

平成30年度青森市個別保健事業計画

平成30年4月

青 森 市

税務部 国 保 医 療 年 金 課
保健部 青森市保健所健康づくり推進課

◆◆◆◆◆ 目 次 ◆◆◆◆◆

第1章 総論

1 平成 30 年度個別保健事業計画策定の趣旨	1
-------------------------	---

第2章 第二期青森市国保データヘルス計画で明らかとなった健康課題と取組の方向性

1 健康課題	2
2 平成 30 年度の主な保健事業の取組	3

第3章 個別保健事業計画

1 特定健康診査	4
2 特定保健指導	7
3 生活習慣改善のための対策	12
4 医療費適正化のための訪問保健指導	14
5 高血圧発症予防・重症化予防対策	16
6 糖尿病発症予防・重症化予防対策	
(1) 未受療者への保健指導（糖尿病発症予防対策）	19
(2) 受療中断者等への保健指導（糖尿病重症化予防対策）	21
7 がん検診	25
8 口腔の健康づくり	31
9 たばこ対策	34
10 ジェネリック医薬品	37
11 若年健康診査	39

第4章 終章

1 個別保健事業計画の見直し	42
2 計画の公表・周知	42
3 個人情報保護	42

第1章 総 論

1 平成 30 年度個別保健事業計画策定の趣旨

青森市は、平成 26 年度から同 29 年度までを計画期間とした青森市国保データヘルス計画における保健事業の実施内容について、健康・医療情報の結果を分析しました。この分析結果に基づく健康課題を明確に把握したことを踏まえ、平成 30 年度から同 35 年度を計画期間とする第二期青森市国保データヘルス計画（以下、「第二期データヘルス計画」という。）を策定しました。

そこで、より具体的かつ効果的な保健事業を展開するために、第二期データヘルス計画をベースに、平成 30 年度青森市個別保健事業計画として策定するものです。

第2章 第二期青森市国保データヘルス計画で明らかとなった健康課題と取組

の方向性(第二期データヘルス計画から抜粋)

1 健康課題

青森市の現状

- (1) 死因の中で最も多く、死亡の3割を占める悪性新生物の早期発見と早期治療のため、がん検診の受診率及び精密検査受診率を向上させることが必要です。
- (2) 死因の約6割を占める三大生活習慣病（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）の予防のため、たばこ対策をはじめ、運動や食生活等の生活習慣改善のための対策を進めることが必要です。
- (3) 標準化死亡比（※1）が高く、医療費も高い糖尿病や腎不全に対する発症予防・重症化予防対策が必要です。

※1 標準化死亡比（SMR）：死亡率は通常年齢によって大きな違いがあることから、異なった年齢構成を持つ地域別の死亡率を比較することが出来ない。比較を可能にするために標準的な年齢構成に合わせて、地域別の年齢階級別死亡率を比較する必要がある。標準化死亡比が100より大きい場合、その地域の死亡率は全国より高いと判断され、100より小さい場合、全国より低いと判断される。

健 診

- (1) 特定健康診査受診率が低いいため、受診率向上のための対策が必要です。
 - ・男性の受診率が低い。
 - ・男女共に40～50歳代の受診率が低い。
 - ・初回受診率は低下傾向にある。
 - ・北部及び浪岡東部・浪岡西部の受診率が低い。
 - ・「健康」であることを理由に未受診となっている割合が高い。
 - ・特定健康診査を受けていない方の一人当たりの医療費は、受けている方の1.5倍となっている。
- (2) 特定保健指導実施率が低いいため、実施率向上のための対策が必要です。
 - ・積極的支援及び動機付け支援対象者は男性が多い。
 - ・積極的支援は40～54歳の男性の割合が高く、動機付け支援も男性が対象となる割合が高い。
 - ・特定保健指導終了者は、対象者のうち4割で、国の目標である6割には届いていない。
 - ・メタボリックシンドローム（※2）該当者及び予備群者のうち「高血圧」のリスクを保有する者が多い。

※2 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）：内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうち、いずれか2つ以上を併せ持った状態。

- (3) 生活習慣改善のための対策が必要です。
 - ・BMI（※3）、ALT（GPT）（※4）、血糖（※5）、HbA1c（※6）の異常所見が多い

(国を基準とする)。

- ・「1日1時間以上運動習慣なし」「食べる速度が速い」「週3回以上夕食後に間食」「1日飲酒量が2合以上」「改善意欲なし」と回答した割合が多い(国を基準とする)。

※3 腹囲：はらの周りのこと。

※4 ALT (GPT)：細胞内でつくられる酵素で、主に肝細胞に存在している。体内でのアミノ酸代謝やエネルギー代謝の過程で重要な働きをする。

※5 血糖：血液中のブドウ糖濃度を表す。

※6 HbA1c：赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンに、血液中の糖が統合したもの。過去1～2か月間の平均血糖値を示す。

医 療

- (1) 一人当たり医療費は青森県より高く、年々増加傾向にあるため、医療費を抑制するための対策が必要です。
- (2) 生活習慣病で見ると、糖尿病や高血圧症の医療費割合が多く、また、高血圧症・脂質異常症・糖尿病が保有リスクとして多い傾向にあるため、糖尿病や高血圧症の発症予防・重症化予防対策が必要です。
- (3) 歯肉炎及び歯周疾患の件数が多いため、口腔の健康づくり対策が必要です。
- (4) 20～54歳の年齢階層別医療費では、精神及び行動の障害が1位を占めており、働き盛り世代への精神保健福祉の対策が必要です。

介 護

- (1) 介護認定者のうち、心臓病、高血圧症、筋・骨格系疾患の有病率が高いため、生活習慣病対策が必要です。

2 保健事業の主な取組

- (1) 特定健康診査受診率の向上
- (2) 特定保健指導実施率の向上とメタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合の減少
- (3) 有所見者状況及び生活習慣の改善
- (4) 医療費の適正化のための訪問保健指導等の実施
- (5) 高血圧判定となる者の割合の減少
- (6) 糖尿病判定となる者の割合の減少
- (7) 各種がん検診受診率と精密検査受診率の向上
- (8) 歯周疾患検診受診率の向上
- (9) 成人の喫煙率の減少
- (10) ジェネリック医薬品の利用割合(数量シェア)の増加
- (11) 若年健康診査受診率の向上

第3章 個別保健事業計画

1 特定健康診査

＜現 状＞

- ・特定健康診査受診率（実績）は、平成 26 年度 39.5%、平成 27 年度 40.3%、平成 28 年度 40.0%となっており、第二期青森市特定健康診査等実施計画で掲げている目標値には届いていません。

＜課 題＞

- ・特定健康診査受診率は、40%台を維持しているものの、目標値には届いていません。
- ・特定健康診査未受診の背景として、初回受診率が低いこと、地域により特定健康診査受診率に差があります。
- ・当該年度に特定健康診査未受診者への電話による受診勧奨では、「特定健康診査を受診しない」と意思表示する者が多く、その理由として「健康である」ことを挙げている者が多いため、意識啓発の取組が必要です。

【事業目的】 特定健康診査の重要性を一人ひとり認識してもらい、自ら毎年受診することで、受診率の向上を図る。

＜対象者＞ 40 歳から 74 歳までの青森市国民健康保険被保険者

＜実施者＞ 税務部国保医療年金課、保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施期間	実施体制・方法
早期からの生活習慣改善に役立つ特定健康診査の重要性を、一人ひとりに認識してもらい、自ら毎年度受診するよう働きかける。	4 月～翌年 3 月	＜実施体系の整備＞ ・特定健康診査の実施方法等について、対象者の実情に即し設定する。 ＜事業周知体制＞ ・広報あおもり、ホームページ、町内会回覧等により、特定健康診査受診勧奨を行う。

事業内容	実施期間	実施体制・方法
		<受診勧奨体制> ・対象者へ特定健康診査受診券を送付して受診勧奨を行う。 ・特定健康診査受診率の低い地区の対象者へ、電話による受診勧奨を行う。 ・当該年度に特定健康診査未受診者へ、ハガキによる受診勧奨を行った後、電話による受診勧奨を行う。 ・当該年度 40 歳となる者へ、電話又は訪問による受診勧奨を行う。 ・当該年度 50 歳となる者へ、電話による受診勧奨を行う。 <医療機関との連携体制> ・青森市医師会を通じて、各医療機関へ受診勧奨のための依頼文を送付するなど、受診率向上に向けた連携を図る。

