

第2期データヘルス計画 評価シート

【第2期データヘルス計画の健康課題】								
①糖尿病や高血圧症等の生活習慣病発症予防								
②糖尿病や高血圧症等の重症化による慢性腎臓病及び脳血管疾患予防								

【基本方針】 日出町民の健康寿命の延伸 【基本目標】 いくつになっても、自立し健康で自分らしく生活をおくことができるよう、被保険者の主体的な疾病予防と健康保持増進を図ります。								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

※評価: ^-スライと実績値を比較して、5段階評価								
a改善している								
a*改善しているが、現状のままで目標達成が困難								
b変わらない								
c悪化している								
d評価困難								

評価指標

対策の柱	概要	策定時の取組(計画)	評価指標	実績値						最終目標値	評価※	見直し(中間目標値と比較して記載)					
				H28年度 ^-スライ	H29年度	H30年度	R1年度	中間評価 R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	成功要因	未達要因	事業の方向性			
特定健診等受診率向上対策 【①特定健診・30歳代健診受診率向上対策】	生活习惯病の発症予防には、定期的な健康診査の受診が効果的なことから、一人でも多くの被保険者(町民)の受診を促し、生活習慣病発症予防・改善につなげる。また、特に受診率の低い30~40歳代へのアプローチを行う。	・特定健診の広報活動を積極的に実施 ・未受診者の詳細な分析を行い、未受診者の動向に応じた効果的な受診勧奨の実施 ・がん検診との同日実施を推進し、複合的な健診体制の整備 ・若い世代が健診受診行動に結びつきやすいような健体制の整備(レディース検診等の整備、インターネットによる申込みの簡便性の促進) ・住民組織との協働による特定健診受診勧奨の取組 ・医師会やかかりつけ医との協働した受診勧奨の取組 ★30歳代基本健診 ★特定健診検査	30歳代の基本健康診査受診率	15.8%	17.8%	14.3%	13.1%	20.0%	16.6%	17.5%	20.0%	a*	コロナ禍で受診率が下がったが5類に移行したこともあり少しずつ受診率がコロナ前に戻ってきている。合わせて新規加入者への窓口での健診の受診勧奨などを徹底することで受診率向上につながっている。若い世代については目標達成とはなっていないことから今後も周知方法など検討していく	・40歳代の特定健診受診率よりも約10%近く低く推移している。若い方の健康意識の低さがうかがえる。 ・治療中健診未治療者が多い。 ・女性よりも男性の方が受診率が低く、健診受診の必要性を認識していないことが考えられる。 ・40歳代に加えて、50歳代(特に男性)の未受診者が多い。	・新規加入時の際に健診受診勧奨、健康に関する情報提供を行う。 ・若い世代が情報をキャッチしやすいように普及啓発方法の工夫。→SNSの活用		
				特定健診受診率(40歳代)	25.0%	24.4%	24.4%	24.3%(9/3時点)	27.0%		27.5%	27.0%		・治療中健診未治療者が多い。 ・女性よりも男性の方が受診率が低く、健診受診の必要性を認識していないことが考えられる。 ・40歳代に加えて、50歳代(特に男性)の未受診者が多い。			
				特定健診受診率(40~74歳)	41.2%	41.0%	39.7%	40.6%(9/14時点)	45.0%	37.6%	40.0%	45.0%					
特定健診等受診率向上対策 【②歯周病(歯科)検診・がん検診受診率向上対策】	未受診者ががん検診の必要性を理解し、定期的に受診するようになることで、早期発見及び早期治療につなげる。	・歯周病(歯科)検診の受診勧奨 ・特定健診の受診勧奨時に各種がん検診の受診勧奨を実施 ★がん検診 ★歯周病検診	胃がん検診受診率 肺がん検診受診率 大腸がん検診受診率 乳がん検診受診率 子宮頸がん検診受診率 歯周病検診受診率	胃がん検診受診率	14.0%	21.8%	13.7%	15.3%	18.0%	8.2%	8.07%	18.0%	c	・がん検診の受診機会が少ないことが予想される。国保加入者全てのがん検診受診率が20%台である。 ・がん検診・歯周病検診ともに女性よりも男性の受診率が低い。	・対象者の属性(年齢・性別・過去の受診歴等)を考慮しながら、属性に応じた受診勧奨(アプローチ)を工夫する。また、担当係だけでなく、他の係や機関と連携を図り、がん検診受診率向上の対策を行っていく。		
				肺がん検診受診率	15.2%	14.0%	14.4%	10.4%	21.0%	12.2%	12.66%	21.0%					
				大腸がん検診受診率	14.2%	13.5%	13.5%	9.9%	20.0%	11.3%	11.92%	20.0%					
特定保健指導の終了率の向上対策	運動、食事、喫煙などに関する不適切な生活習慣から引き起こる生活習慣病の発症を予防するために、対象者自らが健康状態を自覚し実践につなげるように介入する。また、特定健診の結果から指導対象者を階層化し、迅速な保健指導を実施する。	・健診機会(会場)をとらえた保健指導対象者へのアプローチ ・健診の結果データの階層化による迅速な対象者の抽出 ・保健指導委託機関の委託内容の評価 ・保健指導担当職員のスキルアップ及び指導内容の標準化	特定保健指導終了率 特定保健指導対象者の減少率(H20年度比)	特定保健指導終了率	48.4%	47.1%	43.3%	42.4%(9/14時点)	54.0%	52.3%	72.3%	54.0%	a	個別医療機関での実施率の上昇が全体の終了率の増加につながっている。	・委託機関だけでなく直営での保健指導の実施方法についても検討が必要。 ・直営での訪問対象者の絞り方、優先順位など実施方法について検討していく。		
