

第2期羽幌町データヘルス計画書

—令和3～5年度—

令和3年3月

はじめに

国民健康保険事業は、町民の健康と生活を支える大切な制度で安定的な運営が重要です。しかし、全国的な人口減少や高い高齢者比率に伴う医療費の増加などにより、国保の財政は危機的な状況にあります。

平成30年度からは、国保の財政運営主体が都道府県に移行し、国民健康保険を取り巻く状況は大きく変化していますが、どのような状況下においても国民健康保険は、国民皆保険を基礎として健全かつ安定的な運営を確保する必要があります。

こうした状況の中、「保健事業」を通じた健康の増進や健康に対する意識の向上、および疾病の予防による医療費の適正化に向けた取組の重要性がますます高まってきており、平成30年度からは、医療費適正化の取組に対する国からの新たなインセンティブ制度として保険者努力支援制度も創設されております。

本町においても、法律で実施を義務付けられた平成20年度以降、特定健康診査および特定保健指導や、各種疾病予防のための様々な保健事業を実施し、被保険者の健康増進や医療費の適正化に取り組んでまいりました。

今回は、第1期計画期間が終了し、取組みの評価や成果をもとに検討・見直しを図り、令和3年度から令和5年度を計画期間とする第2期の計画を策定するものです。

今後も、国保データベース（KDBシステム）等に蓄積された情報を活用し、データヘルス計画を策定するとともに、数値に基づいた分析により、効果的かつ効率的な事業推進を図ることで、さらなる改善に取り組んでまいります。

令和3年3月

羽幌町長 駒井久晃

目次

第1章 データヘルス計画の概要	1
1 計画策定の背景と趣旨	1
2 計画の概要	2
(1) 計画の目的	2
(2) 計画の位置づけ	2
(3) 計画の期間	3
3 計画の進め方	4
第2章 地域特性と現状の課題	5
1 地域の特性	5
(1) 人口	5
(2) 人口と世帯数の推移	5
(3) 被保険者の推移	6
2 平均寿命・健康寿命と死亡の状況	7
(1) 平均寿命	7
(2) 健康寿命	7
(3) 死亡の状況	8
3 医療費分析	9
(1) 医療環境の状況	9
(2) 一人あたり医療費の推移	9
(3) 診療費の状況	10
4 レセプト分析	11
(1) 医療費からみた疾病構造	11
(2) 医療費上位10位の推移	11
(3) 高額医療費分析	12
5 介護との関連	13
(1) 要介護認定率の推移	13
(2) 介護給付費の推移	13
(3) 要介護者有病状況	14
(4) 医療・介護の突合	15
6 健診データ分析	16
(1) 特定健診受診率の推移	16
(2) 性別・年齢階層別受診状況	16
(3) メタボリックシンドローム判定	17
(4) 健診項目ごとの有所見割合	18
(5) 質問票調査（生活習慣データ）	21
(6) 特定保健指導実施率の推移	26

第3章 第1期計画と保健事業の振り返り	27
1 第1期計画の振り返り	27
(1) 第1期計画の概要	27
(2) 第1期計画の数値目標と達成状況	27
2 保健事業の振り返り	28
(1) 特定健診	28
(2) 特定保健指導、重症化予防事業	29
(3) がん検診	30
(4) 疾病予防	30
(5) 健康相談・健康教室	32
3 健康課題の明確化	33
(1) 地域特性と健康寿命	33
(2) 健診受診率及びメタボリックシンドローム該当者の状況	33
(3) 健診受診率の経年変化	33
(4) 健診結果の状況	34
第4章 第2期計画の目標と保健事業の内容	35
1 目標の設定	35
(1) 目的	35
(2) 中長期的な目標	35
(3) 短期的な目標	35
2 保健事業の方向性	36
3 保健事業の内容	36
(1) 特定健診	36
(2) 特定保健指導	37
(3) 重症化予防	37
(4) がん検診	40
(5) 減酒支援事業	40
第5章 計画の推進と評価・見直し	41
1 計画の推進のための役割	41
2 計画の評価・見直し	42
第6章 計画の公表と個人情報の保護	43
1 計画の公表・周知	43
2 個人情報の保護	43

第1章 データヘルス計画の概要

1 計画策定の背景と趣旨

我が国では、総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）は年々増加し、平成30年には28.7%（総務省「人口推計」（2020年9月15日現在推計））と世界トップの水準になっています。一般的に高齢化が進行すると生活習慣病を始めとした疾病の増加が見込まれ、健康な生活を維持するうえでの大きなリスク要因となっています。

国民の健康な生活を維持することを目的に平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」では、重要施策として“国民の健康寿命の延伸”を掲げています。これを実現するために「国民健康保険団体連合会に集約されている、健診、医療、介護に関する国保データベースシステム（以下、「KDBシステム」といいます。）の分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として、“データヘルス計画”の作成・公表、事業実施、評価等の取組を推進する」としています。

これまで羽幌町においても、生活習慣病や疾病予防、健康増進に向けて、特定健診やがん検診の実施など、さまざまな保健事業を実施してきました。今後は、限られた財源を有効活用し、更なる被保険者の健康保持増進に努めるために、KDBシステムに蓄積されたデータを活用し、すでに健康リスクを保有し重症化予防が必要な方々への「ハイリスクアプローチ」と、生活習慣病予備群など潜在的なリスクを抱える方々への「ポピュレーションアプローチ」など、それぞれの状況に応じて有効な事業を展開することが求められています。

これらの状況を踏まえ、羽幌町においてもデータヘルス計画を作成し活用することで、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保険事業を実施し、被保険者の疾病予防や健康増進、ひいては長期的な医療費の適正化に取り組んでいくものとします。

2 計画の概要

(1) 計画の目的

データヘルス計画は、2つの目的に沿って策定します。

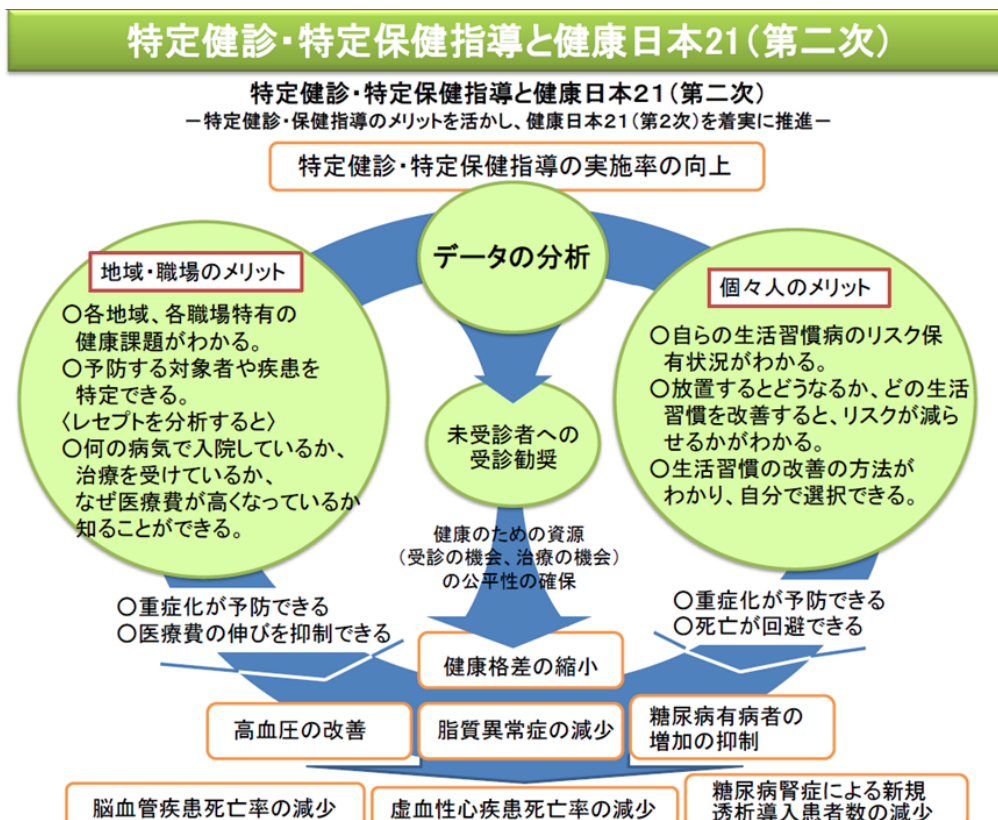
目的1 KDB システムをはじめとした様々なデータを活用した分析を行い、現状や取組の成果を数値として把握することで、保健事業の実効性を高めていくこと

目的2 PDCA サイクルに沿った事業運営を実施することで、継続的に改善する仕組みを取り入れること

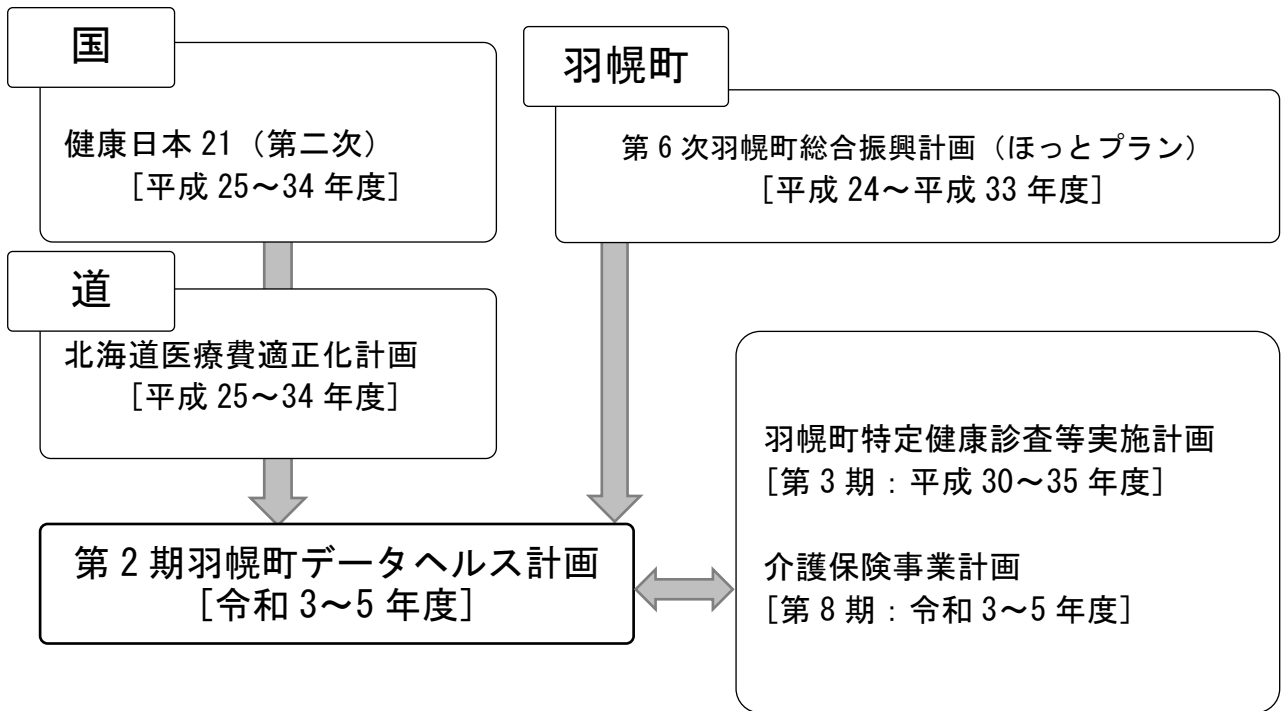
(2) 計画の位置づけ

データヘルス計画とは、健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画です。

データヘルス計画は、21世紀における国民健康づくり運動「健康日本21（第二次）」に示された基本方針、及び保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定める「特定健診等実施計画」をふまえて策定します。



第1章 データヘルス計画の概要



(3) 計画の期間

第 2 期にあたる本データヘルス計画は、令和 3 年度から令和 5 年度の 3 年間の計画とします。

3 計画の進め方

データヘルス計画の実施に当たっては、事業を継続的に改善する仕組みである PDCA サイクルに沿った運営に取り組みます。

PDCA サイクルとは①計画 (Plan) ②実施 (Do) ③評価 (Check) ④改善 (Act) の手順を繰り返し実施する仕組みのことです。

① 計画 (Plan)

これまでに実施した保健事業の振り返りとデータ分析を通じて現状を把握し、分析することで健康課題を明確にし、改善するための事業を計画します。

② 実施 (Do)

計画した事業をより効果的・効率的に実施します。

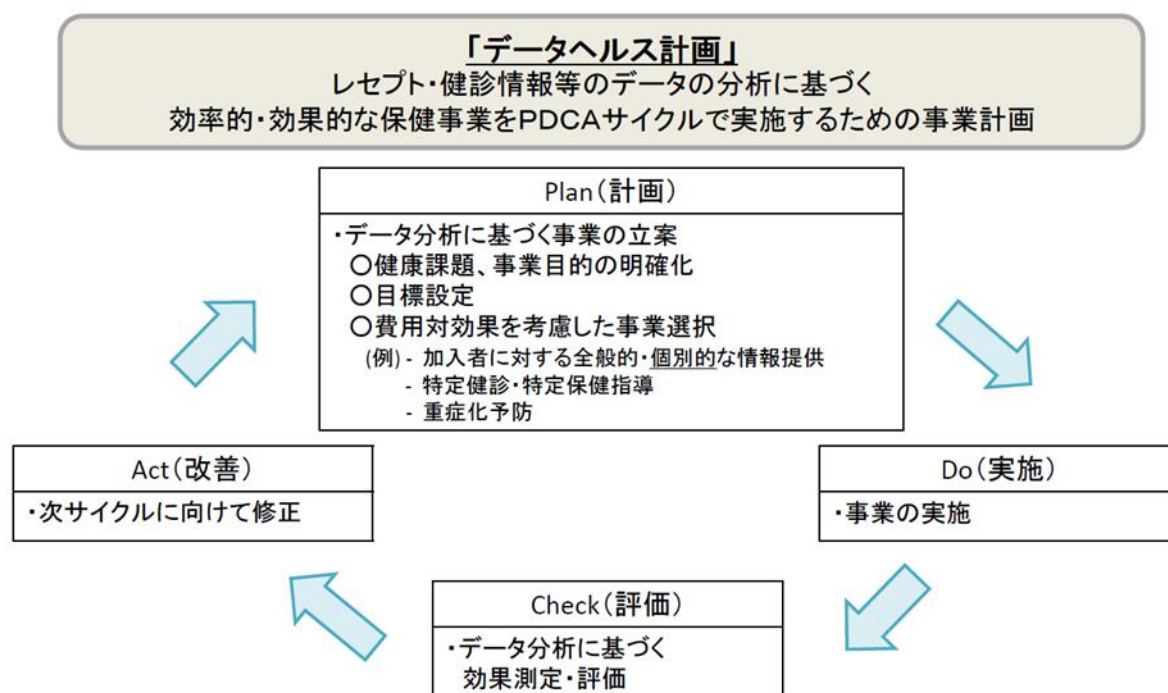
③ 評価 (Check)

当初想定した事業運営が実施されているかどうかを、予め設定した数値目標を測定することで評価します。

④ 改善 (Act)

