

米沢市国民健康保険 保健事業実施計画
第2期データヘルス計画＜中間評価＞

令和3年3月

米沢市

目 次

第1章	保健事業計画（第2期データヘルス計画）の中間評価にあたって・・・	P 1
1	背景	
2	中間評価の目的	
3	中間評価の方法	
第2章	米沢市の現状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 4
1	第2期データヘルス計画＜中間評価＞に係る考察	
2	米沢市の人口	
3	米沢市国民健康保険の現状	
第3章	生活習慣病の現状分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 26
1	生活習慣病に係る現状分析の流れ	
2	健診及びレセプトによる指導対象者群分析	
3	医療	
4	特定健診	
第4章	今後の保健事業の取り組みについて・・・・・・・・・・	P 34
1	保健事業の振り返り	
2	令和3年度からの取り組み	
3	アウトカム指標・目標値の設定	
4	保健事業計画	
第5章	計画の取扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 43
1	計画の評価・見直し	
2	計画の公表・周知	
3	個人情報の取扱い	
4	地域包括ケアに係る取組	
	用語集・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P 44

第1章 保健事業計画（第2期データヘルス計画）の中間評価にあたって

1 背景

保険者の果たすべき機能の中で、「被保険者の健康を守ること」、「年々増大する医療費の適正化を図ること」は特に重要なものと考えられます。

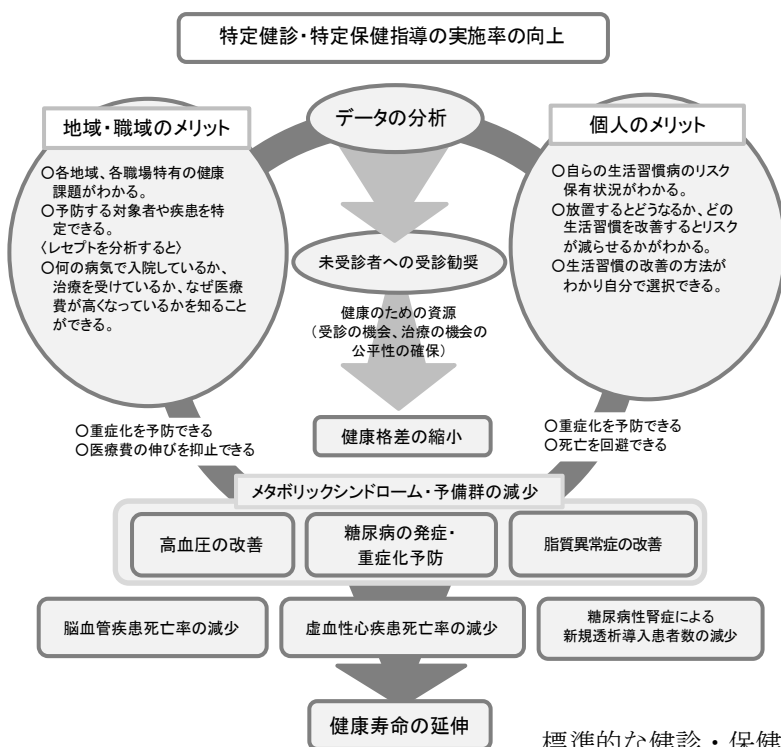
日本再興戦略の閣議決定(平成25年6月)を踏まえ、保険者はレセプト等のデータの分析や分析結果に基づき加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」を作成・公表、事業実施、評価する必要があるとの方針が示されました。

データヘルスとは、「レセプト・健診情報等のデータ分析に基づきPDCAサイクルで効率的・効果的に実施される保健事業」と定義されます。

本市では、平成27年3月に米沢市データヘルス計画(第1期)を策定し保健事業に取り組んできました。平成30年3月には、第1期計画の評価を踏まえ平成30年度から令和5年度までを計画期間とする「米沢市データヘルス計画(第2期)」を策定しました。

第2期データヘルス計画策定後、保険者の予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブ(保険者努力支援制度)が令和2年度に抜本的に強化されるなどデータヘルスを後押しする動きが出てきており、保健事業の重要性もさらに高まってきています。

＜本市の第2期データヘルス計画のイメージ図＞



標準的な健診・保健指導プログラム[改訂版]図1から改変

2 中間評価の目的

計画策定時に設定した目標について、計画の中間年度に当たる令和2年度に計画全体の目標や事業について評価と見直しを実施し、令和5年度の目標達成に向け、計画期間である後半3年の計画に反映させ、効果的な保健事業を展開していくために行うものです。

3 中間評価の方法

(1) 評価対象

計画の策定からまだ十分に期間が経っていないことから、被保険者全体の健康水準や医療費への効果は大きくないことが想定されます。

そのため、個別保健事業の評価と見直しに重点を置きながら、計画全体の中長期的な目標に対するアウトプット・アウトカムである実績値の推移の確認、及び成功要因や未達成要因を整理し、最終年度である令和5年度までの目標達成に向けた保健事業の展開と方向性を明確化します。個別保健事業の評価と見直しについては、各事業毎の目標値をストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカムの4つの視点に基づき評価します。

また、計画の中間評価を行う実施体制の評価、手順についても、4つの視点に基づき評価します。

具体的な評価方法については、令和2年6月に公表された公益社団法人国民健康保険中央会「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン」を参考に、本市では次の(2)、(3)の観点に沿って評価します。

(2) 個別保健事業計画に関する4つの観点での評価指標

視点	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
	計画立案体制・実施構成・評価体制	保健事業の実施過程	保健事業の実施状況・実施量	成果
注釈	保健事業を実施するためのしくみや実施体制のこと	保健事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）のこと	事業実施量に関すること	事業実施による成果のこと
本市の評価指標	・第2期データヘルス計画のうち、各目標に関するアウトカム・アウトプット評価 ・各個別保健事業に対する事業毎の目標と評価について （それぞれの事業をストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムで評価）			
評価結果	第2期データヘルス計画における各目標のアウトプット・アウトカム評価の判定			
	【評価】		評価結果に基づく事業の方向性	
	a：改善している		そのまま事業実施を継続する	
	a*：改善している ※		程度に応じて計画の見直しや軌道修正を検討し、方向性を確認する	
	b：変わらない			
	c：悪化している			
	d：評価困難		評価が困難になった理由を明確化し、目標や指標設定の見直しを行う	
※「a*：改善している」が、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれる場合				

(3) データヘルス計画全体に関する 4 つの観点での評価指標

視点	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
	計画立案体制・実施構成・評価体制	保健事業の実施過程	保健事業の実施状況・実施量	成果
注釈	計画の目的・目標を達成するための仕組みや体制のこと	計画策定手順のこと	計画に記載した事業の実施状況に関する こと	計画を実行することにより目指す目標・目的のこと
本市の評価指標	関係者と連携した計画立案や評価体制であったか 計画を策定するために十分な人員や予算が確保できたか	健診、医療、介護データ、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析したか 現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業の選択ができたか	第 2 期データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度まで実施できたか	第 2 期データヘルス計画の目的・目標に達することができたか

第2章 米沢市の現状

1 第2期データヘルス計画＜中間評価＞に係る考察

(1) 中間評価の結果

本計画の目的である「健康寿命の延伸」を達成させるために必要な「中長期・短期目標」についてアウトプット・アウトカム評価を行いました。

①長期目標 ＜令和5年度最終評価＞

目標	評価指標	R5 年度目標	ベースライン	現状値	評価
虚血性心疾患・脳血管疾患の死亡が減少	SMR (標準化死亡比)	100 国基準を目指す	【H20～H24】 ●急性心筋梗塞 男：153.9 女：136.3 ●脳血管疾患 男：125.1 女：130.5	【H25～H29】 ●急性心筋梗塞 男：174.8 女：173.7 ●脳血管疾患 男：124.6 女：122.2	c
悪性新生物(胃がん)による死亡が減少	SMR (標準化死亡比)	100 国基準を目指す	【H20～H24】 ●胃がん 男：118.3 女：122.2	【H25～H29】 ●胃がん 男：113.7 女：118.7	a*

②中期目標 ＜令和2年度中間評価＞

目標	評価指標	求め方	R2 年度 目標		H28 ベース ライン (人数)	H29	H30	R1	評価
本市規定 の要指導 者の減少	HbA1c ≧6.5%	健診支援 ソフト集 計結果か ら該当者 を抽出し て出した 割合	8.3% ベースラ インより 1%減少	目標 値		9.05%	8.8%	8.55%	c
				実績 値	9.3% (409)	9.3% (429)	9.4% (490)	10.8% (632)	
	血圧 ≧ 160/100 mm Hg		3.2% ベースラ インより 1%減少	目標 値		3.95%	3.7%	3.45%	c
				実績 値	4.2% (184)	4.8% (223)	6.6% (344)	6.6% (389)	
	脂質 LDL ≧180 mg/dl		2.7% ベースラ インより 1%減少	目標 値		3.45%	3.2%	2.95%	a*
				実績 値	3.7% (163)	2.7% (126)	3.1% (163)	3.3% (194)	

③短期目標 <毎年評価>

目標	評価指標	求め方		H28 ベース ライン	H29	H30	R1	評価
特定健診受診率向上	特定健診受診率	法定報告	目標値		60.0%	38.0%	42.0%	a
			実績値	33.0%	36.5%	42.7%	50.0%	
特定保健指導実施率向上	特定保健指導実施率	法定報告	目標値		60.0%	40.0%	44.0%	a*
			実績値	30.8%	34.5%	22.8%	32.1%	
糖尿病重症化予防対象者の医療機関受診率向上	HbA1c ≥ 6.5%かつ未治療者が適切に医療機関を受診する割合	医療機関受診率	目標値	95.0%	95.0%	95.0%	95.0%	c
			実績値	87.6%	88.9%	89.2%	86.3%	
がん検診受診率向上	胃がん検診受診率	がん検診成績表	目標値		27.0%	27.0%	27.0%	a*
			実績値	15.8%	16.8%	15.7%	18.2%	
	大腸がん検診受診率		目標値		37.0%	37.0%	37.0%	
			実績値	25.1%	26.4%	26.4%	27.6%	
	肺がん検診受診率		目標値		37.0%	37.0%	37.0%	
			実績値	24.1%	26.3%	26.7%	28.1%	
	子宮頸がん検診受診率		目標値		35.0%	35.0%	35.0%	
			実績値	26.1%	27.8%	27.5%	27.2%	
乳がん検診受診率	目標値		37.0%	37.0%	37.0%			
	実績値	21.8%	22.7%	24.0%	25.7%			
がん検診精密検査受診率向上	胃がん検診受診率	がん検診成績表	目標値		95.0%	95.0%	95.0%	a*
			実績値	87.5%	89.0%	89.8%	88.0%	
	大腸がん検診受診率		目標値		95.0%	95.0%	95.0%	
			実績値	80.4%	82.8%	85.1%	81.6%	
	肺がん検診受診率		目標値		95.0%	95.0%	95.0%	
			実績値	89.1%	93.5%	95.5%	92.2%	
	子宮頸がん検診受診率		目標値		95.0%	95.0%	95.0%	
			実績値	84.4%	96.9%	91.0%	76.7%	
	乳がん検診受診率	目標値		95.0%	95.0%	95.0%		
		実績値	92.0%	96.6%	92.1%	96.6%		

(2) 目標達成要因、未達成要因の整理

第2期データヘルス計画全体のアウトカム・アウトプット評価からに基づき、下表のとおり各目標を関連付けて、目標値や評価指標の見直し、整理しました。

その結果、特定健診及びがん検診受診率が向上しただけでなく、その後の特定保健指導実施率、がん精密検査受診率も合わせて向上しており、各健診受診における実施体制や実施過程、実施手順(ストラクチャー・プロセス)が適切であると評価できます。

一方、中期目標「本市規定の要指導者の減少」のうち、「血糖」、「血压」の要指導者では目標達成できず、悪化しています。年々特定健診受診率が向上し、受診者増加に伴う健診結果の分析と、それに対応した保健事業の展開方法に課題があったことが予想されます。糖尿病重症化予防にかかわる取り組みと合わせて、個別保健事業計画の評価を踏まえ、目標値や計画内容を見直す必要があります。

各目標の相関関係及び評価結果

長期目標	虚血性心疾患・脳血管疾患の死亡が減少 (c)			悪性新生物(胃がん)による死亡が減少 (a*)
中期目標	本市規定の要指導者の減少			
	(血糖) (c)	(血压) (c)	(脂質) (a*)	
短期目標	糖尿病重症化予防対象者の医療機関受診率向上 (c)	特定健診受診率向上 (a)	特定保健指導実施率向上 (a*)	がん検診受診率向上 (a*)
				がん精密検査受診率向上 (a*)

(3) 本計画全体にかかわる評価

計画の中間評価を行うにあたり、下表のとおり計画全体を4つの視点で評価したところ、アウトプット・アウトカムに課題がありました。

アウトカムについては、目標に対応する事業が多く、その多くが発症予防に重きを置いたポピュレーション事業だったことが未達成要因の1つであると考えられます。後半3年については、保健事業から重点的な項目を選択し、メリハリをつける必要があります。

アウトプットについては、糖尿病治療中断者への取り組みについて、計画策定3年で構築することができませんでした。未達成要因としては、「糖尿病治療中断者」の対象者の選定や、抽出(把握)方法に関するマニュアルの不足や関係機関との連携体制などの実施体制に課題があったと考えられます。現状分析から、重点的な事業として令和元年に厚生労働省が公表した「糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き」を参考に実施していく必要があります。

	評価指標	達成状況	内容
ストラクチャー	関係者と連携した計画立案・評価体制であったか	達成	庁内で連携し、情報共有を図りながら実施することができた。また、必要に応じて、外部団体である山形県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会から評価を受けられるよう、体制を構築できた
	計画を策定するために十分な人員や予算が確保できたか	達成	事業を推進する上で必要な予算を十分に確保し、執行することができた。国保データベース(KDB)を活用した現状分析と課題抽出、目標の再設定など中間評価を十分に行うための人員を確保できた
プロセス	健診・医療・介護データ、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析したか	達成	本計画策定に当たっては、国保データベース(KDB)だけでなく、がん成績表など様々な統計資料を活用し、現状分析と課題抽出をした上で、関連機関から助言や評価を受けながら計画を策定できた。 また、保健師による訪問や電話などの地区活動を通して得た質的情報も現状分析に取り入れ、今後の目標値に反映することができた
	現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択ができたか	達成	国保データベース(KDB)等を用いて現状分析するだけでなく、被保険者の年齢構造の変化や健康指標に影響する外的要因(災害、感染症等)などを考慮し、標準化死亡比(SMR)で国全体の動向も踏まえて課題抽出等ができた
アウトプット	第2期データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度まで実施できたか	95%達成 22事業中 21事業を 前半3年 で実施	第2期データヘルス計画の第6章について前半3年の取り組みを評価した結果、計画通り実施していたが、「③糖尿病重症化予防対策」の「治療中断者へ適切な受診勧奨を行い、適正受診につなげること」のみ、取り組むことが出来なかった。
アウトカム	第2期データヘルス計画の目的・目標に達することができたか	達成及び 一部未達成	中長期目標の結果、短期目標の結果参照

(4) 個別保健事業に対する評価

データヘルス計画を構成する個別保健事業のうち、中間評価に関連する中期目標及び短期目標に係りの大きい5つの事業について、4つの観点(ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム)から評価を行いました。その結果をもとに事業毎の方向性についてまとめています。

①特定健診受診率向上対策

課題	特定健診の受診率が低く、特定健診が開始された平成 20 年度から連続して県内最下位が続いている。平成 28 年度ベースラインにて受診率は 33.0%であり、約 7 割の被保険者の健康状態が把握できていない。					
目的	健診を受診し、健康状態の確認と生活習慣病の早期発見・予防に取り組む被保険者を増やす。また、受診率の向上により、被保険者の健康状態を把握し、今後の保健事業の充実につなげる。					
対象者	40～74 歳の国民健康保険被保険者					
実施内容	①周知・啓発の取り組み ・前年度の 2 月頃に、次年度の対象者に対し「健診希望調査（集団健診申し込みを兼ねる）」を実施 ・集団健診の受診者に対し、健診結果説明会を実施（別途個別事業評価参照） ・保健師による地区活動での機会を捉えた健診受診勧奨（健康教室・サロンなど） ・市内コミュニティセンターと連携し、コミセンだよりへの掲載 ・衛生組合連合会と連携した普及啓発活動 ・5 年間連続健診及び医療未受診者に対する実態把握のための訪問 ・特定健診事業が開始されて以来、先進的な取り組みを土台とした市民への普及啓発活動 ②未受診者への取り組み ・はがきによる個人通知 特定健診未受診者の健診受診歴や健診結果、問診票を解析して、対象者に合わせた内容の通知発送。 ・電話での受診勧奨 市保健師、市管理栄養士、県内看護師保健師 OB 組織 (R1 から) に委託して実施。 ・治療のため健診を受けない者へのアプローチとして、主治医と連携した診療情報提供を開始 (H30～) ③その他 集団健診電子申請を整備、集団健診レディースデイに託児開設、障がいのある方向けの健診を整備、自費ドックの結果提供者に粗品を提供、鷹山ドック受診者へ尿酸値等詳細な血液検査を追加					
評価	評価指標			H28	H30	R1
	ストラクチャー	国保部門と保健部門の情報共有・連携	目標値		100%	100%
			実績値	100%	100%	100%
		健診実施機関との連携	目標値		100%	100%
			実績値	100%	100%	100%

