

皆野町国民健康保険

第2期 保健事業実施計画

(データヘルス計画)

第3期 特定健康診査実施計画

平成30年度～平成35年度



平成30年3月

皆 野 町

目 次

第1章 計画の基本的事項	1
1 計画の趣旨（背景・目的）	1
2 計画の位置づけ	1
3 計画の期間	2
4 関係者が果たすべき役割	3
第2章 現状の整理	4
1 町の特性	4
2 前期計画等に係る考察	4
第3章 健康・医療情報等の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握	7
1 人口・被保険者・死亡の状況	7
2 特定健診・医療情報等の分析	9
3 健康課題の抽出・明確化	22
第4章 目的・目標の設定	25
第5章 保険事業の実施内容	26
1 保健事業（特定健診以外）	26
2 その他の保健事業	29
第6章 特定健康診査及び特定保健指導の実施	31
1 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方	31
2 特定健康診査・特定保健指導の実施内容	31
3 特定健康診査・特定保健指導等の実施予定	37
4 特定健康診査・特定保健指導の対象者の抽出（重点化）方法	38
5 目的・目標（短期目標・中長期目標）の設定	39
6 保健事業の実施内容	39
第7章 計画の評価	41
1 基本的な考え方	41
2 評価方法の設定	41
第8章 計画の公表・周知	45
第9章 個人情報への取扱い	45
第10章 その他の留意事項	45
資料編 用語集	46

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（以下「特定健診」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。

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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」とされました。

これまで、市町村国保においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」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す。

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保健事業を進めていくことなどが求められています。

当町では、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第5項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「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（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）」の一部を改正する等により、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・改善を行うものです。

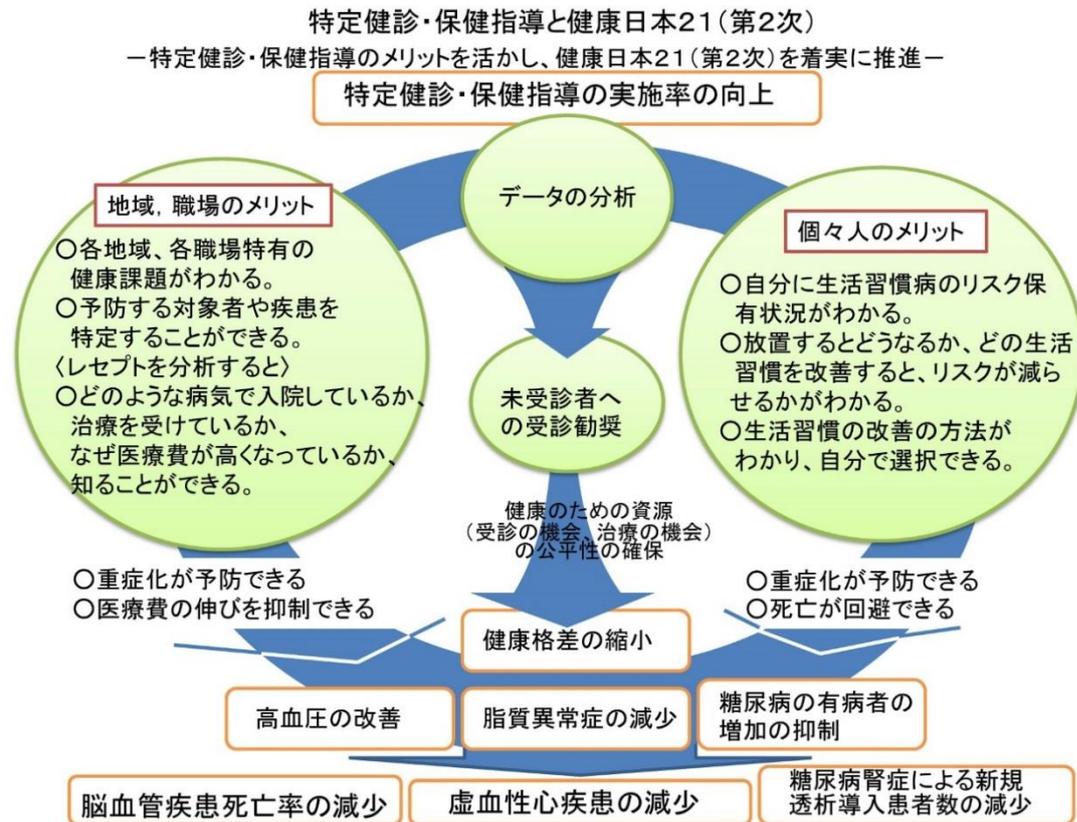
なお、当町では、第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第2期特定健康診査等実施計画の期間が平成29年度をもって終了することから、これまで実施してきた両計画の目標達成状況、各保健事業の効果検証等を踏まえ、次期計画（「第2期保健事業計画（データヘルス計画）・第3期特定健康診査等実施計画」）を一体的に策定するものです。

2 計画の位置づけ

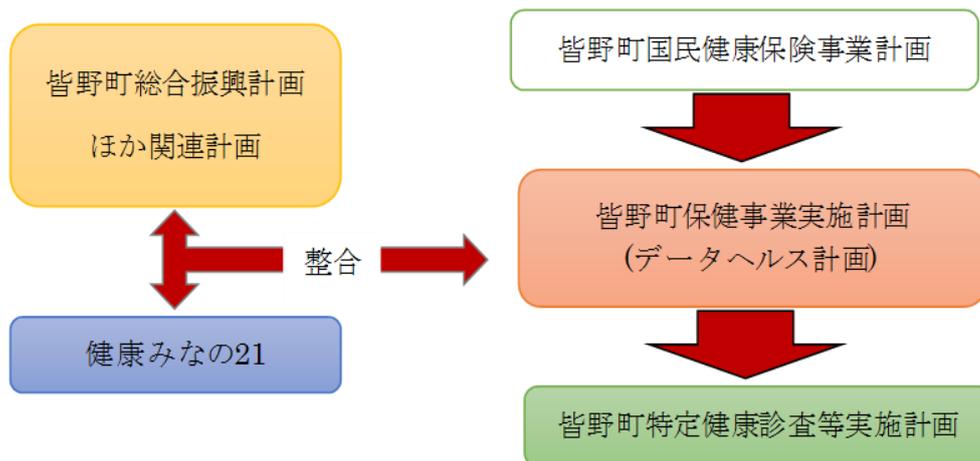
保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）とは、被保険者の健康保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

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、「皆野町総合振興計画」及び「健康みなもの21計画」等、それぞれの計画との整合性を図り、調和のとれたものとする必要があります。

【図表 1】 特定健診・特定保健指導と健康日本 21(2 次)



【図表 2】 データヘルス計画の位置づけ



3 計画の期間

本計画の期間は、平成30年度を初年度とし、平成35年度までの6年間とします。

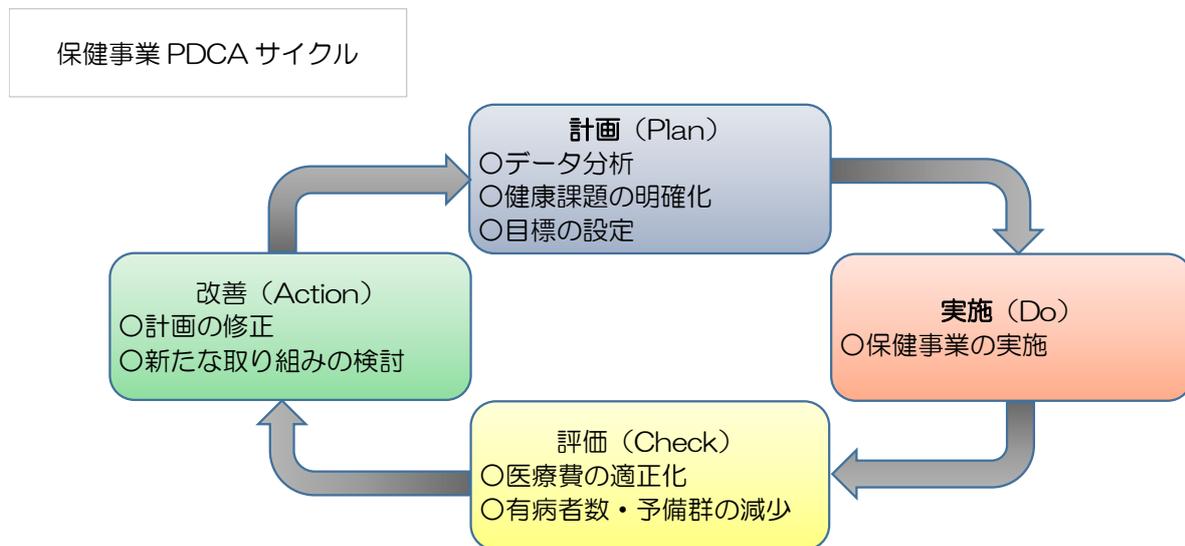
4 関係者が果たすべき役割

(1) 実施体制・関係部局の役割

当町は国保部門である町民生活課に保健師等の専門職が配置されていないため、特定健診・特定保健指導事業において、健康福祉課の保健部門の保健師に事業の執行委任をしています。データヘルス計画策定作業を通じて、今後も連携を強化するとともに、介護部門等関係部署と共通認識をもって、課題解決に取り組みます。

また、計画策定に当たっては、職員の資質向上に努めPDC Aサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、業務をマニュアル化するなど明確化・標準化する業務の継続性を図ります。

【図表 3】 保険事業（健診・保健指導）のPDC Aサイクル



(2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。外部有識者等とは、例えば、学識経験者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者が考えられます。これらの外部有識者等は、被保険者の健康の保持増進に関わる当事者としての立場と、専門的知見を有する第三者としての立場の両方の立場を有します。

また、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に設置される支援・評価委員会や県との連携・協力も重要です。これらの者との連携・協力に当たっては、データの見える化等により、被保険者の健康課題を共有することが重要です。

(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て主体的・積極的に取り組むことが重要です。

このため、保険者等は被保険者の立場からの意見を計画等に反映させるべきです。

地区組織である食生活改善会員やいきいきサポーター等に情報提供し、意見交換をしたり、また、国民健康保険運営協議会等の場を通じて計画策定等に参画してもらい、意見反映に努めることも重要となります。

第 2 章 現状の整理

1 町の特性

当町は、秩父連山の山々に囲まれた秩父盆地にあり、町の中央を東に流れる荒川に支流の赤平川・日野沢川・三沢川が注ぎこみ、自然に恵まれた緑豊かな町です。また、町の中央には国道 140 号と秩父鉄道が走り、秩父地域の交通の要所となっています。

当町では、恵まれた自然・風土・文化を大切に、「楽しく子育てができるまち」「元気で長生きできるまち」を目指し、子育て支援、特定健診・がん検診等の無料化、健康支援の充実に取り組んでいます。

2 前期計画等に係る考察

第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）の実施状況は、以下のとおりです。

（1）糖尿病性腎症（細小血管障害）の重症化予防事業

医療機関と連携した重症化予防（3次予防）の取り組みにより、「糖尿病性腎症による新規透析患者数を減少させる」という目標を達成することができました。（図表 4）

【図表 4】 人工透析新規導入者の原因疾患別推移（単位：人）

年 度	新規申請者数	糖尿病性腎症	慢性腎不全	腎炎	急性腎不全	高血圧性腎症	腎硬化症	急速進行性腎炎の疑い	IgA腎症
平成19年度	5	2		3					
平成20年度	1			1					
平成21年度	4	1		1			2		
平成22年度	5	3		2					
平成23年度	3	2		1					
平成24年度	3	3							
平成25年度	3	2					1		
平成26年度	2			2					
平成27年度	2	1					1		
平成28年度	2	1					1		

資料：身体障害者手帳交付台帳

【図表 5】 人工透析患者数の推移

毎年5月作成分	人 工 透 析				
	患者数	増減数(人)	伸び率(%)	糖 尿 病 合 併	
				糖尿病	糖尿病性腎症
平成25年度	12			7	2
平成26年度	11	-1	-8.3	7	4
平成27年度	10	-1	-9.1	7	4
平成28年度	11	1	10.0	7	4
平成29年度	7	-4	-36.4	4	2

資料：厚生労働省様式 3-7 人工透析のレセプト分析

(2) 虚血性心疾患・脳血管疾患（大血管障害）の重症化予防事業

【図表 6】 虚血性心疾患患者数の推移

毎年5月作成分	虚 血 性 心 疾 患		
	患者数	増減数(人)	伸び率(%)
平成25年度	137		
平成26年度	138	1	0.7
平成27年度	141	3	2.2
平成28年度	121	-20	-14.2
平成29年度	121	0	0.0
平成30年度			0.0

資料：厚生労働省様式 3-5 虚血性心疾患のレセプト分析

【図表 7】 脳血管疾患患者数の推移

毎年5月作成分	脳 血 管 疾 患		
	患者数	増減数(人)	伸び率(%)
平成25年度	146		
平成26年度	159	13	8.9
平成27年度	149	-10	-6.3
平成28年度	155	6	4.0
平成29年度	150	-5	-3.2
平成30年度			0.0

