

第5章 保健事業の内容

1. 保健事業の整理

第2期に実施した保健事業の振り返りを行った上で、第3期データヘルス計画における目的・目標を達成するための保健事業を整理します。

(1) 【事業名称：生活習慣病早期発見・早期治療事業】

対応する健康課題	#3 適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診実施率及び人間ドック等の受診率の維持・向上が必要
事業の目的	生活習慣病の早期発見・早期治療のため、特定健康診査の実施率を向上させる。
対象者	40歳以上の国保被保険者
現在までの事業結果	新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年度は受診者数が半減したが、令和4年度には令和元年度の9割弱に回復している。未受診者へ受診勧奨通知等にて勧奨を行っているが、33.1%と目標値には達していない。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	特定健診の2年連続受診者率	24.48%	24.8%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
アウトプット 指標	特定健診実施率	33.19%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%

目標を達成するための 主な戦略	特定健診未受診者への受診勧奨及び継続受診の勧奨を実施。
--------------------	-----------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> 令和3,4年度は、コロナ禍のため、医療機関への負担を考慮し、特定健診未受診者に対し集団健診に特化した勧奨はがきを送付した。令和5年度は、集団健診だけでなく医療機関での健診も選択できるよう協力医療機関一覧を掲載し、勧奨通知を年2回発送した。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 今後も、個別勧奨通知を継続しつつ、SNS等を活用した他の勧奨方法も検討し、若年層へのアプローチも改善していく。 「かかりつけ医による情報提供事業」についても勧奨通知を送付予定である。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> 市内のコミュニティセンターやヘルス・ケア・センターにおいて、肺がん、大腸がん、前立腺がん検診、肝炎ウイルス検査等同時に受診できる集団健診を実施している。さらに、胃がん検診も合わせて受診できる総合健診も実施し、休日・夜間健診も年間複数回実施している。 県内の医療機関でも受診できるよう県の集合契約を締結し、個別健診も実施している。 受診勧奨事業については、国保連合会との共同事業を実施している。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 集団健診／総合健診については、健診委託機関との連携を図り、実施日程や定員数等を見直し、より受診しやすい環境づくりを構築していく。特に総合健診においては、例年定員を上回っているため、実施日を増やすことを検討する。 医療機関健診においても、受診しやすい環境を構築するため、市医師会や市内医療機関との連携を図り、より効果的な受診勧奨を実施する。
--

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> 毎年度、集団健診や医療機関健診の受診率、2年連続受診者率を評価する。（県共通指標） 上記共通指標のほか、受診勧奨者数に対し、受診者数の割合も評価する。
--

(2) 【事業名称：生活習慣病予防事業】

対応する健康課題	#2 メタボ該当者・予備群該当者の増加を防ぎ、減少させることを目的に、特定保健指導実施率の向上が必要
事業の目的	生活習慣病発症予防のため、特定保健指導実施率を向上させることにより、特定保健指導対象者数を減少させる。
対象者	特定健診受診者のうち、特定保健指導対象者
現在までの事業結果	令和3年度の特定保健指導対象者のうち、動機付け支援対象者の終了率は54.4%、積極的支援対象者の終了率は32.0%でどちらも県平均値を上回っている。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	特定保健指導による特定保健 指導対象者の減少率	16.34%	19.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%
アウトプット 指標	特定保健指導実施率	41.00%	45.0%	47.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%

目標を達成するための 主な戦略	集団健診での当日面談の実施及び簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ）を用いた効果的な保健指導の実施。
--------------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

・集団健診では、40歳～64歳全員及び65歳～74歳の肥満（BMI25.0kg/m² かつ又は 腹囲 男性85cm以上 女性90cm以上）の者全員に対し、保健師又は管理栄養士が当日面談を実施。その後、電話や運動教室・糖尿病教室等の集団教室で支援。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・特に積極的支援対象者に対し、BDHQを用いて対象者の食習慣を分析し、その結果を基に実現可能な食習慣改善策を提案することで、実施率の向上及び食習慣の改善による減量を促す。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

・会計年度任用職員（管理栄養士）2名を専任で配置。
・当日面談は、その他に、会計年度任用職員（保健師・管理栄養士）4名、職員（保健師・管理栄養士）3名が対応。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・専任の会計年度任用職員の保健師または管理栄養士を1名増員する。

評価計画

・毎年度、特定保健指導実施率、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率を評価する。（県共通指標）
・毎年度、動機付け支援対象者の終了率、積極的支援対象者の終了率及びBDHQ実施件数及びBDHQ実施者の特定保健指導減少率を比較する。（法定報告値を参照）

(3) 【事業名称：生活習慣病重症化予防事業】

対応する健康課題	#1 重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、健診を受診し受診勧奨判定値を超えたものに対して適切に医療機関の受診を促進することが必要 #6 将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要
事業の目的	虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全といった重篤な疾患の発症を防ぐ。
対象者	・特定健診受診者のうち、生活習慣病（糖尿病・高血圧・慢性腎臓病）の未治療者・治療中断者 ・保健指導が必要な対象者
現在までの事業結果	脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全等の重篤な疾患の原因となる動脈硬化を悪化させる糖尿病・高血圧症の外來受診率はいずれも国と同水準である。しかし、特定健診受診者においては、血糖・血圧に関して受診勧奨判定値を上回っている未治療者が血糖では約4割、血圧では約6割存在している。また、腎機能についてもeGFRが受診勧奨判定値に該当しているものの未治療者が約2割存在している。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値						
		R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度	
アウトカム 指標	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.01%	0.98%	0.95%	0.92%	0.89%	0.86%	0.85%	
	Ⅲ度高血圧症の者の割合	0.6%	0.55%	0.45%	0.4%	0.3%	0.25%	0.2%	
	腎機能（eGFR）が45mL/分/1.73m ² 未満の者の割合	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	
アウトプット 指標	HbA1c8.0%以上の者のうち医療機関未受診者の割合	21.31%	20.0%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%	
	Ⅲ度高血圧症以上の者のうち医療機関未受診者の割合	51.2%	50.0%	48.0%	46.0%	44.0%	42.0%	40.0%	
	腎機能（eGFR）が45mL/分/1.73m ² 未満の者のうち医療機関未受診者の割合	30.6%	28.5%	26.5%	25.0%	23.5%	22.0%	20.0%	

目標を達成するための 主な戦略	保健指導対象者へのアプローチのみではなく、協力医療機関やかかりつけ医への働きかけを積極的に推進する。 医療機関との連絡票を用いて、受診勧奨及び保健指導を実施する。 医療機関との連携を密にし、受診の継続及び保健指導の継続を目指す。
--------------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診等の検査結果に異常が認められ、かつ医療機関の受診ができていない者、医療機関の受診歴があるがその後治療中断している者を抽出し、医療機関への受診勧奨通知を送付する。 ・前年度特定健診にてHbA1cが7.0%以上の者で、翌年度になっても医療機関の受診が確認できない者に対し、受診勧奨通知を送付する。 ・前年度～当該年度の特定健診未受診者で、前年度中に糖尿病による治療歴があり、その後治療中断している者に対し、受診勧奨通知を送付する。 ・上記通知後も受診が確認できない者に対し、保健師・管理栄養士が訪問等による受診勧奨、保健指導を実施する。 ・特定健診及びヤング健診において、HbA1cが受診勧奨値以上の対象者に「生活習慣病重症化予防事業連携票」を用いて医療機関への受診勧奨を実施。連絡票を用いて医療機関を受診し、診察結果を対象者が市へ提出することで受診を確認する。対象者及び医療機関との情報の共有を図る。 ・医療機関が治療中患者に実践的な保健指導が必要と判断した場合には、健康推進課に保健指導を依頼し、保健師・管理栄養士が生活習慣病の改善に関する健康教育、食事指導等を実施する。 ・糖尿病教室を開催し、BDHQにて指導及び評価を行う。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診及びヤング健診において、HbA1c値だけでなく血圧や脂質についても受診勧奨値以上となった対象者に対し、「生活習慣病重症化予防事業連携票」を用いて受診勧奨及び医療機関との情報の共有を図る。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・会計年度任用職員（保健師）1名を専任で配置。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案，目標