評価結果に基づいて事業を見直し、改善を図ります。

PDCA サイクル概要

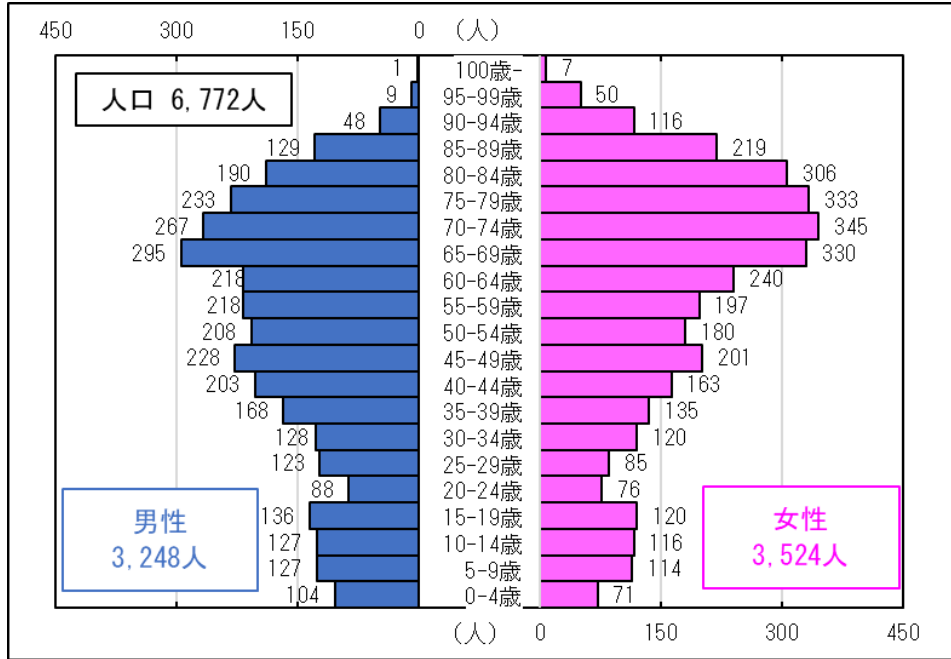


第2章 地域特性と現状の課題

1 地域特性

(1) 人口

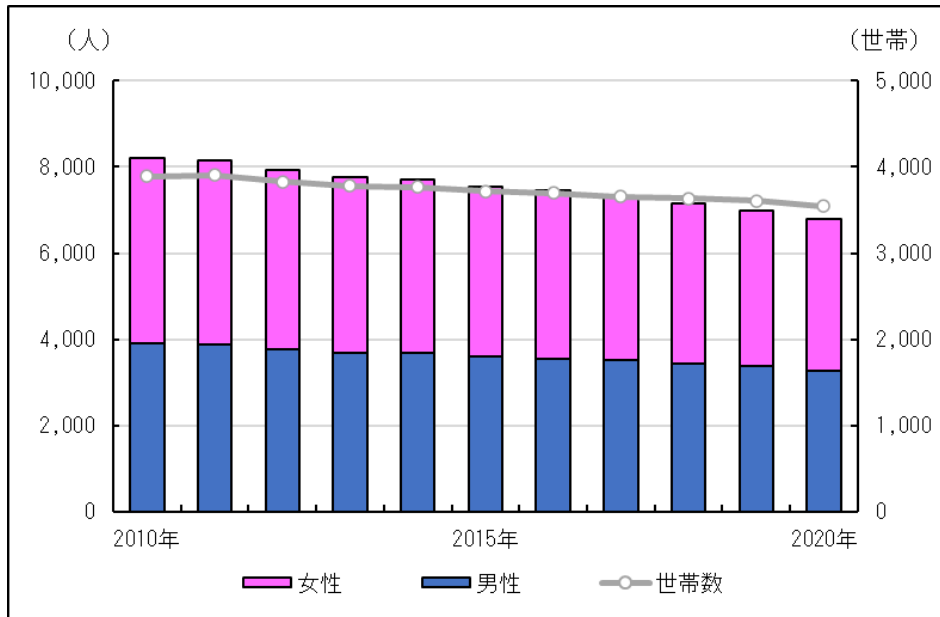
令和2年1月現在、人口は6,772人、65歳以上の高齢者人口は2,878人、高齢化率が42.5%となっています。



出典：住民基本台帳

(2) 人口と世帯数の推移

2010年から2020年の人口と世帯数の推移をみると、人口・世帯数ともになだらかに減少傾向を示しています。

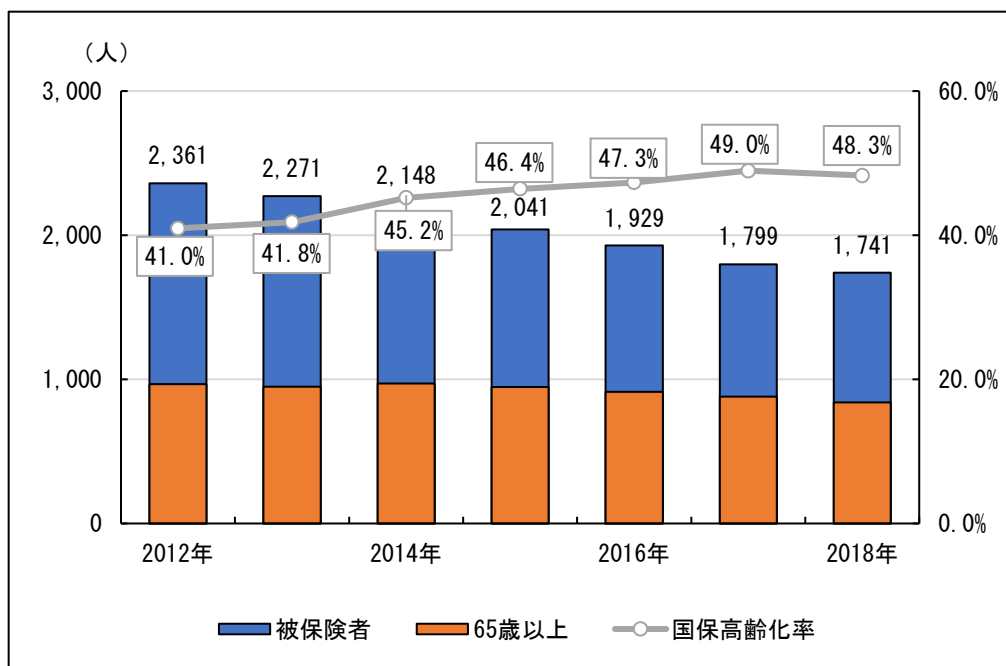


出典：住民基本台帳

(3) 被保険者の推移

20218 年度末現在、国保被保険者は 1,741 名となっています。人口と同様に国保被保険者も減少傾向を示しています。

また、国保被保険者の高齢化率をみると、2012 年度の 41.0%から 2017 年には 49.0%にまで上昇しています。2018 年度はやや低下して 48.3%となっています。



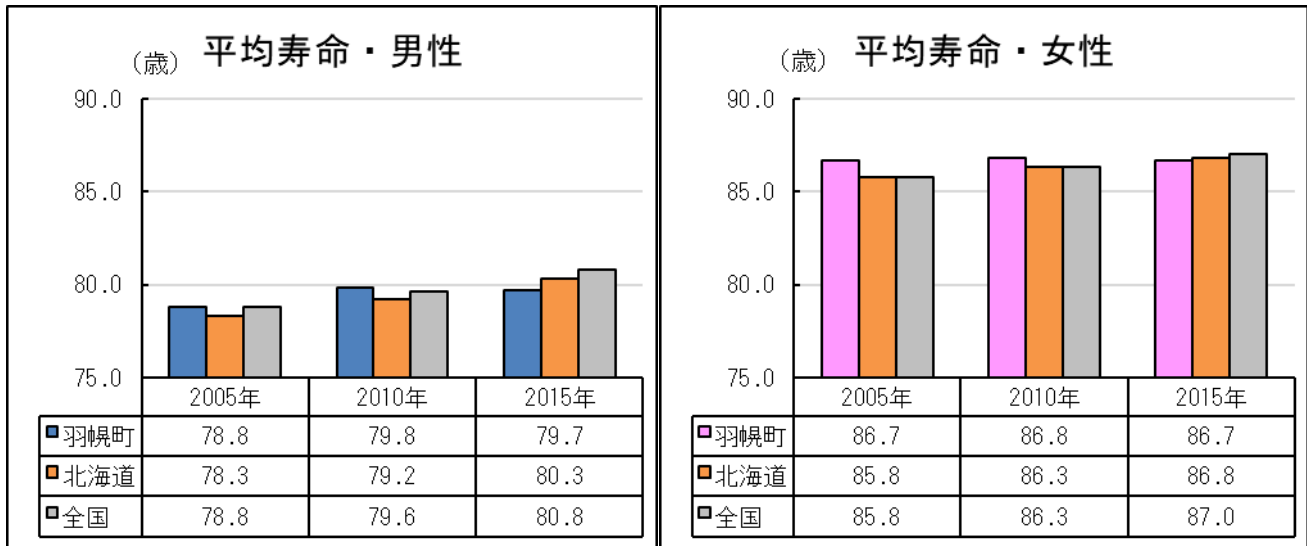
出典：国民健康保険事業年報

第2章 地域特性と現状の課題

2 平均寿命・健康寿命と死亡の状況

(1) 平均寿命

平均寿命の推移をみると、男女ともに長寿化の傾向がみられます。また、2015年時点の平均寿命をみると、男女ともに全道平均・全国平均を下回っています。



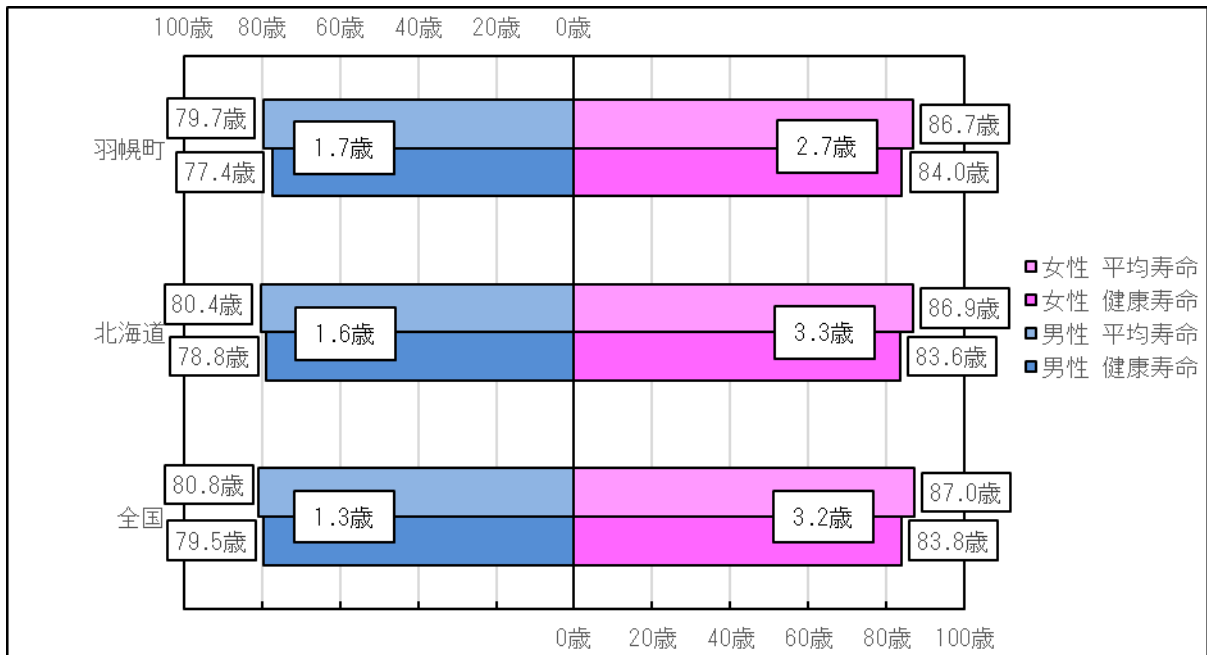
出典：平成27年市区町村別生命表（厚生労働省）

(2) 健康寿命

健康寿命とは、介護保険の介護情報（要介護2～5の認定者数）と人口、死亡者数を基礎情報として、「日常生活動作が自立している期間の平均」を算出したものです。

平均寿命について、男性は79.7歳、女性は86.7歳となっており、全道平均・全国平均を下回っています。また、健康寿命についてみると、男性は全道平均・全国平均を下回っていますが、女性は上回っています。

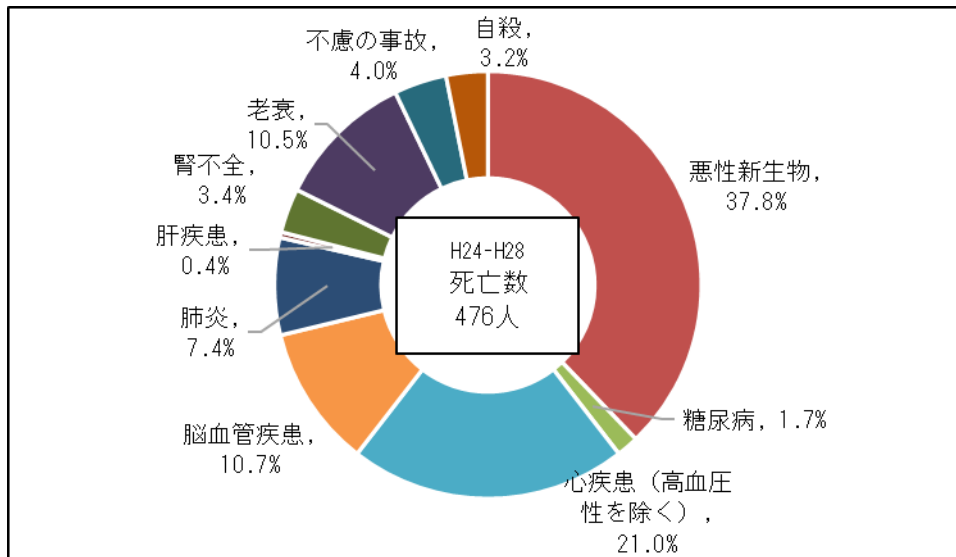
平均寿命と健康寿命の差についてみると、男性は1.7歳で全国平均1.3歳と比較して0.4歳大きくなっています。女性は2.7歳で全国平均3.2歳と比較して、平均寿命と健康寿命の差が0.5歳小さくなっています。平均寿命と健康寿命の差が小さいことは、医療や介護が必要な期間が短いことを意味します。



出典：KDB システム「地域の全体像の把握」

(3) 死亡の状況

平成 24 年から平成 28 年までの 5 年間の死因の集計データを見ると、「悪性新生物」が 37.8% で最も多く、全体の 3 分の 1 以上を占めています。以下、「心疾患（高血圧性を除く）」21.0%、「脳血管疾患」10.7%、「老衰」10.5%、「肺炎」7.4%の順となっています。



出典：道北地域保健情報年報

第2章 地域特性と現状の課題

3 医療費分析

(1) 医療環境の状況

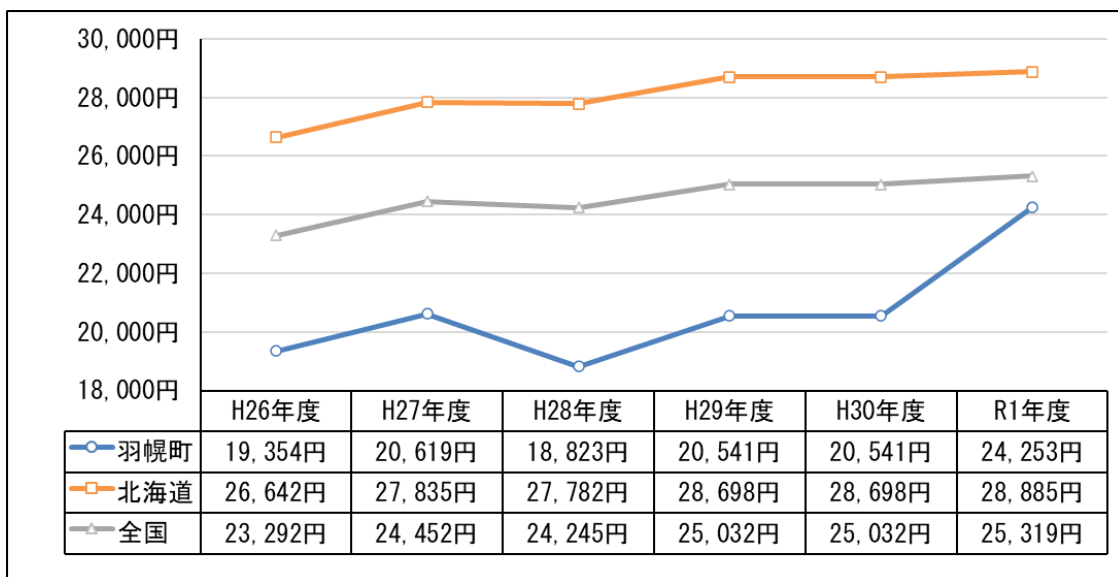
医療環境の状況（人口千人当たり）をみると、全国平均と比較して病院数や病床数は上回っている一方で、医師数が少ない状況となっています。

項目	羽幌町	北海道	全国
病院数	1.2	0.5	0.3
診療所数	2.4	2.9	3.4
病床数	92.2	80.7	52.0
医師数	6.5	11.4	10.7
外来患者数	642.2	658.5	682.3
入院患者数	25.4	23.2	18.7
合計患者数	667.6	681.7	701.0

出典：KDB システム「地域の全体像の把握」

(2) 一人あたり医療費の推移

一人あたり医療費の推移をみると、平成26年度以降、常に全国平均・全道平均を下回っています。しかし、平成30年度から令和1年度にかけて一人あたり医療費が増加しており、全国平均との差は縮小しています。



出典：KDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(3) 診療費の状況

診療費の状況の受診率をみると、外来と歯科は全国平均を下回っている一方で、入院は全国平均を上回っています。1件当たり日数をみると、外来と入院は全国平均を下回っています。1日当たり診療費では、外来・入院・歯科いずれも全国平均を上回っています。

	受診率			1件当たり日数			1日当たり診療費		
	外来	入院	歯科	外来	入院	歯科	外来	入院	歯科
羽幌町	642.2	25.4	81.2	1.4	12.5	2.5	17,840	43,590	8,510
同規模	680.4	23.8	138.3	1.4	16.4	1.8	16,370	32,930	7,260
北海道	658.5	23.2	138.0	1.4	15.7	2.0	17,590	36,730	7,730
全国	682.3	18.7	157.4	1.5	15.7	1.8	15,080	36,070	7,180

