

Step1

データヘルス計画の中間評価（計画の目標・実績の洗い出し）

記載年月日 令和3年1月21日

市町村名 美唄市

①

データヘルス計画全体				実績値				
健康課題番号	健康課題	目的	目標（中長期）	ベースライン	H29	H30	R1	評価
①	食事や間食で食べすぎが多く、肥満となっている	働き盛りの年代で脳卒中や心臓病などの重症な病気にならず、生涯元気に働き続けられる	○40～50代の肥満者の減少	40・50代のBMI25以上の割合	42.4% 男52.0% 女32.8%	41.5% 男50.9% 女34.1%	42.5% 男52.2% 女31.7%	B
②	味付けの濃い食べ物を好み、働き盛りの壮年期から血圧の上昇につながっている		○血圧のコントロール良好者を増やす	Ⅱ度Ⅲ度高血圧者の割合	6.4% 男8.8% 女4.1%	4.3% 男4.8% 女4.0%	3.3% 男1.8% 女5.0%	A
③	若いうちから喫煙習慣があり、脳血管疾患・虚血性心疾患のリスクになっている		○血糖のコントロール良好者を増やす	40・50代のHbA1c5.6～6.4の割合	36.8%	42.9%	32.2%	A
④	若いうちからの、血圧、喫煙、飲酒、肥満が高血圧の引き金となり、その後、脳血管疾患や虚血性心疾患の発症因子となっている		○子育て世代の喫煙率の減少	生後4か月児を育てる両親の喫煙割合 母親 10.4% 父親 44.8%	母親16.0% 父親41.3%	母親10.2% 父親42.9%	母親4.5% 父親48.5%	母親 A 父親 C

②

中長期目標を達成させるための短期的な目標			実績値					
健康課題番号	短期目標番号	短期目標	目標値（項目）	ベースライン	H29	H30	R1	評価
①	1	食事の改善(食事量・内容・取り方)に取り組む人が増える	○就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある人の減少 ○朝食を抜くことが週3回以上ある人の減少 ○特定保健指導最終評価時の改善(栄養・食生活)の変化なし、改善、悪化の割合	○14.2%【特定健診質問票】 ○8.9%【特定健診質問票】 ○改善 25.0% 変化無 62.5%【特定保健指導】	○14.1% ○9.0% ○改善31.4% 変化無57.1%	○15.0% ○10.0% ○改善25.0% 変化無46.9%	○14.2% ○8.2% ○改善 27.6% 変化無51.7%	B
①	2	体重を測っている人が増える	○適正体重を維持している市民の割合 ○特定保健指導評価時に体重が減少した割合 ○体重を週1回測定している市民の増加	○37.5%【市民アンケート】 ○R3～新規【特定保健指導】 ○R3～新規【栄養指導アンケート】	○38.7%	○41.7%	○36.6%	B
① ④	3	運動する人が増える	○1日30分以上、週2回以上の運動を1年以上行っている市民の割合 ○週2回心地よくからだを動かしている市民の増加 ○特定保健指導最終評価時の改善(身体活動)の変化なし、改善、悪化の割合	○29.9%【特定健診】 ○25.0%【市民アンケート】 ○改善 5.3% 変化無 10.5%【特定保健指導】	○33.7% ○27.2% ○改善0.9% 変化無8.9%	○33.7% ○23.3% ○改善18.8% 変化無53.1%	○33.5% ○24.5% ○改善12.5% 変化無25.0%	B
①	4	間食の習慣がある人が減る	○3食以外の間食や甘い飲み物の摂取がある人の減少	○14.3%【特定健診質問票】	○14.7%	毎日17.1% 時々60.4% ほとんどなし 18.2%	毎日18.9% 時々62.8% ほとんどなし 15.2%	C
②	5	減塩が必要と思っている人が増える	○減塩に取り組もうとする(取り組んでいる)人が増える	○R3～新規【栄養指導アンケート】				
④	6	家庭で血圧を測る人が増える	○家庭血圧測定者の増加 ○血圧の自己測定をしている壮年期(40・50代)の増加	○R3～新規【特定保健指導】 ○R3～新規【保健事業でのアンケート】				
③	7	禁煙に取り組もうとする人が増える	○受動喫煙の影響を受ける市民の減少 ○特定健診受診者の喫煙率の減少 ○特定保健指導最終評価時の生活習慣の改善(喫煙)の禁煙継続、非継続、非喫煙、禁煙の意思なしの割合	○25.0%【市民アンケート】 ○17.6% ○禁煙継続 5.3%【特定保健指導】	○25.6% ○16.7% ○禁煙継続0.9%	○23.3% ○16.7% ○禁煙継続3.1%	○23.7% ○16.3% ○禁煙継続3.4%	B
④	8	自分の身体の状態や経年変化を知っている人が増える	○特定健診受診率の向上 ○特定健診継続受診者の増加 ○壮年期(40・50代)の受診者の増加	○30.2%【特定健診】 ○15.3%【特定健診】 ○22.9%【特定健診】	○30.3% ○15.8% ○21.5%	○30.6% ○16.7% ○21.1%	○27.4% ○17.3% ○20.1%	BC

