

市町名: さくら市

2024年度(R6)用 データヘルス計画の評価・見直しの整理表

はデータヘルス計画から転記

保険者の健康課題 (被保険者の健康に関する課題)	
健康課題番号	健康課題 (優先順位付け)
I	男女ともに脳血管疾患の死因別標準化死亡比が高い。
II	男女ともにHDLコレステロールの有所見者数が多く、経年的に増加している。
III	メタボリックシンドローム予備群の割合が国や県と比較して高い。
IV	血糖、HbA1cの有所見者の割合が県より高く、経年的に増えている。
V	1日1時間以上の運動習慣が無い人が多い。
VI	飲酒日の1日当たりの飲酒量が2合以上の人が多い。
VII	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある人が多い。

データヘルス計画全体の目的			生活習慣病の発生予防と重症化予防 被保険者の健康増進と医療費の適正化									
抽出した健康課題に対して、 この計画によって目指す姿												
データヘルス計画全体の目標(データヘルス計画全体の目的を達成するために設定した指標)												
健康課題番号	評価指標番号	評価指標		2019年度(R1)	2022年度(R4)	2024年度(R6)						
				ベースライン	計画策定時実績	目標値	実績値	※評価	達成につながる取組・要素	未達につながる背景・要因	今後の方向性	
I~IV Ⅶ	1	特定保健指導対象者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】			-2.65	-4.65	-0.02					
I~Ⅲ	2	特定健診受診者の有所見者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】	収縮期(130mmHg以上)		-0.33	-2.33	61.95					
	3		拡張期(85mmHg以上)		9.62	7.62	85.30					
Ⅲ~IV	4		HbA1c(5.6%以上)		10.36	8.36	33.86					
	5		空腹時血糖(100mg/dl以上)		-2.55	-4.55	-1.01					
I~Ⅲ	6		中性脂肪(150mg/dl以上)		0.13	-1.87	2.78					
	7		HDL(40mg/dl未満)		-9.31	-11.31	-19.42					
	8		LDL(120mg/dl以上)		-16.16	-18.16	-7.83					
I~IV Ⅶ	9	特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】			8.35	6.35	16.07					
I~IV Ⅶ	10	特定健診受診者の運動習慣のある者の割合(1回30分以上、週2回以上、1年以上実施の運動あり)		40.44	41.09	42.44	39.37					
Ⅲ~IV	11	特定健診受診者の血糖ハイリスク者の割合	HbA1c(8.0%以上)	0.88	0.53	0.49	0.96					
	空腹時血糖(160mg/dl以上)		1.23	1.34	1.18	1.00						
V	13	特定健診受診者のフレイルハイリスク者等の割合	前期高齢者(65~74歳)のうちBMIが20kg/m <sup>2</sup> 以下	16.8	16.65	15.6	79.80					
V~Ⅵ	14		50歳以上64歳以下における咀嚼良好	85.01	86.73	85.84	79.77					
	15		65歳以上74歳以下における咀嚼良好	84.07	81.17	84.73	69.77					

個別の保健事業(データヘルス計画全体の目的・目標を達成するための手段・方法)

健康課題番号	データヘルス計画の目標を達成するための戦略
I~Ⅶ	特定健診、特定保健指導実施機関や関係部署との連携強化。医師団、薬剤師会との協力体制の構築。
I~Ⅶ	特定保健指導実施率向上のための、健診結果説明会での、初回面接同時実施。
I~IV	健康増進部局との連携による、健診異常値放置者への効果的な対象者の抽出と、受診勧奨の実施。
Ⅶ	特定健診受診者の結果説明会等での、フレイル予防の視点での支援の実施。