	プロセス	マニュアルに基づき電話勧奨を実施する割合	目標値		90%	90%
			実績値	100%	100%	100%
	アウトプット	通知発送者の受診率	目標値		15%	15%
			実績値	13.3%	13.0%	20.1%
		電話勧奨対象者の受診率	目標値		20%	28%
			実績値	16.7%	16.9%	27.3%
	アウトカム	特定健診受診率の向上	目標値		38%	42%
			実績値	33%	42.7%	50%
	（ストラクチャー）未受診勧奨時、対象者の抽出で健診実施機関と連携した。また、未受診勧奨の年間スケジュールを健診実施機関に情報提供するなど、受診率向上の取組の周知を行った。 （プロセス）事前にマニュアルを作成し、打合せ等により加筆修正したものを使用した。					
	要因	特定健診が開始されてから、受診率向上についての様々な取り組みを実施してきた。課をあげて、試行錯誤を繰り返しながら全力で取り組みを継続した結果、特定健診の受診率は毎年向上している。平成 27 年度からは健診結果説明会を実施し、健診受診者が継続受診をする意欲の向上に寄与したと思われる。 勧奨方法も、内容を工夫した通知や、コールセンター委託から地元の看護職 OB に切り替えた電話での受診勧奨が未受診者の行動変容につながった。また、健診未受診の理由で最も多い「治療中のため健診は受けない」という者に対しては、主治医と連携した体制を整え協力を得たことも受診率が向上した要因と考えられる。				
事業の方向性	継続。 今後も、米沢市医師会等関連機関と連携し、保健事業と両輪で取り組んでいく。					

②特定保健指導実施率向上対策

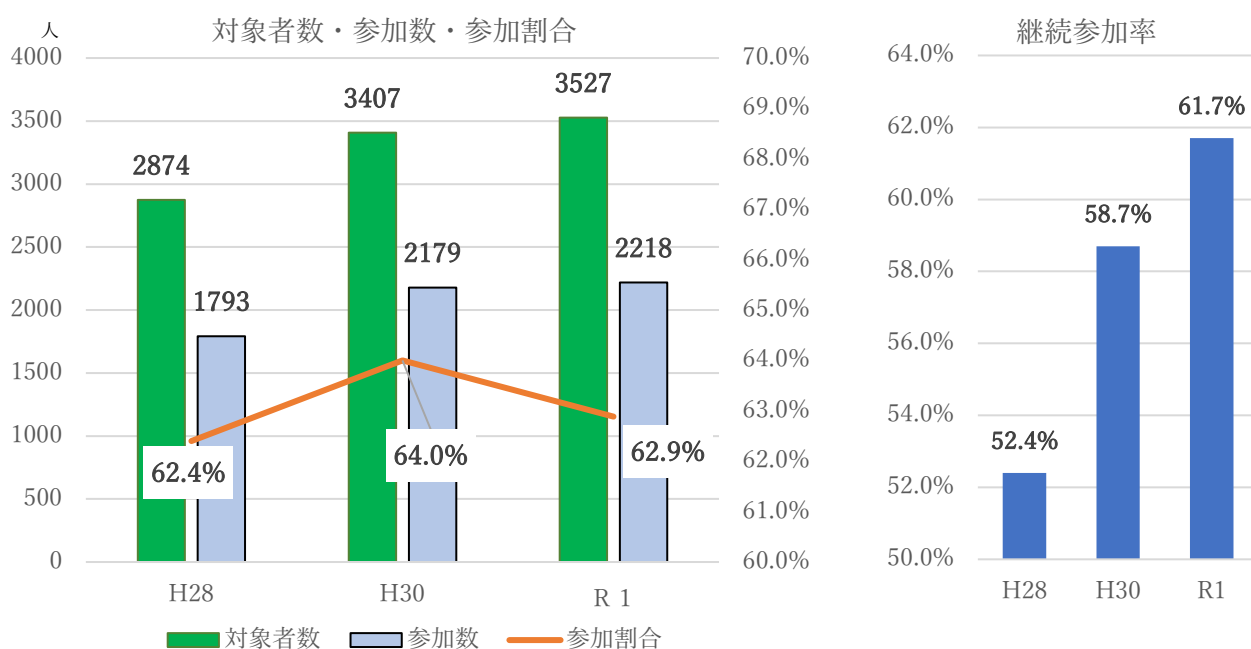
課題	特定保健指導実施率(法定報告値)は年々向上しているが、国の目標値 60%に大きく届かない状況となっている。					
目的	メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少を目的とした特定保健指導事業を実施し、実施率の向上を目指す。引いては対象者の生活習慣病の発症や重症化を予防する。					
対象者	特定健診受診結果、階層化により特定保健指導が必要とされた者。 ＜積極的支援：到達 40 歳～64 歳、動機づけ支援：今年度到達 40 歳～74 歳＞					
実施内容	①特定健診受託機関のうち 4 か所で委託し実施。 ・健診当日の初回面接実施を積極的に実施 ・特定保健指導実施機関との連携 ②対象者への利用勧奨 特定健診の実施機関が健診結果を階層化し、特定保健指導該当者に特定保健指導の案内チラシを配布 ③健診当日に初回面接ができなかった者に対する利用勧奨(集団健診) 健診結果説明会や訪問、電話で特定保健指導の勧奨を実施 ④特定保健指導の終了時に血液検査・尿検査を無料で実施					
評価	評価指標			H28	H30	R1
	ストラクチャー	特定保健指導実施機関との連携	目標値		100%	100%
			実績値	100%	100%	100%
	プロセス	対象者に適切に利用勧奨する	目標値		100%	100%
			実績値	100%	100%	100%
	アウトプット	特定保健指導実施率 (法定報告値)	目標値		40%	44%
			実績値	30.8%	22.8%	32.1%
	アウトカム	内臓脂肪症候群該当者割合	目標値		県平均 17.3%	県平均 17.6%
			実績値	16.0%	19.9%	20.5%
		特定健診質問票で保健指導 利用を希望しない人の割合	目標値		60%	56%
			実績値	59.1%	62.9%	64.5%
	(ストラクチャー) 特定保健指導実施機関を対象に年 1 回実施説明会を実施し、マニュアルに沿って特定保健指導の流れや実施方法、報告方法等を周知し、情報交換している。また、実施機関の担当者に健診当日の初回面接実施の有無を報告してもらい、未実施の人には健診結果説明会で市が利用勧奨するなどの連携をとっている。 (プロセス) 健診実施機関及び市で計画通り利用勧奨できた。					
要因	特定保健指導実施機関では初回面接ができる人数が制限されるなど、人員確保や実施体制に課題があり、特定保健指導対象者が速やかに特定保健指導利用に至るよう、体制整備が必要である。 また、未利用者勧奨を積極的に実施していく必要がある。					
事業の方向性	継続。 積極的に未利用者勧奨を実施していく。					

③ 健診結果説明会事業

課題	本市では入院医療費、外来医療費ともに、悪性新生物、脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費が全国と比較して高い。これらの疾患は血圧高値や血糖高値等の生活習慣病が要因となっているため、特定健診の継続的な受診と生活習慣改善、適切な受診行動をとるよう指導する必要がある。					
目的	集団健診を受診した者が、健診を受診することの必要性や健診結果の見方、生活習慣改善のポイント等を理解することで、健診継続受診につなげ、よい生活習慣への行動変容、適切な受診行動をとることができる。					
対象者	①集団健診で、はつらつ基本健診、特定健診、後期高齢者健診受診者 ②上記以外の希望者					
実施内容	①健診データ分析ソフトを用いて指導が必要な人（要指導者）を選定 ②健診結果説明会の実施 ・ 集団健診日毎に説明会の日を設定し、健診結果配布を兼ねる ・ 保健師、栄養士からの集団講話と、要指導者・相談希望者への個別相談を実施 ・ 説明会欠席者には、訪問（要指導者に対して）又は郵送で結果通知 ③事後指導 ・ 結果説明会に参加しなかった要指導者へ保健師・栄養士による訪問、又は電話での保健指導の実施。					
評価	評価指標			H28	H30	R1
	ストラクチャー	健診実施機関との連携体制	目標値	100%	100%	100%
			実績値	100%	100%	100%
		栄養士や保健師等の人材確保	目標値	100%	100%	100%
			実績値	100%	100%	100%
	プロセス	対象者の抽出や開催時期は適切だったか	目標値	100%	100%	100%
			実績値	100%	100%	100%
		対象者への周知	目標値	100%	100%	100%
			実績値	100%	100%	100%
	アウトプット	健診結果説明会の参加率60%以上を維持	目標値	60%	64%	65%
			実績値	63.4%	64.0%	62.7%
		継続参加率が年3%以上増加	目標値		56.0%	62.0%
			実績値	52.4%	58.7%	61.7%
	アウトカム	血圧の内服率がR2年度まで1.0%増加	目標値		33.2%	35.0%
			実績値	32.7%	35.0%	34.4%
		糖の内服率がR2年度まで1.0%増加	目標値		8.3%	8.8%
			実績値	7.8%	8.7%	8.5%
		脂質の内服率がR2年度まで1.0%増加	目標値		18.1%	19.6%
			実績値	17.6%	19.6%	19.2%
要因	毎年健診後に健康教育や保健指導を受け、自分の健診結果を振り返ったことで適切な受診行動につながり、血圧、糖、脂質での服薬率が増加したと思われる。					

	また、健診結果説明会に参加することで健康意識が高まり、翌年の継続受診につながったと思われる。
事業の方向性	個別対応に変更し継続。 発症予防（ポピュレーション事業）と位置づけし、今後は対象を集団健診受診者から本市の健診受診者に拡大する。さらに、個々の相談に重点を置き生活習慣改善の意欲を高めるため「健診結果個別相談会」として申込制で実施する。

<参考資料>



④ 糖尿病重症化予防事業

(ア) 糖尿病重症化予防事業

課題	血糖値における二次検診受診率は H28 年度ベースラインにて 87.6%であり、1 割以上の者が適切な治療に結びついていない。					
目的	糖尿病未治療者で血糖検査が受診勧奨判定値の者に対して、速やかな医療機関への受診に繋げることで、高血糖状態を放置することを防ぐ。引いては、糖尿病重症化を予防し、腎不全や網膜症、神経障害などの合併症や、心疾患や脳血管疾患の発症を防ぐ。					
対象者	特定健診の結果から、HbA1c6.5%以上かつ糖尿病未治療者 ※糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防事業の対象者は除く					
実施内容	特定健診の結果、糖尿病未治療で高血糖状態にある者に回報書を用いた受診勧奨を行うと共に、回報書の返却がない者には、その後手紙、電話、訪問などで受診を促す。					
評価	評価指標			H28	H30	R1
	ストラクチャー	関係機関と連携が取れた体制となっている割合	目標値		100%	100%
			実績値	100%	100%	100%
	プロセス	対象者の抽出や回報書発行の時期は適切だったか	目標値		100%	100%
			実績値	100%	100%	100%
		医療機関未受診者の再勧奨の時期は適切だったか	目標値		100%	100%
			実績値	100%	100%	100%
	アウトプット	回報書の返却率	目標値		90.0%	90.0%
			実績値	69.3%	71.5%	86.3%
	アウトカム	医療機関受診率	目標値		95.0%	95.0%
			実績値	87.6%	89.2%	86.3%
		事業対象者の減少	目標値		3.0%	2.8%
			実績値	3.2%	2.8%	2.6%
（ストラクチャー）健診形態にかかわらず、健診実施機関で基準に基づき対象者を抽出し、市と連携して回報書発行し、早期受診勧奨する仕組みが確保できた。健診実施機関への事業説明会、医師会との会議、国保運協など機会を捉え、事業計画の説明や実績報告し、助言をいただくなど、関連機関と連携した取り組みができた。 （プロセス）健診結果通知後 2 か月を目安に受診勧奨通知を発送し、電話や訪問等で受診勧奨実施した。連絡が取れない人は KDB のレセプトで受診状況を確認した。						
要因	・回報書の返却率、医療機関受診率は目標達成出来なかったが、健診実施機関が適切に対象者を抽出し、健診結果と共に回報書を発行し受診勧奨する仕組みが、各評価指標の実績値の上昇に寄与していると思われる。 ・平成 26 年度から取り組みを開始し、事業対象者が確実に減少傾向にあり、必要な医療につながり、重症化が予防できていると考えられる。					
事業の方向性	継続。市医師会をはじめ、健診実施機関の理解と協力が必須の取り組みである。早期に適切な検査や診断、治療が受けられるよう、市医師会及び糖尿病専門医の助言を得ながら、関連機関と連携を図っていく。					

(イ) 糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) 重症化予防事業

課題	山形県全体での糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は増加傾向である。 (山形県では H28 年度 117 人 (ベースライン) から R4 年度 90 人を目標としている)					
目的	慢性腎臓病は重症化すると人工透析につながる恐れがあることから、健診の結果、腎機能が低下している恐れがある者に対して速やかな医療機関受診につなげ重症化を防ぐ。					
対象者	<30 年度の事業対象者基準> 集団健診実施機関での受診結果から①または②に該当する者 ①HbA1c が 6.5%以上かつ尿蛋白陽性(+)以上で未治療の者 ②e-GFR が 45ml/分/1.73 m²未満で糖尿病・慢性腎臓病未治療の者 <R1 年度の事業対象者基準> 集団健診実施機関での健診受診結果から①または②に該当する者 ①空腹時血糖 126 mg/dℓ(随時血糖 200 mg/dℓ)以上または HbA1c6.5%以上に該当し、かつ e-GFR60 未満または尿蛋白(+)以上の者 ②e-GFR45 未満の者					
実施内容	H30 年度から県全体の取り組みとして実施。 集団健診実施機関で特定健診及び後期高齢者健診を受診した対象者へ、回報書を用いた受診勧奨を行うと共に、回報書の返却がない者には、手紙、電話、訪問などで受診を促す。					
評価	評価指標			H28	H30	R1
	ストラクチャー	関係機関と連携が取れた体制となっている割合	目標値		100%	100%
			実績値	実施なし	100%	100%
	プロセス	対象者の抽出や回報書発行の時期は適切だったか	目標値		100%	100%
			実績値	実施なし	100%	100%
		医療機関未受診者の再勧奨の時期は適切だったか	目標値		100%	100%
			実績値	実施なし	100%	100%
	アウトプット	回報書の返却率	目標値		90.0%	90.0%
			実績値	実施なし	88.4%	71.4%
	アウトカム	医療機関受診率	目標値		95.0%	95.0%
			実績値	実施なし	96.2%	95.2%
		事業対象者の減少	目標値		1.0%	1.0%
			実績値	実施なし	0.8%	1.2%
	(ストラクチャー・プロセス) 上記「糖尿病重症化予防事業」同様の流れで実施できた。 ※評価は後期高齢者健診受診者も含む					
要因	・事業対象者割合の増加の要因は、R1 年度から対象者基準が変更となり、対象者数が増加したことによるため、経年変化は比較できない。 ・R1 年度に回報書返却率が低くなった要因は特定できなかったが、R1 年度は特定健診受診者数の伸びが大きく、新規受診者が増えたことにより、二次検診時の回報書持参の流れが受診者に定着していなかった可能性も考えられる。					
事業の方向性	継続。糖尿病重症化予防事業同様、関係者との連携を図ると共に、透析予防の点において、よりハイリスクな対象者であるため、未受診の場合は理由を把握し対策を立てていく。					