[評価計画]

㊦

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
目標値 (評価項目・評価指標)	○事業担当者 1 人のほか、電話勧奨スタッフ 2 人、訪問による受診勧奨スタッフ 6 人を配置する。 ○特定健康診査受診券を速やかに発送するため、関係機関との連携を図る。 ○青森市医師会や青森県総合健診センター等の関係機関・関係課との連携を図る。 ○平成 30 年度目標値の特定健康診査受診率に向け、税務部国保医療年金課、保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課で、四半期毎に進捗	○特定健康診査の必要性、重要性についての周知を計画的に実施する。 ・広報あおもり（4 月、10 月） ・ホームページ（4 月） ・町内会回覧（7 月、12 月） ○特定健康診査受診勧奨を計画的に実施する。 ・特定健康診査受診券を送付する。（4 月） ・受診券送付後、40 歳のかたへ電話又は訪問による受診勧奨を行う。（5 月） ・特定健康診査受診率が低い浪岡東西部地区と北部地区の対象者へ電話による受診勧奨を行う。（6 月～9 月）	○特定健康診査受診券送付者数 ○当該年度 40 歳の受診勧奨率 ○浪岡東西部地区と北部地区対象者の受診勧奨率	○特定健康診査受診率 平成 30 年度目標値 43.0%

[評価計画]

の				
	管理する評価会の実施体制を整える。	・青森市医師会を通じて、医療機関にポスター及びチラシを設置し、受診勧奨協力依頼を行う。(6月) ・当該年度未受診者に対して、受診勧奨ハガキを送付する。(10月) ・当該年度未受診者へ、電話による受診勧奨を行う。(10～2月) ○特定健康診査受診券を紛失した場合等は速やかに受診券を再発行し交付する。(随時)		
評価体制・方法・実施時期	○担当者からの実績を取りまとめ、担当チームリーダーが3課実務者と四半期毎に進捗管理の評価会を実施し、それぞれの実務者から各課長へ報告する。(6月、9月、12月、3月)	○特定健康診査の周知及び受診勧奨スケジュールを担当者が作成、チームリーダーと共有し、チームリーダーは進捗をチェックする。(随時) ○チームリーダーは、進捗管理評価会で特定健康診査受診状況を把握し、必要に応じチーム内・課内サポート体制を講じていく。(6月、9月、12月、3月)	○事業担当者は、エクセルで管理したデータから、送付者数や受診率について集計する。(年度末)	○事業担当者は、「特定健康診データ管理システム」から、特定健康診査受診率の進捗について確認する。(毎月末)

2 特定保健指導

＜現 状＞

- ・特定保健指導実施率（実績）は、平成 26 年度 38.2%、平成 27 年度 36.7%、平成 28 年度 40.7%であり、第二期青森市特定健康診査等実施計画で掲げている目標値には届いていません。

＜課 題＞

- ・特定保健指導実施率は、平成 28 年度には 40%を超えたものの、目標値には届いていません。
- ・メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の減少率は、国の目標値である 25%を上回る形で推移しており、現在行っている特定保健指導には一定の効果があると考えられます。
- ・実施率向上のためには、対象者のニーズを把握し、それに合わせた特定保健指導に取り組んでいく必要があります。

【事業目的】 将来的な生活習慣病を予防するため、メタボリックシンドローム該当者及び予備群者となる特定保健指導対象者の減少を図る。

＜対象者＞ 青森市国民健康保険被保険者で特定健康診査を受診した結果、特定保健指導の対象となったかた

＜実施者＞ 保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課、税務部国保医療年金課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施期間	実施体制・方法
対象者へ特定保健指導の利用を促し、メタボリックシンドロームから生活習慣病への移行を予防するため、対象者の状況に即した生活習慣病改善指導を実施する。	6月～翌年5月 （※5月までは、平成 29 年度の対象者へ保健指導を実施）	＜利用体系の整備＞ ・特定保健指導の実施方法等について、対象者のニーズに即した設定をする。 ＜事業周知体制＞ ・広報あおもり、市ホームページ、テレビ・ラジオ広報、町内会回覧等により、特定保健指導の重要性を伝える。 ＜利用勧奨体制＞ ・特定保健指導利用券の発送と併せ、わかりやすい案内チラシを同封する。 ・効果的に勧奨するため、利用券が届いた頃に電話による勧奨や訪問を実施する。

事業内容	実施期間	実施体制・方法
		・勧奨しても利用のないかたに、利用期限が近づいていることを通知する。 ・日中連絡が取れないかたに、夜間・休日の電話等による利用勧奨を行う。 ・青森県総合健診センターでの健診当日に、特定保健指導対象者となる可能性の高いかたへ面接を行い、健診結果確定後の特定保健指導の利用勧奨をする。 <u>対象者：以下の2つの条件を満たすかた</u> ① 腹囲 男性 85cm以上・女性 90cm以上又はBMI25 以上 ② 血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上 ＜医療機関との連携体制＞ ・特定健康診査を実施している医療機関では、特定保健指導の対象者へ健診結果を通知する際に利用勧奨チラシを配布してもらい、実施率向上に向けた連携を図る。 ＜保健指導体制＞ ・利用者の利便性を図るため、集団健診会場（市民センター）で実施する健診結果説明会の場で特定保健指導を実施する。 ・医療機関や青森県総合健診センターで特定健康診査を受診したかたを対象とした健診結果説明会の開催を検討するとともに、同日に特定保健指導を行う体制を整える。 ・利用者のニーズに合わせて、特定保健指導の面接場所（元気プラザ・西部市民センター・アウガのまちなか保健室・自宅等）を設定し実施する。 ・働き盛りの世代のかたも利用しやすいよう、夜間・休日の面談日を設定する。 ・保健指導後の生活習慣改善を更に支援するため、参加者が相互交流を図りながら学ぶ、運動・食生活の実践講座を実施する。

[評価計画]

6

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○実施担当者の役割分担を明確化する。 ○指定医療機関から特定健康診査結果通知時に、特定保健指導対象者へ、直接案内チラシを配付してもらうよう青森市医師会へ依頼し、実施率向上に向け、随時の連携体制をつくる。 ○広報等による周知、対象者への個別勧奨について、いつ、誰が行うのか明確化したスケジュールを作成する。 ○平成 30 年度目標値の実施率達成に向け、保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課、税務部国保医療年金課で、四半期毎に進捗管理する評価会の実施体制を整える。 ○進捗評価において、実施率達成及びアウトカム評価に向けた阻害要因を分析し、実働への反映を図るとともに、次年度予算要求に向けた実施方法を検討する。 ○特定保健指導実施者の保健指導技術向上を図るため、必要な研修へ参加する体制を確保する。	○特定保健指導の必要性、重要性についての周知を計画的に実施する。 ・広報あおもり（7 月、10 月、3 月） ・市ホームページ（4 月） ・特定健康診査等の町内会回覧（実施地区） ○特定保健指導の利用勧奨を計画的に実施する。 ・医療機関を通じた案内チラシの配布（随時） ・特定保健指導利用券送付時に利用案内チラシを同封（6 月～翌年 5 月） ・未利用者へ電話や訪問による勧奨（利用券送付後、2 週間経過後も未利用のかた） ・利用期限の近い未利用者への利用勧奨通知（7 月～9 月、12 月、2 月） ・青森県総合健診センターでの健診当日に特定保健指導対象者となる可能性の高いかたへ面接を行い、健診結果確定後の特定保健指導の利用勧奨をする。 ○利用勧奨後の利用動向を把握し、四半期毎に進捗管理評価会を開催する。（6 月、9 月、12 月、3 月） ○特定保健指導利用者の利便性を図るため、健診の結果が返送される時期に合わせ、健診結果説明会の場で、特定保健指導を実施する。	○特定保健指導実施率 平成 30 年度目標値 43.0% （特定保健指導実施終了者数 目標 671 人） ○年間の初回面接終了者数 目標 743 人 ・委託先実施：210 人 ・直営実施：533 人 （月平均 委託：18 人 直営：45 人） 第三期特定健康診査等実施計画では、平成 30 年度目標を「41.0%」とした。しかし、4 月から担当職員が増員となったことや、実施率向上のために特定保健指導の制度が一部変更になっており、これらのことから目標実施率を上方修正した。 平成 31 年度からは、同 30 年度の実施状況を踏まえて同 35 年度までの目標値 60%達成を目指す。	○メタボリックシンドローム該当者及び予備群者（特定保健指導対象者）の減少率 △25.0% （平成 20 年度比） ※算出方法： （平成 20 年度特定保健指導対象者推定数－平成 30 年度特定保健指導対象者推定数）÷（平成 20 年度特定保健指導対象者推定数） ※「特定保健指導対象者推定数」は、その年の特定健康診査受診率が 100%だった場合の特定保健指導対象者の推定数。

