第２期
特定健診等実施計画

遠賀町国民健康保険

遠賀町　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

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 5

５　第２次健康日本２１における医療保険者の役割 5

６　計画の位置づけ 5

７　計画の期間 5

第１章　第１期の評価 7

１　目標達成状況 7

（１）特定健診実施率 7

（２）特定保健指導実施率 8

（３）成果に関する目標 9

２　後期高齢者支援金の加算・減算の基準について 10

（１）国の考え方に基づく試算 11

第２章　第２期計画に向けての現状と課題 12

１　社会保障の視点でみた医療保険者（遠賀町）の特徴 12

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課題 13

（１）循環器疾患 13

（２）糖尿病 14

（３）高血圧 17

（４）脂質異常症 19

（５）慢性腎臓病 21

（６）共通する課題（生活習慣病の背景となるもの） 23

第３章　特定健診・特定保健指導の実施 24

１　特定健診実施等実施計画の評価及び見直しについて 24

２　目標値の設定 24

３　対象者数の見込み 24

４　特定健診の実施 24

（１）実施形態 24

（２）特定健診委託基準 24

（３）健診実施機関リスト 24

（４）委託契約の方法、契約書の様式 24

（５）健診委託単価、自己負担額 25

（６）代行機関の名称 25

（７）受診券の様式 25

（８）健診の案内方法、健診実施スケジュール 26
５　保健指導の実施 26
（１）健診から保健指導実施の流れ 27
（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 28
（３）保健指導実施者の人材確保と資質向上 29
（４）保健指導の評価 29

第４章　特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存 30
１　特定健診・特定保健指導のデータ形式 30
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 30
３　個人情報保護対策 30

第５章　結果の報告 30
１　支払基金への報告 30

第６章　特定健康診査等実施計画の公表・周知 30

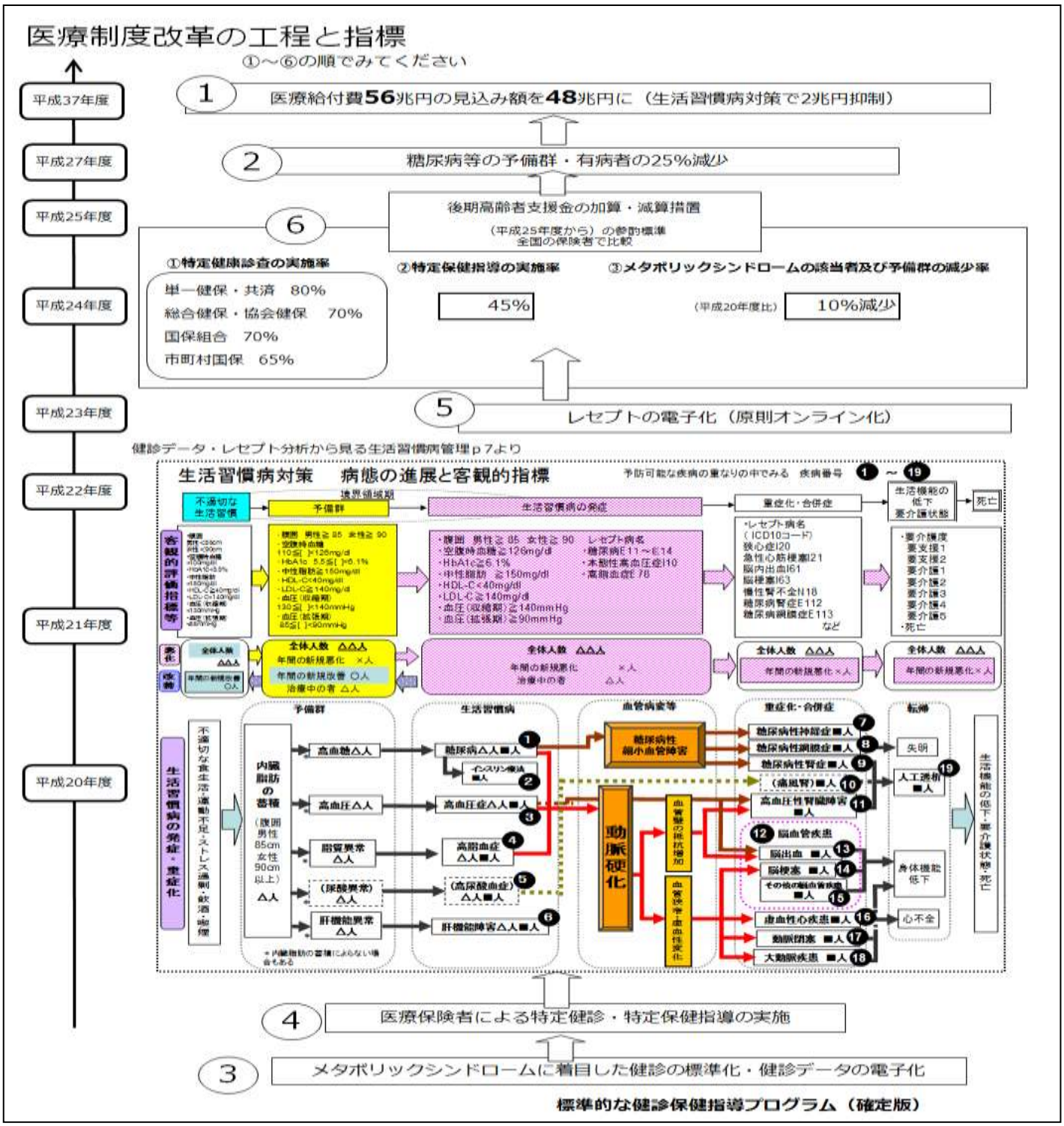
序章　制度の背景について

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　医療制度改正の工程と指標



左の縦軸に時間の流れ、下から上に進んでいきます。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。①～⑥の順序でみていきます。

① 図の一番上平成 37 年度は、団塊の世代の人たちが 75 歳になる頃です。国はこのときの医療給付費 56 兆円と見込まれているところを、制度改革で 48 兆円にできないか、そのうち生活習慣病対策で２兆円を抑えてほしいと考えました。

② そのためには、平成 27 年度までに糖尿病等の有病者・予備群を 25%減らしたい。

そこで、

③ 厚生労働省が、標準的な健診・保健指導プログラムを作り、

④ 平成 20 年度から各医療保険者による特定健診・特定保健指導がスタートしました。

⑤ 今までバラバラだった健診と医療の状況を照らし合わせて見られるように、健診データも医療の状況であるレセプトも電子化しました。

⑥ ５年目の今、全国で評価できる時期がきています。

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 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。

では、「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？」社会保障の視点で見てみました。

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 年に老人保健法が制定された頃の国の税収は 30 兆円、社会保障費は 30 兆円、内医療費は 12 兆円で、糖尿病 3000 億円、虚血性心疾患 3000 億円、脳血管疾患 9000 億円、がん 8000 億円です。

特定健診・特定保健指導がスタートした平成 20 年度は、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 8000 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、虚血性心疾患は 2.5 倍、脳血管疾患は 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

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 歳出決算額	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
								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）
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「非感染性疾病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	糖尿病も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 ★											

３　生活習慣病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後でも、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等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。

厚生労働省健康局からは、「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」が出ています。その中に、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（平成 20 年度～平成 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。

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保健指導を必要とする者を抽出する健診
特　徴	プロセス（過程）重視の保健指導	結果を出す保健指導
目　的	個別疾患の早期発見・早期治療	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内　容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者	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

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

４　第２期に向けての健診・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　中間とりまとめ」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方への対応（非肥満者・治療者）

② 血清クレアチニン検査の必要性等

が具体的に書かれています。

遠賀町国民健康保険では、第１期よりこれらの取り組みが少しずつではありますが既に行っ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。

５　第２次健康日本 21 における医療保険者の役割

医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」です。国の健康づくり施策も平成 25 年度から新しい方針でスタートします。国の健康づくり施策（第２次健康日本 21）の方向性との整合性も図っていきます。

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ところになります。

特定健診・保健指導の実施率の向上から始まり、適正体重の維持、メタボ予備群・該当者の減少、高血圧の改善、脂質異常症の減少、治療継続者の割合の増加、糖尿病有病者の増加の抑制、血糖コントロール、HbA1c8.0 以上の割合の減少、糖尿病腎症による年間透析導入患者数の減少など、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。

