

つくば市国民健康保険 データヘルス計画 (第2期)

平成30年度～平成35年度
(2018～2023)

平成30年2月



つくば市

目次

第1章 計画策定の目的と背景	4
1 計画策定の目的と背景	4
2 本計画の位置づけ	6
3 計画期間.....	7
4 つくば市とつくば市国民健康保険の状況	8
(1) つくば市の概況.....	8
(2) つくば市国民健康保険の状況.....	11
5 これまでの保健事業の振り返り	15
第2章 現状分析	43
1 医療費・疾病状況の把握.....	43
(1) 一人当たり医療費の状況.....	43
(2) 医療費の要素比較	46
(3) 茨城県, 同規模, 全国との医療費の比較.....	48
(4) 疾病分類別の医療費の状況.....	52
(5) 生活習慣病の受診者の状況.....	58
2 健診状況の把握.....	65
(1) 健診受診状況.....	65
(2) 健診結果（有所見者）の状況.....	69
(3) 健診結果（メタボリックシンドローム）の状況.....	70
(4) 健診結果（問診の回答内容）の状況.....	74
3 特定保健指導状況の把握.....	81
(1) 特定保健指導の実施状況.....	81
(2) 特定保健指導の効果	86
(1) 生活習慣病（高血圧症）	88
(2) 生活習慣病（脂質異常症）	89
(3) 生活習慣病（糖尿病）	90
(4) CKD（慢性腎臓病）	91
5 ジェネリック医薬品（後発医薬品）使用状況.....	96
6 重複・頻回受診の状況	97
第3章 本計画の目標と評価指標	101
1 目標	101
2 評価指標.....	101
第4章 重点課題と対策	102
1 健康づくりの推進	102
(1) 課題の設定.....	102

(2) 対策（保健事業概要）	102
(3) 評価指標.....	103
(4) 保健事業（スケジュール）と目標	104
2 特定健康診査受診率の向上.....	109
(1) 課題の設定.....	109
(2) 対策（保健事業概要）	110
(3) 評価指標.....	110
(4) 保健事業（スケジュール）と目標	111
3 特定保健指導実施率の向上.....	113
(1) 課題の設定.....	113
(2) 対策（保健事業概要）	114
(3) 評価指標.....	114
(4) 保健事業（スケジュール）と目標	115
4 糖尿病重症化予防.....	117
(1) 課題の設定.....	117
(2) 対策（保健事業概要）	119
(3) 評価指標.....	119
(4) 保健事業（スケジュール）と目標	120
第5章 その他課題と対策.....	121
1 課題の設定.....	121
2 対策（保健事業概要）	123
3 保健事業（スケジュール）と目標.....	124
4 参考指標.....	129
第6章 その他.....	136
1 データヘルス計画の公表・周知.....	136
2 事業運営上の留意事項	136
3 個人情報の保護.....	136
4 データヘルス計画の評価方法・見直し.....	136
5 用語集	137

第1章 計画策定の目的と背景

1 計画策定の目的と背景

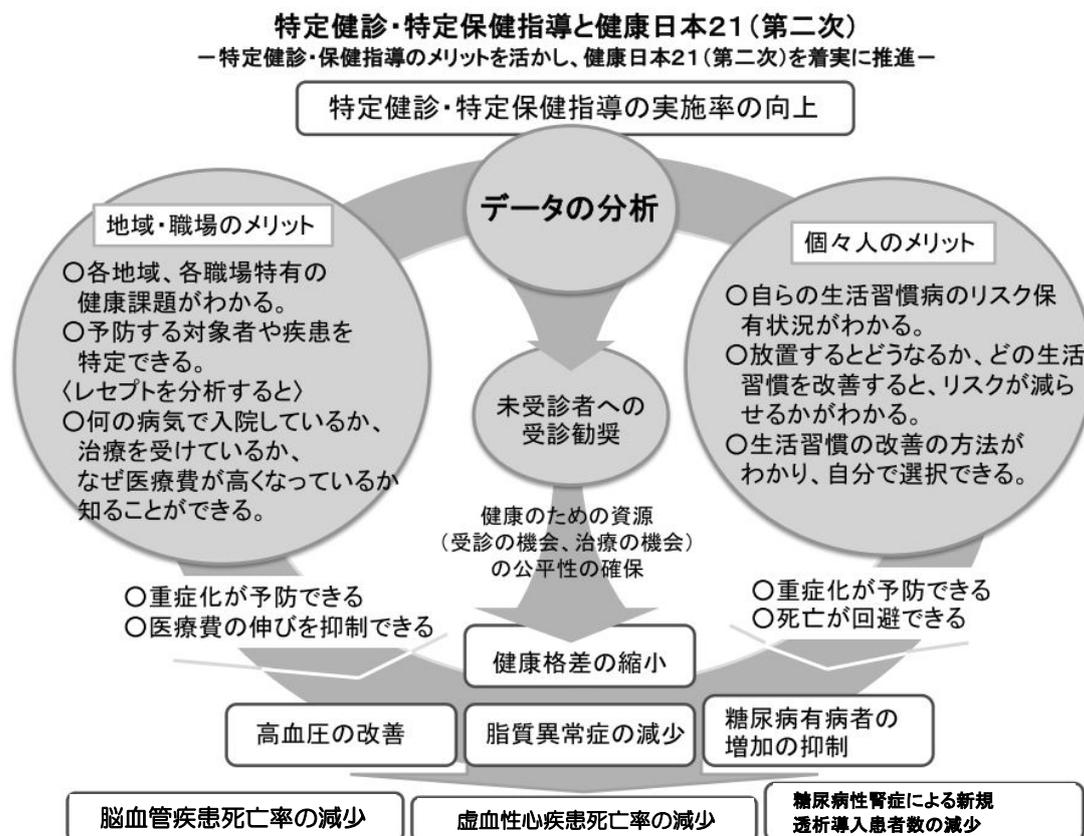
近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して、被保険者の健康課題の分析や保健事業の評価等を実施するための基盤の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）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の分析、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」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することになりました。

つくば市においては、このような背景を踏まえ、厚生労働省が定める国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 82 条に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号）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を図るため、データヘルス計画を策定し、特定健康診査受診率の向上及び生活習慣病の発症予防や重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うこととしました。（図表 1、図表 2）

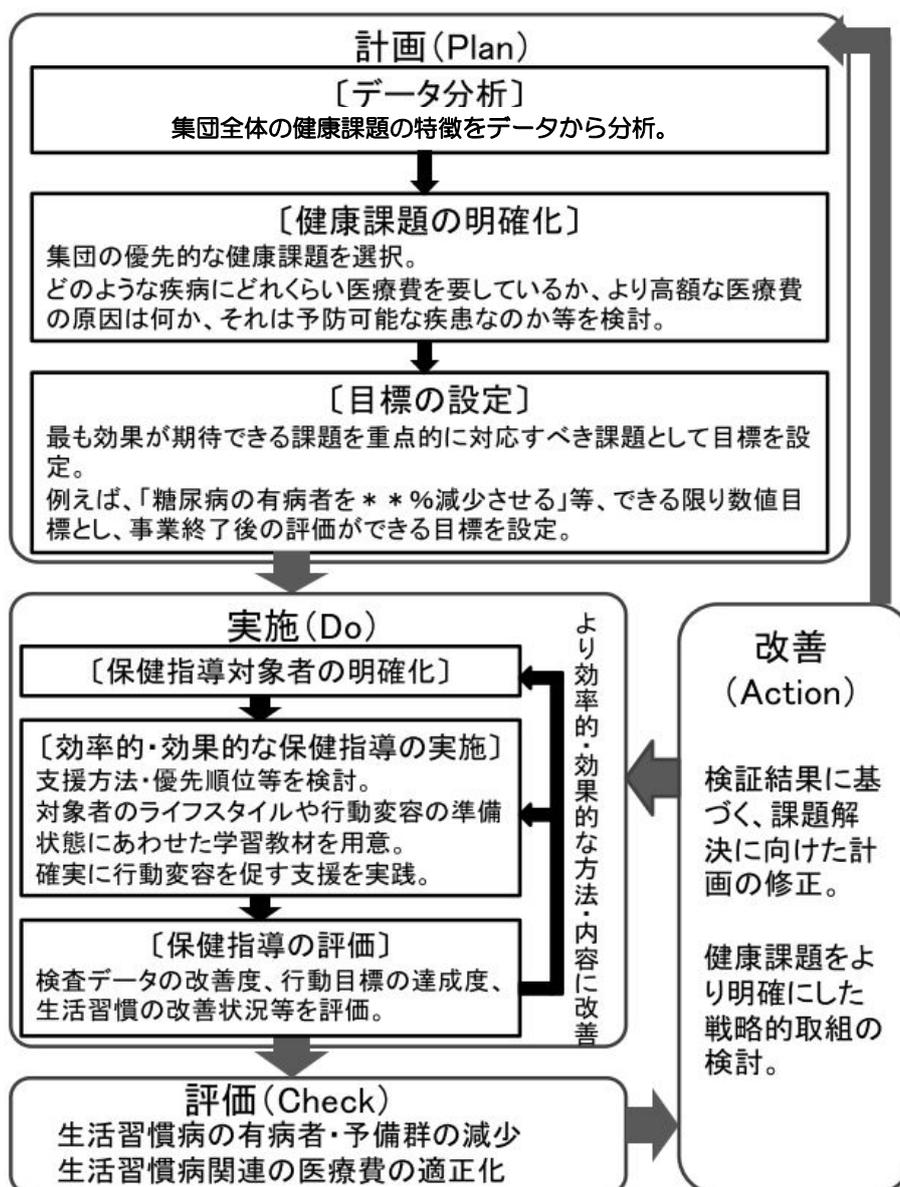
厚生労働省は、平成 30 年度から 6 年間で第 2 期データヘルス計画期間と決めました。つくば市においても、市の現状分析を実施し、平成 28 年度・平成 29 年度に実施した第 1 期データヘルス計画での課題の抽出を行い、より効果的・効率的な保健事業を実施するため、第 2 期データヘルス計画を策定します。

図表 1. 特定健康診査・特定保健指導と健康日本 21



出典：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】より一部改変

図表 2. 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル

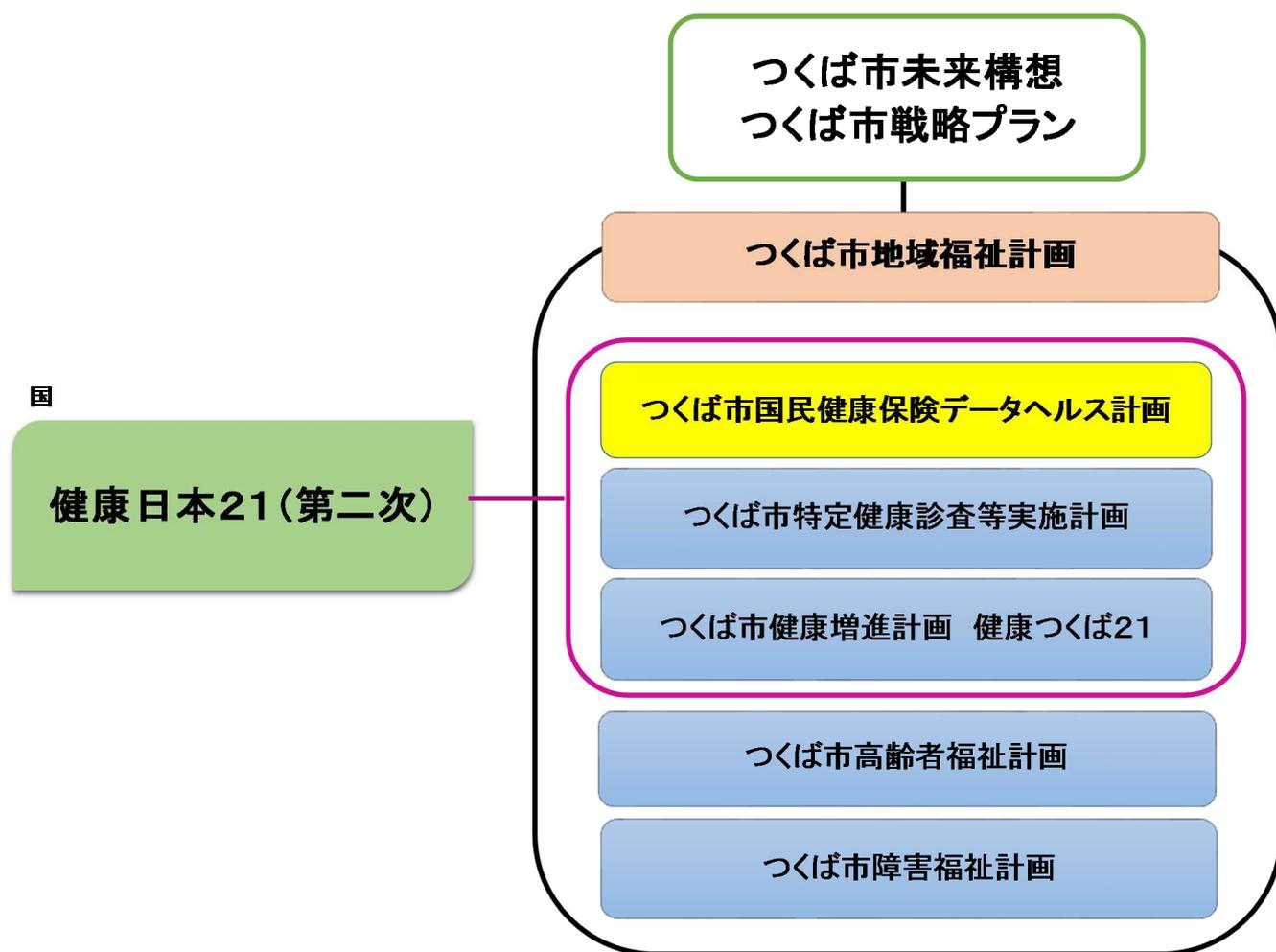


出典：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】より一部改変

2 本計画の位置づけ

データヘルス計画は、医療費の適正化を図るため、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿って効果的かつ効率的に保健事業を実施していく保健事業実施計画です。計画の策定に当たっては、特定健康診査の結果やレセプト等のデータを活用し分析を行います。また、データヘルス計画に基づく事業の評価においても健診・医療情報を活用して行います。なお、本計画は、「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第2次))」や「第3期つくば市健康増進計画(第3期健康つくば21)」の方向性を踏まえるとともに、「つくば市国民健康保険特定健康診査等実施計画(第3期)」をはじめとする、つくば市の各計画との整合性を図ります(図表3)。加えて、分析したデータを用いて既に事業を実施している「健幸長寿日本一をつくばから」* (p.137用語集参照)と事業を協働することで、更なる健康づくりに対する市民の意識を高めます。

図表 3. データヘルス計画の位置付け



3 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針* (p.137 用語集参照) 4の5において「特定健康診査等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていることを受け、つくば市国民健康保険特定健康診査等実施計画（第3期）の最終年度である平成35年度までとします。

H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
第1期 健康つくば21 (H18~H22)			第2期 健康つくば21 (H23~H27)				第3期 健康つくば21 (H28~H32)								
								つくば市国民健康保険 データヘルス計画 (第1期) (H28~H29)		つくば市国民健康保険 データヘルス計画 (第2期) (H30~6ヵ年)					
つくば市国民健康保険 特定健康診査等実施計画（第1期） (H20~H24)					つくば市国民健康保険 特定健康診査等実施計画（第2期） (H25~H29)					つくば市国民健康保険 特定健康診査等実施計画（第3期） (H30~6ヵ年)					

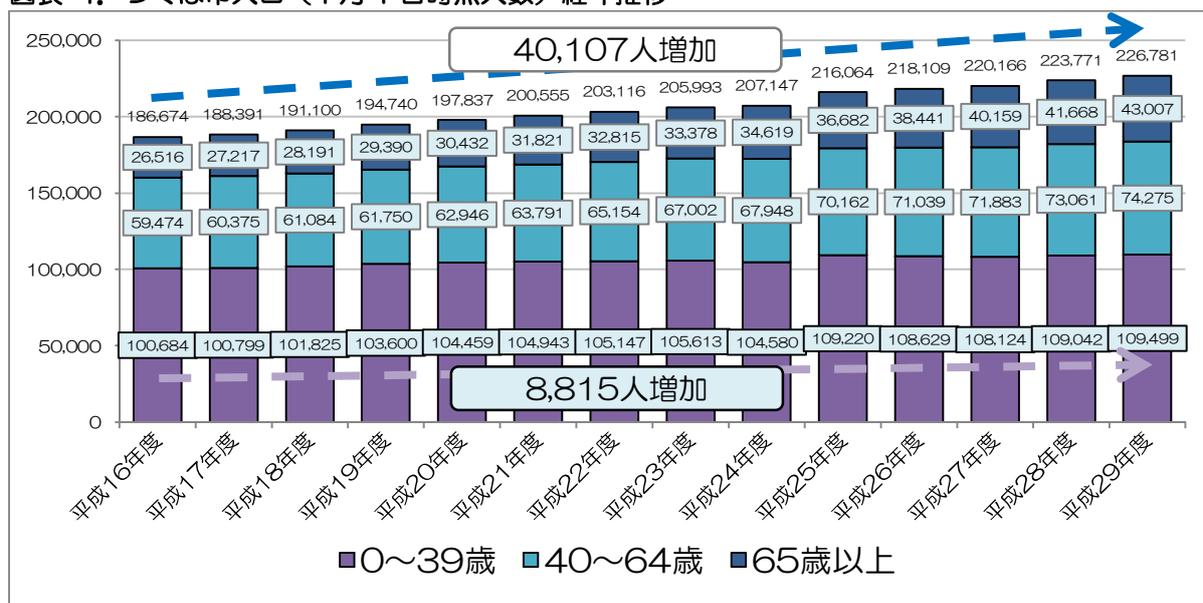
4 つくば市とつくば市国民健康保険の状況

(1) つくば市の概況

本市の人口は、平成16年度以降年々増加傾向にあり、平成29年度の人口は、平成16年度に比べて40,107人増加しています。0～39歳の人口は、平成16年度では100,684人（つくば市人口の53.9%）ですが、平成29年度では109,499人（つくば市人口の48.3%）と8,815人増加しています。40～64歳、65歳以上についても、平成29年度の人口は、平成16年度に比べて増加しています。

人口増加の要因としては、平成17年8月の首都圏新都市鉄道つくばエクスプレスの開業により、つくばエクスプレスの駅周辺の宅地開発が進んだことが考えられます。子育て世代である若い人が多いのが特徴です（図表4）。

図表4. つくば市人口（4月1日時点人数）経年推移



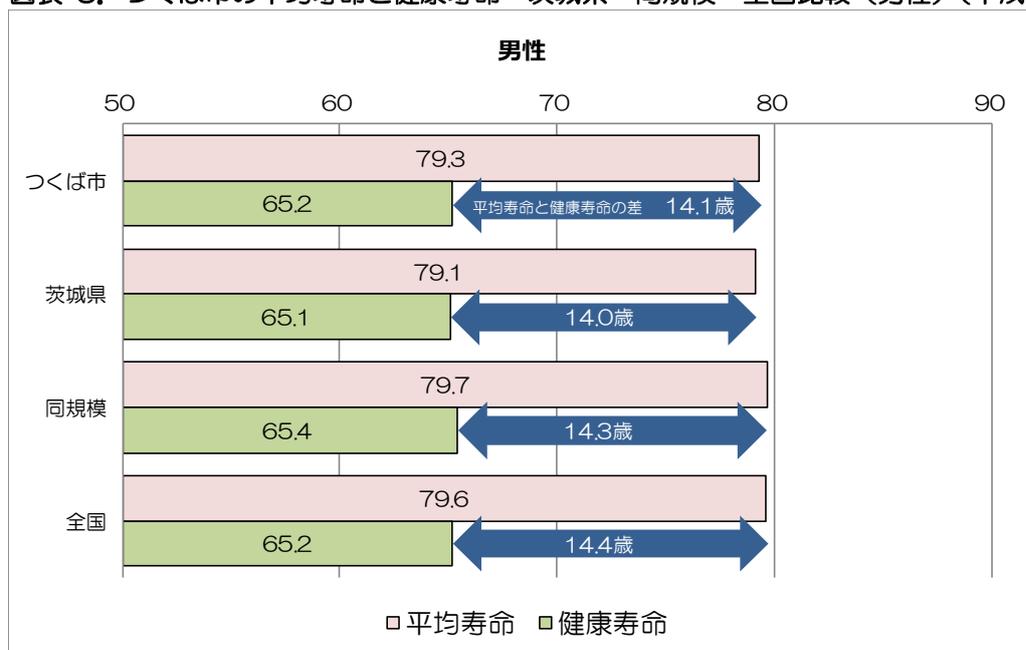
（単位：人）
出典：つくば市年齢別人口統計

本市の健康寿命* (p.137用語集参照) は、男性は65.2歳、女性は67.1歳です。男性は、茨城県よりも長く、同規模* (p.137用語集参照) よりも短く、全国と同程度となっています。女性は、茨城県や同規模、全国と比較して長いことがわかります。

健康寿命とは、健康で活動的に暮らせる期間のことを意味します。

平均寿命と健康寿命の差は男性で14.1歳、女性で19.9歳です。男性は茨城県よりも長く、同規模や全国より短くなっています。女性は茨城県や同規模、全国よりも長くなっており、医療や介護が必要な期間が長いといえます(図表5、図表6)。

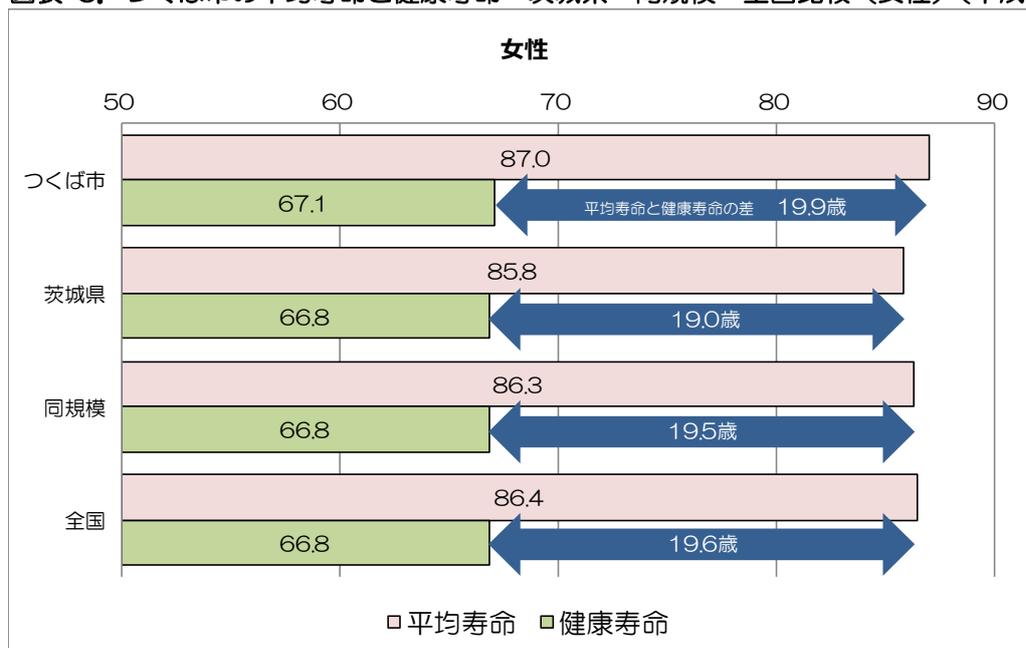
図表 5. つくば市の平均寿命と健康寿命 茨城県・同規模・全国比較(男性)(平成28年度)



(単位: 歳)

出典: 国保データベース* (p.137用語集参照)

図表 6. つくば市の平均寿命と健康寿命 茨城県・同規模・全国比較(女性)(平成28年度)



(単位: 歳)

出典: 国保データベース

＜国保データベースとは＞

国保データベースと表示しているデータは、国民健康保険データベース（KDB）システムより作成しています。比較対象としての「茨城県」とは茨城県内の市町村国民健康保険及び国民健康保険組合の保険者の平均、「同規模」とは特例市である都市の国民健康保険の保険者の平均、「全国」とは全国の市町村国民健康保険及び国民健康保険組合の保険者の平均を示しています。

※年度やデータの種別により、当該データベース参加市町村の数は異なります。

※本計画では、平成29年6、7月に出力した帳票を用いています。

本市の医療施設に着目すると、千人当たり診療所数、千人当たり病床数は、いずれも茨城県や同規模、全国よりも多く、医療が充実し、受診しやすい環境であることがわかります（図表7）。

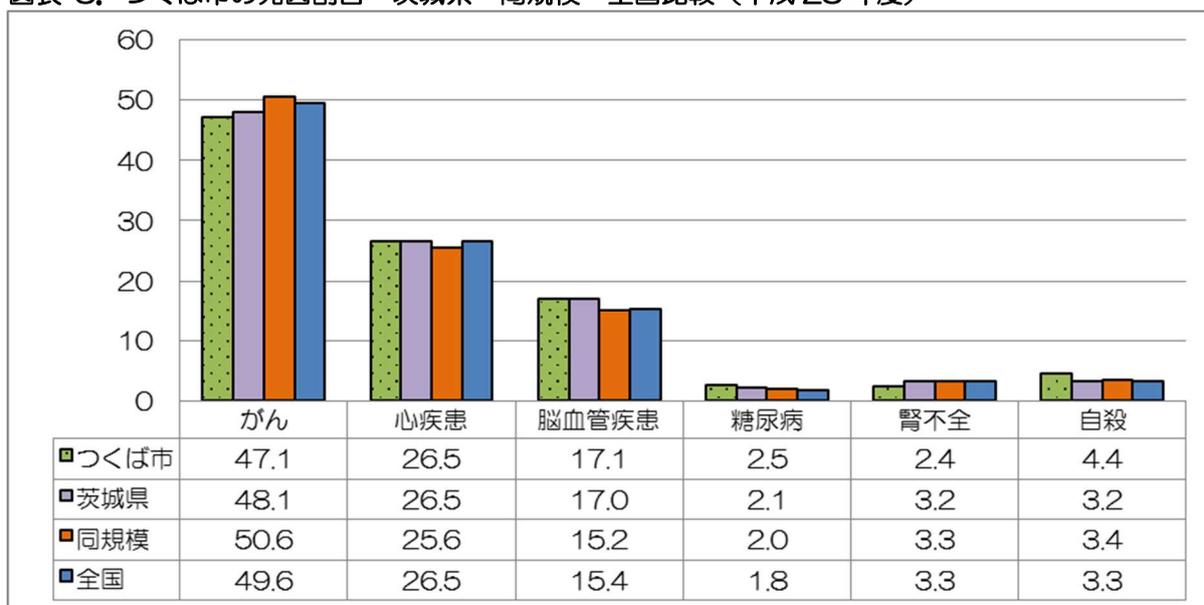
図表7. 医療施設数 茨城県・同規模・全国比較（平成28年度）

	つくば市	茨城県	同規模	全国
千人当たり病院数	0.2	0.2	0.2	0.3
千人当たり診療所数	3.5	2.2	3.3	3
千人当たり病床数	63.8	40.2	51.3	46.8

出典：国保データベース

本市の死因は、がんが最も多く、次に心疾患、脳血管疾患となっています（図表8）。

図表8. つくば市の死因割合 茨城県・同規模・全国比較（平成28年度）



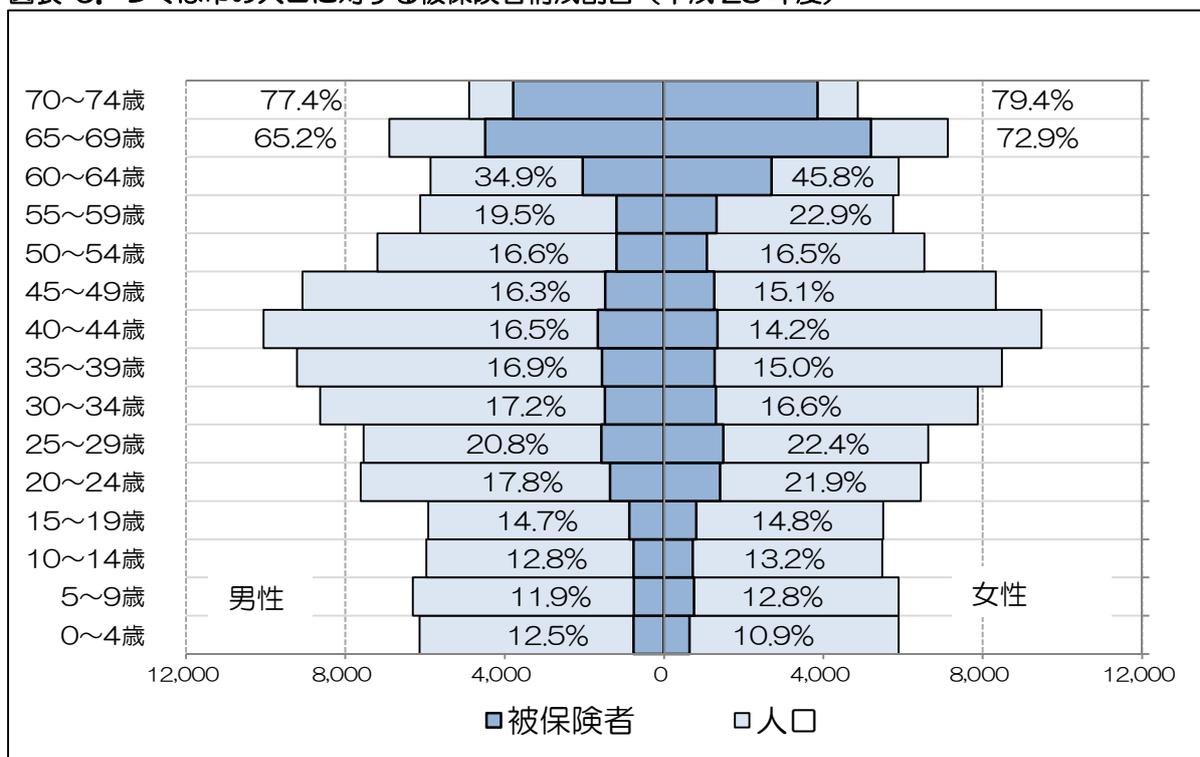
（単位：％）

出典：国保データベース

(2) つくば市国民健康保険の状況

平成 28 年度のつくば市国民健康保険加入者は、50,094 人（本市人口の 24.1%）となっており、65 歳～74 歳では、17,331 人（本市人口の 65～74 歳の 72.9%）が本市国民健康保険に加入しています。また、5～29 歳及び 55 歳以上において、男性に比べ女性の被保険者数及び人口に占める被保険者数割合が高い傾向にあります（図表 9）。

図表 9. つくば市の人口に対する被保険者構成割合（平成 28 年度）



（単位：人）

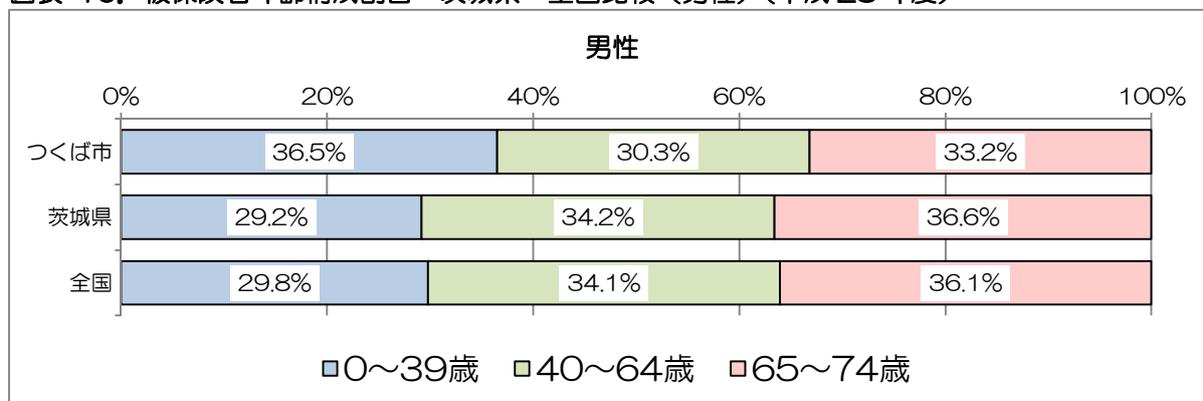
年齢階層	男性			女性		
	人口	被保険者数	割合	割合	被保険者数	人口
70 ～ 74 歳	4,897	3,789	77.4%	79.4%	3,854	4,856
65 ～ 69 歳	6,898	4,495	65.2%	72.9%	5,193	7,120
60 ～ 64 歳	5,859	2,042	34.9%	45.8%	2,695	5,886
55 ～ 59 歳	6,119	1,192	19.5%	22.9%	1,318	5,750
50 ～ 54 歳	7,197	1,195	16.6%	16.5%	1,075	6,530
45 ～ 49 歳	9,075	1,477	16.3%	15.1%	1,261	8,332
40 ～ 44 歳	10,051	1,659	16.5%	14.2%	1,344	9,476
35 ～ 39 歳	9,208	1,554	16.9%	15.0%	1,270	8,482
30 ～ 34 歳	8,632	1,482	17.2%	16.6%	1,305	7,872
25 ～ 29 歳	7,538	1,569	20.8%	22.4%	1,487	6,628
20 ～ 24 歳	7,617	1,356	17.8%	21.9%	1,409	6,441
15 ～ 19 歳	5,922	872	14.7%	14.8%	811	5,498
10 ～ 14 歳	5,968	761	12.8%	13.2%	720	5,473
5 ～ 9 歳	6,310	752	11.9%	12.8%	751	5,886
0 ～ 4 歳	6,137	767	12.5%	10.9%	639	5,887
合計	107,428	24,962	23.2%	25.1%	25,132	100,117

（単位：人）

出典：国保データベース

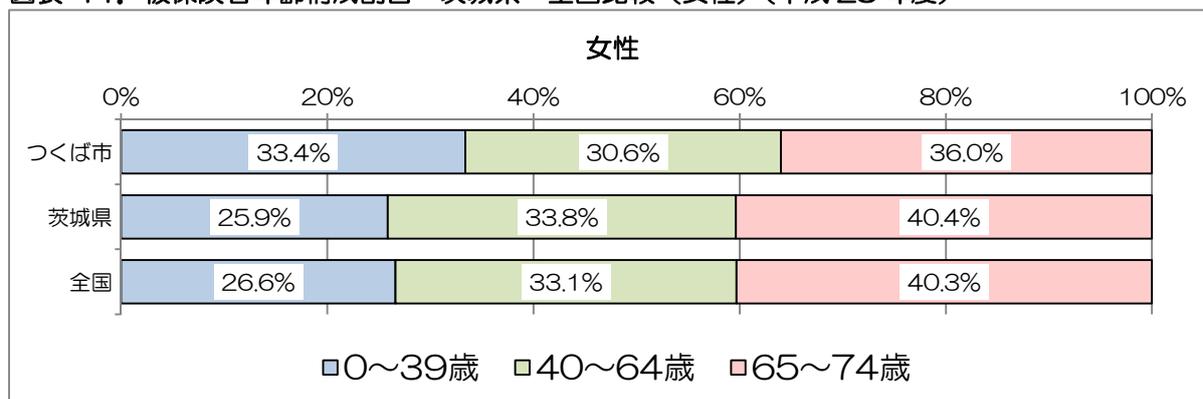
被保険者の年齢構成は、全国や茨城県と比べると、男女ともに39歳以下の割合が高く、40～64歳、65～74歳が低い傾向にあります。男性は0～39歳の割合が最も高く、女性は65～74歳の割合が最も高くなっています（図表10、図表11）。

図表 10. 被保険者年齢構成割合 茨城県・全国比較（男性）（平成28年度）



出典：国保データベース

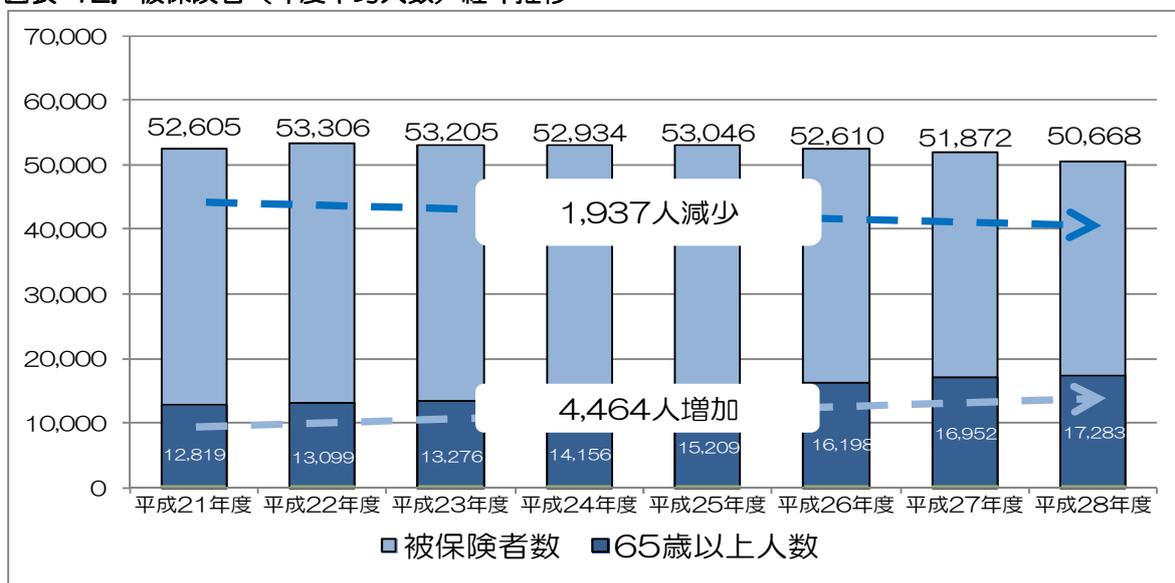
図表 11. 被保険者年齢構成割合 茨城県・全国比較（女性）（平成28年度）



出典：国保データベース

平成28年度の被保険者数は、平成21年度に比べて1,937人の減少となっています。65歳以上の被保険者数は、平成21年度では12,819人で被保険者数に占める割合は約24%ですが、平成28年度では17,283人と増加し被保険者数に占める割合も約34%と約10%も増加しています(図表12)。

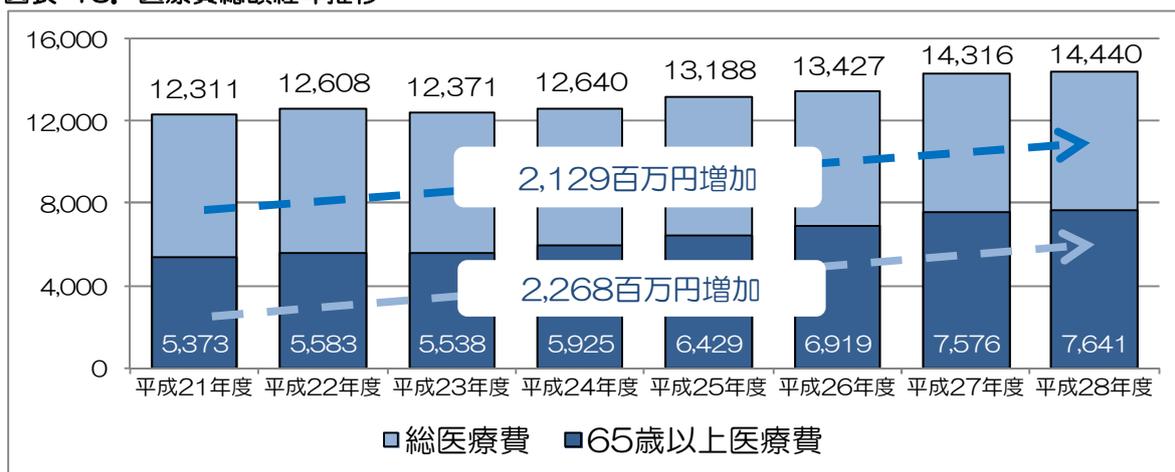
図表12. 被保険者(年度平均人数)経年推移



(単位：人)
出典：国民健康保険 事業年報

平成28年度の医療費は、平成21年度に比べて21億2,900万円増加しています。65歳以上の医療費は、平成21年度では53億7,300万円(つくば市国保医療費の約44%)ですが、平成28年度では76億4,000万円(つくば市国保医療費の約53%)となっており、平成21年度に比べて22億6,800万円増加しています。65歳以上の医療費が医療費全体を押し上げているといえます(図表13)。

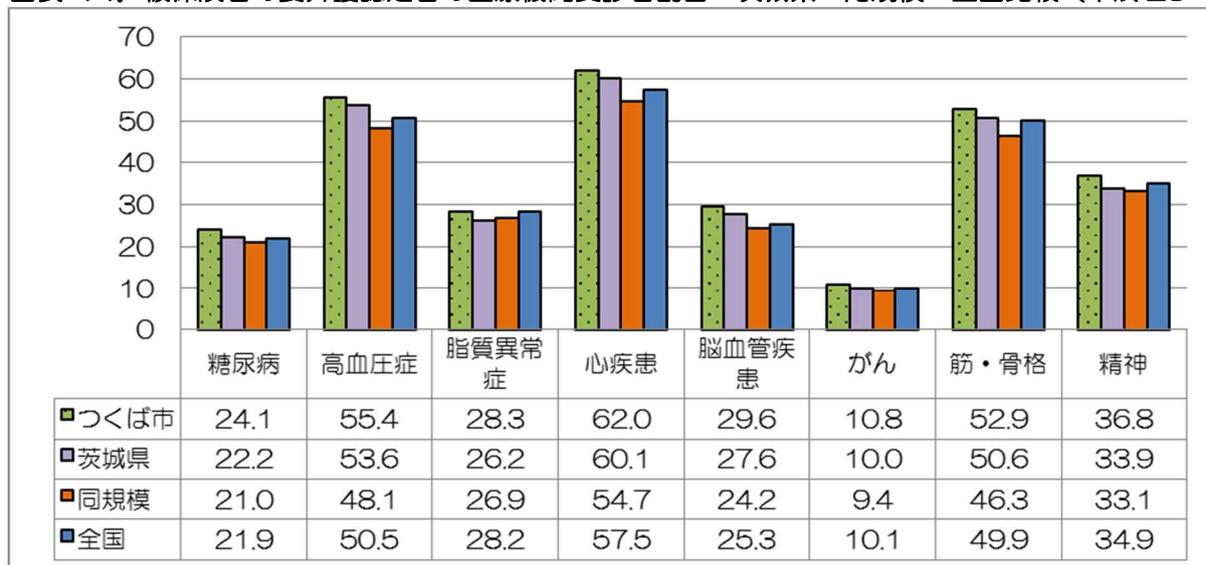
図表13. 医療費総額経年推移



(単位：百万円)
出典：国民健康保険 事業年報

本市被保険者の要介護認定者の医療機関受診状況を確認すると、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心疾患、脳血管疾患、がん、筋・骨格、精神といった疾患について、茨城県や同規模、全国と比べて、受診者割合が高いことがわかります（図表 14）。介護新規認定者は、平成 28 年度は 32 人となっており、日常生活で介護が必要な人が増加しています（図表 15）。

図表 14. 被保険者の要介護認定者の医療機関受診者割合 茨城県・同規模・全国比較（平成 28 年度）



（単位：％）
出典：国保データベース

図表 15. 被保険者の要介護認定者数の経年推移

	認定者数	(新規)	認定者数 (要支援1)	認定者数 (要支援2)	認定者数 (要介護1)	認定者数 (要介護2)	認定者数 (要介護3)	認定者数 (要介護4)	認定者数 (要介護5)
H26	1,071	(25)	128	128	251	214	148	100	102
H27	1,053	(27)	131	130	243	204	147	96	102
H28	1,093	(32)	105	135	246	248	151	102	106

（単位：人）
出典：国保データベース

5 これまでの保健事業の振り返り

平成28年度に実施した主な保健事業は、以下のとおりです。

No.	事業名	事業の目的及び概要
1	特定健康診査	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】集団健診・医療機関健診・人間ドック
2	特定健康診査受診勧奨	【目的】特定健康診査受診率の向上 【概要】ハガキ送付による受診勧奨
3	特定保健指導（動機付け支援）	【目的】メタボリックシンドローム予備群者等の減少 【概要】個別面接による指導・支援レター及び6か月後の評価
4	特定保健指導（積極的支援）	【目的】メタボリックシンドローム該当者の減少 【概要】委託事業者にて、3か月以上の継続的な支援及び6か月後の評価
5	特定保健指導受診勧奨（動機付け支援）	【目的】特定保健指導終了率の向上 【概要】特定健康診査時の健康相談での受診勧奨 未利用者への電話・家庭訪問による受診勧奨
6	特定保健指導受診勧奨（積極的支援）	【目的】生活習慣病予防 【概要】通知による受診勧奨及び健康づくり保健事業への参加者に対する受診勧奨
7	検査値高値者の受診勧奨	【目的】生活習慣病重症化予防 【概要】受診勧奨 ・検査値高値者へ受診勧奨通知 ・未受診者に家庭訪問または電話
8	糖尿病重症化予防	【目的】糖尿病性腎症等の発症予防 【概要】受診勧奨（次年度の準備） ・CKDリスク重症度が高い対象者へ受診勧奨通知 ・レセプトで受診状況確認後、未受診者に電話または家庭訪問による受診勧奨及び保健指導
9	人間ドック等助成	【目的】市民の健康保持・増進 【概要】人間ドック・脳ドック・総合ドック受診費用の助成
10	機関紙等発行	【目的】被保険者に国保の給付や保健事業についての情報提供 【概要】国民健康保険についてのパンフレット配布
11	医療費通知	【目的】医療費適正化 【概要】ハガキ送付による医療費等の通知
12	ジェネリック医薬品差額通知	【目的】医療費の抑制 【概要】先発医薬品からジェネリック医薬品へ切り替えた場合の差額通知

No.	事業名	事業の目的及び概要
13	重複・頻回受診者訪問指導	【目的】適正な受診を指導することによる医療費の適正化 【概要】重複・頻回受診者の家庭訪問指導
14	かかりつけ医からの診療情報等提供事業	【目的】特定健康診査受診率の向上 【概要】医療機関から市町村へ未受診者の特定健康診査に該当する診療情報等を提供
15	健康アップ教室	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】病態別（糖尿病・脂質異常症・高血圧症）健康教育
16	「健幸長寿日本一をつくばから」 多世代交流出前教室	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】市内集会所等を会場に運動・栄養・口腔等の教室
17	「健幸長寿日本一をつくばから」 企業連携・企画教室	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】企業提供の会場や市の施設を会場に運動・栄養・口腔等の教室
18	「健幸長寿日本一をつくばから」 食育普及講座	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】講話と調理実習
19	「健幸長寿日本一をつくばから」 食生活改善推進員 地区伝達講習会	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】食生活改善推進員活動の推進
20	「健幸長寿日本一をつくばから」 いきいき運動教室	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】健康運動指導士等による運動教室
21	「健幸長寿日本一をつくばから」 つくばウォークの日	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】毎月第一日曜日に市内のコースをウォーキング
22	「健幸長寿日本一をつくばから」 シルバーリハビリ体操指導士による出前 体操教室	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】シルバーリハビリ体操指導士による運動教室
23	健康診査時健康相談	【目的】生活習慣病予防 【概要】特定健康診査・基本健康診査時健康相談

※がん検診助成については、「第3期つくば市健康増進計画（健康つくば21）」において実施・評価・改善を行っています。

1. 特定健康診査

目的	被保険者が自身の健康状態を把握し、生活習慣病の予防や早期発見につなげる。																									
対象	40～74 歳男女																									
実施方法	対象者へ受診券を送付 集団健診, 医療機関健診, 人間ドック いずれかを1つ選んで受診																									
事業計画	○受診券送付 3月 対象者へ受診券と登録医療機関名簿を送付 ○特定健康診査受診 集団健診 春または秋の健診日程で受診 医療機関健診 4月～翌2月までに登録医療機関で受診 人間ドック 通年 契約医療機関で受診																									
実施状況	○法定報告 <table border="1" data-bbox="432 595 1445 824"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 27 年度</th> <th>平成 28 年度 (平成 29 年 8 月末時点)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定健康診査対象者数</td> <td>31,111 人</td> <td>30,082 人</td> </tr> <tr> <td>受診者数</td> <td>10,382 人</td> <td>10,359 人 (うち人間ドック等受診者数 2,104 人)</td> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>33.4%</td> <td>34.4%</td> </tr> </tbody> </table> ○国保データベース（健診の状況、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題） <table border="1" data-bbox="432 889 1445 1052"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 27 年度</th> <th>平成 28 年度 (平成 29 年 6 月 1 日時点)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定健康診査対象者数</td> <td>31,162 人</td> <td>30,222 人</td> </tr> <tr> <td>受診者数</td> <td>10,398 人</td> <td>10,389 人</td> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>33.4%</td> <td>34.4%</td> </tr> </tbody> </table> 特定健康診査について専門的知識・技術を有する外部機関に委託し実施。 ○特定健康診査業務委託（計 9,399 人） 総合健診協会による集団健診 4月～6月, 10月～11月 (6,996 人) 市医師会への委託による医療機関健診 4月～2月 (2,289 人) ○土浦協同病院, JA取手総合医療センターへの委託によるJA組合員健診 10月～2月 (114 人)			平成 27 年度	平成 28 年度 (平成 29 年 8 月末時点)	特定健康診査対象者数	31,111 人	30,082 人	受診者数	10,382 人	10,359 人 (うち人間ドック等受診者数 2,104 人)	実施率	33.4%	34.4%		平成 27 年度	平成 28 年度 (平成 29 年 6 月 1 日時点)	特定健康診査対象者数	31,162 人	30,222 人	受診者数	10,398 人	10,389 人	実施率	33.4%	34.4%
	平成 27 年度	平成 28 年度 (平成 29 年 8 月末時点)																								
特定健康診査対象者数	31,111 人	30,082 人																								
受診者数	10,382 人	10,359 人 (うち人間ドック等受診者数 2,104 人)																								
実施率	33.4%	34.4%																								
	平成 27 年度	平成 28 年度 (平成 29 年 6 月 1 日時点)																								
特定健康診査対象者数	31,162 人	30,222 人																								
受診者数	10,398 人	10,389 人																								
実施率	33.4%	34.4%																								
評価	特定健康診査受診率は、緩やかではあるが年々伸びてきており、今後も増加傾向が見込める。 平成 25 年度 31.7% 平成 26 年度 32.0% 平成 27 年度 33.4% 平成 28 年度 34.4% (H29.8 月末現在) 特定健康診査を実施することにより糖尿病等の生活習慣病予備群を早期発見することができ、医療費の減少に寄与することができた。																									
今後の課題	○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている。 【理由】特定健康診査を実施することにより糖尿病等の生活習慣病予備群を早期発見する事で、重症化予防につなげることができたため。																									
	○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】特定健康診査を実施することにより糖尿病等の生活習慣病予備群を早期発見する事で、将来的な医療費の増加抑止に寄与することができたため																									
	○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施 (特定保健指導対象者数：1,236 人)																									
	・40 歳, 50 歳代の受診率が低いため、この年代の受診率向上を図る必要がある。 (平成 28 年度実績 (速報値) 40 歳代の受診率 20.1%, 50 歳代の受診率 20.9%) ・特定健康診査の広報・PR 活動の強化によるさらなる啓発が必要である。																									

