

由仁町国民健康保険

第2期 保健事業計画

(データヘルス計画) 中間評価
及び個別事業評価

令和3年3月

目次

- 第1章 データヘルス計画の基本的事項
 - 1 データヘルス計画の概要
 - 2 計画の位置づけ
 - 3 中間評価の目的・評価方法
 - 4 評価実施体制及び連携
 - 5 保険者努力支援制度

- 第2章 第2期計画に係る中間評価及び考察と目標の設定
 - 1 第2期計画に係る中間評価
 - (1) 中長期目標、短期目標の目標達成状況
 - (2) 中長期目標、短期目標の目標に対する評価と
残された課題と解決に向けた活動の方針
 - 2 中間評価からの新たな目標の設定

第1章 データヘルス計画の基本的事項

1 データヘルス計画の概要

厚生労働省においては、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おります。

当町においては、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由仁町国保の財政基盤強化を図ることを目的として「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を平成30年3月に策定しました。計画期間は平成30年度から令和5年度までの6年間です。

2 計画の位置づけ

当町では、国保の保険者として国民皆保険制度を将来にわたり持続可能な制度とするため、平成20年3月に「由仁町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、数値目標を設定して、国保加入者に対する特定健診・特定保健指導に取り組んでいます。

また、町民の健康実態に応じた健康増進及び疾病予防を効果的に推進するため、平成27年3月に「由仁町保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、実証データに基づき、予防可能な生活習慣病対策を中心とした保健事業を実施してきました。

このように、当町においては、特定健康診査等実施計画と保健事業実施計画（データヘルス計画）の二つの計画を両輪として保健事業を実施してきました。両計画の連携を強化し、保健事業の実施及び評価、事業内容の見直しを行い、保健事業の実効性をより高めていくために、一体的な計画として平成30年3月に第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）第3期特定健康診査等実施計画（以下「本計画」という。）を策定しました。令和3年3月には、本計画の保健事業の検証をするとともに課題を整理し、目標の達成に向けた取組の更なる充実を図るため、中間見直しを行いました。

本計画は、効果的で効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果や、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用し、P D C Aサイクルに沿って運用していきます。

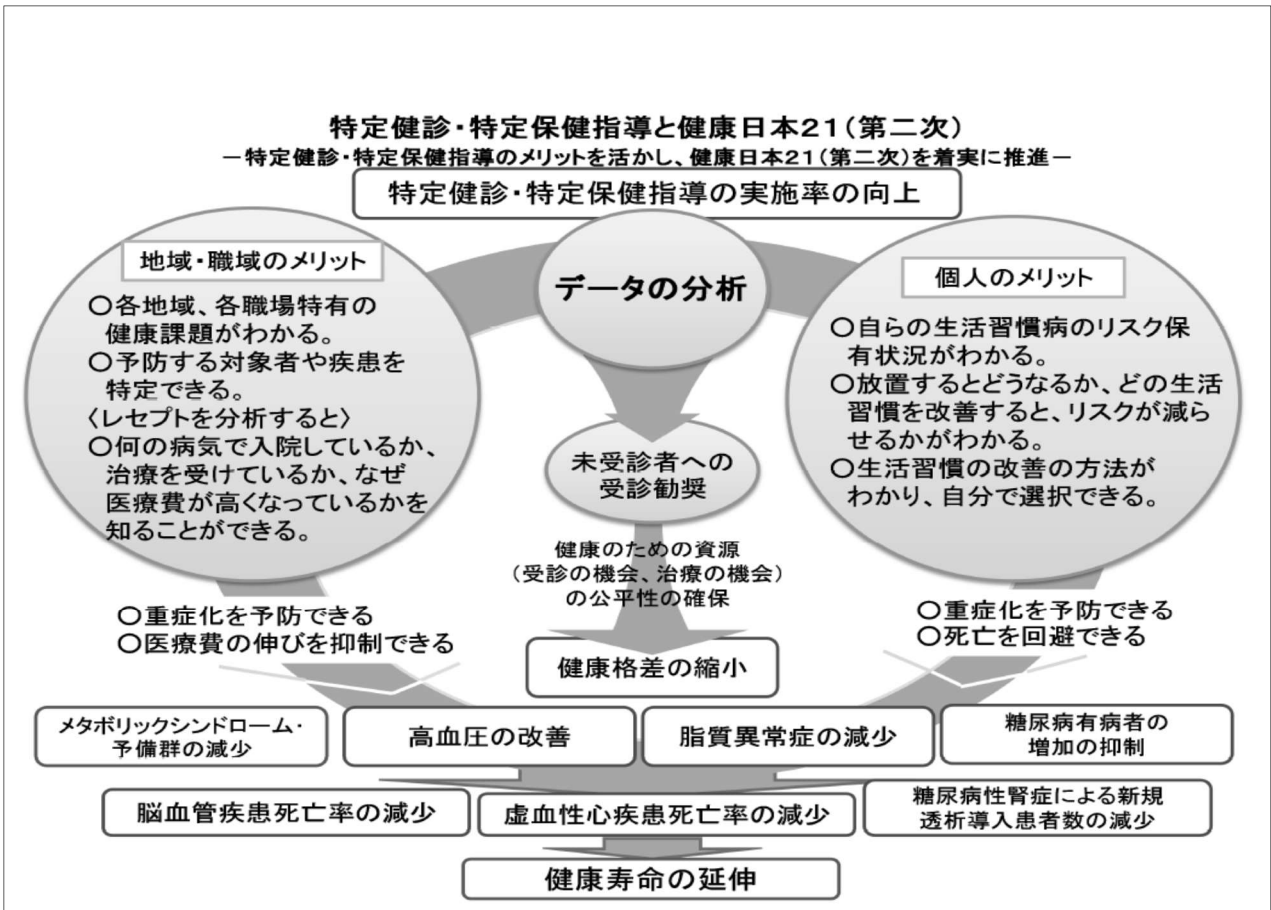
また、本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、北海道健康増進計画や北海道医療費適正化計画、由仁町健康づくり計画、由仁町介護保険事業計画と連携を図ります【図表1、2、3】。

