

三沢市国民健康保険

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～11年度

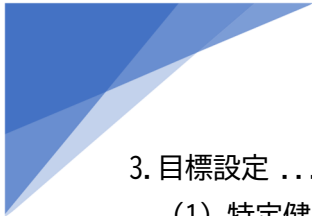
（2024） （2029）



三沢市

目次

第Ⅰ章 基本情報	1
1. 基本的事項	1
(1) 計画の趣旨	1
(2) 計画の位置づけ	2
(3) 計画期間	2
(4) 実施体制	3
(5) 三沢市国民健康保険の具体的役割、連携内容.....	4
2. 現状の整理	5
(1) 保険者の特性	5
(2) 地域資源の状況	5
(3) 前期計画等にかかる考察（第2期の保健事業の取組みと評価）	5
第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題	9
1. 各種データ等の分析結果	11
(1) 平均寿命・標準化死亡比等	11
(2) 医療費の分析	14
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ.....	18
(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析.....	24
(5) 介護費関係の分析	28
2. 課題の整理	29
第Ⅲ章 計画全体	30
1. 本市の健康課題	30
2. データヘルス計画全体における目的	30
3. 個別の保健事業	31
4. データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略.....	31
第Ⅳ章 個別の保健事業	32
第Ⅴ章 その他	40
1. データヘルス計画の評価・見直し	40
2. データヘルス計画の公表・周知	40
3. 個人情報の取扱い	40
4. 地域包括ケアに係る取組	40
5. その他留意事項	40
第Ⅵ章 第4期 特定健康診査等実施計画	41
1. 計画の目的	41
2. 第3期計画の実施評価等	41
(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況.....	41
(2) 事業の実施状況からみた評価等	42



3. 目標設定	43
(1) 特定健康診査受診率	43
(2) 特定保健指導実施率	43
4. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法.....	44
(1) 特定健康診査の取組に係る基本的な事項.....	44
(2) 特定保健指導の取組に係る基本的な事項.....	46
(3) 外部委託の考え方	48
(4) 人間ドックおよび事業主健診等の健診受診者のデータ収集方法.....	48
(5) 受診券	49
(6) 周知や案内の方法	49
(7) 年間スケジュール	50
5. 計画の評価と見直し	51
(1) 計画の評価について	51
(2) 計画の見直しについて	51

第 I 章 基本情報

1. 基本的事項

(1) 計画の趣旨

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、市町村国保等保険者は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、評価等の取組を推進するとされました。

平成 26 年 3 月、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（平成 16 年厚生労働省告示第 307 号）において、市町村国保は、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なりました。

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の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^{※1}（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。

三沢市においても平成 28 年度に第 1 期データヘルス計画を策定、2 年後の平成 30 年度には第 2 期データヘルス計画を策定しました。さらに、令和 2 年度には第 2 期データヘルス計画の中間評価を行ったところです。

本市では、データヘルス計画に沿って、効果的・効率的な保健事業を実施してきましたが、令和 6 年度以降の第 3 期データヘルス計画策定にあたり、幅広い年代の国保被保険者の身体状況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）の維持向上を図り、医療費の適正化を目指します。

※1 KPI（重要業績評価指標）とは

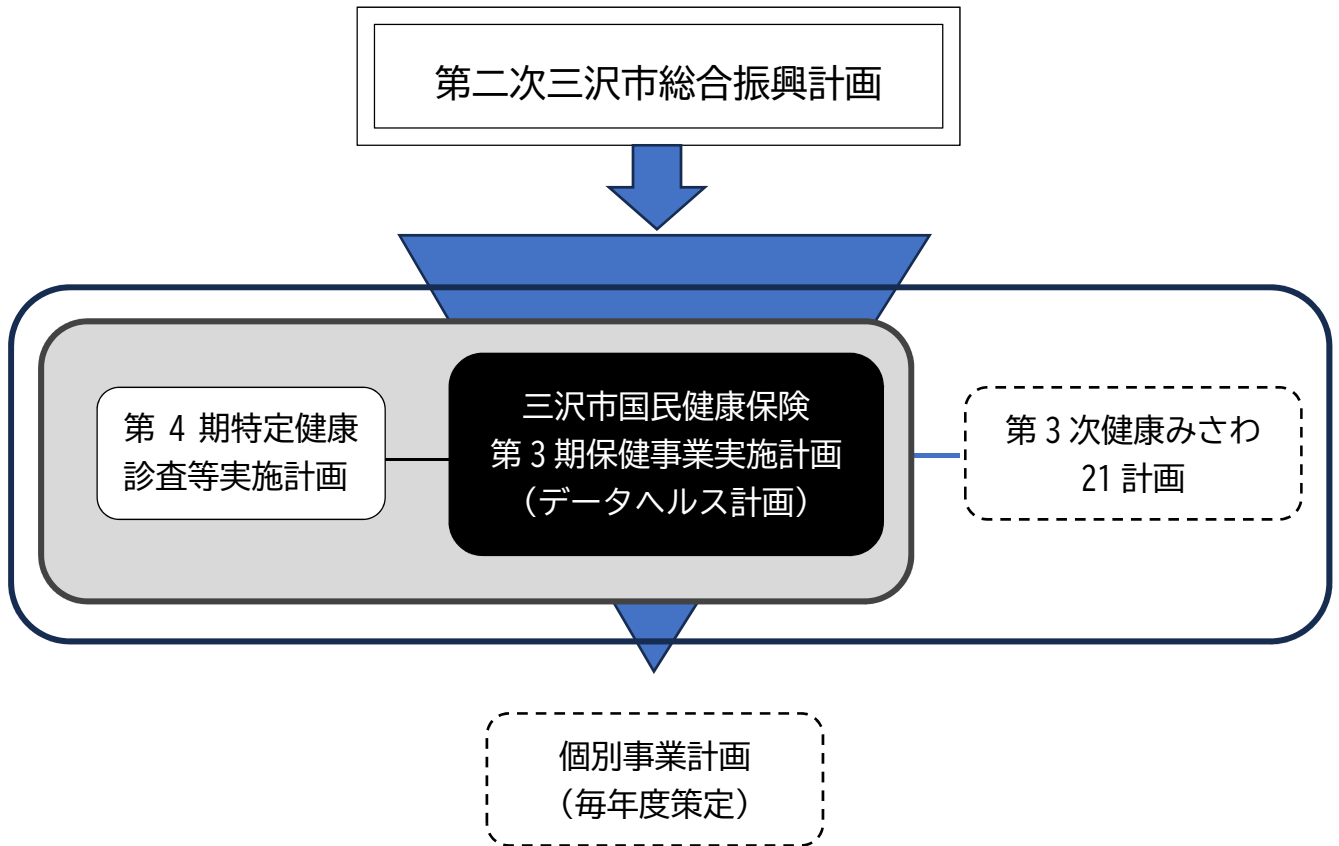
目標を達成するために必要なプロセスが正常に機能していますかを評価するための定量指標。「Key Performance Indicator（キー・パフォーマンス・インジケータ）」の略語

▼第 1 期・第 2 期データヘルス計画期間

	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R 元年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度
第 1 期データヘルス計画	←→							
第 2 期データヘルス計画			←→					
第 2 期データヘルス計画中間評価					←→			

(2) 計画の位置づけ

本計画は、国民健康保険法に基づく市の保健事業実施計画（データヘルス計画）として位置づけるとともに特定健康診査等実施計画と一体的に策定し、計画の推進にあたっては第二次三沢市総合振興計画を踏まえ、健康みさわ21計画との整合性を図るものとします。

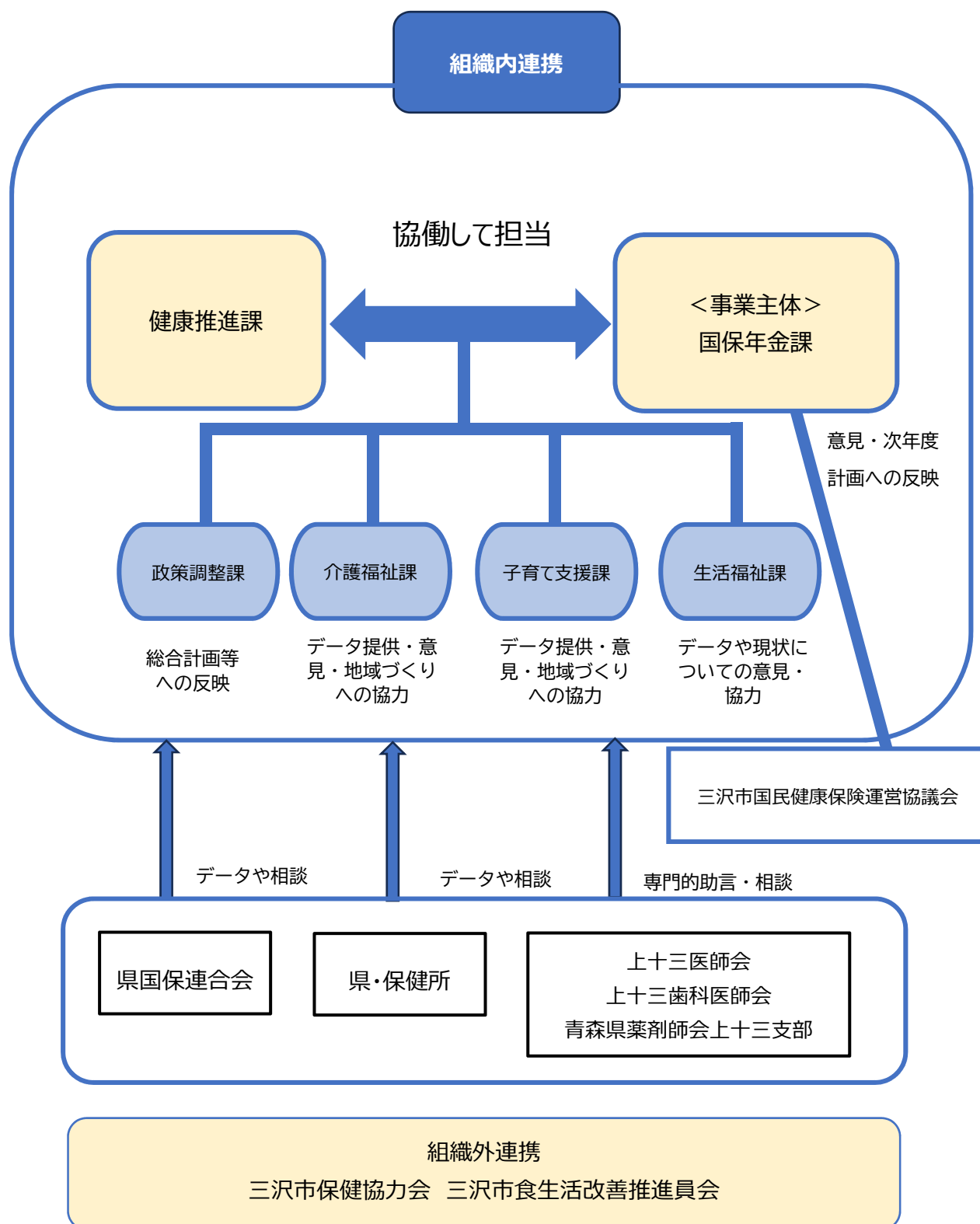


(3) 計画期間

令和6年度～令和11年度とし、令和8年度に中間評価を行います。

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
第3期データヘルス計画	←—————→					
第3期データヘルス計画中間評価			←————→			

(4) 実施体制



(5) 三沢市国民健康保険の具体的役割、連携内容

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、国保年金課が中心となつて、関係部局や関係機関の協力を得て、本市の健康課題を分析し、計画を策定します。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、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

①健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価

本市の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、健康推進部局や都道府県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、国保年金課が主体となって行います。国保年金課では、後期高齢者医療部局や介護福祉部局、生活福祉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、国保被保険者の健康課題に加えて、可能な限り、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します。保健事業の評価において、被保険者の罹患状況や人工透析の導入等の重症化の進行状況などのように長期間の観察を必要とするものについては、KDB システム等を活用して、後期高齢者医療制度等の健康・医療・介護情報と併せて分析することに努めます。

②市内の連携体制の確保

保健事業の積極的な推進を図るために、健康推進課等、市民の健康の保持増進に関する部局に協力を求め、三沢市一体となって計画の策定等を進めます。具体的には、後期高齢者医療部局、介護福祉部局、生活福祉部局のほか、財務部局や政策部局等とも連携し、計画策定等を進めます。

特に計画策定や保健事業の実施、評価に当たっては、増進計画や医療をはじめとする社会資源の状況を踏まえて対応する必要がありますので、健康推進部局との連携が必要です。

③関係機関との連携

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、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、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、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力します。関係機関との連携・協力に当たっては、データヘルス計画の標準化やデータの見える化等を推進することにより、保険者の健康課題等を関係機関で共有します。

2. 現状の整理

(1) 保険者の特性

本市の高齢化率は27.0%で県や国平均よりも低くなっています。第1次産業就業者割合は国の1.8倍となっています。平均寿命は男女とも県平均よりは高いものの、国平均よりは低くなっています。平均自立期間（日常生活動作が自立している期間の平均）は男性は県平均より高いものの、国平均より低く、女性は県・国平均よりも高くなっています。0～39歳、40～64歳の被保険者割合は年々低くなっています。一方で65歳以上の割合は年々高くなっています。

(2) 地域資源の状況

医療・介護福祉サービスは比較的整備されています。保健協力員等健康づくりボランティアの活動は活発です。

(3) 前期計画等にかかる考察（第2期の保健事業の取組みと評価）

① 評価方法

第2期データヘルス計画において健康課題ごとに設定された目標値評価及び、計画開始時の値（ベースライン）と直近値を比較評価し、事業全体の評価（総合評価）を下表の判定区分によって行いました。

● 評価方法と判定区分

	目標値評価・ベースライン評価	総合評価
判定区分	A：すでに目標を達成 B：目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C：目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D：目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E：評価困難	A：うまくいっている B：まあ、うまくいっている C：あまりうまくいっていない D：まったくうまくいっていない E：わからない

②事業別目標の達成状況と評価

ア. 特定健康診査の受診率向上

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
<p>1. 特定健診未受診者対策</p> <p>①未受診者リストを作成（過去の受診歴分析、年齢、性別）。未受診者リストに従い、対象者別に受診勧奨ハガキを郵送。</p> <p>②健康集会にて簡易健康測定を行い個別に受診勧奨を実施。</p> <p>③AIを活用した受診勧奨の実施。 （令和5年度より）</p> <p>2. 特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策)</p> <p>①保健師、管理栄養士による個別面接指導（健診数値の見方・生活習慣改善）を実施</p> <p>②健康運動指導士等による体成分測定及び個別運動指導、継続受診勧奨。</p> <p>③健診データに基づいた保健指導冊子を作成し、郵送。</p> <p>3. 受診環境の整備</p> <p>9医療機関で「みなし健診」を実施。</p>	アウトプット	<p>【目標】 受診勧奨実施回数（令和元年度）：2回以上</p> <p>【結果】 受診勧奨実施回数（令和4年度）：2回</p> <p style="text-align: center;">目標値評価：A</p>
	アウトカム	<p>【目標】 特定健診受診率（令和5年度）：60.0%</p> <p>【結果】 特定健診受診率（令和4年度）：26.2%</p> <p style="text-align: center;">目標値評価：C</p>
	<p>目標値のハードルが高く、アウトカム評価は未達成となりました。未受診者の個性に応じた受診勧奨事業の取組などアウトプット評価面では評価できるものの、目標との乖離が10%以上のため総合評価も「C」としました。</p> <p style="text-align: center;">総合評価：C</p>	

イ. 特定保健指導の実施率向上

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
<p>1. 特定保健指導利用勧奨</p> <p>2. 特定保健指導の実施</p> <p>特定健康診査において階層化された特定保健指導対象者に対する生活改善等の保健指導の実施。</p>	アウトプット	<p>【目標】 特定保健指導実施率（令和5年度）：60.0%</p> <p>【結果】 特定保健指導実施率（令和4年度）：24.3%</p> <p style="text-align: center;">目標値評価：B</p>
	アウトカム	<p>※特定保健指導実施対象者の特定保健指導該当者減少率（ベースライン評価） 平成30年度：21.4%→令和4年度：23.8%（2.4ポイント増）</p> <p>※メタボ該当者割合の変化（ベースライン評価） 平成30年度：15.3%→令和4年度：17.0%（1.7ポイント増）</p> <p style="text-align: center;">ベースライン評価：C</p>
	<p>特定保健指導実施率は目標に未達でした。特定保健指導該当者減少率は平成30年度より上昇しましたが、メタボ該当者は増加しています。</p> <p style="text-align: center;">総合評価：C</p>	

