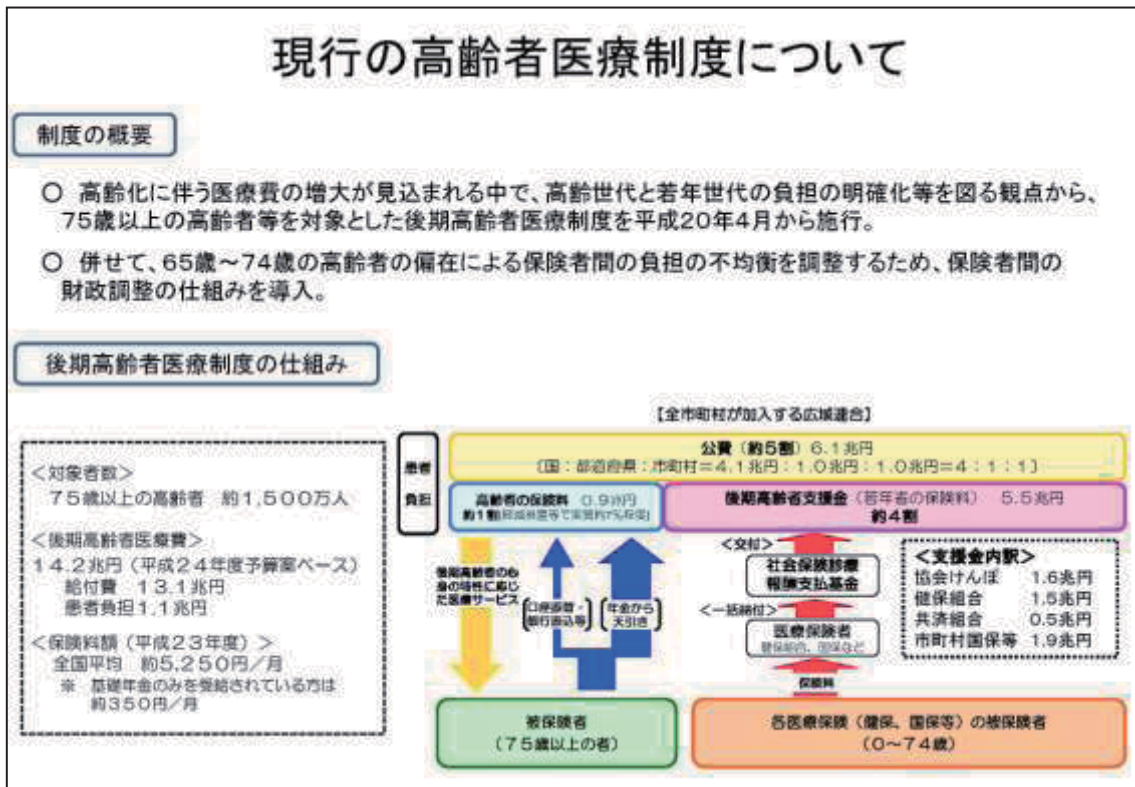
表 5 内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率

	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
該当者	175 人 13.6%	203 人 15.0%	191 人 14.1%	191 人 13.8%	154 人 11.0%
予備群	160 人 12.4%	170 人 12.6%	167 人 12.4%	144 人 10.4%	165 人 11.8%

### 参考) 後期高齢者支援金の加算・減算の基準について

平成 20 年度から後期高齢者医療制度が創設され、この制度における財政負担として、全体の約 4 割を若年者の医療保険から支援金という形で拠出することが決まっています。これを「後期高齢者支援金」といいます。

図 4 現行の高齢者医療制度について



支援金は、加入者 1 人当たりいくらという形で算定することとなっており（平成 24 年度概算では、1 人あたり 49,497 円）、医療保険者の規模の大小に関わらず平等に負担することが義務付けられています。ただし、その支援金の額は、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」の達成状況で、±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 年度から納付される後期高齢者支援金に適用されることになっています。（平成 24 年度までの支援金は加算・減算を行わず 100/100 で算定）

この背景としては、医療保険者が生活習慣病対策を推進すれば、糖尿病や高血圧症・脂質異常症等の発症が減少し、これによって脳卒中や心筋梗塞等への重症な疾患の発症も減少す

るが、こうした重症な疾患は後期高齢者において発症することが多く、後期高齢者の医療費の適正化につながることを踏まえ、そうした医療保険者の努力を評価し、特定健康診査や特定保健指導の実施に向けたインセンティブ（動機づけ）とするために設けられた制度です。

現在、国の検討会において議論されている平成 25 年度の支援金の評価基準（試算）は、

①減算対象となる保険者

特定健診の実施率 65%以上、特定保健指導の実施率 45%以上の両方を達成した保険者  
（平成 22 年度実績では全国で 8 市町村国保保険者が達成）

②減算率

平成 21 年度実績での試算では、約 3.7%、1 人あたり減算額は 2,000 円弱と見込まれています。

③加算対象となる保険者

健診も保健指導もほとんど実施していない保険者

（平成 22 年度実績で特定保健指導実施率 0%の市町村国保保険者は、27 都道府県 70 保険者）

調整後の特定健診実施率と特定保健指導実施率を乗じた実施係数が 0.0015 未満を加算対象とする案が有力（特定健診実施率 15%未満、特定保健指導実施率が 1%未満などの場合に該当）です。

