

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ることができるよう、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：ベースライン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、現状のままでは目標達成が困難 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 ベースライン	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歳代健康診査受診率向上対策】	生活習慣病の発症予防には、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動奨の実施 ・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診体制の整備(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動奨の取組 ・医師会やかかりつけ医との協働した受診動奨の取組	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動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動奨、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%	a*					
		特定健診受診率(40～74歳) ★30歳代基本健診 ★特定健康診査	41.2%	41.0%	39.7%	40.6%(9/14時点)	45.0%	37.6%	40.0%	45.0%	a*					
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)検診の受診動奨 ・特定健診の受診動奨時に各種がん検診の受診動奨を実施  ★がん検診 ★歯周病検診	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、属性に応じた受診動奨(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%	c				
			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%	b				
			乳がん検診受診率	13.1%	16.0%	17.5%	19.6%	26.0%	12.7%	14.93%	26.0%	b				
			子宮頸がん受診率	16.5%	15.5%	17.0%	18.6%	23.0%	10.3%	12.30%	23.0%	b				
			歯周病検診受診率	11.0%	12.8%	10.0%	7.6%	15.0%		8.19%	15.0%	b				
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お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られるように介入する。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	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。	委託先との実施方法の確認。 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%	a	・訪問従事者のスキルアップ ・H30年度から保健師・管理栄養士を採用し、専従で特定保健指導に従事できるようになった。		・保健指導従事者へのスキルアップは継続して実施していく(積極的な研修参加等) ・医療機関受診動奨区域の方を確実に医療へつなげ、重症化を	
ポピ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めない取組) ・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月じば、H30～歩得	636人	658人	723人	1,193人	800人		2,255人	1750	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、職場対抗戦もあることで、働き世代への取り込みができている。	生活習慣病予防教室の実施が年に1回。テーマを絞ったうえで必要な対象者に個別の指導と併用して実施し効果を検証していく必要あり	・策定時の取組の実施継続。	
			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%	b				
			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				
			広報誌やホームページ等での健康情報の掲載回数	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	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費適正化を図る。	・要医療レベルと判断された者への確実な受診動奨と受診状況の確認 ・乳児家庭全戸訪問事業等で血圧や血糖値が高い妊産婦に対する医療機関への受診動奨  ★重症化予防訪問事業	HbA1c6.5%または空腹時血糖値126以上で血糖の内服のない者の割合 大分県統一指標 HbA1C6.5%以上の者のうち、糖尿病の治療を受けて	3.9%	5.4%	5.9%	6.0%			8.1%	4.0%	c	県の統一評価指標にて見直しを行った。 HbA1C6.5%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。 HbA1c6.0～6.4の者は市町村計よりも平成30年以降の経年変化を見ても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、HbA1c8.0～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動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動奨を開始。 ・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。		
			市町村計			85.8	86.1	85.4	85.4	84.9						
			HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130で血糖の内服をしている者の割合 特定健康診査受診者のうち、HbA1c6.0～6.4の者(保健指導到達定値を超える)	3.1%	4.5%	4.5%	3.8%			4.5%	3.0%					
			市町村計			17.0	16.7	17.7	16.9	17.4						
			特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0以上の者の割合※日出町			1.1	1.3	1.3	1.6	0.6						
			市町村計			1.2	1.2	1.3	1.2	1.1						
			重症化予防訪問実施率	62.5%	48.0%	64.6%	66.1%	81.1%	74.4%	68.0%	70.0%					
			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動奨  ★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対象者の生活改善率	未実施				80%					
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	c				
関係機関との連携強化	データヘルス計画の目標達成に向けて、実施・評価・改善等を各関係機関と連携し実施する。また、KDBシステム等を活用し、被保険者の地域の特定に応じたきめ細かい保健事業の実施に向けて、庁内の関係部署及び町内外の関係機関、医療機関と課題の共通認識の基で連携を図る。	・KDBシステム等を活用し、地区や予備群やハイリスク群等のターゲット層を選定し、関係機関と課題や対策を共有 ・データヘルス計画事業評価・改善に向けて、庁内関係部門等との検討会を設置 ・医師会との対策会議や事例検討会等のネットワーク会議の設置	庁内関係部門との検討会	0回/年	-	節塩事業で検討	節塩事業で検討	1回/年	未	未	1回/年	a		・今後も機会をとらえて、関係機関と連携を図る。		
			医師会等とのネットワーク会議(仮称)	0回/年	0回/年開催	0回/年開催	1回/年開催	1回/年	未	未	1回/年					