

## 各制度の健康診査の受診者数等

参考資料5

	受診者数		対象者数	受診率
基本健康診査(老人保健事業) (平成15年度 地域保健・老人保健事業報告)	12,941,480人		28,866,060人	44.8%
がん検診 (老人保健事業) (平成15年度 地域保健・老人保健事業報告)	胃がん	4,508,041人	33,820,361人	13.3%
	肺がん	7,841,092人(※1)	33,020,676人	23.7%
	大腸がん	6,403,659人	35,475,105人	18.1%
	子宮がん	4,087,444人(※2)	26,723,632人	15.3%
	乳がん	3,488,074人(※3)	26,956,184人	12.9%
一般健康診断 (労働安全衛生対策)	<平成15年度> 11,794,484人(※4)		-	-
一般健康診査(※5) (組合管掌健康保険) (平成14年度 健康保険組合の保健福祉事業について)	被保険者	-	-	76.3%
	被扶養者	-	-	8.6%
一般健診 (政府管掌健康保険) (平成15年度実績)	被保険者	3,060,185人	12,166,000人(※6)	25.2%
	被扶養配偶者	76,972人	3,449,000人(※7)	2.2%
基本健康診査、人間ドック (国民健康保険) (平成15年度実績)	基本健康診査	731,131人	-	-
	人間ドック	785,870人	-	-
1歳6か月児健康診査(母子保健) (平成15年度 地域保健・老人保健事業報告)	1,088,110人		1,183,421人	91.9%
3歳児健康診査(母子保健) (平成15年度 地域保健・老人保健事業報告)	1,066,639人		1,205,240人	88.5%
就学時の健康診断(学校保健)	-		-	-
児童、生徒、学生及び乳児の健康診断(学校保健)	-		-	-
職員の健康診断(学校保健)	-		-	-

※1 肺がん検診受診者数は、胸部エックス線検査または喀痰細胞診による検診受診人数である。

※2 子宮がん検診受診者数は、頸部及び体部の検診受診人数である。

※3 乳がん検診受診者数は、視触診方式またはマンモグラフィ併用方式を合わせた検診受診人数である。

※4 労働安全衛生規則第52条に基づく常時50人以上の労働者を使用する事業者による定期健康診断結果報告による人数である。

※5 対象者数、受診者数ともに回答のあった組合(被保険者については291組合、被扶養者については82組合)を対象に算出した平均受診率である。

※6 対象者数は、平成15年3月末の被保険者総数に健康保険被保険者実態調査報告(平成14年10月)による35歳以上の被保険者の割合を基に推計した人数である。

※7 対象者数は、平成15年3月末の被扶養者総数に健康保険被保険者実態調査報告(平成14年10月)による被扶養者の続柄別年齢構成(40歳以上)を基に推計した人数である。

## 健診その他の保健事業に要する費用

参考資料6

老人保健法の規定により市町村が行う保健事業 ・基本健康診査 ・肝炎ウイルス検診 等 ・がん検診	国、都道府県、市町村が1/3ずつ費用負担(自己負担は3割程度)	約 882億円
	地方交付税措置	1標準自治体あたり0.7億円
労働安全衛生法の規定により事業主が行う健診等	事業主負担	—
国民健康保険法の規定により各保険者が行う健診等	主に保険料により費用を負担(自己負担については保険者の任意)	市町村 約 419億円 (0.41%) 国保組合 約 143億円 (1.70%)
政府管掌健康保険の生活習慣病予防健診等	主に保険料により費用を負担(自己負担についての国の基準あり)	約 578億円 (0.84%)
健康保険法の規定により健康保険組合が行う健診等	主に保険料により費用を負担(自己負担については保険者の任意)	約2,030億円 (3.30%)

(注)1. 費用は平成15年度の金額(予算上の数字)。

2. 括弧内は各保険者における支出総額に占める割合(政府管掌健康保険については、予算上(介護納付金、予備費を除く)の数字)。

3. がん検診の費用の標準自治体とは65歳以上人口21,000人とされている。

4. 労働安全衛生法の規定により事業主が行う健診等に要する費用については把握していない。

## 「健康日本21」地方計画の策定状況について

(都道府県)

全ての都道府県において計画策定済 (平成14年3月末)

(市町村、特別区)

	総数	計画策定済	平成17年度中 策定予定	平成18年度中 策定予定	平成19年度以 降 策定予定
保健所 政令市	57	57	—	—	—
東京都 特別区	23	23	—	—	—
その他 市町村	2,355	1,086	230	181	858
合 計	2,435	1,166	230	181	858

(平成17年7月1日現在)

市町村健康増進計画策定状況(平成17年7月1日現在)

