

第4章 データヘルス計画の目的・目標

第3期データヘルス計画の目的、並びにそれを達成するための短期目標及び中・長期目標を整理した。

目的～健康課題を解決することで達成したい姿～	
健康に関心を持ち、糖尿病やがんなどの病気が重くなる前に発見・治療を行い、『網走市』でいつまでも元気でいきいきと働き暮らすことができる	

最重要目標		評価指標 ●：アウトプット (事業実施量) ◎：アウトカム (結果・成果)	開始時 (R4)	目標値	関連ページ
健康で自立した生活を送れる期間が延びる		◎平均自立期間 (要介護2以上) ◎総医療費に占めるがんの医療費の割合 ◎総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合 ◎総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合 ◎総医療費に占める慢性腎不全 (透析あり) の医療費の割合	男性 78.6 女性 84.3 7.2% 6.6% 5.8% 4.1%	延伸 抑制 抑制 抑制	P14 P24 共通 共通 共通
共通指標	中・長期目標	評価指標 ●：アウトプット (事業実施量) ◎：アウトカム (結果・成果)	開始時 (R4)	目標値	関連ページ
◆重症化予防 (がん以外)	健診受診者で、HbA1c7.5以上の方が減る	◎健診でHbA1c7.5%以上の人の割合 ◎糖尿病医療費の割合 ◎糖尿病1件あたりの医療費 ◎新規人工透析患者数	2.6% 5.6% 34,557円 3名	減少 減少 減少 抑制	P44 P24 P24 P32
◆重症化予防 (がん)	肺がん、大腸がん、胃がんの健診を受ける人が増える	◎市のがん検診受診率 肺がん検診率 大腸がん検診率 胃がん検診率	4.6% 6.0% 4.5%	向上 向上 向上	
◆生活習慣病予防・保健指導 ◆早期発見・特定健診 ◆健康づくり	自分の健康状態を定期的に把握し、生活習慣を見直す人が増える	◎新規脳血管疾患患者数 ◎新規虚血性心疾患患者数 ◎特定健診受診率 ◎特定保健指導実施率 ◎特定保健指導による特定保健指導対象者減少数 ◎メタボ該当者割合 ◎メタボ予備群該当者割合	64人 61人 26.6% 5.1% 7.1% 21.1% 12.7%	抑制 抑制 向上 向上 減少 減少 減少	共通 共通 P34 P41 共通 P39 P39

