

別紙 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

区分	事業名	目的	目標(R5)	対象者	事業内容・実施方法	評価体制・方法	実施体制	実施スケジュール	実施期間	実施場所
健診	特定健康診査	生活習慣病の早期発見や発症予防	特定健康診査受診率60%	40歳～74歳の土浦市国民健康保険被保険者	対象者に特定健康診査受診券を送付し、個別健診(医療機関)、集団健診(総合健診、人間ドック・脳ドック健診)で特定健康診査を実施。自己負担額は無料。	毎年度の特定健康診査受診率を確認する。	個別健診(医療機関)、集団健診(総合健診、人間ドック・脳ドック健診)で実施。	医療機関健診・人間ドック・脳ドック健診は年度(4月～3月)ごとに実施。総合健診は7月～1月の期間で24日程度実施。	平成30年度～令和5年度	医療機関健診 各医療機関 人間ドック・脳ドック健診 人間ドック・脳ドック健診機関 総合健診 土浦市保健センター等
	かかりつけ医からの診療情報提供事業	生活習慣病の早期発見や発症予防、特定健診受診率の向上	特定健康診査受診率60%	特定健康診査未受診者で医療機関の診療を受けている者	対象者の医療機関の診療時における特定健診該当の検査データを対象者からの同意を得て医療機関から収集し、特定健康診査の受診率に反映させる。	毎年度の特定健康診査受診率を確認する。	対象者が医療機関に申し出て、医療機関から市へ情報提供する。	年度(4月～3月)ごとに実施	平成30年度～令和5年度	医療機関
	人間・脳ドック健診補助事業	生活習慣病の早期発見や発症予防、特定健診受診率の向上	特定健康診査受診率60%	40歳～74歳の土浦市国民健康保険被保険者	検査項目に特定健診の項目を含む。交付要件を満たす申請者に対し、人間ドック2万円、脳ドック2万7千円の補助金を交付。(平成27年度実績)	毎年度の特定健康診査受診率を確認する。	人間ドック・脳ドック健診で実施。	年度(4月～3月)ごとに実施	平成30年度～令和5年度	人間ドック・脳ドック健診機関
	生活習慣病検診補助事業	健康状態の把握、特定健診受診率の向上	特定健康診査受診率60%	土浦市国民健康保険被保険者	各種がん検診自己負担額を無料としている。個別検診(医療機関)、集団検診(総合健診)で実施し、特定健康診査との併診を可能としている。若年層(20歳～39歳)の健康診査の自己負担額を無料としている。	毎年度の特定健康診査受診率を確認する。	個別検診(医療機関)、集団検診(総合健診)で実施。	医療機関健診は年度(4月～3月)ごとに実施。総合健診は7月～1月の期間で24日程度実施。	平成30年度～令和5年度	医療機関健診 各医療機関 総合健診 土浦市保健センター等
ハイリスク(健診結果において基準値を上回る項目を複数保有する者に対する事業)	特定保健指導	生活習慣病の発症予防や重症化予防	特定保健指導実施率60%	特定健康診査受診者でメタボリックシンドロームの該当者及び予備軍	特定健康診査において、メタボ予備軍・メタボ該当者と診断された被保険者に対し、業者委託及び人間ドック健診機関委託にて保健指導を実施。対象者のうち喫煙者には禁煙指導を行う。利用者の利便性にあわせて、休日・夜間にも実施する。未実施者へは利用勧奨通知を送付する。	毎年度の特定保健指導実施率を確認する。	業者委託及び人間ドック健診機関委託にて実施。	特定健康診査実施後から3～6か月間	平成30年度～令和5年度	業者委託 地区公民館等 人間ドック健診機関委託 人間ドック健診機関
	市民による市民のための健康減量教室	市民の健康増進	参加者数40人(実)	おおむね20～69歳までの方でBMI25以上の市民	市民の減量支援を行うダイエットリーダー(市民)を養成する。ダイエットリーダーは、減量支援を必要とする市民を対象に「健康減量教室」を主体的に実施することで、市民の生活習慣改善及び疾病予防を図る。	毎年度の参加者数を集計して確認する。	令和2年度からは、ダイエットリーダーが主で実施し、健康増進課が支援する体制。	1コース8回の教室を3か月間で実施。年度で2コース実施	平成30年度～令和5年度	各地区公民館