【図表 1】

「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」
高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条
厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」
法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）
医療保険者	医療保険者
40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり
メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧・脂質異常症 虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症	メタボリックシンドローム 肥満・糖尿病・高血圧・脂質異常症 虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px 15px; border-radius: 5px;">一体的に作成</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px 15px; border-radius: 5px;">慢性閉塞性肺疾患（COPD）・がん</div> </div>	

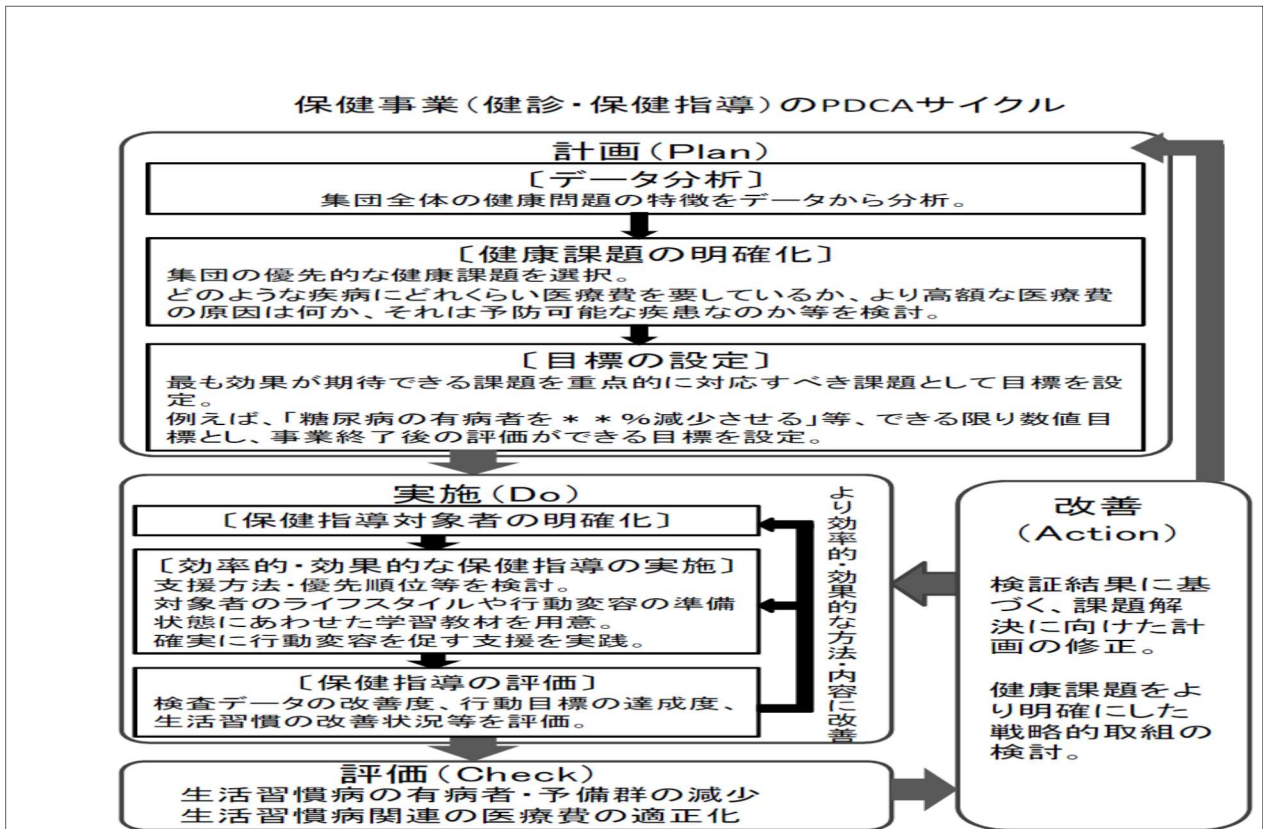
由仁町国民健康保険 第2期 保健事業実施計画(データヘルス計画)・第3期 特定健康診査等実施計画 平成30年度～平成35年度（6年間） 中間評価 令和2年度に見直し
被保険者の健康の保持増進について、特定健診の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して効果的かつ効率的な保健事業を展開し、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図る。
被保険者全員 メタボリックシンドローム・肥満・糖尿病・高血圧・脂質異常症 虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症・COPD・がん
インセンティブ 保険者努力支援制度 ①特定健診受診率・保健指導実施率・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ②がん検診受診率・歯周疾患検診の実施 ③糖尿病性腎症重症化予防 ④個人へのインセンティブ提供・個人へのわかりやすい情報提供 ⑤重複服薬者に対する取り組み ⑥後発医薬品の促進・使用割合 その他：保険料（税）の収納率、データヘルス計画の策定、医療費通知の取組、地域包括ケア推進の取組、第三者求償の取組状況、適正かつ健全な事業運営の実施状況

