

保険者努力支援制度に係る
茨城県保健事業の実施状況について

令和4年度 国民健康保険保険者努力支援交付金(予防・健康づくり支援)の支援対象事業

都道府県国保ヘルスアップ支援事業

国民健康保険被保険者の健康の保持増進に係る事業を支援することを目的として、県が共同保険者としての役割を積極的に果たすために実施する国民健康保険の保健事業。

- ・市町村とともに国保の共同保険者である都道府県が、区域内の市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握。
- ・市町村における保健事業の健全な運営に必要な助言及び支援

事業区分	R4年度茨城県保健事業
A 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備	重症化予防アドバイザー派遣事業
B 市町村の現状把握・分析	医療・健康情報データベースの構築・分析事業
C 都道府県が実施する保健事業	かかりつけ医及び地域の薬局と連携した保健事業
D 人材の確保・育成事業	多職種連携スキルアップ研修(県栄養士会との合同研修)事業
E データ活用により予防・健康づくりの質の向上を図る事業	データヘルス計画の標準化に向けた現状把握・分析事業
F モデル事業(先進的な保健事業)	「糖尿病カードシステム」を活用した重症化予防事業

※上表の6事業のほか、健康推進課の「ビックデータを活用した健康づくり事業[事業区分B]を実施

研修会やアドバイザー派遣により、市町村の保健事業の取組を支援し、糖尿病の重症化予防などの疾病対策を推進します。

保健指導スキルアップ研修会

- 対象：市町村保健師・管理栄養士、医療機関看護師等 計3回、各100名程度
- 内容：支援継続市町村による事例発表会及び保健指導演習（オンライン）



重症化予防アドバイザー派遣

- 対象：2市町村 [R2からの継続支援：北茨城市、高萩市]
1市町村 [R3からの継続支援：大子町]
- 内容：地域医師会との連携強化に係る協議（市町村と合同実施）
フォローアップセミナー [継続市町村合同（オンライン）]



