

## 第4章 データヘルス計画の目的・目標

第3期データヘルス計画の目的、並びにそれを達成するための短期目標及び中・長期目標を整理した。

<b>目的～健康課題を解決することで達成したい姿～</b>					
健康寿命を延ばし、津別町で最後まで自分の望む生活が実現できる (自分の望む生活が実現できるような、体と心の健康を保つことができる)					

共通指標	最上位目標	評価指標	開始時	目標値	備考
○	健康寿命の延伸	平均自立期間（要介護2以上）	男性77.0 女性85.3	国道平均値	延伸
○	総医療費に占める脳血管疾患の入院医療費の割合の抑制	脳血管疾患の入院医療費の割合	R6確定	国道平均値	抑制
○	総医療費に占める虚血性心疾患の入院医療費の割合の抑制	虚血性心疾患の入院医療費の割合	R6確定	道平均	抑制
○	総医療費に占める慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合の抑制	慢性腎不全（透析あり）の医療費の割合	R6確定	道平均	抑制
共通指標	長期目標	評価指標	開始時	目標値	備考
○	A新規虚血性心疾患患者数の抑制	新規虚血性心疾患患者数	R6確定	－	抑制
○	B新規糖尿病による人工透析導入者数の抑制	新規糖尿病による人工透析導入者数	R6確定	－	
共通指標	中期目標	評価指標	開始時	目標値	備考
	A 血圧が安定する人が増える	I度高血圧以上の割合	71人(30.5%)	国道平均値	減少
	A メタボ・メタボ予備群で血圧該当者の割合が減る	メタボ・メタボ予備群該当者割合 上記のうち、血圧該当者割合	メタボ 21.9% メタボ予 12.4% メタボ血圧 20.4% メタボ予血圧 9.4%	国道平均値	減少
	A 特定健診を受診する人が増える	特定健診受診率	28.3%	35%	向上
	A 男性の肥満者が減り、女性の肥満抑制	BMI25以上の割合	男性42.3% 女性21.7%	国道平均値	減少
	B 糖尿病性腎症治療者数が減る	糖尿病性腎症治療者数	5人 0.5%	－	抑制
共通指標	短期目標	評価指標	開始時	目標値	備考
	A 高血圧の医療中断者が減る	6か月以上未受診者数	R6確定	－	減少
	A 血圧で再検査・要医療者が医療につながる	2度以上高血圧該当者の病院受診割合	75.0%	－	向上
	A 血圧の正しい測り方を知る人が増える	血圧測定の時間が決まっている人の割合	30.6%	33.7%	向上
	A 家庭で血圧測定をする人が増える	病院や健診以外でも血圧を測る人の割合	49.2%	54.1%	40歳以上 町民アンケート
	A 塩分に気を付ける人が増える	麺類の汁をほとんど飲まない人の割合 自宅の食事が外食より薄いと感じる人の割合	34.7% 45.8%	38.2% 50.4%	向上 20歳以上 町民アンケート
	A 40～50歳代で特定健診を受ける人が増える	40～50歳代の受診率	20%	24.0%	向上
	A 連続受診者が増える	3年連続受診者の割合 来年度の健診予約者数（集団）	12.1% 0人	14.5% －	増加 増加
	A 通院者の健診受診者が増える	みなし健診・データ受領の受診者数 個別医療機関の受診者数	37人 26人	－ －	増加 増加
	A 家庭で体重測定をする人が増える	体重を週1回以上測定する人の割合	38.3%	42.1%	向上 20歳以上 町民アンケート
	A 体を動かす人が増える	徒歩10分の距離を歩く人の割合 30分以上、週2回、1年以上継続している人の割合	34.8% 28.2%	38.3% 31.0%	向上 20歳以上 町民アンケート 向上 特定質問票