出典：KDB システム「地域の全体像の把握」

【参考】

○一人当たり医療費

国・都道府県・市区町村などの異なる集団における医療費の比較をするために用いる指標で、以下の計算式で算出します。

$$\text{一人当たり医療費} = \text{医療費総額} \div \text{被保険者数}$$

なお、一人当たり医療費は「受診率」「一件当たり日数」「一日当たり医療費」の3要素に分解されます。

○受診率（人口千人当たり）

一定期間内に医療機関にかかった人の割合を示す指標です。受診率が高いということは被保険者一人が医療機関にかかる回数が多いことを示しています。受診率は以下の計算式で算出します。

$$\text{受診率（人口千人当たり）} = \text{レセプト総数} \div \text{国保被保険者数} \times 1,000$$

○一件当たり日数

一つの疾病の治療のために医療機関に通った日数（または、入院した日数）を表す指標です。外来の一件当たり日数が多ければ通院頻度が高く、入院の一件当たり日数が多ければ概ね入院期間が長いものと考えられます。一件当たり日数は以下の計算式で算出します。

$$\text{一件当たり日数} = \text{受診延べ日数} \div \text{レセプト件数}$$

○一日当たり医療費

医療費の単価を示す指標です。一日当たり医療費が高いということは、一回の診療あるいは一日の入院でかかる費用が高いことを示しています。一日当たり医療費は以下の計算式で算出します。

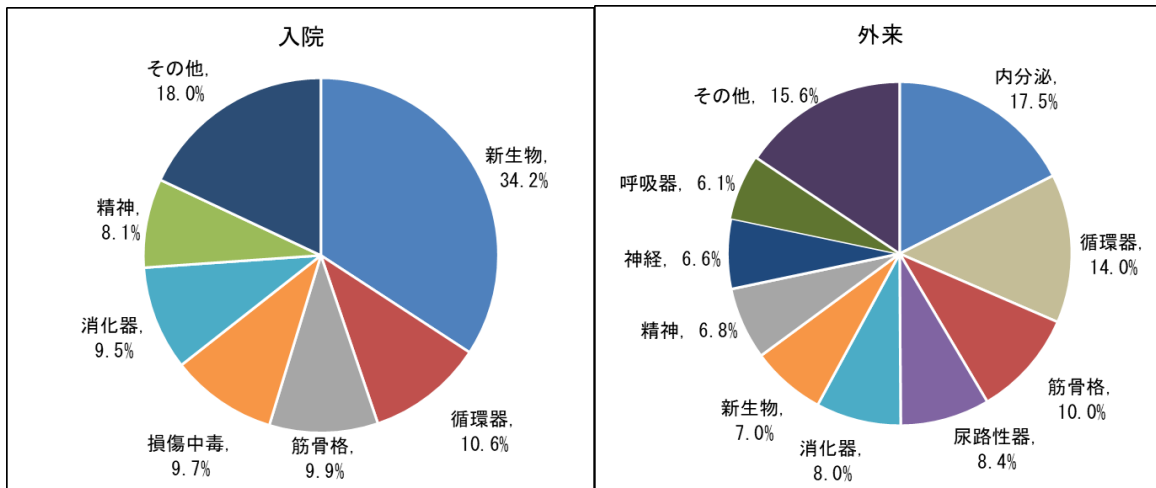
$$\text{一日当たり医療費} = \text{医療費総額} \div \text{受診延べ日数}$$

第2章 地域特性と現状の課題

4 レセプト分析

(1) 医療費からみた疾病構造

医療費から疾病の発生状況を見ると、入院では「新生物」が最も多く34.2%と全体のほぼ3分の1を占めています。外来では、「内分泌」「循環器」「筋骨格」が医療費上位を占めています。



出典：KDB システム「医療費分析（2）大、中、最小分類」

(2) 医療費上位10位の推移

医療費上位10位の推移を見ると、いずれの年度においても、糖尿病や高血圧症などの生活習慣病が多く発生しています。また、新生物（がん）について、「大腸がん」の占める割合が年々多くなっていることが分かります。

順位	平成27年		平成28年		平成29年		平成30年		令和1年	
1位	高血圧症	6.6%	統合失調症	6.5%	糖尿病	7.2%	糖尿病	6.6%	糖尿病	6.0%
2位	統合失調症	6.5%	糖尿病	5.8%	高血圧症	6.6%	関節疾患	5.4%	大腸がん	5.4%
3位	糖尿病	6.2%	高血圧症	5.7%	統合失調症	6.1%	高血圧症	4.9%	統合失調症	4.7%
4位	関節疾患	4.3%	白血病	5.6%	関節疾患	3.6%	統合失調症	4.6%	関節疾患	4.6%
5位	脂質異常症	3.0%	関節疾患	3.9%	脂質異常症	3.4%	不整脈	3.7%	高血圧症	4.3%
6位	骨折	2.9%	脂質異常症	2.8%	不整脈	3.0%	大腸がん	3.1%	肺がん	4.2%
7位	肺がん	2.8%	肺がん	2.7%	乳がん	2.8%	肺がん	2.7%	不整脈	2.6%
8位	慢性腎臓病 (透析あり)	2.5%	うつ病	2.6%	肺がん	2.7%	脂質異常症	2.6%	骨折	2.5%
9位	うつ病	2.4%	乳がん	2.2%	うつ病	2.4%	白血病	2.0%	脂質異常症	2.2%
10位	狭心症	2.4%	慢性腎臓病 (透析あり)	2.2%	大腸がん	2.2%	脳梗塞	1.9%	慢性腎臓病 (透析あり)	1.9%

出典：KDB システム「医療費分析（2）大、中、最小分類」

(3) 高額医療費分析

① 患者千人あたり 30 万円以上レセプト患者数

レセプト一件あたり 30 万円以上の高額レセプトの発生状況を見ると、「がん」が最も多く発生しており、全国平均を上回っています。

患者千人あたり30万円以上レセプト患者数 令和1年		羽幌町	北海道	全国
1	がん	12.991	14.771	11.429
2	高血圧症	11.819	17.328	15.355
3	糖尿病	9.670	12.412	10.509
4	脂質異常症	7.814	10.007	8.751
5	人工透析	3.419	4.281	6.227
6	脳梗塞	3.321	3.702	3.357
7	高尿酸血症	3.126	4.682	4.200
8	狭心症	3.028	4.815	4.261
9	脂肪肝	2.344	0.690	0.488
10	動脈硬化	1.856	2.112	2.693
11	脳出血	0.781	1.172	1.091
12	心筋梗塞	0.000	0.373	0.374

出典：KDB システム「医療費分析（1）細小分類」

② 6 か月以上入院レセプト

6 か月以上の長期入院のレセプト発生状況を見ると、一件当たりレセプト点数と千人当たりレセプト数、患者千人あたり 6 か月以上入院患者数いずれも全国平均を下回っています。

6か月以上入院レセプト 令和1年	羽幌町	北海道	全国
一件当たり6か月以上入院レセプト点数	44,114	48,845	46,044
千人当たり6か月以上入院レセプト数	3.791	5.233	4.252
患者千人あたり6か月以上入院患者数	154.309	234.063	236.878

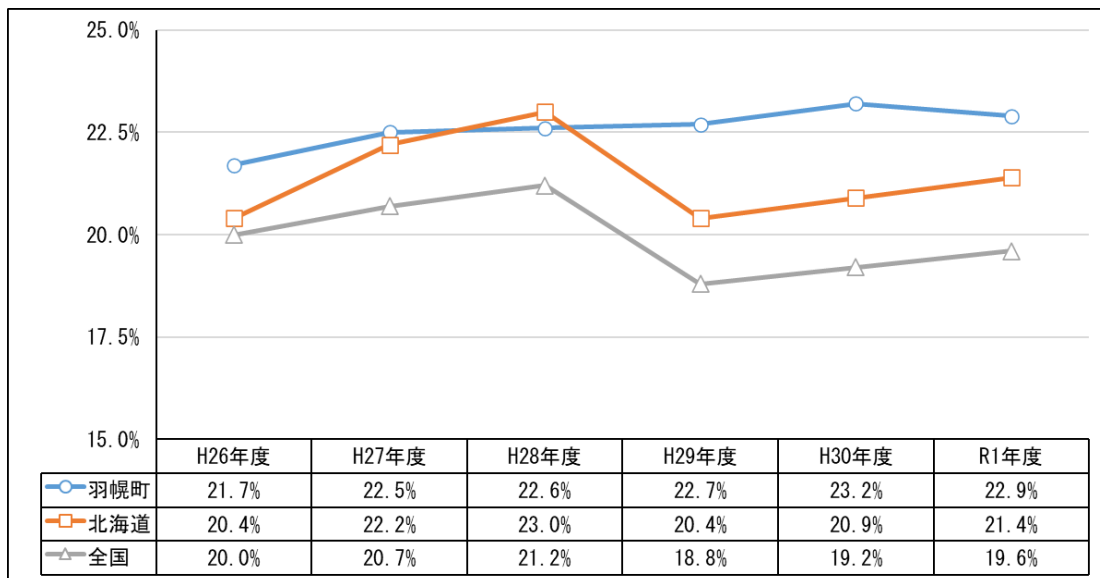
出典：KDB システム「医療費分析（1）細小分類」

第2章 地域特性と現状の課題

5 介護との関連

(1) 要介護認定率の推移

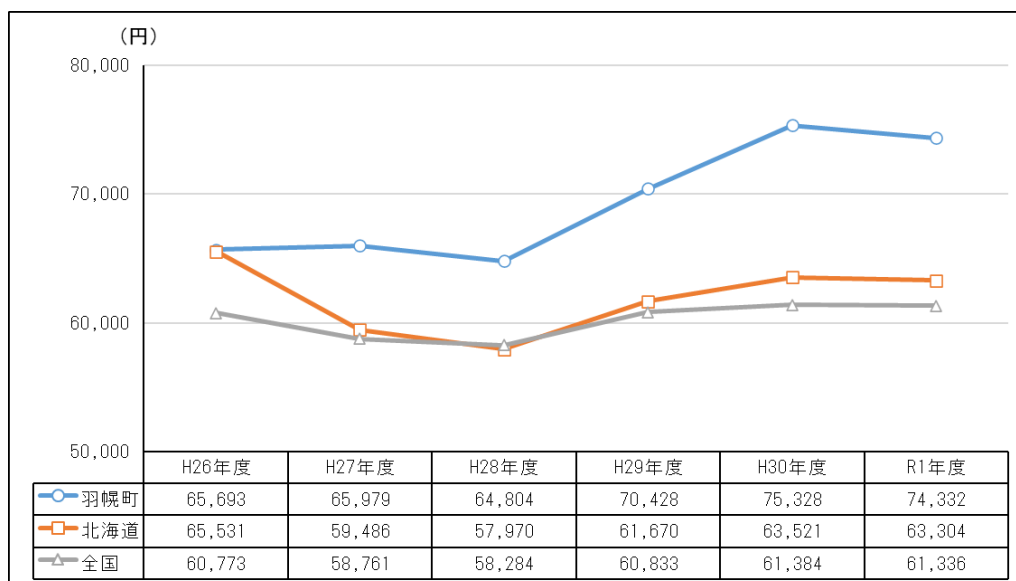
要介護認定率の推移をみると、平成26年度以降上昇を続け、平成30年度には23.2%に達しました。令和1年度には22.9%に低下しましたが、全国平均・全道平均を上回っています。



出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

(2) 介護給付費の推移

介護給付費の推移をみると、平成28年度から平成30年度にかけて大きく増加しています。令和1年度は低下しましたが、全国平均・全道平均を上回った状態が継続しています。

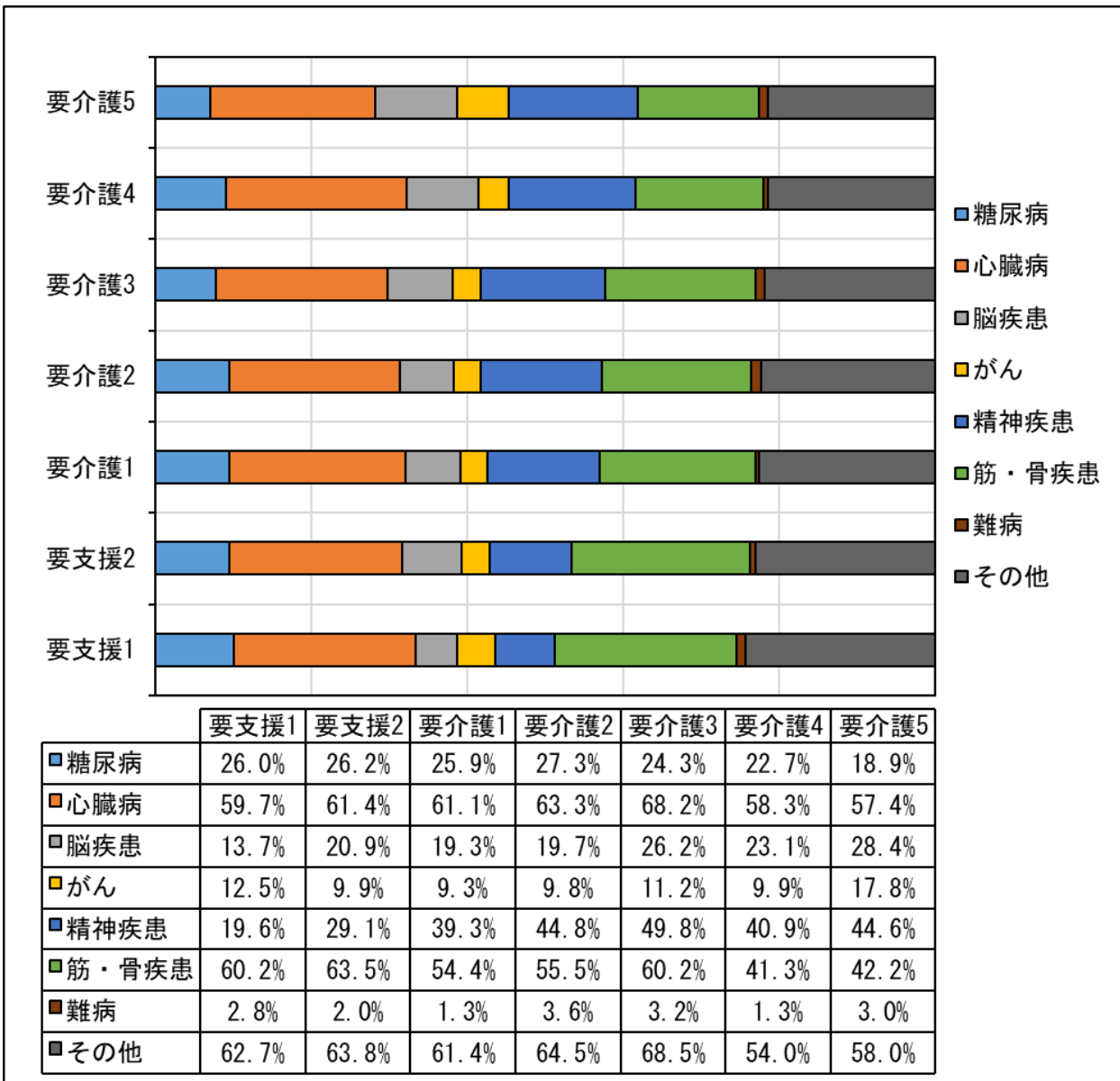


出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」

(3) 要介護者有病状況

要介護者有病状況をみると、すべての要支援・要介護度で共通して「心臓病」の割合が多くなっています。また、要介護度がすすむにつれて、「筋・骨疾患」の割合が多くなる傾向がみられます。

なお、2以上の疾患を持つ場合は重複してカウントしているため、要支援・要介護度ごとの合計は100%を超えています。

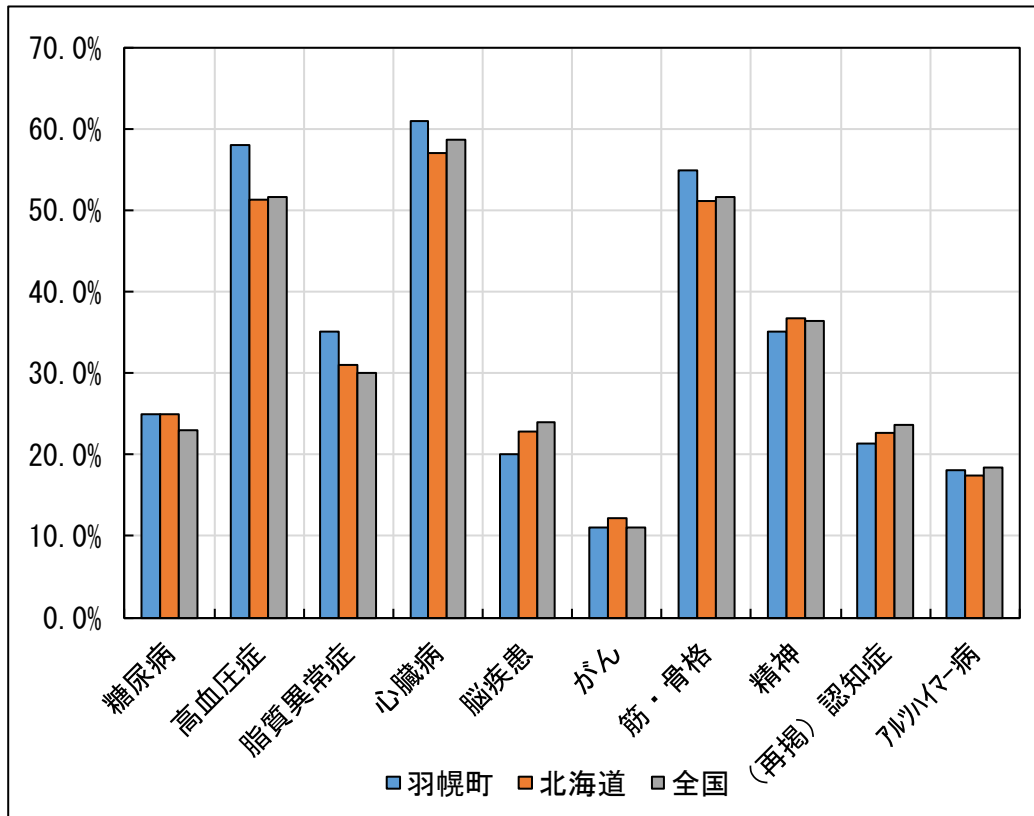


出典：KDB システム「要介護（支援）者有病状況」

第2章 地域特性と現状の課題

(4) 医療・介護の突合

医療・介護の突合について、全国平均を上回っている疾病は、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」「心臓病」「筋・骨格」となっています。



