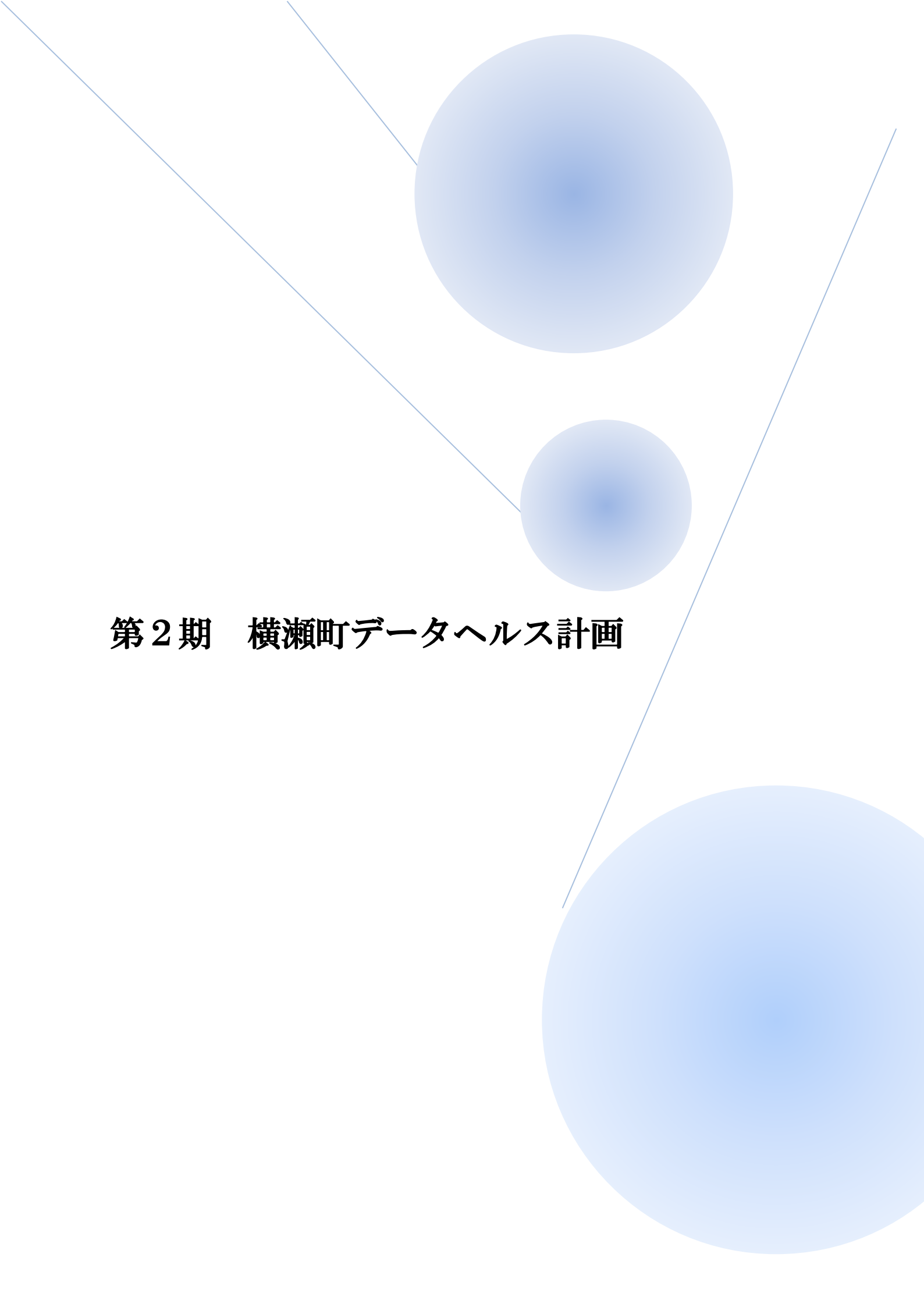


The background features three blue circles of varying sizes and two thin blue lines. One large circle is at the top center, a medium one is below it to the right, and a very large one is at the bottom right. Two thin blue lines intersect: one runs diagonally from the top left towards the center, and the other runs diagonally from the top right towards the bottom left.

第2期 横瀬町データヘルス計画

目 次

内 容	ページ
第 1 章 計画の基本的事項	2
1 計画の趣旨(背景・目的) 2 計画の位置づけ 3 計画期間 4 関係者が果たすべき役割 (1) 実施体制・関係課所の役割 (2) 外部有識者等の役割 (3) 被保険者の役割	
第 2 章 現状の整理	5
1 横瀬町の特性 (1) 人口・死亡・平均寿命と健康寿命の状況 (2) 死亡の状況 (3) 平均寿命と健康寿命 (4) 国民健康保険被保険者の状況 2 前期計画の考察等 (1) 特定健診等受診率向上対策 (2) 特定保健指導実施率向上対策 (3) 生活習慣病重症化予防事業	
第 3 章 健診結果の分析、及び分析結果に基づく健康課題の把握	13
1 特定健診結果の分析 (1) 特定健診データの分析 (2) 特定保健指導データの分析 2 医療・介護情報の分析 (1) 医療費データの分析 (2) 介護保険の状況 (3) その他の統計データ 3 健康課題の抽出・明確化	
第 4 章 目的・目標の設定	23
第 5 章 保険事業の実施内容	24

第1章 計画の基本的事項

1. 計画の趣旨(背景・目的)

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース(KDB)システム（以下「KDB システム」という。）等の整備により、保険者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の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）においても、「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「データヘルス計画」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、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

これまでも、保険者においては、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すが、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。

厚生労働省は、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和 33 年法律 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 年厚生労働大臣告示第 307 号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・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、保健事業の実施及び評価を行うものとししました。

横瀬町においても保健事業実施指針に基づき、データヘルス計画を定め、被保険者の健康増進、健康格差の縮小を目指し、保健事業の実施及び評価を行うものとします。

なお、本町では、第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）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）」を策定するものです。

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「データヘルス計画」という。）とは、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であります。計画の策定に当たっては、

特定健康診査の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行うことや、データヘルス計画に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行います。

データヘルス計画は、「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第 2 次））」に示された基本方針を踏まえるとともに、「埼玉県健康増進計画」及び「健康よこぜ 21 プラン」で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図る必要があります。

計画の種類	特定健康診査等 実施計画	データヘルス計画	健康増進計画
計画の名称	第 3 期横瀬町特定健康診査等実施計画	横瀬町国民健康保険保健事業実施計画	健康よこぜ 21 プラン
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	健康増進法第 8 条
実施主体	保険者	保険者	町
計画期間	平成 30 年度～35 年度	平成 30～35 年度	平成 26 年度～30 年度
目的	・国民健康保険被保険者の健康寿命の延伸 ・メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病の発症予防と重症化の抑制	・国民健康保険被保険者の健康寿命の延伸 ・メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病の発症予防と重症化の抑制 ・医療費適正化	町民の健康寿命の延伸
対象者	国民健康保険被保険者 40 歳～74 歳	国民健康保険被保険者 0 歳～74 歳	全ての町民
主な内容	生活習慣病（メタボリックシンドローム）の発症予防 重症化予防、糖尿病、高血圧 脂質異常症等 医療費適正化 後発医薬品の利用促進 重複頻回受診対策等		栄養・食生活 身体活動・運動 休養・こころの健康

3. 計画期間

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、特定健康診査等実施計画との整合性を踏まえ、平成 30 年度から 35 年度までとします。

4. 関係者が果たすべき役割

(1) 実施体制・関係課所の役割

いきいき町民課が主体となり関係課所と十分に連携して計画策定を行います。

また、計画策定に当たっては、職員の資質向上に努め P D C 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。

(2) 外部有識者等の役割

学識経験者、医師会、歯科医師会、薬剤師会をはじめ、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きます。

