

登米市国民健康保険  
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）  
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度  
(2024年度～2029年度)

令和6年3月

登米市

## 目次

<b>第1章 基本的事項</b> .....	<b>1</b>
1 計画の趣旨 .....	1
(1) 背景 .....	1
(2) 目的 .....	1
(3) 計画の位置づけ .....	1
2 計画期間 .....	2
3 実施体制等 .....	2
<b>第2章 現状の整理</b> .....	<b>3</b>
1 保険者の特性 .....	3
2 第2期データヘルス計画の評価 .....	8
<b>第3章 データ分析の結果に基づく健康課題</b> .....	<b>12</b>
1 医療費の状況 .....	12
2 生活習慣病等の状況 .....	20
3 特定健康診査・特定保健指導の状況 .....	22
4 その他保健事業に関する状況 .....	27
5 データ分析の結果に基づく健康課題 .....	31
<b>第4章 第3期データヘルス計画全体の目的・目標等</b> .....	<b>33</b>
1 計画全体の目的・指標 .....	33
2 計画全体の目標・指標、関連する個別保健事業 .....	33
<b>第5章 個別保健事業計画</b> .....	<b>35</b>
1 特定健康診査受診率向上事業 .....	35
2 特定保健指導実施率向上事業 .....	37
3 生活習慣病重症化予防事業（糖尿病性腎症） .....	39
4 生活習慣病重症化予防事業（糖尿病） .....	43
5 インセンティブ事業 .....	45
6 重複・多剤服薬対策事業 .....	48
7 後発医薬品利用促進事業 .....	50

<b>第6章 第4期特定健康診査等実施計画の具体的な内容</b>	<b>52</b>
1 背景	52
2 特定健康診査	52
(1) 基本的な考え方	52
(2) 対象者	52
(3) 対象者数の見込み	52
(4) 実施方法	52
(5) 目標値	53
3 特定保健指導	54
(1) 基本的な考え方	54
(2) 対象者	54
(3) 対象者数の見込み	55
(4) 実施方法	55
(5) 目標値	56
<b>第7章 第3期データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画の評価方法・見直し</b>	<b>57</b>
1 評価の基本的事項	57
2 評価時期及び計画の見直し	57
3 評価指標のまとめ	57
<b>第8章 その他</b>	<b>60</b>
1 計画の公表・周知	60
2 個人情報の取扱い	60
3 地域包括ケアに係る取組	60
4 用語の解説	60

## 第1章 基本的事項

### 1 計画の趣旨

#### (1) 背景

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された日本再興戦略において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト<sup>1</sup>等のデータ分析、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データヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」となりました。その方針を踏まえ、平成 26 年 3 月に「国民健康保険法（以下「国保法」という。）に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正されるなど、健康・医療情報を活用して PDCA サイクル<sup>2</sup>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・評価・改善等を行うこととなりました。

また、保険者は、平成 20 年 4 月から「高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）」により、40 から 74 歳までの被保険者を対象にメタボリックシンドローム<sup>3</sup>に着目した特定健康診査<sup>4</sup>及び特定保健指導<sup>5</sup>を実施するとともに、特定健康診査等実施計画に定めることとされました。

#### (2) 目的

被保険者の健康寿命の延伸を図り、医療費の適正化<sup>6</sup>に資することを目的とします。

#### (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、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、健康・医療情報を活用して効果的かつ効率的に保健事業を行うための計画です。

また、特定健康診査等実施計画は、高確法第 18 条に基づいて実施する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計画です。

今回の計画策定にあたり、保健事業を総合的に企画し、効果的かつ効率的に実施することができるようにという観点から、2つの計画を合わせ、一体的に策定します。

なお、本計画は、健康増進法に基づく「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」を踏まえるとともに、市の「総合計画」を上位計画とし「元気とめ食育 21 計画（第 4 期）」及び「高齢者福祉計画・第 9 期介護保険事業計画」と整合性を図るものとします。

<sup>1</sup> レセプト

患者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求する医療報酬の明細書のこと、診療報酬明細書や調剤報酬明細書があります。

<sup>2</sup> PDCA サイクル

Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）を繰り返し行うことで、業務改善や効率化を図る手法のひとつ。

<sup>3</sup> メタボリックシンドローム

内臓肥満に高血糖・高血圧・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態をいいます。単に腹囲が大きいただけでは、メタボリックシンドロームに該当しません。

<sup>4</sup> 特定健康診査

40 歳から 74 歳の方を対象とした、生活習慣病の予防のためにメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。

<sup>5</sup> 特定保健指導

生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、保健師・管理栄養士などの専門スタッフが生活習慣を見直すサポートを行う保健指導のこと。

56 ページの階層化により積極的支援と動機付け支援に分けられます。

<sup>6</sup> 医療費の適正化

被保険者の健康の保持増進と適切な医療のかかり方を推進することで、持続可能な保険制度の維持を図るため、医療費の伸びを抑えること。

## 2 計画期間

令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間とします。

## 3 実施体制等

本計画は、国保年金課が主体となり計画を策定し、事業の実施は国保年金課及び健康推進課（総合支所市民課健康づくり係）とし、長寿介護課をはじめとした他部署及び関係団体等と連携を図りながら実施します。（図表1-1）

〔図表1-1〕

連携部署・関係団体	主な連携と役割
国保年金課	・実施主体として、計画の立案・実施、進捗管理、評価等
健康推進課 （総合支所市民課健康づくり係）	・元気とめ食育21計画との調整 ・保健事業における連携・実施 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における連携 ・データや分析結果の共有
長寿介護課	・高齢者福祉計画及び介護保険事業計画との調整 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施及び地域包括ケア等における連携 ・データや分析結果の共有
保健所等	・助言等の技術的支援、情報提供
国民健康保険運営協議会	・保健事業に対する諮問・答申
医師会・薬剤師会等	・保健事業等への助言等 ・保健事業実施における連携
宮城県国民健康保険団体連合会 （支援・評価委員会）	・KDBシステム <sup>1</sup> のデータ分析等の支援 ・保健事業への助言等

<sup>1</sup> KDBシステム

国保データベースシステムの略。国民健康保険団体連合会が保険者の委託を受けて管理する「特定健康診査・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートするシステムのこと。

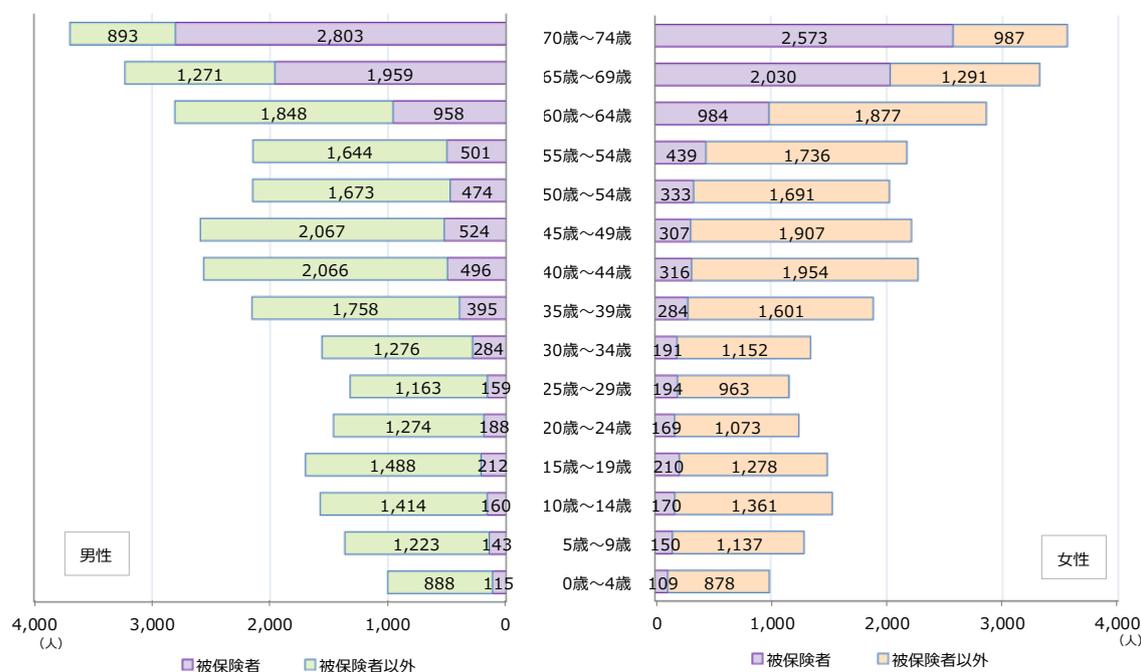
## 第2章 現状の整理

### 1 保険者の特性

#### ■ 登米市国民健康保険被保険者の状況

- 60歳以上の人口が多く、被保険者数は65歳から多くなっています。〔図表2-1〕
- 被保険者数は減少傾向にありますが、70歳以上の被保険者の割合は増加しています。〔図表2-2〕

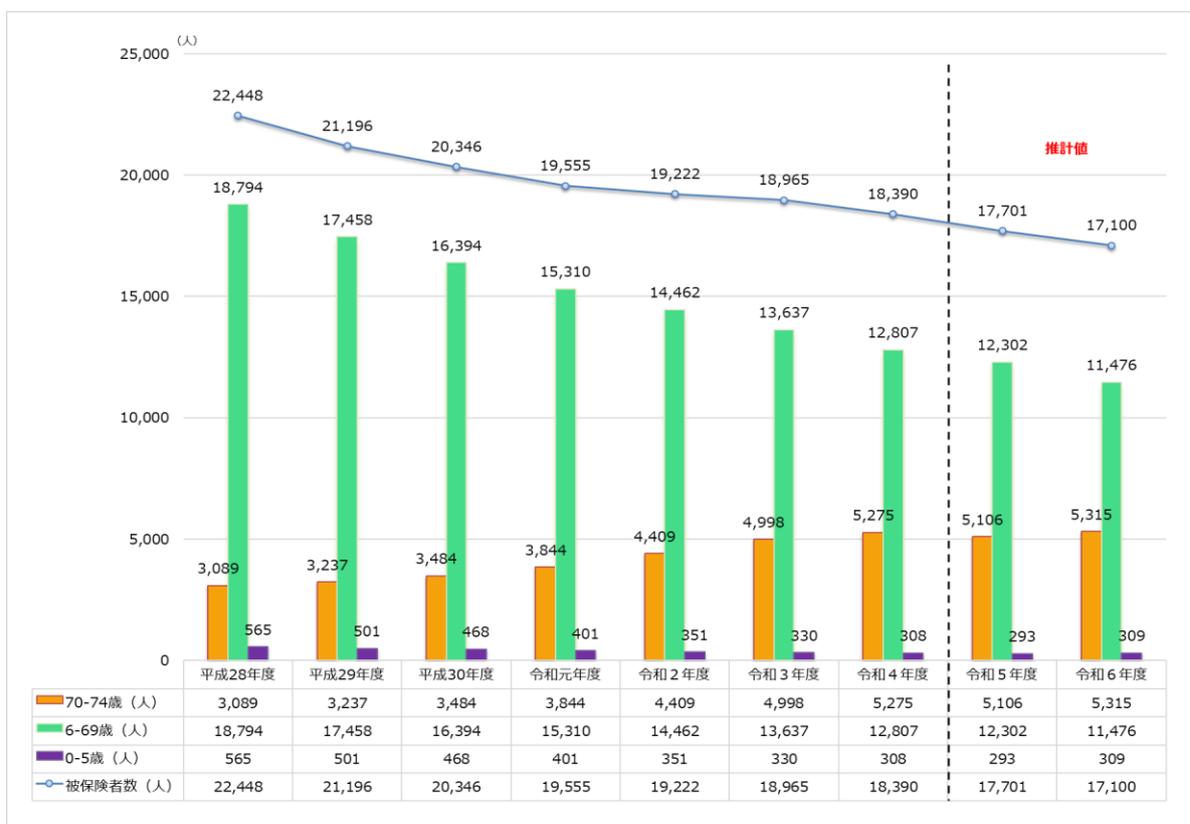
〔図表2-1〕 登米市の人口と被保険者の割合



※令和4年度末時点

出典：TASK「被保険者一覧表」（令和5年3月末）及び市民生活部市民生活課「年齢別人口統計」（令和5年3月分）

〔図表 2-2〕 被保険者の状況の推移



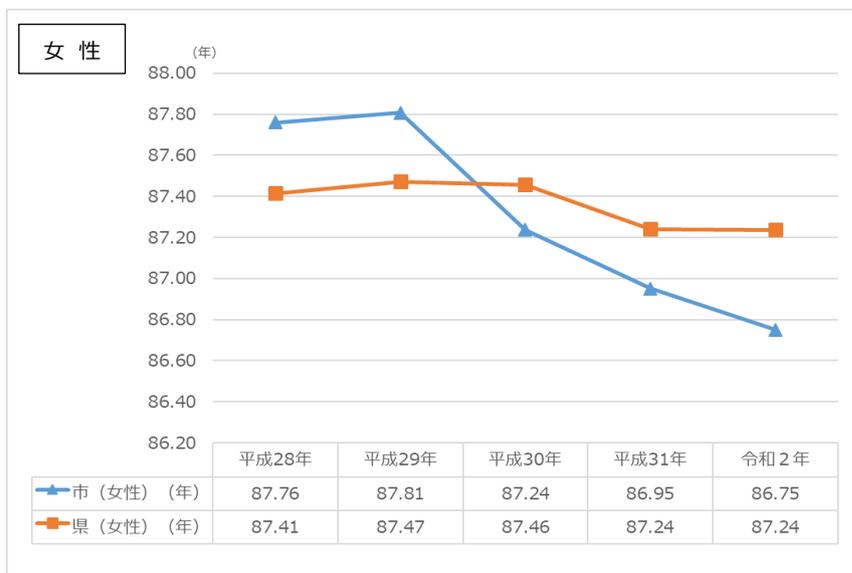
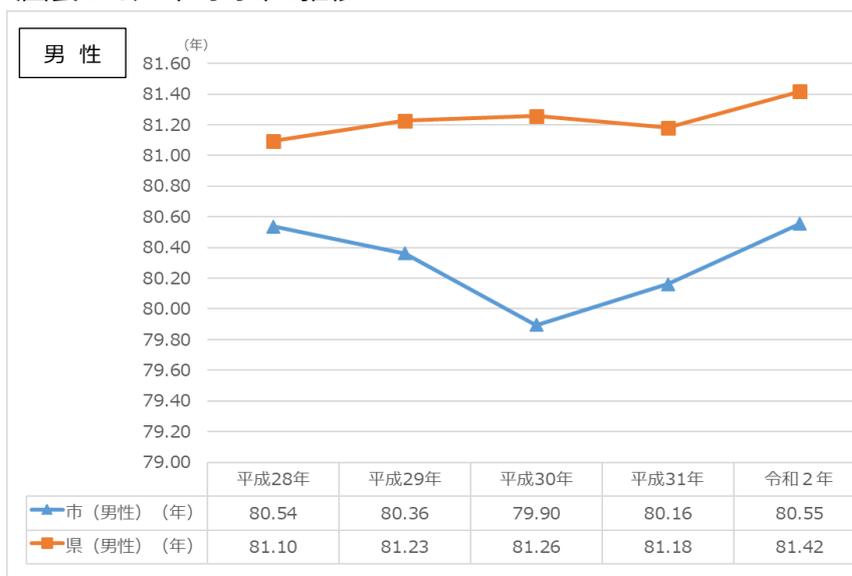
※各年度平均（3月～2月）、一般被保険者及び退職被保険者合計

※令和5年度及び令和6年度は令和6年予算積算時の推計値

■ 登米市の平均寿命と健康寿命

- 平均寿命は、男女とも平成30年に短縮しました。その後、男性はやや延伸しましたが、男女とも県より短い状況です。〔図表2-3〕
- 不健康期間<sup>1</sup>は、男女とも短縮しています。〔図表2-4〕