2. 特定健康診査受診勧奨

事業の目的	対象者が特定健康診査を受診することの必要性や重要性を理解することで、受診率の向上を図る。
対象	40～74 歳男女のうち、特定健康診査未受診者
実施方法	春の集団健診終了後、未受診者に対して受診勧奨のハガキを送付
事業計画	<p>○ハガキの送付 春の集団健診終了後、秋の集団健診申込開始日前までに、受診勧奨のハガキを送付。 (医療機関健診受診者、人間ドック受診者は除く) 秋の集団健診の案内を記載</p> <p>○10月のつくば健康フェスタ会場にて、特定健康診査受診勧奨のデザインの絆創膏を配布し、PR 活動を行う。</p> <p>○国民健康保険課及び各窓口センターにおいても、絆創膏の配布を行う。</p>
実施状況	<p>○ハガキの通知郵送数 26,986 人（平成 26 年） 26,486 人（平成 27 年） 26,799 人（平成 28 年） <平成 28 年度></p> <p>○10月のつくば健康フェスタ会場にて、特定健康診査受診勧奨のデザインの絆創膏を配布（2,500 個）し、PR 活動を行った。</p> <p>○国民健康保険課及び各窓口センターにおいても、絆創膏の配布を行った。（計 2,500 個）</p> <p>○出前教室、多世代交流出前教室で特定健康診査受診勧奨の啓発を実施した。（延 300 回、延人数 6,200 人）</p>
評価	<p>受診勧奨通知発送後には、秋の集団健診前に特定健康診査受診券の再発行依頼が集中したことから、受診につなげることができた。</p> <p>○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている。 【理由】受診勧奨通知が秋の集団健診受診につながっているため。</p> <p>○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】受診勧奨により特定健康診査受診につなげる事で、糖尿病等の生活習慣病予備群を早期発見する事ができ、将来的な医療費の増加抑止に寄与することができたため。</p> <p>○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>
今後の課題	・受診率向上のためには、周知・広報活動を含めたさらなる受診勧奨が必要である。

3. 特定保健指導（動機付け支援）

事業の目的	保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、糖尿病等の生活習慣病を予防することができるようになる。																																		
対象	40～74 歳男女のうち、特定健康診査の結果に基づく動機付け支援該当者																																		
実施方法	集団健診受診者→健診結果個別相談会で健診結果を返却しながら初回面接、個別支援、支援レター、6 か月後評価を行う。																																		
事業計画	<p>○初回面接（1 回 20 分以上） 保健師、管理栄養士が初回面接を実施。テキストや帳票、フードモデル等の媒体を使用しながら、メタボリックシンドロームや健診結果等の説明、生活習慣の振り返りをし、6 か月後の改善目標（体重・腹囲）と行動計画を作成。</p> <p>○支援レター（直営） 初回面接実施後に、手紙で継続支援を実施</p> <p>○6 か月後評価 計画策定から 6 か月経過後に、身体状況や生活習慣の改善状況について手紙、電話、面接で確認。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・動機づけ支援対象者に実施 特定保健指導 33 回/年 春の集団健診 23 回・秋の集団健診 10 回 ・無料運動体験チケットの配布 特定保健指導を受け、運動希望の方 ・モチベーションを保つための、プレミアム健康相談会の実施 (平成 28.8.31) 																																		
実施状況	<p>○集団健診分</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 27 年度</th> <th>平成 28 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者</td> <td>638 人</td> <td>660 人</td> </tr> <tr> <td>初回面接実施者</td> <td>396 人</td> <td>419 人</td> </tr> <tr> <td>支援レター</td> <td>396 人</td> <td>390 人</td> </tr> <tr> <td>6 か月後評価</td> <td>268 人</td> <td>292 人</td> </tr> </tbody> </table> <p>○医療機関健診、ドック受診者分</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 27 年度</th> <th>平成 28 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初回面接実施者</td> <td>44 人 (うち40名アウトソーシング)</td> <td>48 人 (うち48名アウトソーシング)</td> </tr> </tbody> </table> <p>○法定報告</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 27 年度</th> <th>平成 28 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定保健指導対象者数 (動機付け支援)</td> <td>883 人</td> <td>946 人</td> </tr> <tr> <td>終了者</td> <td>372 人</td> <td>384 人</td> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>42.1%</td> <td>40.6%</td> </tr> </tbody> </table> <p><平成 28 年度の詳細></p> <ul style="list-style-type: none"> ・動機づけ支援対象者 660 人(集団健診で対象になった人数) 特定保健指導利用者 419 人 (63%) ・未利用者 241 人 (内訳 拒否: 24 人, 電話勧奨: 171 人, 訪問勧奨: 46 人) ・積極的支援対象者にアウトソーシングの通知郵送 210 人 ・無料運動施設体験チケット配布数 78 人 利用者 8 人 (10%) ・プレミアム健康相談会参加人数 40 人 			平成 27 年度	平成 28 年度	対象者	638 人	660 人	初回面接実施者	396 人	419 人	支援レター	396 人	390 人	6 か月後評価	268 人	292 人		平成 27 年度	平成 28 年度	初回面接実施者	44 人 (うち40名アウトソーシング)	48 人 (うち48名アウトソーシング)		平成 27 年度	平成 28 年度	特定保健指導対象者数 (動機付け支援)	883 人	946 人	終了者	372 人	384 人	実施率	42.1%	40.6%
	平成 27 年度	平成 28 年度																																	
対象者	638 人	660 人																																	
初回面接実施者	396 人	419 人																																	
支援レター	396 人	390 人																																	
6 か月後評価	268 人	292 人																																	
	平成 27 年度	平成 28 年度																																	
初回面接実施者	44 人 (うち40名アウトソーシング)	48 人 (うち48名アウトソーシング)																																	
	平成 27 年度	平成 28 年度																																	
特定保健指導対象者数 (動機付け支援)	883 人	946 人																																	
終了者	372 人	384 人																																	
実施率	42.1%	40.6%																																	
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・プレミアム健康相談会のアンケートでは栄養・運動相談に参加した方の約 6 割、講演会に参加した方の約 9 割の方から「満足」「やや満足」の評価を得た。 ・初回面接実施者に運動体験チケットを積極的に PR し、交付することが出来た。 																																		

	<p>○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている。 【理由】利用者に対し、保健師、管理栄養士による個別指導が丁寧に実施され生活改善のきっかけとなっているため。</p> <p>○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】・実施計画に沿って、6割以上の方に対し、実施されているため。</p> <p>○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>
今後の課題	特定保健指導利用者の満足度の高い指導ができたとは言い難いので、利用者全員のモチベーションが上がる方法を検討する必要がある。

4. 特定保健指導（積極的支援）

事業の目的	内臓脂肪肥満に着目し、生活習慣病を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うと共に、健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、生活習慣病を予防することを目的とする。																						
対象	40～74 歳男女のうち、特定健康診査の結果に基づく積極的支援該当者																						
実施方法	7 医療機関へ委託。集団健診受診者は健康増進課で、医療機関健診・人間ドック受診者は国民健康保険課で利用案内を通知。申し込みのあった委託事業者にて、面接による個別支援と電話、メール等での継続支援を行い、6 か月後に評価を実施。																						
事業計画	<p>○初回面接 委託事業者で保健師、管理栄養士が初回面接を実施。メタボリックシンドロームや健診結果等の説明、生活習慣の振り返りをし、6 か月後の改善目標（体重・腹囲）と行動計画を作成。</p> <p>○継続支援 委託事業者の支援プログラムに沿って、3 か月以上、面接や電話、手紙等の手法を用いて行動目標に対する実施状況を確認し、アドバイスする。また、中間評価では、行動目標の見直しや具体的な指導を行う。</p> <p>○6 か月後評価 委託事業者にて計画策定から6 か月経過後に、身体状況や生活習慣の改善状況について手紙、電話、面接で確認。</p> <p>特定保健指導を専門的知識・技術を有する外部機関に委託し実施する。</p> <p>○特定保健指導業務委託（つくばメディカルセンターほか6 医療機関） ・特定保健指導業務委託契約に、人間ドックで特定保健指導の対象となった方へは、本人の同意を得た上で、受診日の当日に初回面接ができることを盛り込む。</p>																						
実施状況	<p>○アウトソーシング</p> <table border="1"> <tr> <td>開始者</td> <td>平成 26 年度</td> <td>25 名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>平成 27 年度</td> <td>22 名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>平成 28 年度</td> <td>21 名</td> </tr> </table> <p>○法定報告</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 27 年度</th> <th>平成 28 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定保健指導対象者数 （積極的支援）</td> <td>274 人</td> <td>277 人</td> </tr> <tr> <td>終了者</td> <td>16 人</td> <td>16 人</td> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>5.8%</td> <td>5.8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>・積極的支援対象者数：277 人（うち終了者数 16 人） ・特定保健指導について専門的知識・技術を有する外部機関に委託し、特定保健指導を実施した。特定保健指導 67 人（委託分） ・特定保健指導業務委託契約に基づき、人間ドックで特定保健指導の対象となった方へは、本人の同意を得た上で、受診日の当日に初回面接を行った。（46 人）</p>		開始者	平成 26 年度	25 名		平成 27 年度	22 名		平成 28 年度	21 名		平成 27 年度	平成 28 年度	特定保健指導対象者数 （積極的支援）	274 人	277 人	終了者	16 人	16 人	実施率	5.8%	5.8%
開始者	平成 26 年度	25 名																					
	平成 27 年度	22 名																					
	平成 28 年度	21 名																					
	平成 27 年度	平成 28 年度																					
特定保健指導対象者数 （積極的支援）	274 人	277 人																					
終了者	16 人	16 人																					
実施率	5.8%	5.8%																					
評価	<p>特定保健指導対象者のうち特定保健指導受診者の生活習慣病予防及び重症化予防に寄与することができた。しかし、終了者が少ない現状であるため、実施率が低い状況にとどまっている。</p> <p>○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている。 【理由】利用者に対し、契約医療機関の保健師、管理栄養士による個別指導が確実、丁寧に実施され生活習慣改善のきっかけとなっているため。</p> <p>○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】特定保健指導業務委託では、人間ドックで特定保健指導の対象となった方へは、本人の同意を得た上で、受診日の当日に初回面接ができるため効率的である。</p> <p>○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>																						
今後の課題	保健指導の重要性を理解し利用してもらうことで、生活習慣病の予防及び重症化予防につなげる必要がある。また、現状では終了者が少ないので、終了者を増やし実施率を向上させる必要がある。																						

5. 特定保健指導利用勸奨（動機付け支援）

事業の目的	特定保健指導の該当になる可能性の高い者及び該当者にあらゆる機会に利用勸奨し、保健指導を利用してもらい、生活習慣病の予防につなげる。										
対象	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の該当になる可能性の高い者 ・40～74歳男女のうち、特定健康診査の結果に基づく動機付け支援該当者 										
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査時、保健師による健康相談を実施し、特定保健指導の該当になる可能性の高い方へ利用勸奨する。 ・健診結果個別相談会案内通知送付後に、予約が入らない方へ電話等で利用勸奨する。また成人健康相談・家庭訪問を行い、随時対応する。 ・「健幸長寿日本一をつくばから」の教室等実施時に、参加者に対して健診の必要性をアピールする等の受診勸奨を行う。 										
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> ○電話勸奨 結果説明会に予約がなかった方へ電話勸奨を実施 ○家庭訪問 電話勸奨で不在だった方へ家庭訪問の実施 ・特定健康診査時健康相談を実施 特定保健指導の該当になる可能性の高い方へチラシを用い、趣旨説明し利用勸奨 ・健診結果個別相談会案内通知送付 ・送付後、予約が入らない方へ電話等で利用勸奨 ・成人健康相談・家庭訪問にて、随時対応 ・「健幸長寿日本一をつくばから」の教室等実施時に、参加者に対して健診の必要性をアピールする等の受診勸奨を行う。 ・特定健康診査時健康相談を実施 34回/年 特定保健指導該当になる可能性の高い方へ説明し利用勸奨 ・動機づけ支援対象者に個人通知 特定保健指導 33回/年 ・電話・家庭訪問による利用勸奨 										
実施状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成27年度</th> <th>平成28年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>電話</td> <td>242人</td> <td>171人</td> </tr> <tr> <td>家庭訪問</td> <td>12人</td> <td>46人</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査時健康相談での利用勸奨者数 1,770人 ・個人通知数 660人 ・電話等利用勸奨数 241人 (内訳電話勸奨:171人、訪問勸奨:46人、拒否:24人) 			平成27年度	平成28年度	電話	242人	171人	家庭訪問	12人	46人
	平成27年度	平成28年度									
電話	242人	171人									
家庭訪問	12人	46人									
評価	<p>特定保健指導の該当になる可能性の高い者に利用勸奨することで、短時間の中でも生活習慣の振り返りや情報提供を行うことができた。しかし、特定保健利用率に変化は見られなかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている。 【理由】過年度に特定保健指導を受けた者や該当になる可能性の高い者から、生活状況やその変化等を伺え、利用勸奨が役立っていると考えられるため。 ○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】多くの方が受ける会場で利用勸奨することができるため。 ○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施 										
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・利用勸奨方法について、検討する必要がある。 										

6. 特定保健指導利用勸奨（積極的支援）

事業の目的	特定保健指導（積極的支援）の対象となった者に利用勸奨を行い、保健指導を利用してもらうことで、生活習慣病の予防につなげる。
対象	・40～74歳男女のうち、特定健康診査の結果に基づく積極的支援該当者
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的支援対象になったにもかかわらず特定保健指導の利用を行っていない者に対し利用勸奨の通知を行う。 ・「健幸長寿日本一をつくばから」の教室等実施時に、参加者に対して健診の必要性をアピールする等の受診勸奨を行う。
実施状況	「健幸長寿日本一をつくばから」の教室等実施時に、参加者に対して特定保健指導の必要性をアピールする等の利用勸奨を行った。
評価	<p>「健幸長寿日本一をつくばから」の教室等実施時に、参加者に対して情報提供することで特定保健指導の必要性をアピールすることができた。</p> <p>○有効性 【評価】低：成果が低下（低水準を維持）している 【理由】「健幸長寿日本一をつくばから」の教室等実施時に、参加者に対して情報提供することで特定保健指導の必要性をアピールすることができたため。</p> <p>○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】多くの人が参加する教室等で、情報提供できるため。</p> <p>○総合評価 【評価】D：成果を向上させる必要有り</p>
今後の課題	健康増進課や医療機関と連携を図り、特定保健指導実施率のさらなる向上に努める必要がある。また、より効果的な利用勸奨方法についての検討が必要である。

7. 検査値高値者の受診勧奨

事業の目的	特定健康診査を受診した結果、医療機関への受診が必要な者について受診を促す。未受診者には保健師等が家庭訪問を行い、受診勧奨と必要な指導を行うことで、疾病の重症化を予防する。																	
対象	40～60歳の特定健診受診者で血圧 140/90mmHg 以上、LDL コレステロール 140mg/dl 以上または HDL コレステロール 34mg/dl 以下または中性脂肪 300mg/dl 以上、血色素 9.9g/dl 以下、HbA1c 6.5% 以上、クレアチニン男性 1.3mg/dl 以上、女性 1.0mg/dl 以上の者。																	
実施方法	集団健診受診者に対し、受診勧奨の通知（各該当項目のリーフレットも同封）送付。通知送付 2 ヶ月後までのレセプトにて受診状況を確認。未受診者には電話または家庭訪問にて受診勧奨を行う。																	
事業計画	<p>○返信ハガキにて受診状況確認</p> <p>○電話や家庭訪問での受診勧奨</p> <p>未受診者や健診年齢 40～59 歳の特定健診受診者で血圧 160/100mmHg 以上、LDL コレステロール 180mmHg 以上または中性脂肪 1000mg/dl 以上、HbA1c 6.5% 以上の未治療者とコントロール不良者に受診勧奨を行う。</p> <p>平成 29 年度事業開始に向けて以下の準備をすすめる。</p> <p>○受診勧奨通知対象者の変更</p> <p>40～74 歳の特定健診受診者の内、Ⅱ度高血圧（160/100mmHg 以上）で高血圧症未治療者、LDL コレステロール 140mg/dl 以上または中性脂肪 300mg/dl 以上で脂質異常症未治療者に対して受診勧奨通知を送付する。通知の中に高血圧や脂質異常症のパンフレットも同封する。</p> <p>○レセプト確認による受診勧奨</p> <p>対象者が血圧 160/100mmHg 以上、LDL コレステロール 180mmHg 以上または中性脂肪 1000mg/dl 以上の者に対して行う。未受診者には電話や家庭訪問によるフォローを行う。</p>																	
実施状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 27 年度</th> <th>平成 28 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>受診勧奨通知者</td> <td>571 人</td> <td>351 人</td> </tr> <tr> <td>ハガキで受診状況確認</td> <td>155 人</td> <td>124 人</td> </tr> <tr> <td>家庭訪問</td> <td>53 人</td> <td>73 人</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>36 人</td> <td>15 人</td> </tr> </tbody> </table> <p><平成 28 年度の詳細></p> <ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨通知送付 送付数：351 通 返信ハガキにて受診状況の確認 ハガキ返信数は 351 通のうち 124 通で 35.3%であった。 家庭訪問 地区担当保健師で家庭訪問、電話を実施。73 人に対して訪問。そのうち治療中が 37 人（以前から治療中 31 人、治療開始 4 人、経過観察 2 人）、未受診が 21 人、不明不在者は 15 人であった。家庭訪問・電話では受診状況の確認や血圧、脂質異常症、糖尿病等のパンフレットを使って生活習慣の聞き取り及び指導を実施した。 <p>治療中であるがコントロール不良の方に対しても訪問をし、内服・受診状況の確認、継続受診、資料配布を行った。</p>				平成 27 年度	平成 28 年度	受診勧奨通知者	571 人	351 人	ハガキで受診状況確認	155 人	124 人	家庭訪問	53 人	73 人	電話	36 人	15 人
	平成 27 年度	平成 28 年度																
受診勧奨通知者	571 人	351 人																
ハガキで受診状況確認	155 人	124 人																
家庭訪問	53 人	73 人																
電話	36 人	15 人																
評価	<p>○有効性</p> <p>【評価】中：適切な成果が得られている。</p> <p>【理由】受診勧奨通知で医療機関受診を促し、家庭訪問や電話での生活習慣の確認・指導や受診勧奨の実施をすることができた。</p> <p>医療機関受診率 57.3%と目標値の 55%を上回ったが、治療中のコントロール不良者に対する指導の有効性について課題が残ったため、対象者について検討する必要がある。</p> <p>○効率性</p> <p>【評価】中：適切な費用対効果が得られている</p> <p>【理由】健診結果データから、受診勧奨が必要な者を抽出し、効率的に事業を進めることができた。</p> <p>1 人の受診勧奨に対して、封筒・ハガキ・通知代で約 224 円。家庭訪問では、地区担当保健師で業務内に効率よく回ることができた。</p> <p>○総合評価</p> <p>【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>																	
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> 治療中のコントロール不良者に対して、訪問や電話では詳しい病院の指導方針もわからず、具体的な指導は難しい。対象者について検討する必要がある。 訪問不在者が多いため、実施方法を検討する必要がある。 																	

8. 糖尿病重症化予防

事業の目的	糖尿病未治療者及びCKD（慢性腎臓病）リスク高値者へ保健指導を実施し、糖尿病性腎症等の発症予防を行うことで、人工透析を予防もしくは透析開始時期を遅らせる。
対象	特定健康診査受診者のうち、次のいずれかに該当する者で健診時未治療者 （1）HbA1c6.5%以上 （2）eGFR50 未満または尿蛋白（+）以上
実施方法	CKD（慢性腎臓病）リスク重症度が高い者へ、受診勧奨の通知（各概要項目のリーフレットも同封）送付。通知送付2か月後までのレセプトにて受診状況を確認。未受診者には家庭訪問で受診勧奨及び保健指導を実施する。
事業計画	<p>本事業に関する医師会との打合せ及び市内医療機関への説明を行う。 H29年度事業開始に向け、以下の準備を進める。</p> <p>（1）受診勧奨通知①送付 健診結果通知の翌月、対象者に受診勧奨通知①と指導パンフレットを送付する。</p> <p>（2）レセプト確認① 受診勧奨通知①の3か月後にレセプトにて医療機関の受診の有無を確認する。</p> <p>（3）電話による確認 （2）レセプト確認①にて医療機関の受診が確認できない者について電話で受診状況を確認する。受診済みの者には継続受診を、未受診の者には未受診の理由を確認し、受診勧奨と保健指導を行う。</p> <p>（4）訪問による確認 （3）電話による確認で連絡がつかなかった者について自宅を訪問し、受診状況を確認する。受診済の者には継続受診を、未受診の者には未受診の理由を確認し、受診勧奨と保健指導を行う。</p> <p>（5）レセプト確認② （3）電話による確認及び（4）訪問による確認で行った最終アプローチから2か月後に最終アプローチ月のレセプトを確認する。</p>
実施状況	対象者の検査基準を設定し、医師会に了解を得た。 おおまかな実施スケジュールを作成した。
評価	<p>H29年度事業開始のための準備を行うことができた。</p> <p>○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている。 【理由】糖尿病性腎症等を発症すると、人工透析が必要となり、定期的な通院を余儀なくされ、また、高額な医療費がかかるなど生活の質を損なうものとなるため、発症予防や重症化予防は重要であり、有効な事業であるため。</p> <p>○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】糖尿病重症化予防は、将来的な医療費の増加抑止に寄与できるため。</p> <p>○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>
今後の課題	医療機関との連携方法について方向性が未定である。 医師会等関係機関に対して事業周知が不十分である。

9. 人間ドック等助成

事業の目的	費用の助成を行うことで、多くの国保被保険者に人間ドック等を受診していただき、健康の保持・増進につなげる。																		
対象	30～74歳男女のうち、以下の条件を満たす国保被保険者。 市民税・国民健康保険税に未納がないこと。同年度において集団健診・医療機関健診を受診していないこと。 脳ドック・総合ドックについては3年に1度の助成。30～39歳の被保険者については人間ドックのみ助成可																		
実施方法	国民健康保険課窓口、窓口センター、保健センターでの申請に基づき、助成決定通知書を交付する。 被保険者はドック受診当日、助成決定通知書を医療機関に提出することにより、会計時に受診費用から助成額が控除される。																		
事業計画	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>人間ドック</th> <th>脳ドック</th> <th>総合ドック</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>助成額</td> <td>17,500円</td> <td>25,000円</td> <td>37,500円</td> </tr> <tr> <td>対象年齢</td> <td>30歳以上(健診年齢)</td> <td>40歳以上(健診年齢)</td> <td>40歳以上(健診年齢)</td> </tr> <tr> <td>助成回数</td> <td>1年に1度の助成</td> <td>3年に1度の助成</td> <td>3年に1度の助成</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> 助成申請受付・助成決定通知書交付期間 平成28年3月1日～平成29年3月31日 周知方法 小冊子「国保の基本」、「ライフプランすこやか」、特定健康診査受診券送付時に同封のチラシ、市ホームページに案内を掲載 				人間ドック	脳ドック	総合ドック	助成額	17,500円	25,000円	37,500円	対象年齢	30歳以上(健診年齢)	40歳以上(健診年齢)	40歳以上(健診年齢)	助成回数	1年に1度の助成	3年に1度の助成	3年に1度の助成
	人間ドック	脳ドック	総合ドック																
助成額	17,500円	25,000円	37,500円																
対象年齢	30歳以上(健診年齢)	40歳以上(健診年齢)	40歳以上(健診年齢)																
助成回数	1年に1度の助成	3年に1度の助成	3年に1度の助成																
実施状況	<p>○助成利用者数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成27年度</th> <th>平成28年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>人間ドック</td> <td>1,728人</td> <td>1,915人</td> </tr> <tr> <td>脳ドック</td> <td>58人</td> <td>51人</td> </tr> <tr> <td>総合ドック</td> <td>215人</td> <td>195人</td> </tr> </tbody> </table>				平成27年度	平成28年度	人間ドック	1,728人	1,915人	脳ドック	58人	51人	総合ドック	215人	195人				
	平成27年度	平成28年度																	
人間ドック	1,728人	1,915人																	
脳ドック	58人	51人																	
総合ドック	215人	195人																	
評価	<p>人間ドック等の受診費用の一部を助成することで、多くの国保被保険者に人間ドック等を受診してもらうことができ、健康の保持・増進につながったとともに、生活習慣病の早期発見・早期治療につなげることができた。</p> <p>○有効性 【評価】高：成果が向上（高水準を維持）している 【理由】年々、助成利用件数（総数）は増加しており、生活習慣病予備群の早期発見につながっているため。</p> <p>○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】人間ドック等を受診することにより糖尿病等の生活習慣病予備群を早期発見することができ、将来的な医療費の増加抑止に寄与することができたため。</p> <p>○総合評価 【評価】A：成果を維持して継続実施</p>																		
今後の課題	年々、医療機関での受診費用が高騰していることから、助成費用の見直しの検討が必要である。																		

10. 機関紙等発行

事業の目的	国民健康保険の被保険者に、国民健康保険制度、保険給付や保健事業等について情報提供をする。
対象	0～74 歳男女
事業計画	<p>国民健康保険被保険者証発送時に同封する。 窓口で加入手続きを行う際に配布する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険制度について周知するための小冊子「国保の基本」を作成し、国民健康保険被保険者証発送時に同封する。 窓口での新規加入手続きを行う際に配布する。 市ホームページに、国民健康保険制度についての周知・広報の記事を掲載する。 「広報つくば」に、周知・広報の記事を掲載する。
実施状況	<p><平成28年度></p> <p>○小冊子「国保の基本」 作成部数 40,000 部</p> <ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険制度について周知するための小冊子「国保の基本」を作成し、国民健康保険被保険者証発送時に同封した。 窓口での新規加入手続きを行う際に配布した。 <p>○市ホームページに、国民健康保険制度についての周知・広報の記事を掲載した。</p> <p>○「広報つくば」に、周知・広報の記事を掲載した。</p> <p>4月号 被保険者証の受け取りがお済でない方への案内 5月号 人間ドック等協力医療機関の変更案内 7月号 国民健康保険税の納付書送付について 被保険者証の受け取りがお済でない方への案内 限度額認定証 更新時期のお知らせ</p> <p>10月号 社会保険に加入した方への国民健康保険喪失手続き案内 11月号 社会保険料控除証明書の発行案内 12月号 データヘルス計画（案）のパブリックコメント実施案内</p> <p>2月号 平成29年度国民健康保険被保険者証の窓口受け取り申請の案内 3月号 平成29年度国民健康保険被保険者証郵送の案内</p>
評価	<p>国民健康保険の被保険者に、国民健康保険制度、保険給付や保健事業等について情報提供をすることができた。</p> <p>○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている 【理由】国民健康保険制度について、有効的に広く周知が図れているため。</p> <p>○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】国民健康保険制度について、効率的に広く周知が図れているため。</p> <p>○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>
今後の課題	制度改正の頻度が高いので、その都度対応した小冊子の発行が必要になる。

11. 医療費通知

事業の目的	国民健康保険の被保険者に受診時の医療機関名や医療費等を通知することにより、御本人に受診履歴の確認・振り返りの機会を提供し、医療費の適正化につなげる。
対象	0～74歳男女。送付先は、医療機関を受診した被保険者の世帯の世帯主
実施方法	年6回、対象者あて通知を作成し、送付
事業計画	ハガキで受診年月日、受診者名、受診医療機関、診療区分、日数、医療費の額、保険者負担額、被保険者自己負担額を通知する。 11・12月診療分を5月、1・2月診療分を7月 3・4月診療分を9月、5・6月診療分を11月 7・8月診療分を1月、9・10月診療分を3月に対象者へ通知する。 医療費通知の作成については、県国民健康保険団体連合会へ委託。
実施状況	通知発送数 128,824件（平成27年度） （内訳） 平成27年5月発送 21,410件 平成27年7月発送 21,251件 平成27年9月発送 21,730件 平成27年11月発送 21,572件 平成28年1月発送 21,408件 平成28年3月発送 21,453件 通知発送数 128,040件（平成28年度） （内訳） 平成28年5月発送 21,360件 平成28年7月発送 21,308件 平成28年9月発送 21,692件 平成28年11月発送 21,506件 平成29年1月発送 21,088件 平成29年3月発送 21,086件
評価	国民健康保険の被保険者に受診時の医療機関名や医療費等を通知することにより、御本人に受診履歴の確認・振り返りの機会を提供し、医療費の適正化につなげることができた。 ○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている 【理由】受診年月日、受診者名、受診医療機関、診療区分、日数、医療費の額、保険者負担額、被保険者自己負担額を通知しており、有効な情報提供ができているため。 ○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】受診履歴の確認、振り返りの機会をハガキによる通知で被保険者に一斉に提供することは、効率的であるため。 ○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施
今後の課題	通知が届く時期が遅いとの声がある。今後、医療費通知が税申告の医療費控除の添付書類として利用できるよう改正となることから、通知回数について検討する必要がある。

12. ジェネリック医薬品差額通知

事業の目的	ジェネリック医薬品へ切り替えた場合の差額通知を対象者に発送することにより、対象者に先発医薬品からジェネリック医薬品へ切り替えていただき、国民健康保険医療費の抑制につなげる。
対象	40～74歳男女のうち、血圧降下剤、高脂血症用剤、糖尿病用剤について、後発医薬品切替額（自己負担分）が300円以上の者
実施方法	ジェネリック医薬品差額通知を作成し、対象者に発送する。
事業計画	抽出条件 ①対象医薬品の種類（血圧降下剤・高脂血症用剤・糖尿病用剤） ②対象年齢要件 国民健康保険の被保険者で40歳以上の方 ③差額金額 1被保険者当たり300円以上 ④公費レセプトは除く 以上の抽出条件により、ジェネリック医薬品差額通知を作成し、対象者に発送する。 年3回（5月、9月、2月）にジェネリック医薬品差額通知を対象者へ通知する。
実施状況	通知発送数 2,450件（平成27年度） （内訳） 平成27年5月発送 733件 平成27年10月発送 748件 平成28年2月発送 969件 通知発送数 1,974件（平成28年度） （内訳） 平成28年5月発送 725件 平成28年9月発送 621件 平成29年2月発送 628件
評価	ジェネリック医薬品切替効果額 （平成28年4月から平成29年1月までの10ヶ月間の調剤分） 血圧降下剤 3,125,081円 高脂血症用剤 574,078円 糖尿病用剤 171,117円 計 3,870,276円 ※平成28年3月発送の969件を含んだ効果額 ○有効性 【評価】高：成果が向上（高水準を維持）している 【理由】ジェネリック医薬品使用割合も少しずつではあるが向上しており、差額通知の効果が表れていると考えられるため。 ○効率性 【評価】高：費用対効果が向上（高水準を維持）している 【理由】必要経費は主に郵送料で、年間50万円弱であるのに対し、効果額は380万円以上と経費に比べ高い効果が得られているため。 ○総合評価 【評価】S：成果・費用対効果を維持して継続実施
今後の課題	ジェネリック医薬品切替割合をさらに向上させる必要がある。

14. かかりつけ医からの診療情報等提供事業

事業の目的	医療機関の診療時における特定健康診査該当の検査データを、被保険者の同意を得て、市町村国民健康保険が医療機関から収集することにより、特定健康診査の受診率向上を図り、効率的・効果的な保健事業の実施等に資する。
対象	40～74歳男女のうち次の(1)～(3)の条件を満たす方 (1) 特定健康診査未受診者 (2) 診療情報提供の同意を得られた者 (3) 特定健康診査基本項目に該当している検査をしている者
実施方法	特定健康診査未受診者に対し、市町村より情報提供依頼を通知する。健診未受診者がかかりつけ医療機関に通知と特定健康診査受診券を持参し、本人が同意した場合、診療時に測定された特定健康診査に該当する検査結果データを該当医療機関から市町村へ情報提供する。
事業計画	特定健康診査未受診者データと、レセプトデータから生活習慣病でかかりつけ医（特定健康診査実施医療機関に限る）に受診している者のデータを抽出し、それらのデータを突合することで情報提供依頼者対象リストを作成し、情報提供依頼文を通知する。 ○つくば市医師会と委託契約を締結する。（平成29年2月1日付、情報提供期間 平成29年2月1日から平成29年3月31日） ○医療機関へ事業実施案内と協力依頼文を通知する。 ○情報提供依頼対象者リストを作成し、情報提供依頼文を通知する。
実施状況	○つくば市医師会と平成29年2月1日付で委託契約締結 （情報提供期間：平成29年2月1日から平成29年3月31日） ○協力依頼文発送医療機関数 59 医療機関 ○情報提供依頼文発送数 723 人
評価	○情報提供件数 6 件 ○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている 【理由】特定健康診査受診率を少しでも向上させることは、糖尿病等の生活習慣病予備群を早期発見することで、重症化予防につなげることができるため。 ○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】すでにかかりつけ医で検査を受けている者の診療情報を提供してもらうため、改めて特定健康診査を受診していただく必要がなく、効率的であるため。 ○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施
今後の課題	情報提供件数を増やす必要がある。

15. 健康アップ教室

事業の目的	健康管理に関する自己管理能力向上を支援し、疾病の予防及び改善を図る。
対象	20歳以上の男女。つくば市に住所を有し、糖尿病、脂質異常症、高血圧症が気になる者
実施方法	各保健センターにおいて、糖尿病、脂質異常症、高血圧症が気になる方を対象に健康教室を実施する。
事業計画	<p>毎回、下記のテーマに沿って保健師・管理栄養士の健康講話、試食、健康運動指導士による運動指導</p> <p>(1) セルフチェック活用法（体組成測定） (2) 血糖値 (3) コレステロール・中性脂肪 (4) 血圧</p> <ul style="list-style-type: none"> ・会場：桜・谷田部・荃崎保健センターの3会場 ・教室の実施回数：15回（各会場5回1コース） ・周知方法：集団健診（春・秋、基本健診）を受診した方への結果通知に案内を同封し、健康アップ教室をPR ・内容：病態別の健康教育（参加前に血圧測定、健康チェック） ・評価：各回終了後に参加後アンケートを実施し、教室の満足度を確認
実施状況	<p>参加人数 119人（平成26年度） 126人（平成27年度） 260人（平成28年度）</p> <p><平成28年度の詳細></p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施回数 15回（5回1コース、3会場） ・申込人数 （実）62人（桜：29人、谷田部：22人、荃崎：11人） ・参加人数 （実）60人（桜：27人、谷田部：22人、荃崎：11人） 女性：53人、男性：7人 （延）260人（桜：112人、谷田部：100人、荃崎：48人）
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度は、開催会場を1ヶ所増やし、3会場で実施した。開催回数は、血圧、糖、脂質の内容を盛り込んだ5回1コースとし、各会場1コースずつ実施した。延べ260人が参加し、昨年比へ、大幅な参加者増となった。 ・参加者からは、「参加してよかった」という意見が多く、満足度の高い教室の実施ができたといえる。 <p>○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている 【理由】糖尿病、脂質異常症、高血圧症が気になる方を対象に、保健師・管理栄養士による講話や試食、健康運動指導士による運動指導を実施することで、健康管理に関する自己管理能力向上を支援できており、疾病の予防につながっているため。</p> <p>○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】PRは集団健診時や結果送付の際のチラシ同封、広報つくばにより行っており、教室スタッフも最小限で行えているため、費用は抑えられている。その中で、参加者の満足度は高いため、適切な費用対効果は得られていると考えられるため。</p> <p>○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>
今後の課題	参加者は、年齢が60歳代から70歳代の方が多く、女性の割合が大きい。昨年度から比較すると、男性の参加も増加しているが、男性や若い世代の方も参加しやすいような工夫が必要である。

16. 「健幸長寿日本一をつくばから」多世代交流出前教室

事業の目的	<p>長寿世代を見据え、若い世代からの生活習慣病予防・重症化予防に取り組み、高齢者になっても住み慣れた地域で、健康でいきいきした生活を送ることができるよう健康寿命を延ばし、地域に貢献する元気な高齢者を増やすと共に、世代間交流を通して地域コミュニティの活性化を図る。</p> <p>また、全ての世代の健康づくりに取り組むために、健康・医療に関する雇用の増加を図ることにより地域の活性化を図り、健康なまちづくりの推進を強化して、介護保険給付費の抑制と医療費の削減を図ることで、「健幸長寿日本一をつくばから」を実現する。</p>
対象	つくば市内在住・在学・在勤の5人以上で構成された団体
実施方法	つくば市内在住・在学・在勤の5人以上で構成された団体に対し、健康講話や体操などを実施する。
事業計画	<p><平成28年度></p> <p>年間1団体24回まで可能（月に2回）。7つのメニューを組み合わせる。</p> <p>会場は主催者側で手配をする。</p> <p>①運動のインストラクターによる簡繁体操 ②リハビリ専門家による講話と実技 ③運動普及推進員によるスクエアステップエクササイズ ④カラオケ体操 ⑤専門職による健康講話 ⑥運動普及推進員によるウォーキング講座 ⑦食生活改善推進員による講話と試食</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多世代交流出前教室の実施 <ul style="list-style-type: none"> 平日だけでなく土日也希望があれば実施 ・啓発イベントの開催 <ul style="list-style-type: none"> 新規参加者を増やすために体験型イベントを開催 ・事業の周知 <ul style="list-style-type: none"> 市報、新聞、情報誌、ポスティング、ラチオつくばなどでの周知 ・専門職の雇用 <ul style="list-style-type: none"> 多職種、子連れ出勤体制の整備 ・予防事業に参加している方の医療費分析を行う <ul style="list-style-type: none"> 業者委託
実施状況	<p><平成28年度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・多世代交流出前教室 <p>利用団体数 54団体 実人数 1,261人 延人数 6,483人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出前体操教室 <p>利用団体数 69団体 実人数 1,173人 延人数 6,586人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多世代交流出前教室・企業連携・企画教室での保育回数 47回 保育人数 154人 ・1周年記念イベント 参加者数 282人（関連事業初めての参加者：105人）
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・内容を7つのメニューとし充実させた。 ・土日も開催し、平日に参加できない若い世代の参加を増やした。 ・新規参加者を増やすために啓発イベントを実施した。 ・お子様連れでも参加できる保育ありの教室を開催した。 ・子連れ出勤を導入した。 ・多職種がスタッフとなることで、より専門的な情報を提供することができた。 <p>○有効性</p> <p>【評価】中：適切な成果が得られている</p> <p>【理由】若い世代から生活習慣病予防・重症化予防に取り組むことで、健康寿命を伸ばすとともに、地域の活性化が図られ、健康なまちづくりを推進することは、将来の医療費・介護給付費の増加抑止に寄与することができるため。</p> <p>○効率性</p> <p>【評価】中：適切な費用対効果が得られている</p> <p>【理由】保健センターの事業協力でマンパワーを確保したため。</p> <p>○総合評価</p> <p>【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・新規利用団体を増やすため、地区の偏りをなくすように啓発活動を行うこと ・継続利用団体が、今後、自分たちで活動できるよう教室の仕組みを整えること ・教室回数の増加に伴い、少ないスタッフで安全に運営できる体制を整えること

17. 「健幸長寿日本一をつくばから」企業連携・企画教室

事業の目的	<p>長寿世代を見据え、若い世代からの生活習慣病予防・重症化予防に取り組み、高齢者になっても住み慣れた地域で、健康でいきいきした生活を送ることができるよう健康寿命を延ばし、地域に貢献する元気な高齢者を増やすと共に、世代間交流を通して地域コミュニティの活性化を図る。</p> <p>また、全ての世代の健康づくりに取り組むために、健康・医療に関する雇用の増加を図ることにより地域の活性化を図り、健康なまちづくりの推進を強化して、介護保険給付費の抑制と医療費の削減を図ることで、「健幸長寿日本一をつくばから」を実現する。</p>
対象	<p>教室が開催できるスペースの提供ができる方 教室で景品などを無料提供していただける方 一緒に教室を企画して健康教室に協力していただける方 つくば市内在住・在学・在勤の方</p>
実施方法	<p>企業と連携し、企業が提供した会場や市の施設で公募により、健康講話や体操などの教室を実施する。</p>
事業計画	<p>企業や団体とともに教室企画をし実施する。</p> <p><平成28年度> 年間1団体24回まで可能（月に2回）。7つのメニューを組み合わせる。 会場は主催者側で手配をする。</p> <p>①運動のインストラクターによる簡単体操 ②リハビリ専門家による講和と実技 ③運動普及推進員によるスクエアステップエクササイズ ④カラオケ体操 ⑤専門職による健康講話 ⑥運動普及推進員によるウォーキング講座 ⑦食生活改善推進員による講話と試食</p> <ul style="list-style-type: none"> ・企業連携・企画教室の実施 平日だけでなく土日也希望があれば実施 ・啓発イベントの開催 新規参加者を増やすために体験型イベントを開催 ・事業の周知 市報、新聞、情報誌、ポスティング、ラチオつくばなどでの周知 ・専門職の雇用 多職種、子連れ出勤体制の整備 ・予防事業に参加している方の医療費分析を行う 業者委託
実施状況	<p><平成28年度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・企業連携・企画教室 利用団体数 27団体 実人数 707人 延人数 2,060人 ・多世代交流出前教室・企業連携・企画教室での保育回数 47回 保育人数 154人 ・1周年記念イベント 参加者数 282人（関連事業初めての参加者：105人） <p>出展団体 15団体</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携企業にのぼり旗、ポスターを配布し設置 ・ポイント制度の導入 ・母子、学童など対象者の拡大
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・内容を7つのメニューとし充実させた。 ・土日も開催し、平日に参加できない若い世代の参加を増やした。 ・新規参加者を増やすために啓発イベントを実施した。 ・お子様連れでも参加できる保育ありの教室を開催した。 ・多職種がスタッフとなることで、より専門的な情報を提供することができた。 ・団体に属していない方も気軽に参加できる企業連携教室を増やした。 ・若い人の参加や継続参加につなげるためのポイント制度を導入した。 ・市内7ヶ所に設置してある高齢者健康遊具を活用するための教室を企画し開催した。 ・小学校など、学童と保護者に向けて教室を開催した。 <p>○有効性</p> <p>【評価】中：適切な成果が得られている</p> <p>【理由】若い世代から生活習慣病予防・重症化予防に取り組むことで、健康寿命を伸ばすとともに、地域の活性化が図られ、健康なまちづくりを推進することは、将来の医療費・介護給付費の増加抑止に寄与することができるため。</p>

	<p>○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】企業や団体との連携を強化し、企画や準備などスタッフ人材や会場を確保したため。</p> <p>○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>
今後の課題	新規参加者の増加

18. 「健幸長寿日本一をつくばから」食育普及講座

事業の目的	市民が健全な食生活の実現を図ることができるよう、栄養に関する正しい知識を得る場を提供する。
対象	市民
実施方法	栄養士・食生活改善推進員による講話・調理実習を実施する。
事業計画	広報で参加者を募り、栄養士の講話と調理実習を行う。 食育普及講座7回実施(うち健康アップ教室とタイアップ事業2回)
実施状況	<平成28年度> 市報による周知を実施した。 食育普及講座6回実施 参加延人数92人 参加者が興味を持てる内容の病態別の講話、調理実習を行った。
評価	○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている 【理由】病態別の講話、調理実習の実施により、市民に対し栄養に関する知識を普及することができており、市民の健全な食生活の実現に寄与しているため。 ○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】管理栄養士、食生活改善推進員が計画的かつ必要最低限の費用で実施できているため。 ○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施
今後の課題	食育普及講座のテーマにより参加人数にばらつきが見られる。

19. 「健幸長寿日本一をつくばから」食生活改善推進員地区伝達講習会

事業の目的	市民が食と健康的な食生活に関する知識と能力を身につけ、日々の生活で健康的な食生活の実現を図るために、地域の健康づくりの担い手である食生活改善推進員の活動を支援する。																		
対象	市民																		
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 食生活改善推進員の養成・育成を行い、活動活性化を推進する。 料理教室等の食を通じた地域の世代間交流の活性化を図る。 市民が身近なところで健康づくりができるよう、食生活改善推進員の活動を支援する。 																		
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> 会員の養成 新規会員を募集し養成講習会を開催する。また、既存の会員には研修会にて定期的に知識と技術向上の場を提供し、活動の活性化を推進する。 活動環境の整備 市民が身近なところで健康づくりができるよう、食生活改善推進員の各地区における運営・活動環境を整える 世代間交流 料理教室等を通じた地域の世代間交流の活性化を図る。 食生活改善推進員養成講習会実施 9月までに、養成講習会のPR及び広報活動を行い、10～3月に講習会を実施する。 活動支援 年間6回の研修会を6支部ごとに実施し、会員の知識の向上を図る。 																		
実施状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成26年度</th> <th>平成27年度</th> <th>平成28年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>伝達回数</td> <td>231回</td> <td>250回</td> <td>240回</td> </tr> <tr> <td>参加延人数</td> <td>10,475人</td> <td>9,200人</td> <td>11,259人</td> </tr> <tr> <td>食生活改善推進員 養成人数</td> <td>11人</td> <td>25人</td> <td>17人</td> </tr> </tbody> </table> <p><平成28年度></p> <ul style="list-style-type: none"> 食生活改善推進員養成講習会を6日間実施 つくばフェスティバル、健康フェスタにてチラシの配布 豊里28回、荃崎40回、谷田部37回、大穂33回、桜65回、筑波37回 計240回 				平成26年度	平成27年度	平成28年度	伝達回数	231回	250回	240回	参加延人数	10,475人	9,200人	11,259人	食生活改善推進員 養成人数	11人	25人	17人
	平成26年度	平成27年度	平成28年度																
伝達回数	231回	250回	240回																
参加延人数	10,475人	9,200人	11,259人																
食生活改善推進員 養成人数	11人	25人	17人																
評価	<ul style="list-style-type: none"> 養成講座は、チラシやポスターロコミで認知度が上がり、募集定員20名のところ新会員17名が入会した。 交流会や全体研修をとおり、会話する機会を多くとれたため、親睦を深めることができた。 <p>○有効性</p> <p>【評価】中：適切な成果が得られている</p> <p>【理由】・養成講座では、参加者は意欲的に講義を受講しており、食生活改善推進員として活動できる人材を養成できたため。</p> <ul style="list-style-type: none"> 交流会は、運動普及推進員など他職種とも交流し、見聞を広めることができ、食生活改善推進員の活動を支援することができたため。 <p>○効率性</p> <p>【評価】中：適切な費用対効果が得られている</p> <p>【理由】・養成講座は市の専門職員が講師をすることで講師代をかけずに広い内容の講義をし、有効な知識を普及することができたため。</p> <ul style="list-style-type: none"> 交流会は、全員が一同に会することができ、効率的な交流をすることができたため。 <p>○総合評価</p> <p>【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>																		
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> 多くの会員が活動に参加できるように支援する必要がある。 入会者数の増加、脱会者数の減少を図る必要がある。 																		

20. 「健幸長寿日本一をつくばから」いきいき運動教室

事業の目的	自らの健康について振り返り、運動の習慣を身につけることにより運動能力を高め、身体機能の改善、生活習慣病予防、転倒予防に寄与し、中高齢者が長く自立した生活を営むことができるようにするため
対象	40歳以上男女でつくば市に住所のある者・健康診断結果またはかかりつけ医の意見書を提出できる者・かかりつけ医から運動を止められていない者
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・1月に新年度参加者の募集（広報・HP・チラシ・回覧等） ・無料体験の実施（2回）まで ・参加希望者は年度途中であっても随時受付 ・参加費 1,000円（月）
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> ・健康運動指導士等による運動教室（健康チェック、ウォーミングアップ、有酸素運動、筋力アップ運動、ストレッチ、リラクゼーション）年41回、5コース ・健康講話の実施 ・年1回の体力測定の実施 ・生活指導、栄養指導、運動指導 ・健康情報コーナーの開設 ・交流会 ・次年度に向けた参加者の募集
実施状況	<p><平成28年度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・5コース 年41回の運動教室及び年1回の体力測定を実施した。 ・11月に4回及び12月に4回、短期エクササイズ教室を実施した。 ・1月、地区回覧・市ホームページ・市報に掲載した。
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・市報や案内チラシ・地区回覧やホームページで募集をし、平成29年度4月からの新規参加者は48名となり平成28年よりも増加した。 ・短期エクササイズ教室を実施したことにより参加者が増えた。 <p>○有効性</p> <p>【評価】中：適切な成果が得られている</p> <p>【理由】運動だけでなく栄養指導、健康講話、体力測定、個別相談を実施し、身体機能の改善、生活習慣病予防に取り組むことで、中高齢者が長く自立した生活を営むことに寄与しているため。</p> <p>○効率性</p> <p>【評価】中：適切な費用対効果が得られている</p> <p>【理由】年齢と運動強度別にクラスを分け、幅広く運動効果が得られるよう工夫しているため。</p> <p>○総合評価</p> <p>【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>
今後の課題	コースによって参加人数にばらつきがあるため、参加しやすいよう工夫する。

21. 「健幸長寿日本一をつくばから」つくばウォークの日

事業の目的	健康増進・生活習慣病予防・介護予防の観点から、手軽にできるウォーキングを運動習慣として定着をさせるため
対象	市民
実施方法	(1) 周知方法：広報つくば・HP・ライフプランすこやか・チラシ・地区回覧・市民便利帳等 (2) 日程：原則第1日曜日 平日開催あり (3) スタッフ：職員・つくば市運動普及推進員・健康運動指導士 (4) 申込み方法：事前申込みなし（ただし、室内イベントは定員があるため申込み制） (5) 料金：無料
事業計画	(1) ウォーキング前後の体操 (2) ウォーキング（約4km～約7kmの市内各コース） (3) 市内ウォーキングコースの募集・啓発 (4) 運動普及推進員による企画及び運営 つくばウォークの日開催（年14回） 新コースの設定 専門家による情報伝達の場の提供
実施状況	<平成28年度> ☆つくばウォークの日（年16回開催） 参加実人数 510人 参加延人数 1,835人 新規参加者 287人 ☆新コース 桜コースを設定した ☆健康運動指導士による歩き方の講習を実施した
評価	新規参加者数も増えて運動習慣の拡充に寄与することができた。 ○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている 【理由】手軽にできるウォーキングを運動習慣として定着させることで、健康増進、生活習慣病予防、介護予防に寄与しているため。 ○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】運動普及推進員の協力のもとに、最低限の費用で実施しているため。 ○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施
今後の課題	・新規参加者を増やすこと。 ・つくば市運動普及推進員の、より主体的な運営体制に変えていく。

