

**第2期守谷市国民健康保険データヘルス計画及び
第3期守谷市国民健康保険特定健診等実施計画**

平成30年3月

守谷市

はじめに

超高齢化の進展に伴い、働き盛り世代からの健康づくりの重要性が高まる中、政府が金融政策、財政政策に続く“第3の矢”として発表した「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）では、“国民の健康寿命の延伸”を重要な柱として掲げました。

この戦略の中では、健康寿命の延伸に関する問題点のひとつとして、「保険者は、健康管理や予防の必要性を認識しつつも、個人に対する動機づけの方策を十分に講じていない」ことが指摘されました。この課題を解決するため、「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」として、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等（診療報酬明細書等）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」ことを掲げました。



このため、守谷市（国保）では、平成27年3月に「守谷市国民健康保険データヘルス計画」を策定し、糖尿病予防教室、生活習慣病重症化予防事業などの保健事業に取り組んでまいりました。

この度、同計画及び第2期守谷市国民健康保険特定健診等実施計画が平成29年度で終了することから、6年を計画期間とする「第2期守谷市国民健康保険データヘルス計画及び第3期守谷市国民健康保険特定健診等実施計画」を策定しました。

今後は、「市民くらし満足度ナンバーワン」を目指し、本計画に基づき、特定健康診査の受診率の向上、メタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させるための特定保健指導の強化、長期療養が必要となる人工透析への移行を防止するための糖尿病性腎臓病重症化予防事業等に取り組んでまいります。

最後に、本計画の策定に当たり、多大なご尽力を賜りました守谷市国民健康保険運営協議会委員の皆様をはじめ、貴重なご意見やご提言をいただきましたすべての皆様に心から感謝申し上げます。

平成30年3月

守谷市長 松丸 修久

目次

第1章 現状分析	3
1 人口分析.....	3
(1) 人口等の状況.....	3
(2) 死亡の状況.....	4
2 国民健康保険医療費の分析.....	5
(1) 1人当たり医療費の状況.....	5
(2) 傷病別医療費の状況.....	7
(3) 高額医療費の状況.....	8
(4) 長期入院者の状況.....	8
3 特定健康診査の分析.....	9
(1) 特定健康診査の受診状況.....	9
(2) 未受診者の医療費の状況.....	10
(3) 未受診者対策実績.....	11
(4) 特定健康診査結果の状況.....	14
(5) 特定保健指導の状況.....	21
4 介護の分析.....	23
(1) 要介護・要支援認定者の状況.....	23
(2) 介護原因疾患の状況.....	24
(3) 要介護認定者と国民健康保険のレセプトの分析.....	25
(4) 要介護認定者と医療費の関係.....	25
第2章 第2期データヘルス計画	29
1 計画の策定と趣旨.....	29
(1) 計画策定の背景.....	29
(2) 計画の趣旨.....	30
(3) 計画の位置付け.....	32
(4) 計画の期間.....	32
(5) 計画の策定体制.....	32
(6) 計画のデータ取得方法.....	32
(7) これまでの実施事業.....	33
2 第1期計画の目標値の評価.....	35
3 第1期計画の現状と課題.....	36
4 目標実現に向けた取組.....	37
5 目標値の設定.....	38

(1) 計画の目標・目標設定	38
(2) 目標値に向けた事業計画と評価内容	39
(3) 計画の評価と見直し	41
(4) 事業運営上の留意事項	41
第3章 第3期特定健診等実施計画	45
1 計画策定の背景と趣旨	45
2 特定健康診査等実施状況	46
(1) 第2期計画の実施状況	46
(2) 特定健康診査と特定保健指導の実施体制及び実施内容	47
3 特定健康診査等の現状と課題	49
4 目標実現に向けた取組	50
5 目標値の設定	52
(1) 目標値	52
(2) 特定健康診査の実施体制	53
(3) 特定健康診査の内容	54
(4) 特定健康診査の案内方法	56
(5) 年間実施スケジュール	57
(6) 特定保健指導の種類と実施体制	58
(7) 特定保健指導対象者の選定と階層化	59
(8) 特定保健指導対象者への案内方法	59
(9) 「健康もりや21計画」との連携について	60
6 特定健康診査・特定保健指導の結果通知とデータ受領・保存	63
(1) 特定健康診査の結果通知	63
(2) 特定健康診査データの形式・データ保有者からの受領方法	63
(3) 特定健康診査・特定保健指導の記録・データの保管及び保管体制	63
(4) システム体制	64
(5) 代行機関の利用について	64
第4章 計画の推進・評価・見直し等	67
1 計画の公表・周知	67
2 計画の推進体制	67
3 計画の評価	67
4 計画の見直しについて	67
5 個人情報保護対策	68
6 その他計画策定に当たっての留意事項	68

第1章

現状分析

第1章 現状分析

1 人口分析

(1) 人口等の状況

本市の人口状況を見ると、平成28年度（2016年度）で66,251人と年々増加傾向となっています。このうち国民健康保険被保険者^{※1}数は、13,887人で人口に占める国民健康保険加入率は21.0%となっており、加入率は減少傾向にあります。本計画では、これらの方々に絞った現状分析を行っています。国民健康保険被保険者に占める65歳以上の被保険者数の割合を見ると年々増加していることが分かります。今後、被保険者のうち65歳以上の被保険者の割合の増加が予想され、生活習慣病^{※2}にかかるリスクが高くなることから生活習慣病対策が重要となっていきます。

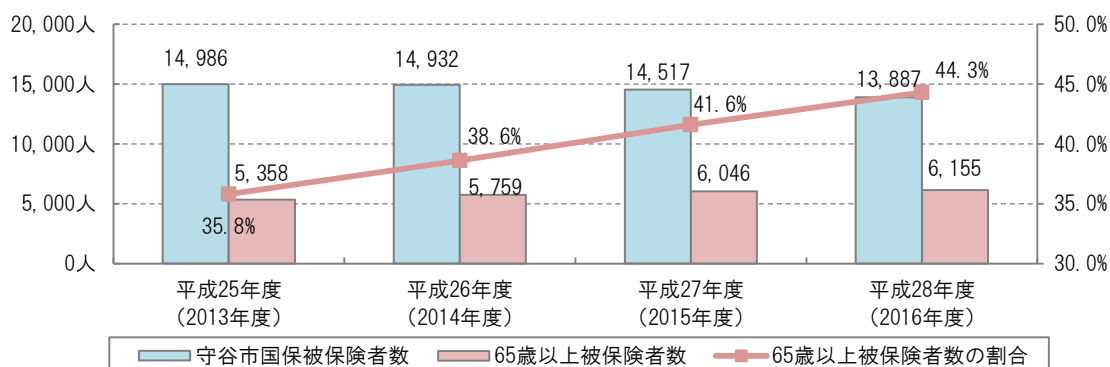
図表1-1-1 人口等の状況

(単位：人・%)

	平成25年度 (2013年度)	平成26年度 (2014年度)	平成27年度 (2015年度)	平成28年度 (2016年度)
人口	64,347	64,894	65,413	66,251
65歳以上の人口	11,274	12,113	12,918	13,650
国保被保険者数	14,986	14,932	14,517	13,887
65歳以上被保険者数	5,358	5,759	6,046	6,155
国保加入率	23.3	23.0	22.2	21.0
65歳以上被保険者数の割合	35.8	38.6	41.6	44.3

資料：住民基本台帳（各年度は、1月1日現在の人口） 国民健康保険事業状況報告書事業年報（各年度末）

図表1-1-2 国民健康保険被保険者数及び加入率の推移



資料：住民基本台帳（各年度は、1月1日現在の人口） 国民健康保険事業状況報告書事業年報（各年度末）

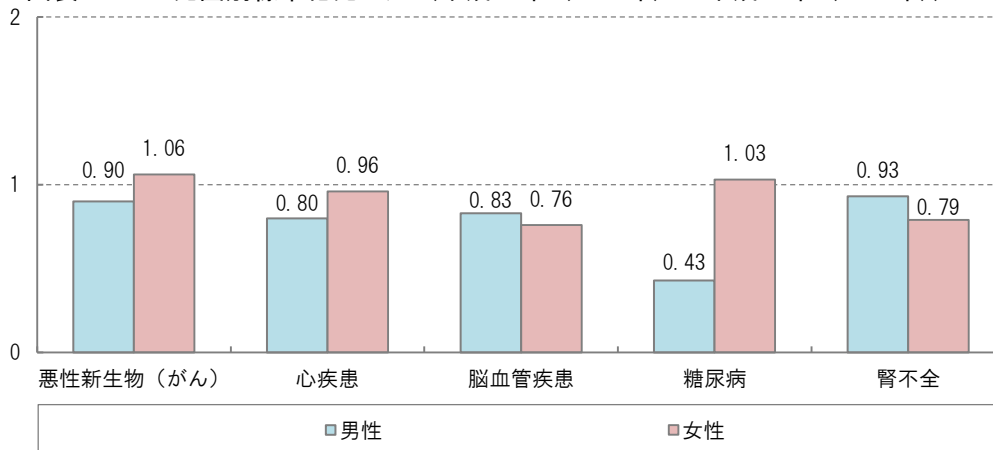
※1 国民健康保険に加入している人です。

※2 食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が深く関与し、発症の原因とする疾患の総称です。

(2) 死亡の状況

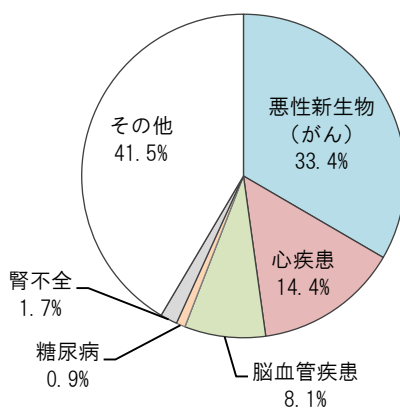
主な死因別標準化^{※3}死亡比を見ると、男女とも全国に比べて高い死因はなく、ほぼ全国並みの死亡率とされます。一方、死因別割合を見ると、「悪性新生物（がん）」（33.4%）が最も高く、次いで「心疾患」（14.4%）、「脳血管疾患」（8.1%）となっており、いわゆる生活習慣病に関連した疾患が上位を占めています。

図表1-1-3 死因別標準化死亡比（平成22年（2010年）～平成26年（2014年））



資料：茨城県保健福祉部 茨城県立健康プラザ編「平成29年茨城県健康指標より」

図表1-1-4 死因別割合（平成22年（2010年）～平成26年（2014年））



資料：茨城県保健福祉部 茨城県立健康プラザ編「平成29年茨城県健康指標より」

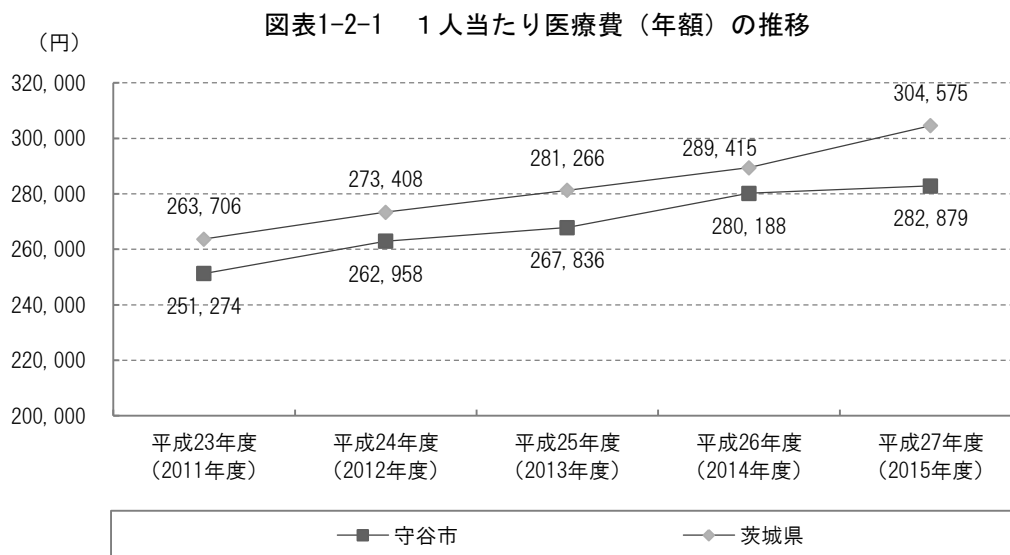
※3 年齢構成の差異を基準の死亡率で調整した値（期待死亡数）に対する現実の死亡数の比のことです。全国のは値は1.0となります。標準化死亡比が基準値（1.0）より大きいということは、その地域の死亡状況は全国より悪いということを示し、基準値より小さいということは、全国より良いということを示します。

2 国民健康保険医療費の分析

(1) 1人当たり医療費の状況

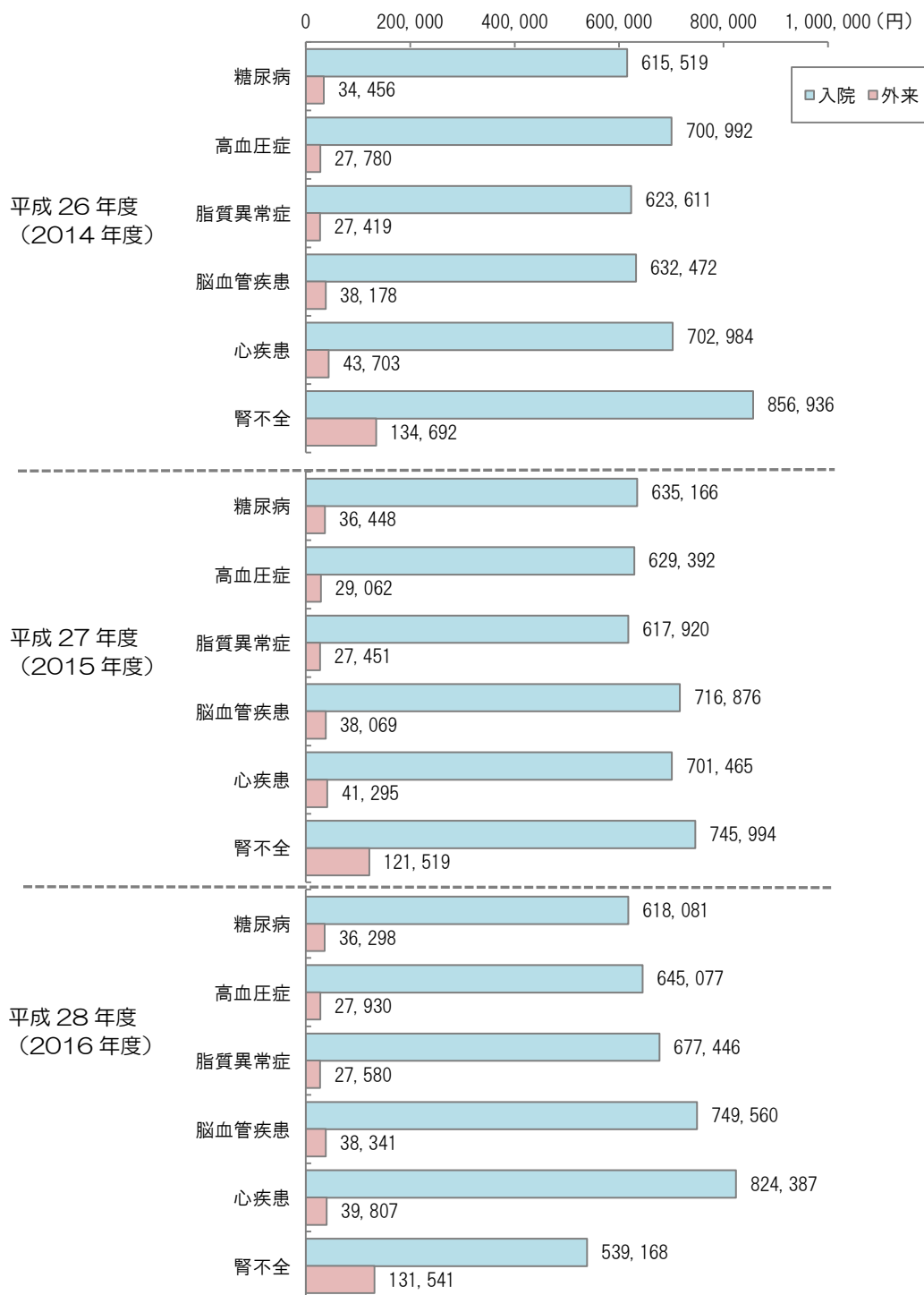
1人当たり医療費の年度別推移を見ると、全ての年度で県を下回っていますが、平成23年度（2011年度）から年々増え続けています。

図表1-2-2の平成28年度（2016年度）生活習慣病疾患の1人当たりの医療費を見ると、入院では「心疾患」（824,387円）で最も高く、次いで「脳血管疾患」（749,560円）、「脂質異常症」（677,446円）となっています。外来では「腎不全」（131,541円）が最も高く、次いで「心疾患」（39,807円）、「脳血管疾患」（38,341円）となっています。



