

取手市国民健康保険
第3期データヘルス計画・
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月
取手市

-目次-

はじめに	4
第1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	6
2. 計画期間	7
3. 実施体制・関係者連携	7
4. データ分析期間	8
第2章 地域の概況	
1. 地域の特性	9
2. 人口構成	10
3. 医療基礎情報	13
4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況	14
5. 平均余命と平均自立期間	18
6. 介護保険の状況	20
7. 死亡の状況	24
第3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	26
2. 各事業の達成状況	27
第4章 健康・医療情報等の分析	
1. 医療費の基礎集計	57
2. 生活習慣病に関する分析	66
3. 健康診査データによる分析	71
4. 被保険者の階層化	75
5. 歯科・口腔機能に関する分析	77
6. 性別による死因の状況	78
7. 取手市の健康習慣とソーシャル・キャピタルの関連	79
第5章 計画の骨子及び健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1. 分析結果に基づく計画全体の目的及び目指す理想像について	80
2. 第3期データヘルス計画の全体の目標	82
3. 健康課題と対応する保健事業、計画全体における目的との関連	83
4. 健康課題を解決するための個別の保健事業	85
第6章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	106
2. 計画の公表・周知	106
3. 個人情報の取扱い	106
4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	107
第2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	109
2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	109
3. 計画期間	109
4. データ分析期間	110
第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
1. 取り組みの実施内容	111
2. 特定健康診査の受診状況	112

-目次-

	3. 特定保健指導の実施状況	115
	4. メタボリックシンドローム該当状況	120
	5. 第3期計画の評価と考察	122
第3章	特定健康診査に係る詳細分析	
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	123
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	124
第4章	特定健康診査等実施計画	
	1. 目標	130
	2. 対象者数推計	130
	3. 実施方法	132
	4. 目標達成に向けての取り組み	141
	5. 実施スケジュール	142
	6. 外部委託の有無や契約形態	143
	7. 特定健診等のデータについて	144
第5章	その他	
	1. 個人情報の保護	145
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	145
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	145
	4. 特定健康診査とがん検診などの各種保健事業等との関係	146
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	148
	6. 市町村関係部署との連携及び事業運営上の留意事項	148
	7. その他計画策定に当たっての留意事項	148
巻末資料		
	1. 「指導対象者群分析」のグループ分けの見方	150
	2. 用語解説集	151
	3. 疾病分類	153

はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしています。またそのためには、「次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取り組みを推進することとあります。健康寿命の延伸は社会全体の課題ですが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、地方自治体が担う役割は大きくなっています。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化しました。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にあります。

取手市国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期データヘルス計画	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、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計画を定め、実施及び評価を行う。	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(厚生労働省告示)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1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

(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…KeyPerformanceIndicatorの略称であり、重要業績評価指標

(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、以下「本計画」という。)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。

本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(取手市の総合計画である「とりで未来創造プラン2024」、第二期健康とりで21、医療費適正化計画、第10期取手市高齢者福祉計画・第9期取手市介護保険事業計画、国民健康保険運営方針、第4期特定健康診査等実施計画など)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

取手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、看護協会、栄養士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、自治会や健康を推進する地域組織など、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、国民健康保険運営協議会への諮問や市民意見公募(パブリックコメント)の実施等を通して、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。

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か月分)

年度分析

令和2年度...令和2年4月～令和3年3月診療分(12か月分)

令和3年度...令和3年4月～令和4年3月診療分(12か月分)

令和4年度...令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)

■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か月分)

年度分析

令和2年度...令和2年4月～令和3年3月健診分(12か月分)

令和3年度...令和3年4月～令和4年3月健診分(12か月分)

令和4年度...令和4年4月～令和5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

令和2年度～令和4年度(3年分)

■介護データ(KDB「要介護(支援)者突合状況」を使用)

単年分析

令和4年4月～令和5年3月分(12か月分)

年度分析

令和2年度...令和2年4月～令和3年3月分(12か月分)

令和3年度...令和3年4月～令和4年3月分(12か月分)

令和4年度...令和4年4月～令和5年3月分(12か月分)

第2章 地域の概況

1. 地域の特性

(1) 地理的・社会的背景

取手市（以下「本市」という。）は、都心まで約40キロメートルに位置し、鉄道や道路が結節する茨城県南部における交通の要衝であるとともに、茨城県の玄関口として高い生活利便性を有しています。都市環境と豊かな自然がほどよく重なる本市は、高度経済成長期に首都圏のベッドタウンとして発展してきましたが、近年では、団塊の世代の後期高齢者への移行も相まって、少子高齢化が加速度的に進んでいます。

また、本市が目指すのは、身体の健康はもちろんのこと、一人ひとりが生きがいを持ち、家族や地域の人々が絆で結ばれた、心身ともに健康で豊かに暮らせる地域社会の実現です。生涯を通して健康で安心して暮らせるまちづくりを目指し、庁内関係各課及び茨城県などの行政機関、医師会等の医療専門機関との連携を強化しながら、保健事業と介護予防を一体的に実施することで、効果的・効率的な事業運営を展開しています。



取手市の位置

(2) 医療アクセスの状況

以下は、本市の令和4年度における、医療提供体制を示したものです。

医療提供体制(令和4年度)

医療項目	取手市	県	同規模	国
千人当たり				
病院数	0.4	0.3	0.3	0.3
診療所数	2.4	2.8	3.7	3.7
病床数	46.8	49.0	62.0	54.8
医師数	9.4	9.3	11.5	12.4
外来患者数	653.6	653.8	707.3	687.8
入院患者数	15.9	15.6	19.1	17.7

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. 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34.9%であり、県との比較で約1.2倍、同規模との比較で約1.2倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は22,712人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は22.0%です。国民健康保険被保険者平均年齢は55.3歳です。

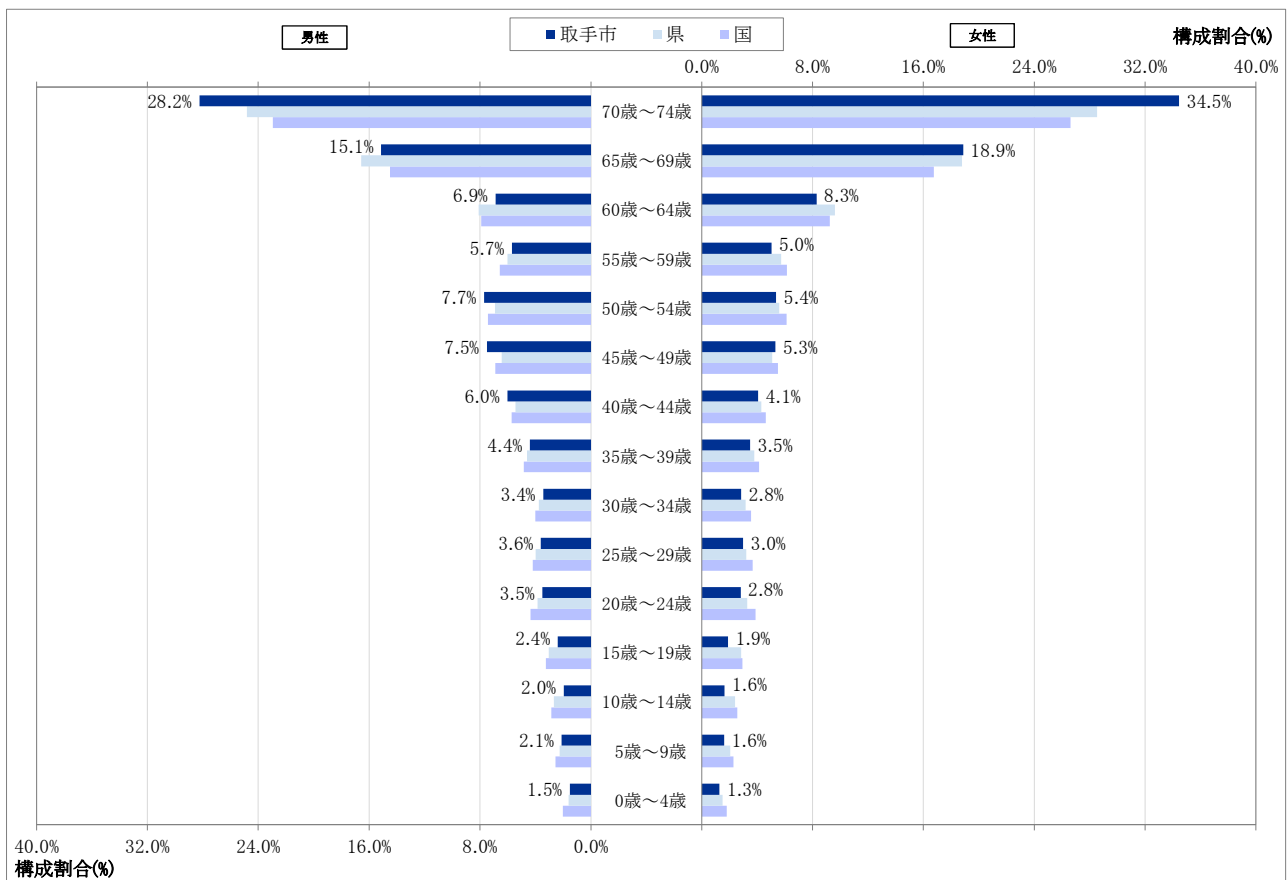
人口構成概要(令和4年度)

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)	出生率	死亡率
取手市	103,405	34.9%	22,712	22.0%	55.3	5.4	11.9
県	2,811,813	29.9%	626,764	22.3%	53.4	6.2	11.7
同規模	119,246	29.1%	24,276	20.4%	53.8	6.7	11.0
国	123,214,261	28.7%	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1

※「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」

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

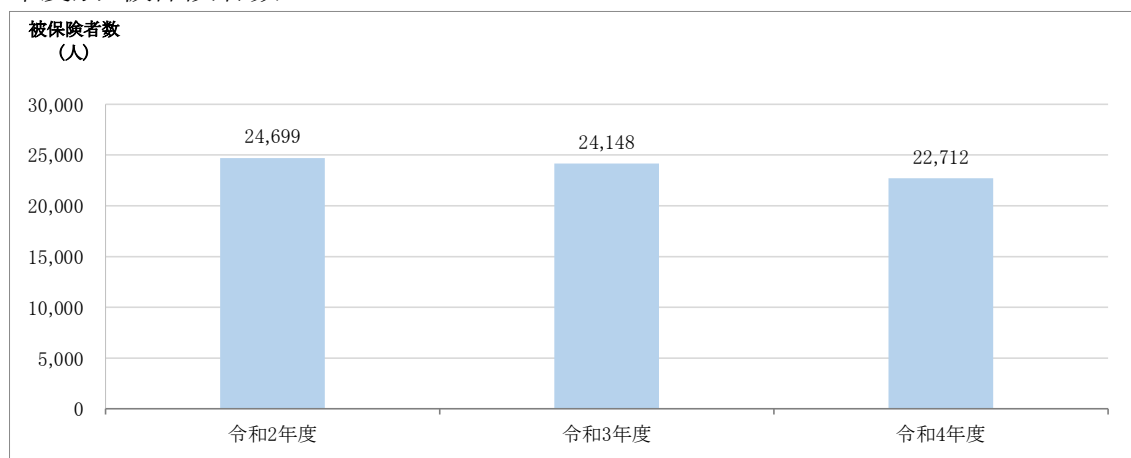
以下は、本市の令和2年度から令和4年度における、人口構成概要を年度別に示したものです。令和4年度を令和2年度と比較すると、国民健康保険被保険者数22,712人は令和2年度24,699人より1,987人減少しており、国民健康保険被保険者平均年齢55.3歳は令和2年度56.1歳より0.8歳低下しています。

年度別 人口構成概要

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)	出生率	死亡率
取手市	令和2年度	106,358	31.4%	24,699	23.2%	56.1	5.9	10.3
	令和3年度	106,358	31.4%	24,148	22.7%	55.7	5.9	10.3
	令和4年度	103,405	34.9%	22,712	22.0%	55.3	5.4	11.9
県	令和2年度	2,883,341	26.8%	680,459	23.6%	53.2	7.5	10.8
	令和3年度	2,883,341	26.8%	657,358	22.8%	53.6	7.5	10.8
	令和4年度	2,811,813	29.9%	626,764	22.3%	53.4	6.2	11.7
同規模	令和2年度	120,858	26.7%	25,995	21.5%	53.8	7.9	10.2
	令和3年度	120,858	26.7%	25,228	20.9%	54.1	7.9	10.2
	令和4年度	119,246	29.1%	24,276	20.4%	53.8	6.7	11.0
国	令和2年度	125,640,987	26.6%	29,496,636	23.5%	52.0	8.0	10.3
	令和3年度	125,640,987	26.6%	28,705,575	22.9%	52.2	8.0	10.3
	令和4年度	123,214,261	28.7%	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1

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」

年度別 被保険者数



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」

以下は、男女・年齢階層別被保険者数を年度別に示したものです。

年度別 男女・年齢階層別国民健康保険被保険者数

単位：人

年齢階層	令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性	男女合計	男性	女性
0歳～4歳	353	180	173	329	171	158	315	163	152
5歳～9歳	409	215	194	426	228	198	420	226	194
10歳～14歳	416	211	205	433	212	221	407	210	197
15歳～19歳	509	249	260	513	262	251	483	256	227
20歳～24歳	634	334	300	689	363	326	713	377	336
25歳～29歳	706	385	321	768	410	358	745	387	358
30歳～34歳	741	392	349	736	405	331	709	369	340
35歳～39歳	963	513	450	951	495	456	889	472	417
40歳～44歳	1,205	700	505	1,145	654	491	1,136	649	487
45歳～49歳	1,574	875	699	1,548	867	681	1,441	806	635
50歳～54歳	1,380	766	614	1,476	819	657	1,471	829	642
55歳～59歳	1,243	605	638	1,151	563	588	1,213	611	602
60歳～64歳	1,933	792	1,141	1,817	769	1,048	1,730	740	990
65歳～69歳	4,674	1,967	2,707	4,333	1,834	2,499	3,883	1,629	2,254
70歳～74歳	7,959	3,428	4,531	7,833	3,327	4,506	7,157	3,040	4,117
合計	24,699	11,612	13,087	24,148	11,379	12,769	22,712	10,764	11,948

出典：国保データベース（KDB）システム「人口及び被保険者の状況」

3. 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	取手市	県	同規模	国
受診率	669.4	669.5	726.4	705.4
一件当たり医療費(円)	38,410	37,890	40,000	39,080
一般(円)	38,410	37,890	40,000	39,080
退職(円)	213,630	71,090	36,330	67,230
外来				
外来費用の割合	62.8%	63.2%	59.4%	60.4%
外来受診率	653.6	653.8	707.3	687.8
一件当たり医療費(円)	24,690	24,520	24,420	24,220
一人当たり医療費(円) ※	16,140	16,030	17,270	16,660
一日当たり医療費(円)	17,610	17,460	16,520	16,390
一件当たり受診回数	1.4	1.4	1.5	1.5
入院				
入院費用の割合	37.2%	36.8%	40.6%	39.6%
入院率	15.9	15.6	19.1	17.7
一件当たり医療費(円)	603,000	596,900	616,530	617,950
一人当たり医療費(円) ※	9,580	9,340	11,790	10,920
一日当たり医療費(円)	39,130	38,940	37,770	39,370
一件当たり在院日数	15.4	15.3	16.3	15.7

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か月分相当

4. 特定健康診査受診状況及び特定保健指導実施状況

(1) 特定健康診査

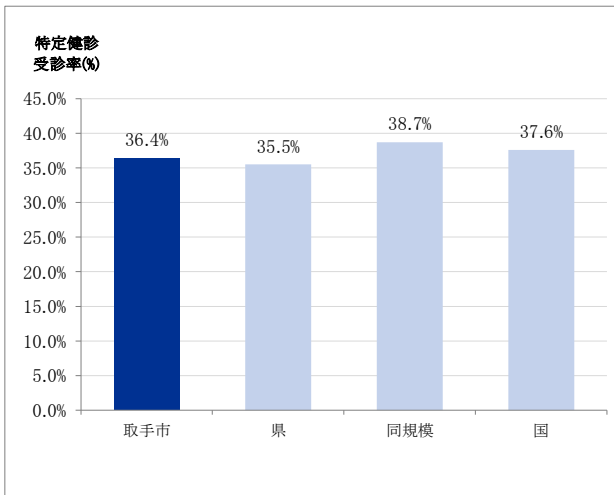
以下は、本市の令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を示したものです。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
取手市	36.4%
県	35.5%
同規模	38.7%
国	37.6%

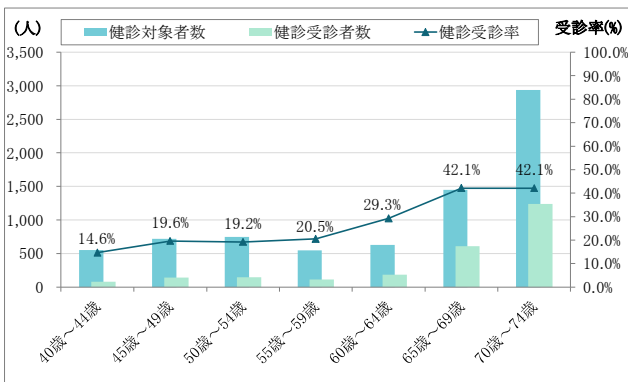
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



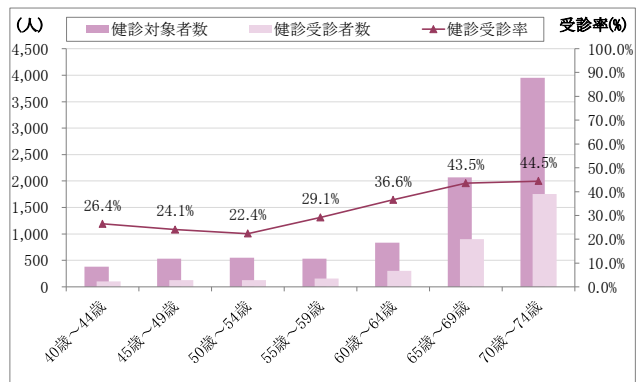
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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」

(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」

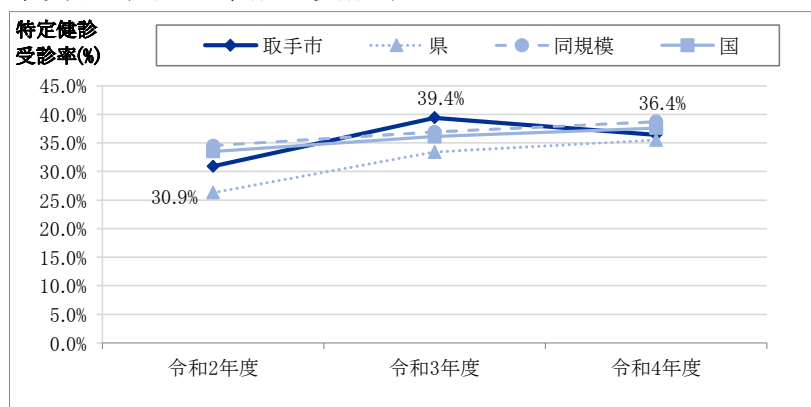
以下は、本市の令和2年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率36.4%は令和2年度30.9%より5.5ポイント増加しています。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度
取手市	30.9%	39.4%	36.4%
県	26.3%	33.4%	35.5%
同規模	34.5%	36.9%	38.7%
国	33.5%	36.1%	37.6%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

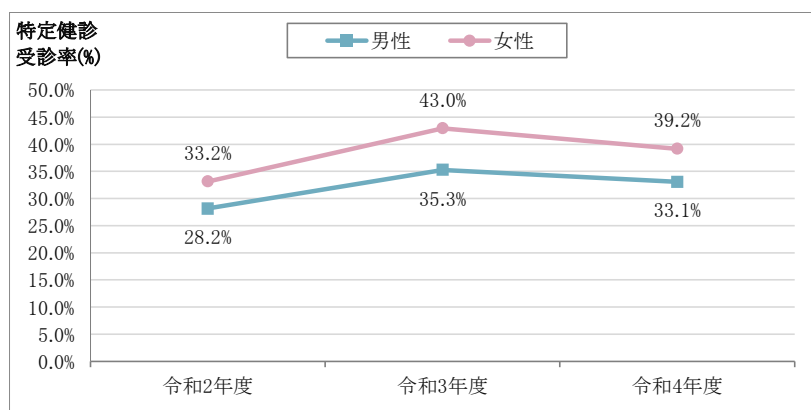
年度別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率33.1%は令和2年度28.2%より4.9ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率39.2%は令和2年度33.2%より6.0ポイント増加しています。

年度・男女別 特定健康診査受診率



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

(2) 特定保健指導

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。

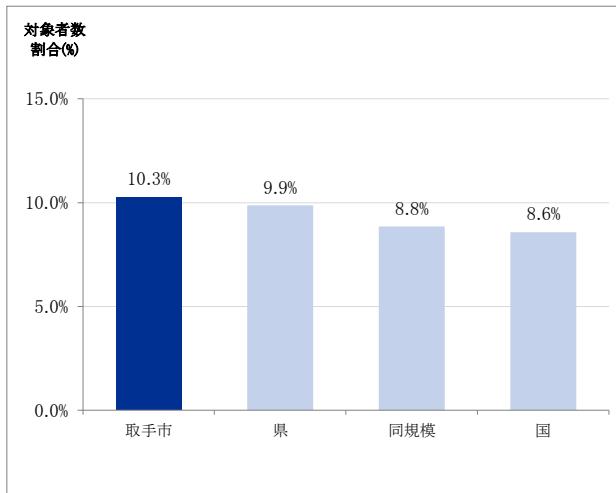
特定保健指導実施状況(令和4年度)

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
取手市	10.3%	2.8%	13.0%	11.4%
県	9.9%	3.6%	13.5%	33.0%
同規模	8.8%	2.6%	11.5%	28.7%
国	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

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。

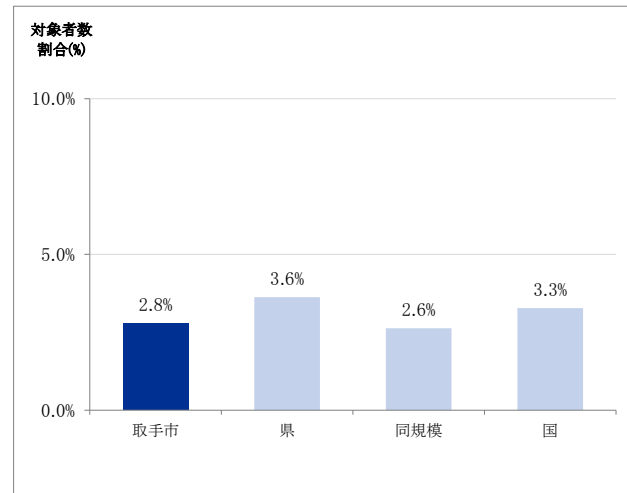
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



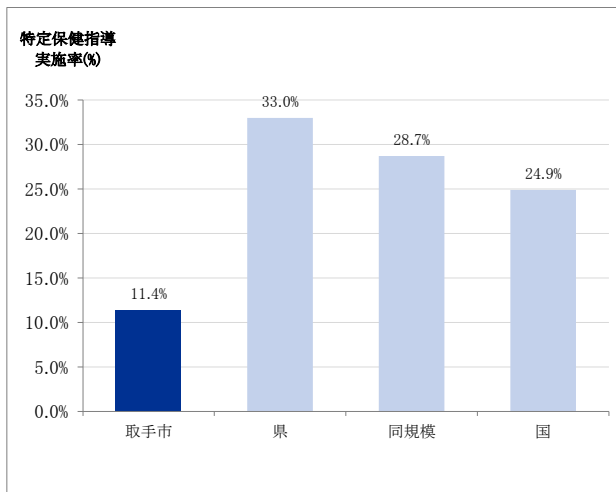
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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」

以下は、本市の令和2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。令和4年度の特定保健指導実施率11.4%は令和2年度11.2%より0.2ポイント増加しています。

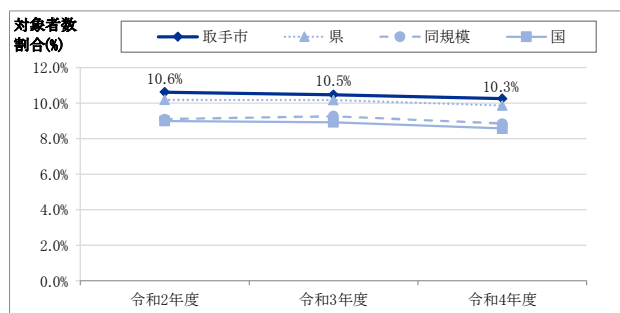
年度別 特定保健指導実施状況

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		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
取手市	10.6%	10.5%	10.3%	2.7%	3.2%	2.8%
県	10.2%	10.2%	9.9%	3.3%	3.5%	3.6%
同規模	9.1%	9.3%	8.8%	2.4%	2.6%	2.6%
国	9.0%	8.9%	8.6%	3.2%	3.3%	3.3%

区分	支援対象者数割合			特定保健指導実施率		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
取手市	13.4%	13.7%	13.0%	11.2%	10.3%	11.4%
県	13.5%	13.7%	13.5%	32.2%	31.5%	33.0%
同規模	11.5%	11.9%	11.5%	28.0%	27.5%	28.7%
国	12.2%	12.2%	11.9%	23.8%	24.0%	24.9%

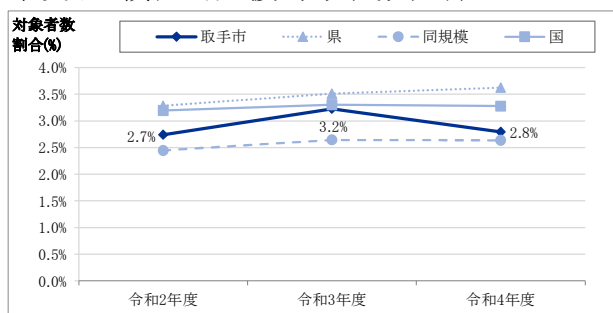
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合
 特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。
 出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



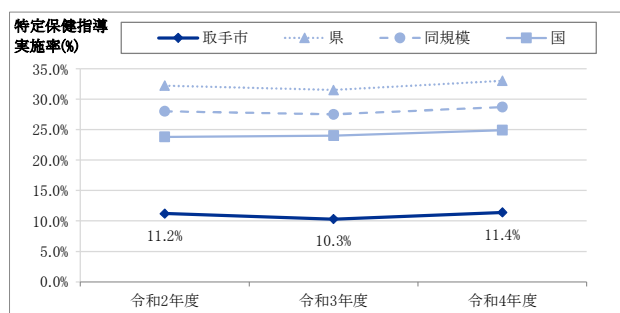
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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



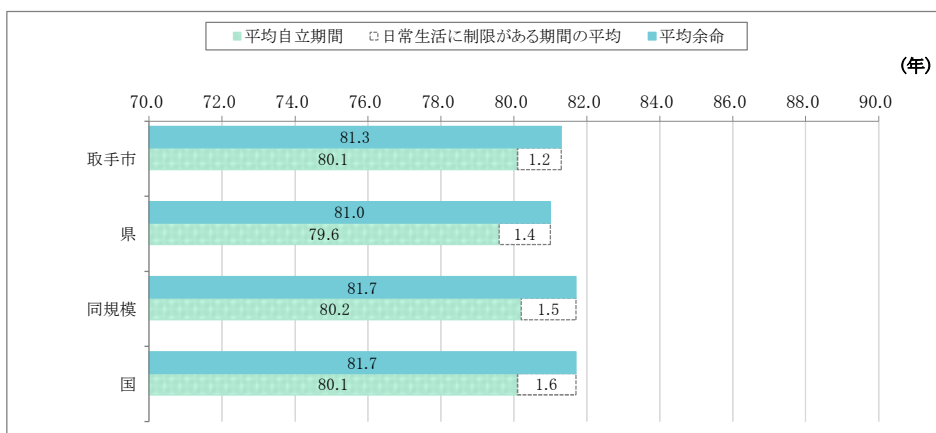
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

5. 平均余命と平均自立期間

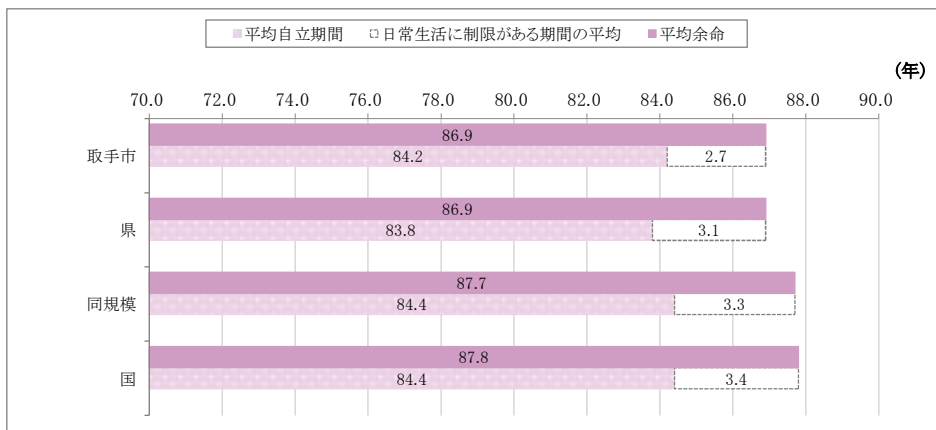
以下は、令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がある年齢から後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

本市の男性の平均余命は81.3年、平均自立期間は80.1年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.2年で、国の1.6年よりも短い傾向にあります。本市の女性の平均余命は86.9年、平均自立期間は84.2年です。日常生活に制限がある期間の平均は2.7年で、国の3.4年よりも短い傾向にあります。

(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)

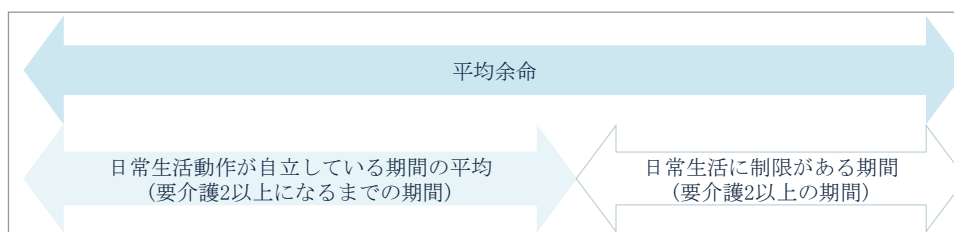


(女性) 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

【参考】 平均余命と平均自立期間について



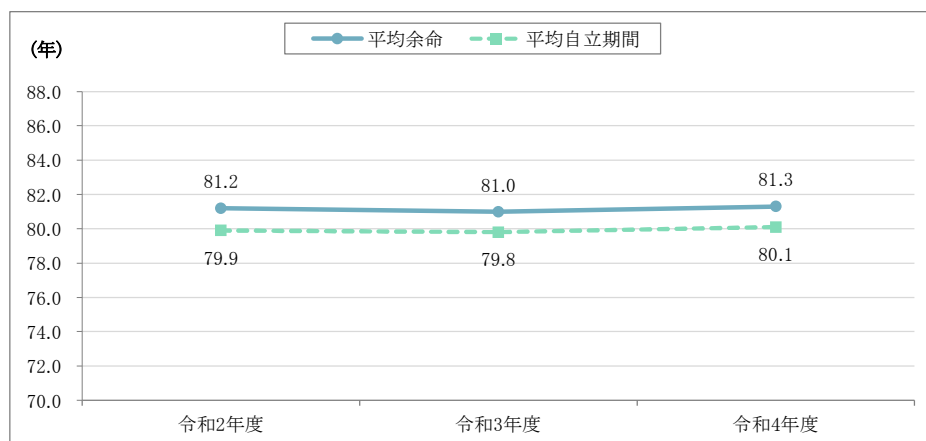
以下は、本市の令和2年度から令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。男性における令和4年度の平均自立期間80.1年は令和2年度79.9年から0.2年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間84.2年は令和2年度83.9年から0.3年延伸しています。

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

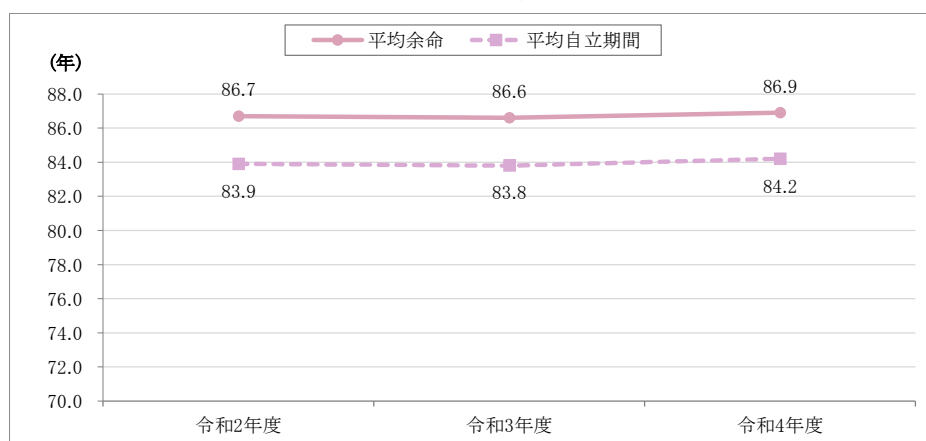
年度	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	日常生活に制限がある期間の平均(年)
令和2年度	81.2	79.9	1.3	86.7	83.9	2.8
令和3年度	81.0	79.8	1.2	86.6	83.8	2.8
令和4年度	81.3	80.1	1.2	86.9	84.2	2.7

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」

6. 介護保険の状況

(1) 要介護(支援)認定状況

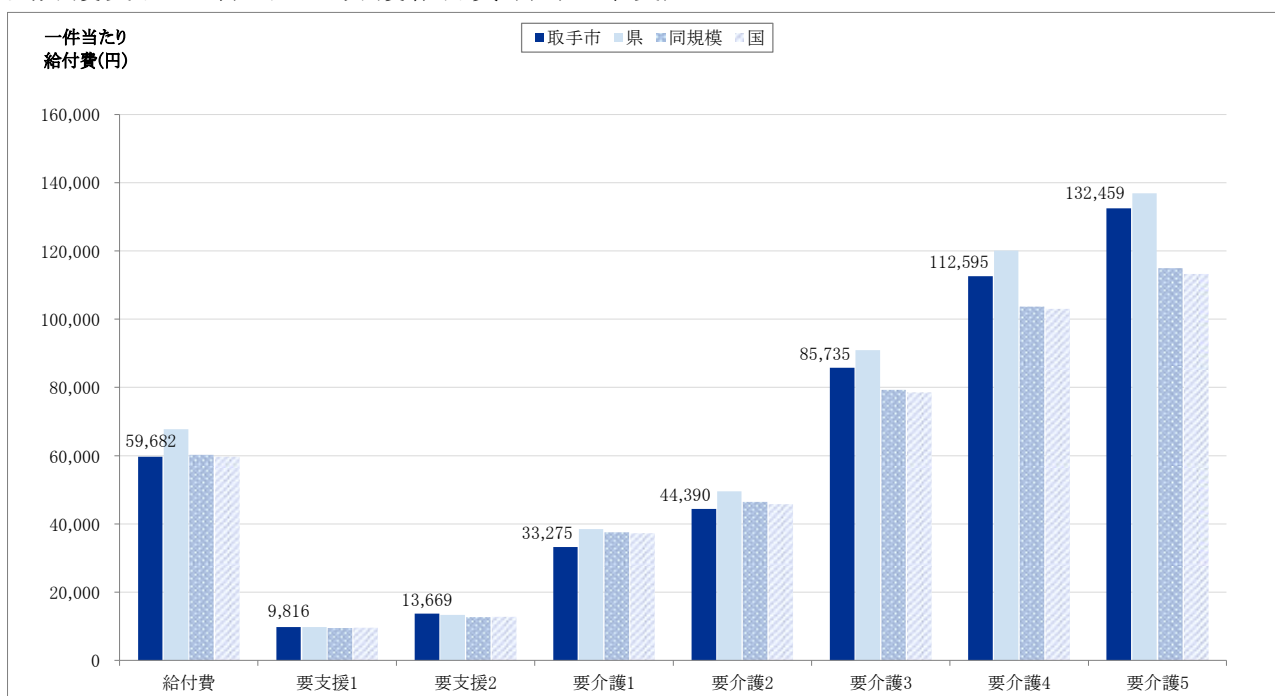
以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況を示したものです。

要介護(支援)認定率及び介護給付費等の状況(令和4年度)

区分	取手市	県	同規模	国
認定率	14.7%	16.3%	18.4%	19.4%
認定者数(人)	5,450	141,141	674,515	6,880,137
第1号(65歳以上)	5,332	137,413	658,763	6,724,030
第2号(40～64歳)	118	3,728	15,752	156,107
一件当たり給付費(円)				
給付費	59,682	67,698	60,207	59,662
要支援1	9,816	9,773	9,515	9,568
要支援2	13,669	13,332	12,671	12,723
要介護1	33,275	38,514	37,572	37,331
要介護2	44,390	49,569	46,454	45,837
要介護3	85,735	90,857	79,304	78,504
要介護4	112,595	120,164	103,642	103,025
要介護5	132,459	136,916	114,948	113,314

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護度別 一件当たり介護給付費(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」

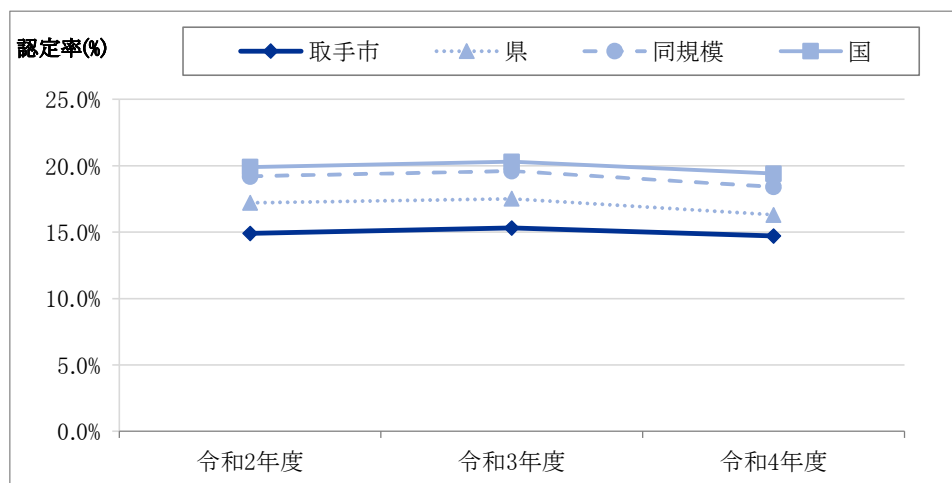
以下は、令和2年度から令和4年度における、要介護(支援)認定率及び認定者数を年度別に示したものです。令和4年度認定率14.7%は令和2年度14.9%より0.2ポイント減少しており、令和4年度の認定者数5,450人は令和2年度5,115人より335人増加しています。

年度別 要介護(支援)認定率及び認定者数

区分	認定率	認定者数(人)		
			第1号 (65歳以上)	第2号 (40歳～64歳)
取手市	令和2年度	14.9%	5,115	5,020
	令和3年度	15.3%	5,308	5,214
	令和4年度	14.7%	5,450	5,332
県	令和2年度	17.2%	137,707	134,040
	令和3年度	17.5%	139,474	135,811
	令和4年度	16.3%	141,141	137,413
同規模	令和2年度	19.2%	666,477	650,792
	令和3年度	19.6%	675,395	659,747
	令和4年度	18.4%	674,515	658,763
国	令和2年度	19.9%	6,750,178	6,595,095
	令和3年度	20.3%	6,837,233	6,681,504
	令和4年度	19.4%	6,880,137	6,724,030

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 要介護(支援)認定率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(2) 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

以下は、本市の令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を示したものです。疾病別の有病者数を合計すると15,106人となり、これを認定者数の実数で除すと2.8となることから、認定者は平均2.8疾病を有していることがわかります。

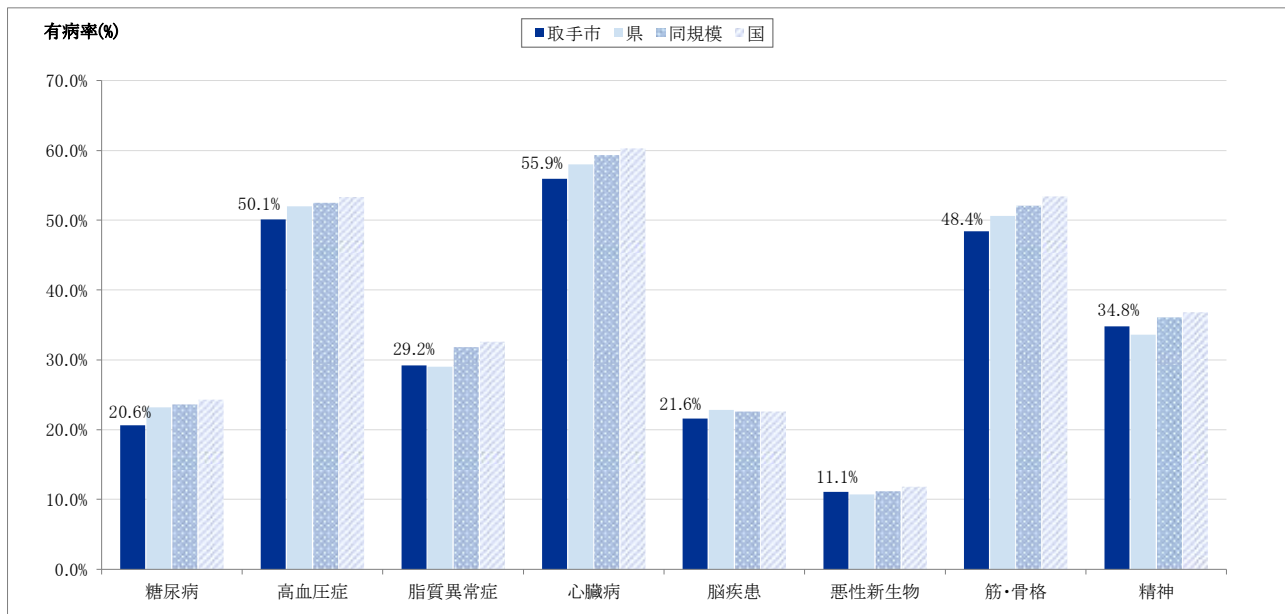
要介護(支援)認定者の疾病別有病状況(令和4年度)

