

# 厚木市特定健康診査等実施計画

平成 20 年 3 月

厚 木 市



---

# 目次

---

## 序章 計画を策定するにあたって

1. 特定健康診査・特定保健指導の導入の趣旨 .....	1
2. 生活習慣病対策の必要性 .....	2
3. メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義 .....	3
4. 特定健診・特定保健指導の基本的な考え方 .....	3
5. 計画の法的根拠 .....	6
6. 計画の期間 .....	6

## 第1章 厚木市の現状

1. 生活習慣病の状況 .....	7
2. 国民健康保険被保険者の状況 .....	8
3. 健診の状況 .....	8
4. 医療費の状況 .....	11
5. まとめ .....	18

## 第2章 計画の目標値

1. 目標の設定 .....	20
2. 厚木市国民健康保険の目標 .....	20
3. 目標の達成に向けて .....	20

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施方法

1. 特定健診の実施方法 .....	23
2. 特定健診結果の階層化と特定保健指導対象者の抽出 .....	27
3. 特定保健指導の実施方法 .....	28

## 第4章 円滑な計画の推進に向けて

1. 個人情報保護 .....	32
2. 特定保健指導実施者の人材確保とその資質向上 .....	33
3. 特定健康診査等実施計画の公表・周知 .....	33
4. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し .....	34
5. その他 .....	36

資料編

1 . 用語解説 .....	38
2 . 厚木市 基本健康診査結果分析集計表（国民健康保険被保険者分） .....	40



## 序章 計画を策定するにあたって

### 1. 特定健康診査・特定保健指導の導入の趣旨

国ではこれまでに誰もが医療を受けられる体制を実現させ、保健医療水準を上げることに取り組み、その結果、世界に誇る長寿国となるなどの成果を残してきました。しかし、世界一の長寿国となる一方、少子高齢化も世界に類をみない早さで進行し、高齢者にかかる医療費の増加が医療制度の安定的運営に影響を及ぼすことが懸念されています。

医療制度と併せて、国では健康診査（以下「健診」という。）等の保健事業について、老人保健法（昭和 57 年法律第 80 号）や医療保険各法に基づいて、市町村、企業、保険者による実施を求めています。

しかし、国民の嗜好の変化やライフスタイルの多様化が進み、偏った食生活や不規則な生活を要因とする生活習慣病を発症する人が増加し続け、そのことによる医療費の増加も安定的な医療制度運営における課題となっています。このことから、生活習慣病を発症する前の方たちを把握し、そこから生活習慣病の発症と重症化を予防するための保健指導を適切に提供していくことが喫緊の取り組みとして求められています。

今般、国では老人保健法（昭和 57 年法律第 80 号）を改正し、平成 20 年度から「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和 57 年法律第 80 号）（以下「高齢者医療確保法」という。）に基づき、各保険者に糖尿病等の生活習慣病に主眼を置いた特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施を義務付けました。併せて、特定健診の結果から保健師や管理栄養士等による支援が必要である方に対して特定保健指導を実施することを義務付けました。

このことにより、

医療費適正化の効果が期待され、各保険者の保険運営の安定化を図ること。

特定健診・特定保健指導のデータとレセプトデータを突合することにより、より効果的な方法等を分析できること。

特定健診・特定保健指導の対象者把握が行いやすいこと。

などが期待できるとともに、健診受診率の向上や、十分な保健指導の提供ができることとされています。

本市ではこれまで、老人保健法に基づく基本健康診査（以下「基本健診」という。）をはじめ、がん検診や歯科健康診査などの健診事業や予防に重点を置いた保健指導などの保健事業に取り組んできました。また、平成 17 年には「健康あつぎ 21」を策定し、健康づくり事業を進めているところです。

このような背景のもと、保険者である厚木市国民健康保険では、高齢者医療確保法に基づき、厚木市特定健康診査等実施計画を策定し、生活習慣病に着目した特定健診・特定保健指導を実施しようとするものです。

## 2 . 生活習慣病対策の必要性

糖尿病等の生活習慣病は内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が原因となる場合が多く、この肥満に加えて高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患（心筋梗塞、狭心症等）や脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血等）等の発症リスクが高くなると言われています。

このため、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念に基づき、その状態（メタボリックシンドローム及びその予備群）にある人の把握を行い、その人たちに運動・栄養等に関する保健指導を提供することで、運動習慣やバランスの取れた食生活等の定着を目指した生活習慣の改善を支援し、内臓脂肪を減少させていく必要があります。この結果として、糖尿病等の生活習慣病やこれらが重症化したことによる虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクの低減や重症化の予防が期待できると考えられています。このことから、対象者の的確な抽出を行うため特定健診を、また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させるため特定保健指導を実施するものです。

### メタボリックシンドローム判定基準 は

#### 腹囲

男性 85cm 以上    女性 90cm 以上



上記に加えて、以下の項目のうち2つ以上該当しているとメタボリックシンドローム、1つ該当しているとメタボリックシンドローム予備群と診断されます。

#### 高血圧

収縮期血圧 130 mm Hg 以上    かつ / または    拡張期血圧 85 mm Hg 以上

#### 脂質異常

中性脂肪 150mg/dl 以上    かつ / または    HDL コレステロール 40mg/dl 未満

#### 高血糖

空腹時血糖 110 mg/dl 以上（空腹時血糖がない場合は HbA1c 5.5%以上）

上記は、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会による「メタボリックシンドロームの定義と判定基準」（いわゆる 8 学会基準）と、厚生労働省による基準（追加リスク 1 つを予備群とすること、HbA1c による判定も加えること）による。

### 3 . **メタボリックシンドロームに着目する意義**

平成 17 年 4 月、日本内科学会等内科系 8 学会が合同で、メタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示しました。

この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、内臓脂肪の蓄積や体重増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらし、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全等に至る原因となる等の関係を詳細にデータで示すことができるとされています。そのため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発生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付けができるようになると考えられています。

### 4 . **特定健診・特定保健指導の基本的な考え方**

今までの健診・保健指導は、個別疾病の早期発見・早期治療が目的となっていたため、健診後の保健指導は健康教室等への参加を促し、予防に主眼を置いた事業を中心に行ってきました。

これからは、特定健診を行うことにより、メタボリックシンドロームの該当者・予備群をよりの確に把握し、特定保健指導においては、内臓脂肪型肥満の要因となっている生活習慣を改善するための支援を行い、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させることに主眼が置かれます。生活習慣病は自覚症状がないまま進行することが多いことから、特定健診は個人が生活習慣を振り返る絶好の機会であり、そこから行動変容を促す保健指導につなげようというものです。

## 特定健診とは...

平成 20 年度から、高齢者医療確保法第 20 条に基づき、各医療保険者は特定健診の実施年度中に 40～74 歳になる方で、かつ、当該年度の 1 年間を通じて加入している被保険者（社保は家族も含む。）を対象に、内臓脂肪型肥満に着目した特定健診を行うこととなりました。特定健診は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、この該当者及び予備群を減少させるための保健指導を必要とする方を、的確に抽出するために行うものとされています。

この特定健診の検査項目については大きく 2 つに分けて

### 基本的な健診項目

### 詳細な健診項目

があります。

このうち、基本的な健診項目はすべての受診者が対象となるのに対し、詳細な健診項目は、前年の健診結果等に基づいて、医師が必要と認める方について実施することとされています。また、基準に該当した方すべてに対して実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要があるとされています。なお、詳細な健診項目を実施する医師は、当該項目を実施する理由を医療保険者に示すとともに、受診者にも説明することが求められています。

厚生労働大臣の定めにより、妊産婦、刑事施設入所者、国内に住所を有しない方、病院又は診療所等に 6 月以上継続して入院している方、高齢者の医療の確保に関する法律第 55 条第 1 項第 2 号から第 5 号までに規定する施設に入所又は入居している方等は対象から除外されます。

## 特定保健指導とは...

対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することとされています。

この考え方に基づき、平成 20 年度から、高齢者医療確保法第 24 条に基づき、各医療保険者は特定健診を受けた方の中から、健康の保持に努める必要がある方に対して特定保健指導を提供することになります。

特定健診の結果から、リスク要因の数により

「情報提供」

「動機付け支援」

「積極的支援」

に階層化され、受診者の状態に応じた支援が提供されることとなります。

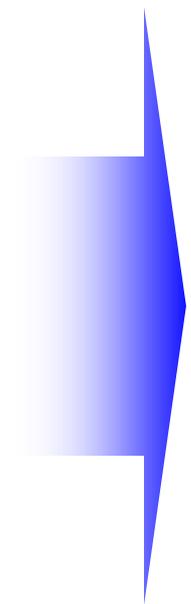
なお、ここでいう「健康の保持に努める必要がある方」とは、腹囲、血糖、脂質、血圧などリスク要因が一定の基準に該当する場合のことであり、その基準にいくつ当てはまるかによって決まります。

情報提供は、特定健診を受けた方全員に対して行われます。

資料：厚生労働省保険局『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』平成 19 年 7 月

「基本的事項 特定健康診査とは 特定保健指導とは」による。

特定健診・特定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		最新の科学的知識と、課題抽出のための分析	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		行動変容を促す手法	医療保険者

資料：厚生労働省健康局『標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）』平成19年4月  
「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」

## 5 . 計画の法的根拠

本計画は、高齢者医療確保法第 19 条に基づき、厚木市国民健康保険が策定するものです。また、策定にあたっては同法第 18 条の「特定健康診査等基本指針」に基づき、神奈川県医療費適正化計画等と十分な整合性を図るとともに、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 9 条に規定する健康診査等指針に定める内容に留意して定めるものです。

## 6 . 計画の期間

本計画は 5 年を 1 期とします。また、第 1 期は平成 20 年度から平成 24 年度とし、5 年ごとに定期的な見直しを行うほか、必要に応じて見直し・検討を行います。

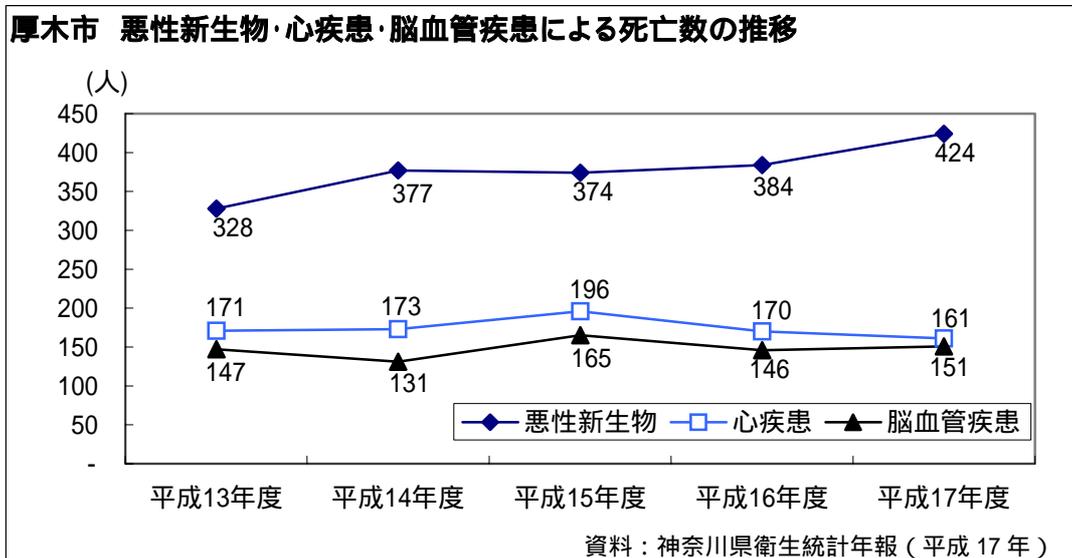
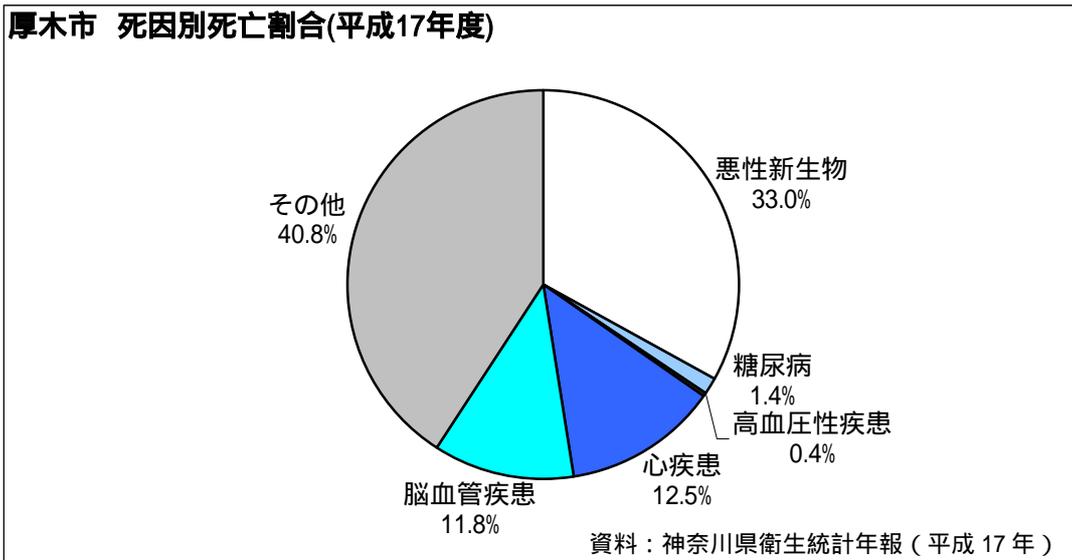
20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度
第 1 期計画期間							
				見直し			
					第 2 期計画期間		

# 第 1 章 厚木市の現状

## 1. 生活習慣病の状況

平成 17 年度における本市の死亡割合をみると、悪性新生物を含め約 6 割が生活習慣病を要因とする疾病で死亡しています。また、高血圧性疾患そのものの死亡は 0.4%ですが、高血圧性疾患等を主な要因として発症する心疾患や脳血管疾患はそれぞれ死因の約 1 割を占めています。

死亡数の推移をみると、心疾患・脳血管疾患は過去 5 年ほぼ横ばいで推移していますが、悪性新生物は増加の傾向にあり、平成 13 年度と比較して約 100 人の増となっています。

