

多賀城市国民健康保険

第2期保健事業実施計画

(データヘルス計画)

第3期特定健康診査等実施計画

(平成30年度～35年度)

多賀城市

第1章 計画の基本的な考え方	1
1 計画策定の趣旨	2
2 生活習慣病対策の重要性	2
3 計画の位置づけ	4
4 計画期間	4
5 実施体制・関係者連携	4
第2章 多賀城市の概況	5
1 多賀城市の現状	6
2 国民健康保険被保険加入者の状況	7
3 生活習慣病関連の医療費	10
4 人工透析を含む腎臓疾患の状況	12
5 特定健康診査実施状況	15
6 特定保健指導実施状況	22
7 多賀城市の課題	25
第3章 保健事業実施計画	26
1 第1期計画の検証（考察）と保健事業の考察	27
2 第2期データヘルス計画の健康課題	33
3 第2期データヘルス計画の目標	34
4 第2期データヘルス計画における保健事業の実施内容	35
5 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価・見直し	36
6 計画の公表・周知	45
7 個人情報の取り扱い	45
8 その他留意事項	45
第4章 特定健康診査等実施計画	46
1 第2期特定健診等実施計画の検証と課題	47
2 第3期特定健診等実施計画での主な取り組み	48

3 第3期特定健診等実施計画の達成目標.....	48
4 特定健康診査・特定保健指導の実施方法.....	50
5 個人情報の保護.....	57
6 特定健康診査等実施計画の公表・周知.....	58
7 特定健診等実施計画の評価及び見直し.....	58

第 1 章 計画の基本的な考え方

1 計画策定の趣旨

(1) 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

平成26年に国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第5項の規定に基づき厚生労働大臣が定める保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部が改正され、保険者は健康・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）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこととなりました。

本市では、「第1期多賀城市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」（平成28年度～平成29年度）を策定し、PDCAサイクルに沿った保健事業の実施及び評価を行ってきましたが、平成29年度で計画期間が満了することから、第1期の評価と健康・医療情報等の分析を行い、平成30年度から平成35年度までを計画期間とする「第2期多賀城市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定しました。

(2) 第3期特定健康診査等実施計画

生活習慣病を中心とした疾病予防を重視し、保険者による健康診査及び保健指導の充実を図る観点から、「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「法」という。）の一部が改正され、平成20年4月から、保険者は、被保険者及びその被扶養者に対する糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査の実施及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施に関する計画の策定が義務付けられました。

本市では、「第1期多賀城市国民健康保険特定健康診査等実施計画」（平成20年度～平成24年度）及び「第2期多賀城市国民健康保険特定健康診査等実施計画」（平成25年度～平成29年度）に基づく、特定健康診査等を実施することにより生活習慣病の対策に取り組んできましたが、平成29年度で第2期の計画期間が満了することから、第2期の実施状況や課題等を分析し、平成30年度から平成35年度までを計画期間とする「第3期多賀城市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定しました。

なお、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等の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）と一体的に策定しています。

2 生活習慣病対策の重要性

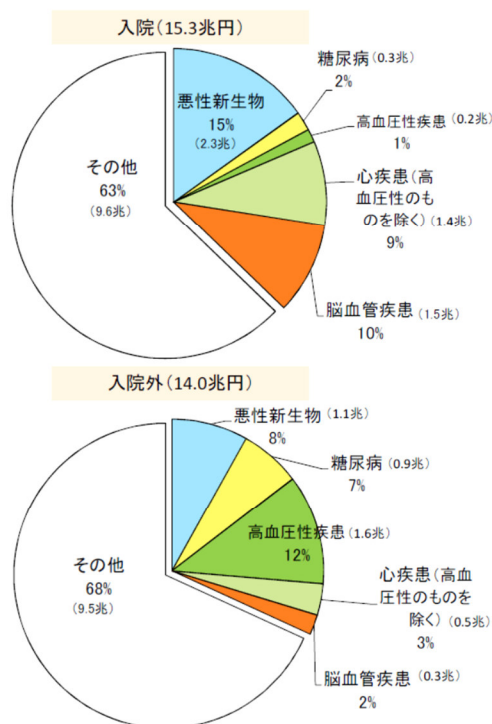
わが国では、高齢化の急速な進展に伴い疾病構造も変化し、「悪性新生物」や「心疾患」、「脳血管疾患」、「糖尿病」等の生活習慣病は、疾病全体に占める割合が増加し、死亡原因でも約6割を占め、医療費に占める割合も国民医療費の約3分の1となっています。（図表1）

生活習慣病の中でも、特に「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」等の有病者やその予備群が増加しています。

また、メタボリックシンドローム該当者・予備群と考えられる者を合わせた割合は、40歳から74歳において、男性では2人に1人、女性では5人に1人に達しています。（図表2）

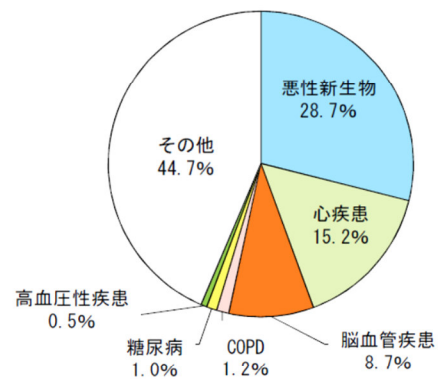
市民が生涯にわたり健康に暮らしていくためには、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」等の発症予防や重症化予防に重点を置いた取組が重要となっています。

（図表1） 【医療費の構成割合】



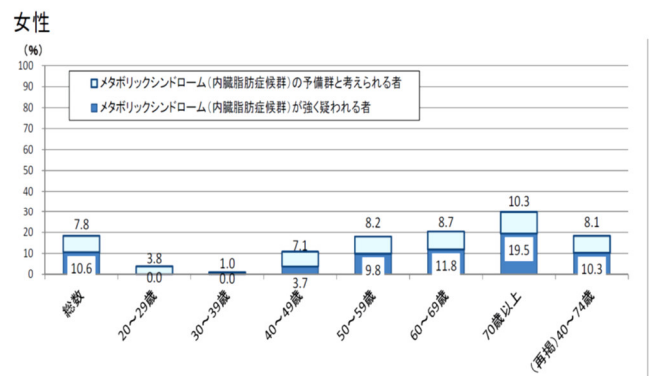
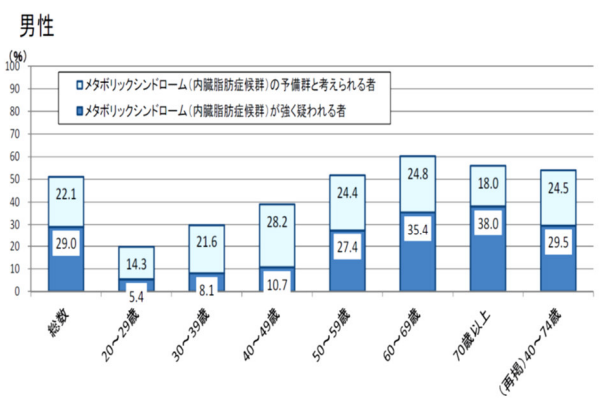
出典：厚生労働省「平成26年度国民医療費」

【死因別死亡割合】



出典：厚生労働省「平成27年人口動態統計」

（図表2）



出典：平成27年国民健康・栄養調査

3 計画の位置づけ

保健事業実施計画（データヘルス計画）は、保健事業実施指針に基づき、保険者が健康・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計画です。

特定健康診査等実施計画は、法第18条に規定する特定健康診査等基本指針及び法第19条に規定する特定健康診査等実施計画に基づき、本市の国民健康保険被保険者に対する特定健康診査等を行うための基本的な計画です。

本市においては、「第五次多賀城市総合計画」及び「第3期宮城県医療費適正化計画」を上位計画とし、「健康たがじょう21プラン」等の関連計画と整合性を図りながら策定しました。

4 計画期間

「第2期多賀城市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「第3期多賀城市国民健康保険特定健康診査等実施計画」は、医療費適正化計画が6年を1期と見直されたことを踏まえ、6年を1期として策定しますが、平成32年度で「第五次多賀城市総合計画」の計画期間が満了することに伴い、必要な見直しを行ってまいります。

5 実施体制・関係者連携

PDCA サイクルによる保健事業が円滑に運営できるように、国保部門・衛生部門が主軸となり、必要に応じて介護・福祉部門、財政部門等の関係部局と連携を図ります。

第2章 多賀城市の概況

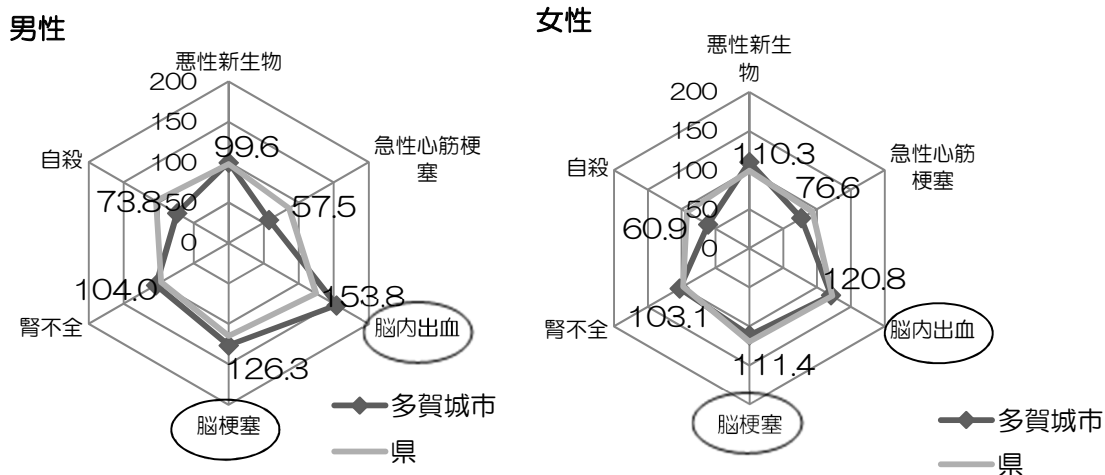
1 多賀城市の現状

(1) 多賀城市の死因状況

本市の人口は平成25年度から62,000人台で推移しています。年齢別人口割合は、0歳～64歳で76.7%（平成29年11月末時点）を占めていますが、本市においても少子高齢化が進み、継続的な人口増加は見込まれず、人口の減少が推測されます。

死因については、全国や県と比較し、男女ともに「脳内出血」、「脳梗塞」といった脳血管疾患による死亡者が多い状況となっています。

標準化死亡比（図表3）（図表4）



資料：平成20～24年 保健所・市町村別死因別標準化死亡比（SMR）と死亡数・過剰死亡数
 厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
 健診・医療・会議等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う
 地域保健人材の育成に関する研究（H25-循環器等（生習）一般-O14）
 ※標準化死亡比：全国＝100とした時の、県・市町村の死亡しやすさを意味する

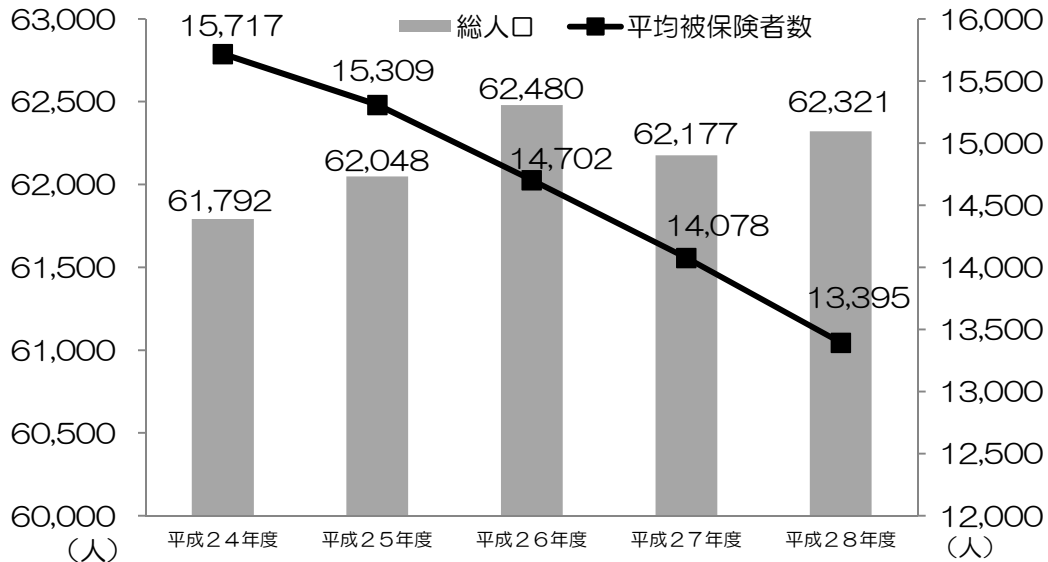
本市の死因は男女共に脳内出血・脳梗塞で死亡している者が多い状況です。

2 国民健康保険被保険加入者の状況

(1) 人口と被保険者数

被保険者数は年々減少傾向にあり、被保険者年齢別構成では65歳以上が42%となっています。

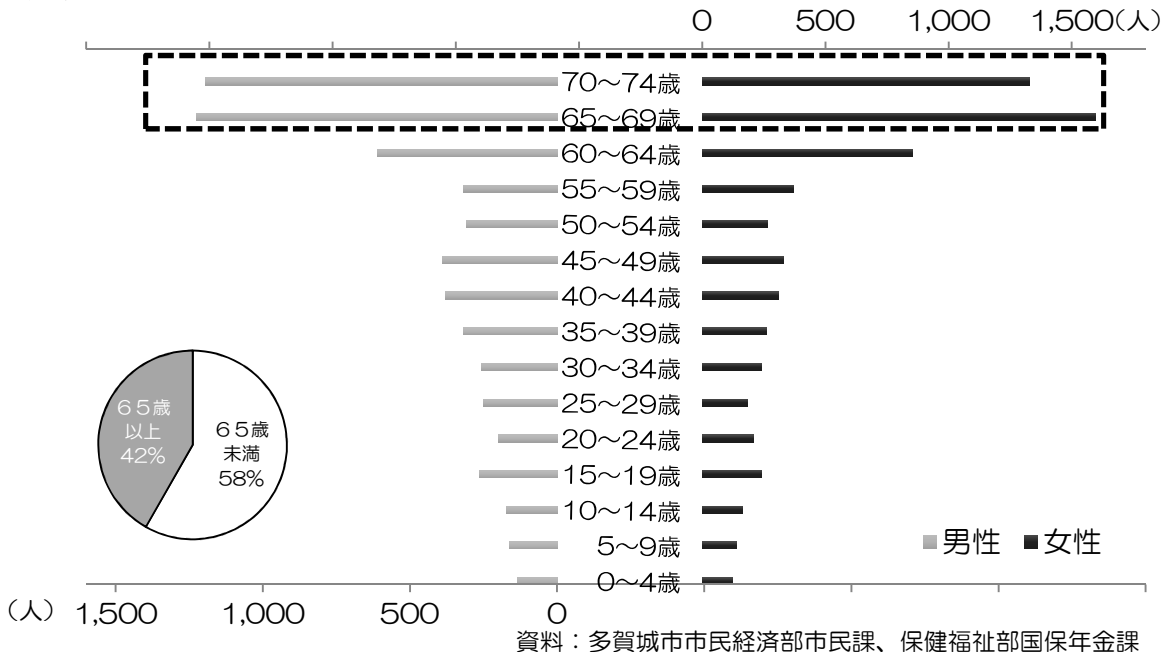
(図表5)



※総人口は3月末現在の人数 資料：多賀城市市民経済部市民課、保健福祉部国保年金課

総人口は横ばいの状況ですが、国保被保険者数は年々減少傾向にあります。

被保険者数の年齢別構成 (平成28年度末 0~74歳) (図表6)

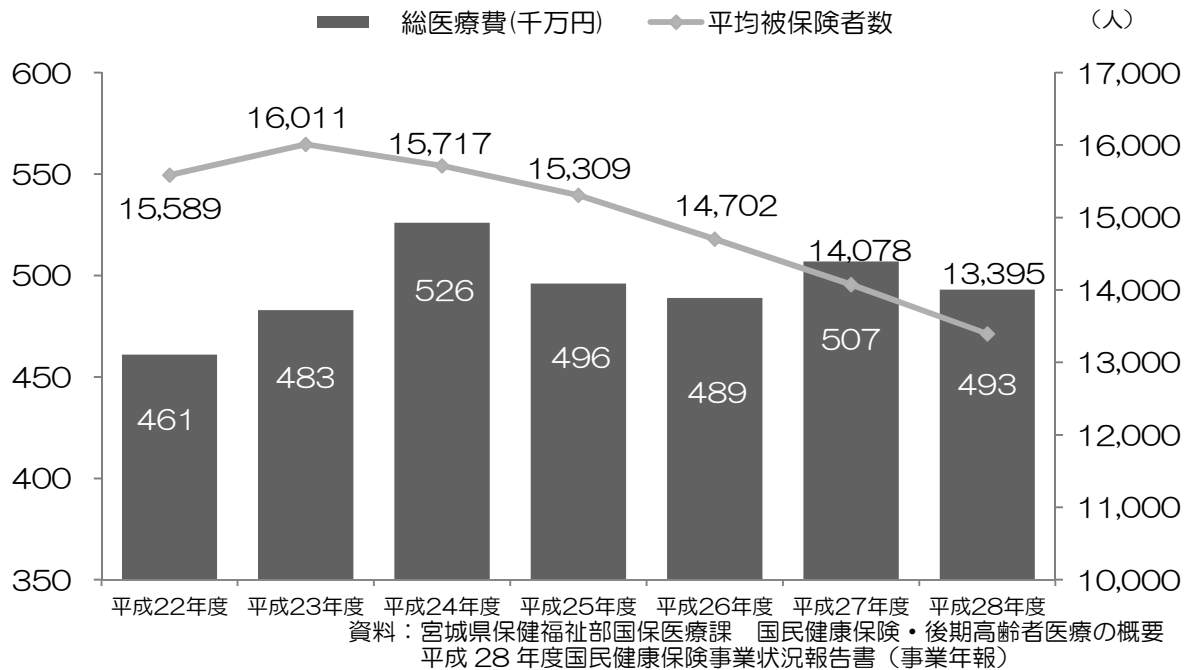


被保険者は全体のうち、65歳以上が42%を占めています。

(2) 被保険者数と総医療費の推移

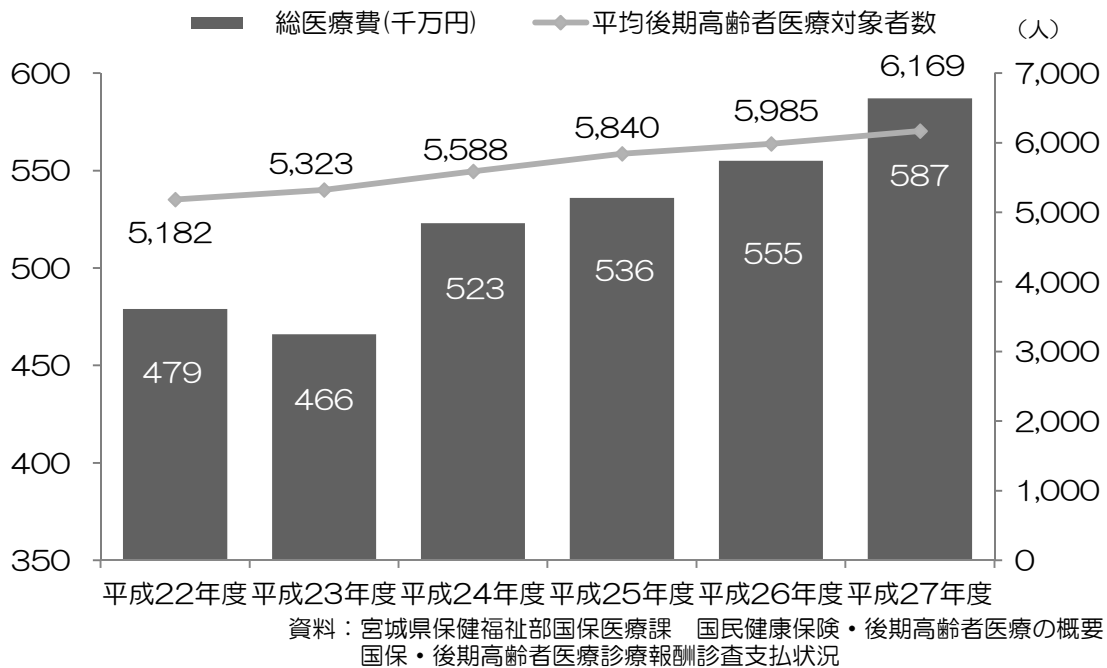
被保険者数の減少傾向に対し、一人あたりの医療費は県の平均を超えています。

<国民健康保険医療費> (図表7)