【図表 2】 特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）



出典：標準的な健診保健指導プログラム（平成 30 年度版）

【図表 3】 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



出典：標準的な健診保健指導プログラム（平成 30 年度版）

3 中間評価の目的・評価方法

第2期データヘルス計画（平成30年から令和5年の6年間）のについて、本計画の保健事業の検証をするとともに課題を整理し、目標の達成に向けた取組の更なる充実を図るため、中間評価及び見直しを行いました。

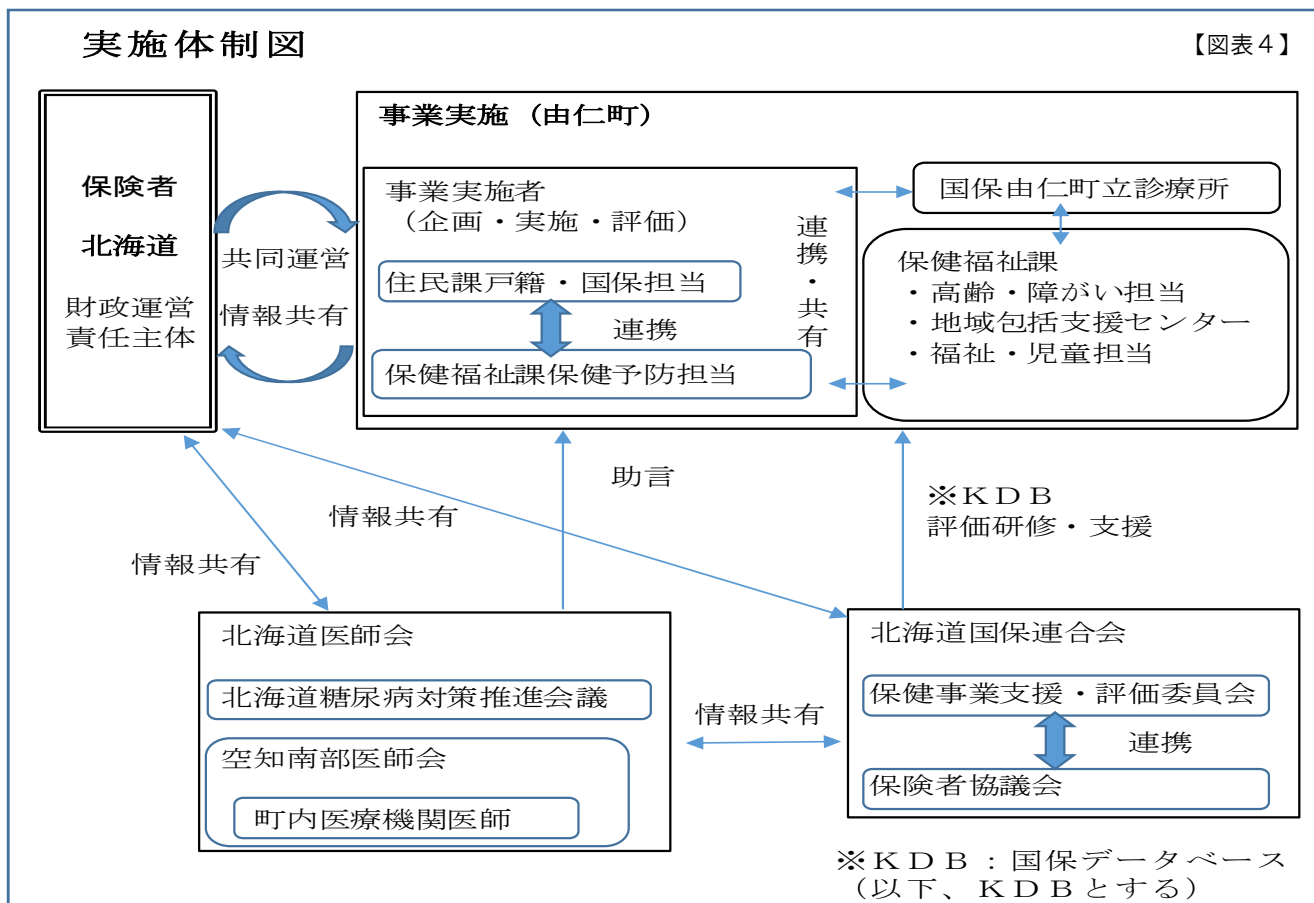
計画全体の評価を行うために、課題解決に向け、次の4つの評価指標に基づき整理し、評価することが求められています。