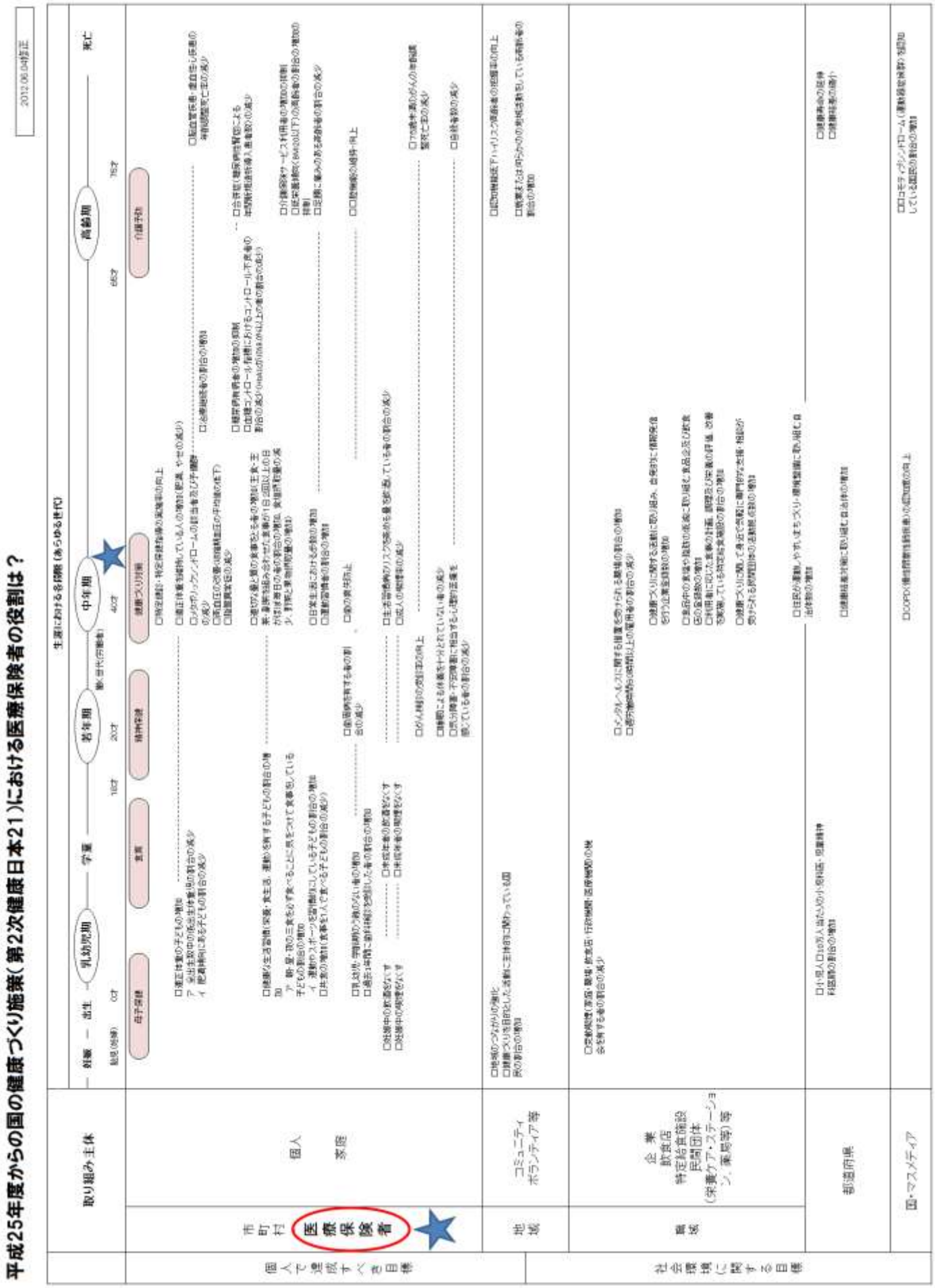
６　計画の位置づけ

この計画は、国の特定健康診査等基本指針（法第 18 条）に基づき、遠賀町国民健康保険が策定する計画であり、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。

７　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 年間を計画期間とします。

図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？健診・保健指導の基本的考え方



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。

それに基づき、第１期計画では、平成 24 年度の特定健診の受診率を 65%と定めましたが、目標の 65%にはほど遠い状況です。

表３　特定健康診査の実施状況

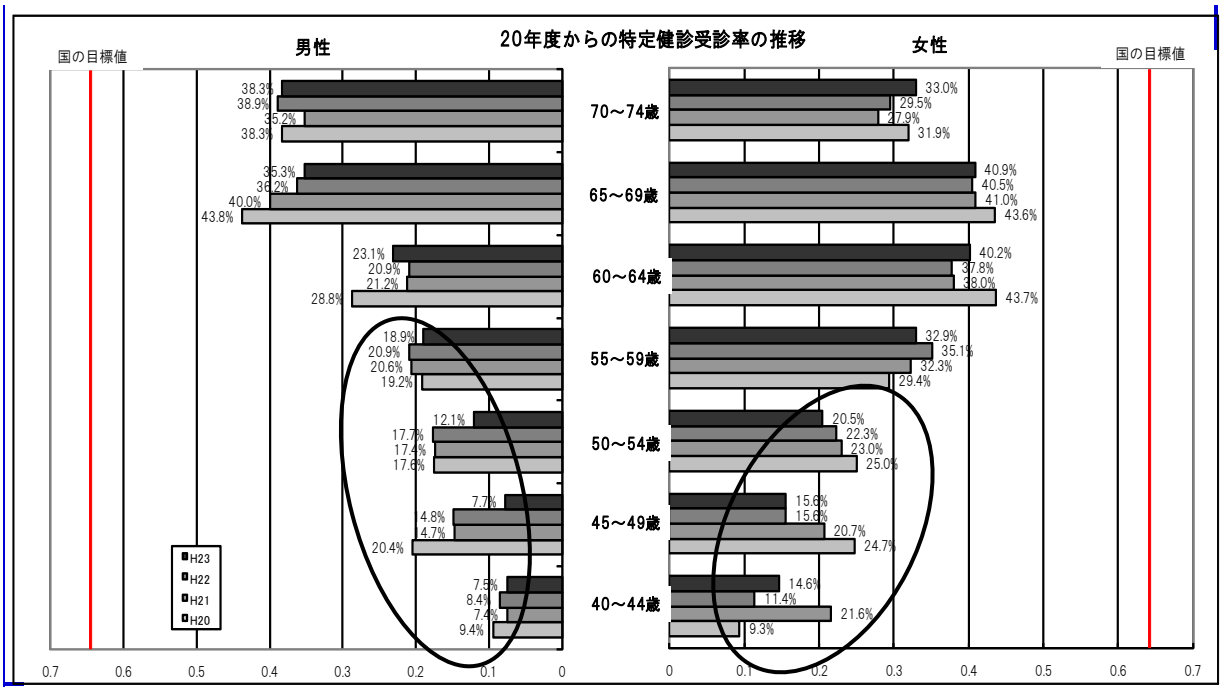
	平成２０年度	平成２１年度	平成２２年度	平成２３年度	平成２４年度
目標	３５％	４０％	５０％	６０％	６５％
実績	３４．３％	３１．４％	３１．２％	３１．５％	３３．０％

※24 年度は見込で計上

② 健診実施率向上に向けた取組と今後の方策

平成 20 年度からの特定健診実施率の推移をみたものです。

図３　性別・年代別の受診率の推移



未受診者対策として、未受診の方に対し受診勧奨及び特定健診案内通知、がん検診申込みの方への電話での受診勧奨、過去の健診受診歴のある方及び一度も受診歴のない方に対しての家庭訪問等を行ってきました。その結果、少しずつ受診率向上につながっていますが、国の目標受診率には及ばない状況です。

病院受診中のために健診を受診しない方に対しては、医療機関に協力していただけるよう継続してお願いしていきます。

表 5 を見ると分かるように、過去に１回でも受診している方と平成 23 年度初めて受診された方の健診結果を比較すると、初めて受診された方が、ほぼ全ての

項目で検査の基準値を超えている割合が高いことから、未受診者の中には、無自覚のうちに重症化している方が多数含まれていると考えられます。そのため、新規受診者を増やすための取り組みが重要です。

また、継続受診者（H22 年度と H23 年度比較）も 74%を超えていますが、受診率向上には継続受診率も連動していますので、この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。

●未受診者の家庭訪問については、健診受診者の増加にもつながっているため、今後も継続して実施していきます。

●治療中の方も特定健診の対象となるため、医療機関に協力していただけるよう連携を図ります。

●受診率の低い若い世代については、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。

表４　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	２５％	２５％	３５％	４０％	４５％
実績	１７．７％	１９．０％	２１．１％	２９．３％	３５．８％

※24 年度は見込で計上

② 特定保健指導実施率向上に向けた取組と今後の方策

特定保健指導対象者の中で次年度も健診を受診し、再度特定保健指導に該当する方を減らすため、実施率の向上を図るとともに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。