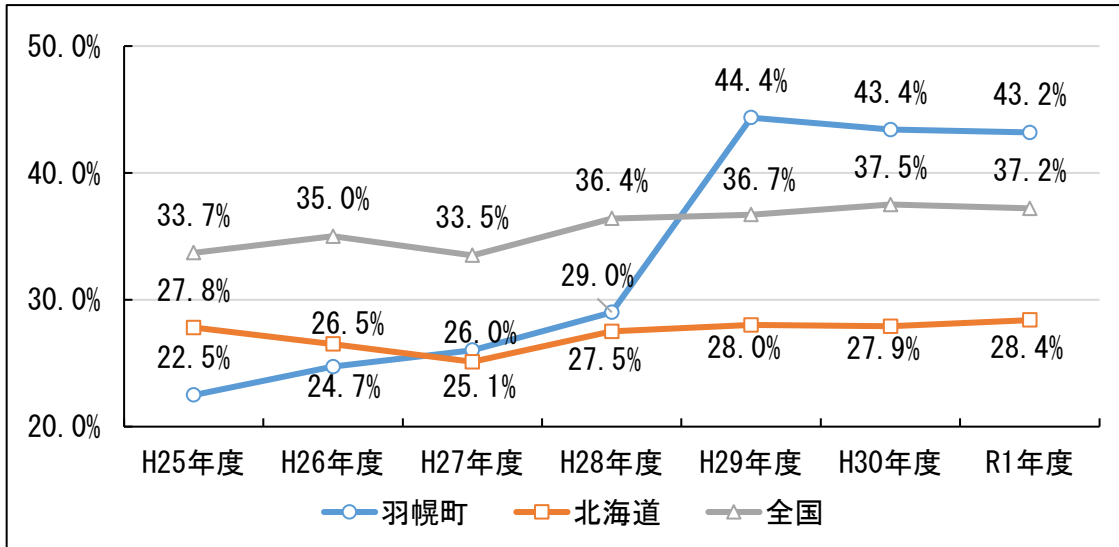
項目	羽幌町	北海道	全国
糖尿病	25.0%	25.0%	23.0%
高血圧症	58.0%	51.3%	51.7%
脂質異常症	35.1%	31.0%	30.1%
心臓病	61.0%	57.0%	58.7%
脳疾患	20.1%	22.8%	24.0%
がん	11.0%	12.2%	11.0%
筋・骨格	55.0%	51.1%	51.6%
精神	35.2%	36.8%	36.4%
(再掲) 認知症	21.3%	22.7%	23.6%
アルツハイマー病	18.1%	17.4%	18.5%

出典：KDB システム「医療と介護の突合（有病状況）」

6 健診データ分析

(1) 特定健診受診率の推移

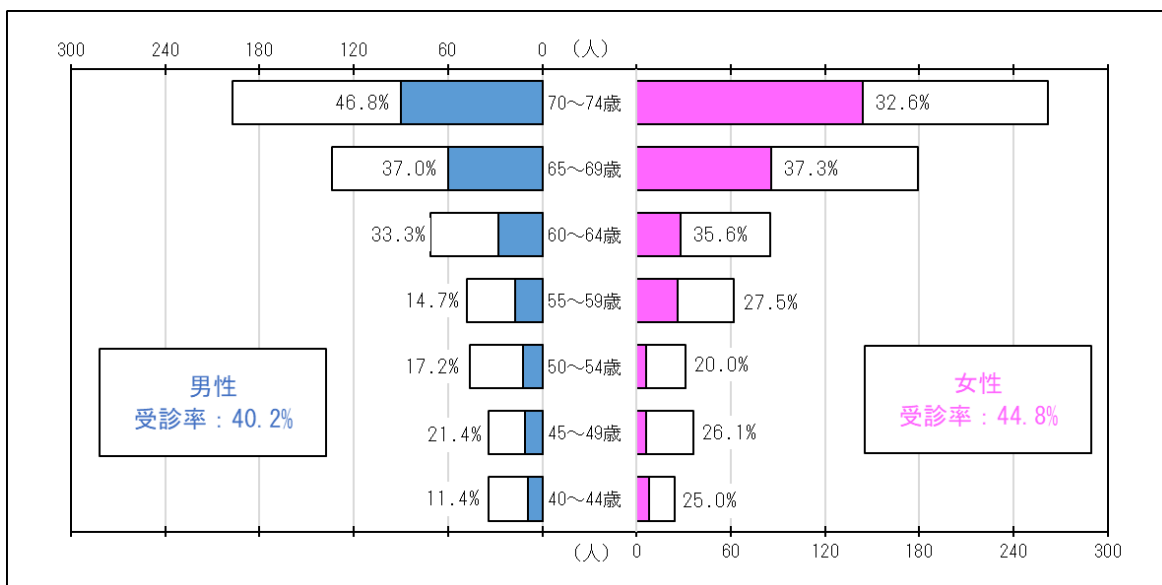
令和1年度の特定健診受診率は43.2%となっており、全国平均37.2%、全道平均28.4%をともに上回っています。平成29年度より対象者が病院定期受診の際に、主治医から個別健診・情報提供事業を勧奨する体制が整備できたため、平成28年度から平成29年度にかけて受診率を向上させることができました。



出典：法定報告データ、KDB システム「地域の全体像の把握」

(2) 性別・年齢階層別受診状況

特定健診受診率を性別・年代別にみると、全体的な傾向として、男性よりも女性の受診率が高く、男女ともに高齢層になるほど受診率が高くなる傾向が見られます。

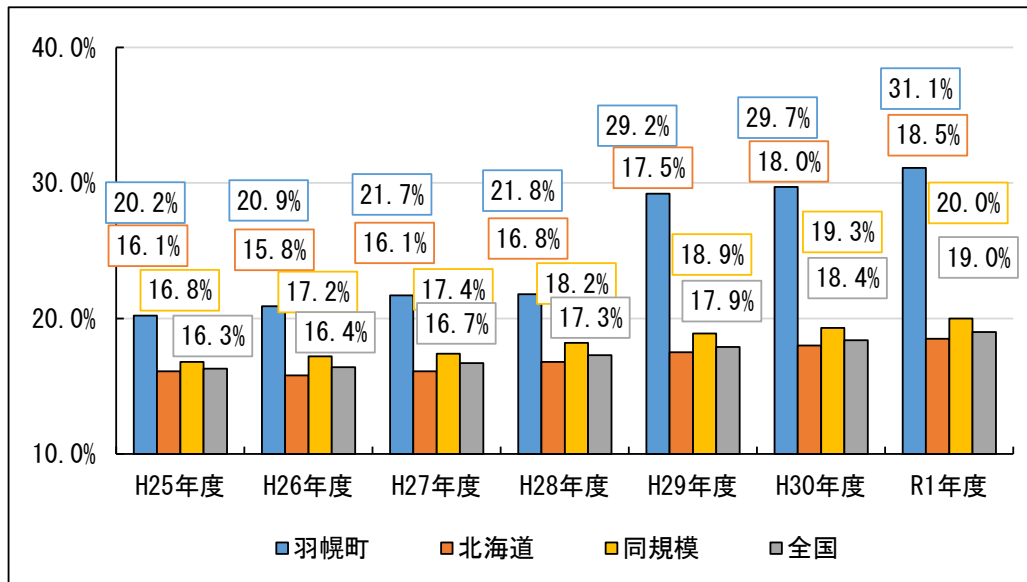


出典：KDB システム「厚生労働省書式（様式 5-4）健診受診状況（被保険者数及び健診受診者のピラミッド）」

第2章 地域特性と現状の課題

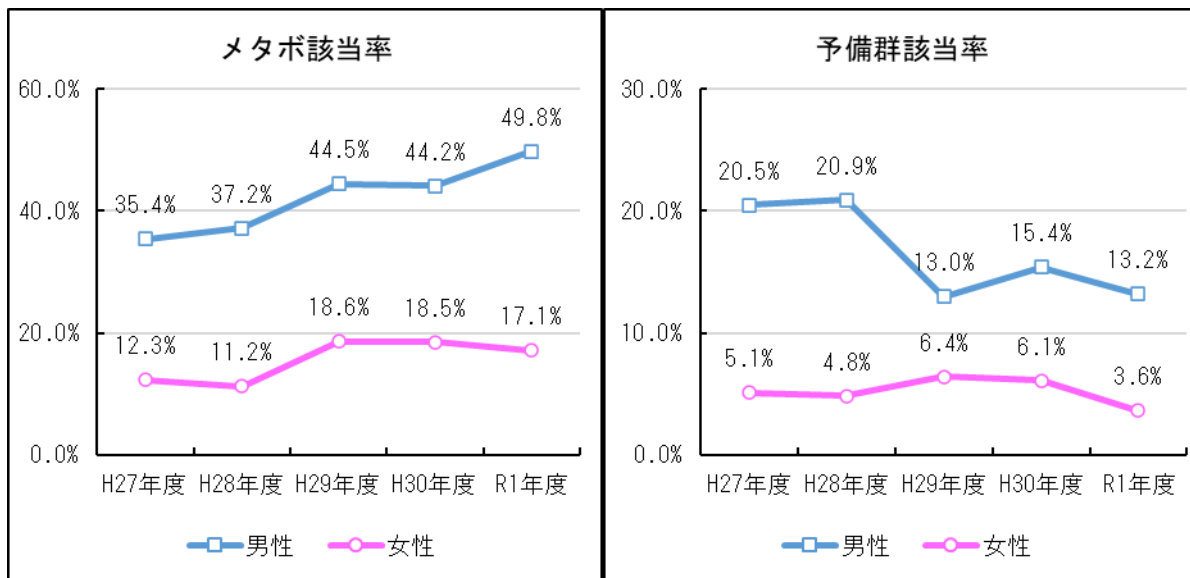
(3) メタボリックシンドローム判定

メタボリックシンドローム該当率の推移をみると上昇傾向が続いており、令和1年度には31.1%に達しています。平成28年度から平成29年度にかけて、既病院定期受診者の受診率が増加したことにより、今まで未受診であったメタボ該当者が確認できるようになったため、メタボリックシンドローム該当率が上昇しています。



出典：KDB システム「地域の全体像の把握」

メタボリックシンドローム該当率と予備群該当率の男女別推移をみると、ともに男性のほうが女性よりも高く推移しています。男性のメタボリックシンドローム該当率は上昇傾向が続いている一方で、女性のメタボリックシンドローム該当率や、男女の予備軍該当率は低下傾向を示しています。

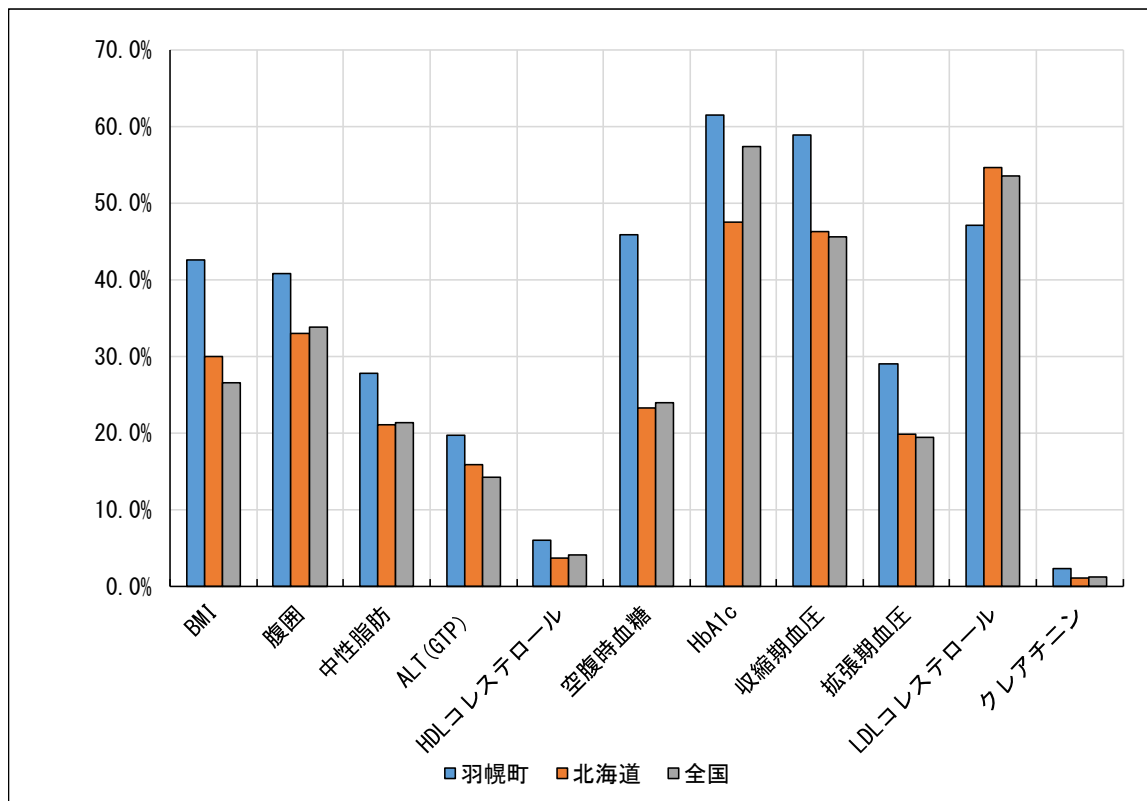


出典：KDB システム「地域の全体像の把握」

(4) 健診項目ごとの有所見割合

<総計>

健診項目別有所見割合をみると、全体的に全国平均・全道平均を上回っています。特に「空腹時血糖」の45.8%は全国平均23.9%、全道平均23.2%を大きく上回っています。この要因として、「20歳の時より体重増加量が10kg以上ある」「飲酒量が多い」人の割合が大きいことや、道・同規模・国と比較して、「運動習慣がない・活動量が低い」「間食をする」「朝食の欠食が多い。」などの生活習慣が影響していると考えられます。