被保険者数は年々減少していますが、総医療費に大幅な増減は見られません。

<後期高齢者医療費> (図表8)

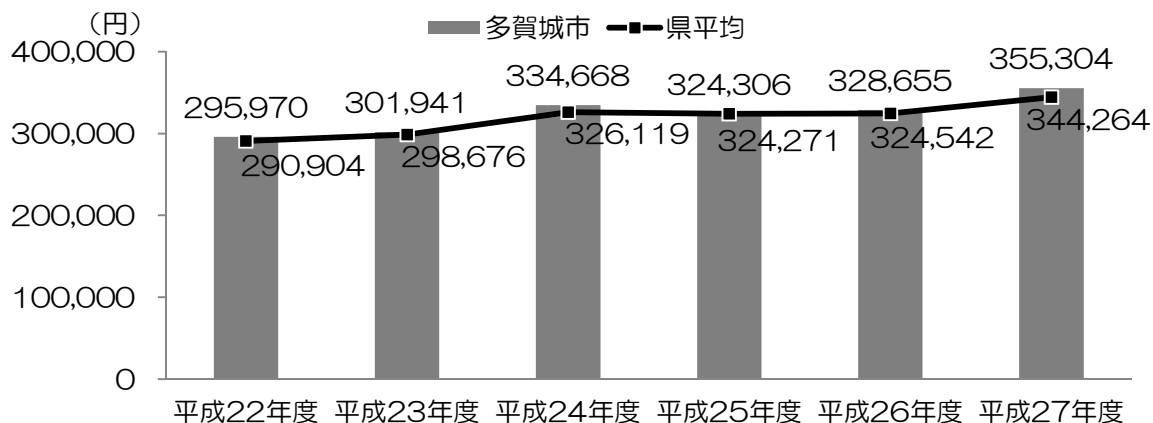


後期高齢者医療対象者数の増加とともに総医療費も増加傾向にあります。

(3) 多賀城市1人あたり国民健康保険医療費、後期高齢者医療費

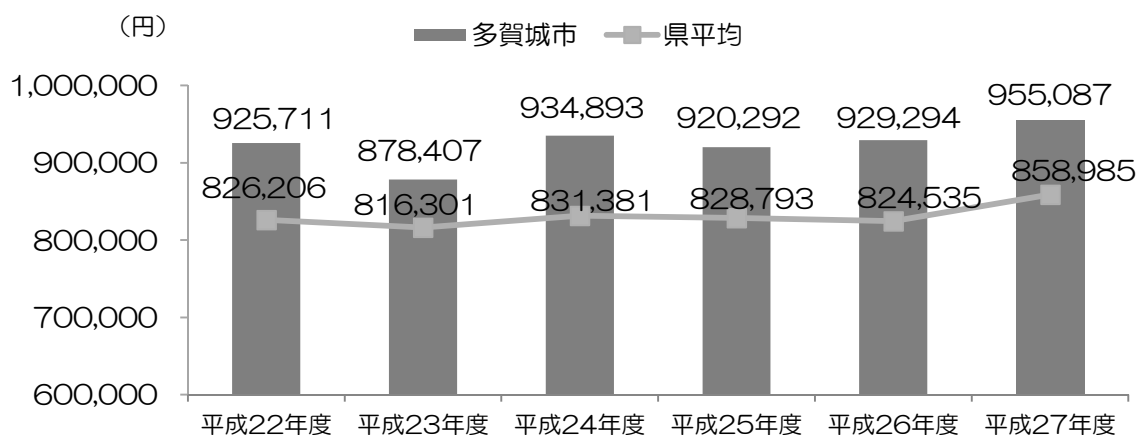
後期高齢者医療の一人あたりの医療費は県内市町村の中で最も高い状況となっています。

<国民健康保険医療費> (図表9)



資料：宮城県保健福祉部国保医療課 国民健康保険・後期高齢者医療の概要

<後期高齢者医療費> (図表10)

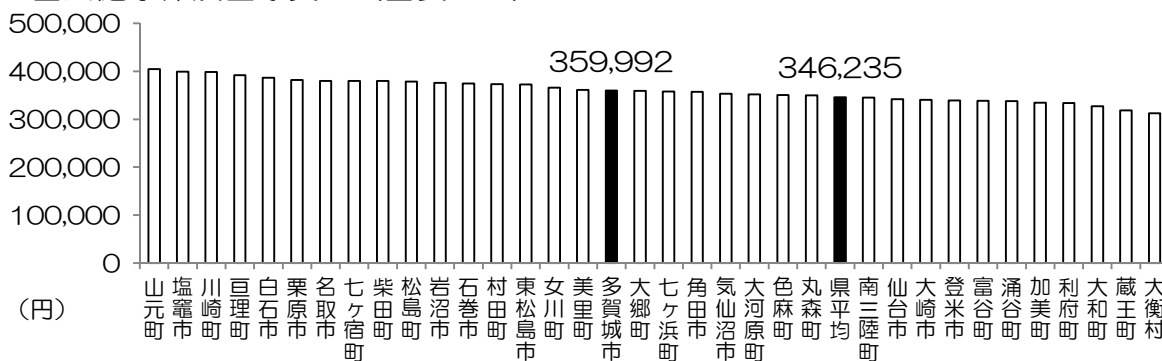


資料：宮城県保健福祉部国保医療課 国民健康保険・後期高齢者医療の概要

国民健康保険、後期高齢者医療費ともに県平均を上回り、1人当たりの医療費が増加しています。

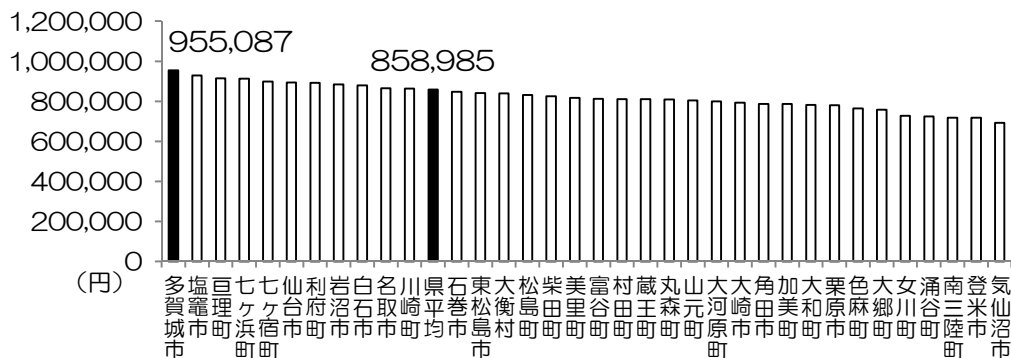
(4) 平成27年度県内市町村別1人あたり国民健康保険医療費、後期高齢者医療費

<国民健康保険医療費> (図表11)



資料：宮城県保健福祉部国保医療課 国民健康保険・後期高齢者医療の概要

＜後期高齢者医療費＞（図表12）



資料：宮城県保健福祉部国保医療課 国民健康保険・後期高齢者医療の概要

県内市町村別1人あたり国民健康保険医療費は県内35市町村の中で17番目、県内市町村別1人あたり後期高齢者医療費は県内市町村の中で最も医療費が高い状況です。

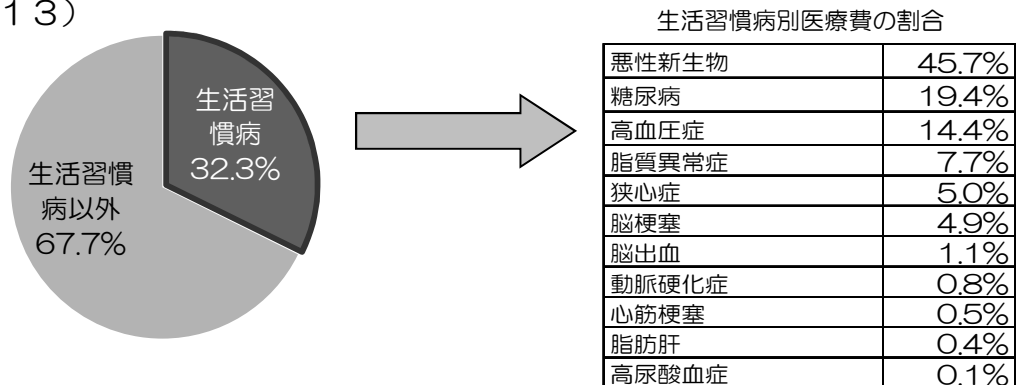
3 生活習慣病関連の医療費

（1） 総医療費の内訳

本市の医療費については、総医療費全体のうち生活習慣病が32.3%を占めている状況であり、生活習慣病医療費の内訳は、「悪性新生物」、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」の順に高くなっています。

多賀城市国保平成28年度累計総医療費 4,311,485,110円 ※医科、DPC、調剤のみ

（図表13）



資料：KDBシステム「市町村別データ」「疾病別医療費分析(生活習慣病)」(平成28年度)

総医療費のうち生活習慣病にかかる医療費が全体の約32.3%を占めています。その内訳は悪性新生物、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、狭心症の順で割合が高くなっています。

(2) 生活習慣病医療費（外来・入院）

生活習慣病医療費（外来・入院）では、特に「糖尿病」と「動脈硬化症」の入院医療費が増加しており、医療費が高額となる原因としては人工透析が考えられます。

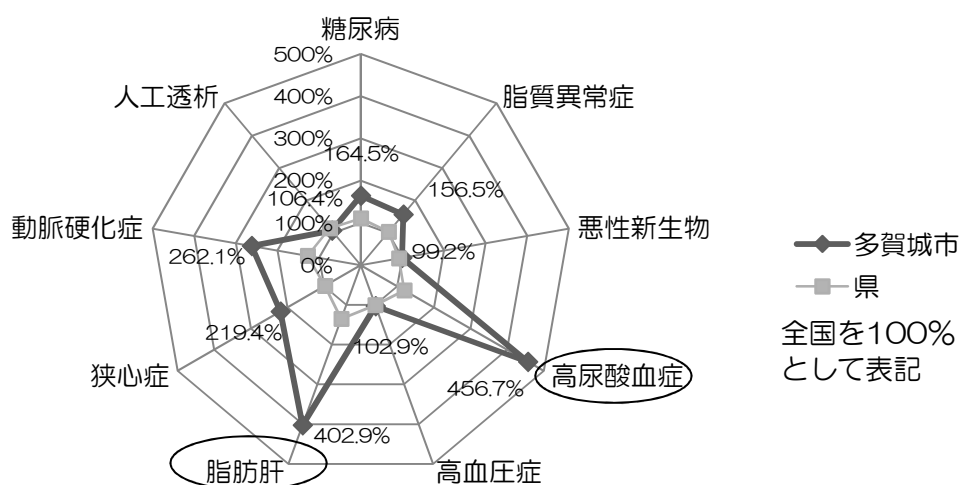
(図表14)

	平成28年度生活習慣病別医療費(円)		平成27年度生活習慣病別医療費(円)		前年比	
	外来	入院	外来	入院	外来	入院
糖尿病	241,076,730	28,513,280	245,888,320	20,992,940	1.0	1.4
高血圧症	192,502,110	7,174,440	225,754,620	8,707,150	0.9	0.8
脂質異常症	106,594,260	617,940	118,148,620	916,780	0.9	0.7
高尿酸血症	1,666,940	332,310	1,806,720	0	0.9	0.0
脂肪肝	5,223,200	148,610	5,707,320	267,460	0.9	0.6
動脈硬化症	3,753,720	7,927,220	5,151,230	5,194,960	0.7	1.5
脳出血	339,860	14,958,550	1,378,340	23,603,370	0.2	0.6
脳梗塞	13,290,770	54,576,760	20,638,960	66,193,450	0.6	0.8
狭心症	27,822,180	41,206,490	33,276,390	46,042,050	0.8	0.9
心筋梗塞	1,027,970	5,995,850	1,710,210	7,968,650	0.6	0.8
悪性新生物	285,278,250	350,439,040	275,502,860	319,231,090	1.0	1.1
筋・骨格系	213,220,720	97,016,720	239,918,840	96,246,430	0.9	1.0
精神	124,665,750	236,854,520	139,337,160	242,360,500	0.9	1.0
計	1,216,462,460	845,761,730	1,314,219,590	837,724,830	0.9	1.0

資料：「疾病別医療費分析（生活習慣病）」（平成28年度）

平成28年度生活習慣病別医療費は平成27年度と比較し、特に増加した疾患は「糖尿病」（入院）、「動脈硬化症」（入院）が多くなっています。

(3) 生活習慣病新規患者数（図表15）



資料：KDBシステム「医療費分析（1）最小分類」（平成28年度累計）

本市の新規患者数は全国平均と比較し、高尿酸血症、脂肪肝が多いです。

(4) 高額医療費の状況 (図表16)

レセプト	全体		脳血管疾患		その他の脳血管疾患		虚血性心疾患		その他の心疾患		悪性新生物		その他	
件数	119		4		7		8		12		19		69	
			3.4%		5.9%		6.7%		10.1%		16.0%		58.0%	
	40歳未満	男	2	50%	0	0%	0	0%	1	8%	0	0%	2	3%
		女	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	3%
	40歳代	男	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	1	1%
		女	0	0%	0	0%	1	13%	0	0%	0	0%	0	0%
	50歳代	男	0	0%	0	0%	1	13%	1	8%	3	16%	12	17%
		女	0	0%	1	14%	0	0%	0	0%	0	0%	5	7%
	60歳代	男	1	25%	1	14%	3	38%	2	17%	8	42%	15	22%
		女	0	0%	2	29%	0	0%	2	17%	0	0%	23	33%
70~74歳	男	0	0%	1	14%	2	25%	4	33%	4	21%	8	12%	
	女	1	25%	2	29%	1	13%	2	17%	3	16%	1	1%	
費用額	3億7171万円		1,605万円		1,743万円		2,425万円		4,346万円		4,512万円		2億2540万円	
			4.3%		4.7%		6.5%		11.7%		12.1%		60.6%	
	1件あたり平均		401万円		249万円		303万円		362万		237万円		327万円	

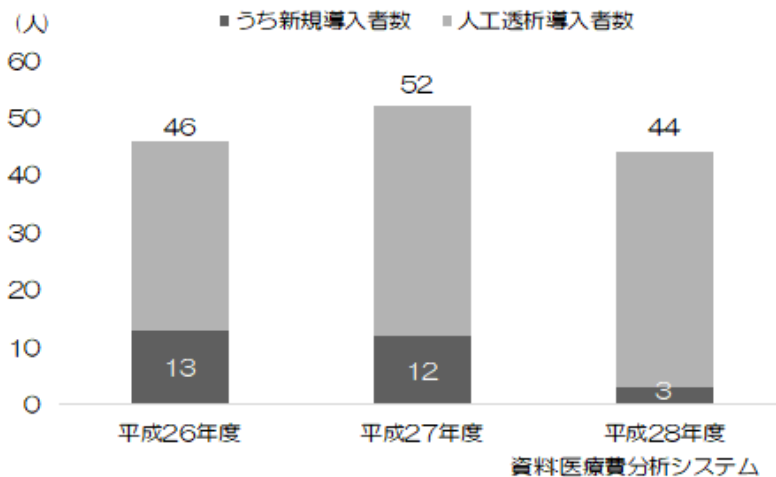
資料：KDBシステム「厚生労働省様式1-1」（平成27年6月から平成28年5月抽出分）

1件あたり200万円以上となるレセプトは平成26年度合計88件であったのに対し、平成27年度は合計119件と増加傾向にあります。脳血管疾患は全体に占める件数は少ないですが、1件あたりの費用額は400万円を超える高額となっています。

4 人工透析を含む腎臓疾患の状況

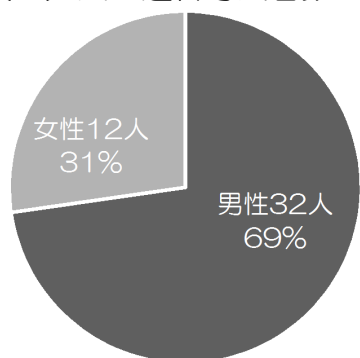
人工透析の年間医療費については減少に転じましたが、人工透析導入者のうち、約70%が糖尿病を合併していることがわかりました。

(1) 人工透析導入者数と新規人工透析導入者の年次推移 (図表17)

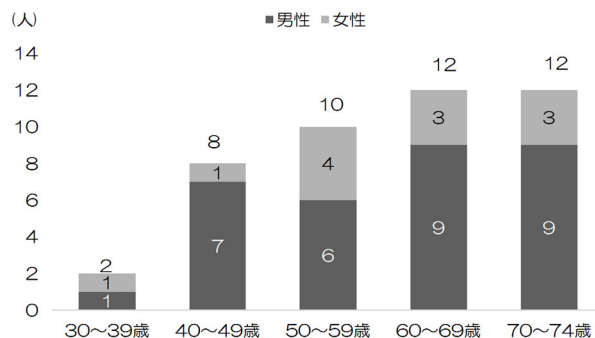


人工透析導入者数は、平成26年から28年まで44~52人で推移しています。そのうち、新規人工透析導入者数は、平成28年度では3人となり、減少傾向にあります。

(2) 人工透析導入者数の状況 (図表18、19)