	アウトカム (成果)	プロセス (保健事業の実施過程)	アウトプット (保健事業の実施状況・実施量)	ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)
データヘルス計画	計画を実行することにより目指す目標・目的のこと。 ⇒健康寿命が何年延長したか、データヘルス計画の目的・目標に達することができたか、など。	計画策定手順のこと。 ⇒健診・医療・介護データ、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。	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。	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。

4 評価実施体制及び連携

評価に当たっては、住民課の国保担当と保健福祉課の保健師等の専門職のほか、庁内関係者の横断的な連携として、地域包括支援センター、高齢・障がい担当、福祉・児童担当、国民健康保険由仁町立診療所とも連携を図りました。

また、国保連合会から中間評価への支援を受け、連携を図りました。【図表4】



5 保険者努力支援制度

国は、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として平成30年度から特別調整交付金の一部を活用し、保険者努力支援制度を創設しました。

保険者努力支援制度は、健康増進と医療費適正化に取り組むことで、交付額が傾斜配分される制度で、糖尿病等の重症化予防の取組や保険料（税）収納率向上に関する取組の実施状況を高く評価する配点となっています。毎年の実績や実施状況を見ながら進化・発展させる仕組となっており、全国順位が毎年公表されます。当町は、令和2年度では全国1,741市町村中25位、全道6位で、交付額は367万円でした。【図表5】。

保険者努力支援の状況

本格実施→

【図表5】

評価指標	H28前倒し分	H29	H30	H31	R2	R3	
	配点	配点	配点	配点	配点	配点	
総得点（満点）	345	580	850	920	995	1000	
交付額	123万円		364万円	331万円	446万円		
総得点（体制構築加点含む）	272	575	595	719	790	713	
全国順位（1741市町村）	49位		166位	30位	25位		
道内順位（179市町村）	3位		17位	6位	6位	35位	
保険者共通の指標	特定健診受診率・保健指導実施率 メタボ該当者及び予備群の減少	50	60	80	95	155	135
	がん検診受診率・歯周疾患検診の実施	10	30	30	35	30	35
	糖尿病性腎症重症化予防	40	100	100	100	120	120
	個人へのインセンティブ提供・個人へのわかりやすい情報提供	40	95	95	90	95	110
	重複服薬者に対する取組み	10	35	35	50	50	50
	後発医薬品の促進・使用割合	9	20	20	80	90	10
国保固有	保険料（税）の収納率	15	45	45	60	50	50
	データヘルス計画の策定	10	40	40	50	40	40
	医療費通知の取組	10	25	25	25	25	25
	地域包括ケア推進の取組	5	17	17	25	25	30
	第三者求償の取組状況	3	11	11	21	30	28
	適正かつ健全な事業運営の実施状況			37	48	80	80
体制構築点（全保険者加点）	70	60	60	40			

平成29年度の評価は平成30年度の実績をもとに設定

～得点率が北海道より高い場合
交付額＝点数×被保数

第2章 第2期計画に係る中間評価及び考察と目標の設定

1 第2期計画に係る中間評価

(1) 中長期目標、短期目標の目標達成状況

第2期計画で設定した目標を評価するとともに、保険者努力支援等で新設された項目に基づき、中間評価に合わせ目標値を追加設定しました。また、最終年度の目標を達成した項目については、最終年度の目標値を修正し、新たな目標値の達成に向け保健活動を実施します。【図表6】

