

第3期守谷市国民健康保険データヘルス計画及び
第4期守谷市国民健康保険特定健康診査等実施計画

令和6年3月
守谷市

-目次-

第1部 守谷市の現状分析		頁
第1章	地域の概況	
	1.人口構成	2
	2.平均余命と平均自立期間	4
第2章	国民健康保険医療費の分析	
	1.医療基礎情報	7
	2.医療費の基礎集計	8
第3章	特定健康診査・特定保健指導の分析	
	1.特定健康診査受診状況	11
	2.特定保健指導実施状況	17
	3.重症化予防事業について	22
第4章	介護の分析	
	1.要支援・要介護認定の状況	27
	2.要支援・要介護状態となった原因疾病	28
	3.要支援・要介護認定率の推移	30
	4.介護費用額と受給者一人当たり給付費の状況	31
	5.要介護認定者と国民健康保険のレセプト分析	32
	6.要介護認定者と医療費の関係	33
第5章	その他の情報	
	1.後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率	33
	2.重複・多剤投与者数について	34
第2部 第3期データヘルス計画		
第1章	計画策定について	
	1.計画の趣旨	36
	2.計画期間	40
	3.実施体制・関係者連携	40
第2章	過去の取組の考察	
	1.第2期データヘルス計画の評価	41
	2.第2期データヘルス計画における事業の達成状況	42
	3.第3期特定健康診査等実施計画における事業の達成状況	50
第3章	健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
	1.分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	54
	2.計画の目的と目標	56
	3.健康課題を解決するための個別の保健事業	58
第4章	その他	
	1.計画の評価及び見直し	65
	2.計画の公表・周知	65
	3.個人情報の取扱い	65
	4.地域包括ケアに係る取り組み	66

-目次-

第3部 第4期特定健康診査等実施計画	
第1章 特定健康診査等実施計画について	
1.計画策定の趣旨	68
2.特定健康診査等実施計画の位置づけ	69
3.計画期間	69
第2章 過去の取組の考察	
1.第3期特定健康診査等実施計画の実施状況	70
2.第3期特定健康診査等実施計画における事業の達成状況	72
3.第2期データヘルス計画における事業の達成状況（再掲）	76
4.特定健康診査の受診状況	84
5.特定保健指導の実施状況	85
第3章 特定健康診査等実施計画	
1.目標	88
2.対象者数推計	88
3.実施方法	89
第4章 その他	
1.個人情報の保護	96
2.特定健康診査等実施計画の公表及び周知	96
3.特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	96
4.他の健診との連携	97
5.実施体制の確保及び実施方法の改善	97

第1部
守谷市の現状分析

第1章 地域の概況

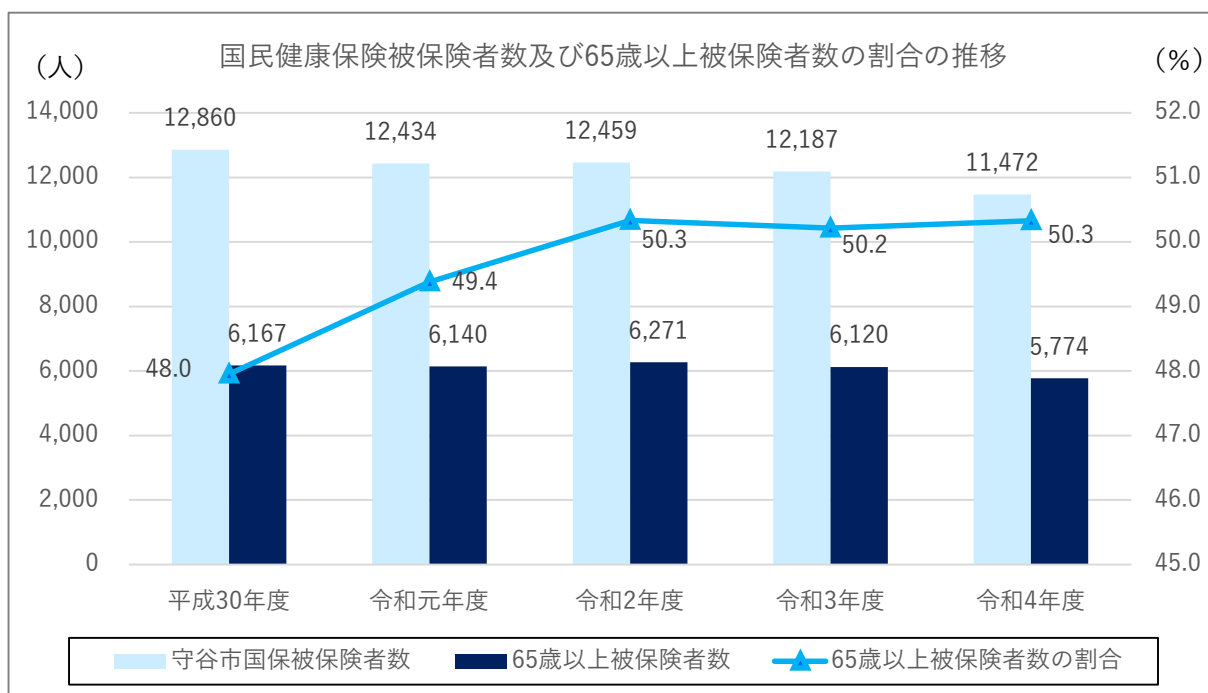
1.人口構成

令和4（2022）年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率（65歳以上）は23.3%であり、県、同規模※1より低くなっています。また、国民健康保険被保険者※2数は11,472人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は16.9%、国民健康保険被保険者平均年齢は55.3歳です。被保険者数は減少傾向にありますが、65歳以上の被保険者数の占める割合は増加傾向です。

人口構成概要（令和4年度）

区分	人口総数（人）	高齢化率（65歳以上）（%）	国保被保険者数（人）	国保加入率（%）	国保被保険者平均年齢（歳）
守谷市	68,068	23.3	11,472	16.9	55.3
茨城県	2,811,813	29.9	626,764	22.3	53.4
同規模	67,878	30.4	13,889	20.5	54.7
国	123,214,261	28.7	27,488,882	22.3	51.9

資料:国保データベース（KDB※3）システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」



資料:国保データベース（KDB）システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

※1 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 国民健康保険に加入している人です。

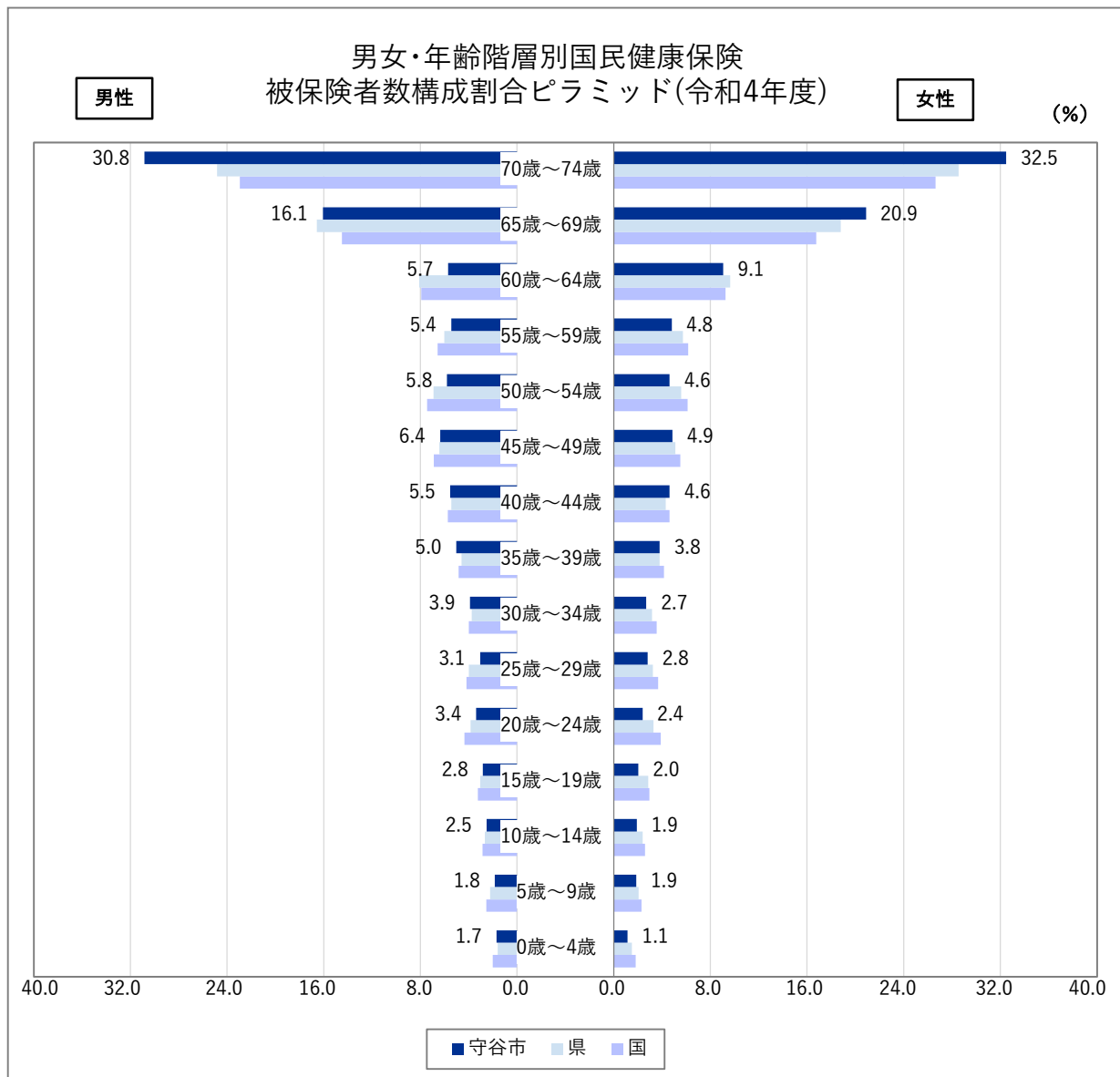
※3 国保データベースシステムの略。茨城県国民健康保険団体連合会が、各種統計情報及び各種業務を通じて管理する給付情報（健診・医療・介護等）を保険者に提供するサービスのことです。

男女年齢階層別国民健康保険被保険者構成割合をみると、男女ともに64歳までは、茨城県、国と比べ低い傾向にあり、男性は70歳以上で、女性は65歳以上で茨城県、国と比べて高くなっています。

男女別の人口・被保険者数（令和4年度）

	全体	男性	男性の割合(%)	女性	女性の割合(%)
人口（人）	68,068	34,020	50.0	34,048	50.0
国保被保険者数（人）	11,472	5,395	47.0	6,077	53.0

資料:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

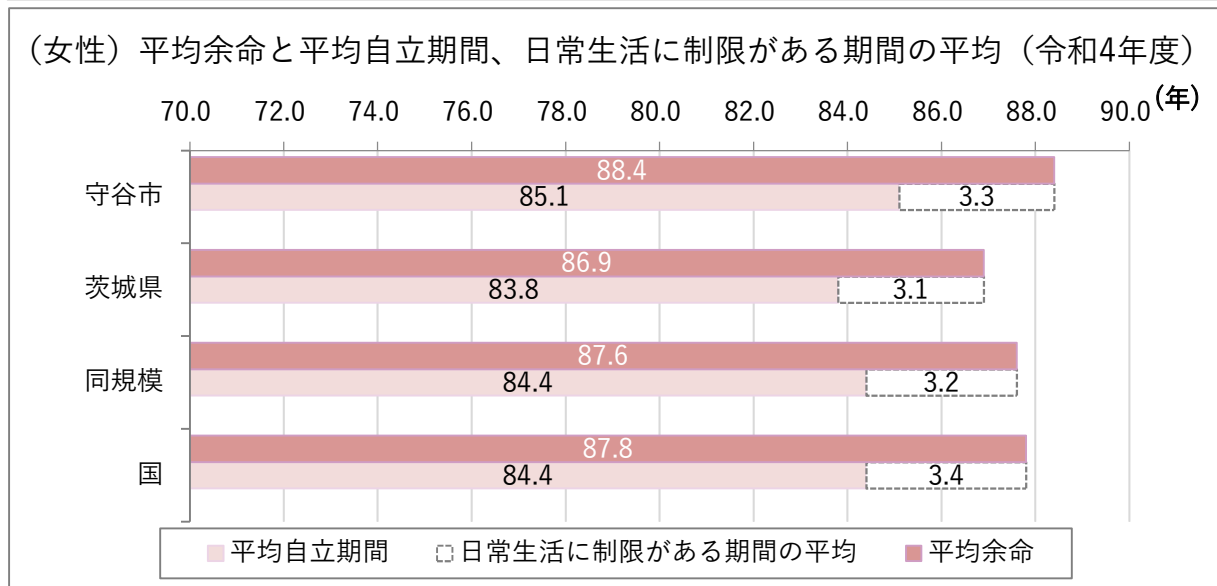
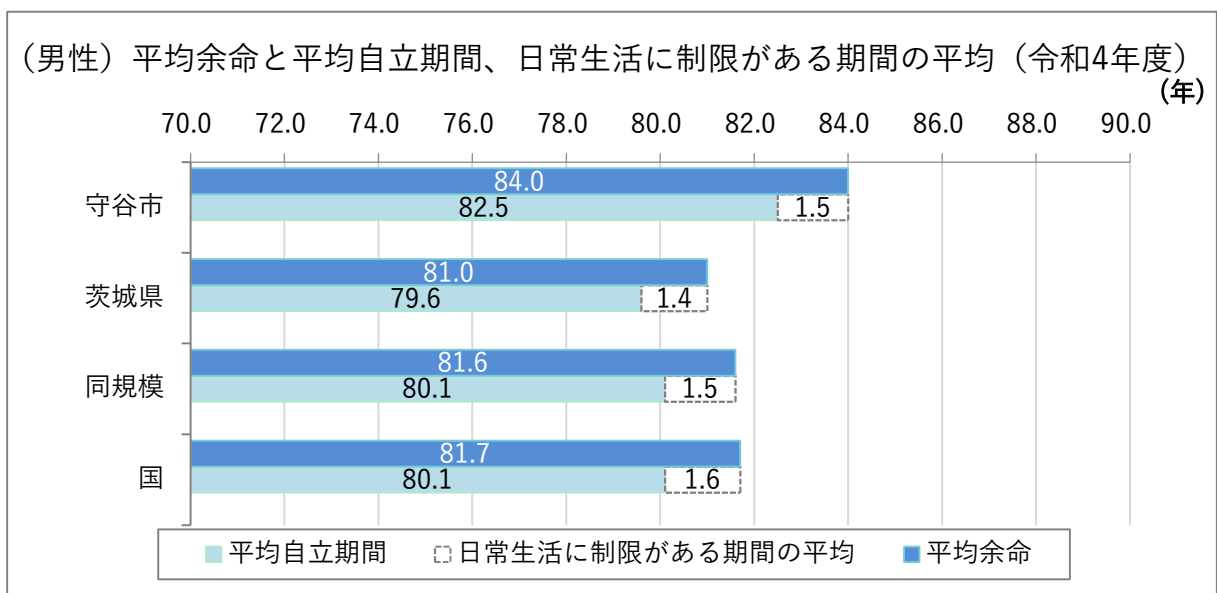


資料:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

2.平均余命と平均自立期間

令和4（2022）年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人があと何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

男性の平均余命は84.0年、平均自立期間は82.5年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.5年です。女性の平均余命は88.4年、平均自立期間は85.1年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.3年です。



資料:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

◆日常生活に制限がある期間の平均…平均余命と平均自立期間の差

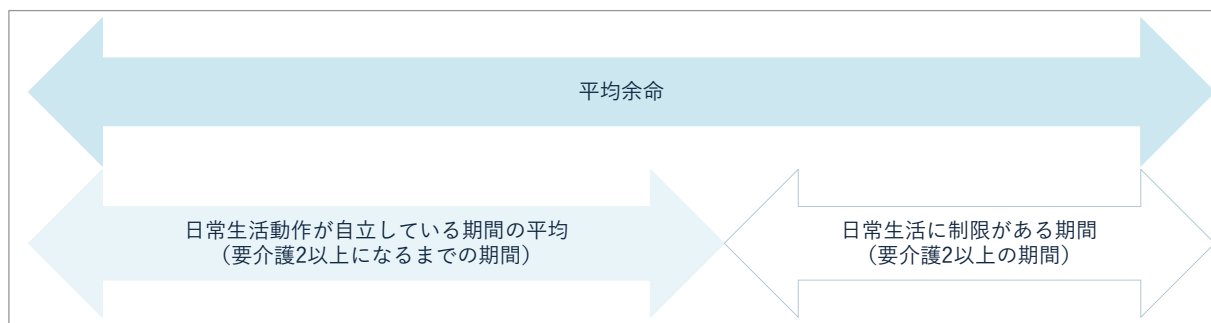
平成30（2018）年度から令和4（2022）年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4（2022）年度の平均自立期間82.5年は平成30（2018）年度の80.6年から1.9年延伸しています。女性における令和4（2022）年度の平均自立期間85.1年は平成30（2018）年度の84.6年から0.5年延伸しています。

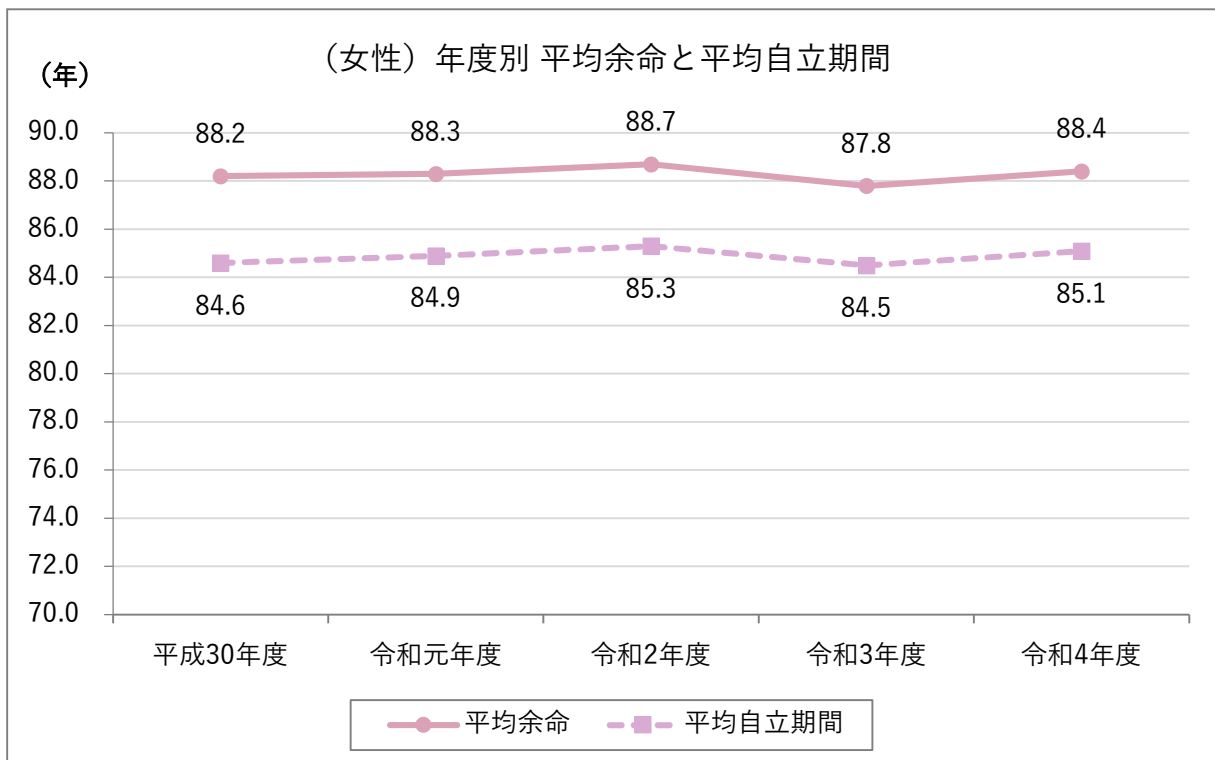
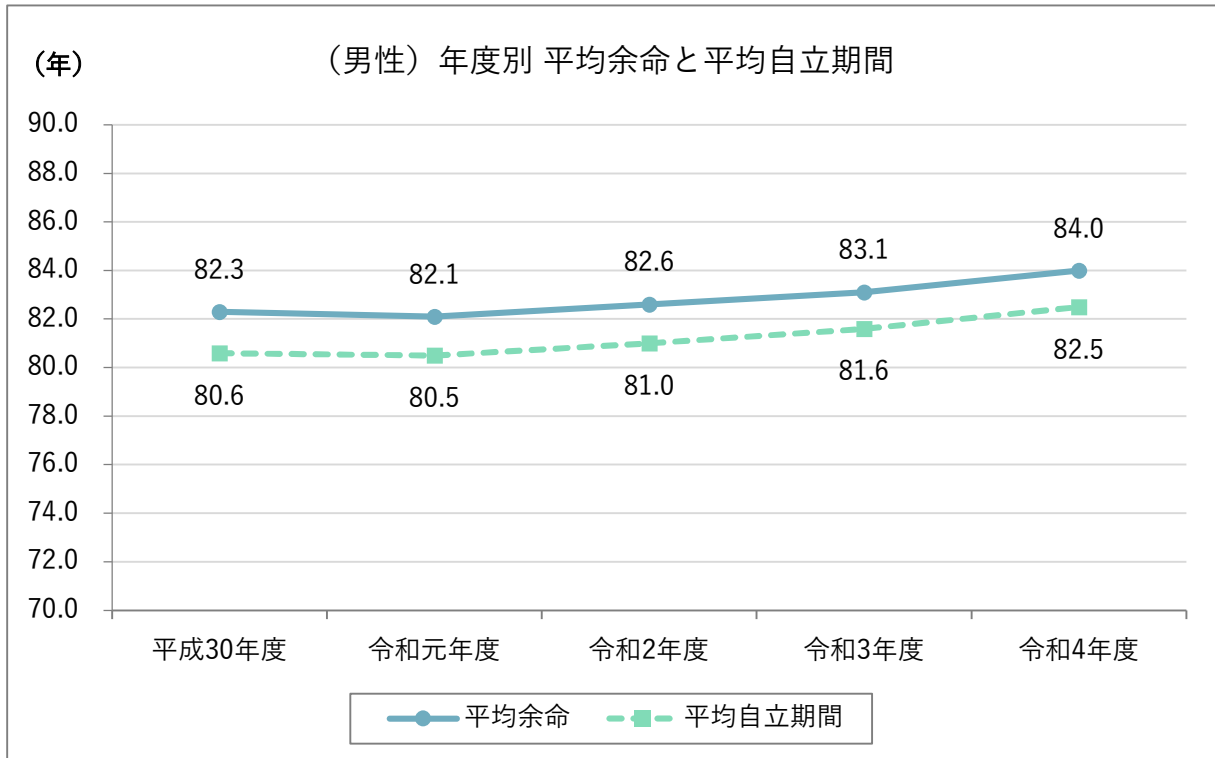
年度・男女別 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均

年度	男性			女性		
	平均余命 （年）	平均自立 期間（年）	日常生活に 制限がある 期間の平均 （年）	平均余命 （年）	平均自立 期間（年）	日常生活に 制限がある 期間の平均 （年）
平成30年度	82.3	80.6	1.7	88.2	84.6	3.6
令和元年度	82.1	80.5	1.6	88.3	84.9	3.4
令和2年度	82.6	81.0	1.6	88.7	85.3	3.4
令和3年度	83.1	81.6	1.5	87.8	84.5	3.3
令和4年度	84.0	82.5	1.5	88.4	85.1	3.3

資料:国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

平均余命と平均自立期間についての差





資料:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

第2章 国民健康保険医療費の分析

1.医療基礎情報

令和4（2022）年度における、医療基礎情報※1を示したものです。

当市は、国や県と比較して、千人当たりの外来受診率、入院率ともに低くなっています。また、1人当たり医療費も、入院で国、県より低くなっています。

医療基礎情報（令和4年度）

医療項目		守谷市	茨城県	同規模	国
受診率（千人当たり）		665.5	669.5	739.5	705.4
外来	外来費用の割合（％）	64.1	63.2	59.5	60.4
	外来受診率（千人当たり）	651.3	653.8	719.9	687.8
	一人当たり医療費（円）	16,120	16,030	17,620	16,660
入院	入院費用の割合（％）	35.9	36.8	40.5	39.6
	入院率（千人当たり）	14.1	15.6	19.6	17.7
	一人当たり医療費（円）	9,040	9,340	11,980	10,920