〔図表2-3〕 平均寿命の推移

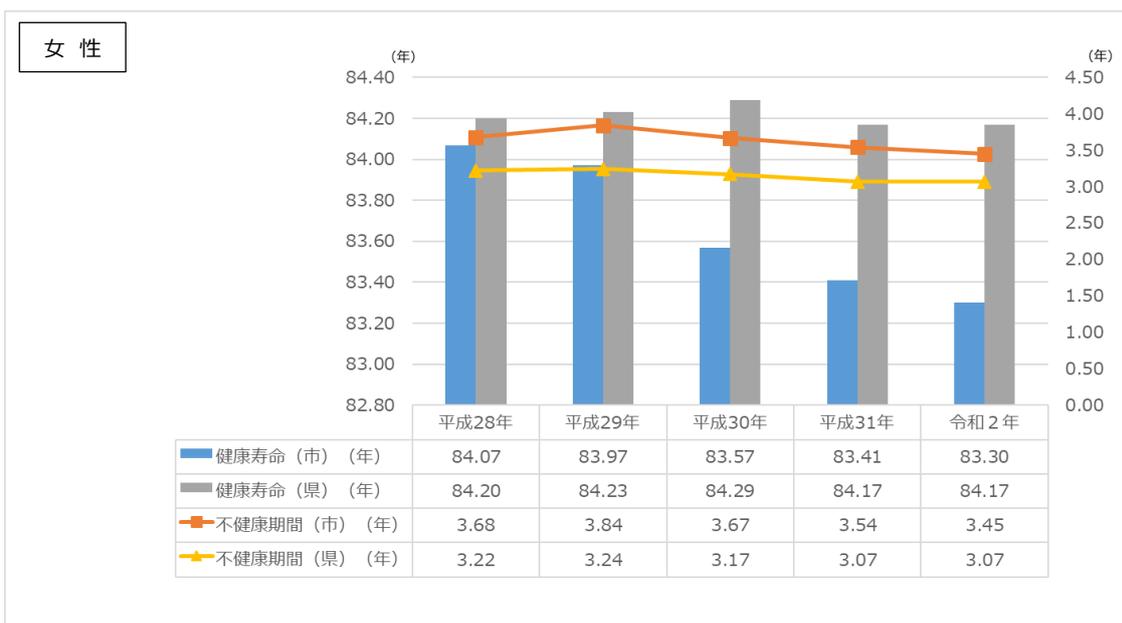
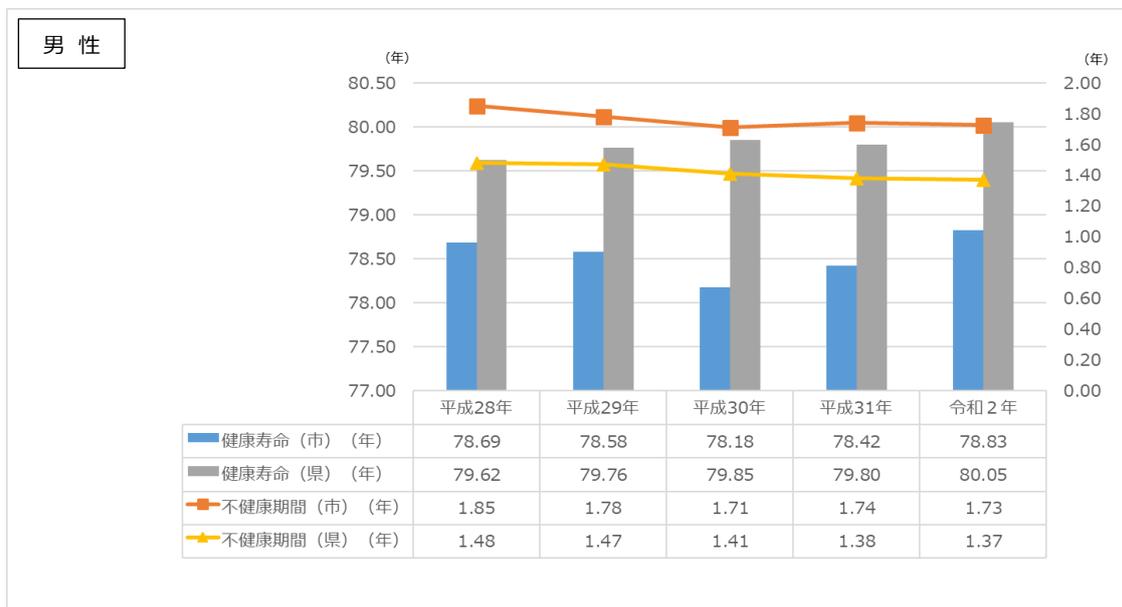


出典：宮城県健康福祉部「データからみたみやぎの健康」（平成30年度版から令和4年度版）

<sup>1</sup> 不健康期間

平均寿命－健康寿命で計算されます。健康寿命は、日常生活動作が自立している期間の平均を人口・死亡数・介護保険の要介護認定者数を使用して算出されています。

〔図表 2-4〕 健康寿命と不健康期間の推移



出典：宮城県健康福祉部「データからみたまぎの健康」（平成30年度版から令和4年度版）

### ■ 登米市における主な死因の EBSMR<sup>1</sup>

- 脳血管疾患の EBSMR は、男女とも高く、増加傾向にあります。〔図表 2-5〕
- 心疾患の EBSMR も男女とも増加傾向にあり、特に男性で高くなっています。〔図表 2-6〕
- 悪性新生物の EBSMR は、全国とほぼ同じであるものの、女性で増加傾向となっています。〔図表 2-7〕

〔図表 2-5〕 脳血管疾患の EBSMR の推移

性別	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年
男性	125.6	128.6	135.5	136.0	140.9
女性	115.8	129.3	136.3	133.1	134.4

出典：宮城県健康福祉部「データからみたまやぎの健康」（平成30年度版から令和4年度版）

〔図表 2-6〕 心疾患の EBSMR の推移

性別	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年
男性	113.0	118.9	135.7	135.6	140.8
女性	97.0	101.8	111.3	112.8	112.2

出典：宮城県健康福祉部「データからみたまやぎの健康」（平成30年度版から令和4年度版）

〔図表 2-7〕 悪性新生物の EBSMR の推移

性別	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年
男性	99.0	99.3	98.0	96.6	98.7
女性	95.0	94.9	99.1	100.5	103.1

出典：宮城県健康福祉部「データからみたまやぎの健康」（平成30年度版から令和4年度版）

<sup>1</sup> イービーエスエムアール EBSMR（標準化死亡比 経験的ベイズ推定）

年齢構成の差を取り除き地域の比較を行うための指標として、標準化死亡比（SMR）がありますが、小地域間の比較や経年的な動向を標準化死亡比でみる場合、死亡数が少ないと数値が大きく変動してしまうため、観測データ以外にも対象に関する情報が推定に反映されています。数値が100より大きい場合は、全国と比べて出現割合が高いことを示します。

## 2 第2期データヘルス計画の評価

### ■ 目的

生活習慣病<sup>1</sup>の発症や重症化を予防することにより、健康寿命の延伸と医療費の適正化を図る。

### ■ 指標と評価、課題

- 第2期データヘルス計画策定時は、健康増進計画に基づく「元気とめ食育 21 計画」と同じ目標を設定していましたが、令和2年度に中間評価を行った結果、「元気とめ食育 21 計画」の目標は踏まえるものの、データヘルス計画においては、「医療費適正化」の視点が必要であることから指標と目標値の見直しを行いました。〔図表 2-8〕  
また、見直しに伴い、6つの保健事業を実施することとしました。〔図表 2-9〕
- 指標の評価としては、特定保健指導実施率、HbA1c<sup>2</sup>7.0%以上の糖尿病<sup>3</sup>未治療者の割合、新規透析導入患者数で改善しました。  
しかし、特定健康診査受診率は、国が示す市町村国保の目標値である60%を超えているものの、平成30年度と令和4年度を比較すると2ポイント低下していることから悪化としました。また、メタボリックシンドローム該当者の割合は3.1ポイント増加し、予備群の割合も1.3ポイント増加していることから悪化としました。〔図表 2-10〕
- 中間評価後に実施している保健事業のうち、医療費適正化（インセンティブ<sup>4</sup>）事業、医療費適正化（重複・多剤<sup>5</sup>処方）事業及び後発医薬品<sup>6</sup>利用促進事業については、計画全体としての指標がなかったためデータヘルス計画の目的・目標を考慮した事業の見直しが必要だと考えられました。

<sup>1</sup> 生活習慣病

食事や運動・休養・喫煙・飲酒など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。  
日本人の死因の上位を占める、がん・心臓病・脳卒中は生活習慣病に含まれます。

<sup>2</sup> <sup>ヘモグロビンエーワンシー</sup>  
HbA1c

赤血球中のヘモグロビンとグルコース（血糖）が結びついたもので、過去1～2か月間の血糖の状態をあらわします。

<sup>3</sup> 糖尿病

血液中のブドウ糖の濃度（血糖値）が高くなりすぎる病気のこと。  
初期には症状がほとんどありませんが、進行すると動脈硬化が進み、脳卒中や虚血性心疾患になりやすくなります。  
また、3大合併症として網膜症・腎症・神経障害があり、人工透析に至る可能性があります。

<sup>4</sup> インセンティブ

行動を促す「刺激・動機・励み」のこと。

<sup>5</sup> 重複・多剤

重複は、複数の医療機関から同じ効能の薬が重複して処方され、服薬していること。  
多剤は、多くの種類の薬が処方され、服薬すること。

<sup>6</sup> 後発医薬品（ジェネリック医薬品）

新薬（先発医薬品）と同じ有効成分が使われ、品質・効き目・安全性が同等の医薬品で、先発医薬品と比べて低価格な薬のこと。

〔図表 2-8〕 中間評価における指標の見直し内容

策定時		中間評価時	
特定健康診査受診率の向上		継続	特定健康診査受診率
特定保健指導実施率の向上		継続	特定保健指導実施率
1日30分以上軽く汗をかく運動を週に2回以上、 1年以上実施している人の増加の割合		新規	メタボリックシンドローム 該当者・予備群の割合
喫煙者の割合の減少			HbA1c7.0%以上の 糖尿病未治療者の割合
飲酒日の1日あたりの飲酒量が 男性2合未満、女性1合未満の割合の増加			新透析導入患者数
肥満者の割合の減少			
大腸がん検診の受診率の向上			

〔図表 2-9〕 中間評価後に実施することとした保健事業

事業名
1. 特定健康診査・特定保健指導事業
2. 糖尿病重症化予防事業
3. 糖尿病性腎症重症化予防事業
4. 医療費適正化（インセンティブ）事業
5. 医療費適正化（重複・多剤処方）事業
6. 後発医薬品利用促進事業

〔図表 2-10〕 指標と評価

指標	目標値	指標の経年変化		評価	評価の理由
特定健康診査 受診率 (法定報告)	65.5%	平成30年度	63.3%	悪化	令和2年度は、前年比5.5ポイントの減少がありましたが、これは新型コロナウイルス感染症が流行した影響と考えられます。その後、令和4年度に61.3%まで改善しましたが、平成30年度と令和4年度を比較すると2ポイント減少していること、目標値を達成することができなかったため、悪化と評価しました。
		平成31年度	63.4%		
		令和2年度	57.9%		
		令和3年度	61.1%		
		令和4年度	61.3%		

指標	目標値	指標の経年変化		評価	評価の理由
特定保健指導 実施率 (法定報告)	15.0%	平成 30 年度 平成 31 年度 令和 2 年度 令和 3 年度 令和 4 年度	7.4% 6.8% 12.0% 13.9% 14.2%	改善	実施率が低下傾向にあったため、令和 2 年度から初回面接の分割実施を開始しました。目標値である 15%は達成できなかったものの、実施率は向上しているため改善と評価しました。
メタボリックシンドローム該当者・ 予備群の割合  ※目標値・経年変化の数値は、中間評価時の出典は、KDB システム「地域の全体像の把握」としていましたが、法定報告に変更しました。	〔該当者〕 21.8%	平成 30 年度 平成 31 年度 令和 2 年度 令和 3 年度 令和 4 年度	24.7% 25.0% 28.7% 28.0% 27.8%	悪化	平成 30 年度から令和 4 年度を比較すると、該当者では 3.1 ポイント、予備群では 1.3 ポイント増加し、どちらも目標を達成できなかったため、悪化と評価しました。新型コロナウイルス感染症が流行したことや特定保健指導の実施率が低く、対象者に対するアプローチが少なかったことが悪化の要因と考えられます。
	〔予備群〕 11.5%	平成 30 年度 平成 31 年度 令和 2 年度 令和 3 年度 令和 4 年度	10.8% 12.5% 11.6% 11.2% 12.1%	悪化	
HbA1c7.0% 以上の糖尿病 未治療者の割合 (KDB システム「介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)」)	1.0%	平成 30 年度 平成 31 年度 令和 2 年度 令和 3 年度 令和 4 年度	1.4% 1.3% 1.3% 0.9% 0.9%	改善	平成 31 年度から糖尿病性腎症重症化予防事業を開始し、未治療者に対して医療機関への受診勧奨を行っており、令和 3 年度と令和 4 年度は 0.9%と変化がなかったものの、平成 30 年度と比較すると 0.5 ポイント減少していることから改善と評価しました。通知での受診勧奨に加えて、重症化リスクの高い方には保健師・管理栄養士が訪問等で再受診勧奨を行うなど、重症化予防の取組を強化していることが、改善している要因と考えられます。

指標	目標値	指標の経年変化		評価	評価の理由
新規透析導入患者数	11人	平成30年度	14人	改善	平成31年度から糖尿病性腎症、令和3年度から糖尿病の重症化予防事業として医療機関への受診勧奨に取り組んでいます。新規に透析を導入する方は減少傾向にあるため改善と評価しました。 しかしながら、人数を目標値とすると被保険者数の影響を受けられることから、次期計画では、導入割合を目標値とすることを検討したいと考えています。
※目標値・経年変化の数値は、中間評価時は障害者医療費助成の対象者から算出しましたが、特定疾病療養受領証 <sup>1</sup> の新規発行者の方が国民健康保険被保険者の状況を正しく反映すると考えられたため抽出方法を変更しました。	平成31年度	15人			
	令和2年度	7人			
	令和3年度	10人			
	令和4年度	10人			

<sup>1</sup> 特定疾病療養受領証

人工透析が必要な慢性腎不全など長期にわたり高額な医療費が必要となる疾病のうち、厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合は、認定を受け、特定疾病療養受領証の発行を受けることができます。医療機関の窓口で特定疾病療養受領証を提示することにより、その医療費に対しての助成を受けることができます。

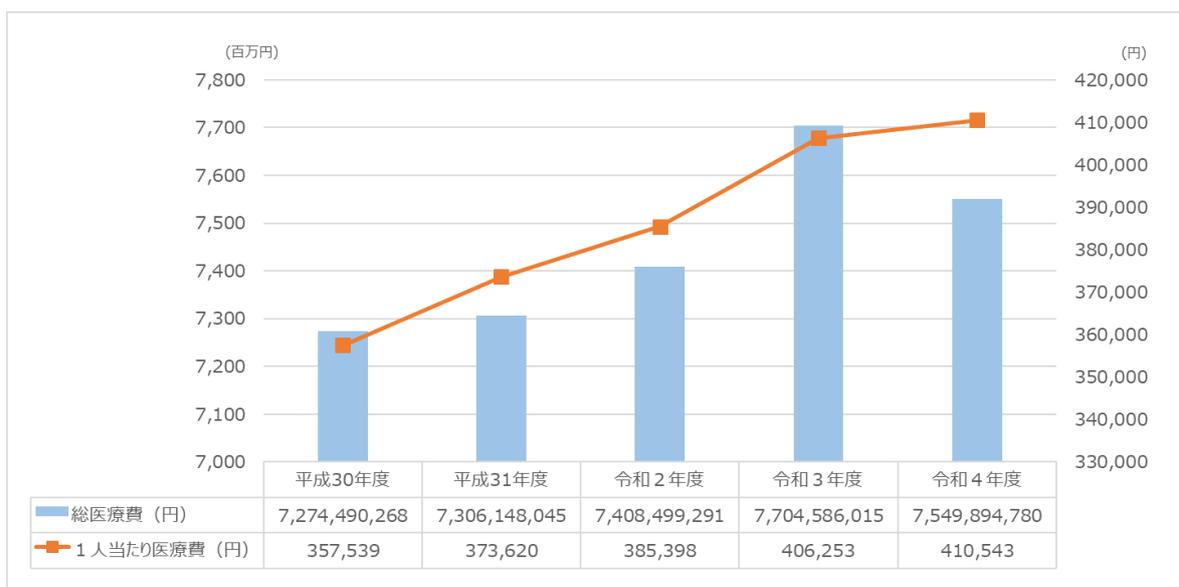
## 第3章 データ分析の結果に基づく健康課題

### 1 医療費の状況

#### ■ 医療費の推移

- 令和4年度の総医療費は約75億5,000万円で、1人当たり医療費は約41万円です。  
平成30年度からの伸び率は、総医療費で3.8%増、1人当たり医療費で14.8%増となっており、1人当たり医療費は増加傾向にあります。〔図表3-1〕
- 入院のレセプト1件当たり医療費は、平成30年度から令和4年度で、約6万7,000円増加しています。〔図表3-2〕
- 1人当たり医療費は、平成29年度から平成31年度までは、宮城県平均を下回っていましたが、令和3年度はほぼ同額となっています。〔図表3-3〕

