

泊村健康保険事業実施計画

【データヘルス計画】

平成 30 年度～平成 35 年度

平成 30 年 3 月

泊 村

目 次

第1章 データヘルス計画の基本的事項

1 データヘルス計画策定の背景・目的	2
2 データヘルス計画の位置づけ	3
3 データヘルス計画の期間	3

第2章 泊村の特性把握

1 人口の推移・産業構造	4
2 国民健康保険加入者の状況	8
3 社会・生活環境に関わる情報	9

第3章 第1期計画の評価・検証

1 第1期計画の概要	11
2 現在までの保健事業評価・ 平成26年度(第1期計画策定時)と平成28年度の実績比較	11
3 評価指標に対する達成状況・目標値	19
4 総括	20

第4章 医療・健康情報の分析

1 医療情報の分析	21
2 健康情報の分析	30
3 介護情報の分析	37

第5章 分析結果に基づく健康課題

1 健康課題の設定	38
-----------	----

第6章 保健事業の実施内容

1 特定健診等受診率向上の取組	39
2 効果的な保健指導実施に向けた取組	41
3 生活習慣病の重症化予防に向けた取組	43

第7章 データヘルス計画の評価方法の設定

1 評価時期	46
2 データヘルス計画見直し体制	46

第8章 データヘルス計画の公表・周知の方法

1 公表と周知方法について	46
---------------	----

第9章 個人情報情報の保護

1 個人情報情報の保護について	46
-----------------	----

第1章 データヘルス計画の基本的事項

1 データヘルス計画策定の背景・目的

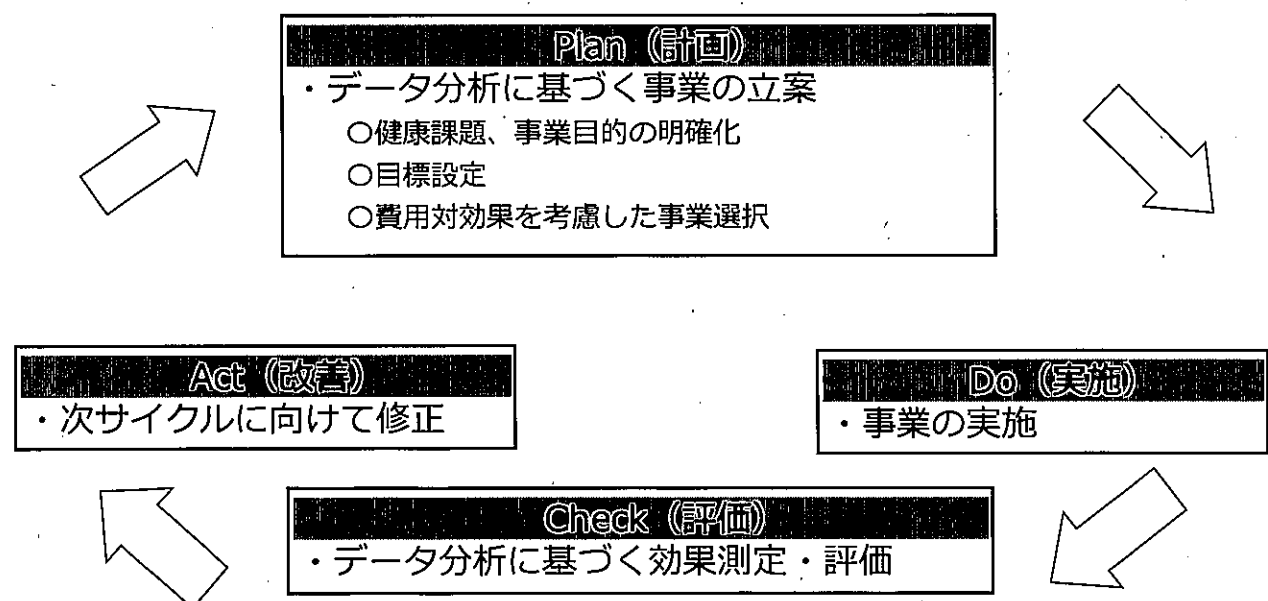
近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）は、“国民の健康寿命延伸”を重要な柱として掲げ、全ての健康保険組合、市町村国保に対し、レセプト等のデータの分析、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「計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進しています。

これまでも泊村においては、健診データや人口動態等の各種統計資料等を参考に「後志広域連合特定健康診査計画」「泊村保健予防活動計画」「泊村健康増進計画」等に基づき、保健事業を実施してきました。今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に進めていくことなどが求められています。

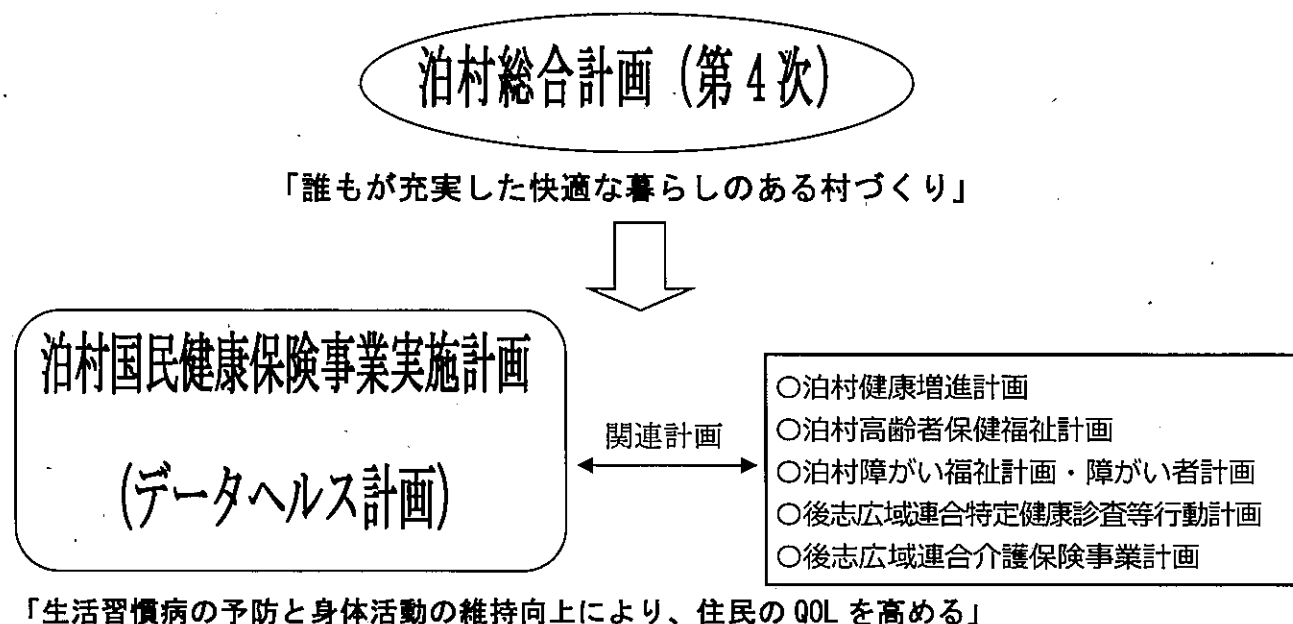
こうした背景を踏まえ、泊村ではKDB等を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善を行います。

データヘルス計画 PDCAサイクル



2 データヘルス計画の位置づけ

本計画は、第4次泊村総合計画において掲げたまちづくり目標「誰もが充実した快適な暮らしのある村づくり」を実現するための個別計画の一つに位置づけます。また、「後志広域連合特定健康診査等実施計画」及び「泊村健康増進計画」「泊村高齢者保健福祉計画」並びに「後志」広域連合介護保険事業計画」「泊村障がい福祉計画・障がい者計画」との整合性を図るものとします。



3 データヘルス計画の期間

本計画の期間は、平成30年度から平成35年度までの6年間とします。

区 分	計画の名称等	H27 年度 (2015 年)	H28 年度 (2016 年)	H29 年度 (2017 年)	H30 年度 (2018 年)	H31 年度 (2019 年)	H32 年度 (2020 年)	H33 年度 (2021 年)	H34 年度 (2022 年)	H35 年度 (2023 年)
上位 計画	泊村総合計画 (第4次)	平成23年度(2011年)～ 30年度(2020年)								
本 計 画	泊村 データヘルス計画	—	平成28～29年度 (第1期)		平成30～35年度 (第2期)					
関連 計画	泊村健康増進計画	平成27年～31年度(第1期) ※中間評価29年度								
	泊村高齢者 保健福祉計画	平成27年～29年度(第6期)			平成30～32年度 (第7期)					
	泊村障がい福祉計画 ・障がい者計画	平成27年～29年度(第4期)			平成30～32年度 (第5期)					
	後志広域連合特定 健康診査等行動計画	平成25年～29年度(第2期)			平成30～35年度 (第3期)					
	後志広域連合 介護保険事業計画	平成27年～29年度(第6期)			平成30～32年度 (第7期)					

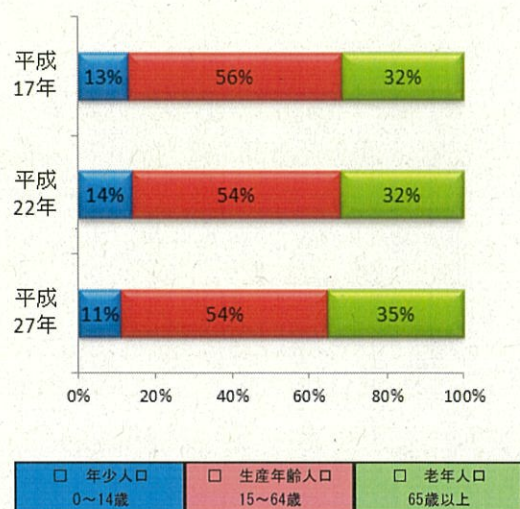
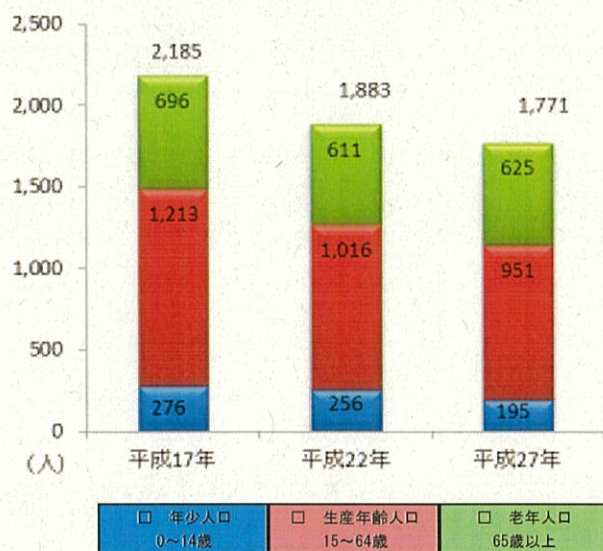
第2章 泊村の特性把握

1 人口の推移、産業構造

(1) 総人口

総人口は平成27年の国勢調査で1,771人となっており、継続的な減少が見られます。

年齢構成比では、65歳以上の人口の割合は平成12年をピークに減少し、横ばいで推移しています。

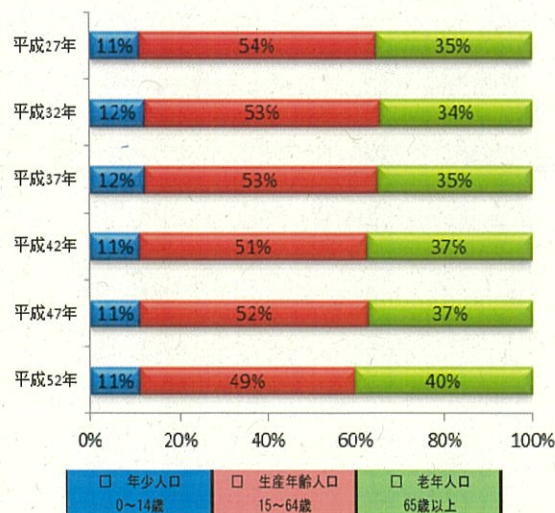
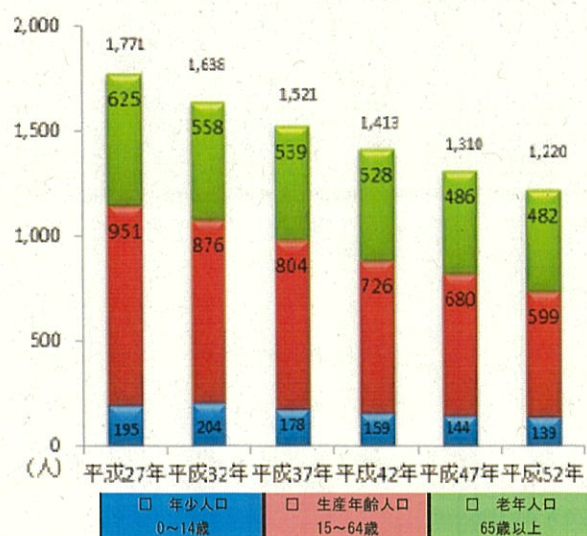


(2) 将来の人口推計

平成52年には、1,300人を下回ると推計されます。年少人口、生産年齢人口が減少し、65歳以上の人口の割合は40%に達すると見込まれます。

■ 年齢3区分別人口の将来推計 (人口問題研究所)

■ 年齢3区分別人口割合の将来推計 (人口問題研究所)

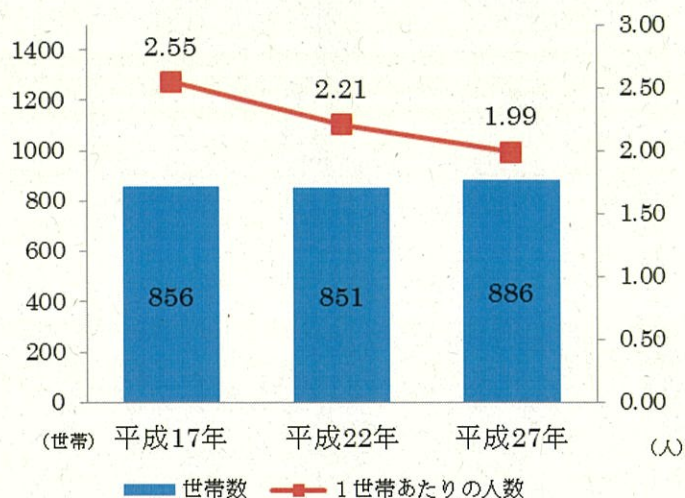


(3) 世帯の状況

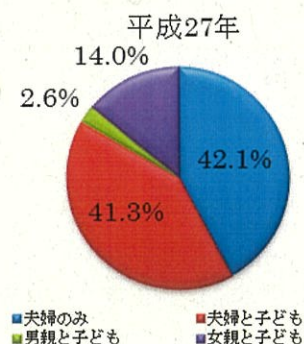
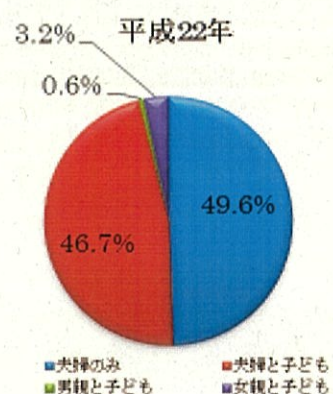
世帯数は、平成17年から10年間はほぼ横ばいで推移しています。1世帯あたり人員は減少し、核家族化が進展しています。

核家族のうち、「夫婦のみ」「夫婦と子ども」の割合が減少し、「男親と子ども」「女親と子ども」の割合が増加しています。

■世帯数及び1世帯あたり人員の推移（国勢調査）

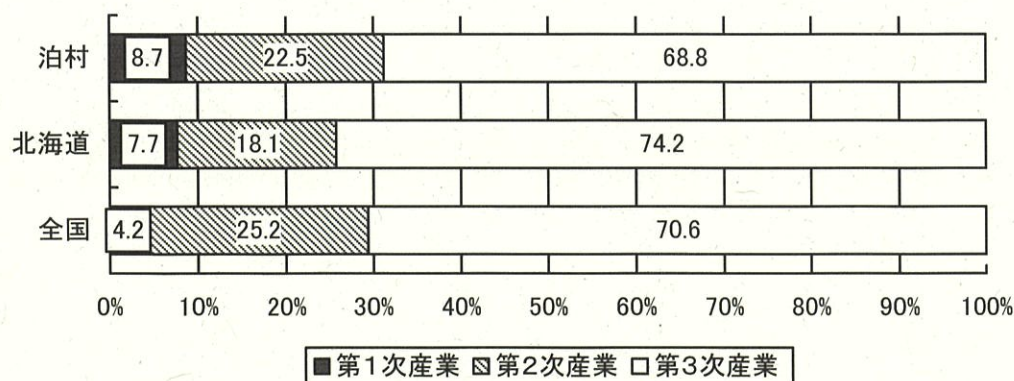


■核家族世帯の構成比（国勢調査）



(4) 産業構造

北海道、全国と比較して、第1次産業に従事する者の割合が高くなっています。



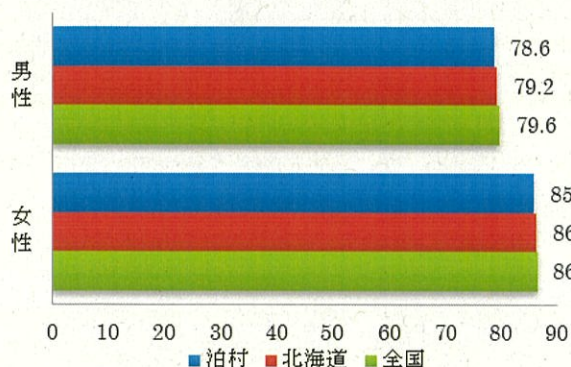
(平成27年国勢調査)

(5) 平均寿命

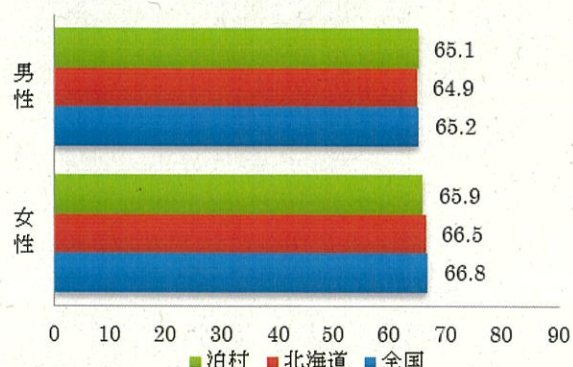
平均寿命について、女性では北海道・全国と比較しても同レベルの状況ですが、男性は北海道・全国と比較し下回っている状況です。