共通指標	短期目標	評価指標		開始時 (R4)	目標値	関連ページ
		● : アウトプット (事業実施量)	◎ : アウトカム (結果・成果)			
◆重症化予防 (がん以外)	① 健診受診者 でHbA1c7.5以 上の医療機関 未受診者が減 る ② 血糖コント ロールについ て理解し、改 善に取り組む 人が増える ③ 医師会など 関係機関との 連携を構築す る	● 庁内関係機関との連携 ● 医師会との連携 ● 広報 ● 糖尿病性腎症重症化予防プログラム新規参加者数 ◎ 健診受診者でHbA1c7.5以上のうち未治療者の医療機 関受診率 ◎ プログラム参加後のHbA1c平均値 ◎ 参加者の人工透析新規導入者		年1回以上 年1回 年1回以上 2名 新規 — 0名	年1回以上 年1回 年1回以上 1名以上 増加 開始時より 低下 0名	
◆重症化予防 (がん)	④ 「早期発 見・早期治 療」の重要性 を知る人が増 える	● 庁内関係機関との連携 ● 国保加入者への周知及び周知方法の検討 ◎ 国保加入者のがん検診受診率 肺がん検診率 大腸がん検診率 胃がん検診率		年1回以上 年1回以上 9.1% 10.9% 14.0%	年1回以上 年1回以上 向上 向上 向上	P17
◆生活習慣病 予防・保健指 導	⑤ 健診で適正 体重を知る人 が増える ⑥ 自分の健康 状態を正しく 知る人が増える	● 庁内関係機関との連携 ● リピーターへの勧奨 ● 定期通院者で特定健診を受けていない人の分析 ◎ 特定健診のリピーター率 (合計) ◎ あばしり健康マイレージのインセンティブ該当者数 (前年度健診より改善者) ◎ 診療情報提供受領 (みなし健診) 件数 ◎ 特定保健指導該当者割合		年1回以上 新規 新規 65.5% 新規 19件 12.6%	年1回以上 年1回 年1回 向上 5人以上 増加 減少	P35 P41
◆早期発見・ 特定健診	⑦ 若い頃から 健診の重要性 を知る人が増 える	● 庁内関係機関との連携 ● 勧奨 ● 未受診者の分析 ◎ 若年層 (40~50歳代) の健診受診率		年1回以上 年2回以上 新規 20.8%	年1回以上 年2回以上 実施 向上	P34
◆健康づくり	⑧ 健康に関心 を持つ人が増 える ⑨ 咀嚼 (そし やく) など口 腔ケアの重要 性を理解する 人が増える	● 庁内関係機関との連携 ● 生活習慣 (運動・飲酒など) と健康について分析を 行う ● 口腔ケア周知について新規事業などの検討 ◎ 国保加入者の30代ファスト健診受診率 ◎ 特定健診受診者のBMI25kg/m ² 以上者の割合 ◎ " " 質問票で30分以上の運動習慣なしの割合 ◎ " " 生活習慣改善意欲ありの割合 ◎ 国保加入者のあばしり健康マイレージ達成者数 ◎ 国保歯科検診数		年1回以上 新規 新規 新規 9.5% 31.5% 67.9% 23.2% 116名 10件	年1回以上 実施 実施 実施 向上 減少 減少 向上 増加 増加	P36 P46 P46

第5章 目的・目標を達成するための保健事業

1 保健事業の整理

第2期に実施した保健事業の振り返りを行った上で、第3期データヘルス計画における目的・目標を達成するための保健事業を整理した。

(1) 重症化予防（がん以外）

第3期計画における重症化予防に関連する健康課題
<p>【課題】糖尿病の予防や重症化を防ぐための血糖コントロールがうまくいっていないため、腎不全などに重症化する人が多い。</p> <p>#1 「心疾患」「脳血管疾患」「腎不全」による死亡数が多く、SMRでは「心疾患」「腎不全」が高い</p> <p>#2 「虚血性心疾患」による入院医療費の割合が多い</p> <p>#3 健診受診者のうち「高血圧」「脂質異常」の状態にある未治療者（治療中断含む）が多い</p> <p>#4 健診受診者のうち「高血糖」「高血圧」の状態にある治療中者（コントロール不良者）の割合が多い</p> <p>#5 重症化した場合、通院や透析などで経済的・精神的に負担が大きいが、血糖は早くからコントロールが可能であり、重症化を防ぐことができる</p> <p>#6 人工透析まで重症化しないが、その前段階の「糖尿病性腎症」の患者数は一定数いる</p>
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標
<p>①健診受診者でHbA1c7.5以上の医療機関未受診者が減る</p> <p>②血糖コントロールについて理解し、改善に取り組む人が増える</p> <p>③医師会など関係機関との連携を構築する</p>



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
<p>第2期でも実施していた事業であり、人工透析移行者の抑制を目標に実施し、目標を達成してきている。</p> <p>第3期においても、保健センターなどの関係機関と連携し、引き続き取り組んでいく。</p>			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1, 2, 3, 4, 5, 6	継続	医療機関未受診者（HbA1c）事業	<p>対象者：特定健診によりHbA1cが7.5%以上で医療機関未受診者</p> <p>方 法：医療機関への受診勧奨を勧める（文書・電話・訪問等）</p>
#1, 2, 3, 4, 5, 6	継続	糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業	<p>対象者：特定健診によりHbA1c数値の上位者など</p> <p>方 法：保健師による相談・指導を行い、重症化を防ぐ</p>

