

積丹町第2期保健事業実施計画

(データヘルス計画)

中間評価報告書

令和3年3月 積丹町

目 次

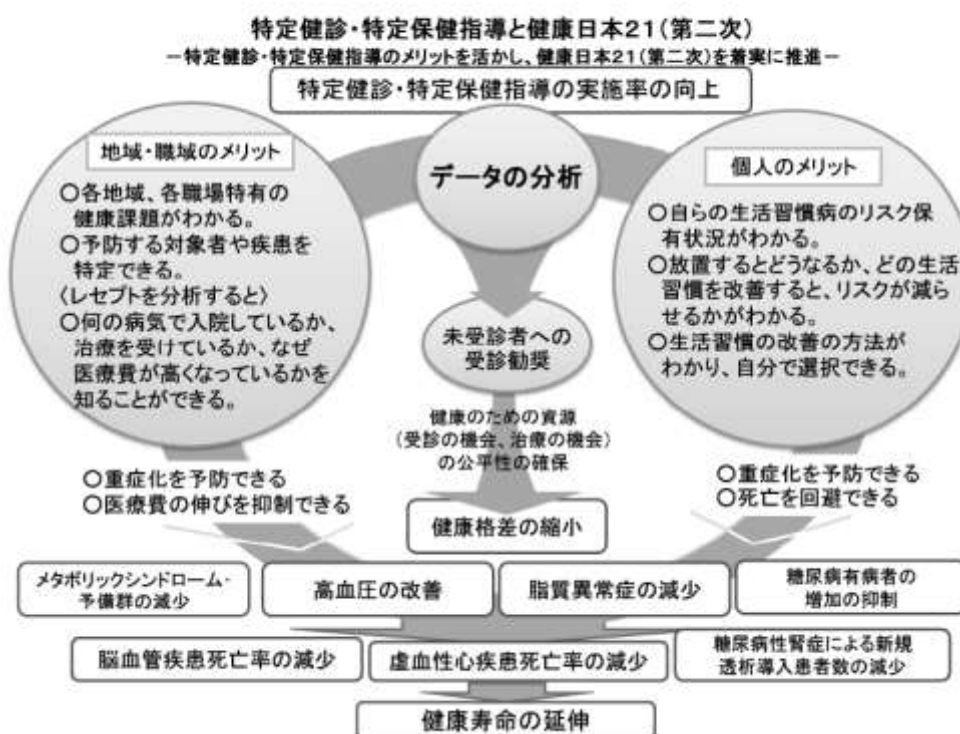
第1章	保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要	1
第2章	中間評価の趣旨	2
第3章	中間評価の結果	3
1	中長期目標、短期目標(アウトカム,アウトプット)の進捗状況	
2	ストラクチャー、プロセス評価 「全体評価表」	
第4章	特定健診・特定保健指導の中間評価と課題	9
1	目標値に対する進捗状況	
2	特定健診の実施	
3	特定保健指導の実施	
第5章	中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し	10
1	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業	
2	がん検診事業	
3	歯科健診事業	
4	新たな課題等を踏まえた目標管理一覧	
5	保険者努力支援制度の得点及び交付額	

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要

厚生労働省において、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国の指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してP D C A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(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとしている。

積丹町(以下、「町」という)においては、国の指針に基づき、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び積丹町国保の財政基盤強化を図ることを目的として、平成30年3月に「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定。計画期間は平成30年度から令和5年度までの6年間とした。

図1



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

第2章 中間評価の趣旨

第2期データヘルス計画は、毎年度の進捗状況を確認するとともに、本計画の最終年度において総合的に評価する。計画の最終年度（令和5年度）において次期計画の策定を円滑に行うため上半期に限り、中間評価を実施する。

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た。

具体的には、KDBに収載される健診・医療・介護のデータを用い、受診率・受療率、医療の動向等の評価。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度を評価する。特に優先すべき課題である重症化予防事業実施状況は、毎年とりまとめ評価を行う。中間評価については、北海道や国保連合会の指導・助言を受けるものとする。

データヘルス計画中間評価における4つの視点

図表 42 個別保健事業とデータヘルス計画の評価指標

指標の種類	個別保健事業の目標の場合	データヘルス計画の目的・目標の場合
ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	保健事業を実施するためのしくみや実施体制のこと。 事業を実施するために十分な人員や予算が確保できたか、事業を実施するための関係者との連携ができたか、など。	計画の目的・目標を達成するためのしくみや体制のこと。 計画を策定するために十分な人員や予算が確保できたか、事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携ができたか、など。
プロセス (保健事業の実施過程)	保健事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）のこと。 保健事業を実施する上での準備状況、実際の保健事業の進め方・内容、保健事業の事後フォローの実施方法が適切であったか、など。	計画策定手順のこと。 健診データ、レセプト、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析したか、現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択ができたか、など。
アウトプット (保健事業の実施状況・実施量)	事業実施量に関すること。 勧奨ハガキ配布数、回数や参加者数、など。	計画に記載した事業の実施状況に関すること。 重症化予防事業の実施の有無を含め、データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度実施したか、など。
アウトカム (成果)	事業による成果のこと。 特定健診の受診率や特定保健指導の利用率が何ポイント向上したか、など。	計画を実行することにより目標・目的の実現を目指すこと。 健康寿命が何年延長したか、データヘルス計画にて設定した目標に達することができたか、データヘルス計画に記した目的を達成あるいは近づくことができたか、など。

国保・後期ヘルスサポート事業ガイドライン（国民健康保険中央会）より

第3章 中間評価の結果

1 中長期目標、短期目標（アウトカム,アウトプット）の進捗状況

第2期データヘルス計画における目標・方針（第2期データヘルス計画より引用）

<p>【中長期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳血管、虚血心、DM腎症を1%減らす。 ・医療費の伸びを抑える。 入院外を伸ばして入院を押さえ、入院の伸び率を令和5年度に国並みとする。
<p>【短期目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らす。 具体的には、日本人の食事摂取基準の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善する。 ・医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけ、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を実施する。 ・治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドローム、糖尿病、脂質異常症→治療において薬物療法だけではなく、食事療法と併用して治療を行わなければ改善が見込めないため、栄養指導等の保健指導を行う。

データヘルス計画において達成すべき目標及び目標達成に向けた方針について、達成状況とその進捗管理に関連するデータを評価した。

データは、改善したものを青破線で囲い、悪化したものを赤実線で囲んで記載。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合の変化

【図表1】

市町村名	総医療費	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
		慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
積丹町	H28 3億5162万	0.00%	0.56%	2.19%	2.55%	6.14%	5.03%	3.08%	6876万	19.56%	14.79%	9.06%	9.84%
	R1 2億9613万	1.88%	0.16%	0.92%	1.03%	7.17%	4.39%	2.17%	5243万	17.70%	17.90%	11.19%	8.40%
同規模平均	697億2984万	3.55%	0.41%	2.20%	1.61%	5.91%	3.94%	2.32%	139億169万	19.94%	16.31%	8.50%	9.49%
北海道	4154億6062万	2.51%	0.30%	2.31%	1.93%	5.19%	3.29%	2.19%	735億8385万	17.71%	18.15%	8.03%	9.51%
国	9兆795億2030万	4.55%	0.31%	2.15%	1.70%	5.44%	3.52%	2.59%	1兆8390億9191万	20.26%	16.03%	8.22%	8.80%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