都道府県名	市町村数	策定済	策定率	H17年度中	H18年度中	H19年度以降
北海道	207	66	31.9%	21	4	116
青森	47	35	74.5%	0	3	9
岩手	56	52	92.9%	2	0	2
宮城	45	35	77.8%	3	3	4
秋田	41	21	51.2%	6	2	12
山形	43	35	81.4%	3	0	5
福島	83	31	37.3%	9	6	37
茨城	62	12	19.4%	3	14	33
栃木	45	12	26.7%	7	6	20
群馬	56	38	67.9%	5	3	10
埼玉	87	34	39.1%	6	2	45
千葉	75	21	28.0%	3	4	47
東京	85	59	69.4%	6	4	16
神奈川	41	23	56.1%	4	1	13
新潟	46	24	52.2%	6	2	14
富山	22	10	45.5%	2	2	8
石川	23	9	39.1%	2	3	9
福井	28	16	57.1%	2	6	4
山梨	38	22	57.9%	7	1	8
長野	103	47	45.6%	24	12	20
岐阜	47	20	42.6%	7	6	14
静岡	47	33	70.2%	3	9	2
愛知	78	70	89.7%	3	2	3
三重	47	13	27.7%	0	1	33
滋賀	33	12	36.4%	3	3	15
京都	39	11	28.2%	1	6	21
大阪	47	36	76.6%	4	0	7
兵庫	64	44	68.8%	9	2	9
奈良	45	35	77.8%	4	2	4
和歌山	47	33	70.2%	3	2	9
鳥取	20	7	35.0%	4	1	8
島根	29	12	41.4%	3	4	10
岡山	34	24	70.6%	4	0	6
広島	28	9	32.1%	6	2	11
山口	33	18	54.5%	4	3	8
徳島	35	6	17.1%	4	6	19
香川	35	13	37.1%	3	1	18
愛媛	23	8	34.8%	4	5	6
高知	47	4	8.5%	1	2	40
福岡	88	30	34.1%	3	6	49
佐賀	35	12	34.3%	4	3	16
長崎	47	14	29.8%	3	18	12
熊本	68	23	33.8%	6	8	31
大分	25	14	56.0%	1	1	9
宮崎	45	23	51.1%	4	4	14
鹿児島	72	17	23.6%	8	2	45
沖縄	44	23	52.3%	10	4	7
計	2,435	1,166	47.9%	230	181	858

## 生活習慣病の現状

生活習慣の変化や高齢者の増加等によって・・・

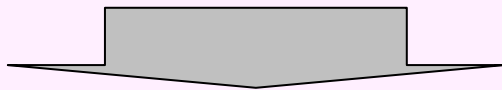
→ **生活習慣病の有病者・予備群が増加**

例えば糖尿病は、5年間で有病者・予備群を合わせて1.2倍の増加

生活習慣病の現状（粗い推計）

- ・糖尿病：有病者 740万人／予備群 880万人
- ・高血圧症：有病者 3100万人／予備群 2000万人
- ・高脂血症：有病者 3000万人
- ・脳卒中：死亡者数 13万人／年
- ・心筋梗塞：死亡者数 5万人／年

- ・がん：がん死亡者数 31万人／年  
(例：胃5万人、大腸4万人、肺6万人)

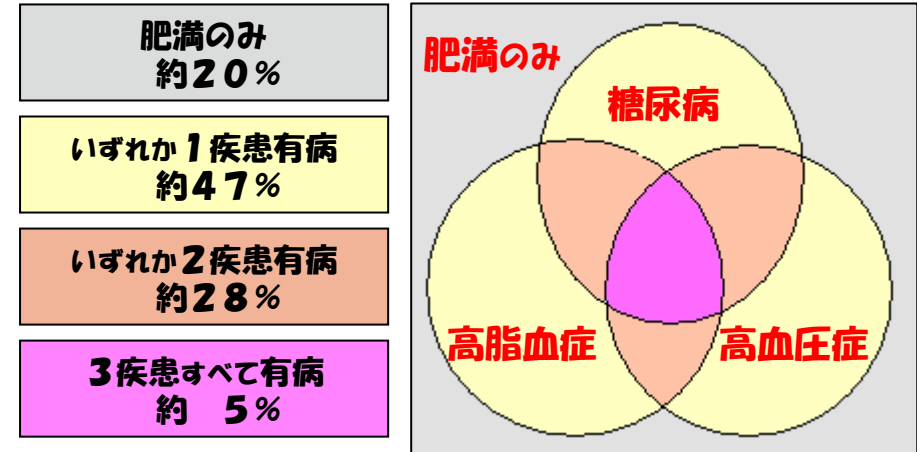


## 総合的な生活習慣病対策の実施が急務

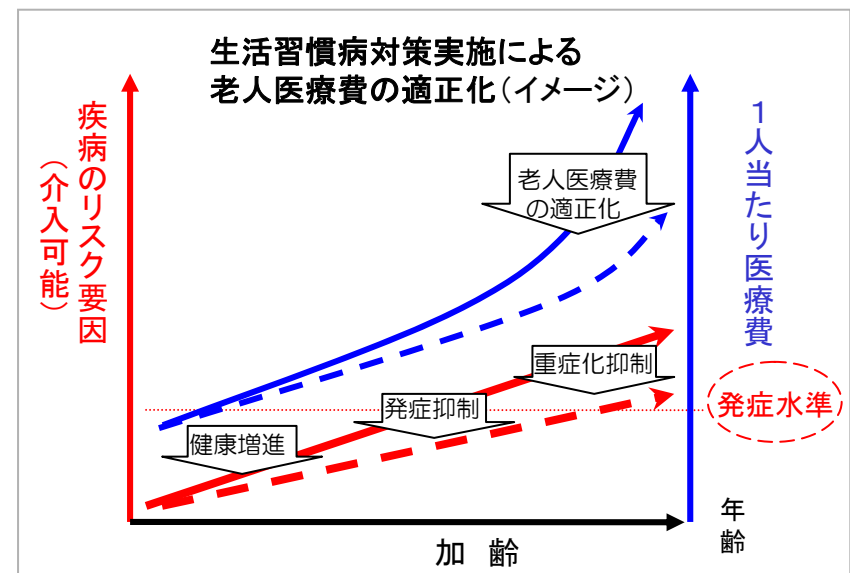
→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

