

網走市 国民健康保険

第3期 保健事業実施計画データヘルス計画

第4期 特定健康診査等実施計画

令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

令和6年3月

北海道網走市

目次

第1章 基本的事項	1
1 計画の背景・趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 計画期間	3
4 実施体制・関係者連携	3
5 標準化の推進	4
第2章 前期計画等に係る考察	6
1 健康課題・目的・目標の再確認	6
2 評価指標による目標評価と要因の整理	7
(1) 長期目標の振り返り	7
(2) 長期目標を達成させるための短期的な目標	8
(3) 第2期データヘルス計画の総合評価	11
3 (参考) 令和4年度COPD啓発事業について	12
(1) COPDとは	12
(2) 実施体制について	12
(3) 事業結果報告	12
第3章 網走市の健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出	13
1 基本情報	13
(1) 人口の変化及び高齢化率と経年推移	13
(2) 男女別の平均余命及び平均自立期間と経年推移	14
2 死亡の状況	15
(1) 死因別死亡者数	15
(2) 死因別の標準化死亡比 (SMR)	16
(3) 5がん(胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん)検診の国保被保険者受診率	17
3 介護の状況	18
(1) 一件当たり介護給付費	18
(2) 要介護(要支援)認定者数・割合	18
(3) 要介護・要支援認定者の有病状況	19
4 国保加入者の医療の状況	20
(1) 国保被保険者構成	20
(2) 総医療費及び一人当たり医療費	21
(3) 一人当たり医療費と医療費の3要素	22
(4) 疾病別医療費の構成	23
(5) その他(重複服薬・多剤服薬・後発医薬品)	28
5 国保加入者の生活習慣病の状況	29
(1) 生活習慣病医療費	30
(2) 基礎疾患の有病状況	31
(3) 重症化した生活習慣病と基礎疾患の重なり	31
(4) 人工透析患者数	32
(5) 糖尿病及び糖尿病合併症患者数	32
6 特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況	33
(1) 特定健診受診率	34
(2) 特定健診リピート率	35

(3) 健康状態不明者（健診なし治療なし）	35
(4) 有所見者の状況	36
(5) メタボリックシンドローム	38
(6) 特定保健指導実施率	41
(7) 受診勧奨対象者	42
(8) 生活習慣病の発症・重症化リスクが高い受診勧奨対象者の治療状況	45
(9) 質問票の回答	46
(10) 質問票の回答 性別・年代別	47
7 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る状況	48
(1) 後期高齢者医療制度の被保険者構成	49
(2) 年代別の要介護（要支援）認定者の有病状況	49
(3) 後期高齢者医療制度の医療費	50
(4) 後期高齢者健診	51
(5) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	52
8 健康課題の整理	53
(1) 現状のまとめ	53
(2) 生活習慣病に関する健康課題の整理	54
(3) 高齢者の特性を踏まえた健康課題の整理	56
第4章 データヘルス計画の目的・目標	57
第5章 目的・目標を達成するための保健事業	59
1 保健事業の整理	59
(1) 重症化予防（がん以外）	59
(2) 重症化予防（がん）	60
(3) 生活習慣病発症予防・保健指導	60
(4) 早期発見・特定健診	61
(5) 健康づくり・社会環境体制整備	62
2 個別保健事業計画・評価指標の整理	63
第6章 データヘルス計画の全体像の整理	64
第7章 計画の評価・見直し	65
1 評価の時期	65
(1) 個別事業計画の評価・見直し	65
(2) データヘルス計画の評価・見直し	65
2 評価方法・体制	65
第8章 計画の公表・周知	65
第9章 個人情報取扱い	65
第10章 第4期 特定健康診査等実施計画	66
1 計画の背景・趣旨	66
(1) 背景・趣旨	66
(2) 特定健診・特定保健指導を巡る国の動向	67
(3) 計画期間	67
2 第3期計画における目標達成状況	68
(1) 全国の状況	68

(2) 網走市の状況	69
(3) 国の示す目標	74
(4) 網走市の目標	74
3 特定健診・特定保健指導の実施方法	75
(1) 特定健診	75
(2) 特定保健指導	77
4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組 [記載例]	78
(1) 特定健診	78
(2) 特定保健指導	78
(3) 年間スケジュール	78
5 その他	79
(1) 計画の公表・周知	79
(2) 個人情報の保護	79
(3) 実施計画の評価・見直し	79
参考資料 用語集	80