資料:国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

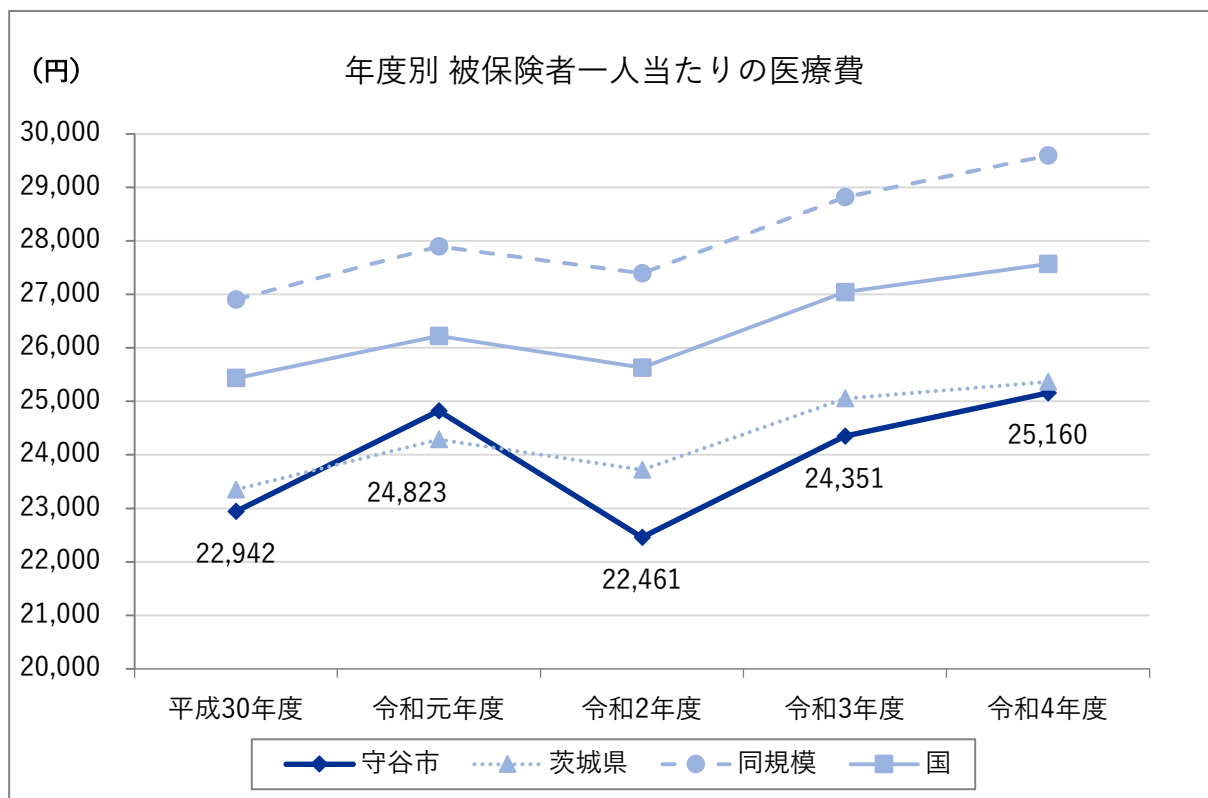
◆一人当たり医療費…1か月分相当

※1 受診率など、医療に関わる諸情報のことです。

2.医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

年度別の被保険者一人当たりの医療費の状況を示したものです。平成30（2018）年度から比較して、医療費は増加傾向となっています。令和2（2020）年度の減少は、新型コロナウイルス感染症による受診控えの影響もあったと考えられます。

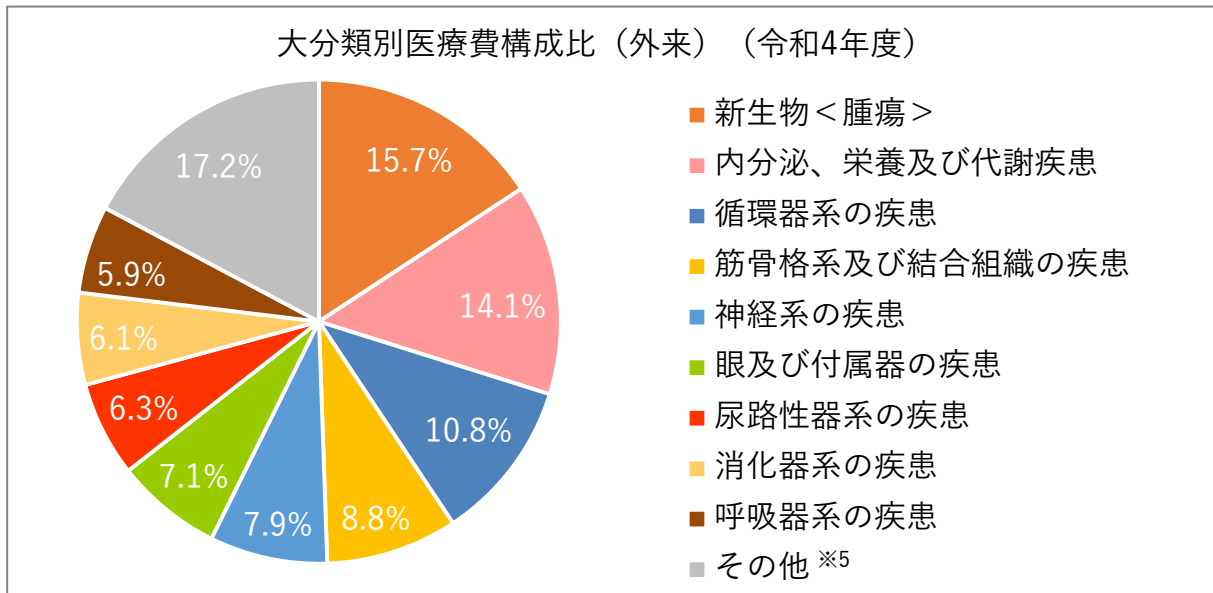
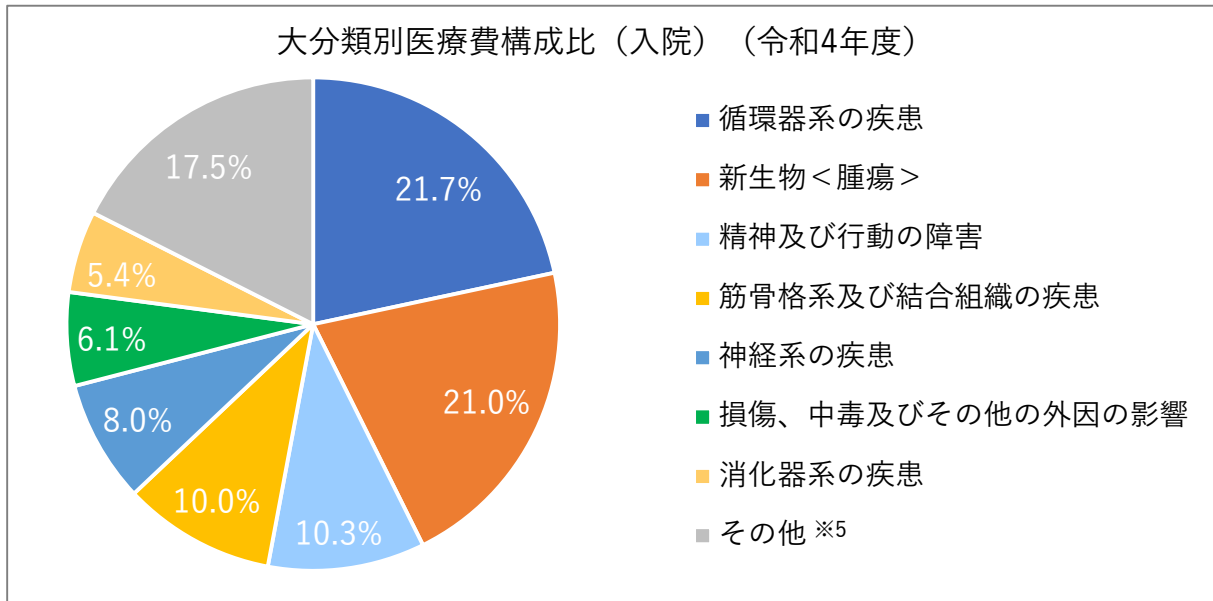


資料:国保データベース（KDB）システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

◆被保険者一人当たりの医療費…1か月分相当

(2) 疾病別医療費

令和4（2022）年度の本市における入院医療費・外来医療費の状況を示したものです。入院医療費では、「循環器系の疾患※¹」が最も高く21.7%を占めており、外来医療費では、「新生物＜腫瘍＞※²」が最も高く、15.7%を占めています。「循環器系の疾患」や「新生物＜腫瘍＞」「内分泌、栄養及び代謝疾患※³」は、生活習慣病※⁴と深い関わりがあるといわれています。



資料:国保データベース（KDB）システム「医療費分析（2）大、中、細小分類」

※¹血液を全身に循環させる心臓や血管などが正常に動かなくなる疾病のことで、高血圧症、心不全、脳梗塞などの疾病のことで

す。

※²体内で発生し、過剰に増えてしまった組織のことで

す。

※³糖尿病、脂質異常症、甲状腺機能低下症などの疾病のことで

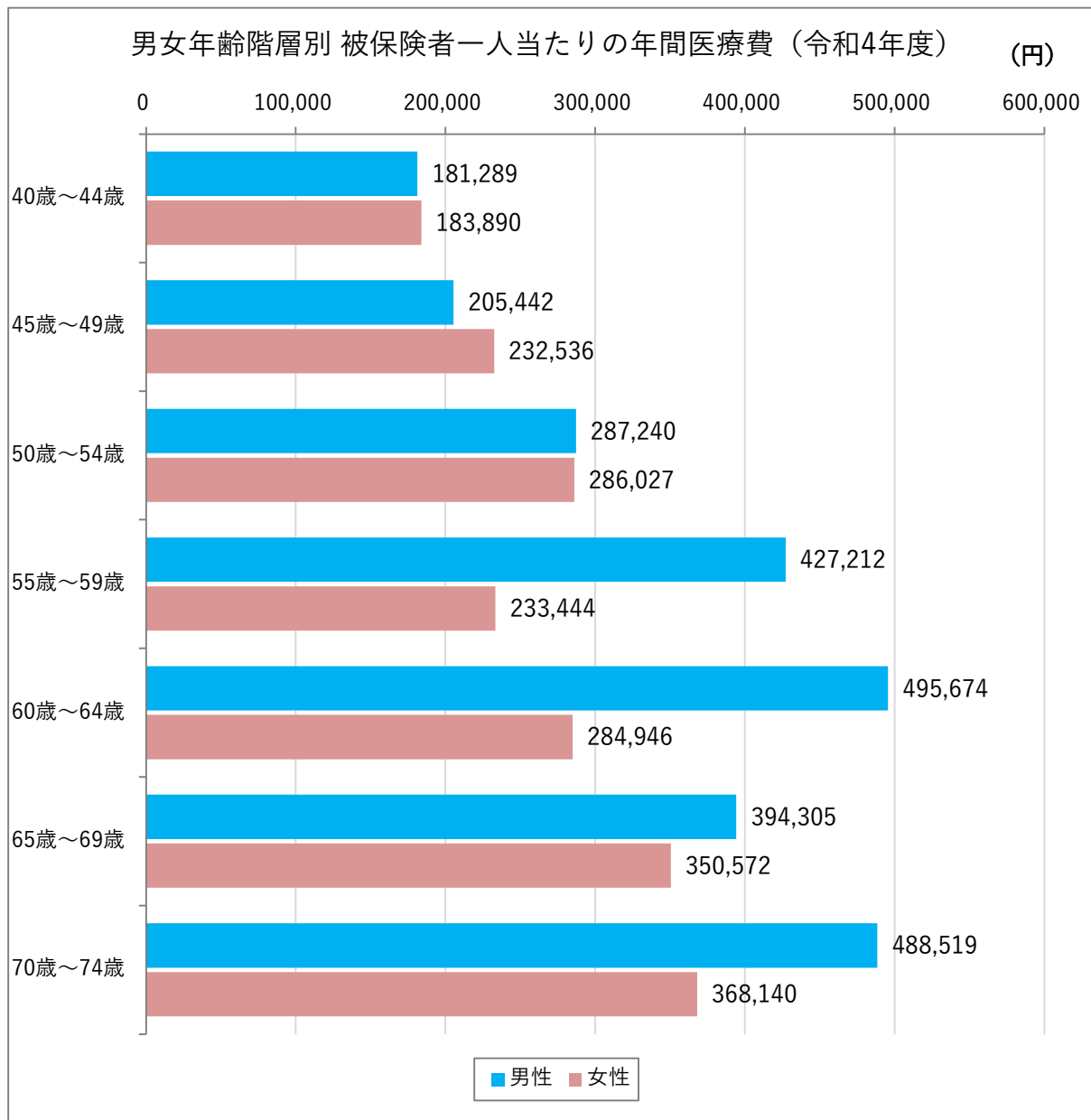
す。

※⁴食事や運動・休養・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が深く関与し、発症の原因となる疾患の総称で、がんや心臓病、脳卒中などが含まれます。

※⁵入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約したものです。

(3) 男女年齢階層別医療費

令和4（2022）年度における、本市の被保険者一人当たりの年間医療費を男女年齢階層別に示したものです。男女ともに、年齢が上がるにしたがって医療費も増加しています。



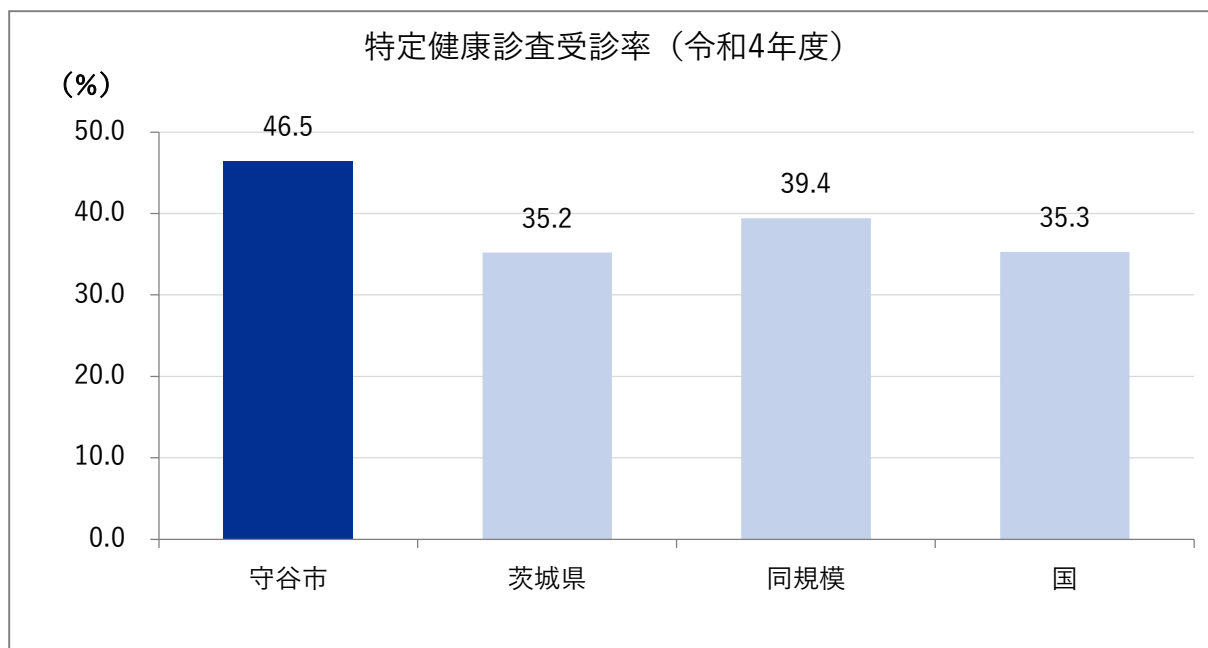
資料:国保データベース（KDB）システム「疾病別医療費分析（大分類）」

第3章 特定健康診査・特定保健指導の分析

1. 特定健康診査受診状況

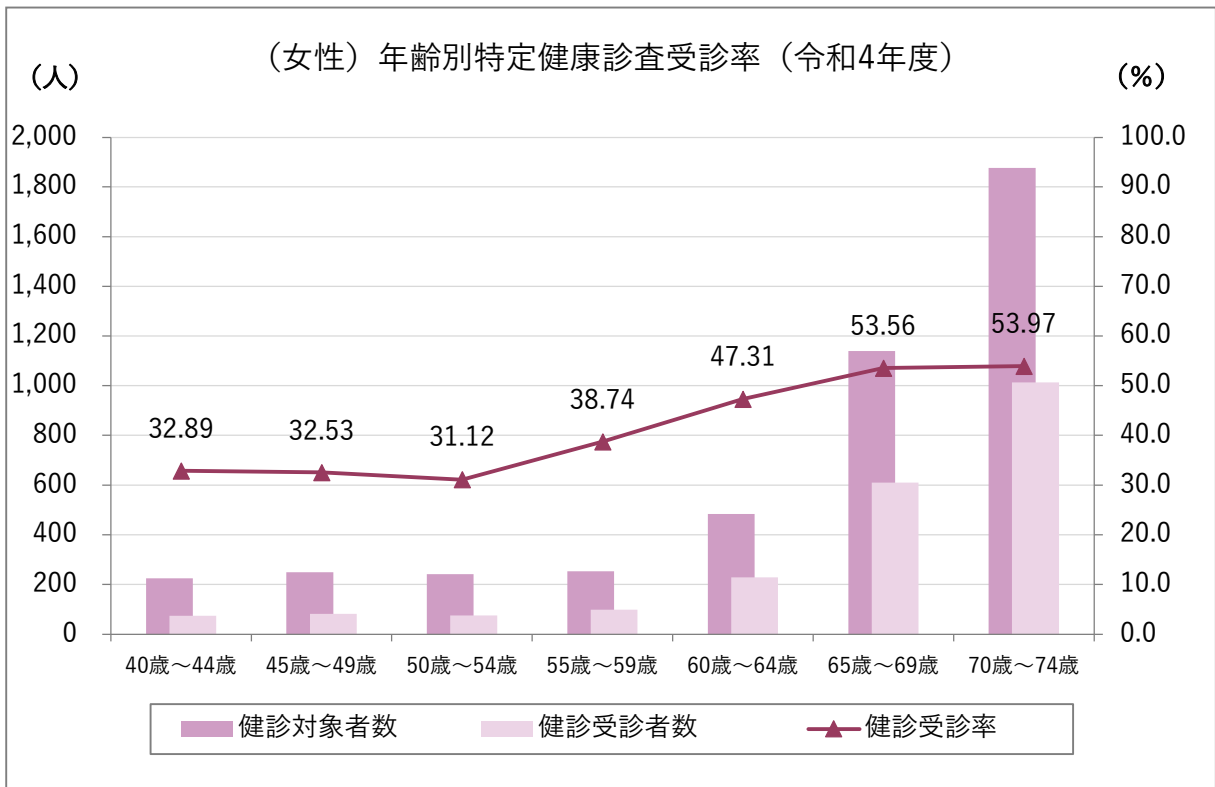
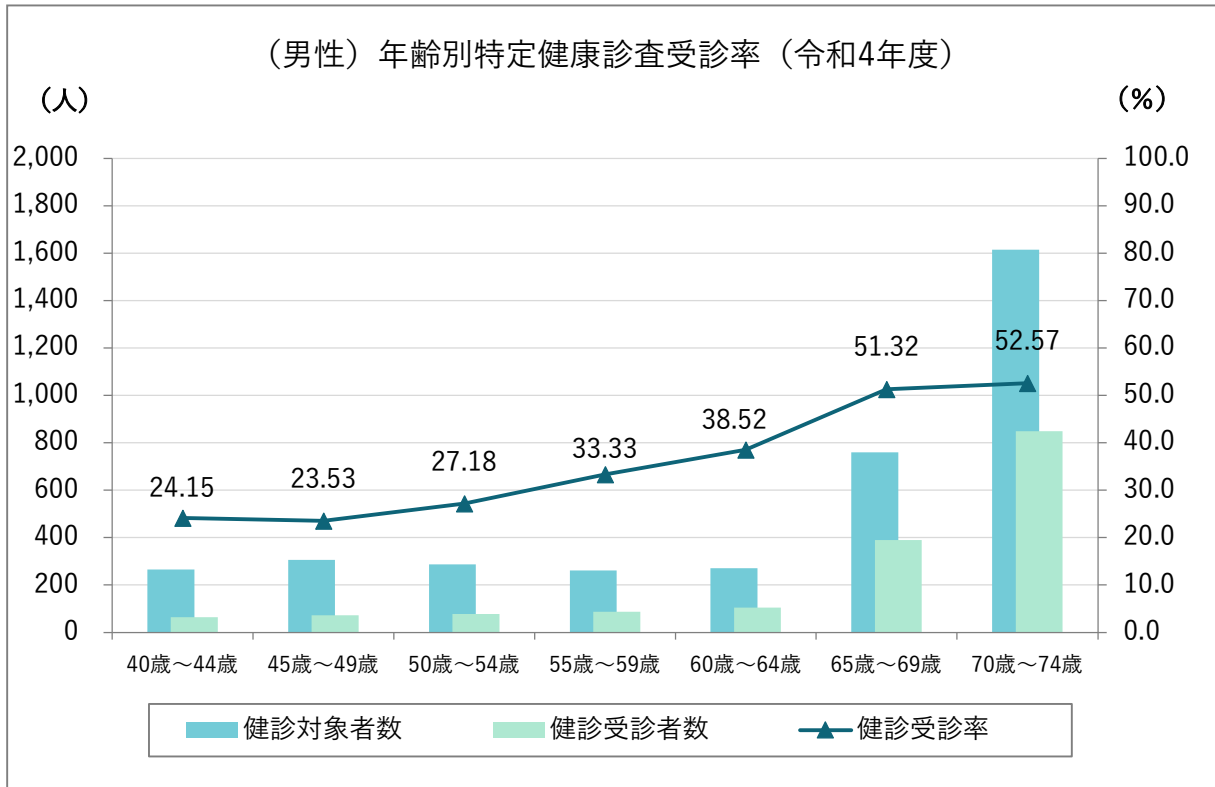
(1) 令和4（2022）年度特定健康診査の状況

令和4（2022）年度における、40歳から74歳の特定健康診査※1受診率を示したものです。令和4（2022）年度では、茨城県・同規模・国より高い受診率となっています。男性よりも女性の受診率の方が高くなっており、男女ともに年齢が上がるにしたがって受診率が高くなっています。



資料:国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

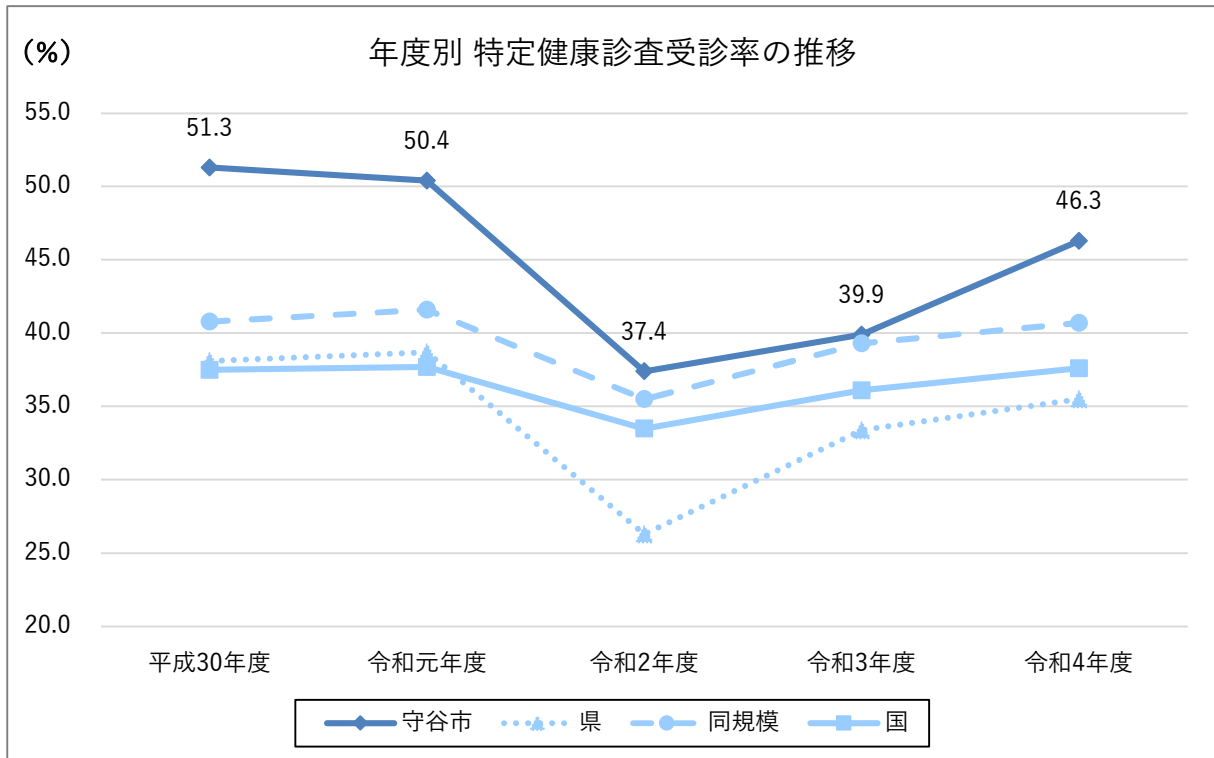
※1 40～74歳を対象に、メタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満）に着目した特定健康診査です。



資料:国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2) 特定健康診査受診率の推移

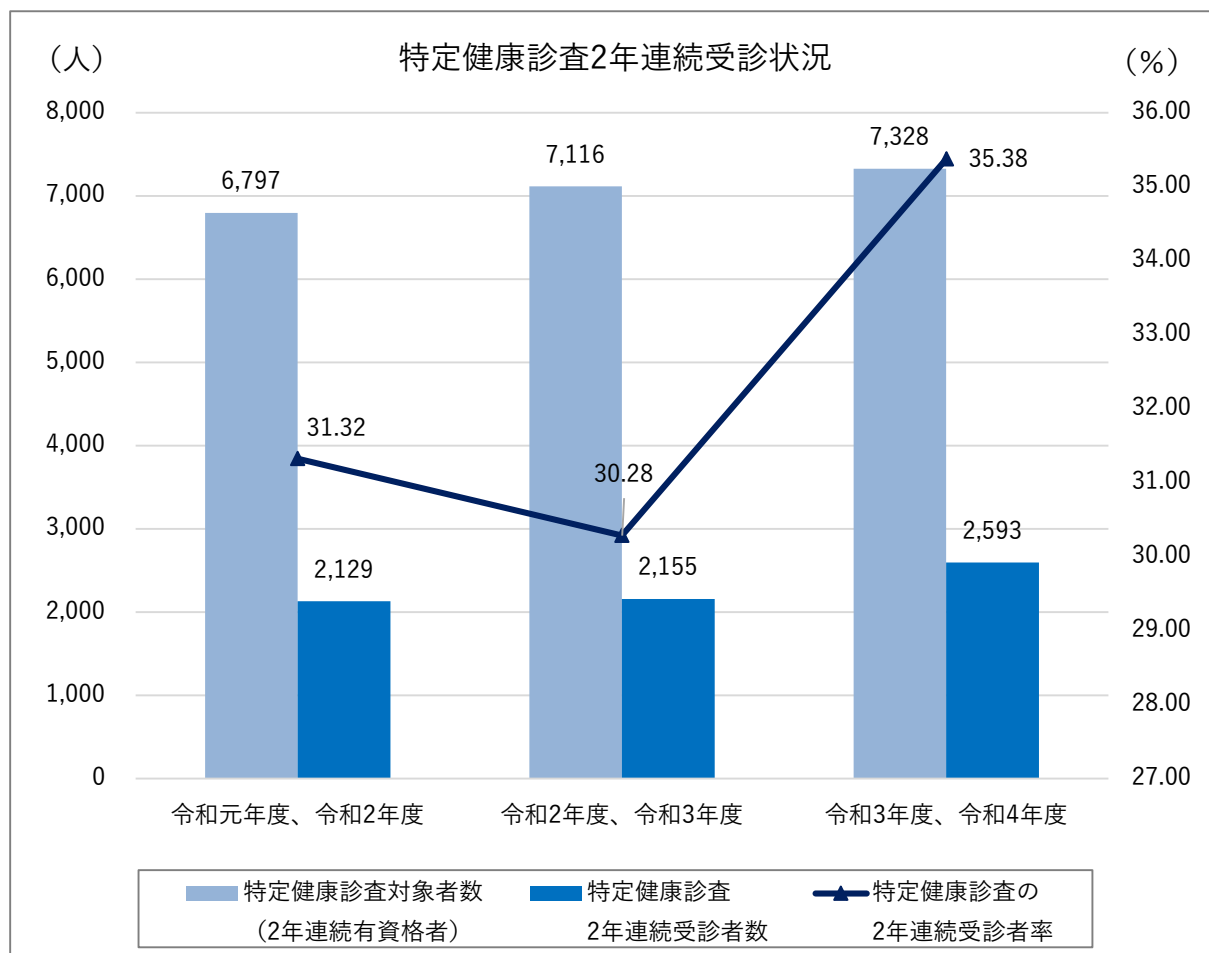
平成30（2018）年度から令和4（2022）年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4（2022）年度の特定健康診査受診率46.3%は平成30（2018）年度の51.3%から5ポイント減少しています。令和2（2020）年度は新型コロナウイルス感染症拡大のため、受診率が減少しましたが、現在は回復傾向にあります。