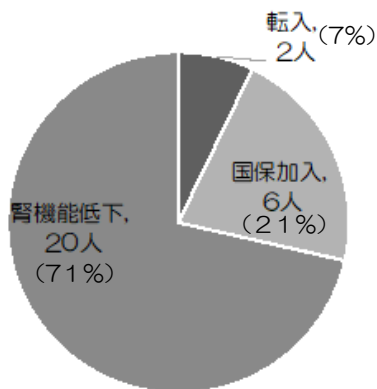
資料:医療費分析システム



資料:医療費分析システム

平成28年度の人工透析患者の男女比は7：3で男性が多く、年代では男女ともに60歳以上が多い状況です。

(3) 新規人工透析導入理由 (図表20)



資料:医療費分析システム

平成26年~28年の3年間合計新規人工透析導入者28名のうち、国民健康保険に継続加入していた者は約70%です。

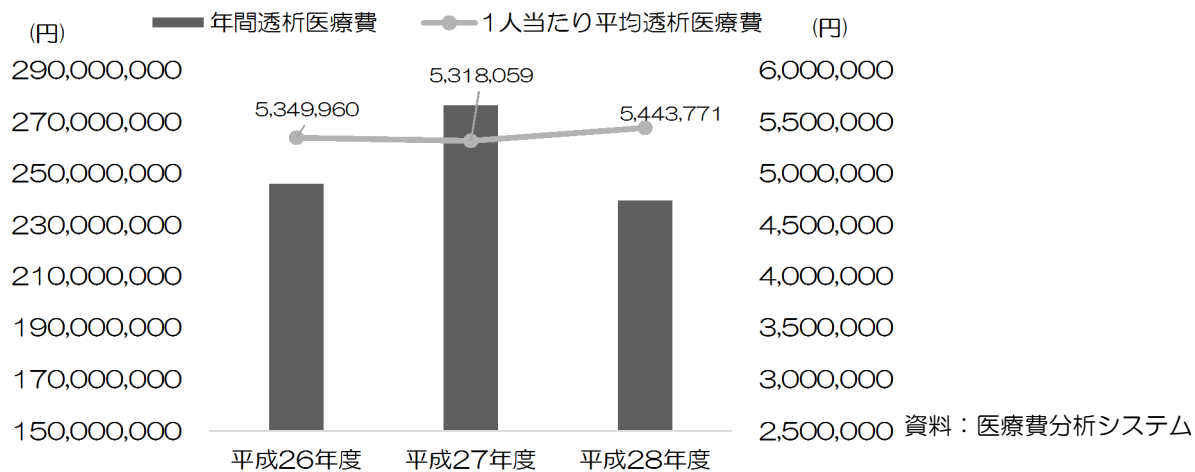
(4) 国保被保険者の年代別腎疾患の治療状況と人工透析導入状況 (図表21)

年代別	国保被保険者 人	腎臓系疾患治療者		(再掲)					
				人工透析導入者		糖尿病合併		高血圧症合併	
				人	%	人	%	人	%
計	12793	583	4.6%	44	8%	31	70%	44	100%
70-74歳	2521	233	9.2%	12	5%	5	42%	12	100%
60歳代	4286	239	5.6%	12	5%	10	83%	12	100%
50歳代	1265	67	5.3%	10	15%	8	80%	10	100%
40歳代	1407	33	2.3%	8	24%	6	75%	8	100%
40歳未満	3314	11	0.3%	2	18%	2	100%	2	100%

資料：医療費分析システム

腎臓疾患による受診者は全体の4.6%となる583人ですが、腎臓系疾患治療者のうち人工透析導入者は44人です。

(5) 人工透析導入者の医療費年次推移 (図表22)



人工透析導入者の年間医療費は、平成28年度は2億3千万円で平成27年度より3千700万円減少しましたが、1人あたりの年間平均医療費には大きな変化はなく530~540万円台で推移しています。

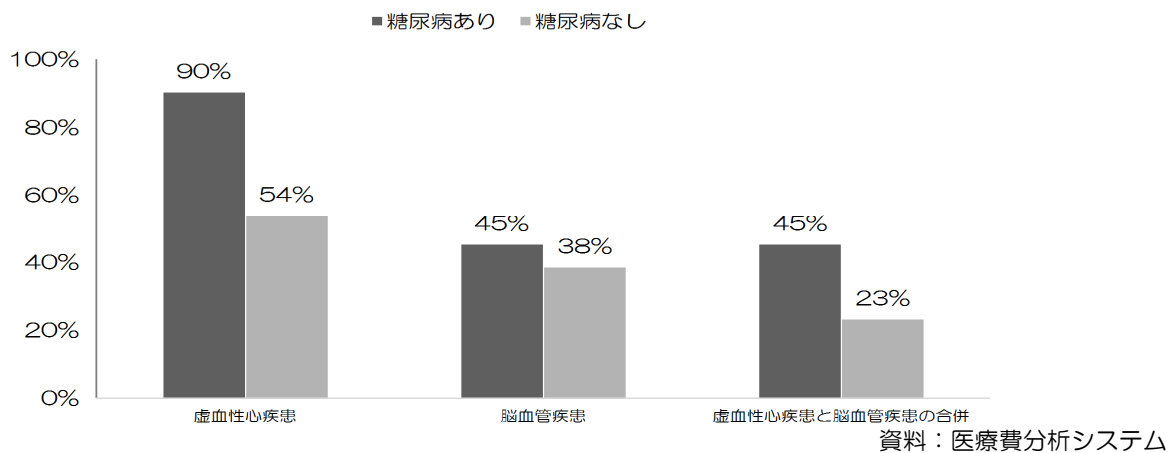
(6) 糖尿病の有無による人工透析導入者の1人あたり平均医療費の状況 (図表23)

	糖尿病あり	糖尿病なし
人数	31人	13人
1人あたり平均年間医療費	5,512,355円	5,280,225円

資料：医療費分析システム

年間平均医療費は糖尿病を保有している場合、糖尿病がない者の平均医療費より約23万円高い状況でした。

(7) 人工透析導入者の糖尿病の有無による虚血性心疾患・脳血管疾患の保有状況 (図表24)



人工透析導入者のうち、糖尿病を保有している場合、虚血性心疾患の発症割合が90%であり、糖尿病がない者と比較すると約1.7倍高い状況でした。

(8) 糖尿病の重症化による医療費の状況 (図表25)

	糖尿病治療者 (非インスリン治療)	インスリン治療者	人工透析者のうち 糖尿病のある者
人数	3,861人	129人	31人
1人当たり 平均年間医療費	38,371円	771,746円	5,512,355円

資料：医療費分析システム

糖尿病の重症化における医療費は、糖尿病治療者（非インスリン治療）と比較して、インスリン治療者が約20倍、人工透析を導入すると約140倍に膨らんでいる状況です。

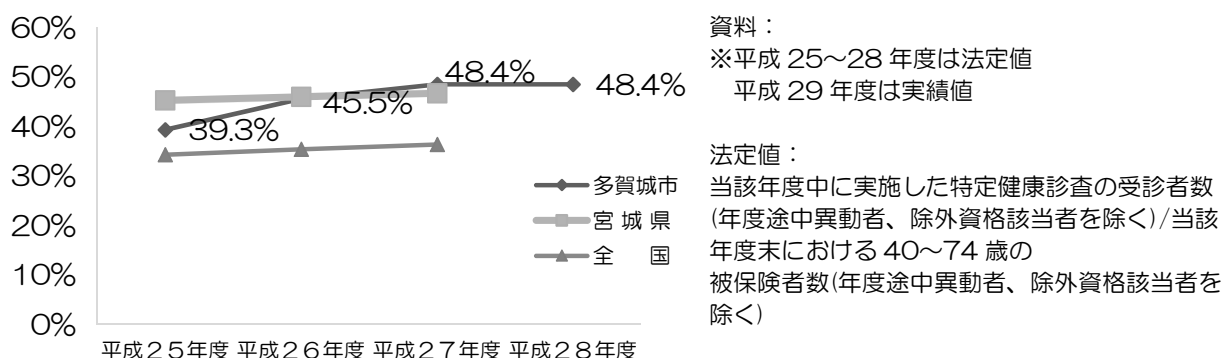
5 特定健康診査実施状況

(1) 特定健康診査受診率年次推移

本市の特定健康診査受診率は、全国及び県と比較すると高い値となっていますが、近年は横ばいで推移しています。

(図表26、27)

項目	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
対象者数	9,536人	9,386人	9,005人	8,641人	9,313人
受診者数	3,743人	4,274人	4,360人	4,186人	4,612人
目標値	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
受診率	39.3%	45.5%	48.4%	48.4%	49.5%
宮城県	45.2%	45.9%	46.6%	-	-
全国	34.3%	35.4%	36.3%	-	-



特定健康診査受診率は、県や全国と比較して高い状況が続いています。

(2) 特定健康診査質問票の状況 (図表 28)

質問項目 (%)	多賀城市	県平均	全国平均
現在、たばこを習慣的に吸っている	16.1	15.1	14.2
20歳時体重から10kg以上増加	34.4	33.6	32.1
1回30分以上の運動習慣なし	51.3	59.4	58.7
1日1時間以上の運動なし	8.3	39.3	46.9
1年間で体重増減3kg以上	21	20.2	19.5
週3回以上就寝前に夕食	15.2	18.2	15.4
週3回以上夕食後に間食	8.4	8.2	11.8
週3回以上朝食を抜く	6.8	7.1	8.5
1日の飲酒量1合未満	71.2	59.7	64.1
生活習慣改善取り組んで6か月以上	41.6	21.9	20.8
保健指導利用しない	67.9	58.8	59.4

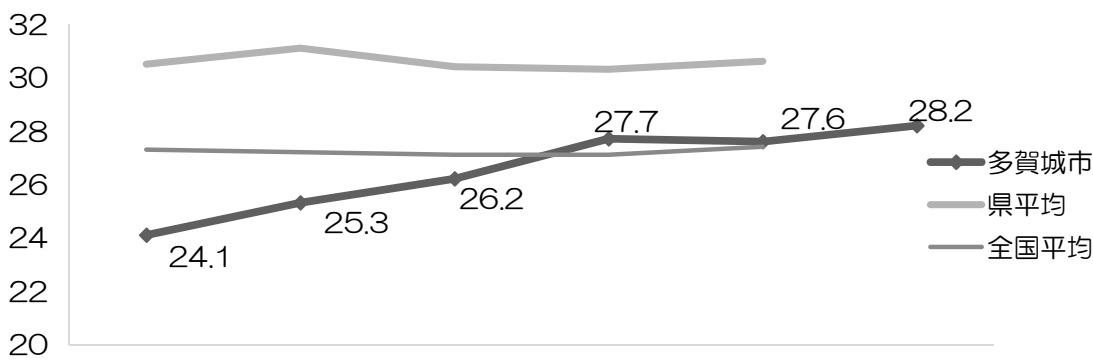
資料：KDB システム「質問票調査の経年変化」(平成28年度)

県や全国と比較して、運動習慣がある市民の割合が高い状況となっています。

(3) 特定健康診査メタボリックシンドローム状況 (該当者・予備群割合)

本市の特定健康診査の結果によると、メタボリックシンドロームの該当者・予備群は増加傾向にあり、男性は「高血圧」と「脂質異常」の有所見が重複している者が多く、女性は「高血圧」「高血糖」「脂質異常」の有所見が重複している者が多い状況となっています。

(図表 29)

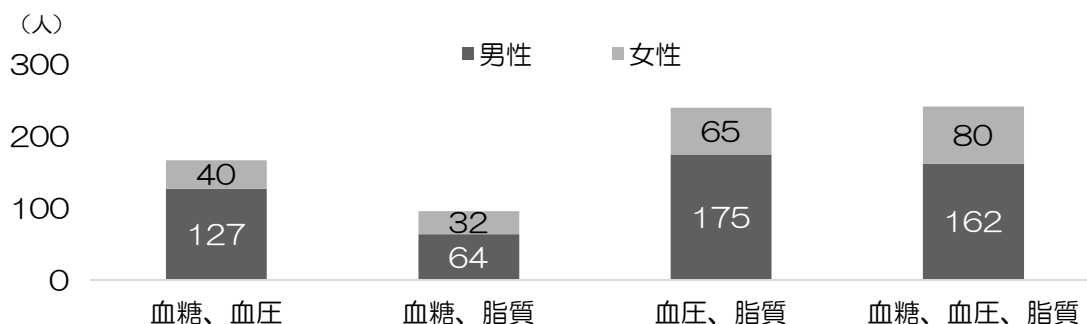


(%) 平成23年度 平成24年度 平成25年度 平成26年度 平成27年度 平成28年度

資料：法定報告結果一覧表、多賀城市健診実施状況

年々、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が増加しており、平成26年度からは全国平均を上回っています。

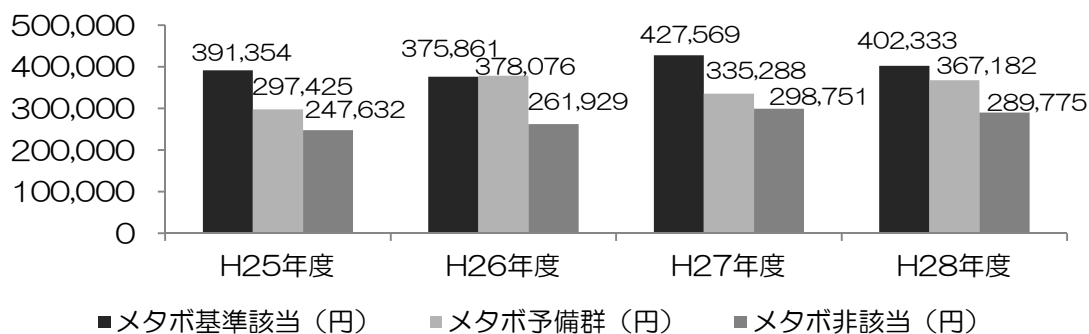
(4) メタボリックシンドローム該当者の有所見状況 (図表30)



資料：KDBシステム「厚生労働省様式6-8 メタボリックシンドローム該当者・予備群」(平成28年度)

メタボリックシンドローム該当者の有所見は、男性は高血圧と脂質異常の2つの所見を有する方が多く、女性は高血圧・高血糖・脂質異常の3つの項目が重なっている方が多い状況です。

(5) メタボリックシンドローム該当者・予備群・非該当者の医療費 (図表31)



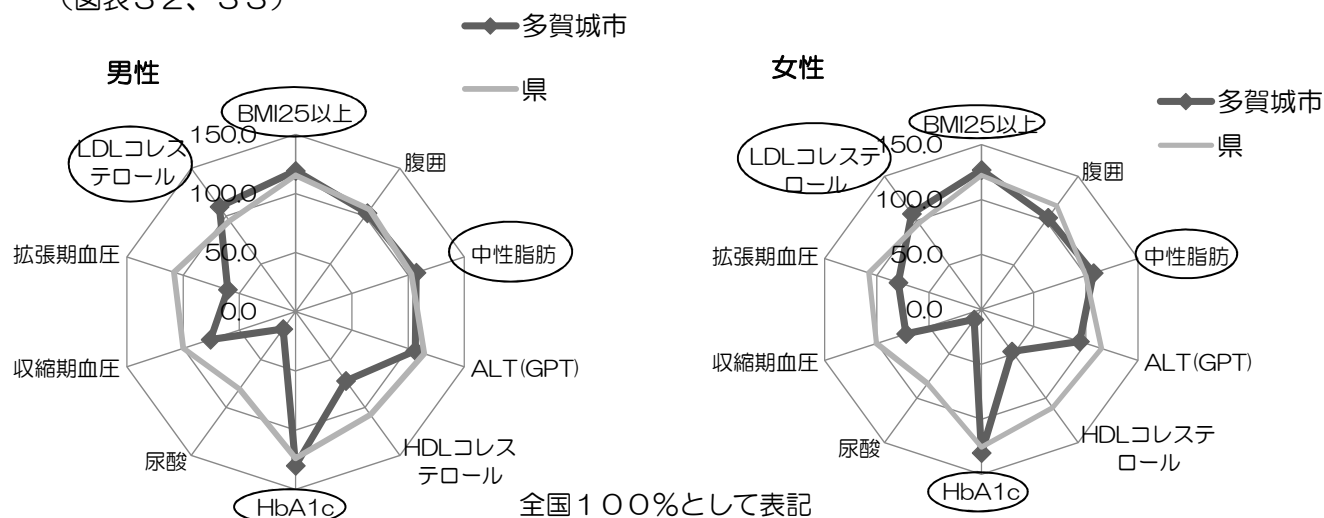
資料：医療費分析システム

メタボリックシンドローム該当者の医療費は非該当者と比較して約12万円高く、予備群は非該当者よりも約5万円程度高い状況となっています。

(6) 特定健康診査有所見状況

特定健康診査受診者全体の有所見状況については、男女ともにBMI、中性脂肪、LDL コレステロール、HbA1cといった「糖尿病」や「動脈硬化症」の原因となる所見が、全国及び県と比較しても高い割合となっています。特に、HbA1cの有所見者数は毎年増加しており、年齢とともに増加している状況です。

(図表32、33)

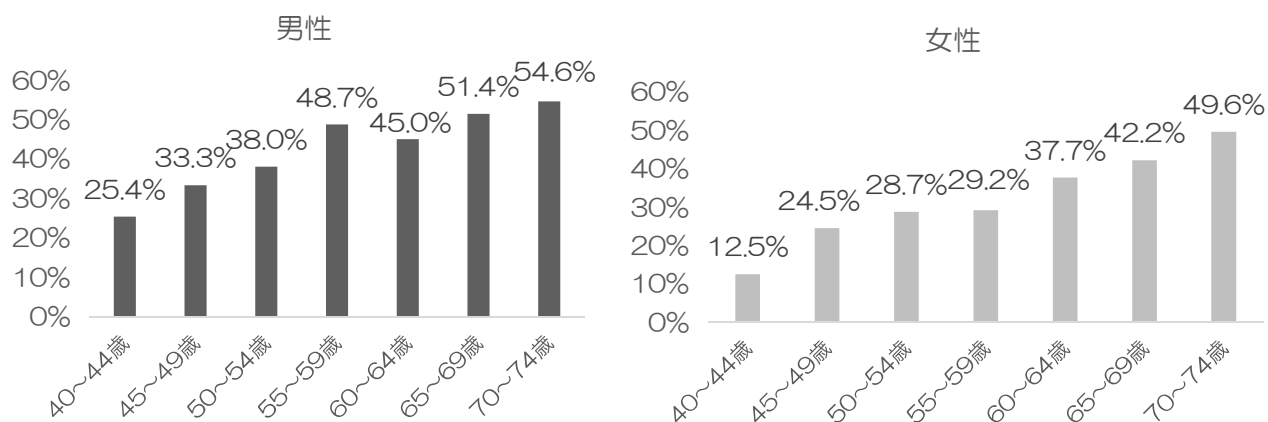


資料：KDBシステム「厚生労働省様式6-2~7 健診有所見者状況」(平成28年度)

