

守谷市国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画
(素案)

令和5年8月
守谷市

-目次-

第1部	現状分析	
第1章	地域の概況	
	1. 人口構成	5
	2. 平均余命と平均自立期間	6
第2章	国民健康保険医療費の分析	
	1. 医療基礎情報	8
	2. 医療費の基礎集計	9
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	12
	2. 特定保健指導実施状況	18
	3. 重症化予防指導事業について	21
第4章	介護の分析	
	1. 介護保険の状況	24
	2. 要介護となった原因疾患	25
	3. 要支援・要介護認定率の推移	26
	4. 介護費用額と受給者1人当たり給付費の状況	26
	5. 要介護認定者と国民健康保険のレセプト分析	27
	6. 要介護認定者と医療費の関係	27
第5章	その他の情報	
	1. ジェネリック医薬品利用率	28
	2. 重複・多剤投与者数について	29
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. 計画策定の趣旨	31
	2. 計画期間	33
	3. 実施体制・関係者連携	33
第2章	過去の実施の考察	
	1. 第2期データヘルス計画全体の評価	34
	2. 各事業の達成状況	35
	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	43
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	47
	2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	49
第4章	その他	
	1. 計画の評価及び見直し	57
	2. 計画の公表・周知	57
	3. 個人情報の取扱い	57
	4. 地域包括ケアに係る取り組み	58
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	61
	2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	61
	3. 計画期間	61
	4. データ分析期間	62

-目次-

第2章	過去の実施状況の考察	
	1. 第3期特定健康診査等実施計画の実施状況	63
	2. 第3期特定健康診査等実施計画の達成状況	65
	3. 第2期データヘルス計画における各事業の達成状況（再掲）	69
	5. 特定健康診査の受診状況	77
	6. 特定保健指導の実施状況	78
第3章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	81
	2. 対象者数推計	81
	3. 実施方法	82
第4章	その他	
	1. 個人情報の保護	86
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	86
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	86
	4. 他の健診との連携	87
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	87

第1部
現状分析

第1章 地域の概況

1. 人口構成

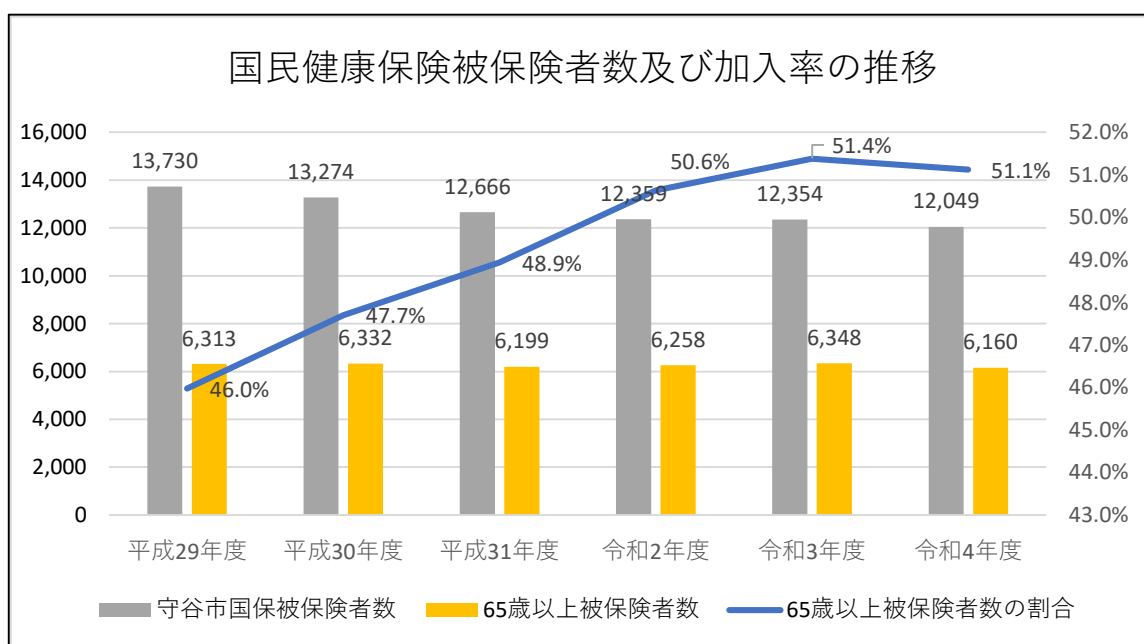
以下は、本市の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は23.3%であり、県との比較で0.8倍、同規模との比較で0.8倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は11,472人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は16.9%です。国民健康保険被保険者平均年齢は55.3歳です。被保険者数は減少傾向にあり、65歳以上の世代が増加傾向となっています。

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
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

※「県」は茨城県を指す。以下全ての表において同様である。

出典: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」



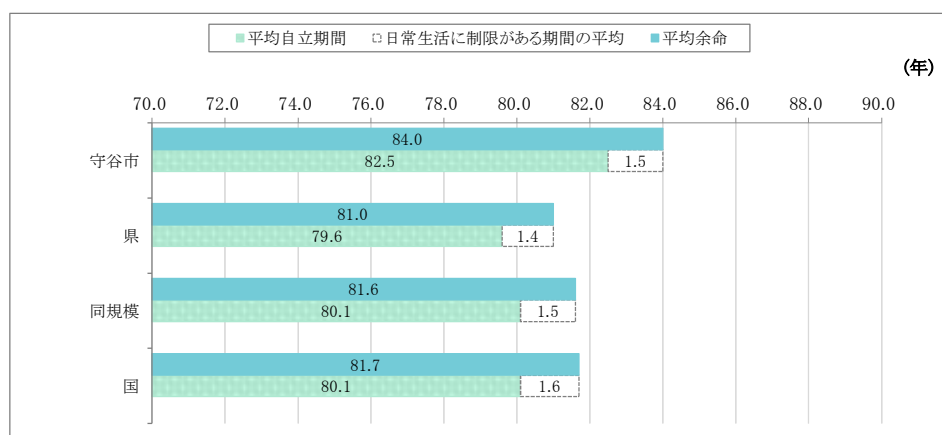
※行政情報システムの「国民健康保険システム」の一括処理で抽出

2. 平均余命と平均自立期間

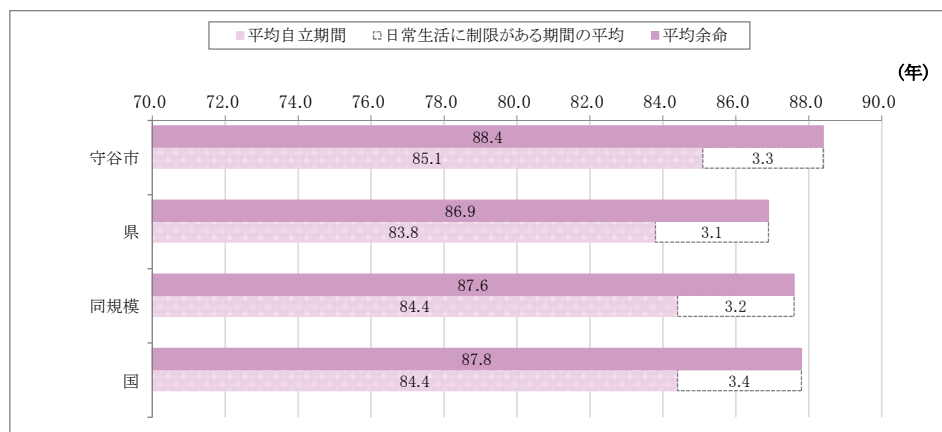
以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本市の男性の平均余命は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。本市の女性の平均余命は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。

(男性) 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(令和4年度)



(女性) 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(令和4年度)



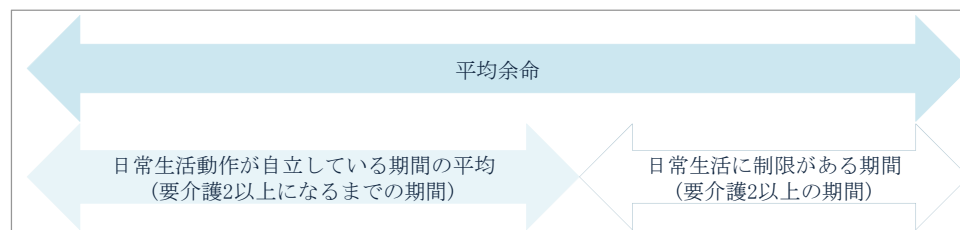
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

平均余命…0歳時点の平均余命。

平均自立期間…要介護2以上になるまでの期間。

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。

【参考】平均余命と平均自立期間について



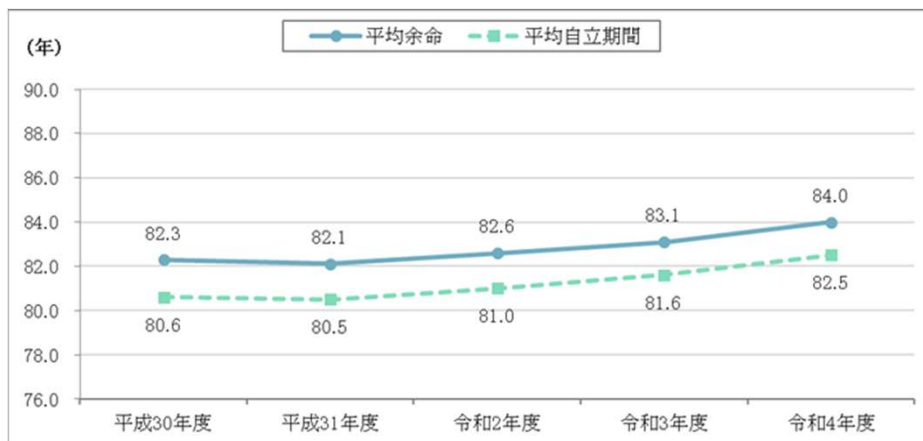
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4年度の平均自立期間82.5年は平成30年度80.6年から1.9年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間85.1年は平成30年度84.6年から0.5年延伸しています。

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

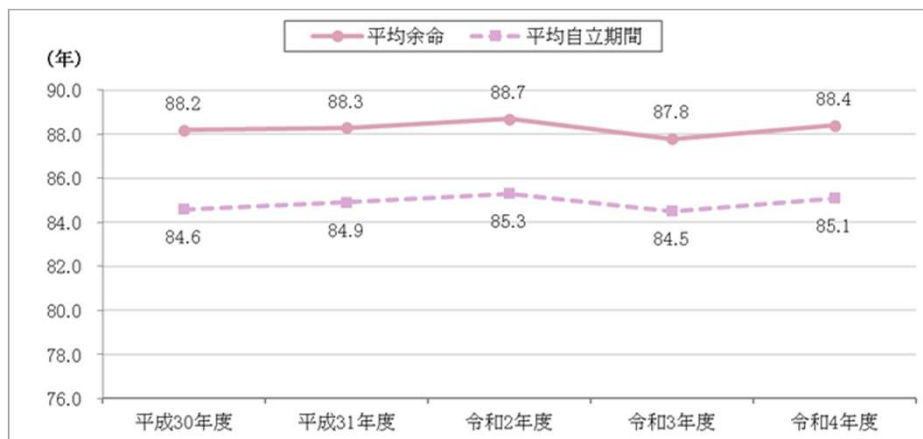
年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
平成30年度	82.3	80.6	1.7	88.2	84.6	3.6
平成31年度	82.1	80.5	1.6	88.3	84.9	3.4
令和2年度	82.6	81.0	1.6	88.7	85.3	3.4
令和3年度	83.1	81.6	1.5	87.8	84.5	3.3
令和4年度	84.0	82.5	1.5	88.4	85.1	3.3

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(男性)年度別 平均余命と平均自立期間



(女性)年度別 平均余命と平均自立期間



出典：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

以下は、本市の令和4年度における、医療基礎情報を示したものです。

医療基礎情報(令和4年度)

医療項目		守谷市	県	同規模	国
受診率(1,000人あたり)		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	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	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