④加算率

0.23%を前提とする方向。国保加入者 1 人あたり加算額は、年 114 円と試算されています。

## 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（篠栗町）の特徴

表 6-1 社会保障の視点でみた医療保険者（篠栗町）の特徴

人口の多い市町村順		全国			福岡県			篠栗町						
1	総人口(H22)	128,057,352			5,071,968			31,318						
2	65歳以上人口(H22)	29,245,685			1,123,376			6,101						
3	高齢化率(H22)	23.0 %			22.3 %			19.5 %						
4	平均寿命(H17)	男性	78.8			78.4 (全国31位)			78.7 (県内19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	232	123	109				
6	早世予防からみた死亡 (0~64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	53	41	12				
		14.7%	18.9%	10.0%	15.1%	19.6%	10.2%	22.8%	33.3%	11.0%				
7	死因別死亡数 (H22)	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
		第1位	悪性 新生物	353,499	131.1	19.6%	悪性新 生物	14,769	138.7	19.6%	悪性新 生物	72	128.2	33.3%
		第2位	心疾患	189,360	55.8	10.5%	心疾患	5,791	41.0	8.6%	肺炎	29	33.8	10.3%
		第3位	脳血管 疾患	123,461	36.9	10.8%	肺炎	5,076	31.8	3.3%	心疾患	20	22.1	10.0%
		第4位	肺炎	118,888	29.4	3.4%	脳血管 疾患	4,316	32.5	11.1%	脳血管 疾患	15	23.0	13.3%
		第5位	老衰	45,342	8.4	0%	不慮の 事故	1,724	17.4	22.9%	自殺	9	22.1	55.6%
8	生活保護 (H22)	生活保護率	15.2‰			24.6‰ (全国1位)			19.1‰ (県内30位)					
		医療扶助率	79.59%			85.36% (全国4位)								
9	国保の状況 (H22)	被保険者総数	35,849,071 人			1,337,614 人			7,242 人					
		一般	33,851,629 人			1,264,810 人			6,741 人					
		退職	1,997,443 人			72,804 人			501 人					
		加入率	28.0 %			26.4 %			23.1 %					
		収納率	88.61 %			90.29 %			86.40 %					
		一人あたり医療費	299,333			331,373			全国14位					
	一般	294,863			326,448			全国15位						
	退職	375,102			416,945			全国3位						
10	後期高齢者医療費 (H22)	904,795			1,146,623			全国1位						
11	介護保険の状況 (H22)	1号被保険者	29,098,466 人			1,111,761 人			5,773 人					
		1号認定者	4,907,439 人			205,522 人			768 人					
		1号認定者/1号被保険者	16.9 %			18.5 %			13.3 %					
		2号被保険者	43,120,463 人			1,690,414 人			10,256 人					
		2号認定者	154,795 人			6,033 人			38 人					
		2号認定者/2号被保険者	0.36 %			0.36 %			0.37 %					
12	介護度別 内訳	要介護認定者	5,062,234 人			211,555 人			806人					
		要支援1・2	1,331,523	26.3%		62,648	29.6%		228	28.30%				
		要介護1	906,953	17.9%		42,605	20.1%		156	19.40%				
		要介護2	896,617	17.7%		34,544	16.3%		107	13.30%				
		要介護3	697,891	13.8%		26,723	12.6%		107	13.30%				
		要介護4	637,766	12.6%		24,697	11.7%		104	12.90%				
	要介護5	591,484	11.7%		20,338	9.6%		104	12.90%					
13	特定健診 (H22)	受診者/対象者	7,169,761/22,419,244			213,854/807,101			1,350/4,247					
		受診率	32.0%			26.5% (全国39位)			31.8% (県内24位)					
14	特定保健指導 (H22)	実施者/対象者	242,911/953,535			10,853/29,581			127/178					
		実施率	25.5%			36.7% (全国4位)			71.3% (県内7位)					
15	患者総数	総数	100万対		総数	100万対		総数	100万対					
16	透析患者状況 (H22)	糖尿病患者	患者数	297,126		2,320.3		13,438		2,649.5		61		
			糖尿病性腎症	患者数	糖尿病性腎症		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				
総数	297,126		102,788 34.6		13,438		61		20.0 32.8					
	新規導入		37,532 16,271 43.4				9		5.0 55.6					



表 6-2 介護保険第 2 号保険者の障害状況（平成 22 年度）

疾病名		人数	割合
生活習慣病に起因するもの		27	71.1
再掲	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び 糖尿病性網膜症	2	5.3
	脳血管疾患	25	65.8
	閉塞性動脈硬化症	0	0
筋委縮性側索硬化症		0	0
後縦靭帯骨化症		1	2.6
骨折を伴う骨粗しょう症		0	0
初老期の認知症		5	13.2
脊髄小脳変性症		0	2.6
脊柱管狭窄症		0	0
早老症		0	0
多系統委縮症		1	2.6
がん(がん末期)		1	2.6
パーキンソン病関連疾患		1	2.6
関節リウマチ		2	5.3
慢性閉塞性肺疾患		0	0
両側の膝関節又は股関節の著しい変形を 伴う変形性関節症		0	0
計		38	
第2号被保険者の認定率(%)		0.37	

本町は平成 22 年 10 月 1 日現在人口 31,318 人であり、65 歳以上の人口が 6,101 人で高齢化率は 19.5%と低い状況にあります。平均寿命は男性 78.7 歳と県内で 19 位、女性 86.5 歳と県内で 7 位と高い状況です。

死亡統計による死因別死亡割合(人口 10 万人対)は、肺疾患と自殺の割合が全国平均に比べ高い状況にあります。また、早世死亡割合(0~64 歳)は、全国平均に比べ高い状況にあります。早世死亡の内訳を調べてみると、60 歳から 64 歳が死亡数の 4 割を占め最も多く、40 歳以降は年齢が上がると共に死亡の割合も増加しています。死亡原因としては、悪性新生物(45.3%)が最も多く、次いで循環器疾患・消化器疾患・自殺(共に 9.4%)という結果でした。

表 6-2 の介護保険第 2 号保険者の障害状況をみると、原因疾患の 71.1%が生活習慣病を起因とした疾患でその中でも 65.8%が脳血管疾患となっています。介護保険第 2 号保険者の 7 割が生活習慣病という予防可能な疾患により要介護状態となっています。

国民健康保険の一人当たり医療費は、福岡県平均と比較すると低額になっていますが、平成 20 年度以降年々増加しており、平成 20 年度からの伸び率は福岡県平均よりも大きい状況です。

表 7 国民健康保険の一人当たり医療費の推移

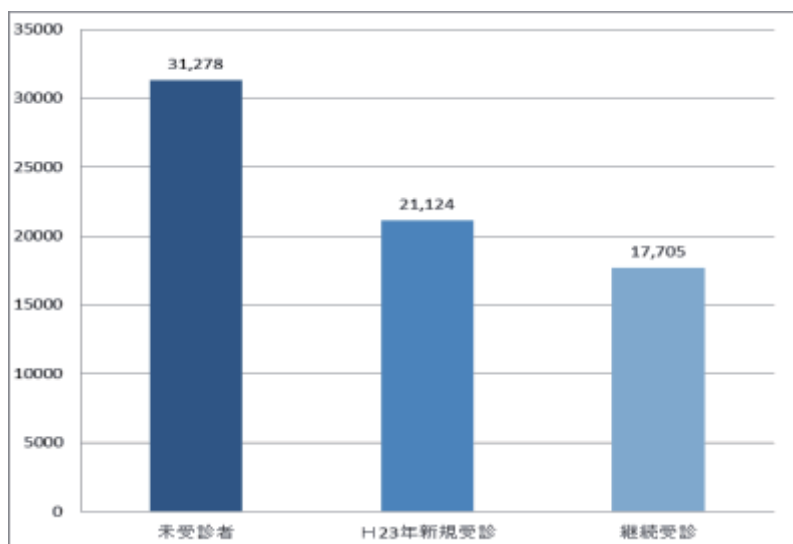
年度	福岡県		篠栗町	
	医療費	20 年度との比較	医療費	20 年度との比較
平成 20 年度	316,830 円	--	272,409 円	--
平成 21 年度	324,430 円	7,600 円	300,468 円	28,059 円
平成 22 年度	331,373 円	14,543 円	305,318 円	32,909 円
平成 23 年度	335,506 円	18,676 円	324,658 円	52,249 円