一方健康寿命*² では、男性、女性ともに北海道よりも上回っており、健康な期間が長い状況にあります。

■平均寿命 平成28年（KDB データベース）



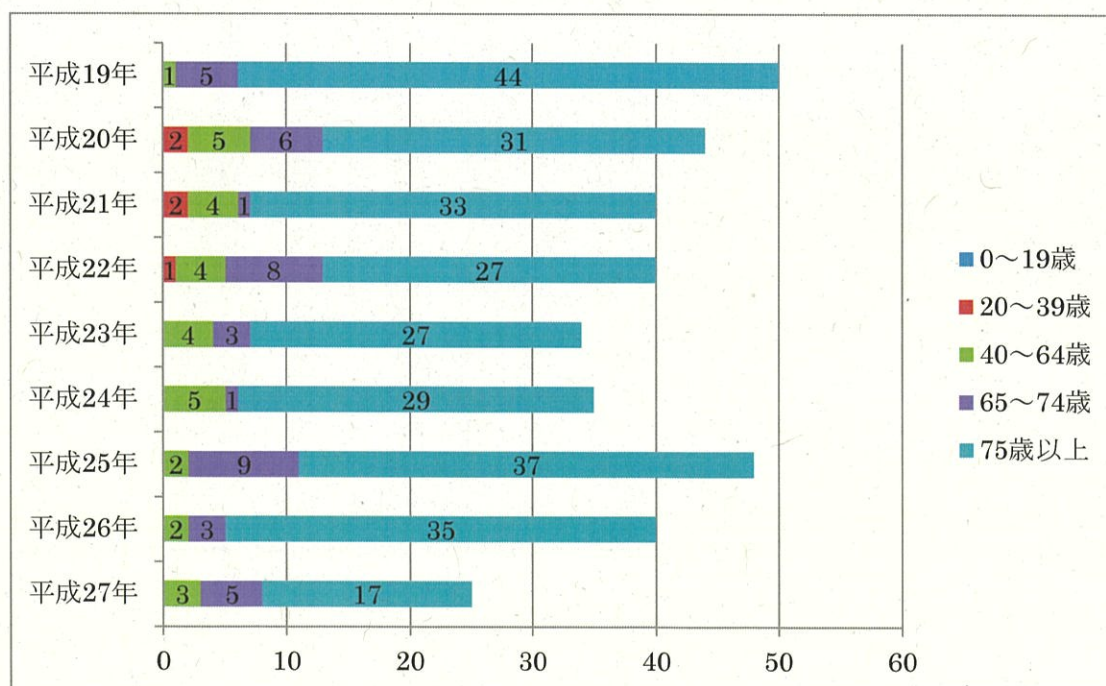
■健康寿命 平成28年（KDB データベース）



(6) 年齢別死亡数

平成20年以降は死亡数が40人前後で推移しています。これはむつみ荘の改築等に伴い入所者数を制限していたためと推察されます。

（北海道 保健衛生年報）



* 1 平均寿命：その年に生まれた者が、その後何年生きられるかという期待値

* 2 健康寿命：健康上の理由で、日常生活が制限されない期間

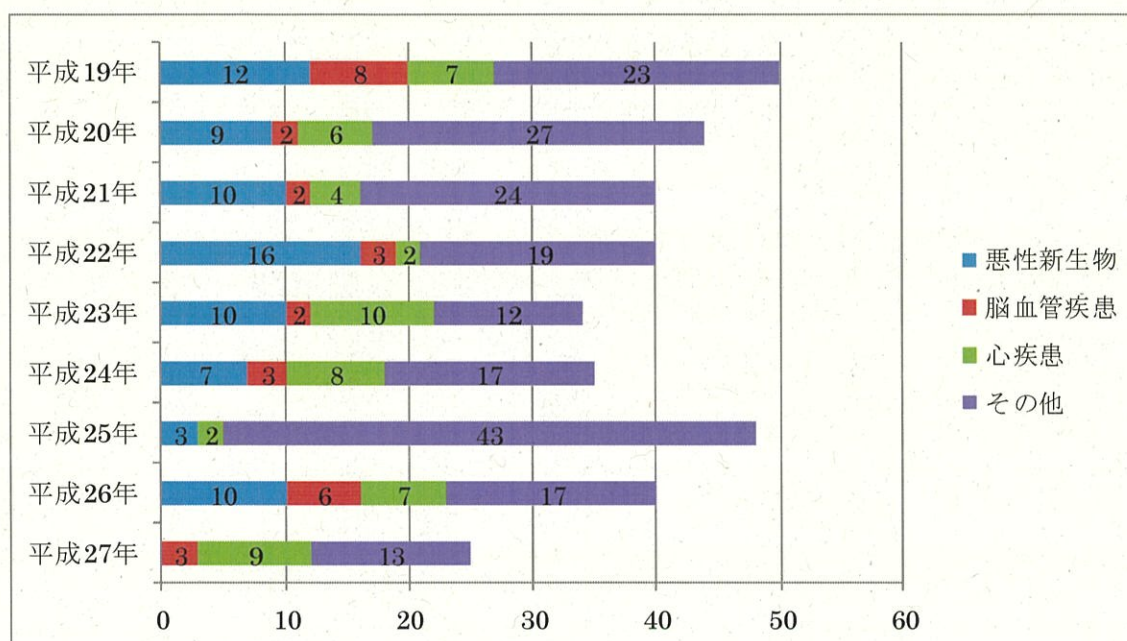
(7) 主要死因死亡数

死亡を主要死因別に見ると、最も多いのは悪性新生物となっています。

標準化死亡比は年齢構成の異なる集団間の死亡傾向を比較するものとして用いられます。標準化死亡比が基準値（100）より大きい場合は、その地域の死亡状況は基準となる集団より悪いということを意味し、基準値より小さい場合は、基準となる集団より良いということを意味します。標準化死亡比では、特に男女ともに肺がんが基準値より大きく上回っています。

■主要死因別死亡数

（北海道 保健衛生年報）



■標準化死亡比（SMR） *北海道健康づくり財団ホームページ（2006～2015年の死亡数より算出）

	総数	男性	女性
悪性新生物	145.0	175.0	111.8
食道がん	194.2	182.6	239.6
胃がん	122.9	142.3	96.5
大腸がん	172.3	188.9	158.3
肝臓がん	162.2	252.4	38.5
胆のうがん	128.7	262.2	42.4
膵臓がん	211.6	280.0	157.6
肺がん	172.6	183.9	151.3
乳がん	0	—	0
子宮がん	86.5	—	86.5
腎不全	204.2	186.7	214.2
肺炎	121.5	167.8	87.6
虚血性心疾患	77.1	92.8	64.4

	総数	男性	女性
交通事故	170.4	271.3	0
不慮の事故 (交通事故除)	110.2	88.4	129.4
自殺	139.1	163.9	79.0
心疾患	151.7	200.2	124.8
脳血管疾患	127.1	120.1	131.2
慢性閉塞性 肺疾患	119.1	171.0	0

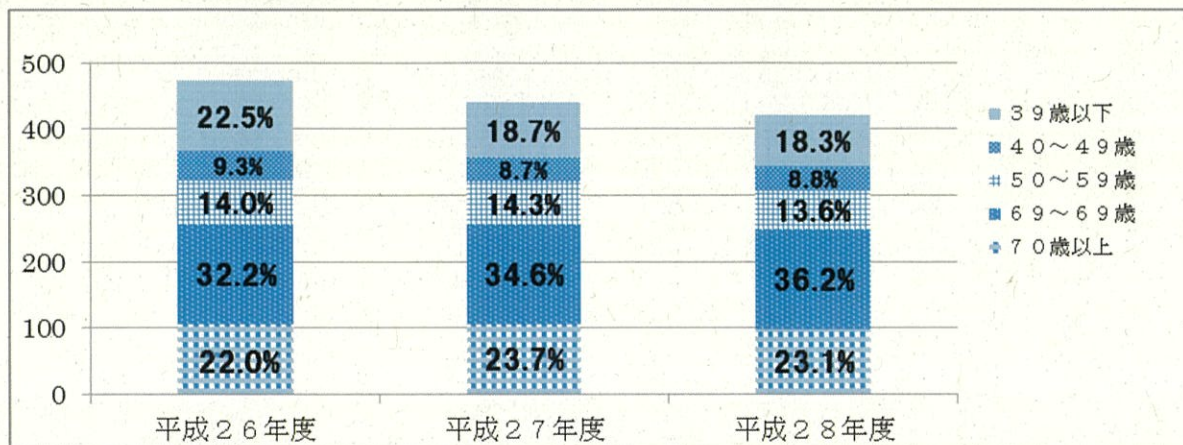
※1
 有意水準1% } 有意に高い
 有意水準5% }
 有意水準-5% } 有意に低い

※1 有意水準：統計上、ある事象が起こる確率が偶然とは考えにくい（有意である）と判断する基準となる確率。

2 国民健康保険加入者の状況

(1) 被保険者数の推移

被保険者数は、泊村の人口が年々減少していることなどもあり、加入者数は減少傾向ですが加入率を見ると、60歳代以上の割合が増加してきています。



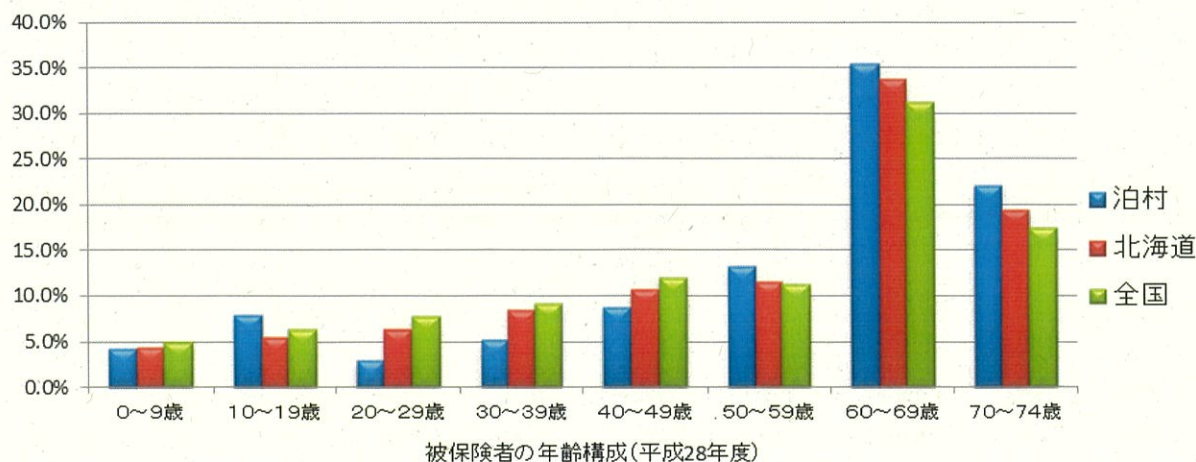
年齢	平成26年度	平成27年度	平成28年度
70歳以上	104	104	97
69～69歳	152	152	152
50～59歳	66	63	57
40～49歳	44	38	37
39歳以下	106	82	77
合計	472	439	420

(KDBシステム 被保険者数の推移)

(2) 被保険者の年齢構成

被保険者の年齢構成は、出生率も低下傾向ですが、老年人口の割合が全国を上回っていることから少子高齢化の状況であることがわかります。

また、泊村の平均年齢は54.5歳で、北海道(52.6歳)、全国(50.7歳)よりも高くなっています。



3 社会・生活環境に関わる情報

(1) 地域の概要

泊村は積丹半島の南西に位置し、面積は82.35k m²で、東西に11.8km、南北に14.6kmの広がりを持ち、海岸沿いに走る国道229号を中心に細長く五つの地区が形成されています。高校生から49歳までの村民を対象にしたアンケート（「泊村地方創生アンケート」）では、多くの住民が泊村は住みやすいと感じ、自然の景観もよいと感じています。

本村の基幹産業は漁業で、古くは鯨の干石場所として栄えましたが、近年は漁業を取り巻く環境が厳しくなっています。また、道内最古の茅沼炭鉱が昭和39年に閉山し、その後、道内初の原子力発電所の立地により平成元年に稼働が始まり、北海道内4割の電力を供給していました。1号機は平成元年6月、2号機は平成3年4月、3号機は平成21年12月に営業運転していましたが、東日本大震災以降の平成24年5月から原子力発電所の稼働は停止しています。

(2) 特徴的な生活習慣について

生活習慣としては、魚料理は切り身ではなく、半身または一尾を摂取し、味付けも濃い味を好む家庭が多く塩分摂取が多い傾向です。仏壇がある家庭では、月命日が数日ある毎に菓子（生菓子・饅頭・団子）、果物を供えることが多く間食の機会が増えることがあります。70歳以上の高齢者では、欠食する方が多く、昼食代わりに菓子をつまむ、朝昼兼用などの食習慣がみられます。家庭菜園を行える畑を持っている家庭も多いですが、冬期間は、野菜類の高騰のため摂取が少ない状況です。

漁業従事者の家庭には、ジュース、コーヒーの買い置きが多く30～40歳代の男性はカップめんのご飯の組み合わせや飲酒量が多く休肝日が少ない状況です。毎日飲酒する方は、休肝日をつくることのできない理由に「眠れない」ことを挙げる方が多くいます。

地区が離れていること、坂道があるなど徒歩で移動することは少なく生活移動には自家用車が必須で、車の利用が中心です。ウォーキングしていると、「車に乗らないかい」と声をかけられたり、「歩いていると体が悪いんじゃないかと思われるので、歩きたくない」と話される方もいて、「歩いているのが普通な地域」を望む声があります。

塩分・糖分過多、飲酒量の増加、欠食の食習慣、運動不足により、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、関節疾患の治療者が多く、特定健診ではメタボ該当・予備軍が多いことから、食事、運動習慣の改善により疾病予防、重症化予防の対策が重要になります。

(3) 住民気質について

せっかちな住民気質ではありますが、地域会・育成会・老人クラブ行事、地区の祭典など地域性や伝統や文化、住民同士のつながり、助け合いなど、結びつきがみられます。高齢になっても漁業に従事するなど積極的に社会活動に参加しています。

(4) 地域の状況について

泊村の今後の人口の推計でも、総人口は減少の一途をたどり地域経済や村の財政基盤へも大きな影響を及ぼすとともに、地域の存続に関わる深刻な問題です。将来の村づくりにおいて若者世代の就業や結婚、出産、子育てへの支援や定住促進を図り、地域で安全に安心して暮らせるよう中・長期的視点での戦略を構築し活力ある村づくりを推進していきます。

第3章 第1期計画の評価・検証

1. 第1次計画の概要

- 計画のめざすもの：国民健康保険加入者を中心とした、泊村民の健康寿命の延伸
- 計画の目的：生活習慣病の予防と身体活動の維持向上により、
住民のQOL（生活の質）を高める
- 基本方針：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
- 計画期間：平成28年度～平成29年度の2年間
- 計画の特徴
 - ・各性別・年代の健康課題に合わせた取組の設定
 - ・年度ごとに優先順位と重点を決めて保健事業を実施

2. 現在までの保健事業評価・

平成26年度(第1期計画策定時)と平成28年度の実績比較

項目	保健事業	目的・目標	事業名	概要	実績評価（◎○△×）	達成度（◎○△×）	今後の予定
					平成26年度	課題	
					平成28年度		
ポピュレーションアプローチ（＊１） 生活習慣病予防・改善のための				△	△	健康増進計画事業として継続	
				・実施回数：3回 ・参加人数：延26名	全体の参加者（特に男性、新規者）が少ない。		
				・実施回数：5回 ・参加人数：実11名 延24名			
				×			○
		地区栄養教室	生活習慣病予防に向けて、その食生活を実践する力を養う目的で実施。	・実施回数：5回 ・実施場所5か所（各地区集会所） ・参加人数：32名	参加者が高齢化・固定化していたため、地域包括支援センターと連携し、高齢者を対象とした教室とした。 （平成28年度～）	健康増進計画事業として継続	
				・実施回数：2回 ・実施場所：2か所（茅沼・盃地区集会所） ・参加人数：11名			

項目 保健事業	目的・目標	事業名	概 要	実績評価 (◎○△×)	達成度 (◎○△×)	今後の 予定
				平成26年度	課 題	
				平成28年度		
		学食会 ※H28 年度新規事業	生活習慣病予防の効果の大きさや、家族への波及効果が期待できる 40～50 歳代の女性を対象に、正しい生活習慣病予防の知識を得られることを目的に実施。	・実施回数：3 回 ・実施場所：1 か所 （保健センター） 参加人数：実 3 名 延 9 名	△ 参加者が少なく固定化されており、教室参加への動機付けが薄い。参加につながるような周知方法の検討が必要。	健康増進計画事業として継続
		ころば一ぬ教室 （栄養教育）	ころば一ぬ教室の中で、年に 1 回、食事を取りながら、栄養バランスや低栄養の予防についての講話を実施。	△ ・実施回数：1 回 ・参加者数：26 名 ・実施回数：1 回 ・参加者数：28 名	○ 参加者のニーズが把握できていない。教育効果の確認ができていない。	健康増進計画事業として継続
		食育教室	小学生を対象に、「食」への関心を育て、バランスの良い食事やおやつを選択する力を養う目的で実施。	◎ ・実施回数：1 回 ・参加人数：27 名 ・協力者：4 名 （母子保健推進員） ・実施回数：2 回 ・参加人数：33 名・協力者：5 名 （母子保健推進員）	◎ 毎回参加者が多く、施設やスタッフ等の関係で実施内容が制限される。参加者のリピート率は高いため、満足度は高いと思われる。	健康増進計画事業として継続
		パパっこ・キッチン （父と子の料理教室） ※H28 年度新規事業	父親が子どもとともに健康や望ましい食生活を学ぶことで、青壮年期の男性で望ましい食習慣を知っている人・実践者を増やす目的で実施。	・実施回数：1 回 ・参加人数：2 組 4 名	△ 参加者が少ない。調理が可能な高学年を対象としたことで、父親との参加に抵抗を感じた対象者がいたようであった。参加しやすい日程の検討も必要。	健康増進計画事業として継続
		ママ楽 お料理教室 （子育て世代の料理教室） ※H28 年度新規事業	母親が栄養バランスの良くなる食事の仕方を学ぶことで家族も含めた食生活改善実践者を増やす目的で実施。	・実施回数：1 回 ・参加者：4 組 9 名 （うち託児 4 名、高校生 1 名）	△ 保育所から中学生までの子どもを持つ母を対象としたが、参加者が少なく、育児ママ交流会に参加していたメンバーであった。	健康増進計画事業として継続