ハイリスク及びポピュレーション	健康相談	市民の健康増進	相談件数 4,000件	市民	各種検診の事後指導や健康に関する相談を実施。	毎年度の参加者人数を集計して確認する。	定期健康相談、ダイヤル健康相談、高齢者健康相談	定期健康相談:月1回実施。ダイヤル健康相談:随時実施。高齢者健康相談:月2回実施。	平成30年度～令和5年度	定期健康相談:保健センター ダイヤル健康相談:保健センター 高齢者健康相談:新治総合福祉センター、老人福祉センターつわぶき、老人福祉センター湖畔荘、うらら
	栄養相談	市民の健康増進	定期栄養相談 72人 出張栄養相談 102人	市民	生活習慣病予防、乳幼児の栄養などについて食生活に関する相談・指導を実施。	毎年度の参加者人数を集計して確認する。	定期栄養相談、高齢者健康相談、出張栄養相談	定期健康相談:月1回実施。高齢者健康相談:月2回実施。出張栄養相談:年18回実施。	平成30年度～令和5年度	定期栄養相談:土浦市保健センター 高齢者健康相談:新治総合福祉センター、老人福祉センターつわぶき、老人福祉センター湖畔荘、うらら 出張栄養相談:子育て支援センターさくらんぼ子育て交流サロンわらべ のぞみ
発症予防	特定健康診査未受診者受診勧奨通知事業	特定健診受診率の向上	特定健康診査受診率60%	特定健康診査未受診者	特定健診の未受診者に対し、受診勧奨通知を送付。	毎年度の特定健康診査受診率を確認する。	特定健診未受診者を抽出し、受診勧奨のハガキを送付する。	12月に当該年度の未受診者を抽出し、2月に送付する。	平成30年度～令和5年度	国保年金課
	健診結果まるごと相談事業	健康状態の把握	相談件数 180件	市の集団健診または医療機関検診を受診した者	健診の事後指導としての個別健康相談を実施。	毎年度の参加者人数を集計して確認する。	健康相談、栄養相談	集団健診受診後約2ヵ月後に各会場で実施。実施延10回。集団健診受診者の中で64歳以下の方の経過観察者に再通知を送付。	平成30年度～令和5年度	土浦市保健センター等
	ウォーキングからはじめる健康づくり事業	健康づくりの普及啓発	実施回数:8回 参加者:1,000人	市民	歩くという継続的な生活習慣を身に付けるきっかけづくり。H30年度から土浦市運動普及推進員連絡協議会へ事業委託して継続実施。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。	毎年度の実施回数と参加者人数を集計して確認する。	運動普及推進員が8支部ごとにウォーキング大会を実施。	前年度末に、ウォーキングコースや日程を決定し、担当支部が実施する。	平成30年度～令和5年度	土浦市保健センター 各地区公民館等
	食生活改善推進員による食生活改善推進事業	市民の健康増進	食生活改善推進員数150人 食生活改善推進員地区組織活動普及人数15,000人	市民	健康づくり普及事業、食育の推進	毎年度、食生活改善推進員からの報告をもとに会員数と食生活改善推進員地区組織活動普及人数を集計して確認する。	食生活改善推進員養成:2年に1回実施。 食生活改善推進事業:各中学校地区ごと及び健康まつり等にて実施。	食生活改善推進員養成:全6回コース。 食生活改善推進事業:年度初めに実施計画を立て、それに基づいて実施。	平成30年度～令和5年度	土浦市保健センター 各地区公民館
	運動普及推進員による運動普及推進事業	市民の健康増進	運動普及推進員数160人 運動普及人数43,000人	市民	運動普及事業	毎年度、会員数集計と運動普及推進員からの報告をもとに運動普及人数を集計して確認する。	運動普及推進員養成:毎年実施。 運動普及事業:各中学校地区毎及び健康まつり等にて実施。	運動普及推進員養成講習会:全8回コース。 運動普及事業:年度初めに実施計画を作成し、計画に基づいて実施。	平成30年度～令和5年度	土浦市保健センター 各地区公民館