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

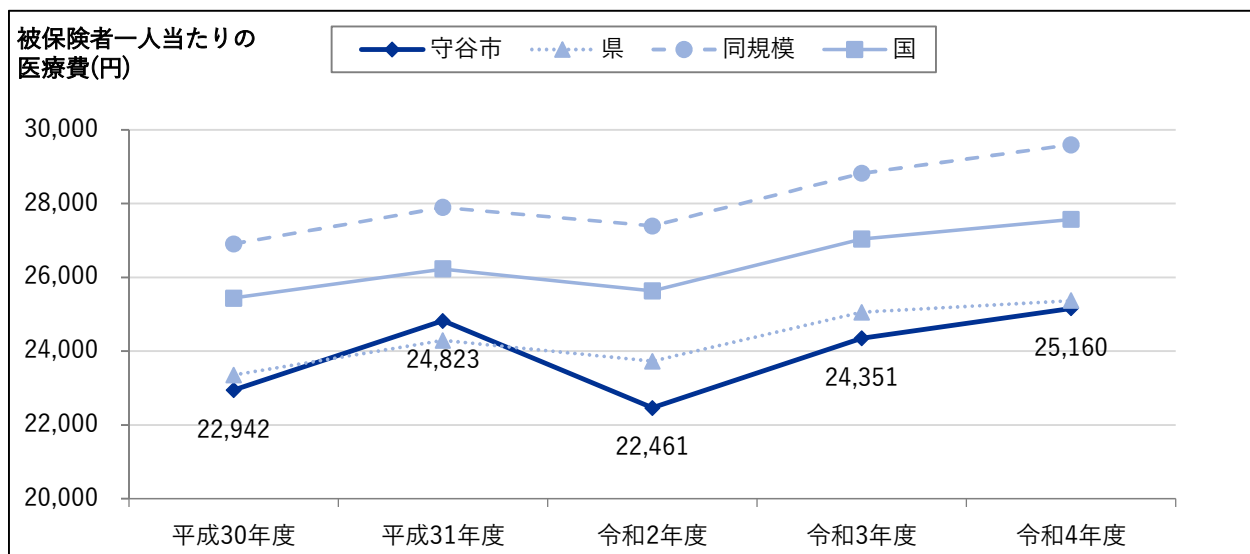
※一人当たり医療費…1カ月分相当。

2. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

以下は、年度別の被保険者一人1カ月当たりの医療費の状況を示したものです。平成30年度から比較して、医療費の増加が抑えられています。

年度別 被保険者一人当たりの医療費

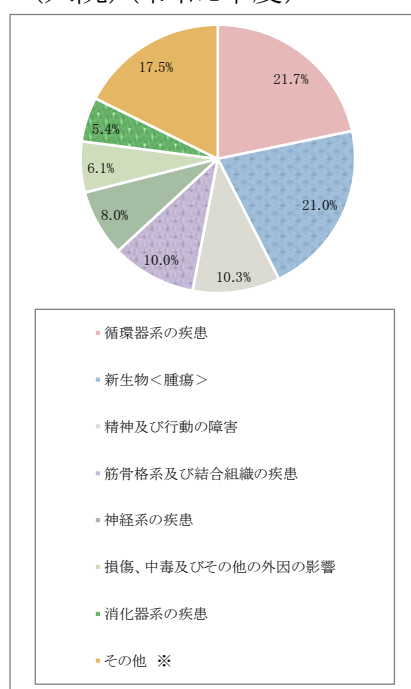


出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

(2) 疾病別医療費

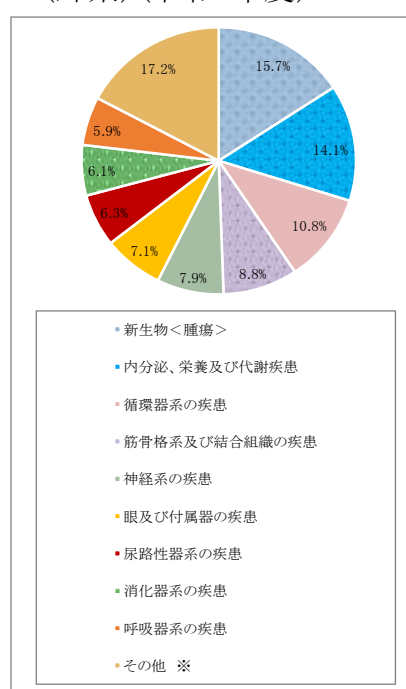
令和4年度の入院医療費・外来医療費を下記に示しています。入院医療費では、「循環器系の疾患」が最も高く、21.7%を占めており生活習慣病が上位を占めております。外来医療費では、「新生物＜腫瘍＞」が最も高く、15.7%を占めていますが、約半分が生活習慣病となっております。

大分類別医療費構成比
(入院) (令和4年度)



※その他…入院医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大分類別医療費構成比
(外来) (令和4年度)



※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

出典: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」
※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

令和4年度の医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「糖尿病」で5.6%、第3位は「高血圧症」で3.4%を占めていることにより、生活習慣病対策が重要となります。

細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

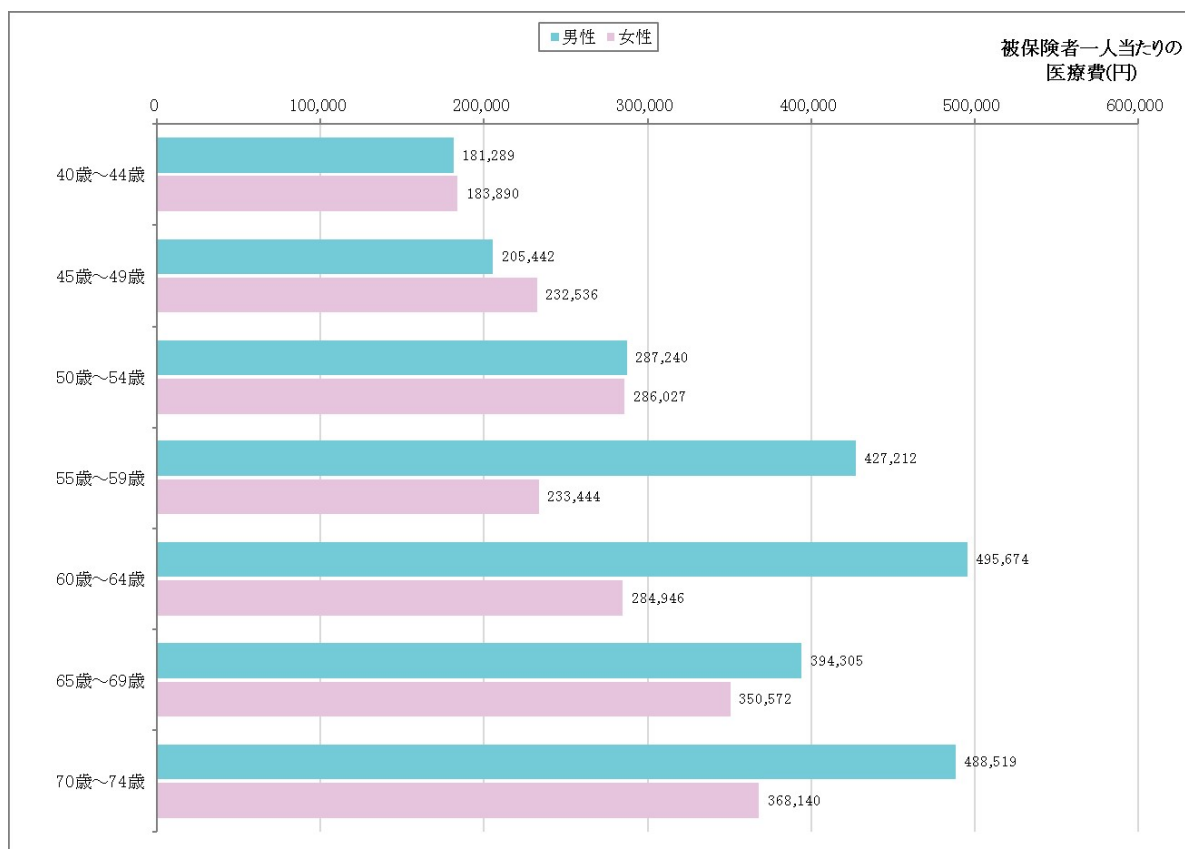
順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	糖尿病	200,383,930	5.6%
2	関節疾患	136,779,440	3.8%
3	高血圧症	122,006,390	3.4%
4	不整脈	113,124,700	3.2%
5	統合失調症	103,253,440	2.9%
6	うつ病	82,157,590	2.3%
7	肺がん	80,206,180	2.2%
8	脂質異常症	78,538,880	2.2%
9	慢性腎臓病(透析あり)	68,103,610	1.9%
10	乳がん	65,787,050	1.8%

出典: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」
※割合…総医療費に占める割合。
※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

(3) 男女年齢階層別医療費

以下は、令和4年度における、本市の被保険者一人当たりの医療費を男女年齢階層別に示したものです。年齢が上がるにつれて医療費も増加しています。特に女性と比べて男性は55歳～59歳の年代で医療費が急激に増加しています。

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



出典: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年度特定健康診査の状況

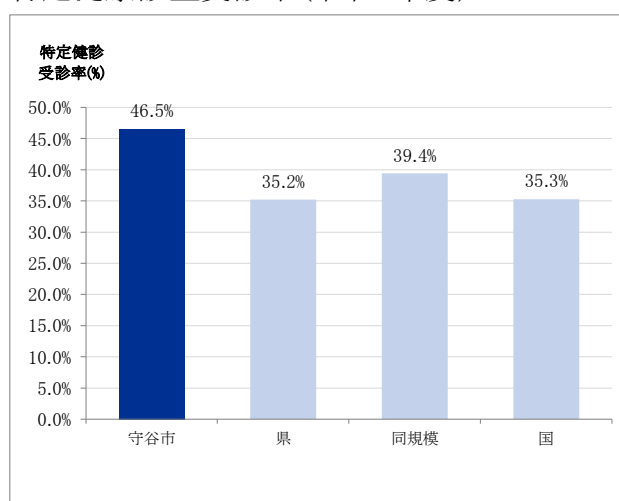
以下は、本市の令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を示したものです。県・同規模・国より高い受診率となっています。男性よりも女性の受診率の方が高くなっており、どちらも年齢が上がるにつれて受診率が高くなっています。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
守谷市	46.5%
県	35.2%
同規模	39.4%
国	35.3%

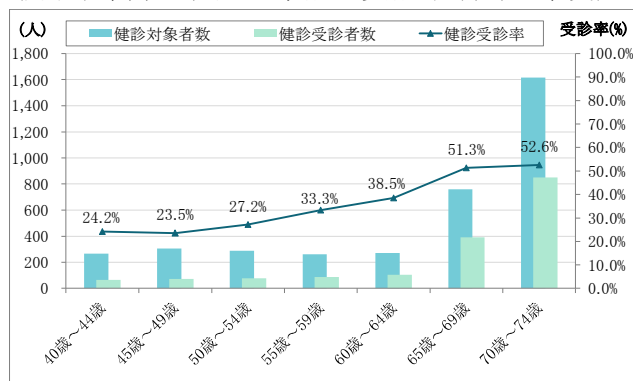
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)

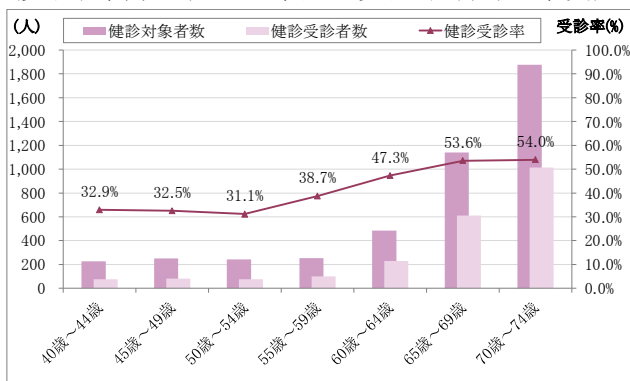


出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)