項目	保健事業	目的・目標	事業名	概 要	実績評価 (◎○△×)	達成度 (◎○△×)	今後の予定
					平成 2 6 年度	課 題	
					平成 2 8 年度		
			すこやかウォーキングマップの作成 ※H28 年度実施	村内にウォーキングコースを設定し、マップを活用しながら運動を習慣化することを目的として実施。	住民作成会 ・実施回数：5 回 ・参加者：延 34 名	◎ 住民参加でウォーキングコースを設定し、すこやかロードの認定を受けることができた。	終了
			ノルディックウォーキング教室 ※H29 年度新規事業	認定を受けたすこやかロードを周知し、ノルディックウォーキング等に活用してもらうこと目的に開催。	*平成 29 年度実績 ・開催回数：1 回 ・参加者：26 名	◎ 包括支援センターの協力により参加者は多かったが、身体状況に合わせて無理なく参加できるような工夫が必要。	平成 30 年度まで、健康増進計画事業として継続
			ノルディックポール貸し出し	生活習慣病のための運動の習慣化を目的とし、教室期間を除いて実施。	×	△ 利用者が少ない。運動教室参加者への周知に留まり、周知が不十分であった。継続実施のきっかけづくりなるよう、効果的な周知方法を検討していく必要がある。	健康増進計画事業として継続
					健康づくり係 ・周知者数：13 名 ・貸出者数：3 名 健康づくり係 ・周知者数：11 名 ・貸出者数：0 名		
			保健センターだより	毎月 1 回広報誌へ折込し、健康情報や各種事業の周知を行う。	△	◎ 住民がどれくらい記事を見て知識を得られているのか把握できていない。新たな情報や、取り上げたことがないテーマについてなど、工夫が必要。	健康増進計画事業として継続
					・折込回数：12 回 ・折込回数：12 回		
特定健診等受診率向上の取組	(目的) 住民が自らの健康状態を確認できる機会を持ち、疾病の早期発見につながることで、QOL を低下させない。 (目標) 健(検)診受診者が増え、自らの健康状態を知る住民が増える。	特定健康診査	集団健診 2 回と、個別健診 2 医療機関(通年)で実施。 集団健診はがん検診との同時実施。	○	△ 未受診理由の把握が不十分。健診受診率が低い。健診受診者の固定化。40～50 歳代の受診率が特に低い。	継続	
				(保健活動実績) ・受診者数：70 名・ 受診率：21.1% (保健活動実績) ・受診者数：83 名・ 受診率：24.9% お知らせ回数：3 回 (折込 1 回、個別勧奨 2 回)			

項目 保健事業	目的・目標	事業名	概 要	実績評価 (◎○△×)	達成度 (◎○△×)	今後の 予定
				平成 2 6 年度	課 題	
				平成 2 8 年度		
		がん検診	集団健診 2 回と、個別健診 2 医療機関（通年）で実施。集団健診はがん検診との同時実施。（乳・子宮がん集団検診は別日）各検診の重点勧奨年齢対象者に個別通知。	△	△	継続
				受診者数（受診率） ・ 胃：85 名 (9.8%) ・ 肺：161 名 (19.6%) ・ 大腸：121 名 (13.8%) ・ 乳：96 名 (15.7%) ・ 子宮：105 名 (18.8%) ・ 前立腺：17 名 (3.9%)	対象者の正確な把握ができていない。 検診受診率が低い。 特に乳・子宮では、個別受診できる医療機関を増やすことができるよう検討が必要。	
				受診者数（受診率） ・ 胃：92 名 (12.9%) ・ 肺：177 名 (14.5%) ・ 大腸：133 名 (11.8%) ・ 乳：70 名 (27.0%) ・ 子宮：51 名 (26.0%) ・ 前立腺：24 名 (8.9%) がん検診お知らせ回数 ：集団 3 回、個別 1 回 対象者への個別通知回数 ：2 回		
		未受診者の 個別勧奨	特定健診・がん検診の集団健診未受診者に、個別にお知らせを送付し、受診可能な健診機会の周知を行う。	×	△	継続
				・ 個別勧奨者数 ：1 回目 274 名 ：2 回目 223 名 ・ 個別勧奨回数 2 回 ・ 個別勧奨者数 ：211 名 （全対象者：278 名） ・ 個別勧奨回数 1 回 ・ 未受診者で個別の受診勧奨をした者のうち、特定健診を受診したものの割合 ：16.5%	受診券やハガキの送付だけでは、大きくは受診者数が伸びないため、受診率向上のための取組を検討する必要がある。 ハガキの個別送付については、新規者の申込みにつながることもあるため継続していく。	
		村内医療機関定期通院者のうち、特定健診対象の未受診者に、対象者の検査時期に合わせ、主治医から受診勧奨する。（H29 年度新規）	・ 個別健診受診者数	△	継続	

保健事業 項目	目的・目標	事業名	概 要	実績評価 (◎○△×)	達成度 (◎○△×)	今後の 予定
				平成26年度	課 題	
				平成28年度		
効果的な保健指導実施に向けた取組	(目的) 住民が自らの健康状態を理解でき、生活習慣を改善することでQOLを向上させる。 (目標) 住民が自らの生活に合わせた生活改善項目を見つけ、行動変容できる。	健診結果説明会	要指導者～医療継続者を対象に、年2回の集団健診後に、各地区を巡回して実施。 都合が悪い場合は個別対応し、全員に面談で結果を返している。	△	○	継続
				・実施日数：4日 ・実施場所：延6か所(各地区集会所) ・参加人数：48名 ・結果説明会参加率：57.8% ・個別対応含め、結果説明率：100%		
		特定保健指導	39才以下を含めた対象者に個別勧奨し、希望者に実施。 結果説明会を含む結果説明を初回面談とし、対象者の生活状況に合わせて6ヶ月間の継続支援を行う。	・実施日数：3日 ・実施場所：延6か所(各地区集会所) ・参加人数：51名 ・結果説明会参加率：56.0% ・個別対応含め、結果説明率：100% ・健診結果説明を受けたもののうち、特定健診を2年連続で受けたものの割合：63.8% ・健診結果説明を受けた者のうち、血液データ・身体計測値が改善したものの割合(マルチマーカー危険度で評価)：改善あり23.3%	対象者の行動変容につながる情報提供・保健指導ができるよう、指導者のスキルアップと指導方法の確立が必要。	
				○		
				(保健活動実績) ・対象者数：11名・ ・実施者数：4名 ・受診率：36.4%	特定保健指導実施率が低い。 利用者が改善に至らず、対象者が固定化している。	継続
				(保健活動実績) ・対象者数：11名(うち2名転出、1名離脱) ・実施者数：5名(うち終了者2名) ・実施率：25.0% ・特定保健指導実施者のうち、血液データ・身体計測値が改善した者の割合：0.0%		

項目 保健事業	目的・目標	事業名	概 要	実績評価（◎○△×）	達成度（◎○△×）	今後の 予定
				平成26年度	課 題	
				平成28年度		
		健康相談	公共料金の徴収日に 合わせ、毎月2回、各 地区集会所を巡回し、 実施。受診状況や生活 状況、体調などに合わ せ必要な助言をし、支 援につなげる。	△	○	健康増 進計画 事業と して 継続
				・実施回数：延 70 回 （栄養相談：46 回） ・実施場所：月 6 か所 （各地区集会所） ・利用者数：延 230 名 （栄養相談：延 55 名） ・実施回数：延 62 回 （栄養相談：29 回） ・実施場所：月 6 か所 （各地区集会所） ・利用者数：延 239 名 （栄養相談：延 67 名）	利用者が減少してい る。 利用者は高齢者であ り、固定化している。	
		個別訪問・相談	希望者へは、随時訪問 ・相談を受付けており、希望者以外でも必要時個別支援を実施。	×		○
				・相談数：延 245 名 （栄養相談：63 名） ・訪問数（生活習慣病） ：延 56 名 （栄養訪問：34 名） ・相談数：延 66 名 （栄養相談：31 名） ・訪問数（生活習慣病） ：延 19 名 （栄養訪問：67 名）	稼働はかかるが、今 後も個別支援の継続 が必要。	
生活習慣病の重症化予防に向けた取組	（目的） 医療が必要と思われる住民が適切な治療につながり、治療中の住民が疾病を重症化させないことで、QOLを維持できる。 （目標） ・精検対象者が医療機関を受診できる。 ・適切な治療と保健指導により、治療者が疾患をコントロールできる。	精検対象者への受診勧奨	健診結果説明会や、健康相談、個別対応時に実施。	△		△
				・対象者数：18 名 ・受診者数：13 名 ・未受診者数：5 名 ・対象者数：32 名 ・受診者数：19 名 ・未受診者数：13 名 ・精検対象者への受診勧奨回数：1 回 ・精検未受診者への受診勧奨回数：0 回	精検受診後の経過をフォローできる体制づくりが必要。	
		健康相談		上記同様		
		学食会 ※H28 年度新規事業	上記同様			

項目	保健事業	目的・目標	事業名	概 要	実績評価 (◎○△×)	達成度 (◎○△×)	今後の 予定		
					平成26年度	課 題			
					平成28年度				
他疾患の医療費削減に向けた取組			個別訪問等	希望者または支援が必要と考えられる方に対し、訪問で個別支援を実施。 平成28年度より村内診療所との連携による個別訪問等を実施。	診療所からの依頼による個別対応件数：実9名 うち訪問件数：実7名 延14名	○	健康増進計画事業として継続		
						支援が必要な対象者の把握ができていない。 健診受診者、村内診療所通院者以外の対象者への支援体制が整っていないため、支援につながらない。 対象者が自ら支援を希望してくることはほとんどない。			
		(目的) ロコモティブシンドローム(*3)を予防し、QOLを維持する。 (目標) 早期から運動習慣を身につけ、楽しく運動が継続できる。	ころば一ぬ教室	12月から3月の冬期間、介護予防のための運動教室を週1回実施。	・実施回数：15回 ・参加人数：延489名 ・実施回数：15回 ・参加人数：延484名	△	◎	健康増進計画事業として継続	
						からだスッキリ倶楽部	上記同様		
			ノルディックウォーキング教室	5月から9月に年3回、介護予防のための運動の習慣化を目的として開催。	・実施回数：3回 ・参加人数：延40名 ・実施回数：1回 ・参加人数：延14名	×	◎	健康増進計画事業として継続	
						参加者が減少・固定化している。			
			ノルディックポール貸し出し	介護予防のための運動の習慣化を目的とし、教室期間を除いて実施。	地域包括支援センター ・周知者数：(全戸) 広報折込 ・貸出者数：15名 地域包括支援センター ・周知者数：(全戸) 広報折込 ・貸出者数：12名	×	◎	健康増進計画事業として継続	
						※13名が自費購入につながり、継続実施につながっている。			
			(目的) 歯や口腔の健康について関心を持ち、適切なケアをすることで、QOLを維持する。	ころば一ぬ教室 (歯科教育)	ころば一ぬ教室の中で、年に1回、村立歯科診療所の歯科医師による、口腔ケアについての講話を実施。	・実施回数：1回 ・参加者数：31名 ・実施回数：1回 ・参加者数：28名	△	◎	健康増進計画事業として継続
							教室に参加していない対象者への情報提供が必要。		

保健事業 項目	目的・目標	事業名	概 要	実績評価（◎○△×）	達成度（◎○△×）	今後の 予定
				平成26年度	課 題	
				平成28年度		
	（目標） むし歯や歯周病を 予防し、おいしく、 楽しく食べることが できる。	成人期 歯科保健 アンケート調査	平成 27～28 年度実施 のアンケート結果を 分析し、成人期の歯科 保健対策について、村 立歯科診療所と連携 し、検討する。	・アンケート対象者数 ：85 名 ・アンケート回収数 ：71 名 （回収率 83.5%） ・検討会実施回数 ：0 回	× 稼動人員不足によ り、アンケート分析 が進んでいない。	健 康 増 進 計 画 事 業 と して、平 成 31 年 度 事 業 開 始 を 目 指 し、 検 討 継 続

（*1）ポピュレーションアプローチ：全住民を対象に、多くの人々が少しずつリスクを軽減できるよう健康づくりを行う活動

（*2）QOL：Quality Of Life 生活の質

（*3）ロコモティブシンドローム：筋肉、関節、軟骨、椎間板といった運動器の障がいがあり「立つ」「歩く」といった移動機能の低下

事業の実績評価の集約（比較評価可能な事業）

平成26年度と平成28年度の事業実績比較		事業数	割合
◎	改善・向上・増加した	1	5.6%
○	改善傾向にある	2	11.1%
△	変化なし	9	50.0%
×	悪化している	6	33.3%

事業の達成度の集約

事業の達成度		事業数	割合
◎	達成した	8	30.8%
○	ほぼ達成した	6	23.1%
△	課題が多い	11	42.3%
×	達成できなかった	1	3.8%

3. 評価指標に対する達成状況・目標値

* は健康増進計画における目標値

評価指標		第1期計画 策定時(H26年度)	現状値(H28年度)	評価	目標値 (H35年度)
① 特定健診等受診率向上	特定健診受診率	21.0%	27.0%	○	60.0% *
	がん検診受診率				
	胃がん検診	9.8%	12.9%	○	30.0% *
	大腸がん検診	13.8%	11.8%	×	30.0% *
	肺がん検診	19.6%	14.5%	×	30.0% *
	乳がん検診	15.7%	27.0%	○	30.0% *
	子宮がん検診	18.3%	26.0%	○	30.0% *
	前立腺がん検診	3.9%	8.9%	○	10.0% *
	40歳の健(検)診受診率				
	特定健診	66.7%	50.0%	×	100% *
	胃がん検診	33.3%	2.9%	×	50.0% *
	大腸がん検診	33.3%	2.9%	×	50.0% *
	肺がん検診	42.9%	2.9%	×	50.0% *
	乳がん検診	20.0%	11.1%	×	50.0% *
	子宮がん検診	0.0%	11.1%	○	50.0% *
	個別でがん検診が受けられる医療機関数	2ヶ所	2ヶ所	△	増やす
② 効果的な保健指導による、 生活習慣病の予防	青壮年期の肥満の割合	男性 63.6% 女性 40.0%	男性 57.1% 女性 28.6%	○	男性 35.0% 女性 30.0% *
	青壮年期男性の腹囲肥満の割合	72.7%	57.1%	○	57.0% *
	生活習慣改善取り組み済み6ヶ月以上の割合	22.0%	22.0%	△	25.0%
	青壮年期週3回以上朝食を抜く者の割合	11.8%	8.0%	◎	10.0% *
	青壮年期週3回以上夕食後間食をする者の割合	25.4%	22.7%	○	20.0% *
	青壮年期週3回以上就寝前に夕食をとる者の割合	19.1%	10.7%	○	8.0%
	特定健診受診者の毎日飲酒者の割合	男性 37.5% 女性 5.7%	男性 34.3% 女性 7.5%	◎	男性 40.0% 女性 10.0% *
	特定健診受診者の2合以上飲酒者の割合	男性 36.3% 女性 15.8%	男性 22.8% 女性 2.5%	◎	男性 35.0% 女性 4.0% *
	1回30分以上の運動習慣がない者の割合	男性 65.6% 女性 75.0%	男性 74.3% 女性 75.0%	×	男性 62.0% 女性 70.0% *
	特定健診受診者の喫煙率	16.2%	16.0%	○	18.0% *
	特定保健指導実施率	27.3%	34.9%	○	60.0% *
	有所見者への個別の結果説明実施率	100%	100%	◎	100% *
③ 予防の生活習慣 重症化	村内医療機関との連絡会開催回数	0回	11回	○	12回
	村内医療機関からのケース連絡者数	—	9名	—	10名
	特定健診受診者の精密検査受診率	72.2%	59.4%	×	85%
	特定健診受診者のうち、治療者のコントロール不良者の割合	19.7%	48.7%	×	15%
④ 医療機関の 連携	歯科アンケート実施回数(H28年度まで)	—	2回	○	—
	歯科アンケート配布数 回収率	—	82枚 83.5%	○	—
	成人歯科保健事業の実施に向けた検討・事業実施	—	なし	×	あり
②・④	運動教室実施回数 (からだスッキリ倶楽部・ころば一ぬ教室・ ノルディックウォーキング教室)	21回	21回	△	増やす
	運動教室延参加者数	555名	522名	×	増やす
	運動教室新規参加者数	6名	3名	×	増やす
	すこやかロードの登録コース数(認定/独自)	0ヶ所	7ヶ所/2ヶ所	◎	維持

策定時の値と現状値を比較		項目数	割合
◎	目標を達成した	5	13.5%
○	目標は達成していないが改善傾向にある	15	40.5%
△	変化なし	3	8.1%
×	悪化している	13	35.1%
—	評価困難	1	2.7%

4. 総括

第1期計画策定後、住民の健康増進のために保健事業を実施してきましたが事業の実績評価としては、変化なしが5割を占め、悪化した事業も3割を超えました。しかし、事業の達成度としては、ほぼ達成した事業を含め5割を超え、達成できなかった事業は1事業のみでした。課題が多い事業が4割強と多いため、達成に近づけるような工夫が必要です。評価指標に対する達成状況では、目標達成・改善傾向の項目が5割以上を占め、悪化している項目が3割を超えていますが、対象人数が少ないことにより単年の値では変動が大きいと考えられます。個々の健診結果や生活習慣の改善状況が数値として現れるまでには一定期間の期間を要することが予想されるため、今後もより効果的な保健事業の実施に向けてPDCAサイクルを実践しながら、経年の傾向を見ていく必要があります。

第1期計画では住民の生活習慣病の予防と身体活動の維持向上を目指し幅広く保健事業を実施してきましたが、第2期計画では、限られたマンパワーにより課題に即した保健事業を実施し効果が出せるよう、優先順位の上位となる保健事業に絞り、他のポピュレーション事業等については健康増進計画の中で引き続き実施して行くこととします。また、泊村の健康課題として上位にあげられる「高血圧」については、各保健事業の中で高血圧予防の視点を持ち、工夫しながら対策につなげていきます。

第4章 医療・健康情報の分析

1 医療情報の分析

平成27年7月からKDBが本格稼働し、より詳細な医療データを閲覧することが可能になりました。

高血圧、糖尿病、脂質異常症及びこれらの重症化により起こる虚血性心疾患、脳血管疾患を対象疾患として、これらの疾患が医療費に与える影響を中心に分析します。

(1) 医療費の分析

医科の1人当たり医療費は、平成26～28年度は全国よりも高くなっています。

(KDBシステム)

年度	1人当たり 医療費(円)	北海道内 順位(位)	同規模自治体内 順位(位)	全国1人当たり 医療費(円)
26	25,529	104	130	23,292
27	31,641	36	48	24,295
28	30,174	53	74	24,245

■医療費諸率(医科)(KDBシステム 平成28年度)

	1人当たり 医療費(円)	受診率
泊村	30,174	802.817
北海道	27,782	668.940
全国	24,245	686.286
同規模自治体平均	26,817	676.037
同規模自治体最大	48,936	788.042
同規模自治体最小	12,597	356.825
同規模自治体内 順位(236市区町村中)	74	21

歯科の1人当たり医療費は年度によってばらつきがありますが、平成28年度では全国、北海道、同規模自治体と比べ低くなっています。

(平成28年 KDB システム)

年度	1人当たり 医療費(円)	北海道内 順位(位)	同規模自治体内 順位(位)	全国1人当たり 医療費(円)
26	1,587	86	82	1,533
27	1,940	67	60	1,862
28	1,684	132	129	1,886

