

大雪地区広域連合国民健康保険
第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
[平成30年度～令和5年度]
中間評価報告書

令和3年3月

目次

第1章 データヘルス計画の概要

第2章 中間評価の趣旨

- 1 中間評価の目的
- 2 中間評価の方法

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
「目標管理一覧表」
- 2 ストラクチャー、プロセス評価
「全体評価表」
- 3 主な個別事業の評価と課題
 - (1)未受診者対策
 - (2)重症化予防の取組
 - (3)ポピュレーションアプローチ

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
- 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

- 1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

第2章 中間評価の趣旨

1 中間評価の目的

中間評価の目的は、計画の進捗状況を確認し、保健事業をより効果的かつ効率的に展開するために必要な改善点等を検討し、目標達成に向けて方向性を確認することにある。さらに国民健康保険法等の改正を踏まえ、計画全体の目標や事業の評価、見直しを実施し、最終的な目的・目標の達成に向けた体制を再構築する。

2 中間評価の方法

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る。

※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)	・事業の運営体制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) ・保健事業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・教材は揃っているか。 ・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、特定保健指導実施率 ・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、国保データベースシステム(以下「KDB」という。)に毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率、受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の担当地区の被保険者分の情報を定期的に収集する。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて評価表を作成し、毎年度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。特に直ちに取り組むべき課題である重症化予防事業の事業実施状況は、毎年取りまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の助言を受けるものとする。

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

「目標管理一覧表」

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績						目標値					現状値の把握方法	
			初期値 H28			中間評価 H31			中間目標 H31	R2	R3	R4	R5		
			東川	東神楽	美瑛	東川	東神楽	美瑛							
特定健診等	医療費削減のために特定健診受診率、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%	49.2	43.6	47.3	41.7	46.8	54.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0	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%	62.7	86.7	77.5	67.3	68.8	70.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0		
		特定保健指導対象者の減少率（対象者/受診者：%）	9.4	7.0	12.2	9.8	10.2	10.2	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0		
データヘルズ計画	短期	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合減少	29.8	27.4	28.6	31.8	28.8	29.2						構成対象事業担当課	
		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために高血圧・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	6.0	4.0	5.3	5.6	4.7	4.9							
		健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	6.7	14.0	9.0	7.4	9.5	8.0							
		健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）	8.1	6.7	6.5	7.7	9.1	8.6							
		健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少	0.4	0.5	0.1	0.2	0.3	0.3							
	中長期	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	2.44	1.50	2.79	2.33	2.84	1.60						KDBシステム	
		脳血管疾患の総医療費に占める割合（○%減少）	2.35	3.29	1.99	1.83	0.98	1.78							
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合（○%減少）	0.07	1.36	2.49	1.91	0.74	2.02							
		脳血管疾患の新規患者数（千人当たり）	2.817	0.000	1.797	3.158	5.071	1.339	全国規模平均以下						
		全国規模保険者	3.621	3.621	3.328	3.267	3.338	3.338							
保険者努力支援制度	がんの早期発見・早期治療	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の新規患者数を全国規模保険者以下とする	4.695	0.975	2.996	4.211	9.128	3.347	全国規模平均以下					持続的保健、健康増進事業等 健康実質調査（北海道）	
		全国規模保険者	3.886	3.886	3.775	3.610	3.342	3.342							
		糖尿病性腎症の新規患者数（千人当たり）	0.000	3.899	0.599	0.000	0.000	0.000	全国規模平均以下						
		全国規模保険者	0.619	0.619	0.730	0.909	0.770	0.770							
		一人当たり入院医療費を全国規模保険者以下とする	10.690	10.520	9.560	9.520	12.970	9.890							
短期	がんの早期発見・早期治療	一人当たり入院医療費を全国規模保険者以下とする	11.480	11.480	11.480	12.900	12.700	12.700							
		がん検診受診率 胃がん	16.19	12.58	30.88	8.9	9.0	19.1							
		肺がん	9.93	6.19	17.68	7.9	5.2	16.5							
		大腸がん	9.63	6.37	17.86	8.5	5.9	16.8							
		子宮頸がん	12.61	13.51	18.63	12.4	13.1	17.7							
	乳がん	20.28	19.46	27.18	18.1	17.8	24.4								
	5つのがん検診の平均受診率	13.73	11.62	22.45	11.2	10.2	18.9								
歯科健診（歯周病検診）	歯科健診の受診率増加	0.00	0.00	0.00	0.00	6.00	0.00								
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	0.00	0.00	2.60	8.96	4.60	4.00								