第1章 基本的事項

1 計画の背景・趣旨

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」ことが示された。これを踏まえ、平成26年3月に「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、保険者は「健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行う」ものとされた。

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

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

2 計画の位置づけ

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

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

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

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
網走市 国保	第2期データヘルス計画						第3期データヘルス計画					
	第3期特定健康診査等実施計画						第4期特定健康診査等実施計画					
網走市	第2次 健康増進計画						第3次 健康増進計画					
	第7期 介護保険事業計画			第8期 介護保険事業計画			第9期 介護保険事業計画					
北海道	北海道健康増進計画（第2次）						北海道健康増進計画（第3次）					
	北海道医療費適正化計画（第3期）						北海道医療費適正化計画（第4期）					
	道国民健康保険運営方針			道国民健康保険運営方針			道国民健康保険運営方針					
後期	第2期データヘルス計画						第3期データヘルス計画					

3 計画期間

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

4 実施体制・関係者連携

網走市では、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保部局と保健衛生担当部局が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。計画策定後は、計画に基づき効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させる。また、後期高齢者医療部局や介護保険部局等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者医療制度等の健康課題も踏まえて保健事業を展開する。

計画の策定等に当たっては、共同保険者である北海道のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等の保健医療関係者等、後期高齢者医療広域連合等の他の医療保険者、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力する。

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要である。

5 標準化の推進

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

図表1-5-1-1：北海道のデータヘルス計画標準化に係る共通評価指標

目的	
道民が健康で豊かに過ごすことができる	

最上位目標		評価指標	目標
アウトカム	健康寿命の延伸	平均自立期間	延伸
	医療費の構造変化	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合	抑制
		総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合	抑制
		総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合	抑制
中・長期目標		評価指標	目標
アウトカム	生活習慣病重症化予防	新規脳血管疾患患者数	抑制
		新規虚血性心疾患患者数	抑制
		新規人工透析導入者数	抑制
短期目標		評価指標	目標
アウトカム	健康づくり	メタボリックシンドローム該当者の割合	減少
		メタボリックシンドローム予備群該当者の割合	減少
		喫煙率	減少
		1日飲酒量が多い者の割合	減少
		運動習慣のない者の割合	減少
	特定保健指導	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	増加
	生活習慣病重症化予防	HbA1c8.0%以上の割合	減少
		HbA1c7.0%以上の割合	減少
		HbA1c6.5%以上の割合	減少
		Ⅲ度高血圧（収縮期180mmHg・拡張期110mmHg）以上の割合	減少
		Ⅱ度高血圧（収縮期160mmHg・拡張期100mmHg）以上の割合	減少
		Ⅰ度高血圧（収縮期140mmHg・拡張期90mmHg）以上の割合	減少
		LDLコレステロール180mg/dl以上の割合	減少
		LDLコレステロール160mg/dl以上の割合	減少
LDLコレステロール140mg/dl以上の割合	減少		
アウトプット	特定健診	特定健康診査実施率	向上
	特定保健指導	特定保健指導実施率	向上
	生活習慣病重症化予防	糖尿病重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加
		高血圧重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率	増加
脂質異常症重症化予防対象者（市町村別）のうち、未治療者の医療機関受診率		増加	