- ・専任の会計年度任用職員の保健師または管理栄養士を1名増員する。

評価計画

- ・毎年度，HbA1c8.0%以上の者の割合，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を評価する。（県共通指標）
- ・Ⅲ度高血圧症以上の者のうち医療機関を受診していない者の割合は，医療機関未受診者／収縮期180mmHg以上または拡張期110mmHg以上の者（FKAC167を参照）で算出する。
- ・腎機能（eGFR）が45mL/分/1.73m²未満の者のうち医療機関を受診していない者の割合は，医療機関未受診者／eGFRが45mL/分/1.73m²の者（FKAC167を参照）で算出する。
- ・上記指標以外に，毎年度「生活習慣病重症化予防事業連携票」の利用率（返戻数／送付数）を評価する。

(4) 【事業名称：人間ドック・脳ドック補助事業】

対応する健康課題	#3 適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診実施率及び人間ドック等の受診率の維持・向上が必要
事業の目的	疾病の早期発見，早期治療を図る。
対象者	受診年度の初日において35歳以上の被保険者
現在までの事業結果	新型コロナウイルス感染症の影響により一時受診者の落ち込みがあったが，受診者数は平成28年度の1,562人から令和4年度には1,510人となっており，被保険者数の減少を考えると受診率はあがっている。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策 定時実 績	目標値					
		R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	人間ドック・脳ドック受診率	6.5%	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%	9.0%	9.5%
アウトプット 指標	前年度申込者への受診勧奨通知送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための 主な戦略	予算の確保，健診医療機関との契約
--------------------	------------------

現在までの実施方法（プロセス）

- ・前年度の申込者へ申請書を事前に郵送し，あわせて市報・市ホームページにて広報・周知を行う。
- ・申請書受理後，交付決定通知を郵送し，医療機関にて受診する。

今後の実施方法（プロセス）の改善案，目標

- ・申請書は郵送または直接窓口へ提出のみ受付としているが，電子申請でも受付ができるように要綱改正等を行う。
- ・受診率の維持・増加につながるよう広報・周知方法を検討する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- ・予算を確保し，前年度中に医療機関と契約を締結する。
- ・国保部門・後期高齢担当部門で連携を取る。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案，目標

- ・予算を確保し，前年度中に医療機関と契約を締結する。
- ・国保部門・後期高齢担当部門で連携を取る。

評価計画

- ・毎年度受診者が確定次第，評価を実施する。
(アウトカム指標：受診者数/対象者数)

(5) 【事業名称：歯周病検診補助事業】

対応する健康課題	#5 生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、歯周病検診の受診率向上が必要
事業の目的	歯周病は歯を失う大きな原因であり、また糖尿病との全身疾患との関係性が注目されている。歯周病検診の実施により、口腔内への意識向上や定期的な歯科受診等の習慣化、健康寿命の延伸を図る。
対象者	年度末年齢が40・50・60・70歳の被保険者
現在までの事業結果	令和4年度より実施し、対象者2,304名のうち申請人数が359人（対象者のうち15.58%）、受診者が244名（対象者の10.59%、申請者の67.97%）だった。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	歯周病検診受診率	10.59%	11%	11.5%	12%	12.5%	13%	13.5%
アウトプット 指標	対象者への受診勧奨通知送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための 主な戦略	予算の確保、市歯科医師会との契約
--------------------	------------------

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> 対象者へ歯周病検診受診勧奨通知及び歯周病関連リーフレットの送付を行い、あわせて市報・市ホームページにて広報・周知を行う。 希望者より申込み（電話または電子申請）を受付し、受診券・問診票を送付し、市歯科医師会所属の歯科医院にて受診する。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 受診率の維持・増加につながるよう広報・周知方法を検討する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> 令和5年度までは県交付金により実施。 予算を確保し、市歯科医師会と調整・契約を行う。

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"> 契約を早めに行い、受診期間を長くとれるようにする。

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> 毎年度受診者が確定次第、評価を実施する。（アウトカム指標：受診者数／対象者数）

(6) 【事業名称：重複・頻回受診，重複・多剤服薬者対策事業】

対応する健康課題	#7 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化・後発医薬品(ジェネリック)の使用割合の維持・促進が必要
事業の目的	医療機関の重複・頻回受診，重複・多剤服薬者に対して適正受診の指導を行うことで，患者の負担軽減や医療費の適正化につなげる。
対象者	KDBデータ・レセプト分析データより複数カ月重複・頻回受診，重複・多剤服薬している者 (重複受診：複数の医療機関から同一の傷病名により重複処方を受けている者，頻回受診：1医療機関に15日以上受診している場合で精神ディ・ケア，運動器リハビリテーション等を除く，重複処方：複数の医療機関から重複処方を受けている者)
現在までの事業結果	保健師等による直接指導を行っているが，改善には結びついていない。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	指導対象者数	12人	-	-	8人	-	-	6人
アウトプット 指標	指導実施率	58.3%	70.0%	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%	100%

目標を達成するための 主な戦略	予算の確保，指導する人員（保健師等）の確保，委託業者との契約，市薬剤師会との連携
--------------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

・KDBデータやレセプト分析データより対象者を抽出し，保健師等による直接指導を行う。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案，目標

・一時的に指導するだけでなく，複数回指導を実施する。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

・市薬剤師会と連携し，改善方法について協議する。 ・予算・人員（保健師等）を確保する。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案，目標

・引き続き各機関と連携し，実施する。

評価計画

・毎年度指導実施後に評価を実施する。 (アウトプット指標：実施者／対象者)
--

(7) 【事業名称：服薬情報通知事業】

対応する健康課題	#7 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化・後発医薬品(ジェネリック)の使用割合の維持・促進が必要
事業の目的	医療費を「見える化」することにより、被保険者一人ひとりの健康管理及び適正な保険診療に対する意識を高めるとともに、医療費適正化につなげる。
対象者	2つ以上の医療機関から多剤(6剤以上)かつ長期(14日以上)処方を受けている者(精神疾患, 悪性新生物関連薬剤を除く)
現在までの事業結果	レセプトデータ分析により効果の出やすい上位300名へ服薬情報通知を年2回送付。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	服薬情報通知送付者のうち医薬品種類数の改善者の割合	32.0%	30%以上	30%以上	30%以上	30%以上	30%以上	30%以上
アウトプット 指標	服薬情報通知送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための 主な戦略	予算の確保, 委託業者との契約, 市薬剤師会との連携
--------------------	----------------------------

現在までの実施方法(プロセス)

・委託業者と契約をしている医療費分析において、服薬情報通知を作成し送付する。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案, 目標