(ウ) 糖尿病予防のための運動コース

課題	・ 特定健診受診者の HbA1c 要指導の割合が全国と比べ高く、高血糖の改善に効果的と考えられる運動習慣がない人の割合も全国と比較し多い。 ・ 40 歳未満で既に腹囲がメタボ基準に該当し血糖値異常が出てきている。運動習慣や適切な食生活の改善で糖尿病発症予防が大いに期待できる年代であり、正しい知識の普及が必要である。 ・ 教室等のコース参加者は限られている。そのため、周りへの波及効果を狙う必要がある。					
目的	適切な食生活及び運動習慣を身に付け、生活習慣改善に向けた行動変容へとつながることで、糖尿病の発症を予防する。					
対象者	①前年度及び当年度（集団健診のみ）の市特定健診受診者のうち、HbA1c が要指導（5.6～6.4%）の者。特定保健指導利用者は除く。 ②40 歳未満の国保被保険者で、前年度及び当年度（集団健診のみ）の健康診査受診者のうち、腹囲が男性 85 cm、女性 90 cm 以上または、HbA1c が要指導（5.6～6.4%）の者					
実施内容	H28 年度までは直営で実施していたが H29 年度から、糖尿病発症予防のための運動指導、栄養指導の業務を市内スポーツ施設に教室運営を委託し、1 コース 8 回・定員 20 人、年 4 回として市と連携した支援を実施する。コース終了後は参加後の行動変容の定着を目的に、市の保健師、管理栄養士による訪問又は電話での健康・栄養相談、保健指導を実施する。					
評価	評価指標			H28	H30	R1
	ストラクチャー	委託契約仕様書に基づいた職種・職員数である	目標値		100%	100%
			実績値	—	100%	100%
	プロセス	プログラム内容が対象者に合っていたか。	目標値		100%	100%
			実績値	—	89.8%	88.5%
	アウトプット	各コースの参加率	目標値		90.0%	90.0%
			実績値	85.0%	81.0%	83.6%
		講座終了時に運動習慣を持つ者の割合	目標値		95.0%	95.0%
			実績値	95.7%	79.6%	85.2%
	アウトカム	家族への波及効果があった者の割合	目標値		50.0%	50.0%
			実績値	51.1%	35.2%	70.5%
		参加者の次年度の健診結果で運動習慣を持つ者の割合	目標値		50.0%	50.0%
			実績値	45.3%	43.8%	未確定
	（ストラクチャー）医師会との会議、国保連協など機会を捉え、事業計画の説明や実績報告し助言をいただくなど、関連機関と連携した取り組みができていた。 （プロセス）アンケート内容で「適切な講座内容であった」と回答する割合。					
要因	講座終了時の運動習慣は、運動指導等を委託した年の方が低く、運動施設に行くと運動出来るが、家庭での運動は続かないという声が聞かれた。1 人では続かないという意見もあり、家族への普及効果や仲間づくりの視点も必要だと思われた。					
事業の方向性	要検討。運動をメインにした唯一の保健事業であり、参加者と共に目的・目標を共有し、毎年評価改善を積み重ね、関連機関の助言をいただきながら実施していた。運動習慣が身につくきっかけづくりとして位置づけ、家庭で取り組める運動指導をしていたが、長年の運動習慣による差も大きく、他課や他団体で実施している運動教室との整合性と共に検討していく。					

⑤ がん検診

(ア) がん検診受診率向上事業

課題	悪性新生物(がん)は、男女ともに死因第1位であり、国保医療費割合上位を占めている。H20～H24の死因別標準化死亡比では男性の悪性新生物(胃がん)が全国の1.18倍となっている。しかし、がん検診受診率は県内平均より低く最下位に近い。						
目的	がん検診受診率を向上させることで、がんの早期発見・早期治療を目指す。						
対象者	市民で、下記に該当する者 ①呼吸器検診(肺がん・結核) 40歳以上 ④子宮頸がん検診 20歳以上の女性 ②胃がん検診(内視鏡・X線) 40歳以上 ⑤乳がん検診 40歳以上の女性 ③大腸がん検診 40歳以上						
実施内容	・通知や電話等による特定健診の受診勧奨に併せて、がん検診の周知を含めた受診勧奨を実施。健診希望調査の際にも、がん検診の意向を確認し受診を促す。 ・国保年金課で国保被保険者へ通知する際(国保証一斉更新、脳ドック事業)に、がん検診受診勧奨通知を同封。 ・広報やホームページ、SNS等でがん検診の啓発に取り組む。 ・R1年度から個別健診で胃内視鏡検査を開始。 ・集団健診における特定健診と全てのがん検診を同日実施できる体制ができている。						
評価	評価指標				H28	H30	R1
	ストラクチャー	関係機関との連携		目標値		100%	100%
				実績値	100%	100%	100%
	プロセス	対象者の抽出や受診勧奨の時期は適切だったか		目標値		100%	100%
				実績値	90%	90%	90%
		健診実施機関がチェックリストを遵守しているか		目標値		100%	100%
				実績値	100%	100%	100%
	アウトプット	がん検診受診率	胃がん	目標値		27.0%	27.0%
				実績値	15.8%	15.7%	18.2%
			大腸がん	目標値		37.0%	37.0%
				実績値	25.1%	26.4%	27.6%
			肺がん	目標値		37.0%	37.0%
				実績値	24.1%	26.7%	28.1%
			子宮頸がん	目標値		35.0%	35.0%
				実績値	26.1%	27.5%	27.2%
	乳がん	目標値		37.0%	37.0%		
		実績値	21.8%	24.0%	25.7%		
	アウトカム	がん発見率	胃がん	目標値		0.11%以上	0.11%以上
				実績値	0.26%	0.23%	0.33%
			大腸がん	目標値		0.13%以上	0.13%以上
				実績値	0.19%	0.27%	0.36%
			肺がん	目標値		0.03%以上	0.03%以上
				実績値	0.06%	0.09%	0.08%

	評価指標				H28	H30	R1
アウトカム	がん発見率	子宮頸がん	目標値		0.05%以上	0.05%以上	
			実績値	0.11%	0.17%	0.06%	
		乳がん	目標値		0.23%以上	0.23%以上	
			実績値	0.54%	0.24%	0.10%	
（ストラクチャー）健診実施機関への事業説明会を開催し、実績報告や事業説明等を行い統一した考えを持って検診に取り組むことができた。また、保健検診委員会等の医師会の会議でも、実績報告や事業説明を行い共有することができた。庁内では、国保年金課と連携し受診勧奨ができた。 （プロセス）被保険者に対しては特定健診の受診勧奨に併せて、計画に沿って時機を捉えた受診勧奨を実施することができた。全市民に対しては、広報や健診ガイドブックで周知した。健診実施機関に対し、国が示す「事業評価のためのチェックリスト」を遵守できていることを確認した。							
要因	・特定健診の受診率向上対策と共に受診勧奨をしてきた結果、がん検診も同時に受診する者が増加し、受診率が向上している。 ・令和元年度から内視鏡による胃がん検診を県内で初めて導入し、新規受診者が増加した。「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」で有効性が示されたこと、「バリウム検査が苦手」「検査台に上がるのが大変」など市民からの要望があったことなどから、市医師会と連携し胃内視鏡準備小委員会や研修会の開催、先進地視察等を行い導入に至った。						
事業の方向性	継続。 がん検診独自の個人通知による受診勧奨を実施し、周知を強化していく。						

(イ) がん検診精密検査受診率向上事業

課題	がん検診の精密検査受診率は県内平均より高いものの、国の目標値である 90%に到達していない検診種別もあり、要精検者が適切な治療に結びついていない。						
目的	がん検診の結果、要精密検査の者に対して、速やかに医療機関の受診に繋げることで、がんの早期発見・早期治療を目指す。						
対象者	がん検診の結果、要精密検査該当者						
実施内容	①検診結果と共に回報書を発行し受診勧奨を行うとともに、回報書の返却がない者には、結果通知後 2 か月を目安に通知での受診勧奨を行い、さらにその後も受診確認ができない者に対し電話等で受診勧奨を行う。 ②大腸がん検診受診者をはじめとする至急受診勧奨者に対し、検診結果が出次第訪問による早期の受診勧奨を実施。						
評価	評価指標			H28	H30	R1	
	ストラクチャー	精密検査実施機関と連携		目標値		100%	100%
				実績値	100%	100%	100%
	プロセス	精検未受診者の再勧奨の時期は適切だったか		目標値		100%	100%
				実績値	100%	100%	100%
	アウトプット	がん検診精検受診率	胃がん	目標値		95%	95%
				実績値	87. 5%	89. 8%	88. 0%
			大腸がん	目標値		95%	95%
				実績値	80. 4%	85. 1%	81. 6%
			肺がん	目標値		95%	95%
				実績値	89. 1%	95. 5%	92. 2%
			子宮頸がん	目標値		95%	95%
				実績値	84. 4%	91. 0%	76. 7%
		乳がん	目標値		95%	95%	
			実績値	92. 0%	92. 1%	96. 6%	
			胃がん	目標値		0. 11%以上	0. 11%以上
				実績値	0. 26%	0. 23%	0. 33%
			大腸がん	目標値		0. 13%以上	0. 13%以上
				実績値	0. 19%	0. 27%	0. 36%
			肺がん	目標値		0. 03%以上	0. 03%以上
				実績値	0. 06%	0. 09%	0. 08%
	アウトカム	がん発見率	子宮頸がん	目標値		0. 05%以上	0. 05%以上
				実績値	0. 11%	0. 17%	0. 06%
			乳がん	目標値		0. 23%以上	0. 23%以上
				実績値	0. 54%	0. 24%	0. 10%
	(ストラクチャー) 検診実施機関において回報書を発行し、医師会と連携し受診につなげる体制が確保できた。						

要因	精密検査未受診者に対する受診勧奨通知と電話勧奨の継続実施により、年度によって変動があるものの精検受診率は向上している。 ※子宮頸がん検診は精密検査対象者が少ないため、経年的に見た精密検査受診率の変動が大きくなっている。 胃がん、大腸がんといった侵襲の大きい精密検査（胃カメラ、大腸カメラ）が必要な項目は他の精密検査実施率に比べて行動にもつながりにくいため、今後も継続的に早期受診の必要性を周知していく必要がある。
事業の方向性	継続。 がん検診の周知に併せて精密検査の必要性を周知していく。これまでも実施してきた精密検査未受診者への受診勧奨通知と電話勧奨を継続して実施していく。

2 米沢市の人口

本市の人口は、年々減少傾向にあり、令和2年には8万人を下回りました。

内訳を見ると、64歳以下の人口は減少傾向にありますが、65歳以上の人口及び高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は増加傾向にあり、人口減少に加え、少子高齢化が進んでいます。

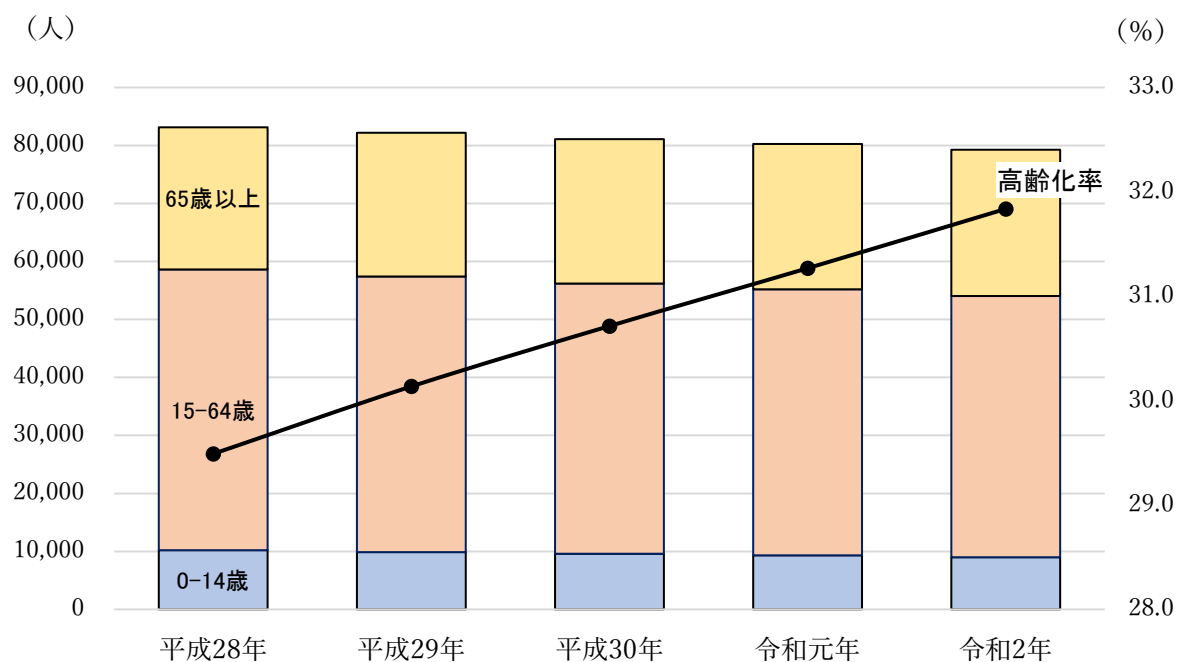
表1 人口の推移

単位：人、%

区分	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
総人口	83,146	82,197	81,082	80,273	79,245
0-14歳	10,214	9,895	9,605	9,306	8,966
15-64歳	48,412	47,531	46,573	45,867	45,050
65歳以上	24,520	24,771	24,904	25,100	25,229
高齢化率	29.5	30.1	30.7	31.3	31.8

資料：住民基本台帳（各年7月1日現在）

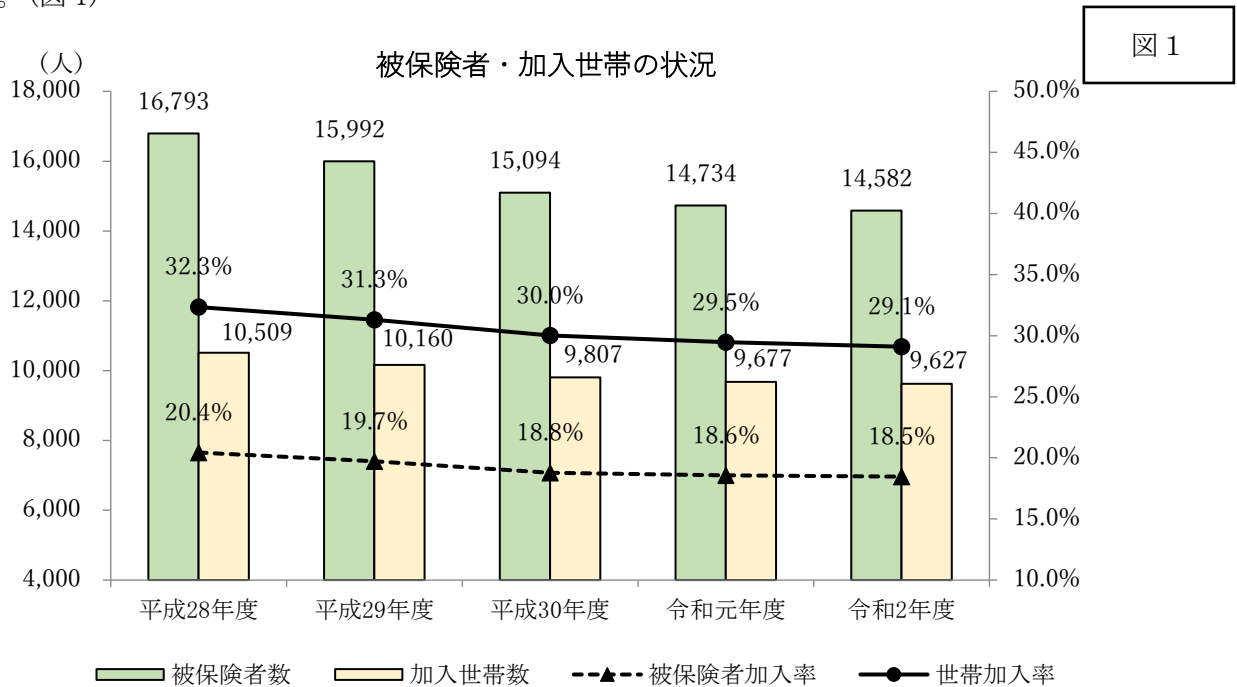
図表1 人口及び高齢化率の推移



3 米沢市国民健康保険の現状

(1) 被保険者の現状

被用者保険や後期高齢者医療への加入により、被保険者数、世帯数、加入率ともに減少が続いています。(図 1)



また、被保険者全体に占める65歳～74歳の人の割合が年々増加し、令和元年度から5割を超えています。(図2)

年齢階層別にみると、60歳以上から被保険者数、加入率ともに大幅に増加しています。(図3)

年度毎の推移を見ると、0歳～69歳で被保険者数と加入率は減少傾向です。特に60歳～69歳の減少が大きくなっています。70歳～74歳の被保険者数は増加傾向が見られます。(図3)