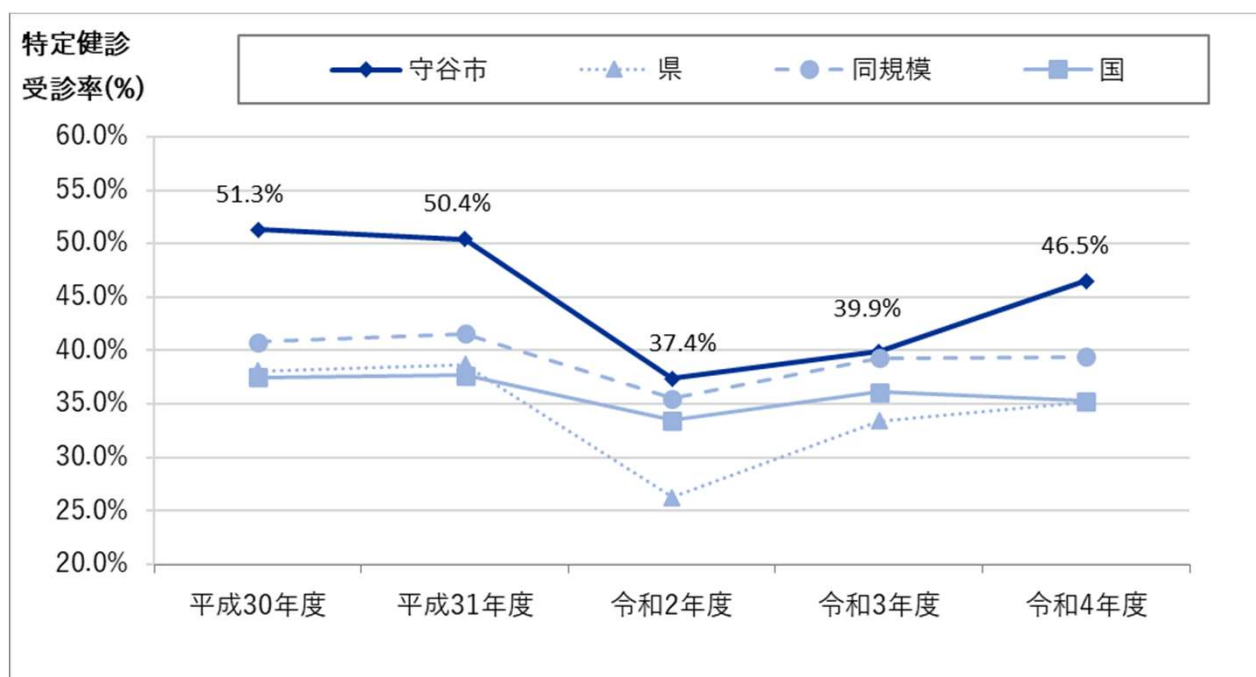


出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2) 特定健康診査受診率の推移

以下は、本市の平成30年度から令和4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年度の特定健康診査受診率46.5%は平成30年度51.3%より4.8ポイント減少しています。令和2年度は感染症拡大のため、受診率が減少しましたが、現在は回復傾向にあります。

年度別 特定健康診査受診率

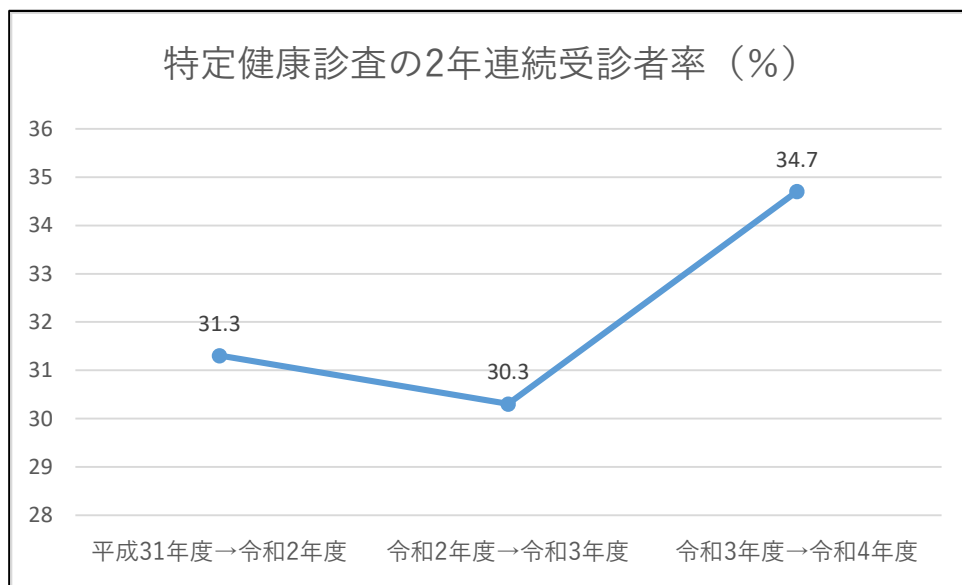


出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(3) 特定健康診査連続受診者

下記は、2年連続受診者について示したものです。2年連続受診者率とは特定健康診査を継続的に受診しているかを表すものです。特定健康診査受診率の回復傾向に伴って、令和3年度と令和4年度の2年連続受診者率も増加しています。

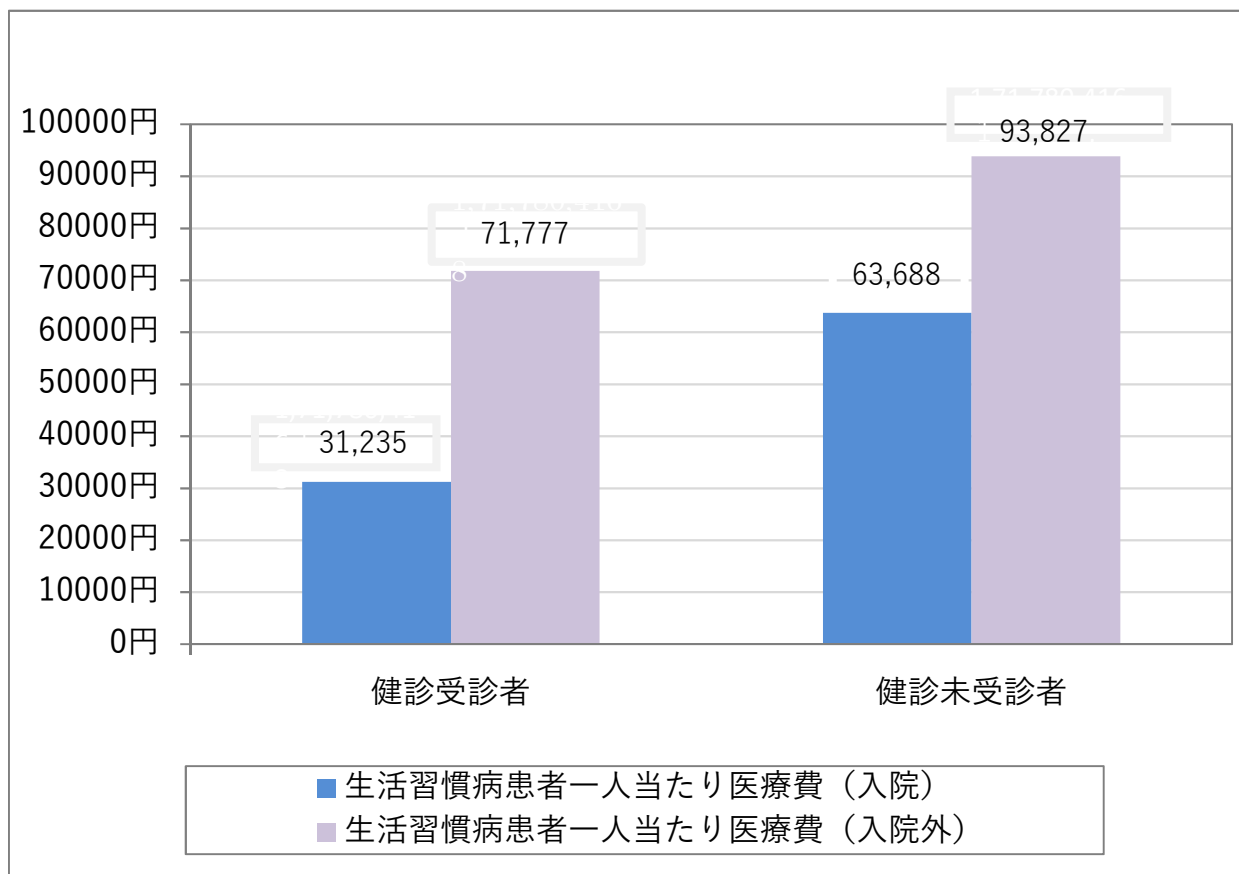
	特定健康診査対象者数 (2年連続有資格者)	特定健康診査 2年連続受診者数	特定健康診査の 2年連続受診者率 (%)
平成31年度→令和2年度	6,797	2,129	31.3
令和2年度→令和3年度	7,116	2,155	30.3
令和3年度→令和4年度	7,419	2,574	34.7



(4) 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものです。生活習慣病患者一人当たり医療費は、特定健診受診者よりも未受診者の方が高くなっています。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

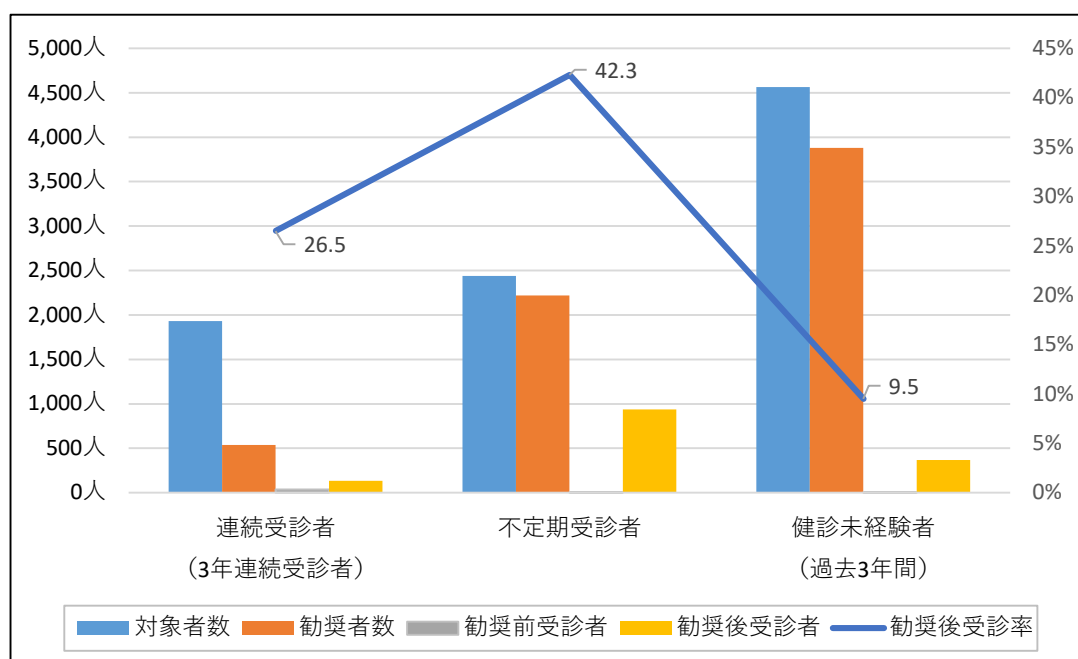
(5) 特定健康診査受診率向上事業における特定健康診査の受診状況

特定健康診査の受診率を向上させるため、AIを活用したデータ分析に基づく対象者選定や、ナッジ理論を活用し、個人の特性に応じた受診勧奨通知の送付を実施しました。

勧奨後受診者は合計で1,439人と、各対象群で通知の効果を確認することができました。特に、不定期受診者の群での効果が高く出ています。

	対象者数	勧奨者数	勧奨前受診者	勧奨後受診者	勧奨後受診率
連続受診者 (3年連続受診者)	1,932	539	37	133	26.5
不定期受診者	2,438	2,221	1	938	42.3
健診未経験者 (過去3年間)	4,562	3,881	4	368	9.5
計	8,932	6,641	42	1,439	21.8

情報元：国保年金課「特定健康診査受診率向上事業報告書」より



(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※の割合（男性28.2％・女性8.4％）は、男女ともに国・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軍の割合（男性16.8％・女性4.4％）は、男性は県より若干高いものの、国同規模市よりは低く、女性は国・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・予備軍の検査値の該当率をみると、BMIと脂質のみで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。

特定健康診査結果の状況

		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	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 予備軍	男性	16.8	16.5	17.5	17.9
	女性	4.4	5.1	6.0	5.9

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の検査値の該当率（服薬除く）

（単位：％）

		守谷市	茨城県	同規模市	国
腹囲		29.8	33.7	35	35
	男性	50.7	54.2	55	55.3
	女性	14.2	17.4	19.3	18.8
BMI		5.8	5.3	4.8	4.7
	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
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	6.6