新規透析導入状況【図表2】

新規透析導入者数	患者千人当たり人工透析新規患者数			
	積丹町	同規模	北海道	国
2	0.222	0.129	0.119	0.129

一人当たり医療費と伸び率・入院外来別医療費の変化と伸び率

【図表3】

市町村名	一人あたり医療費				総医療費に占める入院・外来費用												
	金額	順位		★ 伸び率	入院					外来							
		同規模	県内		費用	伸び率	費用割合	伸び	1人当費用	伸び率	費用	伸び率	費用割合	伸び	1人当費用	伸び率	
積丹町	H28	34,142	26位	15位	1.5	1億7917万	--	52.1	--	17,400	--	1億7280万	--	47.9	--	16,780	--
	R1	34,667	45位	25位		1億5350万	-14.3%	51.8	-0.3	17,970	3.3%	1億4263万	-17.5%	48.2	0.3	16,700	-0.5%
同規模平均		29,091	--	--		318億8006万	9.3%	45.7	1.2	13,300	10.9%	378億4978万	4.1%	54.3	-1.2	15,790	5.7%
北海道		29,872	--	--	7.2	1867億3662万	-5.4%	44.9	0.1	13,700	8.0%	2287億2400万	-6.1%	55.1	-0.1	16,780	7.2%
国		26,225	--	--	7.7	3兆7080億1698万	-0.1%	40.8	0.7	11,220	10.5%	5兆3715億0332万	-3.3%	59.2	-0.7	16,250	7.0%

死亡の状況【図表4】

標準化死亡比 (SMR)	性別	積丹町	同規模平均	県	国
		男性	112.5	103.0	101.0
女性	125.7	98.4	97.6	100	

死因	積丹町				SMR (H22~R元)
	H28		R1		
	実数	割合	実数	割合	
がん	9	31.0	17	60.7	悪性新生物 107.8
心臓病	9	31.0	4	14.3	虚血性心疾患 89.9
脳疾患	7	24.1	3	10.7	心疾患 154.3 **
糖尿病	1	3.4	0	0.0	脳血管疾患 114.2
腎不全	1	3.4	2	7.1	腎不全 130.6
自殺	2	6.9	2	7.1	自殺 247.2 **

※年齢別令和元年度死亡状況

全死亡者数	割合
45	(100.0%)
50歳代	3 (6.7%)
60歳代	6 (13.3%)
70歳代	4 (8.9%)
80歳代	19 (42.2%)
90歳以上	13 (28.9%)
再掲) 75歳未満	10 (22.2%)

※75歳未満死亡事由

死亡事由	人数
急性心筋梗塞	3
慢性腎不全	2
肺がん	1
予防・早期発見困難な疾患	2
自殺	1
不明	1

一人当たり医療費で比較すると伸び率は少なく、伸び率の抑制という観点では達成に向かっていると見えるが、元の額が高額であったため、一人当たり医療費を抑制し、北海道並みの額にすることが重要である。短期目標疾患においては、糖尿病、高血圧が同規模・北海道・国いずれと比較しても割合が高くなっている。血圧は割合の減少が見られ、目標達成に向かっているが、糖尿病は増加しており、目標と逆行していた。

また、中長期・短期目標疾患医療費計の割合は北海道並みとなったが、一人当たり医療費が高額となっている要因について、がんと精神疾患の影響が考えられた。がんは検診等で早期発見が可能な部位かを右表のとおり把握し、結果、肺がんが最も高点数、次いで大腸、胃となり、全て早期発見可能だった。がん検診事業については、5章にて記載する。

各悪性新生物の総レセプト点数 【図表5】

中分類別疾患	総点数
気管、気管支及び肺の悪性新生物	2,870,332
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	528,292
胃の悪性新生物	259,008
肝および管内胆管の悪性新生物	152,721
乳房の悪性新生物	98,626
子宮の悪性新生物	62,256
結腸の悪性新生物	17,954
悪性リンパ腫	7,802
白血病	0
その他の悪性新生物	1,065,103

中長期・短期目標疾患の合計割合が抑制されたのは、医療費が高額となる中長期目標疾患の割合が少なかったため、町の死亡状況から中長期目標疾患で死亡に至る方が多かったことが背景と考える。これらの疾患は生存した場合と死亡した場合では、前者のほうが発症時の処置及びその後の維持療法等に係る費用が圧倒的に高額となるため、死亡により中長期目標疾患の医療費が増加しなかった可能性が大きい。しかし、重要な働き手である若い世代の死亡が多いことは町の大きな課題であり、死亡を減らすという視点においても重症化予防は重要と言える。

健診受診者における有所見割合の変化

【図表6】

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	H28	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8			
	R1	32.6		53.8		28.1		20.4		7.7		34.0		58.7		13.2		49.5		24.4		47.8		2.3			
北海道	H28	33,204	35.5	47,819	51.1	26,300	28.1	21,513	23.0	7,561	8.1	26,861	28.7	46,503	49.7	13,949	14.9	47,697	51.0	24,201	25.9	47,190	50.5	1,408	1.5		
	R1	35,757	37.9	51,026	54.1	26,519	28.1	22,226	23.5	6,619	7.0	32,515	34.5	48,384	51.3	13,835	14.7	48,143	51.0	23,462	24.9	46,681	49.5	1,948	2.1		
積丹町	合計	26	47.3	33	60.0	22	40.0	20	36.4	9	16.4	23	41.8	35	63.6	3	5.5	25	45.5	16	29.1	25	45.5	1	1.8		
	H28	40-64	16	45.7	19	54.3	15	42.9	14	40.0	6	17.1	9	25.7	20	57.1	2	5.7	12	34.3	9	25.7	21	60.0	1	2.9	
	H28	65-74	10	50.0	14	70.0	7	35.0	6	30.0	3	15.0	14	70.0	15	75.0	1	5.0	13	65.0	7	35.0	4	20.0	0	0.0	
	合計	39	48.1	48	59.3	33	40.7	29	35.8	7	8.6	27	33.3	54	66.7	19	23.5	28	34.6	16	19.8	42	51.9	2	2.5		
	R1	40-64	21	51.2	25	61.0	20	48.8	20	48.8	1	2.4	8	19.5	23	56.1	13	31.7	11	26.8	10	24.4	21	51.2	0	0.0	
R1	65-74	18	45.0	23	57.5	13	32.5	9	22.5	6	15.0	19	47.5	31	77.5	6	15.0	17	42.5	6	15.0	21	52.5	2	5.0		
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	H28	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2			
	R1	21.7		18.8		16.2		8.9		1.5		21.2		57.8		1.8		43.6		15.2		57.7		0.2			
北海道	H28	30,251	22.8	21,542	16.3	20,589	15.5	12,708	9.6	2,159	1.6	21,597	16.3	61,511	46.5	2,871	2.2	57,067	43.1	20,537	15.5	77,674	58.7	265	0.2		
	R1	32,550	24.5	23,980	18.1	20,975	15.8	13,160	9.9	1,704	1.3	26,981	20.3	61,175	46.1	2,829	2.1	57,931	43.6	20,255	15.3	77,089	58.0	331	0.2		
積丹町	合計	25	26.3	17	17.9	14	14.7	8	8.4	1	1.1	22	23.2	52	54.7	3	3.2	36	37.9	19	20.0	52	54.7	1	1.1		
	H28	40-64	9	19.1	5	10.6	10	21.3	4	8.5	0	0.0	7	14.9	23	48.9	1	2.1	12	25.5	9	19.1	27	57.4	0	0.0	
	H28	65-74	16	33.3	12	25.0	4	8.3	4	8.3	1	2.1	15	31.3	29	60.4	2	4.2	24	50.0	10	20.8	25	52.1	1	2.1	
	合計	32	31.4	27	26.5	18	17.6	15	14.7	1	1.0	30	29.4	63	61.8	5	4.9	39	38.2	8	7.8	49	47.1	1	1.0		
	R1	40-64	7	21.9	6	18.8	4	12.5	4	12.5	1	3.1	8	25.0	15	46.9	1	3.1	8	25.0	2	6.3	14	43.8	0	0.0	
R1	65-74	25	35.7	21	30.0	14	20.0	11	15.7	0	0.0	22	31.4	48	68.6	4	5.7	31	44.3	6	8.6	34	48.6	1	1.4		