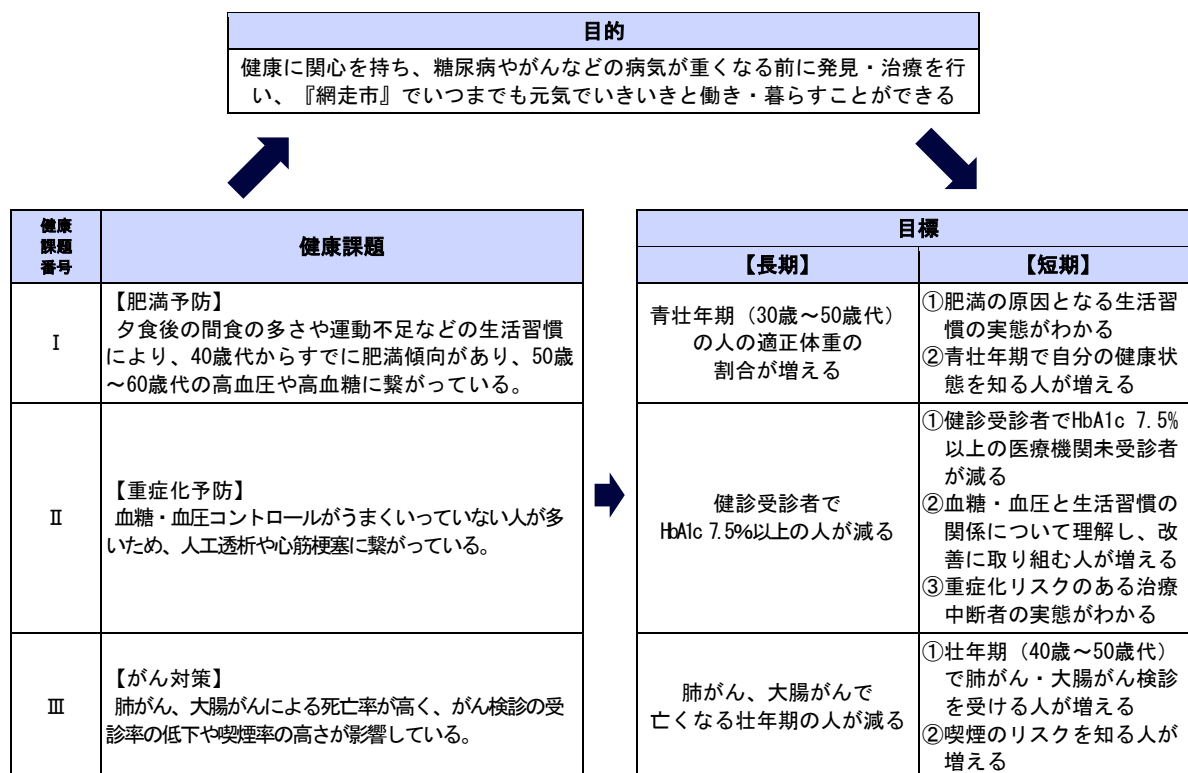
図表1-5-1-2：北海道の健康課題

健康・医療情報分析からの考察	健康課題
<p>(死亡・介護)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○平均自立期間が国と比較して男女とも短い。 ○高齢化率が国と比較して高く、高齢化のスピードも速い。 ○死因別死亡数では、悪性新生物や心疾患が国と比較して多く、標準化死亡比(SMR)では、悪性新生物や腎不全が国と比較して高い。 ○死因割合では、悪性新生物、心不全、腎不全等が国と比較して高い。 ○1件当たり介護給付費が、国と比較して高い。 ○1号被保険者に係る認定率が、国と比較して高い。 ○要介護認定者の有病状況では、糖尿病とがんの割合が高い。 ○要介護認定者の半数以上が高血圧症を有している。 	<p>(健康寿命・医療費の構造変化)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○平均自立期間が短い。 ○国保・後期ともに1人当たり医療費及び1人当たり年齢調整後医療費が高い。 ○国保・後期ともに外来受診率が低く入院受診率が高い。 ○国保・後期ともに外来費用の割合が低く、入院費用の割合が高い。
<p>(医療)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○1人当たり医療費(実数及び年齢調整後)は、国保・後期ともに国と比較して高い。 ○地域差指数は、国保・後期ともに国と比較して外来が低く、入院が高い。 ○医療機関受診率は、国保・後期ともに国と比較して外来受診率が低く、入院受診率が高い。 ○外来・入院費用の割合は、国保・後期ともに国と比較して外来費用の割合が低く、入院費用の割合が高い。 ○入院医療費では、国保・後期ともに生活習慣病重症化疾患である脳梗塞、狭心症に係る医療費の割合が高い。 ○外来医療費では、生活習慣病基礎疾患(糖尿病・高血圧症・脂質異常症)に係る医療費の割合が国保で高く、後期になると重症化疾患である慢性腎臓病(透析有り)に係る医療費の割合が高い。 ○国保及び後期(65～74歳)の新規人工透析導入者の割合が国と比較して高い。 ○国保・後期ともに新規人工透析導入者のうち、糖尿病患者の割合が国と比較して高い。 	<p>(重症化予防)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-Cは、値が悪く(重度)になるにしたがって順位が悪化し、重症化予防対象者が多い。 ○糖尿病、高血圧症、脂質異常症が重症化し、腎不全や心不全に繋がっている。 ○糖尿病に起因する新規人工透析導入者数が多い。
<p>(特定健診・特定保健指導)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率が低く、保健指導が必要な人を十分に把握できていない。 ○特定保健指導実施率が国の目標値に至っておらず、更なる実施率向上が必要。 ○メタボ該当者が多い。 ○有所見者の割合をみると、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-Cは、値が悪く(重度)になるにしたがって国と比較して高くなり、重症化予防対象者が多いことから、更なる生活習慣病未治療者・中断者対策が必要。 ○喫煙率が男女ともに国と比較して高い。 ○飲酒(1日飲酒量3合以上)に該当する者の割合が男女ともに国と比較して高い。 ○運動習慣(1回30分以上)のない者の割合が男女ともに国と比較して高い。 	<p>(健康づくり)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○メタボ該当者が多い。 ○喫煙率が高い。 ○1日飲酒量が多い者の割合が高い。 ○運動習慣のない者の割合が高い。

