

牛久市国民健康保険
第3期 データヘルス計画
第4期 特定健康診査等実施計画

令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

令和6年3月
茨城県牛久市

目次

第1章 基本的事項.....	1
1 計画の趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 標準化の推進	5
4 計画期間	5
5 実施体制・関係者連携	5
第2章 現状の整理.....	6
1 牛久市の特性	6
(1) 人口動態	6
(2) 平均余命・平均自立期間	7
(3) 産業構成	8
(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）	8
(5) 被保険者構成	8
2 前期計画等に係る考察	9
(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察	9
(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察	10
3 保険者努力支援制度	29
(1) 保険者努力支援制度の得点状況	29
第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出.....	30
1 死亡の状況	31
(1) 死因別の死亡者数・割合	31
(2) 死因別の標準化死亡比（SMR）	32
2 介護の状況	36
(1) 要介護（要支援）認定者数・割合	36
(2) 介護給付費	36
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況	37
3 医療の状況	38
(1) 医療費の3要素	38
(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率	40
(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率	44
(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率	47
(5) 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況.....	49
(6) 高額なレセプトの状況	50
(7) 長期入院レセプトの状況	51
4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況	52
(1) 特定健診受診率	52
(2) 有所見者の状況	55
(3) メタボリックシンドロームの状況	57
(4) 特定保健指導実施率	60
(5) 受診勧奨対象者の状況	62
(6) 質問票の状況	67
5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況	69

(1) 保険種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者構成	69
(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況	69
(3) 保険種別の医療費の状況	70
(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率	71
(5) 後期高齢者の健診受診状況	71
(6) 後期高齢者における質問票の回答状況	72
6 その他の状況	73
(1) 重複服薬の状況	73
(2) 多剤服薬の状況	73
(3) 後発医薬品の使用状況	74
(4) 5がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率	74
7 健康課題の整理	75
(1) 健康課題の全体像の整理	75
(2) わがまちの生活習慣病に関する健康課題	77
(3) 一体的実施及び社会環境・体制整備に関する課題	78
第4章 データヘルス計画の目的・目標	79
第5章 保健事業の内容	80
1 保健事業の整理	80
(1) 生活習慣病の早期発見・早期治療	80
(2) 生活習慣病発症予防・特定保健指導	82
(3) 重症化予防	85
(4) 被保険者における服薬状況の適正化	89
(5) 介護予防	93
(6) 保健事業と介護予防等の一体的実施事業（第3期～）	98
(7) 介護給付費適正化関連事業	101
2 個別保健事業計画・評価指標のまとめ	103
第6章 計画の評価・見直し	107
1 評価の時期	107
(1) 個別事業計画の評価・見直し	107
(2) データヘルス計画の評価・見直し	107
2 評価方法・体制	107
第7章 計画の公表・周知	107
第8章 個人情報の取扱い	107
第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	108
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画	109
1 計画の背景・趣旨	109
(1) 計画策定の背景・趣旨	109
(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向	110
(3) 計画期間	110
2 第3期計画における目標達成状況	111
(1) 全国状況	111

(2) 牛久市の状況	112
(3) 国の示す目標	117
(4) 牛久市の目標	117
3 特定健診・特定保健指導の実施方法	118
(1) 特定健診	118
(2) 特定保健指導	119
4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組	120
(1) 特定健診	120
(2) 特定保健指導	121
5 その他	122
(1) 計画の公表・周知	122
(2) 個人情報の保護	122
(3) 実施計画の評価・見直し	122
参考資料 用語集	123

第1章 基本的事項

1 計画の趣旨

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、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。」ことが示された。これを踏まえ、平成26年3月に「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、保険者は、「健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行う」ものとされた。

その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、「保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進」が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示された。

こうした背景を踏まえ、牛久市では、被保険者の健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化にも資することを目的とし、データヘルス計画を策定し保健事業の実施、評価、改善等を行うこととする。

2 計画の位置づけ

データヘルス計画とは、「被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するもの」とデータヘルス計画策定の手引きにおいて定義されている。（以下、特定健康診査を「特定健診」という。）

また、同手引きにおいて、「計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく基本方針を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画（以下「後期高齢者データヘルス計画」という。）、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする」ことが求められており、その際に、「他計画の計画期間、目的、目標を把握し、データヘルス計画との関連事項・関連目標を確認するプロセスが重要」とされている。

牛久市においても、他の計画における関連事項及び関連目標を踏まえ、データヘルス計画において推進、強化する取組等について検討していく。

下表に、それぞれの計画の基本方針及び本計画における目標を併記する。

1. 健康増進計画				
計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
【根拠法律】 健康増進法 【概要】 「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」を「ビジョン」とし、そのために、①誰一人取り残さない健康づくりの展開、②より実効性をもつ取組の推進を行う。	【期間】 2024年から2035年12年間	【対象者】 全ての国民 【対象疾病・事業等】 ・がん ・循環器疾患 ・糖尿病 ・慢性閉塞性肺疾患 ・生活習慣病の発症予防、重症化予防、健康づくり ・ロコモティブシンドローム ・やせ ・メンタル面の不調等	①健康寿命の延伸と健康格差の縮小	生活習慣病の早期発見・早期治療
			②個人の行動と健康状態の改善	生活習慣病の予防 糖尿病重症化予防 生活習慣病重症化予防
			③社会環境の質の向上	生活習慣病の予防
			④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	介護予防 介護給付費適正化
2. 医療費適正化計画				
計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
【根拠法律】 高齢者の医療の確保に関する法律 【概要】 国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	【期間】 2024年から2029年6年間	【対象者】 全ての国民 【対象疾病・事業等】 ・メタボリックシンドローム ・たばこ ・予防接種 ・生活習慣病 ・後発医薬品の使用 ・医薬品の適正利用 ・特定健診 ・特定保健指導	①住民の健康の保持の推進 ・特定健診・保健指導の実施率 ・メタボの該当者・予備群 ・たばこ対策、予防接種、重症化予防など	生活習慣病の早期発見・早期治療 生活習慣病の予防 糖尿病重症化予防 生活習慣病重症化予防
			②医療の効率的な提供の推進 ・後発医薬品の使用割合 ・医薬品の適正使用	被保険者における服薬状況の適正化

3. 介護保険事業（支援）計画				
計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
【根拠法律】 介護保険法 【概要】 2040年に向けて生産年齢人口が急減し、85歳以上人口が急速に増加していくことが見込まれる中で、2025年に向けて構築を図っている地域包括ケアシステムを更に深化・推進するとともに、介護ニーズの増大と労働力の制約への対応を両立させ、制度の持続可能性を確保する。	【期間】 2024年から2026年3年間	【対象者】 1号:65歳以上の者 2号:40-64歳で特定疾病を抱える者 【対象疾病・事業等】 ・要介護状態 ・要支援状態 ・末期がん ・関節リウマチ ・筋萎縮性側索硬化症 ・後縦靱帯骨化症 ・初老期における認知症 ・パーキンソン病関連疾患 ・脊髄小脳変性症 ・脊柱管狭窄症 ・早老症 ・多系統萎縮症 ・糖尿病性腎症、網膜症、神経症 ・脳血管疾患 ・閉塞性動脈硬化症 ・慢性閉塞性肺疾患 ・変形性関節症	①自立支援 被保険者の地域における自立した日常生活の支援	生活習慣病の早期発見・早期治療 生活習慣病の予防
			②介護予防 要介護状態等となることの予防	介護予防 保健事業と介護予防事業等の一体的実施事業
			③重度化防止 要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止	介護給付費適正化
4. 高齢者保健事業の実施計画（後期高齢者データヘルス計画）				
計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
【根拠法律】 高齢者の医療の確保に関する法律 【概要】 生活習慣病をはじめとする疾病の発症や重症化予防及び心身機能の低下を防止し、できる限り長く在宅で自立した生活を送ることのできる高齢者を増やす。	【期間】 2024年から2029年6年間	【対象者】 ・後期高齢者 【対象疾病・事業等】 ・生活習慣病 ・歯、口腔疾患 ・フレイル ・重複、多剤服薬 ・低栄養	①健診受診率	生活習慣病の早期発見・早期治療
			②歯科健診実施市町村数・割合	生活習慣病の予防
			③質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合	糖尿病重症化予防 生活習慣病重症化予防
			④保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合	糖尿病重症化予防 生活習慣病重症化予防
			⑤保健事業のハイリスク者割合	糖尿病重症化予防 生活習慣病重症化予防
			⑥平均自立期間（要介護2以上）	介護給付費適正化

5. 国民健康保険運営方針

計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
【根拠法律】 国民健康保険法 【概要】 保険財政の安定化や保険料の平準化を図る。	【期間】 2024年から2029年 6年間	【対象者】 国保被保険者	①医療に要する費用及び財政の見通し	被保険者における服薬状況の適正化
			②保険料の標準的な算定方法	
			③保険料の徴収の適正な実施	
			④保険給付の適正な実施	

6. 特定健康診査等実施計画

計画の概要	計画期間	対象者・対象疾病等	基本方針・基本理念・目標	整合する本計画の目的・目標
【根拠法律】 高齢者の医療の確保に関する法律 【概要】 生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、被保険者及び被扶養者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び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する保健指導を実施する。	【期間】 2024年から2029年 6年間	【対象者】 ・40～74歳の国保被保険者 【対象疾病・事業等】 ・糖尿病 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・肥満症 ・メタボリックシンドローム ・虚血性心疾患 ・脳血管疾患	①特定健診受診率	生活習慣病の早期発見・早期治療
			②特定保健指導実施率	生活習慣病の予防 生活習慣病重症化予防

3 標準化の推進

データヘルス計画が都道府県レベルで標準化されることにより、共通の評価指標による域内保険者の経年的なモニタリングができるようになるほか、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待されている。牛久市では、茨城県等の方針を踏まえ、データヘルス計画を運用することとする。

4 計画期間

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

5 実施体制・関係者連携

牛久市では、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保担当課が中心となって、関係各課や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。計画策定後は、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させる。また、後期高齢者医療や介護保険、保健事業、介護予防各担当課と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開する。

計画の策定等に当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が主体的かつ積極的に健康増進に取り組むことが重要である。このため、パブリックコメントをとおして被保険者の意見を本計画に反映させる。

第2章 現状の整理

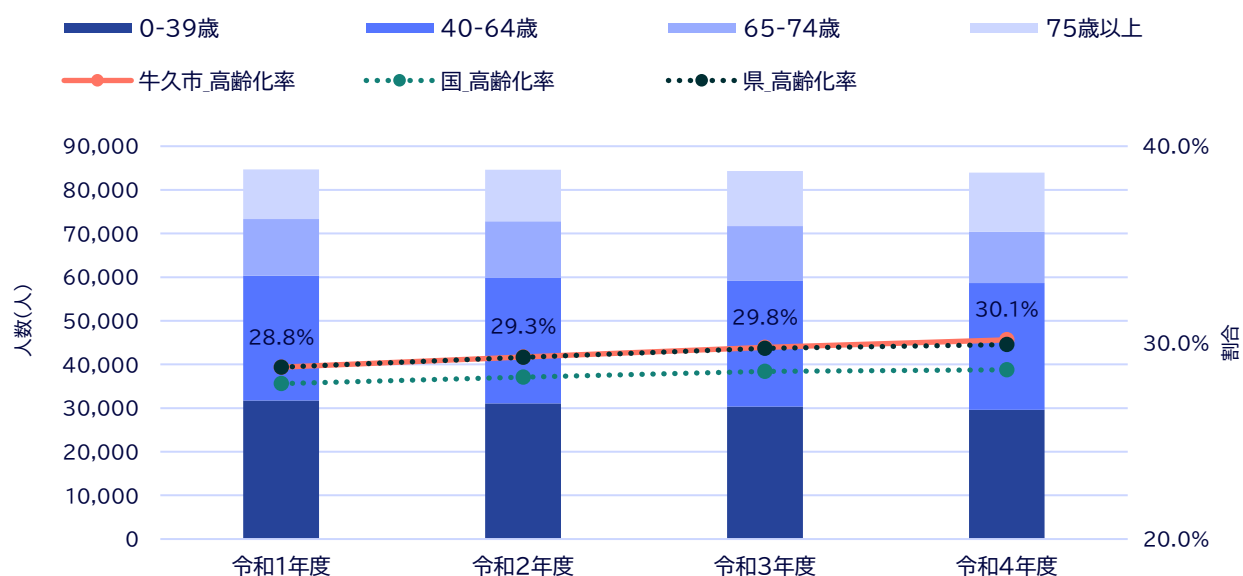
1 牛久市の特性

(1) 人口動態

牛久市の人口をみると（図表2-1-1-1）、令和4年度の人口は83,967人で、令和1年度（84,686人）以降719人減少している。

令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は30.1%で、令和1年度の割合（28.8%）と比較して、1.3ポイント上昇している。国や県と比較すると、高齢化率は高い。

図表2-1-1-1：人口の変化と高齢化率



	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
0-39歳	31,723	37.5%	31,054	36.7%	30,324	36.0%	29,588	35.2%
40-64歳	28,614	33.8%	28,771	34.0%	28,909	34.3%	29,070	34.6%
65-74歳	12,965	15.3%	12,957	15.3%	12,494	14.8%	11,757	14.0%
75歳以上	11,384	13.4%	11,799	13.9%	12,608	14.9%	13,552	16.1%
合計	84,686	-	84,581	-	84,335	-	83,967	-
牛久市_高齢化率	28.8%		29.3%		29.8%		30.1%	
国_高齢化率	27.9%		28.2%		28.5%		28.6%	
県_高齢化率	28.8%		29.3%		29.7%		29.9%	

【出典】住民基本台帳 令和1年度から令和4年度

※牛久市に係る数値は、各年度の3月末時点の人口を使用し、国及び県に係る数値は、総務省が公表している住民基本台帳を参照しているため各年度の1月1日の人口を使用している（住民基本台帳を用いた分析においては以下同様）

(2) 平均余命・平均自立期間

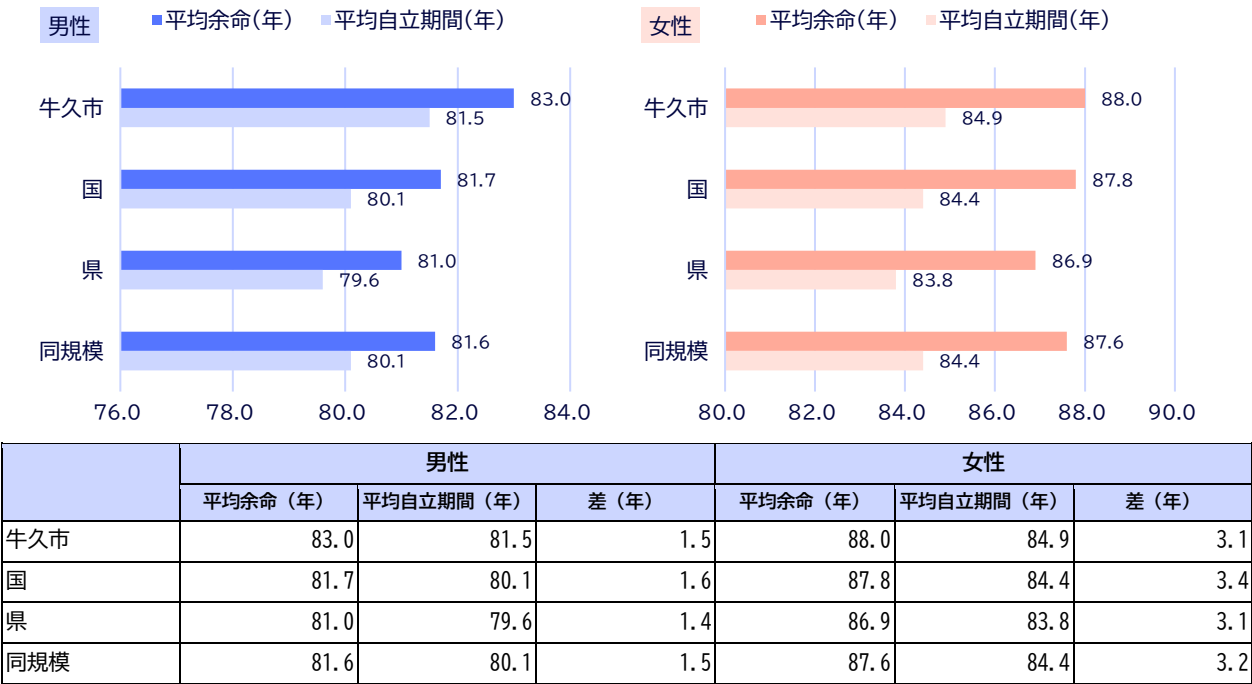
男女別に平均余命（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均余命は83.0年で、国・県より長い。国と比較すると、+1.3年である。女性の平均余命は88.0年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.2年である。

男女別に平均自立期間（図表2-1-2-1）をみると、男性の平均自立期間は81.5年で、国・県より長い。国と比較すると、+1.4年である。女性の平均自立期間は84.9年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.5年である。

令和4年度における平均余命と平均自立期間の推移（図表2-1-2-2）をみると、男性ではその差は1.5年で、令和1年度以降拡大している。女性ではその差は3.1年で、令和1年度以降ほぼ一定で推移している。

※平均余命：ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示している
※平均自立期間：0歳の人が要介護2の状態になるまでの期間

図表2-1-2-1：平均余命・平均自立期間



【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（KDB帳票を用いた分析においては以下同様）

※表内の「同規模」とは、人口規模が同程度の市町村を指す

図表2-1-2-2：平均余命と平均自立期間の推移

	男性			女性		
	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)	平均余命(年)	平均自立期間(年)	差(年)
令和1年度	82.2	80.9	1.3	87.2	84.1	3.1
令和2年度	82.1	80.7	1.4	87.7	84.5	3.2
令和3年度	82.4	81.0	1.4	87.9	84.7	3.2
令和4年度	83.0	81.5	1.5	88.0	84.9	3.1

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

(3) 産業構成

産業構成の割合（図表2-1-3-1）をみると、国と比較して第二次産業及び第三次産業比率が高く、県と比較して第三次産業比率が高い。

図表2-1-3-1：産業構成

	牛久市	国	県	同規模
一次産業	1.9%	4.0%	5.9%	5.6%
二次産業	25.3%	25.0%	29.8%	28.6%
三次産業	72.8%	71.0%	64.4%	65.8%

【出典】KDB帳票 S21_003-健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 令和4年度 累計

※KDBシステムでは国勢調査をもとに集計している

(4) 医療サービス（病院数・診療所数・病床数・医師数）

被保険者千人当たりの医療サービスの状況（図表2-1-4-1）をみると、国と比較していずれも少なく、県と比較して病院数、病床数が少ない。

図表2-1-4-1：医療サービスの状況

（千人当たり）	牛久市	国	県	同規模
病院数	0.1	0.3	0.3	0.3
診療所数	3.3	4.0	2.7	3.5
病床数	45.4	59.4	48.4	57.6
医師数	10.9	13.4	9.2	9.7

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※病院数・診療所数・病床数・医師数を各月ごとの被保険者数から算出する年間平均被保険者数で割ったものである

※KDBシステムでは医療施設（動態）調査及び医師・歯科医師・薬剤師統計をもとに集計している

(5) 被保険者構成

被保険者構成をみると（図表2-1-5-1）、令和4年度における国保加入者数は17,126人で、令和1年度の人数（18,893人）と比較して1,767人減少している。国保加入率は20.4%で、県より低い、国より高い。

65歳以上の被保険者の割合は48.1%で、令和1年度の割合（50.2%）と比較して2.1ポイント減少している。

図表2-1-5-1：被保険者構成

	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
0-39歳	4,073	21.6%	3,956	21.3%	3,820	21.1%	3,675	21.5%
40-64歳	5,345	28.3%	5,283	28.4%	5,258	29.1%	5,217	30.5%
65-74歳	9,475	50.2%	9,371	50.4%	8,989	49.8%	8,234	48.1%
国保加入者数	18,893	100.0%	18,610	100.0%	18,067	100.0%	17,126	100.0%
牛久市_総人口	84,686		84,581		84,335		83,967	
牛久市_国保加入率	22.3%		22.0%		21.4%		20.4%	
国_国保加入率	21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
県_国保加入率	23.4%		23.0%		22.4%		21.4%	

【出典】住民基本台帳 令和1年度から令和4年度

KDB帳票 S21_006-被保険者構成 令和1年から令和4年 年次

※加入率は、KDB帳票における年度毎の国保加入者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出している

2 前期計画等に係る考察

(1) 第2期データヘルス計画の目標評価・考察

第2期データヘルス計画の中長期目標及び短期目標について、下表のとおり評価した。

【評価の凡例】										
○「指標評価」欄：5段階										
A：目標達成 B：目標達成はできていないが改善傾向 C：変わらない D：悪化傾向 E：評価困難										
※令和5年度は見込値										

中期的目標：ハイリスク未治療者に対する医療機関受診勧奨等

	項目名	開始時	目標値	実績値						指標評価
				平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
中長期目標	脳出血受療率（％）	0.052	0.050	0.044	0.044	0.036	0.056	0.057	0.055	D
	心筋梗塞受療率（％）	0.018	0.016	0.022	0.021	0.020	0.035	0.015	0.018	A
	慢性腎不全（透析あり）受療率（％）	0.151	0.149	0.121	0.132	0.136	0.131	0.130	0.131	A
	糖尿病性腎症による新規人工透析導入者数（人）	8	0	7	4	5	10	8	8	D

短期的目標：特定健診・特定保健指導等

	項目名	開始時	目標値	実績値						評価指標
				平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
短期目標	血糖異常者（HbA1c5.6～6.4％）の割合（％）	52.2	45.0	72.3	62.7	55.6	53.9	56.7	57.2	C
	血圧異常者（130以上140mmHg未満かつ/または85以上90未満mmHg）の割合（％）	17.9	13.0	18.9	9.3	24.7	22.2	26.4	23.0	D
	特定健診受診率（％）	39.9	60.0	38.3	39.4	23.4	29.2	35.9	35.0	B
	特定保健指導実施率（％）	47.4	60.0	45.0	43.0	40.4	32.3	27.8	30.0	D

振り返り① データヘルス計画全体の指標評価の振り返り

中長期目標では、改善傾向にある項目がある一方で、悪化した項目や、目標値の設定があいまいで評価困難なものもあった。短期目標については、変化なしや悪化した項目のみとなってしまった。

振り返り② 第2期計画全体をとおしてうまくできていた点

糖尿病重症化予防に重点をおき、ハイリスク未治療者の受診勧奨を継続して実施したことが新規人工透析導入者数の減少につながったことが考えられる。
新型コロナウイルス流行禍においても感染予防を徹底し健診を安心して受診できるように創意工夫したことが特定健診受診率の低迷悪化を防ぐことにつながった。

振り返り③ 第2期計画全体をとおしてうまくできていなかった点

血糖以外の血圧・脂質異常者への支援不足が目立つ結果となった。特定保健指導は新型コロナウイルス流行禍において感染対策を優先させると実施が難しい現状があった。

振り返り④ 第3期計画への考察

糖尿病以外の高血圧・脂質異常対策にも重点をおくことで、心疾患や脳血管疾患等重症疾患を予防していく。引き続き、効果的な受診勧奨を行い、受診率の向上、受診者確保に努める。

(2) 第2期データヘルス計画の個別事業評価・考察

第2期データヘルス計画における個別事業について、下表のとおり評価をした。

【評価の凡例】									
○「事業評価」欄：5段階									
A：うまくいっている B：まあうまくいっている C：あまりうまくいっていない D：まったくうまくいっていない E：わからない									
○「指標評価」欄：5段階									
A：目標達成 B：目標達成はできていないが改善傾向 C：変わらない D：悪化傾向 E：評価困難									

※令和5年度は見込値含

① 健診・検診関連事業

事業タイトル		事業目標		事業概要						事業評価	
特定健診		生活習慣病を予防し、健康寿命の延伸、医療費の適正化を図る。		40歳以上74歳の国民健康保険の加入者に対し、特定健診を実施する。						A	
ストラクチャー				プロセス							
医師会・医療機関との連携				集団健診と医療機関健診の2通りで実施。							
アウトプット											
評価指標		開始時			平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
特定健診受診率（％）		39.9		目標値	42.0	44.0	48.0	52.0	56.0	60.0	B
				実績値	38.3	39.4	23.4	29.2	35.9	35.0	
振り返り 成功・促進要因					振り返り 課題・阻害要因						
令和4年度より受診勧奨方法を見直したことで受診率の向上を図ることができた。					コロナウイルス感染拡大により令和2年度から令和3年度の受診率が大幅に減少した。						
第3期計画への考察及び補足事項											
継続											

事業タイトル	事業目標	事業概要		事業評価					
特定保健診未受診者勧奨・広報	特定健診受診率の向上	特定健診未受診者に対し、受診勧奨ハガキを送付し受診勧奨を促す。		A					
ストラクチャー		プロセス							
医師会・医療機関との連携		特定健診未受診者に対して、受診勧奨ハガキを送付する。							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
勧奨通知送付数（通）	30,652	目標値	—	—	—	—	—	—	—
		実績値	19,127	22,762	11,613	12,033	18,165	21,665	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
特定健診受診率（％）	39.9	目標値	42.0	44.0	48.0	52.0	56.0	60.0	B
		実績値	38.3	39.4	23.4	29.2	35.9	35.0	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
令和4年度より勧奨対象者抽出・勧奨通知の内容を見直したところ未受診者の受診率が向上した。			コロナウイルス感染拡大により、令和2年度年から3年度にかけて減少を認めた。						
第3期計画への考察及び補足事項									
継続									

② 保健指導関連事業

事業タイトル	事業目標	事業概要		事業評価						
特定保健指導	検診結果を改善し、疾病の発症予防、重症化予防を図る。	特定健診結果および年齢により対象者を階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に、面談、電話、メール、訪問等による支援を実施する。			B					
ストラクチャー		プロセス								
行政の保健師、管理栄養士が特定保健指導を実施する。		積極的支援及び動機付け支援ともに初回面接では、保健師または管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を設定する。その後、積極的支援対象者は5か月間、定期的に電話や訪問で継続支援を実施する。動機付け支援は、5か月間後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行う。								
アウトプット										
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価	
特定保健指導終了率（％）	47.4	目標値	—	—	—	—	—	60.0	B	
		実績値	45.0	43.0	40.4	32.3	27.8	27.0		
動機付け支援終了率（％）	57.9	目標値	—	—	—	—	—	76.9	B	
		実績値	54.1	51.9	46.7	39.9	33.5	30.0		
積極的支援終了率（％）	2.8	目標値	—	—	—	—	—	9.3	B	
		実績値	0.8	2.3	2.0	0.0	2.7	2.0		
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因							
第3期計画における特定保健指導の実施状況をみると、特定保健指導実施率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0％としていたが、令和3年度時点で32.3％となっている。この値は、国・県より高い。			前期計画中の推移をみると、令和3年度の実施率は、令和1年度の実施率43.0％と比較すると10.7ポイント低下している。支援区分別の特定保健指導実施率の推移をみると、積極的支援では令和3年度は0.0％で、令和1年度の実施率2.3％と比較して2.3ポイント低下し、動機付け支援では令和3年度は43.2％で、令和1年度の実施率53.4％と比較して10.2ポイント低下している。							
第3期計画への考察及び補足事項										
市の集団健診における対象者は健診当日に初回面接（分割）を実施し、結果返却時に電話またはメールにて分割分の面接を行っているが、当日面談の周知に伴い実施率が下がってきているので、確実に面接に繋げる工夫が必要である。また、分割分の面接で電話が繋がらない方へICTを活用していく。										

事業タイトル	事業目標	事業概要		事業評価					
みんなdeウオーク健康からだ塾	特定健診の検査値改善に向けて、対象者が筋トレ、ストレッチ、有酸素運動の基本的な方法、バランスの良い食事等について学び、実践できるよう支援する。	ウォーキングと筋力トレーニング・ストレッチ、個別栄養相談等を組み合わせた継続型の特定保健指導教室。		B					
ストラクチャー		プロセス							
行政の運動指導士・管理栄養士・保健師が講師となり実施。		週1～2回、1回あたり90～120分程度の自主トレ（ウォーキング、筋トレ等）を含み5か月間実施。 （ウォーキング講習3回）、運動講座5回、自主トレ約10回、他計22回の教室×2クール、血液検査、教室前後の体力テスト。							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
参加人数（人）	33	目標値	—	—	—	—	—	40	B
		実績値	16	16	10	4	16	22	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
体重改善者割合（％）	87.9	目標値	—	—	—	—	—	95.0	B
		実績値	100	100	70	75	100	91.0	
BMI改善者割合（％）	87.9	目標値	—	—	—	—	—	97.0	B
		実績値	100	100	70	75	100	91.0	
腹囲改善者割合（％）	69.7	目標値	—	—	—	—	—	60.0	B
		実績値	81.0	87.5	90.0	100.0	100.0	75.0	
中性脂肪改善者割合（％）	53.3	目標値	—	—	—	—	—	85.0	B
		実績値	73.0	68.8	40.0	75.0	50.0	75.0	
HDL改善者割合（％）	46.7	目標値	—	—	—	—	—	65.0	B
		実績値	87.0	43.8	60.0	50.0	35.0	50.0	
LDL改善者割合（％）	50.0	目標値	—	—	—	—	—	85.0	B
		実績値	60.0	62.5	60.0	25.0	80.0	50.0	
HbA1c改善者割合（％）	26.7	目標値	—	—	—	—	—	45.0	B
		実績値	8.0	81.3	60.0	0.0	55.0	50.0	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
体重・BMI・腹囲改善率は全体的に70％を上回っている。			近年は参加者が低迷している。						
第3期計画への考察及び補足事項									
毎年、改善率割合を評価し、支援メニューの見直しを行う。									

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
ごはんde健康	検査値改善に向けて、食事の内容、食習慣の具体的な改善点をみつけることができるよう支援する。	健診受診後、血圧・血糖・脂質の検査値異常及び腎機能低下、BMI基準値以上の者へ保健指導、栄養指導を実施する。							B
ストラクチャー		プロセス							
保健師・管理栄養士の人数、対象者数、健診機関からのデータ提供		通知の発送件数、講話の実施回数、参加者数							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
1回あたりの参加者数（人）	13	目標値	—	—	—	—	—	15	B
		実績値	12.8	7	4.25	3.2	14.2	16	
実施回数（回）	6	目標値	—	—	—	—	—	5	C
		実績値	6	14	4	5	5	5	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
新型コロナウイルス感染症の流行禍においても、個別指導に実施体制を変更し、事業を継続したことが実施回数と参加者数の確保につながった。			新型コロナウイルス感染症の流行禍前から参加者の低迷が続いており、指導内容の工夫が必要である。						
第3期計画への考察及び補足事項									
栄養・運動講話として事業継続。計画では事業区分の整理が必要。 ※令和5年度は見込値含									

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価						
おうちde運動	検査値改善に向けて自身の身体や生活習慣にあった効果的な運動方法を見つけ、継続できるよう支援する。	健診受診後、血圧・血糖・脂質の検査値異常及び腎機能低下、BMI基準値以上の者へ保健指導、運動指導を実施する。	B						
ストラクチャー		プロセス							
保健師の人数、運動講話を行う専門職の人数、対象者数、健診機関からのデータ提供		通知の発送件数、講話の実施回数、参加者数							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
1回あたりの参加者数（人）	9	目標値	—	—	—	—	—	10	B
		実績値	12.3	15	3.2	3.33	14.2	16	
実施回数（回）	18	目標値	—	—	—	—	—	5	E
		実績値	14	7	5	3	5	5	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
新型コロナウイルス感染症の流行禍においても、個別指導に実施体制を変更し、事業を継続したことが参加者数の確保につながった。令和4年度から栄養講話と運動講話を同時開催にすることで参加者数が増加傾向にある。			実施回数については、個別指導の時期や、栄養講話と同時開催にするなど実施体制の変更があったため、評価困難。 新型コロナウイルス感染症の流行禍前から参加者の低迷が続いており、指導内容の工夫が必要である。						
第3期計画への考察及び補足事項									
栄養・運動講話として事業継続。計画では事業区分の整理が必要。									

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価						
糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症の患者の透析治療への移行を防ぐ。	健診結果から、糖尿病かつ慢性腎臓病疑いで未受診者に受診勧奨を実施する。	B						
ストラクチャー		プロセス							
保健師・管理栄養士の人数、健診機関からの健診結果データ提供		通知の発送件数、面談・電話・訪問指導件数、レセプト確認件数、再勧奨指導件数							
アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
慢性腎臓病受診勧奨対象者割合(%)	3.3	目標値	—	—	—	—	—	2.0	B
		実績値	0	1.9	1.3	1.2	2.7	2.7	
糖尿病腎症による新規透析導入者数(人)	9	目標値	—	—	—	—	—	現状維持	B
		実績値	7	4	5	10	8	5	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
ハイリスクの糖尿病性腎症疑いの方を適切な医療に繋げることで、新規透析導入者数の改善傾向に至ったことが考えられる。また、腎機能の低下の初期に受診勧奨を実施していることが、慢性腎臓病受診勧奨対象者割合の低下につながった。			なかなか医療機関へ繋がらない方への訪問や再勧奨など支援不足が課題である。						
第3期計画への考察及び補足事項									
事業の継続実施。保健指導指導体制の強化。									

事業タイトル	事業目標		事業概要					事業評価	
ハイリスク未治療者対策	受診勧奨を促し治療に結びつけることで、病気の重症化、将来的な医療費の伸びの抑制につなげる。		健診結果から、高血糖・高血圧の未治療に受診勧奨を実施する。					B	
ストラクチャー			プロセス						
保健師・管理栄養士の人数、健診機関からの健診結果データ提供			通知の発送件数、面談・電話・訪問指導件数、レセプト確認件数、再勧奨指導件数						
アウトプット									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
対象者数（人）	42	目標値	—	—	—	—	—	30	E
		実績値	39	36	21	34	32	32	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
健診6か月後未治療者数（人）	18	目標値	—	—	—	—	—	10	E
		実績値	0	8	6	10	12	12	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
受診勧奨後の未治療者数が一定数いるが、過半数の未治療者が医療機関へ繋がったことは成果として評価できる。			健診受診者数に伴い対象者数の増減があるため年度比較は困難。評価指標の見直しが必要。						
第3期計画への考察及び補足事項									
事業の継続実施。事業の評価ができるよう、評価指標を見直す。									

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
糖尿病教室	糖尿病予備群の者を対象に、病態・生活改善の重要性を伝達し、自ら適切な食習慣・運動習慣をとれるよう支援する。	糖尿病専門医による講演、専門職による栄養・運動講座、個別栄養相談、HbA1c測定などを組み合わせた糖尿病予防教室。							C
ストラクチャー		プロセス							
保健指導を行う理学療法士・保健師、管理栄養士を確保する。健診機関からの健診結果データ提供。		糖尿病専門医による講演、管理栄養士と理学療法士による講座、個別相談を設け、約3か月間の期間支援を行う。							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
1回あたり参加者数(人)	14.5	目標値	—	—	—	—	—	20	D
		実績値	15.5	12.5	7.25	1	5.0	21	
実施回数(回)	2	目標値	—	—	—	—	—	2	D
		実績値	2	2	2	1	1	1	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
糖尿病保健指導対象者割合(国保健診受診者のうちHbA1c5.6～6.4％)(％)	52.2	目標値	—	—	—	—	—	45.0	B
		実績値	72.3	62.7	55.6	53.9	56.7	50.0	
糖尿病保健指導対象者割合(国保健診受診者のうちHbA1c6.5％以上)(％)	2.8	目標値	—	—	—	—	—	9.0	B
		実績値	10.9	11.1	10.5	10.4	10.6	10.5	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
健康増進部門と国保部門で連携を図り、保健事業に関する課題や進捗状況について共有する。			近年参加者が減少していること。						
第3期計画への考察及び補足事項									
毎年、糖尿病保健指導対象者割合・糖尿病受診勧奨者割合を集計し事業内容の見直しを行う。									

事業タイトル	事業目標		事業概要					事業評価	
高血圧対策	血圧を適正にコントロールすることで、健康寿命の延伸につなげる。		健診結果から、高血圧の未治療に保健指導、受診勧奨を実施する。					B	
ストラクチャー			プロセス						
保健師・管理栄養士の人数、対象者数			通知の発送件数、面談・電話・訪問指導件数						
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
高血圧症保健指導対象者割合（％）	17.9	目標値	—	—	—	—	—	13.0	D
		実績値	18.9	9.3	24.7	22.2	26.4	26.4	
高血圧症受診勧奨対象者割合（％）	7.8	目標値	—	—	—	—	—	5.0	E
		実績値	20.4	8.6	27.3	27.0	22.3	22.3	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
実績は少ないが、保健指導、受診勧奨ともに継続できている。			高血圧症の保健指導対象者割合が年々高くなっており、対策が必要。受診勧奨者については開始時の実績値と年度の実績値がかけ離れており、評価困難。						
第3期計画への考察及び補足事項									
事業の継続実施。事業の評価が適切にできるよう、評価指標をしっかりと設定する。									