22. 「健幸長寿日本一をつくばから」シルバーリハビリ体操指導士による出前体操教室

事業の目的	介護予防の観点から、身近な運動を生活の中に取り入れる動機づけを行い、高齢者が自立した生活が長く営めるようにすることで、医療・介護費削減につなげるため。																						
対象	おおむね 65 歳以上の男女で介護保険認定を受けていない者																						
実施方法	(1) 周知方法 ライフプランすこやか、ちらし、地区回覧 (2) 日程 対象者の希望日 (3) スタッフ シルバーリハビリ体操指導士 (4) 料金 無料																						
事業計画	<p>シルバー体操指導士によるいきいきヘルス体操、いきいきヘルスいっばつ体操の指導</p> <p>○1 団体最大 24 回まで可能 ○希望により年に 1 回体力測定を実施 ○年に数回、生活機能向上機器を利用したカラオケ体操</p> <p>シルバーリハビリ体操指導士による出前体操教室の実施(139 団体) 希望団体に体力測定の支援</p>																						
実施状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 26 年度</th> <th>平成 27 年度</th> <th>平成 28 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>団体数</td> <td>101 団体</td> <td>127 団体</td> <td>142 団体</td> </tr> <tr> <td>実施回数</td> <td>1,439 回</td> <td>1,914 回</td> <td>2,415 回</td> </tr> <tr> <td>参加実人数</td> <td>1,528 人</td> <td>2,171 人</td> <td>2,330 人</td> </tr> <tr> <td>参加延人数</td> <td>20,472 人</td> <td>25,472 人</td> <td>24,013 人</td> </tr> </tbody> </table> <p><平成 28 年度の詳細></p> <ul style="list-style-type: none"> 年間出前体操教室数 2,415 回（延べ参加人数 24,013 人） 参加団体数 142 団体 124 団体に体力測定を実施（実施人数 1,315 人） 出前体操教室チラシの地区回覧 出前体操教室のより良い実施のため、バッグ・名札・名簿・筆記用具等の作成および提供 市独自のユニフォーム支給 ボランティア保険加入のための補助および申し込み手続き 健康に関する資料の配布や印刷・コピー、またラミネート処理等の協力 会議等のため、いきいきプラザ会場の貸し出し 				平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	団体数	101 団体	127 団体	142 団体	実施回数	1,439 回	1,914 回	2,415 回	参加実人数	1,528 人	2,171 人	2,330 人	参加延人数	20,472 人	25,472 人	24,013 人
	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度																				
団体数	101 団体	127 団体	142 団体																				
実施回数	1,439 回	1,914 回	2,415 回																				
参加実人数	1,528 人	2,171 人	2,330 人																				
参加延人数	20,472 人	25,472 人	24,013 人																				
評価	<p>新規参加団体が 3 団体増えた。</p> <p>○有効性 【評価】中：適切な成果が得られている 【理由】高齢者が自立した生活が長く営めるように、身近な運動を生活の中に取り入れることで、介護予防に対する動機付けができており、将来的な医療費・介護給付費の増加抑止に寄与することができるため。</p> <p>○効率性 【評価】中：適切な費用対効果が得られている 【理由】シルバーリハビリ体操指導士が計画的及び効果的に 3 人体制で指導にあたっているため。</p> <p>○総合評価 【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>																						
今後の課題	引き続き地区組織の参加を促していくとともに、市の支援内容を再整理する。																						

2.3. 健康診査時健康相談

事業の目的	<p>(基本健診時健康相談) 生活習慣の見直しが必要な年代に対して、自身の生活を振り返る場を提供することにより、生活習慣病の予防、悪化防止を図る。</p> <p>(特定健康診査時健康相談) 集団健診時に健康相談を実施し、対象者に必要な指導を行うことで、生活習慣病の発症や重症化を予防する。</p>
対象	<p>(基本健診時健康相談) 20～39歳の基本健康診査受診者全員。</p> <p>(特定健康診査時健康相談) 集団健診で特定健康診査を受診した者のうち該当者。</p>
実施方法	<p>(基本健診時健康相談) 基本健診受診者全員(20～39歳)に、健診会場で保健師や管理栄養士による個別健康相談を実施する。</p> <p>(特定健康診査時健康相談) 集団健診において特定健康診査を受診した者(40～74歳)で、基準に該当した者には健診会場で保健師による健康相談を実施する。</p>
事業計画	<p>(基本健診時健康相談) 保健師による個別健康相談(全員)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果(BMI, 尿検査, 血圧など)をもとにした生活習慣の振り返り ・血圧が正常高値, BMI25以上の方に対する重点相談 ・喫煙者で禁煙意思がある方に対するの情報提供 <p>管理栄養士個別相談</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養相談希望者に対して個別相談 <p>(特定健康診査時健康相談) 保健師による個別健康相談(該当者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧予防の指導 ・特定保健指導について説明・案内 ・成人健康相談の案内 <p>(基本健診時健康相談)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診会場で受診者全員を相談対象とし、保健師・管理栄養士が個別相談を行う。 ・重点相談対象者に対して、効果的な相談を実施する。 ・管理栄養士を終日配置し、栄養相談希望の方が利用できるようにする。 <p>(特定健康診査時健康相談)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・春の集団健診受診者のうち、血圧、腹囲、BMI高値者に対し、健診会場で保健師が個別面接を行う。 <p>【基準値】</p> <ul style="list-style-type: none"> 血圧：最高血圧 160 または最低血圧 90mmHg 以上で治療中 BMI：25 以上 腹囲：男性 85cm, 女性 90cm 以上
実施状況	<p><平成28年度></p> <p>(基本健診時健康相談)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施回数 12回, 相談人数 2,686人(実) ・重点相談項目別人数(実) 血圧指導 20人, BMI高値 296人, 血圧・BMI重複 33人, 前年度訪問未把握者 35人 (受診治療開始 4名, 受診経過観察 4名医, 未受診 17名, 生活習慣改善 13名) ・延相談人数 保健師相談 674人, 栄養士相談 343人 <p>(特定健康診査時健康相談)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施回数 34回, 相談者人数 1,770人(実) ・重点相談項目別人数(延) 血圧高値 225人, 腹囲高値 1,381人, BMI高値 1,188人

	<p>・指導項目（延） 血圧指導 325人、メタボ・特定保健指導 1,537人、その他 126人</p>
<p>評価</p>	<p>（基本健診時健康相談）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診者全員に対して必要に応じて健康相談を実施することができた。 ・重点相談者の中でもBMI高値者が多いため、問診票を使用しながら生活習慣の改善点の気づきを促すことができた。 ・管理栄養士を1日配置したことで、健診会場で希望者や重点指導の方に食事指導を実施することができた。 <p>（特定健康診査時健康相談）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健師2～3名を配置し、1人あたり5～10分程度の面接となり、対象者を待たせることなく、スムーズに実施できた。 ・健診会場で行うことで、必要な者に対し生活習慣の振り返りの機会や、情報提供を行うことができた。 <p>○有効性</p> <p>【評価】中：適切な成果が得られている</p> <p>【理由】健診会場で分かる最小限のデータをもとに、個別に応じた必要な指導を行えることにより、生活習慣の改善に結びつく関わりができる機会となっているため。</p> <p>○効率性</p> <p>【評価】中：適切な費用対効果が得られている</p> <p>【理由】集団健診に来所した機会を利用しての事業であるため、同一日に多くの市民に対して指導を行っているため。</p> <p>○総合評価</p> <p>【評価】B：成果・費用対効果の向上に努めつつ継続実施</p>
<p>今後の課題</p>	<p>（基本健診時健康相談）</p> <p>相談体制を充実させ、若い世代に受け入れやすいアプローチの方法を検討する必要がある。また、前年度ハイリスク者の受診確認としても活用する体制を整備する。</p> <p>（特定健康診査時健康相談）</p> <p>つくば市の健康問題として循環器疾患の割合が多い傾向にあるため、高血圧者に対する指導を検討し、強化する必要がある。</p>

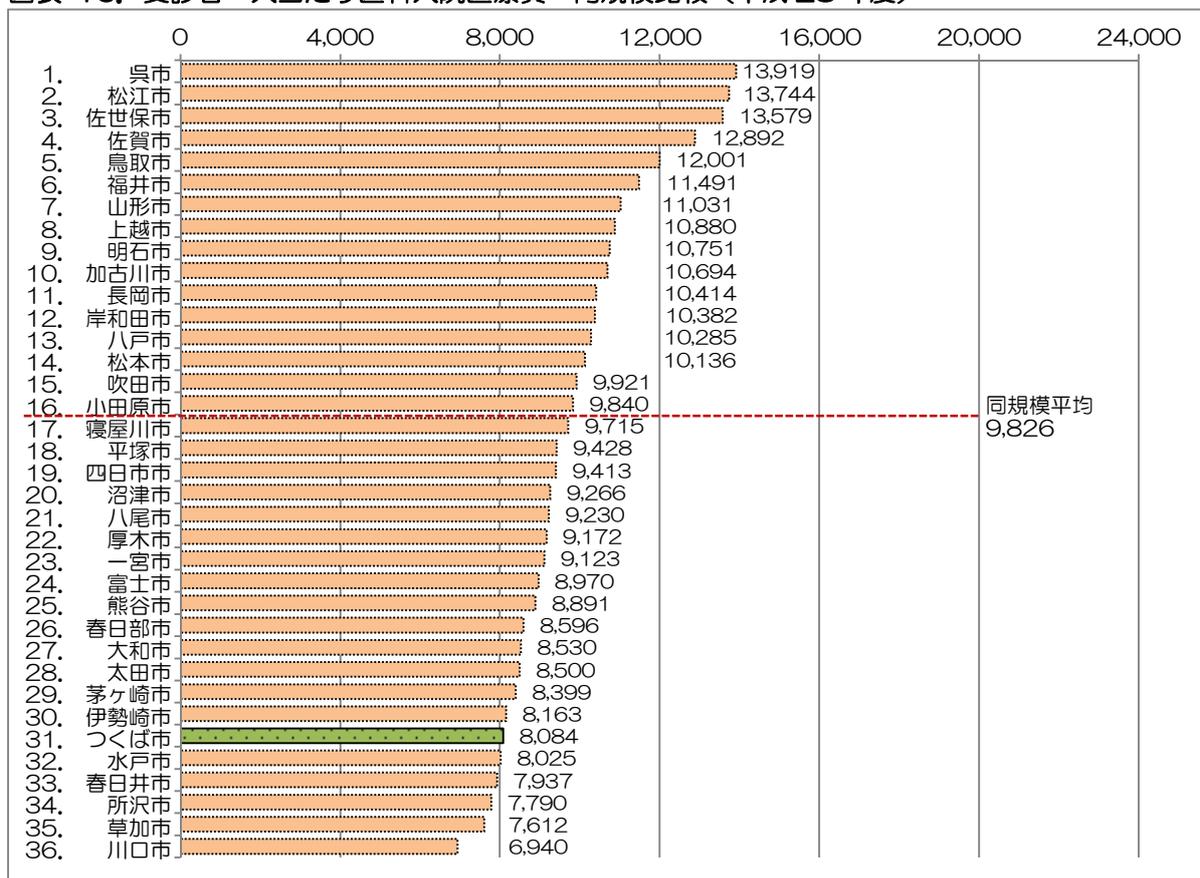
第2章 現状分析

1 医療費・疾病状況の把握

(1) 一人当たり医療費の状況

本市の受診者一人当たり医科入院医療費は 8,084 円であり、同規模の中では 36 都市中 31 位です（図表 16）。ここでの受診者一人当たり医療費は、年度内の平均値を指します。

図表 16. 受診者一人当たり医科入院医療費 同規模比較（平成 28 年度）



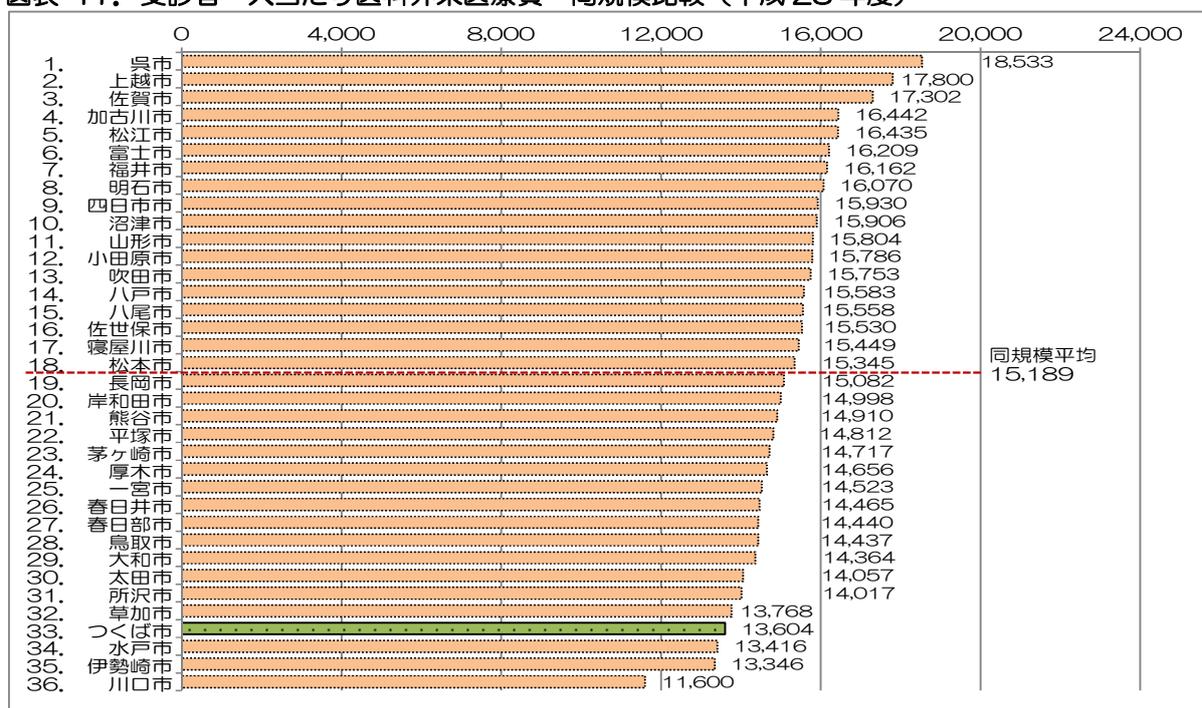
(単位：円)
出典：国保データベース

<同規模とは>

国民健康保険データベース（KDB）システムにて、比較対象として記載されている特例市の国民健康保険の保険者の平均を示しています。

受診者一人当たり外来医療費は 13,604 円であり、同規模の中では 36 都市中 33 位となっています (図表 17)。

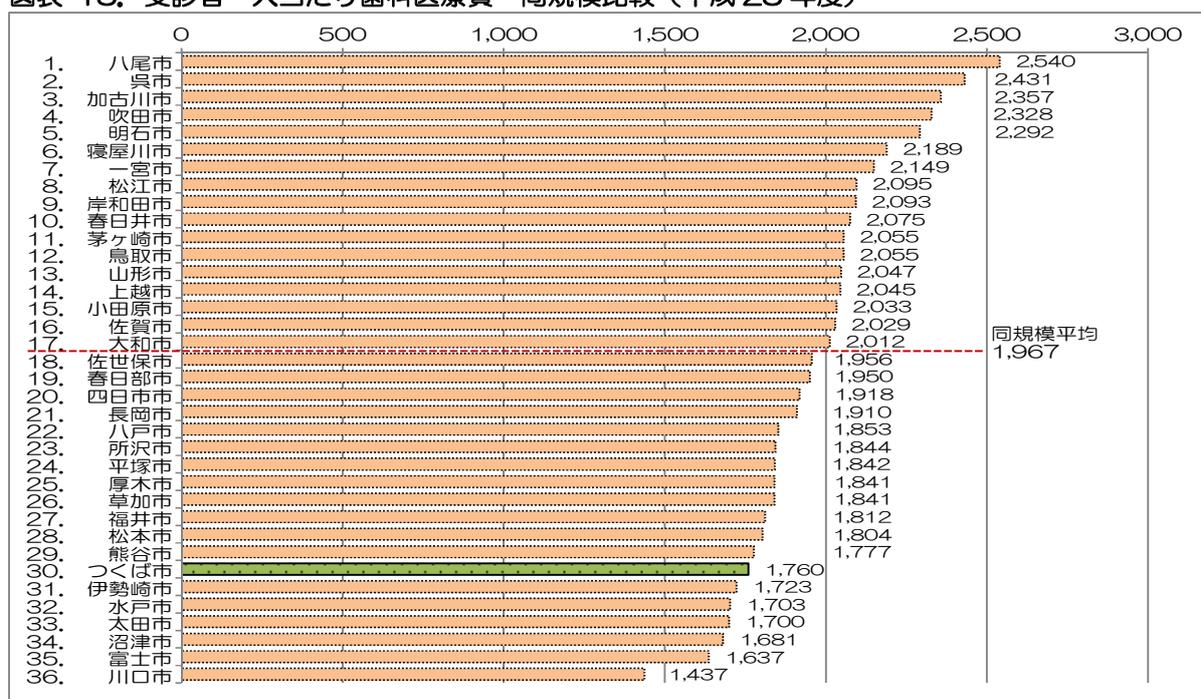
図表 17. 受診者一人当たり医科外来医療費 同規模比較 (平成 28 年度)



(単位: 円)
出典: 国保データベース

受診者一人当たり歯科医療費は 1,760 円であり、同規模の中では 36 都市中 30 位となっています (図表 18)。

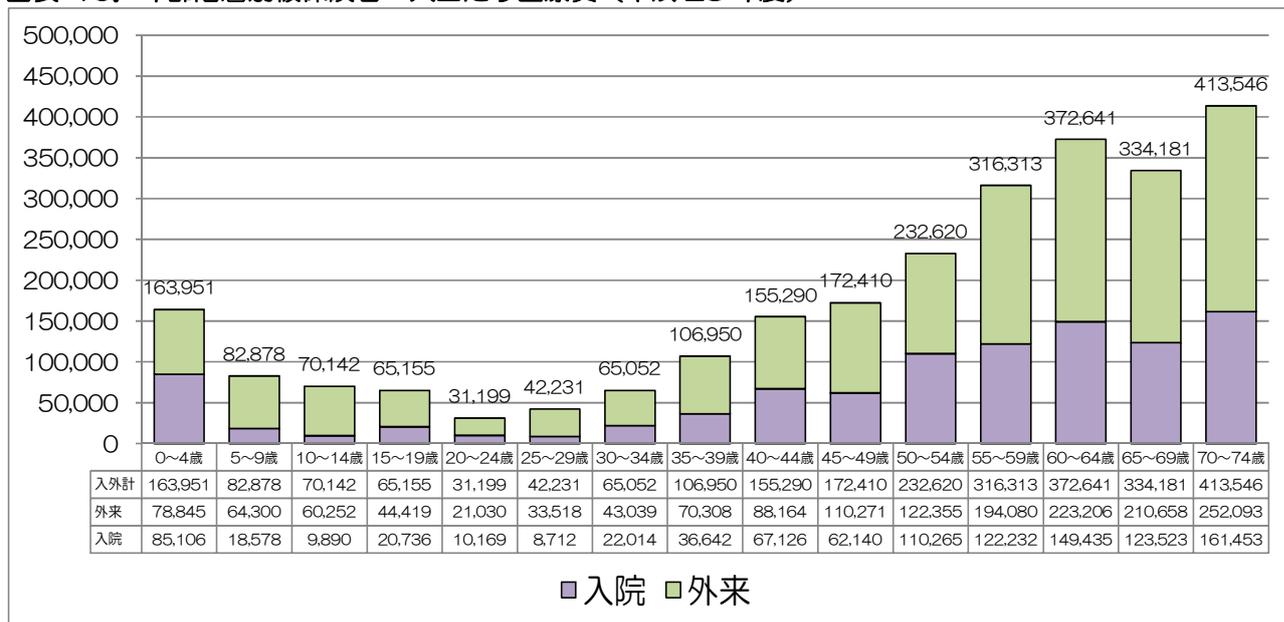
図表 18. 受診者一人当たり歯科医療費 同規模比較 (平成 28 年度)



(単位: 円)
出典: 国保データベース

本市被保険者一人当たり医療費を年齢階層別にみると、20～24歳が最も少ない31,199円であり、年齢階層が上がるにつれて増加し、70～74歳が最も多い413,546円となっています（図表19）。

図表 19. 年齢階層別被保険者一人当たり医療費（平成28年度）



（単位：円）

出典：本市作成*（p.137用語集参照）

＜本市作成とは＞

本市作成と表示しているデータは、特定健康診査の結果データ及びレセプト等のデータを基に本市において独自に作成したものです。

(2) 医療費の要素比較

医療費を要素別に比較します。ここで医療費の要素とは、受診率、1件当たり日数、1日当たり費用額、1件当たり費用額、1人当たり費用額（図表20）を指し、同規模国保を1とした場合の比で表しています。

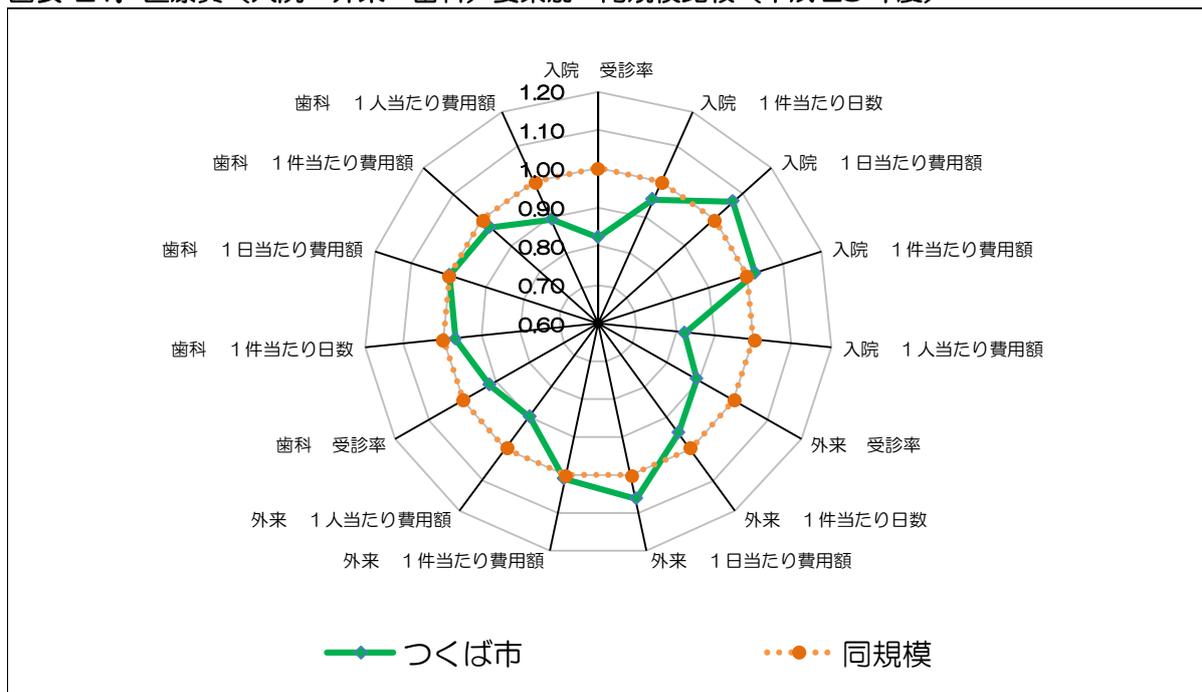
入院、外来、歯科いずれも、受診率、1件当たり日数が低いことから、1人当たり費用額が低くなっています（図表21）。

このことから本市は、通院や入院の頻度が低い特徴があります。

図表 20. 医療費の要素

要素	説明
受診率	被保険者一人当たりのレセプト件数。レセプト件数÷被保険者数で求められる。受診率が高ければ、医療機関へかかる頻度が高いと考えられる。
1件当たり日数	一つの疾病の治療のために医療機関にかかった日数。診療実日数÷レセプト件数で求められる。1件当たり日数が高ければ、入院期間、通院頻度が高いと考えられる。
1日当たり費用額	医療費の単価。医療費÷診療実日数で求められる。1日当たり費用額が高ければ、1回の診療費、1日の入院費が高いと考えられる。
1件当たり費用額	レセプト1件当たりの医療費。医療費÷レセプト件数で求められる。1件当たり費用額が高ければ、疾病の重症度、慢性度が高いと考えられる。
1人当たり費用額	被保険者1人当たりの医療費。受診率、1件当たり日数、1日当たり費用額の積と等しい。1人当たり費用額が高ければ、疾病の重症度、慢性度が高いと考えられる。

図表 21. 医療費（入院・外来・歯科）要素別 同規模比較（平成28年度）



医療費の要素	つくば市	同規模
入院 受診率	0.82	1.00
入院 1件当たり日数	0.95	1.00
入院 1日当たり費用額	1.07	1.00
入院 1件当たり費用額	1.02	1.00
入院 1人当たり費用額	0.82	1.00
外来 受診率	0.89	1.00
外来 1件当たり日数	0.95	1.00
外来 1日当たり費用額	1.07	1.00
外来 1件当たり費用額	1.01	1.00
外来 1人当たり費用額	0.90	1.00
歯科 受診率	0.92	1.00
歯科 1件当たり日数	0.97	1.00
歯科 1日当たり費用額	1.00	1.00
歯科 1件当たり費用額	0.97	1.00
歯科 1人当たり費用額	0.89	1.00

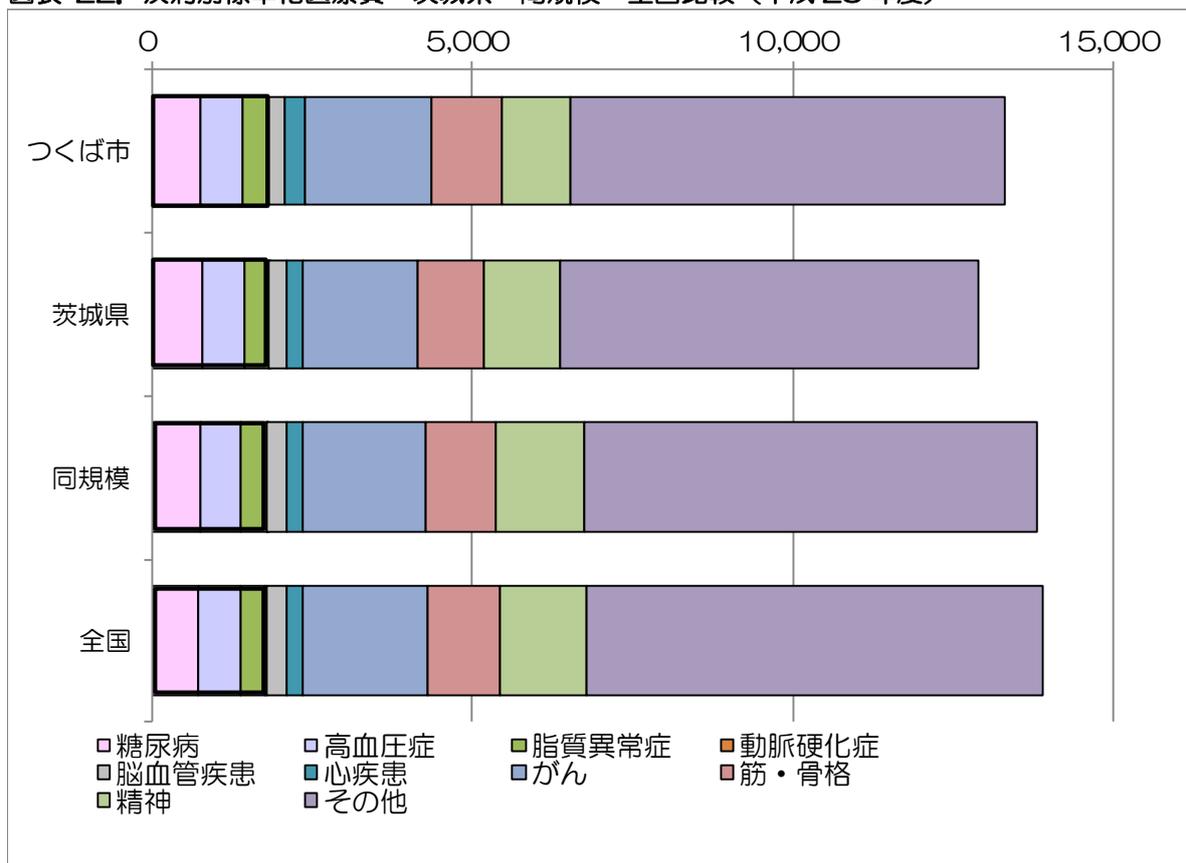
出典：国保データベース

(3) 茨城県、同規模、全国との医療費の比較

本市の医療費を茨城県や同規模、全国と比較します。ここでは、年齢構成の違いを考慮し、比較対象を本市と同じ年齢構成だった場合を仮定して算出した医療費（標準化医療費* (p.137用語集参照)) を用いています。

医療費全体は、茨城県よりも高く、同規模や全国よりも低くなっています。疾病別では、心疾患（狭心症、心筋梗塞）、がんといった疾病について、茨城県や同規模、全国よりも医療費が高くなっています（図表 22 ※黒太枠は生活習慣病）。

図表 22. 疾病別標準化医療費 茨城県・同規模・全国比較（平成 28 年度）



	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	動脈硬化症	脳血管疾患	心疾患	がん	筋・骨格	精神	その他
つくば市	733	663	397	14	270	301	1,967	1,111	1,054	6,801
茨城県	768	667	373	16	268	259	1,800	1,027	1,184	6,540
同規模	741	633	399	22	300	265	1,915	1,075	1,390	7,059
全国	730	636	393	23	300	276	1,935	1,132	1,344	7,127

(単位：百万円)

出典：国保データベース及び平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金でのツールを活用し算出

<標準化医療費とは>

高齢者ほど様々な疾患に罹患しやすく、医療費が高額になることはよく知られています。比較対象の一方が高齢者が多いことによって一人当たり医療費が高額になっている場合は、医療費からみた健康状態に地区間の差があるかどうか判断できません。また、人口が多ければ当然、医療費の総額も高額になります。

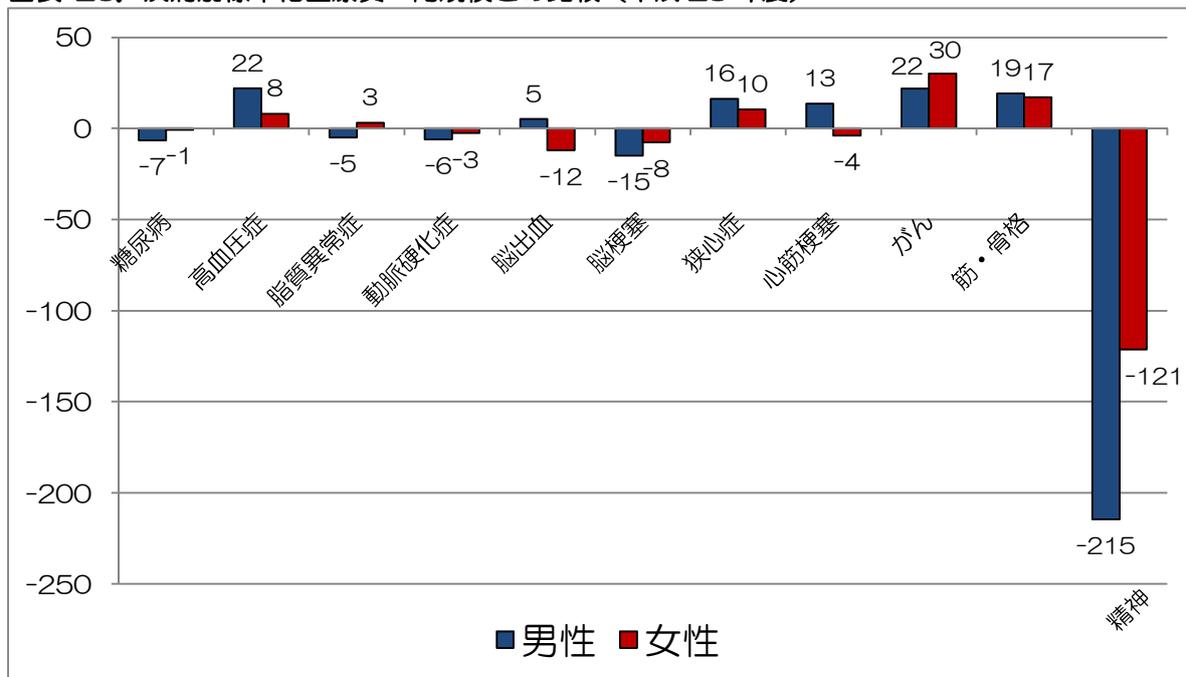
そこで、比較対象の年齢別被保険者構成割合が本市と同一だった場合（間接法年齢調整）に期待される疾病別医療費を計算し、本市と比較することで、年齢の影響を補正した本市の医療費、課題疾病を確認することができます。

本市と同規模の疾病別標準化医療費を男女別に比較します。本市医療費の方が高い場合はプラスで、本市医療費の方が低い場合はマイナスで表示しています。

男性では、同規模に比べ、高血圧症、脳出血、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格の医療費が高い状況です。

女性では、高血圧症、脂質異常症、狭心症、がん、筋・骨格の医療費が高い状況です（図表 23）。

図表 23. 疾病別標準化医療費 同規模との比較（平成 28 年度）



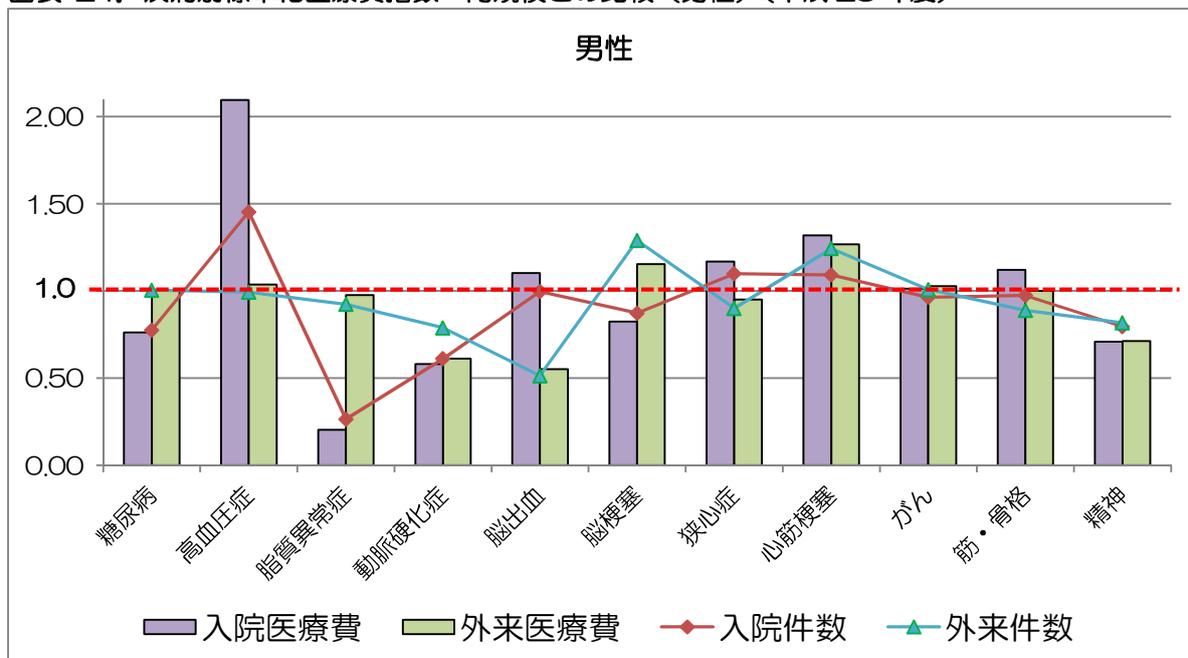
(単位：百万円)

出典：国保データベース及び平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金でのツールを活用し算出

次に、入院・外来別に同規模の標準化医療費を 1 とした場合の比で表した疾病別標準化医療費指数* (p.137 用語集参照)を確認します。本市の方が高い場合は 1 より大きく、本市の方が低い場合は 1 より小さくなります。

男性の場合、疾病別標準化医療費指数が高い疾病は、入院医療費では高血圧症、脳出血、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格であり、外来医療費では糖尿病、高血圧症、脳梗塞、心筋梗塞、がんとなっています (図表 24)。

図表 24. 疾病別標準化医療費指数 同規模との比較 (男性) (平成 28 年度)



		糖尿病	高血圧症	脂質異常症	動脈硬化症	脳出血	脳梗塞	狭心症	心筋梗塞	がん	筋・骨格	精神
入院	医療費	0.76	2.09	0.20	0.58	1.10	0.82	1.17	1.32	1.01	1.12	0.71
	件数	0.78	1.45	0.27	0.61	1.00	0.87	1.10	1.09	0.96	0.98	0.80
外来	医療費	1.01	1.04	0.98	0.61	0.55	1.15	0.95	1.27	1.03	1.00	0.71
	件数	1.01	0.99	0.92	0.79	0.51	1.29	0.90	1.24	1.01	0.89	0.82

出典：国保データベース及び平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金でのツールを活用し算出

＜疾病別標準化医療費指数とは＞

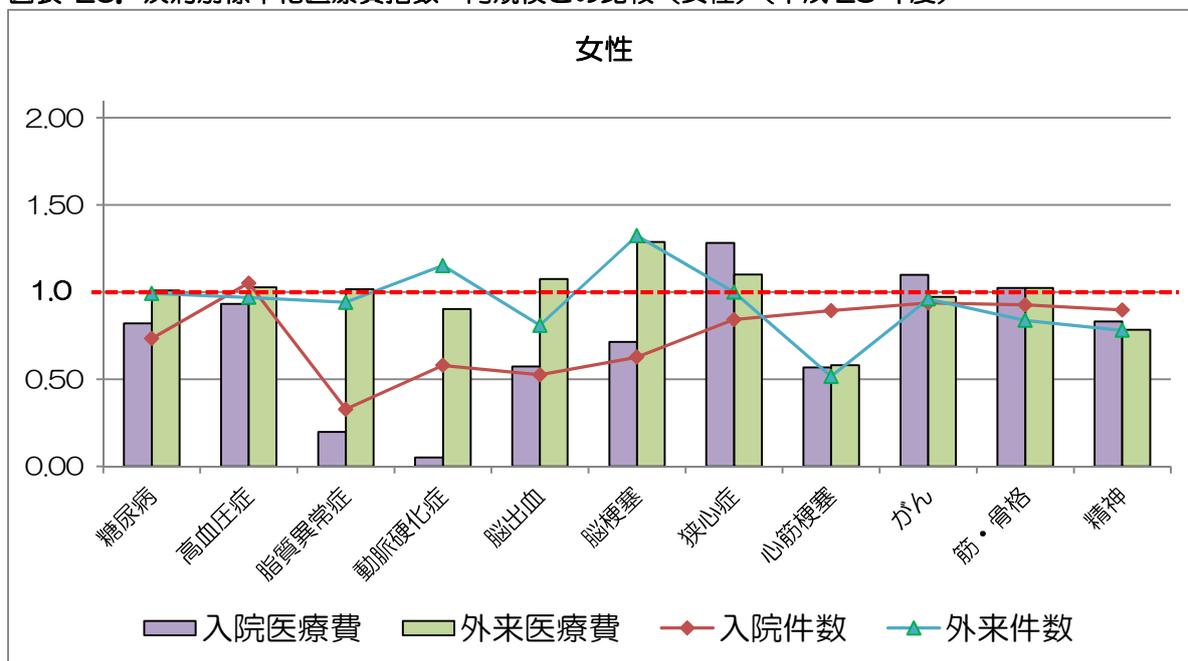
比較対象と比べて、本市ではどの疾病の医療費が多いのかを知りたい場合、疾病ごとに医療費の占める割合が異なるため、単純に「医療費（金額）」で比較することができません。

そのため疾病ごとに、比較対象の標準化医療費を 1 とした場合の、本市の標準化医療費の「比」を算出することで、本市がどの疾病に傾向があるのかを確認することができます。疾病別標準化医療費指数が 1 より大きければ、その疾病は比較対象よりも医療費がかかっており、1 より小さければ、その疾病は比較対象よりも医療費がかかっていない、と読みとることができます。

ここでは、同規模の標準化医療費を 1 として算出しました。

女性の場合、疾病別標準化医療費指数が高い疾病は、入院医療費では狭心症、がん、筋・骨格であり、外来医療費では糖尿病、高血圧症、脂質異常症、脳出血、脳梗塞、狭心症、筋・骨格となっています（図表 25）。

図表 25. 疾病別標準化医療費指数 同規模との比較（女性）（平成 28 年度）



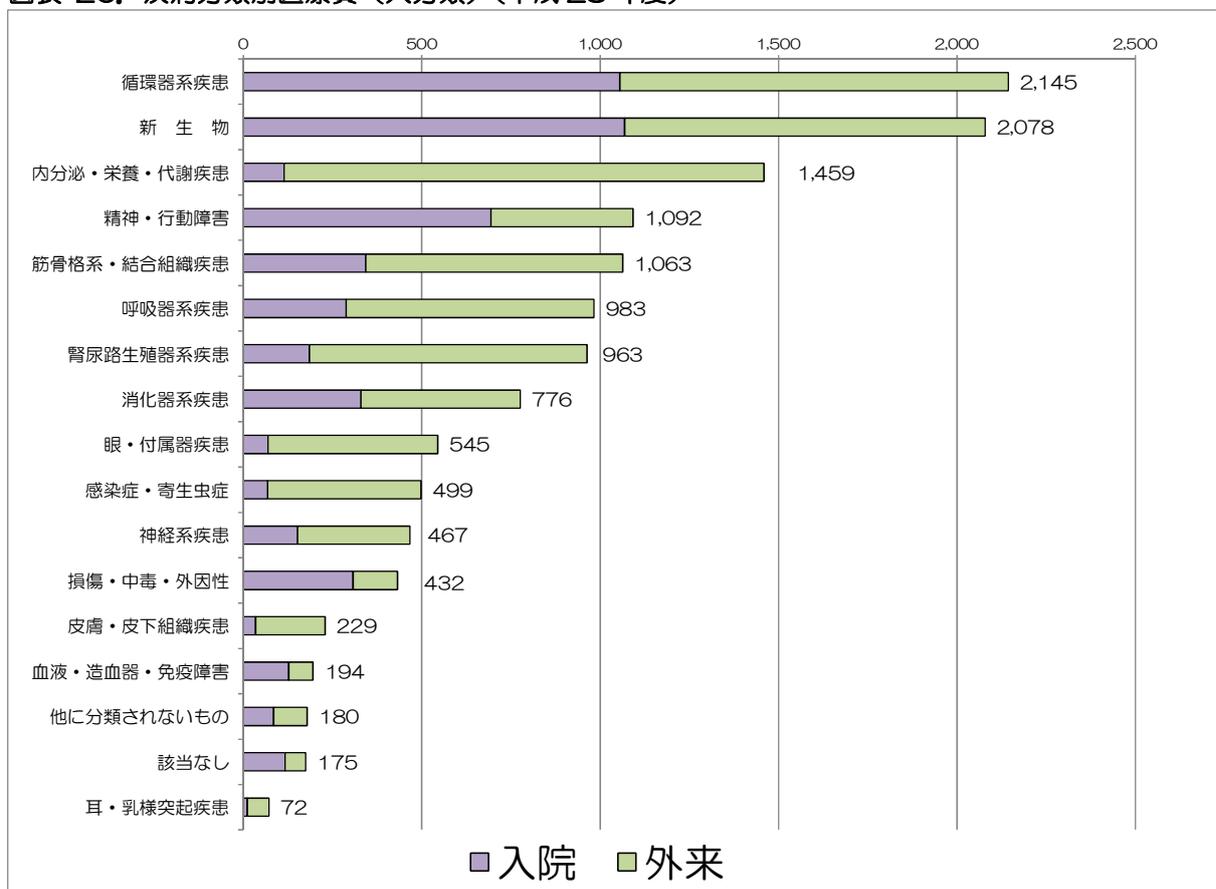
		糖尿病	高血圧症	脂質異常症	動脈硬化症	脳出血	脳梗塞	狭心症	心筋梗塞	がん	筋・骨格	精神
入院	医療費	0.82	0.93	0.20	0.05	0.57	0.72	1.28	0.57	1.10	1.02	0.83
	件数	0.73	1.05	0.33	0.58	0.53	0.63	0.84	0.89	0.94	0.93	0.90
外来	医療費	1.01	1.03	1.02	0.90	1.07	1.29	1.10	0.58	0.97	1.02	0.78
	件数	0.99	0.97	0.94	1.15	0.81	1.32	1.00	0.52	0.96	0.84	0.78

出典：国保データベース及び平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金でのツールを活用し算出

(4) 疾病分類別の医療費の状況

本市の医療費について、疾病分類別医療費（大分類）を確認すると、循環器系疾患（高血圧症や心筋梗塞、脳出血等）が最も多く、新生物（がん等）、内分泌・栄養・代謝疾患（糖尿病や脂質異常症等）といった生活習慣病関連の医療費が高くなっていることがわかります（図表 26）。

図表 26. 疾病分類別医療費（大分類）（平成 28 年度）



(単位：百万円)
出典：本市作成

疾病をさらに細かく確認します。疾病分類別医療費ランキングでは、男性の場合、入院では、統合失調症が多く、狭心症や脳梗塞、慢性腎不全といった生活習慣病の重症化からおきる合併症が上位にきています。また、肺がん、大腸がん、胃がんといったがんが上位にきています。外来では、糖尿病が最も多く、次に、慢性腎不全、高血圧症といった生活習慣病が続いています。上位3疾患（糖尿病、慢性腎不全（透析あり）、高血圧症）で外来医療費の27.18%を占めています（図表 27）。

図表 27. 疾病分類別医療費ランキング上位30位（男性）（平成28年度）

上位 30疾 患	入院				外来			
	疾患名	レセプト 件数	医療費 (百万円)	医療費 占有率	疾患名	レセプト 件数	医療費 (百万円)	医療費 占有率
1	統合失調症	732	252	8.55%	糖尿病	14,682	415	9.75%
2	狭心症	165	129	4.38%	慢性腎不全（透析あり）	934	407	9.55%
3	肺がん	132	115	3.90%	高血圧症	22,185	336	7.88%
4	不整脈	92	109	3.69%	小児科	16,284	214	5.03%
5	小児科	217	101	3.44%	C型肝炎	559	165	3.87%
6	脳梗塞	154	94	3.19%	脂質異常症	8,168	148	3.48%
7	大腸がん	100	89	3.01%	不整脈	3,186	117	2.74%
8	慢性腎不全（透析あり）	103	76	2.59%	大腸がん	744	114	2.68%
9	骨折	103	68	2.32%	前立腺がん	1,126	105	2.47%
10	脳出血	78	63	2.15%	関節疾患	3,676	100	2.36%
11	胃がん	102	63	2.14%	統合失調症	3,159	80	1.88%
12	心筋梗塞	27	51	1.73%	うつ病	3,549	74	1.74%
13	大動脈瘤	18	50	1.71%	肺がん	364	69	1.63%
14	肺炎	85	45	1.53%	緑内障	3,561	68	1.60%
15	うつ病	109	37	1.25%	気管支喘息	3,120	68	1.60%
16	糖尿病	81	29	0.99%	前立腺肥大	3,300	65	1.54%
17	膀胱がん	54	28	0.94%	狭心症	1,731	48	1.13%
18	関節疾患	41	27	0.92%	胃潰瘍	2,447	44	1.03%
19	肝がん	36	25	0.84%	胃がん	538	42	0.99%
20	前立腺がん	39	25	0.84%	脳梗塞	1,800	37	0.87%
21	腸閉塞	44	24	0.81%	逆流性食道炎	1,697	33	0.77%
22	胆石症	43	24	0.80%	パーキンソン病	324	32	0.75%
23	心臓弁膜症	14	23	0.79%	白内障	1,476	32	0.75%
24	食道がん	26	23	0.77%	腎臓がん	135	28	0.66%
25	脳腫瘍	10	22	0.74%	潰瘍性腸炎	370	25	0.59%
26	膵臓がん	26	21	0.71%	大腸ポリープ	500	24	0.57%
27	高血圧症	52	20	0.66%	睡眠時無呼吸症候群	1,288	24	0.56%
28	クモ膜下出血	8	16	0.56%	白血病	87	21	0.50%
29	胃潰瘍	44	16	0.54%	慢性腎不全（透析なし）	300	14	0.34%
30	慢性腎不全（透析なし）	38	14	0.48%	慢性閉塞性肺疾患（COPD）	442	14	0.33%
	その他	2,392	1,270	43.04%	その他	68,830	1,292	30.35%
	合計	5,165	2,950	100.00%	合計	170,562	4,259	100.00%

出典：国保データベース

※生活習慣病に背景色を付与

- 生活習慣病の発症
- 重症化・合併症
- 要介護、生活機能の低下

女性の場合、入院では、男性と同様、統合失調症が最も多く、関節疾患、小児科疾患、骨折、うつ病、肺がんが上位にきています。外来では、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性腎不全（透析あり）といった生活習慣病で外来医療費の24.35%を占めています（図表 28）。

図表 28. 疾病分類別医療費ランキング上位30位（女性）（平成28年度）

上位30疾患	入院				外来			
	疾患名	レセプト件数	医療費(百万円)	医療費占有率	疾患名	レセプト件数	医療費(百万円)	医療費占有率
1	統合失調症	615	219	10.89%	高血圧症	20,712	303	7.39%
2	関節疾患	129	108	5.35%	糖尿病	10,021	286	7.00%
3	小児科	174	102	5.05%	関節疾患	7,664	256	6.25%
4	骨折	112	70	3.46%	脂質異常症	16,160	248	6.05%
5	うつ病	181	58	2.90%	慢性腎不全（透析あり）	379	160	3.91%
6	肺がん	70	58	2.89%	小児科	13,719	157	3.85%
7	乳がん	64	52	2.56%	乳がん	1,389	125	3.05%
8	大腸がん	58	46	2.27%	気管支喘息	4,626	103	2.52%
9	不整脈	35	45	2.26%	うつ病	4,828	98	2.40%
10	狭心症	39	37	1.82%	骨粗しょう症	4,616	92	2.25%
11	脳梗塞	44	33	1.65%	統合失調症	2,674	79	1.94%
12	慢性腎不全（透析あり）	32	28	1.37%	緑内障	4,709	78	1.92%
13	胃がん	36	27	1.32%	C型肝炎	341	76	1.86%
14	クモ膜下出血	18	24	1.17%	胃潰瘍	2,891	52	1.27%
15	胆石症	43	22	1.11%	不整脈	1,733	51	1.24%
16	糖尿病	45	19	0.96%	白内障	2,257	48	1.17%
17	心臓弁膜症	10	18	0.88%	大腸がん	406	42	1.03%
18	脳出血	20	16	0.81%	肺がん	276	39	0.95%
19	卵巣腫瘍（悪性）	24	16	0.77%	逆流性食道炎	2,038	37	0.90%
20	肺炎	33	14	0.70%	狭心症	1,061	25	0.61%
21	子宮筋腫	19	13	0.66%	脳梗塞	1,180	24	0.59%
22	骨粗しょう症	21	13	0.64%	パーキンソン病	395	24	0.59%
23	腸閉塞	30	12	0.60%	骨折	943	18	0.45%
24	大動脈瘤	5	12	0.57%	大腸ポリープ	324	16	0.40%
25	膵臓がん	11	11	0.57%	潰瘍性腸炎	258	16	0.39%
26	胃潰瘍	33	11	0.53%	甲状腺機能亢進症	727	15	0.37%
27	子宮頸がん	11	10	0.50%	インフルエンザ	912	13	0.31%
28	子宮体がん	14	9	0.44%	甲状腺機能低下症	731	12	0.29%
29	卵巣腫瘍（良性）	11	7	0.36%	膵臓がん	65	11	0.28%
30	白内障	19	7	0.36%	胃がん	210	10	0.24%
	その他	1,869	896	44.56%	その他	96,503	1,577	38.53%
	合計	3,825	2,011	100.00%	合計	204,748	4,092	100.00%

出典：国保データベース

※生活習慣病に背景色を付与

- 生活習慣病の発症
- 重症化・合併症
- 要介護，生活機能の低下

ここで、疾病分類別医療費ランキングで上位に挙げられた生活習慣病関連の受診者について、一人当たり年間医療費をみると、慢性腎不全（人工透析あり）での一人当たり年間医療費が男性は約 487 万円、女性は約 502 万円と高く、糖尿病や高血圧症、脂質異常症と比べて受診者一人につき高額な医療費がかかっていることがわかります（図表 29）。