A 1日3食とり、野菜を一皿プラスする人が増える	1日の野菜摂取量	134g	210g	増加 20歳以上 町民アンケート
	朝食を抜く人の割合	6.9%	6.2%	減少 特定質問票
A 飲酒を適量範囲内にする人が増える	飲酒の適量を知っている人の割合	33.3%	36.3%	向上 20歳以上 町民アンケート
	毎日飲酒している人の割合	24.6%	22.1%	減少 特定質問票
	飲酒日1日あたりの飲酒量が、男性2合以上、女性1合以上の人の割合	男性13.8% 女性16.8%	男性12.4% 女性15.1%	減少 特定質問票
B 糖尿病の医療中断者が減る	6か月以上未受診者数	R6確定	－	減少
B 糖尿病性腎症の人が透析を予防するための生活改善に取り組む人が増える	左記に取り組む人数	0人	－	増加

## 第5章 目的・目標を達成するための保健事業

### 1 保健事業の整理

第2期に実施した保健事業の振り返りを行った上で、第3期データヘルス計画における目的・目標を達成するための保健事業を整理した。

実績値の評価（ベースラインとの比較）	A：改善している	B：変わらない	C：悪化している	D：評価困難	
全体の評価	1：うまくいった	2：まあ、うまくいった	3：あまりうまくいかなかった	4：まったくうまくいかなかった	5：わからない

#### (1) 重症化予防（がん以外）

第2期計画における取組と評価			
目標分類	全体評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
-	-	設定なし	
実績値評価	事業アウトカム	個別事業名	評価理由
-	-	-	-



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題
#1 高血圧が重症化し、心疾患を発症している人が多い。 #2 糖尿病が重症化し、糖尿病性腎症の患者数が増加傾向にある。
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標
【中期目標】 ① 血圧が安定している人が増える ② メタボ、メタボ予備群のうち血圧該当者の割合が減る ③ 糖尿病性腎症治療者数が減る



第3期計画における重症化予防に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
ハイリスクとして血圧と血糖値にアプローチする。血圧はすでに通院中であってもコントロール不良者、医療中断者に支援を行い、虚血性心疾患の予防をはかる。また、血糖値は糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者を見直し、透析への移行を防ぐことを目的とする。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1 【中期目標①、②】	新規	高血圧重症化予防事業	高血圧で通院中の者であっても、血圧のコントロールに心配がある者へ保健指導を実施し、血圧の安定を目指す。また健診結果で高血圧の治療が必要な者が、医療につながるよう支援を行う。
#2 【中期目標③】	新規	糖尿病性腎重症化予防事業	糖尿病性腎症の診断がある者へ、透析予防を目的に自分の生活改善に取り組めるよう支援を行う。また本事業の対象者を見直し、優先順位を決めて支援を行う。

## ① 高血圧重症化予防事業

実施計画	
事業目的・目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧が安定している人を増やす。</li> <li>・メタボ、メタボ予備群のうち血圧該当者の割合が減る。</li> </ul>
事業内容（予定）	<ul style="list-style-type: none"> <li>■特定健診結果による個別保健指導の実施（健診結果報告会含む）               <ul style="list-style-type: none"> <li>・要再検、要医療者の受診勧奨</li> <li>・医療、内服状況確認</li> <li>・目標とする血圧値の確認</li> <li>・正しい血圧測定方法の指導</li> <li>・栄養、体重コントロールの指導</li> </ul> </li> <li>■高血圧治療中断者の実態把握と個別保健指導実施               <ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBから対象者抽出、対象者の傾向、特定の把握</li> <li>・通院再開に向けた指導</li> </ul> </li> </ul>
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧1度以上の者（高血圧治療中も含）</li> <li>・特定保健指導対象者</li> <li>・高血圧治療、6か月以上中断している者</li> </ul>
実施体制・関係機関	・保健福祉課 健康推進係
評価指標	
事業アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別保健指導実施の人数</li> <li>・本事業対象者のうち、保健指導実施率</li> </ul>
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・6か月以上高血圧医療中断者の人数</li> <li>・血圧の再検査・要医療該当者の病院受診の割合</li> <li>・特定健診で血圧有所見者の割合（I度以上高血圧）</li> <li>・メタボ、メタボ予備群の血圧該当者の割合</li> <li>・新規虚血性心疾患の患者数</li> </ul>
評価時期	令和8年度