※各項目毎に上位5疾病を **網掛け** 表示する。

区分	取手市	順位	県	順位	同規模	順位	国	順位
認定者数(人)	5,450		141,141		674,515		6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	1,164	33,905		162,985		1,712,613	
	有病率	20.6%	23.2%	6	23.6%	6	24.3%	6
高血圧症	実人数(人)	2,760	75,156		361,290		3,744,672	
	有病率	50.1%	52.0%	2	52.5%	2	53.3%	3
脂質異常症	実人数(人)	1,635	42,470		220,989		2,308,216	
	有病率	29.2%	29.0%	5	31.8%	5	32.6%	5
心臓病	実人数(人)	3,089	83,770		407,933		4,224,628	
	有病率	55.9%	58.0%	1	59.3%	1	60.3%	1
脳疾患	実人数(人)	1,181	32,500		153,310		1,568,292	
	有病率	21.6%	22.8%	7	22.6%	7	22.6%	7
悪性新生物	実人数(人)	596	15,726		78,258		837,410	
	有病率	11.1%	10.7%	8	11.2%	8	11.8%	8
筋・骨格	実人数(人)	2,743	73,032		358,731		3,748,372	
	有病率	48.4%	50.6%	3	52.1%	3	53.4%	2
精神	実人数(人)	1,938	48,151		247,133		2,569,149	
	有病率	34.8%	33.6%	4	36.1%	4	36.8%	4

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

要介護(支援)認定者の疾病別有病率(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」

以下は、本市の令和2年度から令和4年度における、要介護(支援)認定者の疾病別有病率を年度別に示したものです。令和4年度の認定者が有している平均疾病数2.8疾病は令和2年度からほぼ横ばいとなっています。

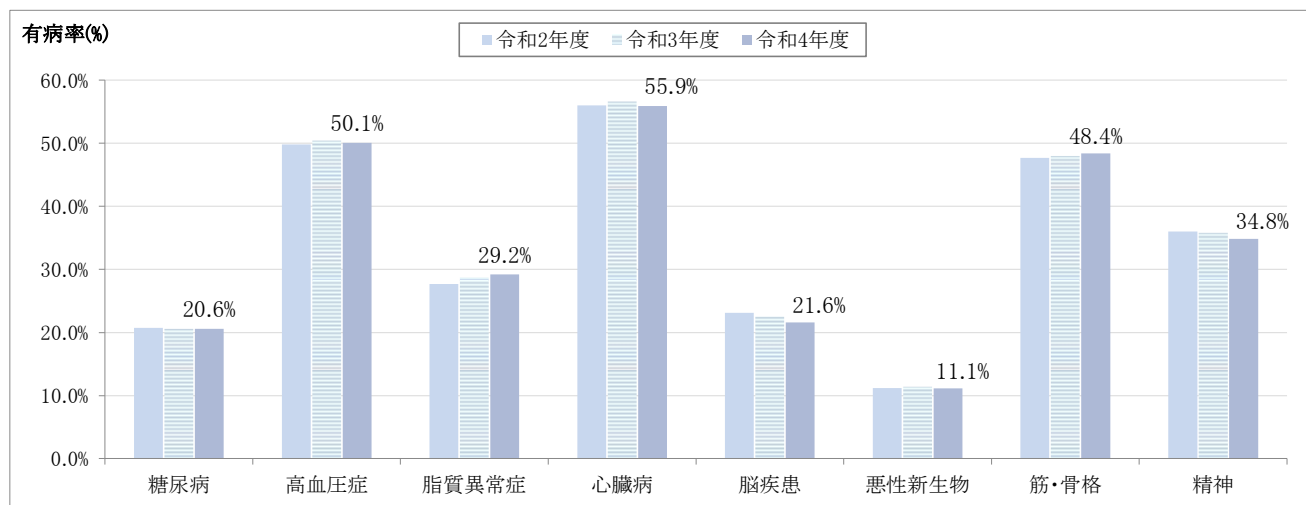
年度別 要介護(支援)認定者の疾病別有病状況

※各項目毎に上位5疾病を 網掛け 表示する。

区分	取手市						県			同規模			国			
	令和2年度	順位	令和3年度	順位	令和4年度	順位	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
認定者数(人)	5,115		5,308		5,450		137,707	139,474	141,141	666,477	675,395	674,515	6,750,178	6,837,233	6,880,137	
糖尿病	実人数(人)	1,085	7	1,102	7	1,164	7	31,711	32,471	33,905	157,141	160,744	162,985	1,633,023	1,671,812	1,712,613
	有病率(%)	20.7%		20.6%		20.6%		22.5%	22.9%	23.2%	22.7%	23.3%	23.6%	23.3%	24.0%	24.3%
高血圧症	実人数(人)	2,639	2	2,726	2	2,760	2	73,142	73,841	75,156	355,855	360,081	361,290	3,642,081	3,690,454	3,744,672
	有病率(%)	49.8%		50.4%		50.1%		52.0%	52.3%	52.0%	51.8%	52.6%	52.5%	52.4%	53.2%	53.3%
脂質異常症	実人数(人)	1,500	5	1,551	5	1,635	5	39,227	40,403	42,470	210,438	216,653	220,989	2,170,776	2,236,475	2,308,216
	有病率(%)	27.7%		28.7%		29.2%		27.5%	28.3%	29.0%	30.3%	31.4%	31.8%	30.9%	32.0%	32.0%
心臓病	実人数(人)	2,967	1	3,028	1	3,089	1	81,727	82,467	83,770	403,410	407,204	407,933	4,126,341	4,172,696	4,224,628
	有病率(%)	56.0%		56.6%		55.9%		58.2%	58.5%	58.0%	58.8%	59.7%	59.3%	59.5%	60.3%	60.3%
脳疾患	実人数(人)	1,200	6	1,177	6	1,181	6	33,311	32,813	32,500	160,677	157,944	153,310	1,627,513	1,599,457	1,568,292
	有病率(%)	23.1%		22.5%		21.6%		23.9%	23.6%	22.8%	23.6%	23.4%	22.6%	23.6%	23.4%	22.6%
悪性新生物	実人数(人)	605	8	626	8	596	8	14,845	15,140	15,726	75,081	77,291	78,258	798,740	817,260	837,410
	有病率(%)	11.2%		11.4%		11.1%		10.3%	10.6%	10.7%	10.7%	11.1%	11.2%	11.3%	11.6%	11.8%
筋・骨格	実人数(人)	2,539	3	2,571	3	2,743	3	70,718	71,560	73,032	351,910	356,867	358,731	3,630,436	3,682,549	3,748,372
	有病率(%)	47.7%		48.0%		48.4%		50.1%	50.7%	50.6%	51.2%	52.2%	52.1%	52.3%	53.2%	53.4%
精神	実人数(人)	1,914	4	1,883	4	1,938	4	47,728	47,937	48,151	248,841	249,405	247,133	2,554,143	2,562,308	2,569,149
	有病率(%)	36.0%		35.8%		34.8%		34.1%	34.2%	33.6%	36.4%	36.7%	36.1%	36.9%	37.2%	36.8%

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 要介護(支援)認定者の疾病別有病率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

7. 死亡の状況

以下は、本市の令和4年度における、死亡の状況を示したものです。

男女別 標準化死亡比(令和4年度)

	取手市	県	同規模	国
男性	99.6	103.9	99.3	100.0
女性	105.2	106.3	100.7	100.0

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

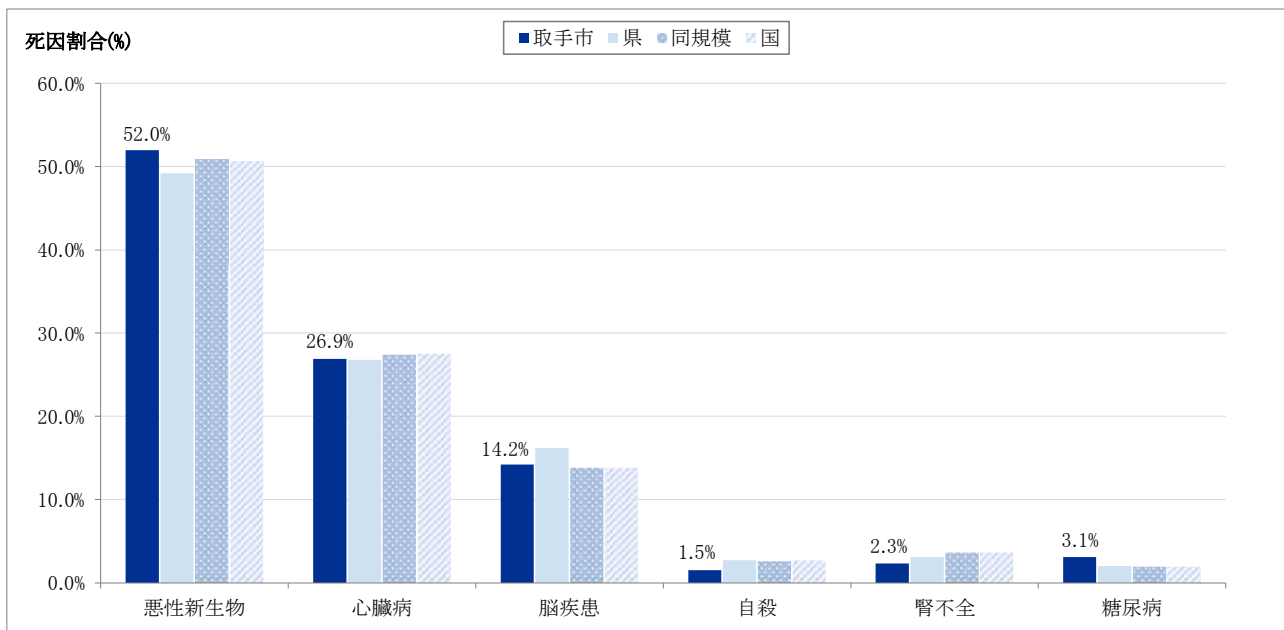
※標準化死亡比：標準化死亡比とは、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	取手市		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	340	52.0%	49.2%	50.8%	50.6%
心臓病	176	26.9%	26.8%	27.4%	27.5%
脳疾患	93	14.2%	16.2%	13.8%	13.8%
自殺	10	1.5%	2.7%	2.6%	2.7%
腎不全	15	2.3%	3.1%	3.6%	3.6%
糖尿病	20	3.1%	2.0%	1.9%	1.9%
合計	654				

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

主たる死因の割合(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」

以下は、本市の令和2年度から令和4年度における、死亡の状況を年度別に示したものです。国を基準としたときに、令和2年度から令和4年度まで、男性の死亡率は低く、女性の死亡率は高くなっています。特に男性は県と比較すると、令和4年度では4.3も低い傾向にあります。

年度・男女別 標準化死亡比

区分	男性			女性		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
取手市	93.9	99.6	99.6	105.0	105.2	105.2
県	104.2	103.9	103.9	105.5	106.3	106.3
同規模	98.9	99.5	99.3	100.7	100.8	100.7
国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

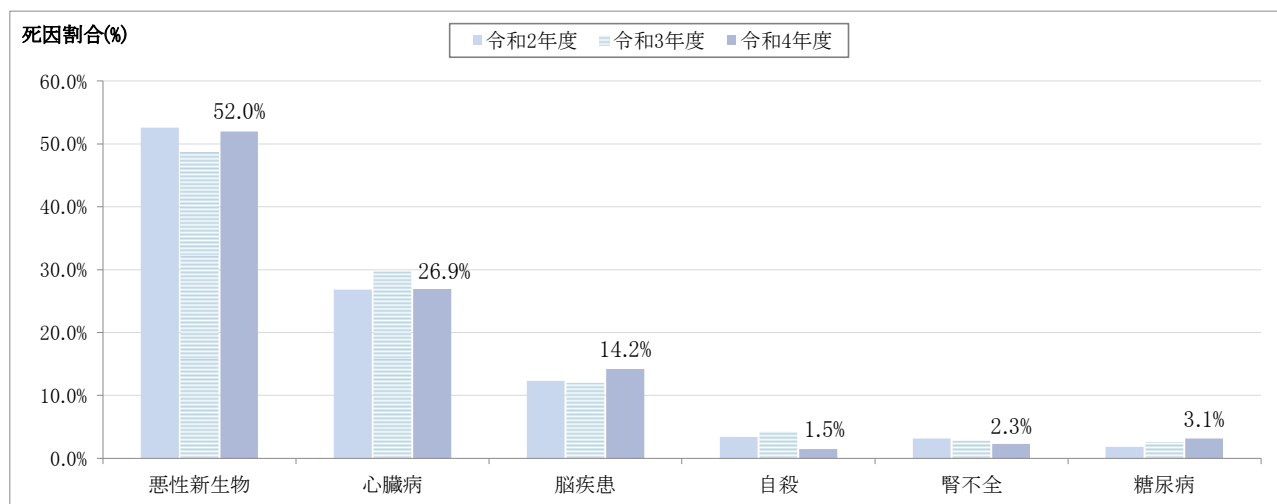
主たる死因の状況について、令和4年度を令和2年度と比較すると、悪性新生物を死因とする人数340人は令和2年度343人より3人減少しており、心臓病を死因とする人数176人は令和2年度175人より1人増加しています。また、脳疾患を死因とする人数93人は令和2年度80人より13人増加しています。

年度別 主たる死因の状況

疾病項目	取手市						県			同規模			国		
	人数(人)			割合(%)			令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度									
悪性新生物	343	332	340	52.6%	48.6%	52.0%	49.0%	48.6%	49.2%	49.6%	50.2%	50.8%	49.8%	50.2%	50.6%
心臓病	175	203	176	26.8%	29.7%	26.9%	27.1%	27.6%	26.8%	28.0%	27.8%	27.4%	27.8%	27.7%	27.5%
脳疾患	80	82	93	12.3%	12.0%	14.2%	16.0%	15.8%	16.2%	14.3%	14.0%	13.8%	14.4%	14.2%	13.8%
自殺	22	29	10	3.4%	4.2%	1.5%	2.6%	2.6%	2.7%	2.6%	2.5%	2.6%	2.7%	2.6%	2.7%
腎不全	20	19	15	3.1%	2.8%	2.3%	3.1%	3.1%	3.1%	3.6%	3.6%	3.6%	3.5%	3.5%	3.6%
糖尿病	12	18	20	1.8%	2.6%	3.1%	2.1%	2.4%	2.0%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	1.8%	1.9%
合計	652	683	654												

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 主たる死因の割合



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

第3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	健康格差の減少 ・脳血管疾患の死亡率の減少 ・虚血性心疾患（心臓病）の死亡率の減少 ・糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少
------	---

評価指標	計画策定時実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
		中間評価時点 2020年度 (R2)	現状値 2022年度 (R4)	
脳血管疾患の死亡率 (脳血管疾患の死亡者数/ 全死亡者数)	9.3% (87人/940人)	12.3% (80人/652人)	14.2% (93人/654人)	基準年度である平成28年度に比べ、全体の死亡者数は減っているものの、死亡者数は増えているため、割合が高くなっている。より一層、保健事業に注力していく必要がある。
虚血性心疾患（心臓病）の死亡率 (心臓病の死亡者数/ 全死亡者数)	17.4% (164人/940人)	26.8% (175人/652人)	26.9% (176人/654人)	基準年度である平成28年度に比べ、全体の死亡者数は減っているものの、死亡者数は増えているため、割合が高くなっている。より一層、保健事業に注力していく必要がある。
国保加入者の糖尿病を有する新規透析患者数	10人	9人	4人	基準年度である平成28年度、中間評価時の令和2年度に比べ、減少傾向にある。

出典 脳疾患・心臓病...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 平成28年度・令和2年度・令和4年度
 新規透析患者数...茨城県国民健康保険団体連合会より提供 人工透析新規導入者 平成28年度・令和2年度・令和4年度

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達成状況を示したものです。全22事業のうち目標達成している事業は2事業、目標は達成できていないものの改善している事業は5事業です。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
生活習慣病重症化予防（高血圧）事業	毎年	要治療域の高血圧の方が治療及び生活改善することで重症化を防ぐことができる。	特定健診の結果で収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上で、医療機関の受療（レセプト情報）のない方に訪問をして、受療行動促進モデルに基づく受診勧奨や生活習慣改善指導を実施する。（訪問で不在の場合は、電話や手紙で介入）
生活習慣病重症化予防（高血糖）事業	毎年	要治療域の高血糖の方が治療及び生活改善することで重症化を防ぐことができる。	特定健診の結果でHbA1c7.0%以上で、医療機関の受療（レセプト情報）のない方に訪問をして、受療行動促進モデルに基づく受診勧奨や生活習慣改善指導を実施する。（訪問で不在の場合は、電話や手紙で介入）
生活習慣病重症化予防（脂質異常）事業	毎年	要治療域の脂質異常症の方が治療及び生活改善することで重症化を防ぐことができる。	特定健診の結果でHDLコレステロール180mg/dl以上の男性で、医療機関の受療（レセプト情報）のない方に訪問をして、受療行動促進モデルに基づく受診勧奨や生活習慣改善指導を実施する。（訪問で不在の場合は、電話や手紙で介入）
生活習慣病重症化予防（腎機能）事業	毎年	腎機能が低下している方が治療及び生活改善することで重症化を防ぐことができる。	特定健診の結果で尿蛋白2+以上で、医療機関の受療（レセプト情報）のない方に訪問をして、受療行動促進モデルに基づく受診勧奨や生活習慣改善指導を実施する。（訪問で不在の場合は、電話や手紙で介入）
糖尿病性腎臓病重症化予防事業	毎年	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。	<ul style="list-style-type: none"> 「取手・守谷・利根糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病が重症化するリスクの高い未受療者・受療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎臓病で通院する患者のうち、リスクの高い者に対して医療機関と連携して保健指導を実施する。 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を視野に、保健指導後のフォローアップとして、後期高齢者医療保険に移行後も利用者が継続してセルフケアができるように支援する。
糖尿病学習会事業	毎年	糖尿病治療域の方が糖尿病の知識を得て、受療行動や生活習慣改善行動がとれるようになる。	1クール3日間の集団健康教育カリキュラムである、医師・歯科医師・管理栄養士による講話と健康運動指導士による実技
特定健診受診率向上対策における健診環境の整備事業	毎年	対象者が健診を受けやすい環境を整える。	<ul style="list-style-type: none"> 集団健診、医療機関健診、人間ドックによる特定健診を実施する。 集団健診は完全予約制のもと、平日昼間のみならず夜間健診や休日健診を実施し健診を受けやすい環境を整える。 医療機関健診、人間ドックは医療機関と連携しながら実施する。 特定健康診査に係るかかりつけ医からの診療情報提供事業にも取り組む。

5:目標達成
4:改善している
3:横ばい
2:悪化している
1:評価できない

アウトプット...実施量、実施率を評価 / アウトカム...事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
対象者への介入率	100%	100%	100%	4
受療率	35.9%	50%	36.4%	
対象者への介入率	100%	100%	100%	5
受療率	45%	50%	50%	
対象者への介入率	100%	100%	100%	3
受療率	50%	50%	37.5%	
対象者への介入率	100%	100%	100%	4
受療率	100%	50.0%	0%	
受療勧奨:介入率 保健指導:実施者数・事業参加医療機関 フォローアップ:実施率	受療勧奨・保健指導・フォローアップともに実績無	受療勧奨:100% 保健指導:20人・50か所 フォローアップ:100%	受療勧奨:100% 保健指導:12人・34か所 フォローアップ:100%	3
受療勧奨:受療率 保健指導:HbA1c改善率 フォローアップ:新規透析導入患者数(国保・後期)	受療勧奨・保健指導は実績無 フォローアップ:実績無	受療勧奨:30% 保健指導:30% フォローアップ:5人以下	受療勧奨:12.9% 保健指導:33.3% フォローアップ:国保9人・後期26人	
実施数	46人	150人	136人	3
特定健診非肥満高血糖有所見者割合	23.2%	20%	12.7%	
集団健診実施日数、医療機関・人間ドック実施施設数、かかりつけ医からの情報提供件数(情報提供件数は平成29年度から)	集団50日(内夜間4日、土日4日)、医療機関31か所、人間ドック14か所	集団49日(内夜間4日、土日4日)、医療機関40か所、人間ドック16か所、かかりつけ医20件	集団48日(内夜間3日、土日祝日3日)、医療機関36か所、人間ドック15か所、かかりつけ医24件	3
特定健康診査受診率	40%	60%	36.8%	

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
特定健診受診率向上対策における特定健診受診勧奨事業	毎年	特定健診を受けていない方や受診率の低い年齢層に対して受診勧奨を行う。	健康無関心層（健診未受診者かつ医療機関未受診者）等に対して、通知及び電話による受診勧奨を実施する。
特定保健指導指導率向上対策における特定保健指導環境の整備事業	毎年	保健指導対象者が指導を受けやすい環境を整え、メタボリックシンドロームの改善を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 平成28年度まで：積極的支援を医療機関7か所、動機付け支援を保健センターで実施した。 平成29～平成31年度：積極的支援を医療機関7か所に加え、民間業者と新規に契約し実施し、動機付け支援を民間業者と契約して実施した。 令和2年度から：上記に加え医療機関において動機付け支援を4か所と契約し実施する。
特定保健指導指導率向上対策における特定保健指導利用勧奨事業	毎年	特定保健指導対象者に対して通知や電話による利用勧奨や再勧奨を行い、利用率の向上を図る。	特定健診の結果、保健指導対象者に対して、個別通知による利用勧奨を実施した。個別通知で申し込みがなかった方に対して、電話による利用勧奨を実施する。電話不通者に対しては再度個別通知による利用勧奨を実施する。
レディースデイ健診事業	毎年	子育てや仕事で健診を受ける機会が少ない若い女性が、検診を受けやすい環境を整える。	20～39歳までの女性にヘルスアップ健診と子宮がん検診・乳がん検診をセットで実施する。20代の方は、ヘルスアップ健診と子宮がん検診、30代の方は、ヘルスアップ健診と子宮がん・乳がん検診をセットで実施する。集団検診では、託児できる環境を整えている。
歯周疾患検診事業	毎年	歯を失う原因である歯周病の早期発見のため歯科保健指導を実施し、口腔ケアの重要性を普及し喪失を予防する。また、全身に影響を及ぼす歯周疾患を予防することで生活習慣病の予防にもつながる。	40・50・60・70歳の方に受診券を個別通知して、受診勧奨している。
COPD（慢性閉塞性肺疾患）重症化予防事業	毎年	喫煙者の禁煙対策と早期受診によるCOPD予防対策	肺がん検診受診者のうち、禁煙希望の方に、禁煙支援機関の紹介や健康相談（肺の日）での肺機能のチェックを実施（新型コロナウイルス感染拡大予防のため、肺年齢測定は令和3年度で終了）
健康相談事業(保健センター・藤代庁舎)	毎年	気軽に相談できる環境づくりと、健康に関する意識の向上を図る。	月1回保健センター、年5回藤代庁舎で健康相談実施。保健センターでは、骨の日、体の日、体操の日、栄養講座のテーマごとに健康指導・相談を行う。
健康相談（体組成）	毎年	気軽に相談できる環境づくりと、健康に関する意識の向上を図る。	上肢や下肢の筋力などを測定できる体組成測定を実施し、普段の健康づくりの評価などに体組成計の結果を活用することで市民の健康維持向上を図る。

評価指標 (上段：アウトプット、下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
対象者への勧奨数	1,567件	2,200件	延6,614件(内訳: 通知4,614件、電話2,000件)	3
特定健康診査受診率	40%	60%	36.8%	
特定保健指導利用者	積極的13人、 動機付け96人	積極的140人 動機付け760人	積極的18人 動機付け73人	3
特定保健指導実施率	5.8%	60%	11%	
通知・電話勧奨数(延数)	200回(積極的支援のみ)	1,500回	1,335回	3
特定保健指導利用率	8.3%	60%	11.9%	
対象者への個別通知	9,830通	10,000通	8,736通	4
受診率・人数	2.73%(268人)	10%(1,000人)	5.55%(485人)	
受診者数	523人	600人	353人	3
現存歯	25.1本	26本	26.3本	
利用者数	53人			1
喫煙率	10%			
利用者数	794人	300人	206人	3
利用者数	667人	120人	76人	

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
個別相談会事業	毎年	特定保健指導に該当しない情報提供者への健診結果の説明と健康に関する相談の実施	特定健診・ヘルスアップ健診受診者の結果に、個別相談会の案内を同封し、希望があった方に、栄養士や保健師が相談を実施する。
ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用促進事業	毎年	ジェネリック医薬品の普及啓発を行うことにより、被保険者負担の軽減や医療費適正化による医療保険財政の健全化を図る。	対象者に通知書を発送する。 対象薬剤：血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤、血管拡張剤、消化性潰瘍剤、アレルギー用剤
重複・頻回受診、重複服薬者対策事業	毎年	重複受診、頻回受診、重複服薬による国民健康保険被保険者の健康被害を防止するとともに、医療費適正化による医療保険財政の健全化を図る。	1. 前年度の診療情報より指定条件に基づき対象者を抽出（外部委託） 2. 抽出該当者のうち、改善優先度の高いA群を対象者とし、直近の受診状況を調査 3. 直近の状況で、なお重複受診や重複服薬と見なす者に対して個別通知による勧奨 4. その後、改善が見られない者に対して保健師による訪問指導を実施
健康運動教室事業	毎年	筑波大学の研究データから、一人ひとりに合わせた個別運動プログラムを作成し、有酸素運動と筋肉トレーニングの指導を通じて、6か月間健康づくりをサポートしていく。	体力測定の結果を基に、個別運動プログラムを作成する。プログラムは、有酸素運動と筋力トレーニング、食生活改善からなり、参加者は日々それを実施する。週1回開催する集合型の教室において、実施状況の確認や体組成測定、運動指導を行い、参加者の継続的な取り組みをサポートする。
地域介護予防支援事業補助金事業	毎年	1日90分以上の介護予防の活動を、2週間あたり1日以上かつ6か月以上実施する。65歳以上の高齢者が月20人以上（延人数）参加する。運動・口腔機能向上、認知症または閉じこもり予防、栄養改善、その他の介護予防に資する活動を年1回以上実施する。	地域で自主的に介護予防に取り組む団体や介護予防活動を行っている団体に補助金交付を行う。
生活支援体制整備事業	毎年	助け合い・支え合いの地域づくり	地域包括支援センターを中心に、地域支え合いづくり推進協議会を実施し、個人や地域の課題やニーズの解決策・対応策等を考え、地域の支え合い活動の活性化を図る。
在宅医療介護連携事業	毎年	在宅医療介護関係者の顔の見える関係づくり	専門職による情報共有を目的とした意見交換会を定期的に開催する。

評価指標 (上段：アウトプット、下段：アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
申込者数	75人	120人	24人	3
利用者数	73人	120人	24人	
対象者への通知数	1,800通	2,000通	1,054通	4
後発医薬品利用率	67.1%	80%	82%	
①通知数 ②訪問指導数	①実施せず ②3人	①6通 ②6人	①実施せず ②実施せず R4はデータ抽出のみ実施（レセプトによる改善が認められたため）	1
延参加者数	1,020人	4,000人	6,980人	4
1日1時間以上の運動習慣なしの割合	58.1%	50%	54.4%	
補助対象団体数		3団体	9団体	5
地域支え合いづくり推進協議会の開催回数	69回	50回	50回	3
地域支え合いづくり推進協議会の参加人数	958人	900人	507人	
在宅医療介護関係者意見交換会の開催回数	2回	4回	2回	3
在宅医療介護関係者意見交換会の参加人数	160人	300人	83人	

生活習慣病重症化予防（高血圧）事業

事業目的	要治療域の高血圧の方が治療及び生活改善することで重症化を防ぐことができる。
対象者	特定健診の結果で収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上で、医療機関の受療（レセプト情報）のない方
事業実施年度	毎年
実施内容	対象の方に訪問をして、受療行動促進モデルに基づく受診勧奨や生活習慣改善指導を実施する。（訪問で不在の場合は、電話や手紙で介入）

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への介入率(評価指標)

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%(見込)

アウトカム：受療率(評価指標)

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
達成状況	35.9%	31.9%	34.2%	15.8%	34.8%	36.4%	47.1%(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

集団での特定健診受診後の結果をもとに、対象者を抽出している。訪問や電話・面談・通知等で対象者への介入は100%、受療率は47%と上昇している。今年度から、対象者には該当になっていることを周知する通知を送り、来所での面談日も設けて対応している。通知を出したことで受診につながった方もいた。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	対象者への介入方法が、訪問や電話等で直接話をする事ができた方が受療につながっている。手紙のみの場合は、受療につながらないが多かった。今年度は、介入前に通知を出したことで効果も見られている。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の方向性	対象者への介入のタイミングを早めることができるよう、抽出作業の間隔を短くする。できるだけ、面談・訪問や電話での介入できる件数を増やしていく。
	2:悪化している		
	1:評価できない		

生活習慣病重症化予防（高血糖）事業

事業目的	要治療域の高血糖の方が治療及び生活改善することで重症化を防ぐことができる。
対象者	特定健診の結果でHbA1c7.0%以上で、医療機関の受療（レセプト情報）のない方
事業実施年度	毎年
実施内容	対象の方に訪問をして、受療行動促進モデルに基づく受診勧奨や生活習慣改善指導を実施する。（訪問で不在の場合は、電話や手紙で介入）

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への介入率(評価指標)

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%(見込)

アウトカム：受療率(評価指標)

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
達成状況	45%	41.2%	33.3%	31.8%	31%	50%	55.6%(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

集団での特定健診受診後の結果をもとに、対象者を抽出している。訪問や電話・面談・通知等で対象者への介入は100%。受療率は、50%以上になっている。対象者に介入している時期は、健診結果通知後2～3か月が経過しているので、受療意思も薄れてきていると思われる。今年度から、対象者には該当になっていることを周知する通知を送り、来所での面談日も設けて対応している。通知を出したことで受診につながった方もいた。

事業全体の評価 5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	考察 (成功・未達要因) 対象者への介入方法が、訪問や電話等で直接話をする事ができた方が受療につながっている。高血糖の対象者の方が、ほかの項目の対象者より、受療につながっていた。
	今後の方向性 対象者への介入のタイミングを早めることができるよう、抽出作業の間隔を短くする。できるだけ、訪問や電話での介入できる件数を増やしていく。

生活習慣病重症化予防（脂質異常）事業

事業目的	要治療域の脂質異常症の方が治療及び生活改善することで重症化を防ぐことができる。
対象者	特定健診の結果でHDLコレステロール180mg/dl以上の男性で、医療機関の受療（レセプト情報）のない方
事業実施年度	毎年
実施内容	対象者の方に訪問をして、受療行動促進モデルに基づく受診勧奨や生活習慣改善指導を実施する。（訪問で不在の場合は、電話や手紙で介入）

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への介入率(評価指標)

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%(見込)

アウトカム：受療率(評価指標)

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
達成状況	50%	0%	25%	37.5%	22.2%	37.5%	37.5%(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

集団での特定健診受診後の結果をもとに、対象者を抽出している。訪問や電話・面談・通知等で対象者への介入は100%。受療率は、35%前後の横ばいになっている。対象者に介入している時期は、健診結果通知後2～3か月が経過しているため、受療意思も薄れてきていると思われる。今年度から、対象者には該当になっていることを周知する通知を送り、来所での面談日も設けて対応している。通知を出したことで受診につながった方もいた。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因)	対象者への介入方法が、訪問や電話等で直接話をする事ができた方が受療につながっている。手紙のみの場合は、受療につながらないことが多かった。今年度は、介入前に通知を出したことで効果も見られている。
	今後の方向性	対象者への介入のタイミングを早めることができるよう、抽出作業の間隔を短くする。できるだけ、面談・訪問や電話での介入できる件数を増やしていく。

生活習慣病予防（腎機能）事業

事業目的	腎機能が低下している方が治療及び生活改善することで重症化を防ぐことができる。
対象者	特定健診の結果で尿蛋白2+以上で、医療機関の受療（レセプト情報）のない方
事業実施年度	毎年
実施内容	対象者の方に訪問をして、受療行動促進モデルに基づく受診勧奨や生活習慣改善指導を実施する。（訪問で不在の場合は、電話や手紙で介入）

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への介入率(評価指標)

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
達成状況	100%	100%	該当なし	100%	100%	100%	100%(見込)

アウトカム：受療率(評価指標)

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
達成状況	100%	100%	該当なし	0%	100%	0%	50%(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

集団での特定健診受診後の結果をもとに、対象者を抽出している。訪問や電話・面談・通知等で対象者への介入は100%、受療率は50%と上昇している。今年度から、対象者には該当になっていることを周知する通知を送り、来所での面談日も設けて対応している。通知を出したことで受診につながった方もいた。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	対象者への介入方法が、訪問や電話等で直接話をする事ができた方が受療につながっている。手紙のみの場合は、受療につながらないことが多かった。今年度は、介入前に通知を出したことでの効果も見られている。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の方向性	対象者への介入のタイミングを早めることができるよう、抽出作業の間隔を短くする。できるだけ、訪問や電話での介入できる件数を増やしていく。
	2:悪化している		
	1:評価できない		

糖尿病性腎臓病重症化予防事業

事業目的	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。
対象者	<p>【受療勧奨】 過去3年間の健診結果で空腹時血糖126mg/dl以上若しくはHbA1c6.5%以上の者の内、過去に糖尿病受診歴があるものの直近1年間において糖尿病受診歴がない者（治療中断者）、又は、直近1年間において健診受診歴若しくは糖尿病受療歴がない者（未治療者）</p> <p>【保健指導】 ①2市1町が抽出する場合 健診結果やレセプト情報等において、以下のいずれかの基準に該当する者 ア. 空腹時血糖 126mg/dl以上又はHbA1c 6.5%以上を満たす者のうち、次のいずれかに該当する者 ・尿蛋白（±）以上 ・血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR 60ml/分/ 1.73m²未満 イ. その他、2市1町が必要と認める者 ②医療機関が抽出する場合 糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎障害が判明し、保健指導が必要と医師が判断した者 なお、上記どちらかが抽出した場合でも、次のいずれかに該当する者は除く。 ・I型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者 ・糖尿病に関する服薬・運動・栄養等の療養上の管理を行っている者（生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料等の診療報酬における加算の算定対象となっている者）</p> <p>【保健指導後のフォローアップ】 糖尿病性腎臓病重症化予防における保健指導利用者 保険：取手市国民健康保険、保健指導後のフォローアップは取手市在住の茨城県後期高齢者医療制度に移行した者も含む。</p>
事業実施年度	毎年
実施内容	<p>取手・守谷・利根糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム（以下「プログラム」）に基づき、市又は医療機関が抽出した対象者に受療勧奨又は保健指導を行う。対象者から保健指導の利用件数が少ない場合は、市から利用勧奨を行う。保健指導は利用者本人の同意のもと、かかりつけ医から保健指導に関する情報提供に基づき実施する。実施後はかかりつけ医に保健指導の実施結果を報告する。</p> <p>また、保健指導後のフォローアップは、保健指導時の記録や糖尿病連携手帳における治療方針やこれまでの経過を参考に、保健指導利用者が検査データの維持・改善、食事などの生活習慣、投薬などの治療が続けられているか、年1回程度面談や書面を通して確認し、保健指導を行っていく。</p> <p>事業全体に関しては取手・守谷・利根糖尿病性腎臓病重症化予防対策推進協議会（以下「協議会」という。）で検討し、より円滑な事業運営に努める。</p>

アウトプット：①受療勧奨：介入率、②保健指導：実施者数・事業参加医療機関、③フォローアップ：実施率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	①～③実施無	①実施無 ②未設定 ③実施無	①未設定 ②未設定 ③実施無	①100% ②15人・45か所 ③実施無	①100% ②18人・45か所 ③100%	①100% ②12人・40か所 ③100%	①100% ②20人・50か所 ③100%
達成状況	①～③実施無	①実施無 ②18人・35か所 ③実施無	①100% ②15人・45か所 ③実施無	①100% ②6人・43か所 ③実施無	①100% ②9人・40か所 ③100%	①100% ②12人・34か所 ③100%	①100% ②5人・36か所 ③100%

アウトプット...実施量、実施率を評価

アウトカム：①受療勧奨：受療率、②保健指導：HbA1c値改善率、③新規透析導入患者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	①～③実施無	①実施無 ②未設定 ③実施無	①未設定 ②未設定 ③実施無	①25% ②65% ③実施無	①25% ②65% ③5人以下	①25% ②65% ③5人以下	①30% ②30% ③5人以下
達成状況	①～③実施無	①実施無 ②27.8% ③実施無	①21.4% ②27.3% ③実施無	①27.6% ②33.3% ③実施無	①62% ②11.1% ③国保13人 後期23人	①12.9% ②33.3% ③国保9人 後期26人	①57.7% ②40% ③国保10人 後期20人 ※③のみR5年11月 診療分

アウトカム...成果を評価

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

ストラクチャー評価で、協議会の開催を年2回行うことを目標としていた。新型コロナウイルス感染症流行前は、協議会を年2回程度定期的に開催ができていたが、流行後はウイルス対応に医師会や市が注力することで、協議会の開催が年1回以下に減少した。それに伴い、医療機関参加数も減少している。プロセス評価では業者委託により事業を実施していることもあり、対象者の把握は100%を維持できている。

事業全体の評価	5：目標達成
	4：改善している
	3：横ばい
	2：悪化している
	1：評価できない

考察 (成功・未達要因)	<ul style="list-style-type: none"> 受療勧奨では、プログラム基準者には通知をすべて実施することができていたものの、糖尿病精査目的の糖尿病疑い例でレセプトが上がった者に対しても、治療中断者として上がっていたこともあり、レセプトの精査が十分にできていなかった。 保健指導ではHbA1c改善率は保健指導利用者が少なかった令和2、3年度以外では約3割程度の改善率がある。しかし、参加する医療機関の減少もあり、保健指導の実施が毎年度未達の状況である。 フォローアップのアウトカム指標では新規透析患者導入者をあげているが、この事業による評価とは言い難い。
今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 受療勧奨では、レセプトを精査したうえで対象者を抽出する必要がある。 保健指導では、事業参加医療機関を増やし対象者の裾野を広げていく必要がある。 フォローアップでは、事業と直接つながりのある評価指標を設定する必要がある。

糖尿病学習会事業

事業目的	糖尿病治療域の方が糖尿病の知識を得て、受療行動や生活習慣改善行動がとれるようになる。
対象者	特定健診の結果でHbA1c6.5%以上から6.9%以下の方未受療の方、糖尿病に興味のある方
事業実施年度	毎年
実施内容	1クール3日間の集団健康教育カリキュラム。医師・歯科医師・管理栄養士による講話と健康運動指導士による実技

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：実施者数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	70人	80人	90人	100人	120人	130人	150人
達成状況	46人	168人	108人	56人	36人	136人	94人(見込)

アウトカム：特定健診非肥満高血糖有所見者割合

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	22%	22%	22%	22%	21%	20%	20%
達成状況	23.2%	21.6%	15.9%	12.4%	13.2%	12.7%	12.5%(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

新型コロナウイルス感染症の影響もあり、令和2年度からは年間1クールのみ実施している。令和2、3年度は実施者数は落ち込んだが、令和4年度は増加した。
令和4年度はソーシャル・ネットワーク・サービスを利用して教室の案内を行ったため、実施者数も増加した。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因) 特定健診非肥満高血糖有所見者割合は、減少傾向
	今後の方向性 教室の案内方法を個別通知や公式ラインを活用し、幅広く参加者を募集し、生活習慣改善につなげるようにしていく。

特定健診受診率向上対策における健診環境の整備事業

事業目的	対象者が健診を受けやすい環境を整える。
対象者	40歳以上の取手市国民健康保険加入者
事業実施年度	毎年
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診、医療機関健診、人間ドックによる特定健診を実施する。 ・ 集団健診は完全予約制のもと、平日昼間のみならず夜間健診や休日健診も実施し健診を受けやすい環境を整える。 ・ 医療機関健診、人間ドックは医療機関と連携しながら実施する。 ・ 特定健康診査に係るかかりつけ医からの診療情報提供事業にも取り組む。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット:①集団健診実施日数、②医療機関健診実施医療機関数、③人間ドック実施医療機関数
④かかりつけ医からの診療情報提供件数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	①～③未設定 ④未実施	①49日(内夜間4日・土日祝日4日) ②35か所 ③16か所 ④未設定	①49日(内夜間4日・土日祝日4日) ②35か所 ③16か所 ④未設定	①49日(内夜間4日・土日祝日4日) ②35か所 ③16か所 ④未設定	①49日(内夜間4日・土日祝日4日) ②40か所 ③16か所 ④20件	①49日(内夜間4日・土日祝日4日) ②40か所 ③16か所 ④20件	①49日(内夜間4日・土日祝日4日) ②40か所 ③16か所 ④20件
達成状況	①50日(内夜間4日・土日祝日4日) ②31か所 ③14か所	①50日(内夜間4日・土日祝日4日) ②33か所 ③15か所 ④14件	①47日(内夜間4日・土日祝日4日) ②32か所 ③15か所 ④11件	①35日(内夜間1日・土日祝日6日) ②32か所 ③15か所 ④75件	①55日(内夜間3日・土日祝日12日) ②37か所 ③15か所 ④57件	①48日(内夜間3日・土日祝日3日) ②36か所 ③15か所 ④24件	①49日(内夜間3日・土日祝日3日) ②37か所 ③15か所 ④3件 (④はR6年1月末現在)

アウトカム：特定健康診査受診率

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	56%	41.6%	46%	50%	54%	57%	60%
達成状況	40%	41.6%	40.6%	31%	39.8%	36.8%	39%(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

新型コロナウイルス感染症の影響により、集団健診は令和2年度より完全予約制の元で実施した。定員の制限があるため全て受診者の希望通りに実施できたとは言い難い側面がある。ただし、集団健診会場では長時間待つこともなくなり、検尿キットを事前に配布できるなどの、受診者の利便性向上に貢献できた側面もある。

事業全体の評価	5: 目標達成 4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない	<p>考察 (成功・未達要因)</p> <p>新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度は集団健診の日数削減を余儀なくされた。また、受診控えも考えられたため、日数を増やしたが、受診率は40%を超えることができなかった。</p>
		<p>今後の方向性</p> <p>今後は、集団健診予約制の利点・課題を精査したうえで、継続するかどうかを検討する。予約制を継続するには大規模会場での実施日数を増やすほか、健診受診率が低い地域に会場を増やすなどの対策を講じることなどを含め、検討していく。医療機関定期受診があるため、健診を受けないという対象者も一定数いることを考慮し、かかりつけ医との情報提供事業について医療機関に周知し、件数を増やすことも検討する。</p>

