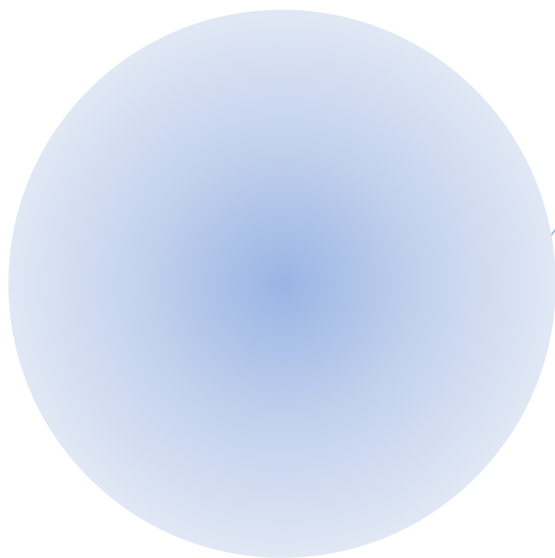




第2期嵐山町保健事業実施計画

(データヘルス計画)・

第3期嵐山町特定健康診査等実施計画

嵐山町
平成30年3月



目 次

内 容	ページ
第 1 章 計画の基本的事項	1
1 計画の趣旨(背景・目的) 2 計画の位置づけ 3 計画の期間 4 関係者が果たすべき役割 (1) 実施体制・関係部局の役割 (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	4
1 嵐山町の特性 2 前期計画に係る考察 (1) 計画全体の評価 (2) 個別保健事業	
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 (1) 人口の状況 (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 特定健診・医療情報等の分析 (1) 医療費データの分析 (2) 特定健診・特定保健指導データの分析 (3) 介護データの分析 (4) 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	2 5
第 5 章 保健事業の実施内容	2 6
第 6 章 特定健康診査及び特定保健指導の実施	3 4
特定健康診受診率向上対策 特定保健指導実施率向上対策 生活習慣病重症化予防対策事業 埼玉県コバトン健康マイレージ 後発医薬品の利用促進事業	
第 7 章 計画の評価・見直し	4 1
1 基本的な考え方 2 評価方法の設定 (1) 短期的成果目標に対する評価指標 (2) 中長期成果目標に対する評価目標	
第 8 章 計画の公表・周知	4 1
第 9 章 個人情報の取扱い	4 1
第 10 章 その他留意事項（地域包括ケアに係る取組など）	4 1

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（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、「全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。」とされました。

これまでも、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、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健康診査等実施計画」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、被保険者の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。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）の一部が改正されたこと等により、本町においても健康・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・改善を行うものです。

2 計画の位置づけ

（データを活用したＰＤＣＡサイクルの遂行）

保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」といいます。）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。

(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」、嵐山町健康増進計画、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ります。

【他計画との関係性】

計画の種類	特定健康診査等 実施計画	保健事業実施計画 (データヘルス計画)	健康増進計画
計画の名称	第3期嵐山町特定健康診査等実施計画	第2期嵐山町国民健康保険 保健事業実施計画	嵐山町健康増進計画
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	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30～35年度	平成30～35年度	平成27～36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	・健康寿命の延伸 ・生活習慣病の発症予防と重症化予防 ・社会生活機能の維持及び向上 ・生活習慣及び社会環境の改善
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 例）重症化予防、糖尿病、高血圧、脂質異常症 医療費適正化 例）後発医薬品の利用 促進重複頻回受診		・栄養・食生活 ・身体活動・運動 ・休養・こころの健康 ・飲酒・喫煙 ・歯・口腔の健康 ・地域活動

3 計画の期間

計画の期間については、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年間とします。

		H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
国	健康日本21(第2次)											
県	埼玉県地域保健医療計画											
	健康埼玉21											
	健康長寿計画											
嵐山町	総合振興計画											
	健康増進計画											
	特定健診等実施計画											
	データヘルス計画											

4 関係者が果たすべき役割

(1) 実施体制・関係部局の役割

保険担当部局が主体となり関係部局と十分に連携して計画を策定します。

また、計画策定に当たっては、職員の資質向上に努め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。

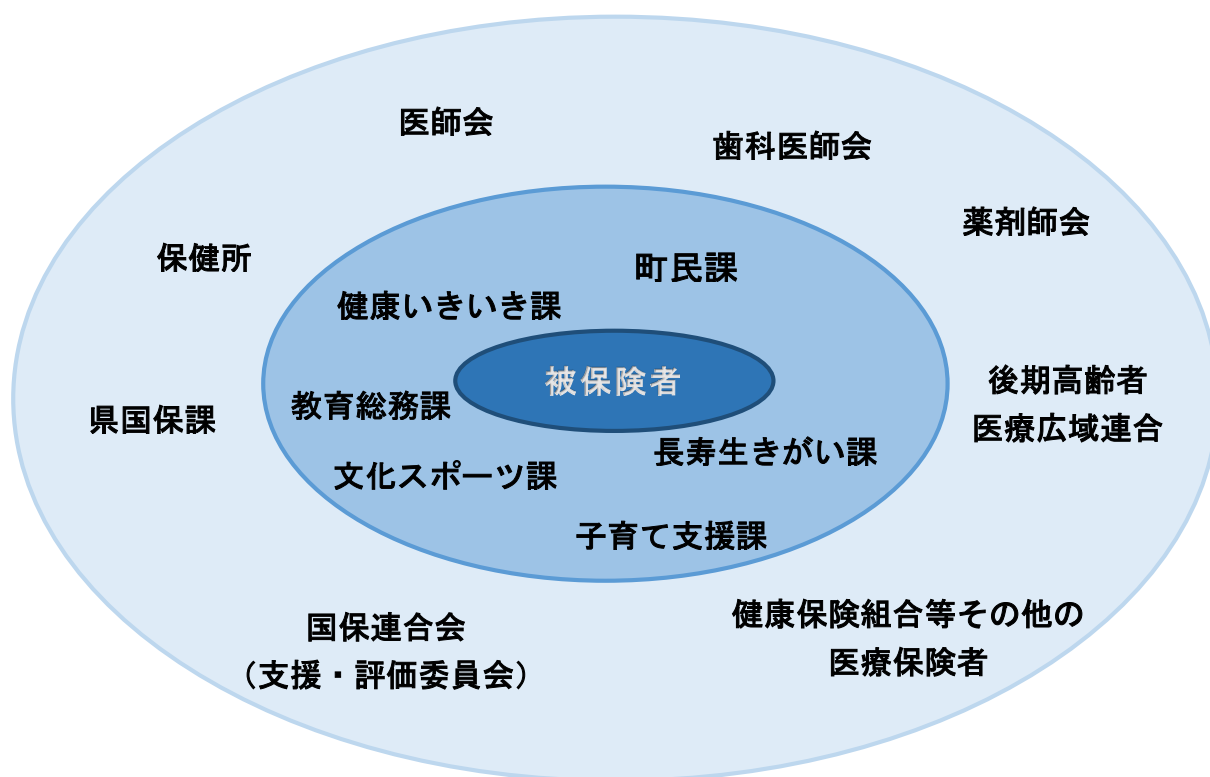
(2) 外部有識者等の役割

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る。

このため、保険者は、自治会等の地域組織との意見交換や情報提供を行う、また、計画の策定等に、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ことなどを通じて、意見反映に努めることも重要となってきます。



第2章 現状の整理

1 嵐山町特性

本町は、埼玉県のほぼ中央、比企丘陵の中核にあり、東京都心から約 60km に位置しています。東西は約 2.5km、南北は約 12.0km と南北に細長い地形となっています。東は滑川町及び東松山市、西は小川町・ときがわ町、南は鳩山町、北は寄居町・深谷市・熊谷市に接しています。

丘陵部では、自然の谷をせき止めた溜池が多く、天水に依存した小規模な田畑と養蚕が主な農業でした。南部には都幾川・槻川、中央を市野川・粕川、北部を滑川が流れています。昭和 50 年代前半から始まった土地改良事業により、豊富な河川の水資源を利用した田畑耕作に転換してきました。

道路では国道 254 号線・関越自動車道、鉄道では東武東上線が町の東西を走り、東京ならびに近隣市町村を結んでいます。

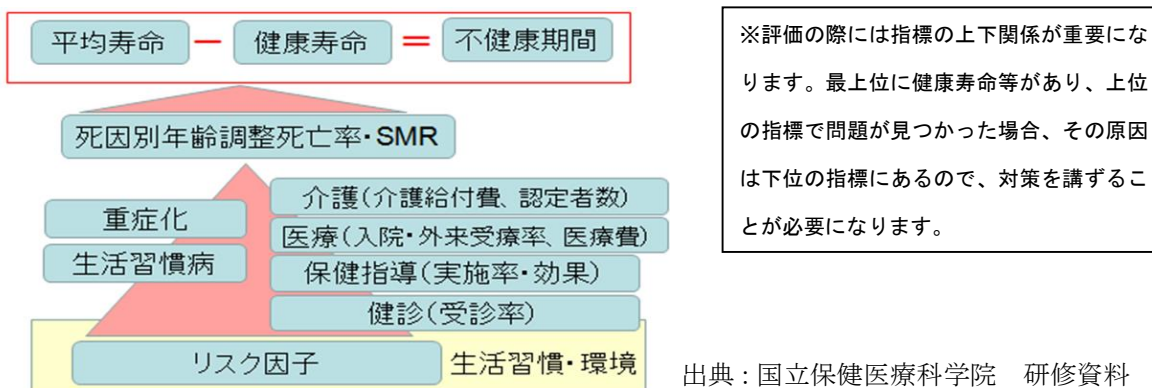
出典：第 5 次嵐山町総合振興計画（平成 27 年度改訂版）より一部抜粋



2 前期計画の考察等

(1) 計画全体の評価

評価指標の関係図



- 地域の健康度を示すリスク因子やSMRなどの数値を計画初年度と最終年度で比較し、第1期計画の効果の評価を行う必要と考えます。そのため、第2期計画改定の際には、これらの指標について分析し、計画全体の評価を実施します。

(2) 個別保健事業

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 特定健診受診率向上対策

中長期目標：特定健診の受診率を60%にする（平成28年47.3%）

短期目標：特定健診の受診率を50%にする

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 50%	平成27年度 40.1% 平成28年度 47.3%	未達成	・平成27年度診療情報提供事業を開始し、埼玉県の実診率を上回り、平成28年度は、AIを活用した受診勧奨により大きく受診率が向上したが、目標には達しなかった。

② 特定保健指導対象者への勧奨

中長期目標：特定保健指導の実施率を30%にする（平成28年度20.0%）

短期目標：特定保健指導の実施率を20%にする

実施内容	目標値	実績	達成状況	要因
電話勧奨 訪問指導	平成28年度 20.0%	平成27年度 11.0% 平成28年度 16.9%	未達成	・対象者全員に勧奨した ・平成28年度は訪問指導を増加したことにより、実施率が向上したが目標達成には至らなかった。

③重症化リスクが高い人への早期介入

中長期目標：糖尿病の重症化を予防

短期目標：重症化予防プログラムへの参加率向上

実施内容	目標値	実績	達成状況	要因
・糖尿病重症化リスクが高い人を抽出 ・リスクが高い人の多くが、予防プログラムに参加するよう勧奨を実施	リスクが高い人の10%が予防プログラムに参加	平成28年度 1.7%	未達成	・初回面接以降、継続できない人がいた。 ・対象者全員に勧奨したが、事業に関する十分な理解を得られず、プログラム参加の同意を得られなかったことにより、目標を大きく下回った。

④血圧降下剤のジェネリック医薬品への置換勧奨事業

中長期目標：年間費用が高い医薬品の数量シェア向上

短期目標：血圧降下剤の数量シェア 80%

実施内容	目標値	実績	達成状況	要因
・ジェネリック医薬品置き換え通知の対象に2度なっている人を抽出 ・高血圧症の人を中心に、ジェネリック医薬品に置き換えるための勧奨を実施	・勧奨した人のうち50%がジェネリック医薬品に置き換える	数量シェア（平均） 平成27年度 68.7% 平成28年度 75.5% 利用率（平均） 平成27年度 64.4% 平成28年度 71.6% 切替率（平均） 平成27年度 12.5% 平成28年度 16.9%	未達成	平成28年度の勧奨通知件数は203件で、切替率は16.9%だったため、前年度より平均が上がっているが、目標値には達しなかったため、目標値の再設定を検討。