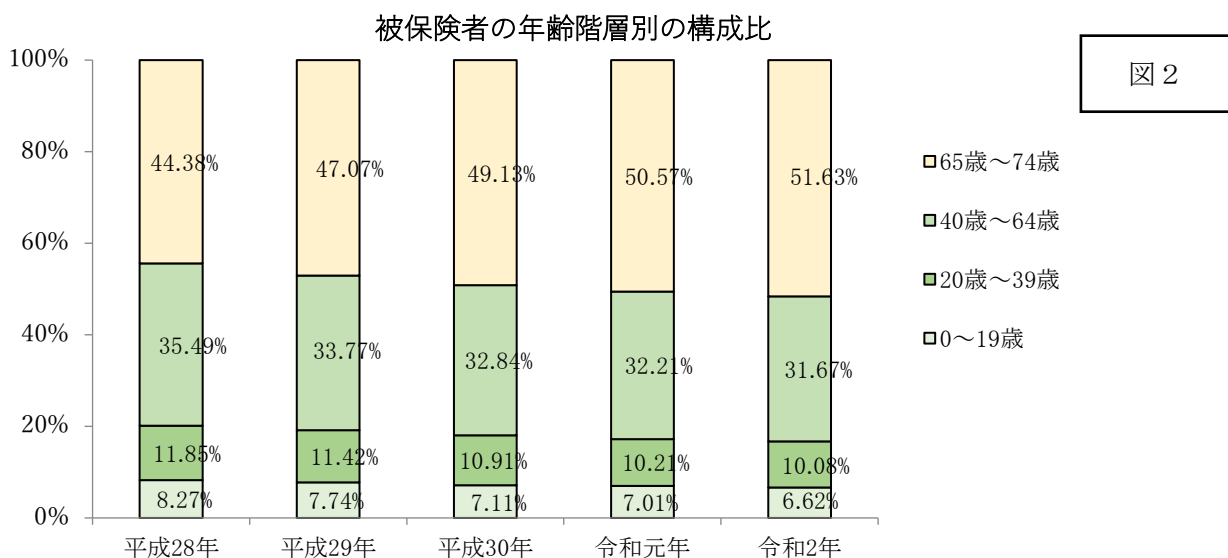
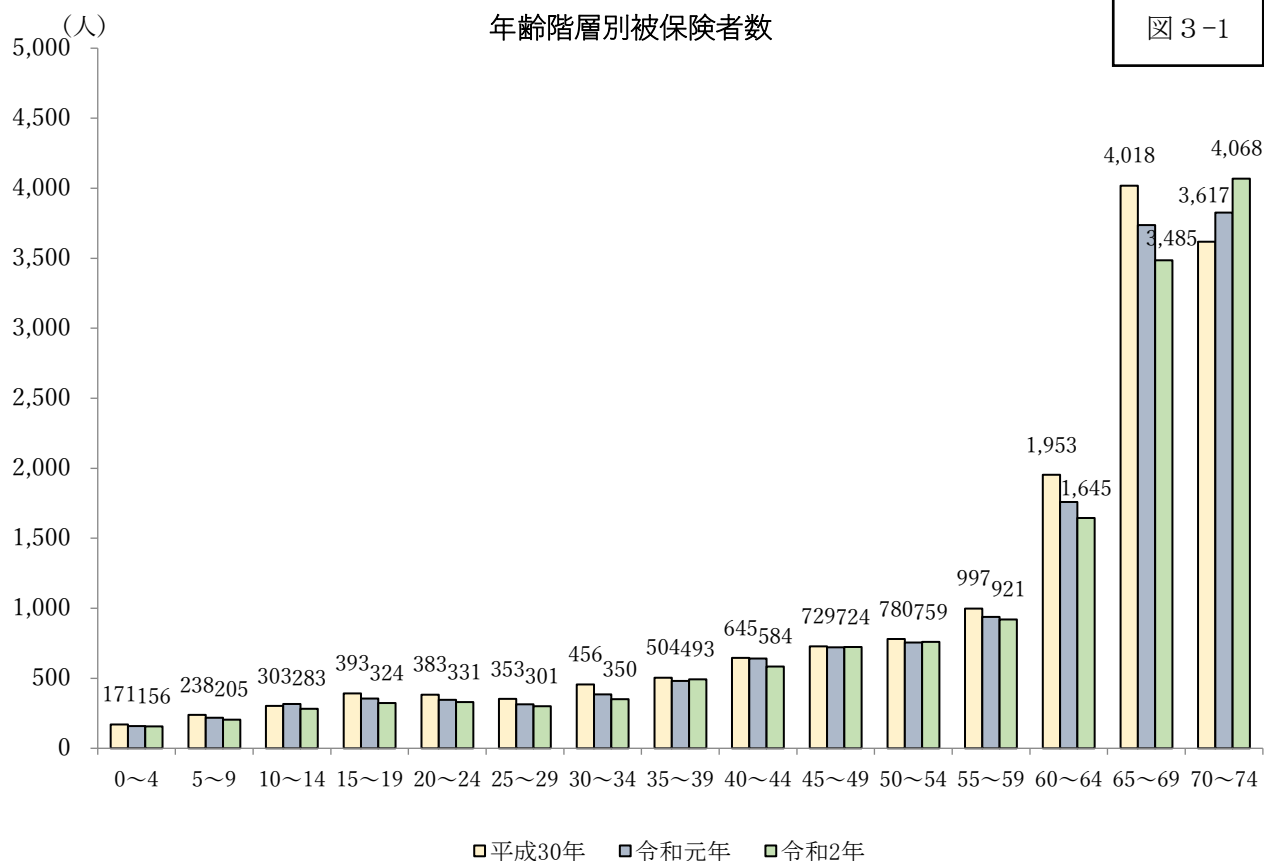
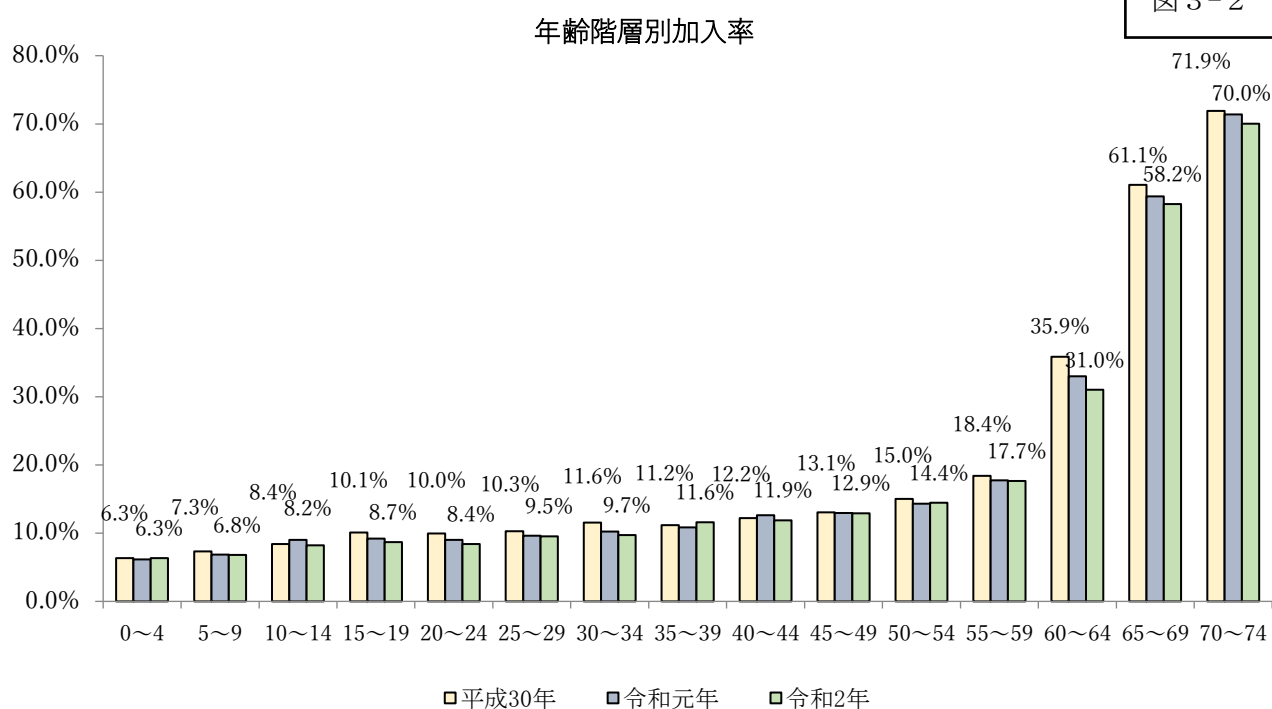


図 3-1



資料:住民基本台帳 実態調査 9月末現在

図 3-2

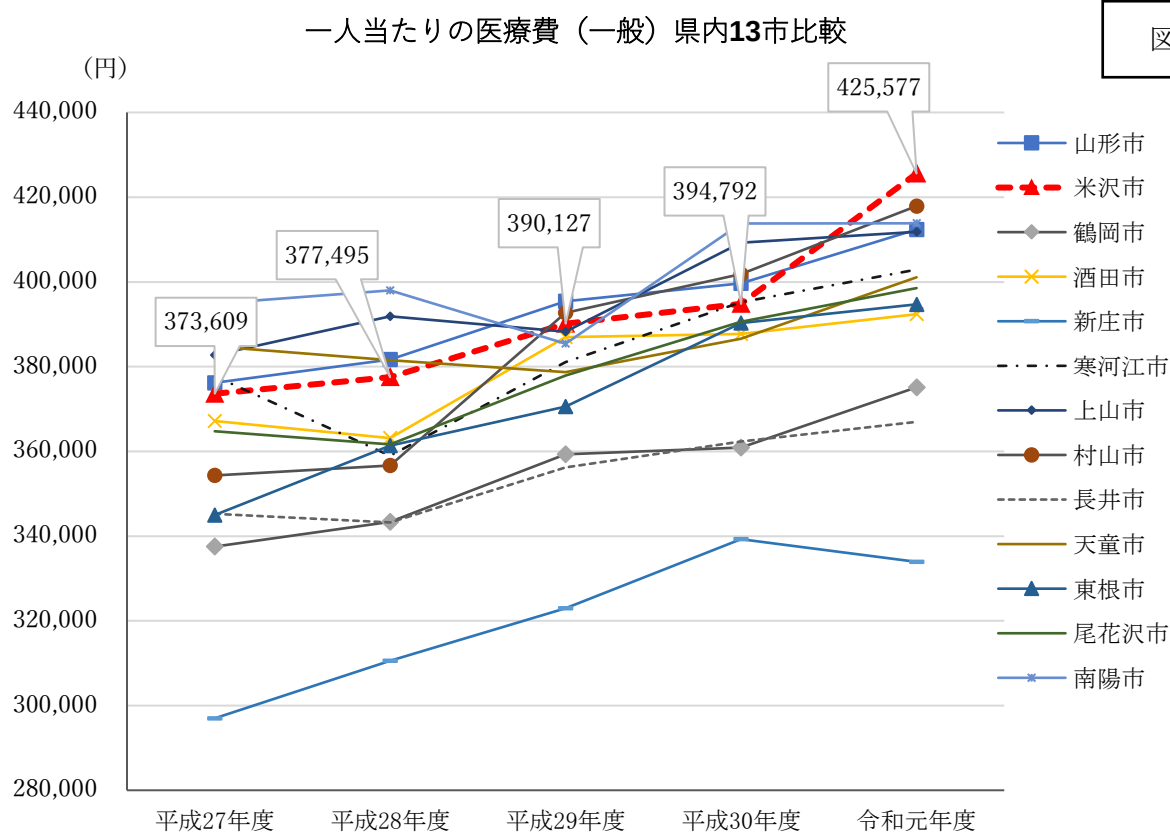
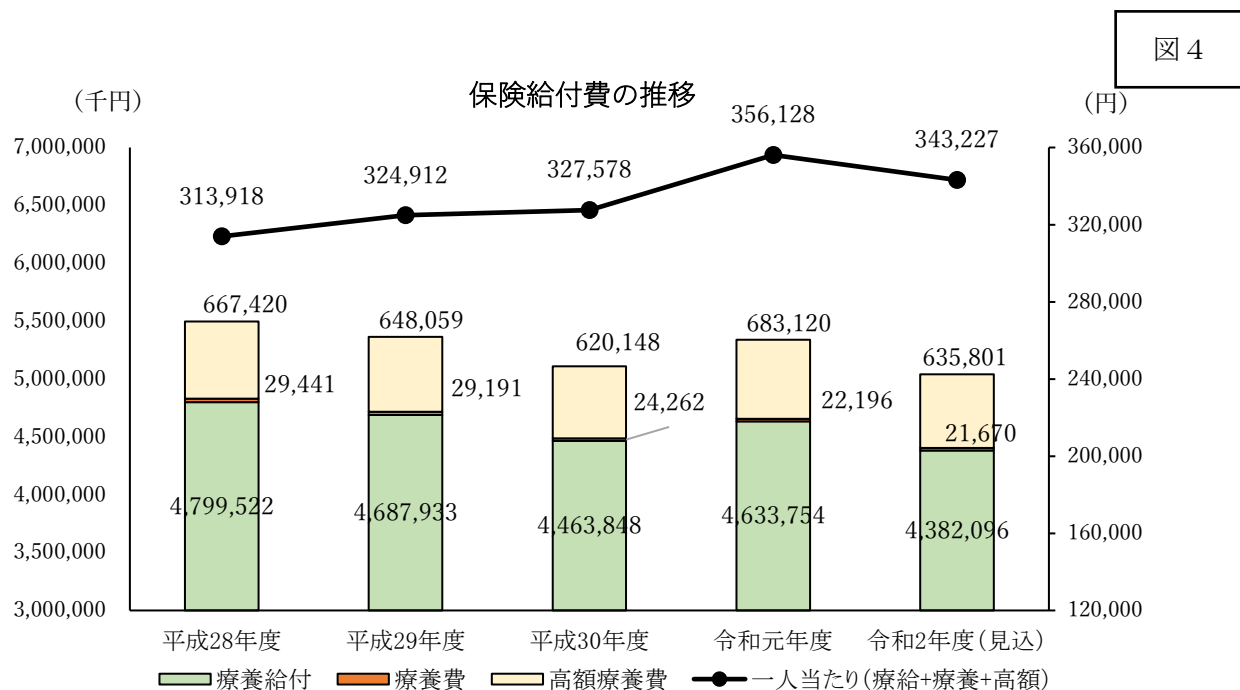


資料:住民基本台帳 実態調査 9月末現在

(2) 医療費の推移

保険給付費は、令和元年度に4年ぶりに総額が増加しましたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響もあり減少する見込みです。一人当たりの保険給付費は、長年に渡って増加し続けていましたが、令和2年度は減少する見込みです。(図4)

令和元年度の一人当たりの医療費については、県内13市の一人当たりの医療費を比較すると最も高くなりました。(図5)

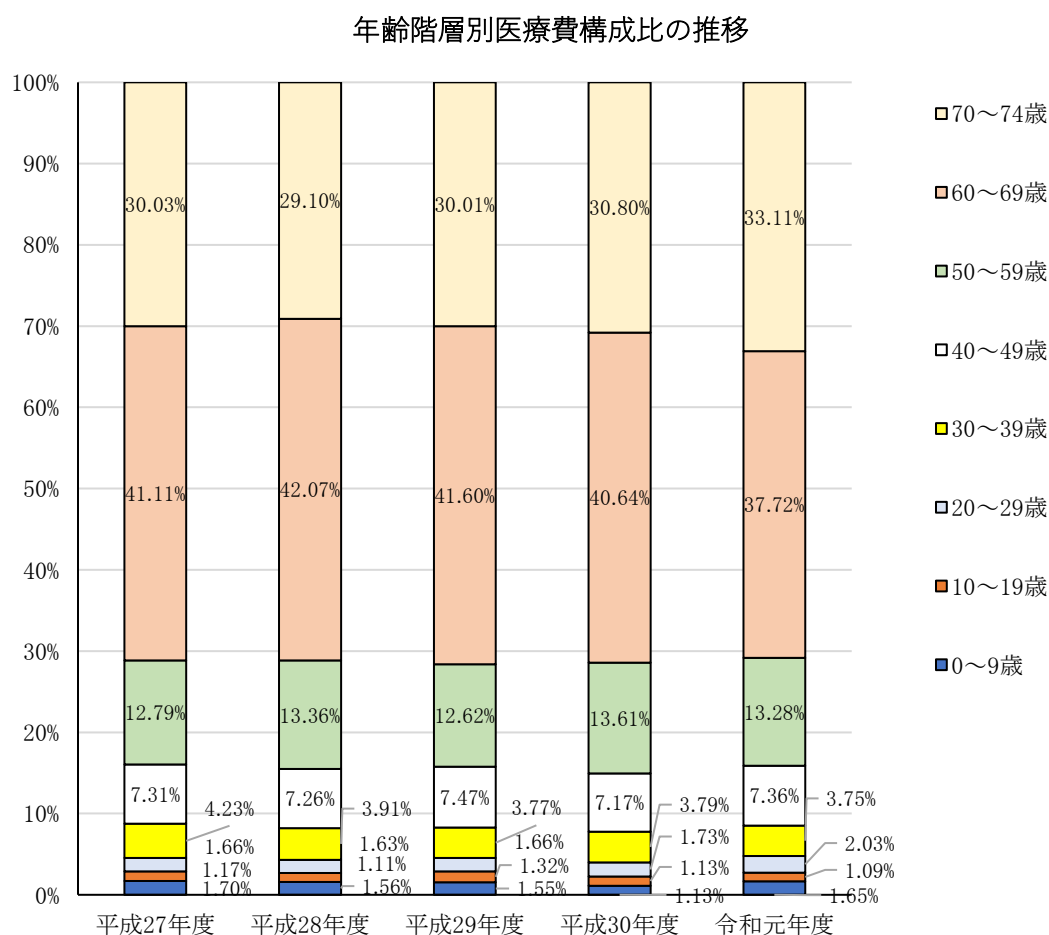
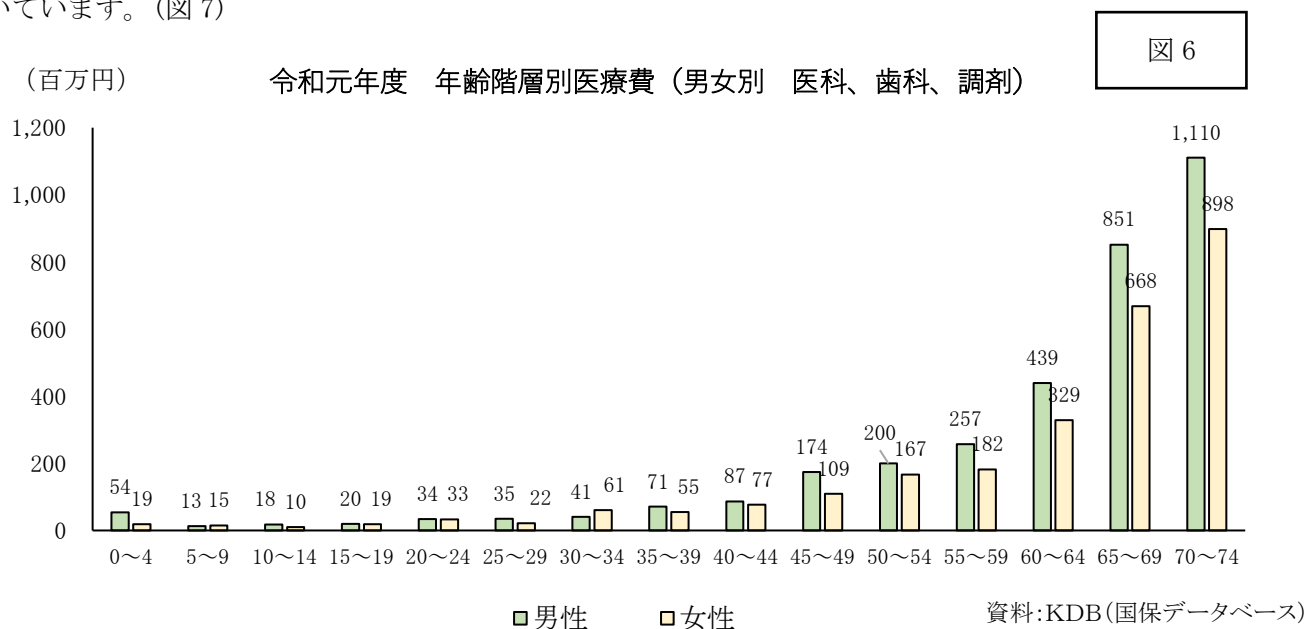