第2章 前期計画等に係る考察

1 健康課題・目的・目標の再確認

ここでは、第2期データヘルス計画に記載している健康課題、目的、目標について、それぞれのつながりを整理しながら記載する。



2 評価指標による目標評価と要因の整理

ここでは、第2期データヘルス計画における長期目標について、評価指標に係る実績値により達成状況を評価し、第2期データヘルス計画に基づき実施してきた保健事業が課題解決、目標達成にどう寄与したか振り返り、最終評価として目標達成状況や残された課題等について整理を行う。

実績値の評価（ベースラインとの比較）

A：改善している B：変わらない C：悪化している D：評価困難

(1) 長期目標の振り返り

健康課題番号				長期目標				評価
I 【肥満予防】夕食後の間食の多さや運動不足などの生活習慣により、40歳代からすでに肥満傾向があり、50歳～60歳代の高血圧や高血糖に繋がっている。				青壮年期（30歳～50歳代）の人の適正体重の割合が増える				B
評価指標	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
①生活習慣改善しようとする人の割合（全体）	増加	23.4%	23.4%	24.8%	25.0%	22.7%	24.6%	23.2%
②BMIが25以上の人の割合	減少	7.4%	7.4%	7.1%	7.1%	7.1%	7.2%	5.6%

健康課題番号				長期目標				評価
II 【重症化予防】血糖・血圧コントロールがうまくいっていない人が多いため、人工透析や心筋梗塞に繋がっている。				健診受診者でHbA1c 7.5%以上の人が減る				A
評価指標	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
①HbA1c 7.5%以上の人の割合	減少	（設定なし）	21人	35人	20人	28人	12人	10人
②糖尿病のレセプト件数	減少	4,208件	4,041件	4,130件	4,306件	3,967件	4,019件	3,938件
③糖尿病の1件当たり医療費	減少	34,499円	31,352円	33,303円	43,277円	33,948円	33,799円	34,649円

健康課題番号				長期目標				評価
III 【がん対策】肺がん、大腸がんによる死亡率が高く、がん検診の受診率の低下や喫煙率の高さが影響している。				肺がん、大腸がんで亡くなる壮年期の人が減る				A
評価指標	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
①肺がんの死亡人数（40～50歳代）	減少	1名	0名	1名	2名	0名	0名	0名
②肺がんの死亡率（40～50歳代）	減少	2.6%	0.0%	2.0%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%
③大腸がんの死亡人数（40～50歳代）	減少	1名	0名	0名	0名	1名	0名	0名
④大腸がんの死亡率（40～50歳代）	減少	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%

(2) 長期目標を達成させるための短期的な目標及び個別保健事業評価

ここでは、健康課題、目標に紐付けた重点的な事業の評価を行う。
事業目標の達成状況について、計画期間中の実績値や事業実施状況により評価し、質的情報も踏まえた要因の明確化や、次期計画に向けた事業の改善策の整理を行う。