				特定保健指導対象者の減少率(H20年度比)	20.6%	22.0%	22.6%	28.1%(9/3時点)	17.0%		21.9%	35.6%					
				特定保健指導対象者の減少率(H20年度比)	43.0%	43.6%	38.5%	41.0%(9/14時点)	49.0%		41.2%	49.0%					
ポビュレーションアプローチ	町民の健康意識を高め、生活習慣の改善が図れるように食生活や運動、生活習慣などを学習できる機会の提供を行い、高血圧や糖尿病等の疾患の理解を促し、自ら生活習慣を見直す機会とする。	・広報誌や生活習慣病予防教室等を通じて、健康づくりに関する知識の普及啓発 ・バランスのよい食生活の推進と節塩の普及啓発(乳幼児期からの切れ目ない取組) ・健康運動普及推進員との連携による運動の推進 ・住民組織や職域との協働による健康づくりの推進 ・健康マイレージ事業の推進 ・各種イベント等での健康情報の発信 ★生活習慣病予防教室	健康マイレージ事業参加者 H28.29ひじば、H30~歩得 運動習慣のある人の割合の増加 生活習慣病予防教室の開催 広報誌やホームページ等での健康情報の掲載回数	健康マイレージ事業参加者 H28.29ひじば、H30~歩得	636人	658人	723人	1,193人	800人	2,255人	1,750	a	・歩得は、県との共催事業であり、広報活動が盛んである。また、職場対戦もあることで、働き世代への取り込みができる。	・歩得は、県との共催事業であり、広報活動が盛んである。また、職場対戦もあることで、働き世代への取り込みができる。	・歩得は、県との共催事業であり、広報活動が盛んである。また、職場対戦もあることで、働き世代への取り込みができる。		
				運動習慣のある人の割合の増加	43.0%	43.6%	38.5%	41.0%(9/14時点)	49.0%		41.2%	49.0%					
				生活習慣病予防教室の開催	開催	糖コン教室 開催	糖コン教室 開催	これからだ 教室開催	開催	開催	開催	b					
ハイリスクアプローチ (CKD・脳血管疾患対策) 【①生活習慣病の重症化予防対策】	特定健診における有所見者への早期介入を行い、被保険者の生活の質の低下を防ぐとともに、生活習慣病に関する医療機関への受診勧奨	・要医療レベルと判断された者への確実な受診勧奨と受診状況の確認 ・乳児家庭全戸訪問事業等で血压や血糖値が高い妊産婦に対する医療機関への受診勧奨 ★重症化予防訪問事業	HbA1c 6.5%または空腹時血糖126mg以上で血糖の内因性の割合 HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病の治療を受けています 市町村計 HbA1c 7.0%以上または空腹時血糖130mg以上で血糖の内因性の割合 特定健康診査受診者のうち、HbA1c 6.0~6.4%者(保健指導判定値を超える) 市町村計 特定健康診査受診者のうち、HbA1c 8.0以上の者の割合 市町村計 重症化予防訪問実施率	HbA1c 6.5%または空腹時血糖126mg以上で血糖の内因性の割合	3.9%	5.4%	5.9%	6.0%	80%		8.1%	4.0%	c	・県の統一評価指標にて見直しを行った。 ・HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病の治療を受けている者の割合では数値は横ばいだが市町村計よりも日出町の方が高い状況が続いている。 ・特定健康診査受診者のうち、HbA1c 6.0~6.4%者は市町村計よりも平成30年以降の経年変化を見て日出町の方が割合が高い。 ・割合については横ばいの状況。 ・特定健康診査受診者のうち、HbA1c 8.0~の者についても横ばいから令和4年度には下回っている。 ・今後も健診後の指導及び受診勧奨の徹底が必要となってくる。	・特定健診後の重症化予防訪問事業の実施継続。 ・H30年度から要精密者への電話勧奨を開始。 ・R1年度から糖尿病治療中断者(健診未受診者)への訪問事業を開始。引き続き、必要な方が医療機関の管理の基、生活習慣改善に取り組めるように支援していく。		
				HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病の治療を受けています				84.9	87.5	90.5	88.0	86.7					
				市町村計				85.8	86.1	85.4	85.4	84.9					
ハイリスクアプローチ (CKD・脳血管疾患対策) 【②糖尿病性腎症重症化予防対策】	かかりつけ医等との関係機関と連携し、効果的に対象者の疾病管理をサポートすることで、糖尿病のコントロールと重症化予防を図る。	・かかりつけ医の指示の者、対象者に対し6か月間の指導プログラムを実施する ・糖尿病性腎症未治療者・治療中断者への受診勧奨 ★糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症重症化予防訪問事業 保健指導者数 新規人工透析患者数	糖尿病性腎症重症化予防訪問事業	未実施				80%			3.0%	d	・治療中健診未受診者が多く、糖尿病性腎症重症化予防事業へつながる者が少ない。 ・本人からの同意が得られないため、本事業参加者が少ない。	・医療機関への働きかけ。個別医療機関別に治療中健診未受診者数を出し、どの医療機関にアプローチすると効果があるか調査する。 ・みなし健診の導入。 ・医師から保健指導対象者の紹介。 ・本人への事業参加への勧奨		
				保健指導者数	未実施	1	2	1	2	2		5					
				新規人工透析患者数	5	7	4	7	3	3	7	3					
関係機関との連携強化	データヘルス計画の目標達成																