## ② 糖尿病性腎症重症化予防事業

実施計画	
事業目的・目標	・糖尿病性腎症治療者が減る
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>■対象者の実態把握               <ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBから対象者抽出、対象者の傾向、特性の把握</li> <li>・保健指導の優先順位の検討</li> </ul> </li> <li>■個別保健指導の実施               <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療、内服状況確認</li> <li>・通院再開に向けた指導</li> <li>・目標とする血糖値の確認</li> <li>・栄養、体重コントロールの指導</li> </ul> </li> <li>■医療機関との協力連携体制の整備</li> <li>■みなし健診（データ受領）の体制作り               <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病治療中の者のデータ把握</li> </ul> </li> </ul>
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症の診断がある者</li> <li>・糖尿病治療、6か月以上中断している者</li> </ul>
実施体制・関係機関	・保健福祉課 健康推進係
評価指標	
事業アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別保健指導実施の人数</li> <li>・本事業対象者のうち、保健指導実施率</li> </ul>
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・6か月以上糖尿病医療中断者の人数</li> <li>・腎症の者が生活改善に取組んだ人数</li> <li>・糖尿病性腎症治療者の人数</li> <li>・新規糖尿病による人工透析導入患者数</li> </ul>
評価時期	令和8年度

## (2) 重症化予防（がん）

第2期計画における取組と評価			
目標分類	全体評価	重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標	
中長期	2	疾病の早期発見・早期治療に向けた人間ドックやがん検診の受診率向上	
実績値 評価	事業 アウトカム	個別事業名	評価理由
B	胃 16.6% 肺 15.5% 大腸14.9% 子宮21.6% 乳 23.9%	がん検診	QRコードによるWeb予約を可能とし、働いている世代が夜間でも申込可能とした。またコロナ禍のR2から個別の受診勧奨はがき送付を開始。そのため大きな受診率低下をまねくことなく、全国、全道と比較しても受診率が高い。 また精密検査未受診者には確実に検査につなげるよう電話による受診勧奨を実施。



第3期計画における重症化予防に関連する健康課題
#3 死亡数では肺・大腸・胃がんが多く、SMRでは食道・膵臓・大腸がんが多い。
#4 入院医療費では肺・大腸がんによるものが多い
第3期計画における重症化予防に関連するデータヘルス計画の目標
がんについては死亡数も多く、健康課題ではあるが、健康増進計画で取り組むこととする。

(3) 生活習慣病発症予防・保健指導

第2期計画における取組と評価			
目標分類	全体評価	生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標	
中長期	3	特定保健指導等を通じた生活習慣の改善 生活習慣病の予防・改善	
実績値 評価	事業 アウトカム	個別事業名	評価理由
A	実施率 目標：60% H29 33.3% R4 44.4%	特定保健指導	集団健診から特定保健指導対象者となった場合には、初回面談は全員実施できているものの3～6か月の継続支援体制が確立できなかった。また人間ドック、個別検診、みなし健診の特定保健指導は実施できなかった。
A	医療費全体 における生活 習慣病の 医療費割合 H30 17.4% R4 14.5%	—	医療費全体のうち、生活習慣病に関する治療費割合は全国、全道より低い状況。また、基礎疾患の医療費（高血圧等）>重症化した疾患の医療費（心筋梗塞等）であり、重症化に至らずコントロールできている人が多い。患者数では基礎疾患は高血圧、重症化した疾患では心疾患が多い。
D	平均寿命と 健康寿命の 差 H30男性1.2 女性2.4 R4 男性1.2 女性3.7	—	女性は平均寿命が延びた結果として、要介護期間が延びているが、健康寿命（平均自立期間・要介護2）は全国、遠藤と比較しても長い。男性は健康寿命が短い傾向がある。



