

東秩父村第 2 期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
東秩父村第 3 期特定健康診査等実施計画

東秩父村国民健康保険
平成 30 年 3 月

目 次

内 容		頁	特定健診等実施計画に 該当する箇所
第 1 章	計画の基本的事項	3	○
	1 計画の趣旨（背景・目的）	3	
	2 計画の位置づけ	3	
	3 計画の期間	5	
	4 関係者が果たすべき役割	5	
	1) 実施体制・関係部局の役割	5	
	2) 外部有識者等の役割	5	
	3) 被保険者の役割	5	
第 2 章	現状の整理	6	○
	1 東秩父村の特性	6	
	2 前期計画の考察等	6	
	1) 特定健康診査対策	6	
	2) 生活習慣病重症化予防事業	7	
	3) 疾病予防	7	
第 3 章	健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく 健康課題の把握	8	○
	1 人口・被保険者・死亡の状況	8	
	1) 人口・死亡・平均寿命と健康寿命の状況	8	
	2) 死亡の状況	9	
	3) 平均寿命と健康寿命	10	
	4) 国民健康保険被保険者の状況	10	
	2 特定健診・医療情報の分析	11	
	1) 医療費データの分析	11	
	2) 特定健診・特定保健指導データの分析	16	
	3) 介護データの分析	22	
	4) その他	25	
	3 健康課題の抽出・明確化	26	
第 4 章	目的・目標の設定	27	
第 5 章	保健事業の実施内容	28	
第 6 章	特定健康診査及び特定保健指導の実施	30	○
	1 目標値の設定	30	
	2 年度別の対象者の見込み	30	
	3 特定健康診査の実施方法	31	
	4 情報提供	32	
	5 特定保健指導の実施方法	33	
第 7 章	計画の評価・見直し	37	○
第 8 章	計画の公表・周知	37	○
第 9 章	個人情報の取り扱い	37	○
第 10 章	その他の留意事項（地域包括ケアにかかる取り組みなど）	37	

第1章 計画の基本的事項

1 計画の趣旨（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等（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、保険者等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る。

こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「すべての健康保険組合に対し、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する。」とされた。

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることになった。

これまで、保険者等においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健診等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところである。

今後はさら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（※注1）から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められている。

こうした背景を踏まえ、保険事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）の一部を改正する等により、本村においても健康・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ための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善を行なう。

なお、本村では第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第2期特定健康診査等実施計画の期間が平成29年度をもって終了することから、これまで実施してきた両計画の目標達成状況、各保健事業の効果検証を踏まえ、次期計画（「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」）を一体的に策定する。

※注1：対象を一部に限定しないで、集団全体へアプローチをし、全体としてリスクを下げたいこうという考え方。多くの人が少しずつリスクを軽減することで、集団全体をよい方向へシフトさせることである。

2 計画の位置づけ

（データを活用したPDCAサイクルの遂行）

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）とは、被保険者の健康保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用す

るものである。

(他の法定計画等との調和)

本計画は、健康増進法に基づく「健康日本 21」に示された基本的な方針を踏まえるとともに、埼玉県地域保健医療計画、健康埼玉 21、東秩父村健康増進計画、介護保険事業計画等と調和のとれたものとする必要がある。

	特定健康診査等実施計画			データヘルス計画	健康日本21計画
法律	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 (平成16年厚生労働省告示第307号)	健康増進法 第8条、第9条
基本的な指針	厚生労働省保険局 平成25年5月 「特定健康診査計画作成の手引き」			厚生労働省保険局 平成26年4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」	厚生労働省健康局 平成26年6月 「国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」
計画策定者	医療保険者			医療保険者	都道府県：義務、市町村：努力義務
基本的な考え方	生活習慣病の予防対策を進めることにより糖尿病等を予防できれば、通院患者を減らすことができる。さらには、重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができる。この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら、医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、生活習慣病の発症や重症かを予防することを目的としてメタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保険指導を必要とする者を的確に抽出するために実施するものである。			生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進および疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心になって被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化および保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	健康寿命の延伸および健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持および向上を目指す。その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善および社会環境の整備に取り組むことを目標とする。
対象年齢	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	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期)に応じて
対象疾病	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 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	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 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス
目標	医療保険者	特定健診	特定保健指導	①分析結果に基づき、直ちにに取り組むべき健康課題と、中長期的に取り組むべき健康課題を明確にして目標値を設定する。 ②疾病の重症化を予防する取り組み：優先順位を設定、適切な保健指導、医療機関への受診勧奨、医療との連携(治療中断者の保健指導等) ③計画期間：平成35年度まで	①健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標 ②主要な生活習慣病発症予防と、重症化予防に関する目標 ③社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標 ④健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標 ⑤栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙および歯・口腔の健康に関する生活習慣
	全体	70%	45%		
	市町村国保	60%	60%		
評価	①特定健診受診率 ②特定保険指導実施率			健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮しつつ実施する。 ①生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ②特定健診受診率、特定保健指導率、健診結果の変化、生活習慣病の有病者・予備群 ③医療費、介護給付費	①脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 ③治療継続者の割合の増加 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 ⑤糖尿病有病者の増加の抑制 ⑥特定健診、特定保健指導の実施率の向上 ⑦メタボ予備群、メタボ該当者の減少 ⑧高血圧の改善 ⑨脂質異常症の減少 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量、質の食事を摂る者の増加 ⑫日常生活における歩数の増加 ⑬運動習慣者の割合の増加 ⑭成人の喫煙率の減少 ⑮生活習慣病リスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

3 計画の期間

計画期間については、関係する計画との整合性を図るため、平成 30 年度から平成 35 年度までの 6 年間とする。

4 関係者が果たすべき役割

1) 実施体制・関係部局の役割

東秩父村においては、データヘルス計画策定は保健衛生課（国保を含む）が所掌し、課内保健師がデータ分析等主体となり、国保担当者の協力を得て作成する。住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わってくるため、福祉部門、介護部門との連携を十分に図ることのできる体制を構築する。さらに、PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実な引き継ぎを行なう体制を整える。

2) 外部有識者等の役割

計画策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者との連携・協力が重要となる。比企医師会、比企郡市歯科医師会をはじめ、埼玉県や国保連合会等と連携を図り、計画の実行性を高めていく。

また、国保連合会に設置される支援・評価委員会で、委員の幅広い専門的知見を積極的に活用していくとともに、健診データ、レセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、国保連合会による技術支援を受ける。

平成 30 年度から、都道府県が市町村国保の財政運営の責任主体、共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については都道府県の関与がさらに重要となる。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では被保険者自身が状況を理解し、主体的・積極的に取り組む。このため、保険者は地域組織との意見交換や情報提供を行う。また、国民健康保険運営協議会等の場を通じて議論に参画してもらうなど、意見反映に努めることも重要である。

第2章 現状の整理

1 東秩父村の特性

東秩父村は、埼玉県の西部に位置し、四方を山に囲まれている。都心から 60km 圏にあり、東は比企郡小川町、西は秩父郡皆野町、南は秩父市と比企郡ときがわ町、北は大里郡寄居町に接している。東西 7.7km、南北 10.5km で、面積は埼玉県土 (3,797.75 km²) の約 1% に当たる 37.06 km² である。地勢は大部分が外秩父山地などの山々に囲まれたほぼ正三角形の地域で、総面積の 76.3% を山林が占める。また、槻川の最上流域でもあり、集落は山の中腹や川沿いに開けている。

村の基幹産業である農業は、都市化や生産人口の流出により厳しい状況となっており、販売農家は、農家数、世帯員数、経営耕地面積ともに減少している。一方、清流や緑の山々など豊かな自然環境を活かし、村では花桃や山つつじなどの花の名所、キャンプ場、秩父高原牧場など、観光拠点の充実に取り組んできた。

槻川沿いの地域では、清流を利用した紙漉きが盛んに行なわれてきた。東秩父村と、隣接する小川町では、古代より伝わる和紙「細川紙」を大切に保護している。昭和 53 年に国の重要無形文化財に指定され、昭和 63 年には細川紙の手漉き技術の伝承・後継者の育成、地域の活性化を目的として「和紙の里」をオープンした。「和紙の里文化フェスティバル」や民間団体主催の「版画フォーラム」で交流人口の増加、新たな文化の創造を進めている。

平成 26 年に細川紙がユネスコ無形文化遺産に登録され、平成 28 年には「和紙の里」が「道の駅和紙の里ひがしちちぶ」としてリニューアルオープンした。これらが起爆剤となり、村がより元気に、より活気づいていくことが期待されている。

2 前期計画の考察等

第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）の実施状況について、以下のとおりである。

1) 特定健康診査受診率向上対策

短期目標：受診率の向上を図ることにより、住民の健康状態の把握に努める。

中長期目標：医療機関にかかっている人にも健診を受けてもらう。

実施内容	目標値	実績	達成状況	要因
・各世帯の 20 歳以上の氏名が入った健診申込書を衛生委員が全戸配布 ・集団健診の日程が合わない人へ個別健診の受診勧奨の電話 ・国保より人間ドック受診助成	・受診率 60% ・個別健診、人間ドック受診者の増加	平成 28 年度： 受診率 51.9% 個別健診 30 人 人間ドック 7 人 平成 29 年度（年度末時点）： 受診率 49.9% 個別健診 22 人 人間ドック 3 人	未達成	・既に医療機関にかかっている人に健診を受けてもらうことは難しかった。 ・健診未受診者の中でレセプト等が上がってこない未治療者の健康実態を把握する機会がない。

2) 生活習慣病重症化予防事業

短期目標：糖尿病重症化予防事業参加者の中から医療機関への受診者数の増加。

中長期目標：重症化予防事業に参加しなかったものも含め、新規に人工透析へ移行する患者を増やさない。

実施内容	目標値	実績	達成状況	要因
県の糖尿病性腎症重症化予防事業を村独自の基準(血圧高値の者を含む)で実施。	新規に人工透析に移行する患者を増やさない。	平成 28 年度：9 名に受診勧奨、うち 6 名が受診。 平成 29 年度：6 名に受診勧奨、うち 5 名が受診。 →医療機関に結びついた対象者は、治療の経過について情報共有ができていない。 事業対象者からは人工透析への移行者はいなかったが、対象者以外では透析移行者が 2 名いた。	未達成	既に悪化した状態で転入した者については透析への移行を防ぐことは難しかった。

3) 疾病予防

短期目標：健診結果説明会等参加者の増加。

中長期目標：健診結果説明会等で受診勧奨、保健指導を実施した治療中断者、未治療者の医療機関受診者数の増加、治療を開始した人の翌年の健診結果の改善。

実施内容	目標値	実績	達成状況	要因
健診結果説明会、体組成測定会、訪問、電話、手紙等で受診勧奨、保健指導	・治療中断者、未治療者の受療率向上 ・治療を開始した人の翌年の健診結果の改善	平成 28 年度：結果説明会、体組成測定会延べ参加人数 68 人、訪問 5 人、電話 2 人 平成 29 年度：結果説明会、体組成測定会延べ参加人数 63 人、訪問 2 人、電話 2 人、手紙 1 人	未把握	受診勧奨を実施した対象者は、おおむねその後医療機関を受診しているが、医療機関によっては具体的な治療を開始せずに経過観察のみの場合もある。 翌年の健診結果については次年度に把握する。

第3章 健康・医療情報の分析に基づく健康課題の把握

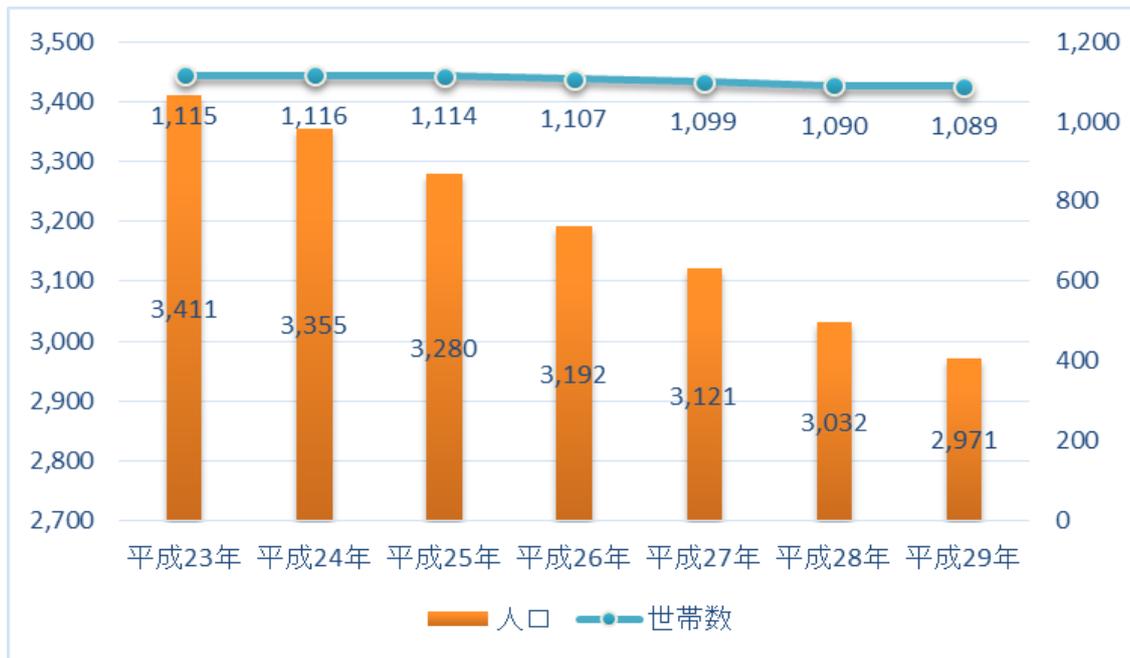
1 人口・被保険者・死亡の状況

1) 人口・死亡・平均寿命と健康寿命の状況

ア 総人口及び総世帯数の状況

この7年間で、人口は13%減、世帯数は3%減少している。

図1 東秩父村の総人口（人）・世帯数の推移



(出典：東秩父村住民福祉課作成「人口統計」)