さらに、治療者や非肥満者など特定保健指導の対象とならない方についても、重症化予防の観点から家庭訪問等によりきめ細かな保健指導を実施します。

表５　平成 23 年度　特定健康診査受診者の受診回数別結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者					全体		継続受診者 過去に1回以上受診がある者		H23年度 初めて受診者	
受診者数					1,171 人	100.0%	972 人	83.0%	199 人	17.0%
項目				基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合
身体の大きさ		BMI		25以上	263 人	22.5%	213 人	21.9%	50 人	25.1%
身体の大きさ		腹囲		85or90以上	364 人	31.1%	298 人	30.7%	66 人	33.2%
血管が傷む（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪	中性脂肪		400以上	5 人	0.4%	4 人	0.4%	1 人	0.5%
血管が傷む（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪	HDLコレステロール		34以下	4 人	0.3%	4 人	0.4%	0 人	0.0%
血管が傷む（動脈硬化の危険因子）	インスリン抵抗性	血糖	空腹時血糖	126以上	45 人	4.2%	33 人	3.7%	12 人	6.8%
血管が傷む（動脈硬化の危険因子）	インスリン抵抗性	血糖	HbA1c	6.5以上	33 人	2.8%	23 人	2.4%	10 人	5.2%
血管が傷む（動脈硬化の危険因子）	インスリン抵抗性	血糖	計		54 人	4.6%	41 人	4.2%	13 人	6.5%
血管が傷む（動脈硬化の危険因子）	血管を傷つける	血圧	収縮期	160以上	81 人	6.9%	65 人	6.7%	16 人	8.0%
血管が傷む（動脈硬化の危険因子）	血管を傷つける	血圧	拡張期	100以上	52 人	4.4%	41 人	4.2%	11 人	5.5%
血管が傷む（動脈硬化の危険因子）	血管を傷つける	血圧	計		107 人	9.1%	87 人	9.0%	20 人	10.1%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール		160以上	177 人	15.1%	136 人	14.0%	41 人	20.6%
腎機能		尿蛋白		2＋以上	7 人	0.6%	7 人	0.7%	0 人	0.0%
腎機能		eGFR		50or40未満	32 人	2.8%	25 人	2.6%	7 人	3.7%
腎機能		尿酸		9.0以上	4 人	0.3%	2 人	0.2%	2 人	1.0%

＊空腹時血糖・HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

（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

平成 24 年度において、内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率が１０％になることを目標として定められました。

表６　内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率

	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
目　標	５％	５％	８％	８％	１０％
実　績	―	―	―	―	―

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	$1 - \dfrac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	○H25 後期高齢者支援金納付分は、H24（=該当年度）/　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） （後期高齢者支援金に関しては、10・11 頁で詳しく記載します。） ○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。 ○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。 ○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・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。

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７　内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率

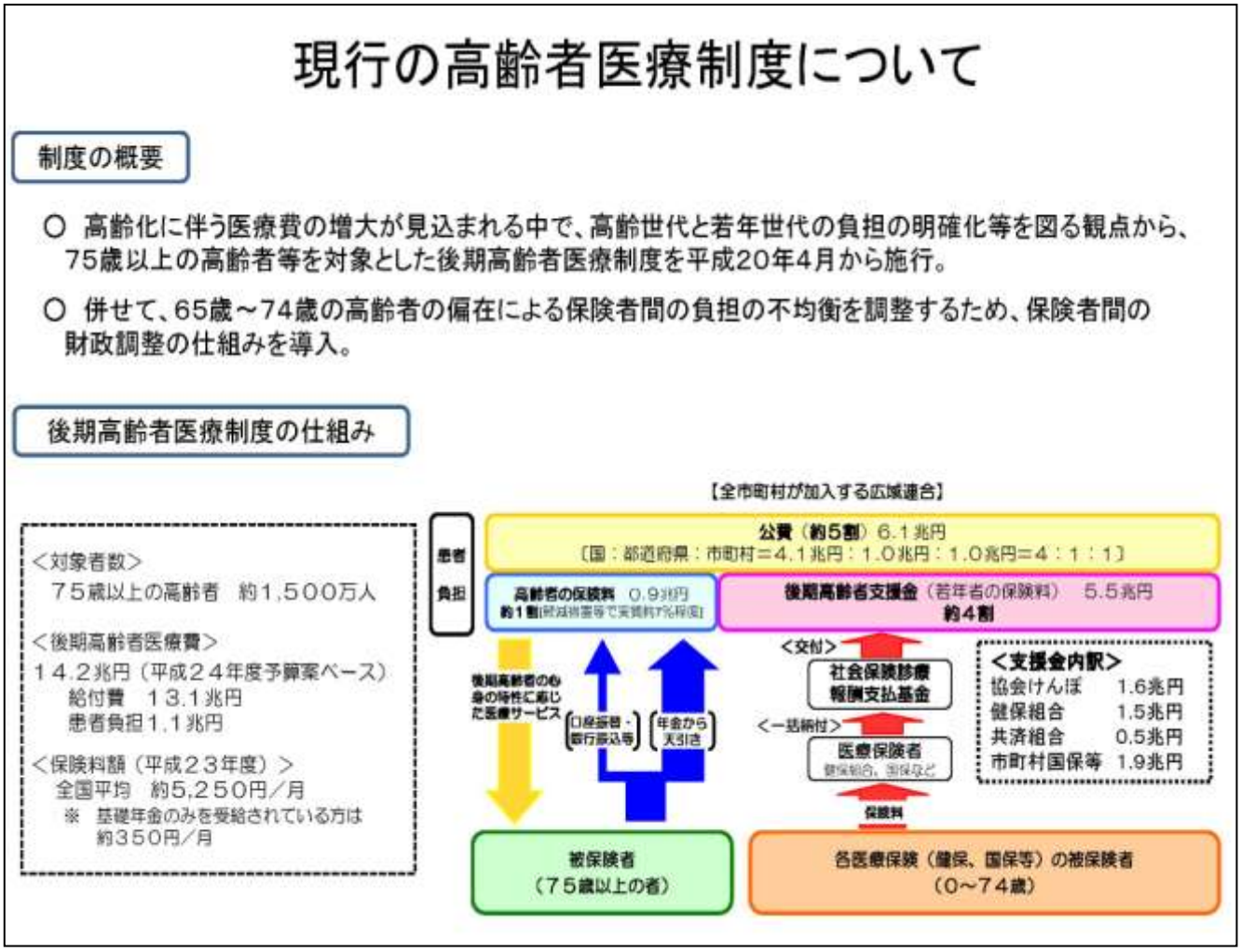
	平成２０年度	平成２１年度	平成２２年度	平成２３年度	平成２４年度
該当者	155 人 12.1%	139 人 11.8%	146 人 12.6%	150 人 12.8%	155 人 12.3%
予備群	184 人 14.4%	142 人 12.1%	139 人 12.0%	162 人 13.8%	159 人 12.6%

※24 年度は見込で計上

２　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しています。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人当たり 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と考えられます。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と

するために設けられた制度です。

（１）国の考え方に基づく試算

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、全国で 70 市町村国保保険者）

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（調整後特定健診実施率 15％未満、調整後特定保健指導実施率１％未満などの場合に該当）です。（調整とは、保険者種別毎に様々な状況が異なることから、保険者種別毎のグループ内で同程度に努力をしている保険者が同程度の評価となるよう、実施率の調整を行うことです。）