*全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム該当者・予備軍該当状況の変化

【図表7】

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		男性	合計	55	0.2	5	9.1%	8	14.5%	0	0.0%	3	5.5%	5	9.1%	20	36.4%	1	1.8%	3	5.5%	5	9.1%	11	20.0%
H28	40-64		35	0.2	4	11.4%	6	17.1%	0	0.0%	1	2.9%	5	14.3%	9	25.7%	0	0.0%	2	5.7%	3	8.6%	4	11.4%	
H28	65-74		20	0.2	1	5.0%	2	10.0%	0	0.0%	2	10.0%	0	0.0%	11	55.0%	1	5.0%	1	5.0%	2	10.0%	7	35.0%	
合計	81		35.1	3	3.7%	18	22.2%	1	1.2%	7	8.6%	10	12.3%	27	33.3%	4	4.9%	2	2.5%	10	12.3%	11	13.6%		
R1	40-64		41	33.1	3	7.3%	10	24.4%	0	0.0%	1	2.4%	9	22.0%	12	29.3%	1	2.4%	2	4.9%	6	14.6%	3	7.3%	
R1	65-74	40	37.4	0	0.0%	8	20.0%	1	2.5%	6	15.0%	1	2.5%	15	37.5%	3	7.5%	0	0.0%	4	10.0%	8	20.0%		
女性	合計	95	0.3	1	1.1%	4	4.2%	0	0.0%	4	4.2%	0	0.0%	12	12.6%	0	0.0%	0	0.0%	6	6.3%	6	6.3%		
	H28	40-64	47	0.3	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	4	8.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.3%	2	4.3%	
	H28	65-74	48	0.3	1	2.1%	3	6.3%	0	0.0%	3	6.3%	0	0.0%	8	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	4	8.3%	4	8.3%	
	合計	102	38.8	1	1.0%	3	2.9%	1	1.0%	1	1.0%	1	1.0%	23	22.5%	2	2.0%	0	0.0%	13	12.7%	8	7.8%		
	R1	40-64	32	29.9	0	0.0%	1	3.1%	1	3.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	15.6%	1	3.1%	0	0.0%	2	6.3%	2	6.3%	
R1	65-74	70	44.9	1	1.4%	2	2.9%	0	0.0%	1	1.4%	1	1.4%	18	25.7%	1	1.4%	0	0.0%	11	15.7%	6	8.6%		

改善を目標としていた疾患については、高血圧割合が男女ともに改善傾向にあったが、他は増加傾向であった。

メタボリックシンドロームは男性の予備軍割合が増加し、該当者割合が減少。女性は予備軍が減少し、該当者が増加した。割合として減少していても人数は増加している。これらはデータ受領が進み、医療機関受診中のため健診を受けていなかった層の結果が把握できるようになったことから、実態が見えてきた影響が考えられる。一方、この結果から、医療機関にかかっている方の疾患コントロールが大きな課題として見えてきたため、疾患コントロールに向けて医療機関との連携により支援を行っていく必要性が高まった。

健診受診者の改善状況（H30・R1 の比較）

	R1年度受診結果		
H30年度受診結果			悪化
	改善		

○血圧【図表8】

H30年度		R1年度の結果をみる										
		継続受診者 23人 60.5%				未受診 (中断)	75歳 到達者					
I度高血圧以上 38人 21.2%		正常高値 以下	I度	II度	III度							
		11 28.9%	10 26.3%	1 2.6%	1 2.6%	15 39.5%	1 2.6%	合計	改善 13 34.2%	変化なし 8 21.1%	悪化 2 5.3%	未受診 15 39.5%
I度	31	10 32.3%	8 25.8%	1 3.2%	1 3.2%	11 35.5%	1 3.2%	I度	10 32.3%	8 25.8%	2 6.5%	11 35.5%
II度	4	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 75.0%	0 0.0%	II度	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 75.0%
III度	3	0 0.0%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	III度	2 66.7%	0 0.0%		1 33.3%

前年度 I・II 度高血圧だった方の改善が計約半数。III 度高血圧だった方は保健指導介入を行い、I 度に改善した。前年度高血圧者の約 4 割が次年度未受診となった。

○血糖【図表9】

H30年度		R1年度の結果をみる												
		継続受診者 13人 72.2%				未受診 (中断)	75歳 到達者							
HbA1c6.5以上 18人 11.3%		6.4以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上					合計	改善 9 50.0%	変化なし 4 22.2%	0.1以上の	
		5 27.8%	3 16.7%	2 11.1%	3 16.7%	5 27.8%	3 16.7%							改善
6.5~6.9	7	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 28.6%	1 14.3%	6.5~6.9	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 28.6%
7.0~7.9	6	0 0.0%	3 50.0%	1 16.7%	0 0.0%	2 33.3%	1 16.7%	7.0~7.9	3 50.0%	1 16.7%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	2 33.3%
8.0以上	5	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	3 60.0%	1 20.0%	1 20.0%	8.0以上	1 20.0%	3 60.0%	1 20.0%	2 40.0%		1 20.0%

HbA1c8.0 以上のコントロール不良者はほとんどが保健指導介入の実施有無に関わらず改善しなかった。8.0 未満では悪化者はほとんどいなかった。

○脂質【図表10】

H30年度		R1年度の結果をみる											
		継続受診者 31人 59.6%				未受診 (中断)	75歳 到達者						
140以上 52人 29.1%		140未満	140~159	160~179	180以上					合計	改善 15 28.8%	変化なし 11 21.2%	悪化 5 9.6%
		9 17.3%	10 19.2%	8 15.4%	4 7.7%	21 40.4%	3 5.8%						
140~159	25	5 20.0%	5 20.0%	3 12.0%	1 4.0%	11 44.0%	2 8.0%	140~159	5 20.0%	5 20.0%	4 16.0%	11 44.0%	
160~179	14	2 14.3%	3 21.4%	4 28.6%	1 7.1%	4 28.6%	1 7.1%	160~179	5 35.7%	4 28.6%	1 7.1%	4 28.6%	
180以上	13	2 15.4%	2 15.4%	1 7.7%		2 15.4%	6 46.2%	180以上	5 38.5%	2 15.4%		6 46.2%	