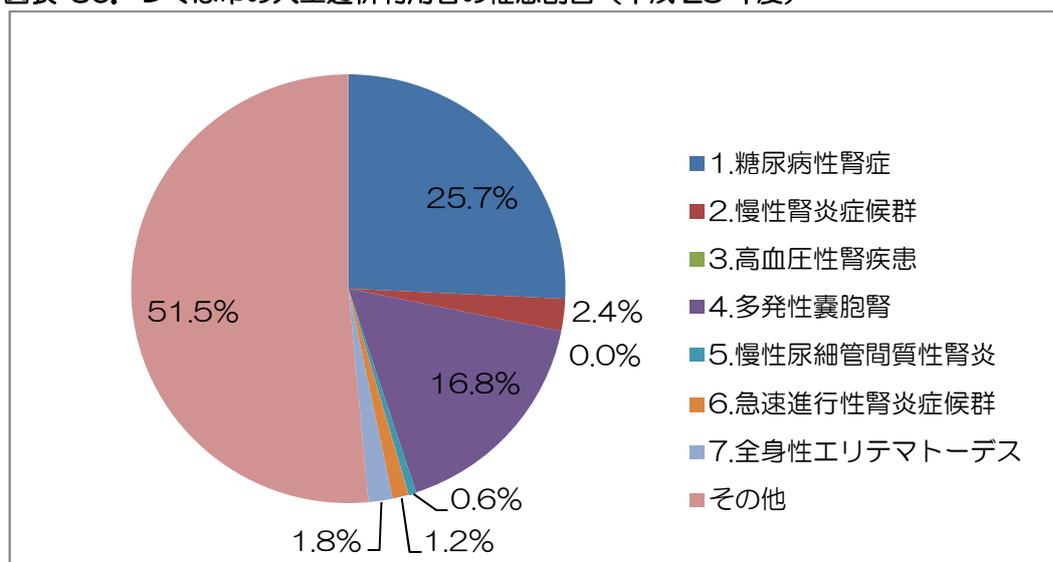
図表 29. 生活習慣病関連の受診者数と一人当たり年間医療費（平成 28 年度）

	一人当たり医療費	
	男性	女性
慢性腎不全（透析あり）	4,874,674	5,015,839
糖尿病	330,511	228,351
高血圧症	409,226	291,970
脂質異常症	245,781	207,622

（単位：円）
出典：本市作成

慢性腎不全を引き起こす原因疾患のうち、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症が考えられます。実際につくば市の人工透析利用者の罹患割合をみると、糖尿病性腎症を発症している人が最も多くなっています（図表 30）。糖尿病性腎症は予防が可能な疾患なので重症化対策を行うことが重要です。

図表 30. つくば市の人工透析利用者の罹患割合（平成 28 年度）

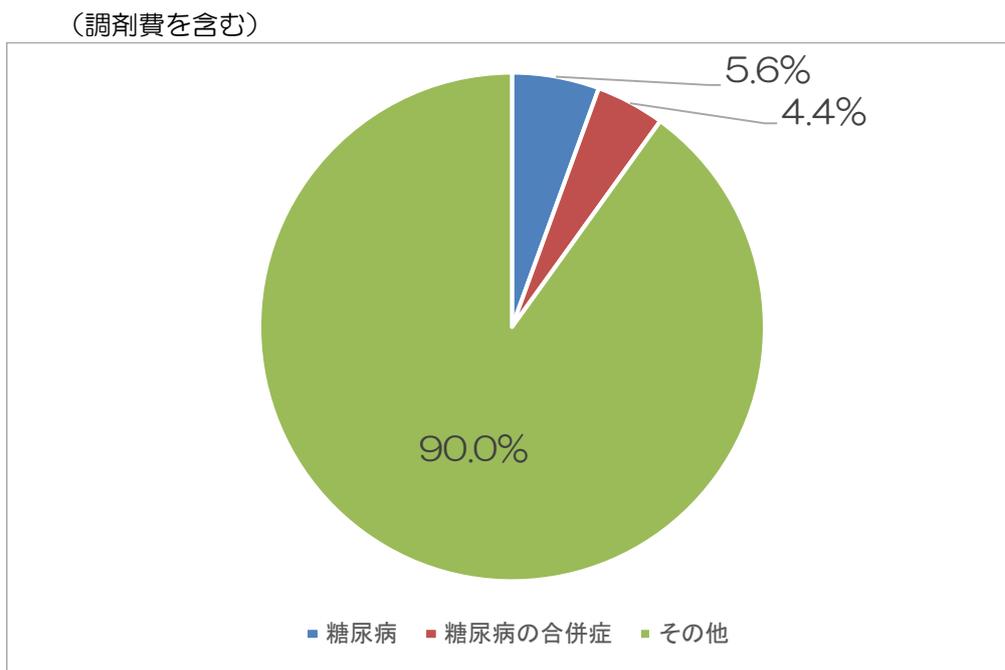


出典：本市作成

1.	糖尿病性腎症	43人
2.	慢性腎炎症候群	4人
3.	高血圧性腎疾患	0人
4.	多発性嚢胞腎	28人
5.	慢性尿細管間質性腎炎	1人
6.	急速進行性腎炎症候群	2人
7.	全身性エリテマトーデス	3人
	その他	86人

高血圧症や糖尿病、脂質異常症といった生活習慣病は、日々の生活習慣の積み重ねにより、発症、進行します。生活習慣病は明確な自覚症状がないまま進行し、重症化してからようやく気づきます。生活習慣病が発症する前に、または重症化する前に、いまの健康状態を正しく理解し、進行をくい止めることが大切です。

図表 31. 医療費全体のうち糖尿病及び糖尿病合併症の占める割合（平成 28 年度）

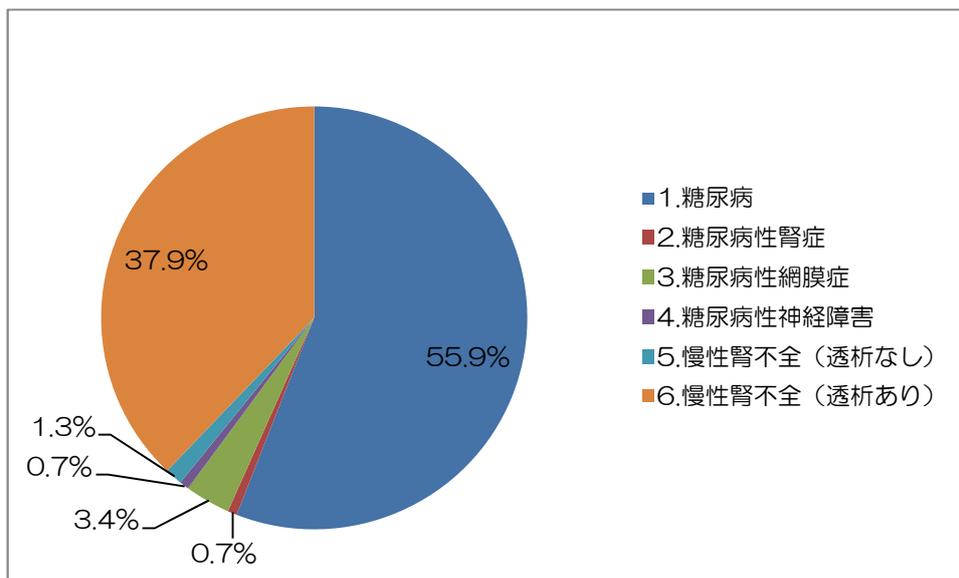


糖尿病の医療費割合は調剤費を含む場合5.6%で、合併症の医療費割合を含めると10%となります。
(図表 31)

※ 糖尿病の合併症内訳（糖尿病性腎症，糖尿病性網膜症，糖尿病性神経障害，慢性腎不全）

図表 32. 糖尿病及び合併症の医療費割合（平成 28 年度）

(調剤費含む)



出典：本市作成

慢性腎不全（透析あり）は慢性腎不全（透析なし）より医療費がかかっていることがわかります。（図表 32）。人工透析は定期的な通院が必要となり、高額な医療費がかかるとともに、QOL（生活の質）を損なうものとなるため、透析治療を予防したり、できるだけ遅らせる等の対策が必要になります。

(5) 生活習慣病の受診者の状況

ここでは、国保データベースで定義されている生活習慣病（図表 33）を対象とします。

図表 33. 生活習慣病

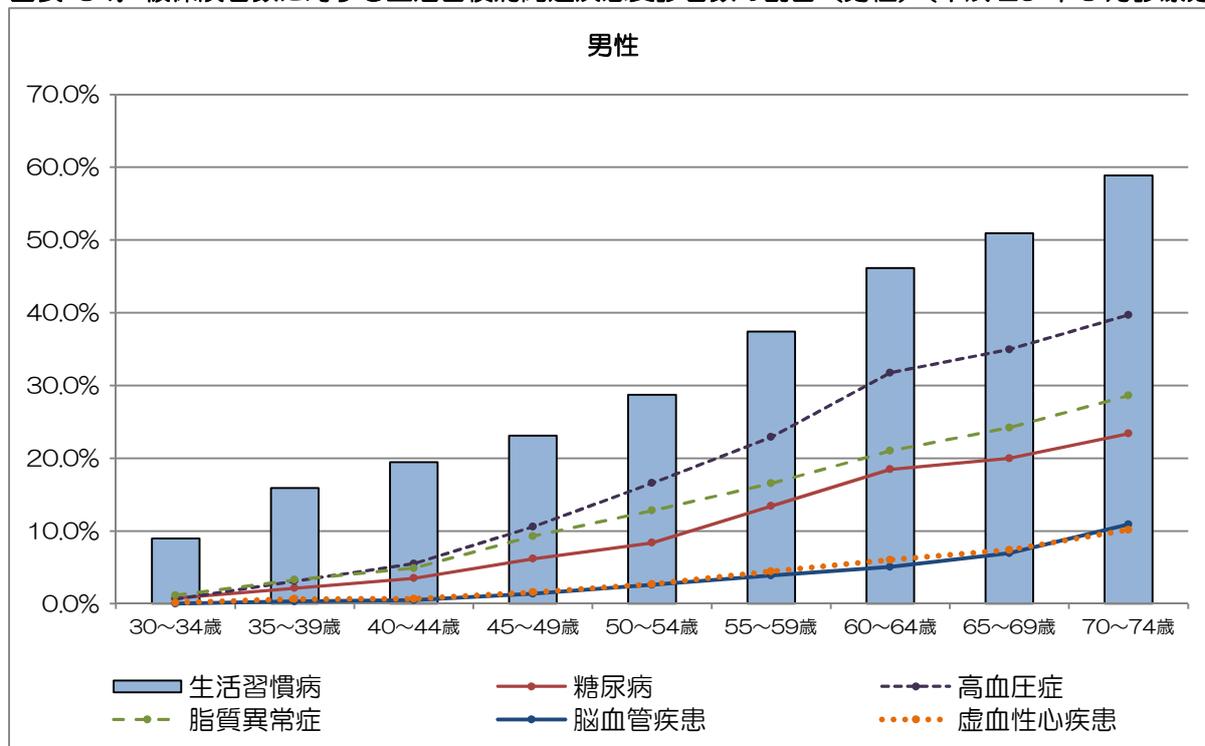
疾病	ICD-10 による傷病名
高血圧症	本態性(原発性)高血圧症, 高血圧性心疾患 等
糖尿病	インスリン非依存性糖尿病(糖尿病性腎症, 糖尿病性神経障害, 糖尿病性網膜症を含む), 栄養障害に関連する糖尿病 等
脂質異常症	リポ蛋白代謝障害及びその他の脂質血症
高尿酸血症	プリン及びピリミジン代謝疾患
脂肪肝	その他の肝疾患
動脈硬化症	アテローム(じゅく状)硬化症
脳血管疾患	脳出血, 脳卒中, 脳梗塞
虚血性心疾患	心筋梗塞, 狭心症
がん	悪性新生物(上皮内癌含む)
筋・骨格	筋骨格系及び結合組織の疾患
精神	精神及び行動の障害

出典：国保データベース

生活習慣病受診者について、平成 29 年 5 月診療分の受診者数を基に年齢階層別に確認します。生活習慣病受診者は、男女ともに年齢が上がるにつれて増加傾向にあり、65～74 歳では、被保険者の 50% 以上が生活習慣病関連疾患を受診しています。

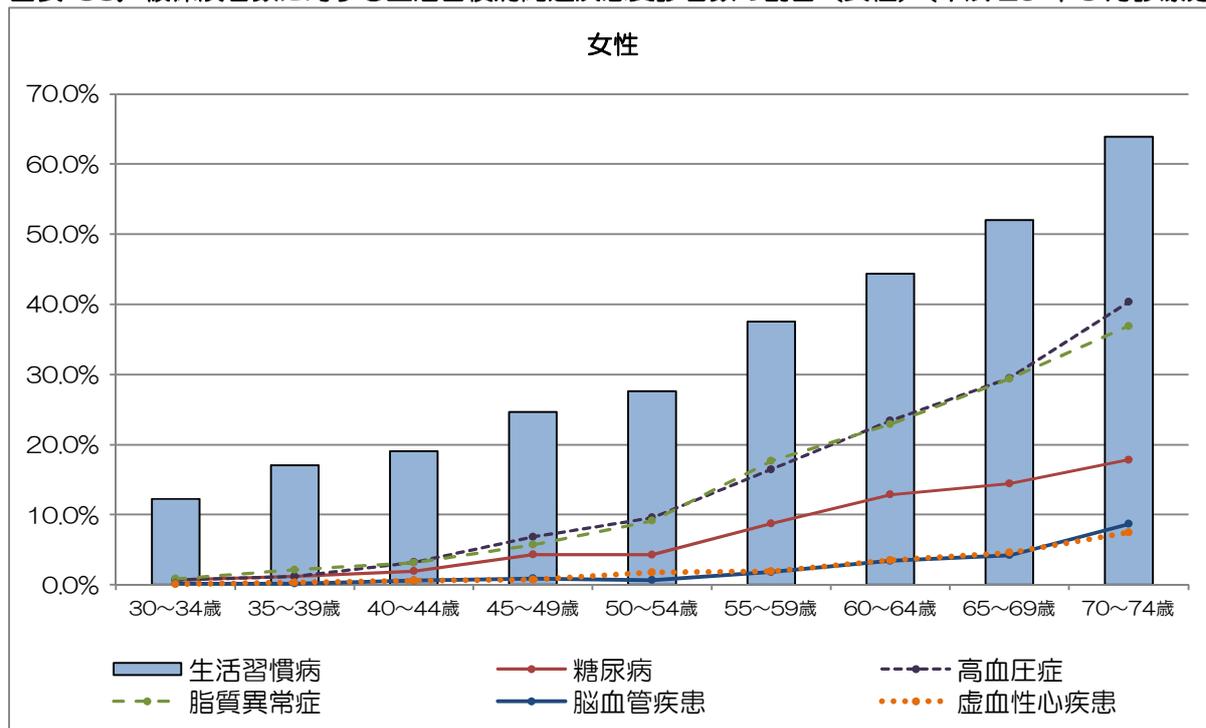
男性は、高血圧症の受診者が最も多く、女性は、高血圧症に加え、脂質異常症も多くなっています。（図表 34, 図表 35）。

図表 34. 被保険者数に対する生活習慣病関連疾患受診者数の割合（男性）（平成 29 年 5 月診療分）



出典：国保データベース

図表 35. 被保険者数に対する生活習慣病関連疾患受診者数の割合（女性）（平成 29 年 5 月診療分）



出典：国保データベース

次に、疾患別に平成 29 年の受診者数をみると、高血圧症受診者の被保険者に占める割合は、男性が 28.0%、女性が 24.9%、脂質異常症受診者の被保険者に占める割合は、男性が 20.0%、女性が 24.0%、糖尿病受診者の被保険者に占める割合は、男性が 16.2%、女性が 12.1%となっています。(図表 36, 図表 37, 図表 38)。

図表 36. 高血圧症で受診した人数(40~74歳)(各年5月診療分)

		H27	H28	H29
男性	受診者数	4,587	4,541	4,441
	被保険者に占める割合	27.5%	27.7%	28.0%
女性	受診者数	4,291	4,280	4,165
	被保険者に占める割合	24.7%	24.8%	24.9%

(単位：人)
出典：国保データベース

図表 37. 脂質異常症で受診した人数(40~74歳)(各年5月診療分)

		H27	H28	H29
男性	受診者数	3,187	3,173	3,168
	被保険者に占める割合	19.1%	19.3%	20.0%
女性	受診者数	4,093	4,112	4,010
	被保険者に占める割合	23.6%	23.8%	24.0%

(単位：人)
出典：国保データベース

図表 38. 糖尿病で受診した人数(40~74歳)(各年5月診療分)

		H27	H28	H29
男性	受診者数	2,656	2,644	2,570
	被保険者に占める割合	15.9%	16.1%	16.2%
女性	受診者数	2,034	2,080	2,024
	被保険者に占める割合	11.7%	12.0%	12.1%

(単位：人)
出典：国保データベース

糖尿病受診者のうち、人工透析を行っている者は、平成 29 年度で 49 人(男性 37 人、女性 12 人)となっています(図表 39)。

図表 39. 糖尿病で受診している者のうち人工透析を行っている人数(40~64歳)(各年5月診療分)

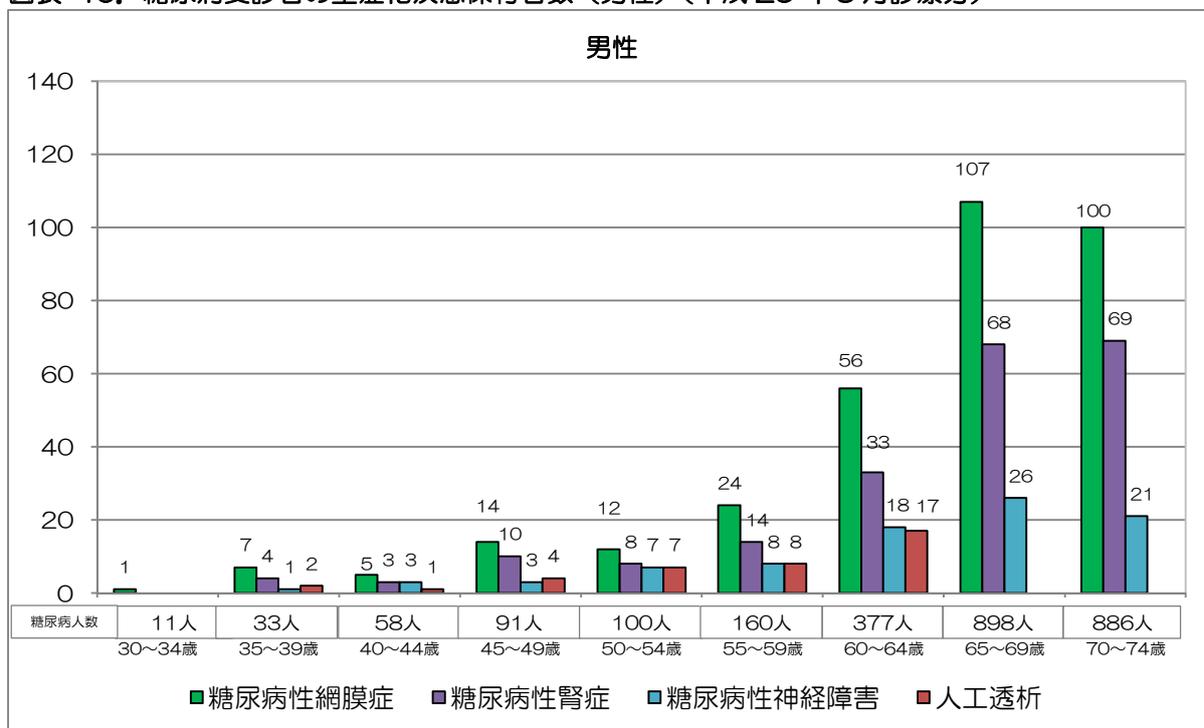
		H27	H28	H29
男性	人工透析を行っている人数	46	41	37
	糖尿病受診者に占める割合	1.7%	1.6%	1.4%
女性	人工透析を行っている人数	19	17	12
	糖尿病受診者に占める割合	0.9%	0.8%	0.6%

(単位：人)
出典：国保データベース

※65 歳以上で人工透析を行っている者は、後期高齢者医療制度へ移行する。

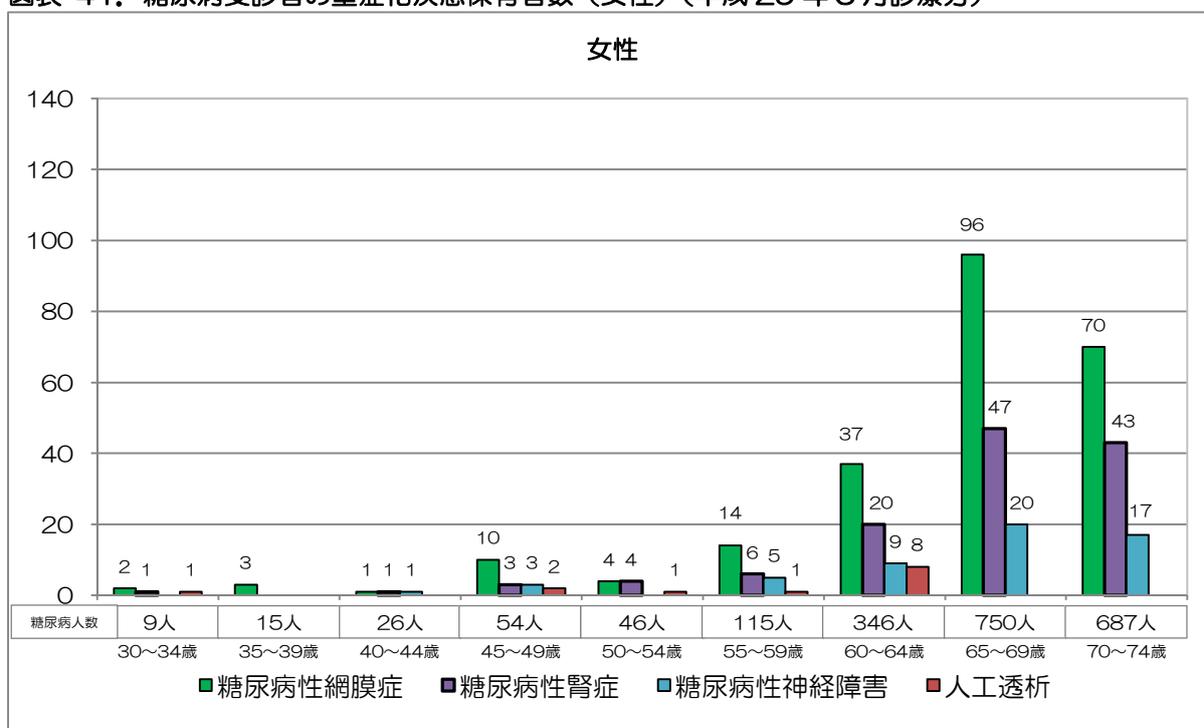
糖尿病受診者について、重症化疾患の発症を確認します。男女ともに糖尿病性網膜症や糖尿病性腎症等の重症化疾患は30歳代でも発症しており、重症化疾患を発症する前に対策を打つ必要があります(図表40,図表41)。

図表 40. 糖尿病受診者の重症化疾患保有者数（男性）（平成29年5月診療分）



(単位：人)
出典：国保データベース

図表 41. 糖尿病受診者の重症化疾患保有者数（女性）（平成29年5月診療分）



(単位：人)
出典：国保データベース

脳血管疾患の受診者は、男性では、被保険者のうち約6%の割合で推移しており、そのうち約79%が高血圧症の受診者であり、脂質異常症や糖尿病といった他の基礎疾患も高い割合で併発していることがわかります。女性では、被保険者のうち約4%の割合で推移しており、そのうち約73%が高血圧症の受診者であり、男性と同様、脂質異常症や糖尿病といった基礎疾患も併発しています（図表42、図表43）。

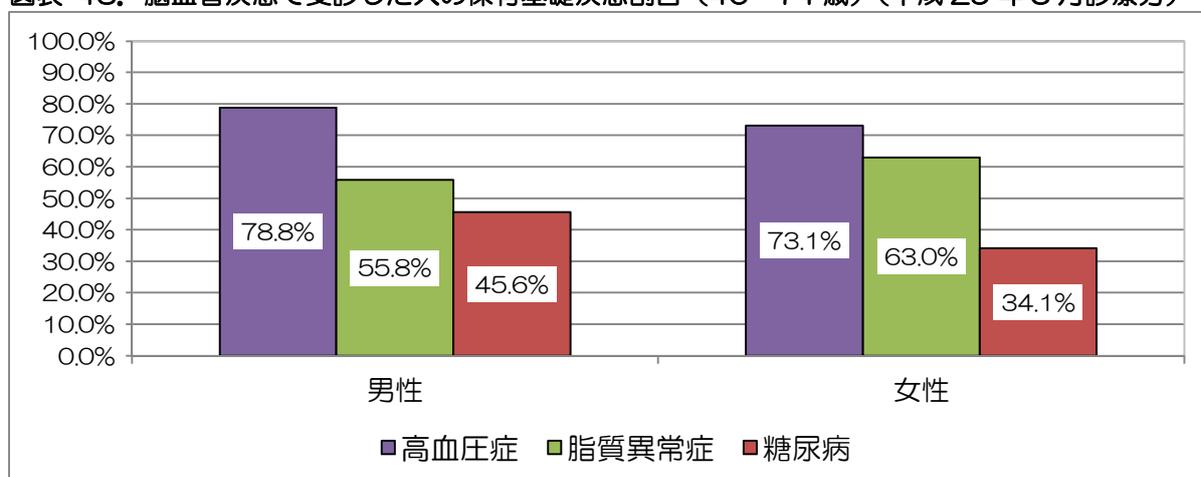
図表 42. 脳血管疾患で受診した人数（40～74歳）（各年5月診療分）

		H27	H28	H29
男性	受診者数	989	939	933
	被保険者に占める割合	5.9%	5.7%	5.9%
女性	受診者数	769	753	694
	被保険者に占める割合	4.4%	4.4%	4.1%

（単位：人）

出典：国保データベース

図表 43. 脳血管疾患で受診した人の保有基礎疾患割合（40～74歳）（平成29年5月診療分）



出典：国保データベース

虚血性心疾患の受診者は、男性では、被保険者のうち約6%の割合で推移しており、そのうち約83%が高血圧症の受診者であり、脂質異常症や糖尿病といった他の基礎疾患も高い割合で併発していることがわかります。女性では、被保険者のうち約4%の割合が該当し、そのうち約77%が高血圧症の受診者であり、男性同様、脂質異常症や糖尿病といった基礎疾患も併発しています（図表44、図表45）。

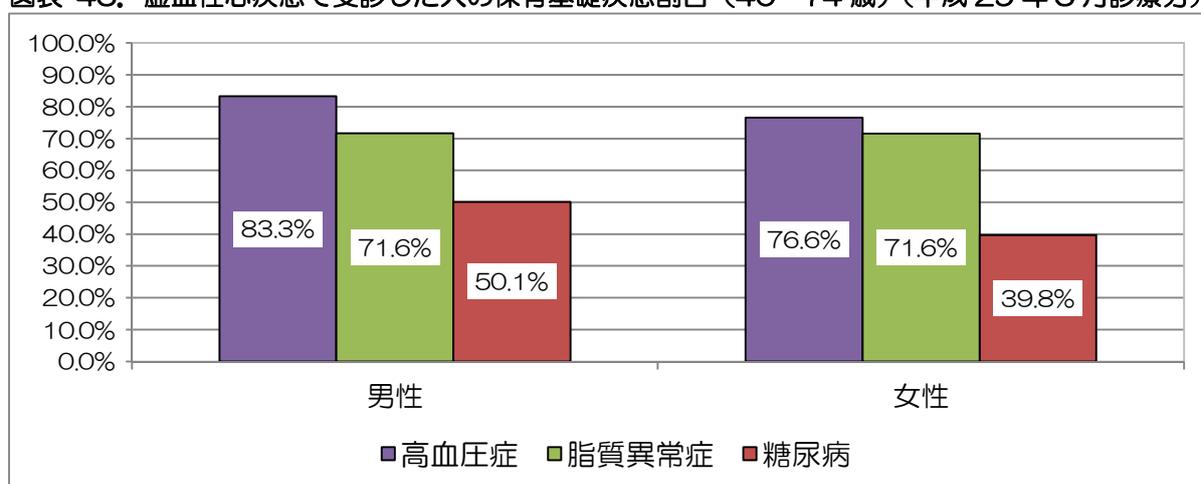
図表 44. 虚血性心疾患で受診した人数（40～74歳）（各年5月診療分）

		H27	H28	H29
男性	受診者数	1,009	985	958
	被保険者に占める割合	6.1%	6.0%	6.0%
女性	受診者数	724	712	679
	被保険者に占める割合	4.2%	4.1%	4.1%

（単位：人）

出典：国保データベース

図表 45. 虚血性心疾患で受診した人の保有基礎疾患割合（40～74歳）（平成29年5月診療分）

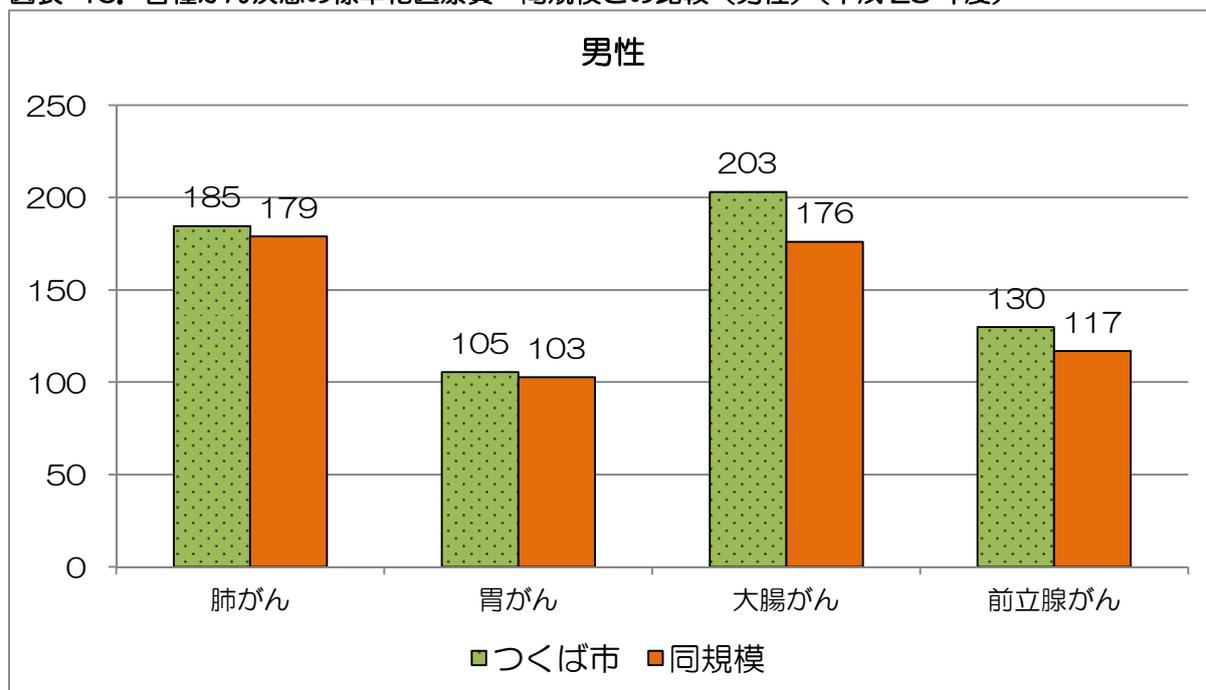


出典：国保データベース

脳血管疾患、虚血性心疾患で受診した者の高血圧症、脂質異常症、糖尿病といった基礎疾患の保有割合が高く、これらの疾患が原因となっていることが考えられることから、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の予防対策を行うことが必要です。

本市が検診助成を実施しているがん疾患について、標準化医療費を用いて医療費を確認します。同規模に比べ、男性では、肺がん、胃がん、大腸がん、前立腺がんが多く、女性では、肺がん、乳がんが多くなっています。がんの早期発見に向けて、市民検診助成を更に周知していくことが重要となります(図表 46,図表 47)。

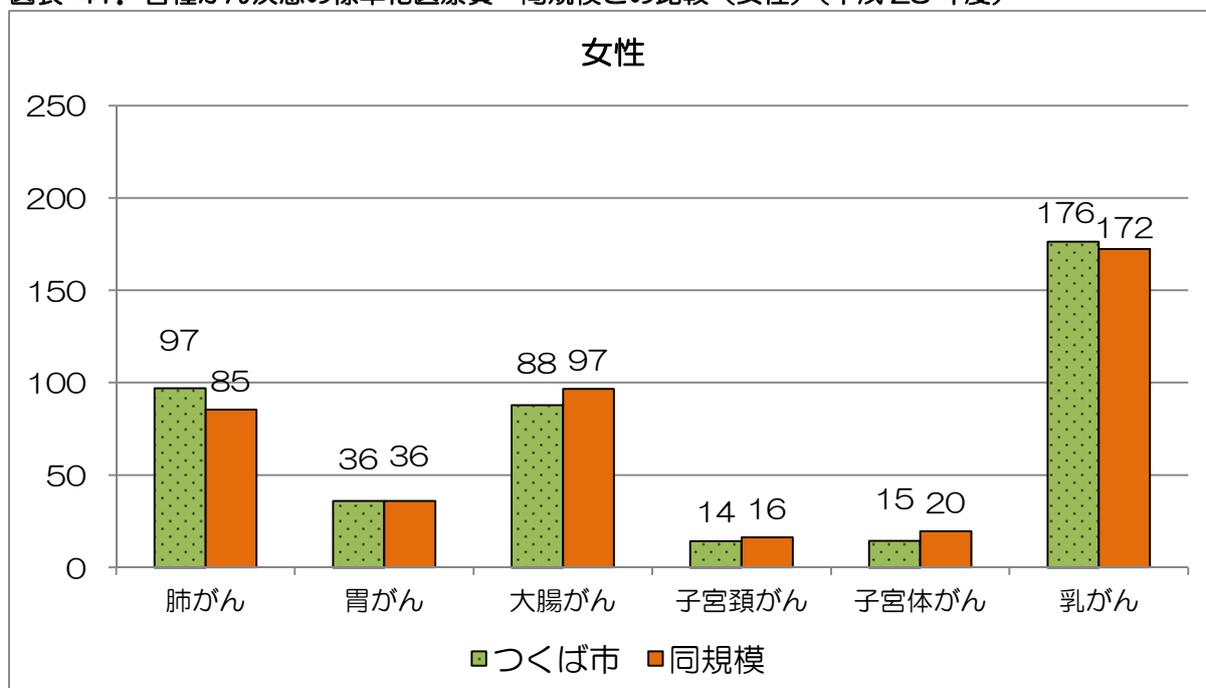
図表 46. 各種がん疾患の標準化医療費 同規模との比較 (男性) (平成 28 年度)



(単位：百万円)

出典：国保データベース及び平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金でのツールを活用し算出

図表 47. 各種がん疾患の標準化医療費 同規模との比較 (女性) (平成 28 年度)



(単位：百万円)

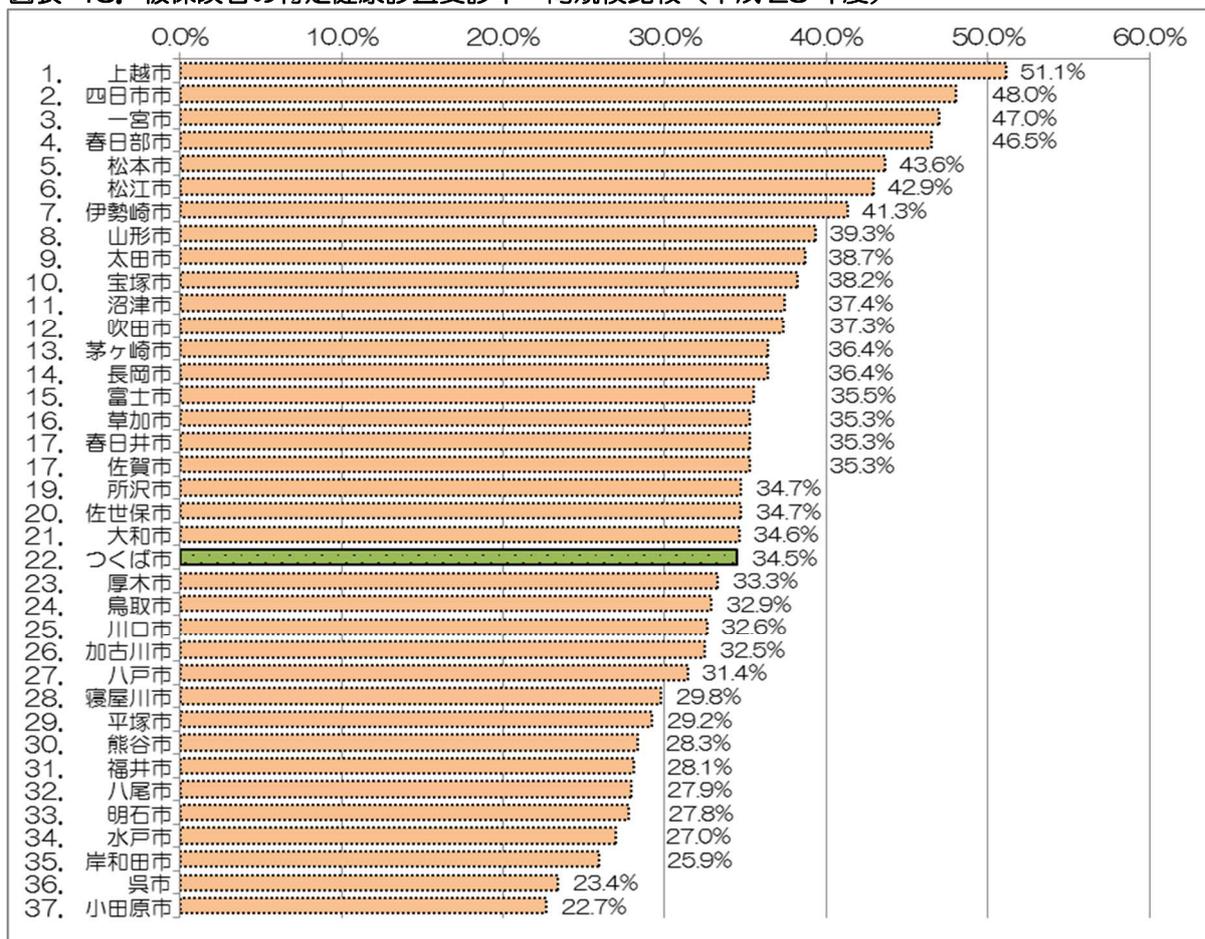
出典：国保データベース及び平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金でのツールを活用し算出

2 健診状況の把握

(1) 健診受診状況

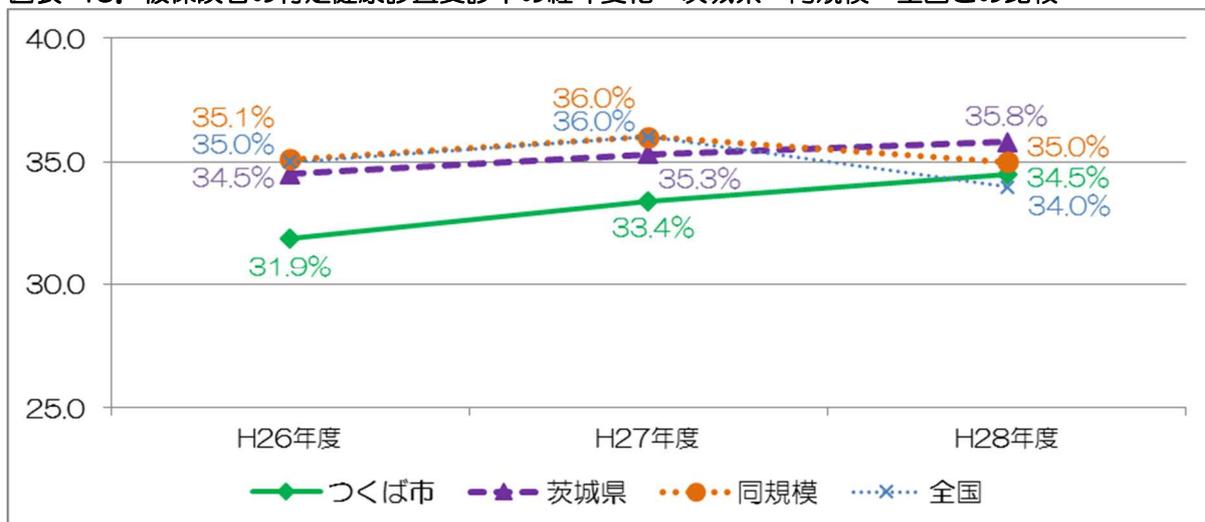
被保険者の特定健康診査受診率は、34.5%（平成28年度）であり、同規模の中では37都市中22位です（図表48）。経年では増加傾向にあり、平成27年度から平成28年度にかけては、1.0%増加しています（図表49）。健診状況の把握については、平成29年6月出力時点の国保データベース帳票を用いています。

図表 48. 被保険者の特定健康診査受診率 同規模比較（平成28年度）



出典：国保データベース

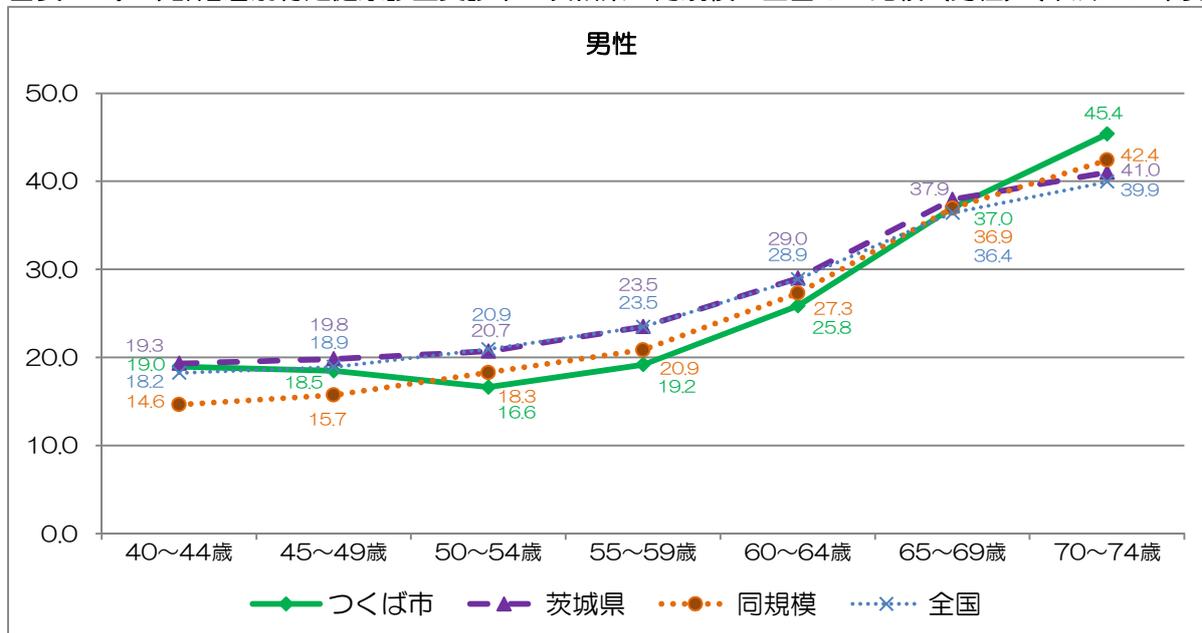
図表 49. 被保険者の特定健康診査受診率の経年変化 茨城県・同規模・全国との比較



出典：国保データベース

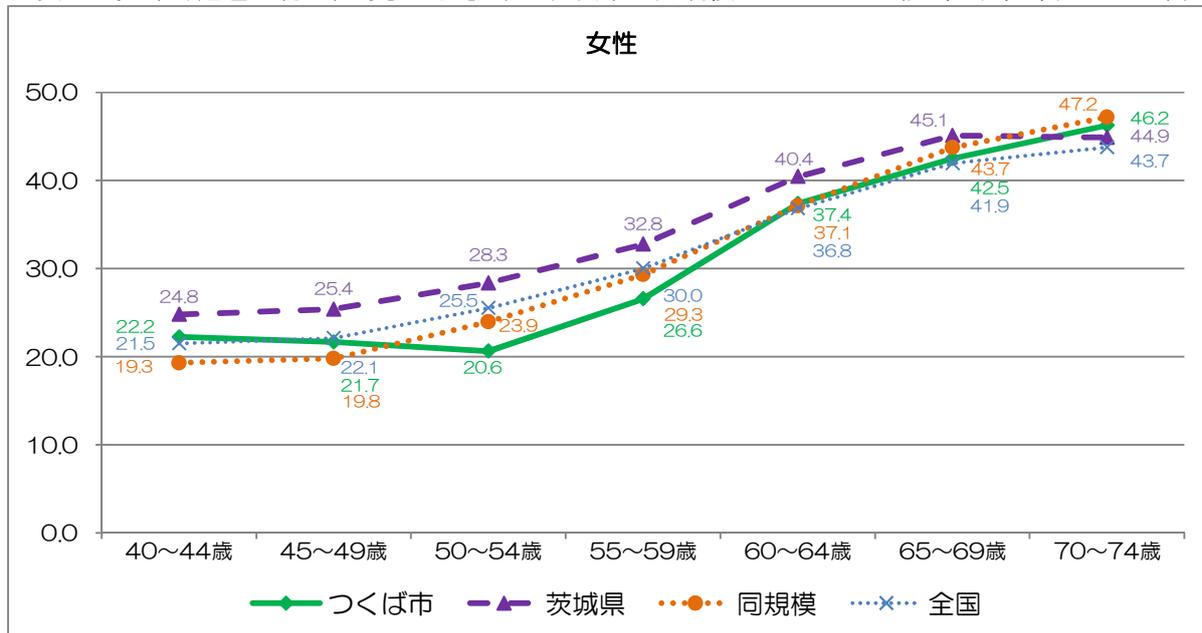
年齢階層、性別の受診率をみると、男女とも50～54歳が最も低く、男性16.6%、女性20.6%です。年齢が上がるにつれて受診率は上がる傾向にあり、70～74歳では男性45.4%、女性46.2%となっています。茨城県と比較すると、男女ともに40～69歳は茨城県よりも低く、70～74歳は茨城県よりも高くなっています（図表50、図表51）。

図表 50. 年齢階層別特定健康診査受診率 茨城県・同規模・全国との比較（男性）（平成28年度）



出典：国保データベース

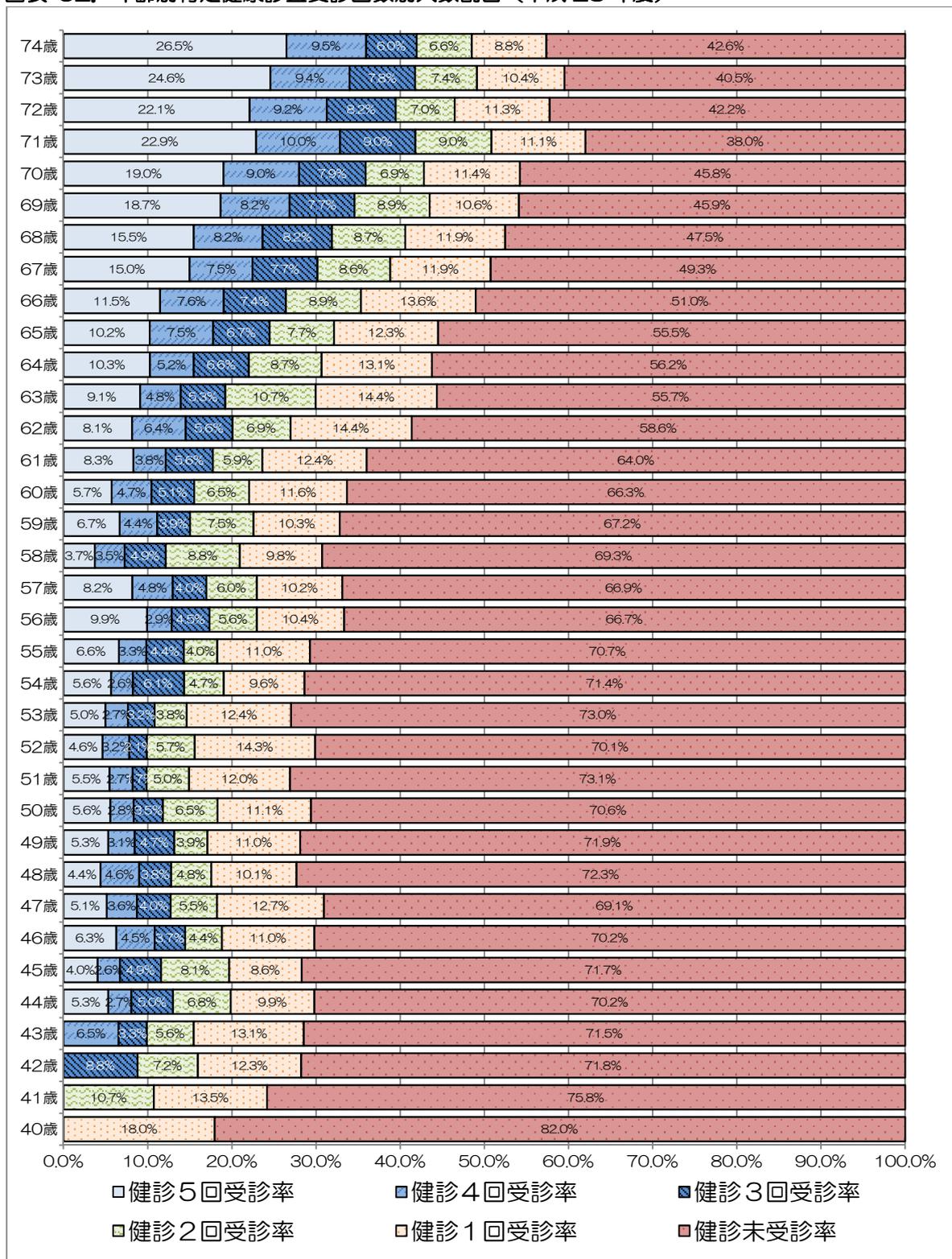
図表 51. 年齢階層別特定健康診査受診率 茨城県・同規模・全国との比較（女性）（平成28年度）



出典：国保データベース

特定健康診査の経年での受診状況について確認するため、平成24年度から平成28年度までの特定健康診査について受診回数を年齢別にみえます。受診率が高い65～74歳では、健診5回受診率が高く、健診受診が定着している人が多いことがうかがえますが、年齢が下がるにつれて、受診回数が低い者の割合が増える傾向となっており、継続受診について啓発を行うことが必要です（図表52）。

図表 52. 年齢別特定健康診査受診回数別人数割合（平成28年度）



出典：本市作成

次に、経年で受診状況についてさらに詳しく確認するため、平成26年度から平成28年度まで国保に加入していた者について、特定健康診査の受診パターン別人数及び有所見者割合をみてみます。

毎年健診を受診している者は、対象者の19.1%であり、それ以外の受診パターンの者と比べて、BMI、中性脂肪、血圧について有所見者割合が少なくなっています。一方、3年間全て未受診の被保険者は59.5%となっており、健康状況を把握するのが困難な状況にあります（図表53）。

