

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に対する御意見の概要とそれに対する鹿嶋市の考え方

	意見の概要	意見に対する市の考え方
1	データの抽出や評価・分析など労力を投じて詳細に検討されており、その結果に基づいて計画を立案していると窺える。この計画が広く市民に周知され、結果として鹿嶋市民の健康に寄与しうることを期待する。	有難うございます。引き続き、市民の皆さまに分かりやすい計画づくりを心掛け、健康づくりの推進を図ってまいります。
2	P.6 (1) 人口動態 鹿嶋市の高齢化率が国や県より高いということを、この資料で初めて知った。県北地域ならいざ知らず、鹿行地域である本市が...、認識を改めないといけない。驚いた。	今後も人口構成に注視し、対策を講じてまいります。
3	P.8 (4) 医療サービス(病院数・診療所数・病床数・医師数)が国はもとより、全国で低位にある県にすら劣ること、就中、千人あたりの医師数に決定的な落差があることが、鹿嶋市に若い世代が移住してこない最大の理由ではないのだろうか。県も市も努力していることは承知しているが、諦めることなく市民が安心できる水準にまで引き上げるよう一層の努力と工夫を求めたい。	ご意見として伺います。 今後も、国・県の動向を踏まえながら、対策を推進してまいります。
4	P.9～p.10 「(6) 第 2 期データヘルス計画 (中略) に係る評価及び考察」 これまで数多く鹿嶋市でパブコメに付された計画を一見してきたが、ここまで数値を示して評価をしている例は少ないように思う。その点は高く評価できるが、13 項目中、A 評価がわずか 2 項目で、他はいずれも C 評価であることが悔やまれる。入院医療費の抑制は素晴らしい成果といえるのではないか。一方、C 評価項目に対する考察もなされており、今後の成果に結びつくことを期待する。	有難うございます。 目標を達成することができるよう体制強化を図ってまいります。
5	P.12 エの「特定健診受診率の推移」を見ると、これまた概ね国や県を下回っていることを残念に思う。カの「考察」はほぼ正鵠を射ていると思う。最大の問題は●印の	「通知をしても受診しない方」が受診することができるよう、通知や勧奨方法を工夫すると共に、継続受診者（毎年健診を受診する方）が増加するよう努めてまいります。

	「通知をしても受診しない方」ではないか。私見ながら一つの理由と思われる心当たりがある。一部の週刊誌や単行文だが、高齢者となったら健診などしても無駄との記事が目につく。自治体でどうこうできることではないが、嫌な風潮だ	
6	P.14 直接訪問するなど担当者の努力が見えるようだが、オにある「●健康行動に関して、無関心期の方や指導を拒否する方への介入が困難である」はその通りなのだろう。こういった層を振り向かせることは、ほとんど不可能に近いのかもしれない。当該者にとって身近な事例だと感じられる具体例を紹介するなど、危機感を直感できるように計らうことも一策ではないか。	ご意見として伺います。 危機感を直感できるような資料を活用し、対象者の反応に合わせた指導を実施してまいります。
7	「考察」によれば「令和3年度に訪問員を増加したため」とある。「言うは易く行は難し」だろうが、地道な努力は報われる例えではないだろうか。人工透析などが今後増加する危険性があるとのことだが、引き続き努力が求められよう。	有難うございます。 市民の皆さまに理解していただけるよう、今後も引き続き、生活習慣病や人工透析について、普及・啓発を行ってまいります。
8	P.19「3(7)」 全国と比較して達成割合が低いのが、このことによって助成金の交付額が減額もしくは不交付となるのだろうか。また、全国順位は上昇しているとはいえ、1,700余の市町村数と比べると951位というのは、中位よりも下である。とくに指摘されているジェネリック医薬品の使用割合が低いことに驚く。後発があればそれにするというのは、もう当然のこととして受け止めているが、そうでない理由は何があるのだろうか。	ご指摘のとおり、保険者の取組状況に応じ特別交付金として交付される「保険者努力支援制度」では、その指標の一つに「後発医薬品取組・使用割合」等があるため、その状況は交付金額に影響が生じる内容となります。 このことから、本市においては、後発医薬品利用差額通知の送付、被保険者証の更新時や窓口等で配布するパンフレットによる広報・周知等の取組を行い、後発医薬品の使用促進に努めているところです。 なお、後発医薬品の使用率が低い要因につきましては、後発医薬品の供給体制、個々の既往歴や考え方の違い等、様々な要因があると考えられますが、後発医薬品の使用につきまして、被保険者等に理解を深めていただけるよう、引き続き努めてまいります。
9	P.25 「2」(1) 第1号被保険者と第2号	用語集に追記いたします。