イ 年齢別人口

図2 東秩父村の年齢階層別人口（人）と高齢化率（%）の推移



(出典：埼玉県衛生研究所「埼玉県の健康指標総合ソフト 東秩父村の現状」)

この6年間の年齢階層別人口は、年少人口は約31%、生産年齢人口は約16%減少している。それに対し、老年人口（65歳以上）は約5%増加しており、高齢化が進んでいる。

東秩父村の人口は、昭和35年の5,881人（国勢調査）をピークに高度経済成長以後減少が始まり、平成17年に3,795人（国勢調査）となり、平成22年4月に過疎地域の指定を受けた。高度経済成長に伴う都市部への若年労働力の流出と、それに伴う出生人口の低下が過疎化に拍車をかけた。これに対して、村では交通通信体系の整備、教育文化施設の整備、生活環境の整備、産業の振興等を積極的に進めてきた。しかし、若年層の就労の場の不足、公共交通機関整備等の遅れによる生活の不便性から、人口の減少は更に進行している。

単身高齢者及び高齢者夫婦のみの世帯の割合も高くなり（p23 図19参照）、相互扶助等集落の基礎的な機能が困難になるなど、以前にも増して厳しい問題に直面している。村の65歳以上高齢者人口は、昭和35年の9.2%から年々上昇し、平成12年には26.4%と村民の4人に1人が高齢者となり、平成28年には35.6%になった。

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年（平成37年）は、国の医療費適正化対策において目標とされている年である。村の将来推計人口では、平成37年の高齢化率は40%を超える。

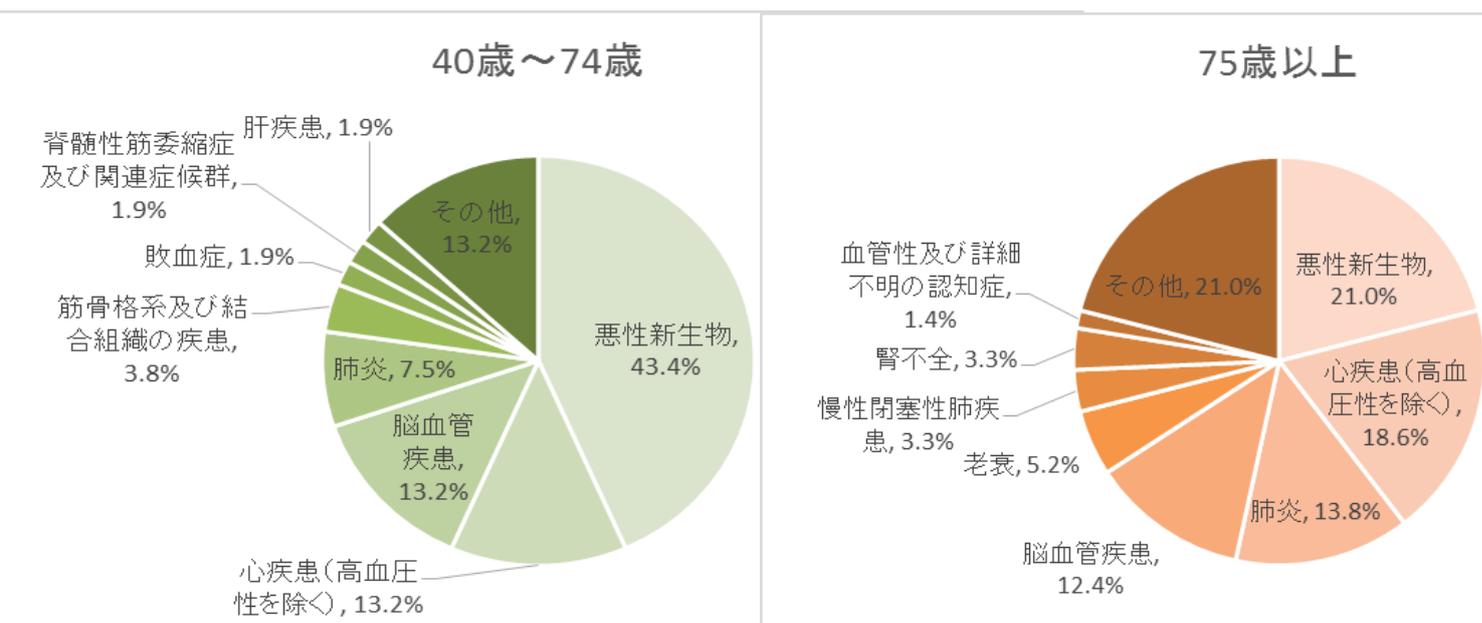
現在、村には医療機関がなく、車を使って近隣の町に受診せざるをえない状況がある。社会資源が乏しいことに加え、高齢化による医療費の増加は避けられない。その抑制に向けて現在壮年期にあたる世代の生活習慣病対策は村として重要な施策である。

2) 死亡の状況

ア 死因別死亡割合

平成23年から平成27年の合計死因別割合を見ると、40歳～74歳、75歳以上ともに悪性新生物が第1位を占めており、第2位は心疾患（高血圧性を除く）となっている。第3位は40～74歳では脳血管疾患、75歳以上は肺炎である。

図3 東秩父村の死因別死亡割合（%）（平成23年～27年）（出典：衛生研究所「埼玉県健康指標総合ソフト」）



イ 標準化死亡比 (SMR)

全国を 100 とした標準化死亡比は、男女ともに脳血管疾患が高い傾向にある。

表 1 標準化死亡比

(出典：埼玉県衛生研究所「健康指標総合ソフト」(平成 28 年度版))

標準化死亡比(平成23年～27年)					(基準集団:埼玉県100)	
	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	自殺	不慮の事故
男	98.3	74.4	147.1	95.0	125.8	29.7
女	97.2	118.2	122.0	112.9	83.5	75.2
総数	99.1	98.6	134.4	104.4	112.5	50.2
					SMR検定: *:p<0.05,**:p<0.01	

3) 平均寿命と健康寿命

平成 27 年時点の平均寿命は男性 76.9 歳、女性 86.4 歳で、男性は県と比較して約 3 年短い。また、65 歳健康寿命は男性 17.6 歳、女性 19 歳で、女性は県より 1 年短い。

表 2 平成 27 年度平均寿命と健康寿命 (歳)

	平均寿命		65歳健康寿命	
	男性	女性	男性	女性
東秩父村	76.99	86.37	17.59	19.02
埼玉県	80.28	86.35	17.19	20.05

(出典：埼玉県衛生研究所「健康指標総合ソフト」(平成 28 年度版))

※65 歳健康寿命とは、単なる生存ではなく生活の質を考慮し、「あと何年自立して生活できるか」を示した期間のこと。65 歳に達した人が「要介護 2」以上になるまでの平均的な年数。厚生労働省が国民生活基礎調査に基づき算出している健康寿命(日常生活が制限されることなく生活できる期間)とは異なる。

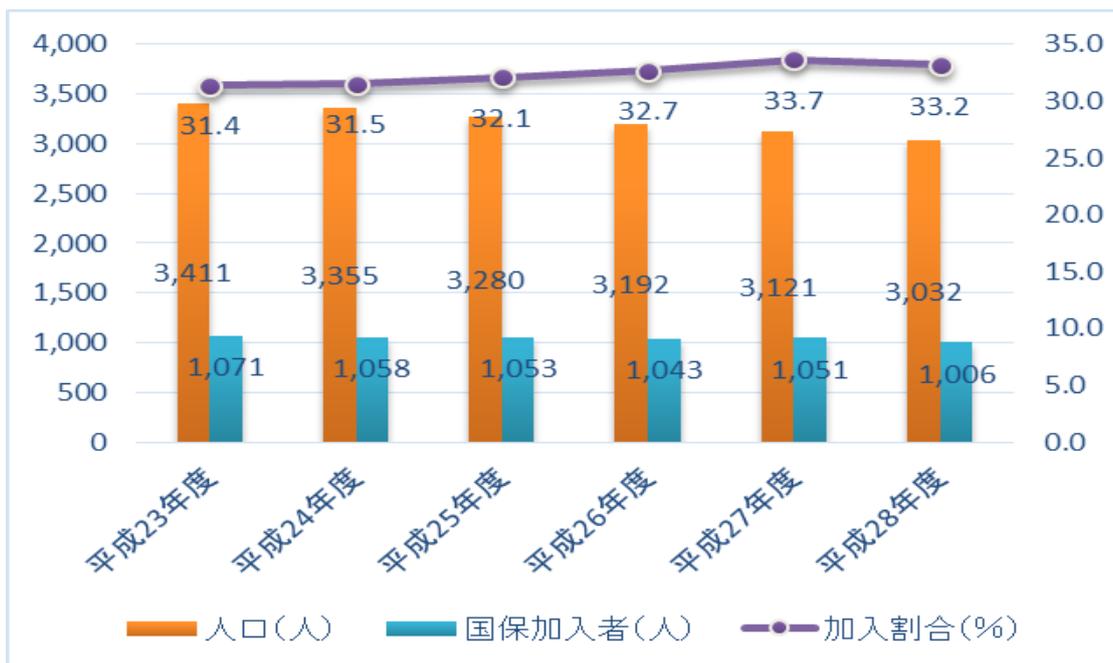
4) 国民健康保険被保険者の状況

ア 加入状況

国保加入者数は減少しているが、人口も減っているため加入割合は微増している。

図 4 国民健康保険加入者割合の推移

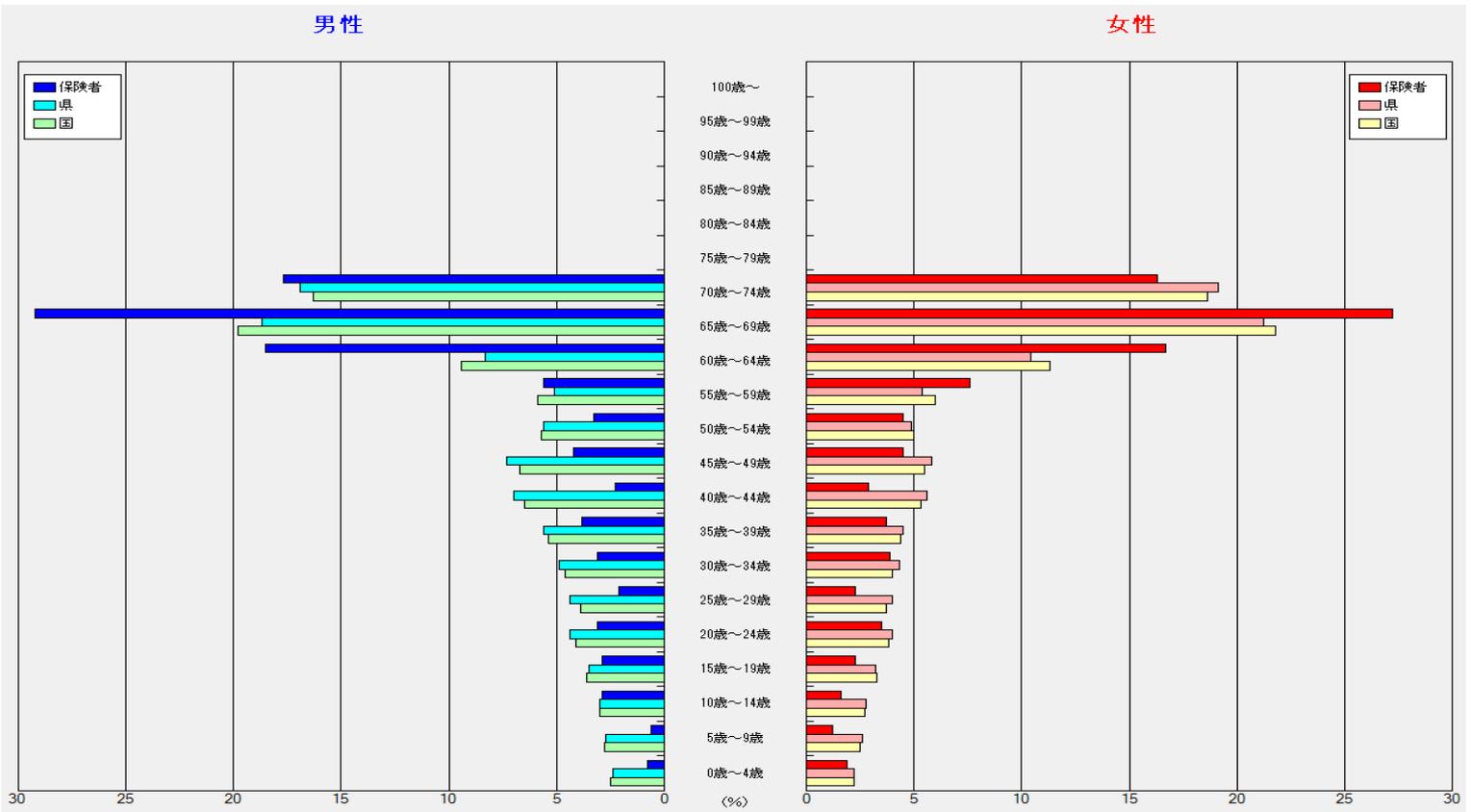
(出典：国民健康保険事業状況)



イ 被保険者の構成割合

平成 28 年度の被保険者の構成割合を見ると、女性は 55～59 歳から県と国を抜いている。60 歳代は男女ともに県と国を大きく上回る。

図 5 平成 28 年度男女別・年齢階級別被保険者数構成割合 (%) (出典：KDB システム「地域の全体像の把握」)



