

第3期データヘルス計画保健事業評価一覧

計画全体の目標を達成するための事業

事業番号	保健事業	対象者	事業内容	事業目的	指標	評価項目・評価指標	ベースライン (R4年度)	年次推移/経年変化 実績値						指標判定 (評価)	事業判定 (評価)	目標値	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと改善の案
								R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度					
①	特定健診受診勧奨事業	糸魚川市国民健康保険に加入する40歳から74歳までの被保険者 ※広報・周知は全市民を対象に実施	・受診しやすい会場・日程の設定 ・保健カレンダー（健診のお知らせ）を全戸配布 ・国保加入者への個別通知（春） ・おしらせばん等による受診勧奨や健診の重要性について周知 ・ナッジ理論を活用した当該年度未受診者への個別通知（秋おさらい健診の受診勧奨） ・特定健診とみならず医療機関での検査結果の提供依頼 ・人間ドックの費用助成	特定健診受診率の増加	アウトプット指標	個別通知による受診勧奨実施回数	年2回 (R4年度)									2回/年		
					アウトプット指標	受診勧奨対象者の健診受診率（秋）	16.5% (R4年度)								30%			
					アウトカム指標	特定健診受診率	44.5% (R3年度)											
②	40歳前受診勧奨事業	糸魚川市国民健康保険に加入する20歳から39歳までの被保険者	・若年者が受診しやすい会場の設定（健康づくりセンター） ・健康づくりセンター利用者への健診周知（ポスター掲示、ちらしの配布） ・SNSやホームページ等を利用した健診周知 ・20-39歳国保加入者への個別受診勧奨 ・当該年度未受診者へ秋のおさらい健診の受診勧奨	39歳以下の健診受診率の増加	アウトプット指標	個別通知による受診勧奨の実施回数	年2回 (R4年度)									2回/年		
					アウトカム指標	39歳以下の健診受診率	24.7% (R4年度)								30%以上			
③	特定保健指導事業	糸魚川市国民健康保険に加入する40歳から74歳までの被保険者のうち、特定保健指導対象者（集団健診）	・集団健診・糸病健診の会場でBMI25以上または腹囲基準値以上の受診者と個別保健指導 ・特定保健指導該当者へ、手紙、電話、健康相談会等での生活改善状況の確認、保健指導	・生活習慣病の予防と改善 ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	アウトプット指標	特定保健指導実施率	53.2% (R3年度)										60%	
					アウトカム指標	特定保健指導実施者の健康状態の改善率（目標達成者数/特定保健指導終了者）	52.1% (R4年度)								60%			
④	生活習慣病予防教育（健康教育）	健診を受けた国民健康保険加入者のうち下記のいずれかに該当する者 ・Ⅱ度高血圧 ・Ⅰ度高血圧かつ血圧内服なし ・LDLコレステロール140mg/dl以上かつ脂質内服なし ・HbA1c6.5%以上	健診結果有所見者を対象に健康教室を実施。 ・対象者への個別通知 ・健診結果の振り返り ・血圧測定、検尿、塩分チェック等健康チェック ・栄養、運動指導	・疾患についての理解と、生活習慣の見直し改善を促し、高血圧、糖尿病の重症化を予防する。	アウトプット指標	教室参加率（参加者数/対象者数）	7.4% (R4年度)										15%	
					アウトカム指標	教室参加者の健康状態の改善率	52.1% (R4年度)								60%			
⑤	CKD（慢性腎臓病）予防のための保健事業	健診を受けた国民健康保険加入者のうちeGFR45.0～59.9の者	健診結果eGFR有所見者を対象に健康教室を実施。 ・対象者への個別通知 ・健診結果の振り返り ・血圧測定、検尿、塩分チェック等健康チェック ・栄養、運動指導	・CKD（慢性腎臓病）の病態を理解し、高血圧や糖尿病の重症化を予防する。	アウトプット指標	教室参加率（参加者数/対象者数）	13.8% (R4年度)										20%	
					アウトプット指標	参加者の生活習慣が改善された者の割合	52.1% (R4年度)								60%			
⑥	食生活改善推進事業（健康わかめ運動）	全市民	・各種出前健康教室やイベント、健診会場での食品サンプルや写真展示などを行い、栄養相談、食事指導を実施。 ・広報等周知活動	・自分の年齢・性別・活動量などにあつた食事をよく噛んで食べることで、メタボリックシンドロームの予防や生活習慣病の重症化を防ぐ。 ・高血圧予防として、減塩や野菜と果物の適切な摂取を推進する。	アウトプット指標	健康わかめ講座（健康わかめ運動普及）	20回/年 (R4年度)										25回/年	
					アウトカム指標	健康わかめ運動参加人数	365人 (R4年度)								500人			
⑦	健康・栄養相談会	全市民	・毎月3会場で保健師・管理栄養士による個別相談会を実施 ・健診結果有所見者（市独自のガイドライン）へ個別通知 ・医師会へ実施案内 通院患者で保健指導必要者への利用案内を紹介 <相談実施内容> 健診結果説明、疾病相談等、保健・栄養相談 血圧・体重・腹囲測定、検尿等	・生活習慣の改善の相談を行うことで、生活習慣病等の発症・重症化を予防する。	アウトプット指標	相談会参加率（実参加者数/有所見者個別通知数）	40.0% (R4年度)										50%	
					アウトカム指標	特定健診 BMI有所見者の割合	30.0% (R4年度)								25%			