※ ○ 計画策定時より改善している項目

目標管理一覧表で平成28年度（計画策定時）と平成31（令和元）年度の数値を比較した。

中長期目標疾患については概ね成果が出ているものの、抱える健康課題が町ごとに異なる現状が浮き彫りになってきている。

特定健診の有所見者割合については、未受診者対策により新規受診者が増加する中で有所見者が多かったため上昇したと考えられる。今後は丁寧な保健指導と継続受診の推進により結果の改善を促していくことが必要である。

町別の健康課題として、東川町は介護度別疾病状況で心不全・認知症が多い。東神楽町は一人当たり医療費が高く、腎不全・心不全が多い。腎不全の診断については、ほとんどが糖尿病患者であり、検査のために診断がついている可能性がある。美瑛町はHbA1c6.5以上の割合が高く、治療中者が多いが悪化傾向にある。

短期目標の中でも、がん検診は3町共に実施率が下がっている。死亡に占める割合が高いがんの早期発見のため、より多くの人に受診してもらうよう実施方法を検討する。

歯科健診については、特定健診受診者のうち HbA1c6.5 以上の人を対象とした歯周病検診を実施しているほか、美瑛町では40歳・50歳・60歳の人を対象とした歯科健診を実施しているが、対象者約500人に対して受診者は20人で受診率は4%に留まっている。

2 ストラクチャー、プロセス評価

「全体評価表」

(1) 特定健診・特定保健指導

特定健診受診率は3町計で1.8ポイント上がっているが、平成31（令和元）年度の目標である52%には届いていない。令和5年度最終目標の60%達成に向け、更なる未受診者対策の強化が必要である。未受診者訪問による新規受診者獲得のほか、集団健診での次年度自動申し込みや国保窓口での受診勧奨などの効果的な方策を検討する。

年代別にみると、40歳代・50歳代で特に受診率が低い傾向がある。生活習慣病は自覚症状がなく進行するため、対象者の状況に合わせた受診勧奨を行い、健康に対する意識付けを行っていく。

特定保健指導は3町共に目標の60%を達成しているが、二次検査の受診勧奨や重症化予防の保健指導等の継続的な関わりを持ち実施率を維持する。また、継続して保健指導の対象になる傾向があるため、数値を改善できるよう指導を工夫する。

①特定健診・特定保健指導実施状況

		28年度				31年度			
		東川町	東神楽町	美瑛町	計	東川町	東神楽町	美瑛町	計
特定健診	対象者数	1,449	1,466	2,467	5,382	1,350	1,336	2,176	4,862
	受診者数	713	639	1,167	2,519	563	625	1,176	2,364
	受診率	49.2%	43.6%	47.3%	46.8%	41.7%	46.8%	54.0%	48.6%
特定保健指導	対象者数	67	45	142	254	55	64	120	239
	受診者数	42	39	110	191	37	44	84	165
	受診率	62.7%	86.7%	77.5%	75.2%	67.3%	68.8%	70.0%	69.0%

年代別特定健診受診率

	40歳代		50歳代		60歳代		70歳代	
	28年度	31年度	28年度	31年度	28年度	31年度	28年度	31年度
東川町	33.5%	26.7%	32.1%	29.7%	52.2%	42.5%	59.7%	51.2%
東神楽町	24.1%	32.8%	34.0%	34.4%	45.9%	49.9%	50.8%	52.1%
美瑛町	45.8%	50.3%	43.8%	53.3%	49.6%	54.9%	47.0%	55.6%

(2) メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームの該当者は増加傾向にある。3町共に男性の増加率が高い。東神楽町・美瑛町は65～74歳が特に増加しており、加齢とともに様々な合併症を起しやすくなる年代でもあるため、適正体重に近づけるよう優先的に保健指導を実施する。

