

第2期データヘルス計画全体の評価

【案】

【評価判定区分】
A　：達成・概ね達成（目標達成、または達成率90%以上）
B+　：改善（達成率50%以上90%未満）
B－　：やや改善（達成率10%以上50%未満）
C　：変わらない（達成率-10%以上10%未満）
D　：悪化（達成率-10%未満）
E　：判定不能

資料 5

保険者名（ 長久手市 ）

策定時の健康課題	策定時の目的・目標	目標		実績値						評価判定	目的・目標の達成状況		今後の方向性 （個別事業の評価結果を踏まえて）
		指標	目標値	計画策定時 基準値29年 （ベースライン）	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度		達成に繋がる 取組・要素	未達成に繋がる 背景・要因	
1　死因、疾病別医療費割合 で多いのは生活習慣病である。	1　特定健康診査でリスクの早期 発見・予防ができることから、特定 健康診査の受診率の向上や特定 保健指導実施率の向上が必要で ある。	平均寿命 （歳） 出典：KDB　地域の全体像の把握	－	男80.2 女86.6	男81.3 女87.3	－	－	－	－	A	特定健康診査の受診勧奨で 往復ハガキや圧着はがきの使用、対象者の健診情報とレセ プト状況からパターン分けした はがきの作成、オンライン申込 みの導入などを実施したこと により、特定健康診査受診率 の向上につながった。 ・特定保健指導実施者は数 値の改善がみられた。 健康推進課と協力して、特 定健診とがん検診の同時実 施をしている。	特定健康診査の受診者の増 加に伴い、特定保健指導の 対象者が増加したこと、対応 する職員の不足していること により、特定保健指導の実施率 が減少した。 ・市委託医療機関以外（市 外）で受診する人もいる。 保健指導の母数を減らす工 夫。	・健診受診勧奨 パターン分けして送付した受 診勧奨はがきのそれぞれの効 果を検証し、通知内容を改 善する。 ・保健指導 初回面談分割実施やオンラ イン面談を引き続き取り入れ る。保健指導利用勧奨通知 を工夫する。 ・市委託医療機関以外で受 診した人の把握。
		平均自立期間 （年）（要介護2以上） 出典：KDB　健康スコアリング （医療）	－	男80.4 女84.4	男80.4 女85.1	男80.5 女84.8	男80.9 女85.2	男81.5 女85.4	男82.1 女85.8	A			
		死因割合 （生活習慣病）（%） 出典：衛生年報	－	悪性新生物　28.6 心疾患　11.6 脳血管疾患　6.9 腎不全　0.9 大動脈瘤・解離　0.6 糖尿病　0.9	30.6 10.4 8.5 2.9 0.3 0.0	－	－	－	－	E			
		標準化死亡比 出典：KDB　地域の全体像の把握	－	がん 心臓病 脳疾患 糖尿病 腎不全	－	0.2 0.1 0.0 0.0 0.0	0.2 0.1 0.0 0.0 0.0	0.1 0.1 0.0 0.0 0.2	0.2 0.1 0.0 0.0 0.0	E			
		疾病別医療費割合（大分類）	－	【入院】 新生物　25.8 循環器　17.8 精神　8.1 【外来】 内分泌　17.1 循環器　13.1 新生物　10.7	22.7 22.3 9.9	27.3 0.7 8.4	25.5 20.0 9.6	25.2 22.0 8.1	26.7 16.9 8.5	E			
		特定健康診査受診率 （%） 出典：KDB　地域の全体像の把握	60	53.0	52.7	54.1	50.5	54.8	56.6 【暫定値】	B+			
		特定保健指導実施率 （%） 出典：KDB　地域の全体像の把握	40	28.9	27.7	24.4	29.5	16.0	36.0 （暫定）	B+			
		特定保健指導による対象者減少 率（%）	30	28.0	31.9	28.6	25.3	33.9	25.5	A			