また平成 23 年度に初めて本町の特定健診を受診したことがある者と継続受診者(過去に健診を 1 回以上受診したことがある者で計上)、そして健診を全く受診したことがない者の平成 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者と比較して13,573円低いという結果でした。

事業効果としては、まだ検証が必要ですが、健診を受け、健康づくりに取り組むことで医療費が下がるという住民への意識づけにもつながっていると考えます。

図5 生活習慣病医療費（通院）の1人あたり平均単価



## 2 第1期計画の実践からみえてきた被保険者の健康状況と今後の課題

### (1) 循環器疾患

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要因となっています。

また、福岡県（平成24年5月診療分）のひと月に200万円以上の医療費がかかった高額レセプトでは表8の通り、循環器疾患が多く占めており、表9ではその基礎疾患として糖尿病・高血圧・脂質異常症があることがわかります。

表8 ひと月200万円以上のレセプト集計（平成24年5月診療分：福岡県計）

	実人数	循環器疾患						癌		その他	
		虚血性心疾患		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				
600万円以上	16	6	37.5%	7	43.8%	2	12.5%	3	18.8%	2	12.5%
500万～600万円未満	13	6	46.2%	6	46.2%	6	46.2%	1	7.7%		
400万～500万円未満	33	8	24.2%	9	27.3%	6	18.2%	1	3.0%	6	18.2%
300万～400万円未満	97	22	22.7%	9	9.3%	20	20.6%	25	25.8%	18	18.6%
200万～300万円未満	335	85	25.4%	10	3.0%	66	19.7%	85	25.4%	75	22.4%
合計	494	127	25.7%	41	8.3%	100	20.2%	115	23.3%	101	20.4%

表9 循環器疾患における基礎疾患重複状況

	実人数	基礎疾患					
		糖尿病		高血圧症		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
虚血性心疾患	127	58	45.7%	91	71.7%	61	48.0%
大動脈疾患	41	12	29.3%	24	58.5%	14	34.1%
脳血管疾患	100	33	33.0%	61	61.0%	20	20.0%

循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙の4つです。循環器疾患の予防はこれらの危険因子それぞれについて、改善を図っていく必要があります。

平成24年5月診療分のレセプト結果(表10)では、本町は脳血管疾患については県平均を下回り、人工透析については県平均、虚血性心疾患については県平均を上回り、県下5位の高位に位置していました。

一方、危険因子である糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療者は県平均を下回っており、詳細についてはまだ検証が必要ですが、健診受診率が伸び悩んでいることで、糖尿病等の生活習慣病の未治療者の早期発見が滞り、循環器疾患等の重症化への進展を抑制できていない可能性が考えられます。

早急に、健診受診率の向上を図ることが必要と考えられます。

表10 平成24年5月診療分のレセプト結果

1年間でかかる医療費の目安(平均)			重症化・合併症 高額な医療費と個人の生活の質の低下を招く						糖尿病等の生活習慣病 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																			
			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		7万円						
市町村名	被保険者数	生活習慣病人数	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		高尿酸血症						
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
福岡県	1,294,112	343,129	52,942	14.9%	49,218	13.9%	5,182	1.5%	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%	41,112	11.6%
篠栗町	7,393	1,905	258	13.5%	230	12.1%	41	2.2%	494	25.9%	16	0.8%	686	36.0%	82	12.0%	51	7.4%	58	8.5%	20	2.9%	1,302	68.3%	980	51.4%	237	12.4%
福岡県内での位置			42位		-		-		5位		21位		29位		-		-		-		-		39位		46位		17位	

特に、虚血性心疾患に着眼すると、高血圧症や脂質異常症の併発の割合が多いことが分かります(表11)。また、表12から分かるように福岡県と比較すると30歳代、40歳代の若い世代の発症が多くみられ、若年者に対する早期介入も必要です。

健診結果との突合結果では、虚血性心疾患を発症した人の約6割が発症以前に健診を受けていないことが分かりました。

このことから、健診未受診者に対して積極的に受診勧奨を行い、受診率の向上を目指すとともに、高血圧症や脂質異常症などの疾患が重複している人に対して、重点的に保健指導を行い重症化予防に努めます。

表11 平成24年5月診療分のレセプト結果(福岡県との比較)

	生活習慣病人数	糖尿病等の生活習慣病(基礎疾患)																	
		虚血性心疾患		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					
		A	B	B/A	C	C/B	D	C/B	E	C/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E	I	I/E	J
福岡県	343,129	72,131	21.0%	59,442	82.4%	45,456	63.0%	31,467	43.6%	3,231	10.3%	3,304	10.5%	1,815	5.8%	2,448	7.8%	10,629	14.7%
篠栗町	1,905	494	25.9%	429	86.8%	315	63.8%	205	41.5%	22	10.7%	17	8.3%	14	6.8%	8	3.9%	70	14.2%

表 12 平成 24 年 5 月診療分のレセプト結果（年代別の比較）

		生活習慣病人数			虚血性心疾患（福岡県）			生活習慣病人数			虚血性心疾患（篠栗町）		
		A		B	B/A	A		B	B/A	A		B	B/A
総 数	20代以下	2,268		99	4.4%	10		0	0.0%				
	30代	5,521		333	6.0%	25		4	16.0%				
	40代	14,241		1,483	10.4%	79		13	16.5%				
	50代	33,289		5,206	15.6%	156		29	18.6%				
	60代	150,630		30,408	20.2%	848		221	26.1%				
	70代	137,180		34,602	25.2%	787		227	28.8%				
	合計	343,129		72,131	21.0%	1,905		494	25.9%				
再)40歳以上	335,340		71,699	21.4%	1,870		490	26.2%					

(2) 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、さらに、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。

平成 24 年 5 月診療分のレセプト結果から糖尿病患者の合併症の状況（表 13）を見ると、インスリン療法、糖尿病性神経障害の割合が県平均よりも高く、虚血性心疾患の割合も高くなっています。また、年齢や性別を比較すると、30 歳、40 歳代の男性が県平均を上回っていることがわかりました。