資料：「国民健康保険事業年報附表」（平成23年度～平成27年度）」

図表1-2-2 生活習慣病疾患の1人当たりの医療費（入院・外来）



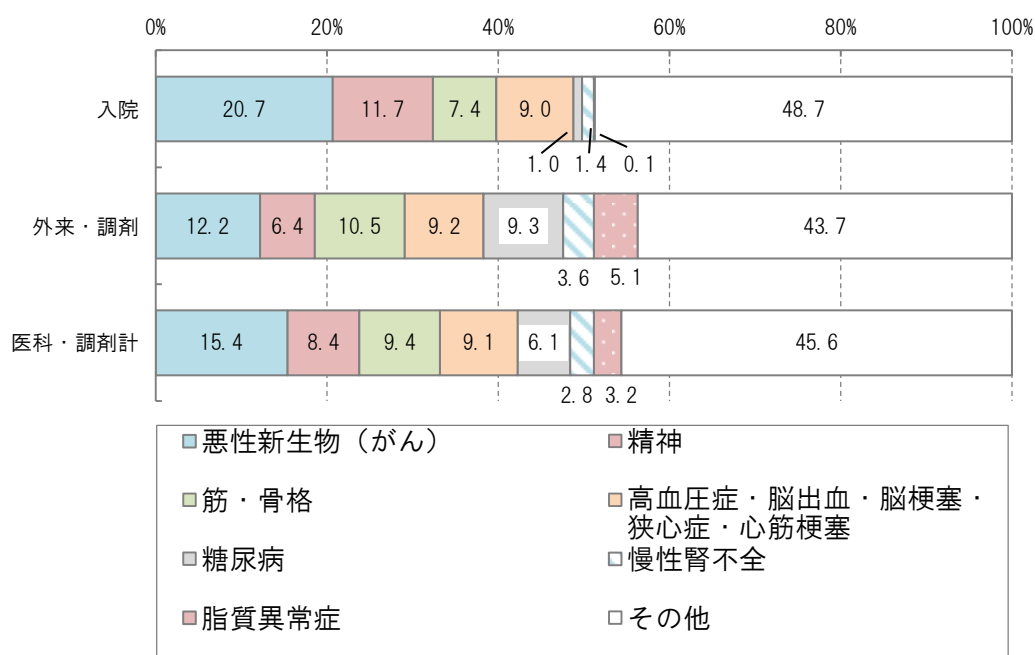
資料：KDB^{※4}「健診・医療・介護からみる健康課題」

※4 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、各種統計情報及び各種業務を通じて管理する給付情報（健診・医療・介護等）を保険者に提供するサービスのことで。

(2) 傷病別医療費の状況

傷病別医療費の割合を見ると、入院は「悪性新生物（がん）」（20.7％）に係る医療費の占める割合が最も高く、次いで「精神」（11.7％）、「高血圧症・脳出血・脳梗塞・狭心症・心筋梗塞」（9.0％）となっています。外来・調剤では「悪性新生物（がん）」（12.2％）が最も高く、次いで「筋・骨格」（10.5％）、「糖尿病」（9.3％）となっています。医科・調剤計では、「悪性新生物（がん）」（15.4％）が最も高く、次いで「筋・骨格」（9.4％）、「高血圧症・脳出血・脳梗塞・狭心症・心筋梗塞」（9.1％）となっています。

図表1-2-3 平成28年度（2016年度） 傷病別医科・調剤保険点数の割合

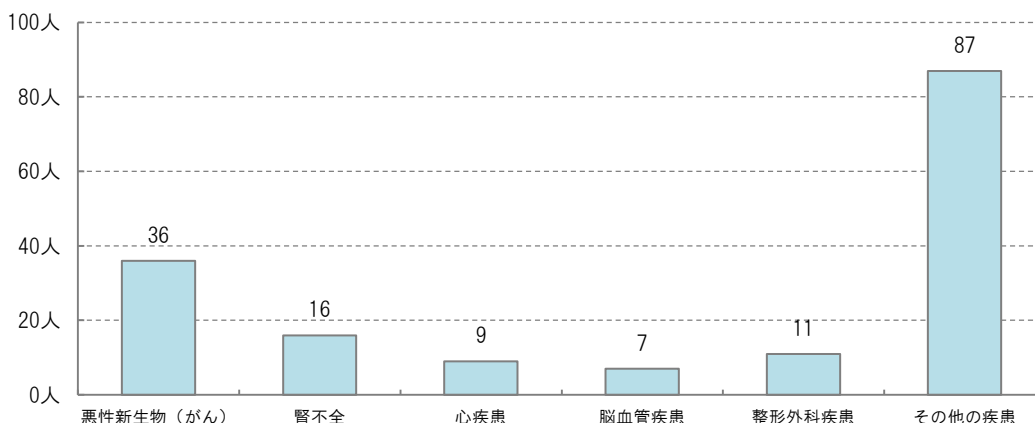


資料：KDB「医療費分析（2）大，中，細小分類（平成28年4月）」

(3) 高額医療費の状況

医療費が高額となっている有病者の罹患状況を見ると、「悪性新生物（がん）」（36人）が最も多くなっています。生活習慣病（腎不全・心疾患・脳血管疾患）は32人いる状況です。

図表1-2-4 高額医療費対象者の有病状況



資料：KDB「基準額（30万円）以上となったレセプト一覧（平成28年4月）」【様式1-1】

(4) 長期入院者の状況

長期入院者となった疾病上位は、「精神疾患」「脳血管疾患」の順となっています。医療費を見ると「精神疾患」は52.1%で、予防可能である生活習慣病の「脳血管疾患」や「虚血性心疾患」が、16.7%となっています。医療費抑制のためにも、生活習慣病の早期発見や疾病を予防していくことが必要となります。

図表1-2-5 長期入院（6箇月以上の入院）患者を対象とした1年間のレセプト数と医療費の状況

	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他
人数	49人	28人	6人	4人	11人
		57.1%	12.2%	8.2%	22.5%
件数	398件	252件	37件	19件	90件
		63.3%	9.3%	4.8%	22.6%
医療費	1億6,539万円	8,817万円	2,234万円	593万円	4,895万円
		52.1%	13.2%	3.5%	31.2%

- ◆精神疾患については最大医療資源傷病名（主病）で計上
- ◆脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）
- ◆H28.6月診療からH29.5月診療分までのレセプトをあなみtool^{※5}で集計

※5 KDB等のデータを集計できるツール。福岡県国民健康保険団体連合会が開発した、保健指導支援ツールです。

3 特定健康診査の分析

(1) 特定健康診査の受診状況

平成28年度（2016年度）特定健康診査^{※6}受診率（50.7%）は、国・県・同規模市^{※7}より高くなっています。

性別・年齢階級別受診率の状況を見ると、45～49歳を除く年齢階級で女性の受診率が男性よりも高くなっています。また、65歳以上で男女ともに5割を超えています。国が示す目標値の60%に達成していない状況です。

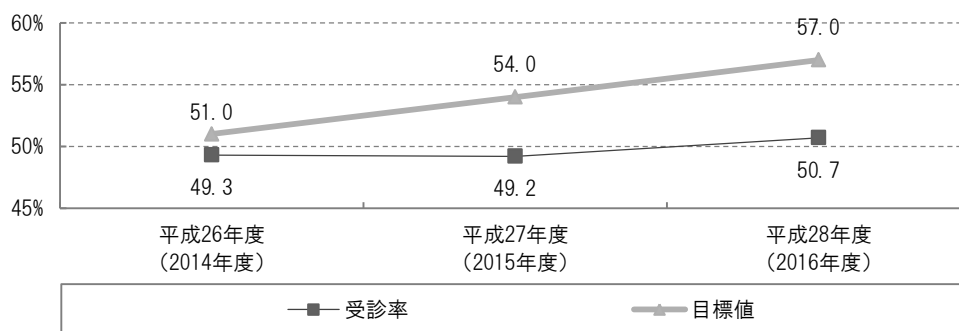
図表1-3-1 受診率の比較

(単位：%)

	守谷市	茨城県	同規模市	国
受診率	50.7	35.8	38.0	34.0

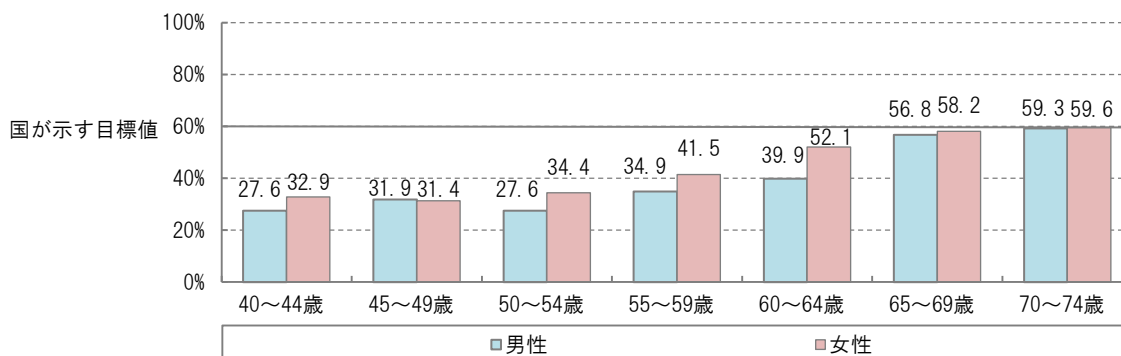
資料：法定報告

図表1-3-2 目標値と受診率の推移



資料：法定報告

図表1-3-3 性別・年齢階級別受診率の状況



資料：KDB「特定健康診査受診状況（平成28年度）」【様式6-9】

※6 40～74歳を対象に、メタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満）に着目した特定健康診査です。

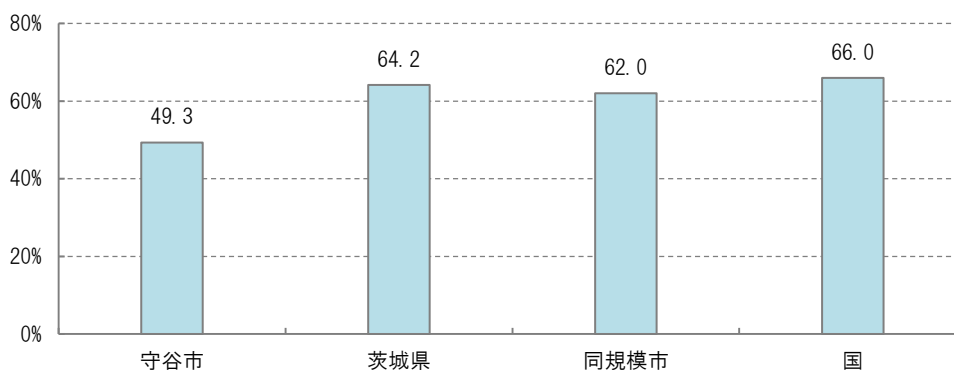
※7 本市と同規模となる市は、石岡市、結城市、龍ヶ崎市、常総市、常陸太田市、那珂市、鹿嶋市、神栖市、牛久市、坂東市、鉾田市、笠間市、小美玉市になります。同規模市の数値は、これらの市の平均値です。

(2) 未受診者の医療費の状況

平成28年度（2016年度）特定健康診査未受診率（49.3%）は、国・県・同規模市より低くなっています。

特定健康診査の受診者・未受診者別にレセプト^{※8}1件当たりの医療費を見ると、特定健康診査未受診者の医療費（38,940円）が受診者の医療費（24,290円）より高くなっています。

図表1-3-4 未受診率の状況



資料：KDB「地域の全体像の把握（平成28年度）」

図表1-3-5 特定健康診査受診と1件当たり医療費の状況

(単位：円)

	守谷市	茨城県	同規模市	国
特定健康診査受診者	24,290	24,290	23,920	23,970
特定健康診査未受診者	38,940	38,810	39,800	39,290

◆特定健康診査受診者1件当たり医療費＝特定健康診査の受診者のレセプト総点数／特定健康診査受診者のレセプト件数×10円

◆特定健康診査未受診者1件当たり医療費＝特定健康診査の未受診者のレセプト総点数／特定健康診査未受診者のレセプト件数×10円

資料：KDB「地域の全体像の把握（平成28年度）」

※8 診療報酬明細書といわれ、医療費を計算するための薬、処置、検査などが書いてあるものです。この薬、処置、検査にはそれぞれ点数が設定されており、最終的に全てを合計して医療費を計算するために使います。

(3) 未受診者対策実績

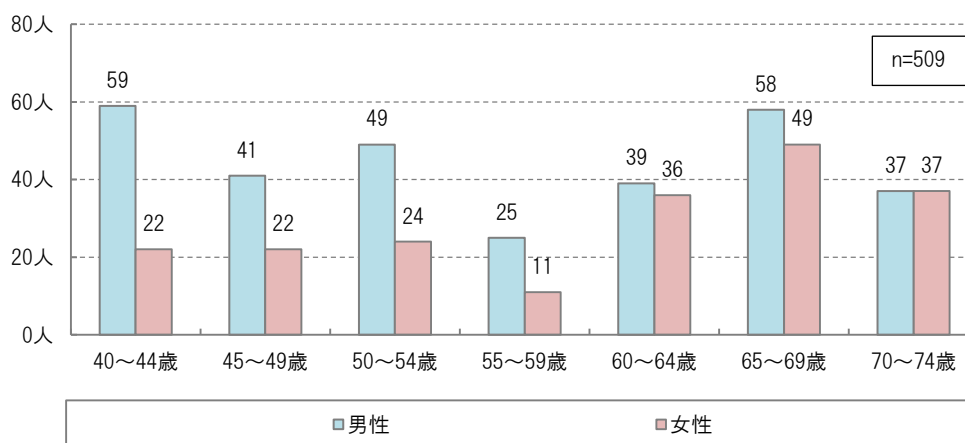
平成27年3月（2015年3月）に策定した「守谷市国民健康保険データヘルス計画」により、未受診者対策として平成28年度（2016年度）に未受診者の状況把握とともに、特定健康診査の受診勧奨対象者^{※9}に対して受診勧奨を実施しました。

対象者は、国保資格取得年月日が平成27年3月31日（2015年3月31日）以前とし、KDBより平成27年度（2015年度）から過去3年間特定健康診査の受診歴がない方で、医療機関のレセプト等がない方かつ、介護保険未利用の方を抽出した509人でした。また、訪問により未受診の理由などを把握できた方は、256人でした。そのうち、特定健康診査を受診した方は41人と16%でした。

図表1-3-8のとおり、特定健康診査未受診の理由として、多くの方が「健康に自信があり」という回答でした。しかし、図表1-3-9のとおり、41人の特定健康診査の結果データを見ると、要医療である「脂質異常症」が、男性で40.0%、女性で68.8%という結果でした。また、図表1-3-10のとおり、平成28年度（2016年度）特定健康診査の受診者割合と比較しても、動機付け支援、積極的支援ともに高いことが分かりました。

生活習慣病は自覚症状がないため、特定健康診査を受けることで自分の体の変化に気づく機会となります。以上のことから、生活習慣病予防のためにも未受診者対策を図ることが重要となります。

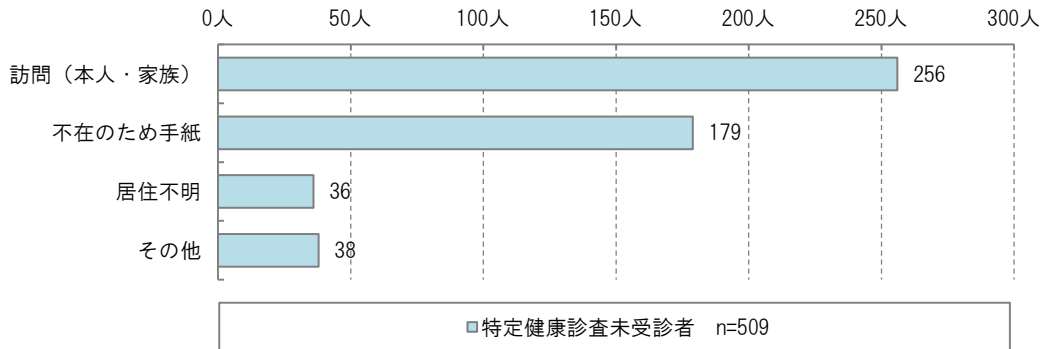
図表1-3-6 平成28年度（2016年度）特定健康診査受診勧奨対象者数（年齢別・男女別）の状況