(3) 医療費の内訳

① 年齢別の特徴

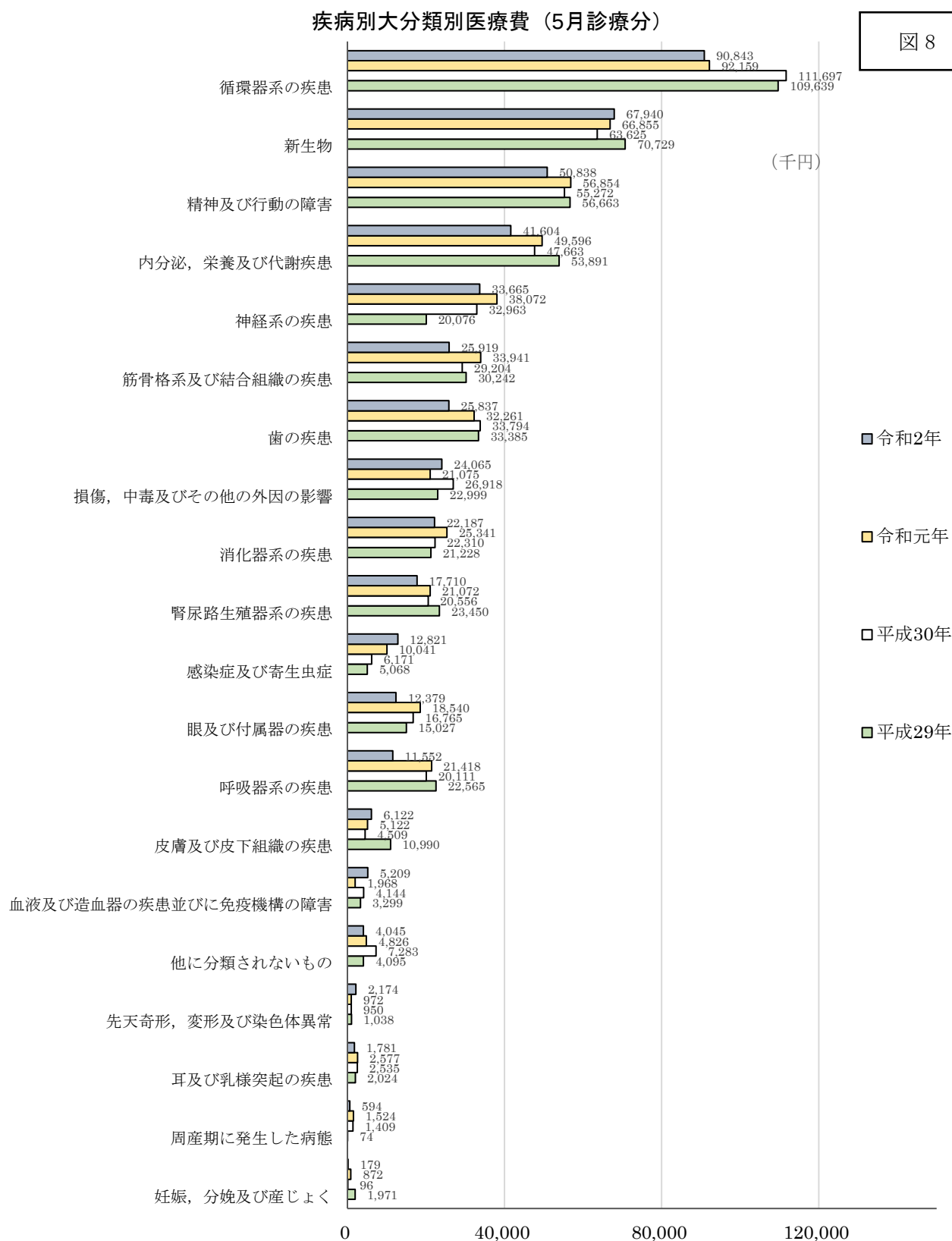
令和元年度の年齢階層別の医療費の実績をみると、65 歳～74 歳の年齢層で医療費が高く、特に男性の医療費が高くなっています。(図 6)

医療費の年齢階層別構成比では、60 歳～74 歳の年齢階層で医療費全体の 7 割以上を占める傾向が続いています。(図 7)



②疾病別の内訳

平成29年～令和2年の5月診療分を疾病別大分類別の医療費で比較すると、循環器系の疾患(高血圧性疾患、脳梗塞など)が毎年最も多く、次に新生物(がん、ポリープなど)、精神及び行動の障害、内分泌、栄養及び代謝疾患(糖尿病など)の順になっており、上位3つはほぼ毎年同じ状況です。(図8)



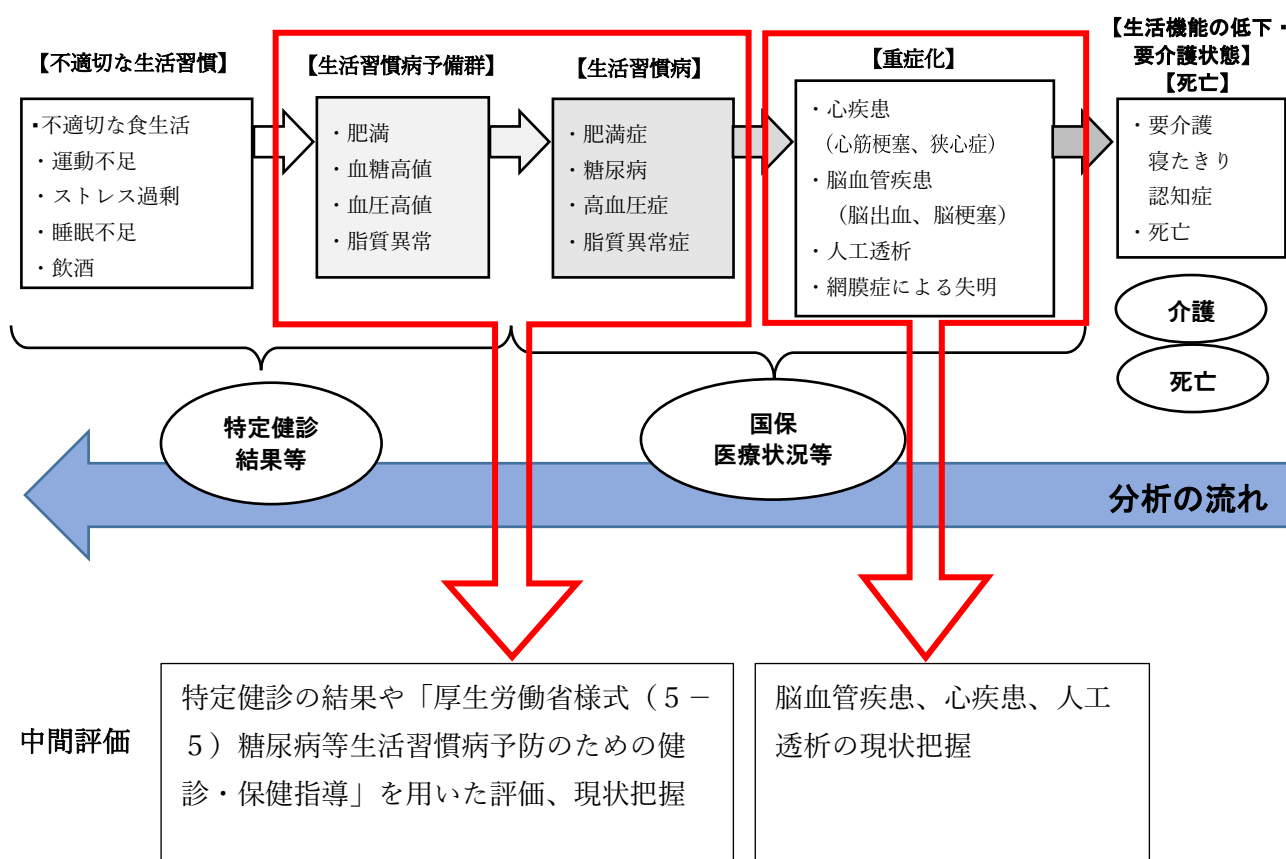
第3章 生活習慣病の現状分析

1 生活習慣病に係る現状分析の流れ

第2期データヘルス計画策定では、死亡や要介護状態の現状から、なぜ、そのような状況が生じているのか原因を探るために、「現状分析と課題設定ワークシート」を参考に、分析の流れに沿って、国保医療、特定健診等、介護のデータを遡って分析しました。

中間評価では、「厚生労働省様式（5－5）糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」から、健診受診状況を踏まえ保健事業対象者を明確化し、保健事業計画を実施できたか、全体的に捉えて評価します。

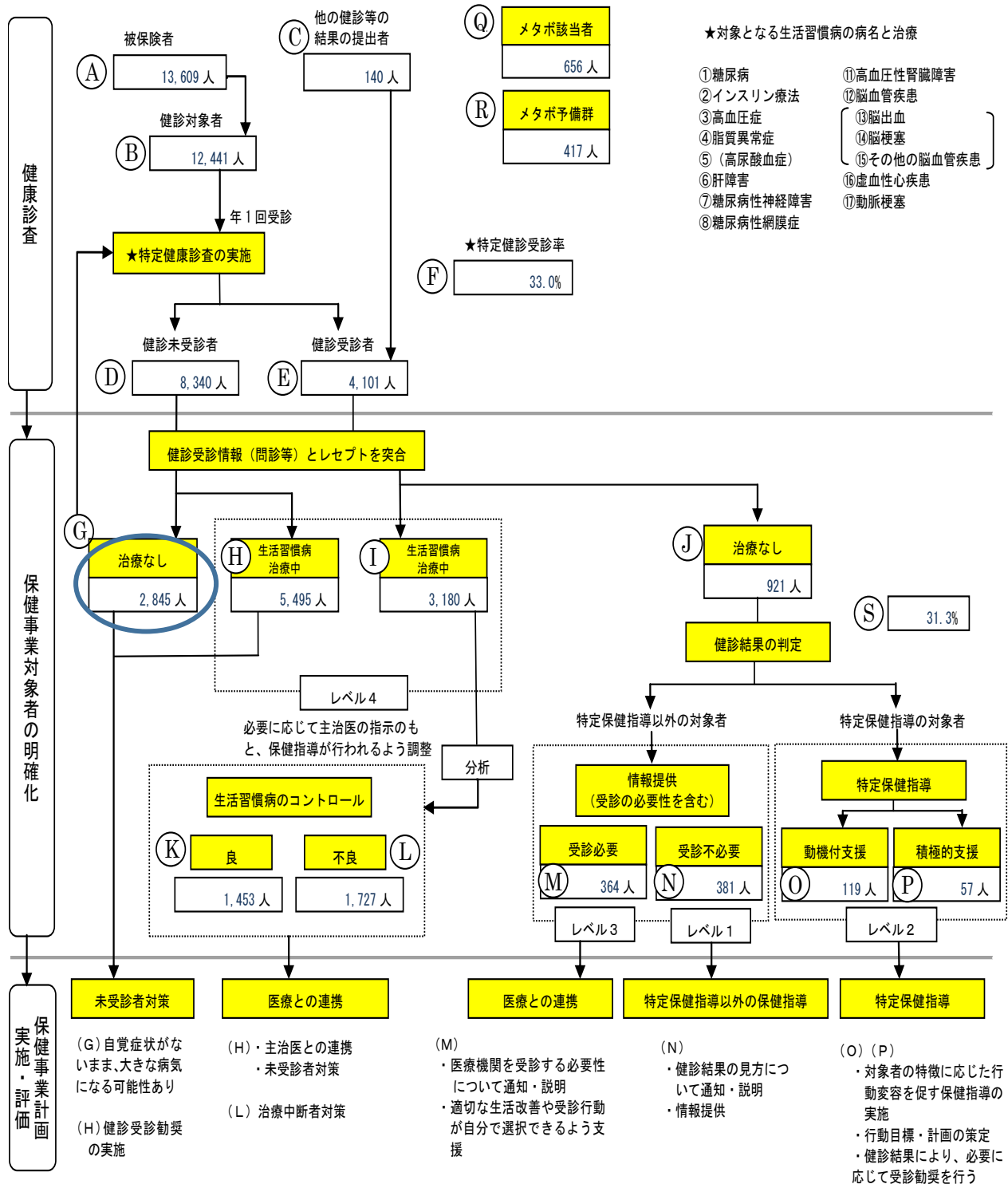
加えて、次期3年の方向性を確認するために、第二期データヘルス計画で全国と比較し医療費が高かった、脳血管疾患、虚血性心疾患、高額レセプト上位にある腎不全（人工透析）について把握しました。



2 健診及びレセプトによる指導対象者群分析

(1) 平成28年度（ベースライン）

特定健診未受診かつ、医療機関未受診者の中には、潜在的なリスクが存在する可能性があり、健診受診の土台に上げることが必須です（G）。特定健診受診率が県内最下位であった本市の優先課題は（G）の対象者へのアプローチでした。