資料:国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

(3) 特定健康診査2年連続受診者

本市の2年連続受診者についてみると、特定健康診査受診率の回復傾向に伴って、令和3（2021）年度と令和4（2022）年度の2年連続での受診率も増加しています。



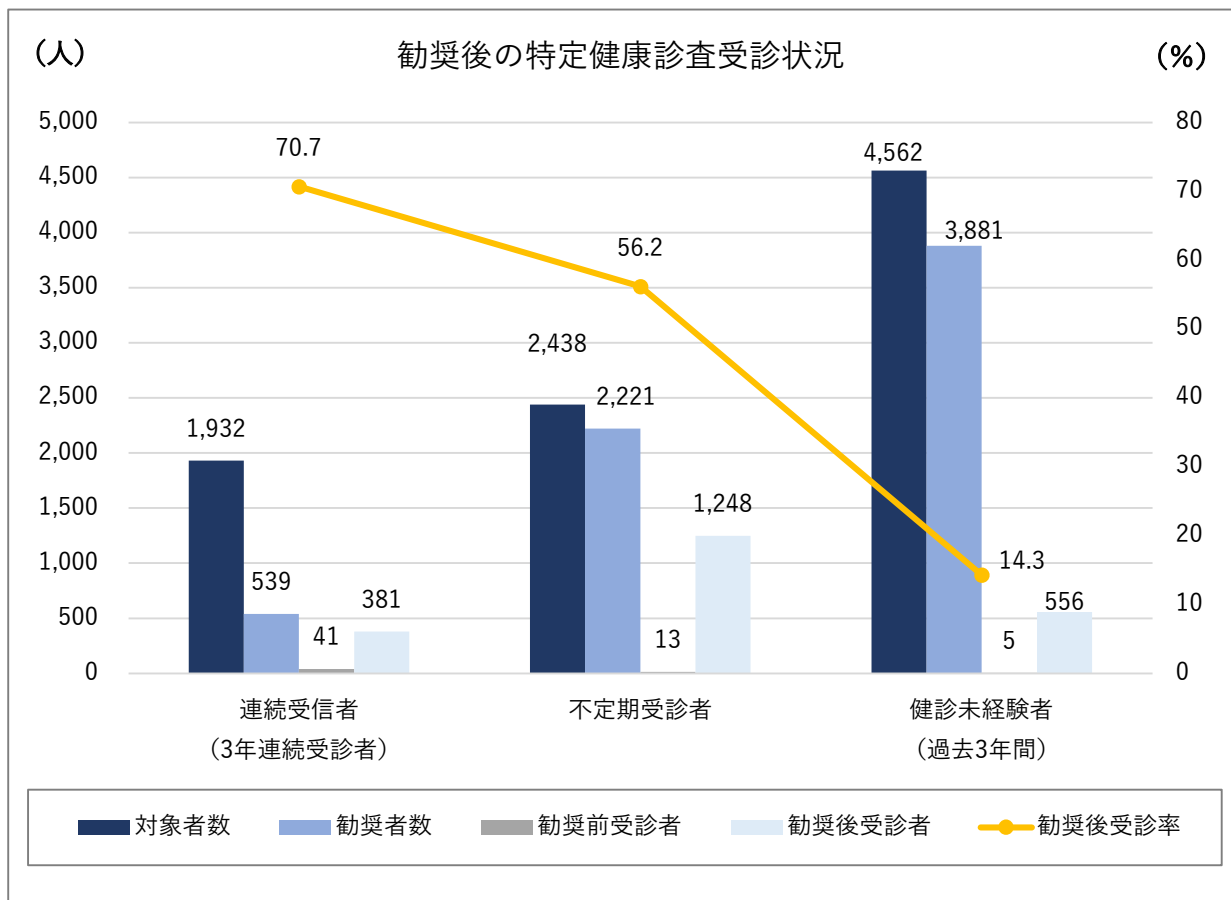
資料:茨城県国民健康保険団体連合会報告

◆2年連続受診率…ある連続した2年間に於いて、2か年ともに資格を有する被保険者を母数としたときの、2か年ともに健康診査を受診した者の割合

(5) 特定健康診査受診率向上事業における特定健康診査の受診状況

本事業は、令和4（2022）年度からナッジ理論※1を活用し、個人の特性に応じた勧奨通知を送付しました。

勧奨後受診者は合計で2,185人と、ナッジ理論を活用した通知の効果を確認することができました。特に、連続受診者の群では70.7%、次いで不定期受診者の群での効果が56.2%と高く出ています。また、特定健康診査未経験者の群での効果は14.3%と他の群と比較して低くなっていますが、556名の者が勧奨後受診していることがわかります。



資料:国保年金課「特定健康診査受診率向上事業報告書」

- ◆連続受診者:過去3年間連続で特定健康診査を受診している者
- ◆不定期受診者:過去3年間で1回もしくは2回特定健康診査を受診している者
- ◆健診未経験者:過去3年間で特定健康診査の受診歴のない者

※1 「人の行動は不合理だ」という前提のもとに、人間の行動を心理学・経済学の側面から研究する「行動経済学」の教授によって発表された考え方です。選択の余地を残しながらもより良い方向に選択を誘導する手法のことです。

(6) 特定健康診査結果の状況

特定健康診査の結果をみると、メタボリックシンドローム該当者※1の割合（男性28.2％・女性8.4％）は、男女ともに国・茨城県・同規模市より低くなっています。メタボリックシンドローム予備群の割合（男性16.8％・女性4.4％）は、男性は茨城県より若干高いものの、国・同規模市よりは低く、女性は国・茨城県・同規模市より低くなっています。

また、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者の割合をみると、BMI※2と脂質のみで該当している者の割合が、国・茨城県・同規模市より高くなっています。

特定健康診査結果の状況

(単位:%)

		守谷市	茨城県	同規模	国
メタボリックシンドローム 該当者	男性	28.2	32.6	32.7	32.0
	女性	8.4	10.7	11.5	11.0
メタボリックシンドローム 予備群	男性	16.8	16.5	17.5	17.9
	女性	4.4	5.1	6.0	5.9

資料:KDB「地域全体像の把握（令和4年度累計）」

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者の割合（服薬除く）

(単位:%)

		守谷市	茨城県	同規模	国
腹囲	男性	50.7	54.2	55.0	55.3
	女性	14.2	17.4	19.3	18.8
BMI	男性	2.3	1.7	1.6	1.7
	女性	8.5	8.2	7.4	7.1
血糖のみ		0.7	0.9	0.7	0.6
血圧のみ		6.0	6.8	7.8	7.9
脂質のみ		3.1	2.5	2.6	2.7
血糖・血圧の重複		2.9	3.5	3.1	3.0
血糖・脂質の重複		0.9	1.3	1.1	1.0
血圧・脂質の重複		7.2	8.2	9.7	9.7
血糖・血圧・脂質の重複		5.9	7.3	7.0	6.6

資料:KDB「地域全体像の把握（令和4年度累計）」

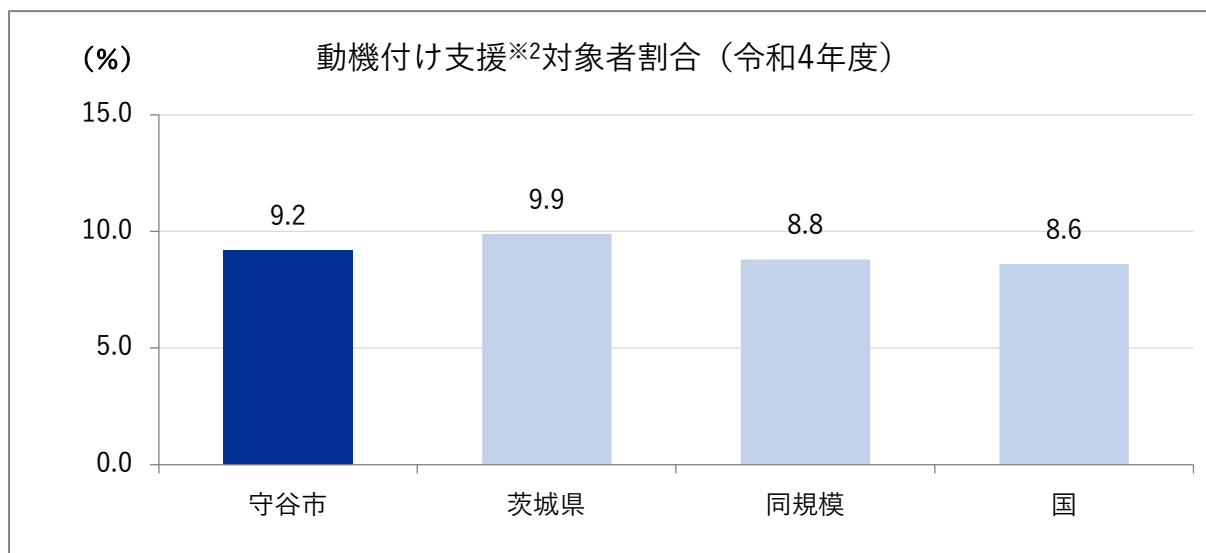
※1 内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に加えて、高血糖・高血圧・脂質異常のうち2つ以上に該当した状態のことを言います。

※2 $[\text{体重 (kg)}] \div [\text{身長 (m)} \text{の} 2 \text{乗}]$ で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重（やせ）の判定に用いる体格指数のことです。

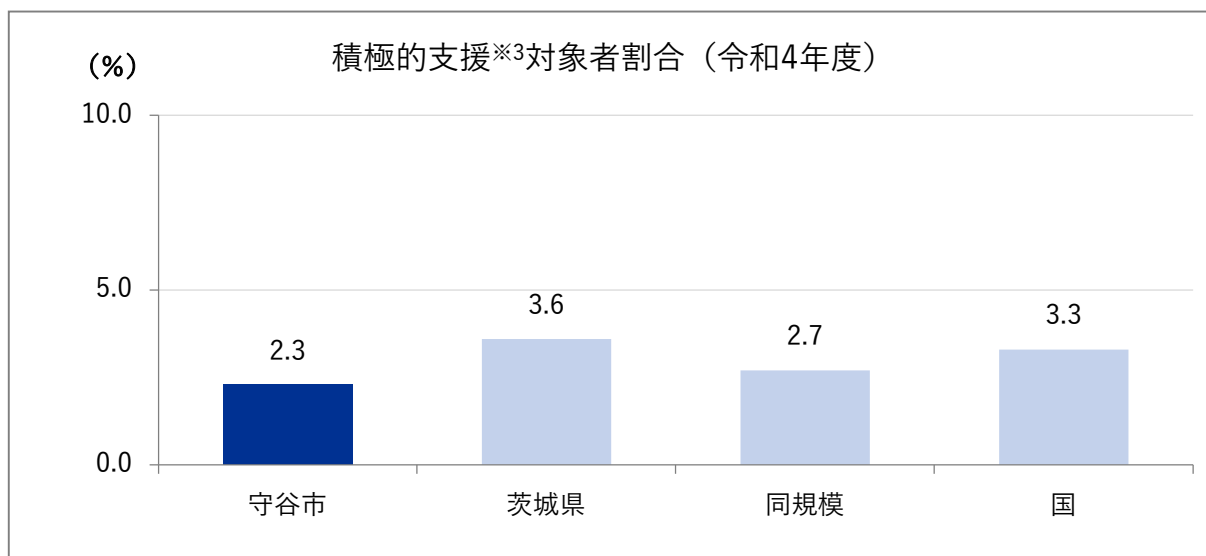
2.特定保健指導実施状況

(1) 令和4（2022）年度特定保健指導実施状況

令和4（2022）年度における、特定保健指導^{※1}の実施状況を示したものです。



資料:国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

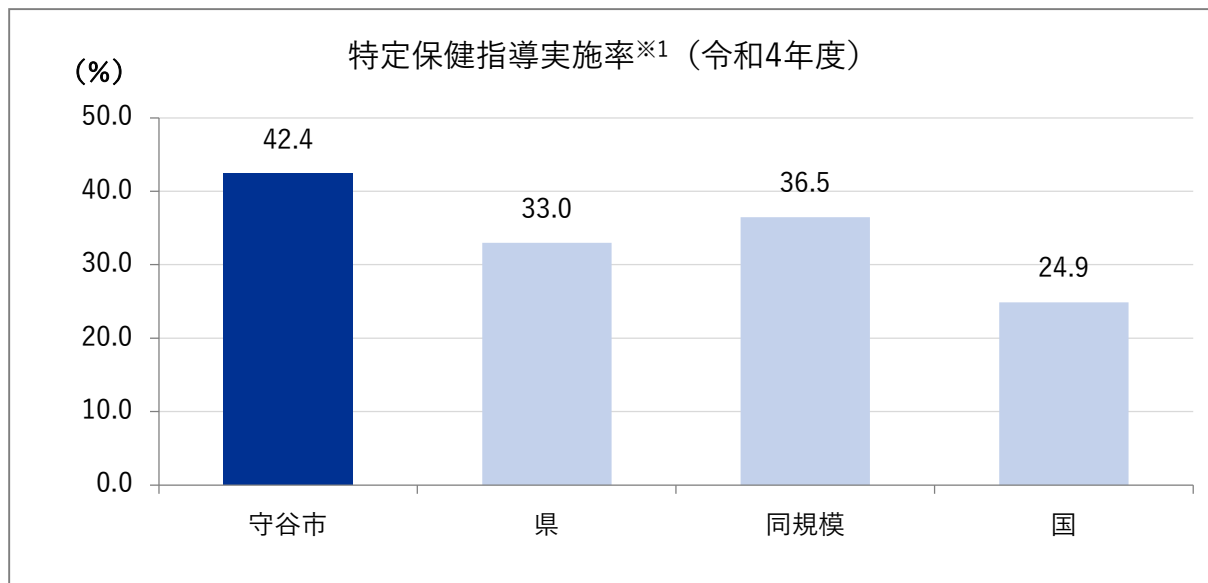


資料:国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

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

※2 医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われます。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行います。

※3 「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・継続的な支援を行います。



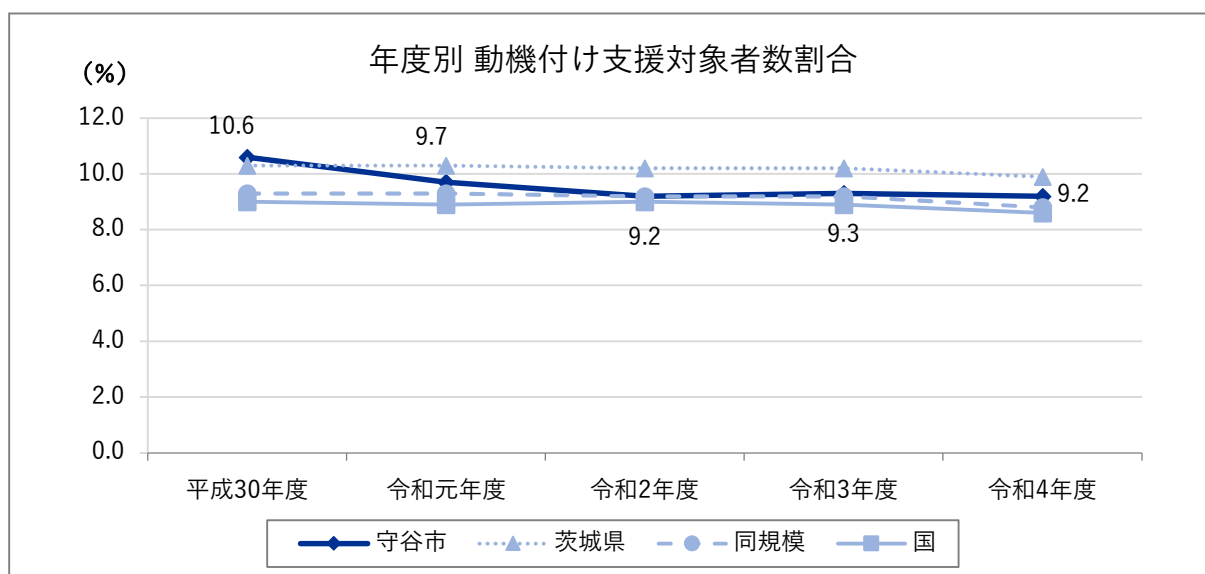
資料:国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」

◆特定保健指導実施率:最新データ反映前のため、最終結果とは異なる

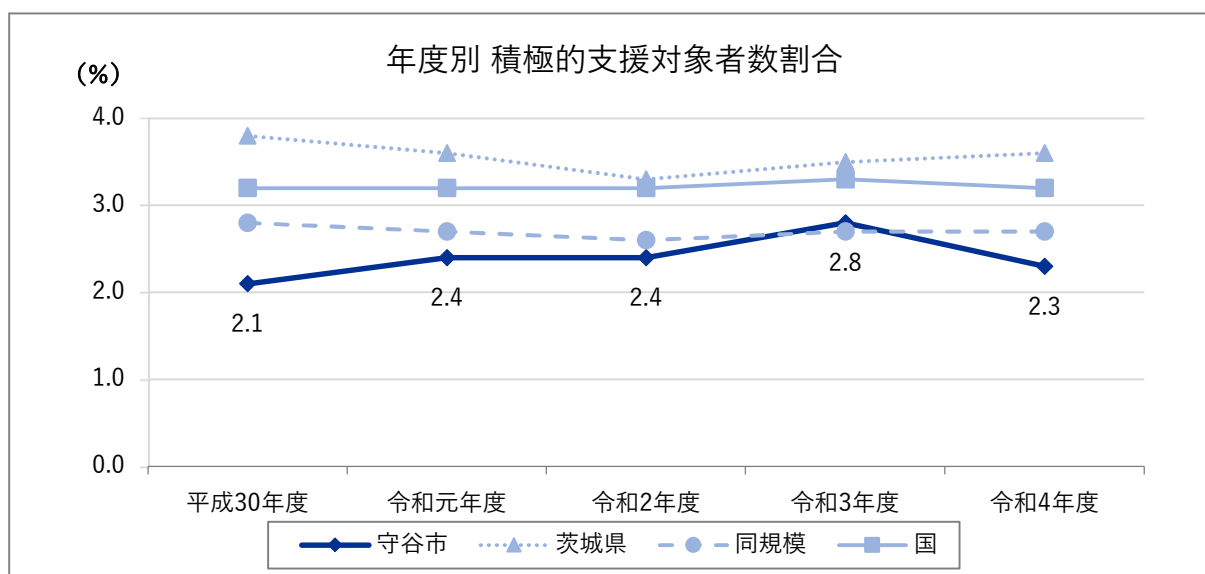
※1 特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した者の割合になります。

(2) 特定保健指導実施率の推移

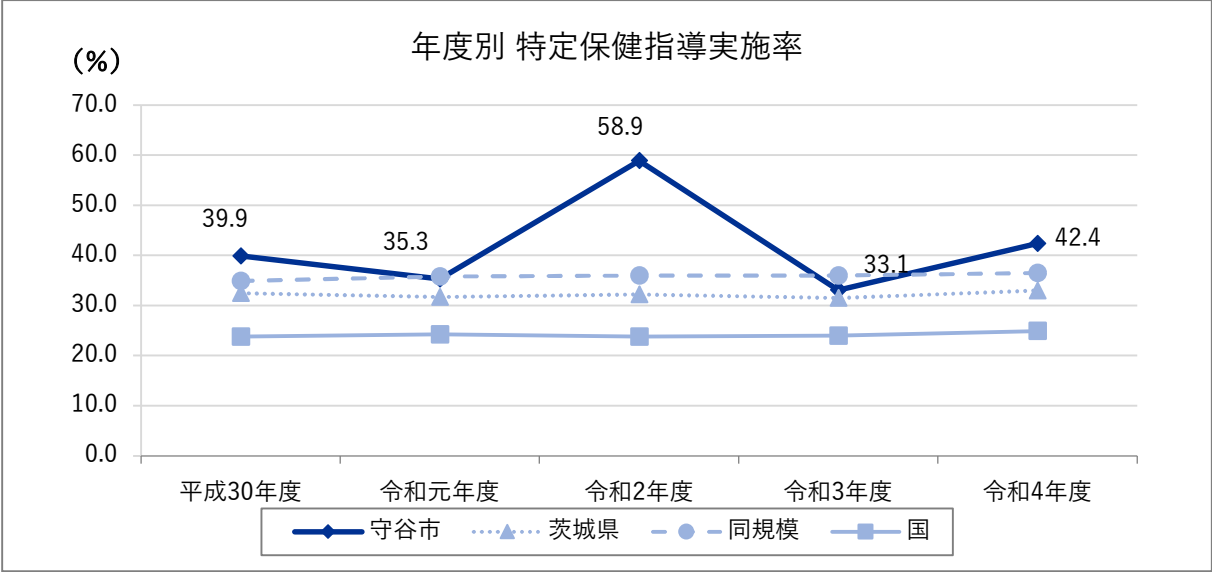
平成30（2018）年度から令和4（2022）年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。



資料:国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」



資料:国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」



資料:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(3) 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の推移

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を示したものです。

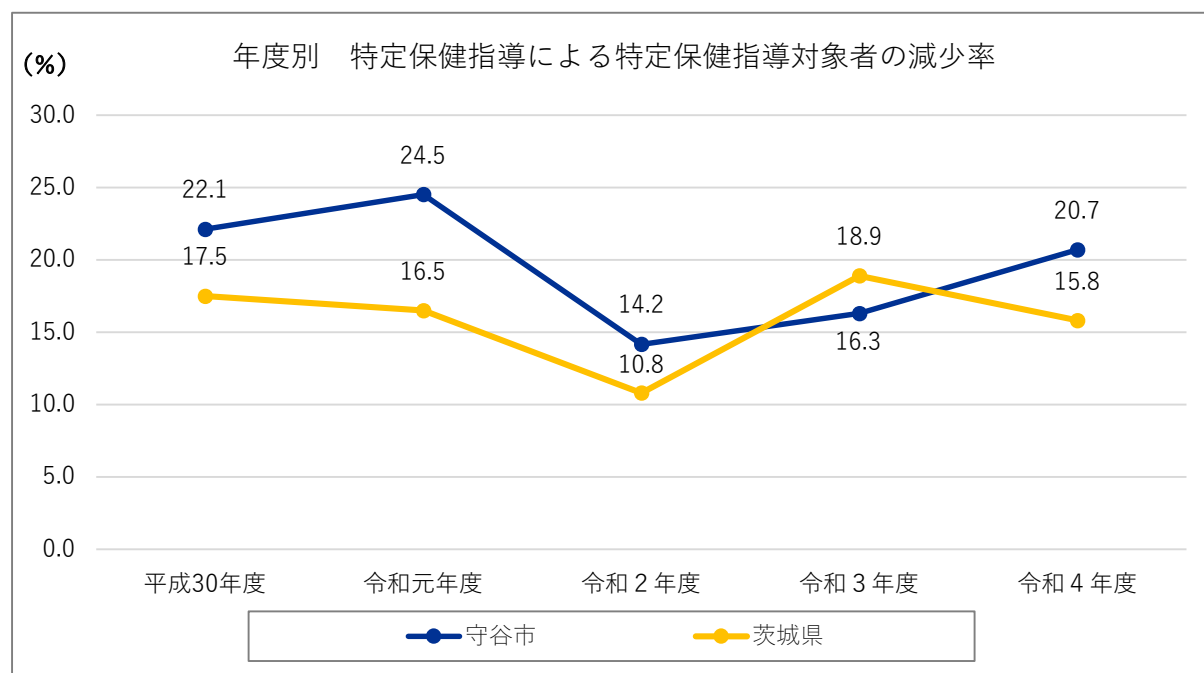
令和2（2020）年度に一度減少していますが、その後徐々に増加傾向となっており、茨城県と比べると、令和3（2021）年度を除き高い減少率となっています。

平成30年度から令和4年度の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

		A	B
	昨年度の特定保健指導の利用者数（人）	左記のうち、今年度特定保健指導の対象者ではなくなった者の数（人）	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（%）
平成30年度	217	48	22.1
令和元年度	261	64	24.5
令和2年度	240	34	14.2
令和3年度	227	37	16.3
令和4年度	140	29	20.7

◆A：昨年度特定保健指導を利用し指導対象者でなくなった数（服薬開始者は除く）

◆B：昨年度の特定保健指導の利用者数（人）/昨年度の特定保健指導の利用者のうち、今年度特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人）