男性・女性共に健診有所見者率は全国平均と比較し、BMI、中性脂肪、HbA1c、LDLコレステロールが高い状況となっています。

血圧有所見者の内訳

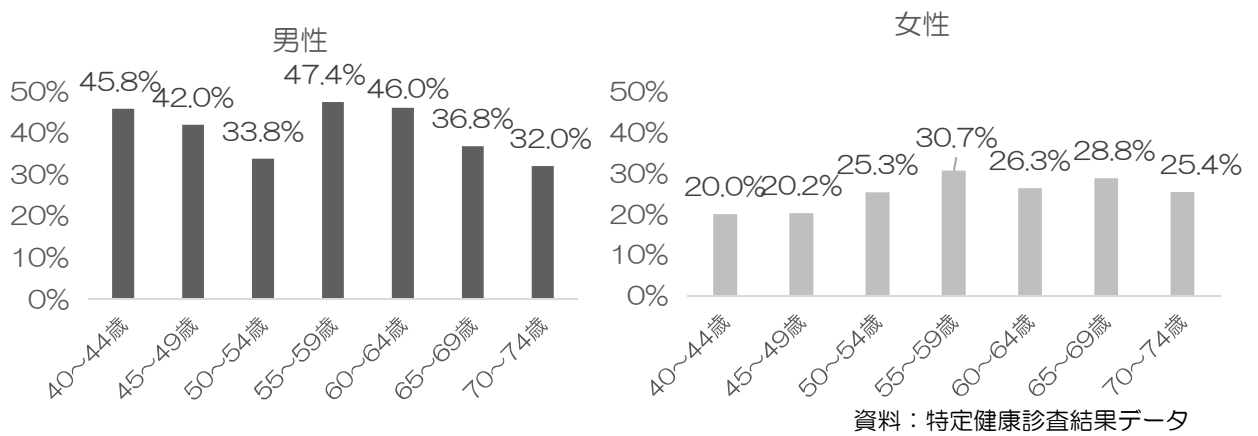
(平成29年度のみ集団特定健康診査受診者データ)(図表34、35)



資料：特定健康診査結果データ

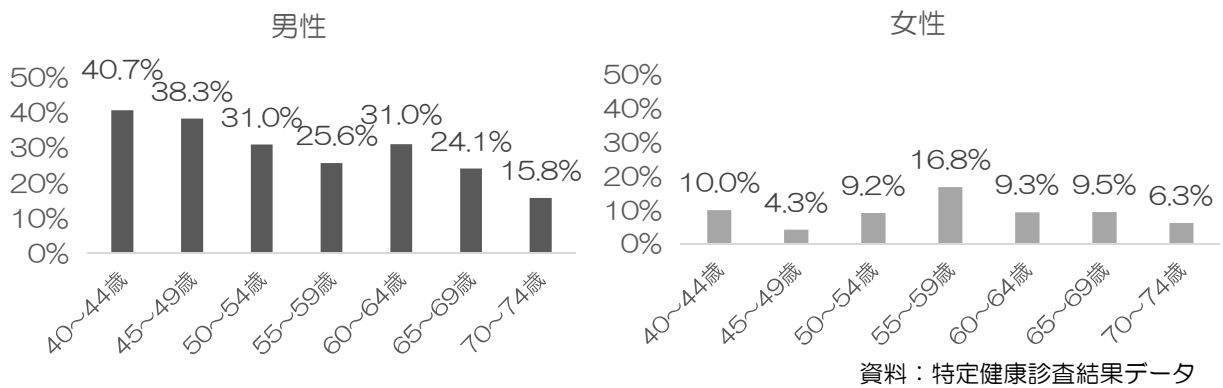
BMI 25以上の内訳

(平成29年のみ度集団特定健康診査受診者データ)(図表36、37)



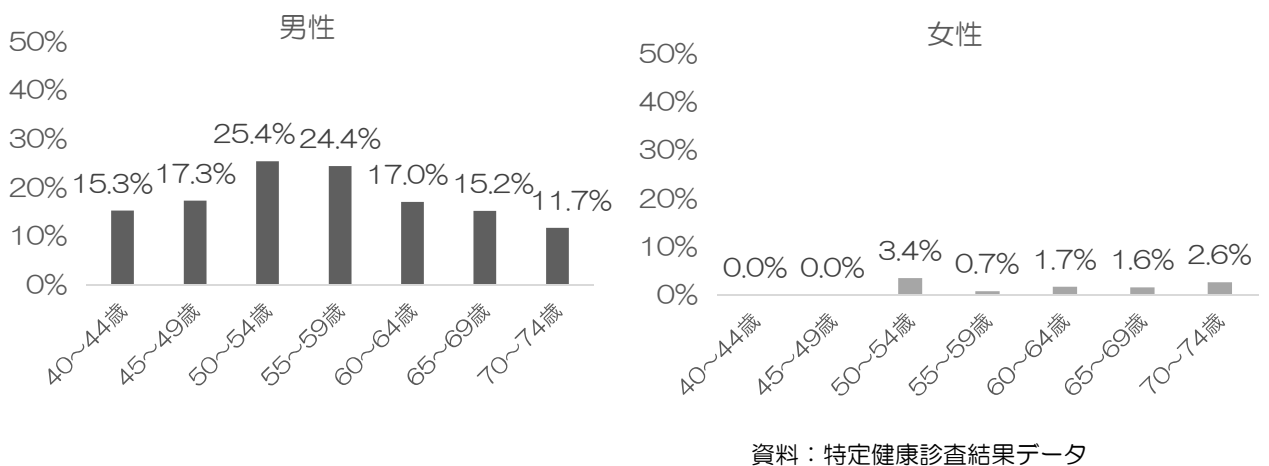
ALT (GPT) 有所見の内訳

(平成29年度のみ集団特定健康診査受診者データ)(図表38、39)



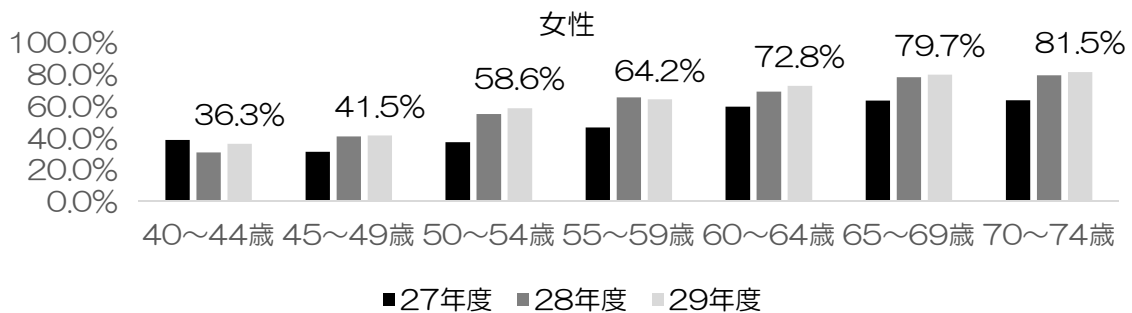
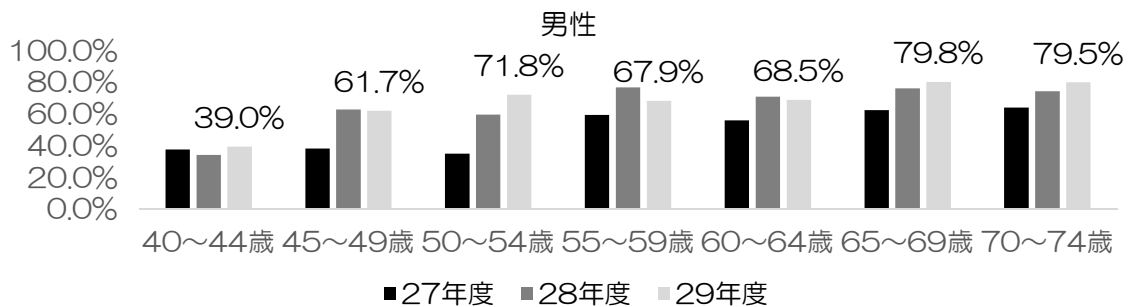
尿酸有所見者の内訳

(平成29年度のみ集団特定健康診査受診者データ)(図表40、41)



HbA1c 有所見者の内訳

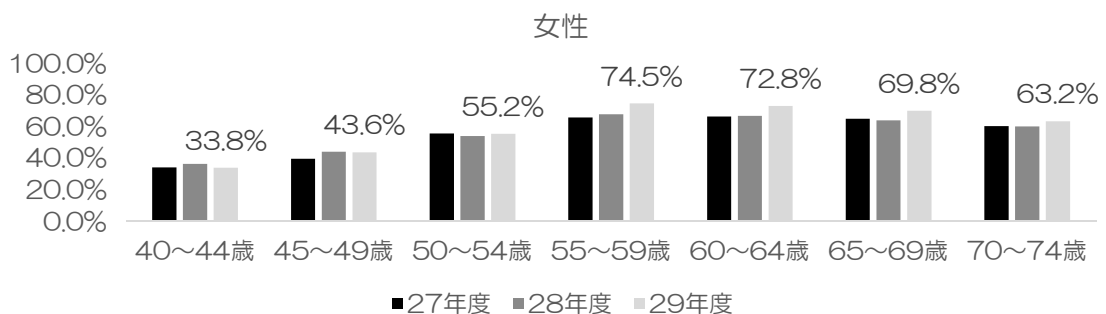
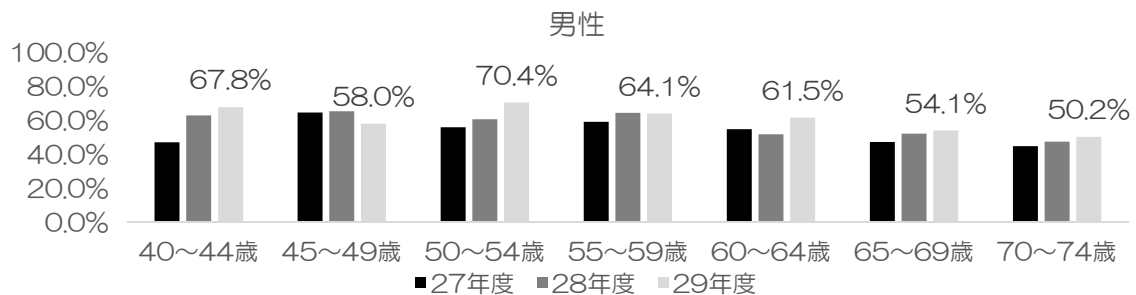
(平成 29 年度のみ集団特定健康診査受診者データ) (図表 4 2、4 3)



資料：特定健康診査結果データ

LDL コレステロール有所見者の内訳

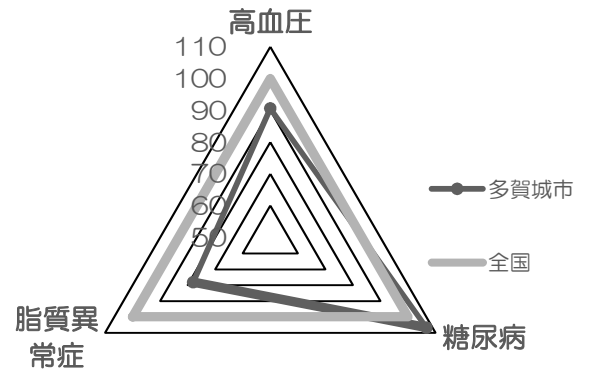
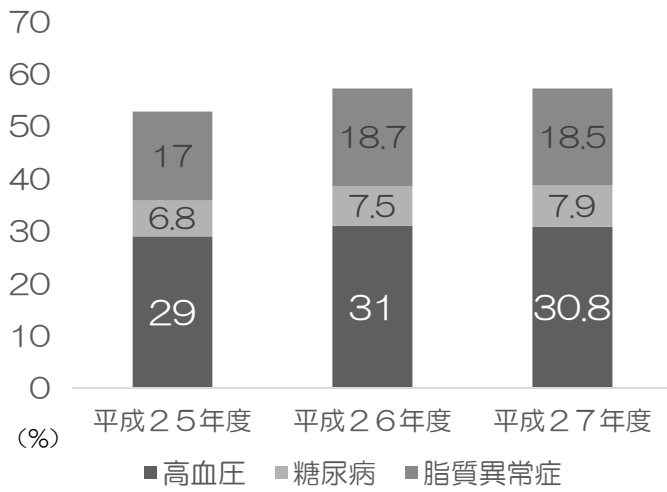
(平成 29 年度のみ集団特定健康診査受診者データ) (図表 4 4、4 5)



資料：特定健康診査結果データ

HbA1c 及び LDL コレステロールの有所見者が年々増加傾向にあります。中でも HbA1c の有所見者が著しく増加しています。

(7) 特定健康診査受診者服薬状況 (図表46、47)



資料：法定報告結果一覧表 (平成27年度)

本市の糖尿病の服薬者の割合は微増傾向にあります。全国平均と比較すると、本市の糖尿病の服薬者の割合が高くなっています。

6 特定保健指導実施状況

特定保健指導実施率については、利用者は年々増加していますが、全国及び県と比較しても低い状況が続いています。

(1) 特定保健指導実施率の年次推移（図表48）

項目		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定保健指導	対象者	523人	576人	647人	634人	664人
	利用者	92人	91人	78人	102人	136人
	実施率	17.6%	15.8%	12.1%	16.1%	20.5%
(再掲) 積極的支援	対象者	129人	131人	149人	159人	163人
	利用者	17人	7人	11人	16人	32人
	実施率	13.2%	5.3%	7.4%	10.1%	19.6%
(再掲) 動機付け支援	対象者	394人	445人	498人	475人	501人
	利用者	75人	84人	67人	86人	104人
	実施率	19.0%	18.9%	13.5%	18.1%	20.7%
宮城県	実施率	16.7%	17.1%	17.6%	—	—
全国	実施率	23.7%	24.4%	25.1%	—	—

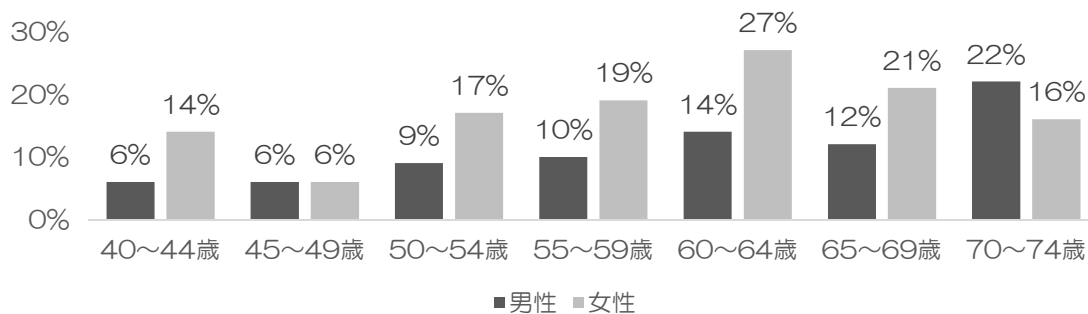
資料：※平成25～28年度は法定値

平成29年度は集団特定健康診査分のみ初回支援終了時点の実績値

法定値：当該年度中に実施した特定健康診査の受診者数/当該年度末における40～74歳の被保険者数
(年度途中異動者、除外資格該当者を除く)

特定保健指導の利用者は増加傾向にあるものの、指導対象となる者の増加が上回っていることから、実施率が伸び悩んでいる状況です。県と全国の実施率の平均値と比較しても本市は低い数値で推移しています。

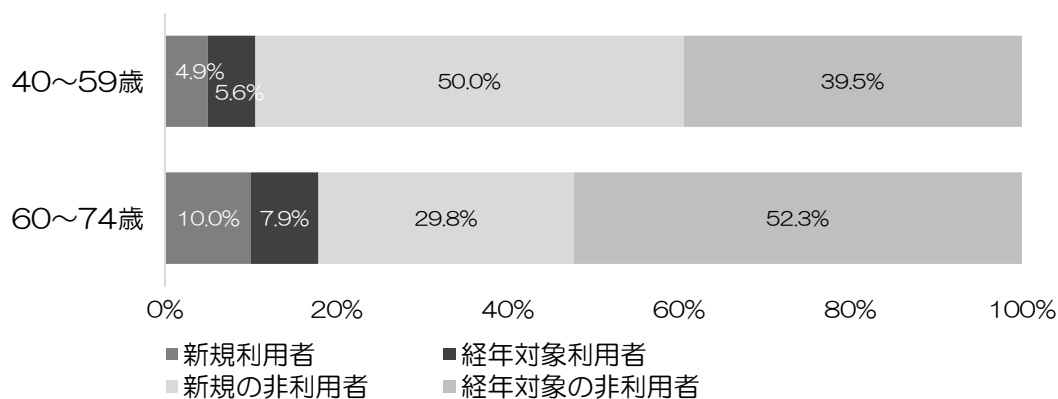
(2) 特定保健指導実施率（平成28年度性別、年代別状況）（図表49）



資料：特定健康診査結果データ

特定保健指導の実施率は、男女ともに45～49歳が6.0%と最も低く、男性は70～74歳を除き、女性より低い状況です。

(3) 特定保健指導対象者の利用状況（平成28年度）（図表50）



資料：特定健康診査結果データ

※新規利用者：平成28年度において初めて特定保健指導対象者に該当し特定保健指導を利用した者

※経年対象利用者：平成27年度及び28年度の2年連続で特定保健指導対象者に該当し特定保健指導を利用した者

60歳未満では新規の非利用者の割合が多く、60歳以上では経年対象の非利用者の割合が多くを占めている状況です。

(4) 特定保健指導継続率と改善率 (図表51)

項目		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
継続率		97.1%	95.8%	95.5%	96.5%
改善率	腹囲改善率	48.9%	64.8%	53.5%	39.3%
	体重改善率	62.8%	70.3%	50.7%	46.7%
	食生活習慣改善率	66.0%	64.8%	62.0%	69.2%
	運動習慣改善率	48.9%	49.5%	46.5%	52.3%
	改善実行割合	61.8%	78.5%	77.4%	76.2%