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（遠賀町）の特徴

表８

人口の多い市町村順			全国			福岡県			遠賀町		
1	総人口(H22)		128,057,352			5,071,968			19,160		
2	65歳以上人口(H22)		29,245,685			1,123,376			4,929		
3	高齢化率(H22)		23.0 %			22.3 %			25.7 %		
4	平均寿命(H17)	男性	78.8			78.4 (全国31位)			78.0 (県内31位)		
		女性	85.8			85.9 (全国23位)			85.4 (県内45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	161	70	91
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	20	13	7
			14.7%	18.9%	10.0%	15.1%	19.6%	10.2%	12.4%	18.6%	7.7%
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	44	94.9	15.9%
		第2位	心疾患	189,360	55.8	10.5%	心疾患	5,791	41.0	8.6%	心疾患	29	55.9	10.3%
		第3位	脳血管疾患	123,461	36.9	10.8%	肺炎	5,076	31.8	3.3%	脳血管疾患	15	31.6	33.3%
		第4位	肺炎	118,888	29.4	3.4%	脳血管疾患	4,316	32.5	11.1%	肺炎	12	19.3	0%
		第5位	老衰	45,342	8.4	0%	不慮の事故	1,724	17.4	22.9%	腎不全	7	19.0	14.3%
8	生活保護(H22)	生活保護率	15.2‰			24.6‰ (全国1位)			14.5‰ (県内34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			5,524 人		
		一般	33,851,629 人			1,264,810 人			5,155 人		
		退職	1,997,443 人			72,804 人			369 人		
		加入率	28.0 %			26.4 %			28.8 %		
		収納率	88.61 %			90.29 %			95.43 %		
		一人あたり医療費	299,333			331,373	全国14位		335,031	県内34位	
		一般	294,863			326,448	全国15位		330,128	県内34位	
		退職	375,102			416,945	全国3位		403,527	県内30位	
10	後期高齢者医療費(H22)		904,795			1,146,623	全国1位		1,118,871	県内26位	
11	介護保険の状況(H22)	1号被保険者	29,098,466 人			1,111,761 人			4,958 人		
		1号認定者	4,907,439 人			205,522 人			744 人		
		1号認定者／1号被保険者	16.9 %			18.5 %			15.0 %		
		2号被保険者	43,120,463 人			1,690,414 人			6,607 人		
		2号認定者	154,795 人			6,033 人			20 人		
		2号認定者／2号被保険者	0.36 %			0.36 %			0.30 %		
12		要介護認定者	5,062,234 人			211,555 人			764 人		
		介護度別内訳 要支援1･2	1,331,523	26.3%		62,648	29.6%		214	28.0%	
		要介護1	906,953	17.9%		42,605	20.1%		159	20.8%	
		要介護2	896,617	17.7%		34,544	16.3%		106	13.9%	
		要介護3	697,891	13.8%		26,723	12.6%		95	12.4%	
		要介護4	637,766	12.6%		24,697	11.7%		98	12.8%	
		要介護5	591,484	11.7%		20,338	9.6%		92	12.0%	
13	特定健診(H22)	受診者/対象者	7,169,761/22,419,244			213,854/807,101			1,162/3,728		
		受診率	32.0%			26.5% (全国39位)			31.2% (県内25位)		
14	特定保健指導(H22)	実施者/対象者	242,911/953,535			10,853/29,581			40/190		
		実施率	25.5%			36.7% (全国4位)			21.1% (県内52位)		
15	透析患者状況(H22)	患者総数	総数	100万対		総数	100万対		総数	100万対	
			297,126	2,320.3		13,438	2,649.5		38	1,929.3	
16		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
		総数	297,126	102,788	34.6	13,438			38	13	34.2
		内　新規導入	37,532	16,271	43.4				4	2	50.0

本町は、人口 19,160 人、65 歳以上人口 4,929 人で、高齢化率 25.7%となっており、全国、福岡県よりも高い状況にあります。

平均寿命は男性 78.0 歳、女性 85.4 歳と男女とも全国、福岡県より低い状況です。死因別死亡に関しては、人口 10 万単位で見てみると悪性新生物が最も多いですが、福岡県よりは低くなっているのに対し、第 2 位の心疾患は福岡県よりも割合が高くなっています。

医療費に関しては、国民健康保険加入者一人当たり医療費の額が県内 34 位で、全国よりも約 3 万円高く、特に退職医療費で高額となっています。

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となっています。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、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の 4 つです。表 9 を見ても、循環器疾患を起こした人は、糖尿病や高血圧、脂質異常症を合併している割合が多いということが分かります。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、これらの疾患について改善を図っていく必要があります。

また、表 10 から分かるように、医療費が高額になる疾患としても、循環器疾患が挙げられます。このように、医療費の面から見ても、循環器疾患の予防が重要となります。

表 9　基礎疾患重複状況　（平成２４年５月診療分レセプト）

	人数	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	329	138	41.9%	254	77.2%	217	66.0%
大動脈疾患	63	28	44.4%	49	77.8%	37	58.7%
脳血管疾患	235	88	37.4%	181	77.0%	146	62.1%

表 10　200 万円以上となったレセプト基礎疾患

	実人数	循環器疾患					
		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
600万円以上	16	6	37.5%	7	43.8%	2	12.5%
500万～600万円未満	13	6	46.2%	6	46.2%	6	46.2%
400万～500万円未満	33	8	24.2%	9	27.3%	6	18.2%
300万～400万円未満	97	22	22.7%	9	9.3%	20	20.6%
200万～300万円未満	335	85	25.4%	10	3.0%	66	19.7%
合計	494	127	25.7%	41	8.3%	100	20.2%

本町の状況を見てみると、第 2 章 1 でも述べたとおり、本町は心疾患での死亡が福岡県よりも多い状況にあります。また、虚血性心疾患は、1 回の手術で約 400 万円と、高額な医療費がかかるため、医療費の面から見ても発症を予防する必要があります。

脳血管疾患での死亡は福岡県よりは低いものの、死因の第３位となっています。また、介護保険第２号被保険者（40～64 歳）の要介護となった原因疾患は、全介護度を合わせると脳血管疾患が７割を占め最多となっています。このように医療費や介護費の面から見ても脳血管疾患の発症を予防する必要があり、そのためには危険因子である高血圧、糖尿病等の基礎疾患の管理により、合併症を予防していくことが重要となります。表 12 から分かるように、脂質異常症の治療割合は高いものの、糖尿病や高血圧の治療割合は福岡県と比較すると低い状況です。早期の治療及びコントロールによって、基礎疾患から重症化して合併症に進行しないように、生活習慣病予防のための保健活動を行っていきます。

表 11　介護保険第２号認定者の原因疾患別状況

介護保険第2号認定者の原因疾患別状況（遠賀町　平成23年3月末）

疾病名	生活習慣病に起因するもの	再掲			筋委縮性側索硬化症	後縦靭帯骨化症	骨折を伴う骨粗しょう症	初老期の認知症	脊髄小脳変性症	脊柱管狭窄症	早老症	多系統委縮症	がん（がん末期）	パーキンソン病関連疾患	関節リウマチ	慢性閉塞性肺疾患	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
		糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	脳血管疾患	閉塞性動脈硬化症													
人数	16	2	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1
割合	80%	10%	70%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	15%	0%	5%

表 12　生活習慣病全体のレセプト分析（平成２４年５月診療分レセプト）

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

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

糖尿病等の生活習慣病

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	
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		高尿酸血症		脂質異常症	
											インスリン療法		網膜変性		神経障害		腎臓障害							
			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	51,217	14.9%	72,131	21.0%	2,684	0.8%	124,943	36.4%	11,617	9.3%	12,843	10.3%	6,055	4.8%	7,751	6.2%	233,119	67.9%	41,112	11.6%	187,204	54.6%
遠賀町	5,558	1,826	235	12.9%	329	18.0%	15	0.8%	626	34.3%	53	8.5%	31	5.0%	20	3.2%	24	3.8%	1,238	67.8%	213	11.7%	1,066	58.4%
福岡県内での位置			51位		49位		22位		50位		－		－		－		－		43位		27位		5位	

（２）糖尿病

①糖尿病の状況

心血管疾患のリスクを高める糖尿病は、その他にも神経障害、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。

本町においても、平成24年度末現在の人工透析者47人のうち19人、約4割の方が、糖尿病が起因して人工透析導入となっています。

また、表13を見ると、糖尿病治療中の方のうち22.3%の方が虚血性心疾患、13.6%の方が脳梗塞を併発していることが分かります。

表13　糖尿病のレセプト分析　（平成２４年５月診療分レセプト）

	被保険者数	糖尿病		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		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	
														脳梗塞		脳出血					
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	E	E/B	K	K/B	L	L/B	M	M/B	N	N/B	O	O/B	P	P/B
福岡県	335,340	123,232	36.7%	84,659	68.7%	75,329	61.1%	15,508	12.6%	4,612	3.7%	31,375	25.5%	20,252	16.4%	1,398	1.1%	14,379	11.7%	1,269	1.0%
遠賀町	1,798	619	34.4%	411	66.4%	402	64.9%	77	12.4%	28	4.5%	138	22.3%	84	13.6%	4	0.6%	62	10.0%	8	1.3%