評価指標番号	事業名称	個別保健事業の評価指標	2019年度(R1)	2022年度(R4)	2024年度(R6)(各年度)					
			ベースライン	計画策定時実績	目標値	実績値	※評価	成功要因	未達要因	事業の方向性
1~15	特定健康診査	◎受診率(%)	46.6	47.3	47.6	50.4	a	市民課、健康増進課、委託業者が連携し、未受診者に対する効果的な勧奨時期や通知内容等を検討した。集団健診の優先予約を導入し、40歳と50歳になる被保険者は前年度の受診の有無に関わらず優先予約とした。ヤング健診の対象者を拡大し、19歳以上の市民へも案内を送付した。  WEB予約を導入し、6割の人がWEBを利用して予約を行った。市民課、健康増進課、委託業者間で適宜打合せを実施し、集団健診についての情報共有や連携体制を明確にした。未受診者受診勧奨については市民課、委託業者間で打合せを実施、健康増進課に校正等の協力を依頼し、勧奨後の対応について共有し連携して対応した。業者委託による勧奨通知発送後のコールセンター開設を実施した。		・40歳、50歳に加え、社会保険を抜けて新規国保加入者が多いと見込まれる61歳と66歳に対して優先予約を実施する。 ・市内薬局へ協力を依頼し、受診勧奨チラシを配布することで医療機関受診者への受診勧奨を行う。
		◎40歳代受診率(%)	29.8	32.6	33	33	a			
		◎50歳代受診率(%)	35.1	34.9	36.1	33.6	b			
		受診勧奨通知率(%)	100	100	100	100	a			
	特定保健指導	◎受診率(%)	69.9	62.2	63.2	-	c	市民課、健康増進課、委託業者で協議し、対象者への案内通知作成等を実施。初回面接と結果説明会を同じ会場で実施したことにより、健康増進課の結果相談会担当と連携して案内等の対応ができた。市民課、健康増進課、委託業者が連携し、各指導日の対象者情報を共有し、連携をとることでスムーズな事業実施ができた。中間報告、年度振り返りの担当者会議を実施し、状況	今年度から委託業者の変更があり、満足度調査を行うには特保修了者がまだ少ないことから、今年度の実施は見送り、実施者の大半の支援が終了する次年度にアンケートを実施することとした。	次年度11月頃にR6年度特保対象者に対しアンケートを実施予定。次年度は結果相談会とは別日の実施や日曜日の実施もあるため、健康増進課との連携体制を整備する。
		◎特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)	23.1	24.3	25.3	-	c			
1・4・5・11・12	糖尿病性腎症重症化予防事業	◎受診勧奨対象者(未治療者)への受診勧奨実施率(%)	56.3	100	100	100	a	栃木県糖尿病重症化予防プログラムに沿って対象者を選定し、委託業者と対象者の直近数年分の健診結果等を基に協議した。保健指導業務委託を実施し、連携して専門職による面談指導と電話指導を実施した。	今年度と同様、委託業者と協議し対象者を選定する。今年度と同様、委託業者と連携した保健指導を実施する。	
		◎受診勧奨対象者(未治療者)の医療機関受診率(%)	5.6	34.2	35.2	23.6	b			
		◎保健指導対象者への保健指導実施率(%)	4.1	11.1	6	12.9	a			
1~12	健診異常値放置者受診勧奨事業	対象者への通知率(%)	44.1	100	100	100	a	市提供データを基に、委託機関が高血圧の他上記疾患の基準にあてはまる対象者も抽出し、事業を実施した。発送後コールセンターを開設し、さらに架電による受診勧奨を実施した。市民課、健康増進課担当が連携して、アドバイザー事業の委託機関から会議等を通じた支援を受け、事業を実施した。	継続支援としてアドバイザー派遣事業を利用し、受診勧奨、R6年度の評価検証を実施予定。継続支援として市民課、健康増進課担当が連携して支援を受け、受診勧奨を実施。継続支援終了後のR8年度からの受診勧奨の体制や方法について協議。	
		対象者の医療機関受診率(%)	13.3	6.5	14.4	-	c			
11・12	受診行動適正化指導事業	指導実施人数(人)	2	7	10	8	b	重複服薬対象者の一覧作成を国保連合保健師に委託。円滑な保健指導を行うために、市民課と健康増進課で意見のすり合わせを行い連携体制を構築した。		今年度と同様に対象者の選定を国保連へ委託して実施予定。今年度同様に市民課、健康増進課とで連携して事業実施予定。
		指導完了者の受診行動適正化割合(%)	50	57	60	50	b			
1~15	インセンティブ事業	参加人数(人)	231	231	300	458	a	事業実施に伴う市民向けの操作説明会や、応募方法についての説明会を実施し、市民が参加しやすいよう支援を行った。健康増進課、市民課、高齢課、農政課でインセンティブ内容を検討、打合せを行い、連携して事業を実施した。		事業実施に伴う市民向けの説明会や、体験セミナーを開催し、市民が参加しやすいよう支援を行う。健康増進課、市民課、高齢課、農政課、商工観光課、スポーツ振興課と事業の手法を検討、打合せを行い、連携して事業を実施していく。
		健康志向が向上した人の割合(アンケートで向上したと回答した人÷参加人数)(%)	-	-	60	72.9	a			

\* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価  
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

事業番号1 特定健康診査

事業の目的	対象者	具体的内容
被保険者の生活習慣病予防	40～74歳の国保被保険者	1. 集団健診 (1)案内送付 4月末に19歳以上の市民に集団健診の案内を送付 (2)実施方法 ・WEB、コールセンター、市への電話(健康増進課、市民課、喜連川市民生活室)にて予約受付 ・昨年度受診者、40歳、50歳は優先予約 4会場で40回実施 がん検診と同日実施 特定健診費用無料 結果相談会の実施 2. 人間ドック ・人間ドック等費用のうち2万円を助成、市民課窓口で申請(15指定医療機関) 3. 未受診者受診勧奨 ・年に3回対象者の個性性に合わせた勧奨はがきを発送 新規国保加入者に対し、受診勧奨案内を配布

目標値		ベースライン (年度)	計画策定時実績 2022年度(R4)	目標値					
指標	評価指標			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	特定健康診査受診率(%)	46.6 ( R1 )	47.3	47.6	48.1	48.6	49.1	49.6	50.1
アウトカム (成果)指標	40歳代受診率(%)	29.8 ( R1 )	32.6	33	33.5	34	34.5	35	35.5
アウトカム (成果)指標	50歳代受診率(%)	35.1 ( R1 )	34.9	36.1	36.6	37.1	37.6	38.1	38.6
アウトプット (実施量・率)指標	対象者への受診勧奨通知率(%)	100 ( R1 )	100	100	100	100	100	100	100

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	特定健診未受診者に対し受診行動につながりやすい勧奨を実施し、受診率向上を目指す。						
前期計画からの改善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
(プロセス) 実施方法	若年層(40代、50代)が行動変容しやすい勧奨方法を検討する。	年度年齢40歳、50歳の被保険者を優先予約とし案内を送付。 ヤング健診対象年齢を19歳以上に拡大。					
(ストラクチャー) 実施体制	若年層に効果的な未受診者への勧奨の事業設計を行う。 委託業者や庁内担当者間の連携、情報共有を徹底する。	優先予約やWEB予約導入のため、市民課、健康増進課、委託業者とで打合せを適宜実施した。					