②メタボリックシンドローム該当者の状況

		男性			女性		
		28年度	31年度	変化率	28年度	31年度	変化率
東川町	受診者数	310	253		404	309	
	該当者数	80	75		51	38	
	割合	25.8%	29.6%	+3.8%	12.6%	12.3%	-0.3%
東神楽町	受診者数	268	265		374	360	
	該当者数	78	83		38	32	
	割合	29.1%	31.3%	+2.2%	10.2%	8.9%	-1.3%
美瑛町	受診者数	543	537		624	639	
	該当者数	147	161		58	67	
	割合	27.1%	30.0%	+2.9%	9.3%	10.5%	+1.2%
全国	割合	27.5%	30.5%	+3.0%	9.5%	10.6%	+1.1%
北海道	割合	27.8%	30.6%	+2.8%	9.0%	10.3%	+1.3%

(3) 重症化予防

高血圧該当者は東神楽町で増加している。また、東神楽町と美瑛町で未治療割合が増加している。未治療者や不定期受診者の実態把握を行い、行動変容につながるよう保健指導を実施する。なお、健診時の高血圧は「白衣高血圧（家庭での血圧は正常範囲内）」の場合もあるため、家庭血圧の測定を行い、状況に応じた指導を行う。

脂質異常は東川町で増加しており、3町共に未治療割合が増加している。健診後治療につながりコントロール良好となる場合も多いため医療受診勧奨を継続する。経過観察の上で服薬治療となる場合が多いが、経過観察中に医療中断となる対象者もいるため、定期的なフォローも重要である。

糖尿病は東神楽町と美瑛町で増加しているほか、美瑛町で未治療割合が増加している。東神楽町は65～74歳の男性が多く、コントロール不良者も増加している。他のリスクも併せ持つ場合が多く、重症化予防の必要性が高いため、医療連携によるデータ・服薬管理、食事・生活指導等の継続的支援を行う。また、治療中者は健診受診率が低い傾向があるため、優先的に受診勧奨を行う。

③健診受診者からみた重症化予防対象者

		高血圧 収縮期160mmHg以上 拡張期100mmHg以上		脂質 LDLコレステロール 160mg/dl以上		血糖 HbA1c6.5%以上	
		28年度	31年度	28年度	31年度	28年度	31年度
		東川町	人数	45	34	50	45
	割合	6.0%	5.6%	6.7%	7.4%	8.1%	7.7%
	治療なし割合	62.2%	44.1%	88.0%	95.6%	40.0%	38.3%
	治療あり割合	37.8%	55.9%	12.0%	4.4%	60.0%	61.7%
東神楽町	人数	29	32	101	64	47	61
	割合	4.0%	4.7%	14.0%	9.5%	6.7%	9.1%
	治療なし割合	55.2%	65.6%	85.1%	87.5%	31.9%	27.9%
	治療あり割合	44.8%	34.4%	14.9%	12.5%	68.1%	72.1%
美瑛町	人数	65	61	111	100	79	107
	割合	5.3%	4.9%	9.0%	8.0%	6.5%	8.6%
	治療なし割合	52.3%	60.7%	91.0%	93.0%	27.8%	38.3%
	治療あり割合	47.7%	39.3%	9.0%	7.0%	72.2%	61.7%

(4) 医療費

東神楽町の一人当たり医療費が3万円を超えており、脳血管疾患の医療費が大幅に増えている。

美瑛町の一人当たり医療費も、道・国と比較すると低いが増加傾向にある。

① 医療費の状況

	28年度						31年度						31年度	
	東川町		東神楽町		美瑛町		東川町		東神楽町		美瑛町		北海道	国
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
被保険者数	2,304		2,107		3,698		2,218		1,873		3,256			
65～74歳	929	40.3	920	43.7	1,292	34.9	904	40.8	910	48.6	1,244	38.2	45.3	40.6
40～64歳	701	30.4	713	33.8	1,430	38.7	647	29.2	586	31.3	1,171	36.0	31.8	32.6
39歳以下	674	29.3	474	22.5	976	26.4	667	30.1	377	20.1	841	25.8	23.0	26.8
総医療費(千円)	680,727		657,632		1,033,234		661,042		698,968		980,591			
一人当たり医療費 (円、月)	24,491		25,854		23,227		24,410		30,145		25,071		29,764	26,100
地域差指数	0.939						1.006							