- 対象者の医療機関受診率向上
- 定期的な通院支援

- かかりつけ医と連携した生活習慣改善の取組支援

- 糖尿病の重症化予防
- 腎機能の低下、人工透析への移行防止

保険者努力支援制度に係る茨城県保健事業の取組状況について

1 重症化予防アドバイザー派遣事業（事業区分：A）

No.	項目	内容												
1	目標	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師・栄養士等の保健指導スキルの向上を図ることで、受療勧奨対象者の医療機関受診率を向上させるとともに、治療中断を防止する。 ・アドバイザーの派遣により、市町村と医療従事者の連携を強め、協力・支援体制の強化を図る。 												
2	予算額	8,701千円												
3	参加者等	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病患者指導に携わる看護師、保健師及び管理栄養士等 ・アドバイザー派遣対象市町村（昨年度継続：北茨城市、高萩市、大子町） 												
4	評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の保健指導業務に活かせる研修内容であったと回答した参加者の割合 80% ・アドバイザー派遣によって郡市医師会と連携体制を構築した市町村 3市町 												
5	実施状況	<p>①スケジュール</p> <p>7/8（金） 県医師会への事業説明</p> <p>9/27（火） 水郡医師会の定例理事会において、大子町が令和5年度に実施する「かかりつけ医と連携した重症化予防事業」への協力を依頼</p> <p>10/17（月） 多賀医師会の臨時理事会（オンライン）において、高萩市、北茨城市が令和5年度に実施する「かかりつけ医と連携した重症化予防事業」への協力を依頼</p> <p>10月～令和5年1月 保健指導従事者研修会の実施（オンライン形式、計3回）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">日程</th> <th style="width: 20%;">テーマ</th> <th style="width: 60%;">主な内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和4年10月14日（金）</td> <td>高血圧</td> <td>高血圧の生活習慣・保健指導、揺さぶりによる決断の促し方</td> </tr> <tr> <td>令和4年11月1日（火）</td> <td>糖尿病</td> <td>糖尿病と重症化予防の疫学、対象者の実施意欲を高める戦略</td> </tr> <tr> <td>令和5年1月23日（月）</td> <td>治療中者対策</td> <td>抽出基準の設定、行動経済学の活用</td> </tr> </tbody> </table> <p>②実施結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導従事者研修会の参加状況 第1回：62人、第2回：80人 ・今後の業務に活かせる研修内容であったと回答した参加者の割合：100% ・アドバイザー派遣の成果 ・3市町が郡市医師会と連携構築。（高萩市及び北茨城市：多賀医師会、大子町：水郡医師会） （令和5年4月から「かかりつけ医と連携した重症化予防事業」の運用開始予定） 	日程	テーマ	主な内容	令和4年10月14日（金）	高血圧	高血圧の生活習慣・保健指導、揺さぶりによる決断の促し方	令和4年11月1日（火）	糖尿病	糖尿病と重症化予防の疫学、対象者の実施意欲を高める戦略	令和5年1月23日（月）	治療中者対策	抽出基準の設定、行動経済学の活用