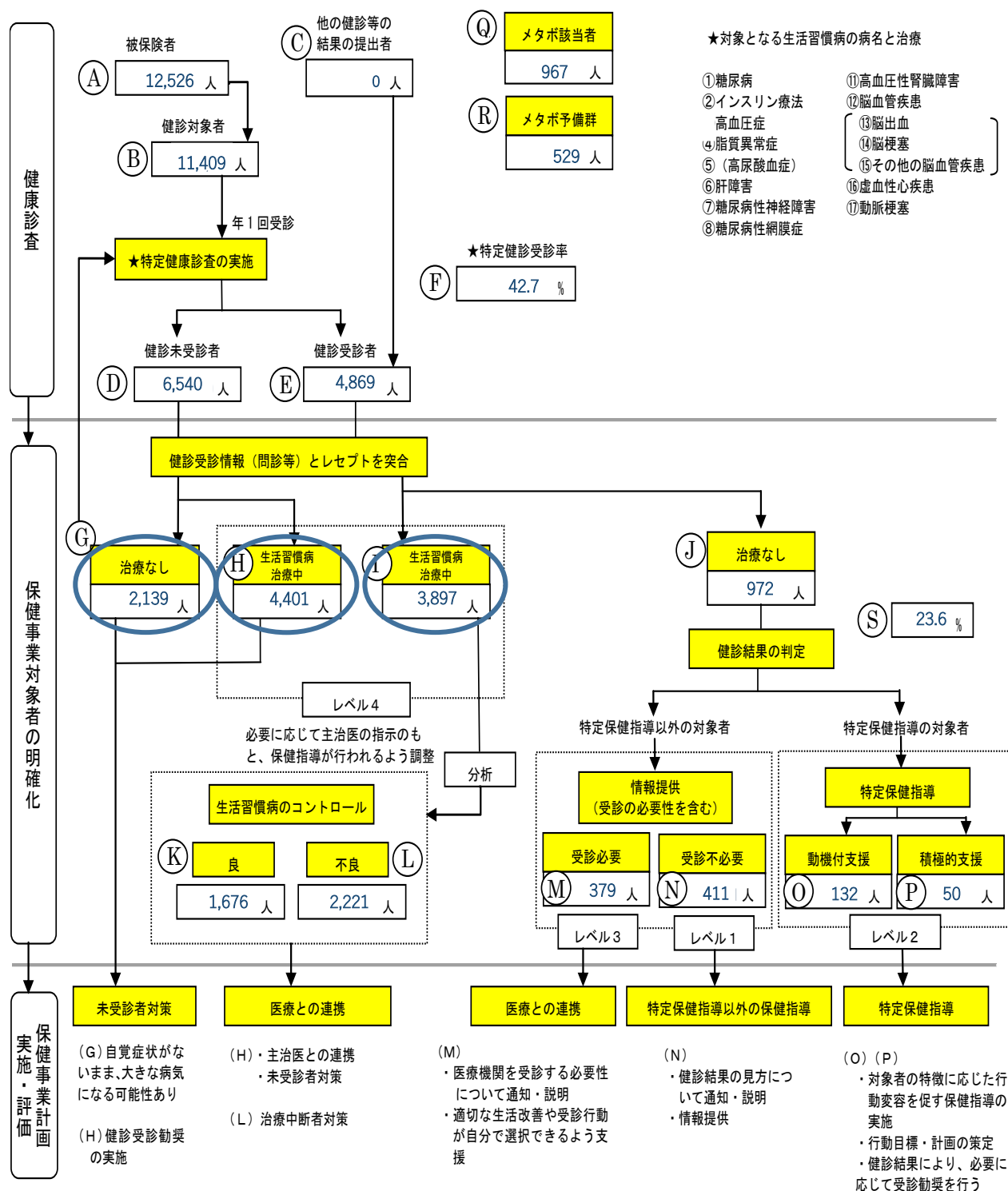


資料：KDB厚生労働省様式（様式6-10）より作成（H30年1月抽出）

抽出時期の関係で、法定報告数とは若干名異なる。

(2) 平成30年度

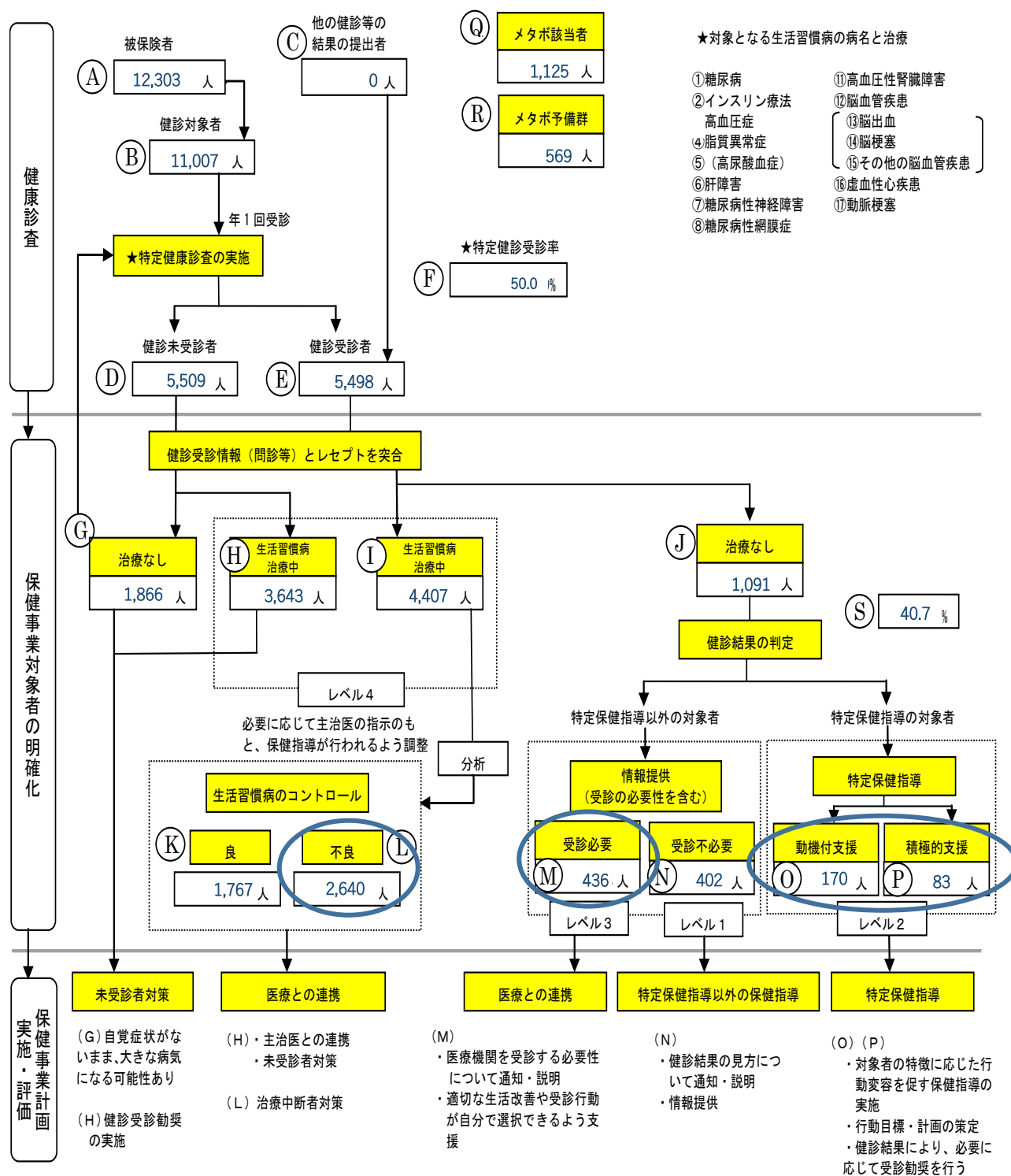
特定健診受診率向上対策により、新規受診者が増加し、特定健診未受診かつ医療機関未受診者（G）が25%減りました。また、平成30年度から、治療中のため健診を受けない者へのアプローチとして、主治医と連携した診療情報提供を開始し、健診受診かつ生活習慣病治療中（I）の者が23%増えました。結果、生活習慣病治療中かつ特定健診未受診（H）が減少し、より多くの被保険者のデータ分析につながり、傾向の把握と対策につなげることができました。



資料：KDB厚生労働省様式（様式5-5）より作成（R3年3月抽出）
抽出時期の関係で、法定報告数とは若干名異なる。

(3) 令和元年度

平成30年度同様、ベースラインから（G）は34.4%減少し、（H）も35%減少しました。下図のうち、生活習慣病のコントロール不良な者を○印で示しています。健診受診者の増加に伴い、コントロール不良者の人数が多くなっています。特定保健指導へつなげると共に、主治医と連携し重症化を防ぐ取り組みが必要です。



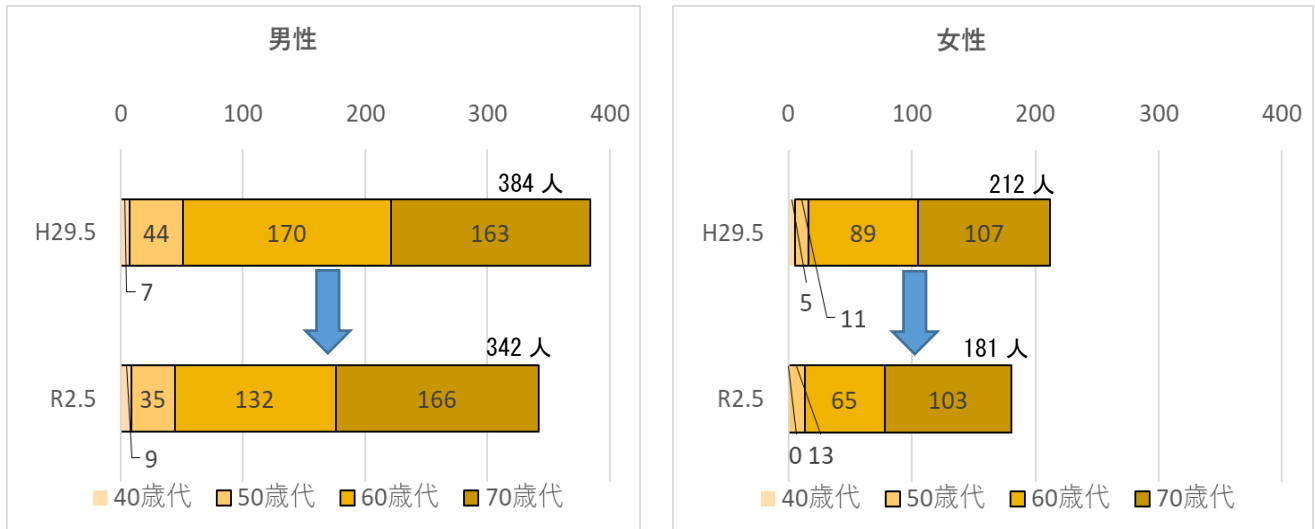
資料：KDB厚生労働省様式（様式5-5）より作成（R3年3月抽出）

抽出時期の関係で、法定報告数とは若干名異なる。

3 医療

(1) 脳血管疾患

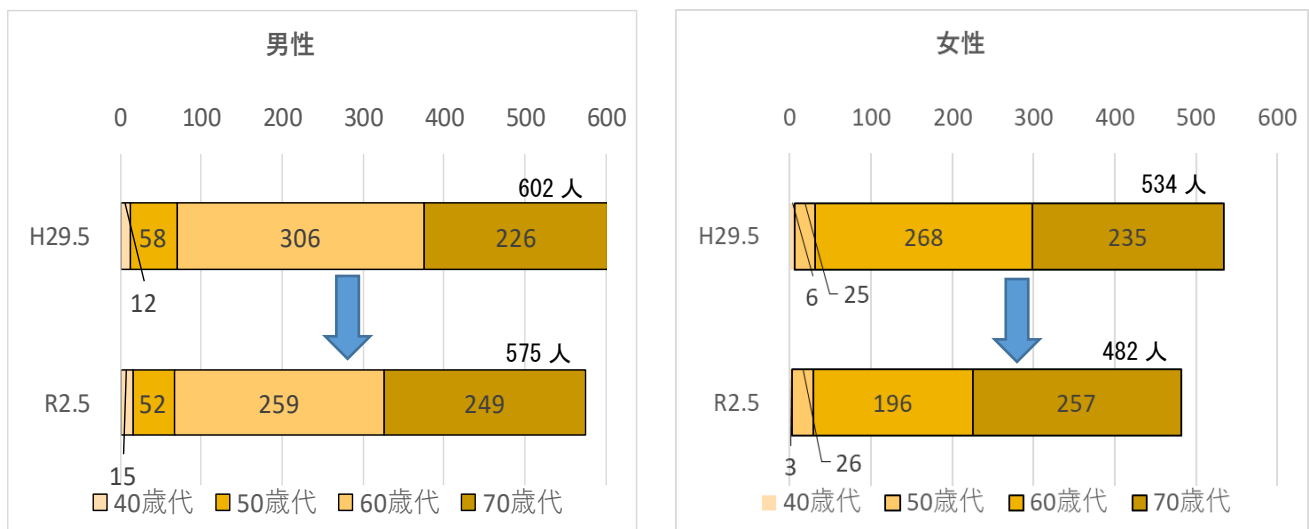
第2期データヘルス計画策定時も、脳血管疾患のレセプト人数は、男女共に減少しており、総数597人→524人と更に減少しましたが、40代から50代の発症が減っていない現状です。また、男性の発症が多いのが特徴です。



資料：KDB厚生労働省様式（様式3-3）より作成（R3年3月抽出）
抽出時期の関係数とは若干名異なる。

(2) 虚血性心疾患

第2期データヘルス計画策定時も、虚血性心疾患のレセプト人数は、男女共に減少していましたが、総数1,136人→1,057人と更に減少しています。



資料：KDB厚生労働省様式（様式3-3）より作成（R3年3月抽出）
抽出時期の関係数とは若干名異なる。

(3) 人工透析

①国や県全体の動き

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国全体の健康課題として重要視されています。糖尿病性腎症は適切な医療受診や生活改善により改善効果が期待でき、重症化に至るプロセスは健診などで把握しやすいことなどから、県や市の更なる取り組みが求められています。

市での取り組みを後押しするインセンティブの例として、国保保険者努力支援制度における補助金の交付対象は、糖尿病重症化予防に関する項目が配点率1位で12%を占め、令和元年度は全体で3,041万2千円交付されました。

②第二期データヘルス計画策定当初との比較

人工透析を受けており診療を受けた人数（国民健康保険被保険者、40歳未満は除く）

国民健康保険被保険者で40歳未満を除いた人工透析を受けている人数は、この3年で1.3倍に増加しました。特に60歳代男性で2倍増えました。

	平成29年5月※1			令和2年5月※2		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
40歳代	6	1	7	6	3	9
50歳代	11	0	11	12	1	13
60歳代	6	3	9	12	2	14
70歳代	1	2	3	3	1	4
合計	24	6	30	33	7	40

③生活習慣病の保有人数

人工透析を受けており診療を受けた人の基礎疾患を把握するため、高血圧症、糖尿病の治療を受けている人数を把握し比較しました。高血圧症では93%（H29）→97.5%（R2）の保有率となり微増し、糖尿病では73%（H29）→62.5%（R2）へ減少しました。

(ア)高血圧症 (例) 5/6→6人中5人保有

	平成29年5月※1			令和2年5月※2		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
40歳代	6/6	0/1	6/7	6/6	2/3	8/9
50歳代	11/11	0/0	11/11	12/12	1/1	13/13
60歳代	4/6	3/3	7/9	12/12	2/2	14/14
70歳代	1/1	2/2	3/3	3/3	1/1	4/4
合計	23/24	5/6	28/30	33/33	6/7	39/40

(イ)糖尿病

	平成29年5月※1			令和2年5月※2		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
40歳代	5/6	0/1	5/7	4/6	2/3	6/9
50歳代	9/11	0/0	9/11	11/12	1/1	12/13
60歳代	4/6	2/3	6/9	7/12	0/2	7/14
70歳代	1/1	1/2	2/3	0/3	0/1	0/4
合計	19/24	3/6	22/30	22/33	3/7	25/40

※1：第2期データヘルス計画P34より

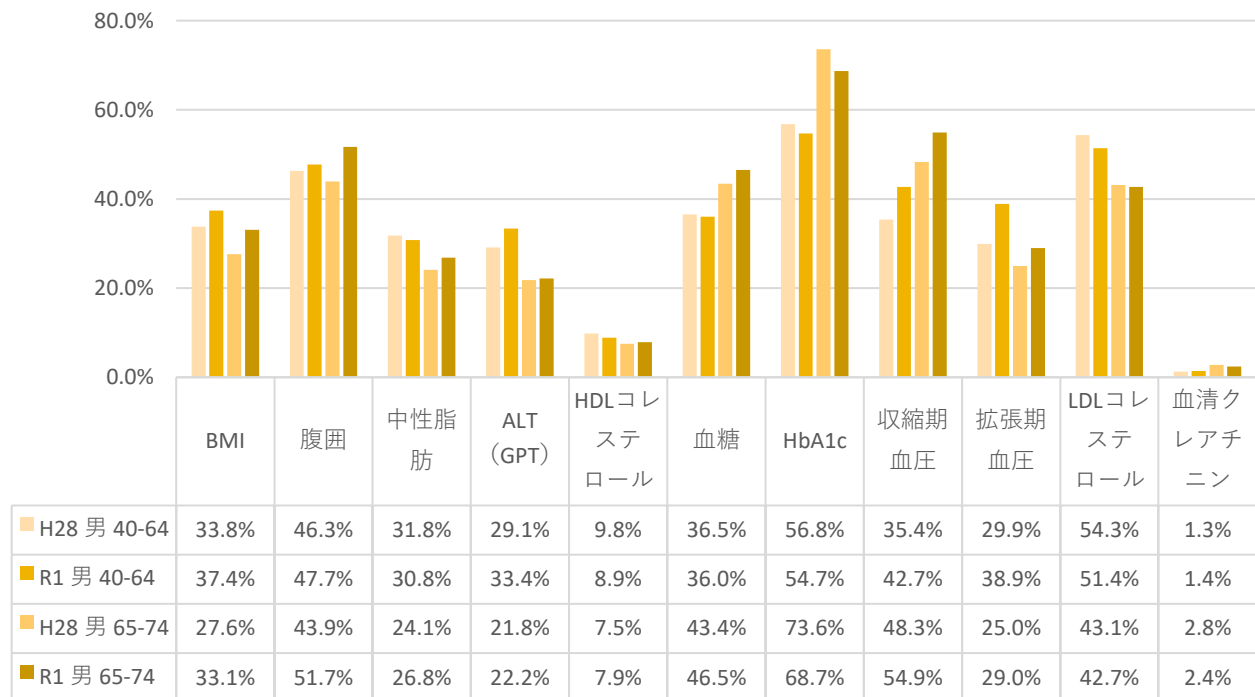
※2：KDBシステム 厚生労働省様式（様式3-7）令和2年5月（R3.3月抽出）