・見やすく、行動変容につながるような通知を作成する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

・市薬剤師会と連携し、改善方法について協議する。 ・予算を確保し、委託業者と契約を締結する。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案, 目標

・引き続き各機関と連携し、実施する。

評価計画

・毎年度末に評価を実施する。 (アウトカム指標：多剤服薬者のうち1種類でも削減できた者/通知送付者)

(8) 【事業名称：ジェネリック医薬品利用促進事業】

対応する健康課題	#7 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化・後発医薬品(ジェネリック)の使用割合の維持・促進が必要
事業の目的	ジェネリック医薬品の利用促進を図ることで、被保険者の負担軽減や医療費抑制につなげる。
対象者	全被保険者
現在までの事業結果	レセプトデータ分析により、ジェネリック医薬品を利用した場合の差額通知の送付を行う。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	ジェネリック医薬品利用率	82.92%	83%以上	83%以上	83%以上	83%以上	83%以上	83%以上
アウトプット 指標	対象者へのジェネリック医薬品差額通知送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための 主な戦略	予算の確保, 委託業者との契約, 市薬剤師会との連携
--------------------	----------------------------

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> 委託業者と契約している医療費分析において、ジェネリック医薬品に切り替え可能な先発医薬品（短期処方薬、精神疾患薬剤を除く）を服薬している対象者に対し、ジェネリック医薬品を利用した場合の差額通知を行う。通知にリーフレット・希望カードを同封する。 国保加入手続き時に、ジェネリック医薬品希望のカードケースを配布する。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 費用対効果として、差額通知金額を100円未満に引き下げることは難しいため、今後も金額は据え置く。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> 予算を確保し、委託契約を締結する。 委託業者との調整とあわせて、市薬剤師会と連携をして事業内容について意見を聴取する。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 委託業者や市薬剤師会と連携し、よりわかりやすい通知作成に努める。
--

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> アウトカムは茨城県国民健康保険団体連合会からのジェネリック医薬品利用率（新指標）の各年度1月分にて評価を行う。 製薬会社の不祥事によるジェネリック医薬品への不信感の広がりや、令和5年現在でも供給がまだ不安定なため、現在の利用率の維持を目標とする。
--

(9) 【事業名称：がん早期発見・早期治療事業】

対応する健康課題	#4 がんの早期発見のために、がん検診の受診率向上が必要
事業の目的	がんの早期発見・早期治療を図る。
対象者	国保被保険者のうちがん検診受診者
現在までの事業結果	国保被保険者におけるがん検診（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）受診率は12.6%で、国（15.5%）・県（14.0%）より低い。

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
アウトカム 指標	がん検診受診者で要精密検査と判定された者の精密検査受診率 (国保被保険者以外も含む)	74.2%	76.2%	78.0%	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%
アウトプット 指標	国保被保険者のがん検診受診率	12.6%	13.6%	14.2%	15.0%	15.8%	16.6%	17.4%

目標を達成するための 主な戦略	がん検診受診における利便性の向上
--------------------	------------------

現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> 各種がん検診は登録制で、5年以内に新規登録または受診歴のある方のみを受診券を発行、送付する。 予約ははがき又はインターネット又は電話で受付。 大腸がん検診の検体回収日は、特定健診実施日と同日とし、検査容器は予約確定通知に同封し事前に送付する。 要精密検査者には受診勧奨通知を送付し、緊急性の高い要精密検査者については、訪問にて受診勧奨を行う。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 国保特定健診対象者には、登録の有無に関わらず受診可能ながん検診の受診券を送付することで、受診率向上を目指す。 はがきでの予約は、日程が確定するまでに投函から数か月かかる場合があるため、予約と同時に日程を確定できるよう、予約方法を電話とインターネットのみにする。 大腸がん検診の検体回収については、令和5年度から実施方法を変更したことで実施率が向上しているため、次年度以降も現在の方法で継続して実施する予定。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

<ul style="list-style-type: none"> 肺がん・大腸がん検診については、ヘルス・ケア・センターや市内各コミュニティセンターにおいて、特定健診同時に受診できる集団健診を実施している。さらに、胃がん検診も合わせて受診できる総合健診、休日・夜間健診も年間複数回実施。 市内の協力医療機関において、個別検診も実施している。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 集団健診／総合健診については、検診委託機関との連携を図り、実施日程や定員数等を見直し、より受診しやすい環境づくりを構築していく。特に総合健診においては、例年定員を上回っているため、実施日を増やすことを検討する。 医療機関での個別検診においても、受診しやすい環境を構築するため、市医師会や市内医療機関との連携を図り、より効果的な受診勧奨を実施する。
--

評価計画

<ul style="list-style-type: none"> 毎年度、がん検診受診率とがん発見者数の推移を確認し、評価する。（地域保健報告参照）

第6章 計画の評価・見直し

第6章から第9章はデータヘルス計画策定の手引きに従った運用とします。以下、手引きより抜粋します。

1. 評価の時期

(1) 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごと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ごと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) データヘルス計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施します。また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の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。評価に当たっては、市町村国保における保健事業の評価を広域連合と連携して行う等、必要に応じ他の保険者等との連携・協力体制を整備します。

第7章 計画の公表・周知

本計画の公表については、市報及びホームページを利用して行います。さらに、計画の概要版を作成し、計画内容の周知や特定健康診査等の普及啓発に活用していきます。

第8章 個人情報の取扱い

計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特にKDBシステムを活用する場合等には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工した統計情報と、個別の個人情報とが存在します。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取扱います。ひたちなか市では、個人情報の保護に関する各種法令とガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

市町村国保では、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性があることから、本計画では、国保及び後期高齢者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行います。また、関係機関と連携を実施しながら、地域ケア会議に保険者として参加します。

第10章 第4期特定健康診査等実施計画

1. 計画の背景・趣旨

(1) 計画策定の背景・趣旨

生活習慣病の発症や重症化予防により、国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に、保険者においては平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施が義務付けられてきました。

ひたちなか市においても、同法に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定し、特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率の向上に取り組んできたところです。

近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効率的かつ効果的な特定健診及び特定保健指導の実施が求められています。令和5年3月に発表された「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「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（第4版）」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進等の新たな方向性が示され、成果（アウトカム）に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることとなりました。

本計画は、第3期計画期間（平成30年度から令和5年度）が終了することから、国での方針の見直しの内容を踏まえ、ひたちなか市の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定するものです。

(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向

① エビデンスに基づく効率的かつ効果的な特定健診・特定保健指導の推進

わが国においては、厳しい財政状況の中、より効率的かつ効果的な財政運営が必要とされており、国を挙げてエビデンスに基づく政策運営が進められています。

特定健診及び特定保健指導に関しても、第3期中に、大規模実証事業や特定保健指導のモデル実施の効果検証を通じたエビデンスの構築、並びにエビデンスに基づく効果的な特定健診及び特定保健指導が推進されてきたところです。

「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「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（第4版）」においても、特定健診及び特定保健指導の第一の目的は生活習慣病に移行させないことであることに立ち返り、成果の見える化と事業の効果分析に基づいた効果的な特定健診及び特定保健指導が求められることとなりました。

② 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

令和5年3月に発表されました「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（第4版）」での主な変更点は図表10-1-2-1のとおりです。