策定時の健康課題	策定時の目的・目標	目標		実績値						評価判定	目的・目標の達成状況		今後の方向性 （個別事業の評価結果を踏まえて）
		指標	目標値	計画策定時 基準値29年 （ベースライン）	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度		達成に繋がる 取組・要素	未達成に繋がる 背景・要因	
2 疾病別医療費割合で最も多いのは、糖尿病である。	2 糖尿病は、重症化すると糖尿病性腎症等の合併症を引き起こすため、重症化予防が必要である。 また、重症化し人工透析や手術、入院が必要になると多大な医療費がかかるため、事前に予防する必要がある。	疾病別医療費割合（中分類）（％）	－	糖尿病 6.3 高血圧症 4.6 脂質異常症 4.2 肺がん 3.5 不整脈 2.7	5.4 3.9 3.8 2.7 2.6	5.0 3.4 3.6 2.3 3.1	5.3 3.4 3.4 2.7 2.4	5.2 3.0 3.0 2.9 3.5	5.4 2.9 2.7 3.2 2.7	E	人工透析の新規患者数は減少しているが、重症化してから国保に加入してくる人がほとんどであるため、人工透析にいたる経過は不明である。	新型コロナウイルスの影響で受診控えがあったこともあり、R1年度は健診有所見者が増加した。その後改善傾向にあるが、HbA1cの有所見者割合が依然として高い状況である。	・必要な人を確実に医療につなげるための受診勧奨や比較的症状の軽い人への個別指導などに取り組む。 ・より重症化リスクの高い人を抽出し、人工透析や手術などに移行させないように専門医、かかりつけ医、薬剤師、栄養士が連携して治療や個別指導を行う。
		千人あたり人工透析新規患者数（人）	0	0.089	0.055	0.075	0.119	0.172	0.042	B-			
		健診有所見者状況（％）	－	中性脂肪 20.1 LDL 59.0 HbA1c 40.8 収縮期血圧 36.6 eGFR 20.8	20.0 54.1 43.0 36.9 20.8	20.3 57.1 36.7 34.5 18.9	21.6 57.2 43.0 39.9 17.9	19.7 53.9 45.3 37.8 17.5	19.2 50.6 44.4 31.5 20.2	B-			
		健診結果リスク保有者割合（％）	－	血糖リスク 25.5 血圧リスク 50.8 脂質リスク 37.7 肝機能リスク 23.7	27.4 51.6 38.6 24.1	27.7 49.9 38.1 23.8	26.7 54.8 41.1 25.0	27.5 52.6 40.9 24.1	26.1 48.2 41.3 23.9	B+			
3 LDLコレステロールの有所見者が国や県と比較多い。関連する飲酒習慣ありや運動習慣なし、生活習慣改善意欲なしの割合が高い。	3 コレステロールなどの脂質異常症は、脳梗塞や心筋梗塞を引き起こすため、原因となる過食、飲酒、運動不足等の生活習慣の改善を促進する必要がある。	特定保健指導対象者減少率（％）	－	21.7	23.4	23.6	21.1	25.1	－	A	チラシや広報などで、生活習慣のリスクを周知したことや健康WEBサービス（スマホアプリ）で自ら健康管理に取り組む人が増えたことから、特定保健対象者の減少や生活習慣改善の向上につながった。	受診勧奨により服薬者が増えたことも要因とはなっているが、健診結果リスク保持者が増加している。健康づくり教室を開催したが、参加者の半数以上が後期高齢者であり、国保加入者への効果的な事業が行えなかった。	・40～50代の現役世代でも無理なく生活改善に取り組めるようスマホアプリを継続し、効果的な情報発信や参加したくなるイベントの開催など、工夫する。
		1日1合以上の飲酒習慣ありの割合（％）	35.0	43.6	46.5	47.0	36.6	42.6	44.4	D			
		1日1時間以上運動なしの割合（％）	45.0	61.6	64.3	63.6	59.3	58.2	58.6	B+			
		生活改善意欲なしの割合（％）	28.0	40.3	32.9	33.3	28.9	30.6	33.3	B-			
4 多剤・重複服薬者があり、年齢が上がるごとに薬剤の多い人が増加している。	4 多剤服薬者の健診結果を分析し、健康被害を把握する必要がある。 同種・同効薬剤の重複服薬による健康被害をなくすため、自分が飲んでいる薬について正しい知識を持ってもらう必要がある。	一月あたり多剤（6剤以上）服薬者数（人）（年度平均） KDB 多剤・重複服薬	1,000	1,051	1,223	1,190	1,044	1,083	1,098	C		6剤以上の服薬であっても、すべて治療に必要な場合もあり、一律に通知することが難しい。 重複服薬について、国保連合会に委託し通知作成を行っているが、対象とする薬剤が限られているため、対象者がほとんどいない。 レセプト分析により禁忌薬剤を抽出したが、レセプト病名だけでは、症状の重症度がわからないため、健康被害につながる処方であるかが分らず、通知対象を絞り込むことが困難であった。	・医師会、薬剤師会の理解を得た上で、服薬通知を送付する。また、通知後対象者が服薬指導を受けられる体制を整える。 ・薬の飲み間違い、飲み忘れ等で意図せず服薬に影響を与えてしまうことがあるため、服薬に関する啓蒙啓発活動に取り組んでいく。 ・お薬手帳やかかりつけ薬局について周知し、医療機関や薬局において他機関で処方されている薬を確認してもらうことで、服薬リスクを抑える。
		一月あたり重複服薬者数（人）（年度平均） KDB 多剤・重複服薬	50	59	56.6	52.1	42.4	40.9	40.4	A			