資料：厚生労働省様式 3-6 脳血管疾患のレセプト分析

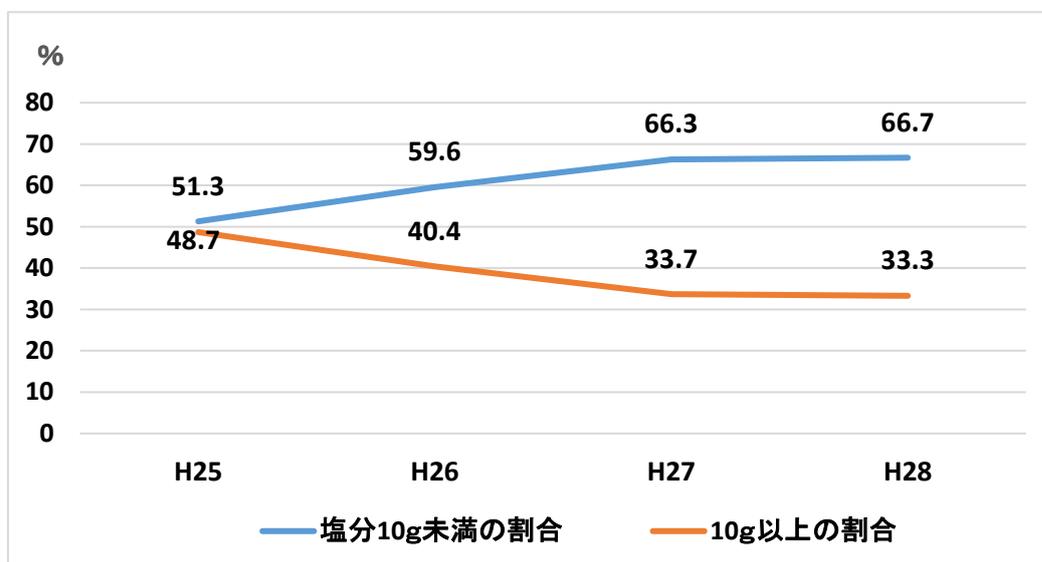
「医療費の伸びを抑える」という長期目標のもと、「虚血性心疾患・脳血管疾患の患者数の伸びを3%以内に抑制する」という中期目標を達成することができました。(図表 6.7)

(3) 減塩対策

生活習慣病の発症・重症化予防を目的に、減塩対策として推定塩分摂取量やソルセイブ(塩分味覚閾値)を特定健診の検査項目に追加し、また健診問診票には塩分交換表を導入し、個々の特性に応じた減塩指導に取り組みました。平成29年度の目標である「健診受診者の8割を10g未満にする」ことはできませんでしたが、年々高塩分者(10g/日以上)は減少傾向にあります。(図表 8)

今後は個々へのアプローチのほか、地域全体で減塩に取り組む環境の整備も必要と思われます。

【図表 8】 特定健診受診者 推定塩分摂取量推移 (単位：%)



資料：特定健診結果より

(4) 健診受診率向上

特定健診受診率は、県平均を下回って推移し、受診率向上につなげることはできませんでした。今後も受診率向上に向けた取り組みがさらに求められています。

【図表 9】 特定健診受診率の推移

(単位%)

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
町	26.7	28.5	27.7	27.5	27.9	28.0	29.6	29.9	32.6
県	31.8	32.1	32.9	33.9	35.4	36.4	38.1	39.4	39.8

資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況(平成28年度法定報告)

第3章 健康・医療情報等の分析及び分析結果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

当町の総人口は年々減少していますが、人口に占める高齢者人口（65歳以上人口）は、平成32年（2020年）までは増加し、その後減少していくことが推計されています。また、後期高齢者人口（75歳以上人口）は、平成32年に微減が予測されるものの、概ね増加傾向にあります。（図表10）

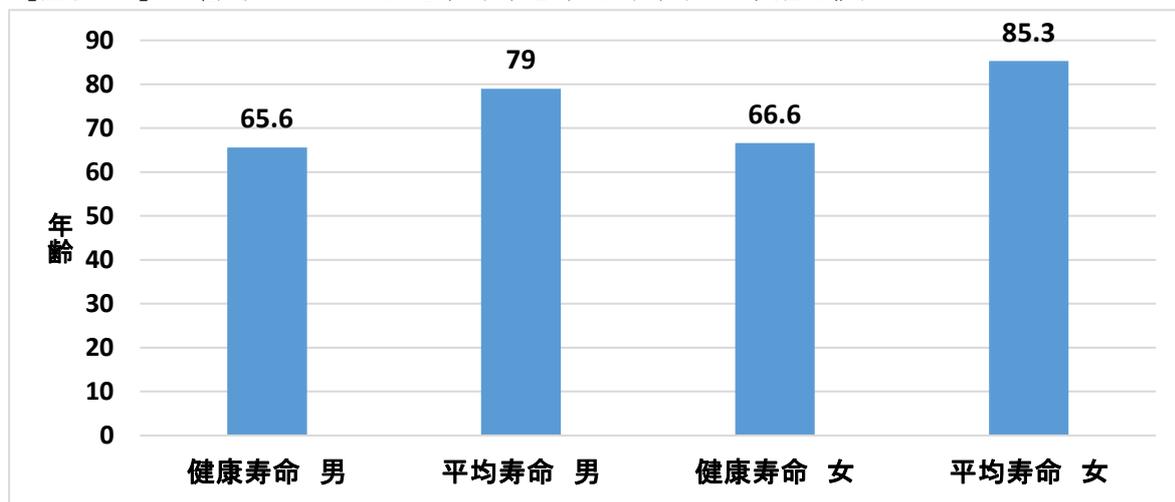
【図表10】 高齢化の推移と将来推計

単位:人									
	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年	平成52年
	国勢調査人口				将来推計人口				
総人口	12,199	11,518	10,888	10,133	9,525	8,856	8,200	7,541	6,893
高齢化率	23.6%	26.4%	29.2%	34.0%	36.9%	38.8%	39.8%	40.2%	42.3%
高齢者人口 (65歳以上)	2,876	3,044	3,179	3,442	3,517	3,436	3,262	3,035	2,918
前期高齢者 (65～74歳)	1,580	1,444	1,445	1,649	1,733	1,471	1,177	1,034	1,074
後期高齢者 (75歳以上)	1,296	1,600	1,734	1,793	1,784	1,965	2,085	2,001	1,844

資料:平成27年までは国勢調査

平成32年以降は「日本の市町村別将来推計人口(平成25年3月推計)」「平成22年国勢調査人口を基準に推計」

【図表11】 皆野町における健康寿命と平均寿命(H28年推定値)



	健康寿命 男	平均寿命 男	健康寿命 女	平均寿命 女
皆野町	65.6	79.0	66.6	85.3
同規模	65.1	79.3	66.8	86.4

資料: KDB 地域の全体像の把握

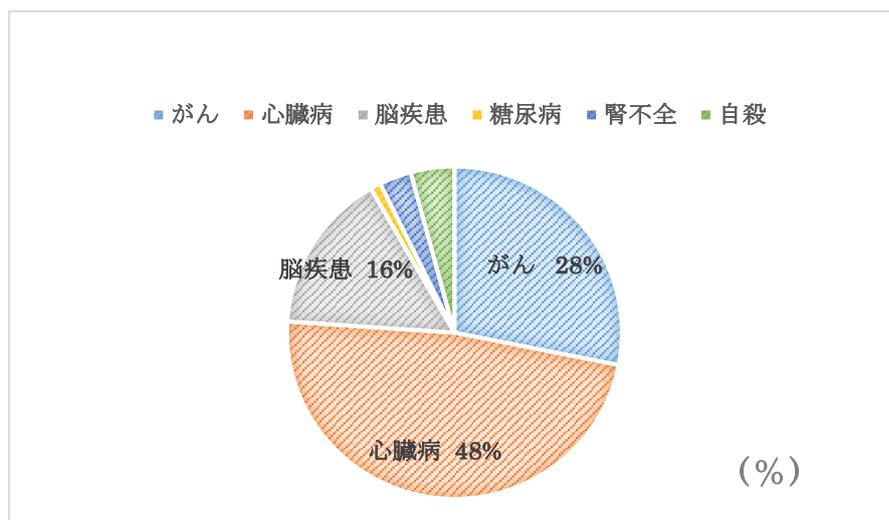
健康寿命（日常生活に制限のない期間）と平均寿命との差は、日常生活において何らかの制限がある不健康な期間を意味します。健康寿命を延ばすことで、この差を小さくし、生活

の質（QOL;Quality of Life）の低下を防ぐとともに、医療給付費や介護給付費といった社会的負担を軽減することが重要です。

当町における健康寿命は、同規模保険者とほぼ同じですが、健康寿命と平均寿命との差は、男性が13年、女性が19年であり、女性の方が日常生活に制限がある期間が長くなっています。（図表11）

当町の国保被保険者の主要な死因のうち、上位5位を占めるのは、①心臓病、②がん、③脳血管疾患、④自殺、⑤腎不全となっています。

【図表12】 H28 皆野町における主要な死因の構成比（平成28年）



資料：KDB 地域の全体像の把握

（2）国民健康保険被保険者の状況

皆野町の人口は（平成29年4月1日現在）10,048人で平成25年4月に比べて713人減少しています。また、被保険者数は2,787人（平成29年4月1日現在）で平成25年4月に比べて466人減少しており、被保険者数は町民全体の27.7%で加入率は2.5ポイント減少しています。加入者の減少理由は、人口の減少と平成28年10月の社会保険適用拡大による雇用状況の変化によることが要因と考えられます。

【図表13】 人口と被保険者数の推移

年 月 日	人 口(人)	被保険者数(人)	加入率 (%)
平成25年4月1日	10,761	3,253	30.2
平成26年4月1日	10,567	3,209	30.4
平成27年4月1日	10,343	3,058	29.6
平成28年4月1日	10,184	2,915	28.6
平成29年4月1日	10,048	2,787	27.7

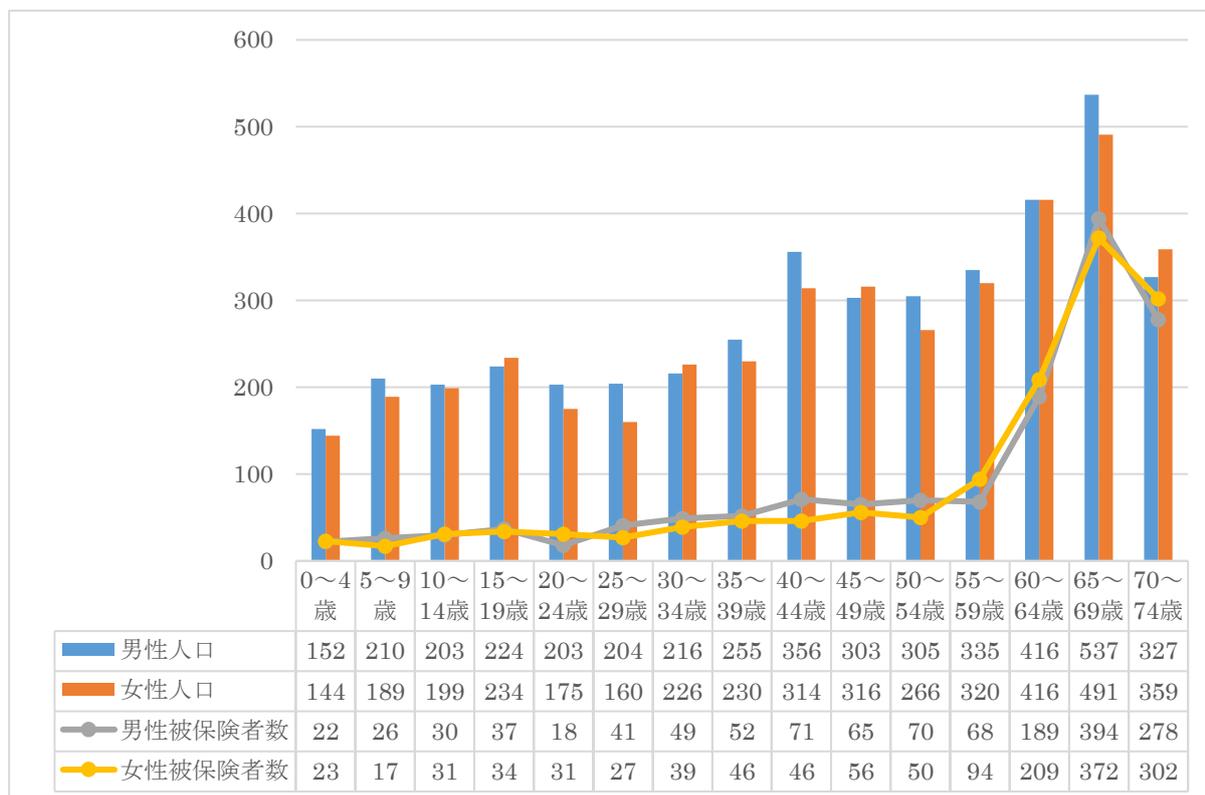
資料：人口統計資料及び国民健康保険被保険者一覧表

被保険者数の年齢階層別の推移は平成25年度と比べるとほとんどの年代で減少してい

ますが、65歳から74歳は増加しています。65歳から74歳が占める被保険者数の割合は、25年度37.5%、29年度48.3%で10.8ポイント増加しています。

被保険者の年齢別構成から見ると、社会保険加入者が多い50歳代までに比べ、社会保険等からの脱退に伴い、60歳代からの加入率が上がり始め、65歳から急速に上がっています。

【図表 14】 被保険者数の性年齢別構成 (平成29年4月1日)