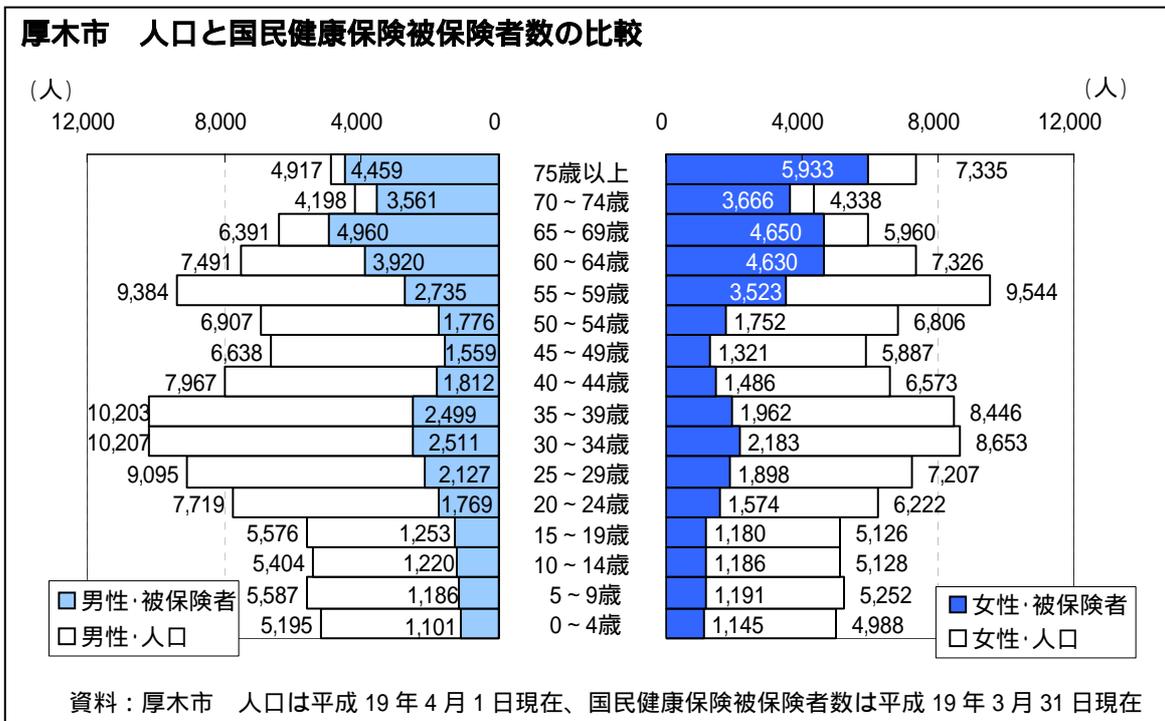


## 2. 国民健康保険被保険者の状況

平成 19 年 4 月 1 日現在の本市人口は 217,670 人（住民基本台帳ベース）となっています。同じ時点での国民健康保険被保険者は 77,728 人となっており、加入率は 35.7%となっています。

年代別の加入状況では、60 歳代前半から加入率が増えており、半数を超える方が被保険者となっています。65 歳以上になるとその世代の大半の方が被保険者となっていることがわかります。

本市の人口構成では 55 歳～59 歳が大きな団塊となっており、本計画期間である 5 か年の間にこの世代のほとんどが 60 歳代に到達することから、国民健康保険被保険者は増加するものと推計されます。



## 3. 健診の状況

### (1) 健診の受診状況

40 歳～74 歳の本市国民健康保険被保険者における平成 18 年度基本健康診査の受診率をみると、年代が若いほど受診率が低い傾向がみられます。また、すべての年代で女性の受診率が高いことがわかります。全体での受診率では 30.8%となっています。

### 国民健康保険被保険者の平成 18 年度基本健康診査受診率（受診者数）

年齢	被保険者数	健診受診率（受診者数）					
		男性		女性		全体	
40～44 歳	3,298 人	8.7% (158 人)		14.1% (209 人)		11.1% (367 人)	
45～49 歳	2,880 人	8.1% (126 人)		14.0% (185 人)		10.8% (311 人)	
50～54 歳	3,528 人	11.0% (196 人)		21.1% (370 人)		16.0% (566 人)	
55～59 歳	6,258 人	15.0% (409 人)		30.6% (1,078 人)		23.8% (1,487 人)	
60～64 歳	8,550 人	25.1% (984 人)	15.9% (1,873 人)	39.8% (1,842 人)	29.0% (3,684 人)	33.1% (2,826 人)	22.7% (5,557 人)
65～69 歳	9,610 人	33.2% (1,645 人)		46.5% (2,164 人)		39.6% (3,809 人)	
70～74 歳	7,227 人	42.5% (1,512 人)	37.0% (3,157 人)	50.8% (1,862 人)	48.4% (4,026 人)	46.7% (3,374 人)	42.7% (7,183 人)
合計	41,351 人	24.8%(5,030 人)		36.7%(7,710 人)		30.8%(12,740 人)	

健診受診率の分母となる国民健康保険被保険者数は、平成 19 年 3 月 31 日現在。

### （２）特定保健指導対象者の割合

特定保健指導対象者の割合をみると、動機付け支援対象者では、男性の 40～64 歳と 65～74 歳、女性の 65～74 歳は国の示す特定保健指導対象者発生率（第 6 回 標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会 資料 5）（以下「国モデル値」という。）とほぼ同じですが、女性の 40～64 歳は割合がやや低くなっています。

積極的支援では、男性が国モデル値よりも 10.5% 低く、女性は国モデル値より 5.1% 高くなっています。

### 特定保健指導対象者の割合（平成 18 年度基本健康診査の結果から推計）

支援内容	性別	年齢	厚木市	国モデル値
動機付け 支援	男性	40～64 歳	13.6% (255 人)	11.8%
		65～74 歳	28.5% (901 人)	27.6%
	女性	40～64 歳	6.2% (228 人)	10.2%
		65～74 歳	15.1% (609 人)	15.2%
積極的 支援	男性	40～64 歳	14.1% (264 人)	24.6%
	女性	40～64 歳	11.1% (410 人)	6.0%

### (3) 保健指導判定基準値該当者の状況

保健指導判定基準値の該当率が高い検査項目をみると、HbA1c 60.5%、収縮期血圧 56.6%、中性脂肪 28.4%となっています。

検査項目別 保健指導判定基準値該当率 (資料編 p.40 参照)

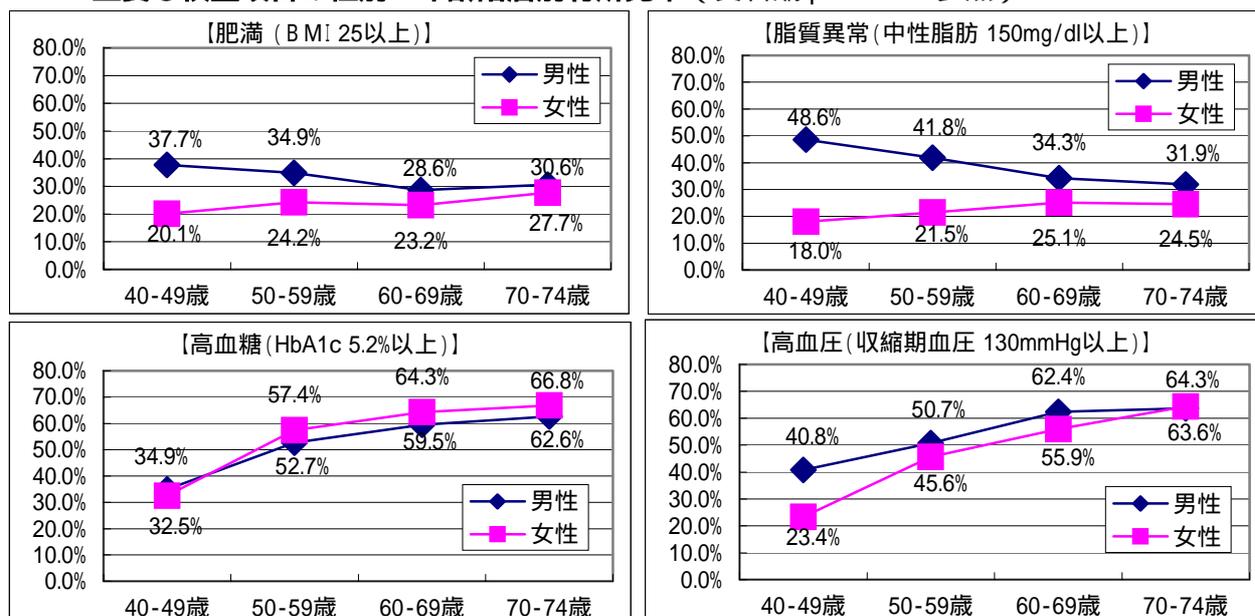
項目	BMI	脂質代謝		糖代謝		血圧	
		中性脂肪	HDL コレステロール	収縮期	拡張期	空腹時 血糖	HbA1c
該当率 (人数)	26.7% (3,406 人)	28.4% (3,618 人)	4.7% (600 人)	56.6% (7,215 人)	23.3% (2,972 人)	18.7% (2,383 人)	60.5% (7,706 人)

重複して該当している場合、それぞれの項目に人数を計上しています。そのため、すべての人数の合計が母数を超えることがあります。

BMI : Body Mass Index (体格指数) の略。体重(kg) ÷ 身長(m)の2乗で算出する。

HDL コレステロールの母数 (検査値のあるデータ数) は 10,938 件、空腹時血糖は 7,651 件。

主要な検査項目の性別・年齢階層別有所見率 (資料編 p.41 ~ 45 参照)



年齢層別に傾向をみると、肥満と脂質代謝 (中性脂肪) は 40 歳代から保健指導判定基準値の該当者が多くみられます。特に男性では 40 歳代で 4 割近くが肥満の該当者 (37.7%、107 人) 約 5 割が中性脂肪の該当者 (48.6%、138 人) となっています。男性は年齢が上がるにつれて該当率が低くなっていますが、女性は年齢が上がるにつれて該当率が少しずつ高くなっています。

糖代謝 (HbA1c) と血圧 (収縮期) は、年齢が上がるにつれて該当率も上昇しています。特に糖代謝は、40 歳代が男性 34.9% (99 人) 女性 32.5%

(128人)であるのに比べて、50歳代は男性52.7%(319人)、女性57.4%(831人)と急増しています。女性は血圧でも、40歳代23.4%(92人)から50歳代45.6%(661人)へと急増しています。

#### (4)メタボリックシンドローム該当者及びその予備群の状況

メタボリックシンドローム該当者と予備群の状況をみると(資料編 p.46 参照) 男性はメタボリックシンドローム該当者が16.1%(810人)、予備群11.4%(573人)、合算すると27.5%(1,383人)(健診受診者の4人に1人)が該当者または予備群にあたります。

また、女性では該当者10.5%(807人)、予備群10.1%(782人)であり、合算すると20.6%(1,589人)(健診受診者の5人に1人)となっています。

メタボリックシンドロームの判定は、p.2の判定基準に基づいて行っています。ただし、平成18年度の健診では腹囲測定を行っていないため、腹囲の基準値の代わりに「BMI 25以上」を用いています。

## 4. 医療費の状況

平成18年11月診療分の医療費分析データ(神奈川県国民健康保険連合会作成)に基づいて、本市の医療費の状況について分析を行いました。

ここでは、入院と入院外(以下「外来」という。)について分析しています。また、調剤(院外処方)は含まれていません。

ここでいう生活習慣病とは、虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症等)、脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血等)、腎疾患(腎不全等)、動脈硬化、糖尿病及び合併症(糖尿病性の人工透析・網膜症・神経障害等)、高血圧性疾患及び合併症、脂質異常症、高尿酸血症、肝疾患(脂肪肝、アルコール性肝炎等)について集計したものです。

#### (1)被保険者全体の受療状況

本市の平成18年11月1か月間の医療費(入院・外来の合計)は、約15億4,500万円でした。被保険者1人当たり医療費(医療費÷被保険者数)は19,756円で、神奈川県平均20,409円よりやや低くなっています。

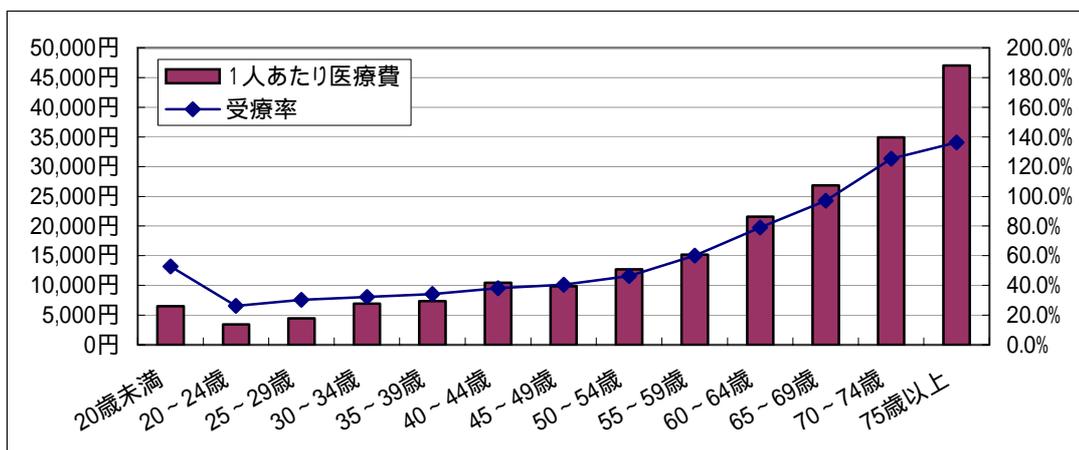
1か月間の延べ受診者数(入院・外来の合計)は、約5万7千人でした。受療率(受診者数÷被保険者数)は73.3%で、神奈川県平均80.1%より6.8%低くなっています。

## (2) 年齢層別の受療状況（1人あたり医療費及び受療率の推移）

1人あたり医療費は、20～24歳が3,440円と最も低く、年齢が上がるにつれて高くなっています。35～39歳では7,381円と30歳代までの上がり方は小さいですが、40～44歳では10,451円と大きく上がっており、50～54歳では12,706円、55～59歳では15,166円、60～64歳では21,559円と、50歳代後半から急増しています。

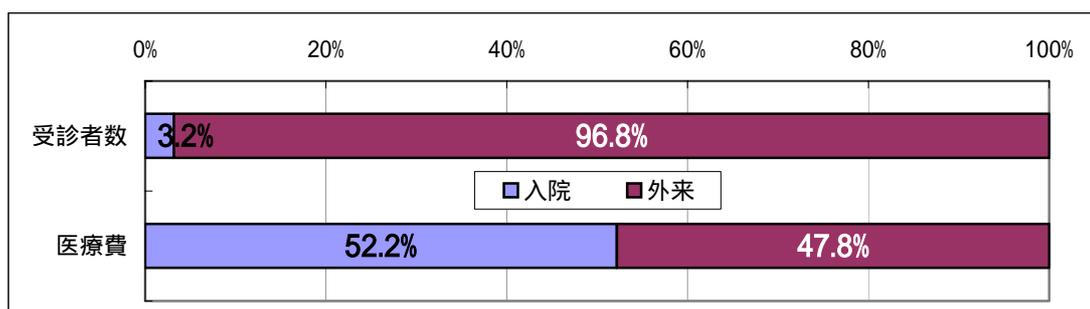
受療率も、20～24歳が26.3%と最も低く、年齢が上がるにつれて高くなっています。40～44歳では38.0%、50～54歳では46.2%ですが、55～59歳では60.0%、60～64歳では79.1%と、50歳代後半から急増しています。