(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、主体的・積極的に取り組むことが重要であります。

このため、町は、区長会等の地域組織との意見交換や情報提供を行います。

また、計画の策定等に、国民健康保険事業の運営に関する協議会等の場で、議論に参画してもらうことなどを通じて、意見反映に努めることも重要となります。

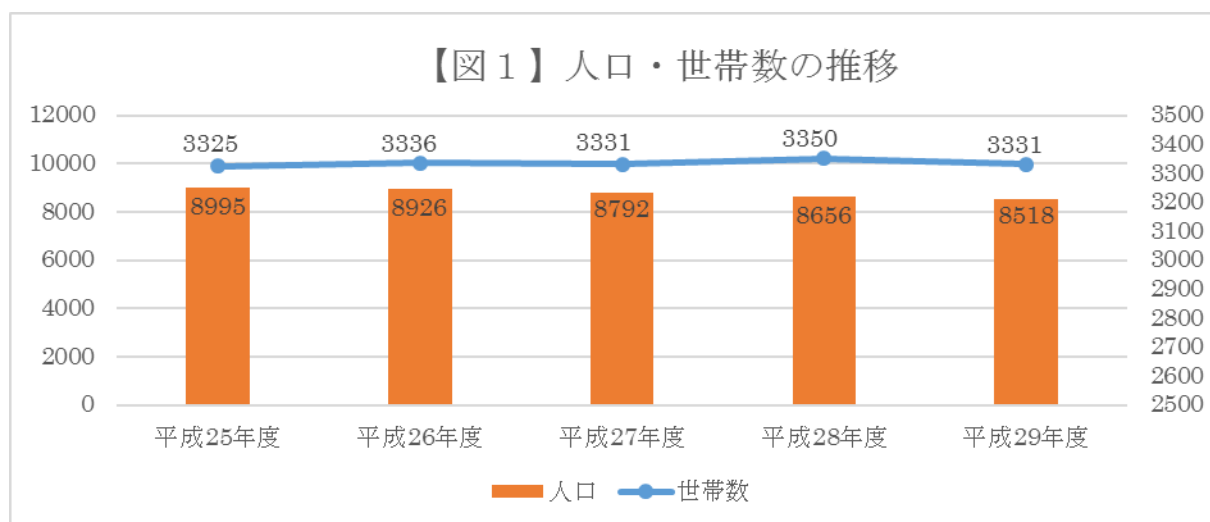
第2章 現状の整理

1. 横瀬町の特性

(1) 人口・死亡・平均寿命と健康寿命の状況

① 総人口及び総世帯数の状況

人口は4年間で5%減少していますが、世帯数はほぼ横ばいであり、一世帯当たりの人数が減少しています。



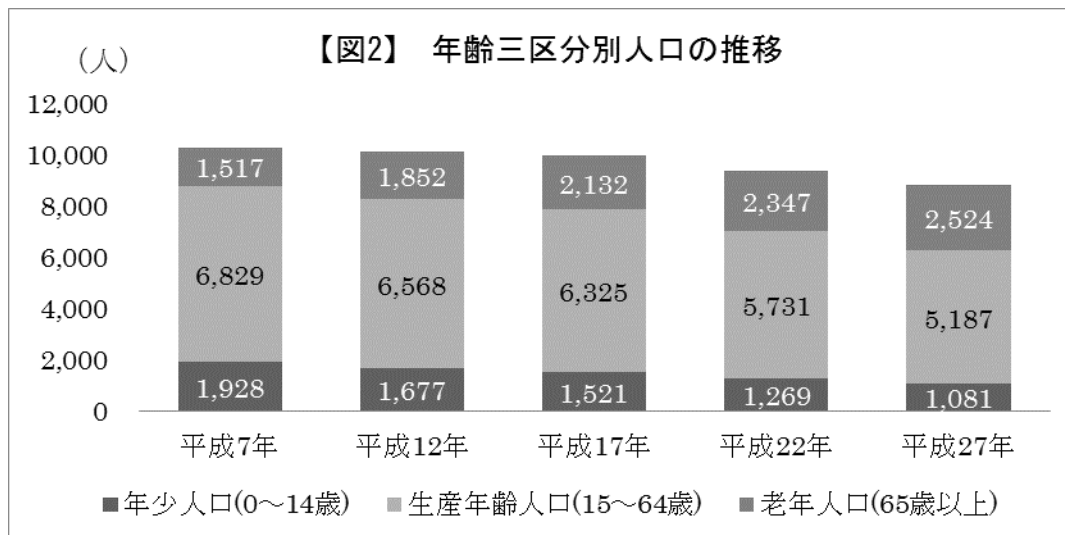
出典：埼玉県町(丁)字別人口調査

② 年齢別人口

年齢三区分別人口では、平成7年と平成27年を比較すると、老年人口は約66%増加しています。反面、この20年間で年少人口は44%、生産年齢人口は24%減少しています。急速に高齢化が進み、かつ一人暮らしの高齢者が増加していることがわかります。

【表1】年齢三区分別人口の推移

	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
年少人口 (0～14歳)	1,928	1,677	1,521	1,269	1,081
生産年齢人口 (15～64歳)	6,829	6,568	6,325	5,731	5,187
老年人口 (65歳以上)	1,517	1,852	2,132	2,347	2,524
高齢化率(%)	14.7	18.3	21.3	25.1	28.7



出典：埼玉県町(丁)字別人口調査

【表2】 一人暮らしの高齢者の動向

		平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
総数	一人暮らしの者(人)	129	175	220	273	324
	高齢者に占める割合	8.1%	9.4%	10.0%	11.5%	12.5%
男性	一人暮らしの者(人)	34	55	73	90	123
	高齢者に占める割合	5.2%	7.0%	7.7%	8.7%	10.6%
女性	一人暮らしの者(人)	95	120	147	183	201
	高齢者に占める割合	10.0%	11.0%	11.7%	13.6%	14.0%

出典:埼玉県衛生研究所「健康指標総合ソフト」

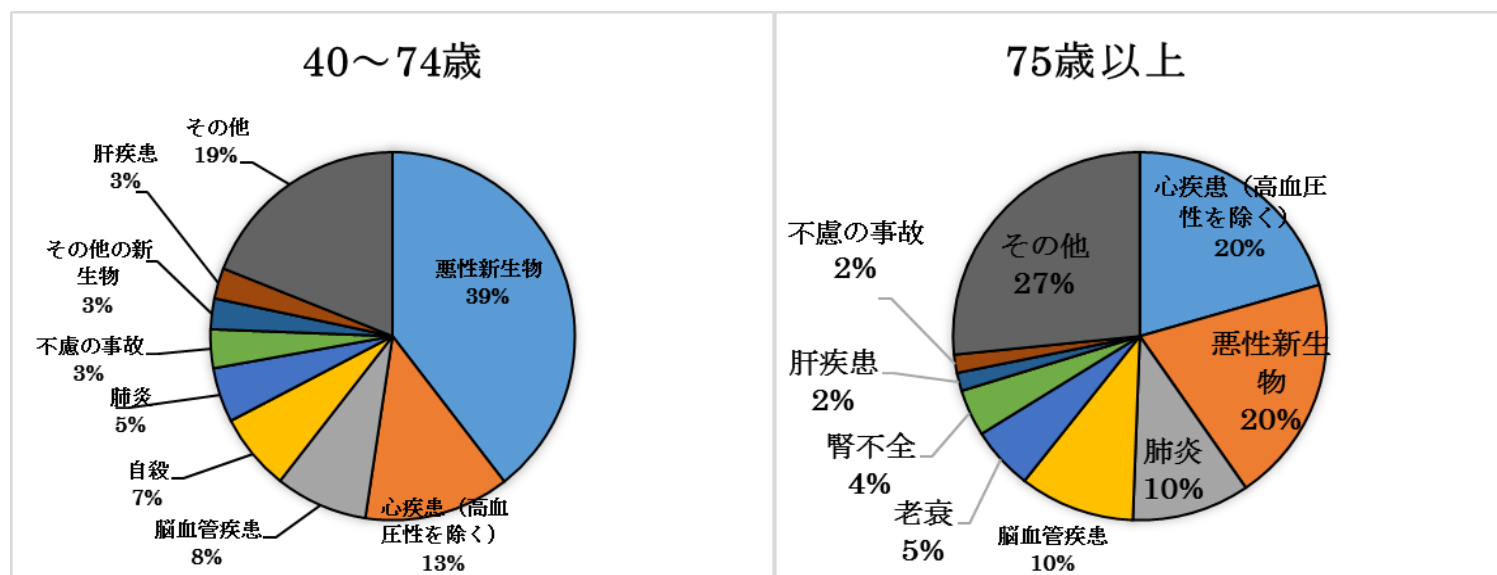
(2) 死亡の状況

① 死因別死亡割合

平成28年度の死因別死亡割合をみると、40歳～74歳は第1位悪性新生物、第2位心疾患、75歳以上は第1位心疾患、第2位悪性新生物となっており、合わせて半数近くを占めています。

第3位は、40～74歳では脳血管疾患で、75歳以上は肺炎となっており、死因の1割を占めています。高齢者の肺炎予防には肺炎球菌の予防接種率を上げることで効果が期待できます。

【図3】【表3】 死因別死亡割合



40～74歳	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位	第6位	第7位	第8位	その他
	悪性新生物	心疾患（高血圧性を除く）	脳血管疾患	自殺	肺炎	不慮の事故	その他の新生物	肝疾患	その他
	39.5%	12.9%	8.2%	6.8%	4.8%	3.4%	2.7%	2.7%	19.0%

75歳以上	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位	第6位	第7位	第8位	その他
	心疾患（高血圧性を除く）	悪性新生物	肺炎	脳血管疾患	老衰	腎不全	肝疾患	不慮の事故	その他
	20.5%	19.9%	10.2%	10.0%	5.5%	4.1%	1.6%	1.6%	26.6%

出典：埼玉県衛生研究所「健康指標総合ソフト」

② 標準化死亡比（SMR）

全国を100とした標準化死亡比は、男女ともに腎不全、急性心筋梗塞、脳内出血、心疾患の割合が高くなっています。このため、腎臓病や循環器疾患の対策が必要となります。

【表4】 標準化死亡比(SMR)の比較 ～全国を 100 とした場合の比率～

		死亡総 数	悪性新 生物総 数	心疾患 総数	急性心 筋梗塞	心不全	脳内出 血	脳梗塞	腎不全
男	横瀬町	110.1	96.7	116.1	159.1	119.1	140.7	98.9	165
	埼玉県	99.5	98.6	112	107	94.7	96	102.9	101.1
女	横瀬町	141.1	92.5	163.5	181.7	182.3	158	144.4	252.4
	埼玉県	104.4	101.5	115.7	117.4	105.8	99.7	108.4	105.6

出典：厚生労働省 人口動態特殊報告 人口動態保健所 市町村別統計

※ 標準化死亡比（SMR）とは、ある集団の死亡率を年齢構成比の異なる集団と比較するための指標で、国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は、国の平均より死亡率が高いと考えられます。

(3) 平均寿命と健康寿命

平成 28 年度の平均寿命は男性 79.08 歳、女性 85.86 歳で、65 歳健康寿命は、男性 16.88 歳、女性 19.44 歳でいずれも埼玉県平均より低くなっています。