資料：保健センター 健康管理システム

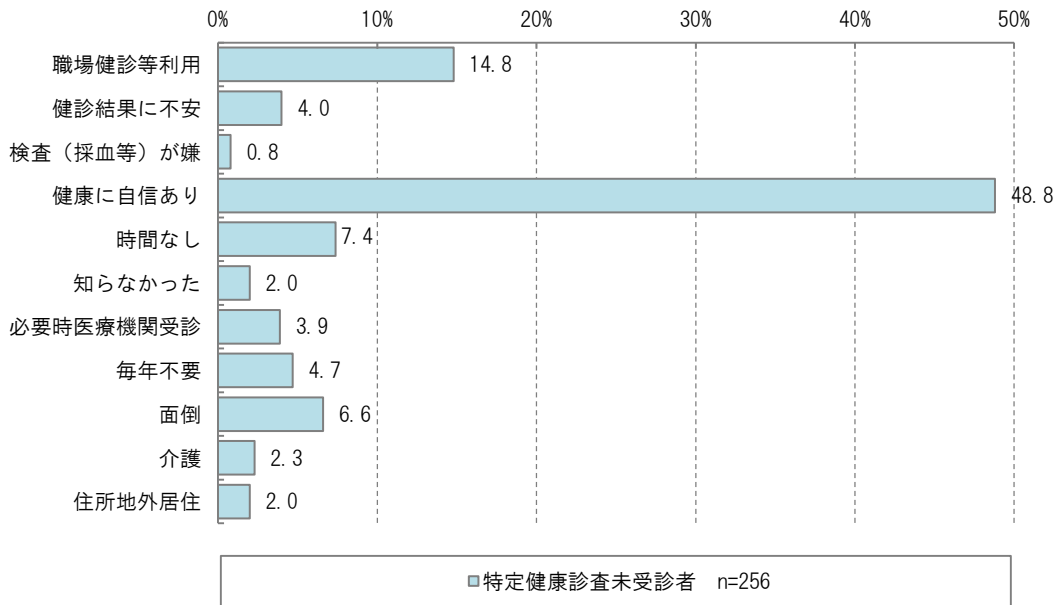
※9 健康診断結果に異常を認め、医師による治療または検査・生活指導が必要と判断された人のことです。

図表1-3-7 未受診者の把握の結果



資料：保健センター 健康管理システム

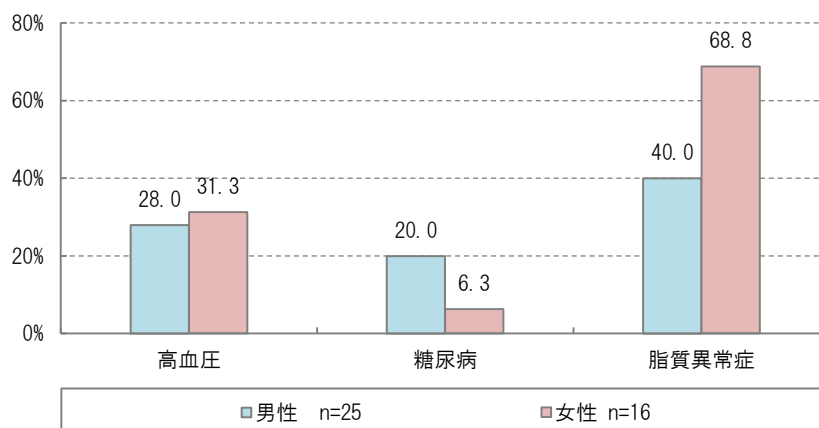
図表1-3-8 特定健康診査未受診理由



◆複数回答あり

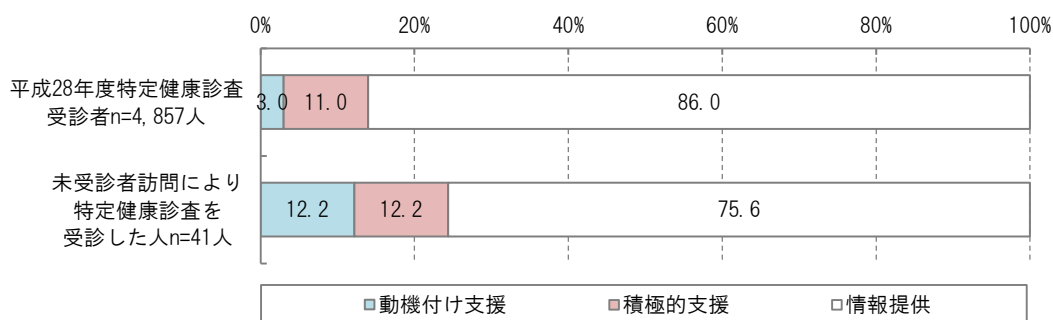
資料：保健センター 健康管理システム

図表1-3-9 特定健康診査結果での要医療^{※10}の割合



資料：保健センター 健康管理システム

図表1-3-10 特定健康診査結果で特定保健指導^{※11}該当者の割合



資料：保健センター 健康管理システム

※10 「要医療」とは、高血圧 140mmHg 以上，糖尿病 HbA1c6.5 以上，脂質異常 LDL コレステロール 140mg/dl 以上のこと（特定健康診査・特定保健指導プログラムより）

※11 特定健康診査の結果から，生活習慣を改善することで生活習慣病の予防効果が大きく期待できる人に対して，専門スタッフ（保健師，管理栄養士など）が行う保健指導のことです。

(4) 特定健康診査結果の状況

① 特定健康診査結果の状況

特定健康診査の結果を見ると、メタボリックシンドローム該当者※12の割合（男性27.6%・女性7.6%）は、国・県・同規模市より男性は若干高く、女性は低くなっています。メタボリックシンドローム予備群の割合（男性14.0%・女性4.2%）は、男女ともに国・県・同規模市より低くなっています。

性別年齢階級別にメタボリックシンドローム該当者・予備群の状況を見ると、男性は60歳代、女性は70～74歳で最も高くなっています。また、どの世代においても男女で割合の差が大きく、男性のメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が高い状況です。

図表1-3-13のメタボリックシンドローム該当者・予備群の検査値の該当率を見ると、「血糖・血圧・脂質の重複」（6.2%）のリスク要因が全て該当している方の割合が国・県・同規模市より高くなっています。このことから、メタボリックシンドローム該当者への対策が必要です。

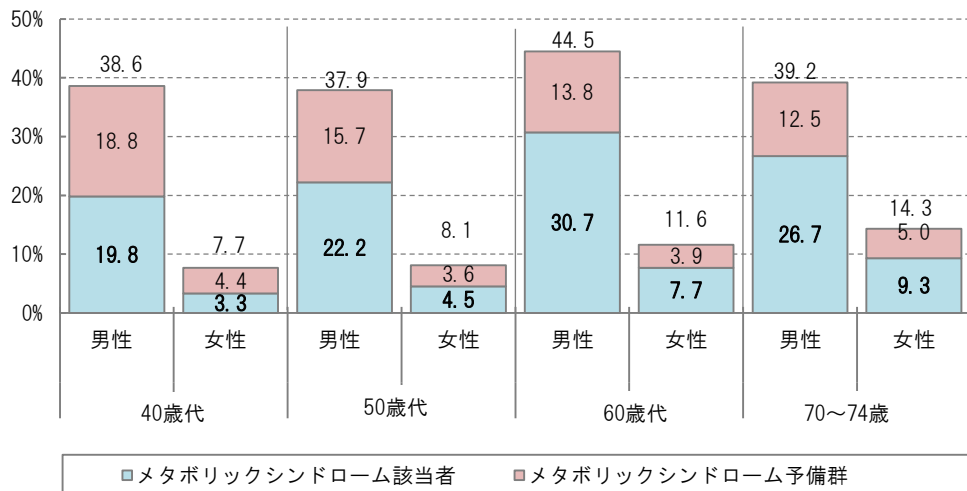
図表1-3-11 特定健康診査結果の状況

(単位：%)

		守谷市	茨城県	同規模市	国
メタボリックシンドローム該当者	男性	27.6	27.0	27.4	27.5
	女性	7.6	9.0	9.9	9.5
メタボリックシンドローム予備群	男性	14.0	16.5	17.1	17.2
	女性	4.2	5.1	5.9	5.8

資料：KDB「地域の全体像の把握（平成28年度）」

図表1-3-12 性別年齢階級別メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況



◆該当者及び予備群の割合は、各年代の特定健康診査受診者数に対する割合

資料：KDB「メタボリックシンドローム該当者・予備群（平成28年度）」【様式6-8】

※12 内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に加えて、高血糖・高血圧・脂質異常のうち2つ以上に該当した状態のことを言います。

図表1-3-13 メタボリックシンドローム該当者・予備群の検査値の該当率（服薬除く）

(単位：%)

		守谷市	茨城県	同規模市	国
腹囲	男性	46.4	48.7	49.7	50.1
	女性	13.9	16.2	17.9	17.3
BMI	男性	2.0	1.8	1.6	1.7
	女性	8.3	8.1	7.1	7.0
血糖のみ		0.8	0.8	0.7	0.7
血圧のみ		5.2	6.6	7.4	7.4
脂質のみ		2.6	2.6	2.6	2.6
血糖・血圧の重複		3.0	3.0	2.7	2.7
血糖・脂質の重複		1.5	1.2	1.0	1.0
血圧・脂質の重複		6.0	7.2	8.4	8.4
血糖・血圧・脂質の重複		6.2	5.5	5.3	5.2

資料：KDB「地域の全体像の把握（平成28年度）」

② 重症化予防事業対象者の状況

脳血管疾患や糖尿病性腎臓病等の生活習慣病の重症化で起きやすい疾病の発症を予防するため、平成26年度（2014年度）から重症化予防事業として特定健康診査の結果、重症化しやすい対象者（高血圧、糖尿病、脂質異常症、尿たんぱくの基準値を超える方）に保健指導を強化してきました。重症化予防事業対象者数は4項目で平成26年度（2014年度）は277人でしたが、平成28年度（2016年度）は264人とほぼ横ばいの状況です。

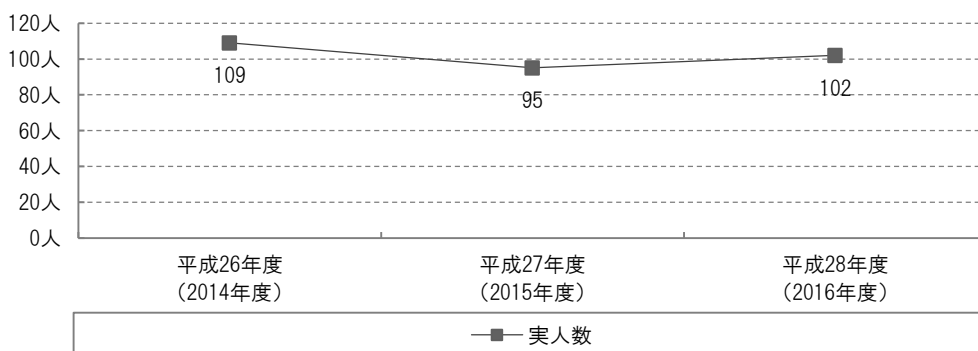
項目別では、HbA1c^{※13}7.0%以上の人数は減少していますが、他の項目は横ばいの傾向にあり、引き続き保健指導を強化していくことが重要です。

重症化予防事業対象者とは・・・

特定健康診査時に以下のリスク項目のいずれかに該当し、当該リスク項目に関して、医療機関を受療していない方を対象とする。

- ・高血圧：Ⅱ度高血圧以上（収縮期血圧 160 mm Hg 以上 または 拡張期血圧 100 mm Hg 以上）
（日本高血圧学会）
- ・糖尿病：HbA1c7.0%以上（日本糖尿病学会）
- ・脂質異常：男性のLDL コレステロール 180 mg/dl 以上（日本動脈硬化学会）
- ・腎臓病：尿たんぱく2+以上（日本腎臓病学会）

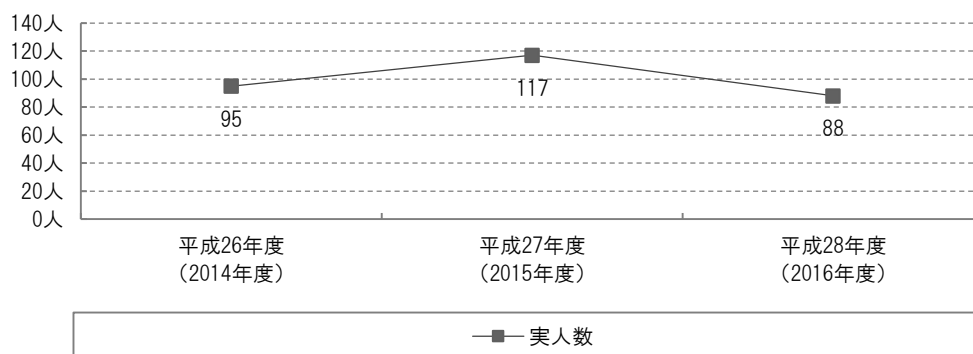
図表1-3-14 Ⅱ度高血圧以上で未受療者の人数



資料：保健センター あなみtool

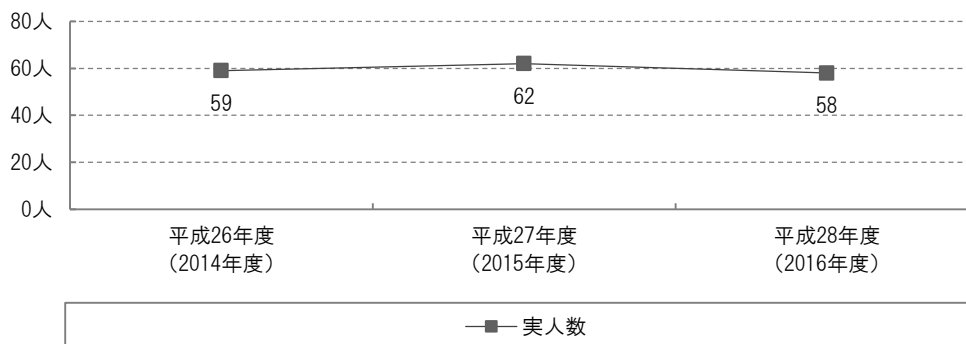
※13 赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したものです。過去1～3箇月間の平均血糖値を反映するため、糖尿病管理の指標として用いられます。

図表1-3-15 HbA1c7.0%以上で未受療者の人数



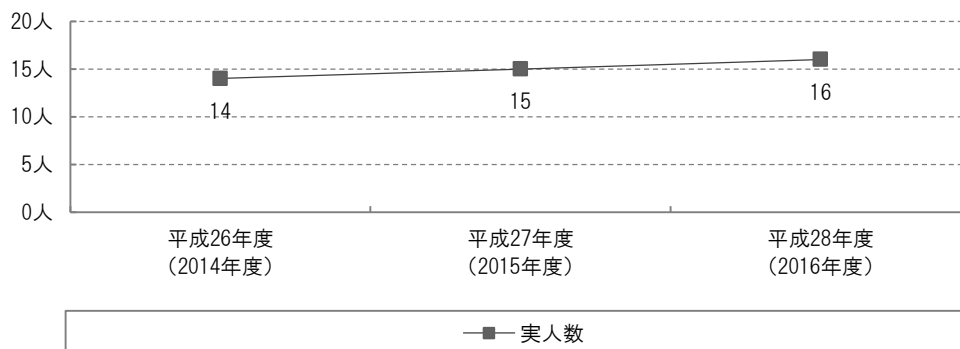
資料：保健センター あなみtool

図表1-3-16 LDLコレステロール（男性）180mg/dl以上で未受療者の人数



資料：保健センター あなみtool

図表1-3-17 尿たんぱく（2+）以上で未受療者の人数



資料：保健センター あなみtool

③ 保健指導後の受療状況

生活習慣病の重症化予防を強化するために、平成26年度（2014年度）から受療行動促進モデル^{※14}に沿った保健指導を実施しています。しかし、保健指導や医療機関への受療を望まない方なども少なからずおり、医療機関への受療行動に結びついていない方が多い状況です（図表1-3-18）。

保健指導の対象者疾患の中でも、糖尿病は放置すると糖尿病性腎臓病となり、人工透析に至るリスクが高くなります。人工透析は多額の医療費がかかり、財政的にも大きな課題となります。今後は、糖尿病性腎臓病の対策を強化し、糖尿病による合併症から透析に移行しないようにするため、重症化予防事業対象者の中でも、特に糖尿病該当者への保健指導を強化する必要があります。さらに、保健指導の結果、状態が悪化しないよう、医療機関への受療に結び付けることが重要となります。

図表1-3-18 平成28年度（2016年度）重症化予防事業対象者の受療状況

（単位：人・％）

	対象者数	受療者数	受療率
高血圧	102人	33人	32.4%
糖尿病	88人	44人	50.0%
脂質異常	58人	13人	22.4%
腎臓病（尿たんぱく2+）	16人	6人	37.5%

◆対象者は、あなみtoolから抽出した人数

^{※14} 受療行動促進モデルとは、「自治体における生活習慣病重症化予防のための受療行動促進モデルによる保健指導プログラムの効果検証に関する研究」に基づいた保健指導方法です。

④ 人工透析等の状況

人工透析^{※15}のレセプト状況（平成28年4月（2016年4月））では、16人が人工透析治療を行っています。

レセプト重複疾病を見ると糖尿病を合併している人は7人（43.8%）、高血圧症を合併している人が15人（93.8%）という状況です。

また、図表1-3-20のように、糖尿病性腎症病期別人数を見ると、治療をしていないHbA1cが6.5%以上の方は282人おり、中でも特に糖尿病性腎臓病の重症化を予防すべき重点勧奨の方は11人います。

