

土浦市国民健康保険第二期データヘルス計画・  
第三期特定健康診査等実施計画中間評価

(平成30年度～令和5年度)

土浦市

平成30年3月 策定

令和 3年3月 改訂

## 目次

第1章 計画の中間評価 .....	1
1 中間評価の目的 .....	1
2 中間評価の方法 .....	2
第2章 土浦市の現状分析 .....	3
1 人口の動向 .....	3
2 死亡原因 .....	5
3 介護の認定状況 .....	7
4 国民健康保険の医療費の概況 .....	8
5 国民健康保険特定健康診査・特定保健指導の現状 .....	13
第3章 第二期データヘルス計画の中間評価 .....	24
1 これまでの取り組みと評価 .....	24
2 重点課題 .....	33
3 対策の方針 .....	34
4 保健事業の内容と目標 .....	34
5 地域包括ケアに係る取り組み .....	41
6 地域組織との取り組み .....	41
7 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 .....	42
8 計画の評価と見直し .....	42
9 事業運営上の留意事項 .....	42
第4章 第三期特定健康診査等実施計画の中間評価 .....	43
1 これまでの取り組みと評価 .....	43
2 重点課題と目標値 .....	46
3 特定健康診査・特定保健指導の実施 .....	47
4 事業主との連携 .....	56
5 計画の評価と見直し .....	56
6 事業運営上の留意事項 .....	56
第5章 その他 .....	57
1 計画の公表と周知 .....	57
2 個人情報の保護 .....	57

# 第1章 計画の中間評価

## 1 中間評価の目的

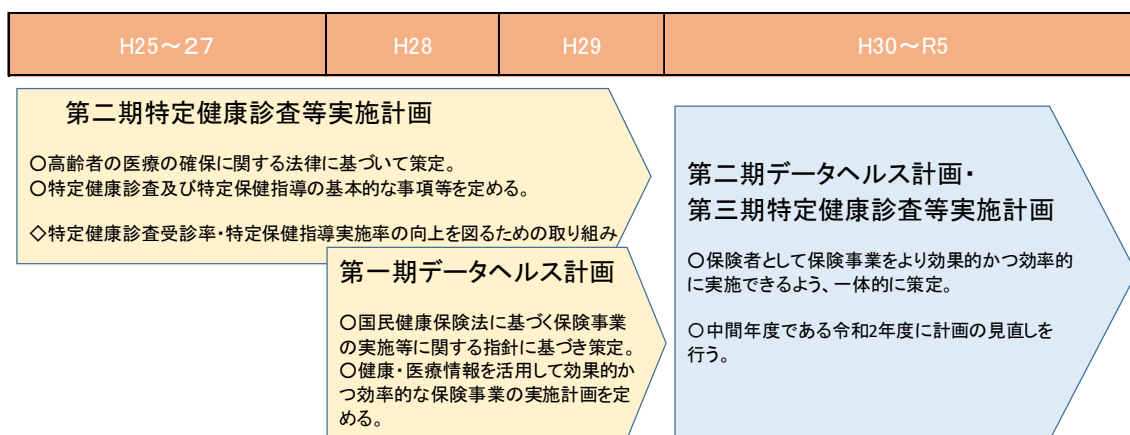
本市では、厚生労働省が定める国民健康保険法（第82条）に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省）に基づき、平成30年に第二期データヘルス計画を策定し、健康・医療情報を活用しながらPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ってきました。

第二期データヘルス計画においては、中間年度である令和2年度に短期目標の達成状況及び事業の効果等を評価し、必要に応じて令和3年度以降の計画の見直しを行うこととなっております。中間評価・見直しを行う目的は、立案した計画が軌道に乗っているかを確認し、進捗が滞っているようであれば、事業効果を高めるにはどのような改善を行うべきか等を検討し、目標達成に向けての方向性を見出すことです。

中間評価・見直しにあたっては、データヘルス計画全体としての評価を行うために、同計画を構成する個別保健事業計画に基づいて実施された事業の実績等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況・指標の在り方について、データ分析等をもとに評価を行います。評価の結果、目標達成が困難と見込まれる事業については、課題や目標達成を阻害する要因を分析し、改善方法を検討の上、必要に応じて実施内容等の見直しを行います。

また、第三期特定健康診査等実施計画も本計画と一体的に策定していますので、あわせて見直しを行います。（図表1）

（図表1）各計画の関係性



## 2 中間評価の方法

個別保健事業の目的・目標を確認し、アウトプット（実施状況・事業量）、アウトカム（成果）の実績値について評価します。評価の結果、目標達成が困難と見込まれる事業については、ストラクチャー（実施体制）、プロセス（実施過程）の観点から事業実施上の課題や目標達成を阻害する要因を分析し、改善方法を検討の上、必要に応じて実施内容等の見直しを行います。

計画の評価体制は、国保年金課・健康増進課・高齢福祉課で連携して評価・見直しを行い、茨城県国民健康保険団体連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

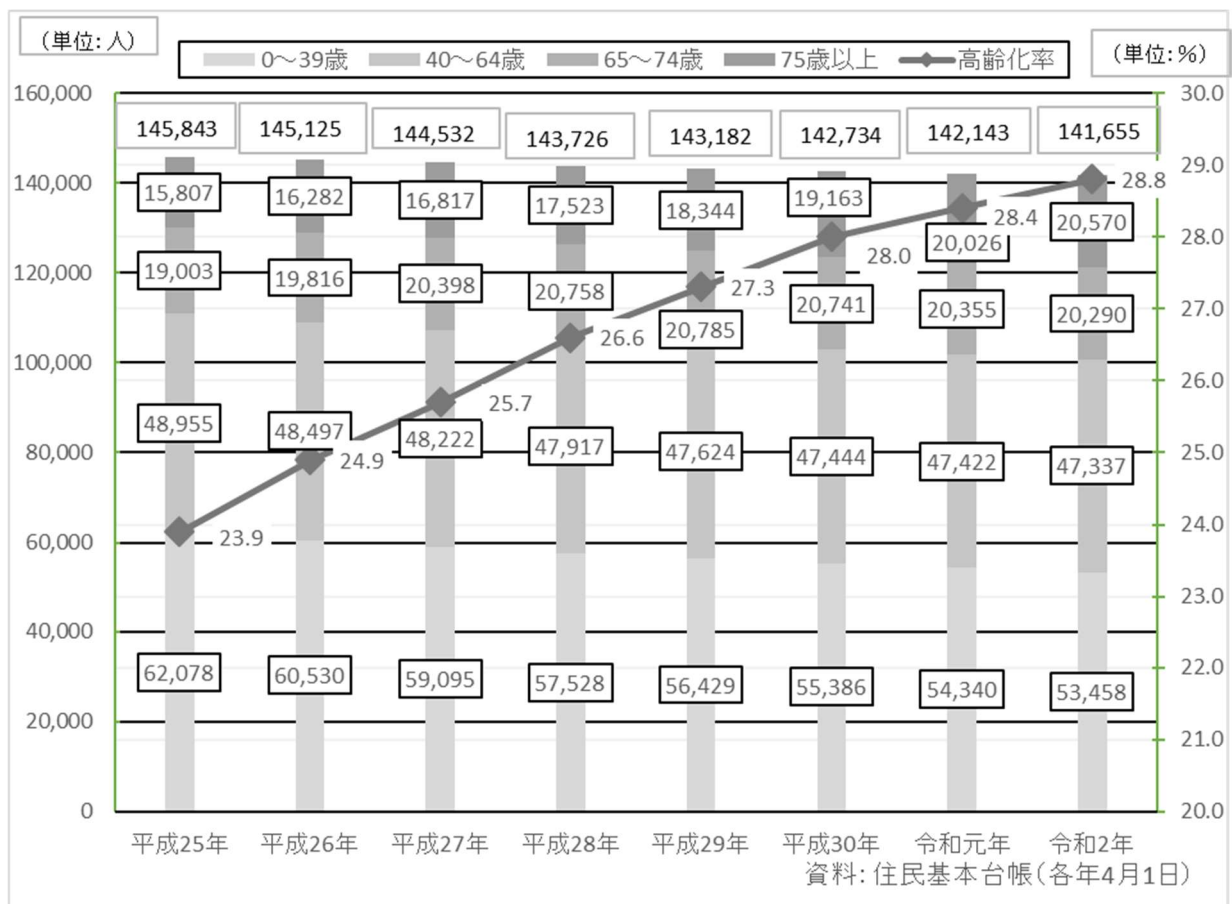
## 第2章 土浦市の現状分析

### 1 人口の動向

本市の人口は、平成18年に新治村と合併し約9,000人の増加となりましたが、その後は減少傾向となっており、令和2年4月1日現在の人口は141,655人です。

年齢別人口推移をみると、若年層（0～39歳）は減少傾向にあり、反対に老年人口（65歳以上）は増加傾向にあることから、少子高齢化が進行しています。なお、令和2年度の高齢化率\*は28.8%となっています。（土浦市住民基本台帳による。図表2参照。）

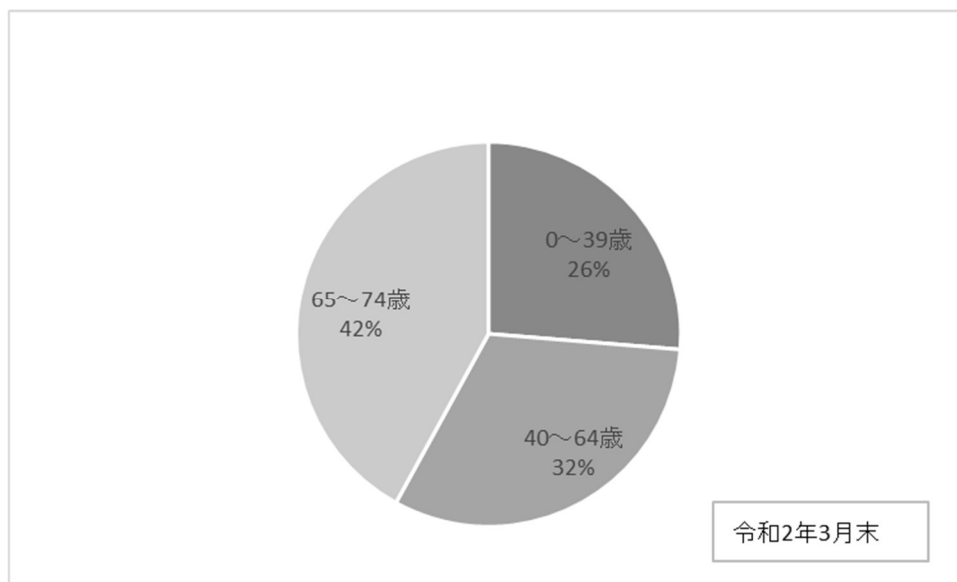
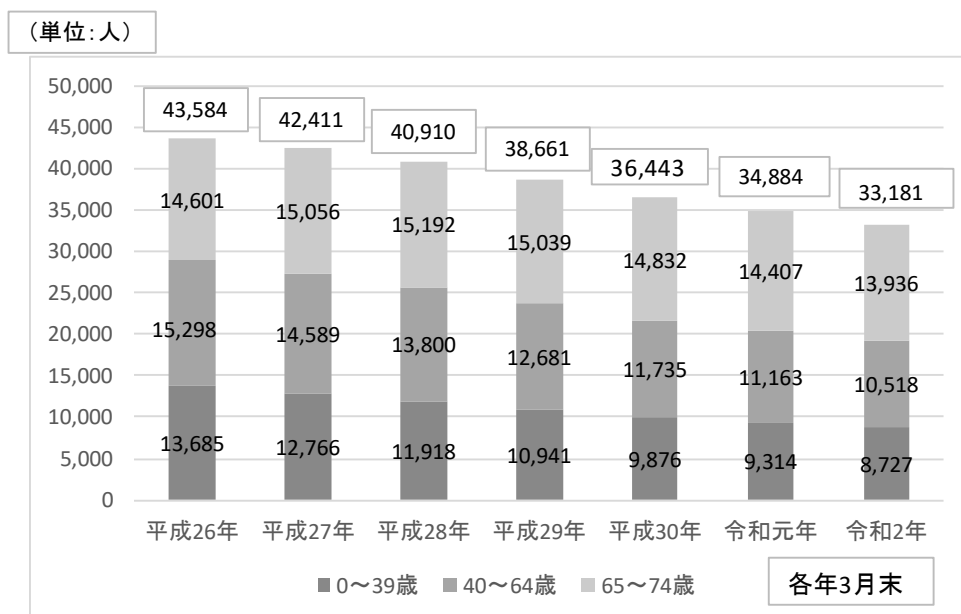
（図表2）人口の推移



\*高齢化率：65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合。

なお、令和2年3月末日時点において、土浦市の国民健康保険の加入者は33,181人であり、市人口の約23%を占めています。このうち特定健康診査の対象となる40歳以上75歳未満の加入者は24,454人であり、国民健康保険加入者の約74%となっています。(図表3)