【表5】 平均寿命

	男性	県内順位	女性	県内順位
横瀬町	79.08 歳	57	85.86 歳	59
埼玉県	80.28 歳		86.35 歳	

出典：埼玉県衛生研修所「健康指標総合ソフト」

【表6】 65歳健康寿命

	男性	県内順位	女性	県内順位
横瀬町	16.88 歳	47	19.44 歳	60
埼玉県	17.19 歳		20.05 歳	

出典：埼玉県衛生研修所「健康指標総合ソフト」

※ 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、自立して生きられるか」を示した期間のことです。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を算出しています。

(4) 国民健康保険被保険者の状況

① 加入状況

国保加入者数、加入割合ともに年々減少しています。

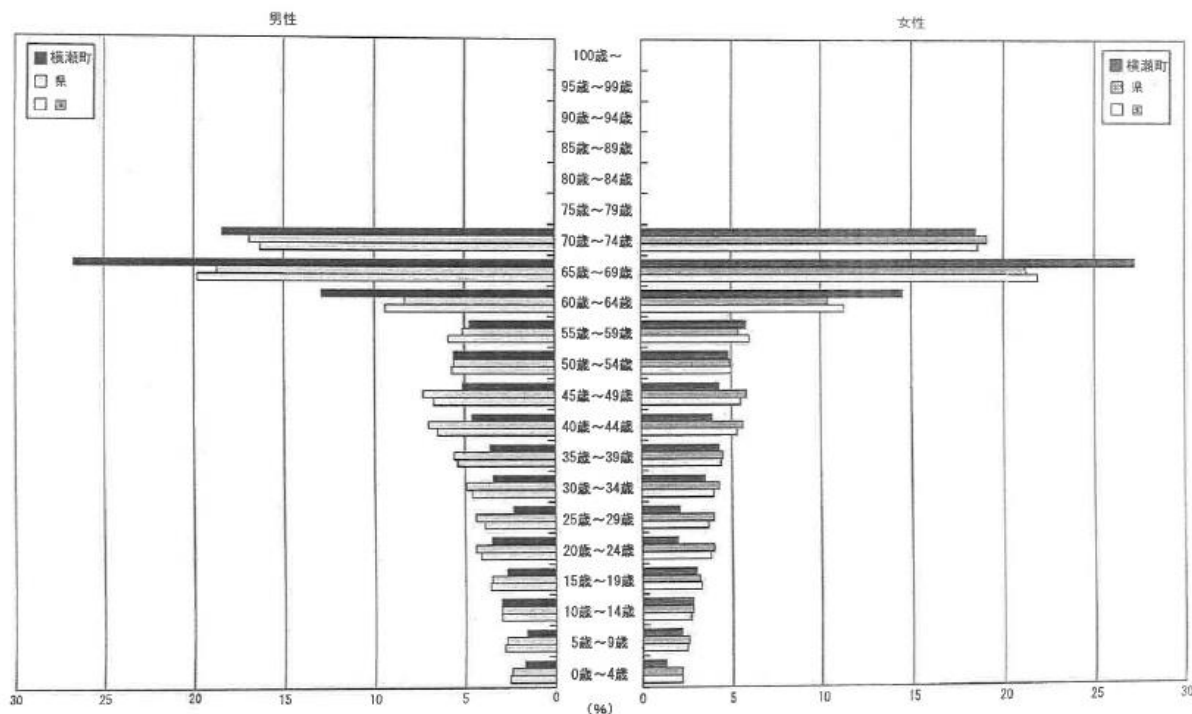
【表7】 国民健康保険加入割合の推移					
	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
人口 (人)	8,995	8,926	8,792	8,656	8,518
国保加入者数 (人)	2,622	2,569	2,478	2,435	2,275
加入割合 (%)	29.1	28.8	28.2	28.1	26.7

出典：埼玉県町(丁)字別人口調査

② 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みると、男女とも 50～54 歳は、県、国と同程度の割合となり、60 歳代以降では、被保険者の割合が県、国と比べて高くなっています。

【図 4】 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. 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、以下のとおりです。

（1）特定健診等受診率向上対策

短期目標：特定健診の受診率を3.0ポイント上げる

実施内容	目標値	実績	達成状況	要因
受診勧奨 その他の健診 データの収集 健診の周知	平成28年度 55.0% 平成29年度 60.0%	平成28年度 38.7% 平成29年度 —	未達成	・受診勧奨は同じ文面で一律に通知したため、訴求力が弱かった ・健診に対する理解不足 ・受診勧奨従事者の人員が不足 ・その他の健診からデータを受領できていない

（2）特定保健指導実施率向上対策

短期目標：特定保健指導の実施率を3.0ポイント上げる

実施内容	目標値より	実績	達成状況	要因
結果説明会 （初回面接） 特定保健指導 利用勧奨イン センティブ	平成29年度実施率 昨年(37.0%)比10%増	平成28年度 38.5% 平成29年度 —	未達成	・利用勧奨は同じ文面で一律に通知していたため、訴求力が弱かった ・個別で受診した方に対応しきれなかった。 ・特定保健指導従事者の人員が確保できなかった

（3）生活習慣病重症化予防事業

短期目標：保健指導参加者を増やし、参加者の生活習慣の改善や病気の進行を防ぐ

実施内容	目標値	実績	達成状況	要因
受診勧奨 保健指導	新規の透析患者を出さない。 保健指導参加者のうちから中断者を出さない	平成29年度 新規透析患者1人	未達成	・受診勧奨者のうち、本人不在や電話番号が欠番で受診勧奨に至らなかったケースがあった ・保健指導の重要性の周知、説明が足りなかった

※平成29年度の実績値、達成状況は見込み

第3章 健診結果の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握

1. 特定健診結果の分析

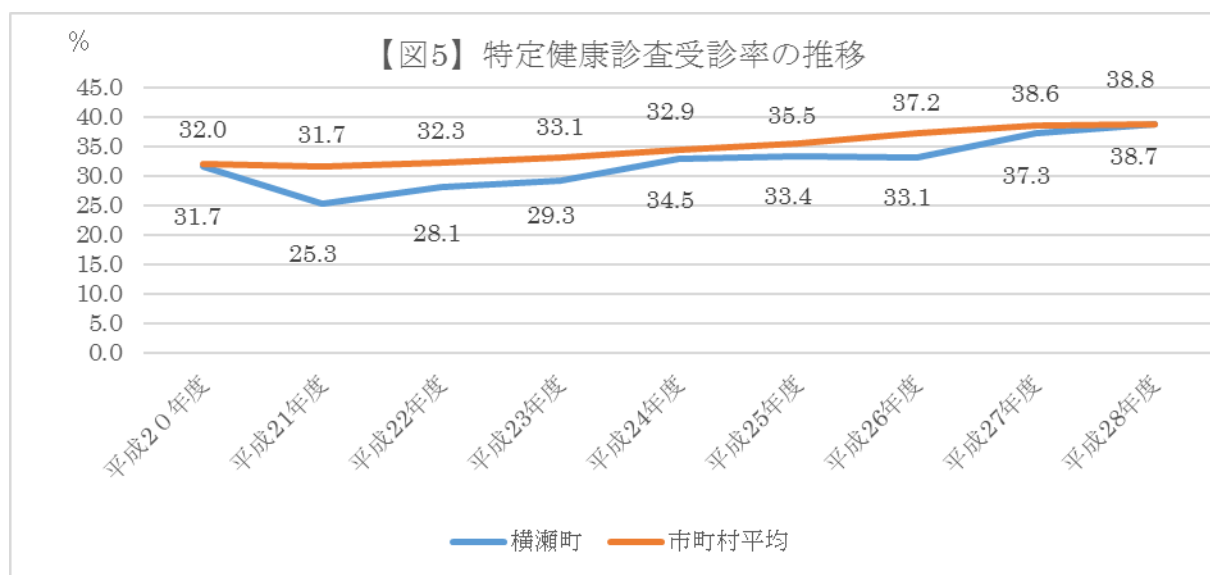
(1) 健診データの分析

① 特定健康診査受診率

平成28年度の受診率は38.7%です。

平成24年度は年度当初に申込書送付を開始し、平成27年度は診療情報提供事業を開始した結果、受診率の向上に繋がったと考えられます。

しかし、特定健康診査の受診率は健診開始以来市町村平均を下回っており、国の目標値60%に届いていません。



出典：特定健康診査等の実施状況（法定報告）

【表8】特定健診取組状況の推移

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
実施時期／形態	集団健診 7月～10月			
	個別健診 10月			
周知方法	対象者に個別通知（受診券発送）			
	広報紙・町ホームページ・ポスター掲示			
受診勧奨	年度当初に申込書を送付、6月時点未申込者に勧奨通知／9月時点未申込者に再勧奨			
	町のイベント及び国保加入手続き時に啓発品配付			
				被保険者証一斉更新時 にお知らせ同封
				防災行政無線を使った 勧奨
予算上の取組	自己負担の無料化（全額公費負担）			
		診療情報提供事業費分を計上		