事業タイトル	事業目標		事業概要						事業評価
脂質異常症対策	動脈硬化の進行や脳梗塞、心筋梗塞の発症を予防し健康寿命の延伸につなげる。		健診結果から、脂質異常の未治療に保健指導、受診勧奨を実施する。						B
ストラクチャー			プロセス						
保健師・管理栄養士の人数、対象者数			通知の発送件数、面談・電話・訪問指導件数						
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
脂質異常症保健指導対象者割合 (%)	45.1	目標値	—	—	—	—	—	40.9	E
		実績値	30.7	29.5	37.6	24.8	35.5	35.5	
脂質異常症受診勧奨対象者割合 (%)	4.2	目標値	—	—	—	—	—	2.0	E
		実績値	33.5	37.2	26.2	32.1	31.2	31.2	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
実績は少ないが、保健指導、受診勧奨ともに継続できている。			保健指導対象者割合、受診勧奨者割合ともに開始時の実績値と年度の実績値がかけ離れており、評価困難。H30年度を基準にみると、増減はあるが、やや改善傾向にある。						
第3期計画への考察及び補足事項									
事業の継続実施。事業の評価が適切にできるよう、評価指標をしっかりと設定する。									

事業タイトル		事業目標		事業概要					事業評価		
個別禁煙相談		タバコに対する適切な認識と禁煙対策を習得してもらう		禁煙希望の喫煙者へ禁煙相談を実施する。					D		
ストラクチャー				プロセス							
保健師の人数、対象者数、禁煙外来設置の医療機関				相談件数、相談後禁煙者数、禁煙継続者数							
アウトプット											
評価指標		開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価	
相談実施者数（実）（人）		3	目標値	—	—	—	—	—	5	D	
			実績値	1	0	0	0	0	0		
アウトカム											
評価指標		開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価	
喫煙継続者（終了時点）（人）		0	目標値	—	—	—	—	—	5	E	
			実績値	0	0	0	0	0	0		
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因							
H30年の対象者は禁煙に導くことができた。				ここ数年で禁煙外来が周知され、保健センターで禁煙の継続支援を希望する方はいなくなってきた。							
第3期計画への考察及び補足事項											
事業の廃止											

事業タイトル	事業目標		事業概要						事業評価
妊婦・乳幼児のいる家庭へのタバコに関する喫煙対策	妊婦や18歳未満の子どもと同居している喫煙者の禁煙外来治療費の一部を助成する。		禁煙外来への通院を開始した喫煙者が、助成金交付の申請を行い、治療終了に助成金の交付を行う。						C
ストラクチャー			プロセス						
対象者数、禁煙外来設置の医療機関			助成金交付者数						
アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
禁煙外来治療費助成金交付者数(人)	10	目標値	—	—	—	—	—	10	D
		実績値	12	6	5	3	1	2	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
実施当初は助成金交付が一定数あり、事業がうまくいっていた。			交付者数の減少が周知不足か喫煙者の減少か、喫煙者は一定数いるが禁煙の希望がないか、あるいは申請はしたが治療が終了できなかったか把握できない。						
第3期計画への考察及び補足事項									
事業は継続するが、計画からは除外。									

事業タイトル	事業目標	事業概要		事業評価					
空気もきれいなお店認証制度	受動喫煙防止について市民へ普及啓発する。	禁煙を実施している店舗等を『空気もきれいなお店』として認証し、市民に周知する。		C					
ストラクチャー		プロセス							
禁煙実施店舗、認定調査職員		認定数							
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
認証施設数（施設）	45	目標値	—	—	—	—	—	55	C
		実績値	43	43	43	44	42	42	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
店舗の閉店により認定数に変動はあるが、一度認定された店舗は継続して禁煙されている。			ここ数年はホームページか店舗のみでしか市民に周知できておらず、どれぐらい市民に浸透しているか認証施設数のみでは判断できない。また、健康増進法の改正により受動喫煙防止対策が強化され、店舗での禁煙が一般化し、認証する必要性がなくなった。						
第3期計画への考察及び補足事項									
事業は継続するが、計画からは除外。									

③ 医療費適正化関連事業

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
ジェネリック医薬品差額通知	先発医薬品比べて安い後発医薬品（ジェネリック医薬品）を普及させることにより、患者負担の軽減や医療費保険財政の改善につなげる。	国保総合システムにより条件設定、抽出して作成した通知を被保険者あてに送付。							A
ストラクチャー		プロセス							
国民健康保険団体連合会との連携		目的にあった対象者の選定及び通知の実施							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
差額通知送付通数（通）	2,542	目標値	—	—	—	—	—	—	—
		実績値	2,307	2,054	2,915	2,915	2,688	2,600	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
後発医薬品の使用割合（数量ベース・新指標）（％）	69.5	目標値	—	—	—	—	—	80	A
		実績値	73.2	77.3	79.3	79.7	80.9	81.0	
効果額（保険者負担相当額）（円）	650,811	目標値	—	—	—	—	—	—	—
		実績値	248,354	208,468	224,570	338,260	189,518	187,000	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
後発医薬品の使用割合の目標値を達成することができた。			—						
第3期計画への考察及び補足事項									
継続									

事業タイトル	事業目標	事業概要		事業評価					
柔整受診者訪問	柔道整復師の正しいかかり方について理解してもらい、適正受診につなげる。通院以外で症状改善のための教室等への参加意向上を確認する。	対象世帯について全戸訪問（正しいかかり方の指導、健康教室等への参加勧奨）						E	
ストラクチャー		プロセス							
国民健康保険団体連合会との連携		対象世帯宅へ訪問し適正受診の指導を行う。							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
柔道整復師頻回受信者訪問対象者数 （人）	18	目標値	—	—	—	—	—	—	—
		実績値	19	0	0	0	0	0	
柔道整復師頻回受信者訪問実施率 （％）	33	目標値	—	—	—	—	—	—	—
		実績値	31.2	0	0	0	0	0	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
—			改善効果なし						
第3期計画への考察及び補足事項									
事業終了									

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
柔整パンフレット送付	柔道整復師の正しいかかり方について理解してもらい、適正受診につなげる。	柔道整復師の正しいかかり方に関するパンフレット送付。							E
ストラクチャー		プロセス							
国民健康保険団体連合会との連携		対象世帯へ適正受診についてのパンフレットを送付する。							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
パンフレット送付件数（通）	416	目標値	—	—	—	—	—	—	—
		実績値	483	478.	0	0	0	0	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
—			改善効果なし						
第3期計画への考察及び補足事項									
事業終了									

事業タイトル		事業目標	事業概要							事業評価
重複服薬者に対する取組		適正服薬について理解してもらい、適正受診につなげる。	KDBシステムにより対象者を抽出し、パンフレットを送付する。							B
ストラクチャー			プロセス							
国民健康保険団体連合会との連携			目的にあった対象者の選定及び通知の実施							
アウトプット										
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価	
重複服薬者の人数		目標値	—	—	—	—	—	—	—	
		実績値	5	9	8	6	6	4		
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因							
令和4年度より、パンフレット送付から保健指導同行のもと訪問指導に変更した。			—							
第3期計画への考察及び補足事項										
継続										

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
医療費通知	被保険者に健康と国民健康保険制度の関連性に認識を高めさせることを目的とする。	茨城県国民健康保険団体連合会へ委託し、圧着ハガキを作成。通知する。							B
ストラクチャー		プロセス							
国民健康保険団体連合会との連携		対象世帯へ受診状況の通知を発送する。							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
医療費通知送付件数（通）	58,829	目標値	—	—	—	—	—	—	—
		実績値	557,367	55,365	45,684	45,686	44,826	20,000	
減額査定通知送付件数（通）	4	目標値	—	—	—	—	—	—	—
		実績値	4	1	1	1	1	1	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
令和5年度より医療費通知発送回数を5回から2回に変更			—						
第3期計画への考察及び補足事項									
継続									

事業タイトル	事業目標	事業概要		事業評価					
レセプト点検	レセプトの点検調査を的確に行い、診療報酬支払の適正化を図る。	茨城県国民健康保険団体連合会から請求のあったレセプトについて資格点検（縦覧点検・内容点検）を行う。		B					
ストラクチャー		縦覧、内容点検、国民健康保険団体連合会へ再審査請求を行う。							
国民健康保険団体連合会との連携		縦覧、内容点検を実施し、必要に応じ国民健康保険団体連合会へ再審査請求を行う。							
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
1人あたりの財政効果額（円）	1,078	目標値	—	—	—	—	—	上昇	B
		実績値	1,421	1,374	1,839	584	1,290	1,400	
1人あたりの財政効果率（％）	0.42	目標値	—	—	—	—	—	上昇	B
		実績値	0.55	0.50	0.67	0.12	0.20	0.25	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
—			コロナウイルス感染拡大年度大幅な減少がみられる。						
第3期計画への考察及び補足事項									
継続									

④ 介護予防関連事業

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価						
かっぱつ体操を普及する	市民ボランティア（うしくかっぱつ体操普及員）によるかっぱつ体操を市内全域で実施することで健康寿命の延伸を目指す。	市で養成した普及員が中心となって、うしくかっぱつ体操を地域の身近な区民会館で実施する。	B						
ストラクチャー		プロセス							
うしくかっぱつ体操普及員数		新規開設教室数、新規参加者の増加、継続者数の維持							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
参加者延べ人数（人）	30,521	目標値	—	—	—	—	—	—	B
		実績値	30,650	26,674	10,228	11,969	21,385	18,500	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
コロナ禍においても、普及活動を継続してくれた。			新型コロナウイルス感染症の流行により、普及員養成講座受講者数の減少や教室の閉鎖、参加者の低迷が続いたが、回復傾向にある。						
第3期計画への考察及び補足事項									
普及員の高齢化が課題であり、後継者の育成が急務である。									

事業タイトル	事業目標	事業概要	事業評価						
シルバーリハビリ体操を普及する	市民ボランティア（シルバーリハビリ体操指導士）によるシルバーリハビリ体操を市内全域で実施することで健康寿命の延伸を目指す。	茨城県が推奨する介護予防体操シルバーリハビリ体操を地域の身近な区民会館で実施する。	B						
ストラクチャー		プロセス							
シルバーリハビリ体操指導士数		新規開設教室数、新規参加者の増加、継続者数の維持							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
参加者延べ数（人）	13,832	目標値	—	—	—	—	—	—	B
		実績値	13,942	15,768	4,836	5,148	10,499	12,700	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
コロナ禍においても、普及活動を継続してくれた。			新型コロナウイルス感染症の流行により、普及員養成講座受講者数の減少や教室の閉鎖、参加者の低迷が続いたが、回復傾向にある。						
第3期計画への考察及び補足事項									
指導士の高齢化が課題であり、後継者の育成が急務である。									

事業タイトル	事業目標	事業概要		事業評価					
元気教室	地域住民が介護予防への理解を深め、自らが介護予防を実践できるようにする。	フレイルチェックを盛り込んだ「生涯かつばつ生活調査票」により、将来、要介護につながるやすいフレイル該当者を把握する。		E					
ストラクチャー		プロセス							
保健師、看護師		参加者数							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
参加者数（人）	0	目標値	—	—	—	—	—	—	E
		実績値	747	836	中止	中止	一体化に移行	一体化に移行	
開催行政区数（区）	0	目標値	—	—	—	—	—	—	E
		実績値	14	11	中止	中止	一体化に移行	一体化に移行	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	指標評価
基本チェックリストで把握できた割合（％）	55.1	目標値	—	—	—	—	—	—	E
		実績値	—	—	中止	中止	一体化に移行	一体化に移行	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
方法の検討、改善に努めた。			希望する行政区でしか実施できなかった。						
第3期計画への考察及び補足事項									
保健事業と介護予防等の一体的実施事業における健康状態不明者への個別支援に移行する。									

事業タイトル	事業目標		事業概要					事業評価	
お口から元気 口腔教室	自分の口に関心を持ち その状態と機能を理解する。 自分に合った口腔清掃法を習得する。		口腔ケア、口腔機能向上のためのケアやトレーニング方法を学び、自ら継続して実践することで、歯周病および口腔機能低下を予防する。					B	
ストラクチャー			プロセス						
県歯科衛生士会			参加者数						
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
参加者数（人）	12	目標値	—	—	—	—	—	30	B
		実績値	61	28	7	22	18	30	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
基本チェックリスト改善または維持の割合（％）	77.8	目標値	—	—	—	—	—	79.0	B
		実績値	—	—	—	—	—	—	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
制度に対応し、新たに「歯あとふるライフ教室」を立ち上げた。			H30年度から、口腔支援対象者に対する事業を総合事業の通所型サービスから一般介護予防事業へ移行となった。一般および支援対象者が気軽に参加できる教室にし、教室の名称も変更した。それに伴い、評価指標である基本チェックリストの実施がなくなり、評価につながらなかった。						
第3期計画への考察及び補足事項									
広く多くの方に参加してもらえるように広報やホームページ等の充実を図る。									

事業タイトル	事業目標	事業概要		事業評価					
体力アップ教室 （施設型、地域型）	自立した日常生活が出来るよう継続的なプログラムを実施する。	総合事業対象者および要支援者が通所型介護予防教室「体力アップ教室（施設型）」に参加することにより、要介護状態等となることを予防する。						B	
ストラクチャー		プロセス							
委託事業所の継続		国が定めた基本チェックリストにより、生活機能の低下がみられた方、要介護認定で要支援1，2の判定を受けた方のうち、市地域包括支援センター（2か所）において参加者を選出。							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
参加者数（人）	59	目標値	—	—	—	—	—	100	B
		実績値	41	43	10	16	16	21	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
生きがい尺度改善または維持の割合（％）	52.7	目標値	—	—	—	—	—	69.5	B
		実績値	65.6	68.8	—	87.5	80.0	69.5	
主観的健康改善または維持の割合（％）	90.9	目標値	—	—	—	—	—	95.8	B
		実績値	81.1	78.1	—	75.0	66.7	95.8	
基本チェックリスト改善または維持の割合（％）	65.5	目標値	—	—	—	—	—	75.0	B
		実績値	68.8	40.6	—	100.0	60.0	75.0	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
地域包括支援センターと情報共有ができた。			参加者の中に繰り返し参加する人が見られる。						
第3期計画への考察及び補足事項									
施設型（牛久愛和総合病院、つくばセントラル病院）の継続。 リピータが多いことから、教室後の受け皿としての地域型介護予防教室の充実が必要である。									

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
脳トレ教室	認知症について理解し予防の重要性を認識するとともに自ら予防方法が実践できるよう支援する。	検査編、運動編、音楽編の3種類の教室を開催。							B
ストラクチャー		プロセス							
保健師、看護師 講師：音楽療法士、運動指導士、理学療法士		参加者数 認知症予防教室への参加勧奨							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
参加者数（人）	－	目標値	－	－	－	－	－	50	A
		実績値	128	178	36	86	114	116	
認知症予防教室参加者数（人）	－	目標値	－	－	－	－	－	－	B
		実績値	27	29	11	12	8	19	
アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
生きがい尺度改善または維持の割合（％）	－	目標値	－	－	－	－	－	64.0	E
		実績値	－	－	－	－	－	－	
主観的健康観改善または維持の割合（％）	－	目標値	－	－	－	－	－	93.0	E
		実績値	－	－	－	－	－	－	
基本チェックリスト改善または維持の割合（％）	－	目標値	－	－	－	－	－	100.0	E
		実績値	－	－	－	－	－	－	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
市民の関心高く、定員を超える申し込みがある。			生きがい尺度、基本チェックリスト等による評価を実施しなかった。						
第3期計画への考察及び補足事項									
継続									

⑤ 介護給付費適正化関連事業

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
要介護認定の適正化	要介護認定の決定が適切に行われることで介護給付費の適正な給付につなげる。	介護認定調査票について、職員が「介護認定調査員テキスト」に則った解釈で確認する。							B
ストラクチャー		プロセス							
担当職員数		介護認定調査員テキストに則った解釈で調査できているか							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
要介護認定調査票確認件数（件）	2,679	目標値	2,500	2,500	2,500	—	—	現状維持	C
		実績値	2,855	2,321	1,374	3,433	2,433	2,300	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
—			—						
第3期計画への考察及び補足事項									
継続									

事業タイトル	事業目標	事業概要							事業評価
ケアプランの点検	介護給付費の適切な給付につなげる。	ケアプランを内容確認し、過不足のないサービスが提供されているか等確認する。							B
ストラクチャー		プロセス							
担当職員数		—							
アウトプット									
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価
ケアプラン点検数（件）	40	目標値	30	35	40	—	—	60	C
		実績値	31	39	52	42	42	42	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
—			国保連合会から提供されるチェック用データを活用できていない						
第3期計画への考察及び補足事項									
継続									

事業タイトル	事業目標	事業概要								事業評価
住宅改修・福祉用具 実態調査	介護給付費の適切な給付につなげる。	本人の生活動線上に必要な以上に改修することがないよう事前または事後において実態を調査する。福祉用具は生活状況や身体状況にあった福祉用具の購入となっているものかを調査する。								B
ストラクチャー		プロセス								
担当職員数		—								
アウトプット										
評価指標	開始時		平成 30年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	指標 評価	
実態調査件数（件）	190	目標値	250	250	250	—	—	300	C	
		実績値	186	232	216	274	254	240		
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因							
—			—							
第3期計画への考察及び補足事項										
「ケアプランの点検」と一体化して実施										

3 保険者努力支援制度

(1) 保険者努力支援制度の得点状況

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度であり、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成がなされる。牛久市においても、同制度を有効に活用しながら、より質の高い保健事業に取組めるように計画の策定をすすめる。

令和5年度の得点状況（図表2-3-1-1）をみると、合計点数は443で、達成割合は47.1%となっており、全国順位は第1,515位となっている。

項目別にみると、いずれの項目もプラスとなっている一方、国平均と比較して「特定健診・特定保健指導・メタボ」「がん検診・歯科健診」「生活習慣病の発症予防・重症化予防」「後発医薬品促進の取組・使用割合」「収納率」の得点が低く、県平均と比較して「特定健診・特定保健指導・メタボ」「がん検診・歯科健診」「生活習慣病の発症予防・重症化予防」「後発医薬品促進の取組・使用割合」「収納率」の得点が低い。

図表2-3-1-1：保険者努力支援制度の得点状況

		令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和5年度		
						牛久市	国_平均	県_平均
点数	総点数（満点）	880点	995点	1000点	960点	940点		
	合計点数	533	449	423	438	443	556	514
	達成割合	60.6%	45.1%	42.3%	45.6%	47.1%	59.1%	54.7%
	全国順位	737	1,404	1,502	1,518	1,515	-	-
共通	①特定健診・特定保健指導・メタボ	40	30	25	5	5	54	49
	②がん検診・歯科健診	25	30	30	25	27	40	28
	③生活習慣病の発症予防・重症化予防	100	80	90	90	55	84	81
	④個人インセンティブ・情報提供	75	110	110	60	65	50	42
	⑤重複多剤	50	50	40	45	45	42	40
	⑥後発医薬品促進の取組・使用割合	35	10	10	10	40	62	64
国保	①収納率	55	0	0	10	20	52	39
	②データヘルス計画	50	40	37	25	25	23	25
	③医療費通知	25	15	25	20	15	15	15
	④地域包括ケア・一体的実施	20	15	5	27	27	26	19
	⑤第三者求償	22	31	34	43	43	40	39
	⑥適正化かつ健全な事業運営	36	38	17	78	76	69	74

【出典】厚生労働省 国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果について

第3章 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

第3章においては、死亡、介護、医療、健診などの関連データを分析し、地域における健康課題を抽出する。

社会全体の健康や病気の進行は、しばしば、川の流に例えられる。厚生労働省は、生活習慣病の進行を川の上流から下流まで5段階に分け、レベルが進むごとに下流に流され、流された先には生活機能の低下や要介護状態が待っていることを図で示している。

第3章では、より多くの人が川の上流で健やかに生活できるよう課題を抽出し、施策の検討につなげるため、川のどの位置にどのくらいの人がかいて、どのような疾病構造になっているか等について、死亡、介護、医療、健診の順に川の下流から上流に向かって関連データを分析する。また、データ分析に際しては、保健事業における介入によって予防可能な疾患という観点から生活習慣病に着目し、川の下流に位置する重篤な疾患として主に国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針にもあげられている「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病（透析あり）」に、川の上流に位置する基礎疾患として「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」に焦点をあてる。

まず、第1節では死亡に関するデータを分析する。

第2節では介護に関するデータを分析する。

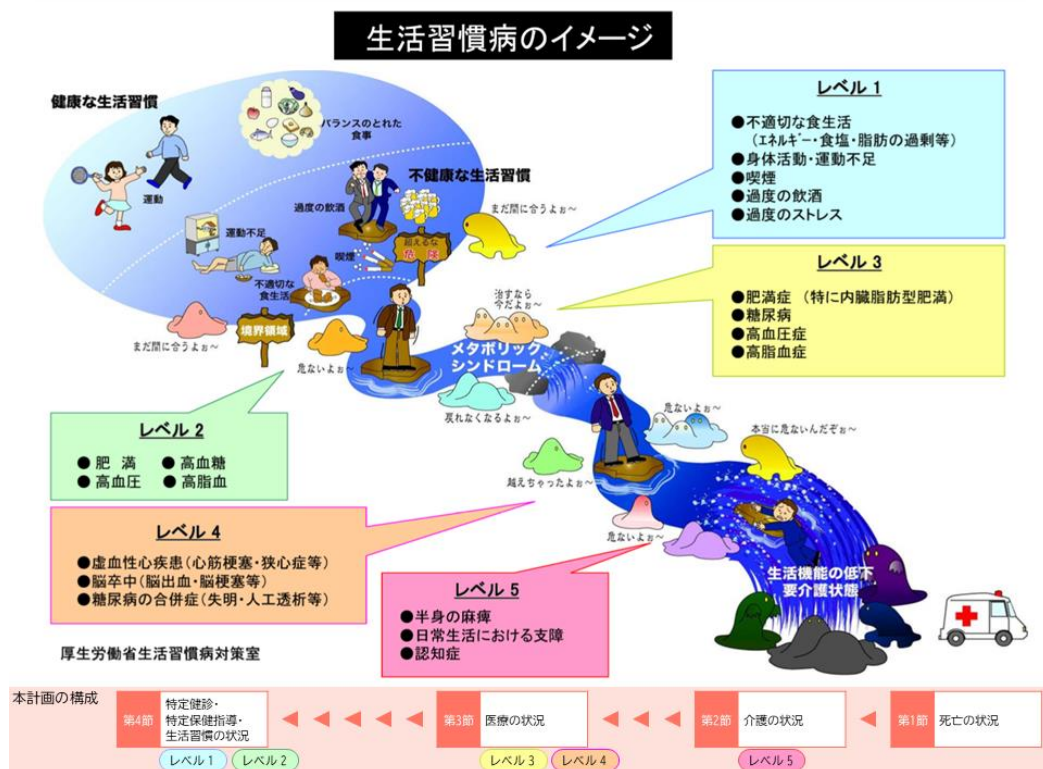
第3節では入院と外来に分けて医療費について医療費の3要素に分解して分析した後、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病に焦点をあて、前述の重篤な疾患と基礎疾患に分けてデータを分析する。

第4節では、さらに上流に遡り、特定健診や特定保健指導に関するデータと医療に関するデータを組み合わせて分析する。

第5節では、後期高齢者医療制度との接続を踏まえ、介護データと後期高齢者データを分析する。

第6節では、重複服薬や多剤服薬、後発医薬品などの分析を行う。

これを踏まえ、第7節において、地域における健康課題の全体像を整理した後、生活習慣病に関する健康課題とその他の健康課題について長期的評価指標及び短期的評価指標を設定する。



【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 一部改変

※生活習慣病とは、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症と進行に関与する疾患群」を指す

1 死亡の状況

(1) 死因別の死亡者数・割合

まず、死亡の状況について概観する。令和3年の人口動態調査から、国保被保険者以外も含む全住民の死因別の死亡者数を死因順位別にみると（図表3-1-1-1）、死因第1位は「老衰」で全死亡者の7.3%を占めている。次いで「脳血管疾患」（7.1%）、「虚血性心疾患」（6.1%）となっている。死亡者数の多い上位15死因について、全死亡者に占める死因別の死亡者数の割合を国や県と比較すると、「虚血性心疾患」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「大腸の悪性新生物」「胃の悪性新生物」「膵の悪性新生物」「不慮の事故（交通事故除く）」「肝及び肝内胆管の悪性新生物」「自殺」「大動脈瘤及び解離」の割合が高い。

保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で、生活習慣病の重篤な疾患に焦点をあてて死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第3位（6.1%）、「脳血管疾患」は第2位（7.1%）といずれも死因の上位に位置しているが、「腎不全」は第16位（1.3%）となっている。

図表3-1-1-1：死因別の死亡者数・割合



(2) 死因別の標準化死亡比（SMR）

① 平成25年から平成29年までの死因別SMR

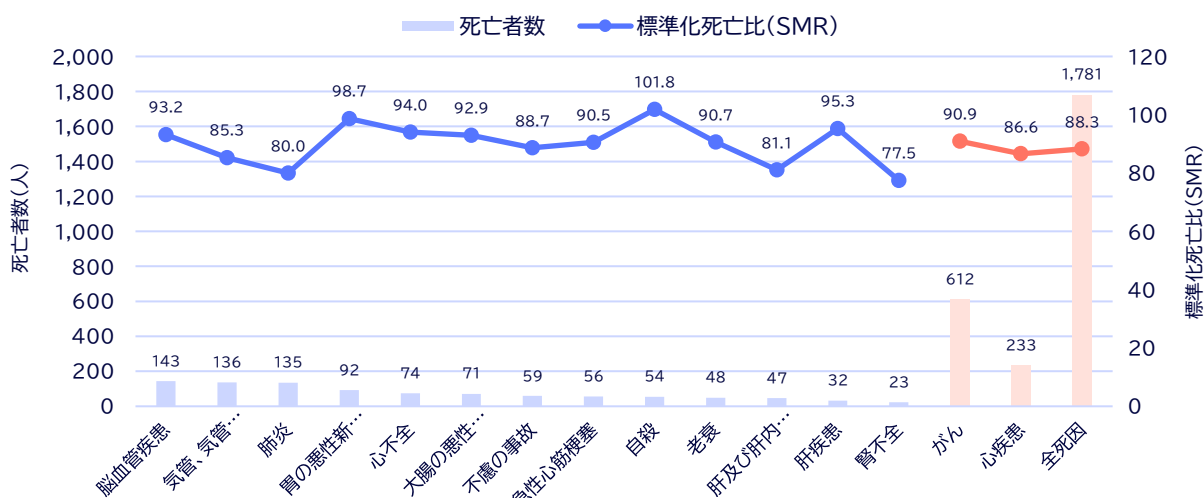
平成25年から平成29年までの累積疾病別死亡者数（図表3-1-2-1・図表3-1-2-2）をみると、男性の死因第1位は「脳血管疾患」、第2位は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」、第3位は「肺炎」となっている。女性の死因第1位は「老衰」、第2位は「脳血管疾患」、第3位は「肺炎」となっている。

国・県と死亡状況を比較するため年齢調整を行った標準化死亡比（SMR）を求めると、男性では、「胃の悪性新生物」（98.7）「肝疾患」（95.3）「心不全」（94.0）が高くなっている。女性では、「老衰」（120.1）「急性心筋梗塞」（109.3）「大腸の悪性新生物」（104.3）が高くなっている。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあててSMRをみると、男性では「急性心筋梗塞」は90.5、「脳血管疾患」は93.2、「腎不全」は77.5となっており、女性では「急性心筋梗塞」は109.3、「脳血管疾患」は83.5、「腎不全」は86.9となっている。

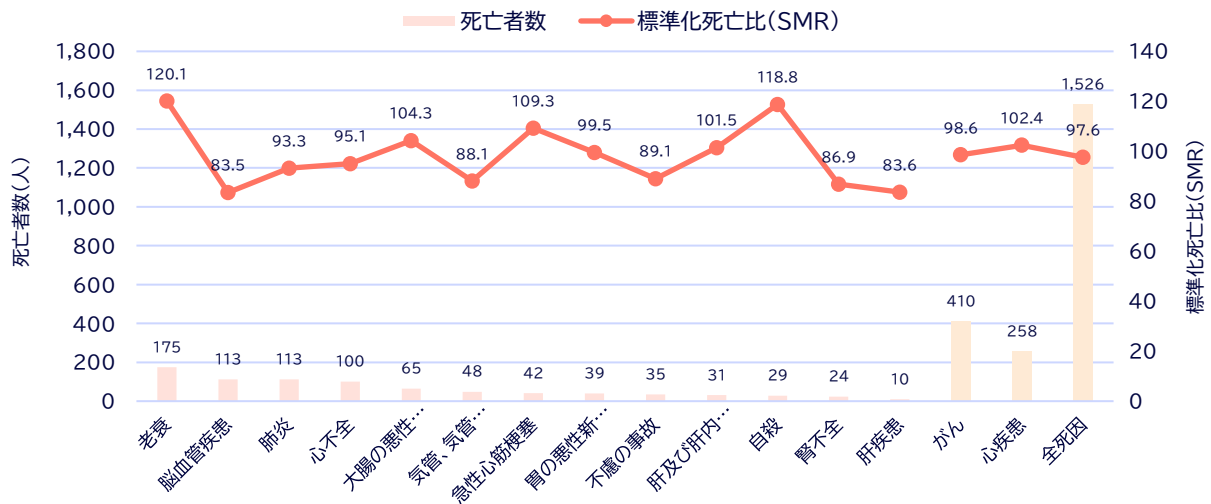
※標準化死亡比（SMR）：基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するものである。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される

図表3-1-2-1：平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR_男性



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比（SMR）		
			牛久市	県	国
1位	脳血管疾患	143	93.2	120.3	100
2位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	136	85.3	99.1	
3位	肺炎	135	80.0	112.2	
4位	胃の悪性新生物	92	98.7	112.0	
5位	心不全	74	94.0	104.3	
6位	大腸の悪性新生物	71	92.9	111.9	
7位	不慮の事故	59	88.7	100.5	
8位	急性心筋梗塞	56	90.5	147.3	
9位	自殺	54	101.8	102.0	100
10位	老衰	48	90.7	109.3	
11位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	47	81.1	96.6	
12位	肝疾患	32	95.3	97.7	
13位	腎不全	23	77.5	105.5	
参考	がん	612	90.9	101.7	
参考	心疾患	233	86.6	103.0	
参考	全死因	1,781	88.3	103.9	

図表3-1-2-2：平成25年から平成29年までの死因別の死亡者数とSMR_女性



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			牛久市	県	国
1位	老衰	175	120.1	111.1	100
2位	脳血管疾患	113	83.5	119.2	
2位	肺炎	113	93.3	121.1	
4位	心不全	100	95.1	109.6	
5位	大腸の悪性新生物	65	104.3	103.9	
6位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	48	88.1	94.9	
7位	急性心筋梗塞	42	109.3	149.9	
8位	胃の悪性新生物	39	99.5	113.1	

順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)		
			牛久市	県	国
9位	不慮の事故	35	89.1	103.9	100
10位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	31	101.5	82.0	
11位	自殺	29	118.8	102.1	
12位	腎不全	24	86.9	98.1	
13位	肝疾患	10	83.6	110.4	
参考	がん	410	98.6	101.2	
参考	心疾患	258	102.4	108.8	
参考	全死因	1,526	97.6	106.3	

【出典】厚生労働省 平成25～29年 人口動態保健所・市区町村別統計

※SMRの算出に際してはバイズ推定の手法が適用されている

※「がん」は、表内の「がん」を含むICD-10死因簡単分類における「悪性新生物」による死亡者数の合計

※「心疾患」は、表内の「急性心筋梗塞」「心不全」を含むICD-10死因簡単分類における「心疾患」による死亡者数の合計

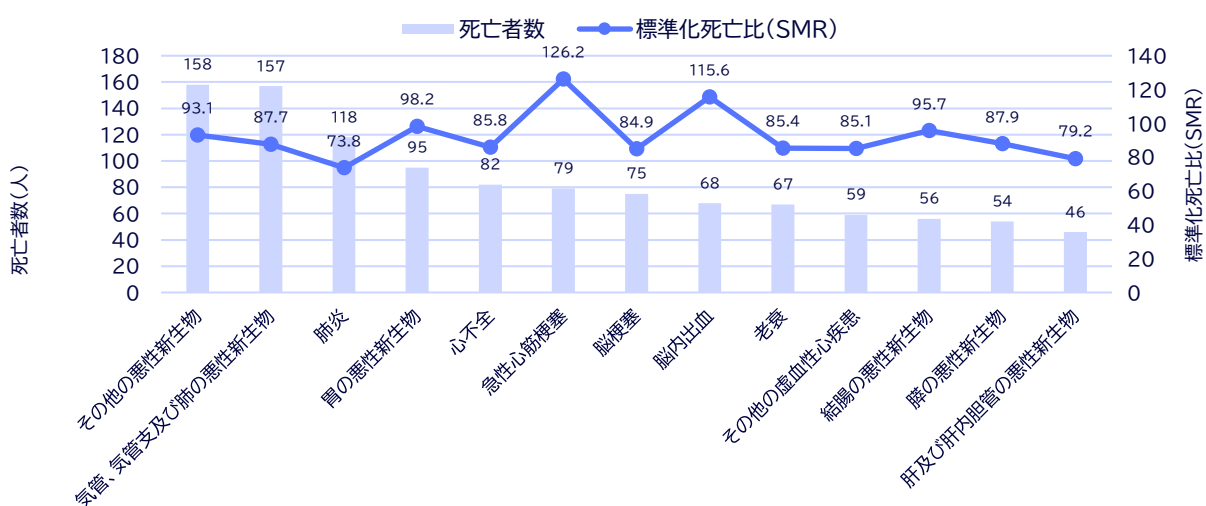
② 平成28年から令和2年までの死因別SMR

平成28年から令和2年までの累積疾病別死亡者数（図表3-1-2-3・図表3-1-2-4）をみると、男性の死因第1位は「その他の悪性新生物」、第2位は「気管、気管支及び肺の悪性新生物」、第3位は「肺炎」となっている。女性の死因第1位は「老衰」、第2位は「その他の悪性新生物」、第3位は「肺炎」となっている。

国と死亡状況を比較するため年齢調整を行った標準化死亡比（SMR）を求めると、男性では、「急性心筋梗塞」（126.2）「脳内出血」（115.6）「胃の悪性新生物」（98.2）が高くなっている。女性では、「不整脈及び伝導障害」（122.9）「急性心筋梗塞」（111.9）「その他の悪性新生物」（108.3）が高くなっている。

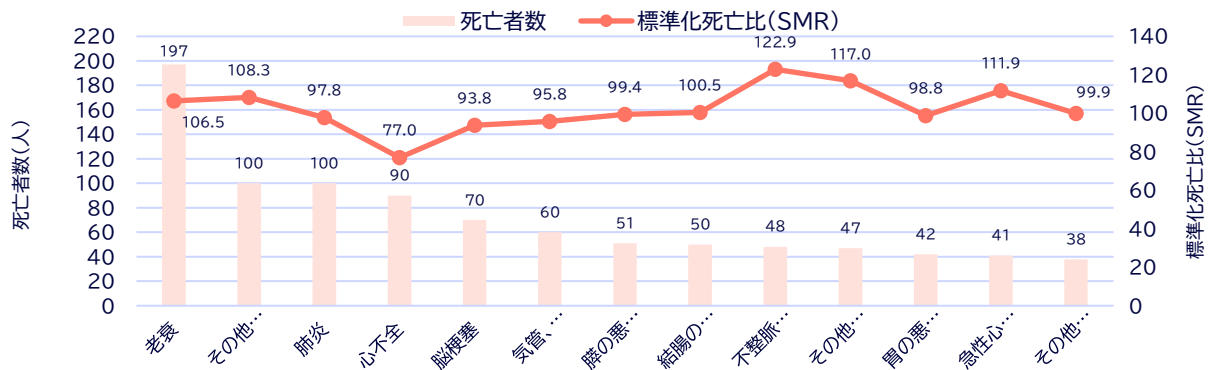
保健事業により予防可能な疾患に焦点をあててSMR（図表3-1-2-5）をみると、男女ともに急性心筋梗塞は100を上回っている。