表 13 糖尿病患者の合併症の状況

	生活習慣病人数	糖尿病			再掲)糖尿病合併症								虚血性心疾患		脳血管疾患			
					インスリン療法		網膜症		神経障害		腎臓障害				脳梗塞		脳出血	
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E	E/B	F	F/B	K	K/B	L	L/B	M	M/B
福岡県	343,129	124,943	36.4%	11,617	9.3%	12,843	10.3%	6,055	4.8%	7,751	6.2%	31,467	25.2%	20,304	16.3%	1,409	1.1%	
篠栗町	1,905	686	36.0%	82	12.0%	51	7.4%	58	8.5%	20	2.9%	205	29.9%	88	12.8%	12	1.7%	

特定健診結果の HbA1c 年次推移（図 6）をみると、重症化しやすい HbA1c6.1 以上の割合は、8～10%を推移しており大きな変化はありませんでした。また、HbA1c6.1 以上で未治療者の割合は年々減少しているものの、約半数が未治療の状況です。また、合併症の恐れがある HbA1c 7.0 以上については、減少傾向にあります。

糖尿病治療中の HbA1c コントロール状況（表 14）について、HbA1c7.0 以上の血糖コントロール「不良」及び HbA1c8.0 以上の血糖コントロール「不可」の割合は、平成 21 年度からみると年々減少しています。しかし、依然として治療していても血糖コントロールができていない者が全体の 2 割を占めています。



図 6 HbA1c 年次推移

年度	HbA1c 測定	5.1以下	5.2~5.4	5.5~6.0	6.1以上			再掲											
					再) 7.0以上	未治療	治療												
H20	1,286	385	432	351	118	67	51												
		29.9%	33.6%	27.3%	9.2%	56.8%	43.2%												
H21	1,338	321	446	435	136	86	50												
		24.0%	33.3%	32.5%	10.2%	63.2%	36.8%												
H22	1,292	594	348	242	108	56	52												
		46.0%	26.9%	18.7%	8.4%	51.9%	48.1%												
H23	1,357	556	388	298	115	56	59												
		41.0%	28.6%	22.0%	8.5%	48.7%	51.3%												

表 14 糖尿病治療中の HbA1c コントロール状況

治療と未治療の状況		HbA1c測定																	
		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値											
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の恐れ				腎不全発症4.2倍			
		5.1以下	5.2~5.4	5.5~6.0	6.1~6.4	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0~8.9	9.0以上	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	G	G/A	H	H/A	I	I/A		
治療中	H20	77	6.0%	2	2.6%	6	7.8%	18	23.4%	12	15.6%	18	23.4%	9	11.7%	10	13.0%	2	2.6%
	H21	68	5.1%	1	1.5%	0	0.0%	17	25.0%	13	19.1%	12	17.6%	15	22.1%	7	10.3%	3	4.4%
	H22	78	6.0%	3	3.8%	5	6.4%	18	23.1%	17	21.8%	17	21.8%	12	15.4%	3	3.8%	3	3.8%
	H23	88	6.5%	2	2.3%	2	2.3%	25	28.4%	23	26.1%	17	19.3%	12	13.6%	4	4.5%	3	3.4%
治療なし	H20	1,209	94.0%	383	31.7%	426	35.2%	333	27.5%	35	2.9%	10	0.8%	9	0.7%	6	0.5%	7	0.6%
	H21	1,270	94.9%	320	25.2%	446	35.1%	418	32.9%	50	3.9%	21	1.7%	7	0.6%	2	0.2%	6	0.5%
	H22	1,214	94.0%	591	48.7%	343	28.3%	224	18.5%	34	2.8%	10	0.8%	6	0.5%	1	0.1%	5	0.4%
	H23	1,269	93.5%	554	43.7%	386	30.4%	273	21.5%	27	2.1%	17	1.3%	6	0.5%	1	0.1%	5	0.4%

② 今後の課題

● 糖尿病の発症予防

「糖尿病有病者の増加の抑制」を指標とします。糖尿病予備群に対して今後も健康教育や個別に保健指導を行い、有病者の増加の抑制につなげます。また、本町は 20 歳から 39 歳を対象にした健康診査を行っています。町の広報紙などを活用し、若い世代へ受診勧奨を行い、発症予防につなげます。

● 糖尿病の合併症の予防

「治療継続者の割合の増加」と「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」を目指します。未治療の者には治療の必要性を説明し、医療機関への受診を勧めていきます。また、血糖コントロールが不良の者には医療機関と連携をとりながら、保健指導を行います。特に、HbA1c7.0 以上の未治療者、血糖コントロール不良者については台帳管理を行ない、個別訪問を実施していきます。

● 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、個人の生活の質を低下させ、医療費の増大を招く「糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少」を指標とします。詳しくは(5)慢性腎臓病の項目で記述します。

(3) 高血圧症

① 高血圧の状況

高血圧患者の年代別罹患率と合併症の状況（表 15）からみると、高血圧の治療は 50 歳代以降急増しています。また 30 歳代からの罹患者も多く、高尿酸血症との併発や、虚血性心疾患を起こしている割合が高い状況です。