〔図表3-1〕 医療費の推移



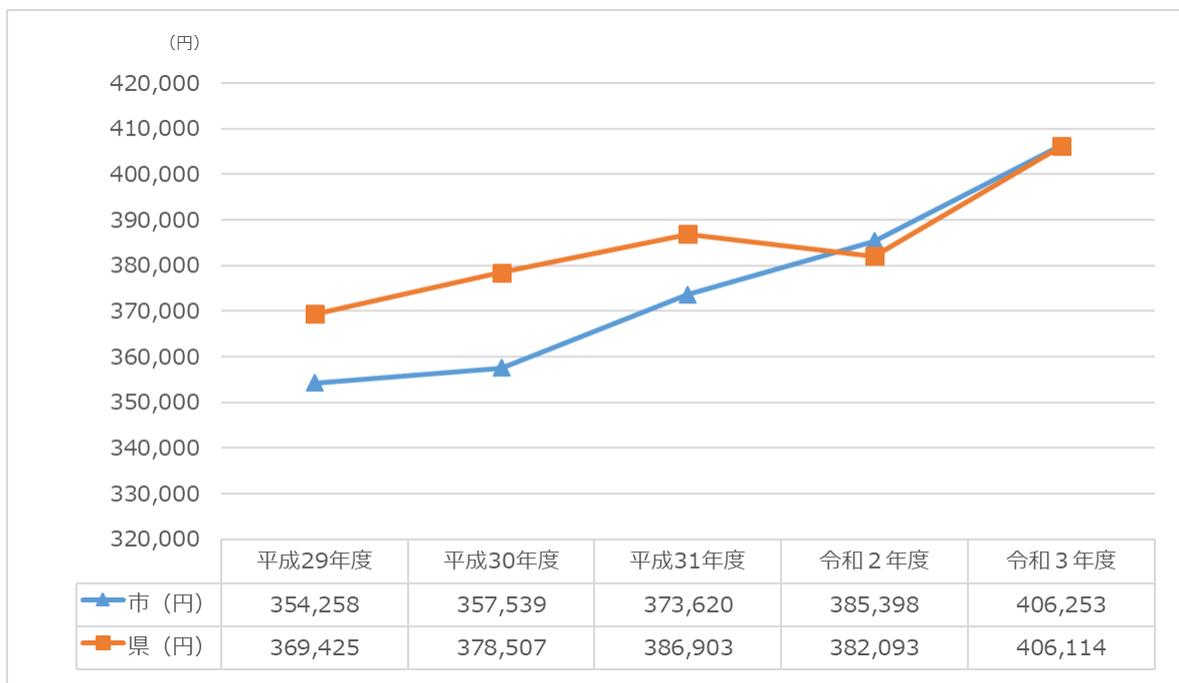
出典：宮城県保健福祉部国保医療課「国民健康保険・後期高齢者医療の概要」（平成30年度版から令和3年度版）  
出典：療養給付費及び療養費（令和4年度）から作成

〔図表3-2〕 入院・外来別のレセプト1件当たり医療費の推移

区分	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
入院 (円)	512,296	539,394	569,904	575,504	579,309
外来 (円)	22,438	23,849	24,288	24,261	24,131

出典：KDBシステム「疾病別医療費分析\_生活習慣病」及び「疾病別医療費分析\_細小分類」（平成30年度から令和4年度）

〔図表 3-3〕 1人当たり医療費の推移



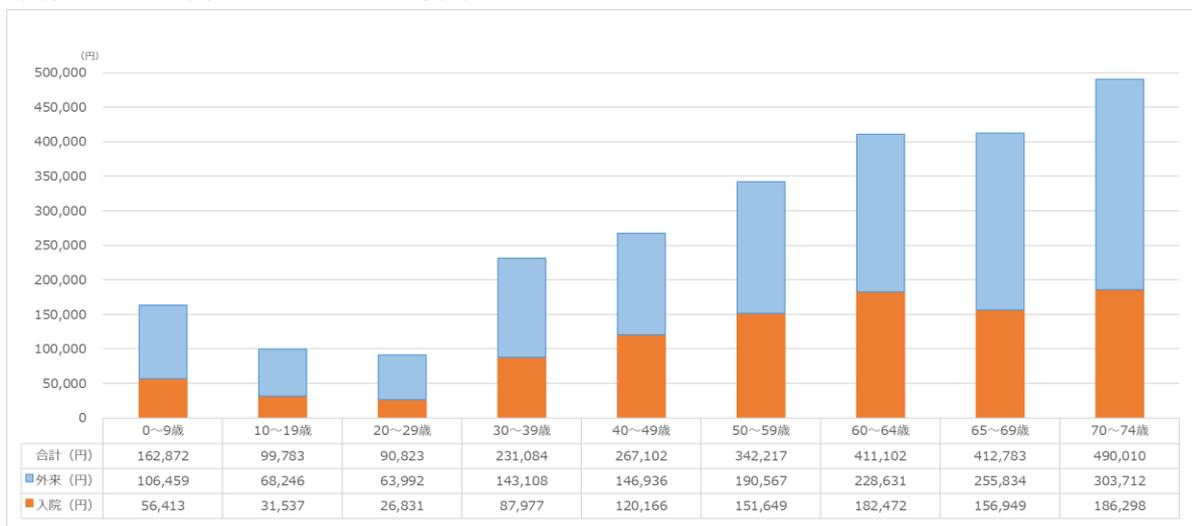
出典：宮城県保健福祉部国保医療課「国民健康保険・後期高齢者医療の概要」（平成29年度版から令和3年度版）

■ 年齢階層別医療費の状況

- 年代別1人当たり医療費は、20歳代が一番低く、年代が上がるにつれて増加しています。

〔図表 3-4〕

〔図表 3-4〕 年代別1人当たり医療費



出典：KDBシステム「疾病別医療費分析\_生活習慣病」及び「疾病別医療費分析\_細小分類」（令和4年度）

■ 疾病別の医療費

- 令和4年度の疾病別医療費をみると、医療費が最も高いのは「糖尿病」で、以下「慢性腎臓病（透析あり）」、「関節疾患」の順に高くなっています。〔図表 3-5〕
- レセプト件数が多い疾病は、多い順に「高血圧症<sup>1</sup>」、「糖尿病」、「脂質異常症<sup>2</sup>」となっています。この3疾病の中では、「糖尿病」のレセプト1件当たり医療費が高くなっています。〔図表 3-6〕
- レセプト1件当たりの医療費は、「食道静脈瘤」が最も高くなっています。上位20疾病の中で最もレセプト件数が多いのは、「慢性腎臓病（透析あり）」となっています。〔図表 3-7〕

<sup>1</sup> 高血圧症

食塩のとりすぎ・肥満・飲酒・運動不足などの生活習慣に遺伝的要因が組み合わさって血圧が高すぎる状態が続くこと。血圧が高い状態をそのままにしていると動脈硬化が進み、狭心症や心筋梗塞、脳梗塞や脳出血などの病気に至る可能性があります。

<sup>2</sup> 脂質異常症

血液中の脂質の値が基準値から外れた状態のこと。脂質の異常には、LDL コレステロール（悪玉コレステロール）・HDL コレステロール（善玉コレステロール）・中性脂肪の血中濃度の異常があり、これらの異常は動脈硬化の促進と関連します。

〔図表 3-5〕 令和4年度疾病別医療費（上位20疾病）

順位	疾病名	医療費（円）		
		入院	外来	計
1	糖尿病	16,536,200	413,583,400	430,119,600
2	慢性腎臓病（透析あり）	111,396,450	249,748,120	361,144,570
3	関節疾患	86,839,620	180,505,770	267,345,390
4	高血圧症	4,652,740	255,362,980	260,015,720
5	統合失調症	204,705,940	54,857,400	259,563,340
6	不整脈	96,324,210	154,785,270	251,109,480
7	肺がん	51,490,900	112,298,420	163,789,320
8	脂質異常症	2,710,240	136,668,880	139,379,120
9	小児科	51,385,810	85,177,240	136,563,050
10	うつ病	53,552,180	48,096,390	101,648,570
11	脳梗塞	83,768,850	17,022,390	100,791,240
12	骨折	81,405,690	12,773,270	94,178,960
13	大腸がん	51,860,280	41,832,370	93,692,650
14	狭心症	59,304,380	30,735,820	90,040,200
15	胃がん	35,219,700	44,228,890	79,448,590
16	前立腺がん	13,669,740	60,161,800	73,831,540
17	骨粗しょう症	11,052,830	58,215,280	69,268,110
18	逆流性食道炎	6,265,280	47,086,500	53,351,780
19	白血病	23,549,010	28,213,200	51,762,210
20	白内障	16,084,900	35,658,950	51,743,850
上位20位以外の疾病		1,581,033,480	1,958,126,850	3,539,160,330
計		2,642,808,430	4,025,139,190	6,667,947,620

出典：KDB システム「疾病別医療費分析\_細小分類」（令和4年度）

〔図表 3-6〕 令和4年度疾病別レセプト件数（上位20疾病）

順位	疾病名	レセプト件数（件）			医療費（円）	
		入院	外来	計	疾病別	レセプト1件当たり
1	高血圧症	23	23,047	23,070	260,015,720	11,271
2	糖尿病	50	15,080	15,130	430,119,600	28,428
3	脂質異常症	8	11,824	11,832	139,379,120	11,780
4	関節疾患	101	6,208	6,309	267,345,390	42,375
5	小児科	44	6,058	6,102	136,563,050	22,380
6	不整脈	93	4,876	4,969	251,109,480	50,535
7	骨粗しょう症	22	3,463	3,485	69,268,110	19,876
8	緑内障	5	3,057	3,062	44,263,490	14,456
9	うつ病	146	2,905	3,051	101,648,570	33,316
10	統合失調症	555	2,179	2,734	259,563,340	94,939
11	逆流性食道炎	24	2,674	2,698	53,351,780	19,775
12	気管支喘息	15	1,996	2,011	51,664,780	25,691
13	胃潰瘍	17	1,931	1,948	31,520,880	16,181
14	白内障	58	1,625	1,683	51,743,850	30,745
15	狭心症	99	1,480	1,579	90,040,200	57,024
16	前立腺肥大	6	1,402	1,408	22,551,940	16,017
17	脳梗塞	117	1,027	1,144	100,791,240	88,104
18	睡眠時無呼吸症候群	0	1,090	1,090	20,663,180	18,957
19	骨折	99	829	928	94,178,960	101,486
20	糖尿病網膜症	9	905	914	30,305,320	33,157
	計	4,562	166,802	171,364	6,667,947,620	38,911

出典：KDB システム「疾病別医療費分析\_細小分類」（令和4年度）

〔図表 3-7〕 令和4年度レセプト1件当たり疾病別医療費（上位20疾病）

順位	疾病名	レセプト件数（件）			医療費（円）	
		入院	外来	計	疾病別	レセプト1件当たり
1	食道静脈瘤	1	0	1	1,526,510	1,526,510
2	クモ膜下出血	20	11	31	25,635,030	826,936
3	白血病	13	70	83	51,762,210	623,641
4	肝がん	22	63	85	49,759,680	585,408
5	脳腫瘍	0	17	17	7,954,680	467,922
6	脳出血	54	52	106	48,914,680	461,459
7	慢性腎臓病（透析あり）	138	710	848	361,144,570	425,878
8	大動脈瘤	15	72	87	36,164,190	415,680
9	肺がん	65	330	395	163,789,320	414,657
10	肺炎	58	31	89	34,805,500	391,073
11	食道がん	26	74	100	34,835,930	348,359
12	喉頭がん	13	60	73	24,780,020	339,452
13	心筋梗塞	18	83	101	32,604,210	322,814
14	気胸	8	8	16	5,025,560	314,098
15	膵臓がん	25	113	138	38,458,250	278,683
16	腎臓がん	12	86	98	27,172,100	277,266
17	卵巣腫瘍（悪性）	3	47	50	13,548,660	270,973
18	虫垂炎	4	8	12	2,995,320	249,610
19	腸閉塞	8	12	20	4,089,700	204,485
20	子宮体がん	14	65	79	15,513,340	196,371

出典：KDB システム「疾病別医療費分析\_細小分類」（令和4年度）

#### ■ 50万円以上の高額レセプト<sup>1</sup>の状況

- 高額レセプトの割合は増加傾向にあり、金額では200万円未満の高額レセプトの件数が多くなっています。〔図表 3-8〕〔図表 3-9〕
- 高額レセプトの内訳は、入院が約77%、外来が約23%となっており、入院の医療費で高額レセプトが多くなっています。〔図表 3-10〕

<sup>1</sup> 高額レセプト

1件当たりの医療費が高額な診療報酬明細書のこと。

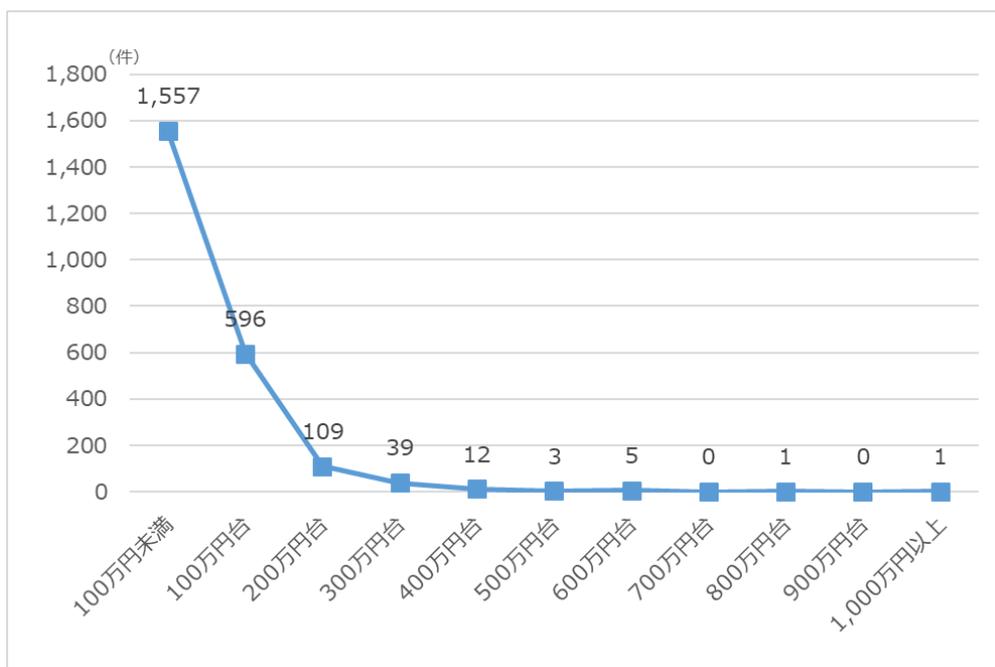
登米市国民健康保険 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）では、1件当たり50万円以上のものを高額レセプトとしています。

〔図表 3-8〕 高額レセプトの件数と割合の推移

区分	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
件数(件)	1,900	2,108	2,233	2,327	2,323
被保険者に対する割合(%)	9.3	10.8	11.6	12.3	12.6
被保険者数(人)	20,346	19,555	19,222	18,965	18,390

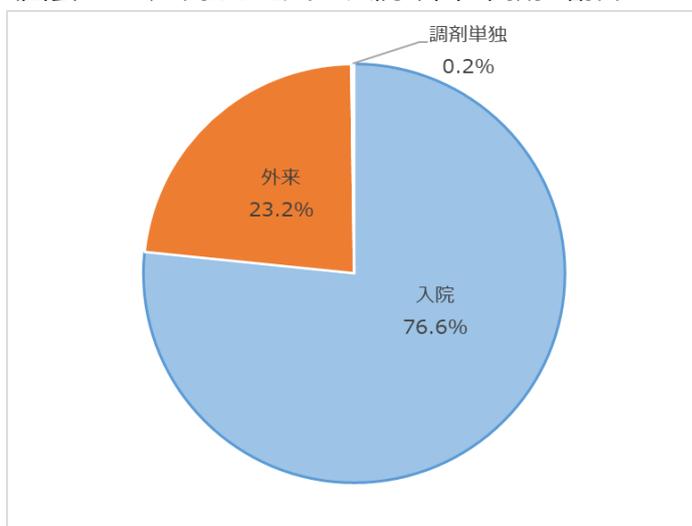
出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 1-1）基準金額以上となったレセプト一覧」（平成 30 年 6 月作成から令和 5 年 5 月作成分）

〔図表 3-9〕 高額レセプトの分布



出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 1-1）基準金額以上となったレセプト一覧」（令和 4 年度）

〔図表 3-10〕 高額レセプトの入院・外来・調剤の割合

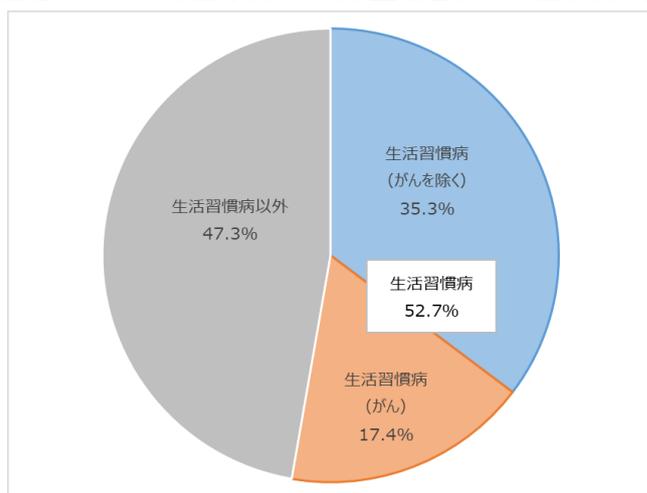


出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 1-1）基準金額以上となったレセプト一覧」（令和 4 年度）

