

岩見沢市国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画
ダイジェスト版

令和6年3月
岩見沢市

はじめに	3
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 計画策定について	
1. 計画の趣旨	5
2. 計画期間	6
3. 実施体制・関係者連携	6
第2章 過去の取り組みの考察	
1. 第2期データヘルス計画全体の評価	8
2. 各事業の達成状況	9
第3章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容	
1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策	23
2. 健康課題を解決するための個別の保健事業	25
第4章 その他	
1. 計画の評価及び見直し	35
2. 計画の公表・周知	35
3. 個人情報の取扱い	35
4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項	36
第2部 第4期特定健康診査等実施計画	
第1章 特定健康診査等実施計画について	
1. 計画策定の趣旨	39
2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	39
3. 計画期間	39
第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	
1. 取り組みの実施内容	40
2. 特定健康診査の受診状況	41
3. 特定保健指導の実施状況	44
4. メタボリックシンドローム該当状況	50
5. 第3期計画の評価と考察	52
第3章 特定健康診査等実施計画	
1. 目標	53
2. 実施方法	53
3. 目標達成に向けての取り組み	57
第4章 その他	
1. 個人情報の保護	58
2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	58
3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	58
4. 他の健診との連携	59
5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	59
参考資料	
「医療費等統計」と「保健事業に係る分析」の分析結果まとめ	60

はじめに

厚生労働省が平成31年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしている。またそのためには、「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取り組みを推進することとある。健康寿命の延伸は社会全体の課題であるが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、目標達成に向けて地方自治体が担う役割は大きくなっている。

また、令和2年から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化した。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健(検)診や医療機関の受診控えがみられ、健(検)診受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出た。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICTを活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にある。

岩見沢市国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきた。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としている。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定する。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期データヘルス計画	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施計画を定め、実施及び評価を行う。	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(厚生労働省告示)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1部
第3期データヘルス計画

第1章 計画策定について

1. 計画の趣旨

(1) 背景

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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」と掲げられた。またこれを受け、「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」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)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を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められた。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、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の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」においては、データヘルス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の方針が示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められている。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた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)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられる。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものである。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとする。

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

(2) 計画の位置づけ

保健事業の実施計画(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である。

データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれた内容とする。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとする。

2. 計画期間

計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

3. 実施体制・関係者連携

(1) 保険者内の連携体制の確保

岩見沢市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、健康づくり推進課などの関係部局や北海道、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、医療年金課が主体となっていく。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、健康づくり推進課や高齢介護課、保護課等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。

医療年金課は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保する。

(2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となる。共同保険者である北海道のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・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健康課題を共有し、連携強化に努める。

また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、自治会等の地域組織との意見交換や情報提供の場の設置、被保険者向けの説明会の実施等、被保険者が議論に参画できる体制を構築し、被保険者の意見反映に努める。

第2章 過去の取り組みの考察

1. 第2期データヘルス計画全体の評価

以下は、第2期データヘルス計画全般に係る評価として、全体目標及びその達成状況について示したものである。

全体目標	生活習慣病、特に糖尿病・高血圧の予防及び重症化を防ぎ、住み慣れたまちで自立した生活を送ることができるよう、被保険者の健康寿命の延伸を図る。
------	---

評価指標	計画策定時実績 2016年度 (H28)	実績		評価・考察 (成功・未達要因)
		中間評価時点 2020年度 (R2)	現状値 2022年度 (R4)	
被保険者の健康意識の向上を図る (40歳以上生活習慣病状態不明者割合)	33.4%	33.5%	32.7%	生活習慣病状態不明者割合削減を図り、特定健康診査未受診者勧奨やみなし健診の取り組みを実施したが、目標を達成できるほどの効果が上がらなかった。
生活習慣病患者の減少 (生活習慣病有病率)	53.1%	53.3%	52.0%	糖尿病性腎症重症化予防事業・高血圧症重症化予防事業については、指導参加者の数値改善、人工透析への移行抑制の効果はみられるが、プログラムへの参加率向上の施策が必要となる。
医療費の抑制を図る (被保険者一人当たりの医療費 (千円))	348	340	335	重症化してからの受診を減らす対策として、異常値放置者、治療中断者の受診勧奨を実施。また、糖尿病性腎症と高血圧症の重症化予防指導、重複・頻回受診者、重複・多剤服薬者への保健指導を実施。被保険者一人当たりの医療費は削減傾向にある。

2. 各事業の達成状況

以下は、第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものである。

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
特定健康診査受診勧奨事業	平成30年度 ～ 令和5年度	特定健康診査の受診率向上	特定健康診査を受診していない者を対象者とし特定健康診査の受診を促す。 対象者を特定し、受診券を発送し、その後、対象者が特定健康診査を受診したかどうかを確認する。
特定保健指導事業	平成30年度 ～ 令和5年度	生活習慣病該当者及び予備群の減少	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を面接や電話、e-mail等で行う。 指導後に特定健康診査データより検査値の推移を確認する。
糖尿病性腎症重症化予防事業	平成30年度 ～ 令和5年度	糖尿病性腎症患者の病期進行	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定し、正しい生活習慣を身に付けることができるように専門職より対象者に6カ月間の面談指導と電話指導を行う。 指導後に特定健康診査データ、レセプトデータより検査値の推移、定期的な通院の有無等を確認する。
受診行動適正化指導事業 (重複・頻回受診、 重複服薬)	平成30年度 ～ 令和5年度	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少	レセプトデータから、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、専門職による指導を行う。 指導後に対象者の受診行動が適切となっているかを確認する。
健診異常値放置者受診勧奨事業	平成30年度 ～ 令和5年度	健診異常値を放置している対象者の医療機関受診	特定健康診査の受診後、その結果に異常値があるにも関わらず医療機関受診が確認できない対象者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行う。 通知後に医療機関受診があるか確認。受診がない対象者にはフォローを行う。
ジェネリック医薬品差額通知事業	平成30年度 ～ 令和5年度	ジェネリック医薬品の普及率向上	レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定する。 通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促す。

5:目標達成
 4:改善している
 3:横ばい
 2:悪化している
 1:評価できない

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
対象者への通知率	100%	100%	100%	4
特定健康診査受診率	24.5%	60.0%	26.7%	
対象者の指導実施率	22.0%	60.0%以上	11.6%	3
指導完了者の生活習慣改善率	21.9%	50.0%	37.5%	
積極的支援及び動機付け支援対象者	0.0%	10.0%減少	1.5%増加	
対象者の指導実施率	4.8%	20.0%以上	3.5%	3
指導完了者の生活習慣改善率	100%	70.0%	100%	
指導完了者の検査値改善率	58.3%	100%	0.0%	
指導対象者の人工透析移行	0人	0人	0人	
対象者の指導実施率	28.8%	20.0%以上	2.2%	4
指導完了者の受診行動適正化	27.0%	50.0%	100%	
指導完了者の医療費	64.7%減少	50.0%減少	100%減少	
重複・頻回受診者、重複服薬者	25.9%減少	20.0%減少	23.0%減少	
対象者への通知率	100%	100%	100%	4
対象者の医療機関受診率	9.5%	20.0%	4.8%	
健診異常値放置者	41.5%減少	20.0%減少	2.5%減少	
対象者への通知率	100%	100%	100%	4
ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)	59.0%	80.0%	79.7%	

2. 各事業の達成状況

事業名	実施年度	事業目的	実施内容
薬剤併用禁忌防止事業	平成30年度 ～ 令和5年度	薬剤併用禁忌の発生件数減少	レセプトデータから、薬剤併用禁忌の発生状況を把握し、薬剤併用禁忌の対象者リストを作成、医療機関等へ情報提供を行う。 医療機関への情報提供後、薬剤併用禁忌の発生状況を確認する。
高血圧症重症化 予防事業	平成30年度 ～ 令和5年度	高血圧症患者の病期進行阻止	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定し、正しい生活習慣を身に付けることができるように専門職より対象者に6カ月間の面談指導と電話指導を行う。 指導後に特定健康診査データ、レセプトデータより検査値の推移、定期的な通院の有無等を確認する。
COPD予防受診勧奨事業	平成30年度 ～ 令和5年度	COPD発症リスクのある喫煙者の禁煙外来受診	特定健康診査の問診から喫煙者を特定し、通知書を送付することで禁煙外来の受診勧奨を行い、受診によるCOPDの早期発見と早期治療を目指す。 通知後に医療機関受診があるか確認する。

5:目標達成
 4:改善している
 3:横ばい
 2:悪化している
 1:評価できない

アウトプット…実施量、実施率を評価 / アウトカム…事業の成果を評価

評価指標 (上段:アウトプット、下段:アウトカム)	計画策定時実績 2016年度(H28)	目標値 2023年度(R5)	達成状況 2022年度(R4)	評価
医療機関への情報提供	100%	100%	100%	5
薬剤併用禁忌による健康被害	0人	0人	0人	
対象者の指導実施率	3.3%	10.0%以上	1.3%	3
指導完了者の生活習慣改善率	80.0%	70.0%	75.0%	
指導対象者の高血圧症における病期進行者	0人	0人	0人	
対象者への通知率	100%	100%	100%	3
対象者の医療機関受診率	1.5%	20.0%	0.4%	
対象者の喫煙者数	2.0%減少	20.0%減少	2.8%減少	

特定健康診査受診勧奨事業

事業目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	特定健康診査を受診していない者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査を受診していない者を対象者とし特定健康診査の受診を促す。 対象者を特定し、受診券を発送後、対象者が特定健康診査を受診したかどうかを確認する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

アウトカム：特定健康診査受診率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							60.0%
達成状況	24.5%	25.1%	25.3%	21.8%	25.5%	26.7%	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

通知時期を一般地区は8月、農家地区は閑散期になる10月にて発送を分け、あわせて電話での受診勧奨を実施。特定健康診査も各種ニーズに合わせて4コースを用意し、予約もインターネット予約ができる環境を整備し2.2%の受診率向上傾向にはあるが、目標としている受診率60%にはまだ大きな乖離がある。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	多様な特定健康診査受診率向上事業を実施し、受診率は上昇傾向にあるが、大幅な受診率上昇につながらず、依然北海道平均よりも低く、目標達成までには至らなかった。 健診未受診の主な理由となっている「定期的に通院中のため」への対策として、さらに医療機関からの勧奨・情報提供等の協力体制を強化していくことが必要である。
	4:改善している		
	3:横ばい		
	2:悪化している		
	1:評価できない		