## 肥満者の生活習慣病の重複の状況(粗い推計)

肥満に加え、糖尿病、高血圧症、高脂血症が・・・



(H14糖尿病実態調査を再集計)



# 生活習慣病とは

→ 不適切な食生活、運動不足、喫煙などで起こる病気

## ○ メタボリックシンドロームとしての肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症及びこれらの予備群

自覚症状に乏しく日常生活に大きな支障はないが、健診で発見された後は、基本となる生活習慣の改善がなされないと...

## ○ 脳卒中や虚血性心疾患（心筋梗塞等）

その他重症の合併症（糖尿病の場合：人工透析、失明など）に進展する可能性が非常に高い。



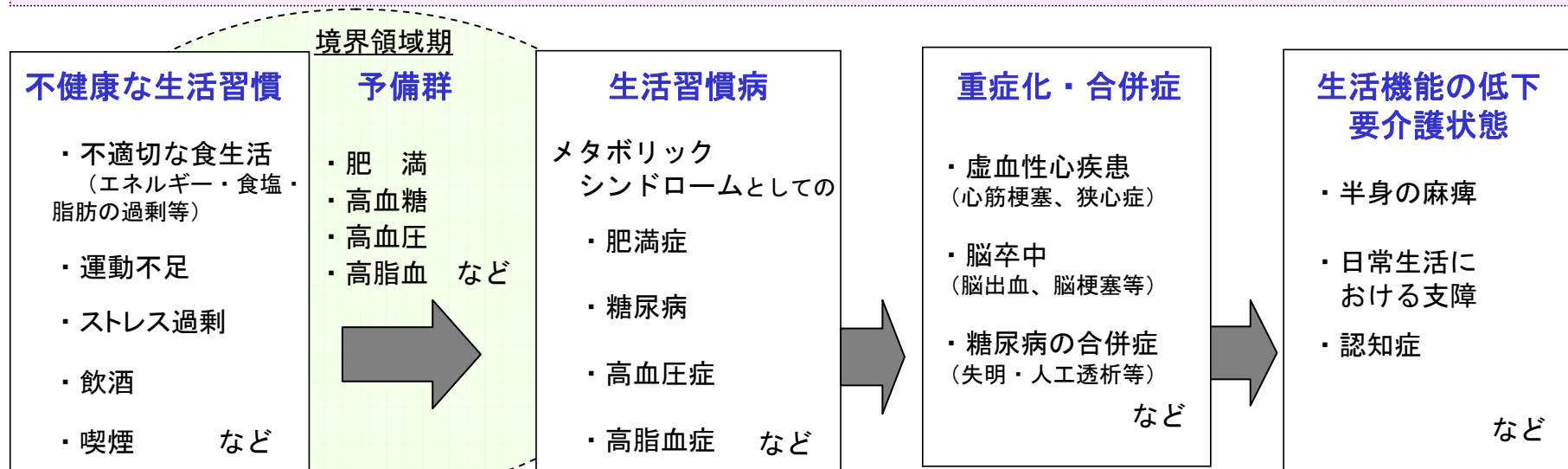
\* 喫煙により... ・動脈硬化の促進→脳卒中や虚血性心疾患の **発症リスク増大**