様式 2

データヘルス計画最終評価 個別事業評価

保険者名（ 長久手市 ）作成年月日（2023／ / ）【評価判定区分】 A：達成 B＋：改善 B-：やや改善 C：変わらない D：悪化 E：判定不能

No.	事業名	目的・対象・内容		アウトプット	指標	目標値	計画策 定時の 基準値 29年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	評価判定 （A～D）	成功要因 （ストラクチャー・プロセスを踏まえて）	未達成要因 （ストラクチャー・プロセスを踏まえて）	今後の事業の方向性 （判定、ストラクチャー・プロセス評価か ら）
				アウトカム												
1	特定健康診査	目的	糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化を予防する生活習慣病を改善するための特定保健指導が必要な人を的確に抽出する。	アウトプット	特定健康診査受診者数（人）	3,360人	3,285	3,156	3,160	2,952	3,145	3,062（暫定）	B-	・ 特定保健指導実施者は数値の改善がみられた。 ・ 市で未受診理由を把握している者のうち、「職場で受診」「他で受診」と理由を把握している者については、個別に通知し、健診結果提供につながった。 ・ 健診結果提供者に自己負担金額に応じてインセンティブを付与した。 ・ 通常時期の健診を受診し損ねた者に通知し、冬期に追加日程で健診を実施した。また、集団健診で土曜日も1日設定した。	・健診結果提供者が翌年度、市の特定健診に変更していることもあり、健診結果提供者が思うように増えなかった。職場の健診や人間ドッグを受診した人への幅広い周知が必要である。	・ 申込み者数、受診者数の動向を見ながら、追加日程での健診を実施する。 ・職場健診の結果提供を増やす必要があるため、商工会や企業に協力を依頼し、健診結果提供者を増やす。
		対象	40歳以上の長久手市国民健康保険加入者		健診結果提供依頼送付件数（件）	－	－	－	77	67	39	92	A			
		内容	【健康診査】身体検査、尿検査、血圧測定、問診、医師診察、血液検査、心電図検査、眼底検査の実施 【健診結果提供依頼】職場の健診や人間ドッグを受けた人から、健診提供を受ける。	アウトカム	特定保健指導対象者数（人）	－	322	325	320	295	306	297（暫定）	B+			
					健診結果提供者数（人）	40	－	－	64	34	21	27	B-			
2	特定健康診査未受診者対策	目的	特定健康診査を受診していない者に対し、受診勧奨をすることで、受診率向上につなげる。		往復はがきによる受診勧奨実施率（％）	100	－	－	100	100	－	－	A	特定健康診査の受診勧奨で、往復はがきや圧着はがきの使用、対象者の健診とレセプトの情報からパターン分けしたはがきの作成などを実施したことにより、特定健康診査受診率の向上につながった。パターン分けは、当初6パターンで実施し、R4年度は7パターンにて送付。また、申込みしていたが受診を忘れている人に案内のはがきを送付し、集団健診の場合は日程変更を促したことにより、受診につながった。	通院中で定期的に検査をしているため特定健診を受診しないという人が多い。また、市が健診を委託している医療機関以外をかかりつけとしている人もいるため、対応が必要である。	・当初の計画では、健診未受診者にスマホドッグ（簡易血液検査）を実施し、次年度の健診への動機付けにすることとしていたが、自己採血が難しいため、中止とした。 ・パターン分けした通知については、個別の状況に合わせたメッセージを伝えることができ、効果的であると思われるため、継続する。ただし、対象者及びメッセージごとの効果を検証し、より効果的な通知になるよう毎年工夫していく。 ・SMSでの勧奨についても、そのまま健診の予約画面に誘導したり、未受診理由を答える画面に誘導するなどして、効果的に活用していく。また、送信メッセージについても、「規律」「タイムリー」「インセンティブ」等を使い分け、より効果的な文面を検討する。 ・ オンライン申込みの導入により、集団健診の当日キャンセルが減少し、受診者の増加につながったため、今後も継続する。
					パターン分けした通知による受診勧奨実施率（％）	100	－	－	－	－	100	100	A			
		対象	各年度特定健康診査未申込者		SMS受診勧奨送信件数（件）			－	－	－	125	A				