資料：国民健康保険システム被保険者一覧表

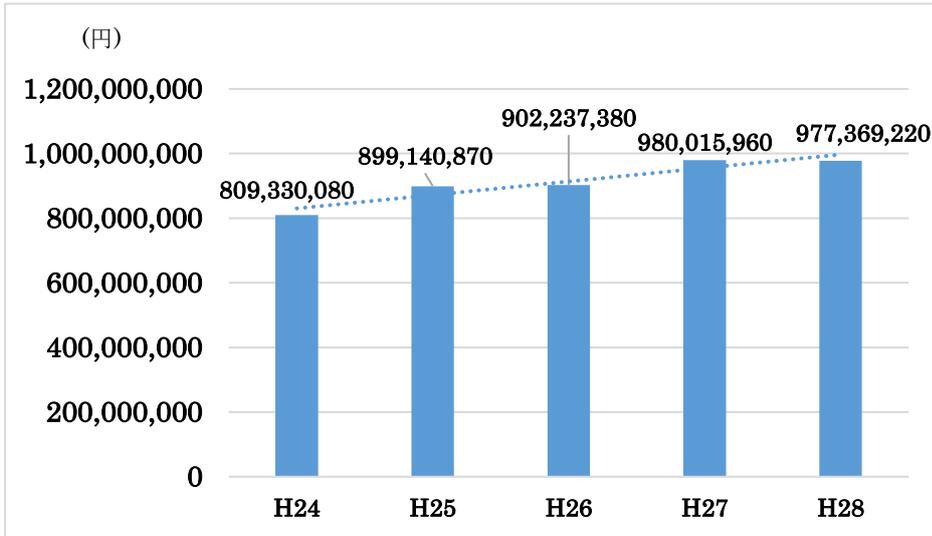
2 特定健診・医療情報等の分析

(1) 医療費データの分析

①医療費の年次推移

医療費は平成27年度までは増加傾向にありますが、平成28年度はわずかに減少しています。

【図表 15】 皆野町国保医療費の年次推移（単位：円）

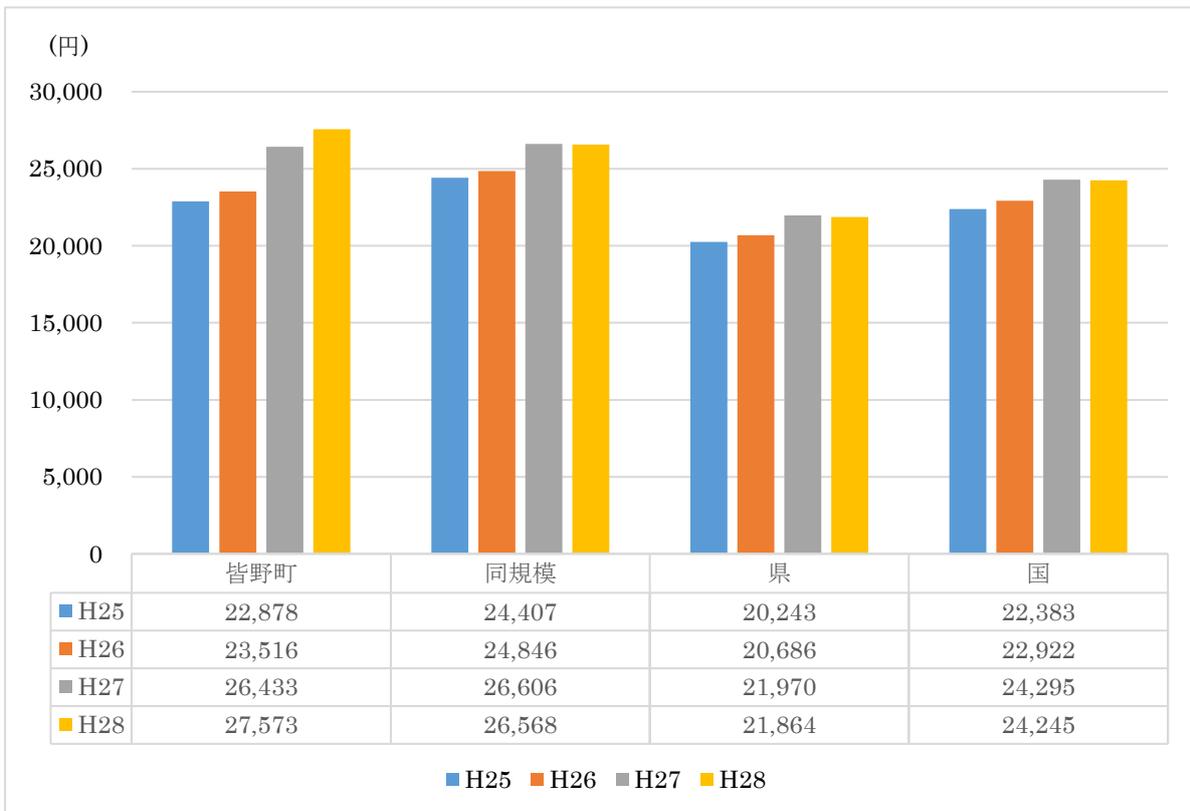


資料：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

② 1人あたり医療費の推移

1人あたりの医療費は年々増加し、各年度とも県平均より高く、平成28年度からは同規模保険者よりも高くなっています。

【図表 16】 1人あたり1か月平均医療費の年次推移（単位：円）



資料：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③ H25年度・H28年度総医療費 上位10位比較

平成25年度と平成28年度の総医療費（入院+外来）を比較すると、「統合失調症」「慢性腎不全（透析あり）」「糖尿病」「高血圧症」は常に上位5位以内に入っています。（図表17）

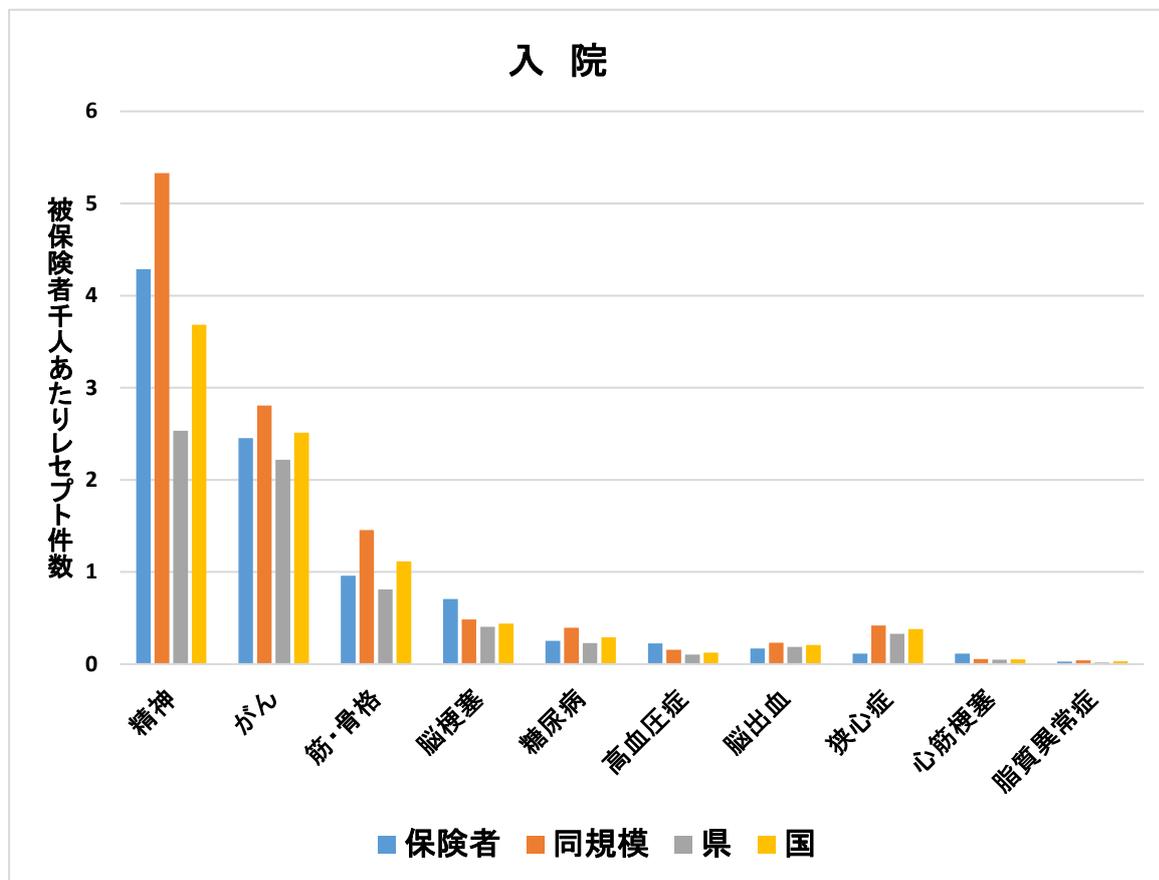
【図表17】 総医療費 上位10位比較（単位：％）

	平成25年度 総医療費	割合(%)	平成28年度 総医療費	割合(%)
1位	統合失調症	6.9	肺がん	8.9
2位	慢性腎不全(透析あり)	6.5	統合失調症	6.1
3位	高血圧症	6.3	糖尿病	5.5
4位	糖尿病	5.5	慢性腎不全(透析あり)	5.1
5位	関節疾患	4.3	高血圧症	4.4
6位	うつ病	2.7	関節疾患	4.1
7位	脂質異常症	2.7	脂質異常症	2.5
8位	心筋梗塞	1.6	脳梗塞	2.0
9位	胃がん	1.3	C型肝炎	2.0
10位	狭心症	1.3	不整脈	1.9

資料：KDB 医療費分析（2）大、中、細小分類

④ 生活習慣病医療費分析

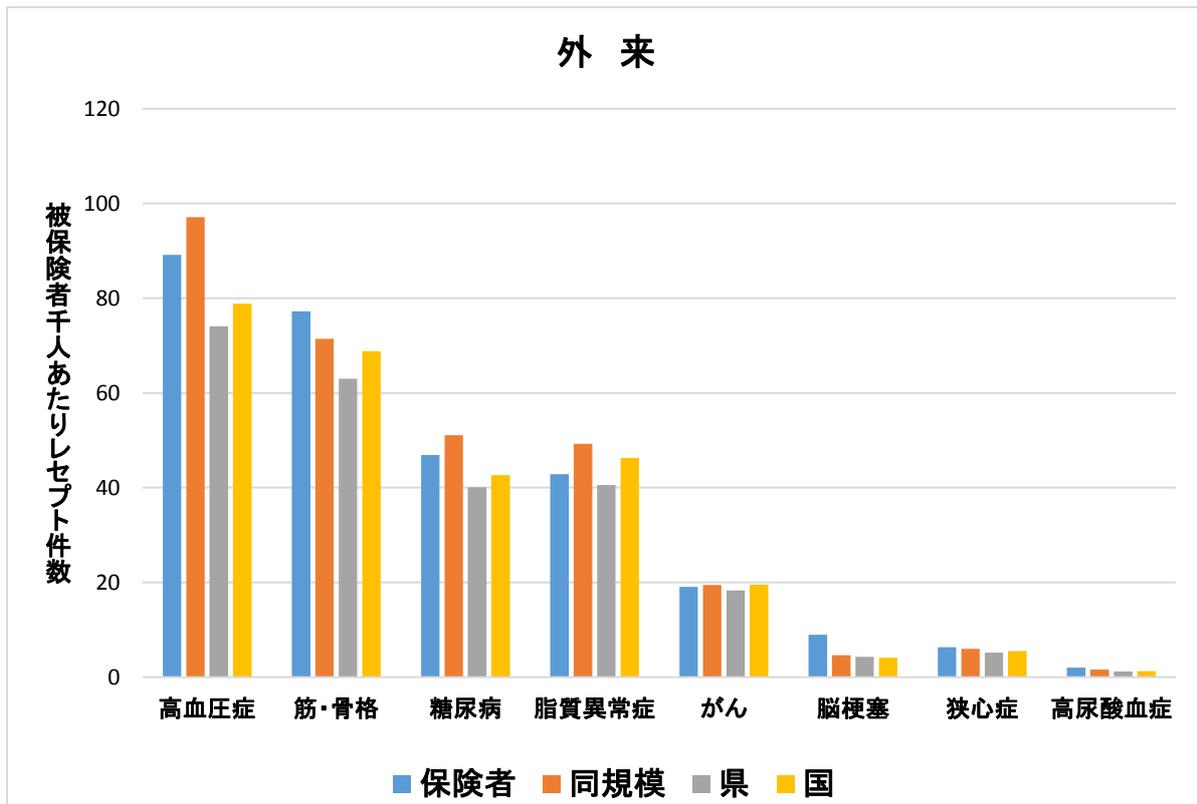
【図表 18】 H28 年度累計疾患別医療費分析（入院）（単位：円）



被保険者千人あたりレセプト件数				
入院	保険者	同規模	県	国
精神	4.288	5.328	2.534	3.684
がん	2.454	2.806	2.217	2.512
筋・骨格	0.959	1.454	0.809	1.117
脳梗塞	0.705	0.486	0.406	0.44
糖尿病	0.254	0.395	0.229	0.291
高血圧症	0.226	0.157	0.103	0.123
脳出血	0.169	0.232	0.188	0.209
狭心症	0.113	0.419	0.329	0.381
心筋梗塞	0.113	0.055	0.049	0.053
脂質異常症	0.028	0.041	0.018	0.03

資料：KDB 疾病別医療費分析

【図表 19】 H28 年度累計疾患別医療費分析（外来）（単位：円）



被保険者千人あたりレセプト件数				
外来	保険者	同規模	県	国
高血圧症	89.178	97.148	74.098	78.838
筋・骨格	77.216	71.453	63.035	68.826
糖尿病	46.888	51.08	40.111	42.657
脂質異常症	42.882	49.245	40.539	46.312
がん	19.071	19.492	18.307	19.515
脳梗塞	8.971	4.627	4.296	4.093
狭心症	6.319	5.984	5.168	5.522
高尿酸血症	2.031	1.587	1.187	1.299