図表 53. 特定健康診査受診パターン別人数及び有所見者割合

特定健診受診回数・時期			対象者数	割合	有所見者数	有所見者割合									
H26	H27	H28				BMI	中性脂肪		HbA1c		血圧		LDL		eGFR
						25以上	300mg/dl以上	1000mg/dl以上	6.5%以上	8.0%以上	Ⅱ度以上	Ⅲ度以上	140mg/dl以上	180mg/dl以上	50ml/分/1.73㎡未満
●	●	●	6,141	19.1%	3,088	14.3%	2.2%	0.0%	8.9%	1.0%	2.8%	0.3%	28.5%	3.3%	2.9%
-	●	●	1,598	5.0%	741	14.5%	3.1%	0.1%	7.6%	1.3%	3.4%	0.6%	25.3%	3.3%	2.1%
●	-	●	660	2.0%	336	18.0%	2.4%	0.0%	8.6%	0.6%	4.1%	0.8%	29.8%	5.0%	2.0%
-	-	●	2,078	6.4%	1,080	19.2%	2.8%	0.0%	9.1%	1.6%	3.9%	0.7%	29.6%	5.6%	2.6%
●	●	-	691	2.1%											
-	●	-	1,034	3.2%											
●	-	-	842	2.6%											
-	-	-	19,174	59.5%											
			32,218	100%	5,245										

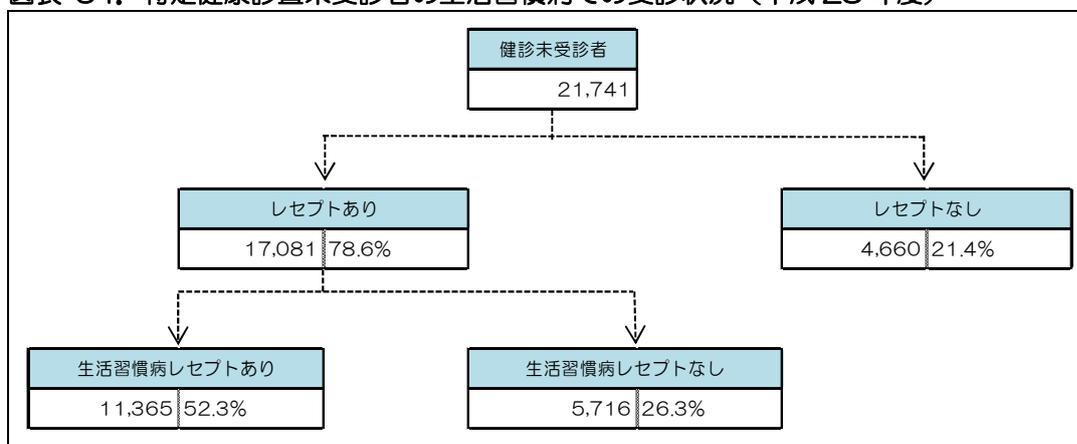
（単位：人）
出典：本市作成

※有所見者割合とは、各パターンの対象者数に占めるそれぞれの有所見者の割合を指します。

検査値	有所見基準
BMI	25 以上
中性脂肪	300mg/dl 以上（再掲 1,000 mg/dl 以上）
HbA1c（NGSP 値）	6.5%以上（再掲 8.0%以上）
血圧	Ⅱ度*（p.137 用語集参照）以上（再掲Ⅲ度*（p.137 用語集参照）以上） Ⅱ度以上…収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100 mmHg 以上 Ⅲ度以上…収縮期血圧 180mmHg 以上または拡張期血圧 110 mmHg 以上
LDL コレステロール	140mg/dl 以上（再掲 180mg/dl 以上）
eGFR	50ml/分/1.73 ㎡未満

平成28年度の健診未受診者21,741人について、平成28年度の生活習慣病での受診状況を確認すると、健診未受診かつレセプトなしの者4,660人（21.4%）について健康状態が不明であることがわかります（図表54）。ここでの生活習慣病とは、図表33から「がん」、「筋・骨格」、「精神」を除いた疾患としています。

図表 54. 特定健康診査未受診者の生活習慣病での受診状況（平成28年度）

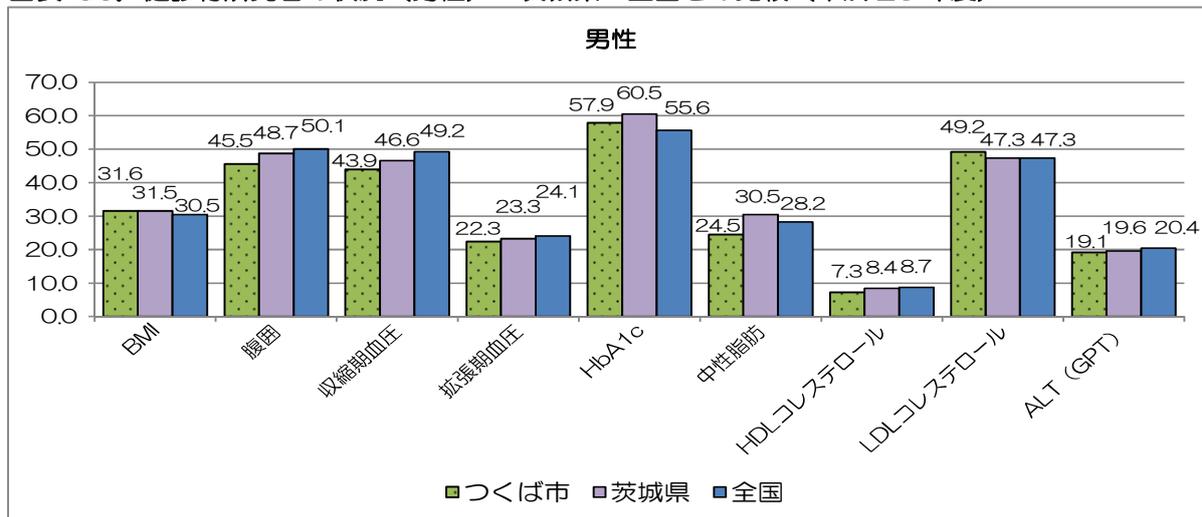


（単位：人）
出典：本市作成

(2) 健診結果（有所見者）の状況

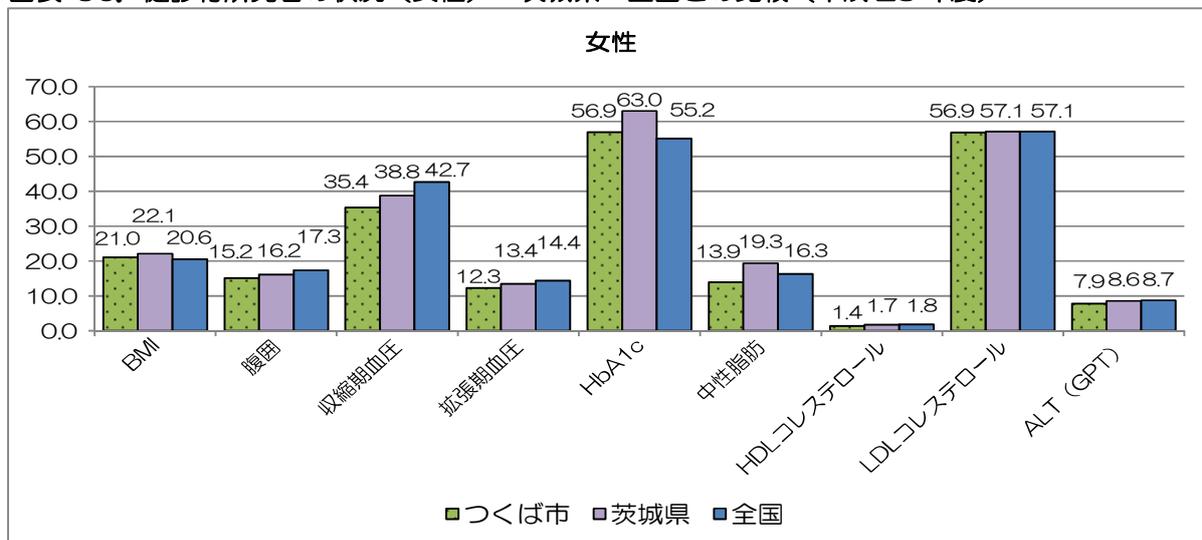
平成 28 年度の特定健康診査受診者の中で、有所見者の割合が最も高い項目は HbA1c で、この値は過去 1～2 ヶ月の血糖の平均割合を示し、この値が高いと糖尿病を引き起こす恐れがあります。次に高い項目は LDL コレステロールで、この値は悪玉コレステロールと呼ばれ血管の動脈硬化を促進します。男性は、LDL コレステロールの有所見者の割合が茨城県及び全国より高くなっており、女性は、いずれの項目も茨城県と比べ低くなっています（図表 55, 図表 56）。

図表 55. 健診有所見者の状況（男性） 茨城県・全国との比較（平成 28 年度）



出典：国保データベース

図表 56. 健診有所見者の状況（女性） 茨城県・全国との比較（平成 28 年度）



出典：国保データベース

検査値	有所見基準
BMI	25 以上
腹囲	男性 85cm 以上、女性 90cm 以上
収縮期血圧	130mmHg 以上
拡張期血圧	85mmHg 以上
HbA1c (NGSP 値)	5.6%以上
中性脂肪	150mg/dl 以上
HDL コレステロール	40mg/dl 未満
LDL コレステロール	120mg/dl 以上
ALT (GPT)	31U/L 以上

(3) 健診結果（メタボリックシンドローム）の状況

健診結果からメタボリックシンドローム該当者の状況を確認します。メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）とは、内臓脂肪型肥満に血糖高値、脂質異常、血圧高値といった生活習慣病になる危険因子（リスク）を併せ持った状態をいいます（図表 57）。

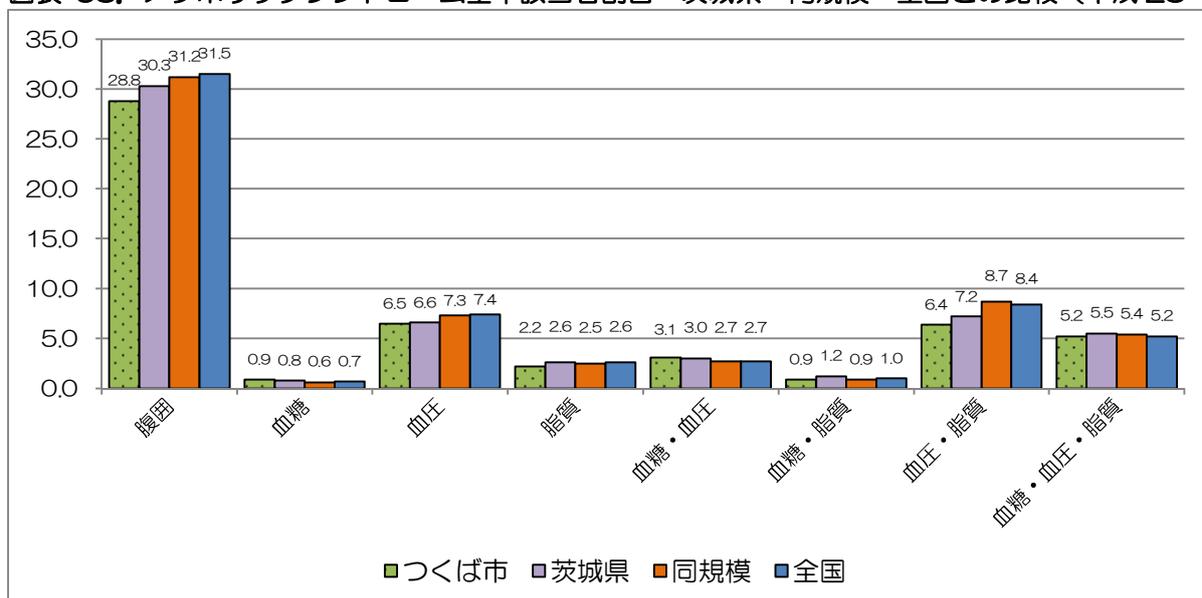
図表 57. メタボリックシンドローム診断基準

1) 内臓脂肪の蓄積状況を確認																	
腹囲	男性 85cm以上 女性 90cm以上																
2) 追加リスクを確認																	
①血糖高値	<ul style="list-style-type: none"> ● 空腹時血糖 110mg/dl以上 ○ HbA1c 5.5%以上（JDS値） 5.9%以上（NGSP値） （空腹時採血が行えなかった場合のみ、HbA1cを判定に用いる） ● 糖尿病に対する薬剤治療中 <p>●（○）のうちいずれかに当てはまる</p>																
②脂質異常	<ul style="list-style-type: none"> ● 中性脂肪 150mg/dl以上 ● HDLコレステロール 40mg/dl未満 ● 脂質異常症に対する薬剤治療中 <p>●のうちいずれかに当てはまる</p>																
③血圧高値	<ul style="list-style-type: none"> ● 収縮期血圧 130mmHg以上 ● 拡張期血圧 85mmHg以上 ● 高血圧症に対する薬剤治療中 <p>●のうちいずれかに当てはまる</p>																
3) 判定																	
内臓脂肪の蓄積あり	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%;">追加リスク①～③のうち</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">+</td> <td>2項目以上に当てはまる</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>メタボリックシンドローム基準該当</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1項目に当てはまる</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>メタボリックシンドローム予備群該当</td> </tr> <tr> <td></td> <td>いずれにも当てはまらない</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>非該当</td> </tr> </table>		追加リスク①～③のうち			+	2項目以上に当てはまる	→	メタボリックシンドローム基準該当		1項目に当てはまる	→	メタボリックシンドローム予備群該当		いずれにも当てはまらない	→	非該当
	追加リスク①～③のうち																
+	2項目以上に当てはまる	→	メタボリックシンドローム基準該当														
	1項目に当てはまる	→	メタボリックシンドローム予備群該当														
	いずれにも当てはまらない	→	非該当														
内臓脂肪の蓄積なし	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%;">追加リスク①～③に当てはまっても</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">+</td> <td></td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>非該当</td> </tr> </table>		追加リスク①～③に当てはまっても			+		→	非該当								
	追加リスク①～③に当てはまっても																
+		→	非該当														

出典：つくば市国民健康保険第2期特定健康診査等実施計画

腹囲がメタボリックシンドローム診断基準に該当している人の割合、及びメタボリックシンドローム予備群及び該当者のうち、血圧や脂質のリスク保有者の割合は茨城県や同規模、全国よりも低くなっています（図表 58）。

図表 58. メタボリックシンドローム基準該当者割合 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）



（単位：％）

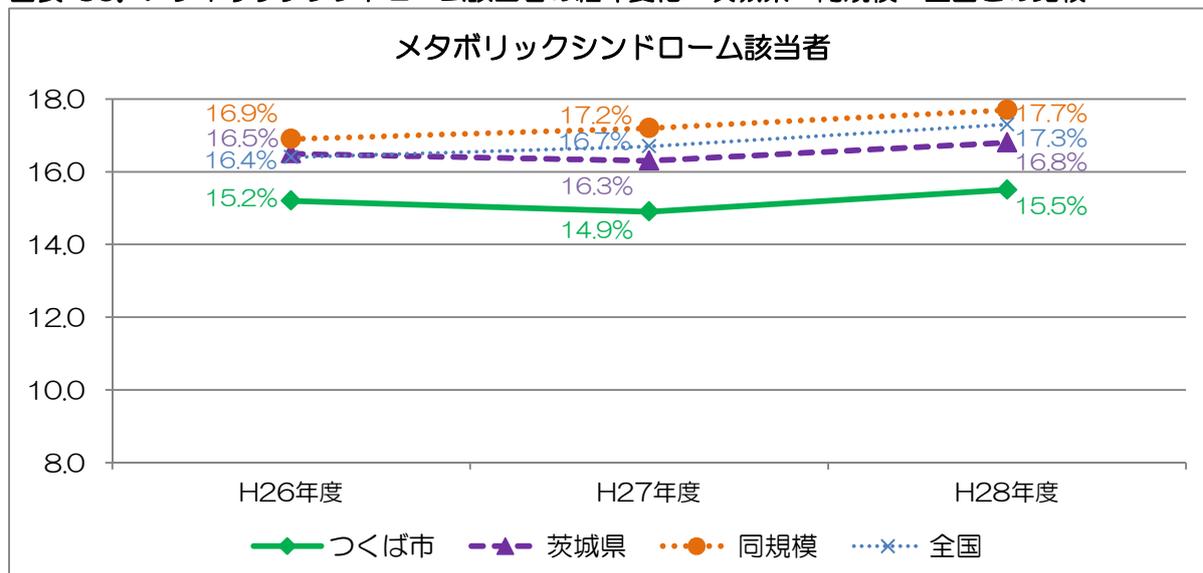
リスク	備考
腹囲	腹囲のみ該当
血糖	メタボリックシンドローム予備群のうち、血糖リスクのみ該当
血圧	メタボリックシンドローム予備群のうち、血圧リスクのみ該当
脂質	メタボリックシンドローム予備群のうち、脂質リスクのみ該当
血糖・血圧	メタボリックシンドローム該当者のうち、血糖・血圧リスク該当かつ脂質リスク非該当
血糖・脂質	メタボリックシンドローム該当者のうち、血糖・脂質リスク該当かつ血圧リスク非該当
血圧・脂質	メタボリックシンドローム該当者のうち、血圧・脂質リスク該当かつ血糖リスク非該当
血糖・血圧・脂質	メタボリックシンドローム該当者のうち、血糖・血圧・脂質リスク全て該当

出典：国保データベース

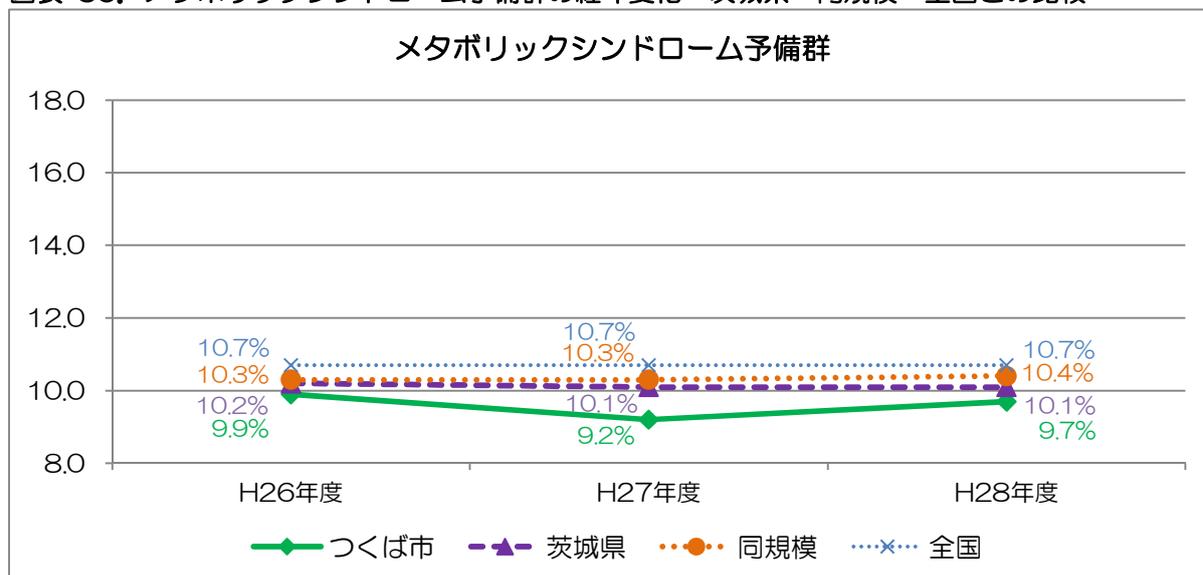
メタボリックシンドローム該当者割合は、約15%程度で推移しており、平成28年度では、茨城県よりも1.3%、全国よりも1.8%低くなっています（図表59）。

メタボリックシンドローム予備群割合は、約9~10%程度で推移しており、平成28年度では、茨城県よりも0.4%、全国よりも1%低くなっています（図表60）。

図表59. メタボリックシンドローム該当者の経年変化 茨城県・同規模・全国との比較

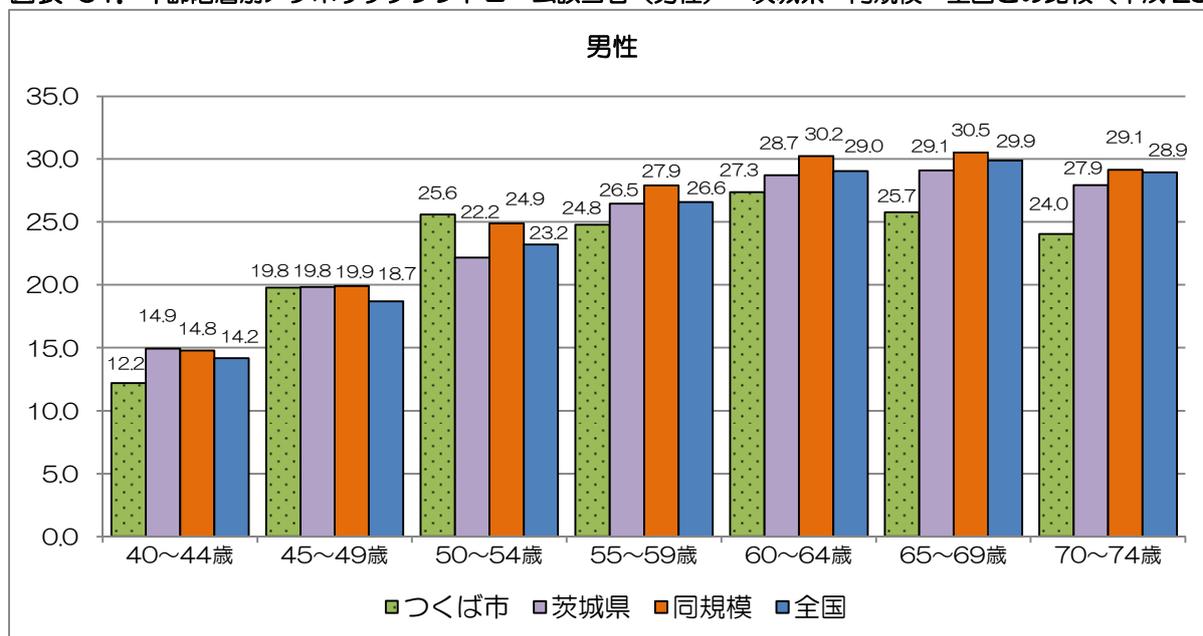


図表60. メタボリックシンドローム予備群の経年変化 茨城県・同規模・全国との比較



年齢、性別のメタボリックシンドローム該当者割合をみると、男性では、年齢と共に増加し、55～59歳で減少するものの、再び増加し、60～64歳でピークを迎えます。茨城県や同規模、全国と比較すると、50～54歳で高いことがわかります（図表 61）。

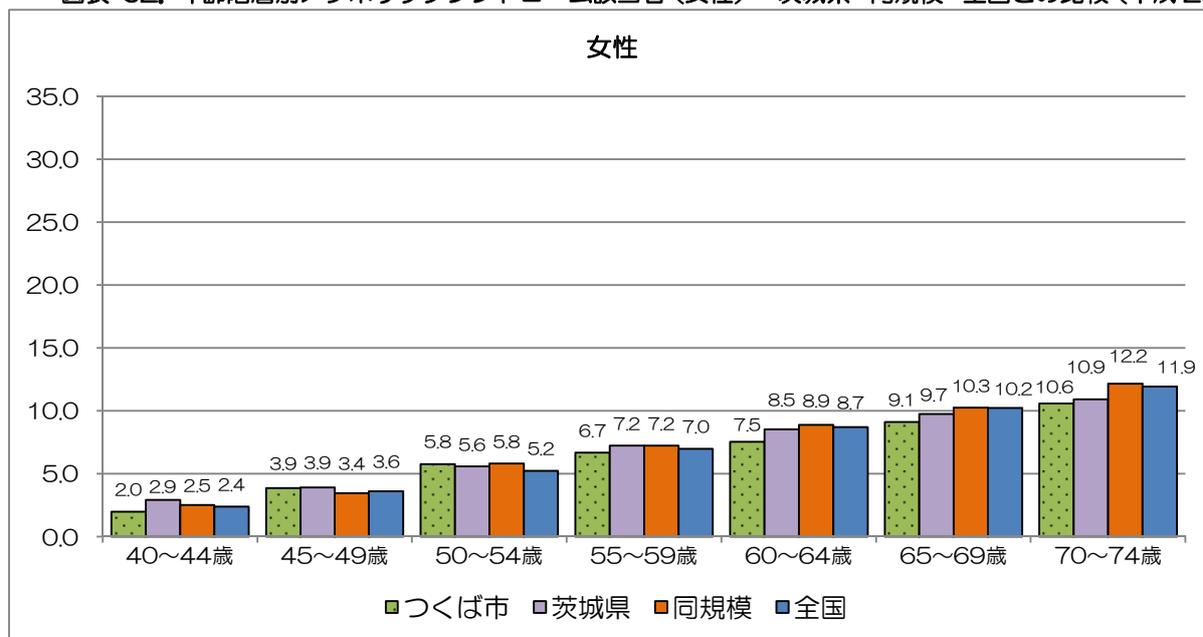
図表 61. 年齢階層別メタボリックシンドローム該当者（男性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）



（単位：％）
出典：国保データベース

女性では、年齢と共に増加しています。茨城県や同規模、全国と比較すると、55歳以上で低くなっています（図表 62）。

図表 62. 年齢階層別メタボリックシンドローム該当者（女性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）

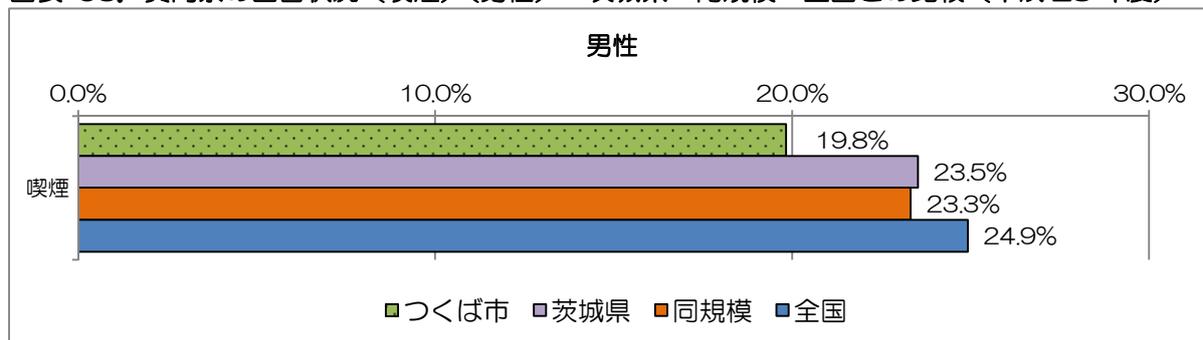


（単位：％）
出典：国保データベース

(4) 健診結果（問診の回答内容）の状況

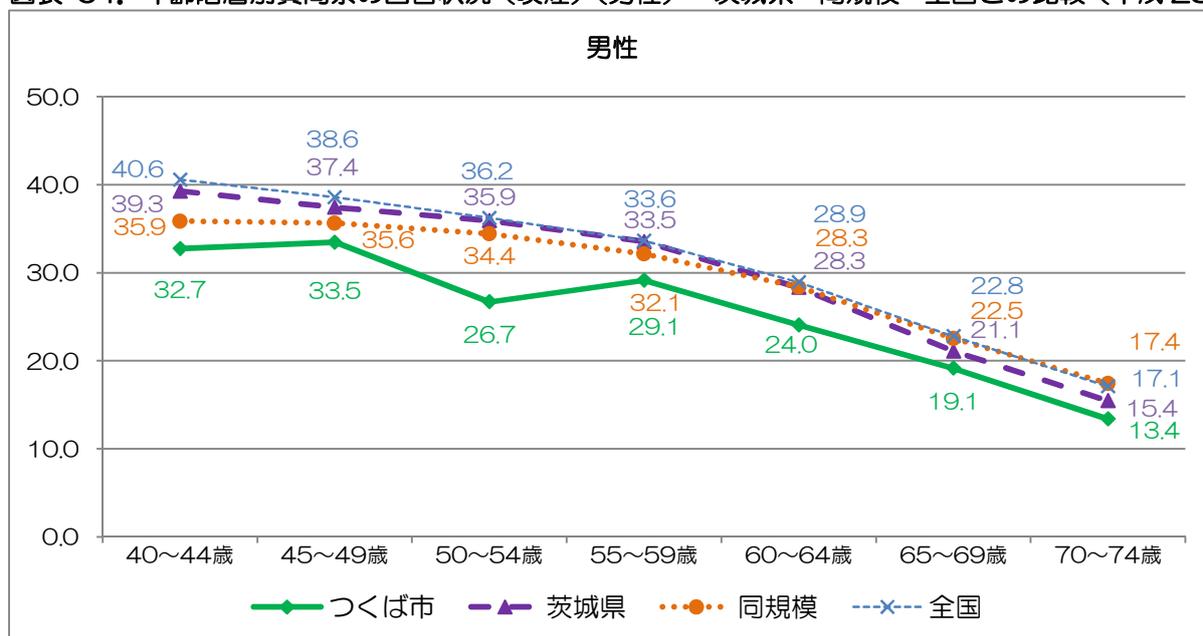
特定健康診査の結果のうち，問診の質問項目の回答内容から喫煙状況をみると，男女ともに，全国や同規模，茨城県よりも低くなっています（図表 63～図表 66）。

図表 63. 質問票の回答状況（喫煙）（男性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）



出典：国保データベース

図表 64. 年齢階層別質問票の回答状況（喫煙）（男性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）

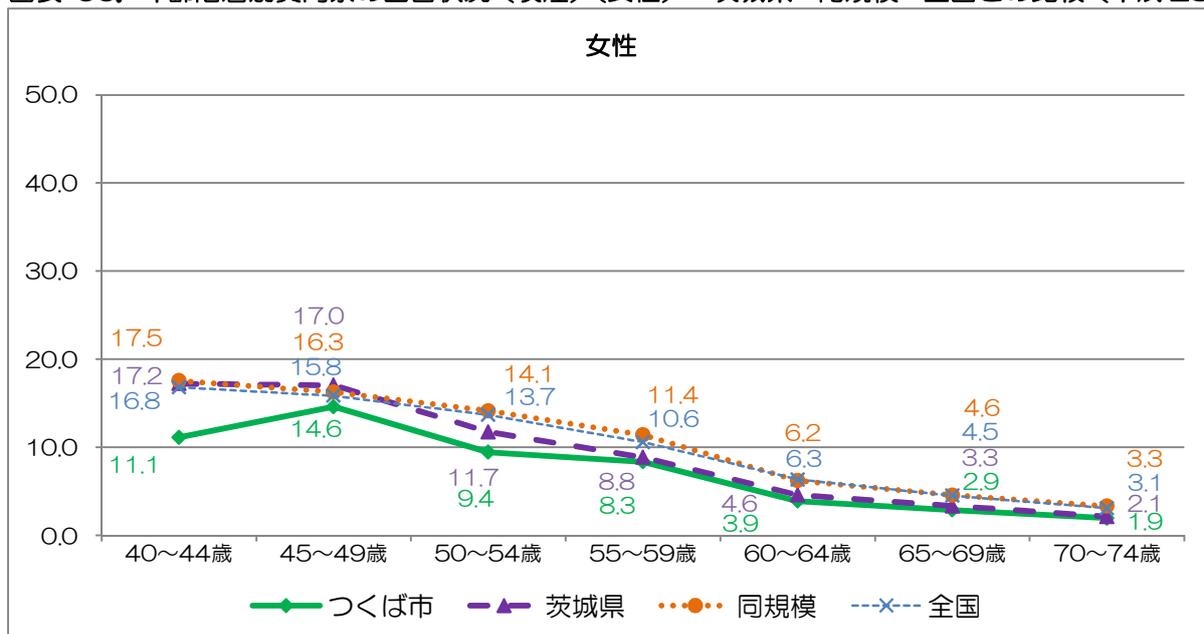


(単位：%)
出典：国保データベース

図表 65. 質問票の回答状況（喫煙）（女性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）

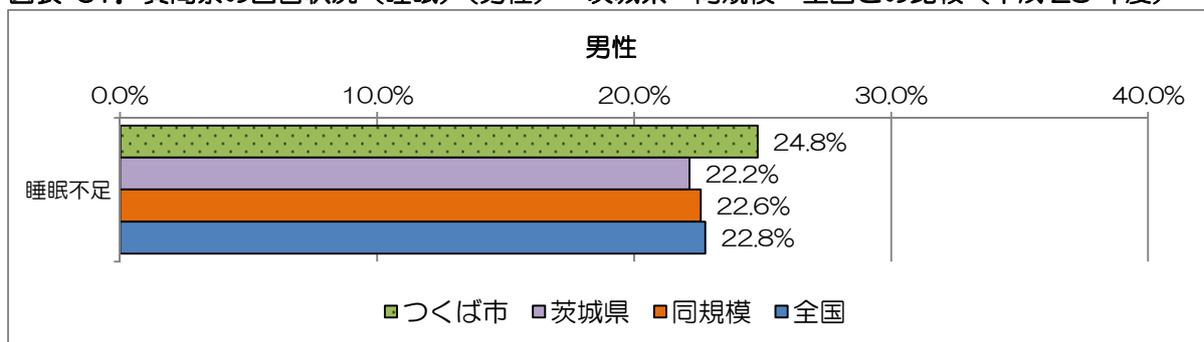


図表 66. 年齢階層別質問票の回答状況（喫煙）（女性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）



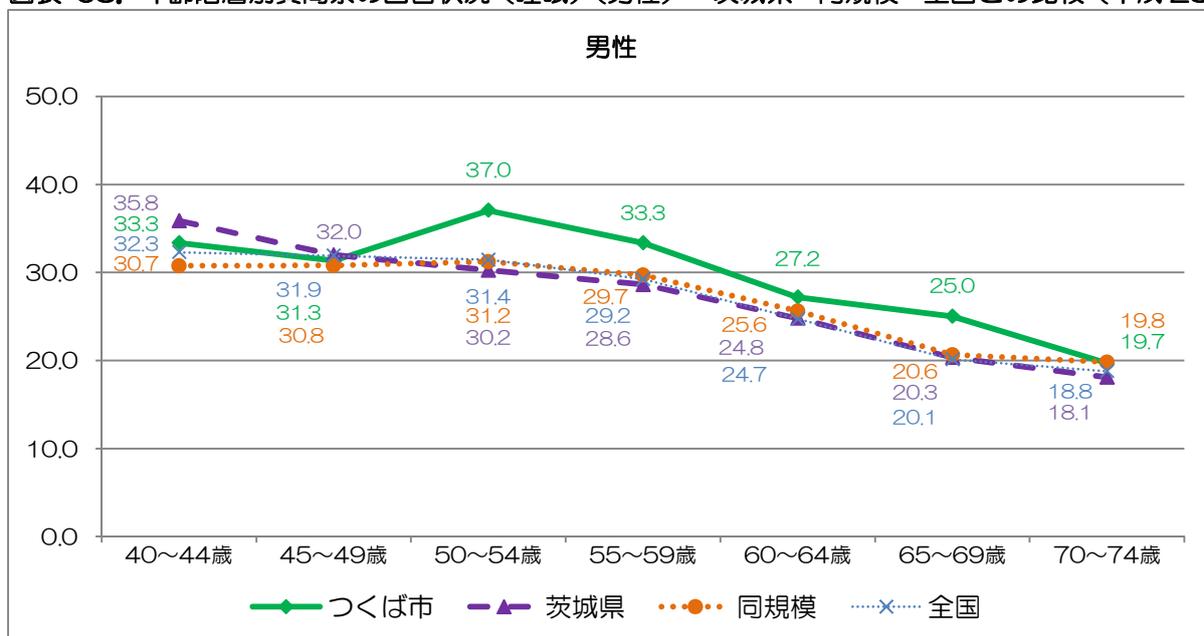
睡眠状況は、男女ともに、睡眠不足であると回答した人の割合が、全国や同規模、茨城県よりも高くなっています。(図表 67～図表 70)。

図表 67. 質問票の回答状況（睡眠）（男性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）



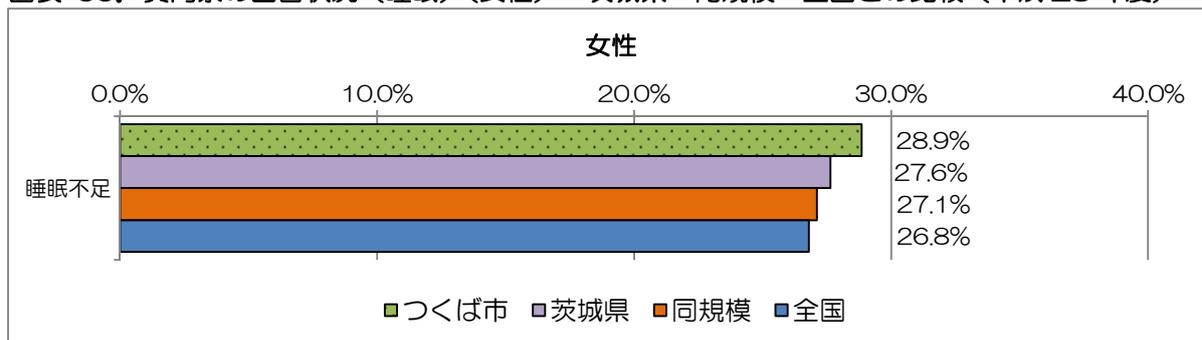
出典：国保データベース

図表 68. 年齢階層別質問票の回答状況（睡眠）（男性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）



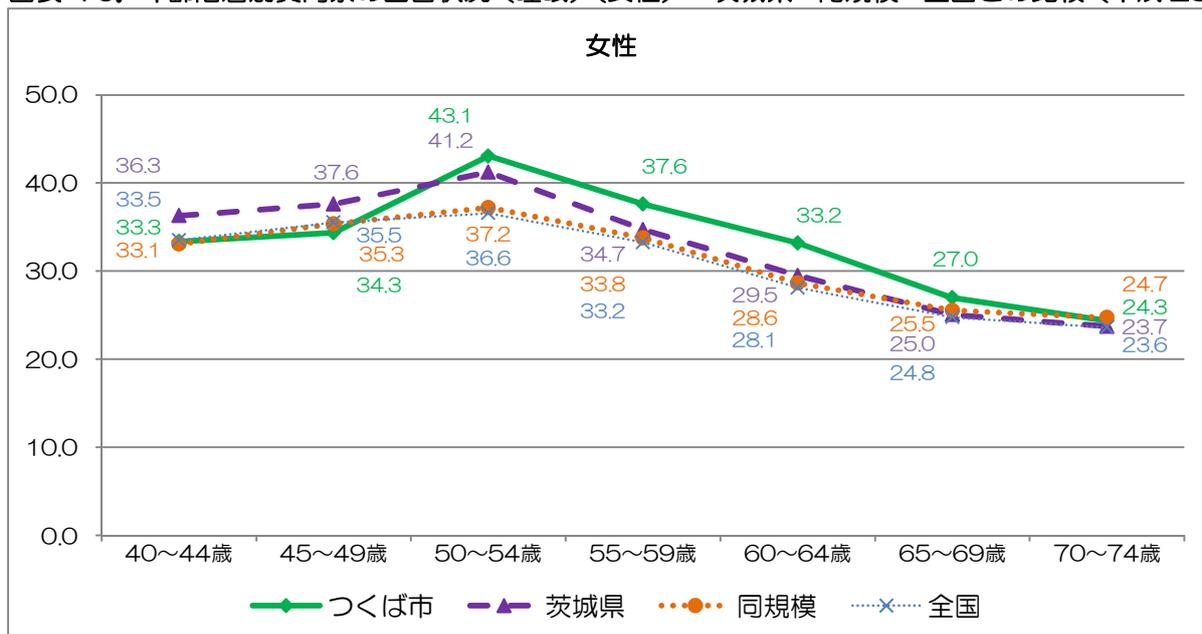
(単位：%)
出典：国保データベース

図表 69. 質問票の回答状況（睡眠）（女性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）



出典：国保データベース

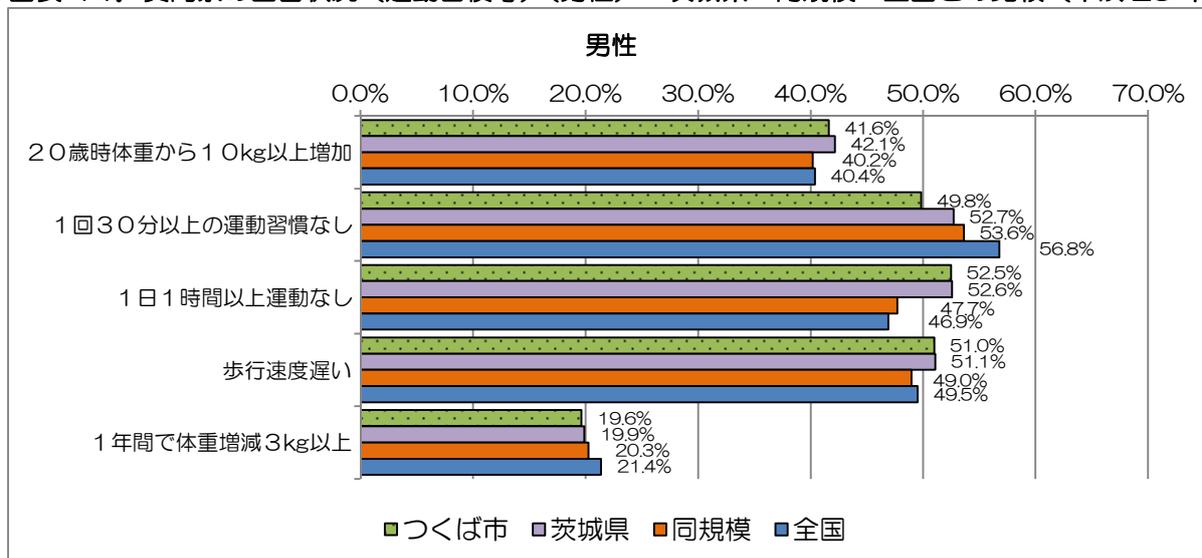
図表 70. 年齢階層別質問票の回答状況（睡眠）（女性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）



(単位：%)
出典：国保データベース

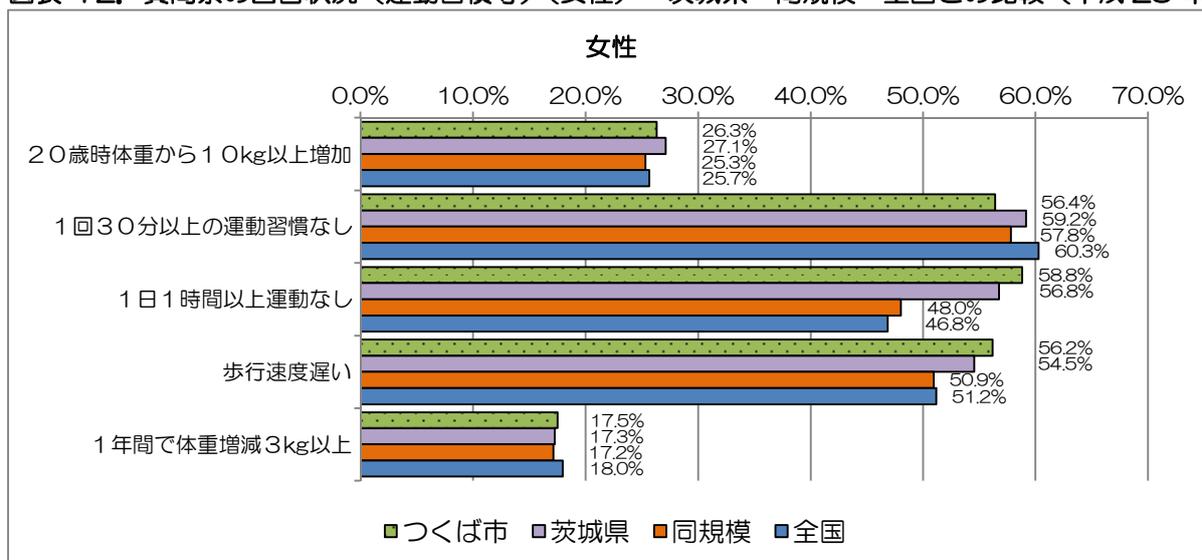
運動習慣では、茨城県と比べて、女性は、「1日1時間以上運動なし」「歩行速度が遅い」、「1年間で体重増減3kg以上」と回答した人の割合が高くなっています（図表72）。

図表 71. 質問票の回答状況（運動習慣等）（男性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成28年度）



出典：国保データベース

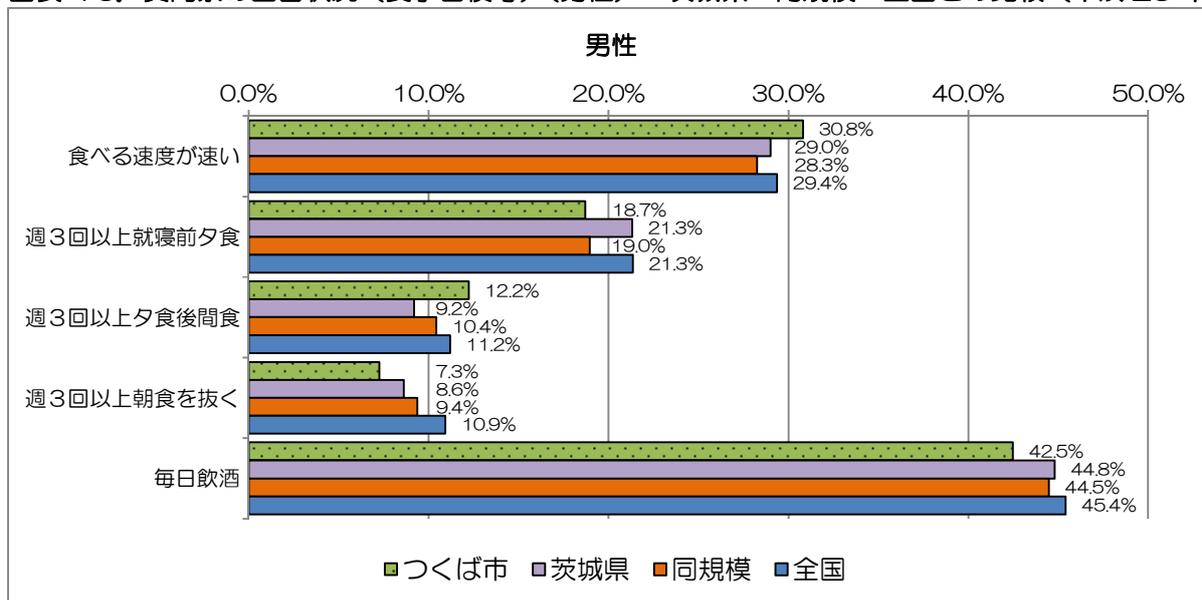
図表 72. 質問票の回答状況（運動習慣等）（女性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成28年度）



出典：国保データベース

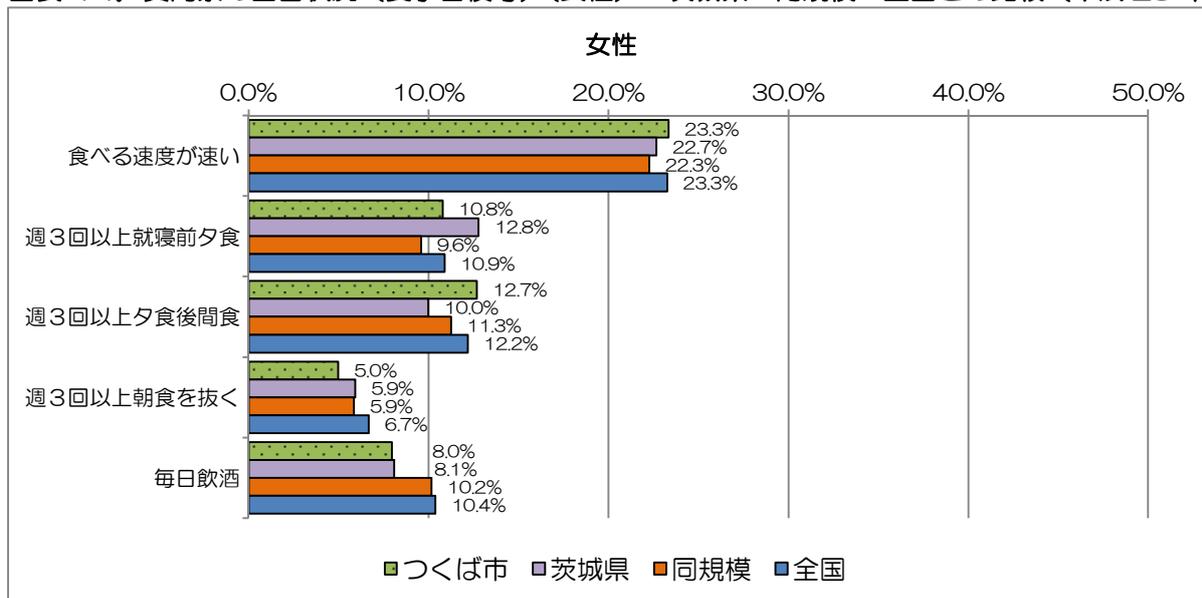
食事習慣では、茨城県と比べて、男女ともに「食べる速度が速い」「週3回以上夕食後間食」と回答した人の割合が高くなっています（図表73、図表74）。

図表 73. 質問票の回答状況（食事習慣等）（男性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成28年度）



出典：国保データベース

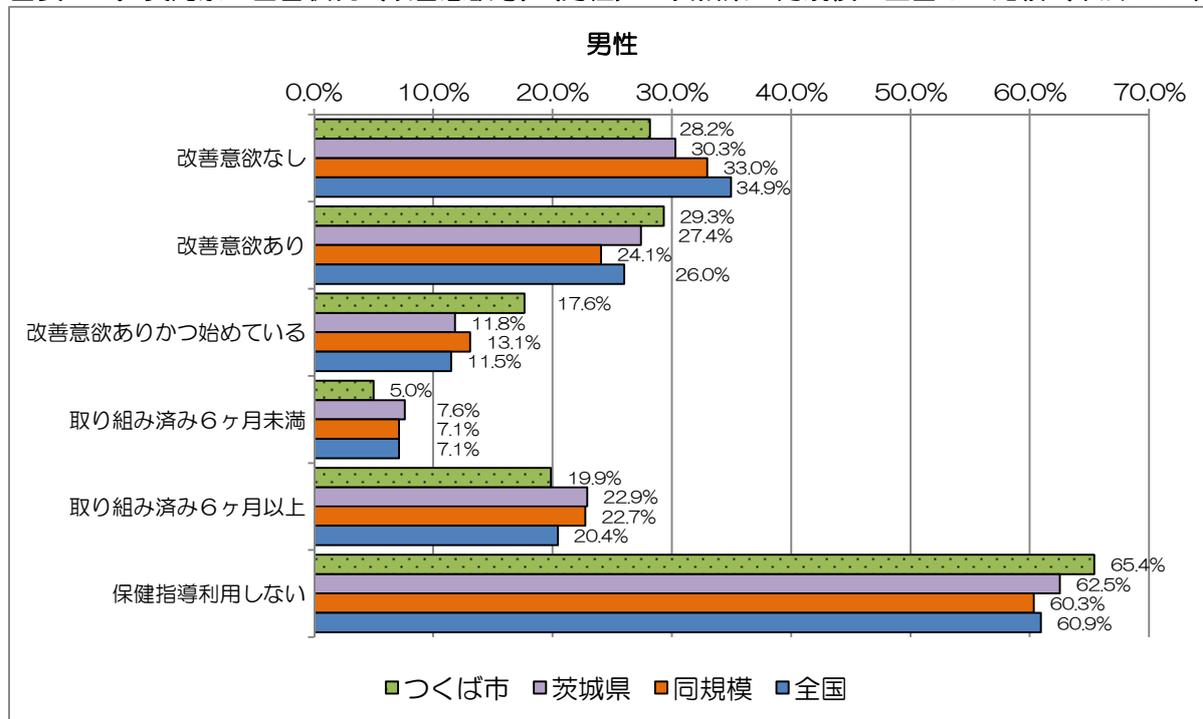
図表 74. 質問票の回答状況（食事習慣等）（女性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成28年度）