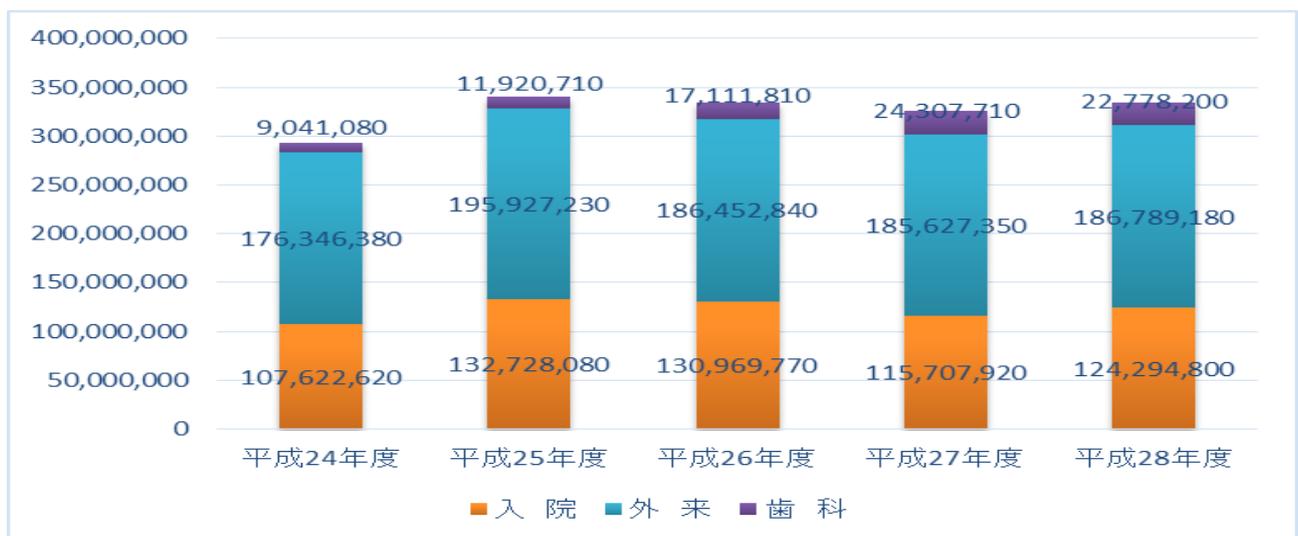
2 特定健診・医療情報の分析

1) 医療費データの分析

ア 医療費の年次推移

図 6 医療費 (円) の年次推移

(出典：KDB システム「疾病別医療費分析 (大分類別)」より作成)

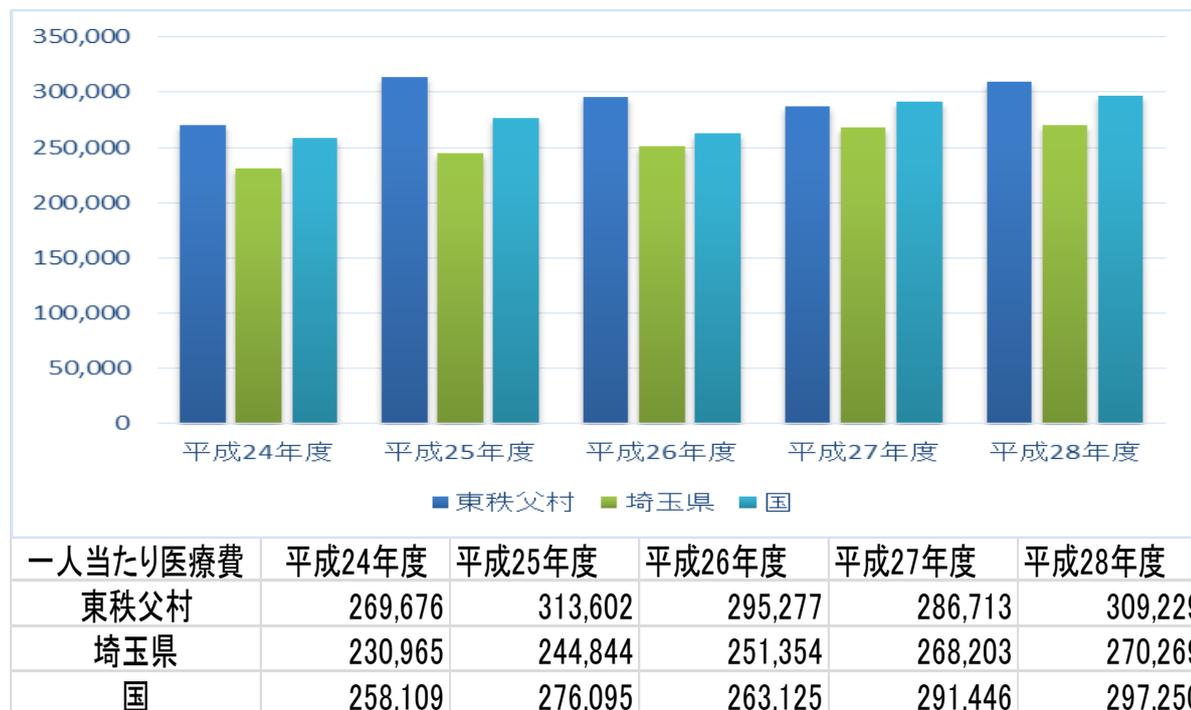


医療費は、入院と外来を合わせて約 3 億円を推移している。平成 27 年度から歯科医療費が 2 千万円を超えている。

イ 一人当たり医療費の推移

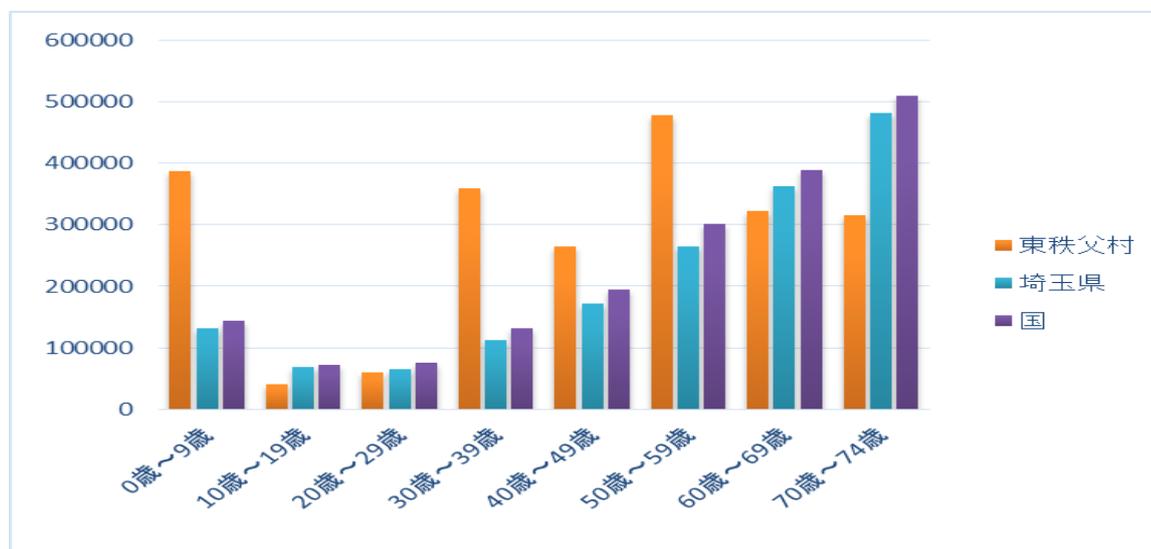
一人当たり医療費は、平成28年度は30万円を超えた。この5年間、県や国の平均より高い状態が続いている。

図7 一人当たり医療費（円）の年次推移（出典：KDBシステム「疾病別医療費分析（大分類別）」より作成）



ウ 年齢階層別一人当たり年間医療費の比較

図8 平成28年度年齢階層別一人当たり年間医療費の比較（円）（出典：KDBシステムより作成）

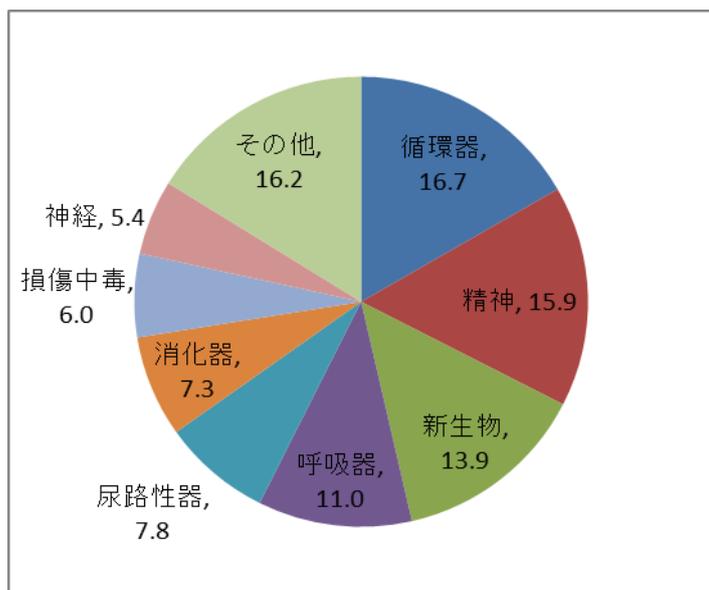


年代別一人当たり医療費	東秩父村	埼玉県	国
0歳～9歳	386800	131148	143492
10歳～19歳	40154	69467	71759
20歳～29歳	59740	65752	76271
30歳～39歳	359002	113192	132086
40歳～49歳	264276	172231	194514
50歳～59歳	477340	264245	301104
60歳～69歳	322514	362944	389651
70歳～74歳	314709	481412	510026

年齢階層別に一人当たりの年間医療費を見ると、0歳～9歳と30歳代は県、国平均の約3倍、40歳代と50歳代も大きく上回っている。後に医療情報分析でも触れるが、医療費を上げている生活習慣病は慢性腎不全（透析あり）、高血圧疾患、糖尿病である。先天的な疾病や精神疾患は予防することが難しいが、その他の高額疾患及び長期入院になる疾患に着目し、その予防を実施していくことで被保険者の健康及び国保財政の健全化に努めたい。

エ 疾病別医療費の分析

図9 疾病大分類別医療費割合（％）（入院）

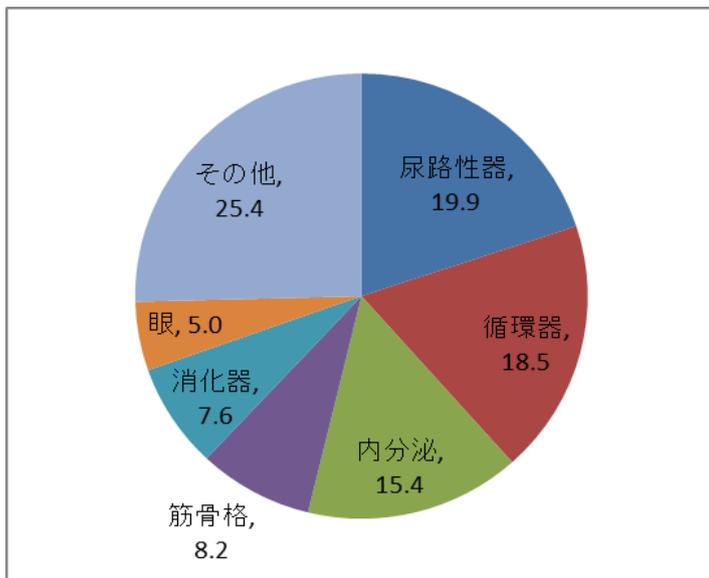


中分類別分析（上位3疾患）（％）（入院）

大分類	中分類	割合（％）
循環器 16.7	虚血性心疾患	5.9
	脳梗塞	5.5
	その他の疾患	3.8
精神 15.9	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	8.8
	知的障害(精神遅滞)	7.1
新生物 13.9	その他の悪性新生物	5.8
	結腸の悪性新生物	3.9
	良性新生物及びその他の新生物	2.8
呼吸器 11.6	肺炎	5.2
	その他の呼吸器系の疾患	4.1
	慢性副鼻腔炎	1.2

（出典：KDB システム 医療費分析（2）大・中分類）

図10 疾病大分類別医療費割合（％）（外来）



中分類別分析（上位3疾患）（％）（外来）

大分類	中分類	割合（％）
尿路生殖器 19.9	腎不全	17.7
	前立腺肥大(症)	1.0
	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	0.5
循環器 18.5	高血圧性疾患	9.6
	その他の心疾患	5.1
	虚血性心疾患	1.4
内分泌 15.4	糖尿病	9.7
	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	5.3
	甲状腺障害	0.5
筋骨格 8.2	炎症性多発性関節障害	2.7
	関節症	1.9
	脊椎障害(脊椎症を含む)	1.2

（出典：KDB システム 医療費分析（2）大・中分類）

東秩父村の疾病分類別医療費割合（平成28年度）は上の図表9、10のとおりである。中分類別の入院医療費は、統合失調症、知的障害（精神遅滞）、虚血性心疾患、その他の悪性新生物が上位である。外来は腎不全が最も多く、次いで糖尿病、高血圧性疾患が多い。

オ レセプトの分析

医療費が高額になっている疾患、長期入院することによって医療費の負担が増大している疾患について分析する。高額になる疾患（一ヶ月 80 万円以上）は虚血性心疾患、6 ヶ月以上の長期入院は 1 件あたりにすると脳血管疾患が最も多い。

表 3 入院・長期療養の医療費（平成 28 年度）（出典：厚労省様式 1-1、2-1、2-2 より作成）

対象レセプト		全体	虚血性心疾患	がん	その他
高額になる疾患	件数	39件	3件	7件	29件
(80万円以上レセプト)	費用額	5,114万円	664万円	1,172万円	3,278万円
対象レセプト		全体	精神疾患	脳血管疾患	
長期入院	件数	72件	46件	12件	
(6ヶ月以上の入院)	費用額	3,040万円	1,765万円	747万円	
対象レセプト		全体	糖尿病	脳血管疾患	虚血性心疾患
人工透析患者	件数	77件	27件	25件	39件
(長期化する疾患)	費用額	3,499万円	1,313万円	1,235万円	1,826万円