前年度 180 以上となった人のうち、継続受診した人の改善率は約 4 割となり、約半数が未受診となった。

2 ストラクチャー、プロセス評価

課題と対応する主な個別事業について、「全体評価表」の通り評価した。

目標	対応する個別事業	アウトカム (結果)	ストラクチャー (構成)	プロセス (実践の過程)	アウトプット (事業実施量)	残っている課題	課題解決に向けた方針																								
【課題】特定健診受診率が低い ○計画最終年度目標 ・受診率：60% ・保健指導率：85% ○令和2年度目標 ・受診率：45% ・保健指導率：85%	◆未受診者対策 ◆ポピュレーションアプローチ ◆診受診勧奨	○令和元年度受診率 (法廷報告値) ・受診率：35% 実績値：37.3% ・保健指導率 目標値：85% 実績値：77.8%	○保健師体制 保健部局：2人 包括支援センター：1人 ○活動状況 保健部局2人で地区を半分ずつ受け持つ地区担当制を取り、個別支援の裁量によって実施できる。 ○データ受領 赤市医師会内37医療機関、小樽市医師会内37医療機関とデータ受領契約実施。	○受診勧奨 ・地区担当保健師が主体となり、地区の対象者に訪問・電話・文章にて勧奨、広報による勧奨。 ○保健指導 地区担当保健師を中心に個別訪問による保健指導実施。 特定健診対象者の他、重症化予防の観点から保健指導が必要と判断した結果の住民を個別支援対象に設定。 重症化学予防の判定は、各学会ガイドライン等を参考に設定。 個別支援対象とならなかった方に対しても、保健指導資料を添付し文書指導を実施。 ○データ受領 契約医療機関に定期通院している特定健診対象者リストを作成し、依頼書を訪問により配布（配布期間は再任用職員に依頼、残った人は地区担当保健師が引き継ぎ）。 データ受領送付には、協力への礼状と共に、結果年表を送付。 重症化学予防の観点から情報提供が必要と判断した対象には、保健指導資料を添付し文書指導を行った。	【令和2年度健診実施回数】 ・集団健診 2回計4日 ・パス健診年2回計4日 ・巡回健診年1回計1日 ・漁業者健診年1回計1日 【個別健診】 通年 ○受診人数 ・特定健診受診数：205人 ・全受診者数（若年国保・後期含む）：279人 ・保健指導実施者数：110人 ○データ受領配布状況 対象者数：130人 配布数：110人(84.6%) 回収数：72人(65.9%) ○受診勧奨に関するポピュレーションアプローチ ・町広報紙「積丹いろいろ」 ・2～3回不定期、輪番制 ・丸山健康相談 ・丸山地区住民から年6回、丸山地区在住から年間回帰依頼によう実施 ・東しややかたん漁業協同組合各部会における短時間講話 ・年1～2回不定期	○健診も医療も受けていない対象者を健診受診に繋げる (40～64歳 73人) (65～74歳 32人) ○リピーター率向上 ○全庁的な受診勧奨体制ができていない (職員自体が健診の必要性を感じていない、職員の家族の国保者未受診)	○集団・個別健診利用者向上 健診も医療も受けていない人をリスト化し、勧奨対象者を明確にする。 集団健診前には昨年受診した人をリスト化し、申込がない人が把握できるようにする。 地区担当保健師が個別勧奨を行う際に、集中的に勧奨を行う層や勧奨時に確認する内容を明確にする。 ○受診勧奨機会の拡大 広報・IPその他のポピュレーションアプローチとして、健診受診勧奨及び健診結果と関連する健康情報の提供機会を増やす。 ○データ受領の回収率向上 配布時の説明や、配布管理を行う。 ○受診勧奨にて健診への関心につながるような保健・栄養指導の力量形成 (対象者が健康情報と健診結果の関係をイメージできるような情報提供力を身に付ける) 職場外の保健指導研修会参加の他、職場内で保健師・栄養士による冊子の読み合わせ等を定期的に実施する。 ○全庁的な健診勧奨体制 を回覧し、窓口対応の際には勧奨するよう依頼する。 衛生委員会の活用を検討。	課題解決に向けた方針																							
【課題】高血圧の医療費割合が高い…減少傾向だが、同規模・国との比較では高い ○医療費の伸びの抑制 ○健診結果の改善	◆重症化学予防(特定保健指導該当者以外への支援介入) ◆ポピュレーションアプローチ(減塩・減塩血圧測定、減塩普及)	○高血圧の総医療費に占める割合 H28：5.03% ⇒R1：4.39% (同規模等他：3%台) ○II度以上高血圧(健診受診者) R1：5人 内医療機関受診：4人 内翌年度健診受診：2人 ○高血圧発症に関連する「ばりかた」モデル者数 ●該当者の血圧所見	○保健師・栄養士が指導の力量を囲むよう、学習会への参加や勉強会の機会を確保 ○保健指導 ・健診結果で高血圧だった人に対して、リスク層別に個別面談対象者を判定。 ・面談支援対象者には地区担当保健師を中心に個別訪問による保健指導実施。 ・尿中塩分測定のため、家庭血圧測定器の推奨。 ○血圧値の普及 広報にて、高血圧学会の血圧区分が変更されたことを記事として掲載。 ○減塩の普及 ・健診会場にて、高血圧学会推奨の減塩食品を試食するコーナーを作り、求購者は試食・食べ比べを実施。 ・個人インセンティブの普及に高血圧学会認定の減塩食品を選定し、血圧と塩分について情報提供するリーフレットを添付。	○個別面談対象者 <table border="1"> <thead> <tr> <th>重なり</th> <th>1か月後</th> <th>3か月後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>集団健診受診者</td> <td>18</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>巡回健診受診者</td> <td>9</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>巡回健診受診者</td> <td>13</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>巡回健診受診者</td> <td>9</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>巡回健診受診者</td> <td>18</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>巡回健診受診者</td> <td>9</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>巡回健診受診者</td> <td>18</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table> ○尿中塩分測定 実施勧奨：6人 測定：2人 (いずれも10g以上) ○個人インセンティブでの減塩食品配布者：34人	重なり	1か月後	3か月後	集団健診受診者	18	13	巡回健診受診者	9	6	巡回健診受診者	13	8	巡回健診受診者	9	4	巡回健診受診者	18	13	巡回健診受診者	9	6	巡回健診受診者	18	13	○II度以上高血圧者の健診リピーター率が低い ○家庭血圧が普及しない ○高血圧発症に関連する、メタボリックシンドロームの割合が高い	○個別支援の継続 引き継ぎ、個別支援により保健指導を実施し、継続を守るために血圧を管理することが重要であると対象者が認識し、個別的に血圧を上げる要因を確認しコントロールできるように支援する。 ○家庭血圧測定の推進 上級式血圧測定器を持っていない人には、貸出用血圧計を渡し、2週間程度測定してもらう。 血圧手帳を持っていない人には配布。 ○メタボリックシンドローム対策 高血圧と肥満の関連について保健指導を実施し、肥満の解決に向けた栄養・運動指導に繋げる。 ○ポピュレーションアプローチの機会を増やす 血圧と健診結果との関係や、血圧に関する科学的根拠に基づいた健康情報を普及する機会を増やす。	全体評価表
重なり	1か月後	3か月後																													
集団健診受診者	18	13																													
巡回健診受診者	9	6																													
巡回健診受診者	13	8																													
巡回健診受診者	9	4																													
巡回健診受診者	18	13																													
巡回健診受診者	9	6																													
巡回健診受診者	18	13																													