表 15 高血圧患者の年代別罹患率と合併症の状況（平成 23 年度）

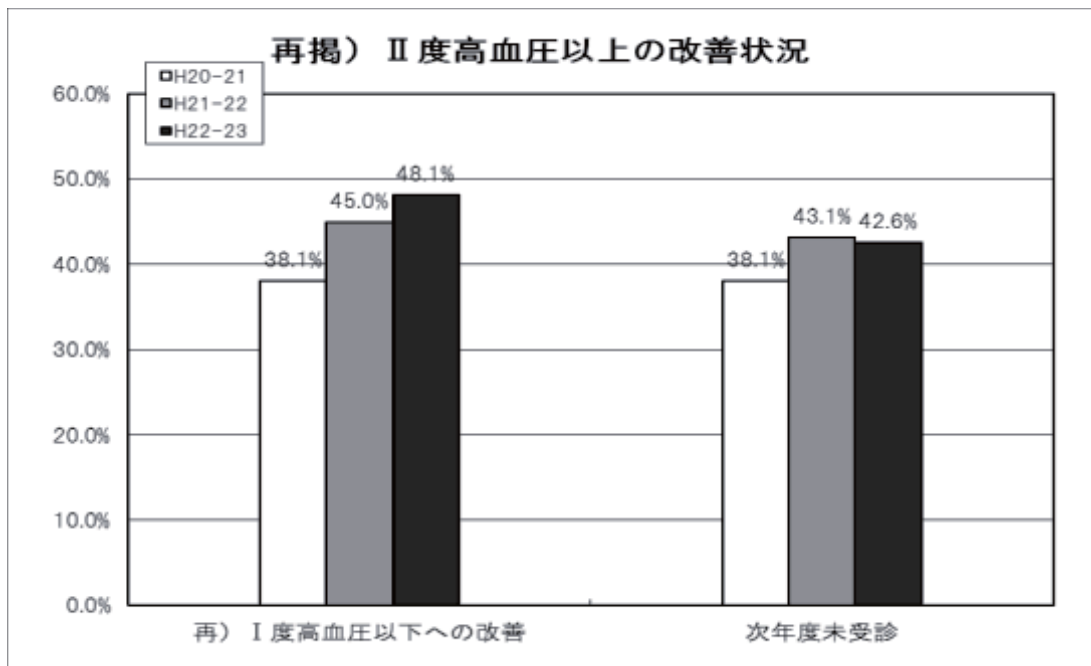
	生活習慣 病人数	高血圧症		脂質異常症		糖尿病		高尿酸血症		虚血性心疾患		脳血管疾患				腎臓疾患		人工透析	
		A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	I	I/B	K	K/B	脳梗塞		脳出血		O	O/B	P
30代	25	14	56.0%	4	28.6%	4	28.6%	5	35.7%	3	21.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	14.3%	1	7.1%
40代	79	32	40.5%	13	40.6%	7	21.9%	6	18.8%	9	28.1%	3	9.4%	2	6.3%	3	9.4%	2	6.3%
50代	156	96	61.5%	38	39.6%	31	32.3%	13	13.5%	21	21.9%	11	11.5%	3	3.1%	15	15.6%	6	6.3%
60代	848	600	70.8%	305	50.8%	205	34.2%	81	13.5%	202	33.7%	65	10.8%	20	3.3%	34	5.7%	7	1.2%
70代	787	557	70.8%	301	54.0%	193	34.6%	75	13.5%	194	34.8%	99	17.8%	10	1.8%	31	5.6%	0	0.0%
合計	1,905	1,302	68.3%	662	50.8%	440	33.8%	180	13.8%	429	32.9%	178	13.7%	35	2.7%	85	6.5%	16	1.2%

血圧の年次推移（図 7）をみると、重症化しやすいと言われるⅡ度高血圧以上の割合は年々減少しており、治療者の割合は増加していることがわかります。また、図 8 のようにⅡ度高血圧以上の改善状況は年々増加しており、平成 23 年度は約半数が改善している状況でした。血圧は治療の効果が出やすく、治療につなげると改善しやすい疾患でもあります。今後も未治療者には医療機関への受診を勧め、虚血性心疾患等の重症な疾患を予防していく必要があります。

図 7 血圧の年次推移

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	1,287	617 47.9%	270 21.0%	287 22.3%	113	59	54	1.2%	8.8%	8.8%												
					8.8%	52.2%	47.8%															
H21	1,353	649 48.0%	247 18.3%	348 25.7%	109	51	58	1.5%	8.1%	8.1%												
					8.1%	46.8%	53.2%															
H22	1,350	862 63.9%	216 16.0%	218 16.1%	54	29	25	0.4%	4.0%	4.0%												
					4.0%	53.7%	46.3%															
H23	1,358	938 69.1%	208 15.3%	180 13.3%	32	13	19	0.4%	2.4%	2.4%												
					2.4%	40.6%	59.4%															

図8 II度高血圧以上の改善状況



② 今後の課題

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などのあらゆる循環器疾患の危険因子です。若い世代の受診率向上と合わせ、未治療者については確実な受診につながるようにしていきます。また、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（表16）により、リスクの高い順番からフォローしていきます。特に、Ⅲ度高血圧以上の者には受診の確認を行い、台帳管理し継続的に関わっていきます。

表16 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（平成23年度篠栗町特定健診結果）

保健指導対象者の明確化と優先順位決定											
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ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
	993	486	264	122	108	11	2	760	8	105	120
		48.9%	26.6%	12.3%	10.9%	1.1%	0.2%	76.5%	0.8%	10.6%	12.1%
リスク第1層 危険因子がない	142	96	27	10	8	1	0	133	8	1	0
		14.3%	19.8%	10.2%	8.2%	7.4%	9.1%	17.5%	100%	1.0%	0.0%
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	557	284	165	57	47	3	1	449	--	104	4
		56.1%	58.4%	62.5%	46.7%	43.5%	27.3%	59.1%	--	99.0%	3.3%
リスク第3層	294	106	72	55	53	7	1	178	--	--	116
		29.6%	21.8%	27.3%	45.1%	49.1%	63.6%	23.4%	--	--	96.7%
再掲 重複あり	糖尿病	80	33	23	13	11	0				
		27.2%	31.1%	31.9%	23.6%	20.8%	0.0%				
	慢性腎臓病 (CKD)	124	46	32	24	20	1				
		42.2%	43.4%	44.4%	43.6%	37.7%	14.3%				
	3個以上の危険因子	143	42	36	28	30	7				
		48.6%	39.6%	50.0%	50.9%	56.6%	100.0%				
(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						
		13	53	102	65						
		1.3%	5.3%	10.3%	6.5%						

(4) 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 240 以上あるいは LDL コレステロール 160 以上からが多くなっています。