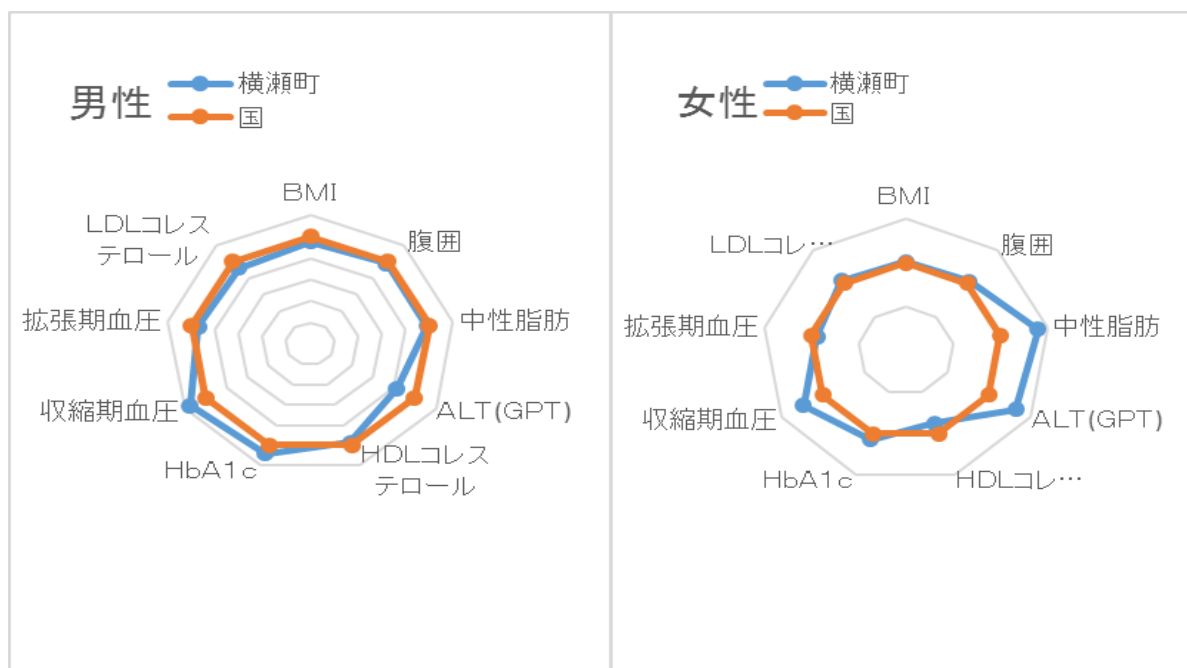
実施体制上の取組	各種がん検診（結核・肺・大腸・前立腺・B型C型肝炎）と同時実施	
	個別健診を導入	
		診療情報提供事業を導入

② 健診結果リスクの状況

平成 28 年度の健診受診者の有所見状況をみると、男女とも糖尿病の可能性があるかどうか判別する数値 HbA1c や収縮期血圧が全国と比較して高くなっています。女性では中性脂肪、肝臓に疾患がある場合に血液中で上昇する ALT が特に高くなっています。

これらのことから糖尿病や血圧対策のため、医療機関への定期的な受診と食事や運動などの生活習慣を見直し、体重管理を行うことが重要になります。

【図 6】健診有所見者の状況



出典： KDB システム「厚生労働省様式 様式 6-2～7 健診有所見者状況」を国立保健医療科学院年齢調整ツールで加工し作成

③ 特定健診問診票の状況

男女ともに、1日の飲酒量が2～3合と回答した割合が、同規模市町村、県、全国のどれと比較しても非常に高く、健診結果の中性脂肪の多さや、ALTの数値が高い事に影響を及ぼしていると考えられます。

また、喫煙率は全体で見ると有意差はないが、心疾患による死亡率が高い事の一因と考えられ、平均寿命、健康寿命を延ばすためには、このあたりの対策も必要です。

【表 9】男女別特定健診問診票の状況

質問項目	男性 標準化比 vs.			女性 標準化比 vs.		
	同規模 (=100)	県 (=100)	全国 (=100)	同規模 (=100)	県 (=100)	全国 (=100)
服薬_高血圧症	99.4	102.3	99.7	85.0	93.1	93.6
服薬_糖尿病	*110.5	98.8	*109.0	93.1	110.2	110.3
服薬_脂質異常症	*70.0	*105.4	*72.6	*76.9	*80.1	*77.2
既往歴_脳卒中	*79.2	98.8	*83.5	*199.1	*214.8	*203.7
既往歴_心臓病	*72.6	*85.2	*79.3	69.1	88.1	74.3
既往歴_腎不全	*145.5	*133.5	113.3	25.0	115.4	67.2
既往歴_貧血	*13.9	*77.2	*15.2	80.2	74.4	*69.4
喫煙	*95.5	97.2	*88.2	124.8	97.7	110.8
20歳時体重から10kg以上増加	*108.1	*108.9	*114.4	97.6	105.3	105.7
1回30分以上の運動習慣なし	97.5	*92.3	*90.6	68.7	83.1	77.0
1日1時間以上運動なし	100.6	*112.4	*105.7	92.9	99.7	97.7
歩行速度遅い	*97.2	*90.0	*92.8	79.3	91.7	89.4
1年間で体重増減3kg以上	*87.4	*113.5	*90.4	67.2	78.1	74.2
食べる速度が速い	*118.2	*105.2	*125.4	97.0	108.7	102.0
食べる速度が普通	*89.7	*97.1	*88.5	101.7	96.0	99.8
食べる速度が遅い	*110.4	*106.3	*110.4	95.2	112.9	95.9
週3回以上就寝前夕食	*117.7	100.3	*115.0	56.2	61.6	64.4
週3回以上夕食後間食	*109.9	96.8	*114.1	*12.3	17.1	*13.3
週3回以上朝食を抜く	*118.8	*114.4	*119.5	33.1	27.5	28.6
毎日飲酒	*108.8	*95.5	*106.1	75.8	*53.4	*57.6
時々飲酒	*86.3	99.4	*85.1	104.0	91.6	96.4
飲まない	*96.1	*105.4	*94.9	101.5	110.4	107.4
1日飲酒量(1合未満)	*90.5	97.9	*96.3	91.9	91.4	93.0
1日飲酒量(1～2合)	*70.8	*92.6	*68.3	101.8	105.8	97.8
1日飲酒量(2～3合)	*135.2	*105.4	*123.0	*394.2	378.5	340.4
1日飲酒量(3合以上)	*317.4	99.6	*321.7	0.0	0.0	0.0
睡眠不足	*109.2	103.7	*110.6	77.9	71.9	73.8
改善意欲なし	*88.0	*80.3	*81.3	*66.3	*62.8	*69.5
改善意欲あり	*146.4	*105.0	*154.1	*34.6	*41.7	*34.8
改善意欲ありかつ始めている	*55.6	*118.5	*57.7	98.3	75.0	93.7
取り組み済み6ヶ月未満	*75.4	*123.5	*78.6	122.2	127.0	116.1
取り組み済み6ヶ月以上	*88.2	*119.4	*92.9	*224.6	*233.1	*220.3
保健指導利用しない	*83.3	*89.1	*84.1	98.2	93.3	93.7

出典：KDB システム「質問票調査の状況」（平成 28 年度累計）を国立保健医療科学院「質問調査の状況」年齢調整ツールで加工し作成

※ 標準化比は同規模、県、全国を基準とし、それぞれを 100 としたときの横瀬町の値を示したものです。

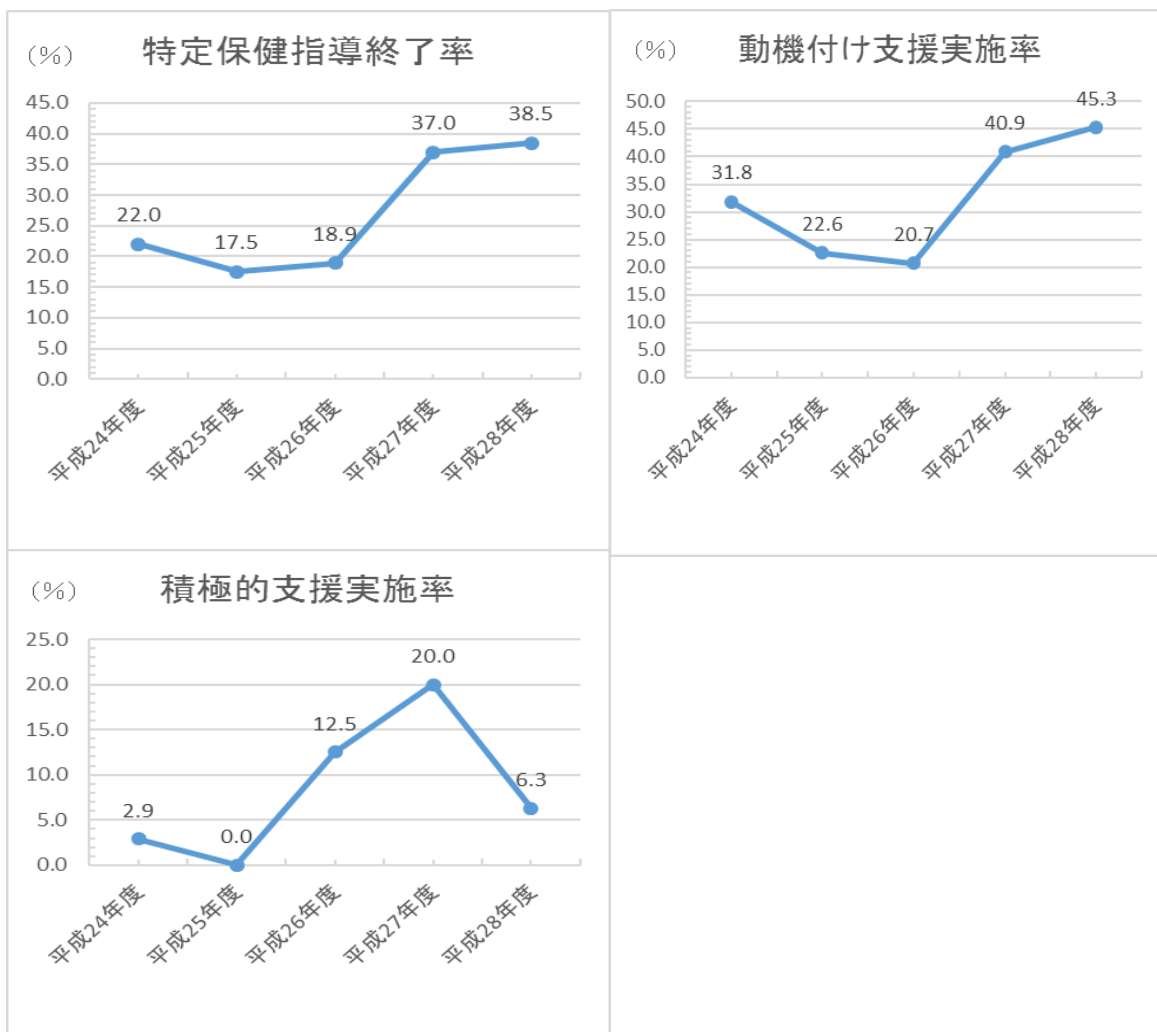
標準化比に * が付記されたものは基準に比べて有意な差 ($p<0.05$) があることを意味します。