ウ. 糖尿病性腎症重症化予防

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価																																						
1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 2. 糖尿病性腎症重症化予防のための訪問指導	アウトプット	<p>1. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 【目標】保健指導実施率（令和元年度）：100.0% 【結果】令和4年度実施状況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">抽出人数 (人)</th> <th colspan="2">受診勧奨</th> <th colspan="2">医療機関受診</th> <th colspan="2">保健指導</th> </tr> <tr> <th>実施人数 (人)</th> <th>実施率 (%)</th> <th>実施人数 (人)</th> <th>実施率 (%)</th> <th>実施人数 (人)</th> <th>実施率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>未治療者</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>100.0</td> <td>2</td> <td>50.0</td> <td>2</td> <td>50.0</td> </tr> <tr> <td>治療中断者</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ハイリスク者</td> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> <td>66.7</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 糖尿病性腎症重症化予防のための訪問指導 【目標】訪問指導実績（令和5年度）：20件 【結果】訪問指導実績（令和4年度）：20件 目標値評価：A</p>		抽出人数 (人)	受診勧奨		医療機関受診		保健指導		実施人数 (人)	実施率 (%)	実施人数 (人)	実施率 (%)	実施人数 (人)	実施率 (%)	未治療者	4	4	100.0	2	50.0	2	50.0	治療中断者	0	0	0	0	0	0	0	ハイリスク者	30					20	66.7
		抽出人数 (人)			受診勧奨		医療機関受診		保健指導																															
			実施人数 (人)	実施率 (%)	実施人数 (人)	実施率 (%)	実施人数 (人)	実施率 (%)																																
未治療者	4	4	100.0	2	50.0	2	50.0																																	
治療中断者	0	0	0	0	0	0	0																																	
ハイリスク者	30					20	66.7																																	
アウトカム	<p>※糖尿病性腎症患者割合の変化（ベースライン評価） 令和2年5月：13.0%→令和5年5月：10.8% ※新規人工透析患者数 平成30年度：6人→令和4年度：5人 ベースライン評価：A</p>																																							
		<p>糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施や、糖尿病ハイリスク者への個別訪問により、重症化による糖尿病性腎症の患者割合や新規人工透析患者数は減少傾向にあります。 総合評価：A</p>																																						

エ. 生活習慣病の早期発見と重症化予防

実施した取組内容		短期目標・達成状況・評価
生活習慣病重症化予防における保健指導 特定健診のうち「要指導B」～「医療継続」と判定された方へ個別通知。体成分測定、運動実践、医師による講話、調理実習・栄養指導を実施	アウトプット	<p>【目標】糖尿病の正しい知識と生活習慣改善の啓発 【結果】糖尿病予防介入プログラムの実施 参加者延べ人数（令和4年度）：151名 目標値評価：B</p>
	アウトカム	<p>※生活習慣病患者割合の改善（ベースライン評価） ・糖尿病：令和2年5月：11.8%→令和5年5月：13.2% ・高血圧：令和2年5月：20.4%→令和5年5月：22.3% 目標値評価：C</p>
	<p>参加者の運動習慣及び生活習慣の改善がみられました。しかし、糖尿病の患者割合や高血圧の患者割合は増加しており、予備群への介入をさらに増やしていく必要があります。 総合評価：B</p>	

オ. 適正な受診行動の啓発

実施した取組内容		短期目標と達成状況
1. 医療費通知 適正な受診行動を促す医療費通知	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費通知～実施 ・後発医薬品利用差額通知～実施 ・後発医薬品シールの配布～実施 ・重複・多受診者等訪問指導～令和4年度該当者なし ・広報啓発～実施 <p style="text-align: center;">目標値評価：B</p>
2. 後発医薬品利用差額通知 利用促進啓発（シール配布） 3. 重複・多受診者等訪問指導 4. 広報啓発	アウトカム	<p>※1人当たり医療費の変化（ベースライン評価） 令和元年5月：27,162円→令和4年5月：27,152円</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品使用割合（令和4年度）：82.69% <p style="text-align: center;">ベースライン評価：A</p>
医療費の適正化啓発パンフの配布	通知等の啓発事業はすでに実施されており、後発医薬品使用割合も80%を超えています。 <p style="text-align: center;">総合評価：A</p>	

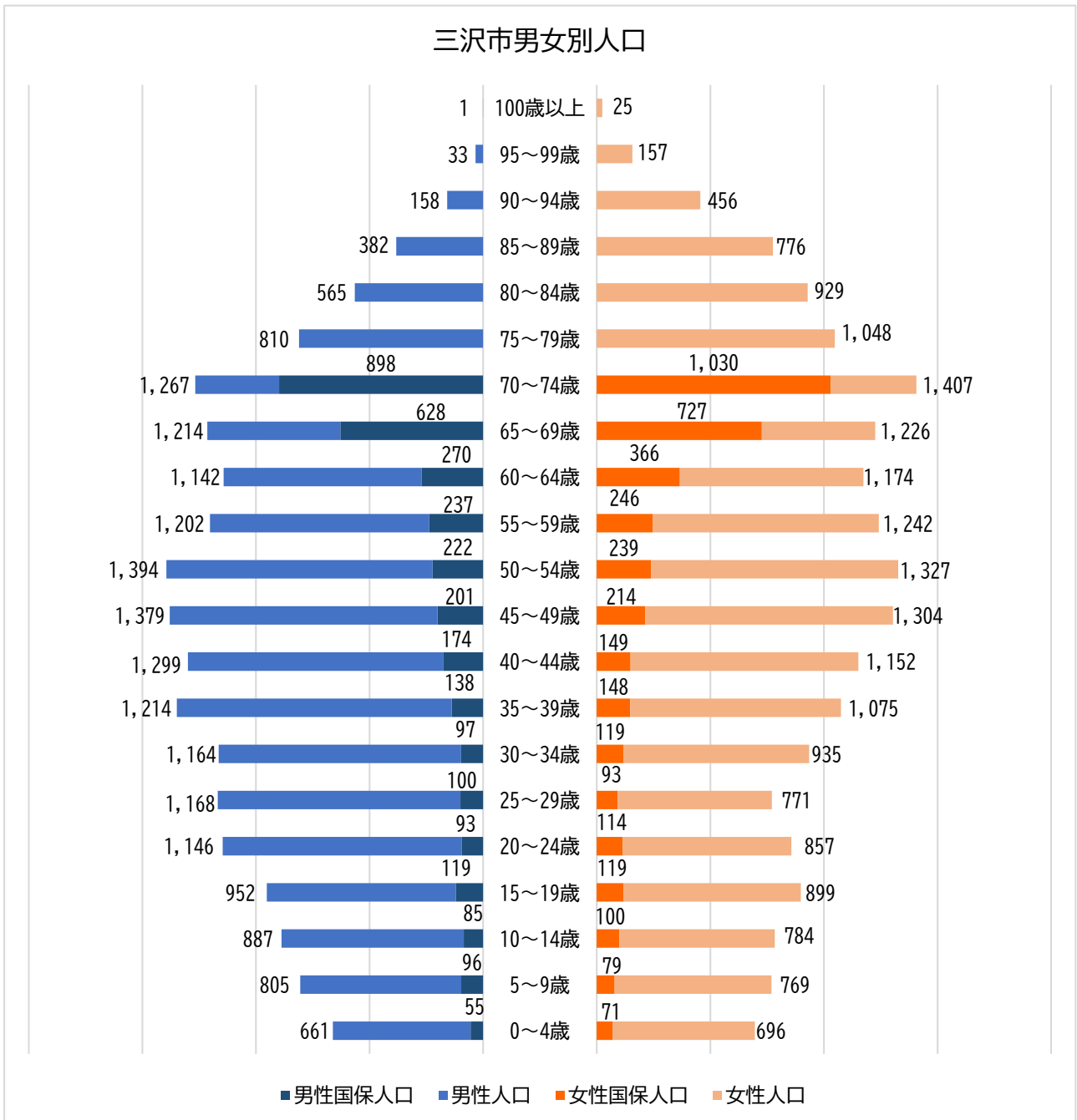
第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題

※人口・被保険者等の基本情報

	全体	%	男性	%	女性	%
総人口（人）	37,852	100.0	18,843	49.8	19,009	50.2
国保被保険者数	7,227	19.1	3,413	18.1	3,814	20.1

図表1 三沢市の人口ピラミッド

単位：(人)



資料：指定区別年齢別男女別人口調（令和5年11月30日現在）

図表2 高齢化率（65歳以上）

単位：％

令和4年度	三沢市	青森県	国
高齢化率（65歳以上）	27.0	33.9	28.7
国保加入率	19.5	22.7	22.3

KDB：健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（令和4年度）

図表3 産業別就業者割合

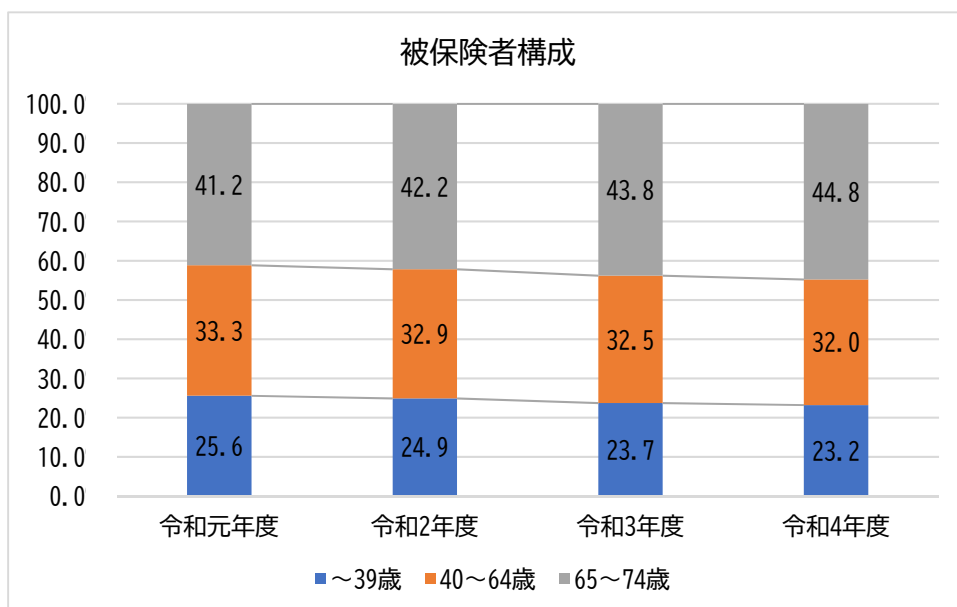
単位：％

令和4年度	三沢市	青森県	国
第1次産業	7.2	12.4	4.0
第2次産業	21.9	20.4	25.0
第3次産業	70.9	67.2	71.0

KDB：健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（令和4年度）

図表4 被保険者構成

単位：％



KDB：健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（令和元年度～令和4年度）

1. 各種データ等の分析結果

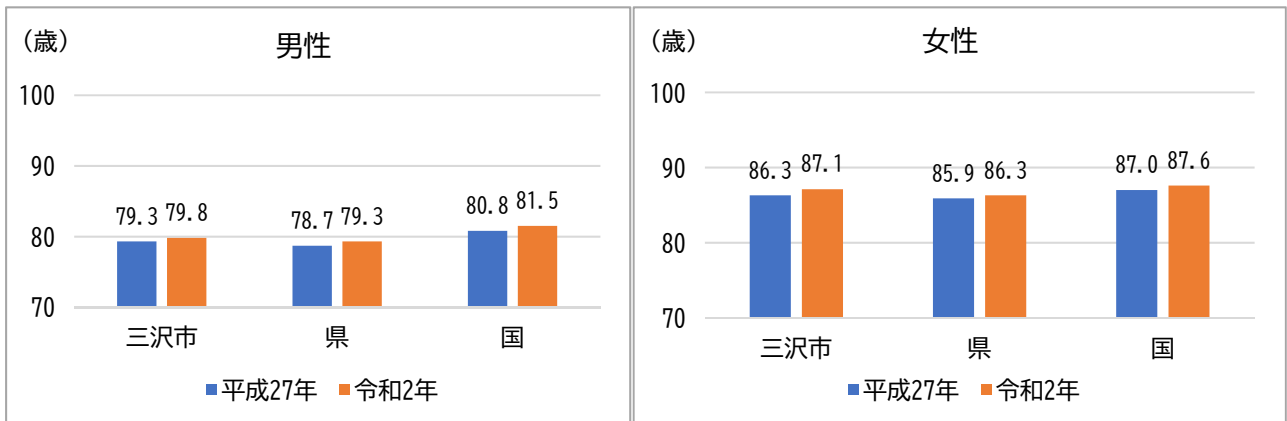
(1) 平均寿命・標準化死亡比等

①平均寿命・平均自立期間

令和2年度データでは、男女とも国の平均寿命より、男性で1.7歳、女性で0.5歳短くなっています。平均自立期間※（日常生活動作が自立している期間の平均）では、男性で1.9歳短く、女性で0.6歳長くなっています。

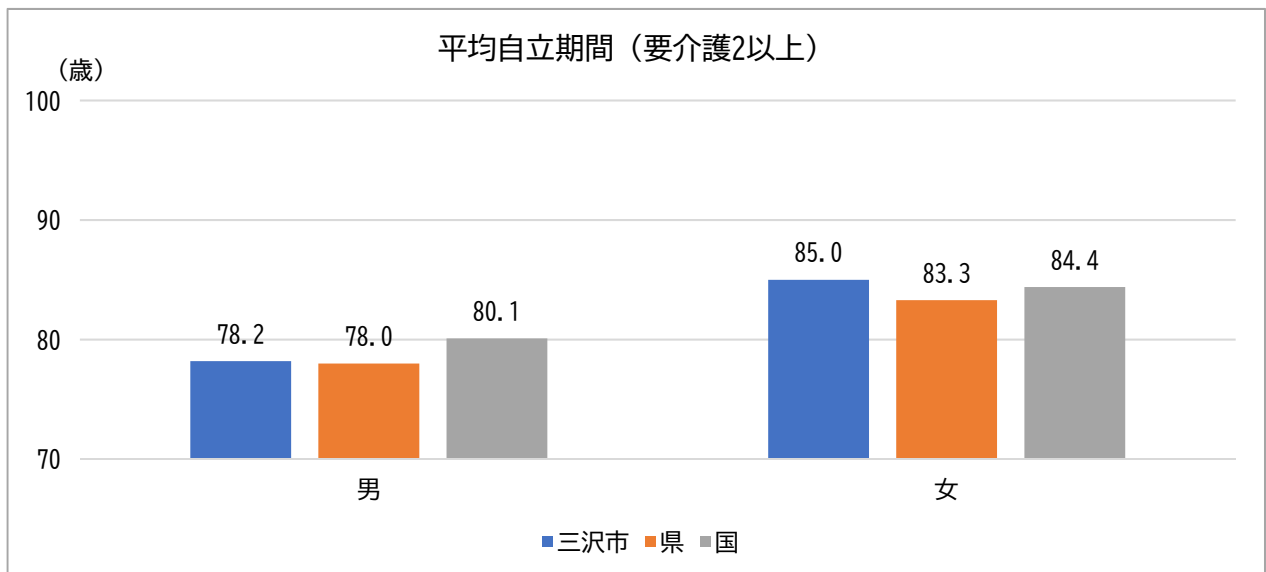
※平均自立期間：国保データベース（KDB）システムにおいては、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼称している。介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義して、毎年度算出する。（平均余命からこの不健康期間を除いたものが、平均自立期間である。）