図表3-1-2-3：平成28年から令和2年までの死因別の死亡者数とSMR_男性



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)	
			牛久市	国
1位	その他の悪性新生物	158	93.1	100
2位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	157	87.7	
3位	肺炎	118	73.8	
4位	胃の悪性新生物	95	98.2	
5位	心不全	82	85.8	
6位	急性心筋梗塞	79	126.2	
7位	脳梗塞	75	84.9	
8位	脳内出血	68	115.6	100
9位	老衰	67	85.4	
10位	その他の虚血性心疾患	59	85.1	
11位	結腸の悪性新生物	56	95.7	
12位	脾の悪性新生物	54	87.9	
13位	肝及び肝内胆管の悪性新生物	46	79.2	

図表3-1-2-4：平成28年から令和2年までの死因別の死亡者数とSMR_女性



順位	死因	死亡者数 (人)	標準化死亡比 (SMR)	
			牛久市	国
1位	老衰	197	106.5	100
2位	その他の悪性新生物	100	108.3	
3位	肺炎	100	97.8	
4位	心不全	90	77.0	
5位	脳梗塞	70	93.8	
6位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	60	95.8	
7位	脾の悪性新生物	51	99.4	
7位	結腸の悪性新生物	50	100.5	100
7位	不整脈及び伝導障害	48	122.9	
10位	その他の不慮の事故	47	117.0	
10位	胃の悪性新生物	42	98.8	
12位	急性心筋梗塞	41	111.9	
12位	その他の虚血性心疾患	38	99.9	

【出典】令和5年 茨城県市町村別健康指標

図表3-1-2-5：重篤な疾患の平成28年から令和2年までの死因別の死亡者数とSMR

死因	男性		女性	
	死亡者数 (人)	標準化死亡比SMR	死亡者数 (人)	標準化死亡比SMR
脳血管疾患	157	94.6	127	91.4
急性心筋梗塞	79	126.2	41	111.9
腎不全	20	49.8	22	70.3

【出典】令和5年 茨城県市町村別健康指標

2 介護の状況

(1) 要介護（要支援）認定者数・割合

次に介護の状況について概観する。要介護または要支援の認定を受けた人の数・割合（図表3-2-1-1）をみると、令和4年度の認定者数は3,596人（要支援1-2、要介護1-2、及び要介護3-5の合計）で、「要介護1-2」の人数が最も多くなっている。

第1号被保険者における要介護認定率は13.8%で、国・県より低い。第1号被保険者のうち65-74歳の前期高齢者の要介護認定率は3.1%、75歳以上の後期高齢者では23.2%となっている。

第2号被保険者における要介護認定率は0.3%となっており、国・県より低い。

図表3-2-1-1：令和4年度における要介護（要支援）認定区分別の認定者数・割合

	被保険者数 (人)	要支援1-2		要介護1-2		要介護3-5		牛久市	国	県
		認定者数 (人)	認定率	認定者数 (人)	認定率	認定者数 (人)	認定率	認定率	認定率	認定率
1号										
65-74歳	11,757	102	0.9%	155	1.3%	105	0.9%	3.1%	-	-
75歳以上	13,552	758	5.6%	1,302	9.6%	1,080	8.0%	23.2%	-	-
計	25,309	860	3.4%	1,457	5.8%	1,185	4.7%	13.8%	18.7%	16.0%
2号										
40-64歳	29,070	22	0.1%	37	0.1%	35	0.1%	0.3%	0.4%	0.4%
総計	54,379	882	1.6%	1,494	2.7%	1,220	2.2%	-	-	-

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

KDB帳票 S24_001-要介護（支援）者認定状況 令和4年度 累計

※認定率は、KDB帳票における年度毎の介護認定者数を住民基本台帳における年毎の人口で割って算出している

(2) 介護給付費

介護レセプト一件当たりの介護給付費（図表3-2-2-1）をみると、居宅サービスの給付費が国・県より多く、施設サービスの給付費が県より多くなっている。

図表3-2-2-1：介護レセプト一件当たりの介護給付費

	牛久市	国	県	同規模
計_一件当たり給付費（円）	63,533	59,662	67,698	63,298
（居宅）一件当たり給付費（円）	42,479	41,272	42,082	41,822
（施設）一件当たり給付費（円）	295,709	296,364	288,777	292,502

【出典】KDB帳票 S25_004-医療・介護の突合の経年比較 令和4年度 年次

(3) 要介護・要支援認定者の有病状況

要介護または要支援の認定を受けた人の有病割合（図表3-2-3-1）をみると、「心臓病」（54.1％）が最も高く、次いで「高血圧症」（48.8％）、「筋・骨格関連疾患」（46.4％）となっている。

国と比較すると、「がん」の有病割合が高い。

県と比較すると、「脂質異常症」「がん」「精神疾患」「認知症」「アルツハイマー病」の有病割合が高い。

保健事業により予防可能な疾患に焦点をあて、介護認定者における重篤な疾患の有病割合をみると、「心臓病」は54.1％、「脳血管疾患」は21.0％となっている。また、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合をみると、「糖尿病」は21.3％、「高血圧症」は48.8％、「脂質異常症」は29.3％となっている。

図表3-2-3-1：要介護・要支援認定者の有病状況



【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

3 医療の状況

(1) 医療費の3要素

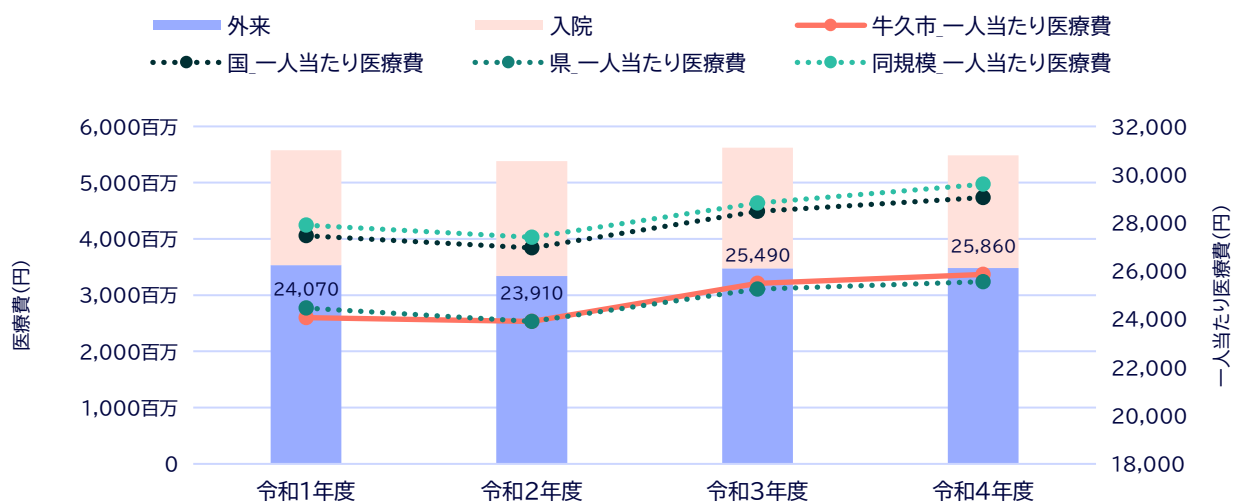
① 総医療費及び一人当たり医療費の推移

ここからは、医療の状況について概観する。令和4年度の総医療費は54億8,600万円で（図表3-3-1-1）、令和1年度と比較して1.6%減少している。令和4年度の総医療費に占める入院医療費の割合は36.6%、外来医療費の割合は63.4%となっている。

令和4年度の1か月当たりの一人当たり医療費は25,860円で、令和1年度と比較して7.4%増加している。国や県と比較すると一人当たり医療費は国より低い、県より高い。

医療費を集団や経年で比較する際には、総医療費を加入者数で割った一人当たり医療費が用いられる。一人当たり医療費は、受診率、レセプト一件当たり日数、及び一日当たり医療費を乗じて算出できることから、次頁以降は、一人当たり医療費をこれらの3要素に分解して分析する。

図表3-3-1-1：総医療費・一人当たりの医療費



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
						割合	令和1年度からの変化率 (%)
医療費 (円)	総額	5,576,377,940	5,381,863,710	5,620,525,850	5,486,277,840	-	-1.6
	入院	2,041,968,560	2,039,694,760	2,145,003,070	2,006,232,170	36.6%	-1.8
	外来	3,534,409,380	3,342,168,950	3,475,522,780	3,480,045,670	63.4%	-1.5
一人当たり月額医療費 (円)	牛久市	24,070	23,910	25,490	25,860	-	7.4
	国	27,470	26,960	28,470	29,050	-	5.8
	県	24,470	23,910	25,250	25,560	-	4.5
	同規模	27,900	27,400	28,820	29,600	-	6.1

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

※一人当たり医療費は、月平均を算出

② 入院外来別医療費の3要素

前頁の一人当たり月額医療費を入院別及び外来別に国や県と比較する。

令和4年度の一人当たり月額医療費（図表3-3-1-2）は、入院が9,460円で、国の一人当たり月額医療費11,650円と比較すると2,190円少ない。これは受診率、一件当たり日数が国の値を下回っているためである。県の一人当たり月額医療費9,430円と比較すると30円多い。これは受診率、一日当たり医療費が県の値を上回っているためである。

外来の一人当たり月額医療費は16,400円で、国の一人当たり月額医療費17,400円と比較すると1,000円少ない。これは受診率、一件当たり日数が国の値を下回っているためである。県の一人当たり月額医療費16,130円と比較すると270円多くなっており、これは受診率が県の値を上回っているためである。

図表3-3-1-2：入院外来別医療費の3要素

入院	牛久市	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	9,460	11,650	9,430	11,980
受診率（件/千人）	16.1	18.8	15.8	19.6
一件当たり日数（日）	14.8	16.0	15.4	16.3
一日当たり医療費（円）	39,630	38,730	38,830	37,500

外来	牛久市	国	県	同規模
一人当たり月額医療費（円）	16,400	17,400	16,130	17,620
受診率（件/千人）	678.3	709.6	656.6	719.9
一件当たり日数（日）	1.4	1.5	1.4	1.5
一日当たり医療費（円）	17,190	16,500	17,470	16,630

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

※一人当たり医療費は、月平均を算出

※受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数

※一件当たり日数：受診した日数/レセプト件数

※一日当たり医療費：総医療費/受診した日数

(2) 疾病分類別入院医療費及び受診率

① 疾病分類（大分類）別入院医療費

入院医療費について疾病19分類（大分類）別の構成をみる（図表3-3-2-1）。統計の制約上、医療費の3要素のうち、一日当たり医療費及び一件当たり日数が把握できないため、レセプト一件当たり医療費で代替する。なお、一枚のレセプトに複数の傷病名がある場合は、最も点数が高い疾病で集計している。

入院医療費が最も高い疾病は「新生物」で、年間医療費は4億800万円、入院総医療費に占める割合は20.3%である。次いで高いのは「循環器系の疾患」で3億6,700万円（18.3%）であり、これらの疾病で入院総医療費の38.6%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患についてみると、「循環器系の疾患」の受診率及びレセプト一件当たり医療費は、いずれも他の疾病と比較して高い傾向にあり、「循環器系の疾患」の入院医療費が高額な原因となっている。

図表3-3-2-1：疾病分類（大分類）別入院医療費（男女合計）

順位	疾病分類（大分類）	医療費（円）	一人当たり医療費（円）	割合	受診率	割合（受診率）	レセプト一件当たり医療費（円）
1位	新生物	407,689,100	23,061	20.3%	26.8	13.9%	860,104
2位	循環器系の疾患	367,285,800	20,775	18.3%	22.9	11.8%	909,123
3位	精神及び行動の障害	238,879,530	13,512	11.9%	32.5	16.8%	416,166
4位	筋骨格系及び結合組織の疾患	174,458,450	9,868	8.7%	12.4	6.4%	792,993
5位	損傷、中毒及びその他の外因の影響	147,305,170	8,332	7.3%	10.6	5.5%	783,538
6位	消化器系の疾患	126,445,540	7,152	6.3%	18.4	9.5%	389,063
7位	神経系の疾患	120,876,870	6,837	6.0%	13.5	7.0%	505,761
8位	呼吸器系の疾患	83,927,260	4,747	4.2%	9.2	4.8%	514,891
9位	尿路性器系の疾患	60,399,460	3,416	3.0%	7.3	3.8%	468,213
10位	内分泌、栄養及び代謝疾患	43,071,640	2,436	2.1%	5.5	2.8%	444,038
11位	眼及び付属器の疾患	34,033,790	1,925	1.7%	4.9	2.5%	391,193
12位	皮膚及び皮下組織の疾患	28,672,020	1,622	1.4%	2.8	1.4%	585,143
13位	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	24,269,690	1,373	1.2%	1.8	0.9%	758,428
14位	感染症及び寄生虫症	20,388,500	1,153	1.0%	1.8	0.9%	637,141
15位	先天奇形、変形及び染色体異常	15,560,400	880	0.8%	0.2	0.1%	3,890,100
16位	症状、徴候及び異常臨床検査所見で他に分類されないもの	12,584,140	712	0.6%	1.6	0.8%	433,936
17位	妊娠、分娩及び産後	7,059,170	399	0.4%	2.4	1.3%	164,167
18位	周産期に発生した病態	5,183,410	293	0.3%	0.7	0.4%	398,724
19位	耳及び乳様突起の疾患	4,195,870	237	0.2%	0.6	0.3%	381,443
-	その他	83,496,350	4,723	4.2%	17.4	9.0%	271,092
-	総計	2,005,782,160	-	-	-	-	-

【出典】KDB帳票 S23_003-疾病別医療費分析（大分類）令和4年度 累計

※図表3-3-1-1の入院医療費と総計が異なるのは、図表3-3-1-1においては年齢に関係なく、国保のレセプトを集計しているのに対し、本表では被保険者の生年月日から算出した年齢によって集計対象のレセプトを絞り込んでいるためである

※疾病分類別の一人当たり医療費は、該当疾病分類における年間の医療費を各年度の各月毎の被保険者数から算出する年間平均被保険者数で割ったものである（以下同様）

※KDBシステムにて設定されている疾病分類（大分類）区分のうち、特殊目的用コード、傷病及び死亡の外因、健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他（上記以外のもの）を「その他」にまとめている

② 疾病分類（中分類）別入院医療費

入院医療費を疾病中分類別にみると（図表3-3-2-2）、「その他の悪性新生物(喉頭がん・食道がん・膵臓がん等)」の医療費が最も高く1億6,200万円で、8.1%を占めている。

循環器系疾患の入院医療費をみると、「脳梗塞」が5位（3.5%）、「虚血性心疾患」が10位（3.4%）となっている。

これらの上位20疾病で、入院総医療費の65.0%を占めている。

図表3-3-2-2：疾病分類（中分類）別_入院医療費_上位20疾病（男女合計）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	一人当たり	割合	受診率	割合 （受診率）	レセプト 一件当たり 医療費（円）
			医療費（円）				
1位	その他の悪性新生物(喉頭がん・食道がん・膵臓がん等)	161,706,910	9,147	8.1%	10.1	5.2%	908,466
2位	その他の心疾患(心臓弁膜症・不整脈・心房・心室中隔欠損症等)	139,533,010	7,893	7.0%	6.3	3.2%	1,257,054
3位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	111,936,930	6,332	5.6%	18.1	9.4%	349,803
4位	その他の消化器系の疾患(潰瘍性腸炎・腸閉塞・大腸ポリープ等)	84,306,230	4,769	4.2%	13.0	6.7%	368,149
5位	脳梗塞	70,823,620	4,006	3.5%	5.0	2.6%	795,771
6位	その他の神経系の疾患(一過性脳虚血発作・睡眠時無呼吸症候群等)	69,721,880	3,944	3.5%	7.7	4.0%	512,661
7位	骨折	69,385,930	3,925	3.5%	6.2	3.2%	636,568
8位	その他損傷及びその他外因の影響(頭皮の表在損傷・眼瞼及び眼球周囲部の挫傷等)	69,120,040	3,910	3.4%	3.8	2.0%	1,016,471
9位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	68,370,650	3,867	3.4%	4.5	2.3%	865,451
10位	虚血性心疾患	67,207,450	3,802	3.4%	5.2	2.7%	730,516
11位	関節症	58,936,740	3,334	2.9%	2.9	1.5%	1,133,399
12位	その他の呼吸器系の疾患(気胸・間質性肺炎等)	52,648,110	2,978	2.6%	5.4	2.8%	554,191
13位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患(ブドウ球菌性(多発性)関節炎・肺炎球菌性(多発性)関節炎等)	44,195,140	2,500	2.2%	4.0	2.0%	631,359
14位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	39,558,100	2,238	2.0%	5.3	2.7%	420,831
15位	その他の精神及び行動の障害(認知症等)	35,722,390	2,021	1.8%	2.9	1.5%	700,439
16位	結腸の悪性新生物	35,465,620	2,006	1.8%	2.1	1.1%	958,530
17位	腎不全	33,151,240	1,875	1.7%	3.1	1.6%	602,750
18位	糖尿病	31,390,060	1,776	1.6%	4.1	2.1%	430,001
19位	胃の悪性新生物	31,068,570	1,757	1.5%	2.1	1.1%	839,691
20位	脊椎障害(脊椎症を含む)	29,835,520	1,688	1.5%	1.9	1.0%	877,515

【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

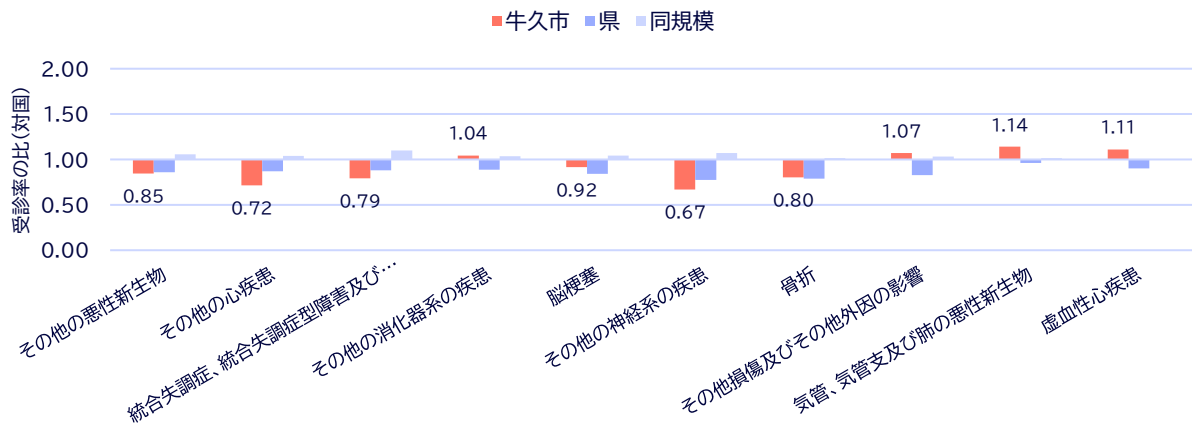
※KDBシステムにて設定されている疾病分類（中分類）区分のうち、特殊目的用コード、傷病及び死亡の外因、健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他（上記以外のもの）が医療費の上位に位置している場合、順位からは除外している。（中分類別の集計においては以下同様）

③ 疾病分類（中分類）別入院受診率の比較

入院医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較する（図表3-3-2-3）。国との比が1を超えているものは国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病である。国と比較して受診率が特に高い疾病は「糖尿病」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「虚血性心疾患」である。

また、前述した循環器系疾患について受診率をみると、「脳梗塞」が国の0.9倍、「虚血性心疾患」が国の1.1倍となっている。

図表3-3-2-3：疾病分類（中分類）別入院受診率比較_上位の疾病（男女合計）



※グラフ内のその他疾患の詳細は下記表参照。

順位	疾病分類（中分類）	受診率						
		牛久市	国	県	同規模	国との比		
						牛久市	県	同規模
1位	その他の悪性新生物(喉頭がん・食道がん・膵臓がん等)	10.1	11.9	10.3	12.6	0.85	0.86	1.06
2位	その他の心疾患(心臓弁膜症・不整脈・心房・心室中隔欠損症等)	6.3	8.8	7.6	9.1	0.72	0.87	1.04
3位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	18.1	22.8	20.1	25.1	0.79	0.88	1.10
4位	その他の消化器系の疾患(潰瘍性腸炎・腸閉塞・大腸ポリープ等)	13.0	12.4	11.0	12.9	1.04	0.89	1.04
5位	脳梗塞	5.0	5.5	4.6	5.7	0.92	0.84	1.04
6位	その他の神経系の疾患(一過性脳虚血発作・睡眠時無呼吸症候群等)	7.7	11.5	8.9	12.3	0.67	0.77	1.07
7位	骨折	6.2	7.7	6.1	7.8	0.80	0.79	1.02
8位	その他損傷及びその他外因の影響(頭皮の表在損傷・眼瞼及び眼球周囲部の挫傷等)	3.8	3.6	3.0	3.7	1.07	0.83	1.03
9位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	4.5	3.9	3.8	4.0	1.14	0.96	1.01
10位	虚血性心疾患	5.2	4.7	4.2	4.7	1.11	0.90	1.00
11位	関節症	2.9	3.9	3.4	4.2	0.75	0.87	1.07
12位	その他の呼吸器系の疾患(気胸・間質性肺炎等)	5.4	6.8	5.0	7.0	0.79	0.74	1.03
13位	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患(ブドウ球菌性(多発性)関節炎・肺炎球菌性(多発性)関節炎等)	4.0	5.1	4.3	5.0	0.77	0.83	0.97
14位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	5.3	7.9	7.1	8.8	0.67	0.90	1.12
15位	その他の精神及び行動の障害(認知症等)	2.9	3.4	2.5	3.5	0.84	0.72	1.01
16位	結腸の悪性新生物	2.1	2.4	2.1	2.4	0.87	0.87	1.01
17位	腎不全	3.1	5.8	3.2	5.9	0.54	0.56	1.02
18位	糖尿病	4.1	3.1	2.3	3.2	1.35	0.76	1.06
19位	胃の悪性新生物	2.1	2.0	1.8	2.2	1.07	0.93	1.11
20位	脊椎障害(脊椎症を含む)	1.9	3.0	2.6	3.2	0.65	0.89	1.06

【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

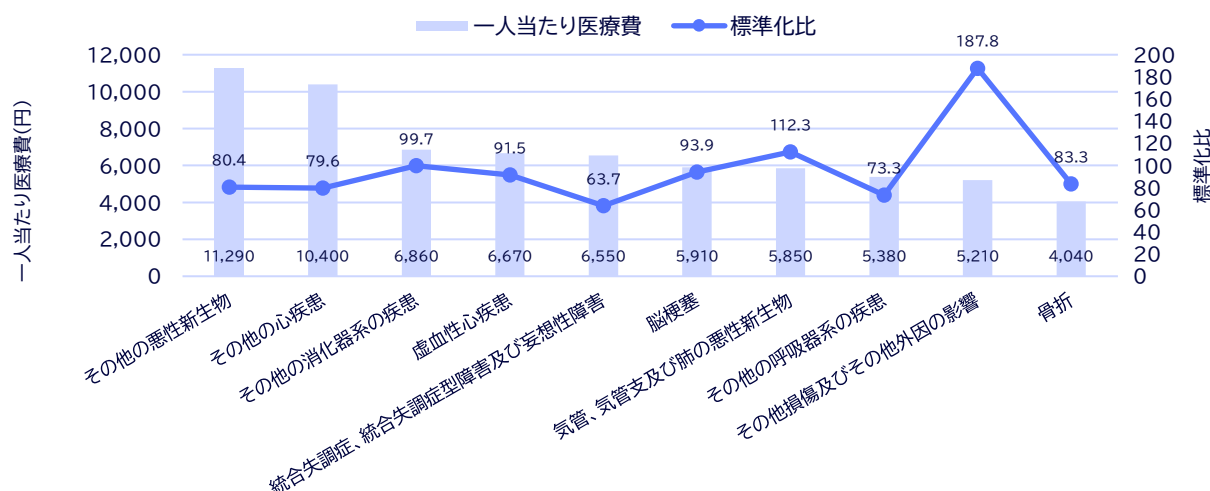
④ 疾病分類（中分類）別入院に係る一人当たり医療費と標準化比

疾病別の入院医療費について、国の一人当たり医療費を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し、国と比較する。医療費の地域差要因としては人口構成、医療提供体制、健康意識、受診行動、生活習慣、診療パターンなどが指摘されているが、標準化比を算出することで、これらの要因のうち人口構成による影響を取り除いた上で一人当たり医療費を比較することが可能となる。

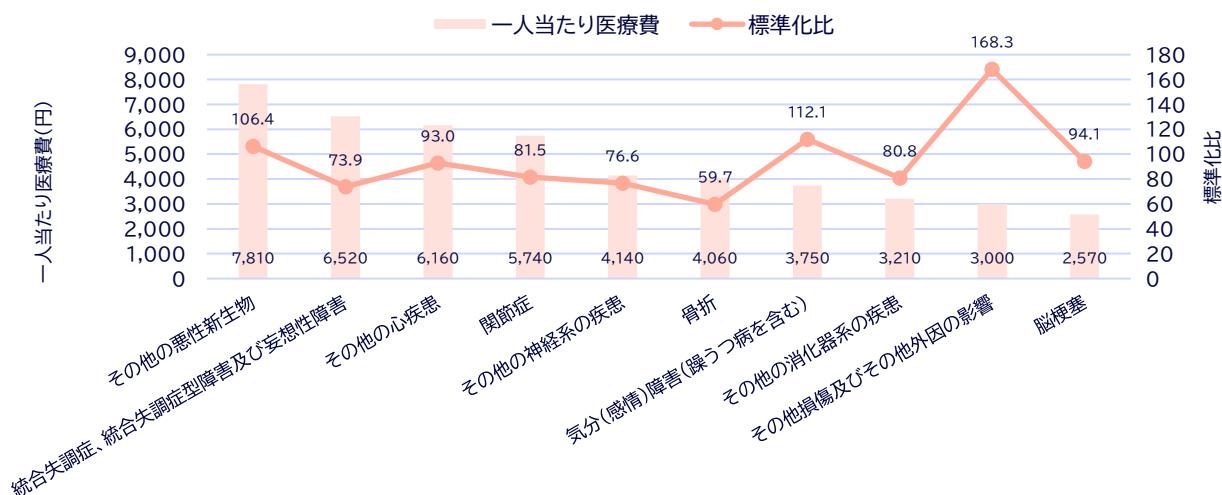
男性においては（図表3-3-2-4）、一人当たり入院医療費は「その他の悪性新生物(喉頭がん・食道がん・膵臓がん等)」「その他の心疾患(心臓弁膜症・不整脈・心房・心室中隔欠損症等)」「その他の消化器系の疾患(潰瘍性腸炎・腸閉塞・大腸ポリープ等)」の順に高く、標準化比は「その他損傷及びその他外因の影響(頭皮の表在損傷・眼瞼及び眼球周囲部の挫傷等)」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「その他の消化器系の疾患(潰瘍性腸炎・腸閉塞・大腸ポリープ等)」の順に高くなっている。また、循環器系疾患についてみると、「虚血性心疾患」が第4位（標準化比91.5）、「脳梗塞」が第6位（標準化比93.9）となっている。

女性においては（図表3-3-2-5）、一人当たり入院医療費は「その他の悪性新生物」「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「その他の心疾患」の順に高く、標準化比は「その他損傷及びその他外因の影響」「気分（感情）障害（躁うつ病を含む）」「その他の悪性新生物」の順に高くなっている。循環器系疾患についてみると、「脳梗塞」が第10位（標準化比94.1）となっている。

図表3-3-2-4：疾病分類（中分類）別入院医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病_男性



図表3-3-2-5：疾病分類（中分類）別入院医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病_女性



※図表内のその他の疾病の詳細は、「図表3-3-2-6：疾病分類（中分類）別_入院医療費_上位20疾病（男女合計）」の疾病分類（中分類）参照。

(3) 疾病分類別外来医療費及び受診率

① 疾病分類（中分類）別外来医療費

入院医療費に続き外来医療費について、疾病別医療費、受診率、一人当たり医療費をみる。

疾病別の外来医療費をみると（図表3-3-3-1）、「糖尿病」の医療費が最も高く3億2,800万円で、外来総医療費の9.5%を占めている。受診率と医療費をみると、受診率が他の疾病と比較して高く、「糖尿病」の外来医療費が高額な原因となっている。

次いで外来医療費が高いのは「その他の悪性新生物(喉頭がん・食道がん・膵臓がん等)」で1億9,700万円（5.7%）、「その他の眼及び付属器の疾患(糖尿病網膜症・緑内障等)」で1億9,600万円（5.7%）となっており、上位20疾病で外来総医療費の66.8%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患という観点で重篤な疾患についてみると、「腎不全」が外来医療費の上位に入っている。

一方で、重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患については、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が外来医療費の上位に入っている。

図表3-3-3-1：疾病分類（中分類）別_外来医療費_上位20疾病（男女合計）

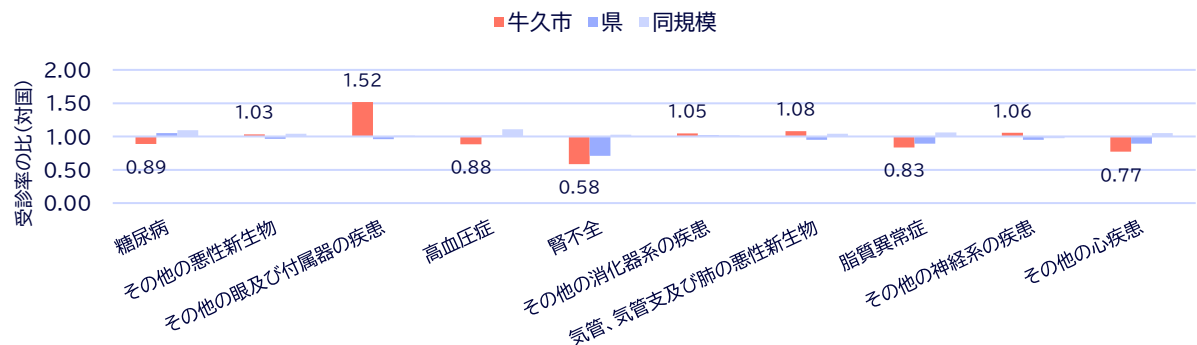
順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	一人当たり 医療費（円）	割合	受診率	割合 （受診率）	レセプト 一件当たり 医療費（円）
1位	糖尿病	328,050,950	18,556	9.5%	576.8	7.1%	32,168
2位	その他の悪性新生物(喉頭がん・食道がん・膵臓がん等)	196,974,970	11,142	5.7%	87.9	1.1%	126,754
3位	その他の眼及び付属器の疾患(糖尿病網膜症・緑内障等)	195,889,670	11,080	5.7%	792.1	9.7%	13,989
4位	高血圧症	182,031,950	10,297	5.3%	765.0	9.4%	13,459
5位	腎不全	150,340,730	8,504	4.3%	34.8	0.4%	244,456
6位	その他の消化器系の疾患(潰瘍性腸炎・腸閉塞・大腸ポリープ等)	141,709,930	8,016	4.1%	270.9	3.3%	29,585
7位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	127,439,750	7,209	3.7%	22.0	0.3%	327,609
8位	脂質異常症	117,367,500	6,639	3.4%	475.0	5.8%	13,976
9位	その他の神経系の疾患(一過性脳虚血発作・睡眠時無呼吸症候群等)	116,928,600	6,614	3.4%	305.5	3.8%	21,649
10位	その他の心疾患(心臓弁膜症・不整脈・心房・心室中隔欠損症等)	116,858,070	6,610	3.4%	182.3	2.2%	36,269
11位	炎症性多発性関節障害	98,094,750	5,549	2.8%	90.7	1.1%	61,194
12位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	77,868,580	4,405	2.3%	219.2	2.7%	20,095
13位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	72,700,300	4,112	2.1%	152.7	1.9%	26,926
14位	乳房の悪性新生物	66,866,480	3,782	1.9%	43.6	0.5%	86,727
15位	貧血	59,787,930	3,382	1.7%	8.3	0.1%	406,721
16位	白血病	58,689,980	3,320	1.7%	6.4	0.1%	514,824
17位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患(アレルギー性じんま・蕁麻疹・化膿性汗腺炎等)	52,708,960	2,981	1.5%	188.6	2.3%	15,805
18位	喘息	51,417,890	2,908	1.5%	136.3	1.7%	21,344
19位	骨の密度及び構造の障害	50,655,690	2,865	1.5%	141.7	1.7%	20,222
20位	その他の内分泌、栄養及び代謝障害(痛風・高尿酸血症等)	47,868,620	2,708	1.4%	39.8	0.5%	68,092

② 疾病分類（中分類）別外来受診率の比較

外来医療費が上位の疾病について、国と受診率を比較する（図表3-3-3-2）。国との比が1を超えているものは、国よりも受診率が高い疾病、すなわち医療機関を受診している人が国平均よりも多い疾病である。国と比較して受診率が特に高い疾病は「白血病」「その他の眼及び付属器の疾患(糖尿病網膜症・緑内障等)」「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」である。

重篤な疾患について国との受診率の比をみると、「腎不全」（0.6）となっている。基礎疾患については「糖尿病」（0.9）、「高血圧症」（0.9）、「脂質異常症」（0.8）となっている。

図表3-3-3-2：疾病分類（中分類）別_外来受診率比較_上位の疾病（男女合計）



※グラフ内のその他疾患の詳細は下記表参照。

順位	疾病分類（中分類）	受診率						
		牛久市	国	県	同規模	国との比		
						牛久市	県	同規模
1位	糖尿病	576.8	651.2	684.5	711.9	0.89	1.05	1.09
2位	その他の悪性新生物(喉頭がん・食道がん・膵臓がん等)	87.9	85.0	82.0	88.6	1.03	0.96	1.04
3位	その他の眼及び付属器の疾患(糖尿病網膜症・緑内障等)	792.1	522.7	501.6	528.1	1.52	0.96	1.01
4位	高血圧症	765.0	868.1	880.7	963.1	0.88	1.01	1.11
5位	腎不全	34.8	59.5	42.3	61.0	0.58	0.71	1.03
6位	その他の消化器系の疾患(潰瘍性腸炎・腸閉塞・大腸ポリープ等)	270.9	259.2	263.5	264.2	1.05	1.02	1.02
7位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	22.0	20.4	19.3	21.2	1.08	0.95	1.04
8位	脂質異常症	475.0	570.5	508.2	605.8	0.83	0.89	1.06
9位	その他の神経系の疾患(一過性脳虚血発作・睡眠時無呼吸症候群等)	305.5	288.9	273.9	281.8	1.06	0.95	0.98
10位	その他の心疾患(心臓弁膜症・不整脈・心房・心室中隔欠損症等)	182.3	236.5	211.5	249.1	0.77	0.89	1.05
11位	炎症性多発性関節障害	90.7	100.5	90.7	103.9	0.90	0.90	1.03
12位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	219.2	223.8	192.7	212.9	0.98	0.86	0.95
13位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	152.7	132.0	131.4	136.9	1.16	0.99	1.04
14位	乳房の悪性新生物	43.6	44.6	37.9	42.7	0.98	0.85	0.96
15位	貧血	8.3	11.9	11.4	12.2	0.70	0.96	1.03
16位	白血病	6.4	3.4	3.0	3.5	1.91	0.88	1.05
17位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患(アレルギー性じんま<蕁麻疹>疹・化膿性汗腺炎等)	188.6	207.7	163.1	185.3	0.91	0.79	0.89
18位	喘息	136.3	167.9	159.4	159.7	0.81	0.95	0.95
19位	骨の密度及び構造の障害	141.7	171.3	139.5	169.5	0.83	0.81	0.99
20位	その他の内分泌、栄養及び代謝障害(痛風・高尿酸血症等)	39.8	50.1	41.4	48.0	0.79	0.83	0.96