特定保健指導事業

事業目的	生活習慣病該当者及び予備群の減少
対象者	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を面接や電話、e-mail等で行い、指導対象者に対して適切な保健指導を行う。 指導後に特定健康診査データより検査値の推移を確認する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者の指導実施率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							60.0%以上
達成状況	22.0%	34.2%	26.0%	20.5%	9.8%	11.6%	

アウトカム：指導完了者の生活習慣改善率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							50.0%
達成状況	21.9%	62.7%	65.4%	55.6%	64.7%	37.5%	

アウトカム：積極的支援及び動機付け支援対象者

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							50.0%
達成状況	0%	19.9%減少	8.9%減少	8.5%減少	8.6%増加	1.5%増加	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

市からの勧奨後の反応がない人へ委託先から再勧奨を行い、指導を行う体制づくりはできているが、生活習慣病改善率が減少しておりプロセスに関し検討が必要である。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	新型コロナウイルス感染症の影響により面談を断られるケースが多く、実施率は目標に達していないが、ICTの活用等によりコロナ後面談への不安を感じる人にも面談が実施できるようになり実施率は増加傾向にある。
	4：改善している		
	3：横ばい	今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・マイナス2.2チャレンジ事業を継続実施 ・目標値については、国目標ではなく、現状に合った目標を設定
	2：悪化している		
	1：評価できない		

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病性腎症患者の病期進行阻止
対象者	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定し、正しい生活習慣を身に付けることができるように専門職より対象者に6カ月間の面談指導と電話指導を行う。指導後に特定健康診査データ、レセプトデータより検査値の推移、定期的な通院の有無等を確認する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者の指導実施率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							20.0%以上
達成状況	4.8%	1.3%	1.4%	1.9%	1.3%	3.5%	

アウトカム：指導完了者の生活習慣改善率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							70.0%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

アウトカム：指導完了者の検査値改善率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							100%
達成状況	58.3%	75.0%	60.0%	57.1%	0.0%	0.0%	

アウトカム：指導対象者の人工透析移行

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							0人
達成状況	0人	0人	0人	0人	0人	0人	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

新型コロナウイルス感染症の影響もあり、参加者が前年度に比べ減少した。参加者を増やす施策として、指導開始月を農家地区の閑散期である11月とし、短期の3カ月指導プランを実施した。新型コロナウイルス感染症の影響を考慮しタブレット面談を活用、また、電話勧奨時での保健指導を実施するなど指導参加率の向上が図られた。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	生活習慣病の患者数、医療費も上位を占めている状況で糖尿病性腎症の重症化を防ぐ事業を実施したが、プログラム参加者が少なく、重症化予防の取り組みがまだ不十分と考えられる。指導参加者の数値改善、人工透析への移行抑制の効果はみられるが、プログラムへの参加率向上の施策が必要となる。
	4：改善している		
	3：横ばい	今後の方向性	重症化予防指導を継続して実施するとともに、電話での参加勧奨時にプログラム不参加の方へ保健指導を実施することにより健康意識の向上を図る。また、あわせて二次予防となる異常値放置者、治療中断者への医療機関受診勧奨を実施する。
	2：悪化している		
	1：評価できない		

受診行動適正化指導事業(重複・頻回受診、重複服薬)

事業目的	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少
対象者	レセプトデータから、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	レセプトデータから、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、専門職による指導を行う。 指導後に対象者の受診行動が適切となっているかを確認する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者の指導実施率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							20.0%以上
達成状況	28.8%	22.5%	11.9%	21.8%	26.5%	2.2%	

アウトカム：指導完了者の受診行動適正化

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							50.0%
達成状況	27.0%	69.6%	100%	100%	100%	100%	

アウトカム：指導完了者の医療費

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							50.0%減少
達成状況	64.7%減少	49.3%減少	78.3%減少	73.8%減少	75.5%減少	100%減少	

アウトカム：重複・頻回受診者、重複服薬者

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							20.0%減少
達成状況	25.9%減少	14.8%減少	20.5%減少	29.9%減少	33.5%減少	23.0%減少	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

重複受診・頻回受診・重複服薬全てにおいて、対象者の割合が減少。指導対象者の行動変容に効果がみられ医療費・適正受診指導対象者削減に至っているが、新型コロナウイルス感染症の影響もあり面談を断られるケースが増え、年々指導参加者が減少傾向にある。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因) 受診行動適正化事業について、重複・頻回受診者、重複服薬者全てにおいて、対象者の割合が減少している。指導対象者の行動変容に効果がみられ医療費、適正受診指導対象者削減に至っている。
	4:改善している	
	3:横ばい	今後の方向性 新型コロナウイルス感染症の影響により面談を断られるケースが多く、電話指導を主体に切り替え、勸奨時の電話指導も実施し広く対象者に指導をする。
	2:悪化している	
	1:評価できない	

健診異常値放置者受診勧奨事業

事業目的	健診異常値を放置している対象者の医療機関受診
対象者	特定健康診査の結果に異常値があるにも関わらず医療機関受診が確認できない対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査の受診後、その結果に異常値があるにも関わらず医療機関受診が確認できない対象者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行う。 通知後に医療機関受診があるか確認。受診がない対象者にはフォローを行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

アウトカム：対象者の医療機関受診率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							20.0%
達成状況	28.8%	22.5%	11.9%	21.8%	26.5%	2.2%	

アウトカム：健診異常値放置者

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							20.0%減少
達成状況	41.5%減少	17.7%減少	0.0%	8.7%増加	12.4%減少	2.5%減少	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

レセプト及び特定健康診査結果のデータを活用し、医療機関への受診が必要な被保険者を抽出、受診勧奨通知に対象者の特定健康診査の検査値、なぜ医療機関受診が必要なのか、ハイリスク者に対しては糖尿病や心血管疾患の発症リスクについて記載し送付した。

保健センターと連携し異常値放置者へ訪問、電話、通知等を活用し受診勧奨をあわせて実施。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	異常値放置者の割合が減少しており、全国平均値を大幅に下回っている。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の方向性	保健センターと連携し異常値放置者へ訪問、電話、通知等を活用し受診勧奨を継続して実施する。
	2:悪化している		
	1:評価できない		

ジェネリック医薬品差額通知事業

事業目的	ジェネリック医薬品の普及率向上
対象者	ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定する。通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促す。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

アウトカム：ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							80.0%
達成状況	59.0%	71.4%	76.9%	79.2%	79.3%	79.7%	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

ジェネリック医薬品の使用促進による医療費抑制を目的に、ジェネリック医薬品に変更した場合の自己負担額の軽減額を8月・11月・2月に3回(差額通知)送付し、実施後の効果測定を行い事業の評価をしている。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	当初の平成28年度59.0%から令和4年度79.7%と20ポイント以上の改善がみられ目標である80%まで0.3ポイントとなった。医師個人の考え方により取り組みの度合いが違うため、個人病院のジェネリック医薬品の普及が進んでいない。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の方向性	ジェネリック医薬品差額通知を継続して実施。個人病院へのジェネリック医薬品普及協力を要請する。
	2:悪化している		
	1:評価できない		

薬剤併用禁忌防止事業

事業目的	薬剤併用禁忌の発生件数減少
対象者	レセプトデータから対象者を特定
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	レセプトデータから、薬剤併用禁忌の発生状況を把握する。薬剤併用禁忌の対象者リストを作成し、医師会での審査後、医療機関等へ情報提供を行う。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：医療機関等への情報提供

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

アウトカム：薬剤併用禁忌による健康被害

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							0人
達成状況	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

レセプトデータから、医療機関別に薬剤併用禁忌にあたる対象者リストを作成し、年7回各医療機関へ情報提供を実施。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達 要因)	医療機関への情報提供をすることで併用禁忌該当者の削減が 図られている。
	4：改善している		
	3：横ばい	今後の 方向性	事業の目的は達成され、今後マイナポータルによる薬剤情報が 確認できるように運用されていくと薬剤被害はなくなるの で事業は今期で終了とする。
	2：悪化している		
	1：評価できない		

高血圧症重症化予防事業

事業目的	高血圧症患者の病期進行阻止
対象者	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定し、正しい生活習慣を身に付けることができるように専門職より対象者に6カ月間の面談指導と電話指導を行う。指導後に特定健康診査データ、レセプトデータより検査値の推移、定期的な通院の有無等を確認する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者の指導実施率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							10.0%以上
達成状況	3.3%	3.1%	2.1%	3.7%	2.0%	1.3%	

アウトカム：指導完了者の生活習慣改善率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							70.0%
達成状況	80.0%	100%	83.3%	85.7%	100%	75.0%	

アウトカム：指導実施完了者の高血圧症における病期進行者

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							0人
達成状況	0人	0人	0人	0人	0人	0人	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

新型コロナウイルス感染症の影響もあり、参加者が前年度に比べ減少した。参加者を増やす施策として、指導開始月を農家地区の閑散期である11月とし、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮しタブレット面談を活用、また、電話勧奨時での保健指導を実施するなど指導参加率の向上が図られた。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	生活習慣病の患者数、医療費も上位を占めている状況で高血圧の重症化を防ぐ事業を実施したがプログラム参加者が少なく、重症化予防がまだ不十分だと考えられる。指導参加者の数値改善、病期進行の抑制へ効果はみられるが、プログラムへの参加率向上の施策が必要となる。
	4：改善している		
	3：横ばい	今後の方向性	重症化予防指導を継続して実施するとともに、電話での参加勧奨時にプログラム不参加の方へ保健指導を実施することにより健康意識の向上を図る。また、あわせて二次予防となる異常値放置者、治療中断者への医療機関受診勧奨を実施する。
	2：悪化している		
	1：評価できない		

COPD予防受診勧奨事業

事業目的	COPD発症リスクのある喫煙者の禁煙外来受診
対象者	COPD発症リスクのある喫煙者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	特定健康診査の問診から喫煙者を特定し、通知書を送付することで禁煙外来の受診勧奨を行い、受診によるCOPDの早期発見と早期治療を目指す。 通知後に医療機関受診があるか確認する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者への通知率

アウトプット…実施量、実施率を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							100%
達成状況	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

アウトカム：対象者の医療機関受診率

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							20.0%
達成状況	1.5%	0.9%	0.5%	0.5%	1.1%	0.4%	

