

石巻市国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

(石巻市第4期特定健康診査等実施計画)

令和6年度～令和11年度

(案)

令和6年3月

石巻市

保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 本計画とSDGsとの関係	5
4. 計画期間	5
5. 関係者が果たすべき役割と連携	5
1) 庁内関係課の役割	
2) 関係機関との連携	
3) 被保険者の役割	
6. 保険者努力支援制度	6
第2章 第2期計画に係る考察及び第3期における健康課題の明確化	8
1. 保険者の特性	8
2. 第2期計画に係る評価及び考察	9
1) 第2期計画の評価	
2) 主な個別事業の評価と課題	
3) 第2期計画目標の達成状況一覧	
4) 第2期計画に係る考察	
3. 第3期における健康課題の明確化	26
1) 基本的な考え方	
2) 健康課題の明確化	
3) 目標の設定	
第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施	34
1. 第4期特定健康診査等実施計画について	34
2. 目標値の設定	34
3. 対象者の見込み	34
4. 特定健康診査の実施	35
1) 実施方法	
2) 実施時期と実施場所	
3) 健診の項目	
4) 人間ドックと特定健康診査以外の健診の結果受領	
5) 代行機関	
6) 周知方法	
7) 案内方法・実施スケジュール	
5. 特定保健指導の実施	38
1) 実施方法	
2) 健診から保健指導実施の流れ	

3) 動機付け支援及び積極的支援の評価について	
6. 特定健康診査及び特定保健指導の自己負担額	42
7. 個人情報の保護	42
1) 特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについて	
2) 特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存期間について	
8. 結果の報告	42
9. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	42
第4章 個別保健事業	43
1. 保健事業の方向性	43
2. 特定健康診査受診率及び特定保健指導の実施率向上	43
1) 基本的な考え方	
2) 事業の実施	
3) 連携	
4) 評価	
3. 虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎臓病の重症化予防の取組	46
1) 基本的な考え方	
2) 対象者の明確化	
3) 事業の実施	
4) 評価	
4. 糖尿病性腎症の重症化予防の取組	48
1) 基本的な考え方	
2) 対象者の明確化	
3) 事業の実施	
4) 評価	
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	52
1) 基本的な考え方	
2) 事業の実施	
6. 地域包括ケアに係る取組	52
7. ポピュレーションアプローチ	53
第5章 計画の評価・見直し	55
1. 評価の時期	55
2. 評価方法・体制	55
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	56
1. 計画の公表・周知	56
2. 個人情報の取扱い	56
用語集	57

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示、以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※2}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※3}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のことを言います(H25.6 閣議決定)。

※2 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すものです。

※3 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すものです。

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

また、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※4}」(以下「プログラム」という。)は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2～5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※5})システムを活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※4 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いています。(図表2参照)

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とします。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目することとします。

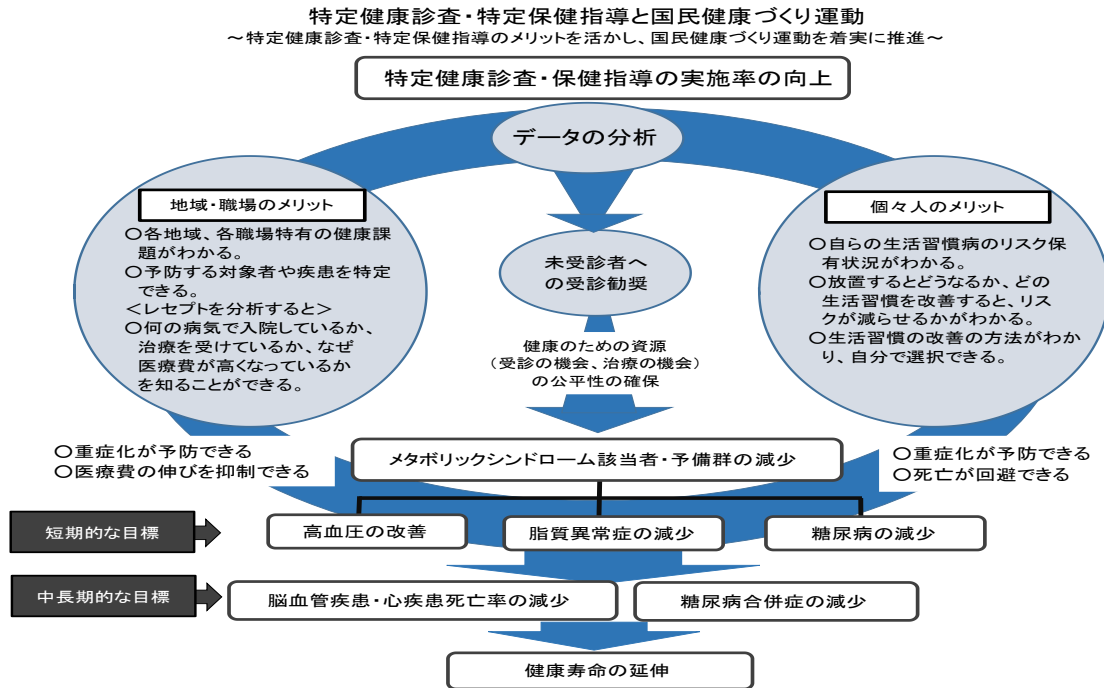
※5 KDB システムより提供されたデータと他の資料で公表されているデータが異なっているものがありますが、本計画では KDB システムで提供されたデータを用いて分析等を行っています。

図表1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法					
		健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業(支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 <u>健康増進事業実施者</u> (※)	国民健康保険法 健康保険法 高齢者の医療の確保に関する法律 第02条 第150条 第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 <u>令和6年4月改正</u> 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 <u>令和6年3月改正</u> 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省 医政局 <u>令和6年3月改正</u> 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年	
計画策定者	都道府県、義務、市町村、努力義務	医療保険者	医療保険者、義務	都道府県、義務	都道府県、義務	市町村、義務、都道府県、義務	
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率性かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止	
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(幼児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年期、壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳の被保険者	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳(特定疾病※) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、神経系疾患	
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患・心不全 脳血管疾患	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1C8.0以上の割合 アウトプット:特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等起因した疾病予防・介護予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルの活用による保険者機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)	
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金	

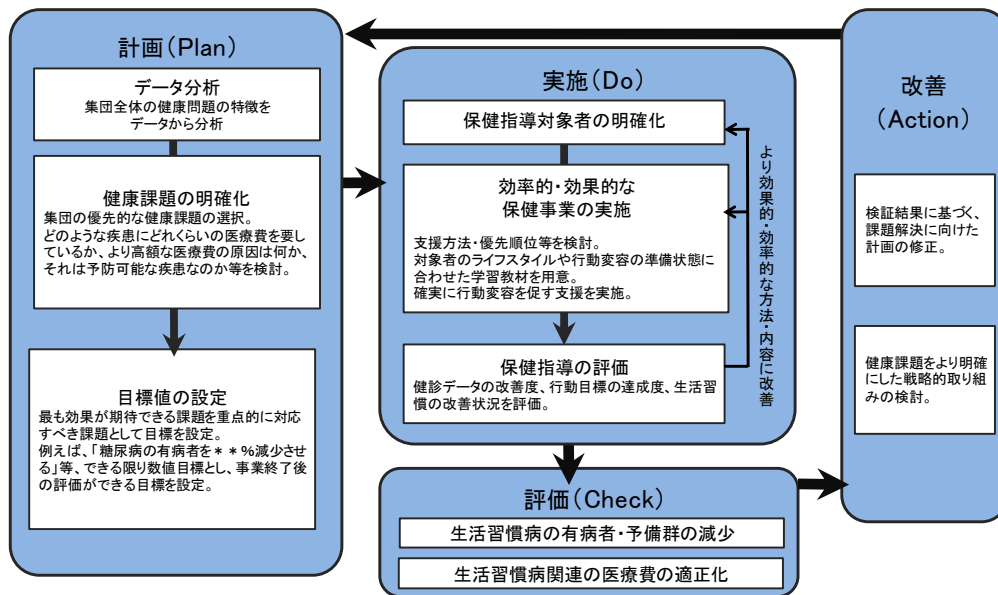
図表2 特定健康診査・特定保健指導と国民健康づくり運動



注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながります。

標準的な健診・保健指導プログラム
【令和6年度版】図-1(一部改変)

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Action))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

3. 本計画とSDGsとの関係

SDGs(持続可能な開発目標:Sustainable Development Goals の略)とは、平成27年9月の国連持続可能な開発サミットにおいて採択された、「誰一人取り残さない」持続可能な社会を実現するための17の目標で構成される国際社会全体の開発目標です。

本計画においては、SDGsを構成する17の目標のうち、「目標3:すべての人に健康と福祉を」「目標4:質の高い教育をみんなに」「目標17:パートナーシップで目標を達成しよう」を主な目標として計画を推進していきます。



4. 計画期間

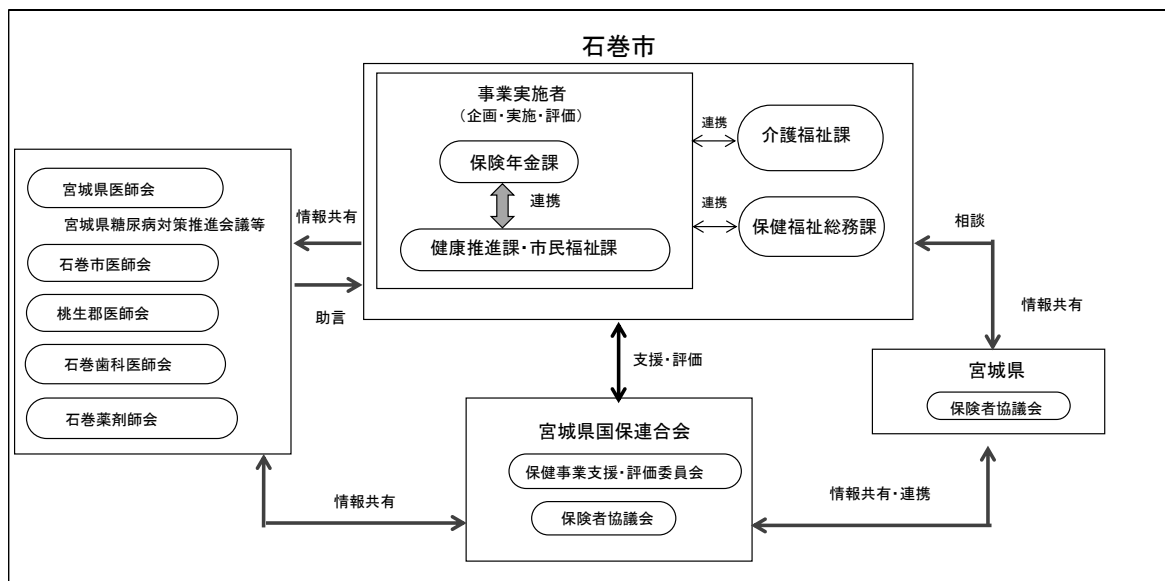
この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

5. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 庁内関係課の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、保険年金課が中心となって、健康推進課、各総合支所市民福祉課、介護福祉課、保健福祉総務課と連携して計画を推進していきます。

図表4 実施体制図



2) 関係機関との連携

(1) 地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会

市の健康課題について情報共有し、連携を図りながら、市民の健康づくりを支援します。

(2) 宮城県

県は、市町村国保の財政運営の責任主体となるため、市と意見交換を行い、宮城県糖尿病対策推進会議等を通じて宮城県医師会等との連携を推進するとともに、保険者協議会を国保連合会と共同で設置し、市に対して必要な助言を行います。

(3) 宮城県国保連合会及び支援・評価委員会

計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援の経験より、健診やレセプトのデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析等の技術支援を行います。また保険者への保健事業の実施支援を行います。

3) 被保険者の役割

被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、「石巻市国民健康保険事業の運営に関する協議会」を活用して、被保険者の参画を得て、意見交換等を行います。

6. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。

令和2年度からは、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)が創設され、本計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成されています。制度の積極的かつ効果的・効率的な活用は被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにつながるものと期待されています。(図表5)

図表5 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		石巻市	配点	石巻市	配点	石巻市	配点		
県内順位(35市町村中)		14位		5位		11位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率		70		70	70		
		(2)特定保健指導実施率	15	70	70	70	70		
		(3)メボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50	50		
	②	(1)がん検診受診率等	50	40	50	40	72	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	110	120	80	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	95	90	40	90	55	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		20		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	130	130	80	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	0	100	10	100	25	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	30	30	40	30	40	40	
⑤		第三者求償の取組	38	40	45	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	77	95	75	100	71	100	
合計点		640	1,000	670	960	633	940		

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口140,151人(令和2年国勢調査)、高齢化率33.7%で、県、国、同規模と比較して高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も55.3歳と同規模と比べて高くなっています。

産業においては、第1次産業が7.8%と同規模と比較して倍以上高くなっています。(図表6)

平均寿命及び健康寿命について、本市は県、国、同規模と比較して、男女ともに低い状況にあります。また平均寿命と健康寿命の差について、男性では県、国、同規模よりも1年ほど長くなっています。(図表7)

国保加入率は21.6%で、加入率及び被保険者数は減少傾向です。年齢構成については65～74歳の前期高齢者が48.4%を占め、その割合は年々上昇しています。(図表8)

医療の状況として、被保険者千人あたり、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表9)

図表6 同規模・県・国と比較した本市の特性

	高齢化率 (%)	被保険者数 (人) (加入率%)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
石巻市	33.7	29,823 (21.6)	55.3	5.4	14.3	7.8	29.7	62.4
同規模	29.1	20.4	53.8	6.7	11.0	3.3	26.7	70.0
県	28.3	20.4	54.1	6.4	10.9	4.5	23.4	72.1
国	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	4.0	25.0	71.0

資料:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(令和4年度)

図表7 平均寿命、健康寿命

	平均寿命(歳)		健康寿命(歳)		平均寿命と健康 寿命の差(歳)		標準化死亡比	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
石巻市	80.3	86.7	78.6	84.1	1.7	2.6	101.4	100.5
同規模	80.8	87.0	80.2	84.4	0.6	2.6	99.3	100.7
県	81.0	87.2	80.2	84.4	0.8	2.8	96.4	99.0
国	80.8	87.0	80.1	84.4	0.7	2.6	100.0	100.0

資料:KDBシステム_地域の全体像の把握(令和4年度)

図表8 国保の加入状況

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)
被保険者数(人)	33,555		32,577		32,056		31,235		29,823	
65～74歳	15,002	44.7	14,936	45.8	15,172	47.3	15,097	48.3	14,437	48.4
40～64歳	11,068	33.0	10,593	32.5	10,185	31.8	9,837	31.5	9,358	31.4
39歳以下	7,485	22.3	7,048	21.6	6,699	20.9	6,301	20.2	6,028	20.2
加入率(%)	23.0		22.3		21.9		21.4		21.6	