目標	対応する個別事業	評価			残っている課題	課題解決に向けた方針															
		アウトカム (結果)	ストラクチャー (構造)	プロセス (実践の過程)																	
【課題】糖尿病の医療費割合が高い…策定時から連等と比較し高く、経年比較でも増加傾向 ○医療費の伸びの抑制 ○糖尿病の医療費割合が高い…策定時から連等と比較し高く、経年比較でも増加傾向 ○糖尿病の医療費割合が高い…策定時から連等と比較し高く、経年比較でも増加傾向 ○糖尿病の医療費割合が高い…策定時から連等と比較し高く、経年比較でも増加傾向	◆重症化予防（北後志糖尿病性腎症重症化予防プログラム） ○重症化予防（北後志糖尿病性腎症重症化予防プログラム） ○重症化予防（北後志糖尿病性腎症重症化予防プログラム） ○重症化予防（北後志糖尿病性腎症重症化予防プログラム）	○糖尿病の総医療費に占める割合 H28：6.14% ⇒R1：7.17% （同規模等他：5%台） ○糖尿病に占める高血糖割合 13.5% （データ受領者の割合：24.6%） ○高血糖に関連する、メタボリックシンドローム該当者 <table border="1"> <tr> <td>全数</td> <td>男</td> <td>女</td> </tr> <tr> <td></td> <td>27</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>血圧+血糖</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>血圧+脂質</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>血圧+血糖+脂質</td> <td>11</td> <td>8</td> </tr> </table>	全数	男	女		27	23	血圧+血糖	4	2	血圧+脂質	2	0	血圧+血糖+脂質	11	8	○保健指導 健康結果で高血糖だった人に対し、治療状況ごとに個別面談対象者を選定。 ○保健指導対象者は地区担当保健師を中心に個別訪問による保健指導を実施。 ○北後志5町村において糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、余市医師会の承認を得た。	○個別面談対象 ・集団健診 HbA1c6.5以上：11人 （内8.0以上：2人） 個別支援実施：9人 （内8.0以上：2人） ・データ受領 HbA1c6.5以上：14人 全員に対し文書指導	○健診受診者のHbA1c8.0以上が減少しない ○高血糖に関連するメタボリックシンドローム該当者の割合が高い ○データ受領者のコントロール不良が多い ○糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおける、医療機関との連携がうまくいかない。	○個別支援の継続 引き続き、個別支援により高血糖に対する保健指導を実施。 血糖値をコントロールするには食事との関係が切り離せないことから、対象者の体質や生活習慣とインスリンの分泌を個別的に評価した栄養指導が実施できるよう支援。 治療中の対象者に保健指導・栄養指導を実施する際は、医療機関と連携し支援を行うよう努める。 ○メタボリックシンドローム対策 高血糖と肥満の関連について保健指導を実施し、肥満の解決に向けた栄養・運動指導に繋げる。 ○ポピュレーションアプローチの機会を増やす ・血糖値と健診結果との関係や、高血糖が他の疾患発症に与える影響等について科学的根拠に基づいた健康情報を普及する機会を増やす。 ○医療機関との連携推進 糖尿病専門医とかかりつけ医の連携プログラム対象となった人が医療機関にわかるよう、紹介状及び糖尿病手帳に記載することや、記載様式等を準備する。
全数	男	女																			
	27	23																			
血圧+血糖	4	2																			
血圧+脂質	2	0																			
血圧+血糖+脂質	11	8																			
【課題】がんの医療費割合が高額（特に肺がん） ○一人当たり医療費の伸びを抑制 ○肺がんの医療費の抑制	◆未受診者対策（がん検診、精密検査） ◆ポピュレーションアプローチ（がん検診受診率）	○令和元年度がん検診受診率（健康増進報告） ・胃がん 12.4% ・肺がん 25.1% ・大腸がん 22.7% ・子宮がん 9.0% ・乳がん 12.6%	○特定健診と同時受診可能	○がん検診受診率向上	○受診勧奨にて検診への関心につながるような情報提供の力量形成（対象者ががん検診の重要性を認識できるような情報提供力を身に付ける） ○広報・IPその他のポピュレーションアプローチとして、肺がん自体とがんに関する科学的根拠に基づいた健康情報の提供機会を増やす。 ○受診勧奨の際は特定健診の受診勧奨と抱き合わせて実施する。 ○精密検査受診勧奨 精密検査対象を把握し、受診状況を管理するとともに、未受診者に対して個別に再勧奨実施。																
【課題】介護給付費の増加（施設給付費が高額） ○一人当たり介護給付費の増加（施設給付費が高額） ○介護給付費の増加（施設給付費が高額）	◆重症化予防	○介護給付費 3億3305万（施設 67.6%） ○平均自立期間 男：77.5 女：78.8	○平均自立期間が短い	○個人別自立期間が短い ○介護給付費の増加（施設給付費が高額）	○個人別自立期間が短い ○介護給付費の増加（施設給付費が高額）																

第4章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題

1 目標値に対する進捗状況

特定健診受診率は、徐々に増加傾向であり、年度ごとに設定した受診率は達成している状況。

特定保健指導実施率は年度により増減があるが、特定保健指導対象者は減少。

2 特定健診の実施

受診率は伸びているが、継続受診者の割合が低下しており、継続受診者が後期高齢者に移った後、若い世代の継続受診に繋がっていないと考察する。健診を単年で終わらせないよう、前年度受診したが未受診となっている方のリストを作成し、地区担当保健師が主体となって受診勧奨を行っていくこと、また受診者が翌年度も健診を受けようと思える保健・栄養指導が実施できるよう、医療専門職の力量形成を行う。

3 特定保健指導の実施

保健指導実施率は目標達成を達成している年度としていない年度が混在しているが、平均値は目標値に近い数値となっており、引き続き特定保健指導を実施し目標達成の維持を目指す。

特定保健指導該当者は減少しており、背景として対象者が治療に繋がったためと考えられる。しかし、治療中のメタボリックシンドローム該当者及び予備軍が増加しており、これらの人は治療中であることから特定保健指導対象者とはならないが、肥満及びメタボリックシンドロームが短・中長期目標疾患に与える影響は大きいことから、対策を検討していく必要がある。

【図表11】

			H28年度	H29年度	H30年度	R元年度
特定 健診 実施率	目標値	受診率	—	—	30%	35%
	実績	受診率	25.3%	32.1%	33.9%	37.3%
		対象者	580人	551人	528人	491人
		受診者	147人	177人	179人	183人
		内データ受領	21	56	42	72
		継続受診割合 (75歳到達による除外割合)	68.3% (4.1%)	67.6% (6.2%)	71.4% (5.0%)	65.9% (4.4%)
		実施者	18人	14人	12人	7人
特定 保健 指導 実施率	目標値	受診率	—	—	85%	85%
	実績	受診率	94.7%	73.7%	92.3%	77.8%
		対象者	19人	19人	13人	9人
		内積極的支援	7人	7人	7人	4人
		内動機付け支援	12人	12人	6人	5人
		実施者	18人	14人	12人	7人