事業名・担当部署	実施体制 関係機関	アウトプット指標 【項目名・目標値】	アウトカム指標 【項目名・目標値】	評価時期
医療機関未受診者（HbA1c）事業	戸籍保険課 保健センター	①勧奨の実施【年1回以上】 ②勧奨後の受診人数【1名以上】	①受診後、HbA1c数値が低下した人数【減少】	1年
糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業	戸籍保険課 保健センター 網走市医師会 医療機関	①勧奨の実施【年1回以上】 ②プログラム参加者数（継続者含）【増加】	①プログラム対象者数【減少】 ②参加者のプログラム終了後のHbA1cの平均数値【プログラム開始時より低下】 ③参加者の人工透析新規導入率【0人】	1年 1年 1年

(2) 重症化予防（がん）

第3期計画における重症化予防に関連する健康課題
【課題】 肺がん・大腸がん・胃がんは、検診で早期発見・早期治療ができるにもかかわらず、死亡者数が多い。 #1 「肺がん」「大腸がん」「胃がん」による死亡数が多く、SMRでは「肺がん」が高い #2 「肺がん」「大腸がん」による入院医療費の割合が多い
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標
④「早期発見・早期治療」の重要性を知る人が増える



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
第2期では、国保対象者向けには、取り組みをあまり行わなかったため、第3期では、勧奨などを行っていく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1, 2	継続	がん検診受診対策事業	対象者：市民及び国保加入者 方 法：保健センターで実施するミニドック健診の周知

事業名・担当部署	実施体制 関係機関	アウトプット 指標	アウトカム 指標	評価時期
がん検診受診対策事業	戸籍保険課 保健センター 網走市医師会 医療機関	①庁内連携【年1回以上】 ②広報（受診・リスク周知） 【年1回以上】 ③COPDの周知【年1回】 ④勧奨の実施【年1回】	①国保加入者の肺・大腸・ 胃がん検診受診率【向上】	1年

(3) 生活習慣病発症予防・保健指導

▼第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する健康課題
【課題】 40歳代からすでに肥満傾向や高血糖であり、糖尿病などの生活習慣病に繋がっている。 #1 特定保健指導実施率が低い #2 BMIや腹囲など肥満に該当する項目の有所見者が多い #3 空腹時血糖（100以上）に該当する者が多い #4 男性のうちメタボ該当者、HbA1c（5.6以上）に該当する者が多い
第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標
⑤健診で適正体重を知る人が増える ⑥自分の健康状態を正しく知る人が増える



第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
特定保健指導の実施率が低いため、保健センターと連携し、さらなる取り組みを行う。 選択肢を増やすため、リモート相談などのICTの活用や市内の運動施設の利用なども検討する。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1, 2, 3, 4,	継続	特定保健指導実施対策事業	対象者：特定保健指導該当者 方 法：より参加しやすい事業にするため、内容を検討し、対象者に利用を促す

事業名・担当部署	実施体制 関係機関	アウトプット 指標	アウトカム 指標	評価時期
特定保健指導実施対策事業	戸籍保険課 保健センター	①庁内連携【年1回以上】 ②勧奨の実施【年1回】 ③利用しやすい内容の工夫や充実	①特定保健指導実施率 【向上】	1年

(4) 早期発見・特定健診

▼第3期計画における早期発見・特定健診に関連する健康課題
<p>【課題】客観的・定期的に自分の健康状態を把握している人が少ない。</p> <p>#1 特定健康診査受診率が低い（健康状態不明者が多い）</p> <p>#2 年代別受診率では、40代・50代が低く、リピート率も低い</p>
第3期計画における早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標
⑦若い頃から健診の重要性を知る人が増える