資料：KDB「地域全体像の把握（令和4年度累計）」

2. 特定保健指導実施状況

(1) 令和4年度特定保健指導実施状況

以下は、本市の令和4年度における、特定保健指導の実施状況を示したものです。

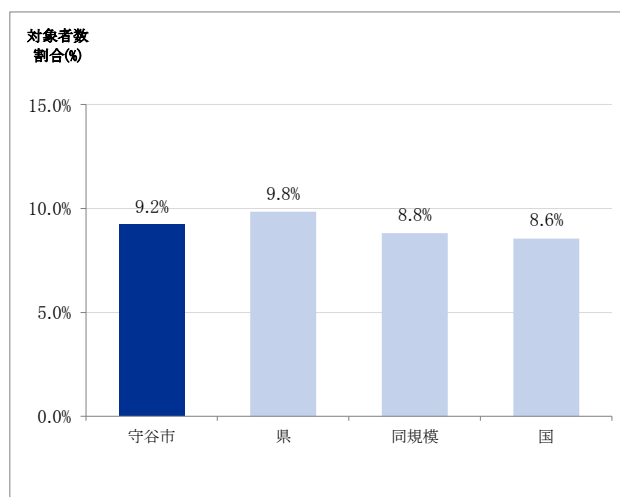
特定保健指導実施状況(令和4年度)

区分	動機付け支援 対象者数割合	積極的支援 対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導 実施率
守谷市	9.2%	2.3%	11.5%	3.0%
県	9.8%	3.6%	13.5%	17.5%
同規模	8.8%	2.7%	11.5%	13.4%
国	8.6%	3.2%	11.8%	9.0%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
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。

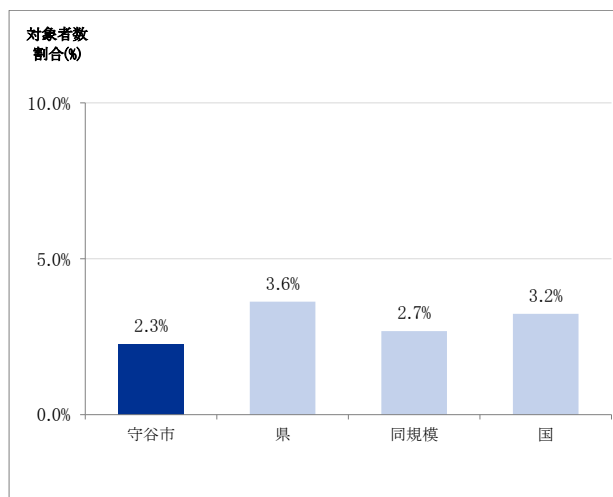
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



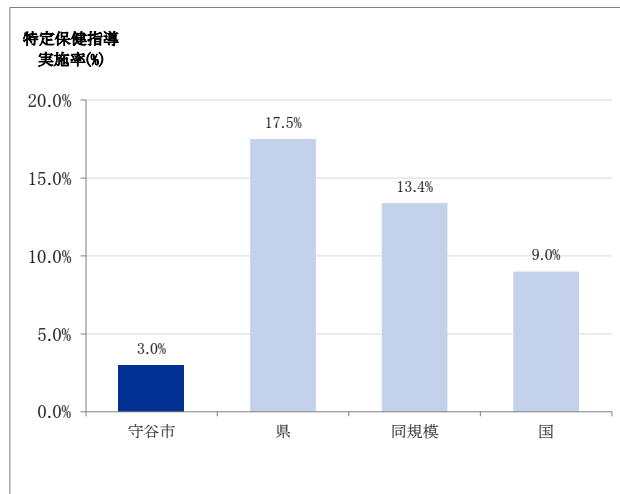
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合(令和4年度)



出典: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(令和4年度)

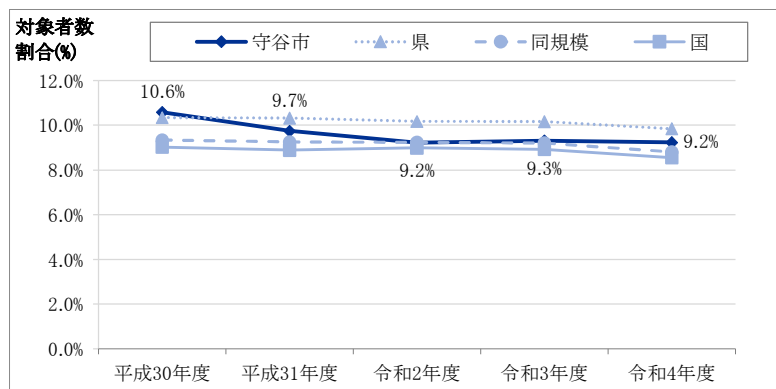


出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 特定保健指導実施率の推移

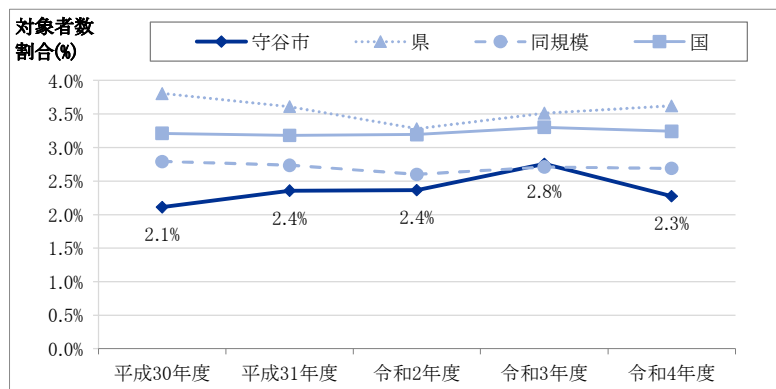
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。

年度別 動機付け支援対象者数割合



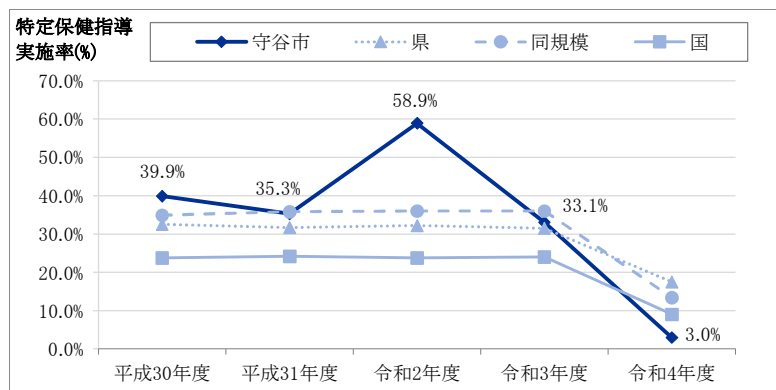
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 特定保健指導実施率

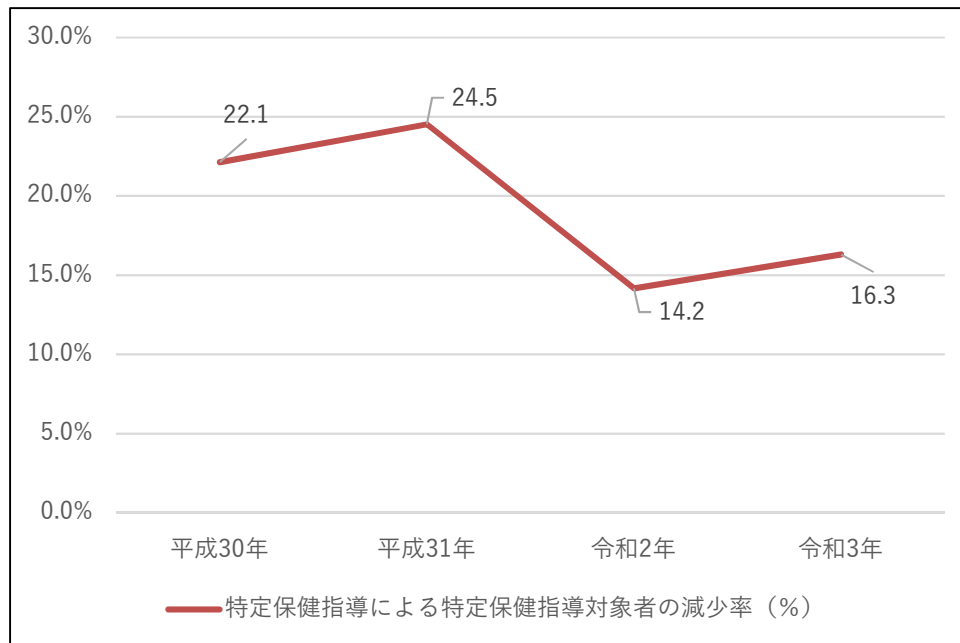


出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(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

以下は、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。

	昨年度、今年度連続健診受診者中	24のうち今年度指導対象でなくなった数。服薬開始者は除く	(B/A)		昨年度特定保健指導を利用し指導対象でなくなった数。(服薬開始者は除く)	(E/D)
	A	B	C	D	E	F
	昨年度の特定保健指導の対象者数(人)	24のうち、今年度特定保健指導対象でなくなった人数(人)	特定保健指導対象者の減少率(%)	昨年度の特定保健指導の利用者数(人)	27のうち、今年度特定保健指導の対象でなくなった者の数(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	589	116	19.69	217	48	22.12
平成31年	547	132	24.13	261	64	24.52
令和2年	503	77	15.31	240	34	14.17
令和3年	340	59	17.35	227	37	16.30



3. 生活習慣病重症化予防事業について

(1) 生活習慣病重症化予防事業について

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（血压、血糖、脂質、尿たんぱくの守谷市独自の基準に該当する方）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。

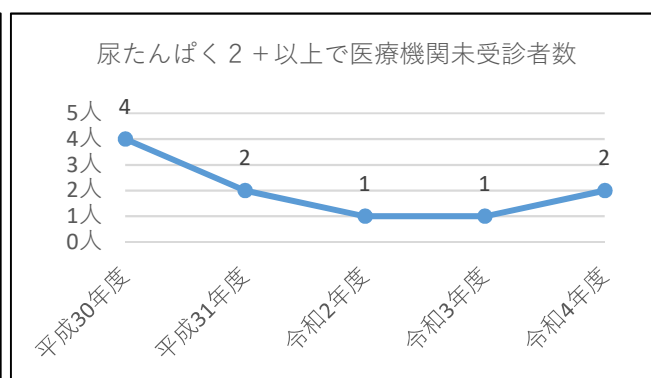
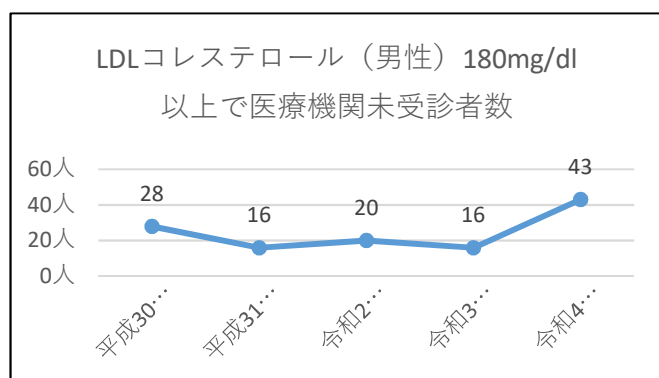
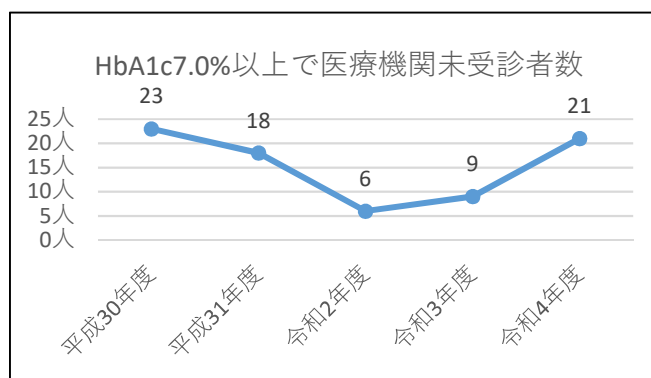
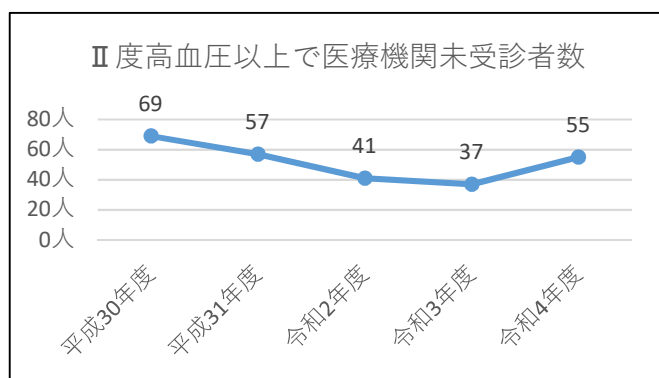
令和4年度の生活習慣病重症化予防事業対象者の医療機関受診状況（単位：人・％）