(図表3) 国民健康保険被保険者数の推移と年齢構成



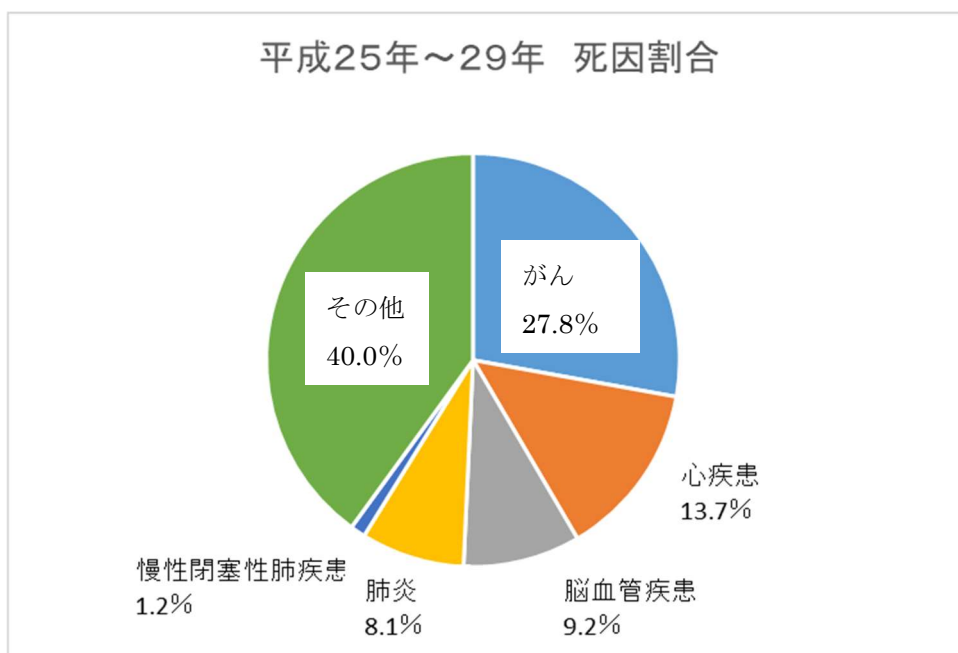
出典：KDBシステム 地域の全体像の把握

## 2 死亡原因

本市の死亡原因の上位は、がんが 27.8%、心疾患・脳血管疾患が 22.9%となっており、三大疾病で死因の半数（50.7%）を占めています。（図表 4）

（図表 4） 平成 25 年～29 年 死亡数と死因割合

死因	死亡数(人)
がん	2,072
心疾患	1,022
脳血管疾患	682
肺炎	604
慢性閉塞性肺疾患	87
その他	2,976
合計	7,443



出典：茨城県保健福祉部、茨城県立健康プラザ編『令和 2 年茨城県市町村別健康指標』

また、全国と比較した場合、男女ともに急性心筋梗塞の死亡率が高くなっており、より一層の喫煙対策、減塩施策および適正体重の維持の推進が重要となっています。

(図表 5)

(図表 5) 平成 25 年～29 年 標準化死亡率 (全国を基準)

(男性)

死因	標準化死亡率 ※1	死亡数 (人)	1年あたりの 超過死亡数 ※2(人)
全死因	1.05	3,903	175.3
悪性新生物	1.00	1,240	1.6
急性心筋梗塞	1.66	198	78.9
脳血管疾患	1.32	337	34.9
肺炎	0.97	333	-10.9
慢性閉塞性肺疾患	0.99	72	-1.1

(女性)

死因	標準化死亡率 ※1	死亡数 (人)	1年あたりの 超過死亡数 ※2(人)
全死因	1.08	3,540	264.2
悪性新生物	1.03	832	22.6
急性心筋梗塞	1.54	133	46.8
脳血管疾患	1.12	345	37.8
肺炎	0.99	271	-3.9
慢性閉塞性肺疾患	0.89	15	-1.8

出典：茨城県保健福祉部、茨城県立健康プラザ編. 『令和 2 年茨城県市町村別健康指標』

※1 標準化死亡率：人口構成の影響（高齢化率など）を除外した場合に、全国を 1 としてその何倍であるのかを示す指標。

※2 超過死亡数：死亡数と期待死亡数（全国と同じ死亡率の場合の死亡数）との差。



### 3 介護の認定状況

本市における令和元年度の介護保険の認定者数は、1号被保険者<sup>※1</sup>が6,572人、2号被保険者<sup>※2</sup>が141人です。1号被保険者における認定者の割合(17.5%)は、同規模被保険者(18.9%)より低いものの、県(16.9%)と比較すると高くなっています。また、2号被保険者における認定者の割合(0.3%)については、同規模被保険者(0.4%)や県(0.4%)と比較すると低くなっています。

本市の過去4年間の介護認定状況を見てみると、認定者数は年々増加しており、特に第1号認定者数が増加しています。(図表6)

(図表6) 土浦市における介護保険の認定者数

	土浦市		同規模平均	県	国	データ元 (CSV)
	実数	割合	割合	割合	割合	KDB_NO.1 地域全体像の把握 (令和元年度累計)
1号認定者数(認定率)	6,572人	17.5%	18.9%	16.9%	18.9%	
2号認定者数(認定率)	141人	0.3%	0.4%	0.4%	0.4%	

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	データ元 (CSV)
1号認定者数	5,710	5,971	6,309	6,572	KDB_NO.1 地域全体像 の把握 (年度累計)
2号認定者数	144	141	141	141	
計	5,854	6,112	6,450	6,713	

要介護認定状況から医療費を見てみると、要介護認定を受けていない人よりも要介護認定を受けている人の方が、レセプト1件当たりの医療費が4,245点(42,450円)多くなっています。(図表7)

※1 1号被保険者：65歳以上の介護保険被保険者

※2 2号被保険者：40歳～64歳までの介護保険被保険者

(図表7) 要介護認定有無による医療費(40歳以上) 単位:円

	①要介護認定有	②要介護認定無	差額(①-②)
医科	79,650	39,510	40,140
歯科	14,940	12,630	2,310
合計	94,590	52,140	42,450

出典:KDB システム要介護者認定状況(令和元年度)

また、要介護認定者の有病状況では、「心臓病 60.9%、脳疾患 23.3%、糖尿病 26.3%」であり、循環器疾患を有している割合が高くなっています。このことから、循環器疾患予防対策を実施することによって要介護状態に陥ることを防ぐことが期待され、将来の医療費の適正化にも繋がるものと考えられます。(図表8)

(図表8) 要介護者の有病状況

心臓病	60.9%
筋・骨疾患	52.9%
精神	35.3%
脳疾患	23.3%
糖尿病	26.3%

出典:KDB システム要介護者認定状況(令和元年度)

#### 4 国民健康保険の医療費の概況

土浦市国民健康保険における医療費は、平成27年度までは増加傾向にありましたが、平成28年度以降は減少傾向にあります。(図表9)

(図表9) 医療費の推移(概算)

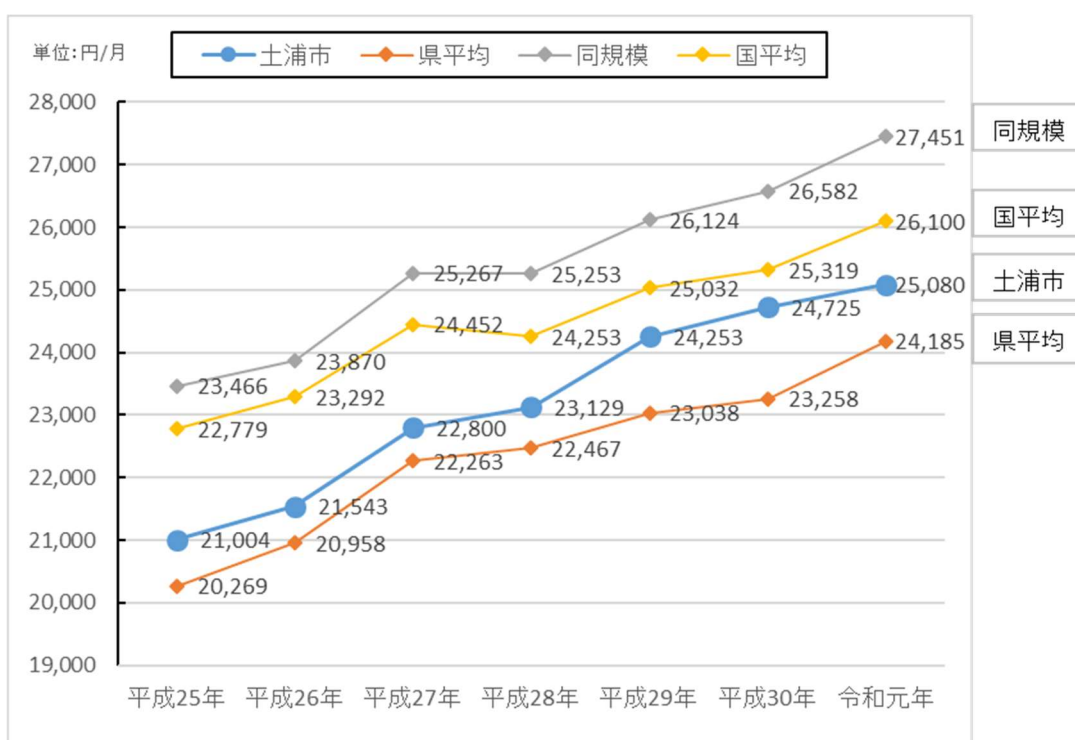
	平成20年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
費用(億円)	106.1	121.8	119.4	118.4	117.6	115.3
対前年度差額(億円)			-2.4	-1.0	-0.8	-2.3

出典:国保事業状況報告書(事業年報)C表

1人当たりの医療費については、増加傾向にあり、令和元年度は25,080円/月となっており、同規模保険者の27,451円/月よりは下回っているものの、県平均の24,185円/月と比較すると1.04倍となり、上回っています。(図表10)

県との1人当たり医療費の差額895円を、土浦市国民健康保険被保険者数33,181人(令和2年3月末時点)で掛けると、895円×33,181人×12ヶ月=約3億5千万円となり、県平均に比較して多く医療費がかかっていることが分かります。

(図表10) 医療費の比較と推移



出典：KDB システム 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題

### (1) 傷病別医療費

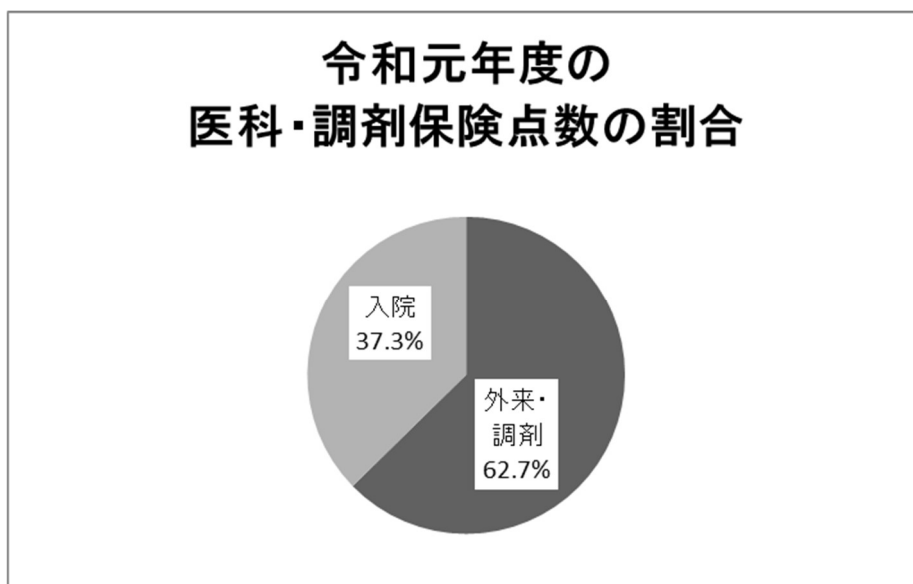
入院と外来・調剤の医療費の割合は、入院 37.3%、外来・調剤 62.7%となっています。(図表11)

傷病別の医療費を見ると、「がん・生活習慣病関連疾病(高血圧症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、糖尿病、慢性腎不全)」に係る医療費が高額であり、全体の約4割を占めています。このうち、「糖尿病や慢性腎不全」は、外来・調剤の総額の約15%を占めており、医療費が高額となっています。(図表12)

また、糖尿病と高血圧は慢性腎不全の原因疾患となっており、慢性腎不全が悪化すると人工透析が必要になります。人工透析には1人あたり年間約500万円の医療費が必要であり、一度人工透析を開始すると、生涯、継続した治療が必要となる事から、高額な医療費が、長期的にかかることとなります。そのため、高血圧症、糖尿病の発症予防・重症化予防により、人工透析の導入となる人数を抑制することが重要です。