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

保険者努力支援制度評価指標や新たな課題等を踏まえ、「健診受診者のHbA1c 8以上の未治療者の割合減少」、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」、「5つのがん検診の平均受診率」、「歯科検診（歯周病検診含む）」の4つの目標値について追加した。また、中間評価を踏まえ、策定時に目標値を明確にしていなかった項目についても数値目標を設定し、達成すべきものとして定めた。特に、町の課題である、高血圧、糖尿病については対象者のコントロール状況及び医療専門職の介入率を明確にし、保健・栄養指導の実施状況とその成果を評価していくこととする。

1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

首相官邸に「全世代型社会保障検討会議」が設置され、人生100年時代に向けた医療・介護のあるべき姿と給付・負担のあり方が議論されている。高齢者の医療を支える働き手が激減する中で、健康寿命を延ばすことにより働きたい高齢者が長く就労できる取組みが求められており、健康寿命に関する考え方も、国が新たに導入する算出方法（補完的指標）では要介護2以上になるまでの期間が考慮されることから、今後、重症化予防が益々重要になると見込まれる。

そのため、町においても令和2年10月より、北海道後期高齢者医療広域連合から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」を受託しており、令和3年度以降も引き続き推進していくこととする。

実施内容は下記のとおり。

①企画・調整等を担当する医療専門職を配置（保健師）

KDBシステム等を活用して健診・医療・介護データの一体的な分析を行い、重症化予防・介護予防対象者を把握。分析結果に基づき、対策となる事業の企画及び医療・介護などの関係機関との連絡調整を行う。

②地域を担当する医療専門職を配置（管理栄養士）

①で把握された対象者に対し、個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行う。

75歳を過ぎても支援が途切れないよう、中長期目標疾患については管理台帳を基に、重症化予防を実施。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のため健康教育や健康相談（ポピュレーションアプローチ）を実施する。

健診・医療・介護の一体的な分析については、平成30年11月22日「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」において、生活習慣病に高齢変化や社会的要因が加わることによって、フレイル状態に陥ることが示されたことから、この視点を踏まえ、KDBシステムを用いて第2期データヘルス計画策定時からの経過及び、40歳から各年代の状況を評価した。評価にあたり町の特性を把握するため、北海道平均又は同規模保険者との比較を行った。

分析の結果は下記の通り。

【平均余命・健康寿命】 健康寿命が短く、特に女性は平均余命との差が大きい。

【有病状況】 短期目標疾患の高血圧・糖尿病は道と比較し割合が高い。中長期目標疾患の脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全では目立って割合の高い項目がなく、短期目標疾患の割合の高さと比較すると中長期目標疾患の割合が低い。3章での分析同様、重症化の結果死亡している人が多くなっていると考えられる。

【介護の要因となっている疾患】 心不全・認知症（特にアルツハイマー病）・脳梗塞・筋骨格・虚血性心疾患及び短期目標疾患が1/4以上と高い。これらは血管の障害による臓器の機能不全が背景となっており（血管内皮障害）、短期目標疾患のコントロール不良等により重症化していることが考えられる。

介護認定を肥満度別に見ると、肥満度1に脊柱・関節疾患が多い。肥満度1は比較的活動が容易であり標準者と同様に活動できるが、標準者と比較すると関節負担が重い。これにより筋骨格が要因となる介護が多くなっていることが考えられる。

【介護給付費】 1件あたりの介護給付費が上昇しており、施設サービスの給付費が伸びたためと見られる。施設サービスに偏る背景として、手厚い介護を必要とする介護度の重い人が増えた可能性や、居宅サービスの資源が乏しく住宅での介護が困難であることから施設に入らざるを得ない状況となっている可能性がある。

これらの分析から、肥満や疾患コントロール不良等は自立度の低下と関連し、介護予防としても生活習慣病の重症化予防や、既に重症化疾患を発症した方の再発予防は重要となる。

そのために、3章の健康課題及び保健事業については、若い世代から改善に向けて取り組み、75歳を過ぎても継続支援していく。支援の際には、これらが介護予防に繋がる視点も情報提供していく。

目標疾患の有病状況

【図表12】

年齢	短期目標疾患						中長期目標疾患									
	高血圧	糖尿病	糖尿病 +高血圧	高血圧 +合併症	糖尿病 +合併症	脳血管 疾患	虚血性 心疾患		心不全		腎不全					
							介護認定者	介護認定者	介護認定者	介護認定者						
町	40~64	77 (77.8%)	53 (53.5%)	38 (38.4%)	27 (35.1%)	20 (37.7%)	7 (2.8%)	1 (14.3%)	12 (4.7%)	0 (0.0%)	13 (5.1%)	0 (0.0%)	13 (5.1%)	0 (0.0%)		
	65~74	175 (87.9%)	94 (47.2%)	81 (40.7%)	77 (44.0%)	53 (56.4%)	31 (10.8%)	2 (6.5%)	39 (13.6%)	4 (10.3%)	36 (12.6%)	5 (13.9%)	19 (6.6%)	2 (10.5%)		
	75~	415 (89.8%)	175 (37.9%)	148 (32.0%)	282 (68.0%)	123 (70.3%)	126 (23.2%)	59 (46.8%)	128 (23.5%)	45 (35.2%)	207 (38.1%)	81 (39.1%)	59 (10.8%)	30 (50.8%)		
道	40~64	- (70.3%)	- (50.2%)	- (30.9%)	- (40.3%)	- (39.6%)	- (4.8%)	- (11.7%)	- (5.4%)	- (2.9%)	- (7.1%)	- (3.3%)	- (4.0%)	- (4.9%)		
	65~74	- (81.3%)	- (51.8%)	- (39.2%)	- (46.7%)	- (49.0%)	- (11.2%)	- (9.8%)	- (12.1%)	- (4.9%)	- (15.4%)	- (5.4%)	- (6.8%)	- (68.0%)		
	75~	- (87.1%)	- (50.2%)	- (43.0%)	- (68.0%)	- (70.6%)	- (25.5%)	- (46.9%)	- (24.8%)	- (39.5%)	- (31.2%)	- (42.2%)	- (12.1%)	- (44.4%)		

加齢に伴う疾患の有病状況

【図表13】

年齢	骨折			認知症			
	生活習慣病 の重なり	発症	介護認定者	生活習慣病 の重なり	発症	内介護認定者	
							介護認定者
町	65~74	6 (75.0%)	8 (2.8%)	2 (25.0%)	2 (100%)	2 (0.7%)	1 (50.0%)
	75~	73 (92.4%)	79 (14.5%)	42 (53.2%)	72 (85.7%)	84 (15.4%)	66 (78.6%)
道	65~74	- (64.6%)	- (4.2%)	- (9.7%)	- (75.1%)	- (1.4%)	- (57.9%)
	75~	- (84.4%)	- (12.4%)	- (56.5%)	- (83.9%)	- (15.1%)	- (81.1%)

平均寿命・健康寿命

【図表14】

	町		道	
	男	女	男	女
平均余命	79.3	88.4	80.3	88.4
健康寿命	77.5	78.8	78.8	83.8
差	1.8	9.6	1.5	4.6