こうした状況から、疾病の発症は40歳代から増え、60歳代以降で重篤化していくこととの関連が伺えます。



## (3) 入院と外来受診の比較

入院と外来の受診者数の比率をみると、3.2%（1,818人）が入院で、96.8%（55,537人）が外来です。医療費の比率は、入院が52.2%（806,331,810円）、外来が47.8%（738,575,710円）です。わずか3%の受診者の医療費が医療費全体の約2分の1を占めており、入院1件当たりの医療費が高額であることがわかります。



## ア 外来の実態

外来の医療費は、約 7 億 3,860 万円となっています。年齢層別にみると 40 歳以上が約 6 億 5,000 万円と全体の 88.0%を占めており、40～64 歳が 27.7% (約 2 億 500 万円)、65～74 歳が 32.8% (約 2 億 4,200 万円)、75 歳以上が 27.5% (約 2 億 300 万円)で、65 歳以上が全体の 6 割を占めています。

外来の医療費の 54.8% (約 4 億 500 万円)を生活習慣病が占めています。そのうちで多いものは、高血圧性疾患及び合併症が 38.0% (約 2 億 8,000 万円)、糖尿病及び合併症が 22.2% (約 1 億 6,400 万円)、脂質異常症が 21.7% (約 1 億 6,000 万円)、虚血性心疾患が 21.6% (約 1 億 6,000 万円)となっています。

各疾病の割合は、その疾病を含むレセプトの医療費の合計を外来の総医療費で割ったものです。1 枚のレセプトに複数の生活習慣病名が記載されている場合は、そのレセプトの医療費が記載されているすべての生活習慣病ごとにカウントしているため、各疾病の医療費の割合の合計は 100%を超える場合があります (以下、入院も同様です)。

## イ 入院の実態

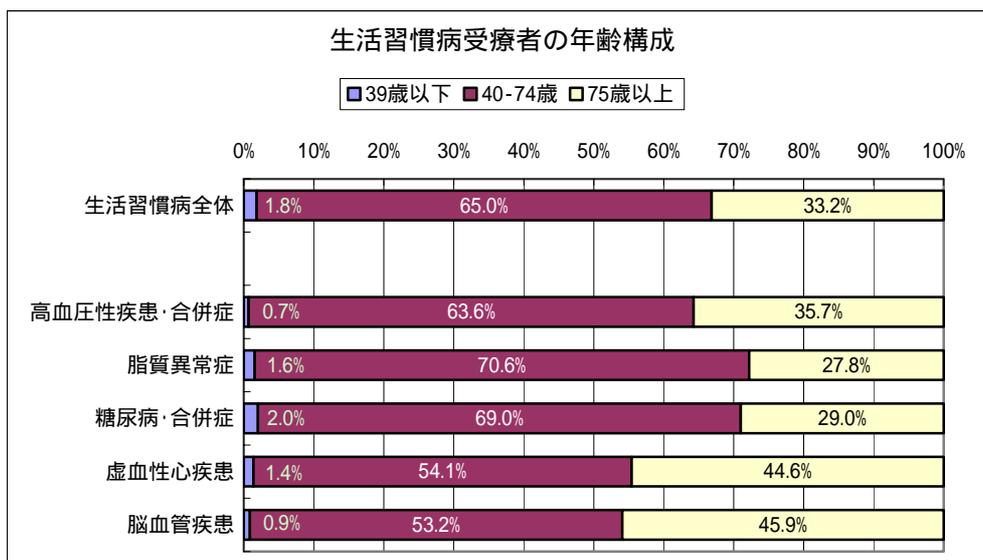
入院の医療費は、約 8 億 600 万円となっています。年齢層別にみると、40 歳以上が約 7 億 3,600 万円と全体の 91.3%を占めており、40～64 歳が 23.3% (約 1 億 8,800 万円)、65～74 歳が 32.3% (約 2 億 6,000 万円)、75 歳以上が 35.7% (約 2 億 8,800 万円)となっています。65 歳以上の入院が非常に大きな割合を占めていることがわかります。

入院の医療費の 56.5% (約 4 億 5,550 万円)を生活習慣病が占めています。そのうちで多いものは、高血圧性疾患及び合併症が 31.6% (約 2 億 5,440 万円)、虚血性心疾患等が 30.0% (約 2 億 4,180 万円)、糖尿病及び合併症が 24.0% (約 1 億 9,340 万円)、脳血管疾患が 15.5% (約 1 億 2,530 円)となっており、循環器系の疾患が多いことがわかります。

なお、74 歳以下でみると、最も多いのは統合失調症となっています。

### (4) 生活習慣病の受療状況

生活習慣病による受療は、40 歳以上がほとんどであることがわかります。中でも、虚血性心疾患と脳血管疾患は、75 歳以上の割合が高くなっています。



**生活習慣病受療者の年齢構成別人数（割合）**

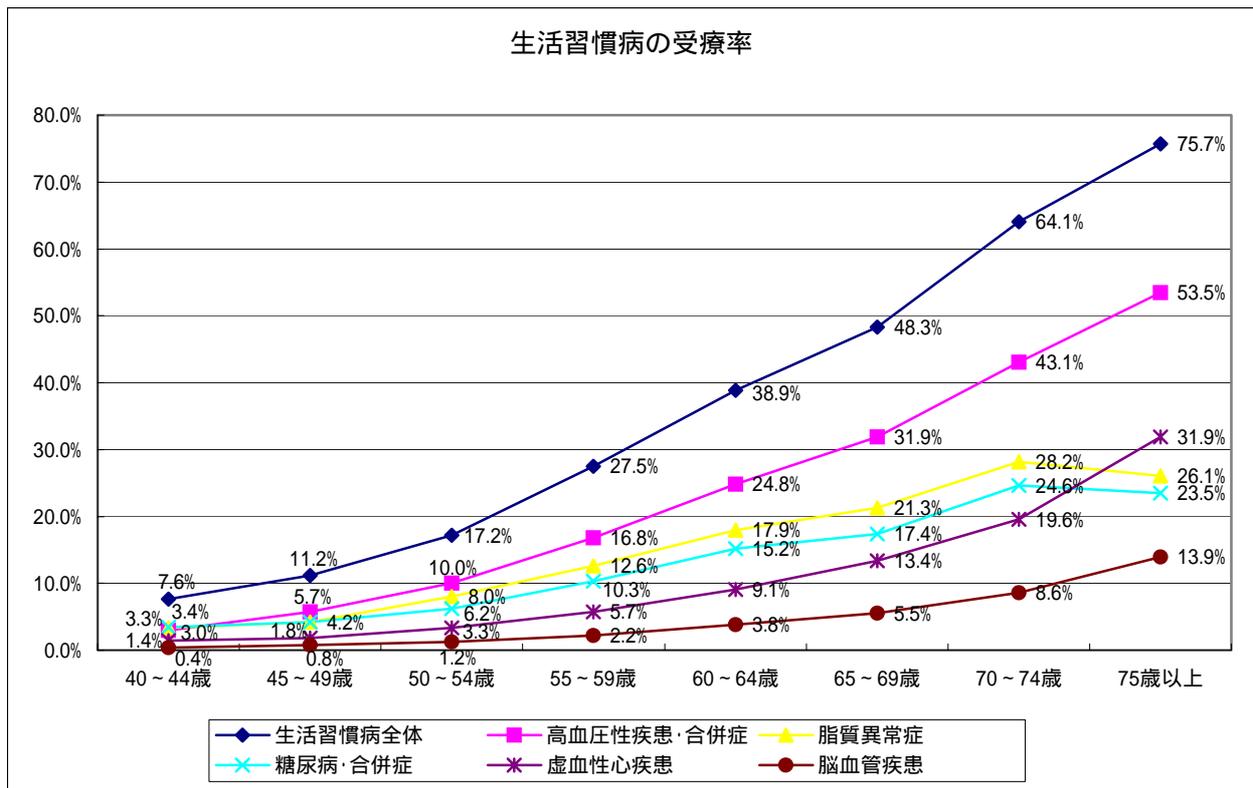
	全体	39歳以下	40-74歳	75歳以上
生活習慣病全体	23,785 人(100.0%)	436 人(1.8%)	15,461 人(65.0%)	7,888 人(33.2%)
高血圧性疾患・合併症	15,620 人(100.0%)	107 人(0.7%)	9,933 人(63.6%)	5,580 人(35.7%)
脂質異常症	9,767 人(100.0%)	152 人(1.6%)	6,899 人(70.6%)	2,716 人(27.8%)
糖尿病・合併症	8,448 人(100.0%)	170 人(2.0%)	5,829 人(69.0%)	2,449 人(29.0%)
虚血性心疾患	7,460 人(100.0%)	102 人(1.4%)	4,033 人(54.0%)	3,325 人(44.6%)
脳血管疾患	3,163 人(100.0%)	27 人(0.9%)	1,684 人(53.2%)	1,452 人(45.9%)

また、生活習慣病の受療率は、年齢が上がるほど高くなっています。

以下の受療率は、疾病別・年齢層別の受診者数を、下表の被保険者数で割ったものです（平成 18 年 11 月現在の人数。資料：神奈川県国民健康保険連合会作成 医療費分析データによる）。

（単位：人）

	39歳以下	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75歳以上	
被保険者数	26,348	3,300	2,881	3,654	6,334	8,688	9,401	7,172	10,423	
		24,857					16,573			
		41,430								
		78,201								



生活習慣病で受診している方は 23,785 人（受療率 30.4%）、その内 40～74 歳が 15,461 人（受療率 37.3%）、75 歳以上が 7,888 人（受療率 75.7%）となっています。

「高血圧性疾患及び合併症」で受診している方は 15,620 人（受療率 20.0%）、その内 40～74 歳が 9,933 人（受療率 24.0%）、75 歳以上が 5,580 人（受療率 53.5%）となっています。生活習慣病の中で受診者・医療費ともに最も多い疾病です。

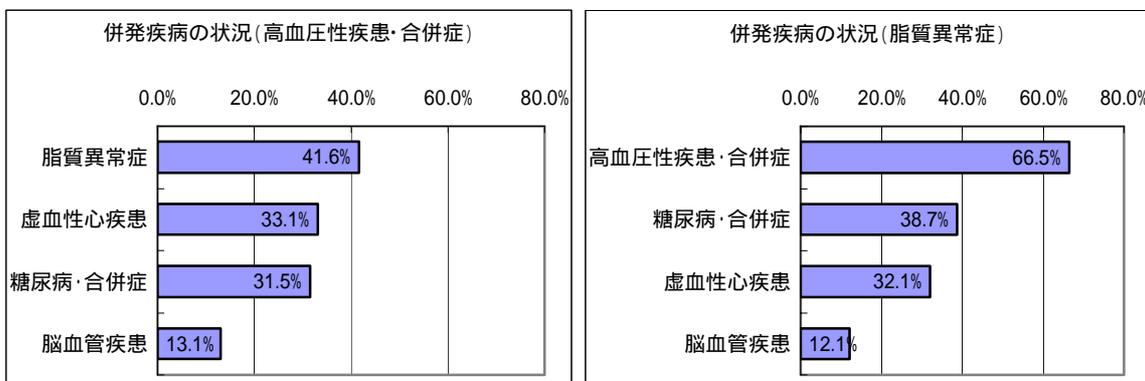
「脂質異常症」で受診している方は 9,767 人（受療率 12.5%）、その内 40～74 歳が 6,899 人（受療率 16.7%）、75 歳以上が 2,716 人（受療率 26.1%）となっています。

「糖尿病及び合併症」で受診している方は 8,448 人（受療率 10.8%）、その内 40～74 歳が 5,829 人（受療率 14.1%）、75 歳以上が 2,449 人（受療率 23.5%）となっています。

「虚血性心疾患」で受診している方は 7,460 人（受療率 9.5%）、その内 40～74 歳が 4,033 人（受療率 9.7%）、75 歳以上が 3,325 人（受療率 31.9%）となっており、75 歳以上で受療率が急増しています。

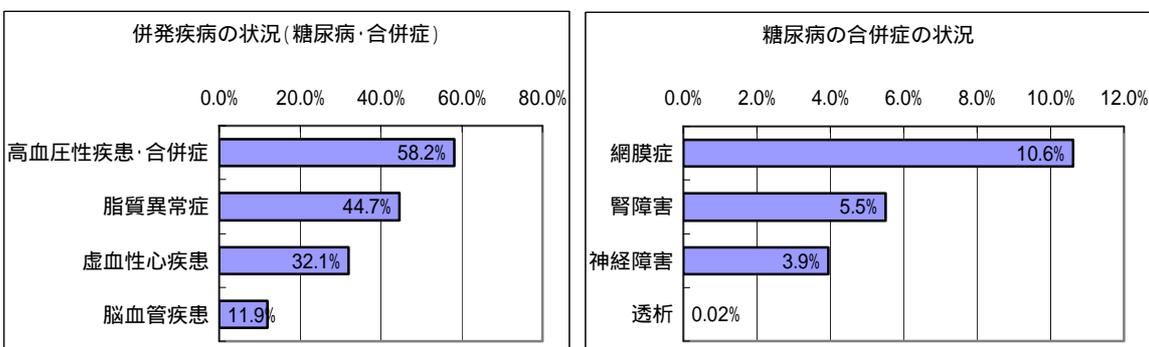
「脳血管疾患」で受診している方は 3,163 人（受療率 4.0%）、その内 40～74 歳が 1,684 人（受療率 4.1%）、75 歳以上が 1,452 人（受療率 13.9%）となっており、75 歳以上で受療率が急増しています。