特定健診受診率向上対策における特定健診受診勧奨事業

事業目的	特定健診を受けていない方や受診率の低い年齢層に対して受診勧奨を行う。
対象者	取手市国民健康保険加入者の内、健診未受診者かつ医療機関未受診者等
事業実施年度	毎年
実施内容	健康無関心層（健診未受診者かつ医療機関未受診者）等に対して、通知及び電話による受診勧奨を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への勧奨数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	設定無	1,900件	1,900件	1,900件	2,200件	2,200件	2,200件
達成状況	1,567件	432件	973件	未実施	延6,595件 (内訳：通知 4,515件、 電話2,080件)	延6,614件 (内訳：通知 4,614件、 電話2,000件)	延7,124件 (内訳：通知 5,072件、 電話2,052件)

アウトカム：特定健康診査受診率

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	56%	41.6%	46%	50%	54%	57%	60%
達成状況	40%	41.6%	40.6%	31%	39.8%	36.8%	39%(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

平成30年度・31年度は対象者が若年層ということのみであいまいなまま事業を行っていた。途中新型コロナウイルス感染症の影響もあり令和2年度は未実施だったものの、国保データベース（KDB）システムの分析を活かして中間評価を機に対象者を健診未受診・医療機関未受診者と明確にすることができ、体制整備したためアウトプットの実績数も増加した。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因) アウトプット評価は目標を達成しているものの、アウトカムである健診受診率に結びついていない。元々健診未受診者かつ医療機関未治療者は健康無関心層にあたる場合があるため、事業の効果が限局的であるかもしれない。
	今後の方向性 アウトカム指標は全体的な健診受診率の他に介入者への受診率も把握する必要がある。また、健診受診率全体を底上げするには、隔年に1回受診するままだら受診者層に焦点をあてて、健診受診が継続するようにフォローしていくことも検討していく。

特定保健指導指導率向上対策における特定保健指導環境の整備事業

事業目的	保健指導対象者が指導を受けやすい環境を整え、メタボリックシンドロームの改善を図る。
対象者	特定健康診査の結果、積極的支援又は動機付け支援と判定された方で、指導を希望する方
事業実施年度	毎年
実施内容	利用者の利便性向上のため、医療機関や民間事業者と業務委託で特定保健指導を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：特定保健指導利用者数①積極的支援、②動機付け支援 アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	①414人 ②733人	①26人 ②95人	①39人 ②218人	①58人 ②326人	①85人 ②480人	①109人 ②613人	①140人 ②760人
達成状況	①13人 ②96人	①36人 ②114人	①17人 ②83人	①11人 ②79人	①19人 ②84人	①18人 ②74人	①24人(見込) ②104人(見込)

アウトカム：特定保健指導実施率 アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50%	10.7%	20%	30%	40%	50%	60%
達成状況	6.3%	10.8%	8.6%	11.8%	9.4%	11%	15.4%(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

民間事業者に業務を委託したことで、土日にも特定保健指導を受けやすい環境は整いつつあるものの、実績に反映されない。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因) 目標と実績の乖離が著しい。利用勧奨と合わせて実施しているが実績に反映されない。特定保健指導実施率向上のために、これまでの方法を抜本的に見直す時期に来ていると考える。
	今後の方向性 抜本的な見直しの一つに初回面談分割実施があげられる。また、面談会場まで来なくても自宅で特定保健指導を受けることができるよう、ICTを積極的に活用するなど、利用者の利便性向上の手だけを検討する必要がある。

特定保健指導指導率向上対策における特定保健指導利用勧奨事業

事業目的	特定保健指導対象者に対して通知や電話による利用勧奨や再勧奨を行い、利用率の向上を図る。
対象者	特定健康診査の結果、積極的支援、動機付け支援と判定された方
事業実施年度	毎年
実施内容	特定健診の結果、保健指導対象者に対して、個別通知による利用勧奨を行う。個別通知で申し込みがなかった方に対して、電話による利用勧奨を行う。利用しない方には利用しない理由を聞きとり今後の対策に役立てる。電話不通者に対しては再度個別通知による利用勧奨を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット...実施量、実施率を評価

アウトプット：通知・電話勧奨数（延数） ※2016年度は積極的支援のみ、2018年度以降は積極的支援・動機付け支援

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	設定無	800回	800回	800回	1,500回	1,500回	1,500回
達成状況	200回	1,093回	1,432回	1,168回	1,734回	1,335回	1,280回(見込)

アウトカム：特定保健指導利用率

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50%	10.7%	20%	30%	40%	50%	60%
達成状況	8.3%	13.6%	9.5%	11.8%	10.8%	11.9%	16.5%(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

対象者に1回以上利用勧奨をしているものの、アウトカムである特定保健指導利用率に結びつかない。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因)	目標と実績に大きな差がみられる。利用勧奨と合わせて実施しているが実績に反映されない。特定保健指導実施率向上のために、これまでの方法を抜本的に見直す時期に来ていると考える。
	今後の方向性	特定保健指導の効果を訴求するだけでなく、ICTを積極的に活用した環境を整備し、特定保健指導を受けやすいと対象者に思ってもらえ、特定保健指導に関する抵抗感が減少するように、利用勧奨の際に伝えるといった取り組みについて検討する。

レディースデイ健診事業

事業目的	子育てや仕事で健診を受ける機会が少ない若い女性が、健診を受けやすい環境を整える。
対象者	20～39歳までの女性
事業実施年度	毎年
実施内容	20代の方は、ヘルスアップ健診と子宮がん検診、30代の方は、ヘルスアップ健診と子宮がん検診・乳がん検診をセットで実施する。医療機関健診か集団健診で実施する。集団健診は託児がある。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への個別通知

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	10,000通	10,000通	10,000通	10,000通	10,000通	10,000通	10,000通
達成状況	9,830通	9,705通	9,613通	9,375通	9,205通	8,736通	9,061通 (見込)

アウトカム：受診率・人数

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	6%(600人)	6%	6%	6%	7.5%	9%	10%(1,000人)
達成状況	2.7%(268人)	4.8%(466人)	4.9%(480人)	3.8%(361人)	4.7%(429人)	5.6%(485人)	4.3%(391人) (見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

20～39歳までの方を対象に、ヘルスアップ健診・子宮がん検診・乳がん検診の案内を4月下旬に個別通知している。今年度は、医療機関健診での受診者数が減少、医療機関を希望しても空枠がない状態だった。医療機関健診での受診者数よりも集団健診での受診者数が増加している。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	医療機関健診では、受診者の受け入れ枠が限られていることもあり、時期が遅くなるほど、予約がとりにくい状態がある。託児がついていることで、集団健診は受診しやすいと思われる。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の方向性	個別通知をしてから、集団健診時期までの期間が長い。受診する機会を忘れてしまう方のためにも、再度公式ソーシャル・ネットワーク・サービスで健診案内を通知していく。医療機関で受診をする場合は、早めの受診予約を強調していく。
	2:悪化している		
	1:評価できない		

歯周疾患検診事業

事業目的	歯を失う原因である歯周病の早期発見のため歯科保健指導を実施し、口腔ケアの重要性を普及し喪失を予防する。また、全身に影響を及ぼす歯周疾患を予防することで生活習慣病の予防にもつながる。
対象者	40・50・60・70歳の方
事業実施年度	毎年
実施内容	対象者の方に受診券を個別通知している。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：受診者数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	420人	452人	512人	550人	560人	580人	600人
達成状況	523人	503人	506人	418人	323人	353人	300人(見込)

アウトカム：現存歯数

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	24本	25本	25本	26本	26本	26本	26本
達成状況	25.1本	25.1本	25.9本	26.7本	24.5本	26.3本	25.5本(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

対象者には、5月末に個別通知している。取手市歯科医師会に委託契約している。新型コロナウイルス感染拡大の影響で、令和2年度から受診者が減少傾向である。アウトカム指標は、60歳70歳の現存歯の平均本数で、ほぼ達成できている。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因) 対象者は約5,800人。5月末に個別通知をしている。令和2年度までは、未受診者に個別受診勧奨通知をしていたが、受診者数は伸びが悪かった。
	今後の方向性 未受診者に対しての受診勧奨方法をソーシャル・ネットワーク・サービスなども活用していく。

COPD重症化予防事業

事業目的	喫煙者の禁煙対策と早期受診によるCOPD予防対策
対象者	肺がん検診受診者のうち、禁煙希望の方
事業実施年度	令和3年度まで毎年
実施内容	禁煙支援機関の紹介や健康相談（肺の日）での肺機能のチェックを実施（新型コロナウイルス感染拡大予防のため、肺年齢測定は令和3年度で終了）

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：利用者数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	250人	250人	300人	300人	300人		
達成状況	53人	57人	53人	37人	29人		

アウトカム：喫煙率

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	10.2%	10.2%	10.2%	10.2%	10.2%		
達成状況	10%	10%	10%	9.5%	10.1%		

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

特定健診受診者で禁煙希望の方に、禁煙支援機関の紹介や健康相談（肺の日）の案内を通知する。健康相談来所者には肺機能のチェックを実施し、禁煙を促していたが、新型コロナ感染拡大予防のため、肺機能のチェックでなくCOPD危険度のチェックに変更して実施した。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	新型コロナウイルスの感染拡大の影響で、令和2、令和3年度は利用者数も減少していた。現在禁煙治療薬の製造が見合わせになっているため、特定健診受診者で禁煙希望の方への禁煙支援機関の紹介は実施していないが、治療薬が製造されるようになったら、再開していく。
	4：改善している		
	3：横ばい	今後の方向性	新型コロナウイルス感染拡大予防のため、肺年齢測定は令和3年度で終了
	2：悪化している		
	1：評価できない		

健康相談事業（保健センター・藤代庁舎）

事業目的	気軽に相談できる環境づくりと、健康に関する意識の向上を図る。
対象者	希望者月1回保健センター、年5回藤代庁舎で健康相談実施。保健センターでは、骨の日、体の日、体操の日、栄養講座のテーマごとに健康指導・相談を行う。
事業実施年度	毎年
実施内容	月1回保健センター、年5回藤代庁舎で健康相談実施。保健センターでは、骨の日、体の日、体操の日、栄養講座のテーマごとに健康指導・相談を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：利用者数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	250人	250人	250人	250人	270人	290人	300人
達成状況	794人	488人	258人	222人	148人	206人	202人(見込)

アウトカム：

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況							

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

月1回テーマごとに健康指導・相談を実施している。令和3年度からは、新型コロナウイルス感染拡大予防のため、事前申し込み制にしている。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因)	平成30年度までは、健康まつりを実施していたが、その後は実施していないため、利用者数は減少している。テーマごとに利用者数に差があり、特に骨の日は定員がいっぱいになってしまう。
	今後の方向性	市民のニーズに合わせたテーマへの変更も検討していく。

健康相談事業（体組成測定）

事業目的	気軽に相談できる環境づくりと、健康に関する意識の向上を図る。
対象者	市民（保険は不問）
事業実施年度	毎年
実施内容	上肢や下肢の筋力などを測定できる体組成測定を実施し、普段の健康づくりの評価などに体組成計の結果をご活用することで市民の健康維持向上を図る。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：利用者数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	300人	300人	300人	250人	60人	120人	120人
達成状況	667人	702人	817人	68人	36人	76人	83人

アウトカム：

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況							

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

令和2年度以降は新型コロナウイルス感染症対策を講じながら規模も縮小される中でも実施することができた。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因) 新型コロナウイルス感染症の影響により令和2～4年度は一部の会場でしか実施することができなかった。そのため、平成31年度以前と令和2年度以降では、同じ基準で評価することはできない。事業全体の評価としては、令和2年度からの実績に基づき、「3. 横ばい」とする。
	今後の方向性 新型コロナウイルス感染症が感染症法上の取り扱いが5類に引き下げられたことにより健康相談教室を全て再開することで参加者数の目標達成を目指して市民の健康維持を図る。

個別相談会事業

事業目的	特定保健指導に該当しない情報提供者への健診結果の説明と健康に関する相談の実施
対象者	特定健診・ヘルスアップ健診受診者
事業実施年度	毎年
実施内容	特定健診・ヘルスアップ健診受診者の結果に、個別相談会の案内を同封し、希望があった方に、栄養士や保健師が相談を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：申込者数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	80人	80人	90人	100人	100人	110人	120人
達成状況	75人	65人	50人	66人	36人	24人	26人(見込)

アウトカム：利用者数

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	80人	80人	90人	100人	100人	110人	120人
達成状況	73人	62人	48人	63人	36人	24人	26人(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

健診結果の中に、個別相談会の案内を同封して通知している。食事記録に基づく個別の食事アドバイス等実施している。令和2年度までは、保健センター以外の福祉交流センターや戸頭公民館・藤代庁舎等でも実施していたが、新型コロナの影響もあり、令和3年～4年度は、保健センター会場のみだったが、令和5年度は保健センターと藤代庁舎でも実施した。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因) 年々利用者人数は減少している。相談会の会場を保健センターと藤代庁舎で実施する。相談の日程・回数も影響している可能性がある。
	今後の方向性 毎月の健康相談日も活用して、個別相談会以外でも相談できるように調整していく。

ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用促進事業

事業目的	ジェネリック医薬品の普及啓発を行うことにより、被保険者負担の軽減や医療費適正化による医療保険財政の健全化を図る。
対象者	国民健康保険加入者の内、ジェネリック医薬品に切り替えることにより負担軽減が見込まれる人
事業実施年度	毎年
実施内容	国民健康保険加入中の40歳以上の男女のうち、ジェネリック医薬品に切り替えた場合200円以上の効果が期待される人に対し通知書を発送する。対象薬剤：血圧降下剤、高油血症用剤、糖尿病用剤、血管拡張剤、消化性潰瘍剤、アレルギー用剤

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	未設定	1,800通	1,800通	1,800通	2,000通	2,000通	2,000通
達成状況	1,800通	1,220通	1,056通	1,107通	1,055通	1,054通	1,500通(見込)

アウトカム：後発医薬品利用率

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	未設定	70%	70%	70%	80%	80%	80%
達成状況	67.1%	21.7%	10.8%	24.6%	26.8%	82%	40%(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

アウトソーシングより対象者へ個別通知を発送。年3回実施した。対象薬剤は6薬剤となっている。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	アウトソーシングにより、対象者に周知を図ることができており効果のある事業である。2022年度はジェネリック医薬品に変更した人が82%と目標値も達成している。但し、達成に関しては通知を受け取った人の認識によるところもあり、これを維持できるかは不確定である。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の方向性	今後の達成状況を注視しつつ、必要があれば内容を見直しながら事業を継続する。
	2:悪化している		
	1:評価できない		

重複・頻回受診、重複服薬者対策事業

事業目的	重複受診、頻回受診、重複服薬による国民健康保険被保険者の健康被害を防止するとともに、医療費適正化による医療保険財政の健全化を図る。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重複受診…同一疾病で同一月内に3医療機関以上受診している者 ・ 頻回受診…1医療機関に8回以上受診している者 ・ 重複服薬…同系医薬品の投与日数合計が60日を超える者 ※がん、精神疾患、難病、認知症、人工透析者を除く。
事業実施年度	毎年
実施内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 前年度の診療情報より指定条件に基づき対象者を抽出（外部委託） 2. 抽出該当者のうち、改善優先度の高いA群（60歳以上でレセプト6か月のうち5～6か月が該当）を対象者とし、直近の受診状況を調査 3. 直近の状況で、なお重複受診や重複服薬と見なす者に対して個別通知による勧奨 4. その後、改善が見られない者に対して保健師による訪問指導を実施

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：①通知数・②訪問指導数

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	①・②設定 せず	①100通 ②5人	①100通 ②5人	①100通 ②5人	①6通 ②6人	①6通 ②6人	①6通 ②6人
達成状況	①実施せず ②3人	①432通 ②実施せず	①1通 ②実施せず	①実施せず ②実施せず	①実施せず ②実施せず	①実施せず ②実施せず	①実施せず ②実施せず

アウトカム：未設定

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況							

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

対象者抽出後レセプト確認すると、対象者はすべて改善していることが多く、令和2年度から令和4年度では実施しなかった。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因)	対象者の定義はあるものの、アウトカム評価では未設定であり、事業評価ができない。
	今後の方向性	例えば、レセプトの改善割合など次年度はアウトカム評価を設定すること。若年層を加えるなど対象者を見直すこと、多剤投与者に対する取組を行うことなど、事業について検討する必要がある。

健康運動教室事業

事業目的	筑波大学の研究データから、一人ひとりに合わせた個別運動プログラムを作成し、有酸素運動と筋肉トレーニングの指導を通じて、6か月間健康づくりをサポートしていく。
対象者	30歳以上で医師から運動を禁止されていない方（保険は不問）
事業実施年度	毎年
実施内容	体力測定の結果を基に、個別運動プログラムを作成する。プログラムは、有酸素運動と筋力トレーニング、食生活改善からなり、参加者は日々それを実施する。週1回開催する集合型の教室において、実施状況の確認や体組成測定、運動指導を行い、参加者の継続的な取り組みをサポートする。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：延参加者数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	1,500人	1,500人	1,500人	2,800人	2,800人	2,800人	4,000人
達成状況	1,020人	16,743人	15,567人	3,916人	4,870人	6,980人	6,161人 (R5年12月末現在)

アウトカム：1日1時間以上の運動習慣なしの割合

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	51%	51%	51%	51%	50%	50%	50%
達成状況	58.1%	56.9%	51%	52.3%	52.2%	54.4%	57% (R5年12月現在)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

令和2年度以降は新型コロナウイルス感染症対策を講じ人数制限を設けながらも実施することができた。

事業全体の評価	5: 目標達成	考察 (成功・未達要因) 全期間の参加者における体力年齢の若返りは、継続的に成果がみられている。しかし、参加者数は令和2年度以降新型コロナウイルス感染症の影響により減少している。
	4: 改善している	
	3: 横ばい	今後の方向性 教室型と施設利用型(自主運動型)を組合せて、運用の効率化を図りながら、より多くの参加者を受け入れられる体制を整備する。市の生活習慣病予防やフレイル予防に関する事業と連動して対象者を受入れたり、教室参加者の内、運動強度や種類等が、より適した市の事業がある場合は、紹介できるルートを構築する。
	2: 悪化している	
	1: 評価できない	

地域介護予防支援事業補助金事業

事業目的	1日90分以上の介護予防の活動を、2週間あたり1日以上かつ6か月以上実施する。65歳以上の高齢者が月20人以上（延人数）参加する。運動・口腔機能向上、認知症または閉じこもり予防、栄養改善、その他の介護予防に資する活動を年1回以上実施する。
対象者	地域住民が主体となり、介護予防活動を行う団体
事業実施年度	毎年
実施内容	地域で自主的に介護予防に取り組む団体や介護予防活動を行っている団体に補助金交付を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：補助対象団体数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	5団体	5団体	5団体	3団体	3団体	3団体	3団体
達成状況		5団体	11団体	11団体	8団体	9団体	8団体

アウトカム：

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況							

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

住み慣れた地域でいつまでも元気に暮らしていけるよう、地域住民が主体となった健康づくりの取組みを支援することで、地域のつながりを強めるとともに生活機能の低下を予防することができた。

事業全体の評価 5：目標達成 4：改善している 3：横ばい 2：悪化している 1：評価できない	考察 (成功・未達要因)	コロナ禍で活動に制限が生じたものの、地域で自主的に介護予防に取り組む団体や介護予防活動を行っている団体に補助金交付を行うことで、健康の維持増進と地域づくりを推進することができた。
	今後の方向性	地域における介護予防の取組みを支援し、定期的な活動が定着した団体へ運営支援のための補助金を交付する。

生活支援体制整備事業

事業目的	助け合い・支え合いの地域づくり
対象者	市民(保険不問)
事業実施年度	毎年
実施内容	地域包括支援センターを中心に、地域支え合いづくり推進協議会や座談会を実施し、個人及び地域の課題やニーズの解決策・対応策等を考え、地域の支え合い活動の活性化を図る。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：地域支え合いづくり推進協議会の開催回数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	50回	50回	50回	50回	50回	50回	50回
達成状況	69回	69回	67回	19回	26回	50回	59回(見込)

アウトカム：地域支え合いづくり推進協議会の参加人数

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	900人	900人	900人	900人	900人	900人	900人
達成状況	958人	920人	950人	187人	222人	507人	712人(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

高齢者数及び高齢化率の上昇に伴い、日常生活圏域での住民同士の助け合い・支え合いがより一層求められる中、各圏域の地域包括支援センターにおいて生活支援コーディネーターを配置し、個人及び地域の課題やニーズへの対応に向けた地域支え合い活動の活性化を図り、生活支援体制整備事業を推進した。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因) 生活支援体制整備のための取組みが活発に行われたことで、第7期介護保険事業計画策定時より目標値の達成を継続していたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、令和2・3・4年度において同水準の活動実施が困難となった。各日常生活圏域の高齢者や地域の関係者が多く参加する座談会の実施については一時的に縮小を余儀なくされたが、現在はコロナ禍前の水準へ回復傾向にある。
	4：改善している	
	3：横ばい	今後の方向性 各日常生活圏域の高齢者や地域の関係者の定期的な情報共有・連携強化を目的とした、地域支えあいづくり推進協議会を充実させることで、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図っていく。
	2：悪化している	
	1：評価できない	

在宅医療介護連携事業

事業目的	在宅医療介護関係者の顔の見える関係づくり
対象者	医療・介護・福祉関係者
事業実施年度	毎年
実施内容	医療・介護・福祉等の専門職による情報共有を目的とした意見交換会を定期的に開催する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：在宅医療介護関係者意見交換会の開催回数

アウトプット...実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	2回	2回	2回	2回	4回	4回	4回
達成状況	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回(見込)

アウトカム：在宅医療介護関係者意見交換会の参加人数

アウトカム...成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	160人	160人	160人	160人	300人	300人	300人
達成状況	160人	123人	107人	50人	117人	83人	96人(見込)

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー...実施体制を評価 / プロセス...実施方法を評価

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住みなれた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう在宅医療と介護を一体的に提供するため、公益社団法人取手市医師会に業務委託を行い、医療・介護・福祉等の専門職による研修会を定期的に開催し、在宅医療と介護事業所等の関係者の連携を推進した。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因) 医療に関する専門的知識を有する者、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者において、研修会等を継続的に実施した。新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、令和2・令和3・令和4年度において参加人数の縮小は見受けられたが、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、取手市医師会等と緊密に連携しながら、関係機関との連携体制を構築することができた。
	4：改善している	
	3：横ばい	今後の方向性 介護保険法に基づき、高齢者等が住み慣れた地域において自立した生活を営むことができるように、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を行う。取手市・守谷市・利根町の2市1町において取手市医師会と連携し、医療・介護の資源の現状把握や在宅医療・介護連携の課題の抽出及び対応策の検討を行うとともに、多職種協働による一層の連携強化を図る。
	2：悪化している	
	1：評価できない	

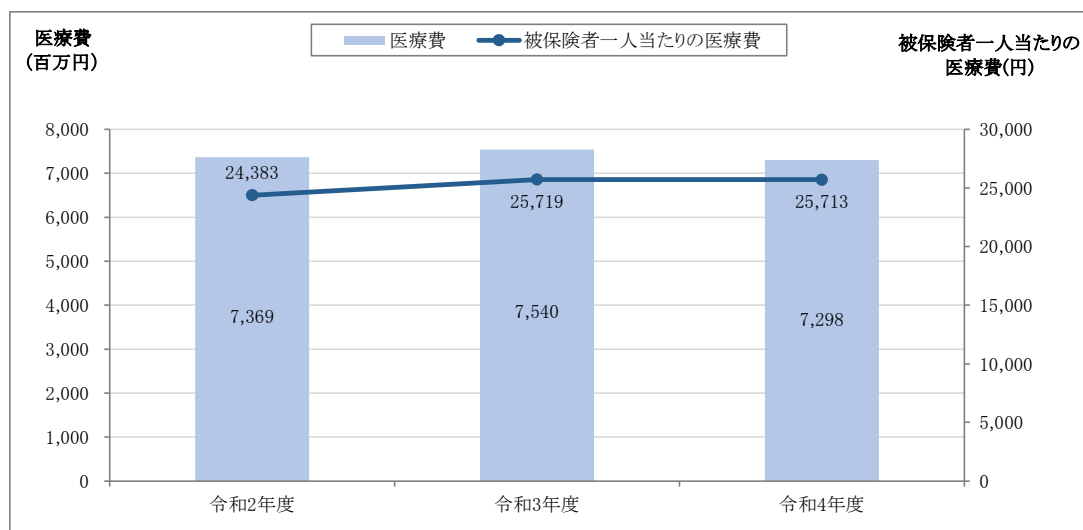
第4章 健康・医療情報等の分析

1. 医療費の基礎集計

(1) 医療費の状況

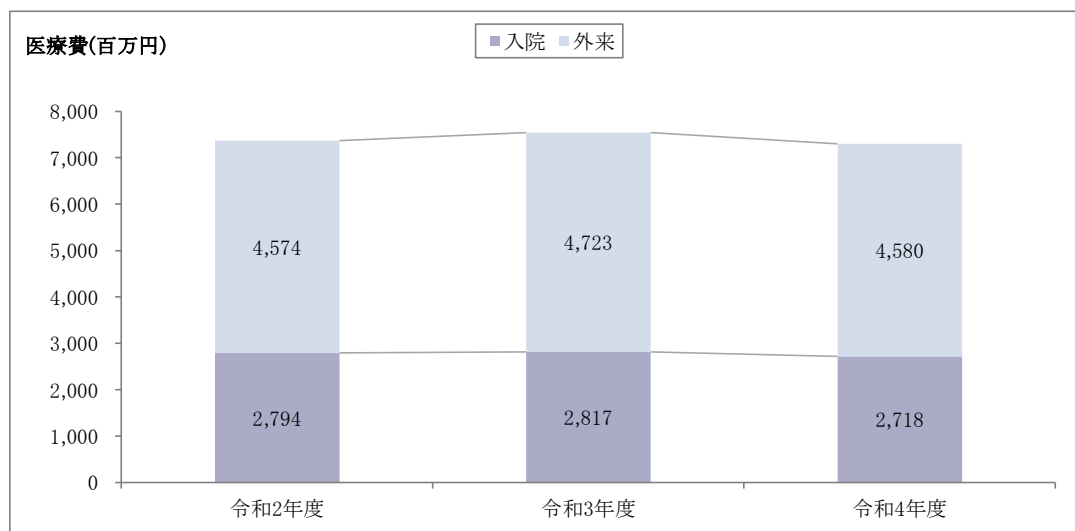
以下は、本市の医療費の状況を示したものです。

年度別 医療費の状況



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か月分相当

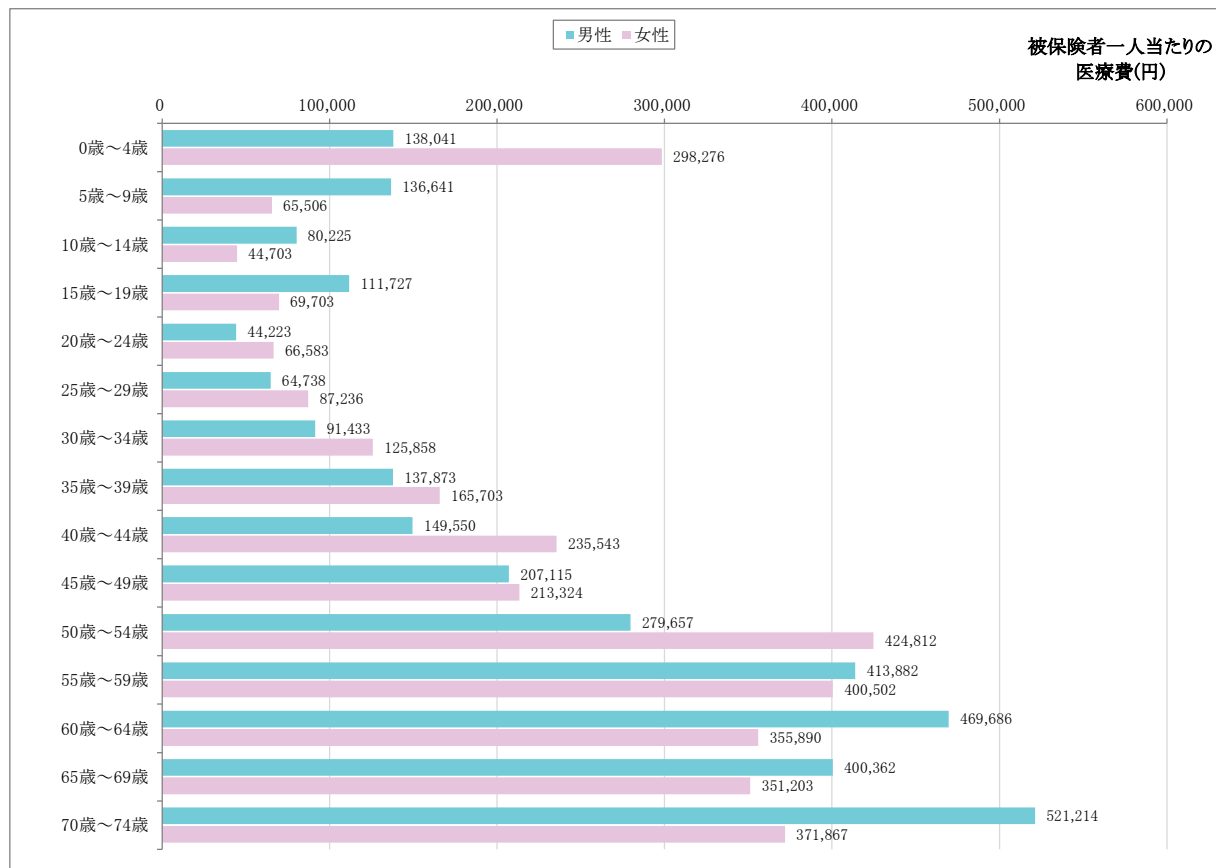
年度別 入院・外来別医療費



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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。

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)」

以下は、年度別の被保険者一人当たりの医療費を示したものです。

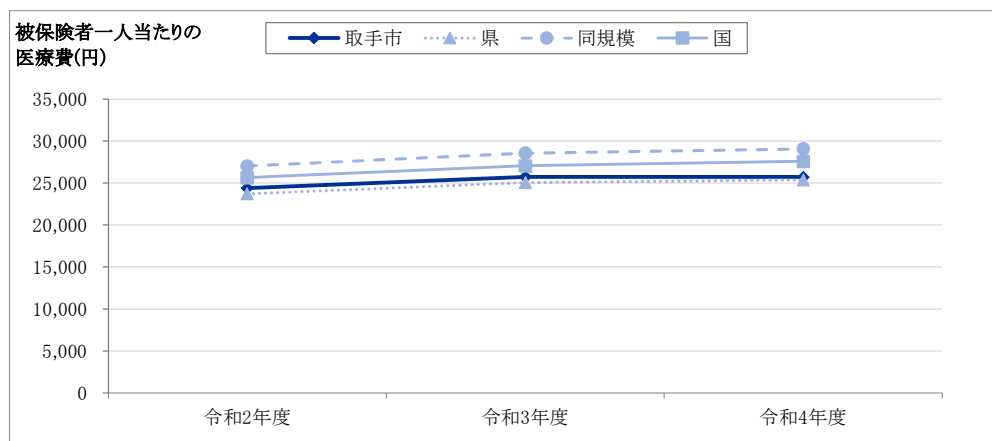
年度別 被保険者一人当たりの医療費

単位：円

年度	取手市	県	同規模	国
令和2年度	24,383	23,724	27,030	25,629
令和3年度	25,719	25,055	28,556	27,039
令和4年度	25,713	25,367	29,058	27,570

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か月分相当

年度別 被保険者一人当たりの医療費



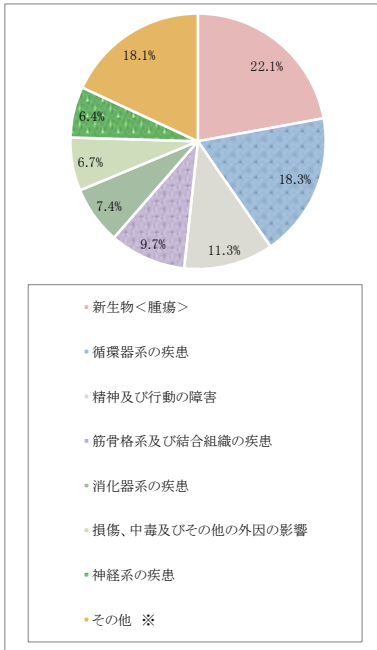
出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
被保険者一人当たりの医療費...1か月分相当

(2) 疾病別医療費

令和4年度の入院医療費では、「新生物<腫瘍>」が最も高く、22.1%を占めています。

大分類別医療費構成比
(入院) (令和4年度)

大・中・細小分類別分析
(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

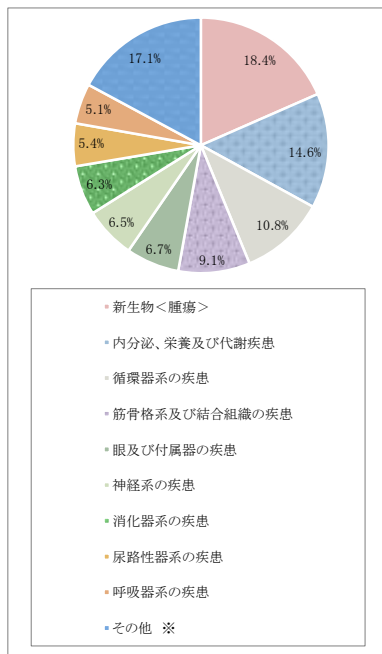
順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析	
1	新生物<腫瘍> 22.1%	その他の悪性新生物<腫瘍>	7.9%	前立腺がん 1.4%
		気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.9%	膀胱がん 0.7%
				喉頭がん 0.7%
				肺がん 2.9%
		良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	2.0%	卵巣腫瘍(良性) 0.2%
2	循環器系の疾患 18.3%	その他の心疾患	6.9%	不整脈 3.2%
		虚血性心疾患	3.3%	心臓弁膜症 1.2%
				狭心症 1.9%
		脳梗塞	3.1%	脳梗塞 3.1%
3	精神及び行動の障害 11.3%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	7.2%	統合失調症 7.2%
		気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	1.9%	うつ病 1.9%
				その他の精神及び行動の障害
		4	筋骨格系及び結合組織の疾患 9.7%	関節症
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.2%			
				脊椎障害(脊椎症を含む)

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年度の外来医療費では、「新生物<腫瘍>」が最も高く、18.4%を占めています。

大分類別医療費構成比
(外来) (令和4年度)

大・中・細小分類別分析
(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

順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析		
1	新生物<腫瘍> 18.4%	その他の悪性新生物<腫瘍>	7.7%	前立腺がん	2.3%
		膀胱がん		0.6%	
		気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.6%	卵巣腫瘍(悪性)	0.5%
		肺がん		2.6%	
		乳房の悪性新生物<腫瘍>	2.4%	乳がん	2.4%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患 14.6%	糖尿病	9.7%	糖尿病	9.0%
		糖尿病網膜症		0.7%	
		脂質異常症	3.2%	脂質異常症	3.2%
		その他の内分泌、栄養及び代謝障害	1.1%	痛風・高尿酸血症	0.1%
3	循環器系の疾患 10.8%	高血圧性疾患	5.3%	高血圧症	5.3%
		その他の心疾患	3.7%	不整脈	2.4%
		虚血性心疾患	0.8%	狭心症	0.6%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患 9.1%	炎症性多発性関節障害	3.2%	関節疾患	3.1%
		痛風・高尿酸血症		0.1%	
		骨の密度及び構造の障害	1.6%		
		脊椎障害(脊椎症を含む)	1.3%		

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、6.1%を占めています。

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	440,312,810	6.1%
2	関節疾患	321,271,890	4.4%
3	統合失調症	279,345,730	3.8%
4	高血圧症	244,183,100	3.4%
5	肺がん	196,378,280	2.7%
6	不整脈	195,690,710	2.7%
7	大腸がん	161,310,750	2.2%
8	骨折	158,849,760	2.2%
9	うつ病	148,996,070	2.1%
10	慢性腎臓病(透析あり)	147,607,040	2.0%

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。

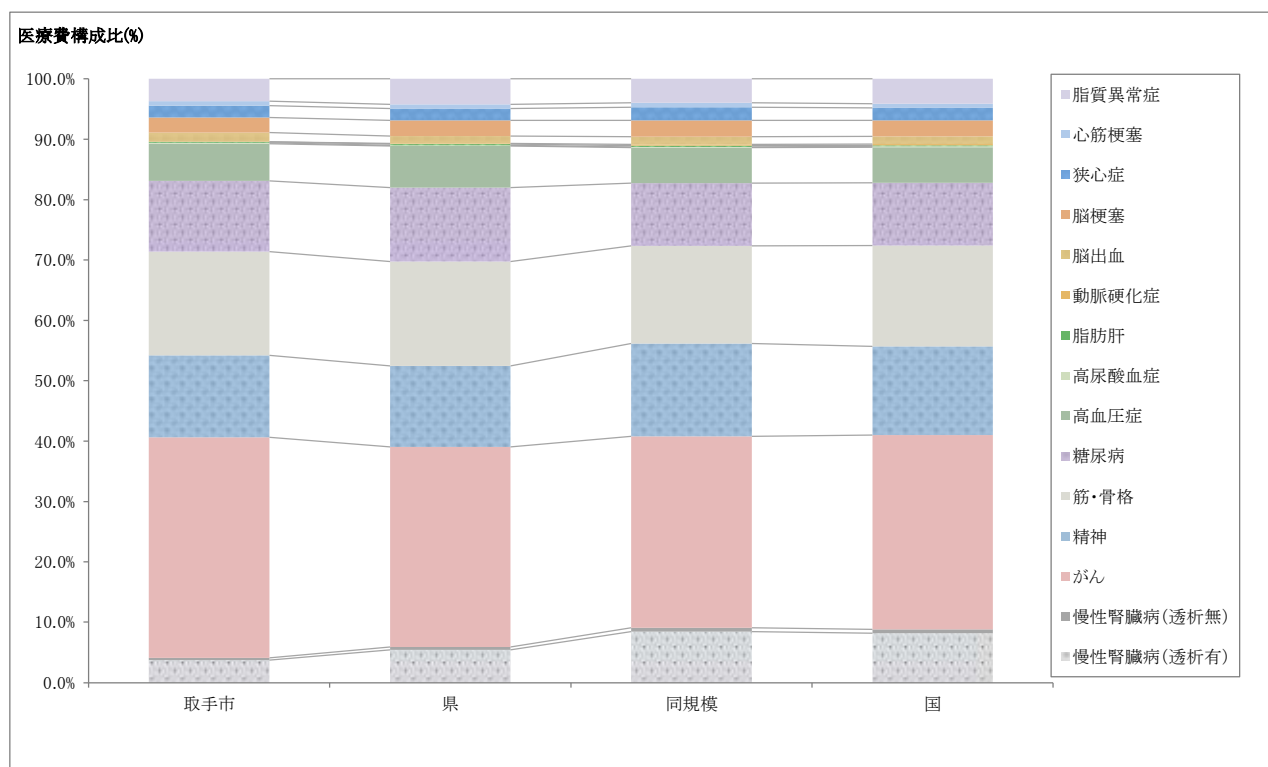
以下は、令和4年度における最大医療資源傷病名別の医療費構成比を示したものです。

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	取手市	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	3.7%	5.4%	8.5%	8.2%
慢性腎臓病(透析無)	0.4%	0.5%	0.6%	0.6%
がん	36.5%	33.2%	31.8%	32.2%
精神	13.6%	13.4%	15.4%	14.7%
筋・骨格	17.2%	17.3%	16.2%	16.7%
糖尿病	11.7%	12.3%	10.4%	10.4%
高血圧症	6.2%	6.9%	5.9%	5.9%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.0%	0.1%	0.2%	0.2%
脳出血	1.5%	1.2%	1.3%	1.3%
脳梗塞	2.5%	2.6%	2.7%	2.6%
狭心症	2.0%	2.0%	2.2%	2.1%
心筋梗塞	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%
脂質異常症	3.7%	4.2%	4.0%	4.1%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

最大医療資源傷病名別医療費構成比(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」

以下は、令和4年度の生活習慣病医療費の状況について、入院、外来、入外合計別に示したものです。

生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	31,323,680	1.2%	7	67	1.5%	7	467,518	7
高血圧症	4,626,430	0.2%	9	30	0.7%	8	154,214	11
脂質異常症	945,000	0.0%	10	3	0.1%	10	315,000	9
高尿酸血症	90,570	0.0%	12	1	0.0%	11	90,570	12
脂肪肝	226,780	0.0%	11	1	0.0%	11	226,780	10
動脈硬化症	0	0.0%	13	0	0.0%	13	0	13
脳出血	59,439,070	2.2%	5	75	1.7%	6	792,521	4
脳梗塞	82,925,890	3.1%	4	110	2.4%	4	753,872	5
狭心症	52,133,860	1.9%	6	80	1.8%	5	651,673	6
心筋梗塞	24,037,200	0.9%	8	17	0.4%	9	1,413,953	1
がん	600,635,280	22.1%	1	684	15.2%	2	878,122	2
筋・骨格	263,236,570	9.7%	3	302	6.7%	3	871,644	3
精神	307,619,520	11.3%	2	796	17.7%	1	386,457	8
その他(上記以外のもの)	1,286,702,220	47.4%		2,337	51.9%		550,579	
合計	2,713,942,070			4,503			602,696	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	428,557,880	9.4%	2	14,083	7.6%	3	30,431	3
高血圧症	239,570,900	5.3%	4	20,467	11.0%	1	11,705	12
脂質異常症	146,030,590	3.2%	6	11,518	6.2%	5	12,678	11
高尿酸血症	3,992,880	0.1%	10	398	0.2%	9	10,032	13
脂肪肝	6,871,230	0.2%	9	325	0.2%	10	21,142	6
動脈硬化症	1,622,200	0.0%	12	88	0.0%	11	18,434	9
脳出血	772,250	0.0%	13	37	0.0%	13	20,872	7
脳梗塞	13,711,240	0.3%	8	758	0.4%	8	18,089	10
狭心症	25,494,190	0.6%	7	1,119	0.6%	7	22,783	4
心筋梗塞	2,023,370	0.0%	11	48	0.0%	12	42,154	2
がん	836,657,610	18.4%	1	6,949	3.7%	6	120,400	1
筋・骨格	413,033,850	9.1%	3	18,694	10.1%	2	22,094	5
精神	226,120,030	5.0%	5	11,559	6.2%	4	19,562	8
その他(上記以外のもの)	2,201,018,410	48.4%		99,398	53.6%		22,143	
合計	4,545,476,630			185,441			24,512	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	459,881,560	6.3%	4	14,150	7.4%	3	32,500	8
高血圧症	244,197,330	3.4%	5	20,497	10.8%	1	11,914	12
脂質異常症	146,975,590	2.0%	6	11,521	6.1%	5	12,757	11
高尿酸血症	4,083,450	0.1%	12	399	0.2%	9	10,234	13
脂肪肝	7,098,010	0.1%	11	326	0.2%	10	21,773	9
動脈硬化症	1,622,200	0.0%	13	88	0.0%	12	18,434	10
脳出血	60,211,320	0.8%	9	112	0.1%	11	537,601	1
脳梗塞	96,637,130	1.3%	7	868	0.5%	8	111,333	4
狭心症	77,628,050	1.1%	8	1,199	0.6%	7	64,744	5
心筋梗塞	26,060,570	0.4%	10	65	0.0%	13	400,932	2
がん	1,437,292,890	19.8%	1	7,633	4.0%	6	188,300	3
筋・骨格	676,270,420	9.3%	2	18,996	10.0%	2	35,601	7
精神	533,739,550	7.4%	3	12,355	6.5%	4	43,200	6
その他(上記以外のもの)	3,487,720,630	48.0%		101,735	53.6%		34,282	
合計	7,259,418,700			189,944			38,219	