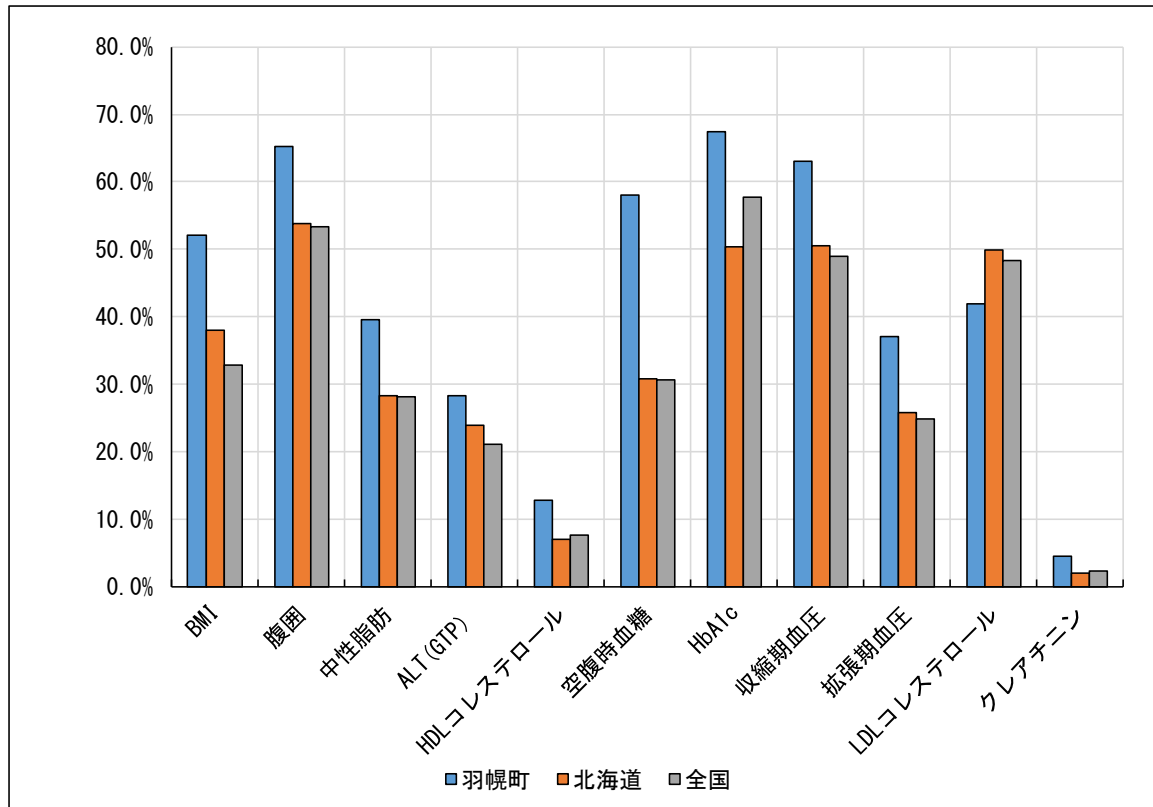
項目	羽幌町		北海道	全国
	人数	割合	割合	割合
BMI	226人	42.6%	30.0%	26.5%
腹囲	216人	40.7%	33.0%	33.8%
中性脂肪	147人	27.7%	21.0%	21.3%
ALT (GTP)	104人	19.6%	15.8%	14.2%
HDLコレステロール	32人	6.0%	3.7%	4.1%
空腹時血糖	243人	45.8%	23.2%	23.9%
HbA1c	326人	61.4%	47.5%	57.3%
収縮期血圧	313人	58.9%	46.2%	45.5%
拡張期血圧	154人	29.0%	19.8%	19.4%
LDLコレステロール	250人	47.1%	54.6%	53.5%
クレアチニン	12人	2.3%	1.0%	1.1%

出典：KDB システム「厚生労働省様式（5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別）」

第2章 地域特性と現状の課題

<男性>

健診項目別有所見割合(男性)も総計とほぼ同様の傾向となっています。「空腹時血糖」は58.1%となっています。

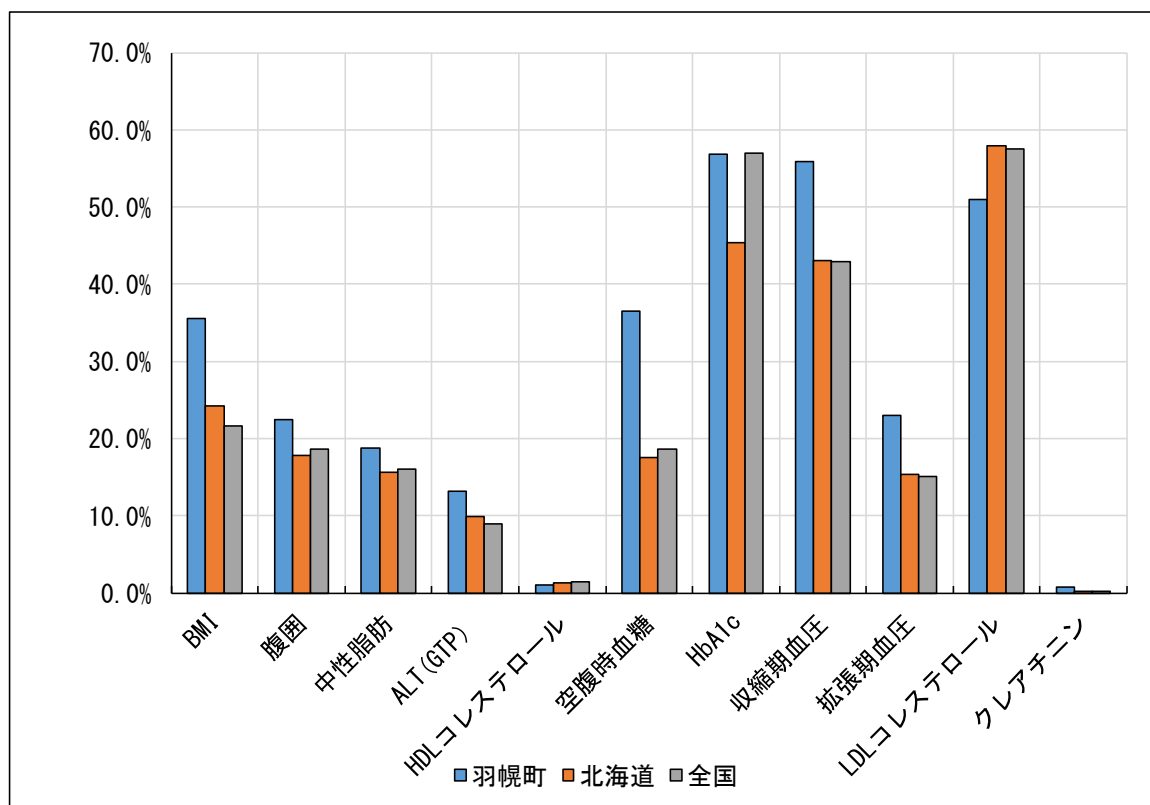


項目	羽幌町		北海道	全国
	人数	割合	割合	割合
BMI	118人	52.0%	38.0%	32.8%
腹囲	148人	65.2%	53.8%	53.4%
中性脂肪	90人	39.6%	28.2%	28.1%
ALT(GTP)	64人	28.2%	23.9%	21.0%
HDLコレステロール	29人	12.8%	6.9%	7.6%
空腹時血糖	132人	58.1%	30.8%	30.6%
HbA1c	153人	67.4%	50.4%	57.7%
収縮期血圧	143人	63.0%	50.5%	48.9%
拡張期血圧	84人	37.0%	25.8%	24.9%
LDLコレステロール	95人	41.9%	49.9%	48.3%
クレアチニン	10人	4.4%	1.9%	2.2%

出典：KDB システム「厚生労働省様式（5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別）」

<女性>

健診項目別有所見割合（女性）をみると、やはり全体的に全国平均・全道平均を上回っていることが分かります。男性と比較では「BMI」「腹囲」等の有所見割合は低いものの、全国平均・全道平均と比較すると多くなっています。



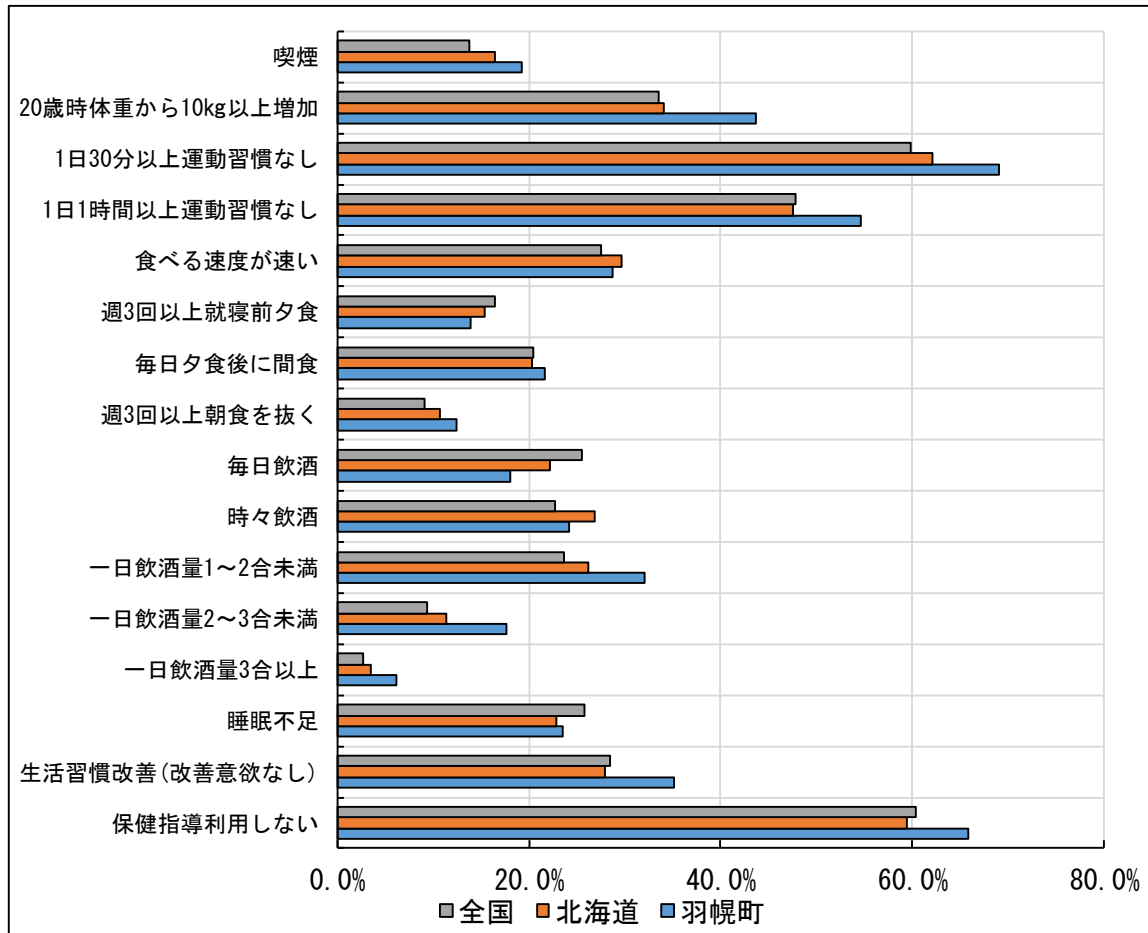
項目	羽幌町		北海道	全国
	人数	割合	割合	割合
BMI	108人	35.5%	24.2%	21.6%
腹囲	68人	22.4%	17.8%	18.6%
中性脂肪	57人	18.8%	15.6%	16.0%
ALT (GTP)	40人	13.2%	9.9%	8.9%
HDLコレステロール	3人	1.0%	1.3%	1.4%
空腹時血糖	111人	36.5%	17.6%	18.7%
HbA1c	173人	56.9%	45.4%	57.0%
収縮期血圧	170人	55.9%	43.1%	42.9%
拡張期血圧	70人	23.0%	15.4%	15.1%
LDLコレステロール	155人	51.0%	58.0%	57.6%
クレアチニン	2人	0.7%	0.2%	0.2%

出典：KDB システム「厚生労働省様式（5-2）健診有所見者状況（男女別・年代別）」

第2章 地域特性と現状の課題

(5) 質問票調査（生活習慣データ）

特定健診の質問票調査に基づく生活習慣データについて、「喫煙」「運動習慣なし」「飲酒量」「生活習慣改善意欲なし」「保健指導利用しない」の項目の該当率が全国平均、全道平均を大きく上回っています。



項目	羽幌町	北海道	全国
喫煙	19.3%	16.4%	13.8%
1日30分以上運動習慣なし	69.0%	62.1%	59.9%
1日1時間以上運動なし	54.7%	47.5%	47.8%
食べる速度が速い	28.7%	29.7%	27.5%
週3回以上就寝前夕食	13.9%	15.4%	16.4%
毎日夕食後に間食	21.7%	20.3%	20.5%
週3回以上朝食を抜く	12.4%	10.7%	9.1%
毎日飲酒	18.0%	22.2%	25.5%
時々飲酒	24.2%	26.8%	22.7%
一日飲酒量1～2合未満	32.1%	26.2%	23.6%
一日飲酒量2～3合未満	17.7%	11.4%	9.3%
一日飲酒量3合以上	6.2%	3.5%	2.7%
睡眠不足	23.5%	22.9%	25.8%
生活習慣改善(改善意欲なし)	35.2%	27.9%	28.5%
保健指導利用しない	65.9%	59.4%	60.4%

出典：KDB システム「質問票調査の状況」

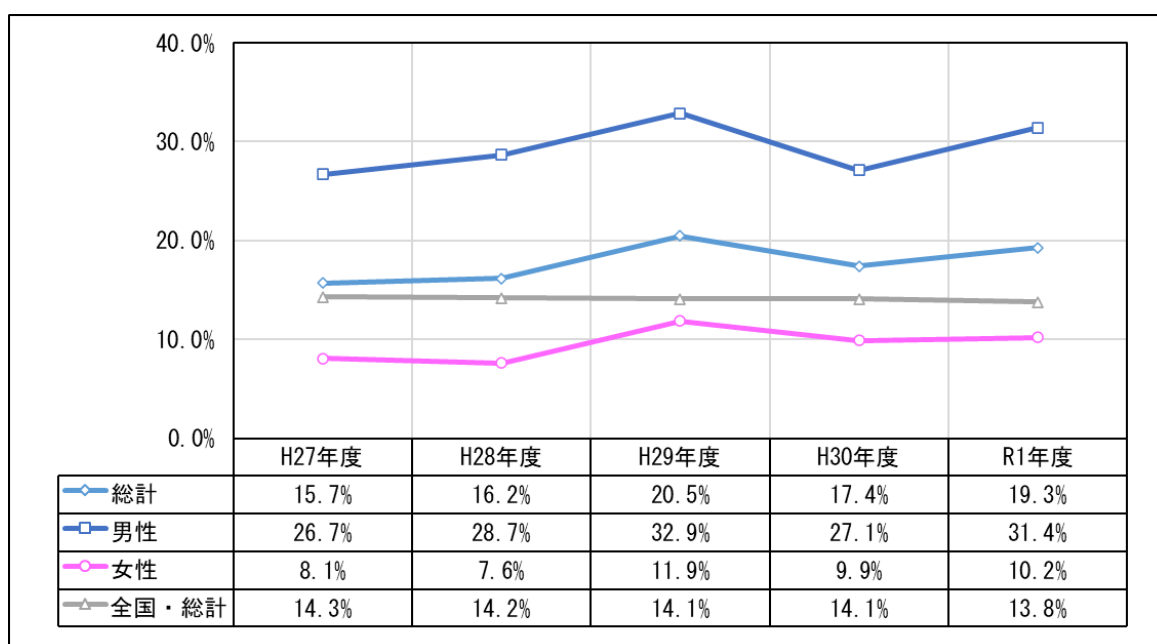
① 喫煙

喫煙習慣のある人の割合の推移をみると、令和1年度の総計は19.3%となっており、全国平均の13.8%を5.5%上回っています。

男女別にみると、男性は31.4%、女性は10.2%となっており、男性の喫煙率が高くなっています。この傾向は過去5年間をみてもほぼ同様です。ただし女性の喫煙率も決して低いわけではなく、女性の全国平均は令和1年で6.0%ですので、4.2%上回っています。

「肺がん」の医療費は、過去5年間いずれも上位10位以内に入っています。肺がんリスクを高める喫煙習慣の改善は、今後の重要な課題と考えられます。

<喫煙>



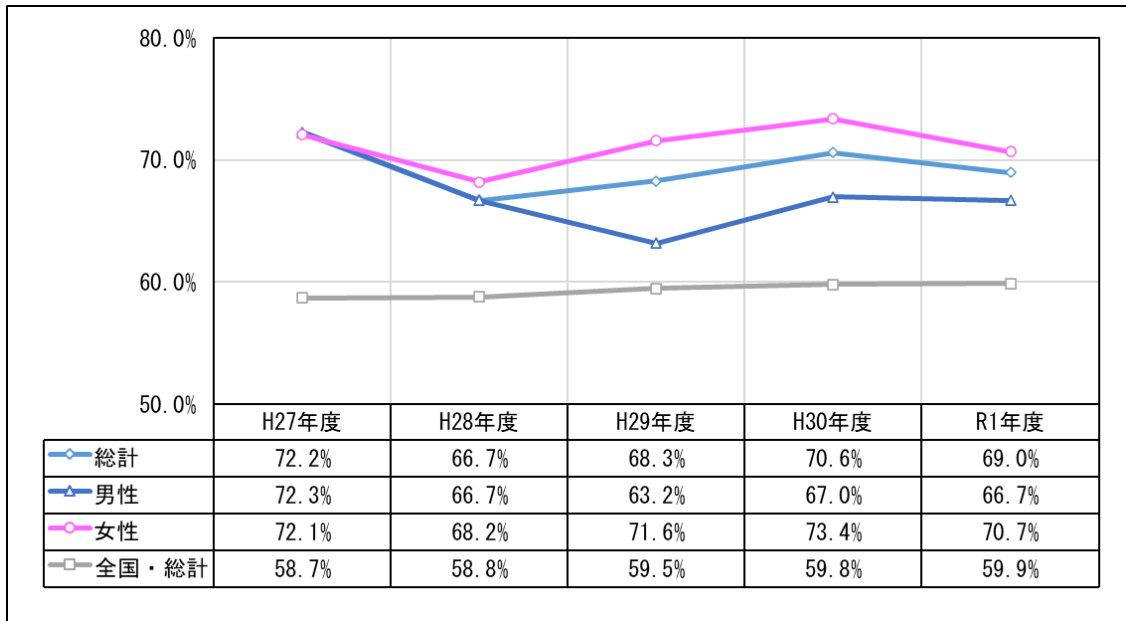
② 運動習慣

運動について、1日30分以上運動習慣なしの割合の推移をみると、令和1年度の総計は69.0%となっており、平成27年度の72.2%から3.2%の改善となりました。一方で、全国平均の59.9%と比較すると9.1%上回っています。男女別にみると、女性の方が運動習慣のない割合が高く、女性70.7%に対して男性66.7%となっています。