・がん（肺がん・喉頭がん等）の **発症リスク増大**

## ○ がん

がん検診や自覚症状に基づいて発見された後は、生活習慣の改善ではなく、手術や化学療法などの治療が優先される。

→ がん検診の普及方策やがん医療水準の均てん化等、「早期発見」、「治療」といったがん対策全般についての取組みが別途必要。



\* 一部の病気は、遺伝、感染症等により発症することがある。

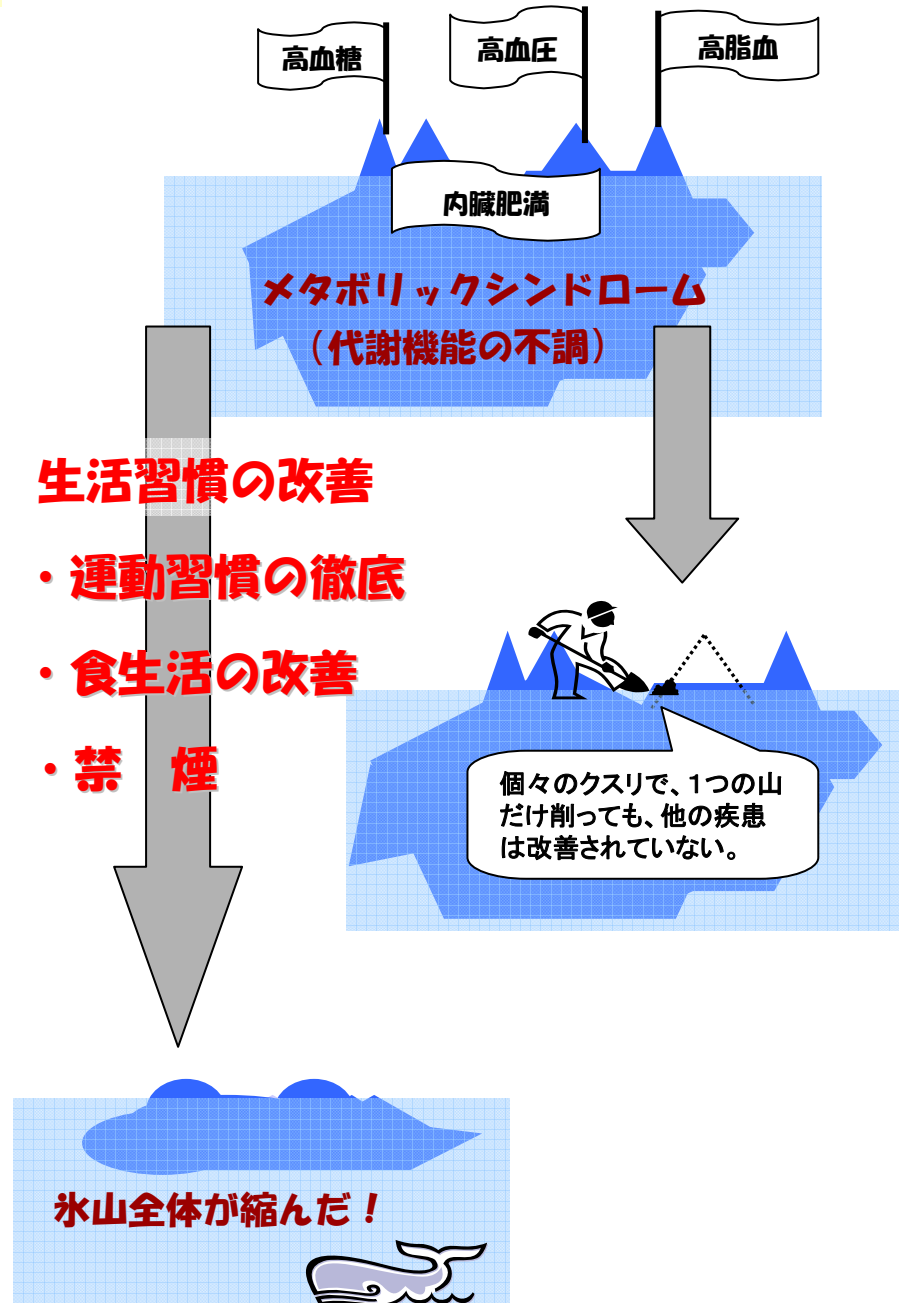
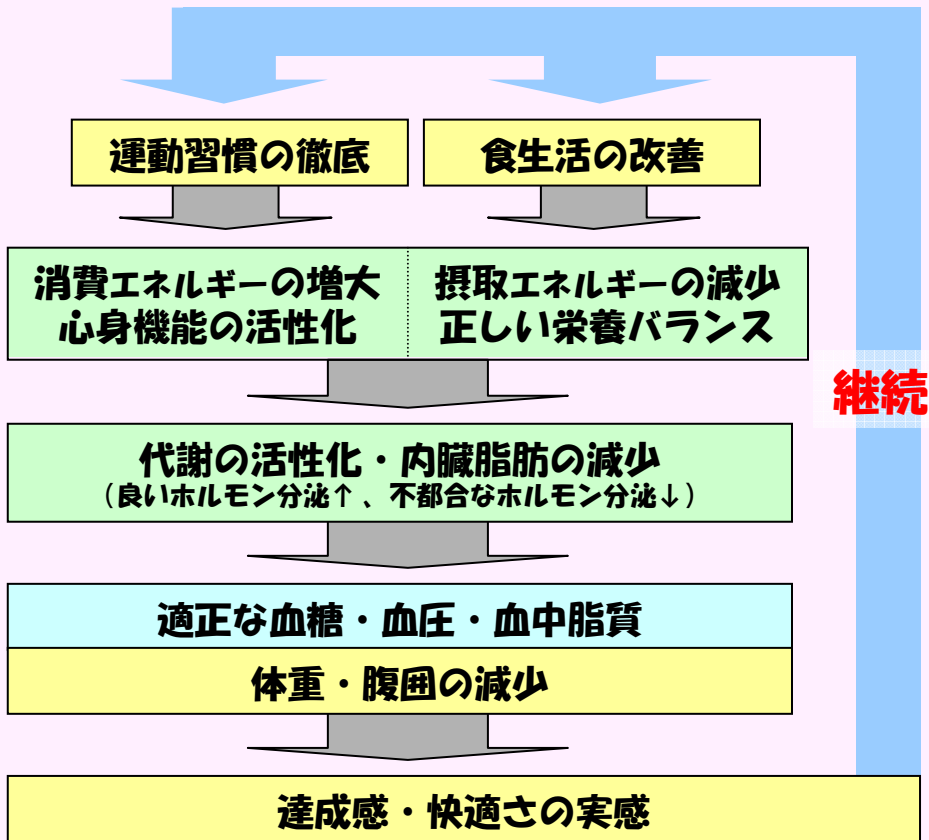
○ 「不健康な生活習慣」の継続により、「予備群(境界領域期)」→「生活習慣病(メタボリックシンドローム)」→「重症化・合併症」→「生活機能の低下・要介護状態」へと段階的に進行していく。

○ どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができる。

○ とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質(QOL)を維持する上で重要である。

# 生活習慣病の発症・重症化予防

- 高血糖、高血圧、高脂血、内臓肥満などは別々に進行するのではなく、「ひとつの氷山（メタボリックシンドローム）から水面上に出たいくつかの山」のような状態
- 投薬（例えば血糖を下げるクスリ）だけでは水面上に出た「氷山のひとつの山を削る」だけ
- 根本的には運動習慣の徹底と食生活の改善などの生活習慣の改善により「氷山全体を縮小する」ことが必要



# 生活習慣の改善の目標

発症・重症化予防の基本は、個人の生活習慣を改善すること  
**： 1に運動 2に食事 しっかり禁煙 5にクスリ**

○ 「運動習慣の徹底」と「食生活の改善」は、  
 どれくらいやればいいのか？

<健康日本21の目標(例)>

## 体重

・適正体重の維持

BMI < 25 (BMI = 体重(kg) / [身長(m)]<sup>2</sup>)

## 運動習慣の徹底

・日常生活における歩数

男性 9,200歩以上/日

女性 8,300歩以上/日

(約1,000歩の増加)

・運動の習慣化

1回30分以上の運動を、

週2回以上

## 食生活の改善・食育の推進

・脂肪によるエネルギー摂取

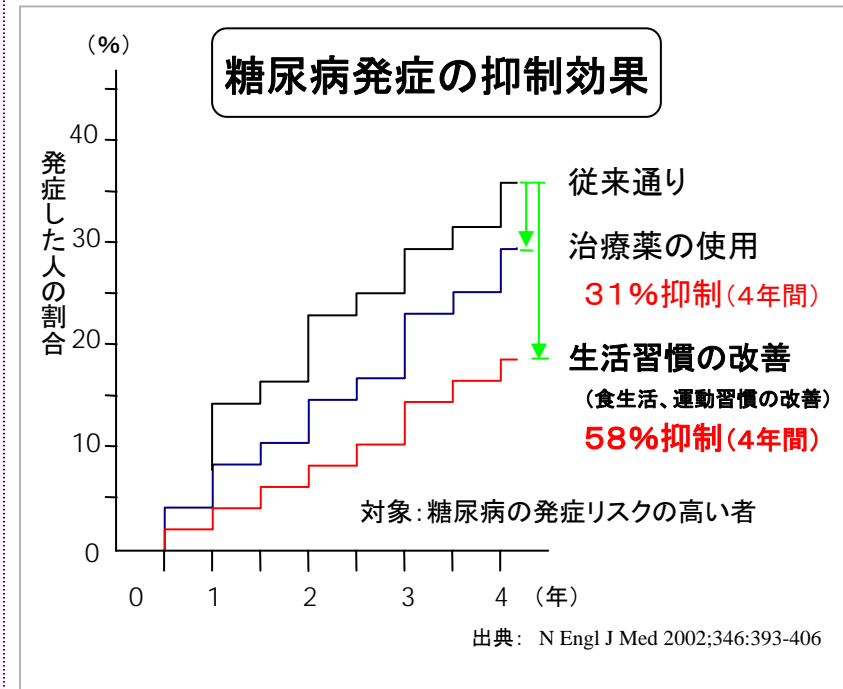
25%以下(20-40歳代)

・食塩摂取量の減少

10g未満/日

・野菜の摂取量の増加

350g以上/日



## その支援のために・・・

○ 国民全体の意識の向上、雰囲気づくり

継続的な生活習慣の改善が必要。

→ ① 正しい知識の普及啓発

② 健康づくりの環境整備  
 を徹底して行うことが重要。

⇒ **健康づくりの国民運動化**

○ 有病者・予備群への直接的・積極的な支援

生活習慣病は自覚症状が乏しいことが多い。

→ ① 健康度をチェックする健康診査

② 有病者・予備群に対する個別保健指導  
 を徹底することが重要。

⇒ **網羅的、体系的な保健サービスの推進**



# 健康づくりの国民運動化

## ポピュレーション・アプローチ（社会全体への啓発）

- 生活習慣病の特性、予防・治療等に関する正しい知識を共有する
- 生活習慣を改善したいと思った者が容易に取り組むことができるよう、環境を整備する

生活習慣の  
改善

「良い生活習慣は、  
気持ちがいい！」

・達成感  
・快適さの実感

継続

『キャンペーン』等を通して国民全体のコンセンサスを形成

普段、健康に関心のある人にもない人にも

**1に運動 2に食事 しっかり禁煙 5にクスリ!**  
「なぜ？」「どうやって？」を平易な言葉で

各種のシンポジウムやメディアなどあらゆる媒体で

全ての国民に、わかりやすく、正しい情報が、繰り返し提供される

**国民（関心の低い人を含む）**

身近で、無理なく、継続して取り組めるサービスが提供される

家庭でも、職場でも  
日本全国どこでも

朝でも、昼間でも、夜でも  
平日でも、休日でも

楽しく、簡単に、  
手頃な

民間の活力も活用した『人材』『場所』『サービス』などの環境の整備

- 国：  
普及啓発手法、戦略等の提示
- 都道府県：  
健康増進計画の策定
- 市町村：  
住民に対する普及啓発の中心
- 関係機関：  
(医療保険者、医療機関、教育機関、  
マスメディア、企業等)
- 市町村等と連携した取組み  
の展開