資料: KDBシステム、人口及び被保険者の状況、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表9 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		参考(R4)			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県		
											実数	割合		
病院数	(箇所)	(%)	8	0.2	8	0.2	8	0.2	8	0.3	8	0.3	0.3	0.3
診療所数	(箇所)	(%)	97	2.9	95	2.9	95	3.0	94	3.0	95	3.2	3.7	3.7
病床数	(床)	(%)	1,689	50.3	1,689	51.8	1,689	52.7	1,689	54.1	1,689	56.6	62.0	53.9
医師数	(人)	(%)	314	9.4	314	9.6	313	9.8	313	10.0	312	10.5	11.5	12.9
外来患者数	(人)		776.8		775.2		727.7		757.4		771.4		707.3	742.1
入院患者数	(人)		20.2		20.6		20.7		20.4		19.9		19.1	19.0

資料: KDBシステム、地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画の評価

第2期計画においては、中長期的な目標指標の疾患として、「虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症(人工透析)」を設定しました。

また、中長期目標を達成するための短期的な目標指標の疾患として、「高血圧、糖尿病、脂質異常症」を設定しました。

(1) 中長期的な目標の疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症(人工透析))の状況

① 死亡・介護給付費の状況

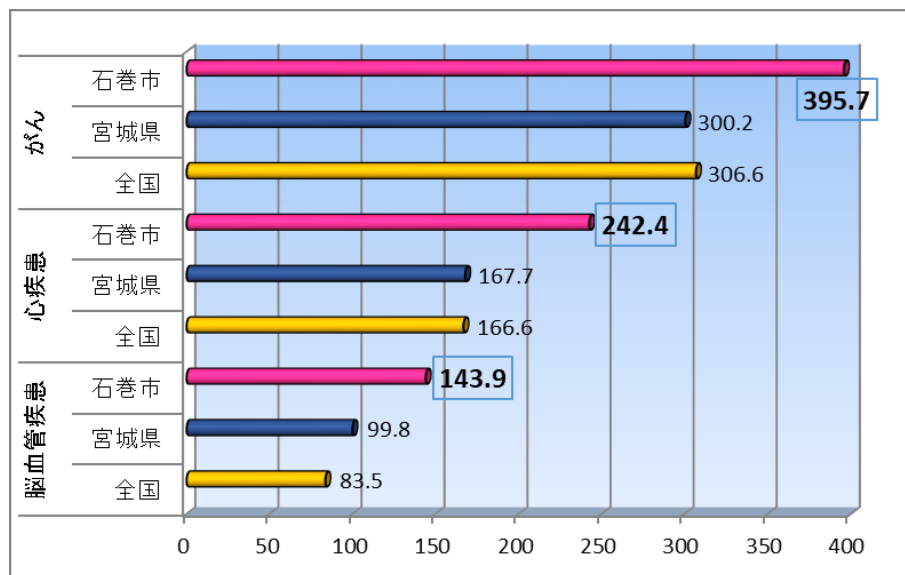
本市の死因の第一位は県、国と同様にがんとなっていますが、心疾患及び脳血管疾患での死因は県、国と比較すると高い状況にあります。心疾患については減少してきているものの、県、国と比較すると高い状況にあり、脳血管疾患については県、国が減少傾向にある中、増加しています。(図表10、11)

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で216人(認定率0.47%)、1号(65歳以上)被保険者で9,977人(認定率21.5%)と同規模、県、国と比較すると高くなっています。(図表12)

さらに、団塊の世代が後期高齢者医療保険へ移行するにあたり、75歳以上の認定者数が増加しており、介護給付費は、約120億円から約127億円に伸びています。(図表13)

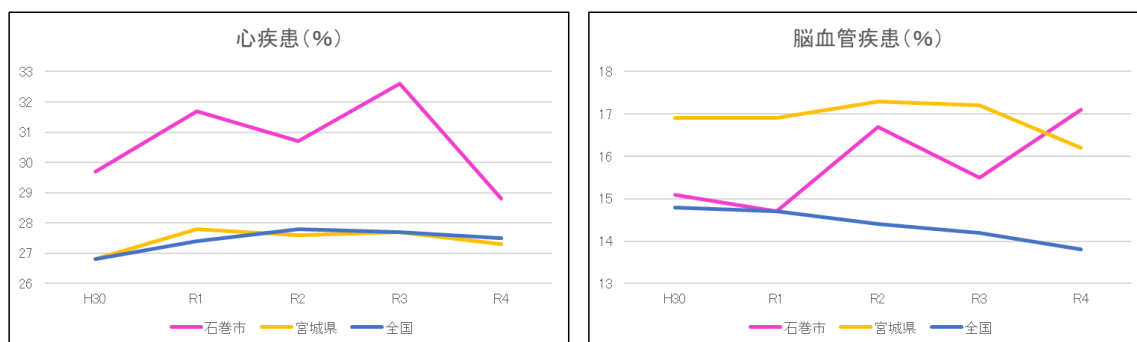
また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳出血、脳梗塞)が上位を占めており、第2号被保険者で約6割、第1号被保険者の特に前期高齢者(65～74歳)では約4割の有病状況となっています。脳血管疾患に関連する基礎疾患(高血圧・糖尿病等)の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表14)

図表10 令和2年度 死亡率の比較（全数・人口10万対）



資料：厚生労働省 人口動態調査

図表11 死亡率の推移



資料：KDBシステム_地域全体像の把握

図表12 要介護認定者(率)の状況

	石巻市				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	割合(%)
高齢化率	44,248	30.3	46,507	33.7	29.1	28.3	28.7
2号認定者	242	0.49	216	0.47	0.38	0.39	0.38
新規認定者	48		49		--	--	--
1号認定者	9,334	21.1	9,977	21.5	18.4	19.3	19.4
新規認定者	1,255		1,377		--	--	--
再掲							
65～74歳	949	4.4	1,045	4.8	--	--	--
新規認定者	190		227		--	--	--
75歳以上	8,385	36.6	8,932	36.4	--	--	--
新規認定者	1,065		1,150		--	--	--

資料：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表13 介護給付費の変化

	石巻市		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費(円)	120億1669万	127億3081万	--	--	--
一人あたり給付費(円)	271,576	273,740	275,832	283,181	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	61,109	61,102	60,207	64,123	59,662
居宅サービス	37,945	37,800	41,618	42,075	41,272
施設サービス	286,789	298,862	295,426	296,026	296,364

資料:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表14 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(令和4年度)

受給者区分		2号				1号				合計			
年齢		40~64歳				65~74歳		75歳以上		計			
介護件数(全体:件)		216				1,045		8,933		9,978		10,194	
再)国保・後期(件)		97				751		8,504		9,255		9,352	
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数(件) 割合(%)	疾病	件数(件) 割合(%)	疾病	件数(件) 割合(%)	疾病	件数(件) 割合(%)	疾病	件数(件) 割合(%)
		循環器疾患	1	脳卒中	58 59.8	脳卒中	293 39.0	虚血性心疾患	2,881 33.9	脳卒中	3,140 33.9	脳卒中	3,198 34.2
			2	腎不全	13 13.4	虚血性心疾患	188 25.0	脳卒中	2,847 33.5	虚血性心疾患	3,069 33.2	虚血性心疾患	3,081 32.9
			3	虚血性心疾患	12 12.4	腎不全	129 17.2	腎不全	1,315 15.5	腎不全	1,444 15.6	腎不全	1,457 15.6
		合併症	4	糖尿病合併症	16 16.5	糖尿病合併症	141 18.8	糖尿病合併症	942 11.1	糖尿病合併症	1,083 11.7	糖尿病合併症	1,099 11.8
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		84 86.6	基礎疾患	690 91.9	基礎疾患	8,091 95.1	基礎疾患	8,781 94.9	基礎疾患	8,865 94.8
		血管疾患合計		86 88.7	合計	700 93.2	合計	8,183 96.2	合計	8,883 96.0	合計	8,969 95.9	
		認知症		9 9.3	認知症	153 20.4	認知症	3,211 37.8	認知症	3,364 36.3	認知症	3,373 36.1	
		筋・骨格疾患		73 75.3	筋骨格系	666 88.7	筋骨格系	8,071 94.9	筋骨格系	8,737 94.4	筋骨格系	8,810 94.2	

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

資料:KDBシステム

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているため総医療費は減少している一方で、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約4万円高く、平成30年度と比較しても2万円以上増加しています。

また入院医療費は、全体のレセプト件数のわずか2.5%程度にも関わらず、医療費全体の約4割を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても6万円も高くなっています。(図表15)

また年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の1を超えており、県平均よりも高く、特に入院の地域差指数が平成30年度よりも増加しています。(図表16)

入院には、高度医療を必要とするものなど予防できないものもありますが、生活習慣病の重症化を防ぐことで医療費の抑制につながるため、対策が重要です。

図表15 医療費の推移

		石巻市		同規模	県	国
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
被保険者数(人)		33,555		29,823	--	--
前期高齢者	(人) (%)	15002	44.7	14437	48.4	--
総医療費(円)		125億0058万		118億5514万	--	--
一人あたり医療費(円)		372,540	397,517	359,130	364,684	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	577,400	638,340	616,530	604,740	617,950
	費用の割合(%)	38.6	39.5	40.6	38.7	39.6
	件数の割合(%)	2.5	2.5	2.6	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額(円)	23,920	25,280	24,420	24,460	
	費用の割合(%)	61.4	60.5	59.4	61.3	60.4
	件数の割合(%)	97.5	97.5	97.4	97.5	97.5

資料:KDBシステム

図表16 一人当たり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	石巻市(県内市町村中)		県(47県中)	石巻市(県内市町村中)		県(47県中)	
	H30年度	R3年度	R3年度	H30年度	R3年度	R3年度	
地域差指数・順位	全体	1.082	1.061	1.012	0.929	0.926	0.904
		(7位)	(10位)	(25位)	(12位)	(11位)	(37位)
	入院	1.040	1.075	0.993	0.885	0.919	0.844
		(16位)	(12位)	(31位)	(8位)	(9位)	(39位)
	外来	1.150	1.085	1.041	1.001	0.957	0.975
		(3位)	(7位)	(10位)	(12位)	(15位)	(22位)

出典:地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症(人工透析))の医療費の変化

中長期目標である虚血性心疾患、脳血管疾患、腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、平成30年度と比較すると減少していますが、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合は、平成30年度より増加しています。また慢性腎不全(透析有)の割合は減少していますが、県、同規模より高い状況となっています。(図表17)

新規人工透析導入者数については、令和3年で一度減少しましたが、その後増加し、令和5年度では令和2年度と同様となっています。(図表19)

次に治療者数の視点で中長期目標疾患を平成30年度と比較してみると、虚血性心疾患、脳血管疾患及び人工透析の治療者数の割合は横ばいです。ただし、年代で比べると虚血性疾患、脳血管疾患の治療者数の割合は、65～74歳が40～64歳の2倍以上多くなっています。(図表18)

脳血管疾患、人工透析は、リハビリ等による医療費、介護費がかかるなど、本人や家族に長期にわたって日常生活に制限を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

図表17 中長期目標疾患の医療費の推移

		石巻市		同規模	県	国	
		H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度	
総医療費(円)		125億0058万	118億5514万	--	--	--	
中長期目標疾患(円)		14億4197万	12億5218万	--	--	--	
総医療費に占める割合(%)		11.50	10.56	8.40	9.07	8.03	
中長期目標疾患	心	狭心症・心筋梗塞(%)	1.51	1.94	1.50	1.64	1.45
	脳	脳梗塞・脳出血(%)	1.92	2.10	2.11	1.83	2.03
	腎	慢性腎不全(透析有)(%)	7.86	6.23	4.49	5.33	4.26
		慢性腎不全(透析無)(%)	0.24	0.29	0.29	0.27	0.29
その他の疾患	悪性新生物(%)		15.33	15.13	16.76	17.31	16.69
	筋・骨疾患(%)		8.22	9.19	8.52	8.09	8.68
	精神疾患(%)		8.51	7.31	8.12	6.92	7.63

資料:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

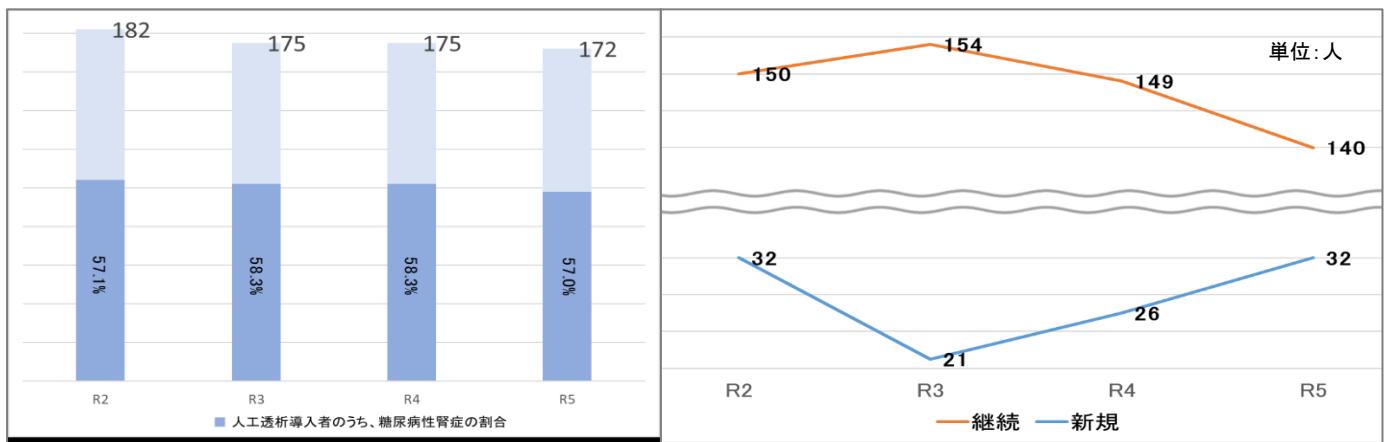
注)KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上

図表18 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		H30年度	R4年度		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
治療者 0～74歳	A(人)	33,555	29,823	a(人)	2,074	1,756	2,021	1,796	216	176	
	a/A(%)				6.2	5.9	6.0	6.0	0.6	0.6	
40歳以上	B(人)	26,070	23,795	b(人)	2,056	1,740	2,002	1,780	214	176	
	B/A(%)	77.7	79.8	b/B(%)	7.9	7.3	7.7	7.5	0.8	0.7	
再掲 40～64歳	C(人)	11,068	9,358	c(人)	434	356	470	390	93	65	
	C/A(%)	33.0	31.4	c/C(%)	3.9	3.8	4.2	4.2	0.8	0.7	
	65～74歳	D(人)	15,002	14,437	d(人)	1,622	1,384	1,532	1,390	121	111
		D/A(%)	44.7	48.4	d/D(%)	10.8	9.6	10.2	9.6	0.8	0.8

資料：KDBシステム_ 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)
地域の全体像の把握

図表19 人工透析導入者数の推移



資料：KDBシステム_厚生労働省 3-7(5月診療分)

(2) 短期的な目標疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症)の状況

① 短期的な目標疾患の治療者と合併症の状況

短期目標である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増えてきており、重症化して起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の合併症を併発している方の割合は減っています。(図表20～22)

本市は特定健康診査の結果から、治療が必要な方に対して受診勧奨を含めた保健指導を個別に実施しており、このことが治療者の増加した1つの要因であると考えられます。

一方、糖尿病治療者のうち、糖尿病性腎症の割合は平成30年度と比較して増えており、特に65～74歳で増加しています。(図表21)腎機能は加齢によって低下するものであり、本市においては国保加入者の平均年齢の上昇が影響していると考えられます。また糖尿病の長期罹患は糖尿病性腎症を引き起こしやすいです。糖尿病性腎症は人工透析導入の原因となることから、重症化予防及びコントロール不良者への保健指導を今後も行っていきます。