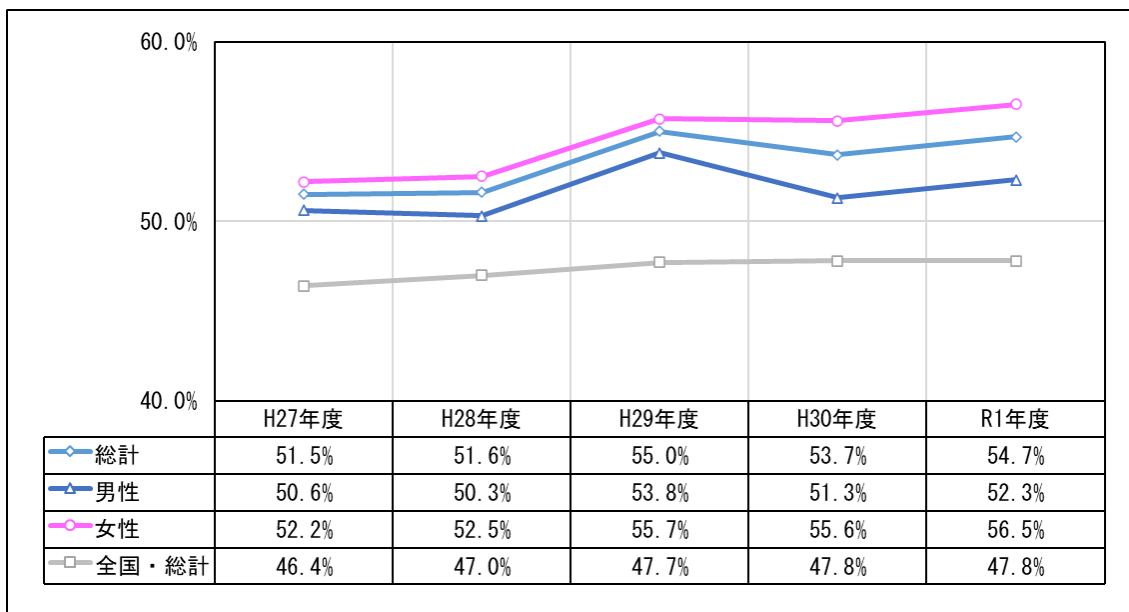
また、1日1時間以上運動なしの推移をみると、総計では、平成27年度の51.5%から令和1年度の54.7%となり、3.2%の悪化となりました。

第2章 地域特性と現状の課題

<1日30分以上運動習慣なし>



<1日1時間以上運動なし>

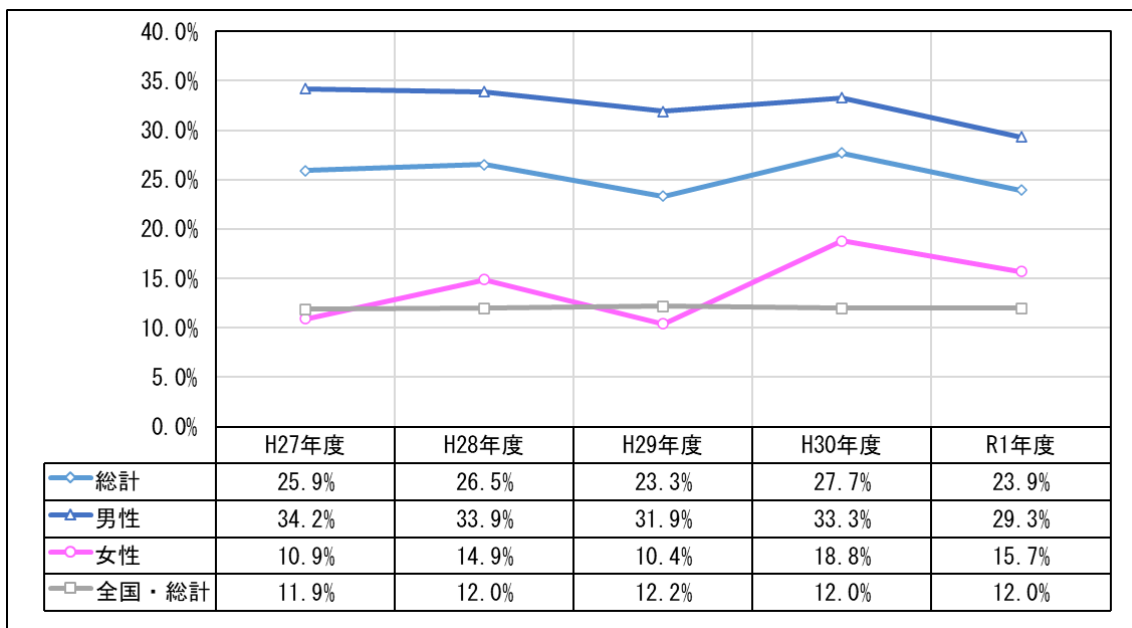


③ 飲酒

飲酒習慣について、飲酒量2合以上の人の割合の推移をみると、総計は平成27年度の25.9%から令和1年度の23.9%へと、2.0%の改善傾向を示しているものの、依然全国平均を上回っています。

男女別にみると、男性は平成27年度34.2%から令和1年度29.3%となり改善（減少）傾向を示していますが、女性は平成27年度10.9%から令和1年15.7%となり、4.8%の増加（悪化）傾向を示しています。

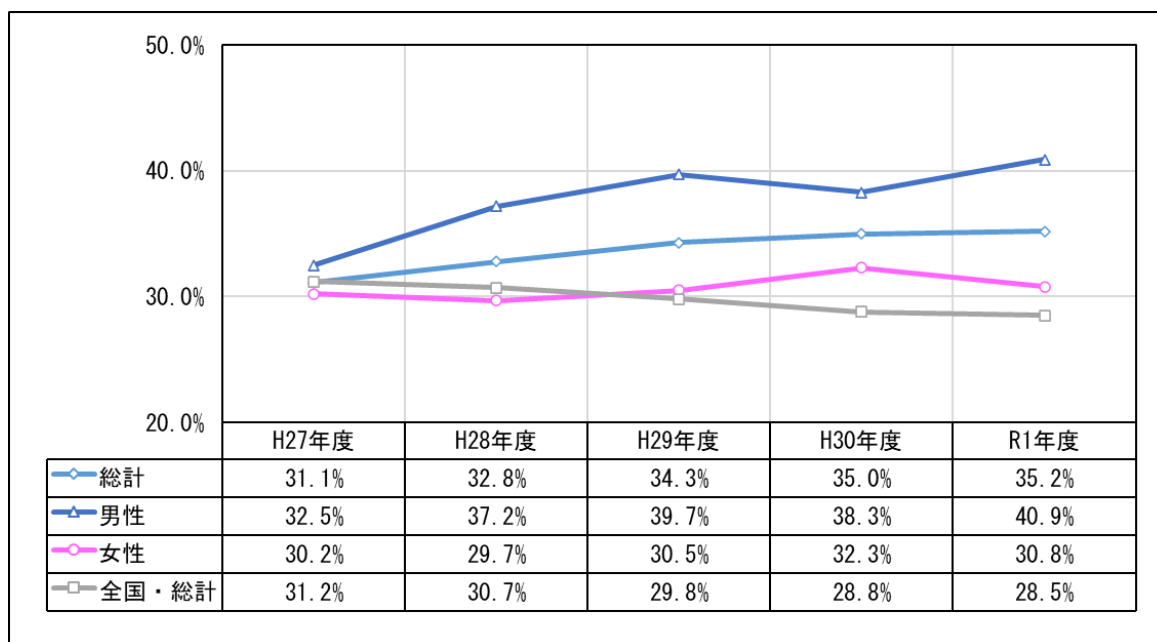
<飲酒量（2～3合、3合以上の合計）>



④ 生活習慣の改善意欲

生活習慣の改善意欲について、改善意欲なしと回答した割合は、平成27年度の31.1%から令和1年度の35.2%へと、悪化（増加）傾向となっています。男女別にみると、男性40.9%、女性30.8%と男性の方が改善意欲なしの割合が高くなっています。

<生活習慣改善（改善意欲なし）>

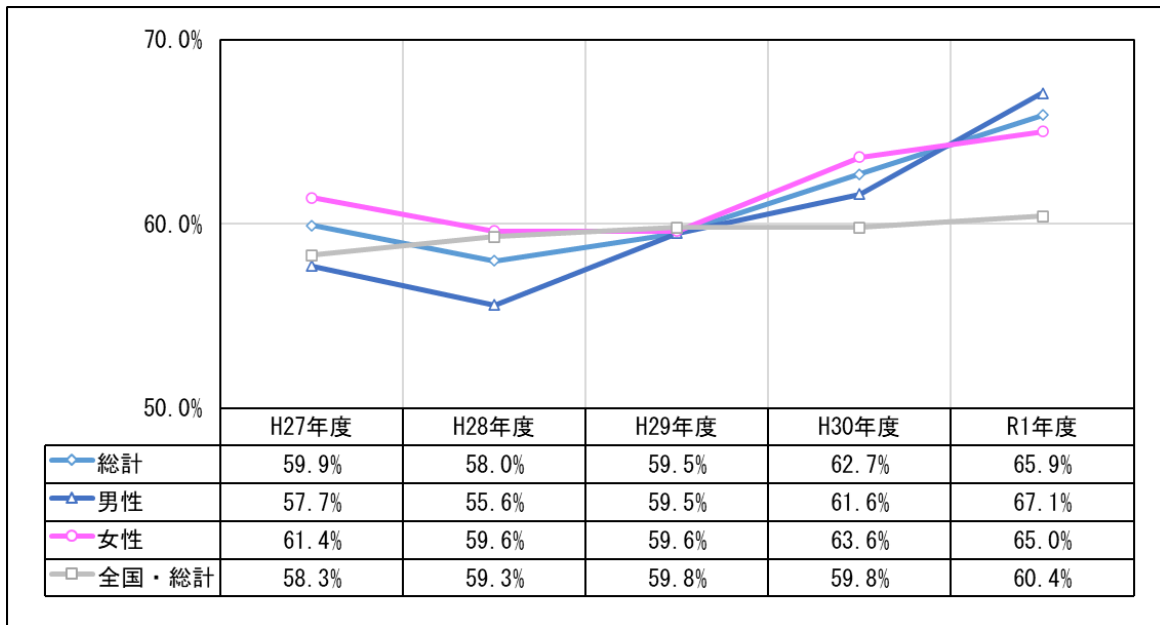


第2章 地域特性と現状の課題

⑤ 保健指導について

保健指導利用しないと回答した割合は、平成27年度の59.9%から令和1年度の65.9%へと、6.0%の悪化（増加）傾向となっています。男女ともに同様の悪化傾向を示していますが、令和1年度では男性の方が女性の割合を上回りました。

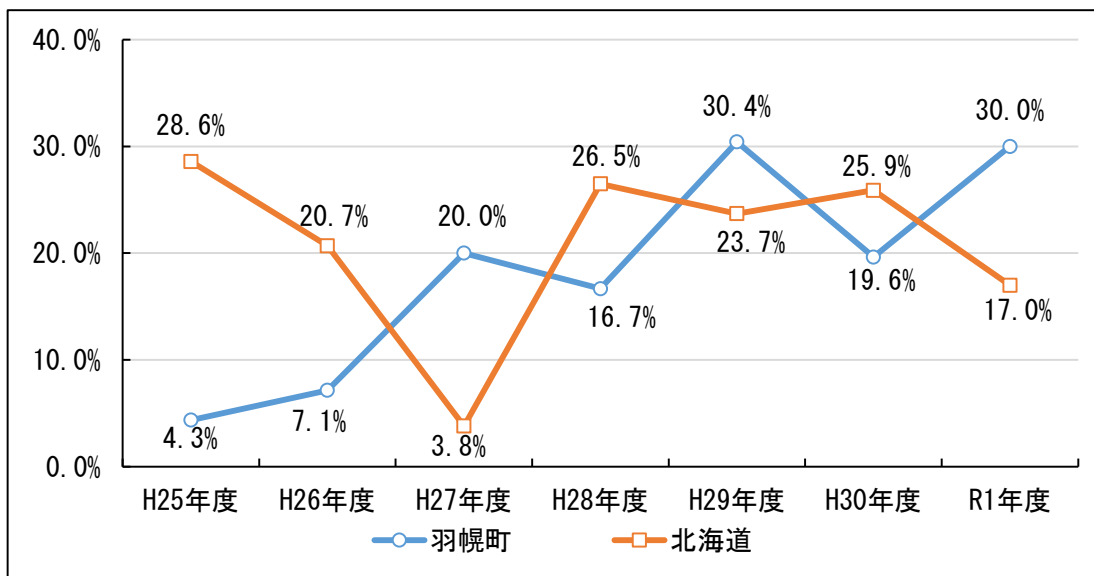
<保健指導利用しない>



(6) 特定保健指導実施率の推移

特定保健指導の実施率の推移をみると、令和1年度30.0%となり全道平均17.0%を上回っています。平成29年度より健診受診数が大幅に増えたため、新規の特定保健指導対象者も増え、新規者は実施につながったことから、実施率の上昇につながったと推測されます。

また、特定保健指導対象者が少なく、数人の利用により実施率の変動が大きくなることが、年度ごとの実施率のばらつきにつながっていると考えられます。



出典：KDB システム「地域の全体像の把握」

第3章 第1期計画と保健事業の振り返り

1 第1期計画の振り返り

(1) 第1期計画の概要

第1期計画では、健康課題に対応するために4つの行動目標を掲げるとともに、その健康課題の改善状況を図るため、具体的な数値目標を設定しました。

行動目標1	特定健診受診率の向上
行動目標2	特定保健指導実施率の向上
行動目標3	要治療未治療者の減少
行動目標4	治療中コントロール不良者率の減少

(2) 第1期計画の数値目標と達成状況

第1期計画の数値目標の達成状況について、「特定健診受診率」は目標値40.0%に対して、実績値43.2%となり、目標を達成することができました。平成29年度に、対象者が病院定期受診の際に、主治医から個別健診・情報提供事業を勧奨する体制が整備できたことが、受診率向上に寄与していると考えられます。

一方で、「特定保健指導実施率」は、目標値40.0%に対して、実績値30.0%にとどまりました。特定健診受診率の向上によって、特定保健指導対象者も増えてきていることから、引き続き特定保健指導実施率の向上に向けて取り組んでいきます。また、新型コロナウイルスの影響で、例年行っている結果説明会を一部実施せず、面談ではなく電話中心の指導となっています。感染予防のため、健診や医療機関への受診を控える人も多いことから、より日頃の生活習慣の指導を重視して今後の事業に取り組みます。

重症化予防を目的として、「要治療未治療者の減少」や「治療中コントロール不良者率の減少」を目標として事業に取り組みましたが、対象母数の増加もあり、目標達成することはできませんでした。

事業名	実施内容	目標			
		評価指標	目標値	実績値 令和1年度	達成率
特定健診未受診者対策事業	特定健診受診率が全国平均よりも低い ため、受診率の向上が必要。健診 未受診者の健康実態の把握と、実態 に応じた受診勧奨を実施する。	受診率	40.0%	43.2%	108.0%
特定保健指導	特定保健指導実施率は年度によって 変動が大きい、全国平均よりは低 いため、実施率の向上が必要。特定 保健指導の実施によりメタボによる 生活習慣病発症予防を図る。	実施率	40.0%	30.0%	75.0%
要治療者フォローアップ事業	未治療のまま経過すると臓器障害の リスクが高まり、健康寿命や医療費 への影響が大きくなる。要治療者が 受診行動や疾患予防を図れるよう受 診勧奨や保健指導を実施する。	治療なしの内の重症化 予防対象者割合	15.0%	17.8%	-2.8%
重症化予防事業	治療中でも検査結果が良くない者が 約半数見られており、予防への意識 づけが必要。臓器障害を予防し、要 介護状態や医療費増大に繋がらない よう保健指導を実施する。	治療中の内の重症化 予防対象者（コント ロール不良者）割合	40.0%	59.7%	-19.7%

2 保健事業の振り返り

(1) 特定健診

特定健診受診率は、令和1年度で43.2%と第1期目標は達成することができました。平成29年度には44.4%まで受診率を向上させることができましたが、その後は横ばい傾向となっています。国の目標値60.0%の達成に向けて、特定健診受診者の増加が引き続き課題となっています。