第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する健康課題
#5 運動不足、食生活に課題があり、特に男性の肥満が多い
第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連するデータヘルス計画の目標
【中期目標】 ④ 男性の肥満者が減り、女性の肥満者は抑制される



第3期計画における生活習慣病発症予防・保健指導に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
血圧が高くなりかけている人へ対して高血圧発症を予防する。また、男性は肥満が多く、それが原因となり血圧等に影響を与えている可能性が高いため、肥満解消を目的に保健指導を実施し、将来的な生活習慣病発症を予防する。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#5 【中期目標①】	継続	特定保健指導	体重・腹囲の減少を目的に、1人1人の身体状況、生活状況に合わせて、自らが実行できるような生活習慣の改善に向けたサポートを行う。
#5 【中期目標④】	新規	肥満改善の集団保健指導	体重・腹囲の減少を目的に、すでに肥満に該当する者へ対して、運動習慣の獲得、食生活の見直しができるよう集団指導を行う。
#1, 2, 5 【中期目標 ①②④】	継続	健診結果報告会	生活習慣病の発症・重症化予防を目的に、特定健診の結果が保健指導判定値以上の者へ、生活習慣の見直しができるよう個別指導を行う。

## ① 肥満改善の集団保健指導

実施計画	
事業目的・目標	・ 男性の肥満者が減る
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 集団指導</li> <li>・ 運動習慣の獲得に向けた指導</li> <li>・ 食生活の見直しに向けた指導（飲酒量、野菜摂取量、1日3食）</li> <li>・ セルフチェックの習慣化に向けた指導（体重測定、血圧測定）</li> </ul>
対象者	・ BMI25以上の男性
実施体制・関係機関	・ 保健福祉課 健康推進係
評価指標	
事業アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健指導の実施回数</li> <li>・ 特定健診結果の対象者のうち、参加人数の割合</li> </ul>
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 体重 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 参加した者の体重減少率</li> </ul> </li> <li>■ 運動習慣 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 徒歩10分程度を歩く人の割合</li> <li>・ 30分以上週2回以上1年以上運動している人の割合</li> </ul> </li> <li>■ 食生活 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 麺類の汁をほとんど飲まない人の割合</li> <li>・ 体重を1日1回測定する人の割合</li> <li>・ 朝食を抜く人の割合</li> <li>・ 1日の野菜摂取量</li> <li>・ 飲酒の適量を知っている人の割合</li> <li>・ 毎日飲酒している人の割合</li> <li>・ 飲酒日1日あたりの飲酒量が男性2合以上、女性1合以上の人の割合</li> </ul> </li> <li>■ セルフチェック <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 決まった時間に血圧測定している人の割合</li> <li>・ 病院や健診以外でも血圧測定する人の割合</li> </ul> </li> <li>・ 特定健診の結果、肥満に該当する人の割合</li> <li>・ 20歳の時から体重が10kg増えた人の割合</li> <li>・ メタボ、メタボ予備群に該当する人の割合</li> </ul>
評価時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 集団指導参加者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 教室参加前後（終了後の時期はR6決定）</li> </ul> </li> <li>■ 全町民 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 令和8年度</li> </ul> </li> </ul>

## ② 健診結果報告会

実施計画	
事業目的・目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活習慣病の発症、重症化を予防する。</li> <li>・ 次年度の特定健診受診へつなげる</li> </ul>
事業内容	・ 特定健診後の個別保健指導
対象者	・ 特定健診受診者のうち、保健指導判定値以上（優先順位はR6決定）
実施体制・関係機関	・ 保健福祉課 健康推進係
評価指標	
事業アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診受診者のうち、本事業の対象者の割合</li> <li>・ 本事業対象者のうち、個別保健指導実施率</li> </ul>
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診結果の有所見該当の割合</li> <li>・ 特定健診受診率</li> </ul>
評価時期	令和8年度