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
		・集団健診地域会場（市民センター等）にて健診を受けられたかた：8会場 11回 ・集団健診（青森県総合健診センター）及び医療機関にて特定健康診査を受けられたかた：平成30年度下半期に向けて、実施会場と時期を検討中。 ○特定保健指導のフォローアップとして「おなかスッキリ講座」を実施する。 ・青森地区：運動編10回、栄養編3回 ・浪岡地区：運動編10回 参加者からのヒアリング等で、保健指導がどれくらい日常生活で実践できているかモニタリングし、アウトカムの阻害要因、促進要因を分析し、効果的な保健指導のあり方等、次年度計画への反映を図る。		
評価体制・方法・実施時期	○担当者からの実績を取りまとめ、担当チームリーダーが3課実務者と四半期毎に進捗管理の評価会を実施し、それぞれの実務者から各課長へ報告する。（6月、9月、12月、3月）	○特定保健指導の周知及び利用勧奨スケジュールを担当者が作成、チームリーダーと共有し、チームリーダーは進捗をチェックする。（随時） ○チームリーダーは、進捗管理評価会で特定保健指導実施状況を把握し、必要に応じチーム内・課内サポート体制を講じていく。（6月、9月、12月、3月）	○担当者は、毎月、特定健診等データ管理システムから抽出した「特定保健指導利用者リスト」「特定保健指導情報ファイル」により実施状況を確認する。（毎月末） ○平成30年度の特定保健指導実施率について、特	○特定健診等データ管理システムから抽出した「健診有所見者状況（男女別・年齢別）」を用いて、減少率を算出する。（翌年10月末以降）

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
評価体制・方法・実施時期			定健診等データ管理システムから抽出した「健診有所見者状況（男女別・年齢別）」により確認する。（翌年 10 月末以降）	

3 生活習慣改善のための対策

<現 状>

- ・特定健康診査受診者の健診項目のうち、BMI、ALT（GPT）、血糖、HbA1c は、国の基準と比較して異常所見割合が高い傾向にあります。
- ・特定健康診査質問票のうち、生活習慣病のリスク要因となる「1 日 1 時間以上運動習慣なし」「食べる速度が速い」「1 日飲酒量が 2～3 合」及び「1 日飲酒量が 3 合以上」について、国の基準と比較して該当する割合が高い傾向にあります。

<課 題>

- ・メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査受診結果と生活習慣の傾向を理解してもらうことは、生活習慣病発症予防対策として有効であることから、生活習慣病のリスクが高いと思われる対象者に保健指導を行う必要があります。

【事業目的】 特定健康診査受診者のうち、生活習慣病発症リスクが多いかたへ保健指導を実施することで、特定健康診査有所見者割合及び生活習慣病リスクの減少を目指す。

<対象者>

- ・特定健康診査受診者のうち、「BMI25 以上」「ALT（GPT）41～60」「空腹時血糖 110～125 mg/dl」「HbA1c6.0～6.4%」「中性脂肪 200～299 mg/dl」の全てに該当する者
- ・特定健康診査問診票について、「1 日 1 時間以上運動習慣なし」「食べる速度が速い」「1 日飲酒量が 2 合以上」の全てに該当する者

<実施者> 税務部国保医療年金課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施時期	実施体制・方針
特定健康診査受診者のうち、有所見及び生活習慣状況で、生活習慣病のリスクが高いと思われる対象者に対し、電話による保健指導を実施し、生活習慣の改善を図る。	6 月～翌年 5 月 ※特定健康診査受診結果は 2 か月後遅れで、特定健診データ管理システムに反映される。	<周知体制> ・広報あおもりで、特定健康診査受診者のうち、生活習慣病のリスクが高いと思われる方に対して、電話等による保健指導を実施することの記事を掲載する。 <保健指導体制> ・電話指導により、食事や運動等の日常生活にかかる指導、助言を行う。

[評価計画]

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○事業担当職員 1 人のほか、保健指導を実施するスタッフを 4 人配置する。 ○保健指導実施のため、指導マニュアルを作成し、訪問保健指導員間で情報共有する。	○電話による保健指導を実施する。 ・対象者を抽出する。(毎月) ・抽出後 1 か月以内を目安に対象者へ電話による保健指導を実施する。(毎月) ・電話指導実施後は、指導記録等を事業担当者へ報告する。(毎月)	○保健指導実施率 40% ※算定の根拠 新規の取組のため訪問保健指導実施率を参考とするが、今後の実績を鑑み修正していく。	○検査項目である BMI、ALT (GPT)、血糖、HbA1c、質問票の「1 日 1 時間以上運動習慣なし」「食べる速度が速い」「1 日飲酒量が 2～3 合」「1 日飲酒量が 3 合以上」を国基準 (100.0) に近づける。
評価体制・方法・実施時期	○訪問保健指導員から報告のあった記録等に関し、事業担当者が実績を集計し、チームリーダー・課長へ報告する。(毎月)	○訪問保健指導員から報告のあった記録等に関し、事業担当者が実績を集計し、チームリーダー・課長へ報告する。(毎月)	○事業担当者は、エクセルで管理したデータから、保健指導率について集計する。(年度末)	○事業担当者は、「国保データベースシステム (KDB)」より、特定健康診査有所見状況及び問診票項目の状況を確認する。(翌年 6 月)

4 医療費適正化のための訪問保健指導

<現 状>

- ・本市の一人あたり医療費は、319,974 円（平成 25 年度）、337,529 円（平成 26 年度）、348,862 円（平成 27 年度）と年々増加しています。

<課 題>

- ・被保険者数及び総医療費は減少傾向にあるものの、一人あたり医療費は青森県より高く、年々増加傾向にあるため、医療費を抑制するための対策が必要です。

【事業目的】 一人あたり医療費が増大しているため、医療費の適正化及び健康づくりの推進を図る。

<対象者> 40 歳～74 歳までの青森市国民健康保険被保険者で、平成 28 年 12 月～平成 30 年 2 月診療のうち、以下のいずれかに該当する者

- ・多受診者（レセプトが 2 枚以上で、かつ、1 か月以上連続している者）
- ・重複受診者（同一月に同一疾患で複数の医療機関への受診が 1 か月以上、かつ、診療日数が 4 日以上の方）
- ・頻回受診（同一月内に同一医療機関を 15 日以上受診した者）

<実施者> 税務部国保医療年金課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施時期	実施体制・方針
多受診や重複受診等の世帯を訪問し、適正受診の啓発や食生活等の生活指導を行う。	6 月～翌年 3 月 ※特定健康診査受診結果は 2 か月後遅れて、特定健診データ管理システムに反映される。	<事業周知方法> ・広報あおもりで、事業実施について周知する。 <保健指導体制> ・対象者へハガキによる事業案内を送付後、対象者へ電話連絡して利用勧奨を行う。

[評価計画]