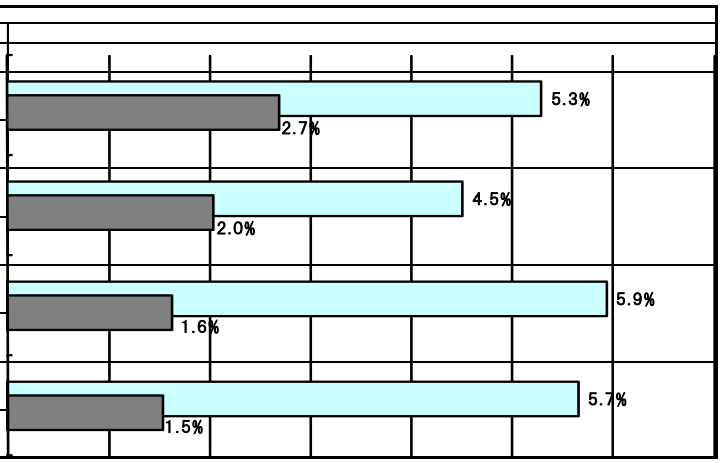
糖尿病の医療未受診者については、主治医への紹介状を発行し、保健指導を実施して早期受診、重症化予防に取り組んできました。特にHbA1c7.0以上の重症化予防に重点を置き、訪問指導、個別指導等を行ってきました。その結果、図5のようにHbA1c7.0以上の割合や未治療者が減ってきました。しかし、依然として未治療者が多く、今後も継続して関わっていく必要があります。糖尿病の未治療や治療を中断することが糖尿病の合併症につながることは明確に示されています。治療を継続し、血糖コントロール状態を良好に維持することで、糖尿病による合併症の発症を抑制することができます。

図5　HbA1c年次推移

アウトカム（結果）評価　糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

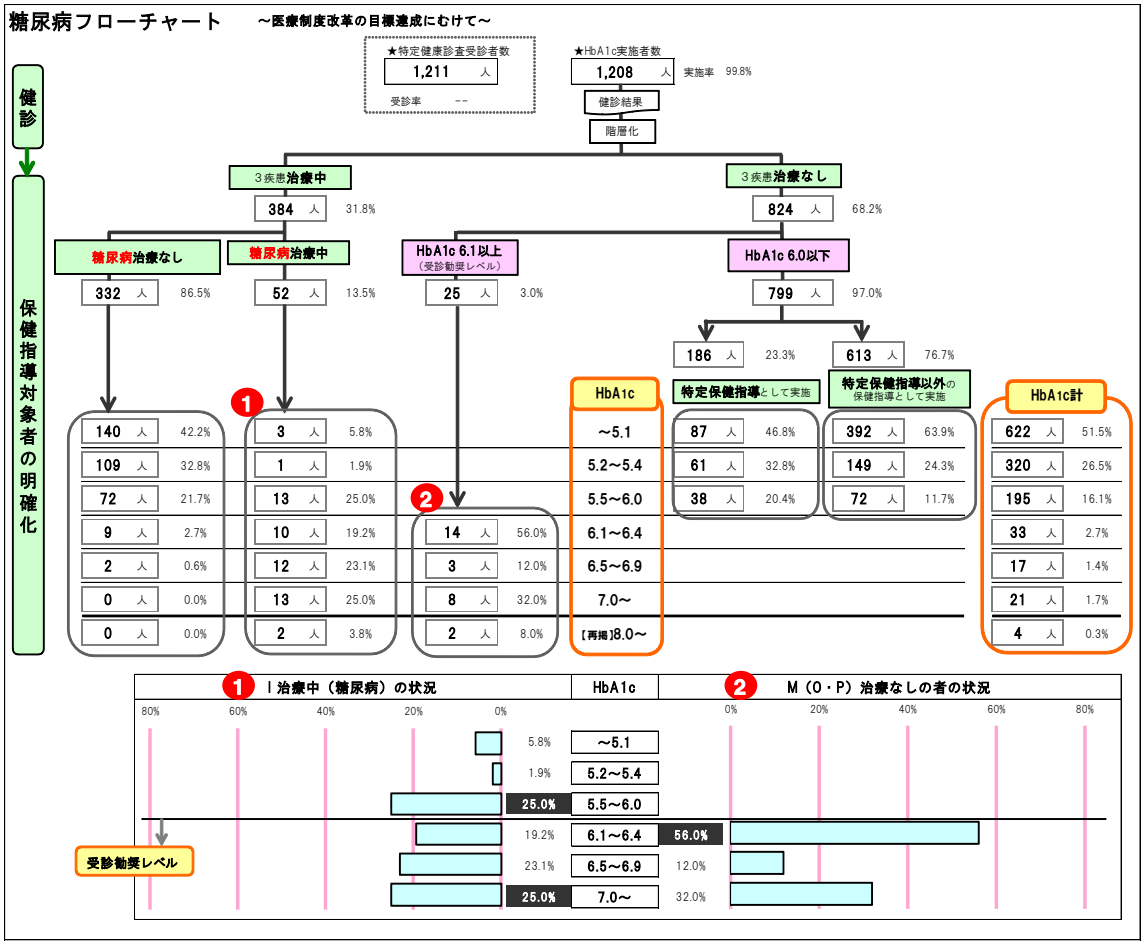
重症化しやすいHbA1c6.1以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.1以下	5.2～5.4	5.5～6.0	6.1以上	再掲 未治療	再掲 治療
H20	1,265	771 60.9%	297 23.5%	130 10.3%	67 5.3%	41 61.2%	26 38.8%
					再）7.0以上 34 2.7%	18 52.9%	16 47.1%
H21	1,174	774 65.9%	240 20.4%	107 9.1%	53 4.5%	30 56.6%	23 43.4%
					再）7.0以上 24 2.0%	11 45.8%	13 54.2%
H22	1,162	620 53.4%	310 26.7%	163 14.0%	69 5.9%	43 62.3%	26 37.7%
					再）7.0以上 19 1.6%	10 52.6%	9 47.4%
H23	1,166	596 51.1%	314 26.9%	190 16.3%	66 5.7%	34 51.5%	32 48.5%
					再）7.0以上 18 1.5%	7 38.9%	11 61.1%



※平成25年3月31日まではJDS値、平成25年4月1日からはNGSP値を使用します。

図６　糖尿病フローチャート（平成２３年度特定健診結果）



※３疾患とは、高血圧、脂質異常症、糖尿病のことです。

※法定報告対象者以外も含む

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。広報誌等で広く周知し、糖尿病予備群に対する保健指導や、母子保健事業等を通して若い世代へ働きかけ、糖尿病予防を目指します。

●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」を指標とします。未治療者や、治療中断者に糖尿病の合併症の発症例が多いことから、未治療者の受診勧奨と、レセプト確認などによる治療中断者の把握をし、治療の必要性を説明して、医療機関への受診を勧めていきます。血糖コントロールを良好な状態に保つことで、糖尿病による合併症の発症等を未然に防ぎます。

●合併症による臓器障害の予防

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」を指標としています。これに関しては、慢性腎臓病の項目（21～23 頁）で詳しく記載します。

（３）高血圧症

① 高血圧の状況

高血圧は、前述の通り、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子です。平成 24 年 5 月診療分のレセプト結果（表 14）からみると、高血圧の治療は 60 代以降急増しています。50 代の 79 人のうち 23 人は糖尿病を合併しており、14 人は既に虚血性心疾患を起こしています。また、生活習慣病の方のうち約 7 割の方が高血圧治療をしていることが分かります。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。そのため、血圧高値で未治療者に対し、特定健診結果相談会や個別訪問で病院受診するように指導を行ってきました。しかし、健診結果を見てみると、図 7 のように血圧Ⅱ度以上の人数は増加しており、それと共に未治療者も増加してきていることが分かります。また、治療中にも関わらずⅡ度以上である人数もあまり減少していないことが分かります。

表 14　高血圧患者の年代別罹患率と合併症の状況（平成２４年５月診療分レセプト）

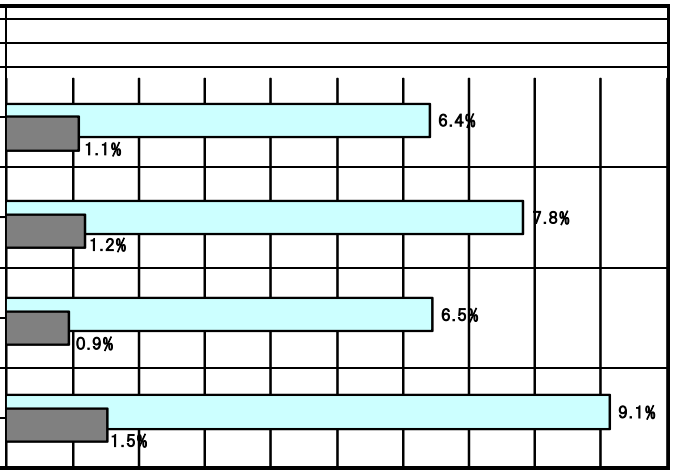
年代	生活習慣病人数	高血圧症		脂質異常症		糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患			
										脳梗塞		脳出血	
	A	B	B/A	C	C/B	D	D/B	K	K/B	L	L/B	M	M/B
20代以下	13	4	30.8%	1	25.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
30代	15	7	46.7%	2	28.6%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%
40代	46	22	47.8%	10	45.5%	3	13.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
50代	140	79	56.4%	45	57.0%	23	29.1%	14	17.7%	9	11.4%	2	2.5%
60代	837	588	70.3%	343	58.3%	202	34.4%	113	19.2%	73	12.4%	13	2.2%
70代	775	538	69.4%	297	55.2%	183	34.0%	127	23.6%	80	14.9%	7	1.3%
合計	1,826	1,238	67.8%	698	56.4%	413	33.4%	254	20.5%	162	13.1%	23	1.9%