ポピュレーション(市民に向けて広く実施する事業)	シルバーリハビリ体操指導士による運動教室	市民の健康増進	住民主体による介護予防活動を活性化させる。 10,800人(延べ)	市民	介護予防と健康づくりの視点から、高齢者等を対象とし、シルバーリハビリ体操指導士による運動教室を実施。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。	毎年度、土浦市シルバーリハビリ体操指導士の会からの報告をもとに、教室数、実施回数、参加者人数等を確認する。	各種団体や地縁組織等からの要望に応じて、土浦市シルバーリハビリ体操指導士の会から指導士が出向き、教室を開催する。	年度(4月～3月)を通して実施(教室によって月の開催数は異なる)	平成30年度～令和5年度	市内公民館や店舗等 (H30.4.1時点:定期開催教室数68箇所)

区分	事業名	目的	目標(R5)	対象者	事業内容・実施方法	評価体制・方法	実施体制	実施スケジュール	実施期間	実施場所
	禁煙支援の推進	市民の健康増進	喫煙が及ぼす健康への悪影響について、正しい知識の普及啓発を推進する。 実施回数 155回 (平成29年度比5%増)	市民	健康相談・健康教育事業 妊娠届出時面接 マタニティ教室、各種乳幼児健診時啓発普及事業 健康まつり時、禁煙啓発コーナー 各種事業を活用し、幅広い世代に禁煙についての普及啓発事業を実施。	毎年度の実施回数と参加者人数を集計して確認する。	健康相談・健康教育事業 妊娠届出時面接指導 マタニティ教室 4か月児健康診査 1歳6か月児健康診査 3歳児健康診査 おやこの歯科健康診査 健康まつり禁煙啓発コーナー 出前講座	保健師相談月1回 高齢者健康相談月2回 妊娠届出時面接指導 随時 マタニティ教室年28回 4か月児健康診査月2回 1歳6か月児健康診査月2回 3歳児健康診査月2回 おやこの歯科健康診査月1回 健康まつり年1回 出前講座 随時	平成30年度～令和5年度	土浦市保健センター等
	出前講座	市民の健康意識向上	受講した市民の健康意識の向上 実施回数 140回 (平成29年度比10%増)	市民	団体やグループの要請に応じて健康に関する講座を実施	毎年度の実施回数、参加者人数を集計して確認する。	団体やグループ(原則10人以上)の要請に応じて保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が、団体などが指定した場所に出向き実施する。	年度(4月～3月)を通して実施	平成30年度～令和5年度	団体やグループが指定した場所
重症化予防	高血圧者への受療勧奨(家庭訪問)	生活習慣病の重症化予防	R1⇒R5で該当者数4割減 該当者28人 ※該当者数には特定保健指導実施者も含む	特定健康診査受診者で 血圧180/110mmHg以上 であり未治療の者	地区担当保健師が家庭訪問による保健指導を行い、医療機関の受診を勧奨し、連絡票を活用して医療機関との連携を取りながら治療に繋げる。 ①特定健診システムから特定健診結果を抽出→②国保情報総合システムから血圧・血糖・脂質のレセプトデータを抽出→③特定健診システムから特定保健指導実施者を抽出→①の対象者で②と③に該当しない者を未治療者とする。	年度ごとに未治療者を抽出し、該当者数を確認する。	対象者抽出 国保年金課 訪問 健康増進課保健師	毎年9月頃に前年度のデータを抽出し、11月～12月に訪問。3月に再度レセプトデータにより受診の有無を確認する。	平成30年度～令和5年度	対象者宅