人工透析は長期療養が必要となるため、新規透析導入者を減らすには高血圧や糖尿病の重症化予防に取り組む必要があります。

図表1-3-19 人工透析のレセプト分析

(単位：人 %)

性別	年齢	被保険者数	レセプト件数	人工透析		糖尿病		高血圧症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	20歳代以下	1,301	528	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	30歳代	760	219	1	0.1	0	0.0	1	100.0
	40歳代	821	326	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	50歳代	581	314	3	0.5	2	66.7	3	100.0
	60～64歳	701	485	8	1.1	3	37.5	8	100.0
	65～69歳	1,666	1,260	1	0.1	0	0.0	1	100.0
	70～74歳	1,311	1,240	0	0.0	0	0.0	0	0.0
女性	20歳代以下	1,224	581	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	30歳代	644	343	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	40歳代	757	450	1	0.1	1	100.0	1	100.0
	50歳代	733	450	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	60～64歳	1,119	791	1	0.1	0	0.0	1	100.0
	65～69歳	1,824	1,506	1	0.1	1	100.0	0	0.0
	70～74歳	1,269	1,238	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全体	20歳代以下	2,525	1,109	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	30歳代	1,404	562	1	0.1	0	0.0	1	100.0
	40歳代	1,578	776	1	0.1	1	100.0	1	100.0
	50歳代	1,314	764	3	0.2	2	66.7	3	100.0
	60～64歳	1,820	1,276	9	0.5	3	33.3	9	100.0
	65～69歳	3,490	2,766	2	0.1	1	50.0	1	50.0
	70～74歳	2,580	2,478	0	0.0	0	0.0	0	0.0
総数		14,711	9,731	16		7		15	

資料：KDB人工透析レセプト分析（平成28年4月）【様式3-7】

糖尿病性腎臓病の重点勧奨対象者

【茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（案）】

HbA1c6.5%以上で、尿たんぱく（±）以上かつ、eGFR60未満の方

※15 人工の装置（人工腎臓）に患者の血液を通し、本来腎臓から排泄されるべき有毒物質を除去する治療法です。

図表1-3-20 特定健康診査結果からみた糖尿病性腎症病期別人数（治療有無別）

①治療なし（HbA1c6.5以上）

アルブミン尿区分			A1	A2	A3	
尿アルブミン定量			正常アルブミン尿	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)			30未満	30~299	300以上	
(尿たんぱく/Cr比) (g/gCr)					(0.50以上)	
		特定健康診査の 受診者のうち 糖尿病あり	尿たんぱく定性検査			
			(-)	(±)	(+)以上	
		①	282	251	5	26
GFR 区分	未実施		10	9	1	0
	G1	≥90	17	14	0	3
	G2	60~89	195	180	3	12
	G3a	45~59	51	43	1	7
	G3b	30~44	8	5	0	3
	G4	15~29	0	0	0	0
	G5	>15	1	0	0	1
	透析療法中		--	第5期（透析療法期）		

②治療中

アルブミン尿区分			A1	A2	A3	
尿アルブミン定量			正常アルブミン尿	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)			30未満	30~299	300以上	
(尿たんぱく/Cr比) (g/gCr)					(0.50以上)	
		特定健康診査の 受診者のうち 糖尿病あり	尿たんぱく定性検査			
			(-)	(±)	(+)以上	
		②	357	311	11	35
GFR 区分	未実施		9	8	0	1
	G1	≥90	21	18	0	3
	G2	60~89	234	206	11	17
	G3a	45~59	75	67	0	8
	G3b	30~44	18	12	0	6
	G4	15~29	0	0	0	0
	G5	>15	0	0	0	0
	透析療法中		--	第5期（透析療法期）		

資料：あなみtool

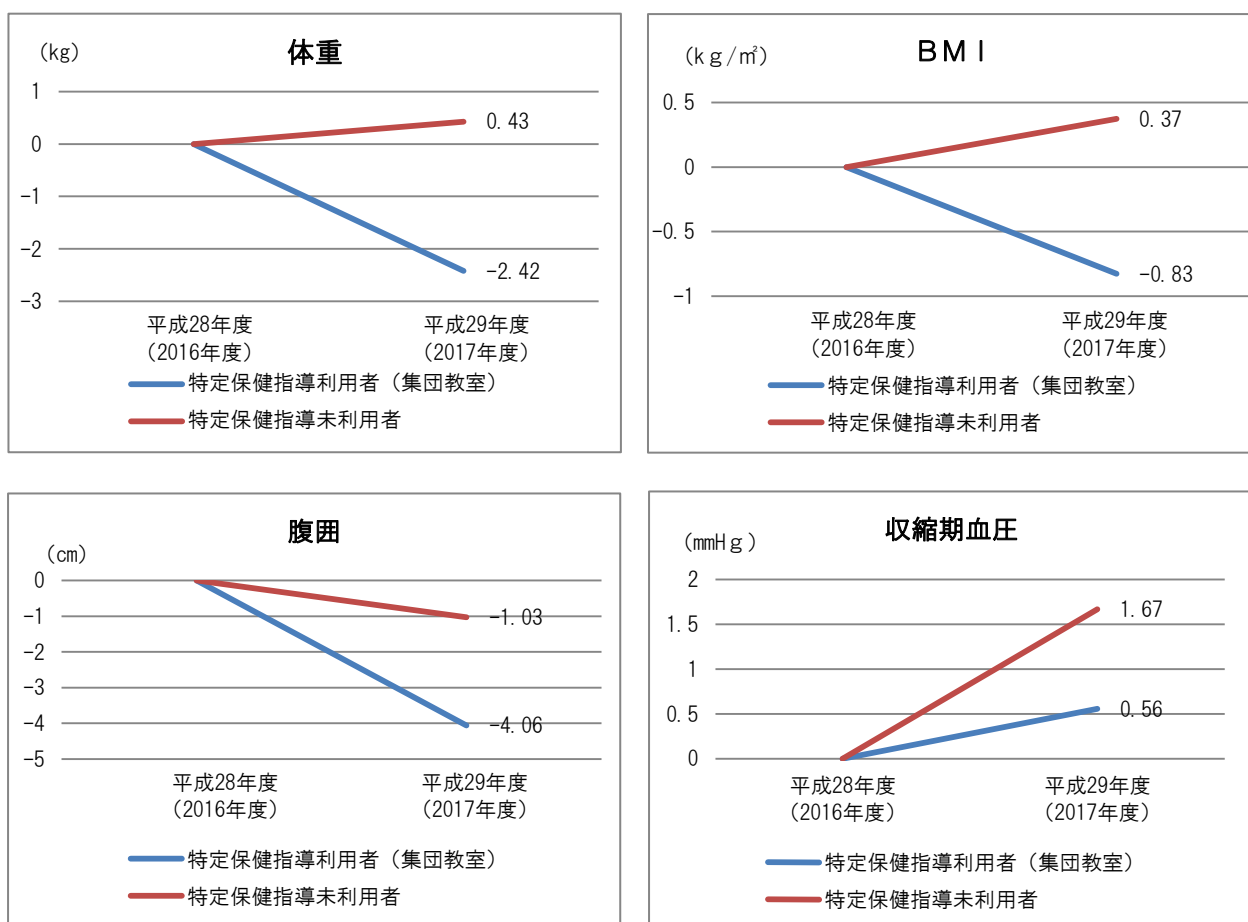
◆糖尿病の判断について

- 1) 糖尿病治療中（問診結果より内服治療中と回答した方）
- 2) 上記以外（糖尿病治療なし）のうち、HbA1c6.5%以上

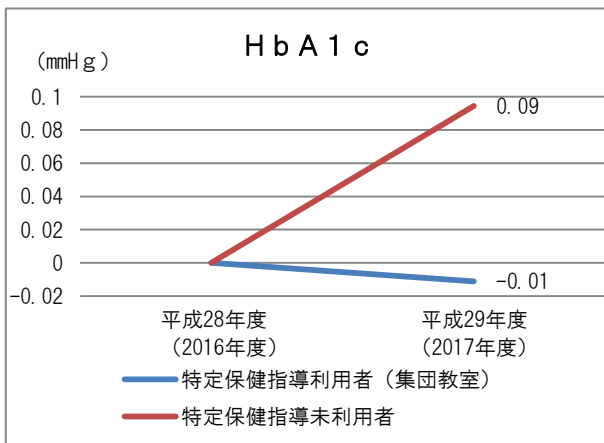
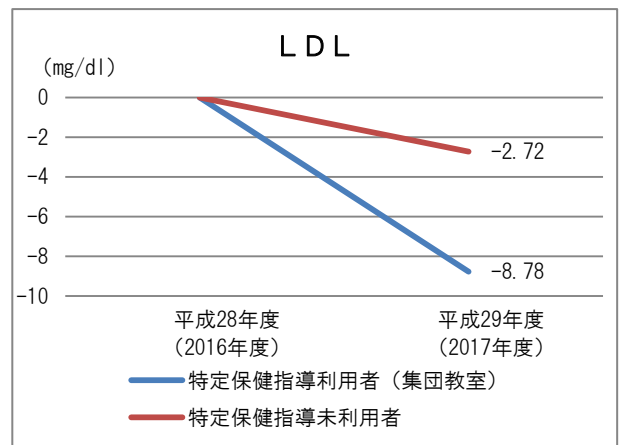
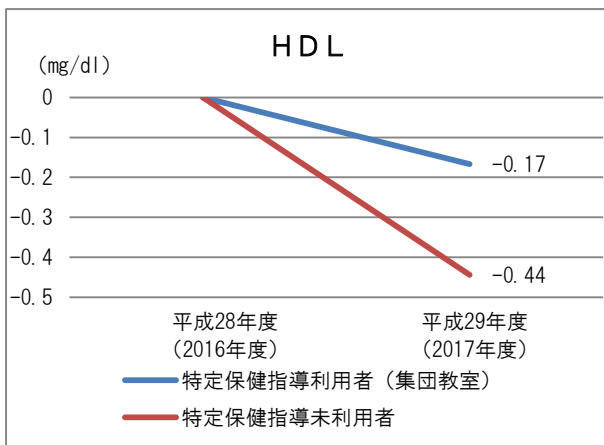
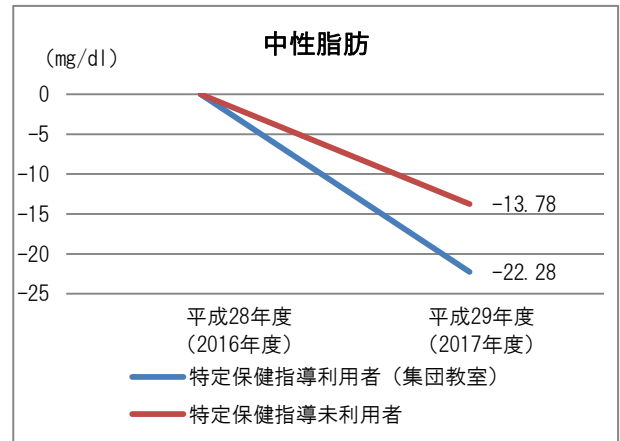
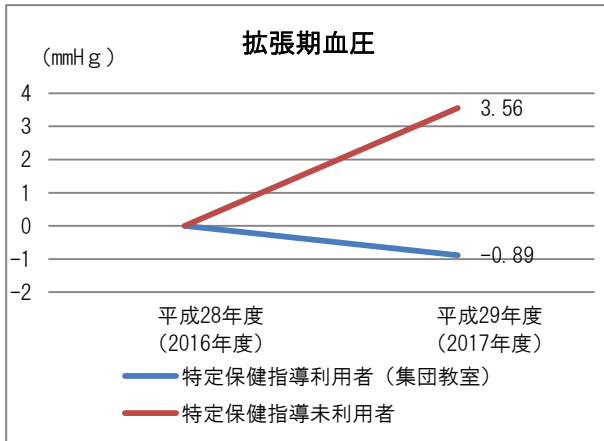
(5) 特定保健指導の状況

平成28年度（2016年度）に特定保健指導を受けた方と受けない方の翌年の特定健康診査のデータを比較して見ると、特定保健指導を受けた方は体重、BMI、腹囲、血圧、中性脂肪、コレステロール、HbA1cの全てにおいて、改善しています。このことから、メタボリックシンドロームや生活習慣病のため、特定保健指導実施率^{※16}を高める必要があります。

図表1-3-21 特定保健指導利用者と未利用者の平均値の差の比較



※16 特定保健指導対象者数に対する特定保健指導終了者数の割合を言います。



資料：保健センター 健康管理システム

4 介護の分析

(1) 要介護・要支援認定者の状況

要介護（要支援）の認定率の推移は、少しずつ上昇しています。

図表1-4-1 要介護・要支援認定者の状況

(単位：円, %)

	平成25年度 (2013年度)	平成26年度 (2014年度)	平成27年度 (2015年度)	平成28年度 (2016年度)
第1号介護被保険者 ^{※17} 1人1箇月当たりの費用額	16,657	16,396	16,185	16,803
要介護（要支援）の認定率	10.7	11.2	11.3	11.5

資料：地域包括ケア「見える化」システムから抜粋
認定率は、各年3月末時点

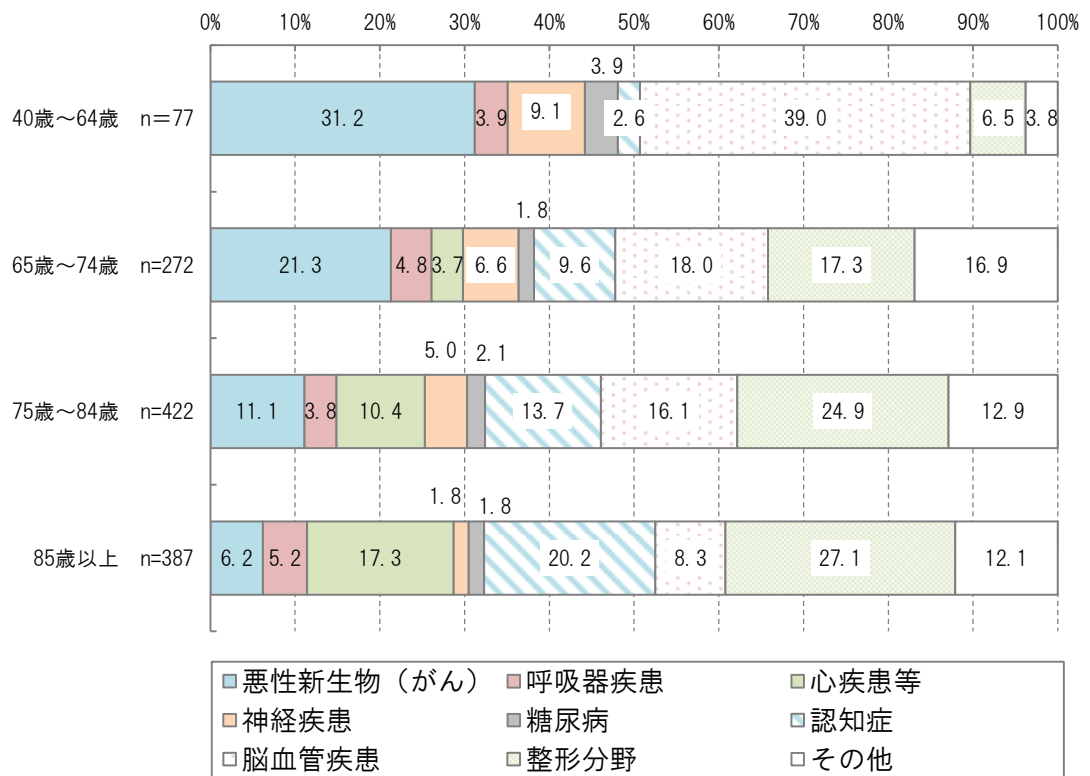
◆第1号介護被保険者1人1箇月当たりの費用額「介護保険事業状況報告（年報）」における費用額を「介護保険事業状況報告（月報）」における第1号被保険者数の各月の累計で除して算出

※17 介護保険制度においては、65歳以上の人を言います。

(2) 介護原因疾患の状況

新規介護認定者の疾患割合を見ると、74歳までに多い割合は「脳血管疾患」「悪性新生物（がん）」であり、年齢とともに増加する疾患は、骨折等の「整形分野」と「認知症」となっています。

図表1-4-2 新規介護認定者の主な疾患割合（年代別）



資料：介護福祉課

平成26年度から平成28年度守谷市要介護認定主治医意見書

(3) 要介護認定者と国民健康保険のレセプトの分析

要支援・要介護認定者の有病状況を見ると、「心臓病」(56.7%)が最も多く、次いで「高血圧症」(50.9%)、「筋・骨格」(48.3%)となっています。

また、「精神」(37.6%)の内の「認知症」(25.4%)では、国・県・同規模市を上回っています。

図表1-4-3 要介護認定者と国民健康保険のレセプト分析

(単位：%)