カ 生活習慣病疾病別医療費の状況

医療費の負担が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める必要がある。

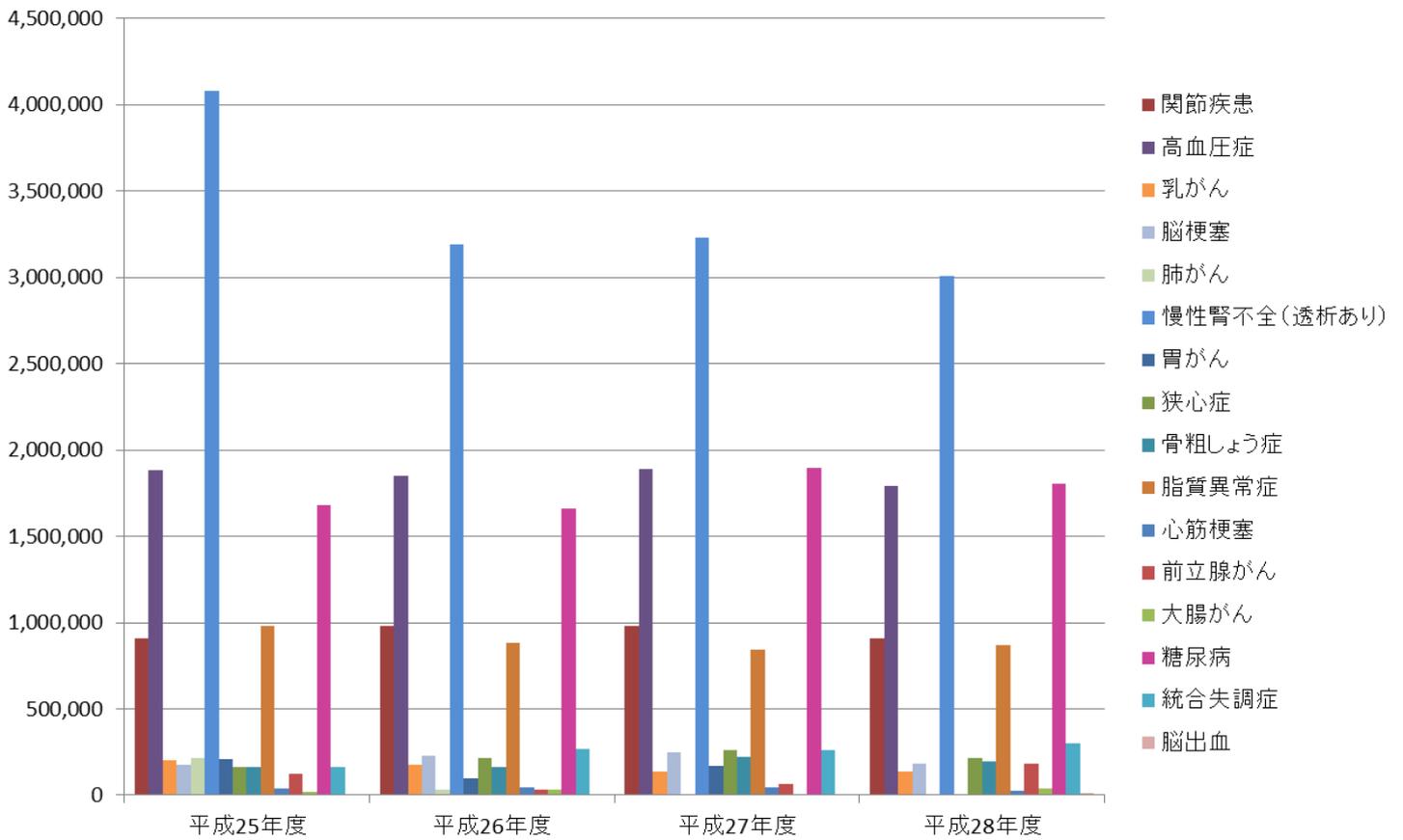
平成 25 年度から 28 年度までの生活習慣病疾病別医療費を見ると、外来では関節疾患、高血圧症、脂質異常症、糖尿病が同程度で推移している。人工透析をとまなう慢性腎不全は他の疾患の倍以上の医療費を占める。入院については年度によって該当者の有無による変動が大きい、統合失調症と脳梗塞、人工透析をとまなう慢性腎不全によるものが常に飛び抜けて高いことがわかる。

表 4 生活習慣病疾病別レセプト点数の比較（点）

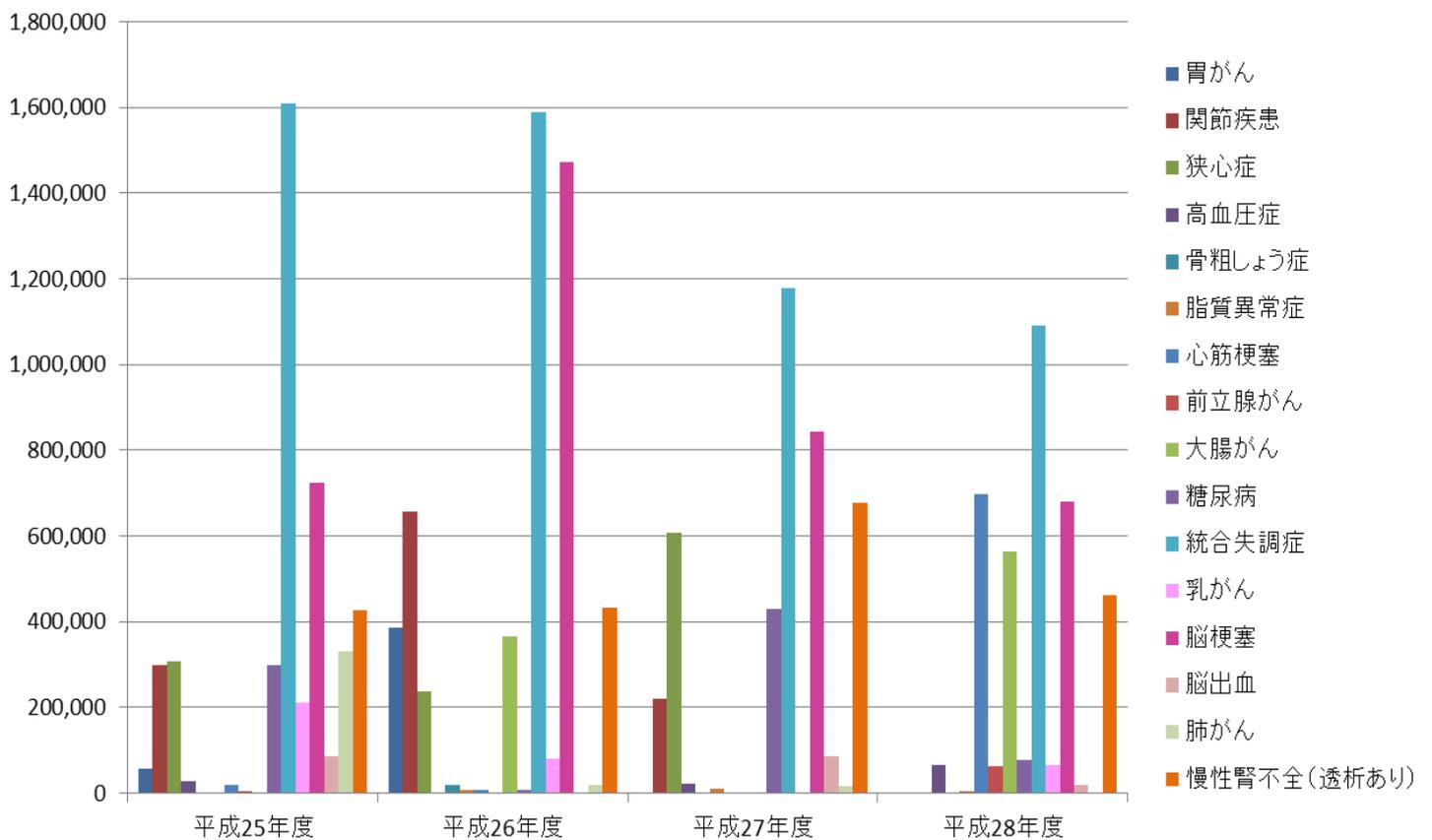
疾患名	平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度	
	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院
胃がん	207,340	56,833	97,560	385,486	168,958	0	3,539	0
関節疾患	910,642	299,650	983,058	656,850	979,830	221,165	910,671	0
狭心症	160,356	305,728	213,890	236,445	263,911	607,019	215,363	0
高血圧症	1,885,225	26,559	1,850,906	0	1,885,874	22,085	1,789,629	66,228
骨粗しょう症	163,606	0	162,879	18,796	222,283	0	195,370	0
脂質異常症	979,903	0	882,773	7,369	846,137	9,298	867,557	4,091
心筋梗塞	40,359	19,031	48,023	5,982	47,092	0	24,047	696,364
前立腺がん	120,743	3,526	32,439	0	64,890	0	184,012	62,688
大腸がん	22,543	0	32,983	366,142	6,471	0	41,125	563,929
糖尿病	1,682,758	297,355	1,661,384	6,751	1,896,481	429,540	1,802,579	76,624
統合失調症	163,067	1,610,127	265,302	1,588,603	261,094	1,178,467	298,786	1,091,887
乳がん	201,433	210,549	178,864	78,588	137,721	0	134,151	66,199
脳梗塞	173,298	723,536	230,746	1,470,772	247,969	843,816	184,465	679,903
脳出血	0	86,826	0	0	0	85,920	9,670	19,026
肺がん	216,820	329,465	32,030	19,302	0	15,137	9,532	0
慢性腎不全(透析あり)	4,078,154	426,395	3,193,170	433,384	3,226,984	676,103	3,007,557	462,174
総計	19,592,723	13,272,808	18,645,284	13,096,977	18,562,735	11,570,792	18,678,918	12,429,480

（出典：KDB システム「疾病別医療費分析（細小分類）」より作成）

外 来



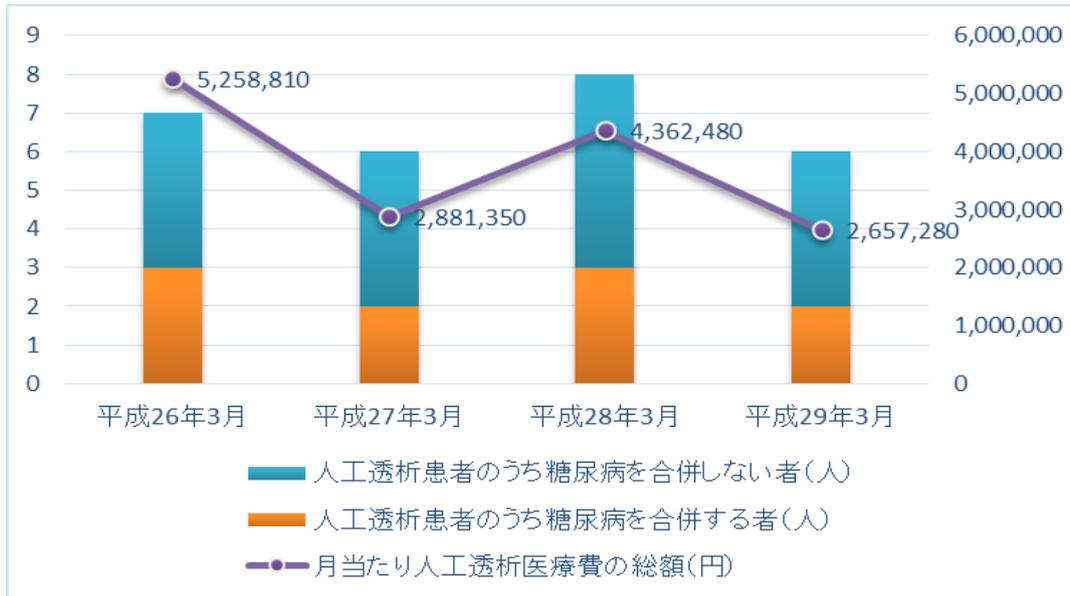
入 院



キ 人工透析患者の医療費の状況

東秩父村では、人口透析の医療費は該当者の有無により増減が大きい。また、人工透析患者のうち約3~4割が糖尿病を有していることから、糖尿病のコントロールが重症化予防において重要である。

図 11 人口透析患者のうち糖尿病のある患者数と糖尿病にかかる医療費の推移



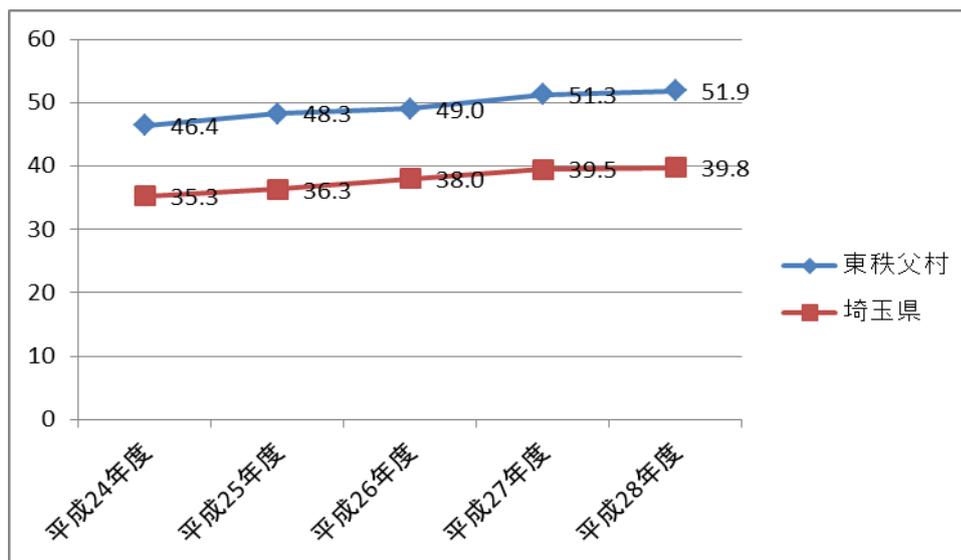
(出典：KDB システム「厚生労働省様式 2-2 人工透析患者一覧、3-7 人工透析のレセプト分析」より作成)

2) 特定健診・特定保健指導データの分析

ア 特定健康診査受診率

特定健康診査の受診率は県を上回り高い水準を維持しているが、目標値である60%には到達していない。

図 12 特定健診受診率の推移 (%)



(出典：KDB システム「地域の全体像の把握」より作成)