	糖尿病性腎症重症化予防事業(高血糖者への受療勧奨(家庭訪問))	生活習慣病の重症化予防	R1⇒R5で該当者数4割減 該当者30人 ※該当者数には特定保健指導実施者も含む	特定健康診査受診者で 血糖198mg/dL以上 HbA1c8.0以上であり未治療の者	地区担当保健師が家庭訪問による保健指導を行い、医療機関の受診を勧奨し、連絡票を活用して医療機関との連携を取りながら治療に繋げる。 ①特定健診システムから特定健診結果を抽出→②国保情報総合システムから血圧・血糖・脂質のレセプトデータを抽出→③特定健診システムから特定保健指導実施者を抽出→①の対象者で②と③に該当しない者を未治療者とする。	年度ごとに未治療者を抽出し、該当者数を確認する。 KDBシステムにより管理台帳を作成し、KDBシステムや特定健診システムによりHbA1c等の検査結果の経年変化を確認する。	対象者抽出 国保年金課 訪問 健康増進課保健師	毎年9月頃に前年度のデータを抽出し、11月～12月に訪問。3月に再度レセプトデータにより受診の有無を確認し、未受診者には再度面談等を実施する。	平成30年度～令和5年度	対象者宅
	医療受診勧奨通知事業	生活習慣病の重症化予防	R1⇒R5で該当者数2割減。	特定健康診査受診者で 血圧160～179/90～ 109mmHg、血糖126～ 197mg/dL、HbA1c6.5～ 7.9、LDLコレステロール 180mg/dL以上であり未治療の者	対象者に医療機関受診勧奨通知を送付する。 ①特定健診システムから特定健診結果を抽出→②国保情報総合システムから血圧・血糖・脂質のレセプトデータを抽出→③特定健診システムから特定保健指導実施者を抽出→①の対象者で②と③に該当しない者を未治療者とする。	年度ごとに未治療者を抽出し、該当者数を確認する。	国保年金課	毎年9月頃に前年度のデータを抽出し、11月に通知を送付する。	平成30年度～令和5年度	国保年金課
医療費適正化	重複・頻回受診者訪問指導事業	医療費の削減による市国保財政の健全化	訪問後の受診状況の改善	・重複受診 同一傷病について同一診療科目の複数の医療機関に同一月に受診する者 ・頻回受診 同一傷病について同一月に同一診療科目を多数回受診した者	国保年金課職員が地区担当保健師とともに家庭訪問し、本人や家族から状況を聞き取り、服薬や生活上のアドバイス、健診の受診勧奨を行う。 国保情報ネットワークの重複多受診者一覧表のデータをもとに、個人ごとにレセプトを整理し、対象者の受診内容の分析を行い、個別の訪問指導が必要と思われる者を選定する。	訪問後の受診状況を確認する。	対象者抽出 国保年金課 対象者選定 健康増進課 訪問 国保年金課職員 健康増進課保健師	毎年2月頃に対象者を選定し、3月に訪問。6月にレセプトデータにより受診状況を確認する。	平成30年度～令和5年度	対象者宅
	重複服薬者医療費適正化対策推進事業	医療費の削減による市国保財政の健全化	訪問後の服薬状況の改善	同一月に複数の医療機関より、同一の薬剤の薬剤の投与を受けている者。	国保年金課職員が地区担当保健師とともに家庭訪問し、本人や家族から状況を聞き取り、服薬や生活上のアドバイス、健診の受診勧奨を行う。 国保情報ネットワークの重複多受診者一覧表のデータをもとに、個人ごとにレセプトを整理し、対象者の受診内容の分析を行い、個別の訪問指導が必要と思われる者を選定する。	訪問後の服薬状況を確認する。	対象者抽出 国保年金課 対象者選定 健康増進課 訪問 国保年金課職員 健康増進課保健師	毎年2月頃に対象者を選定し、3月に訪問。6月にレセプトデータにより受診状況を確認する。	平成30年度～令和5年度	対象者宅
	ジェネリック差額通知事業	医療費の削減による市国保財政の健全化	後発医薬品(ジェネリック医薬品)利用率 80%以上	後発医薬品への切り替えにより医療費削減効果が高い者	医療費削減効果の高い者から、年間1,500人×3回=4,500人を対象とし実施。安定供給が可能なメーカーの医薬品に限定して通知を送付。 レセプトデータと国保加入者データをから委託業者が対象者を抽出し、通知を作成する。	毎年度の後発医薬品(ジェネリック医薬品)利用率を確認する。	国保年金課、委託業者	通知該当者の重複を減らしなるべく多くの該当者へ通知を送付するため、通知月を6月・10月・2月に変更。通知翌月分のレセプトで効果測定を実施する。	平成30年度～令和5年度	国保年金課