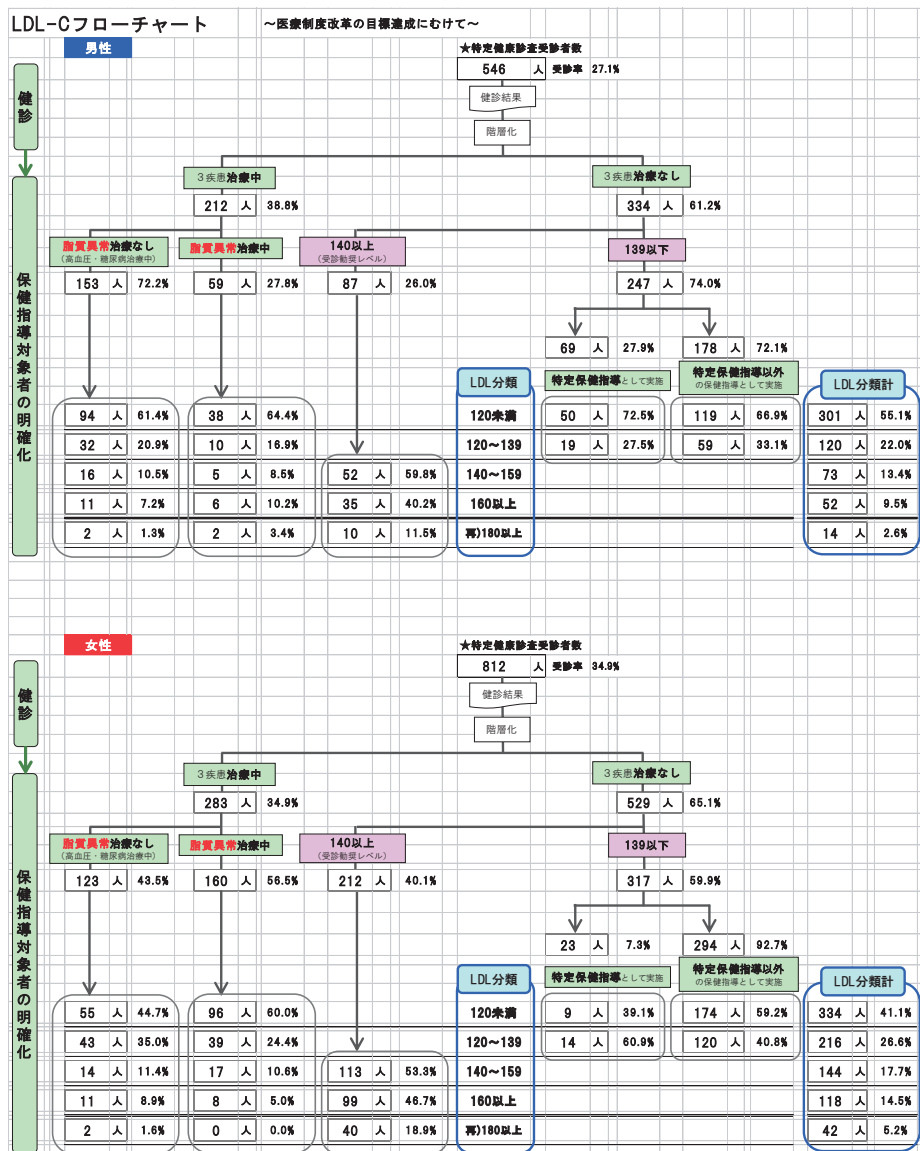
特に男性は、女性に比べてリスクが高いことから、LDL コレステロール高値者については、心血管リスクの評価を行うことが、健康寿命を守ることに繋がります。

また動脈硬化性疾患予防ガイドライン（2012 年版）では LDL コレステロール 180 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。

平成 23 年度特定健診結果において LDL コレステロール 180 以上の者は 56 人（男性 14 人、女性 42 人）でした。その中で、平成 24 年度 5 月診療分の治療状況を確認したところ、約 7 割が未治療でした。

治療開始者については、健診結果にてその後の LDL コレステロールを確認すると共に、未治療者についてはガイドラインに示される危険因子の確認及び受診勧奨をしていく必要があると考えます。

図 9 健診結果からみた脂質異常症の状況（平成 23 年度）





② 今後の課題

LDL コレステロール高値者に対しても、必要な保健指導を行います。特に LDL コレステロール 180 以上については、受診確認を行い治療につなげます。

(5) 慢性腎臓病

① 慢性腎臓病の状況

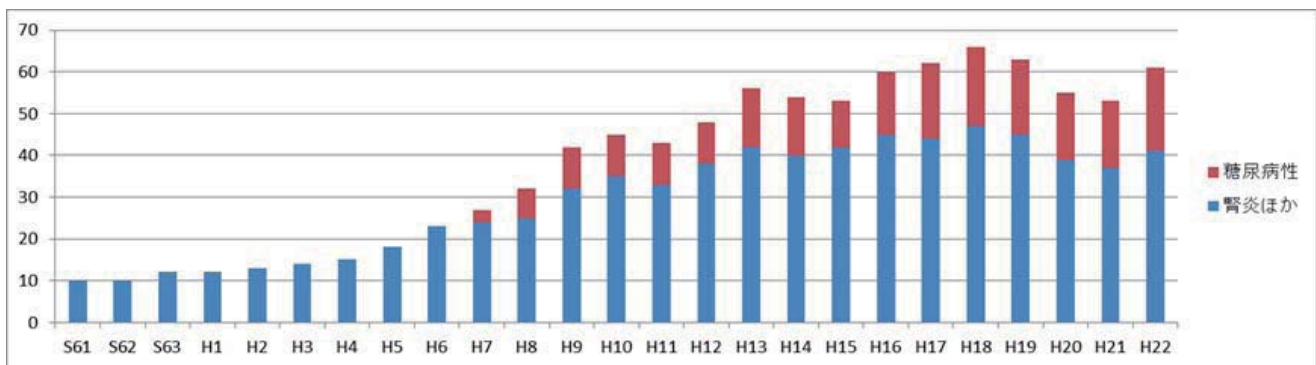
透析患者数が世界的に激増しています。わが国の新規透析導入患者は、1983 年頃は年に 1 万人程度であったのが、2010 年には約 30 万人となっています。新規透析導入患者増加の一番大きな原因は、糖尿病性腎症、高血圧による腎硬化症も含めた生活習慣病による慢性腎臓病(CKD)が非常に増えたことだと考えられています。

さらに、心血管イベント、すなわち脳卒中や心筋梗塞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、微量アルブミン尿・蛋白尿が独立した心血管イベントの危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管イベント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、心血管イベントのリスクを背負っている危険な状態であり、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。

本町の平成 22 年の透析患者数は、61 人(国保以外も含む)で、うち糖尿病性腎症による透析者は 20 人と 3 割を占めており、糖尿病性腎症による透析者の割合は年々増加傾向です。

図 10 人工透析者推移



年 度	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
原因疾患																									
腎炎ほか	10	10	12	12	13	14	15	18	23	24	25	32	35	33	38	42	40	42	45	44	47	45	39	37	41
糖尿病性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	10	10	10	10	14	14	11	15	18	19	18	16	16	20
合 計	10	10	12	12	13	14	15	18	23	27	32	42	45	43	48	56	54	53	60	62	66	63	55	53	61

慢性腎臓病(CKD)の病期(ステージ)の指標となる eGFR(推算糸球体濾過量)は、血清クレアチンを測定することにより、推算することができます。慢性腎臓病(CKD)となるのは、尿蛋白の所見又は eGFR60 未満です。平成 23 年度特定健診結果を慢性腎臓病(CKD)の重症度分類(表 17)で見ると、CKD 予防対象者となるのは 244 人でした。