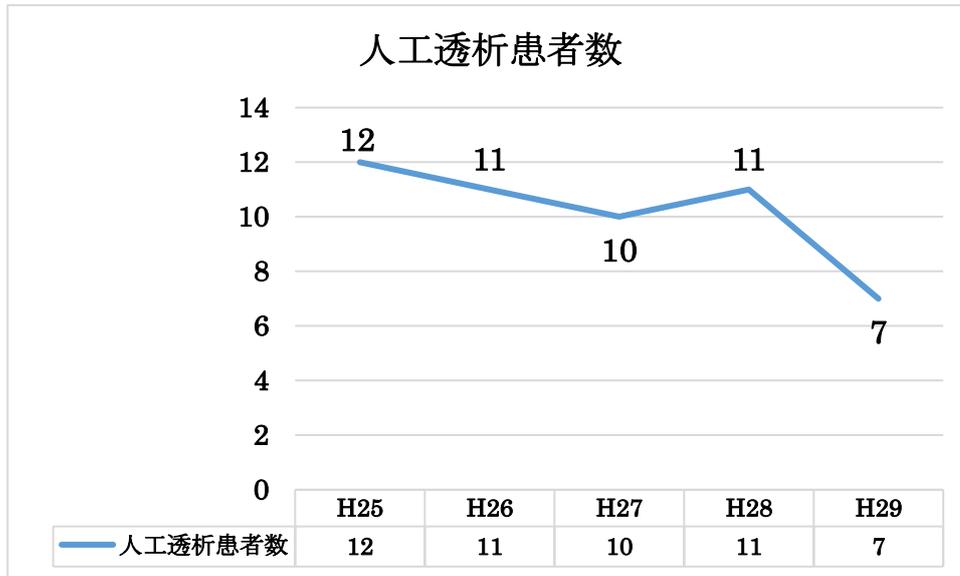
資料：KDB 疾病別医療費分析

被保険者千人あたりのレセプト件数を見ると、入院医療では「精神疾患」が最も多く、次いで「がん」となっています。外来医療では「高血圧症」「筋・骨格」「糖尿病」「脂質異常症」の順となっています。外来医療では「筋・骨格」が同規模保険者より多く、高齢化率の高い当町では、骨折や関節疾患などの筋・骨格系疾患対策の必要性がうかがえます。

⑤ 人工透析医療費分析

図表 5 に示すとおり、人工透析患者数は、前年に比べ約 4 割減少しました。透析になると、1 人あたりの年間医療費が平均 500 万～600 万円かかると言われています。今後も糖尿病による新規透析導入患者数を増加させない取り組みを継続します。

【図表 20】 人工透析患者数推移（単位：人）



資料：KDB 厚生労働省様式 3-7 人工透析のレセプト分析

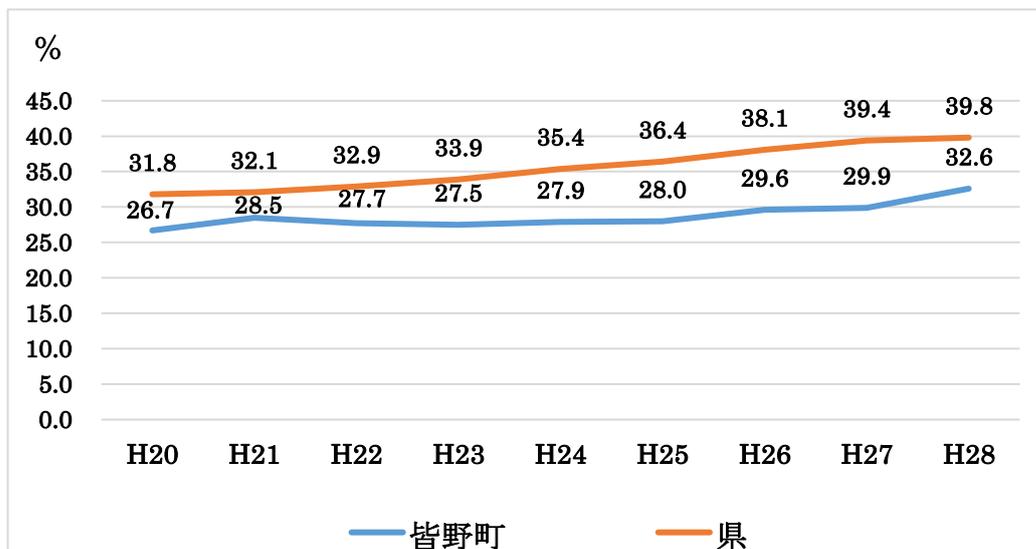
(2) 特定健診・特定保健指導データの分析

① 特定健診受診率

特定健診受診率は、県平均を下回って推移しており、第2期特定健診等実施計画の目標である60%に到達しませんでした。

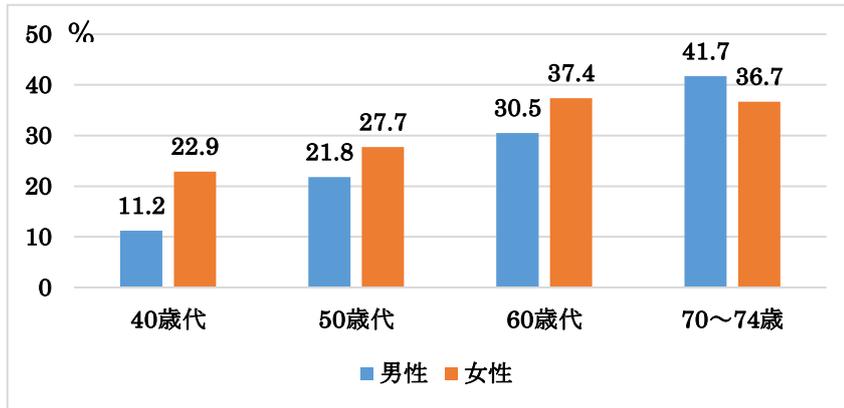
平成28年度の男女別・年齢階級別にみると、40代、50代は男女とも受診率が低くなっています。また、健診有無別の生活習慣病医療費は、健診受診者が6,194円に比較し、健診未受診者は37,529円と約6倍高くなっています。(図表 22・23)

【図表 21】 特定健診受診率の推移（単位：%）



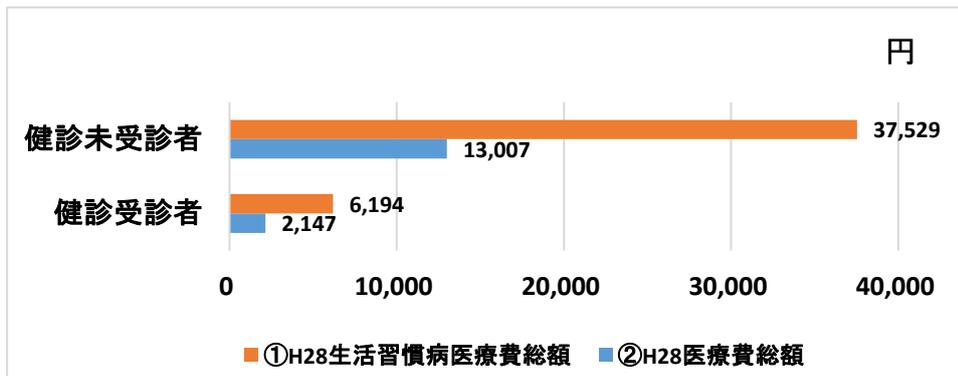
資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況（平成28年度法定報告）

【図表 22】 性・年代別特定健診受診率（単位：％）



資料：KDB 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

【図表 23】 健診受診者・未受診者における生活習慣病等 1 人あたり医療費（単位：円）



資料：KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

① 生活習慣病医療費総額/生活習慣病患者数 ②医療費総額/健診対象者数

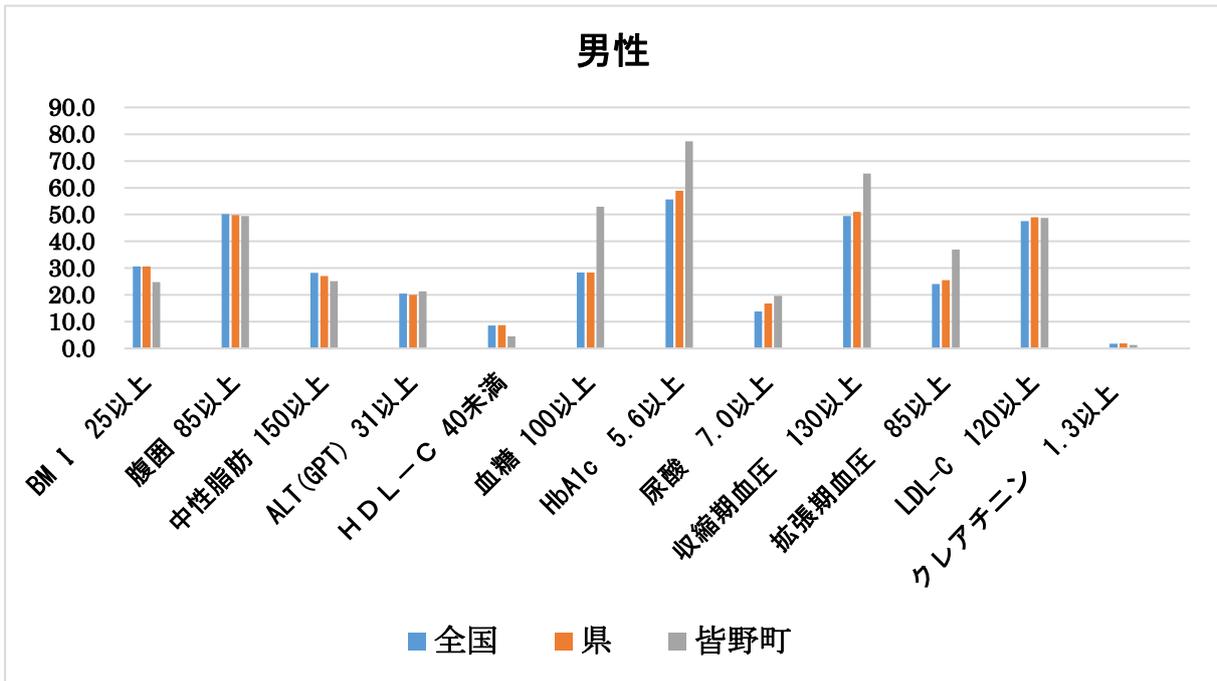
【図表 24】各年度の取組状況の推移

	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	平成29年度
個別健診	4～1月	4～12月	4～12月	通年	通年	通年
周知方法	対象者に個別通知(受診券発送)					
健診項目 (特定健診項目 以外・皆野病院 のみ)	≪クレアチニン値・eGFR値検査≫ 腎機能の把握 ≪頸動脈エコー検査≫ 血管狭窄有無の把握					
	≪尿中塩分検査≫ 推定塩分摂取量の把握					
	≪塩分味覚閾値判定検査≫ 塩味に対する感じやすさを把握					
予算上の 取り組み	自己負担 無料					
健診結果返却	結果説明会にて個別に返却(保健師による説明、管理栄養士による栄養相談)					
受診勧奨	≪バースデイカード送付(40歳・50歳)≫ 誕生日月に受診勧奨ハガキ郵送					
受診率向上 の取り組み	≪Minanoポイントカード≫ 20ポイント貯めて賞品と交換					
	≪商工会・医療機関・歯科医療 機関・薬局などからの働きかけ≫ ・チラシの配布を依頼					
各種がん検診と同時受診(皆野病院のみ)とする取り組み						
未受診者 勧奨	受診勧奨ハガキ郵送(40～64歳)					
	保健師の訪問 (皆野地区)					
保健指導	減塩指導プログラム (問診票に塩分交換表の導入)					
積極的支援 動機付け支援	≪み～なチャレンジ≫ 減量サポートプログラム					
	≪BDHQ≫ 栄養調査(食習慣アセスメント)					
糖尿病性腎症 予防の取り組み	・未治療者、治療中断者を医療に結びつける。 ・糖尿病で腎機能が低下しているハイリスク者に対しては、医療機関と連携した保健 指導を行い、腎不全、人工透析への移行を阻止する。					

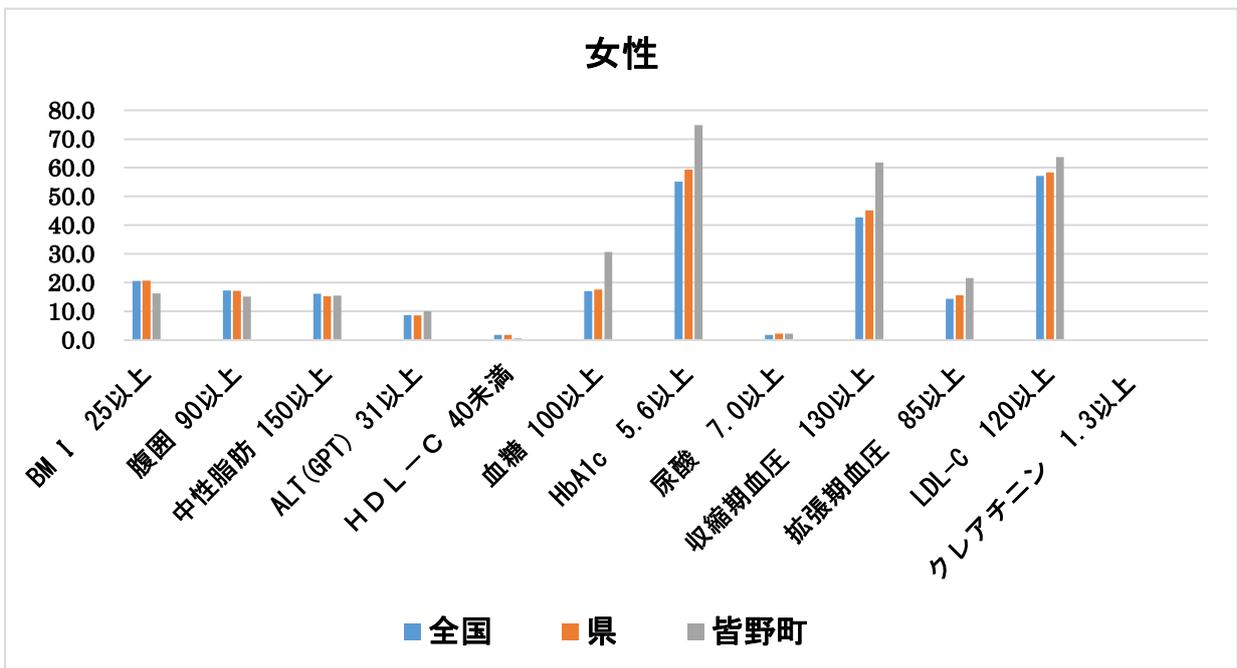
② 健診結果リスクの状況

平成28年度の特定期健診受診者の有所見状況をみると、男女ともに血管を傷つける因子であるHbA1c、血糖、収縮期血圧の有所見者割合が全国・県平均より高く、一方、摂取エネルギー過剰を示すBMI 25以上の方の割合は低くなっています。男女別にみると、男性は女性に比べ、ALT(GPT)・尿酸の高い方が多い傾向にあります。