アウトカム：対象者の喫煙者数

アウトカム…成果を評価

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (H31)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							20.0%減少
達成状況	2.0%減少	24.1%減少	0.0%	22.2%減少	12.9%減少	2.8%減少	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

ストラクチャー…実施体制を評価 / プロセス…実施方法を評価

啓発・受診勧奨通知により、COPDの認知度向上・早期医療機関受診を図り、禁煙診療に協力いただく医療機関への受診勧奨を実施し、患者数が35%減となったが、対象者の受診率向上にはつながらなかった。

事業全体の評価	5：目標達成	考察 (成功・未達要因)	啓発・受診勧奨通知により、COPDの認知度向上・早期の医療機関受診を図り、患者数が35%減となったが、対象者の受診率向上にはつながらなかった。
	4：改善している		
	3：横ばい	今後の方向性	禁煙の取り組みについては、特定保健指導で実施し、事業は今期で終了とする。
	2：悪化している		
	1：評価できない		

第3章 健康課題の抽出と保健事業の実施内容

1. 分析結果に基づく健康課題の抽出と解決のための対策

以下は、分析結果から明らかとなった健康課題と、健康課題に対して本計画で目指す姿(目的)、その目的を達成するための目標を示したものである。

項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号	データヘルス計画全体における目的
A	<p>生活習慣病</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査データより、生活習慣に関連した検査項目において、有所見者割合が高い項目がある。 ・医療費及び患者数上位において、生活習慣に関係する疾病が多くを占めている。一方で、生活習慣病の重症化リスクがあるにもかかわらず、適切な受診につながっていない健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在する。 ・透析患者のうち、生活習慣を起因とする糖尿病から透析に至った患者が最も多い。 	1	①、② ③、④ ⑤、⑥	<p>生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防</p> <p>レセプトデータ、特定健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防する。</p>
B	<p>医療費、受診行動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用割合は79.7%である。 ・受診行動の適正化が必要な、重複・頻回受診、重複・多剤服薬のいずれかに該当する被保険者が存在する。 ・薬物有害事象の発生や副作用につながると懸念される長期多剤服薬者が存在する。 	2	⑦、⑧	<p>医療費適正化と適正受診・適正服薬</p> <p>後発医薬品(ジェネリック)の普及啓発やお薬手帳の利用促進、服薬情報通知等により、医療費の適正化、医療資源の有効活用と薬物有害事象発生防止を図る。</p>
C	<p>介護、高齢者支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の質問票より、口腔機能の低下が懸念される割合は1.1%である。 ・要介護(支援)認定者の医療費は非認定者と比較して高い傾向にあり、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ対象者が多い。 	3	⑨	<p>健康寿命延伸と高齢者支援の充実</p> <p>医療・介護データの連携を進め、フレイル予防、介護予防を行う。地域で一体となって高齢者の医療・介護・暮らしを支援する体制づくりに努める。</p>

個別の保健事業については「2. 健康課題を解決するための個別の保健事業」に記載

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。

評価指標	計画策定 時実績 2022年度 (R4)	目標値					
		2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
メタボ該当者割合	20.9%	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	18.0%
特定保健指導対象者減少率	26.7%	前年度 より増加	前年度 より増加	前年度 より増加	前年度 より増加	前年度 より増加	30.0%
HbA1c8.0%以上の割合	1.4%	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	1.0%
I度高血圧(収縮期140mmHg・ 拡張期90mmHg)以上の割合	31.6%	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	25.0%
指導対象者の医療機関受診率	-	30.0%	前年度 より増加	前年度 より増加	前年度 より増加	前年度 より増加	50.0%
指導対象者の医療機関受診率	4.8%	前年度 より増加	前年度 より増加	前年度 より増加	前年度 より増加	前年度 より増加	30.0%
指導後の受診状況改善率	-	30.0%	前年度 より増加	前年度 より増加	前年度 より増加	前年度 より増加	50.0%
通知対象者の長期多剤服薬者 割合	9.7%	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	前年度 より減少	8.6%
ハイリスクアプローチ 実施人数	-	5人	7人	9人	11人	13人	15人

2. 健康課題を解決するための個別の保健事業

(1) 保健事業一覧

以下は、分析結果に基づく健康課題に対する対策の検討結果を踏まえ、第3期データヘルス計画にて実施する事業一覧を示したものである。

事業番号	事業名称	事業概要	区分	重点・優先度
A-①	特定健康診査 受診率向上対策事業	過年度における特定健康診査の受診情報等を分析し、セグメント分けした対象者群に効果的な受診勧奨を実施する。受診勧奨の方法は毎年度見直しを実施する。	継続	1
A-②	特定保健指導 利用勧奨事業	特定健康診査の結果、保健指導判定値以上と判定された対象者に、結果通知のタイミングで効果的な利用勧奨を実施する。	継続	6
A-③	糖尿病性腎症 重症化予防事業	レセプトデータによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、人工透析への移行リスクが高い者を抽出し、保健師・管理栄養士等専門職による保健指導を実施する。	継続	3
A-④	高血圧症重症化予防事業	レセプトデータによる医療機関受診状況や特定健康診査の結果から、対象者を特定し、正しい生活習慣を身につけることができるように保健師・管理栄養士等専門職による保健指導を実施する。	継続	2
A-⑤	生活習慣病治療中断者 受診勧奨事業	レセプトデータから生活習慣病重症化リスクが高い医療機関の治療中断者や未治療者を抽出し、保健師・管理栄養士等専門職による保健指導により治療に結びつけることで生活習慣病の重症化を防ぐ。	新規	4
A-⑥	健診異常値放置者 受診勧奨事業	特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えている対象者に、医療機関への定期的な通院を促す受診勧奨を実施する。	継続	5
B-⑦	重複・頻回受診者・ 重複・多剤服薬者指導事業	レセプトデータから、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、専門職による指導を実施する。	継続	8
B-⑧	服薬情報通知事業	多くの種類の薬剤を長期で服用している者に対し、適切な服薬を促すことを目的とした通知書を発送する。	継続	7
C-⑨	高齢者の保健事業と 介護予防の一体的な実施	フレイル対策が必要と思われる高齢者を対象に、専門職による運動指導や保健指導が盛り込まれたプログラムを実施する。	新規	9

(2) 各事業の実施内容と評価方法

各事業における実施内容及び評価方法の詳細は以下のとおりである。

事業番号：A-① 特定健康診査受診率向上対策事業【継続】

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
対象者	40歳以上の特定健康診査対象者のうち、受診勧奨することで受診率向上が期待できる者
現在までの事業結果	受診率は、平成31年度までは順調に伸長したが、令和2年度に新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、落ち込んだ。その後は、さまざまな受診率向上の取組みを実施し、受診率は緩やかに上昇している。令和2年度より健診受診勧奨を外部委託で実施。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	メタボ該当者割合	20.9%	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	18.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定健康診査受診率	26.7%	30.0%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、実施する。 ・対象者は、属性や過去の受診状況等によりグループ化し、効果的かつ効率的な受診勧奨業務を実施する。 ・岩見沢市医師会や保健センターと共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・新規40歳、及び過年度における不定期受診者を主な対象者として、年1回程度、通知勧奨及び電話勧奨を実施している。 ・過年度における受診頻度を確認するため、健診データを活用している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・事業の実施については、毎年度、実施時期、事業内容について検討する。 ・受診勧奨することで受診率向上が見込まれる特定健康診査対象者の未受診者を対象者とする。 ・診療情報提供事業については、同意率向上事業を重点的に実施し、効果的な事業実施に努める。 ・通知勧奨の回数は1回とする。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課とし、職員1名が担当している。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課、連携部門は健康づくり推進課とし、各課より職員1名が担当する。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、健康づくり推進課は実務支援を担当する。 ・岩見沢市医師会への事業説明及び協力要請、北海道国民健康保険団体連合会の保健事業支援を活用する。

評価計画

<p>アウトカム指標「メタボ該当者割合」は、法定報告における分子「メタボ該当者」を分母「特定健康診査受診者数」で除して求める。メタボ該当者割合が減少していれば、生活習慣病の予防の効果が上がっていることを意味する。</p>
--

事業番号：A-② 特定保健指導利用勧奨事業【継続】

事業の目的	特定保健指導の実施率向上
対象者	特定健康診査の結果、特定保健指導判定値に該当する者のうち、特定保健指導を利用していない者
現在までの事業結果	個別通知後、電話による利用勧奨（委託）を実施し、特定保健指導実施率は、平成30年度までは伸長したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、平成31年度には落ち込んでいる。その後、利用勧奨を再開し実施率は回復したが、国が定める目標60%とは大きく乖離している。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導対象者減少率	26.7%	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	30.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率	11.6%	12.0%	15.0%	18.0%	20.0%	22.0%	25.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 新たに特定健康診査結果説明会を行い、結果説明と併せて特定保健指導の面接を実施する。 特定健康診査結果説明会に参加しなかった方には、個別に文書を送付。申込がなかった方へ委託による電話勧奨を行う。 健診委託機関(1機関)では特定健康診査結果説明時に特定保健指導の利用を勧め、希望者にはその場で特定保健指導(動機付けのみ)を行う。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査結果送付後、郵送にて個別勧奨を行う。 郵送後、2週間以内に連絡がなければ、委託業者より電話勧奨を行う。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査結果説明会に参加してもらえよう、説明会の申込がない方に電話勧奨を行う。 特定健康診査結果説明会に参加しなかった方には文書での再勧奨を行う。 委託による電話勧奨を継続する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は医療年金課、連携部門は健康づくり推進課とし、各課より職員1名が担当している。 健康づくり推進課は、関係機関との連携調整、案内文書作成・特定健康診査結果説明会開催等の事業実務を担当している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は医療年金課とし、職員1名が担当する。 健康づくり推進課は、案内文書作成・電話による参加勧奨、特定健康診査結果説明会開催等の事業実務を担当する。 医療年金課は、予算編成、委託契約、医師会への事業説明及び協力要請を担当する。

評価計画

<p>アウトカム指標「特定保健指導対象者減少率」は、法定報告における分子「分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数」を分母「昨年度の特定保健指導の利用者数」で除して求める。減少率が高ければ、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導が実施できていることとなり、特定保健指導の効果が上がっていることを意味する。</p>