図表5 平均寿命



資料：令和2年青森県市町村生命表

図表6 平均自立期間（要介護2以上）



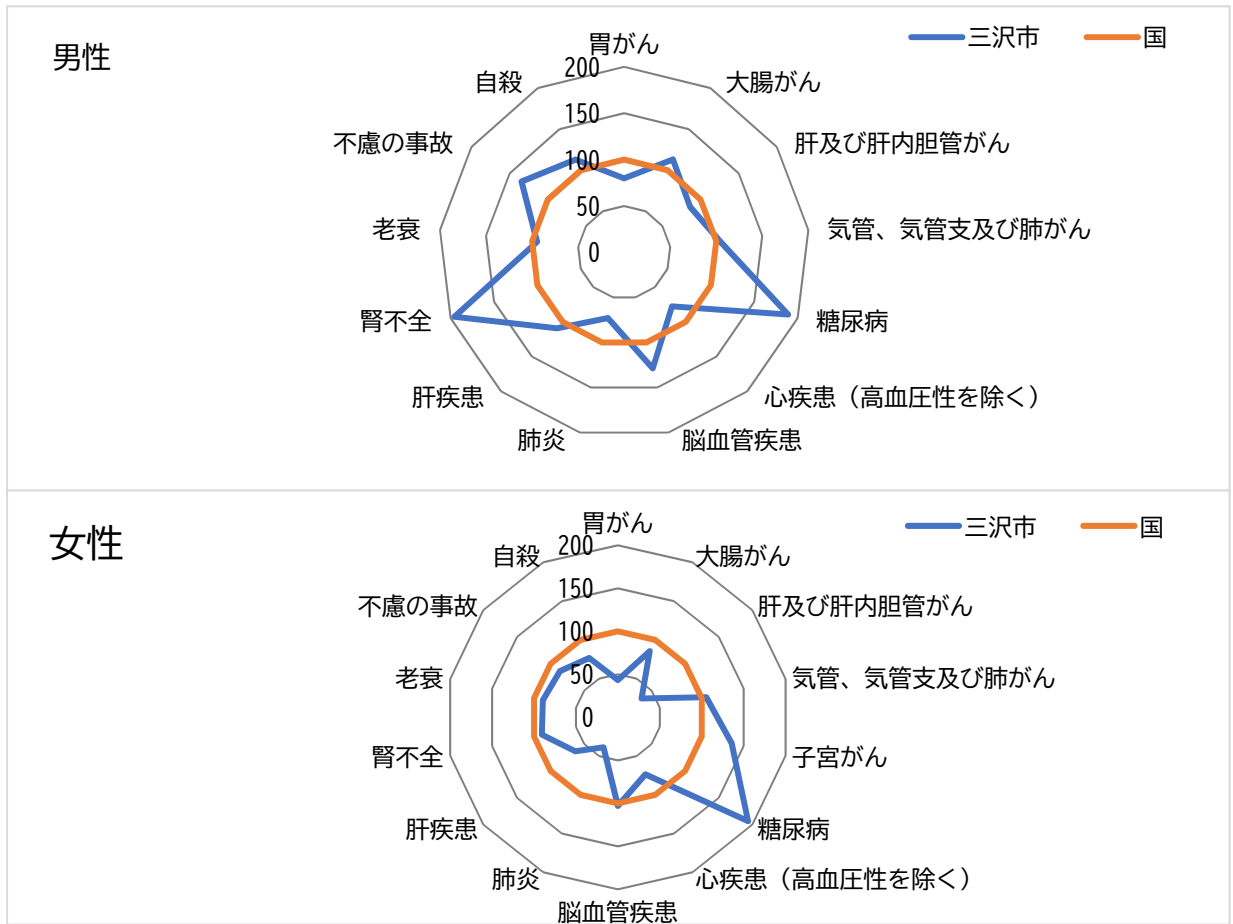
資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

②標準化死亡比*

男性では、大腸がん、糖尿病、肝疾患、脳血管疾患、腎不全の標準化死亡比が高くなっています。
女性では糖尿病の標準化死亡比が高くなっています。

※標準化死亡比：基準死亡率（人口10万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる予想される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

図表7 標準化死亡比（平成29年～令和3年）



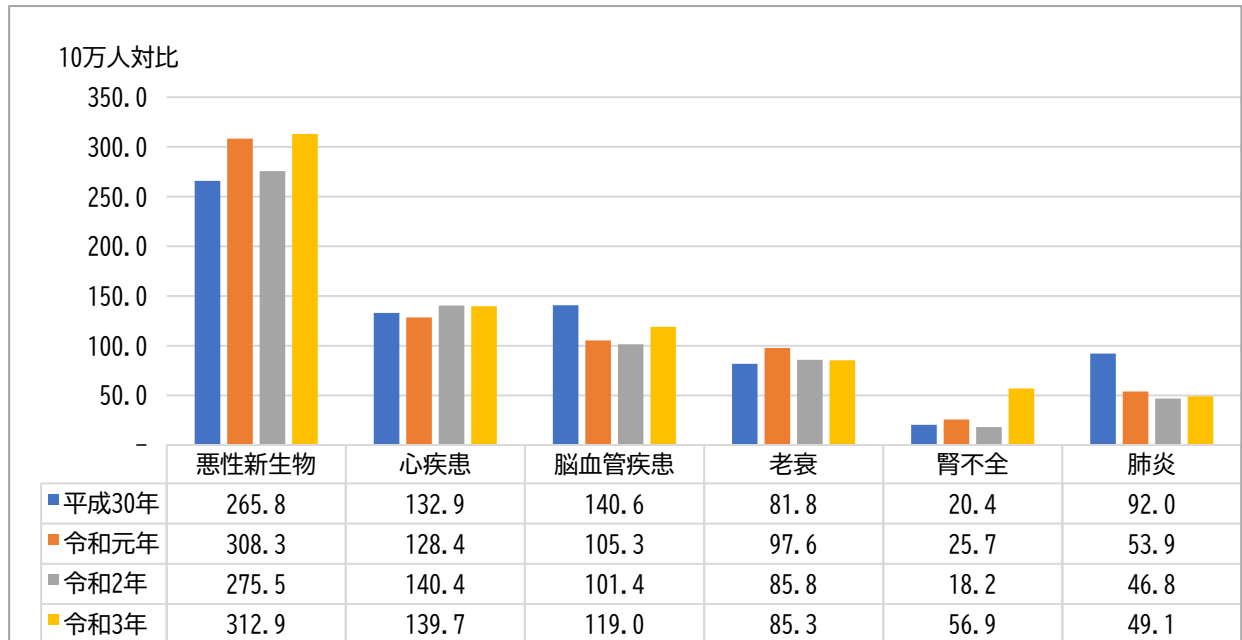
SMR	死亡総数	悪性新生物						糖尿病	心疾患（高血圧性を除く）	脳血管疾患	肺炎	肝疾患	腎不全	老衰	不慮の事故	自殺
		総数	胃	大腸	肝及び肝内胆管	気管、気管支及び肺	子宮									
男	106.6	98.7	79.8	113.2	86.4	103.6	—	189	77.7	128.7	72.9	109.4	195.7	94.5	134.4	112.9
女	90.3	91.1	43.4	85.4	35.3	105.4	135.7	193.6	73.6	103.0	38.7	63.2	90.6	89.5	86.2	76.6

資料：青森県保健統計年報（令和3年度）

③主要選択死因別の死亡率

本市の死因は、がん（悪性新生物）、心疾患、脳血管疾患の順で多くなっています。

図表 8 主要な選択死因別の死亡率



※死因別死亡率（年間）＝（年間の死因別死亡者数/10月1日現在の日本人人口）×100,000

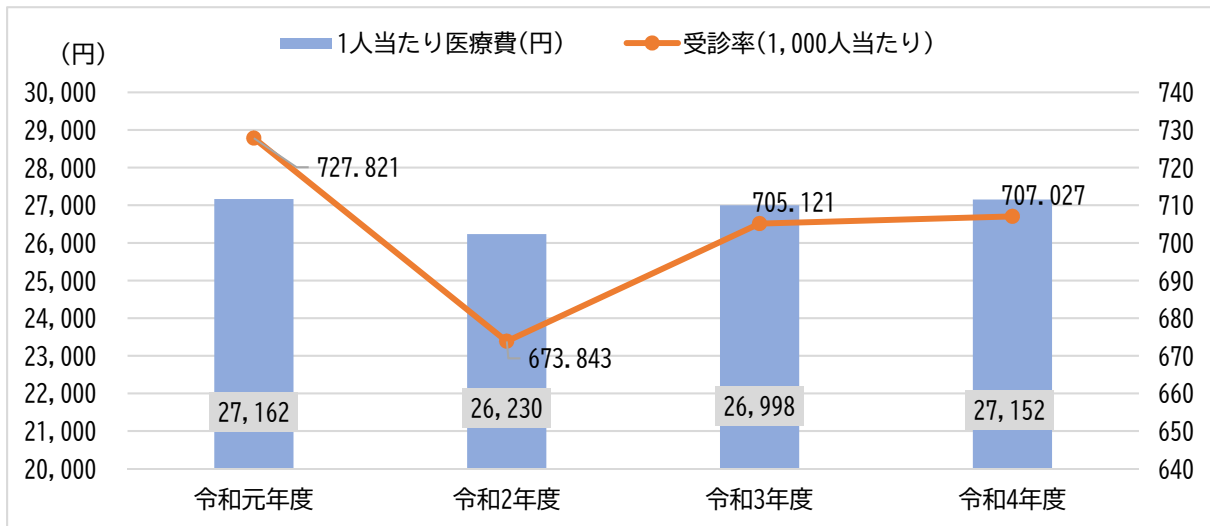
資料：青森県保健統計年報

(2) 医療費の分析

① 1人あたり医療費

1人当たりの医療費は、新型コロナウイルス感染症流行による受診控えの影響で、令和2年度は一度減少しましたが、その後は増加しています。

図表9 1人あたり医療費と受診率の推移



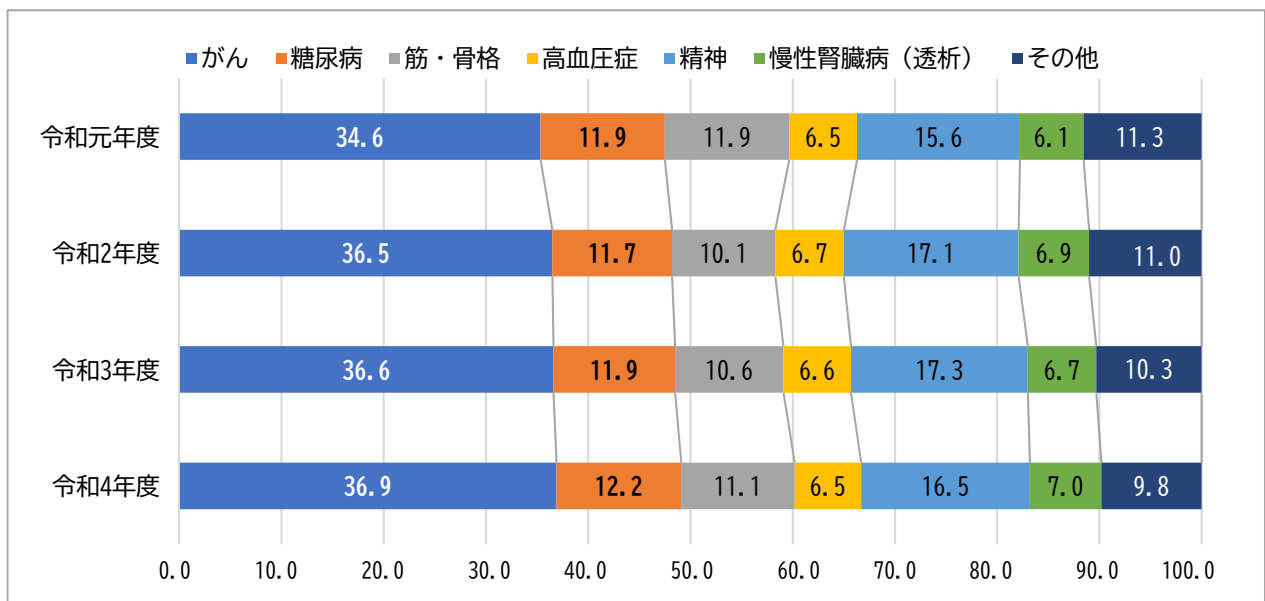
資料：KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（令和元年度～令和4年度）

② 主要生活習慣病の医療費割合の推移

主要生活習慣病の医療費割合に大きな変化はありませんが、糖尿病の医療費割合は僅かですが、増加しています。

図表10 医療費割合の推移

単位：%

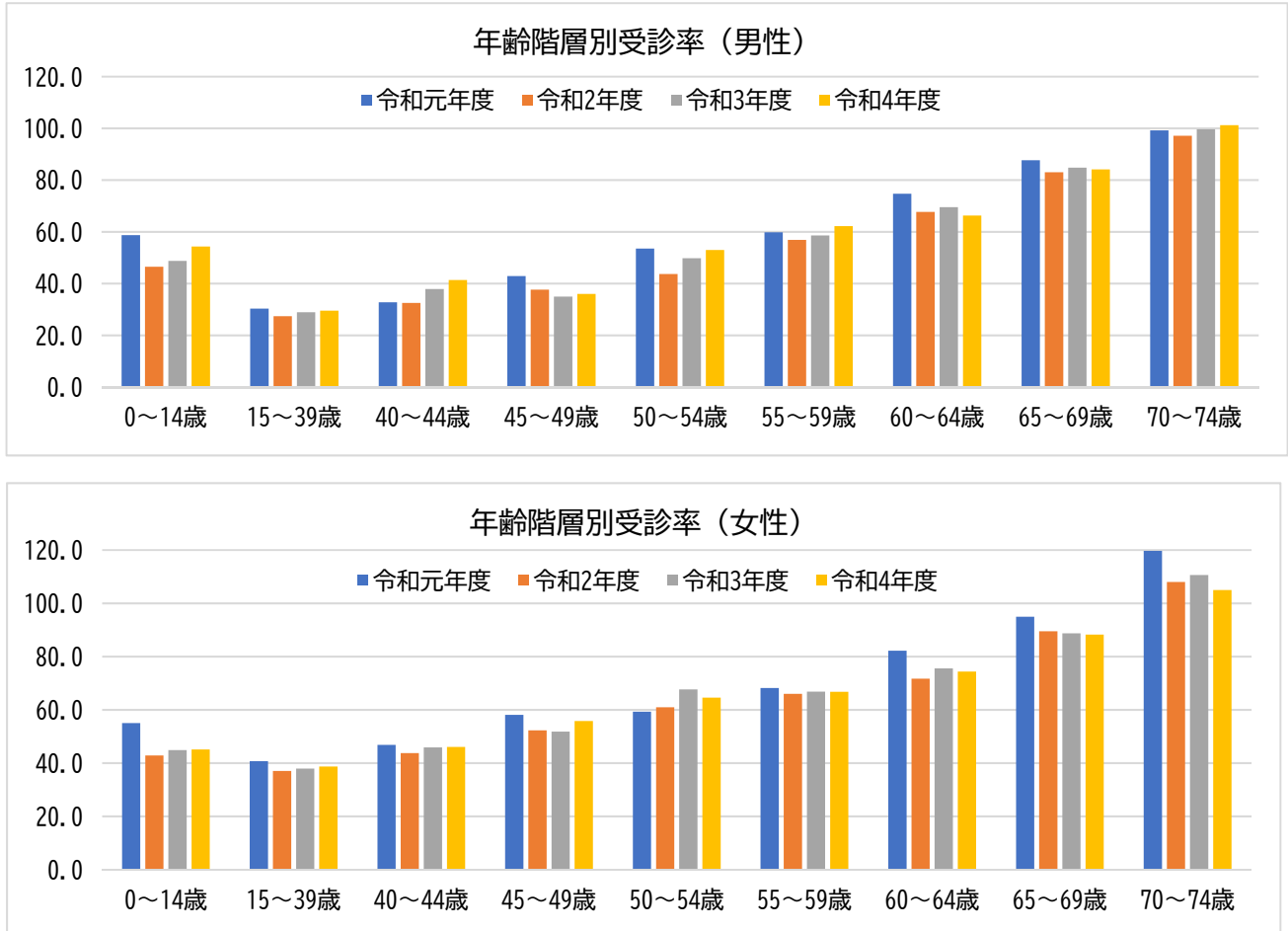


資料：KDB：健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（令和元年度～令和4年度）

③年齢階層別男女別の受診率

年齢とともに受診率は高くなる傾向にあります。令和2年以降に新型コロナウイルス感染症流行の影響で医療機関受診控えがあり、一旦受診率は低下しましたが、その後横ばいの状況にあります。男女別では、女性の受診率が男性よりやや高くなっています。

図表 11 年齢階層別受診率



※受診率（レセプト数/被保険者数）×100

●男性

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
0～14歳	58.7	46.5	48.8	54.3
15～39歳	30.3	27.4	28.9	29.5
40～44歳	32.8	32.5	37.9	41.4
45～49歳	42.9	37.6	35.0	36.0
50～54歳	53.5	43.7	49.8	53.0
55～59歳	59.8	56.9	58.6	62.2
60～64歳	74.7	67.6	69.5	66.3
65～69歳	87.6	83.0	84.8	84.1
70～74歳	99.2	97.1	99.6	101.2