■ 医療費全体における生活習慣病の割合

- 生活習慣病の医療費が、全体の医療費の約 53%を占めています。〔図表 3-11〕

〔図表 3-11〕 総医療費に占める生活習慣病の医療費の割合

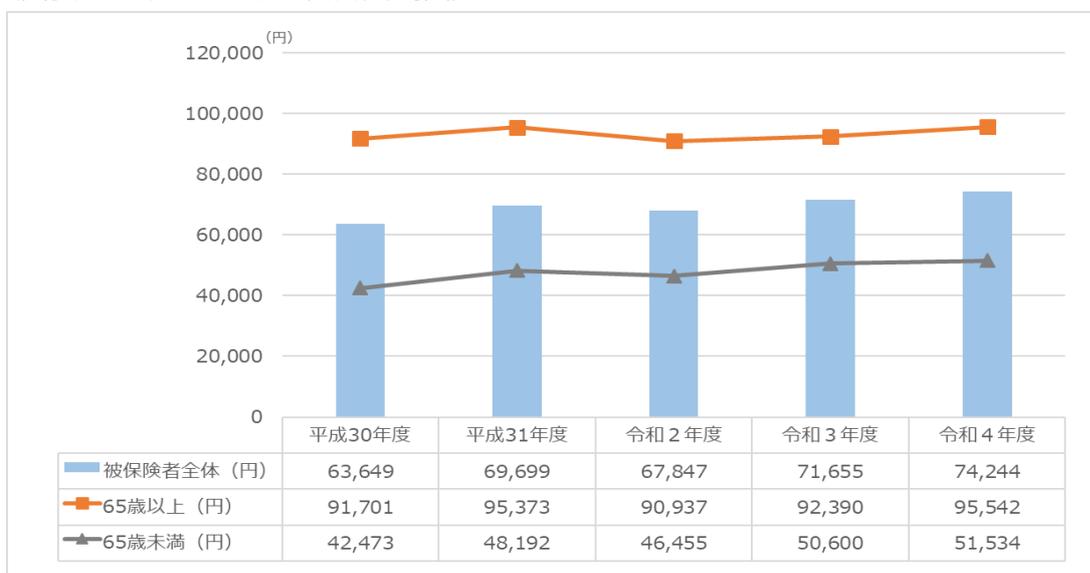


出典：KDB システム「疾病別医療費分析\_生活習慣病」及び「疾病別医療費分析（細小分類）」（令和4年度）

■ 調剤費の状況

- 1人当たり調剤費は増加傾向にあります。
- 前期高齢者の調剤費は、65歳未満の約2倍となっています。〔図表 3-12〕

〔図表 3-12〕 1人当たり調剤費の推移



出典：事業年報 C 表（平成 30 年度から令和 4 年度）

## 2 生活習慣病等の状況

### ■ 糖尿病・高血圧症・脂質異常症の患者割合の推移

- 糖尿病・高血圧症・脂質異常症の患者割合は、平成30年度から令和2年度までほぼ横ばいで推移していましたが、令和3年度以降は増加しています。
- 糖尿病と高血圧症は男性で多く、脂質異常症は女性で多くなっています。

〔図表3-13～3-15〕

〔図表3-13〕 糖尿病の患者割合の推移

区分	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
糖尿病人数（人）	2,493	2,464	2,439	2,663	2,719
男性（人）	1,403	1,388	1,403	1,543	1,561
女性（人）	1,090	1,076	1,036	1,121	1,159
被保険者数に対する割合（%）	12.3	12.6	12.7	14.0	14.8
被保険者数（人）	20,346	19,555	19,222	18,965	18,390

出典：KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-1）生活習慣病全体のレセプト分析」（平成30年6月から令和5年5月作成）

〔図表3-14〕 高血圧症の患者割合の推移

区分	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
高血圧症人数（人）	4,963	4,840	4,798	5,079	5,152
男性（人）	2,698	2,647	2,668	2,831	2,873
女性（人）	2,264	2,194	2,131	2,248	2,280
被保険者数に対する割合（%）	24.4	24.8	25.0	26.8	28.0
被保険者数（人）	20,346	19,555	19,222	18,965	18,390

出典：KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-1）生活習慣病全体のレセプト分析」（平成30年6月から令和5年5月作成）

〔図表3-15〕 脂質異常症の患者割合の推移

区分	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
脂質異常症人数（人）	3,881	3,837	3,797	4,064	4,119
男性（人）	1,743	1,748	1,765	1,902	1,934
女性（人）	2,138	2,090	2,032	2,162	2,185
被保険者数に対する割合（%）	19.1	19.6	19.8	21.4	22.4
被保険者数（人）	20,346	19,555	19,222	18,965	18,390

出典：KDBシステム「厚生労働省様式（様式3-1）生活習慣病全体のレセプト分析」（平成30年6月から令和5年5月作成）

■ 人工透析患者の状況

- 新規に人工透析を導入する方は、平成 31 年度の 15 人から減少傾向にあり、被保険者に対する割合も平成 30 年度と比較すると減少しています。〔図表 3-16〕
- 人工透析を行っている方は、女性より男性が多い状況にあり、人工透析を行っている方の被保険者数に対する割合は、ほぼ横ばいで推移しています。〔図表 3-17〕
- 人工透析を行っている方の約 58%が糖尿病を有しています。〔図表 3-18〕

〔図表 3-16〕 新規人工透析導入患者数の推移

区分	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
新規人工透析導入患者数（人）	14	15	7	10	10
被保険者に対する割合（%）	0.07	0.08	0.04	0.05	0.05
被保険者数（人）	20,346	19,555	19,222	18,965	18,390

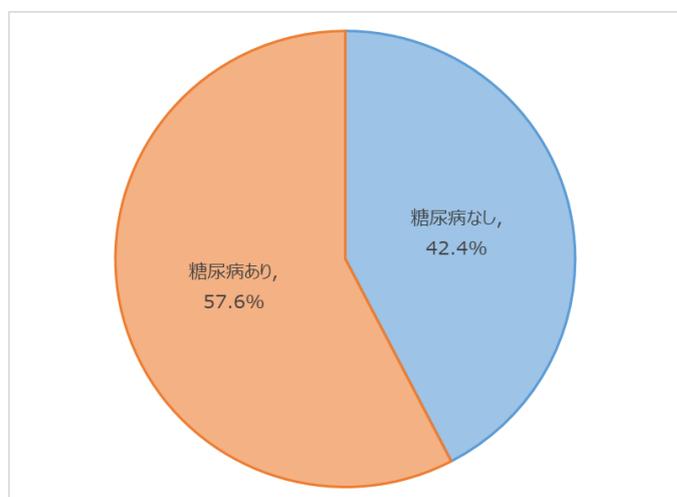
※特定疾病療養受領証の発行状況を基に算出

〔図表 3-17〕 人工透析患者数の推移

区分	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
男性（人）	74	75	76	75	70
女性（人）	18	20	20	19	18
合計（人）	92	95	96	94	89
被保険者数に対する割合（%）	0.45	0.49	0.50	0.50	0.48

出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-7）人工透析のレセプト分析」（平成 30 年 6 月作成から令和 5 年 5 月作成）

〔図表 3-18〕 人工透析患者の糖尿病有病率



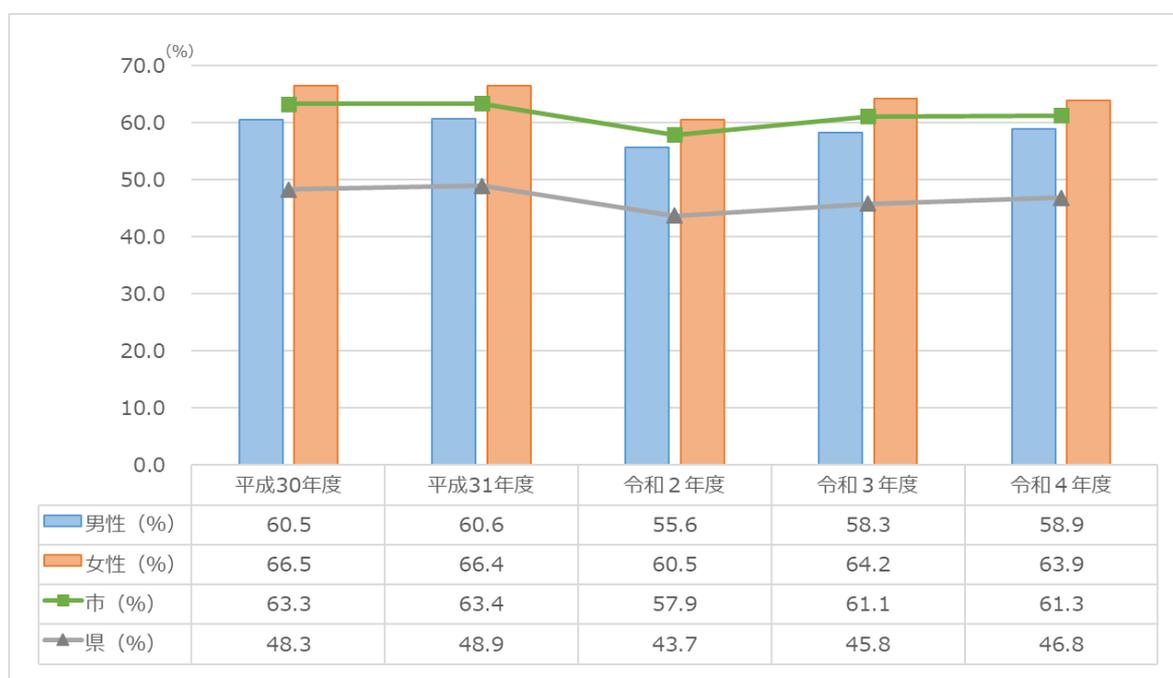
出典：KDB システム「厚生労働省様式（様式 3-7）人工透析のレセプト分析」（令和 4 年 6 月作成から令和 5 年 5 月作成）

### 3 特定健康診査・特定保健指導の状況

#### ■ 特定健康診査の状況

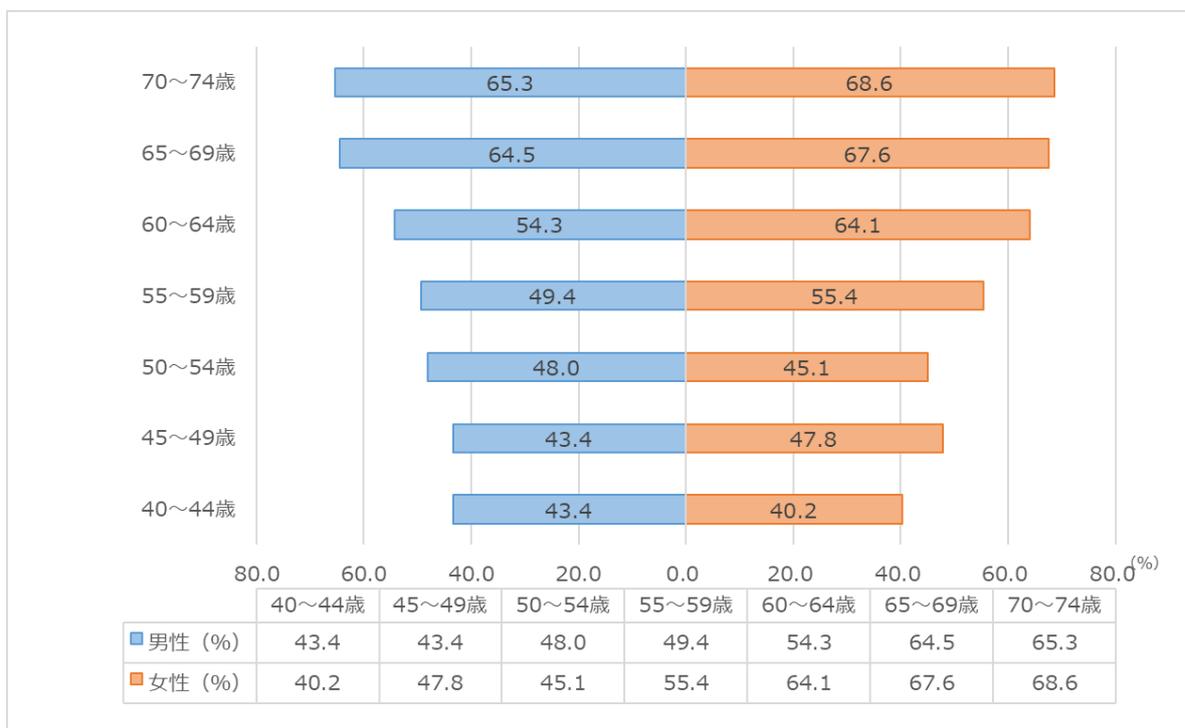
- 特定健康診査の受診率は、令和2年度に57.9%と国が示す市町村国保の目標値である60%を下回ったものの、概ね60%を超える受診率となっています。〔図表3-19〕
- 性・年代別の受診率では、男女とも40歳から50歳代での受診率が低くなっています。〔図表3-20〕

〔図表3-19〕 特定健康診査の受診率の推移



出典：法定報告（平成30年度から令和4年度）

〔図表 3-20〕 特定健康診査の年代別受診率



出典：法定報告（令和4年度）

■ 特定健康診査の結果

- メタボリックシンドローム該当者の割合は、平成30年度と平成31年度はほぼ横ばいで推移していましたが、令和2年度から男女とも上昇しています。特に男性では、約40%がメタボリックシンドロームに該当しています。〔図表 3-21〕  
また、予備群においても女性より男性の割合が高くなっています。〔図表 3-22〕
- HbA1cは約78%、収縮期血圧は約57%、LDLコレステロール<sup>1</sup>は約49%で所見（要指導・要医療）を有している状況です。〔図表 3-23～3-26〕

<sup>1</sup> LDL コレステロール

悪玉コレステロールと呼ばれ、肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っています。増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を引き起こしやすくなります。

〔図表 3-21〕メタボリックシンドローム該当者の割合の推移

男性	年代	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	40～64歳 (%)	32.1	32.2	37.7	33.7	34.4
	65～74歳 (%)	37.1	37.0	42.4	42.6	42.4
	(計) 40～74歳 (%)	35.2	35.3	40.9	39.8	40.0

女性	年代	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	40～64歳 (%)	11.7	11.5	13.7	13.4	12.9
	65～74歳 (%)	15.8	16.2	17.3	17.2	16.3
	(計) 40～74歳 (%)	14.3	14.6	16.2	16.2	15.4

男女計	年代	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	40～64歳 (%)	22.0	22.3	26.3	24.1	24.4
	65～74歳 (%)	26.3	26.4	29.8	29.7	29.2
	(計) 40～74歳 (%)	24.7	25.0	28.7	28.0	27.8

出典：法定報告（平成30年度から令和4年度）

〔図表 3-22〕メタボリックシンドローム予備群の割合の推移

男性	年代	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	40～64歳 (%)	17.2	20.5	18.1	19.1	20.4
	65～74歳 (%)	15.4	18.4	16.7	15.9	17.1
	(計) 40～74歳 (%)	16.1	19.1	17.2	17.0	18.1

女性	年代	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	40～64歳 (%)	6.2	7.3	7.4	6.5	7.9
	65～74歳 (%)	5.1	5.3	5.2	5.0	5.3
	(計) 40～74歳 (%)	5.5	5.9	5.9	5.4	6.0

男女計	年代	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	40～64歳 (%)	11.8	14.2	13.0	13.2	14.6
	65～74歳 (%)	10.2	11.7	10.9	10.4	11.1
	(計) 40～74歳 (%)	10.8	12.5	11.6	11.2	12.1

出典：法定報告（平成30年度から令和4年度）

〔図表 3-23〕 特定健康診査受診者の有所見状況（HbA1c）

糖尿病の レセプト	異常認めず		要指導		要医療		合計	
	(5.5%以下)		(5.6～6.4%)		(6.5～6.9%)			(7.0%以上)
あり(人)	162	(1.8%)	1,200	(13.2%)	508	(5.6%)	520 (5.7%)	2,390
なし(人)	1,852	(20.4%)	4,560	(50.3%)	173	(1.9%)	85 (0.9%)	6,670
計	2,014	(22.2%)	5,760	(63.6%)	681	(7.5%)	605 (6.7%)	9,060

出典：KDB システム「保健事業介入支援管理\_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）」（令和4年度）

〔図表 3-24〕 特定健康診査受診者の有所見状況（収縮期血圧）

高血圧症の レセプト	異常認めず		要指導		要医療		合計
	(129mmHg以下)		(130～139mmHg)		(140mmHg以上)		
あり(人)	1,358	(15.0%)	1,294	(14.3%)	1,446	(16.0%)	4,098
なし(人)	2,546	(28.1%)	1,305	(14.4%)	1,111	(12.3%)	4,962
計	3,904	(43.1%)	2,599	(28.7%)	2,557	(28.2%)	9,060

出典：KDB システム「保健事業介入支援管理\_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）」（令和4年度）

〔図表 3-25〕 特定健康診査受診者の有所見状況（拡張期血圧）

高血圧症の レセプト	異常認めず		要指導		要医療		合計
	(84mmHg以下)		(85～89mmHg)		(90mmHg以上)		
あり(人)	2,744	(30.3%)	675	(7.5%)	679	(7.5%)	4,098
なし(人)	3,634	(40.1%)	670	(7.4%)	658	(7.3%)	4,962
合計	6,378	(70.4%)	1,345	(14.8%)	1,337	(14.8%)	9,060

出典：KDB システム「保健事業介入支援管理\_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）」（令和4年度）