ひたちなか市においても、これらの変更点を踏まえて第4期特定健診及び特定保健指導を実施していきます。

図表10-1-2-1：第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点

区分	変更点の概要	
特定健診	基本的な健診の項目	・ 血中脂質検査の中性脂肪は、やむを得ない場合は随時中性脂肪での測定を可とする。
	標準的な質問票	・ 喫煙や飲酒の項目は、より正確にリスクを把握するために詳細な選択肢へ修正。 ・ 特定保健指導の項目は、利用意向から利用歴を確認する内容へ修正。
特定保健指導	評価体系	・ 実績評価にアウトカム評価を導入。主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減、その他目標を生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他生活習慣の改善）や腹囲1cm・体重1kg減と設定。 ・ プロセス評価は、個別支援、グループ支援、電話及び電子メール等とする。時間に比例したポイント設定ではなく介入1回ごとの評価とし、支援Aと支援Bの区別は廃止。ICTを活用した場合も同水準の評価。特定健診実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価。 ・ モデル実施は廃止。
	その他	①初回面接の分割実施の条件緩和 ・ 初回面接は、特定健診実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施と取り扱う。 ②生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 ・ 特定健診または特定保健指導開始後に服薬開始の場合、特定保健指導の対象者として分母に含めないことを可能とする。 ③生活習慣病に係る服薬中の者への服薬状況の確認、及び特定保健指導対象者からの除外 ・ 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たり、確認する医薬品の種類、確認手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外でも事実関係の再確認と同意取得を行うことを可能とする。 ④運用の改善 ・ 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長する。

【出典】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（第4版） 改変

(3) 計画期間

本計画の期間は、令和6年度（2024年）から令和11年度（2029年）までの6年間です。

2. 第3期計画における目標達成状況

(1) 全国の状況

特定健診及び特定保健指導の目標としては、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上、並びにメタボリックシンドローム該当者及びメタボリックシンドローム予備群該当者（以下、それぞれメタボ該当者、及びメタボ予備群該当者という。）の減少が掲げられています。

第3期計画においては、全保険者で特定健診受診率を令和5年度までに70.0%まで、特定保健指導実施率を45.0%まで引き上げることが目標とされていましたが、令和3年度時点で全保険者の特定健診平均受診率は56.5%、特定保健指導平均実施率は24.6%となっており、目標値から大きく乖離して目標達成が困難な状況にあります。市町村国保の特定健診受診率及び特定保健指導実施率も、全保険者と同様の傾向となっています。

図表10-2-1-1：第3期計画における全保険者及び市町村国保の特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値及び実績

	全保険者		市町村国保				
	令和5年度 目標値	令和3年度 実績	令和5年度 目標値	令和3年度 実績			
				全体	特定健診対象者数		
				10万人以上	5千人以上 10万人未満	5千人未満	
特定健診平均受診率	70.0%	56.5%	60.0%	36.4%	28.2%	37.6%	42.5%
特定保健指導平均実施率	45.0%	24.6%	60.0%	27.9%	13.9%	27.7%	44.9%

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）
厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、令和5年度までに平成20年度比25.0%以上減が目標として設定されていましたが、令和3年度時点では13.8%減となっており、目標達成が厳しい状況にあります。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、保険者ごとに目標設定されているものではなく、特定保健指導の効果を検証するための指標として保険者が活用することを推奨されているものです。

図表10-2-1-2：第3期計画におけるメタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率の目標値及び実績

	令和5年度 目標値 全保険者	令和3年度 実績 全保険者
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率（平成20年度比）	25.0%	13.8%

【出典】厚生労働省 特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）
厚生労働省 2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出

※推定数は、特定健診の実施率及び年齢構成比の変化による影響を排除するため、性・年齢階層別に各年度の特定健診受診者に占める出現割合に各年度の住民基本台帳の人口を乗じて算出

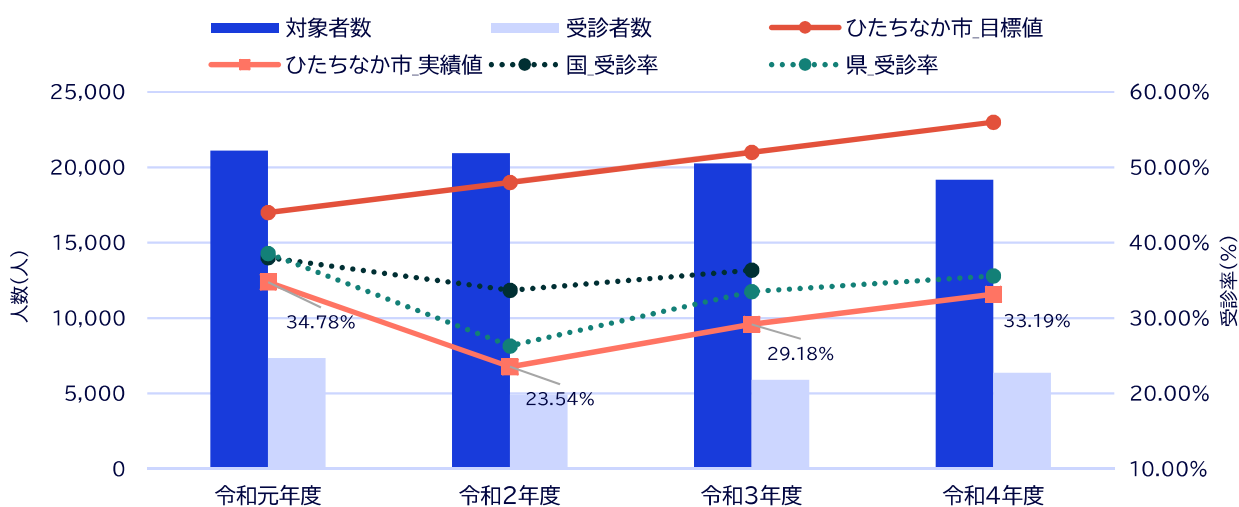
(2) ひたちなか市の状況

① 特定健診受診率

第3期計画における特定健診の受診状況をみると、特定健診受診率は、計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていましたが、令和4年度の法定報告値は33.19%となっており、令和元年度の特定健診受診率34.78%と比較すると1.59ポイント低下しています。国や県の推移をみると、ひたちなか市と同様に令和元年度と比較して令和3年度の特定健診受診率は低下しています。

男女別及び年代別における令和元年度と令和4年度の特定健診受診率をみると、男性では40-44歳で最も上昇しており、70-74歳で最も低下しています。女性では45-49歳で最も上昇しており、60-64歳で最も低下しています。

図表10-2-2-1：第3期計画における特定健診の受診状況（法定報告値）



		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診受診率	ひたちなか市_目標値	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
	ひたちなか市_実績値	34.78%	23.54%	29.18%	33.19%	-
	国	38.03%	33.69%	36.35%	-	-
	県	38.59%	26.32%	33.51%	35.62%	-
特定健診対象者数 (人)		21,096	20,936	20,248	19,170	-
特定健診受診者数 (人)		7,338	4,929	5,908	6,362	-