【図表 25】 平成 28 年度健診有所見者の状況（単位：％）



【図表 26】 平成 28 年度健診有所見者の状況（単位：％）



資料：KDB 厚生労働省様式 6-2~7 健診有所見者状況

③ 健診問診票の状況

平成28年度の間診票をみると、国・県・同規模保険者と比較し「20歳から体重が10kg増加している者」の割合が約3倍高くなっています。(図表27)

【図表27】平成28年度健診問診票の状況 (単位：%)

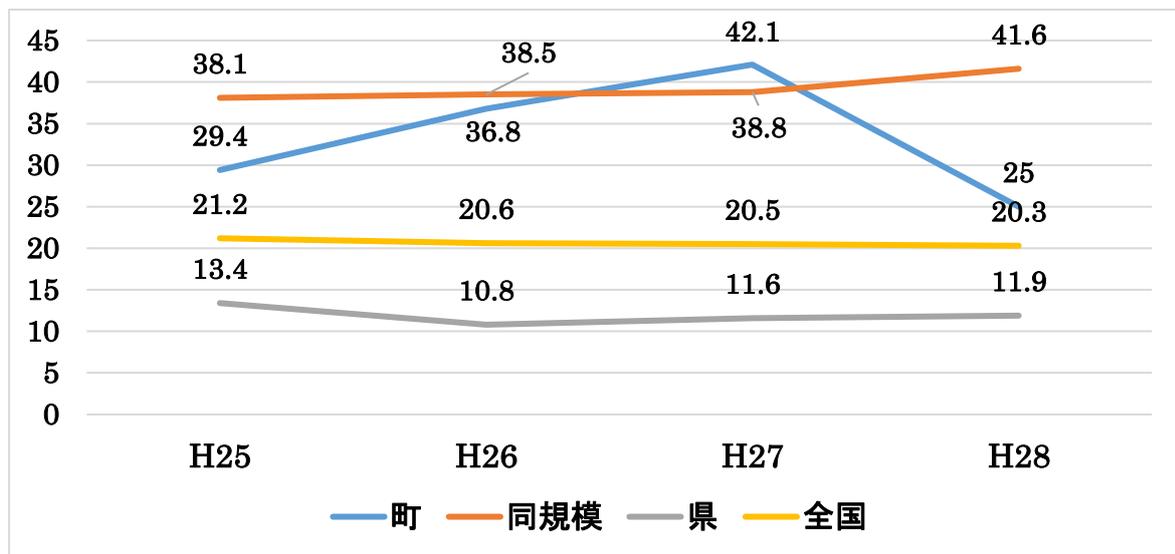
		町	同規模	県	全国
服薬	高血圧症	33.8	35.4	33.8	33.6
	糖尿病	8.6	8.3	7.3	7.5
	脂質異常症	20.3	22.2	22.8	23.6
既往歴	貧血	7.1	8.7	9.6	10.2
たばこ	喫煙	11.4	14.6	15.1	14.2
20歳から体重10kg以上増加		99.8	32.7	32.4	32.1
30分以上/日 運動習慣		59.0	64.1	55.0	58.8
歩行速い		54.9	55.8	49.2	50.3
食事	速い	38.0	26.9	25.0	26.0
	普通	62.0	64.5	67.8	65.6
	遅い	0.0	8.5	7.2	8.4
飲酒	毎日	26.0	26.0	25.9	25.6
	時々	18.8	20.3	22.8	22.1
	飲まない	55.1	53.7	51.3	52.3
	1合未満	44.2	61.1	67.5	64.0
	1~2合	40.1	25.1	21.9	23.9
	2~3合	12.4	10.3	8.4	9.3
	3合以上	3.2	3.4	2.2	2.7
休息	睡眠不足	24.3	24.6	25.6	25.1

資料：KDB 地域の全体像の把握

④ 特定保健指導実施状況

特定保健指導実施率は、国・県よりは高いですが、平成28年度は低下しています。実施方法等について、今後検討が必要です。

【図表 28】 特定保健指導実施率経年推移の状況（単位：％）



資料：KDB 地域の全体像の把握

【図表 29】 積極的保健指導・動機づけ保健指導実施状況（単位：人）

	積極的支援			動機づけ支援	
	対象者	保健指導 修了者		対象者	保健指導 修了者
平成25年度	25	7	平成25年度	60	18
平成26年度	27	8	平成26年度	60	24
平成27年度	22	6	平成27年度	53	25
平成28年度	33	2	平成28年度	54	17

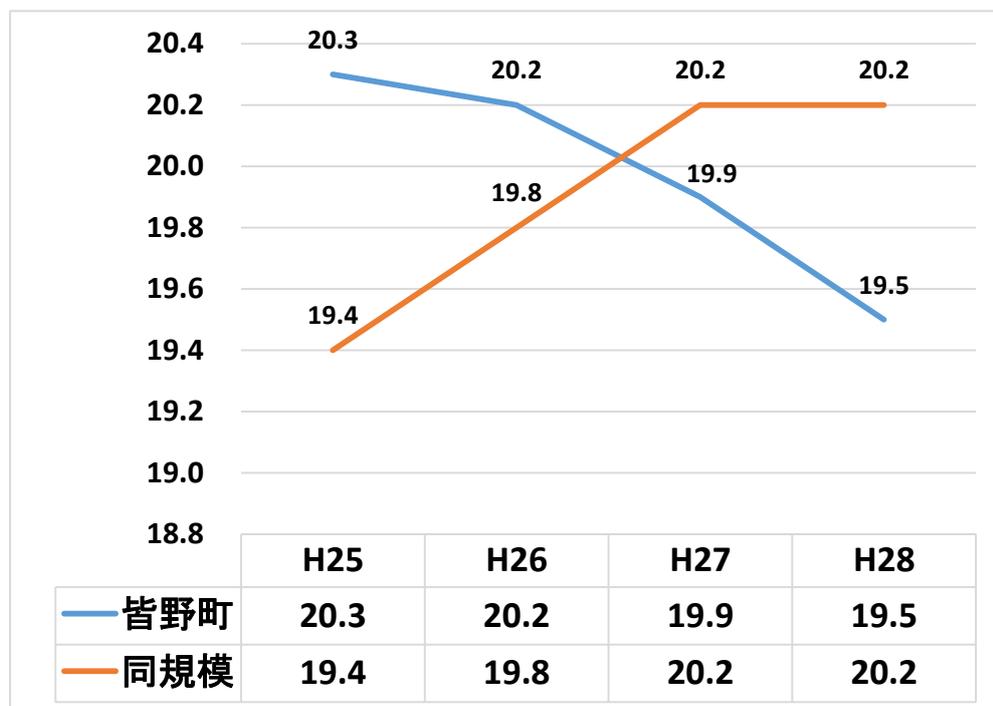
資料：特定健診・特定保健指導保険者別実施状況（法定報告）

(3) 介護データの分析

① 要介護認定率の状況及び給付費

要介護認定率は、図表 30 に示すとおり、同規模保険者と比較し年々減少しています。また、要介護認定別の 1 件あたり介護給付費は図表 31 のとおりです。

【図表 30】 要介護認定率の推移（単位：％）



資料：KDB 地域の全体像の把握

【図表 31】 1 件あたりの給付費

平成 28 年度累計 1 件当介護給付費（円）	
要支援1	13,224
要支援2	17,075
要介護1	41,265
要介護2	52,197
要介護3	79,446
要介護4	134,008
要介護5	111,136

資料：KDB 地域の全体像の把握

② 介護保険認定者の生活習慣病有病状況

平成28年度の要介護者の有病状況は、心臓病が最も多く、次いで筋・骨疾患となっています。(図表 32)

要介護(支援)認定別の有病状況をみると、心臓病は介護度に関わらず多く、要支援者は筋・骨疾患が多く、要介護1より重度になると精神疾患が増加し、最重度の介護を要する要介護5では、脳疾患が約4割を占めています。(図表 33)

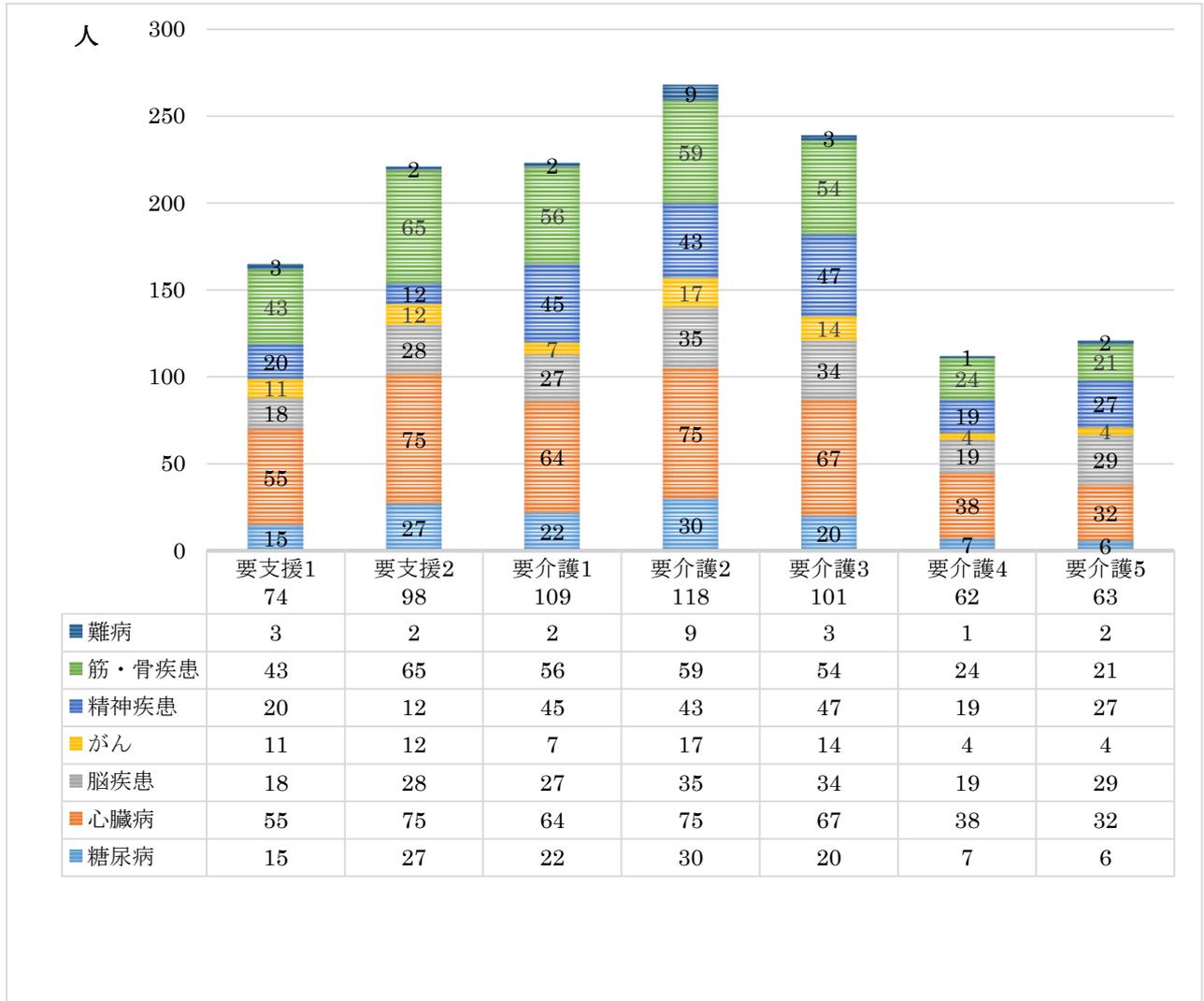
【図表 32】 要介護者有病状況(平成28年度)

単位:(人)

	1号被保険者	2号被保険者
糖尿病(%)	126	1
再掲 合併症	21	0
心臓病 (高血圧症を含む)	400	6
脳疾患	182	8
がん	67	2
精神疾患	215	4
筋・骨疾患	318	4
難病	20	2
その他	385	9
計	1713	36

資料: KDB 要介護(支援)者有病状況(平成28年度累計)