		内容	・健診未申込者に対して、受診勧奨通知を送付する。 R1、R2年度 往復はがきによる受診勧奨 R3年度～ 健診受診歴、健診所見有無及び生活習慣病における医療機関受診有無により、パターン分けし、対象者に合わせた受診勧奨の通知を行う。 R4年度～ 受診勧奨通知に加え、SMSを送信する。 ・オンラインで健診の申込みできるようにする。（R3～）	アウトカム	特定健診受診率（％）（法定報告）	60	53	52.7	54.1	50.5	54.8	56.6（暫定）	A			
					往復はがきからの申込件数（件）	145	－	－	414	258	－	－	A			
					受診勧奨通知発送者のうち健診申込者の割合（％）	－	－	－	－	4.2	9.2	B+				
					SMS勧奨を送信した人のうち健診申込者の割合（％）	－	－	－	－	－	19.2	A				
					オンライン申込み件数（件）	－	－	－	－	244	1334	A				
3	特定保健指導	目的	特定健康診査の結果から、生活習慣病を改善するための指導。対象者が自ら健康課題を認識して、行動変容と自己管理（セルフケア）を行うことができるようにする。	アウトプット	特定保健指導終了率（％）	40.0	28.9	27.7	24.4	29.5	16.0	36.0（暫定）	C	－	・ 初回面談実施者の1割程度が途中脱落者となっている。電話や手紙で継続的に連絡をしているが、脱落させない工夫が必要である。 ・ 健康管理アプリによるオンライン保健指導の利用者が少ない。	・保健指導の対象者を減らす対策が必要である。 ・集団健診の場合での、医師による初回分割実施案内は効果的なため、今後も継続する。 ・個別健診受診者の受診医療機関での特定保健指導実施方法の検討が必要である。
		対象	①健診結果及び質問項目を基に、保健指導対象者の選定・階層化を行い、「積極的支援」「動機づけ支援」に該当した者 ②前年度までの健診結果と当日の血圧、腹囲及びBMIより保健指導の対象となることが見込まれる者（初回面接分割実施対象者）		オンライン特定保健指導実施者数（人）	－	－	－	－	－	1	4	D			
		内容	利用者について、管理栄養士又は保健師による面談（対面又は電話）実施する。3ヶ月後に再度評価を行う。オンライン特定保健指導を実施する。	アウトカム	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率（％）	22.0	24.9	28.0	26.9	25.3	33.9	26.5（暫定）	A			
					特定保健指導利用による翌年度の保健指導対象者減少率（％） 利用者の生活習慣・BMI・腹囲・血圧等の改善率	30	28	31.9	28.6	25.3	33.9	25.5（暫定）	A			
4	特定保健指導利用勧奨	目的	特定保健指導対象者に対し、利用勧誘を行うことで、利用率向上につなげる	アウトプット	利用勧奨実施率（％）	100	100	100	100	100	100	100	A	集団健診会場で特定保健指導の分割実施を行ったことで、利用者が増加した。	・ 保健指導を利用しない理由については「すでに自分で気をつけて取り組んでいる」などが多い（数値の改善はなし）。 ・ 複数回、利用勧奨として電話連絡や通知を行っているが、応答の無い者が多い。特に毎年保健指導に該当している者に連絡をつけられていない。	・初回分割実施により利用者が増加したため、継続して行う。健診当日にBMIと腹囲、血圧等の数値が基準以上の人すべてに実施することで、対象者を確実に特定保健指導につなげる。その際に、つながりやすい連絡先や時間帯を確認し脱落者となるのを防ぐ。 ・初回分割実施を委託することにより、市の人員が少なくても対応できるため、委託による実施を継続する。 ・「自分でやる」といった人へモデル実施の参加を促す。
					スマホアプリによる利用勧奨実施件数（件）	－	－	－	－	－						
		対象	特定保健指導対象者		特定保健指導分割実施者数（人）	60	－	－	14	23	31	49	B-			
		内容	健診結果から動機付け支援及び積極的支援に該当した者に対し、電話、手紙のよる利用勧奨を行う。スマホアプリにより利用勧奨を行う。健診会場で初回面談分割実施をする。（R1～）	アウトカム	特定保健指導利用率（％）	41%	33.2	31.1	26.9	39.3	17.6	40.4	B+			