出典:国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

2. 生活習慣病に関する分析

(1) 生活習慣病患者の状況

以下は、生活習慣病患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものです。

生活習慣病全体のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	生活習慣病対象者		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	H	H/C	
20歳以下	3,158	1,176	187	5.9%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	6	3.2%	0	0.0%	
30歳代	1,687	714	293	17.4%	4	1.4%	5	1.7%	2	0.7%	22	7.5%	3	1.0%	
40歳代	2,693	1,329	685	25.4%	23	3.4%	13	1.9%	4	0.6%	106	15.5%	12	1.8%	
50歳代	2,627	1,522	859	32.7%	67	7.8%	51	5.9%	11	1.3%	211	24.6%	35	4.1%	
60歳～64歳	1,817	1,257	723	39.8%	70	9.7%	51	7.1%	10	1.4%	190	26.3%	26	3.6%	
65歳～69歳	4,333	3,474	2,026	46.8%	196	9.7%	167	8.2%	3	0.1%	569	28.1%	54	2.7%	
70歳～74歳	7,833	7,229	4,273	54.6%	486	11.4%	440	10.3%	5	0.1%	1,318	30.8%	120	2.8%	
全体	24,148	16,701	9,046	37.5%	847	9.4%	727	8.0%	35	0.4%	2,422	26.8%	250	2.8%	
再掲	40歳～74歳	19,303	14,811	8,566	44.4%	842	9.8%	722	8.4%	33	0.4%	2,394	27.9%	247	2.9%
	65歳～74歳	12,166	10,703	6,299	51.8%	682	10.8%	607	9.6%	8	0.1%	1,887	30.0%	174	2.8%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	N	N/C	
20歳以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	2.7%	7	3.7%	9	4.8%	
30歳代	5	1.7%	3	1.0%	1	0.3%	28	9.6%	16	5.5%	41	14.0%	
40歳代	18	2.6%	10	1.5%	2	0.3%	159	23.2%	64	9.3%	167	24.4%	
50歳代	32	3.7%	20	2.3%	7	0.8%	357	41.6%	91	10.6%	329	38.3%	
60歳～64歳	30	4.1%	12	1.7%	8	1.1%	394	54.5%	59	8.2%	341	47.2%	
65歳～69歳	65	3.2%	42	2.1%	27	1.3%	1,219	60.2%	224	11.1%	1,083	53.5%	
70歳～74歳	174	4.1%	98	2.3%	52	1.2%	2,703	63.3%	460	10.8%	2,266	53.0%	
全体	324	3.6%	185	2.0%	97	1.1%	4,865	53.8%	921	10.2%	4,236	46.8%	
再掲	40歳～74歳	319	3.7%	182	2.1%	96	1.1%	4,832	56.4%	898	10.5%	4,186	48.9%
	65歳～74歳	239	3.8%	140	2.2%	79	1.3%	3,922	62.3%	684	10.9%	3,349	53.2%

出典: 国保データベース (KDB) システム「生活習慣病全体のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

糖尿病のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G	G/C	
20歳以下	3,158	1,176	6	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	1,687	714	22	1.3%	3	13.6%	5	22.7%	3	13.6%	1	4.5%	
40歳代	2,693	1,329	106	3.9%	12	11.3%	18	17.0%	10	9.4%	2	1.9%	
50歳代	2,627	1,522	211	8.0%	35	16.6%	32	15.2%	20	9.5%	7	3.3%	
60歳～64歳	1,817	1,257	190	10.5%	26	13.7%	30	15.8%	12	6.3%	8	4.2%	
65歳～69歳	4,333	3,474	569	13.1%	54	9.5%	65	11.4%	42	7.4%	27	4.7%	
70歳～74歳	7,833	7,229	1,318	16.8%	120	9.1%	174	13.2%	98	7.4%	52	3.9%	
全体	24,148	16,701	2,422	10.0%	250	10.3%	324	13.4%	185	7.6%	97	4.0%	
再掲	40歳～74歳	19,303	14,811	2,394	12.4%	247	10.3%	319	13.3%	182	7.6%	96	4.0%
	65歳～74歳	12,166	10,703	1,887	15.5%	174	9.2%	239	12.7%	140	7.4%	79	4.2%

年齢階層	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	1	16.7%	3	50.0%	
30歳代	0	0.0%	1	4.5%	1	4.5%	10	45.5%	4	18.2%	14	63.6%	
40歳代	8	7.5%	2	1.9%	2	1.9%	52	49.1%	25	23.6%	64	60.4%	
50歳代	23	10.9%	23	10.9%	7	3.3%	134	63.5%	43	20.4%	150	71.1%	
60歳～64歳	32	16.8%	27	14.2%	4	2.1%	143	75.3%	22	11.6%	138	72.6%	
65歳～69歳	83	14.6%	70	12.3%	3	0.5%	409	71.9%	96	16.9%	423	74.3%	
70歳～74歳	203	15.4%	192	14.6%	3	0.2%	958	72.7%	203	15.4%	946	71.8%	
全体	349	14.4%	315	13.0%	20	0.8%	1,707	70.5%	394	16.3%	1,738	71.8%	
再掲	40歳～74歳	349	14.6%	314	13.1%	19	0.8%	1,696	70.8%	389	16.2%	1,721	71.9%
	65歳～74歳	286	15.2%	262	13.9%	6	0.3%	1,367	72.4%	299	15.8%	1,369	72.5%

出典: 国保データベース (KDB) システム「糖尿病のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

脂質異常症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳以下	3,158	1,176	9	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	33.3%	
30歳代	1,687	714	41	2.4%	1	2.4%	3	7.3%	2	4.9%	14	34.1%	
40歳代	2,693	1,329	167	6.2%	10	6.0%	8	4.8%	2	1.2%	64	38.3%	
50歳代	2,627	1,522	329	12.5%	43	13.1%	34	10.3%	6	1.8%	150	45.6%	
60歳～64歳	1,817	1,257	341	18.8%	49	14.4%	35	10.3%	8	2.3%	138	40.5%	
65歳～69歳	4,333	3,474	1,083	25.0%	144	13.3%	122	11.3%	2	0.2%	423	39.1%	
70歳～74歳	7,833	7,229	2,266	28.9%	336	14.8%	350	15.4%	4	0.2%	946	41.7%	
全体	24,148	16,701	4,236	17.5%	583	13.8%	552	13.0%	24	0.6%	1,738	41.0%	
再掲	40歳～74歳	19,303	14,811	4,186	21.7%	582	13.9%	549	13.1%	22	0.5%	1,721	41.1%
再掲	65歳～74歳	12,166	10,703	3,349	27.5%	480	14.3%	472	14.1%	6	0.2%	1,369	40.9%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		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(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	33.3%	2	22.2%	
30歳代	2	4.9%	3	7.3%	3	7.3%	1	2.4%	13	31.7%	9	22.0%	
40歳代	8	4.8%	16	9.6%	6	3.6%	2	1.2%	75	44.9%	39	23.4%	
50歳代	28	8.5%	22	6.7%	11	3.3%	4	1.2%	195	59.3%	56	17.0%	
60歳～64歳	19	5.6%	23	6.7%	7	2.1%	5	1.5%	226	66.3%	45	13.2%	
65歳～69歳	46	4.2%	48	4.4%	23	2.1%	22	2.0%	741	68.4%	147	13.6%	
70歳～74歳	93	4.1%	133	5.9%	63	2.8%	40	1.8%	1,653	72.9%	323	14.3%	
全体	196	4.6%	245	5.8%	113	2.7%	74	1.7%	2,906	68.6%	621	14.7%	
再掲	40歳～74歳	194	4.6%	242	5.8%	110	2.6%	73	1.7%	2,890	69.0%	610	14.6%
再掲	65歳～74歳	139	4.2%	181	5.4%	86	2.6%	62	1.9%	2,394	71.5%	470	14.0%

出典:国保データベース(KDB)システム「脂質異常症のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

高血圧症のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳以下	3,158	1,176	5	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	
30歳代	1,687	714	28	1.7%	0	0.0%	2	7.1%	2	7.1%	10	35.7%	
40歳代	2,693	1,329	159	5.9%	14	8.8%	9	5.7%	4	2.5%	52	32.7%	
50歳代	2,627	1,522	357	13.6%	48	13.4%	37	10.4%	10	2.8%	134	37.5%	
60歳～64歳	1,817	1,257	394	21.7%	53	13.5%	45	11.4%	10	2.5%	143	36.3%	
65歳～69歳	4,333	3,474	1,219	28.1%	139	11.4%	135	11.1%	3	0.2%	409	33.6%	
70歳～74歳	7,833	7,229	2,703	34.5%	378	14.0%	349	12.9%	4	0.1%	958	35.4%	
全体	24,148	16,701	4,865	20.1%	632	13.0%	577	11.9%	33	0.7%	1,707	35.1%	
再掲	40歳～74歳	19,303	14,811	4,832	25.0%	632	13.1%	575	11.9%	31	0.6%	1,696	35.1%
再掲	65歳～74歳	12,166	10,703	3,922	32.2%	517	13.2%	484	12.3%	7	0.2%	1,367	34.9%

年齢階層	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	3	60.0%	
30歳代	2	7.1%	4	14.3%	1	3.6%	1	3.6%	9	32.1%	13	46.4%	
40歳代	7	4.4%	11	6.9%	5	3.1%	1	0.6%	39	24.5%	75	47.2%	
50歳代	20	5.6%	19	5.3%	9	2.5%	3	0.8%	69	19.3%	195	54.6%	
60歳～64歳	20	5.1%	23	5.8%	10	2.5%	7	1.8%	53	13.5%	226	57.4%	
65歳～69歳	41	3.4%	53	4.3%	22	1.8%	25	2.1%	193	15.8%	741	60.8%	
70歳～74歳	95	3.5%	131	4.8%	60	2.2%	36	1.3%	396	14.7%	1,653	61.2%	
全体	185	3.8%	241	5.0%	107	2.2%	73	1.5%	760	15.6%	2,906	59.7%	
再掲	40歳～74歳	183	3.8%	237	4.9%	106	2.2%	72	1.5%	750	15.5%	2,890	59.8%
再掲	65歳～74歳	136	3.5%	184	4.7%	82	2.1%	61	1.6%	589	15.0%	2,394	61.0%

出典:国保データベース(KDB)システム「高血圧症のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

虚血性心疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	3,158	1,176	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	1,687	714	5	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	
40歳代	2,693	1,329	13	0.5%	0	0.0%	1	7.7%	2	15.4%	0	0.0%	
50歳代	2,627	1,522	51	1.9%	6	11.8%	3	5.9%	23	45.1%	6	11.8%	
60歳～64歳	1,817	1,257	51	2.8%	7	13.7%	4	7.8%	27	52.9%	7	13.7%	
65歳～69歳	4,333	3,474	167	3.9%	26	15.6%	2	1.2%	70	41.9%	10	6.0%	
70歳～74歳	7,833	7,229	440	5.6%	71	16.1%	1	0.2%	192	43.6%	20	4.5%	
全体	24,148	16,701	727	3.0%	110	15.1%	11	1.5%	315	43.3%	43	5.9%	
再掲	40歳～74歳	19,303	14,811	722	3.7%	110	15.2%	11	1.5%	314	43.5%	43	6.0%
再掲	65歳～74歳	12,166	10,703	607	5.0%	97	16.0%	3	0.5%	262	43.2%	30	4.9%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	40.0%	0	0.0%	3	60.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	9	69.2%	3	23.1%	8	61.5%	
50歳代	2	3.9%	3	5.9%	0	0.0%	37	72.5%	13	25.5%	34	66.7%	
60歳～64歳	8	15.7%	2	3.9%	2	3.9%	45	88.2%	6	11.8%	35	68.6%	
65歳～69歳	13	7.8%	4	2.4%	6	3.6%	135	80.8%	33	19.8%	122	73.1%	
70歳～74歳	32	7.3%	18	4.1%	11	2.5%	349	79.3%	86	19.5%	350	79.5%	
全体	55	7.6%	27	3.7%	19	2.6%	577	79.4%	141	19.4%	552	75.9%	
再掲	40歳～74歳	55	7.6%	27	3.7%	19	2.6%	575	79.6%	141	19.5%	549	76.0%
再掲	65歳～74歳	45	7.4%	22	3.6%	17	2.8%	484	79.7%	119	19.6%	472	77.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「虚血性心疾患のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

脳血管疾患のレセプト分析

年齢階層	被保険者数 (人)	レセプト件数 (件)	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		インスリン療法		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	3,158	1,176	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	1,687	714	4	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	2,693	1,329	23	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	8	34.8%	1	4.3%	
50歳代	2,627	1,522	67	2.6%	6	9.0%	3	4.5%	23	34.3%	0	0.0%	
60歳～64歳	1,817	1,257	70	3.9%	7	10.0%	1	1.4%	32	45.7%	8	11.4%	
65歳～69歳	4,333	3,474	196	4.5%	26	13.3%	1	0.5%	83	42.3%	14	7.1%	
70歳～74歳	7,833	7,229	486	6.2%	71	14.6%	3	0.6%	203	41.8%	26	5.3%	
全体	24,148	16,701	847	3.5%	110	13.0%	8	0.9%	349	41.2%	49	5.8%	
再掲	40歳～74歳	19,303	14,811	842	4.4%	110	13.1%	8	1.0%	349	41.4%	49	5.8%
再掲	65歳～74歳	12,166	10,703	682	5.6%	97	14.2%	4	0.6%	286	41.9%	40	5.9%

年齢階層	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	
40歳代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	60.9%	1	4.3%	10	43.5%	
50歳代	3	4.5%	2	3.0%	0	0.0%	48	71.6%	13	19.4%	43	64.2%	
60歳～64歳	3	4.3%	1	1.4%	3	4.3%	53	75.7%	9	12.9%	49	70.0%	
65歳～69歳	14	7.1%	7	3.6%	7	3.6%	139	70.9%	27	13.8%	144	73.5%	
70歳～74歳	20	4.1%	20	4.1%	13	2.7%	378	77.8%	85	17.5%	336	69.1%	
全体	40	4.7%	30	3.5%	23	2.7%	632	74.6%	135	15.9%	583	68.8%	
再掲	40歳～74歳	40	4.8%	30	3.6%	23	2.7%	632	75.1%	135	16.0%	582	69.1%
再掲	65歳～74歳	34	5.0%	27	4.0%	20	2.9%	517	75.8%	112	16.4%	480	70.4%

出典:国保データベース(KDB)システム「脳血管疾患のレセプト分析」(令和4年3月診療分)

(2) 透析患者の状況

透析患者の状況について分析を行いました。以下は、令和4年度における、透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合を示したものです。

透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
取手市	22,712	29	0.13%
県	626,764	1,335	0.21%
同規模	2,500,428	9,104	0.36%
国	27,488,882	89,397	0.33%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

以下は、本市の年度別の透析患者数及び医療費の状況等について示したものです。

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
令和2年度	28	199,471,120	7,123,969
令和3年度	35	223,624,990	6,389,285
令和4年度	29	196,256,270	6,767,458

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費...人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの

以下は、透析患者数及び被保険者に占める割合を男女年齢階層別に示したものです。

男女年齢階層別 透析患者数及び被保険者に占める割合

年齢階層	男女合計			男性			女性		
	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者割合(%)
0歳～4歳	329	0	0.00%	171	0	0.00%	158	0	0.00%
5歳～9歳	426	0	0.00%	228	0	0.00%	198	0	0.00%
10歳～14歳	433	0	0.00%	212	0	0.00%	221	0	0.00%
15歳～19歳	513	0	0.00%	262	0	0.00%	251	0	0.00%
20歳～24歳	689	0	0.00%	363	0	0.00%	326	0	0.00%
25歳～29歳	768	0	0.00%	410	0	0.00%	358	0	0.00%
30歳～34歳	736	1	0.14%	405	1	0.25%	331	0	0.00%
35歳～39歳	951	1	0.11%	495	0	0.00%	456	1	0.22%
40歳～44歳	1,145	1	0.09%	654	0	0.00%	491	1	0.20%
45歳～49歳	1,548	3	0.19%	867	2	0.23%	681	1	0.15%
50歳～54歳	1,476	3	0.20%	819	2	0.24%	657	1	0.15%
55歳～59歳	1,151	8	0.70%	563	6	1.07%	588	2	0.34%
60歳～64歳	1,817	10	0.55%	769	7	0.91%	1,048	3	0.29%
65歳～69歳	4,333	3	0.07%	1,834	3	0.16%	2,499	0	0.00%
70歳～74歳	7,833	5	0.06%	3,327	4	0.12%	4,506	1	0.02%
全体	24,148	35	0.14%	11,379	25	0.22%	12,769	10	0.08%

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4年3月診療分)

以下は、透析患者のレセプトデータから、併存している疾患の状況を示したものです。

透析のレセプト分析

年齢階層	被保険者数(人)	レセプト件数(件)	人工透析		糖尿病		インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		
			人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
			A	B	C	C/A	D	D/C	E	E/C	F	F/C	G
20歳代以下	3,158	1,176	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	1,687	714	2	0.1%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	1	50.0%	
40歳代	2,693	1,329	4	0.1%	2	50.0%	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%	
50歳代	2,627	1,522	11	0.4%	7	63.6%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	
60歳～64歳	1,817	1,257	10	0.6%	4	40.0%	1	10.0%	1	10.0%	0	0.0%	
65歳～69歳	4,333	3,474	3	0.1%	3	100.0%	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%	
70歳～74歳	7,833	7,229	5	0.1%	3	60.0%	0	0.0%	2	40.0%	0	0.0%	
全体	24,148	16,701	35	0.1%	20	57.1%	5	14.3%	6	17.1%	2	5.7%	
再掲	40歳～74歳	19,303	14,811	33	0.2%	19	57.6%	4	12.1%	5	15.2%	1	3.0%
	65歳～74歳	12,166	10,703	8	0.1%	6	75.0%	1	12.5%	4	50.0%	0	0.0%

年齢階層	糖尿病性神経障害		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
	H	H/C	I	I/C	J	J/C	K	K/C	L	L/C	M	M/C	
20歳代以下	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
30歳代	1	50.0%	2	100.0%	2	100.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	
40歳代	0	0.0%	4	100.0%	1	25.0%	2	50.0%	0	0.0%	1	25.0%	
50歳代	0	0.0%	10	90.9%	8	72.7%	6	54.5%	3	27.3%	3	27.3%	
60歳～64歳	1	10.0%	10	100.0%	6	60.0%	8	80.0%	1	10.0%	4	40.0%	
65歳～69歳	0	0.0%	3	100.0%	1	33.3%	2	66.7%	1	33.3%	2	66.7%	
70歳～74歳	0	0.0%	4	80.0%	3	60.0%	4	80.0%	3	60.0%	1	20.0%	
全体	2	5.7%	33	94.3%	21	60.0%	24	68.6%	8	22.9%	11	31.4%	
再掲	40歳～74歳	1	3.0%	31	93.9%	19	57.6%	22	66.7%	8	24.2%	11	33.3%
	65歳～74歳	0	0.0%	7	87.5%	4	50.0%	6	75.0%	4	50.0%	3	37.5%

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4年3月診療分)

3. 健康診査データによる分析

以下は、令和4年度健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況を示したものです。健診受診者全体では、HbA1cの有所見者割合が最も高く、健診受診者の64.9%を占めています。年齢階層別にみると、40歳～64歳ではLDLコレステロール、65歳～74歳ではHbA1cの有所見者割合が最も高くなっています。

検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	
取手市	40歳～64歳	人数(人)	465	457	449	307	76	133	726	111
		割合(%)	31.5%	31.0%	30.4%	20.8%	5.2%	9.0%	49.2%	7.5%
	65歳～74歳	人数(人)	1,174	1,392	1,270	506	174	762	3,155	180
		割合(%)	26.1%	30.9%	28.2%	11.2%	3.9%	16.9%	70.0%	4.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,639	1,849	1,719	813	250	895	3,881	291
		割合(%)	27.4%	30.9%	28.7%	13.6%	4.2%	15.0%	64.9%	4.9%
県	割合(%)	27.9%	33.7%	24.1%	13.8%	3.9%	14.3%	66.1%	3.4%	
国	割合(%)	27.1%	35.0%	21.1%	14.5%	3.8%	24.8%	57.1%	6.5%	
区分		収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR	
		130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満	
取手市	40歳～64歳	人数(人)	417	217	821	6	495	52	140	150
		割合(%)	28.3%	14.7%	55.7%	0.4%	33.6%	3.5%	9.5%	10.2%
	65歳～74歳	人数(人)	2,261	537	2,391	51	1,803	151	461	1,118
		割合(%)	50.2%	11.9%	53.1%	1.1%	40.0%	3.4%	10.2%	24.8%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	2,678	754	3,212	57	2,298	203	601	1,268
		割合(%)	44.8%	12.6%	53.7%	1.0%	38.4%	3.4%	10.1%	21.2%
県	割合(%)	45.8%	19.8%	52.5%	1.2%	24.7%	59.1%	5.4%	20.6%	
国	割合(%)	47.5%	21.1%	50.3%	1.2%	21.0%	18.0%	5.6%	20.6%	

出典：国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

以下は、令和4年度健康診査データによるメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。健診受診者全体では、予備群は9.5%、該当者は19.1%です。また、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている該当者は7.1%です。

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	1,475	24.5%	60	4.1%	168	11.4%	9	0.6%	79	5.4%	80	5.4%
65歳～74歳	4,505	43.3%	80	1.8%	401	8.9%	41	0.9%	265	5.9%	95	2.1%
全体(40歳～74歳)	5,980	36.4%	140	2.3%	569	9.5%	50	0.8%	344	5.8%	175	2.9%

年齢階層	該当者									
	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	229	15.5%	20	1.4%	21	1.4%	102	6.9%	86	5.8%
65歳～74歳	911	20.2%	131	2.9%	67	1.5%	373	8.3%	340	7.5%
全体(40歳～74歳)	1,140	19.1%	151	2.5%	88	1.5%	475	7.9%	426	7.1%

出典:国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②血圧 ③脂質)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※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110mg/dl以上
- ②血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

※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も対象となる。

以下は、令和4年度健康診査データにおける質問票調査の状況について、年齢階層別に示したものです。

質問票調査の状況(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳			
		取手市	県	同規模	国	取手市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	16.4%	18.2%	20.5%	19.2%	38.2%	41.0%	43.3%	43.7%
	服薬_糖尿病	4.5%	4.8%	5.4%	5.0%	9.3%	9.8%	10.3%	10.5%
	服薬_脂質異常症	13.6%	13.8%	16.8%	15.3%	30.5%	30.3%	34.1%	34.0%
既往歴	既往歴_脳卒中	1.7%	1.4%	2.1%	1.8%	3.2%	3.1%	3.8%	3.8%
	既往歴_心臓病	1.8%	3.2%	3.0%	2.8%	5.9%	7.5%	6.8%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.5%	0.3%	0.6%	0.6%	0.7%	0.5%	0.9%	0.9%
	既往歴_貧血	16.5%	12.7%	14.2%	13.5%	10.8%	8.1%	9.4%	9.2%
喫煙	喫煙	16.1%	19.0%	18.7%	20.8%	7.7%	9.3%	9.8%	10.4%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	38.6%	39.1%	38.5%	38.2%	33.7%	34.8%	33.5%	33.4%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	67.8%	69.6%	68.7%	69.8%	51.7%	52.9%	54.7%	55.8%
	1日1時間以上運動なし	53.8%	49.7%	50.8%	50.0%	48.3%	46.1%	47.7%	47.0%
	歩行速度遅い	57.9%	51.5%	53.4%	53.5%	47.2%	46.2%	48.8%	49.5%
食事	食べる速度が速い	28.8%	30.2%	30.3%	31.2%	23.4%	23.4%	24.3%	24.6%
	食べる速度が普通	62.4%	62.4%	61.7%	60.9%	70.0%	69.4%	68.0%	67.6%
	食べる速度が遅い	8.8%	7.5%	8.0%	7.8%	6.6%	7.1%	7.7%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	19.9%	22.5%	20.5%	22.7%	11.6%	15.4%	11.8%	12.3%
	週3回以上朝食を抜く	18.3%	17.6%	18.5%	19.4%	4.8%	4.8%	5.7%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	22.6%	24.4%	23.4%	26.4%	24.3%	24.2%	24.2%	25.1%
	時々飲酒	29.1%	23.0%	24.6%	25.5%	24.3%	18.2%	20.6%	21.1%
	飲まない	48.3%	52.6%	52.1%	48.2%	51.4%	57.6%	55.2%	53.8%
	1日飲酒量(1合未満)	52.2%	48.5%	62.6%	58.2%	57.7%	56.9%	68.8%	67.2%
	1日飲酒量(1～2合)	31.5%	29.1%	22.4%	24.5%	31.1%	29.7%	22.4%	23.4%
	1日飲酒量(2～3合)	12.3%	16.8%	10.7%	12.1%	9.8%	11.6%	7.5%	7.9%
	1日飲酒量(3合以上)	4.0%	5.6%	4.3%	5.2%	1.5%	1.7%	1.3%	1.5%
睡眠	睡眠不足	29.3%	28.6%	28.1%	29.6%	22.2%	22.2%	23.0%	23.6%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	25.6%	21.4%	22.8%	23.8%	32.2%	27.3%	29.2%	29.5%
	改善意欲あり	18.1%	36.0%	32.5%	33.7%	15.7%	28.6%	25.7%	26.1%
	改善意欲ありかつ始めている	29.6%	16.3%	17.2%	16.0%	21.0%	13.7%	13.7%	12.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.0%	10.3%	9.8%	9.8%	7.5%	8.9%	8.5%	8.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	17.7%	15.9%	17.6%	16.8%	23.6%	21.6%	23.0%	22.9%
	保健指導利用しない	64.0%	64.7%	63.1%	63.9%	65.8%	62.4%	63.5%	63.0%
咀嚼	咀嚼_何でも	88.5%	82.9%	83.6%	83.9%	80.5%	76.1%	76.9%	77.0%
	咀嚼_かみにくい	10.9%	16.6%	15.7%	15.3%	19.3%	23.3%	22.3%	22.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.6%	0.6%	0.7%	0.7%	0.2%	0.6%	0.8%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	26.3%	22.5%	23.6%	23.4%	21.9%	19.1%	20.5%	20.7%
	3食以外間食_時々	54.8%	57.9%	56.0%	55.2%	58.8%	61.7%	58.8%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	18.9%	19.6%	20.4%	21.4%	19.3%	19.2%	20.7%	20.9%

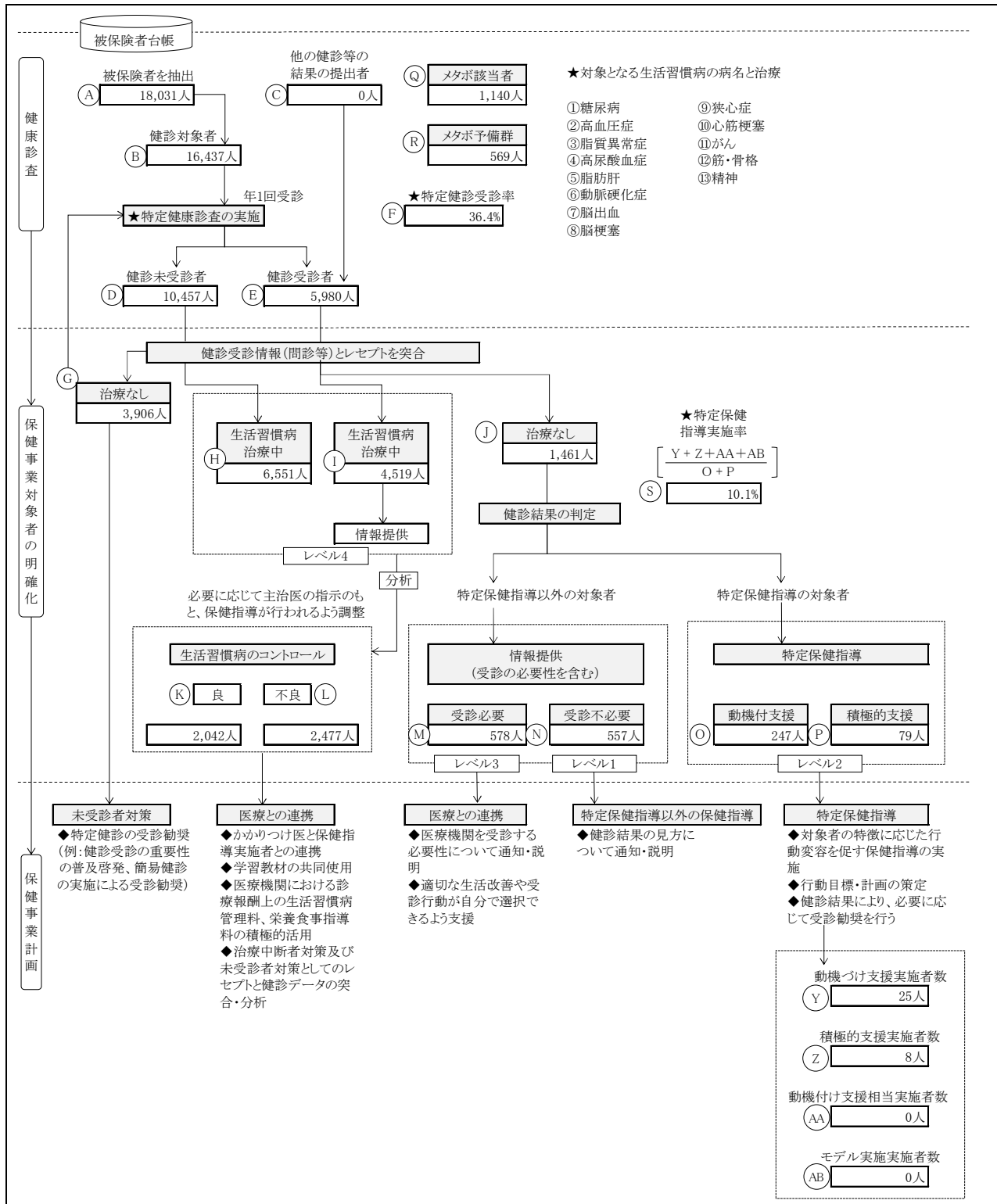
分類	質問項目	全体(40歳～74歳)			
		取手市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	32.8%	34.1%	37.0%	35.6%
	服薬_糖尿病	8.1%	8.3%	8.9%	8.7%
	服薬_脂質異常症	26.3%	25.3%	29.3%	27.9%
既往歴	既往歴_脳卒中	2.8%	2.6%	3.3%	3.1%
	既往歴_心臓病	4.8%	6.2%	5.8%	5.5%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.6%	0.5%	0.8%	0.8%
	既往歴_貧血	12.2%	9.5%	10.7%	10.7%
喫煙	喫煙	9.8%	12.2%	12.2%	13.8%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	34.9%	36.1%	34.9%	35.0%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	55.7%	57.9%	58.6%	60.4%
	1日1時間以上運動なし	49.7%	47.2%	48.5%	48.0%
	歩行速度遅い	49.9%	47.8%	50.0%	50.8%
食事	食べる速度が速い	24.7%	25.4%	26.0%	26.8%
	食べる速度が普通	68.1%	67.3%	66.3%	65.4%
	食べる速度が遅い	7.1%	7.2%	7.7%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	13.7%	17.6%	14.2%	15.8%
	週3回以上朝食を抜く	8.1%	8.6%	9.2%	10.4%
飲酒	毎日飲酒	23.9%	24.2%	24.0%	25.5%
	時々飲酒	25.5%	19.7%	21.7%	22.5%
	飲まない	50.7%	56.1%	54.3%	52.0%
	1日飲酒量(1合未満)	56.3%	54.4%	67.0%	64.1%
	1日飲酒量(1～2合)	31.2%	29.5%	22.4%	23.7%
	1日飲酒量(2～3合)	10.4%	13.2%	8.4%	9.4%
	1日飲酒量(3合以上)	2.1%	2.9%	2.2%	2.8%
睡眠	睡眠不足	24.0%	24.1%	24.4%	25.6%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	30.6%	25.5%	27.4%	27.6%
	改善意欲あり	16.3%	30.8%	27.6%	28.6%
	改善意欲あつかつ始めている	23.1%	14.5%	14.7%	13.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	7.8%	9.3%	8.9%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	22.2%	19.9%	21.5%	20.9%
	保健指導利用しない	65.4%	63.1%	63.4%	63.3%
咀嚼	咀嚼_何でも	82.4%	78.1%	78.8%	79.3%
	咀嚼_かみにくい	17.2%	21.3%	20.5%	19.9%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.3%	0.6%	0.7%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	22.9%	20.1%	21.4%	21.6%
	3食以外間食_時々	57.8%	60.6%	58.0%	57.3%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	19.2%	19.3%	20.6%	21.0%

出典：国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

4. 被保険者の階層化

以下は、令和4年度における健康診査データ及びレセプトデータから被保険者を階層化した結果を示したものです。

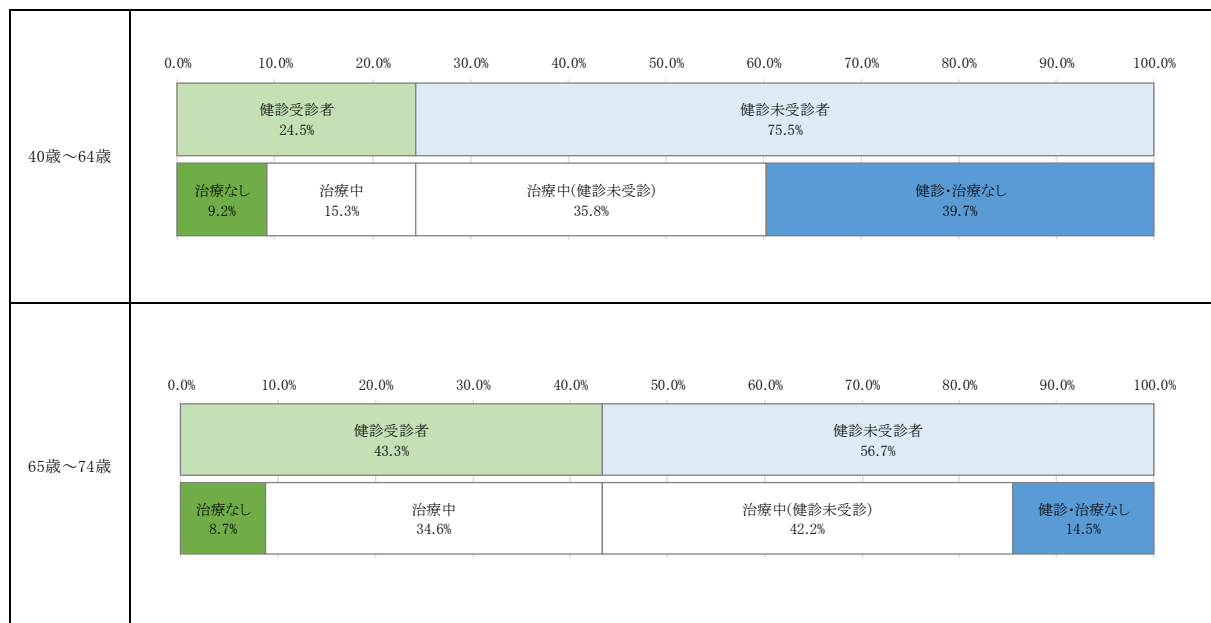
被保険者の階層化(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」

以下は、令和4年度における40歳以上の特定健診対象者について、健診受診状況別に生活習慣病の治療状況を示したものです。

特定健診対象者の生活習慣病治療状況(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」
 ※「治療中」...特定健診対象者のうち、生活習慣病のレセプトを持つ患者を対象として集計

5. 歯科・口腔機能に関する分析

以下は、健康診査データ及びレセプトデータから、歯科関連の医療費や質問票調査の状況について示したものです。質問票調査の結果より「咀嚼_何でも」と回答している割合は、県・同規模・国と比較しても高くなっています。ただし、本市として「咀嚼_ほとんどかめない」と回答している人は、令和2年度から比較して減少しているとはいえません。そのため、生活習慣病・フレイル（虚弱）・サルコペニア（筋肉量の低下）の予防としても歯科保健指導は必要とみられます。

歯科関連医療費の状況（令和4年度）

	医療費(円) ※	患者数 ※	患者一人当たりの 医療費(円)
歯肉炎及び歯周疾患	13,416	7	1,917
その他の歯及び歯の 支持組織の障害	60,835	22	2,765

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か月分)
 年齢範囲...年齢基準日時点の年齢を0歳～999歳の範囲で分析対象としている。
 年齢基準日...令和5年3月31日時点
 ※医療費...各月、1日でも資格があれば分析対象としている。
 ※患者数...各月、1日でも資格があれば分析対象としている。

質問票調査の状況（令和4年度）

質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳				全体(40歳～74歳)			
	取手市	県	同規模	国	取手市	県	同規模	国	取手市	県	同規模	国
咀嚼_何でも	88.4%	82.9%	83.5%	83.9%	80.4%	76.1%	76.9%	76.9%	82.4%	78.1%	78.7%	79.2%
咀嚼_かみにくい	11.0%	16.6%	15.8%	15.4%	19.3%	23.4%	22.4%	22.2%	17.3%	21.3%	20.5%	20.0%
咀嚼_ほとんどかめない	0.6%	0.6%	0.7%	0.7%	0.2%	0.6%	0.8%	0.8%	0.3%	0.6%	0.7%	0.8%

出典:国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

年度別 対応の考慮が必要な選択肢の選択状況

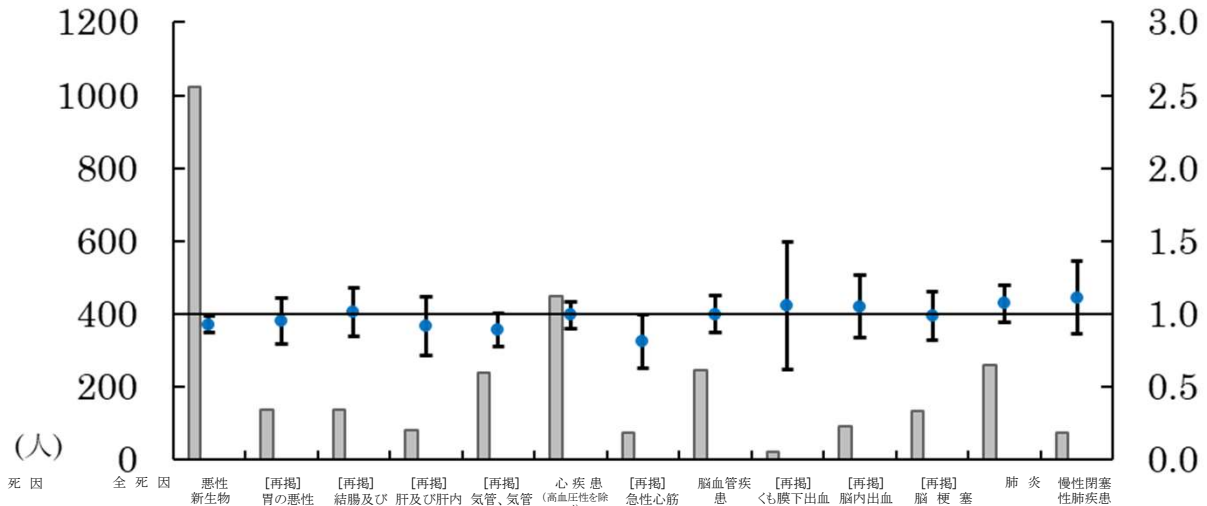
質問文	質問の選択肢		令和2年度	令和3年度	令和4年度
			質問回答者数(人) ※	5,647	7,133
食事をかんで食べる時の状態は どれにあてはまりますか。	「ほとんどかめない」	選択者数(人) ※	22	35	19
		選択者割合(%) ※	0.4%	0.5%	0.3%

データ化範囲（分析対象）...健診データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36か月分)
 資格確認日...各年度末時点
 年齢範囲...各年度末時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。
 年齢基準日...各年度末時点
 ※質問回答者数...質問に回答した人数
 ※選択者数...該当の選択肢を選択した人数
 ※選択者割合...質問回答者のうち、該当の選択肢を選択した人の割合

6. 性別による死因の状況

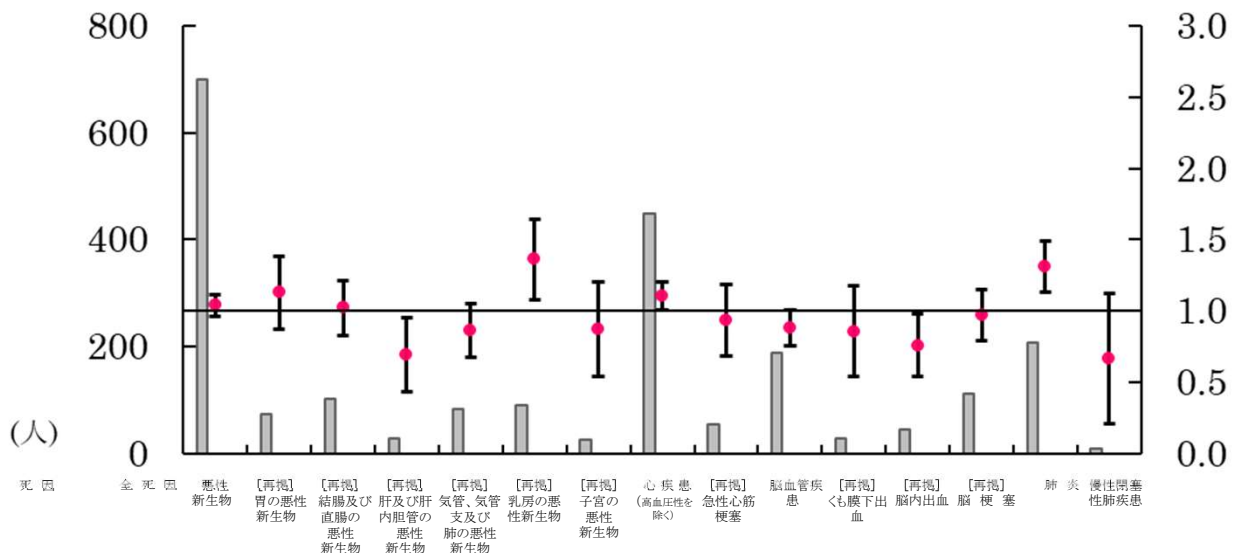
以下は、本市の性別における死亡数及び標準化死亡比について示したものです。図のとおり女性の乳房の悪性新生物、心疾患及び肺炎について全国に比べて有意（統計学的に偶然ではなく意味がある）に死亡が高いことがわかります。