図７　血圧の年次推移

アウトカム（結果）評価　糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

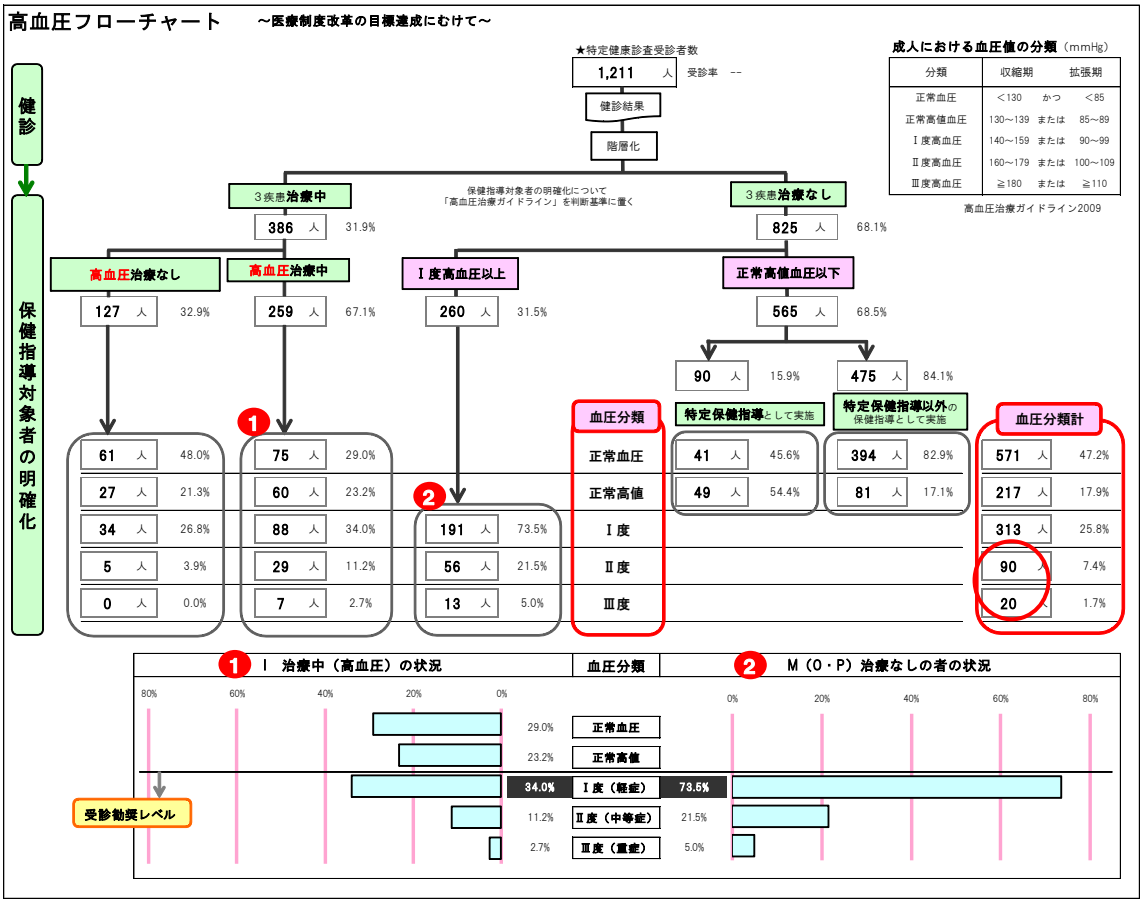
重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

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 未治療	再掲 治療
						再)Ⅲ度高血圧		
H20	1,279	582 45.5%	255 19.9%	360 28.1%	82 6.4%		46 56.1%	36 43.9%
						14 1.1%	9 64.3%	5 35.7%
H21	1,174	621 52.9%	218 18.6%	243 20.7%	92 7.8%		62 67.4%	30 32.6%
						14 1.2%	8 57.1%	6 42.9%
H22	1,162	602 51.8%	212 18.2%	273 23.5%	75 6.5%		46 61.3%	29 38.7%
						11 0.9%	8 72.7%	3 27.3%
H23	1,171	548 46.8%	206 17.6%	310 26.5%	107 9.1%		72 67.3%	35 32.7%
						18 1.5%	12 66.7%	6 33.3%



※法定報告上の数値

図８　高血圧フローチャート（平成２３年度特定健診結果）



平成 23 年度特定健診受診者のうちⅢ度高血圧（収縮期血圧 180ｍmHg 以上又は拡張期血圧 110ｍmHg 以上）は 20 人でした。Ⅱ度高血圧（収縮期血圧 160～170ｍmHg 以上又は拡張期血圧 100～109ｍmHg 以上）は 90 人でした。重症化予防のため、まずはⅢ度及びⅡ度高血圧の割合を減少させることが必要です。

表 15　血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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）

血圧分類 / リスク層（血圧以外のリスク因子）		至適血圧 ～119/～79	正常血圧 120～129/80～84	正常高値血圧 130～139/85～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上	リスクなし	低リスク群 3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	中リスク群 1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	高リスク群 ただちに降圧薬治療
	917	253	218	150	224	60	12	477	21	207	212
		27.6%	23.8%	16.4%	24.4%	6.5%	1.3%	52.0%	2.3%	22.6%	23.1%
リスク第1層 危険因子がない	98	44	23	6	21 ④	3	1 ①	73	21	3	1
	10.7%	17.4%	10.6%	4.0%	9.4%	5.0%	8.3%	15.3%	100%	1.4%	0.5%
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ﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ(＊)がある	515	144	126	86 ④	118 ③	36	5	270	--	204	41
	56.2%	56.9%	57.8%	57.3%	52.7%	60.0%	41.7%	56.6%		98.6%	19.3%
リスク第3層	304	65	69	58 ③	85 ②	21	6	134	--	--	170
	33.2%	25.7%	31.7%	38.7%	37.9%	35.0%	50.0%	28.1%			80.2%
再掲（重複あり） 糖尿病	61	13	13	10	17	5	3				
	20.1%	20.0%	18.8%	17.2%	20.0%	23.8%	50.0%				
再掲（重複あり） 慢性腎臓病（CKD）	142	44	34	23	32	8	1				
	46.7%	67.7%	49.3%	39.7%	37.6%	38.1%	16.7%				
再掲（重複あり） 3個以上の危険因子	145	22	31	24	52	12	4				
	47.7%	33.8%	44.9%	41.4%	61.2%	57.1%	66.7%				

正常高値血圧の高リスク群では生活習慣の修正から開始し、目標血圧に達しない場合に降圧薬治療を考慮する

（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2009　日本高血圧学会

優先順位別対象者			
①	②	③	④
72	85	176	107
7.9%	9.3%	19.2%	11.7%

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

将来的には、Ⅰ度高血圧（収縮期血圧 140～159ｍmHg 以上又は拡張期血圧 90～99ｍmHg 以上）についても、リスクの重なりから優先順位をつけて、重症化予防に取り組みます。

②今後の課題

●未治療者の受診勧奨

優先順位を決定し、重症者から受診勧奨を行います。

また、高血圧は自覚症状にも乏しいため、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働きかけを行います。

●治療状況の確認

降圧治療中の血圧コントロール不良者の治療状況等を確認し、必要な保健指導を行います。

（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（以下 LDL-C）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 mg/dl 以上あるいは LDL-C160mg/dl 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-C 高値者については、心血管リスクの評価を行うことが、その方の健康寿命を守ることになります。