【図表 33】 1号被保険者要介護（支援）認定度別有病状況



資料：KDB 要介護（支援）者有病状況（平成 28 年度累計）

3 健康課題の抽出・明確化

重点課題Ⅰ 特定健診受診率の向上

特定健診受診率の向上に取り組みます。

重点課題Ⅱ 糖尿病性腎臓病（DKD）の重症化予防

糖尿病が重症化し、透析に移行するのを予防することで、住民の健康増進と医療費の増加抑制に取り組みます。

重点課題Ⅲ フレイル対策事業

高齢になっても、できるだけ長く健康で自立した日常生活を送れるよう、フレイル予防に取り組みます。

課 題	対策の方向性	事 業
<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診受診率が県平均より低い。 (図表 21) ・ 40代50代の働き盛りの健診未受診者が多い。 (図表 22) ・ 特定健診質問票で「体重が20歳の頃より10kg以上増加」及び「飲酒量」が同規模・県・全国より多い。 (図表 27) ・ 健診未受診者は生活習慣病医療費が6倍高い。(図表 23) ・ 特定保健指導実施率がH28年度は低下している。(図表 28・29) ・ 健診有所見状況では、県・国に比較してHbA1c・血糖・血圧のリスク因子の高い人が多い。 (図表 25・26) ・ 推定食塩摂取量10g/日以上の方は、減少傾向にある。(図表 8) ・ 介護保険認定者の有病状況において、心疾患が最も多い。 (図表 32) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 若い世代への受診勧奨。 ・ 社会保険から国民健康保険に以降された方については、健診習慣が継続するよう働きかける。 ・ 治療中の方にも受診勧奨を実施、または診療情報提供により健康状態を把握する。 ・ 特定保健指導対象者には利用勧奨する。 ・ 保健指導の専門スキルの向上。 ・ 健診受診者には、個別減塩指導を継続。 ・ 地区組織・民間団体と協働で、地域ぐるみの減塩運動の実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 特定健診受診率向上事業 ② 減塩運動
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一人あたり医療費は年々増加している。(図表 16) ・ 統合失調症・糖尿病・慢性腎不全・高血圧症・関節疾患は年間医療費の上位5位に入っている。 (図表 17) ・ 人工透析患者数は、重症化予防の成果として減少した。 (図表 4・5) ・ 虚血性心疾患・脳血管疾患の患者数は減少傾向。(図表 6・7) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急速に腎症が進行している方を対象に、医療機関と連携した保健指導を実施。 ・ 医師会・皆野病院と連携し、特定健診の結果HbA1c 6.5%以上の方には尿中アルブミン測定検査の受診勧奨を実施。 ・ 歯科健診の受診勧奨・歯周病治療の推進。 	<ul style="list-style-type: none"> ③ 糖尿病性腎臓病重症化予防事業

<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化率が県に比べ高く、被保険者平均年齢も県に比べ5歳高い。高齢者人口も平成32年までは増加傾向。(図表10) ・介護保険認定者の有病状況において、心疾患、筋・骨疾患が多い。(図表32) ・要介護度別の有病状況は、要支援者は筋・骨疾患が多く、要介護1以上になると精神疾患が増加する。(図表33) 	<ul style="list-style-type: none"> ・サルコペニア対策の一環で、転倒ハイリスク者を抽出するため、特定健診の検査項目に動的評価(開眼片足立ち)を導入する。 ・転倒ハイリスク者を対象に、運動指導・栄養指導を実施する。 ・オーラルフレイル対策として、口腔機能評価(オーラルディアドコキネシス等)の導入を検討。 ・認知症予防健診の導入を検討。 	<p>④フレイル対策事業(新規)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

第4章 目的・目標の設定

第3章「健康・医療情報等の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握」を踏まえ、第2期計画期間において取り組むべき目的・目標を、次のとおり定めます。

	目的	中・長期目標	短期目標
①特定健診受診率向上	特定健診の受診率を向上させる。	平成35年度の受診率を60%とする。	受診率を毎年5%向上させる。
②減塩運動	減塩することで、高血圧・糖尿病・脂質異常症等の生活習慣病患者数を減らす。	健診受診者の生活習慣病医療費の増加を抑制する。	健診受診者のうち、塩分摂取量10g未満の方の割合を、毎年5%ずつ増やす。
③糖尿病性腎臓病重症化予防	糖尿病性腎臓病の重症化を予防することで、人工透析への移行を阻止する。	<ul style="list-style-type: none"> 急速腎症進行例($\Delta eGFR=20\%/年$)の者が透析に移行するのを防ぐ。 特定健診結果から抽出された腎症ハイリスク者を、医療機関へ確実につなげ、治療中断を防ぐ。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関と連携協働で介入している者の検査値の維持又は改善。 ハイリスク者の受療率の向上
④フレイル予防	心身機能の維持・向上により、要介護状態への移行を防ぐ。	<ul style="list-style-type: none"> 要介護・要支援認定率の減少。 健診受診者の動的评价の維持又は改善。 咀嚼や嚥下等の口腔機能を改善する。 食事内容の改善(低体重の方のたんぱく質摂取量の適正化)。 	<ul style="list-style-type: none"> 開眼片足立ち測定値の維持又は改善。 特定健診で「何もかんで食べられない」の割合の増加 特定健診でやせ($BMI<18.5$)の割合の減少

第5章 保健事業の実施内容

特定健診以外の保健事業について、次のように取り組みます。なお、特定健診については、第6章に掲載します。

1 保健事業（特定健診以外）

(1) 減塩運動

塩分摂取量と特定健診データの関連を分析すると、推定塩分摂取量が中央値（男性 9.8g 女性 9.2g）以上の群では、腹囲・BMI・血糖・HbA1c・中性脂肪等が有意に高く、減塩は生活習慣病予防にとって重要な取り組みのひとつです。具体的な実施内容は下記のとおりです。

(年度)

減塩運動	実施内容	アウトプット	アウトカム	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健診受診者	《対象》 特定健診受診者 《方法》 推定塩分摂取量・ソルセイブにより、塩分摂取量を見える化し、個別に減塩指導を実施	特定健診受診者数	推定塩分摂取量10g/日未満の割合が前年+5%	→					
地区組織と協働で減塩運動	《対象》 町民 《方法》 1. 地区組織員を対象に減塩スキルアップ研修の開催 2. 食生活改善会による減塩の普及 3. いきいきサポーターによる減塩の普及	1. リーダー研修会開催回数・参加者数 2. 減塩教室参加者数	地区組織員の推定塩分摂取量10g/日未満の割合の増加	→					
減塩環境整備	《対象》 町民 《方法》 1. 民間企業と調整し、外食・惣菜・弁当等の塩分表記の仕組みづくり。 2. 減塩ちらし配布	1. 協力機関・団体を確保 2. 減塩ちらし配布数		→					

(2) 糖尿病性腎臓病重症化予防

生活習慣病は、医療費の多くを占めるだけでなく、死因においても高い割合を占めています。特に糖尿病は重症化することで、心筋梗塞、脳梗塞、糖尿病性腎臓病など多くの合併症を引き起こし、特に人工透析に移行すると、医療給付費が増大するだけでなく、本人の生活

の質（QOL）も著しく低下するため、重症化予防に取り組む意義は大きいです。

また、糖尿病をもつ歯周病患者に歯周病治療を行うことにより、血糖値の改善が認められることから、歯科口腔健診の受診勧奨と積極的な治療推進にも取り組みます。

(年度)

糖尿病性腎臓病	実施内容	アウトプット	アウトカム	H30	H31	H32	H33	H34	H35
				特定健診からの受診勧奨	<p>《対象》 特定健診受診者</p> <p>《方法》 1.健診受診者のうちHbA1c6.5%以上の方には、アルブミン尿検査の受診勧奨を実施。 2.健診受診者のうち以下のいずれかに該当する者は受診勧奨を実施。 《皆野町受診勧奨基準》 ○尿蛋白(±)以上でeGFR 60未満 ○eGFR 45未満 ○尿蛋白(+)以上 ○eGFR 60以上であっても、尿蛋白(±)かつ血尿(1+)以上 3.減塩指導・脱水予防指導 4歯周病健診の受診勧奨・歯周病治療の推進</p>	<p>・医療機関受療率</p> <p>・健診結果説明会参加者数(減塩指導実施数)</p> <p>・歯周病検診受診者数の増加</p>	<p>・介入対象者の検査値の維持又は改善</p>	→	
治療中のハイリスク患者重症化予防	<p>《対象》 糖尿病性腎臓病で現在治療中の方</p> <p>《方法》 ①医療機関通院中の患者から抽出(尿中アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導の必要性を医師が判断した者) ②医療機関は、本人の同意を得たうえで、町に情報提供する。(病院から地域への連絡シート) ③町保健師は、医療機関の情報提供書に基づき、在宅保健指導を実施する。指導後は生活状況をはじめ指導内容について、医療機関にフィードバックする。(地域から病院への連絡シート) ④医療機関と町で随時合同カンファレンスを開催し、対応を検討しながら支援を継続する。</p>	<p>医療機関と連携協働介入者数</p>	<p>①糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少 ②介入前後のeGFR低下率(Δ eGFR)の改善・検査値の維持・改善</p>	→					

【図表 34】 皆野町 DKD 保健指導・受診勧奨基準

	蛋白尿区分	A1	A2	A3
eGFR区分(ml/分/1.73m ²)	尿アルブミン定量(mg/日) 尿アルブミン/Cre(mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満	30～299	300以上
	尿蛋白定量(g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		尿蛋白/Cre(g/gCr)	0.15未満	0.15～0.49
	尿蛋白定性	(-)	(±)	(1+)以上
G1	90以上		保健指導血尿を伴えば受診勧奨	受診勧奨
G2	60～90未満		保健指導血尿を伴えば受診勧奨	受診勧奨
G3a	45～60未満	保健指導 ※40歳未満は受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨
G3b	30～45未満	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨
G4	15～30未満	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨
G5	15未満	受診勧奨	受診勧奨	受診勧奨

(3) フレイル予防（新規）

一般的にフレイルとは「加齢に伴い、心身の活力が低下した状態（虚弱状態）」を指し、高齢者人口が増加している当町にとっては重要な課題です。

フレイルは、放置すれば生活機能の低下につながり、要介護状態が進行するおそれがあります。一方、早期に適切な支援を行えば、生活機能の維持や回復が見込めるため、フレイルの徴候を早く見きわめ、早期に適切な介入支援を行うことが大切です。

また、オーラルフレイルは身体的フレイルと大きく関連しており、口腔内の衛生状態や摂食嚥下等の口腔機能の維持改善は、誤嚥性肺炎の予防、認知機能の低下・低栄養予防などにもつながります。

フレイル対策は、事業運営にかかわる担当者（国保・保健・介護・地域包括等）が合同協議し、課題を共有しながら取り組む（地域包括ケアに係る取り組み）ことが必要です。健康福祉課と町民生活課の連携をさらに強化し、課題解決に向けて取り組みます。

(年度)

フレイル	実施内容	アウトプット	アウトカム	H30	H31	H32	H33	H34	H35		
特定健診	《対象》 特定健診受診者 《方法》 1.健診受診者のうち開眼片足立ち5秒未満の方は、転倒ハイリスク者として抽出する。 2.ハイリスク者には、運動指導(筋力向上・バランス能力向上)・栄養指導(蛋白質適量摂取)を実施する。 3.滑舌低下、むせ等のある方には口腔機能評価でオーラルフレイルを見える化する。 4.介護予防事業の紹介。	・動的評価実施数	・健診受診者のうち、転倒骨折ハイリスク者の減少 ・動的評価(開眼片足立ち時間)の改善 ・特定健診でやせ(BMI<18.5)の割合の減少								
地域包括ケアの取り組み	《対象》 町民 《方法》 1.健診やKDBデータなどから健康課題を抽出し、国保・介護・保健部門の関係者間で課題を共有する場をもつ。 2.健診で抽出されたハイリスク者については、医療・介護・保健等多職種で対応を検討する。	・国保部門・介護部門・保健部門での協議の場の開催数 ・多機関との症例カンファレンス開催数	・特定健診で「何でも噛んで食べられる人」の割合の増加								

2 その他の保健事業

(1) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)

COPDは、有毒な粒子やガスの吸入による進行性の肺の炎症性疾患で、運動時の呼吸困難や慢性の咳・痰等を伴います。主な原因は喫煙であることが多く、タバコの煙の吸入防止により、予防可能な生活習慣病と考えられています。

COPDを早期に発見し、呼吸器の専門医に紹介する医療連携システムを構築するために、特定健診問診票で年齢・喫煙歴等を確認します。今後は受動喫煙項目を問診表に追加するなど、受動喫煙も視野に入れ取り組みます。また、健診結果説明会場では、COPDに関する情報提供や禁煙指導を個別面談で行います。特に禁煙を希望する方については、保険による禁煙指導・薬局・薬店の禁煙補助剤などを紹介し、禁煙ができるように働きかけます。

(2) 子どもの生活習慣病

糖尿病性腎臓病、虚血性心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病は、遺伝的な要因もありますが、その背景には食習慣や生活リズム、運動習慣など共通した生活習慣があります。小児期の生活習慣は生涯を通じて大きく影響するため、乳幼児期から将来の生活習慣病リスクを視野に入れた取り組みが大切です。

例えば小児期に、ファーストフードや味の濃いものを食べる習慣が多いと、塩分過剰摂取から腎臓への負担が増加します。夜型の生活は、睡眠不足から精神面に影響を与えます。また、外で遊ぶ機会が少ない女兒は、将来的に骨粗鬆症につながることも考えられます。

保護者が、成長発達の原理を理解し、子どもの生活習慣を整えていけるよう、乳幼児健診等を活用し、育児指導の充実を図ります。

また、学校教育では、子ども達が主体的に健康的な生活習慣を身につけられるよう、食育等の充実を図ります。

(3) 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、レセプト等情報を利用して、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います。

(4) 後発医薬品の使用促進

レセプト情報に基づき、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よう努めます。また、医師会や薬剤師会と連携し、後発医薬品の使用促進を図ります。