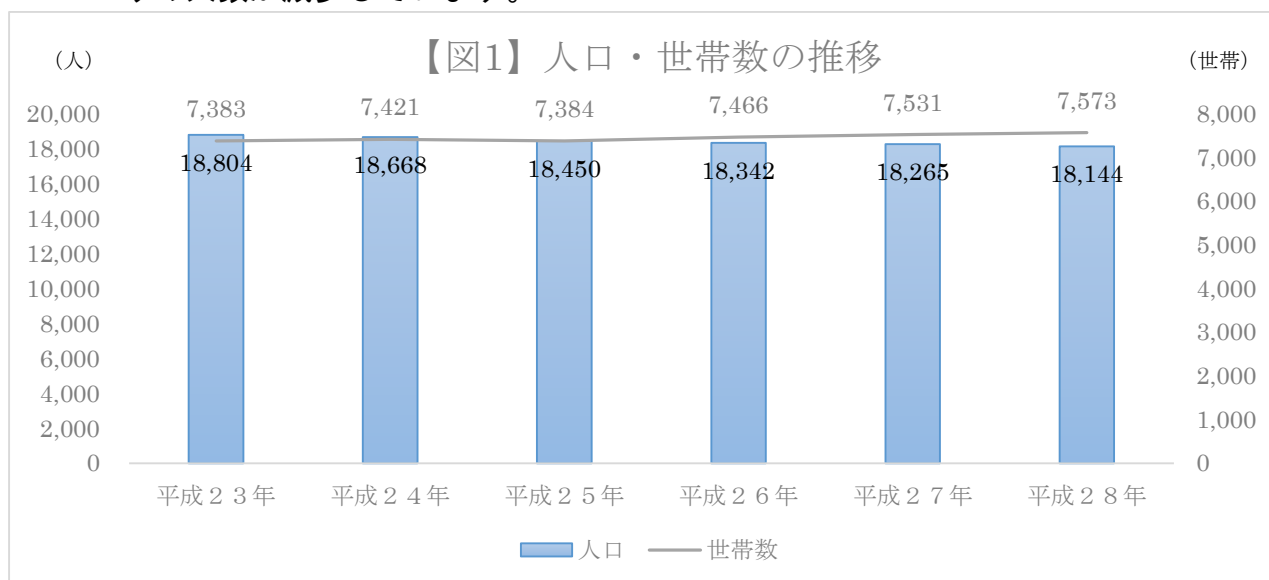
第3章 健康・医療情報等の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握

1 人口・被保険者・死亡の状況

(1) 人口の状況

① 総人口及び総世帯数の状況

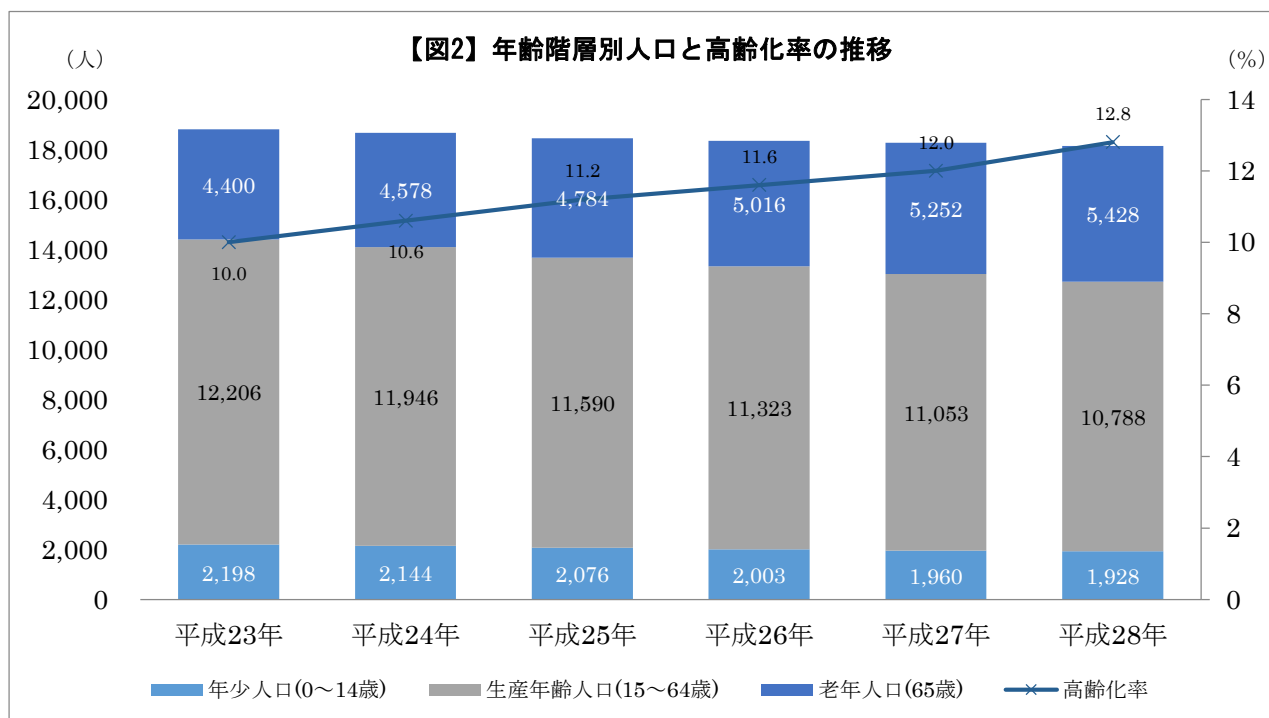
人口は6年間で4%減少していますが、世帯数は2%増加しており、一世帯当たりの人数が減少しています。



出典：埼玉県町(丁)字別人口調査

② 年齢別人口

年齢階層別人口では、年少人口、生産年齢人口ともに6年間で12~13%減少しているのに対し、老年人口(65歳以上)は23%増加しており、急速に高齢化が進んでいます。



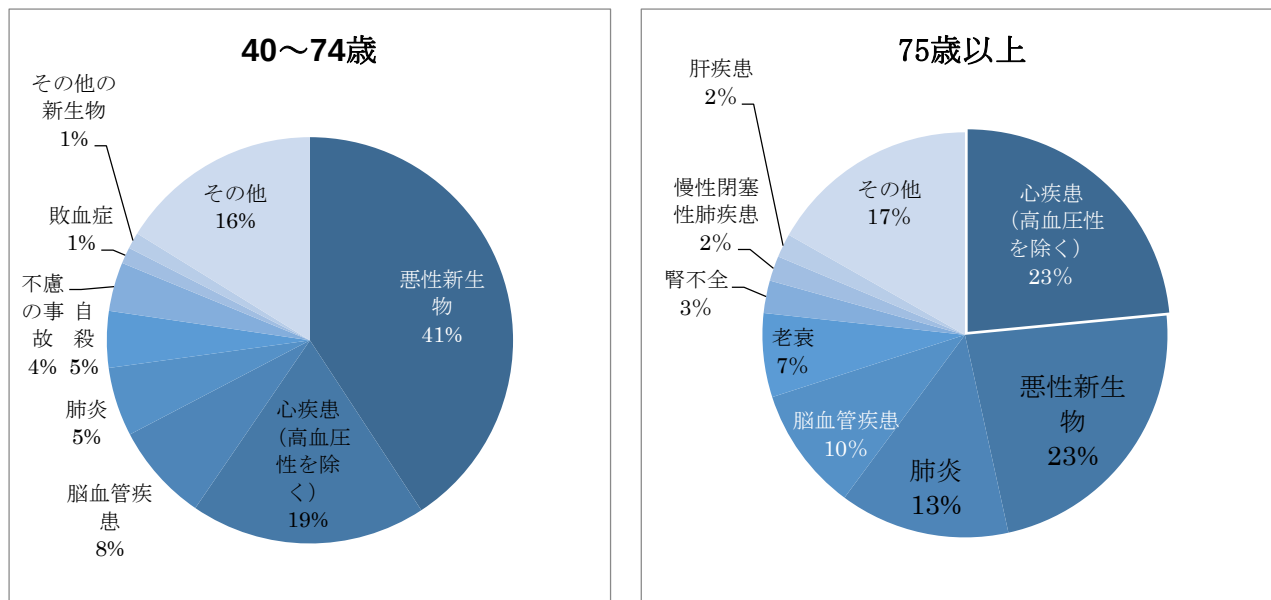
出典：埼玉県町(丁)字別人口調査

(2) 死亡の状況

① 死因別死亡割合

平成 27 年の死因別死亡割合をみると、40 歳～74 歳、75 歳以上ともに悪性新生物、心疾患が第 1 位、第 2 位となっており、40～74 歳では半数以上を占めています。

【図 3】 死因別死亡割合



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）

② 標準化死亡比（SMR）

全国を 100 とした標準化死亡比は、男女ともに急性心筋梗塞、心不全、脳梗塞の割合が高くなっています。そのため、心疾患の対策が必要となります。

【表 1】 標準化死亡比（SMR）の比較 ～全国を 100 とした場合の比～

		死亡総数	悪性新生物	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	嵐山町	111.8	102.6	144.6	164.1	156.1	56.9	132.2	178.2
	埼玉県	99.5	98.6	112	107	94.7	96	102.9	101.1
女	嵐山町	122.4	126.8	158	185.6	177.2	107.5	177.9	...
	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（平成 20～24 年）

※ 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、我が国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は、我が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 27 年の平均寿命は男性 79.68 歳、女性 85.74 歳で、埼玉県平均より低くなっています。

また、65 歳健康寿命は、男性 17.34 歳、女性 20.22 歳で男女ともに県平均より高くなっています。

【表 2】 平均寿命

	男性	県内順位	女性	県内順位
嵐 山 町	79.68 歳	47	85.74 歳	56
埼 玉 県	80.28 歳		86.35 歳	

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）

【表 3】 65 歳健康寿命

	男性	県内順位	女性	県内順位
嵐 山 町	17.34 歳	25	20.22 歳	22
埼 玉 県	17.19 歳		20.05 歳	

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、自立して生きられるか」を示した期間のことです。

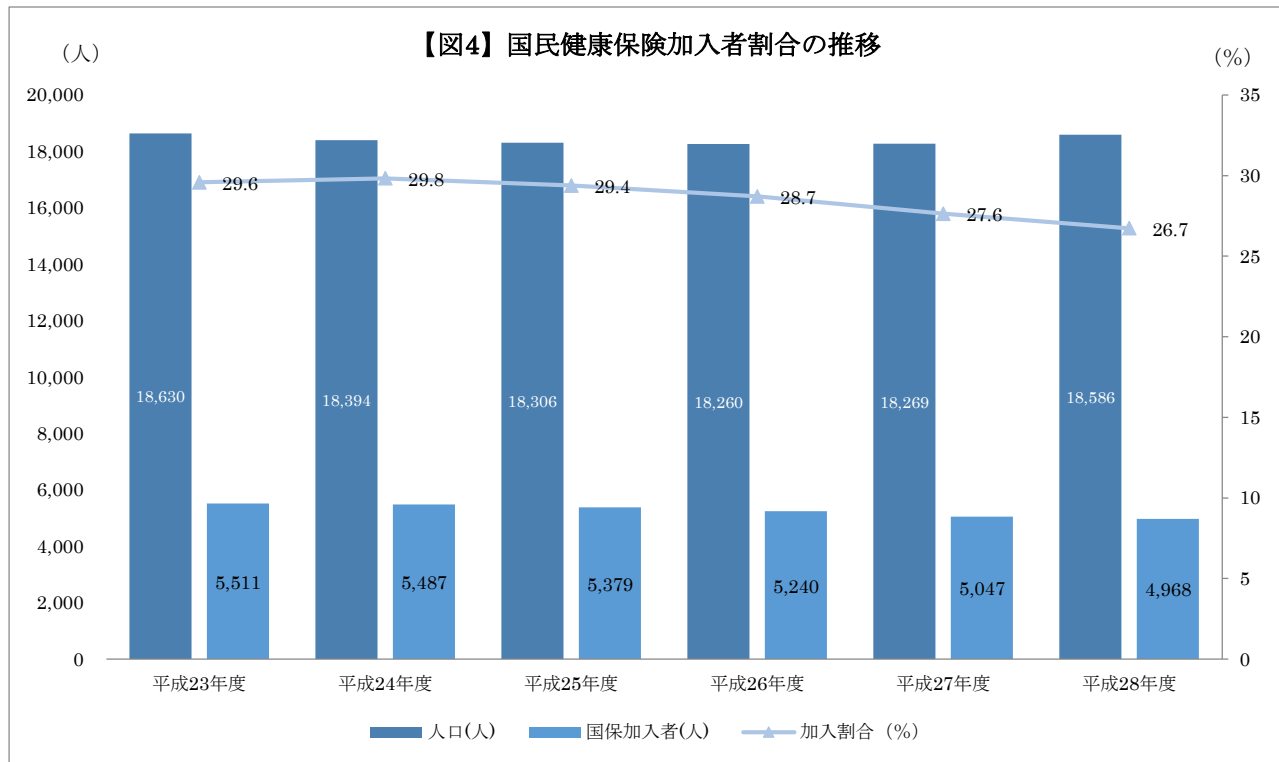
埼玉県衛生研究所「健康指標総合ソフト」では、65 歳に達した人が、「要介護 2 以上」になるまでの平均的な年数を算出しています。