●女性

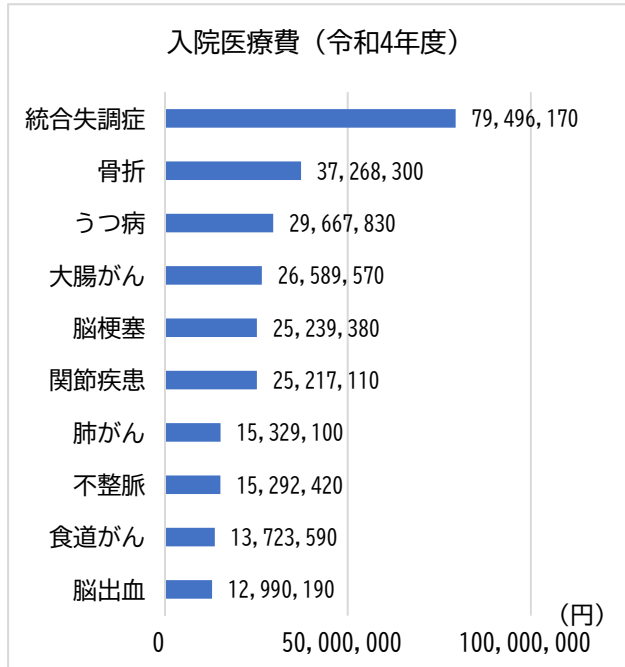
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
0～14歳	55.0	42.9	44.8	45.1
15～39歳	40.7	37.0	37.9	38.7
40～44歳	46.8	43.8	45.9	46.0
45～49歳	58.1	52.3	51.8	55.8
50～54歳	59.3	61.0	67.7	64.6
55～59歳	68.2	66.0	66.8	66.8
60～64歳	82.2	71.7	75.6	74.3
65～69歳	94.9	89.5	88.7	88.2
70～74歳	119.7	108.0	110.6	104.9

資料：KDB 医療費分析の経年比較

④疾病別医療費分析

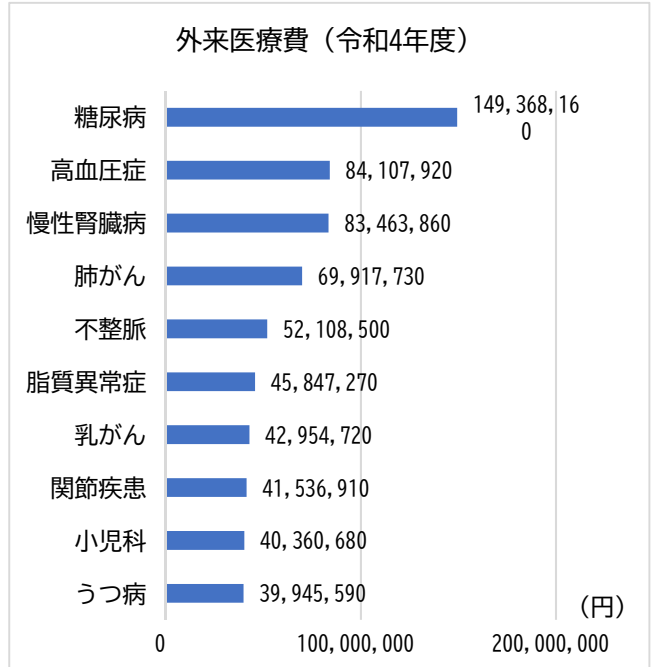
入院医療費の上位は統合失調症、骨折、うつ病となっています。外来医療費では糖尿病が際立って高く、次いで高血圧症、慢性腎臓病の順となっています。

図表 12 疾病別入院医療費



資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

図表 13 疾病別外来医療費

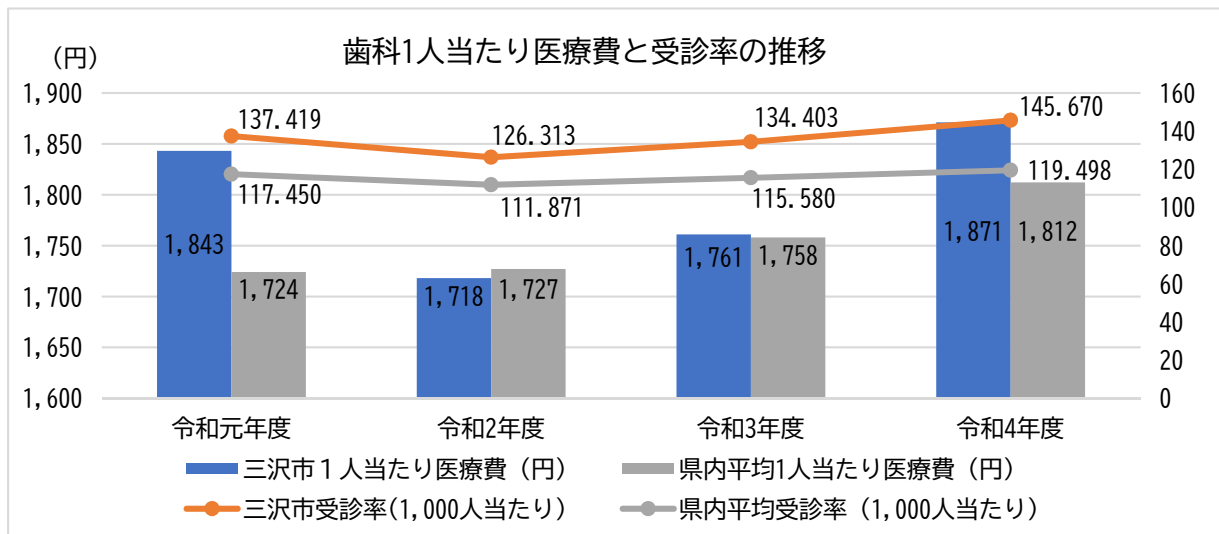


資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

⑤歯科医療費の推移

令和2年度より、受診率、歯科医療費が増加しています。また、受診率、医療費ともに県平均を上回っています。

図表 14 歯科医療費の推移



資料：KDB：健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（令和元年度～令和4年度）

⑥重複多受診、重複服薬

ア. 重複多受診・頻回受診の状況

3 医療機関以上かつ同一医療機関に最大 10 日以上受診した重複多受診者や、1 医療機関 15 日以上受診した頻回受診者は被保険者数の 0.1~0.2%で推移しています。

図表 15 重複多受診・頻回受診の状況

	令和元年5月		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
被保険者数(人)	8,253		8,117		7,985		7,790		7,492	
重複多受診	9	0.1	6	0.1	9	0.1	12	0.2	5	0.1
頻回受診	16	0.2	12	0.1	6	0.1	8	0.1	6	0.1

資料：KDB「重複多受診・頻回受診の状況」

* 重複多受診：3 医療機関以上かつ同一医療機関に最大 10 日以上受診した被保険者

* 頻回受診：1 医療機関 15 日以上

イ. 重複服薬の状況

2 医療機関以上から 6 医薬品以上を処方された重複服薬者は 0~2 名で大きな増減はありません。

30 日処方日数以上かつ 5 医薬品以上処方された多剤処方者は令和 5 年 5 月に被保険者の 16%に増加しています。

図表 16 重複服薬の状況

	令和元年5月		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
被保険者数(人)	8,253		8,117		7,985		7,790		7,492	
重複服薬	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0
多剤	1,135	13.8	871	10.7	954	11.9	993	12.7	1,196	16.0

資料：KDB「重複服薬の状況」

* 重複服薬：2 医療機関以上から 6 医薬品以上を処方された被保険者

* 多剤処方：30 日処方日数以上かつ 5 医薬品以上処方された被保険者

(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

①特定健診受診率

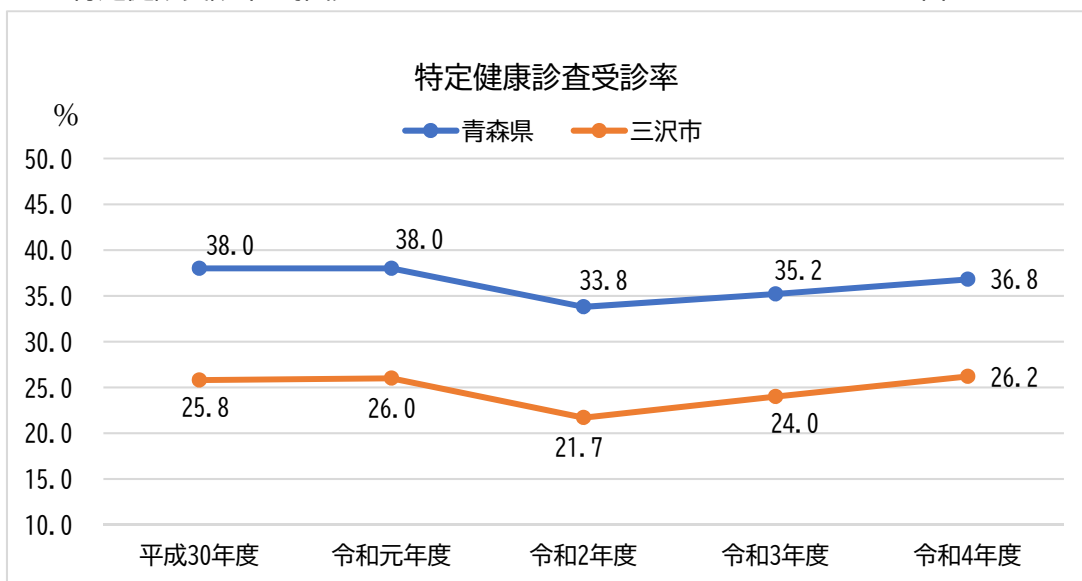
本市の特定健診受診率は、令和元年度に 26.0%を記録しましたが、令和 2 年度以降に流行した新型コロナウイルス感染症の影響により令和 2 年度は 21.7%まで落ち込みました。

しかし、その後は回復基調にあります。

年齢階層別では、40～64 歳の受診率が低く、男女別では女性の受診率が高くなっています。

図表 17 特定健診受診率の推移

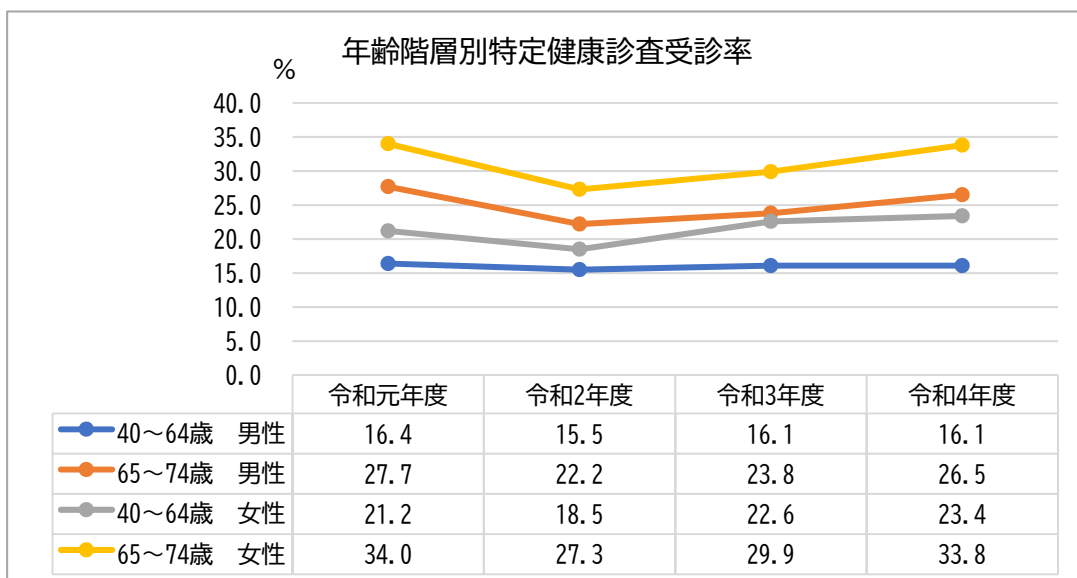
単位：%



資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告

図表 18 年齢階層別特定健診受診率

単位：%



資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」、法定報告

②特定保健指導実施率

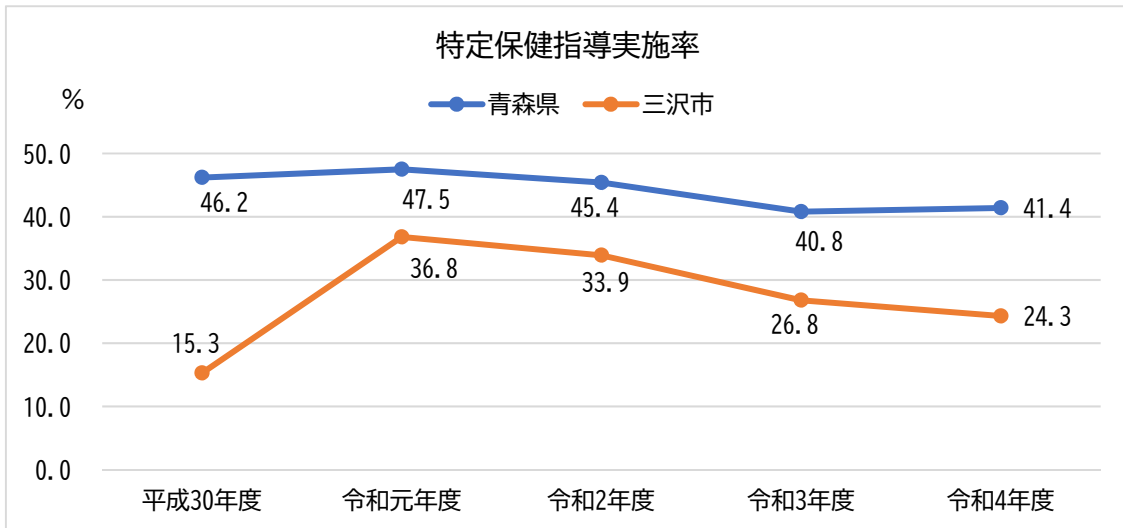
特定保健指導実施率は、令和元年度 36.8%をピークに減少傾向にあります。

令和4年度の特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は23.8%で県平均を4.3ポイント上回っています。

男女別にみると、男性は9.1%、女性は40.0%で、女性の減少率が高くなっています。

図表 19 特定保健指導実施率

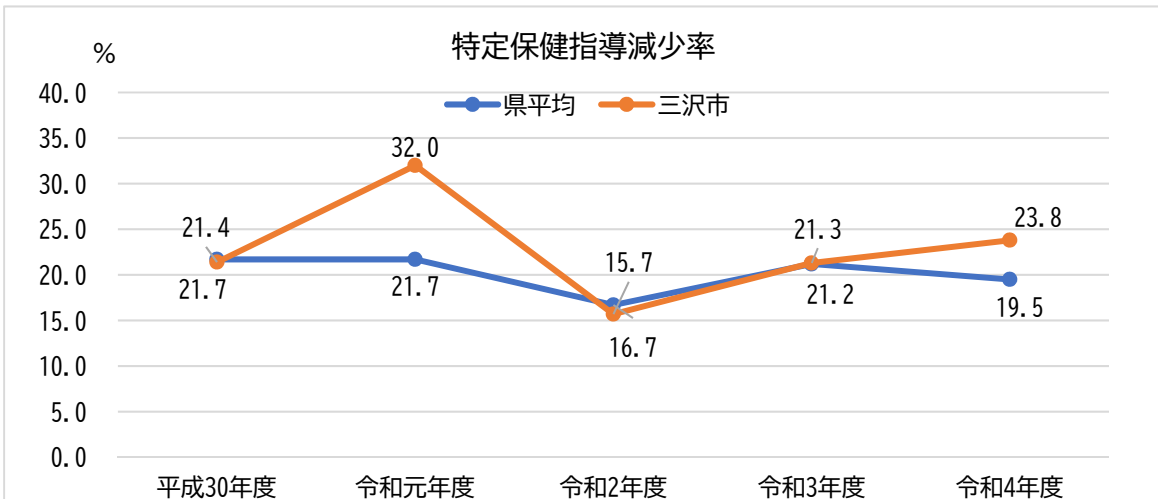
単位：%



資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告

図表 20 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

単位：%



	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
青森県	21.7	21.7	16.7	21.2	19.5
三沢市	21.4	32.0	15.7	21.3	23.8
三沢市男性	20.8	33.3	19.4	14.3	9.1
三沢市女性	22.2	30.0	10.0	31.6	40.0