出典：国保データベース

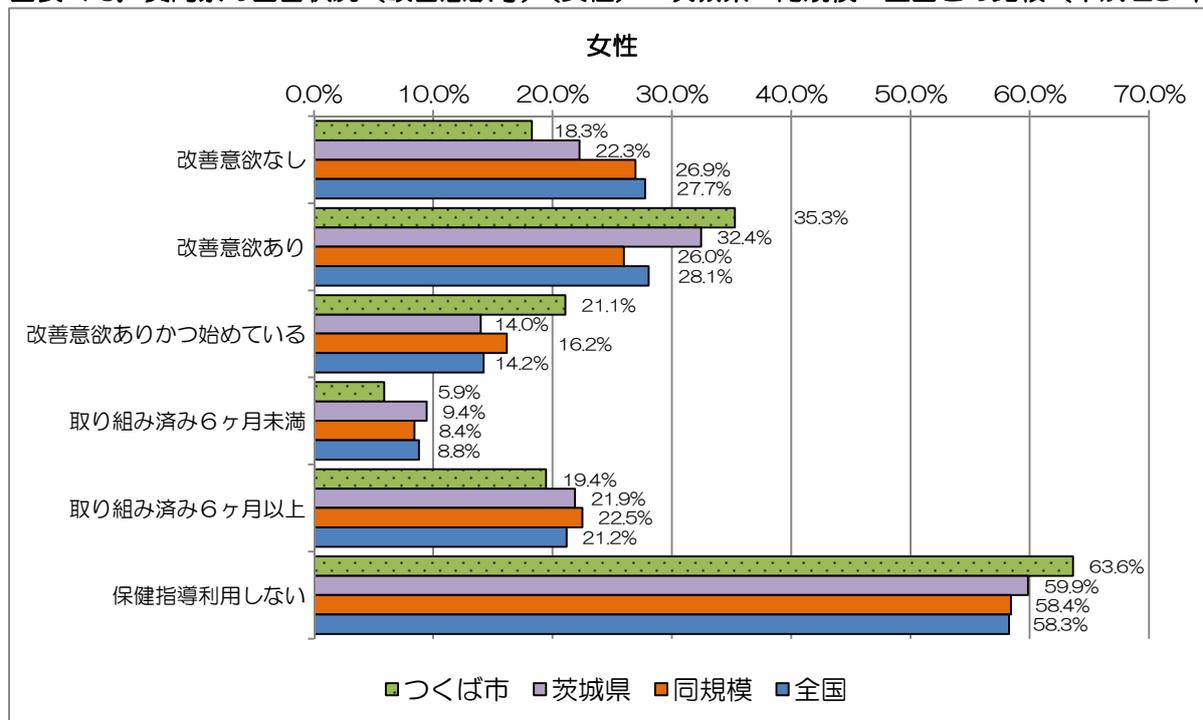
生活習慣改善意欲は、男女ともに「改善意欲あり」と回答した人の割合が、茨城県や同規模、全国よりも高くなっている一方で、「保健指導利用しない」と回答した人の割合が、茨城県や同規模、全国よりも高くなっています（図表 75,図表 76）。

図表 75. 質問票の回答状況（改善意欲等）（男性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）



出典：国保データベース

図表 76. 質問票の回答状況（改善意欲等）（女性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 28 年度）



出典：国保データベース

3 特定保健指導状況の把握

(1) 特定保健指導の実施状況

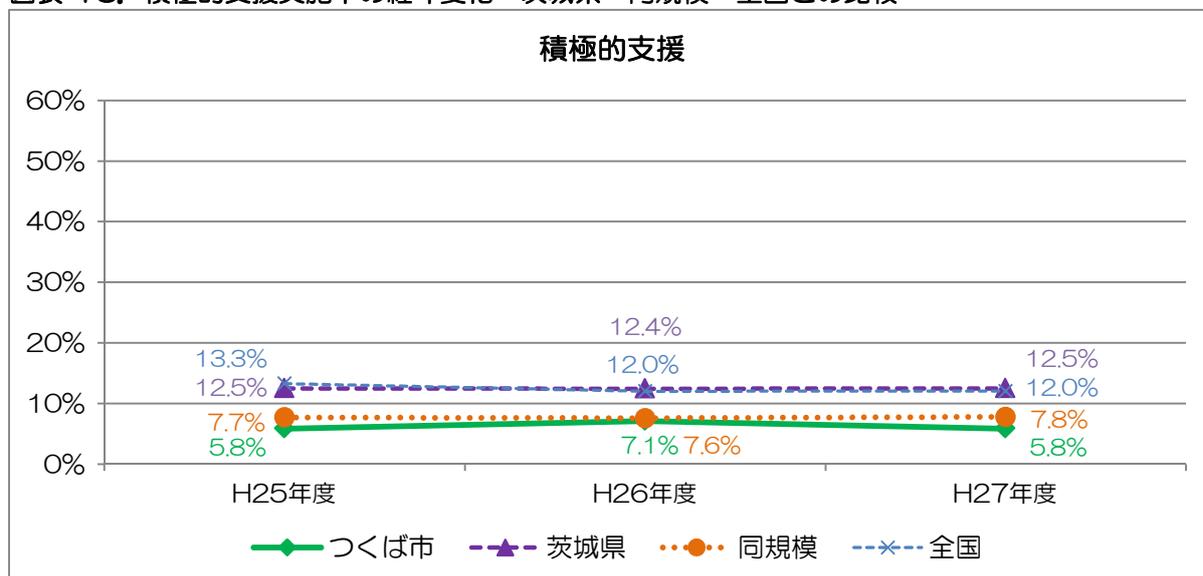
特定保健指導の状況を確認します。健診結果に基づき、保健指導レベル（積極的支援レベル*（p.137用語集参照）、動機付け支援レベル*（p.138用語集参照）、情報提供レベル*（p.138用語集参照））を決定します。積極的支援レベルと動機付け支援レベルの対象者には、一人ひとりにあった健康づくりの方法を考え、支援する特定保健指導を実施します。情報提供レベルの対象者には、生活習慣の重要性に対する理解を深めるための情報を提供し、生活習慣の見直しを促します（図表 77）。

図表 77. 特定保健指導レベル階層化基準

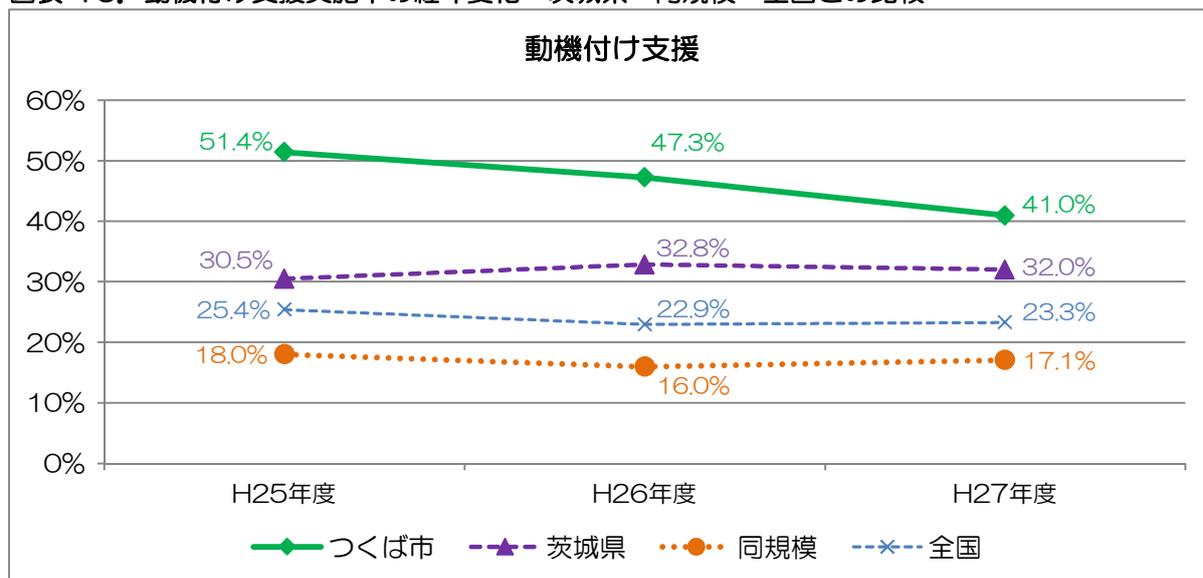
1) 内臓脂肪の蓄積状況を確認																
(1) 腹囲	男性 85cm以上 女性 90cm以上															
(2) BMI	(1) 以外 かつ BMI 25kg/m ² 以上															
2) 追加リスクを確認																
①血糖高値	<ul style="list-style-type: none"> ● 空腹時血糖 100mg/dl以上 ● HbA1c 5.6%以上（NGSP値） ● 糖尿病に対する薬剤治療中 <p>●のうちいずれかに当てはまる</p>															
②脂質異常	<ul style="list-style-type: none"> ● 中性脂肪 150mg/dl以上 ● HDLコレステロール 40mg/dl未満 ● 脂質異常症に対する薬剤治療中 <p>●のうちいずれかに当てはまる</p>															
③血圧高値	<ul style="list-style-type: none"> ● 収縮期血圧 130mmHg以上 ● 拡張期血圧 85mmHg以上 ● 高血圧症に対する薬剤治療中 <p>●のうちいずれかに当てはまる</p>															
①～③に1つ以上該当した場合																
④質問票	喫煙歴あり															
3) 判定																
(1) 腹囲該当	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 50%;">追加リスク①～④のうち 2項目以上に当てはまる</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 20%;">積極的支援レベル</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1項目に当てはまる</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>動機付け支援レベル</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>いずれにも当てはまらない</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>情報提供レベル</td> </tr> </table>		+	追加リスク①～④のうち 2項目以上に当てはまる	→	積極的支援レベル			1項目に当てはまる	→	動機付け支援レベル			いずれにも当てはまらない	→	情報提供レベル
	+	追加リスク①～④のうち 2項目以上に当てはまる	→	積極的支援レベル												
		1項目に当てはまる	→	動機付け支援レベル												
		いずれにも当てはまらない	→	情報提供レベル												
(2) BMI該当	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">+</td> <td style="width: 50%;">追加リスク①～④のうち 3項目以上に当てはまる</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 20%;">積極的支援レベル</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1～2項目に当てはまる</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>動機付け支援レベル</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>いずれにも当てはまらない</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>情報提供レベル</td> </tr> </table>		+	追加リスク①～④のうち 3項目以上に当てはまる	→	積極的支援レベル			1～2項目に当てはまる	→	動機付け支援レベル			いずれにも当てはまらない	→	情報提供レベル
	+	追加リスク①～④のうち 3項目以上に当てはまる	→	積極的支援レベル												
		1～2項目に当てはまる	→	動機付け支援レベル												
		いずれにも当てはまらない	→	情報提供レベル												
4) 例外対応																
65歳以上75歳未満の者は、「積極的支援レベル」の対象となった場合でも「動機付け支援レベル」とする																
服薬中の者は、「情報提供レベル」とする																

特定保健指導実施率をみると、積極的支援は茨城県や同規模、全国と比べて低くなっています。動機付け支援は、平成25年から平成27年にかけて減少しているものの、茨城県や同規模、全国と比べて高くなっています（図表78,図表79）。

図表 78. 積極的支援実施率の経年変化 茨城県・同規模・全国との比較

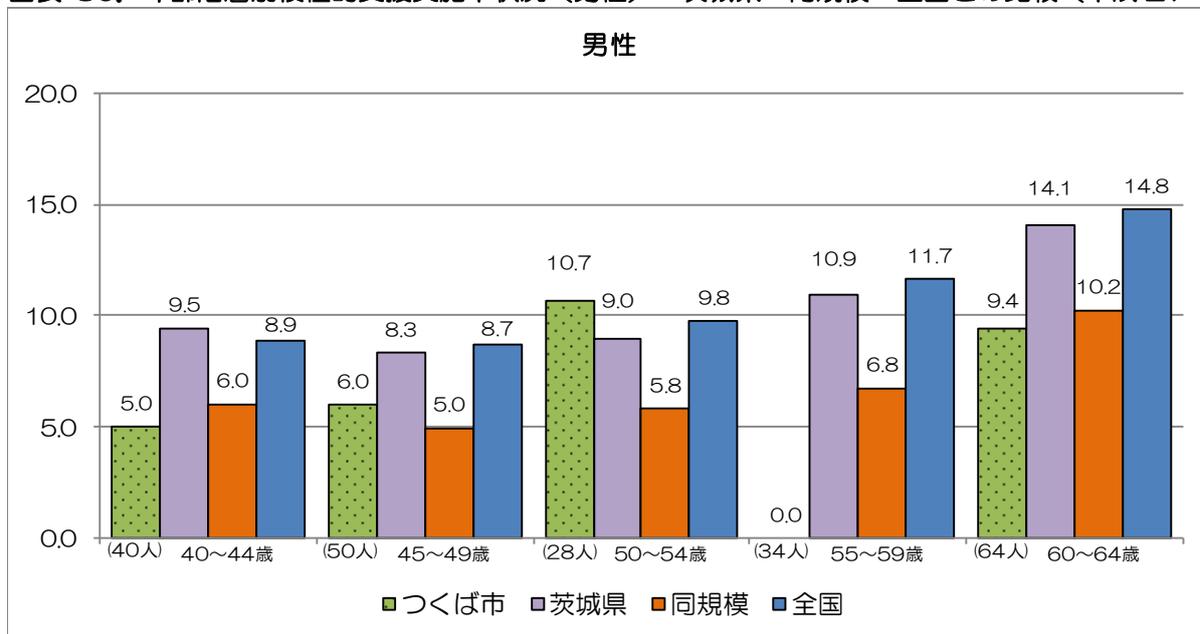


図表 79. 動機付け支援実施率の経年変化 茨城県・同規模・全国との比較



積極的支援の対象者数 274 人のうち、年齢、性別の実施率をみると、男性は、50～54 歳では茨城県や全国と比べて高くなっているものの、それ以外の年齢では低くなっています。女性は、40～59 歳では 0%の状況であり、いずれの年代においても茨城県や全国と比べて低くなっています（図表 80、図表 81）。

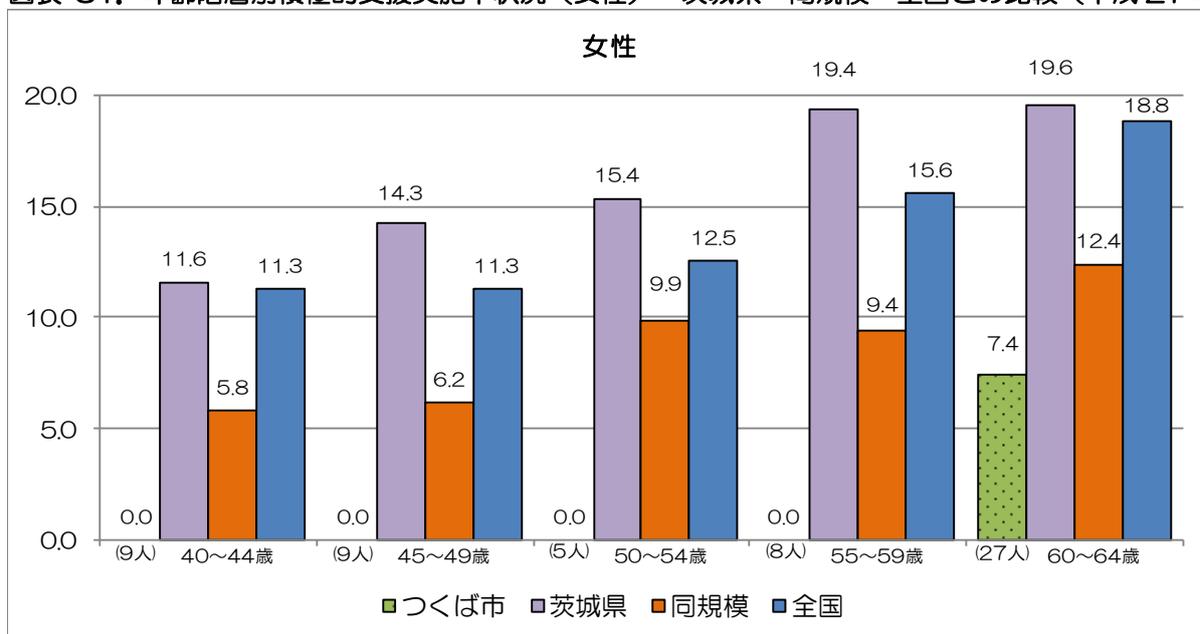
図表 80. 年齢階層別積極的支援実施率状況（男性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 27 年度）



※横軸（ ）内の人数はつくば市の積極的支援の対象者数

出典：国保データベース

図表 81. 年齢階層別積極的支援実施率状況（女性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 27 年度）

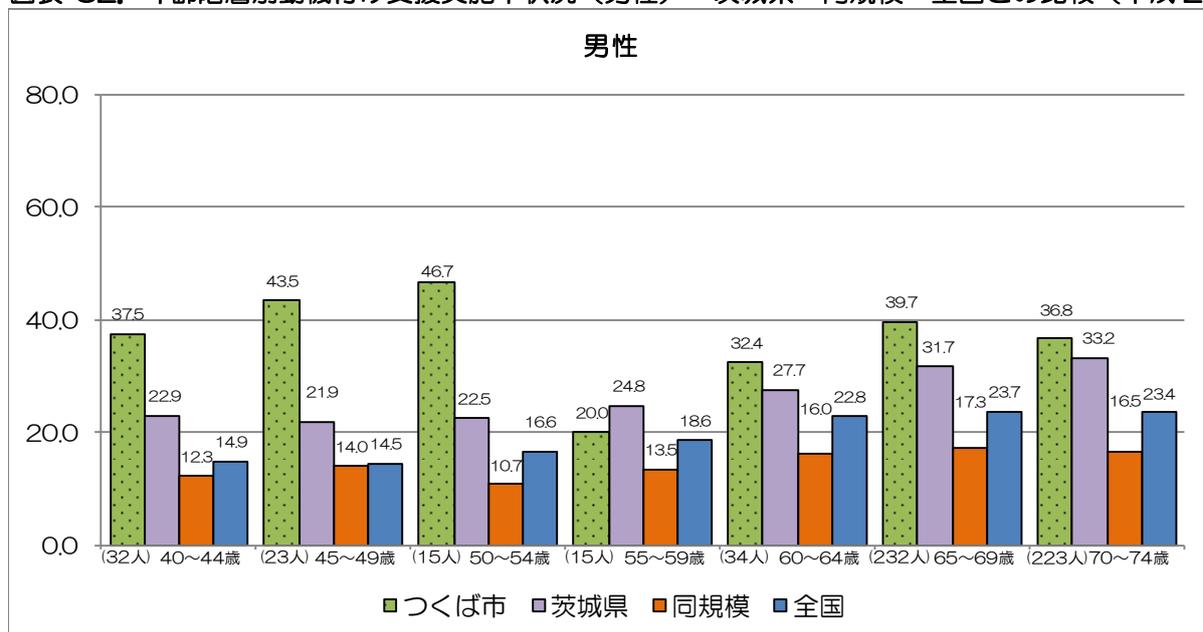


※横軸（ ）内の人数はつくば市の積極的支援の対象者数

出典：国保データベース

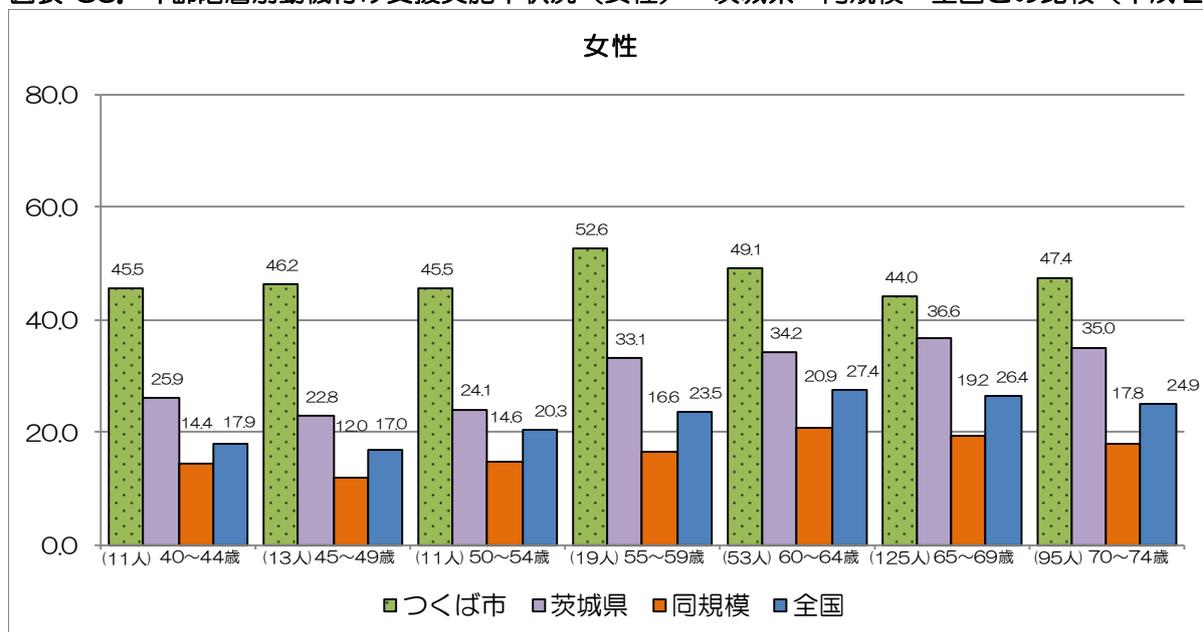
動機付け支援の対象者数 901 人のうち、年齢、性別の実施率をみると、男性は、55～59 歳が茨城県と比べて低くなっている以外は、全ての年齢で茨城県や同規模・全国より高くなっています。女性は、全ての年齢で茨城県や同規模・全国と比べて高くなっています（図表 82,図表 83）。

図表 82. 年齢階層別動機付け支援実施率状況（男性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 27 年度）



※横軸（ ）内の人数はつくば市の動機付け支援の対象者数
出典：国保データベース

図表 83. 年齢階層別動機付け支援実施率状況（女性） 茨城県・同規模・全国との比較（平成 27 年度）



※横軸（ ）内の人数はつくば市の動機付け支援の対象者数
出典：国保データベース

特定健康診査の問診の質問項目回答者のうち、保健指導を希望するかという質問に「はい」と回答した人の割合は、動機付け支援対象者では 35.6%、積極的支援対象者では 39.6%のとなっています（図表 84）。

図表 84. 年齢・保健指導レベル別の保健指導希望者割合（質問票）（平成 28 年度）

年齢階層	情報提供			動機付け支援			積極的支援		
	はい	いいえ	はいと回答した人の割合	はい	いいえ	はいと回答した人の割合	はい	いいえ	はいと回答した人の割合
40～44歳	56	81	40.9%	6	4	60.0%	6	7	46.2%
45～49歳	48	83	36.6%	2	5	28.6%	4	12	25.0%
50～54歳	51	76	40.2%	6	4	60.0%	2	6	25.0%
55～59歳	92	115	44.4%	6	9	40.0%	11	6	64.7%
60～64歳	203	388	34.3%	11	17	39.3%	13	24	35.1%
65～69歳	520	882	37.1%	58	114	33.7%			
70～74歳	452	894	33.6%	40	80	33.3%			
合計	1,422	2,519	36.1%	129	233	35.6%	36	55	39.6%

出典：本市作成
※医療機関健診受診者のみ

<保健指導とは>

情報提供レベル

自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、基本的な情報を提供する。

動機付け支援

対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようになることを目的とした保健指導プログラム。

医師、保健師または管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣の改善のための取り組みに係る動機付け支援を行う。

積極的支援

対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるようになることを目的とした保健指導プログラム。

医師、保健師または管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣の改善のための、対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行う。

(2) 特定保健指導の効果

平成 27 年度の特定保健指導対象者について、指導実施者と未実施者の翌年度の健診検査値を確認します。積極的支援の指導実施者は、指導未実施者に比べ、腹囲、BMI、収縮期血圧、拡張期血圧について、検査値平均がより大きく改善しています。とくに腹囲については、有意差* (p.138 用語集参照) があります。また、動機付け支援の指導実施者は、指導未実施者に比べ、腹囲、BMI、LDL について、検査値平均がより大きく改善しています。とくに腹囲、BMI については、有意差* (p.138 用語集参照) があります。特定保健指導の実施により、一定の検査値改善が認められることがわかります (図表 85, 図表 86)。

図表 85. 平成 27 年度特定保健指導実施・未実施者（積極的支援）の翌年度の健診検査値平均の変化

検査項目	保健指導あり 10人	保健指導なし 173人	p値	有意差 (p値<0.05)
	変化量 H27⇒H28の 平均値 (中央値)	変化量 H27⇒H28の 平均値 (中央値)		
腹囲 (cm)	-2.30 (-3.50)	0.38 (0.00)	0.02	*
BMI (%)	-0.51 (-0.30)	-0.12 (0.00)	0.13	
収縮期血圧 (mmHg)	-6.00 (-3.00)	-0.83 (-1.00)	0.23	
拡張期血圧 (mmHg)	-4.40 (-5.50)	-1.14 (0.00)	0.09	
中性脂肪	-0.01 (-0.03)	-0.05 (-0.04)	0.48	
HDL (mg/dl)	3.90 (3.00)	1.55 (1.00)	0.31	
LDL (mg/dl)	10.40 (8.00)	-1.06 (-2.00)	0.08	
HbA1c (%)	-0.02 (0.05)	-0.02 (0.00)	0.98	

出典：本市作成

図表 86. 平成 27 年度特定保健指導実施・未実施者（動機付け支援）の翌年度の健診検査値平均の変化

検査項目	保健指導あり 300人	保健指導なし 407人	p値	有意差 (p値<0.05)
	変化量 H27⇒H28の 平均値 (中央値)	変化量 H27⇒H28の 平均値 (中央値)		
腹囲 (cm)	-0.63 (0.00)	0.08 (0.00)	0.00	*
BMI (%)	-0.23 (-0.10)	0.03 (0.10)	0.00	*
収縮期血圧 (mmHg)	-0.16 (0.00)	-0.21 (0.00)	0.83	
拡張期血圧 (mmHg)	0.06 (1.00)	-0.28 (0.00)	0.30	
中性脂肪	-0.02 (-0.01)	-0.03 (-0.02)	0.63	
HDL (mg/dl)	0.55 (1.00)	0.69 (1.00)	0.73	
LDL (mg/dl)	-5.00 (-6.00)	-3.35 (-3.00)	0.17	
HbA1c (%)	-0.03 (0.00)	0.12 (0.00)	0.26	

出典：本市作成

＜有意差とは＞

統計学的に有意とは、ある事柄の起こる確率が偶然や誤差ではないことを意味します。ここでは p 値を使用し、指導実施者と未実施者の検査値について、平均値と中央値を比較しました。p 値が 0.05 以下の場合には、偶然でなく、有意に差があることとなります。中性脂肪はばらつきが大きいので、対数変換した上で、p 値を算出しています。

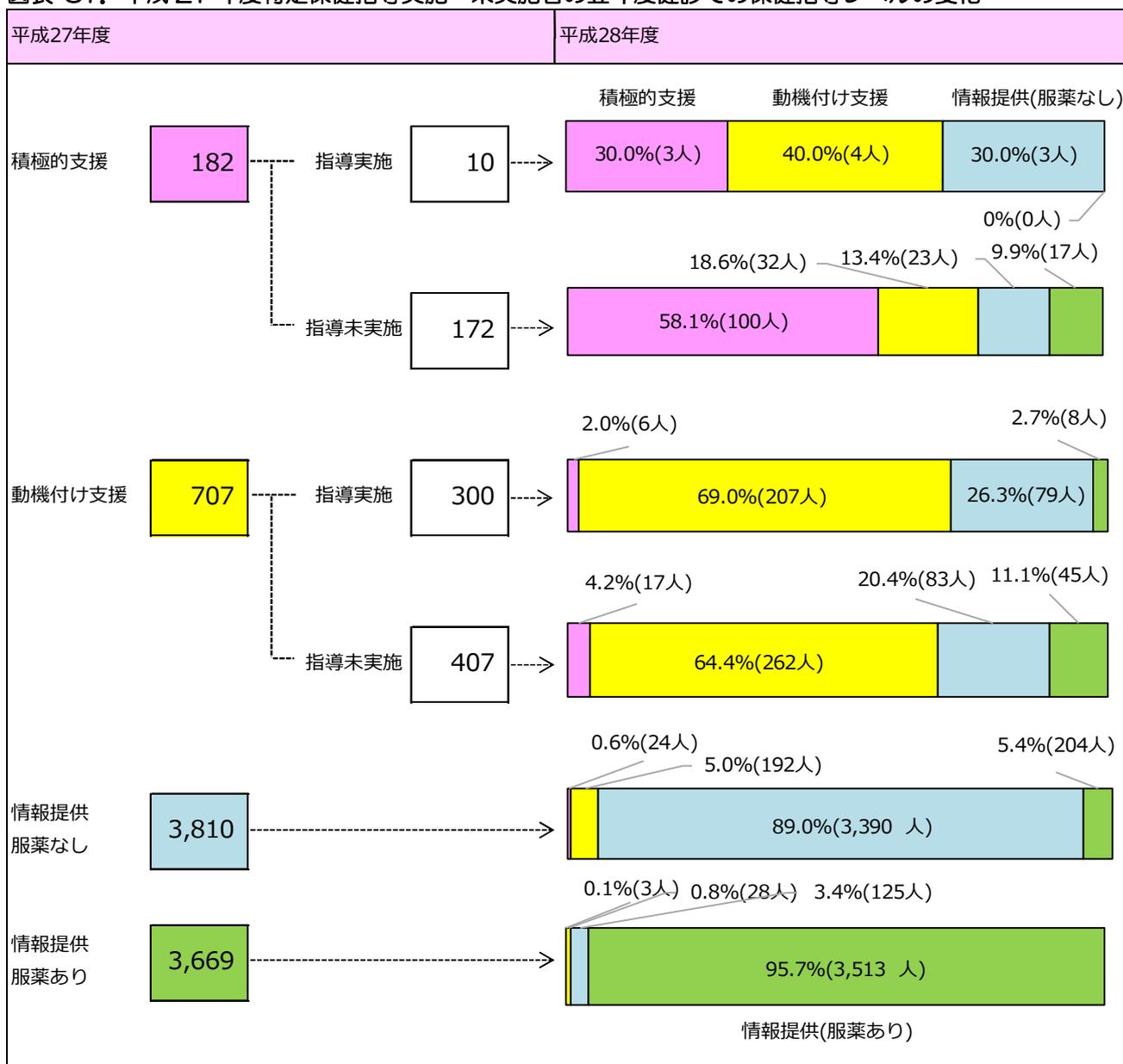
次に、平成27年度の特定保健指導実施者について、翌年度の保健指導レベルの改善割合を確認します。

平成27年度積極的支援実施者は、平成28年度の健診において40.0%が動機付け支援に、30.0%が情報提供（服薬なし）に改善しており、動機付け支援実施者についても69.0%が動機付け支援に、26.3%が情報提供なし（服薬なし）に改善しています。以上のことから、指導未実施者に比べていずれも改善割合が高いことがわかります。また、動機付け支援実施者は、平成28年度の実施者において26.3%の人が情報提供（服薬なし）に、未実施者は4.2%の人が積極的支援、11.1%の人が情報提供（服薬なし）に悪化しています。以上のことから、指導未実施者に比べていずれも改善割合が高いことがわかります。

一方、情報提供（服薬なし）該当者のうち0.6%が積極的支援に、5.0%が動機付け支援に悪化しています（図表87）。

以上のことから、積極的支援該当者には保健指導の利用を働きかけ、情報提供該当者には、ポピュレーションアプローチ*（p.138用語集参照）の工夫などを行い悪化を防ぐ必要があります。

図表 87. 平成27年度特定保健指導実施・未実施者の翌年度健診での保健指導レベルの変化



(単位：人)
出典：本市作成

4 レセプトと健診の状況把握

ここでは、ICD-10（国際疾病分類）による傷病名に基づき、生活習慣病の基礎疾患となる3疾患（糖尿病、高血圧症、脂質異常症）を図表 88 のとおりとしています。

図表 88. 生活習慣病の基礎疾患となる3疾患

疾病	ICD-10 による傷病名
高血圧症	本態性(原発性)高血圧症, 高血圧性心疾患 等
糖尿病	インスリン非依存性糖尿病(糖尿病性腎症, 糖尿病性神経障害, 糖尿病性網膜症を含む), 栄養障害に関連する糖尿病 等
脂質異常症	リポ蛋白代謝障害及びその他の脂質血症

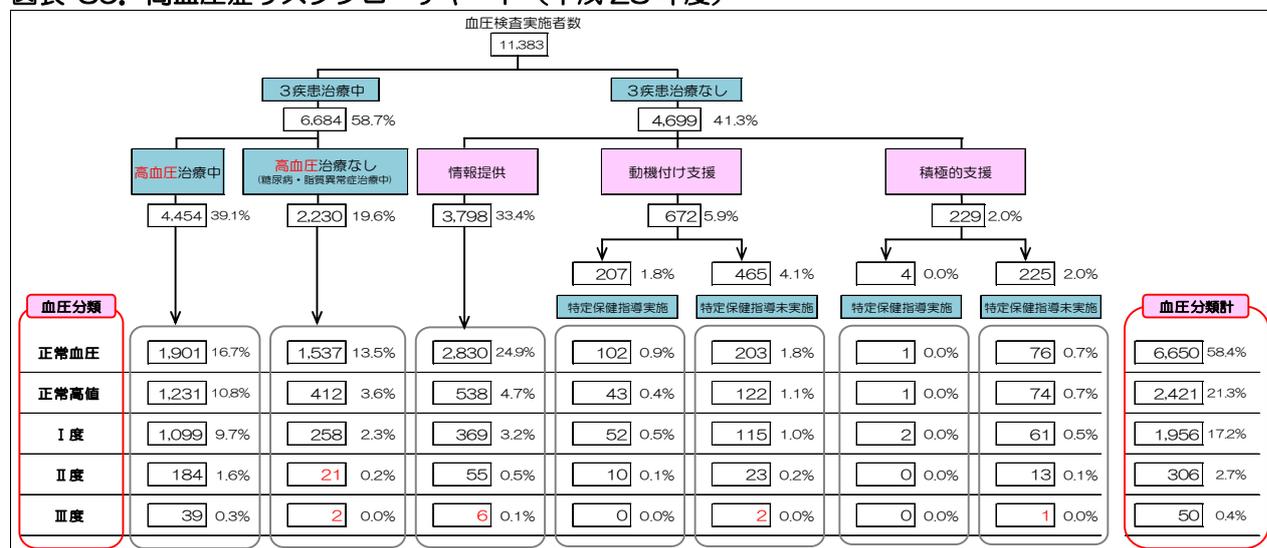
平成 28 年度特定健康診査の検査結果とレセプトの状況より、生活習慣病の基礎疾患となる3疾患のリスクについて、フローチャートを用いて確認します。なお、治療の有無については、平成 28 年度に生活習慣病基礎疾患である3疾患（図表 88）の医療費が発生しているかどうかで判断しています。

(1) 生活習慣病（高血圧症）

血圧における特定保健指導の対象者抽出の基準値は、収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上です。血圧分類の正常高値・I 度高血圧・II 度高血圧・III 度高血圧の 4,733 人、41.6% の者には特定保健指導、医療機関への受診勧奨など重症化予防のためのアプローチが必要となります。

血圧検査実施者では、3 疾患のいずれかを治療中で、かつ高血圧症の治療がない者の中に、II 度高血圧の者が 21 人、III 度高血圧の者が 2 人います。また、積極的支援、動機付け支援該当者のうち、指導未実施者で III 度高血圧以上の者が 3 人（積極的支援未実施者 1 人、動機付け支援未実施者 2 人）おり、情報提供者のうち、III 度高血圧以上の者が 6 人います（図表 89）。

図表 89. 高血圧症リスクフローチャート（平成 28 年度）



(単位：人)
出典：本市作成

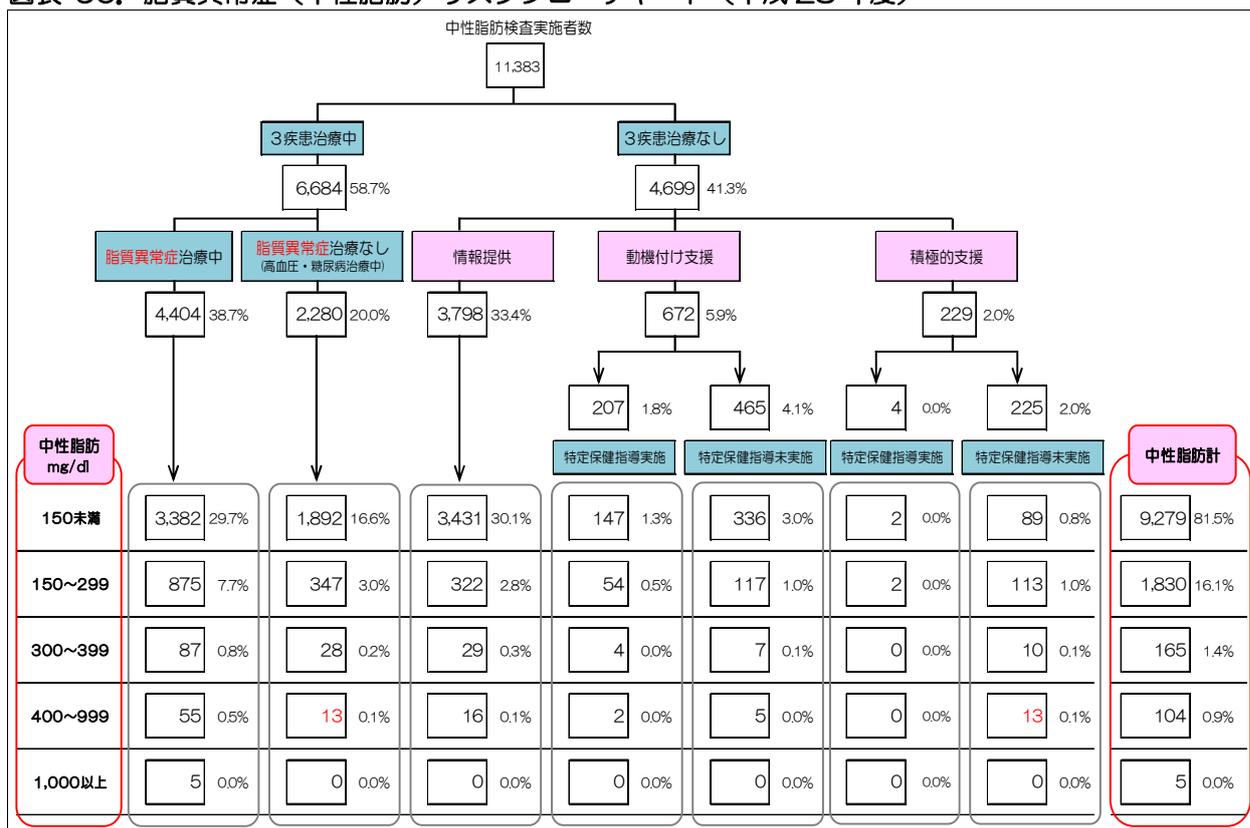
血圧分類	血圧値
I 度高血圧	収縮期血圧 140mmHg 以上 159 mmHg 以下 または拡張期血圧 90 mmHg 以上 99 mmHg 以下
II 度高血圧	収縮期血圧 160mmHg 以上 179 mmHg 以下 または拡張期血圧 100 mmHg 以上 109 mmHg 以下
III 度高血圧	収縮期血圧 180mmHg 以上 または拡張期血圧 110 mmHg 以上

(2) 生活習慣病（脂質異常症）

中性脂肪における特定保健指導の対象者抽出の基準値は、中性脂肪 150mg/dl 以上です。中性脂肪高値者 2,104 人、18.5%の者には特定保健指導、医療機関への受診勧奨など重症化予防のためのアプローチが必要となります。

中性脂肪検査実施者では、3 疾患のいずれかを治療中で、かつ脂質異常症の治療がない者の中に、中性脂肪 400~999g/dl の者が 13 人います。また、積極的支援該当者のうち、指導未実施者で中性脂肪 400~999g/dl の者が 13 人います（図表 90）。

図表 90. 脂質異常症（中性脂肪）リスクフローチャート（平成 28 年度）



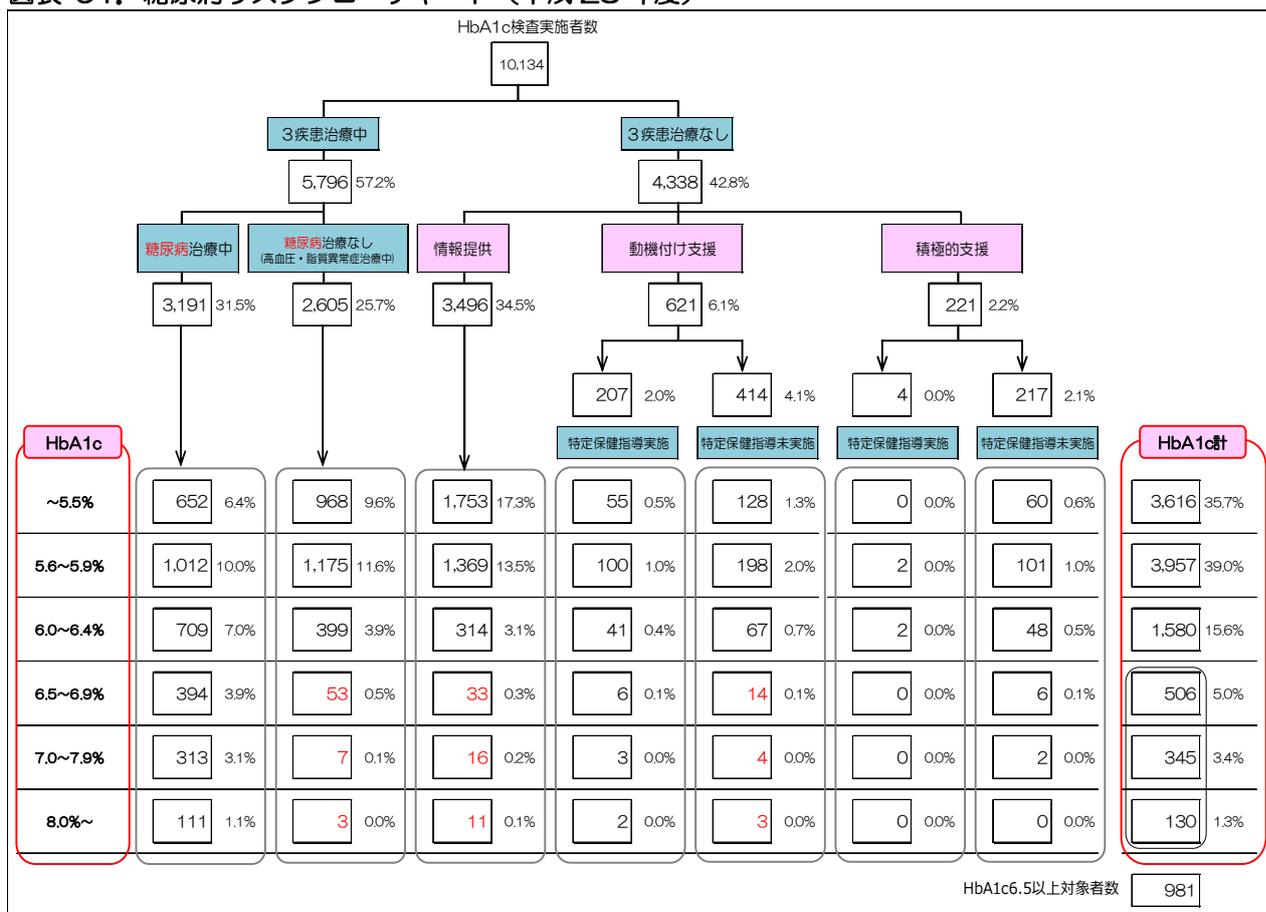
(単位：人)
出典：本市作成

(3) 生活習慣病（糖尿病）

HbA1c における特定保健指導の対象者抽出の基準値は、HbA1c 5.6%以上（NGSP 値）です。HbA1c 高値者 6,518 人、64.3%の者には特定保健指導、医療機関への受診勧奨など重症化予防のためのアプローチが必要となります。

HbA1c（NGSP 値）検査実施者では、3 疾患のいずれかを治療中で、かつ糖尿病の治療がない者の中に、HbA1c 6.5%以上の者が 63 人います。また、動機付け支援該当者のうち、指導未実施者で HbA1c 6.5%以上の者が 21 人おり、情報提供者のうち、HbA1c 6.5%以上の者が 60 人います（図表 91）。

図表 91. 糖尿病リスクフローチャート（平成 28 年度）



(単位：人)
出典：本市作成

(4) CKD（慢性腎臓病）

次に、CKD（慢性腎臓病）の重症度について確認します。ステージを色分けして分類しており、緑色はリスクが最も低い状態で、黄色、橙色、赤色となるほど、末期腎不全などのリスクが高くなることを示しています。重症度分類（赤色）に該当する者は 82 人、重症度分類（橙色）に該当する者は 206 人います（図表 92）。

図表 92. CKDの重症化状況（平成 28 年度）

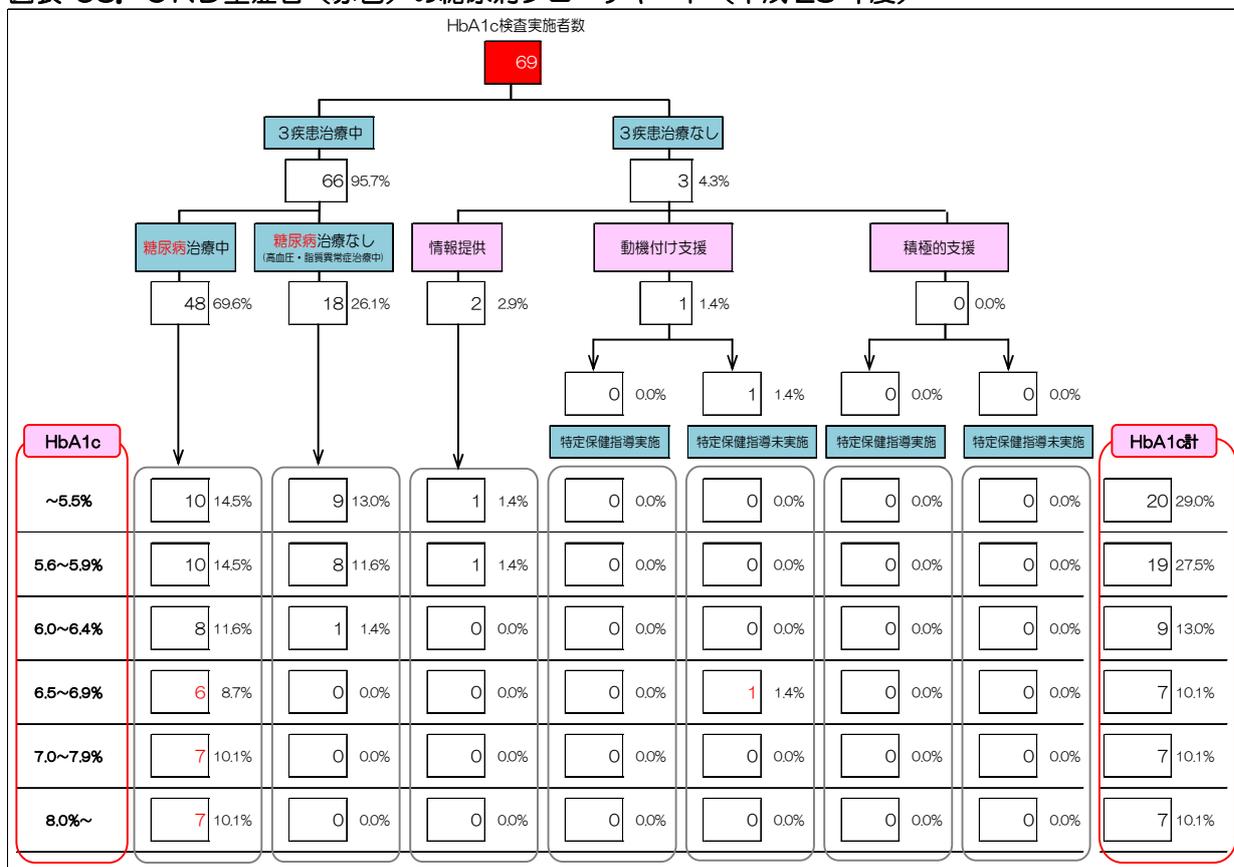
尿蛋白区分			尿検査・GFR ともに実施	A1 (-)or(±)	A2 (+)	A3 (2+)以上
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)						
			9,487	9,121	260	106
			100%	96.1%	2.7%	1.1%
G1	正常 または高値	90以上	1,024 10.8%	987 10.4%	31 0.3%	6 0.1%
G2	正常 または軽度	60-90 未満	6,995 73.7%	6,797 71.6%	158 1.7%	40 0.4%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	1,310 13.8%	1,226 12.9%	54 0.6%	30 0.3%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	132 1.4%	106 1.1%	12 0.1%	14 0.1%
G4	高度低下	15-30 未満	22 0.2%	5 0.1%	4 0.0%	13 0.1%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	4 0.0%	0 0.0%	1 0.0%	3 0.0%

重症度分類 (緑色)	重症度分類 (黄色)	重症度分類 (橙色)	重症度分類 (赤色)
7,784	1,415	206	82
82.0%	14.9%	2.2%	0.9%

（単位：人）
出典：本市作成

CKDの重症度分類（赤色）該当者82人のうち、HbA1c検査実施者69人について、糖尿病フローチャートを用いて確認します。HbA1c 6.5%以上の者は21人おり、20人が糖尿病治療中となっています（図表93）。