(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。

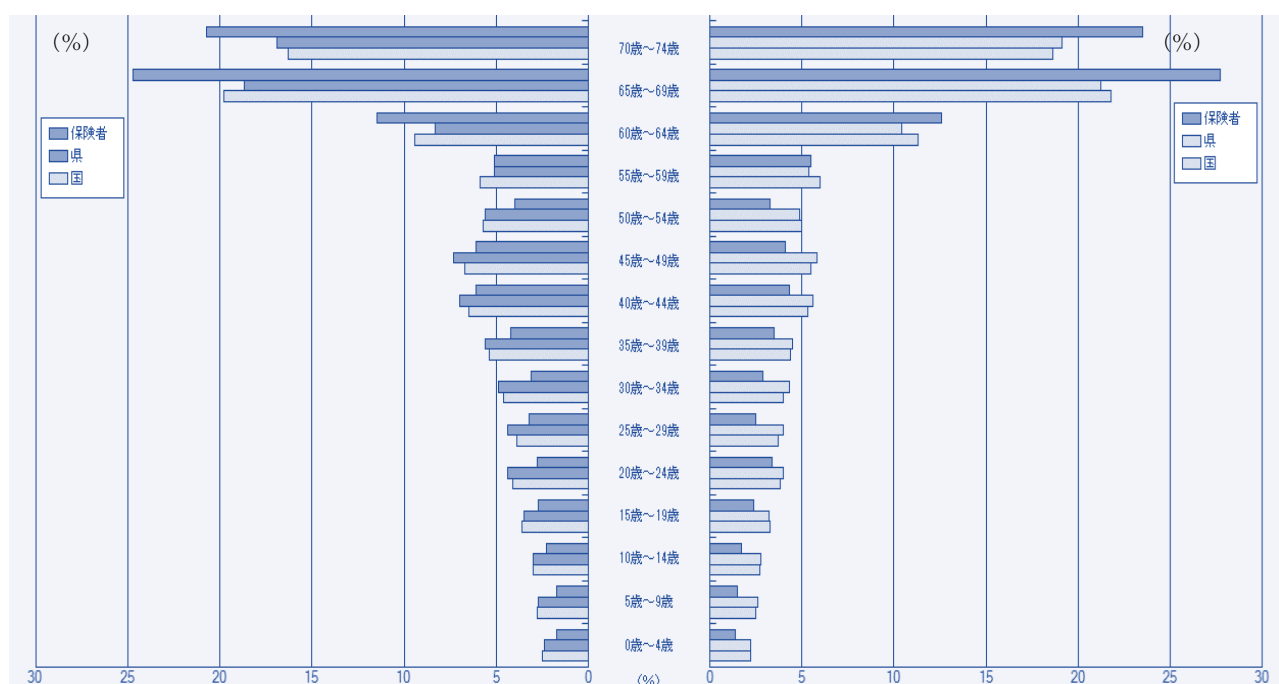


出典：国民健康保険事業状況（平成 23～28 年度 28 年度のみ速報値）

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 60～64 歳から、県、国と比べて高くなっています。

【図5】 男女別・年齢階級別被保険者数構成割合



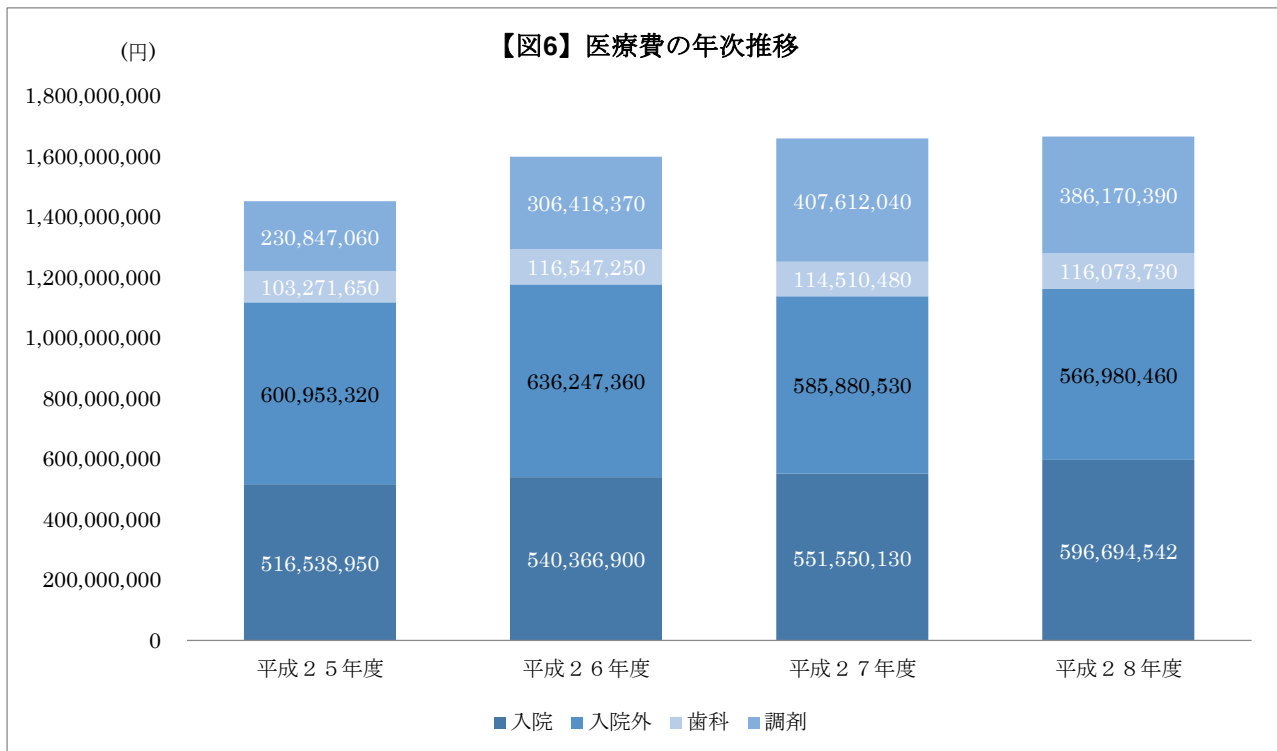
出典：K D B システム「地域の全体像の把握」（平成 28 年度累計）

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

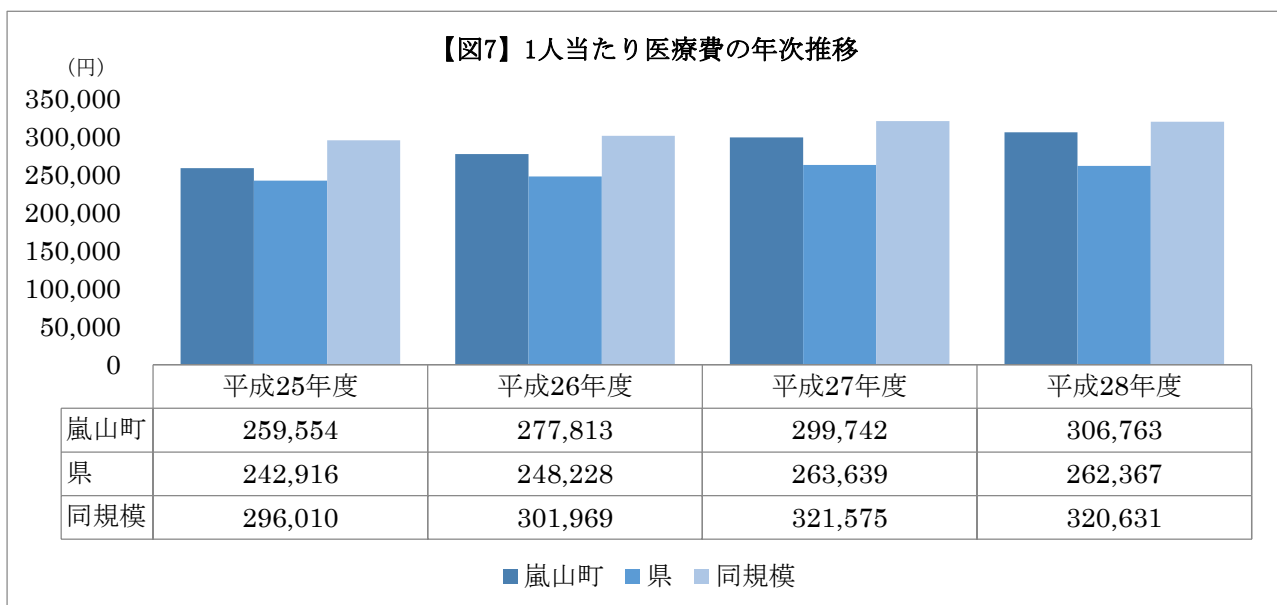
医療費は、全体として増加傾向にあり、特に入院医療費が伸びています。



出典：国民健康保険事業状況（平成25～28年度 28年度のみ速報値）

② 1人当たり医療費の推移

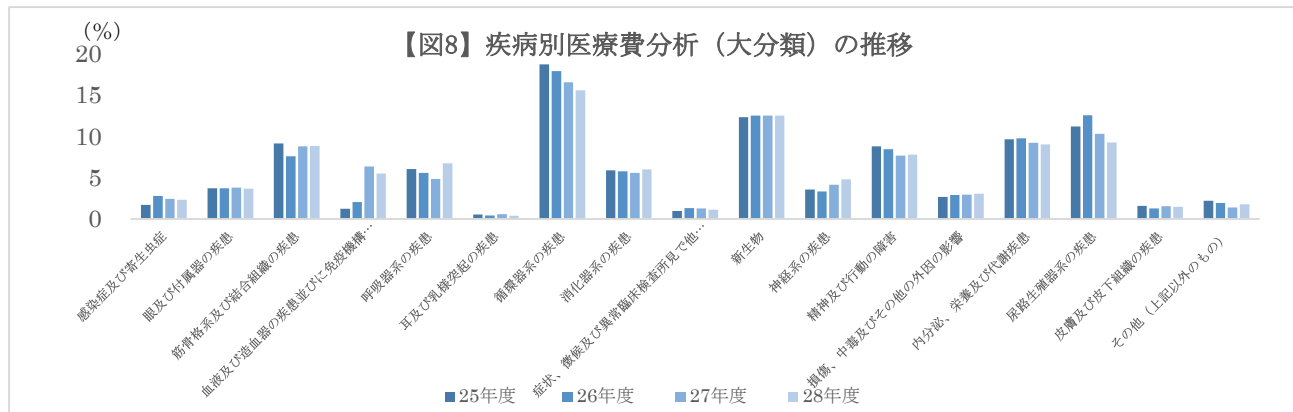
1人当たり医療費の推移を見ると年々増加し、各年度とも県平均より高くなっています。



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）

③ 疾病別医療費の割合（大分類）の推移

循環器系疾患の医療費は年度を追って減少していますが、4 年間ともその割合は目立って高く、次いで悪性新生物、尿路生殖器系疾患が突出しています。



出典：KDB システム「疾病別医療費分析（大分類）」（各年度累計）

④ 生活習慣病疾病別医療費の状況

上記の【図 8】で循環器系疾患医療費が年々減少していることが分かりますが、【表 4】の細小分類でみると、入院医療費では狭心症、脳梗塞、心筋梗塞が顕著に減少し、外来医療費では高血圧、狭心症、脳梗塞の医療費が減少していることから循環器系疾患医療費の減少の状況が分かります。

また、大分類でみた悪性新生物は横ばいですが、細小分類でみると前立腺がんの入院が大きく増加しています。これは平成 12 年から地道に行ってきた前立腺がん検診により早期発見、早期治療の効果が表れているものと考えられます。