	対象者数	医療機関受診者数	医療機関受診率
血压	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方を対象とする。

- ・ 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：HbA1c7.0%以上（日本高血圧学会）
- ・ 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）



(2) 特定健康診査の結果（血糖、血圧）の推移

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のうち、HbA1cが8.0%以上の者と、血圧が収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上（Ⅱ度高血圧以上）の者の年度ごとの推移です。

	特定健康診査受診者のうち HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c8.0%以上 の者の数	HbA1c8.0%以上 の者の割合
平成31年度	3,947	36	0.9%
令和2年度	2,823	34	1.2%
令和3年度	3,010	45	1.5%
令和4年度	3,885	47	1.2%

	対象者数	保健指導者数※	医療機関受診 者数	医療機関受診 率
平成30年度	117	116	48	41.0%
平成31年度	95	85	38	40.0%
令和2年度	79	79	38	48.1%
令和3年度	77	77	40	51.9%
令和4年度	98	98	43	43.9%

※ここでの保健指導とは、電話・面接・訪問のいずれかの方法で、本人に保健指導をした者のこと。

(3) 人工透析患者の状況

人工透析患者のレセプト状況（令和5年3月）では、17人が人工透析を治療を行っています。

レセプト重複疾患をみると、糖尿病を合併している人は11人、高血圧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	レセプト件数	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	

出典：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）

第4章 介護の分析

1. 介護保険の状況

下記は、令和5年4月1日現在の守谷市の要支援・要介護認定者数を示したものです。

単位：人・％

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

情報元：住民基本台帳（令和5年4月1日時点）

※「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。

2. 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）」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。

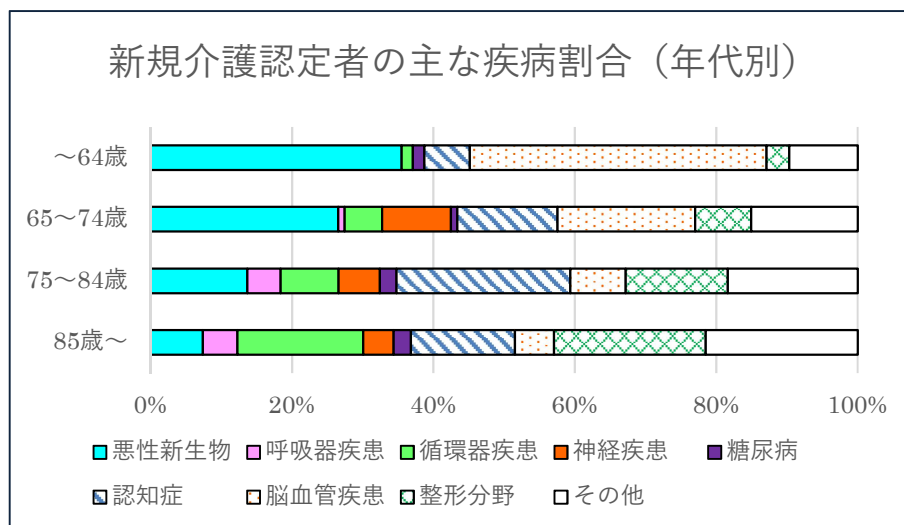
男性では、「悪性新生物（がん）」や「脳血管疾患」が上位となっているため、喫煙や飲酒習慣の見直し、高血圧予防を含めた生活習慣病予防や重症化予防が必要です。一方、女性では「骨折」が上位となっていることから、身体機能の低下を防ぐフレイル予防が重要になると考えられます。

■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

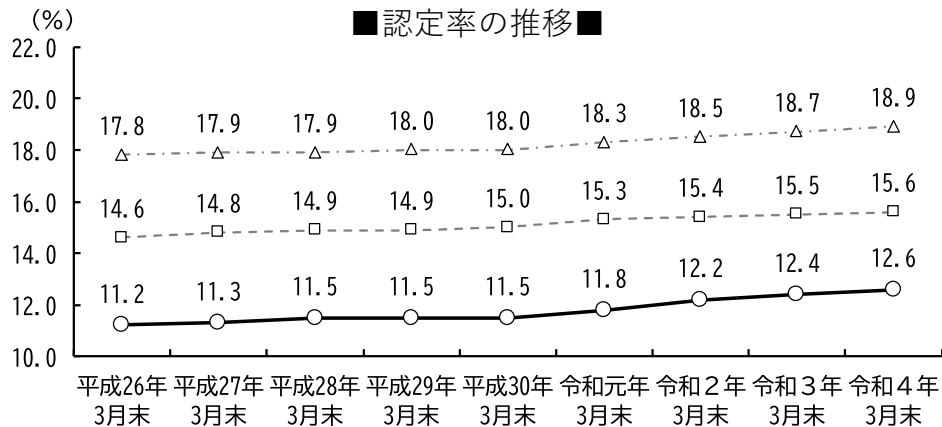
資料：守谷市介護福祉課 介護認定審査会資料（主治医意見書）



資料：守谷市介護福祉課 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

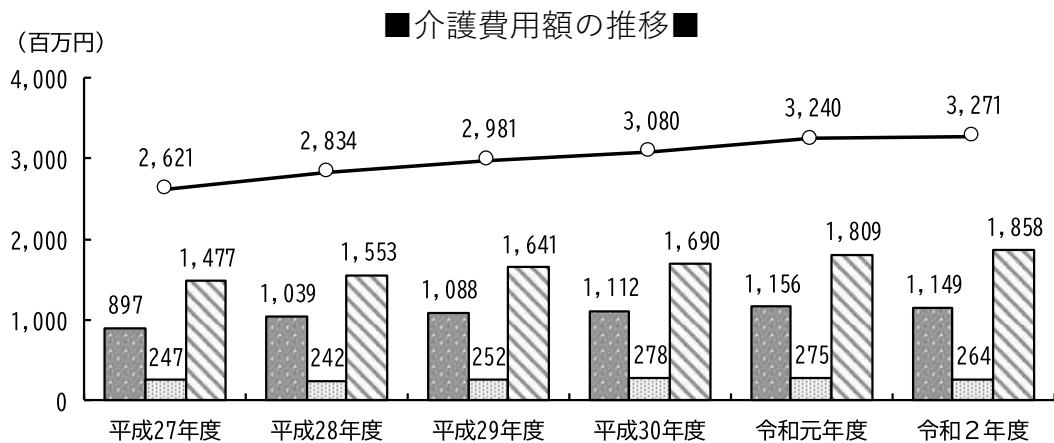
以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定率及の状況を示したものです。認定率は、ゆるやかに上昇しているものの、全国、茨城県の値よりも低い水準で推移しています。



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報
(令和3(2021)年、4(2022)年度のみ「介護保険事業計画」月報)

4. 介護費用額と受給者1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、その合計は令和2(2020)年度において30億円を突破しています。平成27(2015)年度の値と比較すると、約1.2倍となっています。



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

種類	サービス名
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」（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・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：％）

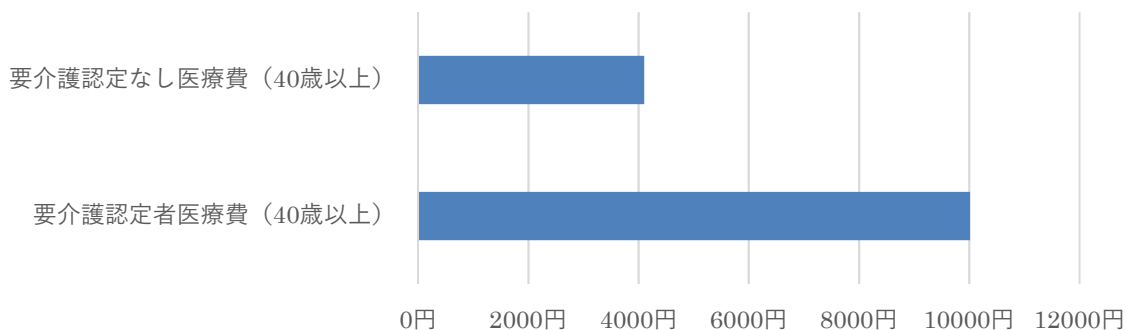
	守谷市	茨城県	同規模市	国
心臓病	55.4	58.0	60.8	60.3
筋・骨格	49.7	50.6	53.1	53.4
高血圧症	49.1	52.0	53.8	53.3
精神	38.8	33.6	37.0	36.8
認知症	27.4	21.8	24.4	24.0
脂質異常症	28.4	29.0	31.8	32.6
糖尿病	22.1	23.2	24.2	24.3
アルツハイマー病	22.0	17.3	18.5	18.1
脳疾患	20.8	22.8	23.1	22.6
がん	12.5	10.7	11.3	11.8

資料：KDBシステム「地域の全体の把握（令和4年度累計）」より

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、非認定者より5,911円高い状況です

要介護認定者と非認定者の医療費レセプト1件当たりの比較



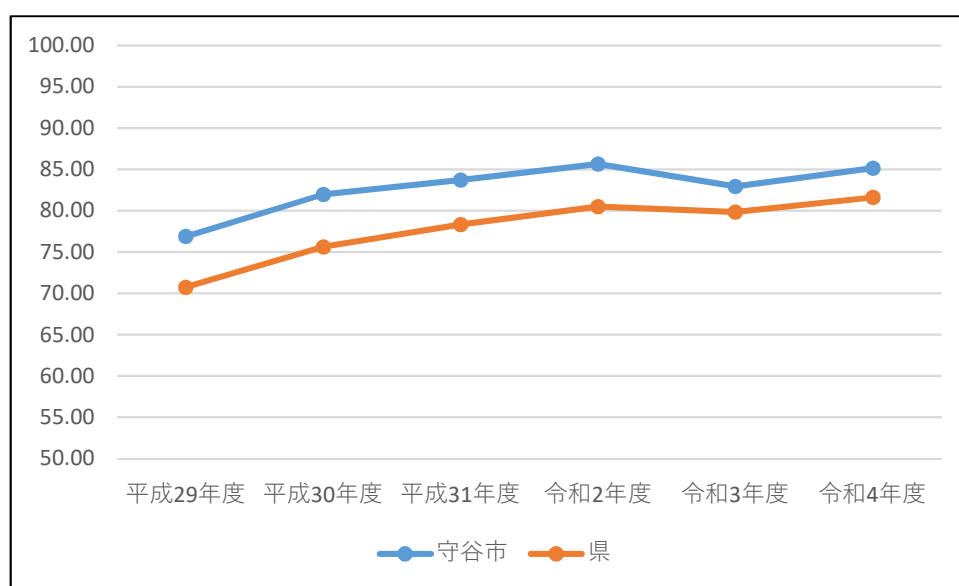
資料：KDB「特定健康診査・医療・介護データからみる地域の健康課題」より

第5章 その他の情報

1. ジェネリック医薬品利用率

以下は本市のジェネリック医薬品利用率を示したものです。平成30年度以降は80%以上の利用率を維持できており、県内でも上位の利用率となっています。

	H29	H30	H31(R1)	R2	R3	R4
守谷市	76.9	82.0	83.7	85.7	82.9	85.2
県	70.8	75.6	78.4	80.5	79.8	81.6
県内順位	2位	1位	4位	1位	7位	5位



情報元：国保連合会「後発医薬品利用率報告」より

2. 重複・多剤投与者数について

下記は重複・多剤投与者数について示したものです。重複処方・多剤処方どちらも毎月該当者がいて、該当人数も大きな変化がないため、対策事業を継続して実施する必要があります。

	被保険者数 ※1	重複処方該当者数 ※2 ※3	多剤処方該当者数 ※2 ※4
令和4年4月 (令和4年度)	12,209	42	8
令和4年5月 (令和4年度)	12,151	46	10
令和4年6月 (令和4年度)	12,078	48	6
令和4年7月 (令和4年度)	11,979	58	7
令和4年8月 (令和4年度)	11,906	69	3
令和4年9月 (令和4年度)	11,874	54	6
令和4年10月 (令和4年度)	11,756	59	13
令和4年11月 (令和4年度)	11,617	62	8
令和4年12月 (令和4年度)	11,522	58	6
令和5年1月 (令和4年度)	11,474	56	7
令和5年2月 (令和4年度)	11,375	51	9
令和5年3月 (令和4年度)	11,311	63	10
重複・多剤投与者数 (対被保険者1万人)		47	7