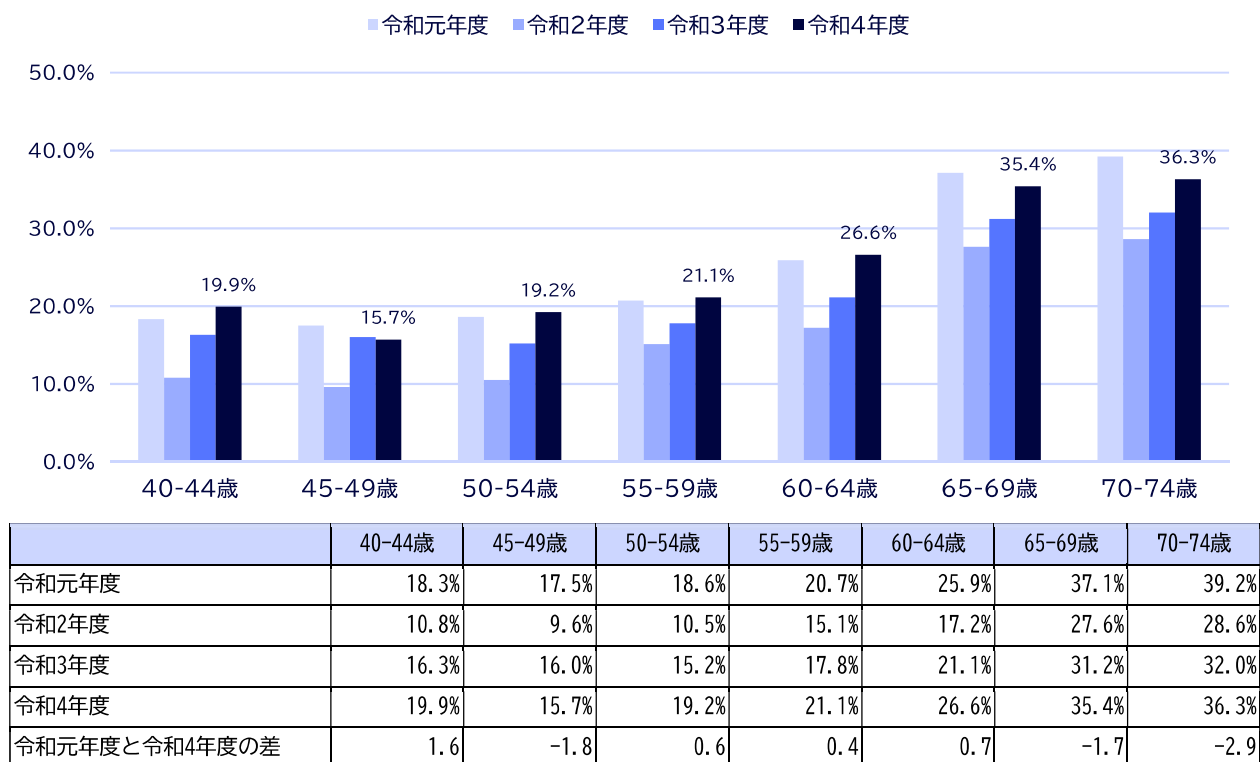
【出典】目標値：第3期特定健康診査等実施計画

実績値：厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

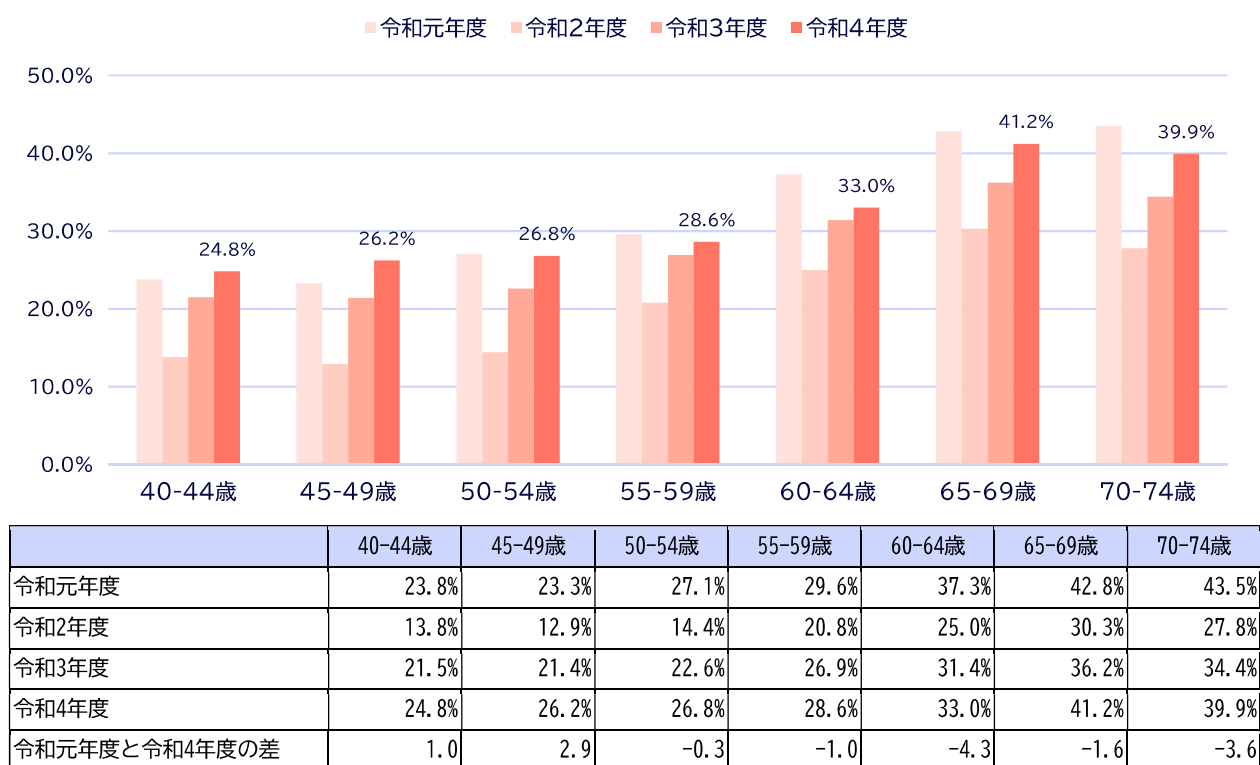
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（以下同様）

図表10-2-2-2：年齢階層別_特定健診受診率_男性



図表10-2-2-3：年齢階層別_特定健診受診率_女性



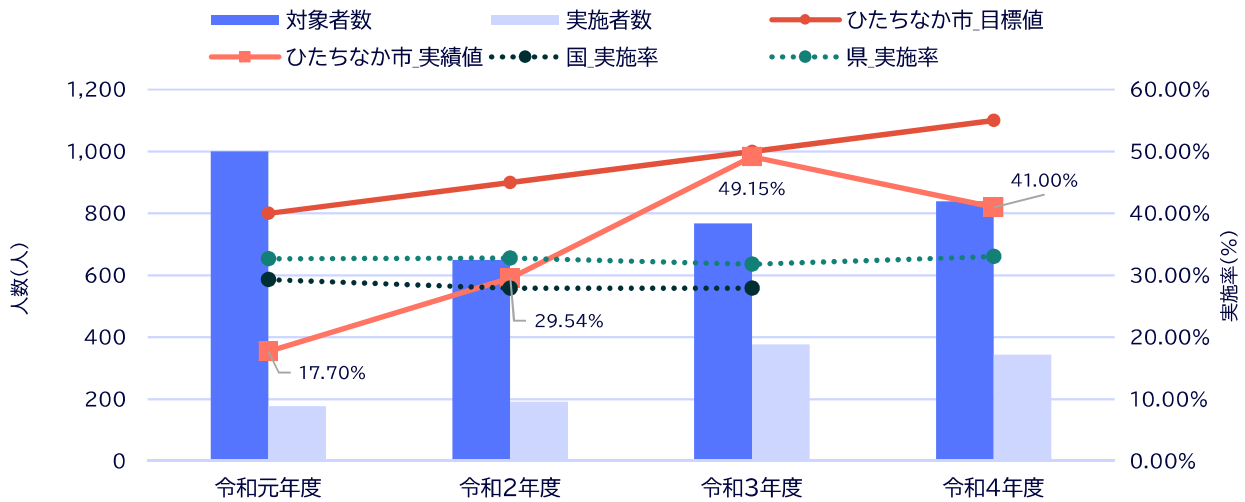
【出典】 KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和元年度から令和4年度 累計