資料:茨城県国民健康保険団体連合会報告

3.重症化予防事業について

(1) 生活習慣病重症化予防事業（受診勧奨域の保健指導）について

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に、平成26（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（血圧、血糖、脂質、尿たんぱくの本市独自の基準に該当する者）に生活習慣の見直しや医療機関の受診を促す保健指導を実施してきました。各項目とも横ばいの傾向にあり、引き続き指導を強化していくことが重要です。

平成30年度から令和4年度の重症化予防事業対象者の医療機関受診状況

	対象者数 (人)	医療機関受診者数 (人)	医療機関受診率 (%)
血圧	466	207	44.4
血糖	186	109	58.6
脂質	194	71	36.6
尿たんぱく	49	39	79.6

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、医療機関を受診していない者を対象とする。

- ◆高血圧:Ⅱ度高血圧以上（収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上）
（日本高血圧学会）
- ◆糖尿病:HbA1c^{※1}7.0%以上（日本糖尿病学会）
- ◆脂質異常:男性のLDLコレステロール180mg/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）

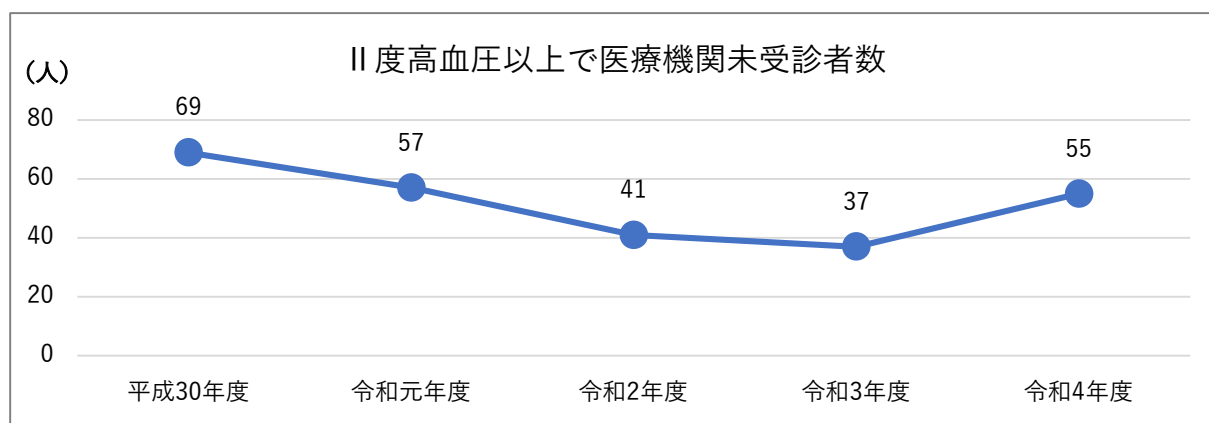
^{※1} 赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに血液中の糖が結合したものです。過去1～3か月間の平均血糖値を反映するため、糖尿病管理の指標として用いられます。

(2) 保健指導後の医療機関への受診状況の推移

生活習慣病重症化予防事業により、対象者に対し、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診を望まない者などもあり、医療機関の受診に結び付いていない者もいる状況です。

Ⅱ 度高血圧以上の者の年次推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数（人）	117	95	79	77	98
保健指導者数（人）	116	85	79	77	98
医療機関受診者数（人）	48	38	38	40	43
医療機関受診率（％）	41.0	40.0	48.1	51.9	43.9

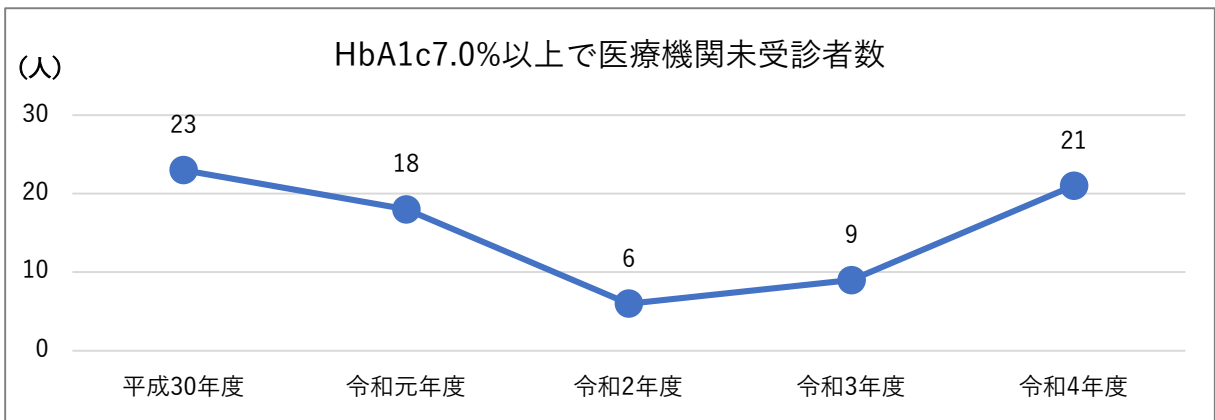


資料:保健センター 生活習慣病重症化予防事業報告

◆保健指導とは、電話・面接・訪問などの方法で、本人に保健指導をした者のこと

HbA1c7.0%以上の者の年次推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数（人）	45	27	24	38	52
保健指導者数（人）	44	27	24	38	52
医療機関受診者数（人）	22	9	18	29	31
医療機関受診率（％）	48.9	33.3	75.0	76.3	59.6

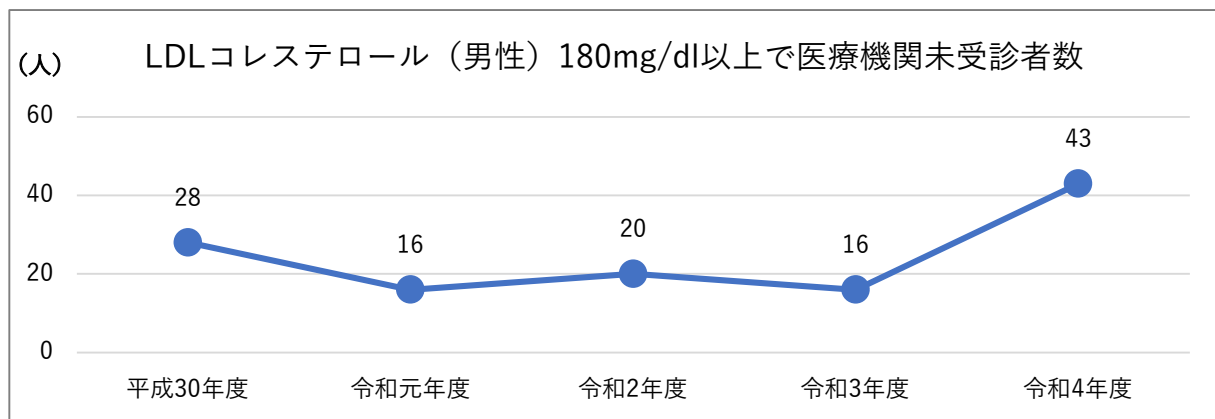


資料:保健センター 生活習慣病重症化予防事業報告

◆保健指導とは、電話・面接・訪問などの方法で、本人に保健指導をした者のこと

LDLコレステロール（男性）180mg/dl以上の者の年次推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数（人）	41	24	37	39	53
保健指導者数（人）	41	24	37	39	53
医療機関受診者数（人）	13	8	17	23	10
医療機関受診率（％）	31.7	33.3	45.9	59.0	18.9

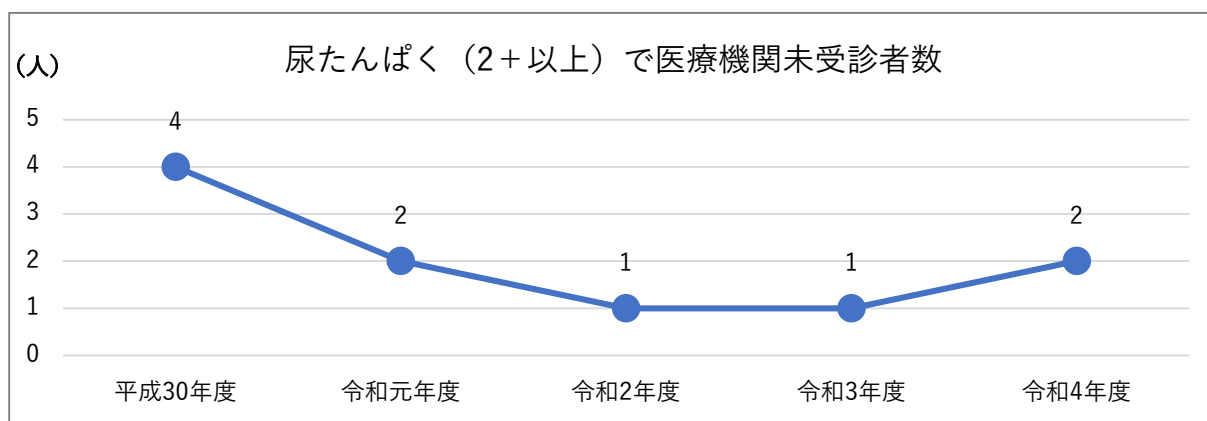


資料:保健センター 生活習慣病重症化予防事業報告

◆保健指導とは、電話・面接・訪問などの方法で、本人に保健指導をした者のこと

尿たんぱく（2+）以上の者の年次推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数（人）	17	6	9	4	13
保健指導者数（人）	16	5	9	4	13
医療機関受診者数（人）	13	4	8	3	11
医療機関受診率（%）	76.5	66.7	88.9	75.0	84.6



資料:保健センター 生活習慣病重症化予防事業報告

◆保健指導とは、電話・面接・訪問などの方法で、本人に保健指導をした者のこと

(3) 透析患者の状況

透析患者のレセプト状況（令和5（2023）年3月）では、17人が人工透析※1を行っています。糖尿病を合併している人は11人、高血圧症を合併している人が16人という状況です。

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症や糖尿病の重症化予防に取り組む必要があります。

透析のレセプト分析

性別	年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	人工透析		糖尿病		高血圧症		高尿酸血症	
				人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
男性	20歳代以下	827	368	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	30歳代	481	165	1	0.2	0	0.0	1	100.0	1	100.0
	40歳代	641	291	3	0.5	2	66.7	2	66.7	3	100.0
	50歳代	607	325	4	0.7	3	75.0	4	100.0	1	25.0
	60歳～64歳	308	217	2	0.6	1	50.0	2	100.0	2	100.0
	65歳～69歳	867	688	1	0.1	1	100.0	1	100.0	0	0.0
	70歳～74歳	1,664	1,548	2	0.1	1	50.0	2	100.0	1	50.0
女性	20歳代以下	738	358	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	30歳代	395	231	1	0.3	0	0.0	1	100.0	0	0.0
	40歳代	576	342	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	50歳代	574	372	3	0.5	3	100.0	3	100.0	3	100.0
	60歳～64歳	551	391	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	65歳～69歳	1,269	1,085	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	70歳～74歳	1,974	1,846	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全体	20歳代以下	1,565	726	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	30歳代	876	396	2	0.2	0	0.0	2	100.0	1	50.0
	40歳代	1,217	633	3	0.2	2	66.7	2	66.7	3	100.0
	50歳代	1,181	697	7	0.6	6	85.7	7	100.0	4	57.1
	60歳～64歳	859	608	2	0.2	1	50.0	2	100.0	2	100.0
	65歳～69歳	2,136	1,773	1	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0
	70歳～74歳	3,638	3,394	2	0.1	1	50.0	2	100.0	1	50.0
総数		11,472	8,227	17		11		16		11	

資料:国保データベース（KDB）システム「人工透析のレセプト分析」（令和5年3月診療分）

※1 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。

第4章 介護の分析

1. 要支援・要介護認定の状況

令和5（2023）年4月1日時点の要支援※1・要介護※2認定者数を示したものです。

要支援・要介護認定者数

要支援1（人）	313
要支援2（人）	254
小計	567
要介護1（人）	524
要介護2（人）	380
要介護3（人）	286
要介護4（人）	239
要介護5（人）	174
小計（人）	1,603
合計（人）	2,170
65歳以上人口（人）	16,675
割合（認定率）（％）	13.0

◆「割合」は、65歳以上人口に占める要支援・要介護認定者の割合を示す

◆市外居住者（住所地特例者）を除く

資料:介護福祉課（令和5年4月1日時点）

※1 身体または精神の障がいのために、入浴、排泄、食事などの日常生活における基本的な動作について、6か月にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減・悪化防止のために特に役立つ支援が必要と見込まれる状態、もしくは身体または精神の障がいのために、6か月にわたり継続して日常生活を営む上で支障があると見込まれる状態をいいます。

※2 身体または精神の障がいのために、入浴、排泄、食事などの日常生活における基本的な動作について、6か月にわたり継続して常時介護を要すると見込まれる状態をいいます。

2.要支援・要介護状態となった原因疾病

令和2（2020）年度から令和4（2022）年度の新規要支援・要介護認定者の原因疾病をみると、男性は70歳代前半までは「脳血管疾患」、「悪性新生物（がん）^{※1}」が1位、2位となっているのに対して、70歳代後半から「認知症」が最も多くなっています。女性は70歳代前半までは「悪性新生物（がん）」が最も多く、70歳代後半から「認知症」が最も多くなっています。また70歳以上では「骨折」が認知症に続いて多くなっています。

男性では、「悪性新生物（がん）」や「脳血管疾患」が上位となっているため、喫煙や飲酒習慣の見直し、高血圧予防を含めた生活習慣病予防や重症化予防が必要です。一方、女性では「骨折」が上位となっていることから、身体機能の低下を防ぐフレイル予防^{※2}が重要になると考えられます。

性別、年齢別にみた要介護状態となった原因疾病（上位3項目）

（単位:件）

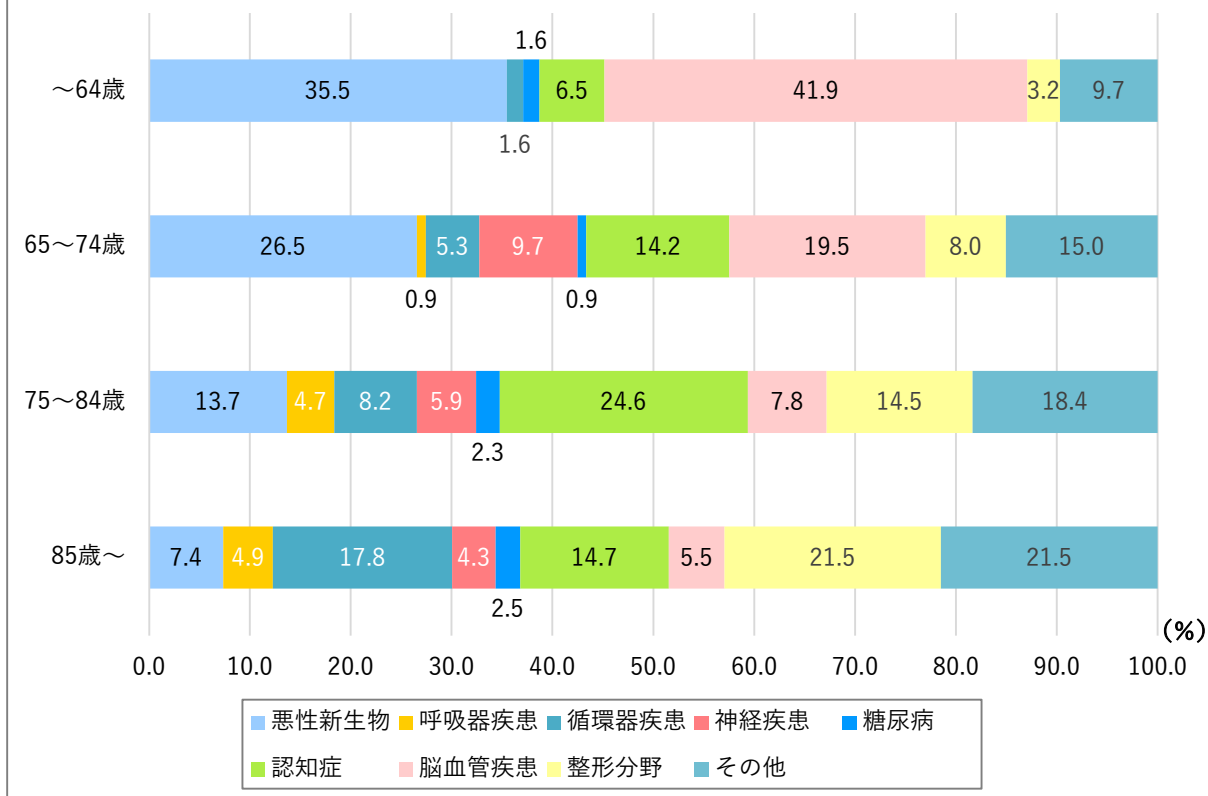
		第1位		第2位		第3位	
全体		認知症	288	悪性新生物（がん）	226	骨折	173
性別・年齢	男性	悪性新生物（がん）	133	認知症	127	脳血管疾患	113
	65歳未満	脳血管疾患	17	悪性新生物（がん）	10	認知症	2
	65～69歳	悪性新生物（がん）	19	脳血管疾患	8	認知症	4
	70～74歳	脳血管疾患	30	悪性新生物（がん）	25	認知症	16
	75～79歳	認知症	36	悪性新生物（がん）	32	その他	20
	80～84歳	認知症	41	悪性新生物（がん）	27	脳血管疾患	27
	85歳以上	認知症	28	循環器疾患	26	悪性新生物（がん）	20
	女性	認知症	161	骨折	135	悪性新生物（がん）	93
	65歳未満	悪性新生物（がん）	12	脳血管疾患	9	認知症	2
	65～69歳	悪性新生物（がん）	13	神経疾患	5	脳血管疾患	4
	70～74歳	悪性新生物（がん）	22	骨折	17	認知症	17
	75～79歳	認知症	37	骨折	18	その他	14
	80～84歳	認知症	48	骨折	41	その他	25
85歳以上	認知症	57	骨折	54	循環器疾患	37	

資料:介護福祉課 介護認定審査会資料（主治医意見書）

※1 悪性腫瘍のことで、細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、周囲の正常な細胞組織を浸潤したり、他の組織などに転移します。人体のエネルギーを消耗したり、正常な組織と入れ替わり臓器などの機能不全を引き起こします。

※2 年齢とともに、筋力や心身の活力が低下し、介護が必要になりやすい、健康な状態と要介護状態の間の虚弱な状態に陥らないようにすること、進行するのを防ぐことです。

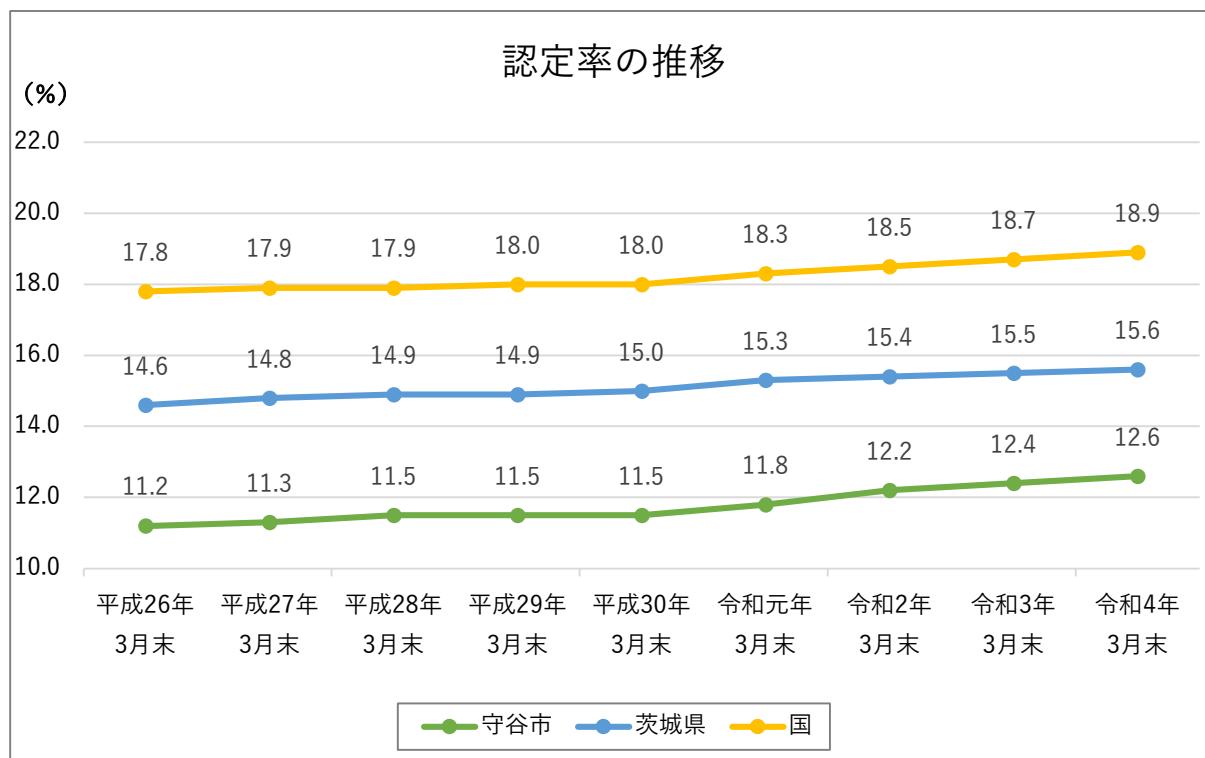
新規介護認定者の主な疾病割合（年代別）



資料:介護福祉課 介護認定審査会資料（主治医意見書）

3.要支援・要介護認定率の推移

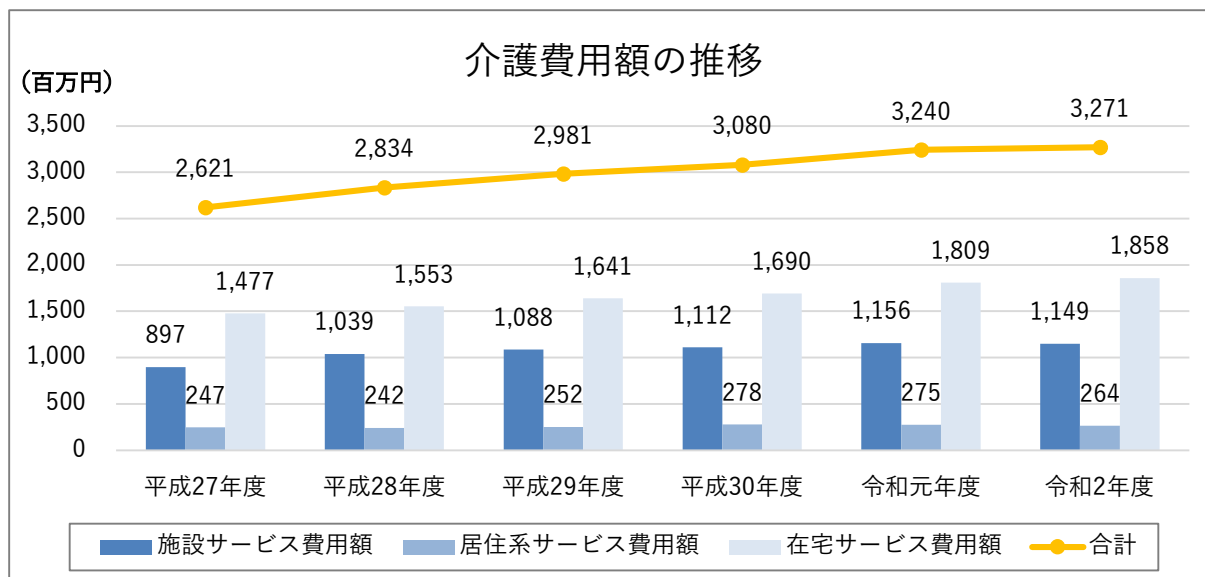
本市における第1号被保険者（65歳以上）のうち、要支援・要介護認定率は、ゆるやかに上昇しているものの、国、茨城県の値よりも低い水準で推移しています。



資料:厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報
(令和3年、4年度のみ「介護保険事業計画」月報)

4.介護費用額と受給者一人当たり給付費の状況

本市の介護費用額をみると、在宅サービス、施設サービスでは増加傾向にあり、平成27（2015）年度の値と比較すると、約1.3倍となっています。



資料:厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」

介護保険サービスの種類

- ◆施設サービス:介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設
- ◆居住系サービス:（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護
- ◆在宅サービス:訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護（ショートステイ）、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護 等

5.要介護認定者と国民健康保険のレセプト分析

要支援・要介護認定者の有病状況を見ると、「心臓病」（55.4％）が最も多く、次いで「筋・骨格」（49.7％）、「高血圧症」（49.1％）となっています。

また、「精神」（38.8％）の内の「認知症」（27.4％）では、国・茨城県・同規模市を上回っています。

要介護認定者と国民健康保険のレセプトの分析

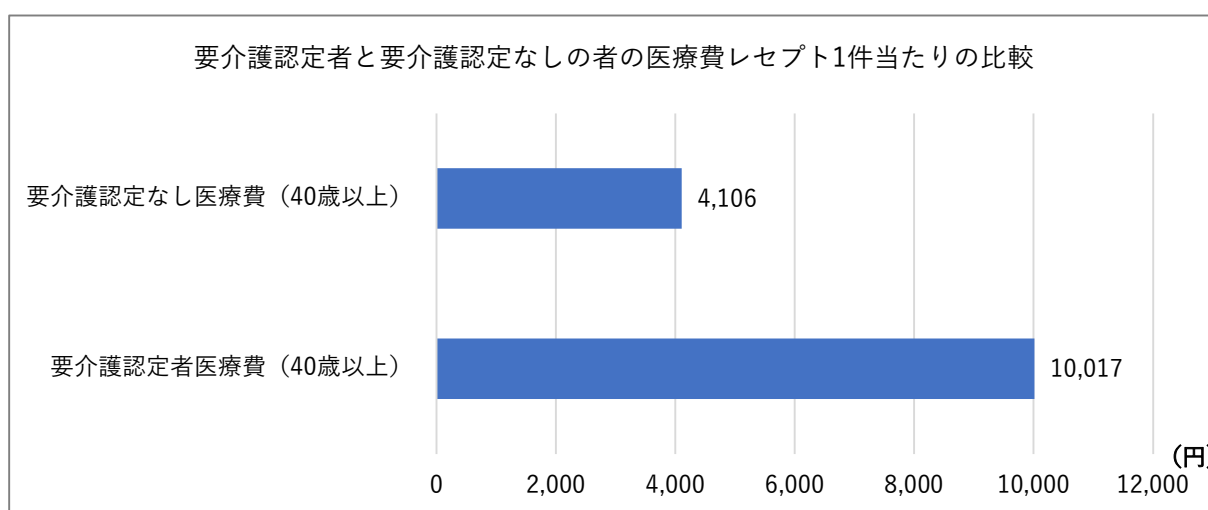
(単位:%)