(4) 早期発見・特定健診

第2期計画における取組と評価			
目標分類	全体評価	早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標	
中長期	3	特定健診受診率の更なる向上	
実績値評価	事業アウトカム	個別事業名	評価理由
C	受診率 目標：60% H29 30.0% R4 28.6% (速報値)	特定健康診査	R2から個別の受診勧奨はがき送付、QRコードを導入し、申込しやすい体制をつくったが、連続受診者が少なく、受診率は横ばいが続いている。集団健診については一定数の受診者がいるが、個別健診が町民に浸透していない様子もあり、通院先で検診が受けやすい体制を作る必要がある。



第3期計画における早期発見・特定健診に関連する健康課題	
#6 特定健診受診者が少なく、自分の体の状態を知らない人が多い	
第3期計画における早期発見・特定健診に関連するデータヘルス計画の目標	
【中期目標】 ⑤ 特定健診を受ける人が増える	



第3期計画における早期発見・特定健診に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
健診を受けることで、自分の体の状態を知る人を増やす。また毎年連続して受診する人を増やし、併せて働き盛りの40～50歳代が受けやすい体制を作っていく。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#6 【中期目標⑤】	新規	健診リピーター獲得事業	特定健診の3年連続受診者増を目的に、次年度の予約受付や前年度受診者へ受診勧奨を行う。
	継続	通院者対策	通院中の者が特定健診受診につながることを目的に、データ受領の体制整備、通院先の個別医療機関で受けやすい体制歳暮を行う。
	新規	40-50歳代受診率向上事業	40～50歳代の特定健診受診者を増やすことを目的に、関係機関の協力を得つつ、働く世代が受けやすい体制整備を行う。
	継続	簡易脳・心血管ドック検診助成事業	脳・心臓疾患の早期発見、早期治療につなげられるよう、関係機関の協力を得つつ、簡易脳ドック・心血管ドックの検査受診費用の一部を助成する。



## ① 健診リピーター獲得事業

実施計画	
事業目的・目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診の受診率を増やす</li> <li>・ 3年連続受診者を増やす</li> </ul>
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 前年度受診者に受診勧奨ハガキ送付</li> <li>・ 集団健診において次年度の健診予約</li> </ul>
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 前年度特定健診受診者</li> <li>・ 集団健診受診者</li> </ul>
実施体制・関係機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健福祉課 国保係</li> <li>・ 保健福祉課 健康推進係</li> </ul>
評価指標	
事業アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ハガキ送付の回数</li> <li>・ 特定健診対象者のうち、ハガキ送付者の割合</li> <li>・ 次年度予約する人の割合</li> </ul>
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ハガキ送付者の受診率</li> <li>・ 3年連続受診者の割合</li> <li>・ 特定健診受診率</li> </ul>
評価時期	令和8年度

## ② 通院者対策

実施計画	
事業目的・目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診の受診率を増やす</li> <li>・ 通院中の者の健診受診率を増やす</li> </ul>
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通院先の医療機関分析</li> <li>・ 医療機関への協力依頼</li> <li>・ 対象者への協力依頼ハガキ発送</li> <li>・ 健診委託先拡大に向けた検討</li> </ul>
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診対象者のうち、通院中の者</li> </ul>
実施体制・関係機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健福祉課 国保係</li> <li>・ 保健福祉課 健康推進係</li> </ul>
評価指標	
事業アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ハガキ送付の回数</li> <li>・ 対象者のうち、ハガキ送付者の割合</li> <li>・ 健診委託医療機関数</li> </ul>
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ みなし健診・データ受領の件数</li> <li>・ 特定健診受診率</li> </ul>
評価時期	令和8年度