② 特定保健指導実施率

第3期計画において、特定保健指導実施率は、計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていましたが、令和4年度の法定報告値は41.00%となっており、令和元年度の実施率17.70%と比較すると23.3ポイント上昇しています。

支援区分別での特定保健指導実施率の推移をみると、積極的支援では令和4年度は20.3%で、令和元年度の実施率15.4%と比較して4.9ポイント上昇しています。動機付け支援では令和4年度は48.2%で、令和元年度の実施率18.4%と比較して29.8ポイント上昇しています。

図表10-2-2-4：第3期計画における特定保健指導の実施状況（法定報告値）



		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導 実施率	ひたちなか市_目標値	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
	ひたちなか市_実績値	17.70%	29.54%	49.15%	41.00%	-
	国	29.31%	27.91%	27.93%	-	-
	県	32.69%	32.78%	31.79%	33.03%	-
特定保健指導対象者数 (人)		1,000	650	767	839	-
特定保健指導実施者数 (人)		177	192	377	344	-

【出典】目標値：第3期特定健康診査等実施計画

実績値：厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

図表10-2-2-5：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	実施率	15.4%	25.5%	32.0%	20.3%
	対象者数 (人)	234	145	181	217
	実施者数 (人)	36	37	58	44
動機付け支援	実施率	18.4%	30.7%	54.4%	48.2%
	対象者数 (人)	766	505	586	622
	実施者数 (人)	141	155	319	300

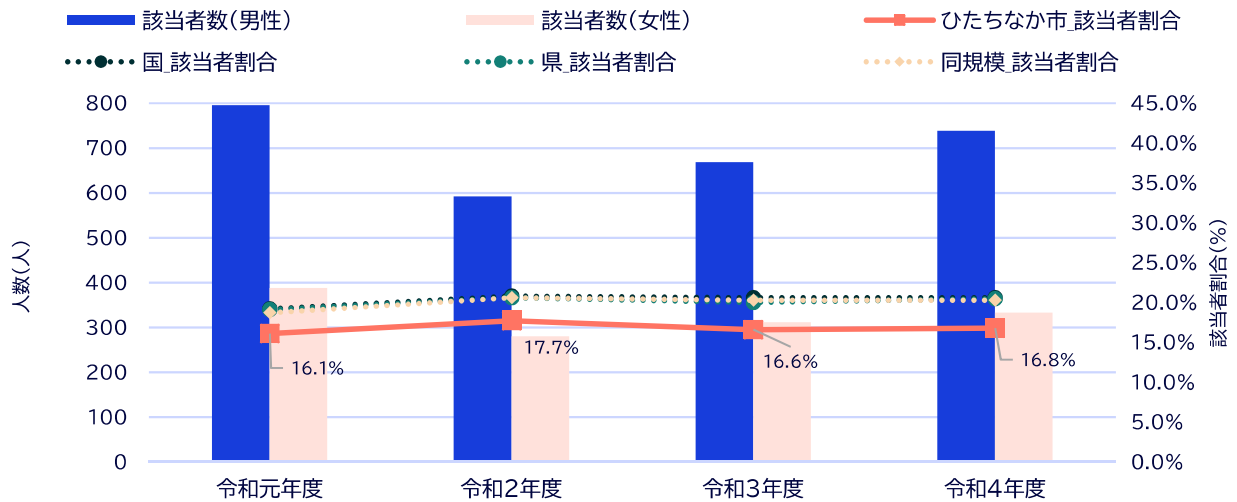
【出典】特定健診等データ管理システム TKCA012 特定健診・特定保健指導実施結果総括表 令和元年度から令和4年度

③ メタボリックシンドロームの該当者数・予備群該当者数

令和4年度の特定健診者のうちメタボ該当者数は1,071人で、特定健診受診者の16.8%であり、国・県より低いです。

第3期計画中の推移をみると、メタボ該当者数は減少しており、特定健診受診者に占める該当割合は上昇しています。男女別にみると、メタボ該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健診受診者に占める該当割合はいずれの年度においても男性の方が高いです。

図表10-2-2-6：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・割合



メタボ該当者	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合
ひたちなか市	1,183	16.1%	872	17.7%	979	16.6%	1,071	16.8%
男性	795	26.9%	592	28.5%	668	27.7%	738	27.9%
女性	388	8.8%	280	9.8%	311	8.9%	333	8.9%
国	-	19.2%	-	20.8%	-	20.6%	-	20.6%
県	-	19.1%	-	20.6%	-	20.0%	-	20.5%
同規模	-	18.7%	-	20.6%	-	20.3%	-	20.3%

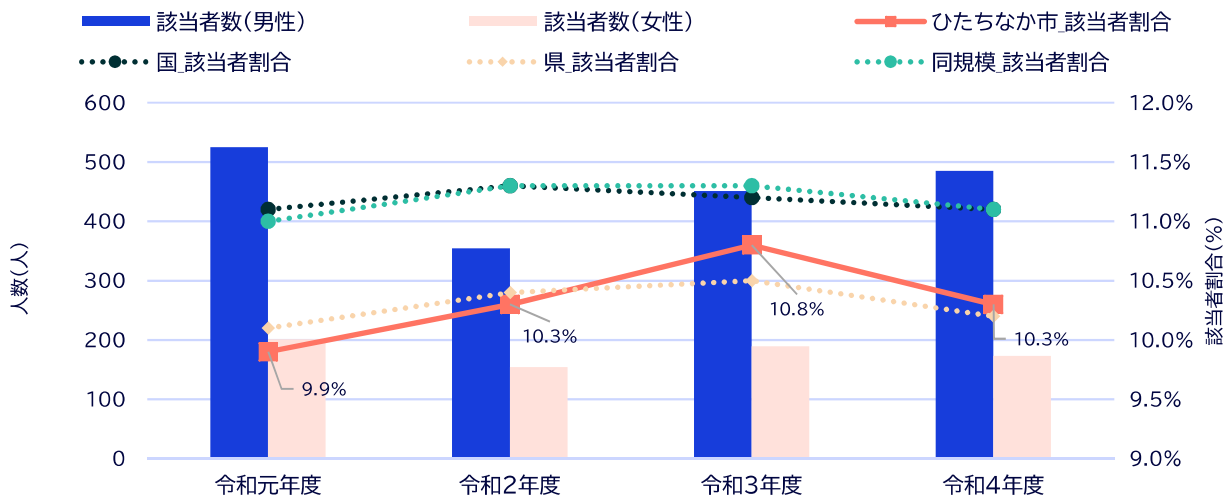
【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

令和4年度の特定健診受診者のうちメタボ予備群該当者数は658人で、特定健診受診者における該当割合は10.3%で、国より低いですが、県より高いです。

第3期計画中の推移をみると、メタボ予備群該当者数は減少しており、特定健診受診者における該当割合は上昇しています。

男女別にみると、メタボ予備群該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健診受診者における該当割合はいずれの年度においても男性の方が高いです。