■医療費諸率（歯科）

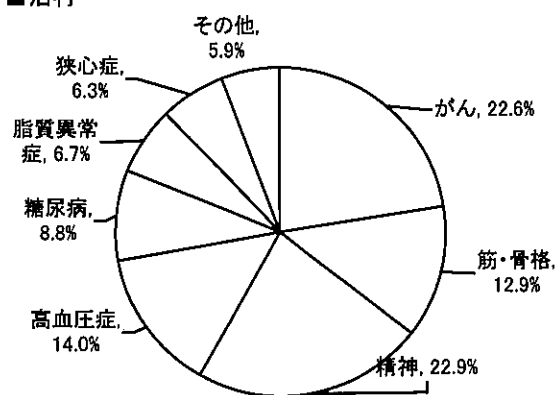
（KDBシステム 平成28年度）

	1人当たり 医療費（円）	受診率
泊村	1, 6 8 4	7 7, 5 6 4
北海道	1, 9 5 3	1 2 3, 7 0 2
全国	1, 8 8 6	1 4 5, 3 1 4
同規模自治体平均	1, 7 2 0	1 1 8, 5 0 0
同規模自治体最大	3, 2 6 0	1 7 6, 1 4 4
同規模自治体最小	2 5 7	2 0, 6 3 9
同規模自治体内 順位（236市区町村中）	1 2 9	2 2 6

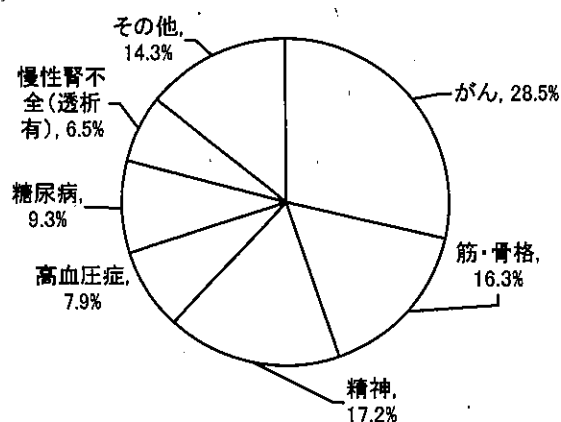
医療費の割合は、精神22.9%、がん22.9%、高血圧14.0%、筋・骨格12.9%、糖尿病8.8%、脂質異常症6.7%、狭心症6.3%の順となっています。生活習慣病が約3割を占めています。

（KDBシステム 平成28年度）

■泊村



■北海道

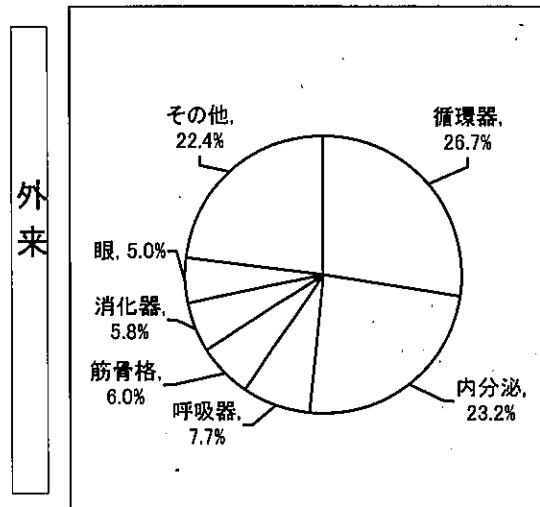
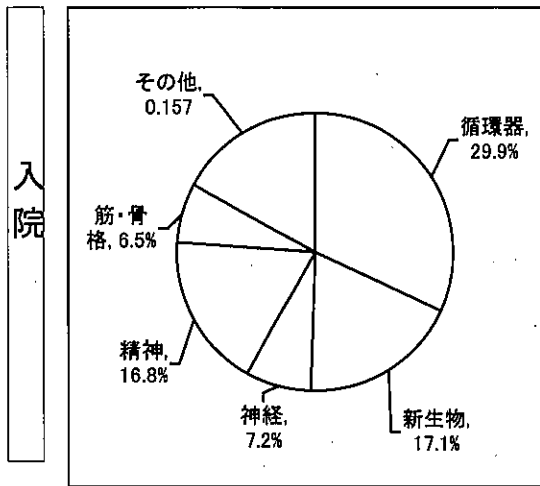


入院、外来別に疾患を見たところ、入院では統合失調症が9.3%、うつ病5.9%、脳梗塞4.8%、不整脈は3.1%となっています。

入院のがんは、年度によって部位が異なっています。

外来の循環器は高血圧症が多く14.1%、次いで糖尿病8.7%、脂質異常症6.7%となっています。

大分類別医療費 (%)



入院+外来 (%)

1位	高血圧症	6.8
2位	統合失調症	5.6
3位	糖尿病	4.4
4位	うつ病	4.2
5位	不整脈	4.1
6位	関節疾患	3.4
7位	脂質異常症	3.3
8位	脳梗塞	3.0
9位	大腸がん	2.2
10位	膀胱がん	2.1

中分類分析 (%)

細小分類分析 (%)

循環器	その他の心疾患	9.1	不整脈	3.1
	その他の脳血管疾患	8.9		
	脳梗塞	4.8	脳梗塞	4.8
新生物	その他の悪性新生物	7.2	膀胱がん	1.5
	結腸の悪性新生物	3.7	前立腺がん	4.5
	気管、気管支及び肺の悪性新生物	2.2	卵巣腫瘍(悪性)	0.2
			大腸がん	3.7
神経	その他の神経系疾患	7.2	肺がん	2.2
			パーキンソン病	0.9
精神	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	8.3	統合失調症	9.3
	気分障害(躁うつ病含む)	3.8	うつ病	5.9
	その他の精神及び行動の障害	1.4		
循環器	高血圧性疾患	14.5	高血圧症	14.1
	その他の心疾患	7.4	不整脈	5.0
	虚血性心疾患	2.0	狭心症	0.8
内分泌	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	13.2	脂質異常症	6.7
	糖尿病	8.7	痛風・高尿酸血症	0.1
	甲状腺障害	1.3	糖尿病	8.7
			甲状腺機能亢進症	0.5
呼吸器	喘息	2.6	気管支喘息	2.4
	アレルギー性鼻炎	1.4		
	慢性閉塞性肺疾患	1.0	慢性閉塞性肺疾患	0.5
筋・骨格	関節症	1.5	関節疾患	1.5
	腰痛症及び座骨神経痛	1.1	関節疾患	1.1
	骨の密度及び構造の障害	1.1	骨粗鬆症	1.0

■疾病統計 (順位は北海道内181保険者中順位)

疾病	入院(円/件) (順位)	在院日数 (日/件)	入院外(円/件) (順位)
糖尿病	743,572 (7)	17	36,710 (116)
高血圧症	640,753 (61)	18	28,776 (148)
異質異常症	546,161 (109)	21	22,461 (181)
脳血管疾患	660,866 (90)	17	32,072 (153)
心疾患	576,916 (141)	24	33,618 (165)
腎不全	659,207 (108)	18	197,431 (39)
精神	462,651 (116)	20	28,741 (128)
悪性新生物	705,481 (22)	14	32,525 (183)
歯肉炎・歯周病	23,096 (18)	3	23,265 (9)

生活習慣病患者は、高血圧症、脂質異常症が北海道や同規模自治体、全国に比べ多い状況です。

■患者千人当たり患者数（多い順、有病）

（ＫＤＢシステム 平成２８年度）

疾病	泊村	北海道	同規模自治体	全国
脂質異常症	540, 655	346, 529	359, 262	337, 348
高血圧症	537, 839	405, 382	459, 187	396, 638
筋・骨格	482, 225	405, 332	452, 801	379, 781
糖尿病	251, 320	230, 798	225, 804	210, 122
精神	170, 011	192, 613	174, 720	163, 052
がん	97, 501	106, 891	93, 345	95, 020
高尿酸血症	92, 221	67, 330	82, 847	69, 659
狭心症	87, 645	82, 447	73, 573	67, 940
脳梗塞	76, 030	45, 290	52, 626	48, 824
脂肪肝	47, 166	47, 714	43, 517	42, 943

ア) 高血圧症

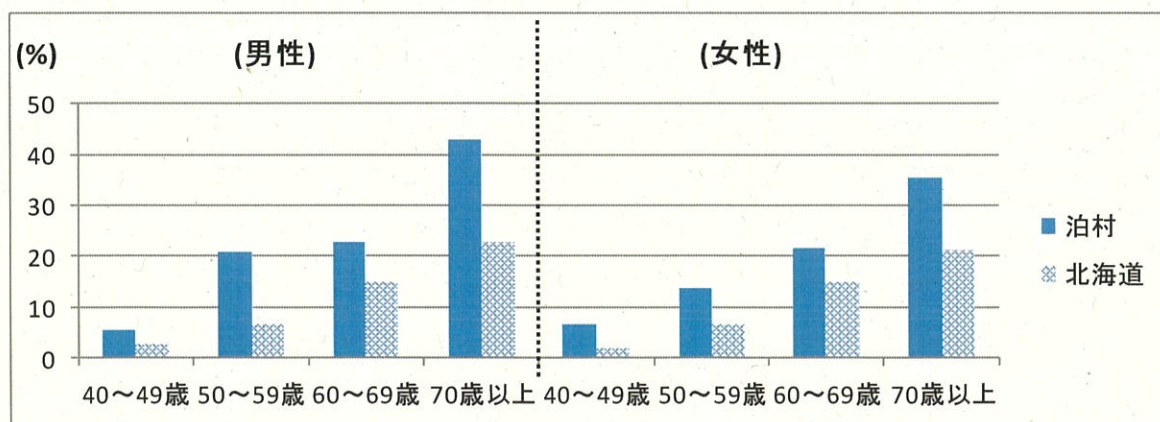
高血圧症治療者の受診率、医療費を性別、年代ごとに表したのが下のグラフです。

３９歳以下の治療者はいませんでした、受診率、診療費共にすべての年代、性別が北海道よりも高い状況です。

男性は４０歳から徐々に受診率が増え、女性は５０歳から増えています。男女ともに６０歳から治療者が増加し、他の生活習慣病よりも治療者が多い病気であることがわかります。

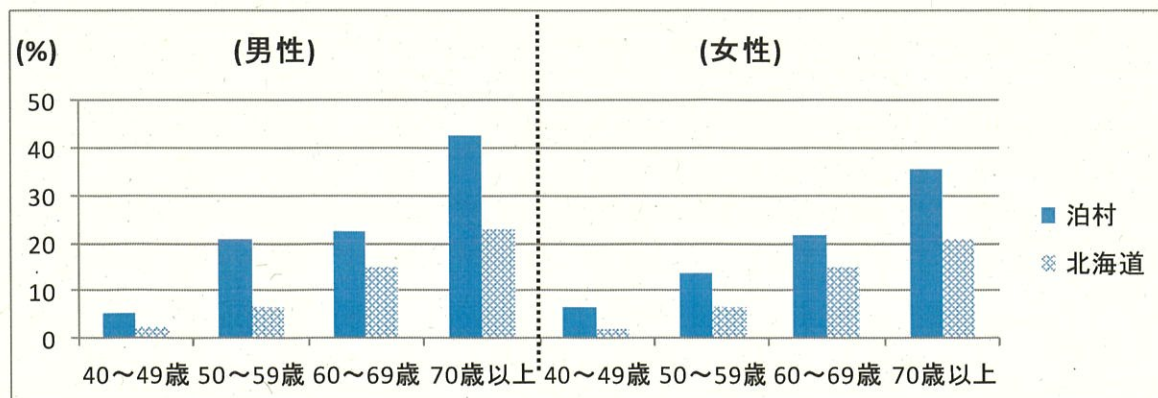
■高血圧受診率（入院・入院外含む）

疾病統計データ（平成２９年５月分）



■高血圧１人当たり医療費

疾病統計データ（平成２９年５月分）



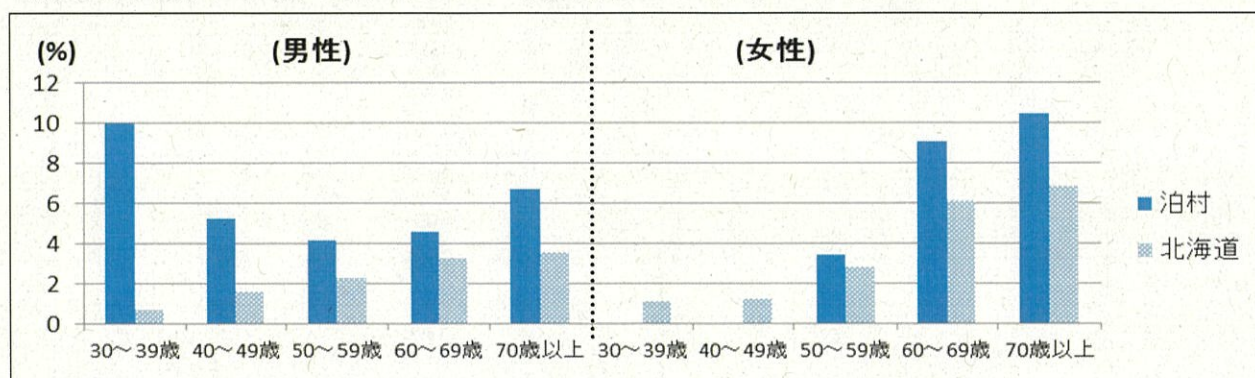
イ) 脂質異常症

脂質異常症治療者の受診率、医療費を性別、年代ごとに表したのが下のグラフです。

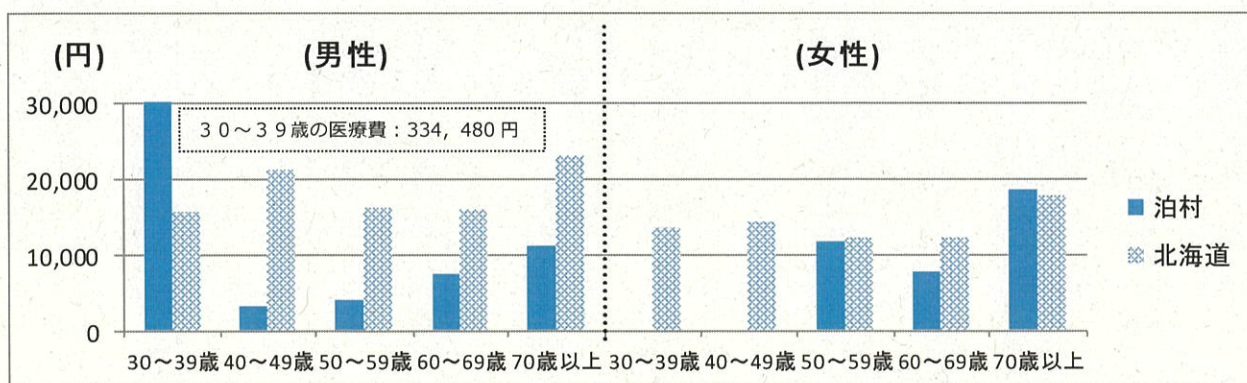
男性では30歳代からの治療者（1名）がいます。女性では高血圧症と同様に50歳以降に治療者が多くなっています。女性は更年期を迎えるころから女性ホルモンの分泌が急激に低下するため脂質異常症や高血圧症、糖尿病などの病気のリスクが高まっています。

男女共に70歳以上の治療者が多く、脂質異常のコントロールは動脈硬化の進展を防ぎイベントを防ぐことで重症化予防につながります。

■脂質異常症受診率（入院・入院外含む） 疾病統計データ（平成29年5月分）



■脂質異常症1人当たり医療費 疾病統計データ（平成29年5月分）



ウ) 糖尿病

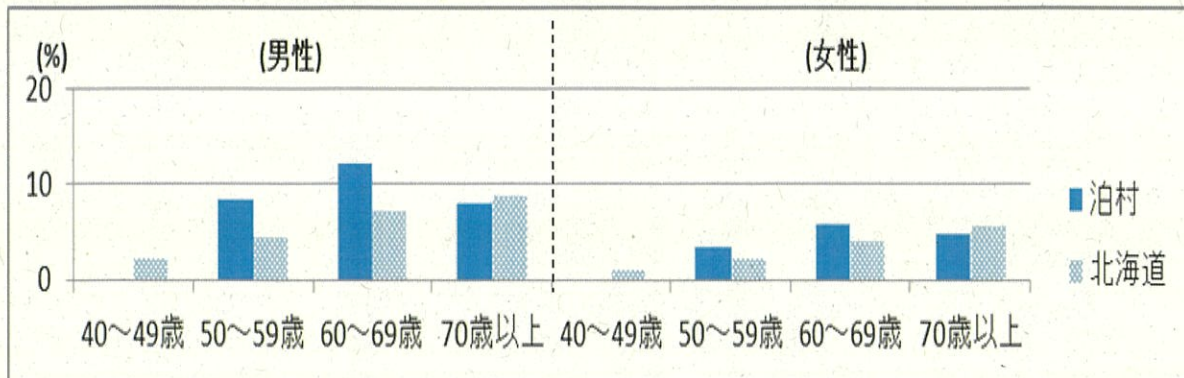
糖尿病治療者の受診率、医療費を性別、年代ごとに表したのが下のグラフです。

男女共に39歳以下の治療者はいませんでした。60歳から治療者が増えていきます。また、70歳以上の女性は3名が治療者で医療費も高い状況です。

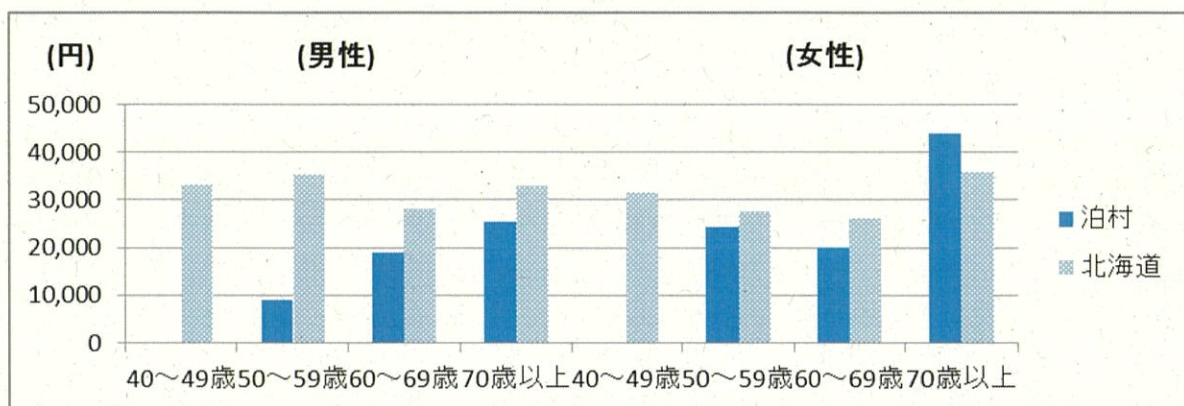
糖尿病合併症患者数のうち、糖尿病性腎症は北海道よりも多く、発症、有病者数も腎症や人工透析患者数は高い状況です。