# 網羅的、体系的な保健サービスの推進

## ハイリスク・アプローチ（有病者・予備群への個別対応）

### 【国民は・・・】

- ・健康度のチェックのために健康診査を受診
- ・有病者・予備群は、保健指導（生活習慣の改善を促す支援）を必ず受ける

### 【健康増進事業実施者（医療保険者、市町村、事業主）は・・・】

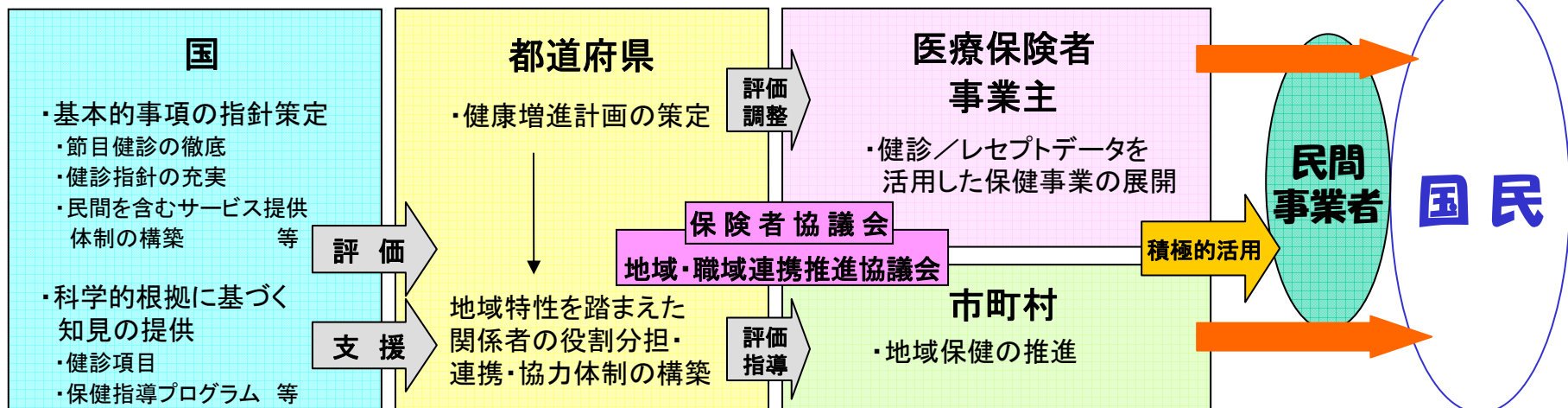
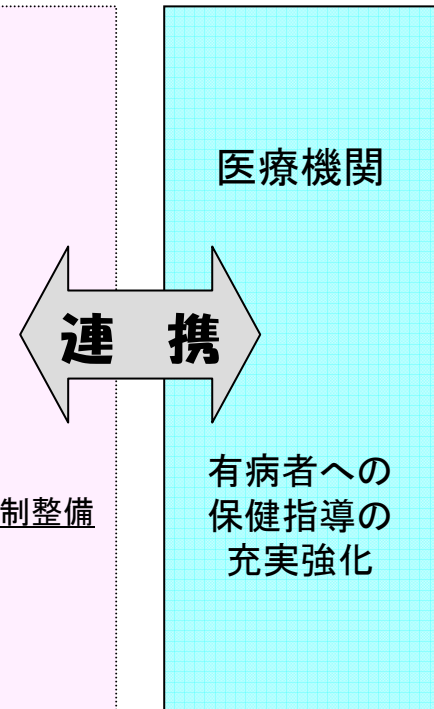
- ・適切な健診機会の提供
- ・健診をきっかけとした適切な保健指導を提供