	<p>被保険者の別が分からない。知っていて当然のような書き方になっているが、恥ずかしながら介護保険料を年金から天引きされている身ながら、そうした制度や仕組みなどの説明を受けた覚えがない。自分ごとと理解し、自主努力せよということか。とはいえ、注記があればより親切ではないのか。ところで、図表 3-2-1-1 を見ると年齢による区分のようだが、それでも注記があった方が親切…。もう 1 点、気にかかったことがある。それは年齢の若い 2 号の方が、僅かとはいえ 1 号よりも被保険者数が多いことである。なお、図表 3-2-1-1 と P.26 の図表 3-2-3-1 とで、被保険者数が異なっている。</p>	<p>図表 3-2-1-1 は、住民基本台帳から算出した令和 4 年度末時点の人口データから各年代の被保険者を集計しております。一方で図表 3-2-3-1 は KDB 帳票の被保険者数が使用されており、令和 4 年度の KDB における被保険者数は令和 2 年度の国勢調査における人口データが使用されておりました。今般ご指摘を受け改めて図表の見直しを検討し、図表 3-2-3-1 要介護認定状態★No47 の被保険者数は過去のデータであるため、表から削除いたします。</p>
10	<p>P.27「3」(1)① 一人当たり医療費が「茨城県の入院」を除いて他より低額であり、伸び率にいたっては比較したどこよりも低いことが、喜ぶべきことなのか。どう判断したらよいのか分からない。「入院」が「入院外」よりも低額というのも素人には解せない。</p>	<p>入院・入院費の医療費について、一件当たりの医療費でみるとご指摘の通り入院医療費の方が高額となります。しかしながら、入院の発生頻度は入院外と比較して少ないことから、医療費の総額は入院外よりも入院の方が低額となるため、被保険者一人当たりの医療費は入院外よりも入院の方が低額となります。</p> <p>また、入院の一人あたりの医療費が少ないということは、引き続き、保健・医療・介護等多方面からの検証が必要であります。その 1 つの理由として、鹿嶋市の死亡状況からみて、国と比較して、入院につながっているものの死に至ってしまっている割合も多いことも予測されます。</p>
11	<p>P.42 図表 3-3-6-1 内訳（上位の疾病）この 4 位に「骨折」がある。「骨折」の治療に 1 か月当たり 80 万円以上の医療費を要するものなのだろうか。素人判断だが、首を傾げざるを得ない。</p>	<p>骨折の部位によって異なりますが、手術を要する骨折の場合、医療費が高額になることが考えられます。</p> <p>高額なレセプトにつきましては、今後も引き続き、分析をまいります。</p>
12	<p>P.47 図表 3-4-1-5「特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況」と図表 3-4-1-6「生活習慣病一人あたりの医療費」はとても興味深い図表だ。健診受診の大切さが知れる。</p>	<p>有難うございます。引き続き、健診受診勧奨に努めてまいります。</p>