### ③ 40-50歳代受診率向上事業

実施計画	
事業目的・目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率を増やす</li> <li>・40～50歳代の特定健診受診率を増やす</li> </ul>
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の健診受診歴、実態の把握</li> <li>・受診勧奨方法の検討</li> <li>・関連団体（JAなど）への協力依頼</li> </ul>
対象者	・特定健診対象者のうち、40～59歳
実施体制・関係機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健福祉課 国保係</li> <li>・保健福祉課 健康推進係</li> </ul>
評価指標	
事業アウトプット	・対象者のうち、受診勧奨実施の割合
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40～50歳代の受診率</li> <li>・特定健診受診率</li> </ul>
評価時期	令和8年度

### ④ 簡易脳・心血管ドック検診助成事業

実施計画	
事業目的・目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・簡易脳ドック・心疾患ドックの受診者数を増やす</li> <li>・メタボ、メタボ予備群のうち血圧該当者の割合が減る</li> </ul>
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診対象者に受診勧奨通知の送付</li> <li>・医療機関との協力連携体制の整備</li> <li>・要再検、要医療者の受診勧奨</li> </ul>
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査対象者</li> <li>・過去2年間に簡易脳ドック又は心疾患ドックを受診していない者</li> <li>・脳又は心臓疾患の治療を受けていない者</li> </ul>
実施体制・関係機関	・保健福祉課 国保係
評価指標	
事業アウトプット	・受診者の人数、受診率
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・有所見者の人数</li> <li>・再検査・要医療該当者の病院受診の割合</li> </ul>
評価時期	令和8年度

(5) 健康づくり・社会環境体制整備

第2期計画における取組と評価			
目標分類	全体評価	健康づくり・社会環境整備に関連するデータヘルス計画の目標	
-	-	設定なし	
実績値 評価	事業 アウトカム	個別事業名	評価理由
-	-	-	-



第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連する健康課題
#1 高血圧が重症化し、心疾患を発症している人が多い #5 運動不足、食生活に課題があり、特に男性の肥満が多い
第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連するデータヘルス計画の目標
【中間目標】 ① 血圧が安定する人が増える ② メタボ・メタボ予備群のうち、血圧該当者の割合が減る ④ 男性の肥満者が減り、女性の肥満が抑制される



第3期計画における健康づくり・社会環境体制整備に関連する保健事業			
保健事業の方向性			
運動不足、食生活(特に野菜不足、飲酒量)に課題がある人が多く、特に男性の肥満が多い。肥満がベースとなり血圧が上昇している人や、高血圧が重症化して心疾患を発症している人も多いことから、被保険者全体に適正体重や血圧の大切さを普及啓発していく必要がある。			
健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1 【中期目標①②】	新規	正しい血圧測定方法の普及啓発事業	普段の自分の血圧を把握し、軽度の上昇段階で早めに気が付くことができるよう、体調不良時や健診以外でも血圧測定の大切さや具体的な方法について、啓蒙活動を行う。
#1.2 【中期目標①②④】	新規	塩分に対する関心を高めるための普及啓発事業	塩分の取り過ぎを意識する人を増やすことを目的に、塩分に関心をもってもらえるよう、啓蒙活動を行う。
	新規	肥満改善のための普及啓発事業	肥満を予防する、または改善することを目的に、自宅での体重測定の勧めや、1日3食、野菜摂取量、飲酒量を中心に知識の普及や、生活へ取り入れる方法について、啓蒙活動を行う。

① 正しい血圧測定方法の普及啓発事業

実施計画	
事業目的・目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧の正しい測り方を知っている人が増える</li> <li>・家庭で血圧測定をする人が増える</li> </ul>
事業内容	・R6年度検討
対象者	・全被保険者
実施体制・関係機関	・保健福祉課 健康推進係
評価指標	
事業アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・R6年度検討</li> <li>※ 事業内容決定後</li> </ul>
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・決まった時間に血圧測定している人の割合</li> <li>・病院や健診以外でも血圧を測る人の割合</li> </ul>
評価時期	令和10年度（健康増進計画の中間評価と同時期）