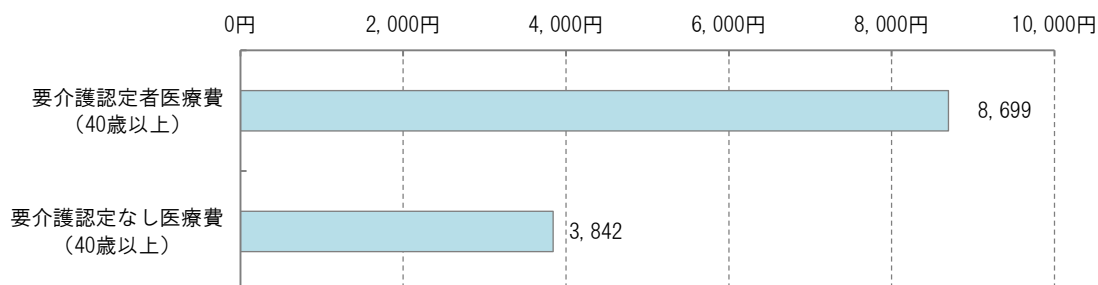
	守谷市	茨城県	同規模市	国
心臓病	56.7	60.1	59.1	57.5
高血圧症	50.9	53.6	51.8	50.5
筋・骨格	48.3	50.6	50.8	49.9
精神	37.6	33.9	35.6	34.9
認知症	25.4	20.9	22.3	21.7
脳疾患	25.6	27.6	26.2	25.3
脂質異常症	23.6	26.2	27.6	28.2
アルツハイマー病	22.9	17.6	18.3	17.7
糖尿病	20.5	22.2	21.9	21.9
悪性新生物(がん)	10.5	10.0	10.0	10.1

資料：KDB「地域の全体像の把握(平成28年度)」

(4) 要介護認定者と医療費の関係

要介護認定者のレセプト1件当たりの医療費は8,699円となっており、非認定者より4,857円高い状況です。

図表1-4-4 要介護認定者と非認定者の医療費のレセプト1件当たりの比較



資料：KDB「特定健康診査・医療・介護データからみる地域の健康課題」をあなみtoolで集計

第2章

第2期データヘルス計画

第2章 第2期データヘルス計画

1 計画の策定と趣旨

(1) 計画策定の背景

「高齢者の医療の確保に関する法律^{※18}」に基づき、平成20年度（2008年度）から医療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、特定保健指導の実施が義務付けられました。これを受けて、保険者である守谷市では平成25年3月（2013年3月）に「第2期守谷市特定健康診査等実施計画」を策定し、特定健康診査・特定保健指導に取り組んできました。

また、平成25年6月14日（2013年6月14日）の「日本再興戦略^{※19}」（閣議決定）では、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康増進のための事業計画として、「データヘルス計画（仮称）」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保にも同様の取組を行うことを推進する」とされました。

これを受けて、「国民健康保険法^{※20}（昭和33年法律第192号）第82条第4項」の規定に基づき、厚生労働大臣が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号）」（以下「保健事業実施指針」という。）の一部改正が行われ、平成26年4月1日（2014年4月1日）から適用されることとなりました。この一部改正によって、保険者は健康・医療情報を活用し、PDCAサイクル^{※21}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定した上で、保健事業の実施・評価を行うこととなりました。

※18 国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講じるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とした法律です。

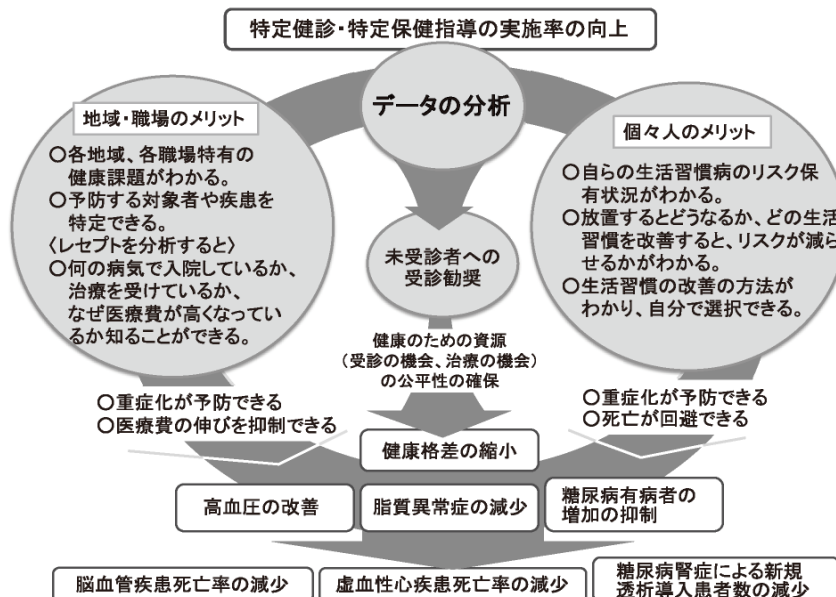
※19 第二次安倍内閣が掲げる成長戦略で、平成25年6月に閣議決定したものです。製造業の国際競争力強化や高付加価値サービス産業の創出による産業基盤の強化、医療・エネルギーなど戦略分野の市場創造、国際経済連携の推進や海外市場の獲得などを掲げています。

※20 国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もって社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする法律です。

※21 PLAN（計画）、DO（実施）、CHECK（評価）、ACTION（改善）の4つの視点をプロセスの中に取り込むことで、プロセスを不断のサイクルとし、継続的な改善を推進するマネジメント手法です。

■ 特定健康診査・特定保健指導と健康日本21（第二次）

～特定健康診査・保健指導のメリットを活かし、健康日本21（第二次）を着実に推進～



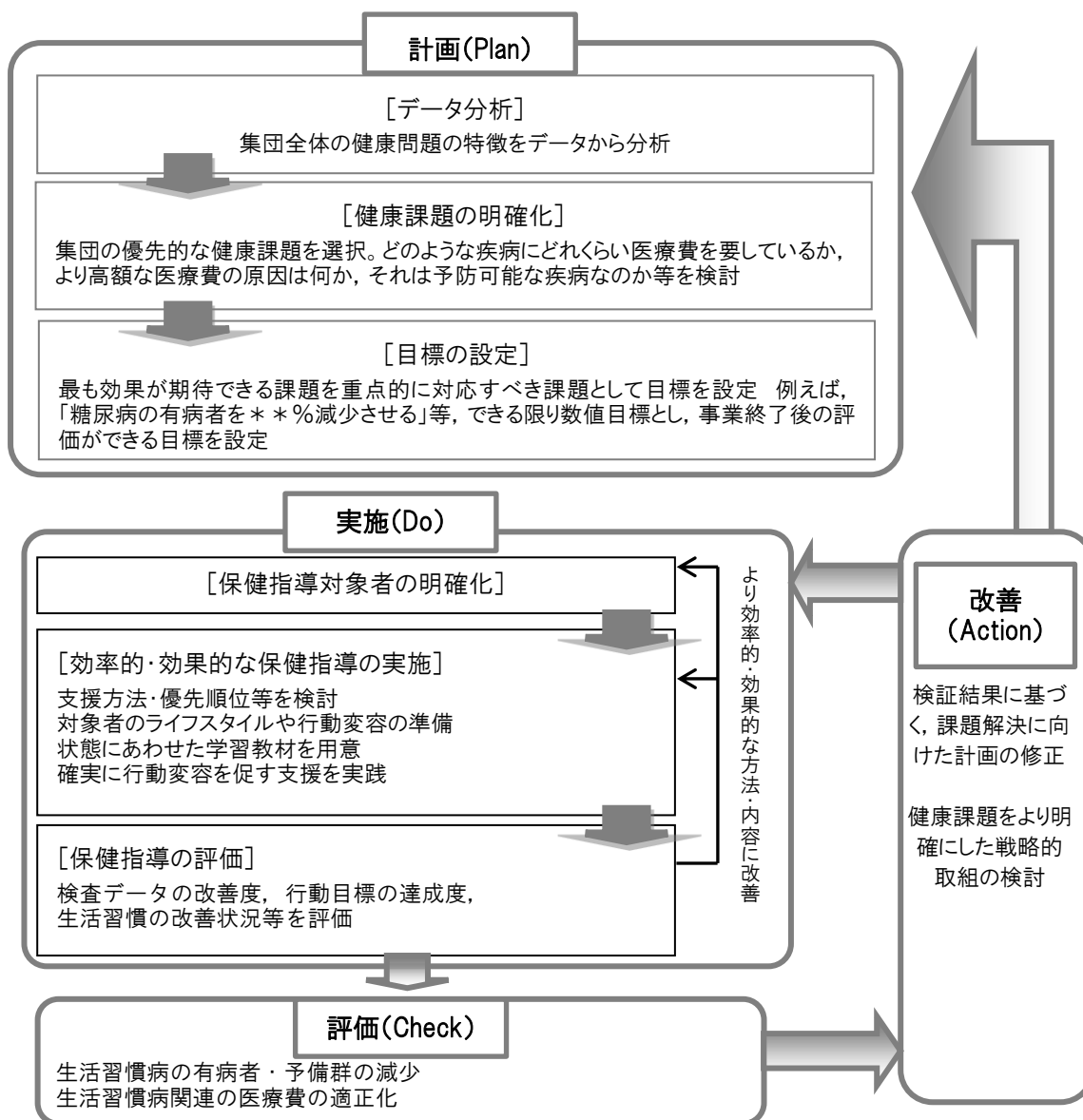
資料：標準的な特定健康診査・保健指導プログラム（改訂版）

(2) 計画の趣旨

守谷市国民健康保険では「保健事業実施指針」の一部改正に基づき、健康・医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿った保健事業の実施及び評価を行うとともに、保健事業に関する施策を効果的かつ効率的に推進し、国民健康保険被保険者の生活習慣病発症と重症化予防に向けた総合的な取組を推進することを目的とした「守谷市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「本計画」という。）を策定することとしました。

なお、国民健康保険の被保険者に対する保健事業を総合的に実施するため、本計画と守谷市特定健診等実施計画を一体的に策定します。

■ 保健事業（特定健康診査・保健指導）のPDCAサイクル



資料：標準的な特定健康診査・保健指導プログラム（改訂版）

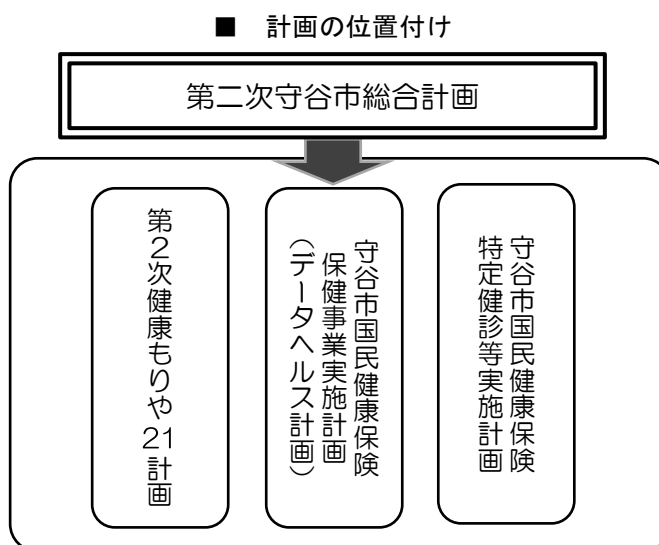
本計画では、74歳以下の国民健康保険被保険者を対象としますが、これから高齢期^{※22}を迎える世代への生活習慣病の改善に向けた働きかけを重点的に行い、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症を抑えるとともに、乳幼児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮します。

※22 一般的に65歳からの時期を指します。高齢期を2期に区分する場合、65～74歳を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者と言います。

(3) 計画の位置付け

本計画は、特定健康診査等の結果やレセプトを活用・分析し、健康課題を明確にした上で、PDCAサイクルに沿って、効果的かつ効率的に保健事業施策を推進する計画です。

また、国民健康保険法に基づく、市の保健事業実施計画（データヘルス計画）として位置付けるとともに、計画の推進に当たっては「第二次守谷市総合計画」をはじめ、「第2次健康もりや21計画」との整合性を図るとともに、「守谷市国民健康保険特定健診等実施計画」と一体的に推進します。



(4) 計画の期間

本計画の初年度は平成30年度（2018年度）とし、「守谷市国民健康保険特定健診等実施計画」と一体的に推進していくことから、計画の最終年度を平成35年度（2023年度）とします。

(5) 計画の策定体制

本計画の策定に当たっては、国保年金課が主となって現状分析と課題抽出をした上で、関連部署の事業及び計画との調整を行い、計画を策定しました。

(6) 計画のデータ取得方法

本計画のデータは、国・県・同規模市との全国統一基準での比較及び分析の幅を広げるために、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）のデータを中心に使用しています。

そのため、公表値（特定健康診査・特定保健指導法定報告等）と異なることがありますが、地域の特性や課題等の傾向を分析する際に大きな差異はありません。

各図表下の資料出所にある「様式」については、KDBのデータ集計様式を指しています。

(7) これまでの実施事業

事業名	目的・目標	対象(状態・人数)	方法	事業評価		平成27年度(2015年度)		平成28年度(2016年度)		平成29年度(2017年度)	
				アウトプット	アウトカム	アウトプット	アウトカム	アウトプット	アウトカム	アウトプット	アウトカム
特定保健指導推進	・特定保健指導実施率向上及び生活習慣改善の継続を図る。 ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少を図る。	特定保健指導対象者	【結果返送会及び相談会】各公民館等で結果を手渡し後、個別相談を実施。また予約制による個別相談会を実施 【個別支援】返送会、相談会、教室、未利用者を個別に訪問。電話等で保健指導を実施	【結果返送会・相談会実施】実施回数、結果返送会後の個別相談数、結果相談会の個別相談数 【特定保健指導対象者訪問】初回指導訪問件数(電話または文書等における保健指導実施数含む)	・特定保健指導率(法定報告) ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	【結果返送会・相談会】 ・返送会 12回 88名 ・相談会 10回 3名 【特定保健指導対象者訪問】 初回指導訪問件数 243名	・特定保健指導率 42.4% ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率 11.09%	【結果返送会・相談会】 ・返送会 12回 76名 ・相談会 9回 5名 【特定保健指導対象者訪問】 初回指導訪問件数 189名	・特定保健指導率 38.2% ・メタボリックシンドローム該当者 ・予備群の減少率 未値	【結果返送会・相談会】 ・返送会 7回 人数は未値 ・相談会 12回 人数は未値 【特定保健指導対象者訪問】 未値	未値
			【ヘルスマイク教室参加への勧奨】 動機付け支援、積極的支援対象者に個別通知により募集	【肥満を解消するための講話、運動、栄養教室を実施】 動機付け支援、積極的支援ごとの通知数と参加教室実施回数、各回の参加実人数、教室終了時のデータ改善率(腹囲)	・特定保健指導率(法定報告) ・参加者のうち体重が5%以上減少した割合 ・生活習慣病に関する特定健康診査データ(腹囲)の改善者数 ・30分/日以上以上の運動を週2回以上、一年以上実施している方の増加した割合 ・メタボリックシンドローム該当者の減少率	・通知数 積極的支援 131通、 動機付け支援 453通 ・参加者 積極的支援 3名、 動機付け支援 27名 1回目 23名 2回目 27名 3回目 18名 4回目 20名 ・実施回数 4回 ・教室終了時のデータ改善率(腹囲) 40.0%	・特定保健指導率 42.4% ・参加者のうち体重が5%以上減少した割合 8% ・生活習慣病に関する特定健康診査データ(腹囲)の改善者数 16人 ・30分/日以上以上の運動を週2回以上、一年以上実施している方の増加した割合 52.0%→56.0% ・メタボリックシンドローム該当者の減少率 64.0%	・通知数 積極的支援 114通、 動機付け支援 421通 ・参加者 積極的支援 2名、 動機付け支援 23名 1回目 21名 2回目 20名 3回目 24名 4回目 21名 ・実施回数 4回 ・教室終了時のデータ改善率(腹囲) 42.9%	・特定保健指導率 38.2% ・参加者のうち体重が5%以上減少した割合 38.9% ・生活習慣病に関する特定健康診査データ(腹囲)の改善者数 16人 ・30分/日以上以上の運動を週2回以上、一年以上実施している方の増加した割合 55.6%→66.7% ・メタボリックシンドローム該当者の減少率 66.7%	・通知数 積極的支援 108通、 動機付け支援 442通 ・参加者 積極的支援 1名、 動機付け支援 17名 1回目 15回 2回目 14回 ・実施回数 4回 ・教室終了時のデータ改善率(腹囲) 未値	未値
			【個別運動指導】 運動施設(病院併設)へ運動指導を委託 初回面接は保健師等が実施	個別通知数 運動施設利用者数	・特定保健指導率(法定報告) ・参加者のうち体重が5%以上減少した割合 ・生活習慣病に関する特定健康診査データ(腹囲)の改善者数 ・メタボリックシンドローム該当者の減少率	通知数 ・積極的支援及び 40~50歳代の動機付け支援対象者に個別通知 195通 ・運動施設利用者数 5名	・特定保健指導率 42.4% ・参加者のうち体重が5%以上減少した割合 0% ・生活習慣病に関する特定健康診査データ(腹囲)の改善者数 4人 ・メタボリックシンドローム該当者の減少率 80.0%	・通知数 ・積極的支援及び 40~50歳代の動機付け支援対象者に個別通知 161通 ・運動施設利用者数 3名	・特定保健指導率 38.2% ・参加者のうち体重が5%以上減少した割合 0% ・生活習慣病に関する特定健康診査データ(腹囲)の改善者数 1人 ・メタボリックシンドローム該当者の減少率 33.3%	・通知数 積極的支援及び 40~50歳代の動機付け支援対象者に個別通知 160通 ・運動施設利用者数未値	未値
糖尿病予防教室	糖尿病を理解し生活習慣の見直しを図る。	74歳以下かつHbA1c6.0%以上の未治療者	【教室参加への勧奨】 特定健康診査結果通知に同封 広報掲載	【病態の理解など健康講話の実施、栄養や運動に関する実習】 教室実施回数、参加実人数(各回ごとの参加数) 教室終了時のデータ改善率	参加者のうちHbA1c値の 平均値	・実施回数6回 ・参加者数 1回目 41名 2回目 41名 3回目 37名 4回目 39名 5回目 41名 6回目 42名 ・教室終了時のデータ改善率 61.3%	参加者のうちHbA1c値の 平均値 19名 57.6%	・実施回数5回 ・参加者数 1回目 15名 2回目 15名 3回目 15名 4回目 14名 5回目 12名 ・教室終了時のデータ改善率 81.8%	参加者のうちHbA1c値の 平均値 未値	・4回コースで実施 ・参加実人数 1回目 35名 2回目 30名 3回目 31名 教室終了時のデータ改善率 未値	未値
生活習慣病重症化予防事業	生活習慣病重症化対象者を減少させる。	以下の基準のいずれかを満たし、特定健康診査時に医療機関に受療していない方 ・収縮期血圧 160mmHg または拡張期血圧 100mmHg以上 ・HbA1c7.0%以上 ・男性のLDLコレステロール 180mg/dl以上 ・尿たんぱく(2+)以上	保健師等による個別保健指導を実施	訪問及び面接による指導件数	未受療率	指導件数 178件	未受療率 53.0%	指導件数 122件	未受療率 63.6%	未値	未値