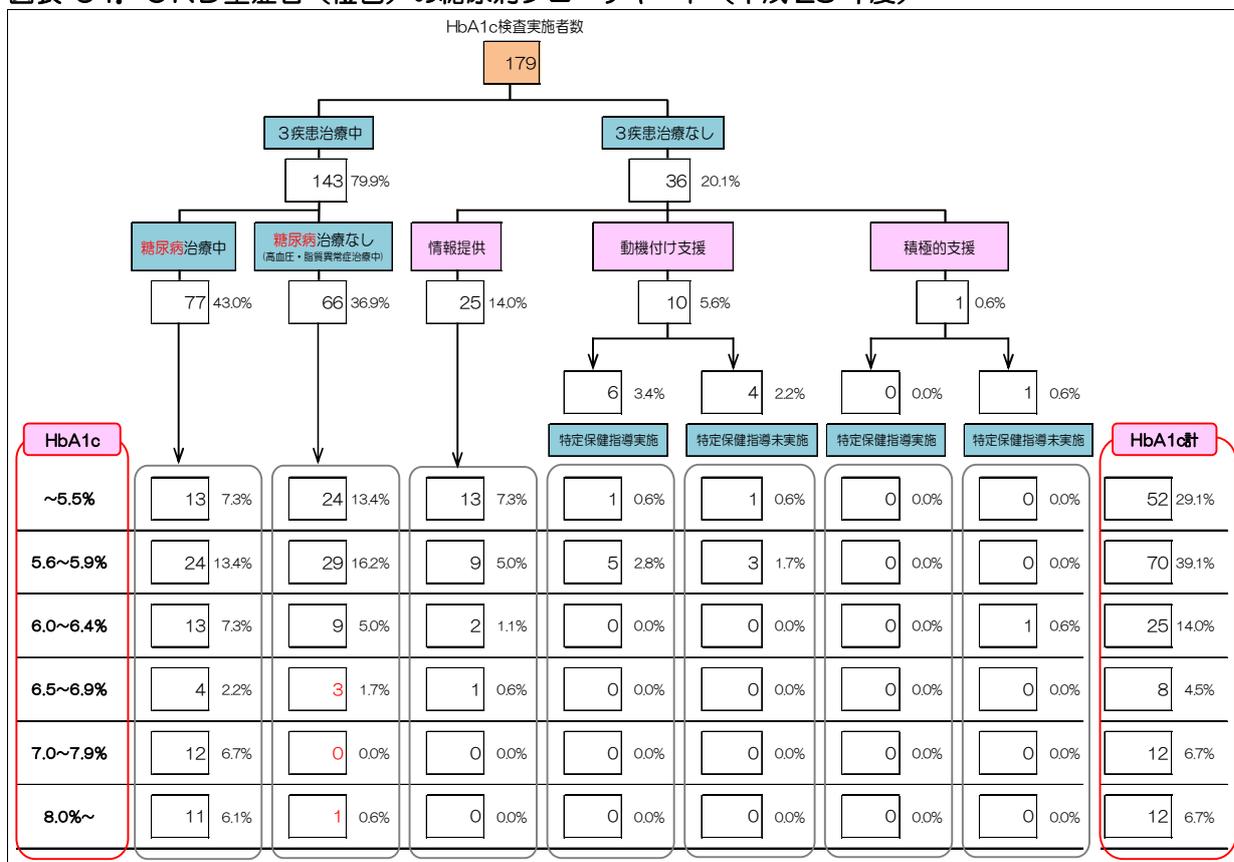
図表93. CKD重症者（赤色）の糖尿病フローチャート（平成28年度）



(単位：人)
出典：本市作成

CKDの重症度分類（橙色）該当者206人のうち、HbA1c検査実施者179人については、3疾患治療中の糖尿病治療なしでHbA1c 6.5%以上の者が4人います。（図表94）。

図表94. CKD重症者（橙色）の糖尿病フローチャート（平成28年度）



（単位：人）
出典：本市作成

※3疾患治療中にも関わらず検査値高値の者については、レセプトの内容を確認し、必要に応じてフォローを行うことが必要です。また、3疾患の治療がなく、検査値高値の者については、医療機関での早期受診を勧めることが必要です。

つくば市の死因割合をみると、糖尿病の死亡者数は全国、県、同規模の死因割合と比べると高くなっています。（図表95）。

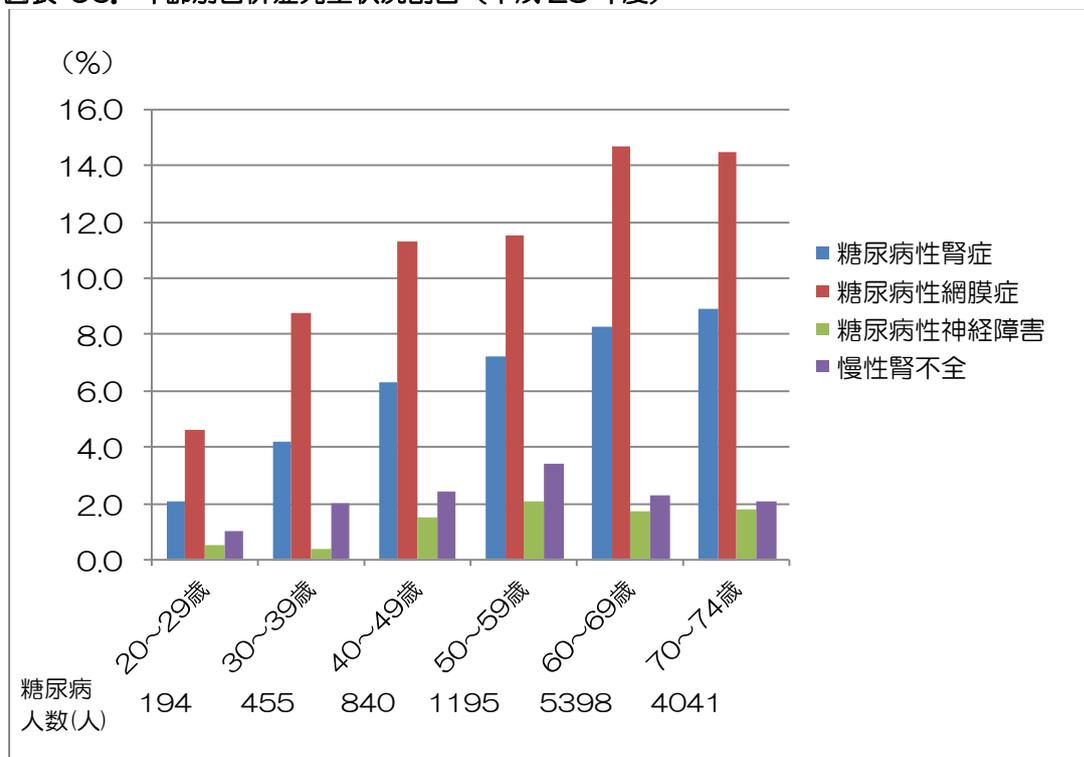
図表95. 全国の死因割合とつくば市の死因割合（平成28年度）

	1位 がん	2位 心疾患	3位 脳血管疾患	4位 糖尿病
つくば市	47.1	26.5	17.1	2.5
同規模	50.6	25.6	15.2	2.0
県	48.1	26.5	17.0	2.1
全国	49.6	26.5	15.4	1.8

（単位：%）

糖尿病を発症している人のうち、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症は、年齢とともに発症者が増加しています。(図表 96)。

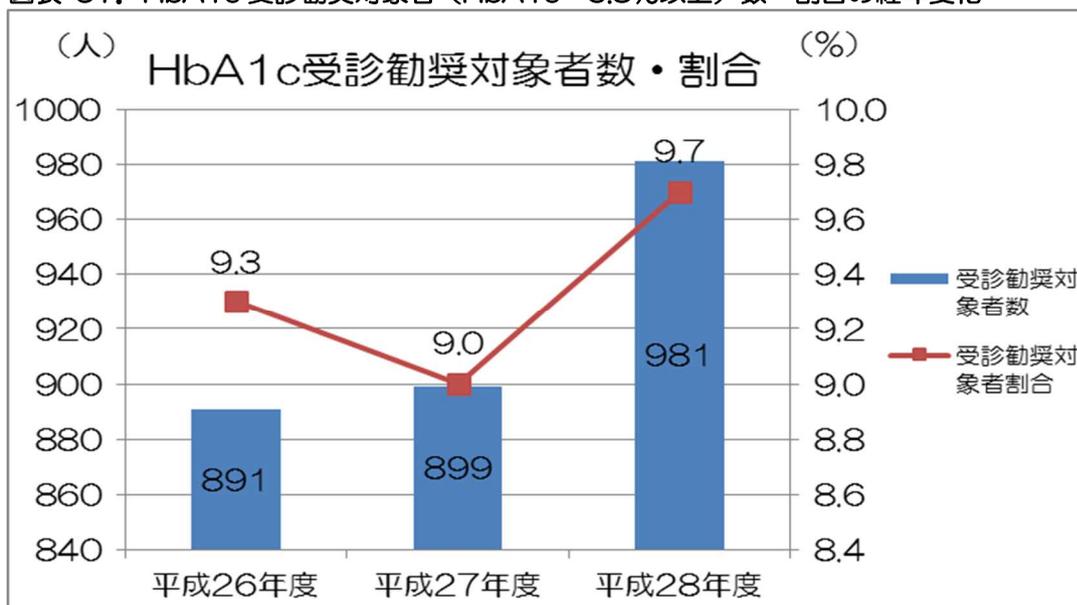
図表 96. 年齢別合併症発生状況割合 (平成 28 年度)



出典：本市作成

平成 28 年度、図表 91 にありますように HbA1c 検査実施者数 10,314 人のうち、HbA1c が 6.5%以上で受診勧奨した人は 981 人でした。平成 26 年度に比べて受診勧奨対象者数は約 80 人増加し、0.4%上昇しています (図表 97)。

図表 97. HbA1c 受診勧奨対象者 (HbA1c 6.5%以上) 数・割合の経年変化

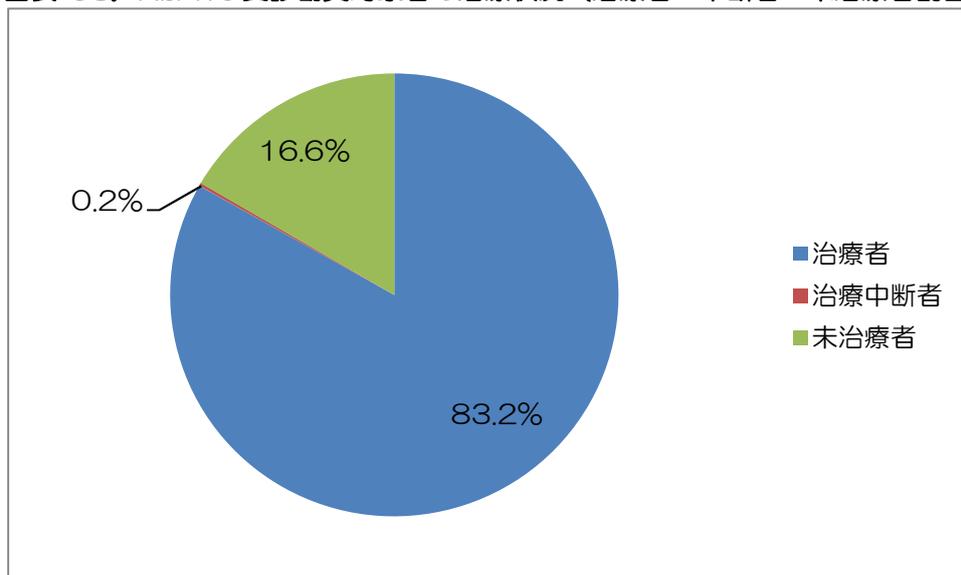


出典：本市作成

※HbA1c 受診勧奨対象者割合 = HbA1c 受診勧奨対象者数 / HbA1c 受診者数

HbA1c 受診勧奨対象者のうち、未治療者が 16.6%います（図表 98）。重症化を予防するため、未治療者への対策が必要です。

図表 98. HbA1c 受診勧奨対象者の治療状況（治療者・中断者・未治療者割合）



出典：本市作成

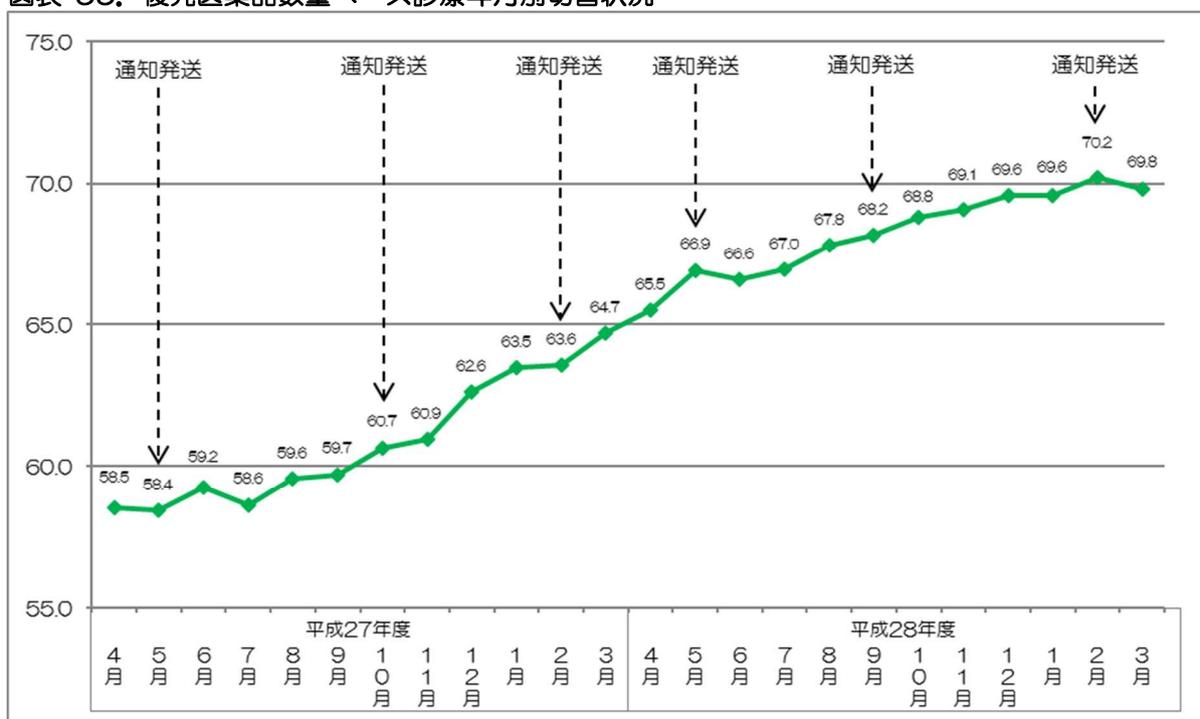
5 ジェネリック医薬品（後発医薬品）使用状況

ジェネリック医薬品の使用状況を確認します。

後発医薬品新指標の数量シェア* (p.138 用語集参照) は、平成 29 年 3 月時点で 69.8%となっています（図表 99）。

厚生労働省は平成 25 年 4 月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し取組を進めており、平成 27 年 6 月の閣議決定において、平成 29 年度に 70%以上とするとともに、平成 30 年度から平成 32 年度末までの間のなるべく早い時期に 80%以上とする数量シェア目標を定められました。目標の実現に向け、引き続き、ジェネリック医薬品についてよりわかりやすい情報提供を行う必要があります。

図表 99. 後発医薬品数量ベース診療年月別切替状況



(単位：%)
出典：本市作成

後発医薬品新指標の数量シェア

$$= \frac{\text{後発医薬品}}{\text{後発医薬品のある先発医薬品} + \text{後発医薬品}}$$

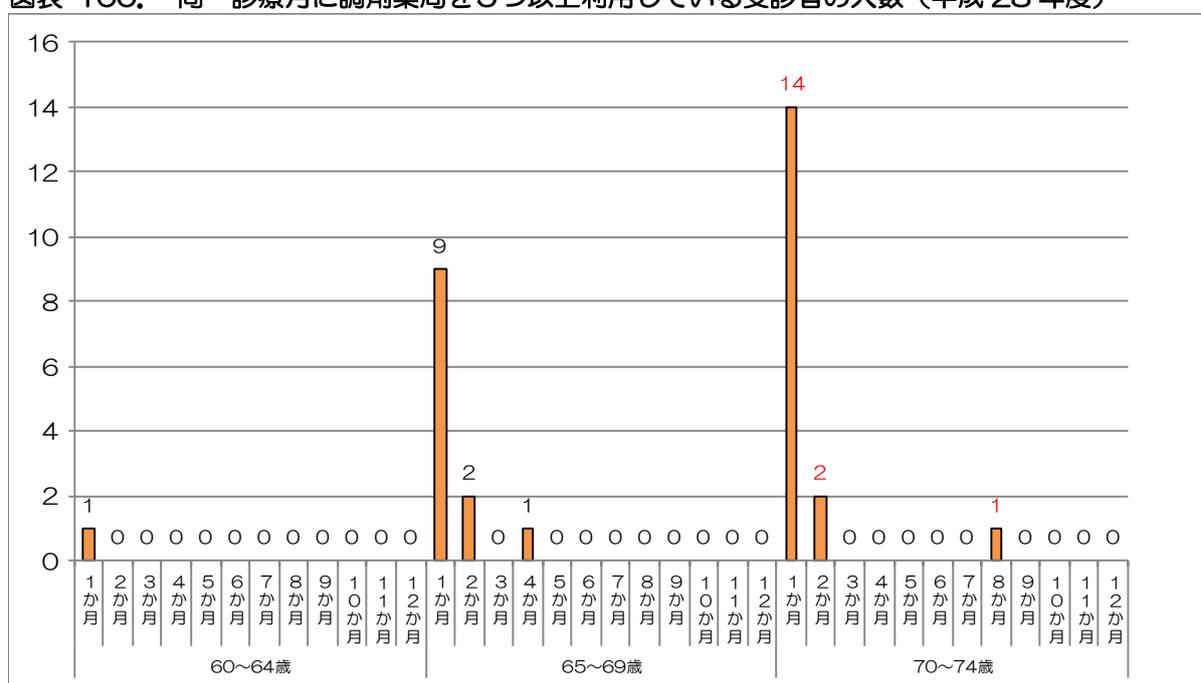
6 重複・頻回受診の状況

医療費適正化及び服薬アドヒアランス（患者の理解、意思決定、治癒協力に基づく内服遵守）の観点から、調剤レセプトを確認します。

同一診療月に調剤薬局を5つ以上利用している受診者は、高齢になるほどやや多くなり、70～74歳では17人が該当します。そのうち3人については、2か月以上の期間で調剤薬局を5つ以上利用しています（図表100）。

高齢者にとって、過少でも過剰でもない適切な医療及びQOL（生活の質）を大切にする医療が最善の医療である、と日本老年医学会の立場表明で述べられています。多くの診療科に受診している高齢者には、処方を一元管理し、治療目標や生活状況を考えながら治療薬の取捨選択を行い、必要な場合に疾患別専門医に意見を求めることが重要です。

図表 100. 同一診療月に調剤薬局を5つ以上利用している受診者の人数（平成28年度）

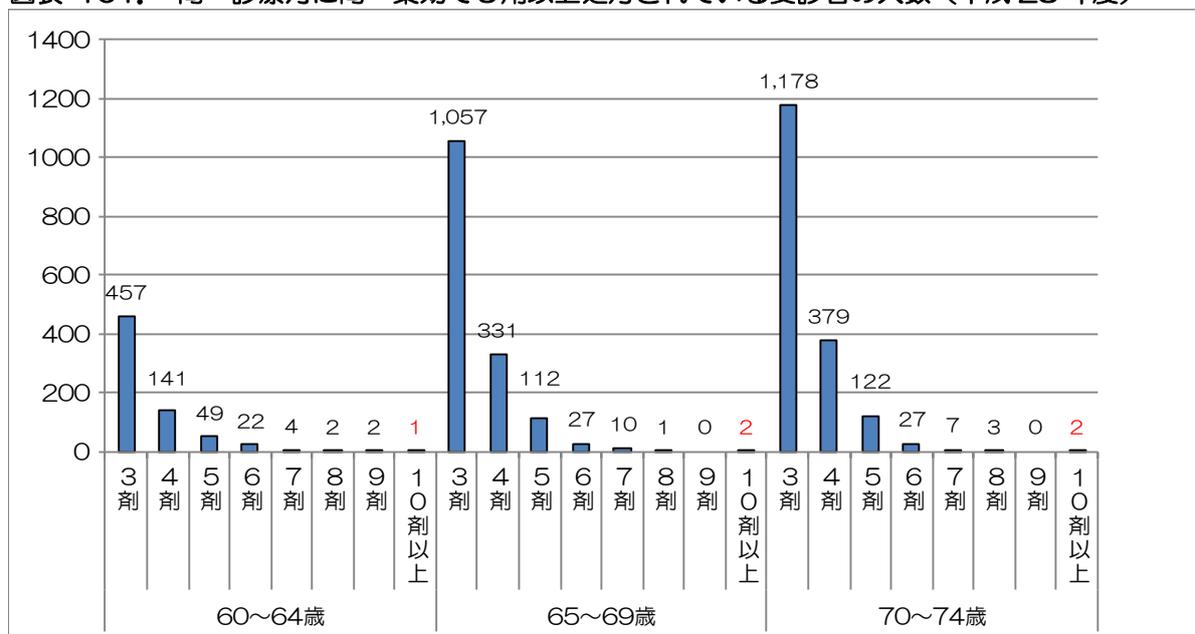


（単位：人）
出典：本市作成

同一診療月に同一薬効で3剤以上（内服薬に限る）処方されている者は、高齢になるほど多くなり、10剤以上処方されている者が60～64歳では1人、65～69歳では2人、70～74歳では2人います（図表101）。

これらの者は、複数の医療機関から、気づかずに同一薬効の薬剤を処方されていることが考えられます。

図表 101. 同一診療月に同一薬効で3剤以上処方されている受診者の人数（平成28年度）



（単位：人）
出典：本市作成

重複受診者（同一疾病による2か所以上の医療機関）を確認すると、最も人数が多いのが高血圧症で、次に糖尿病、喘息、睡眠障害となっています（図表 102）。

図表 102. 重複受診者（2か所以上の医療機関受診）の疾病別人数ランキング（平成28年度）

ランキング	疾病名称（ICD-10）	人数（人）	レセプト件数（件）	医療費（円）
1	本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	23	232	1,797,090
2	詳細不明の糖尿病	21	167	2,371,880
3	喘息	11	92	727,980
4	睡眠障害	8	119	340,970
5	うつ病エピソード	7	56	608,750
6	膝関節症 [膝の関節症]	6	46	529,220
	その他	79	503	12,557,940
	計	155	1,215	18,933,830

出典：本市作成

＜重複受診者＞

1か月に同一疾病（ICD-10）で2か所以上の医療機関を受診していて、その状態が平成28年度に3か月以上発生した人数を疾病（ICD-10）別に集計。ただし、平成28年度に入院レセプトが発生した人を除く。5人以下の疾病はその他とする。

頻回受診者を確認すると、最も人数が多いのが膝関節症で、次に脊椎障害、糖尿病と続いています。(図表 103)。

図表 103. 頻回受診者の疾病別人数ランキング (平成 28 年度)

ランキング	疾病名称 (ICD-10)	人数 (人)	レセプト件数 (件)	医療費 (円)
1	膝関節症 [膝の関節症]	38	186	4,844,260
2	その他の脊椎障害	29	112	2,409,260
3	詳細不明の糖尿病	25	81	1,498,160
3	慢性腎不全	25	157	63,362,350
5	本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	24	93	1,048,470
6	脊椎症	16	51	1,158,220
7	その他の白内障	15	19	405,820
7	リポたんぱく<蛋白>代謝障害およびその他の脂(質)血症	15	50	917,500
9	血管運動性鼻炎およびアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	12	32	321,700
10	背部痛	9	20	452,460
10	緑内障	9	22	200,100
10	多部位および部位不明の急性上気道感染症	9	22	389,970
10	神経系のその他の障害,他に分類されないもの	9	17	355,450
10	狭心症	9	11	156,560
15	肩の傷害<損傷>	8	23	388,420
15	その他の網膜障害	8	16	475,010
15	骨粗しょうく鬆>症<オステオポロシス>,病的骨折を伴わないもの	8	24	953,360
15	その他の多発(性)ニューロパチ<シ>ー	8	21	396,910
15	胃の悪性新生物	8	9	338,890
15	胃炎および十二指腸炎	8	14	128,360
15	脳梗塞	8	18	241,830
22	慢性副鼻腔炎	7	34	1,069,390
22	その他の表皮肥厚	7	8	32,020
22	その他の皮膚炎	7	23	283,070
22	結膜炎	7	10	76,340
22	角膜炎	7	12	61,170
22	喘息	7	24	288,760
28	屈折および調節の障害	6	7	52,490
28	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>	6	16	316,960
28	胃潰瘍	6	16	515,590
28	涙器の障害	6	13	143,750
	その他	287	636	20,465,190
	計	653	1,797	103,747,790

出典：本市作成

<頻回受診者>

1か月に同一医療機関での受診日数が15日以上であり、平成28年度に3か月以上その状態が続いた人を代表疾病のICD-10コード別に集計。ただし、入院レセプトが発生した人を除く。5人以下の疾病はその他とする。

第3章 本計画の目標と評価指標

1 目標

本計画はつくば市の重点課題である①健康づくりの推進、②特定健康診査受診率の向上、③特定保健指導実施率の向上、④糖尿病重症化予防を柱に、各種事業を積極的に展開することで健康寿命の延伸、医療費の適正化を目指します。

健康寿命は、平成35年度までに男性は65.4歳、女性は67.3歳にすることを目標とします。

また、総医療費は平成35年度には約172億円になっていますが、高齢化の進展等により総医療費は増加すると予測されるため、前年度に対する伸び率を抑制することを目標とします。

2 評価指標

(単位：歳)

	現状値		目標値					
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
健康寿命（男性）	65.2	65.2	65.2	65.2	65.2	65.3	65.3	65.4
健康寿命（女性）	67.1	67.1	67.1	67.1	67.1	67.2	67.2	67.3

※健康上の問題がない状態で日常生活を営むことのできる期間を表す「健康寿命」を指標としました。平成35年度の目標値は、男性は、同規模市の平成28年度の実績値と同じ値に設定しました。女性は、すでに同規模市の平成28年度の実績値を上回っているため、男性が0.2歳伸ばした値に設定したことに合わせて、同じ伸びの値で設定しました。

(単位：百万円)

	現状値		目標値					
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
総医療費	14,316	14,439	15,274	15,686	16,094	16,496	16,892	17,281
対前年度伸び率	6.6%	0.9%	2.8%	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%

※健康状態を示す指標として、「総医療費」、「総医療費の対前年度伸び率」を指標としました。対前年度比伸び率は、平成26年度から平成28年度までの伸び率の平均が3.1%であったことから、平成29年度の伸び率を平成28年度比2.9%増と設定し、その後毎年度0.1%ずつ伸び率が抑制されるよう設定しました。

第4章 重点課題と対策

平成28年度に実施した保健事業の検証と現状分析から、つくば市は主に以下の4つを重点課題とし、各種事業を積極的に展開していくことで健康寿命の延伸と医療費の適正化を図ることを目指します。

〈つくば市の重点課題〉

1. 健康づくりの推進（本ページ）
2. 特定健康診査受診率の向上（109ページ）
3. 特定保健指導実施率の向上（113ページ）
4. 糖尿病重症化予防（117ページ）

1 健康づくりの推進

(1) 課題の設定

分析項目	No.	現状分析結果	課題
つくば市の概況	1	つくば市人口は平成16年以降、年々増加しており、39歳以下の割合が高い（8ページ図表4）。	（現状分析結果1、2） ▶ 市民が健康でいきいきとした生活を送れるよう、健康寿命を延ばす取組が必要である。
	2	平均寿命と健康寿命の差は、男性は14.1歳で、茨城県よりも長い。女性は19.9歳で茨城県と同規模、全国よりも長く、医療や介護が必要な期間が長い（9ページ図表5、図表6）。	

(2) 対策（保健事業概要）

課題を解決するために実施する保健事業の概要を以下のようにまとめました。

No.	事業名	事業の目的及び概要	維持／新規／拡充とその根拠
1	「健幸長寿日本一をつくばから」多世代交流出前教室	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】市内集会所等を会場に運動・栄養・口腔等の教室	【区分】拡充 【根拠】・内容を充実したこと ・教室実参加者をさらに増やすために実施回数を増やしていくこと
2	「健幸長寿日本一をつくばから」食育普及講座	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】講話と調理実習	【区分】維持 【根拠】栄養士等が講話を実施し、市民の栄養に関する知識や技術を高められるよう食育を推進していくため
3	「健幸長寿日本一をつくばから」食生活改善推進員地区伝達講習会	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】食生活改善推進員活動の推進	【区分】維持 【根拠】地域のことを知り、住民とのコミュニケーションの取れる食生活改善推進員による地区伝達講習会は、地域の食育の要となるため、今後も推進が必要である。

No.	事業名	事業の目的及び概要	維持／新規／拡充とその根拠
4	「健幸長寿日本一をつくばから」いきいき運動教室	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】健康運動指導士等による運動教室	【区分】維持 【根拠】主体的に運動習慣を身につけ、健康の保持増進を図る市民を増やすことが重要であるため。
5	「健幸長寿日本一をつくばから」つくばウォークの日	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】毎月第一日曜日に市内のコースをウォーキング	【区分】維持 【根拠】ウォーキングで健康づくりに取り組む市民を今後も増やすため。
6	「健幸長寿日本一をつくばから」シルバーリハビリ体操指導士による出前体操教室	【目的】生活習慣病予防・重症化予防 【概要】シルバーリハビリ体操指導士による運動教室	【区分】維持 【根拠】シルバーリハビリ体操指導士を養成し、安定的に事業を継続する。

(3) 評価指標

事業成果指標は、以下のとおりです。

1日30分以上の運動習慣なしの人の割合（40歳～74歳）

（単位：％）

	現状値		目標値					
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
男性	48.2	49.8	48	46	45	43	41	40
女性	53.3	56.4	55	53	50	47	43	40

<参考>

男性（単位：％）

年代別		現状値	
		平成27年度	平成28年度
40歳～49歳	男性	63.6	67.9
50歳～59歳	男性	62.3	65.2
60歳～69歳	男性	48.7	49.5
70歳～74歳	男性	40.4	42.6

女性

年代別		現状値	
		平成27年度	平成28年度
40歳～49歳	女性	78.8	73.4
50歳～59歳	女性	66.7	69.8
60歳～69歳	女性	52.6	56.0
70歳～74歳	女性	44.8	50.1

確認方法：国保データベース No.1「地域の全体像の把握」より抜粋

2. 「健幸長寿日本ーをつくばから」食育普及講座

目的	市民が健全な食生活を送ることができるよう、栄養に関する正しい知識を得る場を提供する。																	
実施方法	管理栄養士・食生活改善推進員による講話や調理実習を実施する。																	
事業計画	20人程度を定員とし、テーマを設けて広報で参加者を募る。																	
目標			現状値				目標値											
			平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度								
	参加延人数		509人	92人	100人	120人	140人	160人	180人	200人								
スケジュール			前年度			実施年度												翌年度
	PDCA	実施項目	2月	3月	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	
	P	実施計画の策定	←→															
	D	食育普及講座実施					←→											
	C	アンケート集計					←→											
	A	振り返り・改善計画													←→			

3. 「健幸長寿日本一をつくばから」食生活改善推進員地区伝達講習会

目的	<ul style="list-style-type: none"> 食生活改善推進員が健康づくりについての知識を地域で積極的に広める。 地域の健康づくりの担い手である食生活改善推進員を育成する。 																																																																																																																		
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民に対し、望ましい食生活や健康づくりについて、講話や調理実習を行なう。 食生活改善推進員として活動を希望する市民に対し、活動に必要な知識を講義や実習形式で行なう。 																																																																																																																		
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> 食生活改善推進員や支部に分かれ各地区で活動する。 実施年度の後期ごろに食生活改善推進員要請講座を行なう。 																																																																																																																		
目標	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">現状値</th> <th colspan="8">目標値</th> </tr> <tr> <th>平成27年度</th> <th>平成28年度</th> <th>平成30年度</th> <th>平成31年度</th> <th>平成32年度</th> <th>平成33年度</th> <th>平成34年度</th> <th>平成35年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>参加延人数</td> <td>9,200人</td> <td>11,259人</td> <td>11,300人</td> <td>11,350人</td> <td>11,400人</td> <td>11,450人</td> <td>11,500人</td> <td>11,550人</td> </tr> <tr> <td>食生活改善推進員養成人数</td> <td>15人</td> <td>17人</td> <td>15人</td> <td>15人</td> <td>15人</td> <td>15人</td> <td>15人</td> <td>15人</td> </tr> </tbody> </table>																	現状値		目標値								平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	参加延人数	9,200人	11,259人	11,300人	11,350人	11,400人	11,450人	11,500人	11,550人	食生活改善推進員養成人数	15人	17人	15人	15人	15人	15人	15人	15人																																																														
	現状値		目標値																																																																																																																
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度																																																																																																											
参加延人数	9,200人	11,259人	11,300人	11,350人	11,400人	11,450人	11,500人	11,550人																																																																																																											
食生活改善推進員養成人数	15人	17人	15人	15人	15人	15人	15人	15人																																																																																																											
スケジュール	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PDCA</th> <th rowspan="2">実施項目</th> <th colspan="2">前年度</th> <th colspan="12">実施年度</th> <th>翌年度</th> </tr> <tr> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P</td> <td>実施計画の策定</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">←→</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>伝達講習の実施</td> <td></td><td></td> <td colspan="12" style="text-align: center;">←→</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>伝達状況確認・集計</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">←→</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>振り返り・改善計画</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">←→</td> </tr> </tbody> </table>																PDCA	実施項目	前年度		実施年度												翌年度	2月	3月	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	P	実施計画の策定	←→															D	伝達講習の実施			←→													C	伝達状況確認・集計														←→		A	振り返り・改善計画													←→	
PDCA	実施項目	前年度		実施年度												翌年度																																																																																																			
		2月	3月	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																																																																																																			
P	実施計画の策定	←→																																																																																																																	
D	伝達講習の実施			←→																																																																																																															
C	伝達状況確認・集計														←→																																																																																																				
A	振り返り・改善計画													←→																																																																																																					

4. 「健幸長寿日本ーをつくばから」いきいき運動教室

目的	自らの健康について振り返り、運動の習慣を身につけることにより運動能力を高め、身体機能の改善、生活習慣病予防、転倒予防に寄与し中高齢者が長く自立した生活を営むことができるようにするため																		
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・1月に新年度参加者の募集（広報・HP・チラシ・回覧等） ・無料体験の実施（2回）まで ・参加希望者は年度途中であっても随時受付 																		
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> ・運動教室 42回/年 5コース（各コース定員40名） ・健康講話、生活指導、栄養指導、体力測定の実施 ・健康情報コーナーの設置による啓発活動 																		
目標	現状値				目標値														
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度											
参加実人数	195人	209人	230人	240人	250人	260人	270人	270人											
スケジュール			前年度				実施年度												翌年度
	PDCA	実施項目	12月	1月	2月	3月	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
	P	実施計画の策定	←—————→																
	D	いきいき運動教室の実施					←												→
	C	利用状況確認・集計					←												→
A	振り返り・改善計画													←				→	

5. 「健幸長寿日本ーをつくばから」つくばウォークの日

目的	健康増進・生活習慣病予防・介護予防の観点から、手軽にできるウォーキングを運動習慣として定着をさせるため																		
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> (1) 周知方法：広報つくば・HP・ライフプランすこやか・チラシ・市民便利帳等 (2) 日程：原則第1日曜日 (3) スタッフ：職員・つくば市運動普及推進員・健康運動指導士 (4) 申込み方法：事前申込みなし 																		
事業計画	つくばウォークの日開催（年14回）																		
目標	※平成27年度のみ参加実人数																		
			現状値				目標値												
参加延人数	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度											
	771人	1,835人	1,900人	1,950人	1,950人	2,000人	2,000人	2,050人											
スケジュール			前年度				実施年度												翌年度
	PDCA	実施項目	12月	1月	2月	3月	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
	P	実施計画の策定	←—————→																
	D	ウォークの日の実施					←												→
	C	利用状況確認・集計					←												→
A	振り返り・改善計画													←				→	

6. 「健幸長寿日本一をつくばから」シルバーリハビリ体操指導士による出前体操教室

目的	介護予防の観点から、身近な運動を生活の中に取り入れる動機づけを行い、高齢者が自立した生活が長く営めるようにすることで、医療・介護費削減につなげるため。																																																																																																																							
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・シルバーリハビリ体操指導士による出前体操教室を実施する(142団体) ・希望団体に体力測定を実施する(138団体) 																																																																																																																							
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ライフプランすこやか、チラシの配布、地区回覧を通して周知をはかる。 ・団体の希望日にあわせてシルバーリハビリ体操指導士を派遣し、身体を動かす機会を提供していく。 																																																																																																																							
目標	<p>※平成27年度のみ参加実人数</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">現状値</th> <th colspan="7">目標値</th> </tr> <tr> <th>平成27年度</th> <th>平成28年度</th> <th>平成30年度</th> <th>平成31年度</th> <th>平成32年度</th> <th>平成33年度</th> <th>平成34年度</th> <th>平成35年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>参加延人数</td> <td>2,171人</td> <td>24,013人</td> <td>26,000人</td> <td>27,000人</td> <td>28,000人</td> <td>29,000人</td> <td>30,000人</td> <td>31,000人</td> </tr> <tr> <td>実施団体数</td> <td>127団体</td> <td>142団体</td> <td>160団体</td> <td>170団体</td> <td>180団体</td> <td>190団体</td> <td>200団体</td> <td>210団体</td> </tr> </tbody> </table>											現状値		目標値							平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	参加延人数	2,171人	24,013人	26,000人	27,000人	28,000人	29,000人	30,000人	31,000人	実施団体数	127団体	142団体	160団体	170団体	180団体	190団体	200団体	210団体																																																																										
	現状値		目標値																																																																																																																					
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度																																																																																																																
参加延人数	2,171人	24,013人	26,000人	27,000人	28,000人	29,000人	30,000人	31,000人																																																																																																																
実施団体数	127団体	142団体	160団体	170団体	180団体	190団体	200団体	210団体																																																																																																																
スケジュール	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PDCA</th> <th rowspan="2">実施項目</th> <th colspan="3">前年度</th> <th colspan="12">実施年度</th> <th rowspan="2">翌年度</th> </tr> <tr> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P</td> <td>実施計画の策定</td> <td>←</td> <td></td> <td>→</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>体操教室実施</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>←</td> <td></td> <td>→</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>利用状況確認・集計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>←</td> <td></td> <td>→</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>振り返り・改善計画</td> <td></td> <td>←</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→</td> </tr> </tbody> </table>										PDCA	実施項目	前年度			実施年度												翌年度	1月	2月	3月	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	P	実施計画の策定	←		→															D	体操教室実施				←													→	C	利用状況確認・集計				←													→	A	振り返り・改善計画											←						→
PDCA	実施項目	前年度			実施年度												翌年度																																																																																																							
		1月	2月	3月	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																																																																																																						
P	実施計画の策定	←		→																																																																																																																				
D	体操教室実施				←													→																																																																																																						
C	利用状況確認・集計				←													→																																																																																																						
A	振り返り・改善計画											←						→																																																																																																						

2 特定健康診査受診率の向上

(1) 課題の設定

分析項目	No.	現状分析結果	課題
健診受診の状況	1	特定健康診査受診率は、経年では増加しているものの、平成28年度では34.4%であり、同規模の中では37都市中22位である(65ページ図表48,図表49)。	<p>(現状分析結果1. 2. 3. 4. 5. 6.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 受診率の向上のため、継続して特定健康診査の啓発や未受診者への受診勧奨を行なうとともに、継続受診の必要性を含め、特定健康診査の付加価値について周知・啓発を行うなどの工夫が必要である。 <p>(現状分析結果1. 4. 6.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 医療機関健診では、土日曜も健診受診可能であることを周知することが必要である。 <p>(現状分析結果1. 4. 6.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 未受診者に対する実態調査を行い、健康に対する意義や行動を把握するなど、啓発活動を工夫する必要がある。
	2	男女ともに40・50歳代の受診率が低い(66ページ図表50,図表51)。	
	3	平成24～28年度において、64歳以上では健診5回受診率が10%以上となっているが、年齢が下がるにつれて減少し、44歳では5.3%となっている(67ページ図表52)。	
	4	平成25～27年度において、3年間全て未受診である者の割合は、約60%である(67ページ図表52)。	
	5	受診パターン別の有所見者割合では、毎年健診を受診している者と比べ、それ以外の受診パターンの者は、BMI、中性脂肪、血圧について有所見者割合が多くなっている(68ページ図表53)。	
	6	平成28年度の健診未受診かつレセプトなしの者4,660人について健康状態が不明である(68ページ図表54)。	

(2) 対策（保健事業概要）

課題を解決するために実施する保健事業の概要を以下のようにまとめました。

No	事業名	事業の目的及び概要	維持／新規／拡充とその根拠
1	特定健康診査受診勧奨	<p>【目的】生活習慣病の予防や早期発見，特定健康診査受診率の向上</p> <p>【概要】集団健診・医療機関健診・人間ドック，健診未受診者へハガキ送付による受診勧奨</p>	<p>【区分】拡充</p> <p>【根拠】受診率向上のためにさらなる受診勧奨が必要</p>
2	かかりつけ医からの診療情報提供	<p>【目的】特定健康診査受診率の向上及び効率的・効果的な保健事業の実施</p> <p>【概要】特定健康診査未受診者の同意を得た上で本人のかかりつけ医療機関から特定健康診査該当の検査データを収集する</p>	<p>【区分】維持</p> <p>【根拠】特定健康診査受診率向上に有効な事業であり，継続して実施する必要があるため。</p>

(3) 評価指標

事業成果指標は，以下のとおりです。

特定健康診査受診率

（単位：％）

	現状値		目標値					
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健康診査受診率	33.4%	34.5%	37%	40%	45%	50%	55%	60%

確認方法：法定報告より抜粋

(4) 保健事業（スケジュール）と目標

特定健康診査保健事業の実施計画と目標を、以下のとおり設定します。

1. 特定健康診査受診勧奨

目的	被保険者が自身の健康状態を把握し、生活習慣病の予防や早期発見につなげる																																																																																																																																																																																										
実施方法	対象者へ受診券を送付。 集団健診、医療機関健診、人間ドック いずれかを1つ選んで受診。 春の集団健診終了後、未受診者に対して受診勧奨のハガキを送付 秋の集団健診終了後についても、未受診者への受診勧奨を行う。																																																																																																																																																																																										
事業計画	○健診体制の充実 集団健診、医療機関健診、人間ドック、JA 組合員健診として実施する。 ○周知の充実 健診を受けることの重要性を伝えるためにも、健診の案内通知（対象者全員）、未受診者への勧奨通知等個別通知を充実させるとともに、広報やホームページ、地区回覧等既存の周知活動を充実させる。 医療機関にチラシを置くなど、医療機関健診へのさらなる協力を要請する。 多世代交流出前教室や健康フェスタ等で啓発を行い、効果的な受診勧奨を実施する。																																																																																																																																																																																										
目標	○法定報告 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">現状値</th> <th colspan="6">目標値</th> </tr> <tr> <th>平成 27 年度</th> <th>平成 28 年度</th> <th>平成 30 年度</th> <th>平成 31 年度</th> <th>平成 32 年度</th> <th>平成 33 年度</th> <th>平成 34 年度</th> <th>平成 35 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>健診受診勧奨 延回数</td> <td style="text-align: left;">/</td> <td>300 回</td> <td>308 回</td> <td>330 回</td> <td>352 回</td> <td>374 回</td> <td>396 回</td> <td>418 回</td> </tr> <tr> <td>健診受診勧奨 延人数</td> <td style="text-align: left;">/</td> <td>6,200 人</td> <td>6,365 人</td> <td>6,820 人</td> <td>7,274 人</td> <td>7,729 人</td> <td>8,184 人</td> <td>8,638 人</td> </tr> </tbody> </table> <p>※健診受診勧奨回数・人数は、出前教室・多世代交流出前教室での啓発回数・人数 ※平成 27 年度は多世代交流出前教室の試行期間</p>										現状値		目標値						平成 27 年度	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度	健診受診勧奨 延回数	/	300 回	308 回	330 回	352 回	374 回	396 回	418 回	健診受診勧奨 延人数	/	6,200 人	6,365 人	6,820 人	7,274 人	7,729 人	8,184 人	8,638 人																																																																																																																																															
	現状値		目標値																																																																																																																																																																																								
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度																																																																																																																																																																																			
健診受診勧奨 延回数	/	300 回	308 回	330 回	352 回	374 回	396 回	418 回																																																																																																																																																																																			
健診受診勧奨 延人数	/	6,200 人	6,365 人	6,820 人	7,274 人	7,729 人	8,184 人	8,638 人																																																																																																																																																																																			
スケジュール	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PDCA</th> <th rowspan="2">実施項目</th> <th colspan="2">前年度</th> <th colspan="12">実施年度</th> <th rowspan="2">翌年度</th> </tr> <tr> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P</td> <td>実施計画の策定</td> <td><</td> <td>></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">D</td> <td>受診券の発送</td> <td><</td> <td>></td> <td></td> </tr> <tr> <td>特定健診実施</td> <td></td> <td></td> <td><</td> <td></td> <td>></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">C</td> <td>利用勧奨ハガキ作成・送付</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><</td> <td>></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>受診結果データの受取</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">A</td> <td>受診状況確認・集計</td> <td></td> </tr> <tr> <td>特定健康診査振り返り・改善計画</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>特定健康診査利用勧奨振り返り・改善計画</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>														PDCA	実施項目	前年度		実施年度												翌年度	2月	3月	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	P	実施計画の策定	<	>															D	受診券の発送	<	>															特定健診実施			<													>	C	利用勧奨ハガキ作成・送付							<	>									受診結果データの受取																	A	受診状況確認・集計																	特定健康診査振り返り・改善計画																		特定健康診査利用勧奨振り返り・改善計画																
PDCA	実施項目	前年度		実施年度													翌年度																																																																																																																																																																										
		2月	3月	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																																																																																																																																																																											
P	実施計画の策定	<	>																																																																																																																																																																																								
D	受診券の発送	<	>																																																																																																																																																																																								
	特定健診実施			<													>																																																																																																																																																																										
C	利用勧奨ハガキ作成・送付							<	>																																																																																																																																																																																		
	受診結果データの受取																																																																																																																																																																																										
A	受診状況確認・集計																																																																																																																																																																																										
	特定健康診査振り返り・改善計画																																																																																																																																																																																										
	特定健康診査利用勧奨振り返り・改善計画																																																																																																																																																																																										

2. かかりつけ医からの診療情報等提供事業

目的	医療機関の診療時における特定健康診査該当の検査データを、被保険者の同意を得て、市町村国民健康保険が医療機関から収集することにより、特定健康診査の受診率向上を図り、効率的・効果的な保健事業の実施等に資する。																		
実施方法	特定健康診査未受診者に対し、市町村より情報提供依頼を通知する。健診未受診者がかかりつけ医療機関に通知と特定健康診査受診券を持参し、本人が同意した場合、診療時に測定された特定健康診査に該当する検査結果データを該当医療機関から市町村へ情報提供する。																		
事業計画	○つくば市医師会と委託契約を締結する。(11月1日付、情報提供期間 11月1日から翌年2月28日) ○医療機関へ事業実施案内と協力依頼文を通知する。 ○情報提供依頼対象者リストを作成し、情報提供依頼文を通知する。 ○一部項目が不足する方に対しては、医療機関(医師)から直接、特定健康診査受診勧奨をしていただく。 ○市報やホームページ等での周知・広報を図る。																		
目標	現状値		目標値																
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度											
	周知・広報回数	—	1回	2回	2回	2回	2回	2回	2回										
スケジュール			実施年度												翌年度				
	PDCA	実施項目	前年度	3月	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
	P	実施計画の策定							←						→				
	D	対象者の抽出													←→				
		情報提供依頼通知の発送														↔			
		医療機関からの情報提供													←→				
C	情報提供件数の確認・集計														←→				
A	振り返り・改善計画													←→					

3 特定保健指導実施率の向上

(1) 課題の設定

分析項目	No.	現状分析結果	課題
健診結果の状況	1	メタボリックシンドローム該当者は、年齢別では、男性は60～64歳が最も高く、女性は50歳以上で増加し70～74歳が最も高くなる(72ページ図表 59,73ページ図表 61,図表 62)。	(現状分析結果 1) <ul style="list-style-type: none"> ➤ 血糖・血圧・脂質の有所見者やメタボリックシンドローム該当者を減らすため、特定保健指導の利用勧奨、健診時の集団教育などのポピュレーションアプローチを実施し、生活習慣の改善を促す必要がある。
	2	生活習慣改善意欲は、茨城県や同規模、全国と比べて高いが、保健指導を利用したくないと回答する割合も高い(80ページ図表 75,図表 76)。	(現状分析結果 2.) <ul style="list-style-type: none"> ➤ 生活習慣改善への意識・行動を把握し、個別性を重視した疾病予防や健康増進のための情報提供を行う。
特定保健指導の状況	1	積極的支援の特定保健指導実施率は5.8%と低い状況である(82ページ図表 78)。	(現状分析結果 1.) <ul style="list-style-type: none"> ➤ 特定保健指導の実施率向上のため、継続して特定保健指導の啓発や未利用者への利用勧奨を実施する。また、効果的な面接を行うために実施方法を工夫するなど、利用者が継続して指導を受けられるような体制を整える必要がある。
	2	平成27年度積極的支援該当者182人のうち、103人(約57%)が翌年度も積極的支援に、動機付け支援該当者707人のうち、23人(約3%)が翌年度積極的支援に、469人(約66%)が翌年度も動機付け支援に該当している(87ページ図表 87)。	(現状分析結果 1.) 特定保健指導利用への動機づけとして、特定健康診査時の健康相談の充実を図る。 (現状分析結果 2.) <ul style="list-style-type: none"> ➤ 特定保健指導実施者については、保健指導終了後も効果が維持できるよう、個別性を重視した保健指導を提供することが必要である。

(2) 対策（保健事業概要）

課題を解決するために実施する保健事業の概要を以下のようにまとめました。

No.	事業名	事業の目的及び概要	維持／新規／拡充とその根拠
1	特定保健指導利用勸奨 （動機付け支援）	【目的】糖尿病等の生活習慣病 予防 【概要】個別支援・支援シター・ 3か月後の評価，電 話・家庭訪問による利 用勸奨	【区分】維持 【根拠】個別性を重視した保健指導を実施 することで，継続利用を促すため。 また，定期的な働きかけにより， 数値改善がみられる利用者が経年 的に増加し，生活習慣病の予防に つながる。
2	特定保健指導利用勸奨 （積極的支援）	【目的】対象者自ら行動変容・ 自己管理を行い，生活 習慣病を予防する 【概要】委託事業者にて，3か 月以上の継続的な支援 及び3か月後の評価， 特定保健指導未利用者 へ通知による利用勸奨	

(3) 評価指標

事業成果指標は，以下のとおりです。

特定保健指導実施率（動機付け支援及び積極的支援）

	現状値		目標値					
	H27年度	H28年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定保健指導 実施率(全体) (実施人数)	33.5% (388人)	32.7% (400人)	34.2%	36.7%	39.2%	44.2%	49.2%	60.0%
動機付け支援 実施率 (実施人数)	42.1% (372人)	40.6% (384人)	43.0%	45.5%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%
積極的支援 実施率 (実施人数)	5.8% (16人)	5.8% (16人)	8.2%	13.2%	18.2%	28.2%	38.2%	45.0%
特定保健指導 対象者減少率	平成20年度比25%減少							
	現状値		目標値					
	H20年度	H28年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定保健指導 対象者数	1,155人	1,223人	1,120人	1,086人	1,040人	982人	924人	866人
減少率			3%減	6%減	10%減	15%減	20%減	25%減