② 塩分に対する関心を高めるための普及啓発事業

実施計画	
事業目的・目標	・塩分に気をつける人が増える
事業内容	・R6年度検討
対象者	・全被保険者
実施体制・関係機関	・保健福祉課 健康推進係
評価指標	
事業アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・R6年度検討</li> <li>※ 事業内容決定後</li> </ul>
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・麺類の汁をほとんどの飲まない人の割合</li> <li>・自宅の食事が外食より薄いと感じる人の割合</li> </ul>
評価時期	令和10年度（健康増進計画の中間評価と同時期）

③ 肥満改善のための普及啓発事業

実施計画	
事業目的・目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭で体重測定する人が増える</li> <li>・体を動かす人が増える</li> <li>・1日3食とり、野菜を一皿プラスする人が増える</li> <li>・員栄yを適量範囲内にする人が増える</li> </ul>
事業内容	・R6年度検討
対象者	・全被保険者
実施体制・関係機関	・保健福祉課 健康推進係
評価指標	
事業アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・R6年度検討</li> <li>※ 事業内容決定後</li> </ul>
事業アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>体重を週1回以上測定する人の割合</li> <li>徒歩10分程度を歩く人の割合</li> <li>1回30分以上、週2回、1年以上運動している人の割合</li> <li>1日の野菜摂取量</li> <li>朝食を抜く人の割合</li> <li>飲酒の適量を知っている人の割合</li> <li>毎日飲酒している人の割合</li> <li>飲酒日1日あたりの飲酒量が、男性2合以上、女性1合以上の人の割合</li> </ul>
評価時期	令和10年度（健康増進計画の中間評価と同時期）

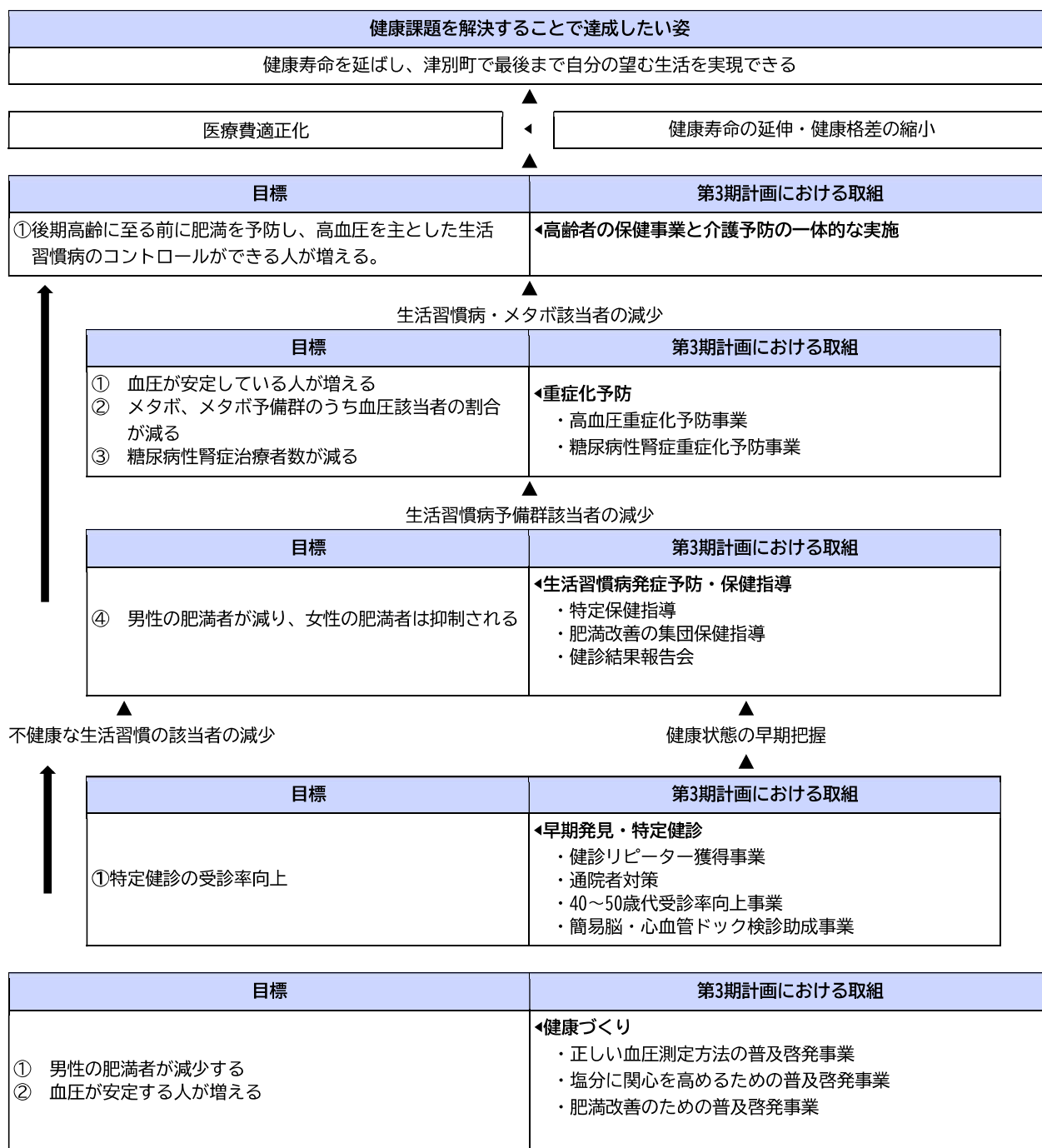
(6) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