評価の観点	事業評価計画					評価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
結果(アウトカム)どうなったか	特定健康診査受診率	47.6%	法定報告	年度末 次年度の11月	事業に関わる関係各課・各係	50.4%(見込み)	a			48.1%
	40歳代受診率	33%	法定報告	年度末 次年度の11月		33%	a			33.5%
	50歳代受診率	36.1%	法定報告	年度末 次年度の11月		33.6%	b			36.6%
どれだけやったか (実績)	対象者への受診勧奨通知率	100%	結果報告会 担当者会議	年度末		100%	a			100%
どのよう(プロセス)やったか	適切な通知対象者の抽出及び勧奨作業	適切	結果報告会 担当者会議	年度末		適切	a	市民課、健康増進課、委託業者が連携し、未受診者に対する効果的な勧奨時期や通知内容等を検討した。 集団健診の優先予約を導入し、40歳と50歳になる被保険者は前年度の受診の有無に関わらず優先予約とした。 ヤング健診の対象者を拡大し、19歳以上の市民へも案内を送付した。 WEB予約を導入し、6割の人がWEBを利用して予約を行った。		・40歳、50歳に加え、社会保険を抜けて新規国保加入者が多いと見込まれる61歳と66歳に対して優先予約を実施する。
	若年層(40代、50代)が行動変容しやすい勧奨方法の実施	できた	結果報告会 担当者会議	年度末		適切	a			
誰(ストラクチャー・体制)がどういう体制で	委託業者や庁内担当者間の連携、情報共有の徹底	できた	担当者会議	年度末		できた	a	市民課、健康増進課、委託業者間で適宜打合せを実施し、集団健診についての情報共有や連携体制を明確にした。 未受診者受診勧奨については市民課、委託業者間で打合せを実施、健康増進課に校正等の協力を依頼し、勧奨後の対応について共有し連携して対応した。 業者委託による勧奨通知発送後のコールセンター開設を実施した。		・市内薬局へ協力を依頼し、受診勧奨ちらしを配布することで医療機関受診者への受診勧奨を行う。
	若年層に効果的な未受診者への勧奨の事業設計	できた	担当者会議	年度末		できた	a			

\* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価  
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

市町名:さくら市

2024年度(R6) データヘルス計画における個別保健事業評価表

はデータヘルス計画から転記

事業番号2 特定保健指導

事業の目的	対象者	具体的内容
被保険者の生活習慣病予防	特定健診の結果「動機付け支援」「積極的支援」に該当した面保被保険者	1. 利用勧奨 対象者へ初回面接日を指定して個別通知を送付。初回面接は結果相談日と同日に設定。 2. 動機付け支援 初回面接から3カ月後にメールか手紙で振り返り、実績評価。8カ月に委託先から励ましの手紙を送付。 3. 積極的支援 初回面接後、3カ月間の継続支援を行い(面接やWEBメール、電話等)、初回から3カ月後に実績評価。8カ月後に励ましの手紙を送付。 基本は初回から1カ月後と3カ月後に面接を実施し、面接の間にメールか電話での支援を実施。

目標値		目標値							
指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定時実績 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	特定保健指導実施による対象者の減少率(%)	23.1 (R1)	24.3	25.3	25.8	26.3	26.8	27.3	27.8
アウトプット (実施量・率)指標	特定保健指導実施率(%)	69.9 (R1)	62.2	63.2	63.7	64.2	64.7	65.2	65.7

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略		委託業者や健康増進部局との連携体制を強化し、指導拒否者や途中脱落者の減少を目指す。						
前期計画からの善案・目標		各年度の変更点・改善点						
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
実施方法 （プロセス）	・令和6年度からの制度変更(第4期計画)に沿って、アウトカム評価を導入した保健指導を実施する。 ・利用者アンケートによる満足度調査を実施する。	特定保健指導各日程の終了後に申し送りを行い、委託業者と市職員とで指導状況等の情報共有を目指している。						
実施体制 （ストラクチャー）	・効果的な保健指導が実施できるよう適切な予算確保を行う。 ・委託業者や健康増進部局と連携し、適切な事業計画と目標設定を行う。							