資料：特定保健指導結果データ

平成25～28年度は実績値

継続率：特定保健指導対象者のうち利用者で、6か月間継続して保健指導を受けた方の割合

改善率：評価結果がとれたもので、初回面談時または健診時に比べて評価時に改善されたものの割合

改善実行割合：6か月の保健事業終了後に行動変容ステージが実行期、維持期になっている方の割合

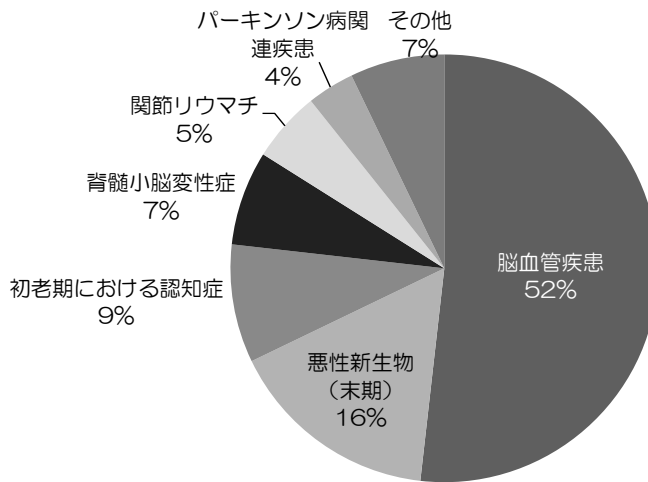
行動変容ステージ ①無関心期:改善するつもりはない
 ②関心期:改善するつもりである(おおむね6か月以内)
 ③準備期:近いうち(おおむね1か月以内)に改善するつもりである
 ④実行期:すでに取り組んでいる(6か月未満)
 ⑤維持期:すでに取り組んでいる(6か月以上)

平成25年度と比較すると食生活や運動習慣、改善実行割合については上昇していますが、腹囲、体重改善率が低下しており、再検討が必要です。

7 多賀城市の課題

医療費、介護、死因等の分析から、特に「脳内出血」、「脳梗塞」といった脳血管疾患についての医療費が高額となっており、要介護認定の原因疾患の半数が脳血管疾患であり、死亡者数の割合についても高い状況であることがわかりました。脳血管疾患等は、「糖尿病」や「動脈硬化症」が重症化したことが原因であると推測され、「糖尿病」や「動脈硬化症」といった生活習慣病の発症及び重症化予防対策が急務であると考えます。

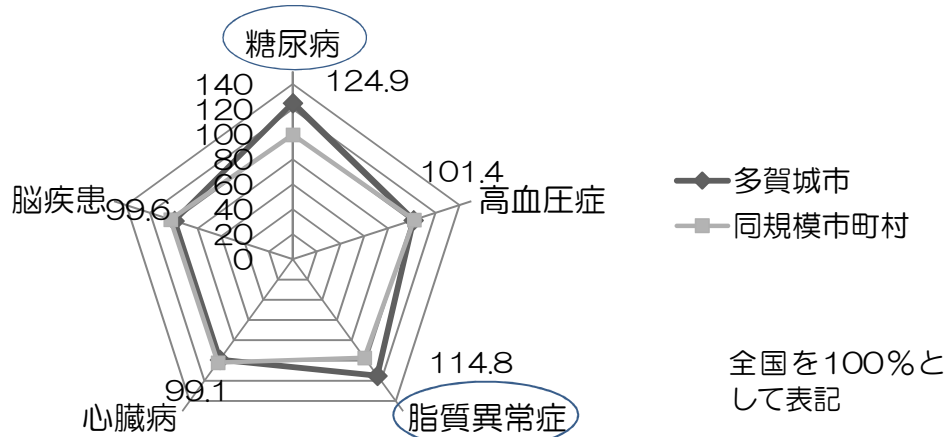
(1) 要介護認定の原因疾患（平成28年度 第2号被保険者）（図表52）



資料：多賀城市要介護・要支援認定等審査判定数調べ

介護保険第2号被保険者の要介護認定の原因疾患は、脳血管疾患によるものが5割を超えています。

(2) 要介護（支援）認定者の有病状況（図表53）



資料：KDBシステム「要介護（支援）認定者の有病状況」（平成28年度）

要介護（支援）認定者の有病状況は同規模市町村と比較し、糖尿病、脂質異常症が高い状況となっています。

第3章 保健事業実施計画 (データヘルス計画)

1 第1期計画の検証（考察）と保健事業の考察

（1）第1期データヘルス計画の健康課題

課題	課題設定の背景
課題Ⅰ 糖尿病・透析の医療費が高く、新規患者数が増加している	多賀城市国民健康保険の人工透析患者数は年々増加し、一人あたり医療費も年間600万円以上という状況であり、人工透析者の約5割は糖尿病が起因していることも踏まえ、課題としました。
課題Ⅱ 特定保健指導の実施率が低い	特定保健指導は実施率が年々低下し、平成26年度は15.8%と、県平均よりも低い状況でした。特定保健指導対象者で特定保健指導を受けないと回答した者は74.2%であり、その理由としては「面倒・忙しいから」等の回答が多くなっていました。行動変容ステージでみると「生活習慣の改善に既に取り組んでいる(実行期・維持期)」という回答が多かった状況でしたが、生活習慣病が原因で発症する脳血管疾患や虚血性心疾患等の疾患を予防するためには特定保健指導の対象者の参加が必要と考え課題としました。
課題Ⅲ 肥満起因の疾患の新規患者数が多い	高尿酸血症や脂肪肝といった肥満が起因する疾患の新規患者数割合について、全国平均と比較して4倍以上高く、健診結果でも男女ともにBMI・ALTの有所見者が全国平均よりも高い状況を踏まえ、課題としました。
課題Ⅳ 医療費の伸び	本市の総医療費が増加傾向にあり、生活習慣病及び重症化予防だけでなく、併せてジェネリック医薬品の利用促進や重複・頻回受診対策など医療費適正化に向けた取り組みが重要と考え、課題としました。

(2) 保健事業の取り組み

課題	保健事業名	第1期計画での取り組み内容
課題Ⅰ 「糖尿病・透析の医療費が高く、新規患者数が増加している」 課題Ⅲ 「肥満起因の疾患の新規患者数が多い」 ※生活習慣病の発症、重症化予防対策として課題Ⅰ及びⅢを併せて表記します。	要医療高値者受診勧奨事業	保健師・栄養士が、特定健康診査結果から「要医療」区分になった者に、文書や電話、訪問等で受診勧奨を行いました。対象基準値をHbA1c値8.4%以上から7.4%以上と引き下げ、早い段階から確実に受療行動につながるよう働きかけました。
	健診結果セミナー	保健師・栄養士が、健診結果をもとに糖尿病をはじめとする生活習慣病の予防に関する食事や運動等の指導を行いました。
	健康教育事業	保健師・栄養士・歯科衛生士を講師として、糖尿病をはじめとする生活習慣病の予防に関する正しい知識を普及するために講話を行いました。
	成人健康相談事業	保健師・栄養士が、参加者の特定健康診査結果をもとに、個別対応による保健指導を行いました。健診結果が要指導判定の場合でも、生活習慣改善が重要であるため、疾患の特徴について説明し、自身でコントロールしていくという意識を持てるように支援しました。 また、成人健康相談利用者でHbA1c6.0%以上の者に継続支援を実施しました。
課題Ⅱ 「特定保健指導実施率が低い」	特定保健指導事業	特定健康診査受診者の結果を階層化し、積極的支援または動機付け支援の対象となった方に対して、保健指導の利用の働きかけを行いました。 初めて該当になった40歳代の対象者に対しては、保健指導利用の働きかけの強化や利用者のニーズに合わせ、開催時間帯を選択できるように取り組みました。 また、他の保健事業の参加者に特定保健指導対象者がいる場合には、利用の促進に努めました。
課題Ⅳ 「医療費の伸び」	重複・頻回受診対策事業	重複受診者（概ね3か月以上継続して同一疾病で2か所以上の医療機関を受診している者）、頻回受診者（概ね3か月以上継続して一医療機関で月20日以上受診している者）に対し、電話または家庭訪問による保健指導を実施しました。
	ジェネリック医薬品普及促進対策事業	ジェネリック医薬品差額通知を年2回発送するとともに、保険証等の発送時や窓口で啓発パンフレット等を配布しました。

(3) 検証

課題Ⅰ 糖尿病・透析の医療費が高く、新規患者数が増加している

課題Ⅲ 肥満起因の疾患の新規患者数が多い

評価指標		実績値			目標値
		平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 29 年度
特定健康診査におけるHbA1c 有所見率の減少	男	60.5%	72.0%	75.2%	45.0%以下
	女	59.0%	71.9%	74.4%	40.0%以下
HbA1c ≥ 6.5%以上で、医療機関未受診者の減少	旧指標※	43.6%	45.0%	44.1%	35.0%以下
	新指標※	30.1%	29.5%	24.0%	—
要医療高値者受診率		63.9%	60.9%	55.6%	75.0%以上
特定健康診査におけるBMI 25以上有所見率の減少	男	34.5%	36.0%	37.0%	29.4%以下
	女	25.1%	25.9%	26.7%	20.4%以下
高尿酸血症新規患者数の減少 (患者千人あたり)		13.449 人	12.737 人	—	9.97 人以下
脂肪肝新規患者数の減少 (患者千人あたり)		10.536 人	9.137 人	—	7.78 人以下

資料：特定健康診査結果データ、医療費分析システム

平成29年度分は集団健診分のみ特定健康診査結果データ

※ 「HbA1c 6.5%以上で、医療機関未受診者の減少の旧指標」とは、特定健康診査問診票の医療機関受診の有無の設問で受診していないと回答した方

「HbA1c 6.5%以上で、医療機関未受診者の減少の新指標」とは、医療費分析システムより過去1年に「基礎疾患」「重症化疾患」にて医療機関を受診しているが、直近2か月は医療機関を受診していない方

課題Ⅰ「糖尿病・透析の医療費が高く、新規患者数が増加している」及び課題Ⅲ「肥満起因の疾患の新規患者数が多い」の2つの課題に対して、「特定健康診査結果におけるHbA1c有所見率」、「特定健康診査におけるHbA1c6.5%以上で、医療機関未受診者」、「特定健康診査におけるBMI25以上有所見率」、「高尿酸血症新規患者数」、「脂肪肝新規患者数」をそれぞれ減少すること、「要医療高値受診率」の増加を目標としてきました。

HbA1c有所見率は、平成29年度目標値を達成できず、毎年増加し、4人に3人が要指導判定以上となっています。

また、HbA1c6.5%以上で、医療機関未受診者については、旧指標では、特定健康診査問診票の受診者本人の記入内容から算出したデータでしたが、新指標では、分析した結果、医療機関未受診者の割合は平成29年度24.0%と目標値を達成しました。

肥満関連の課題に関し、BMI25以上の有所見率は平成29年度目標値を達成できず、男女共に毎年増加しています。高尿酸血症新規患者数及び脂肪肝新規患者数については、目標値を達成できませんでしたが、新規患者数は減少傾向となっています。

<保健事業の考察>

これらの現状を改善するために、4つの保健事業に取り組みました。

① 要医療高値者受診勧奨事業

特定健康診査結果から「要医療」区分の医療機関未受診者に対し、電話や訪問等で複数回受診勧奨を実施しています。対象者は毎年増加していますが、年々受診率が減少している状況です。対象者が自身の結果数値を把握し、確実な医療機関への受診につなげるために継続的な保健指導を実施する必要があります。

② 健診結果セミナー

平成29年度は平日と土曜日も開催し、実施回数を拡大したところ、平成28年度の113人から155人と参加者が増加しました。例年は健診結果を振り返り、その後の生活習慣の改善に活かす内容ですが、今後はさらに本市の健康課題の一つである糖尿病に特化した内容をセミナーの中で実施する必要があります。

③ 健康教育事業

平成29年度から糖尿病予防対策として糖尿病予防の食事に関する講話を新たに追加し、本市の健康課題に応じた内容で実施しました。

今後も地区の健康づくりを推進する各種団体等と連携を図りながら地域の健康課題に応じた健康教育事業を実施していく必要があります。

④ 成人健康相談事業

参加した方の中でHbA1cが6.0%以上の者には、初回相談から3～4か月後に再度支援を行い、行動改善の状況を確認しました。平成28年度に継続支援とした19名のうち、8名が平成29年度健診結果で数値の改善がみられました。

成人健康相談は、特定保健指導の対象とならない非肥満者への保健指導の機会となるため、今後は要医療高値者受診勧奨事業とも併せて事業を展開する必要があります。

課題Ⅱ 特定保健指導実施率が低い

評価指標	実績値					目標値
	平成 25年度	平成 26年度	平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 29年度
特定保健指導 実施率	17.6%	15.8%	12.1%	16.1%	20.5%	18.8%以上
今年度新規に 特定保健指導 対象となった 者の実施率	—	—	15.0%	20.3%	25.2%	23.8%以上

資料：法定報告結果一覧表、特定健康診査結果データ

平成29年度分は集団健診分のみ初回支援終了時点の実績値

※ 「今年度新規に特定保健指導の対象となった者」とは、前年度の特定保健指導対象に該当しない者

特定保健指導実施率の向上、新規に特定保健指導対象となった者の実施率の向上を目標としてきました。

第1期データヘルス計画において、第3期健康たがじょう21プランの目標値（平成32年度23.2%以上）と整合性を図り、平成29年度特定保健指導実施率の目標値を18.8%以上と設定しました。平成29年度特定保健指導実施率は20.5%と目標値を上回ることができましたが、第2期特定健診等実施計画の特定保健指導実施率平成29年度目標値60.0%は達成していない状況です。平成29年度新規に特定保健指導対象となった者の実施率については、25.2%と目標値を超えることができました。

実施率向上の取り組みについては、平成27年度から健診会場において腹囲測定後に特定保健指導事業のチラシを配布し、特定健康診査結果通知表郵送の際には積極的支援・動機付け支援の対象者別チラシを同封し、利用勧奨を強化しました。

また、他の保健事業において特定保健指導対象者がいる場合には、積極的に利用の勧奨を行いました。

課題Ⅳ 医療費の伸び

評価指標		実績値			目標値
		平成 27年度	平成 28年度	平成 29年度	平成 29年度
重複・頻回 受診指導	指導実施 人数	8人	対象者なし	4人 (見込)	—
	改善が 見られた 人数	4人	—	—	—
	受診行動 改善率	50.0 %	—	—	75.0 %以上
ジェネリック 医薬品 使用率	旧指標※	42.0%	46.7%	51.4%	—
	新指標※	65.8%	71.3%	76.8% (見込)	80.0%以上

資料：国保年金課提供

※ 「ジェネリック医薬品使用率の旧指標」とは、後発医薬品／全医薬品

「ジェネリック医薬品使用率の新指標」とは、後発医薬品／（後発医薬品のある先発
医薬品＋後発医薬品）

重複・頻回受診指導実施人数の実績は、平成27年度は8人（50%）、平成28年度は対象者なし、平成29年度は見込み値で4人となっています。

今後も、重複・頻回受診者が発生しないよう、被保険者へのチラシ配布やホームページ等での広報等を継続するとともに、重複・頻回受診者が発生した場合の受診行動改善率を75%以上にすることを目標とします。

ジェネリック医薬品普及促進対策では、「旧指標」及び「新指標」については、年々増加していることから、一定の効果が出ているものと考えます。

しかし、厚生労働省では、全国の新指標数量シェアの目標値を、「平成29年度で70%以上、また、平成30年度から平成32年度のなるべく早い時期に80%以上とする。」としています。

この目標に対し、平成29年度の70%については、平成28年度実績で到達していますが、平成30年度からの80%以上という目標に対しては、ジェネリック医薬品の使用の普及促進のため、今後も、被保険者へのチラシ配布やホームページ等での広報等を強化し、早期での目標到達を目指すことが必要と考えます。

2 第2期データヘルス計画の健康課題

本市の健診、医療、介護、死亡データの分析結果により、第2期データヘルス計画における健康課題が抽出されました。

課題Ⅰ 糖尿病・動脈硬化症関連の医療費が増加している

特定健康診査結果においてHbA1cの有所見者割合が男女ともに約75%であり、4人に3人が要指導判定以上となっています。LDL コレステロールの有所見者では、40歳代の男性の割合が約70%と高い状況です。

また、外来・入院における疾病別医療費では、糖尿病と動脈硬化症の入院医療費が特に増加しています。

一方で、本市の人工透析の年間医療費は減少していますが、人工透析に要する医療費は1人あたり年間545万円程度と他の疾病に比べ高額となります。

人工透析導入者のうち、約70%が糖尿病を合併していることから、糖尿病性腎症が原因による人工透析導入者を増加させないような対策が必要です。

今後は糖尿病や脂質異常症の有所見者を早期に医療に繋げ、入院や人工透析導入等の重症化による医療費対策が必要となっています。

課題Ⅱ 特定保健指導実施率が低い

本市の特定保健指導実施率は、徐々に上昇していますが、国の目標値60%以上には到達していない状況です。

しかしながら、年々メタボリックシンドローム該当者・予備群が増加しており、今後も特定保健指導対象者の増加が見込まれます。

本市の死因で多い脳内出血、脳梗塞といった脳血管疾患等の重篤な疾病は、メタボリックシンドローム該当者・予備及び特定保健指導対象者が罹患するリスクが高いため、重症化を防ぐためにも特定保健指導の実施率の向上が必要となっています。

課題Ⅲ ジェネリック医薬品の普及、重複・頻回受診対策

本市の被保険者数は年々減少傾向にあります。総医療費は大幅な増減はみられていません。

しかしながら、1人あたり医療費は年々増加傾向にあり、生活習慣病の重症化による医療の高度化が要因であると考えられます。

医療費の伸びを抑制するには、生活習慣病の重症化予防対策と併せてジェネリック医薬品の普及促進や重複・頻回受診対策など、医療費適正化に向けた取り組みが重要となります。

3 第2期データヘルス計画の目標

(1) 短期目標の設定

本市の特定健康診査結果では、糖代謝の有所見者の割合が年々増加傾向にあるため、有所見者を男性は 2.5%、女性は 2.4%ずつ毎年減少させ、かつ、HbA1c 6.5%以上で未治療者・中断者の割合を 0.2%ずつ減少させることを目指します。

(2) 中・長期目標の設定

短期目標を達成することで、糖尿病を始めとした生活習慣病の発症を防ぎ、生活習慣病による医療費の伸びを抑えることを目指します。

中でも、糖尿病の有所見者の増加が著しいため、糖尿病性腎症重症化予防事業や健診結果セミナー、健康相談事業といった事業をとおして、ハイリスク及びポピュレーションアプローチのさらなる拡充を目指します。

また、生活習慣病の重症化予防及びジェネリック医薬品の普及並びに重複・頻回受診の改善等、医療費適正化の取り組みによって医療費の伸びを抑えることを目指します。

課題	中長期目標	現状値		短期目標						評価時の使用資料
				平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	
I 動脈硬化症・糖尿病関連の医療費が増加している	健診結果で糖代謝の有所見者割合が低下する	男 75.2% (H29年度)	男 72.7% 以下	男 70.2% 以下	男 67.7% 以下	男 65.2% 以下	男 62.7% 以下	男 60.0% 以下	特定健診結果 (平成35年度は集団健診データで評価)	
		女 74.4% (H29年度)	女 72.0% 以下	女 69.6% 以下	女 67.2% 以下	女 64.8% 以下	女 62.4% 以下	女 60.0% 以下		
	健診結果でHbA1c 6.5%以上の者の未治療者・中断者の割合が減少する (前年度特定健診受診者の翌年の医療機関受診状況)	24.0% (H28年度)	H30年度 23.6%以下	H31年度 23.4%以下	H32年度 23.2%以下	H33年度 23.0%以下	H34年度 22.8%以下	H34年度値 で評価する	医療費分析システム データ	
	脂質項目の要医療高値者の受診率を70%以上維持する	72.4% (H28年度集団・個別健診合計)	脂質項目の要医療高値者(受診勧奨事業該当者)の受診率を70%以上維持する						要医療高値保健指導 状況結果	
II 特定保健指導の実施率が県平均よりも低い	特定保健指導実施率(終了率)が上昇する	20.5% (H29年度実測値 集団健診のみ)	30.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	特定健診結果	
III ジェネリック医薬品の普及、重複・頻回受診対策	ジェネリック医薬品の普及	新指標 51.4%	平成30年度から32年度までに利用率(新指標)を80%以上に到達させる						・保険者別削減効果実績 ・市町村別後発医薬品割合	
		旧指標 76.8%								
	重複・頻回受診者の受診行動改善率の維持	100%見込み (H29年度)	重複・頻回受診者の保健指導実施後の改善率を100%に維持する						重複・頻回受診保健 指導実施状況	