〔図表 3-26〕 特定健康診査受診者の有所見状況（LDL コレステロール）

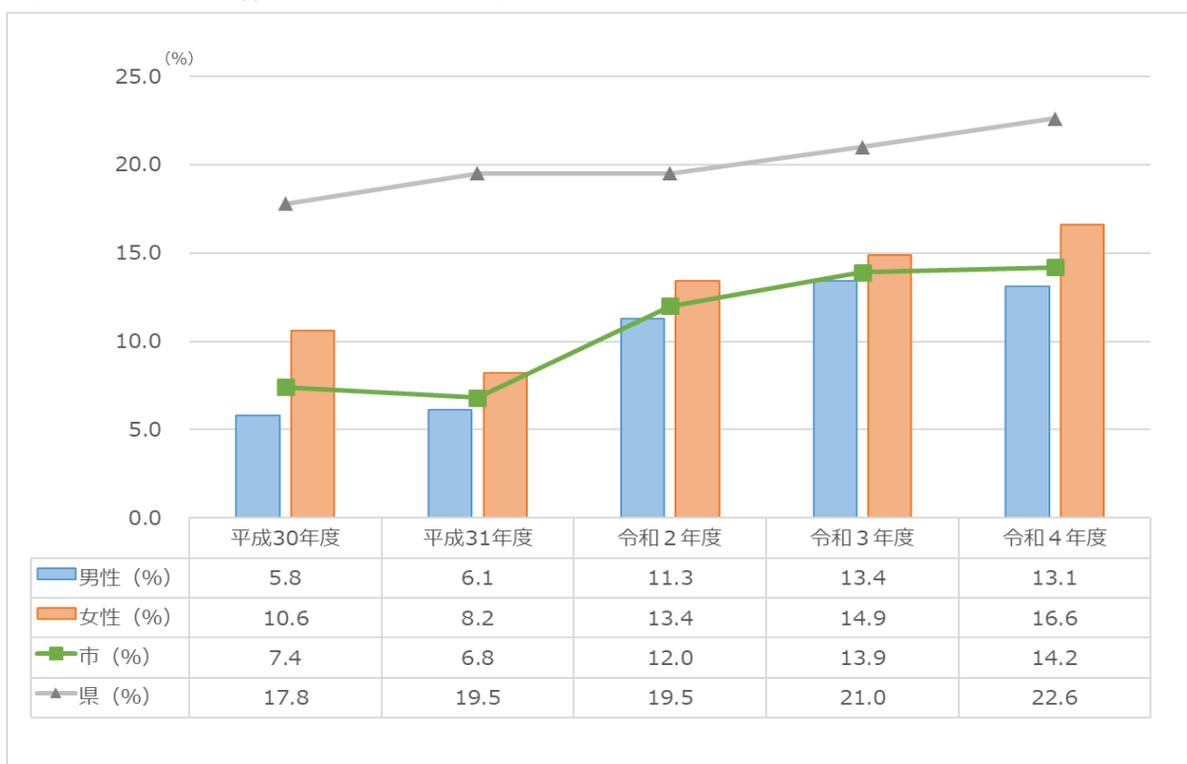
脂質異常症の レセプト	異常認めず		要指導		要医療		合計
	(119mg/dl以下)		(120～139mg/dl)		(140mg/dl以上)		
あり(人)	2,219	(24.5%)	703	(7.8%)	659	(7.3%)	3,581
なし(人)	2,412	(26.6%)	1,442	(15.9%)	1,625	(17.9%)	5,479
計	4,631	(51.1%)	2,145	(23.7%)	2,284	(25.2%)	9,060

出典：KDB システム「保健事業介入支援管理\_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）」（令和4年度）

■ 特定保健指導の状況

- 特定保健指導の実施率は、平成 31 年度に 6.8%まで低下しましたが、その後は上昇しています。
- 女性より男性の実施率が低い傾向にあります。〔図表 3-27〕
- 継続率は、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると 5.5 ポイント低下しており、令和 4 年度では、約 16%の参加者が実績評価まで至っていない状況にあります。〔図表 3-28〕
- 令和 4 年度の特定保健指導に参加し、腹囲が 3 %以上減少した方の割合は 22.2%、体重が 3 %以上減少した方の割合は 20.6%となっています。〔図表 3-29〕〔図表 2-30〕

〔図表 3-27〕 特定保健指導の実施率の推移



出典：法定報告（平成 30 年度から令和 4 年度）

〔図表 3-28〕 特定保健指導の継続率の推移

区分		平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	参加者数（人）	30	12	68	54	60
	実績評価者数（人）	28	12	48	40	43
動機付け支援	参加者数（人）	100	92	134	161	153
	実績評価者数（人）	89	91	119	150	137
計	参加者数（人）	130	104	202	215	213
	実績評価者数（人）	117	103	167	190	180
継続率（%）		90.0	99.0	82.7	88.4	84.5

出典：特定保健指導報告書（平成30年度から令和4年度） ※法定報告の対象とならない者を含む

〔図表 3-29〕 特定保健指導に参加し、腹囲が3%以上減少した方の割合の推移

区分	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
該当数（人）	19	16	36	23	40
実績評価者数（人）	117	103	167	190	180
該当割合（%）	16.2	15.5	21.6	12.1	22.2

出典：特定保健指導報告書（平成30年度から令和4年度） ※法定報告の対象とならない者を含む

〔図表 3-30〕 特定保健指導に参加し、体重が3%以上減少した方の割合の推移

区分	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
該当数（人）	15	16	32	26	37
実績評価者数（人）	117	103	167	190	180
該当割合（%）	12.8	15.5	19.2	13.7	20.6

出典：特定保健指導報告書（平成30年度から令和4年度） ※法定報告の対象とならない者を含む

## 4 その他保健事業に関する状況

### ■ 後発医薬品の状況

- 国は、すべての都道府県で後発医薬品の数量シェア<sup>1</sup>を80%以上とする目標を掲げており、本市の過去3年間の後発医薬品の数量シェアは80%を超えています。〔図表 3-31〕

<sup>1</sup> 後発医薬品の数量シェア

後発医薬品の数量 / (後発医薬品のある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量) で計算され、後発医薬品のある医薬品の中でどれくらい使用しているかを表わします。

〔図表 3-31〕 後発医薬品の数量シェアの推移

区 分	令和2年度	令和3年度	令和4年度
全体 (%)	82.9	83.5	84.6
医科 (%)	72.7	73.8	74.2
調剤 (%)	85.8	85.9	87.1

出典：国保総合システム「数量シェア集計表」

■ 重複処方者・多剤処方者の状況

- 重複処方者・多剤処方とも該当する方の割合は、微増傾向にあります。

〔図表 3-32〕〔図表 3-33〕

〔図表 3-32〕 重複処方者の割合の推移

区 分		令和2年度	令和3年度	令和4年度
被保険者数 (人)		19,222	18,965	18,390
重複処方該当者 (人)	3 医療機関 1 剤以上	16	16	22
	2 医療機関 2 剤以上	86	95	103
	計	102	111	125
重複処方該当者の割合 (%)		0.53	0.58	0.68

出典：KDB システム「保健事業介入支援管理\_重複・多剤処方者の状況」(令和2年度から令和4年度)

〔図表 3-33〕 多剤処方者の割合の推移

区 分	令和2年度	令和3年度	令和4年度
被保険者数 (人)	19,222	18,965	18,390
多剤処方該当者 (人)	27	31	35
多剤処方該当者の割合 (%)	0.14	0.16	0.19

出典：KDB システム「保健事業介入支援管理\_重複・多剤処方者の状況」(令和2年度から令和4年度) ※15 剤以上処方されている方

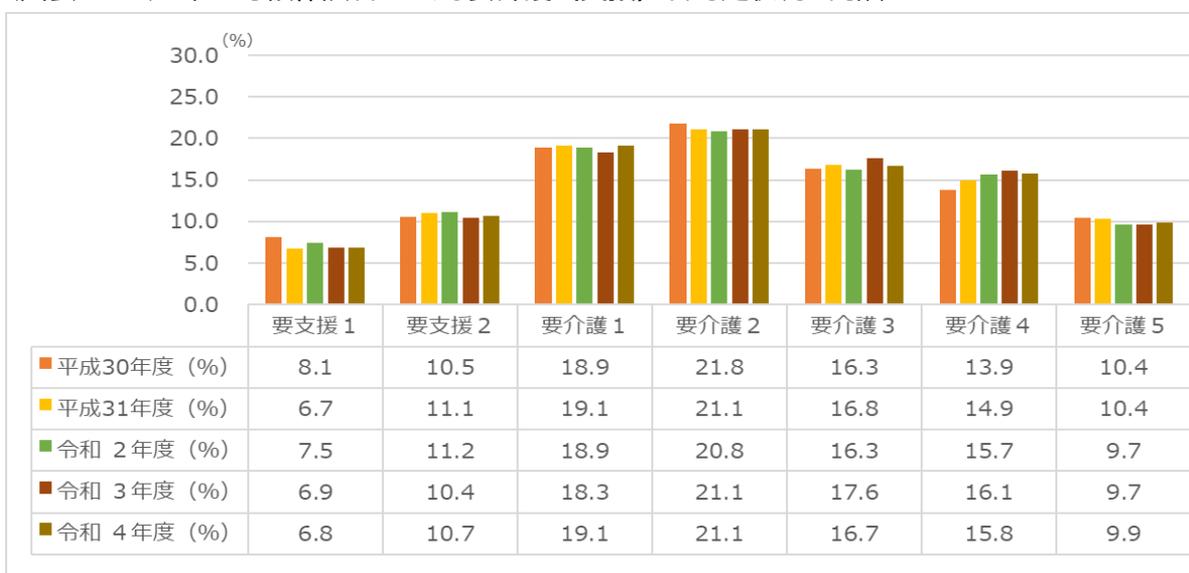
■ 介護の認定状況

- 第1号被保険者<sup>1</sup>では要介護1・2、第2号被保険者では要介護2・3で認定割合が高くなっています。

〔図表 3-34〕〔図表 3-35〕

- 介護認定を受けている方の有病状況で一番多いのは、心臓病です。  
第1号被保険者では、心臓病、筋・骨格、精神疾患の順に多く、第2号被保険者では、心臓病、脳疾患、筋・骨格の順に多くなっています。〔図表 3-36〕

〔図表 3-34〕 第1号被保険者における要介護（支援）者認定状況の内訳



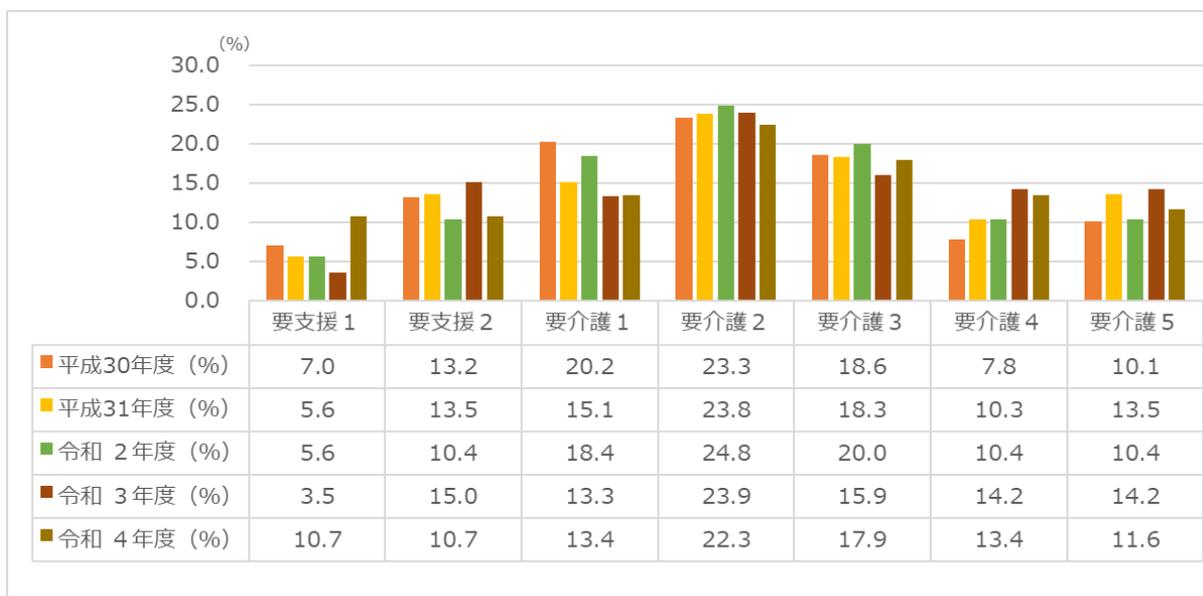
出典：KDB システム：「要介護（支援）者認定状況」（平成 30 年度から令和 4 年度）

<sup>1</sup> 第1号・第2号被保険者

介護保険の被保険者

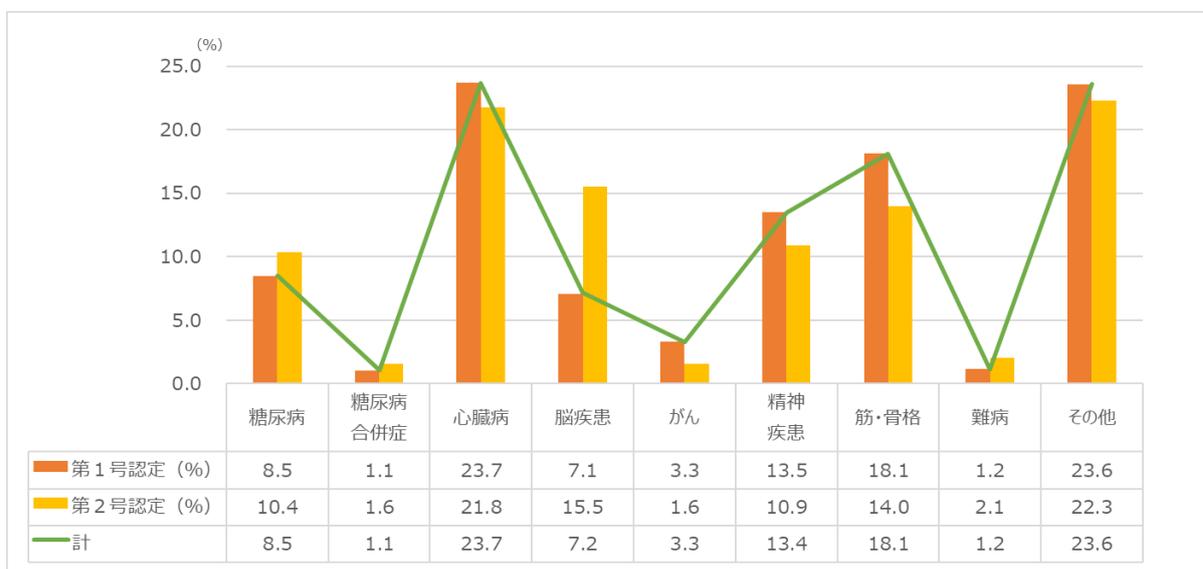
- ・第1号被保険者：65歳以上の方。原因を問わず、要介護（支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができます。
- ・第2号被保険者：40歳から64歳までの医療保険加入者。加齢に伴う疾病（特定疾病）が原因で要介護（支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができます。

〔図表 3-35〕 第2号被保険者における要介護（支援）者認定状況の内訳



出典：KDB システム：「要介護（支援）者認定状況」（平成 30 年度から令和 4 年度）

〔図表 3-36〕 要介護（支援）者の有病状況



出典：KDB システム：「要介護（支援）者認定状況」（平成 30 年度から令和 4 年度）

## 5 データ分析の結果に基づく健康課題

課 題	課題の根拠	課題の優先性	課題解決のための取組案																																				
糖尿病の医療費の割合が高く、要医療に該当するHbA1c6.5%以上の方の割合が高い。	<input type="checkbox"/> 疾病別医療費の順位（令和4年度） 1位 糖尿病 2位 慢性腎臓病（透析あり） <input type="checkbox"/> 特定健康診査の結果（令和4年度） HbA1c6.5%以上 14.2% <input type="checkbox"/> 糖尿病治療状況（令和4年度） <table border="1"> <thead> <tr> <th>HbA1c</th> <th>治療あり</th> <th>治療なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6.5%～6.9%</td> <td>5.6%</td> <td>1.9%</td> </tr> <tr> <td>7.0%以上</td> <td>5.7%</td> <td>0.9%</td> </tr> </tbody> </table>	HbA1c	治療あり	治療なし	6.5%～6.9%	5.6%	1.9%	7.0%以上	5.7%	0.9%	大	・糖尿病の重症化予防																											
HbA1c	治療あり	治療なし																																					
6.5%～6.9%	5.6%	1.9%																																					
7.0%以上	5.7%	0.9%																																					
慢性腎臓病（透析あり）の医療費割合が高い。	<input type="checkbox"/> 疾病別医療費の順位（令和4年度） 1位 糖尿病 2位 慢性腎臓病（透析あり） <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病（透析あり）の医療費の状況（令和4年度） <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>レセプト件数</th> <th>1件当たり医療費</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入院</td> <td>138件</td> <td>約80万7,000円</td> </tr> <tr> <td>外来</td> <td>710件</td> <td>約35万2,000円</td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> 人工透析者の糖尿病有病率（令和4年度） 糖尿病 57.6%	区分	レセプト件数	1件当たり医療費	入院	138件	約80万7,000円	外来	710件	約35万2,000円	大	・慢性腎臓病（糖尿病性腎症）の重症化予防																											
区分	レセプト件数	1件当たり医療費																																					
入院	138件	約80万7,000円																																					
外来	710件	約35万2,000円																																					
メタボリックシンドローム該当者の割合が増加しており、特に男性で増加している。	<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム該当者の割合（%） <table border="1"> <thead> <tr> <th>男性</th> <th>平成30年度</th> <th>令和4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40～64歳</td> <td>32.1</td> <td>34.4</td> </tr> <tr> <td>65～74歳</td> <td>37.1</td> <td>42.4</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>35.2</td> <td>40.0</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>女性</th> <th>平成30年度</th> <th>令和4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40～64歳</td> <td>11.7</td> <td>12.9</td> </tr> <tr> <td>65～74歳</td> <td>15.8</td> <td>16.3</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>14.3</td> <td>15.4</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>男女計</th> <th>平成30年度</th> <th>令和4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40～64歳</td> <td>22.0</td> <td>24.4</td> </tr> <tr> <td>65～74歳</td> <td>26.3</td> <td>29.2</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>24.7</td> <td>27.8</td> </tr> </tbody> </table>	男性	平成30年度	令和4年度	40～64歳	32.1	34.4	65～74歳	37.1	42.4	計	35.2	40.0	女性	平成30年度	令和4年度	40～64歳	11.7	12.9	65～74歳	15.8	16.3	計	14.3	15.4	男女計	平成30年度	令和4年度	40～64歳	22.0	24.4	65～74歳	26.3	29.2	計	24.7	27.8	大	・特定保健指導の実施率向上
男性	平成30年度	令和4年度																																					
40～64歳	32.1	34.4																																					
65～74歳	37.1	42.4																																					
計	35.2	40.0																																					
女性	平成30年度	令和4年度																																					
40～64歳	11.7	12.9																																					
65～74歳	15.8	16.3																																					
計	14.3	15.4																																					
男女計	平成30年度	令和4年度																																					
40～64歳	22.0	24.4																																					
65～74歳	26.3	29.2																																					
計	24.7	27.8																																					