評価の観点	事業評価計画					評 価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
結果(アウトカム)どうか	特定保健指導実施による対象者の減少率	25.3%	法定報告	次年度	事業に関わる関係各課・各係	-	c			35.8%
どれだけ(アウトプット)だったか	特定保健指導実施率	63.2%	担当者会議 法定報告	年度末 次年度11月		-	c			63.7%
どの(プロセス)ようにやったか	アウトカム評価を導入した保健指導の実施	できた	担当者会議	年度末		できた	a	市民課、健康増進課、委託業者で協議し、対象者への案内通知作成等を実施。 初回面接と結果説明会を同じ会場で実施したことにより、健康増進課の結果相談会担当と連携して案内等対応ができた。	今年度から委託業者の変更があり、満足度調査を行うには特保修了者がまだ少ないことから、今年度の実施は見送り、実施者の大半の支援が終了する次年度にアンケートを実施することとした。	次年度11月頃にR6年度特保対象者に対しアンケートを実施予定。
	利用者アンケートによる満足度調査を実施	できた	担当者会議	年度末		できなかった	b			
誰が(ストラクチャー)体制でやったか	効果的な保健指導が実施できるよう適切な予算確保	できた	担当者会議	年度末		できた	a	市民課、健康増進課、委託業者が連携し、各指導日の対象者情報を共有し、連携をとることでスムーズな事業実施ができた。 中間報告、年度振り返りの担当者会議を実施し、状況把握や課題の整理ができた。		次年度は結果相談会とは別日の実施や白曜日の実施もあるため、健康増進課との連携体制を整備する。
	委託業者や健康増進部局と連携した、適切な事業計画と目標設定	できた	担当者会議	年度末		できた	a			

\* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価  
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

市町名:さくら市

2024年度(R6) データヘルス計画における個別保健事業評価表

はデータヘルス計画から転記

事業番号3 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	対象者	具体的内容
被保険者の糖尿病重症化予防	①特定健康診査の結果、空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c(NGSP値)6.5%以上を満たす人のうち、次のいずれかに該当する人。 ・尿蛋白(±)以上 ・血清クレアチニン検査を行った場合、eGFR60ml/分/1.73㎡未満 ②診療報酬明細書の内容において、最近1年間に糖尿病受療歴がある人。 なお、次のいずれかに該当する人は除く。 ・1型糖尿病の若及びがん等で終末期にある人 ・痲痺、精神疾患、認知機能障害等がある人 ・糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっている人 ③そのほか、以下の条件に該当する人は除く。 ・透析療法を開始している人又は透析療法を開始することが予定されている人 ・糖尿病性腎症第4期で、保健指導により病状の維持または改善が見込まれない人 ・その他、かかりつけ医が除外すべきと判断した人	1. 受診勧奨について 栃木県糖尿病重症化予防プログラムに基づき、糖尿病重症化のリスクがある、または、糖尿病性腎症重症化のリスクがある、またはは糖尿病の診断を受けているが治療を中断している人に対して、通知を送付し医療機関への受診を勧奨する。  2. 保健指導について 専門職がかかりつけ医と連携し保健指導対象者のニーズに沿った保健指導を実施する。 ① 保健指導の構成及び期間 保健指導は、初回面談(生活習慣のアセスメント、行動目標の設定)、中間支援(面談による支援を1回、電話による支援を面談月以外で3回)、最終面談(治療状況の確認、行動目標の振り返り、評価等)を実施することを基本とし、初回面談から最終面談までの保健指導実施期間の目安は6か月とする。(別紙1「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」参照) ② 保健指導内容 保健指導対象者の状況を把握し、保健指導対象者自身が健康状態を理解し、生活習慣改善のための取り組みを継続的に行えるよう、阻害要因、促進要因を明らかにし、適切かつわかりやすい助言指導を行う。 ③ 個別保健指導実施計画 かかりつけ医が記入した指示書と保健指導対象者から聴取した身体状況、生活習慣等から保健指導対象者のニーズに沿った保健指導実施計画を個別に作成する。実施に際しては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム(厚生労働省：平成28年4月策定)」、「栃木県糖尿病重症化予防プログラム」を参考とし、保健指導の内容は糖尿病の重症化予防に効果のある内容とする。