日程	テーマ	主な内容												
令和4年10月14日（金）	高血圧	高血圧の生活習慣・保健指導、揺さぶりによる決断の促し方												
令和4年11月1日（火）	糖尿病	糖尿病と重症化予防の疫学、対象者の実施意欲を高める戦略												
令和5年1月23日（月）	治療中者対策	抽出基準の設定、行動経済学の活用												
6	今後の予定	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年1月23日 保健指導従事者研修会（第3回）の実施と参加者アンケートのとりまとめ ・令和5年1月31日 郡市医師会と連携した重症化予防事業の事例報告会の開催 												

県内市町村国民健康保険加入者の過去約10年間（H24～R3）の健診データやレセプトデータを分析し、医療費適正化の取組を強化します。

内 容

医療費における県内の傾向や市町村間の地域差分析など、地元大学と連携した医療・健康情報データの分析

- ①過去約10年間の医療・健診データのデータベース化：約70万人／年 × 約10年分
- ②データの見える化：県内市町村間の比較について、地図やグラフ等で表示
- ③分析結果に基づく市町村への助言による保健事業推進支援：対象者の絞り込みや事業の優先順位付
例：糖尿病、高血圧、脂質異常の対象者リスト（中断者リスト）、オンライン教材の作成など



- 効果の上がる保健事業の介入対象者の明確化
- 的確な事業実施による医療費増加の鈍化・県民の健康づくりの推進



保険者努力支援制度に係る茨城県保健事業の取組状況について

2 医療・健康情報データベースの構築・分析事業（事業区分：B）

No.	項目	内容
1	目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内市町村・二次医療圏毎の比較をするとともに、経年変化等を確認できるデータを提供することで、各市町村における健康課題と効果的な事業実施について明らかにする。 ・ 共通課題に対する被保険者への普及啓発や環境整備を推進する。
2	予算額	18,170千円 [16,850千円（民間事業者によるデータ分析）+1,320千円（筑波大学による学術指導）]
3	参加者等	・ 県内の国保被保険者 約64万人
4	評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村の実態把握（県内44市町村） 100% ・ 分析結果提供（県内44市町村） 100% ・ 各市町村における保健事業への活用割合 80%
5	実施状況	<p>①スケジュール</p> <p>4月～6月 筑波大学との事前打合せ：令和4年度の事業内容、進め方等</p> <p>7月～8月 業者選定（プロポーザルの実施）：データ分析事業者の選定</p> <p>8月～令和5年2月頃 事業実施：データ構築・分析、治療中断者リスト作成、オンライン教材の作成等</p> <p>10月27日 中断者リスト活用方法に係る研修会</p> <p>②市町村等への提供予定データ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平成24年度から令和3年度までの医療・健康情報データの分析結果報告書 ・ 市町村別比較分析結果 ・ 治療中断者（糖尿病・高血圧・脂質異常症）リスト
6	今後の予定	<p>12月～令和5年1月 意見交換：データ構築・分析の中間報告、分析結果のまとめ方についての助言・指導</p> <p>市町村保健師及び筑波大学との意見交換：中断者リストの有効活用に向けた課題点等の整理</p> <p>令和5年2月～3月 報告会：データ分析結果の報告、市町村、関係課等への分析結果等の資料提供</p> <p>令和5年3月 事業評価の実施：翌年度事業に向けた課題・改善点等のリストアップ</p>