② 今後の課題

●CKD 対象者の把握と予防

特定健診結果から、CKD 予防対象者を把握できるよう、引き続き健診の追加項目として、血清クレアチン、尿潜血、尿酸の検査を実施します。

また、対象者に対して病歴を把握するとともに、腎機能に影響を及ぼす高血糖、高血圧予防を目標に個別の保健指導を実施し予防に努めます。さらに、粕屋地区 CKD 対策連携システムに沿って、医療機関と連携を図りながら CKD 予防に努めます。

表 17 CKD の重症度分類 (平成 23 年度篠栗町特定健診結果)

尿蛋白区分		原疾患	A1	A2		A3	平成20年度からのステージ毎の推移				
GFR区分 (ml/分/1.73mf)		糖尿病 高血圧腎炎 など	正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿		H20	H21	H22	H23
		尿蛋白	(-) or (±)	(+)	(再検) 尿蛋白+以上	(2+) 以上	受診者				
		1,358 人	1,297 人 95.5%	43 人 3.2%	14 人 32.6%	18 人 1.3%	1,282	1,347	1,316	1,358	
G1	正常 または高値	>90	203 人 14.9%	195 人 14.4%	6 人 0.4%	0 人 0.0%	2 人 0.1%	11 0.9%	11 0.8%	13 1.0%	11 0.8%
G2	正常または 軽度低下	60-89	966 人 71.1%	933 人 68.7%	25 人 1.8%	10 人 40.0%	8 人 0.6%	23 1.8%	41 3.0%	52 4.0%	42 3.1%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-59	160 人 11.8%	146 人 10.8%	11 人 0.8%	3 人 27.3%	3 人 0.2%	210 16.4%	189 14.0%	226 17.2%	177 13.0%
G3b	中等度～ 高度低下	30-44	27 人 2.0%	21 人 1.5%	1 人 0.1%	1 人 100.0%	5 人 0.4%	1,038 81.0%	1,106 82.1%	1,025 77.9%	1,128 83.1%
G4	高度低下	15-29	2 人 0.1%	2 人 0.1%	0 人 0.0%	0 人 --	0 人 0.0%				
G5	末期腎不全 (ESKD)	<15	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 0.0%	0 人 --	0 人 0.0%				

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。  
CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑のステージを基準に黄色→オレンジ→赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変  
(CKD診療ガイド2012 日本腎臓学会編より)

(6) メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)

前述した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した場合に、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクが高くなります。

表 18 のメタボリックシンドロームの状況を見ると、メタボリック該当者は年々減少しています。今後も個別性を重視した特定保健指導を行い、メタボリックシンドロームを予防していきます。また、メタボリック非該当者や予備群に対しても、有所見の重なり(リスク集積者)を考慮して、保健指導を実施していきます。

表 18 メタボリックシンドロームの状況

	被保険者数		健診受診者		肥満		有所見の重複状況																		
					男性85cm以上 女性90cm以上		腹囲のみ		メタボリック 予備群 (腹囲+1項目)						メタボリック 該当者 (腹囲+2項目or3項目)										
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/C	E	E/B	F	F/(E+)	G	G/(E+)	H	H/(E+)	I	I/B	J	J/(E+)	K	K/(E+)	L	L/(E+)	M	M/(E+)
H20年度	4,220	1,287	30.5%	413	32.1%	76	5.9%	161	12.5%	12	3.6%	110	32.6%	39	11.6%	176	13.7%	42	12.5%	9	2.7%	86	25.5%	39	11.6%
H21年度	4,285	1,353	31.6%	434	32.1%	61	4.5%	170	12.6%	10	2.7%	116	31.1%	44	11.8%	203	15.0%	45	12.1%	9	2.4%	88	23.6%	61	16.4%
H22年度	4,247	1,350	31.8%	448	33.2%	90	6.7%	167	12.4%	14	3.9%	105	29.3%	48	13.4%	191	14.1%	44	12.3%	15	4.2%	92	25.7%	40	11.2%
H23年度	4,373	1,358	31.1%	391	28.8%	94	6.9%	122	9.0%	11	3.7%	78	26.3%	33	11.1%	175	12.9%	30	10.1%	15	5.1%	92	31.0%	38	12.8%

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施

### 1 特定健診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

表19 篠栗町特定健康診査の実施目標

	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	36%	42%	48%	54%	60%
特定保健指導実施率	67%	69%	71%	73%	75%

### 3 対象者数の見込み

表20 篠栗町特定保健指導の実施目標

	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
特定健診対象者数	4,400人	4,500人	4,600人	4,700人	4,800人
特定健診受診者数	1,584人	1,890人	2,208人	2,538人	2,880人
特定保健指導対象者数	200人	240人	280人	320人	360人
特定保健指導実施者数	134人	165人	198人	233人	270人

### 4 特定健診の実施

(参考) 平成24年度

#### (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、県医師会が実施機関のとりまとめを行い、県医師会と市町村国保代表保険者が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

平成24年度特定健診実施機関については、篠栗町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

県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会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) 健診自己負担額

特定健診受診時窓口で支払う自己負担額は、集団健診は 500 円、個別健診は 800 円です。

(6) 代行機関の名称

特定健診にかかる費用（自己負担額を除く）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（図 11）

平成 年度 特定健康診査受診券

年(平成 年) 月 日付

氏名

生年月日

有効期限

※特定健診を受診する際は、受診券・保険証が必要です。個別健診の際は、同時に「標準的な質問票」も必要です。

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	負担率		
特定健診	基本項目	個別 ○	円	円	—	—	
		集団 ○	円	円	—	—	
	詳細項目	貧血	個別 △	円	円	—	—
			集団 △	円	円	—	—
		心電図	個別 △	円	円	—	—
			集団 △	円	円	—	—
		眼底	個別 △	円	円	—	—
			集団 △	円	円	—	—
	特定健診以外の項目	生活習慣病予防	個別 —	—	—	—	—
			集団 —	—	—	—	—
個別 —			—	—	—	—	
集団 —			—	—	—	—	
追加健診		個別 △	円	円	—	—	
人間ドック	個別 —	—	—	—	—		
	集団 —	—	—	—	—		