2 第1期計画の目標値の評価

【評価の考え方】

アウトカム指標^{*23}の評価に当たっては、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A 目標を達成している。
- B 目標には届かなかったが改善が見られる。
- C 改善が見られない。

アウトプット指標^{*24}の評価に当たっては、以下の定義に従いA～Cの3段階に区分します。

- A 実施目標を達成している。
- B 実施目標には届かなかったが実施した。
- C 実施しなかった。

なお、アウトプット指標は目標達成しているにもかかわらず、アウトカム指標に改善が見られない場合は、事業量の不足や事業とアウトカムとの関連が弱いこと等が考えられるため、事業量の増加や事業内容の見直しを検討します。

①メタボリックシンドローム該当者（男性）

アウトカム	当初(平成26年度) (2014年度)	目標(平成29年度) (2017年度)	直近(平成28年度) (2016年度)	評価
該当者割合	25.1%	24.0%	25.3%	C

資料：あなみtool

アウトプット	当初(平成26年度) (2014年度)	目標(平成29年度) (2017年度)	直近(平成28年度) (2016年度)	評価
特定保健指導率	28.0%	60.0%	38.2%	B

資料：法定報告

②重症化予防対象者

アウトカム	当初(平成26年度) (2014年度)	目標(平成29年度) (2017年度)	直近(平成28年度) (2016年度)	評価
未受療者数	515人	500人	553人	C

資料：あなみtool

◆第1期計画では、重症化予防対象者をⅡ度高血圧以上、心房細動、LDLコレステロール180mg/dl以上、中性脂肪300mg/dl以上、メタボリックシンドローム2項目以上、HbA1c6.5%以上、尿たんぱく2+以上、eGFR50未満の各該当者としています。

アウトプット	当初(平成26年度) (2014年度)	目標(平成29年度) (2017年度)	直近(平成28年度) (2016年度)	評価
保健指導対象者数 (訪問・相談)	206人	250人	122人	B

資料：保健センター 健康管理システム

^{*23} 活動に関する成果を図る指標のこと（事業の目標は達成されたかなど）を言います。

^{*24} 保健事業の実施状況・実施量など具体的な活動実績を図る指標のこと（事業をどれだけ実施したか、どれだけの方が利用・参加したかなど）を言います。

3 第1期計画の現状と課題

課題1 メタボリックシンドローム該当者が多い

- 特定健康診査の結果から、男性のメタボリックシンドローム該当者が多いことが分かります。
- メタボリックシンドローム該当者・予備群の検査値の該当率を見ると、血糖・血圧・脂質の全てを重複している方の割合が高くなっていることが分かります。
- メタボリックシンドローム該当者・予備群への対策として、特定保健指導の強化が重要です。

課題2 重症化予防対象者の中で未受療者がいる

- 特定健康診査受診者のうち重症化予防対象者（Ⅱ度高血圧以上，HbA1c7.0%以上，尿たんぱく（2+），LDLコレステロール（男性）180mg/dl以上）で未受療者の方が，264人いる状況です。
- 医療費の割合を多く占める脳血管疾患や心疾患には，高血圧症や糖尿病などの基礎疾患が結びついていることや，一人当たりの医療費がかかる人工透析治療を行っている人の多くに糖尿病や高血圧症を合併していることが分かります。このようなことから，生活習慣病の重症化予防，特に糖尿病性腎臓病の予防に取り組む必要があります。

課題3 重度の要介護認定者になる主な要因は脳血管疾患が多い

- 74歳までの新規要支援・要介護認定者の主な要因は，脳血管疾患の割合が高い状況です。
- 脳血管疾患は，高血圧症や糖尿病などの基礎疾患が結び付いており，生活習慣病を予防していくことが重要です。
- 要介護認定者の医療費は非認定者より，約2.3倍と高くなっています。生活習慣病予防及び重症化予防に取り組むことで，要介護認定率の伸び率を抑制することが重要です。

4 目標実現に向けた取組

① メタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させるために

- 男性は、メタボリックシンドローム該当率が女性より高いため、メタボリックシンドロームの予防を目的に、バランスの良い食事や運動についての啓発や保健指導を行います。
- 特定健康診査の受診後に実施する情報提供をより分かりやすい内容にすることで、メタボリックシンドロームを理解し、自らが予防・改善に取り組めるよう支援します。

② 重症化の予防対策

- 特定健康診査の結果により医療機関の受療が必要となった方に対しては、受療行動につながるよう、より丁寧な支援を行っていきます。
- 特に高血圧や高血糖は、重症化することで心疾患や脳血管疾患を発症し、日常生活に制限が生じ、要介護状態になりやすくなります。さらに、治療により高額な医療費が発生しやすくなります。そのため、特定健康診査の結果で未受療の高血圧者、高血糖者等重症化になりやすい対象者に受療行動をつなげるよう、訪問等による保健指導を強化していきます。
- 糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受療中断者を医療に結び付けるとともに、糖尿病性腎臓病等で通院する患者のうち、リスクが高い方に対して医療機関と連携して保健指導を行うことで、糖尿病性腎臓病等の悪化を防ぎ、人工透析への移行を防止します。

③ 広報等の推進

- 生活習慣病等の予防や治療について、広報や健康教育などの場を通じて市民全体へ啓発していきます。

5 目標値の設定

(1) 計画の目標・目標設定

①メタボリックシンドローム該当者（男性）

アウトカム	直近（平成28年度） （2016年度）	目標（平成34年度） （2022年度）	備考
該当者割合	27.6%	26.5%	

資料：KDB「地域の全体像の把握」

アウトプット	直近（平成28年度） （2016年度）	目標（平成34年度） （2022年度）	備考
特定保健指導率 （法定報告）	38.2%	57.0%	

資料：法定報告

②重症化予防対象者

アウトカム	直近（平成28年度） （2016年度）	目標（平成34年度） （2022年度）	備考
受療率（糖尿病）	50.0%	75.0%	

資料：あなみtool

アウトプット	直近（平成28年度） （2016年度）	目標（平成34年度） （2022年度）	備考
保健指導率 （訪問・相談）	51.0%	80.0%	

資料：保健センター 健康管理システム

(2) 目標値に向けた事業計画と評価内容

事業名	目的・目標	対象(状態・人数)	方法	平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)	事業評価			
										ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
特定保健指導推進	特定保健指導実施率向上及び生活習慣改善の継続を図る。	特定保健指導対象者	【結果返送会及び相談会】 各公民館等で結果を手渡し後、個別相談会を実施 また、予約制による個別相談会を実施 【個別支援】 返送会、相談会、教室、未利用者を個別訪問 電話等で保健指導を実施	・返送会・結果相談会を実施 ・特定保健指導未利用者を訪問 ・積極的支援の指導について、アウトソースを活用	継続	継続	・返送会・結果相談会を実施 ・特定保健指導未利用者を訪問 ・動機付け支援の指導について、アウトソースを活用	継続	継続	保健師数 非常勤保健師の確保 栄養士等の委託料の確保	関係機関との打ち合わせ回数 栄養士等の委託契約 対象者へのアプローチ方法	【結果返送会・相談会実施】 実施回数、階層別保健指導件数、結果相談会の個別相談件数 【特定保健指導対象者訪問】 初回指導訪問件数(電話または文書等における保健指導実施数含む)	特定保健指導率(法定報告) 参加者のうち体重が5%以上減少した割合 生活習慣病に関する特定健康診査データの改善者数
			【ヘルスマイク教室参加への勧奨】 動機付け支援、積極的支援対象者に個別通知により募集	4回コースにて実施	継続	継続	継続	継続	【肥満を解消するための講話、運動、栄養指導を実施】 動機付け支援、積極的支援ごとの通知数、参加数 教室実施回数、参加募集人数(各回ごとの参加人数)				
			【個別運動指導】 運動施設(病院併設)への運動指導を委託 初回面接は、保健師等が実施	積極的支援及び40歳～50歳代の動機付け支援対象者に個別通知し募集	特定保健指導対象者全ての方に、個別通知し募集(通知者の拡大)	継続	継続	継続	継続			個別通知数 運動施設利用者数	
糖尿病予防教室	糖尿病を理解し、生活習慣の見直しを図る。	74歳以下かつHbA1c6.0%以上の未受療者	【教室参加への勧奨】 特定健康診査結果通知に同封 広報掲載	4回コースにて実施	継続	継続	継続	継続	継続	保健師数 非常勤保健師の確保 栄養士等の委託料の確保	対象者へのアプローチ方法 対象者の満足度	【病態の理解など健康講話の実施、栄養や運動に関する実習】 教室実施回数、参加実人数(各回ごとの参加数)、 教室終了時のデータ改善率	参加者のうちHbA1c値の平均値
受診勧奨域の保健指導	生活習慣病重症化を予防する。	以下の基準のいずれかを満たし、特定健康診査時に医療機関に受療していない方 ・収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上 ・HbA1c7.0%以上 ・男性のLDLコレステロール180mg/dl以上 ・尿たんぱく(2+)以上	保健師等による個別保健指導を実施	継続	継続	継続	継続	継続	継続	保健師数 非常勤保健師の確保 医師会との連携 職員の資質の確保(研修等)	手順書の作成 保健指導の優先順位 対象者へのアプローチ方法	訪問及び面接による指導件数、指導率	対象者の受療率
糖尿病性腎臓病重症化予防事業	糖尿病性腎臓病重症化対象者を減少させる。	特定健康診査の結果 ・空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上を満たす方のうち、尿たんぱく(±)以上、血清クレアチニン検査後、eGFR60ml/分/1.73m ² 未満 ・最近1年間に糖尿病受療歴がある方	個人保健指導についてアウトソースを活用	・前年度の特定健康診査の結果から該当者を抽出 ・個別保健指導についてアウトソースを活用	継続	継続	継続	継続	継続	医師会との連携 委託料の確保	対象者へのアプローチ方法 対象者の満足度	プログラム参加者数及び割合	対象者の検査値等の改善率

(3) 計画の評価と見直し

特定健康診査の結果や受療状況を経年的に把握し、改善度を評価します。また、茨城県国民健康保険団体連合会^{※25}に設置されている保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。なお、目標の達成状況を踏まえ、必要に応じて事業内容の見直しを行います。

(4) 事業運営上の留意事項

今まで、国民健康保険主管課と衛生部門が連携して保健事業を推進してきました。今後とも引き続き、本計画の実践と事業評価を通じて連携を図りつつ、本計画を推進します。

^{※25} 国民健康保険法第83条の規定に基づき、会員である保険者（市町村・国保組合）が目的達成に必要な事業を共同して行うことを目的として設立された団体（公法人）です。

第3章

第3期特定健診等実施計画

第3章 第3期特定健診等実施計画

1 計画策定の背景と趣旨

国は、平成18年（2006年）の医療制度改革において医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において特定健康診査・特定保健指導実施計画を定めるものとし、その実施を義務付ける特定健康診査と特定保健指導の仕組みを導入し、平成20年度（2008年度）以降実施してきました。この特定健康診査・特定保健指導は、内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）に着目した特定健康診査・保健指導を行うことにその特色があります。内臓脂肪の蓄積が生活習慣病発症に大きく関与していることが近年明らかになっていることから、内臓脂肪を蓄積している人に対して運動や食事等の生活習慣の改善を促し、内臓脂肪を減少させることにより、生活習慣病の予防を行うことができるという考えのもとで実施されてきました。しかし、制度施行から4年が経過したところで、特定健康診査・特定保健指導の実施率は、それぞれの国の目標（平成29年度（2017年度）目標：特定健康診査受診率60%、特定保健指導実施率60%）とは、まだまだ開きがある状況です。

現在、わが国における死亡や要介護状態等の主な原因の1つでもある生活習慣病の予防を進めるためには、国民運動としての健康づくりの気運の高まりや、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上が必要とされるため、今後の取組についての検討が必要です。

今後の方向性として、特定健康診査・特定保健指導については、第3期特定健康診査等実施計画の期間において、現状の枠組みを維持しつつ、国及び保険者において、その実施率向上に向けて取り組んでいきます。

なお、第1期及び第2期計画は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画が6年一期に見直されたことを踏まえ、第3期計画からは6年を一期として策定することになります。

<高齢者の医療の確保に関する法律>

（特定健康診査等実施計画）

第十九条 保険者は、特定健康診査等基本方針に即して、六年ごとに、六年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）を定めるものとする。

2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
- 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
- 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項

3 保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

2 特定健康診査等実施状況

(1) 第2期計画の実施状況

第2期計画では、平成28年度（2016年度）までに特定健康診査受診率を57%、特定保健指導実施率を53%の目標としていました。実施状況は、以下のとおりです。

図表3-2-1 第2期計画の目標値と実施状況

		平成25年度 (2013年度)	平成26年度 (2014年度)	平成27年度 (2015年度)	平成28年度 (2016年度)
特定健康診査	対象者数 (法定報告)	9,719人	9,930人	9,899人	9,584人
	受診者数 (法定報告)	4,632人	4,900人	4,873人	4,857人
	目標値	48%	51%	54%	57%
	実施率	47.7%	49.3%	49.2%	50.7%
	参考	県平均 33.7% 県内3位	県平均 34.6% 県内2位	県平均 35.2% 県内3位	県平均 36.4% 県内3位
特定保健指導	対象者数 (法定報告)	動機付538人 積極的192人	動機付525人 積極的164人	動機付522人 積極的173人	動機付533人 積極的148人
	実施者数 (法定報告)	動機付189人 積極的 5人	動機付182人 積極的 11人	動機付283人 積極的 12人	動機付255人 積極的 5人
	目標値	30%	37%	45%	53%
	実施率	26.6%	28.0%	42.4%	38.2%
メタボリック シンドローム 該当者・予備 群の減少率	減少率	—————→		平成20年度比 11.09%	未値