	守谷市	茨城県	同規模	国
心臓病	55.4	58.0	60.8	60.3
筋・骨格	49.7	50.6	53.1	53.4
高血圧症	49.1	52.0	53.8	53.3
精神	38.8	33.6	37.0	36.8
認知症	27.4	21.8	24.4	24.0
脂質異常症	28.4	29.0	31.8	32.6
糖尿病	22.1	23.2	24.2	24.3
アルツハイマー病	22.0	17.3	18.5	18.1
脳疾患	20.8	22.8	23.1	22.6
がん	12.5	10.7	11.3	11.8

資料:KDBシステム「地域の全体の把握（令和4年度累計）」

6.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10,017円となっており、要介護認定なしの者より5,911円高い状況です。



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」

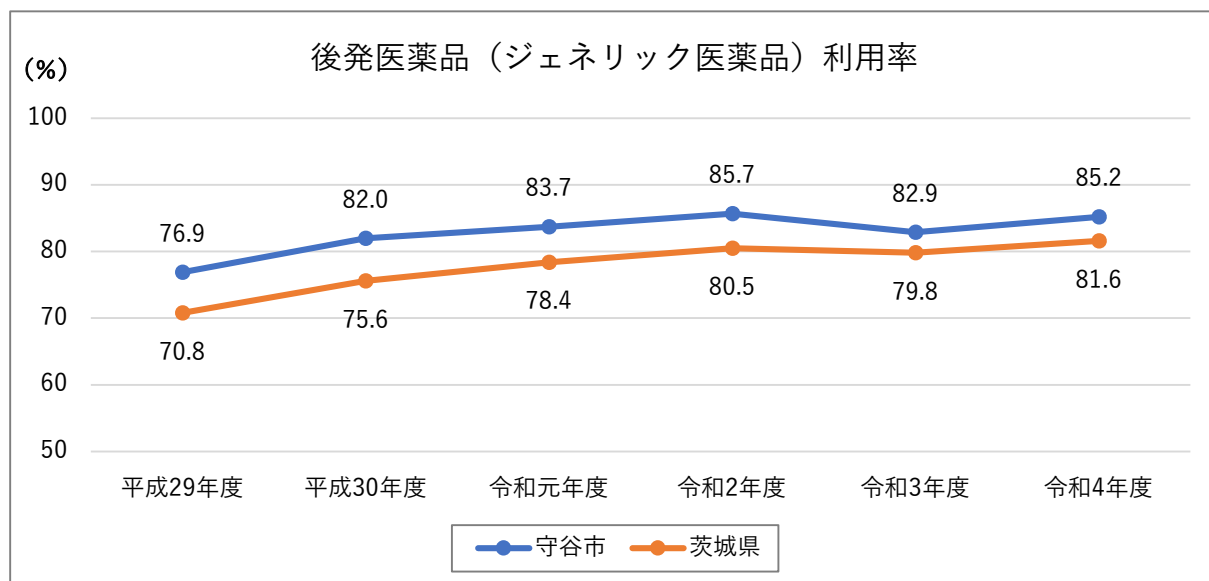
第5章 その他の情報

1.後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率

後発医薬品（ジェネリック医薬品）※1利用率を示したものです。平成30（2018）年度以降は80%以上の利用率を維持しており、茨城県内でも上位の利用率となっています。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率の推移

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
守谷市 （%）	76.9	82.0	83.7	85.7	82.9	85.2
茨城県 （%）	70.8	75.6	78.4	80.5	79.8	81.6
県内順位 （位）	2	1	4	1	7	5



資料:茨城県国民健康保険団体連合会報告「後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率報告」

※1 新薬（先発医薬品）の特許が切れた後に発売される「先発医薬品と同じ有効成分を同量含み、同等の効き目がある」と認められた医薬品です。新薬に比べて低価格というメリットがあります。また、子どもや高齢者が飲みやすいように、味やにおいを工夫したものや、大きさや形を改良したものがあります。

2.重複・多剤投与者数について

重複・多剤投与者数について示したものです。重複処方^{※1}・多剤処方^{※2}どちらも毎月一定数の該当者がいることがわかります。

重複処方、多剤処方該当者数（令和4年度）

（単位:人）

	被保険者数	重複処方該当者数	多剤処方該当者数
令和4年4月	12,209	42	8
令和4年5月	12,151	46	10
令和4年6月	12,078	48	6
令和4年7月	11,979	58	7
令和4年8月	11,906	69	3
令和4年9月	11,874	54	6
令和4年10月	11,756	59	13
令和4年11月	11,617	62	8
令和4年12月	11,522	58	6
令和5年1月	11,474	56	7
令和5年2月	11,375	51	9
令和5年3月	11,311	63	10
重複・多剤投与者数		47	7

資料:KDBシステム「重複・多剤処方の状況」

※1 1か月間で複数の医療機関から類似している薬効の薬を処方されることです。

※2 1か月間で一定数以上の医薬品を処方されていることです。

第2部
第3期データヘルス計画書

第1章 計画策定について

1.計画の趣旨

(1) 趣旨

平成25（2013）年6月に閣議決定された「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。」と掲げられました。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は（中略）健康・医療情報を活用してPDCAサイクル※1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を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。その後、平成30（2018）年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2（2020）年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4（2022）年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展に当たり、保険者共通の評価指標やアウトカムベース※2での適切なKPI※3の設定を推進するとの方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。

こうした背景を踏まえ、本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケア※4の充実・強化に努めるものとします。

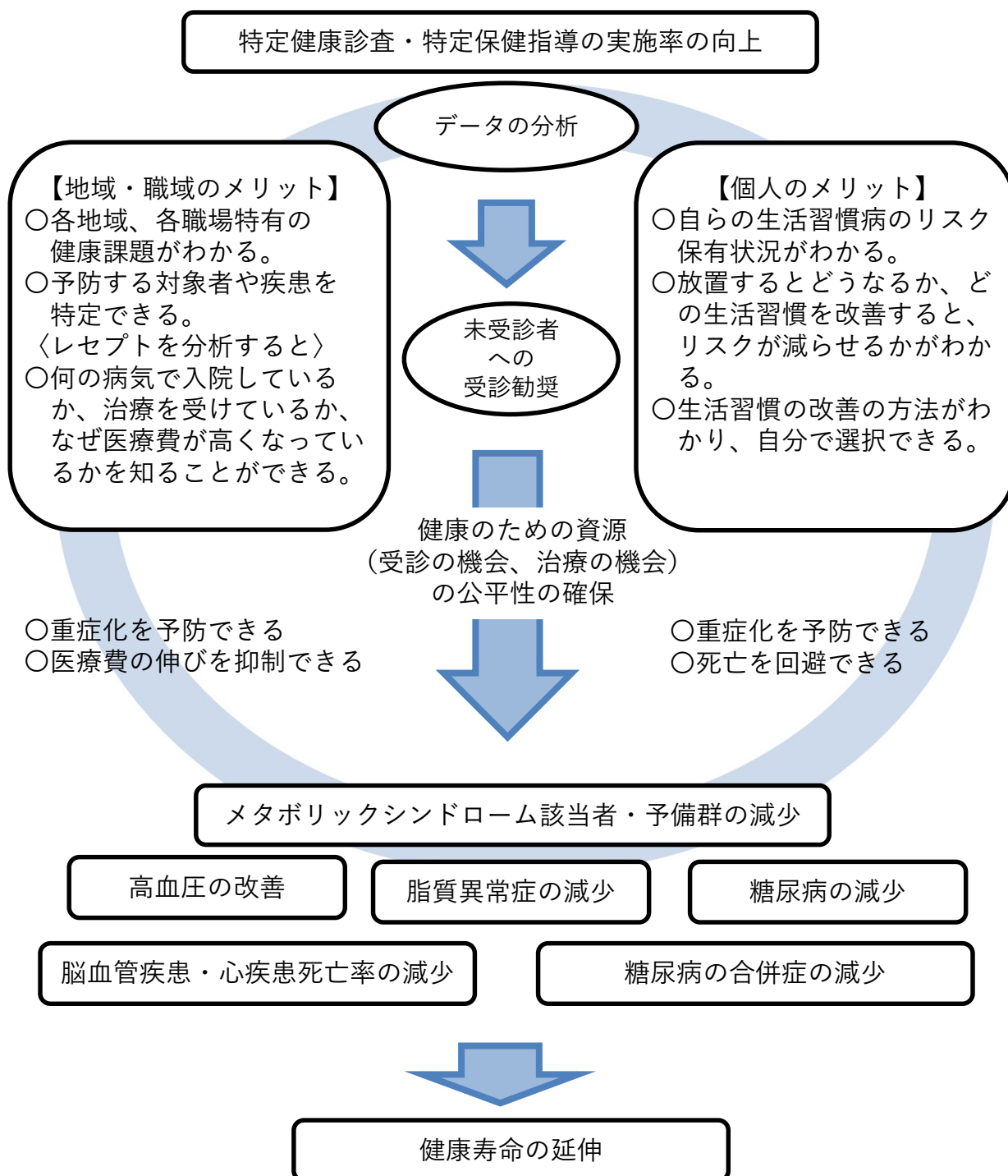
※1 Plan（計画）、DO（実行）、Check（評価）、Act（改善）の4つのプロセスを繰り返し業務改善を行う手法のことです。

※2 最終的な目標に注目し、その人の知識、技能、能力を評価するために用いられる評価や測定の手法の一種です。

※3 Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標のことです。

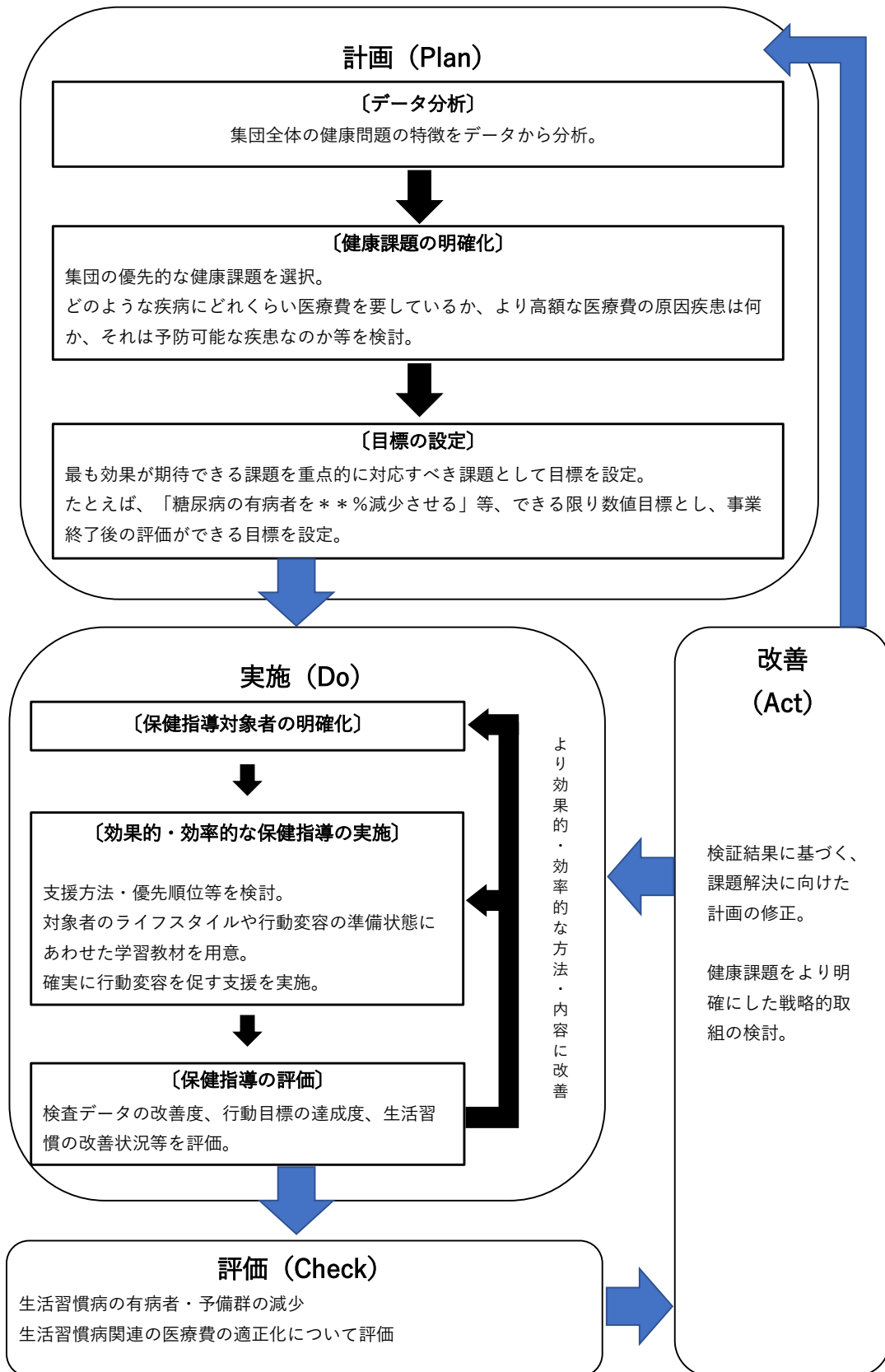
※4 高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで送ることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援などのサービスを地域で一体的に提供するという考え方やシステムのことで。

■ 特定健康診査・特定保健指導と国民健康づくり運動



資料:標準的な特定健康診査・特定保健指導プログラム (令和6年度)

■保健事業（特定健康診査・保健指導）のPDCAサイクル

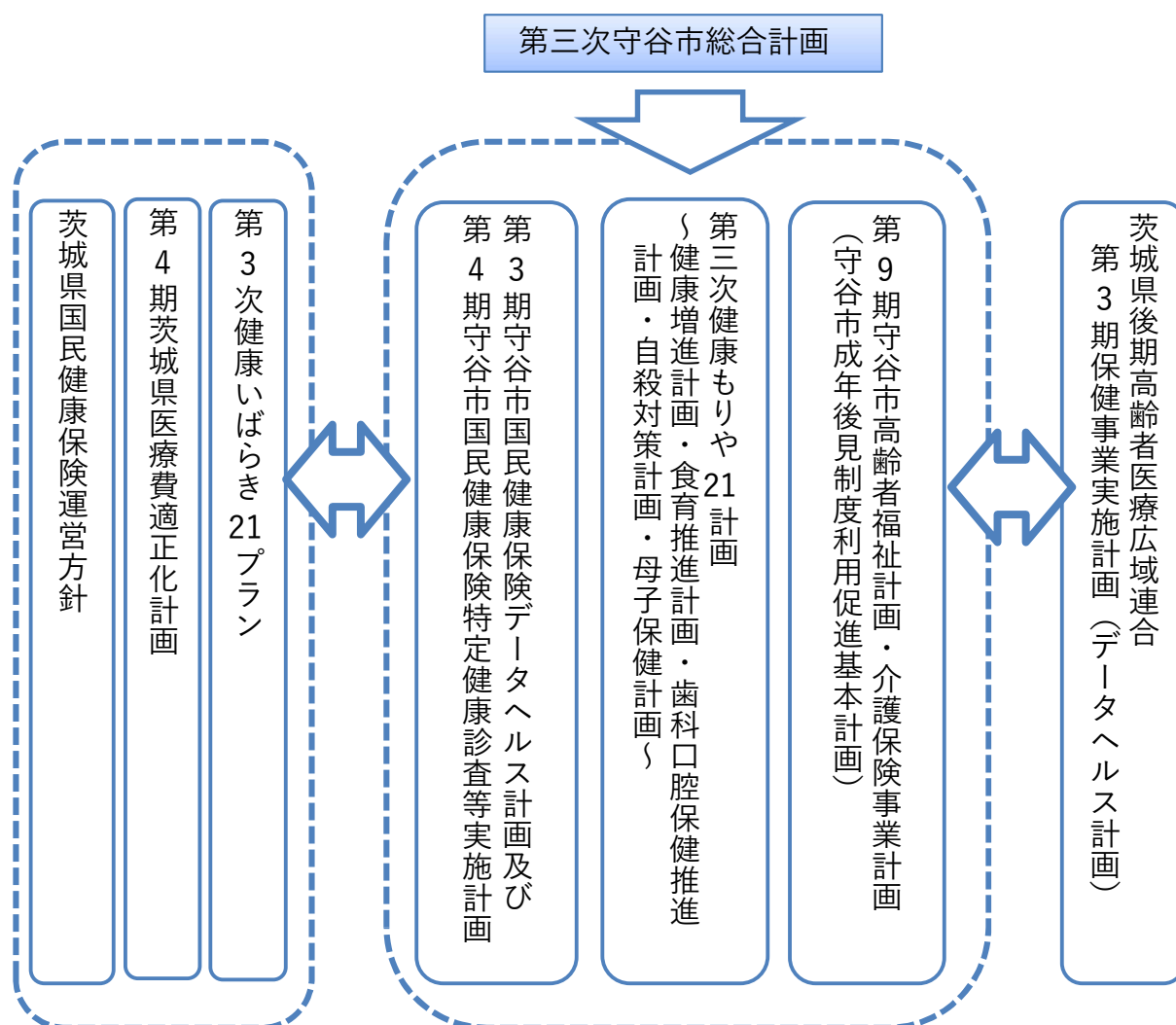


資料:標準的な特定健康診査・特定保健指導プログラム（令和6年度）

(2) 計画の位置づけ

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

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、第三次守谷市総合計画を上位計画とし、本市の関連計画（第4期守谷市国民健康保険特定健康診査等実施計画、第三次健康もりや21計画、第9期守谷市高齢者福祉計画・介護保険事業計画・守谷市成年後見制度利用促進基本計画 等）、また茨城県の関連計画（茨城県国民健康保険運営方針、第4期茨城県医療費適正化計画、第3次健康いばらき21プラン 等）及び茨城県後期高齢者医療広域連合第3期保健事業実施計画との整合性のとれた内容とします。



2.計画期間

計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とします。

令和3年度	令和4年度	令和5年度	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
第2期計画 2018～2023			第3期計画 2024～2029					
					中間 評価			最終 評価

3.実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

守谷市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部署等の関係部署や県、保健所、茨城県国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保部署が主体となって行います。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部署や介護保険部署、生活保護部署（福祉事務所等）等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。

国保部署は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である茨城県のほか、茨城県国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係者等、保険者協議会、茨城県後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。

また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、自治会等の地域組織との意見交換や情報提供の場の設置、被保険者向けの説明会の実施等、被保険者が議論に参画できる体制を構築し、被保険者の意見反映に努めます。

第2章 過去の取組の考察

1.第2期データヘルス計画の評価

第2期データヘルス計画全般に係る評価として、全体目標及びその達成状況について示したものです。

全体目標	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少。 生活習慣病の重症化予防。				
評価	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みられる。 C：改善がみられない				
評価指標	計画策定時 実績 平成28年度	目標値	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
			中間評価 時点 令和2年度	現状値 令和4年度	
【アウトカム】 メタボリック シンドローム 該当者 [男性] 該当者割合	27.6%	減少 26.5%	27.7%	28.2%	評価：C ・特定保健指導率が低い。 ・令和2年度からは、コロナ禍の 行動制限に伴う影響も考えられる。
【アウトプット】 特定保健指導率 [法定報告※1]	38.2%	増加 60.0%	34.7%	41.2%	評価：B ・特定健康診査の受診方法により 区分し、一部外部委託とで特定保 健指導を分担したため、特定保健 指導率が中間評価より増加した。 ・保健指導の経験を積んだ専門職 の確保が難しく、目標値に達しな かった。 ・人間・脳ドック検診や医療機関 健診受診者の特定保健指導対象者 に対し、結果が届いてから保健指 導の勧奨までに期間が空いてし まったため、保健指導の利用に結 び付かなかった。
【アウトカム】 生活習慣病 重症化予防対象者 糖尿病受療率 (医療機関受診率)	50.0%	増加 75.0%	33.3%	測定困難※2	評価：評価困難
【アウトプット】 生活習慣病 重症化予防対象者 保健指導率 [訪問・相談]	51.0%	増加 80.0%	84.7%	53.0%	評価：B ・集団健診会場で対象予定者への 保健指導を実施することにより、 その後の保健指導につながった。 ・コロナの影響で、電話での保健 指導希望者が増えたため、訪問・ 面談にいたらなかった。

※1 法令によって定められている数値のことです。

※2 茨城県国民健康保険団体連合会から報告を受けていた数値を指標値としていたが、令和2年度から該当数値の報告がなくなつたため、測定不能となりました。

2.第2期データヘルス計画における事業の達成状況

第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
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。	<p>（結果返送会、結果相談会）</p> <ul style="list-style-type: none"> 各公民館等で結果を手渡しした後、集団健康教育、個別相談会を実施 <p>（個別支援）</p> <ul style="list-style-type: none"> 予約制による個別相談会を実施 <p>（集団保健指導：ヘルスメイク教室）</p> <ul style="list-style-type: none"> 動機付け支援、積極的支援対象者に個別通知により募集し集団教室を実施 <p>（個別運動指導）</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の受診方法により区分し、一部外部委託とで特定保健指導を分担したため、特定保健指導率が基準年度より増加した。 保健指導の経験を積んだ専門職の確保が難しく、目標値に達しなかった。 人間・脳ドック検診や医療機関健診受診者の特定保健指導対象者に対し、結果が届いてから保健指導の勧奨までに期間が空いてしまったため、保健指導の利用に結び付かなかった。 何年か継続して特定保健指導対象となる者のうち、保健指導を希望しない者も一定数いるため、保健指導につながりにくい。 集団保健指導の参加者数が伸び悩んでいる。

指標	ベース ライン (平成28年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】※1 1. 保健師数 2. 非常勤保健師の確保 3. 栄養士等の委託料の確保	1. 4人 2. 2人 3. 個別保健指導 2名分+集団 教育講師謝金	1. 5人 2. 2人 3. 個別保健指導 2名分+集団 教育講師謝金	1. 3人 2. 2人 3. 個別保健指導 1名分+集団 教育講師謝金	1. 6人 2. 1人 3. 個別保健指導 1名分+集団 教育講師謝金	1. 4人 2. 1人 3. 個別保健指導 1名分+集団 教育講師謝金	1. 6人 2. 1人 3. 個別保健指導 1名分+集団 教育講師謝金
【プロセス評価】※2 1. 関係機関との打合せ回数 2. 栄養士等の委託契約 3. 対象者へのアプローチ方法	1. 2回 2. 栄養士2名 医師会 3. 訪問、電話	1. 2回 2. 栄養士1名 医師会 3. 訪問、電話	1. 2回 2. 栄養士2名 医師会 3. 訪問、電話	1. 3回 2. 栄養士1名 医師会 3. 訪問、電話	1. 2回 2. 栄養士1名 医師会 3. 訪問、電話	1. 2回 2. 栄養士1名 医師会 3. 訪問、電話
【アウトプット評価】※3 〈結果返送会・相談会〉 1. 実施回数 2. 階層別指導件数 3. 結果相談会の相談件数 〈個別支援〉 4. 初回指導訪問件数 〈集団保健指導〉 5. 通知数(動機づけ支援) 6. 通知数(積極的支援) 7. 参加者数 8. 実施回数 〈個別運動指導〉 9. 個別通知数 10. 運動施設利用者数	1. 20回 2. 積極的 4/148名 動機づけ 256/533名 3. 5名 4. 189名 5. 421通 6. 114通 7. 25名 8. 4回 9. 161通 10. 3名	1. 25回 2. 積極的 21/99名 動機づけ 199/500名 3. 11名 4. 157名 5. 446通 6. 101通 7. 19名 8. 4回 9. 155通 10. 3名	1. 19回 (返送会を 結果活用 教室に変更) 2. 積極的 59/106名 動機づけ 196/439名 3. 6名 4. 186名 5. 380通 6. 102通 7. 4名 8. 4回 9. 482通 ※動機付 け支援全 員へ対象 拡大 10. 3名	1. 10回 (返送会を 結果活用 教室に変更) 2. 積極的 1/72名 動機づけ 10/257名 3. 11名 4. 163名 5. 257通 6. 72通 7. 11名 8. 3回 9. 329通 10. 5名	1. 10回 2. 積極的 1/79名 動機づけ 0/270名 3. 1名 4. 135名 5. 270通 6. 79通 7. 6名 8. 2回 9. 349通 10. 2名	1. 12回 2. 積極的 3/67名 動機づけ 5/262名 3. 8名 4. 205名 5. 293通 6. 73通 7. 11名 8. 2回 9. 366通 10. 7名
【アウトカム評価】※4 1. 特定保健指導率 2. 参加者※5のうち、体重 が5%以上減少した割合 3. 生活習慣病に関する特 定健康診査データの改 善者数	1. 38.2% 2. 9.5% (19%) 3. 6.2%	1. 36.7% 2. 25% 3. 5.8%	1. 34.7% 2. 0% (25%) 3. 6.0%	1. 57.6% 2. 9% 3. 6.1%	1. 34.7% 2. 0% 3. 6.5%	1. 41.2% 2. 0% 3. 5.9%

※1 保健事業を実施するために仕組みや体制に対する評価です。

※2 事業の目的や目標の達成に向けて過程・手順や活動状況に対する評価です。

※3 目的・目標の達成のために行われる事業の、結果に対する評価です。

※4 事業の目的や目標の達成度、または成果の数値目標に対する評価です。

※5 ここでいう参加者とは、ヘルスメイク教室参加者のことです。

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
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。	<p>糖尿病専門医の講話、栄養指導、運動指導に分けて教室を実施</p> <p>糖尿病専門医の講話は、市民全体へ広報にて周知し参加者を募集</p>	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> 各医療専門職が参加者の個別性も踏まえ指導することで、糖尿病教室の継続率が高く、改善率も維持できている。 評価までの期間が3～4か月と一定期間あるため、モチベーションの維持ができない者もいる。