13	P.58 図表 3-4-5-4「特定健診受診者における受診勧奨対象者の服薬状況」を概観して感じたこと。血糖や血圧に比して脂質の「服薬なし割合」が異常に高いことに目が行った。理由は把握されているのだろうか。	理由や原因については、引き続き分析をしてみたい。
14	P.60 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」も興味深い。飲酒や睡眠の項目が国や県よりも高いことは何を意味するのだろうか。鹿嶋市民の生活習慣に問題があるというのではないのだろうか…。	飲酒や睡眠によって、生活習慣病の発症やこころの健康に影響を及ぼす可能性があります。飲酒や睡眠を含めた規則正しい生活習慣について、普及・啓発を引き続き行ってまいります。
15	P.62 図表 3-5-2-1「年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況」もまた興味を引く。多くの疾病で、国と比べて 65-74 歳よりも 75 歳以上が顕著に「よい児」のように窺える。	母数の大きさの違いによる影響も考えられますが、今後検証が必要であると認知しております。 本市では、40 歳～74 歳及び 75 歳以上の方へ対し、生活習慣病の発症予防・重症化予防を目的とした保健指導及び医療機関受診勧奨を実施しております。特に、65 歳以上はフレイルも関係してくる年代のため、個人個人にあった対策が必要となってきます。65～74 歳の有病状況が国と比較し、高い状況であるため、今後 75 歳以上の方も同様に増加することが予測されます。生活習慣病や筋骨格系の疾患を予防することは要介護（要支援）予防のためにも重要であるため、介護長寿課とも連携しながら、生活習慣病及び介護予防を図ってまいります。
16	P.63 (3) ① 国保も高齢者も、入院・外来を問わず、一人当たり月額医療費が低いことをどう評価したらよいのだろうか。間違いなく言えるのは財政に貢献していることか。受けるべき治療を抑制しているのでなければよいのだが。	医療機関受診が必要な場合に受診していない可能性も考えられます。健診結果において、精密検査が必要と判断された方につきましては、引き続き、受診勧奨を実施してまいります。
17	P.64 (4) 後期高齢者の健診状況「後期高齢者の健診受診率は 19.1%で、国と比べて 5.7 ポイント低い」ことに驚いた。日々、受診率 up には努力されているのだろうが、<5.7 ポイント>は大きな差だと言わざるを得ないのではないか。理由を知りた	理由につきましては、分析をしてみたい。また、年 1 回の健診受診について、啓発を行い、受診勧奨を継続して行ってまいります。

	いものだ。(9)でも触れたが、一部の週刊誌などで、「70歳過ぎたら健診は受ける必要がない」などとの記事が散見される。根拠の程は分からないが、人騒がせな記事ではある。	
18	P.65 (5) 後期高齢者における質問票の回答で、「体調が悪いときに、身近に相談できる人が『いない』」の割合が7.3%とあり、決して高い数値だとは思えないが、国平均よりも2.4ポイント高いというのは気になる。鹿嶋市の高齢者には、一人暮らしや親戚などから離れて住んでいる人が多いのだろうか。	核家族化などの影響により、一人暮らしの高齢者は一定数いらっしゃいます。70歳以上の一人暮らしの高齢者宅へは民生委員や福祉推進委員が定期的に訪問し、状況を確認しております。また、一人暮らしの高齢者に限らず、市民の皆さまが相談したいときに相談することができるよう、相談することの大切さや相談先一覧について、引き続き、普及・啓発を行ってまいります。
19	P.66 (2) 多剤服薬の状況 多剤服薬のリスクについてはメディアでも報じられているが、医療現場で医療従事者からの注意などは行われていないのだろうか。私事だが、5年ほど前に以下の経験をしたことがある。定期通院している市内の病院でのことだが、体調がよくないので予約日以外に診察を求めたところ、担当医ではなく、初めての高齢医師だった。診察後、4種類の薬を処方することにて、その一つ一つについての薬効と多剤弊害の有無などを問うたところ、怒り出された。「多くの患者は、薬が少ないと不安になる」との信念を有している医師のよう。その後刻、看護師さんの配慮で院内にいた担当医に診てもらえることができ、1種類の薬を処方してもらった。その時点でのことだが、いまだ多種の投薬を望む患者がおり、それに応じる医師がいることに驚いたものだ。	重複・多剤服薬者につきましては、引き続き、介入し、心身の状況を確認しながら、重複・多剤服薬のリスク等について説明してまいります。
20	P.71～72 第3章で分析した成果に基づいて、ここ第4章で第3期データヘルス計画の目的とそれを達成するための目標を整理していることは合理的であり、有意義であろう。ただ、各欄に掲げられている【アウトプット】と【アウトカム】について	有難うございます。厚生労働省作成の本計画の手引きでは、保健事業の評価は、ストラクチャー（構造）・プロセス（過程）・アウトプット（事業実施量）・アウトカム（結果）の4つの評価指標を用い、評価を行うよう記載されているため、4つの評価指標を用いた評価計画をしてお