糖尿病治療者の血糖コントロールなど、茅沼診療所から栄養指導実施の指示を受け数例実施していますが、かかりつけ医との連携が重要と思われます。

■糖尿病受診率（入院・入院外含む） 疾病統計データ（平成 29 年 5 月分）



■糖尿病 1 人当たり医療費 疾病統計データ（平成 29 年 5 月分）



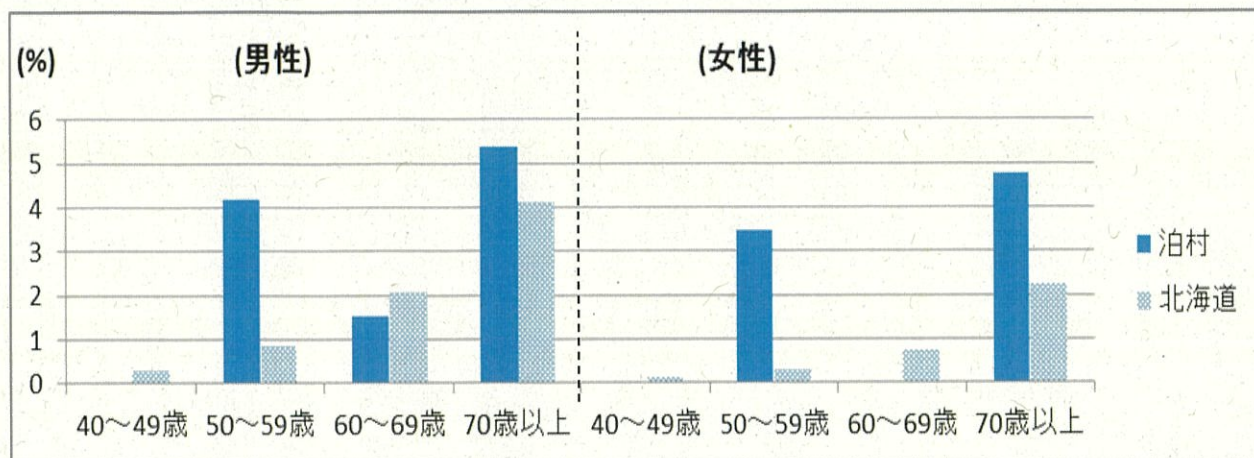
■糖尿病合併症患者の状況 (KDBシステム 平成 28 年度)

		泊村	北海道	同規模自治体	国
患者千人当たり 糖尿病合併症患者数 (有病)	糖尿病性腎症	18.303	14.319	17.836	17.700
	糖尿病性網膜症	7.744	14.114	18.293	18.371
	糖尿病性神経症	13.376	10.370	8.122	8.402
患者千人当たり 糖尿病合併症新規患者数 (当月発症、有病)	糖尿病性腎症	2.816	0.749	0.724	0.741
	糖尿病性網膜症	1.056	1.543	1.727	1.905
	糖尿病性神経症	0.000	0.321	0.298	0.273
1 件当たり人工透析点数		39.539	49.225	46.387	46.900
千人当たり人工透析レセ数		0.397	2.364	2.949	3.177
患者千人当たり人工透析患者数		0.704	4.481	5.291	6.033
患者千人当たり人工透析新規患者数 (当月発症)		0.000	0.123	0.111	0.122

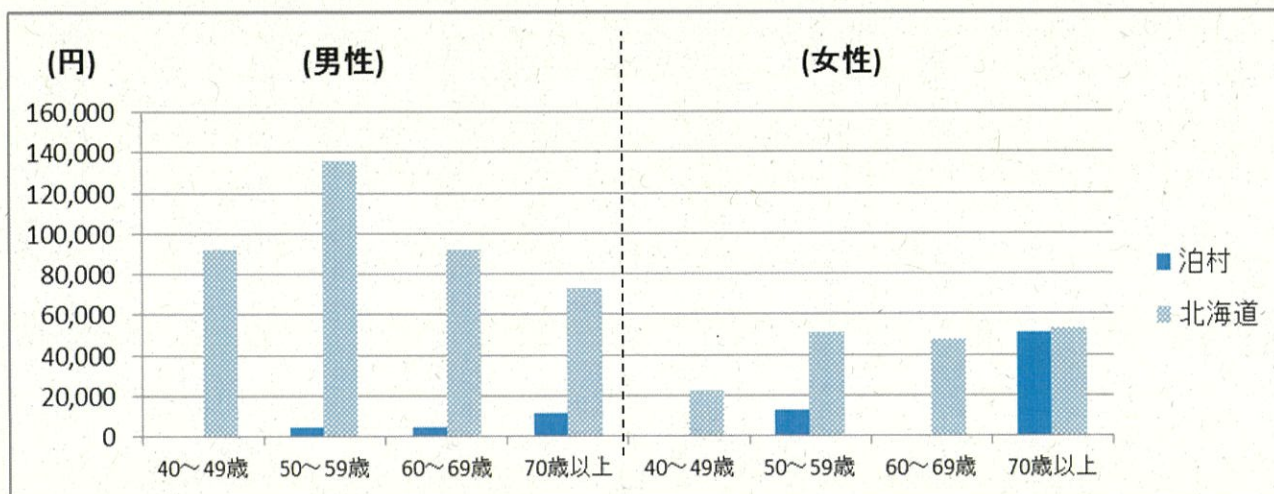
エ) 虚血性心疾患

虚血性心疾患治療者の受診率、診療費を性別、年代ごとに表したのが下のグラフです。50歳以下の治療者はいませんでした。50～59歳になると受診率が高くなっています。

■虚血性心疾患受診率（入院・入院外含む） 疾病統計データ（平成 29 年 5 月分）



■虚血性心疾患 1 人当たり医療費 疾病統計データ（平成 29 年 5 月分）

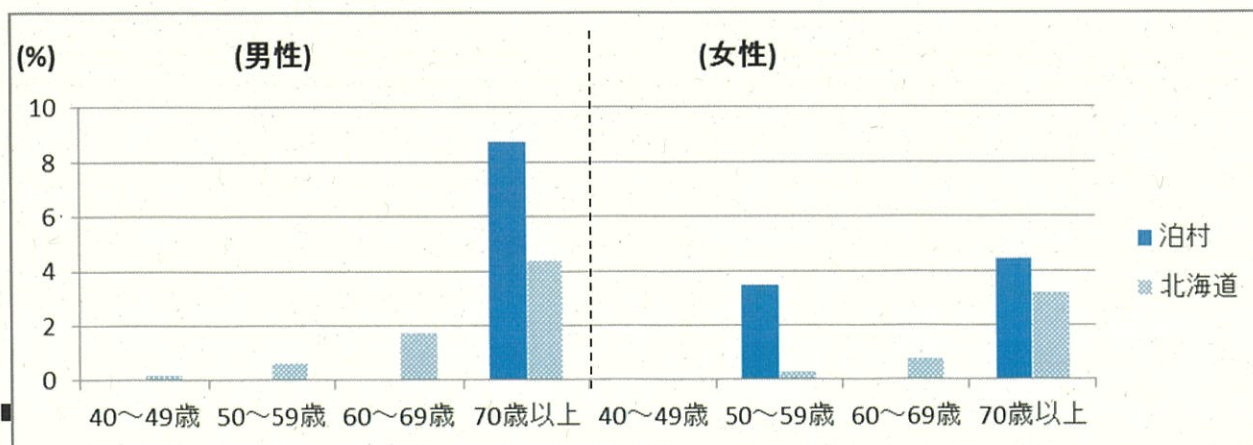


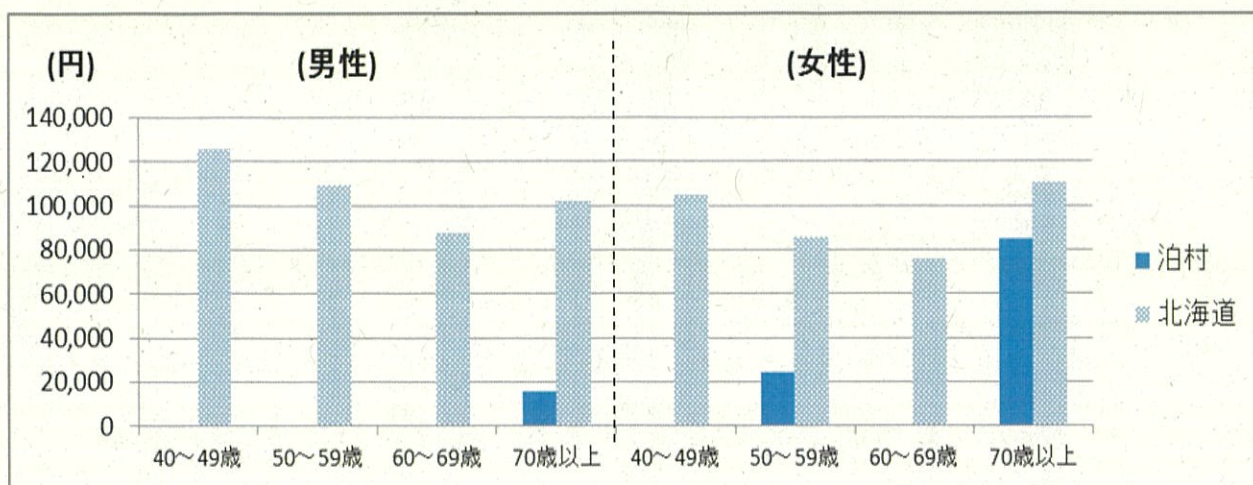
オ) 脳梗塞

脳梗塞治療者の受診率、診療費を性別、年代ごとに表したのが下のグラフです。
男性 69 歳以下の治療者はいませんでした。70 歳以降、北海道に比べ受診率が高くなっています。

■脳梗塞受診率（入院・入院外含む）

疾病統計データ（平成 29 年 5 月分）





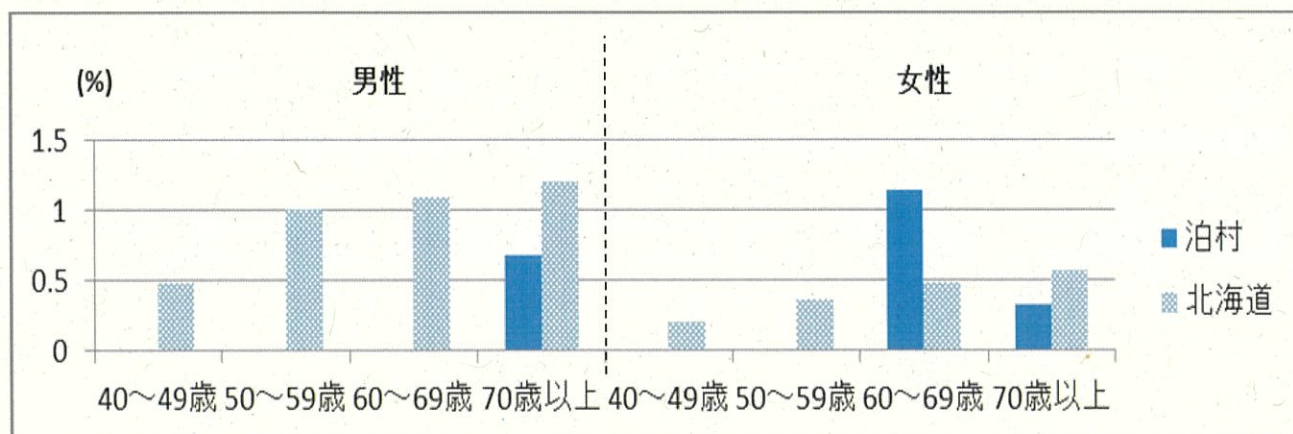
力) 腎不全

腎不全治療者の受診率、診療費を性別、年代ごとに表したのが下のグラフです。
男性では、70歳以上、女性では60歳以上で治療者がいました。

人工透析者は平成30年1月現在ではない状況です。

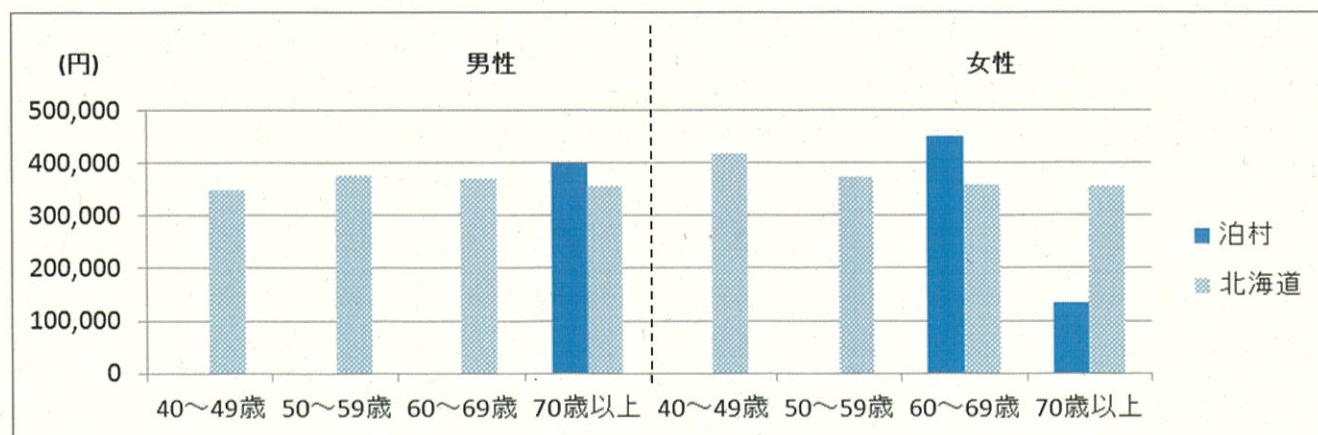
■腎不全受診率（入院・入院外含む）～男女計

疾病統計データ（平成29年5月分）



■腎不全1人当たり医療費～男女計

疾病統計データ（平成29年5月分）



■慢性腎臓病治療者の状況

		男性	女性	計
慢性腎臓病治療者		5	6	11
併発症	糖尿病	5	6	11
	高血圧	3	4	7
	脂質異常症	5	4	9
	動脈硬化症	0	1	1
	脳梗塞	3	0	3
	狭心症	2	2	4
合併症	網膜症	1	2	3
	腎症	3	6	9
	神経障害	1	0	1
特定健診受診者		3	0	3

医療情報の分析から、高血圧の治療者が全ての年齢において北海道の受診率よりも高いことが分かります。泊村では、虚血性心疾患の受診率が男女ともに50～59歳と70歳以上で北海道よりも高く、脳梗塞での受診率は男女ともに70歳以上で北海道よりも高くなっています。

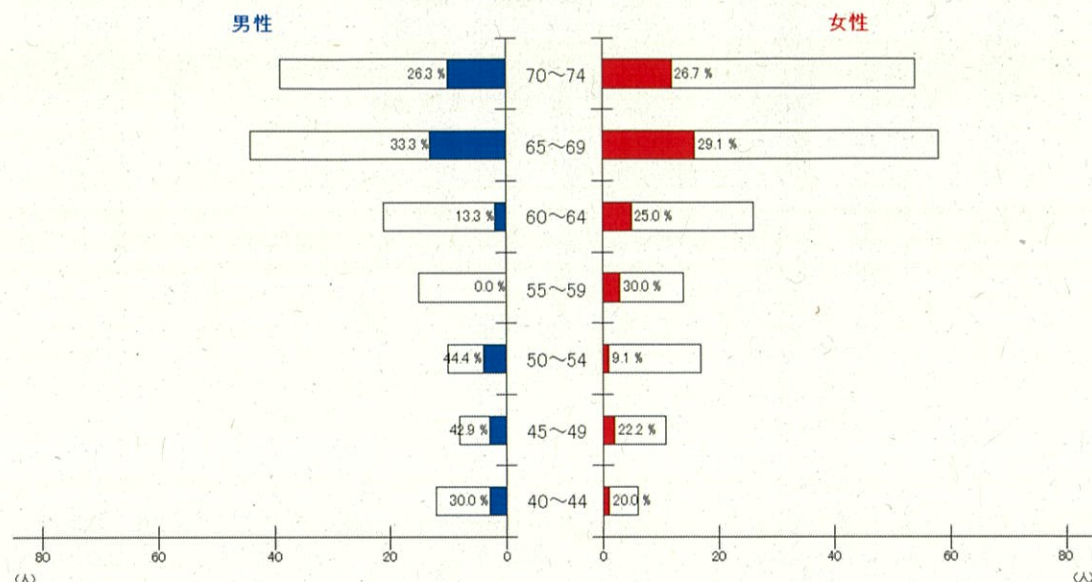
血圧の高い状態が続くことで、脳梗塞や虚血性心疾患といった疾患の発症リスクも上がり、発症することで医療費も高くなります。そのため『高血圧』を泊村の重点課題と捉え、生活習慣改善に向けた取り組みの強化が必要であることが考えられます。