図表20 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
高血圧症治療者		A(人)	12,858	11,989	3,595	2,961	9,263	9,028
		A/被保険者(%)	49.3	50.4	32.5	31.6	61.7	62.5
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B(人)	1,231	1,065	260	213	971	852
		B/A(%)	9.6	8.9	7.2	7.2	10.5	9.4
	虚血性心疾患	C(人)	1,552	1,313	301	253	1,251	1,060
		C/A(%)	12.1	11.0	8.4	8.5	13.5	11.7
	人工透析	D(人)	203	163	88	60	115	103
		D/A(%)	1.6	1.4	2.4	2.0	1.2	1.1

資料：KDBシステム、疾病管理一覧(高血圧症)
地域の全体像の把握

図表21 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
糖尿病治療者		A(人)	6,726	6,321	1,910	1,633	4,816	4,688
		A/被保険者(%)	25.8	26.6	17.3	17.5	32.1	32.5
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B(人)	630	569	112	99	518	470
		B/A(%)	9.4	9.0	5.9	6.1	10.8	10.0
	虚血性心疾患	C(人)	928	777	182	142	746	635
		C/A(%)	13.8	12.3	9.5	8.7	15.5	13.5
	人工透析	D(人)	135	108	61	39	74	69
		D/A(%)	2.0	1.7	3.2	2.4	1.5	1.5
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E(人)	526	567	190	158	336	409
		E/A(%)	7.8	9.0	9.9	9.7	7.0	8.7
	糖尿病性網膜症	F(人)	843	704	254	172	589	532
		F/A(%)	12.5	11.1	13.3	10.5	12.2	11.3
	糖尿病性神経障害	G(人)	185	171	57	56	128	115
		G/A(%)	2.8	2.7	3.0	3.4	2.7	2.5

資料：KDBシステム、疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握

図表22 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脂質異常症治療者(人)		A(人)	11,065	10,532	3,249	2,746	7,816	7,786
		A/被保険者(%)	42.4	44.3	29.4	29.3	52.1	53.9
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B(人)	958	867	198	165	760	702
		B/A(%)	8.7	8.2	6.1	6.0	9.7	9.0
	虚血性心疾患	C(人)	1,418	1,209	264	234	1,154	975
		C/A(%)	12.8	11.5	8.1	8.5	14.8	12.5
	人工透析	D(人)	105	92	43	33	62	59
		D/A(%)	0.9	0.9	1.3	1.2	0.8	0.8

資料：KDBシステム、疾病管理一覧(脂質異常症)
地域の全体像の把握

② 高血圧、高血糖者の特定健康診査結果及び医療の状況

健診結果からⅡ度高血圧(収縮期血圧160mmHg 以上又は拡張期血圧100mmHg 以上)及びHbA1c7.0%以上の有所見者の割合が平成30年度と令和3年度で比較すると増加しています。また、レセプトを確認すると、高血圧症で約30%、糖尿病で約8%の方が、未治療のままとなっています。(図表23)

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、特定健康診査の受診率向上を図りつつ、今後も、治療が必要な方には受診勧奨に努め、重症化を予防することが重要です。

図表23 結果の改善と医療のかかり方

	H30年度		R3年度		結果の改善								医療のかかり方			
	実施者 A(人)	実施者 B(人)	H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R3年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R3.4~R4.3)					
			未治療*1		治療中断*2		未治療*1		治療中断*2		未治療*1		治療中断*2			
			C(人)	G/A(%)	D(人)	D/C(%)	E(人)	E/B(%)	F(人)	F/E(%)	G(人)	G/E(%)	H(人)	H/E(%)		
Ⅱ度以上高血圧	9,902	10,038	477	4.8	258	54.1	569	5.7	307	54.0	167	29.3	37	6.5		
HbA1c7.0%以上	9,875	9,986	428	4.3	128	29.9	639	6.4	195	30.5	49	7.7	18	2.8		

資料: KDBシステム

*1未治療…12ヶ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない方

*2中断…高血圧症(または糖尿病)のレセプトがある方のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヶ月以上レセプトがない方

③ 特定健康診査結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などを発症させる危険因子(高血圧、高血糖、脂質異常)が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、心疾患や脳血管疾患などの発症率や死亡率が高くなることがわかっています。

本市の特定健康診査結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者、予備群どちらも伸びており、特に該当者は2.6ポイント伸びています。(図表24)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-コレステロール(以下「LDL」)160mg/dl以上の有所見割合を見ると、いずれも増加してきています。また、翌年度健診を受診していない方がいずれも2~3割程度います。(図表25~27)

翌年度健診結果の改善率をみると、HbA1c及び血圧については改善率が低下しているもののLDLは増加しております。令和2年度より開始したLDL有所見者への保健指導が、受診や治療、生活習慣改善等の行動変容につながったことが、改善率増加の一因と考えられます。今後も健診結果の改善につながる保健指導を実施することに努めるとともに、特定健康診査の継続受診を促していきます。

図表24 メタボリックシンドロームの経年変化

年度		健診受診者	該当者	予備群	該当者及び予備群
H30年度	人数(人)	9,902	2,366	1,097	3,463
	(割合(%))	41.3	23.9	11.1	35.0
R4年度	人数(人)	9,540	2,531	1,097	3,628
	(割合(%))	44.4	26.5 ↑	11.5 ↑	38.0
県平均 R4年度	(割合(%))	46.8	24.7	10.7	35.4

資料: 特定健診法定報告データ

図表25 HbA1c6.5%以上の方の前年度からの変化(継続受診者)

年度		HbA1c 65%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
			改善	変化なし	悪化	
H30年度→R1年度	人数(人)	1,008	236	379	129	264
	割合(%)	10.2	23.4	37.6	12.8	26.2
R3年度→R4年度	人数(人)	1,348	276	551	152	369
	割合(%)	13.5	20.5	40.9	11.3	27.4

資料: 特定健診等データ管理システム

図表26 II度高血圧以上の方の前年度からの変化(継続受診)

年度		II度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
			改善	変化なし	悪化	
H30年度→R1年度	人数(人)	477	278	75	16	108
	割合(%)	4.8	58.3	15.7	3.4	22.6
R3年度→R4年度	人数(人)	569	302	79	18	170
	割合(%)	5.7	53.1	13.9	3.2	29.9

資料: 特定健診等データ管理システム

図表27 LDL160mg/dl以上の方の前年度からの変化(継続受診)

年度		LDL-C 160mg/dL以上	翌年度健診結果			健診未受診者
			改善	変化なし	悪化	
H30年度→R1年度	人数(人)	1,161	497	318	92	254
	割合(%)	11.7	42.8	27.4	7.9	21.9
R3年度→R4年度	人数(人)	1,273	660	272	37	304
	割合(%)	12.7	51.8	21.4	2.9	23.9

資料: 特定健診等データ管理システム

④ 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の推移

本市の特定健康診査受診率は、特定健康診査の自己負担を無料とした令和元年度には45.0%まで伸びましたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響で低下しました。その後、徐々に回復傾向にあります。計画の最終目標には達成していません。(図表28)特に年代別の受診率でみると、40～50代の受診率は低い状況が続いています。(図表29)

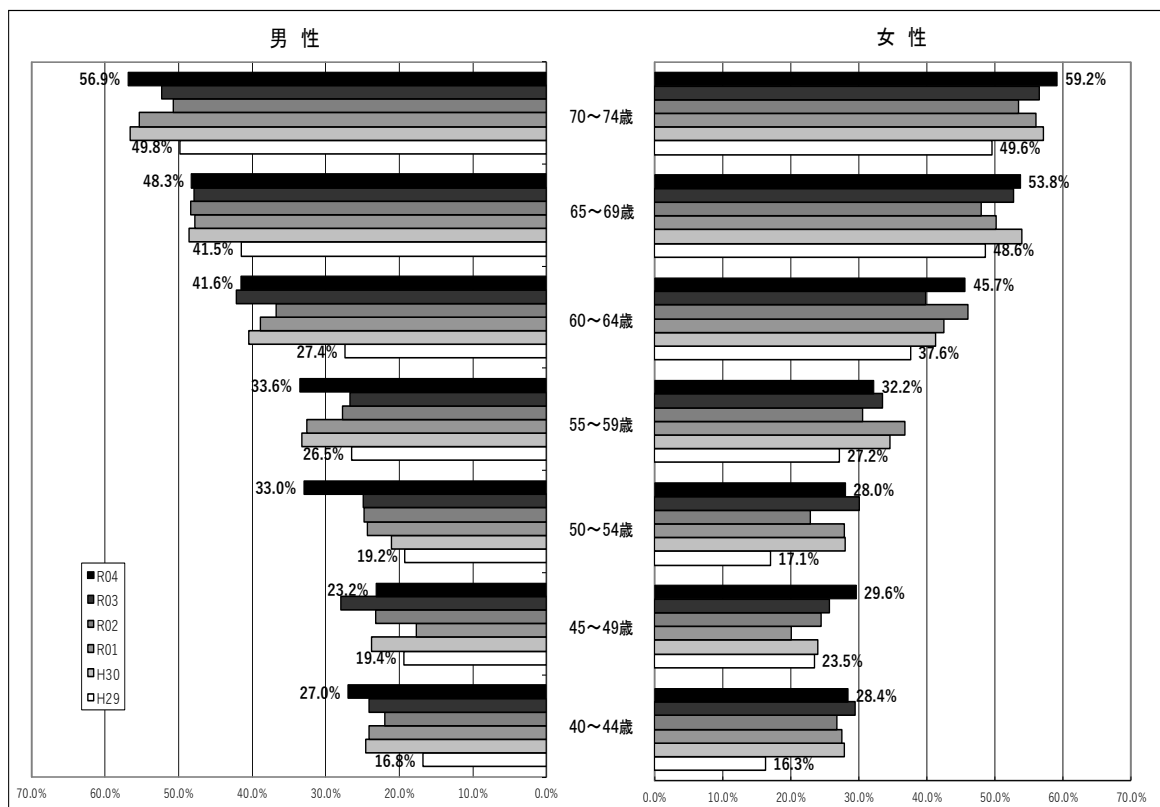
特定保健指導については、実施率は25%前後で推移しており、こちらも計画の最終目標は達成していません。(図表28)

図表28 特定健康診査・特定保健指導の推移

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	県平均 R4年度
特定健診	受診者数(人)	9,902	10,506	9,767	10,038	9,540	-
	受診率(%)	41.3	45.0	42.3	44.5	44.4	46.8
特定保健指導	該当者数(人)	1,302	1,436	1,294	1,325	1,147	-
	割合(%)	13.1	13.7	13.2	13.2	12.0	13.1
	実施者数(人)	328	367	311	341	312	-
	実施率(%)	25.2	25.6	24.0	25.7	27.2	22.6

資料：特定健診法定報告データ

図表29 年代別特定健康診査受診率の推移



資料：KDB システム

2) 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組^{※6}

① 糖尿病性腎症重症化予防

本市では、石巻管内2市1町で運営している生活習慣病重症化予防のための「医療機関と地域保健の連携システム」を活用し、医療機関への受診勧奨を行い、医師からの指示を受けて保健指導を実施しました。その結果、令和2年度以降は6割以上の方は医療機関を受診しています。保健指導した方のうち健診結果が維持改善した方の割合は9割を超えています。(図表30)

また HbA1c8.0%以上のコントロール不良の高血糖者に対しても、優先的に保健指導を実施してきました。その結果、未治療者は、平成30年度の36.4%から令和4年度には26.7%に減っています。しかし、特定健康診査受診者全体では HbA1c8.0%以上の高血糖者の割合は増加しています。(図表31)特定健康診査の前年度受診者に比べ、前年度未受診者は HbA1c8.0%以上が多い状況にあり、その中で前年度未受診者が健診受診者に占める割合が増加したことが1つの要因であると考えられます。(図表32)また新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により、食生活の変容や運動不足など生活の変化等も要因となっていると考えられます。

令和2年度より糖尿病の治療中断者に対して、受診勧奨を行っています。令和2年度では受診勧奨をした方のうち医療または健診受診につながった方は13.3%でしたが、令和4年度では56.3%と増えてきています。(図表33)

今後も、コントロール不良者に対する保健指導を継続するとともに、糖尿病治療中断者へ受診を働きかけていきます。

図表30 糖尿病性腎症重症化予防対象者

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
対象者数*1(人)	268	346	390	478	418
医療機関受診率(%)	58.6	59.2	64.9	66.7	63.9
保健指導対象者数*2(人)	111	117	125	130	124
保健指導実施率(%)	44.1	50.4	48.0	61.5	55.6
健診結果維持改善率*3(%)	—	—	92.7	90.6	94.2

*1: 医療連携の対象者のうち、血圧のみが対象となった方を除いたもの

*2: 医師の指示により保健指導が必要と判断されたもの

*3: 糖尿病性腎症病期分類による。令和2年度の中間評価より追加された評価項目

※6 特定健康診査受診率や特定保健指導実施率については法定報告となった方を評価対象としていますが、重症化予防の取り組みについては、実施した方に対する評価とするため、法定報告の対象外となった年度途中での加入者や、年度途中での国保資格喪失者も評価対象としています。そのため、評価における受診者数等がその他の項目と異なります。

図表31 HbA1c8.0%以上の状況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
HbA1c8.0%以上の割合(%)	1.2	1.3	1.6	1.6	1.6
治療なし(%)	36.4	40.6	35.8	34.1	26.7

図表32 前年度受診者と未受診者のHbA1c8.0%以上の状況

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
前年度受診者	健診受診者に占める割合(%)	76.0	74.4	79.7	72.1	65.7
	HbA1c8.0%以上の割合(%)	1.2	1.0	1.2	1.4	1.4
前年度未受診者	健診受診者に占める割合(%)	24.0	25.6	20.3	27.9	34.3
	HbA1c8.0%以上の割合(%)	1.5	2.1	2.8	2.4	2.6

図表33 糖尿病の医療中断者への受診勧奨

	R2年度	R3年度	R4年度
医療中断者への通知送付数(人)	15	28	16
健診または医療機関受診率(%)	13.3	46.4	56.3

② 虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病(CKD)の重症化予防

血圧、血糖、慢性腎臓病(CKD)については、優先順位をつけて、受診勧奨や血圧記録手帳、糖尿病連携手帳を活用した保健指導を個別に実施してきました。また、令和元年度から循環器基本法が施行されたことを受け、虚血性心疾患の予防対策として令和2年度よりLDL160mg/dl以上に対しても保健指導を実施してきました。(図表34)

保健指導実施者の次年度の健診受診率や健診結果は改善しています。今後も各学会のガイドラインや対象者の状況を鑑み、優先順位をつけながら個別にあった保健指導を実施していきます。

保健指導した方のうち血圧の健診結果が改善した方は令和4年度では88.9%おり、保健指導の効果がみられています。(図表35)高血圧は、心疾患や脳血管疾患において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つでもあります。今後も、治療の必要性を理解してもらうため、血圧記録手帳を活用した保健指導を実施していきます。