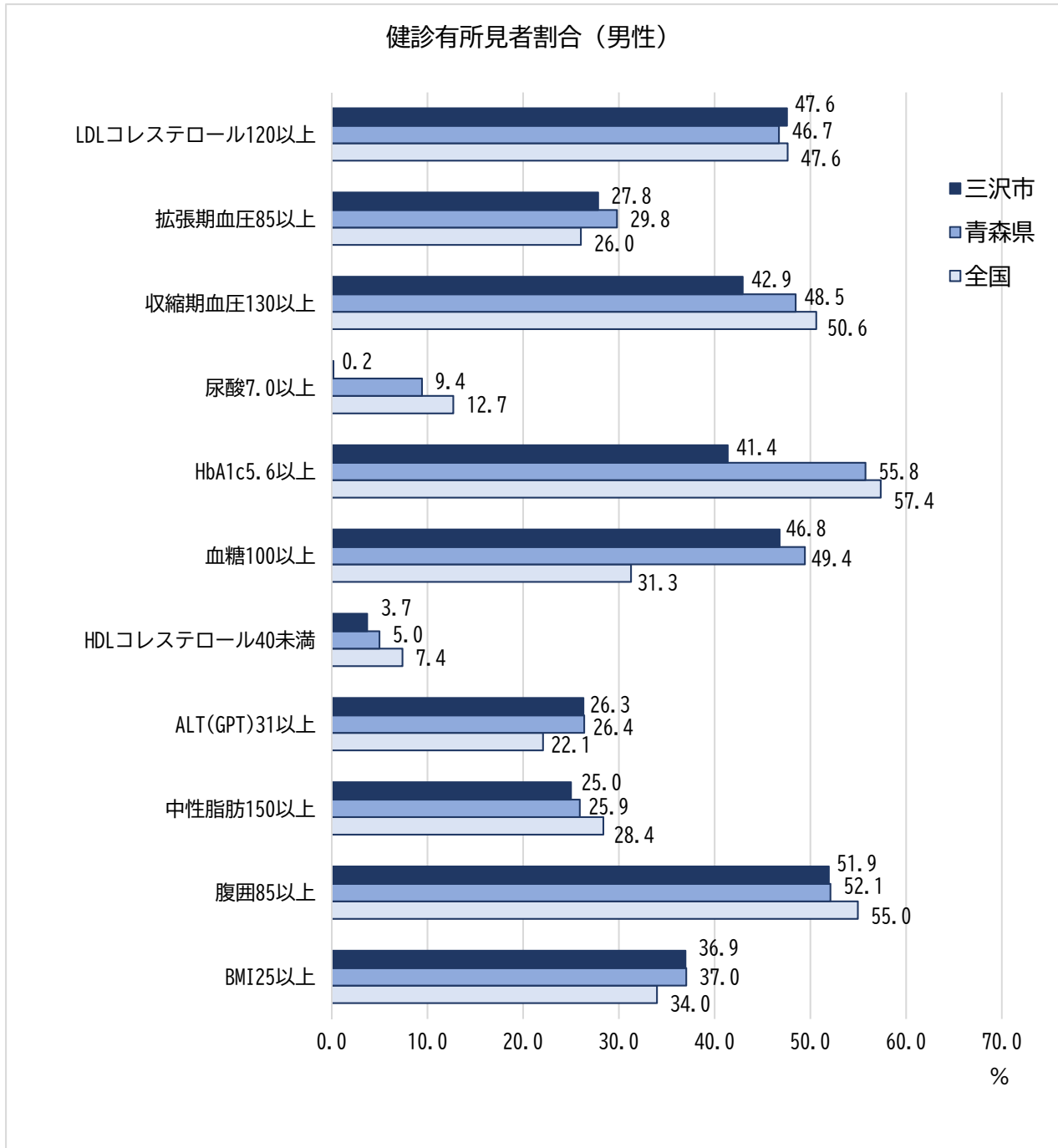
資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告

③健診有所見者割合

県、国と比較して、目立って有所見者割合が高い項目はありません。県と比較して男性、女性ともに LDL コレステロール値有所見者割合がわずかに高くなっています。

図表 21 健診有所見者割合（男性）

単位：％

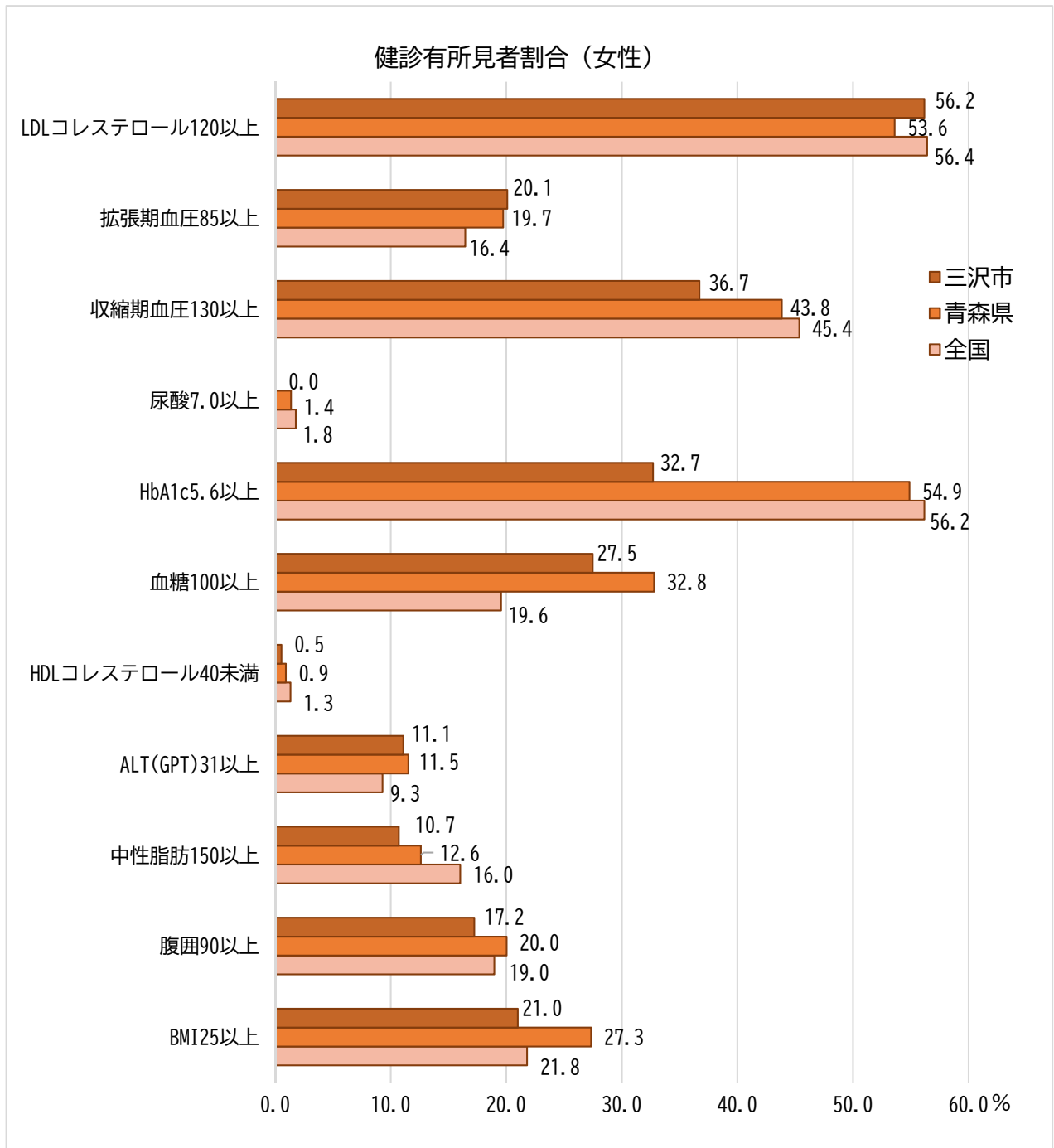


資料：KDB「厚生労働省様式 様式 5-2」（令和元年度～令和 4年度）

※年齢調整ツール使用

図表 22 健診有所見者割合（女性）

単位：％



資料：KDB「厚生労働省様式 様式 5-2」（令和元年度～令和4年度）

※年齢調整ツール使用

④生活習慣（質問票）

運動不足、過剰飲酒の状況は改善していません。令和4年度の県、国との比較では、早食い、就寝前の夕食、3食以外の間食、3合以上の過剰飲酒の割合が高くなっています。

図表 23 質問票

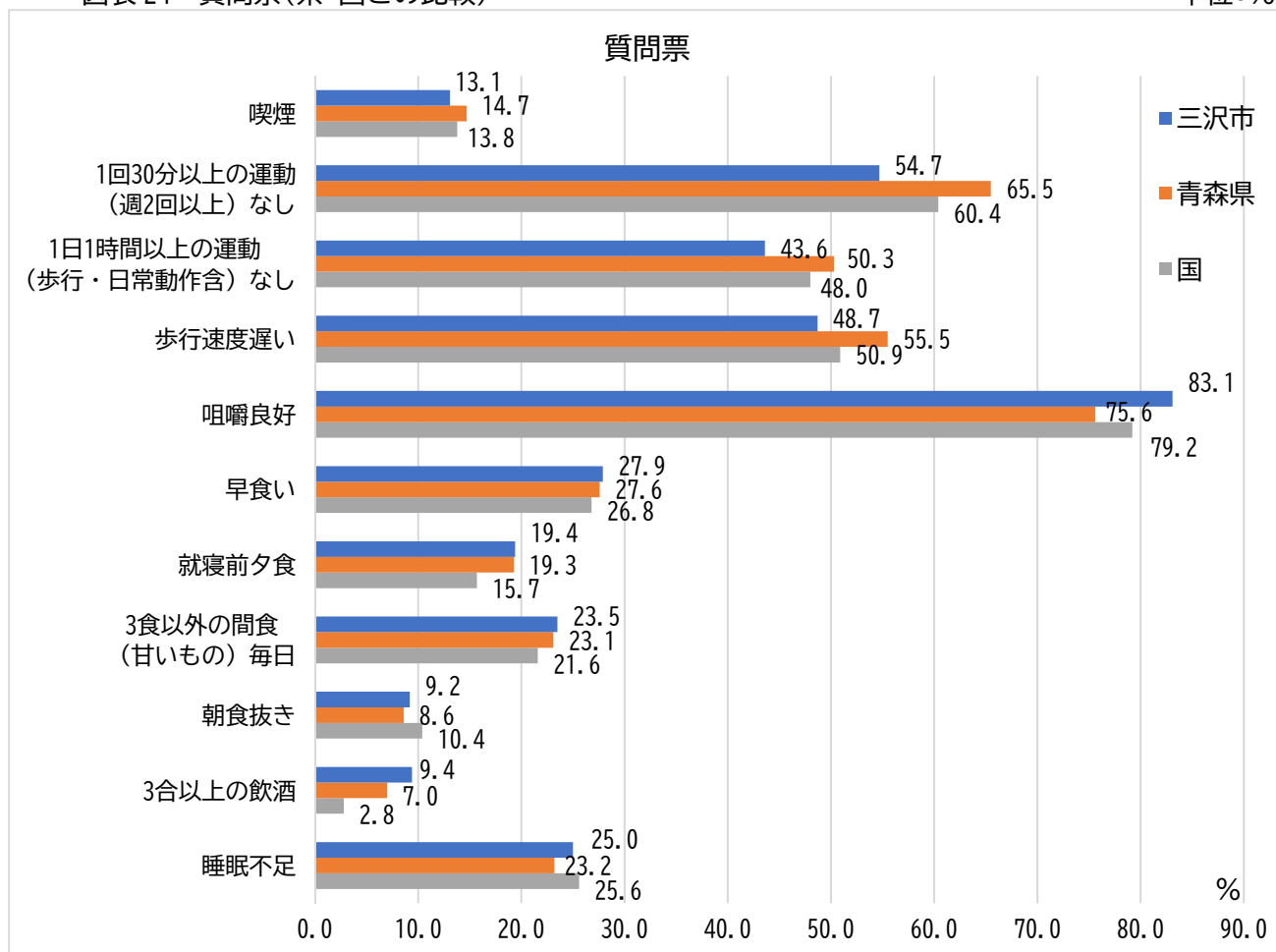
単位：％

質問票項目	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
喫煙	11.8	12.8	13.0	13.1
1回30分以上の運動（週2回以上）なし	51.5	50.9	53.0	54.7
1日1時間以上の運動（歩行・日常動作含）なし	43.5	43.4	44.0	43.6
歩行速度遅い	47.8	45.6	48.1	48.7
咀嚼良好	82.6	80.8	80.3	83.1
早食い	31.0	32.8	29.9	27.9
就寝前夕食	19.0	19.5	18.2	19.4
3食以外の間食（甘いもの）毎日	22.5	23.0	22.5	23.5
朝食抜き	9.0	10.1	11.1	9.2
3合以上の飲酒	8.7	9.1	8.1	9.4
睡眠不足	23.4	23.0	21.8	25.0

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

図表 24 質問票(県・国との比較)

単位：％



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

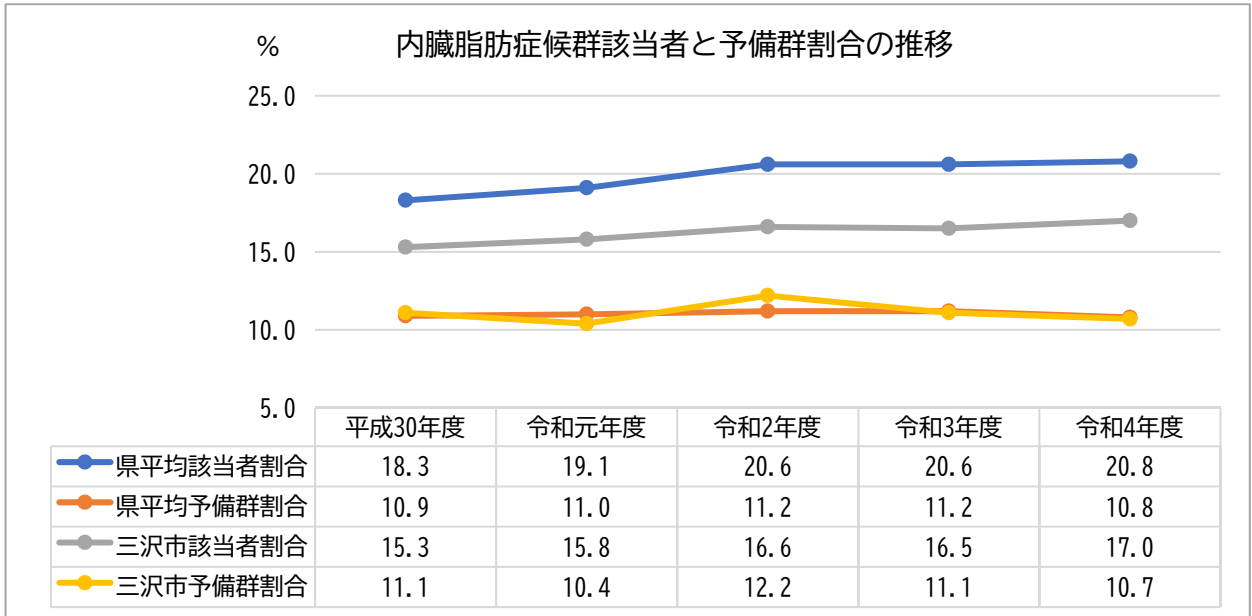
⑤内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合