事業番号	保健事業	対象者	事業内容	事業目的	指標	評価項目・評価指標	ベースライン (R4年度)	年次推移/経年変化 実績値						指標判定 (評価)	事業判定 (評価)	目標値	要因分析 成功要因・未達要因	今後の方針 見直しと改善の案	
								R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度						
⑧	40歳前保健指導事業	集団・系病健診受診者のうち39歳以下の者	・集団健診・系病健診の会場での個別面談 ・保健師、看護師による生活習慣聴き取り、保健指導 ・BMI25以上の者への継続指導	・生活習慣病の予防と改善 ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	アウトプット指標	健診会場での保健指導実施率 (面談実施数/39歳以下の受診者数)	58.5 (R4年度)												100%
					アウトプット指標	継続支援実施割合 (継続支援者数/BMI25以上の者)	50% (R4年度)							100%					
					アウトプット指標	継続支援修了者の目標達成率	75% (R4年度)							90%					
					アウトカム指標	39歳以下のBMI有所見者の割合	32.1% (R4年度)							25%					
⑨	重複受診者対策	糸魚川市国民健康保険に加入する40歳から74歳までの被保険者	レセプト点検において、同一疾病による複数の医療機関受診者を抽出し、訪問や電話で指導を行う	同一疾病による、複数の医療機関受診者の減少医療費の抑制を図る。	アウトプット指標	重複多受診者数	1名 (R4年度)											5名以下	
					アウトカム指標	指導実施率	100% (R4年度)											100%	
⑩	後発医薬品の使用促進	糸魚川市国民健康保険に加入する40歳から74歳までの被保険者	先発医薬品を使用している被保険者で、自己負担が500円以上減額となる被保険者に差額通知を年3回発行する	被保険者の調剤への負担軽減や、医療費の適正化につなげる	アウトプット指標	差額通知発行割合	3.9% (R4年度)											3%	
					アウトカム指標	後発医薬品の使用割合の増加	88.8% (R4年度)											90%	
⑪	健康づくり推進事業	18歳以上の市民	・水中運動教室…水中運動により膝や腰に負担をかけない運動 ・健康体教室…有酸素運動を中心に筋力や柔軟性を高める運動 ・地区運動教室…公民館単位を基本に日頃運動を行わない人を対象とした運動	生活習慣病予防、運動習慣の定着を目的とした健康づくり事業	アウトプット指標	事業参加者数	(年度)											増加	
					アウトカム指標	参加率 (参加者数/18歳以上人口)	(年度)											増加	
⑫	生活習慣病重症化予防事業 (受診勧奨)	健診を受けた国民健康保険加入者のうち下記のいずれかに該当する者のうち未相談、未受診者 ・Ⅱ度高血圧かつ血圧内服なし ・LDLコレステロール140mg/dl以上かつHDL40mg/dl未満 ・中性脂肪300mg/dl以上かつ脂質内服なし ・HbA1c6.5%以上 ・eGFR45.0未満 ・尿蛋白#以上	保健師・看護師・栄養士が訪問または電話連絡等を行い、受診勧奨、生活改善への指導を行う。	早期受診、要医療者の受診徹底による生活習慣病の重症化予防	アウトプット指標	受診勧奨者数 (受診勧奨実施者数/対象者数)	(年度)											80%	
					アウトプット指標	医療機関受診率 (受診者数/対象者数)	(年度)											50%	
					アウトカム指標	医療機関継続受診者 (継続受診者数/医療機関受診者数)	(年度)											50%	
⑬	生活習慣病重症化予防事業 (糖尿病治療中断者へ向けた事業)	国民健康保険加入者のうち健診未受診者で過去に糖尿病治療歴があり現在治療を中断しているもの	健診未受診者のうち、レセプトデータから過去に治療歴のあるものを抽出する。専門職が訪問もしくは電話連絡等を行い、病識の確認、受診勧奨、生活改善の支援等を行う。	要医療者の受診徹底による糖尿病の重症化予防	アウトプット指標	受診勧奨者数 (受診勧奨実施者数/対象者数)	(年度)											80%	
					アウトプット指標	医療機関受診率 (受診者数/対象者数)	(年度)											50%	
					アウトカム指標	医療機関継続受診者 (継続受診者数/医療機関受診者数)	(年度)											50%	

	(1)ベースラインとの比較で	(2)目標値との比較で	(3)総合評価
判定区分	A 改善している B 変わらない C 悪化している D 評価困難	A すでに目標を達成 B 目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C 目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D 目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E 評価困難	A うまくいっている B まあ、うまくいっている C あまりうまくいっていない D まったくうまくいっていない E わからない
備考	指標ごとの評価	指標ごとの評価が基本 目標値がない場合は困難	事業全体を評価