指標	ベース ライン (平成28年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 保健師数 2. 非常勤保健師の確保 3. 栄養士等の委託料の確保	1. 1名 2. 1名 3. 1名分確保	1. 1名 2. 0名 3. 1名分確保	1. 1名 2. 0名 3. 1名分確保	コロナ感染拡大に伴い中止	1. 2名 2. 0名 3. 1名分確保	1. 2名 2. 0名 3. 1名分確保 →委託料としては確保せず、会計年度報酬にて確保
【プロセス評価】 1. 対象者へのアプローチ方法 2. 対象者の満足度 (終了アンケートより)	1. 健診結果に同封 2. 58.8%	1. 健診結果に同封 2. 75%	1. 健診結果に同封 2. 83.3%	コロナ感染拡大に伴い中止	1. 広報、健診当日チラシ配布、ポスター掲示 2. 73%	1. 健診後に対象者を抽出し、個別通知／広報 2. 86.7%
【アウトプット評価】 1. 教室実施回数 2. 参加実人数 3. 終了時のデータ改善率	1. 5回 2. 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 3. 81.8%	1. 4回 2. 1回目 15名 2回目 15名 3回目 15名 4回目 14名 3. 75.0%	1. 4回 2. 1回目 14名 2回目 10名 3回目 12名 4回目 12名 3. 91.7%	コロナ感染拡大に伴い中止	1. 4回 2. 1回目 11名 2回目 9名 3回目 9名 4回目 11名 3. 27.3%	1. 4回 2. 1回目 16名 2回目 16名 3回目 17名 4回目 17名 3. 70.6%
【アウトカム評価】 1. HbA1cの平均値	1. 6.4%	1. 6.0%	1. 6.2%	コロナ感染拡大に伴い中止	1. 6.2%	1. 6.1%

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
受診勧奨域の 保健指導	生活習慣病重症化 を予防する。	<p>特定健康診査受診時に医療機関を受診して いない者で、以下の基準のいずれかを満た す者に対し、保健師等による個別保健指導 を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・収縮期血圧 160mmHgまたは拡張期血圧 100mmHg以上 ・HbA1c 7.0%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 	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者に対して、電話指導も含め全員に 保健指導を実施できた。 ・保健指導や医療機関の受診を望まない者 もおり、医療機関の受診に結び付いていな い者もいる状況。引き続き個別的な支援が 必要である。

指標	ベース ライン (平成28年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 保健師数 2. 非常勤保健師の確保 3. 医師会との連携 4. 職員の資質の確保	1. 9人 2. 2人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加2名	1. 5人 2. 2人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加0名 事例検討会1回	1. 4人 2. 2人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加1名 事例検討会1回	1. 5人 2. 0人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加0名 事例検討会1回	1. 4人 2. 1人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加4名 事例検討会1回	1. 5人 2. 0人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加4名 事例検討会1回
【プロセス評価】 1. 手順書の作成 2. 保健指導の優先順位 3. 対象者へのアプローチ方法	1. 実施計画作成 2. 値が高い者 3. 訪問	1. 実施計画作成 2. 脂質、Ⅱ度 高血圧は通知 3. 訪問、通知	1. 実施計画作成 2. 脂質、Ⅱ度 高血圧は通知 3. 訪問、通知	1. 実施計画作成 2. 脂質、Ⅱ度 高血圧は通知 3. 訪問、通知	1. 実施計画作成 2. 値が高い者 3. 訪問、面接、 電話、通知	1. 実施計画作成 2. 値が高い者 3. 訪問、面接、 電話、通知
【アウトプット評価】 1. 指導件数 2. 指導率	1. 122件 2. 51.1%	1. 210件 2. 98.6%	1. 133件 2. 89.9%	1. 149件 2. 100%	1. 158件 2. 100%	1. 219件 2. 100%
【アウトカム評価】 1. 対象者の受療率 受療人数/対象人数 (率)	1. 高血圧: 22/71 (31.0%) 糖尿病: 40/64 (62.5%) 脂質異常症: 12/40 (30%) 腎機能低下: 15/28 (53.6%)	1. 高血圧: 48/117 (44.4%) 糖尿病: 22/45 (68.9%) 脂質異常症: 13/41 (46.3%) 腎機能低下: 13/17 (76.5%)	1. 高血圧: 34/95 (35.8%) 糖尿病: 7/27 (25.9%) 脂質異常症: 5/24 (20.8%) 腎機能低下: 4/6 (66.7%)	1. 高血圧: 36/79 (48.1%) 糖尿病: 13/24 (75.0%) 脂質異常症: 12/37 (45.9%) 腎機能低下: 6/9 (88.9%)	1. 高血圧: 40/77 (51.9%) 糖尿病: 29/38 (76.3%) 脂質異常症: 23/39 (59.0%) 腎機能低下: 3/4 (75.0%)	1. 高血圧: 43/98 (43.9%) 糖尿病: 31/52 (59.6%) 脂質異常症: 10/53 (18.8%) 腎機能低下: 11/13 (84.6%)

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
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。	<p>「取手・守谷・利根糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」^{※1}のとおり実施</p> <p>【医療機関への受診勧奨】 特定健康診査時に医療機関を受診していない者で、以下の基準のいずれかを満たす者に対し、年2回、医療機関への受診勧奨を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c 6.5%以上を満たす者 ・糖尿病の治療を中断している者 <p>【保健指導】 糖尿病の治療のため定期的に医療機関を受診している者に対し、医師の指示のもと保健指導を実施</p>	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導利用者の検査値の改善率は増加傾向である。 ・1年間の検査値の推移のみではなく、中長期的に評価していく必要がある。

※1 「取手・守谷・利根糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」とは、糖尿病の重症化や腎不全、人工透析への意向を防止することを目的とし、取手・守谷・利根糖尿病性腎臓病重症化予防対策推進協議会において、取手市医師会と取手市、守谷市、利根町が協働し策定したプログラムです。

指標	ベース ライン (平成30年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 医師会との連携 2. 委託料の確保	1. 35医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保	1. 35医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保	1. 46医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保	1. 43医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保	1. 40医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保	1. 34医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保
【プロセス評価】 1. 対象者へのアプローチ 方法 2. 対象者の満足度 (健康状態満足度:良い・ 非常に良い)	1. 参加勧奨通 知169通 2. 83.3%	1. 参加勧奨通 知169通 2. 83.3%	1. 参加勧奨通 知169通 2. 50.0%	1. 参加勧奨通 知68通 2. - (評価でき ず)	1. 参加勧奨通 知84通 2. 50.0%	1. 参加勧奨通 知173通 2. 57.1%
【アウトプット評価】 1. プログラム参加者数 2. 割合 (参加者/通知数)	1. 10人 2. 5.9%	1. 10人 2. 5.9%	1. 14人 2. 8.3%	1. 2人 2. 2.9%	1. 6人 2. 7.1%	1. 10人 2. 5.7%
【アウトカム評価】 1. 対象者の検査値の 改善率 改善人数/対象者の うち回答人数	1. 16.7% (1/6)	1. 16.7% (1/6)	1. 40.0% (4/10)	1. 0% (0/1)	1. 50.0% (3/6)	1. 42.9% (3/7)

3.第3期特定健康診査等実施計画における事業の達成状況

第3部 第4期守谷市健康保険特定健康診査等実施計画内で記載のある、「第3期特定健康診査等実施計画」にて実施した各事業についての達成状況を示したものです。データヘルス計画策定にあたって必要な振り返りのため、第2部 第3期データヘルス計画内にも掲載します。

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
特定健康診査受診勧奨	特定健康診査の受診率向上	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨通知 ・訪問による勧奨 	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度まで、受診率は増加傾向で推移していたが、令和2年度から新型コロナウイルス感染症の流行に伴う特定健康診査の受診控えにより、特定健康診査受診率が減少した。 ・感染症予防対策のため、令和2年度から集団健診を事前予約制に変更したが、予約枠の確保に努め、周知方法を工夫したことで、特定健康診査の受診率は回復傾向である。 ・感染予防の観点より特定健康診査未受診者の訪問による勧奨を廃止し、令和2年度から通知勧奨のみ実施した。 ・令和4年度からはナッジ理論を活用した勧奨通知を実施したことにより、特定健康診査受診率が再度増加傾向となっている。

指標	ベースライン (平成28年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 保健師数 2. 事務職員数 3. 非常勤保健師の確保 4. 保健センターとの打合せ回数 5. 予算の確保	1. 4人 2. 2人 3. 2人 4. 5回 5. 受診勧奨通知料予算確保	1. 5人 2. 2人 3. 2人 4. 5回 5. 受診勧奨通知料予算確保	1. 3人 2. 2人 3. 2人 4. 5回 5. 受診勧奨通知料予算確保	1. 6人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 受診勧奨通知料予算確保	1. 4人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 受診勧奨通知料予算確保	1. 6人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 受診率向上事業委託費を確保
【プロセス評価】 1. 受診勧奨通知が工夫されているか 2. 未受診者訪問が計画通り実施されているか	1. 集団健診後の未受診者全員を対象にした実施した 2.	1. 追加健診日程・会場をわかりやすく記載した 2. 実施した	1. 健診日程が分かりやすい内容で工夫した実施した(男性40代、女性50代に実施) 2.	1. 受診勧奨通知対象年齢をしぼり、年齢に即した通知内容にした 2. コロナ禍で訪問ではなく電話にて勧奨実施	1. 受診勧奨通知対象年齢をしぼり、かつ過去データの悪い者に対し、わかりやすい通知作成をした 2. 感染予防の観点から実施せず	1. ナッジ理論を活用した通知勧奨を実施 2. 感染予防の観点から実施せず
【アウトプット評価】 1. 受診勧奨通知発送数 2. 未受診者訪問件数	1. 5,782通 2. 471件	1. 5,820通 2. 不明	1. 5,597通 2. 37件	1. 1,934通 2. 訪問0件 電話26件	1. 2,043通 2. 実施せず	1. 10,700通 2回通知(実5,400通) 2. 実施せず
【アウトカム評価】 1. 特定健康診査受診率(法定報告)	1. 50.7%	1. 51.1%	1. 50.4%	1. 37.4%	1. 40.2%	1. 46.5%

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
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	<ul style="list-style-type: none"> ・差額通知を送付 ・国民健康保険被保険証交付時にジェネリック医薬品希望シールを送付 ・新規国民健康保険加入者に対し、保険証ケースとしてジェネリック促進用ケースを配布 	<p>評価：A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・茨城県国民健康保険団体連合会と連携し、差額通知を年2回通知することで、基準年度と比較して、徐々に通知数が減少している。
健康教育（集団健診会場におけるポピュレーションアプローチ※1の健康教育）	健康の保持増進	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診時や講演会・地域で集まる会合などにおいて、医師または保健師や栄養士による健康教育を実施 	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本市に多い生活習慣病をテーマ（高血圧、高血糖、肥満）に、健康教育および集団指導を実施した。内容にはKDBを利用して、本市の生活習慣病の現状（年代や地区ごとの有所見率、生活習慣の傾向）を内容に入れることで、対象者が自らのことと意識できるように工夫した。 ・特定健康診査における血糖値、血圧の平均値は維持できている。

※1 集団全体を対象として広く働きかけを行い、全体として健康リスクを下げる取り組み方法のことです。

指標	ベース ライン (平成28年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 担当職員数 2. 予算確保 3. 茨城県国民健康保険団体 連合会との連携	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。
【プロセス評価】 1. 送付回数	1. 2回	1. 2回	1. 2回	1. 2回	1. 2回	1. 2回
【アウトプット評価】 1. 差額通知発送数	1. 273通 8月：103通 2月：170通	1. 366通 8月：177通 2月：189通	1. 279通 8月：146通 2月：133通	1. 310通 8月：172通 2月：138通	1. 267通 8月：115通 2月：152通	1. 208通 8月：108通 2月：100通
【アウトカム評価】 1. 差額通知の減少率	1. -	1. 6.2%	1. 23.8%	1. -11.1%	1. 13.8%	1. 22.1%
【ストラクチャー評価】 1. 保健師数 2. 非常勤保健師の確保 3. 研修回数	1. 4人 2. 2人 3. 4回	1. 5人 2. 2人 3. 3回	1. 3人 2. 2人 3. 4回	1. 6人 2. 1人 3. 5回	1. 4人 2. 1人 3. 17回	1. 6人 2. 1人 3. 13回
【プロセス評価】 1. 関係機関との打合せ回数 2. 統計的に検討された健康 課題かどうか	1. 3回 2. ○	1. 3回 2. ○	1. 3回 2. ○	1. 3回 2. ○	1. 3回 2. ○	1. 3回 2. ○
【アウトプット評価】 1. 実施回数 2. 参加人数	1. 24回 2. 4,164人	1. 24回 2. 3,510人	1. 26回 2. 3,705人	1. 31回 パネル・文書 にて実施。 2. 2,757人	1. 34回 パネル・文書 にて実施。 2. 2,548人	1. 28回 パネル・文書 にて実施。 2. 2,921人
【アウトカム評価】 1. 特定健診における血糖値 の平均値 2. 特定健診における血圧の 平均値	1. 5.9 2. 126/74	1. 5.8 2. 128/75	1. 5.8 2. 128/76	1. 5.8 2. 128/74	1. 5.8 2. 126/74	1. 5.8 2. 125/73

第3章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1.分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

分析結果から明らかとなった健康課題をまとめたものです。

	分析結果
特定健康診査	一人当たりの医療費は、男女ともに、年齢が上がるにしたがって増加傾向である。
	40歳から64歳の特定健康診査の受診率が、男女ともに低い。
特定保健指導	特定保健指導実施率が4割弱と低い。
	特定保健指導対象者減少率は横ばいの傾向である。
生活習慣病 重症化予防	40歳から74歳の新規介護認定の原因疾病として多いのは、脳血管疾患である。 認知症・悪性新生物に次いで、男性は脳血管疾患が多く、女性は骨折が多い。
	生活習慣病重症化予防事業対象者のうち、血圧が人数としては多い。 かつ血圧、血糖、脂質は半分以上の者が医療機関の受診に結びついていない。
	糖尿病が透析の主要な要因であり、高血圧も腎硬化症で透析の要因となる。
医療費適正化※1	後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率は茨城県より高く、増加傾向である。
	重複服薬者、多剤服薬者は、毎月一定数存在する。

※1 重複した医療機関の受診や投薬・多すぎる医薬品投与などを適正化することで、適正な医療費となるようにすることです。

健康課題	
健康課題A	<p>5割の人が特定健康診査未受診である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男女ともに40～64歳の特定健康診査受診率が特に低い。 ・医療費は60歳代から増加傾向なので、その前に特定健康診査受診勧奨を行い、健康状態を把握してもらうことが大切である。
健康課題B	<p>特定保健指導利用者が約4割と低い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病に移行しないためにも、保健指導実施率を上げるとともに、翌年度の特定保健指導対象者減少率を上げる必要がある。 ・特定保健指導対象となる者のうち、保健指導を希望しない者も一定数いるため、個々にあった保健指導が必要である。
健康課題C	<p>生活習慣病重症化予防事業対象者で医療機関を未受診の者がいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血糖、血圧、脂質は半分以上の者が医療機関の受診に結びついていない。引き続き受診につながるよう保健指導の継続が必要である。
健康課題D	<p>要支援・要介護認定者になる原因疾病は脳血管疾患が多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病が脳血管疾患や透析の原因疾病となるため、引き続きハイリスク^{※1}の者が医療機関の受診につながるよう保健指導が必要（特に高血糖と高血圧）である。
健康課題E	<p>後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率の維持向上を今後も推進していく必要がある。</p> <p>重複受診・重複服薬の被保険者が毎月一定数いる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・引き続き対象者に保健指導を実施し、医療費適正化を行うことが必要である。

※1 危険性が高いことです。

2.計画の目的と目標

健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものです。

	健康課題	優先順位	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	5割の人が特定健康診査未受診である。	1	① ⑤	特定健康診査の受診率向上
B	特定保健指導利用者が約4割と低い。	2	② ⑤	特定保健指導の実施率向上
C	生活習慣病重症化予防事業対象者で医療機関を未受診の者がいる。	3	③ ④	生活習慣病重症化予防事業対象者の中で医療機関への未受診者の減少
D	要支援・要介護認定者になる原因疾病は脳血管疾患が多い。	4	③ ④	生活習慣病が重症化する患者の減少
E	後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率の維持向上を今後も推進していく必要がある。重複受診・重複服薬の被保険者が毎月一定数いる。	5	⑥	後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率の維持向上 服薬・受診の適正化

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定時 実績 令和 4年度	目標値					
		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
【アウトプット】 特定健康診査受診率	46.52%	50%	51%	52%	52%	53%	54%
【アウトカム】 特定健康診査の2年連続受診者率	35.38%	36%	37%	38%	39%	40%	41%
【アウトプット】 特定保健指導実施率	41.20%	43%	45%	46.5%	48%	50%	52%
【アウトカム】 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.71%	21%	22%	23%	24%	25%	26%
【アウトプット】 HbA1c8.0%以上の者のうち、医療機関を受診していない者の割合	13.64%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%
【アウトカム】 HbA1c8.0%以上の者の割合	1.26%	1.20%	1.17%	1.14%	1.11%	1.08%	1.05%
【アウトカム】 後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率（1月診療分）	85.17%	85.00%以上	85.00%以上	85.00%以上	85.00%以上	85.00%以上	85.00%以上

◆青い太枠の評価指標は、茨城県共通評価指標です。

3.健康課題を解決するための個別の保健事業

(1)保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものです。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	優先順位
①	特定健康診査受診率向上事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、特性ごとに分類した対象者群に効果的な受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	1
②	特定保健指導推進事業	特定健康診査の結果、保健指導判定値 ^{*1} 以上と判定された対象者に、結果通知のタイミングで効果的な利用勧奨を実施する。利用勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	2
③	生活習慣病重症化予防事業	特定健康診査の結果、重症化しやすい対象者（血圧・血糖・脂質・尿たんぱくの本市独自の基準に該当する者）に、生活習慣の見直しや医療機関の受診をうながす保健指導を実施する。	継続	3
④	糖尿病性腎臓病重症化予防事業	レセプトによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、人工透析への移行リスクが高い者を抽出し、保健師・管理栄養士等専門職による保健指導を実施する。 特定健康診査の結果、血糖の検査結果が医療機関への受診勧奨域である者で医療機関へ未受診の者や一度医療機関へ受診したが、その後中断している者に対し、医療機関への受診勧奨を実施する。	継続	4
⑤	健康教育事業	特定健康診査や結果相談会など、健康に意識が向いている機会を活用して、自分自身の生活習慣の振り返りなど健康づくりにつながる保健指導を実施する。	継続	5
⑥	服薬受診等保健指導事業	適切な受診及び服薬ができるよう、後発医薬品（ジェネリック医薬品）に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知する。また、重複して薬剤を処方されている者、同じ傷病名で複数の医療機関に受診している者に対し、電話や訪問等で保健指導を行う。	継続	6

^{*1} 保健指導判定値とは、特定保健指導の対象となる数値です。

(2)各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりです。

事業番号：① 特定健康診査受診率向上事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	40歳以上の特定健康診査対象者のうち、受診勧奨することで受診率向上が期待できる者
現在までの事業結果	平成30年度までは順調に受診率は伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度に落ち込んでいる。平成4（2022）年度以降健診受診勧奨を外部委託で実施し、受診率は緩やかに上昇している。

今後の目標 ※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度	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
アウトカム（成果）指標	特定健康診査の2年連続受診者率	35.38%	36%	37%	38%	39%	40%	41%
アウトプット（実施量・率）指標	特定健康診査受診率	46.52%	50%	51%	52%	52%	53%	54%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により実施する。 ・委託業務は、対象者選定、勧奨業務全般、効果測定とし、対象者は、属性や過去の受診状況等によりグループ化し、効果的かつ効率的な勧奨業務を実施する。 ・診療情報提供事業（定期的に医療機関に受診している者で、医療機関から診療情報提供してもらうことで特定健康診査を受診しているとみなす）の対象者に対し、個別通知を実施する。 ・取手市医師会や本市関連部署等と連携し、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・受診勧奨することで受診率の向上が見込まれる特定健康診査対象者（不定期受診者や新規国保加入者等）に対し、年3回程度勧奨通知文書を送付する。
- ・次年度40歳になる者に対し、年1回勧奨通知文書を送付する。
- ・診療情報提供事業の対象者に対し、個別通知を実施する。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・委託によるナッジ理論を活用した通知勧奨を実施する。
- ・本市の関連部署等と連携、情報共有を行う。
- ・取手市医師会及び市内医療機関への事業説明及び協力要請を実施する。

評価計画

「特定健康診査受診率」は実施年度の次年度の9月末時点のデータで報告する「法定報告」の数値で評価する。
 「特定健康診査の2年連続受診者率」は、「法定報告」が出た後、茨城県国民健康保険団体連合会から報告された数値で評価する。
 プロセス及びストラクチャー評価は、年度末に実施し、翌年度の事業計画に反映する。

事業番号：② 特定保健指導推進事業【継続】

事業の目的	特定保健指導の実施率向上
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導対象者の選定基準に該当する者
現在までの事業結果	・保健指導の経験を積んだ専門職の確保が難しかった。 ・人間・脳ドック検診や医療機関健診受診者の特定保健指導対象者に対し、結果が届いてから保健指導の勧奨までに期間が空いてしまった。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度	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
アウトカム(成果)指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.71%	21%	22%	23%	24%	25%	26%
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導実施率	41.20%	43%	45%	46.5%	48%	50%	52%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導対象者に対して結果相談会を実施する。 ・集団健診の特定健康診査結果は、電話で連絡を取れた者に対し、初回面談の際に手渡しをする。 ・集団健診会場にて特定保健指導に該当する可能性のある者に対し、分割実施^{※1}にて保健指導を実施する。 ・医療機関健診利用者に対して、健診後1か月頃に連絡をし、保健指導の案内をする。 ・人間・脳ドック検診委託医療機関で保健指導の委託可能な医療機関に、保健指導を委託する。
----------------	---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診特定保健指導対象者に対しては、特定健康診査結果の郵送はせず電話連絡し、訪問または来所日の予約を取り、結果を手渡しして保健指導を実施する。 ・医療機関健診の特定健康診査結果は医療機関から手渡しする。 ・結果相談会不参加者に対しては、保健指導に向けて電話による参加勧奨を実施する。 ・結果相談会の回数は年12回程度実施する。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・市と委託による保健指導を実施する。 ・外部委託と共同で分割実施する。 ・研修会等の積極的な参加により、保健指導の質の維持向上を図る。

評価計画

<p>「特定保健指導実施率」は実施年度の次年度の9月末時点のデータで報告する「法定報告」の数値で評価する。 「特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率」は、「法定報告」が出た後、茨城県国民健康保険団体連合会から報告された数値で評価する。 プロセス及びストラクチャー評価は、年度末に実施し、翌年度の事業計画に反映する。</p>
--

※1 分割実施とは、健診会場で特定保健指導に該当する可能性のある者に対し保健指導を実施し、後日特定保健指導対象者は導該当することが確定した際に電話等で目標設定等の再確認を実施する指導手法です。

事業番号：③ 生活習慣病重症化予防事業【継続】

事業の目的	生活習慣病の重症化予防
対象者	特定健康診査受診者のうち、重症化しやすい対象者（血圧、血糖、脂質、尿たんぱくの本市独自の基準に該当する者）で医療機関を受診していない者
現在までの事業結果	対象者に対しては全員に電話や訪問等の保健指導を実施できている。しかし、保健指導や医療機関への受診を望まない者もあり、医療機関への受診に結び付いていない者もいる状況。引き続き個別的な支援が必要である。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度	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
アウトカム(成果)指標	高血圧（Ⅱ度）の医療機関受診率	43.8%	45%	46%	47%	48%	49%	50%
	HbA1c7.0%以上の医療機関受診率	59.6%	61%	62%	63%	64%	65%	66%
アウトプット(実施量・率)指標	高血圧（Ⅱ度）の保健指導率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	HbA1c7.0%以上の者の保健指導率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関健診と人間・脳ドック対象者に通知する。 ・市内医療機関と連携を強化する。 ・集団健診の対象者には電話で連絡を取り、特定健康診査結果を手渡しして保健指導を実施する。 ・血圧対象者は健診当日に保健指導を実施する。
----------------	--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・健診データから対象者を抽出し、対象者リストを作成する。 ・対象者には原則個別面接にて特定健康診査結果を手渡ししながら、保健指導を実施する。 ・保健指導後、医療機関の受診状況に応じ、継続保健指導を実施する。 ・血圧対象者は健診当日に会場で保健指導実施する。 ・集団健診会場で、健康教育事業と関連したポピュレーションアプローチを実施する。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関健診と人間・脳ドック検診対象者には委託による受診勧奨通知を検討する。 ・本市の医療専門職が電話で約束した後、訪問・面談を実施する。 ・市内の内科のある医療機関に対し、事業説明を実施し、事業理解を得る。

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> ・実施年度の3月レセプト情報にて医療機関への受診状況を確認する。 ・実施年度の3月末時点の「高血圧（Ⅱ度）の保健指導率」「HbA1c7.0%以上の保健指導率」で評価する。 ・すべての評価を実施後、翌年度の事業計画に反映する。
--