注) △は、基本項目及び、保険者の契約内容を確認し実施します。

所在地	福岡県糟屋郡篠栗町大字糺草 4805 番地 5
電話番号	092-947-1111
番 号	0 0 4 0 0 5 5 6
名 称	篠栗町

公印省略

予約とりまとめ機関名	
支払代行機関番号	94099020
支払代行機関名	福岡県国民健康保険団体連合会

詳細項目 (○印があれば、実施対象者)		
貧血	心電図	眼底
貧血の既往歴がある又は貧血が疑われる者に実施		

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

平成 24 年度特定健康診査対象者に受診券を発行し、健診のお知らせ等とともに通知します。

通知内容は、受診券、健診のお知らせ(実施機関一覧表等含む)です。生活習慣病等の治療者も対象となることを明記し、通知しています。



表 21 特定健診実施スケジュール

時 期	内 容	備 考
平成 24 年 3 月	保険証発送時に、特定健診についての周知	予約方法や日程表の送付
4 月上旬	特定健診・がん検診予約受付開始	健診予約を実施
5 月上旬	特定健診受診券発送	国保連合会のシステムにより、対象者を抽出
5 月中旬	特定健診・がん検診実施【集団】	
	随時、特定保健指導実施【個別】	
6～3 月	病院での個別健診の実施	健診結果は、医療機関から町へは紙ベース、医師会へは電子データで提出。
7 月上旬	納付書発送時に、特定健診について周知	個別検診の案内
7 月下旬	集団健診未受診者対象に受診勧奨①	
9 月上旬	特定健診・扶養者健診・がん検診案内チラシ全戸配布	
11 月下旬	集団健診未受診者対象に受診勧奨②	
平成 25 年		
2 月下旬	集団健診未受診者対象に受診勧奨③	

## 5 保健指導の実施

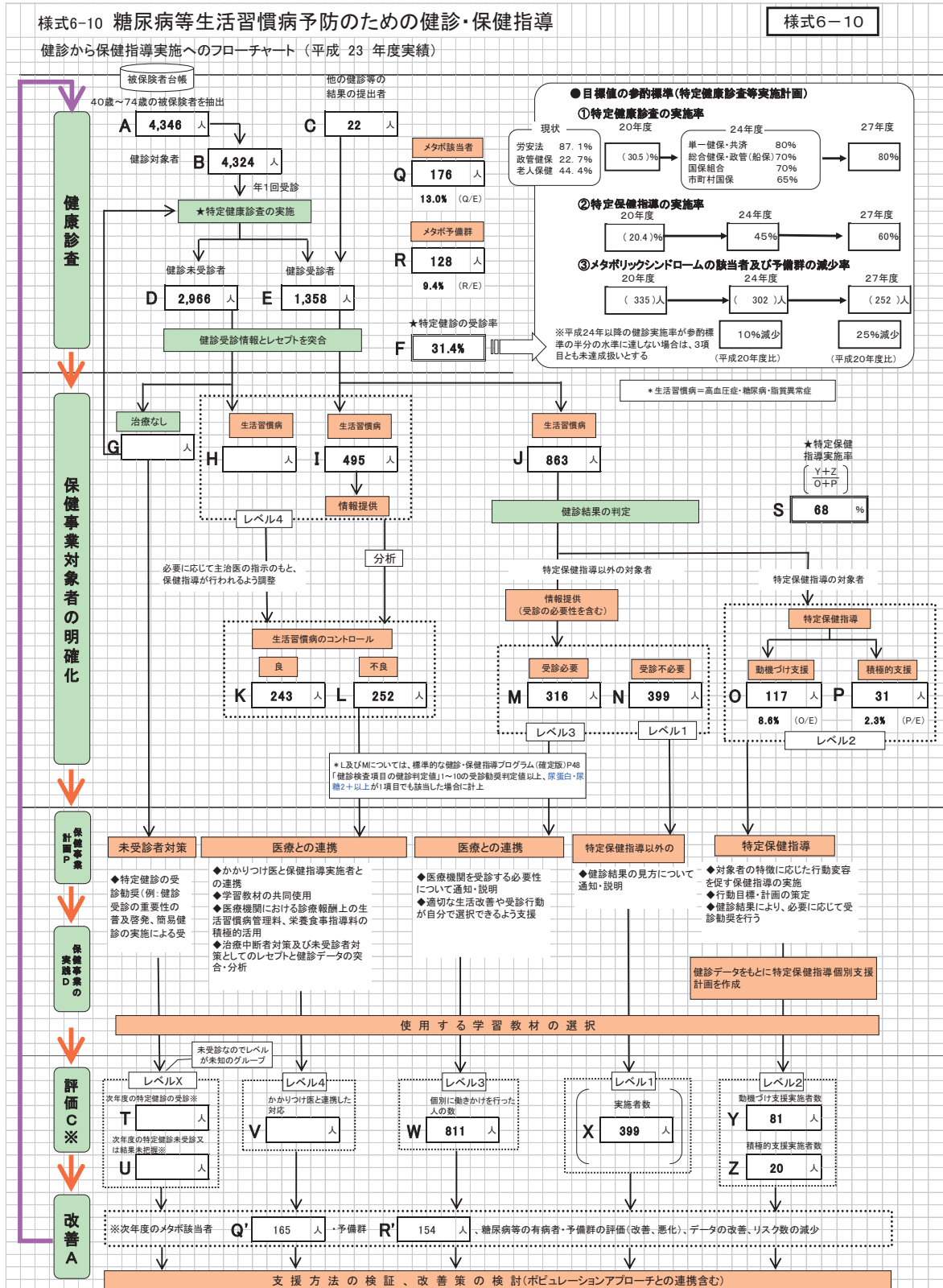
特定保健指導の実施については、健診業者委託・一般衛生部門への執行委任の形態で行います。保健指導の担当者は、特定保健指導の研修を受け、家庭訪問等で指導経験を積んだ保健師・管理栄養士が担当します。

指導対象者の希望の有無にかかわらず、健診受診者には結果説明を必ず行い、自分自身の健康状態を知る機会を作っています。

(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・実践、評価を行います。

図12 健診から保健指導実施へのフローチャート



(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

表 22

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	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	316人 (23%)	HbA1c7.0、血圧Ⅲ度以上については 100%
2	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	148人 (11%)	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)	2,966人	40%
4	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	495人 (36%)	コントロール不良者については、100%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	399人 (29%)	100%

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)を持つ対象者を明確にし、優先順位をつけ、疾病管理台帳を作成し、生活習慣改善やリスクの減少など、一定の改善が見られるまでは継続的な指導を行います。個人毎の生活習慣改善目標を設定し、経年的な評価へとつなげていきます。

### (3) 保健指導実施者の人材確保と資質向上

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、より高額な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。

### (4) 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、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診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。

受領し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・保存期間について

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。保存義務期間は、高齢者の医療の確保に関する法律に定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第10条に基づき、記録の作成の日から最低5年とします。

### 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、篠栗町個人情報保護条例（平成13年条例第24号）により、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払います。

## 第5章 結果の報告

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

実績報告については、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・周知

本計画書及びその趣旨について、本町の広報誌及びホームページへの掲載により普及啓発を行います。