(5) 医療費通知の実施

被保険者に、健康管理に心がけてもらい、医療費適正化を図ることを目的に医療費の通知を行います。

第6章 特定健康診査及び特定保健指導の実施

1 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

(1) 特定健診

予防に着目した効果的・効率的な特定健診・特定保健指導(以下「保健指導」という。)の取り組みを強化します。

- ①健診未受診者の確実な把握
- ②健診結果からの必要な保健指導の徹底
- ③医療費適正化効果までを含めたデータ蓄積と効果の評価

(2) 特定保健指導

生活習慣病に移行させないことを目的に、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより、対象者が自分の健康に関する自己管理ができるようになることを目的とします。そのために、どのような生活習慣を身につけることが必要であるか、また、課題や優先順位を対象者と共に考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう、個別面接や小集団のグループワーク等を活用し行動変容のきっかけづくりを行います。

2 特定健康診査・特定保健指導の実施内容

(1) 達成しようとする目標

①目標の設定

この計画の実行により、特定健康診査受診率60%、特定保健指導実施率60%を平成35年度までに達成することを目標とします。

②目標値の設定

皆野町国民健康保険の特定健診・保健指導の目標値を以下のとおり設定することとしました。

【図表 35】 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	40%	45%	50%	55%	55%	60%	
特定保健指導実施率	45%	45%	50%	50%	60%	60%	
特定保健指導対象者の減少率	105人 平成20年度 の実績を計上	平成20年度の実績と比較して25%の減少					

(2) 年度別対象者

平成30年度から平成35年度までの特定健診・保健指導の実施予定者数について、過去5年間における皆野町国民健康保険加入者数の伸び率を参考に、以下のとおり推計しました。

【図表 36】 年度別対象者数（推計）

（人）

		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	対象者数	1,880	1,786	1,697	1,612	1,531	1,455
	受診者数	752	804	849	887	842	873
積極的支援	対象者数	37	39	42	43	41	43
	受診者数	19	20	21	22	21	22
動機付け支援	対象者数	60	64	68	71	67	70
	受診者数	31	33	35	37	35	36

（3） 特定健康診査の実施方法

特定健診の実施については、個別健診とします。

①対象者

特定健診の対象者は、国民健康保険加入者のうち、特定健診の実施年度中に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してします。

なお、対象者については、以下の者を除外します。

- ・妊産婦
- ・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

契約医療機関

③健診項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診項目とします。

ア 基本的な特定健診項目

- ア) 既往歴の調査（服薬歴、喫煙歴等）
- イ) 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
- ウ) 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）
- エ) 血圧測定、脂質検査（中性脂肪、HDL（善玉）コレステロール、LDL（悪玉）コレステロール又はNonコレステロール）
- オ) 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））
- カ) 血糖検査（空腹時血糖又はHbA1cを選択。やむを得ない場合には随時血糖）
- キ) 尿検査（尿糖、尿蛋白）

イ 詳細な特定健康診査の項目

一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施します。

- ア) 心電図検査
 - イ) 眼底検査
 - ウ) 貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）
 - エ) 血清クレアチニン値（eGFRによる腎機能の評価を含む）
- ウ 町の独自検査項目等（皆野病院での健診のみ実施）
- ア) 頸動脈エコー検査
 - イ) 尿中塩分検査

ウ) 塩分味覚閾値判定検査

エ) 開眼片足立ち検査

④実施時期

通年で実施します。

⑤委託基準

ア 基本的な考え方

特定健診受診率向上を図るため、利用者の利便性に配慮した健診を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が必要となります。

一方で、精度管理が適切に行われないなど健診の質が考慮されない価格競争となることも危惧されるため、質の低下に繋がることがないように委託先における健診の質を確保することが不可欠です。そのため具体的な基準を定めます。

イ 具体的な基準

特定健診を委託するにあたっての基準は、厚生労働省告示第11号第1を遵守します。

ア) 人員に関する基準

イ) 施設又は設備等に関する基準

ウ) 精度管理に関する基準

エ) 特定健診の結果等の情報の取扱いに関する基準

オ) 運営等に関する基準

⑥委託方法

町と各種健診委託医療機関において直接契約を締結します。

⑦特定健診委託単価

特定健診1件あたり、秩父郡市医師会指定契約医療機関（単年度契約）

埼玉医療生活協同組合 皆野病院（単年度契約）

⑧周知・案内方法

ア 周知方法

- ・案内ちらしを全戸配布
- ・広報、ホームページへの掲載
- ・ポスター掲示

イ 受診案内・配布方法

- ・受診券・受診機関リスト・健診の受け方を同封し、年度当初に全対象者へ郵送
- ・未受診者への受診勧奨ハガキ郵送

⑨事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

特定健診未受診者に個別に確認し、事業者健診等で健診を受診している場合は、健診データの提出を依頼します。

⑩自己負担額

特定健診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します。

⑪特定健診データの保管及び管理方法

- ・特定健診結果データは、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います。
- ・特定健診結果は、特定健診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年間保存します。

⑫その他

- ・診療上の検査データの活用（診療情報提供事業）
- ・健診結果の返却方法
健診結果説明会にて個別に返却します。

(4) 特定保健指導の実施方法

①対象者

保健指導の対象者は、特定健診の結果により、健康の保持に努める必要があると認める者としします。

なお、対象者については、以下の者を除外します。

- ・特定健診における除外者
- ・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保健指導の対象者の抽出

ア 基本的な考え方

特定健診の結果から、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います。

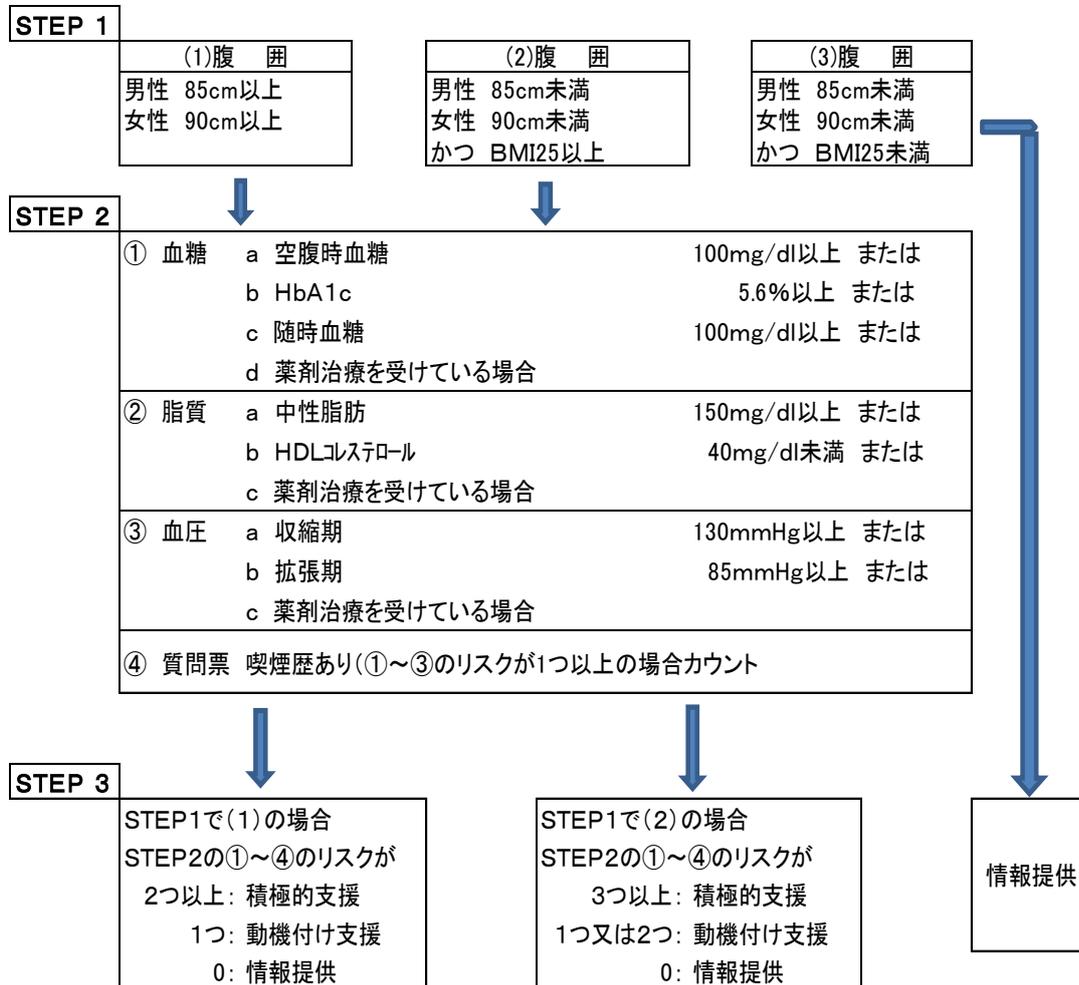
イ 保健指導対象者の選定と階層化の方法

保健指導対象者を明確にするため、特定健診結果から対象者を、グループに分類して保健指導を実施します。

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

【図表 37】対象者選定の方法・階層化

特定保健指導の階層化判定



STEP 4

※65歳以上75歳未満の方は、「積極的支援」となった場合でも「動機付け支援」とする。

※血糖・脂質・血圧で服薬中の方は「情報提供」となり、特定保健指導の対象とはならない。

③実施場所

町有施設を活用し実施します。

④ 実施内容

【図表 38】 動機付け支援・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か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的内容	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か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か月経過後、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実施時期

健診実施後、保健指導対象者の選定及び階層化終了後に実施します。

⑥保健指導委託基準

ア 基本的な考え方

保健指導の量の確保と質の高い保健指導の実現をめざすため、皆野町が自ら保健指導を実施します。このため、業務委託はしません。

⑦自己負担額

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します。

⑧保健指導データの保管方法及び保管体制、管理方法

保健指導の実施結果は、保健指導を実施した機関（皆野町）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、原則5年間保存します。

(5) 代行機関

1) 住 所

埼玉県さいたま市中央区大字下落合 1704

2) 名 称

埼玉県国民健康保険団体連合会

3) 委託業務内容

① 費用決済業務

ア) 契約情報管理 委託情報管理

イ) 費用決済

点検・資格確認 全国決済処理 費用決済処理 支払代行

② 共同処理業務

ア) 実施計画策定支援業務

各種統計作成、実施計画策定のための資料作成

イ) 特定健診業務

受診券作成 健診データ管理 階層化・保健指導対象者抽出

ウ) 特定保健指導業務

保健指導データ管理

エ) 評価・報告

評価・報告 健診結果分析

③ マスタ管理業務

健診機関マスタ管理、被保険者マスタ管理、保険者マスタ管理、金融機関マスタ管理

3 特定健康診査・特定保健指導等の実施予定

特定健康診査・特定保健指導等の年間実施予定表

	実 施 事 業		
	特定健康診査	特定保健指導	その他の健診
	(高齢者の医療に関する法律)	(高齢者の医療に関する法律)	
4月	・受診券発券 ・対象者へ個別郵送 ・受診開始(通年)	年間を通じ随時案内	その他の健診 ・がん検診 ・人間ドック ・若年健診 ・後期高齢者健診 ・脳検診
8月	受診勧奨通知(40～64歳)		
10月			
12月	受診勧奨通知(40～64歳)		
3月	特定健康診査終了		

4 特定健康診査・特定保健指導の対象者の抽出（重点化）方法

（1）基本的な考え方

特定健診・保健指導は保険者の義務ですが、当町は、国保部門と保健部門で協力して実施します。町が策定した「第2期健康みなもの21計画」においては、ハイリスクアプローチ及び食育、介護予防などにより健康維持を実現できる環境を確保することとしており、国保における特定健診・保健指導は、その重要な施策として一端に位置付けられるものがあります。

限られた財政・人的環境においての取り組みであることから、特定健診結果及びレセプトの罹患状況等を基に重点項目を選定し、予防効果が特に期待できる層を最優先に取り上げ、実施します。

（2）事業実施に関する優先順位

優先順位1：健診未受診者

理 由：自覚症状のない生活習慣病を確実に予防していくには、科学的な指標として健診結果を活用した効果的な保健指導を実施することが必要です。当町では、対象者の7割が健診未受診者であり、受診率向上は最優先課題である。

優先順位2：メタボリックシンドローム該当者のうち、血管変化が進んでいる者（高血圧・高血糖・eGFR値より）

理 由：最も血管変化が進んでいる恐れがあり、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全等緊急性が高い（特定保健指導評価指標に寄与）。

優先順位3：治療中であるが、コントロール不良である者

理 由：特定保健指導の対象ではないが、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全等の重症化予防、医療費適正化の観点から介入が必要である。

優先順位4：メタボリックシンドロームは非該当であるが、血管変化が進んでいる恐れがある者（高血圧・高血糖・eGFR値より）

理 由：早期介入により、発症や進行を予防できる。

優先順位5：それ以外

理 由：生活習慣病予防の指標として健診結果を活用し、継続的に受診することの必要性について理解してもらおう。

5 目的・目標（短期目標・中長期目標）の設定

	目的	短期目標	中長期目標
特定健診受診率向上対策事業	・ 特定健診の受診率を向上させる	・ 各年度の受診率を5%上げる	・ 平成35年度の受診率を60%とする
特定保健指導実施率向上対策事業	・ 生活習慣病を改善することにより、内臓脂肪症候群、予備群を減らす	・ 各年度の実施率を3%上げる	・ 平成35年度の実施率を60%とする

6 保健事業の実施内容

(1) 特定健康診査受診率向上対策

目的 特定健診の受診率を向上させる

目標・短期 各年の受診率を5%上げる

目標・中長期 平成35年度の受診率を60%とする

(年度)