第2期計画における取組と評価			
目標分類	評価	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連するデータヘルス計画の目標	
中長期	2	○要介護認定者の有病状況の改善によるQOLの向上 ○要介護認定者の増加防止に向けた介護予防の更なる向上	
事業評価	事業アウトカム	個別事業名	評価理由
C	要介護認定率 H30 17.4% R4 19.5%	【介護予防事業】 サロン事業 100歳体操 介護予防事業対象者把握の訪問 転倒予防教室	要介護認定率は全国より高いが、全道よりは低い。給付費は全国・全道より高め。特に居宅が高く、町外のサービス付き高齢者住宅等の利用が一因と考えられる。
A	介護給付費 H30 75587円 R4 67887円		

第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連する健康課題
#1 後期高齢世代では「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」、「慢性腎臓病」の発症が多い。 #5 要介護に至る原因として「膝、腰の痛み」、「慢性心不全等の繰返しにより、徐々にフレイルが進む」人が多い。
第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連するデータヘルス計画の目標
後期高齢に至る前に肥満を予防し、高血圧を主とした生活習慣病のコントロールができる人が増える。

第3期計画における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関連する保健事業
<b>保健事業の方向性</b> 上記の後期高齢者の健康課題を踏まえ、後期に至る前に重症化予防～健康づくりまでの保健事業を実施する。 個別の保健事業については包括支援センターが中心となり実施する。

## 第6章 データヘルス計画の全体像の整理



## 第7章 計画の評価・見直し

第7章からはデータヘルス計画策定の手引きに従った運用とする。以下、手引きより抜粋する。

### 1 評価の時期

#### (1) 個別事業計画の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

#### (2) データヘルス計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施する。また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行う。

### 2 評価方法・体制

計画は、中・長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行う。評価に当たっては、市町村国保における保健事業の評価を広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他の保険者等との連携・協力体制を整備する。

## 第8章 計画の公表・周知

本計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り得るべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的には、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、都道府県、国保連、保健医療関係者経由で医療機関等に周知し、配布する。また、これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた概要版を策定し併せて公表する。

## 第9章 個人情報の取扱い

計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特にKDBシステムを活用する場合等には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工した統計情報と、個別の個人情報とが存在する。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取扱う。津別町では、個人情報の保護に関する各種法令とガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。