事業名	事業の目的および概要	振り返り					
		実施状況 ※実績値、主な成果、等				成功・推進要因	課題及び阻害要因
		項目	H29年度	H30年度	R1年度		
特定健診	【目的】 生活習慣病を早期発見し、早期治療につなげる 【概要】 基本的な健診項目に加えて、心電図・眼底・貧血・尿酸・クレアチン・尿潜血検査を受診者全員へ実施。 ①集団健診～胃・肺・大腸がん検診、結核検診、肝炎検査、EKG/コクサ症検診と同時実施 ・すこやか健康センター（7月、1月） ・焼尻研修センター（6月） ・天売研修センター（6月） ②個別健診（道立羽幌病院、加藤病院）～肝炎検査と同時実施。 ③JA厚生連巡回ドックで実施	受診者数	601名	553名	535名	受診者の希望により集団健診・個別健診の選択ができる体制であり、集団健診では早朝・休日に実施し、受診者が受けやすい環境に努めてる。医療機関受診者について、医療機関から情報提供または個別健診を勧奨してもらうことで、受診率の大幅上昇につながった。	受診勧奨のはがきや電話、申込体制の拡大（はがき返送・QRコードなど）、受診による個人へのインセンティブを行っているが、受診率が伸び悩んでいる。医療機関未受診者・若年層の受診率の向上が課題である。
受診率	44.4%	43.4%	43.2%				
二次健診	【目的】 糖尿病の予防及び人工透析への移行予防を行い、心疾患や脳血管疾患など重症化の予防および生活習慣病予防への動機づけとなることを目的とする。 【概要】 特定健診の結果において、血糖値が高い者に対して、75g糖負荷検査および微量アルブミン尿検査を実施し、血糖状態を確認し、結果をもとに効果的な保健指導を実施する。	実施者数	-	-	4名	特になし	R2年度より実施したため、今度実績を積んだ上で評価していく。R3年度からはインスリン値測定も行うことで、より個人の糖代謝状態を把握、効果的な保健指導に努めていく。
受診率	-	-	66.7%				

第3章 第1期計画と保健事業の振り返り

(2) 特定保健指導、重症化予防事業

特定保健指導および各重症化予防事業を通じた健康課題の解決に取り組んできました。令和元年度は新型コロナウイルスの影響もあり、冬季健診後の初回面談がほとんどできなくなってしまうことから、実施率の向上には至りませんでした。

事業名	事業の目的および概要	振り返り				成功・推進要因	課題及び阻害要因
		実施状況 ※実績値、主な成果、等					
		項目	H29年度	H30年度	R1年度		
特定保健指導	【目的】 生活習慣病の予防・改善 【概要】 特定健診で動機付け支援と積極的支援該当者に対して、特定健診実施後概ね半年間に渡り保健師が指導を実施する。	実施者数	14名	11名	12名	担当者から直接連絡し、利用者の都合を優先し実施した。	多忙を理由に実施にいたらないことが多い。R1年度は新型コロナウイルスの影響もあり、冬季健診後の初回面談がほとんどできなかった。
		実施率	30.4%	19.6%	30.0%		
糖尿病性腎症重症化予防事業	【目的】 ①糖尿病性腎症の予防や、腎不全、人工透析への移行を防止する。 ②プログラムの実施により国保被保険者の健康増進および医療費の抑制もねらう 【概要】 健診結果やKDBIによるレセプト情報より対象者を抽出し、未治療者や治療中断者への受診勧奨、ハイリスク者への保健指導等を実施する。また3か月経過後に評価を実施する。	実施者数	-	-	11名	医師との学習会を積み重ね実施体制の構築はできた。	体制基盤整備が中心となり、実際の保健指導の実施が不十分であった。
		実施率	-	-	39.3%		
高血圧症重症化予防事業	【目的】 高血圧治療者が、将来的な臓器障害を予防し、要介護状態や医療費増大に繋がることを防止する 【概要】 健診結果より対象者を抽出し、適切な血圧管理ができるよう保健指導を実施する。	実施者数	-	-	51名	R1年度より塩分チェックシートを活用し、情報を保健指導に活用できた。血圧計の貸し出しや血圧手帳の配布により家庭血圧測定を促している。	適切な管理が十分できていない人が多く、対象にあった管理について保健指導技術の向上も必要である。家庭血圧測定や記録についての程度できているかの確認も必要。
		実施率	-	-	64.6%		
CKD予防事業	【目的】 腎機能低下を早期発見し、CKD重症化による透析移行や脳・心疾患の発症を防止する。 【概要】 健診結果より、腎専門医紹介基準（CKDガイドライン）に該当する者への保健指導、受診勧奨を実施する。	実施者数	-	-	3名	対象者への保健指導は全員実施することができた。腎専門医受診率は33.3%であった。	精検勧奨はしていたが、専門医紹介までできていない。R1年度冬季健診からの実施となった。R2年度より事業整理し、専用精検票作成し実施している。
		実施率	-	-	100.0%		
要治療者フォローアップ事業	【目的】 要治療者が受診行動を取り、未治療による臓器障害のリスクを低減させ、重症化や健康医療費増大へつなぐことを防止する。 【概要】 要治療者が疾病予防・早期治療を図れるよう受診勧奨や保健指導を実施する。	終了者数	-	-	96名	精検未受診者へは再度3か月後に受診勧奨を行うことで受診に結びつく方もいた。	新型コロナウイルスの状況や医療体制によって受診行動に結びつかないケースがいたり、定期受診中者だと精検票の提出を忘れる場合も多い。
		実施率	-	-	41.4%		

(3) がん検診

がんの早期発見・早期治療を目的として、胃がん・肺がん・大腸がんの検診に加えて、子宮がん・乳がん検診を実施してきました。チラシ配布・広報・電話等による周知に取り組んできましたが、受診率がなかなか向上していません。新規受診者や継続受診者を増やすために、受診勧奨方法や受診しやすい環境整備が必要です。

事業名	事業の目的および概要	振り返り					
		実施状況 ※実績値、主な成果、等				成功・推進要因	課題及び阻害要因
		項目	H29年度	H30年度	R1年度		
胃、肺、大腸がん検診	【目的】 がんの早期発見・早期治療 【概要】 ・集団検診～離島(6月)、市街地(7月・1月)で総合健診として特定健診と同時実施。(委託期間:対がん協会) ・個別検診～5歳刻みの無料対象者(40～65歳)のみ北海道立羽幌病院・加藤病院(肺・大腸のみ)で実施する。	胃がん受診率	8.7%	8.2%	8.0%	集団検診は特定健診と同日開催、早朝・休日に実施しており受診しやすい環境を整えている。40～65歳の方を対象に5歳きざみで無料対象としている。無料対象者には案内文を送付、北海道立羽幌病院・加藤病院での受診も可能としている。	チラシ配布・広報・IP電話にて周知しているが実施率がなかなか増加しない。受診者数が年々減少していることから、新規受診者や継続受診者を増やすために、受診勧奨方法の検討や受診者がより受けやすいような環境を整える必要がある。
		肺がん受診率	11.2%	11.0%	10.7%		
		大腸がん受診率	11.6%	11.0%	10.7%		
子宮がん検診 乳がん検診	【目的】 子宮がん、乳がんを早期に発見し治療に結びつける。 【概要】 ・集団健診～5月・10月に婦人科検診として骨粗鬆症健診と同時実施。(委託機関:北海道結核予防会) ・個別健診～5歳刻みの無料対象者(子宮:20～65歳、乳:40～65歳)のみ北海道立羽幌病院で実施する。	子宮がん受診率	7.8%	8.0%	7.7%	集団検診は早朝・休日に実施、託児を行い受診しやすい環境を整えている。無料対象者(子:20～65歳、乳:40～65歳 どちらも5歳きざみ)に案内文を送付、対象者は北海道立羽幌病院での受診も可能としている。離島受診者に対して交通費・宿泊費の助成を行っている。	チラシ配布・広報・ハガキ(無料対象者のみ)にて周知しているが実施率がなかなか増加しない。新規受診者、継続受診者を増やすために受診勧奨の方法の検討や受診者がより受けやすいような環境を整える必要がある。
		乳がん受診率	9.6%	9.3%	10.2%		

(4) 疾病予防

特定健診の対象とならない40歳未満の若年層や75歳以上の後期高齢者の生活習慣病の予防や疾病の早期発見・早期治療を目的とした「健康診査」の受診率向上にむけて取り組んできました。若年から生活習慣病で治療を受ける方が見られることから、特定健診の対象となる40歳以前の検査が重要と考えられるため、引き続き受診率向上に向けて取り組みます。

第3章 第1期計画と保健事業の振り返り

事業名	事業の目的および概要	振り返り					
		実施状況 ※実績値、主な成果、等			成功・推進要因	課題及び阻害要因	
		項目	H29年度	H30年度			R1年度
健康診査	<p>【目的】 ・後期高齢者、健康増進事業対象者、40歳未満の住民の生活習慣病を早期発見し、早期治療につなげる</p> <p>【概要】 基本的な健診項目に加えて、心電図・眼底・貧血・尿酸・クレアチン・尿潜血検査を受診者全員へ実施。胃・肺・大腸がん検診、結核検診、肝炎検査、エキコックス症検診と同時実施 ・すこやか健康センター(7月、1月) ・焼尻研修センター(6月) ・天売研修センター(6月)</p>	受診者数合計	192名	184名	189名	20歳以上の町民が受診できる環境を整えている。町内3か所にてのべ7日間実施し、また早期6時(離島は早期5時)から受け付けているため、町民が受診しやすい環境を構築できている。	利用は少なく、健診受診をしていない住民の実態が解らない。若年から生活習慣病で治療する人も多くみられるため、今後20代30代の受診者数増加に努めていく必要がある。
後期高齢者等	171名	169名	174名				
生活保護等	3名	3名	4名				
40歳未満	18名	12名	11名				
骨粗鬆症検診	<p>【目的】 骨粗鬆症の予防</p> <p>【概要】 踵の骨密度測定。婦人科検診として乳・子宮がん検診と同時実施。 ・集団健診～5月、10月(委託機関:北海道結核予防会)</p>	受診者数	186名	187名	192名	子宮・乳がん検診と併用実施とすることで受けやすい環境が整えられている。20～65歳の方を対象に5歳さきみで無料対象とし、無料対象者には案内文を送付している。若年層は無料対象が受診のきっかけとなっていることが多い。	チラシ配布・広報にて周知しているが実施率がなかなか増加しない。無料をきっかけに受ける方が多いが、継続受診につながっていない。
受診率	6.0%	6.2%	6.5%				
肝炎ウイルス検査	<p>【目的】 ウイルス性肝炎の早期発見、早期治療および啓蒙を図る。</p> <p>【概要】 過去に肝炎ウイルス検査をする機会がなかった40歳以上を対象に、集団健診・個別健診(特定健診との同時実施)の中で実施する。</p>	受診者数	55名	68名	30名	特定健診や健康診査との同時実施者が多い。集団健診では肝炎のみの単独受診もできるため、利用しやすい環境になっている。	他の健診同様に若い世代の受診が少ない。特定健診やがん検診の新規受診者を増やすとともに、同時に肝炎についても勧奨していく必要がある。
結核検診	<p>【目的】 結核の早期発見、早期治療および蔓延の防止</p> <p>【概要】 集団検診として、胸部X線撮影による検診を実施する。</p>	受診者数	9名	6名	8名	特になし	チラシの全戸配布もしているが、受診数は少ない。肺がん健診利用者や、個人での定期受診者もいるが、今後も周知を徹底し、希望者が受診できる体制を整備する。
エキコックス症検診	<p>【目的】 エキコックス症の予防と早期発見、早期治療および啓蒙を図る。</p> <p>【概要】 集団健診として、血清検査を実施する。</p>	受診者数	95名	56名	57名	自己負担1,000円で接種できることに加え、新型コロナウイルスの影響もあり、利用者数が多くなっている。	事前申込者のみ1,000円で利用できる。利用人数が多い事業であるため、委託機関との連携の元、安全、スムーズに実施できる体制の整備が必要。
高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種	<p>【目的】 高齢者の肺炎球菌に起因する感染症等の発症、重症化を予防する。</p> <p>【概要】 希望する町内医療機関4カ所にて実施。 ①当該年度に65～100歳までの5歳刻みの年齢となる者、②60～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器等の機能に自己の周辺の日常生活活動が極端に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者。</p>	受診者数	60名	36名	17名	特になし	助成については委託医療機関での接種に限る。また、生涯1度のみ助成対象としている。接種者数は減少しており、周知方法の検討が必要。
受診率	10.3%	8.4%	3.7%				
高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費助成事業	<p>【目的】 高齢者の肺炎球菌に起因する感染症等の発症、重症化を予防する。</p> <p>【概要】 町内に住所を有する65歳以上(定期接種の対象者を除く)の高齢者に対し、自己負担3,000円で接種できるよう助成する。希望する町内医療機関4カ所にて実施。</p>	助成数	46名	48名	54名	特になし	助成については委託医療機関での接種に限る。また、生涯1度のみ助成対象としている。接種者数が減少しており、周知方法の検討が必要。

(5) 健康相談・健康教室

生活習慣の改善や健康に関する正しい知識を身に付けることを通じて、町民の健康増進を目的とした健康相談・健康教室を開催しました。

町民のニーズに合わせて開催する時間帯に夜間を追加するなどの取組をしていますが、参加者の減少・固定化の傾向が続いており、今後も更なる改善を図っていきます。

事業名	事業の目的および概要	振り返り		
		実施状況 R1年度 ※実績値、主な成果、等	成功・推進要因	課題及び阻害要因
健康相談	<p>【目的】 心身の健康に関する個別の相談に応じ、必要な指導及び助言を行い、家庭における健康管理に資する。</p> <p>【概要】 出前講座の申し込みがあった団体に対し随時実施。また、相談を希望される方に対して随時来所・電話による相談をおこなっている。</p>	<p>実施 : 随時 出前講座による健康相談 : 延べ387名 総合健康相談 : 延べ485名</p>	特になし	特になし
健診結果説明会	<p>【目的】 健診結果説明や保健指導を実施することで、健康づくりに関する知識の向上を図る。</p> <p>【概要】 健診結果の説明、医療機関受診勧奨・相談、特定保健指導初回面接、栄養指導</p>	<p>日程 : 4日間 利用者数 : 164名 利用率 : 75.9%</p>	町内3箇所にて実施しており、希望者には随時来所や訪問で保健指導している。また来られない人にも何らかの方法で直接的に保健指導をする機会を作るようにしている。	利用者が固定化されてきている。
集団健康教育	<p>【目的】 健康増進に関する正しい知識を普及し、健康管理の認識を高める。</p> <p>【概要】 町内各婦人部、老人クラブ、職域等を対象に随時実施。</p>	<p>○成人 計:2団体 57名受講 ○高齢者 計:8団体 429名受講</p>	要請時に随時対応している。	成人期に関わる機会が少ない。

第3章 第1期計画と保健事業の振り返り

3 健康課題の明確化

(1) 地域特性と健康寿命

羽幌町の地域特性として、人口の減少傾向と高い高齢化率が挙げられます。高齢者化率は全国28.1%、全道31.7%を上回る42.5%と、北海道179市町村中30位（北海道の高齢者人口の状況、令和2年1月1日現在住民基本台帳人口）となっており、少子高齢化が進んでいます。

平均寿命では、男女ともに長寿化の傾向にあり、全道平均とほぼ同水準となっていますが、平均寿命と健康寿命の差で見ると、男性ではやや医療や介護が必要な期間が長い状況となっています。

(2) 健診受診率及びメタボリックシンドローム該当者の状況

特定健診の受診率は、全道平均を上回って推移しており、北海道179市町村中66位（令和1年度法定報告速報値）となっています。受診率を性別・年齢別にみると、男女ともに若年層になるほど低くなっています。

健診結果からは、メタボリックシンドローム該当率が全道平均、全国平均より常に高く推移し、特に男性は49.8%とほぼ半数が該当する状況です。有所見割合からみても「BMI」「空腹時血糖」「血圧」等に係る所見が全道平均、全国平均を上回っています。

(3) 健診受診率の経年変化

健診受診率の状況は、平成29年まで経年的に受診率は増加傾向となっていました。平成29年度以降は横ばいとなっています。平成26年度と令和元年度の比較ではどの年代も男女とも伸び率はプラスとなっています。

継続受診者が毎年6~7割程度おり、不定期受診者は1割程度を占めています。平成29年度の情報提供事業開始時は、新規受診が4割と多かったものの、今は落ち着いてきています。

過去6年間の継続受診について、5-6年受診が約24%、3-4回受診が約30%、1-2回受診が約46%、1-2回のみ受診が約半数となっており、継続受診が少ない状況です。

今後は新規受診者の開拓と合わせて、継続受診を伸ばす取り組みが必要です。

(4) 健診結果の状況

① HbA1c

6.5以上の割合が年々増加しており、なかでも7.0以上の割合が増えています。治療中でも7.0以上の割合が年々増加しており、令和元年度では治療中の半数(52.2%)が7.0以上でコントロール不良者が多くなっていることから、糖尿病の重症化予防対策が必要です。

2か年比較では、各年度悪化より改善の数の方が多いものの、3割程度が次年度未受診のため不明な部分も多い状況です。保健指導対象の状況把握のために継続受診の勧めが必要と考えられます。