また生活習慣病で受診している方は、複数の生活習慣病を併発しているケースが多くなっています。

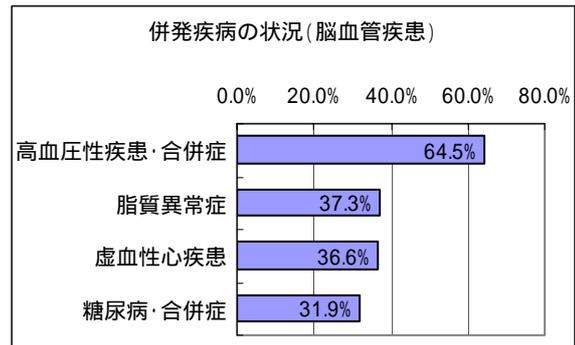
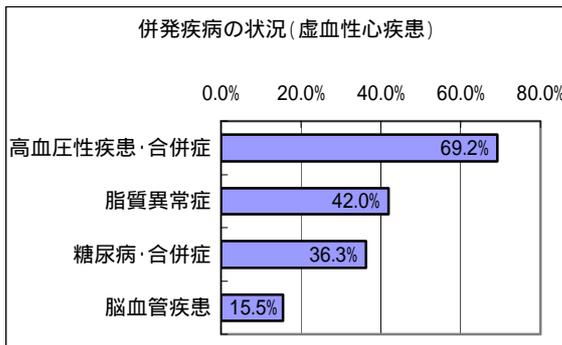


「高血圧性疾患及び合併症」で受診している方の併発疾病は、脂質異常症 41.6% (6,495 人)、虚血性心疾患 33.1% (5,165 人)、糖尿病及び合併症 31.5% (4,915 人)が多くなっています。

「脂質異常症」で受診している方の併発疾病は、高血圧性疾患及び合併症 66.5% (6,495 人)、糖尿病及び合併症 38.7% (3,780 人)、虚血性心疾患 32.1% (3,132 人)が多くなっています。



「糖尿病及び合併症」で受診している方の併発疾病は、高血圧性疾患及び合併症 58.2% (4,915 人)、脂質異常症 44.7% (3,780 人)、虚血性心疾患 32.1% (2,708 人)が多くなっています。また、糖尿病の合併症の状況を見ると、糖尿病性網膜症が糖尿病受診者の 10.6% (896 人)、糖尿病性腎障害 5.5% (465 人)、糖尿病性神経障害 3.9% (333 人)、人工透析 0.02% (2 人)となっています。

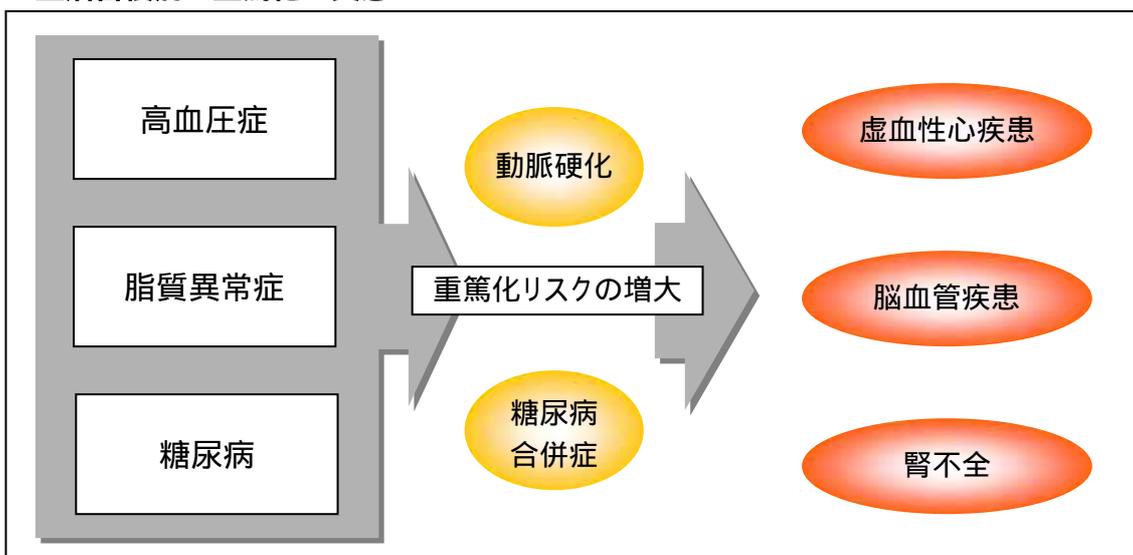


「虚血性心疾患」で受診している方の併発疾病は、高血圧性疾患及び合併症 69.2% (5,165 人)、脂質異常症 42.0% (3,132 人)、糖尿病及び合併症 36.3% (2,708 人)が多くなっています。

「脳血管疾患」で受診している方の併発疾病は、高血圧性疾患及び合併症 64.5% (2,040 人)、脂質異常症 37.3% (1,179 人)、虚血性心疾患 36.6% (1,157 人)、糖尿病及び合併症 31.9% (1,009 人)が多くなっています。

上記のような状況から、不健康な生活習慣の積み重ねにより 40 歳代から高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに疾病が重篤化し、虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症等)、脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血等)等の発症に至るといった状況が伺えます。

### 生活習慣病の重篤化の実態



## 5 . まとめ

健診結果及び医療費分析から、「生活習慣病の発症 重篤化 死亡」に係る現状は、次に挙げる傾向であることがわかります。

以下の\*は、本市の状況です。

ア 食事や運動等に関する不適切な生活習慣が、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常等（健診における有所見）につながる。

\* 健診受診者のうち、高血糖の人は 6 割、高血圧の人が 6 割近くである。

イ やがて、高血圧症・脂質異常症・糖尿病等の生活習慣病が発症する。

\* 生活習慣病による受診者は 40～74 歳で被保険者の約 4 割、75 歳以上では約 8 割を占める。

\* 高血圧性疾患の受診者は、40～74 歳で被保険者の 4 人に 1 人、75 歳以上では 2 人に 1 人である。

\* 糖尿病の受診者は 40～74 歳で被保険者の 7 人に 1 人、75 歳以上では 4 人に 1 人である。

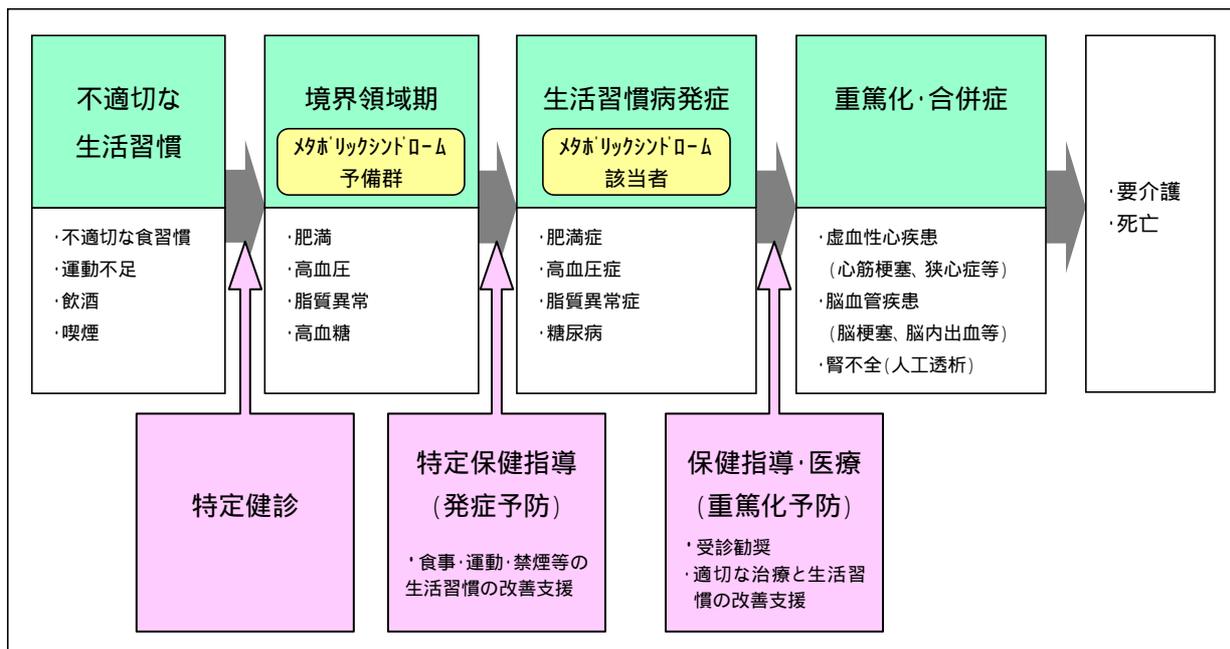
ウ これらの疾病の併発・重篤化により、動脈硬化が進み、心疾患・脳血管疾患へ、また糖尿病悪化による腎不全等へと至る。

\* 虚血性心疾患、脳血管疾患の受療率は 75 歳以上で急増し、死因の 3 割弱を占める。

\* 糖尿病の合併症による腎不全での人工透析は、現状では非常に少ない。

この流れを防止するためには、生活習慣病の発症に至る前の段階で、生活習慣の改善が必要な方を選定し、食生活の改善や運動習慣を継続できる等の行動変容の支援を行うことにより、生活習慣病の発症を防ぐことが必要となります。

このようなことから、特定健診の結果に基づき保健指導を必要とする方を抽出するとともに、その対象者を階層化し、特定保健指導を実施することにより、重点的に生活習慣の改善に取り組んでいただくことが重要となります。



こうしたことから、特定健診・特定保健指導によるメタリックシンドロームの予防・改善、肥満の減少、生活習慣病の発症予防を積極的に行っていく必要があります。

## 第 2 章 計画の目標値

### 1 . 目標の設定

国は目標値の参酌標準（特定健康診査等基本指針 第三）として、計画には 3 つの目標を設定することを求めています。

**特定健康診査の受診率**  
**特定保健指導の実施率**  
**メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率**

これら 3 項目について、平成 24 年度までに特定健康診査の受診率 65%、特定保健指導の実施率 45%、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成 20 年度比）10% を達成することを目標として設定されています。

「特定健康診査等基本指針」に市町村国保の目標値の参酌標準として示されています。

### 2 . 厚木市国民健康保険の目標

本市国民健康保険被保険者の基本健診受診率は、ここ数年 30%前後で推移しています。この受診率を平成 20 年度からの 5 年間で 65%にするため、計画の初年度においては 35%と、実績よりも少し高めの目標を設定しました。

特定保健指導の実施率については、事業開始年度は、保健指導対象者数の適切な把握が困難であることや、実施体制などを考慮し、15%の実施率を目標に設定しました。また、翌年度以降は、前年度の実績等から対象者の把握や推計に努め、適切な人材配置やアウトソーシング（委託化）などの可能性も検討しながら、国が示す目標値の参酌標準である 45%の達成を目指します。

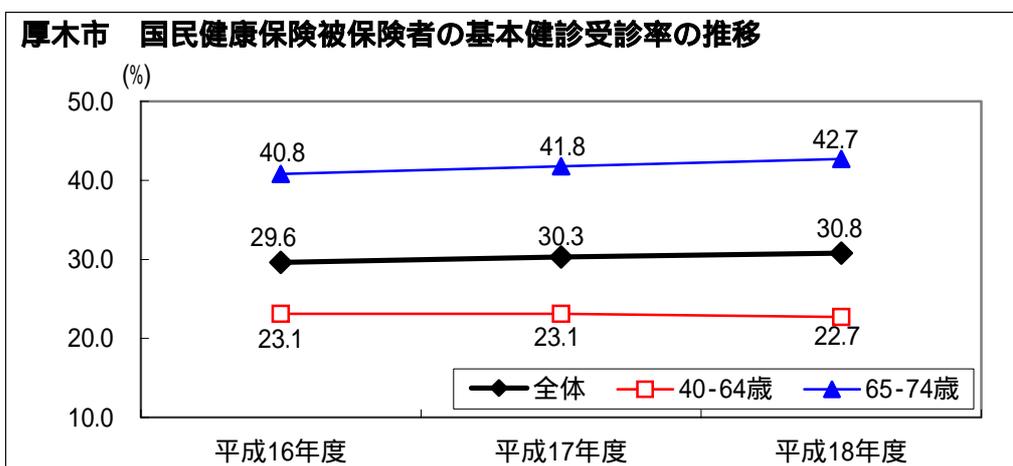
### 3 . 目標の達成に向けて

本計画の目標を達成するためには、正しく特定健診・特定保健指導について理解していただくことが重要です。

健診・保健指導を受けていない理由として、「今のところ健康だ（と思っている）」、「忙しくて時間がない」、「必要なときは（具合が悪くなったら）いつでも医療機関を受診できる」、「関心がない」、「面倒くさい」などが考えられます。

このような方々に特定健診・特定保健指導を受けていただくための手段として、次のような対策を検討してまいります。

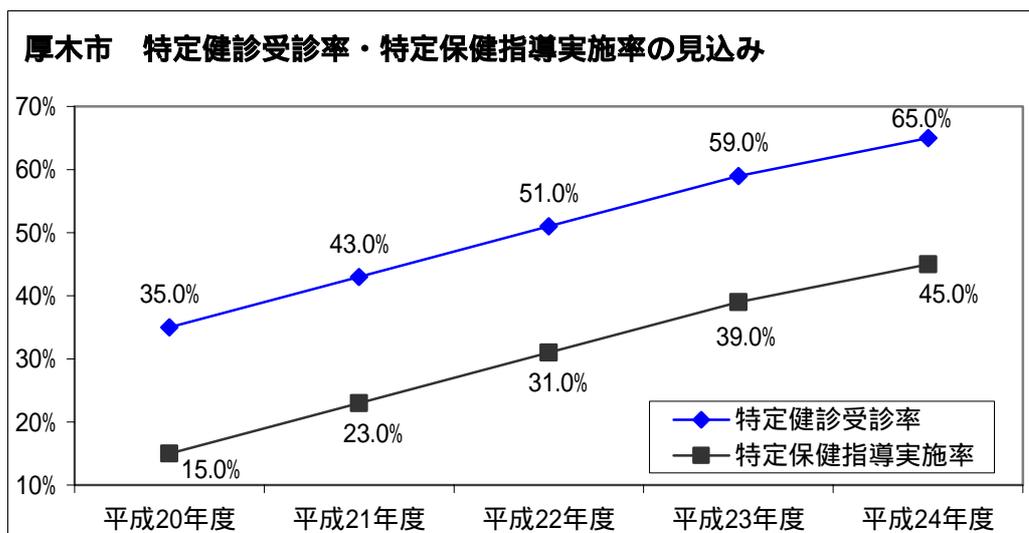
- ・ 特定健診・特定保健指導の情報を眼にする機会をできる限り多くし、健診・保健指導の重要性等をPRする。  
（公民館等へのポスター掲示、出前講座等）
- ・ 特定健診の未受診者に、個別はがき等により受診勧奨を行う。
- ・ 既に生活習慣病以外の疾病で医療機関に通院している方は、健診を受ける意識が低くなっていることも考えられるため、特定健診を実施する医療機関等と連携を図り、受診勧奨を強化する。
- ・ 毎年、定期的に健診を受けることの重要性を訴えるチラシ等を送付する。
- ・ 健診に対する意識高揚を図り、家族内未受診の減少に努める。
- ・ 特定健診・特定保健指導をより浸透・定着を図るため、受けやすく、また、継続できる保健指導プログラムづくりを行う。
- ・ 特定保健指導の対象となった方が参加しやすい時間帯や曜日の意向等も確認しながら、面接や講座・教室の設定方法等について検討を行う。
- ・ 特定保健指導の実施率を上げるだけでなく、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合を減少させるため、年々特定健診の結果が悪化している方や特定保健指導の効果が期待できる方など、優先的な取り組みを行う。
- ・ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合を減少させるため、特定保健指導のほか、市が行う健康づくり事業等と連動を図り、若い世代からの取り組みや市全体でのメタボリックシンドローム対策を進めるとともに、健康づくりや自己の健康管理について、更なる啓発を行う。
- ・ ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連動をとりながら、より効果的な事業の推進を行う。
- ・ 利用者の視点に立った、シームレスな（継ぎ目のない）サービスを実現するため、庁内組織のより確実な連携を図るとともに、協同体制を堅持し、より質の高いサービスの提供を行う。



