

令和2年度 データヘルス計画 中間評価シート 東白川村

(令和2年10月現在)

データの範囲	活用データ	データヘルス計画・全体評価			個別保健事業評価													
		評価指標	計画策定時データ (平成28年度)	中間評価年度 (令和1年度)	事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベースライン (建前上でない目標値)	経年変化	指標判定	事業判定	うまくいった・うまくいかなかった理由				見直しと改善の案		
市町村全体の状態	KDB「地域の全体像の把握」	人口構成	人口総数(人) ～39歳(%) 40～64歳(%) 65～74歳(%) 75歳～(%)	2,497 26.0% 33.6% 15.8% 24.5%	2,261 25.3% 32.5% 16.1% 26.0%	特定健康診査受診勧奨事業	特定健診受診率 (実績値・法定報告値・速報値)	60%	H28 54.0% H29 47.3% H30 55.6%	△	△	目標値には達していないが多少の効果はあると思われるため	対象者	○	40-74歳国保加入者	【今後の事業計画】 継続 追加・修正(事業拡大・縮小) 中止 【どうするか案】 実施する時期によっては人員の調整が可能であると 考えられるため時期を検討していく。	継続・中止	
		平均余命	男性 80.2 女性 87.2	80.6 86.7	時期								○	電話勧奨の時期については、健診が始まる直前に電話したことで、継続受診者が増加した。				
		平均自立期間(要介護2以上)	男性 78.0 女性 85.4	77.2 84.1	方法								△	本村では電話により勧奨を実施しておりある程度の効果を見込んでいる。ただしH29年度は体制の変化により効率的な実施ができなかった。				
		平均余命と平均自立期間の差	男性 2.2 女性 1.8	3.4 2.6	実施回数・量								○	電話番号はある程度把握しており事情も確認ができている。				
		高齢化率	40.40%	42.10%	連携体制・予算・人員								△	健診受診率60%目標においては、体制の強化が必要だと感じている。				
	出生率(人口千対)	6.8	5.3	事業として気づいたこと		患者からの情報提供事業は医療機関との連携が必要。保健指導の依頼を促												
	死亡率(人口千対)	12.4	23.4															
	国保の状態	KDB「地域の全体像の把握」	被保険者構成	被保険者数(人) ～39歳(%) 40～64歳(%) 65～74歳(%)	658 22.0% 35.3% 42.7%	597 22.3% 28.8% 48.9%	特定保健指導	特定保健指導利用率 (実績値・法定報告値・速報値)	50%	H28 12.5 H29 9.1 H30 30.8	○	○	年々向上しており生活習慣の改善にもつながれていると思われるため	対象者	○	動機付け支援、積極的支援該当者	【今後の事業計画】 継続 追加・修正(事業拡大・縮小) 中止 【どうするか案】 未利用者への周知等を幅広く行っていく方法を検討していく。	継続・中止
			被保険者加入率(%)	26.4	26.4	時期								○	9月～翌年7月			
			被保険者平均年齢(歳)	53.7	54.1	方法								○	面談等を通じて生活習慣の改善に役立っていると思われるため。			
総医療費(円)			273,037,170	214,354,030	実施回数・量	○								動機付け支援は初回面談と評価アンケートまたは面談、積極的支援該当者は電話・面談で指導を行い、最後に評価アンケートまたは面談を行う。				
1人当たり医療費(円)			416,215	347,413	連携体制・予算・人員	○								主に保健師が対応。管理栄養士との連携が効果的。				
総医療費に占める生活習慣病費用割合		59.3	55.5	事業として気づいたこと		積極的支援該当者への指導は終了までいかない。												
被保険者に占める生活習慣病患者割合		52.9	56.1	糖尿病等重症化予防	医療機関受診率 未受診者勧奨率 血液検査等のデータの変化	100%	R1 100%	○	○	勧奨を実施し中断もされなかったため	対象者	○	HbA1c6.5%以上糖尿病未治療者、中断者 糖尿病治療中のハイリスク者	【今後の事業計画】 継続 追加・修正(事業拡大・縮小) 中止 【どうするか案】 医療機関にかかるハイリスク者への文書送付を検討。	継続・中止			
特定健診受診率(法定報告値)		54.0	55.6								時期	○	9～3月					
メタボリックシンドローム該当者の割合(法定報告値)		14.6	17.3								方法	○	健診事後の面談、糖尿病管理台帳作成とレシピの確認、ハイリスク者には管理栄養士・保健師が面談する。					
メタボリックシンドローム予備群の割合(法定報告値)		11.6	14.6								実施回数・量	△	現状の体制では負担が大きく他の業務に支障が出やすい為					
特定保健指導利用率(法定報告値)	62.5	38.5	連携体制・予算・人員								△	負担が大きい為改善の余地があると思われる。						
特定保健指導終了率(実施率)(法定報告値)	12.5	30.8	事業として気づいたこと		ハイリスク者への指導はR2年度から開始。管理栄養士は委託するため、調整が課題。													
東白川村 国保の平成28年度から令和1年度の変化	出生率は減少し、死亡率は高まっている。 被保険者の加入率は変化はあまりないものの高齢化は進んでおり被保険者数も村全体の人口減少と比例して進んでいくと思われる。 一人当たり医療費は28年度より減少しているものの生活習慣病の患者割合は若干上昇している。				その他(ヘルシー講座)	イベントや健康教室の参加数	利用者や住民全体の生活習慣の変化	H30 13人 R1 38人	△	△	アンケートの分析を数値にしてまとめたい。	対象者	○	特定健診事後指導者。	【今後の事業計画】 継続 追加・修正(事業拡大・縮小) 中止 【どうするか案】 村のケーブルテレビなどの媒体を工夫して、健診事後教室を組み立てる。	継続・中止		
	時期	○	健診が終わった時期からスタート。															
	方法	△	栄養士、健康運動指導士の集団指導が1日で受けられるプログラム。感染対策からR2年度は集団指導は見合わせており、再検討が必要。															
	実施回数・量	△	栄養半日×3、運動半日×3															
	連携体制・予算・人員	△	栄養士、健康運動指導士、保健師、看護師専門職の人材を効果的にやりたい。															
	事業として気づいたこと		70歳-80歳代の参加者も多く、特定健診事後の人の参加は少ない。															