かかりつけ医及び地域の薬局と連携し、特定健診の受診勧奨など、市町村の保健事業へのアクセス向上を図り、生活習慣病の予防等を推進します。

内 容

モデル5市村（継続：那珂市、笠間市、東海村 新規：北茨城市、結城市）の国民健康保険被保険者を対象として、通院中の国民健康保険被保険者が薬局来訪時に、服薬指導（残薬確認や適正服薬等）に加え、以下①及び②の支援を実施

- ①特定健診未受診の方への受診勧奨・支援
- ②重複多剤服薬者への服薬相談（健康管理支援）

※保険者と情報共有し健康管理支援を行うことについて、被保険者から同意を得た上で実施

- モデル市町村国保と、医師会、地域薬剤師会との連携促進による各種保健事業の推進
- かかりつけ医、薬剤師と市町村の連携による被保険者の健康づくり、重症化予防や医療費適正化の推進



保険者努力支援制度に係る茨城県保健事業の取組状況について

3 かかりつけ医及び地域の薬局と連携した保健事業（事業区分：C）

No.	項目	内容																						
1	目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域薬局が保険者業務の一翼を担うことにより、市町村の業務負担を軽減する一助とする。 ・ 保険者と薬剤師会、医師会との連携強化を図ることにより、薬剤の適正化や生活習慣病重症化予防の取組など、国保被保険者の疾病予防・健康づくりに向けた協力体制及び連携して保健事業を促進する仕組みを構築する。 																						
2	予算額	3,000千円																						
3	参加者等	・ 事業実施5市村（那珂市、笠間市、東海村、結城市、北茨城市）に在住する40歳から74歳までの国保被保険者																						
4	評価指標	・ 薬局による特定健診未受診者への受診勧奨後、状況確認で特定健診を受診した方の割合が60%以上																						
5	実施状況	<p>①スケジュール</p> <p>7月25日及び27日 事業説明会（Zoom開催）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 5地域薬剤師会会員、5市村事業担当者含め約70人が参加 <p>8月 事業参加薬局募集、決定</p> <p>9月～令和5年1月 事業実施</p> <p>薬局による特定健診未受診者への受診勧奨、重複・多剤服薬者への服薬指導（健康管理支援）</p> <p>②11月末時点の実施状況</p> <p>【参加薬局数】</p> <table border="1" style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">実施市町村</th> <th style="width: 25%;">R4参加薬局数</th> <th style="width: 25%;">R3事業実施薬局数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>東海村</td> <td>9</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>那珂市</td> <td>20</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">笠間市</td> <td rowspan="2">12</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>1 ※1</td> </tr> <tr> <td>結城市</td> <td>13</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>北茨城市</td> <td>16</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>70</td> <td>32</td> </tr> </tbody> </table> <p>※1：服薬指導（健康管理支援）を実施した薬局数</p>	実施市町村	R4参加薬局数	R3事業実施薬局数	東海村	9	7	那珂市	20	14	笠間市	12	11	1 ※1	結城市	13	—	北茨城市	16	—	計	70	32
実施市町村	R4参加薬局数	R3事業実施薬局数																						
東海村	9	7																						
那珂市	20	14																						
笠間市	12	11																						
		1 ※1																						
結城市	13	—																						
北茨城市	16	—																						
計	70	32																						
6	今後の予定	令和5年2月～3月 県薬剤師会、5市村からの実施報告書の確認（受診勧奨件数等把握）、薬局への手数料支払い 県内各市町村へ事業実施結果の情報提供																						