事業番号：A-③ 糖尿病性腎症重症化予防事業【継続】

事業の目的	糖尿病患者の重症化予防及び人工透析移行者の減少
対象者	特定健康診査の検査値とレセプトから対象者を特定
現在までの事業結果	平成27年度より民間事業者に委託して実施。糖尿病性腎症病期分類2期～4期を対象としていたが、特定健康診査の結果に基づいた対象者抽出であるため、2期患者中心の保健指導となり、人工透析患者の減少につながっていない。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値						
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトカム(成果)指標	HbA1c8.0%以上の割合	1.4%	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	1.0%
アウトプット(実施量・率)指標	糖尿病重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	25.9%	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	50.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、実施する。 ・岩見沢市医師会や保健センターと共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の結果に基づき対象者を抽出している。 ・保健指導対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。 ・本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健師・管理栄養士が6カ月間の保健指導(面談1回、電話5回)を実施している。 ・指導完了者に対して、保健センターの保健師が、年1回フォローを実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステムなどを活用して対象者を抽出。 ・保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・かかりつけ医と連携し、保健師・管理栄養士等専門職が保健指導を実施する。 ・指導完了者に対して、保健師が、年1回フォロー電話を実施する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課、連携部門は健康づくり推進課。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。 ・指導完了者は健康づくり推進課の保健師・管理栄養士がモニタリングし、必要に応じ健康教室を実施している。
--

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課、連携部門は健康づくり推進課とし、職員は医療年金課1名、健康づくり推進課2名が担当する。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、健康づくり推進課は実務支援を担当する。 ・指導完了者は健康づくり推進課の保健師・管理栄養士がモニタリングし、必要に応じ健康教室を実施している。

評価計画

<p>アウトカム指標「HbA1c8.0%以上の割合」は、分子「HbA1c8.0%以上の者の数」を分母「特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数」で除して求める。割合が低ければ、糖尿病の重症化を予防していることを意味する。</p>

事業番号：A-④ 高血圧症重症化予防事業【継続】

事業の目的	高血圧症患者の減少
対象者	特定健康診査の検査値とレセプトから対象者を特定
現在までの事業結果	生活習慣病の患者数、医療費も上位を占めている状況で高血圧の重症化を防ぐ事業を実施するも対象者の健康意識の低さからプログラム参加者は少なく、重症化予防が進んでいない。 指導参加者の数値改善、病期進行の抑制へ効果はみられるが、プログラムへの参加率向上の施策が必要となる。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	I度高血圧(収縮期140mmHg・拡張期90mmHg)以上の割合	31.6%	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	25.0%
アウトプット(実施量・率)指標	高血圧症重症化予防対象者のうち、未治療者の医療機関受診率	16.3%	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	20.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、実施する。 ・岩見沢市医師会や保健センターと共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査データと併せてレセプトデータを活用して対象者を抽出。 ・保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・かかりつけ医と連携し、保健師・管理栄養士等専門職が保健指導を実施する。 ・指導完了者に対して、保健センターの保健師が、年1回フォローを実施する。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査データと併せてレセプトデータを活用して対象者を抽出。 ・保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・本人とかかりつけ医の同意が得られたら、保健師・看護師等専門職が保健指導を実施する。 ・指導完了者に対して、保健師が、年1回フォローを実施する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課、連携部門は健康づくり推進課とし、各課より職員1名が担当している。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、健康づくり推進課は実務支援を担当している。 ・指導完了者は健康づくり推進課の保健師・管理栄養士がモニタリングし、必要に応じた保健指導を実施している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課、連携部門は健康づくり推進課とし、職員は医療年金課1名、健康づくり推進課2名が担当する。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、健康づくり推進課は実務支援を担当する。 ・指導完了者は健康づくり推進課の保健師・管理栄養士がモニタリングし、必要に応じた保健指導を実施する。
--

評価計画

<p>アウトカム指標「I度高血圧以上の割合」は、分子「収縮期140mmHg・拡張期90mmHg以上の者の数」を分母「特定健康診査受診者のうち、拡張期及び収縮期血圧の検査結果がある者の数」で除して求める。割合が低ければ、高血圧症の重症化を予防していることを意味する。</p>
--

事業番号：A-⑤ 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業【新規】

事業の目的	生活習慣病治療中断者の減少
対象者	生活習慣病患者のうち、治療を中断している可能性がある者
現在までの事業結果	

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	指導対象者の医療機関受診率	-	30.0%	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	50.0%
アウトプット(実施量・率)指標	指導対象者の指導実施率	-	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	70.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、実施する。 ・岩見沢市医師会や保健センターと共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

令和6年度からの新規事業のため非該当

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータと特定健康診査データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 ・当該対象者に医療機関への定期受診を促す通知文書を郵送し、電話による受診勧奨を実施する。 ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

令和6年度からの新規事業のため非該当

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課、連携部門は健康づくり推進課とし、各課より職員1名が担当する。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、健康づくり推進課は実務支援を担当する。

評価計画

<p>アウトカム指標「指導対象者の医療機関受診率」は、分子「指導後、レセプトなどにより医療機関の受診を確認できた人数」を分母「指導対象者のうち指導を実施した人数」で除して求める。医療機関の受診率が向上すれば、生活習慣病の重症化を抑制することを意味する。</p>
--

事業番号：A-⑥ 健診異常値放置者受診勧奨事業【継続】

事業の目的	健診異常値放置者の減少
対象者	特定健康診査受診者のうち、検査値が受診勧奨値を超えており、医療機関を受診していない者
現在までの事業結果	平成27年度より、糖尿病性腎症重症化予防事業の一環として、糖尿病に係る健診異常値放置者への医療機関受診勧奨を民間事業者に委託して実施。新型コロナウイルス感染拡大による受診控えの対策として、令和6年度から高血圧症、脂質異常症も含めた生活習慣病対策として拡大実施する。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	指導対象者の医療機関受診率	4.8%	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	30.0%
アウトプット(実施量・率)指標	健診異常値放置者の受診勧奨実施割合	-	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	70.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、実施する。 ・勧奨業務は、通知文書の郵送、及び電話による受診勧奨とする。 ・岩見沢市医師会や保健センターと共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータと特定健康診査データより対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。 ・当該対象者に医療機関への定期受診を促す通知文書を郵送し、電話による受診勧奨を実施している。 ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果送付後3カ月経過した時点で医療機関より連絡票が返送されていない者の一覧を作成し、その後レセプトデータで受診状況を確認する。 ・受診状況が確認できなかった場合には保健師から電話連絡し、保健指導及び受診勧奨を行う。3回電話しても通じない者には文書にて指導・勧奨を行う。 ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課とし、職員1名が担当している。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、健康づくり推進課は実務支援を担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課、連携部門は健康づくり推進課とし、各課より職員1名(保健指導は地区担当保健師)が担当する。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、健康づくり推進課は実務支援を担当する。

評価計画

<p>アウトカム指標「指導対象者の医療機関受診率」は、分子「勧奨後にレセプトなどにより受診を確認できた人数」を分母「受診勧奨した人数」で除して求める。医療機関の受診率が向上すれば、特定健康診査の結果に基づき、医療機関への受診が必要な者に、生活習慣病の早期治療の動機づけができてきているため、生活習慣病の重症化を抑制することを意味する。</p>

事業番号：B-⑦ 重複・頻回受診者・重複・多剤服薬者指導事業【継続】

事業の目的	重複・頻回受診者数の減少、重複・多剤服薬者数の減少
対象者	医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者
現在までの事業結果	岩見沢市医師会及び北海道薬剤師会空知支部の協力を得て、多くの種類の薬剤を長期で服用している高齢者に対し、適切な服薬を促すことを目的とした通知書を発送する事業として、平成31年度より民間事業者に委託して実施。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	指導後の受診状況改善率	-	30.0%	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	50.0%
アウトプット(実施量・率)指標	指導対象者の指導実施率	6.6%	10.0%	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%	50.0%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、実施する。 ・岩見沢市医師会や保健センターと共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。 ・当該対象者に、適正な受診の重要性を促す通知書を年1回郵送している。 ・通知後対象者に適正に受診するよう保健指導を実施している。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。 ・通知後対象者に適正に受診するよう電話指導を行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課、連携部門は健康づくり推進課とし、各課より職員1名が担当している。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は医療年金課、連携部門は健康づくり推進課とし、各課より職員1名が担当している。 ・医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、健康づくり推進課は実務支援を担当している。

評価計画

<p>アウトカム指標「指導後の受診状況改善率」は、レセプトデータなどを活用し、対象者の指導後に改善している者の割合を確認する。受診状況の改善割合が高ければ、正しい受診行動に導くことにより医療費が削減されたことを意味する。</p>
--

事業番号：B-⑧ 服薬情報通知事業【継続】

事業の目的	薬物有害事象の発生防止 服薬適正化
対象者	70歳以上の高齢者のうち、多くの種類の薬剤を長期で服用している者
現在までの事業結果	岩見沢市医師会及び北海道薬剤師会空知支部の協力を得て、多くの種類の薬剤を長期で服用している高齢者に対し、適切な服薬を促すことを目的とした通知書を発送する事業として、平成31年度より民間事業者に委託して実施。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	通知対象者の長期多剤服薬者割合	9.7%	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	前年度より減少	8.6%
アウトプット(実施量・率)指標	事業対象者に対する通知割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> 国保ヘルスアップ事業等の財政支援を有効活用し、実施する。 岩見沢市医師会及び北海道薬剤師会空知支部、保健センターと共創体制を構築する等、積極的に地域の社会資源も活用する。
----------------	--

現在までの実施方法(プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成している。 当該対象者に、適正な服薬の重要性、かかりつけ薬局への相談を促す通知書を郵送している。 通知書送付後のレセプトデータを確認し、効果を検証している。
--

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータを分析して対象者を抽出し、保健事業対象者として適切でない者を除外した対象者リストを作成する。 当該対象者に、適正な服薬の重要性、かかりつけ薬局への相談を促す通知書を郵送する。 通知書送付後のレセプトデータを確認し、効果を検証する。
--

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は医療年金課とし、職員1名が担当している。 医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当している。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は医療年金課とし、職員1名が担当する。 医療年金課は、予算編成、関係機関との連携調整、事業計画書作成、健康づくり推進課は実務支援を担当している。

評価計画

<p>アウトカム指標「通知対象者の長期多剤服薬者割合」は、レセプトデータなどを活用し、対象者の通知前後の服薬状況を比較し、改善している者の割合を確認する。服薬状況の改善割合が高ければ、多くの薬を飲んでいることにより、薬の相互作用や飲み間違い・飲み忘れ等により引き起こされる有害事象(ポリファーマシー)のリスクが軽減できたことを意味する。</p>
--