国が示す目標値の参酌標準を達成するための年度毎の目標

		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	
特定 健康 診査	受診率	35%	43%	51%	59%	65%	
	対象者数	42,633人	43,921人	44,986人	45,725人	46,669人	
	実施者数	14,922人	18,886人	22,943人	26,978人	30,335人	
特定 保健 指導	実施率	15%	23%	31%	39%	45%	
	対象者数(合計)	3,720人	4,711人	5,725人	6,730人	7,545人	
		積極的支援	994人	1,240人	1,496人	1,762人	1,949人
		動機付け支援	2,726人	3,471人	4,229人	4,968人	5,625人
	実施者数	558人	1,084人	1,775人	2,625人	3,395人	
メタボリックシンドローム の該当者・予備群の減少率						10% (対20年度比)	

対象者数は、コーホート要因法により推計した。



## 第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施方法

### 1. 特定健診の実施方法

#### (1) 基本的な考え方

生活習慣病は虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクを高めるといわれています。そして、この生活習慣病はメタボリックシンドロームに起因して発症する確率が高まるといった関連も指摘されており、このメタボリックシンドロームに該当する方及びその予備群に該当する方に対して、生活習慣の改善（運動習慣の定着や栄養改善など）を促すことで糖尿病等の生活習慣病や虚血性心疾患、脳血管疾患などの疾病の発症リスクを低減させることが期待されます。

この特定健診では、生活習慣病の発症や重症化を予防することに主眼を置いて、メタボリックシンドロームに該当する方及びその予備群に該当する方を的確に把握し、支援が必要な方を特定保健指導へとつなげるために行うこととされています。

#### (2) 実施形態

健診の対象となる方が、より受診しやすい実施方法が必要であると考えられることから、これまでの基本健診と同様の形態で受診できる体制を確保するため、特定健診は個別（市内の診療所等で受診できる形態）で実施してまいります。

#### (3) 実施場所

市内の診療所等を始めとする「かかりつけ医」を中心とした医療機関等において実施する予定です。

#### (4) 実施項目

特定健診において実施する項目には、すべての対象者が受診する「基本的な健診の項目」と、健診結果等に基づき、医師の判断により必要に応じて受診する「詳細な健診の項目」の 2 つがあります。

基本的な健診の項目	
項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI が 20 未満の方、もしくは BMI が 22 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した方）に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMI の測定	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$
血圧の測定	
肝機能検査	GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP
血中脂質検査	中性脂肪の量、HDL コレステロールの量、LDL コレステロールの量
血糖検査	
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

資料：特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号、以下「実施基準」という。）第 1 条第 1 項第 1 号から第 9 号

詳細な健診の項目 <sup>1</sup>	
追加項目	実施できる条件（判断基準）
貧血検査 (ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する方または視診等で貧血が疑われる方
心電図検査 (12 誘導心電図)	前年度の特定健診の結果等において、血糖、脂質、血圧及び腹囲等のすべてについて、次の基準に該当した方 血糖 空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、または HbA1c が 5.2% 以上 <sup>2</sup> 脂質 中性脂肪が 150mg/dl 以上、または HDL コレステロールが 40mg/dl 未満 血圧 収縮期血圧が 130mmHg 以上、または拡張期血圧が 85mmHg 以上 眼底検査 腹囲等 腹囲が 85cm 以上（男性）・90cm 以上（女性）（内臓脂肪面積の測定ができる場合には内臓脂肪面積が 100cm <sup>2</sup> 以上）または BMI が 25 以上

1 詳細な健診の項目については、国が示す基準のもと、医師が必要と認めた場合であって、医師は当該健診を必要と判断した理由を医療保険者へ示すとともに、受診者に説明し実施するものとされています。

2 メタボリックシンドロームの判定基準となる血糖の値は「空腹時血糖 110 mg/dl 以上、HbA1c の場合 5.5% 以上」となりますが、今回の特定健康診査・特定保健指導ではメタボリックシンドロームの予備群に該当する方も選定する必要があるため、詳細な健診項目の対象者及び特定保健指導の対象者を抽出する際の血糖の値は「空腹時血糖 100 mg/dl 以上、HbA1c の場合 5.2% 以上」となります。

資料：実施基準第 1 条第 1 項第 10 号の規定に基づき厚生労働大臣が定める項目及び基準（平成 20 年厚生労働省告示第 4 号）

## (5) 実施時期

特定健診の実施時期は、対象者の抽出時期や特定保健指導の期間等を考慮し、6月中旬から12月頃までを目途に実施する予定です。また、実施機関により、実施する時間や曜日などの条件が異なる場合があります。

## (6) 特定健診委託基準

### ア 基本的な考え方

特定健診の受診率向上を図るため、利用者の利便性に配慮した健診を実施するなど、対象者のニーズを踏まえた対応が必要となります。一方で、精度管理が適切に行われないなどによる健診の質が考慮されない価格競争となることも懸念されることから、質の低下につながることを防ぐよう“健診の質”の確保が課題となります。そのために一定の基準を定め、基準を満たす実施機関や郡市医師会等と委託契約を締結します。

### イ 主な基準項目（平成20年厚生労働省告示第11号による）

人員に関する基準

施設又は設備等に関する基準

精度管理に関する基準

健診結果等の情報の取扱いに関する基準

運営等に関する基準

## (7) 委託契約の方法

特定健診の実施については、年度毎に単価契約方式により締結します。

## (8) 事業主健診等データの保管方法及び保管体制、保管等に関する外部委託について

労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づく事業主健診等を受診した方の結果については、対象者本人の同意を得た上で、高齢者医療確保法に基づく結果提出や保険者間でデータの引き渡しを行うことを原則とします。

また、様々な健診機関や労働安全衛生法に基づく健診を実施する事業所から健診データが提出され、多くのデータを取り扱うことが想定されることから、データの互換性を確保し、継続的にデータを蓄積できるよう、国

が示す電子的な標準様式の採用について検討します。

なお、特定健診・特定保健指導に関するデータは、原則 5 年間保存することとし、神奈川県国民健康保険団体連合会などの代行機関の活用についても検討します。

## ( 9 ) 周知や案内の方法

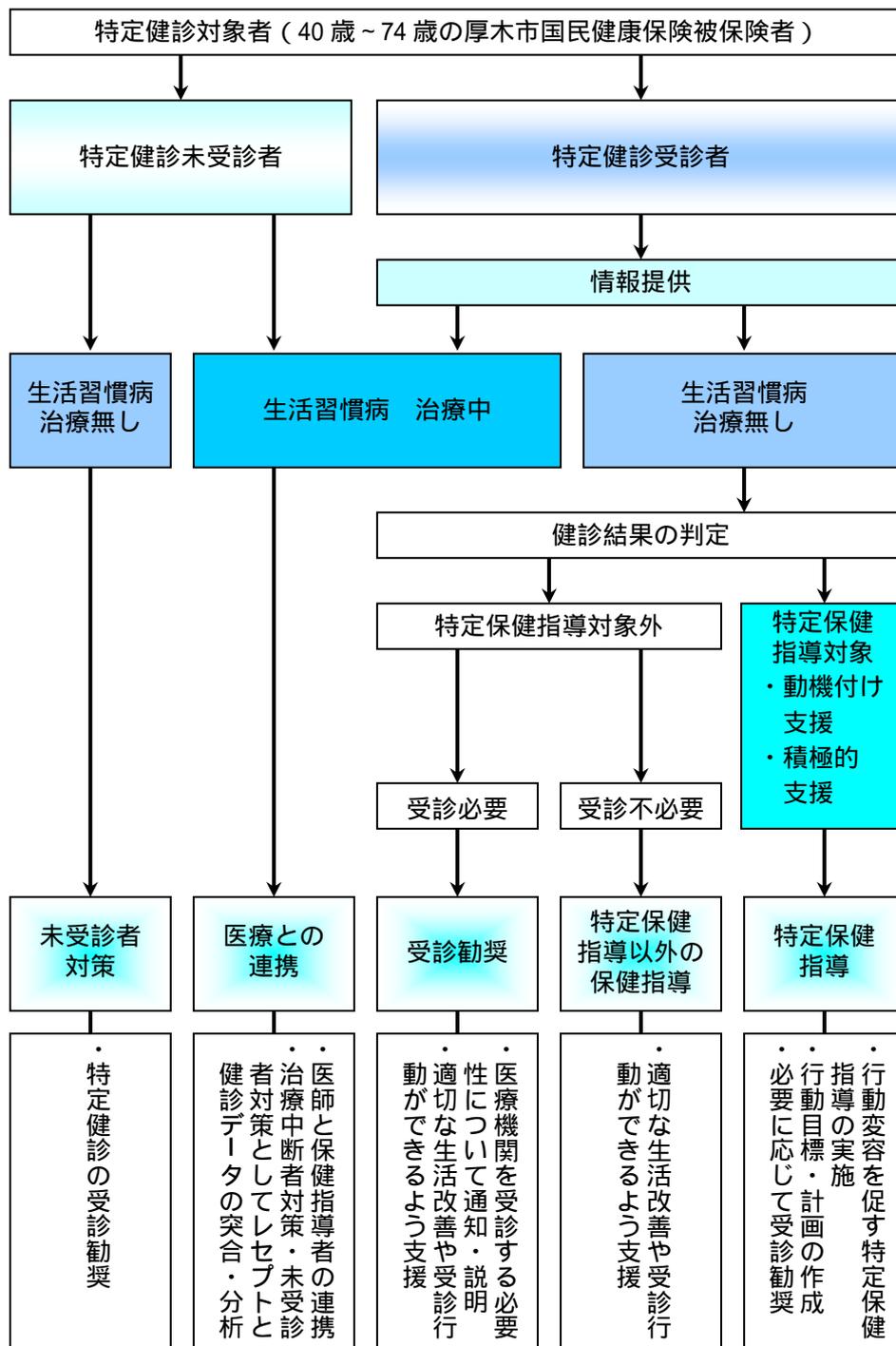
特定健診の実施については、市ホームページなどに掲載し周知を図ります。また、実施機関などの関係機関にも協力を依頼し、ポスターやリーフレット等による周知を行う予定であり、生活習慣病を治療中の方にも、健診の大切さを周知し、治癒後には特定健診を受診していただけるような啓発を行ってまいります。

案内については、未受診者対策も踏まえ、特定健診受診対象者全員に通知（受診券を発行）します。（なお、国が示す除外対象となる方の把握ができ次第、対象除外となる方への受診券発行は停止していく予定です。）

## 2. 特定健診結果の階層化と特定保健指導対象者の抽出

### (1) 特定保健指導対象者の階層化と選定

特定健診の結果から特定保健指導の対象となる方を明確にするために、対象者をグループに分類してそれぞれの状態に応じた特定保健指導を実施します。



### 3 . 特定保健指導の実施方法

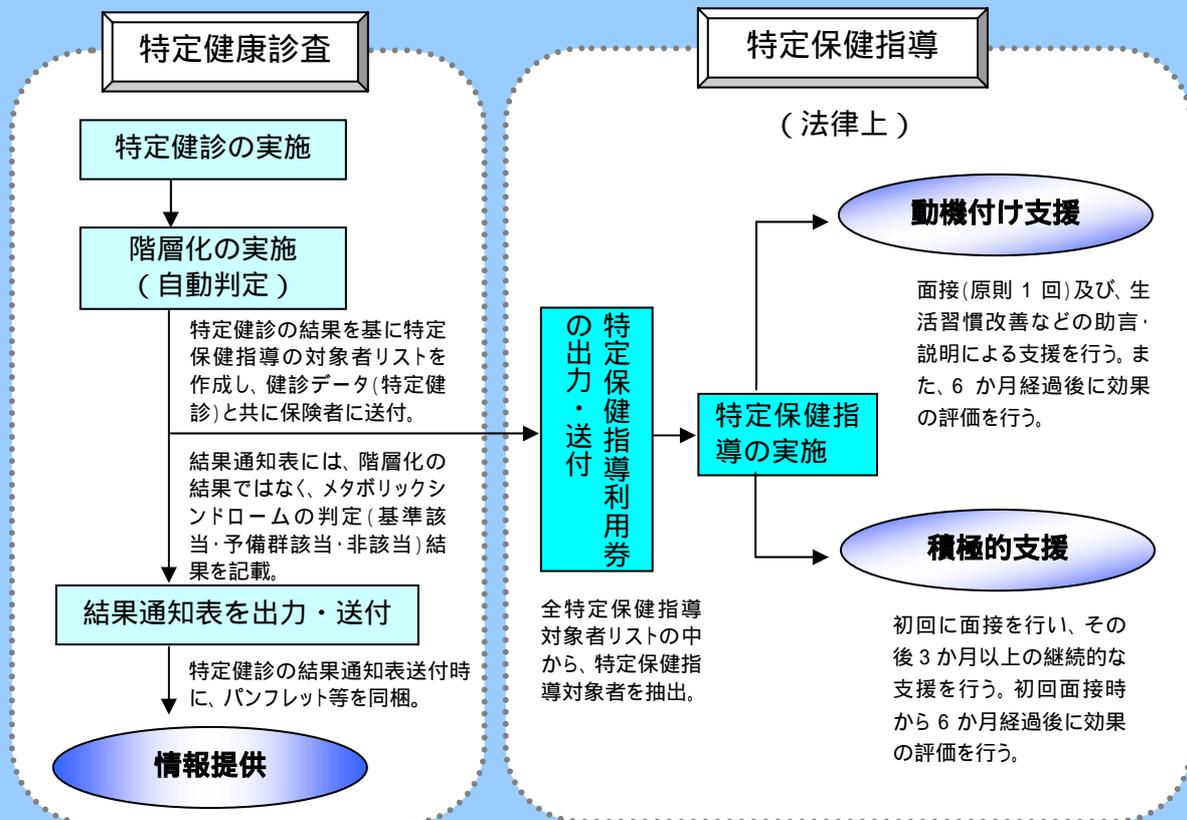
#### (1) 基本的な考え方

特定保健指導の対象者自身が健診結果を理解できるよう説明を行い、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、その行動が実践できるよう支援を行い、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とします。