本事業における保健指導対象者の割合の推移をみると、令和2年度はすべての項目において前年度から割合が増加しています。大きな要因として、新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響が考えられます。平成30年度と令和4年度を比較すると高血圧及び慢性腎臓病(CKD)についてはやや増加しており、血糖にいたっては2.7ポイント増加しております。一方で、LDLは令和2年度より保健指導の対象としてきたこともあり、平成30年度と比較すると2.4ポイント減少しています。(図表36)

保健指導対象者のうち未治療者の割合は3疾患(高血圧、糖尿病、脂質異常症)すべてにおいて、減少しています。ただ、脂質については保健指導対象の8割以上が未治療者であるため、治療が必要な方には、まず受診してもらうことで、さらなる対象者割合の減少が見込まれます。血圧及び血糖についても半数以上は未治療となっていることから、未治療者のうち医療が必要な方には受診勧奨を勧めるとともに、治療中の方については必要時医療機関と連携しながら、保健指導を実施していきます。(図表37)

図表34 虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の重症化予防事業

年度	対象者	対象者数(人)	保健指導者数	
			(人)	(%)
R1年度	特定健康診査受診者で下記の数値の者 ・血圧：Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧160mmHg以上 又は 拡張期血圧100mmHg以上) ・血糖：HbA1c(NGSP値)6.5%以上 (治療中7.0%以上) ・慢性腎臓病(CKD)：eGFR50未満(70歳以上40未満) ※3疾患治療なしを優先とする	1,129	415	36.8
R2年度	特定健康診査及び国保人間ドック受診者 ・血圧：Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧160mmHg以上 又は 拡張期血圧100mmHg以上) ・血糖：HbA1c(NGSP値)6.5%以上 (治療中7.0%以上) ・慢性腎臓病(CKD)：eGFR50未満(70歳以上40未満) ・脂質：LDL(160mg/dl以上) ※3疾患治療なし、脂質該当者のうち心電図有所見を優先とする	1,759	771	43.8
R3年度	特定健康診査及び国保人間ドック受診者 ・血圧：Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧160mmHg以上 又は 拡張期血圧100mmHg以上) ・血糖：HbA1c(NGSP値)6.5%以上 (治療中7.0%以上) ・慢性腎臓病(CKD)：eGFR50未満(70歳以上40未満) ・脂質：LDL160mg/dl以上180mg/dl未満かつ心電図異常あり またはLDL180mg/dl以上 ※3疾患治療なし、脂質該当者のうちLDL180mg/dlかつ心電図有所見を優先とする	3,083	1,206	39.1
R4年度	特定健康診査及び国保人間ドック受診者 ・血圧：Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧160mmHg以上 又は 拡張期血圧100mmHg以上) ・血糖：HbA1c(NGSP値)6.5%以上 (治療中7.0%以上) ・慢性腎臓病(CKD)：eGFR50未満(70歳以上40未満) ・脂質：LDL160mg/dl以上 ※3疾患治療なし、心電図有所見、LDL180mg/dl以上を優先とする	3,181	1,574	49.5
R5年度	特定健診及び国保人間ドック受診者 ○血圧：Ⅱ度高血圧以上(収縮期血圧160mmHg以上 又は 拡張期血圧100mmHg以上) ○血糖：HbA1c(NGSP値)6.5%以上 (治療中7.0%以上) ○慢性腎臓病(CKD)：eGFR50未満(70歳以上40未満) 尿蛋白2+以上、尿蛋白+かつ尿潜血+以上 ○脂質：LDL160mg/dl以上 ※3疾患治療なし、心電図有所見、LDL180mg/dl以上を優先とする			

図表35 保健指導実施者の次年度の改善率

	R2年度	R3年度	R4年度
健診継続受診率(%)	66.9	73.4	80.3
健診結果維持改善率(%) (指標:血圧値)	81.6	78.1	88.9

図表36 保健指導対象基準該当者の割合(令和5年度基準)

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
血圧(%)	4.8	5.3	6.2	5.5	5.2
血糖(%)	7.6	8.1	10.1	10.4	10.3
CKD(%)	4.8	4.9	5.0	5.7	5.0
LDL(%)	11.4	11.4	13.2	12.6	9.0
実計(%)	25.2	25.9	29.7	29.9	26.0

図表37 保健指導対象基準該当者うち未治療者の割合(令和5年度基準)

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
血圧(%)	54.8	54.0	52.5	54.2	51.1
血糖(%)	60.8	55.7	57.9	57.6	56.0
脂質(%)	88.5	87.6	87.3	87.8	86.8

(2) ポピュレーションアプローチ

特定健康診査の重要性や生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態について、町内会長や、保健推進員、食生活改善推進員、運動普及ボランティア等の健康づくりリーダーの研修会や、地域の出前講座等あらゆる機会をとらえて周知を行うとともに、市報やポスター、チラシ等で広く市民へ周知を行いました。また、母子健康手帳交付時に血圧測定や、妊娠期の適切な体重増加について伝え、乳幼児健康診査や子育て支援事業においても、若い世代に対し体重や血圧の測定の必要性を啓発しました。

3) 第2期計画目標の達成状況一覧

(1) 中長期目標: 虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症による新規透析導入患者を減らす
 虚血性心疾患は平成29年度4.1%から令和5年度3.4%と大幅に減少し、脳血管疾患は3.2%から3.0%に減少し目標達成しています。糖尿病治療者による新規透析導入患者は0.5%から0.6%に増加しており、目標達成には至りませんでした。(図表38、39)

図表38 中長期目標の評価指標

	H29年度	R5年度 (実績)	R5年度 (目標)	達成状況
虚血性心疾患の割合0.2%減少(%)	4.1	3.4	3.9	◎
脳血管疾患の割合0.2%減少(%)	3.2	3.0	3.0	○
糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合0.2%減少(%)	0.5	0.6	0.3	×

図表39 中長期目標疾患の患者数及び割合

	被保険者数 (人)	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
H29年度	37,212	1,523	4.1	1,182	3.2	190	0.5
H30年度	35,063	1,416	4.0	1,163	3.3	201	0.6
R1年度	33,404	1,282	3.8	1,034	3.1	185	0.6
R2年度	32,075	1,055	3.3	984	3.1	182	0.6
R3年度	32,128	1,170	3.6	985	3.1	175	0.5
R4年度	31,329	1,121	3.6	1,000	3.2	175	0.6
R5年度	29,709	1,012	3.4	897	3.0	172	0.6

資料: KDB システム 様式 3-5~3-7
 各年7月作成(5月診療分)

(2) 短期目標: 高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療者を増やす

高血圧治療者は、平成29年度26.8%から令和5年度26.4%に減少し、目標達成には至りませんでした。糖尿病と脂質異常症の治療者は平成29年度より増加したものの、目標値には至りませんでした。(図表40、41)

図表40 短期目標の評価指標

	H29年度	R5年度(実績)	R5年度(目標)	達成状況
高血圧治療者の割合(%)	26.8	26.4	27.8	×
糖尿病治療者の割合(%)	12.8	13.6	14.3	△
脂質異常症治療者の割合(%)	21.9	22.5	22.9	△

図表41 短期目標疾患の患者数及び割合

	被保険者数 (人)	高血圧治療者		糖尿病治療者		脂質異常症治療者	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
H29年度	37,212	9,980	26.8	4,755	12.8	8,141	21.9
H30年度	35,063	9,447	26.9	4,610	13.1	7,698	22.0
R1年度	33,404	8,833	26.4	4,289	12.8	7,320	21.9
R2年度	32,075	7,709	24.0	3,770	11.8	6,381	19.9
R3年度	32,128	8,278	25.8	4,122	12.8	6,967	21.7
R4年度	31,329	8,252	26.3	4,128	13.2	7,009	22.4
R5年度	29,709	7,857	26.4	4,029	13.6	6,674	22.5

資料：KDB システム 様式 3-2~3-4
各年 7 月作成(5 月診療分)

4) 第2期計画に係る考察

国保加入者が減少しているため総医療費は減少している一方で、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約4万円高く、平成30年度と比較しても2万円以上増加しています。今後も、高齢化に伴い、医療費の増加が見込まれます。

高額医療費抑制につながる、中長期目標である「虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症による新規透析導入患者を減らす」については 虚血性心疾患、脳血管疾患の患者数は減少し、割合も減少しています。透析患者数は横ばいであり、被保険者数が減少しているため、割合は増えています。

中長期目標を達成するために、早期に適切な医療につなげることを目的に、短期目標として「高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療者を増やす」としており、その結果、治療者数の割合は増加しています。また治療者については合併症発症率が減少してきており、治療が重症化予防につながっています。しかし治療者数が増えることで、一人あたりの医療費が減少することを期待していましたが、健診結果から有所見者数は増加し、一人あたりの医療費も増えています。現在は治療によって重症化を予防できていますが、血圧や血糖のコントロールが不良な状態は合併症発症のリスクが高まります。これらのことから、今後も第2期計画に引き続き、治療が必要な方については受診勧奨を徹底するとともに、治療中断にならないように、健診結果やレセプトで状況を把握しながら、保健指導を実施し、必要に応じ、医療機関と連携しながら一人ひとりにあった支援を行います。

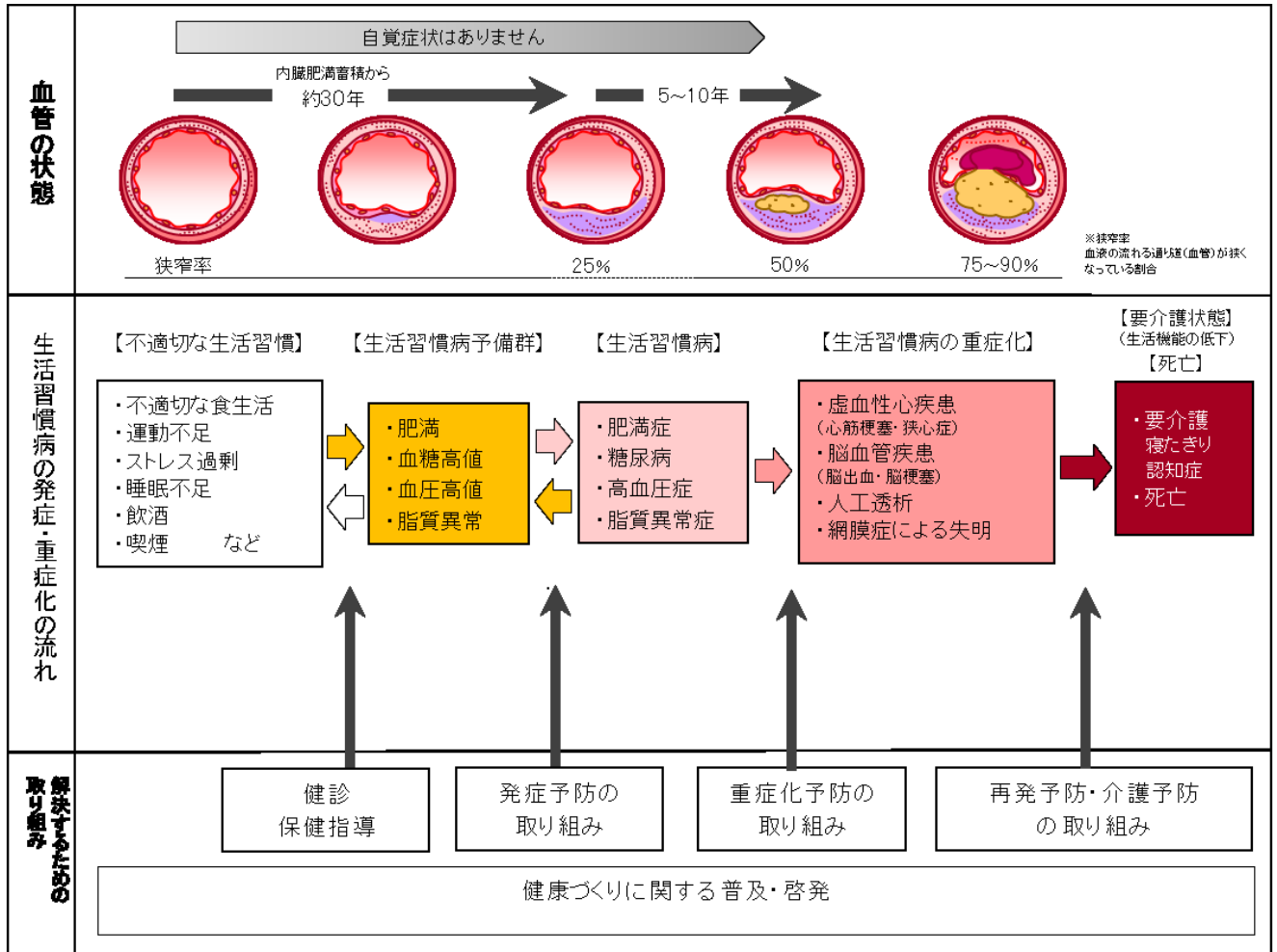
また、これまで特定健康診査の受診率を向上させるために、前年度未受診者に対して受診勧奨を行ってきました。その結果、平成30年度と比べて受診率は向上してきています。継続受診の方が健診結果も良好である傾向があるため、現行の未受診者対策に加え、継続受診を促進するような事業の展開を検討していきます。

3. 第3期における健康課題の明確化

1) 基本的考え方

生活習慣病の発症や重症化を予防するためには、自らの生活習慣を振り返り、改善していくことが必要です。

図表42 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2) 健康課題の明確化

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価を踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。

若年期からの生活習慣病が高齢期での重症化や慢性疾患につながるため、図表48に基づき、健診・医療・介護データを一体的に分析していきます。

本市では被保険者のうち高齢者の割合が高く、高齢者に係る医療費の割合が多いことから、高齢者の特性や状況に合わせた切れ目のない支援を宮城県後期高齢者医療広域連合と連携し、実施していくことが重要です。

(1) 医療費分析

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費は増加傾向にあります。また後期高齢者になると一人あたり78万円を超え、国保の約2倍も高い状況です。(図表43)

短期的目標疾患の高血圧及び糖尿病が総医療費に占める割合は同規模と比較し高い状況にあります。(図表44)

国保で1件あたり80万円以上の高額レセプトについては、毎年約2,000件以上発生しており、後期高齢になると、約2倍に増えています。(図表45)

疾病別でみると、脳血管疾患のレセプト件数の割合は、国保で令和3年度が一番多く6.7%(144件)でしたが、令和4年度は4.9%(105件)と減っています。また、総費用額に占める割合も5.8%から4.0%と減っています。しかし、後期高齢においては、336件発生し、4億円以上の費用額がかかっています。脳血管疾患は、要介護の原因疾患でもあり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、リスクとなる高血圧の重症化予防について、さらに力を入れる必要があります。(図表46)

虚血性心疾患で高額になったレセプト件数の割合は、国保では4.6%(98件)とここ数年横ばいとなっています。費用額は1億円以上を推移しています。(図表47)

図表43 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期：R4年度
被保険者数(人)		33,555	32,577	32,056	31,235	29,823	25,020
総件数及び 総費用額	件数(件)	329,118	314,588	290,749	296,472	291,182	387,090
	費用額(円)	125億0058万	121億4641万	120億6414万	121億3797万	118億5514万	195億6957万
一人あたり医療費(円)		37.3万	37.3万	37.6万	38.9万	39.8万	78.2万