No.	事業名	目的・対象・内容		アウトプット	指標	目標値	計画策定時の基準値	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	評価判定（A～D）	成功要因（ストラクチャー・プロセスを踏まえて）	未達成要因（ストラクチャー・プロセスを踏まえて）	今後の事業の方向性（判定、ストラクチャー・プロセス評価から）
				アウトカム			29年度									
5	糖尿病性腎症重症化予防事業	目的	血糖値を抑え、糖尿病の重症化を防ぐ	アウトプット	利用勧奨実施率（％）	100	－	100	100	100	100	100	A	保健指導実施者については、脱落させることなく、かかりつけ医からの連絡票に基づき、指導することができ、対象者の検査数値を維持・改善することができた。 医療機関に事業説明をしたことにより、医療機関からの患者を紹介していただき指導につなげることができた。	保健指導の利用勧奨と合わせて医療機関の受診を促したが、すでに他の疾患で病院にかかっている等の理由で、血糖での通院につなげることが難しかった。医療機関を受診してもHbA1c6.5程度であると、「様子を見ればよい」と言われていることも多く、かかりつけ医への周知が課題である。 特定保健指導より専門的な指導が必要となるため、保健師、管里栄養士のスキルアップが必要である。	利用勧奨の段階で、医療機関への受診につなげ、指導内容も充実させるため、保健師、管理栄養士のスキルアップを図る。（講習、研修への参加等） 医師会へ事業報告や説明を行い、かかりつけ医からの照会がさらに受けられるようにしていく。
		対象	ヘモグロビンA1 c 6.5以上の人		保健指導実施率（％）	40	－	33.8	22.7	18.4	5.4	16.7	D			
		内容	[全体の把握状況] （放置者）健診結果からHbA1c6.5以上の人のうち、糖尿病での医療機関受診履歴のない人をレセプト状況で把握。（治療中断者）レセプト（薬剤、疾患名）の分析により糖尿病で通院履歴があるが、その後の受診履歴がない人をレセプト情報により把握 [受診勧奨の方法] 保健師、管理栄養士による電話または通知で勧奨する。 [対象者の受診の有無に確認方法] 面談時の聞き取り及びレセプトより確認 [未受診者への介入方法] 面談をによる個別指導を行いながら、受診を勧める。 面談ができないものに対しては、12月頃から随時、通知を送付する。 [個別指導] 保健師、管理栄養士により面談や電話で3ヶ月の継続的な保健指導を行う。	アウトカム	糖尿病性腎症概数（人）	2期以下 850人 3期 ー 4期 8人以下	899 62 8	879 54 14	901 57 11	847 84 4	965 61 3	842 56 8	C			
			HbA1 c 6.5以上で治療なしの人の割合（％）		1.0	2.2	2.4	1.5	1.2	1.7	1.6	B-				
			事業実施者のうち翌年度の健診でHbA1 cの数値が維持・改善した人（人）		維持 10人 改善 5人	－	5 16 不明1	0 5 不明5	4 3 1	1 1 －	－	A				
			受診勧奨した人のうち、医療機関を受診した人の割合（％）		60	－	29.4	20.5	45.0	53.0	78.1	A				
		目的	リスクの高い人対し、かかりつけ医、専門医、薬剤師、管理栄養士が連携して保健指導等を実施することで人工透析や虚血性心疾患による手術や入院を防ぎ、事業終了後も継続した医療連携が保たれるようにする。	アウトプット	利用勧奨実施率	100％		100％	100％	100％	100％	100％	A	医師会へ丁寧に説明をしたことで、市内内科すべてから事業への合意を得られた。また、医師会に対し、令和3年度の実績報告を行ったり、説明会に愛知医科大学専門医を招いて話をしてもらったことにより、令和4年度には4医療機関と連携して事業を実施することができた。 