課 題	課題の根拠	課題の優先性	課題解決のための取組案									
<p>総医療費は増加傾向にあり、総医療費のうち生活習慣病の占める割合が高い。</p>	<p>□平成30年度から令和4年度の医療費</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・総医療費 約2億7,500万円増加</li> <li>・1人当たり医療費 約5万3,000円増加</li> <li>・レセプト1件当たり入院費 約6万7,000円増加</li> </ul> <p>□令和4年度医療費のうち、生活習慣病が占める割合 約53%</p>	<p>中</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査の受診率向上</li> <li>・特定保健指導の実施率向上</li> <li>・生活習慣病の重症化予防事業</li> </ul>									
<p>健康寿命が県と比較して短い。</p>	<p>□健康寿命（令和2年）</p> <table border="1" data-bbox="427 853 991 1003"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>男性</th> <th>女性</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>登米市</td> <td>78.83 歳</td> <td>83.30 歳</td> </tr> <tr> <td>宮城県</td> <td>80.05 歳</td> <td>84.17 歳</td> </tr> </tbody> </table> <p>□要介護（支援）者の有病状況（令和4年度）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1位 心臓病</li> <li>2位 筋・骨格</li> </ul>	区 分	男性	女性	登米市	78.83 歳	83.30 歳	宮城県	80.05 歳	84.17 歳	<p>小</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査の受診率向上</li> <li>・特定保健指導の実施率向上</li> <li>・生活習慣病の重症化予防</li> </ul>
区 分	男性	女性										
登米市	78.83 歳	83.30 歳										
宮城県	80.05 歳	84.17 歳										
<p>脳血管疾患のEBSMRが高い。</p>	<p>□脳血管疾患のEBSMR（令和2年）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>男性 140.9</li> <li>女性 134.4</li> </ul>	<p>小</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査の受診率向上</li> <li>・特定保健指導の実施率向上</li> <li>・生活習慣病の重症化予防</li> </ul>									

## 第4章 第3期データヘルス計画全体の目的・目標等

### 1 計画全体の目的・指標

- データヘルス計画全体の目的である「健康寿命の延伸を図り、医療費の適正化に資すること」を評価する指標は、以下のとおりとします。〔図表 4-1〕
- 健康寿命の延伸は、不健康期間とも関連することから健康寿命と不健康期間を指標とします。また、医療費の適正化は、生活習慣病にかかる医療費が高いこと、高額なレセプトは入院で多いことからそれぞれの1人当たり医療費とします。これら4つの指標を経年的に評価することで、目的を評価していきます。

〔図表 4-1〕 目的と指標

目的	指標
健康寿命の延伸	・健康寿命 ・不健康期間
医療費の適正化	・1人当たり生活習慣病の医療費 ・1人当たり入院医療費

### 2 計画全体の目標・指標、関連する個別保健事業<sup>1</sup>

- 本市では、今後被保険者数は減少するものの、前期高齢者の割合は増加する見込みです。また、高齢になると医療費が増加する傾向にあるため、1人当たり医療費の増加も見込まれています。増加が見込まれる医療費を維持・抑制するために、医療費の半分以上を占める生活習慣病の発症と重症化の予防が必要だと考え、目標とします。
- 医療費の適正化には、調剤費及び生活習慣病にかかる医療費の維持・抑制が必要と考え、目標としました。生活習慣病にかかる医療費の指標については、生活習慣病の発症と重症化を予防し、メタボリックシンドロームの改善や動脈硬化性疾患<sup>2</sup>の進行を抑制するために個別保健事業を実施することから、高額レセプトにおけるメタボリックシンドロームや動脈硬化に関連する疾患の割合とします。
- 4つの目標ごとに指標を設け、関連する個別保健事業に取り組むことで指標の維持・改善等を図り、目標達成に努めます。〔図表 4-2〕

<sup>1</sup> 個別保健事業  
データヘルス計画の目的・目標を達成するために行う保健事業のこと。

<sup>2</sup> 動脈硬化性疾患  
動脈硬化によって引き起こされる様々な病態の総称のことで、虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）、脳血管障害（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）、大動脈瘤などがあります。  
動脈硬化とは、動脈壁が厚くなったり、硬くなったりした状態をいいます。

〔図表 4-2〕 目標と指標、関連する個別保健事業

目 標	指 標	関連する個別保健事業
生活習慣病の発症を 予防する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診率</li> <li>・特定保健指導実施率</li> <li>・特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率</li> <li>・メタボリックシンドローム該当者の割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診率向上事業</li> <li>・特定保健指導実施率向上事業</li> <li>・インセンティブ事業</li> </ul>
生活習慣病の重症化を 予防する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診者のうち、 HbA1c7.0%以上の方の割合</li> <li>・新規人工透析導入患者の割合</li> <li>・脳血管疾患の EBSMR</li> <li>・心疾患の EBSMR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診率向上事業</li> <li>・特定保健指導実施率向上事業</li> <li>・生活習慣病重症化予防事業 (糖尿病性腎症)</li> <li>・生活習慣病重症化予防事業 (糖尿病)</li> </ul>
生活習慣病にかかる 医療費を維持・抑制 する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・50万円以上の高額レセプトのうち、 メタボリックシンドロームと動脈硬化に 関連する疾患の割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診率向上事業</li> <li>・特定保健指導実施率向上事業</li> <li>・生活習慣病重症化予防事業 (糖尿病性腎症)</li> <li>・生活習慣病重症化予防事業 (糖尿病)</li> </ul>
調剤費を維持・抑制 する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人当たり調剤費</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品利用促進事業</li> <li>・重複・多剤服薬対策事業</li> </ul>

## 第5章 個別保健事業計画

### 1 特定健康診査受診率向上事業

背景	<p>平成 20 年度から高確法に基づき、糖尿病等の生活習慣病を予防するため、保険者にメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務付けられ、本市においても特定健康診査等実施計画に基づき取り組んできました。</p> <p>本市の特定健康診査受診率は、令和 2 年度 57.9%、令和 3 年度 61.1%、令和 4 年度 61.3%と令和 2 年度に新型コロナウイルス感染症の影響により低下したものの概ね 60%を超える受診率となっており、国が示す市町村国保の目標値である 60%を達成しています。</p> <p>しかしながら、令和 3 年度の受診率の内訳を確認したところ、男女とも 65 歳以上では 60%を超えている一方、男性 40 歳から 59 歳、女性 40 歳から 54 歳では 40%台であり、65 歳以上の受診率が高いことにより全体の受診率が引き上げられている状況です。現在、受診率を引き上げている年代は、後期高齢者医療制度に移行していくため、現在の受診率を維持するためには、若い年代の受診率向上を図る必要があると考えられます。</p>
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率を維持・向上することにより、多くの被保険者をメタボリックシンドローム等の対策につなげる。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・65 歳未満の特定健康診査受診率が向上する。</li> </ul>
具体的内容	<p>(1) 対象者全体への受診率向上の取組</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施年度末年齢 40 歳から 75 歳の被保険者</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・休日実施</li> <li>・がん検診等と同時実施</li> <li>・分かりやすい受診票と案内チラシ等の作成</li> <li>・受診料の無料化</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保年金課、健康推進課及び委託先と連携し、実施体制の構築を図る。</li> </ul> <p>(2) 65 歳未満の被保険者への受診率向上の取組</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・65 歳未満の被保険者</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査の周知・啓発</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施年度前に国保年金課と健康推進課で周知・啓発方法の内容等について検討する。</li> </ul>

評価指標 <sup>1</sup>	区分	指標	目標値
	目標値	アウトカム	特定健康診査受診率
65歳未満の特定健康診査受診率			54.0%
アウトプット		受診率向上を目的とした年間の周知・啓発回数	10回以上
プロセス		特定健康診査実施前に周知・啓発できたか	—
ストラクチャー		庁内外の関係部署等との連携体制	—

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	策定時 (ﾊﾞｰｽﾗｲﾝ)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
特定健康診査 受診率	61.3%	63.5%	63.5%	63.5%	63.5%	63.5%	63.5%
65歳未満の 特定健康診査 受診率	51.4%	54.0%	54.0%	54.0%	54.0%	54.0%	54.0%
受診率向上を 目的とした年間の 周知・啓発回数	2回	10回以上	10回以上	10回以上	10回以上	10回以上	10回以上

<sup>1</sup> 評価指標

事業のつまずき箇所等を確認し、次年度の保健事業の見直しに反映することで効果的な保健事業につなげるための指標。

- ・アウトカム：成果・結果のことで、目的・目標に達したかを評価するための指標。
- ・アウトプット：事業の実施量・実績のことで、アウトカムを達成するためにどのくらい事業を行ったかを評価するための指標。
- ・プロセス：過程や手順のことで、どのように事業を実施したかを評価するための指標。
- ・ストラクチャー：仕組みや体制のことで、保健事業を実施するためのマンパワーや予算、関係部署・関係団体等との連携体制などを評価するための指標。

## 2 特定保健指導実施率向上事業

背景	<p>平成 20 年度から高確法に基づき、糖尿病等の生活習慣病を予防するため、保険者にメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務付けられ、本市においても特定健康診査等実施計画に基づき取り組んできました。</p> <p>本市の特定保健指導実施率は、平成 30 年度 7.4%、平成 31 年度 6.8%と低下していたため、令和 2 年度から特定健康診査会場で特定保健指導の初回面接を受けることができる「初回面接分割実施」を開始しました。開始後の実施率は、令和 2 年度 12.0%、令和 3 年度 13.9%、令和 4 年度 14.2%と増加していますが、国が示す市町村国保の目標である 60%、令和 4 年度の県内市町村平均 22.6%にも達していない状況にあります。</p> <p>また、メタボリックシンドローム該当者の割合は、平成 30 年度から令和 4 年度では 3.1 ポイント増加しており、特に男性では、令和 4 年度の該当者が 40.0%と高くなっています。メタボリックシンドロームは生活習慣病のリスクとなることから、その改善の機会となる特定保健指導の実施率向上を図る必要があると考えられます。</p>
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導の実施率を向上することにより、メタボリックシンドローム該当者の割合を減少させる。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男性の特定保健指導実施率が向上する。</li> <li>・特定保健指導を途中終了する方が減少する。</li> <li>・腹囲と体重が特定保健指導の参加前後で 3%以上減少する方が増加する。</li> </ul>
具体的内容	<p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査を受診し、階層化により積極的支援及び動機付け支援に該当した方</li> <li>・特定健康診査会場で、特定保健指導の対象に該当する方</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初回面接の分割実施</li> <li>・申し込みがなかった男性対象者への電話等での利用勧奨</li> <li>・途中終了しそうな対象者への利用継続の支援</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施年度前に国保年金課及び健康推進課で勧奨や支援の具体的な内容について検討する。</li> <li>・委託契約後に委託先と調整の上、特定保健指導実施要領及び支援概要を作成する。</li> </ul>

評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム		特定保健指導実施率
腹囲が3%以上減少した方の割合			25.5%
体重が3%以上減少した方の割合			24.0%
アウトプット		男性の特定保健指導実施率	21.0%
		特定保健指導継続率	100%
プロセス		アウトカム指標、アウトプット指標は適切か	—
ストラクチャー		庁内外の関係部署等との連携体制	—
		予算の確保	—

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	策定時 (ベースライン)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
特定保健指導実施率	14.2%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	21.0%
腹囲が3%以上減少した方の割合	22.2%	23.0%	23.5%	24.0%	24.5%	25.0%	25.5%
体重が3%以上減少した方の割合	20.6%	21.5%	22.0%	22.5%	23.0%	23.5%	24.0%
男性の特定保健指導実施率	13.1%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	21.0%
特定保健指導継続率	84.5%	87.5%	90.0%	92.5%	95.0%	97.5%	100%

### 3 生活習慣病重症化予防事業（糖尿病性腎症）

背景	<p>我が国では、糖尿病患者数の増加に伴い、人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防が課題となっており、国は「健康日本 21（第2次）」から糖尿病性腎症による年間新規透析患者数の減少等を数値目標として掲げ様々な取組を進めています。</p> <p>そのような中、行政と医療機関が連携体制を構築し、その取組を全国に横展開するため、平成28年3月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省が「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結し、同年4月に糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定され、医療機関への受診勧奨・かかりつけ医と連携した保健指導・治療中断者への対策が求められています。</p> <p>本市の令和4年度の慢性腎臓病（透析あり）の医療費は約3億6,000万円で、疾患別医療費の割合は2位となっています。慢性腎臓病（透析あり）は、レセプト1件当たりの点数が約42万6,000円と高額であり、年間のレセプトの件数も約850件と多いことにより医療費の割合が高くなっていると考えられます。また、人工透析を行っている方の約60%に糖尿病の病名が確認されており、糖尿病性腎症の重症化予防の取組が必要だと考えられます。</p>
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症の重症化予防のため、糖尿病性腎症病期分類（改訂）<sup>1</sup>第3期・第4期での糖尿病治療なしの方をなくす。</li> <li>・対象者の次年度の特定健康診査におけるHbA1cが改善又はeGFR<sup>2</sup>が維持される。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関未受診者が受診勧奨により治療を受ける。</li> <li>・保健指導に参加し、対象者自身が設定した目標に対し、行動を起こすことができる。</li> <li>・治療中断者が受診勧奨により治療を再開する。</li> </ul>

<sup>1</sup> 糖尿病性腎症病期分類（改訂）

糖尿病性腎症は腎機能や尿中アルブミン（尿たんぱく）の量に応じて5期に分けられています。

- ・第1期：腎機能の値が正常で、アルブミン尿が陰性
- ・第2期：アルブミン尿が微量に始まる
- ・第3期：アルブミン尿（たんぱく尿）が増加し腎機能が徐々に低下
- ・第4期：腎機能が顕著に低下
- ・第5期：人工透析や腎移植が必要になった状態

※アルブミン尿とは、腎臓が障害され、たんぱくの一種であるアルブミンが尿に含まれること。

<sup>2</sup> eGFR

血清クレアチニン・性別・年齢によって算出される推定糸球体濾過量のこと。

腎臓の働きをあらわし、数値が低下するほど腎臓の機能が低下していることを意味します。

<p>具体的 内容</p>	<p>(1) 受診勧奨</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診者のうち、HbA1c6.5%以上で下記の基準に該当し、レセプトで「糖尿病」、「糖尿病性腎症」、「慢性腎臓病」、「人工透析」の病名がない方             <ol style="list-style-type: none"> <li>① eGFR60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満</li> <li>② 尿たんぱく (+) 以上</li> <li>③ 収縮期血圧 140 mm Hg 以上又は拡張期血圧 90 mm Hg 以上</li> </ol> </li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨通知を送付</li> <li>・医療機関の受診状況を報告するハガキ（以下「返信ハガキ」という。）の受領</li> <li>・返信ハガキの返送がない方及び受診しないと回答した方のうち、以下の基準に該当した方へ再受診勧奨を実施             <ol style="list-style-type: none"> <li>① HbA1c7.0%以上</li> <li>② eGFR45mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満</li> <li>③ eGFR60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満かつ尿たんぱく (+) 以上</li> </ol> </li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業開始前に国保年金課及び健康推進課で内容等について検討する。</li> <li>・国保年金課で実施計画を作成する。</li> <li>・国保年金課及び総合支所市民課健康づくり係で連携し、事業を実施する。</li> </ul> <p>(2) 保健指導</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医から保健指導の指示が得られた方</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨対象者の保健指導実施の同意を得る</li> <li>・かかりつけ医から保健指導の指示を得る</li> <li>・複数回の保健指導の実施</li> <li>・対象者が目標を達成できたか評価</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業開始前に国保年金課及び健康推進課で内容等について検討する。</li> <li>・国保年金課で実施計画を作成する。</li> <li>・国保年金課及び総合支所市民課健康づくり係で連携し、事業を実施する。</li> </ul>
-------------------	---