データヘルス計画の中間評価年における総合評価: 計画の継続と修正、今後目指したいこと、方向性、この計画で行う仮説など
 平成29年～32年度にかけて実施したデータヘルス計画は、今年度にデータヘルス計画の中間評価を行った結果、令和5年度まで継続することとした。平成29年度からデータヘルス計画に挙げた事業は継続し、対象者や実施方法など追加・修正を行う。その内容については上記のとおり。
 一人当たり医療費は28年度より減少はしたものの28年度は肝臓の新薬の影響が主であったと思われる。今後高齢化率も上昇していく可能性もあるため重症化を予防するためにも健診の継続受診等に注力していきたい。
 計画期間の最終年度(令和5年度)に目標達成状況及び事業の実施状況に関する調査及びデータ分析を行い、実績に関する評価を行ったうえで、第3期データヘルス計画(令和6～11年度)を策定します。

個別保健事業評価						
事業名	背景	目的	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	令和5年までの目標値	事業概要(具体的な実施内容)	
糖尿病性腎症重症化予防	平成30年度から糖尿病性腎症重症化予防プログラムを推進。	透析予防、糖尿病性腎症重症化予防のため	新規透析患者の減少	検討中	対象者	・健診受診者 ・糖尿病治療中の人 ・糖尿病治療中断者、未受診者
			糖尿病を保有している新規透析患者の減少		時期	・健診受診時(主に集団健診9-10月) ・年度中に糖尿病管理台帳作成し、経過を見る。 ・糖尿病治療中の人に指導希望をとる。
			健診受診者の高血糖者の割合の減少		方法	・健診受診時(主に集団健診9-10月) ・年度中に糖尿病管理台帳作成し、経過を見る。 ・糖尿病治療中の人に指導希望をとる。
			糖尿の未治療者を治療に結びつける割合の		実施回数・量	・集団健診時の指導5日 ・健康相談12回/年 ・訪問指導 栄養士5回/年
					その他 (連携体制・予算・人員など)	・栄養士委託5回/年、後期高齢者医療保険との連動 (一体化事業への組み込み)

新規