データヘルス計画の目標達成状況

【図表6】

目標		初期値			中間評価			最終評価値		
		H28	H29	H30	実績 H31	目標値 H31	達成状況			
データヘルス計画	1人当たり医療費の道内市町村平均との差額を縮小	2,762円	1,297円	3,180円	1,412円	1,500円	達成	0円		
	中長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	0.95%	0.87%	0.96%	2.58%	0.9%	未達成	0.8%	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.9%	2.42%	2.69%	1.83%	1.8%	達成	1.7%	
		人工透析の総医療費に占める割合の減少	3.5%	2.28%	2.85%	1.76%	3.3%	達成	1.7% (3.1%)	
	短期目標	健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.9%	5.00%	5.3%	5.2%	4.6%	未達成	4.4%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	4.3%	3.9%	4.3%	3.5%	4.1%	達成	3.4%	
		健診受診者の糖尿病患者の割合減少(HbA1c6.5以上)	8.2%	10.9%	10.4%	9.9%	5.9%	未達成	5.6%	
		健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少	0.4%	-	-	0.2%	-	達成	0.0%	
		全ての糖尿病未治療者及び治療を中断した者に対して、受診勧奨を実施した割合100%	96.6%	-	-	70.0%	-	未達成	100.0%	
		糖尿病の保健指導者のうち受診が確認できた者の割合100%	69.0%	-	-	71.4%	-	達成	100.0%	
	特定健診等計画	特定健診	特定健診受診率60%以上	66.1%	66.7%	68.3%	65.9%	66.5%	未達成	67.0%
			特定保健指導実施率60%以上	83.6%	87.4%	83.0%	75.0%	84.0%	未達成	86.0%
			メタボリックシンドロームの該当者の割合減少	23.5%	25.3%	24.3%	24.8%	-	未達成	20.0%
メタボリックシンドロームの予備群の割合減少			12.8%	10.3%	13.0%	12.3%	-	達成	10.0%	
保険者努力支援	がん検診	がん検診受診率 胃がん検診40%以上	21.7%	22.3%	21.4%	20.0%	27.1%	未達成	40.0%	
		肺がん検診40%以上	20.8%	20.0%	18.9%	18.9%	28.9%		40.0%	
		大腸がん検診40%以上	23.6%	22.3%	20.3%	20.3%	30.0%		40.0%	
		子宮頸がん検診50%以上	20.5%	19.5%	20.4%	19.4%	27.6%		50.0%	
		乳がん検診50%以上	28.5%	27.8%	27.9%	25.7%	28.8%		50.0%	
		5つのがん検診の平均受診率	23.0%	22.4%	21.8%	20.9%	-		44.0%	
	ジェネリック	後発医薬品の使用割合が前年度より増加	66.7%	-	-	77.3%	70.2%	達成	80.0% (75%)	
	地域包括ケアの取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施				R2から実施		実施		
	歯科	歯科健診受診率の向上				R3から実施		実施		

(当初目標)

～中間評価に合わせ、保険者努力支援等で、新設された項目等に合わせ目標値を設定する。また、最終年度の目標を達成した項目については、最終年度の目標値を修正する。

(2) 中長期目標、短期目標の目標に対する評価と残された課題と解決に向けた活動の方針

中長期目標の課題					
同規模、道、国と比較し1人当たりの医療費が高額である。					
国保ヘルスアップ事業で該当する個別保健事業					
m) 地域包括ケアシステムを推進する取組					
解決のための目標	最終目標	アウトカム (H31 達成度・成果)	プロセス (実践の過程・活動状況)	アウトプット (保健事業の実施量)	ストラクチャー (事業実施のための体制等)
1人当たり医療費を北海道並みとする	差額 0円	差額 1,463円	●働き盛り世代脳卒中0プロジェクトとして、重症化予防に取り組んできた。また、保険者努力支援制度の評価指標である糖尿病性腎症重症化予防に向け、由仁町糖尿病重症化予防プログラムに基づき、保健指導と医療機関の連携を実施。		保健予防担当 保健師4人、管理栄養士1人(兼務) 体制。
脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	0.8%	2.58%			
虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.7%	1.83%			
人工透析の総医療費に占める割合の減少	3.1% →1.7% に変更	1.76%			
残された課題と解決に向けた活動の方針					
<p>●一人当たり医療費の北海道との差は縮まってきているが、地域差指数は高額。 平成28年度 30,568円→令和元年度 31,935円と4.2%医療費が伸びている。伸び率については、国や道よりも抑えることができている。医療費の適正化の指標である、地域差指数は(全国平均1.000に対して)も1.177で、全国と比べ、高額になっている。総医療費に占める中長期目標疾患(脳、心、腎)にかかる医療費は、平成28年度に比べ脳血管疾患で増加した。</p> <p>●「由仁町働き盛り世代脳卒中0プロジェクト」の推進 脳血管疾患の総医療費に占める割合が増加し、介護保険2号認定が増えていた。 脳血管疾患を発症した者を分析すると、健診未受診者の中から、介護認定につながった者がいた。長期間高血圧が放置されてきたことが予測される。重症化予防へのハイリスクアプローチを実施するとともに、発症時にはどんな症状が現れるかなどポピュレーションアプローチを組み合わせ、早期に医療機関を受診するための保健指導を実施していく。</p> <p>人工透析の総医療費に占める割合は減少しているものの、新規透析者が1名いた。転入者で予防が難しい対象だった。そのほか、透析導入後、後期高齢者医療に加入した者が2名おり、いずれも健診未受診者で、生活習慣病が基礎にあることから、引き続き慢性腎臓病(CKD)の予防に向けた保健指導を実施し、ハイリスク者には管理栄養士による栄養指導を医療機関と連携して実施していく必要がある。</p> <p>●地域包括ケアシステムを推進する取組 中長期目標疾患は、医療だけでなく、障害や介護と連動する。課題の解決には、庁内にまたがる介護・医療部局との連携が必要になる。国保(予防)の視点からは、後期高齢者へ連動した「高齢者の保健事業と介</p>					