具体的 内容	<p>(3) 治療中断者への対策</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>宮城県国民健康保険団体連合会から提供される「糖尿病治療中断者リスト」に掲載され、糖尿病治療薬の投薬歴のある方のうち、下記の基準に該当する方             <ol style="list-style-type: none"> <li>通知発送前年度の特定健康診査未受診者</li> <li>「糖尿病治療中断者リスト」の提供日において、年度末年齢 40 歳～75 歳の被保険者</li> <li>「糖尿病治療中断者リスト」抽出年度から提供日まで得られるレセプトにおいて、「糖尿病」、「糖尿病性腎症」、「慢性腎不全」、「人工透析」の病名がない方</li> </ol> </li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨通知を送付</li> <li>返信ハガキの返送がない方に再受診勧奨</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業開始前に国保年金課及び健康推進課で内容等について検討する。</li> <li>国保年金課で実施計画を作成する。</li> <li>国保年金課及び総合支所市民課健康づくり係で連携し、事業を実施する。</li> </ul>		
	評価指標	区分	指標
目標値	アウトカム	医療機関受診率	60.0%
		糖尿病性腎症病期分類（改訂）第3期・第4期の糖尿病治療なしの人数	0人
		次年度の特定健康診査結果における対象者のHbA1cの中央値 <sup>1</sup> の改善	—
	アウトプット	再受診勧奨実施率	100%
		保健指導参加率	15.0%
		保健指導参加者の行動変容 <sup>2</sup> 達成率	100%
		治療中断者の医療機関受診率	60.0%
プロセス	実施計画に基づいて実施できたか	—	
ストラクチャー	庁内外の関係部署等との連携体制	—	
	予算の確保	—	

<sup>1</sup> 中央値  
データをサイズ順に並び替えたときに真ん中になる値のこと。

<sup>2</sup> 行動変容  
健康のための望ましい行動を実行すること。

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	策定時 (ベースライン)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
医療機関受診率	59.3%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
糖尿病性腎症病 期分類（改訂） 第3期・第4期 の糖尿病治療 なしの人数	9人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
再受診勧奨 実施率	86.2%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
保健指導参加率	—	10.0%	10.0%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%
保健指導参加者 の行動変容 達成率	—	80.0%	80.0%	80.0%	100%	100%	100%
治療中断者の 医療機関受診率	—	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

## 4 生活習慣病重症化予防事業（糖尿病）

背景	<p>本市の令和4年度の総医療費は約75億5,000万円と令和3年度と比較すると減少したものの、1人当たり医療費は約41万円と増加しています。</p> <p>現在、総医療費の約53%を占める生活習慣病の医療費は、被保険者の高齢化によりさらに増加することが見込まれるため、生活習慣病への対策が必要な状況にあります。</p> <p>令和4年度の疾病別医療費は、1位が糖尿病で約4億3,000万円、2位が慢性腎臓病（透析あり）で約3億6,000万円となっています。糖尿病のレセプト1件当たりの医療費は約2万8,000円と高額ではありませんが、年間レセプト件数が約1万5,000件と多いことが医療費を高くしている要因と考えられます。</p> <p>糖尿病は重症化することで、人工透析の導入、心疾患や脳血管疾患の発症リスクとなります。</p> <p>また、医療費の面では、糖尿病が重症化することによりレセプト1件当たりの医療費が高額な人工透析が必要となるリスクがあることから重症化を予防する取組が必要だと考えられます。</p>
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病の重症化予防のため、HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療者の割合を減少させる。</li> <li>・対象者の次年度の特定健康診査におけるHbA1cが改善される。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関未受診者が受診勧奨により治療を受ける。</li> <li>・生活習慣病のリスクを知る機会を提供する。</li> </ul>
具体的内容	<p>(1) 受診勧奨</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診者のうち生活習慣病重症化予防事業（糖尿病性腎症）の対象となっていない方で、HbA1c6.5%以上に該当し、レセプトで「糖尿病」、「糖尿病性腎症」、「慢性腎臓病」、「人工透析」の病名がない方</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨通知を送付</li> <li>・医療機関の受診状況を報告するハガキ（以下「返信ハガキ」という。）の受領</li> <li>・返信ハガキの返送がない方及び受診しないと回答した方のうち、HbA1c7.0%以上の方へ再受診勧奨を実施</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業開始前に国保年金課及び健康推進課で内容等について検討する。</li> <li>・国保年金課で実施計画を作成する。</li> <li>・国保年金課及び総合支所市民課健康づくり係で連携し、事業を実施する。</li> </ul> <p>(2) 啓発</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査受診者</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査会場等での生活習慣病について啓発</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業開始前に国保年金課及び健康推進課で啓発内容等について検討する。</li> <li>・国保年金課で実施計画を作成する。</li> <li>・国保年金課及び総合支所市民課健康づくり係で連携し、啓発を行う。</li> </ul>

評価指標	区分	指標	目標値
	目標値	アウトカム	医療機関受診率
HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療者の割合			8.0%
次年度の特定健康診査結果における対象者のHbA1cの中央値の改善			—
アウトプット		再受診勧奨実施率	100%
		年間の啓発回数	1回以上※
プロセス		実施計画に基づいて実施できたか	—
ストラクチャー		庁内外の関係部署等との連携体制	—
		予算の確保	—

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	策定時 (ハーフライン)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
医療機関受診率	51.5%	52.0%	53.5%	55.0%	56.5%	58.0%	60.0%
HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療者の割合	20.1%	18.0%	16.0%	14.0%	12.0%	10.0%	8.0%
再受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
年間の啓発回数	—	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上

※年間の啓発回数を1回以上としています。健診会場で実施するため日数としては複数日となります。

## 5 インセンティブ事業

背景	<p>被保険者に対して予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組は重要であるとして、平成27年の国保法等改正法で保険者の努力義務として健康保険法等に位置付けられ、平成28年にガイドラインが策定・公表されました。</p> <p>また、保険者努力支援制度においても、個人へのインセンティブの提供が評価指標とされています。</p> <p>本市の令和4年度の法定報告では、メタボリックシンドローム該当者の割合は27.8%、予備群の割合は12.1%と生活習慣病のリスクのある方の割合が高くなっています。メタボリックシンドローム改善の機会となる特定保健指導の実施率は、令和4年度14.2%と国が示す市町村国保の目標値である60%からは大幅に下回っており、県内市町村平均22.6%からも下回っている状況にあります。特定保健指導が生活習慣を見直す機会として有効活用されるようにインセンティブを提供し、被保険者の予防・健康づくりを後押しする必要があると考えられます。</p>
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導を途中終了する方の割合が減少し、腹囲又は体重が3%以上減少した方の割合が増加することでメタボリックシンドロームの改善を図る。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導に参加する方の割合が増加する。</li> <li>・特定保健指導積極的支援を終了する方の割合が増加する。</li> </ul>
具体的内容	<p>(1) 特定保健指導フォローアップ検査<sup>1</sup></p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導積極的支援を終了した方</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導対象者に周知</li> <li>・登米市民病院で血糖・脂質・肝機能・尿酸の検査ができる受診券を配布</li> <li>・特定保健指導参加前後での検査値の評価</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・登米市民病院と委託契約する。</li> <li>・特定保健指導対象者に周知を行う。</li> <li>・対象者に受診券を配布する。</li> <li>・受領した検査結果を特定保健指導参加前と比較し、改善状況を確認する。</li> </ul>

<sup>1</sup> 特定保健指導フォローアップ検査

登米市独自で行う血液検査で、特定保健指導積極的支援を終了した成果を確認するためのもの。

具体的 内容	<p>(2) 特定保健指導終了者で成果があった方へのインセンティブ</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導（積極的支援・動機付け支援）に参加し、腹囲又は体重が3%以上減少した方</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導対象者に周知</li> <li>・対象者を抽出</li> <li>・インセンティブの提供</li> <li>・インセンティブの内容についてアンケートを実施</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導対象者に周知を行う。</li> <li>・委託先から提出される実績報告書から対象者を抽出する。</li> <li>・対象者に対して健康づくりに役立つグッズやレシピを提供する。</li> <li>・インセンティブの内容についてアンケートを実施する。</li> </ul>
-----------	---

	区分	指標	目標値
評価指標	アウトカム	特定保健指導継続率	100%
		特定保健指導に参加し、腹囲又は体重が3%以上減少した方の割合	38.0%
目標値	アウトプット	特定保健指導参加者の割合	21.0%
		特定保健指導積極的支援を終了する方の割合	100%
	プロセス	啓発方法が適切であったか	—
	ストラクチャー	庁内外の関係部署等との連携体制	—
		予算の確保	—

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	策定時 (ベースライン)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
特定保健指導 継続率	84.5%	87.5%	90.0%	92.5%	95.0%	97.5%	100%
特定保健指導に 参加し、腹囲又 は体重が3%以 上減少した方の 割合	33.9%	34.5%	35.0%	36.5%	37.0%	37.5%	38.0%
特定保健指導 参加者の割合	15.3%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	21.0%
特定保健指導 積極的支援を 終了する方の 割合	71.7%	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%	95.0%	100%

6 重複・多剤服薬対策事業

<p>背景</p>	<p>高齢になると複数の疾患を持つ人が増え、受診する医療機関や処方される薬の数が増える傾向にあります。</p> <p>本市では、重複及び多剤処方者の割合と1人当たり調剤費が増加している状況にあります。今後、前期高齢者の割合が増加する見込みであることから、さらに重複及び多剤処方される方の割合と調剤費が増加することが見込まれるため、適切な受診行動を促すことにより医療費の適正化を図る取組が必要だと考えられます。</p>
<p>目的</p>	<p>・重複処方及び多剤処方される方の割合が維持・減少することで調剤費の適正化が図られる。</p>
<p>目標</p>	<p>・服薬状況を知らせることで、適正服薬につなげる。</p>
<p>具体的内容</p>	<p>(1) 重複服薬者対策事業</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3医療機関で1剤以上又は2医療機関で2剤以上の同一薬効薬の処方を受けた方</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・登米市医師会及び薬剤師会との連携</li> <li>・対象者に通知発送</li> <li>・服薬状況の確認と情報提供</li> <li>・服薬情報を確認</li> <li>・服薬状況の確認と評価</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・登米市医師会及び薬剤師会に事業内容について共有する。</li> <li>・契約を締結し、委託先と事業内容等について調整を行う。</li> <li>・対象者に対して通知発送等を行う。</li> </ul> <p>(2) 多剤服薬者対策事業</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同一月内に15剤以上の処方を受けた方</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・登米市医師会及び薬剤師会との連携</li> <li>・対象者に通知発送</li> <li>・服薬状況の確認と情報提供</li> <li>・服薬情報を確認</li> <li>・服薬状況の確認と評価</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・登米市医師会及び薬剤師会に事業内容について共有する。</li> <li>・契約を締結し、委託先と事業内容等について調整を行う。</li> <li>・対象者に対して通知発送等を行う。</li> </ul>

評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム		重複処方者の割合
		多剤処方者の割合	0.19%
アウトプット		重複処方者への介入率 <sup>1</sup>	100%
		多剤処方者への介入率	100%
プロセス		関係部署等との調整が図れたか	—
ストラクチャー		庁内外の関係部署等との連携体制	—
		予算の確保	—

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	策定時 (ベースライン)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
重複処方者の割合	0.68%	0.68%	0.68%	0.68%	0.68%	0.68%	0.68%
多剤処方者の割合	0.19%	0.19%	0.19%	0.19%	0.19%	0.19%	0.19%
重複処方者への介入率	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
多剤処方者への介入率	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

<sup>1</sup> 介入率

事業の対象となった方のうち、実際に保健師・管理栄養士などが保健指導などを行った割合のこと。

## 7 後発医薬品利用促進事業

背景	<p>後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及は、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであり、厚生労働省では平成 25 年 4 月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し取組を進めています。</p> <p>また、平成 27 年 6 月の閣議決定において、平成 30 年度から令和 2 年度末までのなるべく早い時期に 80%以上とする数量シェア目標が定められていましたが、令和 3 年 6 月の閣議決定において「令和 3 年度末までに全ての都道府県で 80%以上」とする新たな目標が定められています。</p> <p>本市の後発医薬品数量シェアは 80%を超えています。1 人当たり調剤費が増加傾向にあることから後発医薬品の利用を促進することで、調剤費の適正化に資するために事業に取り組む必要があると考えられます。</p>
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品の利用を促進することで、被保険者の負担軽減及び医療費の適正化を図る。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者に後発医薬品利用の啓発を行う。</li> <li>・後発医薬品の数量シェア 80%以上を維持する。</li> </ul>
具体的内容	<p>(1) 後発医薬品利用差額通知書の送付</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・35 歳以上で 1 薬剤当たり 300 円以上又は 1 被保険者当たり 300 円以上の差額がでる方</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品の使用状況の把握</li> <li>・後発医薬品利用差額通知書の送付</li> <li>・後発医薬品の切り替え状況の確認</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品利用差額通知書を宮城県国民健康保険団体連合会に委託し、作成する。</li> <li>・後発医薬品利用差額通知書を送付する。</li> <li>・使用状況及び切り替え状況の確認をする。</li> </ul> <p>(2) 啓発</p> <p>〔対象者〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者又は国保世帯</li> </ul> <p>〔内容〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品についての周知</li> <li>・後発医薬品希望カードの配布</li> </ul> <p>〔実施方法〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後発医薬品についてホームページ等で周知を行う。</li> <li>・後発医薬品希望カードを配布する。</li> </ul>

評価指標	区分	指標	目標値
	アウトカム	アウトカム	後発医薬品の数量シェア
アウトプット		年間の啓発回数	2回以上
目標値	プロセス	啓発内容は適切であったか	—
	ストラクチャー	予算の確保	—

※評価指標詳細（数値目標が設定可能なもの）

評価指標	策定時 (ハースライン)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
後発医薬品の 数量シェア	84.6%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
年間の啓発回数	2回	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上	2回以上

## 第6章 第4期特定健康診査等実施計画の具体的な内容

### 1 背景

生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から高確法により、特定健康診査（内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する健康診査）及び特定保健指導（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ものに対する保健指導）の実施が保険者に義務づけられました。

### 2 特定健康診査

#### （1）基本的な考え方

特定健康診査は、糖尿病や脳血管疾患等の生活習慣病の予防のため、メタボリックシンドロームに着目した健康診査です。特定健康診査の結果から、内臓脂肪の蓄積の程度とリスク要因の数により階層化され、「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」に分けられます。

#### （2）対象者

当該年度に40歳から75歳になる方で、受診日において登米市国民健康保険の被保険者であり、除外規定<sup>1</sup>に該当しない方。

ただし、除外規定に該当する方のうち、受診を希望する方は受診可とします。

#### （3）対象者数の見込み

区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者数 (見込み)	14,526人	13,722人	12,826人	12,031人	11,239人	10,523人
実施者数 (見込み)	9,224人	8,713人	8,145人	7,640人	7,137人	6,682人

#### （4）実施方法

##### ア 実施時期又は期間

5月から9月に実施します。

##### イ 実施会場等

毎年度、総合支所ごとに実施会場を定め、総合健診として実施します。

##### ウ 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」、医師の判断により実施する「詳細な健診項目」、市が独自で実施する「市独自の追加項目」を実施します。〔図表 6-1〕

##### エ 周知・案内方法

###### （ア）周知方法

広報、市ホームページ等で周知を行います。

<sup>1</sup> 除外規定

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第一条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（厚生労働省告示第三号）により規定され、妊産婦・6か月以上継続して入院している方・特別養護老人ホームに入所している方などが該当します。

(イ) 案内方法

各総合支所の特定健康診査開始月の概ね1か月前までに受診票を送付します。

オ 特定健康診査の委託

特定健康診査業務は、特定健康診査の質が低下しないよう、利便性への配慮や適正な精度管理等が行われている業者を選定し、委託して実施します。

カ 情報提供

生活習慣の意識付けのため、特定健康診査結果や質問票から対象者の状況にあわせた情報提供を結果通知と同時に行います。

(5) 目標値

国が定める「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」において市町村国保の目標は60%以上とされています。本市の実施率は、概ね60%を超えていることから、第3期特定健康診査等実施計画の実施期間での最大値である**63.5%**を毎年度の目標とします。

令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
63.5%					63.5%

〔図表 6-1〕 特定健康診査の実施項目

区分	項目	内容・実施基準等
基本的な健診項目	既往歴の調査	既往歴、生活習慣等
	理学的検査	身体診察
	身体計測	身長、体重、BMI <sup>1</sup> 、腹囲
	血圧測定	
	肝機能検査	AST、ALT <sup>2</sup> 、γ-GT <sup>3</sup>
	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
	血糖検査	HbA1c
	尿検査	尿糖、尿蛋白

<sup>1</sup> BMI

体格指数で、体重 (kg) /身長 (m) <sup>2</sup> で計算され、身長に見合った体重かどうかを判断する数値で、22 が最も病気になりにくい状態であるとされています。

18.5 未満は低体重 (やせ)、18.5 以上 25 未満は普通体重、25 以上は肥満とされています。

<sup>2</sup> AST、ALT

AST は心臓・肝臓・腎臓・骨格筋に、ALT は肝臓に多く存在する酵素で、臓器に障害が起き、細胞が壊れると血液中に流れ出てきます。心臓病や肝臓病発見の手がかりになります。