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○対象者抽出のための要件を関係機関と確認する。(4月) ○事業担当職員1人のほか、訪問保健指導員4人、訪問保健指導事務補助員3人を配置する。(4月) ○市民サービス及びアセスメント能力向上のため、訪問保健指導員同士の情報交換等を行い、保健指導のスキルを高める。(随時) ○保健指導実施者の技術向上のため、必要な研修へ参加する体制を確保する。(随時)	○訪問指導を実施する。(6月～翌3月) ・対象者へ通知を送付する前に、対象者の健診結果等に基づきアセスメントを行い、保健指導の方向性について明確にする。(6月～翌3月) ・対象者にハガキによる案内を送付後、電話で訪問予約をとったうえで訪問指導を行う。(随時) ・訪問保健指導終了後は、指導記録等を事業担当者へ報告する。(毎月)	○訪問保健指導実施率 40%	○指導月前後1年効果測定改善率維持又は－0.05%改善
評価体制・方法・実施時期	○訪問保健指導員から報告のあった記録等に関し、事業担当者が実績を集計し、チームリーダー・課長へ報告する。(毎月)	○訪問保健指導員から報告のあった記録等に関し、事業担当者が実績を集計し、チームリーダー・課長へ報告する。(毎月)	○エクセル管理したデータから、訪問保健指導実施率を算出する。(翌年4月)	○国民健康保険システムの「効果測定」により、指導後1年の効果測定を確認する。(平成32年6月頃)

5 高血圧発症予防・重症化予防対策

<現 状>

- ・医療費データにおいて、疾病別医療費（外来）の高血圧症の医療費は、糖尿病に次いで 2 番目に高く、総医療費の 1 割（9.2%）を占めています。
- ・特定健康診査受診結果において、メタボリックシンドローム該当者及び予備群者のリスク保有状況では、男女、全年代共に、高血圧のリスクを保有している割合が高い傾向にあります。

<課 題>

- ・高血圧症の医療費（外来）は高く、特定健康診査で高血圧判定となるかたの割合は、毎年横ばいであることから、循環器疾患（脳血管疾患・心疾患）を引き起こす要因となる高血圧の発症予防・重症化予防対策として、引き続き生活習慣改善の保健指導や健康教育が必要です。

【事業目的】 高血圧から引き起こされる循環器疾患（脳血管疾患・心疾患）を予防するため、特定保健指導の対象とはならない高血圧のリスクのあるかたへの保健指導を行い、特定健康診査受診者で高血圧判定となるかたを減らす。

<対象者>

- ・高血圧の発症予防：青森市国民健康保険被保険者の特定健康診査受診者（集団健診受診者のみ）で、非肥満（腹囲＜85 男性・＜90 女性、BMI＜25 で、収縮期血圧 140mmHg 以上又は拡張期血圧が 90mmHg 以上のかた、及び関心がある市民
- ・高血圧の重症化予防：青森市国民健康保険被保険者の特定健康診査受診者（集団健診受診者のみ）で、非肥満（腹囲＜85 男性・＜90 女性、BMI＜25）で、収縮期血圧 160mmHg 以上又は拡張期血圧 100mmHg 以上）の高血圧未受療者

<実施者> 保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課、税務部国保医療年金課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施時期	実施体制・方針
特定健康診査の結果、非肥満であるものの、血圧値が高く受療していないかたに、高血圧から引き起こされる循環器疾患（脳血管疾患、心疾患）のリスクを伝え、受療に結びつけるとともに、生活指導を行い、血圧を自己管理できるかたを増やす。	4月～翌年6月頃 ※6月までは平成 29 年度対象者の保健指導を継続	<利用勧奨体制> ・市民センター等での「血圧講座」を年間計画で設定し、広報あおもり・チラシ等で一般市民も参加できるよう周知するとともに、非肥満で、収縮期血圧 140mmHg 以上又は拡張期血圧が 90mmHg 以上のかたへは個別に通知する。（個別通知の対象者抽出は、10 月以降から血圧講座が終了する2月まで毎月実施）

事業内容	実施時期	実施体制・方針
		・非肥満で、収縮期血圧 160mmHg 以上又は拡張期血圧 100mmHg 以上の高血圧未受療者には健診受診後 3 か月以内を目安に個別に訪問通知を送る。 <保健指導体制> ・血圧講座は、保健師、管理栄養士が従事し、血圧のしくみや減塩のコツ、家庭血圧の測定の実践等について健康教育（集団指導）を行う。 ・訪問指導は、対象者への訪問通知後、地区担当保健師が受診に向けた保健指導を実施する。

[評価計画]

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○高血圧発症・重症化予防対策のためのスタッフを配置する。（地区担当保健師 6 人） ○高血圧発症・重症化予防の教育、保健指導を実施する保健師間で、学習会を開催し、指導方法等を共有する。 ○事業担当者が指導方法等をマニュアル化する。	○訪問指導を実施する。 ・対象者を抽出する。（毎月） ・対象者に健診受診後 3 か月以内を目安に訪問通知を発送する。（毎月） ・地区担当保健師に対象者への受診に向けた保健指導の実施を依頼する。（毎月） ・地区保健師は指導実施記録を事業担当者へ提出する。（保健指導終了後） ・事業担当者が保健指導実施形態を集計する。（保健指導期間終了後、指導実施記録が事業担当者の手元に届いた時点） ○血圧講座を実施する。	○保健指導実施率 90% （訪問、来所面接、電話、文書） ○血圧講座参加者の理解度 80% （参加者にアンケートを実施）	○受療率 70% ○特定健康診査受診者で高血圧判定となるかたの割合 23%以下 ※算出方法： 特定健康診査受診者の高血圧判定 平成 26 年度 24.8% 平成 27 年度 23.7% 平成 28 年度 24.1% から設定。

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
		- 参加者の増加を図るための講座内容を検討する。(9月まで) - 対象者を抽出し、講座への参加を勧奨するため、個別通知を発送する。(10月以降、随時) - 血压講座の周知を広報あおもり、ホームページ、フェイスブックに掲載するとともに、各市民センターにチラシを設置する。(12月、1月、2月) - 血压講座を実施する。(12月、1月、2月) - 講座終了の都度、アンケートを集計する。		○血压講座参加者の次年度健診結果の改善率 20% ※算出方法： 平成 27 年度血压講座参加者で当該年度及び次年度に健診結果があり、血压値が改善した割合が 18.6% から設定。
評価体制・方法・実施時期	○マニュアルを踏まえ、参加者の状況に即した教育・保健指導を実施できたかについては講座終了の都度、また、保健指導については3か月に1回スタッフミーティングで評価する。	○マニュアルを踏まえ、参加者の状況に即した教育・保健指導を実施できたか、講座終了の都度、また、保健指導については3か月に1回スタッフミーティングで評価する。(7月以降3か月毎)	○事業担当者が保健指導実施数を集計し、チームリーダーに報告する。(7月以降3か月毎) ○事業担当者がアンケートを集計する。(血压講座終了後)	○事業担当者が対象者のレセプトを見て、受療の有無を確認し、受療率を把握する。(次年度7月以降) ○事業担当者が事業終了後保健指導実施率及び受療率、特定健康診査受診者の血压値判定は次年度6月頃に、血压講座参加者の健診結果は翌々年度6月頃に把握する。

6 糖尿病発症予防・重症化予防対策

(1) 未受療者への保健指導（糖尿病発症予防対策）

<現 状>

- ・全国と比較した標準化死亡比において、腎不全による死亡が青森市男性は全国の2倍近く、女性は約1.5倍、糖尿病による死亡も男性は約1.5倍に及んでいます。
- ・特定健康診査結果において、高血糖の判定割合が全国より高い状況にあります。

<課 題>

- ・糖尿病発症予防の保健指導を行い、受療勧奨をするとともに、生活実態から糖尿病リスクの要因を把握するための取組が必要です。

【事業目的】糖尿病未受療者に対し、受療勧奨を行うとともに、必要に応じた生活習慣改善指導を行い、糖尿病発症予防を図る。

<対象者> 特定健康診査受診者で、非肥満(腹囲<85 男性・<90 女性、BMI25)でHbA1c6.5%以上又は空腹時血糖 126mg/dl 以上（随時血糖 200 mg/dl 以上）の未受療者

<実施者> 税務部国保医療年金課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施時期	実施体制・方針
非肥満者であるものの、空腹時（随時）血糖及びHbA1cの数値が高く、受療していないかたを対象に、糖尿病や合併症のリスクを伝え受療させるとともに生活指導を行い、糖尿病発症予防を図る。	8月～翌年7月	<事業周知> ・広報あおもりで事業実施の周知を行う。 <保健指導体制> ・平成29年度対象者を7月頃まで継続し、平成30年度対象者は8月以降介入開始する。

[評価計画]