情報元：KDBシステム「重複・多剤処方の状況」より

※1 国民健康保険毎月事業状況報告書（事業月報）A表の被保険者数（該当月月末の被保険者数）を記載してください。

※2 計数がなしの場合及び不詳の場合も必ず0を入力して下さい。

※3 各月の「重複処方該当者数」は、国保データベース（KDB）システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる重複処方を受けた者（人）の人数を記載する。抽出に当たっては、

ア) 【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は、「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とした上で、次の条件（イ・ウ）に該当する人数を加算した数と「重複処方該当者数」とする。

イ) 「重複処方を受けた者（人）」の【3医療期間以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【1以上】

ウ) 「重複処方を受けた者（人）」の【2医療期間以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【2以上】

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

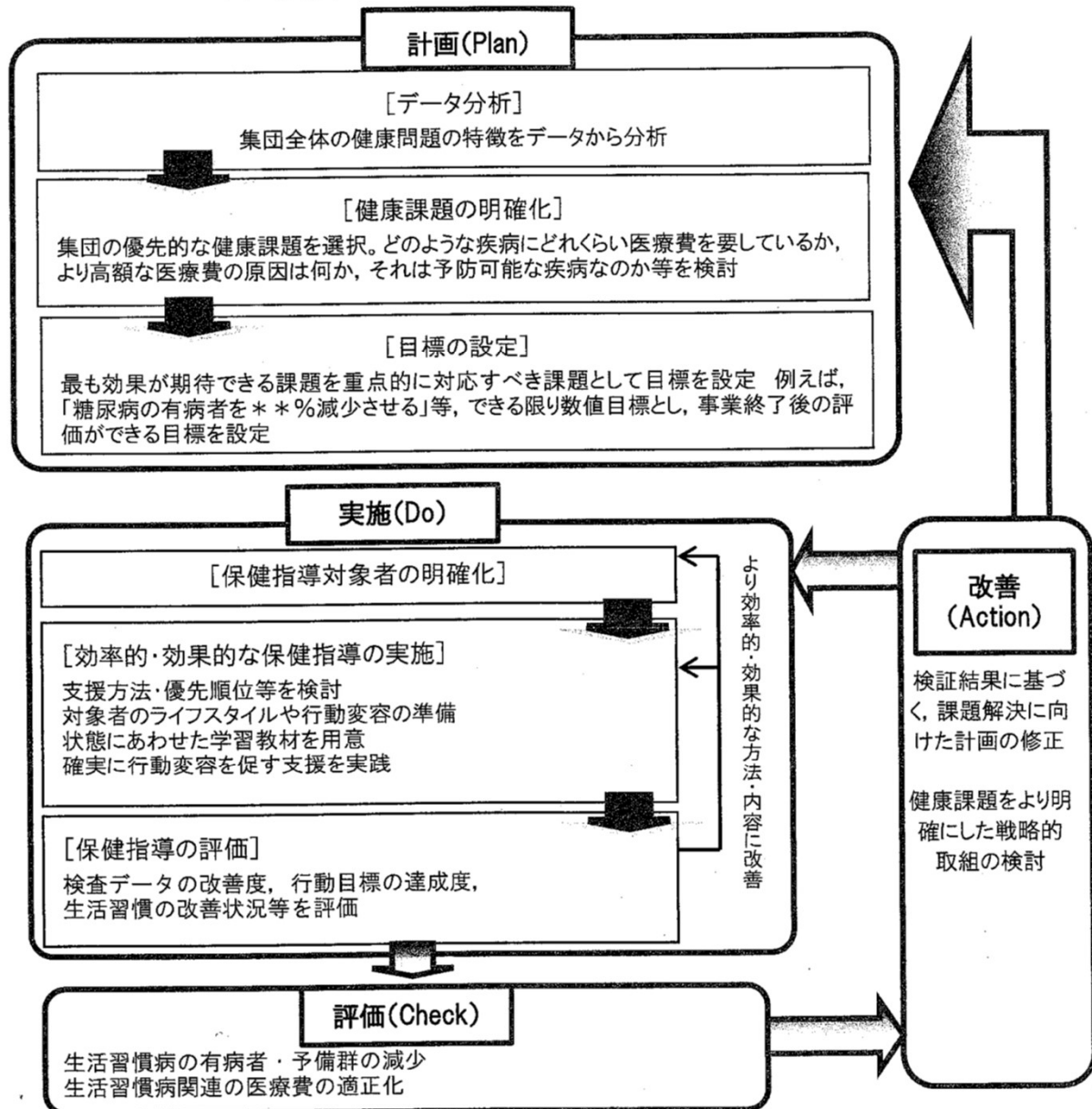
(1) 背景

平成25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あたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※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。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の充実・強化に努めるものとします。

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

■ 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）

(2) 計画の位置づけ

保健事業の実施計画(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、関連する他計画(健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれた内容とします。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとします。

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年度から令和11年度までの6年間とします。

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、保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保部局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、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護部局(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。

国保部局は、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、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、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 過去の取り組みの考察

1. 第2期データヘルス計画全体の評価

以下は、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・予備軍の減少。 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 2016年度 (H28)	目標値	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
			中間評価時 点 2020年度 (R1)	現状値 2022年度 (R4)	
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%	28.5 (途中)	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。
特定保健指導率 〔法定報告〕	38.2%	増加 60.0%	34.7%	34.7% (途中)	評価：C ・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。
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 ※1	評価：評価困難
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。

※1 茨城県国民健康保険団体連合会より報告を受けていた数値を指標値としていたが、令和2年度より該当数値の報告がなくなったため、測定不能となった。

2. 各事業の達成状況

以下は、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実施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。	（結果返送会、結果相談会） ・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。 （個別支援） ・予約制による個別相談会を実施。 （集団保健指導：ヘルスメイク教室） ・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。 （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。	評価：C ・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 (H28)	H30	R1	R2	R3	R4
【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. 3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(健診結果相談会に変更) 2. 積極的 1/72 動機付け 10/257 3. 11名 4. 163通 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 動機付け 0/270 3. 1名 4. 135通 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 動機付け 5/262 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. 34.7%(途中) 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。	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。 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。	評価：B ・各医療専門職が参加者の個別性もふ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 (H28)	H30	R1	R2	R3	R4
【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	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%	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%	中止のため評価できず	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。	特定健康診査受診時に医療機関に受診していない方で ・ 収 縮 期 血 圧 160mmHg又は拡張期血圧 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 の方に対し、保健師等による個別保健指導を実施	評価：B ・ 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への受診を望まない方もおり、医療機関への受診に結び付いていない方もいる状況。引き続き個別的な支援が必要である。

指標	ベース ライン (H28)	H30	R1	R2	R3	R4
【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. 電話で訪 問または面接 の調整、また は電話。通知	1. 実施計画 作成 2. 値が高い 者 3. 電話で訪 問または面接 の調整、また は電話。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名 /98名(43.9%) 糖尿病:31名 /52名(59.6%) 脂質異常: 10名 /53名(18.8%) 腎機能低下: 11名 /13名(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。	「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。 【医療機関への受診勧奨】 HbA1c 6.5%以上かつ尿たんぱく（±）以上またはeGFR 30以上60未満の方・血糖値が要医療域で且つ医療機関未受診の方及び治療を中断している方上記条件に合致する方に、2回、医療機関への受診勧奨を行う。 【保健指導】 糖尿病の治療のため定期的に医療機関に受診している方のうち、生活習慣を見直す保健指導を希望する者に医師の指示のもと保健指導を実施する。	評価：B ・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 (H30 開始事業)	H30	R1	R2	R3	R4
【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	1. 16.6%	1. 16.6%	1. 40.0%	1. 0%	1. 50.0%	1. 42.9%

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

以下は、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実施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	・ 受診勧奨通知 ・ 訪問による勧奨	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年度より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個別訪問を廃止し、令和2年度より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。

※ナッジ理論とは、「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。

指標	ベース ライン (H28)	H30	R1	R2	R3	R4
【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. 未受診通知料予算確保	1. 5人 2. 2人 3. 2人 4. 5回 5. 未受診通知料予算確保	1. 3人 2. 2人 3. 2人 4. 5回 5. 未受診通知料予算確保	1. 6人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 未受診通知料予算確保	1. 4人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 未受診通知料予算確保	1. 6人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 保健指導・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に通知を実施 2. 実施した	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 2. 実施した（男性40代、女性50代に実施）	1. 未受診者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. 未受診者通知対象年齢をしぼり、かつ過去データの悪い方に対し、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% R5.6/28現在

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	・差額通知を送付 ・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 ・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	評価：A ・国保連と連携し、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	・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	評価：B ・当市に多い生活習慣病である高血圧、高血糖、肥満に内容をしぼり、当市の統計情報を盛りこみ指導を実施した。 ・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。

指標	ベース ライン (H28)	H30	R1	R2	R3	R4
【ストラクチャー評価】 1. 担当職員数 2. 予算確保 3. 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

以下は、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。

健康課題

項目	分析結果
特定健康診査	1人当たりの医療費は年齢とともに増加し、男性は50歳代後半から、女性は60歳代から特に増加傾向である。
	40歳から64歳代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	特定保健指導終了率が4割弱と低い。
	特定保健指導対象者減少率は県より低くなっている。
重症化予防	40から74歳の新規介護認定の原因疾患として多いのは、脳血管疾患である。 男女別でみると、認知症・悪性新生物に加え、男性は脳血管疾患が多く、女性は骨折が多い。
	高血圧が人数としては多い。かつ半分以上が医療機関の受診に結び付いていない。
	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	ジェネリック医薬品利用率は県より高く、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。

【健康課題A】

5割の人が特定健康診査未受診である。

- ・男女共に40～64歳代の特定健康診査 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】

メタボリックシンドローム該当者が多い。特定保健指導利用者が約4割と低い。

- ・生活習慣病に移行しないためにも、保健指導終了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。

【健康課題C】

重症化予防事業対象者の中で医療機関への未受診の者がいる。

- ・血糖、血圧、脂質は半分以上の方が未受療となっている。治療が必要な方が治療につながっていない状況。引き続き受療につながるよう保健指導の継続が必要。

【健康課題D】

要介護認定者になる原因疾患は脳血管疾患が多い。

- ・生活習慣病が脳血管疾患や透析の原疾患となるため、引き続きハイリスクの方が受療につながるよう保健指導が必要（特に高血糖と高血圧）

【健康課題E】

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。

- ・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

以下は、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。

項目	健康課題	優先する健康課題	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 ⑥	特定健康診査の受診率向上
B	メタボリックシンドローム該当者が多く、特定保健指導利用者が約4割と低い。	2	② ⑥	特定保健指導の実施率向上
C	重症化予防事業対象者の中で医療機関への未受診の者がいる。	3	③ ④	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	要介護認定者になる原因疾患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	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	⑤	後発医薬品利用率の向上 服薬・受診の適正化

2. 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	重点・ 優先度
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・尿たんぱくの守谷市独自の基準に該当する方）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	糖尿病性腎臓症 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方で医療機関へ未受診の方や一度医療機関へ受診したが、その後中断している方に対し、医療機関への受診勧奨を実施する。	継続	4
⑤	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療している者に対し、電話や訪問等で保健指導を行う。	継続	6
⑥	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

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
特定健康診査受診率	46.55%	50%	51%	52%	52%	53%	54%
特定健康診査の2年連続受診者率	34.69%	35%	36%	37%	38%	39%	40%
特定保健指導実施率	34.7%	36%	37%	38%	39%	40%	41%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	16.30%	17%	18%	18.5%	19%	19.5%	20%
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	14.89%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%	11.5%
HbA1c8.0%以上の者の割合	1.21%	1.20%	1.17%	1.14%	1.11%	1.08%	1.05%
後発医薬品使用割合 (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

(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年度より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2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定健康診査受診率	46.55%	50%	51%	52%	52%	53%	54%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健康診査の2年連続受診者率	34.69%	35%	36%	37%	38%	39%	40%

目標を達成するための 主な戦略	・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方で、医療機関より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保健センターと共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
--------------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

・新規40歳、及び過年度における不定期受診者を主な対象者として、年2回程度、勧奨通知文書を送付している。 ・診療情報提供事業を実施している。 ・過年度における受診頻度を確認するため、健診データを活用している。
--