(2) 特定保健指導データの分析

① 特定保健指導実施率

特定保健指導実施率の全体では上昇しています。積極的支援は年度で差が大きく、保健指導実施のあり方を実施者である健康づくり課と実施方法等検討する必要があります。

【図7】特定保健指導終了率



出典：法定報告（24～28年度）

② 特定保健指導各年度の取組状況（終了者数）

動機付け支援は終了人数、実施率ともに上昇しています。一方で、積極的支援は実施率の変動が大きいです。対象者が少ないためと考えられます。

【表 10】動機付け支援

	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
実施方法	直営				
終了人数(人)	21	14	12	27	34
実施率(%)	31.8	22.6	22.7	40.9	45.3

出典：法定報告（平成 25～28 年度）

【表 11】積極的支援

	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
実施方法	直営				
終了人数(人)	1	0	2	3	1
実施率(%)	2.9	0.0	12.5	20.0	6.3

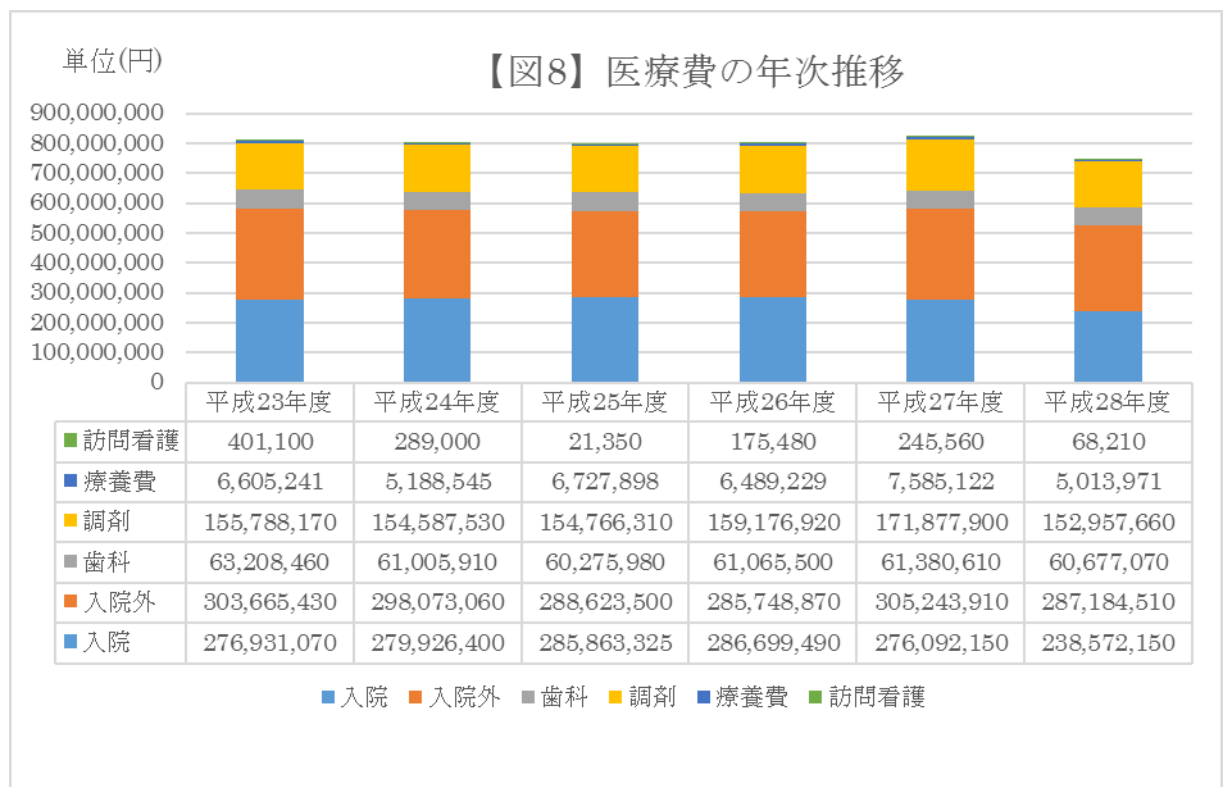
出典：法定報告（平成 25～28 年度）

2. 医療・介護情報の分析

(1) 医療費データの分析

① 医療費の年次推移

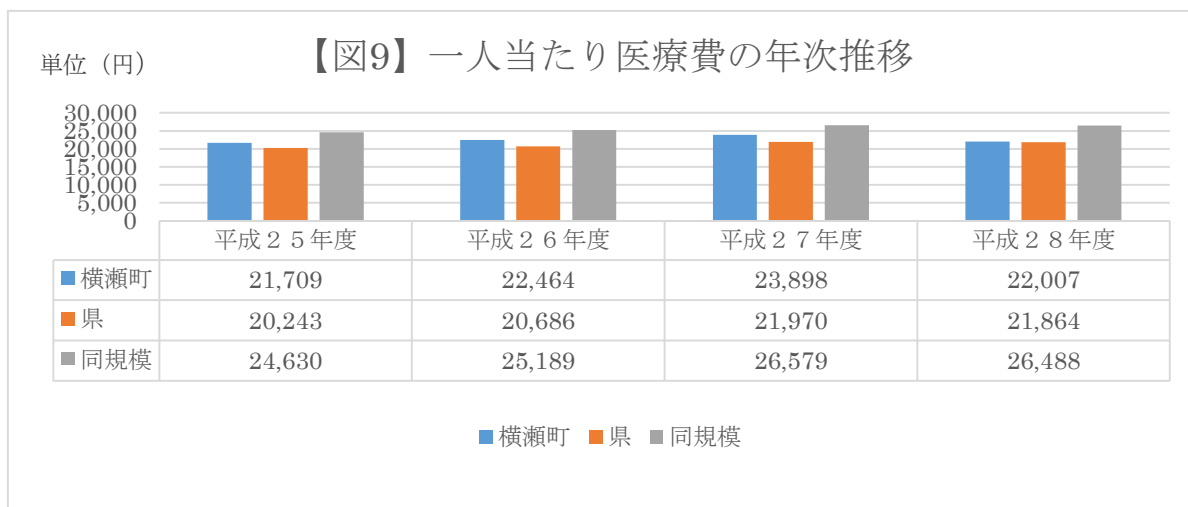
年間の総医療費は、8 億円程度で横ばいの状況です。在宅医療推進が叫ばれて久しいものの、訪問看護に係る医療費は減少傾向にあります。町内に訪問看護事業所がなく、秩父市の訪問看護事業所に頼っているのが現状です。



出典：国民健康保険事業状況報告書(平成 23～28 年度)

② 1人当たり医療費の推移

一人当たり医療費の推移を見ると、埼玉県 averages よりも高いが、同規模自治体と比較すると低い傾向にあります。

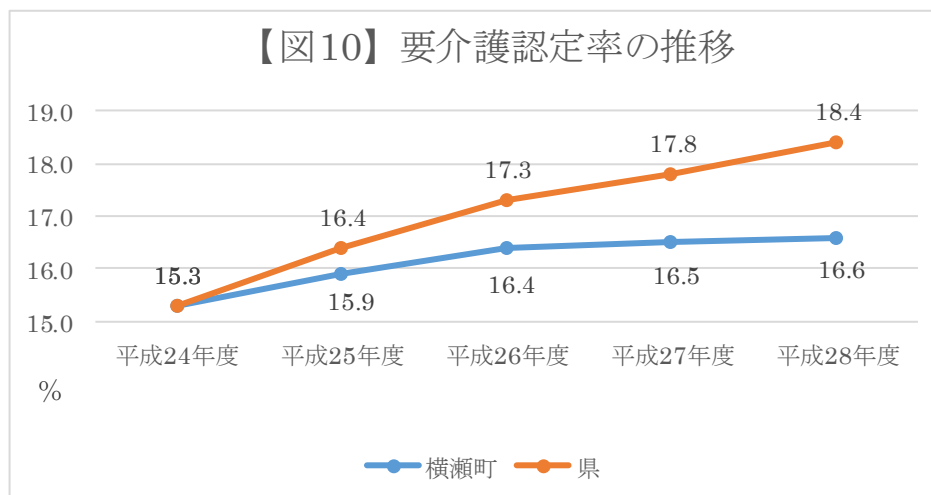


出典：KDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（各年度累計）

(2) 介護保険の状況

① 要介護認定率の推移

要介護認定率は、県と比較すると低くなっています。本来、要介護認定の必要な人が家庭内で埋まっていることのないように地域のネットワークを利用した状況把握が重要になります。