資料：KDBシステム

図表44 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費 (円)	1か月における 一人あたり 医療費 (円)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物 (%)	精神 疾患 (%)	筋・ 骨疾患 (%)	
			腎		脳	心	糖尿病 (%)	高血圧 (%)	脂質 異常症 (%)	(円)	(%)				
			慢性 腎不全 (透析有) (%)	慢性 腎不全 (透析無) (%)	脳梗塞 脳出血 (%)	狭心症 心筋梗塞 (%)									
① 国保	石巻市	118億5514万	32,216	6.2	0.3	2.1	1.9	5.6	3.6	2.1	26億60万	21.9	15.1	7.3	9.2
	同規模	—	29,058	4.5	0.3	2.1	1.5	5.5	3.1	2.1	—	19.1	16.8	8.1	8.5
	県	—	29,626	5.3	0.3	1.8	1.6	6.1	3.5	2.2	—	20.8	17.3	6.9	8.1
	国	—	27,570	4.3	0.3	2.0	1.5	5.4	3.1	2.1	—	18.6	16.7	7.6	8.7
② 後期	石巻市	195億6957万	66,021	3.7	0.4	3.6	1.8	4.1	3.6	1.4	36億4250万	18.6	10.9	4.4	15.0
	同規模	—	69,773	4.7	0.5	3.9	1.7	4.1	3.0	1.5	—	19.5	11.3	3.7	12.3
	県	—	63,998	4.5	0.4	3.6	1.7	4.7	3.5	1.4	—	19.9	12.0	3.3	10.7
	国	—	71,162	4.6	0.5	3.9	1.7	4.1	3.0	1.4	—	19.1	11.2	3.6	12.4

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1 「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表45 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度	
高額レセプト (80万円以上/ 件)	人数	A(人)	1,122	1,126	1,112	1,189	1,177	2,328
	件数	B(件)	1,934	1,943	2,089	2,135	2,128	4,031
		B/総件数(%)	0.59	0.62	0.72	0.72	0.73	1.04
	費用額	C(円)	27億3775万	26億9472万	30億112万	31億1688万	31億1656万	52億9249万
		C/総費用(%)	21.9	22.2	24.9	25.7	26.3	27.0

資料:KDBシステム

図表46 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度		
脳血管疾患	人数	D (人)	53	49	49	66	54	155	
		D/A (%)	4.7	4.4	4.4	5.6	4.6	6.7	
	件数	E (人)	92	89	95	144	105	336	
		E/B (%)	4.8	4.6	4.5	6.7	4.9	8.3	
	年代別	40歳未満	(人) (%)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 1.4	0 0.0	65-69歳 0 0.0
		40代	(人) (%)	5 5.4	3 3.4	4 4.2	5 3.5	6 5.7	70-74歳 0 0.0
		50代	(人) (%)	18 19.6	16 18.0	6 6.3	14 9.7	6 5.7	75-80歳 73 0.2
		60代	(人) (%)	32 34.8	33 37.1	33 34.7	42 29.2	32 30.5	80代 190 0.6
		70-74歳	(人) (%)	37 40.2	37 41.6	52 54.7	81 56.3	61 58.1	90歳以上 73 0.2
	費用額	F (円)	1億2239万	1億1252万	1億3088万	1億8120万	1億2575万	4億2287万	
		F/C (%)	4.5	4.2	4.4	5.8	4.0	8.0	

1件当たり
約120万円

資料:KDBシステム

図表47 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	後期:R4年度		
虚血性心疾患	人数	G (人)	57	82	80	87	86	118	
		G/A (%)	5.1	7.3	7.2	7.3	7.3	5.1	
	件数	H (人)	61	95	96	101	98	133	
		H/B (%)	3.2	4.9	4.6	4.7	4.6	3.3	
	年代別	40歳未満	(人) (%)	0 0.0	0 0.0	1 1.0	0 0.0	1 1.0	65-69歳 0 0.0
		40代	(人) (%)	2 3.3	6 6.3	2 2.1	1 1.0	1 1.0	70-74歳 0 0.0
		50代	(人) (%)	9 14.8	11 11.6	3 3.1	8 7.9	12 12.2	75-80歳 62 46.6
		60代	(人) (%)	27 44.3	40 42.1	43 44.8	42 41.6	39 39.8	80代 63 47.4
		70-74歳	(人) (%)	23 37.7	38 40.0	47 49.0	50 49.5	45 45.9	90歳以上 8 6.0
	費用額	I (円)	1億565万	1億5841万	1億4280万	1億6591万	1億5373万	2億979万円	
		I/C (%)	3.9	5.9	4.8	5.3	4.9	4.0	

1件当たり
約150万円

資料:KDBシステム

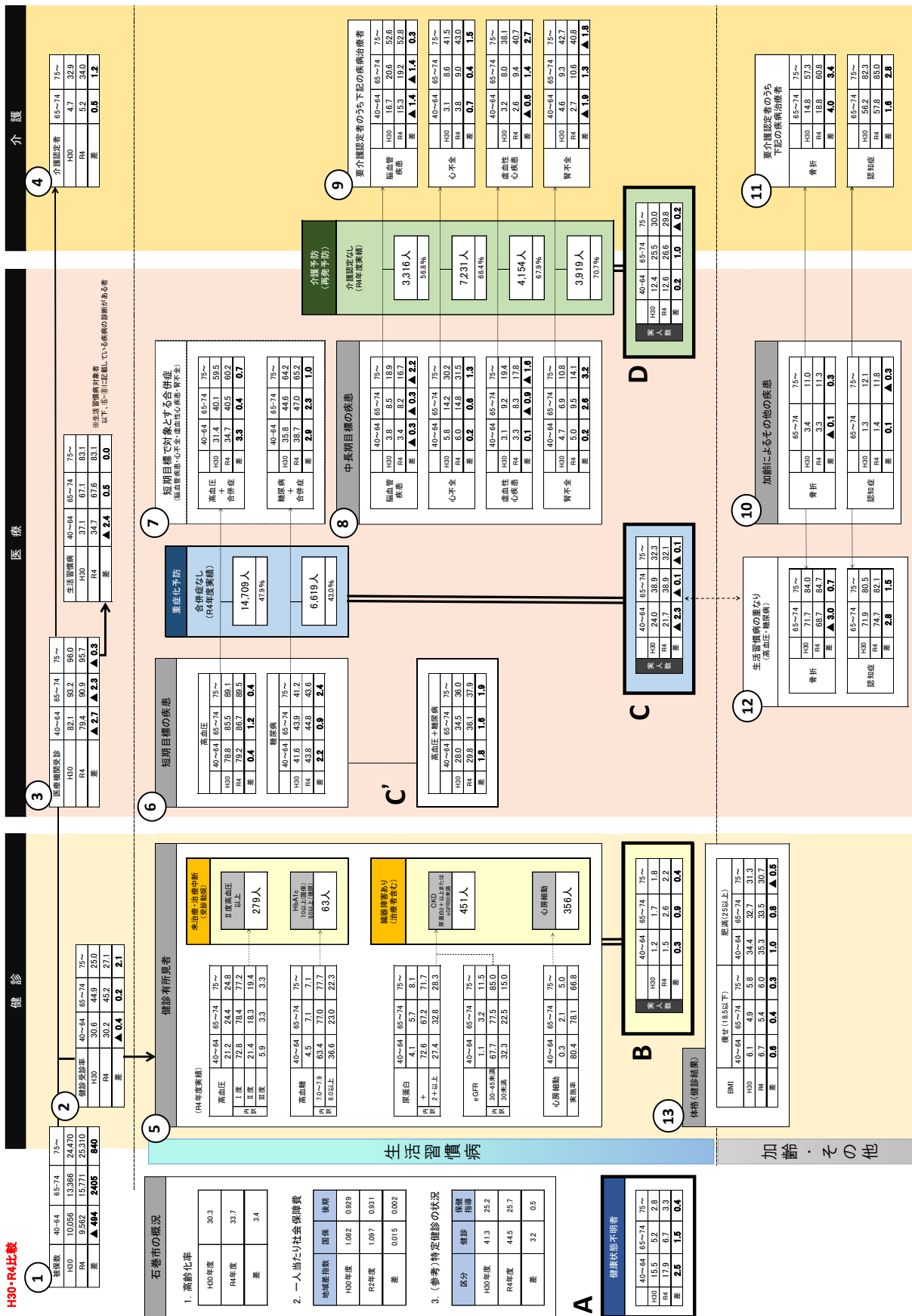
(2) 健診・医療・介護の一体的分析

健診・医療・介護のデータを平成30年度と令和4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、BMI25以上の率が各年代ともに30%を超えており、特に40～74歳の年齢層で高い状況です。(図表49)

さらに健診有所見の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上(未治療・治療中断者)の方が40～74歳の年齢層で平成30年度より高くなっています。(図表50)

また、生活習慣病受診者のうち、短期目標の疾患(高血圧・糖尿病)を重複している方の割合が増加しています。⑦短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症をみると、高血圧、糖尿病のいずれにおいても高くなっており、特に40～64歳の若い年齢層ではどちらとも約3ポイント高くなっており、③では若い年齢層は生活習慣病の医療機関受診者も低下してきていることがわかります。(図表51)これらから若い年齢層では合併症を発症してから受診する方が多いことが推測されます。

中長期疾患と介護認定の状況を見てみると、75歳以上の要介護認定者のうち5割以上が脳血管疾患、4割以上が心不全や虚血性心疾患、腎不全で治療を受けています。(図表52)若い頃から健診を受けて自身の体の状況を知り、原因疾患となる高血圧や糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化予防に努めることが必要です。生活習慣病を予防するため、さらなる受診勧奨や保健指導を実施していきます。



図表49 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
					特定健診			BMI18.5未満			BMI25以上		
					長寿健診								
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74
%	人	人	人	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
H30年度	32.9	10,056	13,366	24,470	30.6	44.9	25.0	6.1	4.9	5.8	34.4	32.7	31.3
R4年度	34.0	9,562	15,771	25,310	30.2	45.2	27.1	6.7	5.4	6.0	35.3	33.5	30.7

図表50 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
H30年度	167	5.4	(65)	263	4.4	(67)	367	6.0	(92)	123	4.0	(23)	260	4.3	(17)	62	1.0	(2)	32	1.0	99	1.6	226	3.7	1	0.0	47	0.8	133	2.2
R4年度	167	5.8	(82)	376	5.3	(102)	388	5.7	(95)	131	4.5	(20)	504	7.1	(39)	109	1.6	(4)	38	1.3	166	2.3	247	3.6	8	0.3	119	1.7	229	3.3

図表51 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 短期目標の疾患(生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患と合併症											
				生活習慣病			高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症																	
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%						
H30年度	82.1	93.2	96.0	37.1	67.1	83.1	78.8	85.5	89.1	41.6	43.9	41.2	28.0	34.5	36.0	31.4	40.1	59.5	35.8	44.6	64.2															
R4年度	79.4	90.9	95.7	34.7	67.6	83.1	79.2	86.7	89.5	43.8	44.8	43.6	29.8	36.1	37.9	34.7	40.5	60.2	38.7	47.0	65.2															

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表52 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者														
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
H30年度	3.8	8.5	18.9	3.1	9.2	19.4	5.8	14.2	30.2	4.7	6.9	10.8	16.7	20.6	52.6	3.2	8.0	38.1	3.1	8.6	41.5	4.6	9.3	42.7			
R4年度	3.4	8.2	16.7	3.3	8.3	17.8	6.0	14.8	31.5	5.0	9.5	14.1	15.3	19.2	52.8	2.6	9.4	40.7	3.8	9.0	43.0	2.7	10.6	40.8			

(3)健康課題の明確化

虚血性心疾患の1件あたりの費用額は150万円以上となっており、脳血管疾患(約120万円)より高額となっています。一方、脳血管疾患は虚血性心疾患より1件あたりの費用額は低いですが、発生頻度(件数/人数)が虚血性心疾患1.1~1.2に対し、脳血管疾患は約2と多く、それだけ医療費も多くかかっていることとなります。(図表46、47)このことから虚血性心疾患及び脳血管疾患どちらも高額なレセプトを発生させており、介護の要因にもなりうるため、重症化予防が重要です。

また、国保において、慢性腎不全の医療費に占める割合が同規模、県、国と比較して高い状況にあり、一方で後期においては低い状況にあります。(図表44)このことから、本市は若い年代で透析導入が必要となる方が多く、心疾患及び脳血管疾患と同様に、早期から重症化予防に取り組むことが重要です。

(4)優先して解決を目指す健康課題

健康課題の明確化で整理した結果から、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析での医療費が高く、これらの疾患を引き起こす原因となる高血圧や高血糖が医療費に占める割合も、同規模より高い状況にあることがわかりました(図表44)。また、中長期疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症(人工透析))に共通した高血圧と糖尿病等が重複している方の割合が増えています(図表51)。高血圧や糖尿病等の早期受診や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、虚血性心疾患や脳血管疾患等の重症化を防ぐことにつながります。

3)目標の設定

(1)成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い虚血性心疾患、脳血管疾患及び糖尿病性腎症(人工透析)の総医療費に占める割合の伸びを抑制することを中長期的な目標とします。

しかし、年齢が高くなるほど、心臓、脳、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくるため、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを減少させることが厳しいことから、虚血性心疾患患者、脳血管疾患患者及び人工透析導入者の被保険者に占める割合の減少を目指します。

また、入院に係る医療費を抑えるため、適切な時期での受診を促し、重症化予防、医療適正化につなげていきます。

②短期的な目標の設定

虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症(人工透析)の血管変化における共通のリスクとなる、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を減らしていくことを短期的な目標とします。

特に本市においてはⅡ度高血圧以上に該当する方を減少させることを目指します。そのために、医療受診が必要な方への適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、治療中断している方についても適切な保健指導を行います。

またメタボリックシンドロームや糖尿病については、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられています。そのため必要に応じて医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく進行するため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指します。健診結果を基に、それぞれの生活状況に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることを目指します。

(2) 成果目標の設定

図表53 第3期データヘルス計画成果目標一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

	達成すべき目的	課題を解決するための目標指標 (活用データ年度)	実績	目標	
			初期値 R6 (R4) 年度	中間評価 R8 (R7) 年度	最終評価 R11 (R10) 年度
中長期目標	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析の医療費の伸びの抑制	虚血性心疾患患者の被保険者に占める割合 (%)	3.6	3.5	3.4
		脳血管疾患患者の被保険者に占める割合 (%)	3.2	3.1	3.0
		人工透析導入者の被保険者に占める割合 (%)	0.6	0.5	0.5
		人工透析導入者のうち糖尿病性腎症の割合 (%)	58.3	56.5	54.8
短期目標	メタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病の該当者の減少	メタボリックシンドローム・予備群の割合 (%)	38.0	36.9	35.7
		健診受診者の高血圧者の割合 (160mmHg/100mmHg以上) (%)	5.2	5.1	4.9
		健診受診者の血糖異常者の割合 (HbA1c6.5%以上未治療者及びHbA1c7.0以上) (%)	10.3	10.0	9.7
		健診受診者の脂質異常者の割合 (LDL160mg/dL以上) (%)	9.0	8.7	8.5
		★健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合 (%)	1.6	1.6	1.5
	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上	★特定健診受診率 (%)	44.4	55.0	61.0
		★特定保健指導実施率 (%)	27.2	50.0	61.0