そのため、どのような生活習慣を身につけることが必要であるか、課題を対象者と共に考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援し、行動変容のきっかけづくりを行います。

また、保健指導実施者は、保健指導を行うための技術を理解するとともに身につけ、実際の指導に応用することが求められることから、各種研修会などにも積極的に参加してまいります。

#### 特定健診から特定保健指導への標準的な流れ



実際の実施方法と異なる場合があります。

資料:厚生労働省保険局『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』平成19年7月

特定健診の結果から特定保健指導の対象者を選定するにあたっては、国で示す以下の判定基準に基づいて行うこととなります。

### 特定保健指導対象の判定基準

腹囲または BMI	腹囲が 85cm 以上（男性）・90cm 以上（女性） または腹囲が 85cm 未満（男性）・90cm 未満（女性）で BMI が 25 以上
「腹囲または BMI」に該当し、かつ、以下の基準に該当する方	
血圧	収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上
脂質	中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満
血糖	空腹時血糖 100mg/dl 以上、または HbA1c 5.2%以上

糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している方は対象としない。

### 特定保健指導対象者の階層化

腹囲	追加リスク	喫煙歴	対象	
	血糖、脂質、血圧		40-64 歳	65-74 歳
85cm 以上（男性） 90cm 以上（女性）	2 つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当			
上記以外で BMI 25 以上	3 つ該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	2 つ該当			
	1 つ該当			

（注）喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

資料：厚生労働省保険局『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』平成 19 年 7 月  
「特定保健指導の対象者（階層化）」

## （2）実施形態

事業開始当初は、対象者数の把握や的確な推計等が困難であることなども考慮し、直営による実施を予定しています。また、特定保健指導実施率の目標達成に向けて、専門職（保健師や管理栄養士等）を確保しなければならないことから、実施状況や指導対象者の参加状況等に応じて委託化などの可能性についても検討してまいります。

### (3) 実施場所

厚木市保健センターを中心に、市内の公共施設等を活用して実施します。

### (4) 実施項目

#### ア 情報提供

特定健診を受診した方全員に対して、健診結果の通知（または説明）と同時期に実施する予定です。内容は、健診結果や健診時の質問項目からみられる受診者個々の健康状態に応じた情報の提供に努めるというものです。特に問題がない方に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ情報を提供します。

「情報提供」については、実施率の算定等において特定保健指導には含めない、とされています。

#### イ 動機付け支援

特定健診の結果に基づき選定を行い、動機付け支援と判定された方に対しては、面接による支援を原則 1 回行うこととします。

内容は、保健師や管理栄養士等による面接のもと、喫煙習慣や運動習慣・食習慣などの行動計画を作成し、生活習慣の行動変容を支援するというものです。支援の形態は、1 人当たり 20 分以上の個別支援、または 1 グループ（8 人以下）当たり 80 分以上のグループ支援があります。

また、初回面接から 6 か月経過後に支援の効果を評価します。評価をするに当たっては、面接や通信（電話、手紙、ファックス、メール等）を利用して実施します。

#### ウ 積極的支援

特定健診の結果に基づき選定を行い、積極的支援と判定された方に対しては、支援の初回時に面接を行い、その後、3 か月以上の継続的な支援を行います。

内容は、保健師や管理栄養士等による面接のもと、喫煙習慣や運動習慣・食習慣などの行動計画を作成し、生活習慣を改善する行動を継続できるよう、定期的・継続的に介入して実践的な支援を提供するものです。支援の形態は動機付け支援同様、1 人当たり 20 分以上の個別支援、または 1 グループ（8 人以下）当たり 80 分以上のグループ支援があります。

また、初回面接から 6 か月経過後に支援の効果を評価します。評価をするに当たっては、面接や通信（電話、手紙、ファックス、メール等）を利用して実施します。

## (5) 特定保健指導対象者の優先順位

効果的かつ効率的な保健指導を実施するに当たって、費用対効果の視点を含め、予防の成果が多く期待できる層を優先的に実施することも認められていることから、この手法で実施する場合があります。

優先順位の考え方としては、内臓脂肪によるリスク要因が多い方や、生活習慣病の予防の効果が期待できる方などで優先順位を決める予定です。

なお、生活習慣病で受療中の方や服薬中の方は、特定保健指導の対象から外れる場合があります。

### 優先順位の考え方

- ・ 健診結果が前年度と比べて悪化したため、より緻密な保健指導が必要
- ・ 予防効果が大きく期待できる
- ・ 質問項目の回答により生活習慣改善の必要性が高い
- ・ 前年度の保健指導の対象者であったが、保健指導を受けなかった など

資料：厚生労働省健康局『標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）』平成19年4月

## (6) 実施時期

当該年度の特定健診に相当する健診を受診し、結果に基づく階層化が行われた後、その対象となる方の参加意思が確認でき次第、順次実施する予定です。

## (7) 委託契約の方法

特定保健指導について、事業開始当初は、本市保健衛生部門で実施する予定であることから、委託契約については特段必要がない状況です。しかし、保健指導対象者数の状況などにより、委託化を検討する場合には、費用面のみならず、その効果を含めた質についても勘案し、慎重かつ適切に業者決定をしております。

## (8) 周知や案内の方法

特定保健指導の周知については特定健診同様、市ホームページなどに掲載し周知を図ります。

また、特定保健指導の対象者に対しては、直接、通知を送付するなどにより勧奨を行います。



## 第 4 章 円滑な計画の推進に向けて

### 1 . 個人情報の保護

#### ( 1 ) 基本的な考え方

保険者は、効果的かつ効率的に特定健診・特定保健指導を実施するという観点から、受診者の個人情報の保護に十分に配慮しつつ、収集された個人情報を有効かつ適正に利用することが求められます。このことから、特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）（以下「個人情報保護法」という。）及びこれに基づくガイドライン等を踏まえ、適切な対応を行います。

#### ( 2 ) 具体的な個人情報の保護

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づく「国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」及び厚木市個人情報保護条例（平成 16 年条例第 11 号）並びに厚木市セキュリティポリシー等に基づいて行います。

また、ガイドラインにおける職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、職員の監督、委託先の監督）について周知を図ります。

特定健診・特定保健指導を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を定めるとともに、受託者の状況を管理していきます。

#### ( 3 ) 守秘義務規定

高齢者医療確保法では、特定健診・特定保健指導の実施に際して知り得た個人の秘密について、また、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）においても国民健康保険事業に関して守秘義務が定められており、正当な理由なく個人の情報を漏らした場合には、1 年以下の懲役又は 100 万円以下の罰金に処せられることとなります。

#### **国民健康保険法（平成 20 年 4 月 1 日施行分）**

第二百十条の二 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあつた者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知得した秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

#### **高齢者医療確保法（平成 20 年 4 月 1 日施行分）**

第三十条 第二十八条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の委託を受けた者（その者が法人である場合にあつては、その役員）若しくはその職員又はこれらの者であつた者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

第六十七条 第三十条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

## **2 . 特定保健指導実施者の人材確保とその資質向上**

特定保健指導に従事する者は、専門職として資質の向上を図る必要があることから、保険者協議会等で開催の健診・保健指導の研修会等に積極的に参加し、ブラッシュアップすることが必要となります。

人材の確保については、保険者での生活習慣病対策、予防重視の基本的な考え方のもと、特定保健指導に必要な保健師や管理栄養士の適正な配置について関係各課と協議してまいります。また、委託などによる人材確保の可能性等についても検討をしてまいります。

## **3 . 特定健康診査等実施計画の公表・周知**

高齢者医療確保法第 19 条第 3 項で「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない」とされていることから、特定健康診査等実施計画や計画の趣旨についてホームページ等に掲載し、公表・周知を行います。

## 4 . 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

### (1) 基本的な考え方

国が参酌標準として示している目標の達成状況によって、平成 25 年度から後期高齢者支援金が加算又は減算されます。国が示す目標値の参酌標準に未達成であった場合には、厚木市国民健康保険の財政負担も重くなることから、平成 24 年度の目標値にまで確実に到達するためには定期的に計画の評価を行い、評価の結果を次年度の事業へ反映させていくことが重要となります。

「特定健診・特定保健指導」事業の評価は、有病者や予備群に該当する方の数、生活習慣病関連の医療費の推移等で評価されるものです。

しかし、その成果が数値データとして現れるには、早くても数年後になると想定されるため、健診結果や生活習慣の改善状況など、短期間で評価ができる事項についても評価を行う予定です。

なお、評価方法としては、次のようなことが考えられます。

#### (1) 「個人」としての評価

評価の項目として、肥満度、行動目標の達成、検査データの改善など。

#### (2) 「集団」としての評価

評価の項目として、集団での健診結果の改善度や禁煙や運動習慣等の生活習慣に関する行動目標達成など。

#### (3) 「事業」としての評価

評価の項目として、費用対効果、対象者選定の適切性、効果的なプログラムであったか、など。

#### (4) 「事業全体」の評価

最終評価については、医療保険者が実施責任者となり、対象者全体における生活習慣病対策の評価（有病率、医療費等）など。

資料：厚生労働省健康局『標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）』平成 19 年 4 月

これらの評価について、保健指導実施者及び保険者が責任を持って行わなければなりません。

なお、これらの事項は、国民健康保険事業運営に係る重要事項と判断されることから、適宜、進捗状況を本市国民健康保険運営協議会において報告するとともに、状況に応じて特定健康診査等実施計画の見直しを行ってまいります。

## (2) 具体的な評価

### ア ストラクチャー（構造）

特定保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況等について評価を行うものです。

### イ プロセス（過程）

特定保健指導の実施過程、情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導の手段（コミュニケーション、教材を含む）、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度等についての評価を行うものです。

### ウ アウトプット（事業実施量）

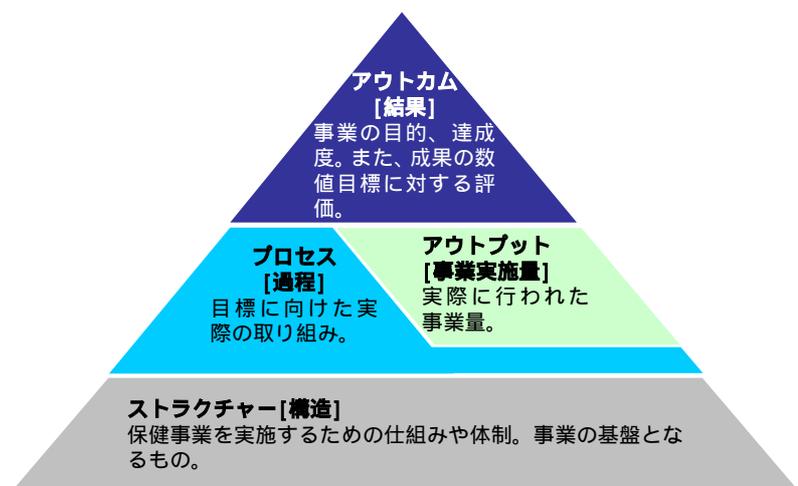
特定健診受診率、特定保健指導実施率、保健指導の継続率等についての評価を行うものです。

### エアウトカム（結果）

肥満度や血液検査等の健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化等についての評価を行うものです。

#### 4つの評価の関係図

始めに、ストラクチャーをベースとして目標に向けた取り組みを行います（プロセス）。この取り組みの実施回数や取り組みに参加した人数などが、実際に行われた事業量となります（アウトプット）。このプロセスとアウトプットの評価を上げることにより、最終的には健診結果の改善や生活習慣病有病者の減少といった取り組みの「結果」が出てきます。



#### 4 つの評価と評価対象の関係（参考）

視点	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)	アウトプット (実施事業量)	アウトカム (結果)
個人		意欲向上 知識の獲得 行動変容 自己効力感		健診データの改善
集団		行動変容		健康状態の改善 生活習慣病関連の 医療費の抑制（3、 5年後）
事業	社会資源を有効 に活用したか （委託先の提供 する資源が適切 であったか）	保健指導の技術 保健指導の支援材料 保健指導の記録 対象者選定の適切性 支援方法の適切性 対象者の満足度	保健指導実施率 特定健診受診率 プログラム参加 継続率（脱落 率）	
最終評価				全体の健康状態の 改善 医療費適正化効果

## 5 . その他

### （1）人間ドック助成事業との連携

国民健康保険法に基づく保健事業として位置づけ、被保険者の健康管理の一助とするため、平成 10 年度から人間ドック助成事業を実施しています。

人間ドックを実施している保険者は、平成 20 年度以降も継続実施する場合には、その実施分について特定健診との整合性を図り、受診見込み数とすることができることとされていることから、人間ドックを引き続き実施する予定です。また、人間ドックを特定健診と看做せる条件等について、国・県と確認、協議しながら条件等の整備を行います。

### （2）介護保険事業との連携

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）で実施している 65 歳以上を対象にした生活機能評価については、特定健診の上位に位置づけられていることから連携なども考慮しながら実施方法を検討します。なお、生活機能評価にかかる費用（問診、血液検査等）は介護保険の財源で賄うこととされています。

介護保険の負担となる財源は、一定の条件があります。

### (3) 全体としての健康づくり

長期的に見た場合、制度が継続される限り、いずれは特定健診対象者となることが予測されることから、現在は特定健診・特定保健指導の対象者とならない年齢層に該当する被保険者についても、健康づくりや健康の維持増進について啓発などを行う必要があります。

そこで、今回の計画の対象とならない年齢層に対して、衛生部門と連携した保健事業を検討していくほか、ポピュレーションアプローチの考え方にに基づき、予防という観点から既存の社会資源等を積極的に活用したり、ヘルスアップ事業を行うなどの体制整備を検討していきます。



## 資料編

### 1. 用語解説

本計画に使われている主な用語の説明です。

#### **虚血性心疾患（きょけつせいしんしっかん）**

心臓の栄養血管である冠状動脈の狭窄や閉塞等によって引き起こされる疾病で、狭心症と心筋梗塞に大別されています。

#### **高血圧症（こうけつあつしょう）**

平常時の血圧が正常とされる値よりも高い状態のことです。悪化すると動脈硬化に進行し、脳や心臓の血管が狭くなって詰まったり（脳梗塞、心筋梗塞等）、出血したり（脳内出血）する等、命に関わることもあります。