(図表 1 1) 令和元年度 医科・調剤保険点数

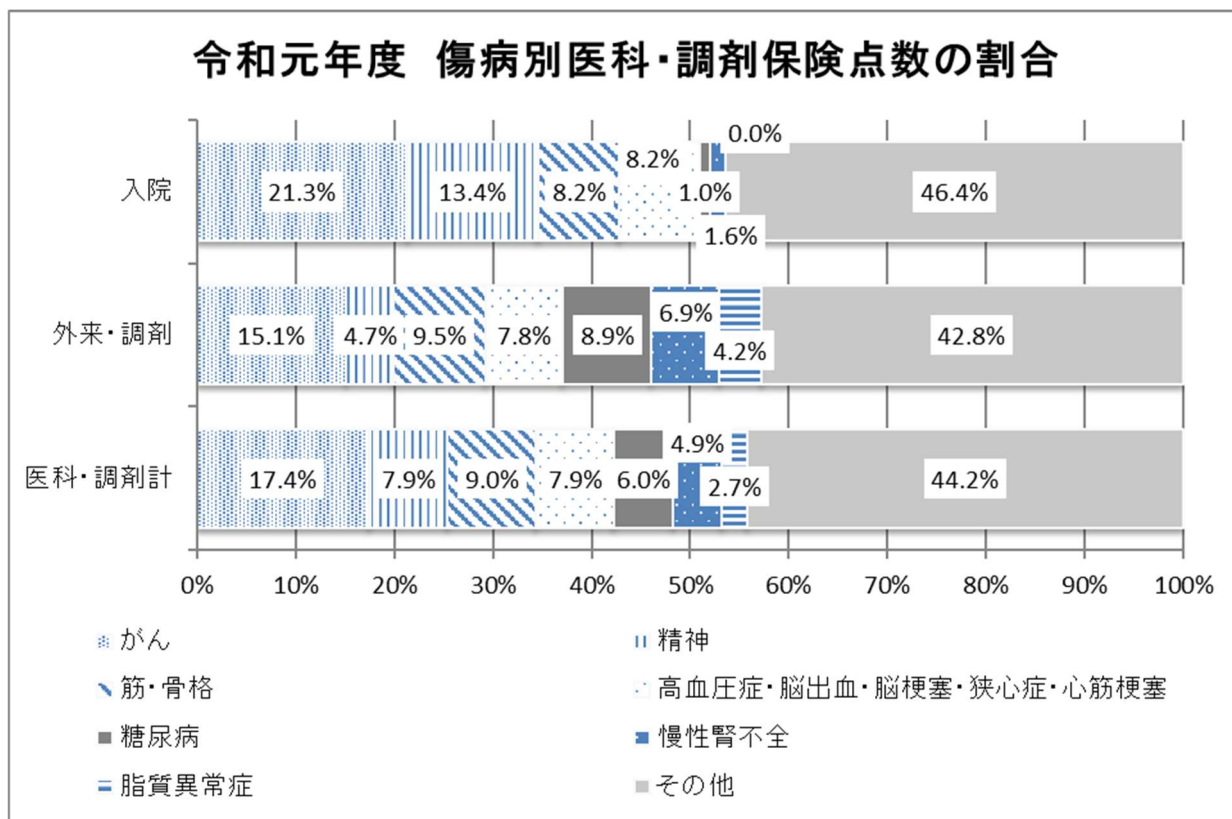
入院・外来	保険点数(点)	金額(円)	割合
外来・調剤	628,257,412	6,282,574,120	62.7%
入院	374,133,807	3,741,338,070	37.3%
合計	1,002,391,219	10,023,912,190	100.0%



出典：KDB システム、画面番号 S23\_003(疾病別医療費分析 (大分類) )

令和2年9月29日作成

(図表 1 2) 令和元年度 傷病別医科・調剤保険点数の割合



出典(総点数):KDB システム, 画面番号 S23\_003(疾病別医療費分析(大分類)). 令和2年9月29日作成

出典(傷病別点数):KDB システム, 画面番号 S\_23\_006(疾病別医療費分析(生活習慣病)).

令和2年9月29日作成

出典(腎不全):KDB システム, 画面番号 S23\_004(疾病別医療費分析(中分類)).

令和2年9月29日作成

(2) 高額なレセプト

ひと月の医療費が80万円以上となる高額なレセプトは、「がん、虚血性心疾患、脳血管疾患」が多くなっています。このうち、脳血管疾患と虚血性心疾患については、基礎疾患が高血圧症や脂質異常症等の生活習慣病であるため、生活習慣の改善等により予防が可能であると考えられます。(図表13)

(図表13) 高額なレセプト

厚労省様式	対象レセプト (R01年度)		全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	916人		61人		65人		305人		553人	
					6.7%	7.1%	33.3%	60.4%				
		件数	1,630件		92件		75件		596件		867件	
					5.6%	4.6%	36.6%	53.2%				
			年代別	40歳未満	6	6.5%	0	0.0%	18	3.0%	115	13.3%
				40代	3	3.3%	0	0.0%	23	3.9%	70	8.1%
				50代	12	13.0%	9	12.0%	43	7.2%	121	14.0%
60代	34	37.0%		33	44.0%	286	48.0%	278	32.1%			
70-74歳	37	40.2%	33	44.0%	226	37.9%	283	32.6%				
費用額	24億6366万円		1億3101万円		1億1821万円		8億0062万円		14億1383万円			
			5.3%	4.8%	32.5%	57.4%						

\*最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

出典: CSV2 次加工ツール [帳票 No. 10 厚生労働省様式 1-1 (令和元年度)]

## 5 国民健康保険特定健康診査・特定保健指導の現状

### (1) 特定健康診査の現状

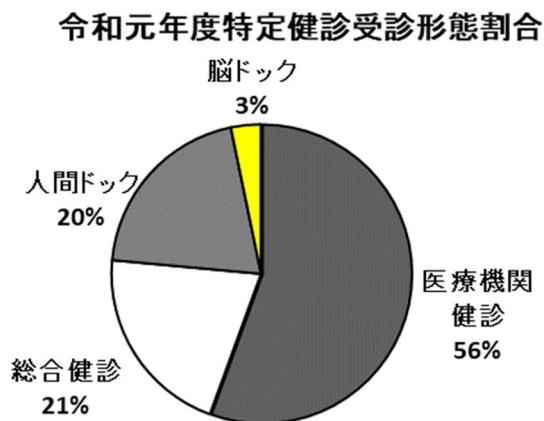
日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病の予防のために、40歳から74歳までの者を対象に、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査を行っています。

#### ① 受診形態別の受診状況

本市の特定健康診査は、地区公民館等で実施する総合健診、契約した医療機関で実施する医療機関健診、人間ドック、脳ドックがあり、年度に1度、いずれかの健診を受診できる体制をとっています。医療機関健診については通年実施し、総合健診については追加健診を実施し、人間ドック及び脳ドックについては健診機関を拡充する等、受診体制の充実を図ってきました。

令和元年度の受診形態別の受診割合については、医療機関健診が56%、総合健診が21%、人間ドックが20%、脳ドックが3%となっています。(図表14)

(図表14)

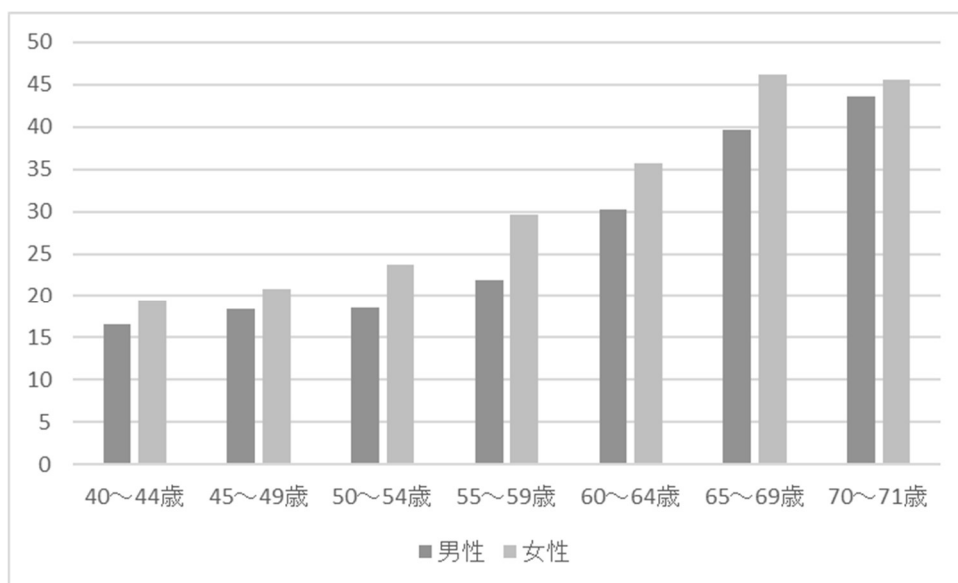


出典：令和元年度支払い状況より

## ② 性別・年齢別の受診状況

受診状況を年齢別・男女別にみると、年齢が上がるごとに受診率が高くなる傾向にあり、60歳以降の受診率が高くなっています。逆に、40歳・50歳代での受診率が低い状況が見られます。男女別では、全ての年齢区分を通して女性の方が男性よりも受診率が高くなる傾向にあります。(図表 15)

(図表 15) 令和元年度特定健康診査性別・年齢階級別受診率 (%)



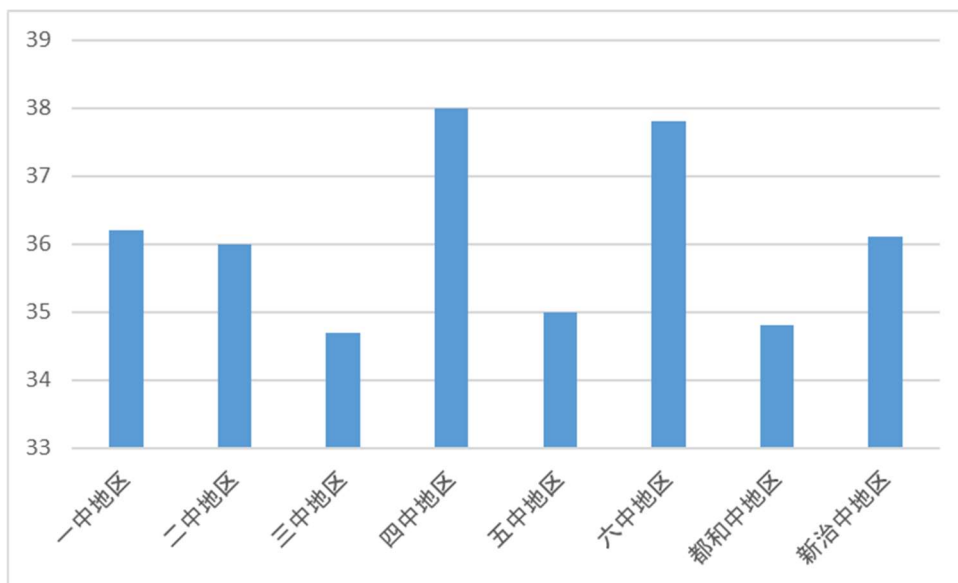
出典：KDB システム帳票厚生労働省様式 6-9



③ 地区別受診状況

中学校地区別に受診率をみると、四中地区・六中地区が、他の地区より高くなっています。(図表 16)

(図表 16) 令和元年度特定健康診査中学校地区別受診率 (%)



出典：KDB システム帳票厚生労働省様式 5-4

#### ④ 特定健康診査受診率

土浦市国民健康保険における特定健康診査受診率は、上昇傾向にはあるものの、令和元年度は前年度より下がっており、「土浦市特定健康診査等実施計画(第3期)」で定めた目標値には達しておらず、県内市町村平均よりも下回っています。(図表17)

平成26年度には、当該年度の未受診者全員に対し、特定健診受診勧奨通知を送付したところ、受診率が前年と比較して4.8ポイント上昇しました。

また、平成30年度からは特定健診未受診者で生活習慣病にて通院している者について、医療機関に対して個別に特定健診の受診勧奨等の協力依頼を行い、各医療機関の協力を得て受診者の増加を図りました。

特定健診は、被保険者に受診してもらうことで、生活習慣病の状況把握が可能となり、さらに、健康の保持に努める必要がある者に対して特定保健指導の実施が可能となります。生活習慣病の発症予防・重症化予防に極めて有用であるため、今後も受診率の向上に努めていく必要があります。

(図表17) 特定健康診査目標値と受診率

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
土浦市	対象者数 (人)	27,744	27,397	26,824	25,587	24,565	23,522	22,562
	受診者数 (人)	8,104	9,314	9,131	8,965	8,900	8,872	8,188
	受診率 (%)	29.2%	34.0%	34.0%	35.0%	36.2%	37.7%	36.3%
	目標 受診率	30.0%	35.0%	43.0%	51.0%	60.0%	42.0%	45.0%
県内市町村 平均	受診率 (%)	33.7%	34.6%	35.2%	36.4%	36.9%	38.0%	38.6%
全国	受診率 (%)	34.3%	35.4%	36.3%	36.6%	37.2%	37.9%	38.0%

出典：土浦市特定健康診査等実施計画及び法定報告値

⑤ 特定健診結果における有所見者の状況

健診結果の有所見者（健診結果において、医師による所見がある者）については、図表 18 のとおりです。

土浦市の健診結果における特徴は、男女とも、血圧における有所見者の割合が、国や県の平均と比較して高いことが挙げられます。特に男性における割合が高く、収縮期血圧 130mmHg 以上の者の割合は 5 割を超えています。