	実施内容	アウトプット	アウトカム	H30	H31	H32	H33	H34	H35
若い世代の受診率向上	《対象》 40～64歳の健診未受診者 《方法》 ハガキによる受診勧奨 《時期》 2回/年 《スケジュール》 ・8月と10月時点の未受診を抽出し、健診期間と健診料無料、がん検診と同時受診可能であることを記載したハガキを郵送する。	・ハガキ送付者数 ・健診受診者数	・受診者の割合が前年+3% ・未受診者数の減少						
				→					
60～70代診率をさらに向上	《対象》 ①60～74歳未満の医療機関受診中で健診未受診者かつ生活習慣病で受診中の者 (KDBで確認) ②定年後に社会保険から国民健康保険への移行者 《方法》 ①診療情報提供書の送付 ②国民健康保険窓口で健診の案内を実施 《時期》 ①11月 ②通年 《スケジュール》 ①10月時点の対象者を抽出し、診療情報提供書を郵送する。 10～11月で医療機関へ依頼と説明を行う。 ②通年実施	・診療情報提供書送付者数 ・健診受診者数	・受診者の割合が前年+3% ・国保へ移行者の70%が健診を継続的に受診する						
				→					

インセンティブにより健診受診行動へ繋げる	実施内容	アウトプット	アウトカム	H30	H31	H32	H33	H34	H35
	《対象》 40～74歳 《方法》 健診受診者にみなのポイントカードを配布し、ポイントを貯めて景品と交換する。 《時期》 通年 《スケジュール》 ・みなのポイントカードの周知は健診案内、広報等で行う。	・ポイント達成者数 ・健診受診者数	・早期(～8月)健診受診者数の増加						

(2) 特定保健指導実施率向上対策

目的 生活習慣病を改善することにより、内臓脂肪症候群、予備群を減らす
 目標・短期 各年の実施率を3%上げる
 目標・中長期 平成35年度の実施率を60%とする (年度)

BDHQを使用した食習慣改善	実施内容	アウトプット	アウトカム	H30	H31	H32	H33	H34	H35
	《対象》 積極的支援対象者 動機付け支援対象者 《方法》 BDHQ(食習慣調査)を使用し食習慣を見直し改善するための指導を行う。 《時期》 健診実施後に特定保健指導対象者の選定及び階層化終了後に実施する。	・BDHQ実施者数 ・保健指導終了者数	・保健指導終了者の増加 ・検査値の改善 ・生活習慣改善者数の増加						
健康マイレージ事業を活用した運動習慣改善	実施内容	アウトプット	アウトカム	H30	H31	H32	H33	H34	H35
	《対象》 積極的支援対象者 動機付け支援対象者 《方法》 健康マイレージ事業(通信機能付きの歩数計またはスマホのアプリをダウンロードして持って、歩いた歩数に応じてポイントが貯まり、貯まったポイントは抽選で賞品がもらえるという内容)を活用し、運動習慣を身につけるきっかけづくりを行う。 《時期》 健診実施後に特定保健指導対象者の選定及び階層化終了後に実施する。	・健康マイレージ事業参加者数 ・歩数 ・保健指導終了者数	・保健指導終了者の増加 ・検査値の改善 ・生活習慣改善者数の増加						

第7章 計画の評価

1 基本的な考え方

評価は、KDBシステム等も活用し、可能な限り数値を用いて行います。また、評価方法・体制については、評価を行う会議等に意見を聴取することとします。

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います。

2 評価方法の設定

(1) 短期的成果目標に対する評価指標

①特定健診受診率・特定保健指導実施率

	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
健診受診率						
特定保健指導実施率						

②推定塩分摂取量

塩分摂取量	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
10g未満						
10g以上						

③生活習慣病患者数

毎年5月作成分	糖 尿 病		
	患者数	増減数(人)	伸び率(%)
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			

毎年5月作成分	高 血 圧		
	患者数	増減数(人)	伸び率(%)
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			

毎年5月作成分	脂 質 異 常 症		
	患者数	増減数(人)	伸び率(%)
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			

④糖尿病性腎臓病重症化予防介入者の検査値

DKD重症化 予防介入者	HbA1c		尿アルブミン		eGFR		収縮期血圧		拡張期血圧		推定塩分摂取量	
	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後
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												

⑤転倒骨折ハイリスク者

骨 密 度	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
要医療(%YAM<70%)						
要指導(70%≤%YAM<80%)						
異常なし(80%≤%YAM)						

⑥フレイル評価

	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
						(%)
や せ の 割 合						
BMI<18.5未満						
動 的 評 価						
開眼片足立ち<5秒未満						
口 腔 機 能 評 価						
何でも食べられる人の割合						

(2) 中長期的成果目標に対する評価指標

①医療費

	全体(円)		費用割合(入院)%		費用割合(外来)%	
	費用額	増減	保険者	同規模	保険者	同規模
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						

②健診有無別一人当たり医療費

		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
総 数	健診受診者						
	健診未受診者						
生活習慣病患者	健診受診者						
	健診未受診者						

③生活習慣病 3 大疾患 患者数

毎年5月作成分	虚血性心疾患		
	患者数	増減数(人)	伸び率(%)
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			

毎年5月作成分	脳血管疾患		
	患者数	増減数(人)	伸び率(%)
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			

毎年5月作成分	人工透析				
	患者数	増減数(人)	伸び率(%)	糖尿病合併	
				糖尿病	糖尿病性腎症
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					

④人工透析新規導入者の原因疾患

年 度	新規申請者数	糖尿病性 腎症	慢性 腎不全	腎 炎	急性 腎不全	高血圧性 腎症	腎 硬 化 症	急速進行 性腎炎の 疑い	IgA腎症
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									

第 8 章 計画の公表・周知

策定した計画は、町の広報誌やホームページに掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行い、評価・見直しに活用するため報告書を作成します。

第 9 章 個人情報の取扱い

当町における個人情報の取扱いは、皆野町個人情報保護条例（平成15年3月20日条例第6号）によります。

第 10 章 その他の留意事項

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・保健・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ます。

また、国保部門と保健部門との連携を強化するとともに、介護部門、地域包括支援センター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します。

データヘルス計画用語集

NO.	初出	用 語	解 説
1	1	国保データベースシステム (KDB)	国保中央会が開発したデータ分析システム。「健診」・「医療」・「介護」の各種データを個人、保険者、比較情報単位（県・同規模・全国）に突合・集計し、帳票として出力できる。これら統計情報等を保険者へ提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートするために構築されたシステム。
2	1	ポピュレーションアプローチ	対象を一部に限定しないで、集団全体へアプローチし、リスクを下げていく考え方。
3	1	PDCA サイクル	Plan（計画）-Do（実行）-Check（評価）-Act（改善）という4段階の活動を繰り返し行うことで、継続的にプロセスを改善していく手法。
4	4	糖尿病性腎症	Diabetic Nephropathy 糖尿病の細小血管合併症の一つで、腎臓の糸球体が硬化、減少し、腎機能に障害がおきること。
5	4	細小血管障害	細い血管が高血糖により障害を受けた状態。糖尿病性網膜症（目の障害）、糖尿病性腎症（腎臓の障害）、糖尿病性神経障害（神経の障害）など。
6	5	大血管障害	数ミリ以上の大きい血管の障害。脳卒中、心筋梗塞、末梢動脈閉塞による壊疽など。
7	6	推定塩分摂取量	尿中に含まれるナトリウム・クレアチニン排泄量などから計算式で求めた1日塩分摂取量。個人の1日当たりの食塩摂取量の推察に使われる。
8	6	ソルセイブ（塩分味覚閾値）	味覚障害に対する簡便な検査。ソルセイブ検査は、スプーン型濾紙に一定濃度の食塩を浸透・乾燥させたもので、塩味閾値を簡単に測定できる。正常値0.6%以下

9	6	塩分交換表	塩分過剰摂取を可視化するための塩分摂取セルフモニタリングツール。
10	7	同規模保険者	KDB に、同規模市町村との比較ができる機能が備わっており、同規模市町村は人口規模に応じて 13 段階に区分されている。 例 埼玉県内では、越生町 ときがわ町 鳩山町 小鹿野町 美里町 神川町 皆野町の 7 町である。
11	7	平均寿命	0 歳時における平均余命（ある国のある年齢の人々が、その後生きられる平均年数）。
12	7	健康寿命	健康上の問題で、日常生活が制限されることなく生活できる期間。
13	16	BMI	体重（k g）÷身長（m）で算出される体格指数のことで、肥満度を測るための標準的な指数。標準は 22。 25 以上を肥満、18.5 未満を低体重（やせ型）とする。
14	16	BDHQ（食習慣調査）	簡易型自記式食事歴法質問票。質問票は A3 両面で、平均回答時間は 15 分。大規模な疫学研究を目的に作られたもの。30 種類の栄養素と 50 種類に食品の摂取量を算出でき、個人毎に個人結果表の出力ができる。
15	22	糖尿病性腎臓病（DKD）	Diabetic Kidney Disease(DKD)。米国腎臓財団（National Kidney Foundation）の KDOQI(Kidney Disease Outcomes Quality Initiative)が提唱した糖尿病腎症の新しい概念。慢性腎臓病（CKD）患者のうち病理診断では確定していないが、糖尿病がその発症に関与していると考えられるもの。
16	22	フレイル	高齢になることで筋力や精神面が衰える状態をさす言葉。英語の Fraily の訳として「虚弱」のかわりに日本老年医学学会が提唱している。

17	23	尿中アルブミン	糖尿病性腎症の早期発見の指標とされている。臨床例の多くは、蛋白尿（初期には微量アルブミン尿）、腎機能障害、高血圧、浮腫などを呈し、最終的に腎不全となる。
18	24	サルコペニア	筋肉量が低下し、筋力または身体機能が低下した状態。加齢によるもの（原発性サルコペニア）と、不活動・疾患・低栄養などによるもの（二次性サルコペニア）がある。主に高齢者にみられ、運動・身体機能に障害が生じたり、転倒・骨折の危険性が増大し、自立した生活を困難にする原因となる。
19	24	開眼片足立ち検査	足の筋力やバランス機能を調べるための検査。両眼を開けたまま両手を腰に当て、左右どちらかの足を前方に 5cm 程度上げる。床に着けている支持足がずれるか支持足以外の体の一部が床等に触れるまでの時間を最大1分間測定する。片足立ち時間の長い人ほど転倒しにくいという研究データがある。
20	24	オーラルフレイル	「オーラル」とは「口腔の」「フレイル」は「虚弱」を意味し、口腔機能の軽微な低下や食の偏りなどを含み、身体の衰え（フレイル）の一つである。始まりは、滑舌の低下、食べこぼし、わずかなむせ、かめない食品が増える、口の乾燥等ほんの些細な症状であり、見逃しやすく、気が付きにくい特徴がある。
21	24	口腔機能	咀嚼（かみ砕く）・嚥下（飲み込む）・発音・唾液の分泌などに関わる口腔の働き。その役割を大別すると①食べること②話すことの機能。
22	24	オーラルディアドコキネシス	3 から 5 秒間で「パ」「タ」「カ」を各々できるだけ速く反復する。反復回数は1秒間単位の平均回数で評価する。

23	25	eGFR	推算糸球体濾過量の略で、腎臓の糸球体における血液の濾過量を表す。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する。 ΔeGFR とは年間の eGFR の変化量を言う。
24	26	アウトプット	保健事業の実施状況や実施量。計画した保健事業を実施したか。 例 勧奨ハガキ配布数、回数、参加者数など
25	26	アウトカム	成果 設定した目標に達することができたか。 例 特定健診の受診率などが何ポイント向上したか、医療費の変化など
26	27	歯周病	成人が歯を失う最も多い原因のひとつが歯周病である。主な原因は歯の表目に付着している歯垢（プラーク）である。歯周病の原因となる細菌は歯と歯肉の隙間（歯周ポケット）で増殖し、歯肉に炎症を起こし、さらに歯を支えている骨を溶かし、最後は支えきれずに抜歯に至る。 歯周ポケットから出て血流にのった炎症関連の化学物質は、血糖値を下げるインスリンを効きにくくし、糖尿病が発症・進行しやすくなると言われている。
27	28	地域包括ケア	住み慣れた地域で暮らし続けられるように、住まい、医療、介護、予防、生活支援を一体的に提供することを目指した取り組み。
28	29	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	長期にわたり有毒な粒子やガスの吸入が原因となり、肺に炎症が起き、呼吸に支障をきたす疾患。慢性気管支炎と肺気腫の総称。

29	30	後発医薬品	ジェネリック医薬品のこと。新薬（先発医薬品）の独占的販売期間が終了した後に発売され、新薬と有効成分、効能、効果、用法、用量が同一である医療用医薬品。
30	38	メタボリックシンドローム	内臓脂肪症候群ともいう。内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）を共通要因として、高血圧・高血糖・脂質異常症のうち2つ以上を併せもった状態。
31	43	%YAM	骨密度をみる評価指標。若い人（20～44歳）の平均値と比べてどれくらい減っているのかを計算した「%YAM」（Young Adult Mean）で示される。YAM 80%とは、「骨密度が若い人の平均の80%」という意味である。

第2期 保険事業実施計画（データヘルス計画）

平成30年3月

（沿革）

平成28年3月 第1期計画策定（平成28年度～29年度）

平成30年3月 第2期計画策定（平成30年度～35年度）

第3期 特定健康診査実施計画

平成30年3月

（沿革）

平成20年3月 第1期計画策定（平成20年度～24年度）

平成25年3月 第2期計画策定（平成25年度～29年度）

平成30年3月 第3期計画策定（平成30年度～35年度）

発行者 皆野町

所在地 埼玉県秩父郡皆野町大字皆野1420番地1

連絡先 町民生活課保険年金担当

TEL：0494-62-1232 FAX：0494-62-2791

E-mail) hoken-ne@town.minano.saitama.jp

URL) <http://www.town.minano.saitama.jp/>