地域差指数(一人当たり年齢調整後医療費)

28年度：平成27年度末現在 31年度：平成29年度(直近データ)

② 中長期目標の医療費の状況

(単位 千円)

	28年度			31年度			31年度		
	東川町	東神楽町	美瑛町	東川町	東神楽町	美瑛町	北海道	国	
生活習慣病医療費(※)	318,646	253,196	404,710	265,676	316,572	402,428			
総医療費に占める割合	46.81%	38.50%	39.17%	40.19%	45.29%	41.04%	53.7%	53.6%	
中長期目標疾患 医療費合計	33,183	41,082	82,979	40,410	32,600	54,173			
	4.87%	6.24%	8.04%	6.10%	4.64%	5.52%	7.1%	8.6%	
中長期目標疾患	腎	慢性腎不全 (透析有)	502	8,962	25,070	12,657	5,141	19,840	
			0.07%	1.36%	2.43%	1.91%	0.73%	2.02%	2.5%
	脳	慢性腎不全 (透析無)	55	613	8,568	226	724	1,131	
			0.01%	0.09%	0.83%	0.03%	0.10%	0.12%	0.3%
	心	脳梗塞	16,607	9,872	28,812	15,424	19,859	15,751	
			2.44%	1.50%	2.79%	2.33%	2.83%	1.60%	2.3%
心	脳出血	2,44%	1.50%	2.79%	2.33%	2.83%	1.60%	2.3%	
	狭心症	16,019	21,635	20,529	12,102	6,876	17,451		
	2.35%	3.29%	1.99%	1.83%	0.98%	1.78%	1.9%	1.7%	
その他の疾患	悪性新生物	126,224	90,306	139,074	127,496	152,681	168,957		
		18.53%	13.73%	13.46%	19.25%	21.79%	17.19%	18.1%	16.0%
	精神疾患	57,118	56,687	91,567	52,034	54,375	71,764		
	8.39%	8.62%	8.86%	7.85%	7.76%	7.30%	7.9%	8.0%	
筋・骨疾患	57,109	73,949	108,030	54,646	59,049	114,022			
	8.39%	11.24%	10.45%	8.25%	8.43%	11.60%	9.5%	8.8%	

(5) 脳・心・腎発生状況

東川町は脳血管疾患の医療費に占める割合は減っているが新規発生患者数は増えている。過去5年以内に国保に加入した人や健診受診歴がない人に新規発生が目立つ。

東神楽町、美瑛町は共に虚血性心疾患が増加している。東神楽町は特に急増しており、患者のうち約6割が特定健診未受診者、5割以上が退職後に社会保険から国保へ異動した人となっている。

	脳血管疾患						虚血性心疾患						人工透析					
	28年度			31年度			28年度			31年度			28年度			31年度		
	東川町	東神楽町	美瑛町	東川町	東神楽町	美瑛町	東川町	東神楽町	美瑛町	東川町	東神楽町	美瑛町	東川町	東神楽町	美瑛町	東川町	東神楽町	美瑛町
人数	78	62	115	66	52	81	54	109	110	57	121	109	5	16	14	6	28	10
割合	3.39%	2.94%	3.11%	2.98%	2.78%	2.49%	2.34%	5.17%	2.97%	2.57%	6.46%	3.35%	0.22%	0.76%	0.38%	0.27%	1.49%	0.31%
千人当たり 新規患者数	2.817	0.000	1.797	3.158	5.071	1.339	4.695	0.975	2.996	4.211	9.128	3.347	0.000	3.899	0.599	0.000	0.000	0.000

3 主な個別事業の評価と課題

(1) 未受診者対策

訪問や電話による受診勧奨のほか、継続受診のための集団健診での自動申し込み導入やデータ受領の推進を進めている。

この他、東神楽町では国保加入時にリーフレットを使用した受診勧奨、若年未受診者へ健診キットを送付して予約なしで受診できるようにするなど、新規受診者を増やす取り組みを工夫している。