【表 4】 生活習慣病疾病別医療費の比較

（単位：円）

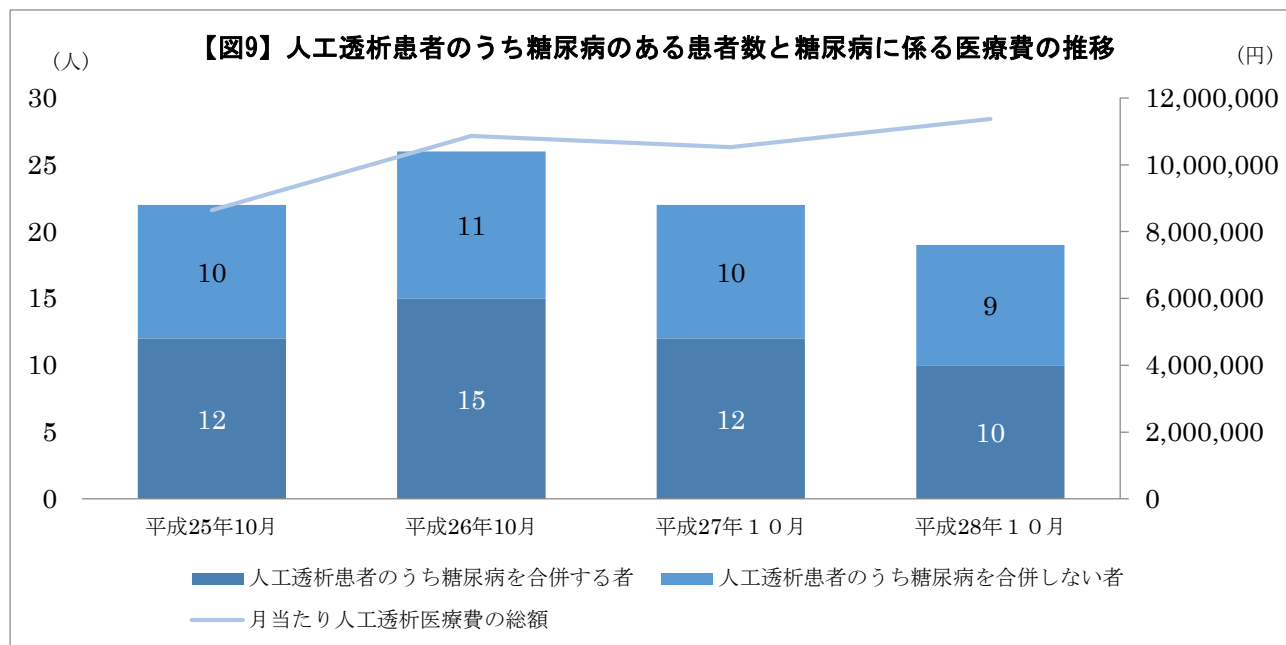
	①平成 25 年度		②平成 28 年度		年度比較(②/①)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来
高血圧症	215, 476	10, 189, 183	298, 305	7, 344, 729	138. 40%	72. 10%
慢性腎不全 (透析有)	1, 001, 587	10, 512, 228	983, 404	8, 745, 747	98. 20%	83. 20%
糖尿病	578, 267	7, 912, 419	413, 086	8, 822, 245	71. 40%	111. 50%
脂質異常症	30, 502	3, 929, 198	67, 594	3, 674, 914	221. 60%	93. 50%
統合失調症	5, 687, 727	2, 335, 049	6, 642, 321	2, 129, 092	1. 168	91. 20%
関節疾患	2, 775, 611	4, 406, 737	2, 122, 961	4, 395, 453	76. 50%	99. 70%
大腸がん	1, 103, 689	1, 184, 484	1, 241, 218	1, 341, 329	112. 50%	113. 20%
狭心症	1, 935, 395	993, 270	1, 223, 531	577, 558	63. 20%	58. 10%
脳梗塞	1, 262, 626	743, 962	548, 834	566, 566	43. 50%	76. 20%
乳がん	514, 208	992, 766	472, 713	1, 205, 373	91. 90%	121. 40%
前立腺がん	112, 465	972, 808	679, 131	1, 739, 136	603. 90%	178. 80%
骨粗しょう症	0	1, 200, 511	345, 003	1, 245, 893	—	103. 80%
肺がん	478, 072	1, 466, 959	1, 615, 072	1, 512, 379	337. 80%	103. 10%
胃がん	1, 255, 395	421, 008	1, 147, 882	345, 075	91. 40%	82. 00%
心筋梗塞	1, 374, 889	100, 563	767, 990	127, 654	55. 90%	126. 90%

出典：KDB システム「疾病別医療費分析（細小（82）分類）」（平成 25 年度及び 28 年度）

⑤ 人工透析の医療費の状況

人工透析患者数は減少傾向にあります。その半数は糖尿病を合併する者であるため人工透析に係る医療費を削減するためには、糖尿病の重症化を防ぎ人工透析に移行させないことが重要です。

埼玉県の「生活習慣病重症化予防対策事業」に平成 28 年度から本町も参加し、さらなる予防事業に取り組んでいきます。



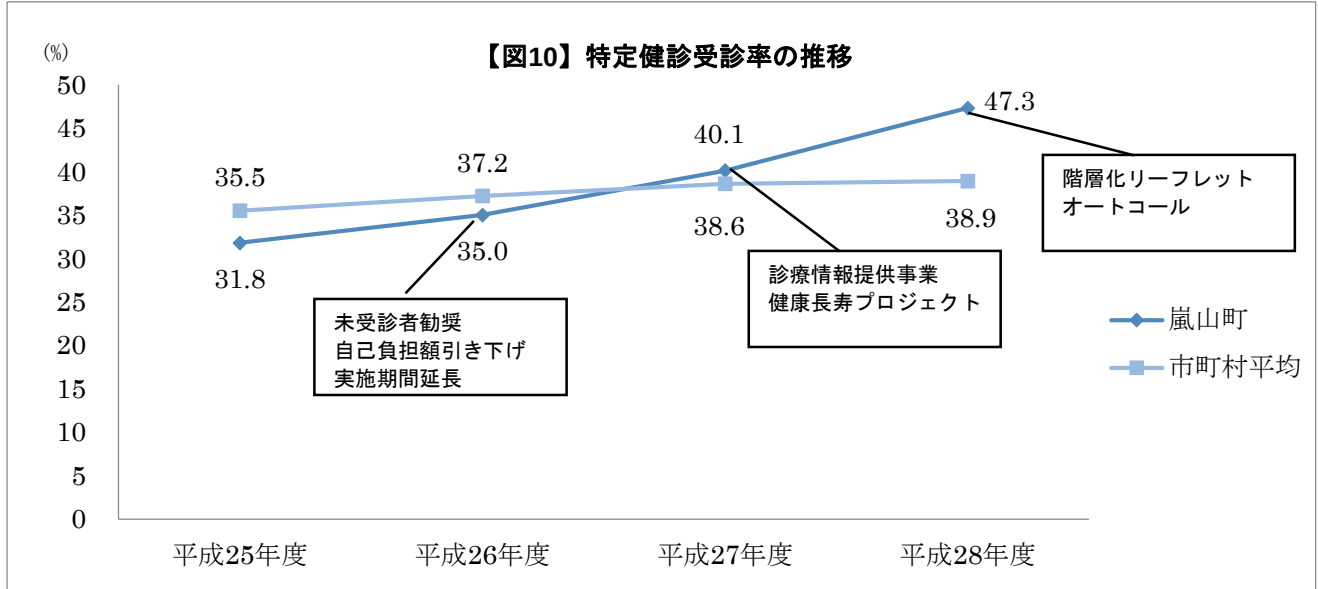
出典：人工透析医療費：KDB システム「厚生労働省様式 様式 2-2 人工透析患者一覧」（各年 3 月）

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 3 月）

(2) 特定健診・特定保健指導データの分析

① 特定健康診査受診率

特定健康診査の受診率は、平成 27 年度に市町村平均を上回り、平成 28 年度は大幅に伸びていますが、第 2 期嵐山町特定健康診査実施計画の目標値の 60%には到達していません。



出典：法定報告（平成 25～28 年度）

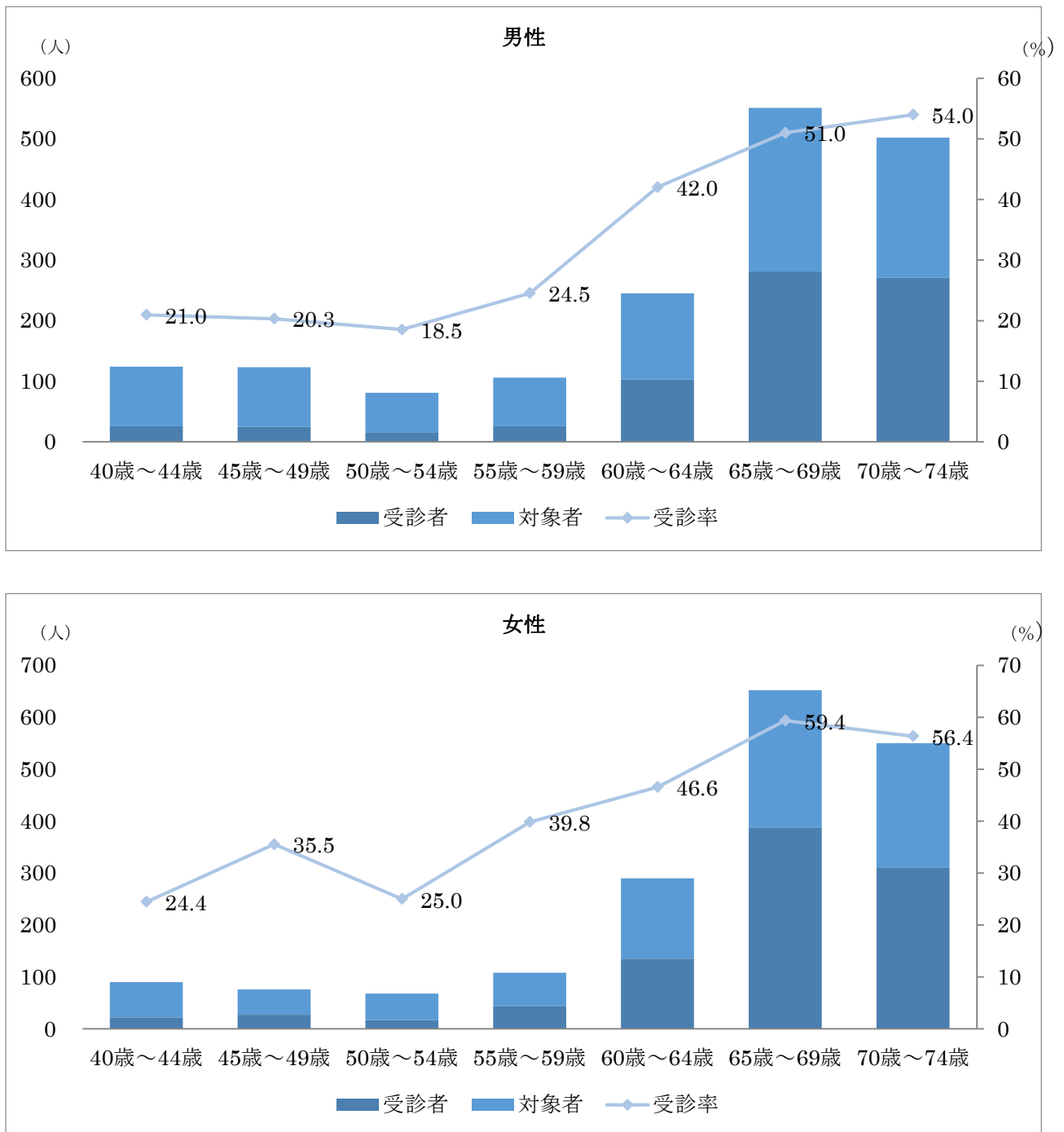
【表 5】特定健診取組状況の推移

	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 6 月 ～ 12 月			
周知方法	対象者に個別通知（受診券発送）			
	広報紙掲載／町ホームページに受診方法や医療機関一覧等掲載			
受診勧奨	保健推進員によるリーフレットの全戸配布			
	子から親へのメッセージを盛り込んだ受診勧奨			
				階層化リーフレット オートコール
	未受診者に勧奨はがき			
	未受診者へ「圧着ハガキ」による勧奨通知発送			
				臨時職員等による未受診者への電話勧奨
予算上の 取組	自己負担額の引き下げ			
実施体制上 の取組	実施期間の延長			
				医師会からの情報提供

① 性別・年齢階級別特定健診受診率

平成 28 年度の男女別・年齢階級別特定健診受診率をみると、男女とも 40 歳代の受診率に比べ 50 歳代の受診率が低くなっていることが分かります。これは、40 歳代への受診勧奨事業や小学 4 年生からの親へのメッセージ送付等の効果と考えられます。60 歳代、70 歳代では、受診者数は大幅に伸びています。