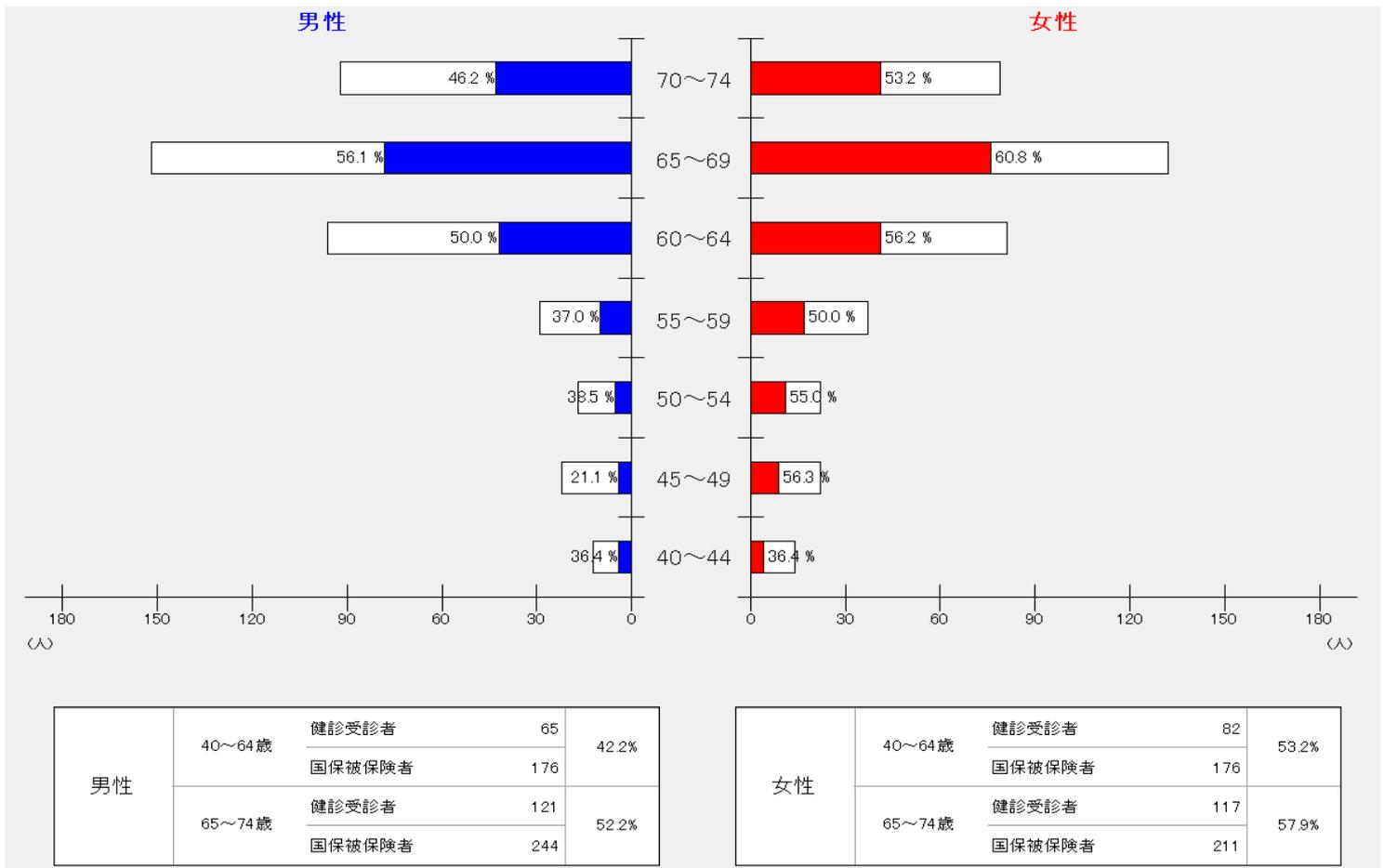
表 5 特定健診取組状況の推移

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
実施時期 ／形態	個別健診 7 月 ～ 12 月		個別健診 6 月 ～ 12 月	
	集団健診 7 月末の金・日・月曜の 3 日間			
周知方法	各世帯の 20 歳以上の氏名が入った健診申込書を衛生委員が全戸配布			
	村の人権カレンダーに掲載			
受診勧奨	集団健診の日程が合わないと回答した住民に個別健診受診勧奨はがきを郵送			
予算上の取組	70 歳以上とがん検診推進事業対象者は無料		自己負担の無料化（全額公費負担）	
実施体制上の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診は、胃・大腸・肺・前立腺がん検診、肝炎ウイルス検診、結核検診、骨密度測定を同時実施。 ・ 集団健診は、心電図、貧血検査、眼底検査、血清クレアチニン、血清尿酸、推算糸球体濾過量（eGFR）を基本項目に追加。 			

イ 性別・年齢階級別特定健診受診率

平成 28 年度男女別・年齢階級別特定健診受診率を見ると、男女ともに定年後の 60 歳以降が男女ともに 50%を超える。女性は 40～50 歳代についても受診率が高い。

図 13 平成 28 年度健診受診状況（被保険者数及び健診受診者）（出典：KDB システム「厚生労働省様式 6-9」）

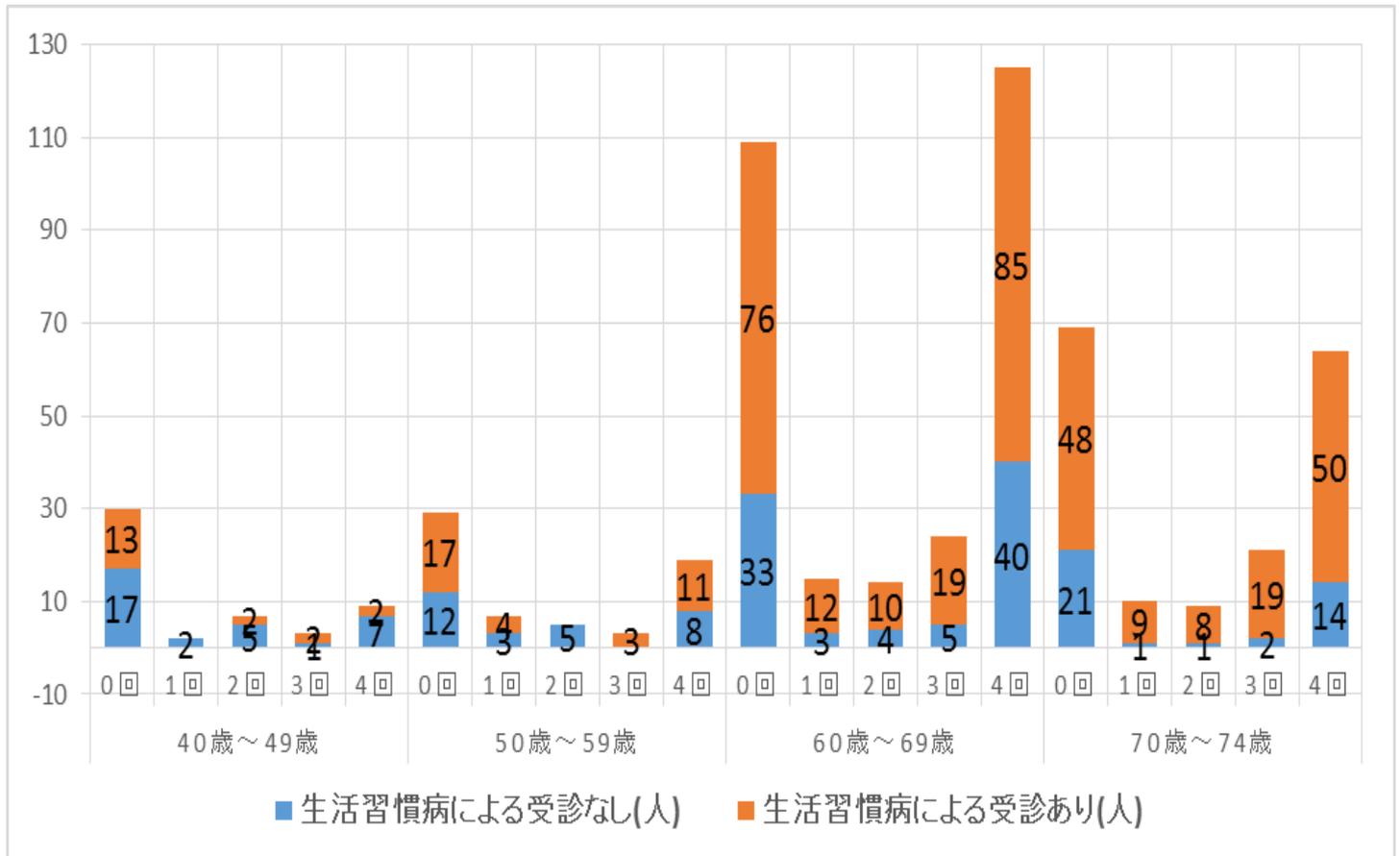


ウ 受診率と生活習慣病治療者の状況（年代別）

図 14 により平成 25～28 年度の 4 年間の健診受診回数別・年代別状況を見ると、60 歳代は健診を一度も受けていない人、毎年健診を受けている人ともに最も多い。また健診 0 回では、40 歳代の約 43%、50 歳代は約 60%、60 歳代の 70%、70 歳代の 68%が生活習慣病治療者である。

健診未受診者については、生活習慣病の治療中であっても健診を受けてもらうための対策が必要である。

図 14 健診受診回数別・年代別生活習慣病の有無（人）



（出典：KDB システム「被保険者管理台帳」（平成 28 年度累計））

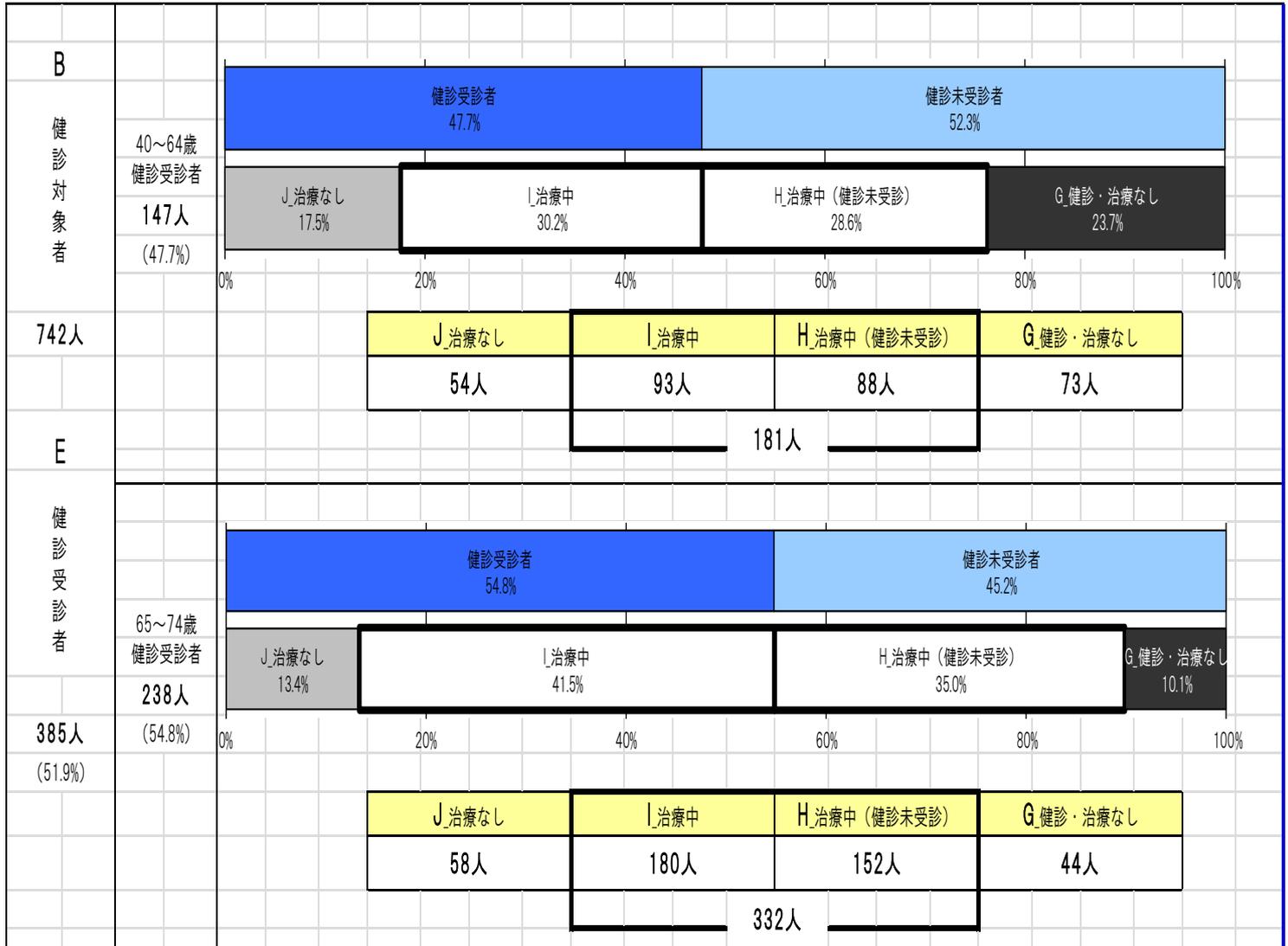
- ・対象は平成 25 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日の 4 年間国保に在籍した者とし、生活習慣病の受診状況は平成 28 年度のレセプトの有無で確認している。
- ・被保険者管理台帳での生活習慣病は、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格、精神となっている。（「各帳票等の項目にかかる集計要件」より）

エ 未受診者の状況

健診を受診するだけでも生活習慣の改善による医療費適正化効果があると見込まれることから、健診受診率をさらに引き上げていくことが課題である。図 15 の G（健診・治療なし）73 人と 44 人は、健診未受診者の中でレセプト等も上がってこないため、健康状態が把握できない。この 117 人の健康実態を把握することが喫緊の課題である。