保健指導や栄養指導について、アプリを利用したことにより、食事等の詳細な指導ができ、未使用者と比較して、体重や血液検査数値の改善率が高かった。	かかりつけ医、専門医、薬剤師、管理栄養士で検査数値や治療内容、対象者のPHR、服薬、栄養、運動についての指導内容等を共有することとしていたが、R3は電子連絡帳（地域医療ネットワーク）を利用し、R4は市（委託業者）でとりまとめた上で電子メール共有したが、メールに気づかなかったり、リアルタイムで共有ができなかったため、共有方法について、検討する必要がある。	地域医療連携につながる事業であるため、継続して事業を実施する。 保健指導実施者や協力医療機関を増やすため、医師会への事業報告や事業説明を行っていく。 事業の対象となる人の中、腎臓機能の低下が見られるひともいるため、糖尿病専門医だけでなく腎臓内科専門医とも連携して事業を実施していく。 腎臓機能の低下が見られる人には、専門医の受診を勧め、二人主治医制を周知できるよう、医師会へも働きかける。
		対象	国保被保険者で、健診結果及びレセプトから数年以内に人工透析または虚血性心疾患のリスクがある人の内、本人及びかかりつけ医から事業参加に同意が得られた人	アウトプット	保健指導実施者数（人）	－	－	－	－	－	9	11				
		内容	【募集方法】 健診結果及びレセプトから抽出された対象者のうち、かかりつけ医が事業への参加を必要と判断した人に対し、かかりつけ医から事業の説明及び参加募集を行う。 【実施内容】 対象者は期間中アプリ又は紙で自身の食事、運動、体重・血圧等を記録する。 薬剤師・管理栄養士は、対象者の記録やかかりつけ医による確認書をもとに、面談（又はオンライン面談）を複数回実施し、また、アプリ上又は電話、メールによる定期的な経過観察及びアドバイスを行う。 専門医は対象者との面談や、かかりつけ医に対する投薬や治療方針についてのアドバイスをを行う。また、悪化してしまった場合の専門医への紹介基準を提示し、事業終了後もかかりつけ医と専門医の連携を継続させ重症化を防ぐ。	アウトカム	人工透析患者数（人）	12	12	14	13	13	12	11	A			
			参加者のうち検査数値が改善した人の割合（％）		90	－	－	－	－	100		A				
			対象者の合意が得られた医療機関の数		3	－	－	－	－	2	4	A				
			参加者の健康に関する意欲の変化（％）		100	－	－	－	－	100	100	A				
6	生活習慣病重症化予防（医療）	目的	特定健康診査の結果から、医療機関受診勧奨値を超えているにもかかわらず、病院受診が確認できなかった人に対して、通知を発送することで、病院への受診を促す	アウトプット	医療機関未受診勧奨発送割合（％） （発 sender／対象者）	100	100	100	100	100	100	100	A	－		健診を受診してから、医療機関受診勧奨までの期間を見直し、対象者の行動変容に結びつける。 通知受け取り後も病院受診がない人に対して、どのようにアプローチをするべきかを検討していく。 R3年度から開始した、治療中断者や、腎臓機能の低下が見られる人への受診勧奨も引き続き行う。
			治療中断受診勧奨発送件数（％） （発 sender／対象者）		100	100	100	100	100	100	100	A				
		対象	特定健康診査の結果が受診勧奨値を超えている人													
		内容	特定健康診査の結果から受診勧奨値を超えた人を抽出し、その後病院への確認ができなかった人に対して通知を発送する。	アウトカム	発 senderのうち医療機関を受診した人の割合（％）	60			47.3	39.4	27.8	38.1	D			
			「受診した」とは電話勧奨等で受診を確認できたもの。ただし、R3はレセプトで確認している）													