資料：国保年金課

(2) 特定健康診査と特定保健指導の実施体制及び実施内容

① 特定健康診査実施体制と実施内容

	平成20年度 (2008年度)	平成21年度 (2009年度)	平成22年度 (2010年度)	平成23年度 (2011年度)	平成24年度 (2012年度)	平成25年度 (2013年度)	平成26年度 (2014年度)	平成27年度 (2015年度)	平成28年度 (2016年度)	平成29年度 (2017年度)
特定健診等実施計画 画受診率(目標値)	35.0%	42.5%	50.0%	57.5%	65.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
実 率	40.3%	42.2%	41.8%	45.4%	47.7%	47.7%	49.3%	49.2%	50.7%	未値
受診券発行方法	個人通知 集団健診(40歳～74歳)			集団健診と医療機関健 診の選択制の導入						
がん検診同時実 施	集団健診とがん検診との 同時実施									
未受診理由把握				未受診者訪問(308件) 動員及びアンケート実 施					過去3年間未受診・ 未受診・介護保険未 利用該当者を訪問 (256件)	
市報	広報紙とホームページに 特定健診受診勧奨記事 掲載									
個別受診勧奨通 知				未受診者へ追加健診 (2日間)案内通知				未受診者への通 知内容を性別・年 代別8区分に分 けて追加健診案内 通知		未受診者へ追加健 診及び医療機関健 診等案内を任意式 ハガキとして通知
個別受診勧奨 (実 績)										前年度訪問し受診 未受診・介護保険未 利用該当者を訪問・ 話にて受診勧奨 不在通知(435件)
検査項目	追加項目(心電図・眼底・ 貧血検査)	詳細健診/追加項目 詳細3項目全員実施			詳細3項目にク レアチニンを追 加					
個人負担	集団健診 40歳～64歳 1,300円 65歳～74歳 1,000円	集団健診 40歳～64歳 1,300円 65歳～74歳 無料		集団健診無料化 医療機関健診1,000円						
健診体制	集団健診・ミニドック			医療機関健診・追加健 診を実施					JJA組合員健診を実 施(無料)	かかりつけ医から の診療情報等提供 事業を実施
医保ドック	人間ドック・脳ドック結果 データ反映									

②特定保健指導実施体制と実施内容

特定保健指導実施計画 面指導率(目標値) 実 施 率	平成20年度 (2008年度)	平成21年度 (2009年度)	平成22年度 (2010年度)	平成23年度 (2011年度)	平成24年度 (2012年度)	平成25年度 (2013年度)	平成26年度 (2014年度)	平成27年度 (2015年度)	平成28年度 (2016年度)	平成29年度 (2017年度)
	5.0%	15.0%	25.0%	35.0%	45.0%	30.0%	37.0%	45.0%	53.0%	60.0%
呼び出し方法	個別相談案内、教室案内を結果と同時	15.0%	25.0%	35.0%	45.0%	30.0%	37.0%	45.0%	53.0%	60.0%
集団指導内容	個別相談案内、教室案内を結果と同時	5.5%	12.5%	20.2%	27.8%	26.6%	28.0%	42.4%	38.2%	未値
個別指導内容	個別相談案内、教室案内を結果と同時	5.5%	12.5%	20.2%	27.8%	26.6%	28.0%	42.4%	38.2%	未値
指導体制 動機付け支援 積極的支援	個別相談会 保健師・管理栄養士 教室 保健師・管理栄養士 個別相談会未所者・教 室未受講者を訪問・電話 にて特定保健指導 保健師・管理栄養士	5.5%	12.5%	20.2%	27.8%	26.6%	28.0%	42.4%	38.2%	未値
周知	健診結果送達時、対象者 に対して特定保健指導につ いて周知 広報にて教室周知 指導対象者に個別通知 にて教室案内	5.5%	12.5%	20.2%	27.8%	26.6%	28.0%	42.4%	38.2%	未値

3 特定健康診査等の現状と課題

課題1 5割の人が特定健康診査未受診者である

- 平成28年度（2016年度）の特定健康診査受診率は50.7%で、国・県・同規模市を大きく上回っているものの、目標には達しませんでした。特に、60歳未満の男性は40%を下回っています。
- 平成28年度（2016年度）の1件当たり医療費の状況を見ると、特定健康診査未受診者の医療費が受診者の医療費より高くなっています。
- 特定健康診査を未受診の方が、保健指導該当者となる割合が高くなっていることから、特定健康診査を受診し、生活習慣を改善する機会とするためにも、特定健康診査の未受診者対策への更なる取組が求められます。

課題2 特定保健指導利用者が約4割となっている

- 平成28年度（2016年度）の特定保健指導実施率は、38.2%で、目標には達しませんでした。
- 特定保健指導を受けた方と受けない方の翌年の特定健康診査データを比較して見ると、特定保健指導を受けた方が体重、BMI、腹囲、血圧、中性脂肪、コレステロール、HbA1cの全てにおいて改善が見られることから、特定保健指導実施率を高める必要があります。

課題3 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率が目標の25%に達していない

- メタボリックシンドローム該当者・予備群の該当割合を減少させることで、高血圧症や糖尿病の発症を予防することが大切です。

4 目標実現に向けた取組

① 特定健康診査受診率の目標達成のために

- 過去3年間の特定健康診査の未受診者を抽出し、年代別・性別等により勧奨する順位付けをし、訪問による受診勧奨をしていきます。
- 40～50歳代の受診率が特に低いため、地域医療機関との連携を強化し、市内の医療機関で受診できる選択肢を増やし、新規受診者の開拓に努め、受診率の向上につなげます。
- 特定健康診査結果の通知の内容を充実させ、翌年度以降の受診を促していきます。
- 特定健康診査をさらに理解してもらうために、受診券発送時の案内文書を分かりやすいものに変更していくとともに、広報紙・ホームページ等でのPRをより強力に行っていきます。

② 特定保健指導実施率の目標達成のために

- 特定保健指導については、対象者へ個別通知をし、その後電話による個別勧奨をしているにもかかわらず、その実施率が目標値に達することは難しい状況です。特に、利用者の少ない40～50歳代の方々の特定保健指導利用率向上のため、一部を外部委託により実施し、休日や夜間等にも特定保健指導が実施できるよう実施体制を整備するなど、対象者個人のライフスタイルに応じた保健指導を実施していきます。
- 従来の実施に加え、特定健康診査を受診することと同様に特定健康診査を受けたら必要に応じて特定保健指導を受け、自分の健康を見直す機会を持つことが健康管理の一環として定着するよう、特定保健指導のPRと必要性の理解、生活を改善することや疾病予防、健康づくりを行うことへの意欲向上につながる働きかけを、ポピュレーションアプローチ^{※26}と合わせて実施し、参加へつなげていきます。

③ 特定保健指導の未実施者への支援

- 動機付け支援及び積極的支援対象者において、保健指導の利用勧奨をしたにもかかわらず保健指導を受けない場合は、再勧奨を実施します。
- 積極的支援においては、特定保健指導のプラン作成時に支援内容や方法、日時等について対象者と十分話し合い、特定保健指導が終了まで継続できるよう支援します。

^{※26} 対象を一部に限定しないで集団全体へアプローチをする考え方のことを言います。

④ 市民への情報提供

- 地域において、生活習慣改善に関する健康教室等を開催し、生活習慣病予防のための知識の普及や啓発をします。
- 生活習慣改善に関するグループ活動や地域組織を活用します。
- 広報紙、ホームページ、ポスター等多くの媒体を活用したPR活動をします。
- 母子保健事業時における特定健康診査の受診勧奨をします。
- 休日における受診機会を確保します。
- 総合健診（がん検診と一緒にを行う特定健康診査）機会を確保します。
- 市民の受診意欲を促すために、特定健康診査を受診することによる特典について検討していきます。

5 目標値の設定

(1) 目標値

第3期計画における目標値

特定健康診査の受診率は、平成28年度（2016年度）で50.7%となっています。そのため、平成35年度（2023年度）の目標値については、国が示した目標値である60%を達成できるよう設定します。

特定保健指導の実施率は、平成28年度（2016年度）で38.2%となっています。そのため、第3期計画では、指導の内容やPRの方法を一層充実させ、多くの参加者を見込めるように取り組んでいきます。なお、平成35年度（2023年度）の目標値については、国が示した目標値である60%とします。

また、特定保健指導の対象者を平成35年度（2023年度）までに、平成20年度（2008年度）比で25%減少することを目標とします。

図表3-5-1 各年度における目標値

項目		平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)
特定健康診査	受診率	52.5%	54.0%	55.5%	57.0%	58.5%	60.0%
	受診者数	4,321人	4,551人	4,741人	4,540人	5,079人	5,172人
	対象者数	8,231人	8,428人	8,543人	7,964人	8,682人	8,620人
特定保健指導	実施率	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
	実施者数	282人	317人	351人	355人	420人	450人
	対象者数	627人	660人	688人	658人	736人	750人
特定保健指導減少率		—————→					平成20年度比 25%以上

- ◆特定健康診査の対象者数は、平成30～平成35年度の40～74歳の人口に国保加入率を乗じて算出
- ◆受診者数は、対象者数に対し目標値を乗じて算出
- ◆特定保健指導の対象者数は、平成25年～平成28年度の特定保健指導の発生率の平均に特定健康診査の受診者を乗じて算出
- ◆実施者数は、対象者数に対し目標値を乗じて算出

(2) 特定健康診査の実施体制

① 実施場所

- 集団健診：保健センター，市役所，各公民館，集落センター
- ミニドック：保健センター
- 医療機関健診：指定医療機関
- かかりつけ医からの診療情報等提供事業：指定医療機関
- JA組合員健診：指定医療機関
- 人間ドック・脳ドック：指定医療機関

② 実施期間

- 原則，特定保健指導実施スケジュールを鑑み，6月～1月までに実施します。

③ 健康増進法等による特定健康診査項目との関連

- 保健センターが実施しているがん検診において，特定健康診査を同時実施する機会を設けます。
- 後期高齢者医療の保健事業の特定健康診査を同時実施します。

(3) 特定健康診査の内容

① 実施項目

内臓脂肪型肥満の要因となっている生活習慣の改善を目的とした、特定保健指導の対象者を抽出するための基本的な特定健康診査項目（法定項目）を行います。

また、医師が必要と判断した方に対しては、基本的な特定健康診査項目に加えて、詳細な特定健康診査項目として心電図検査、眼底検査、貧血検査及び腎機能検査（クレアチニン・eGFR）を行うこととされていますが、守谷市においては、独自にその他の方に対しても同項目を実施します。

図表3-5-2 実施項目

基本的な特定健康診査項目	<ul style="list-style-type: none"> ○質問項目 ○身体測定（身長，体重，BMI，腹囲） ○理学的検査（身体診察） ○血圧測定，血中脂質検査 （中性脂肪，HDLコレステロール，LDLコレステロール） ○肝機能検査（AST（GOT），ALT（GPT），γ-GT（γ-GTP）） ○血糖検査（空腹時血糖，HbA1cを選択） ○尿検査（尿糖，尿たんぱく）
詳細な特定健康診査項目 （追加検査項目）	<ul style="list-style-type: none"> ○心電図検査 ○眼底検査 ○貧血検査 ○腎機能検査（クレアチニン・eGFR）

② 詳細な特定健康診査項目

特定健康診査結果等において、以下の判定基準に該当する方のうち、医師が必要と判断した方については、心電図検査、眼底検査、貧血検査、腎機能検査（クレアチニン・eGFR）を実施します。

●心電図検査（12誘導心電図）

○当該年度の特定健康診査結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧が90mmHg以上の方又は問診等において不整脈が疑われる方

●眼底検査

○当該年度の特定健康診査結果等において、①血圧が以下a, bのうちいずれかの基準又は②血糖の値がa, b, cのうちいずれかの基準に該当した方

①血圧	a 収縮期血圧	140mmHg以上
	b 拡張期血圧	90mmHg以上
②血糖	a 空腹時血糖	126mg/dl以上
	b HbA1c (NGSP)	6.5%以上
	c 随時血糖	126mg/dl以上

●貧血検査

○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

●腎機能検査（クレアチニン・eGFR）

○当該年度の特定健康診査結果等において、①血圧が以下のa, bのうちいずれかの基準又は②血糖の値がa, b, cのうちいずれかの基準に該当した方

①血圧	a 収縮期血圧	130mmHg以上
	b 拡張期血圧	85mmHg以上
②血糖	a 空腹時血糖	100mg/dl以上
	b HbA1c (NGSP)	5.6%以上
	c 随時血糖	100mg/dl以上

◆眼底検査は、当該年度の特定健康診査の結果等のうち、①血圧のうちa, bのいずれの血圧の基準にも該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の結果が②血糖のうちa, b, cのいずれかの基準に該当した方も含む。

図表3-5-3 特定健康診査検査項目の判定値

番号	項目名	データ基準		単位
		保健指導判定値	受診勧奨判定値	
1	血圧（収縮期）	130	140	mmHg
2	血圧（拡張期）	85	90	mmHg
3	中性脂肪	150	300	mg/dl
4	HDLコレステロール	39	34	mg/dl
5	LDLコレステロール	120	140	mg/dl
6	Non-HDLコレステロール	150	170	mg/dl
7	空腹時血糖	100	126	mg/dl
8	HbA1c	5.6	6.5	%
9	随時血糖	100	126	mg/dl
10	AST（GOT）	31	51	U/l
11	ALT（GPT）	31	51	U/l
12	γ -GT（ γ -GTP）	51	101	U/l
13	eGFR	60	45	ml/分/1.73 m ²
14	血色素量 [ヘモグロビン値]	13.0（男性） 12.0（女性）	12.0（男性） 11.0（女性）	g/dl

資料：『標準的な特定健康診査・保健指導プログラム（案）【平成30年度版】』

◆表中のHbA1c値はNGSP（国際標準）値です。

（４）特定健康診査の案内方法

① 特定健康診査の実施通知

特定健康診査の実施に当たっては、対象者に受診券を郵送し、特定健康診査の案内を行います。また、広報紙、ホームページ、ポスター、チラシ等を活用し、特定健康診査の案内、周知を図ります。

② 特定健康診査の勧奨

特定健康診査未受診者に対しては、受診勧奨の案内通知を郵送します。

(5) 年間実施スケジュール

図表3-5-4 特定健康診査・特定保健指導のスケジュール

	特定健康診査	特定保健指導
4月	各種業務委託契約の締結	前年度より継続指導 各種業務委託契約の締結
5月		
6月	健診対象者の抽出 ミニドック受診券送付 ミニドック実施	
7月	階層化の実施 ミニドック結果送付 特定健康診査受診券等の印刷	特定保健指導通知の送付 特定保健指導の実施（7月～）
8月	特定健康診査受診券等の送付	
9月	集団健診の実施 医療機関健診の実施 かかりつけ医からの診療情報等提供事業実施	
10月	階層化の実施 集団健診結果送付	
11月	集団健診の実施	
12月	未受診者勧奨通知 階層化の実施 集団健診結果送付	
1月	集団健診の実施	
2月	階層化の実施 集団健診結果送付	
3月	J A組合員健診実施	

(6) 特定保健指導の種類と実施体制

生活習慣病への移行を予防するため、特定健康診査の結果を基に階層化を行い、健康の保持に努める必要がある方を対象に、特定保健指導を以下のとおり実施していきます。

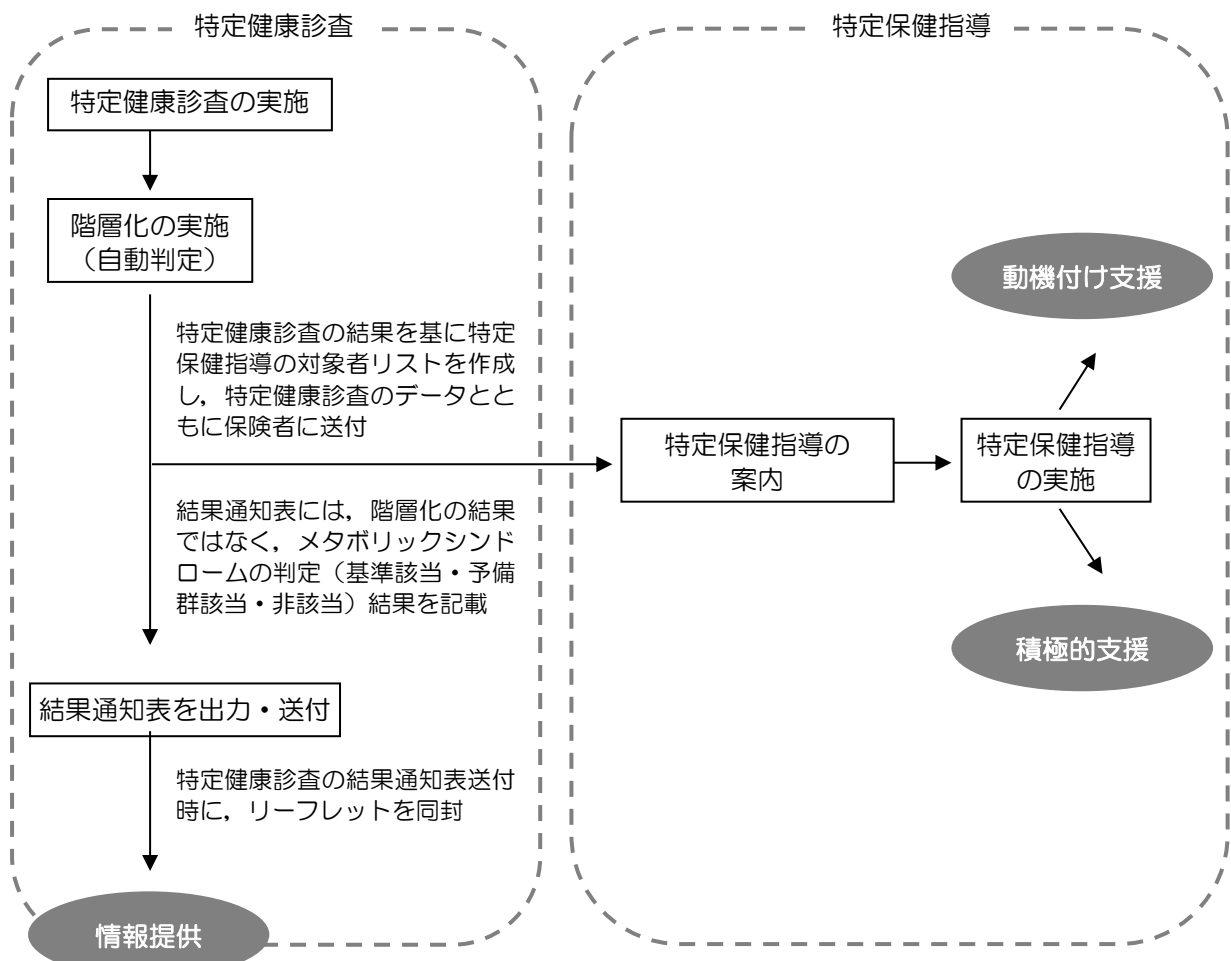
特定健康診査の結果に基づいて、①情報提供、②動機付け支援、③積極的支援の階層化を行います。そのうち、②動機付け支援と③積極的支援については、特定保健指導の対象となります。