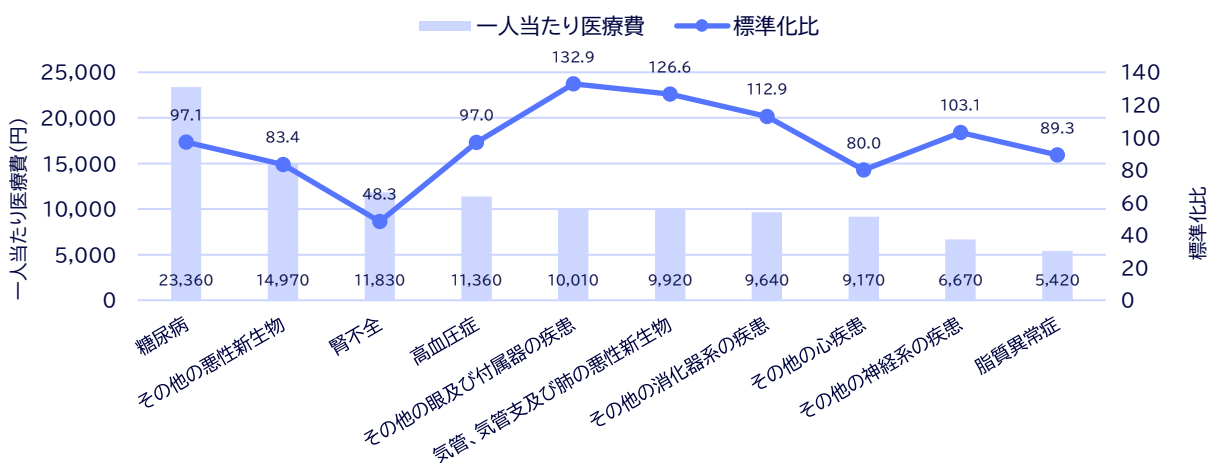
③ 疾病分類（中分類）別外来に係る一人当たり医療費と標準化比

疾病別の一人当たり外来医療費について、国の一人当たり医療費を100とした標準化比を求め、人口構成による影響を取り除いた上で国と比較する。

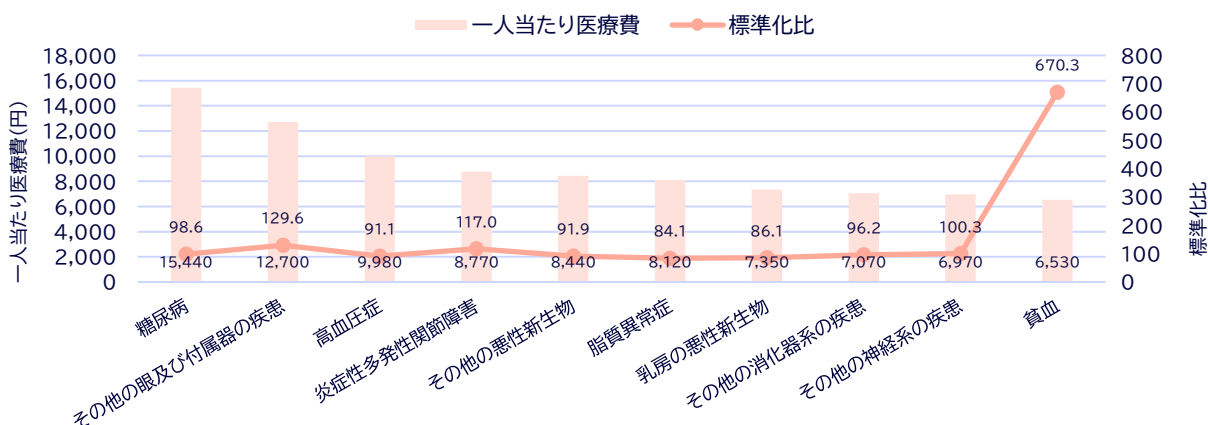
男性においては（図表3-3-3-3）、一人当たり外来医療費は「糖尿病」「その他の悪性新生物(喉頭がん・食道がん・膵臓がん等)」「腎不全」の順に高く、標準化比は「その他の眼及び付属器の疾患(糖尿病網膜症・緑内障等)」「気管、気管支及び肺の悪性新生物」「その他の消化器系の疾患(潰瘍性腸炎・腸閉塞・大腸ポリープ等)」の順に高くなっている。重篤な疾患である「腎不全」は3位（標準化比48.3）、基礎疾患である「糖尿病」は1位（標準化比97.1）、「高血圧症」は4位（標準化比97.0）、「脂質異常症」は10位（標準化比89.3）となっている。

女性においては（図表3-3-3-4）、一人当たり外来医療費は「糖尿病」「その他の眼及び付属器の疾患(糖尿病網膜症・緑内障等)」「高血圧症」の順に高く、標準化比は「貧血」「その他の眼及び付属器の疾患(糖尿病網膜症・緑内障等)」「炎症性多発性関節障害」の順に高くなっている。基礎疾患である「糖尿病」は1位（標準化比98.6）、「高血圧症」は3位（標準化比91.1）、「脂質異常症」は6位（標準化比84.1）となっている。

図表3-3-3-3：疾病分類（中分類）別_外来医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病_男性



図表3-3-3-4：疾病分類（中分類）別_外来医療費・標準化比_一人当たり医療費上位10疾病_女性



【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

※図表内のその他疾病の詳細は、「図表3-3-3-5：疾病分類（中分類）別_外来医療費_上位20疾病（男女合計）」の疾病分類（中分類）参照。

(4) 生活習慣病（重篤な疾患・基礎疾患）における受診率

① 生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率

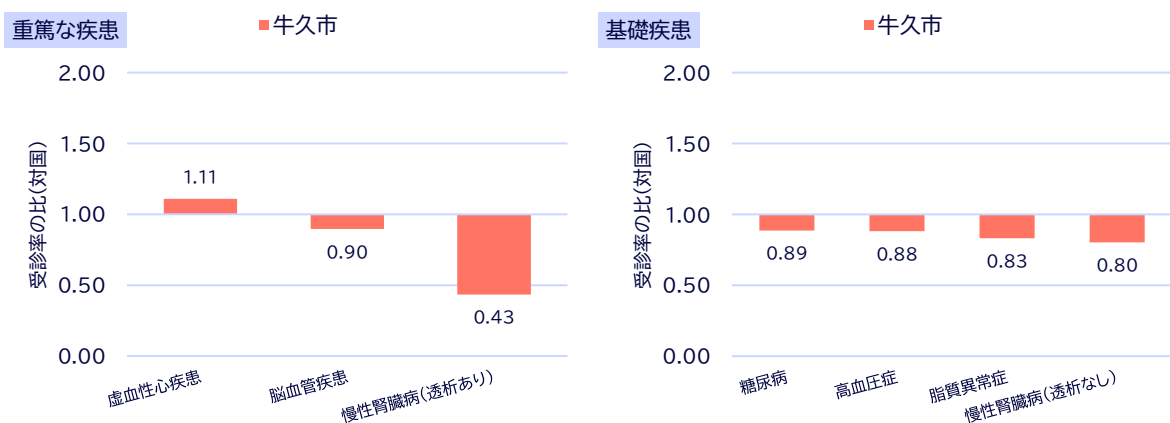
ここでは、保健事業により予防可能な疾患における健康課題を抽出するという観点で生活習慣病に焦点をあて、重篤な疾患、基礎疾患及び人工透析が必要になる前段階の「慢性腎臓病（透析なし）」に絞り、受診率や有病状況の推移について概観する。

国との比が1を超えている場合、その疾患における受診率は国より高い、すなわちその疾患において医療機関にかかっている人が国平均よりも多いことを意味している。国との比が1を下回る場合には、該当する人が国平均よりも少ないことを意味する。

重篤な疾患の受診率をみると（図表3-3-4-1）、「虚血性心疾患」が国より高い。

基礎疾患の受診率は、いずれも国より低い。

図表3-3-4-1：生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率



重篤な疾患	受診率						
	牛久市	国	県	同規模	国との比		
					牛久市	県	同規模
虚血性心疾患	5.2	4.7	4.2	4.7	1.11	0.90	1.00
脳血管疾患	9.2	10.2	8.4	10.5	0.90	0.82	1.03
慢性腎臓病（透析あり）	13.1	30.3	18.2	29.2	0.43	0.60	0.96

基礎疾患及び慢性腎臓病（透析なし）	受診率						
	牛久市	国	県	同規模	国との比		
					牛久市	県	同規模
糖尿病	576.8	651.2	684.5	711.9	0.89	1.05	1.09
高血圧症	765.0	868.1	880.7	963.1	0.88	1.01	1.11
脂質異常症	475.0	570.5	508.2	605.8	0.83	0.89	1.06
慢性腎臓病（透析なし）	11.6	14.4	12.6	15.0	0.80	0.87	1.04

【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計
KDB帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和4年度 累計

※表内の脳血管疾患は、KDBシステムにて設定されている疾病分類（中分類）区分のうち「くも膜下出血」「脳内出血」「脳梗塞」「脳動脈硬化（症）」「その他の脳血管疾患」をまとめている
※表内の「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」は、KDBシステムにて設定されている疾病分類（中分類）区分を集計している
※表内の「虚血性心疾患」「脳血管疾患」は入院、それ以外の疾病分類は外来を集計している

② 生活習慣病における重篤な疾患の受診率の推移

重篤な疾患における受診率の推移（図表3-3-4-2）をみると、令和4年度の「虚血性心疾患」の受診率は、令和1年度と比較して-5.5%で減少率は国・県より小さい。

「脳血管疾患」の受診率は、令和1年度と比較して+5.7%で伸び率は国・県より大きい。

「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は、令和1年度と比較して-4.4%で減少率は県より小さい。

図表3-3-4-2：生活習慣病における重篤な疾患の受診率

虚血性心疾患	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和4年度 の変化率（%）
牛久市	5.5	4.0	5.3	5.2	-5.5
国	5.7	5.0	5.0	4.7	-17.5
県	5.6	4.6	4.5	4.2	-25.0
同規模	5.6	5.0	5.0	4.7	-16.1

脳血管疾患	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和4年度 の変化率（%）
牛久市	8.7	7.9	8.6	9.2	5.7
国	10.6	10.4	10.6	10.2	-3.8
県	8.8	8.6	8.5	8.4	-4.5
同規模	10.9	10.9	10.8	10.5	-3.7

慢性腎臓病（透析あり）	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和4年度 の変化率（%）
牛久市	13.7	14.0	13.8	13.1	-4.4
国	28.6	29.1	29.8	30.3	5.9
県	19.6	18.9	18.5	18.2	-7.1
同規模	27.3	27.7	28.5	29.2	7.0

【出典】KDB帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和1年度から令和4年度 累計

KDB帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和1年度から令和4年度 累計

※表内の「虚血性心疾患」と「脳血管疾患」は入院、「慢性腎臓病（透析あり）」は外来を集計している

※令和1年度と令和4年度の変化率は令和4年度と令和1年度の差を令和1年度を分母として%で表したもの。

③ 人工透析患者数の推移

人工透析患者数の推移（図表3-3-4-3）をみると、令和4年度の患者数は30人で、令和1年度の30人と比較して同程度で推移している。

令和4年度における新規の人工透析患者数は令和1年度と比較して増加しており、令和4年度においては男性4人、女性6人となっている。

図表3-3-4-3：人工透析患者数

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
人工透析患者数	男性（人）	21	19	19	19
	女性（人）	9	10	11	11
	合計（人）	30	29	30	30
	男性_新規（人）	4	3	8	4
	女性_新規（人）	2	6	7	6
	合計_新規（人）	6	9	15	10

【出典】KDB帳票 S23_001-医療費分析（1）細小分類 令和1年から令和5年 各月

※表内の「男性」「女性」「合計」は、各月の患者数から平均患者数を集計している

※表内の「男性_新規」「女性_新規」は、各年度内の新規の人工透析患者数を集計している

(5) 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

① 生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

生活習慣病の重篤な疾患患者において、基礎疾患のレセプトが同時に出ている人の割合をみる。

令和4年度3月時点の「虚血性心疾患」の患者453人のうち（図表3-3-5-1）、「糖尿病」は45.0%、「高血圧症」は79.9%、「脂質異常症」は77.5%である。「脳血管疾患」の患者499人では、「糖尿病」は33.3%、「高血圧症」は78.2%、「脂質異常症」は65.9%となっている。人工透析の患者29人では、「糖尿病」は62.1%、「高血圧症」は93.1%、「脂質異常症」は51.7%となっている。

図表3-3-5-1：生活習慣病の重篤な疾患患者における基礎疾患の有病状況

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
虚血性心疾患		295	-	158	-	453	-
基礎疾患	糖尿病	156	52.9%	48	30.4%	204	45.0%
	高血圧症	247	83.7%	115	72.8%	362	79.9%
	脂質異常症	239	81.0%	112	70.9%	351	77.5%

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
脳血管疾患		292	-	207	-	499	-
基礎疾患	糖尿病	115	39.4%	51	24.6%	166	33.3%
	高血圧症	242	82.9%	148	71.5%	390	78.2%
	脂質異常症	186	63.7%	143	69.1%	329	65.9%

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
人工透析		18	-	11	-	29	-
基礎疾患	糖尿病	14	77.8%	4	36.4%	18	62.1%
	高血圧症	18	100.0%	9	81.8%	27	93.1%
	脂質異常症	8	44.4%	7	63.6%	15	51.7%

【出典】 KDB帳票 S21_018-厚生労働省様式（様式3-5） 令和5年5月
KDB帳票 S21_019-厚生労働省様式（様式3-6） 令和5年5月
KDB帳票 S21_020-厚生労働省様式（様式3-7） 令和5年5月

② 基礎疾患の有病状況

また、令和4年度3月時点での被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は（図表3-3-5-2）、「糖尿病」が1,577人（9.2%）、「高血圧症」が3,113人（18.2%）、「脂質異常症」が2,893人（16.9%）となっている。

図表3-3-5-2：基礎疾患の有病状況

		男性		女性		合計	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
被保険者数		8,028	-	9,098	-	17,126	-
基礎疾患	糖尿病	895	11.1%	682	7.5%	1,577	9.2%
	高血圧症	1,548	19.3%	1,565	17.2%	3,113	18.2%
	脂質異常症	1,269	15.8%	1,624	17.9%	2,893	16.9%

【出典】 KDB帳票 S21_014-厚生労働省様式（様式3-1） 令和5年5月

(6) 高額なレセプトの状況

医療費のうち、1か月当たり30万円以上のレセプト（以下、高額なレセプトという。）についてみる（図表3-3-6-1）。

令和4年度のレセプトのうち、高額なレセプトは26億4,600万円、3,614件で、総医療費の48.2%、総レセプト件数の2.5%を占めており、上位10疾病で高額なレセプトの47.3%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患という観点で、重篤な疾患についてみると、「腎不全」「脳梗塞」が上位に入っている。

図表3-3-6-1：疾病分類（中分類）別_1か月当たり30万円以上のレセプトの状況

	医療費（円）	総医療費に占める割合	レセプト件数（累計）（件）	レセプト件数に占める割合
令和4年度_総数	5,486,277,840	-	147,328	-
高額なレセプトの合計	2,645,579,030	48.2%	3,614	2.5%

内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	高額なレセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	高額なレセプトのレセプト件数に占める割合
1位	その他の悪性新生物(喉頭がん・食道がん・膀胱がん等)	287,121,590	10.9%	316	8.7%
2位	気管、気管支及び肺の悪性新生物	179,163,060	6.8%	201	5.6%
3位	腎不全	165,558,020	6.3%	366	10.1%
4位	その他の心疾患(心臓弁膜症・不整脈・心房・心室中隔欠損症等)	136,900,280	5.2%	88	2.4%
5位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	97,013,100	3.7%	254	7.0%
6位	その他の消化器系の疾患(潰瘍性腸炎・腸閉塞・大腸ポリープ等)	92,563,870	3.5%	170	4.7%
7位	その他の神経系の疾患(一過性脳虚血発作・睡眠時無呼吸症候群等)	83,657,350	3.2%	135	3.7%
8位	白血病	67,912,630	2.6%	51	1.4%
9位	脳梗塞	67,852,390	2.6%	73	2.0%
10位	貧血	67,402,580	2.5%	24	0.7%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
KDB帳票 S21_011-厚生労働省様式（様式1-1） 令和4年6月から令和5年5月

(7) 長期入院レセプトの状況

医療費のうち、6か月以上の入院患者のレセプト（以下、長期入院レセプトという。）についてみる（図表3-3-7-1）。

令和4年度のレセプトのうち、長期入院レセプトは3億3,200万円、779件で、総医療費の6.0%、総レセプト件数の0.5%を占めている。

保健事業により予防可能な疾患という観点で、重篤な疾患についてみると、「脳内出血」が上位に入っている。

図表3-3-7-1：疾病分類（中分類）別_6か月以上の入院レセプトの状況

	医療費（円）	総医療費に占める割合	レセプト件数（累計）（件）	レセプト件数に占める割合
令和4年度_総数	5,486,277,840	-	147,328	-
長期入院レセプトの合計	331,773,420	6.0%	779	0.5%

内訳（上位の疾病）

順位	疾病分類（中分類）	医療費（円）	長期入院レセプトの医療費に占める割合	件数（累計）（件）	長期入院レセプトのレセプト件数に占める割合
1位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	90,438,030	27.3%	260	33.4%
2位	その他の神経系の疾患（一過性脳虚血発作・睡眠時無呼吸症候群等）	27,599,530	8.3%	72	9.2%
3位	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	26,473,150	8.0%	73	9.4%
4位	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	19,024,380	5.7%	53	6.8%
5位	てんかん	18,665,590	5.6%	47	6.0%
6位	その他の皮膚及び皮下組織の疾患（アレルギー性じんま・蕁麻疹・化膿性汗腺炎等）	16,046,050	4.8%	24	3.1%
7位	脳内出血	13,212,280	4.0%	23	3.0%
8位	その他の精神及び行動の障害（認知症等）	12,076,600	3.6%	24	3.1%
9位	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	10,987,230	3.3%	16	2.1%
10位	その他の消化器系の疾患（潰瘍性腸炎・腸閉塞・大腸ポリープ等）	8,557,210	2.6%	26	3.3%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計
KDB帳票 S21_012-厚生労働省様式（様式2-1） 令和4年6月から令和5年5月

4 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

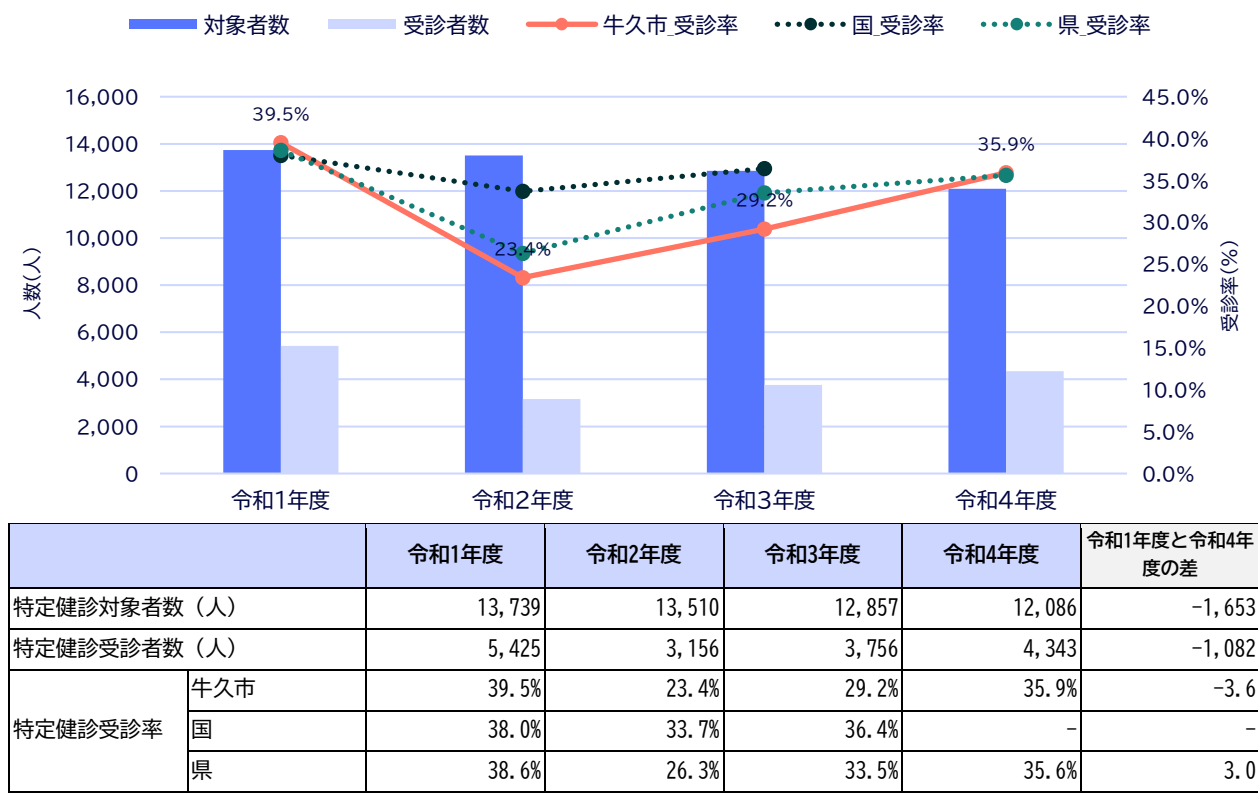
(1) 特定健診受診率

① 特定健診受診率の推移【茨城県共通評価指標】

以降では、生活習慣病の発症及び重症化予防を目的に実施している、特定健診、特定保健指導及び生活習慣病の治療状況に関連するデータを概観する。

まず、特定健診の実施状況をみると（図表3-4-1-1）、令和4年度の特定健診受診率（速報値）は35.9%であり、令和1年度と比較して3.6ポイント低下している。令和3年度までの受診率でみると令和1年度以外国・県より低い。年齢階層別にみると（図表3-4-1-2）、特に65-69歳の特定健診受診率が低下している。

図表3-4-1-1：特定健診受診率（法定報告値）



【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度
※法定報告値に係る図表における令和4年度の数値は速報値である（以下同様）

図表3-4-1-2：年齢階層別_特定健診受診率

	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
令和1年度	22.1%	20.8%	22.1%	27.5%	34.4%	46.1%	46.3%
令和2年度	8.9%	11.1%	11.0%	15.3%	22.6%	25.6%	29.1%
令和3年度	12.9%	15.6%	15.0%	18.8%	28.1%	32.4%	35.4%
令和4年度	20.3%	18.7%	22.4%	24.7%	34.7%	40.3%	42.6%

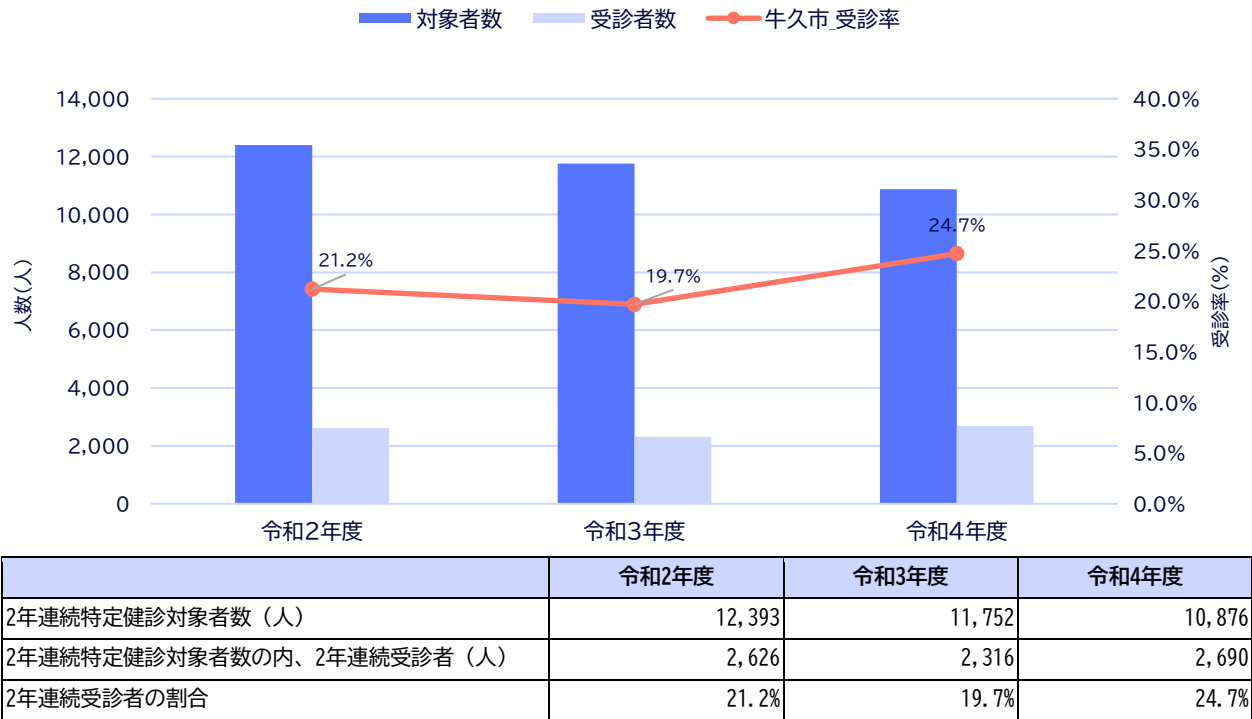
【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計
※KDB帳票と法定報告値は、データの登録時期が異なるため値がずれる（以下同様）

② 特定健診の2年連続受診者率【茨城県共通評価指標】

ここでは、特定健診対象者における2年連続健診受診者の割合を把握し、特定健診の対象者が継続的に受診しているかを確認する。

令和4年度の2年連続受診者の割合は24.7%であり、令和3年度と比較して上昇している（図表3-4-1-3）。

図表3-4-1-3：特定健診の2年連続受診者率



【出典】特定健診等データ管理システム FKCA211「法定報告対象者ファイル」より集計

③ 特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

特定健診受診者と特定健診未受診者における生活習慣病のレセプト保有割合の差は、健康意識の差によるものとも考え得るし、健診受診が医療機関受診につながっている可能性もある。

特定健診を受診した人のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人、すなわち生活習慣病を治療中の人は3,209人で、特定健診対象者の26.3%、特定健診受診者の73.8%を占めている。他方、特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ている人は5,099人で、特定健診対象者の41.7%、特定健診未受診者の64.8%を占めている（図表3-4-1-3）。

特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は2,769人で、特定健診対象者の22.7%であり、これらの人の健康状態を把握するのは難しい状況にある。

※この項における生活習慣病とは、KDBが定める生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格関連疾患、及び精神疾患）を指す

図表3-4-1-3：特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

	40-64歳		65-74歳		合計		
	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	人数（人）	対象者に占める割合	特定健診受診者・未受診者に占める割合
対象者数	4,466	-	7,748	-	12,214	-	-
特定健診受診者数	1,104	-	3,242	-	4,346	-	-
生活習慣病_治療なし	436	9.8%	701	9.0%	1,137	9.3%	26.2%
生活習慣病_治療中	668	15.0%	2,541	32.8%	3,209	26.3%	73.8%
特定健診未受診者数	3,362	-	4,506	-	7,868	-	-
生活習慣病_治療なし	1,685	37.7%	1,084	14.0%	2,769	22.7%	35.2%
生活習慣病_治療中	1,677	37.6%	3,422	44.2%	5,099	41.7%	64.8%

【出典】KDB帳票 S21_027-厚生労働省様式（様式5-5） 令和4年度 年次

(2) 有所見者の状況

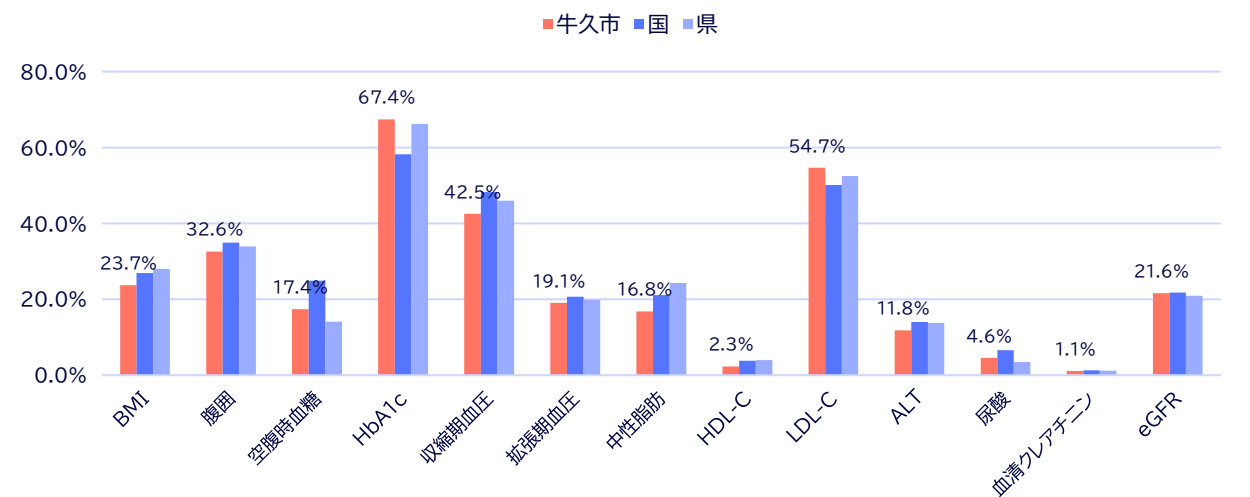
① 特定健診受診者における有所見者の割合

ここでは、特定健診受診者における検査項目ごとの有所見者の割合から、牛久市の特定健診受診者において、どの検査項目で有所見者の割合が高いのか、その傾向を概観する。

令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合をみると（図表3-4-2-1）、国や県と比較して「HbA1c」「LDL-C」の有所見率が高い。

※有所見とは、医師の診断が異常なし、要精密検査、要治療等のうち、異常なし以外のものを指す

図表3-4-2-1：特定健診受診者における有所見者の割合



	BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン	eGFR
牛久市	23.7%	32.6%	17.4%	67.4%	42.5%	19.1%	16.8%	2.3%	54.7%	11.8%	4.6%	1.1%	21.6%
国	26.9%	34.9%	24.9%	58.2%	48.3%	20.7%	21.1%	3.8%	50.1%	14.0%	6.6%	1.3%	21.8%
県	28.0%	33.9%	14.1%	66.2%	46.0%	19.8%	24.3%	4.0%	52.5%	13.8%	3.5%	1.2%	20.9%

【出典】KDB帳票 S21_024-厚生労働省様式（様式5-2） 令和4年度 年次

参考：検査項目ごとの有所見定義

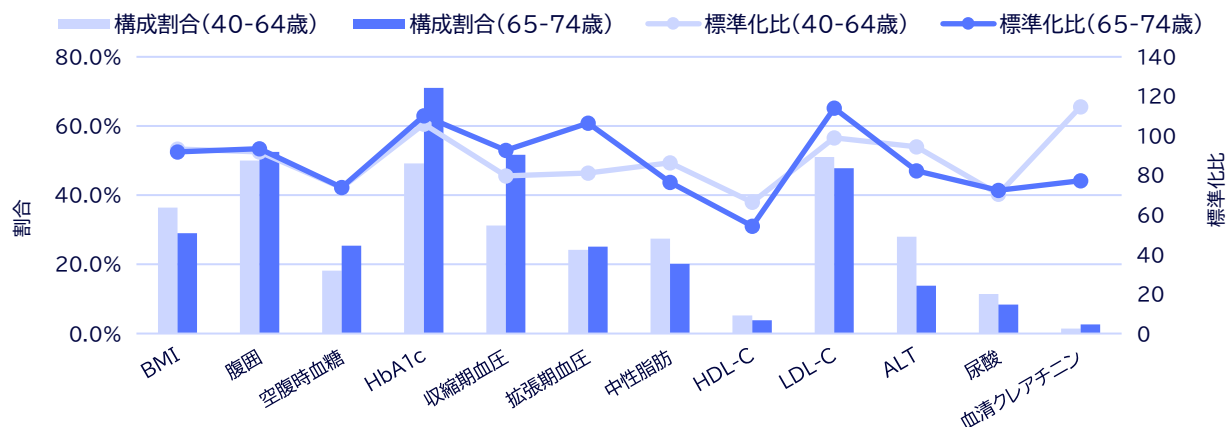
BMI	25kg/m ² 以上	中性脂肪	150mg/dL以上
腹囲	男性：85cm以上、女性：90cm以上 （内臓脂肪面積の場合：100cm ² 以上）	HDL-C	40mg/dL未満
		LDL-C	120mg/dL以上
空腹時血糖	100mg/dL以上	ALT	31U/L以上
HbA1c	5.6%以上	尿酸	7.0mg/dL超過
収縮期血圧	130mmHg以上	血清クレアチニン	1.3mg/dL以上
拡張期血圧	85mmHg以上	eGFR	60ml/分/1.73m ² 未満

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

② 特定健診受診者における年代別有所見者の割合と標準化比

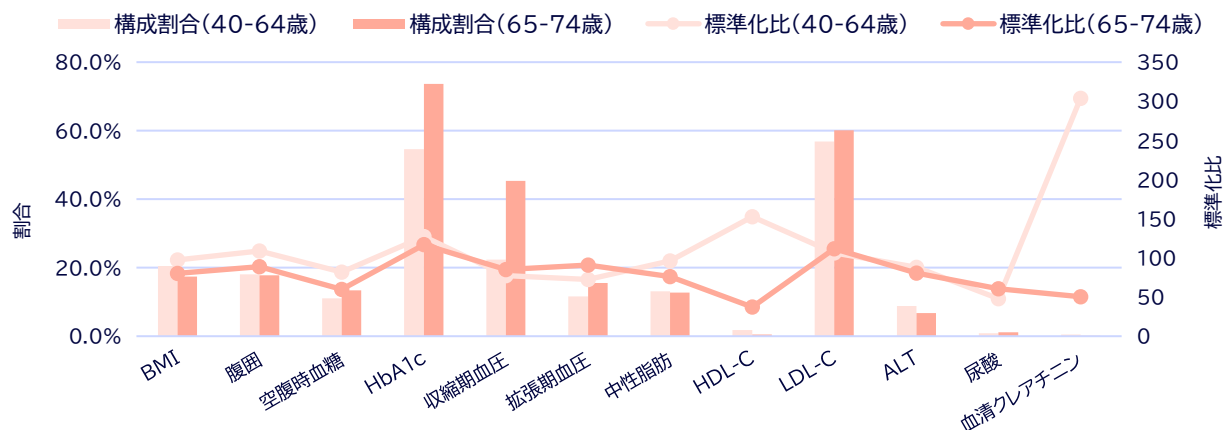
さらに、年代別の有所見者の割合について、国における有所見者の割合を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し国と比較すると（図表3-4-2-2・図表3-4-2-3）、男性では「HbA1c」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。女性では「HbA1c」「LDL-C」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。

図表3-4-2-2：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比 男性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	36.4%	50.0%	18.2%	49.2%	31.2%	24.2%	27.4%	5.2%	51.0%	28.0%	11.4%	1.4%
	標準化比	93.3	92.0	73.8	106.0	79.8	81.2	86.3	66.4	99.1	94.6	70.6	114.8
65-74歳	構成割合	29.0%	52.5%	25.4%	71.0%	51.7%	25.1%	20.1%	3.8%	47.8%	13.8%	8.4%	2.6%
	標準化比	91.9	93.4	73.9	110.2	92.6	106.4	76.4	54.4	114.0	82.3	72.4	77.3

図表3-4-2-3：特定健診受診者における年代別有所見者の割合・標準化比 女性



		BMI	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C	LDL-C	ALT	尿酸	血清クレアチニン
40-64歳	構成割合	20.5%	18.0%	11.1%	54.6%	22.4%	11.6%	13.1%	1.8%	56.8%	8.8%	0.8%	0.5%
	標準化比	97.6	108.7	81.8	127.2	77.3	72.3	96.2	152.5	106.3	88.1	48.0	303.9
65-74歳	構成割合	17.4%	17.8%	13.4%	73.7%	45.4%	15.5%	12.7%	0.5%	60.1%	6.8%	1.1%	0.2%
	標準化比	80.3	88.7	59.9	116.8	85.3	90.8	76.1	37.2	111.7	80.6	60.6	50.3

【出典】KDB帳票 S21_024-厚生労働省様式（様式5-2） 令和4年度 年次

(3) メタボリックシンドロームの状況

① 特定健診受診者におけるメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数

ここでは、特定健診受診者におけるメタボリックシンドローム該当者（以下、メタボ該当者という。）及びメタボリックシンドローム予備群該当者（以下、メタボ予備群該当者という。）のデータを概観する。メタボリックシンドロームとは、「内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）を指している。ここでは牛久市のメタボ該当者及びメタボ予備群該当者の割合及び高血圧、高血糖及び脂質代謝異常リスクの該当状況を見る。