美瑛町では過去の健診やレセプトデータから重症化予防対象者を抽出し、優先度を考慮して家庭訪問や電話による受診勧奨を行った。また、休日健診や託児を設け、体制の整備を図っている。

今後の課題として、受診率の伸びが小さくなっており、更なる受診率向上のための効果的なアプローチの検討や、継続的かつ丁寧な支援が実施できる体制の整備が必要である。

(2) 重症化予防の取組

1) 糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び旭川圏糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「旭川圏プログラム」という。）に基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施している。

- (1) 健診・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会において、自治体と医療機関における実情を踏まえた協議、意見交換を実施し、協議会において作成した旭川圏プログラムに基づいた医療連携を実施している。

東川町では旭川圏プログラムに基づき、対象者を中心に糖尿病連携手帳の活用について普及・啓発している。

東神楽町でも保健指導連絡票、糖尿病連携手帳を活用し医療連携と保健指導を行っている。

美瑛町では重症化予防の課題を糖尿病とし、保健指導を優先的に実施している。保健指導の実施にあたって、KDB を活用したレセプトによる既往症や服薬内容の確認を行っているほか、重症化予防者の台帳を整理して対象者の把握に努めるとともに、ガイドライン等を参考に事例検討及び内部学習による個々のスキルアップを実践している。

今後は糖尿病管理台帳を基に対象者の継続治療、治療中断の支援を行うとともに、治療中者への糖尿病連携手帳の普及に継続して取り組む。

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

N0	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	D 記録、実施件数把握			○		□
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	D 継続的支援		○			□
28	D カンファレンス、安全管理		○			□
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	C 医師会等への事業報告	○				□
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	A マニュアル修正		○			□
38	A 次年度計画策定		○			□

*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 虚血性心疾患重症化予防

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳・心・血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めることとしている。

3) 脳血管疾患重症化予防

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めている。

◇美瑛町

健診データで 体に必要な食品の量がわかります
(2000kcal以下)