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めることとなっています。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

令和8年度までの目標値を、国の特定健康診査等基本指針の目標に則して60%と定め、それ以降の年度においては、各年度0.5%の向上を目指します。

図表54 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査受診率（%）	50.0	55.0	60.0	60.5	61.0	61.5
特定保健指導実施率（%）	40.0	50.0	60.0	60.5	61.0	61.5

3. 対象者の見込み

図表55 特定健康診査・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健康診査(人)	対象者数	22,282	22,323	20,410	19,743	18,965	18,195
	受診者数	11,141	12,278	12,246	11,945	11,569	11,190
特定保健指導(人)	対象者数	1,393	1,535	1,531	1,493	1,446	1,399
	実施者数	557	768	919	903	882	860

* 特定健康診査の対象者は、少子高齢化や国保加入率を勘案し、40～74歳の国民健康保険加入者予測数であり、特定保健指導対象者数は令和元年度から4年度までの動機づけ支援対象者発生率8.9%、積極的支援対象者発生率3.6%を合わせた12.5%として算出しています。

4. 特定健康診査の実施

1) 実施方法

健診については、国の「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（第4版）2023年3月（以下「手引き」）」の委託基準に基づき、特定健康診査実施機関に委託します。

2) 実施時期と実施場所

(1) 実施時期：特定保健指導の実施期間を考慮し、概ね6月から9月末まで実施します。
追加健診として、「夜間・土曜健診」を実施します。

(2) 実施場所

- ・集団健診：市内の公共機関等において実施します。
- ・個別健診：特定健康診査等実施医療機関において実施します。

3) 健診の項目

(1) 基本的な健診項目：すべての対象者が受診する項目

(2) 詳細な健診項目：「手引き」に記載の基準により、問診等に基づき医師の判断により必要に応じて受診する項目

(3) 市独自の健診項目：糖尿病や慢性腎臓病（CKD）等の生活習慣病の早期発見や重症化を予防するための追加の項目

図表56 健診の項目

健診項目		石巻市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	○	○
	LDLコレステロール	○	○
	(NON-HDLコレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	(-)
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	(-)

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施で可

4) 人間ドックと特定健康診査以外の健診の結果受領

市独自に実施している「国民健康保険被保険者人間ドック」を、特定健康診査に代えて実施します。また、商工会議所等と連携し、企業で実施している生活習慣病予防健診等の結果が特定健康診査の法定項目を含有している場合、その結果を受領することにより、特定健康診査に代えることができます。

5) 代行機関

特定健康診査・特定保健指導の実施に関するデータ管理、結果データの審査等の事務を必要に応じて宮城県国保連合会に委託します。

6) 周知方法

対象者には、個別に受診の案内及び受診票を送付するとともに、健診の実施について、ホームページや市報を活用し、周知します。

7) 案内方法・健診実施スケジュール

図表57 特定健康診査・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			
6月	◎受診票の送付	◎特定健康診査	○特定保健指導の案内は特定健診の結果票に同封し、利用を促す
7月		◎対象者の抽出	また、申し込みがインターネットでできる等利便性を図る
8月			
9月			
10月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
11月			
12月			
1月			
2月			
3月		今年度受付終了	

5. 特定保健指導の実施

1) 実施方法

特定保健指導については、「手引き」の委託基準に基づき、特定保健指導委託業者に委託して実施するほか、保険者直営でも実施します。

2) 健診から保健指導実施の流れ

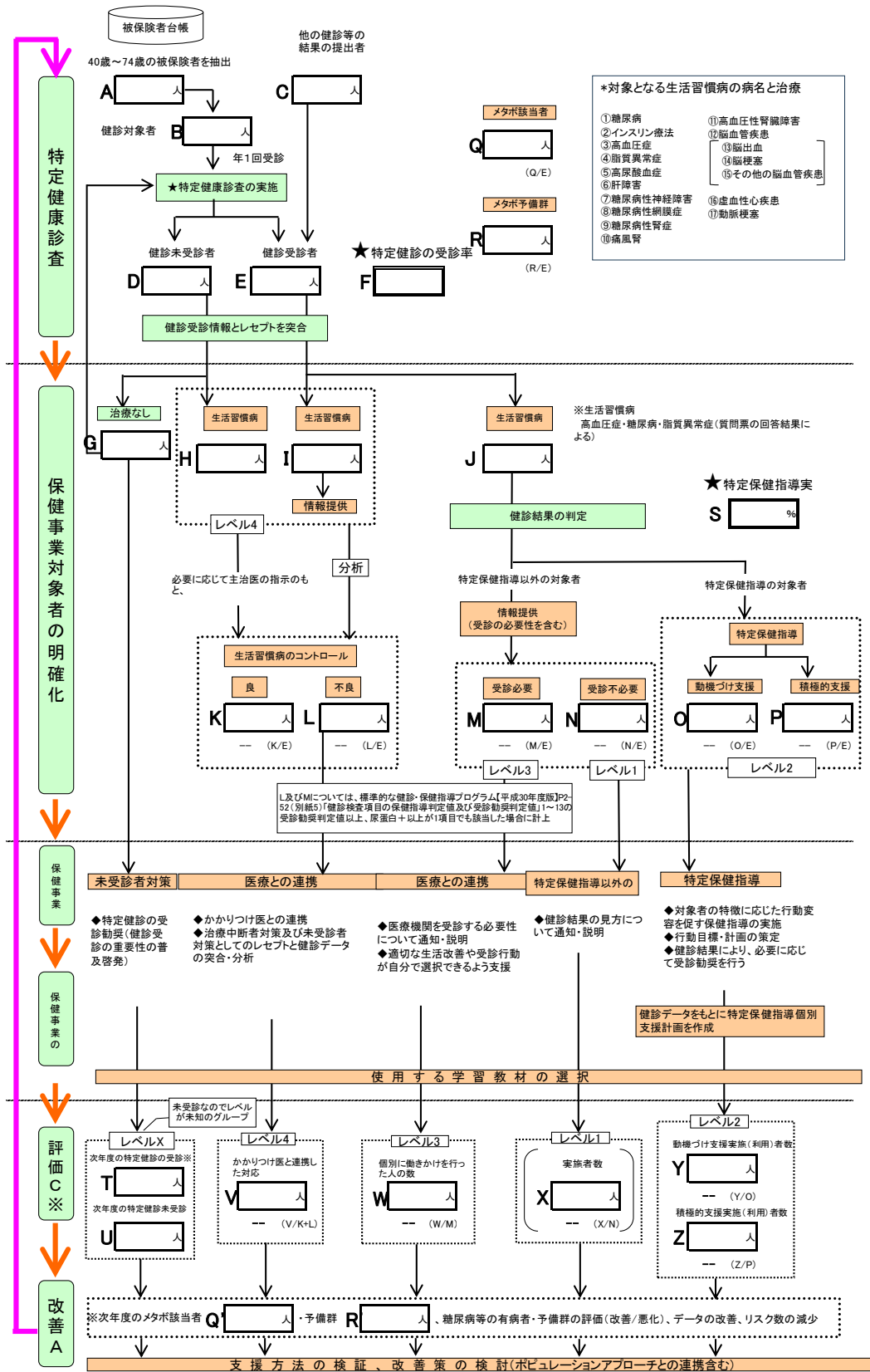
「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」の様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者を明確化し、優先順位を付けて支援をします。(図表58、59)

また保健指導計画の策定、実践、評価を行います。

図表58

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆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
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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
3	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨 ・健診受診の重要性の普及啓発 ・受診勧奨の個別通知
4	N	情報提供 (受診不必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果の見方について通知・説明
5	I	情報提供 (生活習慣病治療中)	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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

図表59 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



資料: 標準標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)

3) 動機付け支援及び積極的支援の評価について

「手引き」に沿って評価をしていきますが、本市においては、その後の生活習慣の改善等につながるように支援を実施するため、原則、最終評価を初回面接実施日より6か月以降に評価をすることとします。積極的支援の継続的な支援のポイントとして、アウトカム及びプロセス評価をもとに評価を実施します。(図表60)また「体重2kg減少かつ腹囲2cm減少」の方の方が、翌年度の健診結果の改善率が良好です。(図表61)このことから、積極的支援だけではなく動機付け支援の対象者についても「体重2kg減少かつ腹囲2cm減少」を目指した保健指導を実施します。ただし、対象者の状況や意向に基づいて、目標を設定します。

図表60 継続的な支援のポイント構成

アウトカム評価	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少※		180p
	腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少		20p
	食習慣の改善		20p
	運動習慣の改善		20p
	喫煙習慣の改善(禁煙)		30p
	休養習慣の改善		20p
	その他の生活習慣の改善		20p
プロセス評価	支援種別	個別支援	支援1回当たり70p 支援1回当たり最低10分以上
		グループ支援	支援1回当たり70p 支援1回当たり最低40分以上
		電話	支援1回当たり30p 支援1回当たり最低5分以上
		電子メール等	支援1回当たり30p 1往復＝特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。
	早期実施	健診当日の初回面接	20p
		健診後1週間以内の初回面接	10p

※当該年度の特定健康診査の結果に比べて腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している場合(又は当該年度の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm)以上減少している場合)

資料: 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(第4版)

R03年度の結果		R04年度の結果をみる					
		継続受診者 979人 72.6%		75歳未満者			
		6.4以下 6.5~6.9 7.0~7.9 8.0以上		未満(%)			
EA1c6.5以上	(人) 1348	158	378	340	103	369	137
	(%) 100.0	11.7	28.0	25.2	7.6	27.4	10.2
6.5~6.9	(人) 709	132	291	101	9	176	79
	(%) 100.0	18.6	41.0	14.2	1.3	24.8	11.1
7.0~7.9	(人) 470	22	74	208	42	124	46
	(%) 100.0	4.7	15.7	44.3	8.9	26.4	9.8
8.0以上	(人) 169	4	13	31	52	69	12
	(%) 100.0	2.4	7.7	18.3	30.8	40.8	7.1

H
b
A
1
c

R03年度の結果		改善		変化なし		0.1以上の悪化		未受診	
		(人)		(人)		(人)		(人)	
合計	(人) 276	551	198	250	152	369			
	(%) 20.5	40.9	14.7	18.5	11.3	27.4			
6.5~6.9	(人) 132	291	99	122	110	176			
	(%) 18.6	41.0	14.0	17.2	15.5	24.8			
7.0~7.9	(人) 96	208	81	98	42	124			
	(%) 20.4	44.3	17.2	20.9	8.9	26.4			
8.0以上	(人) 48	52	18	30	0	69			
	(%) 28.4	30.8	10.7	17.8	0.0	40.8			

R03年度の結果		R04年度の結果をみる					
		継続受診者 153人 88.4%		75歳未満者			
		6.4以下 6.5~6.9 7.0~7.9 8.0以上		未満(%)			
EA1c6.5以上	(人) 173	52	50	35	16	20	15
	(%) 100.0	30.1	28.9	20.2	9.2	11.6	8.7
6.5~6.9	(人) 82	37	21	7	4	13	10
	(%) 100.0	45.1	25.6	8.5	4.9	15.9	12.2
7.0~7.9	(人) 70	13	22	23	7	5	4
	(%) 100.0	18.6	31.4	32.9	10.0	7.1	5.7
8.0以上	(人) 21	2	7	5	2	2	1
	(%) 100.0	9.5	33.3	23.8	23.8	9.5	4.8

R03年度の結果		改善		変化なし		0.1以上の悪化	
		(人)		(人)		(人)	
合計	(人) 86	49	24	17	18		
	(%) 49.7	28.3	13.9	9.8	10.4		
6.5~6.9	(人) 37	21	10	6	11		
	(%) 45.1	25.6	12.2	7.3	13.4		
7.0~7.9	(人) 35	23	12	8	7		
	(%) 50.0	32.9	17.1	11.4	10.0		
8.0以上	(人) 14	5	2	3	0		
	(%) 66.7	23.8	9.5	14.3	0.0		

R03年度の結果		R04年度の結果をみる					
		継続受診者 1745人 72.4%		75歳未満者			
		I度 II度 III度		未満(%)			
I度高血圧以上	(人) 2,411	837	667	198	43	666	240
	(%) 100.0	34.7	27.7	8.2	1.8	27.6	10.0
I度	(人) 1,842	713	512	108	13	496	196
	(%) 100.0	38.7	27.8	5.9	0.7	26.9	10.6
II度	(人) 481	115	134	67	18	147	41
	(%) 100.0	23.9	27.9	13.9	3.7	30.6	8.5
III度	(人) 88	9	21	23	12	23	3
	(%) 100.0	10.2	23.9	26.1	13.6	26.1	3.4

血 圧

R03年度の結果		改善		変化なし		悪化		未受診	
		(人)		(人)		(人)		(人)	
合計	(人) 1,015	591	139	666					
	(%) 42.1	24.5	5.8	27.6					
I度	(人) 713	512	121	496					
	(%) 38.7	27.8	6.6	26.9					
II度	(人) 249	67	18	147					
	(%) 51.8	13.9	3.7	30.6					
III度	(人) 53	12	0	23					
	(%) 60.2	13.6	0.0	26.1					

R03年度の結果		R04年度の結果をみる					
		継続受診者 220人 90.5%		75歳未満者			
		I度 II度 III度		未満(%)			
I度高血圧以上	(人) 243	128	62	25	5	23	15
	(%) 100.0	52.7	25.5	10.3	2.1	9.5	6.2
I度	(人) 178	101	46	10	1	20	15
	(%) 100.0	56.7	25.8	5.6	0.6	11.2	8.4
II度	(人) 52	24	14	9	2	3	0
	(%) 100.0	46.2	26.9	17.3	3.8	5.8	0.0
III度	(人) 13	3	2	6	2	0	0
	(%) 100.0	23.1	15.4	46.2	15.4	0.0	0.0

R03年度の結果		改善		変化なし		悪化	
		(人)		(人)		(人)	
合計	(人) 150	57	13				
	(%) 61.7	23.5	5.3				
I度	(人) 101	46	11				
	(%) 56.7	25.8	6.2				
II度	(人) 38	9	2				
	(%) 73.1	17.3	3.8				
III度	(人) 11	2	0				
	(%) 84.6	15.4	0.0				

R03年度の結果		R04年度の結果をみる					
		継続受診者 2245人 76.4%		75歳未満者			
		140未満 140~159 160~179 180以上		未満(%)			
140以上	(人) 2,940	906	707	374	178	695	201
	(%) 100.0	33.5	24.0	12.7	6.1	23.6	6.8
140~159	(人) 1,667	695	427	134	20	391	109
	(%) 100.0	41.7	25.6	8.0	1.2	23.5	6.5
160~179	(人) 788	187	223	151	37	188	56
	(%) 100.0	23.8	28.4	19.2	4.7	23.9	7.1
180以上	(人) 487	104	57	89	121	116	36
	(%) 100.0	21.4	11.7	18.3	24.8	23.8	7.4