平成30年度から令和4年度まで、内臓脂肪症候群該当者割合は県平均よりも少なくなっています。また、予備群割合では県平均並みとなっています。

男女別にみると、令和4年度では男性の内臓脂肪症候群予備群の割合が県平均よりも高くなっています。

図表 25 内臓脂肪症候群該当者と予備群者の割合

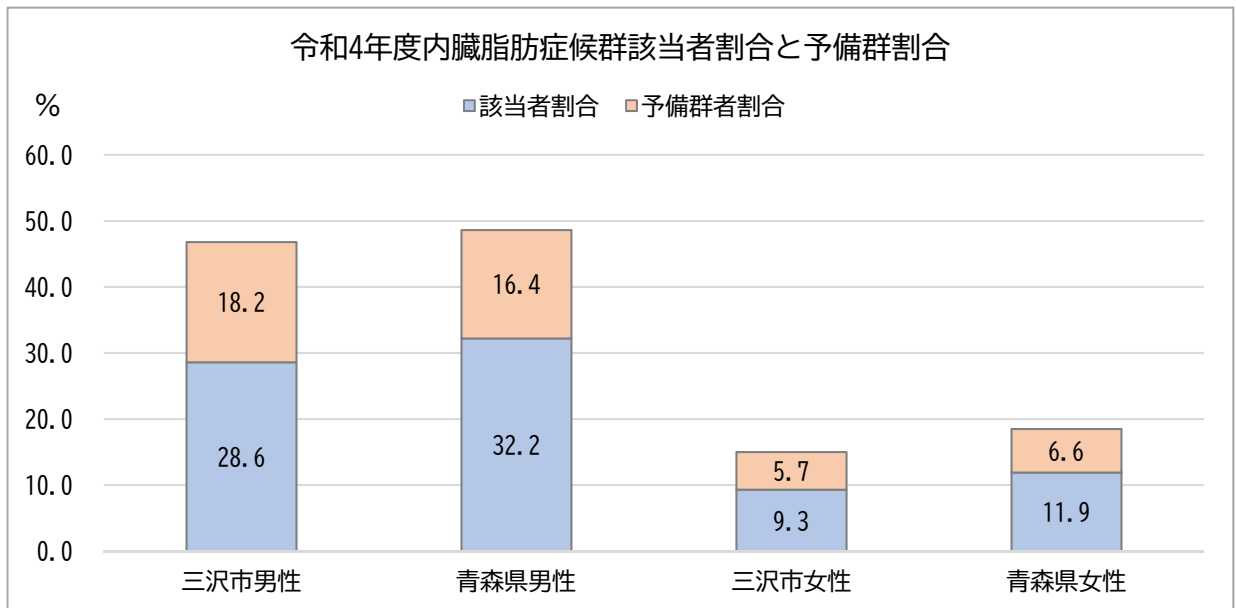
単位：％



資料：青森県特定健診・特定保健指導実施状況、法定報告

図表 26 令和4年度内臓脂肪症候群該当者割合と予備群割合

単位：％



資料：法定報告

(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析

①健診受診の有無別医療費

健診受診者で医療機関にかかっていない被保険者は 2.3%、一方、未受診者は 17.7%となっています。

また、1人当たり生活習慣病医療費では、健診受診者が 1,374 円であるのに対し、健診未受診者は 13,482 円であり 9.8 倍となっています。

図表 27 健診受診有無別及びリスク要因保有状況別等の医療費

令和 4 年度		医療機関受診あり	医療機関受診なし
健診受診あり	受診者数 (人)	1,231	120
	健診対象者に占める割合 (%)	23.9	2.3
	うち生活習慣病あり (人)	832	
	受診者に占める割合 (%)	67.6	
健診受診なし	未受診者数 (人)	2,892	915
	健診対象者に占める割合 (%)	56.1	17.7
	うち生活習慣病あり (人)	2,037	
	未受診者に占める割合 (%)	70.4	

資料：KDB「医療機関受診と健診受診の関係表」

図表 28 健診受診者、未受診者における生活習慣病等 1人当たり医療費(単位:円)

令和4年度 入院+外来	健診受診者			健診未受診者		
	三沢市	県	国	三沢市	県	国
健診受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数	1,374	2,291	2,031			
健診未受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数				13,482	14,012	13,295
健診受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数 (生活習慣病患者数)	3,998	6,279	6,142			
健診未受診者の生活習慣病医療費総額 /健診対象者数 (生活習慣病患者数)				39,218	38,404	40,210

資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

②受診勧奨者医療機関非受診率・未治療者率

県平均に比バ、受診勧奨者医療機関非受診率、未治療者率いずれも高くなっています。

図表 29 受診勧奨者医療機関非受診率・未治療者率

単位：％

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	三沢市	青森県	三沢市	青森県	三沢市	青森県	三沢市	青森県
受診勧奨者医療機関非受診率	3.3	3.9	4.5	4.3	4.5	4.3	5.2	4.4
未治療者率	4.6	5.3	5.7	5.2	5.5	2.6	6.4	4.6

資料：KDB「地域の全体像の把握」

③生活習慣病の患者数・患者割合

患者割合では高血圧、脂質異常症、糖尿病の順で多くなっています。

主要生活習慣病の患者割合は横ばい、または微増傾向にあります。令和5年5月と令和2年5月を比較すると、糖尿病は1.4ポイント、高血圧は1.9ポイント増えています。

図表 30 主要生活習慣病患者数及び患者割合の推移

	性別	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
糖尿病	男性	539	14.1	555	14.6	571	15.5	575	16.1
	女性	417	9.8	398	9.3	404	9.8	414	10.5
	計	956	11.8	953	11.8	975	12.5	989	13.2
高血圧	男性	848	22.1	873	22.9	880	23.9	888	24.9
	女性	801	18.8	799	18.7	813	19.8	785	20.0
	計	1,649	20.4	1,672	20.7	1,693	21.7	1,673	22.3
脂質異常症	男性	577	15.1	614	16.1	628	17.0	650	18.3
	女性	810	19.0	777	18.2	774	18.8	758	19.3
	計	1,387	17.2	1,391	17.2	1,402	18.0	1,408	18.8
虚血性心疾患	男性	138	3.6	145	3.8	139	3.8	148	4.2
	女性	97	2.3	82	1.9	70	1.7	73	1.9
	計	235	2.9	227	2.8	209	2.7	221	3.0
脳血管疾患	男性	177	4.6	179	4.7	177	4.8	177	5.0
	女性	137	3.2	141	3.3	136	3.3	129	3.3
	計	314	3.9	320	4.0	313	4.0	306	4.1
人工透析	男性	15	0.4	13	0.3	13	0.4	14	0.4
	女性	9	0.2	8	0.2	8	0.2	8	0.2
	計	24	0.3	21	0.3	21	0.3	22	0.3

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2~3-7」

④生活習慣病の重症化状況

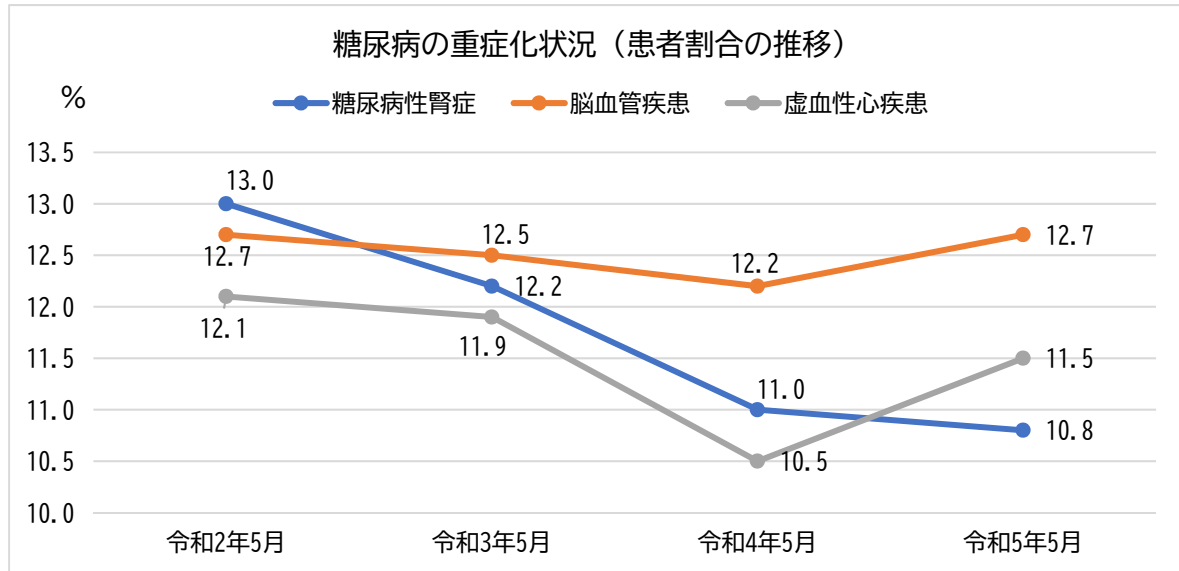
ア. 糖尿病の重症化状況

糖尿病患者のうち糖尿病性腎症の割合は、令和2年5月13.0%でしたが、年々減少し、令和5年5月には10.8%となりました。

しかし、糖尿病の重症化による脳血管疾患は12%台で横ばいの状況です。

図表 31 糖尿病の重症化状況

単位：%



資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」（令和2年～令和5年）

図表 32 糖尿病のレセプト分析

		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月		令和5年5月	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
インスリン療法	男性	53	9.8	55	9.9	55	9.6	44	7.7
	女性	41	9.8	34	8.5	28	6.9	35	8.5
	計	94	9.8	89	9.3	83	8.5	79	8.0
糖尿病性腎症	男性	84	15.6	75	13.5	73	12.8	71	12.3
	女性	40	9.6	41	10.3	34	8.4	36	8.7
	計	124	13.0	116	12.2	107	11.0	107	10.8
糖尿病性網膜症	男性	38	7.1	41	7.4	39	6.8	33	5.7
	女性	25	6.0	19	4.8	29	7.2	22	5.3
	計	63	6.6	60	6.3	68	7.0	55	5.6
糖尿病性神経障害	男性	19	3.5	18	3.2	17	3.0	17	3.0
	女性	10	2.4	11	2.8	10	2.5	8	1.9
	計	29	3.0	29	3.0	27	2.8	25	2.5
脳血管疾患	男性	79	14.7	78	14.1	76	13.3	81	14.1
	女性	42	10.1	41	10.3	43	10.6	45	10.9
	計	121	12.7	119	12.5	119	12.2	126	12.7
虚血性心疾患	男性	76	14.1	80	14.4	75	13.1	85	14.8
	女性	40	9.6	33	8.3	27	6.7	29	7.0
	計	116	12.1	113	11.9	102	10.5	114	11.5
人工透析	男性	7	1.3	6	1.1	6	1.1	4	0.7
	女性	4	1.0	4	1.0	4	1.0	4	1.0
	計	11	1.2	10	1.0	10	1.0	8	0.8

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2」（令和2年～令和5年）

イ. 糖尿病ハイリスク者の状況

令和4年度の健診結果をみると、男女ともに60歳以上から有所見者が増加しています。治療中であってもHbA1c7.0~7.9の者は男性20名、女性17名、HbA1c8.0以上の者は男性9名、女性3名でした。治療なしの7.0以上は、男性4名、女性0名でした。

図表33 糖尿病ハイリスク者の治療の有無

単位：人

男性	総数	6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上	
		治療あり	治療なし	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし
40~49歳	39	0	1	1	0	0	0
50~59歳	63	1	0	1	0	0	0
60~69歳	189	8	0	6	3	4	0
70~74歳	210	17	2	12	0	5	1
総計	501	26	3	20	3	9	1

女性	総数	6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上	
		治療あり	治療なし	治療あり	治療なし	治療あり	治療なし
40~49歳	66	2	0	0	0	0	0
50~59歳	70	0	1	1	0	0	0
60~69歳	285	5	1	7	0	2	0
70~74歳	341	11	0	9	0	1	0
総計	762	18	2	17	0	3	0

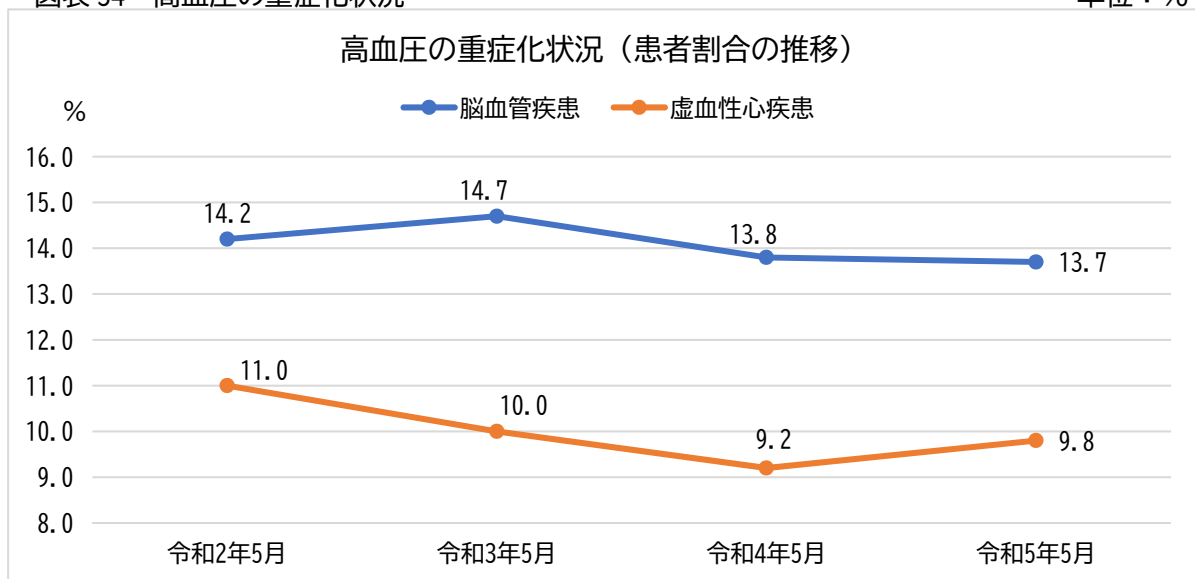
資料：健診ツリー図（令和4年度）

ウ. 高血圧の重症化状況

高血圧症のうち約8~10%が脳血管疾患、約10~12%が心疾患にかかっています。

図表34 高血圧の重症化状況

単位：%



資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-3」

エ. 高血圧のハイリスク者の状況

令和4年度の健診結果をみると、60歳以上で有所見者が増加しています。保健指導が必要な保健指導値（収縮期血圧130mmHg以上かつまたは拡張期血圧85mmHg）以上の者は全体の47.7%でした。

図表35 高血圧保健指導判定値以上の者

	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～74歳	計
男性（人）	17	28	105	120	270
女性（人）	8	22	154	191	375
計（人）	25	50	259	311	645
集計対象者数（人）					1,351
割合（%）					47.74

資料：KDB「健診ツリー図」（令和4年度）

(5) 介護費関係の分析

①介護給付費の状況（1件当たり給付費（円））

1件当たり介護給付費は県や国平均より高くなっています。

図表36 1件当たり介護給付費

単位：円

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
三沢市	77,990	82,334	82,941	80,690
青森県	71,639	73,195	72,901	72,200
国	61,336	61,864	60,703	59,662

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

②介護認定率の状況

介護認定率は県や国平均より低くなっています。

図表37 介護認定率

単位：%

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
三沢市	17.3	16.9	17.2	15.5
青森県	19.3	19.4	19.6	18.5
国	19.6	19.9	20.3	19.4

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

2. 課題の整理

項目	分析結果から導き出された課題
健康寿命 死因・標準化死亡比	<ol style="list-style-type: none"> 1. 男性の健康寿命（平均自立期間）は国より 1.9 歳短くなっています。一方、女性は国より 0.6 歳長くなっています。 2. 男女とも糖尿病の標準化死亡比が顕著に高いです。 3. 死因 1 位はがんであり、死亡率も増加傾向にあります。死因 2 位の心疾患の死亡率も増加傾向にあります。
医療費データ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 外来の医療費では糖尿病が最も多くなっています。 2. がん、糖尿病、慢性腎臓病（透析）にかかる医療費割合が徐々に増加しています。 3. 糖尿病、高血圧症、脂質異常症の患者割合は年々増加傾向にあります。 4. 糖尿病患者の約 12%以上が脳血管疾患を併発しています。 5. 治療中の血糖コントロール不良者（HbA1c7.0 以上）が少なからず存在しています。（令和 4 年度 49 人） 6. 1 人当たり生活習慣病医療費では、健診未受診者（13,482 円）が健診受診者（1,374 円）より高く、約 9.8 倍となっています。
健診データ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定健診受診率は新型コロナウイルス感染症の影響が続き、20%台で推移しており、青森県や国平均より低くなっています。特に 40～64 歳男性の受診率が低くなっています。 2. 生活習慣では食習慣に課題があり、「早食い」「就寝前に夕食を摂る」割合が、国や県より多くなっています。
介護データ その他	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護認定率は県や国平均より低くなっていますが、1 件当たりの介護給付費は県や国平均より高くなっています。 2. 受診勧奨者医療機関非受診率及び未治療者率が県平均より高くなっています。