第3期計画における早期発見・特定健診に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
<p>受診率向上に向け、勧奨などに取り組んできたが、なかなか結果につながっていない。</p> <p>第3期は、保健センターとの連携はもちろん、医師会・医療機関にもさらなる協力をお願いし、また、新たな周知や勧奨方法を検討していく。</p>			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1,2	継続	特定健診受診対策事業	<p>対象者：40歳以上の国保加入者</p> <p>方 法：特定健診の重要性を知ってもらうために、受診勧奨や広報誌・SNSなどで周知を行う</p>

事業名・担当部署	実施体制 関係機関	アウトプット 指標	アウトカム 指標	評価時期
特定健診受診対策事業	戸籍保険課 保健センター 網走市医師会 医療機関	①庁内連携【年1回以上】 ②勧奨の実施【年2回】 ③広報【年2回以上】 ④電話・家庭訪問・SNSなど新たな勧奨・周知方法の検討	①特定健診受診率【向上】 ②国保加入者のあばしり健康マイレージ達成者数【向上】	1年 1年

(5) 健康づくり・社会環境体制整備

第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連する健康課題	
【課題】間食をする人や運動する習慣がない人が多いため、若い世代から肥満が多い。	
#1 20歳時体重から10kg以上増加している者が男性に多い	
#2 運動習慣がある者の割合が少ない	
#3 肥満になりや食生活を送っている者が多い	
#4 咀嚼（ほとんど噛めない）に該当する者の割合が多い	
第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連するデータヘルス計画の目標	
⑧健康に関心を持つ人が増える	
⑨咀嚼（そしゃく）など口腔ケアの重要性を理解する人が増える	



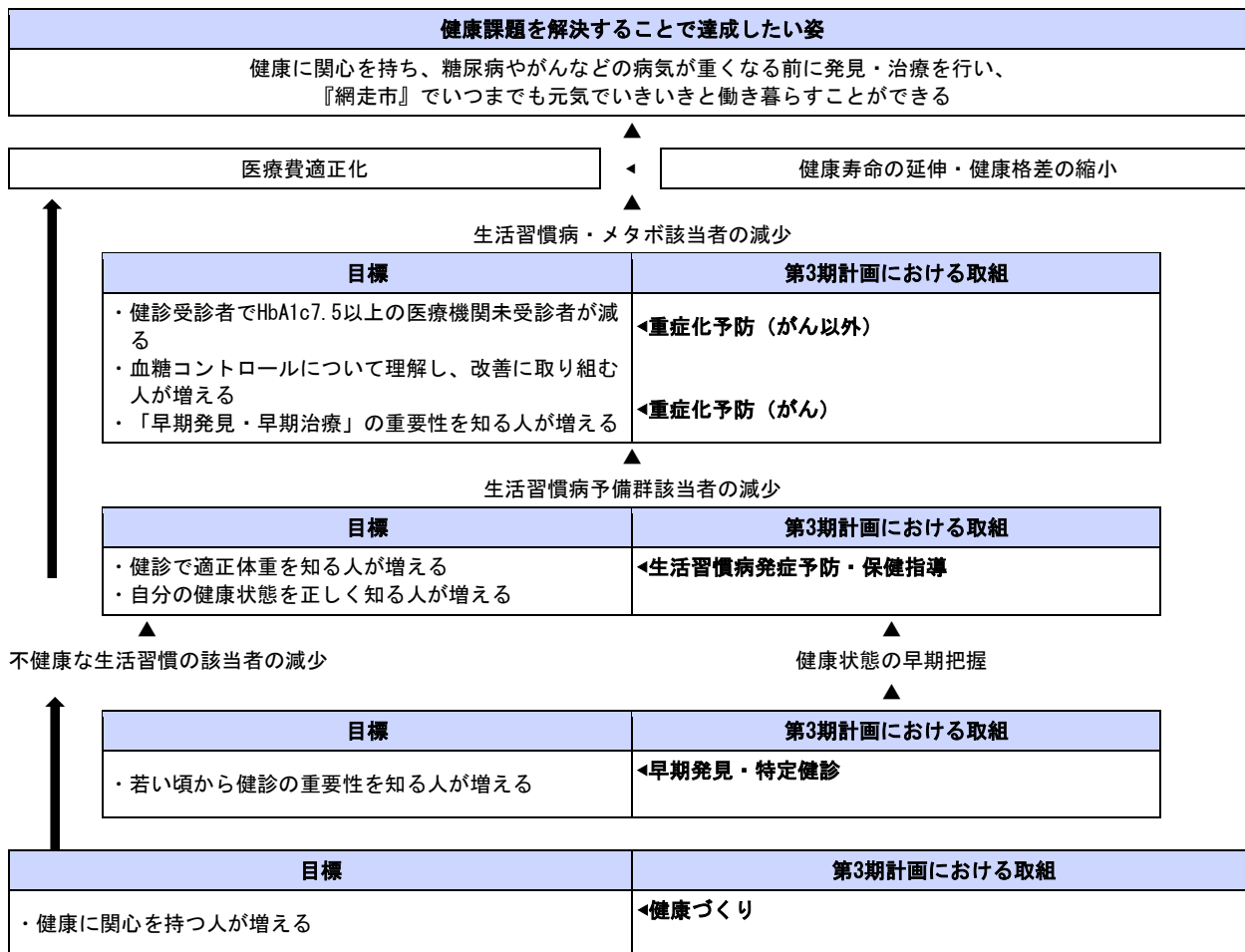
第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
健康づくりのため、国保加入者はもちろん、市民に広く周知する取り組みをおこなう。 また、新たな事業の開始にむけた検討や情報収集なども行っていく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1, 2, 3	継続	30代ファスト健診 (国保) 事業	対象者：30代の国保加入者 方 法：若い頃からの健診の必要性や重要性を周知し健診受診を促す
#1, 2, 3	一部継続	生活/運動習慣推進事業	対象者：市民 方 法：イベントなどを通して生活習慣の見直しや運動習慣について広く周知を行う
#1, 2, 3, 4	継続	生活習慣病予防相談事業	対象者：市民 方 法：保健センターで健診受診後などに健康相談を受け付ける
#1, 2, 3, 4	新規	新規事業検討事業	対象者：市民及び国保加入者 方 法：市民へわかりやすく効率的な周知をするため、第3期中に健康に関する新たな事業の開始し、KDBなどを利用したデータ分析や情報収集を行う