※特定保健指導実施率とは，最終評価まで行った人の割合

(4) 保健事業（スケジュール）と目標

特定保健指導保健事業の実施計画と目標を、以下のとおり設定します。

1. 特定保健指導利用勸奨（動機付け支援）

目的	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、糖尿病等の生活習慣病を予防することができるようになるため 特定保健指導の該当になる可能性の高い者及び該当者にあらゆる機会に利用勸奨し、保健指導を利用してもらい、生活習慣病を予防につなげる。 																																																																																																																												
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査時、保健師による健康相談を実施し、特定保健指導の該当になる可能性の高い方へ利用勸奨する。 健診結果個別相談会案内通知送付後に、予約が入らない方へ電話等で利用勸奨する。また成人健康相談・家庭訪問を行い、随時対応する。 																																																																																																																												
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査会場（集団）で特定保健指導該当になる可能性の高い対象者に対し、情報提供を行なうことによって生活習慣改善への動機付けを図る 動機づけ支援対象者に初回面接の実施 30回/年 3か月後評価 モチベーションを維持するために支援レターを送付（初回面接の6か月後目安） 継続支援が必要な方には個別支援（電話、面接、手紙） 																																																																																																																												
目標	<p>○法定報告</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">現状値</th> <th colspan="6">目標値</th> </tr> <tr> <th>平成27年度</th> <th>平成28年度</th> <th>平成30年度</th> <th>平成31年度</th> <th>平成32年度</th> <th>平成33年度</th> <th>平成34年度</th> <th>平成35年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>動機付け支援 利用勸奨 (勸奨人数)</td> <td>72.3% (638人)</td> <td>74.5% (705人)</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> </tr> <tr> <td>動機付け支援 利用率 (利用人数)</td> <td>44.3% (391人)</td> <td>43.6% (412人)</td> <td>45.5%</td> <td>47.5%</td> <td>51.5%</td> <td>56.0%</td> <td>60.5%</td> <td>65.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>※特定保健指導利用率とは、初回面接を行い保健指導を利用したことのある人の割合</p>										現状値		目標値						平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	動機付け支援 利用勸奨 (勸奨人数)	72.3% (638人)	74.5% (705人)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	動機付け支援 利用率 (利用人数)	44.3% (391人)	43.6% (412人)	45.5%	47.5%	51.5%	56.0%	60.5%	65.0%																																																																																	
	現状値		目標値																																																																																																																										
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度																																																																																																																					
動機付け支援 利用勸奨 (勸奨人数)	72.3% (638人)	74.5% (705人)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%																																																																																																																					
動機付け支援 利用率 (利用人数)	44.3% (391人)	43.6% (412人)	45.5%	47.5%	51.5%	56.0%	60.5%	65.0%																																																																																																																					
スケジュール	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PDCA</th> <th rowspan="2">実施項目</th> <th colspan="2">前年度</th> <th colspan="12">実施年度</th> <th rowspan="2">翌年度</th> </tr> <tr> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P</td> <td>実施計画の策定</td> <td colspan="2">←→</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">D</td> <td>動機づけ支援実施</td> <td></td><td></td> <td colspan="12">←→</td> </tr> <tr> <td>利用勸奨</td> <td></td><td></td> <td colspan="6">←→</td> <td colspan="6">←→</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>利用状況確認・集計</td> <td></td><td></td> <td colspan="12">←→</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>振り返り・改善計画</td> <td></td><td></td> <td colspan="12">←→</td> </tr> </tbody> </table>													PDCA	実施項目	前年度		実施年度												翌年度	2月	3月	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	P	実施計画の策定	←→															D	動機づけ支援実施			←→												利用勸奨			←→						←→						C	利用状況確認・集計			←→												A	振り返り・改善計画			←→											
PDCA	実施項目	前年度		実施年度												翌年度																																																																																																													
		2月	3月	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																																																																																																												
P	実施計画の策定	←→																																																																																																																											
D	動機づけ支援実施			←→																																																																																																																									
	利用勸奨			←→						←→																																																																																																																			
C	利用状況確認・集計			←→																																																																																																																									
A	振り返り・改善計画			←→																																																																																																																									

2. 特定保健指導利用勧奨（積極的支援）

目的	内臓脂肪肥満に着目し、生活習慣病を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うと共に、健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、生活習慣病を予防することを目的とする。																																																																																																																																																																												
実施方法	医療機関へ委託。集団健診受診者は健康増進課で、医療機関健診・人間ドック受診者は国民健康保険課で利用案内を通知。申し込みのあった委託事業者にて、面接による個別支援と電話、メール等での継続支援を行い、3か月後に評価を実施。																																																																																																																																																																												
事業計画	特定保健指導 特定保健指導を専門的知識・技術を有する外部機関に委託し実施する。 ○特定保健指導業務委託(つくばメディカルセンターほか6医療機関、平成29年度実績) 特定保健指導利用勧奨 ・積極的支援対象にもなったにもかかわらず特定保健指導の利用を行っていない者に対し利用勧奨の通知を行う。 ・通知後、未利用者に対し、電話による利用勧奨を行う。 ○法定報告																																																																																																																																																																												
目標	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">現状値</th> <th colspan="6">目標値</th> </tr> <tr> <th>平成27年度</th> <th>平成28年度</th> <th>平成30年度</th> <th>平成31年度</th> <th>平成32年度</th> <th>平成33年度</th> <th>平成34年度</th> <th>平成35年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>積極的支援 利用勧奨率 (勧奨人数)</td> <td>70.4% (193人)</td> <td>75.8% (210人)</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> </tr> <tr> <td>積極的支援 利用率 (利用人数)</td> <td>7.3% (20人)</td> <td>6.9% (19人)</td> <td>10.7%</td> <td>15.2%</td> <td>19.7%</td> <td>29.2%</td> <td>38.7%</td> <td>45.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>※特定保健指導利用率とは、初回面接を行い保健指導を利用したことのある人の割合</p>																	現状値		目標値						平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	積極的支援 利用勧奨率 (勧奨人数)	70.4% (193人)	75.8% (210人)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	積極的支援 利用率 (利用人数)	7.3% (20人)	6.9% (19人)	10.7%	15.2%	19.7%	29.2%	38.7%	45.0%																																																																																																																										
	現状値		目標値																																																																																																																																																																										
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度																																																																																																																																																																					
積極的支援 利用勧奨率 (勧奨人数)	70.4% (193人)	75.8% (210人)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%																																																																																																																																																																					
積極的支援 利用率 (利用人数)	7.3% (20人)	6.9% (19人)	10.7%	15.2%	19.7%	29.2%	38.7%	45.0%																																																																																																																																																																					
スケジュール	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PDCA</th> <th rowspan="2">実施項目</th> <th colspan="2">前年度</th> <th colspan="12">実施年度</th> <th colspan="2">翌年度</th> </tr> <tr> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P</td> <td>実施計画の策定</td> <td>←</td> <td>→</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">D</td> <td>委託事業者の選定</td> <td>←</td> <td>→</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>積極的支援実施</td> <td></td><td></td> <td>←</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>→</td> </tr> <tr> <td></td> <td>利用勧奨</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>←</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>→</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">C</td> <td>報告書の確認</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>←</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>→</td> </tr> <tr> <td>利用状況確認・集計</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>←</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>→</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>振り返り・改善計画</td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>←</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>→</td> </tr> </tbody> </table>																PDCA	実施項目	前年度		実施年度												翌年度		2月	3月	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	P	実施計画の策定	←	→															D	委託事業者の選定	←	→															積極的支援実施			←													→		利用勧奨							←									→	C	報告書の確認							←									→	利用状況確認・集計							←									→	A	振り返り・改善計画											←					→
PDCA	実施項目	前年度		実施年度												翌年度																																																																																																																																																													
		2月	3月	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																																																																																																																																																													
P	実施計画の策定	←	→																																																																																																																																																																										
D	委託事業者の選定	←	→																																																																																																																																																																										
	積極的支援実施			←													→																																																																																																																																																												
	利用勧奨							←									→																																																																																																																																																												
C	報告書の確認							←									→																																																																																																																																																												
	利用状況確認・集計							←									→																																																																																																																																																												
A	振り返り・改善計画											←					→																																																																																																																																																												

4 糖尿病重症化予防

(1) 課題の設定

分析項目	No.	現状分析結果	課題
医療費・疾病・受診状況等	1	疾病分類別医療費ランキングでは、外来では男女とも慢性腎不全（透析あり）と糖尿病、高血圧症、脂質異常症といった生活習慣病が約3割を占めており、入院では狭心症や脳梗塞といった生活習慣病の重症化からおきる合併症が上位にみられる（53 ページ図表 27,54 ページ図表 28）。	（現状分析結果 1.） ▶ 生活習慣病関連疾患の医療費が高くなっていることから、生活習慣病の基礎疾患である糖尿病、高血圧症、脂質異常症の予防及び重症化予防の取り組みを行う必要がある。
	2	生活習慣病での受診者一人当たり医療費では、慢性腎不全（透析あり）が男性は約487万円、女性は約502万円と高額になっている（55 ページ図表 29）。	（現状分析結果 2. 3.） ▶ 慢性腎不全（透析あり）の一人当たり医療費が高額になっており、人工透析の者の罹患割合を見ると、糖尿病が重症化した糖尿病性腎症が多くを占めている。透析にかかる医療費を抑えるためには、原疾患である糖尿病の予防・重症化対策が重要である。
	3	高額な医療費がかかる人工透析者のつくば市の疾病別罹患割合では、糖尿病が重症化した糖尿病性腎症が25.7%を占めている（55 ページ図表 30）。	（現状分析結果 4, 5, 6, 7） ▶ つくば市での糖尿病に関する状況を見ると、疾病別死因割合では、全国、茨城県、同規模と比べて高く、脳血管疾患や虚血性心疾患を併発している割合も高い。また、合併症まで含めると、全体の医療費に占める割合は10%に及んでいる。合併症の保有者は60歳以上で急増しており、糖尿病の重症化による合併症の発症を予防するには、若いうちからの予防対策が必要である。
	4	つくば市の疾患別死因割合を確認すると、糖尿病が約2.5%で、同規模、茨城県、全国と比べて高い（93 ページ図表 95）。	
	5	脳血管疾患や虚血性心疾患で受診した人の7割以上が高血圧症を、3割以上が糖尿病を併発している（62 ページ図表 43,63 ページ図表 45）。	
	6	糖尿病及び合併症にかかる医療費の医療費全体に占める割合は、10%となっている（56 ページ図表 31）。	
	7	糖尿病受診者は、男性で約16%、女性で約12%で推移している。糖尿病受診者のうち、人工透析を行っている者は、平成29年度で男性が1.4%、女性が0.6%となっている。また、糖尿病性腎症といった糖尿病が重症化した疾患は、30歳代から発症しており、いずれも60歳以上で急増している（60～61 ページ図表 38～図表 41）。	

分析項目	No.	現状分析結果	課題
医療費・疾病・受診状況等	8	生活習慣病の基礎疾患である高血圧症、糖尿病において未治療の者に受診勧奨基準相当の者がいる（88～90 ページ図表 89～図表 91）。	<p>（現状分析結果 8, 9）</p> <p>➤ 健診結果から、糖尿病を含む生活習慣病の基礎疾患に関するそれぞれの検査項目について、受診勧奨基準相当にも関わらず未受診の者がいる。特に糖尿病については、受診勧奨基準該当者は増えており、その中の未治療者には、引き続き受診勧奨を行う必要がある。</p> <p>（現状分析結果 10）</p> <p>➤ CKD（慢性腎臓病）重症度の高い者に注目すると、医療機関を受診しているにも関わらず、HbA1c6.5%以上の者が少なからずいることから、医療機関受診後も医療機関と連携した重症化予防の対策が必要である。</p>
	9	糖尿病重症化予防対象者（HbA1c6.5%以上）は年々増加しており、未治療者が16.6%いる（94 ページ図表 97,95 ページ図表 98）。	
	10	CKD（慢性腎臓病）重症度の高い者（赤色、橙色）の中には、医療機関を受診しているにも関わらず、HbA1c6.5%以上の者がいる。（92 ページ図表 93,93 ページ図表 94）。	

(2) 対策（保健事業概要）

課題を解決するために実施する保健事業の概要を以下のようにまとめました。

No.	事業名	事業の目的及び概要	維持／新規／拡充とその根拠
1	糖尿病重症化予防	<p>【目的】糖尿病重症化予防</p> <p>【概要】糖尿病未治療者への受診勧奨およびCKD（慢性腎臓病）リスク高値者への保健指導</p>	<p>【区分】拡充</p> <p>【根拠】第1期データヘルス計画策定においてレセプト等の分析の結果、慢性腎不全（人工透析あり）の1人当たりの年間医療費が500万円以上と高額であることがわかり、慢性腎不全を引き起こす原因疾患のうち、予防可能な疾患として、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症が考えられることから、糖尿病の重症化対策を行うことが重要であるため。</p>

(3) 評価指標

事業成果指標は、以下のとおりです。

血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがNGSP値6.5%以上の者の割合の減少）
（単位：％）

	現状値		目標値					
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1cがNGSP値6.5%以上の者の割合の減少）	9.0%	9.7%	9.2%	8.7%	8.6%	8.5%	8.4%	8.3%

確認方法：国保データベース No.13「厚生労働省様式3-1」より抜粋

※血糖コントロール不良者とは、「HbA1c検査実施者のうち、治療の有無に関わらずHbA1cがNGSP値6.5%以上の者の割合」とする。

(4) 保健事業（スケジュール）と目標

糖尿病重症化予防事業の実施計画と目標を、以下のとおり設定します。

1. 糖尿病重症化予防

目的	糖尿病未治療者及びCKD（慢性腎臓病）リスク高値者へ医療機関受診勧奨及び保健指導を実施し、糖尿病性腎症等の発症予防を行うことで、人工透析を予防もしくは透析開始時期を遅らせる。																						
実施方法	CKD（慢性腎臓病）リスク重症度が高い者へ、医療機関受診勧奨の通知を送付し、その後のレセプトにて医療機関受診状況を確認する。医療機関受診状況が確認できない者や受診後もコントロール不良な者に対して電話や訪問にて必要な医療機関受診勧奨や保健指導を実施する。																						
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年度に1回、医療機関受診勧奨通知を送付する。 ・ 対象者のレセプトを把握することで、医療機関受診状況を確認する ・ 医療機関受診勧奨通知を送付後、未受診の者については電話や訪問により、医療機関受診勧奨及び保健指導を行う。 ・ 関係医療機関と連携を図る。 																						
目標			現状値		目標値																		
			平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度													
	受診勧奨後の未受診者の割合			16.6%	15%	14%	13%	12%	11%	10%													
スケジュール			前年度			実施年度												翌年度					
	PDCA	実施項目	2月	3月	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	8月	9月	
	P	実施計画の策定	←	→																			
	D	対象者リスト作成				←	→							←	→					←	→		
		受診勧奨通知送付				←	→							←	→					←	→		
		レセプト確認								←	→				←	→						←	→
		電話								←	→				←	→						←	→
		訪問								←	→			←	→							←	→
	C	受診状況の確認・集計						←	→														
	A	振り返り・改善計画										←	→										

第5章 その他課題と対策

1 課題の設定

平成28年度に実施した保健事業の検証と現状分析から、本市のその他課題を以下のようにまとめました。

分析項目	No.	現状分析結果	課題	保健事業
つくば市国民健康保険の状況	1	被保険者の年齢構成は、男性は39歳以下の割合が高く、女性は65～74歳の割合が高い(図表10,図表11)。	(現状分析結果1. 2. 3.) ▶ 高齢者の医療費の上昇を抑えるような取り組みが必要である。 (現状分析結果4.) ▶ 健康寿命延伸のためにも、要支援・要介護にさせない、または開始時期を遅らせるために生活習慣病予防の対策が必要である。	健診関連事業 (P.124) 「健康長寿日本一をつくばから」関連事業 (P.104～108)
	2	被保険者数は平成25年度から平成27年度にかけて緩やかに減少しているものの、65歳以上の被保険者数が年々増加している(図表12)。		
	3	医療費は経年で増加傾向であり、65歳以上の医療費が全体の医療費を押し上げている(図表13)。		
	4	要介護認定者数は平成27年度と平成28年度を比較すると増加している。要介護認定者の約半数が高血圧症、心臓病、筋・骨格で医療機関を受診している(図表14,図表15)。		
医療費・疾病状況	1	同規模と比較すると、一人当たり費用額は、医科入院・医科外来・歯科いずれについても、同規模よりも低くなっている。一方標準化医療費総額を比較すると、茨城県よりも高い。疾病別では、茨城県や同規模、全国と比べて、狭心症、心筋梗塞、がんの標準化医療費が高い(図表21, 図表22)。	(現状分析結果1. 2. 3.) ▶ 生活習慣病関連疾患の医療費が高くなっていることから、生活習慣病の基礎疾患である糖尿病、高血圧症、脂質異常症の発症予防及び重症化予防の取り組みを行う必要がある。	健診関連事業 (P.124) 「健康長寿日本一をつくばから」関連事業 (P.104～108) 特定健康診査関連事業 (P.111, 112) 特定保健指導関連事業 (P.115,116) 糖尿病重症化予防事業 (P.120)
	2	疾病別標準化医療費について同規模との比較では、男性では入院の高血圧症、脳出血、狭心症、心筋梗塞、筋・骨格、及び外来の高血圧症、脳梗塞、心筋梗塞、がんが高く、女性では入院の狭心症、がん、筋・骨格及び外来の糖尿病、高血圧症、脂質異常症、脳出血、脳梗塞、狭心症、筋・骨格の医療費が高い(図表23, 図表24, 図表25)。		
	3	疾病分類別医療費(大分類)では、循環器系疾患、新生物、内分泌・栄養・代謝疾患といった生活習慣病関連の医療費が高くなっている(図表26)。		

分析項目	No.	現状分析結果	課題	保健事業
	4	生活習慣病受診者は、男女ともに年齢が上がるにつれて増加傾向にあり、60歳半ばで被保険者の約半数が生活習慣病で受診している。男性は高血圧症の受診者数が最も多く、女性は高血圧症と脂質異常症の受診者数が多い(図表 34,図表 35)。	(現状分析結果4.) <ul style="list-style-type: none"> ▶ 生活習慣病は、40歳から発症し60歳以上で急増することから、40歳前後からの対策が必要である。 	人間ドック等助成(P.125)
ジェネリック医薬品の使用状況	1	ジェネリック医薬品の割合は上昇しているが、国の目標達成に向けて、さらなる取組みが必要である(図表 99)	(現状分析結果1.) <ul style="list-style-type: none"> ▶ 既存事業を継続する。 (現状分析結果1.) <ul style="list-style-type: none"> ▶ ジェネリック医薬品についてよりわかりやすい情報提供を行う。 	ジェネリック医薬品差額通知(P.127)
重複・頻回受診の状況	1	重複・頻回受診は、高血圧症、糖尿病、精神、膝関節症等といった疾病での受診が多い(図表 102,図表 103)。	(現状分析結果1.) <ul style="list-style-type: none"> ▶ さらなる重複・頻回受診の減少に向けて既存事業を継続する。 	重複・頻回受診者訪問指導(P.128)

2 対策（保健事業概要）

課題を解決するために実施する保健事業の概要を、以下のようにまとめました。

No.	事業名	事業の目的及び概要	維持／新規／拡充とその根拠
1	健診関連事業	<p>【目的】生活習慣病発症予防及び重症化予防</p> <p>【概要】・健康時相談 ・事後の保健指導・受診勧奨 ・健康教室</p>	<p>【区分】拡充</p> <p>【根拠】健診時及び事後のフォローとして、これまで行ってきた健康増進レベルへの教室の開催、受診勧奨レベルへの受診勧奨に加え、生活習慣改善レベル、重症化予防レベルについても必要な保健指導や受診勧奨を行っていくため。</p>
2	人間ドック等助成	<p>【目的】市民の健康保持・増進</p> <p>【概要】人間ドック・脳ドック・総合ドック受診費用の助成</p>	<p>【区分】維持</p> <p>【根拠】有効性が高く、成果が年々向上しているため。</p>
3	機関紙等発行	<p>【目的】国保の給付及び保健事業についての情報提供</p> <p>【概要】パンフレットの配布</p>	<p>【区分】維持</p> <p>【根拠】国民健康保険度全般を広く周知するには、有効的・効率的であるため。</p>
4	医療費通知	<p>【目的】医療費適正化</p> <p>【概要】ハガキ送付による医療費等の通知</p>	<p>【区分】維持</p> <p>【根拠】国の通知に基づいて実施しているため。</p>
5	ジェネリック医薬品差額通知	<p>【目的】医療費の抑制</p> <p>【概要】先発医薬品からジェネリック医薬品へ切り替えた場合の差額通知</p>	<p>【区分】維持</p> <p>【根拠】費用対効果が高く、医療費抑制効果が表れている事業であるため。</p>
6	重複・頻回受診者訪問指導	<p>【目的】適正な受診を指導することによる医療費の適正化</p> <p>【概要】重複・頻回受診者の家庭訪問指導</p>	<p>【区分】維持</p> <p>【根拠】今後も、重複・頻回受診者に対し、適正な受診を指導し、医療費の適正化を図る必要があるため。</p>

※がん検診助成については、「第3期つくば市健康増進計画（健康つくば21）」において実施・評価・改善を行っています。

3 保健事業（スケジュール）と目標

各事業の実施計画と目標を、以下のとおり設定します。

1. 健診関連事業

※健診時健康相談、検査高値者の受診勧奨、生活習慣改善レベル者への保健指導、健康アップ教室を含む

目的	健診時や健診事後において、自身の生活を振り返る場の提供や、必要と思われる者へ保健指導・受診勧奨を行うことで、生活習慣病の発症及び重症化を予防する。																																																																																																																					
実施方法	○基本健診時に、生活習慣の見直しが必要な年代に対して、自身の生活を振り返る場を提供する。 ○特定健康診査時に、生活習慣の改善が必要と思われるものに対して必要な保健指導を行う。 ○健診結果から、生活習慣の改善が必要と思われる者に対して必要な保健指導を行う。 ○健診結果から、医療機関の受診が必要と思われる者に対して受診勧奨を行う。 ○健診受診の有無に関わらず、20歳以上の希望者に対して、生活習慣病予防に関する健康教室を行う。																																																																																																																					
事業計画	<健康診査時健康相談> （基本健診時健康相談） ・基本健診全受診者に、健診会場にて保健師や管理栄養士による個別健康相談を行う。 ・重点相談対象者について、媒体を活用することで効果的な保健指導を行う。 （特定健診時健康相談） ・特定健診受診者のうち、血圧高値者に対して、健診会場にて保健師による個別健康相談を行う。 <生活習慣改善レベル者への保健指導> ・健診の結果、生活習慣の改善が必要と思われる者に対して、必要な保健指導を行う。 <検査高値者の受診勧奨> ・健診の結果、医療機関の受診が必要と思われる者に対して、受診勧奨通知を送付する。 ・受診勧奨後にレセプトにて受診状況の確認をする。 ・未受診者に対して電話や訪問にて受診勧奨及び保健指導を行う。 <健康アップ教室> ・講話や運動を組み合わせた健康教室を行う。 ・集団健診受診者の健診結果に案内を同封し、周知を図る。																																																																																																																					
目標	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">現状値</th> <th colspan="6">目標値</th> </tr> <tr> <th>平成 27 年度</th> <th>平成 28 年度</th> <th>平成 30 年度</th> <th>平成 31 年度</th> <th>平成 32 年度</th> <th>平成 33 年度</th> <th>平成 34 年度</th> <th>平成 35 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>健康診査時健康相談件数（実）</td> <td>2534 人 ※1</td> <td>2911 人</td> <td>3,000 人</td> <td>3,000 人</td> <td>3,000 人</td> <td>3,000 人</td> <td>3,000 人</td> <td>3,000 人</td> </tr> <tr> <td>健康アップ教室参加人数（延べ）</td> <td>126 人</td> <td>268 人</td> <td>260 人</td> <td>270 人</td> <td>280 人</td> <td>290 人</td> <td>300 人</td> <td>310 人</td> </tr> <tr> <td>受診勧奨後の未受診者の割合</td> <td>57.4%</td> <td>42.7%</td> <td>40%</td> <td>37%</td> <td>34%</td> <td>31%</td> <td>28%</td> <td>25%</td> </tr> </tbody> </table> ※1 基本健診時健康相談のみ										現状値		目標値						平成 27 年度	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度	健康診査時健康相談件数（実）	2534 人 ※1	2911 人	3,000 人	健康アップ教室参加人数（延べ）	126 人	268 人	260 人	270 人	280 人	290 人	300 人	310 人	受診勧奨後の未受診者の割合	57.4%	42.7%	40%	37%	34%	31%	28%	25%																																																																						
	現状値		目標値																																																																																																																			
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度																																																																																																														
健康診査時健康相談件数（実）	2534 人 ※1	2911 人	3,000 人	3,000 人	3,000 人	3,000 人	3,000 人	3,000 人																																																																																																														
健康アップ教室参加人数（延べ）	126 人	268 人	260 人	270 人	280 人	290 人	300 人	310 人																																																																																																														
受診勧奨後の未受診者の割合	57.4%	42.7%	40%	37%	34%	31%	28%	25%																																																																																																														
スケジュール	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PDCA</th> <th rowspan="2">実施項目</th> <th colspan="2">前年度</th> <th colspan="12">実施年度</th> <th rowspan="2">翌年度</th> </tr> <tr> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P</td> <td>実施計画の策定</td> <td>←</td> <td>→</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>特定健診時健康相談の実施</td> <td></td> <td></td> <td>←</td> <td></td> <td>→</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>特定健診時健康相談の実施状況の確認・集計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>←</td> <td>→</td> <td></td> <td></td> <td>←</td> <td>→</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>特定健診時健康相談の振り返り・計画</td> <td></td> <td>←</td> <td>→</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>														PDCA	実施項目	前年度		実施年度												翌年度	2月	3月	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	P	実施計画の策定	←	→															D	特定健診時健康相談の実施			←													→	C	特定健診時健康相談の実施状況の確認・集計						←	→			←	→						A	特定健診時健康相談の振り返り・計画													←	→		
PDCA	実施項目	前年度		実施年度													翌年度																																																																																																					
		2月	3月	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																																																																																																						
P	実施計画の策定	←	→																																																																																																																			
D	特定健診時健康相談の実施			←													→																																																																																																					
C	特定健診時健康相談の実施状況の確認・集計						←	→			←	→																																																																																																										
A	特定健診時健康相談の振り返り・計画													←	→																																																																																																							

2. 人間ドック等助成

目的	費用の助成を行うことで、多くの国保被保険者に人間ドック等を受診していただき、健康の保持・増進につなげる。																																																																																																																																																																					
実施方法	国民健康保険課窓口、窓口センター、保健センターでの申請に基づき、助成決定通知書を交付する。 被保険者はドック受診当日、助成決定通知書を医療機関に提出することにより、会計時に受診費用から助成額が控除される。																																																																																																																																																																					
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> 助成申請受付・助成決定通知書交付期間 3月1日～翌年3月31日 周知方法 小冊子「国保の基本」、「ライフプランすこやか」、特定健康診査受診券送付時に同封のチラシ、市ホームページに案内を掲載 <p><助成額></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>人間ドック</th> <th>脳ドック</th> <th>総合ドック</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>助成額</td> <td>17,500円</td> <td>25,000円</td> <td>37,500円</td> </tr> <tr> <td>対象年齢</td> <td>30歳以上 (健診年齢)</td> <td>40歳以上 (健診年齢)</td> <td>40歳以上 (健診年齢)</td> </tr> <tr> <td>助成回数</td> <td>1年に1度の助成</td> <td>3年に1度の助成</td> <td>3年に1度の助成</td> </tr> </tbody> </table>																			人間ドック	脳ドック	総合ドック	助成額	17,500円	25,000円	37,500円	対象年齢	30歳以上 (健診年齢)	40歳以上 (健診年齢)	40歳以上 (健診年齢)	助成回数	1年に1度の助成	3年に1度の助成	3年に1度の助成																																																																																																																																				
	人間ドック	脳ドック	総合ドック																																																																																																																																																																			
助成額	17,500円	25,000円	37,500円																																																																																																																																																																			
対象年齢	30歳以上 (健診年齢)	40歳以上 (健診年齢)	40歳以上 (健診年齢)																																																																																																																																																																			
助成回数	1年に1度の助成	3年に1度の助成	3年に1度の助成																																																																																																																																																																			
目標	<p>○助成利用者数</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">現状値</th> <th colspan="6">目標値</th> </tr> <tr> <th>平成27年度</th> <th>平成28年度</th> <th>平成30年度</th> <th>平成31年度</th> <th>平成32年度</th> <th>平成33年度</th> <th>平成34年度</th> <th>平成35年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>人間ドック</td> <td>1,728人</td> <td>1,915人</td> <td>1,900人</td> <td>1,950人</td> <td>2,000人</td> <td>2,050人</td> <td>2,100人</td> <td>2,150人</td> </tr> <tr> <td>脳ドック</td> <td>58人</td> <td>51人</td> <td>80人</td> <td>85人</td> <td>90人</td> <td>95人</td> <td>100人</td> <td>105人</td> </tr> <tr> <td>総合ドック</td> <td>215人</td> <td>195人</td> <td>240人</td> <td>250人</td> <td>260人</td> <td>270人</td> <td>280人</td> <td>290人</td> </tr> </tbody> </table>																			現状値		目標値						平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度	人間ドック	1,728人	1,915人	1,900人	1,950人	2,000人	2,050人	2,100人	2,150人	脳ドック	58人	51人	80人	85人	90人	95人	100人	105人	総合ドック	215人	195人	240人	250人	260人	270人	280人	290人																																																																																																								
	現状値		目標値																																																																																																																																																																			
	平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度																																																																																																																																																														
人間ドック	1,728人	1,915人	1,900人	1,950人	2,000人	2,050人	2,100人	2,150人																																																																																																																																																														
脳ドック	58人	51人	80人	85人	90人	95人	100人	105人																																																																																																																																																														
総合ドック	215人	195人	240人	250人	260人	270人	280人	290人																																																																																																																																																														
スケジュール	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PDCA</th> <th rowspan="2">実施項目</th> <th colspan="2">前年度</th> <th colspan="12">実施年度</th> <th colspan="3">翌年度</th> </tr> <tr> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>12月</th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P</td> <td>実施計画の策定</td> <td colspan="2">←→</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">D</td> <td>助成決定通知書の交付</td> <td colspan="2">←</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ドック実施</td> <td></td> <td>←</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>助成額の支払い</td> <td></td> <td></td> <td>←</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>ドック受診者数の集計</td> <td></td> <td></td> <td>←</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>振り返り・改善計画</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>←→</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>																		PDCA	実施項目	前年度		実施年度												翌年度			2月	3月	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	P	実施計画の策定	←→																	D	助成決定通知書の交付	←																	ドック実施		←																助成額の支払い			←															C	ドック受診者数の集計			←															A	振り返り・改善計画													←→				
PDCA	実施項目	前年度		実施年度												翌年度																																																																																																																																																						
		2月	3月	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																																																																																																																																																				
P	実施計画の策定	←→																																																																																																																																																																				
D	助成決定通知書の交付	←																																																																																																																																																																				
	ドック実施		←																																																																																																																																																																			
	助成額の支払い			←																																																																																																																																																																		
C	ドック受診者数の集計			←																																																																																																																																																																		
A	振り返り・改善計画													←→																																																																																																																																																								

3. 機関紙等発行

目的	国民健康保険の被保険者に、国民健康保険制度、保険給付や保健事業等について情報提供をする。																	
実施方法	国民健康保険被保険者証発送時に同封する。 窓口で加入手続きを行う際に配布する。																	
事業計画	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険制度について周知するための小冊子「国保の基本」を作成し、国民健康保険被保険者証発送時に同封する。 窓口での新規加入手続きを行う際に配布する。 市ホームページに、国民健康保険制度についての周知・広報の記事を掲載する。 「広報つくば」に、周知・広報の記事を掲載する。 																	
目標		現状値			現状値													
		平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度									
	発行部数	40,000部																
スケジュール		前年度		実施年度												翌年度		
	PDCA	実施項目	2月	3月	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	
	P	実施計画の策定	←	→														
	D	発行・配布			←													→
	C	配布状況の確認										←	→					
A	振り返り・改善計画										←	→					→	

4. 医療費通知

目的	国民健康保険の被保険者に受診時の医療機関名や医療費等を通知することにより、御本人に受診履歴の確認・振り返りの機会を提供し、医療費の適正化につなげる。																	
実施方法	年6回、対象者あて通知を作成し、送付																	
事業計画	ハガキで受診年月日、受診者名、受診医療機関、診療区分、日数、医療費の額、保険者負担額、被保険者自己負担額を通知する。 11・12月診療分を5月、1・2月診療分を7月 3・4月診療分を9月、5・6月診療分を10月 7・8月診療分を1月、9・10月診療分を3月に対象者へ通知する。 医療費通知の作成については、県国民健康保険団体連合会へ委託。																	
目標		現状値			目標値													
		平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度									
	通知発送回数	年6回	年6回	年6回	年6回	年6回	年6回	年6回	年6回	年6回	年6回	年6回	年6回	年6回				
スケジュール		前年度		実施年度												翌年度		
	PDCA	実施項目	2月	3月	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	
	P	実施計画の策定	←	→														
	D	通知作成・納品			↔		↔		↔		↔		↔		↔			
		通知発送			↔		↔		↔		↔		↔		↔			
C	通知実数確認			↔		↔		↔		↔		↔		↔				
A	振り返り・改善計画																→	

5. ジェネリック医薬品差額通知

目的	ジェネリック医薬品へ切り替えた場合の差額通知を対象者に発送することにより、対象者に先発医薬品からジェネリック医薬品へ切り替えていただき、国民健康保険医療費の抑制につなげる。															
実施方法	ジェネリック医薬品差額通知を作成し、対象者に発送する。															
事業計画	年3回（6月、10月、2月）にジェネリック医薬品差額通知を対象者へ通知する。 抽出条件 ①対象医薬品の種類（血圧降下剤・高脂血症用剤・糖尿病用剤） ②対象年齢要件 国民健康保険の被保険者で40歳以上の方 ③差額金額 1被保険者当たり300円以上 ④公費レセプトは除く 以上の抽出条件により、ジェネリック医薬品差額通知を作成し、対象者に発送する。															
目標			現状値		目標値											
			平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度						
	通知発送回数		年3回	年3回	年3回											
	後発医薬品シェア		63%	66.2%	73%	75%	77%	79%	81%	83%						
スケジュール			前年度	実施年度											翌年度	
	PDCA	実施項目	3月	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
	P	実施計画の策定		←→												
	D	対象者データの確定・通知作成				↔			↔					↔		
		通知発送				↔			↔					↔		
	C	通知実数確認				↔			↔					↔		
	A	振り返り・改善計画													←→	

6. 重複・頻回受診者訪問指導

目的	重複・頻回受診者に対し、適正な受診を指導することにより、医療費の適正化を図る。																
実施方法	次のいずれかの条件に該当する者に対し、家庭訪問指導の実施案内通知を発送後、家庭訪問し、指導・相談を行う。 (重複受診) ・生活習慣病の同一疾患名で2か所以上の医療機関受診者 ・2か所以上の医療機関で、同一薬効の薬剤投与を受けている者 (頻回受診) ・同一月内に、同一医療機関の受診日数が15日以上の方																
事業計画	①前年度実施の効果検証(4月~7月) ②国保連合会から送付される国保重複多受診者一覧表を基に、次の条件に該当する者を除外した訪問指導対象者リストを作成する。(8月~11月) 1 病名ががん及び精神疾患の者 2 糖尿病による人工透析を受けている者 3 同一月に入院のあった者 ③訪問指導対象者リストにより健康増進課の保健師へ訪問指導を依頼する。(12月) ④健康増進課の保健師による対象者への家庭訪問または電話による保健指導・相談の実施(12月~2月) ⑤健康増進課から実施結果の報告(3月)																
目標			現状値		目標値												
			平成27年度	平成28年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度							
	受診行動改善率		22.2%	20.8%	30%	32%	34%	36%	38%	40%							
スケジュール			前年度		実施年度												翌年度
	PDCA	実施項目	2月	3月	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
	P	実施計画の策定	←→														
	D	対象者の抽出							←→								
		家庭訪問指導実施											←→				
	C	効果検証(前年度実施分)			←→												
	A	振り返り・改善計画														←→	

4 参考指標

事業成果指標は、以下のとおりです。

被保険者数

(単位：人)

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
被保険者数	53,046	52,610	51,872	50,668

確認方法：国民健康保険事業年報 A 表より抜粋

生活習慣病受診者数（40～74 歳）（各年 5 月診療分）

(単位：人)

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
生活習慣病	人数	14,608	14,964	15,039	14,713
	割合	43.9%	44.3%	44.2%	43.2%
糖尿病	人数	4,373	4,535	4,690	4,501
	割合	13.1%	13.4%	13.8%	13.2%
高血圧症	人数	8,822	8,975	8,878	8,555
	割合	26.5%	26.6%	26.1%	25.1%
脂質異常症	人数	6,944	7,245	7,280	7,002
	割合	20.9%	21.4%	21.4%	20.6%
脳血管疾患	人数	1,748	1,768	1,758	1,616
	割合	5.3%	5.2%	5.2%	4.7%
虚血性心疾患	人数	1,754	1,726	1,733	1,618
	割合	5.3%	5.1%	5.1%	4.8%
人工透析	人数	117	127	122	117
	割合	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%

確認方法：国保データベース No.13「厚生労働省様式 3-1」より抜粋

特定健診対象者・受診者

(単位：人)

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
特定健診対象者数	31,350	31,385	31,111	30,079
特定健診受診者数	9,949	10,051	10,382	10,378

確認方法：法定報告より抜粋

特定保健指導対象者・実施者（動機付け支援）

(単位：人)

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
特定保健指導対象者数	918	890	883	946
特定保健指導実施者数	465	426	372	380

確認方法：法定報告より抜粋

特定保健指導対象者・実施者（積極的支援）

(単位：人)

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
特定保健指導対象者数	342	295	274	277
特定保健指導実施者数	19	22	16	13

確認方法：法定報告より抜粋

メタボリックシンドローム該当者・予備群

(単位：人)

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
男性	健診受診者	4,462	4,465	4,611	4,650
	腹囲のみ	252	231	239	270
	割合	5.6%	5.2%	5.2%	5.8%
	予備群	733	735	703	728
	割合	16.4%	16.5%	15.2%	15.7%
	血糖	66	65	51	74
	割合	1.5%	1.5%	1.1%	1.6%
	血圧	492	498	505	496
	割合	11.0%	11.2%	11.0%	10.7%
	脂質	175	172	147	158
	割合	3.9%	3.9%	3.2%	3.4%
	該当者	1,040	1,077	1,084	1,120
	割合	23.3%	24.1%	23.5%	24.1%
	血糖+血圧	202	226	208	232
	割合	4.5%	5.1%	4.5%	5.0%
	血糖+脂質	72	62	73	70
	割合	1.6%	1.4%	1.6%	1.5%
血圧+脂質	473	434	470	463	
割合	10.6%	9.7%	10.2%	10.0%	
3項目全て	293	355	333	355	
割合	6.6%	8.0%	7.2%	7.6%	

確認方法：国保データベース No.24「厚生労働省様式 6-8 メタボリックシンドローム該当者・予備群」より抜粋

メタボリックシンドローム該当者・予備群

(単位：人)

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
女性	健診受診者	5,492	5,606	5,782	5,739
	腹囲のみ	115	117	108	107
	割合	2.1%	2.1%	1.9%	1.9%
	予備群	271	267	250	275
	割合	4.9%	4.8%	4.3%	4.8%
	血糖	27	27	21	23
	割合	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%
	血圧	171	162	154	183
	割合	3.1%	2.9%	2.7%	3.2%
	脂質	73	78	75	69
	割合	1.3%	1.4%	1.3%	1.2%
	該当者	442	452	469	490
	割合	8.0%	8.1%	8.1%	8.5%
	血糖+血圧	75	77	69	87
	割合	1.4%	1.4%	1.2%	1.5%
	血糖+脂質	29	26	33	24
	割合	0.5%	0.5%	0.6%	0.4%
	血圧+脂質	181	174	206	197
割合	3.3%	3.1%	3.6%	3.4%	
3項目全て	157	175	161	182	
割合	2.9%	3.1%	2.8%	3.2%	

確認方法：国保データベース No.24「厚生労働省様式 6-8 メタボリックシンドローム該当者・予備群」より抜粋

質問票調査状況

			平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
男性	服薬	高血圧症	35.3%	36.8%	37.5%	37.3%
		糖尿病	8.7%	9.3%	9.0%	9.0%
		脂質異常症	15.4%	16.1%	17.0%	16.0%
	既往歴	脳卒中	3.9%	4.1%	4.3%	4.1%
		心臓病	8.1%	8.1%	9.0%	9.1%
		腎不全	3.2%	0.5%	0.7%	0.7%
	喫煙		20.6%	20.3%	19.5%	20.0%
	20歳から10kg以上 体重増加		40.8%	39.7%	41.2%	41.6%
	1回30分以上の運動なし		50.3%	49.5%	48.2%	49.8%
	1日1時間運動なし		53.5%	53.5%	53.9%	52.5%
	歩行速度遅い		56.2%	55.2%	53.8%	51.0%
	1年間で体重増減3kg以上		18.4%	18.7%	18.3%	19.6%
	食事速度 速い		30.6%	30.0%	29.6%	30.8%
	就寝前夕食		17.8%	17.7%	18.7%	18.7%
	夕食後間食		14.0%	13.6%	13.8%	12.2%
	朝食欠食		7.1%	7.8%	7.3%	7.3%
	毎日飲酒		46.8%	45.4%	46.2%	42.5%
	飲酒量 3合以上		4.4%	3.6%	3.8%	2.7%
	睡眠不足		23.4%	23.3%	26.1%	24.8%
	改善意欲なし		29.3%	28.7%	28.3%	28.2%

確認方法：国保データベース No.6「質問票調査の状況」より集計

質問票調査状況

			平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
女性	服薬	高血圧症	27.7%	28.3%	27.7%	28.3%
		糖尿病	4.3%	4.5%	4.4%	4.5%
		脂質異常症	24.6%	25.5%	26.4%	24.4%
	既往歴	脳卒中	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%
		心臓病	4.7%	5.0%	5.1%	4.6%
		腎不全	2.0%	0.6%	0.5%	0.5%
	喫煙		4.5%	4.5%	4.4%	4.0%
	20歳から10kg以上 体重増加		26.5%	25.4%	26.7%	26.3%
	1回30分以上の運動なし		56.9%	55.7%	53.3%	56.4%
	1日1時間運動なし		61.2%	62.5%	62.5%	58.8%
	歩行速度遅い		58.6%	58.3%	57.8%	56.2%
	1年間で体重増減3kg以上		18.0%	16.7%	16.6%	17.5%
	食事速度 速い		24.5%	23.7%	22.2%	23.3%
	就寝前夕食		10.8%	11.7%	11.6%	10.8%
	夕食後間食		15.7%	14.8%	14.9%	12.7%
	朝食欠食		4.5%	5.3%	5.3%	5.0%
	毎日飲酒		7.6%	8.2%	8.6%	8.0%
	飲酒量 3合以上		0.4%	0.3%	0.6%	0.4%
	睡眠不足		29.4%	26.8%	30.7%	28.9%
	改善意欲なし		20.8%	18.4%	19.2%	18.3%

確認方法：国保データベース No.6「質問票調査の状況」より集計

健診有所見者状況

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
男性	BMI 25 以上	28.9%	29.4%	30.4%	31.6%
	腹囲 85cm 以上	45.4%	45.8%	43.9%	45.5%
	中性脂肪 150mg/dl 以上	23.6%	24.5%	24.4%	24.5%
	ALT 31U/L 以上	16.4%	17.0%	17.2%	19.1%
	HDL コレステロール 40mg/dl 未満	8.2%	7.4%	6.9%	7.3%
	尿酸 7.0mg/dl 以上	0.2%	0.2%	0.4%	0.3%
	収縮期血圧 130mmHg 以上	44.0%	43.6%	44.9%	43.9%
	拡張期血圧 85mmHg 以上	21.2%	21.6%	23.6%	22.3%
	LDL コレステロール 120mg/dl 以上	47.5%	49.9%	50.4%	49.2%
	クレアチニン 1.3mg/dl 以上	1.5%	1.3%	1.7%	1.6%
女性	BMI 25 以上	19.8%	19.4%	19.3%	21.0%
	腹囲 90cm 以上	15.1%	14.9%	14.3%	15.2%
	中性脂肪 150mg/dl 以上	14.3%	14.6%	13.7%	13.9%
	ALT 31U/L 以上	7.6%	7.1%	7.7%	7.9%
	HDL コレステロール 40mg/dl 未満	1.6%	1.6%	1.5%	1.4%
	尿酸 7.0mg/dl 以上	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	収縮期血圧 130mmHg 以上	31.8%	31.9%	32.9%	35.4%
	拡張期血圧 85mmHg 以上	12.0%	11.7%	11.8%	12.3%
	LDL コレステロール 120mg/dl 以上	57.3%	59.7%	59.5%	57.0%
	クレアチニン 1.3mg/dl 以上	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%

確認方法：国保データベース No.23「厚生労働省様式 6-2~7 健診有所見者状況（男女別・年代別）」より抜粋

第6章 その他

1 データヘルス計画の公表・周知

本計画書は、つくば市ホームページにて公表します。また、この計画書を改定した場合も、速やかに公表を行い、周知を図ります。

2 事業運営上の留意事項

本計画にて策定した事業の推進にあたっては、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく保健事業を担当する関係部局や関係機関・団体と連携するとともに、「健幸長寿日本一をつくばから」と協働した事業を実施するなど、医療費の特性や健康課題について共通認識を持って事業を推進していくよう努めます。

3 個人情報の保護

本計画にて策定した事業の実施にあたり、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号。以下「法」という。）及び法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止装置、事業者の監督、委託先の監督）について周知を図ります。

そして、国民健康保険法第120条の2に基づき、本市の職員及び本市の職員であった者は、保健事業を実施する際に知り得た個人情報に関する守秘義務規定を遵守します。

また、事業を外部委託により実施する場合は、本市個人情報保護条例等関係法令に基づき、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監理していきます。

4 データヘルス計画の評価方法・見直し

本計画にて策定した事業は、毎年度、目標の達成状況を評価し、必要に応じて事業内容の見直しを行います。

なお、計画期間中の平成32年度に実施事業の進捗状況を確認し、中間評価を行い計画を見直します。

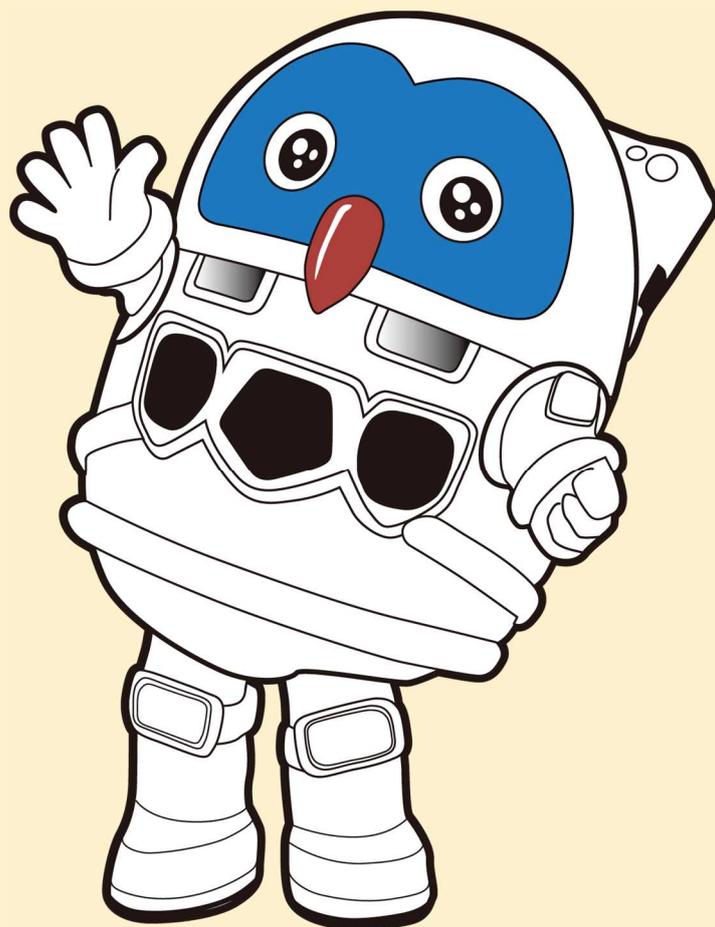
また、計画期間最終年度である平成35年度には、これまでの検証結果を踏まえて、第3期計画の策定に繋げていきます。

今後、分析結果に関する知見や国の動向により、必要な場合には計画の見直しを行うこととします。

5 用語集

No.	用語	解説
1	「健幸長寿日本ーをつくばから」	つくば市で実施する、健康寿命の延伸、介護給付費の抑制、医療費の削減等を図るための事業のスローガン。 すべての世代の健康づくりのため、多世代交流出前教室や企業連携・企画教室等を行う。
2	保健事業実施指針	健康保険法、健康診査等実施指針と調和を保ちつつ、保険者が被保険者及び被扶養者を対象として行う保健事業に関して、その効果的かつ効率的な実施を図るための基本的な考え方を示したもの。
3	健康寿命	健康上の問題がない状態で日常生活を送れる期間のこと。 0歳平均余命－65歳平均余命－(1－介護認定者数÷40歳以上の人口)×定常人口÷65歳生存数 ※平均余命…ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値のことであり、生命表で計算されている。
4	国保データベース	各図表の下部に国保データベースと表示しているデータは、国民健康保険データベース（KDB）システムより作成していることを表す。
5	同規模	国保データベースで比較可能な同規模自治体である特例市を表す。
6	ロコモティブシンドローム	運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態。ロコモティブシンドローム予防には歩行能力の維持向上が大切である。
7	本市作成	各図表の下部に本市作成と表示しているデータは、特定健康診査の結果データ及びレプト等のデータを基に本市において独自に作成していることを表す。
8	標準化医療費	比較対象の年齢別被保険者構成割合が本市と同一だった場合（間接法年齢調整）に期待される疾病別医療費のこと。標準化医療費を比較することで、年齢の影響を補正した本市の医療費、課題疾病を確認することができる。
9	疾病別標準化医療費指数	比較対象の標準化医療費を1とした場合の、本市の標準化医療費の比のこと。疾病ごとに算出する。 疾病別標準化医療費指数が1より大きければ、その疾病は比較対象よりも医療費がかかっており、1より小さければ、その疾病は比較対象よりも医療費がかかっていない、と読みとることができる。
10	I度・II度・III度高血圧	I度高血圧…収縮期血圧 140mmHg 以上 159mmHg 以下 または拡張期血圧 90mmHg 以上 99mmHg 以下 II度高血圧…収縮期血圧 160mmHg 以上 179mmHg 以下 または拡張期血圧 100mmHg 以上 109mmHg 以下 III度高血圧…収縮期血圧 180mmHg 以上 または拡張期血圧 110mmHg 以上
11	積極的支援レベル	特定健康診査の結果を階層化（保健指導のレベル分け）した結果、生活習慣の改善の必要性が高い人が該当する。 積極的支援レベル該当者には、生活習慣改善を促すための継続的な保健指導を行う。

No.	用語	解説
12	動機付け支援レベル	特定健康診査の結果を階層化（保健指導のレベル分け）した結果、生活習慣の改善の必要性が中程度の人が該当する。動機付け支援レベル該当者には、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを促すための保健指導を行う。
13	情報提供レベル	特定健康診査の結果を階層化（保健指導のレベル分け）した結果、生活習慣の改善の必要性が低い人が該当する。情報提供レベル該当者には、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、基本的な情報を提供する。
14	有意差	ある事柄の起こる確率が偶然や誤差ではなく、統計学的に有意に差があるということ。
15	ポピュレーションアプローチ	対象を一部に限定せず集団全体に対する働きかけを行い、集団全体の健康状態を向上させること。
16	後発医薬品新指標の数量シェア	「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう。



つくば市イメージキャラクター フックン船長

つくば市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

平成 30 年 2 月

つくば市保健福祉部国民健康保険課

〒305-8555

つくば市研究学園一丁目 1 番地 1

電話 029-883-1111