出典：KDB システム「地域の全体像の把握」

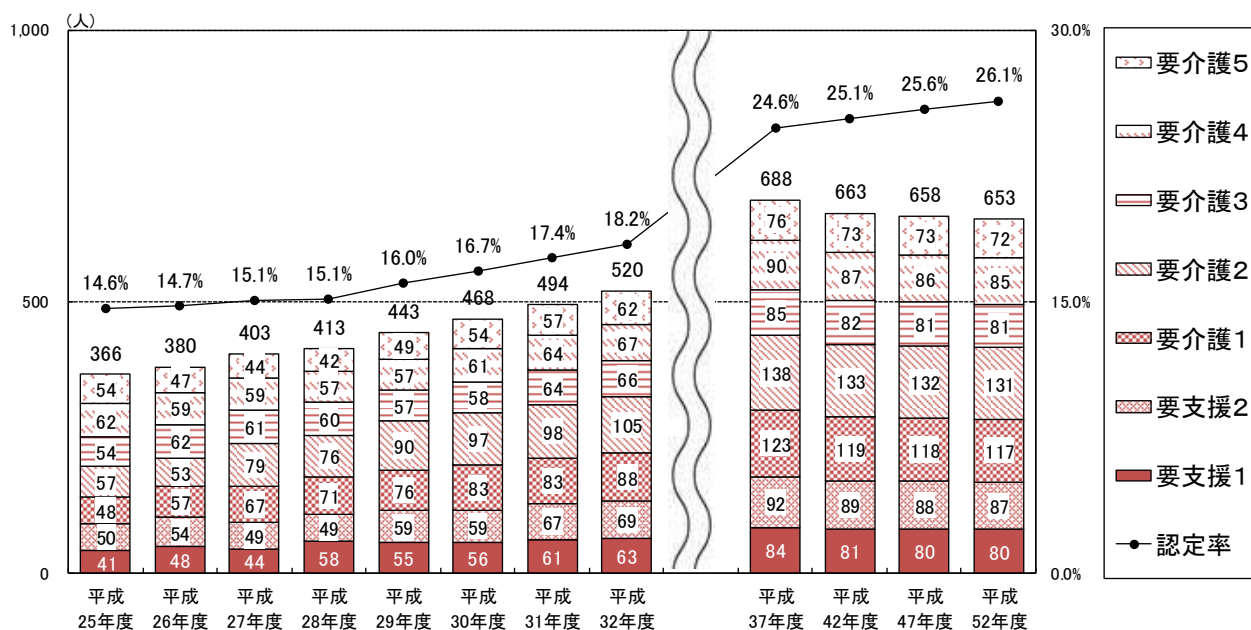
② 要支援・要介護認定者の状況

要支援・要介護認定者の推移では、平成29年度現在443人で、平成25年度の366人と比較すると、77人増加しています。

要支援・要介護者の推計値は、推計人口をもとに、要支援・要介護者の出現率の傾向から推計しています。平成30年度以降の推計では、平成32年度では520

人（認定率18.2%）、平成37年度の688人（認定率24.6%）をピークに徐々に要支援、要介護者の人数は減少し、平成52年度では653人（認定率26.1%）と想定されます。

【図 11】 要支援・要介護認定者の推移及び将来推計



出典：介護保険事業状況報告年報（平成29年度は平成29年9月月報値）

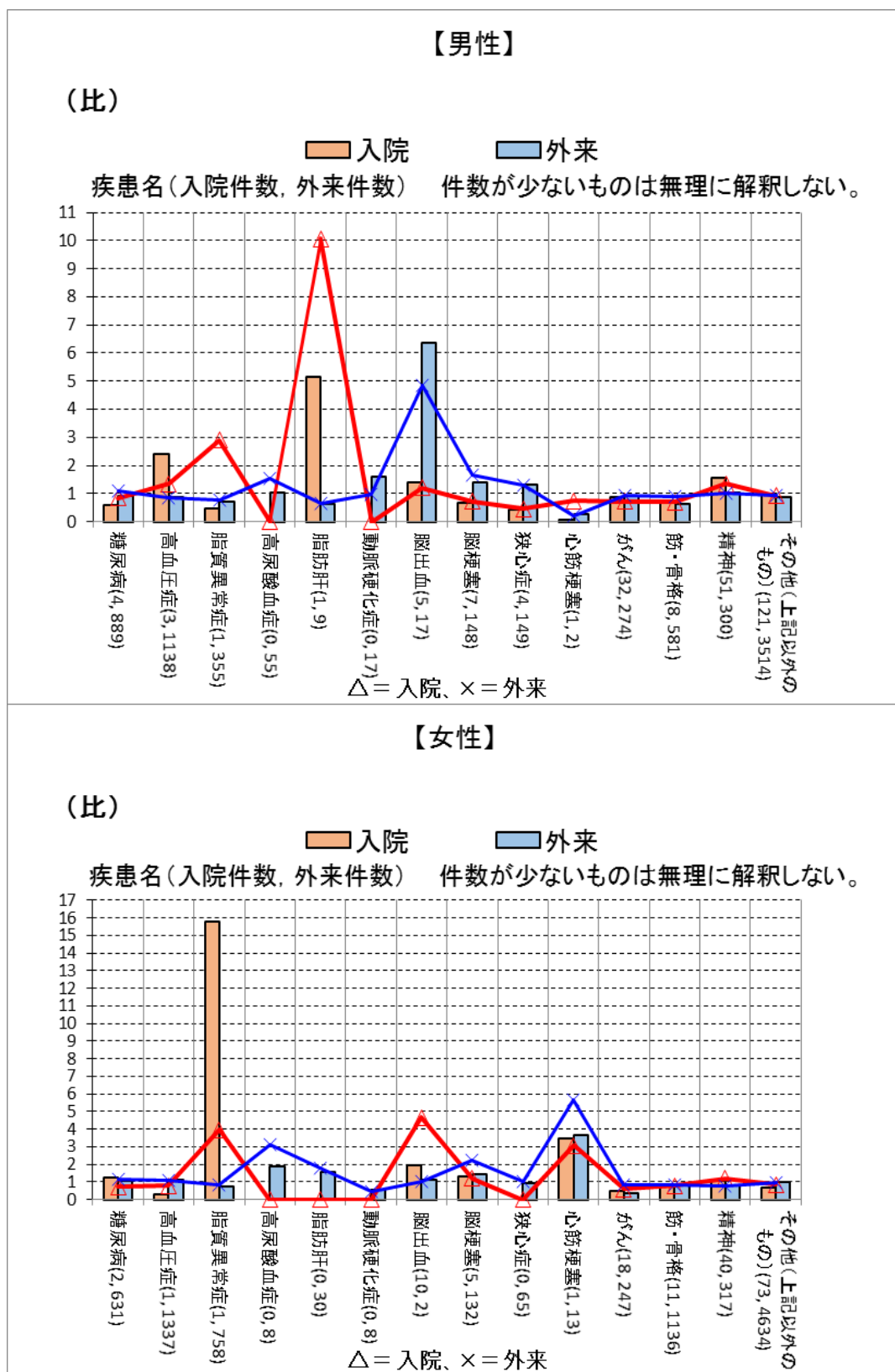
平成30年度以降は見える化システムによる推計値

(3) その他の統計データ

① 標準化医療費

標準化医療費でみると、男性では脂肪肝、脳出血、脂質異常症が県と比較すると高く、女性では脂質異常症、心筋梗塞、脳出血が高くなっています。これは標準化死亡比（SMR）死因上位と一致します。疾患別医療費の差をみると、動脈硬化症の入院医療費が大幅に増えています。

【図 12】男女別標準化医療費との比（地域差指数）県と比較



出典：KDB システム「疾病別医療費分析（生活習慣病）」を「国立保健医療科学院疾病別医療費分析（生活習慣病）年齢調整ツール」で加工し作成

② 生活習慣病疾病別医療費の状況

平成 27 年度と 28 年度の生活習慣病疾病別医療費を比較すると、入院では、関節疾患、脳梗塞が増えています。外来では、大腸がん、胃がんが増えています。

がん検診の受診率向上対策や高血圧をはじめとする循環器疾患の対策が必要になっています。

【表 12】生活習慣病疾病別医療費の比較

(単位：円)

	①平成 28 年度		②平成 27 年度		年度比較(①/②)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来
高血圧症	1,486,790	36,292,280	2,417,720	42,270,690	61.5%	85.9%
慢性腎不全 (透析有)	2,774,850	38,688,380	4,904,090	39,057,090	56.6%	99.1%
糖尿病	2,266,310	39,315,910	4,012,300	41,428,420	56.5%	94.9%
脂質異常症	1,232,360	15,694,670	1,622,216	15,454,450	76.0%	101.6%
統合失調症	17,022,080	7,376,470	27,957,420	8,260,880	60.9%	89.3%
関節疾患	7,189,540	17,355,810	5,071,360	16,264,770	141.8%	106.7%
大腸がん	4,789,860	12,495,430	8,835,620	7,268,260	54.2%	171.9%
狭心症	2,799,070	5,367,500	11,979,750	5,601,890	23.4%	95.8%
脳梗塞	7,966,520	4,747,270	3,491,130	7,106,740	228.2%	66.8%
乳がん	2,366,300	3,312,060	2,507,930	5,919,240	94.4%	56.0%
前立腺がん	3,321,130	5,647,550	3,950,620	9,591,760	84.1%	58.9%
骨粗しょう症	0	4,478,600	466,310	7,353,780	—	60.9%
肺がん	2,533,170	2,878,330	0	4,732,950	—	60.8%
胃がん	2,501,820	412,550	3,972,630	296,880	63.0%	139.0%
心筋梗塞	1,844,920	333,220	0	381,550	—	87.3%
合計	60,094,720	194,396,030	81,189,096	210,989,350	74.0%	92.1%