事業番号：C-⑨ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業【新規】

事業の目的	通いの場等を活用して、市の健康課題をとおした健診受診勧奨やフレイル予防についてポピュレーションアプローチにより知識の普及を図る。
対象者	65歳以上の高齢者
現在までの事業結果	令和2年度から後期高齢者医療広域連合からの受託事業として本事業を実施。医療費や疾病構造は、国保世代が後期高齢者になっても同じような健康課題があるが、国保事業と連携した実施とはなっていないため、国保世代からの健康課題を踏まえて一体的に実施していく必要がある。

今後の目標

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム(成果)指標	ハイリスクアプローチ実施人数	-	5人	7人	9人	11人	13人	15人
アウトプット(実施量・率)指標	ポピュレーションアプローチ実施回数	14回	16回	18回	20回	22回	24回	26回

目標を達成するための主な戦略	KDBデータ等を活用し、参加者の健診受診歴や健診結果等を把握したうえで健診受診勧奨やハイリスクアプローチ対象者の把握につなげる。 ポピュレーションアプローチは講話のほかに、パンフレットも活用し広く周知を図る。 健康づくり推進課、高齢介護課等関連部署との連携を図り、情報や課題を共有して一体的に実施していく。
----------------	---

現在までの実施方法(プロセス)

令和6年度からの新規事業のため非該当

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 保健師が市の健康課題や、疾病予防及びフレイル予防等に関するポピュレーションアプローチを実施する。 健康相談も併せて実施し、健診受診勧奨、特定保健指導や重症化予防対象者等ハイリスク者をピックアップし支援につなぐ。 生活上の困難があると思われる人は、地域包括支援センターと連携し支援につないでいく。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は健康づくり推進課とし、実施内容や実施体制を構築する。 医療年金課は、関連する点について事業計画書作成や予算編成を担当。 高齢介護課(地域包括支援センター)は通いの場との調整、介護予防体操をとおしたフレイル予防を担当。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 庁内関係者会議をとおして、健康づくり推進課、医療年金課、高齢介護課(地域包括支援センター)で健康課題の共有や実施内容等について検討を行う。 健康づくり推進課保健師と、地域包括支援センター職員は通いの場での健康教育等を行う。
--

評価計画

<p>アウトカム指標として、ハイリスクアプローチ実施人数の増加が疾病等の重症化予防が図られたことを意味する。 アウトプット指標として、ポピュレーションアプローチ実施回数の増が啓蒙周知を図られたことを意味する。</p>
--

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎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毎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) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度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。また、評価に当たっては、国民健康保険団体連合会と連携して行うなど、連携・協力体制の整備に努める。

2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図る。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとする。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理する。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとする。

4. 地域包括ケアに係る取り組み及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されている。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことである。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施する。

① 地域で被保険者を支える連携の促進

- ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

- ・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進する。

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされた。

岩見沢市国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきた。このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定する。

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

法第19条を踏まえるとともに、「健康増進計画」及び「データヘルス計画」等で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図るものとする。

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取り組みの実施内容

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取り組みを示したものである。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
特定健康診査 受診率向上対策 事業	通知勧奨事業	一般地区と農家地区に分け、地域事情を考慮した時期に通知を実施。
	電話勧奨事業	一般地区と農家地区にそれぞれ勧奨通知送付後、電話勧奨をすることで効果的に実施。
	診療情報提供事業	通知及び電話勧奨をしても未受診の者のうち、定期通院中で特定健康診査の検査項目を満たす検査をしている者の診療情報の提供を受け、みなし健診とする。
	薬剤師からの受診勧奨事業	医療専門職である薬剤師から受診勧奨することで行動変容を促す。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導 利用勧奨事業	事業周知	市の広報による周知はもとより、国保の被保険者証及び納付書等の発送に併せ、パンフレット等を同封するとともに、国保のホームページに指導の受け方などを掲載する。
	利用案内送付	保健指導の対象者となった場合、保健指導の利用案内を送付するとともにパンフレットやチラシを送付し、周知を図る。
	電話勧奨	保健指導の対象者に利用案内等を送付後に、市保健師等からの電話による受診勧奨を実施する。
	ICTの活用	オンラインでの面談による保健指導を実施

2. 特定健康診査の受診状況

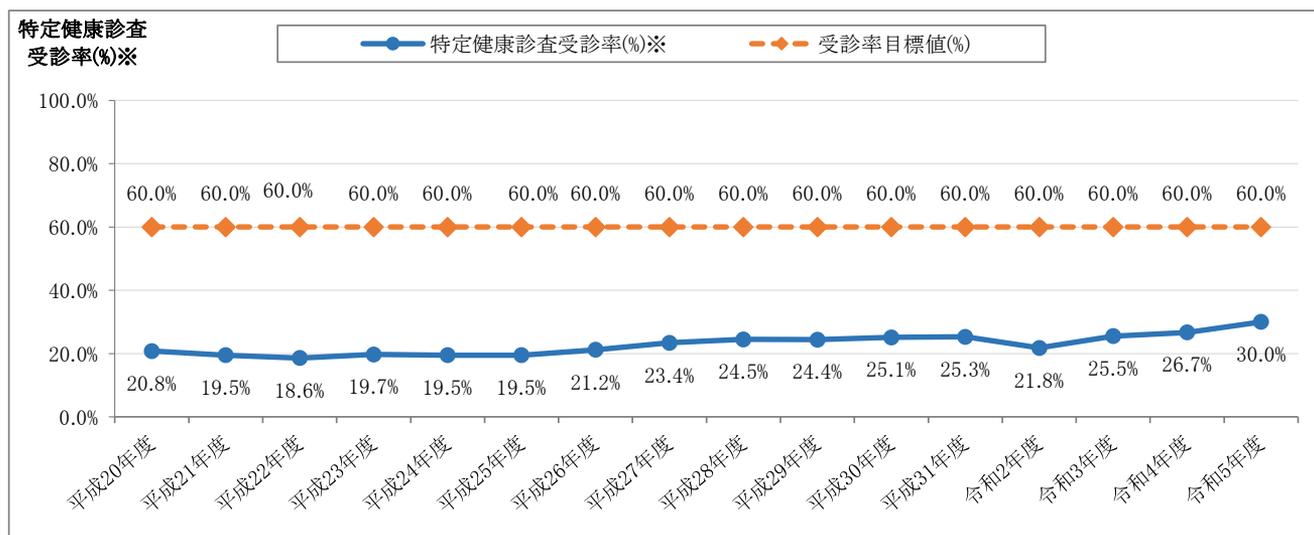
以下は、平成20年度から令和5年度(見込み値)における、特定健康診査の受診状況を示したものである。

特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	16,951	16,677	16,317	16,366	16,242	15,906	15,544	14,928
特定健康診査受診者数(人)	3,523	3,259	3,038	3,218	3,169	3,102	3,289	3,500
特定健康診査受診率(%)※	20.8	19.5	18.6	19.7	19.5	19.5	21.2	23.4
受診率目標値(%)	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健康診査対象者数(人)	14,180	13,408	12,860	12,497	12,497	11,934	11,430	10,879
特定健康診査受診者数(人)	3,481	3,269	3,228	3,164	2,701	3,047	3,086	3,264
特定健康診査受診率(%)※	24.5	24.4	25.1	25.3	21.8	25.5	26.7	30.0
受診率目標値(%)	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0

特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

特定健康診査受診率及び目標値



特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

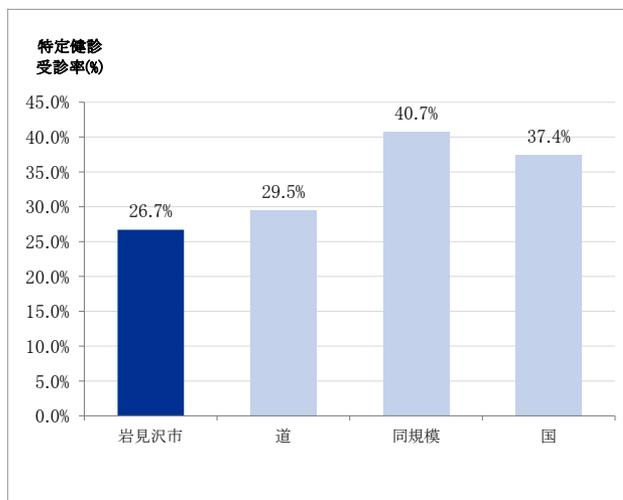
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査受診率は以下のとおりである。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
岩見沢市	26.7%
道	29.5%
同規模	40.7%
国	37.4%

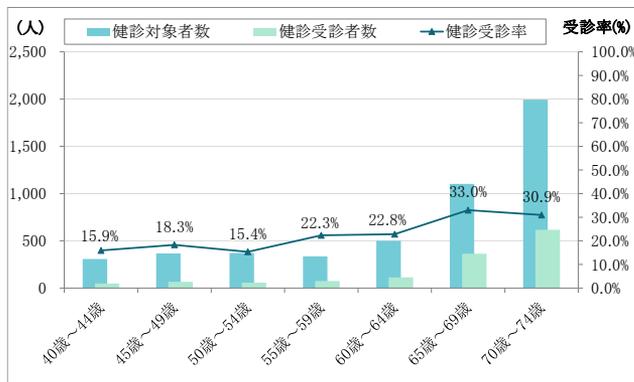
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



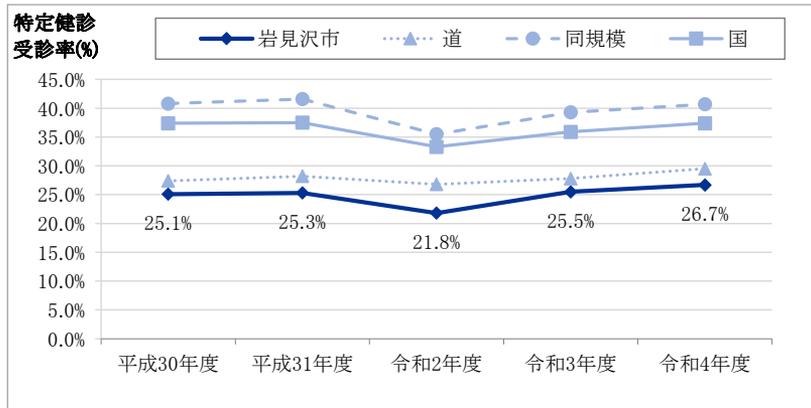
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものである。令和4年度の特定健康診査受診率26.7%は平成30年度25.1%より1.6ポイント増加している。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
岩見沢市	25.1%	25.3%	21.8%	25.5%	26.7%
道	27.4%	28.2%	26.8%	27.8%	29.5%
同規模	40.8%	41.6%	35.5%	39.3%	40.7%
国	37.4%	37.5%	33.3%	35.9%	37.4%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