年齢や働き方によっても必要量が異なります。
自分の食事量を確認しましょう

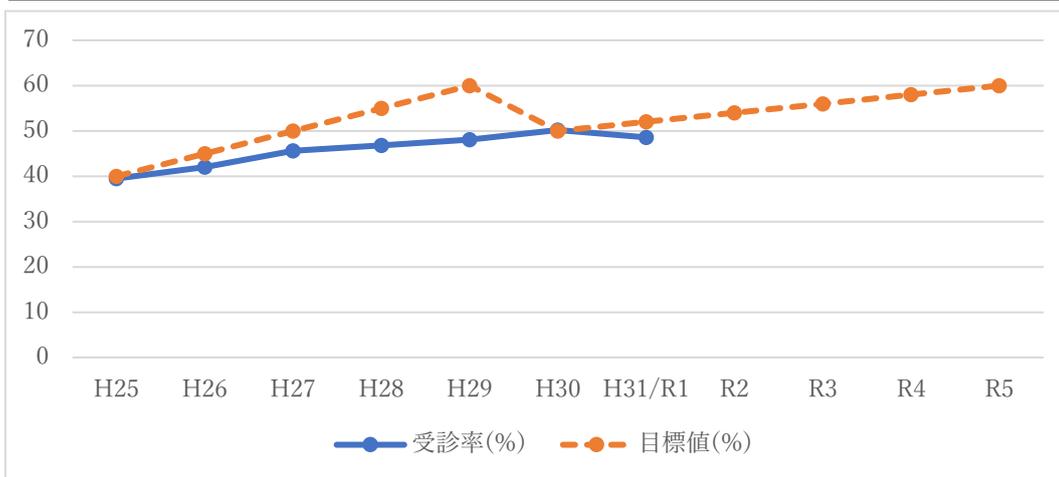
食品群	I群 栄養を完全に取る				II群 筋肉や血液をつくる			III群 体の働きを円滑にする・体の調子をよくする				IV群 動きや体温となる=エネルギー源				調味料	
	牛乳 乳製品	卵	魚介類	肉類	大豆 豆制品	野菜 緑黄色	野菜 液色	きのこ類	海藻類	いも類	果物	穀類	砂糖	油	純アルコール		塩
健康診断結果 異常なしの目安量	200g (160kcal)	50g	50g 種類によって アミノ酸・コレ ステロールの 含有量が違う	50g (80kcal)	100g	150g	250g	50g	戻して50g	100g (80kcal)	80kcal	個人により まちまち	10g (1g=8kcal)	20g	個人により まちまち	20g(酒類1~2日) 蒸酒 20g(酒類1~2日) 20g(酒類1~2日) 20g(酒類1~2日)	男性7.5g以下 女性5.5g以下
健康診断結果 異常なしの目安量	200g	50g	50g	50g	100g	150g	250g	50g	戻して50g	100g	80kcal	個人により まちまち	20g	20g以下	20g以下	男性7.5g以下 女性5.5g以下	
健康診断結果 異常なしの目安量	牛乳コップ1杯半 小パック1箱	Mサイズ1個	鯖中2/3切れ	豚もも薄切 2~3枚	豆腐1/3丁	組み合わせて 150g	組み合わせて 250g	組み合わせて 50g	戻して30g	りんご1個 中1個	りんご 中1/2個	個人により まちまち	大豆1杯=3g 小麦1杯=3g	大豆1杯=4g 小麦1杯=4g	ビール500ml	大豆1杯=18g 小麦1杯=6g	
健康診断結果 異常なしの目安量	目安と同じ 1600kcal相当	目安と同じ200kcal相当の食品量	各野菜類の目安量(正味)				目安と同じ 800kcal相当の食品量				調味料類の目安量		調味料類の目安量				
基本となる目安量と交換 (各食品の詳しい量については、別紙参照)	豆乳粉乳 300ml (160kcal相当)	ゆずの餅 5個 (1切れ)	たら 100g (1切れ)	鶏ささみ 80g 鶏もも皮なし	鶏ささみ 80g 鶏もも皮なし	豚もも薄切 2~3枚	豆腐1/3丁	人参 20g 葉巻4cm×2cm	人参 20g 葉巻4cm×2cm	人参 20g 葉巻4cm×2cm	人参 20g 葉巻4cm×2cm	人参 20g 葉巻4cm×2cm	人参 20g 葉巻4cm×2cm	人参 20g 葉巻4cm×2cm	人参 20g 葉巻4cm×2cm	人参 20g 葉巻4cm×2cm	人参 20g 葉巻4cm×2cm
	ヨーグルト 210g (7~9ヶ月)	いくら 30g (大きじ2杯)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)	いわし 100g (大4~5匹)

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

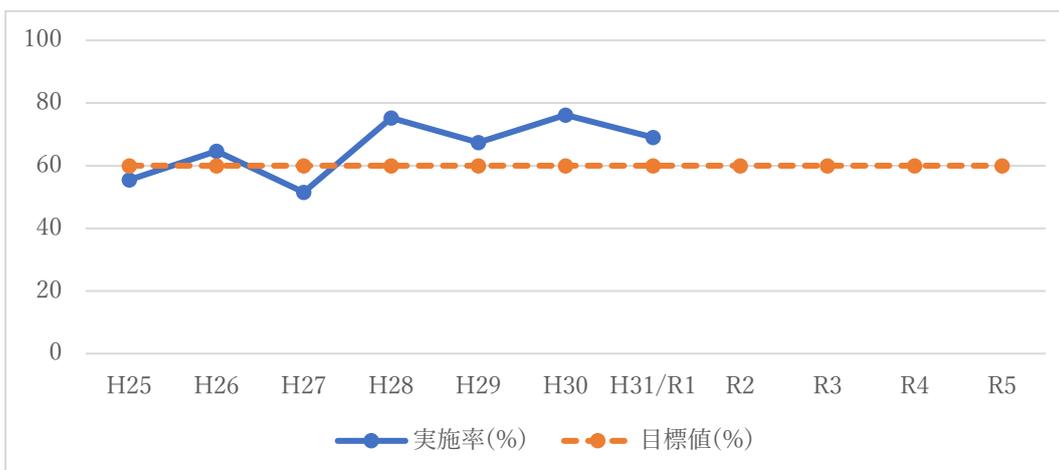
特定健診受診率

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31/R1
対象者数	5,825	5,674	5,548	5,382	5,147	5,013	4,862
受診者数	2298	2382	2531	2,519	2,478	2,519	2,363
受診率(%)	39.5	42.0	45.6	46.8	48.1	50.2	48.6
目標値(%)	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0	50.0	52.0