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボリックシンドロームの状況を見ると（図表3-4-3-1）、メタボ該当者は771人で特定健診受診者（4,346人）における該当者割合は17.7%で、該当者割合は国・県より低い。男女別にみると、男性では特定健診受診者の28.5%が、女性では9.4%がメタボ該当者となっている。

メタボ予備群該当者は470人で特定健診受診者における該当者割合は10.8%となっており、該当者割合は国より低いが、県より高い。男女別にみると、男性では特定健診受診者の16.8%が、女性では6.2%がメタボ予備群該当者となっている。

なお、メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の定義は、下表（メタボリックシンドローム判定値の定義）のとおりである。

図表3-4-3-1：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・メタボ予備群該当者数

	牛久市		国	県	同規模
	対象者数（人）	割合	割合	割合	割合
メタボ該当者	771	17.7%	20.6%	20.5%	20.9%
男性	539	28.5%	32.9%	32.6%	32.8%
女性	232	9.4%	11.3%	10.8%	11.5%
メタボ予備群該当者	470	10.8%	11.1%	10.2%	11.0%
男性	318	16.8%	17.8%	16.6%	17.5%
女性	152	6.2%	6.0%	5.1%	6.0%

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

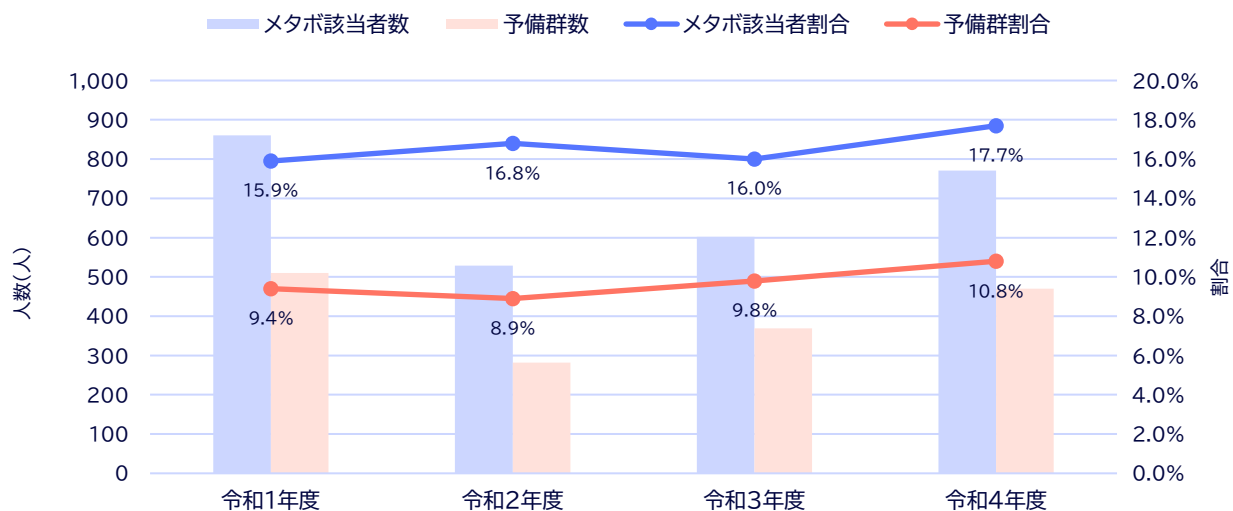
メタボ該当者	腹囲 85cm（男性）	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90cm（女性）以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上（空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上）
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】 厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

② メタボ該当者数とメタボ予備群該当者数の推移

令和4年度と令和1年度の該当者割合を比較すると（図表3-4-3-2）、特定健診受診者のうちメタボ該当者の割合は1.8ポイント増加しており、メタボ予備群該当者の割合は1.4ポイント増加している。

図表3-4-3-2：メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移



	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和1年度と令和4年度の割合の差
	対象者 (人)	割合	対象者 (人)	割合	対象者 (人)	割合	対象者 (人)	割合	
メタボ該当者	860	15.9%	529	16.8%	602	16.0%	771	17.7%	1.8
メタボ予備群該当者	510	9.4%	282	8.9%	369	9.8%	470	10.8%	1.4

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

③ メタボ該当者とメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況をみる（図表3-4-3-3）。

メタボ該当者においては「高血圧・脂質異常該当者」が多く、771人中317人が該当しており、特定健診受診者数の7.3%を占めている。

メタボ予備群該当者では「高血圧該当者」が多く、470人中317人が該当しており、特定健診受診者数の7.3%を占めている。

図表3-4-3-3：メタボ該当者・メタボ予備群該当者における追加リスクの重複状況

	男性		女性		合計	
	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数	1,888	-	2,458	-	4,346	-
腹囲基準値以上	979	51.9%	439	17.9%	1,418	32.6%
メタボ該当者	539	28.5%	232	9.4%	771	17.7%
高血糖・高血圧該当者	135	7.2%	42	1.7%	177	4.1%
高血糖・脂質異常該当者	38	2.0%	15	0.6%	53	1.2%
高血圧・脂質異常該当者	210	11.1%	107	4.4%	317	7.3%
高血糖・高血圧・脂質異常該当者	156	8.3%	68	2.8%	224	5.2%
メタボ予備群該当者	318	16.8%	152	6.2%	470	10.8%
高血糖該当者	37	2.0%	16	0.7%	53	1.2%
高血圧該当者	213	11.3%	104	4.2%	317	7.3%
脂質異常該当者	68	3.6%	32	1.3%	100	2.3%
腹囲のみ該当者	122	6.5%	55	2.2%	177	4.1%

【出典】KDB帳票 S21_025-厚生労働省様式（様式5-3） 令和4年度 年次

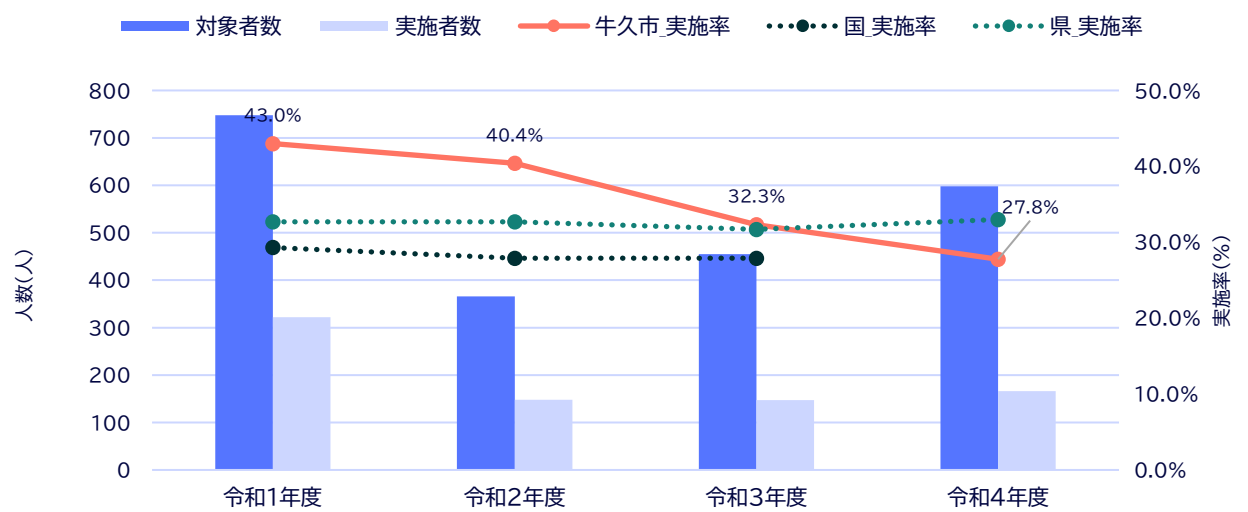
(4) 特定保健指導実施率

① 特定保健指導実施率【茨城県共通評価指標】

ここでは、特定保健指導の実施状況を概観する。特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」（厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイトより引用）である。特定保健指導実施率をみることで、前述のメタボ該当者とメタボ予備群該当者のうち、どの程度の特定保健指導の対象者に対して支援できているのかがわかる。

特定健診受診者のうち特定保健指導の対象者数は（図表3-4-4-1）、令和4年度の速報値では598人で、特定健診受診者4,343人中13.8%を占める。特定保健指導対象者のうち特定保健指導を終了した人の割合、すなわち特定保健指導実施率は27.8%で、令和1年度の実施率43.0%と比較すると15.2ポイント低下している。令和3年度までの実施率でみると国・県より高い。

図表3-4-4-1：特定保健指導実施率（法定報告値）



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和1年度と令和4年度の差
特定健診受診者数（人）		5,425	3,156	3,756	4,343	-1,082
特定保健指導対象者数（人）		748	366	455	598	-150
特定保健指導該当者割合		13.8%	11.6%	12.1%	13.8%	0.0
特定保健指導実施者数（人）		322	148	147	166	-156
特定保健指導実施率	牛久市	43.0%	40.4%	32.3%	27.8%	-15.2
	国	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	県	32.7%	32.7%	31.7%	33.0%	0.3

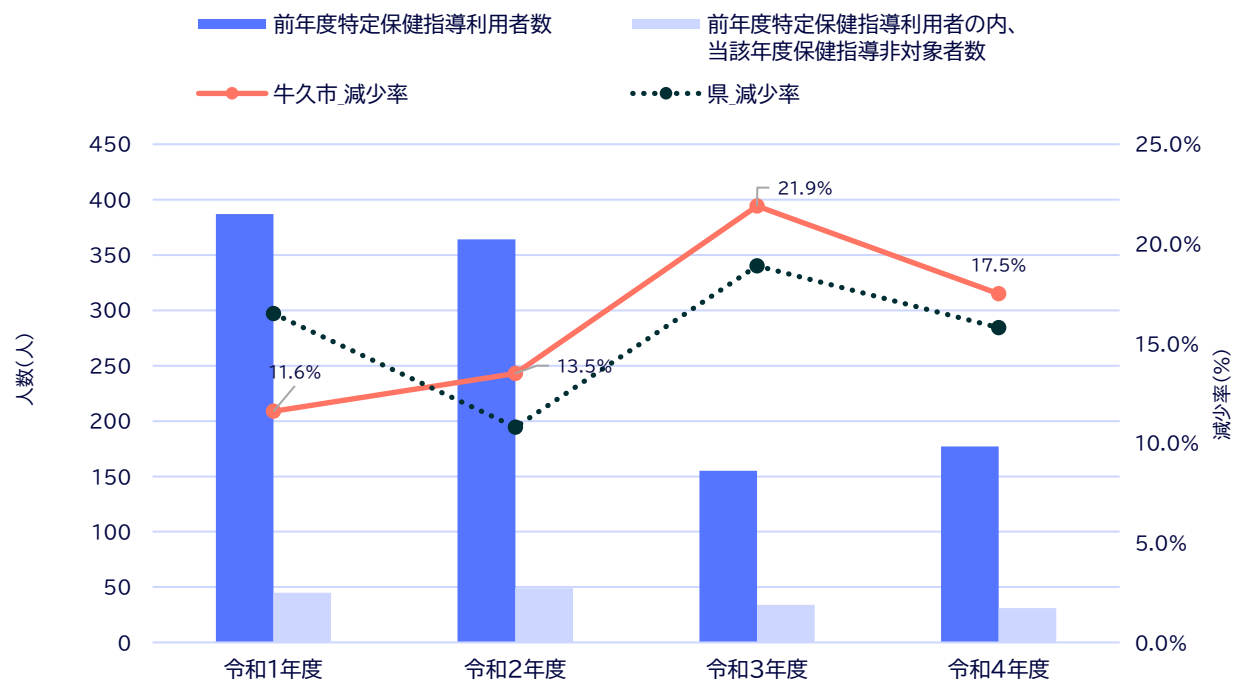
【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導実施状況（保険者別）
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

② 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【茨城県共通評価指標】

ここでは、前年度の特定保健指導利用者の内、当該年度に特定保健指導の対象ではなくなった者の割合を確認する。

令和4年度の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は17.5%であり、県より高く、令和1年度と比較して上昇している（図表3-4-4-2）。

図表3-4-4-2：特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（法定報告値）



	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
前年度特定保健指導利用者数（人）	387	364	155	177
前年度特定保健指導利用者の内、当該年度保健指導非対象者数（人）	45	49	34	31
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率				
牛久市	11.6%	13.5%	21.9%	17.5%
県	16.5%	10.8%	18.9%	15.8%

【出典】特定健診等データ管理システム TKCA012 特定健診・特定保健指導実施結果総括表 令和1年度から令和4年度

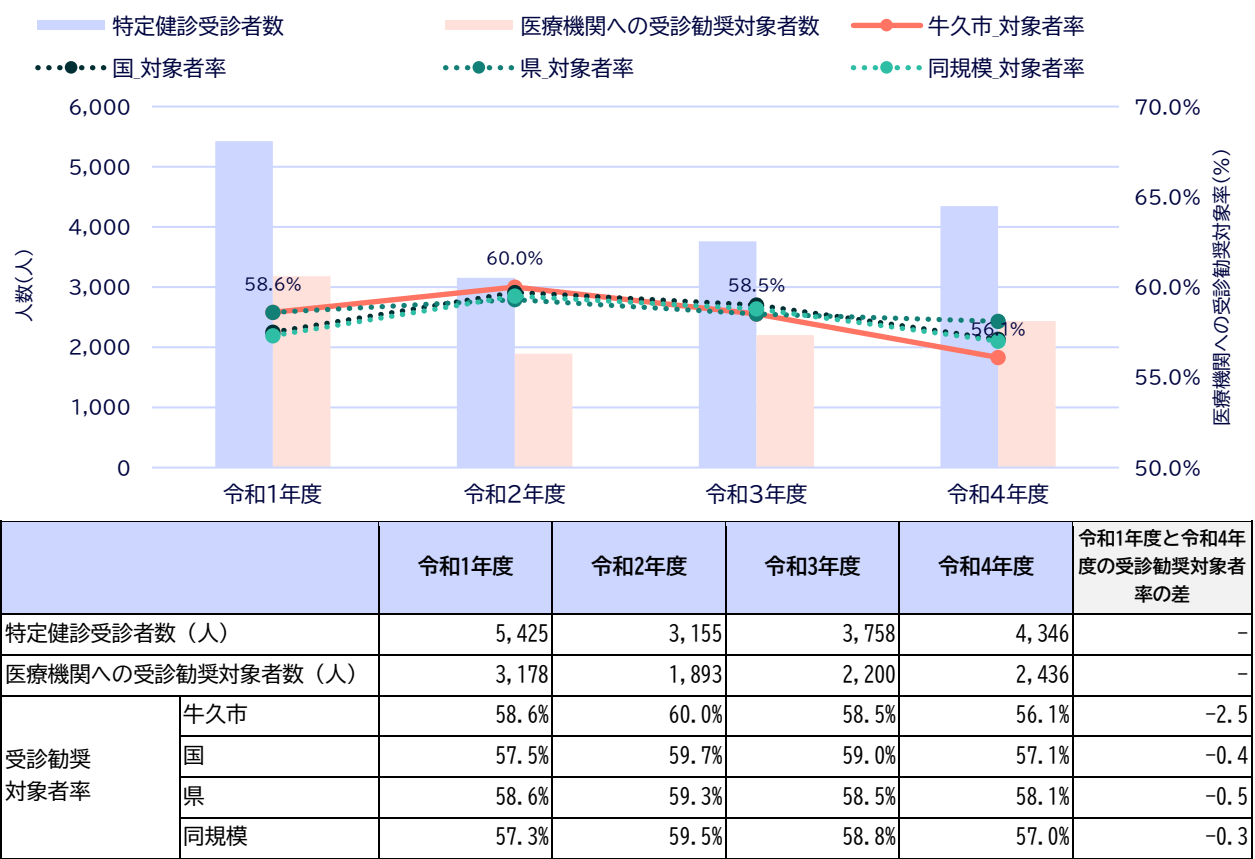
(5) 受診勧奨対象者の状況

① 特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合

ここでは、特定健診受診者において、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超えるもの（受診勧奨対象者）の割合から、牛久市の特定健診受診者において、受診勧奨対象者がどの程度存在するのかをみる。

受診勧奨対象者の割合をみると（図表3-4-5-1）、令和4年度における受診勧奨対象者数は2,436人で、特定健診受診者の56.1%を占めている。該当者割合は、国・県より低く、令和1年度と比較すると2.5ポイント減少している。なお、図表3-4-5-1における受診勧奨対象者は一項目でも受診勧奨判定値以上の項目があった人を指している。

図表3-4-5-1：特定健診受診者における医療機関への受診勧奨対象者の割合



【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

参考：各健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL以上	中性脂肪	300mg/dL以上	AST	51U/L以上
HbA1c	6.5%以上	HDLコレステロール	34mg/dL以下	ALT	51U/L以上
随時血糖	126mg/dL以上	LDLコレステロール	140mg/dL以上	γ-GTP	101U/L以上
収縮期血圧	140mmHg以上	Non-HDLコレステロール	170mg/dL以上	eGFR	45ml/分/1.73㎡未満
拡張期血圧	90mmHg以上	ヘモグロビン	男性12.1g/dL未満、女性11.1g/dL未満		

※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠

② 特定健診受診者における受診勧奨対象者の経年推移

血糖・血圧・脂質の受診勧奨対象者の経年推移を検査値ごとにみる（図表3-4-5-2）。

令和4年度において、血糖ではHbA1c6.5%以上の方は461人で特定健診受診者の10.6%を占めており、令和1年度と比較すると割合は減少している。

血圧では、Ⅰ度高血圧以上の方は1,018人で特定健診受診者の23.4%を占めており、令和1年度と比較すると割合は増加している。

脂質ではLDL-C140mg/dL以上の方は1,280人で特定健診受診者の29.5%を占めており、令和1年度と比較すると割合は減少している。

図表3-4-5-2：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質）の経年推移

		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数		5,425	-	3,155	-	3,758	-	4,346	-
血糖 （HbA1c）	6.5%以上7.0%未満	318	5.9%	171	5.4%	200	5.3%	239	5.5%
	7.0%以上8.0%未満	222	4.1%	121	3.8%	147	3.9%	171	3.9%
	8.0%以上	73	1.3%	38	1.2%	39	1.0%	51	1.2%
	合計	613	11.3%	330	10.5%	386	10.3%	461	10.6%

		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数		5,425	-	3,155	-	3,758	-	4,346	-
血圧	Ⅰ度高血圧	1,003	18.5%	713	22.6%	802	21.3%	820	18.9%
	Ⅱ度高血圧	197	3.6%	143	4.5%	156	4.2%	163	3.8%
	Ⅲ度高血圧	29	0.5%	16	0.5%	22	0.6%	35	0.8%
	合計	1,229	22.7%	872	27.6%	980	26.1%	1,018	23.4%

		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合	人数（人）	割合
特定健診受診者数		5,425	-	3,155	-	3,758	-	4,346	-
脂質 （LDL-C）	140mg/dL以上160mg/dL未満	1,004	18.5%	589	18.7%	696	18.5%	742	17.1%
	160mg/dL以上180mg/dL未満	510	9.4%	276	8.7%	316	8.4%	362	8.3%
	180mg/dL以上	320	5.9%	187	5.9%	180	4.8%	176	4.0%
	合計	1,834	33.8%	1,052	33.3%	1,192	31.7%	1,280	29.5%

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計
 KDB帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和1年度から令和4年度 累計

参考：Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の定義

Ⅰ度高血圧	収縮期血圧140-159mmHg かつ/または 拡張期血圧90-99mmHg
Ⅱ度高血圧	収縮期血圧160-179mmHg かつ/または 拡張期血圧100-109mmHg
Ⅲ度高血圧	収縮期血圧180mmHg以上 かつ/または 拡張期血圧110mmHg以上

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

③ 受診勧奨対象者における医療機関の受診状況

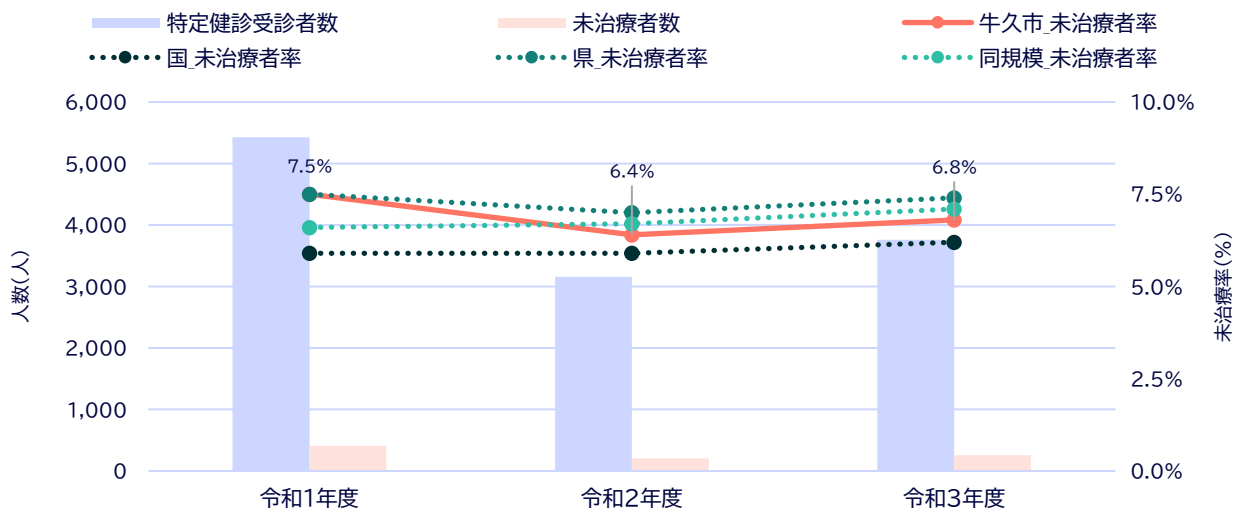
ここでは、受診勧奨対象者の医療機関受診状況について概観する。受診勧奨対象者のうち医療機関への受診が確認されない人（未治療者）の割合から、特定健診を受診し医療機関の受診が促されているにもかかわらず医療機関への受診が確認されない人がどの程度存在するのかが把握できる。

受診勧奨対象者の医療機関の受診状況をみると（図表3-4-5-3）、令和3年度の特定健診受診者3,758人のうち、医療機関の受診が確認されていない未治療者の割合は6.8%であり、県より低い、国より高い。

未治療者率は、令和1年度と比較して0.7ポイント減少している。

※未治療者：特定健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ特定健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者

図表3-4-5-3：受診勧奨対象者における未治療者率



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和1年度と令和3年度の未治療者率の差
特定健診受診者数（人）		5,425	3,155	3,758	-
（参考）医療機関への受診勧奨対象者数（人）		3,178	1,893	2,200	-
未治療者数（人）		406	203	257	-
未治療者率	牛久市	7.5%	6.4%	6.8%	-0.7
	国	5.9%	5.9%	6.2%	0.3
	県	7.5%	7.0%	7.4%	-0.1
	同規模	6.6%	6.7%	7.1%	0.5

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和3年度 累計

④ 受診勧奨対象者における服薬状況

次に、血糖、血圧、脂質及び腎機能の受診勧奨対象者について、検査値ごとに健診受診年度のレセプトにおける服薬状況をみる（図表3-4-5-4）。受診勧奨対象者のうち、特に検査値が高い者は服薬による治療が必要な可能性があり、レセプトから服薬が確認されない場合、医療機関の受診を促す必要がある。

令和4年度の健診において、血糖がHbA1c6.5%以上であった461人の41.4%が、血圧がⅠ度高血圧以上であった1,018人の55.6%が、脂質がLDL-C140mg/dL以上であった1,280人の85.7%が服薬をしていない。

また、腎機能については、eGFR45ml/分/1.73m²未満であった63人の31.7%が血糖や血圧などの薬剤の服薬をしていない。

図表3-4-5-4：特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質・腎機能）の服薬状況

血糖（HbA1c）	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
6.5%以上7.0%未満	239	136	56.9%
7.0%以上8.0%未満	171	46	26.9%
8.0%以上	51	9	17.6%
合計	461	191	41.4%

血圧	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
Ⅰ度高血圧	820	449	54.8%
Ⅱ度高血圧	163	102	62.6%
Ⅲ度高血圧	35	15	42.9%
合計	1,018	566	55.6%

脂質（LDL-C）	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合
140mg/dL以上160mg/dL未満	742	635	85.6%
160mg/dL以上180mg/dL未満	362	312	86.2%
180mg/dL以上	176	150	85.2%
合計	1,280	1,097	85.7%

腎機能（eGFR）	該当者数（人）	服薬なし_人数（人）	服薬なし_割合	服薬なしのうち、 透析なし_人数（人）	該当者のうち、 服薬なし_透析なし_割合
30ml/分/1.73m ² 以上 45ml/分/1.73m ² 未満	52	18	34.6%	18	34.6%
15ml/分/1.73m ² 以上 30ml/分/1.73m ² 未満	9	1	11.1%	1	11.1%
15ml/分/1.73m ² 未満	2	1	50.0%	1	50.0%
合計	63	20	31.7%	20	31.7%

【出典】KDB帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和4年度 累計

⑤ HbA1c8.0%以上の者の状況【茨城県共通評価指標】

ここでは、特定健診受診者におけるHbA1c8.0%以上の者、またその内、医療機関を受診していない者の割合を確認する。

令和4年度の特定健診受診者の内HbA1cの検査結果がある者の中で、HbA1c8.0%以上の者の割合は1.2%であり、令和1年度より低下している（図表3-4-5-5）。

また、令和4年度のHbA1c8.0%以上の者の内、医療機関を受診していない者の割合は13.7%であり、令和1年度と比較して上昇している（図表3-4-5-6）。

図表3-4-5-5：特定健診受診者におけるHbA1c8.0%以上の者の割合

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健診受診者の内HbA1cの検査結果がある者の数（人）		5,377	3,027	3,647	4,228
HbA1c 8.0%以上の者の数（人）		74	38	39	51
HbA1c8.0%以上の者の割合	牛久市	1.4%	1.3%	1.1%	1.2%

【出典】特定健診等データ管理システム FKCA211「法定報告対象者ファイル」、FKAC167「特定健診結果等情報作成抽出（健診結果情報（横展開））ファイル」

図表3-4-5-6：HbA1c8.0%以上の者の内、医療機関を受診していない者の割合

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
特定健診受診者のうちHbA1c8.0%以上の検査結果がある者の数（人）		74	38	39	51
糖尿病受診レセプトが確認できない者の数（人）		5	6	3	7
HbA1c8.0%以上の者のうち、 医療機関を受診していない者の割合	牛久市	6.8%	15.8%	7.7%	13.7%

【出典】（令和1年度～令和3年度）特定健診等データ管理システム FKCA211「法定報告対象者ファイル」、FKAC167「特定健診結果等情報作成抽出（健診結果情報（横展開））ファイル」、KDB帳票「S26_007疾病管理一覧（糖尿病）」より集計（令和4年度）特定健診等データ管理システム FKCA211「法定報告対象者ファイル」、FKAC167「特定健診結果等情報作成抽出（健診結果情報（横展開））ファイル」、KDBシステム「S27_009介入支援対象者一覧（R4・R5）」

※糖尿病の医療機関受診は、R4年4月診療分からR5年8月診療分で抽出

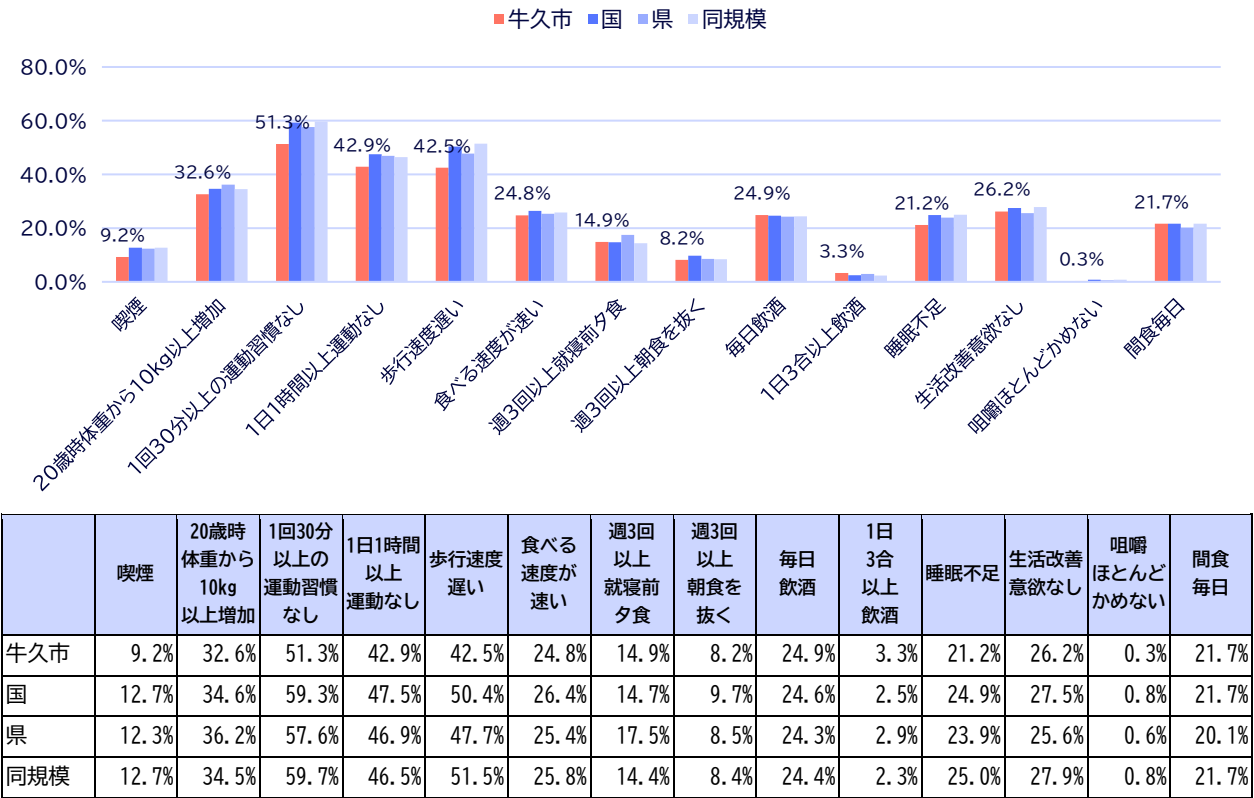
(6) 質問票の状況

① 特定健診受診者における質問票の回答状況

ここでは、特定健診での質問票の回答状況から、牛久市の特定健診受診者における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣における傾向を概観する。

令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると（図表3-4-6-1）、国や県と比較して「毎日飲酒」「3合以上」「間食毎日」の回答割合が高い。

図表3-4-6-1：特定健診受診者における質問票項目別回答者の割合

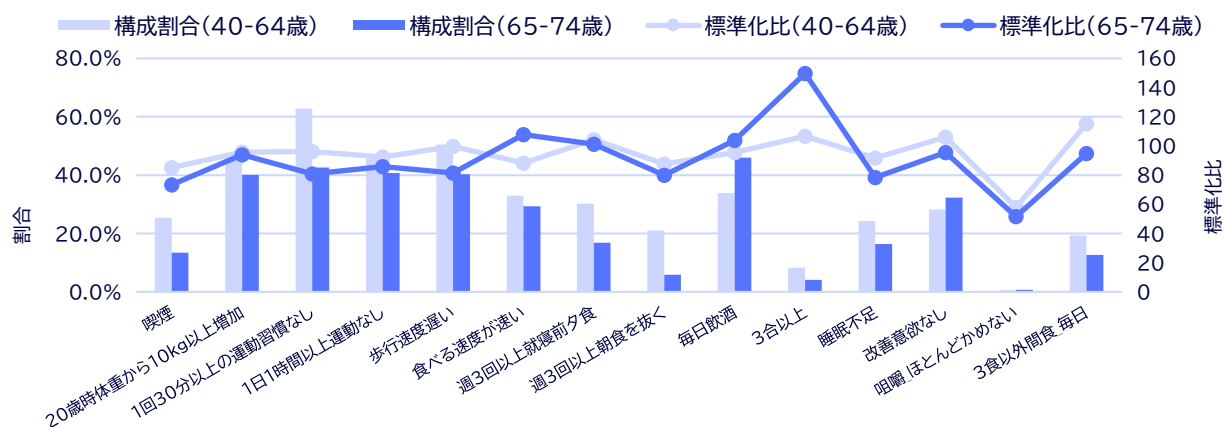


【出典】KDB帳票 S25_001-質問票調査の経年比較 令和4年度 年次

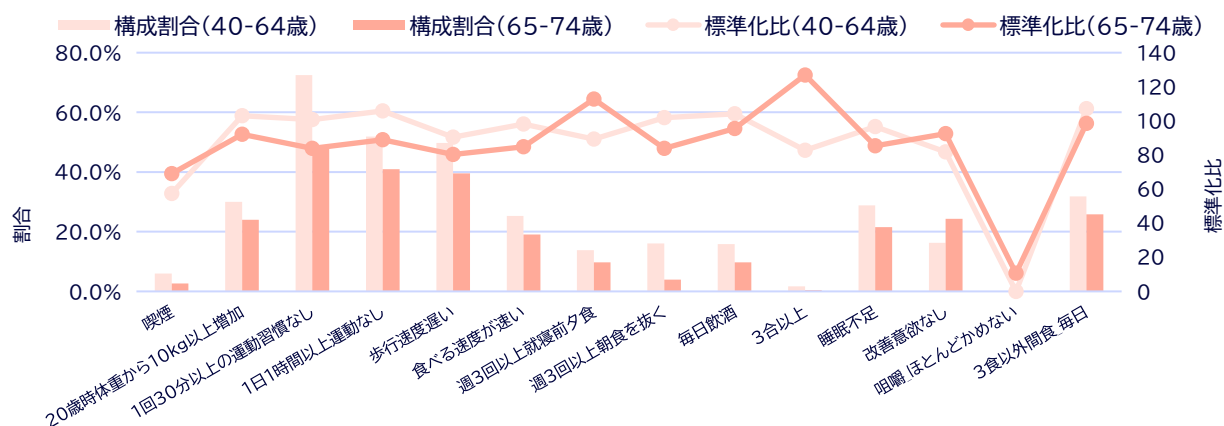
② 特定健診受診者における年代別質問票の回答状況と標準化比

さらに、国における各設問への回答者割合を100とした標準化比を国立保健医療科学院のツールを使って算出し、年代別の回答者割合を国と比較すると（図表3-4-6-2・図表3-4-6-3）、男性では「3合以上」「週3回以上就寝前夕食」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では表内の全ての項目の標準化比がいずれの年代においても低い。

図表3-4-6-2：特定健診受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比 男性



図表3-4-6-3：特定健診受診者における年代別質問項目回答者の割合・標準化比 女性



【出典】 KDB帳票 S21_007-質問票調査の状況 令和4年度 累計

5 一体的実施に係る介護及び高齢者の状況

本項では、後期高齢者医療制度や介護保険との一体的実施との接続を踏まえ、介護及び高齢者に係るデータを分析する。

(1) 保険種別（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）の被保険者構成

保険種別の被保険者構成をみると（図表3-5-1-1）、国民健康保険（以下、国保という）の加入者数は17,126人、国保加入率は20.4%で、県より低い、国より高い。後期高齢者医療制度（以下、後期高齢者という。）の加入者数は13,670人、後期高齢者加入率は16.3%で、国・県より高い。

図表3-5-1-1：保険種別の被保険者構成

	国保			後期高齢者		
	牛久市	国	県	牛久市	国	県
総人口	83,967	-	-	83,967	-	-
保険加入者数（人）	17,126	-	-	13,670	-	-
保険加入率	20.4%	19.7%	21.4%	16.3%	15.4%	15.8%

【出典】住民基本台帳 令和4年度

KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

生活習慣病における重篤な疾患である「心臓病」「脳血管疾患」やフレイル予防という観点で「筋・骨格関連疾患」に焦点をあて、概観する。

年代別の要介護（要支援）認定者における有病状況（図表3-5-2-1）をみると、前期高齢者である65-74歳の有病割合の国との差は、「心臓病」（-0.9ポイント）、「脳血管疾患」（1.7ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（1.9ポイント）である。75歳以上の認定者の有病割合の国との差は、「心臓病」（-6.8ポイント）、「脳血管疾患」（-1.9ポイント）、「筋・骨格関連疾患」（-8.1ポイント）である。