<sup>3</sup> γ-GT

肝臓や胆のうに異常があると高値になるため、肝臓病の発見の手がかりになります。アルコールに反応しやすく、飲酒量や飲酒機会が多い方では値が高くなる場合があります。

区分	項目	内容・実施基準等
詳細な 健診項目	貧血検査（ヘマトクリット値、 血色素量、赤血球数）	貧血の既往歴を有する方又は視診等で貧血が疑われる方
	心電図	当該年度の特定健康診査結果等において、収縮期血圧 140 mm Hg 以上若しくは拡張期血圧 90 mm Hg 以上の方又は問診等で不整脈が疑われる方
	眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140 mm Hg 以上若しくは拡張期血圧 90 mm Hg 以上に該当した方又は血圧の基準に該当しないが前年度の特定健康診査の結果等において、HbA1c6.5%以上に該当する方
	血清クレアチニン <sup>1</sup> 検査 (eGFR)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 130 mm Hg 以上若しくは拡張期血圧 85 mm Hg 以上又は HbA1c5.6%以上に該当した方
市独自の 追加項目	尿酸代謝	血清尿酸
	貧血検査（ヘマトクリット値、 血色素量、赤血球数）	国の基準に該当しない方
	血清クレアチニン検査 (eGFR)	国の基準に該当しない方

### 3 特定保健指導

#### (1) 基本的な考え方

特定保健指導は、特定健康診査の結果から「積極的支援」、「動機付け支援」に該当した生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による効果が大きく期待できる方に実施するものです。

生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して、行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、生活習慣病を予防することを目的としています。

#### (2) 対象者

特定健康診査の結果から、以下の階層化により対象者を抽出します。〔図表 6-2〕

ただし、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している方は対象とはなりません。

<sup>1</sup> 血清クレアチニン

たんぱく質の老廃物のこと。

腎機能が低下すると尿に排泄される量が減少し、血液中に溜まります。数値が高いことは、腎機能が低下していることを意味します。

## (3) 対象者数の見込み

区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
対象者数 (見込み)	1,453人	1,372人	1,283人	1,203人	1,124人	1,052人
実施者数 (見込み)	232人	233人	231人	229人	225人	221人

## (4) 実施方法

## ア 開始時期及び実施期間

## (ア) 通常の特健康指導

総合支所ごとに特定健康診査終了2か月後を目途に開始し、3か月以上の継続支援等実施後に実績評価を行います。

## (イ) 初回面接の分割実施

特定健康診査受診日に初回面接1回目を実施し、特定健康診査の結果が揃った後に初回面接2回目を行います。初回面接2回目終了から3か月以上の継続支援等実施後に実績評価を行います。

## イ 実施会場

毎年度、総合支所ごとに実施会場を定めます。

## ウ 実施内容

「特定健康診査・特定健康指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」及び「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」に基づき実施します。

## (ア) 積極的支援

## ① 初回面接

対象者本人が自身の健康状態を自覚し、生活習慣の改善点等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことができる支援として、1人当たり20分以上の面接を行います。

## ② 3か月以上の継続的な支援

目標を達成するために行動変容が維持できるようプロセス評価<sup>1</sup>で180ポイント<sup>2</sup>以上取得することを基本として支援します。

## ③ 実績評価

面接で実施することを基本とし、設定した行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に改善がみられたかについて評価を行います。

また、評価結果について、対象者に提供します。

<sup>1</sup> プロセス評価

特定健康指導において、個別支援や電話などで介入したことを評価すること。

<sup>2</sup> ポイント

面接や電話など支援の内容ごとにポイント数が定められています。

(イ) 動機付け支援

① 初回面接

対象者本人が自身の健康状態を自覚し、生活習慣の改善点等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことができる支援として、1人当たり20分以上の面接を行います。

② 3か月間の情報提供

目標達成を後押しするため、生活習慣の改善等に役立つ情報を毎月提供します。

③ 実績評価

設定した行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に改善がみられたかについて面接又は通信で評価を行います。

また、評価結果について、対象者に提供します。

Ⅰ 案内方法

特定健康診査終了1か月後を目安に、階層化の結果と特定保健指導の実施日時及び会場を記載した通知を対象者に送付します。

(5) 目標値

国が定める「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」において市町村国保の目標は60%以上とされています。本市の令和4年度の実施率は、14.2%と低いため、令和3年度の宮城県市町村平均である**21.0%**を最終目標とします。

令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	21.0%

〔図表 6-2〕 特定保健指導の階層化

腹囲等	追加リスク	喫煙歴	特定保健指導区分及び対象者	
	①血糖②脂質③血圧		40歳～64歳	65歳～74歳
85 cm以上（男性） 90 cm以上（女性）	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当			
		3つ該当	あり	
2つ該当	なし			
1つ該当				

備考1 追加リスク基準

①血糖：HbA1c5.6%以上

②脂質：空腹時中性脂肪 150 mg/dl 以上又は随時中性脂肪 175 mg/d l 以上  
又は HDL コレステロール 40 mg/d l 未満

③血圧：収縮期血圧 130 mmHg 以上又は拡張期血圧 85 mmHg 以上

2 年齢は、実施年度中に達する年齢とする。

## 第7章 第3期データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画の評価方法・見直し

### 1 評価の基本的事項

本計画に沿って、各保健事業の実施状況や事業実施後の成果について評価を行い、その内容について第三者からの助言を求めるとします。

### 2 評価時期及び計画の見直し

年度ごとに個別保健事業の評価と事業の見直しを行い、計画全体の指標についても確認します。

令和8年度に中間評価として、計画全体の進捗状況を確認し、必要に応じて評価指標や目標値、個別保健事業の見直しを行います。

また、計画全体の目標の達成状況については、計画期間の最終年度に評価を行います。

### 3 評価指標のまとめ

データヘルス計画の目的・指標

目的	指標	ベースライン	目標（値）
健康寿命の延伸	健康寿命	男性 78.83 歳 女性 83.30 歳	延伸
	不健康期間	男性 1.73 歳 女性 3.45 歳	短縮
医療費の適正化	1人当たり生活習慣病の医療費	197,000 円	抑制
	1人当たり入院医療費	144,000 円	抑制

データヘルス計画全体の目標・指標

目標	指標	ベースライン	目標（値）
生活習慣病の発症を 予防する	特定健康診査受診率	61.3%	63.5%
	特定保健指導実施率	14.2%	21.0%
	特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率	20.0%	増加
	メタボリックシンドローム該当者の割合	27.8%	減少

目 標	指 標	ベースライン	目標（値）
生活習慣病の重症化を 予防する	特定健康診査受診者のうち、 HbA1c7.0%以上の方の割合	6.7%	減少
	新規人工透析導入患者の割合	0.05%	減少
	脳血管疾患の EBSMR	男性 140.9 女性 134.4	低下
	心疾患の EBSMR	男性 140.8 女性 112.2	低下
生活習慣病にかかる 医療費を維持・抑制する	50 万円以上の高額レセプトのうち、 メタボリックシンドロームと動脈硬化に 関連する疾患の割合	13.9%	減少
調剤費を維持・抑制する	1 人当たり調剤費	74,000 円	抑制

個別保健事業の主なアウトカム・アウトプット指標

個別保健事業名	指 標	ベースライン	目標（値）
特定健康診査受診率向上 事業	特定健康診査受診率	61.3%	63.5%
	65 歳未満の特定健康診査受診率	51.4%	54.0%
	受診率向上を目的とした 年間の周知・啓発回数	2 回	10 回以上
特定保健指導実施率向上 事業	特定保健指導実施率	14.2%	21.0%
	腹囲が 3 %以上減少した方の割合	22.2%	25.5%
	体重が 3 %以上減少した方の割合	20.6%	24.0%
	男性の特定保健指導実施率	13.1%	21.0%
	特定保健指導継続率	84.5%	100%
生活習慣病重症化予防 事業（糖尿病性腎症）	医療機関受診率	59.3%	60.0%
	糖尿病性腎症病期分類（改訂） 第 3 期・第 4 期の糖尿病治療なしの 人数	9 人	0 人
	再受診勧奨実施率	86.2%	100%
	保健指導参加率	—	15.0%
	保健指導参加者の行動変容達成率	—	100%
	治療中断者の医療機関受診率	—	60.0%

第7章 第3期データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画の評価方法・見直し

個別保健事業名	指標	ベースライン	目標（値）
生活習慣病重症化予防事業（糖尿病）	医療機関受診率	51.5%	60.0%
	HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療者の割合	20.1%	8.0%
	再受診勧奨実施率	100%	100%
	年間の啓発回数	—	1回以上
インセンティブ事業	特定保健指導継続率	84.5%	100%
	特定保健指導に参加し、腹囲又は体重が3%以上減少した方の割合	33.9%	38.0%
	特定保健指導参加者の割合	15.3%	21.0%
	特定保健指導積極的支援を終了する方の割合	71.7%	100%
重複・多剤処方対策事業	重複処方者の割合	0.68%	0.68%
	多剤処方者の割合	0.19%	0.19%
	重複処方者への介入率	—	100%
	多剤処方者への介入率	—	100%
後発医薬品利用促進事業	後発医薬品の数量シェア	84.6%	80%以上
	年間の啓発回数	2回	2回以上

## 第8章 その他

### 1 計画の公表・周知

国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に係る指針に基づき、市公式ホームページに掲載します。

### 2 個人情報の取扱い

特定健康診査のデータやレセプト等の個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に定める要配慮個人情報に該当するため、個人情報の保護に関する法令やガイドライン、登米市個人情報保護条例等を踏まえた対応を行います。

また、保健事業や情報の分析等、個人情報を扱う事業を外部に委託する際は、個人情報の盗難・紛失等を防ぐための安全措置に留意し、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、業務委託先の履行状況を管理していきます。

### 3 地域包括ケアに係る取組

「地域包括ケアシステム」とは、病気や要介護状態になっても、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・介護予防・生活支援」が一体的に提供される仕組みをいいます。地域包括ケア体制推進会議などで KDB システムから得られる医療費や健康課題等を共有し、連携を図りながら事業を推進します。

### 4 用語の解説

用語	説明
医療費適正化	被保険者の健康の保持増進と適切な医療のかかり方を推進することで、持続可能な保険制度の維持を図るため、医療費の伸びを抑えること。
インセンティブ	行動を促す「刺激・動機・励み」のこと。
介護保険の被保険者 ・第1号被保険者 ・第2号被保険者	・第1号被保険者：65歳以上の方。原因を問わず、要介護（支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができます。 ・第2号被保険者：40歳から64歳までの医療保険加入者。加齢に伴う疾病（特定疾病）が原因で要介護（支援）認定を受けたときに介護サービスを受けることができます。
血清クレアチニン	たんぱく質の老廃物のこと。 腎機能が低下すると尿に排泄される量が減少し、血液中に溜まります。数値が高いことは、腎機能が低下していることを意味します。
高額レセプト	1件当たりの医療費が高額な診療報酬明細書のこと。 登米市国民健康保険 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）では、1件当たり50万円以上のものを高額レセプトとしています。

用語	説明
高血圧症	食塩のとりすぎ・肥満・飲酒・運動不足などの生活習慣に遺伝的要因が組み合わさって血圧が高すぎる状態が続くこと。 血圧が高い状態をそのままにしていると動脈硬化が進み、狭心症や心筋梗塞、脳梗塞や脳出血などの病気に至る可能性があります。
行動変容	健康のための望ましい行動を実行すること。
後発医薬品 (ジェネリック医薬品)	新薬（先発医薬品）と同じ有効成分が使われ、品質・効き目・安全性が同等の医薬品で、先発医薬品と比べて低価格な薬のこと。
個別保健事業	データヘルス計画の目的・目標を達成するために行う保健事業のこと。
脂質異常症	血液中の脂質の値が基準値から外れた状態をいいます。 脂質の異常には、LDL コレステロール（悪玉コレステロール）・HDL コレステロール（善玉コレステロール）・中性脂肪の血中濃度の異常があり、これらの異常は動脈硬化の促進と関連します。
生活習慣病	食事や運動・休養・喫煙・飲酒など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。 日本人の死因の上位を占める、がん・心臓病・脳卒中は生活習慣病に含まれます。
重複・多剤	重複は、複数の医療機関から同じ効能の薬が重複して処方され、服薬すること。 多剤は、多くの種類の薬が処方され、服薬すること。
糖尿病	血液中のブドウ糖の濃度（血糖値）が高くなりすぎる病気のこと。 初期には症状がほとんどありませんが、進行すると動脈硬化が進み、脳卒中や虚血性心疾患になりやすくなります。また、3大合併症として、網膜症・腎症・神経障害があり、人工透析に至る可能性があります。
糖尿病性腎症病期分類 (改訂)	糖尿病性腎症は腎機能や尿中アルブミン（尿たんぱく）の量に応じて5期に分けられています。 ・第1期：腎機能の値が正常で、アルブミン尿が陰性 ・第2期：アルブミン尿が微量に出始まる ・第3期：アルブミン尿（たんぱく尿）が増加し腎機能が徐々に低下 ・第4期：腎機能が顕著に低下 ・第5期：人工透析や腎移植が必要になった状態 ※アルブミン尿とは、腎臓が障害され、たんぱくの種類であるアルブミンが尿に含まれること。
特定健康診査	40歳から74歳の方を対象とした、生活習慣病の予防のためにメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。

用語	説明
特定疾病療養受領証	人工透析が必要な慢性腎不全など長期にわたり高額な医療費が必要となる疾病のうち、厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合は、認定を受け、特定疾病療養受領証の発行を受けることができます。医療機関の窓口で特定疾病療養受領証を提示することにより、その医療費に対しての助成を受けることができます。
動脈硬化性疾患	動脈硬化によって引き起こされる様々な病態の総称のことで、虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）、脳血管障害（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）、大動脈瘤などがあります。 動脈硬化とは、動脈壁が厚くなったり、硬くなったりした状態をいいます。
特定健康診査の除外規定	特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第一条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（厚生労働省告示第三号）により規定され、妊産婦・6か月以上継続して入院している方・特別養護老人ホームに入所している方などが該当します。
特定保健指導	生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、保健師・管理栄養士などの専門スタッフが生活習慣を見直すサポートを行う保健指導のこと。 56ページの階層化により積極的支援と動機付け支援に分けられます。
評価指標 ・アウトカム ・アウトプット ・プロセス ・ストラクチャー	事業のつまずき箇所等を確認し、次年度の保健事業の見直しに反映することで効果的な保健事業につなげるための指標。 ・アウ ト カ ム：成果・結果のことで、目的・目標に達したかを評価するための指標。 ・アウ ト プ ッ ト：事業の実施量・実績のことで、アウトカムを達成するためにどのくらい事業を行ったかを評価するための指標。 ・プ ロ セ ス：過程や手順のことで、どのように事業を実施したかを評価するための指標。 ・ス ト ラ ク チ ャ ー：仕組みや体制のことで、保健事業を実施するためのマンパワーや予算、関係部署・関係団体等との連携体制などを評価するための指標。
不健康期間	平均寿命－健康寿命で計算されます。健康寿命は、日常生活動作が自立している期間の平均を人口・死亡数・介護保険の要介護認定者数を使用して算出されています。
メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血糖・高血圧・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態をいいます。 単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームに該当しません。

用語	説明
レセプト	患者が受けた診療について、医療機関が保険者に請求する医療報酬の明細書のことです。診療報酬明細書や調剤報酬明細書があります。
エーエスアール エーエルティ AST・ALT	AST は心臓・肝臓・腎臓・骨格筋に、ALT は肝臓に多く存在する酵素で、臓器に障害が起き、細胞が壊れると血液中に流れ出てきます。心臓病や肝臓病発見の手がかりになります。
ビーエムアイ BMI	体格指数で、体重 (kg) /身長 (m) <sup>2</sup> で計算され、身長に見合った体重かどうかを判断する数値で、22 が最も病気になりにくい状態であるとされています。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・18.5 未満：低体重（やせ）</li> <li>・18.5 以上 25 未満：普通体重</li> <li>・25 以上：肥満</li> </ul>
イービーエスエムアール EBSMR  (標準化死亡比 経験的 ベイズ推定)	年齢構成の差を取り除き地域の比較を行うための指標として、標準化死亡比 (SMR) がありますが、小地域間の比較や経年的な動向を標準化死亡比でみる場合、死亡数が少ないと数値が大き変動してしまうため、観測データ以外にも対象に関する情報が推定に反映されています。 数値が 100 より大きい場合は、全国と比べて出現割合が高いことを示します。
イージーエフアール eGFR	血清クレアチニン・性別・年齢によって算出される推定糸球体濾過量。腎臓の働きをあらわし、数値が低下するほど腎臓の機能が低下していることを意味します。
ヘモグロビンエーワンシー HbA1c	赤血球中のヘモグロビンとグルコース（血糖）が結びついたもので、過去 1～2 か月間の血糖の状態をあらわします。
ケーディビー KDBシステム	国保データベースシステムの略。国民健康保険団体連合会が保険者の委託を受けて管理する「特定健康診査・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートするシステムのこと。
エルディーエル LDLコレステロール	悪玉コレステロールと呼ばれ、肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っています。増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を引き起こしやすくなります。
ピーディーシーエー PDCAサイクル	Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）を繰り返し行うことで、業務改善や効率化を図る手法のひとつ。
ガンマ ジーティ γ-GT	肝臓や胆のうに異常があると高値になるため、肝臓病の発見の手がかりになります。アルコールに反応しやすく、飲酒量や飲酒機会が多い方では値が高くなる場合があります。

登米市国民健康保険  
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）  
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月

---

発行 宮城県登米市

編集 登米市市民生活部国保年金課

〒987-0446

宮城県登米市南方町新高石浦 130 番地

TEL 0220-58-2166

FAX 0220-58-3345

E-mail [kokuhonenkin@city.tome.miyagi.jp](mailto:kokuhonenkin@city.tome.miyagi.jp)

---