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）を対象者とする。 ・通知回数は年2回程度とする。 ・診療情報提供事業の対象者に対し、個別通知を実施する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・市の専門職による訪問と通知による特定健康診査の受診勧奨を実施。 ・市の関連部署と連携、情報共有を行う。 ・令和4年度よりナッジ理論を活用した通知勧奨を、委託にて実施。
--

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。 ・市の関連部署と連携、情報共有を行う。 ・取手市医師会及び市内協力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、国民健康保険連合会より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、特定保健指導判定値に該当する者
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2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導実施率	34.7%	36%	37%	38%	39%	40%	41%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	16.30%	17%	18%	18.5%	19%	19.5%	20%

目標を達成するための主な戦略	・特定保健指導判定値の該当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方に対し、初回面談の際に手渡しをする。 ・集団健診会場にて対象予定者に対し、分割実施（※）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か月頃に電話にて連絡をし、保健指導の案内をする。 ・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。
----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

・特定健康診査結果を事前に郵送し、特定保健指導判定値の該当者には結果説明会の案内文書を送付している。 ・結果説明会を実施し、結果説明と併せて特定保健指導の面接を実施している。 ・結果説明会は年X回実施している。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・特定保健指導判定値の該当者に対しては、特定健康診査結果の郵送はせず、結果説明会でお渡しする。 ・個別健診の健診結果は医療機関より入手する。 ・結果説明会不参加者に対しては、次の結果説明会に向けて電話による参加勧奨を実施する。 ・結果説明会の回数は年X回実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

・市と委託による保健指導を実施。 ・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った。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・市と委託による保健指導を実施。 ・委託と共同で分割実施を検討する。 ・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った。

評価計画

「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、国民健康保険連合会より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。

※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ことで特定保健指導の初回指導とすることができる指導手法である。

事業番号：③ 生活習慣病重症化予防事業【継続】

事業の目的	健診異常値放置者の減少
対象者	特定健康診査受診者のうち、守谷市の規定する受診勧奨判定値に達しているが、医療機関を受診していない者
現在までの事業結果	該当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方もおり、医療機関への受診に結び付いていない方もいる状況。引き続き個別的な支援が必要である。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	・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	14.89%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%	11.5%
	・高血圧(Ⅱ度)の受療率	43.8%	45%	46%	47%	48%	49%	50%
アウトプット(実施量・率)指標	・HbA1c8.0%以上の者の割合	1.21%	1.20%	1.17%	1.14%	1.11%	1.08%	1.05%
	・高血圧(Ⅱ度)の指導率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	・医療機関検診と人間ドック対象者に通知 ・市内医療機関との連携強化 ・集団健診は結果手渡しを面談で ・血圧対象者は健診当日に保健指導実施
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

- ・健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者リストを作成している。
- ・当該対象者には原則個別面接にて結果を手渡ししながら、保健指導を実施する。
- ・初回指導後、受療状況に応じ、継続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

- ・健診データより対象者を抽出し、保健事業対象者リストを作成している。
- ・当該対象者には原則個別面接にて結果を手渡ししながら、保健指導を実施する。
- ・初回指導後、受療状況に応じ、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
- ・健診会場で、健康教育事業と関連したポピュレーション教育実施

現在までの実施体制(ストラクチャー)

市の医療専門職が電話で約束した後、訪問・面談を実施。
市内の内科のある医療機関に対し、事業説明を実施。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・医療機関検診と人間ドック対象者には委託による受診勧奨通知を検討する。
- ・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

- ・実施年度の3月レポート情報にて医療機関への受診状況を確認する。
- ・実施年度の特定健康診査受診結果の「HbA1c8.0%以上の者の割合」で評価する。
- ・実施年度の3月末時点の「高血圧(Ⅱ度)の指導率」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 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病の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、医療機関に受療していない又は受療中断し1年以上たつ者 保健指導：糖尿病及び糖尿病性腎症で医療機関受診がある者のうち、糖尿病性腎症病期分類2期～4期に該当する者
現在までの事業結果	受療勧奨は通知を2回送付しているが、受療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、中長期的に評価していく必要がある。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
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	・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、参加勧奨、保健指導、事業報告とする。 ・保健指導は6カ月間とし、4期患者へは当該患者への指導実績を有する保健師・看護師等専門職が指導する。 ・取手市医師会や市の関係部局と共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

・特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出している。 ・本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健師・管理栄養士が6カ月間の保健指導を実施している。 ・指導完了者に対して、市の保健師・栄養士が、年1～2回電話にて保健指導を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

・特定健康診査未受診者も含めて広く対象者を抽出するため、健診データと併せてレセプトデータを活用して対象者を抽出する。 ・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カ月間の保健指導を実施する。 ・指導完了者に対して、市または委託の保健師・栄養士が、年1～2回電話にて保健指導を実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・委託を活用し、保健指導と医療機関への受診勧奨を実施。 ・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。 ・協力医療機関を訪問し、事業説明を実施。

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。 ・協力医療機関を訪問し、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、2市1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ち合わせ会議で報告し、プログラムの内容に反映する。
--

事業番号：⑤ 服薬受診等保健指導事業【継続】

事業の目的	後発医薬品利用率の向上 薬物有害事象の発生防止 服薬・受診の適正化
対象者	後発医薬品：現在使用している先発医薬品から後発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、薬効分類単位で、同一月に2か所以上の医療機関より同一の薬効（①催眠鎮痛・抗不安剤②血圧降下剤③糖尿病）の投与を受けている者。ただし、統合失調症、認知症、がん患者は除く。
現在までの事業結果	後発医薬品：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システムより対象者を抽出し、保健師が電話・面談・通知による保健指導を実施している。実際の重複服薬より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。 ※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

今後の目標

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	後発医薬品利用率（7月診療分） 重複服薬者保健指導の対象者の服薬状況 の改善割合	85.17% 該当者なし	85%以上 50%	85%以上 55%	85%以上 60%	85%以上 65%	85%以上 70%	85%以上 75%
アウトプット (実施量・率) 指標	後発医薬品差額通知数 重複服薬者保健指導の対象者に対する保 健指導割合	170通 該当者なし	200通 100%	200通 100%	200通 100%	200通 100%	200通 100%	200通 100%

目標を達成するための 主な戦略	・取手市医師会、龍ヶ崎薬剤師会と共創体制を構築する等、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、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も検討する。
--------------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

・国保連合会のシステムから作成する対象者リストを抽出後、市が対象者を選定して、差額通知を年2回発送している。 ・対象者は、後発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している。 ・KDBデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。 ・当該対象者に、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回実施し、連絡の取れない者に対しては通知をしている。保健指導及び通知書送付後のレセプトデータを確認し、効果を検証している。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・国保連合会のシステムから作成する対象者リストを抽出後、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 ・KDBデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・当該対象者に、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回実施し、連絡の取れない者に対しては通知をしている。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。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

市が国保連合会のシステムを活用し、差額通知を発送。 市保健師が、KDBデータを活用し、重複服薬者に対し訪問、電話、通知による保健指導を実施。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・市が国保連合会のシステムを活用し、差額通知を発送。 ・市保健師が、KDBデータを活用し、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、龍ヶ崎薬剤師会と共創体制を構築する等、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

「後発医薬品利用率」は国民健康保険団体連合会より定期報告のある利用利データの次年度7月データで評価する。 「重複服薬者保健指導の対象者の服薬状況の改善割合」「重複服薬者保健指導の対象者に対する保健指導割合」「後発医薬品差額通知数」は年度末に評価し、次年度の事業に反映する。

事業番号：⑥ 健康教育事業【継続】

事業の目的	健康意識の向上 生活習慣の改善を自ら実施できる人が増える。
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	当市に多い生活習慣病である高血圧、高血糖、肥満に内容をしぼり、当市の統計情報を盛りこみ指導を実施した。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2026年度は中間評価年度、2029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					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	25項目質問票（21） 生活習慣変える意思無しの割合	26.0%	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	・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。
--------------------	---

現在までの実施方法（プロセス）

- ・集団健康診査の場で生活習慣病の予防に係るポピュレーションアプローチを実施していたが、感染症予防の観点より令和2年度より集団健康診査の場でのポピュレーションアプローチを控えていた。令和5年度より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かけ、保健指導を実施した。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・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。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・市の関係部局でKDBデータ等を活用し、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、実施。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- ・市の関係部局でKDBデータ等を活用し、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、健康教育の方法を検討し実施する。

評価計画

「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システムより次年度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守谷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。

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年度上半期に仮評価を行います。

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、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

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。

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。

本誌においても、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、当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、保健衛生部門、高齢化以後・地域包括ケア推進担当部門、後期高齢者医療担当部門及び、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・住まい等部局横断的な議論の場への国保部局の参画
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局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局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年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6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。

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、「健康増進計画」及び「データヘルス計画」等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年度から令和11年度までの6年間とします。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

第2章 過去の取り組みの考察

1. 第3期特定健康診査等実施計画の実施状況

以下は、第3期特定健康診査等実施計画の実施状況について示したものです。

		計画策定時 実績 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31-R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
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	8,194人
	受診者数 (法定報告)	4,857人	4,731人	4,497人	3,340人	3,476人	3,812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年度より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個別訪問を廃止し、令和2年度より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 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31-R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
特定保健指導	対象者数 (法定報告)	動機533人 積極148人	動機500人 積極 99人	動機439人 積極106人	動機308人 積極 79人	動機315人 積極 96人	動機346人 積極 86人
	実施者数 (法定報告)	動機256人 積極 4人	動機199人 積極 21人	動機164人 積極 25人	動機198人 積極 25人	動機112人 積極 25人	動機119人 積極 31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%	34.7%
評価	評価：C ・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 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31-R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)
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	13.32%	22.68%	23.46%	21.71%	19.89%	未値
評価	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。						

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

以下は、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実施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になります。

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	・受診勧奨通知 ・訪問による勧奨	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年度より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個別訪問を廃止し、令和2年度より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。

※ナッジ理論とは、「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。

指標	ベース ライン (H28)	H30	R1	R2	R3	R4
【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. 未受診通知料予算確保	1. 5人 2. 2人 3. 2人 4. 5回 5. 未受診通知料予算確保	1. 3人 2. 2人 3. 2人 4. 5回 5. 未受診通知料予算確保	1. 6人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 未受診通知料予算確保	1. 4人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 未受診通知料予算確保	1. 6人 2. 1人 3. 1人 4. 5回 5. 保健指導・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に通知を実施 2. 実施した	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 2. 実施した（男性40代、女性50代に実施）	1. 未受診者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. 未受診者通知対象年齢をしぼり、かつ過去データの悪い方に対し、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% R5.6/28現在

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	・差額通知を送付 ・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 ・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	評価：A ・国保連と連携し、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傾向である。
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	・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	評価：B ・当市に多い生活習慣病である高血圧、高血糖、肥満に内容をしぼり、当市の統計情報を盛りこみ指導を実施した。 ・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。

指標	ベース ライン (H28)	H30	R1	R2	R3	R4
【ストラクチャー評価】 1. 担当職員数 2. 予算確保 3. 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各事業の達成状況（再掲）

以下は、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実施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。	（結果返送会、結果相談会） ・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。 （個別支援） ・予約制による個別相談会を実施。 （集団保健指導：ヘルスメイク教室） ・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。 （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	評価：C ・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 (H28)	H30	R1	R2	R3	R4
【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1名 3. 医師会 訪問、電話	1. 2回 2. 栄養士1名 医師会 3. 訪問、電話	1. 3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(健診結果相談会に変更) 2. 積極的 1/72 動機付け 10/257 3. 11名 4. 163通 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 動機付け 0/270 3. 1名 4. 135通 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 動機付け 5/262 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. 34.7%(途中) 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。	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。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。	評価：B ・各医療専門職が参加者の個別性もふ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 (H28)	H30	R1	R2	R3	R4
【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	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%	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%	中止のため評価できず	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。	特定健康診査受診時に医療機関に受診していない方で ・ 収 縮 期 血 圧 160mmHg又は拡張期血圧 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 の方に対し、保健師等による個別保健指導を実施	評価：B ・ 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への受診を望まない方もおり、医療機関への受診に結び付いていない方もいる状況。引き続き個別的な支援が必要である。