② 血圧

Ⅱ度高血圧以上の割合が、平成26～28年度は減少傾向となっていました。平成28年度以降は年々増加傾向に転じています。全体状況と同様に、平成28年度以降、治療中でもⅡ度以上の割合が増加しています。令和元年度では半数以上(53.2%)がⅠ度高血圧以上であり、うち13.2%がⅡ度以上でコントロール不良が多い状況です。未治療者でもⅠ度以上は26.4%を占めています。高血圧症治療者の重症化予防への取り組みを通じて、血圧コントロールを安定させることが必要です。

2か年比較では、HbA1c同様、各年度悪化より改善の数の方が多いものの、3割程度が次年度未受診のため不明な部分も多い状況です。保健指導対象の状況把握のために継続受診の勧めが必要と考えられます。

③ LDLコレステロール

LDLコレステロール160以上の割合は、平成28年度以降減少傾向。HbA1cや血圧と違い、未治療者の方が多い状況です。治療中の160以上の者は4%程度と少なく、経年的な変化もありません。未治療者で受診勧奨判定値以上(140以上)が3割強いる状況が経年的に続いていることから、要治療者が確実に受診するようフォローが必要です。

第4章 第2期計画の目標と保健事業の内容

1 目標の設定

第3章で明らかになった健康課題を踏まえ、第2期計画において実施する保健事業の目的をまとめました。これまで分析してきた町民の生活習慣、健康状態を勘案し、肥満、糖尿病、高血圧等の生活習慣病の予防、健康づくりに重点を置いて取り組むべき目標や対策を設定することとします。

(1) 目的

- ① 若いころから自分の健康に関心を持ち、毎年健診を受けて、糖尿病や高血圧など生活習慣病の発症や重症化を予防できる。
- ② 健康の維持・増進に必要な正しい知識を普及し、健康的な生活習慣に改善できる。
- ③ 生涯現役で健康的に生活できる期間（健康寿命）を延ばし、健やかに暮らせるまちづくりを目指す。

(2) 中長期的な目標

これまでの健診や医療情報を分析した結果に基づいて、メタボリックシンドローム該当率を下げ、「腎不全」や「心疾患」のリスクとなる糖尿病や高血圧を予防することを目標とします。また、「糖尿病性腎症」「高血圧症」「CKD」の重症化予防を目標とし、医療費の伸びを抑えることを目指します。

(3) 短期的な目標

- ① 特定健診・がん検診の受診率を向上し、町民の健康課題の明確化を目指します。新規受診者を増やす他、経年継続受診者を増やす取り組みを行います。
- ② 特診も医療も受診していない若年層の健診受診率の増加、若年層からのメタボ・生活習慣病の予防を目指します。
- ③ 医療機関（かかりつけ医や町外の各種専門診療科等）との連携を強化し、健診や治療等の実施体制を整備します。
- ④ 重症化予防対策として、糖尿病性腎症重症化予防事業、高血圧症重症化予防事業、CKD重症化予防事業、要治療者フォローアップ事業を引き続き実施します。
- ⑤ 特定保健指導や健康づくりを担う保健師・管理栄養士の研修を充実し、特定保健指導実施率の向上を目指します。

2 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、特定健診・がん検診の受診率が低い状況であるため、町の健康課題を明確化するためにも、未受診者対策に力を入れていきます。また、羽幌町はメタボ該当率が高いため、特定保健指導の実施率の向上と保健師・栄養士の指導技術の向上に努め、メタボ対策を図ります。さらに、医療機関と連携を密にし、重症化予防に努めていきます。

今後も、第2期の保健事業の方向性は、医療機関及び国保介護等の関係機関との連携を図るとともに、保健所や国保連合会等の支援を受け、効果的に事業を推進できることを目指します。

3 保健事業の内容

(1) 特定健診

事業内容	生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、この該当者及び予備群を減少させるために特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出する。			
対象者	40歳～74歳の羽幌町国民健康保険被保険者			
評価指標 ・目標値	目標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	特定健診受診率	55%	58%	60%
達成に向けた 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・受診者の希望により集団健診・個別健診の選択ができる体制とする。 ・集団健診では早朝・休日に実施し、受診者が受けやすい環境を整備する。 ・医療機関受診者について、医療機関から情報提供または個別健診を勧奨してもらう。 ・受診勧奨のはがきや電話、申込体制を拡大する。(はがき返送・QRコードなど) ・受診による個人へのインセンティブ提供(羽幌町健康マイレージ事業)を実施する。 			

第4章 第2期計画の目標と保健事業の内容

(2) 特定保健指導

事業内容	メタボリックシンドロームに着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して、行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的として実施する。			
対象者	特定健診の結果、動機付け支援と積極的支援に該当した者			
評価指標 ・目標値	目標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	特定保健指導実施率	50%	55%	60%
達成に向けた 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・基準該当者に対して、特定健診実施後概ね半年間に渡り、保健師・管理栄養士が指導を実施する。 ・対象に合わせて面談や電話、手紙など手段を検討して行う。 			

(3) 重症化予防

① 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業内容	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・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つけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者・ハイリスク者に対して、医療機関と連携して保健指導等を行い、腎不全、人工透析への移行を防止する。			
対象者	特定健診結果やKDBレセプト情報より以下の抽出基準に該当する者。 (1) 医療機関の未受診者および糖尿病治療中断者 1) 糖尿病未治療者 2) 糖尿病治療中断者 (2) 通院患者(ハイリスク者) 1) 糖尿病性腎症2～4期 2) 尿蛋白＋以上／HbA1c7.0以上／e-GFR60未満のいずれか該当 3) 血圧Ⅱ度以上／メタボ該当のどちらか該当 4) その他町が必要と認めた者			
評価指標 ・目標値	目標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	受診勧奨・保健指導実施率の向上	60%	70%	80%
	治療中断者再受診率の向上	40%	50%	70%
	糖尿病治療中断者数の向上	4人	2人	0人
	ハイリスク者該当率の減少	6%	5%	4%
	次年度コントロール不良継続割合の減少	60%	50%	40%
達成に向けた 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・基準を基に対象者の抽出を行い、保健指導を確実にやっていく。 ・未治療・治療中断者へは、指導3～4か月後精検や医療受診動向を確認し、未受診者へは再度受診勧奨を行い、受診に繋げる。 ・ハイリスク者へは継続的な支援を確実にを行い、目標・行動計画を定め、3か月経過後評価を行い、対象者と検査値や生活習慣の変化、適切な受診行動に結び付いているかを確認する。 			

② 高血圧症重症化予防事業

事業内容	高血圧症治療中だが血圧が高い者に対して、適切な血圧管理を行い将来的な臓器障害を予防し、要介護状態や医療費増大に繋がらないよう保健指導を実施する。			
対象者	健診結果より高血圧症治療中でⅠ度高血圧(140/90)以上の者			
評価指標 ・目標値	目標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	保健指導実施率の向上	70%	80%	90%
	対象基準(治療中でⅠ度高血圧以上)該当者割合の減少	25%	20%	15%
	次年度コントロール不良継続割合の減少	85%	80%	75%
	家庭血圧を毎日測定する者の割合の向上(全健診受診者)	30%	40%	50%
達成に向けた 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・基準を基に対象者の抽出を行い、保健指導を確実にやっていく。 ・塩分チェックシートや尿中Na値等による推定食塩摂取量を参考に、減塩に向けた指導を行う。 ・血圧手帳を活用し、毎日の家庭血圧測定の実施、医師との共有を促す。必要に応じて血圧計の貸し出しも行う。 ・必要に応じてレセプト情報の確認、継続した保健指導を実施する。 			

③ CKD(慢性腎臓病) 予防事業

事業内容	CKDが重症化すると透析を必要とするだけでなく、脳・心疾患の発症リスクも高くなる。腎機能低下を早期発見し、進行予防を測るよう受診勧奨や保健指導を実施する。			
対象者	健診結果より、CKDガイドラインによる腎臓専門医・専門医療機関紹介基準に該当する者			
評価指標 ・目標値	目標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	保健指導実施率の向上	70%	80%	90%
	専門医受診率(主治医返信含む)の向上	50%	75%	100%
	対象基準該当者割合の減少	4%	3%	2%
達成に向けた 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・基準を基に対象者の抽出を行い、保健指導を確実にやっていく。 ・治療や管理状況の確認を行い、必要に応じて腎専門医への受診勧奨や主治医への相談を勧め、専用精検票を発行する(主治医がいる場合は、主治医にて専門医受診必要性判断)。 ・未受診者へは、3~4か月後受診動向を確認し、再度受診勧奨を行い、受診に繋げる。 ・必要に応じてレセプト情報の確認、継続した保健指導を実施 			

第4章 第2期計画の目標と保健事業の内容

④ 要治療者フォローアップ事業

事業内容	未治療のまま経過すると臓器障害のリスクが高まり、健康寿命や医療費への影響が大きくなるため、要治療者が受診行動を取り、疾病予防・早期治療を図れるよう受診勧奨や保健指導を実施する。			
対象者	健診結果より、受診勧奨値があり未治療の者			
評価指標 ・目標値	目標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	受診勧奨実施率の向上	90%	95%	100%
	精密検査受診率の向上	60%	70%	80%
達成に向けた 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者へ健診結果説明とともに、保健指導と受診勧奨(精検票発行)を行う。 ・3-4カ月後、精検票の返信がなければ電話や面談等にて受診動向の確認、受診再勧奨を行う。 			

⑤ 二次健診事業

事業内容	特定健診の結果において、血糖値が高い者に対して、75g糖負荷検査および微量アルブミン尿検査を実施し、血糖状態を確認し、結果をもとに効果的な保健指導を実施。糖尿病の予防及び人工透析への移行予防を行い、心疾患や脳血管疾患など重症化の予防および生活習慣病予防への動機づけとなることを目的とする。			
対象者	三疾病(高血圧・脂質異常症・糖尿病)未治療者のうち、健診結果において ①空腹時血糖が110~125mg/dl ②随時血糖が140~199mg/dl ③HbA1c(NGSP)が6.0~6.4% 上記①~③いずれかに該当するもの。(明らかな糖尿病症状が存在するものを除く。) ※①~③は、糖尿病ガイドラインにおいて、強く推奨される場合(現在糖尿病の疑いが否定できないグループ)			
評価指標 ・目標値	目標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	二次健診受診率の向上	60%	70%	80%
	糖尿病レセプト該当者率の減少	15%	13%	10%
達成に向けた 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率を向上させ、二次健診対象者・受診者を増加させることで、早期に糖尿病予防行動につなげる。 ・二次健診結果をもとに、次年度にデータ改善されるよう、効果的な保健指導を行う。 			

(4) がん検診

事業内容	胃がん・肺がん・大腸がん・乳がん・子宮がんの早期発見、早期治療に繋がり、重症化を予防する。また、町民の疾病予防の意識向上を図る。			
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 胃がん・肺がん・大腸がん検診: 40歳以上の羽幌町民 乳がん検診※: 30歳以上の羽幌町民(女性) 子宮がん検診※: 20歳以上の羽幌町民(女性) ※乳・子宮がんは前年度未受診者のみ。(2年おきに受診) 			
評価指標 ・目標値	目標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	胃がん検診受診率	10%	15%	30%
	肺がん検診受診	15%	20%	30%
	大腸がん検診受診	15%	20%	30%
	子宮がん検診受診	10%	20%	30%
	乳がん検診受診	15%	25%	35%
	精密検査受診率	90%	95%	98%
達成に向けた 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・40,45,50,55,60,65歳の年齢に該当する町民は1年間、がん検診を無料で受診できる。この機会をきっかけに新規受診者や継続受診に繋げる。 ・休日の検診や特定健診と同日に受診できる日程設定。託児の実施や離島島民へは交通費や宿泊費の助成など受診しやすい環境を整え、受診者数の増加に繋げる。 ・毎年、がん検診にてがんが発見されている。精密検査受診率を高め、がんの早期発見・早期治療に繋がる様、未受診者へは受診3か月後、6か月後に保健指導を行う。 			

(5) 減酒支援事業

事業内容	生活習慣病のリスクを高めるような飲酒量と思われる者に対してスクリーニングを行い、問題飲酒やアルコール依存症が疑われる者に対し、減酒指導や専門医療機関への受診勧奨を行う。			
対象者	健診質問票にて、飲酒頻度が毎日または時々であり、一日飲酒量が1~2合未満以上に該当する者			
評価指標 ・目標値	目標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	飲酒指導実施率の向上	60%	70%	80%
	問題飲酒該当率(*AUDIT8点以上)の減少	30%	25%	20%
	問題飲酒者の飲酒量改善率(評価時点数減少者)の向上	50%	60%	70%
	次年度問題飲酒継続割合の減少	70%	60%	50%
	対象該当率の減少	20%	18%	15%
達成に向けた 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者へAUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)を行い、結果に応じた保健指導や受診勧奨を確実にを行う。 ・問題飲酒該当者(AUDIT8点以上)へは減酒に向けた支援や専門機関受診勧奨等を行い、4週間経過後に評価を行う。また必要に応じて継続支援を行う。 			

第5章 計画の推進と評価・見直し

1 計画の推進のための役割

(1) 町民一人ひとりの役割

データヘルス計画を推進していくためには、町民一人ひとりが主体的に取り組む必要性があり、「自分の健康は自分で守る」という意識で実践・継続していくことが基本となります。病気になってから健康について考えるのではなく、病気になる前から健康について考えることが大切です。そのためには、健（検）診を受診し自分の健康状態を確認することや、日頃の生活習慣を見直し、自分でできることから始めることです。また、地域や職場等で行われる健康づくり活動に協力し、町が行う保健事業への参加、町の運動施設を利用する等して、日頃から健康意識を高めることも重要です。

(2) 保健医療機関者の役割

保健医療機関者は、専門的な立場から、住民・地域・職場等に対して、健康や病気に関する正しい知識、生活習慣病の予防等に関する情報提供や相談、指導、治療を行い、病気の発生予防から治療に至るまでの総合的な医療行為を通じて、住民の命と健康を守る重要な役割を担います。

(3) 関係団体（国保運営協議会、国保連合会等）の役割

全道的な見地からの健康づくりにかかる現状と課題、地域特性の把握、各種情報の収集とその分析やサービスの提供を行っている機関です。

行政機関や各種団体と連携しながら、町民への情報・サービスの提供を行います。

(4) 北海道の役割

平成 30 年度から北海道が市町村国保の運営主体となり共同保険者となりました。特に市町村国保の保険者機能の強化について、北海道の支援と連携強化が必要です。留萌保健所は、地域の健康課題に関する情報等を町と共有・分析し、町民の健康向上を支援する役割を担います。

(5) 町の役割

町民一人ひとりの健康意識を高めるために、計画内容の周知や健康に関する情報を積極的に提供・発信し、町民の主体的な健康づくりを支援いたします。

2 計画の評価・見直し

(1) 評価の時期

評価の見直しとして、計画の最終年度の令和5年度に、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

(2) 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか。 ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおりに行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、KDB システムにて把握できる健診・医療・介護のデータを基礎データとして、受診率・受療率、医療の動向の把握・情報提供は、保健指導に係る保健師・管理栄養士等へ定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善を評価します。

第6章 計画の公表と個人情報の保護

1 計画の公表・周知

当該計画に関わる PDCA サイクルとしての一連のプロセスに関する情報については、適宜、羽幌町ホームページ等に掲載するなど公表・周知に努めてまいります。

2 個人情報の保護

(1) 記録の保存

データヘルス計画に関連して発生するデータについては、北海道国民健康保険団体連合会にて原則として5年間保管します。

(2) 個人情報の取扱い及び守秘義務規定の遵守

個人情報の取扱いについては、「個人情報保護法」や「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「羽幌町個人情報保護条例」や「羽幌町個人情報保護条例施行規則」等を遵守し、適切に対応します。また、当該情報を取扱う職員に関しても、地方公務員法等の守秘義務規定について周知徹底を図り、個人情報の漏えいや紛失の防止に細心の注意を払います。

(3) KDB システムの取扱い

保険者は、健康増進法第6条の健康増進事業実施者として、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」において、特定健診その他の各種検診の実施主体間で個人の健康情報の共有を図るなど、健康増進事業実施者間で連携を図り、質の高い保険サービスを効果的かつ継続的に提供することとされているほか、「地域保健法第四条第一項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」において、衛生部局と連携しながら、被保険者の特性に応じた保健事業を効率的かつ効果的に実施することとされています。

KDB システムにより得られるデータについては、保険者における地域の健康課題の把握や疾病別医療費分析の充実等による被保険者の特性に応じた効果的な保健事業の展開に資するものであり、衛生部局における保健事業にとっても有益な情報であるため、部局間の連携を密にして有効に活用すべきであるという国の方針に従い、厳重に個人情報を保護・管理しつつ、保健事業のさらなる推進を図るために有効に活用します。

第 2 期羽幌町データヘルス計画

編集 羽幌町
〒078-4198
苫前郡羽幌町南町 1 番地の 1
T E L 0164-62-1211 (代表)
F A X 0164-62-1219

発行 令和 3 年 3 月