Step2

データヘルス計画の中間評価（重点的な個別保健事業の目標・実績の洗い出し）

①

②

記載年月日 令和3年1月21日

市町村名 美唄市

短期 目標 番号	目標達成に向けた重点的な事業				実績値						要因と今後に向けた事業の方向性			
	事業名	事業目標	評価指標 (アウトカム・アウト プット)	目標値	ベース ライン	H29	H30	R1	評価	評価指標 以外の実 績	事業全体 の評価	成功要因	未達要因	改善案 (継続・強化・修正する内 容など)
8	特定健康診査 健康診査	健診結果の経 年変化や疾患 のリスクを自覚 し生活習慣病 の予防、早期受 診につなげる	特定健診受診 率	特定健診受 診率60%	平成28年 度受診率 30.2%	30.3%	30.6%	29.7%	B		レセプト有未 受診者の割合 が多い。 また、リピー ト受診率は 全体73.1% 40代59.3% 50代68.8% となっており 若い世代の継 続受診も課題 となっている	健診結果を分析しタイプ別に勧 奨資材を分けることにより効果 的な受診勧奨をすることができ た	病院通院中のレセプト有受 診者については受診勧奨を しても病院に通っているか らと断られることが多い。 通院している疾病以外の検 査をしていない方も多く通 院していても健診の大切さ を理解していただくことが 必要	・若い世代への受診勧奨を強化する ことにより継続受診を定着させる ・健診結果分析により効果的な受診 勧奨をする ・健診受託機関増により受診の機会 を増やす ・医師会や医療機関と連携し健診受 診・情報提供を促す
1 6 7 8	健診当日保健指導 &結果相談会	生活習慣病の 発症につながる 生活習慣を 改善できる	○参加者数			108名 65歳未 満:41名 65歳以 上:67名	78名 65歳未 満:23名 65歳以 上:55名	49名 65歳未 満:13名 65歳以 上:36名	B	利用者にと って、体 調や健診結 果を相談す ることが定 着しつつあ り、健康管 理へ意識を 向けること につながっ ている。	対象者の生 活や健康状 態に合わせ た相談を実 施し、生活 習慣改善に 向けた具体 的な目標の 共有、健康 づくりの保 証等の機会 となっている。	・対象者の優先順位を持ち、特 定保健指導該当者・血圧有所見 者・初回受診者(継続受診の働 きかけ)を対象とすることで、健 康課題に応じた効果的な支援 の機会となり、受診者の健康意 識へと結びついている。	・当日保健指導・結果相談 会後のフォロー(特に特定 保健指導対象者以外の利 用者)が、十分に実施でき ない場合がある(生活習慣 改善の状況や、精密検査受 診有無の確認等)	・高血圧や肥満のリスク、喫煙者等、 優先順位を明確にした当日保健指 導の継続。さらに、継続受診へ向 けた働きかけを継続して実施する。 ・健診結果に応じ、相談会で支援終 了とする対象者、事後支援が必要な 対象者を基準を設け明確化し(例え ば精検対象者はその後の受診状況 を確認し、未受診であれば再度連絡 する等)、地区担当がフォローできる 体制を整える。