#### **脂質異常症（ししついじょうしょう）**

これまで、総コレステロール、LDL コレステロール、中性脂肪のいずれかが基準より高いか、「善玉」とされる HDL コレステロール値が基準より低い場合を総称して「高脂血症」と呼んでいました。しかし、善玉コレステロール値が低い場合も「高脂血症」と呼ぶのは適当でないとして、2007 年 4 月、日本動脈硬化学会は病名を「高脂血症」から「脂質異常症」に変更しました。

#### **糖尿病（とうにょうびょう）**

インスリンというホルモンが欠乏したり、うまく機能しなくなることにより、血液中のブドウ糖が細胞にうまく取り込めなくなります。その結果、血液中の糖が増加し、「血糖値」が高い状態が慢性的に続くようになる病気が糖尿病です。糖尿病が進行すると、神経障害・網膜症・腎症といった様々な合併症を発症するようになり、失明や人工透析等に至ることもあります。また、脳梗塞や心筋梗塞等を発症する危険性も高まります。

## **脳血管疾患（のうけっかんしっかん）**

脳の血管が破れたり、詰まることによって起こる病気のこと、脳卒中は、これらの病気の総称です。発症すると手足が動かなくなったり、意識がなくなるといった障害が現れ、手足のまひや言語障害等の重い後遺症が残ったり、死に至る場合もあります。代表的なものは、血管がつまって起こる脳梗塞、血管が破れて起こる脳出血があります。

## **ハイリスクアプローチ**

疾病を発症するリスクが高いと判断された個人を限定的に対象として絞り込み、状態の改善に向けて働きかけていこうとする考え方です。対象の幅は狭くなりますが、リスクの高い人に効果的な取り組みを行えるメリットがあります。

## **ポピュレーションアプローチ**

対象を限定することなく、一定の集団全体に働きかけを行っていこうとする考え方です。健康づくりに対する一般的な考え方や障害要因を周知し、集団全体の健康づくりへの意識を高める効果が期待できるメリットがあります。

## **メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）**

肥満症や高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病は、それぞれが独立した別の病気ではなく、内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満といえます）が原因であることがわかってきました。このように、内臓脂肪型肥満によって、さまざまな病気が引き起こされやすくなった状態をメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）といえます。この状態が続くと、動脈硬化が進行し、心筋梗塞等の虚血性心疾患や脳梗塞等の脳血管疾患などを発症する危険性が高くなります。

## **レセプト**

正式には診療報酬明細書と言いますが、患者が受けた診療について、医療機関が保険者（健康保険組合等の社会保険や市町村国民健康保険等）に請求する医療費の明細書のことです。患者ごとに毎月 1 枚作成し、疾病名や診療行為（投薬、検査等）、診療行為ごとに決められている点数（1 点 10 円）等が記載されています。

## 2. 厚木市 基本健康診査結果分析集計表（国民健康保険被保険者分）

### 有所見者状況(男女別・年代別)

#### 総数

#### 男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害 (は詳細検査)											
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧			拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	5,030	1,531	30.4%	1,776	35.3%	1,131	22.5%	430	8.5%	1,148	22.8%	2,929	58.2%	842	16.7%	3,025	60.1%	1,407	28.0%	407	8.1%	632	12.6%	233	4.6%	1,626	32.3%	284	5.6%	
H17年度	4,849	1,506	31.1%	1,760	36.3%	1,161	23.9%	462	9.5%	1,132	23.3%	2,433	50.2%	859	17.7%	3,002	61.9%	1,395	28.8%	254	5.2%	629	13.0%	213	4.4%	1,592	32.8%	700	14.4%	
H16年度	4,580	1,414	30.9%	1,588	34.7%	1,106	24.1%	455	9.9%	1,001	21.9%	2,157	47.1%	778	17.0%	2,934	64.1%	1,405	30.7%	264	5.8%	612	13.4%	267	5.8%	1,488	32.5%	638	13.9%	
H15年度	4,058	1,246	30.7%	1,416	34.9%	973	24.0%	383	9.4%	721	17.8%	2,070	51.0%	708	17.4%	2,642	65.1%	1,245	30.7%	285	7.0%	476	11.7%	257	6.3%	1,377	33.9%	733	18.1%	

#### 女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害 (は詳細検査)											
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧			拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	7,710	1,875	24.3%	1,842	23.9%	890	11.5%	170	2.2%	1,235	16.0%	4,777	62.0%	174	2.3%	4,190	54.3%	1,565	20.3%	787	10.2%	563	7.3%	423	5.5%	1,856	24.1%	408	5.3%	
H17年度	7,601	1,891	24.9%	1,962	25.8%	989	13.0%	195	2.6%	1,247	16.4%	3,998	52.6%	176	2.3%	4,363	57.4%	1,570	20.7%	479	6.3%	563	7.4%	426	5.6%	1,823	24.0%	1,041	13.7%	
H16年度	7,320	1,858	25.4%	1,779	24.3%	929	12.7%	183	2.5%	1,132	15.5%	3,521	48.1%	163	2.2%	4,305	58.8%	1,584	21.6%	549	7.5%	563	7.7%	569	7.8%	1,676	22.9%	991	13.5%	
H15年度	7,092	1,754	24.7%	1,675	23.6%	937	13.2%	169	2.4%	966	13.6%	3,662	51.6%	149	2.1%	4,302	60.7%	1,553	21.9%	648	9.1%	463	6.5%	557	7.9%	1,773	25.0%	1,204	17.0%	

#### 総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害 (は詳細検査)											
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧			拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	12,740	3,406	26.7%	3,618	28.4%	2,021	15.9%	600	4.7%	2,383	18.7%	7,706	60.5%	1,016	8.0%	7,215	56.6%	2,972	23.3%	1,194	9.4%	1,195	9.4%	656	5.1%	3,482	27.3%	692	5.4%	
H17年度	12,450	3,397	27.3%	3,722	29.9%	2,150	17.3%	657	5.3%	2,379	19.1%	6,431	51.7%	1,035	8.3%	7,365	59.2%	2,965	23.8%	733	5.9%	1,192	9.6%	639	5.1%	3,415	27.4%	1,741	14.0%	
H16年度	11,900	3,272	27.5%	3,367	28.3%	2,035	17.1%	638	5.4%	2,133	17.9%	5,678	47.7%	941	7.9%	7,239	60.8%	2,989	25.1%	813	6.8%	1,175	9.9%	836	7.0%	3,164	26.6%	1,629	13.7%	
H15年度	11,150	3,000	26.9%	3,091	27.7%	1,910	17.1%	552	5.0%	1,687	15.1%	5,732	51.4%	857	7.7%	6,944	62.3%	2,798	25.1%	933	8.4%	939	8.4%	814	7.3%	3,150	28.3%	1,937	17.4%	

\*腹囲データがないため、BMI 25以上で集計

有所見者状況(男女別・年代別)

40歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害 (は詳細検査)											
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧			拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	284	107	37.7%	138	48.6%	112	39.4%	16	5.6%	31	10.9%	99	34.9%	48	16.9%	116	40.8%	80	28.2%	22	7.7%	33	11.6%	5	1.8%	54	19.0%	10	3.5%	
H17年度	266	104	39.1%	128	48.1%	102	38.3%	22	8.3%	32	12.0%	78	29.3%	58	21.8%	107	40.2%	81	30.5%	13	4.9%	33	12.4%	5	1.9%	55	20.7%	25	9.4%	
H16年度	248	90	36.3%	121	48.8%	104	41.9%	23	9.3%	34	13.7%	65	26.2%	52	21.0%	108	43.5%	73	29.4%	13	5.2%	36	14.5%	6	2.4%	51	20.6%	29	11.7%	
H15年度	216	76	35.2%	99	45.8%	85	39.4%	22	10.2%	18	8.3%	64	29.6%	46	21.3%	90	41.7%	57	26.4%	9	4.2%	20	9.3%	1	0.5%	35	16.2%	22	10.2%	

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害 (は詳細検査)											
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧			拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
H18年度	394	79	20.1%	71	18.0%	33	8.4%	9	2.3%	36	9.1%	128	32.5%	3	0.8%	92	23.4%	56	14.2%	16	4.1%	40	10.2%	13	3.3%	56	14.2%	10	2.5%	
H17年度	375	79	21.1%	69	18.4%	44	11.7%	9	2.4%	27	7.2%	106	28.3%	3	0.8%	103	27.5%	43	11.5%	14	3.7%	30	8.0%	14	3.7%	52	13.9%	20	5.3%	
H16年度	369	73	19.8%	53	14.4%	23	6.2%	8	2.2%	28	7.6%	80	21.7%	5	1.4%	108	29.3%	52	14.1%	12	3.3%	25	6.8%	12	3.3%	36	9.8%	25	6.8%	
H15年度	350	72	20.6%	50	14.3%	24	6.9%	11	3.1%	28	8.0%	96	27.4%	5	1.4%	119	34.0%	64	18.3%	15	4.3%	24	6.9%	9	2.6%	45	12.9%	24	6.9%	

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害 (は詳細検査)											
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧			拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
H18年度	678	186	27.4%	209	30.8%	145	21.4%	25	3.7%	67	9.9%	227	33.5%	51	7.5%	208	30.7%	136	20.1%	38	5.6%	73	10.8%	18	2.7%	110	16.2%	20	2.9%	
H17年度	641	183	28.5%	197	30.7%	146	22.8%	31	4.8%	59	9.2%	184	28.7%	61	9.5%	210	32.8%	124	19.3%	27	4.2%	63	9.8%	19	3.0%	107	16.7%	45	7.0%	
H16年度	617	163	26.4%	174	28.2%	127	20.6%	31	5.0%	62	10.0%	145	23.5%	57	9.2%	216	35.0%	125	20.3%	25	4.1%	61	9.9%	18	2.9%	87	14.1%	54	8.8%	
H15年度	566	148	26.1%	149	26.3%	109	19.3%	33	5.8%	46	8.1%	160	28.3%	51	9.0%	209	36.9%	121	21.4%	24	4.2%	44	7.8%	10	1.8%	80	14.1%	46	8.1%	

\*腹囲データがないため、BMI 25以上で集計

有所見者状況(男女別・年代別)

50歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害 (は詳細検査)											
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧			拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	605	211	34.9%	253	41.8%	173	28.6%	58	9.6%	120	19.8%	319	52.7%	122	20.2%	307	50.7%	201	33.2%	47	7.8%	68	11.2%	12	2.0%	159	26.3%	34	5.6%	
H17年度	622	219	35.2%	254	40.8%	200	32.2%	57	9.2%	142	22.8%	273	43.9%	134	21.5%	324	52.1%	212	34.1%	29	4.7%	87	14.0%	16	2.6%	157	25.2%	79	12.7%	
H16年度	608	189	31.1%	226	37.2%	190	31.3%	58	9.5%	121	19.9%	250	41.1%	94	15.5%	339	55.8%	193	31.7%	45	7.4%	73	12.0%	18	3.0%	141	23.2%	89	14.6%	
H15年度	556	186	33.5%	214	38.5%	176	31.7%	48	8.6%	92	16.5%	252	45.3%	98	17.6%	302	54.3%	189	34.0%	39	7.0%	61	11.0%	17	3.1%	140	25.2%	94	16.9%	

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害 (は詳細検査)											
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧			拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
H18年度	1,448	351	24.2%	311	21.5%	183	12.6%	24	1.7%	185	12.8%	831	57.4%	21	1.5%	661	45.6%	322	22.2%	141	9.7%	76	5.2%	50	3.5%	270	18.6%	69	4.8%	
H17年度	1,590	386	24.3%	403	25.3%	211	13.3%	32	2.0%	221	13.9%	759	47.7%	25	1.6%	794	49.9%	394	24.8%	100	6.3%	99	6.2%	58	3.6%	292	18.4%	179	11.3%	
H16年度	1,601	374	23.4%	343	21.4%	204	12.7%	27	1.7%	205	12.8%	644	40.2%	27	1.7%	817	51.0%	375	23.4%	111	6.9%	110	6.9%	93	5.8%	267	16.7%	175	10.9%	
H15年度	1,695	387	22.8%	386	22.8%	222	13.1%	30	1.8%	206	12.2%	786	46.4%	29	1.7%	925	54.6%	400	23.6%	151	8.9%	89	5.3%	116	6.8%	328	19.4%	248	14.6%	

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害 (は詳細検査)											
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧			拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
H18年度	2,053	562	27.4%	564	27.5%	356	17.3%	82	4.0%	305	14.9%	1,150	56.0%	143	7.0%	968	47.2%	523	25.5%	188	9.2%	144	7.0%	62	3.0%	429	20.9%	103	5.0%	
H17年度	2,212	605	27.4%	657	29.7%	411	18.6%	89	4.0%	363	16.4%	1,032	46.7%	159	7.2%	1,118	50.5%	606	27.4%	129	5.8%	186	8.4%	74	3.3%	449	20.3%	258	11.7%	
H16年度	2,209	563	25.5%	569	25.8%	394	17.8%	85	3.8%	326	14.8%	894	40.5%	121	5.5%	1,156	52.3%	568	25.7%	156	7.1%	183	8.3%	111	5.0%	408	18.5%	264	12.0%	
H15年度	2,251	573	25.5%	600	26.7%	398	17.7%	78	3.5%	298	13.2%	1,038	46.1%	127	5.6%	1,227	54.5%	589	26.2%	190	8.4%	150	6.7%	133	5.9%	468	20.8%	342	15.2%	

\*腹囲データがないため、BMI 25以上で集計

有所見者状況(男女別・年代別)

60歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (は詳細検査)									
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	2,629	751	28.6%	903	34.3%	551	21.0%	221	8.4%	604	23.0%	1,564	59.5%	420	16.0%	1,641	62.4%	791	30.1%	234	8.9%	330	12.6%	116	4.4%	820	31.2%	135	5.1%
H17年度	2,591	790	30.5%	941	36.3%	597	23.0%	223	8.6%	609	23.5%	1,323	51.1%	452	17.4%	1,659	64.0%	775	29.9%	149	5.8%	334	12.9%	111	4.3%	821	31.7%	368	14.2%
H16年度	2,489	770	30.9%	864	34.7%	598	24.0%	236	9.5%	552	22.2%	1,194	48.0%	416	16.7%	1,642	66.0%	811	32.6%	134	5.4%	315	12.7%	134	5.4%	799	32.1%	342	13.7%
H15年度	2,217	682	30.8%	765	34.5%	526	23.7%	195	8.8%	413	18.6%	1,173	52.9%	387	17.5%	1,492	67.3%	745	33.6%	157	7.1%	256	11.5%	135	6.1%	754	34.0%	399	18.0%