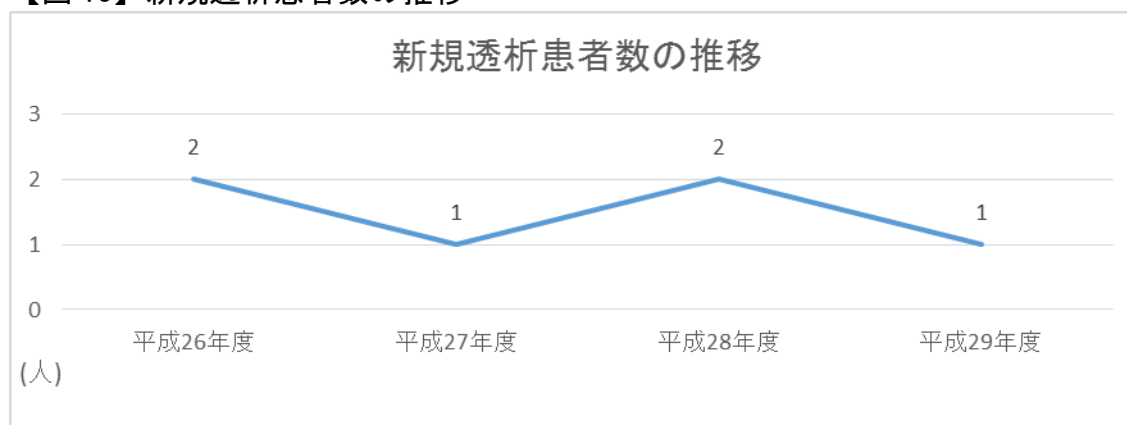
出典：KDB システム「疾病別医療費分析（最小（82）分類）」

③ 人工透析の医療費の状況

平成 25 年度は人工透析患者数が 8 人いました。人工透析の新規患者を 1 人も出さないことを目標にしていますが、毎年新規患者がいます。

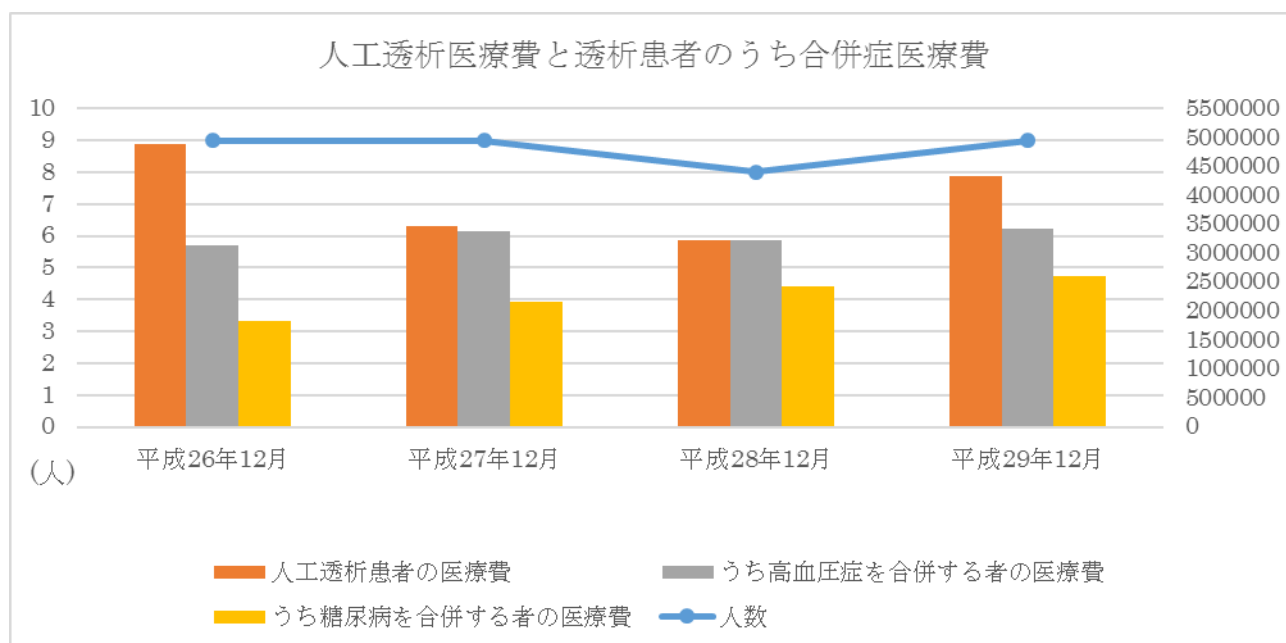
一方、人工透析の医療費は増加傾向にあり、人工透析患者のうち半数以上が高血圧症、糖尿病を有していることから、高血圧症対策及び糖尿病のコントロールが重症化予防に重要になってきます。

【図 13】新規透析患者数の推移



出典：KDB システム「医療費分析（1）細小分類」（各年度 12 カ月分を集計）

【図 14】人工透析医療費と透析患者のうち合併症医療費

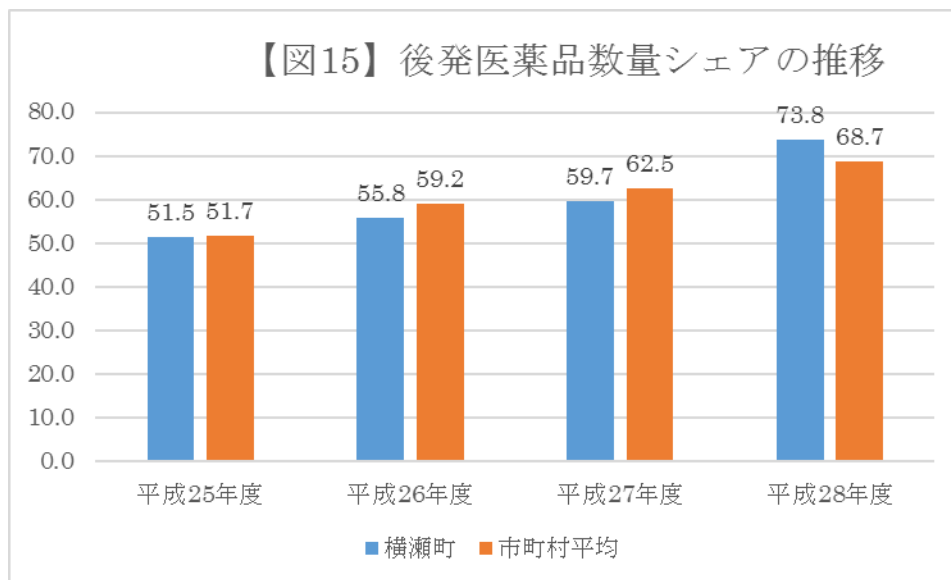


出典：人工透析医療費：KDB システム「厚生労働省様式 様式 2-2 人工透析患者一覧」（各年 12 月）

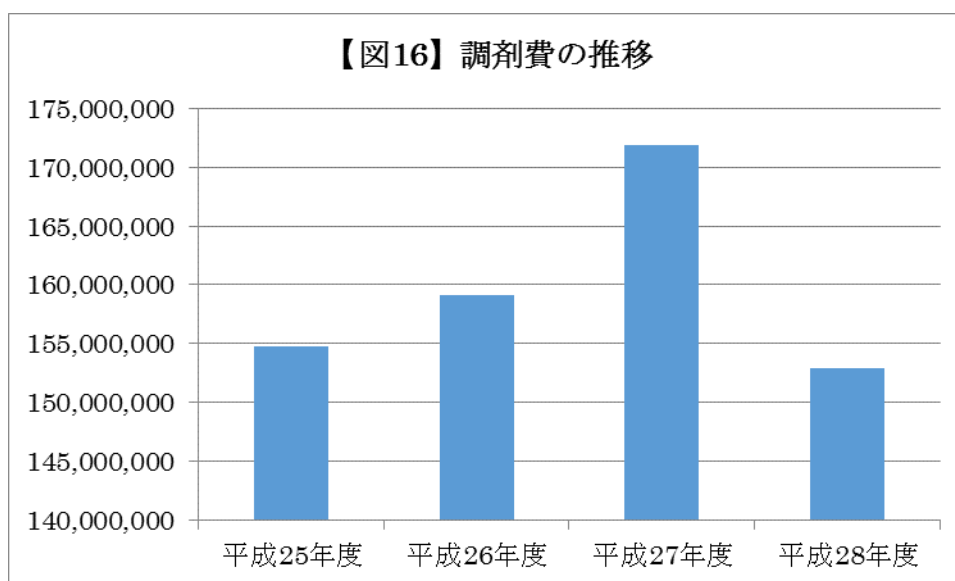
人工透析患者：KDB システム「厚生労働省様式 様式 3-7 人工透析のレセプト分析」（各年 12 月）

④ ジェネリック数量シェアの状況

ジェネリック数量シェア率が年々伸びており、平成28年度には市町村平均を上回りました。ジェネリックへの理解が深まっており、調剤費が抑えられていると推測できます。



出典：埼玉県国民健康保険における医療費等の状況



出典：埼玉県国民健康保険における医療費等の状況

3. 健康課題の抽出・明確化

課 題	対策の方向性	事業
・ 健診受診率が市町村平均より低い ・ 60 歳代の受診率が低く、未受診者のなかで生活習慣病有病率が高い ・ 40 歳代受診率が低い	・ 60 歳代の未受診者を減らす ・ 特定健診の受診期間を延長する ・ 医療機関、地区組織、事業主等と連携し、周知や健診の情報提供を得られる仕組みを作る ・ 若い世代(40・50 歳代)の受診率を上げる	特定健診受診率向上対策事業
・ 特定保健指導実施率が停滞している ・ 心疾患、脳血管疾患のリスク因子が高い人が多い(BMI、血圧、HbA1c、中性脂肪)	・ 該当者に勧奨し、利用者を増やす ・ 未利用者の健康状態を把握する	特定保健指導利用率向上対策事業
・ 糖尿病医療費が増加傾向にある ・ 人工透析の新規患者が0にならない ・ 腎不全の標準化死亡比(SMR)が高い	・ 医療機関と連携し、糖尿病性腎症ハイリスク者を医療につなげる ・ 医療機関と連携し、糖尿病性腎症患者の保健指導を実施し、重症化を予防する ・ 特定健診結果から医療機関につなげる方法と、医療機関から保健指導につなげる方法で対応する	生活習慣病重症化予防対策事業
・ 生活習慣病別医療費の比較において、脳梗塞、脂質異常症、心筋梗塞等、高血圧が起因する疾患が多い ・ 平均寿命、65 歳健康寿命は男女とも県内順位低い	・ 血圧が受診勧奨判定値(収縮期血圧140mmHg$\geq$又は拡張期血圧$\geq$90mmHg)の者に受診勧奨を行う ・ 血圧が保健指導判定値(130mmHg$\leq$収縮期血圧<140 mmHg 又は 85mmHg$\leq$拡張期血圧<90 mmHg)で非肥満の者に保健指導を実施し、生活習慣改善を行う	高血圧対策事業(新規)