表 16　健診有所見状況（男女別・年代別）

様式6-2～6-7　健診有所見者状況（男女別・年代別）

		受診者数	血管を傷つける													内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	
			空腹時血糖			HbA1c			尿酸			収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C	
			実施者	100以上		実施者	5.2以上		実施者	7.0以上		130以上		85以上		120以上	
		A		G	G/A		H	H/A		I	I/A	J	J/A	K	K/A	L	L/A
総数	H20	1,279	1,213	377	31.1%	1,265	494	39.1%	1,265	94	7.4%	671	52.5%	390	30.5%	766	59.9%
	H21	1,174	1,089	287	26.4%	1,174	400	34.1%	1,174	92	7.8%	516	44.0%	301	25.6%	751	64.0%
	H22	1,162	1,066	310	29.1%	1,162	542	46.6%	1,162	104	9.0%	527	45.4%	273	23.5%	701	60.3%
	H23	1,171	1,076	319	29.6%	1,166	570	48.9%	1,162	107	9.2%	587	50.1%	355	30.3%	732	62.5%
男性	H20	553	522	210	40.2%	544	212	39.0%	544	82	15.1%	307	55.5%	191	34.5%	287	51.9%
	H21	499	461	160	34.7%	499	172	34.5%	499	79	15.8%	230	46.1%	171	34.3%	294	58.9%
	H22	495	454	177	39.0%	495	229	46.3%	495	95	19.2%	237	47.9%	153	30.9%	272	54.9%
	H23	480	444	159	35.8%	478	228	47.7%	477	98	20.5%	238	49.6%	180	37.5%	255	53.1%
女性	H20	726	691	167	24.2%	721	282	39.1%	721	12	1.7%	364	50.1%	199	27.4%	479	66.0%
	H21	675	628	127	20.2%	675	228	33.8%	675	13	1.9%	286	42.4%	130	19.3%	457	67.7%
	H22	667	612	133	21.7%	667	313	46.9%	667	9	1.3%	290	43.5%	120	18.0%	429	64.3%
	H23	691	632	160	25.3%	688	342	49.7%	685	9	1.3%	349	50.5%	175	25.3%	477	69.0%

表 17

動脈硬化の視点でみた健診有所見者の割合（H23年度法定報告データ）

	特定健康診査			動脈硬化危険因子					
				LDL-C					
				高LDL-C					
	受診者数	受診率	継続率	160mg／dl以上		再掲）180mg／dl以上			
								未治療	
	人数	割合	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
福岡県	225,559	27.8%	66.8%	29,343	13.0%	10,592	4.7%	9,811	92.6%
遠賀町	1,171	31.5%	74.4%	177	15.1%	65	5.6%	60	92.3%

本町では、特定健診における LDL-C 有所見割合が男性 5 割、女性 7 割と高い状況であることが分かりました。そのうち重症化しやすい LDL-C160 以上の方の割合が 15.1%と県平均よりも高く、180 以上の方も 5.6%と県平均よりも高い状況です。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 では LDL-C180 以上また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。

虚血性心疾患の 6 割が、脂質異常症が基礎疾患にあることから、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」に基づき、対象者を明確にして、保健指導及び受診勧奨を本格的に実施していく必要があります。

平成 23 年度特定健診結果において LDL-C180 以上だった方の平成 24 年 5 月診療分の治療状況を確認したところ、6 割以上の方が未治療でした。治療を開始した方について

は、健診結果にてその後の LDL-C の値を確認するとともに、未治療の方については引き続き、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。

② 今後の課題

●LDL-C 高値者に対しても、必要な保健指導を行います。特に男性に対しては、心疾患のリスクが高いことから、未治療者への受診勧奨を積極的に行います。

●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る総コレステロールの特定健診での実施を検討します。

（５）慢性腎臓病

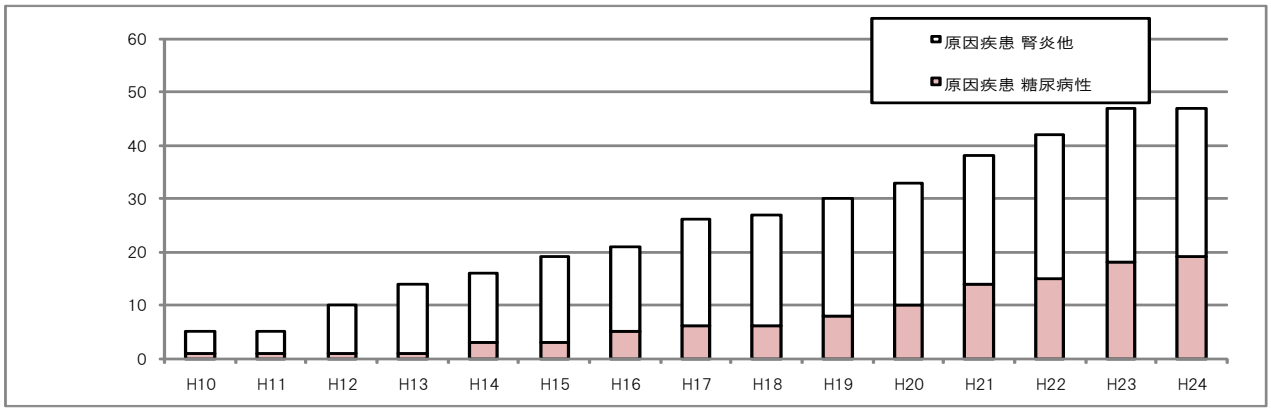
透析患者数が世界的に激増しています。わが国の新規透析導入患者は、1983 年頃は年に 1 万人程度であったのが、2010 年には約 30 万人となっています。新規透析導入患者増加の一番大きな原因は、糖尿病性腎症、高血圧による腎硬化症も含めた生活習慣病による慢性腎臓病（CKD）が非常に増えたことだと考えられています。

さらに、脳卒中や心筋梗塞といった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、微量アルブミン尿・蛋白尿が、心血管疾患の独立した危険因子であり、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て、心血管疾患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。

福岡県の状況は、日本透析医学会統計調査委員会の報告「わが国の慢性透析療法の現状」によると、福岡県の慢性透析患者数は、平成 22 年 13,438 人で人口 100 万人対では、第 11 位という状況です。

図 9　人工透析者推移（遠賀町）



年度		H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
原因疾患	腎炎他	4	4	9	13	13	16	16	20	21	22	23	24	27	29	28
	糖尿病性	1	1	1	1	3	3	5	6	6	8	10	14	15	18	19
	計	5	5	10	14	16	19	21	26	27	30	33	38	42	47	47

本町の平成 24 年度の人工透析者数は 47 人で、うち糖尿病性腎症による透析者は 19 人と約 4 割を占めています。

慢性腎臓病について、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。慢性腎臓病（CKD）となるのは、尿蛋白の所見又は eGFR60 未満で、平成 23 年度特定健診結果を慢性腎臓病（CKD）の重症度分類で見ると、CKD 予防対象者は 206 人でした。

また、CKD 診療ガイド 2012 で原因疾患及び GFR と尿蛋白で評価するための CKD の重症度分類（表 18）が示されました。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、リスクも上昇します。

平成 23 年度特定健診結果では、赤のグループが 7 人、オレンジのグループが 17 人でした。

表 18　CKD の重症度分類（平成 23 年度遠賀町特定健診結果）

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
尿蛋白区分				A1	A2		A3
GFR区分（ml/分/1.73㎡）			尿検査･GFR共に実施	（－）or（±）	（＋）	【再掲】尿潜血＋以上	（2＋）以上
			1,162 人	1,140 人	15 人	1 人	7 人
				98.1%	1.3%	6.7%	0.6%
G1	正常または高値	90以上	148 人	146 人	2 人	0 人	0 人
			12.7%	12.6%	0.2%	0.0%	0.0%
G2	正常または軽度低下	60-90未満	825 人	810 人	11 人	1 人	4 人
			71.0%	69.7%	0.9%	9.1%	0.3%
G3a	軽度～中等度低下	45-60未満	174 人	169 人	2 人	0 人	3 人
			15.0%	14.5%	0.2%	0.0%	0.3%
G3b	中等度～高度低下	30-45未満	11 人	11 人	0 人	0 人	0 人
			0.9%	0.9%	0.0%	--	0.0%
G4	高度低下	15-30未満	3 人	3 人	0 人	0 人	0 人
			0.3%	0.3%	0.0%	--	0.0%
G5	末期腎不全（ESKD）	15未満	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人
			0.1%	0.1%	0.0%	--	0.0%

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、血清クレアチニン、尿潜血、尿酸の検査を実施します。

また、対象者の病歴把握に努めるとともに、腎機能に影響を及ぼす高血糖、高血圧などの原因を分析し、個別の保健指導を実施し予防に努めます。治療者へは主治医との連携を保ちつつ、必要時には腎専門医への受診を勧めます。

（６）共通する課題（生活習慣病の背景となるもの）

健康増進と特定健康診査等実施計画の共通する課題として、被保険者の意識と行動の変容が必要であることから、被保険者の主体的な健康増進の取組を支援するため、対象者に対する十分かつ的確な情報提供が必要となります。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、被保険者を含む住民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫することが求められます。また、当該情報提供において、家庭、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫します。