指標	ベース ライン (H28)	H30	R1	R2	R3	R4
【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. 電話で訪 問または面接 の調整、また は電話。通知	1. 実施計画 作成 2. 値が高い 者 3. 電話で訪 問または面接 の調整、また は電話。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名 /98名(43.9%) 糖尿病:31名 /52名(59.6%) 脂質異常: 10名 /53名(18.8%) 腎機能低下: 11名 /13名(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。	「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。 【医療機関への受診勧奨】 HbA1c 6.5%以上かつ尿たんぱく（±）以上またはeGFR 30以上60未満の方・血糖値が要医療域で且つ医療機関未受診の方及び治療を中断している方上記条件に合致する方に、2回、医療機関への受診勧奨を行う。 【保健指導】 糖尿病の治療のため定期的に医療機関に受診している方のうち、生活習慣を見直す保健指導を希望する者に医師の指示のもと保健指導を実施する。	評価：B ・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。

※「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ある。

指標	ベース ライン (H30 開始事業)	H30	R1	R2	R3	R4
【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	1. 16.6%	1. 16.6%	1. 40.0%	1. 0%	1. 50.0%	1. 42.9%

5. 特定健康診査の受診状況

以下は、平成20年度から令和5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。

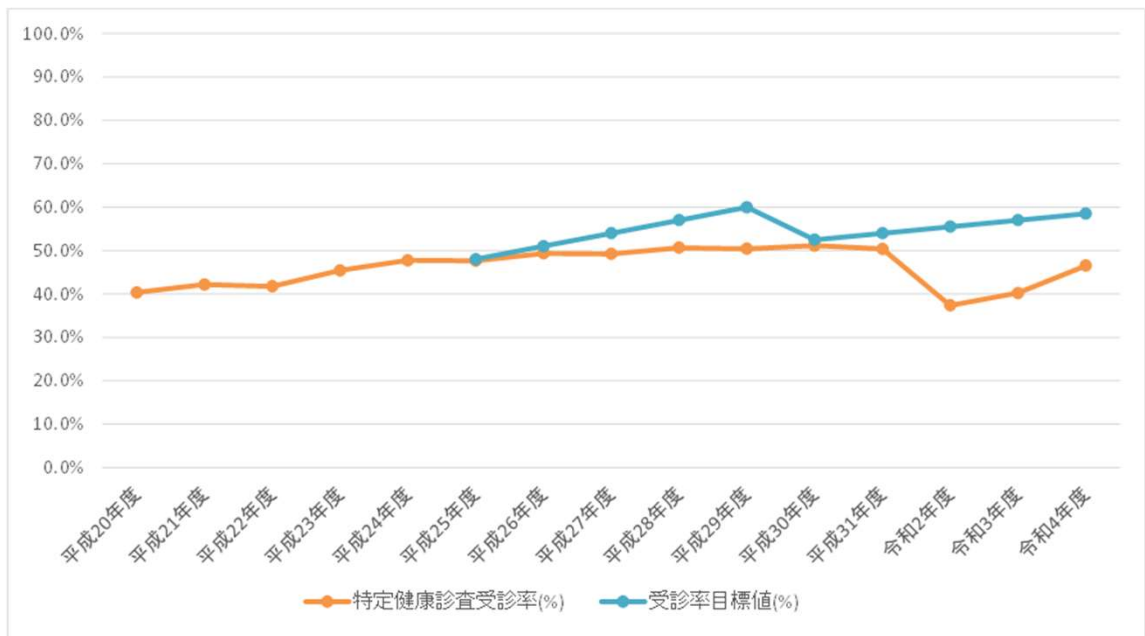
特定健康診査受診率及び目標値

	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	平成31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	8,194	—
特定健康診査受診者数(人)	4,857	4,805	4,731	4,497	3,340	3,476	3,812	—
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%

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。

特定健康診査受診率及び目標値



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。

6. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成20年度から令和5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%

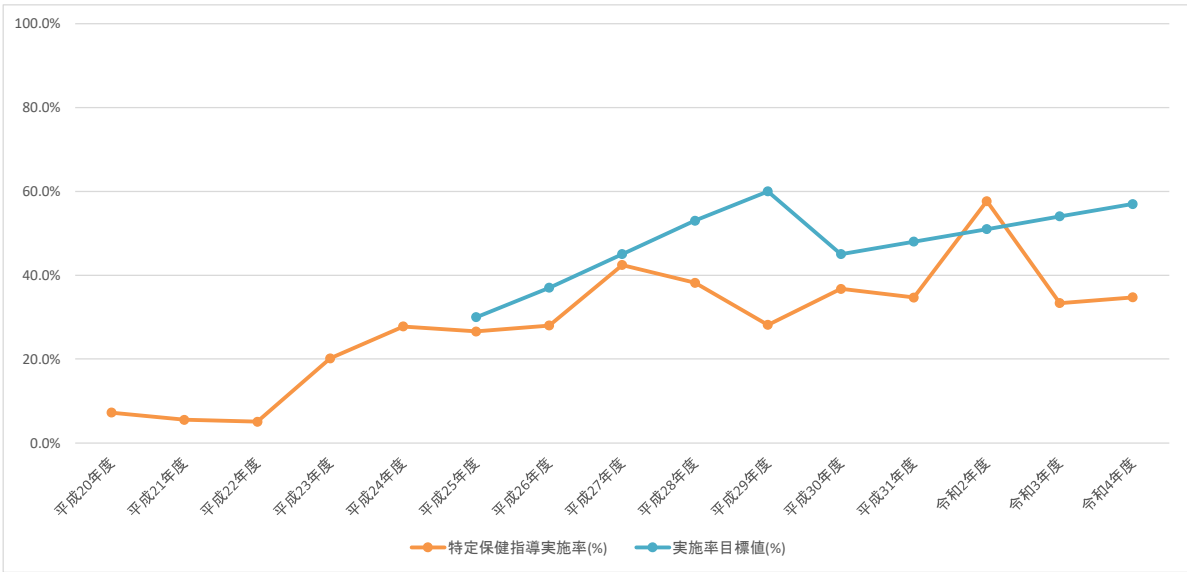
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導対象者数(人)	681	668	599	545	387	411	432	—
特定保健指導利用者数(人)	279	247	293	255	267	166	205	—
特定保健指導実施者数(人)	260	188	220	189	223	137	150	—
特定保健指導実施率(%)	38.2%	5.5%	36.7%	34.7%	57.6%	33.3%	34.7%	—
実施率目標値(%)	53.0%	60.0%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%

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。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※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終了者の割合。

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。

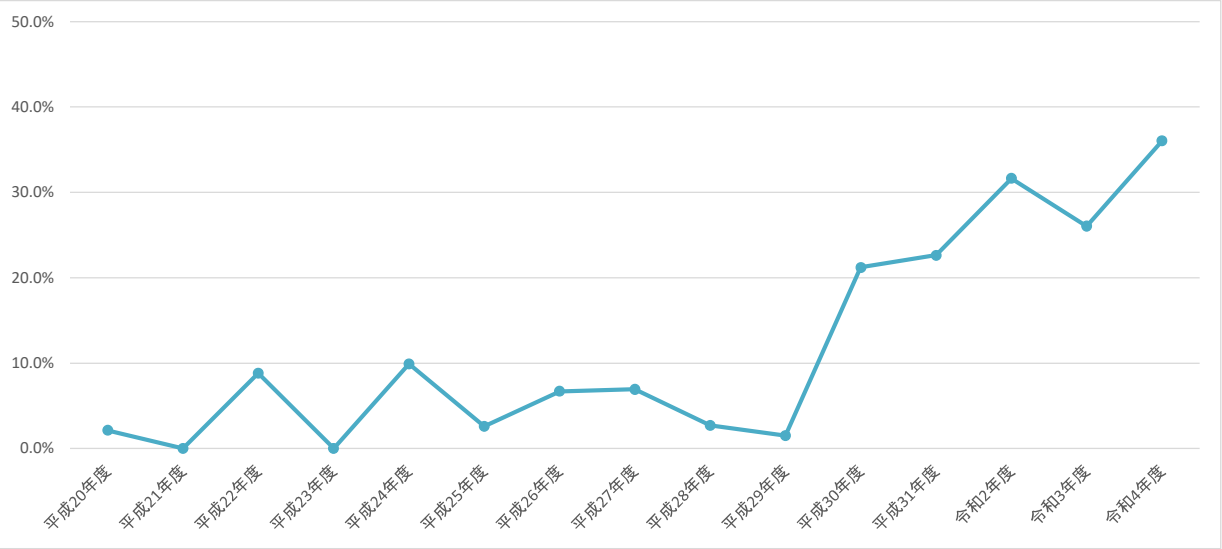
積極的支援実施状況

	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%	0.0%	8.8%	0.0%	9.9%	2.6%	6.7%	6.9%

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	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	51	—
積極的支援実施者数(人)	4	2	21	24	25	25	31	—
積極的支援実施率(%)	2.7%	1.5%	21.2%	22.6%	31.6%	26.0%	36.0%	—

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。

積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。
※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%

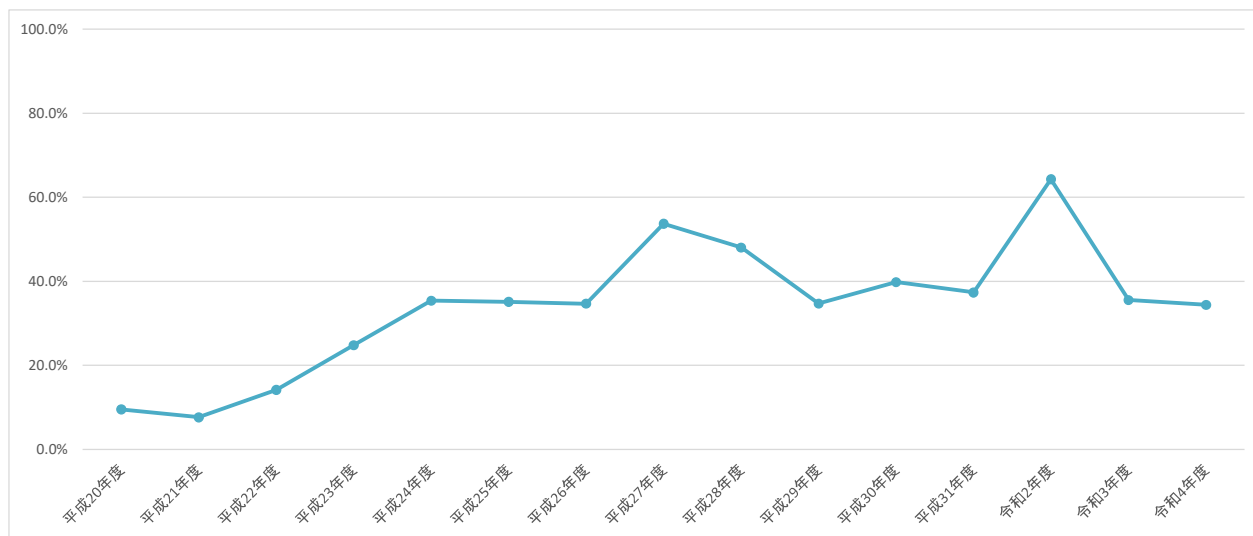
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
動機付け支援対象者数(人)	533	536	500	439	308	315	346	—
動機付け支援利用者数(人)	256	227	251	196	218	131	154	—
動機付け支援実施者数(人)	256	186	199	164	198	112	119	—
動機付け支援実施率(%)	48.0%	34.7%	39.8%	37.4%	64.3%	35.6%	34.4%	—

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。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※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、特定保健指導対象者の減少率20%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

項目		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2028年度 (R10)
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)	36%	37%	38%	39%	40%	41%
特定保健指導減少率		17%	18%	18.5%	19%	19.5%	20%

※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年度から令和11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	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2028年度 (R10)
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年度から令和11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。

項目	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2028年度 (R10)
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）	36%	37%	38%	39%	40%	41%
特定保健指導実施者数（人）	167	170	173	175	176	178

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

委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

イ. 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施します。

■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

※対象者の条件は次のページに示す

ウ. 実施時期

原則、6月から1月に実施します。

ただし、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。

エ. 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。

※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	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 ・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 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。
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	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 ・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

※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たこととする。

※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ヶ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たこととする。

(2) 特定保健指導

① 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」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。

特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (女性)	2つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当			
上記以外でBMI ≥ 25	3つ該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当			
	1つ該当	なし		

(注) 喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※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。

② 実施方法

ア. 実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

イ. 実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとします。

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カ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カ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カ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カ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	
	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)
	プロセス評価	
	・ 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	

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格な管理や、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

法第19条3において、「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。」とあります。主に加入者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取り組み方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図ります。

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进行评估し、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。