L
D
L
I
C

R03年度の結果		改善		変化なし		悪化		未受診	
		(人)		(人)		(人)		(人)	
合計	(人) 1,355	699	191	695					
	(%) 46.1	23.8	6.5	23.6					
140~159	(人) 695	427	154	391					
	(%) 41.7	25.6	9.2	23.5					
160~179	(人) 410	151	37	188					
	(%) 52.2	19.2	4.7	23.9					
180以上	(人) 250	121	0	116					
	(%) 51.3	24.8	0.0	23.8					

R03年度の結果		R04年度の結果をみる					
		継続受診者 252人 90.6%		75歳未満者			
		140未満 140~159 160~179 180以上		未満(%)			
140以上	(人) 278	128	74	35	15	26	15
	(%) 100.0	46.0	26.6	12.6	5.4	9.4	5.4
140~159	(人) 145	82	40	7	1	15	8
	(%) 100.0	56.6	27.6	4.8	0.7	10.3	5.5
160~179	(人) 75	23	25	18	4	5	3
	(%) 100.0	30.7	33.3	24.0	5.3	6.7	4.0
180以上	(人) 58	23	9	10	10	6	4
	(%) 100.0	39.7	15.5	17.2	17.2	10.3	6.9

R03年度の結果		改善		変化なし		悪化	
		(人)		(人)		(人)	
合計	(人) 172	68	12				
	(%) 61.9	24.5	4.3				
140~159	(人) 82	40	8				
	(%) 56.6	27.6	5.5				
160~179	(人) 48	18	4				
	(%) 64.0	24.0	5.3				
180以上	(人) 42	10	0				
	(%) 72.4	17.2	0.0				

6. 特定健康診査及び特定保健指導の自己負担額

特定健康診査受診率向上及び特定保健指導利用率向上のため、原則無料とします。ただし必要に応じ、自己負担額の見直しはできるものとします。

7. 個人情報の保護

1) 特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについて

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及び石巻市個人情報の保護に関する法律施行条例(令和4年12月16日)を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

2) 特定健康診査・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

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

保存期間は、「手引き」に基づき、最低5年とします。

8. 結果の報告

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

9. 特定健康診査等実施計画の公表、周知

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、ホームページ等により公表、周知します。

第4章 個別保健事業

1. 保健事業の方向性

生活習慣病は自覚症状がなく進行するため、まずは特定健康診査の機会を提供し、健診結果に応じた保健指導が重要となります。そのため特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の向上に努める必要があります。健診結果から優先順位を決めて、個別に受診勧奨や保健指導を実施することにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症における共通のリスクとなるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の減少を目指します。

また、生活習慣病の重症化により、医療費や介護費等が増加することを広く市民へ周知していくポピュレーションアプローチの取組を実施していきます。

2. 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率向上

1) 基本的な考え方

特定健康診査を受診することで、自身の健康状態に気づき、生活習慣やメタボリックシンドローム等の改善のきっかけとなります。また心疾患や脳血管疾患などを発症させる危険因子(高血圧、高血糖、脂質異常)を複数保有していると、循環器疾患の発症率や死亡率が高くなることがわかっています。そのためメタボリックシンドロームに注目した特定保健指導を実施することで、それらの疾患の発症及び重症化の予防を目指します。

(1)状況

本市において、特定健康診査未受診者における生活習慣病等の1人当たりの1か月の医療費は、受診者と比較すると約5.9倍となっています。(図表62)

また特定健康診査の継続受診者はメタボリックシンドローム該当及び予備群の方が少ない傾向にあります。(図表63)

特定保健指導の利用者は、対象者全体と比較して、翌年度に特定保健指導の対象でなくなった割合は高く、特定保健指導によって生活習慣病の改善や医療機関受診につながっていると考えられます。(図表64)

図表62 特定健康診査受診状況別生活習慣病等の1人当たりの1か月の医療費

	H30～R4年度の5年間の平均額(円)
健診受診者	6,561
健診未受診者	38,422

約 5.9 倍

図表63 過去健診受診状況(5年間)とメタボリックシンドローム及び予備軍該当者数の割合

	R2年度	R3年度	R4年度	平均
連続受診者(%)	36.0	36.7	36.6	36.4
非連続受診者(%)	40.5	41.0	39.7	40.4

図表64 特定保健指導の実施による特定保健指導対象者の減少率

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
A) 前年度特定保健指導対象者(人)	1,194	1,207	1,340	1,184	1,192
Aのうち特定保健指導対象者でなくなった者(%)	17.0	17.1	14.1	16.6	18.5
B) 前年度特定保健指導利用者(人)	328	339	352	321	331
Bのうち特定保健指導でなくなった者(%)	20.7	25.4	17.9	19.6	22.1

2) 事業の実施

(1) 未受診者への受診勧奨

受診率が低い40～50歳代の未受診者を優先して受診勧奨通知を送付します。また、過去の受診歴や受診時の結果から、対象者や通知内容を検討し、事業効果を検証しながら実施していきます。

(2) 石巻市国民健康保険健康ポイント事業

特定健康診査受診者のうち、がん検診受診や経年での特定健康診査の結果の改善等を条件に抽出し、インセンティブを提供することで、特定健康診査の受診を促すとともに、個人での健康づくりを促進します。

(3) 受診(利用)しやすい環境の整備

特定健康診査においては、すべての総合支所地区において、がん検診との総合健(検)診を継続していきます。また、受診の機会を設けるため、土曜健診・夜間健診を実施していきます。

特定保健指導においては、個人の生活状況に合わせて、家庭訪問での保健指導や休日開庁日の保健指導を実施します。インターネットを活用した利用申し込みを可能にします。また ICT を活用した保健指導が実施できるよう環境整備に努めます。

(4) 職場健診等での健診結果データの受領の推進

個人や職場で受診した健診の結果を、本人の同意のもと受領することを推進し、特定健康診査の受診率向上を目指します。また必要に応じ、結果を受領した方に対しても保健指導を実施します。

3) 連携

(1) 各医師会等

各医師会、歯科医師会、薬剤師会の会員の医療機関に、特定健康診査の受診勧奨のため、ポスター掲示やチラシの配布を依頼します。

(2) 関係機関

石巻商工会議所やJAが実施している生活習慣病予防健診等の結果を、実施主体及び健診実施機関と連携して、受領します。実施主体には結果受領に関する周知と健診結果データの提供を依頼します。

(3) 庁内関係課

健康推進課及び各総合支所市民福祉課と特定健康診査及び特定保健指導に関する打ち合わせを実施します。また健康推進課及び各総合支所市民福祉課等を通して、地区の健康づくりリーダー等に対して特定健康診査の受診勧奨の依頼を実施します。

4) 評価

アウトプット評価については年度当初に作成する「国民健康保険特定健康診査・特定保健指導等実施計画書」において目標値を設定します。

図表65 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率向上事業における目標値

	項番	評価項目	目標値	基準値(R4)
アウト プット	1	受診勧奨通知送付者数(人)		
	2	石巻国民健康保険健康ポイント事業によるインセンティブの提供者数(人)		
	3	総合検診での受診者数(人)		
	4	土曜・夜間健診での受診者数(人)		
	5	特定保健指導のインターネットからの申込者数(人)		
	6	健診結果に基づく個別支援※の実施者数(人)	目標値	基準値(R4)
アウト カム	1	特定健診受診率(%)	60	44.4
	2	継続受診率(%)	90	82.5
	3	受診勧奨通知送付者の特定健診受診率(%)	25	19.2
	4	40～50歳代の特定健診受診率(%)	60	30.6
	5	特定保健指導実施率(%)	60	27.2
	6	特定保健指導の実施による特定保健指導対象者の減少率(%)	30	22.1

※個別支援: 特定保健指導、重症化予防事業、医療機関と地域保健の連携システムにおける保健指導等、その他の健診結果に基づく健康相談

3. 虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の重症化予防の取組

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病(CKD)予防の取組にあたっては各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準

特定健康診査の結果、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病(CKD)のハイリスク予備群で、以下のいずれかに該当した方とします。

- ア: II度高血圧以上(収縮期血圧160mm Hg以上又は拡張期血圧100mm Hg以上)
- イ: HbA1c(NGSP値)6.5%以上(治療中は7.0%以上)
- ウ: eGFR50未満(70歳以上40未満)
- エ: 尿蛋白2+以上
- オ: 尿蛋白+かつ尿潜血+以上
- カ: LDL160mg/dl以上

(2) 選定基準に基づく該当者数の把握

治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になります。

図表66 令和4年度重症化予防事業対象者数(特定健康診査結果より)

					令和4年度					
健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少		虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少		糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少		<参考> 健診受診者(受診率)			
	10,650人		44.4%							
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)		虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2012年改訂版) <small>(循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究報告))</small>		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)			
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		脂質異常症		糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)			
	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)			
重症化予防対象	II度高血圧以上		LDL-C 160mg/dl以上		HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
該当者数	556	5.2	960	9.0	1,097	10.3	529	5.0	2,767	26.0
治療なし	284	2.7	833	7.8	614	5.8	121	1.1	1,102	10.3
(再掲) 特定保健指導	152	1.4	600	5.6	345	3.2	487	4.6	727	6.8
治療中	272	2.6	360	3.4	483	4.5	408	3.8	1,665	15.6

3) 事業の実施

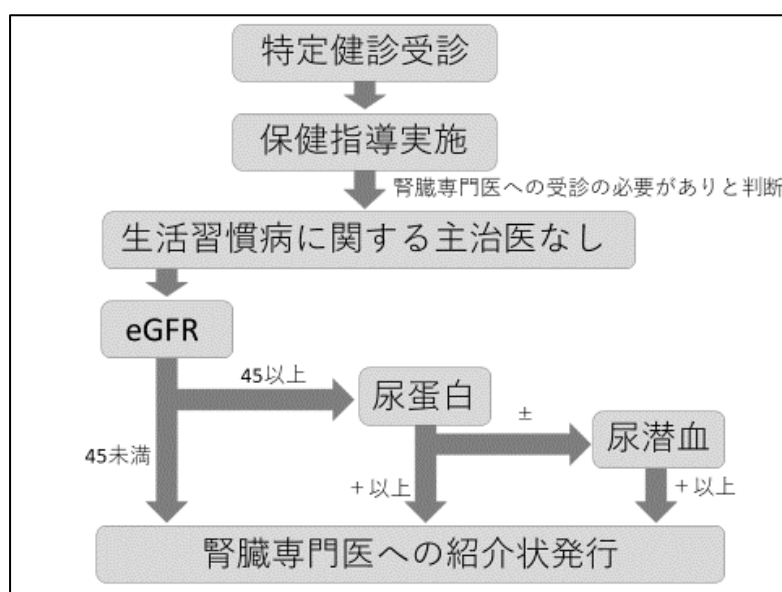
(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病(CKD)の発症・重症化予防には血圧と血糖のコントロールが重要です。血圧記録手帳や糖尿病連携手帳を活用するとともに、高血圧治療ガイドラインや糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等に基づき、対象者に応じた保健指導を実施します。

また治療が必要な医療機関未受診者や治療中断者には受診勧奨を行っていきます。治療の方については、必要に応じ、医療機関と連携し、保健指導を行います。

腎臓専門医の受診が必要な者について、原則生活習慣病に関するかかりつけ医がない場合に限り、保健師、栄養士が保健指導を実施したうえで、腎臓専門医への紹介を行います。

図表67 腎臓専門医への紹介基準



4) 評価

アウトプット評価については年度当初に作成する「国民健康保険特定健康診査・特定保健指導等実施計画書」において目標値を設定します。

図表68 虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎臓病の重症化予防事業における目標値

	項番	評価項目	目標値	基準値(R4)
アウト プット	1	保健指導実施率(%)		
	2	腎臓専門医への紹介件数(件)		
アウト カム	1	保健指導実施者の翌年度健診結果(血圧)の改善(%)	85.0	79.3
	2	保健指導実施者の翌年度健診結果(HbA1c)の改善(%)	45.0	39.5
	3	保健指導実施者の翌年度健診結果(LDL-C)の改善(%)	80.0	71.0

4. 糖尿病性腎症重症化予防の取組

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては糖尿病治療ガイド、生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言、各学会ガイドライン、宮城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づいて進めていきます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準

① 特定健康診査の結果、階層化の情報提供者に該当した方のうち、下記のいずれかに該当した方とします。

ア: 収縮期血圧140mmHg 以上又は拡張期血圧90mmHg 以上

イ: HbA1c(NGSP値)6.5%以上

ウ: HbA1c(NGSP値)6.5%以上 かつ、CKD重症度分類のGFR区分G3～G5に該当

※ア、イは治療中を除き、ウは治療中を含む

② レセプトにおいて過去に「糖尿病」の診断名があるが、現在「糖尿病」の治療を受けていない方で、下記のいずれにも該当しない者とします。

ア: 健診の受診あり

イ: その他の内科に定期的に通院している

ウ: 施設に入居している

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

特定健康診査の結果、糖尿病性腎症重症化ハイリスク者を抽出する際はCKD重症度分類を基準に、該当者数の把握を行います。

② 基準に基づく該当者数の把握

本市の令和4年度特定健康診査受診者のうち HbA1c6.5%以上が1,313人で、特に優先度が高いCKD重症度分類G3からG5の方は321人です。(図表69)