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (は詳細検査)									
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	4,006	929	23.2%	1,004	25.1%	482	12.0%	86	2.1%	674	16.8%	2,575	64.3%	88	2.2%	2,240	55.9%	862	21.5%	438	10.9%	256	6.4%	205	5.1%	971	24.2%	205	5.1%
H17年度	3,875	941	24.3%	991	25.6%	524	13.5%	92	2.4%	681	17.6%	2,120	54.7%	81	2.1%	2,277	58.8%	803	20.7%	244	6.3%	265	6.8%	205	5.3%	952	24.6%	550	14.2%
H16年度	3,747	962	25.7%	968	25.8%	531	14.2%	95	2.5%	614	16.4%	1,944	51.9%	87	2.3%	2,292	61.2%	847	22.6%	289	7.7%	278	7.4%	297	7.9%	904	24.1%	545	14.5%
H15年度	3,614	897	24.8%	893	24.7%	549	15.2%	84	2.3%	487	13.5%	1,966	54.4%	76	2.1%	2,259	62.5%	816	22.6%	350	9.7%	228	6.3%	270	7.5%	946	26.2%	647	17.9%

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (は詳細検査)									
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	6,635	1,680	25.3%	1,907	28.7%	1,033	15.6%	307	4.6%	1,278	19.3%	4,139	62.4%	508	7.7%	3,881	58.5%	1,653	24.9%	672	10.1%	586	8.8%	321	4.8%	1,791	27.0%	340	5.1%
H17年度	6,466	1,731	26.8%	1,932	29.9%	1,121	17.3%	315	4.9%	1,290	20.0%	3,443	53.2%	533	8.2%	3,936	60.9%	1,578	24.4%	393	6.1%	599	9.3%	316	4.9%	1,773	27.4%	918	14.2%
H16年度	6,236	1,732	27.8%	1,832	29.4%	1,129	18.1%	331	5.3%	1,166	18.7%	3,138	50.3%	503	8.1%	3,934	63.1%	1,658	26.6%	423	6.8%	593	9.5%	431	6.9%	1,703	27.3%	887	14.2%
H15年度	5,831	1,579	27.1%	1,658	28.4%	1,075	18.4%	279	4.8%	900	15.4%	3,139	53.8%	463	7.9%	3,751	64.3%	1,561	26.8%	507	8.7%	484	8.3%	405	6.9%	1,700	29.2%	1,046	17.9%

\*腹囲データがないため、BMI 25以上で集計

有所見者状況(男女別・年代別)

70歳代(70-74歳)

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (は詳細検査)									
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	1,512	462	30.6%	482	31.9%	295	19.5%	135	8.9%	393	26.0%	947	62.6%	252	16.7%	961	63.6%	335	22.2%	104	6.9%	201	13.3%	100	6.6%	593	39.2%	105	6.9%
H17年度	1,370	393	28.7%	437	31.9%	262	19.1%	160	11.7%	349	25.5%	759	55.4%	215	15.7%	912	66.6%	327	23.9%	63	4.6%	175	12.8%	81	5.9%	559	40.8%	228	16.6%
H16年度	1,235	365	29.6%	377	30.5%	214	17.3%	138	11.2%	294	23.8%	648	52.5%	216	17.5%	845	68.4%	328	26.6%	72	5.8%	188	15.2%	109	8.8%	497	40.2%	178	14.4%
H15年度	1,069	302	28.3%	338	31.6%	186	17.4%	118	11.0%	198	18.5%	581	54.3%	177	16.6%	758	70.9%	254	23.8%	80	7.5%	139	13.0%	104	9.7%	448	41.9%	218	20.4%

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (は詳細検査)									
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
H18年度	1,862	516	27.7%	456	24.5%	192	10.3%	51	2.7%	340	18.3%	1,243	66.8%	62	3.3%	1,197	64.3%	325	17.5%	192	10.3%	191	10.3%	155	8.3%	559	30.0%	124	6.7%
H17年度	1,761	485	27.5%	499	28.3%	210	11.9%	62	3.5%	318	18.1%	1,013	57.5%	67	3.8%	1,189	67.5%	330	18.7%	121	6.9%	169	9.6%	149	8.5%	527	29.9%	292	16.6%
H16年度	1,603	449	28.0%	415	25.9%	171	10.7%	53	3.3%	285	17.8%	853	53.2%	44	2.7%	1,088	67.9%	310	19.3%	137	8.5%	150	9.4%	167	10.4%	469	29.3%	246	15.3%
H15年度	1,433	398	27.8%	346	24.1%	142	9.9%	44	3.1%	245	17.1%	814	56.8%	39	2.7%	999	69.7%	273	19.1%	132	9.2%	122	8.5%	162	11.3%	454	31.7%	285	19.9%

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (は詳細検査)									
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
H18年度	3,374	978	29.0%	938	27.8%	487	14.4%	186	5.5%	733	21.7%	2,190	64.9%	314	9.3%	2,158	64.0%	660	19.6%	296	8.8%	392	11.6%	255	7.6%	1,152	34.1%	229	6.8%
H17年度	3,131	878	28.0%	936	29.9%	472	15.1%	222	7.1%	667	21.3%	1,772	56.6%	282	9.0%	2,101	67.1%	657	21.0%	184	5.9%	344	11.0%	230	7.3%	1,086	34.7%	520	16.6%
H16年度	2,838	814	28.7%	792	27.9%	385	13.6%	191	6.7%	579	20.4%	1,501	52.9%	260	9.2%	1,933	68.1%	638	22.5%	209	7.4%	338	11.9%	276	9.7%	966	34.0%	424	14.9%
H15年度	2,502	700	28.0%	684	27.3%	328	13.1%	162	6.5%	443	17.7%	1,395	55.8%	216	8.6%	1,757	70.2%	527	21.1%	212	8.5%	261	10.4%	266	10.6%	902	36.1%	503	20.1%

\*腹囲データがないため、BMI 25以上で集計

有所見者状況(男女別・年代別)

(再)65-74歳

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (は詳細検査)									
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	3,157	964	30.5%	1,032	32.7%	656	20.8%	279	8.8%	772	24.5%	1,932	61.2%	518	16.4%	2,014	63.8%	821	26.0%	241	7.6%	404	12.8%	178	5.6%	1,129	35.8%	186	5.9%
H17年度	2,863	859	30.0%	990	34.6%	588	20.5%	297	10.4%	688	24.0%	1,546	54.0%	468	16.3%	1,886	65.9%	723	25.3%	147	5.1%	373	13.0%	152	5.3%	1,054	36.8%	447	15.6%
H16年度	2,602	784	30.1%	849	32.6%	540	20.8%	277	10.6%	575	22.1%	1,341	51.5%	455	17.5%	1,770	68.0%	761	29.2%	141	5.4%	361	13.9%	181	7.0%	959	36.9%	375	14.4%
H15年度	2,269	678	29.9%	740	32.6%	466	20.5%	229	10.1%	427	18.8%	1,262	55.6%	392	17.3%	1,598	70.4%	638	28.1%	167	7.4%	273	12.0%	180	7.9%	882	38.9%	435	19.2%

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (は詳細検査)									
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	4,026	1,021	25.4%	1,017	25.3%	447	11.1%	98	2.4%	705	17.5%	2,633	65.4%	121	3.0%	2,448	60.8%	753	18.7%	429	10.7%	341	8.5%	265	6.6%	1,133	28.1%	237	5.9%
H17年度	3,753	996	26.5%	1,021	27.2%	463	12.3%	110	2.9%	690	18.4%	2,111	56.2%	116	3.1%	2,411	64.2%	726	19.3%	244	6.5%	319	8.5%	264	7.0%	1,055	28.1%	594	15.8%
H16年度	3,427	928	27.1%	898	26.2%	396	11.6%	103	3.0%	596	17.4%	1,813	52.9%	97	2.8%	2,248	65.6%	711	20.7%	287	8.4%	294	8.6%	321	9.4%	941	27.5%	519	15.1%
H15年度	3,169	839	26.5%	788	24.9%	388	12.2%	88	2.8%	497	15.7%	1,783	56.3%	84	2.7%	2,150	67.8%	645	20.4%	304	9.6%	246	7.8%	298	9.4%	936	29.5%	606	19.1%

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (は詳細検査)									
		BMI*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図		眼底検査	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H18年度	7,183	1,985	27.6%	2,049	28.5%	1,103	15.4%	377	5.2%	1,477	20.6%	4,565	63.6%	639	8.9%	4,462	62.1%	1,574	21.9%	670	9.3%	745	10.4%	443	6.2%	2,262	31.5%	423	5.9%
H17年度	6,616	1,855	28.0%	2,011	30.4%	1,051	15.9%	407	6.2%	1,378	20.8%	3,657	55.3%	584	8.8%	4,297	64.9%	1,449	21.9%	391	5.9%	692	10.5%	416	6.3%	2,109	31.9%	1,041	15.7%
H16年度	6,029	1,712	28.4%	1,747	29.0%	936	15.5%	380	6.3%	1,171	19.4%	3,154	52.3%	552	9.2%	4,018	66.6%	1,472	24.4%	428	7.1%	655	10.9%	502	8.3%	1,900	31.5%	894	14.8%
H15年度	5,438	1,517	27.9%	1,528	28.1%	854	15.7%	317	5.8%	924	17.0%	3,045	56.0%	476	8.8%	3,748	68.9%	1,283	23.6%	471	8.7%	519	9.5%	478	8.8%	1,818	33.4%	1,041	19.1%

\*腹囲データがないため、BMI 25以上で集計

メタボリックシンドローム該当者・予備群(40-74歳)

男性		総数			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			(再)65-74歳		
		人数	割合	割合	人数	割合	割合	人数	割合	割合	人数	割合	割合	人数	割合	割合	人数	割合	割合
被保険者数(40-74歳)		20,317			3,371			4,511			8,874			3,561			8,518		
健診受診者数(受診率%)		5,030	24.8%		284	8.4%		605	13.4%		2,629	29.6%		1,512	42.5%		3,157	37.1%	
BMI 25以上の者		1,531	30.4%		107	37.7%		211	34.9%		751	28.6%		462	30.6%		964	30.5%	
(再) 有所見 の重複 状況	BMIのみ	高血糖	高血圧	脂質異常															
		148	2.9%	9.7%	16	5.6%	15.0%	20	3.3%	9.5%	80	3.0%	10.7%	32	2.1%	6.9%	88	2.8%	9.1%
	予備群	65	1.3%	4.2%	2	0.7%	1.9%	10	1.7%	4.7%	26	1.0%	3.5%	27	1.8%	5.8%	39	1.2%	4.0%
		367	7.3%	24.0%	16	5.6%	15.0%	42	6.9%	19.9%	185	7.0%	24.6%	124	8.2%	26.8%	246	7.8%	25.5%
	該当者	141	2.8%	9.2%	24	8.5%	22.4%	24	4.0%	11.4%	65	2.5%	8.7%	28	1.9%	6.1%	68	2.2%	7.1%
		140	2.8%	9.1%	1	0.4%	0.9%	17	2.8%	8.1%	69	2.6%	9.2%	53	3.5%	11.5%	103	3.3%	10.7%
		73	1.5%	4.8%	4	1.4%	3.7%	11	1.8%	5.2%	37	1.4%	4.9%	21	1.4%	4.5%	44	1.4%	4.6%
		352	7.0%	23.0%	34	12.0%	31.8%	52	8.6%	24.6%	172	6.5%	22.9%	94	6.2%	20.3%	204	6.5%	21.2%
メタボ予備群		573	11.4%	37.4%	42	14.8%	39.3%	76	12.6%	36.0%	276	10.5%	36.8%	179	11.8%	38.7%	353	11.2%	36.6%
メタボ該当者		810	16.1%	52.9%	49	17.3%	45.8%	115	19.0%	54.5%	395	15.0%	52.6%	251	16.6%	54.3%	523	16.6%	54.3%

女性		総数			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			(再)65-74歳		
		人数	割合	割合	人数	割合	割合	人数	割合	割合	人数	割合	割合	人数	割合	割合	人数	割合	割合
被保険者数(40-74歳)		21,021			2,807			5,275			9,273			3,666			8,313		
健診受診者数(受診率%)		7,710	36.7%		394	14.0%		1,448	27.5%		4,006	43.2%		1,862	50.8%		4,026	48.4%	
BMI 25以上の者		1,875	24.3%		79	20.1%		351	24.2%		929	23.2%		516	27.7%		1,021	25.4%	
(再) 有所見 の重複 状況	BMIのみ	高血糖	高血圧	脂質異常															
		286	3.7%	15.3%	19	4.8%	24.1%	66	4.6%	18.8%	147	3.7%	15.8%	54	2.9%	10.5%	135	3.4%	13.2%
	予備群	88	1.1%	4.7%	3	0.8%	3.8%	19	1.3%	5.4%	45	1.1%	4.8%	21	1.1%	4.1%	44	1.1%	4.3%
		597	7.7%	31.8%	24	6.1%	30.4%	97	6.7%	27.6%	290	7.2%	31.2%	186	10.0%	36.0%	342	8.5%	33.5%
	該当者	97	1.3%	5.2%	6	1.5%	7.6%	21	1.5%	6.0%	49	1.2%	5.3%	21	1.1%	4.1%	46	1.1%	4.5%
		256	3.3%	13.7%	6	1.5%	7.6%	47	3.2%	13.4%	126	3.1%	13.6%	77	4.1%	14.9%	147	3.7%	14.4%
		65	0.8%	3.5%	6	1.5%	7.6%	10	0.7%	2.8%	32	0.8%	3.4%	17	0.9%	3.3%	29	0.7%	2.8%
		284	3.7%	15.1%	11	2.8%	13.9%	51	3.5%	14.5%	142	3.5%	15.3%	80	4.3%	15.5%	160	4.0%	15.7%
メタボ予備群		782	10.1%	41.7%	33	8.4%	41.8%	137	9.5%	39.0%	384	9.6%	41.3%	228	12.2%	44.2%	432	10.7%	42.3%
メタボ該当者		807	10.5%	43.0%	27	6.9%	34.2%	148	10.2%	42.2%	398	9.9%	42.8%	234	12.6%	45.3%	454	11.3%	44.5%

注)割合 の分母は健診受診者、割合 の分母はBMI 25以上の者

腹囲データがないため、BMIで代用

---

---

## 厚木市特定健康診査等実施計画

発行年月 平成 20 年 3 月

発行・編集 厚木市 市民健康部 国保年金課

〒243-8511

神奈川県厚木市中町 3-17-17

Tel 046-225-2120

Fax 046-225-4645

---

---