図表3-5-2-1：年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況

疾病名	65-74歳			75歳以上		
	牛久市	国	国との差	牛久市	国	国との差
糖尿病	24.7%	21.6%	3.1	21.3%	24.9%	-3.6
高血圧症	35.1%	35.3%	-0.2	51.3%	56.3%	-5.0
脂質異常症	24.7%	24.2%	0.5	30.5%	34.1%	-3.6
心臓病	39.2%	40.1%	-0.9	56.8%	63.6%	-6.8
脳血管疾患	21.4%	19.7%	1.7	21.2%	23.1%	-1.9
筋・骨格関連疾患	37.8%	35.9%	1.9	48.3%	56.4%	-8.1
精神疾患	29.3%	25.5%	3.8	36.8%	38.7%	-1.9

【出典】KDB帳票 S25_006-医療・介護の突合（有病状況） 令和4年度 年次

(3) 保険種別の医療費の状況

① 保険種別の一人当たり医療費と入院医療費の割合

国保及び後期高齢者の一人当たり月額医療費をみると（図表3-5-3-1）、国保の入院医療費は、国と比べて2,190円少なく、外来医療費は1,000円少ない。後期高齢者の入院医療費は、国と比べて5,730円少なく、外来医療費は1,900円少ない。

また、医療費に占める入院医療費の割合は、国保では3.5ポイント低く、後期高齢者では2.8ポイント低い。

図表3-5-3-1：保険種別の一人当たり月額医療費及び入院医療費の状況

	国保			後期高齢者		
	牛久市	国	国との差	牛久市	国	国との差
入院_一人当たり医療費（円）	9,460	11,650	-2,190	31,090	36,820	-5,730
外来_一人当たり医療費（円）	16,400	17,400	-1,000	32,440	34,340	-1,900
総医療費に占める入院医療費の割合	36.6%	40.1%	-3.5	48.9%	51.7%	-2.8

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

② 保険種別の医療費の疾病別構成

保険種別に医療費の疾病別構成割合をみると（図表3-5-3-2）、国保では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の18.1%を占めており、国と比べて1.3ポイント高い。後期高齢者では「がん」の医療費が占める割合が最も高く、医療費の12.0%を占めており、国と比べて0.8ポイント高い。

重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、「脳出血」「脳梗塞」「心筋梗塞」「慢性腎臓病（透析あり）」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きい。

図表3-5-3-2：保険種別医療費の状況

疾病名	国保			後期高齢者		
	牛久市	国	国との差	牛久市	国	国との差
糖尿病	6.3%	5.4%	0.9	4.2%	4.1%	0.1
高血圧症	3.4%	3.1%	0.3	3.0%	3.0%	0.0
脂質異常症	2.2%	2.1%	0.1	1.3%	1.4%	-0.1
高尿酸血症	0.0%	0.0%	0.0	0.0%	0.0%	0.0
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.0	0.1%	0.0%	0.1
動脈硬化症	0.0%	0.1%	-0.1	0.1%	0.2%	-0.1
がん	18.1%	16.8%	1.3	12.0%	11.2%	0.8
脳出血	0.6%	0.7%	-0.1	0.6%	0.7%	-0.1
脳梗塞	1.5%	1.4%	0.1	2.9%	3.2%	-0.3
狭心症	1.3%	1.1%	0.2	1.1%	1.3%	-0.2
心筋梗塞	0.1%	0.3%	-0.2	0.2%	0.3%	-0.1
慢性腎臓病（透析あり）	2.1%	4.4%	-2.3	6.1%	4.6%	1.5
慢性腎臓病（透析なし）	0.3%	0.3%	0.0	0.4%	0.5%	-0.1
精神疾患	7.9%	7.9%	0.0	2.0%	3.6%	-1.6
筋・骨格関連疾患	8.5%	8.7%	-0.2	11.0%	12.4%	-1.4

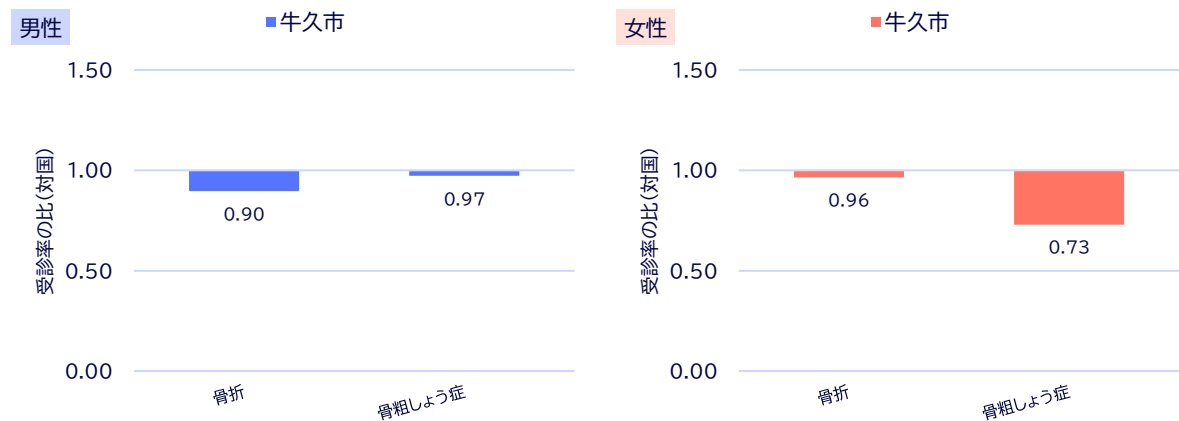
【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（国保・後期）

※ここでは、総医療費に占める各疾病の医療費の割合を集計している

(4) 前期高齢者における骨折及び骨粗しょう症の受診率

前期高齢者における「骨折」及び「骨粗しょう症」の受診率（図表3-5-4-1）をみると、国と比べて、男女ともに「骨折」、「骨粗しょう症」の受診率は低い。

図表3-5-4-1：前期高齢者の骨折及び骨粗しょう症の受診率比較



【出典】KDB帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和4年度 累計

※表内の「骨折」は入院及び外来、「骨粗しょう症」は外来を集計している

(5) 後期高齢者の健診受診状況

健診受診の状況（図表3-5-5-1）をみると、後期高齢者の健診受診率は18.0%で、国と比べて6.8ポイント低い。続いて、健診受診者に占める受診勧奨対象者の割合をみると、後期高齢者の受診勧奨対象者率は56.2%で、国と比べて4.7ポイント低い。また、検査項目ごとの健診受診者に占める有所見者の割合を国と比べると、後期高齢者では「血糖」「脂質」「血糖・血圧」「血糖・脂質」「血糖・血圧・脂質」の該当割合が高い。

図表3-5-5-1：後期高齢者の健診状況

		後期高齢者		
		牛久市	国	国との差
健診受診率		18.0%	24.8%	-6.8
受診勧奨対象者率		56.2%	60.9%	-4.7
有所見者の状況	血糖	7.8%	5.7%	2.1
	血圧	18.3%	24.3%	-6.0
	脂質	12.9%	10.8%	2.1
	血糖・血圧	3.8%	3.1%	0.7
	血糖・脂質	1.3%	1.3%	0.0
	血圧・脂質	6.3%	6.9%	-0.6
	血糖・血圧・脂質	0.9%	0.8%	0.1

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（後期）

参考：健診項目における受診勧奨判定値

空腹時血糖	126mg/dL以上	収縮期血圧	140mmHg以上	中性脂肪	300mg/dL以上	LDLコレステロール	140mg/dL以上
HbA1c	6.5%以上	拡張期血圧	90mmHg以上	HDLコレステロール	34mg/dL以下		

【出典】KDBシステム 各帳票等の項目にかかる集計要件

(6) 後期高齢者における質問票の回答状況

後期高齢者における質問票の回答状況をみると（図表3-5-6-1）、国と比べて、下表の全ての項目における回答割合が低い。

図表3-5-6-1：後期高齢者における質問票の回答状況

カテゴリー	項目・回答	回答割合		
		牛久市	国	国との差
健康状態	健康状態が「よくない」	0.7%	1.1%	-0.4
心の健康	毎日の生活に「不満」	0.5%	1.1%	-0.6
食習慣	1日3食「食べていない」	3.6%	5.4%	-1.8
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	18.4%	27.7%	-9.3
	お茶や汁物等で「むせることがある」	17.4%	20.9%	-3.5
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	8.3%	11.7%	-3.4
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	50.1%	59.1%	-9.0
	この1年間に「転倒したことがある」	12.4%	18.1%	-5.7
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	22.2%	37.1%	-14.9
認知	周囲の人から「物忘れがあると言われたことがある」	8.4%	16.2%	-7.8
	今日が何月何日かわからない日が「ある」	19.8%	24.8%	-5.0
喫煙	たばこを「吸っている」	4.0%	4.8%	-0.8
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	3.5%	9.4%	-5.9
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	4.0%	5.6%	-1.6
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」	4.2%	4.9%	-0.7

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計（後期）

6 その他の状況

(1) 重複服薬の状況

重複服薬の状況をみると（図表3-6-1-1）、重複処方該当者数は107人である。

※重複処方該当者：重複処方を受けた人のうち、3医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数が1以上、または2医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数が2以上に該当する者

図表3-6-1-1：重複服薬の状況（薬効分類単位で集計）

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を受けた人	2医療機関以上	364	90	28	8	4	1	1	1	1	0
	3医療機関以上	17	14	7	3	2	1	1	1	1	0
	4医療機関以上	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	5医療機関以上	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0

【出典】KDB帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

(2) 多剤服薬の状況

多剤服薬の状況をみると（図表3-6-2-1）、多剤処方該当者数は17人である。

※多剤処方該当者：同一薬効に関する処方日数が1日以上かつ処方薬効数（同一月内）が15以上に該当する者

図表3-6-2-1：多剤服薬の状況（薬効分類単位で集計）

		処方薬効数（同一月内）											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方日数	1日以上	7,703	6,088	4,544	3,170	2,106	1,379	892	574	362	217	17	1
	15日以上	6,153	5,352	4,145	2,988	2,030	1,349	878	564	358	217	17	1
	30日以上	5,345	4,690	3,694	2,713	1,871	1,259	815	529	341	208	17	1
	60日以上	3,490	3,101	2,509	1,872	1,353	942	630	421	273	170	15	1
	90日以上	1,769	1,573	1,311	1,045	769	550	368	251	168	108	11	1
	120日以上	836	780	677	558	411	294	197	139	95	61	9	1
	150日以上	429	395	341	273	208	148	103	73	50	31	4	1
	180日以上	321	296	259	198	153	113	81	56	36	21	3	0

【出典】KDB帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

(3) 後発医薬品の使用状況

令和4年9月時点の後発医薬品の使用割合は78.9%で、県の80.6%と比較して1.7ポイント低い（図表3-6-3-1）。

図表3-6-3-1：後発医薬品の使用状況

	令和1年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月
牛久市	74.3%	77.0%	77.8%	78.9%	79.3%	79.2%	78.9%
県	75.8%	78.2%	79.2%	80.0%	79.8%	80.0%	80.6%

【出典】厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

(4) 5がん（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）検診の受診率

国保被保険者におけるがん検診の受診状況をみると（図表3-6-4-1）、下表の5つのがんの検診平均受診率は12.3%で、国・県より低い。

図表3-6-4-1：国保被保険者におけるがん検診の受診状況

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん	5がん平均
牛久市	6.4%	11.8%	9.8%	18.4%	14.9%	12.3%
国	12.1%	15.2%	16.0%	16.2%	18.2%	15.5%
県	8.8%	18.4%	14.4%	13.6%	14.7%	14.0%

【出典】厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 令和3年度

7 健康課題の整理

(1) 健康課題の全体像の整理

死亡・要介護状態		
平均余命 平均自立期間	・男性の平均余命は83.0年で、国・県より長い。国と比較すると、+1.3年である。女性の平均余命は88.0年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.2年である。（図表2-1-2-1） ・男性の平均自立期間は81.5年で、国・県より長い。国と比較すると、+1.4年である。女性の平均自立期間は84.9年で、国・県より長い。国と比較すると、+0.5年である。（図表2-1-2-1）	
死亡	・保健事業により予防可能な重篤な疾患について、令和3年の死因別の順位と割合をみると、「虚血性心疾患」は第3位（6.1%）、「脳血管疾患」は第2位（7.1%）、「腎不全」は第16位（1.3%）と、いずれも死因の上位に位置している。（図表3-1-1-1） ・平成25年から平成29年までの重篤な疾患の標準化死亡比は、急性心筋梗塞90.5（男性）109.3（女性）、脳血管疾患93.2（男性）83.5（女性）、腎不全77.5（男性）86.9（女性）。（図表3-1-2-1・図表3-1-2-2） ・平成28年から令和2年までの重篤な疾患の標準化死亡比は、急性心筋梗塞126.2（男性）111.9（女性）、脳血管疾患94.6（男性）91.4（女性）、腎不全49.8（男性）70.3（女性）。（図表3-1-2-3・図表3-1-2-4）	
介護	・平均余命と平均自立期間の差は、男性は1.5年、女性は3.1年となっている。（図表2-1-2-1） ・介護認定者における有病割合をみると「心臓病」は54.1%、「脳血管疾患」は21.0%であり、これらの重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合は「糖尿病」（21.3%）、「高血圧症」（48.8%）、「脂質異常症」（29.3%）である。（図表3-2-3-1）	

生活習慣病重症化

医療費	・入院	・保健事業により予防可能な疾患について入院医療費の上位をみると、「脳梗塞」が5位（3.5%）となっている。これらの疾患の受診率をみると、「脳梗塞」が国の0.9倍となっている。（図表3-3-2-2・図表3-3-2-3） ・重篤な疾患の患者は、基礎疾患（「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」）を有している人が多い。（図表3-3-5-1）
	・外来（透析）	・「腎不全」の外来医療費は、外来医療費全体の4.3%を占めている。（図表3-3-3-1） ・生活習慣病における重篤な疾患のうち「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率は、国より低い。（図表3-3-4-1） ・「慢性腎臓病（透析あり）」患者のうち、「糖尿病」を有している人は62.1%、「高血圧症」は93.1%、「脂質異常症」は51.7%となっている。（図表3-3-5-1）
	・入院・外来	・重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、「脳出血」「脳梗塞」「心筋梗塞」「慢性腎臓病（透析あり）」の後期の総医療費に占める割合は、同疾患の国保の総医療費に占める割合と比べて大きい。（図表3-5-3-2）



◀重症化予防

生活習慣病		
医療費	・外来	・「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」及び「慢性腎臓病（透析なし）」の外来受診率は、いずれも国より低い。（図表3-3-4-1） ・令和4年度3月時点の被保険者における基礎疾患の有病者数及びその割合は、「糖尿病」が1,577人（9.2%）、「高血圧症」が3,113人（18.2%）、「脂質異常症」が2,893人（16.9%）である。（図表3-3-5-2）
特定健診	・受診勧奨対象者	・受診勧奨対象者数は2,436人で、特定健診受診者の56.1%となっており、2.5ポイント減少している。（図表3-4-5-1） ・受診勧奨対象者のうち服薬が確認されていない人の割合は、血糖ではHbA1cが6.5%以上であった461人の41.4%、血圧ではⅠ度高血圧以上であった1,018人の55.6%、脂質ではLDL-Cが140mg/dL以上であった1,280人の85.7%、腎機能ではeGFRが45ml/分/1.73m²未満であった63人の31.7%である。（図表3-4-5-4）



◀生活習慣病発症予防・保健指導

生活習慣病予備群・メタボリックシンドローム		
特定健診	・メタボ該当者 ・メタボ予備群該当者 ・特定健診有所見者	・令和4年度のメタボ該当者は771人（17.7%）で増加しており、メタボ予備群該当者は470人（10.8%）で増加している。（図表3-4-3-2） ・令和4年度の特定保健指導実施率は27.8%であり、県より低い。（図表3-4-4-1） ・有所見該当者の割合について、国を100とした標準化比は、男性では「HbA1c」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。女性では「HbA1c」「LDL-C」の標準化比がいずれの年代においても100を超えている。（図表3-4-2-2・図表3-4-2-3）



◀早期発見・特定健診

不健康な生活習慣		
健康に関する意識	・令和4年度の特定健診受診率は35.9%であり、県より高い。（図表3-4-1-1） ・令和4年度の特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は2,769人で、特定健診対象者の22.7%となっている。（図表3-4-1-3）	
特定健診	・生活習慣	・特定健診受診者の質問票の回答割合について、国を100とした標準化比は、男性では「1日3合以上飲酒」「週3回以上就寝前夕食」の標準化比がいずれの年代においても高く、女性では表内の全ての項目の標準化比がいずれの年代においても低い。（図表3-4-6-2）



◀健康づくり ▶社会環境・体制整備

地域特性・背景	
牛久市の特性	・高齢化率は30.1%で、国や県と比較すると、高い。（図表2-1-1-1） ・国保加入者数は17,126人で、65歳以上の被保険者の割合は48.1%となっている。（図表2-1-5-1）
健康維持増進のための 社会環境・体制	・一人当たり医療費は増加している。（図表3-3-1-1） ・重複処方該当者数は107人であり、多剤処方該当者数は17人である。（図表3-6-1-1・図表3-6-2-1） ・後発医薬品の使用割合は78.9%であり、県と比較して1.7ポイント低い。（図表3-6-3-1）
その他（がん）	・悪性新生物（「気管、気管支及び肺」「大腸」「胃」）は死因の上位にある。（図表3-1-1-1） ・5がんの検診平均受診率は国・県より低い。（図表3-6-4-1）

(2) わがまちの生活習慣病に関する健康課題

考察	健康課題	評価指標
◀重症化予防 保健事業により予防可能な重篤疾患を見ると、脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全はいずれも死因の上位に位置しており、特に令和3年度の死因別の死亡数を見ると老衰に次いで、脳血管疾患は2位、虚血性心疾患は3位である。 外来治療の状況と併せてみると、これらの重篤な疾患の原因となる動脈硬化を促進する糖尿病・高血圧症・脂質異常症の外来受診率はいずれも国同規模市町村と比べて低い。また、特定健診受診者においては、血糖・血圧・脂質に関して受診勧奨値を上回っているものの、外来治療に適切につながっていない結果、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全といった重篤な疾患の発症に繋がっている可能性が考えられる。 これらの事実から、牛久市では基礎疾患や慢性腎臓病を有病しているものの外来治療に至っていない有病者が一定数存在しており、より多くの基礎疾患や慢性腎臓病の有病者を適切に治療につなげることで、虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全といった重篤な疾患の発症をさらに抑制できる可能性が考えられる。	#1 重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に、健診を受診し受診勧奨判定値を超えたものに対して適切に医療機関の受診を促進することが必要。	【長期指標】 虚血性心疾患の入院受診率の低下 脳血管疾患の入院受診率の低下 新規透析者（人数または割合）の低下 【中期指標】 特定健診受診者の内、 HbA1cが7.0%以上の人の割合の低下 血圧がⅡ度高血圧以上の人の割合の低下 LDL-Cが180mg/dl以上の人の割合の低下 腎機能（eGFR）が45ml/分/1.73m²未満の人の割合の低下 【短期指標】 特定健診受診者の内、 HbA1cが8.0%以上で服薬なしの人の割合の低下 血圧がⅢ度高血圧以上で服薬なしの人の割合の低下 LDL-Cが180mg/dl以上で服薬なしの人の割合の低下 腎機能（eGFR）が45ml/分/1.73m²未満で服薬なしの人の割合の低下
◀生活習慣病発症予防・保健指導 特定健診受診者の内、メタボ該当者、予備群該当者ともに国と比べて割合は低いものの令和1年度からやや増加の傾向がみられている。コロナ禍で外出が減り、活動量の低下が一つの要因として考えられる。 特定保健指導実施率は国と比べて高いが経年では減少傾向にあり、保健指導を受けやすくする工夫が必要である。 これらの事実・考察から、保健指導実施率を高めることで、多くのメタボ該当者・予備群該当者に保健指導を実施することができれば、メタボ該当者・予備群該当者を減少させることができる可能性があると考えられる。	#2 メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させることを目的に、特定保健指導実施率の向上が必要。	【中期指標】 特定健診受診者の内、 メタボ該当者の割合の低下 メタボ予備群該当者の割合の低下 （血圧・脂質・血糖の服薬者は除く） 【短期指標】 特定保健指導実施率の向上
◀早期発見・特定健診 特定健診受診率は国と比べて低い状況になっている。また特定健診対象者の内、約2割が健診未受診かつ生活習慣病の治療を受けていない健康状態が不明の状態にある。本来医療機関受診勧奨や特定保健指導による介入が必要な人が特定健診で捉えられていない可能性が考えられる。	#3 適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の維持、向上が必要。	【短期指標】 特定健診受診率の向上
◀健康づくり 特定健診受診者における質問票の回答割合を見ると、男女ともに、飲酒習慣の改善が必要と思われる人の割合が多い。 このような生活習慣を継続した結果、高血糖や高血圧、脂質異常の状態に至り、動脈硬化が、最終的に虚血性心疾患や脳血管疾患の発症に至る者が多い可能性が考えられる。	#4 生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における飲酒習慣の改善が必要。	【短期指標】 特定健診受診者の内、 週3回以上就寝前夕食の回答割合の低下 1日3合以上飲酒の回答割合の低下 間食毎日の回答割合の低下

(3) 一体的実施及び社会環境・体制整備に関する課題

考察	健康課題	評価指標
◀介護予防・一体的実施 介護認定者における有病割合を見ると、心臓病のような重篤な疾患は前期高齢者に比べ後期高齢者の方が多い。また、医療費の観点では、脳梗塞や人工透析の医療費が総医療費に占める割合が国保被保険者よりも後期高齢者の方が高い。 これらの事実から、国保被保険者への生活習慣病の重症化予防が、後期高齢者における重篤疾患発症の予防につながる可能性が考えられる。	#5 将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要。	【短期指標】 ・ 電話・訪問した人の割合の増加 ・ 受診につながった人の割合（レセプト確認）の増加 ・ 症状の改善に向けた個人目標の達成状況（服薬、食事、運動）の改善 【長期指標】 ・ 健診受診率の増加 ・ 1人あたりの年間医療費の減少 ・ 要介護認定率の減少 ・ 2型糖尿病受診者割合の減少 ・ 認知症割合の減少 ・ 骨折割合の減少
◀社会環境・体制整備 重複服薬者が107人、多剤服薬者が17人存在することから、医療費適正化・健康増進の観点で服薬を適正化すべき人が一定数存在する可能性がある。	#6 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要。	【短期指標】 後発医薬品の使用割合の向上 重複服薬者の人数（人）の減少

第4章 データヘルス計画の目的・目標

第3期データヘルス計画の目的、並びにそれを達成するための短期目標及び中長期目標を整理した。

6年後に目指したい姿～健康課題を解決することで達成したい姿～
平均自立期間の延伸（開始時：男性 81.5歳 女性 84.9歳）

長期指標	開始時	目標値
虚血性心疾患の入院受診率	5.2	減少
脳血管疾患の入院受診率	8.3	減少
新規人工透析導入者数	4人	0人
新規介護認定率	3.6%	維持
中期指標	開始時	目標値
HbA1cが7.0%以上の人の割合	5.1%	減少
血圧がⅡ度高血圧以上の人の割合	4.5%	減少
LDL-Cが180mg/dl以上の人の割合	4.0%	減少
腎機能（eGFR）が45ml/分/1.73m ² 未満の人の割合	1.4%	減少
健康状態不明者で支援が必要と判断した者のうち、職員が本人に直接支援（電話・訪問）できた割合（%）	59.8%	増加
短期指標	開始時	目標値
HbA1cが8.0%以上で服薬なしの人の割合	17.6%	減少
血圧がⅢ度高血圧以上で服薬なしの人の割合	42.9%	減少
LDL-Cが180mg/dl以上で服薬なしの人の割合	85.2%	減少
腎機能（eGFR）が45ml/分/1.73m ² 未満で服薬なしの人の割合	34.6%	減少
特定健診受診率	35.9%	増加
ポピュレーションアプローチでフレイル予防の3本柱を理解した人の割合	90.7%	増加

第5章 保健事業の内容

1 保健事業の整理

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

※令和5年度は見込値含

(1) 生活習慣病の早期発見・早期治療

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	A	疾病の早期発見、早期予防・受診を促す。	
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
B	特定健診受診率	特定健診	集団健診と医療機関健診の2通りで実施。
B	特定健診受診率	特定健診受診率向上事業	特定健診未受診者に対して、受診勧奨ハガキの送付。



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#3適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の維持、向上が必要。	
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
特定健診受診率の向上	



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
未受診者および連続未受診者を中心に抽出し発送する。 集団健診申し込み期間直前に勧奨通知を発送することで受診率の向上を目指す。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 3	継続	特定健診	集団健診と医療機関健診の2通りで実施。
# 3	継続	特定健診受診率向上事業	特定健診未受診者に対して、受診勧奨ハガキの送付。

① 特定健診

実施計画							
事業概要	集団健診と医療機関健診の2通りで実施。						
対象者	当該年度に40-74歳の牛久市国民健康保険被保険者						
ストラクチャー	実施体制：市 医療年金課・健康づくり推進課 関係機関：国民健康保険団体連合会・総合健診協会・委託業者						
プロセス	実施方法：集団健診機関は、5月から2月にかけて実施。 実施場所は、特定健診を受ける人の利便性を考慮し、選定。 個別健診は、4月から3月にかけて実施。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対象者数						
プロセス	受診者数						
事業アウトプット	【項目名】特定健診受診率(%)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	35.9	38.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
事業アウトカム	【項目名】特定健診の2年連続受診者率(%)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	23.9	25.0	28.0	30.0	33.0	36.0	40.0
評価時期	毎年度実績を見直し評価						

② 特定健診受診率向上事業

実施計画							
事業概要	特定健診受診率向上事業						
対象者	当該年度に40-74歳の牛久市国民健康保険被保険者						
ストラクチャー	実施体制：市 医療年金課・健康づくり推進課 関係機関：医師会・医療機関との連携						
プロセス	実施方法：健診案内を広報紙に掲載（年1回）。 集団健診申し込み期間直前に勧奨通知発送（年3回）。 通年を通してホームページで掲載。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対象者数						
プロセス	受診者数						
事業アウトプット	【項目名】特定健診受診率(%)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	35.9	38.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
事業アウトカム	【項目名】特定健診の2年連続受診者率(%)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	23.9	25.0	28.0	30.0	33.0	36.0	40.0
評価時期	毎年度実績を見直し評価						

(2) 生活習慣病発症予防・特定保健指導

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
短期		循環器系疾患や内分泌、栄養及び代謝疾患の重症化予防及び発症予防	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
A	体重改善者割合 腹囲改善者割合	特定保健指導継続教室 (みんなdeウォーク健康からだ塾)	対象者：特定保健指導対象者、BMI25以上(40歳～69歳以下) 期間：約5か月間×1クール 内容：集団での筋トレ・ストレッチ・有酸素運動と個別での面談、食生活改善支援、DVDを使用した自主トレーニング等
C	糖尿病保健指導対象者割合	糖尿病予防教室 (じぶんde予防糖尿病ゼミナール)	対象者：糖尿病予備群(HbA1c6.1～6.9) 期間：約3か月間 内容：糖尿病専門医による講演、栄養・運動講話、個別面談等
B	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	特定保健指導実施率向上事業	対象者：積極的支援対象者、動機づけ支援対象者 期間：約5か月間 内容：専門職による初回面接、電話、訪問など



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#2	メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させることを目的に特定保健指導実施率の維持・向上が必要
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
(1) 特定健診受診者のうち、メタボ該当者の割合の減少 (2) 特定健診受診者のうち、メタボ予備群該当者の割合の減少 (3) 特定保健指導利用率の向上	



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期計画期間で実施していた事業では市の集団検診から抽出した対象者が中心であったが、第3期では医療機関での健診結果から抽出した対象者へも拡大していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#2(1)、(2)	継続	特定保健指導継続教室	対象者：特定保健指導対象者、BMI25以上(40歳～69歳以下) 期間：約3か月間×2～3クール 内容：集団での筋トレ・ストレッチ・有酸素運動と個別での面談、食生活改善支援、DVDを使用した自主トレーニング等
#2(1)、(2)	継続	糖尿病予防教室	対象者：糖尿病予備群(HbA1c6.1～6.9)の未治療者 期間：約3か月間 内容：糖尿病専門医による講演、栄養・運動講話、個別面談等
#2(3)	継続	特定保健指導実施率向上事業	対象者：積極的支援対象者、動機づけ支援対象者 期間：約5か月間 内容：専門職による初回面接、電話、訪問など

① 特定保健指導継続教室

実施計画							
事業概要	集団での筋トレ・ストレッチ・有酸素運動と個別での面談、食生活改善支援、DVDを使用した自主トレーニング等の取り組みを約3か月間実践し、減量及び検査値改善を目指す。						
対象者	特定保健指導対象者、BMI25以上(40歳以上69歳以下)						
ストラクチャー	実施体制：理学療法士（運動講習、個別支援）、管理栄養士（栄養講話、個別支援）、保健師（事業企画、個別支援、講習補助）、看護師（講習補助） 関係機関：健診機関からのデータ提供						
プロセス	実施方法：市の集団健診および医療機関健診の受診者から対象者を抽出し、個別通知を送付。教室では理学療法士による集団の運動講習を中心に実施するとともに、個別面談を実施し個別の取り組みを支援する。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対象者数						
プロセス	通知の発送件数						
事業アウトプット	【項目名】参加人数(人)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	24	30	30	35	35	40	40
事業アウトカム	【項目名】体重改善者割合(%)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	100	100	100	100	100	100	100
	【項目名】腹囲改善者割合(%)						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	100	100	100	100	100	100	100
評価時期	教室前後、5か月後、翌年度の健診時						

② 糖尿病予防教室

実施計画							
事業概要	糖尿病専門医による講演、栄養・運動講話、個別面談等を組み合わせ、セルフケアとして参加者が自ら適切な食習慣・運動習慣を実践することができるよう支援する。必要時には医療機関への受診を勧奨する。						
対象者	国保加入の40～47歳のうち、特定健診の結果HbA1cが6.1～6.9%で未治療のもの						
ストラクチャー	実施体制：理学療法士（運動講話、個別支援）、管理栄養士（栄養講話、個別支援）、保健師（事業企画、個別支援、簡易血糖値測定）、看護師（簡易血糖値測定） 関係機関：糖尿病専門医（講演）、健診機関からのデータ提供						
プロセス	実施方法：市の集団健診および医療機関健診の受診者から対象者を抽出し、個別通知を送付。教室では糖尿病専門医による講演、栄養・運動講話、個別相談を実施する。約3か月間後、血液検査を実施し評価する。教室終了後1年間は簡易血糖測定を2回無料で実施しフォローする。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対象者数						
プロセス	通知の発送件数、医療機関からの状況提供者数						
事業アウトプット	【項目名】参加者数（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	20	20	20	30	30	30	30
事業アウトカム	【項目名】HbA1cの改善率（%）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	80	80	90	90	100	100	100
	【項目名】質問票で3食以外の間食毎日の割合						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	21.7	21.5	21.0	20.5	20.0	20.0	20.0
評価時期	教室前後、5か月後、翌年度の健診時						

③ 特定保健指導実施率向上事業

実施計画							
事業概要	特定健診結果および年齢により対象者を階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に、面談、電話、メール、訪問等による支援を実施する。						
対象者	動機付け支援対象者、積極的支援対象者						
ストラクチャー	実施体制：管理栄養士（個別支援）、保健師（個別支援）						
プロセス	実施方法：通年実施。 ・積極的支援対象者：原則年1回の初回面接後、5か月間、定期的に電話やメール、訪問などで継続支援を実施する。初回面接から5か月後に中間評価を実施し、5か月後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行う。中間評価時に、体重2kg及び腹囲2cm減少を達成した対象者については、その時点で支援を終了する。 ・動機付け支援対象者：原則年1回の初回面接後、5か月間後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行う。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・管理栄養士の人数、対象者数						
プロセス	通知の発送件数、面談・電話・メール・訪問指導件数、レセプト確認件数						
事業アウトプット	【特定保健指導実施率（％）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	32.3	38.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
事業アウトカム	【特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（％）】						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	21.9	25.0	30.0	35.0	40.0	50.0	60.0
評価時期	5か月後、翌年度の健診時						

(3) 重症化予防

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
長期	B	糖尿病性腎症による新規人工透析導入者数の減少	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	事業の概要
B	新規透析者数 目標：0人 結果：4人	糖尿病性腎症重症化予防	対象者：特定健診結果により、①HbA1c6.5%もしくは空腹時血糖126mg/dl以上かつ尿蛋白(+)以上またはeGFR30未満の未治療者 ②HbA1c7.0%以上の未治療者 方法：①医療機関への受診勧奨（面談、電話、訪問） ②受診勧奨後のレセプト確認及び再勧奨
E	高血圧受診勧奨者割合 目標：5.0 結果：22.3 脂質異常受診勧奨割合 目標：2.0 結果：31.2	高血圧・脂質異常対策	対象者：特定健診結果により、①Ⅲ度高血圧（収縮期180mmHg以上かつ/または拡張期110mmHg以上）の未治療者 ②Ⅱ度高血圧（収縮期160mmHg以上180mmHg以下かつ/または拡張期100mmHg以上110mmHg以下）かつ血圧の既往歴なし③LDL180mg/dl以上かつ/またはTG500mg/dl以上かつ脂質異常症の既往歴なし 方法：①医療機関への受診勧奨（面談、電話、訪問）※②③対象者は基本通知のみ、希望者は面談 ②受診勧奨後のレセプト確認及び再勧奨 ※①対象者のみ ③栄養講座・運動ミニ体験※希望者のみ



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#1	特定健診結果により受診勧奨判定値を超えたものに対して適切な保健指導を行い医療機関の受診を促進する。
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
特定健診受診者の内、HbA1cが7.0%以上の人の割合の減少 特定健診受診者の内、腎機能（eGFR）が45ml/分/1.73m ² 未満の人の割合の減少 特定健診受診者の内、血圧がⅡ度高血圧以上の人の割合の減少 特定健診受診者の内、LDL-Cが180mg/dl以上の人の割合の減少	



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期計画期間では糖尿病性腎症の重症化予防に特化した内容となっていたが、第3期計画においては糖尿病性腎症に限らず新規人工透析導入者の抑制を目標とし、高血糖に加え、高血圧・脂質異常・慢性腎臓病についても、適切な医療機関の受診促進を強化していく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1	継続	糖尿病性腎症重症化予防	対象者：特定健診結果により、①HbA1c6.5%もしくは空腹時血糖126mg/dl以上かつ尿蛋白(+)以上またはeGFR30未満の未治療者 ②HbA1c7.0%以上の未治療者③尿蛋白(+)以上またはeGFR45未満かつ腎臓の既往歴なし 方法：①医療機関への受診勧奨（面談、電話、訪問）※③対象者は基本通知のみ、希望者は面談 ②受診勧奨後のレセプト確認及び再勧奨 ③栄養・運動講話 ※③対象者のうち希望者のみ

# 1	継続	高血圧・脂質異常対策	対象者：特定健診結果により、①Ⅲ度高血圧（収縮期180mmHg以上かつ/または拡張期110mmHg以上）の未治療者 ②Ⅱ度高血圧（収縮期160mmHg以上180mmHg以下かつ/または拡張期100mmHg以上110mmHg以下）かつ血圧の既往歴なし③LDL180mg/dl以上かつ/またはTG500mg/dl以上かつ脂質異常症の既往歴なし 方法：①医療機関への受診勧奨（面談、電話、訪問）※②③対象者は基本通知のみ、希望者は面談 ②受診勧奨後のレセプト確認及び再勧奨 ※①対象者のみ ③栄養・運動講話 ※希望者のみ
-----	----	------------	---