4 第2期データヘルス計画における保健事業の実施内容

データヘルス計画の課題に対して下記の保健事業を実施し、課題解決を図ります。

課題	方法	保健事業	目的目標	対象者	事業内容
課題Ⅰ 課題Ⅱ		特定保健指導	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群が減少することで、健康増進事業の推進に繋がりを、医療費の抑制を図ります。	40歳から74歳までの国民健康保険の加入者（年度内75歳到達者を除く。）のうち、特定健診の結果、積極的支援または動機付け支援に該当した者	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診者の結果を階層化し、積極的支援または動機付け支援の対象となった者のうち、参加を希望した者に特定保健指導を実施します。 喫煙者に対しては、禁煙の指導を実施します。
課題Ⅰ	ハイリスクアプローチ	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者を医療に結びつけ、また、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して保健指導を行い、糖尿病の重症化予防及び人工透析への移行を防止します。	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、治療中断者 糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病のリスクが高い医療機関未受診者及び治療中断者に対して受診勧奨を行います。 糖尿病性腎症ですでに病院に通院している者に対して、主治医と連携をとりながら保健指導を行い、継続的な病状の確認及び自己管理の維持のための支援を行います。 喫煙者に対しては、禁煙の指導を実施します。
		要医療高値者受診勧奨	特定健康診査や健康診査の結果判定が「要医療」で、早急に受診が必要な方が自らの健康状態を把握して適切な医療を受けることと同時に、生活習慣の改善を図ります。	特定健診の結果、①糖代謝②高血圧③脂質異常症④腎機能障害で要医療判定になった受診者（74歳以下の者で受診・服薬中は除く）	<ul style="list-style-type: none"> 健診の結果判定において、「要医療」区分になった方に対して、市の保健師もしくは栄養士が訪問や面接、電話連絡により健診結果の状況を説明し、医療機関への受診勧奨及び保健指導を行います。 喫煙者に対しては、禁煙の指導を実施します。
		成人健康相談事業	特定健康診査等で要指導・要医療となった受診者へ適宜受診勧奨や食事・運動などの生活習慣の指導を行い、対象者の生活習慣の改善を図ります。	<ul style="list-style-type: none"> 市内に居住する40歳以上の者で健康について相談を希望する者 特定健康診査において結果が要指導又は要医療の者 要医療高値の対象者で定期受診と合わせて検査数値改善に向けた生活習慣を身に付けた方がいいと判断される者 	<ul style="list-style-type: none"> 保健師、栄養士が主に健診結果をもとに食事や運動等の生活習慣に関する指導を行います。特に有所見項目の改善について重点的に相談支援し、本人の理解度や数値状況に合わせて改善内容を具体的に提示しながら指導を行います。 参加者の中でHbA1cが6.0%以上の者には、必要に応じて継続支援を実施します。 喫煙者に対しては、禁煙の指導を実施します。
課題Ⅰ 課題Ⅱ	ホビュレーションアプローチ	健診結果セミナー	特定健診の結果から、自分の身体の状態を知るとともに生活習慣を振り返り、適切な健康管理ができることを目指します。特定保健指導対象者にはその場で初回面談や利用申込み勧奨を実施し、利用率の向上を図ります。	40歳から74歳までの国民健康保険の加入者（年度内75歳到達者を除く。）のうち、特定健康診査を受診し、健診結果セミナーの参加を希望する者	<ul style="list-style-type: none"> 保健師、栄養士等が参加者へ健診結果と健康リスク、健診結果と生活習慣の関連などの集団指導を実施します。 参加者の健康意識を高めるために各種測定（体組成分析測定、血圧測定など）を実施します。 特定保健指導対象者への利用勧奨及び申込みを実施します。 喫煙者に対しては、禁煙の指導を行います。
課題Ⅰ	ホビュレーションアプローチ	地区健康教育	生活習慣病の予防や市の健康状況などの正しい知識を普及し、市民が「自らの健康は自分で守る」という認識と自覚を高め、壮年期から健康の保持増進に向けて意識の向上につなげます。	市内に居住・通勤・通学する者で地区組織、地区老人クラブ、公民館講座等の団体、企業等の従業員	<ul style="list-style-type: none"> 保健師、栄養士、歯科衛生士を講師として生活習慣病に関する内容の健康講話を行います。
課題Ⅰ		脳検診助成事業	未発症の脳血管疾患またはその危険因子の早期発見及び早期治療を目的とし、脳血管疾患発症前の進行防止及び健康保持の増進を図ります。	当該年度中に40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳に到達する国民健康保険被保険者	<ul style="list-style-type: none"> 当該年度中に対象となる方に対して、受診券を送付し、受診勧奨を行います。（費用一部助成） 未受診者に対しては、秋ごろに再度受診勧奨を行います。 再検査または要治療の該当者で未受診等の指導が必要な方へ保健指導を実施します。
課題Ⅲ	国保保健事業	ジェネリック医薬品	先発医薬品の同等の効果を持ちながら安価である後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を促進し、医療費の伸びの抑制を図ります。	自己負担軽減額が300円以上の者	<ul style="list-style-type: none"> 年2回ジェネリック医薬品差額通知の送付をします。 窓口での手続きや保険証等の発送時に啓発パンフレットやジェネリック医薬品希望カード及びシールを配布し、ジェネリック医薬品の使用を勧奨します。
		重複頻回受診対策	重複受診者や頻回受診者を適正受診につなげ、医療費支出の削減と適正化を図ります。	<ul style="list-style-type: none"> 同一疾病について2つ以上の医療機関の受診者で3月以上で投薬を受けた者 3月以上継続して一医療機関で月20日以上受診している者 	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険被保険者の重複・頻回受診者に対し、電話または家庭訪問による保健指導を実施します。

5 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価・見直し

評価方法・時期

事業評価計画に基づき、国保データベース（KDB）システムや法定報告値等を活用し、各保健事業の指標をアウトカム（成果）、アウトプット（事業実施量）、プロセス（実施過程）、ストラクチャー（事業構成・実施体制）の4つの観点に基づき評価し、PDCA サイクルを回しながら事業の見直しを図ります。

(2) 各種保健事業の評価について

事業評価計画			事業名：特定保健指導事業	
評価の枠組み	評価項目	評価指標	評価方法	評価時期
アウトカム (成果)	①特定保健指導対象者の減少率 ②特定保健指導利用者の体重改善率 ③特定保健指導利用者の腹囲改善率 ④利用者の改善実行割合 ⑤特定保健指導の2年連続対象者の階層化レベルの変化	①特定保健指導対象者の減少 ②特定保健指導の利用者で支援を終了した者のうち体重が支援開始前と比較して体重の改善が見られた者 ③特定保健指導の利用者で支援を終了した者のうちが支援開始前と比較して体重の改善が見られた者 ④特定保健指導の利用者で支援を終了した者のうち、食生活や運動等の改善実行割合の変化の状況 ⑤特定保健指導の2年連続対象者で階層化レベルの変化の状況	①健診結果から特定保健指導の対象者を抽出して算出 ②腹囲が開始前と比較して支援終了後に改善した者÷特定保健指導利用者 ③体重が開始前と比較して支援終了後に改善した者÷特定保健指導利用者 ④最終評価時のアンケート ⑤2年連続特定保健指導対象者の健診結果から階層化レベルの変化を集計する。	①～④事業終了後（第3期データヘルス計画では、策定期間の平成35年度に当該年度の実施状況の数値が揃わないため、平成34年度実施率の数値を最終評価する。） ⑤翌年の健診終了後
アウトプット (事業実施量)	①特定保健指導終了者の増加 ②特定保健指導の継続率	①特定保健指導実施率（積極的支援・動機付け支援）（性・年齢別に集計） （支援修了者÷対象者） ②特定保健指導利用者の継続率 （支援終了者÷利用者）	①、②特定保健指導の対象者名簿から算出	①最終評価終了後 ②事業終了後
プロセス (実施過程)	①事業周知方法 ②参加勧奨方法 ③保健指導の実施方法 ④実施場所や時間の確保	①チラシ等の周知内容方法は適切だったか。 ②電話勧奨内容・時期・回数は適切だったか。 ③保健指導内容は適切だったか。 ④利用者が参加しやすい日程・会場の確保	①、②最終評価時のアンケート ③保健指導記録・最終評価時のアンケート、参加者個人の改善状況 ④特定保健指導利用者の参加状況、最終評価時のアンケート	①～④事業終了後
事業ストラクチャー (実施体制)	①人員 ②予算の確保 ③委託業者との連携体制	①委託業者の専門職に不足はないか。 ②業務委託に必要な予算が確保できた。 ③委託業者の管理	①、②カンファレンス、事業報告書 ③事業の実施の様子を確認する。	①、②事業終了後 ③適宜評価し必要時は実施方法を修正する。

事業評価計画			事業名：糖尿病性腎症重症化予防事業	
評価の枠組み	評価項目	評価指標	評価方法	評価時期
ア ウ ト カ ム (成 果)	①、②未治療者・治療中断者の医療機関受診状況 ③プログラム参加者の透析導入者数 ④リスク因子の状況 ⑤治療の継続状況	①未治療ハイリスク者の対象者の医療機関受診率（受診者／未受診者ハイリスク者） ②糖尿病治療中断者の対象者の医療機関受診率（受診者／糖尿病治療中断者） ③プログラム参加者の透析導入者数 ④翌年度の健診結果のリスク因子の値の変化 ⑤プログラム参加者の6か月支援後の腎症ステージの変化の状況	①、②レセプトで受診状況を確認 ②翌年度の健診結果を確認 ③プログラム参加者へ連絡し、体調や血液結果、透析導入の有無を確認 ④、⑤健診結果及び本人からの血液検査結果の数値で判断をする。	①当該年度末 ②翌年度の健診結果データが届いた時期 ③平成35年度 ④翌年度 ⑤当該年度末
ア ウ ト プ ツ ト (事 業 実 施 量)	①プログラム参加勧奨数 ②プログラムの参加者数 ③プログラムの利用継続率 ④未治療ハイリスク者への受診勧奨実施人数 ⑤糖尿病治療中断者への受診勧奨実施人数	①プログラムへの参加促しができた人数 ②プログラム参加実人数 ③プログラムの利用継続率 ④未治療ハイリスク者への受診勧奨を実施した人数 ⑤糖尿病治療中断者への受診勧奨を実施した人数	①参加勧奨数を集計 ②参加実人数を集計 ③プログラム参加者のうち参加中断せずに最後まで継続して終了した者の割合 ④未治療ハイリスク者への受診勧奨実施人数を集計 ⑤糖尿病治療中断者への受診勧奨実施人数を集計	①当該年度末 ②事業終了後 ③事業終了後 ④事業終了後 ⑤事業終了後
プ ロ セ ス (実 施 過 程)	①対象者の選定 ②プログラムの実施方法	①指導対象者として適切な選択だったか。 ②プログラムの支援実施方法は適切であったか。	①、②支援担当者間でのカンファレンス	①、②定期的に職員間でのカンファレンスを実施する。（プログラム開始前、プログラム実施中、プログラム実施終了後）
事 業 ス ト ラ ク チ 実 施 体 制 (制)	①人員 ②予算 ③他機関との連携体制	①参加者数に対しての専門職の不足はないか、一人あたりの指導者数に偏りがいないか。 ②指導に必要な資源に不足はなかったか。 ③医療機関や県と連携して実施することができたか。	①指導人数を確認 ②指導実施前後に職員に確認 ③指導実施終了後に職員に確認	①7～3月まで ②7～3月まで ③事業終了後

事業評価計画		事業名：要医療高値受診勧奨事業		
評価の枠組み	評価項目	評価指標	評価方法	評価時期
アウトカム (成果)	①医療機関受診者数 ②治療継続率 ③リスク因子の改善	①要医療高値の対象者で医療機関を受診した者の割合【受診者（既に受診をしている者も含む）／総要医療高値者】 ②翌年度の治療継続率（治療を継続している者／前年度の要医療高値者対象者で治療開始した者） ※治療を継続している者…直近2か月前のレセプトが確認できる者 ③要医療高値対象者の翌年度の健診結果の改善状況（リスク因子の変化） 【要医療高値該当項目の数値改善が見られた者／要医療高値の保健指導（受診勧奨）該当者数】	①、②健診結果から対象者を抽出し、国保総合照会システムで受診状況を確認する。 ③要医療高値保健指導結果データ及び翌年の特定健診結果データ	①～③当該年度末
アウトプット (事業実施量)	①要医療高値の該当者数 ②要医療高値の受診勧奨を実施した人数 ③受診勧奨実施回数	①健診受診者のうち要医療高値の該当者数 ②要医療高値の保健指導（受診勧奨）実施した実人数 ③要医療高値該当者に対するの保健指導（受診勧奨）の実施回数	①～③ 要医療高値保健指導（受診勧奨）状況結果データから算出	①～③当該年度末
プロセス (実施過程)	①対象者への効果的な保健指導（受診勧奨）の実施	①要医療高値の保健指導（受診勧奨）対象者が受診につながるよう適切に支援を行っていたか。	①従事した職員への聞き取り	①当該年度末
事業ス 構 成 ラ ク 実 施 体 制	①職員数 ②予算の確保 ③効果的な受診確認方法	①-(1)専門職の人数に不足がないか。 ①-(2)指導人数に偏りがないか。 ②保健指導に必要な物品が購入できているか。 ③効果的な受診確認方法が行えたのか。 (受診確認が取れた手段／受診確認が取れた者)	①受診人数を確認 ②保健指導実施全後に職員に確認 ③要医療高値保健指導結果データから受診把握手段を分析する。	①7～3月まで ②7～3月まで ③当該年度末

事業評価計画			事業名：成人健康相談事業	
評価の枠組み	評価項目	評価指標	評価方法	評価時期
アウトカム (成果)	①総医療費に占める生活習慣病の関連の医療費の割合 ②生活習慣病の新規患者数 ③翌年度の健診結果のデータ改善状況	①国保総医療費のなかで生活習慣病に関連する医療費が占める割合の変化状況 ②国保加入者の生活習慣病の新規患者数の登録者数の変化 ③翌年度の特定健診全受診者の結果の血液検査項目の有所見者数の増減状況	①、②国保データベースシステム（KDB）を活用して算出 ③健診結果から算出	①、②翌年の6月（年度累計を算出するため、レセプトデータが年度の診療分まで反映されるのに約2か月を要す。） ③翌年度の1月（集団・個別）
アウトプット (事業実施量)	①事業参加者数 ②事業の実施回数 ③有所見別の相談者数 ④継続支援者数	①成人健康相談事業参加者数（延べ人数及び実人数） ②成人健康相談実施回数 ③参加者数の有所見別の相談状況 ④健康相談継続支援者数	①～④健康相談の参加者名簿及び健診結果	①～④6か月に1回実施状況の振り返り
プロセス (実施過程)	①チラシ等の事業の周知方法及び事業内容の適性 ②周知対象者の適切さ ③利用者が参加しやすい日程・会場の設定 ④事業の実施方法	①参加者数、参加者の理解度や満足度 ②事業参加者の年齢や結果判定区分 ③会場や日程ごとの参加人数 ④相談支援方法は適切であったか。	①参加者名簿から集計 ②参加者名簿及び健診結果データから集計 ③事業の参加者数 ④相談従事職員間でのカンファレンス及び聞き取り	①～③年に2回程度（健診後の相談終了後、1月または2月頃）実施状況の振り返りを行う。 ④カンファレンスは事業実施終了後に実施
事業ストラクチャー (実施体制)	①指導内容の基準 ②人員 ③予算の確保	①対象者の状態に合わせて指導内容が一貫しているか。 ②専門職に不足はないか、一人当たりの対象者数は適切か。 ③保健指導に必要な物品（パンフレット、資料）が準備できたか。	①指導内容について過不足ないか職員に聞き取りし、必要時には追加する。 ②対応可能な人数であったかどうか職員に聞き取り ③指導時内容に合致しているパンフレットかどうかを職員に聞き取り	①2か月に1回 ②毎月 ③2か月に1回

事業評価計画		事業名：健診結果セミナー		
評価の枠組み	評価項目	評価指標	評価方法	評価時期
成果) アウトカム	①総医療費に占める生活習慣病の関連の医療費の割合 ②生活習慣病の新規患者数 ③翌年度の健診結果のデータ改善状況	①国保総医療費のなかで生活習慣病に関連する医療費が占める割合の変化状況 ②国保加入者の生活習慣病の新規患者数の登録者数の変化 ③翌年度の特定健診全受診者の結果の血液検査項目の有所見者数の増減状況	①、②国保データベースシステム（KDB）を活用して算出 ③健診結果から算出	①、②翌年の6月（年度累計を算出するため、レセプトデータが年度の診療分まで反映されるのに約2か月を要す。） ③翌年度の1月（集団・個別）
事業実施量) アウトプット	①健診結果セミナー参加者数 ②利用勧奨チラシの送付数（健診結果に同封）	①参加者数 ②チラシ送付者数	①参加者名簿から集計 ②チラシ送付枚数を集計	①事業終了後 ②チラシ（健診結果）送付後
プロセス 実施過程)	①チラシ等の事業の周知方法及び事業内容の適性 ②周知対象者の適切さ ③利用者が参加しやすい日程・会場の設定	①参加者数、参加者の理解度や満足度 ②事業参加者の年齢や結果判定区分 ③会場や日程ごとの参加人数	①参加者名簿及びアンケート結果から集計 ②参加者名簿及び健診結果から集計 ③参加者名簿及びアンケート結果から集計	①～③事業終了後
事業構成・クチャイ体制)	①人員 ②予算の確保 ③委託業者との連携体制	①委託業者の専門職に不足はないか。 ②業者委託に必要な案予算が確保できたか。 ③委託業者の管理	①対応可能な人数であったかどうか職員に聞き取り ②話し合い ③事業の実施の様子を確認する。	①事業終了後 ②事業終了後 ③適宜評価し必要時は実施方法を修正する。