【図 11】 男女別・年齢階級別特定健診受診率



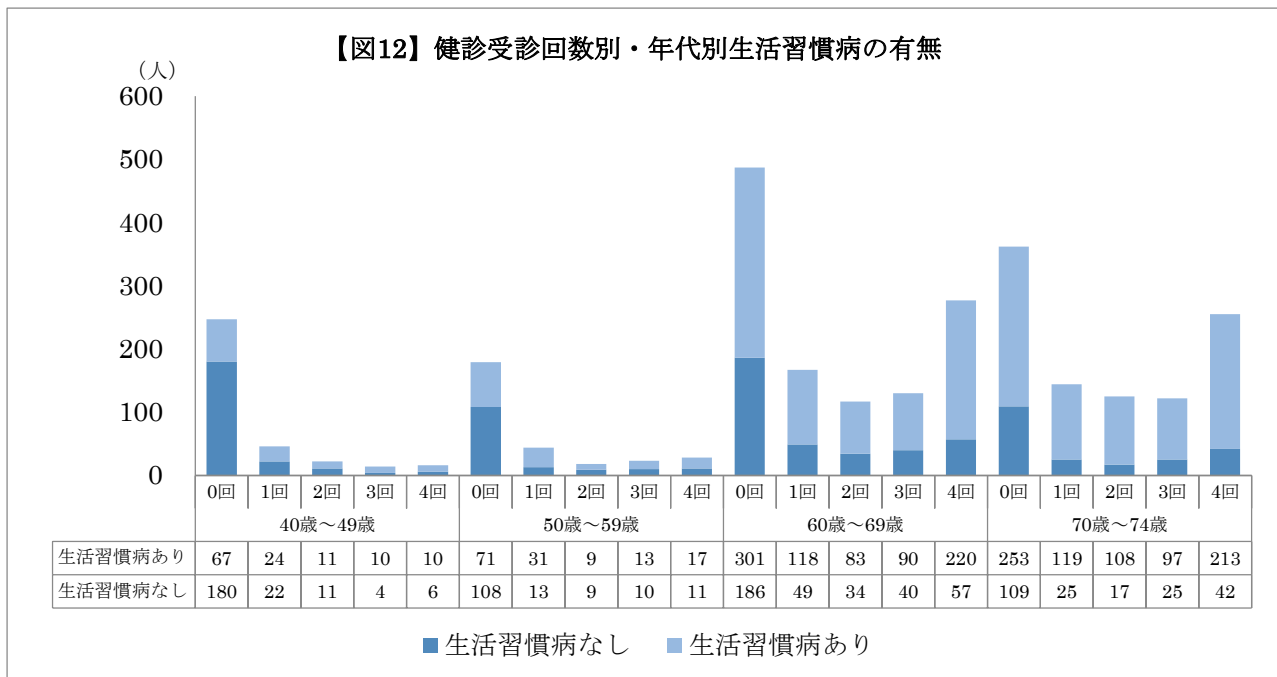
出典：法定報告（平成 28 年度）

② 受診率と生活習慣病治療者の状況（年代別）

【図 12】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、健診を一度も受けていない人の割合は 40 歳代で 71.6%、50 歳代で 61.3%と多くなっており、未受診者数では、60 歳代が 487 人と最も多くなっています。

また、健診 0 回では、60 歳代の 61.8%、70 歳代の 71.7%が生活習慣病治療者です。

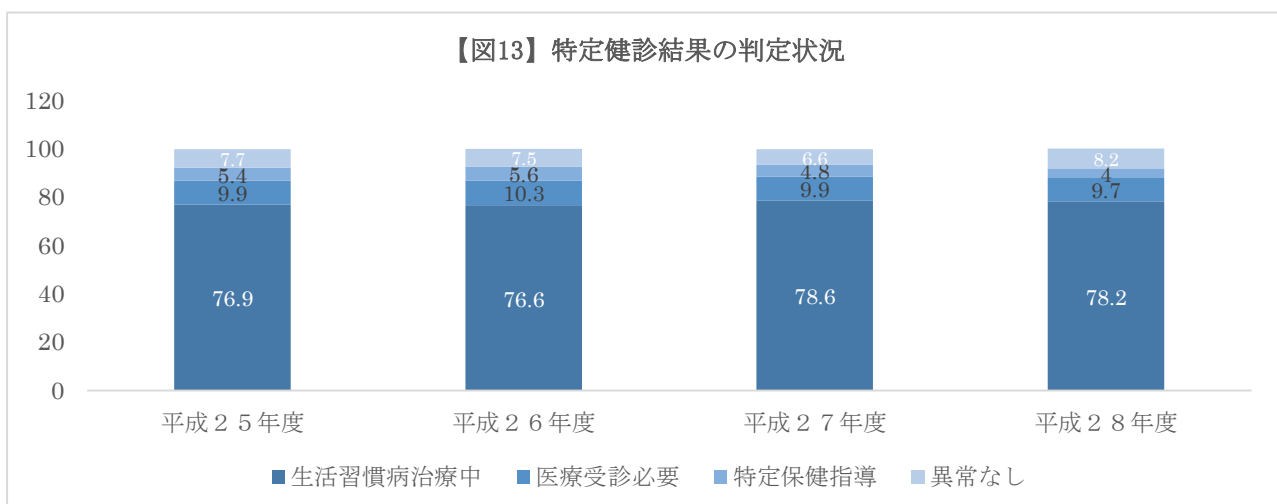
これらのことから、40・50 歳代の未受診者の受診勧奨事業と 60 歳以上の生活習慣病治療中の者について、医療機関と連携し診療情報の提供事業による受診率の向上を図るという 2 つの課題が考えられます。



出典：KDB システム「被保険者管理台帳」

【図 13】において、平成 25 年度～28 年度の健診結果を見ると、各年度とも約 8 割の人が生活習慣病治療中の状況にあります。

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行うことが重要となります。

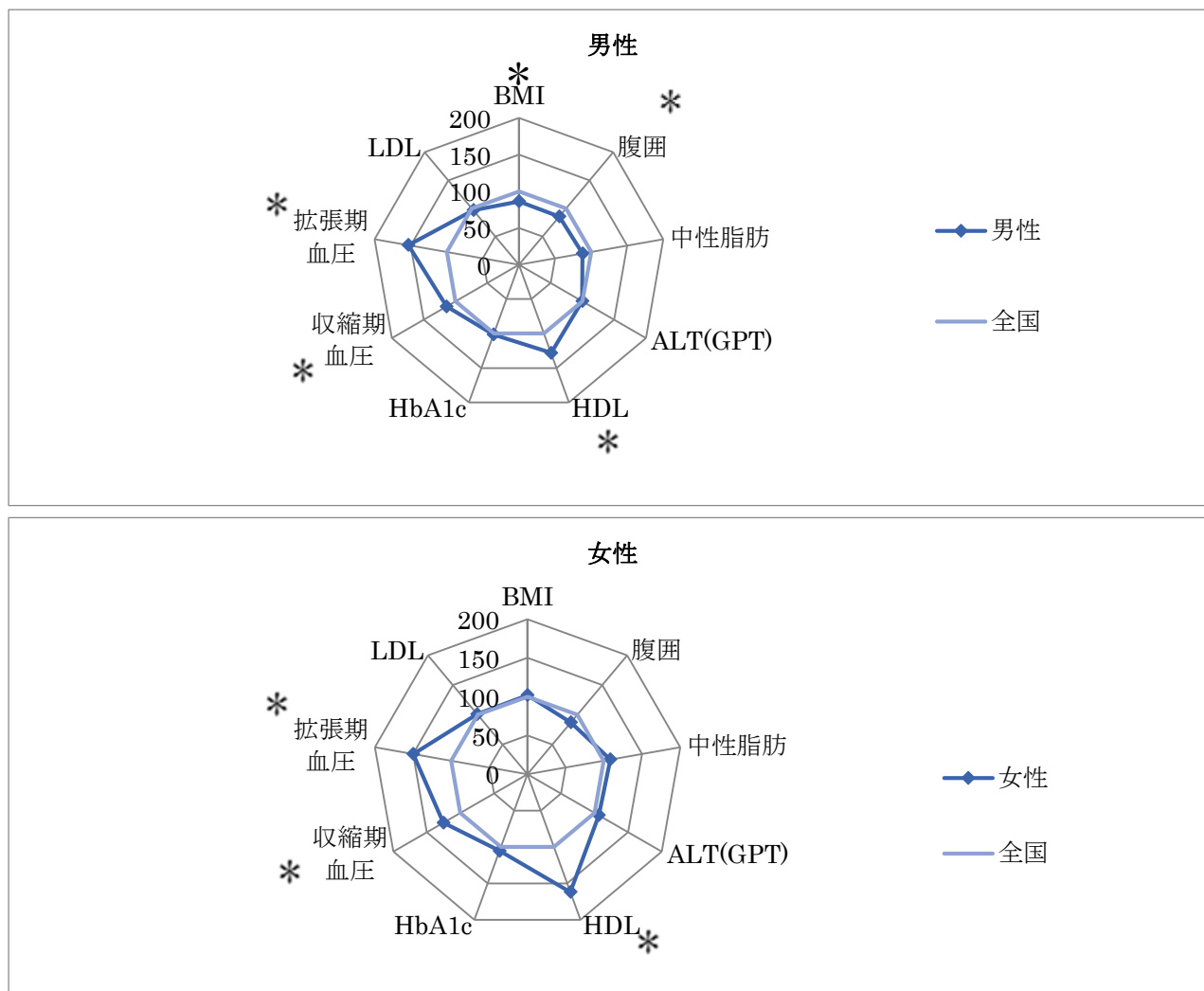


出典：KDB システム「厚生労働省様式 様式 6-10 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導」（各年度累計）

③ 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（年齢調整ツールで加工）をみると、男女とも血管を傷つける因子である収縮期血圧、拡張期血圧、HDL コレステロールが低いものが全国と比較し有意に高くなっています。男女別にみると男性の BMI、腹囲は、全国と比較し有意に低い状態です。これらのことから、肥満については問題のない被保険者が多い一方で、高血圧対策が重要と考えられます。そのため、特定保健指導の対象者以外への保健指導、対策をどう行うかが今後の課題となっています。

【図 14】 健診有所見者の状況（全国を 100 とした標準化比で比較）



*の付記された所見は全国と比して有意差（ $p < 0.05$ ）があります。

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」（平成 28 年度累計）を国立保健医療科学院 年齢調整ツールで加工し作成

※ 高齢化が進展すると有所見率は高くなるため、他の地域との比較をする場合、地域の人口構成を揃えるなど補正を行うことが必要になる。

しかし、受診数が少ない地域では直接法による年齢調整が異常な値になることがあるため、その影響が比較的少ない標準化比で評価することが望ましい。標準化比は基準とする地域を 100 とした間接法によるもので、標準化比に*が付記されたものは、基準に比べて有意な差（ $p < 0.05$ ）があることを意味する。

⑤ 特定健診問診票の状況

平成 28 年度の質問票から、女性では、脂質異常症で服薬している者の割合が同規模、国と比較して有意に低い状況で、糖尿病の服薬に関しては高い傾向にあります。男性では高血圧症で服薬をしている者の割合が同規模、県、国と比較して高い傾向にありますが、脂質異常症に関しては低い状況です。

また、女性は「飲酒はしない」と回答する者が県との比較では有意に高く、男性では「毎日飲む」と回答する者が同規模、県、国と同等で、飲む人でも 1 合未満の人が同規模と比較し、有意に高くなっています。男性の喫煙者の率は県・全国と比較してやや高い傾向にありますが大きな差はありません。

【表 6】男女別特定健診問診票の状況

			男性			女性		
生活習慣等	質問項目		標準化比			標準化比		
			同規模	県	全国	同規模	県	全国
服薬	高血圧症		102.8	103.1	102.7	102.1	106.0	106.5
	糖尿病		82.5	89.6	85.3	116.7	127.5	127.2
	脂質異常症		88.5	85.2	*82.7	*85.6	87.9	*84.6
既往歴	脳卒中		122.7	124.8	116.6	129.7	133.1	125.8
たばこ	喫煙		102.1	104.8	106.0	113.9	78.2	88.8
20 歳から体重 10kg 以上増加			102.1	95.0	97.3	107.6	111.4	111.7
食事	食べる速度が速い		106.1	113.3	111.4	94.9	108.3	102.0
	食べる速度が普通		101.1	94.5	97.3	106.8	98.7	102.4
	食べる速度が遅い		73.5	98.3	81.9	*66.3	88.0	74.9
飲酒	頻度	毎日	98.7	101.0	99.8	90.8	*65.0	*69.8
		飲まない	114.0	114.4	114.9	101.2	*111.3	108.3
	1 日飲酒量	1 合未満	*115.6	103.5	109.8	101.3	102.6	104.3
		1～2 合	88.8	95.7	92.0	93.6	86.6	79.8
		2～3 合	92.5	101.4	97.0	92.3	82.8	74.1
		3 合以上	70.2	88.9	74.0	40.3	35.8	28.1