No.	事業名	目的・対象・内容		アウトプット	指標	目標値	計画策定時の基準値	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	評価判定（A～D）	成功要因（ストラクチャー・プロセスを踏まえて）	未達成要因（ストラクチャー・プロセスを踏まえて）	今後の事業の方向性（判定、ストラクチャー・プロセス評価から）
				アウトカム			29年度									
7	健康づくり・インセンティブ	目的	特定健康診査の結果によると、国や愛知県と比較して、運動習慣のない人及び生活習慣の改善意欲がない人の率が高い。生活習慣病の予防改善には、適度な運動を継続的に行う必要があるため、定期的に教室を開催し、市民の健康増進と生活習慣病の予防改善を図る。	アウトプット	健康づくり教室新規参加者数	30	－	－	20	37	－	－	A	レベルにあった教室を開催することで、どの年代の人でも参加しやすく、終了後のアンケートでは「講師の説明」の項目に対し90%以上の人が「満足」と回答した。健康アプリの導入により、ウォーキング等のイベント参加者が増え、より多くの人に健康づくりに取り組んでもらえるようになった。	教室に参加する人は、すでに健康意識が高い人が多く、事業に参加することが対象者の運動意欲に大きく影響を与えているのかどうかの判断が難しい。教室に参加している人の多くが60歳以上であり、介護予防教室と内容が重複するため長寿課のいきいきライフ推進事業と統合した。	健康づWEBサービス（アプリ）により、幅広い年齢層で健康づくりに取り組めるようになり、アプリ利用者について健康年齢が改善する人の割合も多くなっているため、今後も継続する。アプリ登録者数をさらに拡大するため、登録の勧奨や登録会の開催などを検討する。また、イベント参加者の動向を分析し、イベントの内容や時期を検討していく。
		アプリ内イベント参加者数（延べ人数）			－	－	－	－	118	408	404	A				
		アプリ登録者数			－	－	－	－	622	669	A					
		対象	市民	アウトカム	生活習慣の改善意欲無しと答えた人の割合	28.0	40.3	32.9	33.3	28.9	30.6	33.3	B+			
内容	対象者のレベルにあわせた２種類の運動教室を月に１回ずつ開催する。健康WEBサービス（アプリ）により、健康記事を配信したり、アプリ内でイベントを開催する。	イベント参加者のうち、翌年度の健診で健康年齢が前年度と比較し維持または改善した人の割合	－		－	－	－	－	69.1	R5の健診結果で評価	A					
		アプリ登録者のうち、翌年度の健診で健康年齢が前年度と比較し維持又は改善した人の割合	登録者 未登録者		－	－	－	－	68.1 64.9	R5の健診結果で評価	A					
8	重複医療費適正化・多剤投与	目的	重複・禁忌服薬による健康被害を防ぐ	アウトプット	服薬通知送付率	100%	－	－	100%	100%	100%	100%	A	通知を送付した者については、全員重複投与が解消されているが、送付件数が少ないため、正しい評価は難しい。また、県のモデル事業として実施した保険医療薬局による健康相談モデル事業に参加し、18名に対し、服薬通知を送付した。（ただし、薬局での相談に結びついた人はいなかった。）	・市と連携している市内薬局と連携してお薬講座を令和元年度末から実施する予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響で中止となった。 ・服薬通知重複だけでなく禁忌や漫然投与対策についても、令和元年度中に実施する予定であったが、薬剤師会とさらなる調整が必要になったため、延期となった	事業実施には医師会、薬剤師会の理解、協力が不可欠であるため、引き続き丁寧な説明を行う。 保険医療薬局による健康相談モデル事業について、通知対象者は多数いるため、市として実施し、送付対象者を増やしていく。実施後には効果検証を行い、結果を薬剤師会に報告する。 かかりつけ薬局やお薬手帳について周知し、薬局だけではなく医療機関でもお薬手帳を提示するよう引き続き呼びかける。
		対象			①3か月以上連続して、1か月に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を2以上の医療機関から処方されている者 ②対象疾病は、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、睡眠障害	送付件数					8件	7件				
		内容	健診・医療・服薬情報データ分析による重複・禁忌服薬者の抽出を行い、対象者へ服薬情報を通知し、薬局での相談を勧める。	アウトカム	重複服薬者（年度平均）	20人減	－	56.6	52.1	42.4	40.9	40.4	A			
					通知送付者のうち重複が解消された人の割合	対象者の25%	－	－	100%	100%	100%	100%	A			
9	後発医薬品使用促進	目的	後発医薬品の使用を促進し、医療費の削減につなげる。	アウトプット	通知対象者に対する勧奨はがきの送付率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A	3回通知の対象者の設定を変え、様々な方へ通知が行くようにしている。その他、個人ごとに切り替え可能な薬剤や薬の効能、切り替えによる削減額を明記した通知を作成し送付した。協会けんぽと連携し、各医療機関・薬局宛に後発医薬品の処方状況等をお知らせした。	レセプト数が多い市内の病院において、後発医薬品の使用率が30%台となっており、全体的な使用率を引き下げている。	・対象者へのはがきによる勧奨を継続する。 ・R4年度から開始した、ジェネリック切り替え前後の薬代、変更可能な医薬品情報（最安値の薬とよく使われている薬）、薬の効能等を明記した詳しい通知については、効果検証を行い、効果が見られた場合、送付件数を増やして実施する。 ・薬局や市内クリニックでは後発医薬品の利用率が高くなっているため、利用率の低い病院に対し、働きかけをする。 ・後発医薬品の利用率向上については、市だけで行うより同じ医療機関の利用が多い他の保険者と連携して事業を実施した方が効果的であるため、引き続き協会けんぽと連携して事業を進める。
		対象			①中枢神経系剤・末梢神経系・不整脈用剤・血圧下降剤・血管拡張剤・高脂血症用剤・消化性潰瘍用剤・鎮痛・鎮痒、収斂、消炎剤、その他血液・体液用剤・糖尿病用剤以外の医薬品を使用している被保険者②解熱鎮痛消炎剤・不整脈用剤・血圧降下剤・血管拡張剤・高脂血症用剤・消化性潰瘍用剤・鎮痛、鎮痒、収斂、消化剤・その他の血液・体液用剤・糖尿病用剤を使用している被保険者③中枢神経系用剤・末梢神経系用剤 以外の医薬品を使用し、投与期間が１４日以上の被保険者（公費負担者番号が設定されている者は除く）											
		内容	差額が300円以上になる被保険者に対しハガキによる勧奨	アウトカム	ジェネリック医薬品利用率の向上（数量ベース）	70%	59.8%	61.4%	64.3%	66.5%	68.1%	69.7%	A			