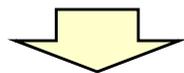
コロナ禍にあっても、国保被保険者の孤独や孤立を防ぎ、市町村の保健事業を推進するため、管理栄養士及び薬剤師等の専門職を対象にした研修会を開催します。

内 容

秋以降、WEBリアルタイム配信と録画配信を組み合わせた研修会を開催。

○対象：管理栄養士、薬剤師、市町村保健師等 約180人

- 内容：
- ①摂食嚥下への対応について
 - ②糖尿病重症化予防について（治療含む）
 - ③糖尿病性腎症の生活指導と食事指導について
 - ④特定保健指導（肥満指導）の実際について
 - ⑤フレイル予防を通じた健康長寿への道について
 - ⑥高齢者の栄養指導の実際について（居宅訪問栄養指導の取組について）



- 保険者が、管理栄養士等の有資格者との連携体制を構築し、国保被保険者の生活習慣の改善や健康寿命の延伸
- 管理栄養士等の有資格者と保険者との連携による特定保健指導の実施率向上や医療費適正化の取組の強化



保険者努力支援制度に係る茨城県保健事業の取組状況について

4 多職種連携スキルアップ研修（県栄養士会との合同研修）事業（事業区分：D）

No.	項目	内容																																			
1	目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者が、地域資源である地域薬局や管理栄養士等の有資格者との連携体制を構築し、国保被保険者の生活習慣の改善や、健康寿命の延伸を図る。 ・ 特定保健指導の実施率向上や医療費適正化の取組強化を図るため、管理栄養士や薬剤師等の有資格者が糖尿病重症化予防や特定保健指導の実施方法などを学び、有資格者のスキルアップ・連携強化を実現する。 																																			
2	予算額	1,791千円																																			
3	参加者等	・ 県内市町村職員、管理栄養士、薬剤師等の有資格者																																			
4	評価指標	・ 本研修参加者の習熟度 参加者の理解度80%以上（参加者への事後アンケートにより把握）																																			
5	実施状況	<p>①スケジュール</p> <p>10月 11月1、9日</p> <p>研修会参加者募集（各市町村、県薬剤師会、県栄養士会） 茨城県栄養士会との合同研修会開催（オンライン） 市町村職員、県栄養士会会員、県薬剤師会会員等が参加 ※リアルタイム配信及び後日録画配信受講の2形式により実施</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">日程</th> <th style="width: 10%;">区分</th> <th style="width: 40%;">テーマ</th> <th style="width: 20%;">講演者</th> <th style="width: 10%;">時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日目</td> <td>講義</td> <td>摂食嚥下障害への対応について</td> <td>県立医療大学 本村 美和准教授</td> <td>90分</td> </tr> <tr> <td>1日目</td> <td>講義</td> <td>糖尿病重症化予防について（治療含む）</td> <td>那珂記念クリニック 遅野井 健院長</td> <td>90分</td> </tr> <tr> <td>1日目</td> <td>講義</td> <td>糖尿病性腎症の生活指導と食事指導</td> <td>那珂記念クリニック 道口 佐多子副院長 横田 由夏氏</td> <td>90分</td> </tr> <tr> <td>2日目</td> <td>実務発表</td> <td>高齢者の栄養指導の実際（居宅訪問栄養指導の取組について）</td> <td>認定栄養ケアステー ションふらっと 峯山 涼子氏</td> <td>90分</td> </tr> <tr> <td>2日目</td> <td>講義</td> <td>フレイル予防を通じた健康長寿への道ー人生100年時代を元気で乗り切るためにー</td> <td>東京大学 飯島 勝矢教授</td> <td>90分</td> </tr> <tr> <td>2日目</td> <td>講義</td> <td>特定保健指導（肥満指導）の実際について</td> <td>武 敏子氏</td> <td>90分</td> </tr> </tbody> </table> <p>②実施結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ リアルタイム配信申込者 33名（1日27名、9日33名） ・ 録画配信申込者 143名（11月14日から約1か月間茨城県栄養士会HP上で配信） <p style="text-align: center;">計 176名</p>	日程	区分	テーマ	講演者	時間	1日目	講義	摂食嚥下障害への対応について	県立医療大学 本村 美和准教授	90分	1日目	講義	糖尿病重症化予防について（治療含む）	那珂記念クリニック 遅野井 健院長	90分	1日目	講義	糖尿病性腎症の生活指導と食事指導	那珂記念クリニック 道口 佐多子副院長 横田 由夏氏	90分	2日目	実務発表	高齢者の栄養指導の実際（居宅訪問栄養指導の取組について）	認定栄養ケアステー ションふらっと 峯山 涼子氏	90分	2日目	講義	フレイル予防を通じた健康長寿への道ー人生100年時代を元気で乗り切るためにー	東京大学 飯島 勝矢教授	90分	2日目	講義	特定保健指導（肥満指導）の実際について	武 敏子氏	90分
日程	区分	テーマ	講演者	時間																																	
1日目	講義	摂食嚥下障害への対応について	県立医療大学 本村 美和准教授	90分																																	
1日目	講義	糖尿病重症化予防について（治療含む）	那珂記念クリニック 遅野井 健院長	90分																																	
1日目	講義	糖尿病性腎症の生活指導と食事指導	那珂記念クリニック 道口 佐多子副院長 横田 由夏氏	90分																																	
2日目	実務発表	高齢者の栄養指導の実際（居宅訪問栄養指導の取組について）	認定栄養ケアステー ションふらっと 峯山 涼子氏	90分																																	
2日目	講義	フレイル予防を通じた健康長寿への道ー人生100年時代を元気で乗り切るためにー	東京大学 飯島 勝矢教授	90分																																	
2日目	講義	特定保健指導（肥満指導）の実際について	武 敏子氏	90分																																	
6	今後の予定	12月 参加者アンケートのとりまとめ																																			