2. 健康情報の分析

(1) 特定健診受診状況について

泊村の被保険者数と、その内の健診受診者割合は以下の通りです。

厚生労働省様式（様式 6-9） 健診受診状況（被保険者数及び健診受診者のピラミッド）（H28年度）

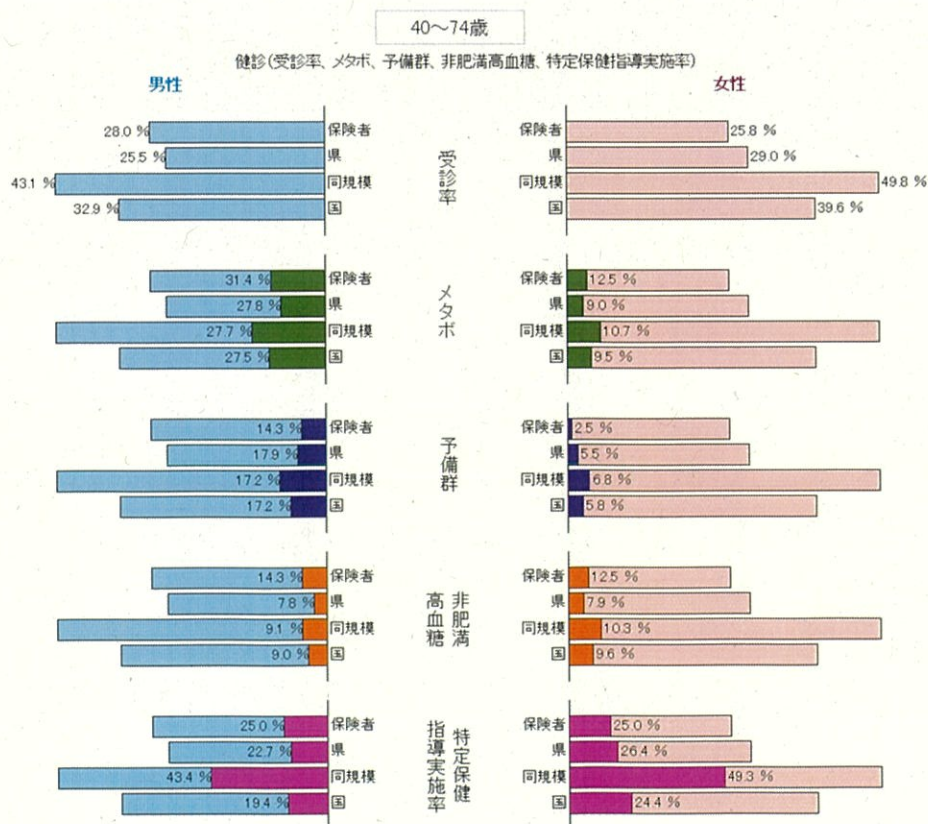


男性	40~64歳	健診受診者	12	25.0%
		国保被保険者	66	
	65~74歳	健診受診者	23	29.9%
		国保被保険者	83	

女性	40~64歳	健診受診者	12	21.8%
		国保被保険者	74	
	65~74歳	健診受診者	28	28.0%
		国保被保険者	112	

特定健診受診率は国及び同規模と比べて低い状況です。

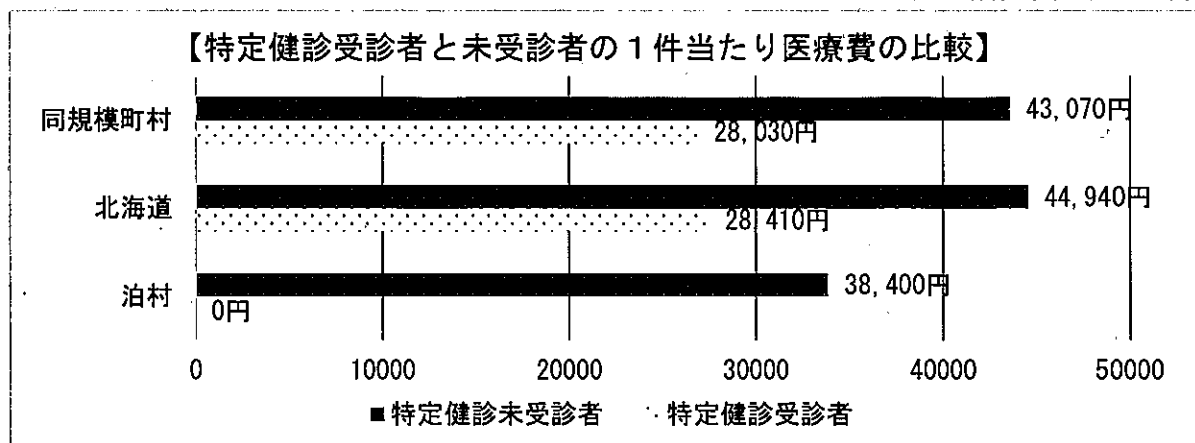
KDB システム 健診の状況（H28年度）



(2) 特定健診受診者と未受診者の医療費削減効果について

特定健診受診者と未受診者の1件当たりの医療費の比較を表したのが下のグラフです。北海道や同規模自治体と比較すると全体的に医療費は低い状況であり、特定健診受診者と未受診者とは未受診者のほうが医療費は高額となっています。

KDB システム 地域の全体像の把握 (H28年度)



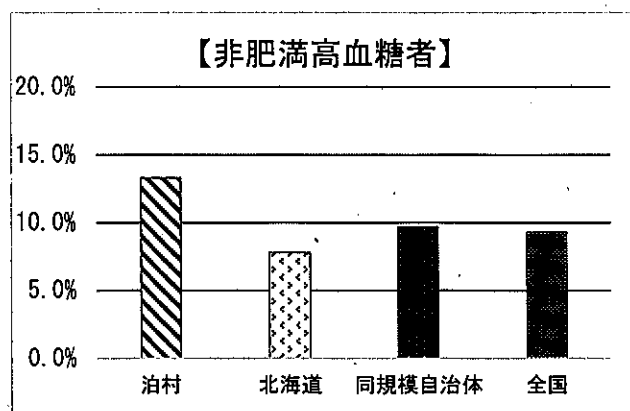
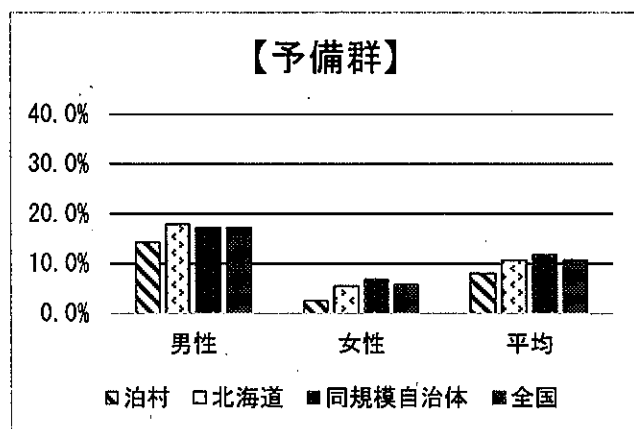
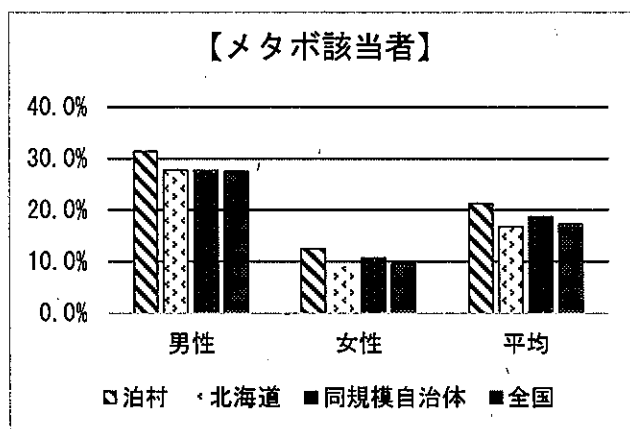
(3) 特定健診の有所見者状況について

ア) メタボリックシンドローム該当者・予備群・非肥満高血糖者について

特定健診に占めるメタボ該当者の割合は、全国・北海道・同規模自治体と比べて高く、特に男性が高い状況があります。

また、非肥満高血糖者の割合は、全国・北海道・同規模自治体と比べて高い状況があります。

KDB システム 地域の全体像の把握 (H28年度)



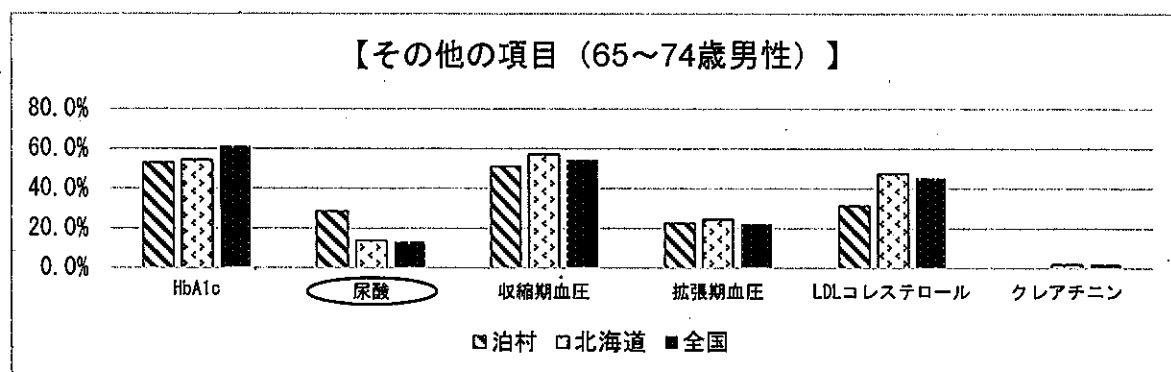
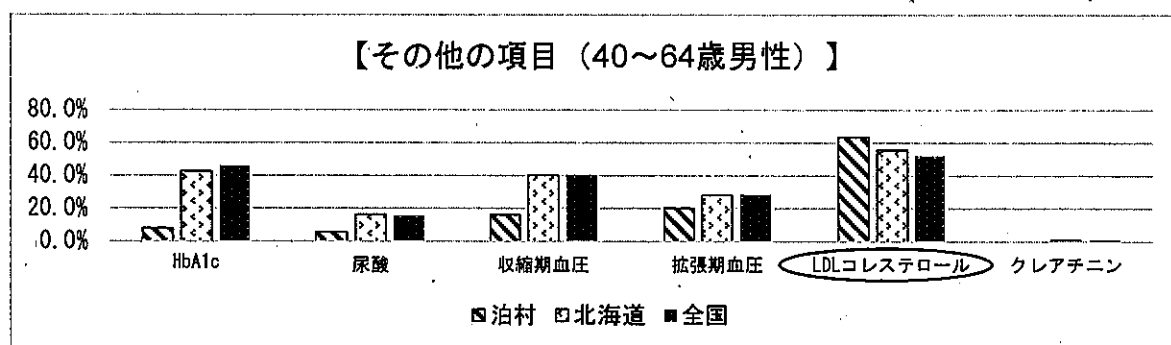
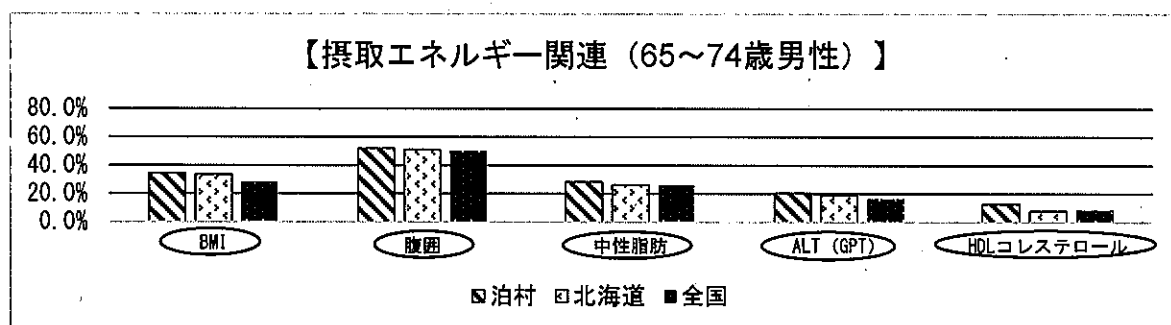
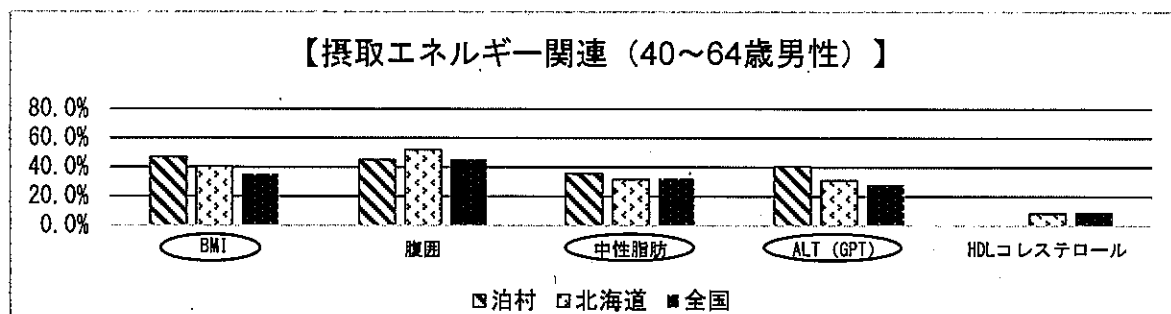
イ) 有所見者の状況について

(特定健診問診票より詳細比較～全国平均を超える項目については○印で記載)

厚生労働省様式(様式6-2～7) 健診有所見者状況(男女別・年齢調整) (H28年度)

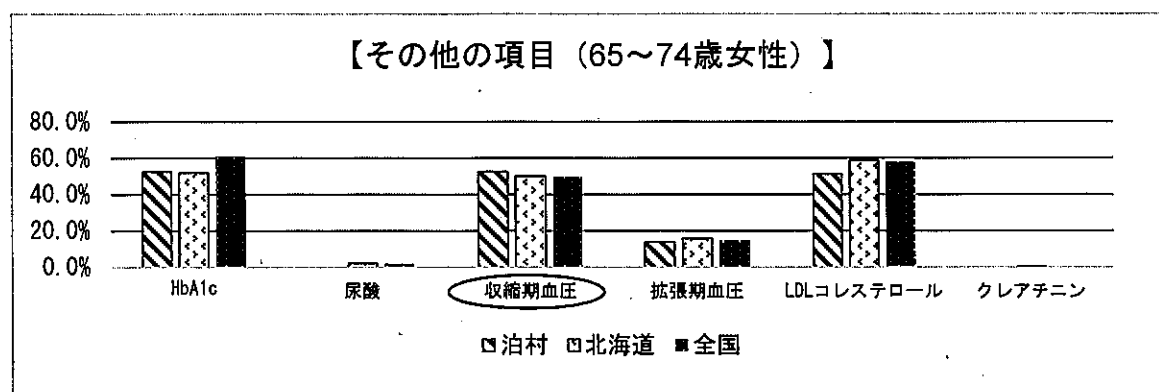
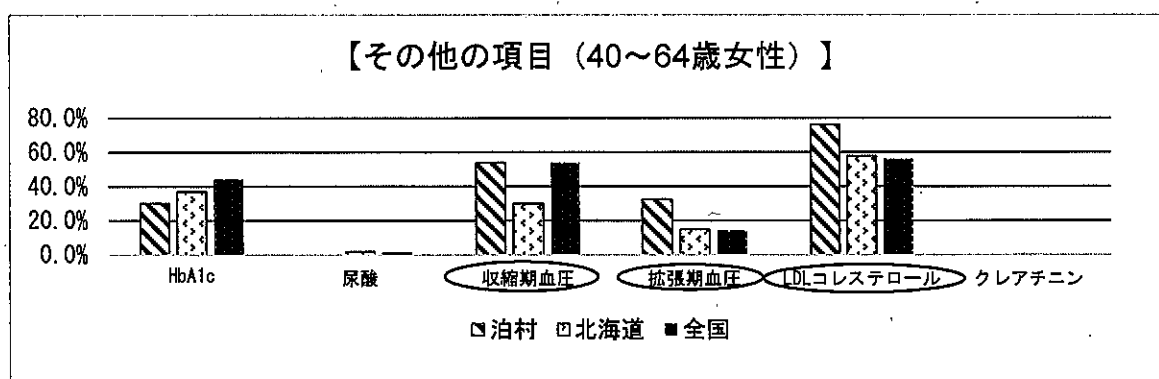
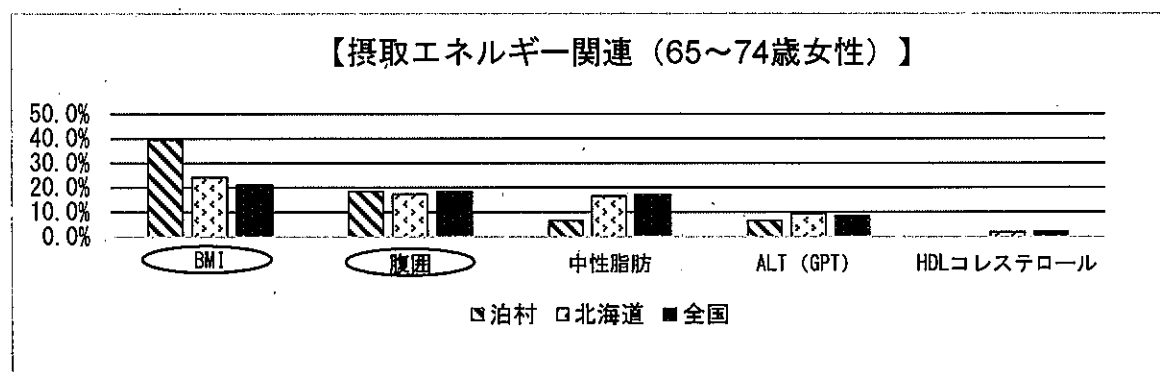
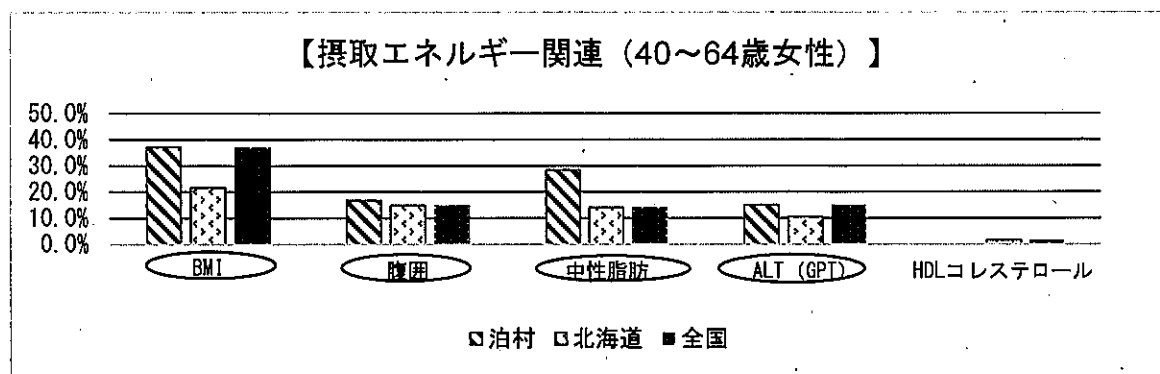
○男性

摂取エネルギー関連では、男性はBMI 25以上の有所見者が、わずかですが、全国・北海道と比較して多くなっています。年代別に見ると、特に40～64歳男性では、中性脂肪、LDL、ALT(GPT)の有所見者の割合が高くなっており、65～74歳男性では、尿酸の有所見者の割合が高くなっています。



○女性

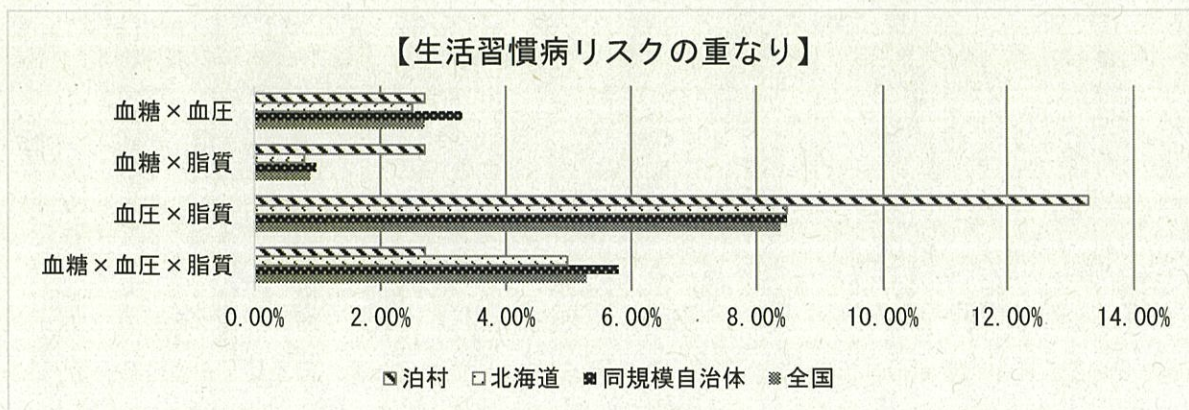
摂取エネルギー関連では、女性は40～64歳、65～74歳のどちらの年代も、BMI 25以上の有所見者の割合が高くなっています。年代別に見ると、40～64歳女性で、中性脂肪、LDL、ALT（GPT）、血圧の有所見者の割合が高くなっています。