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○事業担当者 1 人のほか、訪問保健指導員 4 人と訪問保健指導事務補助員 4 人を配置する。(4月) ○保健指導を実施するため、訪問保健指導員と保健指導の在り方について情報共有する。(4月) ○糖尿病重症化予防対策を実施する保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課との連携を図る。(随時)	○訪問指導を実施する ・特定健診等データ管理システムから特定健康診査受診者を抽出後、対象者をチームリーダー・課長へ報告する。(毎月) ・対象者決定後、チームリーダー・課長へ報告する。(毎月) ・訪問保健指導員は、対象者に通知文を送付後に保健指導を実施する。(毎月) ・保健指導実施後はチームリーダー・課長へ報告する。(毎月)	○介入率(対象者に介入した割合) 100% ○受療率(医療機関への受診に繋がった割合) 100%	○次年度の空腹時(随時)血糖及びHbA1cが維持又は改善している割合 20%
評価体制・方法・実施時期	○訪問保健指導員から報告のあった記録等に関し、事業担当者が月毎の実績を集計し、チームリーダー、課長へ報告する。(毎月) ○保健部健康づくり推進課と浪岡事務所健康福祉課と連携した事案が発生した場合は、チームリーダー、課長へ報告する。(随時)	○訪問保健指導員から報告のあった記録等に関し、事業担当者が月毎の実績を集計し、チームリーダー、課長へ報告する。(毎月)	○エクセル管理したデータから、介入率及び受療率を算出する。(初回面接から約1年半後)	○エクセル管理したデータから、維持又は改善率を算出する。(初回面接から約1年半後)

(2) 受療中断者等への保健指導（糖尿病重症化予防対策）

<現 状>

- ・全国と比較した標準化死亡比において、腎不全による死亡が青森市男性は全国の2倍近く、女性は約1.5倍、糖尿病による死亡も男性は約1.5倍に及んでいます。
- ・腎不全の進行により必要となる人工透析の最大の原因は、糖尿病性腎症です。

<課 題>

- ・腎症等が進行する重症化リスクの高い、受療中断者を受療に結びつけるとともに、糖尿病受療中で重症化するリスクの高いかたに対して、医療機関と連携した保健指導が必要です。

【事業目的】重症化リスクの高い受療中断者等に対し、医療機関と連携のもと、適正な受療及び生活習慣改善の指導を行い、糖尿病の重症化予防を図る。

<対象者> 糖尿病の受療中断者等 ※青森市医師会との協議で対象者基準等を決定します。

<実施者> 保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施時期	実施体制・方針
重症化リスクの高い受療中断者等に対し、医療機関と連携のもと、腎症等の合併症が起こるメカニズムや、継続受療の必要性を分かりやすく指導し、適切な受療へ結びつけるとともに、必要時、生活習慣の改善の指導を行う。	4月～翌年8月	<保健指導体制> ・平成29年度対象者の指導を7月頃まで継続し、平成30年度対象者には、青森市医師会等との協議で対象者の基準等が決定された後、指導開始する。 〔平成29年度対象者への保健指導〕 対象者：平成29年度特定健康診査（集団健診）で、空腹時血糖値126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上、かつ糖尿病の服薬「あり」と回答した者（受療中断傾向のある者を優先して指導する） 実施方法：対象者へ個別通知後、電話で受療状況を確認の上、保健指導を行う。

事業内容	実施時期	実施体制・方針
	4月～翌年3月	<医療機関と連携した実施体制の整備> ・「糖尿病重症化予防プログラム推進委員会（青森市医師会主催）」において、青森市医師会、かかりつけ医、専門医等と連携した糖尿病重症化予防の推進体制の整備を進める。（青森市版糖尿病重症化予防プログラムの作成） 〔協議内容〕○保健指導対象者の基準及び抽出方法 ○かかりつけ医や専門医等との連絡方法 ○保健指導の連絡方法、評価方法 等
	12月～翌年3月	<糖尿病予防講座> ・「血圧講座」に併せて、市民センター等で、保健師等による糖尿病予防に関する健康教育（集団指導）を行う。 ・特定健康診査（集団健診）の結果、非肥満の空腹時血糖値 126mg/dl 以上又は HbA1c6.5%以上の未受療者等に電話等で案内するほか、広報あおりへの掲載、健康教育等で広く参加を呼びかける。

[評価計画]

(評価項目・評価指標) 目標値	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○「糖尿病重症化予防プログラム推進委員会（青森市医師会主催）」へ参画し、医療機関等と連携した実施体制を整備する。 ・昨年度は、受療の有無を対象者から	○「糖尿病重症化予防プログラム推進委員会（青森市医師会主催）」へ参画し、医療機関等と連携した実施体制を整備する。	○保健指導実施率 90% （訪問、来所面接、電話、文書）	○受療中断者の受療率 70%

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	聞き取り、指導を行ったが、「受療中のため指導は不要」と回答する市民が多かった。対象者の抽出方法の検討や保健指導における医療機関等との連携が必要であることから、青森市医師会等と協議し、実施体制を整備する。 ・関係課と連携しながら、「糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」への参画体制を整える。 ・市民の健康データをまとめる。 ・保健指導の実施結果をまとめる。 ○保健指導を実施する。 ・事業に必要な人員を配置する。(保健師 6 人、管理栄養士 1 人) ・保健指導のスキル向上のため、指導従事者は青森糖尿病療養指導研修会に参加し、指導力の平準化を図る。	・「糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」に参画し、青森市の健康データ等の分析資料や保健指導の実施状況等の情報共有をしながら、青森市医師会、かかりつけ医、専門医等との具体的な連携体制について協議する。(4 月から随時) ・協議を踏まえ、青森市版糖尿病重症化予防プログラムを作成する。(3 月まで) ・糖尿病データを見える化し、「糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」に報告するとともに、健康寿命延伸フェアにおいて、市民に周知啓発する。(11 月) ○保健指導を実施する。 ・事業担当者が地区担当保健師に実施方法を説明する。(随時) ・対象者を抽出する。(毎月) ・対象者へ個別通知後、地区担当保健師が保健指導を行う。(毎月)		

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
		・地区担当保健師が指導実施記録を事業担当者へ提出する。(毎月)		
評価体制・方法・実施時期	○「糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」における協議に基づき、保健部健康づくり推進課、税務部国保医療年金課、浪岡事務所健康福祉課が、重症化予防の保健指導ができる体制となっているか、担当者間で確認する。(4月から随時) ○「糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」において、指導の評価方法を明確にする。(4月から随時)	○「糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」に参加した結果について課内及び部内に報告し、次の会議で協議する方向性を確認する。(6月から随時) ○「糖尿病重症化予防プログラム推進委員会」で協議した、青森市医師会、かかりつけ医、専門医等との具体的な連携体制について、浪岡事務所健康福祉課と情報共有し、保健指導を実施し評価する。(6月から随時) ○保健指導の実践と評価を繰り返しながら、青森市版糖尿病重症化予防プログラムを作成し、実績をまとめる。(3月まで)	○事業担当者が、保健指導実施状況を集計し、チームリーダーに報告する。(毎月) ○事業担当者が定期的にスタッフミーティングを行い、保健指導の実施状況について情報共有し、課題に対して改善方法を検討する。(3か月毎)	○事業担当者が受療状況を集計し、チームリーダーに報告する。(事業終了後、次年度9月頃) ○事業担当者が定期的にスタッフミーティングを行い、対象者の受療状況を情報共有し、適切に受療に結びつける保健指導の方法等について検討する。(4月から随時)

7 がん検診

<現 状>

- ・青森市の主要死因別死亡率の第1位は悪性新生物で、全体の31.4%を占めています。また、男女ともに全国よりがんによる死亡の割合が高い状態となっています。

◎平成28年度青森市標準化死亡比（SMR）

胃がん	男性：145.7	女性：122.7
肺がん	男性：116.5	女性：112.1
大腸がん	男性：143.8	女性：129.3
子宮がん		女性：112.9