4 特定健診

特定健診有所見者割合について、平成 28 年度と令和元年度を比較しました。

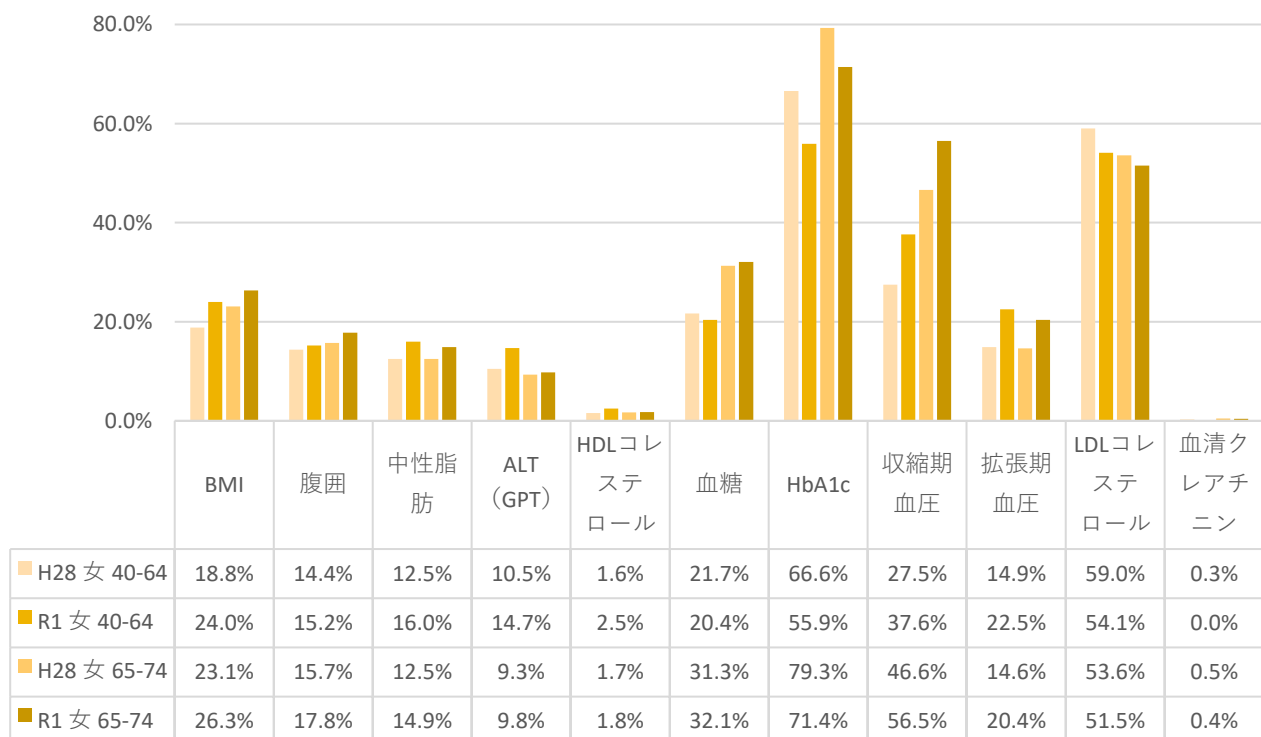
(1) 男性

HbA1c（5.6%以上）および LDL コレステロール（40mg/dl 未満）は減少しています。摂取エネルギーの過剰を示す BMI（25 以上）や腹囲（85 cm 以上）、血管を傷つける要因となる血圧高値（収縮期 130 mm/Hg 以上、拡張期 85 mm/Hg 以上）が増加しています。



(2) 女性

女性についても同じような傾向が見られています。特に血管を傷つける要因となる HbA1c（5.6%以上）の減少が大きく、血圧高値（収縮期 130 mm/Hg 以上、拡張期 85 mm/Hg 以上）が増加しています。



資料：令和元年度受診者全データ・KDB システム厚生労働省様式（様式 5-2）より作成（R3 年 3 月抽出）

第4章 今後の保健事業の取り組みについて

1 保健事業の振り返り

特定健診の受診率は毎年向上しており、健診を受けやすい体制づくりの整備・健診内容を見直しながら、健診未受診者への個別勧奨を積極的に実施した効果が出ています。受診者数の増加に伴い、特定保健指導対象者も増加するため、今後も積極的な利用勧奨が必要となります。

健診後の事後指導では、平成27年度から開始した健診結果説明会及び未参加者への個別訪問を中心に、健診結果を手渡ししながら、多くの市民を対象に健診結果の見方や保健指導を実施してきました。しかしながら、「何人のデータを改善出来たのか」などの重症化リスクの高い人への明確なアウトカム評価を取り入れた継続訪問には至らず、発症予防に重きを置いた事業を展開してきました。

国や県全体の流れや第2期データヘルス計画中間評価の結果を受け、今後3年間の取り組みの方向性について以下のように示します。

2 令和3年度からの取り組み

(1) 発症予防と重症化予防のメリハリを付けた事業の展開

①発症予防と重症化予防の考え方

発症予防では、外部講師と連携し、参加者と共に楽しみながら健康づくりができる事業を展開していきます。また、保健事業の入り口を健診受診がスタートではなく、相互に勧奨します。事業は市民であれば参加できるものとし、加入している保険や年齢で区切らない支援を展開します。〈例〉(新規)適塩教室、健診結果説明会【個別相談方式】など

重症化予防では、市保健師や市管理栄養士を中心に、今までの分析結果を踏まえて透析予防に重きを置くと共に、健診や介護、レセプトなどの情報を踏まえながら対象者の行動変容につながるよう、継続支援をしていきます。また、透析予防は県全体の取り組みとしても実施しており、目的が同じものや広域的な実施が求められるものは、県などと連携し取り組んでいきます。〈例〉健診データによる至急受診勧奨、置賜地域における糖尿病等重症化予防事業など

人工透析を予防するためには、腎機能を低下させないことが重要です。塩分の過剰摂取が腎保護剤を無効化してしまうことや、高血圧や糖尿病のコントロール不良につながる事が分かっています。被保険者がどの程度の塩分を摂取しているか把握し、的確に保健指導対象者を抽出するために、健診時の尿中推定塩分摂取量検査導入についても、予算確保に努めていきます。

②重症化予防（ハイリスクアプローチ）の重点項目の選定

第2期データヘルス計画及び中間評価で把握した健康課題について、重点項目を選定しました。

把握している健康課題	・死因別死亡は、急性心筋梗塞や脳血管疾患が高い ・介護保険第2号被保険者の原因疾患では、男女共に1位が脳血管疾患となっており、男性の割合が高い	・男性の透析患者が多い ・医療費は1人あたり年間約500万円と言われており、1人でも多く防ぐことが大事である。	・介護認定の原因疾患上位を占める筋骨格系疾患や骨折は女性が多くを占める。 ・筋骨格系疾患では骨粗しょう症や変形性膝関節症が多く、運動習慣や栄養などの課題が関連している。 ・一人あたりの歯科医療費が年々増加し、県平均よりも高い。
まとめ	男性では脳血管疾患等を防ぐ生活習慣病対策、女性では運動習慣や食生活で筋骨を強化し、筋骨格系疾患を防ぐ取組み（フレイル予防）が重要。また、全身の疾患に関連のある歯及び口腔の健康づくりの取組強化が必要。		
重点項目	急性心筋梗塞や 脳血管疾患発症予防	透析予防	フレイル予防 低栄養予防
中間評価結果	第1期、2期を通して減少傾向だが、対策は必要	増加傾向 特に男性で増加	新たな取り組みが必要

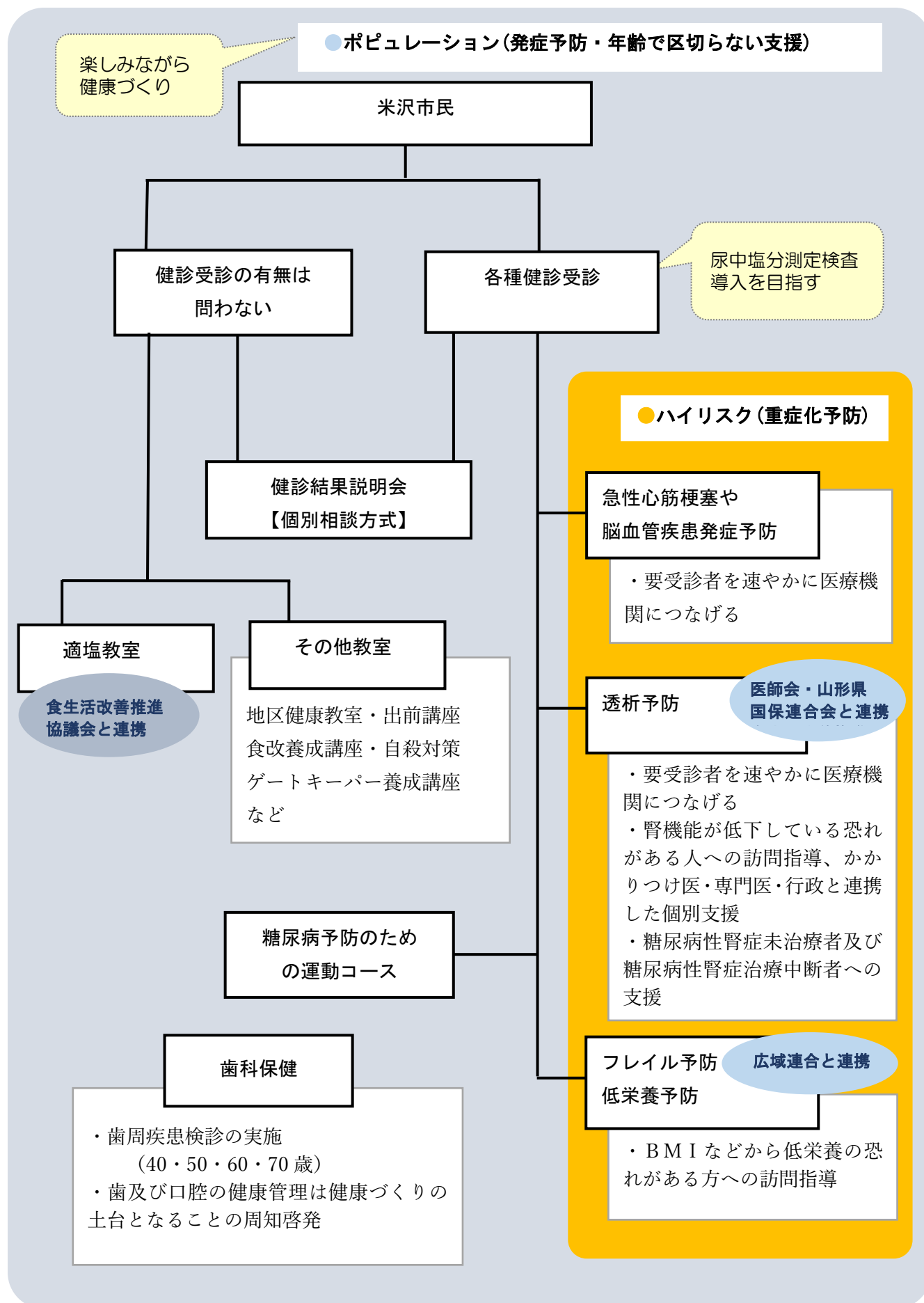
【糖尿病と歯周病の関係】

歯周病が悪化すると、歯周病菌の内毒素や炎症にかかわる物質が増加する。その結果、血液中のTHF- α が増加し、インスリンの効きが悪くなり糖尿病が悪化する。逆に、糖尿病が悪化すると血管がもろく血液循環が悪くなり、身体の抵抗力が弱まり歯周病菌に感染しやすくなり歯周病にかかってしまう。このように糖尿病と歯周病は関連があり、互いに悪影響を及ぼすことが分かっている。

(2) 重点項目に対するアプローチ

直接の死因となっている①心筋梗塞や脳血管疾患発症予防、本人のQOL低下のみならず医療費にかかわる②透析予防、③フレイル・低栄養予防の3つの予防に着目した保健事業を展開していきます。その中でも、増加傾向である透析予防に力を入れます。

項目	急性心筋梗塞や 脳血管疾患の発症予防	透析予防	フレイル予防 低栄養予防
主要事業とアプローチ	・ 特定健診受診率向上対策による生活習慣病の早期発見 ・ 特定保健指導実施率向上対策による発症予防 ・ 健診結果に応じた至急受診勧奨 ・ 糖尿病予防のための運動コースによる生活習慣の改善 ・ 健診結果説明会【個別相談方式】や適塩教室の実施	・ 糖尿病重症化予防事業及び糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業による早期受診勧奨 ・ 置賜地域における糖尿病等重症化予防事業による訪問事業 ・ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業による糖尿病性腎症未治療者及び糖尿病性腎症治療中断者への支援 ・ 健診時の尿中推定塩分摂取量検査導入の検討	・ フレイル予防の普及啓発 ・ 国保連合会及び広域連合で抽出した低栄養に該当する者に対する訪問指導 ・ 後期高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた取り組み
総合的視点	“心筋梗塞や透析を防いだが、フレイルで要介護になってしまった”、“栄養指導は受けたが、うまく噛むことができない”など、一面的ではなく調和が取れた指導とし、対象者により生活習慣病・フレイル予防等の観点を持ちながら支援する。		



3 アウトカム指標・目標値の設定

	目標	アウトカム指標	ベースライン	計画開始
			H28	H29
中長期目標	虚血性心疾患の死亡が減少	SMR(標準化死亡比)	【H20～H24】 男：153.9 女：136.3	
		人口動態統計※1	177 人	206 人
	脳血管疾患の死亡が減少	SMR(標準化死亡比)	【H20～H24】 男：125.1 女：130.5	
		人口動態統計※1	100 人	110 人
	悪性新生物(胃がん)による死亡が減少	SMR(標準化死亡比)	【H20～H24】 男：118.3 女：122.2	
		人口動態統計※1	37 人	35 人
	慢性腎臓病を発症する人の減少※2	KDBシステム 厚生労働省様式(様式3-7)から、その年の5月	【H29.5月】 男：24 人 女：6 人	-
	生活習慣病の疑いのある者及びコントロール不良の者の減少	本市規定の要指導者の減少(血糖)HbA1c $\geq$ 6.5	9.3%	9.3%
		本市規定の要指導者の減少(血圧) $\geq$ 160/100 mm Hg	4.2%	4.8%
		本市規定の要指導者の減少(脂質)脂質 LDL $\geq$ 180 mg/dl	3.7%	2.7%
	糖尿病疑いや腎機能が低下している恐れがある者の未治療者の減少※3	糖尿病重症化予防事業の事業対象者の減少※4	3.2%	3.4%
		糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業の事業対象者の減少※4	未実施	未実施
短期目標	健診で健康状態を把握する人の増加	特定健診受診率向上	33.0%	36.5%
	メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少	特定保健指導実施率向上	30.8%	34.5%
	胃がんを早期発見し、適切な医療につながる人の増加※5	胃がん検診受診率	15.8%	16.8%
		胃がん検診精密検査受診率	87.5%	89.0%

※1 国と比較した減り方、増え方はどうかを示す SMR と、人数としては増加しているのか、減少しているのかを判断するため2つの指標で示す

※2 中間評価で出た課題に対して、新たに追加した指標。人工透析新規患者数は山形県全体で評価しており、市では他保険者とも比較可能な厚生労働省様式(KDB)で算出した指標を使用する。

		中間評価		最終評価		目標設定の考え方
H30	R1	R2	R3	R4	R5	
	【H25～H29】 男：174.8 女：173.7	減少傾向へ		SMR 男性：153.9 女性：136.3	177人	当初 SMR100 を目標としていたが、現状を鑑みベースラインへ戻す
180人	未定					
	【H25～H29】 男：124.6 女：122.2	減少傾向へ		SMR 男：123.0 女：114.0	100人	当初 SMR100 を目標としていたが、減少割合を見直した
117人	未定					
	【H25～H29】男： 113.7 女：118.7	減少傾向へ		SMR 男：108.0 女：114.0	35人	当初 SMR100 を目標としていたが、減少割合を見直した
40人	未定					
-	【R2.5月】 男：33人 女：7人	減少傾向へ		【R5.5月】 男：28人 女：6人		男性の減りを特に大きく設定
9.4%	10.8%	減少傾向へ		9.3%	4.2%	透析予防などの新たな取り組みを通してベースラインに戻す
6.6%	6.6%	減少傾向へ				
3.1%	3.3%	現状維持		2.7%		当初計画のとおり
2.8%	2.6%	減少傾向へ		2.2%		当初計画から 1%減少
0.8%	1.2%	減少傾向へ		0.8%		R1の実績から算出
42.7%	50.0%	52%	55%	58%	60%	目標達成による変更
22.8%	32.1%	48%	52%	56%	60%	
15.7%	18.2%	20%	22%	24%	27%	
89.8%	88.0%	95%	95%	95%	95%	

※3,4 当初計画では短期目標に糖尿病重症化予防事業対象者が医療機関を受診した割合としていたが、最終的な目標は未治療者の減少であるため、新たに中期目標として設定した。