また、男性の高血糖者の割合についても、例年、県平均よりも高い数値となっています。（図表 19）

有所見率の経年変化を見ると、男性は血圧、女性は脂質代謝が毎年最も高くなっています。（図表 20）

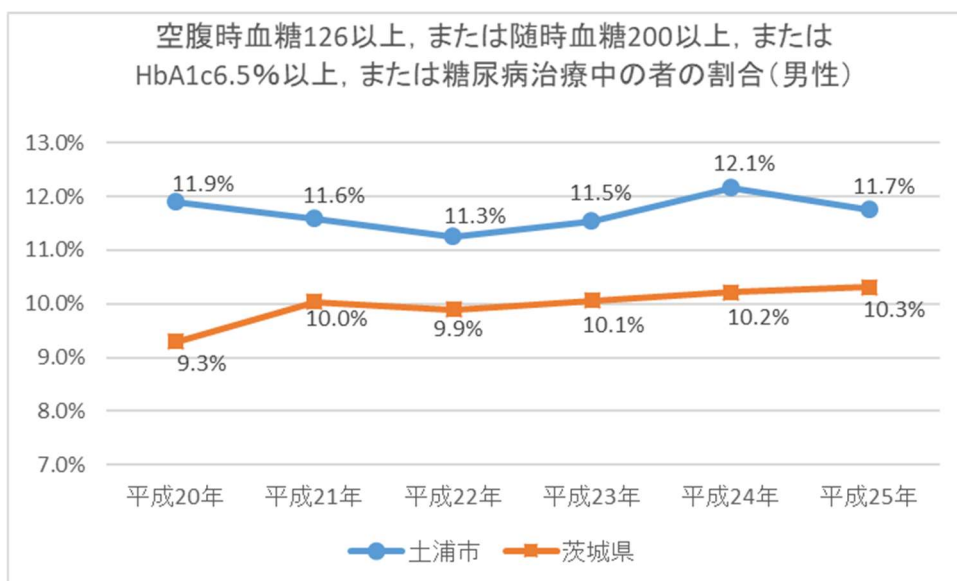
このことから、土浦市の発症予防・重症化予防には、男女の高血圧の値および血糖値（特に男性）、脂質代謝（特に女性）の正常化に重点を置いた保健事業の実施が不可欠であると考えられます。

（図表 18）健診結果の有所見者（令和元年度）

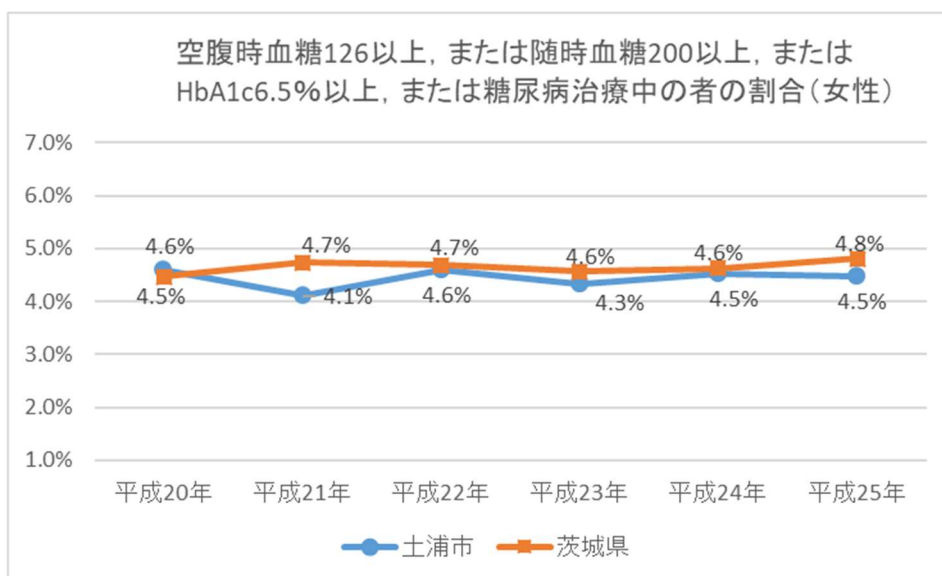
性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	328		534		282		210		76		30.5		57.6		12.8		48.9		24.9		48.3		2.2		
県	27,083	33.2	42,205	51.7	24,561	30.1	16,535	20.3	6,210	7.6	13,754	16.9	53,701	65.8	4,254	5.2	38,611	47.3	20,150	24.7	41,305	50.6	1,829	2.2	
保険者	合計	1,231	35.0	2,004	57.0	949	27.0	727	20.7	275	7.8	1,250	35.6	1,808	51.4	21	0.6	1,763	50.1	856	24.3	1,705	48.5	80	2.3
	40-64	422	41.1	592	57.7	342	33.3	302	29.4	81	7.9	290	28.3	421	41.0	7	0.7	404	39.4	301	29.3	560	54.6	12	1.2
	65-74	809	32.5	1,412	56.7	607	24.4	425	17.1	194	7.8	960	38.6	1,387	55.7	14	0.6	1,359	54.6	555	22.3	1,145	46.0	68	2.7
全国	21.6		18.6		16.0		8.9		1.4		18.7		56.8		1.7		42.8		15.1		57.6		0.2		
県	24,099	22.9	18,288	17.4	20,007	19.0	9,114	8.7	1,607	1.5	10,417	9.9	70,985	67.4	653	0.6	44,595	42.4	15,373	14.6	63,401	60.2	222	0.2	
保険者	合計	1,081	23.5	1,083	23.5	732	15.9	383	8.3	63	1.4	968	21.0	2,230	48.5	2	0.0	1,996	43.4	711	15.5	2,661	57.9	9	0.2
	40-64	294	24.1	274	22.4	180	14.7	120	9.8	17	1.4	195	16.0	465	38.1	0	0.0	315	25.8	183	15.0	715	58.6	1	0.1
	65-74	787	23.3	809	23.9	552	16.3	263	7.8	46	1.4	773	22.9	1,765	52.2	2	0.1	1,681	49.8	528	15.6	1,946	57.6	8	0.2

出典：CSV2 次加工ツール [帳票 No. 23 厚生労働省様式 5-2 (令和元年度)]

(図表 1 9) 健診結果における血糖値高リスク者の割合 (年齢調整※)  
(男性)



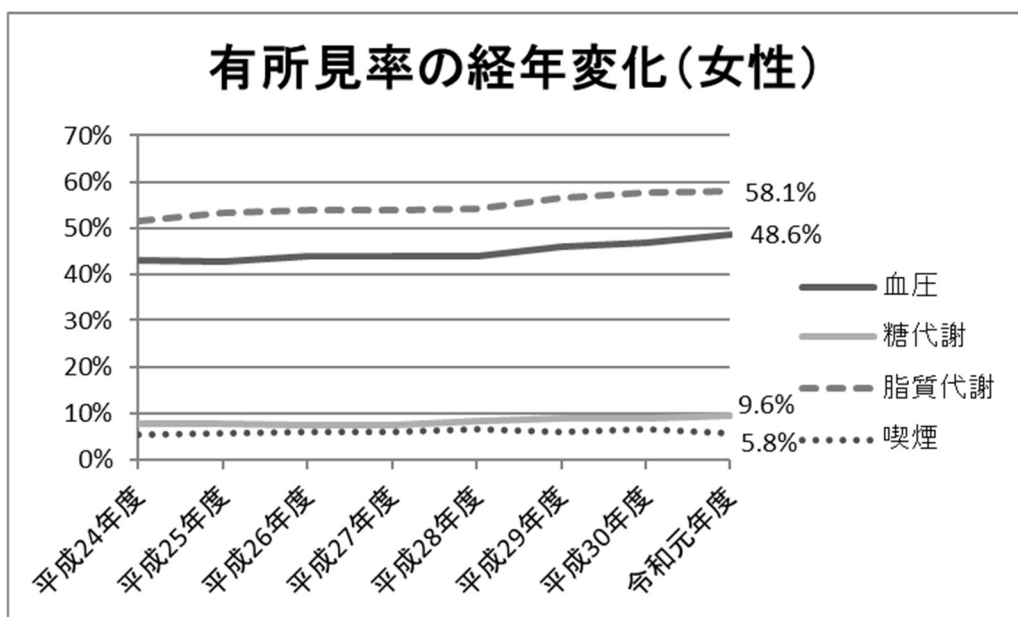
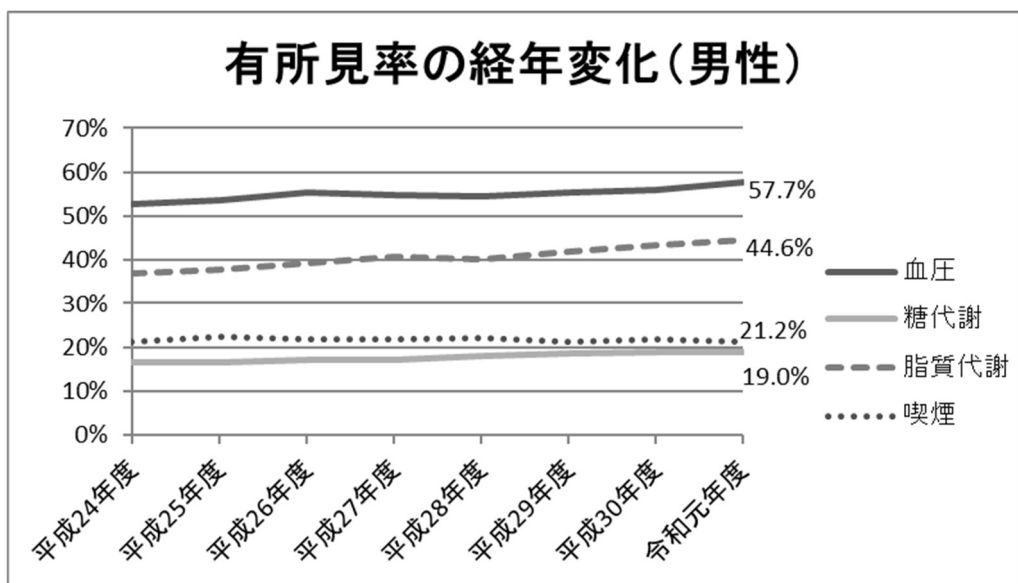
(女性)



出典：令和2年度茨城県市町村別健康指標・茨城県健康プラザ発行

※年齢調整：人口構成（高齢化率など）の影響を除外したもの

(図表 20) 有所見率の経年変化



出典：特定健康診査等システム帳票 FKAC167 を現状把握シート<sup>\*</sup>にて集計

<sup>\*</sup>現状把握シート：西連地利己氏（独協医科大学先端医科学統合研究施設准教授）作成の集計用エクセルシート。地域の健康課題の抽出に活用できる。

⑥ 未治療ハイリスク者の現状

土浦市の健診結果の状況では、高血圧、高血糖、脂質代謝のハイリスク者が多いことが特徴ですが、検査値が極めて高いにも関わらず、未治療である者が、血圧では男性が約7割、女性が約6割、血糖では男性が約4割、女性約3割、脂質代謝では男女ともに約9割を占めており、これらの者に対して早期受療勧奨を行う必要性があります。(図表 21)

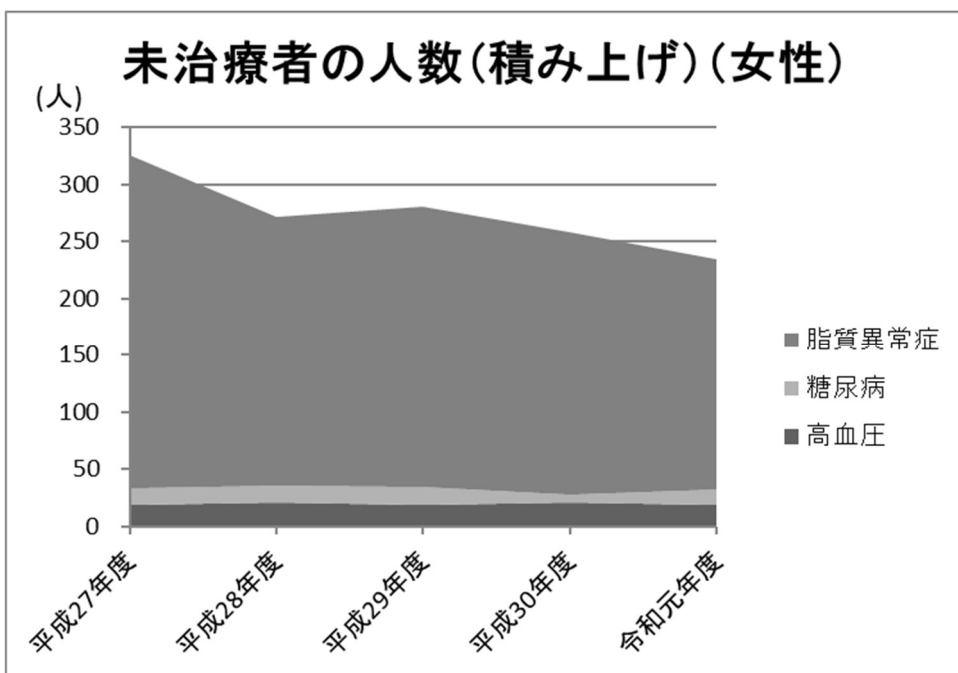
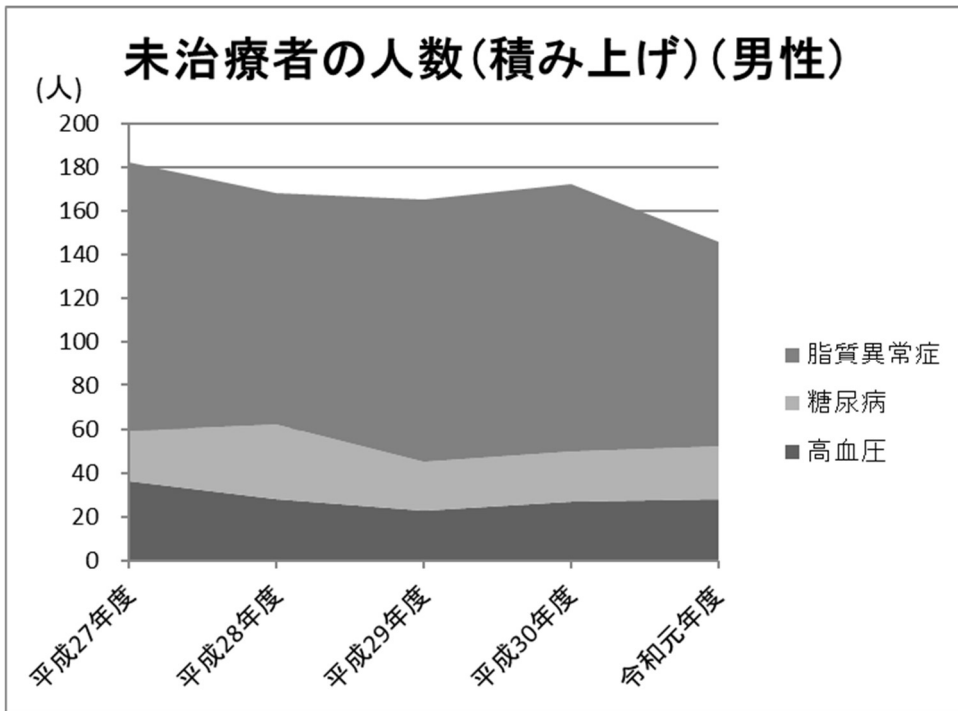
(図表 2 1) 未治療ハイリスク者数の経年変化