「護予防の一体的な実施」について、KDB を活用して健康課題分析した。一体的実施の中で、認知症の課題が見えてきており、国保世代からの予防活動を継続していく必要がある。

短期目標の課題

高血圧と脂質異常症の治療中者は概ねコントロールが良いが、糖尿病では治療をしてもコントロール不良者が多い。

国保ヘルスアップ事業で該当する個別保健事業

c) 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨 h) 糖尿病性腎症重症化予防

解決のための目標	最終目標	アウトカム (H31 達成度・成果)	プロセス (実践の過程・活動状況)	アウトプット (保健事業の実施量)	ストラクチャー (事業実施のための体制等)
特定健診受診者の高血圧者の割合の減少 (160/100 以上)	4.4%	5.2% 治療なし 23 人 (3%)	<ul style="list-style-type: none"> ● 健診結果に基づき、生活習慣病予防のための保健指導対象者を抽出。保健指導対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣の関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し行動変容できる保健指導を実施。 ● 基礎には、メタボリックシンドロームの重複があり、肥満の改善に向けた保健指導も実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健指導対象者の抽出 ● 保健指導の実施 来所結果説明 130 人 家庭訪問 1,436 人 計 (延) 1,566 人	<ul style="list-style-type: none"> ● ヘルスサポートラボツール、マルチマーカーを活用し、保健指導対象者の抽出、保健指導教材の準備を効率的に実施。 ○ 地区担当保健師・栄養士が KDB を活用。町内医療機関と連携した体制が取れている。
特定健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180 以上)	3.4%	3.5% 男性 2.4% 女性 4.6%			
特定健診受診者の糖尿病者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	5.6%	9.9%			
健診受診者の HbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少	0%	0.2%			
全ての糖尿病未治療者及び治療を中断した者に対して、受診勧奨を実施した割合 100%	100%	70%			
糖尿病の保健指導者のうち受診が確認できた者の割合 100%	100%	71.4%			

残された課題と解決に向けた活動の方針

● II 度高血圧以上 (収縮期 160mmHg または拡張期 100mmHg 以上) の割合は増加。
重症化予防に重点を置き、II 度以上のうち、特に III 度高血圧の家庭血圧測定、受診勧奨を実施してきた。しかし、III 度高血圧者の割合は増え、その中での未治療者の割合も増えている。II 度以上高血圧については、家庭血圧測定の結果、白衣高血圧と思われる人もおり、普段から家庭血圧測定が習慣化するように保健指導が必要。また、治療を開始した場合も服薬中断防止に向け、医療機関と連携した保健指導を実施する。
重症化予防だけでなく I 度高血圧者 (収縮期 140~159mmHg または拡張期 90~99mmHg) や高値血圧者 (収縮期 130~139mmHg または拡張期 80~89mmHg) が次の段階へ進まないように、減塩・適正体重の維持など、

発症予防の取組みを行う。

●LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の脂質異常者は減少。最終目標を達成。

冠動脈疾患発症リスクが高い 180 mg/dl 以上では 92%が未治療。薬には頼りたくないため未治療となっていたり、治療を開始しても数値が下がったことで自己中断してしまう人がおり未治療のまま放置している。脂質異常症は、自覚症状がないことから血管の変化を頸動脈超音波等の検査で確認し、適切な受診の必要性について理解してもらい、治療につなげていく必要がある。

LDL コレステロール 160 mg/dl 以上では増加しており、その背景として、手軽に利用でき簡単に食べられる中食の利用の増加がある。中食には脂肪を多く含むものが多く脂肪の摂取の増加につながりやすいため、バランスのよい食事が摂れる食品を選べるよう選択力をつけてもらうことが必要である。