図 15 未受診者の状況（平成 28 年度）

（出典：厚生労働省様式 6-10 より作成）

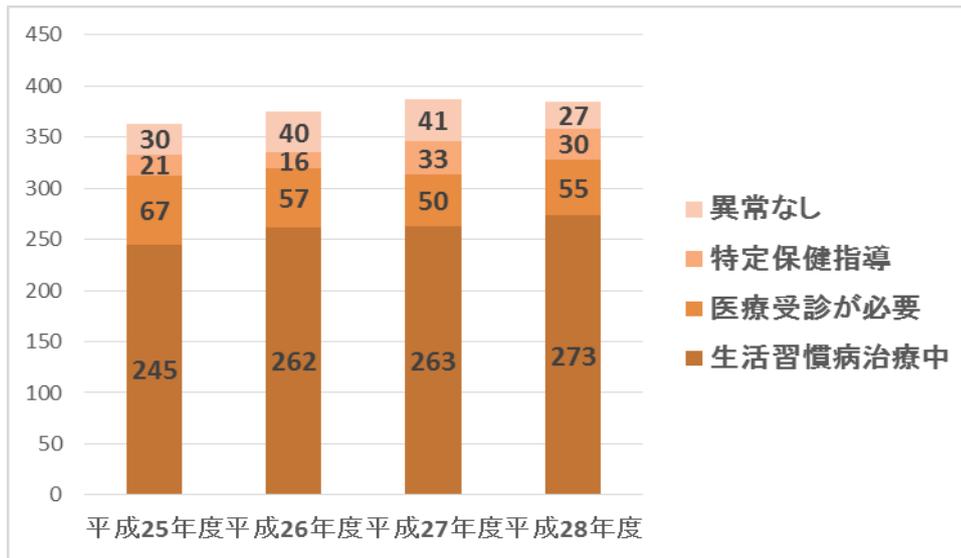


オ 健診結果リスクの状況

「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」においては、血糖高値、脂質異常、血圧高値のすべてを合併した場合の危険率は、正常な人の 30 倍以上にも達するとされている。内臓脂肪の蓄積はリスクファクター（疾患の危険性を高める要素）の悪化や心血管疾患につながる。

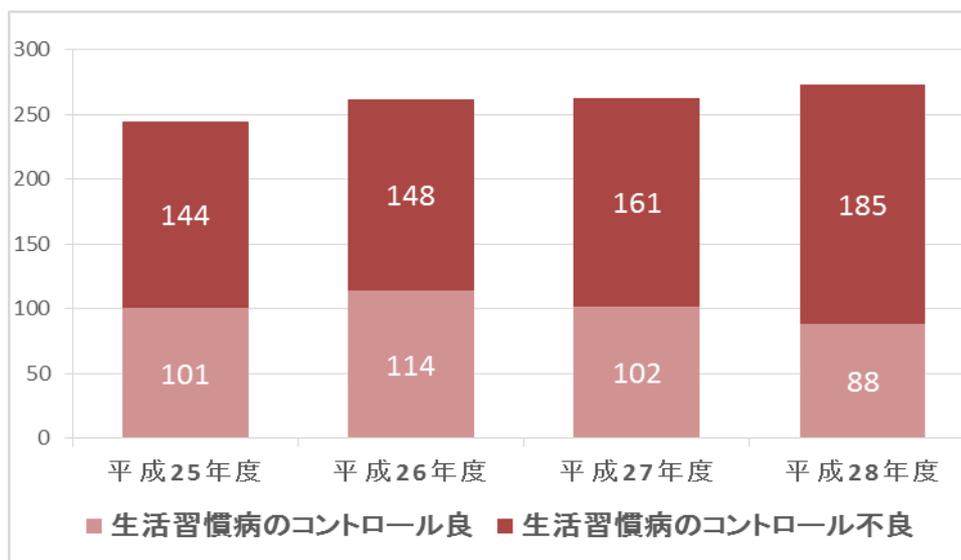
図 16 で平成 25 年度～28 年度の健診結果判定を見ると、各年度とも受診者の約 7 割が生活習慣病治療中の状況にある。また、治療中であってもその 6～7 割はコントロール不良というデータもある。（図 17）また、表 6 で重なっている項目を見ると、男性、女性とも 60 歳代は受診者数が多いので、高血糖、高血圧、脂質異常が重なっている人が他の年代に比べて多い。これらの人に対し、医療への継続受診の必要性和重症化予防についての情報提供を実施することが重要である。

図 16 特定健診結果判定状況の推移 (人)



出典：「厚生労働省様式 6-10 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」各年度累計

図 17 生活習慣病治療中のうち、コントロールができていない人、できていない人



(出典：厚生労働省様式 6-10 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導)

表 6 平成 28 年度メタボリックシンドローム該当者の危険因子重複状況

年齢			男性								女性							
			40歳代		50歳代		60歳代		70~74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70~74歳	
腹囲有所見者の重複状況			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
高血糖	高血圧	脂質異常	8		15		120		43		13		20		117		41	
●	●		0	0.0	1	6.7	7	5.8	3	7.0	0	0.0	1	3.6	0	0.0	1	2.4
●		●	0	0.0	0	0.0	2	1.7	1	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.4
	●	●	0	0.0	1	6.7	4	3.3	4	9.3	0	0.0	0	0.0	5	4.3	2	4.9
●	●	●	1	12.5	0	0.0	6	5.0	3	7.0	0	0.0	2	7.1	3	2.6	0	0.0
計			1	12.5	2	13.3	19	15.8	11	25.6	0	0.0	3	10.7	8	6.8	4	9.8

(出典：KDBシステム「厚生労働省様式 6-8 メタボリックシンドローム該当者・予備軍」)

表 7 平成 28 年度特定健診有所見の状況

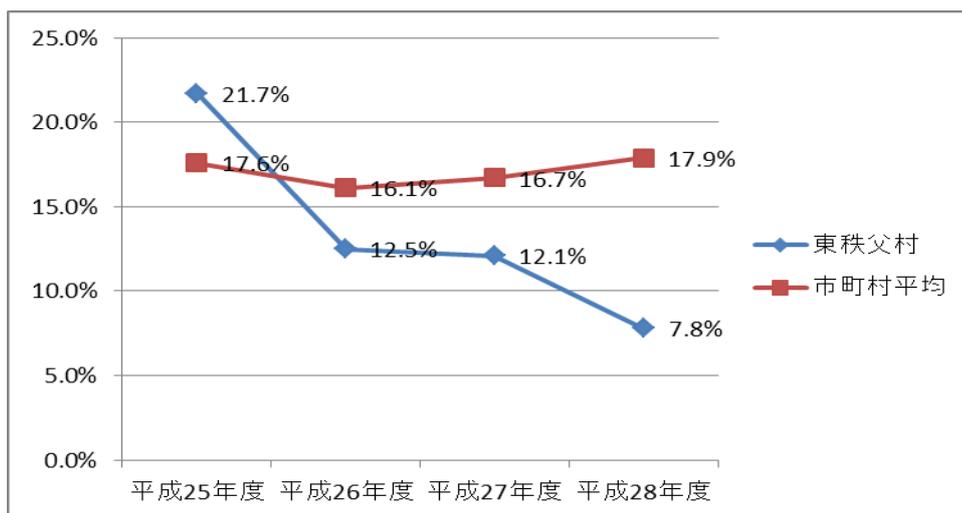
	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	70,779	30.6	115,341	49.8	62,453	27.0	46,268	20.0	20,125	8.7	65,820	28.4	136,340	58.9	38,958	16.8	118,105	51.0	58,999	25.5	113,461	49.0	4,295	1.9	
保険者	合計	42	22.6	72	38.7	35	18.8	33	17.7	14	7.5	70	37.6	101	54.3	42	22.6	102	54.8	61	32.8	94	50.5	6	3.2
	40-64	18	27.7	23	35.4	12	18.5	19	29.2	6	9.2	23	35.4	24	36.9	14	21.5	34	52.3	27	41.5	34	52.3	0	0.0
	65-74	24	19.8	49	40.5	23	19.0	14	11.6	8	6.6	47	38.8	77	63.6	28	23.1	68	56.2	34	28.1	60	49.6	6	5.0
女性	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		
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	60,202	20.7	49,656	17.1	44,518	15.3	25,040	8.6	5,265	1.8	51,062	17.6	172,712	59.4	6,524	2.2	131,446	45.2	45,401	15.6	169,921	58.4	661	0.2	
保険者	合計	51	25.6	34	17.1	31	15.6	14	7.0	1	0.5	48	24.1	114	57.3	4	2.0	100	50.3	42	21.1	139	69.8	0	0.0
	40-64	30	36.6	19	23.2	8	9.8	6	7.3	0	0.0	18	22.0	43	52.4	0	0.0	36	43.9	18	22.0	56	68.3	0	0.0
	65-74	21	17.9	15	12.8	23	19.7	8	6.8	1	0.9	30	25.6	71	60.7	4	3.4	64	54.7	24	20.5	83	70.9	0	0.0

(出典：KDB システム「厚生労働省様式 6-2～6-7」より作成)

上の表 7 で健診データのうち有所見者割合の高い項目を見ると、男性は空腹時血糖、尿酸、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-C、クレアチニンが高い。女性は、BMI、収縮期血圧、拡張期血圧、LDL-C が高い傾向にある。

カ 特定保健指導の各年度実施率と取組状況

図 18 特定保健指導実施率の推移 (%)



(出典：法定報告平成 25 年～28 年度)

特定保健指導実施率 (全体) は年々減っている。動機づけ支援、積極的支援ともに終了率は低く、委託している積極的支援は年度によって終了率の差が激しい。

表 8 特定保健指導各年度の取組状況 (出典：特定保健指導の実施状況 (法定報告))

(動機づけ支援)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
実施方法	直営			
終了人数(人)	8	4	7	4
終了率(%)	25.0	10.5	15.2	10.3

(積極的支援)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
実施方法	委託			
終了人数(人)	2	2	0	0
終了率(%)	14.3	20.0	0.0	0.0

3) 介護データの分析

ア 要介護認定状況と給付費

東秩父村では、平成 28 年度は第 1 号被保険者 (65 歳以上) 全体の 17.9%が要介護認定を受けており、75 歳以上では 26.7%と認定率は高くなる。要介護認定者のうち、要介護 3~5 の人が 51.6%と半数以上である。また、表 10、11 で見ると、レセプト 1 件あたりの介護給付費は、介護度ごと、年度ごとの経年変化ともに県、国と比較して極めて高い。図 19 は単身高齢者数と高齢者世帯の推移であるが、平成 29 年度は 65 歳以上高齢者のうち、単身高齢者は約 13.7%の 159 人である。一人で生活することが困難になるぎりぎりまで在宅で生活していた単身高齢者が入院し、要介護認定申請した場合、要介護度は重く出る傾向があり、退院後の施設依存度も高い。図 20 では、施設サービス費が総額約 4 億円の介護給付費の半分以上を占めており、長期の施設入所費用が給付費全体に与える影響が大きいことがわかる。

表 9 要介護認定状況 (平成 28 年度)

(出典：KDB システムより作成)

	受給者区分	2号		1号				合計			
	年齢	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計						
要介護認定状況 ★NO.47	被保険者数	1,209人	454人	607人	1,061人		2,270人				
	認定者数	3人	28人	162人	190人		193人				
	認定率	0.25%	6.2%	26.7%	17.9%		8.5%				
	新規認定者数 (*1)	0人	3人	0人	3人		3人				
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	7	25.0%	13	8.0%	20	10.5%	20	10.4%
	要介護1・2	1	33.3%	8	28.6%	64	39.5%	72	37.9%	73	37.8%
	要介護3~5	2	66.7%	13	46.4%	85	52.5%	98	51.6%	100	51.8%

表 10 平成 28 年度レセプト 1 件あたりの介護給付費比較 (円)

(出典：医療介護の突合経年比較)

1件あたり給付費	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
東秩父村	12,871	20,356	55,408	61,708	91,295	151,079	178,825
埼玉県	11,064	16,275	36,207	46,993	76,987	97,872	108,422
国	10,735	15,996	38,163	48,013	78,693	104,104	118,361

表 11 レセプト1件あたりの介護給付費の推移（円）

（出典：医療介護の突合経年比較）

1件あたり介護給付費	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
東秩父村	85,033	91,370	92,584	93,570	93,162
埼玉県	60,129	59,257	58,673	57,283	56,846
国	62,117	61,553	60,773	58,761	58,284