事業評価計画			事業名：健康教育事業	
評価の枠組み	評価項目	評価指標	評価方法	評価時期
ア ウ ト カ ム (成 果)	①総医療費に占める生活習慣病の関連の医療費の割合 ②生活習慣病の新規患者数 ③翌年度の健診結果のデータ改善状況	①国保総医療費のなかで生活習慣病に関連する医療費が占める割合の変化状況 ②国保加入者の生活習慣病の新規患者数の登録者数の変化 ③翌年度の特定健診全受診者の結果の血液検査項目の有所見者数の増減状況	①、②国保データベースシステム（KDB）を活用して算出 ③健診結果から算出	①、②翌年の6月（年度累計を算出するため、レセプトデータが年度の診療分まで反映されるのに約2か月を要す。） ③翌年度の1月（集団・個別）
ア ウ ト プ ラ ム (事 業 実 施 量)	①生活習慣病に関する出前講座の延べ参加者数 ②地区健康教育の実施回数	①地区で生活習慣病に関する健康教育に参加した人数 ②地区で行った生活習慣病に関する健康教育の開催回数	①実施ごとに参加人数を数え、年度末に集計をする。 ②実施テーマごとに回数を数える。	①年度末に集計 ②年度末に集計
プ ロ セ ス (実 施 過 程)	①健康教育の実施内容 ②健康教育の実施方法	①市の健康課題に応じた健康教育のテーマ・内容となっているか。 ②効果的な健康教育ができるように資料、媒体が準備できているか。	①健康教育を実際に行った者に聞き取り ②健康教育を実施する職員へ聞き取り	①、②定期的に従事職員によるカンファレンスの実施し、状況確認（4月・9月・2月頃を予定）
ア ウ ト ラ ム (事 業 ス ト ラ ク チ 実 施 体 制)	①指導内容の基準 ②人員 ③予算の確保 ④地区の健康づくりを推進する各種団体等との連携	①参加者に合わせた講話内容か。 ②専門職（保健師・栄養士）には不足はないか。 ③健康教育に使用する資料、パンフレットは準備できたか。 ④地区の健康づくりを推進する各種団体等と連携し、その地区の実情に応じて健康教育を実施しているか。	①参加者に合わせた講話内容となっていたか講話担当した職員が振り返りできるように報告書に記入する。 ②対応可能な人数であるか職員に聞き取り ③指導内容に合致しているパンフレットかどうかを職員に聞き取り ④健康教育実施前後に地区の担当者（地区の健康づくりを推進する各種団体等）と話し合いをする。	①情報を集約し、2か月に1回のカンファレンスにより講話内容を必要時見直す。 ②2か月に1回、従事職員によるカンファレンスの実施し、状況確認 ③指導内容に合致しているパンフレットかどうかを職員に聞き取り ④当該年度末

事業評価計画		事業名：ジェネリック医薬品普及事業		
評価の枠組み	評価項目	評価指標	評価方法	評価時期
アウトカム (成果)	①ジェネリック医薬品の使用率	①ジェネリック医薬品の使用率	①国保連合会のシステムで確認する。	①当該年度末
アウトプット (事業実施量)	①被保険者への個別周知人数 ②ホームページの掲載回数 ③広報への掲載回数	①被保険者への周知人数 ②ホームページへの掲載回数（掲載月合計回数） ③広報への掲載回数	①保険証等を送付する際に、ジェネリック医薬品に関する通知を発送した人数を算出する。 ②ホームページに掲載した回数 ③広報に掲載した回数	①～③当該年度末
プロセス (実施過程)	①周知方法 ②周知通知物を送付する時期の適切さ ③通知発送の対象者数	①周知方法 ②通知内容、通知時期 ③対応可能な対象者数であるか。	①使用率の結果を勘案し周知方法は適切であったか担当職員で検討する。 ②通知内容や発送時期は適切であったか担当職員で検討する。 ③対応できる対象者数であったか確認する。	①～③当該年度末
ストラクチャー (実施体制)	①予算の確保 ②人員	①周知に使用する送付物（周知物）は準備できたか。 ②1人あたりの業務量は適切であるか。	①必要な通知物は準備できたか。（職員に聞き取り） ②業務量は適切であったか。（職員に聞き取り）	①～②当該年度末

事業評価計画			事業名：重複・頻回受診対策事業	
評価の枠組み	評価項目	評価指標	評価方法	評価時期
（成果） アウトカム	①受診行動改善率	①重複頻回指導により、行動が改善が見られた人数の割合	①対象者の人数の推移を確認する。	①当該年度末
（事業実施量） アウトプット	①被保険者への周知回数 ②保健指導実施人数	①周知回数 ②指導を実施した人数	①周知回数 ②実施人数を算出	①～②当該年度末
（実施過程） プロセス	①被保険者への周知内容 ②被保険者への周知時期の設定 ③対象者の抽出担当者と保健指導担当者の連携 ④重複頻回の保健指導の実施方法	①被保険者へ重複・頻回受診の弊害についての指導ができたか。 ②被保険者への周知時期は適切であったか。 ③対象者の抽出する業務担当者と保健指導担当者が連携を取りながら事業が進行できているか。 ④対象に対して効果的な保健指導を実施できたか。	①重複頻回受診の改善率、総医療費の支出状況と合わせて周知内容を確認する。 ②重複頻回受診の改善率、総医療費の支出状況と合わせて周知内容を確認する。 ③スムーズに連携が取れているか担当者間に聞き取りを行う。 ④保健指導担当者が行動改善につながるような効果的な指導を実施できたか、改善率と合わせて振り返る。	①～③当該年度末 ④改善率が出る頃とあわせる
（事業構成・実施体制） ストラクチャー	①予算の確保 ②人員	①被保険者への周知に必要な配付物は準備できたか。 ②専門職、事務職への配置は適切か。	①必要な配付物は準備できたか担当者間で話し合いを行う。 ②1人あたりの業務量が過大とっていないか担当者間で話し合いを行う。	①～②当該年度末

(3) 計画の見直し

個別の保健事業については、計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度、評価を行った上で、必要に応じて翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行います。

また、中間評価を平成33年度に行い、進捗状況を確認します。

6 計画の公表・周知

策定した計画は、本市のホームページ等に掲載し周知を図ります。

また、被保険者や保健医療関係者の理解を促進するため、計画等の要旨等をまとめた簡易版を策定します。

7 個人情報の取り扱い

個人情報については、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」及び「多賀城市個人情報保護条例（平成9年多賀城市条例第10号）」に基づいて取り扱います。

また、事業を実施する中で委託契約が発生する際には、個人情報の厳重な管理や暗号化処理したデータの受け渡し、目的外使用の禁止等を契約書に定めます。

8 その他留意事項

保健事業の実施に当たっては、国保年金課等と連携を図りながら、保健事業の評価や情報交を定期的に行い、共通認識をもって課題解決に取り組むものとしします。

第 4 章 特定健康診査等実施計画

1 第2期特定健診等実施計画の検証と課題

(1) 特定健康診査

特定健診受診率については、平成29年度の目標値60%に対し、本市の受診率は49.5%と目標は達成できませんでしたが、平成25年度の受診率39.3%と比較して約10%向上しました。

なお、平成27年度では、県及び全国平均より高い受診率となっています。

○ 受診率向上のための取り組み

年度	実施内容
平成25年度	受診者が多い会場において、結核・肺がん検診のレントゲンバスの台数を増やし効率化を図りました。
平成26年度	<ul style="list-style-type: none">・ 集団特定健康診査の会場に文化センターを追加し利便性を向上させました。・ 集団特定健康診査の未受診者を対象に個別特定健康診査を1か月間実施しました。
平成27年度	大腸がん検診を集団特定健康診査と同時に実施し利便性を向上させました。
平成29年度	個別特定健康診査の実施期間を2か月間に拡大しました。

(2) 特定保健指導

平成26年度より集団特定健康診査受診者に加えて、個別特定健康診査受診者も対象に特定保健指導を実施しました。

特定保健指導の利用者は、100人を超え増加傾向にありますが、対象者の増加が上回っている状況となっています。

平成29年度の特定保健指導実施率は、目標値60%に対し20.5%（集団特定健康診査実測値）であり、平成28年度の16.1%（集団・個別特定健康診査実測値）と比較して4.4%向上していますが、目標値は達成できませんでした。

また、平成25年度からの4年間では、平成28年度が利用者の腹囲及び体重の改善率が最も低下しています。

本市ではメタボリックシンドロームの該当者・予備群が年々増加傾向にあるため、効果的な特定保健指導プログラムの内容について毎年度評価を行い、改善策を検討する必要があります。

2 第3期特定健診等実施計画での主な取り組み

(1) 特定健康診査

- ① 40歳代及び50歳代の受診率が特に低いことから、当該年代を中心としたあらゆる機会を通じた周知を図り、健康への関心が高まるような情報提供や啓発を行います。
- ② 健診会場の見直しや、個別健診の拡充、土曜日、日曜日の健診方法の改善等を図り、受診者の利便性を向上させます。
- ③ 各種検診等申込時のアンケート調査を活用し、その分析結果を健診実施の改善等に反映させ、受診率向上に努めます。

(2) 特定保健指導

行動計画の実績評価時期が、初回支援から3か月経過後に見直されたことから、本市においても、対象者が継続して利用しやすいように見直してまいります。

3 第3期特定健診等実施計画の達成目標

(1) 目標値

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（平成20年厚生労働省告示第150号）が一部改正され、第2期計画に引き続き、平成35年度までに特定健康診査受診率60%以上、特定保健指導実施率60%以上を目標とすることとされました。

また、第2期計画では、特定健康診査及び特定保健指導の実施の成果に関する目標として、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率と設定していましたが、第3期計画では特定保健指導対象者の減少率に見直され、平成20年度特定保健指導対象者数797人と比較した減少率を25%以上にすることとされました。

特定健康診査は、平成29年度における受診率が49.5%（集団・個別特定健康診査実測値）であることを踏まえ、段階的に引き上げ各年度の目標値を設定しました。

特定保健指導は、平成29年度における実施率が20.5%（集団特定健康診査実測値）であることを踏まえ、特定健康診査と同様に各年度の目標値を設定しました。

項目	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健康診査の受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導の実施率	30%	35%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導対象者の減少率	※平成20年度を基準として、平成35年度に25%以上減少					

(2) 対象者数（推計）

ア 特定健康診査

人口や被保険者数から対象者を推計し、目標受診率から受診者を推計しました。

項目	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
対象者	9,318人	9,008人	8,743人	8,471人	8,205人	7,939人
受診者	4,659人	4,684人	4,721人	4,744人	4,759人	4,763人
受診率	50%	52%	54%	56%	58%	60%

イ 特定保健指導

第2期計画の実績値と特定健康診査の受診者数から対象者を推計し、目標実施率から終了者を推計しました。

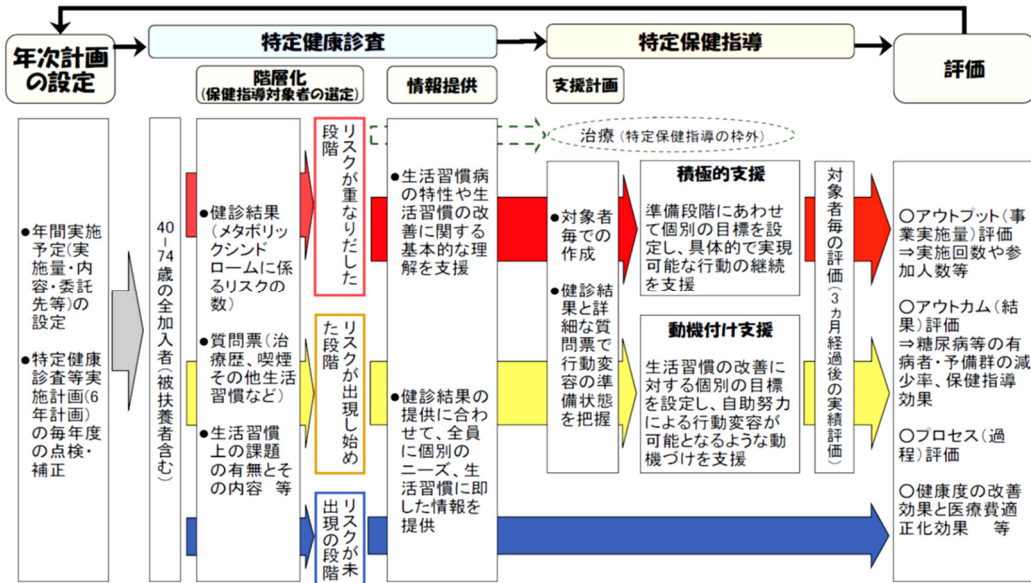
項目		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定保健指導	対象者	745人	754人	764人	773人	779人	780人
	終了者	224人	264人	344人	387人	428人	468人
	実施率	30%	35%	45%	50%	55%	60%
積極的支援 (再掲)	対象者	187人	189人	191人	193人	195人	195人
	終了者	56人	66人	86人	97人	107人	117人
	実施率	29.9%	34.9%	45.0%	50.3%	54.9%	60%
動機付け支援 (再掲)	対象者	558人	565人	573人	580人	584人	585人
	終了者	168人	198人	258人	290人	321人	351人
	実施率	30.1%	35.0%	45.0%	50%	54.9%	60%

4 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健康診査から特定保健指導への流れ

特定健康診査から特定保健指導への流れは、次のとおり実施し、毎年度評価を行い点検及び補正を行います。

(図表54)



(2) 特定健康診査

ア 特定健康診査対象者

特定健康診査対象者は、次のとおりとします。ただし、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示で規定する者）は、対象者から除くものとします。

(ア) 多賀城市国民健康保険の被保険者のうち、特定健康診査の実施年度中において40歳から74歳までの者

(イ) 当該実施年度の1年間を通して加入している者（年度途中での加入・脱退をしていない者）

イ 実施方法

集団健診（文化センター、市内集会所、地区公民館、総合体育館、学校等）で実施するものとします。

また、集団健診未受診者に対しては、指定医療機関での個別健康診査を実施します。

ウ 委託先

公益社団法人宮城県塩釜医師会

エ 実施期間

集団特定健康診査は、毎年6月頃（延べ16日間前後）に実施するものとします。

個別特定健康診査は、毎年9～10月頃（約2か月間）に実施するものとします。

オ 周知・案内方法

対象者に特定健康診査受診票を郵送するとともに、市広報・市ホームページ・各種健康教室等により周知します。

カ 標準的な質問票・健診項目

標準的な質問票及び詳細な健診項目については以下のとおりとします。

（ア）標準的な質問票

【特定健康診査の標準的な質問票】（図表55）

	質問項目	回答		質問項目	回答
	現在、aからcの薬の使用の有無				
1	血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい ②いいえ	18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない（飲めない）
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ	19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度）110ml、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	①はい ②いいえ	20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
9	20歳の時の体重から、10kg以上増加している。	①はい ②いいえ	21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ	22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ			
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ			

(イ) 健診項目

健診項目は「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）等に定める「基本的な健診項目」及び「詳細な健診項目」とします。

○詳細な健診項目

心電図検査の対象者は、当該年度の特定健康診査の結果等で、血圧が受診勧奨判定値以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者のうち、医師が必要と認めた場合に実施します。

眼底検査は、原則として当該年度の特定健康診査の結果等で、血圧又は血糖検査が受診勧奨判定値以上の者のうち、医師が必要と認めた場合に実施します。ただし、当該年度の血糖検査の結果について確認することができない場合には、前年度の特定健康診査の結果において、血糖検査の基準に該当する者も含まれます。

なお、平成23年度から希望者には任意健診項目として心電図検査、眼底検査を自己負担で受けられるようにしており、今後も任意健診項目の内容の充実に努めます。

腎機能検査については血清クレアチニン検査（e-GFRによる腎機能検査）で評価します。

実施基準では、血圧又は血糖検査が保健指導判定値以上の者のうち、医師が必要と認めるものを検査対象としていますが、本市では糖尿病性腎症が原因となる人工透析患者の増加を抑制するために、本市国民健康保険独自に上記検査を受診者全員に実施します。

(参考)【国の特定健康診査の健診項目】(図表56)

健診項目	内 容					
基本的な健診項目	問診	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む） 自覚症状及び他覚症状の検査				
	診察	理学的検査（身体診察）				
	測計	身体測定（身長・体重・BMI）、腹囲 血圧（収縮期血圧・拡張期血圧）				
	血中脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール				
	肝機能検査	GOT、GPT、γ-GTP				
	血糖検査	ヘモグロビンA1c（HbA1c）				
	尿検査	尿糖・尿蛋白				
詳細な健診項目 ※医師の判断による追加項目	貧血検査	赤血球数、色素量、ヘマトクリット値 ※実施条件：貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
	心電図検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる者				
	眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上
	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上					
血清クレアチニン検査（e-GFRによる腎機能検査）	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上	
血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上					
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上					
任意健診項目	心電図検査 眼底検査	希望者は自己負担で実施				

【特定健康診査の検査項目の説明】（図表57）

脂質	中性脂肪	人間が活動するための大切なエネルギー源ですが、食べ過ぎや運動不足により増加し、肥満や動脈硬化を引き起こします。
	HDLコレステロール	善玉コレステロールと呼ばれるもので、血管内コレステロールを肝臓に運び、動脈硬化を予防する働きをしています。そのため、低値になると動脈硬化を引き起こしやすくなります。
	LDLコレステロール	悪玉コレステロールと呼ばれるもので、多すぎると動脈硬化の原因となり狭心症や心筋梗塞といった心臓病や、脳梗塞を引き起こしやすくなります。
肝機能	GOT、GPT	GOTは心臓、肝臓、腎臓、骨格筋の細胞に、GPTは肝臓の細胞に多く存在する酵素で、臓器に障害が起こって細胞が壊れると血液中に流れ出てきます。そのため、心臓病や肝臓病発見の手がかりとなります。
	γ-GTP	肝臓や胆道に障害があると高値になるため、肝臓病発見の手がかりとなります。また、アルコールに反応しやすく、常飲者では値が高くなります。
血糖	ヘモグロビンA1c	赤血球中のヘモグロビンとブドウ糖が結合したものです。血糖値や尿糖は検査した時点での状態を示すものですが、この検査は過去1～2か月の血糖の状態を知ることができます。
腎機能	血清クレアチニン	老廃物の一種で、腎臓が正常に動いていれば尿中に排泄されますが、腎臓の機能が低下すると血液中に増えてきます。