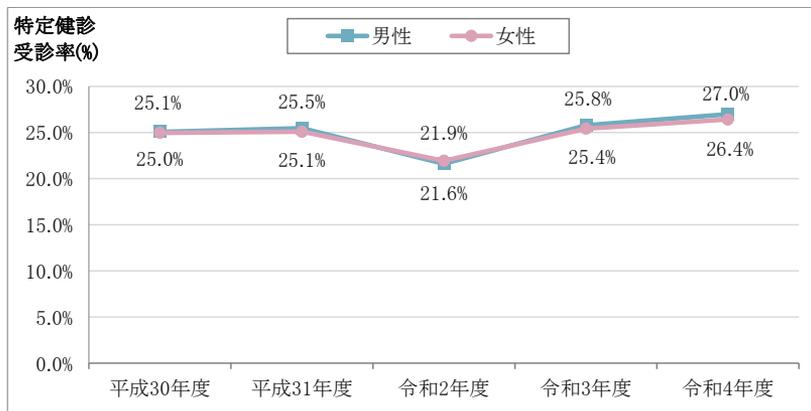
年度別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率27.0%は平成30年度25.1%より1.9ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率26.4%は平成30年度25.0%より1.4ポイント増加している。

年度・男女別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

3. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成20年度から令和5年度(見込み値)における、特定保健指導の実施状況を示したものである。

特定保健指導実施率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	590	424	370	385	357	336	332	376
特定保健指導利用者数(人)	28	76	57	81	44	33	49	35
特定保健指導実施者数(人)※	26	48	66	73	45	16	52	19
特定保健指導実施率(%)※	4.4%	11.3%	17.8%	19.0%	12.5%	4.8%	15.7%	5.1%
実施率目標値(%)	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定保健指導対象者数(人)	373	342	336	319	303	337	353	373
特定保健指導利用者数(人)	94	137	118	40	73	38	49	65
特定保健指導実施者数(人)※	82	89	115	83	62	33	41	72
特定保健指導実施率(%)※	22.0%	26.0%	38.1%	26.0%	20.5%	9.8%	11.6%	19.3%
実施率目標値(%)	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

特定保健指導対象者数、特定保健指導利用者数、特定保健指導実施者数、特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものである。

積極的支援実施状況

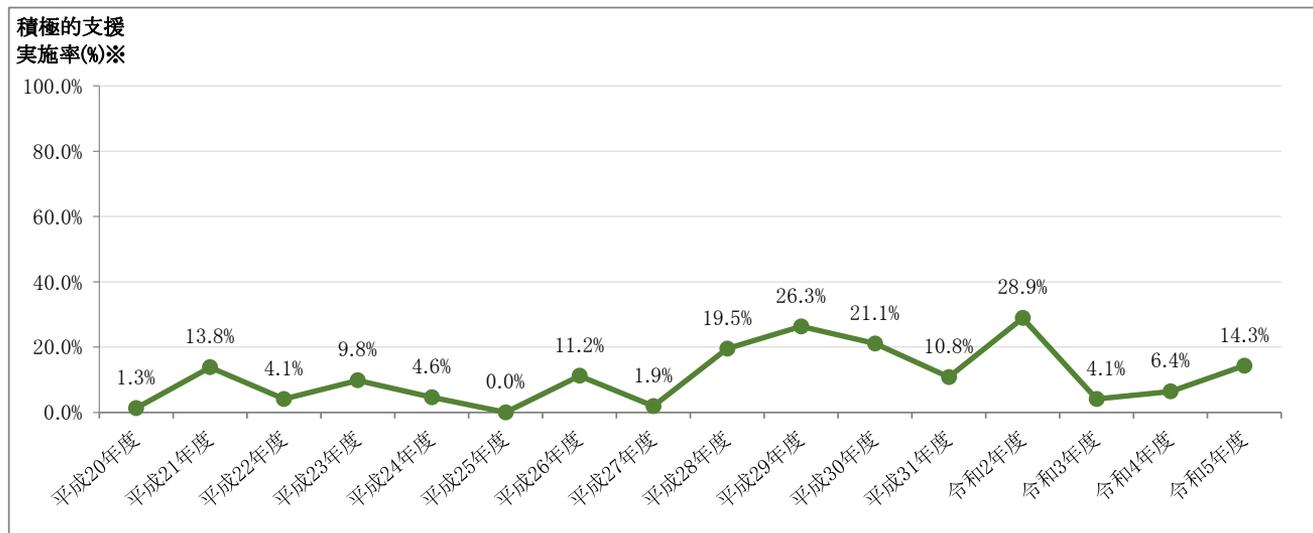
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	152	87	98	112	109	95	98	104
積極的支援利用者数(人)	4	16	2	15	7	4	16	5
積極的支援実施者数(人)※	2	12	4	11	5	0	11	2
積極的支援実施率(%)※	1.3%	13.8%	4.1%	9.8%	4.6%	0.0%	11.2%	1.9%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	87	80	76	74	45	73	78	84
積極的支援利用者数(人)	24	26	24	4	17	4	8	13
積極的支援実施者数(人)※	17	21	16	8	13	3	5	12
積極的支援実施率(%)※	19.5%	26.3%	21.1%	10.8%	28.9%	4.1%	6.4%	14.3%

積極的支援対象者数、積極的支援利用者数、積極的支援実施者数、積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況

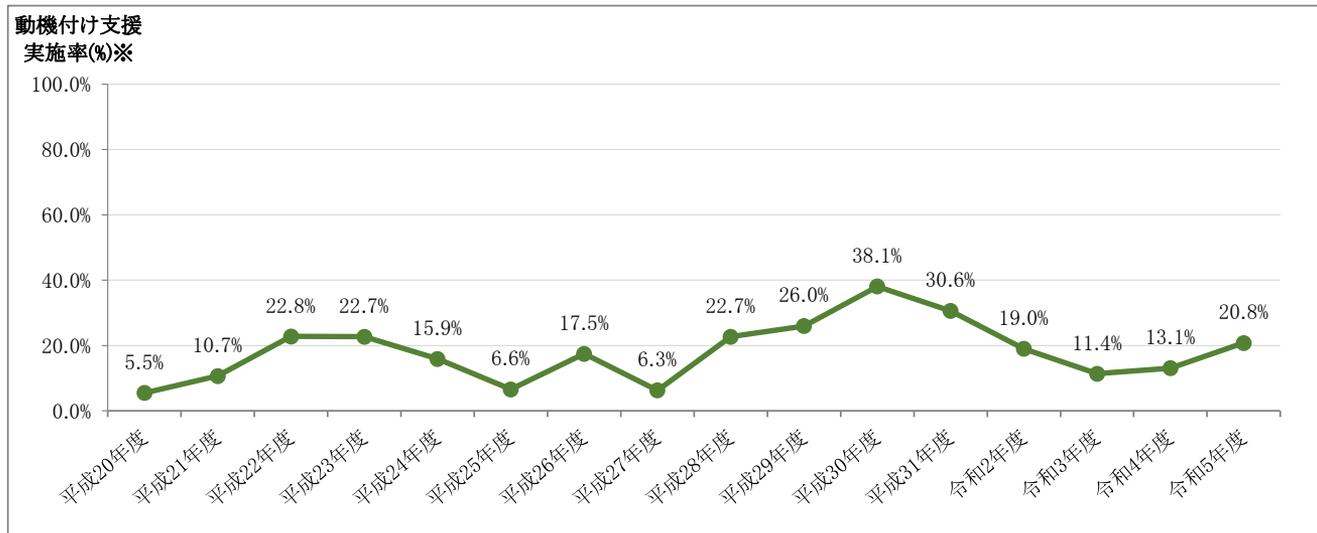
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	438	337	272	273	251	241	234	272
動機付け支援利用者数(人)	24	60	55	66	37	29	33	30
動機付け支援実施者数(人)※	24	36	62	62	40	16	41	17
動機付け支援実施率(%)※	5.5%	10.7%	22.8%	22.7%	15.9%	6.6%	17.5%	6.3%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	286	262	260	245	258	264	275	289
動機付け支援利用者数(人)	70	111	94	36	56	34	41	52
動機付け支援実施者数(人)※	65	68	99	75	49	30	36	60
動機付け支援実施率(%)※	22.7%	26.0%	38.1%	30.6%	19.0%	11.4%	13.1%	20.8%

動機付け支援対象者数、動機付け支援利用者数、動機付け支援実施者数、動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりである。

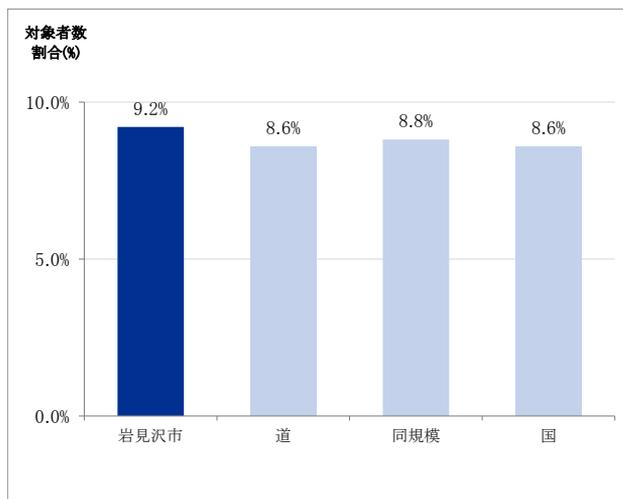
特定保健指導実施状況 (令和4年度)

区分	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
岩見沢市	9.2%	2.6%	11.8%	11.6%
道	8.6%	2.8%	11.5%	33.2%
同規模	8.8%	2.7%	11.5%	36.5%
国	8.6%	2.7%	11.3%	27.0%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