図 19 単身高齢者数と高齢者に占める割合、高齢者世帯数（出典：民生委員協定例会資料より作成）

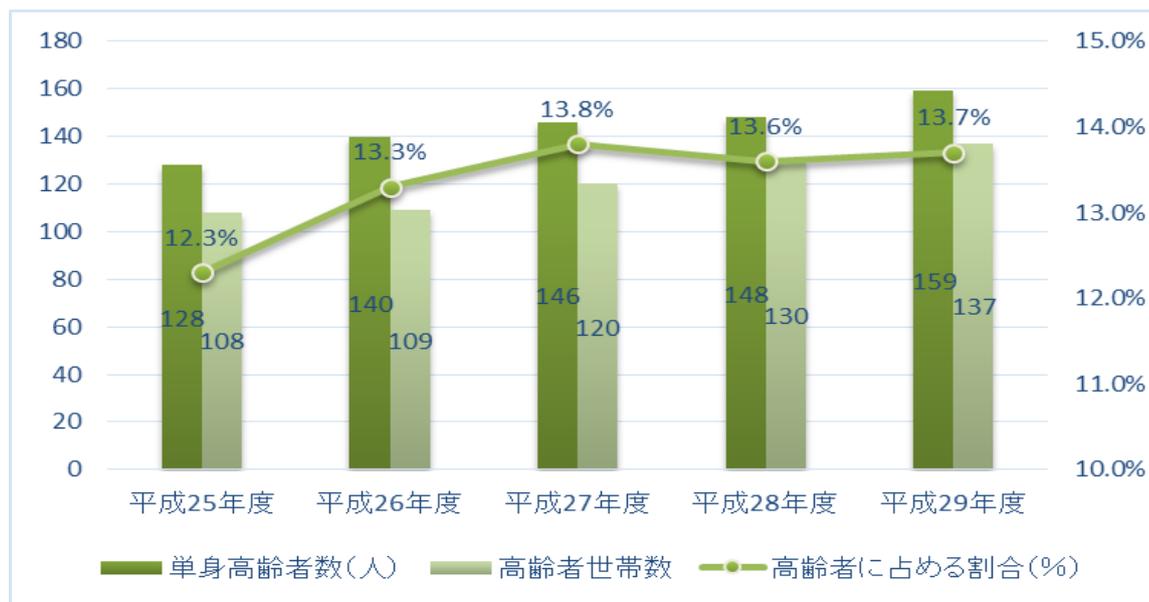
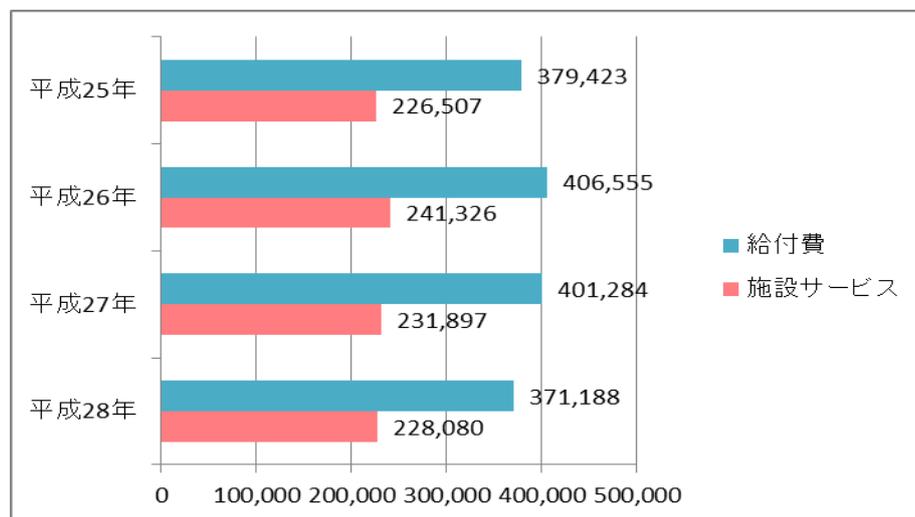


図 20 村の介護給付費と施設サービス費（千円）（出典：介護保険事業状況報告を元に作成）



イ 介護保険認定者の生活習慣病の有病状況

平成28年度において、要介護（支援）認定を受けた者のうち、生活習慣病を有している者は、心臓病（高血圧症を含む）が87人で最も多く、第2位は筋・骨疾患で80人である。心臓病、脳疾患、糖尿病は高血圧、脂質異常症、糖尿病と強い関連があり、生活習慣病予防は介護予防になると考えられる。また、介護を受けている人の月額医療費は、受けていない人より5,203円も高い。（図21）

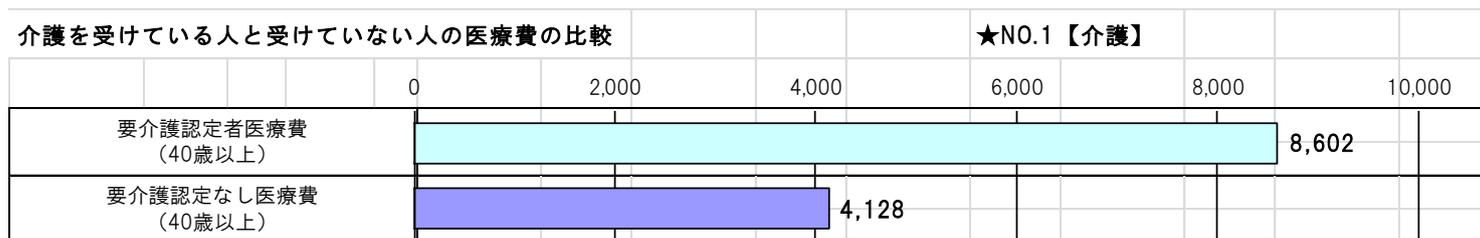
第2号被保険者の要介護認定者は健診未受診者や、原因疾患発症時の医療保険が国保以外の場合もあり、認定されるまでの壮年期の健康実態が不明なことが多い。職域との連携を含め、壮年期からの生活習慣病予防にどのように介入していくかが大きな課題である。

表 12 要介護者有病状況（人）（平成 28 年度）

	第2号被保険者		第1号被保険者		合計
	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳～		
糖尿病	2	5	24	31	
糖尿病合併症	0	0	4	4	
心臓病 (高血圧症を含む)	2	9	76	87	
脳疾患	3	6	22	31	
がん	0	0	9	9	
精神疾患	1	8	43	52	
筋・骨格	0	9	71	80	
難病	1	0	6	7	
その他	2	10	74	86	

(出典：KDB システム「要介護（支援）者有病状況」)

図 21 介護を受けている人と受けていない人の月額医療費の比較（円）（平成 28 年度）



(出典：KDB システムより作成)

ウ 疾病の有無別一人当たり医療費及び介護給付費

平成 28 年度の要介護（支援）者の一人当たり医療費及び介護給付費を疾患の有無別に見ると、筋・骨格疾患をもつ人は、そうでない人に比べて医療費と介護給付費が高くなっている。

表 13 疾患の有無別 1 人あたり医療費及び介護給付費（円）

疾患		医療費	介護給付費
高血圧・糖尿病	合併あり	853,543	12,806,567
	合併なし	1,345,070	10,568,979
筋・骨疾患	合併あり	1,925,998	17,457,392
	合併なし	272,615	5,918,154
認知症	合併あり	344,432	8,350,410
	合併なし	1,854,181	15,025,136

(出典：KDB システム「要介護（支援）者突合状況」（平成 28 年度累計）)

4) その他

ア 重複受診者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、診療報酬明細書等情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

イ 後発医薬品の使用促進

診療報酬等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う。

3 健康課題の抽出・明確化

課 題	対策の方向性	事業
<p>60 歳代、70 歳代の健診未受診者が多い。また、未受診者の中で生活習慣病有病率が高い。(p18 図 14)</p>	<p>健診未受診が特に多い 60 歳代、70 歳代の健診未受診者を減らす。</p>	<p>特定健診受診率向上対策</p>
<p>生活習慣病疾病別医療費の中で、外来の糖尿病医療費が毎年 1,600～1,800 万円であり、人工透析をとまなう慢性腎不全によるものが外来、入院ともに飛び抜けて高い。(p14 表 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診者のうち、糖尿病性腎症ハイリスクの未治療者、治療中断者を医療機関につなげる。受診に結びついた医療機関と連携し、対象者の治療の経過について情報を共有する。 重症化予防対象者の中から新規に人工透析へ移行することを予防する。 	<p>生活習慣病重症化予防対策事業</p>
<ul style="list-style-type: none"> 全国を 100 とした標準化死亡比 (SMR) において、男女とも脳血管疾患による死亡が高い傾向にある。(p10 表 1) 生活習慣病疾病別医療費の中で、外来の高血圧症によるものが毎年 2 千万円近い。(p14 表 4) 介護保険認定者の生活習慣病の有病状況において、高血圧を含む心疾患が最も多い。(p24 表 12) 	<ul style="list-style-type: none"> Ⅱ度高血圧以上に該当する者で高血圧治療薬を内服していない者に受診勧奨を実施する。 <p>※Ⅱ度高血圧とは、「高血圧治療ガイドライン」において、収縮期血圧 160 以上、拡張期血圧 100 以上に該当する者</p>	<p>生活習慣病重症化予防対策事業</p>
<ul style="list-style-type: none"> 介護保険認定者の生活習慣病有病状況において、筋・骨疾患が心疾患に次いで多い。(p24 表 12) 筋・骨疾患を合併する要介護者の介護給付費と医療費は、合併していない人よりも高額である。(p24 表 13) 介護認定を受けるまでの壮年期の健康実態が不明なことが多い。(p19 図 15) 	<ul style="list-style-type: none"> 住民が介護を必要とする状態になる前の壮年期からの健康実態を把握し、意識の啓発、筋力向上、生活習慣病予防等に積極的に介入していく。 7 月末に実施する集団の特定健診・がん検診と同時に骨密度測定を実施し、住民が壮年期から自らの骨密度に関心をもつ機会を提供することで運動教室への参加につなげる。 	<p>心身軽やか運動教室 骨密度測定</p>

第4章 目的・目標の設定

	目的	中長期目標	短期（個別保健事業）目標
生活習慣病 重症化予防対策	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症ハイリスクの未治療者、治療中断者を医療機関につなげ、対象者の治療の経過について医療機関と情報を共有する。 ・重症化予防対象者の中から新規に人工透析へ移行することを予防する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症ハイリスク者のうち、未治療者、治療中断者の受診勧奨を実施し、重症化を予防する。 ・対象者の中から新規に人工透析へ移行することを予防する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨をした中で医療機関を受診する者の増加。 ・有所見者の治療の継続。 ・医療機関受診者の検査数値の改善。
生活習慣病 重症化予防対策	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧高値者への受診勧奨及び生活習慣改善をすることにより重症化を予防する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者の生活習慣病医療費の増加を抑制する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・有所見者の治療の継続。 ・医療機関受診者の検査数値の改善。
心身軽やか運動 教室 骨密度測定	<ul style="list-style-type: none"> ・住民の壮年期からの健康実態を把握し、意識の啓発、筋力向上、生活習慣病予防等に積極的に介入することで、将来的な要介護状態への移行を予防する。 ・自らの骨密度を知る機会を提供することで、運動教室等への参加につなげるとともに、介護予防と健康寿命の延伸を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者の健診結果の改善 ・参加者の医療費の減少 ・要介護状態への移行予防 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の参加人数の増加。 ・参加者の体力測定値、骨密度測定値の維持または改善。

※上記「生活習慣病重症化予防対策」のうち、糖尿病性腎症ハイリスク対象者は、HbA1c6.5以上、空腹時血糖 126 以上の者を最優先とし、慢性腎臓病（CKD）重症度分類において、オレンジ色～赤色のステージに該当する者。

第5章 保健事業の実施内容

事業名：心身軽やか運動教室

目的：住民の壮年期からの健康実態を把握し、意識の啓発、筋力向上、生活習慣病予防等に積極的に介入する。

	実施内容	【アウトプット】	【アウトカム】	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
楽しく体を動かそう	<p>《対象》 おおむね 30～79 歳の村内在住、在勤者</p> <p>《方法》健康運動指導士の指導によるストレッチ、筋トレ、スクエアステップ、体力測定等。事前の健康状態の問診と事後アンケートも実施。</p> <p>《スケジュール》 午後の部 17 回、夜の部 13 回の全 40 回。</p> <p>《目的》 筋力アップ、住民自らの健康状態に対する意識の啓発。</p>	事業の参加人数	参加者の体力測定・健診結果の改善、医療費の減少						
		<p>【ストラクチャー】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健センター、地域包括支援センターの協議連携 ・必要な予算の確保 ・稼働人員の確保 <p>【プロセス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業の反省、工夫の検討 ・対象者の満足度の把握 ・適切な事後評価の実施 							
ヨガ・エアロビクス	<p>《対象》 おおむね 30～65 歳の村内在住、在勤者</p> <p>《方法》 有資格者の指導による運動指導。</p> <p>《スケジュール》 ヨガ：午前の部 4 回、夜の部 4 回の全 8 回。 エアロビクス：午前の部全 8 回。</p> <p>《目的》筋力アップ、住民自らの健康状態に対する意識の啓発。</p>	事業の参加人数	参加者の健診結果の改善						
		<p>【ストラクチャー】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健センター、地域包括支援センターの協議連携 ・必要な予算の確保 ・稼働人員の確保 <p>【プロセス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業の反省、工夫の検討 ・対象者の満足度の把握 ・適切な事後評価の実施 							
美味しく減ら脂ま塩う	<p>《対象》 心身軽やか運動教室の参加者</p> <p>《方法》 管理栄養士の指導による調理実習。</p> <p>《スケジュール》 午前の部 1 回、夜の部 1 回。</p> <p>《目的》減塩指導、毎日の食事、家族の健康に対する意識の啓発。</p>	事業の参加人数	参加者の健診結果の改善						
		<p>【ストラクチャー】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健センター、地域包括支援センターの協議連携 ・必要な予算の確保 ・稼働人員の確保 <p>【プロセス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業の反省、工夫の検討 ・対象者の満足度の把握 ・適切な事後評価の実施 							

住民の健康実態の把握、意識の啓発、筋力向上、介護への移行予防、生活習慣病予防への介入

事業名：骨密度測定

目的：自らの骨密度を知る機会を提供することで、運動教室等への参加につなげ、将来的な介護への移行予防と健康寿命の延伸を目指す。

骨密度測定	実施内容	【アウトプット】	【アウトカム】	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度		
	<<対象>> 全希望者 <<方法>> 超音波による骨密度測定 <<スケジュール>> 集団の特定健診・がん検診と同時実施 <<目的>> 住民自らの健康状態に対する意識の啓発。将来的な要介護状態への移行予防と健康寿命の延伸。	事業の参加人数	体力測定値、骨密度測定値の維持または改善								
		【ストラクチャー】 ・保健センター、地域包括支援センターの協議連携 ・必要な予算の確保 ・稼働人員の確保 【プロセス】 ・事業の反省、工夫の検討 ・対象者の満足度の把握 ・適切な事後評価の実施									介護への移行予防、健康寿命の延伸

事業名：生活習慣病重症化予防対策

目的：糖尿病性腎症ハイリスク、Ⅱ度高血圧の未治療者、治療中断者を医療機関につなげ、重症化を予防する。また、対象者の治療の経過について医療機関と情報を共有する。

生活習慣病重症化予防対策	実施内容	【アウトプット】	【アウトカム】	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度		
	<<対象>> 健診を受けた者のうち、糖尿病性腎症ハイリスクの未治療者、治療中断者、Ⅱ度高血圧以上に該当する者で高血圧治療薬を内服していない者 <<方法>> 結果説明会、訪問、電話、手紙等による受診勧奨 <<スケジュール>> 健診終了後 <<目的>> 糖尿病性腎症ハイリスク、Ⅱ度高血圧の未治療者、治療中断者を医療機関につなげ、重症化を予防する。また、対象者の治療の経過について医療機関と情報を共有する。	・受診勧奨をした中で医療機関を受診する者の増加。 ・有所見者の治療の継続	医療機関受診者の検査数値の改善								
		【ストラクチャー】 ・保健センター、地域包括支援センターの協議連携 ・必要な予算の確保 ・稼働人員の確保 【プロセス】 ・事業の反省、工夫の検討 ・対象者の満足度の把握 ・適切な事後評価の実施									重症化予防