【男性】 死亡数及び標準化死亡比 (2016～2020)



標準化死亡比	0.97	0.93	0.95	1.01	0.92	0.89	0.99	0.81	1.00	1.05	1.05	0.98	1.07	1.11
死亡数	3222	1022	138	138	80	239	449	75	247	22	91	132	258	75
期待死亡数	3306.5	1103.6	144.8	136.4	87.1	268.3	453.4	92.5	247.8	20.9	86.7	134.1	241.3	67.5
期待死亡数との差	-84.5	-81.6	-6.8	1.6	-7.1	-29.3	-4.4	-17.5	-0.8	1.1	4.3	-2.1	16.7	7.5
全国に比べて有意に高い														
全国に比べて有意に低い		○						○						

【女性】



標準化死亡比	1.03	1.04	1.13	1.02	0.69	0.86	1.36	0.87	1.10	0.93	0.88	0.86	0.76	0.97	1.31	0.66
死亡数	2660	701	73	103	27	83	89	26	450	53	188	28	45	112	208	8
期待死亡数	2574.5	675.8	64.7	101.0	39.0	96.3	65.4	29.8	407.5	56.8	213.6	32.7	59.6	115.5	158.3	12.1
期待死亡数との差	85.5	25.2	8.3	2.0	-12.0	-13.3	23.6	-3.8	42.5	-3.8	-25.6	-4.7	-14.6	-3.5	49.7	-4.1
全国に比べて有意に高い							○		○						○	
全国に比べて有意に低い					○								○			

出典：令和5年度茨城県市町村別健康指標 茨城県 令和5年7月

7. 取手市の健康習慣とソーシャル・キャピタルの関連

以下は、令和4年度に茨城県立医療大学と本市が協同研究をした結果の一部です。研究概要は、無作為に抽出した65歳から74歳までの国民健康保険被保険者500名に対して、主に健康習慣とソーシャル・キャピタル（住んでいる地域や近所の方に対する信頼感や互酬性、ネットワークの指標：以下「SC」という。）の関連をアンケートを用いて調査しました。

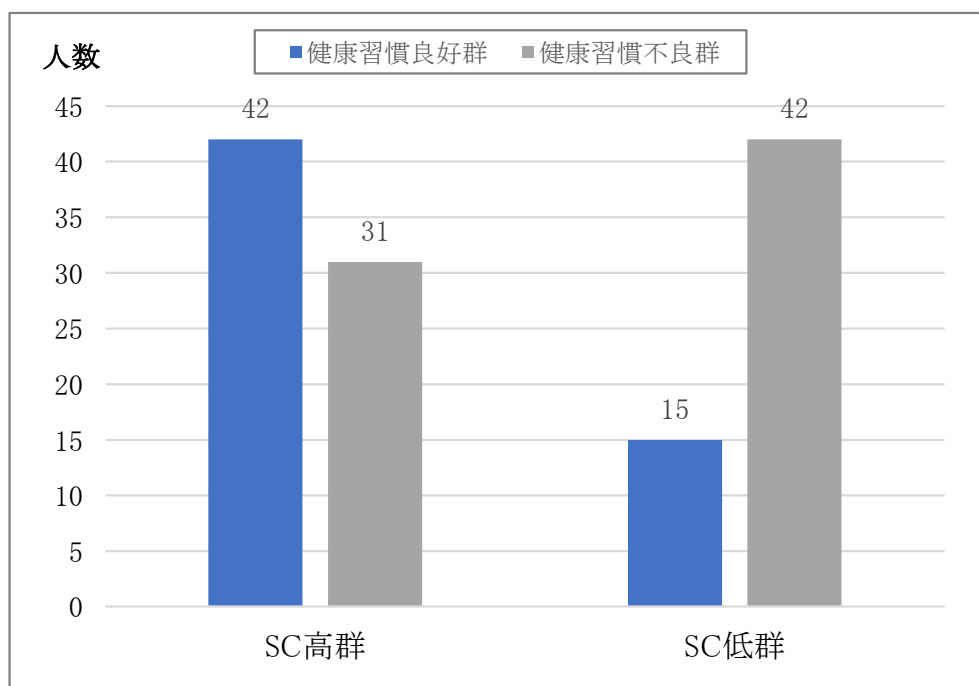
対象者500名の内、回答に欠損がなく研究への同意を得られた者130人を分析対象としました。結果として、統計学的に有意（偶然である確率は0.1%未満のため統計学的に意味があると認められる）に、SCが高い者はSCが低い者に比べて健康習慣が良い者の割合が高いという結果が得られました。

表 SC高群低群における健康習慣良好群不良群の割合 人数=130人

	健康習慣良好群 (HPI得点4点以上)	健康習慣不良群 (HPI得点3点以下)	p 値
項目	人数 (%)	人数 (%)	
SC高群	42 (57.5)	31 (42.5)	<0.001
SC低群	15 (26.3)	42 (73.7)	

統計手法は χ^2 検定、p値5%未満を有意差ありと判断します。また、HPIとはHealth Practice Indexの略で、健康習慣指標といいます。喫煙、運動、飲酒、肥満、睡眠の各項目で点数化し、最高5点となります。高点数者が良い健康習慣を有しています。

出典：青柳悦男、副指導教員岩井浩一、指導教員山口忍、地方自治体における前期高齢者のソーシャル・キャピタルが健康習慣と医療費に及ぼす影響、茨城県立医療大学大学院修士論文、2023年3月；53。



第5章 計画の骨子及び健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく計画全体の目的及び目指す理想像について

これまでの分析の結果、本市は特定健康診査の受診率は目標値である60%を達していません。また、外来・入院医療費ともに「新生物<腫瘍>」の割合が高く、死因の状況も半数以上は「悪性新生物」で死亡しています。健康寿命の指標の1つである平均自立期間の若干の伸長は認められるものの、2025年には団塊の世代がすべて後期高齢者に移行することを踏まえ、後期高齢者になっても健康的に生活するためには、国民健康保険加入時から特定健康診査やがん検診を受診するといった健康行動をとることが重要となっていきます。したがって、重点施策として第3期データヘルス計画において「**特定健康診査・がん検診の受診率の向上**」を掲げていきます。

ただし、特定健康診査を受けるだけでなく、生活習慣病の発症や悪化のリスクがある方については、特定保健指導や医療につなげることが必要です。しかしながら、生活習慣病関連（心臓病、脳疾患、腎不全、糖尿病）の死因割合は46.5%に達していますし、最小分類による医療費は糖尿病が第1位となっています。また、国保健康保険加入者と後期高齢者合わせて毎年30人程度が新規に透析が導入されています。このような状況の中で、本市は特定保健指導の実施率が10%前後で毎年推移しており、**特定保健指導の実施率の向上が喫緊の課題となっています**。第2期データヘルス計画から適正な医療につなげる取り組みである「生活習慣病重症化予防事業」「糖尿病性腎臓病重症化予防事業」を実施していますが、第3期データヘルス計画においても、重点施策として「**生活習慣病予防対策**」に注力していく必要があります。

本市は要介護状態になる要因として、心臓病や高血圧症、脂質異常症といった生活習慣病のほか、筋・骨格系疾患や精神疾患の割合も高いです。高齢者になっても、安心して健康に日々生活するには、介護予防や要介護状態になったとしても、地域全体で支える仕組みである地域包括ケアシステムの推進に取り組んでいくことが重要です。そのためには、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施に関係部署と連携しながら取り組んでいく必要があります。新たに健康づくり推進員の育成やシルバーリハビリ体操やチューブ体操等を通じた健康教育、健康運動教室の実施や、地域の職能団体と連携した健康教育、健康相談の実施など、地域社会資源の開発や活用を通じて、**地域全体で健康を支える仕組みの構築**をしていく必要があります。第3期データヘルス計画を通じて関係部署と連携し、積極的な参与をはかっていきます。

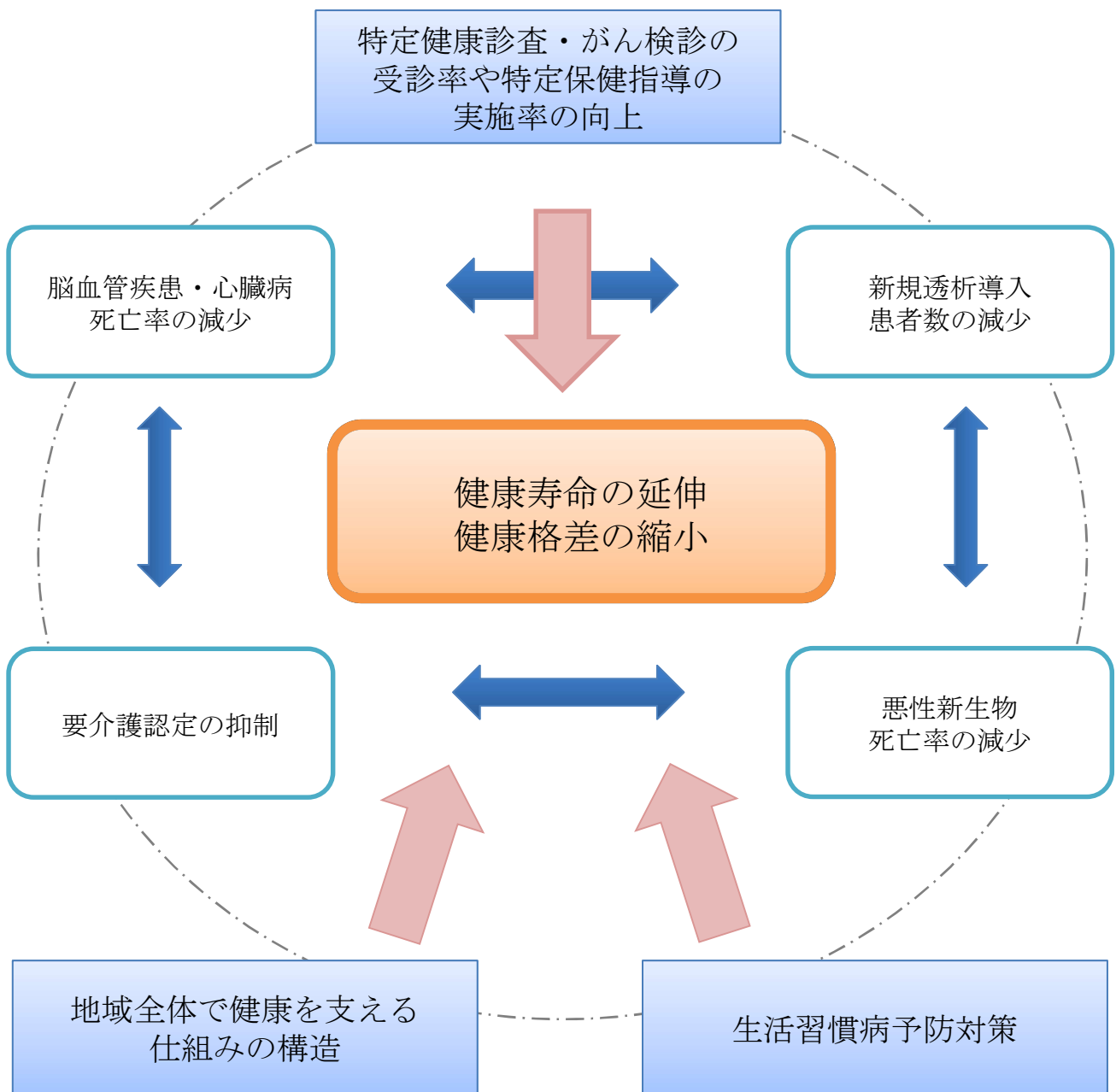
第3期データヘルス計画を策定するにあたって、本市は「被保険者や市民の皆様には、自ら健康行動を獲得し、地域や近隣住民と信頼感やお互い様の精神で助け合いのもと、孤立や孤独、不安を感じることなく、安心して日々の生活を過ごしてもらいたい」という願いを込めました。

以上より、このビジョンを達成するために「特定健康診査・がん検診の受診率や特定保健指導の実施率の向上」、「生活習慣病予防対策」、「地域全体で健康を支える仕組みの構築」を本計画を支える柱として設定し、長期目標として「脳血管疾患・心臓病死亡率の減少」、「新規透析導入患者数の減少」、「悪性新生物死亡率の減少」、「要介護認定の抑制」を掲げ、本計画の目的である「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」を目指し、様々な保健事業を実施していきます。

第3期データヘルス計画概要図

市民・被保険者の理想像（理想の生活）

市民・被保険者が自ら健康行動を獲得し、地域や近隣と信頼感とお互いさまの精神で助け合いのもと不安や、孤立・孤独を感じることなく安心して生活できる。



2. 第3期データヘルス計画の全体の目標

全体目標	健康寿命の延伸・健康格差の減少 ・脳血管疾患・心臓病の死亡率の減少 ・新規透析患者数の減少 ・悪性新生物死亡率の減少 ・要介護認定の抑制
------	--

評価指標	基準年	計画	目標設定理由
	計画策定時実績 2022年度 (R4)	最終評価時点 2029年度 (R11)	
日常生活に制限がある期間の 平均（年） ※平均余命－平均自立期間（要介護2以上）で計算	男性1.2年 女性2.7年	男性1.0年 女性2.4年	いずれの評価指標において、基準年よりも減少を目指すため
脳血管疾患の死亡率 (脳血管疾患死亡者数/全死亡者数)	14.2% (93人/654人)	12%	
心臓病の死亡率 (心臓病死亡者数/全死亡者数)	26.9% (176人/654人)	22%	
新規透析患者数 (国保・後期)	国保9人 後期26人	国保7人 後期20人	
悪性新生物の死亡率 (悪性新生物死亡者数/全死亡者数)	52% (340人/654人)	49%	
介護認定率 (介護認定者数/ 介護被保険者数)	7.8% (5,450人 /70,163人)	7.6%	

国保：国民健康保険、後期：後期高齢者医療制度

3. 健康課題と対応する保健事業、計画全体における目的との関連

以下は、前述した健康課題とそれに対応する保健事業、データヘルス計画全体における目的との関連について図式化したものです。

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	特定健康診査・がん検診の受診率の向上 ・特定健康診査の受診率は目標値である60%を達していない。 ・外来・入院医療費ともに「新生物<腫瘍>」の割合が高く、死因の状況も半数以上は「悪性新生物」で死亡している。 ・後期高齢者への移行を見据えて、特定健康診査やがん検診の受診するといった健康行動を培うことが重要である。	1	A-1 A-2 A-3 A-4	脳血管疾患・心臓病死亡率の減少 ・特定健康診査の受診率の向上するための対策として、受診環境の整備をするとともに、健診未受診者に対して通知や電話等で利用勧奨を行っていく。 ・その上で、レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の発生や生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、特定保健指導の実施や、適切な受療により生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防する。
B	生活習慣病予防対策 ・生活習慣病関連の死因割合は46.5%に達している。 ・最小分類による医療費は糖尿病が第1位となっている。 ・毎年30人程度が新規に透析が導入されている。 ・特定保健指導の実施率が10%前後で毎年推移しており、特定保健指導の実施率の向上が喫緊の課題となっている。 ・医療費適正化という視点においては、第3期データヘルス計画においても引き続き、ジェネリック医薬品の普及や、重複服薬・頻回受診の適正化に努める必要がある。	2	B-1 B-2 B-3 B-4 B-5 B-6	新規透析患者数の減少 ・糖尿病等により腎機能が悪化する見込みがある患者に対して、かかりつけ医と連携しながら、生活習慣の改善を主とした保健指導を実施し、腎機能の悪化を予防する。 ・後期移行後においても、保健指導を実施した対象者においては、生活習慣の維持改善ができてきているか定期的にフォローアップを実施する。
C	地域全体で健康を支える仕組みの構築 ・要介護状態になる要因として、心臓病や高血圧症、脂質異常症といった生活習慣病のほか、筋・骨格系疾患や精神疾患の割合も高い。 ・高齢者になっても、安心して健康に日々生活するには、介護予防や要介護状態になったとしても、地域全体で支える仕組みである地域包括ケアシステムの推進に取り組んでいくことが重要である。	3	C-1 C-2 C-3 C-4 C-5 C-6 C-7 C-8	悪性新生物死亡率の減少 ・個別の受診勧奨や特定健康診査と同時実施できる環境を用意するなどして、がん検診の受診率を向上し、早期発見・早期治療につなげることで、悪性新生物死亡率の減少を目指す。
				要介護認定者の抑制 ・市民の身近な通いの場で健康相談や健康教育が受けられる環境の整備、及び高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施における関係部署との連携 ・健康づくり推進員や地域の職能団体と連携した健康教育、健康相談の実施など、地域社会資源の開発や活用を通じて取り組んでいく。

個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

重点事業における主なアウトカム（成果）指標

アウトカム（成果） 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)
特定健康診査の 2年連続受診者率	29.7%	32%	35.6%	39.4%	43.2%	47%	51%
肺・胃・大腸・乳がん・ 子宮がん受診率	10.1%	12.5%	14%	15%	17.5%	19%	20%
各種健（検）診受診率/人数	（骨粗） －/109人	3.6% /180人	5% /250人	6% /300人	7% /350人	8% /400人	10% /500人
	（レディ） 5.6% /485人	10.8% /500人	11.5% /530人	13% /600人	13.7% /630人	14.3% /660人	15%/ 690人
	（乳40代 マンモ） －/385人	14% /480人	16% /550人	18% /600人	19% /650人	21% /700人	22.7% /750人
特定保健指導による特定保健 指導対象者の減少率	26.9%	27.5%	28%	28.5%	29%	29.5%	30%
生活習慣病重症化予防 受療率	31.5%	34%	37%	38%	40%	44%	45%
HbA1c8.0%以上の者の割合	1.37%	1.33%	1.29%	1.25%	1.21%	1.17%	1.13%
HbA1c改善割合	12.9%	15%	17%	19%	21%	23%	25%
糖尿病を合併する新規透析導入数 （国保・後期）	国保4人 後期7人	国保3人 後期6人	国保3人 後期6人	国保3人 後期6人	国保3人 後期5人	国保3人 後期5人	国保3人 後期5人
介護新規認定率	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
生活習慣改善意欲を持つ者の 数 （保健師・栄養士）	未実施	198人	216人	230人	248人	263人	282人
生活習慣改善意欲を持つ者の 数 （ぷらっと健康相談）	未実施	68人	68人	70人	70人	71人	71人
体力年齢が実年齢を下回った 参加者の割合	68%	70%	70%	72%	72%	72%	72%

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

4. 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。なお、前述したデータヘルス計画全体における目的達成のためにより効果的な事業や、「とりで未来創造プラン2024」など他の計画に関連が深い事業を、重点事業として選択しました。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点
A-1	特定健康診査 受診率向上対策事業	40歳から74歳までの国民健康保険被保険者を対象に、健診を受けやすい環境を整備すること、健診未受診者には通知や電話等により勧奨をすることで、特定健康診査の受診率向上を図る。	継続	○
A-2	がん検診受診率向上対策に おける検診環境整備	がん検診を受けやすい環境を整えるために、集団で実施するがん検診の申し込みをインターネットでも受付できるようにする。前年度に受診している方には、事前に受診券や検体容器を郵送する。また、複数の健診（検診）が同時に受診できるように調整し、受診率向上につなげる。	継続	○
A-3	女性のための健康増進事業	女性特有の子宮がん・乳がん・骨粗しょう症検診について受けやすい環境を整えるために、同時に受診できるようにする。集団検診会場で託児付きの日を設ける。対象者には個別通知やソーシャル・ネットワーク・サービスを活用して周知し、受診率の向上につなげる。	継続	○
A-4	歯周疾患検診事業	40・50・60・70歳の方を対象に受診券を個別通知し、歯周疾患の予防や生活習慣病予防を図る。（今後、20・30代の方も対象者になっていく）	継続	
B-1	特定保健指導 実施率向上対策事業	特定健康診査の結果により階層化された積極的支援、動機付け支援の方を対象に、特定保健指導をICTの活用や初回面談分割実施等の受けやすい環境を整備すること、保健指導未利用者には通知や電話等により勧奨をすることで、特定保健指導の実施率向上を図る。	継続	○
B-2	生活習慣病重症化予防事業	特定健診の結果で血圧・脂質・腎機能が要治療域の方を対象に受療行動促進モデルに基づく、訪問を主体とした医療機関の受診勧奨や生活習慣改善指導を実施する。	継続	○
B-3	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療者・受療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎臓病で通院する患者のうち、リスクの高い者に対して医療機関と連携して保健指導を行う。また、保健指導後のフォローアップとして、後期高齢者医療保険に移行後も利用者が継続してセルフケアができるように支援する。以上の取り組みにより、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。	継続	○
B-4	糖尿病学習会事業	特定健診の結果でHbA1c（血糖値）の数値が高い方や興味のある方を対象に、医師、歯科医師、管理栄養士、健康運動指導士による集団健康教育を実施する。	継続	
B-5	ジェネリック医薬品（後発 医薬品）利用促進事業	ジェネリック医薬品の普及啓発を行うことにより、被保険者の負担軽減や国保財政の健全化につなげる。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被保険者に対し、自己負担額の差額等を通知する。	継続	

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点
B-6	重複・頻回受診、 重複・多剤服薬適正化事業	国民健康保険被保険者が重複・頻回受診、重複・多剤服薬による健康被害について理解し予防できる。結果として、医療費適正化につながり医療保険財政の健全化を図る。	継続	
C-1	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業	国民健康保険、介護保険、後期高齢者医療保険などの保険種別に関係なく市民が必要な保健事業や介護予防事業に参加することにより、身体的・精神的・社会的フレイル（虚弱）を予防することで、健康的で活発な日々を過ごすことができ、高齢者が安心して生活できるよう、地域包括ケアシステム構築の一翼を担う。	新規	○
C-2	健康相談事業 (保健師・栄養士)	月1回の保健センター・年間5回の藤代庁舎を会場として、希望者に健康相談を実施する。テーマごとに内容を変えて、栄養の講座や骨の健康度測定実施する。	継続	○
C-3	健康相談事業 (ぷらっと健康相談)	上肢や下肢の筋力などを測定できる体組成測定と立ち上がり台の結果を踏まえ、理学療法士等の専門職の相談を行っていく。	継続	○
C-4	健康運動教室事業	体力測定の結果を基に、個別運動プログラムを作成する。プログラムは、有酸素運動と筋力トレーニング、食生活改善からなり、参加者は日々それを実施する。週1回開催する集合型の教室において、実施状況の確認や体組成測定、運動指導を行い、参加者の継続的な取り組みをサポートしていく。	継続	○
C-5	(仮称) “健幸” づくり推進員育成事業	取手市民の中から市の嘱託を受けて“健幸”づくりを推進するリーダーを育成する。研修を通して育成する過程の中で、健診やがん検診の受診をすることや、健康的な生活習慣を獲得することの重要性を認識し、健診やがん検診の受療勧奨、健康教育等の実践を通して自分や家族、近隣住民の健康づくりに結びつくとともに、地域に対する愛着や信頼感、お互い様で助け合いの精神を醸成し、市民全体が健康で幸せで安心して生活できるまちづくりを行う。	新規	
C-6	地域介護予防 支援事業補助金事業	地域で自主的に介護予防に取り組む団体や介護予防活動を行っている団体に補助金交付を行っていく。	継続	
C-7	生活支援体制整備事業	取手市生活支援体制整備事業実施要綱に基づき、市及び地域包括支援センターにおいて地域支え合いづくり推進協議会を実施し、生活支援コーディネーター配置及び協議体の設置運営を行う。個人や地域の課題及びニーズの解決策・対応策等を考え、地域の支え合い活動の活性化を図るとともに、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加を一体的に推進する。	継続	
C-8	在宅医療介護連携事業	取手市在宅実施医療・介護連携推進事業実施要綱に基づき、公益社団法人取手市医師会に業務委託を行い、医療・介護・福祉等の専門職による情報共有を目的とした意見交換会を定期的に開催する。地域の医療資源及び介護支援の把握、在宅医療及び介護連携の課題抽出並びに対応策の検討等を行うとともに関係市町村との連携を推進する。	継続	

(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：A-1 特定健康診査受診率向上対策事業【継続】

事業の目的	健診を受けやすい環境を整備すること、健診未受診者には通知や電話等により勧奨をすることで、対象者が健診受診行動を獲得、維持することができ生活習慣病の早期発見につながる。
対象者	40歳から74歳までの特定健康診査の対象者である国民健康保険被保険者
現在までの事業結果	新型コロナウイルス感染症の影響で、一時期受診率の低下は認められたものの、本市では特定健康診査の受診率が茨城県の平均を超え、例年40%前後で推移している。

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	特定健康診査の2年連続受診者率	29.7%	32%	35.6%	39.4%	43.2%	47%	51%
アウトプット(実施量・率)指標	特定健康診査実施率	36.8%	40%	44%	48%	52%	56%	60%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 国保データベース（KDB）システム等を活用し年齢や健診受診行動等により対象をグループ分けをして、通知や電話による勧奨を対象に沿った形で提供する。 地区別の受診率を把握し、集団健診日程の調整を行う。 健康づくり推進員を活用し、推進員による訪問やロコミ効果により受診率を向上させる。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

本市は、例年6月に対象者全員に受診券を配布している。特定健康診査の受診方法では集団健診、医療機関健診、人間ドック等を用意している。また、集団健診においては、休日・夜間にも受診できたり、国保データベース（KDB）システムの地区分析を基に受診率が低い地域には集団健診会場を増やすといった環境整備をしている。また、令和3年度からは生活習慣病関連で定期受診が無く、特定健康診査の受診歴も無いいわゆる健康状態不明者を中心に、40から42歳までの若年層にも対象を広げて通知及び電話による受診勧奨をすることで、健診受診の意義を訴求している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

未利用者勧奨事業の実施結果、健康状態不明者の健診受診につながったとしても、翌年度では健診受診が継続できない方が68.3%いたということがわかった。また、健診を受けたり受けなかったりするいわゆるまだら受診も一定数いることから、このような対象者にもアプローチをかけ、単年度の受診率とともに2年連続の受診率向上にもつなげていく。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

本市は、市の医療機関を管轄している取手市医師会に委託する形で集団健診・医療機関健診を実施している。また、人間ドックについては、県内の総合病院を中心に契約を結び人間ドックの実施をしている。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

現在までの実施体制を継承するとともに、新規事業である健康づくり推進員を活用するといったポピュレーションアプローチ（対象集団全体へのアプローチ）を併用することで、更なる健診受診率の向上を目指す。

評価計画

アウトプットの評価指標である特定健診実施率は第4期特定健康診査等実施計画との整合性を合わせるため、共通の数値とする。アウトカム指標である2年連続受診者数は、特定健康診査受診率の約80%であったことから、最終的には健診受診率の85%になるように設定する。両方の評価指標は茨城県のデータヘルス計画における標準化の共通評価指標を用いている。結果については、県より情報提供がある予定なので、情報提供を活用して評価していく。特定健康診査受診率が2年連続向上することで、対象者が健診受診行動を取ることができ、生活習慣病の早期発見、早期治療につながる可能性がある。

事業番号：A-2 がん検診受診率向上対策における検診環境整備【継続】

事業の目的	がん検診を受けやすい環境を整え、がんの早期発見・早期治療、受診率向上につなげる。
対象者	市民
現在までの事業結果	肺がん・胃がん・大腸がん・乳がん・子宮がんの各がん検診の受診者数を平成30年度と比べると、新型コロナウイルス感染拡大を受けて、令和2年度には落ち込んだが、令和4年度は、子宮がん検診、乳がん検診（超音波）、大腸がん検診は、受診者数が増えてきた。胃がん検診や乳がん検診（マンモグラフィ）、肺がん検診の受診者数は減少傾向となっている。胃がん検診は、2年連続受診した方には先行予約を実施している。令和5年度より、乳がん検診は奇数年齢で超音波検査・偶数年齢でマンモグラフィ検査とし、前年度医療機関検診で受診した方には、受診券を申し込み前に郵送している。大腸がん検診も前年度受診者には、検体容器等郵送している。

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	肺・胃・大腸・乳がん・子宮がん受診率	10.1%	12.5%	14%	15%	17.5%	19%	20%
アウトプット(実施量・率)指標	肺・胃・大腸・乳がん・子宮がん受診者数	4,801人	5,867人	6,571人	7,040人	8,215人	8,919人	9,388人

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> がん検診を申込みしやすくすることで、受診者を増やし受診率を向上させていく。 検診対象者に対して、個別通知する機会を増やしていく。 同時に複数のがん検診を受診できるようにすることで、受診率を向上させる。 広報紙以外の周知方法を活用する。 未受診者受診勧奨をさらに強化する。 健幸づくり推進員を活用し、推進員による訪問や口コミ効果により受診率を向上させる。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 前年度子宮がん検診・乳がん検診を医療機関検診で受診した方、大腸がん検診受診者には、事前に受診券や検査容器を郵送している。 令和5年度より、子宮がん検診・乳がん医療機関検診で同時に受診できる医療機関を増やしている。 医療機関検診の受診申込みや大腸がん検診は、ホームページからも申込みできるようにしている。令和5年度より肺がん検診単独での検診も設けている。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 現在肺がん検診以外の集団検診の申込みが電話申込みのみになっているため、Web受付もできるように環境整備していく。 検診対象者に対して、個別通知する機会を増やしていく。 検診申込み後キャンセルした人に、再度検診を受けてもらうよう促す。 同時に複数の検診を実施できるように検診委託機関と調整していく。 広報紙以外（ソーシャル・ネットワーク・サービス、メールマガジン、ホームページ）の周知方法を活用する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

健康増進部国保年金課、保健センター、特定健診（肺がん検診）の申込み受付は、業務委託している。
--

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"> 集団検診の申込み受付を業務委託することで、電話受付以外にWEB受付もできるようになり、受診しやすくなる。 検診の検体容器や問診票の発送を業務委託し、事前に対象者に送ることで受診勧奨となり、受診者増につながる。また、委託業者の専用の機械を使うことにより、資材の間違ひもなくなる。 新規事業である健幸づくり推進員を活用するといったボリューションアプローチ（対象集団全体へのアプローチ）を併用することで、更なる健診受診率の向上を目指す。

評価計画

アウトカム指標は、「市町村の住民検診におけるがん検診の受診率」（国民健康保険の被保険者）を参照し、それぞれのがん検診受診率と県平均と比較する。受診率が向上することで、がんの早期発見、早期治療につながる可能性がある。

事業番号：A-3 女性のための健康増進事業【継続】

事業の目的	女性特有の病気を早期に発見するために、検診を受けやすい環境を整える。
対象者	20歳以上の女性
現在までの事業結果	<ul style="list-style-type: none"> 20～30代の女性全員に、レディース+プラス健診（子宮がん検診・乳がん検診・ヘルスアップ健診）の案内を通知している。20～29歳の女性は、ヘルスアップ健診と子宮がん検診、30～39歳の女性はヘルスアップ健診と子宮がん検診と乳がん検診をセットで実施。集団のレディース+プラス健診日には、託児を設けている。受診者数は、増加傾向であるが、40歳 になった時の受診者数は減少している。 骨粗しょう症検診は、対象者40・45・50・55・60・65・70歳の方を対象に実施しているが、年々受診者数が減少している。

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	受診率/人数	(骨粗) ー/109人	3.6% /180人	5% /250人	6% /300人	7% /350人	8% /400人	10% /500人
		(レディ) 5.6%/485人	10.8% /500人	11.5% /530人	13% /600人	13.7% /630人	14.3% /660人	15% /690人
		(乳40代マンモ) ー/385人	14%/480人	16%/550人	18%/600人	19%/650人	21%/700人	22.7%/750人
アウトプット (実施量・率) 指標	対象者への個別通知	(レディ)8,736通 (骨)0通 (乳40代マンモ)0通	(レディ)4,600通 (骨)5,000通 3,300通	(レディ)4,600通 (骨)5,000通 3,300通	(レディ)4,600通 (骨)5,000通 3,300通	(レディ)4,600通 (骨)5,000通 3,300通	(レディ)4,600通 (骨)5,000通 3,300通	(レディ)4,600通 (骨)5,000通 3,300通

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> レディース+プラス健診の医療機関検診枠を増加できるよう調整していく。 骨粗しょう症検診対象者には、検診案内を通知する。 集団の子宮がん検診・乳がん検診と同日に骨粗しょう症検診もできるよう調整していく。 検診案内を広報以外の周知方法も活用していく。 乳がん検診・子宮がん検診・骨粗しょう症検診について、さらに正しい知識の普及啓発を図る。 健幸づくり推進員を活用し、推進員による訪問やロコミ効果により受診率を向上させる。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 20～30代の女性全員に、レディース+プラス健診（子宮がん検診・乳がん検診・ヘルスアップ健診）の案内を通知している。 集団のレディース+プラス健診日には、託児を設けている。 骨粗しょう症検診対象者に、ソーシャル・ネットワーク・サービスを活用して検診の案内をした。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 骨粗しょう症検診対象者には、個別通知していく。 レディース+プラス健診の医療機関検診枠を増やしていく、案内は、偶数年齢時に通知する。 乳がん検診・子宮がん検診・骨粗しょう症検診について医師の講演会等開催していく。 40代偶数年齢に乳がん検診・子宮がん検診の案内も通知していく。 また、40代はマンモグラフィとエコーの同時実施の体制を整えていく。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

保健センター

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"> 保健センター、検診の案内や問診票等の発送を業務委託することで現在よりも多くの対象者に発送できるようになる。 新規事業である健幸づくり推進員を活用するといったボリューションアプローチ（対象集団全体へのアプローチ）を併用することで、更なる健診受診率の向上を目指す。

評価計画

<p>アウトカム指標「受診率・人数」は、保健センターの資料より受診率・人数を確認する。骨粗しょう症検診の受診率が高くなってくれば、骨粗しょう症予防につながり「骨折・転倒」による介護への移行を抑制できていることを意味する。また、40代の乳がん検診受診率が高くなってくれば、好発年齢でもある40代の乳がんの早期発見につながる可能性がある。</p>

事業番号：A-4 歯周疾患検診事業【継続】

事業の目的	歯を失う原因である歯周病の早期発見のための歯科保健指導を実施し、口腔ケアの重症性を普及する。喪失を予防することで、生涯を通じて自分の歯で食事でき、フレイル・サルコペニアの予防になる。また、全身に影響を及ぼす歯周疾患を予防することで、生活習慣病の予防となる。
対象者	40・50・60・70歳の方
現在までの事業結果	平成28年度より開始、500人台で横ばいだったが、新型コロナ感染拡大を受けて300人台まで減少しており、現在も横ばいとなっている。

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	現存歯数(60・70代)	26.3本	26.5本	26.7本	27本	27.3本	27.6本	28本
アウトプット(実施量・率)指標	受診者数/受診率	353人/6.1%	400人/6.9%	450人/7.8%	500人/8.6%	550人/9.5%	600人/10.4%	650人/11.2%

目標を達成するための主な戦略	受診していない方に対して、年度内に受診勧奨を行う。(広報やソーシャル・ネットワーク・サービス等)
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

対象者には、受診券を個別通知している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 対象者には、受診券を個別通知している。R6年度以降20・30代の方も対象者になる予定 受診していない対象者に対して、年度内に受診勧奨を行う。(広報やソーシャル・ネットワーク・サービス等)
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

保健センターから取手市歯科医師会に委託している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

保健センターから取手市歯科医師会に委託の予定

評価計画

アウトカム指標「現存歯」は、保健センターの資料より、60・70歳受診者の現存歯(残存歯)の平均本数を求める。本数が多ければ、自分の歯で食事ができ、フレイル・サルコペニアの予防につながっていると推察できる。
--

事業番号：B-1 特定保健指導実施率向上対策事業 【継続】

事業の目的	特定保健指導を受けやすい環境を整備すること、保健指導未利用者には通知や電話等により勧奨をすることで、対象者が特定保健指導の利用や終了や生活習慣の改善、健康習慣の獲得につながり、メタボリックシンドロームに起因する生活習慣病を予防することができる。
対象者	特定健康診査の結果により階層化された積極的支援、動機付け支援の特定保健指導対象者
現在までの事業結果	特定保健指導実施（終了）率は、県平均より低下しており県内で下位4番目程度である10%前後で推移している。

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	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	26.9%	27.5%	28%	28.5%	29%	29.5%	30%
アウトプット(実施量・率)指標	特定保健指導実施率	9.4%	15%	24%	33%	42%	51%	60%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・休日やICTを活用した面談を通して、対象者が特定保健指導を利用しやすい環境を整備する。 ・集団健診会場での初回面談分割実施や特定保健指導の意義を説明、情報提供を通して特定保健指導の利用率・実施率の向上を図る。 ・特定保健指導の通知や電話による未利用者勧奨を実施する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

特定保健指導の実施方法は、土日に面談の機会を設けるなどの利用環境整備に努めていた。また、特定保健指導の利用勧奨においても、最初の案内だけでなく、電話や電話不通者には再度通知による利用勧奨を行い、特定保健指導の利用率・実施率の向上に努めていたが、なかなか結果にあらわれなかった。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

集団健診会場における初回面談分割実施を導入することで、利用率や実施率の向上を目指す。また、直接面談だけでなくICTを活用し自宅にいても保健指導が受けれるように利用者の利便性を高める。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

特定保健指導は人間ドック受診後に継続して特定保健指導が受けられるように、人間ドックを契約している医療機関や、民間業者との委託により実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

現在の実施体制を維持するとともに、集団健診における初回面談分割実施では市職員と民間業者との協力体制のもと実施していく。

評価計画

令和4年度実績で特定保健指導の減少率は約27%であるから、特定保健指導につなぐことができれば、健康行動を獲得することで対象者も減少することが見込まれる。そのため、優先度が高いのは、まずは特定保健指導の利用率や実施率を向上させることである。アウトカム・アウトプットの評価指標は茨城県のデータヘルス計画における標準化の共通評価指標を用いている。結果については、県より情報提供がある予定なので、情報提供を活用して評価していく。

事業番号：B-2 生活習慣病重症化予防事業【継続】

事業の目的	脳卒中・虚血性心疾患・腎不全等を発症するリスクの高い未治療者に対して、重症化を予防する。
対象者	高血糖：HbA1c7.0%以上、高血圧：Ⅱ度以上（収縮期血圧160mmHgまたは拡張期100mmHg以上）、高LDL：LDLコレステロール180mg/dl、蛋白尿：尿蛋白（2+）上の方で医療機関の受療（レセプト情報）のない方
現在までの事業結果	平成27年度より受療行動促進モデルに基づき医療機関への受療行動を促進する保健指導を実施している。初回保健指導の介入方法は訪問・電話・文書・面談とあるが、訪問や電話で介入したの方が受療につながりやすい。令和2年度受療率は新型コロナウィルス感染拡大を受けて20%台まで落ち込んだが、その後は30%前半まで上昇している。

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)
アウトカム (成果) 指標	受療率	31.5%	34%	37%	38%	40%	44%	45%
アウトプット (実施量・率) 指標	介入率（訪問・電話・面談）	71.9%	74%	77%	78%	80%	84%	85%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者には、個別通知する。 ・初回アプローチをできるだけ訪問・電話・面談で調整できるようにしていく。 ・特定健診受診して対象者抽出後なるべく早めに初回アプローチをする。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の結果で対象となる方を抽出する。（前期・後期） ・抽出された対象者のなかで、受診している方を除く。 ・受療行動促進モデルに基づく、訪問を主体とした医療機関の受診勧奨や生活習慣改善指導を実施 ・初回訪問指導、継続訪問指導を行う。 ・指導後、受診の有無を確認している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の結果で対象となる方の抽出する頻度を増やし、対象者に訪問に行くタイミングを現状よりも早くする。 ・対象者の方に個別通知することで、気づきを促し、訪問・電話・面談でのアプローチを受け入れやすくする。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

保健センター保健師・管理栄養士

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

保健センター保健師・管理栄養士

評価計画

アウトカム指標「受療率」は、対象者が受診したかどうかを国保データベース（KDB）システムからレセプトを確認して、算出している。初回指導のアプローチ別受療状況と疾患別受療状況を算出している。受療率が高ければ生活習慣病の重症化の抑制につながる可能性がある。
--

事業番号：B-3 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リスクの高い未受療者・受療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎臓病で通院する患者のうち、リスクの高い者に対して医療機関と連携して保健指導を行う。また、「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」として、保健指導後のフォローアップとして、後期高齢者医療保険に移行後も利用者が継続してセルフケアができるように支援する。以上の取組を通して対象者がセルフケア能力の獲得や維持・向上することができ、糖尿病性腎臓病の増悪を防止、人工透析への移行を防止する。
対象者	<p>【受療勧奨】</p> <p>過去3年間の健診結果で空腹時血糖126mg/dl以上若しくはHbA1c（血糖値）6.5%以上の者のうち、過去に糖尿病受診歴があるものの直近1年間において糖尿病受診歴がない者（治療中断者）、又は、直近1年間において健診受診歴若しくは糖尿病受療歴がない者（未治療者）</p> <p>【保健指導】</p> <p>健診結果やレセプト情報等において、空腹時血糖 126 mg/dl以上又はHbA1c 6.5%以上を満たす者のうち、尿蛋白（±）以上又はeGFR（腎機能）60 ml/分/ 1.73 m²未満が認められる者。その他、各種生化学検査等で腎障害が判明し、保健指導が必要と医師が判断した者等を含める。</p> <p>【保健指導後のフォローアップ】</p> <p>糖尿病性腎臓病重症化予防における保健指導利用者</p>
現在までの事業結果	平成30年6月に近隣市町村である守谷市・利根町、取手市医師会と協働して、「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」を組織し、「取手・守谷・利根糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」を策定し、進捗管理をもとにプログラムの定期的な見直しをしている。