① 糖尿病性腎症重症化予防事業

実施計画							
事業概要	糖尿病が重症化するリスクの高い糖尿病未受診者および腎機能低下の未治療者を適切な受診勧奨によって治療に結びつけ、腎症等の増悪を防ぎ、人工透析への移行を防止することを目的とする						
対象者	特定健診結果により、①HbA1c6.5%もしくは空腹時血糖126mg/dl以上かつ尿蛋白（+）以上またはeGFR30未満の未治療者 ②HbA1c7.0%以上の未治療者 ③尿蛋白（+）以上またはeGFR45未満かつ腎臓の既往歴なしの者。						
ストラクチャー	実施体制：保健指導を行う保健師、管理栄養士を確保する。運動講話を行う専門職（理学療法士等）を確保する。 関係機関：健診機関からの健診結果データ提供。						
プロセス	実施方法：特定健診結果から対象者を抽出し、医療機関への受診勧奨通知を行う。その後、面談、電話、訪問のいずれかの方法で保健指導を行い、適切な医療機関への受診を促進する。受診勧奨数か月後にレセプトを確認し、受診が確認できない場合は再勧奨を行う。③の対象者へは基本受診勧奨の通知のみで、希望者へ個別に保健指導を行う。また、栄養・運動講話を行い生活習慣の改善を促す。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・管理栄養士の人数、運動講話を行う専門職の人数、対象者数						
プロセス	通知の発送件数、面談・電話・訪問指導件数、レセプト確認件数、再勧奨指導件数、講話の実施回数・参加人数						
事業アウトプット	【項目名】 HbA1c8.0%以上の者のうち、服薬なしの人の割合（%）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	17.6	17.1	16.6	16.1	15.6	15.1	14.6
	【項目名】 尿蛋白（+）以上またはeGFR45未満の者のうち、服薬なしの人の割合（%）						
事業アウトカム	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	34.6	34.1	33.6	33.1	32.6	32.1	31.6
	【項目名】 HbA1c7.0%以上の者の割合（%）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	5.1	4.6	4.1	3.6	3.1	2.6	2.1
	【項目名】 尿蛋白（+）以上またはeGFR45未満の者の割合（%）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1.4	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9	0.8
	【項目名】 糖尿病性腎症による新規人工透析導入者数（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	4	3	3	2	2	1	0
	【項目名】 新規人工透析導入者数（糖尿病性腎症以外）（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	4	3	3	2	2	1	0
評価時期	年度最後の健診から数か月後（約5か月後）および年度末						

② 高血圧・脂質異常対策

実施計画							
事業概要	ハイリスク高血圧未治療者および脂質異常の未治療者を適切な受診勧奨によって治療に結び付け、脳血管疾患や心疾患の発症を抑制することを目的とする。						
対象者	特定健診結果により、①Ⅲ度高血圧（収縮期180mmHg以上かつ/または拡張期110mmHg以上）の未治療者 ②Ⅱ度高血圧（収縮期160mmHg以上180mmHg以下かつ/または拡張期100mmHg以上110mmHg以下）かつ血圧の既往歴なしの者 ③LDL180mg/dl以上かつ/またはTG500mg/dl以上かつ脂質異常症の既往歴なしの者						
ストラクチャー	実施体制：保健指導を行う保健師、管理栄養士を確保する。運動講話を行う専門職（理学療法士等）を確保する。 関係機関：健診機関からの健診結果データ提供。						
プロセス	実施方法：特定健診結果から対象者を抽出し、医療機関への受診勧奨通知を行う。その後、①の対象者へは面談、電話、訪問のいずれかの方法で保健指導を行い（②③の対象者は希望者のみ）、適切な医療機関への受診を促進する。受診勧奨数か月後にレセプトを確認し、受診が確認できない場合は再勧奨を行う。また、対象者のうち希望者へ栄養・運動講話を行い生活習慣の改善を促す。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	保健師・管理栄養士の人数、運動講話を行う専門職の人数、対象者数						
プロセス	通知の発送件数、面談・電話・訪問指導件数、レセプト確認件数、再勧奨指導件数、講話の実施回数・参加人数						
事業アウトプット	【項目名】Ⅲ度高血圧（収縮期180mmHg以上かつ/または拡張期110mmHg以上）の者のうち、服薬なしの人の割合（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	42.9	42.4	41.9	41.4	40.9	39.4	38.9
	【項目名】LDL180mg/dl以上の者のうち、服薬なしの人の割合（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
事業アウトカム	85.2	84.7	84.2	83.7	83.2	82.7	82.2
	【項目名】Ⅱ度高血圧（収縮期180mmHg以上かつ/または拡張期110mmHg以上）の者の割合（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	4.5	4.0	3.5	3.0	2.5	2.0	1.5
	【項目名】LDL180mg/dl以上の者の割合（％）						
評価時期	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	4.0	3.5	3.0	2.5	2.0	1.5	1.0
	年度最後の健診から数か月後（約5か月後）および年度末						

(4) 被保険者における服薬状況の適正化

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	A	適正受診を促し、患者自身の体への負担を軽減させる。	
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
A	後発医薬品の 使用割合（数 量ベース・新 指標）	ジェネリック医薬品差額通知	国保総合システムにより条件設定、抽出して作成した「後発医薬品（ジェネリック医薬品）に関するお知らせ」通知を被保険者宛に送付する。
E	柔道整復師頻 回受信者訪問 実施率（％）	柔整受診者訪問	対象世帯について全戸訪問（正しいかかり方の指導、健康教室等への参加勧奨）
E	パンフレット 送付件数 （通）	柔整パンフレット送付	柔道整復師の正しいかかり方に関するパンフレット送付。
B	医療費改善率	重複服薬適正化介入事業	対象者宅へ訪問指導。
B	医療費通知送 付件数（通）	医療費通知	茨城県国民健康保険団体連合会へ委託し、圧着ハガキを作成。通知する。
B	1人あたりの 財政効果額 （円）	レセプト点検	茨城県国民健康保険団体連合会から請求のあったレセプトについて資格点検（縦覧点検・内容点検）を行う。



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#6重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要。	
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
後発医薬品の使用割合の上昇 重複服薬者の人数（人）の減少	



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
さらなる医療費の適正化を目指し事業を継続する。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 6	継続	ジェネリック医薬品差額通知	国保総合システムにより条件設定、抽出して作成した「後発医薬品（ジェネリック医薬品）に関するお知らせ」通知を被保険者宛に送付する。
# 6	継続	重複服薬適正化介入事業	対象者宅へ訪問指導。
# 6	継続	医療費通知	茨城県国民健康保険団体連合会へ委託し、圧着ハガキを作成。通知する。
# 6	継続	レセプト点検	茨城県国民健康保険団体連合会から請求のあったレセプトについて資格点検（縦覧点検・内容点検）を行う。

① ジェネリック医薬品差額通知

実施計画							
事業概要	国保総合システムにより条件設定、抽出して作成した通知を被保険者あてに送付。						
対象者	「血圧降下剤」「血管拡張剤」「高脂血症用剤」「糖尿病用剤」「消化性潰瘍用剤」「強心剤」「不整脈用剤」「利尿剤」「痛風治療剤」について、先発医薬品と後発医薬品の自己負担額の差額が100円以上の被保険者（対象薬剤等については適宜見直しを行う） 対象年齢：40歳以上						
ストラクチャー	実施体制：市 医療年金課 関係機関：国民健康保険団体連合会						
プロセス	実施方法：国保総合システムにより条件設定、抽出して作成した「後発医薬品（ジェネリック医薬品）に関するお知らせ」通知を被保険者宛に送付する。 実施回数：年4回（6月、9月、12月、3月） 差額通知送付月のジェネリック医薬品使用率について性・年代別に類型化し、使用状況を確認する。 国保連「ジェネリック差額効果支援システム」にて通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか確認する。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対象者数						
プロセス	後発医薬品の使用割合、ジェネリックへの切り替え人数、効果額（保険者負担相当額）						
事業アウトプット	【項目名】差額通知送付通数（通）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	2,915	2,900	2,800	2,700	2,500	2,600	2,700
事業アウトカム	【項目名】後発医薬品の使用割合（数量ベース・新指標）（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	79.7	80.0	81.0	82.0	83.0	84.0	85.0
	【項目名】ジェネリックへの切り替え人数（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	345	400	450	500	550	600	650
	【項目名】効果額（保険者負担相当額）（円）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	338,260	350,000	360,000	370,000	380,000	390,000	400,000
	評価時期	毎年度実績を見直し評価					

② 重複服薬適正化介入事業

実施計画							
事業概要	重複服薬者に対し訪問指導を行い医療費の適正化を図る。						
対象者	3医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が1以上、または2医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が2以上に該当する者 多剤処方該当者：同一薬剤に関する処方日数が1日以上かつ処方薬剤数（同一月内）が15剤以上に該当する者						
ストラクチャー	実施体制：市 医療年金課 関係機関：国民健康保険団体連合会						
プロセス	実施方法：KDBシステムより対象者を抽出し、保健師とともに在宅訪問を実施。 不在者には、通知（適正受診について）を投函する。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対象者数						
プロセス	医療費改善率						
事業アウトプット	【項目名】 重複服薬者の人数（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	5	5	5	4	4	4	4
事業アウトカム	【項目名】 医療費改善率（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	60	65	70	75	80	85	90
評価時期	毎年度実績を見直し評価						

③ 医療費通知

実施計画							
事業概要	茨城県国民健康保険団体連合会へ委託し、圧着ハガキを作成。通知する。						
対象者	国民健康保険加入者						
ストラクチャー	実施体制：市 医療年金課 関係機関：国民健康保険団体連合会						
プロセス	実施方法：年２回医療費通知を発送する。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対象者数						
プロセス	医療費通知発送件数						
事業アウトプット	【項目名】医療費通知送付件数（通）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
事業アウトカム	【項目名】減額査定通知送付件数（通）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1	1	1	1	1	1	1
評価時期	毎年度実績を見直し評価						

④ レセプト点検

実施計画							
事業概要	茨城県国民健康保険団体連合会から請求のあったレセプトについて資格点検（縦覧点検・内容点検）を行う。						
対象者	国民健康保険加入者						
ストラクチャー	実施体制：市 医療年金課 関係機関：国民健康保険団体連合会						
プロセス	実施方法：茨城県国民健康保険団体連合会から請求のあったレセプトについて資格点検（縦覧点検・内容点検）を行う。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	対象者数						
プロセス	1人あたりの財政効果額（円）、1人あたりの財政効果率（％）						
事業アウトプット	【項目名】1人あたりの財政効果額（円）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	1,400	1,450	1,500	1,550	1,600	1,650	1700
事業アウトカム	【項目名】1人あたりの財政効果率（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	0.25	0.30	0.35	0.40	0.45	0.50	0.55
評価時期	毎年度実績を見直し評価						

(5) 介護予防

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
		将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要。	
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	事業の概要
B	参加者 延べ人数増加	うしくかっぱ体操	うしくかっぱ体操は転倒予防を目的とした市オリジナル体操で、市民ボランティア（うしくかっぱ体操普及員）が市内全域に普及することで健康寿命の延伸を目指している。
B	参加者 延べ人数増加	シルバーリハビリ体操	シルバーリハビリ体操は、茨城県で推奨する介護予防体操で、市民ボランティア（シルバーリハビリ体操指導士）が市内全域に普及することで健康寿命の延伸を目指している。
E	基本チェック リストで把握 できた割合	元気教室	目的：事業を通じ、個人及び行政区が地域のつながりを深めると共に、介護予防活動を自ら行う契機とする。また、放置すれば要介護状態になりやすいフレイル該当者を把握し、必要に応じ介護予防活動や介護予防サービスへつなげていく。 R2年、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い中止。R2～R4年は、フレイル調査を実施。元気教室は、保健事業と介護予防の一体的事業としてのポピュレーションアプローチにシフトする。 対象者：65歳以上（要介護認定者を除く） 内容：市職員が地域に出向き、体調確認、体力測定、健康講話、体操を実施。チェックリストによる事業対象者把握。
E	基本チェック リストで把握 できた割合	お口から元気 口腔教室	目的：口腔機能の低下がみられる対象者に対し、口腔ケア、口腔機能向上のためのケアやトレーニング方法を学び、自ら継続して実践することで、口腔機能低下の維持・改善を目指す。 対象者：65歳以上の介護予防・日常生活支援総合事業対象者または要支援認定者。 内容：1教室（全6回）/年 口腔機能について歯科衛生士から詳しく学ぶプログラム、口腔ケアの方法、唾液腺マッサージ、気道感染予防の重要性等。
B	基本チェック リストの改善 または維持の 割合	体力アップ教室 （施設型、地域型）	（施設型） 目的：総合事業対象者および要支援者が通所型介護予防教室「体力アップ教室（施設型）」に参加することにより、要介護状態等となることを予防する。 対象者：（施設型）65歳以上で運動、栄養状態改善等の必要な方、生活不活発の方（生涯かっぱつ生活調査票により該当者抽出） 内容：委託事業所の理学療法士、作業療法士等が、体力測定、筋トレやストレッチ、手工芸等を実施。 （地域型） R2年以降、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い中止。地域で体操教室の普及が見られ目的が重なるため、再開せず中止とする。 目的：地域の身近な会館等で教室を実施することで、地域の住民主体での介護予防活動の推進・継続を支援する 対象者：（地域型）一般高齢者

B	参加者数	かっぱつ脳トレ教室	目的：認知症予防への意識の向上。認知症予防のための生活習慣や運動等を学び、自ら実践することの重要性を理解する。 内容： 検査編：市職員によるファイブコグ検査、講話(全2日間×2回) 運動編：外部講師による認知機能向上の運動プログラム、講話(年2回) 音楽編：外部講師による認知機能向上の音楽プログラム、講話(年2回) 対象者：一般高齢者
---	------	-----------	--



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#5将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要。	
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
新規要介護認定率の緩やかな増加	



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性：			
フレイル予防の推進、市民の主体的な介護予防活動の実践および地域介護予防活動の充実拡大			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 5	継続	一般介護予防事業 介護予防普及啓発事業	対象者：40歳以上の市民を対象に、広報紙で周知し、参加者を募集する。 目的：市民に対し、介護予防に関する正しい知識を普及啓発し、介護予防活動の意識を高め、自ら介護予防活動を実践できるように支援する。 内容：歯あつふるライフ教室、脳トレ教室（検査編、運動編、音楽編）認知症予防教室、
# 5	継続	一般介護予防事業 地域介護予防活動支援事業	対象者：65歳以上の各事業条件に該当する牛久市民 目的：介護予防活動を実施するボランティアを養成し、地域における介護予防活動の充実、拡大を目指す。 内容：うしくかっぱつ体操普及員養成講座、シルバーリハビリ体操指導士養成講座、認知症予防リーダー養成講座、地域型認知症予防教室等
# 5	継続	介護予防・生活支援サービス事業 通所型サービスC	対象者：基本チェックリストで運動または栄養等に該当した事業対象者及び要支援認定を受けた市民。 目的：対象者が身体機能を維持・向上し、要介護状態となることを予防する。 内容：体力測定、運動プログラム、栄養講話、口腔機能向上講話、認知症予防講話等

① 一般介護予防事業 介護予防普及啓発事業

実施計画							
事業概要	目的：市民に対し、介護予防に関する正しい知識を普及啓発し、介護予防活動の意識を高め、自ら介護予防活動を実践できるように支援する。 内容：歯あとふるライフ教室、脳トレ教室、認知症予防教室						
対象者	65歳以上の各事業条件に該当する牛久市民						
ストラクチャー	実施体制 ・歯あとふるライフ教室：（講師：歯科衛生士会に依頼委託） ・脳トレ教室：（講師：職員、音楽療法士、スポーツトレーナー） ・認知症予防教室：委託 関係機関：高齢福祉課、牛久市地域包括支援センター、県歯科衛生士会、講師依頼先事業所						
プロセス	実施方法：広報紙で周知し、参加者を募集する。 対象者：歯あとふるライフ教室は、40歳以上の市民、脳トレ教室、認知症予防教室は65歳以上の市民						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	教室後に継続した介護予防活動ができるよう、地域の体操教室や地域型認知症予防教室の充実が必要。						
プロセス	アンケート結果から、教室内容の評価・見直しを行う。						
事業アウトプット	【項目名】歯あとふるライフ教室（全3日）参加率（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	87.3	87.5	87.5	87.7	87.7	88.0	88.0
	【項目名】脳トレ教室参加者数(3テーマ×年2回)（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	114	120	120	140	140	160	160
	【項目名】認知症予防教室（全7回）出席率（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	80.4	80.5	80.5	81.0	81.0	81.5	81.5
事業アウトカム	【項目名】歯あとふるライフ教室（全3日）オーラルフレイルを理解した人の割合（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	72.7	73.0	73.0	74.0	74.0	75.0	75.0
	【項目名】後期高齢者医療加入者の認知症患者割合（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	10.6	10.6	10.7	10.7	10.8	10.8	10.9
	【項目名】新規要介護認定率（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	3.60	3.75	3.90	4.05	4.20	4.35	4.50
評価時期	教室終了後アンケートを実施し、教室内容の評価・見直しを行う。 毎年5-6月頃に、認知症患者数、新規要介護認定率等を確認する。						

② 一般介護予防事業 地域介護予防活動支援事業

実施計画							
事業概要	目的：介護予防活動を実施するボランティアを養成し、地域における介護予防活動の充実、拡大を目指し、要介護状態になるのを予防する。 内容：うしくかっぱ体操普及員養成講座、シルバーリハビリ体操指導士養成講座、認知症予防リーダー養成講座等						
対象者	65歳以上の各事業条件に該当する牛久市民						
ストラクチャー	実施体制：うしくかっぱ体操は市主催、シルバーリハビリ体操は県主催、認知症予防リーダーは、うしくかっぱ体操普及員またはシルバーリハビリ体操指導士の資格を持つことを条件に参加者を募集し、講習は民間委託している。 関係機関：茨城県立健康プラザ、茨城県長寿福祉課、高齢福祉課、健康づくり推進課、委託先事業所						
プロセス	実施方法：養成講座の開催について広報紙で周知し、参加者を募集する。養成講座修了後、各行政区における活動について支援する。各ボランティアのフォローアップ講座を開催する。（シルバーリハビリ体操は県主催）						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	新規開設教室数、新規参加者数の増加と継続者の維持						
プロセス	地域の状況把握、現ボランティアとの意見交換を重ね、継続可能な教室にするために必要な支援をしていく。						
事業アウトプット	【項目名】うしくかっぱ体操普及員数（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	191	200	205	210	215	220	225
	【項目名】うしくかっぱ体操参加者延数（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	21,385	21,510	21,520	21,530	21,540	21,550	21,560
	【項目名】シルバーリハビリ体操指導士数（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	89	90	95	100	105	110	115
	【項目名】シルバーリハビリ体操参加者延数（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	17,449	17,510	17,520	17,530	17,540	17,550	17,560
事業アウトカム	【項目名】認知症予防リーダー養成者数（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	55	65	65	75	75	85	85
	【項目名】地域型認知症予防教室参加者延数（人）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	2,169	2,180	2,190	2,200	2,210	2,220	2,230
事業アウトカム	【項目名】新規要介護認定率（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	3.60	3.75	3.90	4.05	4.20	4.35	4.50
評価時期	毎年度末						

③ 介護予防・生活支援サービス事業 通所型サービスC

実施計画							
事業概要	目的：対象者が身体機能を維持・向上し、要介護状態となることを予防する。 内容：体力測定、運動プログラム、栄養講話、口腔機能向上講話、認知症予防講話等						
対象者	基本チェックリストで運動または栄養等に該当した事業対象者及び要支援認定を受けた市民。						
ストラクチャー	実施体制：委託事業所（牛久愛和総合病院・つくばセントラル病院）の理学療法士、作業療法士等が実施。 関係機関：市地域包括支援センター（2か所）、高齢福祉課						
プロセス	市地域包括支援センター（2か所）において対象者を選出する。 委託事業所の体力アッププログラムを実施後、教室前後の体力測定等により評価する。 対象者：基本チェックリストで運動または栄養等に該当した事業対象者及び要支援認定を受けた市民。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	委託事業所（牛久愛和総合病院・つくばセントラル病院）の継続						
プロセス	対象者の選出を行う市地域包括支援センターとの情報共有、意見交換を重ね、対象者の条件や教室内容等の検討を行う。						
事業アウトプット	【項目名】体力アップ教室参加者率（2事業所合算）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	88.5	88.5	88.6	88.6	88.7	88.7	88.8
事業アウトカム	【項目名】体力アップ教室（全12回）基本チェックリストの改善維持が見られた人の割合（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	60.0	60.2	60.2	60.3	60.3	60.5	60.5
評価時期	教室終了後						

(6) 保健事業と介護予防等の一体的実施事業（第3期～）

第3期計画における重症化予防に関連する健康課題
#5将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要。
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標
新規要介護認定率の緩やかな増加 糖尿病性腎症重症化予防対象者保健指導割合の増加 健康状態不明者医療・介護サービスにつながった人の割合の増加 未治療によるコントロール不良者受診につながった人の割合の増加



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
介護保険の地域支援事業及び国民健康保険の保健事業と一体的に取り組み、効果的かつ効率的に推進することで、高齢者の心身の多様な課題に対し、きめ細やかな支援を実施する。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 5	新規	個別的支援	医療専門職が、低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組を行うための訪問相談、適正受診等の促進のための訪問指導、健康状態が不明な高齢者等に対するアウトリーチ支援等を行う。
# 5	新規	通いの場等の積極的な関与	通いの場等において、KDBシステム等により把握した地域の健康課題をもとに、医療専門職がフレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談を実施する。また、取組において把握された高齢者の状況に応じて、健診・医療受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨を行う。

① ハイリスクアプローチ

実施計画							
事業概要	医療専門職が、低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組を行うための訪問相談、適正受診等の促進のための訪問指導、健康状態が不明な高齢者等に対するアウトリーチ支援等を行う。						
対象者	75歳以上事業条件に該当する市民						
ストラクチャー	実施体制： ・糖尿病性腎症重症化予防：健康づくり推進課 ・健康状態不明者および未治療によるコントロール不良者：医療年金課 担当者：保健師、管理栄養士、看護師、歯科衛生士 関係機関：高齢福祉課、社会福祉課、市地域包括支援センター、県歯科衛生士会、民生委員						
プロセス	実施方法：KDBを用いて、高齢者の健診データ、後期高齢者の質問票、レセプト情報を分析し、後期高齢者の特性を把握する。一体的実施・KDB活用支援ツールから対象者を抽出する。対象者へ通知し、訪問・電話等による個別保健指導を実施する。レセプト情報、健診結果等により事業評価する。						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	現在の実施体制に加え、データ分析をする事務職、対象者の身体機能の状況に合わせた運動指導ができる理学療法士等、職員増員を目指す。						
プロセス	KDBシステムを用いて、高齢者の健診データ、後期高齢者の質問票、レセプト情報を分析し、支援方法の見直しを行う。						
事業アウトプット	【項目名】HbA1c8.0%以上で服薬なしの人数						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	60人	58人	56人	54人	52人	50人	48人
	【項目名】健康状態不明者で支援が必要と判断した者のうち、職員が本人に直接支援（電話・訪問）できた人の割合（%）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	59.8%	60.0%	60.2%	60.4%	60.6%	60.8%	61.0%
事業アウトカム	【項目名】未治療によるコントロール不良者のうち支援できた人の割合（%）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	60%（見込み）	63%	63%	65%	65%	67%	67%
	【項目名】HbA1c 8.0%以上で服薬なしの人のうち受診確認できた人の割合（%）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	49%	50%	51%	52%	53%	54%	55%
事業アウトカム	【項目名】健康状態不明者で健診・医療・介護につながった割合（%）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	8%	10%	11%	12%	13%	14%	15%
	【項目名】未治療によるコントロール不良者で医療につながった割合（%）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	30%	33%	35%	37%	39%	42%	45%
事業アウトカム	【項目名】新規要介護認定率（%）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	3.60%	3.75%	3.90%	4.05%	4.20%	4.35%	4.50%
評価時期	毎年5月～6月						

② ポピュレーションアプローチ

実施計画							
事業概要	通いの場等において、KDBシステム等により把握した地域の健康課題をもとに、医療専門職がフレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談を実施する。また、取組において把握された高齢者の状況に応じて、健診・医療受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨を行う。						
対象者	通いの場の中でも「うしくかっぱ体操教室」（市内44か所）に参加する市民および希望者						
ストラクチャー	実施体制 医療年金課：企画、実施行政区との連絡調整、資料ならびに媒体作成、歯科衛生士会との連絡調整						
プロセス	実施方法：通いの場の中でも「うしくかっぱ体操教室」（市内44か所）を対象として、参加者の多い教室（行政区）から、順番に実施している。対象となる行政区長に了承を得て、うしくかっぱ体操普及員の協力のもと、参加者募集チラシを回覧している。 ・令和4年度4行政区、令和5年度6行政区で実施。 ・1教室につき3日開催。（1日目：フレイル予防の3本柱 2日目：口腔のフレイル予防について（歯科衛生士） 3日目：1日目2日目の復習）						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	医療年金課職員が継続する。職員増員により、年間実施回数を増加を目指す。						
プロセス	KDBシステムを用いて、高齢者の健診データ、後期高齢者の質問票、レセプト情報を分析し、全体像を把握するとともに、新規要介護認定率を継続的に確認する。						
事業アウトプット	【項目名】フレイル予防教室参加者数（延べ人数）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	300（見込み）	400	450	500	550	600	650
事業アウトカム	【項目名】フレイル予防の3本柱を理解した人の割合（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	90.7％	71.8％	72.0％	73.0％	74.0％	75.0％	76.0％
	【項目名】新規要介護認定率（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	3.60％	3.75％	3.90％	4.05％	4.20％	4.35％	4.50％
評価時期	毎年5月～6月						

(7) 介護給付費適正化関連事業

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
短期	C	新規要介護認定率の緩やかな増加	
事業評価	事業 アウトカム	個別事業名	個別事業名
B	介護認定率	要介護認定の適正化	要介護認定の適正化
B	一件当たり給 付費	ケアプランの点検	ケアプランの点検
B	給付費	住宅改修・福祉用具実態調査	住宅改修・福祉用具実態調査



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題	
#5将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要。	
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
新規要介護認定率の緩やかな増加	



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
本人の状態とかけ離れないよう要介護認定の決定が適切に行われることで、介護給付費の適正な給付につなげる			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
# 5	継続	要介護認定の適正化	要介護認定を決定する介護認定審査会へ資料として提出する「介護認定調査票」について職員が「介護認定調査調査員テキスト」に則った解釈で調査できているかを確認する。
# 5	継続	ケアプランの点検	給付額が高い被保険者を多く担当している居宅介護支援事業所に対し、無作為に30～50件のケアプランを提出してもらい内容確認を行う。

① 要介護認定の適正化

実施計画							
事業概要	介護認定担当者が1名で行う。要介護認定を決定する介護認定審査会へ資料として提出する「介護認定調査票」について職員が「介護認定調査調査員テキスト」に則った解釈で調査できているかを確認する。						
対象者	介護認定調査対象者						
ストラクチャー	実施体制：介護認定職員が目視で確認						
プロセス	実施方法：「介護認定調査調査員テキスト」に則った解釈で調査票をチェックする 対象者：介護認定調査対象者						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	担当職員数1名以上						
プロセス	介護認定調査調査員テキストに則った解釈で調査できているか						
事業アウトプット	【項目名】介護認定調査票確認件数（件）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	3,433	3,500	3,550	3,560	3,570	3,580	3,590
事業アウトカム	【項目名】介護認定率（％）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	13.8	14.0	14.6	15.2	15.8	16.6	17.4
評価時期	毎年度実績を見直し評価						

② ケアプランの点検

実施計画							
事業概要	給付担当者1名。 給付額が高い被保険者を多く担当している居宅介護支援事業所に対し、無作為に30～50件のケアプランを提出してもらい内容確認を行う。 また、ショートステイ連続利用についてなど、介護保険法上好ましくないケアプランについても内容確認を行う。 必要に応じて、ケアプラン作成者に作成の経緯や状況を確認してプラン見直しなどを是正等の指導を行う。						
対象者	無作為抽出によるケアプラン50件						
ストラクチャー	実施体制：給付担当職員が目視で確認						
プロセス	実施方法：選出した事業所よりケアプラン提供を受ける 対象者：給付額が高い被保険者を多く担当している居宅介護支援事業所より提供を受けたケアプラン、介護保険法上好ましくないケアプラン						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	担当職員数1名以上						
プロセス	介護保険法上好ましくないケアプランが点検対象に含まれているか						
事業アウトプット	【項目名】ケアプラン点検数（件）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	42	50	50	50	50	50	50
事業アウトカム	【項目名】一件当たり給付費（円）						
	開始時	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	63,533	60,000	58,000	55,000	53,000	51,000	50,000
評価時期	毎年度実績を見直し評価						

2 個別保健事業計画・評価指標のまとめ

事業名・担当部署	事業概要	アウトプット指標	アウトカム指標
特定健診 医療年金課 健康づくり推進課	集団健診と医療機関健診の2通りで実施。	【項目名】 特定健診受診率(%) 【目標値】 60%	【項目名】 特定健診の2年連続受診者率(%) 【目標値】 40%
特定健診受診率向上事業 医療年金課 健康づくり推進課	特定健診未受診者に対して、受診勧奨ハガキの送付。	【項目名】 特定健診受診率(%) 【目標値】 60%	【項目名】 特定健診の2年連続受診者率(%) 【目標値】 40%
特定保健指導実施率向上事業 医療年金課 健康づくり推進課	特定健診結果および年齢により対象者を階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に、面談、電話、メール、訪問等による支援を実施する。	【項目名】 特定保健指導実施率(%) 【目標値】 60%	【項目名】 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%) 【目標値】 60%
みんなdeウォーク健康からだ塾 健康づくり推進課	対象者：特定保健指導対象者、BMI25以上(40歳～69歳以下) 期間：約5か月間×1クール 内容：集団での筋トレ・ストレッチ・有酸素運動と個別での面談、食生活改善支援、DVDを使用した自主トレーニング等	【項目名】 参加人数 【目標値】 40名	【項目名】 体重改善者割合 腹囲改善者割合 【目標値】 100% 100%
糖尿病性腎症重症化予防事業 健康づくり推進課	対象者：特定健診結果により、①HbA1c6.5%もしくは空腹時血糖126mg/dl以上かつ尿蛋白(+)以上またはeGFR30未満の未治療者 ②HbA1c7.0%以上の未治療者③尿蛋白(+)以上またはeGFR45未満かつ腎臓の既往歴なし 方法：①医療機関への受診勧奨(面談、電話、訪問)※③対象者は基本通知のみ、希望者は面談 ②受診勧奨後のレセプト確認及び再勧奨 ③栄養・運動講話 ※③対象者のうち希望者のみ	【項目名】 1. HbA1c8.0%以上の者のうち、医療機関を受診していない者の割合(県に準じた指標) 2. HbA1c8.0%以上の者のうち、服薬なしの者の割合 【目標値】 1. 12% 2. 14.6%	【項目名】 1. HbA1c8.0%以上の者の割合(県に準じた指標) 2. HbA1c7.0%以上の者の割合 【目標値】 1. 0.85% 2. 2.1%
糖尿病教室 健康づくり推進課	健診受診後、血圧・血糖・脂質の検査値異常及び腎機能低下、BMI基準値以上の者へ保健指導、運動指導を実施する。	【項目名】 年間の教室参加人数 【目標値】 30名	【項目名】 HbA1cの改善率 質問票で3食以外の間食毎日の割合 【目標値】 100% 20%

事業名・担当部署	事業概要	アウトプット指標	アウトカム指標
高血圧・脂質異常対策 健康づくり推進課	対象者：特定健診結果により、①Ⅲ度高血圧（収縮期180mmHg以上かつ/または拡張期110mmHg以上）の未治療者 ②Ⅱ度高血圧（収縮期160mmHg以上180mmHg以下かつ/または拡張期100mmHg以上110mmHg以下）かつ血圧の既往歴なし③LDL180mg/dl以上かつ/またはTG500mg/dl以上かつ脂質異常症の既往歴なし 方法：①医療機関への受診勧奨（面談、電話、訪問）※②③対象者は基本通知のみ、希望者は面談 ②受診勧奨後のレセプト確認及び再勧奨 ※①対象者のみ ③栄養・運動講話 ※希望者のみ	【項目名】 1.Ⅲ度高血圧（収縮期180mmHg以上かつ/または拡張期110mmHg以上）の者のうち、服薬なしの人の割合 2. LDL180mg/dl以上の者のうち、服薬なしの人の割合 【目標値】 1. 38.9% 2. 82.2%	【項目名】 1.Ⅱ度高血圧（収縮期180mmHg以上かつ/または拡張期110mmHg以上）の者の割合 2. LDL180mg/dl以上の者の割合 【目標値】 1. 1.5% 2. 1.0%
ジェネリック医薬品差額通知 医療年金課	対象者：40歳以上で「血圧降下剤」「血管拡張剤」「脂血症用剤」「糖尿病用剤」「消化性潰瘍用剤」「強心剤」「不整脈用剤」「利尿剤」「痛風治療剤」利用で先発医薬品と後発医薬品の自己負担額の差額が100円以上の被保険者（対象薬剤等については適宜見直しを行う） 目的：先発医薬品に比べて安い後発医薬品（ジェネリック医薬品）を普及させることにより、患者負担の軽減や医療費保険財政の改善につなげる。 方法：国保総合システムにより条件設定、抽出して作成した「後発医薬品（ジェネリック医薬品）に関するお知らせ」通知を被保険者宛に送付する。 実施回数：年4回（6月、9月、12月、3月）	【項目名】 差額通知送付通数 【目標値】 2,700通	【項目名】 後発医薬品の使用割合（数量ベース・新指標） ジェネリックへの切り替え人数 効果額（保険者負担相当額） 【目標値】 85% 650人 400,000円
重複服薬適正化事業 医療年金課	対象者：3医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が1以上、または2医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が2以上に該当する者 多剤処方該当者：同一薬剤に関する処方日数が1日以上かつ処方薬剤数（同一月内）が15剤以上に該当する者 目的：適正服薬について理解してもらい、適正受診につなげる。 内容：KDBシステムにより対象者を抽出し、保健師とともに訪問指導する。	【項目名】 重複服薬者の人数 【目標値】 4人	【項目名】 医療費改善率 【目標値】 90%
一般介護予防事業 介護予防普及啓発事業 医療年金課	対象者：40歳以上の市民を対象に、広報紙で周知し、参加者を募集する。 目的：市民に対し、介護予防に関する正しい知識を普及啓発し、介護予防活動の意識を高め、自ら介護予防活動を実践できるように支援する。 内容：歯あつふるライフ教室、脳トレ教室、認知症予防教室	【項目名】 歯あつふるライフ教室（全3日） オーラルフレイルを理解した人の割合 脳トレ教室参加者数（3テーマ×年2回） 認知症予防教室（全7回）出席率 【目標値】 75% 120名 90%	【項目名】 新規要介護認定率 【目標値】 4.5%

事業名・担当部署	事業概要	アウトプット指標	アウトカム指標
一般介護予防事業 地域介護予防活動支援事業 医療年金課	対象者：65歳以上の各事業条件に該当する牛久市民 目的：介護予防活動を実施するボランティアを養成し、地域における介護予防活動の充実、拡大を目指す。 内容：うしくかっぱ体操普及員養成講座、シルバーリハビリ体操指導士養成講座、認知症予防リーダー養成講座等	【項目名】 うしくかっぱ体操普及員数 うしくかっぱ体操参加者延数 シルバーリハビリ体操指導士数 シルバーリハビリ体操参加者延数 認知症予防リーダー養成者数 地域型認知症予防教室参加者延数 【目標値】 225名 21,560名 115名 17,560名 85名 2,230名	【項目名】 新規要介護認定率 【目標値】 4.5%
一般介護予防事業 介護予防・生活支援サービス事業の通所型サービスC 医療年金課	対象者：65歳以上の各事業条件に該当する牛久市民 目的：事業を通し、個人及び行政区が地域のつながりを深めると共に、介護予防活動を自ら行う契機とする。また、放置すれば要介護状態になりやすいフレイル該当者を把握し、必要に応じ介護予防活動や介護予防サービスへつなげ、身体機能の維持・向上を目指す。 内容：体力測定、運動プログラム、栄養講話、口腔機能向上講話、認知症予防講話等	【項目名】 体力アップ教室参加者数(2か所×16人) 【目標値】 20名	【項目名】 体力アップ教室(全12回)基本チェックリストの改善維持が見られた人の割合 【目標値】 65%
個別的支援 医療年金課	医療専門職が、低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組を行うための訪問相談、適正受診等の促進のための訪問指導、健康状態が不明な高齢者等に対するアウトリーチ支援等を行う。	【項目名】 糖尿病性腎症重症化予防対象者保健指導割合 健康状態不明者 医療・介護サービスにつながった人の割合 未治療によるコントロール不良者 受診につながった人の割合 【目標値】 50% 50% 80%	【項目名】 新規要介護認定率【目標値】 4.5%
通いの場等の積極的な関与 医療年金課	通いの場等において、KDBシステム等により把握した地域の健康課題をもとに、医療専門職がフレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談を実施する。また、取組において把握された高齢者の状況に応じて、健診・医療受診勧奨や介護サービス等の利用勧奨を行う。	【項目名】 フレイル予防の3本柱を理解した人の割合 【目標値】 76%	【項目名】 新規要介護認定率【目標値】 4.5%