事業番号：④ 糖尿病性腎臓病重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病が重症化する患者の減少
対象者	医療機関への受診勧奨：プログラムで規定する血糖値より高い者で、医療機関に受診していない又は受診を中断し1年以上たつ者 保健指導：糖尿病及び糖尿病性腎臓病で医療機関受診がある者のうち、医師の了解のもと保健指導を希望する者
現在までの事業結果	医療機関への受診勧奨は通知を2回送付しているが、受診につながりにくい傾向がある。 保健指導利用者の検査値の改善率は増加傾向である。1年間の検査値の推移のみではなく、その後も継続的に評価していく必要がある。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			令和4年度	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
アウトカム(成果)指標	・保健指導利用者の検査値の維持率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	・医療機関への受診勧奨対象者の医療機関受診率	22.1%	24%	25.5%	27%	28%	29%	30%
アウトプット(実施量・率)指標	・保健指導の勧奨通知を出した者のうち指導を受けた率(指導率)	5.7%	6.0%	6.1%	6.2%	6.3%	6.4%	6.5%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・交付金等の財政支援を有効活用し、指導支援を有する民間事業者への委託により実施する。 ・委託業務は、対象者選定、参加勧奨、保健指導、事業報告とする。 ・保健指導は6か月間とし、指導実績を有する保健師・看護師等専門職が指導する。 ・取手市医師会や本市の関係部署等と連携し、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・特定健康診査の結果や医療機関への受診状況に基づき対象者を抽出する。
- ・本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健師・看護師等専門職が6か月間の保健指導を実施する。
- ・保健指導を終了した者に対して、本市または委託の保健師・管理栄養士が、年1～2回程度電話にて保健指導を実施する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・委託を活用し、保健指導と医療機関への受診勧奨を実施する。
- ・取手・守谷・利根糖尿病性腎臓病重症化予防推進協議会や取手市医師会と協働し、事業及び評価を実施する。
- ・市内の医療機関を訪問し、事業説明を実施し、事業理解・協力を得る。

評価計画

「保健指導利用者の検査値の維持率」と「保健指導の勧奨通知を出した者のうち指導を受けた率(指導率)」は実施年度末に評価する。
「医療機関への受診勧奨対象者の医療機関受診率」は事業実施年度の次年度の4月までのレセプトで評価する。
評価内容は、取手市、守谷市、利根町糖尿病性腎臓病重症化予防推進協議会及び関係者との打合せで報告し、プログラムの内容に反映する。

事業番号：⑤ 健康教育事業【継続】

事業の目的	健康意識の向上
対象者	40歳以上の守谷市国民健康保険被保険者
現在までの事業結果	KDBや特定健診診査等情報を分析し、本市に多い生活習慣病である高血圧、高血糖、肥満等に重点をおき、健康教育、保健指導を実施した。 特定健康診査における血糖値、血圧の平均値は維持できている。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
			令和 4年度	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
アウトカム (成果) 指標	25項目質問票(21) 生活習慣を変える意思無しの割合	25.9%	25.75%	25.6%	25.45%	25.3%	25.15%	25.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	実施人数(集団+出前)	2,921人	3,000人	3,000人	3,000人	3,000人	3,000人	3,000人

目標を達成するための 主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の受診券送付通知に生活習慣病に関する資料を同封し、集団健康診査会場にて保健師等専門職が個別に声を掛け保健指導を実施していく。 ・本市の関係部署でKDBの情報を活用し、本市の健康課題に基づく内容になるよう打合せにて協議し、健康教育、保健指導の方法を検討し実施する。
--------------------	---

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の受診券送付通知に生活習慣病に関する資料を同封し、集団健康診査会場にて保健師等専門職が、保健指導を実施する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・本市の関係部署等でKDBの情報を活用し、本市の健康課題に基づく内容になるよう打合せにて協議し、健康教育、保健指導の方法を検討し実施する。

評価計画

<p>「25項目質問票(21)生活習慣変える意思無しの割合」は対象年度の割合をKDBシステムから次年度10月に評価する。 「実施人数」は集団健康診査にて特定健康診査を受診した本市国民健康保険被保険者の実数を年度末に集計し、評価する。 評価内容を次年度の事業に反映させる。</p>

事業番号：⑥ 服薬受診等保健指導事業【継続】

事業の目的	後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率の維持・向上 服薬・受診の適正化
対象者	後発医薬品（ジェネリック医薬品）：現在使用している先発医薬品から後発医薬品（ジェネリック医薬品）に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる者 重複服薬：KDBにて、重複・多剤投与者から、同一月に2か所以上の医療機関から同一の薬効（①催眠鎮静剤・抗不安剤②血圧降下剤③糖尿病）の投与を受けている者
現在までの事業結果	後発医薬品（ジェネリック医薬品）：年2回、勧奨通知を送付している。その後、通知送付者の利用変更状況を確認し、評価している。 重複服薬：KDBから対象者を抽出し、保健師が電話・面談・通知による保健指導を実施している。実際の重複服薬から2か月後のアプローチのため、すでに適正内服に移行しているケースも多い。

今後の目標

※太枠の令和8年度は中間評価年度、令和11年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		令和4年度	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
アウトカム（成果）指標	後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率（7月診療分）	85.17%	85%以上	85%以上	85%以上	85%以上	85%以上	85%以上
	重複服薬の保健指導対象者の服薬状況の改善割合	該当者なし	50%	55%	60%	65%	70%	75%
アウトプット（実施量・率）指標	後発医薬品（ジェネリック医薬品）差額通知数	170通	200通	200通	200通	200通	200通	200通
	重複服薬の保健指導対象者に対する保健指導割合	該当者なし	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・取手市医師会、龍ヶ崎薬剤師会と連携し、積極的に地域の社会資源も活用する。 ・事業回数を拡大するため、交付金等の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託も検討する。
----------------	---

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・茨城県国民健康保険団体連合会のシステムから作成する対象者リストを抽出後、本市が対象者を選定して、差額通知を年2回発送する。 ・対象者は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）に切り替えることにより300円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定する ・国民健康保険保険証交付時にジェネリックシールを送付する。 ・新規国民健康保険加入者に対し、保険証ケースとしてジェネリック促進用ケースを配布する。 ・対象者に、適正な服薬の重要性、かかりつけ薬局への相談を促す保健指導を年1回以上実施し、連絡の取れない者に対しては通知をする。保健指導及び通知書送付後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・本市が差額通知を発送。 ・本市保健師が重複服薬者に対し訪問、電話、通知による保健指導を実施。 ・取手市医師会、龍ヶ崎薬剤師会と連携し、重複服薬・重複受診の委託を検討し積極的に地域の社会資源も活用する。

評価計画

<p>「後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率」は茨城県国民健康保険団体連合会から定期報告のある利用データの次年度7月データで評価する。 「重複服薬の保健指導対象者の服薬状況の改善割合」「重複服薬の保健指導対象者に対する保健指導割合」「後発医薬品（ジェネリック医薬品）差額通知数」は年度末に評価し、次年度の事業に反映する。</p>
--

第4章 その他

1.計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

①評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8（2026）年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11（2029）年度に評価を行います。

②評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、茨城県後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じて他保険者との連携・協力体制を整備します。

2.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。

3.個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

4.地域包括ケアに係る取り組み

「地域包括ケアシステム」とは、「重度な要介護状態と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、医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される仕組み」のことを言います。

本市においても、地域包括ケアシステムの構築及び強化が進められていますが、本市国保事業を推進するに当たり、地域包括ケアの視点も重視し、保健衛生部署、高齢介護・地域包括ケア推進担当部署、後期高齢者医療担当部署及び、地域における関係機関・団体等と連携していきます。

地域包括ケア推進の取り組み
①地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まい等部署横断的な議論の場への国保部署の参画
②地域包括ケアに資する地域のネットワークへの国保部署の参画又は地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組み
③KDBやレセプトデータの活用
④国保被保険者を含む高齢者等の居場所・拠点・コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の国保部署としての支援の実施

第3部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57（1992）年法律第80号。以下「法」という。）により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされました。

守谷市国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画（第1期～第3期）を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきました。このたび、令和5（2023）年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6（2024）年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定します。

《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（国民健康保険法の定めるところにより都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険（以下「国民健康保険」という。）にあっては、市町村。以下この節並びに第二百五条の三第一項及び第四項において同じ。）は、特定健康診査等基本指針に即して、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計画の位置づけ

法第19条を踏まえるとともに、「データヘルス計画」で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図るものとします。

3. 計画期間

計画期間は令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とします。

令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	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
第2期計画 2018～2023			第3期計画 2024～2029					
					中間 評価			最終 評価

第2章 過去の取組の考察

1.第3期特定健康診査等実施計画の実施状況

第3期特定健康診査等実施計画の実施状況については以下のとおりです。

		計画策定時 実績 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健康診査	対象者数 (法定報告)	9,584人	9,250人	8,927人	8,937人	8,644人	8,187人
	受診者数 (法定報告)	4,857人	4,731人	4,497人	3,340人	3,476人	3,809人
	目標値	—	52.5%	54.0%	55.6%	57.0%	58.5%
	実施率	50.7%	51.1%	50.4%	37.4%	40.2%	46.5%
評価	評価：B ・平成30年度まで、受診率は増加傾向で推移していたが、令和2年度から新型コロナウイルス感染症の流行に伴う特定健康診査の受診控えにより、特定健康診査受診率が減少した。 ・感染対策のため、令和2年度から集団健診を事前予約制に変更したが、予約枠の確保に努め、周知方法を工夫したことで、特定健康診査の受診率は回復傾向である。 ・感染予防の観点から特定健康診査未受診者の個別訪問を廃止し、令和2年度以降は通知勧奨のみ実施した。 ・令和4年度からはナッジ理論を活用した勧奨通知を実施したことにより、特定健康診査受診率が再度増加傾向となっている。						

		計画策定時 実績 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導	対象者数 (法定報告)	動機付533人 積極的148人	動機付500人 積極的99人	動機付439人 積極的106人	動機付308人 積極的 79人	動機付315人 積極的 96人	動機付346人 積極的 86人
	実施者数 (法定報告)	動機付256人 積極的 4人	動機付199人 積極的 21人	動機付164人 積極的 25人	動機付198人 積極的 25人	動機付112人 積極的 25人	動機付138人 積極的 40人
	目標値	—	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%
	実施率	38.2%	36.7%	34.7%	57.6%	33.3%	41.2%
評価	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の受診方法により区分し、一部外部委託とで特定保健指導を分担したため、特定保健指導実施率が基準年度より増加した。 ・保健指導の経験を積んだ専門職の確保が難しく、目標値に達しなかった。 ・人間・脳ドック検診や医療機関健診受診者の特定保健指導対象者に対し、結果が届いてから保健指導の勧奨までに期間が空いてしまったため、保健指導の利用に結び付かなかった。 						

		計画策定時 実績 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
メタボリック シンドローム 該当者・予備群 の減少率	目標値	—	25%以上の減少率				
	実施率	13.32%	22.68%	23.46%	21.71%	19.89%	26.10%
評価	<p>評価：A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の受診方法により区分し、一部外部委託とで特定保健指導を分担したため、特定保健指導実施率が基準年度より増加した。 ・令和2年度からは、コロナ禍の行動制限に伴う影響も考えられる。 						

2.第3期特定健康診査等実施計画における事業の達成状況

第3期特定健康診査等実施計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。第2部 第3期データヘルス計画書で掲載した内容の再掲です。

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
特定健康診査受診勧奨	特定健康診査の受診率向上	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨通知 ・訪問による勧奨 	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度まで、受診率は増加傾向で推移していたが、令和2年度から新型コロナウイルス感染症の流行に伴う特定健康診査の受診控えにより、特定健康診査受診率が減少した。 ・感染症予防対策のため、令和2年度から集団健診を事前予約制に変更したが、予約枠の確保に努め、周知方法を工夫したことで、特定健康診査の受診率は回復傾向である。 ・感染予防の観点より特定健康診査未受診者の訪問による勧奨を廃止し、令和2年度から通知勧奨のみ実施した。 ・令和4年度からはナッジ理論を活用した勧奨通知を実施したことにより、特定健康診査受診率が再度増加傾向となっている。

指標	ベースライン (平成28年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 保健師数 2. 事務職員数 3. 非常勤保健師の確保 4. 保健センターとの打合せ回数 5. 予算の確保	1. 4人 2. 2人 3. 2人 4. 5回 5. 受診勧奨通知料予算確保	1. 5人 2. 2人 3. 2人 4. 5回 5. 受診勧奨通知料予算確保	1. 3人 2. 2人 3. 2人 4. 5回 5. 受診勧奨通知料予算確保	1. 6人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 受診勧奨通知料予算確保	1. 4人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 受診勧奨通知料予算確保	1. 6人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 受診率向上事業委託費を確保
【プロセス評価】 1. 受診勧奨通知が工夫されているか 2. 未受診者訪問が計画通り実施されているか	1. 集団健診後の未受診者全員を対象にした実施した 2.	1. 追加健診日程・会場をわかりやすく記載した 2. 実施した	1. 健診日程が分かりやすい内容で工夫した実施した(男性40代、女性50代に実施) 2.	1. 受診勧奨通知対象年齢をしぼり、年齢に即した通知内容にした 2. コロナ禍で訪問ではなく電話にて勧奨実施	1. 受診勧奨通知対象年齢をしぼり、かつ過去データの悪い者に対し、わかりやすい通知作成をした 2. 感染予防の観点から実施せず	1. ナッジ理論を活用した通知勧奨を実施 2. 感染予防の観点から実施せず
【アウトプット評価】 1. 受診勧奨通知発送数 2. 未受診者訪問件数	1. 5,782通 2. 471件	1. 5,820通 2. 不明	1. 5,597通 2. 37件	1. 1,934通 2. 訪問0件 電話26件	1. 2,043通 2. 実施せず	1. 10,700通 2回通知(実5,400通) 2. 実施せず
【アウトカム評価】 1. 特定健康診査受診率(法定報告)	1. 50.7%	1. 51.1%	1. 50.4%	1. 37.4%	1. 40.2%	1. 46.5%

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
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	<ul style="list-style-type: none"> ・差額通知を送付 ・国民健康保険被保険証交付時にジェネリック医薬品希望シールを送付 ・新規国民健康保険加入者に対し、保険証ケースとしてジェネリック促進用ケースを配布 	<p>評価：A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・茨城県国民健康保険団体連合会と連携し、差額通知を年2回通知することで、基準年度と比較して、徐々に通知数が減少している。
健康教育 （集団健診会場におけるポピュレーションアプローチの健康教育）	健康の保持増進	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診時や講演会・地域で集まる会合などにおいて、医師または保健師や栄養士による健康教育を実施 	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本市に多い生活習慣病をテーマ（高血圧、高血糖、肥満）に、健康教育および集団指導を実施した。内容にはKDBを利用して、本市の生活習慣病の現状（年代や地区ごとの有所見率、生活習慣の傾向）を内容に入れることで、対象者が自らのことと意識できるように工夫した。 ・特定健康診査における血糖値、血圧の平均値は維持できている。

指標	ベース ライン (平成28年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 担当職員数 2. 予算確保 3. 茨城県国民健康保険団体 連合会との連携	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。	1. 2人 2. 予算確保 3. 連携している。
【プロセス評価】 1. 送付回数	1. 2回	1. 2回	1. 2回	1. 2回	1. 2回	1. 2回
【アウトプット評価】 1. 差額通知発送数	1. 273通 8月：103通 2月：170通	1. 366通 8月：177通 2月：189通	1. 279通 8月：146通 2月：133通	1. 310通 8月：172通 2月：138通	1. 267通 8月：115通 2月：152通	1. 208通 8月：108通 2月：100通
【アウトカム評価】 1. 差額通知の減少率	1. -	1. 6.2%	1. 23.8%	1. -11.1%	1. 13.8%	1. 22.1%
【ストラクチャー評価】 1. 保健師数 2. 非常勤保健師の確保 3. 研修回数	1. 4人 2. 2人 3. 4回	1. 5人 2. 2人 3. 3回	1. 3人 2. 2人 3. 4回	1. 6人 2. 1人 3. 5回	1. 4人 2. 1人 3. 17回	1. 6人 2. 1人 3. 13回
【プロセス評価】 1. 関係機関との打合せ回数 2. 統計的に検討された健康 課題かどうか	1. 3回 2. ○	1. 3回 2. ○	1. 3回 2. ○	1. 3回 2. ○	1. 3回 2. ○	1. 3回 2. ○
【アウトプット評価】 1. 実施回数 2. 参加人数	1. 24回 2. 4,164人	1. 24回 2. 3,510人	1. 26回 2. 3,705人	1. 31回 パネル・文書 にて実施。 2. 2,757人	1. 34回 パネル・文書 にて実施。 2. 2,548人	1. 28回 パネル・文書 にて実施。 2. 2,921人
【アウトカム評価】 1. 特定健診における血糖値 の平均値 2. 特定健診における血圧の 平均値	1. 5.9 2. 126/74	1. 5.8 2. 128/75	1. 5.8 2. 128/76	1. 5.8 2. 128/74	1. 5.8 2. 126/74	1. 5.8 2. 125/73

3.第2期データヘルス計画における事業の達成状況（再掲）

第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
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。	<p>（結果返送会、結果相談会）</p> <ul style="list-style-type: none"> 各公民館等で結果を手渡しした後、集団健康教育、個別相談会を実施 <p>（個別支援）</p> <ul style="list-style-type: none"> 予約制による個別相談会を実施 <p>（集団保健指導：ヘルスメイク教室）</p> <ul style="list-style-type: none"> 動機付け支援、積極的支援対象者に個別通知により募集し集団教室を実施 <p>（個別運動指導）</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の受診方法により区分し、一部外部委託とで特定保健指導を分担したため、特定保健指導率が基準年度より増加した。 保健指導の経験を積んだ専門職の確保が難しく、目標値に達しなかった。 人間・脳ドック検診や医療機関健診受診者の特定保健指導対象者に対し、結果が届いてから保健指導の勧奨までに期間が空いてしまったため、保健指導の利用に結び付かなかった。 何年か継続して特定保健指導対象となる者のうち、保健指導を希望しない者も一定数いるため、保健指導につながりにくい。 集団保健指導の参加者数が伸び悩んでいる。

指標	ベース ライン (平成28年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 保健師数 2. 非常勤保健師の確保 3. 栄養士等の委託料の確保	1. 4人 2. 2人 3. 個別保健指導 2名分+集団 教育講師謝金	1. 5人 2. 2人 3. 個別保健指導 2名分+集団 教育講師謝金	1. 3人 2. 2人 3. 個別保健指導 1名分+集団 教育講師謝金	1. 6人 2. 1人 3. 個別保健指導 1名分+集団 教育講師謝金	1. 4人 2. 1人 3. 個別保健指導 1名分+集団 教育講師謝金	1. 6人 2. 1人 3. 個別保健指導 1名分+集団 教育講師謝金
【プロセス評価】 1. 関係機関との打合せ回数 2. 栄養士等の委託契約 3. 対象者へのアプローチ方法	1. 2回 2. 栄養士2名 医師会 3. 訪問、電話	1. 2回 2. 栄養士1名 医師会 3. 訪問、電話	1. 2回 2. 栄養士2名 医師会 3. 訪問、電話	1. 3回 2. 栄養士1名 医師会 3. 訪問、電話	1. 2回 2. 栄養士1名 医師会 3. 訪問、電話	1. 2回 2. 栄養士1名 医師会 3. 訪問、電話
【アウトプット評価】 〈結果返送会・相談会〉 1. 実施回数 2. 階層別指導件数 3. 結果相談会の相談件数 〈個別支援〉 4. 初回指導訪問件数 〈集団保健指導〉 5. 通知数(動機づけ支援) 6. 通知数(積極的支援) 7. 参加者数 8. 実施回数 〈個別運動指導〉 9. 個別通知数 10. 運動施設利用者数	1. 20回 2. 積極的 4/148名 動機づけ 256/533名 3. 5名 4. 189名 5. 421通 6. 114通 7. 25名 8. 4回 9. 161通 10. 3名	1. 25回 2. 積極的 21/99名 動機づけ 199/500名 3. 11名 4. 157名 5. 446通 6. 101通 7. 19名 8. 4回 9. 155通 10. 3名	1. 19回 (返送会を 結果活用 教室に変 更) 2. 積極的 59/106名 動機づけ 196/439名 3. 6名 4. 186名 5. 380通 6. 102通 7. 4名 8. 4回 9. 482通 ※動機付 け支援全 員へ対象 拡大 10. 3名	1. 10回 (返送会を 結果活用 教室に変 更) 2. 積極的 1/72名 動機づけ 10/257名 3. 11名 4. 163名 5. 257通 6. 72通 7. 11名 8. 3回 9. 329通 10. 5名	1. 10回 2. 積極的 1/79名 動機づけ 0/270名 3. 1名 4. 135名 5. 270通 6. 79通 7. 6名 8. 2回 9. 349通 10. 2名	1. 12回 2. 積極的 3/67名 動機づけ 5/262名 3. 8名 4. 205名 5. 293通 6. 73通 7. 11名 8. 2回 9. 366通 10. 7名
【アウトカム評価】 1. 特定保健指導率 2. 参加者のうち、体重が 5%以上減少した割合 3. 生活習慣病に関する特 定健康診査データの改 善者数	1. 38.2% 2. 9.5% (19%) 3. 6.2%	1. 36.7% 2. 25% 3. 5.8%	1. 34.7% 2. 0% (25%) 3. 6.0%	1. 57.6% 2. 9% 3. 6.1%	1. 34.7% 2. 0% 3. 6.5%	1. 41.2% 2. 0% 3. 5.9%

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
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。	<p>糖尿病専門医の講話、栄養指導、運動指導に分けて教室を実施</p> <p>糖尿病専門医の講話は、市民全体へ広報にて周知し参加者を募集</p>	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> 各医療専門職が参加者の個別性も踏まえ指導することで、糖尿病教室の継続率が高く、改善率も維持できている。 評価までの期間が3～4か月と一定期間あるため、モチベーションの維持ができない者もいる。

指標	ベース ライン (平成28年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 保健師数 2. 非常勤保健師の確保 3. 栄養士等の委託料の確保	1. 1名 2. 1名 3. 1名分確保	1. 1名 2. 0名 3. 1名分確保	1. 1名 2. 0名 3. 1名分確保	コロナ感染拡大に伴い中止	1. 2名 2. 0名 3. 1名分確保	1. 2名 2. 0名 3. 1名分確保 →委託料としては確保せず、会計年度報酬にて確保
【プロセス評価】 1. 対象者へのアプローチ方法 2. 対象者の満足度 (終了アンケートより)	1. 健診結果に同封 2. 58.8%	1. 健診結果に同封 2. 75%	1. 健診結果に同封 2. 83.3%	コロナ感染拡大に伴い中止	1. 広報、健診当日チラシ配布、ポスター掲示 2. 73%	1. 健診後に対象者を抽出し、個別通知／広報 2. 86.7%
【アウトプット評価】 1. 教室実施回数 2. 参加実人数 3. 終了時のデータ改善率	1. 5回 2. 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 3. 81.8%	1. 4回 2. 1回目 15名 2回目 15名 3回目 15名 4回目 14名 3. 75.0%	1. 4回 2. 1回目 14名 2回目 10名 3回目 12名 4回目 12名 3. 91.7%	コロナ感染拡大に伴い中止	1. 4回 2. 1回目 11名 2回目 9名 3回目 9名 4回目 11名 3. 27.3%	1. 4回 2. 1回目 16名 2回目 16名 3回目 17名 4回目 17名 3. 70.6%
【アウトカム評価】 1. HbA1cの平均値	1. 6.4%	1. 6.0%	1. 6.2%	コロナ感染拡大に伴い中止	1. 6.2%	1. 6.1%

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
受診勧奨域の 保健指導	生活習慣病重症化 を予防する。	<p>特定健康診査受診時に医療機関を受診して いない者で、以下の基準のいずれかを満た す者に対し、保健師等による個別保健指導 を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・収縮期血圧 160mmHgまたは拡張期血圧 100mmHg以上 ・HbA1c 7.0%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 	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者に対して、電話指導も含め全員に 保健指導を実施できた。 ・保健指導や医療機関の受診を望まない者 もおり、医療機関の受診に結び付いていな い者もいる状況。引き続き個別的な支援が 必要である。

指標	ベース ライン (平成28年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 保健師数 2. 非常勤保健師の確保 3. 医師会との連携 4. 職員の資質の確保	1. 9人 2. 2人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加2名	1. 5人 2. 2人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加0名 事例検討会1回	1. 4人 2. 2人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加1名 事例検討会1回	1. 5人 2. 0人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加0名 事例検討会1回	1. 4人 2. 1人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加4名 事例検討会1回	1. 5人 2. 0人 3. 医療機関会議での報告 4. 研修会参加4名 事例検討会1回
【プロセス評価】 1. 手順書の作成 2. 保健指導の優先順位 3. 対象者へのアプローチ方法	1. 実施計画作成 2. 値が高い者 3. 訪問	1. 実施計画作成 2. 脂質、Ⅱ度 高血圧は通知 3. 訪問、通知	1. 実施計画作成 2. 脂質、Ⅱ度 高血圧は通知 3. 訪問、通知	1. 実施計画作成 2. 脂質、Ⅱ度 高血圧は通知 3. 訪問、通知	1. 実施計画作成 2. 値が高い者 3. 訪問、面接、 電話、通知	1. 実施計画作成 2. 値が高い者 3. 訪問、面接、 電話、通知
【アウトプット評価】 1. 指導件数 2. 指導率	1. 122件 2. 51.1%	1. 210件 2. 98.6%	1. 133件 2. 89.9%	1. 149件 2. 100%	1. 158件 2. 100%	1. 219件 2. 100%
【アウトカム評価】 1. 対象者の受療率 受療人数/対象人数 (率)	1. 高血圧: 22/71 (31.0%) 糖尿病: 40/64 (62.5%) 脂質異常症: 12/40 (30%) 腎機能低下: 15/28 (53.6%)	1. 高血圧: 48/117 (44.4%) 糖尿病: 22/45 (68.9%) 脂質異常症: 13/41 (46.3%) 腎機能低下: 13/17 (76.5%)	1. 高血圧: 34/95 (35.8%) 糖尿病: 7/27 (25.9%) 脂質異常症: 5/24 (20.8%) 腎機能低下: 4/6 (66.7%)	1. 高血圧: 36/79 (48.1%) 糖尿病: 13/24 (75.0%) 脂質異常症: 12/37 (45.9%) 腎機能低下: 6/9 (88.9%)	1. 高血圧: 40/77 (51.9%) 糖尿病: 29/38 (76.3%) 脂質異常症: 23/39 (59.0%) 腎機能低下: 3/4 (75.0%)	1. 高血圧: 43/98 (43.9%) 糖尿病: 31/52 (59.6%) 脂質異常症: 10/53 (18.8%) 腎機能低下: 11/13 (84.6%)