### 【都道府県は・・・】

- ・住民の健康度把握のためのデータの収集・分析・評価
- ・健康増進計画の策定を通じた医療保険者や市町村等の役割分担と連携促進のための体制整備

### 【国は・・・】

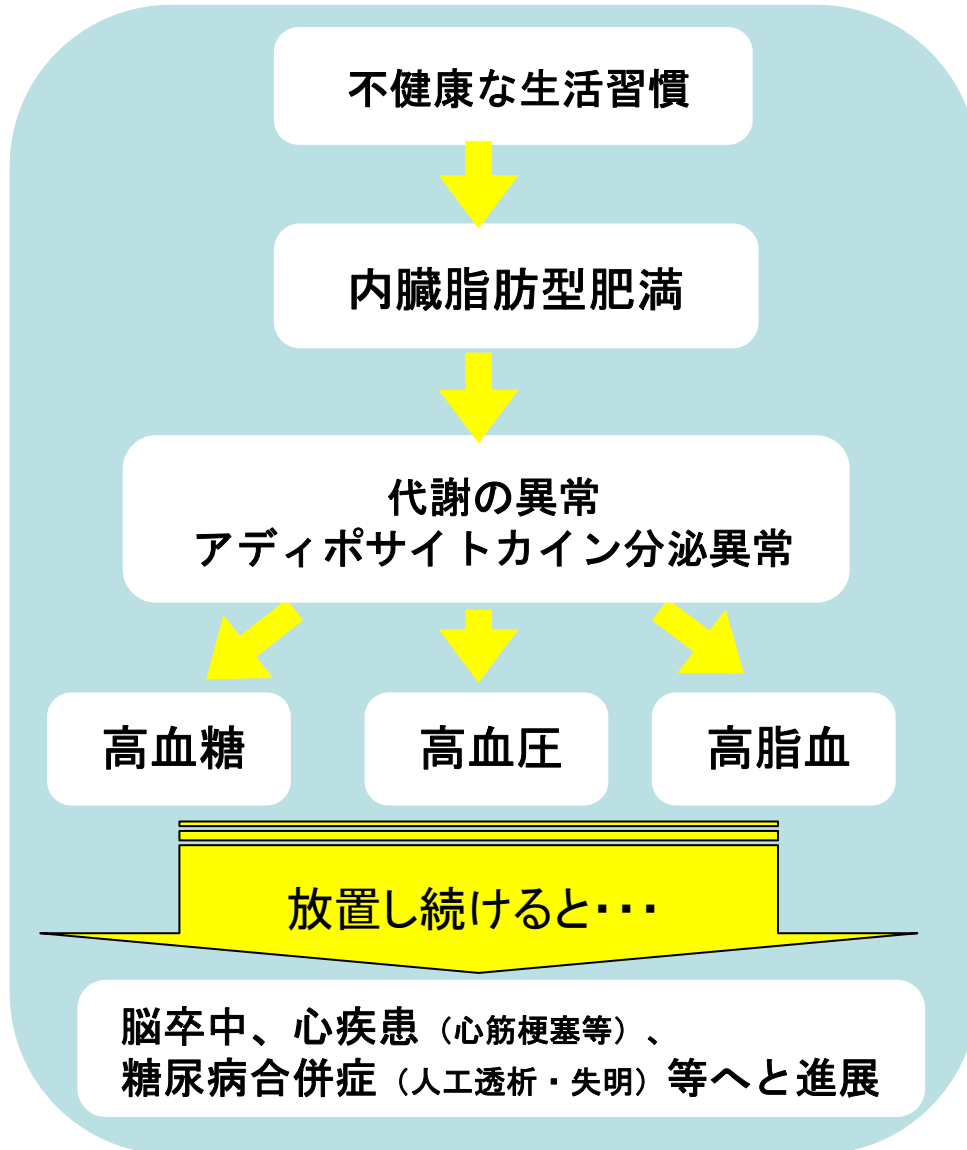
- ・関係者が最大限活躍できる仕組みづくり
- ・科学的根拠に基づいたプログラムの提供



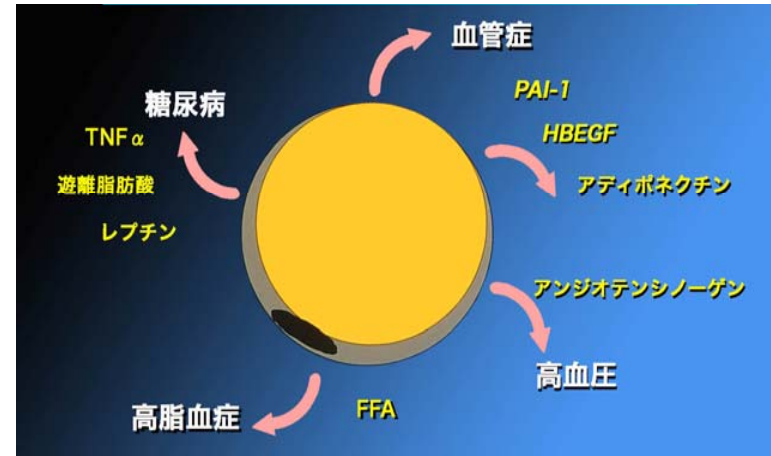
( 参 考 )