事業名・担当部署	事業概要	アウトプット指標	アウトカム指標
要介護認定の適正化 高齢福祉課	要介護認定を決定する介護認定審査会へ資料として提出する「介護認定調査票」について職員が「介護認定調査調査員テキスト」に則った解釈で調査できているかを確認する。	【項目名】 介護認定調査票確認件数 【目標値】 3,590件	【項目名】 介護認定率 【目標値】 15%
ケアプランの点検 高齢福祉課	給付額が高い被保険者を多く担当している居宅介護支援事業所に対し、無作為に30～50件のケアプランを提出してもらい内容確認を行う。	【項目名】 ケアプラン点検数 【目標値】 50件	【項目名】 一件当たり給付費（円） 【目標値】 50,000円

第6章 計画の評価・見直し

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

1 評価の時期

(1) 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

(2) データヘルス計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施する。また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行う。

2 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行う。評価に当たっては、市町村国保における保健事業の評価を広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他の保険者等との連携・協力体制を整備する。

第7章 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとすることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、都道府県、国保連、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布する。また、これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた概要版を策定し併せて公表する。

第8章 個人情報の取扱い

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

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

第9章 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

市町村国保では、介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという特性があることから、本計画では、国保及び後期高齢者の課題について一体的実施の観点を踏まえながら分析を行い、対象者に対する保健事業の実施や計画の評価を行う。また、関係機関と連携を実施しながら、被保険者を支えるための地域づくりや人材育成を推進する。

第10章 第4期 特定健康診査等実施計画

1 計画の背景・趣旨

(1) 計画策定の背景・趣旨

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

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

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

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

(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向

① エビデンスに基づく効率的かつ効果的な特定健診・特定保健指導の推進

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

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

「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」においても、特定健診及び特定保健指導の第一の目的は生活習慣病に移行させないことに立ち返り、対象者の行動変容につながり成果が出たことを評価するという方針で、成果の見える化と事業の効果分析に基づいた効果的な特定健診及び特定保健指導が求められることとなった。

② 第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

令和5年3月に発表された「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」での主な変更点は図表10-1-2-1のとおりである。

牛久市においても、これらの変更点を踏まえて第4期特定健診及び特定保健指導を実施していく。

図表10-1-2-1：第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点

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

【出典】特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版） 改変

(3) 計画期間

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

2 第3期計画における目標達成状況

(1) 全国の状況

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

第3期計画においては、全保険者で特定健診受診率を令和5年度までに70.0%まで、特定保健指導実施率を45.0%まで引き上げることが目標とされていたが、令和3年度時点で全保険者の特定健診平均受診率は56.5%、特定保健指導平均実施率は24.6%となっており、目標値から大きく乖離していて目標達成が困難な状況にある（図表10-2-1-1）。市町村国保の特定健診受診率及び特定保健指導実施率も、全保険者と同様の傾向となっている。

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

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

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

メタボ該当者及びメタボ予備群該当者の減少率は、令和5年度までに平成20年度比25.0%以上減が目標として設定されていたが、令和3年度時点では13.8%減となっており、目標達成が厳しい状況にある（図表10-2-1-2）。

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

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

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

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

※平成20年度と令和3年度の推定数の差分を平成20年度の推定数で除して算出

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

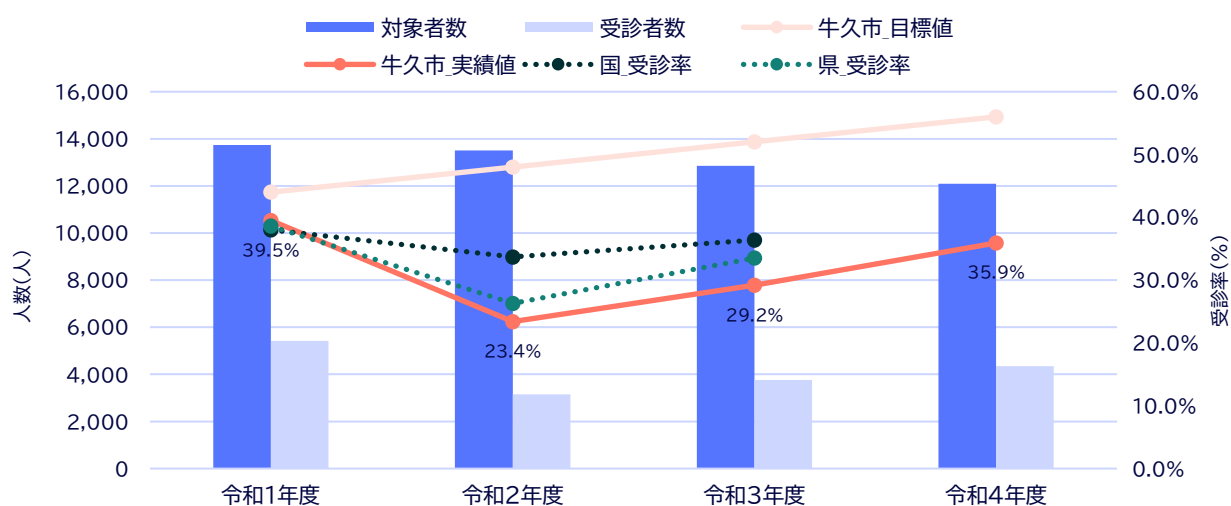
(2) 牛久市の状況

① 特定健診受診率

第3期計画における特定健診の受診状況をみると（図表10-2-2-1）、特定健診受診率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度の速報値では35.9%となっており、令和1年度の特定健診受診率39.5%と比較すると3.6ポイント低下している。令和3年度までで国や県の推移をみると、令和1年度と比較して令和3年度の特定健診受診率は低下している

男女別及び年代別における令和1年度と令和4年度の特定健診受診率をみると（図表10-2-2-2・図表10-2-2-3）、男性では50-54歳で最も伸びており、45-49歳で最も低下している。女性では45-49歳で最も伸びており、65-69歳で最も低下している。

図表10-2-2-1：第3期計画における特定健診の受診状況（法定報告値）



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診受診率	牛久市_目標値	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
	牛久市_実績値	39.5%	23.4%	29.2%	35.9%	-
	国	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	県	38.6%	26.3%	33.5%	35.6%	-
特定健診対象者数（人）		13,739	13,510	12,857	12,086	-
特定健診受診者数（人）		5,425	3,156	3,756	4,343	-

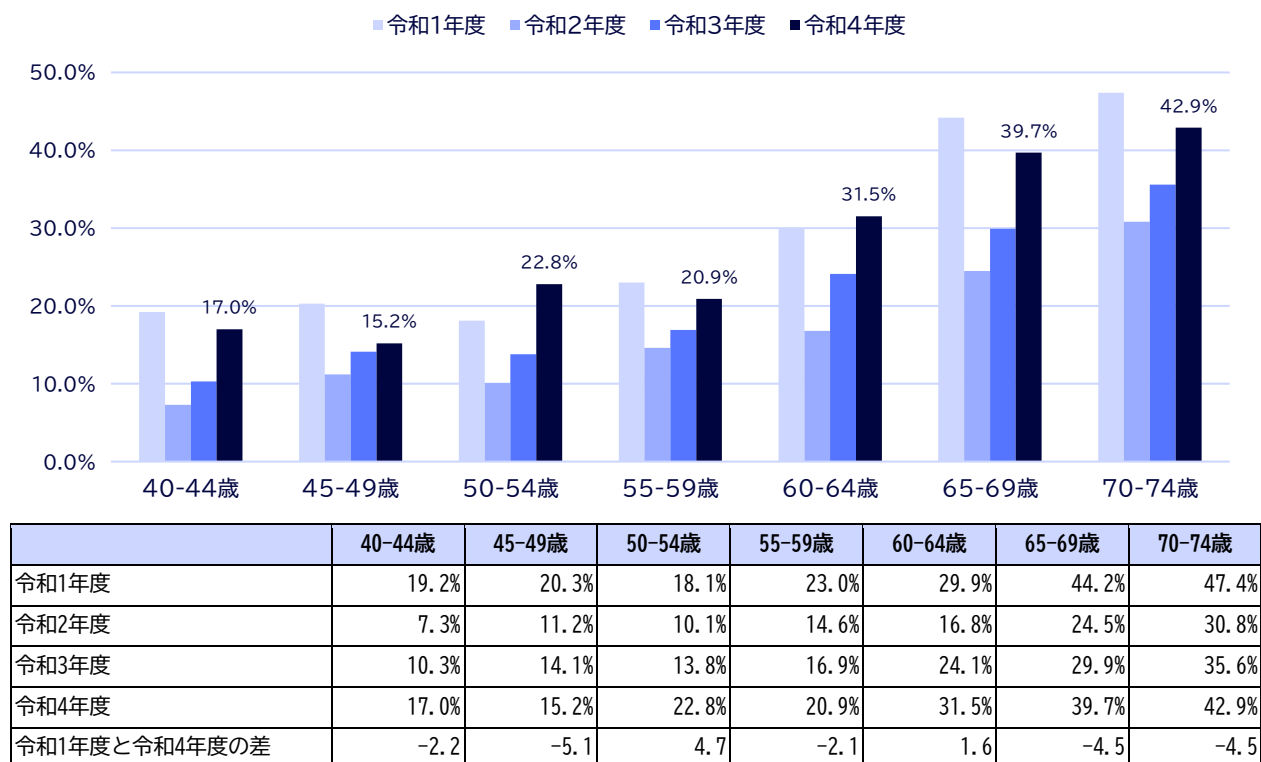
【出典】目標値：前期計画

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

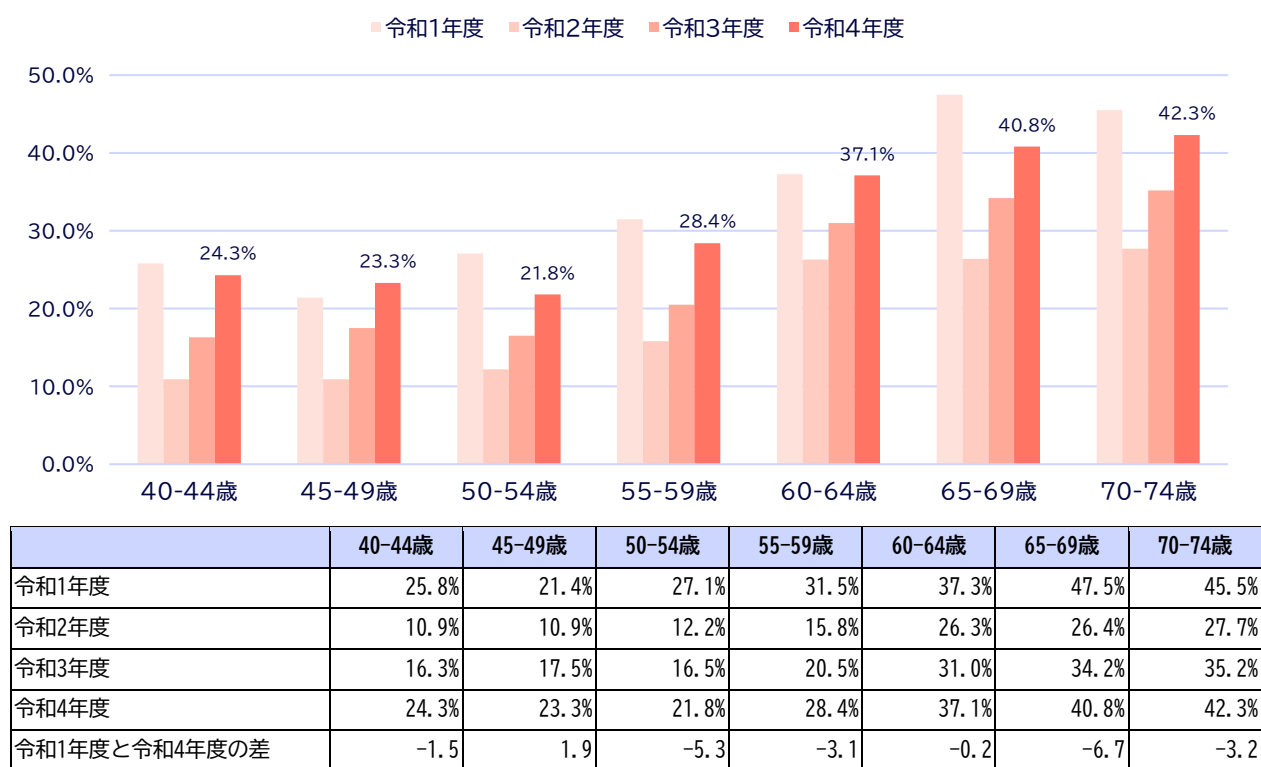
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

※表内の「国」とは、市町村国保全体を指す（以下同様）

図表10-2-2-2：年齢階層別_特定健診受診率_男性



図表10-2-2-3：年齢階層別_特定健診受診率_女性



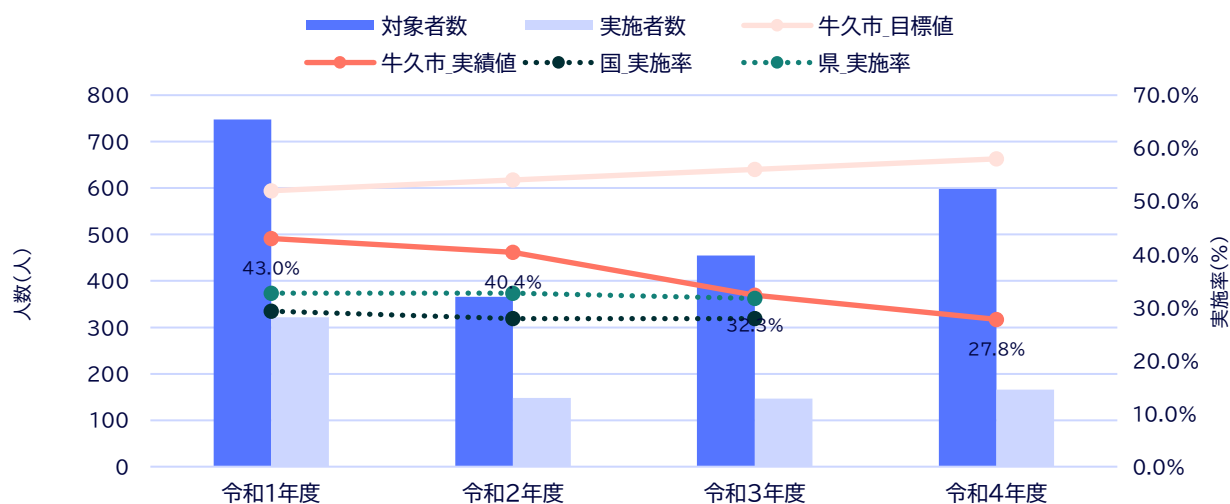
【出典】 KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計

② 特定保健指導実施率

第3期計画における特定保健指導の実施状況をみると（図表10-2-2-4）、特定保健指導実施率は、前期計画終了年度にあたる令和5年度の目標値を60.0%としていたが、令和4年度の速報値では27.8%となっており、令和1年度の実施率43.0%と比較すると15.2ポイント低下している。令和3年度までの実施率でみると国・県より高い。

支援区分別での特定保健指導実施率の推移をみると（図表10-2-2-5）、積極的支援では令和4年度は3.6%で、令和1年度の実施率2.3%と比較して1.3ポイント上昇している。動機付け支援では令和4年度は36.2%で、令和1年度の実施率53.4%と比較して17.2ポイント低下している。

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



		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定保健指導実施率	牛久市_目標値	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
	牛久市_実績値	43.0%	40.4%	32.3%	27.8%	-
	国	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	県	32.7%	32.7%	31.7%	33.0%	-
特定保健指導対象者数（人）		748	366	455	598	-
特定保健指導実施者数（人）		322	148	147	166	-

【出典】目標値：前期計画

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

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

図表10-2-2-5：支援区分別特定保健指導の実施率・対象者数・実施者数

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援	実施率	2.3%	2.0%	0.0%	3.6%
	対象者数（人）	133	51	88	111
	実施者数（人）	3	1	0	4
動機付け支援	実施率	53.4%	47.6%	43.2%	36.2%
	対象者数（人）	614	313	368	489
	実施者数（人）	328	149	159	177

【出典】KDB帳票 S21_008-健診の状況 令和1年度から令和4年度 累計

※図表10-2-2-4と図表10-2-2-5における対象者数・実施者数のずれは法定報告値とKDB帳票の差によるもの

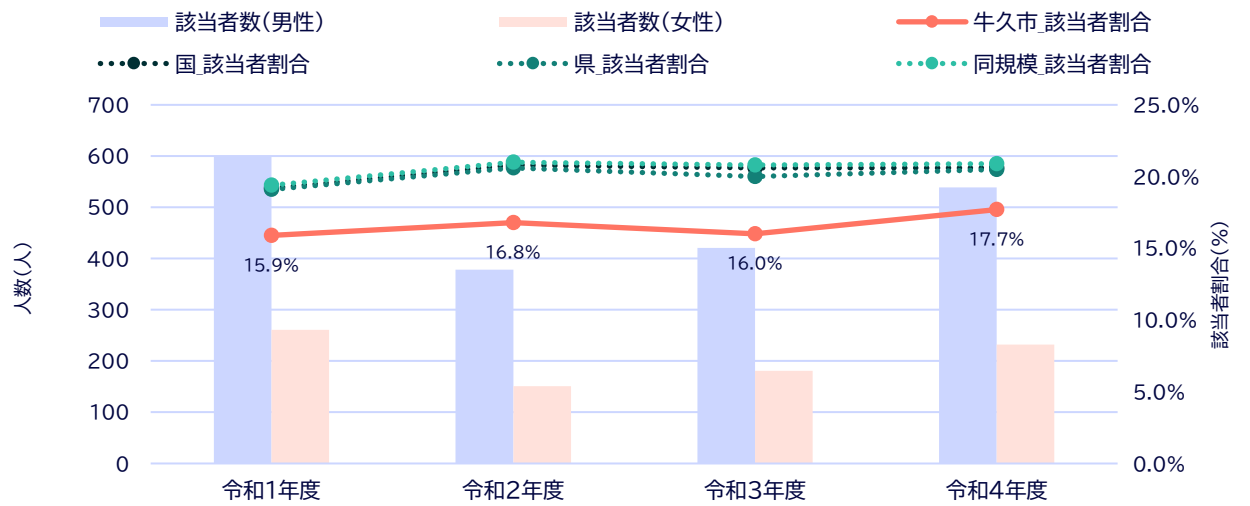
③ メタボリックシンドロームの該当者数・予備群該当者数

特定健診受診者におけるメタボ該当者数の数を見ると（図表10-2-2-6）、令和4年度におけるメタボ該当者数は771人で、特定健診受診者の17.7%であり、国・県より低い。

前期計画中の推移をみると、メタボ該当者数は減少しており、特定健診受診者に占める該当割合は上昇している。

男女別にみると、メタボ該当者数はいずれの年度においても男性の方が多く、特定健診受診者に占める該当割合はいずれの年度においても男性の方が高い。

図表10-2-2-6：特定健診受診者におけるメタボ該当者数・割合



メタボ該当者	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合
牛久市	860	15.9%	529	16.8%	602	16.0%	771	17.7%
男性	599	25.7%	378	27.5%	421	26.6%	539	28.5%
女性	261	8.4%	151	8.5%	181	8.3%	232	9.4%
国	-	19.2%	-	20.8%	-	20.6%	-	20.6%
県	-	19.1%	-	20.6%	-	20.0%	-	20.5%
同規模	-	19.4%	-	21.0%	-	20.8%	-	20.9%

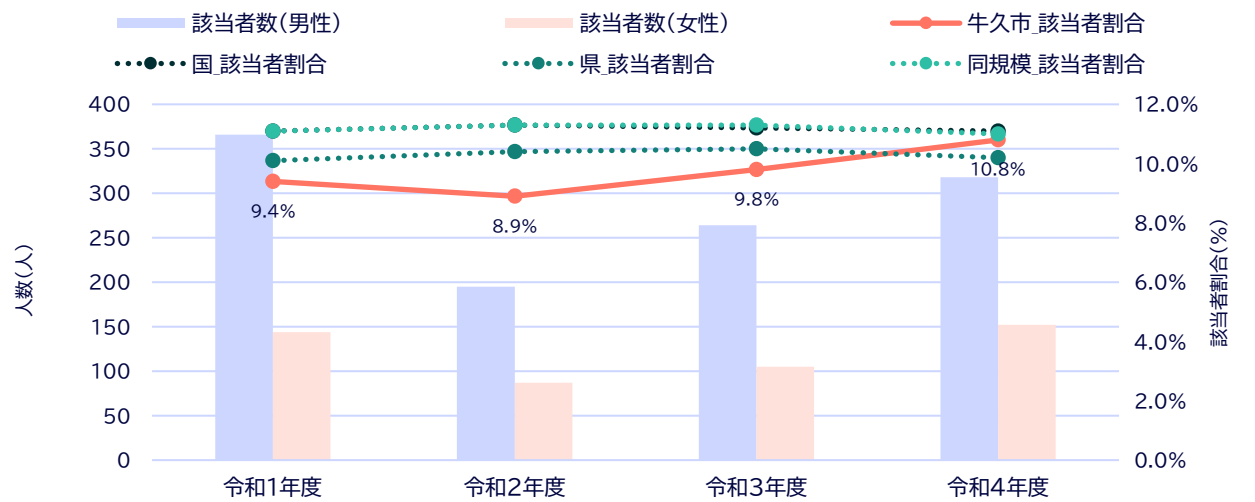
【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数をみると（図表10-2-2-7）、令和4年度におけるメタボ予備群該当者数は470人で、特定健診受診者における該当割合は10.8%で、国より低い、県より高い。

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

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

図表10-2-2-7：特定健診受診者におけるメタボ予備群該当者数・割合



メタボ予備群 該当者	令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合	該当者数（人）	割合
牛久市	510	9.4%	282	8.9%	369	9.8%	470	10.8%
男性	366	15.7%	195	14.2%	264	16.7%	318	16.8%
女性	144	4.7%	87	4.9%	105	4.8%	152	6.2%
国	-	11.1%	-	11.3%	-	11.2%	-	11.1%
県	-	10.1%	-	10.4%	-	10.5%	-	10.2%
同規模	-	11.1%	-	11.3%	-	11.3%	-	11.0%

【出典】 KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和1年度から令和4年度 累計

参考：メタボリックシンドローム判定値の定義

メタボ該当者	腹囲 85cm（男性）	以下の追加リスクのうち2つ以上該当
メタボ予備群該当者	90cm（女性）以上	
追加リスク	血糖	空腹時血糖110mg/dL以上（空腹時血糖の結果値が存在しない場合、HbA1c 6.0%以上）
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	中性脂肪150mg/dL以上、またはHDLコレステロール40mg/dL未満

【出典】 厚生労働省 メタボリックシンドロームの診断基準

(3) 国の示す目標

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

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

図表10-2-3-1：第4期計画における国が設定した目標値

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

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

(4) 牛久市の目標

特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値は図表10-2-4-1のとおりであり、令和11年度までに特定健診受診率を60.0%、特定保健指導実施率を60.0%まで引き上げるように設定する。

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

図表10-2-4-1：特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	38.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	38.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

図表10-2-4-2：特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数（人）		12,505	12,377	12,249	12,121	11,992	11,864
	受診者数（人）		4,752	4,951	5,512	6,061	6,596	7,118
特定保健指導	対象者数（人）	合計	657	684	762	837	911	983
		積極的支援	122	127	141	155	169	182
		動機付け支援	535	557	621	682	742	801
	実施者数（人）	合計	249	274	342	419	501	590
		積極的支援	46	51	63	78	93	109
		動機付け支援	203	223	279	341	408	481

※各見込み数の算出方法

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

特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出

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

支援区分別対象者数は、合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出

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

3 特定健診・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健診

① 実施目的・対象者

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

対象者は、牛久市国民健康保険加入者で、当該年度に40歳から74歳となる人に実施する。

② 実施期間・実施場所

集団健診は、5月から2月にかけて実施する。実施場所は、特定健診を受ける人の利便性を考慮し、選定する。

医療機関健診は、4月から3月にかけて実施する。

集団健診、医療機関健診ともに具体的な会場については、特定健診実施時期にあわせて周知する。

③ 実施項目

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

図表10-3-1-1：特定健診の健診項目

	項目
基本的な健診項目	・診察（既往歴（服薬歴、喫煙歴を含む）、自他覚症状） ・身体計測（身長、体重、腹囲、BMI） ・血圧 ・血中脂質検査（空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール（Non-HDLコレステロール）） ・肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）） ・血糖検査（HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖） ・尿検査（尿糖、尿蛋白）
詳細な健診項目	・心電図検査 ・眼底検査 ・貧血検査 ・血清クレアチニン検査

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

④ 実施体制

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

⑤ 健診結果の通知方法

集団の特定健診受診者については対象者に結果通知表を郵送する。

医療機関の特定健診受診者については、実施医療機関が対象者に結果通知表を郵送する。

⑥ 事業者健診等の健診データ収集方法

牛久市国民健康保険被保険者が「労働安全衛生法」に基づく健康診断や人間ドックを受診した場合は、本人から健診結果データを提供してもらい、特定健診受診率に反映する。

(2) 特定保健指導

① 実施目的・対象者階層化の基準

基本指針にあるとおり、特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣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て行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活の維持ができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものである。

特定保健指導は、特定健診結果を腹囲、リスクの高さ、喫煙歴、年齢により階層化し、積極的支援対象者及び動機付け支援対象者に実施する。なお、特定健診の質問票において服薬中であることが判別できた者については、既に主治医の指導を受けていることから特定保健指導対象外とする。また、2年連続して積極的支援対象者に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している場合、2年目は、動機付け支援相当の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととなる。

図表10-3-2-1：特定保健指導階層化の基準

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

参考：追加リスクの判定基準

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

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

② 重点対象

対象者全員に特定保健指導を実施するが、効率的、効果的な特定保健指導を実施するため、特に支援が必要な層及び効果が期待できる層に重点的に特定保健指導の利用勧奨を行う。具体的には、具体的には、対象年齢が40～64歳の比較的若い方及び、リスクが要医療の対象者を重点対象とする。

③ 実施期間・内容

特定保健指導は通年実施する。

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

積極的支援は、原則年1回の初回面接後、5か月間、定期的に電話や訪問で継続支援を実施する。初回面接から3か月後に中間評価を実施し、5か月後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について最終評価を行う。中間評価時に、体重2kg及び腹囲2cm減少を達成した対象者については、その時点で支援を終了する。

動機付け支援は、原則年1回の初回面接後、5か月間後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行う。

4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組

(1) 特定健診

① 受診勧奨

市民に向けて、年1回広報紙に掲載し、常時市ホームページに掲載し健診の周知を行う。

国民健康保険加入者かつ当該年度の健診未受診者へ集団健診予約開始前に受診勧奨通知を発送、また、必要に応じ電話勧奨を実施する。

② 利便性の向上

集団健診では、予約方法を電話予約・予約サイト・LINEとし、休日健診も実施する。

集団健診・医療機関ともに、特定健診と同時に、がん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、前立腺がん検査）も受診することができる。

委託医療機関以外での健診受診者に対し、償還払い方式での助成を実施する。

③ 関係機関との連携

集団健診は健診期間と、医療機関健診は協力医療機関（医師会・個別医療機関）と毎年度契約を締結する。健診業務の外部委託については、厚生労働大臣が告示で定める外部委託に関する基準に基づいて委託先を選定し締結する。

④ 健診データ収集

国民健康保険団体連合会より提供されるKDBデータをもとに特定健診未受診者を抽出する。

健診・医療・介護データをもとに、毎年度各事業の評価を行い適正な進捗管理を行う。

⑤ 啓発

国民健康保険加入時に健診パンフレットを配布する。集団健診予約期間前に、メールマガジンを配信する。

年に1回健診を受診する行動を自らとれるよう働きかける目的で、早期啓発事業として30代健診を実施する。

(2) 特定保健指導

① 利用勧奨

特定保健指導の案内を健診時から実施し、対象の方以外の市民にも広く特定保健指導を周知する。特定保健指導の対象者へは、活用方法や利用方法がわかりやすい通知文書で勧奨する。利用の希望連絡のない方には電話勧奨を行う。

② 利便性の向上・早期介入

健診当日のデータより特定保健指導対象者に該当した方へは健診当日に保健指導を実施し、対象者の利用負担を軽減するとともに、早期介入を行い、対象者の生活習慣改善への意欲を導く。

健診当日には対象に該当せず実施のなかった特定保健指導対象者へ、テレビ電話等遠隔面談の利用も選択できるよう整備する。

③ 内容・質の向上

特定保健指導に関する研修会等に定期的に参加し、特定保健指導を担当する保健師・管理栄養士の知識や技術の向上をはかる。また、担当者によって保健指導の内容や質が大きく変わらないよう指導指針のマニュアル化をする。

特定保健指導の利用の前後で対象者の変化を評価し、効果的な指導方法について研究し、特定保健指導の質の向上をはかる。

5 その他

(1) 計画の公表・周知

本計画については、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、作成及び変更時は、牛久市のホームページ等により公表し、広く内容等の周知を行う。

また、特定健診及び特定保健指導については、牛久市のホームページ等への掲載、啓発用ポスターの掲示などにより、普及啓発に努める。

(2) 個人情報の保護

特定健診及び特定保健指導の記録の保存に当たっては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」を参考に、個人の健康情報を漏えいしないよう、厳格に管理した上で適切に活用する。

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

(3) 実施計画の評価・見直し

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

実施中は、設定した目標値の達成状況を1年ごとに点検し、評価の結果を活用して、必要に応じて実施計画の記載内容の見直しを行う。

参考資料 用語集

行	No.	用語	解説
あ行	1	eGFR	血清クレアチニン値と年齢・性別からGFRを推算したもの。GFRは腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値であり、GFRが1分間に60ml未満の状態または尿たんぱくが3か月以上続くとCKD（慢性腎臓病：腎機能が慢性的に低下し、尿たんぱくが継続して出る状態）と診断される。
	2	医療費の3要素	医療費の比較には、医療費総額を被保険者数で割った1人当たり医療費を用いる。一人当たり医療費は以下の3つの要素に分解でき、これを医療費の3要素という。 受診率：被保険者千人当たりのレセプト件数 1件当たり日数：受診した日数/レセプト件数 一日当たり医療費：総医療費/受診した日数
	3	HDL-C	余分なコレステロールを回収して動脈硬化を抑える、善玉コレステロール。
	4	ALT	アミノ酸をつくり出す酵素で大部分が肝細胞に含まれている。肝臓の細胞が障害を受けるとALTが血液中に流れ出し血中濃度が上がるため、ALTの数値が高い場合は、肝臓の病気が疑われる。
	5	LDL-C	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる、悪玉コレステロール。
か行	6	拡張期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最小となる血圧は心臓が拡張したときの血圧で拡張期血圧と呼ばれる。
	7	虚血性心疾患	虚血性心疾患には、狭心症や心筋梗塞がある。狭心症は動脈硬化などによって心臓の血管（冠動脈）が狭くなり、血液の流れが悪くなった状態。一方、心筋梗塞は、動脈硬化によって心臓の血管に血栓（血液の固まり）ができて血管が詰まり、血液が流れなくなって心筋の細胞が壊れてしまう病気。
	8	空腹時血糖	血糖値は、血液中に含まれるブドウ糖（グルコース）の濃度のこと、食前食後で変動する。空腹時血糖は食後10時間以上経過した時点での血糖値。
	9	KDBシステム	国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。
	10	血清クレアチニン	たんぱく質が分解・代謝されてできた老廃物。通常は尿とともに排泄されるが、腎機能が低下すると排泄できず血液中に増えていく。
	11	健康寿命	世界保健機関（WHO）が提唱した新しい指標で、平均寿命から寝たきりや認知症など介護状態の期間を差し引いた期間。
	12	後期高齢者医療制度	公的医療保険制度の1つで、75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険。
	13	高血圧症	高血圧は、血圧が高いという病態。高血圧症とは、繰り返し測っても血圧が正常より高い場合をいう。
	14	後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品の特許期間終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が承認を行っているもの。
	15	高齢化率	全人口に占める65歳以上人口の割合。
さ行	16	脂質異常症	中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態。
	17	疾病分類	世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称、国際疾病分類：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられているもの。
	18	収縮期血圧	血圧は一般的には動脈内部の圧力のことを指し、心臓の収縮に伴って大きく変動する。最大となる血圧は心臓が収縮したときの血圧で収縮期血圧と呼ばれる。
	19	受診勧奨対象者	特定健診受診者のうち、医療機関の受診を促す基準として設定されている受診勧奨判定値を超える者。
	20	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり、機械で老廃物を取り除くこと。一般的に行われている「血液透析」は、患者の腕の血管から血液を取り出し、老廃物を除去する。

行	No.	用語	解説
	21	腎不全	腎臓の中にある毛細血管の集合体で、血液を濾過する「糸球体」の網の目が詰まり、腎臓の機能が落ち、老廃物を十分排泄できなくなる状態。
	22	診療報酬明細書 (レセプト)	病院などが患者に対して治療を行った際、費用（医療費）を保険者に請求するとき使用する書類のこと。病院などは受診した患者ごとに毎月1枚作成する。
	23	生活習慣病	食事や運動・喫煙・飲酒・ストレスなどの生活習慣が原因で起こる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。日本人の3大死因であるがん・脳血管疾患・心疾患、更に脳血管疾患や心疾患の危険因子となる動脈硬化症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症などはいずれも生活習慣病であるとされている。
	24	積極的支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに2又は3以上該当した者に対して実施する特定保健指導。65歳以上75歳未満の者については「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
た行	25	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	26	動機付け支援	腹囲とBMIから、内臓脂肪蓄積のリスクありと判定された者のうち、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙ありの追加リスクに1又は2つ該当した者に対して実施する特定保健指導。
	27	糖尿病	インスリンの作用不足により高血糖が慢性的に続く病気。網膜症・腎症・神経障害の3大合併症をしばしば伴う。
	28	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つ。高血糖状態が継続したことで腎臓の濾過装置である糸球体が障害され、腎機能の著しい低下を認める。一度低下した腎機能の回復は難しく、進行すると人工透析が必要となる場合も多い。
	29	特定健康診査(特定健診)	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40歳～74歳の方を対象として、保険者が実施することになっている健診。メタボリックシンドロームの対策が目的の一つとなっているために、俗に「メタボ健診」と言われることもある。
	30	特定健康診査等実施計画	保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成する計画。
	31	特定保健指導	特定健康診査(特定健診)の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援のこと。メタボリックシンドロームの人には「積極的支援」、その予備群には「動機付け支援」、それ以外の受診者には「情報提供」が行われる。
な行	32	日本再興戦略	平成25年6月に閣議決定された、規制緩和等によって、民間企業や個人が真の実力を発揮するための方策をまとめたものであり、日本経済を持続的成長に導く道筋を示す戦略。
	33	尿酸	細胞内の核に含まれるプリン体が分解される際に生じる老廃物。
	34	脳血管疾患	脳の動脈硬化が進み、脳の血管が詰まったり破れたりする病気の総称。
は行	35	BMI	体格指数の一つで、肥満度を表す指標として国際的に用いられている。肥満や低体重（やせ）の判定に用いられ、体重（kg）/身長（m ² ）で算出される。
	36	PDCAサイクル	「Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返す行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つ。

行	No.	用語	解説
	37	標準化死亡比（SMR）	基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するもの。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	38	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標の一つ。
	39	平均自立期間	要介護2以上を「不健康」と定義して、平均余命からこの不健康期間を除いたもので、0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間。
	40	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、本計画書では0歳での平均余命を示している。
	41	HbA1c	赤血球の中にあるヘモグロビンA（HbA）にグルコース（血糖）が非酵素的に結合したもの。糖尿病の過去1～3か月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。
ま行	42	未治療者	健診受診者のうち、受診勧奨対象者かつ健診実施から6か月以内に医療機関を受診していない者。
	43	メタボリックシンドローム	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態のこと。単に腹囲が大きいだけでは、メタボリックシンドロームには当てはまらない。
や行	44	有所見者	特定健診受診者のうち、異常の所見のあった者。