データヘルス計画の標準化を実現するため、県内全市町村のデータヘルス計画の現状把握や分析を行い、PDCA検証体制の確立を図ります。

内容

東京大学未来ビジョン研究センターと連携し、以下①及び②を実施

①市町村に対する運営支援

- ・全市町村に対する「標準化ツール※」の提供・活用

※データヘルス計画の内容を整理し、計画全体の構造を俯瞰するもの

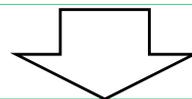
- ・「標準化ツール」への転記方法や分析の視点等の助言
- ・「保健事業カルテ※」の提供・当該カルテを活用した市町村による特定健診等の方法、体制の工夫の支援

※保健事業に係る評価指標の達成状況や達成のための取組状況等について分析するシート

②各市町村へのデータヘルス計画の標準化のための研修会（オンライン）

対象：各市町村国保主管課、保健事業主管課、県国保連等

内容：データヘルス計画の標準化に向けた本県の現状、第3期計画に向けた課題点の整理等



- 健康課題と保健事業の紐づけの明確化（データヘルス計画の標準化）
- 健康課題の解決につながる保健事業の組み立ての検討



保険者努力支援制度に係る茨城県保健事業の取組状況について

5 データヘルス計画の標準化に向けた現状把握事業（事業区分：E）

No.	項目	内容
1	目標	・次期データヘルス計画策定に向け、各市町村において「標準化ツール」を活用し、現状把握・分析を行い、「データヘルス計画」の標準化を推進する。
2	予算額	4,283千円
3	参加者等	・県内全市町村
4	評価指標	・データヘルス計画の標準化に係る研修会への参加市町村数（100%：全市町村） ・標準化ツールを活用し、現行（第2期）のデータヘルス計画の現状把握に取り組んだ市町村数（100%：市町村数）
5	実施状況	<p>①スケジュール</p> <p>9月 5日 データヘルス計画の標準化に向けた現状把握・分析事業に係る研修会</p> <p>11月29日 市町村ヒアリング（つくばみらい市）：計画のPDCAサイクルを適切に回すための現地ヒアリング 保健事業カルテを活用し、現行事業の課題点等の把握 （東京大学及び茨城県による合同ヒアリング）</p> <p>②実施結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町村職員向け研修会を開催し、標準化ツールの活用方法や、次期計画の策定方法などを解説 ・全市町村で現行（第2期）のデータヘルス計画の内容を標準化ツールに落とし込み、現状把握を実施 ・保健事業カルテを活用した市町村ヒアリングを実施し、保健事業の改善点などを提案
6	今後の予定	<p>12月16日 各都道府県及び東京大学による意見交換会：共通指標の設定に係る各都道府県の取組状況等</p> <p>令和5年1月～3月 都道府県向け研修会開催（東京大学主催）</p> <p>令和5年3月 現行のデータヘルス計画の現状把握・課題分析の作業完了</p>

（参考）標準化ツール及び保健事業カルテの概要

区分	標準化ツール [データヘルス計画の情報を同一様式に整理し、課題解決に資する設計の実現]	保健事業カルテ [現場の様々な工夫を吸い上げ、地域のノウハウ・資源の共有化]
県	県内の現状・課題の把握（俯瞰） [市町村の特徴や課題の把握、共通の評価指標の設定による県施策の評価]	知見の抽出・共有 [現場の暗黙知（工夫の内容、その成否）を明文化、県内で知見の共有]
市町村	市町村業務の負担軽減 [地域課題を解決する計画であるかの確認、人事異動時の引継などに活用]	保健事業の質の向上 [保健事業の運営（PDCA）の改善]

「糖尿病カードシステム」を活用した重症化予防事業

一人ひとり異なる患者の病状や生活環境など、患者の特徴を考えながら、約70種類のカードを組み合わせ、最も適した支援を実施し、糖尿病等の重症化の回避や予防の実現を目指します。

当該カードシステムの活用により、かかりつけ医、専門医及び行政機関との連携体制の構築・強化の実現を目指します。

県・郡市医師会

国保被保険者：40歳～69歳 30人
CKDステージ：G3a、G3b等

市町村



①かかりつけ医・看護師・管理栄養士等によるカードシステムを活用した支援：5か月【対面】

- ・月1回、国保被保険者に対する当該カードシステムを活用した生活習慣等の改善支援
- ・かかりつけ医と専門医との役割分担の明確化、行政との連携体制の構築・強化の実現



②当該システムを活用した改善支援に関する専門医等からの助言・相談等：随時

- ・かかりつけ医が行う患者への改善支援の場への同席【オンライン】
- ・当該カードシステムを活用した改善支援に関する助言・相談【オンライン】



③市町村保健師等による上記①の改善支援状況の確認等：随時【3回程度】

- ・かかりつけ医等による改善支援状況の確認、患者の生活習慣や各種検査値の改善状況の確認
- ・上記①以外に、当該システムを活用した特定保健指導の実施【試行実施：3か月程度】



※県は、当該カードシステム導入のための研修会や講演会の実施等を担当。

(参考) 糖尿病カードシステムとは

- 「糖尿病カードシステム」は、①カード、②リーフレット、③チェックシート、④使い方マニュアルの計4種から構成。

※当該システムは、元々、本県那珂市にある「那珂記念クリニック」で開発されたもので、日本糖尿病協会が再構築したものだ。

- 本事業で使用するカードは、約100枚のうち67枚に絞り込み、かかりつけ医等や、市町村保健師による当該システムを活用した患者支援を実施。

※現在、日本糖尿病協会では、アプリ化に向けて準備中。



【糖尿病療養指導カードシステムのメリット】

1 患者

①患者一人ひとりの症状やニーズに合わせた改善支援の実現

- ・複数あるカードのうち、患者一人ひとりの症状等に合わせた改善支援の内容をカスタマイズ。
- ・それぞれのカードに対応したリーフレットにより、対象患者に必要な不可欠な情報をスリム化して伝達可能。