(男性)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
<b>血圧</b>					
180/110mmHg以上の数(人)	45	40	36	40	39
うち未治療者の数(人)	36	28	23	27	28
未治療者の割合	80.0%	70.0%	63.9%	67.5%	71.8%
<b>血糖・HbA1c</b>					
198mg/dL or 8.0%以上の数(人)	55	71	57	60	63
うち未治療者の数	23	34	22	23	24
未治療者の割合	41.8%	47.9%	38.6%	38.3%	38.1%
<b>LDL-C</b>					
180mg/dL以上の数(人)	139	118	130	133	103
うち未治療者の数(人)	123	106	120	122	94
未治療者の割合	88.5%	89.8%	92.3%	91.7%	91.3%

(女性)

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
<b>血圧</b>					
180/110mmHg以上の数(人)	29	27	27	35	32
うち未治療者の数(人)	19	21	19	21	19
未治療者の割合	65.5%	77.8%	70.4%	60.0%	59.4%
<b>血糖・HbA1c</b>					
198mg/dL or 8.0%以上の数(人)	44	43	44	33	38
うち未治療者の数	14	15	15	7	13
未治療者の割合	31.8%	34.9%	34.1%	21.2%	34.2%
<b>LDL-C</b>					
180mg/dL以上の数(人)	322	257	277	248	231
うち未治療者の数(人)	293	236	246	230	203
未治療者の割合	91.0%	91.8%	88.8%	92.7%	87.9%



出典：特定健康診査等システム FKAC167 を現状把握シートにて集計

## (2) 特定保健指導の現状

特定健康診査の結果により、健康の保持に努める必要がある者に対し、特定健康診査等実施計画に基づき、特定保健指導（積極的支援・動機付け支援）を実施しています。

特定保健指導は、平成20年度当初から、一部外部委託を含め、本市健康増進課にて実施してきましたが、平成27年度以降は外部委託で実施しています。

人間ドック・脳ドック受診者の特定保健指導については、受診者の利便性と実施率向上のため、ドック実施健診機関に委託し実施しています。

土浦市の特定保健指導実施率は、「土浦市特定健康診査等実施計画（第3期）」で定めた目標値には達しておらず、県内市町村平均よりもかなり下回っています。（図表22）

（図表22） 特定保健指導実施率

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
土浦市	対象者数 (人)	987	1,176	1,149	1,086	1,111	1,046	1,009
	実施者数 (人)	126	132	65	147	78	169	126
	実施率 (%)	12.8%	11.2%	5.7%	13.5%	7.0%	16.2%	12.5%
	目標 実施率	15.0%	25.0%	35.0%	45.0%	60.0%	26.0%	33.0%
県内市町村 平均	実施率 (%)	25.2%	27.3%	26.8%	30.1%	30.6%	33.0%	32.7%
全国	実施率 (%)	23.7%	24.4%	25.1%	26.3%	26.9%	28.9%	29.3%

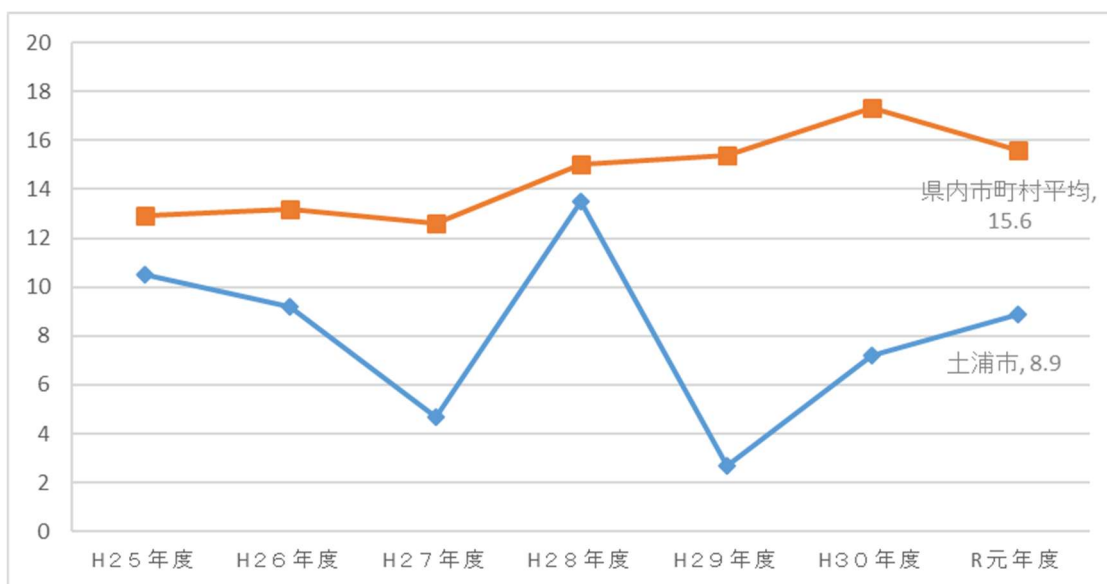
出典：土浦市特定健康診査等実施計画及び法定報告値

積極的支援・動機付け支援ともに県内市町村平均を下回っていますが、特に動機付け支援については、県内市町村平均と比較してかなり低い値となっています。（図表23、24）

特定保健指導の実施は、生活習慣病の発症予防・重症化予防に有用であるため、実施率の向上を図る必要があります。

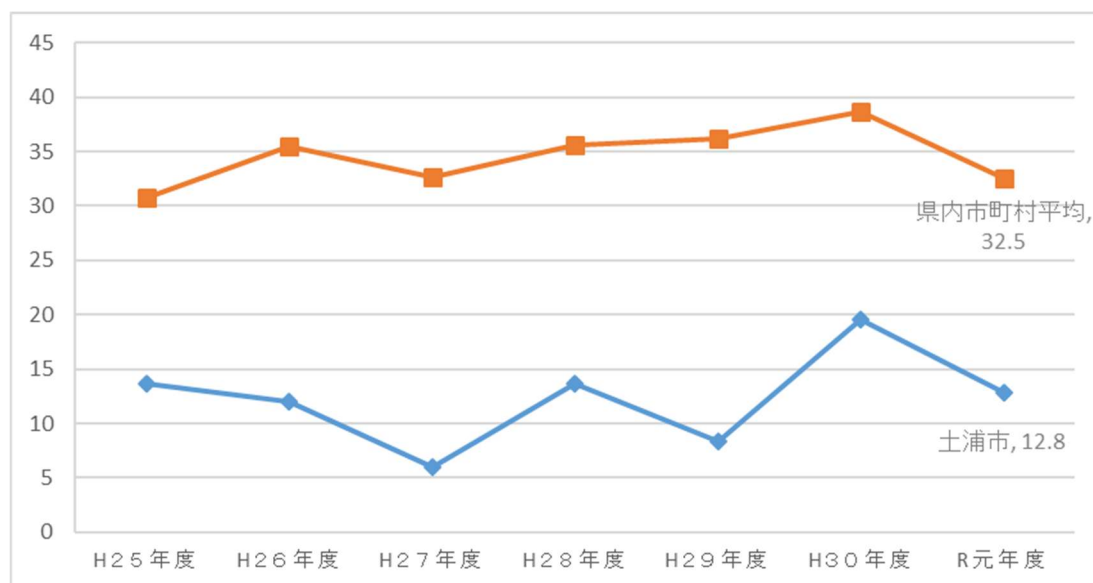


(図表 2 3) 積極的支援実施率  
(%)



出典：法定報告値

(図表 2 4) 動機付け支援実施率  
(%)



出典：法定報告値

## 第3章 第二期データヘルス計画の中間評価

### 1 これまでの取り組みと評価

本市においては、平成30年度に第二期データヘルス計画を策定し、高血圧・高血糖・脂質異常・喫煙の対策を重点課題として、健康・医療情報を活用しながら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ってきました。本年度は、当該データヘルス計画の中間年度にあたるため、これまでの保健事業を評価し、必要な見直しを行います。

#### <評価の考え方>

保健事業の評価は、計画の実施状況であるアウトプット指標（事業の実施量等）と、アウトプットに基づいて計画を作成し、計画を実施したことによって達成された成果であるアウトカム指標（健診の検査値の改善等）を用いて行います。

アウトプット指標（事業の実施量等）の評価にあたっては、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 実施目標を達成している。
- B: 実施目標には届かなかったが実施した。
- C: 実施しなかった。

アウトカム指標（健診の検査値の改善等）の評価にあたっては、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 目標を達成している。
- B: 目標には届かなかったが改善が見られる。
- C: 改善が見られない。

なお、アウトプット指標は目標達成しているにも関わらず、アウトカム指標に改善が見られない場合は、ストラクチャー（実施体制）、プロセス（実施過程）の観点から事業実施上の課題や目標達成を阻害する要因を分析し、改善方法を検討の上、必要に応じて実施内容等の見直しを行います。




#### （1）高血圧

ハイリスク者へのアプローチとして、高血圧者への受療勧奨（家庭訪問）、医療受診勧奨通知事業を実施しました。また、ポピュレーションアプローチ\*としてウォーキングからはじめる健康づくり事業、運動普及推進員による運動普及推進事業、食生活改善推進員による食生活改善推進事業を実施しました。各事業を

\*ポピュレーションアプローチ：市民に向けて広く実施する事業

おおむね計画どおり実施した結果、目標には達しなかったものの、健診受診者のうち収縮期血圧が要治療値（180/110mmHg 以上）で未治療の人数（割合）（男女計）と保健指導判定値（収縮期血圧 130mmHg 以上）の割合（男性）に改善が見られました。しかし、収縮期血圧 130mmHg 以上の割合（女性）については、改善が見られず、平成 28 年度の 40.4%から令和元年度 43.5%へと増加しています。（図表 25）

（図表 25） 高血圧者への保健事業評価

アウトカム	当初 H28	目標	直近	評価
収縮期血圧 130mmHg 以上 の割合（男） （出典：KDB システム）	50.2%	R2 47%  R5 45%	H29 49.8% H30 48.7% R1 49.9%	B
収縮期血圧 130mmHg 以上 の割合（女） （出典：KDB システム）	40.4%	R2 37%  R5 35%	H29 43.1% H30 42.5% R1 43.5%	C
健診受診者の うち血圧が要 治療値で未治 療の人数（男 女計）（出典： 特定健診シス テム）	49 人 (73.1%)	R2 29 人 (43.8%)  R5 10 人 (14.6%)	H29 42 人 (66.7%) H30 48 人 (64.0%) R1 47 人 (66.2%)	B

アウトプット	当初 H28	目標 R5	直近	評価
高血圧者（血圧 180/110mmHg 以上）への受療 勧奨（訪問）	対象者 26 人中 17 人実施	対象者全員に 実施	H29 14 人中 12 人 実施 H30 14 人中 14 人 実施 R1 18 人中 18 人 実施	A




アウトプット	当初 H28	目標 R5	直近	評価
医療受診勧奨通知事業(血圧160/90mmHg以上)	対象者全員に実施 338人	対象者全員に実施	対象者全員に実施 H29 305人 H30 276人 R1 299人	A
ウォーキングからはじめる健康づくり事業	実施回数9回 参加者1,000人	実施回数8回 参加者1,000人	H29 9回750人 H30 8回587人 R1 6回327人 ※雨天中止のため実施回数(参加者)が少ない年がある。	A
運動普及推進員による運動普及推進事業	運動普及推進員数107人 運動普及人数39,023人	運動普及推進員数160人 運動普及人数43,000人	運動普及推進員数(運動普及推進人数) H29 114人(36,897人) H30 115人(34,036人) R1 116人(29,662人)	A
食生活改善推進員による食生活改善推進事業	食生活改善推進員162人 普及人数13,584人	食生活改善推進員150人 普及人数15,000人	食生活改善推進員(普及人数) H29 164人(17,981人) H30 136人(16,310人) R1 143人(18,684人)	A

## (2) 高血糖

ハイリスク者へのアプローチとして、糖尿病性腎症重症化予防事業、医療受診勧奨通知事業、市民による市民のための健康減量教室を実施しました。また、ポピュレーションアプローチとして、ウォーキングからはじめる健康づくり事