図表10-2-2-7：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数・割合



メタボ予備群 該当者	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合	該当者数 (人)	割合
ひたちなか市	726	9.9%	508	10.3%	640	10.8%	658	10.3%
男性	525	17.7%	354	17.1%	451	18.7%	485	18.3%
女性	201	4.6%	154	5.4%	189	5.4%	173	4.6%
国	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%
県	-	10.1%	-	10.4%	-	10.5%	-	10.2%
同規模	-	11.0%	-	11.3%	-	11.3%	-	11.1%

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

メタボ該当者	腹囲 85cm (男性)	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90cm (女性) 以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	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

【出典】 厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

(3) 国の示す目標

第4期計画においては図表10-2-3-1のとおりであり、令和11年度までに特定健診の全国平均受診率70%以上、特定保健指導の全国平均実施率45%以上を達成することが設定されています。目標値は、第3期計画目標の目標値から変更されていません。市町村国保における目標値も第3期からの変更はなく、特定健診受診率及び特定保健指導実施率のいずれも60%以上と設定されています。

また、メタボ該当者及びメタボ予備群の減少率についても、第3期に引き続き、平成20年度比25%以上減と設定されています。

図表10-2-3-1：第4期計画における国が設定した目標値

	全国（令和11年度）	市町村国保（令和11年度）
特定健診受診率	70%以上	60%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上
メタボ該当者・メタボ予備群該当者の減少率（平成20年度比）	25%以上減	

【出典】厚生労働省 第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について

(4) ひたちなか市の目標

特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値は図表10-2-4-1のとおりであり、令和11年度までに特定健診受診率を40.0%、特定保健指導実施率を55.0%まで引き上げるように設定します。

特定健診対象者及び特定保健指導実施者の見込み数については、図表10-2-4-2のとおりです。

図表10-2-4-1：特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	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
特定健診受診率	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%
特定保健指導実施率	45.0%	47.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%

図表10-2-4-2：特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

		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	
特定健診	対象者数（人）	19,712	19,609	19,505	19,403	19,299	19,196	
	受診者数（人）	6,801	7,059	7,314	7,373	7,527	7,678	
特定保健指導	対象者数（人）	合計	897	931	965	972	993	1,013
		積極的支援	232	241	250	251	257	262
		動機付け支援	665	690	715	721	736	751
	実施者数（人）	合計	403	437	483	506	536	557
		積極的支援	104	113	125	131	139	144
		動機付け支援	299	324	358	375	397	413

※各見込み数の算出方法

特定健診対象者数：40-64歳、65-74歳の推計人口に令和4年度の各層の国保加入率を乗じて算出

特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出

特定保健指導対象者数：合計値は、特定健診受診者数に令和4年度の特定保健指導該当者割合を乗じて算出

支援区分別対象者数は、合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出

特定保健指導実施者数：特定保健指導対象者数に特定保健指導実施率の目標値を乗じて算出

3. 特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診

① 実施目的・対象者

「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」（以下、基本指針）にあるとおり、特定健診は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行います。

対象者は、当該年度に40歳から74歳となるひたちなか市国保被保険者です。

② 実施項目

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」で定められた項目に従い、特定健診受診者全員に図表10-3-1-1の「基本的な健診項目」を実施します。また、一定の基準のもと医師が必要と判断した場合には、「詳細な健診項目」を実施します。

図表10-3-1-1：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none">・診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自覚症状）・身体計測（身長、体重、腹囲、BMI）・血圧・血中脂質検査（空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール（Non-HDLコレステロール））・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP））・血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖）・尿検査（尿糖、尿蛋白）
詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none">・心電図検査・眼底検査・貧血検査・血清クレアチニン検査

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

③ 実施体制

健診の委託に際しては、利用者の利便性を考慮するとともに、健診の質の担保のために適切な精度管理維持が求められるため、国の委託基準（「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者」）を満たす健診機関を選定します。詳細は契約書及び仕様書で定めます。

④ 健診結果の通知方法

集団の特定健診受診者については、結果通知表を郵送します。

個別の特定健診受診者については、実施医療機関が対象者に結果通知表を郵送します。

⑤ 事業者健診等の健診データ収集方法

ひたちなか市国保被保険者が「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映します。

また、定期的に医療機関で検査をしている者等が、特定健診と同等の検査項目を検査済の場合、本人同意のもと、医療機関からデータ提供を受け、特定健診受診率に反映します。

(2) 特定保健指導

① 実施目的・対象者階層化の基準

特定保健指導は、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気付き、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とするものです。

特定健診結果を腹囲とBMI、追加リスク（①血圧高値、②脂質異常、③血糖高値）、喫煙の有無、年齢により階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に実施します。なお、特定健診の質問票において、追加リスクの治療に係る薬剤を服薬中であることが判別できた者については、既に主治医の指導を受けていることから特定保健指導対象外とします。また、2年連続して積極的支援対象者に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している場合、2年目は、動機付け支援相当の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととなります。

図表10-3-2-1：特定保健指導階層化の基準

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

参考：追加リスクの判定基準

追加リスク	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	空腹時中性脂肪150mg/dL以上（やむを得ない場合には随時中性脂肪175mg/dL以上）、またはHDLコレステロール40mg/dL未満
	血糖	空腹時血糖100mg/dL以上（やむを得ない場合は随時血糖）、またはHbA1c5.6%以上

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

② 重点対象

対象者全員に特定保健指導を実施しますが、効率的、効果的な特定保健指導を実施するため、特に支援が必要な層及び効果が期待できる層に重点的に特定保健指導の利用勧奨を行います。具体的には、40～64歳男性を重点対象とします。

③ 実施期間・内容

特定保健指導は通年実施します。

積極的支援及び動機付け支援ともに初回面接では、保健師または管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を設定します。

積極的支援は、原則年1回の初回面接後、6か月間、定期的に電話や各種健康教室等で継続支援を実施します。初回面接から3か月後に中間評価を実施し、6か月後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行います。中間評価時に、体重2kg及び腹囲2cm減少を達成した対象者については、その時点で支援を終了します。

動機付け支援は、原則年1回の初回面接後、3か月間後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行います。

④ 実施体制

直営で指導を実施します。

4. 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組

(1) 特定健診

取組項目	取組内容
新たなツールを活用した受診勧奨	SMSによる受診勧奨
利便性の向上	休日健診の実施, 予約サイトの開設, 肺がん・大腸がん検診等の同時実施
関係機関との連携	情報提供事業の個別勧奨
健診データ収集	職場等で受診した健康診断の結果収集
早期啓発	39歳向けに個別受診勧奨
インセンティブの付与	元気アップポイント事業の実施

(2) 特定保健指導

取組項目	取組内容
新たなツールを活用した利用勧奨	申込みはがきによる利用勧奨
利便性の向上	休日保健指導の実施
内容・質の向上	簡易型自記式食事歴質問票（BDHQ）を用いた栄養相談
早期介入	健診会場での初回面接の実施
インセンティブの付与	元気アップポイント事業の実施
新たな保健指導方法の検討	経年データを活用した保健指導

5. その他

(1) 計画の公表・周知

本計画については、高齢者の医療の確保に関します法律第19条第3項に基づき、作成及び変更時は、ひたちなか市のホームページ等により公表し、広く内容等の周知を行います。