※健康寿命とは、要介護2以上となるまでの年齢

介護の原因となっている疾患

【図表 15】

介護度	疾病 被保険者数 (A)	認定者数		心不全				認知症				脳			その他			
		人数 a	割合 a/A	心不全			認知症			脳血管疾患		脳出血	脳梗塞	低栄養等		歯内炎・歯周病	うつ病	COPD
				割合 b/a	割合 c/a	割合 d/a	割合 e/a	割合 f/a	割合 g/a	割合 h/a	割合 i/a	割合 j/a	割合 k/a	割合 l/a	割合 m/a			
要支援	要支援 1	22	3.9%	36.4%	18.2%	9.1%	13.6%	4.5%	31.8%	0.0%	22.7%	0.0%	9.1%	9.1%				
	要支援 2	10	1.8%	60.0%	20.0%	20.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	10.0%	10.0%	20.0%	20.0%				
	小計	32	5.7%	43.8%	18.8%	12.5%	9.4%	3.1%	28.1%	0.0%	18.8%	3.1%	6.3%	12.5%				
要介護	要介護 1	44	7.9%	45.5%	36.4%	22.7%	11.4%	2.3%	27.3%	0.0%	20.5%	4.5%	6.8%	13.6%	6.8%			
	要介護 2	37	6.6%	48.6%	32.4%	10.8%	13.5%	2.7%	35.1%	0.0%	35.1%	13.5%	2.7%	8.1%	21.6%			
	小計	81	14.5%	46.9%	34.6%	17.3%	12.3%	2.5%	30.9%	0.0%	27.2%	8.6%	4.9%	11.1%	13.6%			
	要介護 3	35	6.3%	48.6%	48.6%	28.6%	25.7%	0.0%	31.4%	2.9%	22.9%	8.6%	14.3%	17.1%	14.3%			
	要介護 4	15	2.7%	73.3%	53.3%	26.7%	33.3%	0.0%	60.0%	0.0%	46.7%	6.7%	13.3%	0.0%	20.0%			
	要介護 5	12	2.2%	16.7%	58.3%	50.0%	16.7%	0.0%	41.7%	8.3%	33.3%	33.3%	8.3%	16.7%	25.0%			
小計	62	11.1%	48.4%	51.6%	32.3%	25.8%	0.0%	40.3%	3.2%	30.6%	12.9%	12.9%	12.9%	17.7%				
合計	175	31.4%	46.9%	37.7%	21.7%	16.6%	1.7%	33.7%	1.1%	26.9%	9.1%	8.0%	12.0%	14.9%				

※1→認知症の症状がないアルツハイマー病は除く

介護度	疾病 被保険者数 (A)	筋・骨格				心		腎				基礎疾患											
		骨折		骨粗鬆症		虚血性心疾患		腎疾患		慢性腎不全		糖尿病性腎症		人工透析 (腹膜透析含む)		動脈硬化症		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		割合 n/a	割合 o/a	割合 p/a	割合 q/a	割合 r/a	割合 s/a	割合 u/a	割合 v/a	割合 t/a	割合 w/a	割合 y/a	割合 x/a	割合 z/a									
要支援	要支援 1	13.6%	31.8%	45.5%	54.5%	31.8%	4.5%	0.0%	0.0%	0.0%	4.5%	95.5%	22.7%	72.7%									
	要支援 2	20.0%	40.0%	30.0%	60.0%	20.0%	20.0%	20.0%	0.0%	10.0%	0.0%	80.0%	40.0%	60.0%									
	小計	15.6%	34.4%	40.6%	56.3%	28.1%	9.4%	6.3%	0.0%	3.1%	3.1%	90.6%	28.1%	68.8%									
要介護	要介護 1	20.5%	38.6%	22.7%	36.4%	25.0%	15.9%	9.1%	2.3%	0.0%	0.0%	81.8%	38.6%	59.1%									
	要介護 2	18.9%	40.5%	24.3%	29.7%	35.1%	18.9%	16.2%	0.0%	0.0%	5.4%	78.4%	32.4%	56.8%									
	小計	19.8%	39.5%	23.5%	33.3%	29.6%	17.3%	12.3%	1.2%	0.0%	2.5%	80.2%	35.8%	58.0%									
	要介護 3	28.6%	34.3%	22.9%	34.3%	17.1%	20.0%	11.4%	8.6%	2.9%	0.0%	82.9%	37.1%	48.6%									
	要介護 4	46.7%	53.3%	20.0%	33.3%	33.3%	26.7%	13.3%	6.7%	0.0%	6.7%	80.0%	66.7%	60.0%									
	要介護 5	33.3%	8.3%	16.7%	25.0%	16.7%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	41.7%	33.3%									
小計	33.9%	33.9%	21.0%	32.3%	21.0%	22.6%	9.7%	6.5%	1.6%	1.6%	79.0%	45.2%	48.4%										
合計	24.0%	36.6%	25.7%	37.1%	26.3%	17.7%	10.3%	2.9%	1.1%	2.3%	81.7%	37.7%	56.6%										

【図表 16】
脊椎・関節疾患と肥満度

	対象	該当者	割合
肥満度3以上	0	0	-
肥満度2	4	0	0.0%
肥満度1	9	4	44.4%
標準	17	1	5.9%
やせ	2	0	0.0%

※変形性膝関節症、脊柱管狭窄症、人工関節など

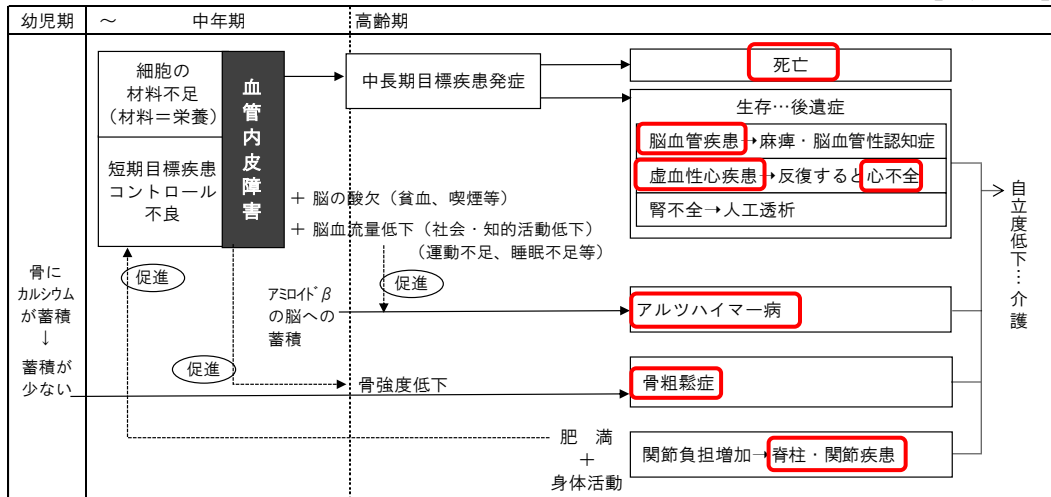
介護給付費の変化 (第2期データヘルス計画【図表 6】)