実績値の評価（ベースラインとの比較） A：改善している B：変わらない C：悪化している D：評価困難
事業全体の評価 A：うまくいった B：まあ、うまくいった C：あまりうまくいかなかった D：まったくうまくいかなかった E：わからない

事業名	短期目標		事業全体の評価						
①実態把握（生活習慣）事業 ②実態把握（生活習慣・学校）事業 ③特定健診受診対策事業 ④ファスト健診（国保加入者）事業 ⑤特定保健指導実施対策事業 ⑥運動推進事業	①肥満の原因となる生活習慣の実態が分かる ②青壮年期（30～50歳代）で自分の健康状態を知る人が増える ③青壮年期で運動に取り組む人が増える		B						
評価指標以外の実績									
<ul style="list-style-type: none"> 保健センターとの打合せ ・ 広報誌などでの広報・周知 教育委員会との打ち合わせ（年1回） ・ AIを取り入れたタイプ別の特定健診受診勧奨はがきの発送 リポート受診（次年度事前予約）対策実施（R3年度実験実施） みなし健診の実施 ・ 人間ドック、脳ドックでの特定健診同時受診の義務化 あばしり健康カニチョッ筋体操の普及（保健センター） ・ 運動教室の開催（保健センター） 									
評価指標	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価
①アンケート結果で健康に関心がある人の割合	新規	—	72.6%	75.8%	76.0%	76.8%	76.2%	71.1%	B
②学校での生活習慣改善・肥満対策の取組を把握できる	事態把握	新規	未	実施	実施	実施	実施	実施	A
③特定健診受診率（40～50歳代）	20.0%	17.7%	17.7%	20.6%	19.3%	20.4%	19.9%	20.8%	B
③あばしり健康マイレージ達成者数	増加	153名	153名	165名	232名	219名	212名	248名	A
④ファスト健診受診者数（国保分）	50人	R1新規	—	—	56名	46名	42名	47名	A
⑤特定保健指導実施率（40～50歳代）	5%	3.3%	0.0%	23.0%	6.5%	1.7%	1.8%	0.0%	C
⑥1回30分以上の運動習慣なしの人の割合（40～50歳代）	減少	85.2%	85.2%	81.8%	79.4%	70.7%	70.8%	71.6%	A
事業の成功要因	事業の未達要因				今後に向けた事業の改善案（継続・強化・修正する内容など）				
<ul style="list-style-type: none"> 第2期で重点としていた各関係機関と連携は定期的にとることができた。 第2期の話し合いで実施することとなった「30代ファスト健診」事業は、ほぼ目標を達成し、早くからの健康への意識づけのきっかけとなっている。 あばしり健康マイレージ事業は好評で、毎年達成人数が増加してきており、健診受診のきっかけにもなっている。 人間ドック、脳ドックの際の特定健診同時受診を義務化したことにより、受診率の底上げにつながった。 	<ul style="list-style-type: none"> 令和2年度からは、AIやナッジ理論を取り入れた勧奨通知としたが、特定健診の向上には繋がらなかった。 やはり、若い世代の受診率が低いため、健診の必要性を訴える工夫が必要である。 特定保健指導は、例年同じ人が対象となることが多いため、慢性化し利用に繋がらず、実施率が低かった。 教育委員会との話し合いは定期的開催したが、児童の生活習慣の把握などの事業に繋がるような話し合いは難しかった。 様々な事業に新型コロナウイルス感染症の影響があった。 				<ul style="list-style-type: none"> 若い世代へのアピールとして、特定健診予約のコールセンターとWebでの予約を実施する。 特定保健指導については、利用の選択肢を増やすためオンライン相談なども検討したい。 あばしり健康マイレージ事業は、特定健診受診へと繋がるように国保加入者へ更なるPRを行う。また、健診結果によるインセンティブの導入も検討する。 				