	<p>での説明が必要ではないか（初出は P.11～12、第5章でも用いられている）。アウトプットの対語はインプットであるが、ここではインプットは捨象されており、行動した結果得られた成果という意味でアウトカムを重視しているように思われる。私の認識が誤っているのかも知れない。説明願いたい。また、「共通指標」欄に赤丸が付されている箇所があるが、その意味の説明が見当たらない。</p>	<p>ります。各評価指標については、P11 以外に P72 にも追記いたしました。 また「共通指標」につきましては、注記を追記いたします。</p>
21	<p>P.75 (3) 生活習慣病重症化予防事業 (1) 特定健診受診率向上事業も(2) 特定保健指導事業ももちろん重要な事業であるが、この重症化を予防する (3) により注力すべきではないか。対象者も少ないと推定される。限られた人力などの資源を傾注したらいかかがか。比較的容易に成果が得られるように思うが、どうだろうか。P.76 の (4) 糖尿病性腎症重症化予防事業にも同様なことが言える。</p>	<p>限られた資源を活用し、より効果的な取り組みを行うことができるよう、対策を講じてまいります。</p>
22	<p>P.78 第7章 計画の公表・周知 今回、この計画案によって「データヘルス計画」を初めて知った。細部にわたって有用なデータが示されている。今回のパブコメで何人の市民がこの計画案に目を通されるか不明だが、計画を立てても担当者や関係者だけが知っている状況に留めることはまことにもったいない。記載にあるように概要版を作成し、容易に市民の誰もが目にし、手に取れる環境を構築してほしい。</p>	<p>有難うございます。ホームページ等を活用し、多くの市民の皆さまに関心を持っていただけるよう努めてまいります。</p>
23	<p>P.78 第8章 個人情報の取り扱い 記載されている通りであり、それ以上でも以下でもないのだが、あえて一言触れさせていただく。疾病や健康に関する個人情報は、ときに当該人の人生を変えてしまうほどに、漏洩があってはならない重要かつ秘匿情報である。扱っているデータの背後には多くの市民がいることを、片時も忘れずに対応してほしいと願う。</p>	<p>個人情報については、今後も慎重に取り扱ってまいります。</p>

修正した内容

	修正前	修正後
1	P.1 「1」 巻末の「用語集」は評価できる。それも五十音順とし、各項の末尾にインデックスを付しているのは、専門用語が多い分野とはいえ、この種の計画書では例が少ないのではないかと。工夫されている。しかるに14行目に「KPI」なる用語がある。ビジネスなどの世界では普及している語なのかもしれないが、健康・保健の分野ではいかがか。用語集に入れるのが相当なのでは…。	用語集に追加いたします。
2	[3] P.1 「2」 第2段落の「また」以降の一文が6行にも及んでいる。そのうち、硬いイメージのする漢字羅列の括弧内は、データヘルス計画策定の手引きを引用しているので難しいかと思うが、「～求められており、」を「～求められている。」とすることができるのではないかと。	ご指摘の通り修正いたします。
3	P.7 (2) 平均余命・平均自立期間も国・県より短いというのは、その差はわずかながら気にかかる。書き方だが、「男性の平均余命は80.6年で、国・県より短い。国と比較すると、-1.1年である。女性の平均余命は86.1年で～」だと、男性は国などよりも短い、女性は<高いのか?>と期待を持って続きに目をやる。と「～国・県より短い。国と比較すると、-1.7年である。」と続き、「なんだ、女性も短いのか」と一種の落胆を誘発する。「～一方、女子もまた国と比較すると、-1.7年と短くなっている。」と記した方が、読む人の感情に即するのではないかと。	ご指摘の通り修正いたします。
4	P.11 ○で記された序数がおかしいのでは? p.11の最上欄に②とあり、その後に上位項目の付番がないが、①が記されている。	ご指摘の通り修正いたします。
5	P.20 5行目「図で示している」とあるが、この頭に「次ページの」と挿入したら	ご指摘の通り追記いたします。