ウ) 生活習慣病の重なりについて

生活習慣病のリスクの重なりについては、全国・北海道・同規模自治体と比べて血圧・脂質のリスクが重なる人が特に多く、血糖・脂質のリスクが重なる人も多い状況です。

KDB システム 地域の全体像の把握 (H28年度)



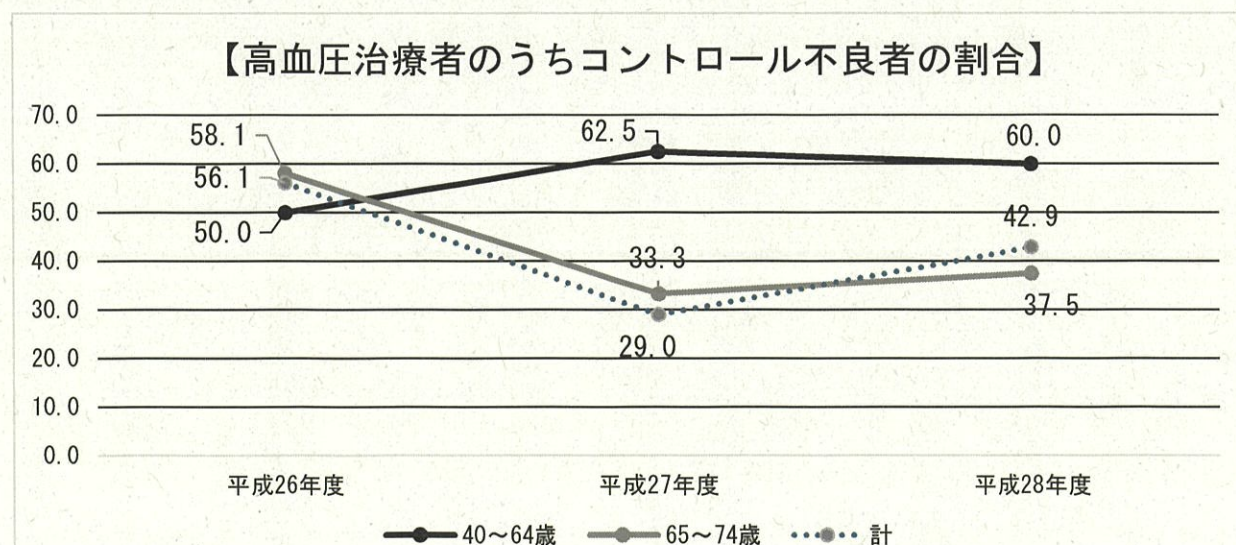
エ) 生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症）治療者のコントロール状況について

健診受診者のうち、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症）の治療者が半数を超えている状況です。治療状況としては、高血圧治療者と糖尿病治療者についてコントロール不良者の割合が高くなっています。

マルチマーカー5.0 生活習慣病治療者のコントロール状況 (H28年度)

条件	健診受診者のうち情報提供(治療者)の割合【血圧・血糖・脂質いずれかひとつでも治療する者】			血圧治療中のうちコントロール不良者の割合			血糖治療中のうちコントロール不良者の割合			脂質治療中のうちコントロール不良者の割合		
	受診者	情報提供(治療者)	割合	情報提供(血圧治療者)	血圧コントロール不良者	割合	情報提供(血糖治療者)	血糖コントロール不良者	割合	情報提供(脂質治療者)	脂質コントロール不良者	割合
40～64歳	26	9	34.62%	5	3	60.0%	2	2	100.0%	4	1	25.0%
65～74歳	37	23	62.16%	16	6	37.5%	6	4	66.7%	17	1	5.9%
合計	63	32	50.79%	21	9	42.9%	8	6	75.0%	21	2	9.5%

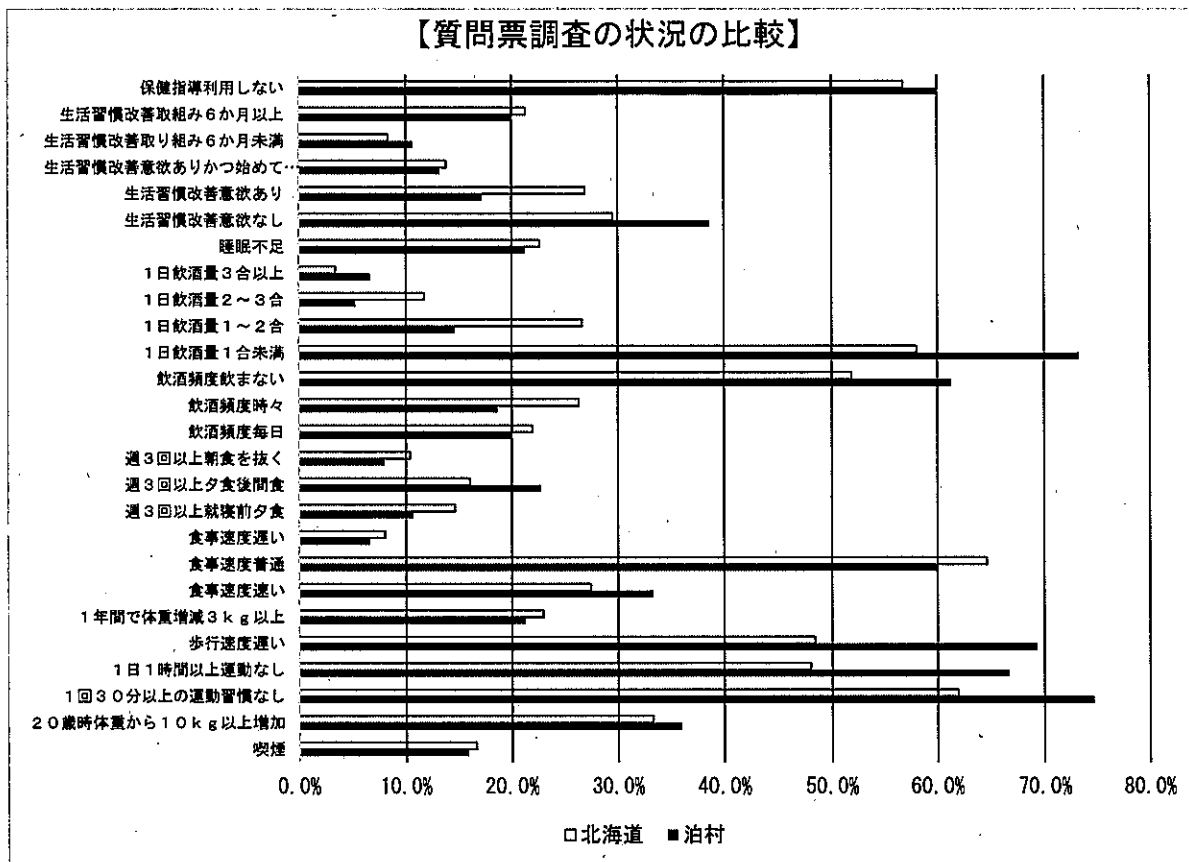
泊村の健康課題として上位にあげられる高血圧治療者のコントロール不良者の割合は、次のグラフのとおりです。40～64歳のコントロール不良者の割合が特に高くなっており重点的に対策を行う必要があることがわかります。



オ) 特定健診質問票の状況について

北海道と比較して、「保健指導利用しない」「生活習慣病改善取り組み6ヶ月未満」「生活習慣改善意欲なし」「1日飲酒量3合以上」「1日飲酒量1合未満」「飲酒頻度飲まない」「週3回以上夕食後間食」「食事速度速い」「歩行速度遅い」「1日1時間以上運動習慣なし」「1回30分以上の運動習慣なし」「20歳時体重から10kg以上増加」と回答した者が多い状況です。

KDB システム 質問票調査の経年比較 (H28年度)

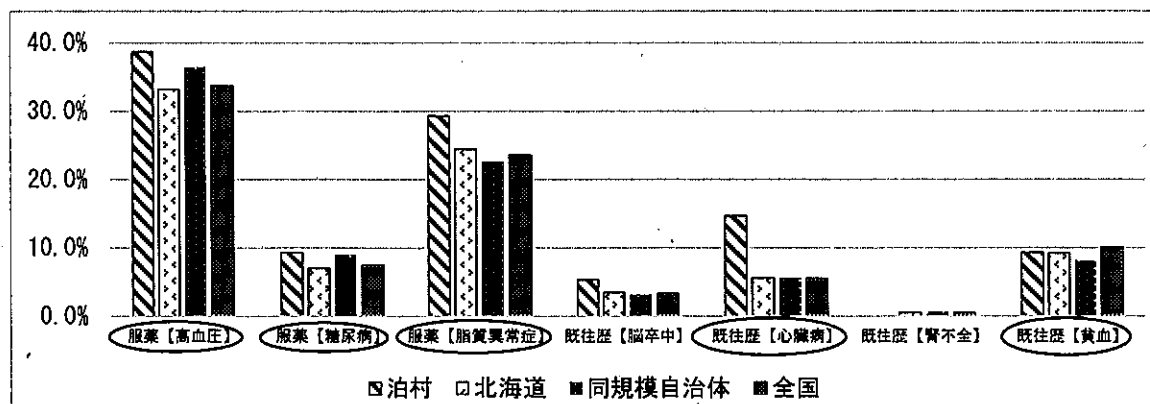


カ) 生活習慣の有所見状況について

(特定健診問診票より詳細比較～全国平均を超える項目については○印で記載)

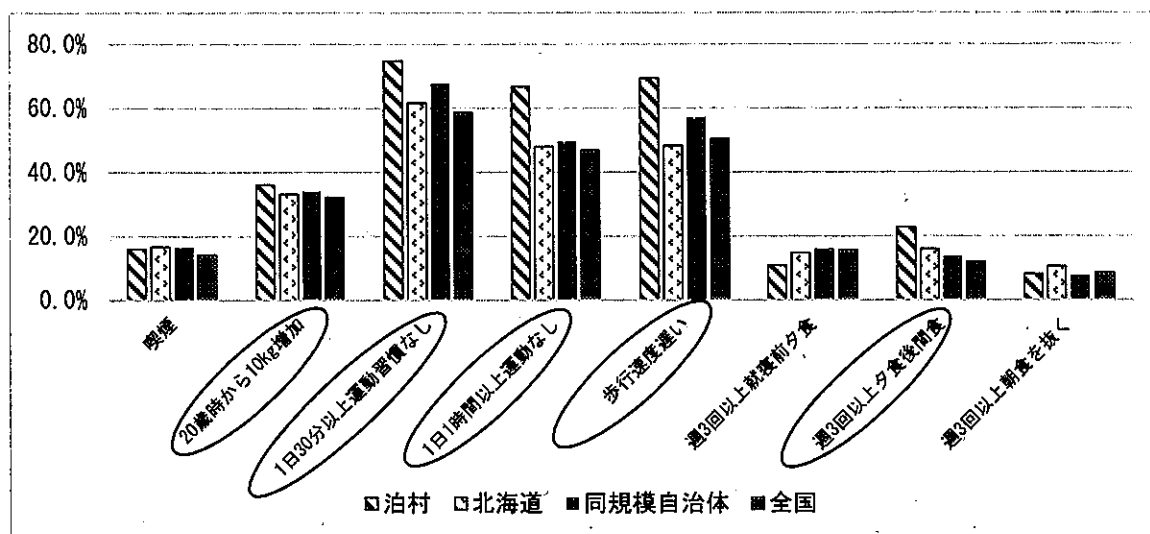
KDB システム 質問票調査の経年比較 (H28年度)

生活習慣病の治療者が多く、脳卒中・特に心臓病の既往者が多い状況です。

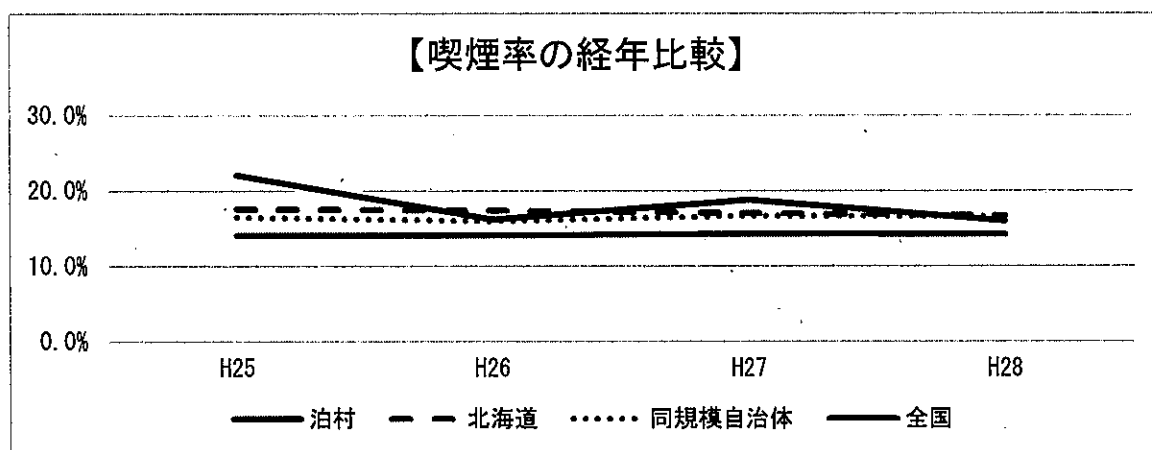


運動習慣のない者が多い状況です。歩行速度が遅いことから、運動として歩く習慣のある者が少ないことが伺えます。

週3回以上夕食後の間食を食べる習慣がある者が多い状況です。



経年的にみても喫煙習慣のある者が全国と比較して多い状況です。



3 介護情報の分析

(1) 医療・介護の有病状況

介護認定率の1・2号認定率は、H26と比較すると増加していますが、北海道、国と比較しても伸び率に大きな差はありません。1件当たりの給付費は居宅給付費が低く、施設給付費が北海道、国より高くなっています。

要介護認定者の有病率のうち、心臓病、脳疾患、筋・骨疾患、高血圧症、脂質異常症、がん、の6項目において北海道、国、同規模町村と比較し有意に高くなっています。特にがんにおいてはH26と比較し大幅な増加となっており、予防対策が必要です。また、心臓病や脳疾患の危険因子ともなる高血圧症は予防可能な疾患であり対策が必要となります。筋・骨疾患の予防対策として若年からの運動の取組みも必要です。

医療費では北海道や国、同規模町村との比較では有意差はありませんが、要介護認定者と非認定者とでは認定者の医科が高くなっています。これは疾病が重症化することにより介護認定を受けていることが推測されます。また、介護認定の有無にかかわらず、40歳以上の歯科の医療費が北海道、国、同規模町村と比較して高くなっており、全てのライフステージにおける歯科対策が必要です。

介護認定率、1件当たりの介護給付費

	泊村		道		同規模		国	
	H26	H28	H26	H28	H26	H28	H26	H28
1号介護認定率(%)	19.2	22.9	20.4	23.0	19.8	20.0	20.0	21.2
2号介護認定率(%)	0.6	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
介護給付費(円)	81,687	80,224	65,531	57,970	75,205	73,752	60,773	58,284
居宅給付費(円)	24,221	20,045	40,048	38,885	39,796	39,649	40,470	39,662
施設給付費(円)	295,373	288,819	289,026	283,121	281,312	273,932	288,254	281,186

要介護者の有病率(%)

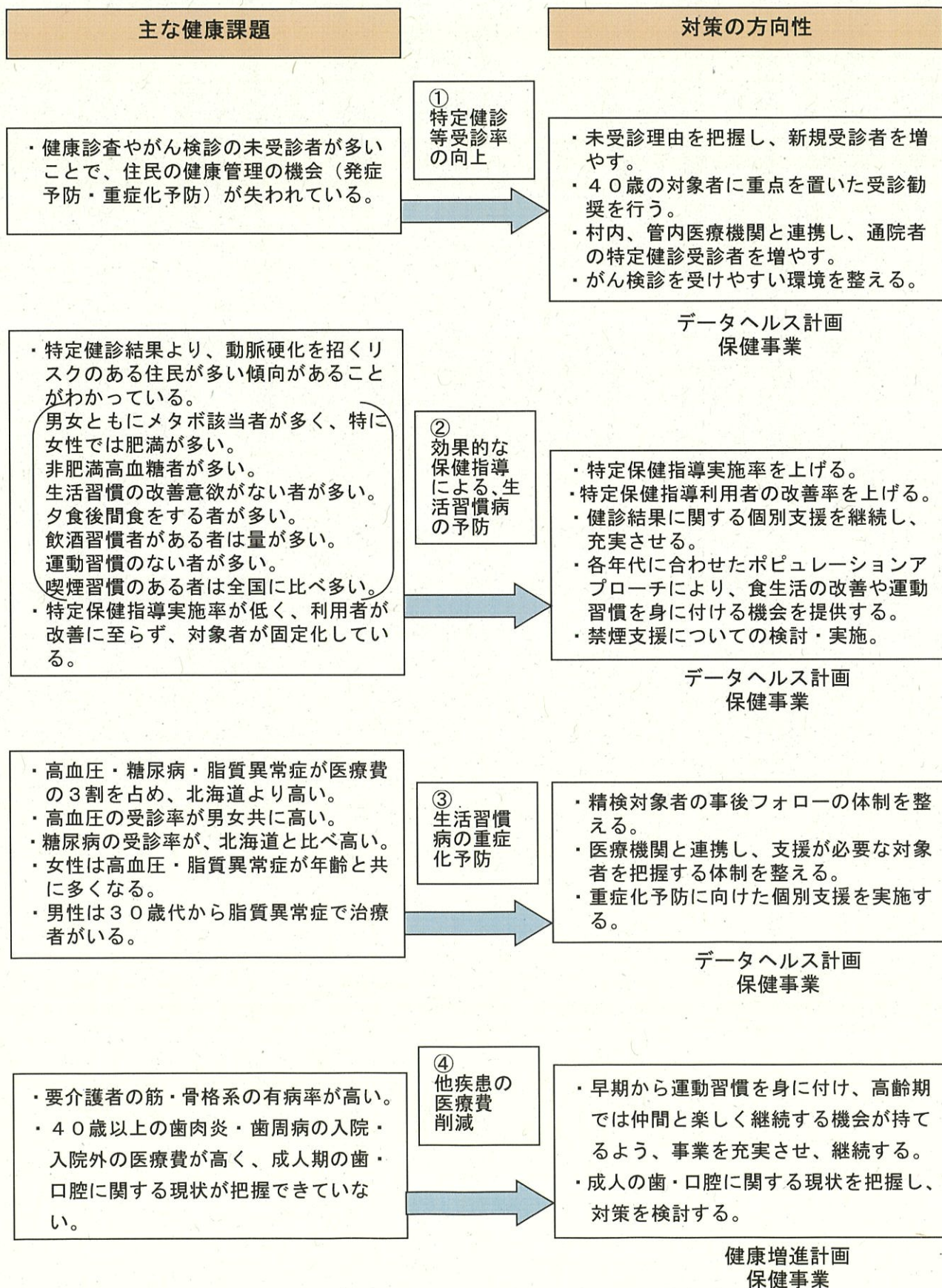
	泊村		道		同規模		国	
	H26	H28	H26	H28	H26	H28	H26	H28
糖尿病	21.0	22.2	24.9	25.0	18.7	20.4	20.3	22.1
心臓病	76.5	78.5	59.1	57.9	57.8	62.2	54.8	58.0
脳疾患	48.7	46.7	26.3	24.6	25.8	26.3	25.2	25.5
筋・骨疾患	67.1	73.6	51.2	51.4	50.7	55.1	47.1	50.3
精神	44.0	34.6	36.2	36.9	33.3	37.0	32.2	35.2
高血圧症	69.8	73.6	52.7	51.7	50.8	55.1	47.9	50.9
脂質異常症	50.1	52.6	29.3	30.7	24.0	27.1	25.7	28.4
がん	10.1	17.9	10.7	11.6	8.4	9.3	9.2	10.3