指標	評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトカム (成果)指標	受診勧奨対象者(未治療者)の医療機関受診率(%)	56.3 (R1)	34.2	35.2	35.7	36.2	36.7	37.2	37.7
アウトカム (成果)指標	保健指導対象者への保健指導実施率(%)	4.1 (R1)	11.1	6	6.5	7	7.5	8	8.5
アウトプット (実施量・率)指標	受診勧奨対象者(未治療者)への受診勧奨実施率(%)	56.3 (R1)	100	100	100	100	100	100	100

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略		レセプトと健康診査データの詳細分析による、行動変容の可能性の高い指導対象者の抽出と適切な指導の実施。					
前期計画からの善策・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
（プロセス） 実施方法	委託業者と協議し、より効果的な指導対象者の選定基準を検討する。						
（ストラクチャー） 実施体制	・効果的な事業実施に必要な予算確保を行う。 ・委託業者との情報共有を徹底する。						

評価の観点	事業評価計画				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制
結果（結果） アウトカム 結果どうか	受診勧奨対象者(未治療者)の医療機関受診率	35.2%	担当者会議	年度末	事業に関する関係各課・各係
	保健指導対象者への保健指導実施率	6%	担当者会議 事業報告書	年度末	
どれだけやつたか アウトプット 実績績績	受診勧奨対象者(未治療者)への受診勧奨実施率(%)	100	担当者会議	年度末	
どのようにやつたか プロセス 過程	委託業者と協議し、より効果的な指導対象者の選定基準を検討	できた	担当者会議	年度末	
誰がどういう体制で ストラクチャー 体制・構造	効果的な事業実施に必要な予算確保	できた	担当者会議	年度末	
	委託業者との情報共有の徹底	できた	担当者会議	年度末	

評 価				
実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
23.6%	b			35.70%
12.9%	a			6.50%
100%	a			100%
できた	a	栃木県糖尿病重症化予防プログラムに沿って対象者を選定し、委託業者と対象者の直近数年分の健診結果等を基に協議した。		今年度と同様、委託業者と協議し対象者を選定する。
できた	a	保健指導業務委託を実施し、連携して専門職による面談指導と電話指導を実施した。		今年度と同様、委託業者と連携した保健指導を実施する。
できた	a			

市町名:さくら市

2024年度(R6) データヘルス計画における個別保健事業評価表

はデータヘルス計画から転記

事業番号4 健診異常値放置者受診勧奨事業

事業の目的	対象者	具体的内容
健診異常値を放置している対象者へ医療機関受診を促進し、生活習慣病の重症化を防ぐ。	特定健診の結果、国の定める受診勧奨判定値以上の異常値が発生しているが医療機関受診が確認できない人で、異常値放置のリスクが高く勧奨の優先順位が高い人。	保健事業アドバイザー派遣事業の高血圧未受診者への受診勧奨事業を利用（全委託型） 1. 今年度対象者（R5.4～R6.7のレセプトデータ） 血圧：160/100以上 脂質：HbA1c7.0%以上 脂質：LDL180（男性のみ） 腎症：eGFR30以下or尿蛋白2+ 2. 実施内容 ・12月に対象者へ医療機関受診勧奨の通知を送付 ・発送から年度末までコールセンターの開設   ・次年度継続支援で効果検証

目標値		目標値							
指標	評価指標	ベースライン （年度）	計画策定時実績 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	対象者の医療機関受診率（%）	13.3 （R1）	6.5	14.4	15.5	16.6	17.8	18.9	20
アウトプット （実施量・率）指標	対象者への通知率（%）	44.1 （R1）	100	100	100	100	100	100	100