事業名・担当部署	実施体制 関係機関	アウトプット 指標	アウトカム 指標	評価時期
30代ファスト健診 (国保) 事業	戸籍保険課 保健センター	①庁内連携【年1回以上】 ②広報・勸奨【年1回以上】	①国保加入者受診者数 【向上】	1年
生活/運動習慣推進事業	戸籍保険課 保健センター	①庁内連携【年1回以上】	①質問票「運動習慣なし」 【減少】	6年
		②健康カニチョッ筋体操普及【増加】	②質問票「生活習慣改善意 欲あり」【増加】	6年
		③保健センターで実施の運動教室や料理 教室の共催（国保加入者へ周知含む） 【実施】	③健康イベントでのアンケ ート 【健康関連意識向上】	1年
④健康まつりへのブース参加【実施】				
生活習慣病予防相談事 業	戸籍保険課 保健センター	①庁内連携【年1回以上】 ②健康相談者数【増加】	①あばしり健康マイレージ のインセンティブ該当者 数【5名以上】	1年
新規事業検討事業	戸籍保険課 保健センター	①庁内打合せ【年1回以上】 《検討内容》 ・飲酒と健康の関係の実態把握 ・口腔ケア事業の実態と取り組み ・高血圧・脂質異常への取り組み ・KDBなどのデータ活用方法の検討	①中間評価時及び次期計画 での新規事業【開始】	3年
			②国保歯科検診受診者数 【向上】	1年