Step2

データヘルス計画の中間評価（重点的な個別保健事業の目標・実績の洗い出し）

短期 目標 番号	目標達成に向けた重点的な事業				実績値						要因と今後に向けた事業の方向性			
	事業名	事業目標	評価指標 (アウトカム・アウト プット)	目標値	ベース ライン	H29	H30	R1	評価	評価指標 以外の実 績	事業全体 の評価	成功要因	未達要因	改善案 (継続・強化・修正する内 容など)
1 2 3 4 5 6 7	特定保健指導	生活習慣病の発症につながる生活習慣を改善できる	○対象者数 ○実施率 ○保健指導改善率 ○精密検査受診率	特定保健指導実施60%		・積極的支援 54名 ・動機づけ支援105名 ・特定保健指導実施率 61.5%	・積極的支援 48名 動機づけ支援 100名 ・特定保健指導実施率 58.5%	・積極的支援 31名 動機づけ支援 92名 ・特定保健指導実施率 35.3%	B	データの改善及び、改善には至らずとも血圧を測る習慣が定着した、自宅でのストレッチの継続等の行動に結び付いている。	特定保健指導実施率は、年度により差がありながらも、目標値に近い到達がある。保健指導による改善率・治療開始率も約1割見られており、保健指導の効果がある。	・対象者の行動変容ステージに応じた保健指導を実施し、生活習慣の改善へ結び付いている。関わりが難しい場合は、事例検討や複数名による支援を実施し、アセスメントする機会を持つことで、効果的な支援へつながっている。	・保健指導の実施率の安定(保健指導の進捗管理) ・優先対象を明確化し、効果的な保健指導の実施 ・保健指導による改善率の向上(保健師・管理栄養士の専門性を活かした保健指導の実施) ・精密検査受診率の向上	・特定保健指導対象者の中でも、特に優先的に関わる対象を定め(例えばBMI30以上や昨年より体重が増加した者、血圧高値(160/95以上)、精密検査未受診者等)、より予防的な保健指導の実施。 ・保健指導を通して血圧の自己測定は定着してきているため、並行して体重測定の習慣化を一つとした肥満へのアプローチの強化。 ・生活習慣病の背景には食習慣の課題も大きく、保健師だけではなく管理栄養士を含めた支援の強化(新たにアンケートにより食習慣を把握し、必ず1回は栄養士も面接する機会を持ち、自分の身体に合った適正量や味付け、間食へのアプローチ等、効果的な保健指導へ活かす)。 ・喫煙習慣がある者への禁煙アプローチの強化(喫煙・禁煙に対する思いを確認し、状況に応じ禁煙チャレンジ事業・禁煙治療助成事業へつなぐ等)
1 2 3 4 5 6 7	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者や受診中断者について、適切な受診勧奨によって治療に結び付けるとともに、医療機関と連携して保健指導等を行い重症化を予防する	○対象者 ○実施者 ○医療機関との連携数 ※データの指標			・対象者5名 ・支援実施者5名 ・医療機関との連携者(同意あり)2名	・対象者7名 ・支援実施者7名 ・医療機関との連携者(同意あり)2名	・対象者4名 ・支援実施者2名 ・医療機関との連携者(同意あり)2名	B	医療機関連携の有無にかかわらず、対象者へは保健指導の機会を持ち、生活習慣改善に向け共に考える機会となっている。	道のプログラムに準じて実施。実績は多くはなく、対象者が市の健康課題の実態に合っているのか、目標値をどのように設定するか、効果的な対象者へのアプローチ方法・医療機関との連携方法等、迷いがある。	・医師会と連携を図り、市内医療機関及び市外糖尿病専門医へ事業説明と協力依頼を実施し、事業理解を得ることで、医療連携へつながった。 ・事例検討会を活用することで、効果的な保健指導を検討し、対象者支援へ活かすことへつながった。	・対象者基準の再検討 ・目標値の設定 ・スムーズな医療機関連携	・事業対象者を市の実態に応じて再検討、また目標値を設定し、データの改善状況等、質的評価が可能な事業体制を整えていく。
2 3 4 5 6 7	健康教育	生活習慣病の発症の発症や重症化予防及び健康管理のために、正しく健康情報を理解し、生活に取り入れることができる	○青壮年期の働き世代の層への実施回数 ○参加者数 ○新規実施	40か所 550名 1か所以上		35回 567名 4か所	38回 542名 3か所	42か所 586名 4か所	B	カップめん等の塩分を知り汁を残すようになった、清涼飲料水の砂糖の含有量を知り飲み物を変えた、禁煙した等	働き世代の青壮年期層を重点に、各団体の職業や生活の特徴を把握し健康教育を実施したことで、各々の身体への関心を高め、健康管理への気づきを生活に取り入れられるようになった	・毎年新しい企業や団体へアプローチできた。継続している団体もある。 ・飲食の砂糖や塩分の量を自分の生活の中で意識するようになった ・血圧への意識ができた方、自己測定を習慣にする方がいた ・若い人ほど運動不足を自覚し関心もち、職場に美南市運動推進員作成のオリジナルストレッチ体操のポスターを掲示し休憩中に取り組んでいる企業がある ・乳幼児健診等で再喫煙のリスクのある母へ保健指導を実施し禁煙を継続できている母がいる	・生活習慣と体重の増減の関係を理解し、体重への関心や体重測定の習慣化を図っていくことが必要 ・禁煙を考えている方がいるが、具体的に相談へつながる方は少数であり、禁煙へのチャレンジや禁煙治療へつなぐりやすいしくみづくりが必要	・感染症対策により、出前による健康教育の実施が難しいため、広報・ホームページを活用し、市民の健康状態について周知する ・市職員、商工会議所、農協組合等の団体を通じて、血圧測定・体重測定の励行、禁煙チャレンジ支援事業、禁煙治療助成事業のPRと募集を実施 ・母子に係る健診での再喫煙リスクの確認と家族へ禁煙事業の勧奨をする