（3）特定保健指導

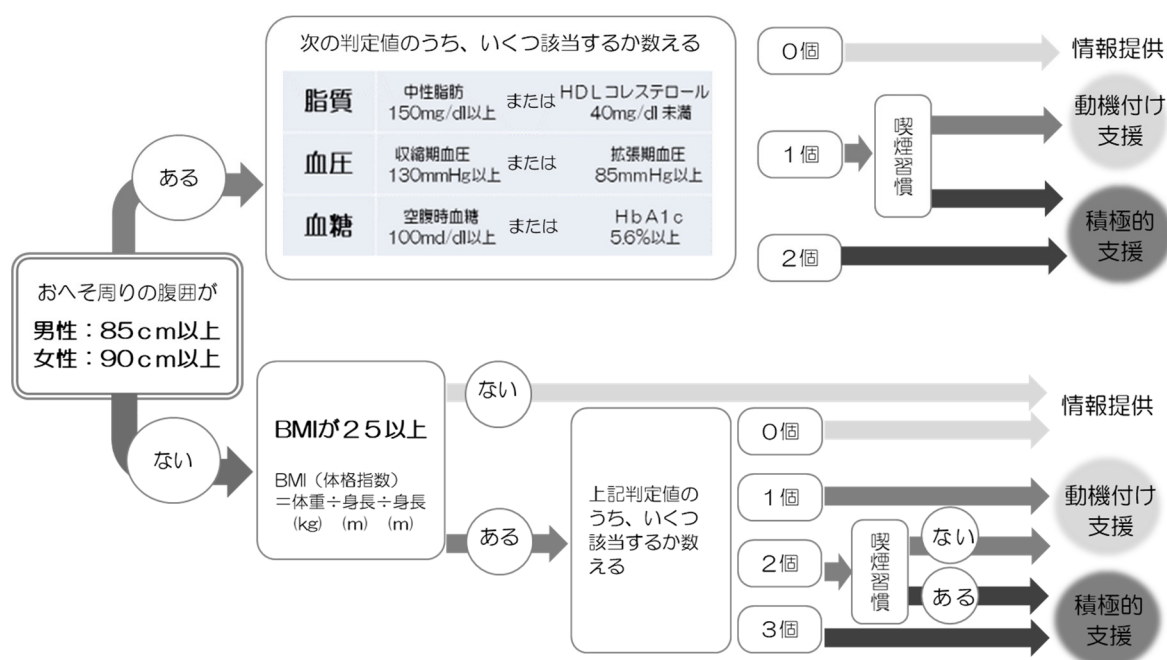
ア 特定保健指導対象者

特定健康診査の結果により、健康の保持に努める必要がある方を下表のとおり階層化し、対象者を抽出します。

さらに、追加リスクと喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者と積極的支援の対象に分類します。

なお、65歳から74歳の方は積極的支援に該当する場合でも、動機付け支援の対象とします。また、「高血圧」、「糖尿病」、「脂質異常症」に対する服薬治療を受けている者については、特定保健指導の対象としません。

【特定保健指導の対象者の階層化】（図表58）



2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、2年目の状態が改善している者については、動機付け支援相当の支援を実施することを可能とします。

状態が改善している者とは、特定健康診査の結果において、1年目と比べて2年目の腹囲及び体重の値が次のとおり一定程度減少していると認められる者としてします。

BMI<30	腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上減少している者
BMI≥30	腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0kg 以上減少している者

イ 実施方法

実施基準に基づき、厚生労働大臣が告示に定める外部委託に関する基準を満たしている実施機関に委託するとともに、市の保健師等により特定保健指導を行います。

ウ 委託先の決定方法

プロポーザル等により委託事業者を決定するものとします。事業終了後に評価を行い、次年度以降の委託事業者を決定するものとします。

エ 実施期間

初回面接後3～6か月間とします。

オ 周知・案内方法

(ア) 特定保健指導対象者に、特定保健指導の案内を郵送し、目的及び必要性の周知を図ります。また、階層化別のチラシを同封し、特定保健指導対象者としての意識付けを図り、参加を促します。

(イ) 健診結果セミナーを開催し、参加者に特定保健指導への参加を促します。

カ 特定保健指導の自己負担金

第2期計画と同様とし、無料とします。ただし、個別に実施する検査や教材等で参加者の負担によることが適当であるものについては、自己負担を求めることができます。

キ 特定保健指導の重点化（優先順位）

原則、階層化された対象者全員に特定保健指導を実施しますが、効果的及び効率的な保健指導を実施するために、下記の優先順位により重点的に特定保健指導を実施します。

(ア) 特定保健指導の優先順位は次のとおりとします。

- a 年齢が比較的若い者（40～50歳代の特に男性）
- b 特定健康診査結果が前年度と比較して悪化している者
- c 生活習慣改善の必要性が高い者
- d 前年度、保健指導の対象であったが、保健指導を受けなかった者

ク 特定保健指導の内容

(ア) 動機付け支援

- a 支援期間：原則1回の支援、初回支援から3～6か月経過後に評価
- b 支援内容：面接により、対象者自らが生活習慣改善のための実践計画を立て、それに基づき自ら実践できるように支援し、初回支援後3～6か月経過時に実績評価をします。

(イ) 積極的支援

- a 支援期間：3か月以上の継続的な支援、初回支援から3～6か月経過後に評価をします。
- b 支援内容：面接により、対象者自らが生活習慣改善のための実践計画を立て、それに基づき継続的に実践できるよう、定期的に面接や電話等で3か月以上支援し、初回支援後3～6か月経過時に実績評価をします。

(4) その他の保健指導

ア 情報提供

健診結果通知表の裏面に、各検査項目の判断基準値や改善アドバイス等を掲載し、健診結果の情報を提供します。

イ 健診結果セミナー

特定健康診査、健康診査を受けた方に対して、健診結果を振り返り、その後の生活習慣の改善の必要性等を説明します。特定保健指導対象者に対しては、再度保健指導の参加を促します。

ウ 健康相談

特定健康診査結果が「要指導」又は「要医療」に該当し、特定保健指導の対象者とならない者に対して、保健師、栄養士が面接により保健指導を行います。

エ 要医療高値者受診勧奨事業

特定健康診査結果において、特定保健指導対象者及び検査データは保健指導判定値以上ですが、肥満がないため特定保健指導の対象とはならない者が「要医療」（糖代謝、腎機能、血圧、脂質の4つのリスク因子）判定となった場合、特に早急に受診が必要な方（塩釜医師会報告値及び多賀城市要医療高値者基準に当てはまる方）に対して、保健師、栄養士が訪問や面接、電話連絡により受診勧奨及び保健指導を行います。

オ 糖尿病性腎症重症化予防事業

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者に対して受診勧奨を行います。

また、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して保健指導を行い、糖尿病の重症化予防及び人工透析への移行を防止します。

(5) 実施に関する年間スケジュール

特定健康診査及び特定保健指導等実施に関する年間スケジュールは、次の通りです。

月	特定健康診査	情報提供				
		特定保健指導			その他の保健指導	
		動機付け支援	積極的支援	要医療高値者	糖尿病性腎症重症化予防事業	成人健康相談
4月	健診対象者の抽出					定例実施 (1回/月)
5月	受診票の発送	事業者選定プロポーザルの実施				
6月	健康診査実施	特定保健指導のPR				
7月	健診結果の発送	健診結果により対象者の抽出選定	健診結果発送時提供 要医療高値者への指導			健診後の成人健康相談
		健診結果セミナー				
8月		保健指導案内通知			治療中断者・未治療者への受診勧奨	
9月	個別健診実施(予定)	特定保健指導(集団)予定	受診状況確認		治療中の者への保健指導	
10月					受診状況確認	定例実施 (1回/月)
11月			受診状況確認		受診状況確認	
12月						
1月	事業評価 次年度計画		特定保健指導(個別)予定			
2月						
3月						

5 個人情報の保護

(1) 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いについては、多賀城市個人情報保護条例等に基づき行うものとし、取り扱いの詳細に当たっては、個人情報保護法に基づく「国民健康保険組合における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」及び「健康保険組合等における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に準じて行います。

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、漏えい防止措置、従業員の監督、委託先の監督）及び多賀城市個人情報保護条例等の守秘義務規定について周知を図ります。

特定健康診査又は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契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2) 健診・保健指導データの保管方法・保管体制、保管等における外部委託の有無

特定健康診査等の記録を保存する場合には、保存媒体の劣化防止など個人情報が消失しないように適切に保存します。

取り扱う個人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止、その他個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じます。

個人情報の取り扱いの全部又は一部を委託する際は、その取り扱いを委託された個人情報の安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対する必要かつ適切な監督を行います。

なお、記録の保存については、宮城県国民健康保険団体連合会に委託します。

(3) 記録の保存期間

健康診査及び保健指導のデータは、保健指導の参考となる経年変化等の分析、中長期的な発症予測等への活用によるメリットがあることから、記録の保存年限は5年間とします。

また、他の医療保険者に異動するなど本市国保の被保険者の資格を喪失した場合は、資格喪失年度の翌年度末まで保管をします。

6 特定健康診査等実施計画の公表・周知

(1) 公表・周知の方法

特定健康診査等実施計画を策定した際は、遅滞なく公表するものとします。

なお、特定健康診査等実施計画書については、保健福祉部健康課において閲覧できるほか、市ホームページに掲載します。

また、内容の一部を市広報に掲載し、広く市民に周知を図ります。

(2) 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法

対象者全員に受診票を郵送するとともに、市広報に記事を掲載し、特定健康診査等の普及啓発に努めます。

また、健康教室等においても普及啓発活動を展開していきます。

7 特定健診等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価方法

本実施計画に掲げた特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率及び改善率、特定保健指導対象者の割合の減少率についての状況については、毎年度の成果として客観的に評価します。

このほか、健診、医療、介護データ等を活用した分析も併せて実施することにより、特定健康診査・特定保健指導を総合的に評価し、改善点を毎年度点検し、補正するものとします。

(2) 計画の見直し・改定

上記の評価等の結果により、本実施計画の見直しが必要となった場合は、多賀城市国民健康保険運営協議会において報告します。

参考資料（用語集）

【あ行】

悪性新生物

がん・肉腫のこと。細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、周囲の正常な細胞を破壊する腫瘍のこと。

HDL コレステロール（エイチディーエル コレステロール）

HDL コレステロールは善玉コレステロールのことで、血管の壁についている余分な脂質であるコレステロールを回収し、肝臓に送る働きがあり、動脈硬化を予防する。

ALT（エーエルティー）

肝臓の細胞に多く含まれ、肝臓や胆道（胆汁の通り道）に障害が起こると数値が上昇する。ASTやγ-GTPと共に肝機能のスクリーニングに用いられる。

LDL コレステロール（エルディーエル コレステロール）

LDL コレステロールは悪玉コレステロールのことで、肝臓でつくられたコレステロールを各臓器に運ぶ働きをしている。細胞内に取り込まれなかった余剰なコレステロールを血管内に放置し、動脈硬化を引き起こす原因となる。

e-GFR（イージーエフアール）

腎臓の糸球体が1分間に濾過している血液量のこと。推計糸球体濾過量ともいわれ、「年齢」「性別」「クレアチニン値」から算出できる。健康な腎臓であれば1分間に90ml以上の血液を濾過している。

インスリン

すい臓のランゲルハンス島という組織にあるβ細胞から分泌されるホルモンの一種である。食事によって血糖値が上昇すると、インスリンが分泌され、臓器が血糖をとり込んでエネルギーとして利用したり、たくわえたり、さらにタンパク質の合成や細胞の増殖を促す役割がある。

【か行】

血清クレアチニン

血清クレアチニンとは、筋肉運動のエネルギーとして代謝される「クレアチニン」の代謝後に残る老廃物のこと。検査値は腎臓の濾過機能をチェックする指標となる。

血圧

血圧を測定すると2つの値が記録される。いわゆる「上」は収縮期血圧（最大血圧）、「下」は拡張期血圧（最小血圧）という。心臓は、収縮と拡張を繰り返すポンプのような働きをすることで、血液を送り出している。心臓が収縮したときには、血液が大動脈に送り出され、血管に高い圧力がかかる。これが収縮期血圧（最大血圧）である。

拡張期血圧は、心臓が拡張したときの血圧。全身を循環する血液が肺静脈から心臓へ戻った状態で、血圧が最も低くなるため、最低血圧とも呼ばれる。血圧値は血管の硬さ（血管抵抗）と血液量（心拍出量）によって決まる。血液の粘度が高かったり、血管が硬化すると、血液が流れにくくなり、血管壁にかかる圧力が高くなる。

行動変容ステージ

1980年代に禁煙の研究から導き出されたモデルのこと。人が行動を変える場合は「無関心期」「関心期」「準備期」「実行期」「維持期」の5つのステージを通ると考えられている。

高尿酸血症

尿酸値が7.0mg/dl以上となると高尿酸血症と診断される。高尿酸血症となると、痛風発作（関節炎）や尿路結石、腎障害等が引き起こされる。

国保データベース（KDB）システム

国保中央会が開発をし、全国で利用されているシステム。疾病別医療費や特定健診情報等を同規模保険者と比較することができ、自らの地域の特徴を把握し、健康課題を明確化することができる。

【さ行】

ジェネリック医薬品（後発医薬品）

ジェネリック医薬品とは、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含み、同一経路から投与する製剤で、効能・効果・用法・用量が原則的に同一であり、先発医薬品と同等の臨床効果・作用が得られる医薬品をいう。

脂質異常症

LDL コレステロールや中性脂肪が必要以上に増えるか、または HDL コレステロールが減った状態のこと。

脂肪肝

肝臓に中性脂肪が蓄積された状態。肥満や糖尿病、アルコールの過剰摂取が原因とされている。悪化すると肝硬変、肝がんと進行する危険性がある。検査項目としてはASTやALT、 γ -GTPがある。

人工透析

腎臓の働きが極端に低下すると、血液の濾過が十分に行えず、水分や老廃物の調節が困難となるため、人工的に血液の浄化を行う治療法である。

生活習慣病

高血圧、糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患、心臓病、肥満等で生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣がその発症、進行に関与する疾患のこと。

【た行】

中性脂肪

中性脂肪とは、活動する際のエネルギー源となる物質。中性脂肪の役割としては、内臓の保護や体温を一定に保つ働きがある。中性脂肪値が高いと、動脈硬化や脳卒中の原因となるLDLコレステロール（悪玉）を増やし、HDLコレステロール（善玉）を減らしてしまうことにつながる。

重複・頻回受診

重複受診者：概ね3か月以上継続して同一疾病で2か所以上の医療機関を受診している者。

頻回受診者：概ね3か月以上継続して同一医療機関で月20日以上受診している者。

調剤料

調剤料は調剤報酬点数により定められており、「薬を調剤する技術（手間）」に対して算定され、薬の種類や処方日数によって異なる。また調剤を半分に割る、錠剤を粉状にするなど特別な技術が必要な場合、さらに点数が加算される。

糖尿病性腎症

糖尿病が原因によって腎臓の働きが不十分になった状態のこと。

動脈硬化症

高血圧、脂質異常、高血糖といった生活習慣病や喫煙等によって血管が傷つき血管壁の中に脂肪物質が溜まって厚くなり、硬化した状態のこと。

特定健康診査

平成20年4月から開始された、医療保険者が40歳～74歳の加入者を対象としてメタボリックシンドロームに着目した検査項目による健康診査のこと。

特定保健指導

特定健康診査の結果により生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対して実施される

特定保健指導実施率

特定保健指導対象者が6か月後の最終評価まで利用した割合。

【な行】

尿酸

新陳代謝の過程で生じる終末産物で細胞の増殖や活動の結果生じた老廃物が尿酸である。約70%は尿の一部となって排泄されるが、腎臓の機能に障害が起こって排泄されなかったり、プリン体が多く含まれる食品の過剰摂取により尿酸がつくられすぎたりすると、たまった尿酸が異常を引き起こす。

脳血管疾患

脳血管疾患とは、脳動脈に異常が起きることが原因でおこる病気の総称である。脳血管疾患はおもに脳出血（出血性脳血管障害）と脳梗塞（虚血性脳血管障害）の2つに大きく分類される。

脳梗塞

脳に酸素や栄養を運ぶ血管の閉塞や狭窄のため、脳虚血をきたし、脳組織が壊死または壊死に近い状態になることをいう。

脳出血（出血性脳血管疾患）

脳出血とくも膜下出血の2つに大別される。脳出血は脳の奥深くの細い血管に加齢や高血圧によって小さなこぶができて、これが破裂して出血が起こる。くも膜下出血は、頭蓋骨

の下で脳の表面を保護している「くも膜」という膜の下で出血が起こる状態をいう。

【は行】

ハイリスクアプローチ

疾患を発生しやすい高い危険度を持った人を対象に絞り込んで、その危険性を下げようように働きかけ疾患を予防する方法。

BMI（ビーエムアイ）

Body Mass Index の略。体重（kg）/身長（m²）で算出する。人の肥満度を表す体格指数で、BMI の計算式は世界共通だが、肥満の判定基準は国により異なる。

日本肥満学会の肥満基準値（2011年）

BMI	肥満度判定
18.5 未満	低体重
18.5 以上 25 未満	普通体重
25 以上 30 未満	肥満（Ⅰ度）
30 以上 35 未満	肥満（Ⅱ度）
35 以上 40 未満	肥満（Ⅲ度）
40 以上	肥満（Ⅳ度）

PDCAサイクル

業務プロセスの管理手法の一つで、計画（plan）→実行（do）→評価（check）→改善（action）という4段階の活動を繰り返し行うことで、継続的にプロセスを改善していく手法。

不整脈

心拍数やリズムが一定でない状態のこと。

HbA1c（ヘモグロビンエーワンシーまたはエイチビーエーワンシー）

HbA1cは赤血球の中で体内に酸素を運ぶ役目のヘモグロビンと、血液中のブドウ糖が結合したものである。糖化ヘモグロビンともいう。糖尿病の患者では高値となる。随時血糖値は食事の影響を受けるが、HbA1cは濃度が安定しているため、過去1～2か月の血糖の平均的な状態を知ることができる。

法定報告

特定健診等の実績を国に報告するもので、対象者は特定健康診査等の実施年度中に40～74歳になる方で、当該年度の1年間を通じて多賀城市国民健康保険に加入しているこ

とが条件となる。

ポピュレーションアプローチ

集団全体に対して働きかけることにより、集団全体の健康障害のリスクを少しずつ軽減させ、良い方向にシフトさせること。環境の整備。

【ま行】

メタボ

メタボリックシンドロームの略称。

日本内科学会関連8学会がメタボリックシンドロームの疾患概要と診断基準を示した。メタボリックシンドロームは内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）を共通要因として、高血圧、高血糖、脂質異常等を引き起こした状態で、その複合的な結果として、血管の損傷や動脈硬化が生じ、症状が重症化した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。

【や行】

有所見者

特定健康診査結果の数値が基準値より高いまたは低い値等の異常があった場合をいう。つまり、「要指導」や「要治療」などと記載された人のこと。

要医療高値

特定健康診査結果が「要医療」である者のうち特に早急に受診の必要な者。（基準値は市が設定）

【ら行】

リスク因子

危険因子のことで、病気に関しては重症化する危険要因の意味。

レセプト

診療報酬明細書の通称。病院等が患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求する時に使用する書類。

多賀城市国民健康保険
第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
第3期特定健康診査等実施計画
平成30年3月

発行 多賀城市保健福祉部健康課

〒985-8531

宮城県多賀城市中央2丁目1番1号

電話 022-368-1141 (代表)

F A X 022-368-7394

U R L <http://www.city.tagajo.miyagi.jp/>

Eメール kenko@city.tagajo.miyagi.jp