②知識の定着化、患者及び家族の理解促進

- ・プリントしたリーフレットに、患者に必要な情報を追記して渡すため、リーフレットが集まると、その患者にとって最適な教育ツールが完成。患者及び家族は、過去の学習内容を容易に振り返ることが可能。

2 医療機関

①患者支援の水準の均一化

- ・医療機関のスタッフ間で、患者への説明済み項目が共有されるため、経験の浅い医療スタッフでも効率の良い支援が実施可能。
- ・リーフレットの内容をいつでも閲覧可能であり、医療者側の知識も向上。

②かかりつけ医と専門医との連携体制の構築・強化（病診連携）

- ・チェックシートの履歴により、説明済み項目の確認が容易となり、かかりつけ医と専門医による説明の重複等が回避可能。

保険者努力支援制度に係る茨城県保健事業の取組状況について

6 糖尿病カードシステムを活用した重症化予防事業（事業区分：F モデル事業）

No.	項目	内容
1	目標	<ul style="list-style-type: none"> ・国保被保険者一人ひとりの症状や生活環境などを踏まえ、最適な指導プランを提案し、保健事業を実施。 ・指導水準の均一化・知識の向上につなげ、各医療機関と各保険者との連携強化。
2	予算額	999千円
3	参加者数等	<ul style="list-style-type: none"> ・国保被保険者30名程度、参加医療機関10機関程度 [R5年度] ※令和5年度からの本格実施に向け、那珂市職員による試行実施 [R4年度] → 「受診勧奨セット18枚を活用」国保被保険者5名程度
4	評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連携数 11機関以上 [県医師会、県薬剤師会、地域医師会、地域薬剤師会、各市町村、国保連、各保健所、県健康推進課] ・本事業への参加満足度 80%以上、プログラム離脱率 10%以下など [アウトプット] ・生活改善率 80%以上、本事業実施後も糖尿病カードシステムを活用した医療機関数 [アウトカム]
5	実施状況	<p>①スケジュール・②実施結果</p> <p>4月～6月 市町村、日本糖尿病協会、関係医療機関等との打合せ</p> <p>8/24（水） 糖尿病カードシステムを活用した重症化予防研修会 対象：市町村職員、医療機関職員等119名 [うち県内医療機関18機関、県外医療機関1機関] 内容：①県モデル事業の概要説明 [県国民健康保険室] ②糖尿病カードシステムの有効性 [那珂記念クリニック 副院長 道口 佐多子氏] ③糖尿病カードシステムのデモプレイ [那珂記念クリニック 院長 遅野井 健氏ほか] ④医療機関や行政機関における糖尿病カードシステムの取組状況 [佐賀大学 医学部教授 安西 慶三氏]</p> <p>10/31（月） 糖尿病カードシステムを活用した重症化予防事業に係る那珂市職員（試行実施）向け研修会 対象：①糖尿病カードシステムの概要、コンセプト [那珂記念クリニック 院長 遅野井 健氏] ②受診勧奨セット18枚を活用したデモプレイ [那珂記念クリニック 副院長 道口 佐多子氏ほか] ③受診勧奨セット18枚を活用したグループワーク [那珂市健康推進課職員8名・那珂記念クリニック薬剤師等]</p> <p>11月中旬 都道府県モデル事業都道府県投票結果の公表 [本県モデル事業 第5位] ※昨年度の第3位に続く好成績。</p>
6	今後の予定	<p>12月～ 県内医療機関への令和5年度県モデル事業への参加呼びかけ [目標：10医療機関程度（11月末時点：4医療機関）、国保被保険者30名程度（11月末時点14名）]</p> <p>令和5年1月～ 令和4年度の実施結果のとりまとめ、令和5年度に向けた各種準備など</p>