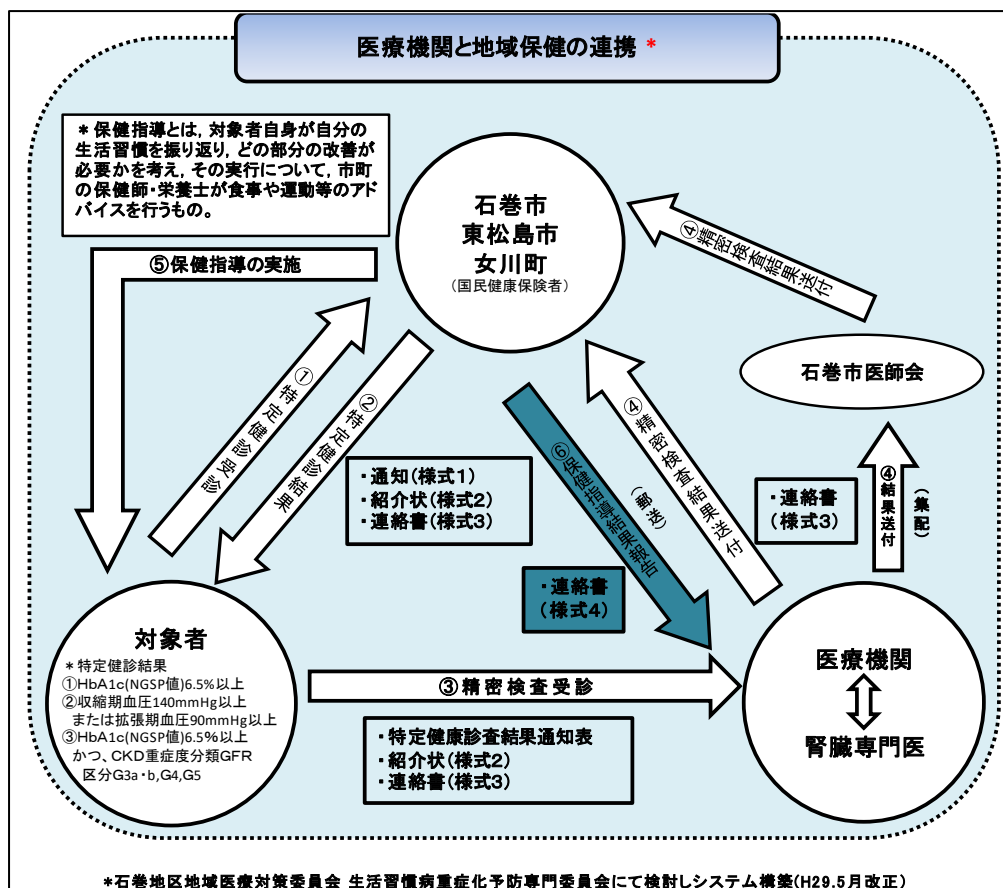
図表69 HbA1c6. 5%以上のCKD分類表

				正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿	
				A1	A2		A3	
				尿検査・GFR 共に実施		【再掲】 尿潜血+以上		
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)				(人)	(人)	(人)	(人)	
				(%)	(%)	(%)	(%)	
				192	154	15	0	23
				100.0	80.2	7.8	0.0	12.0
3 疾 患 治 療 な し 192人	G1	正常 または高値	90以上	31	26	1	0	4
				16.1	13.5	0.5	0.0	2.1
	G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	128	102	11	0	15
				66.7	53.1	5.7	0.0	7.8
	G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	30	24	2	0	4
				15.6	12.5	1.0	0.0	2.1
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	3	2	1	0	0	
			1.6	1.0	0.5	0.0	0.0	
G4	高度低下	15-30 未満	0	0	0	0	0	
			0.0	0.0	0.0	--	0.0	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0	0	0	0	0	
			0.0	0.0	0.0	--	0.0	
治 療 中 1,121人	G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	2	0	0	0	2
				0.2	0.0	0.0	--	0.2
	G4	高度低下	15-30 未満	8	2	1	0	5
				0.7	0.2	0.1	0.0	0.4
	G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	38	24	2	0	12
				3.4	2.1	0.2	0.0	1.1
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	240	191	18	1	31	
			21.4	17.0	1.6	5.6	2.8	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	718	600	73	5	45	
			64.0	53.5	6.5	6.8	4.0	
G1	正常 または高値	90以上	115	86	10	1	19	
			10.3	7.7	0.9	10.0	1.7	
321人				1121	903	104	7	114
				100.0	80.6	9.3	6.7	10.2

3) 事業の実施

(1)石巻管内2市1町で運営している「医療機関と地域保健の連携システム」を活用し、受診勧奨及び医師の指示のもと、保健指導を実施します。糖尿病性腎症の発症・重症化予防には血糖と血圧のコントロールが重要です。また、腎臓病の重症化とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満、脂質異常症、喫煙等の因子の管理も重要となります。本市においては、対象者に応じた保健指導を糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等に基づき実施していきます。

図表70 医療機関と地域保健の連携システムのフロー図



(2)医療による管理や健診による現状の把握ができない糖尿病の治療中断者に対して、医療受診勧奨を実施します。

4) 評価

アウトプット評価については年度当初に作成する「国民健康保険特定健康診査・特定保健指導等実施計画書」において目標値を設定します。

図表71 糖尿病性腎症重症化予防事業における目標値

	項番	評価項目	目標値	基準値(R4)
アウトプット	1	受診勧奨対象者への介入率(%)		
	2	医療機関受診率(%)		
	3	医療機関未受診者への再勧奨者数(人)		
	4	保健指導実施率(%)		
アウトカム	1	HbA1c8.0%以上の未治療者の割合(%)	20.0	26.7
	2	保健指導実施者の翌年度健診結果(糖尿病腎症病期分類)の維持改善(%)	95.0	94.2
	3	治療中断者の健診または医療機関の受診率(%)	60.0	56.3

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健診受診率向上 及び特定保健指導実 施向上		特定健診及び石巻市国民健康保険健康ポイント事業の周知	特定健康診査実施	①	①	①				健康ポイント事業対象者の抽 出及びインセンティブの提供		
虚血性心疾患、脳血 管疾患、慢性腎臓病 の重症化予防		①	①	①	①	①						
糖尿病性腎症重症化 予防												

- ①: 未受診者対策の受診勧奨
- ②: 糖尿病治療中断者の受診勧奨

5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくために、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に行っていく必要があります。

2) 事業の実施

本市は、令和3年度より宮城県後期高齢者広域連合から、事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を行っています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。

(1) 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

国保データベース(KDB)システム等を活用し、健診・医療・介護データを分析して、地域の健康課題を把握します。また、データ分析の結果から具体的な健康課題を抱える高齢者を抽出し、必要な医療・介護サービスにつなげます。

(2) 実施方法

① ハイリスクアプローチ

健康診査の結果に基づき、糖尿病や高血圧などの重症化予防のための訪問や相談を実施します。また、地域包括支援センター等の協力のもと、健康状態不明者の把握を行い、必要なサービスにつなげます。

② ポピュレーションアプローチ

通いの場等に積極的に関与し、フレイル予防や、生活習慣病予防の重要性を伝える健康教育や健康相談を実施していきます。

6. 地域包括ケアに係る取組

生活習慣病の合併症は要介護状態の原因疾患にもなることから、受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、関係部門(介護福祉課、地域包括支援センター等)と連携していきます。

また、国保データベース(KDB)システム等を活用した健診・医療・介護データや、地域の健康課題を関係機関で共有し、地域包括ケア推進協議会等に参画することにより、地域包括ケアの推進を図ります。

7. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。特定健康診査の重要性や生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態について、保健推進員、食生活改善推進員、運動普及ボランティア等の健康づくりリーダーの研修会や、出前講座等において周知していきます。また、乳幼児健康診査や子育て支援事業においても、若い世代に対し、体重や血圧の測定の必要性を啓発していきます。

みなさんに 知ってもらいたい— 石巻市の健康寿命と平均寿命

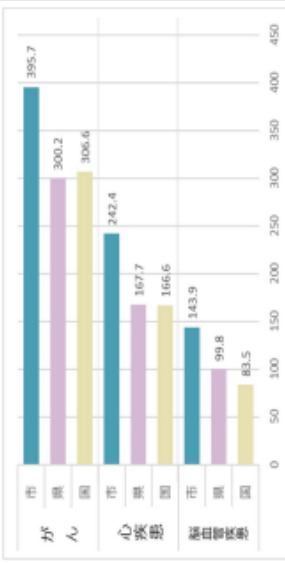
健康寿命と平均寿命

令和2年度	平均寿命(歳)		健康寿命(歳)		平均寿命と健康寿命の差(歳)	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
市	80.43	86.71	79.18	83.75	1.25	2.96
県	81.42	87.24	80.05	84.17	1.37	3.07

宮城県保健福祉部「石巻市健康寿命調査」R.5. 3月より

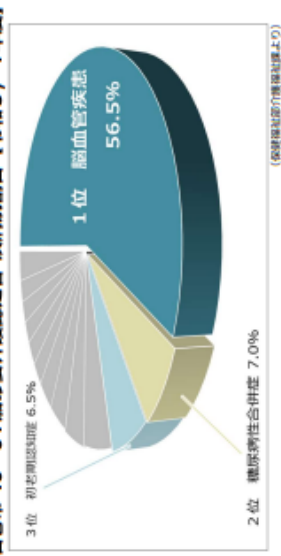
死亡・介護

令和2年度死亡率(全数・人口10万人対)



- ・死因は生活習慣病(がん・心疾患・脳血管疾患)が上位を占めます。
- ・いずれの疾患も全国、宮城県平均よりも死亡率が高いです。(令和元年石巻市死因：1位 がん、2位 心疾患、3位 脳血管疾患)

石巻市40～64歳の要介護認定者 疾病別割合【令和3, 4年度】



- ・介護認定(40～64歳)の原因の5割以上が脳血管疾患です。
- ・年々糖尿病併発併症の順位は上昇してきており、初めて初老期認知症を上回り、2位となりました。

重症化

医療(国保)の健康状況

医療(国保)

医療医療費

	H30年度	R4年度	国
①当年度医療総医療費	125億58万円	118億5,514万円	
②1か月における一人当たりの医療費	30,274円	32,216円	
③②の県内平均医療費	27,854円	30,329円	

(KOB「健康・医療・介護データからみる地域の健康課題」(国保負担率)より)

- ・平成30年度から1か月における一人当たりの医療費が増加しており、年間(12か月)で見ると2万円以上増加しています。

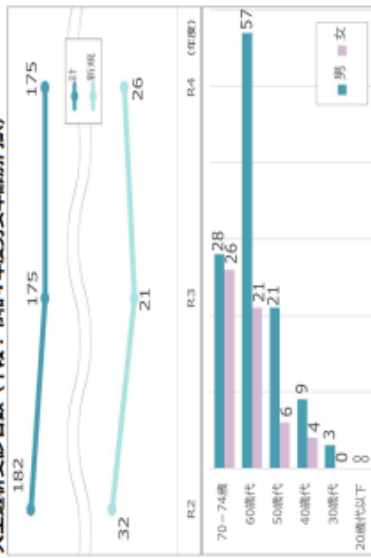
虚血性心疾患、脳血管疾患の総医療費に占める割合

	市		県		国
	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度	
脳血管疾患(%)	1.92	2.10	1.83	2.03	
虚血性心疾患(%)	1.51	1.94	1.64	1.45	

(KOB「健康・医療・介護データからみる地域の健康課題」より)

- ・平成30年度からいずれの疾患も総医療費に占める割合が増加しており、県や国と比較しても高い状況にあります。

人工透析受診者数(下段：令和4年度男女年齢別内訳)



- ・人工透析患者の58.3%(175人中102人)は、糖尿病でした。
- ・人工透析患者は50歳代から増加し、女性に比べ男性が2倍です。

～人工透析にかかる医療費～

- ・国保の方で人工透析者 175人
- ・1人あたり年間にかかる医療費 500～600万円

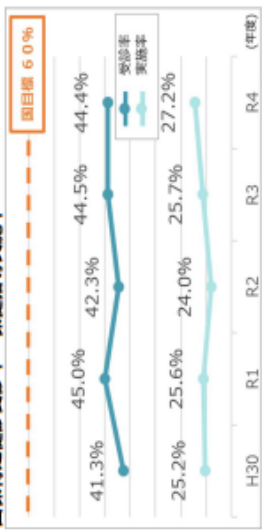
175人×500～600万円 ≒ 約10億円

R6年1月

作成：石巻市保健福祉部保険年金課

特定健診

国保特定健診受診率・保健指導実施率



- ・受診率・実施率ともにコロナ禍の影響で、令和2年度に低下しましたが、現在は上昇傾向にあります。
- ・受診率・実施率ともに国目標は60%ですが、達成しておりません。特に40, 50歳代の男性の受診率(28.3%)が低いです。

令和4年度健診受診の有無と生活習慣病に係る医療費



(KOB「健康・医療・介護データからみる地域の健康課題」より)

令和4年度健診結果の状況

	市 (%)	県 (%)	県内順位
メタボ該当者及び予備群	38.0	35.4	13
血糖 (HbA1c)	62.3	63.0	29
血圧	13.5	12.2	12
脂質異常者	28.4	25.0	4
喫煙習慣あり	23.3	25.8	28
飲酒習慣あり	15.8	14.1	16

(HbA1cは糖尿病の診断に1.2か月以内の測定値を用いたもの。HbA1cは糖尿病の診断に1.2か月以内の測定値を用いたもの。)(HbA1cは糖尿病の診断に1.2か月以内の測定値を用いたもの。)(HbA1cは糖尿病の診断に1.2か月以内の測定値を用いたもの。)

- ・メタボ該当者及び予備群は県平均より高い状況にあります。
- ・血圧の保健指導該当者は県平均を上回っていますが、受診勧奨該当者は下回っています。

自分のからだの状態を確認しましょう
年に1回の健診受診!

予防

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

中間評価は、3年後の令和8年度に行います。

計画の最終年度にあたる令和11年度に最終評価を実施します。

2. 評価方法・体制

PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するため、以下の4つの指標での評価を実施します。

また、特定健康診査の国への実績報告後のデータや、国保データベース(KDB)システムの、健診・医療・介護のデータから、受診率・受療率、医療の動向等、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか (予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおり行われているか
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健康診査受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護認定率など)

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

本計画は、国指針において、公表するものとされており、ホームページ等を通じ、公表、周知します。

2. 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

用語集

【A～Z】

BMI	Body Mass Index の略語であり、[体重 (kg)] ÷ [身長 (m) 2] によって算出される体格指数。BMIが18以上25未満を普通体重として、それ未満を低体重、それ以上を肥満と分類される。
CKD 重症度分類	原疾患、eGFR、尿蛋白(尿中アルブミン)をもとに、腎不全や心血管発症リスクを判断するもの。
eGFR	腎機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
HbA1c	血液中のヘモグロビンとブドウ糖が結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
HDL コレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運ぶ。善玉コレステロール。
ICT	Information and Communications Technology の略語であり、情報処理、通信に関する総称。
KDB システム	国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステム。
LDL コレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ。増えすぎると動脈硬化を引き起こす原因となる。悪玉コレステロール。
PDCA サイクル	P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法。

【あ行】

アウトカム	事業の目的や目標の達成度、または成果のこと。
アウトプット	事業の実施量・実施率のこと。
インセンティブ	成果に応じて追加で与える報酬、または意欲向上や目的達成のための刺激のこと。

【か行】

眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。眼底検査を行うことで生活習慣病などにおける血管病変を把握することができる。
クレアチニン (血清クレアチニン)	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
血圧	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
血糖	血液内のブドウ糖の濃度。食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。

【さ行】

人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
ストラクチャー	事業実施するための仕組みや体制のこと。

生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。
積極的支援	特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3 か月以上の定期的・継続的な支援を行う。
総合健(検)診	特定健康診査と各種がん検診(子宮がん検診、乳がん検診を除く)が1つの会場で同日に受診できる健診。

【た行】

地域差指数	当該地域における一人当たり医療費について、当該地域の年齢構成の相違による影響を補正し、指数化(全国平均を1)としたもの。
地域包括ケア (地域包括ケアシステム)	高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される仕組みのこと。
中性脂肪	人間の体を動かすエネルギー源。中性脂肪が高いとLDLコレステロールを増加させ、HDLコレステロールを減少させてしまう。
動機付け支援	特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、又はグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3 か月以上経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
同規模	KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指す。
糖尿病性腎症	糖尿病の合併症。糖尿病の影響で腎臓内の血管の細胞が変性し、腎機能を低下する。

【は行】

ハイリスクアプローチ	ある基準における健康リスクの高い個人に対して働きかけることで、個人の疾病予防を図るアプローチ。
被保険者	健康保険に加入している人のこと。
標準化死亡率	人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。値が100より大きい場合は全国平均よりも死亡率が高く、100より小さい場合は全国平均より死亡率が低いことを意味する。
プロセス	事業の目的や目標の達成に向けた過程。
ポピュレーションアプローチ	集団全体を対象として健康増進や疾病予防に関する働きかけを行うことで、集団全体の健康リスクを減らすことを目的としたアプローチ。

【ま行】

メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中等の動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
--------------	---

【や行】

有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
-----	---

【ら行】

レセプト	被保険者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求する明細書のこと。
------	-------------------------------------