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

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 年度として、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　%	45　%	50　%	55　%	60　%
特定保健指導実施率	40　%	45　%	50　%	55　%	60　%

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	3,713 人	3,706 人	3,699 人	3,692 人	3,685 人
特定健診受診者数	1,486 人	1,668 人	1,850 人	2,031 人	2,211 人
特定保健指導対象者数	188 人	186 人	194 人	192 人	190 人
特定保健指導実施者数	85 人	84 人	97 人	106 人	114 人

４　特定健診の実施

（参考）平成 24 年度

（１）実施形態

健診については、集団方式と個別方式で行い、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、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具体的に定められています。

（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、遠賀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）健診委託単価、自己負担額

特定健診受診時支払う自己負担の額は、集団健診 500 円、個別健診 1,000 円です。平成 25 年度からは個別健診も 500 円とします。

（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 10）

特定健康診査受診券

平成　　年　　月　　日　交付

受診券整理番号			
氏　　名			
生　年　月　日		性　　別	
有　効　期　限			

健診内容			実施形態	実施項目	窓口の自己負担 負担額	窓口の自己負担 同時実施負担額	窓口の自己負担 負担率	保険者負担上限額
特定健診	基本項目		個別	○	500円	－	－	－
			集団	○	500円	－	－	－
	詳細項目	貧血	個別	△	0円	－	－	－
			集団	△	0円	－	－	－
		心電図	個別	△	0円	－	－	－
			集団	△	0円	－	－	－
		眼底	個別	△	0円		－	－
			集団	△	0円		－	－
特定健診以外の項目	－	－	個別	－	－		－	－
			集団	－	－		－	－
		－	個別	－	－		－	－
			集団	－	－		－	－
	追加健診		個別	○	0円		－	－
			集団	○	0円		－	－
人間ドック			個別	－	－		－	－
			集団	－	－		－	－

※注）△は基本項目の結果および保険者の契約内容により実施します

保険者等	所在地	福岡県遠賀郡遠賀町大字今古賀５１３番地							
	電話番号	093-293-1234							
	番　号	0	0	4	0	0	7	0	5
	名　称	遠　賀　町							

公印省略

契約とりまとめ機関名	福岡県医師会
支払代行機関番号	94099025
支払代行機関名	福岡県国民健康保険団体連合会

★　特定健康診査受診上の注意事項　★

１．特定健康診査を受診するときには、この「受診券」と「被保険者証」を窓口に提出してください。
２．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。
３．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。

（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、集団健診予約申込書を発行し、健診のお知らせ等とともに通知します。（保険者年間実施スケジュール参照）

通知内容は、集団健診予約申込書、案内パンフレットです。

表 19　特定健診実施スケジュール

時　期	内　　容	備　　考
平成 24 年 3 月下旬	特定健診（がん検診と合わせて）の案内、集団健診予約申込書を全戸に郵送	本町の健康管理システムにより対象者を抽出する。
5 月上旬～随時	健診申込者へ受診券（任意様式）、問診票等の郵送	
5～10 月	特定健診・がん検診実施【集団】	健診の結果については、委託業者から電子データでもらう。
6～2 月	病院での個別健診の実施	健診の結果については、医師会から電子データでもらう。
8 月	未受診者全員に受診勧奨通知及び受診券（国の様式図７）を郵送	
随時	保健指導の実施	

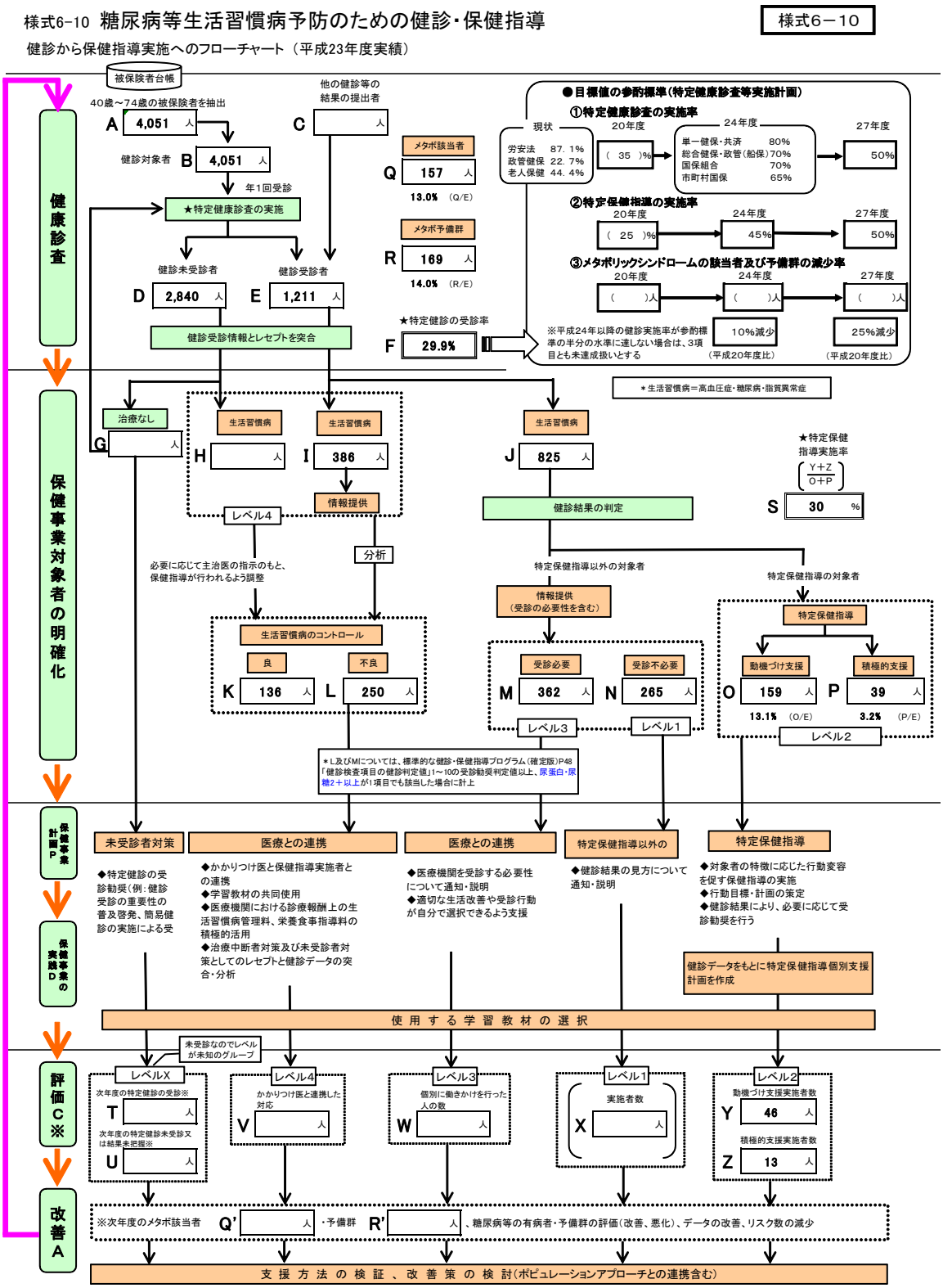
５　保健指導の実施

特定保健指導の実施については、当面、遠賀町の健康づくり部門と連携しながら直営方式で実施します。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。

（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 11　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 20

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○%）	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	362 人 (29.9)	HbA1c7.0 以上 血圧Ⅲ度以上 LDL-C180 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	198 人 (16.4)	60%
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）	2,840 人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	265 人 (21.9)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	386 人 (31.9)	

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、ツール等を用いて明確にし、優勢順位をつけ、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。

実態を把握するために、実践する保健師・管理栄養士にとって必要となる力量が、体のメカニズム、重症化メカニズムを見る視点です。健診データやレセプトを見るためには、データを読み取る力が必要とされますが、体のメカニズムや重症化のメカニズムを理解しないと、健診データやレセプトは読み取ることができません。具体的な予防活動につなげることが困難になります。メタボリックシンドロームの概念が導入されたことにより、生活習慣の改善から、生活習慣病予備群、生活習慣病有病者、生活習慣病の重症化による虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病腎症による人工透析導入への流れが明確になっています。この重症化のメカニズムを理解し、体の中で何が起きているのか理解して、予防活動・保健事業の戦略をたてることが重要になります。

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、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、省令第 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、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細心の注意を払います。

第５章　結果の報告

１　支払い基金への報告

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の掲載により普及啓発を行います。