事業名	事業目的	実施内容	考察（達成要因・未達成要因）
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。	<p>「取手・守谷・利根糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」のとおり実施</p> <p>【医療機関への受診勧奨】 特定健康診査時に医療機関を受診していない者で、以下の基準のいずれかを満たす者に対し、年2回、医療機関への受診勧奨を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c 6.5%以上を満たす者 ・糖尿病の治療を中断している者 <p>【保健指導】 糖尿病の治療のため定期的に医療機関を受診している者に対し、医師の指示のもと保健指導を実施</p>	<p>評価：B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導利用者の検査値の改善率は増加傾向である。 ・1年間の検査値の推移のみではなく、中長期的に評価していく必要がある。

指標	ベース ライン (平成30年度)	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度
【ストラクチャー評価】 1. 医師会との連携 2. 委託料の確保	1. 35医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保	1. 35医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保	1. 46医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保	1. 43医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保	1. 40医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保	1. 34医療機関 と契約 2. 国保ヘルス アップ事業 申請し10割 補助を確保
【プロセス評価】 1. 対象者へのアプローチ 方法 2. 対象者の満足度 (健康状態満足度:良い・ 非常に良い)	1. 参加勧奨通 知169通 2. 83.3%	1. 参加勧奨通 知169通 2. 83.3%	1. 参加勧奨通 知169通 2. 50.0%	1. 参加勧奨通 知68通 2. - (評価でき ず)	1. 参加勧奨通 知84通 2. 50.0%	1. 参加勧奨通 知173通 2. 57.1%
【アウトプット評価】 1. プログラム参加者数 2. 割合 (参加者/通知数)	1. 10人 2. 5.9%	1. 10人 2. 5.9%	1. 14人 2. 8.3%	1. 2人 2. 2.9%	1. 6人 2. 7.1%	1. 10人 2. 5.7%
【アウトカム評価】 1. 対象者の検査値の 改善率 改善人数/対象者の うち回答人数	1. 16.7% (1/6)	1. 16.7% (1/6)	1. 40.0% (4/10)	1. 0% (0/1)	1. 50.0% (3/6)	1. 42.9% (3/7)

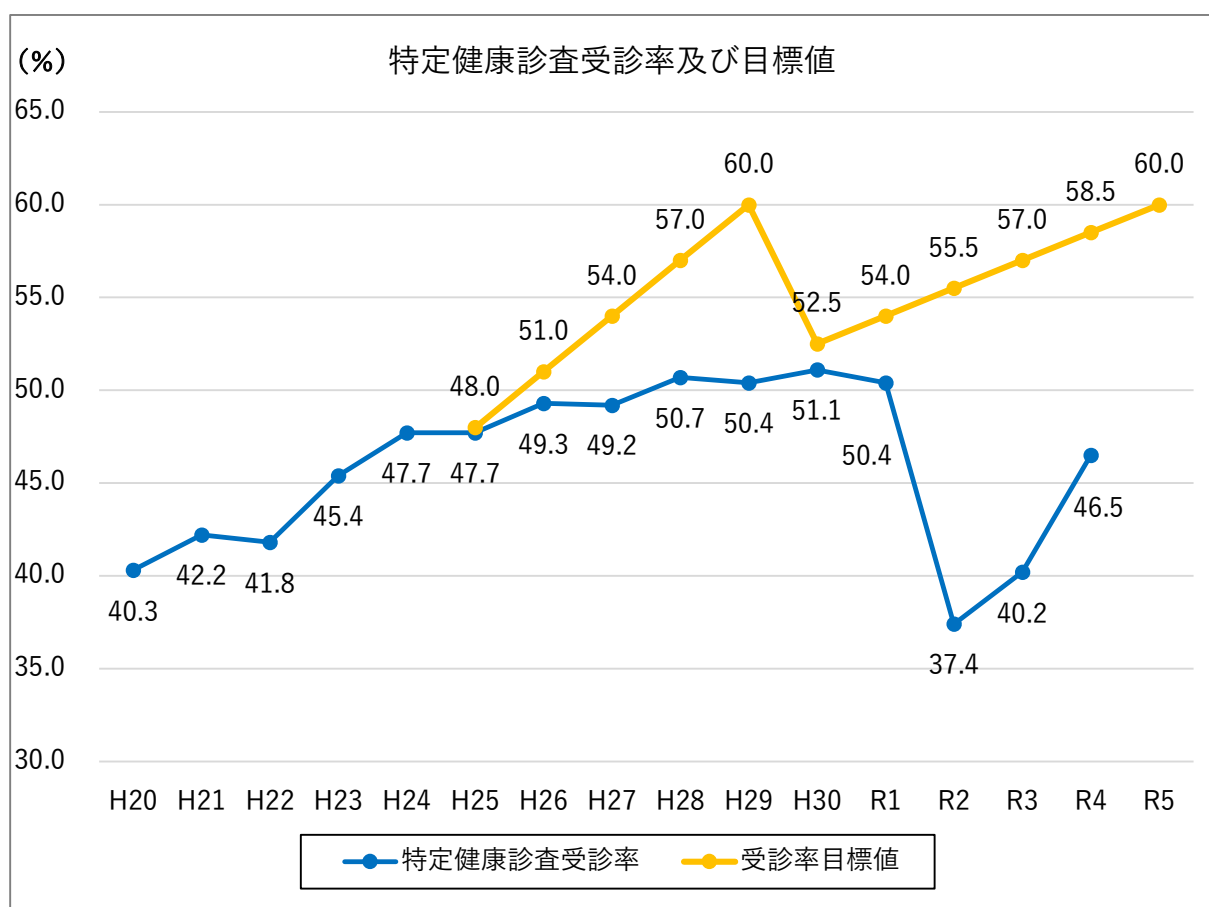
4.特定健康診査の受診状況

以下は、平成20（2008）年度から令和5（2023）年度（見込み値）における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数（人）	8,286	8,564	8,788	9,193	9,461	9,719	9,930	9,899
特定健康診査受診者数（人）	3,343	3,611	3,669	4,177	4,517	4,632	4,900	4,873
特定健康診査受診率（％）	40.3	42.2	41.8	45.4	47.7	47.7	49.3	49.2
受診率目標値（％）	-	-	-	-	-	48.0	51.0	54.0

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健康診査対象者数（人）	9,584	9,531	9,250	8,927	8,937	8,644	8,187	-
特定健康診査受診者数（人）	4,857	4,805	4,731	4,497	3,340	3,476	3,809	-
特定健康診査受診率（％）	50.7	50.4	51.1	50.4	37.4	40.2	46.5	-
受診率目標値（％）	57.0	60.0	52.5	54.0	55.5	57.0	58.5	60.0



資料:法定報告

◆特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値

◆特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合

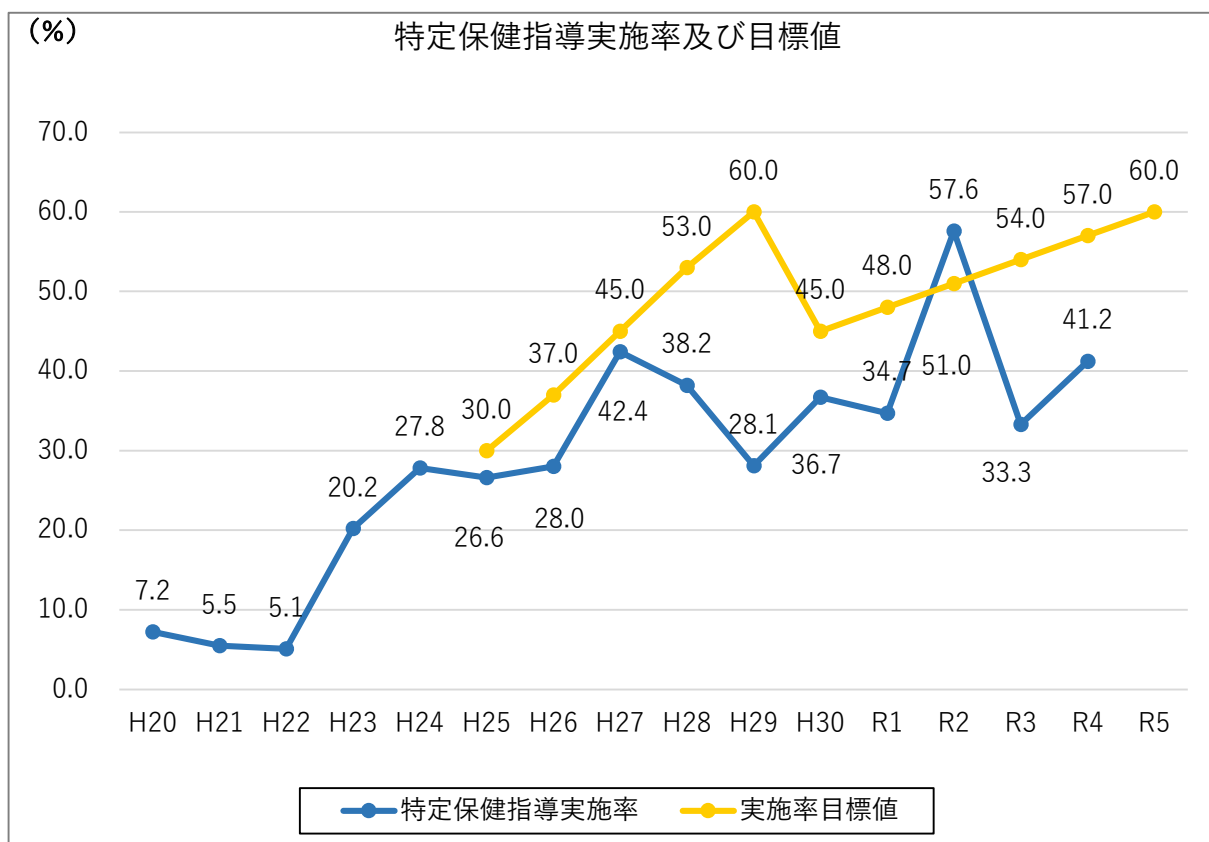
5.特定保健指導の実施状況

以下は、平成20（2008）年度から令和5（2023）年度（見込み値）における、特定保健指導の実施状況を示したものです。

特定保健指導実施率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数（人）	609	599	650	699	677	730	689	695
特定保健指導利用者数（人）	44	53	85	180	218	237	232	342
特定保健指導実施者数（人）	44	33	33	141	188	194	193	295
特定保健指導実施率（％）	7.2	5.5	5.1	20.2	27.8	26.6	28.0	42.4
実施率目標値（％）	-	-	-	-	-	30.0	37.0	45.0

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導対象者数（人）	681	668	599	545	387	411	432	-
特定保健指導利用者数（人）	279	247	293	255	267	166	206	-
特定保健指導実施者数（人）	260	188	220	189	223	137	178	-
特定保健指導実施率（％）	38.2	28.1	36.7	34.7	57.6	33.3	41.2	-
実施率目標値（％）	53.0	60.0	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0



資料:法定報告

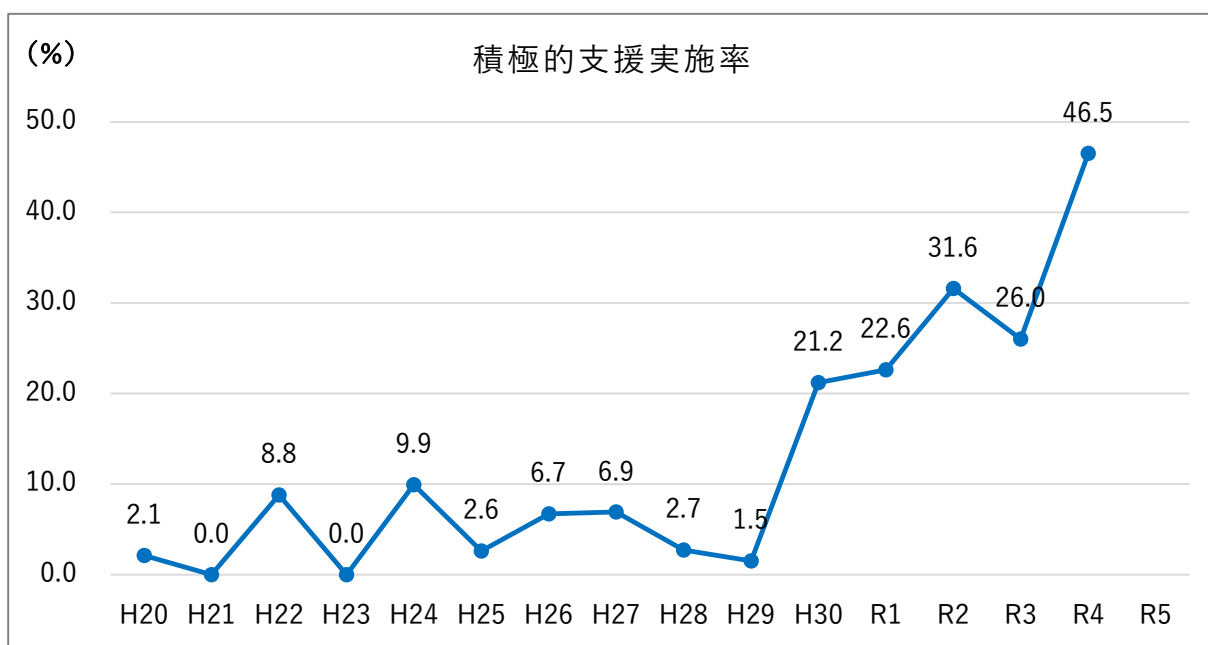
- ◆特定保健指導対象者数、特定保健指導利用者数、特定保健指導実施者数、特定保健指導実施率は法定報告値
- ◆特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数
- ◆特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものです。

積極的支援実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数（人）	188	166	204	223	202	192	164	173
積極的支援利用者数（人）	4	14	23	59	50	45	51	57
積極的支援実施者数（人）	4	0	18	0	20	5	11	12
積極的支援実施率（％）	2.1	0	8.8	0	9.9	2.6	6.7	6.9

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
積極的支援対象者数（人）	148	132	99	106	79	96	86	－
積極的支援利用者数（人）	23	20	42	59	49	35	52	－
積極的支援実施者数（人）	4	2	21	24	25	25	40	－
積極的支援実施率（％）	2.7	1.5	21.2	22.6	31.6	26.0	46.5	－



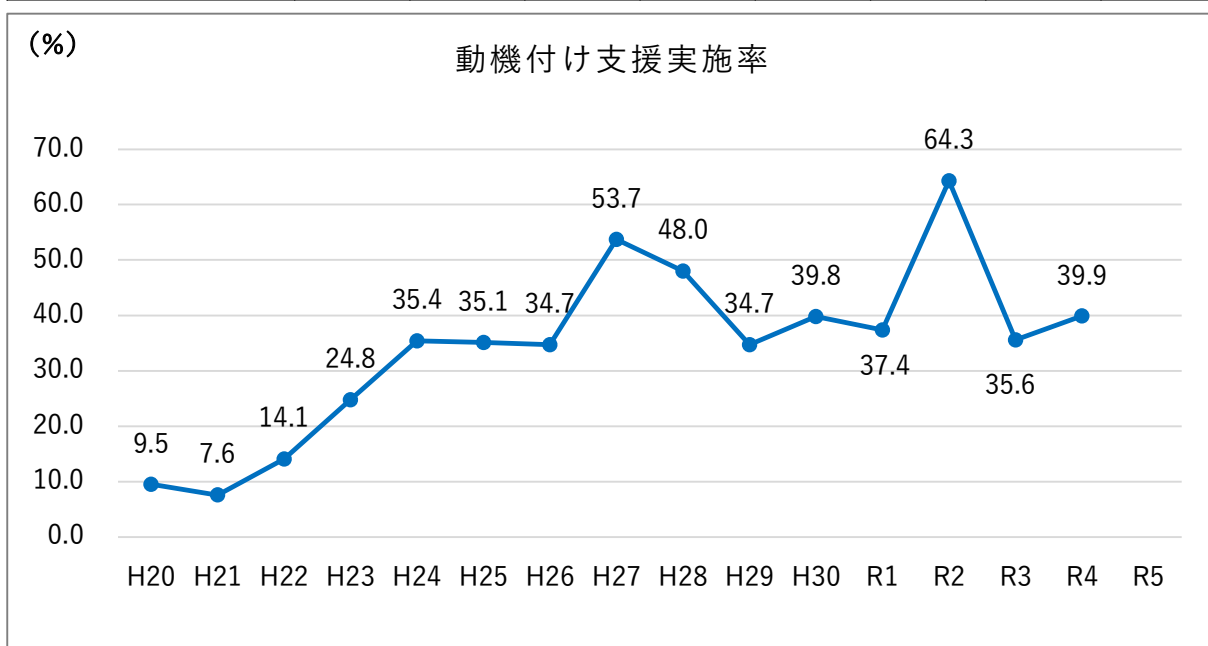
資料:法定報告

- ◆積極的支援対象者数、積極的支援利用者数、積極的支援実施者数、積極的支援実施率は法定報告値
- ◆積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数
- ◆積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合

動機付け支援実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数（人）	421	433	446	476	475	538	525	337
動機付け支援利用者数（人）	40	39	62	121	168	192	181	181
動機付け支援実施者数（人）	40	33	63	118	168	189	182	181
動機付け支援実施率（％）	9.5	7.6	14.1	24.8	35.4	35.1	34.7	53.7

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
動機付け支援対象者数（人）	533	536	500	439	308	315	346	－
動機付け支援利用者数（人）	256	227	251	196	218	131	154	－
動機付け支援実施者数（人）	256	186	199	164	198	112	138	－
動機付け支援実施率（％）	48.0	34.7	39.8	37.4	64.3	35.6	39.9	－



資料:法定報告

- ◆動機付け支援対象者数、動機付け支援利用者数、動機付け支援実施者数、動機付け支援実施率は法定報告値
- ◆動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数
- ◆動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合

第3章 特定健康診査等実施計画

1.目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11（2029）年度までに特定健康診査受診率60%以上、特定保健指導実施率60%以上、メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率25%以上を達成することとしています。本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定します。

目標値

単位: (%)

項目		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
特定健康診査	受診率 (法定報告)	50	51	52	53	54	55
特定保健指導	実施率 (法定報告)	43	45	46.5	48	50	52
メタボリックシンドローム該当者 及び予備群等の減少率		25以上					

◆特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比

2.対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

項目	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
特定健康診査対象者数（人）	7,730	7,498	7,266	7,034	6,802	6,570
特定健康診査受診率（%） (目標値)	50	51	52	53	54	55
特定健康診査受診者数（人）	3,865	3,824	3,779	3,729	3,674	3,614

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定保健指導対象者数及び受診者数の見込み

項目	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
特定保健指導対象者数（人）	463	458	453	447	440	433
特定保健指導実施率（%） (目標値)	43	45	46.5	48	50	52
特定保健指導実施者数（人）	199	206	210	215	220	225

3.実施方法

(1) 特定健康診査

①対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者を対象とします。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとします。

②実施方法

ア.実施場所

- 集団健診:保健センター、市役所、各公民館
- 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・脳ドック:指定医療機関

イ.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者に対しては、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、本市においては、独自にその他の者に対しても同項目を実施するとともに、全員に対し尿酸検査を実施します。

■基本的な健診項目（全員に実施）

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

■詳細な健診項目（医師が必要と判断した場合に実施）

心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む

ウ.詳細な健診項目の対象者の条件について

項目	実施できる条件（基準）
心電図検査※1	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査※2	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血圧:収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上 ・血糖:空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP 値）6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上 <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>
貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
血清クレアチニン検査	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血圧:収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上 ・血糖:空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上

エ.実施時期

原則、6月から1月に実施します。

ただし、人間・脳ドック検診にて特定健康診査を実施する場合は4月から3月に実施します。

オ.案内方法

対象者に、特定健康診査受診券と受診案内を個別に発送します。また、広報やホームページ等で周知を図ります。

カ.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、基準※3範囲外の値を示している項目や基準範囲外の値の程度、検査項目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。

※1 心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施します。

※2 眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施します。

※3 基準には保健指導判定値と受診勧奨判定値があります。受診勧奨判定値は、各検査項目において疾病が疑われる数値です。

(2) 特定保健指導

①対象者

国が定める「特定保健指導の対象者（階層化）」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≧85cm（男性） ≧90cm（女性）	2つ以上該当		積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI ≧25	3つ該当		積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

- ◆喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する
- ◆質問票において「以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う
- ◆追加リスクの基準値は以下のとおりである
 - ①血糖:空腹時血糖が100mg/dl以上またはHbA1c（NGSP値）5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1c（NGSP値）の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
 - ②脂質:空腹時中性脂肪150mg/dl以上（やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上）またはHDLコレステロール40mg/dl未満
 - ③血圧:収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上
- ◆特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている
- ◆65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている
- ◆年齢区分は、特定健診・特定保健指導の対象年齢同様、実施年度中に達する年齢とする（実施時点での年齢ではない）

②実施方法

ア.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、参加申込みのない者については、改めて電話等により利用勧奨を行います。

イ.実施内容

保健指導対象者に対し、本市直営事業及び外部委託により、特定保健指導を実施します。なお、特定保健指導の委託に関しては、国の委託基準を満たす機関を選定します。また、ICTを活用した特定保健指導の実施を検討していきます。

動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援（ICT含む）、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援（ICT含む）。
実績評価	○3か月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援（ICT含む）、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援（ICT含む）。 ○3か月以上の継続的な支援 個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）のほか、電話、電子メール等のいずれか、 もしくはいくつかを組み合わせで行う。					
実績評価	○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価（成果が出たことへの評価）を原則とし、プロセス評価（保健指導実施の介入量の評価）も併用して評価する。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="368 1359 1382 1641"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重（kg）以上かつ同体重と同じ値の腹囲（cm）以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="368 1700 1382 1854"> <tr> <td>・継続的支援の介入方法による評価 （個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）、電話、電子メール・チャット等） ・健診後早期の保健指導実施を評価</td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重（kg）以上かつ同体重と同じ値の腹囲（cm）以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）	・継続的支援の介入方法による評価 （個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）、電話、電子メール・チャット等） ・健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重（kg）以上かつ同体重と同じ値の腹囲（cm）以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）					
・継続的支援の介入方法による評価 （個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）、電話、電子メール・チャット等） ・健診後早期の保健指導実施を評価						

(3) 年間実施スケジュール

	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	前年度から継続指導 各種業務委託契約の締結
5月	JA組合員健診実施	
6月	特定健康診査対象者の抽出 ミニドック受診券送付 ミニドック実施	
7月	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	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 集団健診結果送付	
1月	集団健診の実施	
2月	集団健診結果送付	
3月		

(4) 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。

ア. 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

イ. 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ています。

②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

ア. 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。

イ. 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。

③システム体制

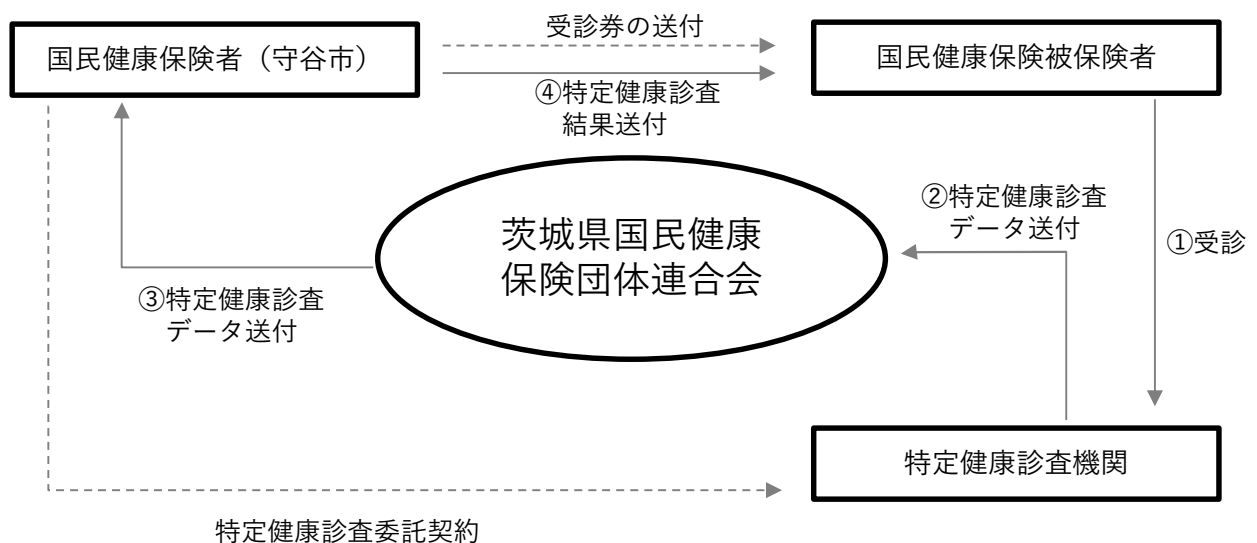
特定健康診査データの管理等を代行機関に委託する際には、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。

④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3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。

特定健康診査のデータの流れ



第4章 その他

1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行います。

また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2) データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄します。

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

計画の公表は、市ホームページに掲載します。

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果（目標達成率、行動変容率）、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行います。

(2) 計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとします。

4.他の健診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検（健）診と可能な限り連携して実施するものとします。

5.実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

①アウトカム評価の導入による「見える化」

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進します。

②ICTを活用した特定保健指導の推進

在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とします。ICT活用の推進に当たっては、「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」や「標準的な健診・保健指導プログラム」を参照し、ICT環境やICTリテラシーの確認・確保等、ICT活用に係る課題に留意して対応するものとします。

データ分析期間

■健康診査データ

単年分析

令和4（2022）年4月～令和5（2023）年3月健診分（12か月分）

年度分析

平成30（2018）年度

…平成30（2018）年4月～令和元（2019）年3月健診分（12か月分）

令和元（2019）年度

…令和元（2019）年4月～令和2（2020）年3月健診分（12か月分）

令和2（2020）年度

…令和2（2020）年4月～令和3（2021）年3月健診分（12か月分）

令和3（2021）年度

…令和3（2021）年4月～令和4（2022）年3月健診分（12か月分）

令和4（2022）年度

…令和4（2022）年4月～令和5（2023）年3月健診分（12か月分）

■国保データベース（KDB）システムデータ

平成30（2018）年度～令和4（2022）年度（5年分）

令和4（2022）年度12月分