業、運動普及推進員による運動普及推進事業を実施しました。各事業をおおむね計画どおり実施した結果、目標には達しなかったものの、健診受診者のうち血糖が要治療値（空腹時血糖 198mg/dL 又は HbA1c8.0%以上）で未治療の人数（割合）に改善が見られました。しかし、保健指導判定値（空腹時血糖 100mg/dL 又は HbA1c5.6%以上）の割合は改善が見られず、男女とも高くなっています。（図表 26）

（図表 26）高血糖者への保健事業評価




アウトカム	当初 H28	目標	直近	評価
空腹時血糖 100mg/dL 又は HbA1c5.6 % 以上 の割合（男） （出典：特定健 診等システム）	61.8%	R2 59%  R5 56%	H29 64.6% H30 65.8% R1 66.9%	C
空腹時血糖 100mg/dL 又は HbA1c5.6 % 以上 の割合（女） （出典：特定健 診等システム）	52.9%	R2 51%  R5 47%	H29 55.4% H30 56.0% R1 58.2%	C
健診受診者のう ち血糖が要治療 値で未治療の人 数（男女計）（出 典：特定健診シ ステム）	76 人 (46.1%)	R2 45 人 (27.6%)  R5 15 人 (9.2%)	H29 63 人 (42.3%) H30 52 人 (38.0%) R1 51 人 (38.1%)	B

アウトプット	当初 H28	目標 R5	直近	評価
高血糖者（空腹時血糖 198 mg/dL 又は HbA1c8 % 以上）への受療勧奨（訪問）	対象者 15 人中 13 人実施	対象者全員に実施	対象者全員に実施 H29 7 人 H30 6 人 R1 6 人	A
医療受診勧奨通知事業（空腹時血糖 126 mg/dL 又は HbA1c6.5 % 以上）	対象者全員に実施 86 人	対象者全員に実施	対象者全員に実施 H29 43 人 H30 72 人 R1 43 人	A
市民による市民のための健康減量教室	H28 中学校地区 2 地区で実施（参加人数 349 人）	R1 年度までに実施地区 全中学校地区 8 地区	実施地区数（参加人数） H29 2 地区（506 人） H30 2 地区（529 人） R1 2 地区（503 人）	A

### (3) 脂質異常

ハイリスク者へのアプローチとして、医療受診勧奨通知事業、市民による市民のための健康減量教室を実施しました。また、ポピュレーションアプローチとして、ウォーキングからはじめる健康づくり事業、運動普及推進員による運動普及推進事業を実施しました。各事業をおおむね計画どおり実施した結果、目標には達しなかったものの、健診受診者のうち LDL コレステロールが要治療値（180mg/dL 以上）で未治療の人数（割合）に改善が見られました。しかし、LDL コレステロールが保健指導判定値（120mg/dL 以上）の割合は改善が見られず、男女とも高くなっています。（図表 27）

(図表 2 7) 脂質異常者への保健事業評価


アウトカム	当初 H28	目標	直近	評価
LDL コレステロール 120mg/dL 以上の割合(男) (出典：KDB システム)	47.8%	R2 45%  R5 42%	H29 47.7% H30 47.9% R1 48.3%	C
LDL コレステロール 120mg/dL 以上の割合(女) (出典：KDB システム)	56.9%	R2 54%  R5 51%	H29 57.6% H30 56.0% R1 57.3%	C
健診受診者のうち LDL コレステロールが要治療値で未治療の人数(男女計) (出典：特定健診システム)	342 人 (91.2%)	R2 246 人 (65.2%)  R5 171 人 (45.6%)	H29 366 人 (90.0%) H30 352 人 (92.4%) R1 297 人 (88.9%)	B

アウトプット	当初 H28	目標 R5	直近	評価
医療受診勧奨 通知事業 (LDL コレステロール 180 mg/dL 以上)	H30 から実施	対象者全員に 実施	対象者全員に実 施 H30 140 人 R1 143 人	A

(4) 喫煙

ハイリスク者へのアプローチとして、特定保健指導対象者への禁煙指導を実施しました。ポピュレーションアプローチとして、禁煙支援の推進を実施しました。各事業をおおむね計画どおり実施した結果、目標には達しなかったものの、健診受診者のうち喫煙している人の割合が減少しました。(図表 28)

(図表 28) 喫煙者への保健事業評価

アウトカム	当初 H28	目標	直近	評価
健診受診者のうち喫煙している人の割合	15.5%	R2 13%  R5 10%	H29 12.6% H30 13.2% R1 14.3%	B


アウトプット	当初 H28	目標 R5	直近	評価
特定保健指導対象者への禁煙指導	特定保健指導 実施人数 200 人	実施	特定保健指導実施人数 H29 150 人 H30 209 人 R1 181 人	A
禁煙支援の推進	実施回数 185 回 実施人数 4,748 人	実施回数 155 回	実施回数 (実施人数) H29 1,210 回 (6,080 人) H30 1,061 回 (5,480 人) R1 1,009 回 (4,946 人) ※H29 から妊娠届出時面接の時に全員実施しているため回数増となっている。	A



(5) ジェネリック医薬品

ジェネリック差額通知事業を計画どおりに実施しました。その結果、目標には達しなかったものの、後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用率が上昇しました。（図表 29）

(図表 29) ジェネリック医薬品対策

アウトカム	当初 H29.4月	目標	直近	評価
後発医薬品 (ジェネリック医薬品)利用率	68.96%	R2.4月 80%  R5.4月 80%以上	H30.4月 72.64% H31.4月 76.38% R2.4月 79.16%	B

アウトプット	当初 H28	目標 R5	直近	評価
ジェネリック 差額通知事業	実施	実施	H29~R1 実施	A

(6) 重複受診・頻回受診・重複服薬・多剤服薬

重複受診者・頻回受診者・重複服薬者・多剤服薬者に対し、訪問指導事業を実施しました。しかし、受診状況・服薬状況の改善は見られませんでした。（図表 30）

(図表 30) 重複受診・頻回受診・重複服薬・多剤服薬者対策

アウトカム	当初 R28	目標 R5	直近	評価
受診状況の改善	改善者 1 人 (訪問者 3 人)	訪問者の半数	改善者（訪問者） H29 0 人 (2 人) H30 0 人 (1 人) R1 0 人 (電話 2 人)	C

アウトカム	当初 R28	目標 R5	直近	評価
服薬状況の改善	重複服薬は H29 から実施 多剤服薬は H30 から実施	訪問者の半数	改善者（訪問者） H29 0人 (0人) H30 0人 (3人) R1 0人 (電話3人)	C

アウトプット	当初 H28	目標 R5	直近	評価
重複・頻回受診者訪問指導事業	実施	実施	H29～R1 実施	A
重複服薬者・多剤服薬者医療費適正化対策推進事業	重複服薬は H29 から実施 多剤服薬は H30 から実施	実施	H29～R1 実施	A

#### (7) 保健事業の評価

データヘルス計画に係る保健事業の評価については、別添「第二期データヘルス計画に係る保健事業中間評価一覧」のとおりです。

## 2 重点課題

第2章の現状分析から本市の重点課題を整理すると以下のとおりになります。

- ① 死因割合では、がんに次いで「心疾患（13.7%）」や「脳血管疾患（9.2%）」が上位を占める。（P.5 図表4）
- ② 全国と比較した場合、男女ともに「急性心筋梗塞の死亡率」が高くなっている。（P.6 図表5）
- ③ 要介護認定の原因疾患は、循環器疾患が上位を占める。（P.8 図表8）
- ④ 傷病別の医療費は、がんに次いで「生活習慣病関連疾病（高血圧症・脳出血・脳梗塞・狭心症・心筋梗塞・糖尿病・慢性腎不全・脂質異常症）」が21.5%を占める。（P.11 図表12）
- ⑤ ひと月80万円以上となる高額なレセプトは、がん、脳血管疾患、虚血性心疾患が多い。（P.12 図表13）
- ⑥ 【高血圧】特定健診を受診した男性のうち約5割と、女性のうち約4割が高血圧で（P.17 図表18）、そのうちハイリスク者（血圧値が180/110mmHg以上）の男性の約7割、女性の約6割が未治療となっている。（P.20、21 図表21）
- ⑦ 【高血糖】特定健診を受診したハイリスク者（血糖値が198mg/dl又はHbA1cが8.0%以上）のうち、男性は4割が未治療であり、女性でも約3割が未治療である。（P.20、21 図表21）
- ⑧ 健診結果の有所見者の経年変化を見ると、男性は血圧、女性は脂質代謝が毎年最も高くなっている（P.19 図表20）。脂質代謝のハイリスク者（LDLコレステロールが180mg/dl以上）は男女ともに約9割が未治療となっている。（P.20、21 図表21）

本市は、健診受診者生命予後追跡調査事業報告書（茨城県立健康プラザ編）により、死因割合の原因疾患として心疾患や脳血管疾患が多く、背景に「高血圧・喫煙・肥満・高齢者のやせ」があげられます。令和2年度茨城県市町村別健康指標（茨城県立健康プラザ編）においても「より一層の喫煙対策、減塩施策及び適正体重の維持の推進が重要である」とされています。

また、生活習慣病関連疾患（高血圧症・脳出血・脳梗塞・狭心症・心筋梗塞・糖尿病・慢性腎不全・脂質異常症）が医療費の多くを占めています。高血圧・高血糖・脂質異常・喫煙等により引き起こされる生活習慣病は、一度発症すると長期的に継続した治療が必要となり、また、重症化していくと死亡に繋がる危険性が高いことから、高血圧・高血糖・脂質異常・喫煙の対策を重点的に行うことが必要です。

### 3 対策の方針

事業実施（アウトプット指標）については、概ね A 評価であり、計画どおり実施されてきたといえます。しかしながら、アウトカム目標には届いていない現状があります。

重点課題を踏まえ、高血圧・高血糖・脂質異常対策では、重症化予防（医療機関への受診勧奨）を推進するとともに、発症予防のためのポピュレーションアプローチとして運動習慣の普及、喫煙対策及び食生活改善による肥満・フレイル等の予防を推進し、被保険者の健康保持増進に向けた生活習慣の改善と将来的な医療費の適正化に繋げることを目的とします。

また、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、今までのような対面での保健事業の実施が難しくなる事態が発生しているため、感染症蔓延期における保健事業の実施についても検討が必要となっています。

### 4 保健事業の内容と目標

本計画の保健事業については、別添「第2期データヘルス計画に係る保健事業（中間見直し）概要一覧」のとおりです。

なお、保健事業の内容と目標の主なものについては、以下のとおりです。

#### （1）高血圧

ハイリスク者へのアプローチとして、高血圧者への受療勧奨（訪問）、医療受診勧奨通知事業を実施します。

ポピュレーションアプローチとして、運動普及推進員による運動普及推進事業、シルバーリハビリ体操指導士による運動教室、生活習慣病予防のための運動指導のパンフレットの送付等により運動習慣の普及を図ります。また、食生活改善推進員による健康料理教室等、食生活改善推進事業で「おいしく減塩1日マイナス2g」の合言葉を掲げ、塩分摂取量の減少を図ります。

これにより、ハイリスク者で医療未受診者の人数の減少及び高血圧者の割合の減少を図ります。（図表 31）

(図表 3 1) 高血圧対策

アウトカム	直近	目標	備考
	R1	R5	
収縮期血圧 130mmHg 以上の割合 (男) (出典：KDB システム)	49.9%	47%	目標値参考は R1 から 3%減
収縮期血圧 130mmHg 以上の割合 (女) (出典：KDB システム)	43.5%	40%	目標値参考は R1 から 3%減
健診受診者のうち血圧 180/110 mmHg 以上で未治療の人数(男女 計) (出典：特定健診システム)	47 人 (66.2%)	28 人 (39.7%)	目標値参考は R1 から 4 割減

アウトプット	直近 R1	目標 R5	備考
高血圧者への受 療勧奨(訪問)	対象者 18 人 全員実施	対象者全員に 実施	血圧が要治療値(180/110mmHg 以 上)であるにも関わらず、未治療の被 保険者に対し、保健師が家庭訪問によ る保健指導を行い、医療機関の受診に 繋げる。
医療受診勧奨通 知事業	対象者 299 人 全員実施	対象者全員に 実施	血圧が受療勧奨値 (140mmHg/90mmHg 以上で市が定 める数値*)である被保険者のうち、 未治療の者に対し、医療機関受診勧奨 通知を送付する。
運動普及推進員 による運動普及 推進事業	運動普及推進 員数：116 人 運動普及人 数：29,662 人	運動普及推進 員数：160 人 運動普及人 数：43,000 人	運動普及推進員による地域での普及 活動を推進する。また、ウォーキン グコースをメディアで紹介する等情 報を発信し、個人で取り組める活動 を推進する。 運動普及推進員養成講習会を実施す る。
シルバーリハ ビリ体操指導 士による運動 教室	運動教室参加 者：20,923 人	運動教室参加 者：10,800 人	シルバーリハビリ体操指導士による 運動教室を実施する。また、自宅や 個人においても運動の取り組みが根 付くよう、オンライン通いの場の検 討等を行う。

\*市が定める数値：受療勧奨値血圧 160mmHg/90mmHg 以上

アウトプット	直近 R1	目標 R5	備考
食生活改善推進員による食生活改善推進事業	食生活推進改善推進員数： 143人 食生活改善推進員地区組織活動普及人数：18,684人	食生活推進改善推進員数： 150人 食生活改善推進員地区組織活動普及人数：15,000人	食生活改善推進員による地域（地区公民館等）での普及活動を推進する。