◎平成28年度がん検診受診率

胃がん：7.5% 大腸がん：13.9% 肺がん：4.6% 子宮頸がん：8.6% 乳がん：11.3%

◎平成27年度がん検診精密検査受診率

胃がん：89.6% 大腸がん：86.1% 肺がん：95.8% 子宮頸がん：93.3% 乳がん：97.2%

<課 題>

- ・がんの早期発見、早期治療のため、各種がん検診受診勧奨と各種がん検診精密検査受診勧奨を行うことが必要です。市で実施しているがん検診の年代別受診率を見ると40～64歳の年代が低いため、働き盛り世代をターゲットに絞り、個別の受診勧奨・再勧奨を行っていくことが必要です。
- ・胃がん検診と大腸がん検診の精密検査受診率は国の目標値である90%に達していないため、青森市医師会や医療機関と連携し、精密検査の対象者を把握し、積極的な受診勧奨を行っていくことが必要です。
- ・青森市と全国健康保険協会青森支部のがん検診受診者数を集約しても各年代の受診率は約2割前後と、国の掲げるがん検診受診率目標の50%に届かない状態です。

【事業目的】 がんの早期発見のため、がん検診の受診率向上とがん検診精密検査受診率の向上を図る。

<対象者> 市民、がん検診精密検査対象者

<実施者> 保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課、税務部国保医療年金課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施期間	実施体制・方法
○がん検診受診率向上 各種がん検診の受診率向上のため様々な機会を捉え、がん検診の積極的な受診を呼びかける。	通年	＜実施体系の整備＞ ・ 郵送、FAX、市ホームページ、窓口、電話により、検診受付を実施する。 ・ 会場毎の受診状況や地域の特性等を考慮しながら、実施回数や会場等、がん検診を受診しやすい環境に整える。 ・ 集団検診で、女性限定や休日検診を設けるなど、受診しやすい体制を整える。 ・ スーパーやショッピングセンター等多くの人が集まる場所で、肺がん検診車による巡回を行い、受診へつなげていく。 ＜事業周知の体制＞ ・ 広報あおもり等で、がん検診の重要性を理解し受診へ結びつくような記事を掲載する。 ・ 特定健康診査受診券送付時に、がん検診の案内を同封し受診勧奨する。 ・ 町内会回覧を利用して、肺がん検診車が巡回する地区で受診勧奨を行う。 ・ 20 歳代の子宮頸がん検診受診率向上のため、市内の大学・短大等へ子宮頸がん検診周知のポスターを掲示する。 ・ 医療機関にがん検診周知のポスターを掲示する。 ＜受診勧奨体制＞ ・ スーパーやショッピングセンター等肺がん検診車の巡回実施時に、他の各種がん検診の受診勧奨を行う。 ・ 特定健康診査申込の機会を捉え、がん検診受診の必要性を伝え、受診勧奨する。

事業内容	実施期間	実施体制・方法
		・個別の受診勧奨・再勧奨（以下、「コール・リコール」という。）を行う。 【対象者】（無料受診者証・無料クーポン券対象者を除く） ○胃がん・肺がん・大腸がん検診：満 50、60 歳男女と満 45、55、65 歳男性 ○子宮頸がん検診：満 40、50、60 歳女性 ○乳がん検診：満 40、50、60 歳女性 ・満 40 歳で胃がん検診、大腸がん検診の無料受診者証未利用者へのコール・リコールの際に、他のがん検診も併せて受診勧奨する。 ・満 21 歳で子宮頸がん検診無料クーポン券未利用者及び 30 歳で子宮頸がん検診の無料受診者証未利用者へのコール・リコールを行う。 ・満 41 歳で乳がん検診の無料クーポン券未利用者へのコール・リコールの際に、他のがん検診も併せて受診勧奨を行う。 ・若年健康診査及び特定健康診査受診勧奨電話の機会を活用して、がん検診の受診勧奨を行う。 ＜医療機関との連携体制＞ ・医療機関に対し、がん検診の受診勧奨を依頼する。
○精密検査受診率の向上 精密検査が必要なかたには、保健師等により、直接精密検査の必要性を説明し、受診勧奨を行う。	6月～翌年5月（※5 月までは、平成 29 年度対象者の精密検査受診勧奨を行う）	＜受診勧奨体制＞ ・電話連絡により、精密検査対象者への受診勧奨を行う。 ・電話連絡がとれないかたは、郵送による受診確認及び受診勧奨を行う。 ＜医療機関との連携体制＞ ・青森県総合健診センターや青森市医師会から、3 か月毎に精密検査受診状況の提供を受け、受診確認と受診勧奨を行う。

[評価計画]

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○実務担当者の役割分担を明確化する。 ○広報あおもり等による周知、検診及び精検未受診者への個別勧奨について、いつ、誰が行うのか明確化したスケジュールを作成し、進捗管理する。 ○検診申し込み受付時に、何がきっかけで申し込んだのか（媒体：広報あおもり、封書、電話等）を聞き取り、周知方法を見直す。 ○担当者が検診及び精検受診の実績表を四半期毎に作成し、関係スタッフと情報共有する。 ○進捗評価において、検診受診率及び精密検査受診率の達成並びにアウトカム評価に向けた阻害要因を分析し、実働への反映を図るとともに、次年度予算要求に向けた実施方法を検討する。 ○次年度の女性限定や休日検診の実施について、青森県総合健診センターと協議する。 ○検診の予約待ち状況について、窓口から情報を収集し、次年度の日程や検診受付定員の見直しをする。	○がん検診の必要性、重要性についての周知を計画的に実施する。 ・広報あおもり、市ホームページ ・肺がん検診車の町内会回覧（実施地区） ・特定健診受診券送付時にがん検診案内を同封（4月末） ・子宮頸がん検診のポスター掲示（5月上旬） ・がん検診普及啓発ポスター掲示（8月） ・市民センターまつり等、イベントへの参加（10月～11月） ○各種がん検診対象者へのコール・リコールを計画的に実施する ・封書によるコール（5月末） ・未受診者へはがきによるリコール（11月） ・クーポン未利用者へ電話によるリコール（12月～1月） ○がん検診精密検査受診データに基づき受診状況を把握し、受診勧奨を計画的に実施する。 ・検診実施3か月後を目安に精検受診勧奨電話をする。（6月、9月、12月、3月） ○平成29年度精検者の精検状況の把握を計画的に実施する。 ・乳がん検診委託医療機関へ文書を送付する。（9月） ・青森県総合健診センターから精検最新状況を受取る。（9月）	○受診者数 ・胃がん検診 92,798 人 ・肺がん検診 92,798 人 ・大腸がん検診 92,798 人 （対象者数 185,597 人） ・乳がん検診 51,393 人 （対象者数 102,787 人） ・子宮頸がん検診 65,049 人 （対象者数 130,098 人） ※対象者はいずれも平成30年4月1日時点 ○精検未受診者に対する受診勧奨率 100%	○受診率目標 ・胃がん検診 50% ・肺がん検診 50% ・大腸がん検診 50% ・乳がん検診 50% ・子宮頸がん検診 50% ○精密検査受診率 90% ※国の「第3期がん対策推進基本計画」の受診率の目標値

目標値（評価項目・評価指標）	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○医療機関や検診機関と連携し、精密検査の対象者の名簿提供の体制づくりを行う。 ○各医師会や検診機関と連携し、検診体制について協議する。	・平成 29 年度精検未受診者へ電話する。（10～11 月） ・精検未把握者へ個別に文書を送付する。（翌年3月） ○がん検診データを見える化し、健康寿命延伸フェアにおいて、市民に周知啓発する。（11 月）		③精検結果未把握率 0%
評価体制・方法・実施時期	○担当者がスケジュールを作成し、四半期毎（6 月・9 月・12 月・3 月）に進捗状況をチームリーダー・課長へ報告し、次年度に向けた検討・評価をする。	○検診受診勧奨及び精検受診スケジュールを担当者が作成し、チームリーダーと共有し、チームリーダーは進捗をチェックする。	○毎月の請求確定後に、検診受診状況を確認する。（毎月末） ○保健福祉総合システムにて勧奨通知者数を確認する。（コール時） ○保健福祉総合システムから検診未受診者を抽出し、送付数を確認する（11 月末） ○精密検査対象者リストを抽出し、青森県総合健診センターから精検受診状況と照らし合わせて未受診者を抽出し、電話勧奨件数を確認する。（3 か月毎）	○保健福祉総合システムから、検診受診者数及び精密検査受診者数の確認をする。