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

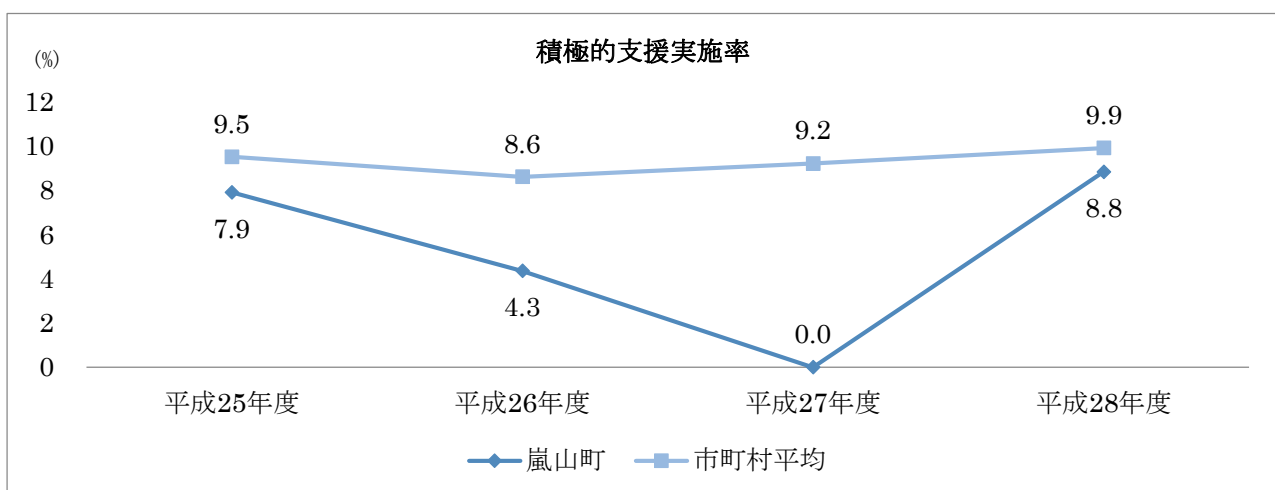
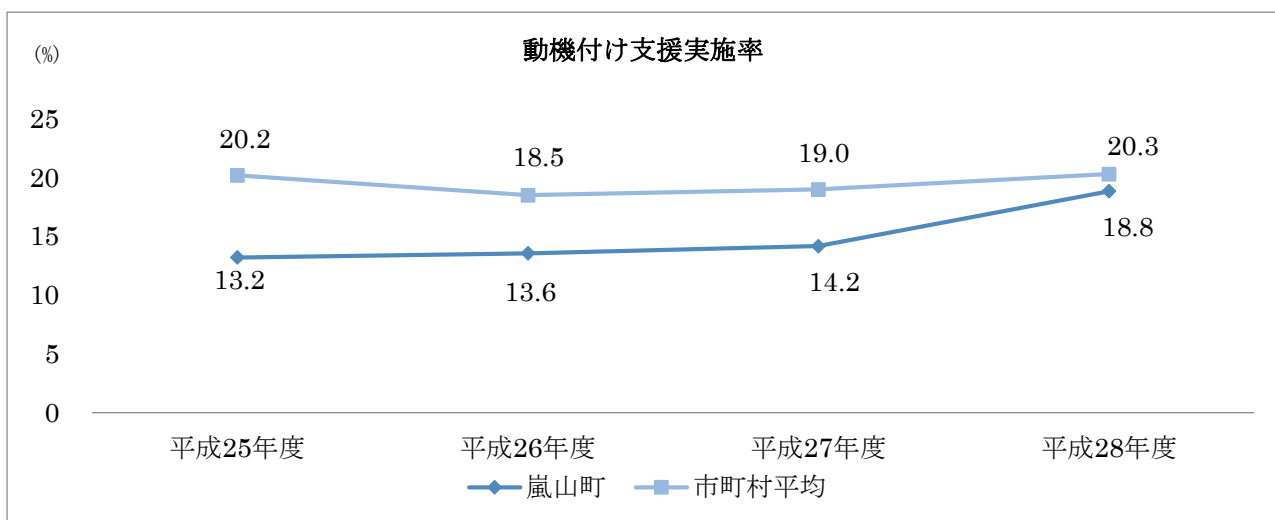
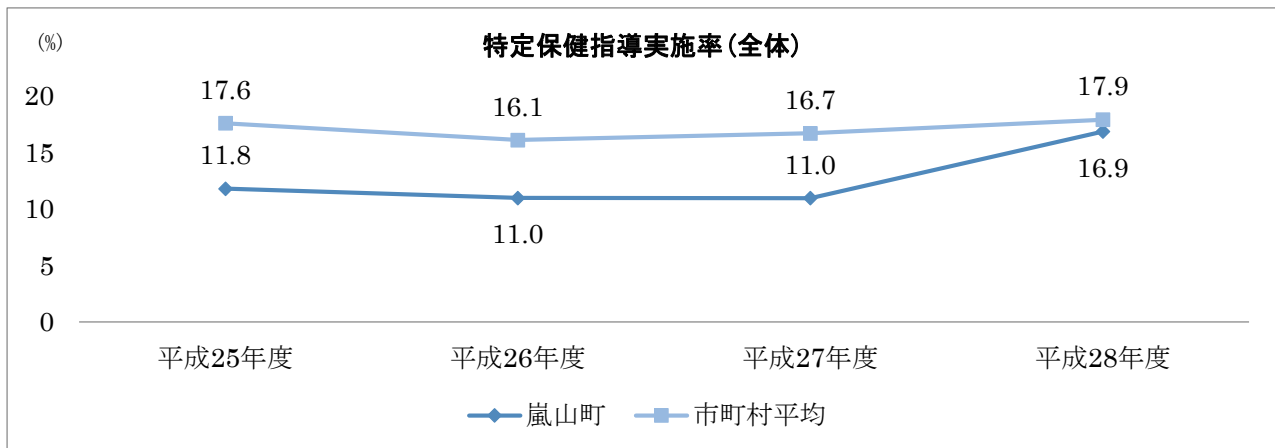
※ 標準化比は同規模、県、全国を基準とし、それぞれを 100 としたときの嵐山町の値を示したものです。

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。

⑥ 特定保健指導実施率

特定保健指導実施率の全体では僅かに増えていますが、市町村平均には及びません。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保健衛生部門と実施方法等検討する必要があります。

【図 15】 特定保健指導実施率の推移



出典：法定報告（平成 25～28 年度）

⑦ 特定保健指導各年度の取組状況

【表 7】動機付け支援

	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）	14	16	17	26
実施率（％）	13.2	13.6	14.2	18.8

出典：法定報告（平成 25～28 年度）

【表 8】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	直営			
終了人数（人）	3	2	0	3
実施率（％）	7.9	4.3	0	8.8

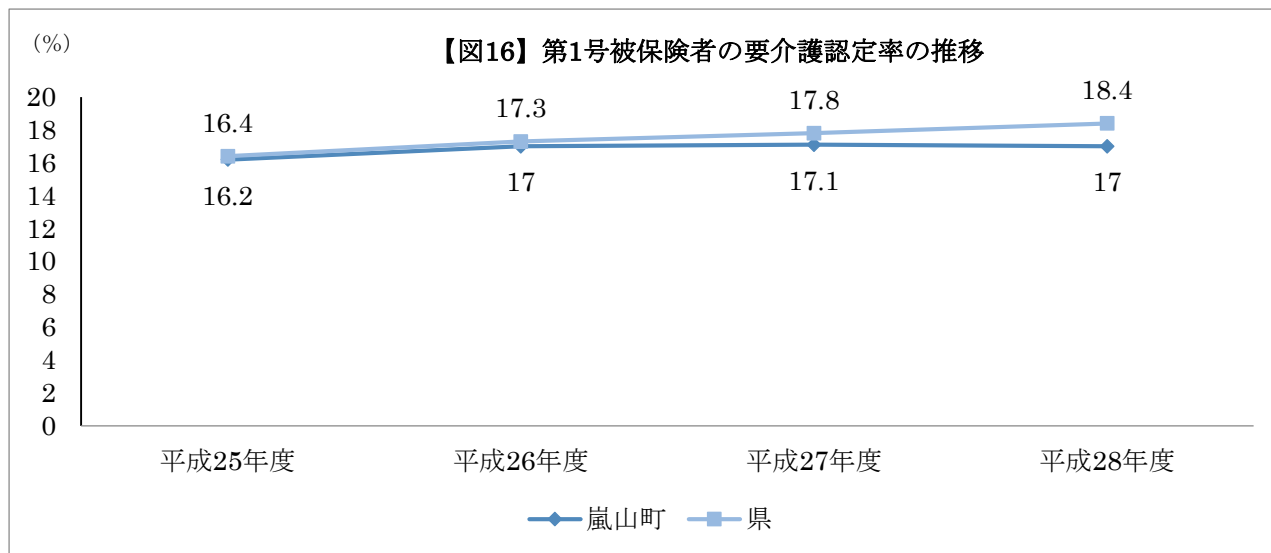
出典：法定報告（平成 25～28 年度）



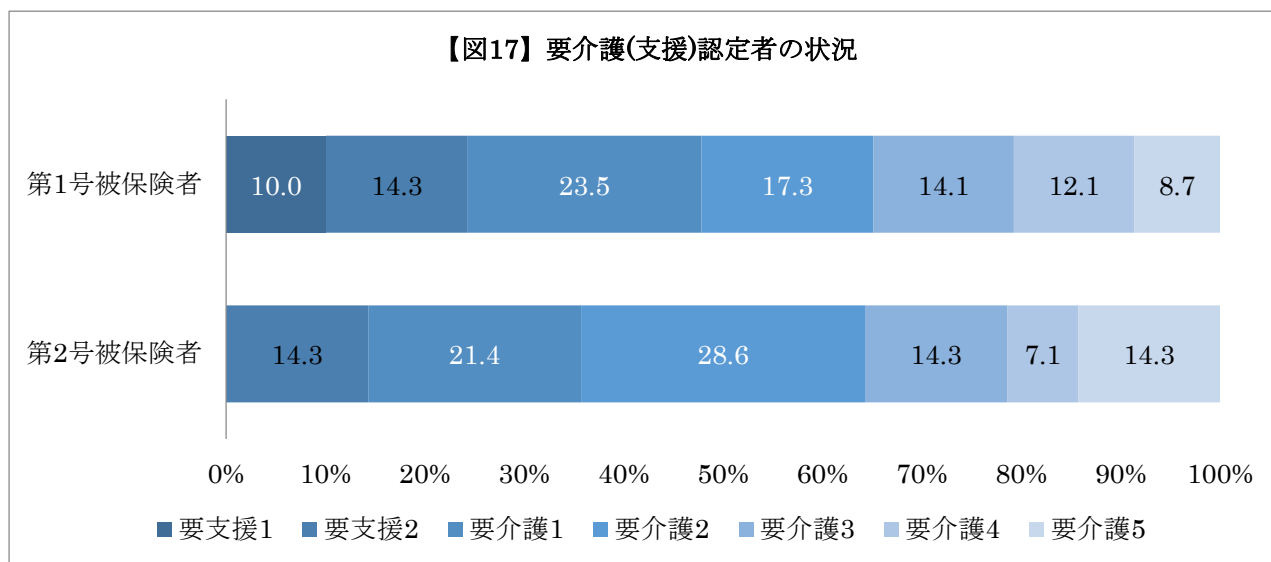
(3) 介護データの分析

① 要介護認定率と認定者の状況及び給付費

要介護認定率は、【図 16】に示すとおり、県と比較すると低く推移しています。平成 28 年度の要介護（支援）認定者の状況では、【図 17】に示すとおり、第 1 号被保険者の要支援 1 から要介護 1 までが 5 割近くを占めており、早期から支援を行い、介護度が上がることを防ぐ必要があります。また、1 件当たり給付費は【表 9】のとおりです。



出典：KDB システム「地域の全体像の把握」（各年度累計）



出典：介護保険事業状況報告（平成 28 年度）

【表 9】1 件当たり給付費

設定区分	1 件当たり給付費(円)
要支援 1	8,880
要支援 2	15,324
要介護 1	34,172
要介護 2	45,766
要介護 3	74,920
要介護 4	92,996
要介護 5	115,896

出典：KDB システム「地域の全体像の把握」（平成 28 年度累計）

② 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（要支援）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 54 人で最も多く、第 2 位は筋・骨格が 41 人となります。

【表 10】介護保険認定者の生活習慣病の有病状況（75 歳以上を含む）（単位：人）

	第 1 号保険者		第 2 号保険者	計
	65 歳～74 歳	75 歳～	40～64 歳	
糖尿病	24	149	3	176
糖尿病合併症	6	23	1	30
心臓病(高血圧症を含む)	54	416	5	475
脳疾患	31	182	3	216
がん	10	77	3	90
精神疾患	31	246	2	279
筋・骨格	41	354	6	401

出典：KDB システム「要介護（支援）者認定状況」（平成 28 年度累計）

③ 疾病の有無別 1 人あ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 1 人あたり医療費及び介護給付費を疾患の有無別にみると、高血圧と糖尿病を合併している者及び筋・骨格疾患をもつ者はそうでないものに比べて医療費が高く、認知症をもつ者は介護給付費が高くなっています。