## メタボリックシンドロームの疾患概念の確立

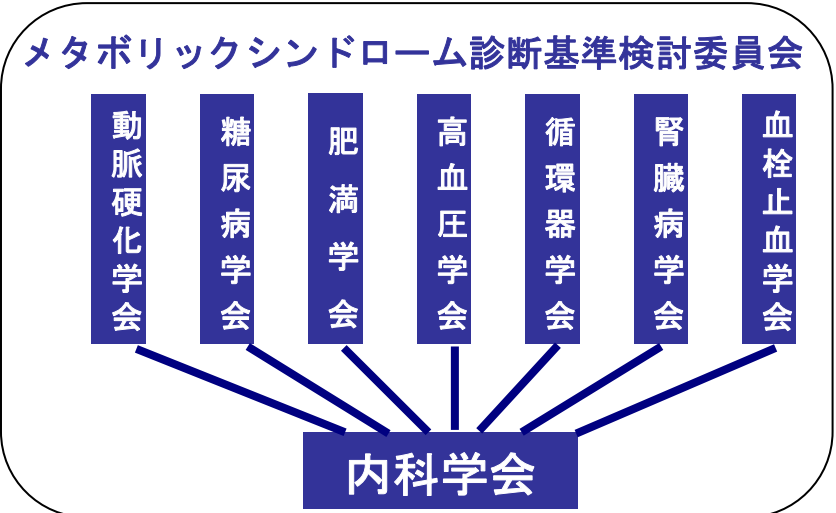
～ 脳卒中や心疾患の発症を予防するカギとなる考え方が提唱されている ～



○脂肪細胞から多彩な生理活性物質が分泌される



○8学会が合同で疾患概念と診断基準を策定した  
(平成17年4月 日本内科学会総会で公表)

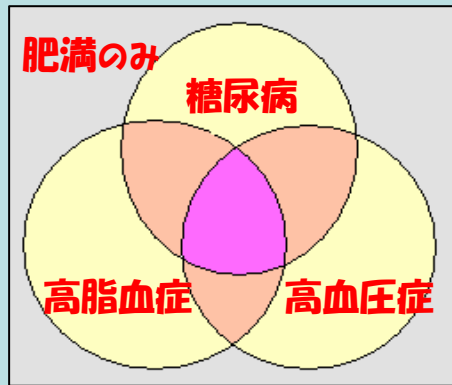


# メタボリックシンドロームを標的とした対策が有効と考えられる

## 3つの根拠

### 第1の根拠

肥満者の多くが複数の危険因子を併せ持っている

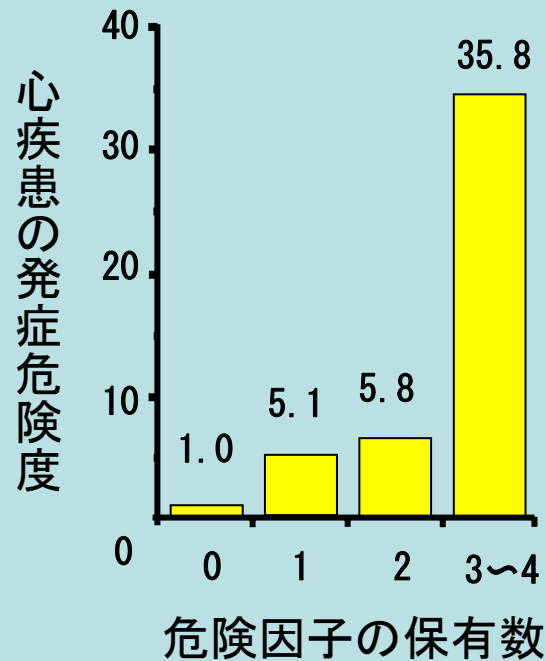


肥満のみ	約20%
いずれか1疾患有病	約47%
いずれか2疾患有病	約28%
3疾患すべて有病	約5%

(平成14年度糖尿病実態調査を再集計)

### 第2の根拠

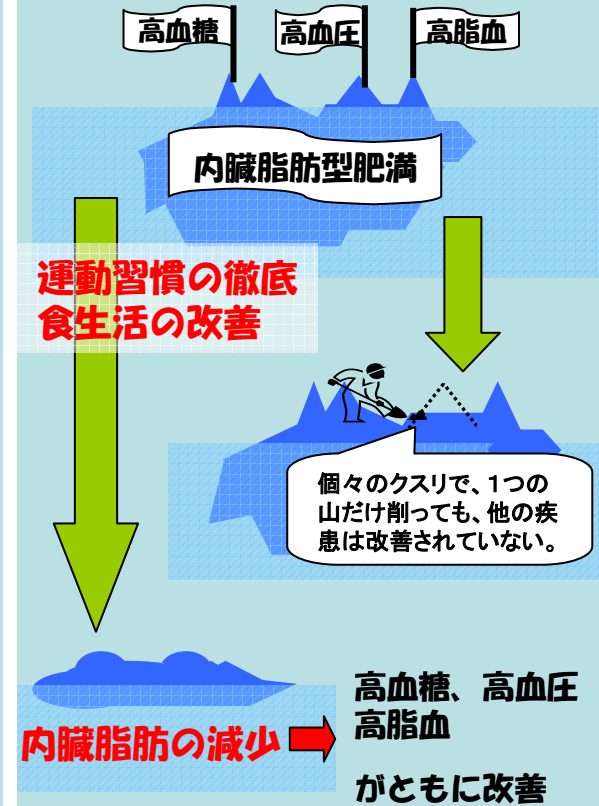
危険因子が重なるほど脳卒中、心疾患を発症する危険が増大する



労働省作業関連疾患総合対策研究班の調査より:  
Nakamura et al. jpn Cric J, 65: 11, 2001

### 第3の根拠

生活習慣を変え、内臓脂肪を減らすことで危険因子のすべてが改善



**メタボリックシンドロームの考え方を導入することによって、  
わかりやすく、効率的な対策を展開することができる。**