●HbA1c6.5%以上の糖尿病型の割合は増加。

HbA1c7.0%以上のコントロール不良者は 37 人 (4.2%) →28 人 (3.8%) と減少しているが、コントロール不良者の 56.3%が肥満のため、肥満を解消していく。

HbA1c6.5%以上は増加しており、重症化予防に加え、発症予防の段階にもインスリンホルモンを大事にしていく学習、1日の糖分摂取量の目安が付けられるよう保健指導を実施していく必要がある。

特定健診の課題

同規模、道、国と比較してメタボ該当者・予備群が多い。

国保ヘルスアップ事業で該当する個別保健事業

a) 特定健診未受診者対策 f) 特定健診 40 歳前勧奨 e) 早期介入保健指導事業

解決のための目標	最終目標	アウトカム (H31 達成度・成果)	プロセス (実践の過程・活動状況)	アウトプット (保健事業の実施量)	ストラクチャー (事業実施のための体制等)
特定健診受診率	67.0%以上	65.9%	● 健診未受診者名簿を作成し地区担当保健師が治療状況、世帯、過去の受診状況等を考慮して受診勧奨を実施。医療機関受診者には検査データの提供を依頼。	● 特定健診実施 (集団) 550 人 (個別) 40 人 ● データ受領 (医療機関) 139 人 (職場健診) 39 人 ● 特定保健指導 終了者 60 人	● 保健師・栄養士の地区担当制。家族歴なども考慮した受診勧奨が実施できる。 ● 継続した保健指導ができていない。
特定保健指導実施率	86.0%以上	75%	● 健診結果をもとに、対象者を選定し特定保健指導の実施。		
メタボリックシンドローム該当者の割合減少 (新設)	20%未満	24.8% 男性 37.4% 女性 13.0%	● 健診受診者のメタボリックシンドローム該当者・予備群や肥満者を対象に、保健	● 保健指導対象者の抽出 ● 保健指導の実施 来所結果説明	● ヘルスサポートラボツール、マルチマーカーを活用し、保健指導対象者の抽出、保

			指導、栄養指導を実施。 ●医療機関受診が必要な者へ受診勧奨と治療継続の確認。肥満者は薬物療法だけではコントロールが難しいため、治療と併せて生活習慣改善の保健指導を実施。 ●肥満症の保健指導に向けた力量を形成中。	130人 家庭訪問 1,436人 計(延) 1,566人	健指導教材の準備を効率的に実施。 ●地区担当保健師・栄養士が保健指導を実施。医療受診が必要な者へは、町内医療機関と連携する体制が取れている。
メタボリックシンドローム予備群の割合減少(新設)	10%未満	12.3% 男性 17.1% 女性 7.7%			

残された課題と解決に向けた活動の方針

●特定健診受診率は国の目標値60%を達成しているが、40歳代の受診率が低く課題。

年代別にみると40～44歳男性で51.1%→25.5%と大きく受診率が低下している。健診未受診の理由の多くは、働く年代では、時間がとれなかったり、自覚症状がなく、健診の必要性を感じない等が考えられる。平成31年度は、新型コロナウイルスの影響を受け、年度末に勧奨ができなかったことが、受診率低下の大きな要因にもなっている。

また、健診未受診者では、健診受診者と比較し、生活習慣病に係る医療費が、36,398円高額になっており、重症化していることが考えられる。血管を守る入口は健診になること、生活習慣病は自覚症状がないことを普及啓発していく必要がある。

20歳からの健診の習慣化を目指し、未受診者には、個別勧奨通知のほか、訪問や電話で個別に受診勧奨しているが、医療機関に通院していない人や糖尿病等の遺伝がある人、過去に受診したが継続受診していない人など、特に健診を受けてもらいたい対象には粘り強く勧奨を続けていく。同時にポピュレーションアプローチの機会(自治区や青年部の集まり)にも周知していく。前年度の質の高い保健指導が、次年度の健診受診につながることから、保健指導の力量形成も実施していく。

●特定保健指導実施率は低下し未達成。

ひまわり健診、町内医療機関での健診受診者の保健指導については、おおむね継続支援を実施できているが、JA施設ドックの保健指導が継続できていない。保健指導ができるよう札幌厚生病院からのデータを、受診後早期に受け取れるよう働きかけていく。

●メタボリックシンドローム該当者は増加。

メタボリックシンドローム該当者は、同規模、道、国と比較すると非常に高く、平成28年度と比較して男性(36.5%→37.4%)、女性(12.3%→13.0%)ともに増加しており、最終目標は未達成。年代別でみると、男性では40歳代から増加し、50歳代で急激に増加するが、男女とも70歳代で減少している。将来のフレイル予防にもつながるため、若い年代から、適正体重に近づけるよう保健指導を行う。