Step2

データヘルス計画の中間評価（重点的な個別保健事業の目標・実績の洗い出し）

短期 目標 番号	目標達成に向けた重点的な事業				実績値						事業全体 の評価	要因と今後に向けた事業の方向性		
	事業名	事業目標	評価指標 (アウトカム・アウト プット)	目標値	ベース ライン	H29	H30	R1	評価	評価指標 以外の実 績		成功要因	未達要因	改善案 (継続・強化・修正する内 容など)
3 5	健康づくり組織活動 推進事業	保健推進員、食 生活改善推進 員、運動推進員 が、市民の身近 な存在として、 各組織の機能 を生かし健康情 報を発信するこ とができる	保健推進員 ○周知啓発活 動数 食生活改善推 進員 ○市民を対象 した取り組み 運動推進員 ○市民を対象 とした取り組 み	4回 30回 75回	4回 25回 76回	3回 24回 61回	3回 37回 80回	3回 22回 76回	A	任期交代、ま た、高齢等 で退任する 方がいるが、 新たに活動 に参加でき る方を、各組 織の活動の 中でつなげ 後継してい る 市民の身近な 存在として、 健康情報を地 域へ発信する 影響力を持っ ている	保健推進員 R1年度末に改選実施しR2年度以 降も組織活動を継続 食生活改善推進員 H30年度に食生活改善推進員養 成講座を実施し会員増 減塩に焦点をあて「乳和食メ ニュー」の開発と周知活動 運動推進員 H30年度から、びばいオリジナル 体操「び～助健康体操」を、夏季月1 回の実施から、毎週実施に拡大 企業や団体への出前教室の開催	美唄市民の健康課題に応じ た、健康情報の発信に寄与で きるよう各組織への事務局か らの情報提供と研修機会が必 要	保健推進員 ・市民の健康状態、各地区の健康状態の 共有化 ・健診受診勧奨への協力 食生活改善推進員 ・減塩食の継続 ・肥満改善の食事の開発 運動推進員 ・び～助健康体操の継続 ・家庭でできる運動の周知 各組織が活動できるよう事務局として支 援する	