事業名		短期目標							事業全体の評価	
①医療機関未受診者（7.5%以上）事業 ②健康相談事業 ③糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業 ④治療中断者実態把握事業 ⑤医療連携検討事業		①健診受診者でHbA1c 7.5%以上の医療機関未受診者が減る ②血糖・血圧と生活習慣の関係について理解し、改善に取り組む人が増える ③重症化リスクのある治療中断者の実態 かわかる							B	
評価指標以外の実績										
<ul style="list-style-type: none"> ・保健センターとの打合せ ・広報誌などでの広報・周知 ・医師会への報告 ・健康相談の随時実施（保健センター） 										
評価指標	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価	
①受診後、HbA1c数値が減少した人数（勧奨後の受診人数）	1名以上	1/3	1/3	1/4	4/5	0/5	0/3	0/2	B	
②相談後、生活習慣を改善しようとする人の割合	90%以上	未実施	25.0%	39.4%	42.8%	41.3%	44.8%	42.8%	B	
③プログラム対象者数	減少	44名	44名	38名	28名	21名	23名	24名	C	
④医師会・医療機関への説明	現状の説明	新規	未	未	実施	実施	実施	実施	A	
⑤医療機関との連携	医療機関との情報連携	新規	未	未	未	未	未	未	D	
事業の成功要因			事業の未達要因			今後に向けた事業の改善案 (継続・強化・修正する内容など)				
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者より新規人工透析者が0名であった ・健診受診者で医療機関未受診者への訪問などにより、受診につなげる事が出来た ・医師会に事業の説明を定期的に行うことができた。 			<ul style="list-style-type: none"> ・治療中断者の把握や分析まで実施することができなかった。 ・医療機関未受診者への訪問はできたが、本人の拒否などがあり受診には繋がらなかったケースもあった。 ・医師会には説明できたが、医療機関とまで連携できるようなデータの分析などを行うことはできなかった。 			<ul style="list-style-type: none"> ・事業をより進めるためには、保健師の業務が増えてくるが、人材の確保が難しい。 ・保健センターとの連携をさらに深めていきたい。 ・データの分析など、KDBのより一層の活用を考えていきたい。 				

事業名		短期目標					事業全体の評価			
①がん検診受診対策事業 ②実態把握（喫煙）事業 ③実態把握（禁煙教育）事業 ④喫煙リスク広報等事業		①壮年期（40～50歳代）で肺がん・大腸がん検診を受ける人が増える ②喫煙のリスクを知る人が増える					A			
評価指標以外の実績										
<ul style="list-style-type: none"> ・教育委員会への聞き取り ・集団健診会場に、喫煙の肺のレプリカ展示 ・COPD啓発事業の実施 										
評価指標	目標値	ベースライン	平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	実績値評価	
①大腸がん検診の受診件数（国保）	増加	583件	583件	536件	913件	772件	740件	724件	A	
①肺がん検診の受診件数（国保）	増加	503件	503件	453件	829件	660件	625件	596件	A	
②アンケート結果の喫煙率	減少	新規	17.2%	15.8%	16.1%	16.5%	18.8%	18.1%	A	
③学校での喫煙リスクや学習の状況を把握できる	実態把握	新規	未	未	未	未	未	未	D	
④アンケート結果で喫煙リスクを知る人の割合	上昇	新規	82.8%	84.2%	83.9%	83.5%	81.2%	81.9%	B	
事業の成功要因		事業の未達要因				今後に向けた事業の改善案（継続・強化・修正する内容など）				
<ul style="list-style-type: none"> ・COPDの周知と受診勧奨を行い、実際受診につながった。 		<ul style="list-style-type: none"> ・教育委員会との話し合いは定期的には開催したが、学校での喫煙リスクに対する取り組みに繋がるような話し合いは難しかった。 ・喫煙については、すぐに禁煙できるものでもないため、事業としての取り組みはなかなか難しい。 ・がん検診については、特に国保加入者宛には、勧奨等の事業は実施しなかった。 ・受診率に新型コロナウイルス感染症の影響があった。 				<ul style="list-style-type: none"> ・ミニドックのコールセンターとWeb予約を実施し、若い世代に予約のしやすさをアピールする。 ・国保加入者向けのがん検診のPRを行う。 ・40・50・60歳などの節目の年の方に通知を発送するなど、勧奨に工夫をする。 				