●由仁町の肥満を肥満度別に分類すると、Ⅰ度76%、Ⅱ度20%、Ⅲ度2.2%、Ⅳ度1.3%で、男女とも差が

ない状況。年代別・性別では、男性の39歳未満の40.0%が肥満に該当。若年健診からの肥満対策が必要な状況。若年者やI度肥満者は効果が出やすいと考え、優先的に保健指導を実施する。

また「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施」では、19.2%で道の31.1%に比べ低く、「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施」が34.5%で、道の41.4%に比べ低く、運動習慣がない。高齢の肥満者では、膝の痛みなど運動が難しいもの者には食事指導を優先し、肥満度が低い若年者には、食事療法と運動療法を組合せる必要がある。

がん検診の課題

がん検診の受診率が国の目標に到達していない

解決のための目標	最終目標	アウトカム (H31達成度・成果)	プロセス(実践の過程・活動状況)	アウトプット (保健事業の実施量)	ストラクチャー(事業実施のための体制等)
胃がん検診	40%	20%	<ul style="list-style-type: none"> ●早期発見に有効な5つのがん検診の実施。特定健診受診券とあわせた受診勧奨。 ●昨年の受診者にハガキによる勧奨。乳・子宮がん検診無料クーポン券の発行。 	<ul style="list-style-type: none"> ●がん検診受診者 胃がん検診 297人 肺がん検診 339人 大腸がん検診 372人 乳がん検診 123人 子宮がん検診 107人 	<ul style="list-style-type: none"> ●特定健診とがん検診の同時受診。婦人科がん検診を町内で受診できる体制づくり。個別検診の機関の拡大。 ●がん検診受診者台帳を作成。
肺がん検診	40%	18.9%			
大腸がん検診	40%	20.3%			
子宮頸がん検診	50%	19.4%			
乳がん検診	50%	25.7%			
5つのがん検診の平均受診率(新設)	44%	20.9%			

残された課題と解決に向けた活動の方針

●5つのがん検診の受診率は低下。
5つのがん検診の受診率は保険者努力支援制度の評価指標では、道と比べ高い受診率で評価されているものの、平成28年度より受診率は低下。受けやすい体制として、個別検診の医療機関を拡大していく。

●75歳未満のがんによる死亡者の減少を目指す。
75歳未満でのがんによる死亡を減少させるためには、適切な受診間隔でがん検診を受診し、必要時は精密検査を受けて早期発見・早期治療することが重要である。
がん検診受診後は、年度毎に受診者台帳を作成し管理している。精密検査受診勧奨は、地区担当保健師が実施。健診センターとも連携し精密検査の受診状況を把握し、未受診者への勧奨を実施していく。

後発医薬品の課題

後発医薬品の使用割合が国の目標に到達していない

解決のための目標	最終目標	アウトカム (H31達成度・成果)	プロセス(実践の過程・活動状況)	アウトプット (保健事業の実施量)	ストラクチャー(事業実施のための体制等)
後発医薬品の使用割合が前年度より増加	75% →80% に変更	77.3%	●住民課国保担当から、対象者への個別通知	●年1回通知	●住民課国保担当 2人

残された課題と解決に向けた活動の方針

●後発医薬品の使用割合が増えている。

今後、保険者努力支援制度の評価指標での配点が高くなることから、医療機関と連携した活動を実施していく。

2 中間評価からの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」、「歯科健診の受診率の向上」の4つの目標値について追加しました。また、中間評価が難しかった項目についても、評価可能な項目として「全ての糖尿病未治療者及び治療を中断した者に対して、受診勧奨を実施した割合」「糖尿病の保健指導者のうち受診が確認できた者の割合」「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合減少」と目標の再設定を行いました。

さらに、目標達成している人工透析の総医療費に占める割合の減少と後発医薬品の使用割合について目標値の再設定を行いました。

1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

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ます。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って働きたい高齢者が長く就労できる取組みが求められ、また、国が新たに導入する健康寿命の算出方法（補完的指標）では要介護 2 以上の期間が考慮されるため今後、重症化予防が益々重要になってきます。

そこで当町においても令和 2 年度より、北海道後期高齢者広域連合から事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 3 年度以降も引き続き推進していきます。具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置し

KDB システム等を活用し健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し（E 表）、医療・介護などの関係機関との連絡調整を行います。

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。75 歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧台帳を基に、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための健康教育や健康相談を実施していきます（ポピュレーションアプローチ）。

2 歯科検診（歯周疾患検診含む）の実施

令和 3 年度から口腔機能の保持増進（8020 運動）、口腔フレイル予防を目的に、歯科検診（歯周疾患検診含む）を実施します。健康増進事業の歯周疾患検診の対象となる 40 歳、50 歳、60 歳、70 歳及び後期高齢者歯科健診事業の対象となるもののうち 80 歳を対象に町内医療機関と連携し実施します。