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	受療勧奨	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.37%	1.33%	1.29%	1.25%	1.21%	1.17%	1.13%
アウトプット (実施量・率) 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	20.7%	20.1%	19.6%	19.1%	18.6%	18.1%	17.6%
アウトカム (成果) 指標	保健指導	HbA1c改善割合（事業前後）	12.9%	15%	17%	19%	21%	23%	25%
アウトプット (実施量・率) 指標		実施者数	12人	13人	14人	15人	16人	17人	18人
アウトカム (成果) 指標	フォローアップ	糖尿病を合併する新規透析導入数（国保・後期）	国保4人 後期7人	国保3人 後期6人	国保3人 後期6人	国保3人 後期6人	国保3人 後期5人	国保3人 後期5人	国保3人 後期5人
アウトプット (実施量・率) 指標		実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 守谷市・利根町、取手市医師会と連携を更に強化していく。 受療勧奨に関しては、通知だけではなく電話などを含めて勧奨を行う。 協力医療機関数を増やすとともに、事業に関して医療機関からの理解を深め、医療機関からの対象者へ保健指導プログラム参加を促す仕組みを構築について検討する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

受療勧奨は、例年8月に1回通知により受診勧奨を行い、3か月後程度にレセプト確認の上、再度通知による受療勧奨を実施している。HbA1c（血糖値）10%以上の者といった一部の対象者には電話を合わせて併用している。保健指導は対象者が毎年重複傾向にあるため、利用者数は減っている。医療機関からの保健指導プログラムの紹介による利用実績はまだまだ一件もないような状況である。フォローアップに関しては、年1回から2回面談やアンケートにより状況を把握し、必要に応じて保健指導（介入）を行っている。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・受療勧奨に関しては、例えば、HbA1c7%以上の対象者に関しては通知だけでなく電話等も併用して受療勧奨を行う。
- ・保健指導に関しては、下記に示す説明会を行った上、医療機関からの保健指導プログラム参加募集期間を長めに設定するなど、医療機関が紹介しやすい環境をつくる。
- ・フォローアップ対象者に関しては、生活習慣や医療機関受診状況だけでなく、検査データなどにより腎機能低下状況を把握し、保健指導やかかりつけ医への情報提供、専門医への紹介を促すなどの取り組みにより、対象者の腎機能維持に努める。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

受療勧奨は一部民間委託、保健指導は民間委託により事業を実施している。フォローアップについては委託せず実施している。保健指導に関する情報提供（保健指導指示書）の取得に関して、参加医療機関への委任を受け取手市医師会が本市と集合契約を行っている。本市は保健指導の結果を、1か月1回程度かかりつけ医に報告している。推進協議会の会議開催は年1回程度、参加医療機関数は令和3年度40か所、令和4年度では34か所となっている。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

一緒に事業を協働している守谷市・利根町・取手市医師会の了承を得られた上で、年度当初に医療機関向けに本事業の説明会を行い、推進協議会の会議結果や事業に関する説明を行うことで、事業に関する医療機関からの理解を得られ、参加医療機関の増加や医療機関からのプログラム参加勧奨を行うといった仕組みを構築する。

評価計画

受療勧奨の評価指標は茨城県のデータヘルス計画における標準化の共通評価指標を用いている。結果については、県より情報提供がある予定なので、情報提供を活用して評価していく。アウトカム指標である保健指導のHbA1c改善率は保健指導実施前後で比較し、割合を算出する。同じく、アウトカム指標である糖尿病を合併する新規透析導入数については、国保連合会より例年提供がある情報をもとに、レセプトデータと突合して該当者を把握する。新規透析患者数が抑制できれば、事業の一定の効果も影響を与えている可能性があるといえる。

事業番号：B-4 糖尿病学習会事業【継続】

事業の目的	糖尿病治療域の方が糖尿病の知識を得て、受療行動や生活習慣改善行動がとれるようになる。
対象者	特定健診の結果でHbA1c（血糖値）の数値が高い方や興味のある方
現在までの事業結果	学習会の参加者に対して、医師・歯科医師・健康運動指導士・管理栄養士から集団健康教育を実施している。年間2クールで実施していたが、新型コロナ感染拡大予防のために、令和2年度より年間1クールに減らした。参加者数は、令和2年度・3年度は落ち込んだが、令和4年度は新型コロナ感染拡大前の状況に戻ってきている。

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	特定健診非肥満高血糖有所見割合	12.7%	12.4%	12.1%	11.8%	11.5%	11.2%	11%
アウトプット (実施量・率) 指標	実施者数	136人	150人	165人	180人	200人	230人	250人

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 学習会の案内は、特定健診結果にも同封したり、広報やソーシャル・ネットワーク・サービスでも周知していく。 電話以外に、Webでも申込みできるようにする。 特定健診の結果でHbA1c（血糖値）6.5%以上の方には、個別通知していく。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 1クール3日間で実施している。1日目:専門医師より講義、2日目:栄養の講義、3日目:歯科医師の講義・運動の実技。参加者には、全日程参加してもらう。 学習会の案内は、特定健診結果にも同封したり広報やソーシャル・ネットワーク・サービスでも周知していく。また、特定健診の結果でHbA1c（血糖値）6.5%以上の方には、個別通知していく。 電話以外に、Webでの申し込みもできるようにする。 学習会終了後にアンケートを実施する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 教室終了後にアンケートを実施し、理解度・満足度等を評価して、次年度の学習会内容に反映させる。 当日欠席した方、興味を持った方が、講義内容を見れるように後日配信できるようにする。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 予算は、国保年金課。事業の実施主体は保健センター 保健センター保健師、管理栄養士、当日の講師（医師・歯科医師・管理栄養士・健康運動指導士）
--

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"> 予算は、国保年金課。事業の実施主体は保健センター 保健センター保健師、管理栄養士、当日の講師（医師・歯科医師・管理栄養士・健康運動指導士）
--

評価計画

アウトカム指標「特定健診非肥満高血糖有所見割合」は、国保データベース（KDB）システムから算出している。割合が低ければ、糖尿病、生活習慣病の重症化の抑制に一定の効果を与えている可能性がある。

事業番号：B-5 ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用促進事業【継続】

事業の目的	ジェネリック医薬品の普及啓発を行うことにより、被保険者の負担軽減や国保財政の健全化につなげる。
対象者	国民健康保険加入者の内、ジェネリック医薬品に切り替えることにより負担軽減が見込まれる人
現在までの事業結果	アウトソーシングにより、対象者に周知が図れている。2022年度は目標値を達成している。

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	通知発送者の後発医薬品への切替割合	82%	83%	83%	83%	85%	85%	85%
アウトプット(実施量・率)指標	通知数	1,500通	1,500通	1,500通	1,500通	1,500通	1,500通	1,500通

目標を達成するための主な戦略	アウトソーシング先の茨城県国保連合会と連携を密にし、対象者の拡大を図ったり、通知類の校正時等に被保険者へジェネリック医薬品への切替を促せるような、わかりやすい通知となるよう随時見直しを図る。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

以下の対象に個別通知を発送する。(年3回実施)
 対象者：国保加入中の40歳以上で、ジェネリック医薬品に切り替えた場合、200円以上の効果が期待される人
 対象薬剤：血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤、血管拡張剤、消化性潰瘍剤、アレルギー用剤(6種類)

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

アウトソーシング先の茨城県国保連合会との協議の中で、可能であれば対象薬剤を増やし、対象者数の拡大を図る。アウトカムが通知対象者の認識によるところが大きい。被保険者全体へのジェネリック医薬品の啓発も引き続き行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・ 主管部門は国保年金課とし、職員1名が担当
- ・ 茨城県国保連合会に通知作成等を委託

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

原則、現在の体制を維持する。

評価計画

アウトソーシングにより、担当の負担が軽減された形で事業実施が可能であること、2022年度は目標値も達成していることから、必要な見直しを実施しつつ事業を継続する。

事業番号：B-6 重複・頻回受診、重複・多剤服薬適正化事業【継続】

事業の目的	国民健康保険被保険者が重複・頻回受診、重複・多剤服薬による健康被害について理解し予防できる。結果として、医療費適正化につながり医療保険財政の健全化を図る。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・重複受診…同一疾病で同一月内に3医療機関以上受診している者 ・頻回受診…1医療機関に8回以上受診している者 ・重複服薬…同系医薬品の投与日数合計が60日を超える者 ・多剤服薬…1日以上で同一月内に処方薬剤数が15剤以上の者 ※60歳以上で最新の6か月のレセプトのうち、5から6か月上旬記対象者に該当するものを優先的に介入する。 ただし、がん、精神疾患、難病、認知症、人工透析者を除く。 ※頻回受診において整形外科受診等で明らかにリハビリテーションなどの機能回復訓練目的の者は対象者に除く。
現在までの事業結果	重複・頻回受診、重複服薬受診に関する対象者を抽出し、レセプトで確認した結果、ほとんどの者が改善しているため、介入を行わずにすんでいる。

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	改善率(介入前後)	実施無	10%	10%	10%	10%	10%	10%
アウトプット(実施量・率)指標	介入数(通知・電話等)	実施無	10人	10人	10人	10人	10人	10人

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・老年期の特徴を踏まえ、60歳以上を優先的に介入する。 ・重複・頻回受診に関して、薬以外で何か改善できることはないかを一緒に考える姿勢で臨む。 ・重複・多剤服薬に関して、かかりつけ薬剤師をもち、お薬手帳で一度整理してもらうように勧める。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

重複・頻回受診、重複服薬に関しては、委託業者より対象者を抽出後直近のレセプトで確認したところ、ほとんどの対象者が改善傾向にあったため、介入はしてこなかった。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

第3期データヘルス計画からは重複・頻回受診、重複服薬だけでなく、多剤服用も対象者に加える。60歳以上を優先的に介入する理由としては、筋力低下などから筋骨格系疾患になりやすいこと、薬物を代謝する腎臓肝臓機能低下のため、健康被害が出やすいことがあげられる。他市町村の取り組みを参考に、重複・頻回受診に関しては、改善・是正するという態度よりも辛い症状がないか、薬以外で何か改善できることはないかを一緒に考える姿勢で臨む。重複・多剤服薬に関して、かかりつけ薬剤師をもち、お薬手帳で一度整理してもらうように勧める。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

民間業者による対象者抽出、介入は本市が行える準備ができていた。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

今後も実施体制を維持継続する。ただし、多剤服用を対象者に加えたことで、業務量が過大になった場合には、介入について民間業者委託も検討する。
--

評価計画

介入前後の改善率については、レセプトにより把握して集計する。適正薬剤服用者の割合が増えると推察することができる。
--

事業番号：C-1 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業【新規】

事業の目的	国民健康保険、介護保険、後期高齢者医療保険などの保険種別に関係なく市民が必要な保健事業や介護予防事業に参加することにより、身体的・精神的・社会的フレイル（虚弱）を予防することで、健康的で活発な日々を過ごすことができ、高齢者が安心して生活できるよう、地域包括ケアシステム構築の一翼を担う。
対象者	高齢者を中心とした全市民
現在までの事業結果	令和4年度から茨城県後期高齢者医療広域連合からの委託を受けて実施している。令和5年度では「糖尿病性腎臓病重症化予防事業フォローアップ」「健康状態不明者状態把握」「身体的フレイル予防に対する健康相談（ぶらっと健康相談）」「口腔フレイルに対する健康教育」の4つの事業を展開している。

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	介護新規認定率	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
アウトプット(実施量・率)指標	個別事業実施数	2事業	4事業	4事業	4事業	6事業	6事業	6事業

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 国保データベース（KDB）システムなどを活用し地区分析を踏まえて、対象者の健康課題を明確にして必要な事業を展開する。 地域組織や職能団体等の協力のもと、関係各課が連携して各保健事業や介護予防事業を通して課題解決に努める。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

令和元年度より保健事業と介護予防にかかわる関係各課が集まり、連携会議で検討を始める。令和3年度で一体的実施事業の企画・調整を担う担当課を国保年金課で決定する。令和4年度より茨城県後期高齢者医療広域連合の委託を受けて、「糖尿病性腎臓病重症化予防事業フォローアップ」「身体的フレイル予防に対する健康相談」を実施した。令和5年度には前述した上記4事業を展開している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

例えば、仮に後期高齢者になっても循環器疾患や脳血管疾患に起因する要介護認定や死亡が改善しないという状況が判明した場合、生活習慣病重症化予防事業（受療勧奨）を後期高齢者に対象を拡大するなどの事業の見直しや対策を講じる必要がある。このように、国保データベース（KDB）システムを有効活用し、健康課題の発見し、有効な保健事業につなげるといったPDCAサイクルを意識して事業を実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

国保年金課、保健センター、健康づくり推進課、高齢福祉課の関係各課の4課を中心に本事業について実施や検討を行っている。令和4年度からは各課長が出席する連携会議だけでなく、ワーキング・チームを組織して担当者レベルで事業について実施や検討している。プログラムの全体については、茨城県や茨城県後期高齢者医療広域連合、茨城県国民健康保険団体連合会の助言、各個別事業においては、取手市医師会、取手市歯科医師会、茨城県リハビリテーション専門職協会、茨城県栄養士会といった職能団体の協力のもと、実施できている。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

現状の体制を維持しつつも、新規で立ち上げる健康づくり推進員やシルバーリハビリ体操などの健康づくりや介護予防にかかる地域社会資源とも連携をしていくことを検討していきたい。また、フレイルを予防するために栄養、運動、社会参加が必要だと言われている。特に、各高齢者個人の特性や意向に応じた多様な社会参加の場を整備することも重要だと考える。例として、本市には東京芸術大学キャンパスがあり、文化・芸術活動が活発である。この事業は保健事業や介護予防を中心としつつも「まちづくり」という視点を大切にしなければならない。そのため、場合によっては上記4課に限らず連携会議の場に、文化・芸術にかかわる課にも入ってもらうことも検討の余地がある。このように、多種多様な活動の場で高齢者や新たな生きがいやネットワークを獲得することが、フレイル・介護予防につながると考える。

評価計画

アウトカム指標である新規介護認定率の把握は「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」より把握する。本事業はフレイル予防を主な目的としているため、新規介護認定率を経年的に把握する必要がある、各個別事業のアウトカム評価を元にフレイル予防に効果があったかどうかを検証する。

事業番号：C-2 健康相談事業（保健師・栄養士）【継続】

事業の目的	心身の健康に関する個別の相談に応じ必要な指導や助言を行い、家庭における健康管理に役立てる。
対象者	市民
現在までの事業結果	月1回の保健センター・年間5回の藤代庁舎を会場として、希望者に健康相談を実施している。テーマごとに内容を変えて、栄養の講座や骨の健康度測定実施している。2019年より健康まつりでの健康相談はなくなったため、実績が200人台と減少している。

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	生活習慣改善意欲を持つ者の数	未実施	198人	216人	230人	248人	263人	282人
アウトプット(実施量・率)指標	利用者人数	206人	220人	240人	250人	270人	280人	300人

目標を達成するための主な戦略	特定健診後の事後指導を、健康相談時に実施する。
----------------	-------------------------

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・月1回の保健センター・年間5回の藤代庁舎を会場として、希望者に健康相談を実施している。「骨の日」「体の日」「体操の日」「栄養講座」のテーマごとに内容を変えて、栄養の講座や骨の健康度測定を実施している。藤代庁舎の会場でも、「骨の日」を実施できるようになった。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診後の事後指導を健康相談時に実施できるよう、日程やスタッフを調整する。 ・市民のニーズにあわせたテーマへの変更も今後検討していく。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

保健センター（保健師、管理栄養士）

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

保健センター（保健師、管理栄養士）

評価計画

アウトプット指標「利用者人数」は、保健センターの資料より、利用者人数を確認する。アウトカム指標「生活習慣改善意欲を持つ者の数」は、健康相談後に事後アンケートを行い評価する。生活習慣改善意欲を持つ者が高ければ、地域住民の生活習慣改善につながる可能性が高いことを意味する。
--

事業番号：C-3 健康相談事業（ふらっと健康相談）【継続】

事業の目的	上肢や下肢の筋力などを測定できる体組成測定と立ち上がり台の結果を踏まえ、理学療法士等の専門職の相談を行っていくことで、継続的な生活習慣改善につなげ、身体的フレイルを予防していく。
対象者	65歳以上
現在までの事業結果	平成26年度よりふらっと健康相談を開始し、初年度は540名が参加し令和元年度には817名と順調に参加者数は増加したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度は68名と減少し令和3年度は実施することができなかったが、令和4年度から再開することができた。

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	生活習慣改善意欲を持つ者の数	未実施	68人	68人	70人	70人	71人	71人
アウトプット(実施量・率)指標	参加者	76人	76人	76人	76人	76人	76人	76人

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 市のホームページや広報誌を活用し、効果的かつ効率的な周知活動を実施する。 開催場所となっている元気サロン（戸頭、稲、藤代）、いきいきプラザでの職員による呼びかけ
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 上肢や下肢の筋力などを測定できる体組成測定と立ち上がり台の結果を踏まえ、理学療法士等の専門職の相談を行い、市民の健康維持向上を図る。 令和3年度から管理栄養士による健康相談を実施した。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 上肢や下肢の筋力などを測定できる体組成測定と立ち上がり台の結果を踏まえ、理学療法士等の専門職の相談を行い、市民の健康維持向上を図る。 管理栄養士による健康相談の実施

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士 3名 管理栄養士 1名 事務局 2名
--

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"> 理学療法士 3名 管理栄養士 1名 事務局 2名 保健師1名増やすことで相談を充実させる。
--

評価計画

<p>アウトプット指標「参加者数」は、当該年度にふらっと健康相談に参加した人数で求める。アウトカム指標「生活習慣改善意欲を持つ者の数」は、健康相談後に事後アンケートを行い評価する。参加者数、生活習慣改善意欲を持つ者が高ければ、地域の高齢者が生活習慣の見直し、施設を利用し交流を図ることで閉じこもり予防や健康の増進、生きがいづくりにつながったことを意味する。</p>
--

事業番号：C-4 健康運動教室事業【継続】

事業の目的	筑波大学の研究データから、一人ひとりに合わせた個別運動プログラムを作成し、有酸素運動と筋肉トレーニングの指導を通じて、6か月間健康づくりをサポートしていく。
対象者	30歳以上で医師から運動を禁止されていない方（保険は不問）
現在までの事業結果	平成26年度から事業が始まり、平成27年10月からは現行の指定管理者が運営する事業として開始された。初年度は10月からの開催で328名、平成28年度の706名から令和元年度には636名と緩やかに減少してきたが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和4年度も469名と落ち込んでいる。

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	体力年齢が実年齢を下回った参加者の割合	68%	70%	70%	70%	72%	72%	72%
アウトプット(実施量・率)指標	参加者	469人	700人	700人	700人	700人	700人	700人

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・取手ウェルネスプラザのホームページや市の広報誌を活用し、効果的かつ効率的な周知活動を実施する。 ・現在は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため人数制限を設けている状況だが、感染症法上の扱いが5類に引き下げられたため、教室の運営方法の見直しを行っていく。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

体力測定の結果をもとに、個別運動プログラムを作成する。プログラムは、有酸素運動と筋力トレーニング、食生活改善からなり、参加者は日々それを実施する。週1回開催する集合型の教室において、実施状況の確認や体組成測定、運動指導を行い、参加者の継続的な取り組みをサポートする。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

- ・体力測定の結果を基に、個別運動プログラムを作成する。プログラムは、有酸素運動と筋力トレーニング、食生活改善からなり、参加者は日々それを実施する。週1回開催する集合型の教室において、実施状況の確認や体組成測定、運動指導を行い、参加者の継続的な取り組みをサポートしていく。
- ・現在は人数制限を設けていることから教室の運営について見直しを行っていく。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・主管部門は健康づくり推進課とし、職員1名が担当している。
- ・健康づくり推進課は、予算編成、指定管理者や関係機関との連携調整を担当している。
- ・教室の運営は指定管理者が担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

- ・主管部門は健康づくり推進課とし、職員1名が担当する。
- ・健康づくり推進課は、予算編成、指定管理者や関係機関との連携調整を担当する。
- ・教室の運営は指定管理者が担当する。

評価計画

アウトプット指標「参加者数」は、当該年度に健康運動教室の前期及び後期課程に参加した人数の合計で求める。参加者数が高ければ、参加者が継続的に運動に取り組んだと言え、市民の健康増進に繋がったことを意味する。アウトカム指標は事業年次報告書にて継続的に評価する。

事業番号：C-5 （仮称）健幸づくり推進員育成事業【新規】

事業の目的	取手市民の中から市の囑託を受けて“健幸”づくりを推進するリーダーを育成する。研修を通して育成する過程の中で、健診やがん検診の受診をすることや、健康的な生活習慣を獲得することの重要性を認識し、健診やがん検診の受療勧奨、健康教育等の実践を通して自分や家族、近隣住民の健康づくりに結びつくとともに、地域に対する愛着や信頼感、お互い様で助け合いの精神を醸成し、市民全体が健康で幸せで安心して生活できるまちづくりを行う。
対象者	全市民
現在までの事業結果	新規事業のため該当なし

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)
アウトカム(成果)指標	健診質問指標 社会参加、ソーシャル・サポート (No. 13・14・15※で「はい」の割合)	No. 13 : 94.4% No. 14 : 96.1% No. 15 : 92.3%	準備期間のため 設定せず	No. 13 : 95% No. 14 : 96.5% No. 15 : 93%	No. 13 : 95.3% No. 14 : 96.8% No. 15 : 93.3%	No. 13 : 95.6% No. 14 : 97.1% No. 15 : 93.6%	No. 13 : 96% No. 14 : 97.5% No. 15 : 97%
アウトプット(実施量・率)指標	“健幸”づくり推進員育成数(延数)			82人	82人	164人	164人

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度は、“健幸”づくり推進員育成のための準備委員会を組織する。 可能であれば近隣や先行自治体の視察や勉強会を通して準備する。 令和7年度は目的や目標、活動内容の精査、育成プログラム、予算化、地域住民への説明をする。 令和8年度から本格実施に移る。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

令和4年度に本市と茨城県立医療大学が共同で研究した「地方自治体における前期高齢者のソーシャル・キャピタル（以下「SC」という。）が健康習慣と医療費に及ぼす影響」で、高いSCを有する群は低いSCを有する群に比べて、健康習慣を有する割合が高いという統計学的に意味を持つ研究結果が出た。このSCとは「住んでいる地域や近所の方に対する信頼感や互酬性、ネットワークの指標」を差し、指標を用いることで信頼感や互酬性、ネットワークが数値として可視化できる。この可視化した指標を用いて、先行研究では主観的健康感（自分は主観的にどのくらい健康であるかの指標）や精神的な健康と関連があったことが明らかになった。SCは地域組織活動を通して醸成することが重要といわれており、上記の研究結果を受けて、取手市民の健康づくりのリーダーである推進員育成について検討を始めた。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

令和8年度の本格実施に向けて、準備委員会を組織し委員会の中で、育成の目的や目標、育成プログラム、予算化、地域住民への説明などを行って行く予定である。長野県の保健指導員の活動を参考に、原則として、任期は2年として再任はしない。任期終了後は食生活改善推進員やシルバーリハビリ体操などの既存組織への紹介をすることで、組織の流動性を確保し、既存組織の活性化を図っていく。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

特記事項は無い。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

推進員は市政協力員や自治会の推薦の基にする。そのため、市政協力員と同人数を見込む。市政協力員や自治会の窓口課である市民協働課との連携も欠かせない。準備委員会の構成には、健康づくり推進課、国保年金課、保健センター、高齢福祉課を中心として、育成プログラム作成のためには食生活改善推進員やシルバーリハビリ体操指導士会にも参加してもらおう他、県立医療大学の学識経験者にも大局的な見地からアドバイザーとして参加を依頼する。

評価計画

アウトカム評価指標は、SCと関連があり国保データベース（KDB）システムで取得可能な後期高齢者の社会参加に関する質問紙票の項目にある「No. 13：週1回以上は外出していますか。No14：ふだんから家族や友人と付き合いがありますか」及びソーシャル・サポートに関する質問指標の項目にある「No. 15:体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか」で評価する。それぞれの指標の評価の割合が向上することで、当事業が地域のSC醸成につながったという一定の効果があった可能性があることを意味する。

事業番号：C-6 地域介護予防支援事業補助金事業【継続】

事業の目的	地域の身近な集会所等を活用し、主に元気な高齢者を対象にした介護予防事業等に取り組む地域住民の団体に対し、活動費等の補助金を交付することで介護予防に努める。
対象者	地域住民が主体となり、1日90分以上の介護予防の活動を、2週間あたり1日以上かつ6か月以上実施する。65歳以上の高齢者が月20人以上（延人数）参加する。運動・口腔機能向上、認知症または閉じこもり予防、栄養改善、その他の介護予防に資する活動を年1回以上実施する団体
現在までの事業結果	平成29年度より地域介護予防支援事業補助金を開始し、初年度は5団体から令和2年度には11団体と順調に団体数は増加したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和3年度以降落ち込んでいる。その後も周知活動は行っているが緩やかに下降している。

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	団体数	9団体	9団体	9団体	9団体	10団体	10団体	10団体
アウトプット(実施量・率)指標	周知のためのチラシ配布箇所数	実施無	12箇所	12箇所	12箇所	14箇所	14箇所	14箇所

目標を達成するための主な戦略	市のホームページや広報誌を活用し、効果的かつ効率的な周知活動を実施する。
----------------	--------------------------------------

現在までの実施方法(プロセス)

地域で自主的に介護予防に取り組む団体や介護予防活動を行っている団体に補助金交付を行う。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・補助金についてPRを行い、より多くの団体の設立、支援を目指していく。 ・市内の公民館等の公共施設にチラシ等を活用したPRを実施していく。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康づくり推進課とし、職員1名が担当している。 ・健康づくり推進課は、予算編成、補助金交付団体や関係機関との連携調整を担当している。

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"> ・主管部門は健康づくり推進課とし、職員1名が担当する。 ・健康づくり推進課は、予算編成、補助金交付団体や関係機関との連携調整を担当する。

評価計画

「周知のためのチラシ配布箇所数」はチラシ配布の結果、アウトカム指標の「団体数」につながる可能性があるため、アウトプット指標に設定する。アウトカム指標「団体数」は、当該年度に補助金の交付決定をした団体数で求める。団体数が高ければ、市民の介護予防の効果が上がる可能性が高いことを意味する。
--

事業番号：C-7 生活支援体制整備事業【継続】

事業の目的	単身や夫婦のみの高齢者世帯及び認知症の高齢者が増加する中、医療・介護のサービス提供に加え、市が中心となってボランティアやNPO法人等の生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の一体的な推進を図る。
対象者	高齢者(加入する医療保険は不問)、支援体制の担い手は市民全体
現在までの事業結果	平成28年度より地域包括支援センターへ生活支援体制整備事業の業務委託を行い、平成31年度までは順調に地域支え合い活動の活性化が図られたが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和2年度及び3年度にかけて活動縮小を余儀なくされた。令和4年度以降は徐々に活動を再開し、地域支え合いづくり推進協議会の開催回数は、コロナ禍以前の水準まで回復している。

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	地域支え合いづくり推進協議会の参加人数	507人	600人	650人	700人	750人	800人	850人
アウトプット(実施量・率)指標	地域支え合いづくり推進協議会の開催回数	50回	50回	50回	50回	50回	50回	50回

目標を達成するための主な戦略	5カ所の日常生活圏域に、高齢者や地域の関係者の定期的な情報共有・連携強化を目的とした地域支え合いづくり推進協議会を設置する。協議会の活動を充実させることで、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図っていく。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

取手市生活支援体制整備事業実施要綱に基づき、地域事情に精通し適切な事業運営を確保できる地域包括支援センター業務受託法人に生活支援体制整備事業を併せて委託をし、生活支援コーディネーターの配置及び協議体の設置運営を行う。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 取手市生活支援体制整備事業実施要綱に基づき、地域事情に精通し適切な事業運営を確保できる地域包括支援センター業務受託法人に生活支援体制整備事業を併せて委託をし、生活支援コーディネーターの配置及び協議体の設置運営を行う。 地域の生活支援等サービスに係るニーズ及び地域資源の把握や関係者間のネットワーク化を行うとともに、地域資源間の定期的な情報の共有連携及び協働による資源開発等を推進する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は高齢福祉課の地域包括ケア推進係が担当している。 高齢福祉課は、予算編成、生活支援体制整備事業業務委託、関係機関との連携調整を担当している。

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"> 主管部門は高齢福祉課の地域包括ケア推進係が担当する。 高齢福祉課は、予算編成、生活支援体制整備事業業務委託、関係機関との連携調整を担当する。 生活支援サービスを担う事業主体との連携強化を図る。
--

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> アウトカム指標「地域支え合いづくり推進協議会の参加人数」は、市が開催する第一層協議体及び地域包括支援センターが開催する第二層・第三層協議体において生活支援コーディネーターや生活支援等サービス提供主体等が参画する情報共有・連携強化の場への参加人数の合計とする。 各日常生活圏域の高齢者や地域の関係者の定期的な情報共有や連携強化が、多様な日常生活上の支援体制の充実や高齢者の社会参加の推進の一助となる。
--

事業番号：C-8 在宅医療介護連携事業【継続】

事業の目的	医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、市民や地域の医療・介護関係者と地域の目指すべき姿を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進する。
対象者	医療・介護・福祉関係者
現在までの事業結果	平成29年度より公益社団法人取手市医師会へ在宅医療・介護連携推進事業の業務委託を行っており、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け活動縮小を余儀なくされたが、徐々に活動を再開し在宅医療・介護関係者研修会の参加人数は上昇傾向にある。

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	在宅医療介護関係者研修会の参加人数	83人	100人	110人	120人	130人	140人	150人
アウトプット(実施量・率)指標	在宅医療介護関係者研修会の開催回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回

目標を達成するための主な戦略	医療圏域を一つにする守谷市・利根町、また取手市医師会と連携し、医療・介護の資源の現状把握や在宅医療・介護連携の課題の抽出及び対応策の検討を行うとともに、多職種協働による一層の連携強化を図る。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

取手市在宅医療・介護連携推進事業実施要綱に基づき、公益社団法人取手市医師会に業務委託を行い、医療に関する専門的知識を有する者、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関等の関係者との連携推進を図る。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 取手市在宅医療・介護連携推進事業実施要綱に基づき、公益社団法人取手市医師会に業務委託を行い、医療に関する専門的知識を有する者、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関等の関係者との連携推進を図る。 地域の医療資源及び介護支援の把握、在宅医療及び介護連携の課題抽出並びに対応策の検討を行うとともに、守谷市、利根町との連携を推進する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は高齢福祉課の地域包括ケア推進係が担当している。 高齢福祉課は、予算編成、在宅医療・介護連携推進事業業務委託、関係機関との連携調整を担当している。
--

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"> 主管部門は高齢福祉課の地域包括ケア推進係が担当する。 高齢福祉課は、予算編成、在宅医療・介護連携推進事業業務委託、関係機関との連携調整を担当する。 医療・介護・福祉等の専門職及び関係市町村の連携強化を図る。

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> アウトカム指標は、在宅医療介護関係者研修会への、医療に関する専門的知識を有する者、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関等の関係者の参加人数とする。 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるため、取手市医師会や関係市町村、医療・介護・福祉等の多職種協働による連携強化が、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制構築の一助となる。

第6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及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、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に支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施していきます。

① 地域で被保険者を支える連携の促進

- ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保被保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

- ・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用

- ・医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。

第2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。

取手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(以下「本計画」という。)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か月分)

■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か月分)

年度分析

令和2年度...令和2年4月～令和3年3月健診分(12か月分)

令和3年度...令和3年4月～令和4年3月健診分(12か月分)

令和4年度...令和4年4月～令和5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

令和2年度～令和4年度(3年分)

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取り組みの実施内容

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取り組みを示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
特定健康診査 健診環境の整備	受診者のニーズに合わせた健診の種別を確保	集団健診、医療機関健診、人間ドック等受診者の目的やニーズにあった健診の種別を用意した。
	集団健診における健診を受けやすい日程を準備	集団健診においては休日・夜間でも受診できるように日程を準備し、受診率の低い地区においても身近な施設で受診できるように新たに健診会場を整備した。
特定健康診査受診勧奨	若年層に対する特定健康診査受診勧奨	これまで特定健康診査を受けたことのない40歳から42歳までの若年層に通知による受診勧奨を実施した。
	健康状態不明者に対する特定健康診査受診勧奨	生活習慣病のレセプトがなく健診を受けていないいわゆる健康状態不明者に対して、通知と保健師による電話での受診勧奨を実施した。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導環境の整備（積極的支援・動機付け支援）	休日でも特定保健指導を利用しやすい環境の整備	民間業者と業務委託を締結し、休日でも特定保健指導が利用しやすい環境を整備した。
特定保健指導利用勧奨（積極的支援・動機付け支援）	通知、電話による特定保健指導の利用勧奨	特定保健指導の案内に反応が無かった対象者に対して、電話、電話不通者には再度通知による特定保健指導の利用勧奨を実施した。

2. 特定健康診査の受診状況

以下は、平成20年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

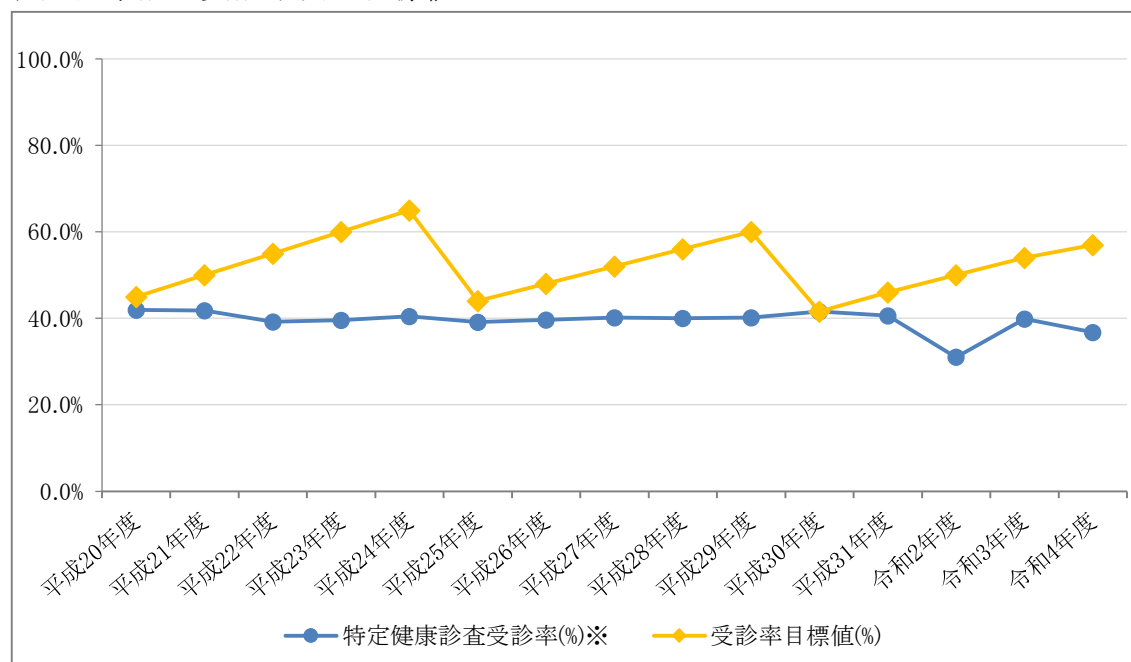
特定健康診査受診率及び目標値

	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)	23,296	23,492	23,741	23,770	23,905	23,963	23,795	23,182
特定健康診査受診者数(人)	9,775	9,816	9,311	9,403	9,675	9,375	9,438	9,304
特定健康診査受診率(%)※	42%	41.8%	39.2%	39.6%	40.5%	39.1%	39.7%	40.1%
受診率目標値(%)	45%	50%	55%	60%	65%	44%	48%	52%

	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
特定健康診査対象者数(人)	21,809	20,743	19,674	18,802	18,356	17,565	16,224
特定健康診査受診者数(人)	8,733	8,334	8,180	7,630	5,697	6,998	5,966
特定健康診査受診率(%)※	40%	40.2%	41.6%	40.6%	31.0%	39.8%	36.8%
受診率目標値(%)	56%	60%	41.6%	46%	50%	54%	57%

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

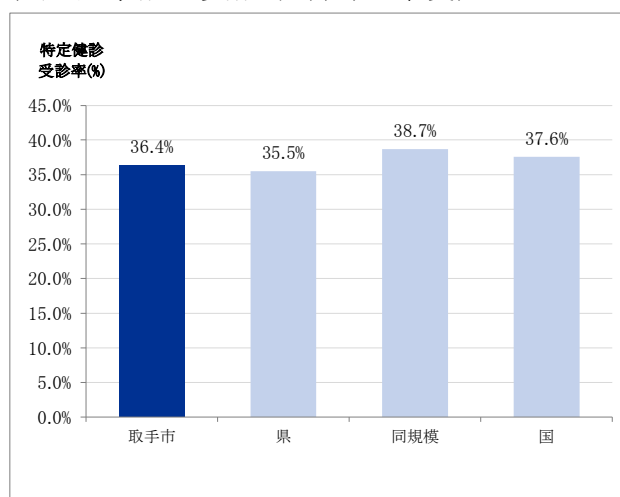
国保データベース(KDB)システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりです。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
取手市	36.4%
県	35.5%
同規模	38.7%
国	37.6%

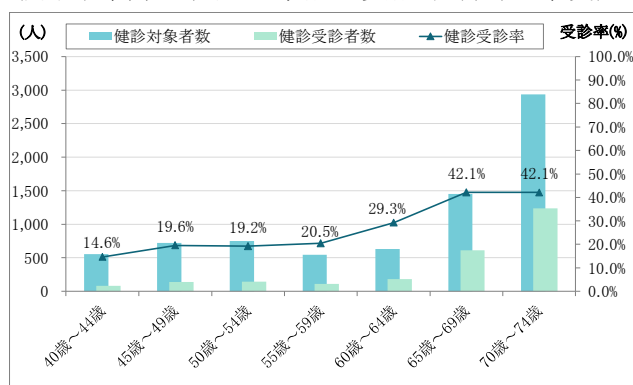
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



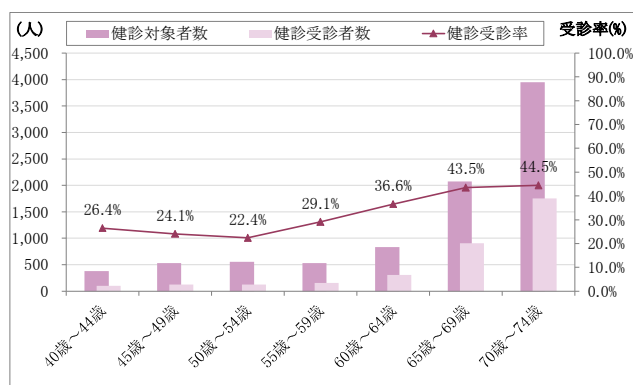
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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」

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



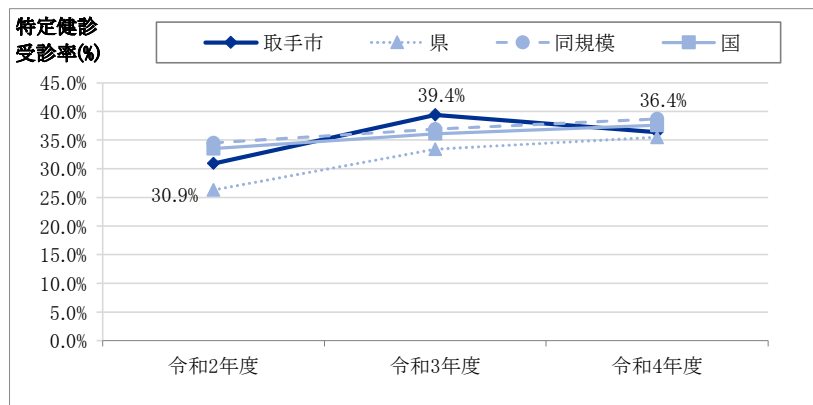
以下は、本市の令和2年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率36.4%は令和2年度30.9%より5.5ポイント増加しています。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度
取手市	30.9%	39.4%	36.4%
県	26.3%	33.4%	35.5%
同規模	34.5%	36.9%	38.7%
国	33.5%	36.1%	37.6%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

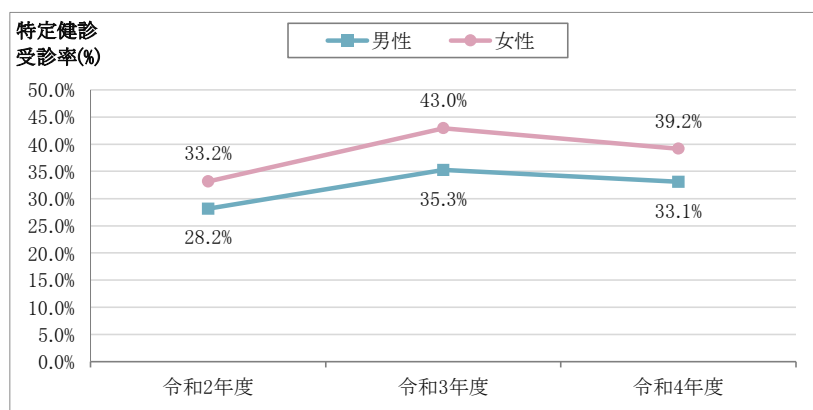
年度別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率33.1%は令和2年度28.2%より4.9ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率39.2%は令和2年度33.2%より6ポイント増加しています。

年度・男女別 特定健康診査受診率



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

3. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成20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)	1,701	1,563	1,385	1,458	1,362	1,267	1,249	1,198
特定保健指導利用者数(人)	241	180	102	224	396	160	72	130
特定保健指導実施者数(人)※	226	168	104	195	225	119	68	73
特定保健指導実施率(%)※	13.3%	10.7%	7.5%	13.4%	16.5%	9.4%	5.4%	6.1%
実施率目標値(%)	25%	30%	35%	40%	45%	20%	30%	40%