第 6 章 特定健康診査及び特定保健指導の実施

1 目標値の設定

国の特定健康診査・特定保健指導の基本方針では、第 2 期の目標として特定健康診査受診率を 60%、特定保健指導実施率を 60%、内臓脂肪症候群の該当者・予備群の 25%減少（平成 20 年度比）を平成 29 年度までに達成することを目標としていた。

第 3 期計画では国の目標値は市町村国保の加入者に係る特定健康診査の受診率 60%以上、特定保健指導の実施率を 60%以上にすることとしており、現状を踏まえて設定することとした。

表 14 特定健康診査・特定保健指導等の目標値

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
特定健康診査 受診率	52%	54%	54%	56%	58%	国の目標値 60%
特定保健指導 実施率	10%	20%	30%	40%	50%	国の目標値 60%

2 年度別の対象者の見込み

表 15 年度別の対象者の見込み

	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
特定健康診査 想定対象者数	900 人	890 人	880 人	870 人	860 人	850 人
特定健康診査 想定実施者数	468 人	480 人	475 人	487 人	498 人	510 人
積極的支援 想定対象者数	20 人					
積極的支援 想定実施者数	2 人	4 人	6 人	8 人	10 人	12 人
動機付け支援 想定対象者数	100 人					
動機付け支援 想定実施者数	10 人	20 人	30 人	40 人	50 人	60 人

3 特定健康診査の実施方法

(1) 対象者

特定健康診査の対象者は、国民健康保険加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に 40 歳から 74 歳となる者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者とする。なお、対象者については、以下の者を除外する。

- ① 妊産婦
- ② 厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）

(2) 実施場所

- ① 実施形態
集団健診及び個別健診
- ② 実施場所
個別健康診査 ⇒ 比企医師会に所属する医療機関
集団健康診査 ⇒ 保健センター

(3) 健康診査項目

内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣病の予防を中心とした保健指導を必要とする者を抽出する健康診査項目とする。

- ① 基本的な特定健康診査項目
 - ア 既往歴の調査 服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。
 - イ 自覚症状及び他覚症状の有無の検査 理学的検査（身体診察）
 - ウ 身長、体重及び腹囲の検査
 - エ BMI の測定（ $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$ ）
 - オ 血圧の測定
 - カ 肝機能検査（GOT・GPT・ γ -GTP）
 - キ 血中脂質検査（中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール）
※中性脂肪が 400mg/dl 以上は食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロールの測定でも可。
 - ク 血糖検査（空腹時血糖またはヘモグロビン A1c）
※やむを得ない場合は随時血糖
 - ケ 尿検査 尿中の糖及び蛋白の有無
- ② 詳細な健康診査の項目
一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施する。
 - ア 貧血検査
 - イ 心電図検査
 - ウ 眼底検査
 - エ 血清クレアチニン検査

(4) 実施時期

集団健診： 7月

個別健診： 6月～12月

(5) 委託先

集団健診：東松山医師会病院

個別健診：比企医師会

(6) 委託基準

特定健康診査を委託するにあたっては、東秩父村委託基準に基づき委託する。

(7) 周知・案内の方法

周知の徹底を図るため、村の人権カレンダーに健診情報を掲載する。

(8) 他の健診データを保有者から取得する方法

人間ドックを受けた人の健診結果を保健センター保健師も共有し、集団・個別健診を受けない住民の健康実態の把握に努める。また、健康長寿埼玉モデル等、運動教室等に参加する被用者保険加入者の健診データについて、提供を呼びかける。

(9) 受診方法

全戸配布の申込書により受診を希望する者に、問診票を郵送する。なお、特定健康診査結果は郵送で受け取る。その際、生活習慣の改善に関する情報提供を実施する。

(10) 自己負担額

特定健康診査の実施にあたっては、対象者からの自己負担は求めないこととする。

(11) 特定健康診査データの保管及び管理方法

特定健康診査結果データは、埼玉県国民健康保険団体連合会に委託し、その保管及び管理を行う。特定健康診査結果は、特定健康診査を実施した医療機関が、国が定める電子標準様式で埼玉県国民健康保険団体連合会に提出し、原則5年間保存する。

(12) 受診率向上のための方策

新規受診者の獲得及び経年連続受診者数の増加に向けた方策を重点的に取り組む。

4 情報提供

(1) 実施内容

特定健康診査を受診した者全員を対象に情報提供を実施する。特定健康診査結果の提供に合わせて、全員に個別のニーズ、生活習慣に即した情報を提供し、本人が特定健康診査結果から生活習慣病の改善、必要な治療または服薬、特定健康診査の継続受診等の行動変容につながるような内容とする。

また、健診結果説明会を実施し、内臓脂肪症候群以外の者も含め多くの受診者について生活習慣の改善、必要な治療または服薬、健康診査の継続受診の行動変容につなげる。

(2) 実施形態

集団健康診査受診者へは、結果通知に同封し、個別健康診査受診者へは、東秩父村が指定する医療機関の医師等によるパンフレット等を活用した情報提供を行う。

5 特定保健指導の実施方法

(1) 対象者

特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果により、健康の保持に努める必要があると認められる者とする。なお、対象者については以下の者を除外する。

- ・ 特定健康診査における除外者
- ・ 糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者

(2) 実施主体・実施体制

動機づけ支援：保健センターで直営で実施する。

積極的支援：東松山医師会病院に委託。

(3) 実施方法

① 特定保健指導の対象者の抽出

ア 基本的な考え方

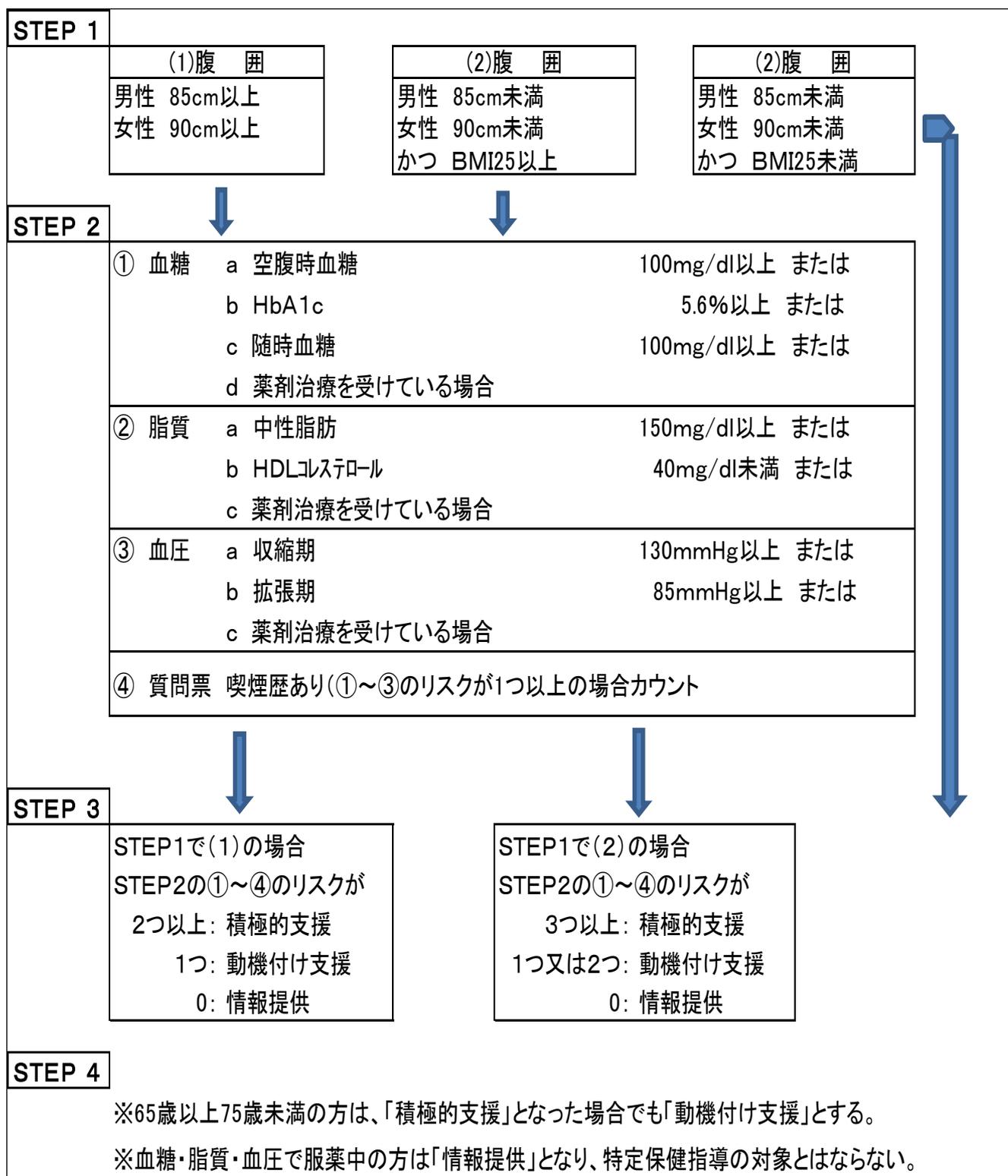
特定健康診査の結果から、内臓脂肪蓄積の程度とリスクに応じ、必要性に応じたレベル別（情報提供、動機づけ支援、積極的支援）に保健指導を実施するため、対象者の階層化を行う。

イ 保健指導対象者の選定と階層化の方法

特定保健指導対象者を明確にするため、特定健康診査結果から対象者を、グループに分類して保健指導を実施する。

特定健康診査結果の階層化と特定保健指導対象者のグループ分け

表 16 対象者選定の方法・階層化



(4) 実施内容

表 17 動機づけ支援・積極的支援実施の内容

	動機付け支援	積極的支援
①支援期間・頻度	面接による支援のみの原則 1 回	初回面接支援の後、3 ヶ月以上の継続的な支援
②支援内容・支援形態	対象者自身の生活習慣の改善点等に気づき、自ら目標設定し、行動できるような内容とする	対象者自身の生活習慣の改善点等に気づき、自ら目標設定し、行動できるような内容とする 面接による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価を行う
③面接による支援の具体計内容	1 人当たり 20 分以上の個別支援又は、1 グループ（おおむね 8 名以下）当たりおおむね 80 分以上のグループ支援	1 人当たり 20 分以上の個別支援又は、1 グループ（おおむね 8 名以下）当たりおおむね 80 分以上のグループ支援
④3 カ月以上の継続的な支援の具体的内容		支援 A のみで 180 ポイント以上 支援 A（最低 160 ポイント以上）と支援 B の合計で 180 ポイント以上
⑤ポイント算定に係る留意事項		1 日に 1 回の支援のみカウントする 保健指導と直接関係ない情報のやりとりはカウントしない等
⑥実績評価	初回面接から 3 ヶ月経過後、面接又は通信を利用して双方向のやりとりを行う	面接又は通信を利用して実施する双方向のやりとりを行う 継続的な支援の最終回と一体のものとして実施することも可

(5) 委託基準

特定保健指導を委託するにあたっての基準は、厚生労働省告示第 11 号（平成 20 年 1 月 17 日）による。

- ① 人員に関する基準
- ② 施設、設備に関する基準
- ③ 特定保健指導の内容に関する基準
- ④ 特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準
- ⑤ 運営等に関する基準

(6) 自己負担額

特定保健指導の実施にあたっては、対象者からの自己負担は求めないこととする。

(7) 実施における年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導
4月	健康診査対象者の抽出	
5月	衛生委員会議 →各世帯の20歳以上の氏名が入った健診 申込書を衛生委員が全戸配布	
6月	個別健診開始～12月まで	
7月	7月末に集団健診実施	
8月	集団健診結果受け取り 健診結果の発送	健診結果の階層化 →特定保健指導対象者へ保健指導の案内
9月	健診結果説明会	健診結果説明会において動機づけ支援初回面接
10月	各運動教室開始	
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		特定保健指導実施 (半年の振り返りと目標の達成度確認)

(8) 保健指導データの保管方法及び保管体制、管理方法

特定保健指導の実施結果は、特定保健指導を実施した機関が電子標準様式で埼玉県国民健康保険団体連合会に提出し、ここで原則5年間保存する。

第7章 計画の評価・見直し

評価は、KDB システム等を活用し、可能な限り数値を用いて行う。

また、評価方法（評価に用いるデータの入手時期、方法を含む）・体制については、評価を行う会議体等に意見を聴取することとする。

計画の見直しは、平成 32 年度に中間評価を実施し、平成 35 年度に計画に掲げた目的・目標の達成状況の最終評価を行う。

第8章 計画の公表・周知

策定した計画は、東秩父村の広報やホームページに掲載する。また配布にあたっては、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する。

第9章 個人情報の取り扱い

東秩父村における個人情報の取扱いは、東秩父村個人情報保護条例及び東秩父村個人情報保護事務処理要領等による。

第10章 その他の留意事項（地域包括ケアにかかる取組など）

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国保連合会等が行うデータヘルスに関する研修に事業運営にかかわる担当者（国保、衛生、介護部門等）は積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設ける。

データヘルス計画策定にあたり、国保部門と衛生部門等との連携を強化する。また、介護部門等関係部署と共通認識をもって、課題解決に取り組むものとする。

東秩父村第 2 期国民健康保険保健事業実施計画
東秩父村第 3 期特定健康診査等実施計画
平成 30 年 3 月策定

東秩父村保健衛生課
〒355-0393
埼玉県秩父郡東秩父村大字御堂 6 3 4 番地
電話 0493-82-1777

東秩父村保健センター
〒355-0372
埼玉県秩父郡東秩父村大字坂本 1 2 8 4 番地 1
電話 0493-82-1557