## (2) 高血糖

ハイリスク者へのアプローチとして、糖尿病性腎症重症化予防事業、医療受診勧奨通知事業を実施します。糖尿病性腎症重症化予防事業の実施については、県の糖尿病対策推進会議等及び医療機関との連携を図ります。

ポピュレーションアプローチとして、運動普及推進員による運動普及推進事業、シルバーリハビリ体操指導士による運動教室、生活習慣病予防のための運動指導のパンフレットの送付等により運動習慣の普及を図ります。また、食生活改善推進員による食生活改善推進事業を実施します。

これにより、ハイリスク者で医療未受診者の人数の減少及び高血糖者の割合の減少を図ります。（図表 32）

(図表 3 2)高血糖対策

アウトカム	直近 R1	目標 R5	備考
空腹時血糖 100mg/dL 又は HbA1c5.6%以上の割合(男) (出典：特定健診等システム)	66.9%	61%	目標値参考は H28 実績値
空腹時血糖 100mg/dL 又は HbA1c5.6%以上の割合(女) (出典：特定健診等システム)	58.2%	52%	目標値参考は H28 実績値
健診受診者のうち空腹時血糖 198mg/dL 又は HbA1c8.0%以上で未治療の人数（男女計） (出典：特定健診システム)	51人 (38.1%)	30人 (22.8%)	目標値参考は R1 から 4 割減

アウトプット	直近 R1	目標 R5	備考
糖尿病性腎症重症化予防事業（H28年度までは高血糖者への受療勧奨（訪問））	対象者 6 人 全員実施	対象者全員に実施	血糖が要治療値（空腹時血糖 126mg/dL 又は HbA1c6.5%以上で市の定める数値※）であるにも関わらず、未治療の被保険者に対し、保健師が家庭訪問による保健指導を行い、医療機関の受診に繋げる。
医療受診勧奨通知事業	対象者 43 人 全員実施	対象者全員に実施	血糖が受療勧奨値（空腹時血糖 126mg/dL 又は HbA1c6.5 以上）である被保険者のうち、未治療の者に対し、医療機関受診勧奨通知を送付する。

※市で定める数値：受療勧奨値空腹時血糖 198mg/dL 又は HbA1c8.0%以上

(3) 脂質異常

ハイリスク者へのアプローチとして、医療受診勧奨通知事業を実施します。

ポピュレーションアプローチとして、運動普及推進員による運動普及推進事業、シルバーリハビリ体操指導士による運動教室、生活習慣病予防のための運動指導のパンフレットの送付等により運動習慣の普及を図ります。また、食生活改善推進員による食生活改善推進事業を実施します。

これにより、ハイリスク者で医療未受診者の人数の減少及び脂質異常の割合の減少を図ります。(図表 33)

(図表 3 3) 脂質異常対策

アウトカム	直近 R1	目標 R5	備考
LDL コレステロール 120mg/dL 以上の割合(男)(出典:KDB システム)	48.3%	45%	目標値参考は R1 から 3%減
LDL コレステロール 120mg/dL 以上の割合(女)(出典:KDB システム)	57.3%	54%	目標値参考は R1 から 3%減
健診受診者のうち LDL コレ ステロールが要治療値で未治 療の人数(出典:特定健診シ ステム)	297 人 (88.9%)	167 人 (50%)	目標値参考は未治療者の 割合を 50%

アウトプット	直近 R1	目標 R5	備考
医療受診勧奨通 知事業	対象者 143 人 全員に実施	対象者全員 に実施	LDL コレステロールが要治療 値(140mg/dL 以上で市で定 める数値*)である被保険者の うち、未治療の者に対し、医 療機関受診勧奨通知を送付す る。

\*市で定める数値: 受療勧奨値 LDL コレステロール 180mg/dL 以上



(4) 喫煙

ハイリスク者へのアプローチとして特定保健指導対象者への禁煙指導を実施します。ポピュレーションアプローチとして禁煙支援の推進を実施します。

これにより、健診受診者のうち喫煙している人の割合の減少を図ります。(図表 34)

(図表 3 4) 喫煙者対策

アウトカム	直近 R1	目標 R5	備考
健診受診者のうち喫煙している人の割合	14.3%	11%	目標値参考は R1 から 3%減

アウトプット	直近 R1	目標 R5	備考
特定保健指導対象者への禁煙指導	実施	実施	特定保健指導対象者のうち喫煙者に対して禁煙指導を行う。
禁煙支援の推進	実施	実施	健康相談・健康診査・妊娠届出時等に喫煙の悪影響の普及啓発を実施する。禁煙外来の案内、禁煙指導を行う。

(5) ジェネリック医薬品

先発医薬品使用者に対し、ジェネリック差額通知事業を実施し、医療費の削減を図ります。(図表 35)

(図表 3 5) ジェネリック医薬品対策

アウトカム	直近 R2 年	目標 R5 年	備考
後発医薬品(ジェネリック医薬品)利用率	79.16%	80%以上	

アウトプット	直近 R1	目標 R5	備考
ジェネリック 差額通知事業	実施	実施	先発医薬品使用者がジェネリック医薬品に変更した場合に医療費削減効果の高い者から、年間 1,500 人×3 回 = 4,500 人を対象に実施する。

(6) 重複受診・頻回受診・重複服薬・多剤服薬

重複受診者、頻回受診者、重複服薬者、多剤服薬者に対し重複・頻回受診者訪問指導事業、重複服薬者・多剤服薬者医療費適正化対策推進事業を実施し、受診状況の改善及び医療費の適正化を図ります。(図表 36)

(図表 36) 重複受診者・頻回受診者・重複服薬者・多剤服薬者対策

アウトカム	直近 R1	目標 R5	備考
受診状況の改善	改善者 0 人 (電話訪問者 5 人)	訪問者の半数	

アウトプット	直近 R1	目標 R5	備考
重複・頻回受診者訪問指導事業	実施	実施	国保職員が保健師とともに該当者に対し家庭訪問を実施。レセプトで受診状況を確認の上、服薬や生活上のアドバイス等を行う。
重複服薬者・多剤服薬者医療費適正化対策推進事業	実施	実施	重複服薬者・多剤服薬者に対する保健指導を行い、医療費の適正化を図る。

## 5 地域包括ケアに係る取り組み

市町村国民健康保険は、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという保険者特性を踏まえ、地域包括ケアに係る分析や課題抽出、保健事業の実施等が求められています。

また、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が平成 30 年度から施行され、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「介護保険制度の持続可能性の確保」がポイントとして掲げられており、土浦市においても地域包括ケアシステムの実現に向けた取り組みがさらに重要となっています。

KDB データなどを活用して、地域の高齢者等の健康課題を抽出し、それをもって主に高齢者の介護予防、健康づくりに資する啓発事業、運動教室等の実施などを効果的かつ計画的に取り組み、課題の解決と地域包括ケアシステム構築の推進に努めます。

## 6 地域組織との取り組み

本市には地域組織として食生活改善推進員と運動普及推進員が活動しています。食生活改善推進員は、生活習慣病予防のためのバランスのとれた食事の普及啓発や、幅広い世代への食育の推進など、地域住民の健康づくりを推進する活動を行っており、また、運動普及推進員は、日常生活の中に健康づくりのための運動習慣の普及定着を図ることを通して、地域住民の健康づくりを推進する活動を行っています。

どちらも市で養成しているボランティアで、令和 2 年 4 月 1 日現在で食生活改善推進員 143 人、運動普及推進員 116 人が市と連携しながら地域での活動をしています。これらの活動は生活習慣病予防に効果的であるため、今後も食生活改善推進員・運動普及推進員の養成及び活動支援に努めていきます。

また、本市では県が推奨するシルバーリハビリ体操の普及・拡大に努めており、併せてボランティアによるシルバーリハビリ体操指導士の養成を行っています。令和 2 年 4 月 1 日現在で、155 人の指導士により、各地域でシルバーリハビリ体操の指導を行っています。今後も指導士の確保と「歩いていける」、「継続しやすい」教室づくりの支援を行います。

### 【事業名】

- ・食生活改善推進員による食生活改善推進事業
- ・運動普及推進員による運動普及推進事業
- ・シルバーリハビリ体操指導士による運動教室

詳細は別添「第二期データヘルス計画に係る保健事業（中間見直し）概要一覧」を参照

## 7 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

これまでの医療保険制度においては、74歳までの国民健康保険制度の保健事業と75歳以降の後期高齢者医療制度の保健事業が適切に接続されてこなかったという課題や、高齢者保健事業は後期高齢者医療広域連合が主体、介護予防の取り組みは市町村が主体となって実施しているため、健康状態や生活機能の課題に一体的に対応できていないという課題がありました。

今後は、こうした高齢者の心身の多様な課題に対応し、高齢者に対してきめ細やかな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業、市町村が行う介護保険の地域支援事業及び国民健康保険の保健事業の一体的な実施を目指します。

## 8 計画の評価と見直し

特定健診の結果や受療状況を経年的に把握し、改善度を評価します。また、茨城県国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。なお、PDCAサイクルの考えに基づき目標の達成状況を踏まえ、必要に応じて事業内容の見直しを行います。

計画の最終年度である令和5年度には、これまでの検証結果を踏まえて第三期計画の策定に繋げていきます。

## 9 事業運営上の留意事項

これまで、健康増進課を始めとする関係機関及び、地域協働による取り組みと連携を図りながら保健事業を実施してきました。今後も引き続き、本計画の実践と事業評価を通じて連携を図りつつ、本計画を推進します。

## 第4章 第三期特定健康診査等実施計画の中間評価

### 1 これまでの取り組みと評価

本市においては、平成20年度から特定健康診査等実施計画を策定し、医療費の伸びの要因となっている糖尿病・高血圧・脂質異常症等の発症予防や重症化及び合併症への進行の予防に重点を置きながら、生涯にわたる生活の質の維持向上にむけて、特定健康診査等について、積極的に推進し、市民の健康づくりを図ってきました。

本年度は、第三期特定健康診査等実施計画の中間年度にあたるため、今までの取り組み状況を評価し、必要な見直しを行います。

#### <評価の考え方>

保健事業の評価は、計画の実施状況であるアウトプット指標（事業の実施量等）とアウトプットに基づいて計画を作成し、計画を実施したことによって達成された成果であるアウトカム指標（健診の検査値の改善等）を用いて行います。

アウトプット指標（事業の実施量等）の評価にあたっては、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 実施目標を達成している。
- B: 実施目標には届かなかったが実施した。
- C: 実施しなかった。

アウトカム指標（検査値の改善等）の評価にあたっては、以下の定義に従い、A～Cの3段階に区分します。

- A: 目標を達成している。
- B: 目標には届かなかったが改善が見られる。
- C: 改善が見られない。

なお、アウトプット指標は目標達成しているにも関わらず、アウトカム指標に改善が見られない場合は、事業量の不足や事業とアウトカムとの関連が弱いこと等が考えられるため、事業量の増加や事業内容の見直しを検討します。

#### (1) 特定健康診査

受診率向上のため、特定健康診査未受診者受診勧奨通知事業、人間・脳ドック健診補助事業、がん検診補助事業、特定健診の休日の実施、かかりつけ医からの診療情報提供事業を実施しました。各事業をおおむね計画どおり実施した

結果、健診受診率が少し上昇したものの、目標には達しませんでした。(図表 37) (P. 17 図表 18)

(図表 3 7) 特定健康診査受診率

アウトカム	当初 H28	目標 R5	直近 R1	評価
健診受診率	35.0%	60%	36.3%	B

アウトプット	当初 H28	目標 R5	直近 R1	評価
未受診者勧奨通知	実施 (19,477人)	実施	実施 (17,015人)	A
がん検診補助(医療機関健診・総合健診で特定健診と併診)	実施	実施	実施	A
人間・脳ドック健診補助	実施 (2,385人)	実施	実施 (2,203人)	A

(2) 特定保健指導

実施率向上のため、人間ドック・脳ドック健診機関への特定保健指導委託、未実施者に再通知、夜間・休日の特定保健指導を実施しました。各事業はおおむね計画どおり実施しましたが、実施率は上昇しませんでした。(P. 23 図表 23) (図表 38)

(図表 38) 特定保健指導実施率

アウトカム	当初 H28	目標 R5	直近 R1	評価
特定保健指導 実施率	13.5%	60%	12.5%	C

アウトプット	当初 H28	目標 R5	直近 R1	評価
人間ドック・脳 ドック健診機 関への特定保 健指導委託	実施 (8ヶ所)	実施	実施 (7ヶ所)	A
夜間・休日に実 施	未実施	実施	実施 (土曜日の実 施)	B
未利用者への 勧奨	未実施	実施	実施	B

## 2 重点課題と目標値

事業はおおむね計画どおり実施しており、平成 30 年度からは特定健診未受診者で生活習慣病にて通院している者について、医療機関に対して個別に特定健診の受診勧奨等の協力依頼を行い、各医療機関の協力を得て受診者の増加を図りました。しかし、特定健康診査・特定保健指導ともに目標値に達していないため、今後も受診率及び実施率向上を重点課題として各種事業を実施していきます。

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率向上のための事業については、次のとおりです。(図表 39、図表 40)