2 個別保健事業計画・評価指標の整理

健康課題分類	事業名	実施機関 関係機関	アウトプット 指標	アウトカム 指標	評価 時期
重症化予防 (がん以外)	医療機関 未受診者 (HbA1c) 事業	戸籍保険課 保健センター	①勸奨の実施【年1回以上】 ②勸奨後の受診人数【1名以上】	①受診後、HbA1c数値が低下した 人数【減少】	1年
	糖尿病性 腎症重症 化予防プ ログラム 事業	戸籍保険課 保健センター 網走市医師会 医療機関	①勸奨の実施【年1回以上】 ②プログラム参加者数(継続者含) 【増加】	①プログラム対象者数【減少】 ②参加者のプログラム終了後のH bA1cの平均数値【プログラム 開始時より低下】 ③参加者の人工透析新規導入率 【0人】	1年 1年 1年
重症化予防 (がん)	がん検診 受診対策 事業	戸籍保険課 保健センター 網走市医師会 医療機関	①庁内連携【年1回以上】 ②広報(受診・リスク周知) 【年1回以上】 ③COPDの周知【年1回】 ④勸奨の実施【年1回】	①国保加入者の肺・大腸・胃が ん検診受診率【向上】	1年
生活習慣病予 防保健指導	特定保健 指導実施 対策事業	戸籍保険課 保健センター	①庁内連携【年1回以上】 ②勸奨の実施【年1回】 ③利用しやすい内容の工夫や充実	①特定保健指導実施率【向上】	1年
早期発見 特定健診	特定健診 受診対策 事業	戸籍保険課 保健センター 網走市医師会 医療機関	①庁内連携【年1回以上】 ②勸奨の実施【年2回】 ③広報【年2回以上】 ④電話・家庭訪問・SNSなど新たな勸奨・ 周知方法の検討	①特定健診受診率【向上】 ②国保加入者のあばしり健康マ イレージ達成者数【向上】	1年 1年
健康づくり・ 社会環境体制 整備	30代ファ スト健診 (国保) 事業	戸籍保険課 保健センター	①庁内連携【年1回以上】 ②広報・勸奨【年1回以上】	①国保加入者受診者数 【向上】	1年
	生活/運動 習慣推進 事業	戸籍保険課 保健センター	①庁内連携【年1回以上】 ②健康カニチョッ筋体操普及【増加】 ③保健センターで実施の運動教室や料理 教室の共催(国保加入者へ周知含む) 【実施】 ④健康まつりへのブース参加【実施】	①質問票「運動習慣なし」 【減少】 ②質問票「生活習慣改善意欲あ り」【増加】 ③健康イベントでのアンケート 【健康関連意識向上】	6年 6年 1年
	生活習慣 病予防相 談事業	戸籍保険課 保健センター	①庁内連携【年1回以上】 ②健康相談者数【増加】	①あばしり健康マイレージのイン センティブ該当者数 【5名以上】	1年
	新規事業 検討事業	戸籍保険課 保健センター	①庁内打合せ【年1回以上】 ≪検討内容≫ ・飲酒と健康の関係の実態把握 ・口腔ケア事業の実態と取り組み ・高血圧・脂質異常への取り組み ・KDBなどのデータ活用方法の検討	①中間評価時及び次期計画での 新規事業【開始】 ②国保歯科検診受診者数 【向上】	3年 1年

第6章 データヘルス計画の全体像の整理



第7章 計画の評価・見直し

第7章からはデータヘルス計画策定の手引きに従った運用とする。以下、手引きより抜粋する。

1 評価の時期

(1) 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごと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ごと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) データヘルス計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施する。また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の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。評価に当たっては、市町村国保における保健事業の評価を国保連と連携して行うなど、必要に応じ他の保険者等との連携・協力体制を整備する。

第8章 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、北海道、保健所、国保連、医師会等に周知し、配布する。また、これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた概要版を策定し併せて公表する。

第9章 個人情報の取扱い

計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特にKDBシステムを活用する場合等には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工した統計情報と、個別の個人情報とが存在する。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号。以下、「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取扱う。網走市では、個人情報の保護に関する各種法令とガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。