(3) 第2期データヘルス計画の総合評価

<p>第2期計画の総合評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・市全体では、様々な健康への取り組みが進んでおり、また、健康マイレージの達成者数の伸びからも、健康に対する意識は高いと考えられる。 ・しかし、特定健診やがん検診などの行動（特に40～50歳代の若年層）には繋がらなかった。 ・第2期で取り組む保健事業の中で多く掲げていた「庁内外の関係機関との連携」については、保健センターはもちろん医師会・保健所とも定期的な事業報告などでつながりを持つことができたことは評価できる。 ・健診やイベントなどは、新型コロナウイルス感染症の影響を受けたため、事業の中止や参加者の減少などが余儀なくされた。 ・令和2年度から、国保連の受診率向上支援等共同事業で、特定健診受診勧奨はがきにAIやナッジ理論を使用するなど新たな取り組みを行い、また、データ分析により細かい傾向分析が可能となった。 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムについては、保健師の努力により、参加者や継続者も多く、取り組みとして成功している。しかし、今後の事業展開を考えるとさらなるマンパワーが求められる。 ・30代ファスト健診の実施は、早い段階から健康に興味を持つことを目的として開始することにした事業だったが、受診者数も一定数おり、評価ができる。
<p>残された課題 (第3期計画の継続課題)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診もがん検診も若年層（40～50歳代）の健康意識を高くしたかったが、行動に移すまでには繋がらなかった。 ・特定保健指導も同様で、対象となる人が毎年同じ人のことが多く、なかなか参加に繋がらなかった。 ・糖尿病性腎症重症化予防について、重症化する前の予防が重要であるが、まだまだ理解が低い。 ・国保として保健センターの事業に積極的に関わることができなかった。
<p>第3期計画の 重点課題と重点事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・若い世代に自分の健康に関心を持ってもらうことが重要であり、特定健診やがん検診の受診の必要性など周知が重要だが、周知方法などにまだまだ検討が必要である。 ・ハイリスク者へのアプローチとして、糖尿病性腎症重症化予防の取り組みは引き続き重要である。 ・庁内外の関係機関との連携は一定程度実現できたが、今後益々重要になってくると考える。また、保健センターの事業にどう国保として取り組むかも検討しなければならない。 ・KDBなどでの更なるデータの分析や活用方法、ICTの利用についても検討が必要と考える。

3 (参考) 令和4年度COPD啓発事業について

網走市は、国民健康保険被保険者に対して、COPDの認知度の向上と適切な治療を促すため下記のとおり啓発事業を実施しました。

(1) COPDとは

- ・ COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、たばこなどの有害物質を吸い込むことで起こる「肺の生活習慣病」です。
- ・ 階段の上り下りなど体を動かした時に息切れを感じたり、風邪でもないのにせきやたんが続いたりすることが主な症状で、進行するとフレイルに移行し、要介護や寝たきり等の可能性が高くなります。
- ・ また、重症化すると呼吸不全や心不全を起こす命にかかわる病気であり、肺だけではなく、全身に影響をもたらす、心・血管疾患、糖尿病、骨粗しょう症なども併発しやすくなります。
- ・ 早期発見し、早期に治療を行うことで、現状の改善と将来のリスクを低減することができます。

(2) 実施体制について

【体制・協力】

- ・ 株式会社キャンサースキャンへ対象者の抽出、勧奨通知制作などを委託
- ・ 北海道国民健康保険団体連合会による協力
- ・ 網走市医師会及び市内医療機関に、勧奨通知発送後の医療機関受診時について協力依頼

【内容】

- ・ COPDについての説明と医療機関への受診をすすめる文書を送付し、受診を促す

【対象者】

- ・ 40歳以上の国民健康保険被保険者のうち、次のどちらかに当てはまる方
 1. COPDの治療歴がなく、前年度の特定健診の間診票で喫煙習慣があると回答された方
 2. 過去にCOPDの治療歴があり、直近6か月以内にCOPDの治療歴がない方

【発送】

(1回目) 令和3年9月28日 (再勧奨) 令和3年11月11日

(3) 事業結果報告

	医療機関受診率 (医療機関受診者/勧奨対象者)
COPDの治療歴がなく、前年度の特定健診の間診票で喫煙習慣があると回答された方	12.2% (20人/164人)
過去にCOPDの治療歴があり、直近6か月以内にCOPDの治療歴がない方	11.8% (2人/17人)

【出典】 COPD疾患啓発の推進に係る連携・協力事業報告書