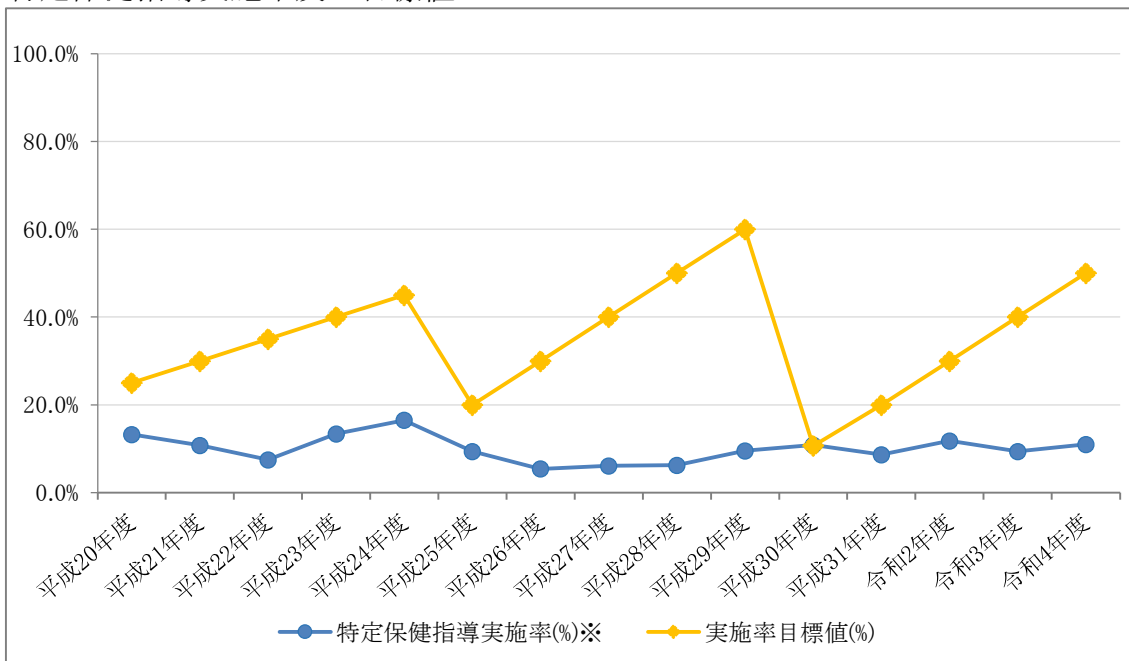
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定保健指導対象者数(人)	1,163	1,145	1,099	1,053	762	957	775
特定保健指導利用者数(人)	97	108	150	100	90	103	92
特定保健指導実施者数(人)※	73	109	119	91	90	90	85
特定保健指導実施率(%)※	6.3%	9.5%	10.8%	8.6%	11.8%	9.4%	11%
実施率目標値(%)	50%	60%	10.7%	20%	30%	40%	50%

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

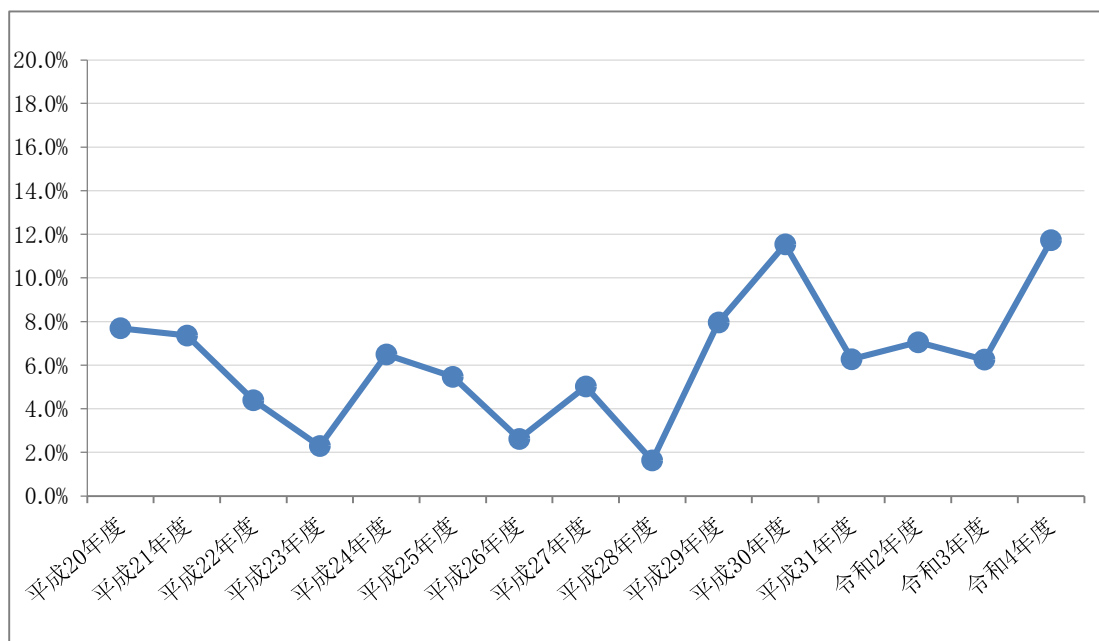
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	442	394	364	393	339	311	267	259
積極的支援利用者数(人)	43	32	13	32	16	17	11	34
積極的支援実施者数(人)※	34	29	16	9	22	17	7	13
積極的支援実施率(%)※	7.7%	7.4%	4.4%	2.3%	6.5%	5.5%	2.6%	5%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
積極的支援対象者数(人)	244	226	208	223	156	224	162	
積極的支援利用者数(人)	13	17	36	17	11	19	18	
積極的支援実施者数(人)※	4	18	24	14	11	14	19	
積極的支援実施率(%)※	1.6%	8%	11.5%	6.3%	7.1%	6.3%	11.7%	

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)	1,259	1,169	1,021	1,065	1,023	956	982	939
動機付け支援利用者数(人)	198	148	89	192	380	143	61	96
動機付け支援実施者数(人)※	192	139	88	186	203	102	61	60
動機付け支援実施率(%)※	15.3%	11.9%	8.6%	17.5%	19.8%	10.7%	6.2%	6.4%

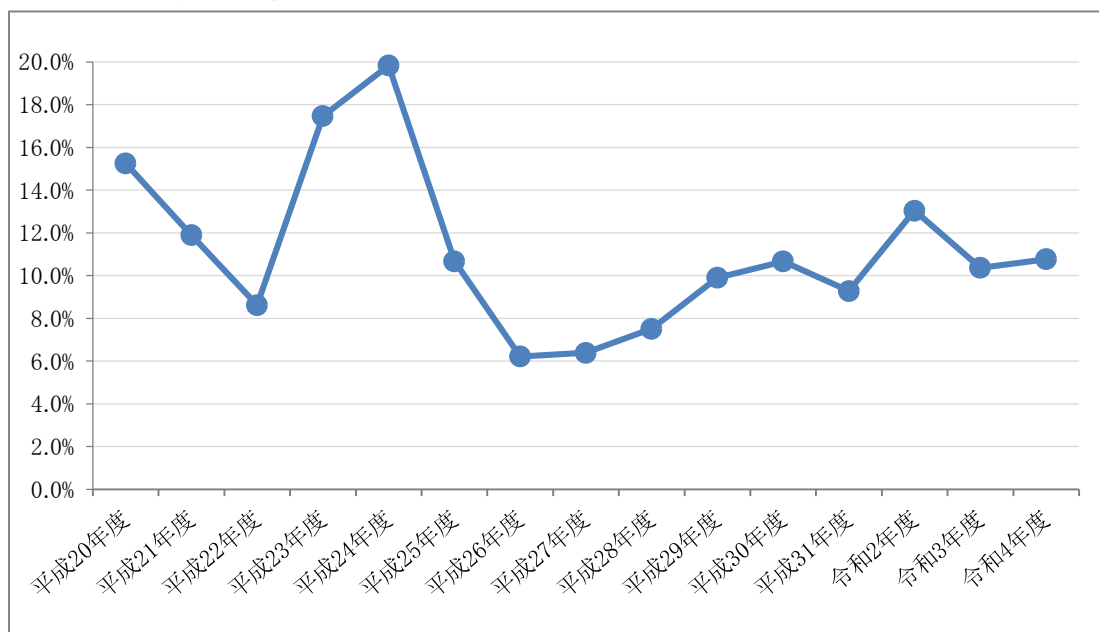
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
動機付け支援対象者数(人)	919	919	891	830	606	733	613
動機付け支援利用者数(人)	84	91	114	83	79	84	74
動機付け支援実施者数(人)※	69	91	95	77	79	76	66
動機付け支援実施率(%)※	7.5%	9.9%	10.7%	9.3%	13%	10.4%	10.8%

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

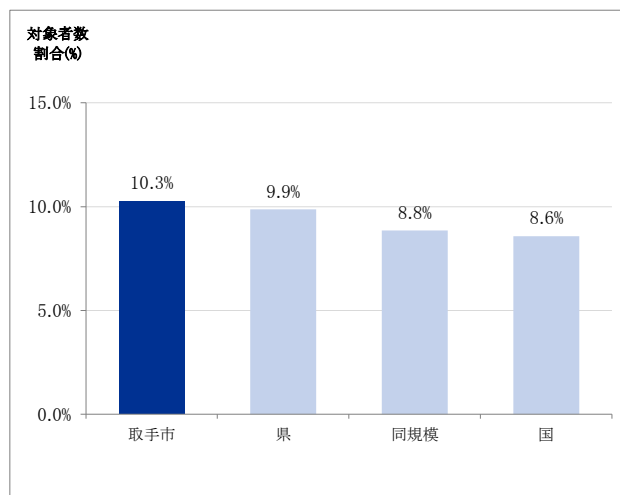
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりです。

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
取手市	10.3%	2.8%	13.0%	11.4%
県	9.9%	3.6%	13.5%	33.0%
同規模	8.8%	2.6%	11.5%	28.7%
国	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

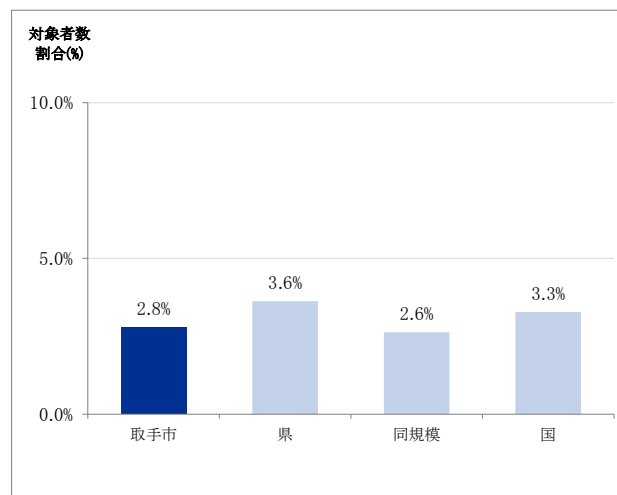
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合...特定健康診査を受診した人に対する割合
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合 (令和4年度)



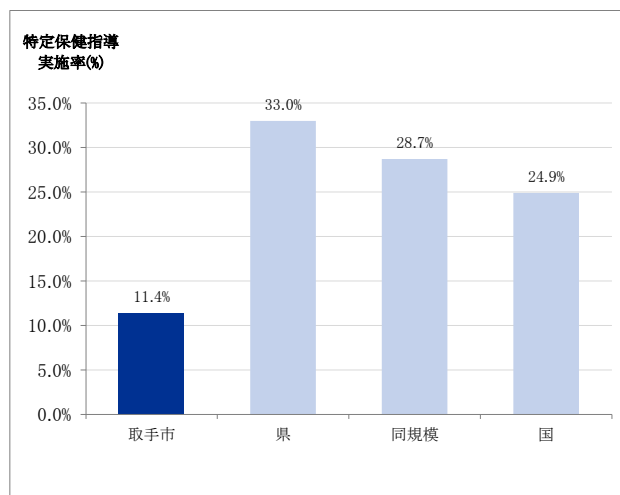
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

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」

以下は、本市の令和2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。令和4年度の特定保健指導実施率11.4%は令和2年度11.2%より0.2ポイント増加しています。

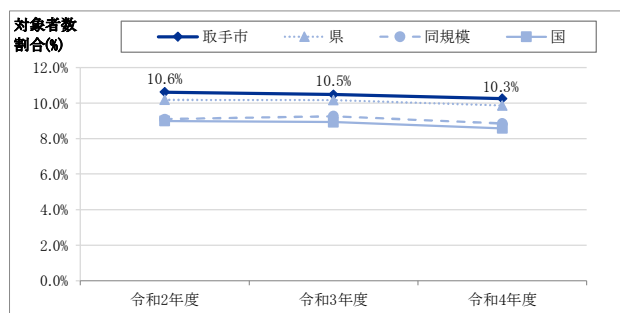
年度別 特定保健指導実施状況

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		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
取手市	10.6%	10.5%	10.3%	2.7%	3.2%	2.8%
県	10.2%	10.2%	9.9%	3.3%	3.5%	3.6%
同規模	9.1%	9.3%	8.8%	2.4%	2.6%	2.6%
国	9.0%	8.9%	8.6%	3.2%	3.3%	3.3%

区分	支援対象者数割合			特定保健指導実施率		
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
取手市	13.4%	13.7%	13.0%	11.2%	10.3%	11.4%
県	13.5%	13.7%	13.5%	32.2%	31.5%	33.0%
同規模	11.5%	11.9%	11.5%	28.0%	27.5%	28.7%
国	12.2%	12.2%	11.9%	23.8%	24.0%	24.9%

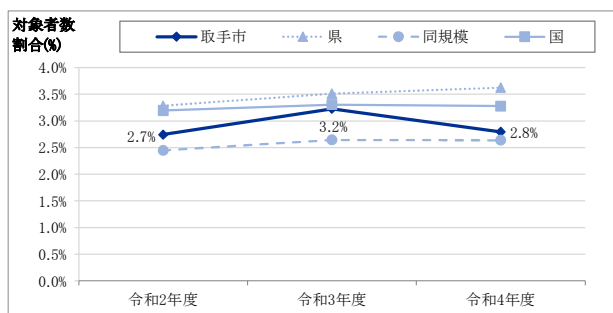
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



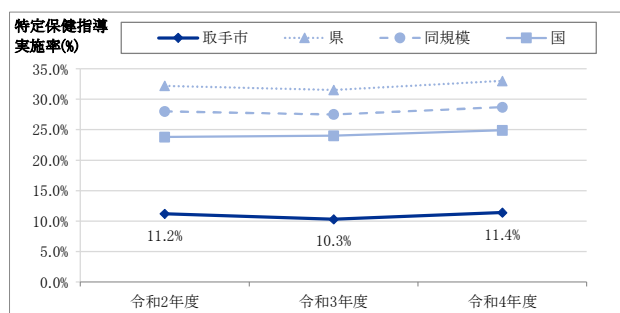
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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」

4. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は19.3%、予備群該当は9.6%です。

メタボリックシンドローム該当状況

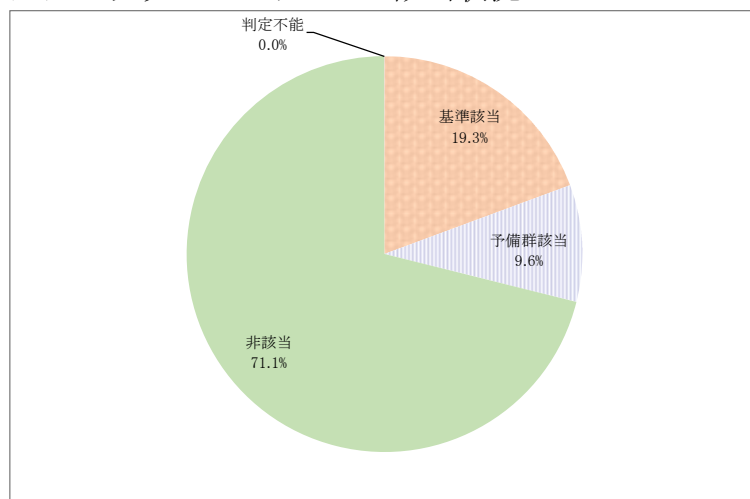
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	6,121	1,184	585	4,350	2
割合(%) ※	-	19.3%	9.6%	71.1%	0.0%

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か月分)

資格確認日...令和5年3月31日時点

※割合...特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合

メタボリックシンドローム該当状況



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か月分)

資格確認日...令和5年3月31日時点

※割合...特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血压)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※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110mg/dl以上
- ②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血压:収縮期血压130mmHg以上 または 拡張期血压85mmHg以上

※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も対象となる。

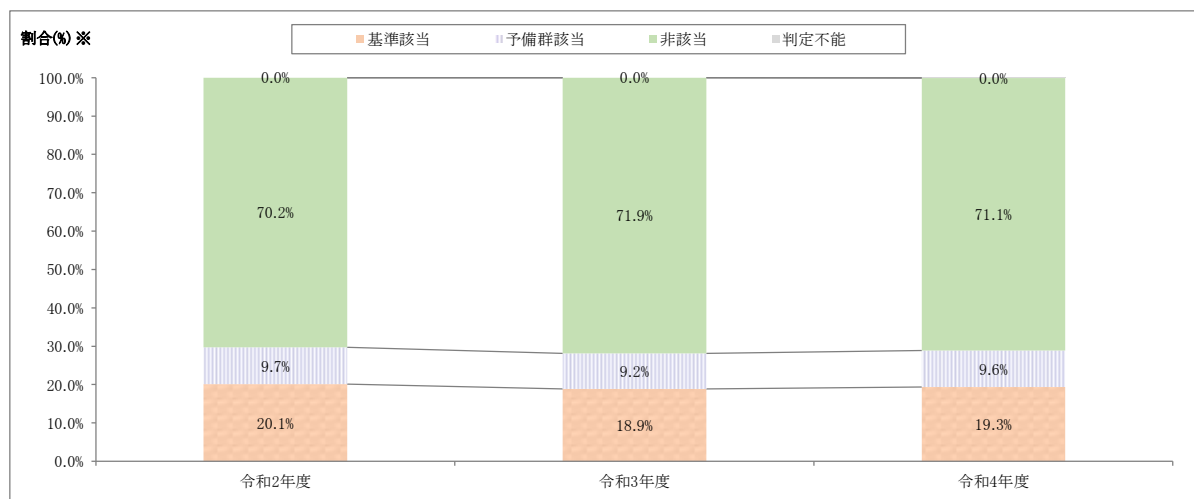
以下は、令和2年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を令和2年度と比較すると、基準該当19.3%は令和2年度20.1%より0.8ポイント減少しており、予備群該当9.6%は令和2年度9.7%より0.1ポイント減少しています。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
令和2年度	5,649
令和3年度	7,148
令和4年度	6,121

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
令和2年度	1,133	20.1%	548	9.7%	3,968	70.2%	0	0.0%
令和3年度	1,348	18.9%	661	9.2%	5,139	71.9%	0	0.0%
令和4年度	1,184	19.3%	585	9.6%	4,350	71.1%	2	0.0%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)...健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36か月分)

資格確認日...各年度末時点

※割合...特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合

5. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
特定健康診査 健診環境の整備	【アウトカム(成果)指標】 特定健康診査受診率	目標値60%に対して、令和4年度実績では36.8%であり、 目標を達成できていない。
	【アウトプット(実施量・率)指標】 集団健診実施日数、医療機関実施施設数、 人間ドック実施施設数、かかりつけ医か らの診療情報提供件数	集団健診実施日数（49日内夜間土日祝日8日・48日内夜 間土日祝日6日）、医療機関実施施設数（40か所・36か 所）、人間ドック実施施設数（16か所・15か所）、かか りつけ医からの診療情報提供件数（20件・24件） ※（目標値・令和4年度実績値）
特定健康診査 受診勧奨	【アウトプット(実施量・率)指標】 対象者への勧奨数	目標値2,200件に対して、令和4年度実績では6,614件で あり、その内訳としては通知4,614件、電話2,000件と なっている。 ※アウトカム指標は環境整備と共通の特定健康診査受診率
特定保健指導環 境の整備（積極 的支援・動機付 け支援）	【アウトカム(成果)指標】 特定保健指導実施率	目標値60%に対して、令和4年度実績値では11%と目標と 実績に大きな差が見られる。
	【アウトプット(実施量・率)指標】 特定保健指導利用者数	積極的支援（140人・18人）、動機付け支援（760人・74 人）※（目標値・令和4年度実績値）
特定保健指導利 用勧奨（積極的 支援・動機付け 支援）	【アウトカム(成果)指標】 特定保健指導利用率	目標値60%に対して、令和4年度実績では11.9%と目標と 実績に大きな差が見られる。
	【アウトプット(実施量・率)指標】 通知・電話勧奨数（延数）	目標値1,500回に対して、令和4年度実績では1,335回と なっている。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
特定健康診査 健診環境の整備	主管課である国保年金課内で専門職（保健師・管理栄養士）は1名以上の配置がで きている。予算は不足ない。保健センターとは集団健診会場で同時実施しているが ん検診等で連携がはかれている。特定健康診査の実施に関しては取手市医師会等医 療機関との業務委託により実施している。
特定健康診査 受診勧奨	主管課である国保年金課内で専門職（保健師・管理栄養士）は1名以上の配置がで きている。予算は不足ない。特定健康診査受診勧奨に関しては、主に民間業者との 業務委託により実施している。
特定保健指導環境の整 備（積極的支援・動機 付け支援）	主管課である国保年金課内で専門職（保健師・管理栄養士）は1名以上の配置がで きている。予算は不足ない。特定保健指導に関しては、保健師・管理栄養士等専門 職を有する総合病院他、民間業者との業務委託により実施している。
特定保健指導利用勧奨 （積極的支援・動機付 け支援）	主管課である国保年金課内で専門職（保健師・管理栄養士）は1名以上の配置がで きている。予算は不足ない。特定保健指導利用勧奨に関しては、民間業者との業務 委託により実施している。

第3章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 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。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の49.2%です。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の42.0%です。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	6,121	34.3%	2,565,091	225,534,319	228,099,410
健診未受診者	11,711	65.7%	33,453,770	448,646,782	482,100,552
合計	17,832		36,018,861	674,181,101	710,199,962

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	88	1.4%	3,014	49.2%	3,014	49.2%	29,149	74,829	75,680
健診未受診者	369	3.2%	4,896	41.8%	4,921	42.0%	90,661	91,635	97,968
合計	457	2.6%	7,910	44.4%	7,935	44.5%	78,816	85,231	89,502

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か月分)

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か月分)

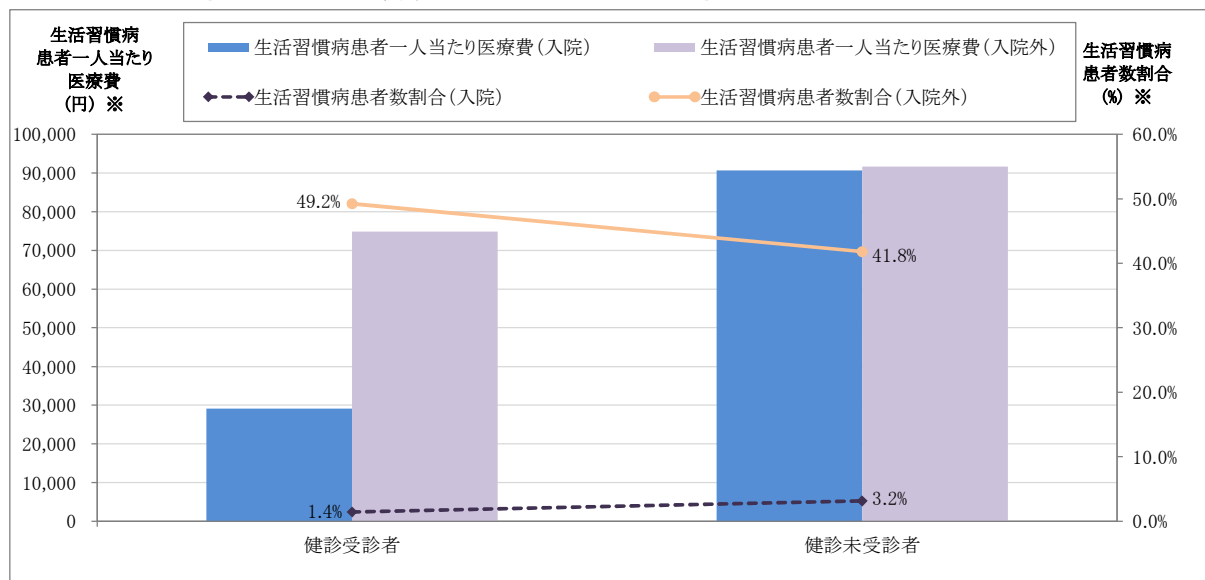
資格確認日...令和5年3月31日時点

※生活習慣病医療費...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の生活習慣病医療費

※生活習慣病患者数...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数をいう。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数

※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

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か月分)

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か月分)

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

※生活習慣病患者数割合...健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、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数の割合

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は2.9%、動機付け支援対象者割合は10.2%です。

保健指導レベル該当状況

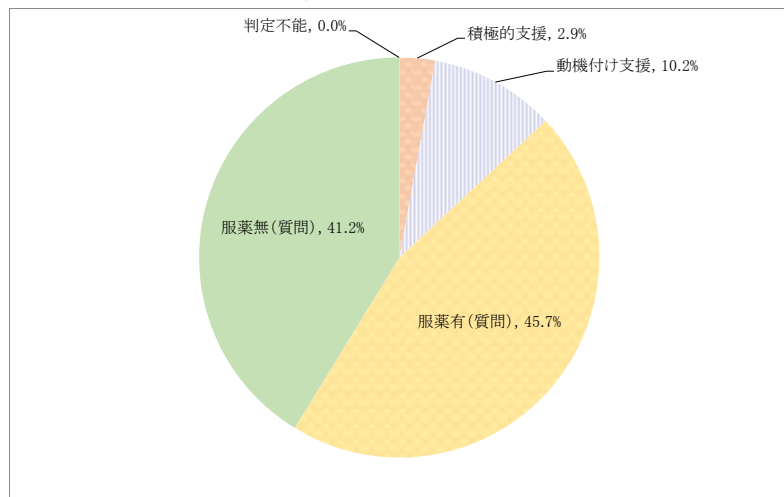
	健診受診者数 (人)	該当レベル					
		特定保健指導対象者(人)		情報提供		判定不能	
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	6,121	799	176	623	2,798	2,523	1
割合(%) ※	-	13.1%	2.9%	10.2%	45.7%	41.2%	0.0%

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か月分)

資格確認日...令和5年3月31日時点

※割合...特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合

保健指導レベル該当状況



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か月分)

資格確認日...令和5年3月31日時点

※割合...特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

腹围/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
≥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	/		

(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：中性脂肪150mg/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、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別に示したものです。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
40歳～44歳	192	44	23	12.0%	21	10.9%
45歳～49歳	281	70	43	15.3%	27	9.6%
50歳～54歳	280	63	36	12.9%	27	9.6%
55歳～59歳	281	55	33	11.7%	22	7.8%
60歳～64歳	507	66	41	8.1%	25	4.9%
65歳～69歳	1,556	188	0	0.0%	188	12.1%
70歳～	3,024	313	0	0.0%	313	10.4%
合計	6,121	799	176	2.9%	623	10.2%

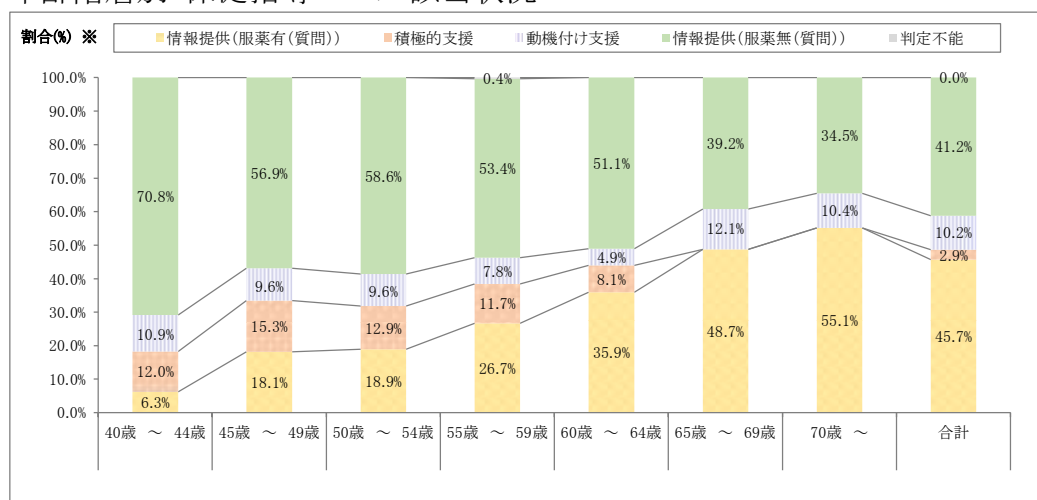
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	192	12	6.3%	136	70.8%	0	0.0%
45歳～49歳	281	51	18.1%	160	56.9%	0	0.0%
50歳～54歳	280	53	18.9%	164	58.6%	0	0.0%
55歳～59歳	281	75	26.7%	150	53.4%	1	0.4%
60歳～64歳	507	182	35.9%	259	51.1%	0	0.0%
65歳～69歳	1,556	758	48.7%	610	39.2%	0	0.0%
70歳～	3,024	1,667	55.1%	1,044	34.5%	0	0.0%
合計	6,121	2,798	45.7%	2,523	41.2%	1	0.0%

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か月分)

資格確認日...令和5年3月31日時点

※割合...特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



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か月分)

資格確認日...令和5年3月31日時点

※割合...特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合

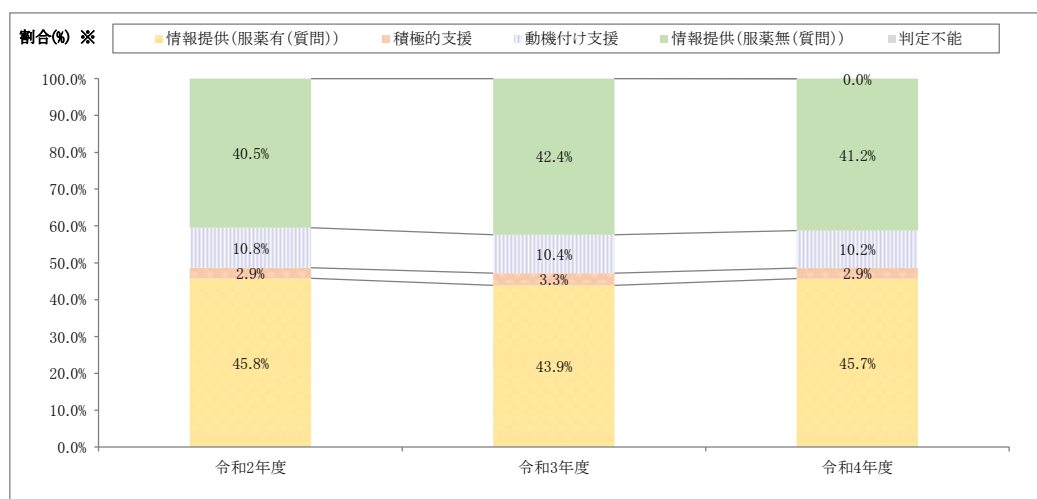
以下は、令和2年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を令和2年度と比較すると、積極的支援対象者割合2.9%は令和2年度からほぼ横ばいとなっており、動機付け支援対象者割合10.2%は令和2年度10.8%から0.6ポイント減少しています。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
令和2年度	5,649	774	165	2.9%	609	10.8%
令和3年度	7,148	980	234	3.3%	746	10.4%
令和4年度	6,121	799	176	2.9%	623	10.2%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)		人数(人)	割合(%) ※
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※		
令和2年度	5,649	2,586	45.8%	2,289	40.5%	0	0.0%
令和3年度	7,148	3,137	43.9%	3,031	42.4%	0	0.0%
令和4年度	6,121	2,798	45.7%	2,523	41.2%	1	0.0%

年度別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)...健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36か月分)

資格確認日...各年度末時点

※割合...特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)における、特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況を示したものです。

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			799人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	7人	176人 22%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	36人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	12人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	9人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	9人	
	●	●			因子数2	血糖+血圧	24人	
	●		●			血糖+脂質	37人	
		●	●			血圧+脂質	19人	
	●			●		血糖+喫煙	3人	
		●		●		血圧+喫煙	5人	
			●	●	因子数1	脂質+喫煙	13人	
	●					血糖	1人	
		●				血圧	0人	
				●	因子数0	脂質	1人	
				喫煙		0人		
				なし	0人			
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	14人	623人 78%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	85人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	15人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	14人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	5人	
	●	●			因子数2	血糖+血圧	108人	
	●		●			血糖+脂質	54人	
		●	●			血圧+脂質	42人	
	●			●		血糖+喫煙	16人	
		●		●		血圧+喫煙	7人	
			●	●	因子数1	脂質+喫煙	7人	
	●					血糖	105人	
		●				血圧	84人	
				●	因子数0	脂質	60人	
				喫煙		0人		
				なし	7人			

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か月分)

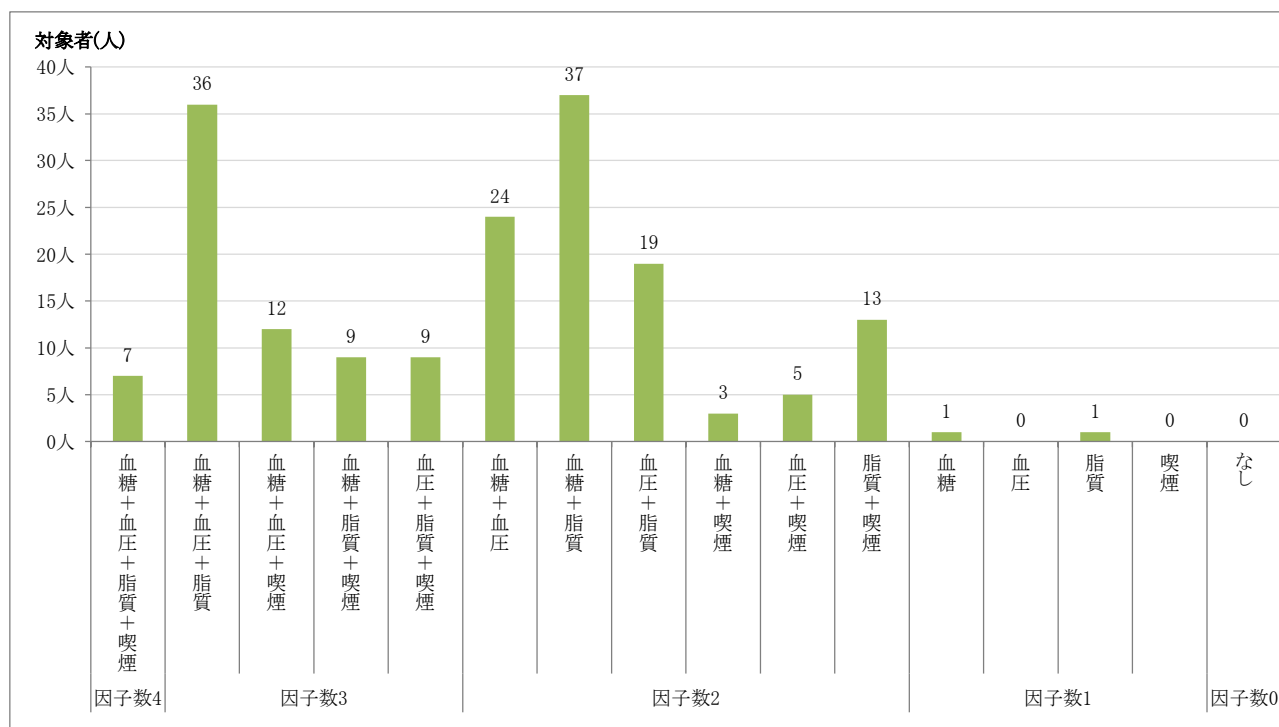
資格確認日...令和5年3月31日時点

※リスク判定...健診検査値が保健指導判定値を超えている組み合わせである(喫煙については質問回答による)。そのため、厚生労働省が定める保健指導対象者の選定にない組み合わせに該当する場合があります。また、医師の判断等により、リスク因子数が0であっても特定保健指導対象者に分類される場合があります。

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

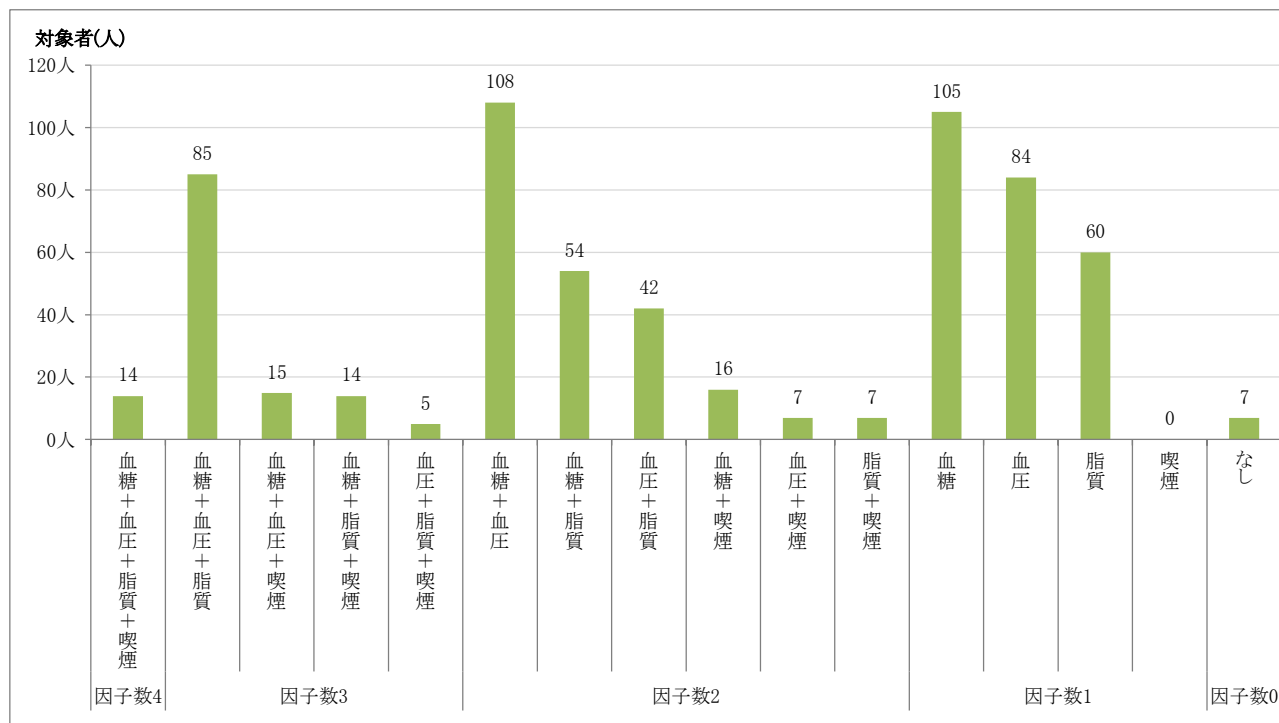
- ①血糖...特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧...特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質...特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙...特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



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か月分)
 資格確認日...令和5年3月31日時点

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



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か月分)
 資格確認日...令和5年3月31日時点

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類しました。以下は各分類の生活習慣病医療費について比較した結果を示したものです。特定保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、服薬開始を防ぐことが重要です。

特定保健指導対象者・非対象者別生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	799	86,003	3,899,534	3,985,537	6	96	96
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,523	127,489	5,108,627	5,236,116	4	178	178
	情報提供 (服薬有(質問))	2,798	2,351,599	216,526,158	218,877,757	78	2,740	2,740

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	799	14,334	40,620	41,516
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,523	31,872	28,700	29,416
	情報提供 (服薬有(質問))	2,798	30,149	79,024	79,882

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か月分)

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か月分)

資格確認日...令和5年3月31日時点

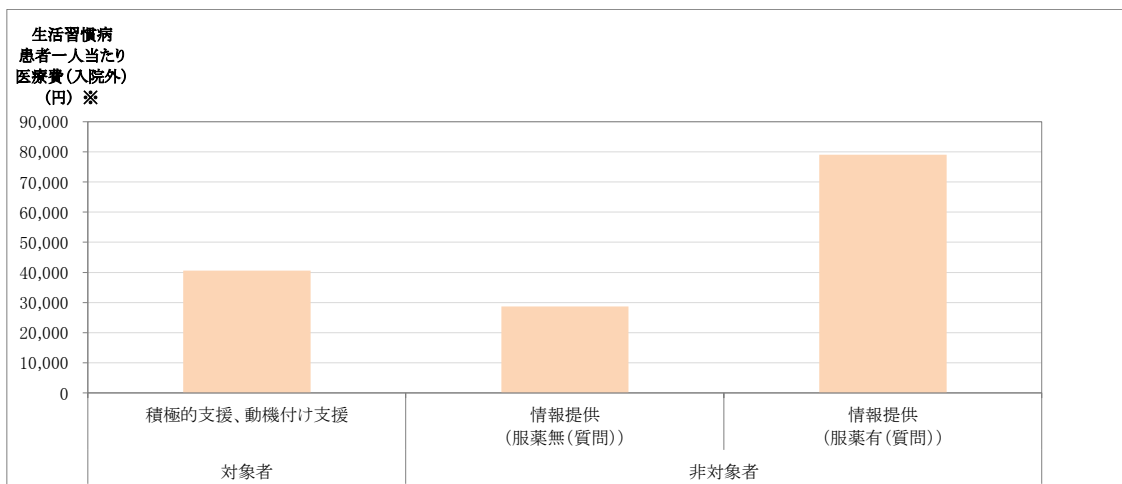
非対象者...健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記

※生活習慣病医療費...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の生活習慣病医療費

※生活習慣病患者数...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数をいう。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数

※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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)...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か月分)

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か月分)

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(入院外)...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入院外生活習慣病医療費

第4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25%以上(平成20年度比)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

	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	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	40%	44%	48%	52%	56%	60%	60%
特定保健指導実施率(%)	15%	24%	33%	42%	51%	60%	60%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25%	25%

※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

	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)	14,141	13,250	12,466	11,819	11,269	10,770
特定健康診査受診率(%) (目標値)	40%	44%	48%	52%	56%	60%
特定健康診査受診者数(人)	5,656	5,830	5,984	6,146	6,311	6,462

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		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)	40歳～64歳	6,026	5,966	5,803	5,717	5,614	5,496
	65歳～74歳	8,115	7,284	6,663	6,102	5,655	5,274
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	1,862	2,147	2,370	2,613	2,834	3,033
	65歳～74歳	3,794	3,683	3,614	3,533	3,477	3,429

(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。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	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)	813	858	902	946	990	1,028
特定保健指導実施率(%) (目標値)	15%	24%	33%	42%	51%	60%
特定保健指導実施者数(人)	122	206	298	397	505	617

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			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
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	229	265	295	328	357	383
	実施者数(人)	40歳～64歳	35	64	98	137	182	230
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	161	185	205	225	244	259
		65歳～74歳	423	408	402	393	389	386
	実施者数(人)	40歳～64歳	25	45	68	95	125	156
		65歳～74歳	62	97	132	165	198	231