また、特定健診及び特定保健指導については、ひたちなか市のホームページ等への掲載、啓発用ポスターの掲示等により、普及啓発に努めます。

(2) 個人情報の保護

特定健診及び特定保健指導の記録の保存に当たっては、「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（第4版）」を参考に、個人の健康情報を漏えいしないよう、厳格に管理した上で適切に活用します。

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づくガイドライン等（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等）を遵守し、情報の保存及び管理体制を確保します。外部への委託に際しては、委託先との契約書に個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を定めるとともに、委託先の契約遵守状況を適切に管理します。

(3) 実施計画の評価・見直し

特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率、並びにメタボ該当者及びメタボ予備群の減少率については、本計画の最終年度（令和11年度）に評価を行います。

実施中は、設定した目標値の達成状況を3年ごとに点検し、評価の結果を活用して、必要に応じて実施計画の記載内容の見直しを行います。

参考資料 用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	eGFR	血液検査項目の1つで、血清クレアチンを年齢・性別で補正して算出。1分間ろ過して尿を作れるかを示す値で、数値が低いと腎臓の機能が低下していることを示す。
	2	医療費の3要素	医療費の比較には、医療費総額を被保険者数で割った一人当たり医療費を用いる。一人当たり医療費は以下の3つの要素に分解でき、これを医療費の3要素という。 受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数 1件当たり日数：受診した日数/レセプト件数 一日当たり医療費：総医療費/受診した日数
	3	HDL-Cho	血液検査項目の1つで、数値が低いと脂質異常症や動脈硬化のリスクとなる。一般的に善玉コレステロールと呼ばれる。
	4	AST (GOT) ALT (GPT)	血液検査項目の1つで、肝臓に多く存在する酵素。数値が高い場合は肝臓の疾患が疑われる。
	5	LDL-Cho	血液検査項目の1つ。血液中に多いと血管壁に蓄積して動脈硬化を進行させ、心筋梗塞や脳梗塞のリスクとなる。一般的に悪玉コレステロールと呼ばれる。
か行	6	拡張期血圧	心臓が拡張したときの血圧。
	7	簡易型自記式食事履歴質問票 (BDHQ)	個人における過去1か月間の栄養素摂取量や食品摂取量等の食習慣を定量的に調べるための質問票。
	8	虚血性心疾患	心臓に血液を送る血管が狭くなったり詰まったりすることにより、心臓に十分な血液が行き渡らなくなる疾患。原因は高血圧や糖尿病、脂質異常症、肥満による動脈硬化が多い。
	9	空腹時血糖	血液検査項目の1つで、食後10時間以上経過した時点での血液中に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のこと。数値が高い場合は糖尿病などが疑われる。
	10	血清クレアチニン	血液検査項目の1つ。腎機能が低下すると、たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物が尿とともに排泄されず、血液中に増える。数値が高いと腎機能の低下を意味する。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、日常的に介護を必要とせず自立した生活ができる生存期間のことで、平均寿命から介護期間を差し引いた期間を指す。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人と、65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	繰り返し測っても血圧が正常より高い場状態が続く病気。
	14	後発医薬品 (ジェネリック医薬品)	先発医薬品の特許期間終了後に販売される、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っている医薬品。
	15	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
	16	国保データベース (KDB) システム	国連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
さ行	17	脂質異常症	脂質代謝に異常をきたした状態で、血液検査の中性脂肪、LDL-Cho、HDL-Cholにより診断する。
	18	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられているもの。
	19	収縮期血圧	心臓が収縮したときの血圧。
	20	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。
	21	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。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。
	22	腎不全	腎臓の機能が正常の30%以下に低下した状態で、老廃物を十分に排泄できなくなった状態。
	23	診療報酬明細書 (レセプト)	診察・治療・処方などの医療行為の対価として医療機関に支払われる診療報酬の明細書のこと。個々の技術・サービスを点数化した診療報酬点数表をもとに算出され、病院が保険者に月ごとに提出する。
	24	生活習慣病	食習慣・運動習慣・休養・喫煙・飲酒等の生活習慣が、その発症や進行に関与する疾患の総称。がんや心疾患、脳血管疾患の危険因子となる動脈硬化、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、歯周病、アルコール性肝疾患等が含まれる。

行	No.	用語	解説
	25	積極的支援	腹囲またはBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。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。生活習慣を振り返り、ライフスタイルに合った目標を設定し、実行を継続できるよう継続的に支援を行う。
た行	26	中性脂肪	血液検査の項目の1つで、数値が高いと脂質異常症や動脈硬化のリスクとなる。
	27	地域ケア会議	地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等多職種の協働のもと、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。
	28	地域包括ケアシステム	高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のこと。
	29	動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
	30	糖尿病	インスリンの分泌や作用不足により、血中のブドウ糖濃度が慢性的に高い状態が続く病気。1型と2型があり、1型糖尿病は主に自己免疫によるインスリンの欠乏により発症する。糖尿病患者の大多数は2型が占める。進行すると糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病神経障害の三大合併症を伴う。
	31	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が続いたことにより腎機能が低下した病態のこと。進行性の腎疾患で人工透析が必要となる場合も多い。
	32	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳を対象として、保険者が実施する健診。内臓脂肪の蓄積に着目した上で、生活習慣の危険因子により特定保健指導を実施する。
	33	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、被年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
34	特定保健指導	内臓脂肪の蓄積に着目して実施した特定健康診査の結果によって階層化された対象者に対し、個々のリスクに応じて保健指導を行い、生活習慣の改善を図り、生活習慣病を予防する。	
な行	35	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された、規制緩和等によって、民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり、日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	36	尿酸	血液検査の項目の1つで、細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。尿酸の産生・排出のバランスがとれているかを見る。数値が高い場合には高尿酸血症が疑われる。高い状態が続くと結晶として関節に蓄積し、痛風発作を引き起こす。
	37	脳血管疾患	脳の血管の動脈硬化が進行し、詰まったり破れたりする病気の総称。脳血管が詰まること（狭窄、閉塞）による虚血性心疾患の脳梗塞や、破れること（破綻）による出血性心疾患の脳出血やクモ膜下出血などがある。
は行	38	BMI	体格指数の一つで、肥満や低体重（やせ）の判定に用いる。体重（kg）/身長（m ² ）で算出される。
	39	PDCAサイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返す行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。
	40	標準化死亡比（SMR）	基準死亡率（人口10万対の死亡者数）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者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。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。
	41	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。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一つ。
	42	平均自立期間	あと何年自立した生活が期待できるか示したもので、健康寿命の考え方に基づく指標。健康余命、活動的余命と基本的に同一の概念。平均余命から要介護2以上の要介護期間を除いた期間。
	43	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では0歳での平均余命を示している。
	44	HbA1c	血液検査の項目の1つで、過去1～2か月の血糖の平均値な状態を反映する。数値が高いと糖尿病が疑われる。また、血糖のコントロールの指標にも用いられる。

行	No.	用語	解説
ま行	45	未治療者	健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者。
	46	メタボリックシンドローム	内臓脂肪の蓄積に加え、脂質代謝異常・高血圧・糖代謝異常のうち2つ項目以上に該当する病態。
や行	47	要介護	介護保険制度において、身体の状態が悪く、入浴、排せつ、食事等の日常生活を一人で送ることが困難で、介護を必要とする状態。
	48	要支援	介護保険制度において、家事や身支度等の日常生活に支援が必要となった状態。