	より親切ではないか。そこで P.21 のイメージ図だが、よくできている。アザラシかオットセイだかの忠告に耳を傾けないと、とんでもない状態になることが一目して知れる。可能な限り市内の各所に掲出したら、効果が出るのではないだろうか。	
6	P.23 図表 3-1-2-1 棒グラフの左 2/3 ほどが青表示であるのに対して、右 1/3 は赤表示になっている。特に注目すべき疾病名を強調したのかと思われるが、特段の注記は見当たらない。なお P.23 図表 3-1-2-2 では、赤青が逆転している。	ご指摘の通り、注記を追加し、グラフの色を修正いたします。
7	P.29 ② このページでは、令和 4 年度の一人当たり月額医療費の入院が「10,320 円」、外来が「15,500 円」とされている。しかるに、P.27 の図表 3-3-1-1 では入院が「10,335 円」で、外来が「15,449 円」となっている。僅かな差であるが、一円単位で記しているのだから、両者が一致しなければならないのではないか。なお、②の冒頭で「29 頁の～」と書き出されているが、当該のページが 29 である。「本ページの～」などと書かないとおかしいのではないか。	<p>図表 3-3-1-1 と図表 3-2-3-1 では、各図表出典元を使用した 1 人当たり医療費の集計方法が異なること、及びデータ出力時期の差異から数値に差異が出ているものです。今般ご指摘を受け、改めて図表の見直しを検討し、図表 3-3-1-2 の入院・外来の一人当たり月額医療費を削除し、それに合わせ P.29②の文書を修正いたしました。また、各図表の出典元の集計方法は以下の通りです。</p> <p><図表 3-3-1-1>出典：KDB 帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題</p> <p>KDB 帳票には 1 人当たり医療費（総医療費点数を 10 倍してから被保険者数で割った数値）が記載されており、計画書にはその数値がそのまま掲載されています。また出典元の『KDB 帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題』は令和 4 年度期中時点て抽出された数値です。</p> <p><図表 3-3-1-2>出典：KDB 帳票 地域の全体像の把握</p> <p>KDB 帳票には 1 人当たり医療点数（総医療点数を被保険者数で割った数値）が整数で記載されており、計画書には 1 人当たり医療点数を 10 倍した数値を記載しております。そのため、医療費の 1 の位が 0 になっております。また、出典元の『KDB 帳票 地域の全</p>

		<p>体像の把握』は令和4年度末時点のデータを反映した数値となっています。</p> <p>P29の冒頭はご指摘の通り修正いたします。</p>
8	<p>P.73 第5章 まずもって1点。目次では第5章はP.72とあるが、実際はP.73となっている。以降のページに影響がないのかチェックされたほうがいいのでは…。次に「今後の目標値」であるが、特定健診受診率は年々、段階的にアップさせつつ高い目標を目指している。一方、特定健診の2年連続受診者率ではそれとは異なりダウン傾向になっている。なぜなのか。もう一点。本ページの欄外に「※MVMヘルスケア事業」の注記がなされている。なぜ「用語集」ではなく、ここに注記したのだろうか。</p>	<p>ご指摘の通り修正いたします。</p> <p>また、「※MVMヘルス」は「用語集」に追記いたします。</p>