※5 長期目標である悪性新生物（胃がん）の死亡を減少させるため、短期目標は胃がんのみの記載とした。但し、他のがん検診も個別保健事業の中で目標設定し評価する。

4 保健事業計画

設定した目標達成のために実施する保健事業の概要を示します。

単年度ごとの保健事業計画として、毎年「個別事業計画」を策定し、データヘルス計画の進捗状況等を評価していき、必要に応じて事業の見直しを行います。また、中間評価を踏まえて、評価指標を以下のとおり修正し設定します。

事業名	特定健診受診率向上対策	特定保健指導実施率向上対策
目的	健診を受診し、健康状態の確認と生活習慣病の早期発見・予防に取り組む被保険者を増やす。また、受診率の向上により、被保険者の健康状態を把握し、今後の保健事業の充実につなげる。	メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少を目的とした特定保健指導事業を実施し、実施率の向上を目指す。引いては対象者の生活習慣病の発症や重症化を予防する。
対象	40～74 歳の国民健康保険被保険者	特定保健指導対象者
事業概要	①周知・啓発の取り組み 健診希望調査の実施、健診結果説明会【個別相談方式】を実施、保健師等による地区活動での機会を捉えた健診受診勧奨、市内コミュニティセンターや衛生組合連合会と連携した普及啓発活動等 ②未受診者への取り組み はがきや電話での受診勧奨、治療中の者の受診率向上に向けた医療機関との連携及びデータ授受 ③受けやすく、魅力ある健診体制等 健診申込の電子申請を整備、集団健診レディースデイに託児開設、自費ドックの結果提供者に粗品を提供、鷹山ドック受診者へ尿酸値等詳細等血液検査を追加	①特定健診受託機関のうち市内 4 か所で委託し実施 健診当日の初回面接実施を積極的に実施、特定保健指導実施機関との連携実施 ②対象者への利用勧奨 特定健診の実施機関が健診結果を階層化し、特定保健指導該当者に特定保健指導の案内チラシを配布 ③健診当日に初回面接ができなかった者に対する利用勧奨(集団健診) 健診結果説明会【個別相談方式】や訪問、電話で利用勧奨 ④特定保健指導の終了時に血液検査・尿検査を無料で実施
ストラクチャー	医師会及び医療機関等関連機関との連携体制、健診実施機関との連携体制、予算や人員の確保	医師会及び医療機関、特定保健指導実施機関との連携、予算や保健師、管理栄養士などの人員の確保
プロセス	年齢別受診率、継続受診者割合、健診形態別医療機関受診者数等の把握	利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ、保健指導の機会、時期、内容の適切さ
アウトプット	個別受診勧奨実施数・受診率、データ授受実施数、健診回数や受診者数特定健診普及啓発の実施状況	特定保健指導の実施率、利用者数や利用率、初回面接実施数と実施率
アウトカム	特定健診受診率	特定保健指導実施率、次年度の健診結果改善率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合

事業名	糖尿病重症化予防事業及び糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業による早期受診勧奨	置賜地域における糖尿病等重症化予防事業による訪問事業
目的	糖尿病が疑われる医療機関未受診者及び腎機能が低下している恐れがある者に対して速やかな医療機関受診につなげ重症化を防ぐ。	腎機能が低下している医療機関未受診者に専門医療機関への受診勧奨を行うと共に、置賜地域の医師会と専門医療機関の紹介・逆紹介ルートを確認する。
対象	①糖尿病未治療でHbA1c 6.5%以上の者 ②集団健診実施機関での健診受診結果から(ア)または(イ)に該当する者 (ア)空腹時血糖 126 mg/dℓ(随時血糖 200 mg/dℓ)以上または HbA1c 6.5%以上に該当し、かつ e-GFR60 未満または尿蛋白(+)以上の者 (イ)e-GFR45 未満の者	①又は②のいずれかに該当し、レセプトや直近の健診結果から、介入が必要と市が判断した者 ①過去の健診データから5年以内に eGFR が 10 に到達する恐れがある者(疾病管理テンプレート活用) ②前年度の健診結果で eGFR45 未満だった者
事業概要	対象者に対して、回報書を用いた受診勧奨を行うと共に、回報書の返却がない者には、その後手紙、電話、訪問などで受診を促す。	「山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラム」及び「置賜地域における糖尿病等重症化予防事業実施要領」に基づき、置賜管内での進捗状況をカンファレンスで確認しながら、対象者へ受診勧奨を実施する。
ストラクチャー	医師会及び医療機関等関連機関との連携体制、健診実施機関との連携体制、予算や保健師、管理栄養士などの人員の確保	医師会及び医療機関、山形県、置賜保健所、国保連合会等関連機関との連携体制、予算や保健師、管理栄養士などの人員の確保
プロセス	対象者の抽出や回報書発行の時期、医療機関未受診者の再勧奨の時期	上記プログラムや実施要領の運用状況、対象者の把握と情報管理
アウトプット	回報書返却率、対象者への受診勧奨・保健指導(面接・電話・通知)の実施数	対象者への受診勧奨・保健指導(面接・電話・通知)の実施数と割合、かかりつけ医との連携した件数
アウトカム	医療機関受診率、事業対象者の減少 次年度の健診結果改善率	未治療者の医療機関受診率、次年度の健診結果改善率、上記プログラムや実施要領に基づく対象者の割合

事業名	フレイル及び低栄養予防のための訪問事業	がん検診受診率向上事業
目的	フレイル及び低栄養を予防するために、訪問事業を実施し、対象者の生活改善を支援し、地域の実情を把握すると共に、訪問指導等の効果を検証する。	がん検診受診率を向上させることで、がんの早期発見・早期治療を目指す。
対象	以下の3要件を全て満たす者とする。 ①前年度及びその前の年度の健診受診者 ②前年度のBMIが20未満であった ③前年度の健康診査における体重が、その前の年度の健康診査における体重と比較して5%以上減少した	①胃・肺・大腸がん検診：40歳以上 ②乳がん検診：40歳以上の女性 ③子宮がん検診：20歳以上の女性
事業概要	以下について訪問指導する ①身体状況・生活状況の確認及び健康相談、対象者が低栄養状態であることについてどのように認識しているかを把握し、必要な助言（口腔機能の問題を含む）や受診勧奨を行う。 ②日常生活上の工夫の提案や情報提供等を行う。（疾病に応じた栄養指導、簡易で高エネルギー食品の紹介、配食・食材宅配の紹介、欠食の解消・補食、同価格帯で代替食の提案、日持ちする食品の利用、地域の老人会やサロン等の案内、歯科診療の勧奨等） ③家族への助言等	①エビデンスに基づく検診の実施 「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」で定められている検診の実施および精度管理に努める。 ②受診率向上の取り組み ・特定健診受診率向上対策による健診希望調査や個別相談会の実施、保健師等による地区活動での受診勧奨、市内コミュニティセンターと連携した普及啓発活動 ・はがきや電話での特定健診受診勧奨に合わせたがん検診の受診勧奨 ・がん検診対象者への個人通知
ストラクチャー	医師会及び医療機関、広域連合等関係機関との連携体制、予算や管理栄養士等の人員の確保	医師会及び医療機関、健診実施機関等の関係機関との連携体制
プロセス	対象者の把握と情報管理、山形県後期高齢者医療低栄養等予防訪問指導業務委託仕様書等の運用	年齢別受診率、医療機関別受診者数等の把握、受診勧奨の時期、健診実施機関がチェックリストを遵守しているか
アウトプット	対象者への受診勧奨・保健指導（面接・電話・通知）の実施数と割合	がん検診受診率
アウトカム	次年度の健診結果改善率、対象者の主観的な健康度、訪問指導内容の実施・継続率	がん発見率

第5章 計画の取扱い

1 計画の評価・見直し

計画はPDCAサイクルに基づき、保健事業を毎年継続的に実施します。

また、本計画の最終年度である令和5年度には目標の達成状況の評価を行い、次期計画に反映させます。

2 計画の公表・周知

当該計画は、ホームページ等により公表します。

また、米沢市医師会、米沢市歯科医師会、米沢市薬剤師会等の関係団体にも周知します。

3 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いについては、米沢市個人情報保護条例を遵守し、適切な管理に努めます。

4 地域包括ケアに係る取組

本市国民健康保健被保険者の内訳として、65歳以上の前期高齢者の割合が高く、医療費に占める割合は約6割となっています。

団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）以降は、医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれており、厚生労働省においては、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています。

本市においても、健診・医療・介護データの分析、関係部局との情報共有、保健事業の実施を通して、地域の特性を踏まえた「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に向けた取り組みを進めていきます。

用語集（五十音順）

	用 語	解 説
あ 行	アウトカム評価	事業活動の実態や成果を評価する手法の一つ。事業の実施によって生じた人々の意識や行動に生じた変化など、事業の成果・効果（アウトカム）をもとに目標の達成度を評価する。設定した目標に達することが出来たかの指標。
	アウトプット評価	事業活動の実態や成果を評価する手法の一つ。各種活動の実施回数や参加者数など、事業の実施量（アウトプット）をもとに、事業が計画通りに実施されているか評価する。
	eGFR（イージーエフアール）	推算糸球体ろ過量の略で、腎臓の糸球体における血液のろ過量を表す。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する。
	インセンティブ	意欲を引き出すことを目的として外部から与えられる刺激のこと。ビジネスシーンにおいて目標やノルマを達成した際に支給されるボーナスや報奨金という意味で用いられているため、成果報酬と捉えられることが多い。
	LDLコレステロール	低比重リポ蛋白（LDL）として血中に存在するコレステロール。HDLコレステロールが善玉コレステロールと呼ばれるのに対し、悪玉コレステロールと呼ばれる。LDLは、肝臓で作られたコレステロールを体内の末梢まで運ぶ機能があり、過剰になると動脈硬化の原因となる。
か 行	介護保険	高齢者の介護サービスや介護支援を保障するための社会保険制度の一種。平成12年に施行された介護保険法に基づいて実施されるもので、市町村が運営し、被保険者はその住民で65歳以上の者（第1号被保険者）と、40歳以上65歳未満で医療保険に加入している者（第2号被保険者）とに分類される。
	介護保険第2号（40歳～64歳）認定者	40歳以上65歳未満で、介護が必要と認定された者をいう。また、65歳以上で、介護が必要と認定された者のことを介護保険要介護1号認定者という。
	基礎疾患	ある疾患の原因となる疾患のこと。例えば、高血圧症、脂質異常症、糖尿病は、虚血性心疾患の基礎疾患とされている。
	虚血性心疾患	心臓を動かしている筋肉である心筋の血液の流れが低下、または遮断され障害が生じた状態をいう。主な疾患は、狭心症と心筋梗塞で、冠動脈（心筋に酸素・栄養を送る血管）が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが、原因といわれている。
	空腹時血糖	空腹時の血液中のブドウ糖濃度のこと。空腹時血糖が126mg/dl以上になると、糖尿病領域と判断される。
	健康寿命	日常的・継続的な医療・介護に依存しないで自分の心身で生命維持し自立した生活が出来る生存期間。

	健診結果説明会	健診受診者が自分の健診結果の意味と生活習慣の関連に気付き、生活習慣改善に活かすことができるように市が実施している健診結果説明会のこと。
	KDBシステム（国保データベースシステム）	国保中央会が開発したデータ分析システムのこと。医療費だけではなく、健診情報や介護認定情報も併せて分析できるシステム。
	国民健康保険運営協議会（国保運協）	市の国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するために設置されている機関。国民健康保険法第11条に定められており、市町村に設置することとされている。
	国保連合会	国民健康保険団体連合会のこと。「国民健康保険法」第83条に基づき設立された公的な法人で、都道府県ごとに47団体が組織されている。
さ 行	新生物	腫瘍と同義。組織・細胞が生体内の制御に反して自律的に過剰に増殖することによってできる組織塊のこと。良性と悪性（がん）に分けられる。
	重症化予防	高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病が進行することにより、合併症（虚血性心疾患、糖尿病性腎症等）を引き起こすことを予防すること。
	ストラクチャー評価	事業活動の実態や成果を評価する手法の一つ。構造や実施体制の評価。
	生活習慣病	糖尿病、循環器病（脳血管疾患・心疾患など）、がん及び歯周病などが代表的なもので、食生活、運動、休養、喫煙及び飲酒など日常生活習慣の在り方が心身の健康状態を悪化することに大きく影響し、発症する疾病のこと。
た 行	データヘルス計画	特定健診の結果やレセプト等のデータ、介護保険の認定状況等を活用し、PDCAサイクルの考えに基づき効果的かつ効率的な保健事業を行うための実施計画。
	透析	腎不全や尿毒症などで腎臓の機能が障害され、体内の老廃物を除去できなくなった場合などに、人工的に血液を浄化する方法。
	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、腎臓の機能（主に糸球体）に障害が起きること。
	特定健診（特定健康診査）	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防するという観点で、平成20年4月から医療保険者に義務付けられた40歳から74歳までを対象とする健診。
	特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高い方に対して、医師や保健師、管理栄養士等が対象者一人ひとりの身体状況に合わせた生活習慣を見直すためのサポートを行うもの。特定保健指導には、リスクの程度に応じて、動機付け支援と積極的支援がある。（よりリスクの高い方が積極的支援）
な 行	日本再興戦略	平成25年6月14日に閣議決定され、経済成長に向けて民間活力を引き出すことを主目的に産業基盤の強化策を打ち出した成長戦略で、安倍政権の経済政策であるアベノミクスの3本の矢（第1の矢：「大胆な金融政策」、第2の矢：「機動的な財政政策」）のうちの第3の矢といわれている。

		る。その中で健康長寿社会の実現を目指している。
	尿酸	物質代謝の最終生産物（プリン体等）の血中濃度のこと。通常は、老廃物として尿と一緒に排泄される。
	脳血管疾患	脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなり、脳に障害が及ぶもので、一般に脳卒中といわれるものなど脳血管に関する病気の総称。 脳の血管が破れて出血する脳出血、クモ膜下出血、脳の血管が詰まる脳梗塞に大別され、脳梗塞は、さらにアテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞、心原性脳塞栓症に大別される。 ・アテローム血栓性脳梗塞：血管の壁にLDLコレステロールが沈着し、血管の内腔が狭くなり、最終的に血管が詰まるもの。 ・ラクナ梗塞：穿通枝（せんつうし）という脳内の微小血管が詰まるもの。 ・心原性脳塞栓症：心房細動などの心臓の異常により、心臓内にできた血栓（血液の塊）が脳に移動し、脳の血管が詰まるもの。
は 行	BMI	「体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）」で算出される体格指数のことで、肥満度を測るための標準的な指標。Body Mass Index の略。
	PDCA サイクル	Plan（計画）-Do（実行）-Check（評価）-Act（改善）Cycle の4段階を繰り返すことによって業務を継続的に改善するもの。
	被用者保険	被用者保険は職域保険と呼ばれ、企業で働く被用者が加入する保険。職業によっていくつかの種類があり、企業の被用者が加入する健保組合、協会けんぽ、公務員が加入する共済組合などに分かれている。
	標準化死亡比（SMR）	死亡者数を人口で除した死亡率で比較すると、高齢者の多い地域では死亡率が高くなる傾向があるため、人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。国平均を100とし、100以上は国平均より死亡率が高く、100以下は低いとされる。Standerdized mortality ratioの略。 $SMR = (D / \sum p_i d_i) \times 100$ D：当該市町村死亡数（過去5年間の和） p_i：当該市町村5歳階級別人口 d_i：基準死亡率＝全国5歳階級死亡数/全国5歳階級別人口
	フレイル	「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す。要介護状態の前段階と位置づけられる。
	プロセス評価	事業評価の方法の一つ。事業活動において、目標の達成に向けた工程が適切に設定され、実行されているか評価すること。
	HbA1c（NGSP）ヘモグロビンエーワンシー	赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したもので、過去1～2か月間の平均血糖値を表す。NGSP値は国際標準値のことで、日本で従来使用されていたJDS値よりも0.3～0.5%加算された値で示される。
	保険給付費	被保険者や被扶養者が病気やけが、出産、死亡した場合、保険者は医師の診療を提供するほか、定められた各種の給付金を現金で支給する。ま

		た、診療を提供する方法を現物給付、給付金を支給する方法を現金給付というが、それらを総称して保険給付といい、それにかかる費用を保険給付費という。
	保険者努力支援制度	医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設された。平成28年度から市町村の取り組み状況等を評価して特別調整交付金に反映することで、国保組合の取り組み支援を行っている。
	ポピュレーションアプローチ（ポピュレーション）	対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチし、全体としてリスクを下げたいこうという手法。疾患が発生しやすい高いリスクを持った人を対象に絞り込んで対処していく方法（ハイリスクアプローチ）に対する手法。
ま 行	慢性腎不全(CKD)	①蛋白尿など腎障害の存在を示す所見 ②腎機能低下(eGFRが60ml/分/1.73m ² 未満) ① ②のいずれか、または両方が3か月以上持続する
ら 行	レセプト（診療報酬明細書）	患者が受けた診療について、医療機関が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書。