データヘルス計画の中間評価（今後のデータヘルス計画の方向性）

Step3

記載年月日 令和3年1月25日

市町村名 美唄市

重点的な保健事業の改善点や工夫

【良かった取り組み】

・40～50代へ積極的に受診勧奨し、その年代の一定の受診率を保持し、健診当日の保健指導等から健診継続につながっている。

・特定健診受診当日、選定した対象に保健指導を実施し、血圧の自己測定、運動、食事への意識化を促し、結果相談会やその後の保健指導で健診結果と合わせて生活習慣の振り返りをおこなうことで、受診行動や生活習慣の見直し等、個々の健康意識の変化に結びつく。

・働き世代が所属する企業や団体等、集団へ健康教育を実施することで、集団全体の健康意識と行動が変化する。また、身近な健康づくり組織の方々との出会いとサポートから、関心や意欲が高まりやすい。

↓

・個別と集団へのアプローチを組み合わせ、市民目線に立った健康づくり組織の協力を得ることで、より健康づくりを自分ごととして受けとめられる効果があり継続して実施していく

【さらに強化する内容】

・40～50代へ効果的な資材を使用した受診勧奨を継続する

・特定保健指導者全員に、新たに食事アンケートを実施し、肥満・高血圧につながる食習慣を見出し、働き世代への栄養指導を優先し実施する

・肥満につながる食事の量、間食、味付けの濃さを認識でき、かつ、働き世代のストレスや忙しさ、コロナによる制約等から食事管理が難しい時の支えや気持ちの受容にも支援する。従来の対面での面談や電話相談に加え、リモート面接や公式LINEの活用などSNS機能機能を生かし支援方法を拡充する。

・喫煙者と子育て世代の保護者へ禁煙支援の利用を積極的に促していく。

データヘルス計画の目標達成に向けた今後の保健事業の方向性

○40～50代の働き世代が、生活の中で「体重・血圧・食事・運動・禁煙」に関心が持てるための個別支援+集団支援+環境づくり

○個別：健診受診者を増やし保健指導、栄養指導を実施

○集団：重点テーマ「肥満改善：体重測定の習慣化」

「安心血圧：血圧自己測定の習慣化」

「禁煙：禁煙チャレンジ事業、禁煙治療助成事業」

企業や団体への健康教育や周知を実施

○環境づくり：広報とホームページに、美唄市民の健康状態（分析データ）掲載

健康づくり組織への研修会・情報交換会の開催、保健事業への参画

週1回体重測定しよう！キャンペーンの実施、血圧手帳の配布拡大

禁煙チャレンジ事業、禁煙治療助成事業の周知啓発

禁煙・受動喫煙防止への子どもメッセージ展の継続

データヘルス計画の目標及び目標値の見直し（中長期・短期）

○美唄市の健康課題は、若い時から肥満と高血圧に至る生活習慣があること

○重点にアプローチする対象は、40～50代の働き盛り現役世代

母子保健から生活習慣へアプローチし、長期的に子どもから大人まで、生活習慣に起因する重症な病気にならずに元気なからだづくりをめざす

データヘルス計画の中間評価（今後のデータヘルス計画の方向性）

最終評価に向けた見直し・工夫

- ・ 中期、短期目標それぞれに評価指標を設定し、測定可能で成果が見えやすく、かつ、行政のデータヘルスに係るスタッフが成果を見てモチベーションにできる評価指標を考えた
- ・ 最終評価では、取り組んだことを良いことも悪いことも客観的に評価し、次なる対策を具体的に計画できるようにPDCAサイクルを回していきたい

次期計画では検討が必要な課題（第2期データヘルス計画では優先しなかった健康課題等）

- ・ 働き世代の肥満と高血圧の課題は、60代の血糖や腎機能への影響につながっており、フレイル予防と合わせて対策が必要