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
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	・ 平成 35 年度の受診率を 60% とする	・ 各年度の受診率を 3.0 ポイントずつ上げる
特定保健 指導利用率向上対策事業	・ 生活習慣病を改善することにより、内臓脂肪症候群、予備群の割合を減らす	・ 平成 35 年度の実施率を 60% とする	・ 各年度の実施率を 3.0 ポイント上げる
生活習慣 病重症化 予防対策 事業	・ 糖尿病性腎症の重症化を予防することにより、人工透析への移行を防止する	・ 糖尿病性腎症の治療中で重症化するリスクの高い者に対し、保健指導への参加を促し、参加者の人工透析への移行を減らす ・ 特定健診から糖尿病のリスクの高い者に医療機関への受診に結びつけることにより、重症化を予防する	・ 保健指導への参加者の増加 ・ 保健指導修了者のうち継続支援参加者の増加 ・ 医療機関への早期受診者の増加 ・ 治療継続者の増加
高血圧重 症化予防 事業	・ 血圧高値者への受診勧奨及び保健指導を実施することにより重症化を予防する	・ 健診受診者の生活習慣病医療費の増加抑制	・ 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が 70% ・ 保健指導利用者の検査値の維持又は改善が 70%

第5章 保健事業の実施内容

事業名：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3.0ポイント上げる。

目標・中長期 平成35年度の受診率を60%とする。

	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
若い世代の受診率向上	《対象》 ・40・50代の未受診者 《方法》 ・生活習慣病なし未受診者を抽出し、電話勧奨 《時期》 6～10月 《スケジュールと実施体制》 ・6月末、8月末の時点の未受診かつ生活習慣病なしの者を抽出 ・昼間不在者にはいきいき町民課で対応	・架電世帯数 	・当年受診率上昇の1%分 ・架電数のうち10%が受診する 	→	→	→	→	→	全体の受診率
		【ストラクチャー】 ・臨時職員等の雇用予算の確保 ・いきいき町民課・健康づくり課の連携 【プロセス】 ・勧奨マニュアルの作成		→					
60歳以上の受診率向上	実施内容 《対象》 ・60歳以上の未受診者 《方法》 ・60歳以上の未受診者を抽出し、集団・個別・診療情報提供事業と各タイミングで通知、電話勧奨 《時期》 6～11月 《スケジュールと実施体制》 ・初年度にマニュアル作成、関係者の連携を図り、2年度目から集団・個別・診療情報提供事業等、実績からリストを作成し、効率的な受診勧奨を行う	・通知件数 ・架電件数	・勧奨数のうち10%が受診 	→	→	→	→	→	60%
		【ストラクチャー】 ・対象者選定の人員確保 ・健診対象地区ごとの対象者選定 ・他課イベント・事業等でのPR 【プロセス】 ・抽出方法及びマニュアルの作成		→	→			→	

	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
その他の健診データの収集	《対象》 ・職場健診等受診者 《方法》 ・職場健診、事業健診等受診者の結果の情報提供を受ける 《時期》 4月～3月 《スケジュールと実施体制》 ・事業主等から情報提供を受ける仕組みを作る。一般には広報及び保険証更新時に周知する。 ・情報提供に対しては町のわくわくポイントを提供する	・申込書返送数 ・説明及び調整団体数 ・うち協力確保団体数 ・チラシの配布数	・情報提供数(受診率全体の1% 18人)	 				
		【ストラクチャー】 ・予算確保 ・申込書の返送により対象者の選定 ・対象者へのアンケート ・対象事業主への説明・調整 【プロセス】 ・マニュアルの作成		    				

事業名：特定保健指導利用率向上対策

目的 生活習慣を改善することにより、内臓脂肪症候群、予備群の割合を減らす。

目標・短期 各年度の実施率を3.0ポイント上げる。

目標・中長期 保健指導対象者を平成 20 年度と比較して 25%減少させる。

	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
特定保健指導利用普及啓発事業	《対象》 ・40歳以上被保険者 ・特定健診申込者 《方法》 ・広報・HPを活用した制度の周知 ・特定健診受診案内時に制度の周知 《時期》 ・年3回広報及びHPに掲載 ・集団健診6月、個別健診9月に受診案内通知時にリーフレット同封 《スケジュールと実施体制》 ・年度当初に周知内容の検討、リーフレット選定	・保健指導利用率	・内臓脂肪症候群・予備群の割合の減少						全体の受診率60%
		【ストラクチャー】 ・いきいき町民課・健康づくり課の稼働の確保と役割分担の明確化							
		【プロセス】 ・周知する時期及び回数は適切か ・周知内容は住民にわかりやすいものか							
特定保健指導	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	
	《対象》 ・動機づけ支援及び積極的支援基準該当者 《方法》 ・結果説明会において初回指導実施 ・対象者に電話連絡にて説明会への参加を促す ・対象者本人の都合に合わせて初回面接日を設定 《時期》 8～3月 《スケジュールと実施体制》 ・健診受診後、約1か月で結果説明会開催 ・特定保健指導対象者は個別に初回面接を実施	・保健指導実施率	・腹囲・BMIの改善率						
		【ストラクチャー】 ・指導実施に必要な専門職の確保ができたか 【プロセス】 ・結果説明会の日程設定は適切か ・指導内容は適切で対象者が実行しやすいものであったか							

事業名：生活習慣病重症化予防対策事業

目的 人工透析移行患者数を減らし、医療費を抑制。
 目標・短期 保健指導事業参加者の中から中断者を出さない。
 目標・中長期 人工透析への新規移行者を0にする。

	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
腎症重症化予防	《対象》 ・HbA1c6.5%以上の者 《方法》 ・特定健診受診者の中から対象者を抽出し、結果説明会又は訪問にて受診勧奨を行う。 《時期》 8～11月 《スケジュールと実施体制》 ・特定健診受診結果が出る8月以降、随時対象者の抽出 ・対象者名簿の作成、本人宛通知の作成 ・結果説明会において本人へ受診勧奨を行う(8月～) ・医療機関からの結果のまとめ ・勧奨後、1か月経過しても医療機関からの返信がない場合、再勧奨の実施	・対象者の医療機関受診率	・HbA1c8%以上の割合の低下 ・新規透析導入者の減少	→	→	→	→	→	人工透析新規移行者をなくす
		【ストラクチャー】 ・いきいき町民課及び健康づくり課の稼働の確保 ・いきいき町民課と健康づくり課の連携、役割分担は適切か 【プロセス】 ・本人への説明、指導の方法は適切か		→					
CKD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	
	《対象》 ・eGFR値低下率前年度比－10%以上の者 《方法》 ・対象者への受診勧奨と保健指導 《時期》 8～11月 《スケジュールと実施体制》 ・特定健診受診結果から対象者を抽出 ・結果説明会において個別に受診勧奨	・対象者の受診率	・eGFR値の維持	→	→	→	→	→	

		【ストラクチャー】 ・保健指導実施者の確保 【プロセス】 ・対象者の抽出方法は適切か ・指導内容は適切だったか	   
--	--	---	--

事業名：高血圧対策事業

目的

目標・短期

目標・中長期

高血圧性疾患の予防

受診勧奨判定値の中断者、未受診者の内 20%が受診

保健指導実施率 60%

	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
要医療判定者受診勧奨事業	《対象》 ・特定健診受診者のうち、血圧値が受診勧奨値にある者 《方法》 ・結果説明会において個別に受診勧奨を行う。欠席者には、通知により受診勧奨。 ・結果説明会終了後3か月経過した時点で受診がない場合、再勧奨を行う。 《時期》8～11月 《スケジュールと実施体制》 ・健診結果が出たら随時、対象者の抽出 ・対象者名簿の作成	・対象者中の受診率	・医療につながった者の血圧値の改善率						全体の受診率60%
		【ストラクチャー】 ・事業実施に必要な人員の確保 ・いきいき町民課・健康づくり課の稼働の確保と役割分担の明確化 【プロセス】 ・受診確認の時期・方法は適切か							
高血圧予防教室	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	
	《対象》 ・特定健診受診者のうち血圧値が要指導域にある者（特定保健指導対象者を除く）とその家族 《方法》 ・集団指導 《時期》12月 《スケジュールと実施体制》 ・集団及び個別の特定健診が全て終了後、対象者を抽出し個別通知 ・保健師及び管理栄養士による指導	・対象者の参加率 ・参加者アンケートによる満足度	・参加者の血圧値の改善率						
		【ストラクチャー】 ・教室運営に必要な予算及び人員を確保できたか 【プロセス】 ・対象者への通知の方法・時期は適切か ・指導内容・方法は適切か							