第3期データヘルス計画 計画全体

（分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略）

	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	生活習慣病の医療費が高く、患者数も多い。1人あたり医療費については、入院で「新生物」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」の順に高く、外来で「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」の順に高い。循環器系疾患では「虚血性心疾患」「脳梗塞」が県より高い。	✓	1,2,3,4,5,6
B	脂質で保健指導対象レベルの該当率が県より高い。特に、LDLコレステロールについては、要受診レベルにも関わらず医療機関の未受診が多く、治療中断者も多い。	✓	1,2,3
C	非肥満性高血糖割合は県と比べて低いものの、糖尿病性腎症第4期の割合は1.0%で県より高い。		1,4
D	40代、50代は60代以上より喫煙率が高く、特に男性の50代の喫煙率が高い。		2,7,8
E	健診受診率が特に40～50代男性の健診受診率が低く、生活習慣の改善意欲も低いことから、健康意識の低さが課題である。		1,7,8
F	血液検査でEPA/AA比を測定したところ大半が低く、年齢とともにEPA/AA比が増加している。若年層についてはEPA摂取の少ない食生活となっており、若年性心筋梗塞のリスクが高くなっている。		7

計画全体の目的		生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す。				
計画全体の目標		計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値	
				2022（R4）	2026（R8）	2029（R11）
i	生活習慣病の重症化を予防する。	高血圧者の割合	特定健康診査受診者で①、②のいずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧≧140mmHg ②拡張期血圧≧90mmHg ＊Alcube「高血圧フローチャート」の値	18.2%	16.5%	15.0%
ii		HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者でHbA1cの検査結果がある者のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合 ＊Alcube「糖尿病フローチャート」の値	0.8%	0.7%	0.5%
iii		LDLコレステロール140mg/dl以上の者の割合	特定健康診査受診者でLDLコレステロール140mg/dl以上の人の割合 ＊Alcube「LDL-Cフローチャート」の値	26.0%	24.0%	22.0%
iv	生活習慣を改善する。	40代50代男性の喫煙率	特定健診受診者のうち喫煙有の割合 ＊KDB帳票「質問票調査の状況」の値	(40～44歳) 18.3% (45～49歳) 23.0% (50～54歳) 26.0% (55～59歳) 27.8%	16.0%	14.0%
v	若年層から健康意識を高める。	生活習慣改善意欲がない人の割合	特定健診の質問票で生活習慣改善意欲なしの割合 ＊KDB帳票「地域の全体像の把握」の値	33.3%	31.0%	28.0%
vi	平均自立期間を延伸する。	平均自立期間（要介護2以上）	KDB帳票「地域の全体像の把握」の値	(男性) 82.1歳 (女性) 85.8歳	(男性) 83.0歳 (女性) 86.5歳	(男性) 84.0歳 (女性) 87.0歳

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	重点
2	特定保健指導	特定保健指導事業	重点
3	重症化予防（受診勧奨）	受診勧奨通知事業	重点
4	重症化予防（保健指導）	糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業	重点
5	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品利用差額通知事業	
6	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複・頻回受診、重複服薬指導事業	
7	健康教育・健康相談	若年性心筋梗塞予防事業	
8	健康教育・健康相談	健康づくり事業	