第三章 計画全体

1. 本市の健康課題

① 項目	②健康課題	③優先する 健康課題	④対応する 保健事業 番号
A	特定健康診査受診率の向上	1	1.2
B	特定保健指導実施率の向上	2	3
C	糖尿病性腎症重症化予防	3	4
D	生活習慣病重症化予防	4	5
E	医療費の適正化	5	6

2. データヘルス計画全体における目的

項目	データヘルス計画全体における 目的	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)	
A	特定健診受診率の向上	特定健診受診率	26.2%	30.0%	33.0%	36.0%	39.0%	42.0%	45.0%	
A	若年層の受診率向上	40～64歳代男性 の受診率	16.1%	18.0%	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%	30.0%	
B	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実 施率	24.3%	29.0%	32.0%	35.0%	38.0%	40.0%	42.0%	
B	特定保健指導によるメタボ リックシンドローム改善	特定保健指導対 象者の減少率	23.8%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%	
C	糖尿病性腎症重症化予防	新規透析患者数 (糖尿病)	5人	3人	3人	3人	3人	3人	3人	
C	糖尿病性腎症重症化予防	HbA1c8.0以上の 割合	1.03%	1.00%	0.97%	0.94%	0.91%	0.88%	0.85%	
D	生活習慣病重症化予防	糖尿病患者割合	13.2%	13.0%	12.7%	12.4%	12.0%	11.5%	11.0%	
D	生活習慣病重症化予防	高血圧患者割合	22.3%	22.0%	21.7%	21.4%	21.1%	20.9%	20.6%	
D	生活習慣病重症化予防	血圧保健指導判 定値以上の者の 割合	47.7%	47.0%	46.0%	45.0%	44.0%	43.0%	42.0%	
D	生活習慣病重症化予防	運動習慣のある 者の割合	45.3%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%	51.0%	
D	生活習慣病重症化予防	咀嚼良好者の割合 (50歳～74歳)	82.4%	83.0%	83.2%	83.4%	83.6%	83.8%	84.0%	
E	医療費の適正化	1人当たり医療費 (円)	27,152	27,000	26,900	26,800	26,700	26,600	26,500	

3. 個別の保健事業

事業番号	事業名称	重点・優先度
1	AI を活用し未受診者の受診歴等個性を分析した上で行う受診勧奨	1
2	特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策)	5
3	特定保健指導	2
4	糖尿病性腎症重症化予防事業	3
5	生活習慣病重症化予防における保健指導	4
6	重複多受診者等訪問指導事業	6

4. データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略

項目	データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A	対応可能な委託機関との連携体制の整備 AI（人工知能）を活用した未受診者対策事業
B. C. D	対応可能な保健指導支援委託機関への委託継続
C. E	KDB を活用した事業評価と適切な改善による事業継続

第IV章 個別の保健事業

事業番号	1
事業名称	AI を活用し未受診者の受診歴等個性を分析した上で行う受診勧奨
事業の目的	特定健診受診率の飛躍的向上を目指す。
対象者	特定健診の不定期受診者及び連続未受診者
現在までの事業結果	平成 30 年～令和元年度 未受診者の過去の受診歴分析、年齢、性別ごとに 9 パターンのコメントを作成。 令和 2 年度～未受診者の過去 3 年間の健診データ別のコメントを作成。 受診勧奨ハガキに記載する啓発記事(健診日程・生活習慣病の重症化等)を作成し、未受診者リストに従い、対象者別に受診勧奨ハガキを郵送。

今後の目標値

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	特定健診受診率	26.2%	30.0%	33.0%	36.0%	39.0%	42.0%	45.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	未受診者に対する受診 勧奨回数	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回	2 回

現在までの実施方法（プロセス）

過去の受診歴分析、年齢、性別に応じた圧着ハガキを送付。健康集会にて簡易健康測定を行い個別に受診勧奨を実施。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

未受診者の個性（年代、受診歴等）に応じた通知勧奨の結果を分析し、通知勧奨によって通院中未受診の対象者層の受診に対する意識づけを図る。40、50 代に対して DX 手法を用いて受診率向上及び意識づけの強化を図る。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

国保年金課、健康推進課、外部委託機関

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

国保年金課、健康推進課、医療機関、委託業者、地区組織や各団体との連携。

評価計画

委託業者と業務内容や実施方法の検討会の開催を年 1 回以上実施し、対象者に占める通院中未受診者の減少、40、50 代の受診者数および受診率の動向等を評価する。

事業番号	2
事業名称	特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策)
事業の目的	健診結果説明会での丁寧な生活習慣改善指導（高血圧、糖尿病など生活習慣病予防）及び特定健診継続受診勧奨。
対象者	特定健診受診者
現在までの事業結果	保健師、管理栄養士による個別面接指導(健診数値の見方・生活習慣改善)、健康運動指導士等による体成分測定及び個別運動指導、継続受診勧奨を実施。令和3年度からは健診受診者の過去3年間の健診データに基づき誌面(32通り)が変わる保健指導冊子を作成し、郵送。

今後の目標値

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の減少率	23.8%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
アウトプット(実施量・率)指標	健診結果説明会受講者数	85人	100人	110人	120人	130人	140人	150人

現在までの実施方法(プロセス)

保健師、管理栄養士による個別面接指導(健診数値の見方・生活習慣改善)、健康運動指導士等による体成分測定及び個別運動指導、継続受診勧奨を実施。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

より多くの受講者を増やすための参加勧奨の強化を図る。(電話勧奨の導入)通知勧奨の工夫。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

国保年金課、健康推進課、外部委託機関との連携。地区組織や各団体との連携。

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

国保年金課、健康推進課、外部委託機関との連携。地区組織や各団体との連携。

評価計画

参加者の意識及び行動の変容、特定健診受診率及び継続受診率。次年度の有所見割合の変化を評価。

事業番号	3
事業名称	特定保健指導
事業の目的	被保険者が自己の健康状況を自覚し、生活改善のための自主的な取組を継続できるようにする。
対象者	特定健診受診者のうち、メタボリックシンドローム該当者および予備群
現在までの事業結果	対象者に案内を発送し、初回面接を実施。さらに6か月後に電話や手紙、面接等で生活習慣改善の支援や取組を評価。

今後の目標値

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の減少率	23.8%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
アウトプット(実施率)指標	特定保健指導実施率	24.3%	29.0%	32.0%	35.0%	38.0%	40.0%	42.0%

現在までの実施方法(プロセス)

健診結果の返却に合わせて保健指導を実施。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

利用者増加のために勧奨方法の工夫を行う。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

国保年金課、健康推進課、医療機関

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

国保年金課、健康推進課、医療機関、地区組織や各団体との連携。

評価計画

年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

事業番号	4
事業名称	糖尿病性腎症重症化予防事業
事業の目的	糖尿病が重症化するリスクの高い者を対象に、腎不全、人工透析への移行を防止することを含め重症化予防を図る。
対象者	KDB 分析により糖尿病性腎症重症化予防対象者と判定された者
現在までの事業結果	通知案内後、訪問指導を実施。対象者の生活習慣改善の意思表示が確認された。対面で保健指導した全員から生活上の問題点を聞き出し、具体的なアプローチ（医療機関のかかり方、食習慣の改善、運動習慣）を実施できた。

今後の目標値

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	新規透析患者数 (糖尿病)	5人	3人	3人	3人	3人	3人	3人
アウトプット (実施量・率) 指標	電話及び訪問による支援者数	20人	20人	20人	20人	20人	20人	20人

現在までの実施方法 (プロセス)

令和元年度から令和3年度までは健康推進課で実施。令和4年度からは国保年金課へ実施主体を移行し、委託機関が実施。KDB分析により糖尿病重症化予防対象者と判定された方に対し、在宅保健師による訪問指導及び電話支援を実施。

今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

新規の事業対象者への訪問指導実績を上げるとともに保健指導を実施した対象者を継続的にフォローする。

現在までの実施体制 (ストラクチャー)

国保年金課、健康推進課、医療機関、外部委託機関

今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

国保年金課、健康推進課、医療機関、外部委託機関、地区組織や各団体との連携。

評価計画

年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。
訪問指導件数及び内容、保健指導後の生活習慣改善状況、検査数値の改善状況を評価。

事業番号	5
事業名称	生活習慣病重症化予防における保健指導
事業の目的	糖尿病の患者・予備群の血糖値改善、内臓脂肪の減少
対象者	血糖値有所見者 HbA1c5.6 以上
現在までの事業結果	健康運動指導士による運動実践講座や医師等による生活習慣病予防講座、管理栄養士による栄養講座を実施し、参加者の運動習慣定着や食生活の改善につながった。

今後の目標値

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	糖尿病患者割合の減少	13.2%	12.9%	12.6%	12.3%	12.0%	11.7%	11.5%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導参加者数 (延べ)	151人	160人	170人	180人	190人	200人	210人

現在までの実施方法（プロセス）

特定健診のうち HbA1c の数値など「要指導 B」～「医療継続」と判定された方へ個別通知。体成分測定、運動実践、専門家による講話、調理実習・栄養指導を実施。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

参加者のフォローアップと継続的評価。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

国保年金課、健康推進課、医療機関、外部委託機関

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

国保年金課、健康推進課、医療機関、外部委託機関、地区組織や各団体との連携。

評価計画

年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。
事業参加者の身体的状況の変化、行動変容を評価。

事業番号	6
事業名称	重複多受診者等訪問指導事業
事業の目的	重複・頻回受診による体への負担の軽減や医療費の適正化を図る。
対象者	重複受診受診者、頻回受診者、多剤処方、重複服薬者
現在までの事業結果	保健師が対象者を訪問して受診状況を確認しながら生活習慣改善についての支援を行う。

今後の目標値

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	多剤処方割合	16.0%	15.5%	15.0%	14.5%	14.0%	13.5%	13.0%
アウトプット(実施量・率)指標	訪問指導実施率	—	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

現在までの実施方法(プロセス)

保健師が対象者を訪問して受診状況を確認しながら生活習慣改善についての支援を行う。

今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

重複受診者等へのアプローチを増やし、医療費への関心や自ら健康管理を意識する方を増やす。

現在までの実施体制(ストラクチャー)

国保年金課、健康推進課、医療機関

今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

国保年金課、健康推進課、医療機関や薬局への協力の働きかけ。

評価計画

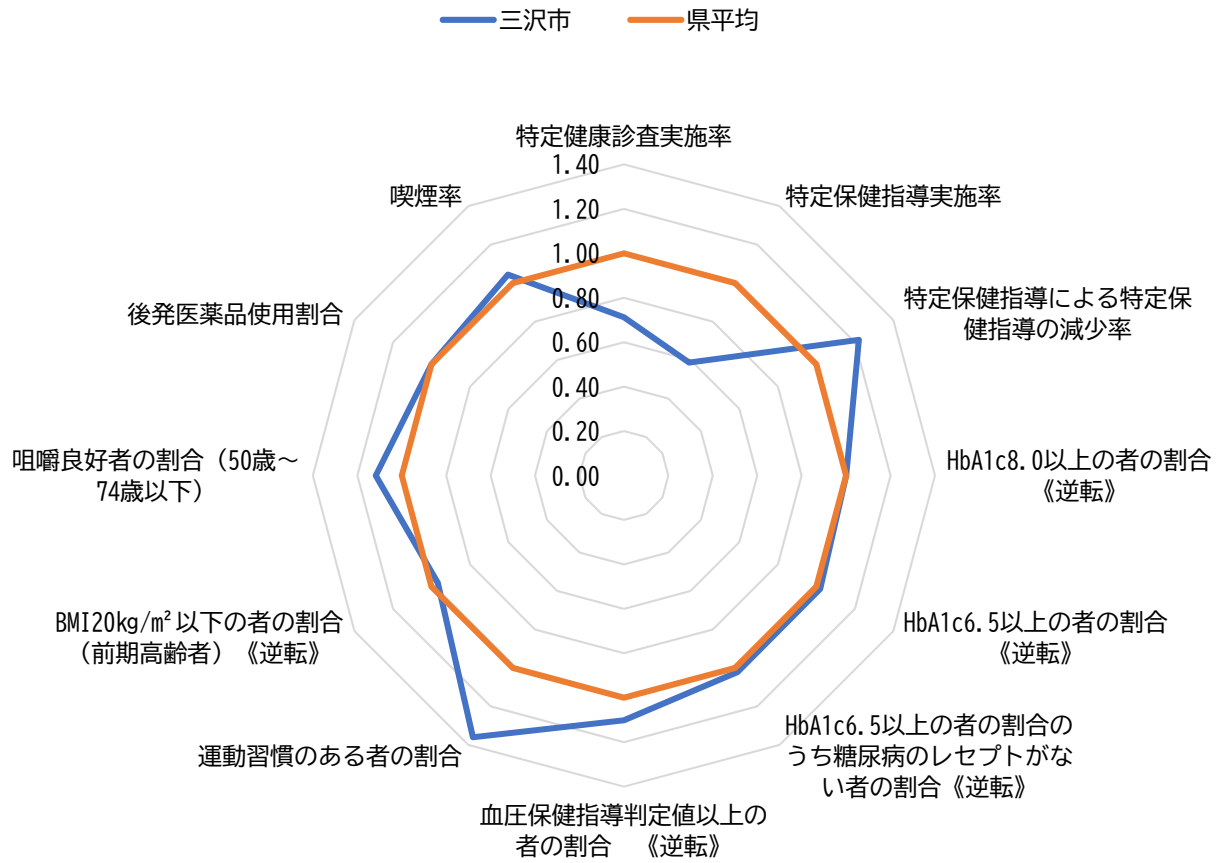
年度毎に評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。

※県平均値との比較

	レーダーチャートの 数値		実績値(%) (令和4年度)	
	三沢市	県平均	三沢市 (a)	県平均 (b)
特定健康診査実施率	0.71	1.00	26.2	36.8
40～64歳の実施率	0.61	1.00	19.8	32.6
65～74歳の実施率	0.65	1.00	30.5	46.7
特定保健指導実施率	0.59	1.00	24.3	41.4
40～64歳の実施率	0.42	1.00	14.3	34.1
65～74歳の実施率	0.64	1.00	31.0	48.2
特定保健指導による特定保健指導の減少率	1.22	1.00	23.8	19.5
40～64歳の減少率	0.99	1.00	22.2	22.5
65～74歳の減少率	0.91	1.00	25.0	27.4
HbA1c8.0以上の者の割合 《逆転》	1.00	1.00	1.0	1.1
40～64歳の8.0以上の割合	1.01	1.00	0.3	1.2
65～74歳の8.0以上の割合	1.00	1.00	1.3	1.1
HbA1c6.5以上の者の割合《逆転》	1.02	1.00	8.1	9.9
HbA1c6.5以上の者の割合のうち糖尿病のレセプトがない者の割合《逆転》	1.02	1.00	8.8	10.7
血圧保健指導判定値以上の者の割合 《逆転》	1.10	1.00	47.7	52.6
運動習慣のある者の割合	1.36	1.00	45.3	33.3
BMI20 kg/m ² 以下の者の割合（前期高齢者）《逆転》	0.97	1.00	18.1	15.3
咀嚼良好者の割合（50歳～74歳以下）	1.12	1.00	82.4	73.8
後発医薬品使用割合	1.00	1.00	82.7	82.7
喫煙率《逆転》	1.04	1.00	13.1	16.8

※ (a/b or (100-a)/(100-b))

三沢市の各指標値実績と青森県平均値との比較



第V章 その他

1. データヘルス計画の評価・見直し

KDB システムの情報を活用し、個別の保健事業の進捗確認を行い、毎年度評価します。さらに、その結果を踏まえて、最終年度となる令和 11 年度前期（令和 8 年度）に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の中間評価を行い、その評価に基づき、見直した内容を次期計画に反映させます。

2. データヘルス計画の公表・周知

策定した計画は、市の広報やホームページに掲載するほか、概要版を作成し、より分かりやすく被保険者及び市民に発信します。

3. 個人情報の取扱い

個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び三沢市個人情報の保護に関する法律施行条例（令和 5 年三沢市条例第 1 号）を遵守し、個人情報の保護に努めます。

4. 地域包括ケアに係る取組

「第 3 次健康みさわ 21 計画」の計画に基づき実施されている健康づくりの推進のため、随時関係機関等と連携を図りながら取組むこととします。

国民健康保険の保険者として、医療機関からの診療報酬明細書（レセプト）や特定健康診査、特定保健指導等に関する記録等を活用し、健康事業や介護予防、生活支援の対象者を抽出し、医療機関未受診者、医療中断者に対する受診勧奨、ハイリスク者に対する保健事業を実施します。