特定保健指導については、特に利用率の低い40～59歳の利用率向上を推進するため、一部外部委託により実施していきます。また、土日の開催や保健センター、市役所等の公共施設での実施により、参加しやすい条件の確保に努めます。

さらに、利用率向上を図るため、特定健康診査の結果通知後、速やかに特定保健指導を開始するよう体制を整備します。

目標値を達成するため、以下の流れで特定健康診査・特定保健指導を実施します。

図表3-5-5 特定健康診査から特定保健指導への流れのイメージ図



資料：『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き』

(7) 特定保健指導対象者の選定と階層化

特定保健指導の対象者を明確にするため、国の基準に基づき階層化を実施します。
 その上で、受診者をリスクレベルに応じて分類し、特定保健指導の内容を検討します。

図表3-5-6 特定保健指導の対象者（階層化）

		追加リスク			④喫煙歴	対象	
		①血糖	②脂質	③血圧		40～64歳	65～74歳
腹囲	(男性) ≥85cm (女性) ≥90cm	2つ以上に該当			あり	積極的支援	動機付け支援
		1つ該当					
BMI	上記以外で BMI ≥25	3つ以上に該当			あり	積極的支援	動機付け支援
		2つ該当					
		1つ該当				動機付け支援	

- ◆服薬中の方は特定保健指導の対象としておりません。
- ◆喫煙歴の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味しています。
- ◆65～74歳の方は、積極的支援に該当していても動機付け支援の対象としています。

(8) 特定保健指導対象者への案内方法

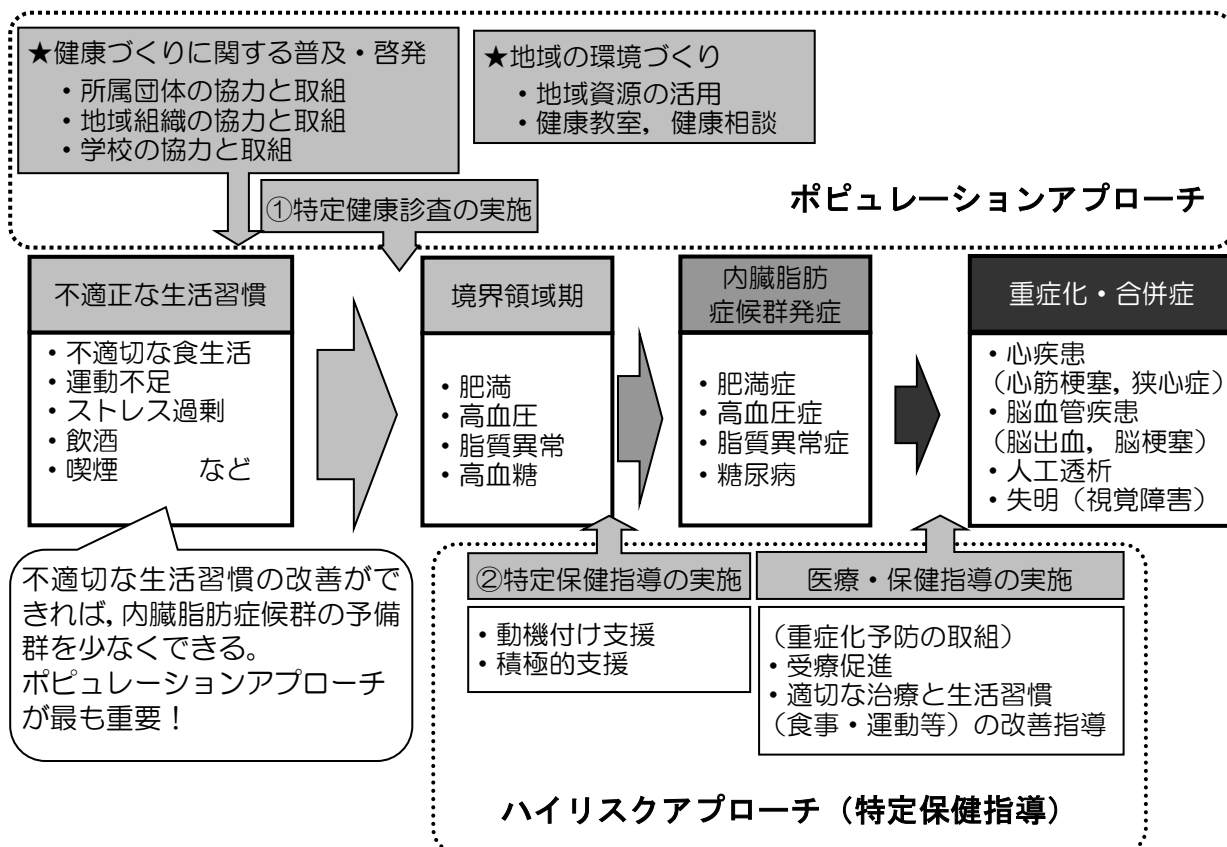
特定保健指導の対象者へは、電話や郵送により特定保健指導の案内を行います。また、参加申込みのない方については、改めて電話等により利用勧奨を行っていきます。

(9) 「健康もりや 21 計画」との連携について

市民がいきいきとした心豊かな暮らしを送るためには、健康づくりが欠かせないものとなります。また、その取組が円滑に進められるためには、個人の健康づくりを家族や仲間、そして地域の人々が支援し、かつ、行政が環境整備を図り健康づくりを推進していく仕組みが必要です。

上記に係る取組として、特定保健指導によるハイリスクアプローチ^{※27}と、「健康もりや 21 計画」に係る取組も取り入れたポピュレーションアプローチを組み合わせつつ、多様な地域資源も活用し、より多くの人々の健康づくりをカバーできる支援体制づくりを推進していきます。

図表3-5-7 ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連携



^{※27} 疾患を発症しやすい高リスクの対象者に絞り込んで対処していく方法のことを言います。

目標値に向けた事業計画と評価内容

事業名	目的・目標	対象(状態・人数)	方法	平成30年度 (2018年度)	平成31年度 (2019年度)	平成32年度 (2020年度)	平成33年度 (2021年度)	平成34年度 (2022年度)	平成35年度 (2023年度)	事業評価			
										ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム
特定健康診 査受診勧奨	特定健康診査 の受診率向上	40歳～74歳の国 民健康保険被保 険者	・受診勧奨通知 ・訪問による勧奨	・受診勧奨通知内 容について工夫 する ・平成28年度 (2016年度) 未受診者訪問 実施者へ特定 健康診査連続 受診勧奨	・過去3年間の 未受診者を 抽出し、訪問 にて受診勧 奨	・平成31年度 (2019年度) に訪問し受 診した方 に対し受診 勧奨	・平成31年度 (2019年度) に訪問し受 診した方 に対し特定健 康診査連続 受診勧奨	・過去3年間の 未受診者 を抽出し、 訪問にて受 診勧奨	・平成34年度 (2022年 度)に訪問 し受診した 方に対し受 診勧奨	・人員数(事務 職、専門職、 非常勤職員) ・保健センター との連携 ・予算の確保	・受診勧奨通 知の内容が 工夫されて いるか ・未受診者訪 問が計画ど おり実施さ れているか	・受診勧奨通知 発送数 ・未受診者訪問 件数	・特定健康診査 受診率 (法定報告)
後発医薬品 (ジェネリ ック医薬品) の差額通知	医療費適正化	差額300円以上 の方で、血圧降下 剤か高脂血症用 剤か糖尿病用 剤の使用で公費 非該当者	・差額通知を送 付	・8月、2月に差 額通知を送付	継続	継続	継続	継続	継続	・事務職数 ・予算の確保 ・国民健康保険 団体連合会と の連携	・計画どおり 送付されて いるか	・差額通知発送 数(8月、2 月の各発送 数)	・差額通知の減 少率
健康教育	健康の保持増 進	市民	・集団健診時や講 演会、地域で集 まる会などにお いて、医師また は保健師や栄 養士による健康 教育	・集団健診時の健 康教育 ・結果返送会時 の健康教育	継続	継続	継続	継続	継続	・保健師数 ・非常勤保健師、 栄養士の確保 ・職員の資質の 向上(研修等)	・関係機関と の打ち合わ せが計画ど おり実施で きたか ・統計的に検 討された健 康課題かど うか	・実施回数 ・参加人数	・血圧や血糖値 など生活習 慣病に関わ る特定健康 診査データ の平均値の 変化

6 特定健康診査・特定保健指導の結果通知とデータ受領・保存

(1) 特定健康診査の結果通知

特定健康診査の結果については、異常値を示している項目や異常値の程度、異常値が持つ意義等について、「特定健康診査結果通知書」により分かりやすく受診者に通知します。

(2) 特定健康診査データの形式・データ保有者からの受領方法

委託先となる様々な特定健康診査・特定保健指導機関が、データの互換性を確保し、医療保険者が継続的に多くのデータを蓄積・活用していけるよう、標準的なデータファイルの仕様を以下のとおりとします。

① 特定健康診査受診者データの形式

特定健康診査データ等の形式については、以下の要件を満たすものとします。

- 特定のメーカーのハード、ソフトに依存しない形式にすること。
- 将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式にすること。
- 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる形式とすること。

◆資料：『標準的な特定健康診査・保健指導プログラム確定版』

② データ保有者からの受領方法

事業主健診や他機関での特定健康診査の結果については、広報紙や未受診者への通知の際に受診結果の情報提供をしていただくよう依頼し、紙での提出をお願いしています。

(3) 特定健康診査・特定保健指導の記録・データの保管及び保管体制

① 特定健康診査・特定保健指導の記録

特定健康診査・特定保健指導の記録については、保存期間を5年とし、国民健康保険加入者でなくなった場合は翌年度末までの保管とします。

また、データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員の監督、個人情報保護の厳重な管理、目的外使用の禁止等を契約書に定めるものとします。

さらに、5年間の保存期間が過ぎた特定健康診査・特定保健指導のデータは、本市で消去・廃棄します。

② データの保管方法・体制

特定健康診査データの管理等については、茨城県国民健康保険団体連合会の特定健康診査データ管理システムで行います。

(4) システム体制

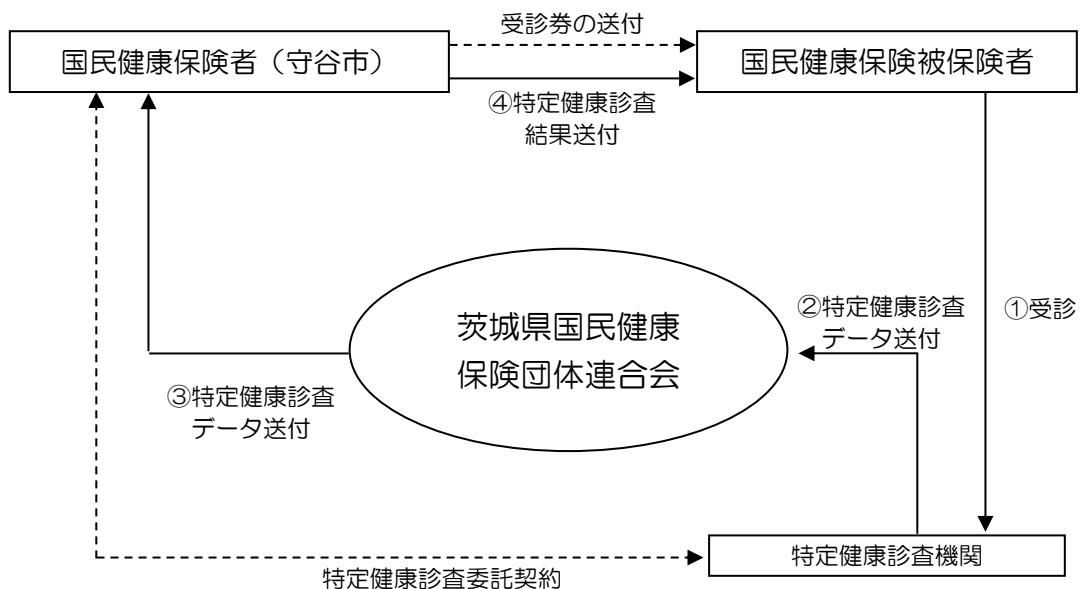
特定健康診査データの管理等を代行機関に委託する際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。

(5) 代行機関の利用について

契約した医療機関、特定健康診査機関、保健指導実施機関等からの費用の請求、支払い及び特定健康診査データ・保健指導データの管理、保健指導対象者の階層化、保健指導利用券の作成（発送は保険者が行う）、支払基金への報告作成等に係る業務は代行機関に委託します。代行機関は第2期に引き続いて、茨城県国民健康保険団体連合会を予定しています。

委託に当たっては、特定健康診査機関や保険者との電子的ネットワーク接続が考えられるため、代行機関には個人情報を扱うことに対して「レセプトオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」に沿った安全対策を講じることを求めています。

図表3-6-1 特定健康診査のデータの流れ



第4章

計画の推進・評価・見直し等

第4章 計画の推進・評価・見直し等

1 計画の公表・周知

計画の公表は、市ホームページに掲載します。

2 計画の推進体制

計画の推進に当たっては、国保年金課と保健師等の専門職を含めた関係各課との十分な連携が必要となります。

また、医療費の特性や健康課題について地域の医療機関をはじめとした関係団体と情報を共有し連携を図りながら、計画を円滑に推進し、課題解決に取り組みます。

3 計画の評価

計画の評価は、KDBの情報を活用して毎年行うこととします。

また、データについては、経年変化のほか、国及び県との比較を行い、評価結果から優先課題を設定し、次年度の保健事業に反映していきます。

4 計画の見直しについて

計画の最終年度は平成35年度（2023年度）としていますが、各年度の個別保健事業が終了する年度末に評価を行います。これらの評価を踏まえながらPDCAサイクルで翌年度の保健事業を展開し、効率的・効果的な事業展開を図ります。

また、計画を遂行していく中で健康課題の変化等が生じた場合には、計画の目的や目標の見直しを行うとともに、計画の内容等について修正・変更を行います。

なお、法改正や国による指針の見直し、社会情勢等の変化が生じた場合には、必要に応じて計画の見直しを行います。

5 個人情報保護対策

① 個人情報保護に関する規定・ガイドラインの遵守

特定健康診査等の実施に当たり、個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法及び同法に基づくガイドライン等（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等）が定められており、これらの規定及び「守谷市個人情報保護条例」を遵守します。

- 医療保険者は、上記ガイドラインにおける役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について、周知を図ります。
- 委託医療機関は個人情報保護法と契約書に基づいて個人情報の管理を行います。
- ◆資料：『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き』

② 守秘義務・罰則規定

「高齢者の医療の確保に関する法律」、そして、関連する各法における守秘義務規定を遵守します。

- 特定健康診査等の実施に際して知り得た個人の秘密を、医療保険者の役職員またはこれらの職にあった人が正当な理由無く漏らした場合には、1年以下の懲役または100万円以下の罰金に処せられます。
- 特定健康診査等の実施の委託を受けた事業者についても医療保険者の役職員等と同等の守秘義務が課せられ、違反した場合は、1年以下の懲役または100万円以下の罰金に処せられます。
- ◆資料：『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き』

6 その他計画策定に当たっての留意事項

データ分析に基づき本市の特性を踏まえた計画とするため、茨城県国民健康保険団体連合会が行う計画に関する研修に積極的に参加しながら、本市の担当者が事業推進に向けた協議の場を設けます。

**第2期守谷市国民健康保険データヘルス計画及び
第3期守谷市国民健康保険特定健診等実施計画**

発行日 平成30年3月

発行者 守谷市

編集 守谷市国保年金課

住所 〒302-0198 茨城県守谷市大柏950番地の1

TEL 0297-45-1111（代表）

FAX 0297-45-6525