特定保健指導実施率

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31/R1
対象者数	229	229	264	254	239	252	239
実施者数	127	148	136	191	161	192	165
実施率(%)	55.5	64.6	51.5	75.2	67.4	76.2	69.0
目標値	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0



2 特定健診の実施

受診率の目標値については、第2期データヘルス計画策定時に最終到達目標を60%とし、平成30年度から徐々に上げていくよう設定している。

平成30年度は目標の50%を達成したが、平成31（令和元）年度は2月～3月に新型コロナウイルス感染症拡大の影響による受診控えがあり、目標値52%に対し48.6%に留まった。令和5年度最終目標の60%達成に向け、更なる勧奨の強化が必要となる。未受診者訪問による新規受診者獲得のほか、集団健診での次年度自動申し込みや国保窓口での受診勧奨などの効果的な方策を検討し、取り組み内容の改善を図る。

年代別にみると、40歳代・50歳代で特に受診率が低い傾向がある。生活習慣病は自覚症状がなく進行するため、対象者の状況に合わせた受診勧奨を行い、健康に対する意識付けを行っていく。

3 特定保健指導の実施

目標値は60%に設定しており、平成28年度以降70%前後で推移している。

二次検査の受診勧奨や重症化予防の保健指導等継続的な関わりを持ち、実施率を維持する。また、継続して保健指導の対象になる傾向があるため、数値を改善できるよう指導を工夫する。

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

中長期目標は概ね成果が出ているが、短期目標に課題が残るため、アウトカム指標は据え置きとし、引き続き残る課題に取り組むこととする。

町別の課題として、東川町は特定健診受診率が大幅に下がっていることから、未受診者対策を強化し、多くの被保険者に健診を受けてもらうことで地域の健康課題の把握に努める。特定健診受診者のデータをみると肥満、脂質異常、LDL コレステロール 160 以上が増加傾向にあるため、背景を丁寧に分析し保健指導を行う。

東神楽町は高血圧・高血糖の割合が増えているため、これらに対する取り組みを強化し脳血管疾患と虚血性心疾患の発症を防ぐ。ポピュレーションアプローチは引き続き「高血圧ゼロのまち」プロジェクトを推進する。

美瑛町は高血糖の割合が増加しているため、対象者の継続的支援を丁寧に行い、血糖コントロール不良による脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を防ぐ。また、血糖コントロール不良者の多くが肥満のため、肥満解消に向けた保健指導を強化する。

1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（新規）

高齢者の健康寿命の延伸と医療・介護費の適正化を図るため、KDB により国保と後期高齢者の健診・医療・介護データを分析し、地域の高齢者の健康課題を把握するとともに、国保や介護保険との一体的な保健事業実施のため、効果的・効率的な事業を企画・調整する。

高齢者の個別的支援（ハイリスクアプローチ）については、地域における健康課題である糖尿病の対象者を治療につなげるとともに、重症化予防の保健指導を医療機関と連携して実施する。糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者を後期高齢者にも拡大して実施する。糖尿病以外の生活習慣病についても健診結果から個別の保健指導を実施し、重症化予防を図る。

通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）については、高齢者の通いの場等で、フレイル予防についての健康相談・健康教育・ポスターの掲示等を行うほか、高齢者の質問票等を活用してフレイル状態が疑われる高齢者を把握し、特定健診の受診を促すとともに、必要に応じて個別の保健指導を実施する。また、支援の必要な高齢者に対しては、医療の受診勧奨や地域包括センターへの相談、介護サービスの紹介等を行う。

令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により通いの場等が実施できない場合に、参加者にフレイル予防や自宅でできる運動についてのチラシの送付、活動自粛下での介護予防のための動画作成などを行っている。