(図表 39) 特定健康診査受診率目標値と受診率向上対策事業

	R3	R4	R5
受診率目標値	36%	48%	60%
事業			
特定健康診査未受診者勧奨通知事業 ※令和 4 年度以降は未受診者のデータを分析し、対象者の分類ごとにより効果の高い受診勧奨通知を送付する。	実施	実施	実施
がん検診補助（医療機関健診・総合健診で特定健診と併診）	実施	実施	実施
人間・脳ドック健診補助	実施	実施	実施
特定健診の休日の実施	実施	実施	実施
かかりつけ医からの情報提供	実施	実施	実施



(図表 4 0) 特定保健指導実施率目標値と実施率向上対策事業

	R3	R4	R5
実施率目標値	12%	36%	60%
事業			
集団健診で健診当日に初回面談を実施	実施	実施	実施
人間ドック・脳ドック健診機関に特定保健指導委託	実施	実施	実施
特定保健指導未実施者に再通知	実施	実施	実施
夜間・休日に実施	実施	実施	実施

### 3 特定健康診査・特定保健指導の実施

#### (1) 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

生活習慣病予備群に対する生活習慣への介入効果についての科学的根拠が国際的に蓄積され、我が国においても生活習慣病予備軍に対する効果的な介入プログラムが開発されてきました。さらに、日本内科学会等の内科系8学会合同でメタボリックシンドロームの診断基準が示され、内臓脂肪の蓄積に着目した保健指導の重要性が明確化されました。

こうした状況を踏まえ、現在の特定健康診査・特定保健指導は、内臓脂肪の蓄積に着目した上で、生活習慣病の危険因子の数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視するものとなっています。

特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定し階層化する基準及び特定保健指導として行う積極的支援・動機付け支援の内容については、高齢者の医療の確保に関する法律第24条の厚生労働省令で定めるものとします。

#### (2) 特定健康診査・特定保健指導の目的

現在の特定健康診査・特定保健指導は、主として内臓脂肪の蓄積に着目し、特定健康診査によって特定保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的としています。

(3) 特定健康診査・特定保健指導対象者数推計

ア 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

令和 3 年度から令和 5 年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示します。(図表 41)

(図表 4 1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	R3	R4	R5
特定健康診査対象者数(人)※	22,182	21,809	21,442
特定健康診査受診率目標値(%)	36	48	60
特定健康診査受診者数(人)	7,986	10,468	12,865

※特定健康診査対象者数は平成 20 年度～令和元年度の対象者数の増減を基に算出しています。

イ 特定保健指導対象者数及び実施数の見込み

令和 3 年度から令和 5 年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示します。(図表 42)

(図表 4 2) 特定保健指導対象者数及び実施数の見込み

	R3	R4	R5
特定保健指導対象者数(人)※	1,025	1,344	1,652
特定保健指導実施率目標値(%)	12	36	60
特定保健指導実施予定数(人)	123	484	991

※特定保健指導対象者数は各年度特定健康診査受診者数に平成 20 年度～令和元年度の特定保健指導出現率の平均を乗じて算出しています。

#### (4) 特定健康診査の実施方法

##### ア 実施体制

次の3つの健診形態で実施します。

- ・保健センター、地区公民館等に健診機関が巡回し行う集団健診（総合健診）
- ・医師会に加入する医療機関における個別健診
- ・人間ドック・脳ドックにおける個別健診

##### イ 外部委託

特定健康診査は全て健診機関（医療機関）に委託します。委託先は平成25年厚生労働省告示第92号（外部委託基準）及び第93号（施設等に関する基準）を満たす事業者とします。

##### ウ 実施項目

###### (ア) 健診対象者の全員が受ける基本的な健診項目

- ・問診
- ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
- ・理学的検査（身体診察）
- ・血圧測定
- ・脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又は Non-HDL コレステロール）
- ・肝機能検査（AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP))
- ・血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c検査、やむを得ない場合には随時血糖）
- ・尿検査（尿糖、尿蛋白）

###### (イ) 医師が必要と判断した場合に選択的に受ける詳細な健診項目

- ・心電図検査
- ・眼底検査
- ・貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）
- ・血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）

###### 【詳細な健診項目】

以下の基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する。

###### a 心電図検査

当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧が90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われ

る者。

b 眼底検査

当該年度の健診結果等において、①血圧が以下の a、b のうちいずれかの基準又は②血糖の値が a、b、c のうちいずれかの基準に該当した者

(a) 血圧	a 収縮期血圧	140mmHg 以上
	b 拡張期血圧	90mmHg 以上
(b) 血糖	a 空腹時血糖	126mg/dl 以上
	b HbA1c (NGSP)	6.5%以上
	c 随時血糖	126mg/dl 以上

c 貧血検査

貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

d 血清クレアチニン検査

当該年度の健診結果等において、①血圧が以下の a、b のうちいずれかの基準又は②血糖の値が a、b、c のうちいずれかの基準に該当した者

① 血圧	a 収縮期血圧	130mmHg 以上
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上
② 血糖	a 空腹時血糖	100mg/dl 以上
	b HbA1c (NGSP)	5.6%以上
	c 随時血糖	110mg/dl 以上

ただし、心電図検査、貧血検査、血清クレアチニン検査は基準に該当しない者も、全員実施します。

エ 受診券の交付

特定健康診査対象者へは受診券を作成し送付します。

オ 実施時期

集団健診 7月～10月、1月（追加健診）

個別健診 通年（可能な限り1月までの受診を勧奨）

カ 周知及び案内

年度初めの受診券発送時及び被保険者証発送時の案内の他、市広報紙、健康診査・各種がん検診のご案内、市ホームページで周知します。

#### キ 受診の申し込み

- ・集団健診（総合健診）…事前にハガキ等による申し込み
- ・個別健診（医療機関健診）…協力医療機関へ電話等により受診申し込み
- ・人間ドック・脳ドック…事前にハガキによる申し込み（助成券の発行）

#### ク 健診データの管理方法

健診のデータは、共同システムを導入し茨城県国民健康保険団体連合会においてデータ管理します。なお、保管年数は5年間とします。

#### ケ 代行機関

健診及び特定保健指導に関わる決済や受領データのチェックに関わる事務を代行（共同処理）する機関は、茨城県国民健康保険団体連合会とします。

### (5) 特定保健指導の実施方法

#### ア 実施体制

集団健診（総合健診）及び個別健診（医療機関健診）を受診した特定保健指導対象者については、外部委託にて実施します。

人間ドック・脳ドック受診者の特定保健指導は、受診者の利便性と実施率向上のため、ドック実施健診機関に委託し実施します。

#### イ 外部委託

保健指導実施機関の委託先は平成 25 年厚生労働省告示第 92 号（外部委託基準）及び第 93 号（施設等に関する基準）を満たす事業者とします。

#### ウ 特定保健指導対象者の選出と階層化

内臓脂肪の蓄積により、高血圧・高血糖・脂質異常等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなります。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、保健指導対象者の階層化を行います。

更に、保健指導をより効果的に実施するために、保健指導対象者に以下のような優先順位をつけ、最も必要な、そして効果のあがる者を選定して

保健指導を実施します。

- 年齢が若い者
- 健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった者
- 質問項目の回答により、生活習慣改善の必要性が高い者
- 前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった者
- 現状分析をもとに、医療費が高額になる可能性の高い疾患リスクを抱える者
- 階層化基準に合致しないため、特定保健指導の対象者とはならないものの、生活習慣病に関するリスクを抱える者、生活習慣病の罹患状態で未治療の人や治療を中断している者

#### エ 階層化の方法

##### ステップ1 (内臓脂肪蓄積のリスク判定)

- 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。
  - ・腹囲 男性 85 cm以上、女性 90 cm以上→p. 53「(1)の場合」参照
  - ・腹囲 (1)以外かつBMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>→p. 53「(2)の場合」参照

##### ステップ2 (追加リスクの数の判定と特定保健指導の対象者の選定)

- 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。
- 下記①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はそのほかの関連リスクとし、④喫煙歴については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。
- 下記⑤に該当する者は特定保健指導の対象にならない。
  - ①高血圧 a 収縮期血圧 130 mm Hg 以上又は  
b 拡張期血圧 85 mm以上
  - ②脂質異常 a 中性脂肪 150mg/dl 以上又は  
b HDLコレステロール 40mg/dl 未満
  - ③高血糖 a 空腹時血糖 (やむを得ない場合は随時血糖)  
100mg/dl 以上又は  
b HbA1c (NGSP) 5.6%以上
  - ④質問票 喫煙歴あり
  - ⑤質問票 ①、②又は③の治療に係る薬剤を服用している

ステップ3 (保健指導のレベルの分類)

ステップ1、2の結果を踏まえて、保健指導レベルをグループ分けする。  
 なお、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

(1) の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが 2以上の対象者は 積極的支援レベル

1の対象者は 動機付け支援レベル

(2) の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが 3以上の対象者は 積極的支援レベル

1又は2の対象者は 動機付け支援レベル

ステップ4 (特定保健指導における例外的対応等)

○65歳以上75歳未満の者については、日常生活操作能力、運動機能等を踏まえ、QOL(生活の質)の低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要であることから、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。

○前年度に積極的支援を実績評価まで完了し、当該年度の健診結果が改善している積極的支援の対象者に対して、動機づけ支援相当の特定保健指導実施を可能とする。

(図表4-3) 特定保健指導の対象者(階層化)

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ以上該当			
上記以外で BMI≥25	3つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ以上該当			
	1つ以上該当			

オ 特定保健指導の内容

特定保健指導は、主に内臓脂肪の蓄積に着目し、対象者の個別性を重視して、生活習慣の改善に重点を置いた指導を行うものです。

特定健康診査受診の結果、階層化により積極的支援・動機付け支援と判定された者を対象に、保健師・管理栄養士等が保健指導を行います。

(図表 44)

(図表 4 4) 特定保健指導の内容

	支援形態	支援内容
積極的支援	<p>&lt;初回面接&gt; 1人20分以上の個別支援。 &lt;3ヶ月以上の継続支援&gt; 個別支援、電話、電子メール・FAX・手紙等の通信から選択して支援する。 &lt;3ヶ月又は6ヶ月経過後の評価&gt; 面接又は通信等を利用して行う。</p>	<p>対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を実感できるような働きかけを行う。また、実践可能な具体的な行動目標について優先順位をつけながら、対象者が選択できるように支援する。行動が継続できるように定期的・継続的な支援をする。</p>
動機付け支援	<p>&lt;初回面接&gt; 1人20分以上の個別支援、又は1グループおおむね80分以上のグループ支援(1グループはおおむね8名以下とする)。 &lt;3ヶ月又は6ヶ月経過後の評価&gt; 面接又は通信等を利用して行う。</p>	<p>対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気付き、自ら目標を設定し、行動に移すことができるように支援する。</p>

カ 利用券の発行

特定保健指導対象者へは、利用案内を随時作成し送付します。申込みのあった者について、利用券番号を各実施機関へ連絡します。

キ 保健指導データの管理方法

健診データ同様、共同システムを導入し茨城県国民健康保険団体連合会においてデータ管理します。保管年数は5年間とします。



(6) 実施スケジュール

	集団健診	個別健診
4月	<ul style="list-style-type: none"> <li>●健診機関・保健指導機関等との契約</li> <li>●健診対象者の抽出、受診券印刷・送付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★特定健診の開始</li> </ul>
5月		<ul style="list-style-type: none"> <li>随時、結果通知、費用決済</li> <li>保健指導対象者の抽出</li> <li>利用案内送付</li> </ul>
6月		
7月	<ul style="list-style-type: none"> <li>★特定健診の開始</li> <li>随時、結果通知、費用決済</li> </ul>	
8月	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導対象者の抽出</li> <li>利用案内送付</li> <li>★特定保健指導開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★特定保健指導開始</li> </ul>
9月		
10月	<ul style="list-style-type: none"> <li>★特定健診終了</li> </ul>	
11月	<ul style="list-style-type: none"> <li>☆前年度分特定保健指導終了</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●支払基金報告</li> </ul>
12月		
1月	<ul style="list-style-type: none"> <li>追加健診</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●評価・見直し</li> <li>☆前年度分特定保健指導終了</li> </ul>
2月		
3月		

#### 4 事業主との連携

事業主との連携を図り、事業主健診の結果を事業主（または委託先健診機関）から受領する。

#### 5 計画の評価と見直し

特定健診の結果や受療状況を経年的に把握し、改善度を評価します。なお、目標の達成状況を踏まえ、必要に応じて事業内容の見直しを行います。

#### 6 事業運営上の留意事項

これまで、健康増進課を始めとする関係機関と連携を図りながら事業を実施してきました。今後も引き続き、本計画の実践と事業評価を通じて連携を図りつつ、本計画を推進します。

## 第5章 その他

### 1 計画の公表と周知

本計画については、土浦市公式ホームページ等により、公表するものとします。

### 2 個人情報の保護

本計画の事業で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえ、対象者の利益を最大限に保証するため個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導・保健事業を実施する立場から、収集された個人情報を有効に活用します。

- 個人情報の取扱いについては、「個人情報保護に関する法律」及びこれに基づくガイドライン並びに「土浦市個人情報保護条例」等を遵守すること。
- 特定健診・特定保健指導データの電子媒体による保存等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」及び「土浦市電子計算機処理業務の管理に関する規程」を遵守すること。
- 特定健診・保健指導データを県に提出する場合には、健診・保健指導データのうち、氏名等の情報ははずし、整理番号等を付番する等により、匿名化されたデータを作成すること。
- 健診・保健指導・保健事業の実施の委託を受けた者についても、上記の個人情報の保護に関する法律等を遵守すること。