評価体制・方法・実施時期	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
			○保健福祉総合システムから平成 29 年度精密検査受診未把握者リストを作成する。(9月)	

8 口腔の健康づくり

<現 状>

- ・歯周疾患検診受診率は、平成 26 年度 7.8%、平成 27 年度 8.7%、平成 28 年度 10.3%となっています。
- ・疾病別医療費件数では、「歯肉炎及び歯周疾患」が第 2 位となっています。
- ・歯周病者の割合は、平成 26 年度 54.4%、平成 27 年度 57.7%、平成 28 年度 68.8%となっています。

※歯周疾患検診結果より、歯周ポケットが浅いポケット・深いポケットの者の割合

※平成 28 年度から歯周病の評価手法に一部変更があり、歯肉出血と歯周ポケットに分けて確認することになった。そのため、歯周ポケットを有する者が増加した。

<課 題>

- ・歯周疾患検診受診率は、年々上昇傾向にあるものの、目標値である 40%には達していません。歯周病を有する者の割合が増加傾向であるため、歯周病が顕在化するといわれる 40 歳代からの受診者を増やし、歯周病の早期発見・早期治療につなげていく必要があります。

【事業目的】歯周病の早期発見、歯の喪失防止のため、歯周疾患検診受診率の向上を図る。

<対象者> 満 40 歳、50 歳、60 歳、70 歳の市民

<実施者> 保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施期間	実施体制・方法
歯周病の早期発見・早期治療のため、歯周疾患検診を実施し、口腔の健康づくりを図る。	4 月～翌年 3 月	<事業周知体制> ・広報あおもり、市ホームページ、テレビ・ラジオ広報及び健康教育等の機会を通じ歯周病の予防啓発、歯周疾患検診の周知を行う。 <受診勧奨体制> ・歯周疾患検診対象者に個別通知をする際、歯周病予防啓発チラシを同封する。 ・市職員のグループウェアに歯周疾患検診の案内を掲載し、市職員を通じ家族等で歯周疾患検診対象者となるかたへ受診勧奨をする。

事業内容	実施期間	実施体制・方法
		・満 40 歳、50 歳、60 歳でがん検診の未受診者へのコール・リコールの際に、歯周疾患検診も併せて受診勧奨を行う。 <医療機関との連携体制> ・青森市歯科医師会を通じて、指定医療機関に受診勧奨を依頼する。

[評価計画]

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○5月の青森市歯科医師会との会議において、前年度の実施状況について報告し、今年度の実施体制や受診勧奨について確認する。 ○利用勧奨体制について、担当者が年間スケジュールを作成し、四半期毎にアウトプット評価である受診者数等の進捗管理をする。 ○上半期の実績をもとに、その後の利用勧奨体制について、がん検診担当者を含めチーム内でアウトカム評価に向け検討する。	○対象者を抽出して個別通知をし、受診勧奨をする。 ○個別通知の際に、歯周病予防啓発のわかりやすいチラシを作成し、同封する。 ○歯周疾患検診の必要性、重要性についての周知を計画的に行う。 ・広報あおり（6月、11月、2月掲載） ・市ホームページ（4月更新） ・テレビ・ラジオ広報（広報掲載後年3回） ○がん検診未受診者へのコール・リコールに併せて歯周疾患検診の案内を行う。 ○指定医療機関へ受診勧奨協力依頼を受診案内ポスターとともに送付する。 ○市職員のグループウェアを通じ、市職員の家族等に歯周疾患検診の案内を掲載し、受診勧奨を行う。（6月、1月）	○歯周疾患検診受診者数 6,876人 （※平成30年度対象者 17,189人） ○がん検診未受診者のコール・リコールに併せ、歯周疾患検診の案内を実施 100%	○歯周疾患検診受診率 40%

評価体制・方法・実施時期	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○担当者が四半期毎に進捗状況をチームリーダー・課長に報告し、下半期に向けた検討を確認、評価する。(6月、9月、12月、3月)	○担当者が受診勧奨のスケジュールを作成、チームリーダーと共有し、チームリーダーは進捗状況をチェックする。(随時)	○事業担当者が実績を管理確認、四半期毎にチームリーダー・課長に報告する。	○事業担当者が翌年4月に受診率を把握し、チームリーダー・課長に報告する。

9 たばこ対策

＜現 状＞

- ・平成 27 年度特定健康診査受診結果では、全国と比較して女性の喫煙率が 1.3 倍と高い状況です。
- ・平成 28 年度青森市民意識調査では、平成 27 年度に比べ女性の喫煙率が上昇しています。（12.2%→12.6%）

※その他の現状

- ・全国健康保険協会青森支部の業種別喫煙率データでは、運輸業・建設業の喫煙率が高い状況です。

＜課 題＞

- ・女性の喫煙者への働きかけを行う必要があります。
- ・働き盛り世代及び喫煙率の高い業種への禁煙支援を行う必要があります。

【事業目的】喫煙によるがん・生活習慣病を予防するため、喫煙率の減少を図る。

＜対象者＞ 市民

＜実施者＞ 保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施期間	実施体制・方法
青森市たばこの健康被害防止対策ガイドラインに基づき、たばこの健康被害防止啓発や禁煙支援、受動喫煙防止の取組を推進する。	4 月～翌年 3 月	＜たばこの健康被害防止の普及啓発＞ ・世界禁煙デーや禁煙週間に街頭キャンペーン、禁煙パネル展、啓発ポスター掲示等による啓発（スモークフリー・アクション）を行う。 ・飲食店を訪問し、「たばこの煙から子どもを守ろう協力店」事業を周知し、登録店舗数を増やす。 ・広報あおもり、市ホームページ、テレビ・ラジオ広報等により、喫煙の害と禁煙の重要性を伝える。 ・青森市医師会、青森市薬剤師会等と連携し、たばこの健康被害に関する健康教育等を実施する。 ＜禁煙支援＞ ・まちなか保健室において、禁煙相談を実施する。

事業内容	実施期間	実施体制・方法
		・喫煙率の高い事業所等に直接出向き、卒煙サポート講座や出張禁煙相談を実施する。 ・卒煙サポート塾を実施し、卒煙達成者について継続的にフォローする。 ・母子健康手帳交付時、乳児健康診査等において喫煙妊産婦や乳幼児のいる喫煙保護者等への保健指導を行う。

[評価計画]

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○女性の禁煙支援を強化するため、新たに女性向けの禁煙支援事業の案内チラシを作成し、職域健康づくり部会を通じ企業に案内するとともに、乳幼児健康診査や特定保健指導等の機会を捉えた働きかけを行う。 ○職域健康づくり部会等を通じ卒煙サポート塾の塾生を募集する。 ○まちなか保健室での定期的禁煙相談の案内チラシを作成し、職域や地域の健康づくり活動等の場を通じて周知する。 ○働き盛り世代の禁煙支援を強化するため、新たに禁煙相談等の啓発用のチラシを作成し、企業・団体等に周知するとともに、全国健康保険協会青森支部等との連携の元、喫煙率の高い業種を抽出し、その業種に対し出張禁煙相談等の周知を行う。	○世界禁煙デーや禁煙週間におけるスモークフリーアクションで市民への啓発と卒煙サポート塾の案内を行う。(5月、6月) ○職域健康づくり部会において卒煙サポート塾及び禁煙相談、女性向け禁煙相談の案内チラシを配布し呼びかける。(5月、6月) ○あおもり卒煙サポート塾を実施する。 ○あおもり卒煙サポート塾の受講生が卒煙を達成できるよう継続した禁煙指導を行う。(6月～9月) ○喫煙率の高い業種や健康づくり実践企業、職域健康づくりリーダーがいる企業等に直接出向き、出張禁煙相談や禁煙サポート講座を実施する。(7月から) ○まちなか保健室において禁煙相談を実施する。(4月と1月を除く毎月、3月は女性のみ。) ○母子健康手帳交付時や妊産婦訪問指導、乳幼児健康診査、特定保健指導等の機会を捉えた喫煙者への禁煙指導を行う。(随時) ○健康寿命延伸フェアにおいて、たばこデータを見える化し、市民に周知啓発する。(11月)	○禁煙相談者数 延 300 人 ○出張禁煙相談会実施企業 18 社 ※7月から毎月2社にアプローチ ○卒煙サポート塾参加者数 30 人 ○卒煙サポート塾参加者の中で卒煙達成者数の割合 60% ○たばこの煙から子どもを守ろう協力店 累計 250 店舗	○成人の喫煙率の減少 男性 21.1% 女性 10.0%