【表 11】疾患の有無別 1 人あたり医療費及び介護給付費（円）

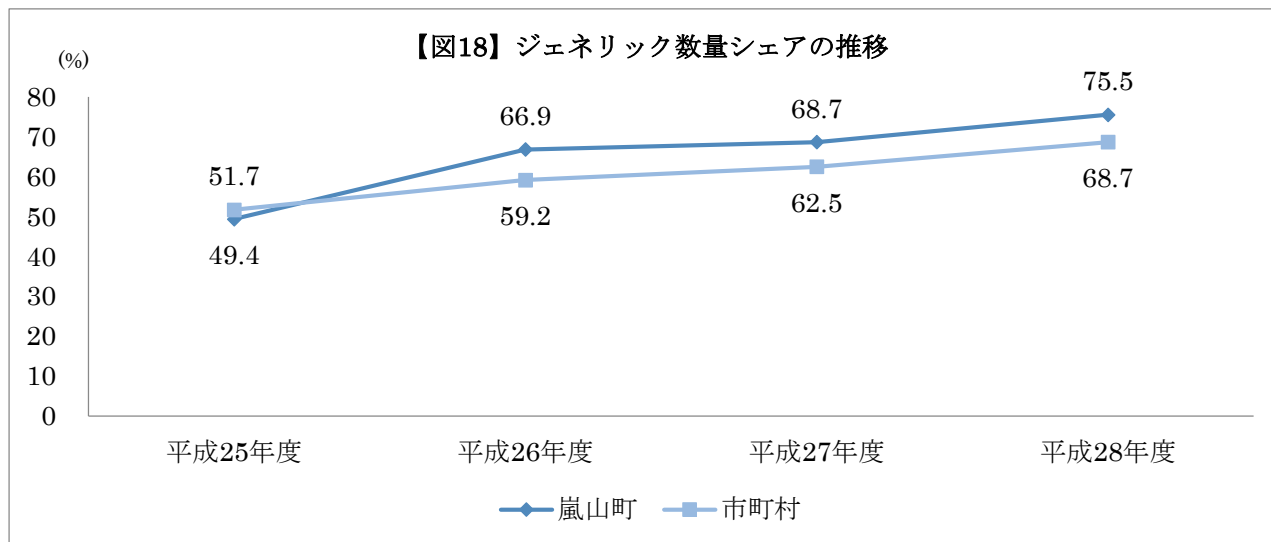
疾患	有無	医療費	介護給付費
高血圧・糖尿病	合併あり	4,810,750	2,956,375
	合併無し	1,177,447	576,314
筋・骨格疾患	あり	2,793,849	1,489,980
	なし	819,794	941,712
認知症	あり	5,930,868	3,633,319
	なし	1,261,525	649,902

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) その他の統計データ

① 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、ジェネリックへの理解が深まっ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（平成28年度版）

3 健康課題の抽出・明確化

課 題	対策の方向性	事業
・平成 27 年度に市町村平均を上回り、平成 28 年度は大幅に伸びていますが、第 2 期嵐山町特定健康診査実施計画の目標値の 60%には到達してない (図 10) ・男女とも 50 歳代の受診率が低い (図 11) ・未受診者のなかで生活習慣病有病率が高い (図 12)	・庁内、医療機関、地区組織と連携し、受診率向上を目指す ・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の全体では、5.9 ポイント増加したが、市町村平均に達していない (図 15) ・心疾患、脳血管疾患のリスク因子が高い人が多い (血圧) (図 14)	・該当者に利用勧奨し、利用者を増やす ・未利用者の健康状態を把握する	特定保健指導実施率向上対策事業
・人工透析患者数は減少傾向にあるが、人工透析患者のうち半数以上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必要である (図 9) ・高血圧と糖尿病を合併している者は医療費が高い (表 11)	・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	生活習慣病重症化予防対策事業
・健康寿命は、男女ともに埼玉県平均を超えているが、特定健診問診票の状況では、喫煙、毎日飲酒が高い傾向にある (表 3、表 6)	・教室を開催し、健康への意識改革につなげる	埼玉県コバトン健康マイレージ
・ジェネリック数量シェア率が年々伸びているが 80%に達していない (図 19)	・通知勧奨を実施し、シェア率 80%を目指す	後発医薬品の利用促進事業
・50 歳代以上の健診未受診者のうち、半数以上が生活習慣病治療中である (図 12)	・診療情報提供事業を継続する	診療情報提供事業

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 ポイント上げる
特定保健指導実施率向上対策事業	・保健指導対象者が生活習慣を見直し、行動変容を行うことで内臓脂肪症候群、予備群の割合を減らす	・平成 35 年度の実施率を 60%とする ・内臓脂肪症候群、予備群の割合を対 20 年度比で 25%減らす	・各年度の実施率を 8 ポイント上げる ・各年度の内臓脂肪症候群・予備群の人数を対前年度比で 8 人減らす
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 ・糖尿病のリスクの高い者に医療機関への受診をすることにより、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 ・医療機関への受診者の増加
埼玉県コバトン健康マイレージ	健康寿命の延伸、医療費の削減、健康への意識改革	・事業参加者を対象に教室を実施することで継続者数を維持する	・各年度、教室を 1 回以上開催する
後発医薬品の利用促進事業	年間医療費が高い医薬品の数量を減少させる	・対象者へ勧奨を実施する ・ジェネリックへの置き換え率 25%を目指す	・ジェネリック数量シェア率 80%を目指す
診療情報提供事業	・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 ポイント上げる

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
庁内での働きかけ	《対象》 40～74歳の国保被保険者 《方法》 町民課・健康いきいき課の職員が、窓口での受診勧奨を行う。 《時期》 6月～12月 《スケジュールと実施体制》 ・町民課・健康いきいき課の職員が、担当者と同一レベルで勧奨できるようトレーニングする。 ・庁内でできることを議論し、他課の職員を巻き込む	・打合せ会議を年2回以上実施	・前年+3%の受診率						
		【ストラクチャー】 ・町民課・健康いきいき課が参加する会議体の設置 ・町民課・健康いきいき課の連携 【プロセス】 ・勧奨マニュアルの作成							
医療機関への働きかけ	《対象》 40～74歳の国保被保険者 《方法》 医療機関別の受診率を活用し、協力の得やすい医療機関の事務担当者に受診勧奨を依頼する。 《時期》 6月～12月 《スケジュールと実施体制》 ・年度当初に勧奨マニュアルを作成し、医療機関の事務担当者にも配布する	・町内の健診実施医療機関の担当者を訪問する	・町内医療機関の受診率 前年+2%						
		【ストラクチャー】 ・医療機関の協力の確保 【プロセス】 ・勧奨マニュアルの作成・配布							
普及啓発	《対象》 町民 《方法》 ・広報・ホームページに関連情報を掲載 ・「健康で生き生きしたまちづくり」に向けた受診率向上キャンペーンの実施 《時期》 6月～12月 《スケジュールと実施体制》 ・6月に広報・ホームページに実施のお知らせ及びメタボ予防等について掲載する ・6～7月に保健推進員による啓発物資の全戸配布を実施 ・11月に嵐山まつりでPR活動を実施	・啓発物資の配布 保健推進員 6,000件 嵐山まつり 500件	・前年+3%の受診率						
		【ストラクチャー】 ・町民課・健康いきいき課・地域支援課・企業支援課との連携 【プロセス】 ・原稿の作成 ・保健推進員への協力依頼							

全体の受診率 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
受診勧奨通知	《対象》 健診未受診者 《方法》 未受診者の特性に合わせた、受診勧奨の実施 《時期》 9月～11月 《スケジュールと実施体制》 ・委託事業者選定、契約締結 ・未受診者を抽出し、勧奨通知を送付 ・2か月後、再度未受診者を抽出し、再勧奨通知を送付	・対象者全員に、 勧奨通知を送送	・勧奨者の受診 率 25%						
		【ストラクチャー】 ・委託予算の確保 ・町民課・健康いきいき課との連携 【プロセス】 ・業務委託 ・対象者抽出のための受診データの提供 ・除外者の抽出							
その他の受診勧奨	実施内容 《対象》 ・40・45・50・55歳の健診対象者 ・健診対象者のうち小学生の親 《方法》 ・無料クーポン券の発行 ・子から親へのメッセージを送付 《時期》 5月～9月 《スケジュールと実施体制》 ・クーポン券印刷の契約締結 ・対象者の抽出、受診券と合わせて発行 ・校長会で事業説明、協力依頼 ・対象者を抽出し、5月に各学校に書式を送付 ・10月までにメッセージを回収し、発送		・40～50歳代の 受診率 30%						
		【ストラクチャー】 ・クーポン券の予算の確保 ・教育委員会との連携 【プロセス】 ・クーポン券の作成 ・小学校への協力依頼							
診療情報提供事業	実施内容 《対象》 生活習慣病で通院歴のある健診未受診者 《方法》 埼玉県共同事業に参加し、特定健診未受診者の診療情報提供を求める 《時期》 12月～2月 《スケジュールと実施体制》 ・対象者を抽出し、埼玉県医師会との委託契約後、対象者及びかかりつけ医に対し、診療情報の提供を求める。	・対象者全員に、 同意書兼情報提供用紙を送送	・対象者の提供 率 5%						
		【ストラクチャー】 ・医療機関の協力の確保 【プロセス】 ・埼玉県医師会との契約 ・比企医師会への協力依頼 ・国保連合会との連携							

全体の受診率 60%

その他の健診データの収集	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	全体の受診率 60%
	《対象》 人間ドックその他職域健診等受診者 《方法》 ・人間ドック・併診ドック受診データの収集 ・その他の健診受診者へ健診結果（協力データ）の提供依頼 《時期》 6月～3月 《スケジュールと実施体制》 ・人間ドック・併診ドックの実施 ・JAとの協定締結手続き（幹事市町村へ委任状の提出） ・JA等協力団体へ協力依頼、 ・健診機関との連絡調整 ・健診結果の收受	・人間ドック・併診ドック受診者数 ・協力団体数 4団体	・人間ドックの受診率 10%						
		【ストラクチャー】 ・医療機関・JA等団体・対象者の協力確保 ・幹事市町村との連携 【プロセス】 ・ドック実施医療機関との契約 ・JAとの協定締結の幹事市町村への委任 ・協力団体との調整							



事業名：特定保健指導実施率向上対策

目的

特定健診の受診率を向上させる

目標・短期

・各年度の実施率を8ポイント上げる

・各年度の内臓脂肪症候群・予備群の割合を平成20年度比で25ポイント減らす

目標・中長期

・平成35年度の実施率を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
動機づけ支援	《対象》 動機づけ 《方法》 面接による支援1回 3か月後に実績評価 《時期》 11月～3月 《スケジュールと実施体制》 ・初回面接 一人あたり60分 ・実績評価 一人あたり60分	・個別指導を年3クール実施	・前年+8%の実施率						
		【ストラクチャー】 ・保健師又は管理栄養士 延40人 【プロセス】 ・マニュアルの作成 ・媒体の工夫							
積極的支援	《対象》 積極的 《方法》 初回面接後、3か月以上の継続的支援 《時期》 11月～3月 《スケジュールと実施体制》 ・初回面接 一人あたり60分 ・中間評価 一人あたり30分 ・実績評価 一人あたり60分	・個別指導を年3クール実施	・前年+8%の実施率						
		【ストラクチャー】 ・保健師又は管理栄養士 延17人 【プロセス】 ・マニュアルの作成 ・媒体の工夫							
対象者への働きかけ	《対象》 特定保健指導対象者 《方法》 ・未利用者に対する勧奨通知 ・訪問による健康状態の把握、初回面接 《時期》 11月～2月 《スケジュールと実施体制》 ・未利用者を抽出し、勧奨通知を送付 ・勧奨通知後、申込がない未利用者宅を訪問	・未受診者全員に、勧奨通知を発送	・勧奨者の利用率 20%						
		【ストラクチャー】 ・保健師又は管理栄養士 【プロセス】 ・マニュアルの作成							

全体の参加率 60%

医療機関への働きかけ	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》 特定健診受診者	・ 医師から利用を勧奨する	・ 前年+8%の実施率						
	《方法》 健診実施医より特定保健指導対象者へ保健指導利用勧奨を依頼								
	《時期》 6月～11月	【ストラクチャー】 ・ 医療機関の協力の確保							
	《スケジュールと実施体制》 ・ 年度当初、町内医療機関に勧奨を依頼 ・ 11月に保健事業打合せ会議を開催	【プロセス】 ・ マニュアル、媒体の作成							

全体の参加率60%

事業名：生活習慣病重症化予防対策事業

目的	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
目標・短期	・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 ・医療機関への受診者の増加
目標・中長期	・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 ・糖尿病のリスクの高い者に医療機関への受診をすることにより、重症化を予防する

	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
受診勧奨	《対象》 医療機関未受診の方及び治療を中断している者 《方法》 ・受診勧奨通知の発送 ・電話による勧奨 ・対象者の受診有無を確認し、受診がない者には更なる受診勧奨実施 ・重症度が高いと考えられる者に対しては、強めの勧奨を実施 《時期》 通知送付：6月 電話勧奨：7月～8月 更なる受診勧奨：2月～3月 《実施体制》 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムに従い、保健師等が実施	・受診勧奨した実施者数の増	・受診勧奨後に、医療受診した人数						
		【ストラクチャー】 ・予算の確保 ・共同事業事務稼働量の確保 ・医師会への説明 【プロセス】 ・かかりつけ医への協力依頼 ・対象者の抽出 ・勧奨実施後の受診有無の確認 ・実施計画が順調にできたか							
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》 糖尿病性腎症で通院中の方で、病期が2～4期の者 また、かかりつけ医から推薦を受けた者 《方法》 通院中で糖尿病性腎症の病期2～4期の者に対して保健指導を実施 《時期》 保健指導：8～2月 《スケジュールと実施体制》 ・マニュアルに従い、保健師等が会場又は、訪問により指導を実施 【継続支援】 ・昨年度病期2～4期の者に対して継続支援に同意した者に対し保健師等が実施 ・2期：2回支援（電話） ・3～4期：2回支援（電話・面談） ・薬局支援：（面談・面談）薬剤師によるコーチングの実施	・参加者数の増	・実施者の人工透析への新規移行者の阻止						
		【ストラクチャー】 ・予算の確保 ・保健事業従事者の確保 ・関係者連携確保 【プロセス】 ・対象者の抽出 ・保健師の面談・訪問指導							

