事業名	目的・目標	対象者	方法	令和5年度		令和6年度計画（案）
				計画	実績	
特定保健指導推進	特定保健指導対象者に対し、健康診査結果を渡す機会や教室等を利用して保健指導を行い、健康的な生活に自ら取組むよう支援し、メタボリックシンドロームの減少を図る。 目標 特定保健指導受診率向上及び特定保健指導対象者の減少。	特定保健指導対象者	【健診結果相談会】 健診結果に案内を同封し周知。各公民館等で予約制による個別相談を実施。 【個別支援】 集団健診受診者に対しては、市と民間委託業者とで対象者に電話や個別通知にてアプローチし、保健指導を実施。医療機関健診及びドック検診受診者に対しては、民間委託業者より個別通知及び電話にてアプローチし、保健指導を実施。	健診当日に保健指導該当者への面談を実施することで、保健指導利用に繋げた。 健診受診者全員に結果相談会の案内を同封し、事前予約制にて相談を実施。 特定保健指導対象者には、個別訪問・面接・電話等で指導を実施。 集団健診の特定保健指導対象者に対し、市役所保健師及び管理栄養士により、積極的支援、動機付け支援を実施。申込みのなかった者については、民間の委託会社に再委託し、再勧奨を実施。また、医療機関健診・ドック検診の特定保健指導対象者を民間委託業者に委託し、保健指導を実施。	【健診結果相談会】 ・特定健診受診者を対象に各地区で保健センター保健師及び管理栄養士が実施 【特定保健指導】 ・積極的支援及び動機付け支援を国保・保健センター・民間委託業者の保健師・管理栄養士が担当。 【保健指導】 ・動機付け支援　利用率　36.2% 終了率　23.7% ・積極的支援　利用率　40.6% 終了率　17.8% R6.6.27現在速報値	引き続き、集団健診会場にて特定保健指導該当の可能性のある者に対し、声掛けすることで意識付けを続ける。 一部会場では委託管理栄養士と市保健師及び管理栄養士が初回面接の分割実施を行う。 集団健診の特定保健指導対象者に対し、結果送付前に市保健師及び管理栄養士が、積極的支援と新規動機付け支援に対し声掛けをして保健指導を実施。申込みのなかった者については、委託により再勧奨を行う。 民間の業者委託により、集団健診の市が対象としなかった対象者及び医療機関健診、ドック検診の特定保健指導対象者に対し、特定保健指導を夜間休日含め実施。保健指導がR7.4月以降となった者も引き続き民間業者が継続して保健指導を実施していく。 また、希望者にはICTを活用した保健指導を実施する。
			【ヘルスメイク教室】 動機づけ、積極的支援対象者に個別通知や声掛けにより募集。	保健センターが事業を主体的に実施。 保健師、管理栄養士、健康運動指導士による指導を実施。また評価として採血を実施することでフォロー体制の強化を図る。 教室参加前、評価時に体組成計を用いることで、客観的な評価を明確にする。	【実施内容】 1回目　栄養指導 2回目　運動指導 3回目　採血 【参加者数】 実8名　延17名	保健師、管理栄養士、健康運動指導士による指導と、評価として採血、体組成測定を実施する。
			【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、市役所保健師等が実施。	特定保健指導対象者全ての方に個別通知を行い広く参加を促す。 訪問、電話等で個別勧奨。	【委託先】健康増進施設K-FIT 【参加者】5名 内1名は都合により途中終了	特定保健指導対象者全ての方に個別通知を行い広く参加を促す。 訪問、電話等で個別勧奨実施。
糖尿病予防教室	糖尿病を理解し、生活習慣の見直しを図る	74歳以下かつHbA1c6.0%以上の未治療者。	【教室参加への勧奨】 特定健診結果通知に同封 個別勧奨通知 広報掲載予定	高血糖で未治療者を対象として、教室を実施。	【実施内容】 1回目　医師による糖尿病基礎知識講演 2回目　栄養指導 3回目　運動指導 4回目　歯科衛生士による健康教育 【参加者数】　実37人　延76人	計画に沿い、高血糖で未治療者を対象とした教室を実施。
受診勧奨域の保健指導	生活習慣病重症化を予防する	以下の基準のいずれかを満たし、特定健診時に医療機関に受療していない者。 ・収縮期血圧160mmHgまたは張期血圧100mmHg以上 ・HbA1c7.0以上 ・男性のLDLコレステロール180mg/dl以上 ・尿たんぱく（2+）以上	保健師等による個別保健指導を実施。	研修等により従事者の質を確保しながら個別の保健指導を実施。 事前に電話で訪問/面接日を調整し、健診結果を手渡すと同時に保健指導を行う。受療率の向上を図るために、健診結果への意識が高い時期に指導を実施。	重症度に応じて訪問や保健センターでの面接及び電話、通知による受療勧奨を実施した。 ●高血圧 該当者　61名　介入者　61名 受療者　26名　受療率　42.6% ●高血糖 該当者　45名　介入者　45名 受療者　35名　受療率　77.7% ●LDL 該当者　37名　介入者　37名 受療者　17名　受療率　45.9% ●尿たんぱく 該当者　7名　介入者　7名 受療者　7名　受療率　100%	事前に電話で訪問/面接日を調整し、健診結果を手渡すと同時に保健指導を行う。健診結果への意識が高い時期に指導することで受療率の向上を目指す。
糖尿病性腎臓病重症化予防事業	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受療中断者を医療に結び付けるとともに、糖尿病性腎臓病で通院患者のうちリスクの高い者に対して、2市1町が医療機関と連携して保健指導を行うことにより、糖尿病性腎臓病の増悪を防ぎ、人工透析への移行を防止する。	糖尿病で受診している者、または受療を中断している者。	●取手市、守谷市、利根町と取手市医師会により、糖尿病性腎臓病重症化予防協議会を設置し、外部委託機関に依頼して実施。	対象者抽出：特定健診結果、レセプトデータから抽出。 対象者：取手市医師会会員の参加医療機関通院患者で対象の病気ステージの者182名。 保健指導は9月～2月まで実施。 受療勧奨及び再勧奨：勧奨後受療歴が無い場合再通知を実施。 過年度において実施した者に対し、保健師及び管理栄養士がフォローアップを実施。	【協力医療機関】　36医療機関 【保健指導勧奨通知数】 182名 【参加者数】　7名 ※タブレットにより面談実施。 【検査値（HbA1c）の変化】 ・改善：3名 ・維持：4名 【受療勧奨通知数】 ・通知対象者　128名 ・受療者　79名　（61.7%） 【フォローアップの実施】 令和3年度までの対象者　28人（電話1回） 令和4年度対象者　10人（電話2回）	対象者抽出：特定健診、レセプトデータから抽出。 対象者：取手市医師会会員の参加医療機関通院患者で対象の病気ステージの者10名を上限に実施する。 保健指導は9月から2月まで実施する。 受療勧奨：過去3年間の健診結果で基準値以上の血糖値の者、または過去に糖尿病で治療していたが、受療中断している者に受療勧奨通知を送付する。3ヶ月後に再度受療状況を確認し、受療が認められない者に対して電話にて受療勧奨を行う。 フォローアップは外部委託期間に依頼して実施する。