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○市職員に対して卒煙サポート塾の塾生を募集する。	○卒煙サポート塾や禁煙相談で禁煙を成功した市民を継続的にサポートし、体験をまとめる。(12月から) ○飲食店に直接出向き、たばこの煙から子どもを守ろう協力店への登録を進める。(随時) ○たばこ対策について、「あおもり健康づくり実践企業だより」に掲載し、周知を図る。(3月) ○市職員のグループウェアを通じ家族等に案内する。		
評価体制・方法・実施時期	○事業従事者間で、指導方法等マニュアルを作成し、スタッフと共有する。(4月～5月)	○禁煙支援事業の周知および受診勧奨スケジュールを担当者が作成、チームリーダーと共有し、チームリーダーは進捗をチェックする。(6月～9月) ○マニュアルを踏まえ、参加者の状況に即した教育・保健指導を実施できたか、講座終了の都度、スタッフミーティングで評価する。	○事業担当者が禁煙相談指導状況を確認し、集計する。(毎月) ○事業担当者が参加者数、卒煙達成者数、禁煙継続者数を集計する。(卒煙サポート塾終了後) ○事業担当者が進捗状況、実績をチームリーダー、課長に報告する。	○特定健康診査受診結果を集計し、喫煙率をチームリーダーに報告する。

10 ジェネリック医薬品

<現 状>

- 本市のジェネリック医薬品の数量シェア率は、平成26年度 59.7%、平成27年度 61.9%、平成28年度 66.3%であり、国の目標値（平成29年度半ばまで 70%以上、平成32年9月まで 80%以上）に届いていません。

<課 題>

- 県内10市を見ると、本市の数量シェアは最下位となっています。今後は、最終目標である80%に向け、青森市医師会や薬剤師会と連携し、使用促進に向けた取組を行います。

【事業目的】医療費の適正化のため、ジェネリック医薬品利用割合の拡大を図り、医療費の節減を図る。

<対象者> 35歳以上の青森市国民健康保険被保険者

<実施者> 税務部国保医療年金課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施時期	実施体制・方針
利用差額通知を発送するほか、保健指導等の機会を捉え、ジェネリック医薬品のパンフレット等を配付する。	通年 利用差額通知は年6回 (奇数月)	<事業周知体制> • 広報あおもりでジェネリック医薬品普及啓発のための周知活動を行う。 <利用勧奨体制> • 青森県国民健康保険団体連合会に委託し、ジェネリック医薬品利用差額通知を対象者へ送付する。 • 訪問保健指導等の機会を捉え、ジェネリック医薬品利用促進活動を行う。 • 国民健康保険被保険者証の交付時に、ジェネリック医薬品の利用勧奨カードを渡す。 <関係機関との連携> • 青森県国民健康保険団体連合会と送付回数等について打ち合わせする。 • 青森市医師会、青森市薬剤師会を通じ、ジェネリック医薬品切替のための協力依頼を行う。

[評価計画]

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○青森県国民健康保険団体連合会と利用差額通知業務の委託契約を行う。 ○ジェネリック医薬品に関する知識等を習得するため、情報交換や研修会等の参加を促す。 ○ジェネリック医薬品の周知を速やかに行えるよう、国民健康保険被保険者証交付担当チームと協議する。	○ジェネリック医薬品普及啓発活動を行う。 ・広報あおもりへ掲載する。(9月) ・訪問保健指導の機会を捉えて、パンフレットを配付する。(随時) ・国民健康保険被保険者証交付時に、チラシを配付する。(随時) ・青森市医師会、青森市薬剤師会を通じて、ジェネリック医薬品普及のための協力を働きかける。(10月頃) ○対象者へジェネリック医薬品利用差額通知を送付する。(年6回)	○パンフレット配付数 ○ジェネリック医薬品利用差額通知送付数 ○青森市医師会、青森市薬剤師会への依頼回数	○数量シェア率 80%
評価体制・方法・実施時期	○青森県国民健康保険団体連合会との業務委託契約締結後、チームリーダー・課長へ報告する。(4月)	○ジェネリック医薬品普及啓発活動の実施状況について、チームリーダー・課長へ報告する。(9月、3月)	○国保総合システムから「差額通知別集計」で実績を確認する。(毎月)	○国保総合システムから「ジェネリック医薬品利用割合(数量シェア)市町村別一覧表(一般+退職)」で実績を確認する。(毎月)

1 1 若年健康診査

<現 状>

- ・ハガキによる個別通知や町内会回覧、広報あおもりへの掲載等により、受診勧奨を行っており、受診率は、平成 26 年度 7.2%、平成 27 年度 7.7%、平成 28 年度 8.4%と微増となっています。

<課 題>

- ・若年健康診査受診率は微増しているものの、受診者は全体の 1 割にも達していません。
- ・電話による受診勧奨では、若年健康診査対象者であることを認識していないかたも多く、若年健康診査の普及啓発及び受診勧奨を行う必要があります。

【事業目的】 30 歳代から健康診査を実施することにより、より若い世代からの、メタボリックシンドロームに該当するかたやその予備群の早期発見と健康に関する意識の向上を図るため、受診率の向上を図る。

<対象者> 30 歳～39 歳の青森市国民健康保険被保険者

<実施者> 税務部国保医療年金課、保健部健康づくり推進課、浪岡事務所健康福祉課

[事業内容及び実施体制・方法等]

事業内容	実施時期	実施体制・方針
若い世代から健康診査受診の必要性を認識し、将来的に生活習慣病にならないため、若年健康診査受診勧奨を行い、必要に応じ、保健指導を実施する。	4月～翌年3月	〈実施体系の整備〉 ・若年健康診査の実施方法等について、対象者の実情に即し設定する。 〈事業周知体制〉 ・広報あおもり、市ホームページ、町内会回覧等により、若年健康診査受診勧奨を行う。 〈受診勧奨体制〉 ・対象者へ若年健康診査周知用ハガキを送付して受診勧奨を行う。 ・当該年度 30 歳となるかたへ、電話又は訪問による受診勧奨を行う。

事業内容	実施時期	実施体制・方針
		〈医療機関との連携体制〉 ・青森市医師会を通じて、各医療機関へ受診勧奨のための依頼文を送付するなど、受診率向上に向けた連携を図る。

[評価計画]

目標値 (評価項目・評価指標)	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
	○事業担当者1人のほか、電話勧奨スタッフ2人、訪問による受診勧奨スタッフ6人を配置する。 ○若年健康診査勧奨用ハガキを速やかに発送するため、委託業者との連携を図る。 ○若年健康診査受診率向上のため、青森市医師会や青森県総合健診センター等の関係機関との連携を図る。	○若年健康診査の必要性、重要性についての周知を計画的に実施する。 ・市ホームページ（4月更新） ・町内会回覧（7月） ○若年健康診査受診勧奨を計画的に実施する。 ・若年健康診査勧奨用ハガキを送付する。（4月） ・青森市医師会を通じて、医療機関にポスター及びチラシを設置し、受診勧奨協力を行う。（6月）	○周知用ハガキ送付者数 ○当該年度30歳の受診勧奨率	○若年健康診査受診率 9.3%

[評価計画]

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
評価体制・方法・実施時期	○担当者がスケジュールを作成し、進捗状況をチームリーダー・課長へ報告する。 (随時)	○若年健康診査の周知及び受診勧奨スケジュールを担当者が作成、チームリーダーと共有し、チームリーダーは進捗をチェックする。(4月、6月、7月)	○エクセル管理している受診者データから実績を確認する。(6月頃)	○エクセル管理しているデータから受診率を確認する。(6月頃)

第4章 終章

1 個別保健事業の見直し

個別保健事業計画は、次年度に関係課での協議・検討を踏まえ、事業の評価を行います。

2 計画の公表・周知

公表は、青森市のホームページに掲載します。

3 個人情報の保護

本市における個人情報の取扱いは、国民健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン及び青森市個人情報保護条例に基づいて行います。