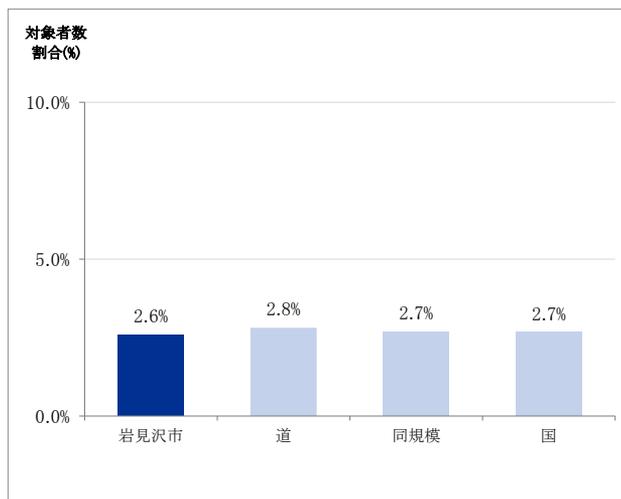
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合 (令和4年度)



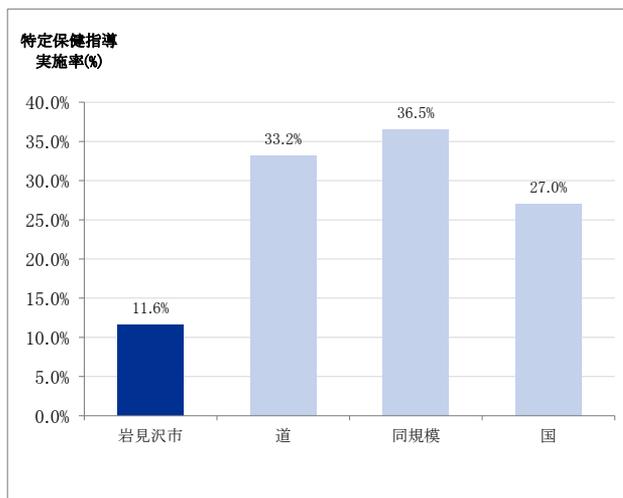
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合 (令和4年度)



出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率 (令和4年度)



出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものである。令和4年度の特定保健指導実施率11.6%は平成30年度9.8%より1.8ポイント増加している。

年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
岩見沢市	8.1%	7.8%	9.6%	8.7%	9.2%
道	9.0%	8.7%	9.0%	8.9%	8.6%
同規模	9.3%	9.3%	9.2%	9.2%	8.8%
国	9.0%	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%

年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
岩見沢市	2.4%	2.4%	1.7%	2.4%	2.6%
道	2.8%	2.7%	2.8%	2.9%	2.8%
同規模	2.8%	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%
国	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%

年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
岩見沢市	10.4%	10.1%	11.2%	11.1%	11.8%
道	11.8%	11.4%	11.8%	11.8%	11.4%
同規模	12.1%	12.0%	11.8%	11.9%	11.5%
国	11.8%	11.6%	11.6%	11.7%	11.3%

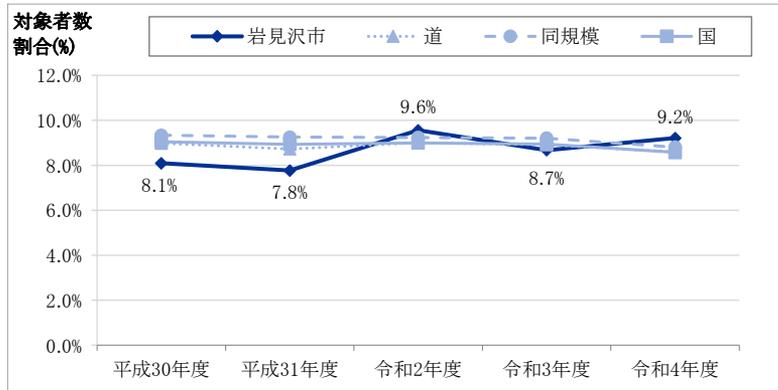
年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
岩見沢市	9.8%	1.9%	0.3%	1.8%	11.6%
道	27.7%	30.2%	30.0%	29.4%	33.2%
同規模	34.9%	35.8%	36.0%	36.0%	36.5%
国	25.8%	26.3%	25.9%	25.9%	27.0%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

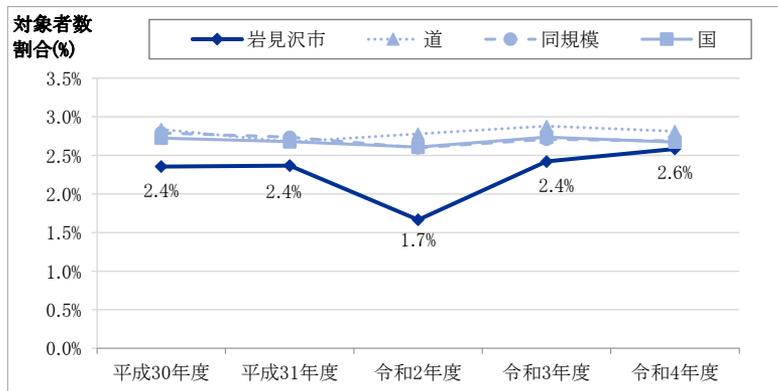
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



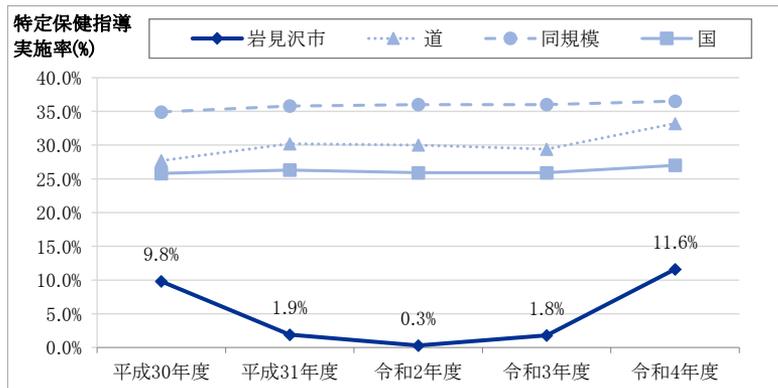
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 特定保健指導実施率



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

4. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものである。基準該当は20.7%、予備群該当は10.7%である。

メタボリックシンドローム該当状況

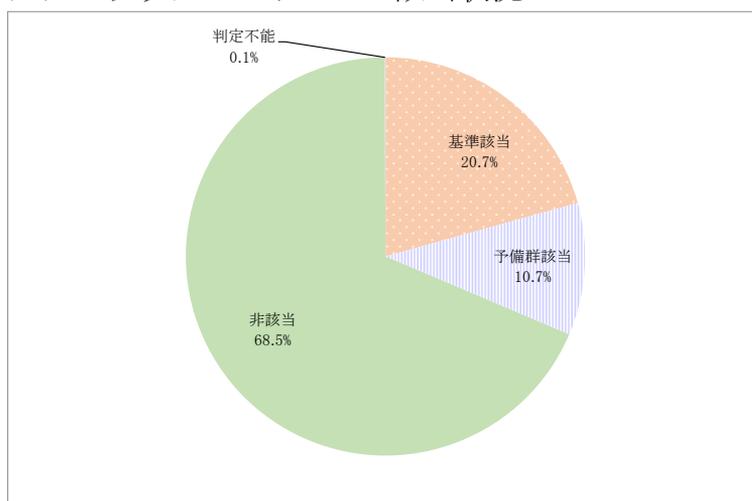
	特定健康診査 受診者数(人)	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	2,888	597	310	1,979	2
割合(%) ※	-	20.7%	10.7%	68.5%	0.1%

データ化範囲(分析対象)…特定健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…特定健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②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

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

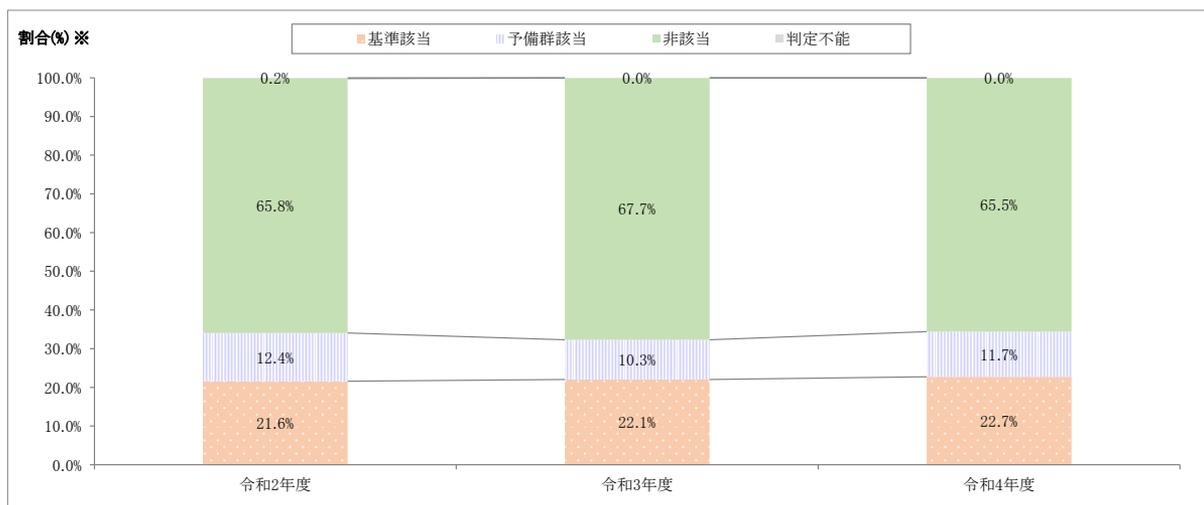
以下は、令和2年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を令和2年度と比較すると、基準該当22.7%は令和2年度21.6%より1.1ポイント増加しており、予備群該当11.7%は令和2年度12.4%より0.7ポイント減少している。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	特定健康診査受診者数(人)
令和2年度	4,472
令和3年度	3,179
令和4年度	4,704

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※						
令和2年度	966	21.6%	556	12.4%	2,941	65.8%	9	0.2%
令和3年度	701	22.1%	326	10.3%	2,151	67.7%	1	0.0%
令和4年度	1,069	22.7%	550	11.7%	3,083	65.5%	2	0.0%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…特定健康診査データは令和2年4月～令和5年3月健診分(36カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

5. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
特定健康診査	特定健康診査受診率	特定健康診査受診率は令和2年度においては、新型コロナウイルス感染症の影響により大幅に低下したが、年々受診率は向上している。少しずつではあるが、被保険者の健康意識が向上してきている。
特定保健指導	特定保健指導実施率	新型コロナウイルス感染症の影響による面談控え等があり目標値の達成には至らなかったが、ICTを活用した面談等をとおして、少しずつ実施率が向上してきている。

(2) これまでの取り組みに対する評価

分類	状況
特定健康診査	地域事情を考慮し、一般地区と農家地区に分け、適切な時期に通知勧奨、その後、通知勧奨と連動させ効果的な電話勧奨、地元医師会と連携し、特定健康診査診療情報提供事業を行い、また、薬剤師からの受診勧奨を実施した結果、受診率は年々上昇している。
特定保健指導	第3期当初は電話勧奨や事業周知等の取り組みにより3割近い実施率だった。新型コロナウイルス感染症の影響により対面での実施ができず実施率が低下したものの、ICTの活用等をとおして徐々に実施率が上昇している。

第3章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率25.0%以上(平成20年度比)を達成することとしている。本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定する。

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	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	30.0%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	12.0%	15.0%	18.0%	20.0%	22.0%	25.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 実施方法

(1) 特定健康診査

① 対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者を対象とする。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとする。

② 実施方法

ア. 実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施する。

イ. 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施する。

■基本的な健診項目(全員に実施)

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
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コレステロールまたは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	空腹時血糖またはHbA1c、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(医師が必要と判断した場合に実施)

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

ウ. 実施時期

4月から3月に実施する。

エ. 案内方法

対象者に、特定健康診査受診券と受診案内を個別に発送する。また、広報やホームページ等で周知を図る。

(2) 特定保健指導

①対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出する。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととする。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施する。

特定保健指導対象者の選定基準

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

(注) 喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

②実施方法

ア. 実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施する。

イ. 実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施する。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されている。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとする。

動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる。					
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価 (成果が出たことへの評価) を原則とし、プロセス評価 (保健指導実施の介入量の評価) も併用して評価する。 アウトカム評価 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 						

ウ. 実施時期

4月から3月に実施する。

3. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものである。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
特定健康診査 受診率向上対策 事業	通知勧奨事業	一般地区と農家地区に分け、地域事情を考慮した時期に通知を実施。
	電話勧奨事業	一般地区と農家地区にそれぞれ勧奨通知送付後、電話勧奨をすることで効果的に実施。
	診療情報提供事業	通知及び電話勧奨をしても未受診の者のうち、定期通院中で特定健康診査の検査項目を満たす検査をしている者の診療情報の提供を受け、みなし健診とする。
	薬剤師からの受診勧奨事業	医療専門職である薬剤師から受診勧奨することで行動変容を促す。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導 利用勧奨事業	事業周知	市の広報による周知はもとより、国保の被保険者証及び納付書等の発送に併せ、パンフレット等を同封するとともに、国保のホームページに指導の受け方などを掲載する。
	利用案内送付	保健指導の対象者となった場合、保健指導の利用案内を送付するとともにパンフレットやチラシを送付し、周知を図る。
	電話勧奨	保健指導の対象者に利用案内等を送付後に、市保健師等からの電話による受診勧奨を実施する。
	ICTの活用	オンラインでの面談による保健指導を実施

1. 個人情報保護の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行う。

また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理する。

(2) データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄する。

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とある。主に加入者(特に特定健康診査・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取り組み方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図る。

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行う。

(2) 計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとする。

4. 他の健診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検(健)診と可能な限り連携して実施するものとする。

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努める。

(2) 実施方法の改善

①アウトカム評価による「見える化」

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進する。

②ICTを活用した特定保健指導の推進

在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とする。ICT活用の推進に当たっては、「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」や「標準的な健診・保健指導プログラム」を参照し、ICT環境やICTリテラシーの確認・確保等、ICT活用に係る課題に留意して対応するものとする。

■単年分析

【基礎統計】

医療費	6,059,147,210円
-----	----------------

【高額(5万点以上)レセプト分析】

高額レセプト件数	2,217件
高額レセプト件数割合	1.0%
高額レセプト医療費割合	37.1%

【大分類による疾病別医療費統計】

医療費が高額な疾病		医療費	構成比
1位	新生物<腫瘍>	1,116,953,909円	18.5%
2位	循環器系の疾患	823,801,111円	13.6%
3位	筋骨格系及び結合組織の疾患	577,400,484円	9.5%

患者数が多い疾病		患者数
1位	内分泌, 栄養及び代謝疾患	8,532人
2位	循環器系の疾患	7,789人
3位	消化器系の疾患	7,675人

患者一人当たりの医療費が高額な疾病		患者一人当たりの医療費
1位	周産期に発生した病態	329,746円
2位	新生物<腫瘍>	238,818円
3位	精神及び行動の障害	184,103円

【中分類による疾病別医療費統計】

医療費が高額な疾病		医療費	構成比
1位	その他の悪性新生物<腫瘍>	433,268,546円	7.2%
2位	糖尿病	317,985,848円	5.3%
3位	その他の神経系の疾患	303,804,575円	5.0%

患者数が多い疾病		患者数
1位	糖尿病	6,349人
2位	高血圧性疾患	6,206人
3位	その他の消化器系の疾患	5,461人

患者一人当たりの医療費が高額な疾病		患者一人当たりの医療費
1位	妊娠及び胎児発育に関連する障害	784,388円
2位	腎不全	581,836円
3位	白血病	512,175円

【生活習慣病医療費の状況】

生活習慣病医療費	1,142,971,177円
----------	----------------

【特定健康診査結果分析】

メタボリックシンドローム該当状況		該当割合
基準該当		20.7%
予備群該当		10.7%

有所見者割合が高い検査項目		有所見者割合
1位	HbA1c	61.3%
2位	収縮期血圧	58.1%
3位	LDLコレステロール	46.5%

【健診異常値放置者の状況】

健診異常値放置者	319人
----------	------

【生活習慣病治療中断者の状況】

生活習慣病治療中断者	93人
------------	-----

【人工透析患者の状況】

人工透析患者	57人
（Ⅱ型糖尿病起因患者）	43人

【医療機関受診状況】

重複受診者	107人
頻回受診者	98人
重複服薬者	381人

※令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)期間中の実人数

【ジェネリック医薬品普及率 数量ベース】

ジェネリック医薬品普及率	79.3%
--------------	-------

【薬剤併用禁忌の発生状況】

薬剤併用禁忌対象者	200人
-----------	------

【服薬状況】

長期多剤服薬者	1,318人
---------	--------

【骨折医療費及び骨粗鬆症患者の状況】

	男女合計	男性	女性
骨折医療費	102,843,763円	23,638,841円	79,204,922円
骨折患者数	758人	240人	518人
患者一人当たりの骨折医療費	135,678円	98,495円	152,905円

	男女合計	男性	女性
骨粗鬆症患者数	1,651人	262人	1,389人
骨粗鬆症治療薬服用中患者数	1,199人	157人	1,042人
骨粗鬆症治療中断患者数	62人	13人	49人
治療薬服用中患者に占める 治療中断患者割合	5.2%	8.3%	4.7%

【要介護認定状況】

	男女合計	男性	女性
要介護認定者の割合	2.8%	2.7%	2.9%

■年度分析

【基礎統計】

年度	医療費
令和2年度	6,232,930,280円
令和3年度	6,367,010,040円
令和4年度	6,059,147,210円

【高額(5万点以上)レセプト分析】

年度	高額レセプト件数	高額レセプト件数割合	高額レセプト医療費割合
令和2年度	2,357件	1.1%	36.6%
令和3年度	2,408件	1.1%	38.0%
令和4年度	2,217件	1.0%	37.1%

【大分類による疾病別医療費統計】

医療費が高額な疾病			医療費	構成比
令和2年度	1位	新生物<腫瘍>	1,174,610,716円	18.9%
	2位	循環器系の疾患	887,578,785円	14.3%
	3位	内分泌, 栄養及び代謝疾患	595,985,989円	9.6%
令和3年度	1位	新生物<腫瘍>	1,213,039,984円	19.1%
	2位	循環器系の疾患	856,150,416円	13.5%
	3位	内分泌, 栄養及び代謝疾患	611,075,764円	9.6%
令和4年度	1位	新生物<腫瘍>	1,116,953,909円	18.5%
	2位	循環器系の疾患	823,801,111円	13.6%
	3位	筋骨格系及び結合組織の疾患	577,400,484円	9.5%

【中分類による疾病別医療費統計】

医療費が高額な疾病			医療費	構成比
令和2年度	1位	その他の悪性新生物<腫瘍>	432,165,469円	6.9%
	2位	糖尿病	337,281,294円	5.4%
	3位	その他の消化器系の疾患	294,008,878円	4.7%
令和3年度	1位	その他の悪性新生物<腫瘍>	487,600,379円	7.7%
	2位	糖尿病	340,967,986円	5.4%
	3位	腎不全	292,949,107円	4.6%
令和4年度	1位	その他の悪性新生物<腫瘍>	433,268,546円	7.2%
	2位	糖尿病	317,985,848円	5.3%
	3位	その他の神経系の疾患	303,804,575円	5.0%

【生活習慣病医療費の状況】

年度	生活習慣病医療費
令和2年度	1,307,480,847円
令和3年度	1,306,926,164円
令和4年度	1,142,971,177円

【ジェネリック医薬品普及率 数量ベース】

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
ジェネリック医薬品普及率	77.8%	79.1%	79.3%

【要介護認定状況】

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
要介護認定者数	423人	423人	419人

【特定健康診査結果分析】

有所見者割合が高い検査項目			有所見者割合
令和2年度	1位	HbA1c	60.6%
	2位	収縮期血圧	57.2%
	3位	LDLコレステロール	51.2%
令和3年度	1位	HbA1c	57.9%
	2位	収縮期血圧	57.2%
	3位	LDLコレステロール	46.4%
令和4年度	1位	HbA1c	61.1%
	2位	収縮期血圧	57.3%
	3位	LDLコレステロール	46.7%

メタボリックシンドローム該当状況		
年度	基準該当割合	予備群該当割合
令和2年度	21.6%	12.4%
令和3年度	22.1%	10.3%
令和4年度	22.7%	11.7%