さらに、令和 6 年度以降については「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を積極的に推進していきます。

また、地域ケア個別会議や推進会議に参画し、介護や医療等の専門職、地域の多様な関係者と情報共有を図り、高齢者の自立支援や住み慣れた生活を地域全体で支援していくための地域包括ケアの体制づくりを目指していきます。

5. その他留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、事業運営にかかわる担当者は、青森県国保連合会が実施するデータヘルスに関する研修に積極的に参加し、事業推進に向けて協議する場を設けるものとします。

第VI章 第4期 特定健康診査等実施計画

1. 計画の目的

特定健康診査及び特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発生や重症化を予防し、生活習慣の改善を図ることを目的に、メタボリックシンドロームに着目した健康診査（特定健康診査）を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導（特定保健指導）を行うものです。

2. 第3期計画の実施評価等

(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

① 特定健康診査の計画値と実績値の乖離

特定健康診査の実績における受診率は、2018（平成30）年度から2022（令和4）年度にかけて2割台で推移しています。また、2022（令和4）年度の計画値と実績値の乖離状況は、計画値（55.0%）に対して実績値（26.2%）となり、28.8ポイントを下回っています。

■ 特定健康診査の計画値と実績値の乖離状況

		2018年度 (H30年度)	2019年度 (R元年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)
計 画	対象者数 (人)	6,868	6,540	6,122	5,349	5,148
	受診者数 (人)	2,403	2,616	2,755	2,675	2,832
	目標受診率 (%)	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0
実 績	対象者数 (人)	5,571	5,399	5,430	5,349	5,148
	受診者数 (人)	1,435	1,406	1,177	1,285	1,349
	受診率 (%)	25.8	26.0	21.7	24.0	26.2

資料：特定健診等データ管理システム

② 特定保健指導の計画値と実績値の乖離

特定保健指導の実績における実施率をみると、2019（令和元）年度36.8%をピークに減少傾向にあります。2022（令和4）年度の計画値と実績値の乖離状況は、計画値（55.0%）に対して実績値（26.8%）となり、28.2ポイントを下回っています。

■特定保健指導の計画値と実績値の乖離状況

		2018年度 (H30年度)	2019年度 (R元年度)	2020年度 (R2年度)	2021年度 (R3年度)	2022年度 (R4年度)
計画	実施率 (%)	45.0	45.0	50.0	50.0	55.0
実績	対象者数 (人)	131	133	118	127	121
	終了者数 (人)	20	49	40	34	49
	実施率 (%)	15.3	36.8	33.9	26.8	26.8

資料：特定健診等データ管理システム

(2) 事業の実施状況からみた評価等

① 特定健康診査の実施評価

- 第3期特定健康診査等実施計画期間（平成30年度～令和4年度）の受診率は、目標値には届かず、目標達成はできませんでした。
- 未受診者対策として、健康教育等の機会に受診を呼びかけてきましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度から未受診者の過去3年間の健診データ別のコメントを作成したハガキを個別に郵送し、受診率は、微増ながらも上昇しました。
- 特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策)として保健師、管理栄養士による個別面接指導(健診数値の見方・生活習慣改善)の実施や、健康運動指導士等による体成分測定及び個別運動指導、継続受診勧奨を実施しました。令和3年度から健診受診者の過去3年間の健診データに基づき誌面（32通り）が変わる保健指導冊子を作成し、郵送しました。

② 特定保健指導の実施評価

- 特定保健指導の実施率は目標値には届かず、目標達成はできませんでした。
- 特定保健指導利用によって健康意識が高まり、行動変容につながると考えられることから、利用勧奨を継続する必要があります。

3. 目標設定

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第2項第2号及び国の特定健康診査等基本指針に基づき、特定健康診査等の実施及びその成果に係る2029（令和11）年度の目標数値を次のとおり設定します。

(1) 特定健康診査受診率

特定健康診査受診率は、当該年度における40歳から74歳の被保険者のうち、当該年度1年間を通して国民健康保険の加入者である者が、特定健康診査を受診した割合を表します。

■ 特定健康診査受診率の目標値

	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
特定健康診査 受診率	30.0%	33.0%	36.0%	39.0%	42.0%	45.0%

(2) 特定保健指導実施率

特定保健指導実施率は、特定健康診査受診者で、特定保健指導の対象となった者のうち、特定保健指導を受けた割合を表します。

■ 特定保健指導実施率の目標値

	2024年度 (R6年度)	2025年度 (R7年度)	2026年度 (R8年度)	2027年度 (R9年度)	2028年度 (R10年度)	2029年度 (R11年度)
特定保健指導 実施率	29.0%	32.0%	35.0%	38.0%	40.0%	42.0%

4. 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

(1) 特定健康診査の取組に係る基本的な事項

生活習慣病予防に着目した効果的・効率的な特定健康診査、特定保健指導の実施のための取組を強化します。

- 特定健康診査受診料の無料化の周知に努め、さらに委託医療機関等を増やし受診しやすい環境の整備を行います。
- 特定健康診査受診券にパンフレットを同封し、健診受診の必要性について意識付けを行います。
- 受診券の郵送は、世帯毎ではなく個人宛てにするための予算確保に努めます。
- 集団特性に合わせ、ナッジ[※]等を活用しながら創意工夫をし、未受診者への受診勧奨を強化します。
- 一定期間、医療機関受診歴がなく、特定健康診査受診歴もない対象者に対し、受診勧奨を強化します。

※ナッジ（nudge：そっと後押しする）：行動科学の知見の活用により、人々が自分自身にとってより良い選択を自発的に取れるように手助けする手法。

① 実施対象者

当該年度の4月1日現在、本市に住所を有する40歳から74歳の国民健康保険被保険者の方

② 実施項目

ア. 基本健診項目

質問票	服薬歴、喫煙、飲酒に関する項目 [※] 等
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積）
理学的検査	身体診察
血圧測定	収縮期、拡張期
血液検査	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（絶食10時間未満）、HDLコレステロール、LDLコレステロール 血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c（NGSP値）、やむを得ない場合には随時血糖） 肝機能検査：AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）
尿検査	尿糖、尿蛋白

※質問票の変更点

- ・ 喫煙に関する質問項目について、「過去喫煙していたが、現在は喫煙しない者」を区別するため、回答選択肢を追加：「現在、習慣的に喫煙している者」の条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている
- ・ 飲酒に関する質問項目について、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」をより詳細に把握できるように、飲酒頻度と飲酒量の回答選択肢を細分化するとともに、「禁酒者」を区別するための回答選択肢を追加
- ・ 保健指導に関する質問項目について、特定保健指導の受診歴を確認する質問に変更する。

イ. 詳細な健診項目

(一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施)

- ・心電図検査
- ・眼底検査
- ・貧血検査（赤血球数、血色素量(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（推算糸球体濾過量））

ウ. 追加健診項目

- ・尿中塩分濃度
- ・HbA1c

エ. 情報提供

健診実施後は、全ての健診受診者に対し、速やかに健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）を行います。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行することから、検査結果が示唆する健康状態の解説を含めて、分かりやすくフィードバックするために、結果の通知様式やその方法について検討します。その際、個人によっては体質や生活環境の影響もうけていることから、生活習慣が悪いから病気になったという先入観・偏見を持たないこと、配慮に欠けた言語表現を用いないなど、適切に対応します。受診勧奨判定値を超える検査値を有する者に対しては、医療機関を受診する必要性を通知し、受診勧奨を行います。その際、社会のデジタル化を踏まえ、ICTを活用した情報提供の方法等も検討します。また、特に、専門的な治療を開始する必要がある者に対しては、その必要性を十分に理解できるよう支援した上で、確実に受診勧奨を行います。

③ 実施場所

個別健診	委託医療機関（9か所）で実施
集団健診	三沢市保健相談センター、市内公共施設（2か所）で実施 （健康推進課が実施する「市民がん検診」に合わせて実施している）
みなし健診	委託医療機関（9か所）で実施

※みなし健診：生活習慣病等により、かかりつけ医において治療上行った検査が、特定健康診査と同様の検査項目である場合、本人の同意のもとにかかりつけの医師が三沢市国保年金課に対し、検査結果の情報提供を行うことにより、特定健康診査を受診したとみなすことができるものです。

④ 時期・期間

個別健診	毎年度6月～3月
集団健診	毎年度6月～2月

(2) 特定保健指導の取組に係る基本的な事項

① 指導対象者の選定と階層化

内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・脂質異常・血糖高値等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなります。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、特定保健指導対象者の階層化を行います。

ア. 内臓脂肪蓄積のリスク判定と追加リスクの数の判定と特定保健指導の対象者の選定

特定保健指導の対象者は、特定健康診査を受診した結果、腹囲又はBMIが次の基準に該当する者のうち、下記の(a)～(d)の追加リスクに1項目以上該当する者としてします。

ただし、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を除きます。

腹 囲	男性85cm以上、女性90cm以上、または男性85cm未満、女性90cm未満で、BMIが25以上
追加リスク	血糖 空腹時血糖100mg/dl以上、またはHbA1cが5.6%以上 脂質 空腹時中性脂肪150mg/dl以上（やむを得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 血圧 収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上 質問票 喫煙歴あり (a)から(c)のリスクが1つ以上のみの場合にカウント

イ. 保健指導レベルの分類

追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象になるか、積極的支援になるかの階層化を行います。

■ 指導対象者の階層化

胸 囲	追加リスク		(d)喫煙歴	対 象	
	(a)血糖	(b)脂質 (c)血圧		40～60歳	65～74歳
男性≥85cm 女性≥90cm	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				

※喫煙歴の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

② 指導対象者の重点化

健診実施率又は指導対象者が予定数を上回る場合には、次の項目に着目して重点化を行っています。

- ・ 年齢の比較的若い対象者
- ・ 前年度に比べ、健診結果が悪化し、リスク要因の増えた対象者
- ・ 質問項目の回答により、生活習慣改善の必要が高い対象者
- ・ 前年度、保健指導対象者であったが、指導を受けなかった対象者

③ 実施場所

三沢市保健相談センター

④ 実施方法

階層化された特定保健指導対象者に対し、「標準的な健康・保健指導プログラム(令和6年度版)」に定義される動機づけ支援、積極的支援を実施していきます。特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、アウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元します。また、アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握します。また、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、ICT活用を推進していきます。

ア. 動機付け支援

- 対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるよう、保健師または管理栄養士等の面接による指導のもと行動計画を作成し、生活習慣の改善のための取組に関する動機付けのための支援を行います。
- 支援は原則1回のみです。

イ. 積極的支援

- 動機付け支援と同様の方法により行動計画を策定し、かつ対象者が生活習慣の改善するための取組に資する適切な保健指導による働きかけて一定期間継続して行います。
- 初回時に面接による支援を1回行い、その後3か月以上の継続的な支援を行います。

ウ. 実績評価

- 行動計画作成から3～6か月経過後に面接または通信等を利用した、計画の実績に関する評価を行います。

【成果を重視した特定保健指導の評価体系】

- ・ 腹囲2cm・体重2kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する。
- ・ 行動変容や腹囲1cm・体重1kg減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とする。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とする。

- ⑤ 時期・期間
毎年度7月から翌9月まで

(3) 外部委託の考え方

① 外部委託の有無

ア. 特定健康診査

個別健診	医療機関9か所、外部委託により実施
集団健診	外部委託によりがん検診と併催で実施（健診センター年間36日間）
みなし健診	委託医療機関9か所、外部委託により実施

イ. 特定保健指導

市直営で実施しますが、効率的かつ質の高いサービスを提供するために、必要に応じて保健指導、運動指導、栄養指導等の一部について外部に委託し実施します。

② 外部委託契約の契約形態

外部委託者との個別契約により実施します。

③ 代行機関の利用

健診データの管理・送信事務及び費用の決済については、青森県国民健康保険団体連合会に委託します。

(4) 人間ドックおよび事業主健診等の健診受診者のデータ収集方法

① 国保人間ドックとの調整

国保人間ドックについては、特定健康診査の法定項目を含有する形とし、特定健康診査に代えて実施しています。また、特定健康診査との重複受診はできないものとするため、関係各課との連絡調整を行います。詳細については別途要綱を定めて実施しています。

② 事業主健診等の把握

関係機関の協力を得ながら、国保被保険者を雇用する事業所・各種団体等が行っている健診等の把握に努め、健診データの受領について実施可能な方法を検討します。健診データ提供に協力が得られる場合は、団体等と密に協議を行い、データの受領を図ります。

③ 人間ドックおよび事業主健診等のデータについて

人間ドックにおいては、被保険者本人の同意を得た上で、医療機関から直接データを受領します。

事業主健診等においては、被保険者本人または被保険者本人の同意を得た上で、事業主健診実施機関等からデータを受領します。

人間ドックおよび事業主健診等のデータについては、紙データで受領し、特定健康診査の対象者であることを確認し、特定健康管理データシステムに担当者が入力を行います。

(5) 受診券

① 特定健康診査の受診券

送付対象者と方法	個別健診・集団健診・みなし健診 全対象者に受診券を郵送で交付します。
送付時期	5月上旬

② 特定保健指導の案内通知

送付対象者と方法	特定健康診査受診により階層化し、作成します。
送付時期	7月～翌年5月

③ 紛失等の取扱い

交付状況、受診状況を確認の上、特定健康診査の受診券は国保年金課で再発行します。

(6) 周知や案内の方法

① 受診・利用案内の方法

特定健康診査の実施日及び受診券等の交付方法や、健診受診場所など具体的な実施内容については、広報みさわ、市ホームページ、ケーブルテレビや自治会等地区組織を通じて周知を図ります。特定保健指導の実施日及び実施場所など具体的な内容については、対象者に直接周知します。

② 健診結果

ア. 個別健診

○ 個別健診の健診結果は、健診機関から受診者本人に直接通知します。

イ. 集団健診

○ 集団健診の健診結果は、結果説明会で受診者本人に直接通知します。

ウ. 人間ドック（脳ドック・日帰りドック）

- 人間ドックの健診結果は、健診機関から、受診者本人に直接通知します。

エ. みなし健診

- 生活習慣病等により、かかりつけ医において治療上行った検査が、特定健康診査と同様の検査項目である場合、本人の同意のもとにかかりつけの医師が三沢市国保年金課に対し、検査結果の情報提供を行うことにより、特定健康診査を受診したとみなすことができるものです。

オ. 市内事業主からの検診結果情報の受領

- 事業主健診の健診データを年度末に受領し、特定健康診査の受診者数に追加します。

(7) 年間スケジュール

特定健康診査については、前年度末から上十三医師会、委託医療機関、健診機関と協議の上、日程調整・実施体制等を検討します。

特定保健指導に係わる事業の年間スケジュールは、以下のとおりです。

作業項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
契約	委託期間との調整	■												
	契約準備	■												
	契約	■	■											
特定健康診査	対象者抽出	■												
	受診券発行（再交付）		■	→										
	特定健診の実施			■	→									
	データ受取・費用決済				■	→								
	除外規定該当者確認	■	→											
	事業主健診データ受取													
	受診勧奨（通知・広報・HP・ケーブルテレビ等）						■				■	■		
	健診データ抽出				→									
特定保健指導	対象者抽出				■	→								
	利用券発行				■	→								
	保健指導の実施				■	→								
	利用勧奨				■	→								
その他	計画の評価												■	
	計画の見直し								■					
	次年度事業計画の策定（予算編成）								■					
	実績報告						■							

5. 計画の評価と見直し

(1) 計画の評価について

特定健康診査の受診率・特定保健指導の実施率・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率について、国の定める方法に従って評価を行うものとします。

評価の時期については、毎年国保連への法定報告を行い、11月に前年度の計画達成状況の評価を行うものとします。

なお、2026（令和8）年度には中間評価を、計画期間終了後には最終評価を併せて行うこととします。

(2) 計画の見直しについて

計画の見直しについては、毎年2月までに検討を行い、必要があると認めるときには三沢市国民健康保険運営協議会に諮った上で、見直しを行うものとします。

三沢市国民健康保険
第3期 保健事業実施計画（データヘルス計画書）
第4期 特定健康診査等実施計画

《令和6年度～令和11年度》

発行 令和6年3月

編集 三沢市 市民生活部 国保年金課

住所 〒033-8666 青森県三沢市桜町一丁目1番38号
電話 0176-53-5111（代表）
FAX 0176-52-7519