【図表 17】

年度	介護給付費 (万円)	積丹町						同規模平均					
		総給付費に占める割合		1件当たり給付費 (全体)				総給付費に占める割合		1件当たり給付費 (全体)			
		居宅サビス	施設サビス	伸び率	居宅サビス	施設サビス	居宅サビス	施設サビス	伸び率	居宅サビス	施設サビス		
H28年度	2億9329万	34.1%	65.9%	87,136	-	37,520	275,759	45.9%	54.1%	73,702	-	39,646	273,946
R1年度	3億3305万	31.5%	67.6%	93,059	6.8%	37,253	298,338	44.8%	55.2%	81,190	10.2%	43,124	285,626

分析結果の関連図

【図表 18】



2 がん検診事業

3章での分析の通り、町ではがんによる死亡割合が増加し、医療費では肺がんに係る費用が最も高額となっているが、対策として基本となるがん検診受診率が全体的に低く、死亡や治療費が抑えられる早期でのがんの発見ができていない。

町でのがん検診は、町民が受診しやすいような自己負担額の設定と、特定健診と同時に受診ができる体制を構築しているが、受診率の向上に繋がっていない背景として、がんに対する情報の普及啓発やがん検診受診勧奨の積極的な実施を行っていなかったことが考察として挙げた。

このため、特定健診の受診勧奨と併せてがん検診の受診率を推進し、特に肺がん検診の受診率向上に向け勧奨を強化すること、がんに関する情報やがん検診受診勧奨の普及啓発の機会を増やすことを対策の方針としていく。

【図表19】

	健康日本21 目標値	町実績			
		H28	H29	H30	R1
胃がん検診	50% (当面40%)	15.8%	15.0%	14.8%	12.4%
肺がん検診		22.1%	21.3%	26.4%	25.1%
大腸がん検診		21.0%	20.4%	22.2%	22.7%
子宮頸がん検診	50%	10.7%	10.0%	8.4%	9.0%
乳がん検診		17.8%	14.8%	12.5%	12.6%
5つのがん検診の平均受診率	-	17.5%	16.3%	16.9%	16.4%

※地域保健・健康増進事業報告より

3 歯科健診事業

近年、フレイル予防の視点からも口腔機能を維持する重要性が明らかになっており、当町においても、これらの知見を踏まえて令和2年度より新規事業として歯科健診事業を開始し、保健、国保・後期高齢者医療部局、介護部局において一体的に歯科健診事業を推進することとした。

このため、歯科健診受診率についても目標値を設定し、歯科健診を推進していくとともに、健診結果を踏まえた保健・介護サービスを提供していく。

4 新たな課題等を踏まえた目標管理一覧

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値				中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
			H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5		
特定健診等計画	アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	25.3%	32.1%	33.9%	37.3%	34.2%	37.2%			特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
		特定保健指導実施率60%以上	94.7%	73.7%	92.3%	77.8%	72.7%	85.7%				
		特定保健指導対象者の減少率25%	-	0.0%	-31.6%	-30.8%	22.2%	-36%				
中長期	アウトカム	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合1%減少	2.19%	-	-	1.70%	-	-	-		KDBシステム医療費分析（1）
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合1%減少	2.55%	-	-	1.80%	-	-	-			
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少（患者千人当の新規透析導入を国並みにする）	0.000	-	-	0.222	-	-	-			
データヘルズ計画	アウトカム	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防 高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少25%	-	31.8%	10.3%	10.9%	7.0%	-16%			積丹町住民福祉課
			健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）II度以上高血圧を健診受診者の3%未満に抑える	0.7%	3.4%	3.9%	2.7%	5.5%	3.6%			
			高血圧の保健指導を実施した割合80%以上	0.0%	33.3%	57.1%	80.0%	55.6%	50.0%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL140以上）LDL140以上を健診受診者の25%未満に抑える	28.6%	32.8%	29.1%	29.0%	43.6%	26.7%			
			健診受診者の糖尿病者の割合減少（HbA1c6.5以上）HbA1c6.5以上を健診受診者の15%未満に抑える	7.5%	11.9%	10.1%	13.7%	17.2%	15.8%			
			内HbA1c8.0以上の割合	1.4%	2.3%	2.8%	2.2%	3.1%	1.8%			
			HbA1c6.5以上の未治療者割合	27.3%	19.0%	11.1%	24.0%	3.6%	23.1%			
			内HbA1c8.0以上	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%			
			糖尿病未治療者を医療機関に結び付ける割合60%	100.0%	100.0%	50.0%	100.0%	100.0%	33.3%			
			アウトプット	糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	72.7%	42.9%	27.8%	16.0%	28.6%	50.0%		
保険者努力支援制度	短期	がんの早期発見早期治療	がん検診受診率 胃がん検診15%以上	15.8%	15.0%	14.8%	12.4%	12.1%	10.5%			地域保健・健康増進事業報告
			肺がん検診30%以上	22.1%	21.3%	26.4%	25.1%	17.6%	28.4%			
			大腸がん検診25%以上	21.0%	20.4%	22.2%	22.7%	14.6%	18.9%			
			子宮頸がん検診15%以上	10.7%	10.0%	8.4%	9.0%	5.4%	11.6%			
			乳がん検診20%以上	17.8%	14.8%	12.5%	12.6%	8.8%	19.1%			
			5つのがん検診の平均受診率（1%ずつ向上させる）	17.5%	16.3%	16.9%	16.4%	11.7%	17.7%			
	アウトプット	歯科健診（歯周病健診）	歯科健診の受診率	76.5%	82.9%	90.0%	93.1%	4.2%	4.9%			積丹町住民福祉課
			再掲）乳幼児歯科健診	76.5%	82.9%	90.0%	93.1%	100%	100%			
			再掲）成人・後期高齢者歯周疾患健診	-	-	-	-	0.2%	1.1%			
		自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合10%以上	6.3%	6.6%	7.1%	9.4%	7.5%	8.4%			
後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	70.7%	69.5%	68.2%	73.1%	69.4%	74.7%			厚生労働省公表結果		

5 保険者努力支援制度の得点及び交付額

評価指標		H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4
		配点	配点	配点	配点	配点	配点	配点
総得点（満点）		345	580	850	920	995	960	940
積丹町結果	総得点（体制構築加点含）	123	279	465	568	571	677	622
	交付額（千円）	248	656	1,299	1,426	1,444	1,678	1,456
	全国順位（1,741市町村中）	1,696	-	858	770	761	558	-
	道内順位（179市町村中）	173	-	83	66	84	48	68
共通①	特定健診受診率	0	-	0	25	0	0	25
	特定保健指導実施率	0	-	50	15	-10	70	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率	15	-	20	0	0	0	0
共通②	がん健診受診率	0	-	0	10	0	5	25
	歯周疾患（病）検診の実施	0	-	0	25	20	15	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	0	-	100	100	120	120	95
共通④	個人インセンティブ提供	0	-	70	70	75	90	45
	個人への分かりやすい情報提供	0	-	25	20	20	20	15
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	-	0	50	50	50	40
共通⑥	後発医薬品の促進	8	-	25	35	10	10	0
	後発医薬品の使用割合	0	-	0	0	45	0	0
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	10	-	0	25	50	100	100
固有②	データヘルス計画策定状況	0	-	26	50	40	40	25
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	-	25	25	25	25	15
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	-	13	25	25	30	40
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	-	21	14	22	24	43
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			30	39	79	78	79
体制構築加点		70	70	60	40			

※平成29年度は配点及び交付額のみ公表のため、内訳未把握