透析への移行予防及び糖尿病性腎症に係る医療費の抑制

事業名：埼玉県コバトン健康マイレージ

- 目的 健康寿命の延伸、医療費の削減、健康への意識改革
- 目標・短期 ・各年度、教室を1回以上開催する
- 目標・中長期 ・事業参加者を対象に教室を実施することで継続者数を維持する

事業への参加	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》 18歳以上の町民 《方法》 ・歩数計をつけて歩き、歩数を登録 ・歩数に応じてポイントを獲得し、抽選により商品が当たる 《時期》 通年 《スケジュールと実施体制》 ・埼玉県及び委託業者との協定締結 ・申請受付 ・タブレット端末の運用管理 ・賞品の受け渡し	・1日6,000歩以上歩く人の割合50%	・参加者の継続率90%						継続者数の維持
		【ストラクチャー】 ・タブレット端末設置機関の協力確保 【プロセス】 ・協定締結 ・対象者の利用促進 ・利用者データ管理 ・利用者の継続支援							
教室の開催	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》 事業参加者 《方法》 ・健康づくりへの取り組みが継続できるように健康づくり教室を開催 《時期》 5月～11月 《スケジュールと実施体制》 ・プログラム、講師の選定 ・広報・ホームページ、個別通知による開催周知 ・教室の開催 ・参加者のデータ分析	・1日6,000歩以上歩く人の割合50%	・参加者の継続率90%						継続者数の維持
		【ストラクチャー】 ・町民課と健康いきいき課の実施体制の確保 ・講師の確保 ・他部署事業との連携 【プロセス】 ・プログラム策定 ・広報・ホームページ、による周知 ・町が把握しているマイレージ事業参加者への個別通知 ・教室の開催							

継続者数の維持

事業名：後発医薬品の利用促進事業

- | | |
|--------|------------------------------|
| 目的 | ジェネリック医薬品利用率向上により、医療費適正化を目指す |
| 目標・短期 | ・ジェネリック数量シェア率を80%にする |
| 目標・中長期 | ・5年後のジェネリック置き換え率を25%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
ジェネリック医薬品切替通知発送 《対象》 ジェネリック医薬品に切り替えた場合、自己負担額が設定金額以上の削減効果が見込める方 《方法》 生活習慣病に関する薬剤で、設定以上の差額が見込まれる者を抽出し、年2回差額通知を発送 《時期》 9月、3月 《スケジュールと実施体制》 国保連合会へ対象者の抽出、通知書の作成を委託	・対象者にジェネリック医薬品差額通知を発送	・シェア率80%、置き換え率25%に近づく						
	【ストラクチャー】 ・国保主管課の稼働の確保 ・国保連合会との連携 【プロセス】 ・委託契約 ・差額通知作成 ・通知発送							
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
ジェネリック医薬品勧奨リーフレット送付 《対象》 国保被保険者世帯 《方法》 全世帯に対し、ジェネリック医薬品に関する勧奨リーフレットを発送 《時期》 9月（保険証発送時） 《スケジュールと実施体制》 保険証発送時に、ジェネリック医薬品に関する知識や保険証等に添付可能な希望シールを同封する	・ジェネリック医薬品に関する知識の周知。意思表示シールの配布	・シェア率80%、置き換え率25%に近づく						
	【ストラクチャー】 ・国保主管課の稼働の確保 ・国保連合会との連携 【プロセス】 ・リーフレット・シールの作成 ・封入封緘作業 ・リーフレット等の発送							

医療費の増加抑制

第6章 特定健康診査及び特定保健指導の実施

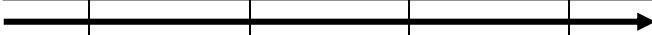
1 目標値の設定

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ました。

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ました。

○ 特定健康診査・特定保健指導等の目標値

【表11】 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	48%	51%	54%	57%	60%	国の目標値 60%
特定保健指導実施率	20%	28%	36%	44%	52%	国の目標値 60%
特定保健指導対象者の減少率	204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 年度別の対象者の見込み

【表12】 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	3,406人	3,330人	3,255人	3,181人	3,073人	3,037人
特定健康診査 想定実施者数	1,635人	1,698人	1,758人	1,813人	1,844人	1,822人
積極的支援 想定対象者数	33人	34人	35人	36人	37人	36人
積極的支援 想定実施者数	7人	10人	13人	16人	19人	22人
動機付け支援 想定対象者数	131人	136人	141人	145人	148人	146人
動機付け支援 想定実施者数	26人	38人	51人	64人	77人	88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。

- 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
個別健診
- ② 実施場所
嵐山町が指定する医療機関

(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します。

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（ $BMI = \text{体重}(\text{kg}) \div \text{身長}(\text{m})^2$ ）
- オ 血圧の測定（収縮期血圧、拡張期血圧）
- 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します。

- ア 心電図検査
- イ 眼底検査

③ 追加項目

すべての受診者に実施します。

- ア 貧血検査（赤血球、血色素、ヘマトクリット）

- イ 腎機能検査（血清クレアチニン、eGFR、血清尿酸）
- ウ 尿検査（潜血）

(4) 実施時期

5月～12月

(5) 委託先

一般社団法人比企医師会及びその他町内医療機関への委託により実施します。

(6) 委託基準

特定健康診査を委託するにあたっては、嵐山町業務委託（その他）標準契約約款に基づき委託します。

(7) 周知・案内の方法

特定健康診査受診対象者には、特定健康診査受診券と受診方法等を記載した受診案内を送付します。

また、周知の徹底を図るため、町広報やホームページ等に関連情報を掲載します。

(8) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

国民健康保険被保険者が実施した人間ドック・併診ドックで、特定健診と重複する健診項目のデータを移行します。

また、事業者等の協力を得て事業者健診等の健診結果を受領します。

(9) 受診方法

対象者は、受診券が届いたら、実施医療機関へ直接申し込みをします。

申し込んだ日時に受診券を実施場所に提出することにより、特定健康診査を受診するものとします。

なお、特定健康診査結果は、健診受診者が健診を受診した実施医療機関から直接または郵送で受け取るものとします。その際、生活習慣の改善に関する情報提供を実施します。

(10) 自己負担額

特定健康診査の自己負担は、500円とします。

(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います。

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、ここで、原則 5 年間保存します。

(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みます。

詳細については、第 5 章に記載しています。

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します。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します。

また、健診後の健康相談を実施し、内臓脂肪症候群以外の者も含め多くの受診者が生活習慣の改善、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ます。

(2) 実施形態

健康診査受診者に対し、嵐山町が指定する医療機関の医師等によるチラシ等を活用した情報提供を行います。また、ホームページ等を活用し情報提供を行います。

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。

- ・ 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

特定保健指導は、嵐山町が実施します。

(3) 実施方法

① 実施場所 嵐山町健康増進センター

② 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います。

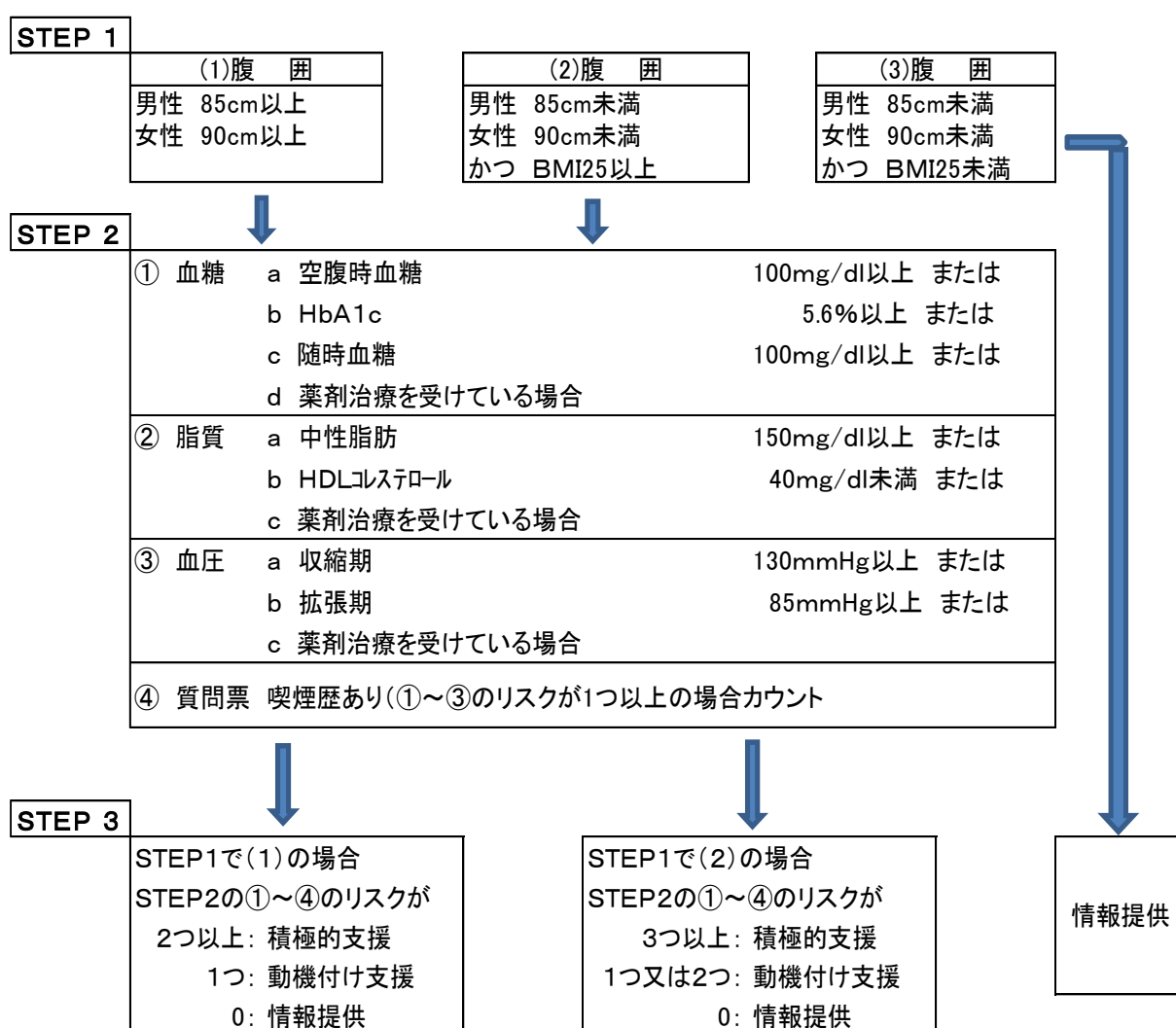
イ 保健指導対象者の選定と階層化の方法

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

【表 13】 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。

(4) 実施内容

【表 14】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	1 人当たり 20 分以上の個別支援
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) 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します。

(6) 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	受診券等の印刷・送付 特定健康診査の実施	
6 月		↓
7 月	特定健康診査データ受取	
8 月		
9 月		保健指導対象者の抽出、利用券等の印刷 ・送付
10 月		保健指導の受付開始
11 月		初回面接
12 月	↓	
1 月		
2 月		
3 月	↓	↓

(7) 事業主健診データ・保健指導データの保管方法及び保管体制、管理方法

国保加入者のうち、事業主による特定健康診査・特定保健指導を受けた方の場合のそれぞれのデータの管理は、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こととします。

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年間保存します。

(8) 実施率向上のための方策

詳細については、第5章にて記載しています。

第7章 計画の評価・見直し

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（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

特定健診受診率（法定報告）

特定保健指導利用率（法定報告）

重症化予防プログラムへの参加率

ジェネリック数量シェア率

（2）中長期成果目標に対する評価指標

特定健診受診率（法定報告）

特定保健指導利用率（法定報告）

重症化予防プログラムへの参加率

ジェネリックへの置き換え率

第8章 計画の公表・周知

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

第9章 個人情報の取扱い

嵐山町における個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する条例及びガイドライン等によります。

第10章 その他の留意事項（地域包括ケアに係る取組など）

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（町民課、健康いきいき課、長寿生きがい課等）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。

データヘルス計画の推進にあたり、「データヘルス実行委員会（仮称）」を設置し、国保部門と衛生部門等との連携を強化していきます。

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します。

第2期嵐山町保健事業実施計画（データヘルス計画）・
第3期嵐山町特定健康診査等実施計画

平成30年3月

嵐山町役場 健康いきいき課

〒355-0211

埼玉県比企郡嵐山町大字杉山 1030 番地 1

電 話 0493-62-0716（直通）

FAX 0493-62-0710

ホームページ

<http://www.town.ranzan.saitama.jp>