医療費(40歳以上)(円)

		泊村		道		同規模		国	
		H26	H28	H26	H28	H26	H28	H26	H28
介護認定者	医科	13,055	7,552	8,852	8,974	8,496	8,522	7,952	7,980
	歯科	1,768	2,132	1,875	1,847	1,762	1,722	1,612	1,573
介護認定なし者	医科	3,224	4,121	4,642	4,605	4,186	4,224	3,816	3,816
	歯科	2,397	2,276	1,703	1,647	1,585	1,547	1,371	1,573

第5章 分析結果に基づく健康課題

1 健康課題の設定



第6章 保健事業の実施内容

第4章で設定した4つの健康課題のうち、本計画で取り組む3つの健康課題についての対策となる保健事業を示します。泊村の健康課題として上位にあげられる「高血圧」対策については重点課題とし、健康課題ごとに目標を定めました。

1 特定健診等受診率向上の取組

健康課題

- 健康診査やがん検診の未受診者が多いことで、住民の健康管理の機会（発症予防・重症化予防）が失われている。

対策の方向性

- ・未受診理由を把握し、新規受診者を増やす。
- ・40歳の対象者に重点を置いた受診勧奨を行う。
- ・村内、管内医療機関と連携し、通院者の特定健診受診者を増やす。
- ・がん検診を受けやすい環境を整える。

目的:

住民が自らの健康状態を確認できる機会を持ち、疾病の早期発見につながることで、QOLを低下させない。

目標:

健(検)診受診者が増え、自らの健康状態を知る住民が増える。

重点課題に関する目標:

特定健診受診者を増やし、自身の普段の血圧値を知っている人、自己測定している人、血圧値を上げる原因を知っている人、高血圧予防に取り組んでいる人、高血圧治療者のうち、確実な治療を継続している人の割合を把握する。

①特定健康診査		課題番号 1	事業概要
評価指標	アウトカム評価 ・特定健康診査受診率 : 24.9%(H28年度)	目標値(H35年度) 60%	
	アウトプット評価 ・お知らせ回数: 集団2回・個別0回 (H28年度)	目標値(H35年度) 集団2回 個別1回	
	プロセス評価 ・特定健康診査受診の必要性の周知 ・治療者の受診率向上のための医療機関へのはたらきかけ ・受診率向上のための、漁業組合、商工会へのはたらきかけ ・受けやすい健診実施のための、委託機関との打ち合わせ ・健康マイレージ事業(*1)の導入に向けた検討・実施 ・受診者への高血圧予防に関するアンケート調査の実施	目標値(H35年度) あり あり あり あり あり あり	
	ストラクチャ評価 ・国保係と連携 ・村内、管内医療機関との連携 ・漁業組合、商工会との連携 ・委託機関との連携	目標値(H35年度) あり あり あり あり	
			対象 国民健康保険・後期高齢者保険加入者 20歳以上40歳未満の住民 実施内容・方法 集団健診2回と、個別健診2医療機関(通年)で実施。 集団健診はがん検診との同時実施。 評価体制・方法 受診率や活動状況により評価を実施。 実施体制 国保係～健診の受診状況や受診の必要性の周知、対象者管理、個別通知等、関係団体との連携。 健康づくり係～委託業者や関係団体との連携による、がん検診を含めた、受けやすい健診の体制づくり。 委託機関～健診の実施、結果通知等の事後対応。

(*1)健康マイレージ事業: 市町村が実施する各種健康診査や健康づくりに関連する事業への参加状況に応じて、ポイントを発行し、ポイントが貯まったら特典がもらえる事業。

②がん検診		課題番号 1	
評価指標	アウトカム評価 ・各種がん検診受診率(H28年度) 胃がん検診 : 12.9% 肺がん検診 : 14.5% 大腸がん検診 : 11.8% 乳がん検診 : 27.0% 子宮がん検診 : 26.0% 前立腺がん検診 : 8.9%	目標値(H35年度) 胃・肺・大腸～20% 乳・子宮～30.0% 前立腺～10.0%	対象 20歳以上の住民
	アウトプット評価 ・お知らせ回数: 集団3回(H28年度) ・各検診の重点勧奨年齢対象者への個別通知回数 : 2回(H28年度) 個別案内・受診勧奨ハガキ ・個別受診できる医療機関数	目標値(H35年度) 集団3回 1回 増やす	実施内容・方法 集団健診2回と、個別健診2医療機関(通年)で実施。 集団健診はがん検診との同時実施。(乳・子宮がん集団検診は別日) 各検診の重点勧奨年齢対象者に個別通知
	プロセス評価 ・各種がん検診受診の必要性の周知 ・受診率向上のための、漁業組合へのはたらきかけ ・受けやすい健診実施のための、委託機関との打ち合わせ ・健康マイレージ事業(*1)の導入に向けた検討・実施	目標値(H35年度) あり あり あり あり	評価体制・方法 受診率や活動状況により評価を実施。
	ストラクチャ評価 ・国保係と連携 ・漁業組合との連携 ・村内を含む委託機関との連携	目標値(H35年度) あり あり あり	実施体制 健康づくり係～委託業者や関係団体との連携による、特定健診を含めた、受けやすい健診の体制づくり。 委託機関～検診の実施、結果通知等の事後対応。

③未受診者の個別勧奨		課題番号 1	
評価指標	アウトカム評価 ・未受診者で個別勧奨した対象者のうちの受診率 特定健診 : 16.5%(H28年度) がん検診(対象者を定めて次年度よりデータ蓄積) : 胃・肺・大腸がん検診 40歳以上74歳以下で前年度未受診者 : 乳がん検診 35歳以上74歳以下で2年間未受診者 : 子宮がん検診 20歳以上74歳以下で2年間未受診者 : 前立腺がん 50歳以上74歳以下で2年間未受診者 ・村内医療機関定期通院者のうち、特定健診対象の未受診者で受診勧奨し、受診した人の割合	目標値(H35年度) 特定健診～25% がん検診 ～25% 90%	対象 20歳以上の住民 (国民健康保険加入者)
			実施内容・方法 ・特定健診・がん検診の集団健診未受診者に、個別にお知らせを送付し、受診可能な検診機会の周知を行う。 ・村内医療機関定期通院者のうち、特定健診対象の未受診者に、対象者の検査時期に合わせ、主治医から受診勧奨する。(H29年度新規)

	アウトプット評価 ・集団健(検)診未受診者(国民健康保険加入者)への個別通知回数 ・聞き取りアンケート調査(国保加入者)の実施件数	目標値(H35年度) 2回 増やす		評価体制・方法 受診率や活動状況により評価を実施。
	プロセス評価 ・聞き取りアンケートの内容や実施方法の検討・実施 ・未受診者の現状把握による対策の検討・実施	目標値(H35年度) あり あり		実施体制 健康づくり係～がん検診未受診対象者の抽出とお知らせ、村内、管内医療機関との連携・調整、個別受診委託機関との連携・調整。 国保係～特定健診未受診対象者の抽出とお知らせ。
	ストラクチャ評価 ・国保係との連携 ・村内医療機関との連携 ・個別受診委託機関との連携	目標値(H35年度) あり あり あり		

2 効果的な保健指導実施に向けた取組

健康課題 1. 特定健診結果より、動脈硬化を招くリスクのある住民が多い傾向があることがわかっている。 ①男女ともにメタボ該当者が多く、特に女性では肥満が多い。 ②非肥満高血糖者が多い。 ③生活習慣の改善意欲がない者が多い。 ④夕食後間食をする者が多い。 ⑤飲酒習慣者がある者は量が多い。 ⑥運動習慣のない者が多い。 ⑦喫煙習慣のある者は全国に比べ多い。 2. 特定保健指導実施率が低く、利用者が改善に至らず、対象者が固定化している。	対策の方向性 ・特定保健指導実施率を上げる。 ・特定保健指導利用者の改善率を上げる。 ・健診結果に関する個別支援を継続し、充実させる。 ・禁煙支援についての検討・実施。
--	---

目的: 住民が自らの健康状態を理解でき、生活習慣を改善することでQOLを向上させる。 目標: 住民が自らの生活に合わせた生活改善項目を見つけ、行動変容できる。 重点課題に関する目標: ・自身の普段の血圧値を知っている人、自己測定している人を把握し、増やす。 ・血圧値を上げる原因を知っている人の割合を把握し、増やす。 ・高血圧予防に取り組んでいる人の割合を把握し、増やす。
--

①健診結果説明会	課題番号 1・2	対象 集団健診の結果、要指導～医療継続だった者
評価指標 アウトカム評価 ・健診結果説明を受けた者のうち、特定健診を2年連続で受けたものの割合 : 63.8%(H28年度) ・健診結果説明を受けた者のうち、血液データ・身体計測値が改善した者の割合 : 23.8%(H28年度) ・自身の普段の血圧値を知っている人、自己測定している人の割合 ・血圧値を上げる原因を知っている人の割合 ・高血圧予防に取り組んでいる人の割合	目標値(H35年度) 80% 30% 増やす 増やす 増やす	事業概要 実施内容・方法 年2回集団健診後に、各地区を巡回して実施。 都合が悪い場合は個別対応し、全員に面談で結果を返している。

	アウトプット評価 ・健診結果説明会実施日数 : 3日 (H28年度) 3日 ・健診結果説明会実施会場数 : 延6ヶ所 (H28年度) 延6ヶ所 ・健診結果説明会参加数 : 51名 (H28年度) 増やす ・健診結果説明会参加率 : 56.0% (H28年度) 60% ・個別対応を含め、結果説明率 : 100% (H28年度) 100%	目標値 (H35年度)		評価体制・方法 参加率やアンケート調査、活動状況により評価を実施。
	プロセス評価 ・参加しやすい結果説明会の実施に向けた検討・実施 ・よりわかりやすく効果的な説明方法についての学習や共有機会の確保	目標値 (H35年度) あり あり		
	ストラクチャ評価 ・係内での保健師と栄養士の連携	目標値 (H35年度) あり		実施体制 健康づくり係保健師・栄養士が連携して実施。

②特定保健指導		課題番号 1・2	事業概要	対象 特定保健指導対象者
評価指標	アウトカム評価 ・特定保健指導実施者のうち、血液データ・身体計測値が改善した者の割合 : 0.0%(H28年度)	目標値(H35年度) 50%		実施内容・方法 対象者に個別勧奨し、希望者に実施。結果説明会を含む結果説明を初回面談とし、対象者の生活状況に合わせて6ヶ月間の継続支援を行う。
	アウトプット評価 ・特定保健指導実施者数 :5名(H28年度) ・特定保健指導実施率 :45.5%(H28年度)	目標値(H35年度) 増やす 60%		評価体制・方法 実施率や改善率、活動状況により評価を実施。
	プロセス評価 ・特定保健指導による生活改善の必要性の周知 ・対象者が取組みやすい保健指導の実施に向けた検討・実施 ・よりわかりやすく効果的な特定保健指導についての学習や共有機会の確保	目標値(H35年度) あり あり あり		実施体制 かかりつけ医と連携しながら健康づくり係保健師・栄養士が実施。実績管理については国保係が実施。
	ストラクチャ評価 ・適切な時期にスムーズに評価健診を受けることができる体制の検討・確保(かかりつけ医で評価健診が受けられる体制づくり) ・村内・管内医療機関との連携 ・国保係との連携	目標値(H35年度) あり あり あり		

3 生活習慣病の重症化予防に向けた取組

健康課題

1. 高血圧・糖尿病・脂質異常症が医療費の3割を占め、北海道より高い。
2. 高血圧の受診率が男女共に高い。
3. 糖尿病の受診率が、北海道と比べ高い。
4. 女性は高血圧・脂質異常症が年齢と共に多くなる。
5. 男性は30歳代から脂質異常症で治療者がいる。

対策の方向性

- ・精検対象者の事後フォローの体制を整える。
- ・医療機関と連携し、支援が必要な対象者を把握する体制を整える。
- ・重症化予防に向けた個別支援を実施する。

目的:

医療が必要と思われる住民が適切な治療につながり、治療中の住民が疾病を重症化させないことで、QOLを維持できる。

目標:

- ・精検対象者が医療機関を受診できる。
- ・適切な治療と保健指導により、治療者が疾病をコントロールできる。

重点課題に関する目標:

- ・自身の普段の血圧値を知っている人、自己測定している人を把握し、増やす。
- ・血圧値を上げる原因を知っている人の割合を把握し、増やす。
- ・高血圧予防に取り組んでいる人の割合を把握し、増やす。
- ・高血圧治療者のうち、確実な治療を継続している人の割合を把握し、増やす。
- ・高血圧治療者のうち、40～64歳のコントロール不良者の割合を44.1%(H26～H28 平均値)から30%に減らす。

①精検対象者への受診勧奨		課題番号 1～5	事業概要	対象 特定健診で要精検となった者
評価指標	アウトカム評価 ・精検受診率 : 59.4%(H28年度)	目標値(H35年度) 85%		実施内容・方法 特定健診の健診結果説明会や、健康相談、個別対応時に実施。
	アウトプット評価 ・精検未受診者への受診勧奨回数 : 1回(H28年度)	目標値(H35年度) 1回		評価体制・方法 精検受診率や活動状況により評価を実施。
	プロセス評価 ・対象者の受診状況の把握 ・精検対象者への精検受診の必要性の周知 ・精検未受診者への受診勧奨時期・方法等の検討	目標値(H35年度) あり あり あり		実施体制 健康づくり係保健師・栄養士が実施。必要時地域包括支援センターやかかりつけ医、関係機関と連携し、確実な受診を勧める。
	ストラクチャ評価 ・精検受診状況・結果把握体制、受診勧奨体制の整備 ・健診委託機関との連携 ・村内医療機関を含む、精検実施医療機関との連携	目標値(H35年度) あり あり あり		

②糖尿病性腎症重症化予防事業(新)		課題番号1・3	事業概要	対象 村内医療機関に定期通院中の糖尿病治療者のうち、医師が勧める者
評価指標	アウトカム評価 ・評価健診でのHbA1c値の改善率	目標値(H35年度) 60%		実施内容・方法 村内医療機関で対象者に同意を得た上で情報提供してもらい、主治医との連携のもと生活習慣の改善に
	アウトプット評価 ・対象者への周知	目標値(H35年度) 1回		

	・事業実施に向けた村内医療機関との打ち合わせ回数	2回		向けた指導を行う。
	・対象者の事業参加率	100%		評価体制・方法 事業参加率や評価健診データ、活動状況により評価を実施。
	プロセス評価 ・事業実施に向けた村内医療機関との打ち合わせ ・スムーズかつ効果的な事業実施に向けた体制整備の検討	目標値(H35年度) あり あり		実施と体制 村内医療機関と連携し、健康づくり係保健師・栄養士が実施。 実績報告については国保係と連携。
	ストラクチャ評価 ・スムーズかつ効果的な事業の実施に向けた体制整備 ・国保係との連携 ・村内医療機関との連携	目標値(H35年度) あり あり あり		

③健診結果説明会		課題番号 1～5	事業概要	対象 2①同様
評価指標	アウトカム評価 2①同様 ・特定健診受診者で高血圧治療者のうち、確実な治療を継続している人の割合 ・高血圧治療者のうち、コントロール不良者の割合：44.1% (マルチマーカーH26～H28 40～64歳平均値)	目標値(H35年度) 2①同様 増やす 30%		実施内容・方法 2①同様
	アウトプット評価 2①同様	目標値(H35年度) 2①同様		評価体制・方法 2①同様
	プロセス評価 2①同様	目標値(H35年度) 2①同様		実施体制 2①同様
	ストラクチャ評価 2①同様	目標値(H35年度) 2①同様		

【平成30年度～平成35年度 ライフステージ別保健事業】

事業名		備考
運動	からだすっきり倶楽部	対象：20～64歳
	ウォーキング教室	
	ノルディックポールの貸し出し	
	ころばーぬ教室	
栄養	食育教室	対象：泊小学校児童 対象：泊小学校児童とその父（父不在の場合は母又は祖父でも可） 対象：子育て世代の女性 対象：40～50歳代の女性（高血圧・高脂血症・高血糖予防）
	父と子の料理教室	
	子育て世代の料理教室	
	学食会	
喫煙	禁煙支援	医療機関紹介（禁煙外来）
啓蒙	すこやかウォーキングログロードマップ周知	
特定健診等 受診率向上の取組	生活習慣病健診	※未受診者対策含む
	がん検診	※未受診者対策含む、乳・子宮がんの検診医療機関拡大
	健診結果説明会・特定保健指導	
	健康相談・家庭訪問・相談	
生活習慣病の重症化 予防に向けた取組	精密検査者への受診勧奨・結果把握	
	健康相談・家庭訪問・相談	
	★糖尿病性腎症重症化予防事業	※ケース会議の開催
	★成人期歯科保健 対策の検討・実施	※運動関係事業重複
他疾患の医療費 削減に向けた取組	ころばーぬ教室	
子ども期	青年期	壮年期
		高齢期
★新規事業（平成30年度以降）		

第7章 データヘルス計画の評価方法の設定

1 評価時期

評価時期については計画最終年度としますが、目標の評価数値の達成については毎年度末に確認を行います。

2 データヘルス計画見直し体制

最終年度となる平成35年度に本計画の目的・目標の達成状況を評価しますが、年度毎に、KDBシステム、保健事業評価を実施し見直しを行います。PDCAサイクルに沿った保健事業の実施時には、事業評価を行い、事業の見直しや改善、次年度の企画・立案につなげるものとします。

国保、保健、介護と各部門との連携を強化し、戦略的に事業を推進できるように取り組むと共に、後志広域連合とも調整していきます。

第8章 データヘルス計画の公表・周知の方法

1 公表と周知方法について

本計画は国保においてどのような健康課題があり、課題解決のための事業等を広く住民、関係機関等に知ってもらう必要があることから、泊村ホームページに掲載し公表するとともに、後志広域連合とも調整していきます。

第9章 個人情報の保護

1 個人情報の保護について

個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び泊村個人情報保護条例、後志広域連合個人情報保護条例等を遵守するものとします。