（注1）評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。（注2）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	健診異常値判定数が多い患者など、より優先順位が高い通知対象者を特定し通知を送付する。また、より受診行動を促しやすい通知内容、デザインを検討する。						
前期計画からの善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
（プロセス） 実施方法	健康増進部局と連携して受診勧奨対象者を選定し、勧奨通知を送付する。	保健事業アドバイザー派遣事業により、対象者選定・通知発送等を委託にて実施。					
（ストラクチャー） 実施体制	・効果的な事業実施に必要な予算確保を行う。 ・健康増進課との役割分担を明確化する。	上記事業にて実施のため委託料は無し。 発送後の対応について健康増進課と連携。					

評価の観点	事業評価計画					評 価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
結果（アウトカム） どうなったか	対象者の医療機関受診率	14.4%	事業報告書	次年度	事業に関わる関係各課・各係	—	c			15.5%
アウトプット （実績） どれだけやったか	対象者への通知率	100%	事業報告書	年度末		100	a			100%
プロセス （過程） どのようにやったか	健康増進部局と連携した受診勧奨対象者の選定	できた	担当者会議	年度末		できた	a	市提供データを基に、委託機関が高血圧の他上記疾患の基準にあてはまる対象者も抽出し、事業を実施した。 発送後コールセンターを開設し、さらに架電による受診勧奨を実施した。		継続支援としてアドバイザー派遣事業を利用し、受診勧奨、R6年度の評価検証を実施予定。
ストラクチャー （体制・構造） 誰がどうやってやるのか	効果的な事業実施に必要な予算確保	できた	担当者会議	年度末		できた	a	市民課、健康増進課担当が連携して、アドバイザー事業の委託機関から会議等を通した支援を受け、事業を実施した。		継続支援として市民課、健康増進課担当が連携して支援を受け、受診勧奨を実施。 継続支援終了後のR8年度からの受診勧奨の体制や方法について協議。
	健康増進課との役割分担を明確化	できた	担当者会議	年度末		できた	a			

\* 評価：目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価  
a:達成 / b:未達成 / c:評価困難



市町名:さくら市

2024年度(R6) データヘルス計画における個別保健事業評価表

はデータヘルス計画から転記

事業番号5 受診行動適正化指導事業(重複受診、頻回受診、重複服薬)

事業の目的	対象者	具体的内容
重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少	重複受診者…1か月間に同系の疾病を理由に、3医療機関以上受診している人 頻回受診者…1か月間に同系の疾病を理由に、15回以上受診している人 重複服薬者…1か月間に、同一の効能・効果がある薬剤を複数の医療機関で処方されている人	重複頻回受診者、重複服薬者への、訪問または電話による適切な受診及び療養方法の指導の実施。

目標値		目標値							
指標	評価指標	ベースライン (年度)	計画策定時実績 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	指導完了者の受診行動適正化割合 (%)	50 (R1)	57	60	60	60	60	60	60
アウトプット (実施量・率)指標	指導実施人数(人)	2 (R1)	7	10	10	10	10	10	10

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	対象者の家庭環境や性格等、本人が抱えている問題を考慮した介入や支援方法、連携等を検討し、指導を実施する。						
前期計画からの善案・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
実施方法 （プロセス）	国や県から発信される、多受診者指導の効果的な抽出条件などを踏まえた、対象者決定条件の検討。						
実施体制 （ストラクチャー）	・効果的な事業実施に必要な予算確保を行う。 ・健康増進部局との役割分担を明確化する。	重複服薬者の訪問について、R6年度より同行訪問等支援を国保連合会へ委託せず、市直営で実施。					

評価の観点	事業評価計画					評 価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
結果(アウトカム)どうか	指導完了者の受診行動適正化割合	60%	担当者会議	年度末	事業に関わる関係各課・各係	50%	b			60%
アウトプット(実績)どうか	指導実施人数	10人	担当者会議	年度末		8人	b			10%
どのよう(プロセス)にやったか	多受診者指導の効果的な抽出条件などを踏まえた対象者決定	できた	担当者会議	年度末		できた	a	重複服薬対象者の一覧作成を国保連合保健師に委託。		今年度と同様に対象者の選定を国保連へ委託して実施予定。
誰が(体制・構造)で	効果的な事業実施に必要な予算確保	できた	担当者会議	年度末		できた	a	円滑な保健指導を行うために、市民課と健康増進課で意見のすり合わせを行い連携体制を構築した。		今年度同様に市民課、健康増進課とで連携して事業実施予定。
	健康増進部局との役割分担を明確化	できた	担当者会議	年度末		できた	a			

\* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価  
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難

市町名:さくら市

2024年度(R6) データヘルス計画における個別保健事業評価表

はデータヘルス計画から転記

事業番号7 インセンティブ事業

事業の目的	対象者	具体的内容
被保険者の生活習慣病予防	19歳以上のさくら市民	ウォーキングや生活習慣等の行動目標を決め実践することで、一定数以上のポイントを達成した方に対してインセンティブを付与する。 ①第1弾 a.30日チャレンジ:自分で決めた目標を30日間継続して実施することでポイントを貯める。 b.FUN+WALKチャレンジ:FUN+WALKアプリを用いて歩くことでポイントを貯める。 ②第2弾 第1弾の内容に健診(検診)受診、結果説明会・健康相談を活用しポイントを貯める。

指標	評価指標	ベースライン (年度)	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	参加人数(人)	231 ( R4 )	231	300	300	300	300	300	300
アウトカム (成果)指標		( )							
アウトプット (実施量・率)指標	健康志向が向上した人の割合(%)	- ( R4 )	-	60	60	60	60	60	60
アウトプット (実施量・率)指標		( )							

(注1)評価指標が複数ある場合には、適宜行を追加する。(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

目標を達成するための主な戦略	インセンティブ事業を行うことで健診受診率の向上及び健康の維持増進を図る。						
前期計画からの善策・目標		各年度の変更点・改善点					
		2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
（実施方法）	特定健診や人間ドックの受診、健康教室、健康に関する講座、まちなか相談室、献血等の参加、ウォーキングの歩数に対して付与されるポイントに応じてインセンティブがもらえる仕組みとし、運動習慣の定着や特定健康診査受診率向上に加え、一人でも多くの市民が積極的に健康づくりに取り組むきっかけをつくり、その継続を促進して健康寿命の延伸を図る。	市民に対し、操作説明会と併せて応募説明会の実施。					
（実施体制）	・効果的な事業実施に必要な予算確保を行う。 ・庁内担当者間の役割分担を明確化する。						

評価の観点	事業評価計画					評 価				
	評価指標	目標値	評価手段	評価時期	評価体制	実績値	* 評価	成功要因	未達要因	今後の方向性
結果(アウトカム)どうか	参加人数(人)	300人	担当者会議	年度末	事業に関わる関係各課・各係	458人	a			1,000人
どれだけ(アウトプット)だったか	健康志向が向上した人の割合(%)	60%	担当者会議	年度末		72.90%	a			60%
どのように(プロセス)だったか	事業目的に応じた対象者の選定基準の設定	できた	担当者会議	年度末		できた	a	事業実施に伴う市民向けの操作説明会や、応募方法についての説明会を実施し、市民が参加しやすいよう支援を行った。		事業実施に伴う市民向けの説明会や、体験セミナーを開催し、市民が参加しやすいよう支援を行う。
誰が(ストラクチャ)体制で	事業実施に必要な予算の確保	できた	担当者会議	年度末		できた	a	健康増進課、市民課、高齢課、農政課でインセンティブ内容を検討、打合せを行い、連携して事業を実施した。		健康増進課、市民課、高齢課、農政課、商工観光課、スポーツ振興課と事業の手法を検討、打合せを行い、連携して事業を実施していく。
	健康増進課との役割分担	できた	担当者会議	年度末		できた	a			

\* 評価: 目標値と実績値を比べて、下記の3段階で評価  
a: 達成 / b: 未達成 / c: 評価困難