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

特定健診の実施について、対象者には特定健診受診券（以下「受診券」という。）を送付し、受診券と国民健康保険証（保険証に代用する証明書も含まれる）の提示により健診が受診できるものとします。人間ドック受診者において、ドック実施医療機関とは検査項目に特定健診項目をすべて含んで契約し、検査結果を反映しています。

ア. 実施場所及び実施期間（実施期間は下表を参照）

特定健診は集団健診、医療機関健診、人間ドック等の受診方法があります。集団健診としては、検診車で巡回する形を今後も実施していく予定です。また健診場所は「取手ウェルネスプラザ」「公民館」「福祉会館」「福祉交流センター」「集会所」等で実施し、期間については休日を含めた7月、9月から11月頃とします。駐車場が広く本市の中心に位置している「福祉交流センター」や取手駅前の近くにある「取手ウェルネスプラザ」等の施設では、夜間の健診も実施しています。昨今の新型コロナウイルス等の感染症の影響を踏まえ、完全予約制を導入し安全で受診者の利便性を配慮した健診を実施しています。KDBでの地区分析や今後の情勢を考慮し関係機関との連携の上で、健診会場日時等の見直しや効率的かつ快適な会場運営を検討し、健診の満足度を高めていきます。

医療機関健診は令和5年度では37箇所ほどの医療機関で実施しています。また、人間ドックは15箇所の総合病院等の医療機関で実施しています。国民健康保険加入者の減少に伴い、健診受診者も減少傾向にあります。受診者の利便性を考慮し今後もかかりつけ医でも健診が可能であるとの周知や受診できる医療機関を拡大していくことが大切です。

	集団健診	医療機関健診	人間ドック
実施場所	<ul style="list-style-type: none"> 取手ウェルネスプラザ 各公民館 福祉会館 福祉交流センター 集会所等 	<ul style="list-style-type: none"> 取手市医師会に加入している指定実施医療機関 (令和5年度は37医療機関) 	<ul style="list-style-type: none"> 本市と人間ドック契約をしている指定実施医療機関 (令和5年度は15医療機関)
受診方法	<ul style="list-style-type: none"> 受診券・保険証持参 ※コールセンター等に要予約 	<ul style="list-style-type: none"> 受診券・保険証持参 指定実施医療機関に要予約 	<ul style="list-style-type: none"> 人間ドック助成券・受診券・保険証持参 指定実施医療機関に要予約
実施期間	7月・9月下旬・10月・11月中旬 (夜間休日含む、3か月程度)	7月初旬～12月中旬頃	4月～翌年3月末

イ. 健診項目

特定健診の健診項目は、生活習慣病と言われる、高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の疾病予防に資するため、下表「特定健診検査項目」の内容を健診項目として設定します。生活習慣病の発症リスクである血圧、血糖、脂質等についての検査を行います。この結果をもとに特定保健指導の該当者の抽出及び階層化が行われ、該当者に対しては、3か月間以上の特定保健指導プログラムを実施することになります。

	健診項目		必須の有無
診 察	質問（問診）		○
	計測	身長	○
		肥満度・標準体重	○
		腹囲	○
	理学的所見（身体診察）		○
血 圧		○	
脂 質	中性脂肪		○
	HDL-コレステロール		○
	LDL-コレステロール		○
肝機能	AST(GOT)		○
	ALT(GPT)		○
	γ-GT(γ-GTP)		○
代謝系	空腹時血糖		■
	尿 糖	半定量	○
	ヘモグロビンA1c		■
血液一般	貧血	ヘマトクリット値	□
		血色素測定	□
		赤血球数	□
	血清クレアチニン（eGFR）		□
	尿 酸		◎
尿・腎機能	尿蛋白	半定量	○
心機能	12誘導心電図		□
眼底検査			□

○（基本項目）・・・必須項目

□（詳細又は追加項目）・・・医師の判断に基づき選択的に実施する項目（本市は全員に実施）

■（基本項目）・・・国では、いずれかの項目の実施でも可であるが、本市では平成22年度からヘモグロビンA1cを全員に実施

◎（追加項目）・・・市単独事業として、平成24年度から健診項目として「尿酸検査」を全員に実施

※腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMIが20未満の者、もしくはBMIが22未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した人）に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略可

※腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可

本市では心電図検査、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニン検査を追加健診項目として全員に実施していますが、医師が必要と認める場合は詳細健診項目とします。その際、健診機関の医師は当該健診を必要と判断した理由を医療保険者に示すとともに、受診者に説明することが必要となります。

なお、他の医療機関において行った最近の結果が明らかで再度検査を行う必要がないと判断される者、現に高血圧症、心臓病等の疾患により医療機関において管理されている人については詳細な健診（貧血、心電図、眼底）を行う必要はありません。

詳細項目	実施できる条件（判断基準）
(1) 心電図検査 (12誘導心電図)	当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧が90mmHg以上の方又は問診等において不整脈が疑われる人
(2) 眼底検査※	当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準又は②血糖の値がa、b、cのうちいずれかの基準に該当した人 ①血圧 a 収縮期血圧 140mmHg以上 b 拡張期血圧 90mmHg以上 ②血糖 a 空腹時血糖 126mg/dℓ以上 b HbA1c (NGSP) 6.5%以上 c 随時血糖 126mg/dℓ以上
(3) 貧血検査	貧血の既往歴を有する方又は視診等で貧血が疑われる方
(4) 血清クレアチニン検査	当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準又は②血糖の値がa、b、cのうちいずれかの基準に該当した人 ①血圧 a 収縮期血圧 130mmHg以上 b 拡張期血圧 85mmHg以上 ②血糖 a 空腹時血糖 100mg/dℓ以上 b HbA1c (NGSP) 5.6%以上 c 随時血糖 100mg/dℓ以上

※眼底検査は、当該年度の特健診の結果等のうち、(2)①のうちa、bのいずれの血圧の基準にも該当せずかつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特健診の結果等において、血糖検査の結果が(2)②のうちa、b、cのいずれかの基準に該当した人も含む。
 ※高血糖者（HbA1c 6.5%以上）に対しては、原則、両眼の眼底撮影を行う。その上で、所見の判定がより重症な側の所見を記載する。

ウ. 周知や案内方法

特定健診の実施率を高めるためには、今まで以上の積極的な広報活動が必要です。ポピュレーションアプローチとして、第3期データヘルス計画の新規事業で掲げた健幸づくり推進員により地域での声かけやチラシ配布等も検討していきます。また広報とりで、本市ホームページ、メールマガジン、パンフレットやチラシ等での広報活動により、健診の大切さ、本市の現状等の周知を行い、特定健診の実施率の向上に努めます。

さらに、対象者に対しては、特定健診の受診券の送付を全員に実施します。そして、特定健診開始時には、再度、広報とりで、本市ホームページ等で実施場所、実施期間等の周知を図ります。

エ. 特定健診未受診者への対応

特定健診の未受診者への対応は、特定健診の実施率の向上や、健診結果より保健指導へつなげることによってメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少につながることを目的としています。本市が実施している市民アンケートの結果では健康診断を受診しない理由として、かかりつけ医で定期受診をしているので必要ないと思っている方がいます。特定健康診査に係るかかりつけ医からの診療情報提供事業や健診に行くことにつながる保健サービス（糖尿病性腎臓病重症化予防事業における保健指導等）を対象者に周知し、健診を受ける動機付けをしていきます。

また、健診や定期的な医療機関への受診をせず本市がその方の健康状態を把握することができない「健康状態不明者」にも、通知や電話による未受診勧奨を行うことで、健診に行く意義を直接説明すると同時に、健診に行かない理由も聞き取りすることで、更なる受診環境の整備にもつなげていきます。

オ. まだら受診者への対応

第3期データヘルス計画に茨城県の共通のアウトカム指標で「特定健康診査の2年連続受診者率」の向上を掲げていることから、年度によって特定健康診査を受診したり受診しなかったりするいわゆる「まだら受診者」に対して、通知や電話による受診勧奨をすることで継続的な特定健康診査受診につなげます。

特に、「健康状態不明者」に対して特定健康診査受診勧奨をして受診につながったものの、翌年度では7割近くが未受診者になったことから、この元「健康状態不明者」層に対して、重点的に受診勧奨を行うことが必要です。

オ. 特定健診項目の判定値

特定健診項目の判定値

番号	項目名	データ基準	
		保健指導判定値	受診勧奨判定値
1	血圧（収縮期）	130mmHg	140mmHg
2	血圧（拡張期）	85mmHg	90mmHg
3	中性脂肪	150mg/dℓ	300mg/dℓ
4	HDLコレステロール	39mg/dℓ	34mg/dℓ
5	LDLコレステロール	120mg/dℓ	140mg/dℓ
6	Non-HDLコレステロール	150mg/dℓ	170mg/dℓ
7	空腹時血糖	100mg/dℓ	126mg/dℓ
8	HbA1c※	5.6%	6.5%
9	随時血糖	100mg/dℓ	126mg/dℓ
10	AST（GOT）	31U/L	61U/L
11	ALT（GPT）	31U/L	61U/L
12	γ-GT（γ-GTP）	51U/L	101U/L
13	eGFR	60ml/分/1.73m ²	45ml/分/1.73m ²
14	血色素量 【ヘモグロビン値】	13g/dℓ（男性） 12g/dℓ（女性）	12g/dℓ（男性） 11g/dℓ（女性）

※表中のHbA1c値はNGSP（国際標準）値

(2) 特定保健指導

① 対象者

特定保健指導では対象者が自らの生活習慣の課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出すことを目的としています。そのため、行動変容に関する必要な情報を提示し、自ら決定できることが重要で、健康的な生活の維持を目指し、各個人の生活基盤を尊重しながら支援していきます。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
≥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	/		

(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. 実施場所と期間

特定保健指導の実施場所は、「動機付け支援」においては、民間業者に委託して実施します。「積極的支援」においても民間業者への委託の他、特定保健指導が可能な人間ドックを契約している医療機関での指導となります。特定保健指導の期間は3か月間以上とし、健診後、随時該当者に対して保健指導を実施します。

イ. 実施内容

特定保健指導の実施については、対象者に特定保健指導利用券（以下「利用券」という）を送付、又は、利用券番号を付番した対象者データを委託業者に送付することで、利用券と国民健康保険証の提示により保健指導が利用できるものとします。

また、保健指導は健診結果に応じてレベルを「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」の3つに階層化された特定保健指導対象者に、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談分割実施の促進」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。

●評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)

腹囲2cm・体重2kg減を主要達成目標とします。この主要目標が未達の場合においても、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲2cm・体重2kg減の過程である腹囲1cm・体重1kg減についても成果として評価します。詳しくは次頁の表をご覧ください。

また、第3期データヘルス計画においても「特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率」を茨城県の共通のアウトカム指標で掲げています。詳しくはデータヘルス計画91頁をご覧ください。

●ICTを活用した特定保健指導の推進

昨今の新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、感染症の流行時や利用者本人が不安を感じる時などの場合のみならず、利用者本人の利便性を考慮し、インターネットやアプリケーションなどのICTを活用した遠隔で特定保健指導が実施できるように、当然のことながら個人情報を守られる安心・安全な実施体制を構築していきます。

●特定健診実施後の特定保健指導の初回面接分割実施の促進

特定保健指導の利用率・実施率の向上のため、集団健診会場での特定保健指導の早期初回面談分割実施を行っていきます。まずは、規模が大きい集団健診会場で積極的支援対象者から始め、保健師・管理栄養士などの人員や予算等が整い次第、動機付け支援対象者や全ての集団健診会場で実施できることを目指します。

各階層別実施内容

情報提供

具体的な内容
健診結果の送付時、対象者に合わせた次のような情報提供用紙を送付します。 <ul style="list-style-type: none">○ 健診結果の見方○ 健康の保持増進に役立つ情報、身近で活用できる社会資源の情報

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を含む)、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を含む)
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。なお、アウトカム評価に関しては積極的支援の評価と同水準で実施する。(下表参照)

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を含む)、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を含む) ○3か月以上の継続的な支援 個別支援(ICTを含む)、グループ支援(ICTを含む)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 1357 1418 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 1697 1436 1854"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICTを含む)、グループ支援(ICTを含む)、電話、電子メール、アプリケーション、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)	<ul style="list-style-type: none"> 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICTを含む)、グループ支援(ICTを含む)、電話、電子メール、アプリケーション、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)					
<ul style="list-style-type: none"> 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援(ICTを含む)、グループ支援(ICTを含む)、電話、電子メール、アプリケーション、チャット等) 健診後早期の保健指導実施を評価 						

ウ. 周知や案内方法

特定保健指導の効果や実際に利用した方のインタビュー記事を広報とりで、本市ホームページ、パンフレットやチラシ等に掲載するなどして、対象者への周知及び特定保健指導について啓発活動を行っていきます。

また、特定保健指導申込者に対する案内方法としては、特定保健指導の案内書を送付し、広報とりで、本市ホームページ、パンフレット等で特定保健指導の実施内容等について周知します。

エ. 特定保健指導未実施者への対応

特定保健指導の案内を送った方で利用申し込みがなかった方には、電話や通知で利用勧奨を行います。

特定保健指導の対象者でありながら当該年度に利用されなかった人については、次年度の特定健診の結果を考慮し、次年度も特定保健指導の該当者であった場合については、重点的に実施するために該当者には積極的に働きかけを行います。

4. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み
特定健康診査 健診環境の整備	受診者のニーズに合わせた健診の種別を確保する。具体的には、集団健診、医療機関健診、人間ドック等受診者の目的やニーズにあった健診の種別を用意する。
	集団健診における健診を受けやすい日程を準備する。具体的には、集団健診においては休日・夜間でも受診できるように日程を準備し、受診率の低い地区においても身近な施設で受診できるように新たな健診会場の追加について検討する。
特定健康診査受診勧奨	若年層（40歳から42歳）や健診受診や医療機関への定期受診を行っていないいわゆる「健康状態不明者」に対して、特定健康診査受診勧奨を実施する。
	年度によって特定健康診査を受診したりしなかったりするいわゆる「まだら受診者」に対して、継続受診を促す特定健康診査受診勧奨を実施する。特に、元「健康状態不明者」への勧奨を重点的に実施する。
	（仮称）健幸づくり推進員による個別訪問や健康教育により、健診受診勧奨を行う。なお、（仮称）健幸づくり推進員育成事業は令和8年度の立ち上げを目指して、その実現可能性を含め検討していく。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み
特定保健指導環境の整備 （積極的支援・動機付け支援）	民間業者と業務委託を締結し、休日でも特定保健指導が利用しやすい環境を整備する。
	新型コロナウイルス感染症への不安を持っている対象者や、利便性の向上のため、インターネットやアプリケーションなどのICT環境を整備する。
特定保健指導初回面談分割実施の促進（積極的支援・動機付け支援）	特定健康診査における集団健診会場で、特定保健指導初回面談分割実施を促進し、利用率・実施率の向上を目指す。
特定保健指導利用勧奨 （積極的支援・動機付け支援）	特定保健指導の案内に反応が無かった対象者に対して、電話、電話不通者には再度通知による特定保健指導の利用勧奨を実施する。

5. 実施スケジュール

実施項目	当年度												次年度				
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
特定健康診査	対象者抽出	⇔															
	受診券送付		⇔														
	特定健康診査実施	⇔												人間ドックを含む。			
	未受診者受診勧奨					⇔											
特定保健指導	対象者抽出			⇔													
	利用券送付			⇔													
	特定保健指導実施			⇔													
	未利用者利用勧奨			⇔													
前年度の評価									⇔								
次年度の計画										⇔							

6. 外部委託の有無や契約形態

特定健診については集団健診及び医療機関健診について引き続き、健診機関への委託を考えており、対象者が受診しやすいことを基本として受診率の向上を図っていきます。

特定保健指導についても、動機付け支援及び積極的支援を特定保健指導実施事業者に外部委託して実施します。

また、外部委託業者の選定については国が定める委託先選定基準に準拠して委託業者を選定し、健診・保健指導の質の確保を図ります。そのために、以下のような選定基準を検討していきます。

特定健診委託先選定基準

- ①人員に関する基準
- ②施設又は設備等に関する基準
- ③精度管理に関する基準
- ④健診結果等の情報の取り扱いに関する基準
- ⑤運営等に関する基準

特定保健指導委託先選定基準

- ①人員に関する基準
- ②施設又は設備等に関する基準
- ③保健指導の内容に関する基準
- ④保健指導の記録等の情報の取り扱いに関する基準
- ⑤運営等に関する基準

7. 特定健診等のデータについて

①他の健診データの受療方法について

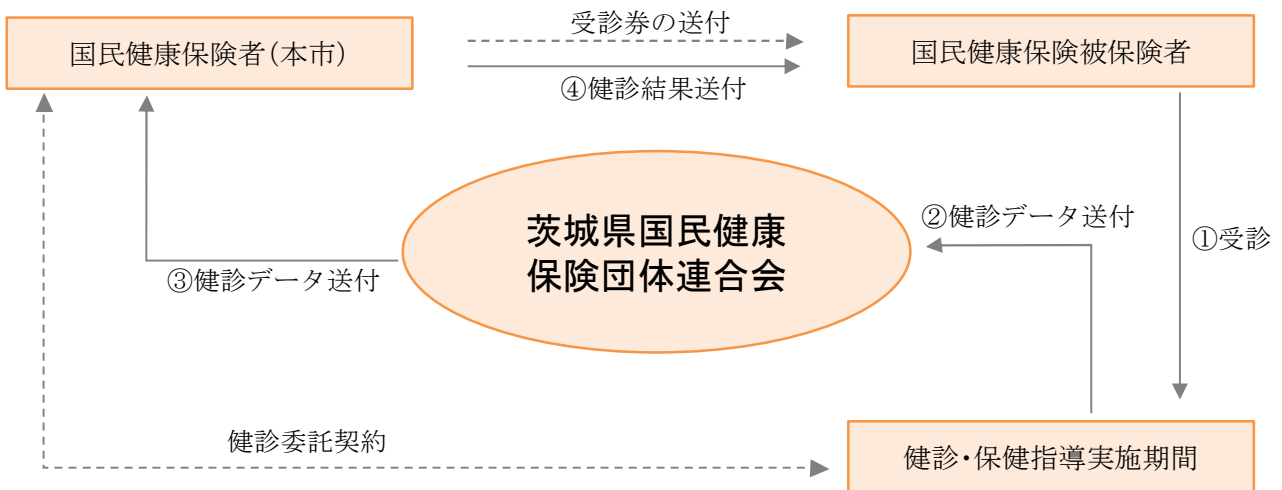
被保険者が生涯にわたり自らの健診・保健指導情報を健康づくりに活用し、役立たせるためには継続したデータの管理が必要です。他の医療保険者からの移動等に伴う健診・保健指導の情報提供及び人間ドックの結果の享受については、国が示す標準的様式によりすべて電子データで行います。また、他の医療保険者へ情報提供及び人間ドックの結果の取得については、必ず本人の同意を得たうえで行います。

②特定健診等の記録の管理及び保存について

特定健診等のデータは管理者を定め、電子的標準形式により（茨城県国民健康保険団体連合会に委託し）管理保存し、その保存期間は特定健診受診の翌年4月1日から5年間とします。なお、被保険者が他の医療保険者の加入者となったときの保存期間は、他の医療保険者の加入者となった年度の翌年度末日とします。また、被保険者が他の医療保険者の加入者となった場合は、当該医療保険者の求めに応じて被保険者が提出すべきデータを被保険者に提供します。

③システム体制等

外部機関との委託契約に際しては、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

契約した健診機関や保健指導実施機関等から費用の請求、支払い及び健診データ・保健指導データの管理、保健指導対象者の階層化、支払基金への報告作成等に係る業務は代行機関である茨城県国民健康保険団体連合会に委託します。委託にあたっては、健診機関や保険者との電子的ネットワーク接続が必要なため、代行機関（茨城県国民健康保険団体連合会）には個人情報扱うことに対して「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ています。

第5章 その他

1. 個人情報の保護

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. 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、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を評価し、必要に応じて見直しを行うものとします。

4. 特定健康診査とがん検診などの各種保健事業等との関係

特定健康診査とがん検診などの各種保健事業との関係においては、市民が検診を受けやすい状況を確認するため、保健センターと国保年金課の連携により特定健診と同時に実施できるものに関しては、同日開催を実施していきます。

また、39歳以下の市民に対して、将来的な内臓脂肪症候群及び生活習慣病の予防のためにヘルスアップ健診・保健指導等の充実を図り、40歳以降の特定健診受診の継続につなげていきたいと考えます。

さらに、主に75歳以上が加入する後期高齢者医療保険被保険者に対する健康診査においても、特定健診と同時に実施し、受診者が健診を受けやすい配慮をします。

特定健診と同時実施の検診、保健センター独自で実施する検診・保健事業については以下のとおりです。

(1) 特定健診と同時実施のがん検診等

特定健診と同時実施の検診等

検診名	対象者	案内方法
肺がん検診	40歳以上の方	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診の受診券発送時に案内通知を同封。 ○「保健センター年間計画表」、「広報とりで」、「本市ホームページ」にて案内
前立腺がん検診 ※特定健診・個別健診時も同時実施可	50歳以上の男性	
肝炎ウイルス検診 ※特定健診・個別健診時も同時実施可	①40歳の方 ②41歳以上で肝炎ウイルス検診を受けたことのない方	
ヘルスアップ健診	①18歳以上39歳以下 ②18歳以上の生活保護受給者	
大腸がん検診	40歳以上	

②がん検診等の実施

がん検診等の実施

検診名	実施方法	実施会場	対象者	案内方法
胃がん検診	集団検診	※取手ウェルネスプラザ、公民館他	40歳以上の方	「保健センター年間計画表」「広報とりで」「本市ホームページ」にて案内 ※一部の検診に関しては個別通知もある。
大腸がん検診			20歳以上の女性	
子宮がん検診	医療機関検診	委託医療機関		
乳がん検診	集団検診	※と同様	30歳以上の女性	
	医療機関検診	委託医療機関		
レディース デイ+プラス健診	集団健診	取手ウェルネスプラザ	20歳～39歳の女性	
	医療機関健診	委託医療機関		
骨粗しょう症検診	集団検診	※と同様	40・45・50・55・60・65・70歳の女性	
歯周疾患検診	医療機関検診	委託医療機関	40・50・60・70歳の方	

本市における健康増進や介護予防を主とする地域組織活動の更なる充実を図るため、特定健康診査等の実施を有効活用する機会を設けます。具体的には、集団健診会場に健幸づくり推進員を配置して、受診者の会場案内、足元が不自由な受診者への付き添い等を行い、受診者の健診に対する満足度を高め、次年度以降の継続受診への意欲を培います。また、規模が大きい会場であれば、シルバーリハビリ体操やチューブ体操、食生活改善推進員の活動の紹介や実技などを通して、新規の会員の勧誘を通して、更なる地域組織活動の充実を図ります。

また、特定保健指導を通して前述した地域組織活動を紹介することで、利用者自身が生活習慣を改善するきっかけづくりを提供します。

そのためにも関係部署や関係機関・組織との更なる連携を図れるように、体制づくりを検討していきます。

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」

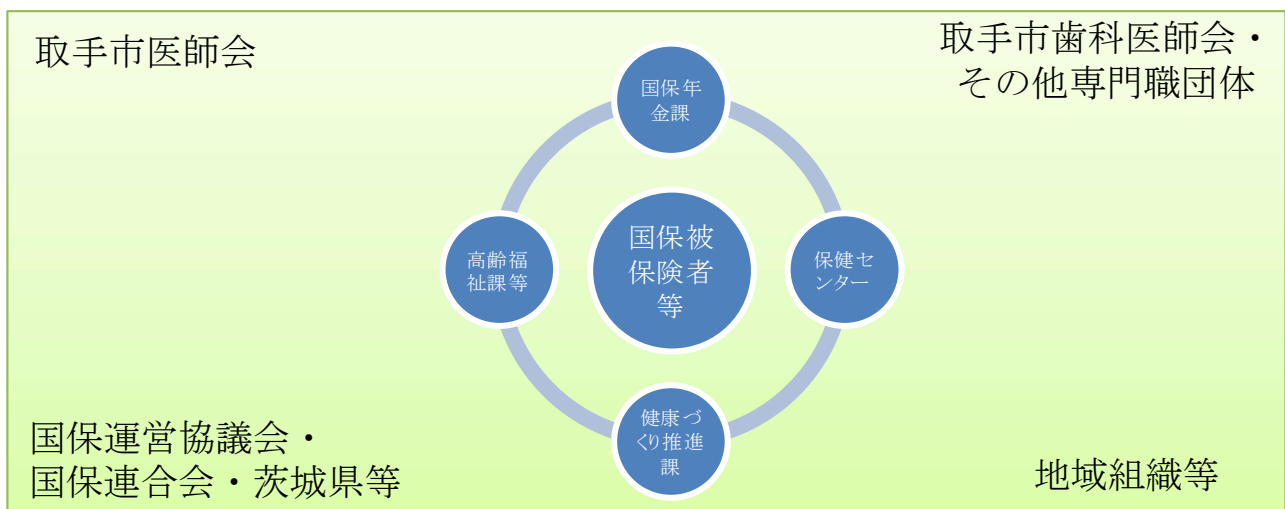
特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進します。

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。

6. 市町村関係部署との連携及び事業運営上の留意事項

国民健康保険主管課と保健衛生部門、及び関係機関をはじめ健康に関わる関係各課が横断的に連携して取り組んでいく体制を整備し、本計画の実践と事業評価を通じて連携を図りつつ、本計画の円滑な推進を図ります。



7. その他計画策定に当たっての留意事項

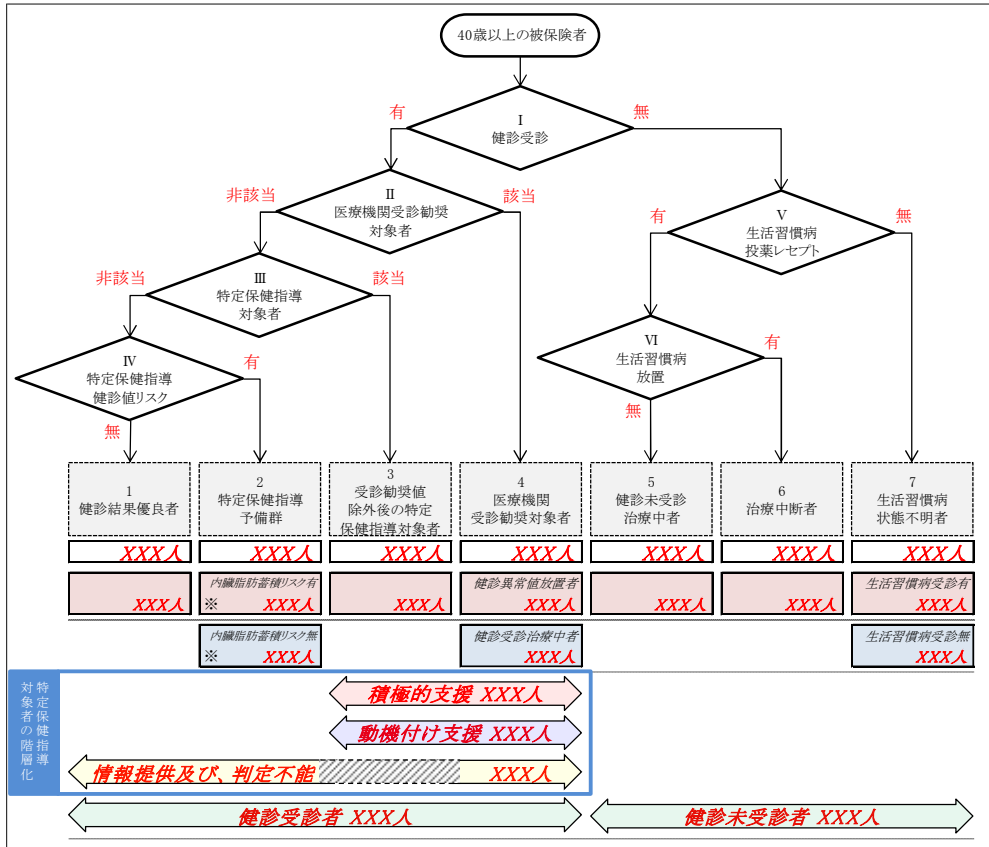
データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、関係機関と連携を図ります。

本計画策定ではパブリックコメントや国民健康保険運営協議会等の意見を聞く場を設け、事業推進にあたっては随時国民健康保険運営協議会等の意見を聞く場を設けます。

卷末資料

1. 「指導対象者群分析」のグループ分けの見方

特定健康診査及びレセプトデータによる指導対象者群分析



【フロー説明】

- I 健診受診 …健診受診の有無を判定
- II 医療機関受診勧奨対象者 …健診値(血糖、血圧、脂質)のいずれかが、厚生労働省が定めた受診勧奨判定値を超えて受診勧奨対象者に該当するか判定
- III 特定保健指導対象者 …厚生労働省が定めた「標準的な健診・保健指導プログラム」に沿って、特定保健指導対象者に該当するか判定
- IV 特定保健指導健診値リスク …厚生労働省が定めた保健指導判定値により、健診値(血糖、血圧、脂質)のリスクの有無を判定する。判定に喫煙は含めない
- V 生活習慣病投薬レセプト …生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)に関する、投薬の有無を判定
- VI 生活習慣病放置 …生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)を治療している患者で、一定期間の受診状況により生活習慣病放置の有無を判定

【グループ別説明】

- 健診受診あり
1. 健診結果優良者 …保健指導判定値(血糖、血圧、脂質)に該当しない者
 2. 特定保健指導予備群 …保健指導判定値(血糖、血圧、脂質)に該当しているが、その他の条件(服薬有り等)により保健指導対象者でない者
 - 内臓脂肪蓄積リスク有 …「2. 特定保健指導予備群」のうち、服薬が有るため特定保健指導対象者にならなかった者
 - 内臓脂肪蓄積リスク無 …「2. 特定保健指導予備群」のうち、内臓脂肪蓄積リスク(腹囲・BMI)がないため特定保健指導対象者にならなかった者
 3. 受診勧奨値除外後の特定保健指導対象者 …受診勧奨判定値(血糖、血圧、脂質)に該当していない特定保健指導対象者
 4. 医療機関受診勧奨対象者 …受診勧奨判定値(血糖、血圧、脂質)に該当する者
 - 健診異常値放置者 …「4. 医療機関受診勧奨対象者」のうち、健診受診後に生活習慣病に関する医療機関受診がない者
 - 健診受診治療中者 …「4. 医療機関受診勧奨対象者」のうち、健診受診後に生活習慣病に関する医療機関受診がある者。または健診受診後生活習慣病に関する医療機関受診はないが、健診受診後間もないため病院受診の意志がない「健診異常値放置者」と判断できない者
- 健診受診なし
5. 健診未受診治療中者 …生活習慣病治療中の者
 6. 治療中断者 …過去に生活習慣病の治療をしていたが、生活習慣病に関する医療機関受診が一定期間ない者
 7. 生活習慣病状態不明者 …生活習慣病の投薬治療をしていない者
 - 生活習慣病受診有 …「7. 生活習慣病状態不明者」のうち、生活習慣病に関する医療機関受診がある者
 - 生活習慣病受診無 …「7. 生活習慣病状態不明者」のうち、生活習慣病に関する医療機関受診がない者

2. 用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査で、通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物であり、腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力をさす。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間
	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のことをいう。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版) 準拠 疾病分類表」を使用
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くことであり、1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査であり、電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称をいう。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導であり、「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・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質をいう。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	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い者に対して行われる保健指導をいう。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る。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う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のことをいう。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	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をいう。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る。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物をいう。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合には我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合には死亡率が低いと判断される。

用語		説明
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさをいう。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態をいう。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2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
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値をいう。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー/情報通信技術)の略であり、コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方をいう。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたものをいう。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。
	PDCAサイクル	PDCAサイクルとは、「Plan(計画)→Do(実施)→Check(評価)→Act(改善)」という一連のプロセスを繰り返し行うことをいう。事業の成果や実施量を把握し、早い段階で課題に気づくことで、事業の見直しをしやすくする。 (「データヘルス計画作成の手引き 第3期改訂版」令和5年6月 厚生労働省発行より引用・一部改変)

3. 疾病分類

疾病分類表(2013年版)

コード	疾病分類	主な疾病		
I. 感染症及び寄生虫症				
0101	腸管感染症	下痢症	急性胃腸炎	感染性胃腸炎
0102	結核	肺結核	結核性胸膜炎	潜在性結核感染症
0103	主として性的伝播様式をとる感染症	梅毒	クラミジア頸管炎	淋病
0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患	尋常性疣贅	帯状疱疹	単純ヘルペス
0105	ウイルス性肝炎	B型肝炎	C型肝炎	C型慢性肝炎
0106	その他のウイルス性疾患	アデノウイルス感染症	流行性角結膜炎	RSウイルス感染症
0107	真菌症	足白癬	皮膚カンジダ症	爪白癬
0108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	陳旧性肺結核	肺結核後遺症	小児麻痺後遺症
0109	その他の感染症及び寄生虫症	ヘリコバクター・ピロリ感染症	溶連菌感染症	敗血症
II. 新生物<腫瘍>				
0201	胃の悪性新生物<腫瘍>	胃癌	早期胃癌	胃体部癌
0202	結腸の悪性新生物<腫瘍>	大腸癌	S状結腸癌	上行結腸癌
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸癌	直腸S状部結腸癌	直腸癌術後再発
0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	肝癌	肝細胞癌	原発性肝癌
0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	肺癌	上葉肺癌	下葉肺癌
0206	乳房の悪性新生物<腫瘍>	乳癌	乳房上外側部乳癌	乳癌再発
0207	子宮の悪性新生物<腫瘍>	子宮体癌	子宮頸癌	子宮癌
0208	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	非ホジキンリンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
0209	白血病	成人T細胞白血病リンパ腫	白血病	慢性骨髄性白血病
0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	前立腺癌	膵癌	膀胱癌
0211	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	子宮筋腫	脳腫瘍	肺腫瘍
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害				
0301	貧血	鉄欠乏性貧血	貧血	巨赤芽球性貧血
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	播種性血管内凝固	血液凝固異常	血小板減少症
IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患				
0401	甲状腺障害	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症	甲状腺腫
0402	糖尿病	糖尿病	2型糖尿病	糖尿病網膜症
0403	脂質異常症	高脂血症	高コレステロール血症	脂質異常症
0404	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	脱水症	高尿酸血症	卵巣機能不全
V. 精神及び行動の障害				
0501	血管性及び詳細不明の認知症	認知症	血管性認知症	老年精神病
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	ニコチン依存症	アルコール依存症	急性アルコール中毒
0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	統合失調症様状態	幻覚妄想状態
0504	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	うつ病	うつ状態	躁うつ病
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	不安神経症	神経症	心身症
0506	知的障害<精神遅滞>	知的障害	軽度知的障害	重度知的障害
0507	その他の精神及び行動の障害	摂食障害	器質性精神障害	せん妄

コード	疾病分類	主な疾病		
VI. 神経系の疾患				
0601	パーキンソン病	パーキンソン症候群	パーキンソン病	パーキンソン病Y a h r 3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
VII. 眼及び付属器の疾患				
0701	結膜炎	アレルギー性結膜炎	結膜炎	慢性結膜炎
0702	白内障	白内障	加齢性白内障	後発白内障
0703	屈折及び調節の障害	近視性乱視	遠視性乱視	老視
0704	その他の眼及び付属器の疾患	ドライアイ	緑内障	眼精疲労
VIII. 耳及び乳様突起の疾患				
0801	外耳炎	外耳炎	外耳湿疹	急性外耳炎
0802	その他の外耳疾患	耳垢栓塞	耳介軟骨膜炎	耳瘻孔
0803	中耳炎	滲出性中耳炎	急性中耳炎	中耳炎
0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭位めまい症	末梢性めまい症	耳性めまい
0807	その他の耳疾患	感音難聴	難聴	耳鳴症
IX. 循環器系の疾患				
0901	高血圧性疾患	高血圧症	本態性高血圧症	高血圧性心疾患
0902	虚血性心疾患	狭心症	急性心筋梗塞	心筋梗塞
0903	その他の心疾患	心不全	不整脈	慢性心不全
0904	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血後遺症	脳動脈瘤破裂
0905	脳内出血	脳出血	脳出血後遺症	視床出血
0906	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞後遺症	多発性脳梗塞
0907	脳動脈硬化（症）	脳動脈硬化症	動脈硬化性脳症	
0908	その他の脳血管疾患	内頸動脈狭窄症	頸動脈硬化症	脳血管障害
0909	動脈硬化（症）	閉塞性動脈硬化症	動脈硬化症	動脈硬化性網膜症
0911	低血圧（症）	起立性低血圧症	低血圧症	起立性調節障害
0912	その他の循環器系の疾患	深部静脈血栓症	末梢循環障害	慢性動脈閉塞症
X. 呼吸器系の疾患				
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>	感冒	急性鼻炎	急性鼻咽頭炎
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	咽頭炎	急性咽頭炎	扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症	急性上気道炎	急性咽頭喉頭炎	急性副鼻腔炎
1004	肺炎	肺炎	急性肺炎	マイコプラズマ肺炎
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	クループ性気管支炎

コード	疾病分類	主な疾病		
1006	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	花粉症	季節性アレルギー性鼻炎
1007	慢性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎急性増悪
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	気管支炎	気管気管支炎	びまん性気管支炎
1009	慢性閉塞性肺疾患	慢性気管支炎	肺気腫	慢性閉塞性肺疾患
1010	喘息	気管支喘息	喘息性気管支炎	気管支喘息発作
1011	その他の呼吸器系の疾患	インフルエンザ	呼吸不全	誤嚥性肺炎
X I. 消化器系の疾患				
1101	う蝕	う蝕	二次う蝕	う蝕第2度
1102	歯肉炎及び歯周疾患	歯周炎	歯肉炎	歯冠周囲炎
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	顎関節症	歯痛	顎関節炎
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	出血性胃潰瘍
1105	胃炎及び十二指腸炎	慢性胃炎	胃炎	急性胃炎
1106	痔核	内痔核	痔核	外痔核
1107	アルコール性肝疾患	アルコール性肝障害	アルコール性肝炎	アルコール性肝硬変
1108	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	慢性肝炎	活動性慢性肝炎	慢性肝炎増悪
1109	肝硬変（アルコール性のものを除く）	肝硬変症	原発性胆汁性肝硬変	非代償性肝硬変
1110	その他の肝疾患	肝機能障害	脂肪肝	肝障害
1111	胆石症及び胆のう炎	胆のう結石症	胆のう炎	総胆管結石
1112	膵疾患	膵炎	急性膵炎	慢性膵炎
1113	その他の消化器系の疾患	便秘症	逆流性食道炎	口内炎
X II. 皮膚及び皮下組織の疾患				
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	皮膚感染症	蜂窩織炎	膿疱疹性湿疹
1202	皮膚炎及び湿疹	湿疹	皮膚炎	アトピー性皮膚炎
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	皮脂欠乏症	皮脂欠乏性湿疹	じんま疹
X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患				
1301	炎症性多発性関節障害	関節リウマチ	痛風	関節炎
1302	関節症	変形性膝関節症	変形性関節症	変形性股関節症
1303	脊椎障害（脊椎症を含む）	腰部脊柱管狭窄症	変形性腰椎症	頸椎症
1304	椎間板障害	腰椎椎間板症	腰椎椎間板ヘルニア	頸椎椎間板ヘルニア
1305	頸腕症候群	頸肩腕症候群	頸肩腕障害	
1306	腰痛症及び坐骨神経痛	腰痛症	坐骨神経痛	筋筋膜性腰痛症
1307	その他の脊柱障害	腰椎すべり症	背部痛	頸部痛
1308	肩の傷害<損傷>	肩関節周囲炎	肩関節腱板炎	肩石灰性腱炎
1309	骨の密度及び構造の障害	骨粗鬆症	閉経後骨粗鬆症	脊椎骨粗鬆症
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	筋肉痛	神経痛	関節痛
X IV. 腎尿路生殖器系の疾患				
1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	腎炎	腎盂腎炎	水腎症
1402	腎不全	慢性腎不全	腎性貧血	腎不全

コード	疾病分類	主な疾病		
1403	尿路結石症	腎結石症	尿管結石症	尿路結石症
1404	その他の腎尿路系の疾患	膀胱炎	腎機能低下	尿路感染症
1405	前立腺肥大（症）	前立腺肥大症	前立腺症	
1406	その他の男性生殖器の疾患	慢性前立腺炎	前立腺炎	亀頭包皮炎
1407	月経障害及び閉経周辺期障害	更年期症候群	月経困難症	萎縮性陰炎
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	子宮腔部びらん	細菌性陰炎	陰炎
X V. 妊娠, 分娩及び産じょく				
1501	流産	稽留流産	異所性妊娠	絨毛性疾患
1502	妊娠高血圧症候群	妊娠高血圧症候群	重症妊娠高血圧症候群	子癇
1503	単胎自然分娩	自然頭位分娩	自然分娩	単胎自然分娩
1504	その他の妊娠, 分娩及び産じょく	切迫流産	子宮内感染症	血液型不適合
X VI. 周産期に発生した病態				
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	子宮内胎児発育遅延	低出生体重児	早産児
1602	その他の周産期に発生した病態	新生児黄疸	胎児ジストレス	A B O因子不適合
X VII. 先天奇形, 変形及び染色体異常				
1701	心臓の先天奇形	心房中隔欠損症	心室中隔欠損症	先天性心疾患
1702	その他の先天奇形, 変形及び染色体異常	足底角化症	角皮症	毛孔性苔癬
X VIII. 症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの				
1800	症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	頭痛	嘔吐症	めまい症
X IX. 損傷, 中毒及びその他の外因の影響				
1901	骨折	腰椎圧迫骨折	肋骨骨折	大腿骨頸部骨折
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	脳挫傷	外傷性脳出血	硬膜下血腫
1903	熱傷及び腐食	熱傷	第2度熱傷	手熱傷
1904	中毒	刺虫症	蜂刺症	食中毒
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	打撲傷	結膜異物	捻挫
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用				
2101	検査及び診査のための保健サービスの利用者	検診	健康診断	胃癌検診
2102	予防接種	予防接種		
2103	正常妊娠及び産じょくの管理並びに家族計画	妊娠	正常妊娠	多産婦
2104	歯の補てつ			
2105	特定の処置（歯の補てつを除く）及び保健ケアのための保健サービスの利用者	抜釘	気管切開口に対する手当て	骨髄移植ドナー
2106	その他の理由による保健サービスの利用者	白内障術後	ペースメーカー植え込み後	人工股関節置換術後
X X II. 特殊目的用コード				
2210	重症急性呼吸器症候群 [SARS]	重症急性呼吸器症候群		
2220	その他の特殊目的用コード			
分類外				
9999	分類外	ICD-10及び疾病分類に該当のない疾病		