

事業名	目的・目標	対象者	方法	令和6年度		令和7年度計画(案)
				計画	実績	
特定健康診査受診率向上事業	特定健康診査対象者に対し、効果的な受診勧奨を行い、特定健康診査の受診率向上を目指す。	特定健康診査対象者	事業者に委託し、特定健康診査対象者の過年度における健診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行う。	勧奨対象者 【ミニドック健康診査】 ・昨年度ミニドック受診者 ・過去3年間で同一年度に特定健康診査とがん検診を受診した者 ・新規国保加入者 【集団健診】 ・対象者のうち、当該年度内の未受診者 【40歳未満】 ・39歳の全数、19~38歳で過去健診受診履歴のある者 過年度の健診受診情報等を分析し、ナッジ理論を活用した勧奨通知を送付。	特定健診勧奨通知送付数 実 7,416名 延 11,752名 40歳未満健康づくり健診勧奨通知送付数 実 148名 特定健康診査受診率 49.8% R7.6.27現在速報値	引き続き、事業者に委託し、特定健康診査対象者の過年度における健診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。
特定保健指導推進事業	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	【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勧奨を行い、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、民間委託業者より勧奨を行い、保健指導を実施。 各公民館等で行う健診結果相談会の場も活用する。	健診当日に保健指導該当者へ初回面談の分割実施を行う。 健診結果送付時に、対象者に連絡を取り、市保健師及び管理栄養士により保健指導を実施。未実施の者及び医療機関健診・ドック検診の対象者を民間委託業者に委託し、勧奨、保健指導を実施。	特定保健指導 初回指導率 61.5% 終了率 37.6% ※保健予防課進行管理表より暫定値	引き続き、集団健診会場にて初回面談分割実施及び個別の声掛けを実施する。 集団健診の特定保健指導対象者に対して、結果送付前に市保健師及び管理栄養士が連絡を取り保健指導を実施。未実施者については、委託により再勧奨を行う。委託による再勧奨者、医療機関健診、ドック検診の対象者に対しては、委託事業者により夜間休日含め保健指導を実施。保健指導がR8.4月以降となつた者も引き続き継続して保健指導を実施する。希望者にはICTを活用した保健指導を実施する。
			【ヘルスマスク教室】 個別通知や声掛けにより参加者を募集。	保健師、管理栄養士、健康運動指導士による指導を実施。また教室参加前後の体組成計測定、参加後の採血での評価を実施し、客観的な評価を明確化する。	参加者数 実5名 延8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、市保健師等が実施。	特定保健指導対象者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】2名	特定保健指導対象者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。
生活習慣病重症化予防事業	生活習慣病の重症化を予防する	以下の中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または拡張期血圧100mmHg以上 ・HbA1c7.0以上 ・男性のLDLコレステロール180mg/dl以上 ・尿たんぱく(2+)以上	保健師等による個別保健指導を実施。	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。 受療該当者は健診当日に保健指導を実施。	重症度に応じて訪問や保健予防課での面接及び電話、通知による受療勧奨を実施した。 ・高血圧 受療者 18名／45名 受療率 40% ・高血糖 受療者 28名／34名 受療率 82.3% ・LDLコレステロール 受療者 8名／36名 受療率 22.2% ・尿たんぱく 受療者 7名／8名 受療率 87.5%	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。 血圧該当者は健診当日に保健指導を実施。 課内での勉強会を実施し、保健師・管理栄養士の保健指導の質の向上を図る。
糖尿病性腎臓病重症化予防事業	糖尿病性腎臓病の増悪を防ぎ、名医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期ステージの者332名。 保健指導は6か月間実施。 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。 過年度の実施者に対し、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】 37医療機関 【保健指導勧奨通知数】 347名 【参加者数】 10名 【検査値(HbA1c)の変化】 ・維持・改善: 5名 ・悪化: 1名 【受療勧奨通知数】 ・通知対象者 80名 ・受療者 48名 (60%) 【フォローアップの実施】 令和4年度までの対象者 15名(電話15回) 令和5年度対象者 7名(電話14回)	特定健診、レセプトデータから対象者を抽出。取手市医師会会員の参加医療機関通院患者で対象の病期ステージの者10名を上限に実施する。保健指導は6か月間実施する。 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。 過年度実施者に対しフォローアップ保健指導を実施する。
健康教育事業	集団健診や地域の場において健康教育を実施することで健康意識の向上を図る。	被保険者	【集団健診健康教育】 集団健診の受付前の時間を利用し、集団健康教育を実施。健診終了後に個別に声をかけ、保健指導を実施する。 【出前講座】 希望があつた団体に対し、出前で保健師・管理栄養士が病態をテーマにした健康教育を実施する。	【集団健診健康教育】 脂質をテーマにした健康教育動画を作成し、集団健診の待合で放映。健診終了後に個別に声をかけ、保健指導を実施。 【出前講座】 シニアクラブに出前講座の周知を実施。 希望があつた団体に対し、出前で保健師・管理栄養士が病態をテーマにした健康教育を実施。	【集団健診健康教育】 2,974名 【出前講座】 回数 15回 延参加者 271名	市の健康課題によりテーマを検討し、健診の場などを活用して健康教育を実施する。
服薬受診等保健指導事業	後発医薬品利用率の維持・向上・服薬・受診の適正化	【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】 同一月に2か所以上の医療機関から同一の薬効の投与を受けている者	【後発医薬品】 KDBシステムから対象者リストを抽出し、対象者選定後差額通知を送付。 【重複服薬】 KDBシステムから対象者リストを抽出し、対象者選定後保健指導を実施。	【後発医薬品】 KDBシステムより血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤を服用しており月額300円以上の効果がある者を抽出し、差額通知を送付。 【重複服薬】 KDBシステムより同一月に2か所以上の医療機関から同一の薬効の投与を受けている者を抽出し、保健指導を実施。	【後発医薬品】 R6.8送付 47通 【重複服薬】 対象者1名 直接連絡が取れず、個別通知送付 1通	【後発医薬品】 KDBシステムから対象者リストを抽出し、対象者を選定後、差額通知を送付する。 【重複服薬】 KDBシステムから対象者リストを抽出し、同一月に2か所以上の医療機関から同一の薬効の投与を受けている者に対し、保健指導を実施する。