

西粟倉村国民健康保険

第2期データヘルス計画 第3期特定健康診査等実施計画

2019年度～2023年度



平成31年3月

目次

第1章 計画の基本方針.....	1
1. 背景.....	1
2. 目的及び位置付け.....	1
3. 計画期間.....	1
4. 実施体制・推進体制の整備.....	1
第2章 西栗倉村の状況.....	2
1. 地域の概況.....	2
① 役場の位置.....	2
② 村の面積.....	2
2. 人口の状況.....	2
3. 主要死因.....	3
4. 平均寿命・健康寿命.....	4
第3章 西栗倉村国民健康保険の状況.....	5
1. 西栗倉村国民健康保険被保険者の状況.....	5
2. 医療費の状況.....	6
3. 疾病分類別の状況.....	7
4. 生活習慣病医療費.....	8
第4章 前期計画事業の評価.....	9
第5章 現状分析.....	12
1. 特定健康診査から見た分析.....	12
① 特定健診の受診状況.....	12
② 特定健診受診者の特徴.....	13
③ 特定健診問診項目について.....	14
④ がん検診受診率及び精密検査受診率.....	15
⑤ 糖尿病の重症化につながる肝機能の分析.....	15
2. レセプトデータからみた分析.....	16
① 生活習慣病の状況.....	16
② 筋・骨格系疾患の状況.....	17
3. 特定保健指導の実施状況.....	18
第6章 保健事業の実施計画.....	19
1. がんの早期発見治療.....	19
2. 糖尿病ハイリスク者の悪化予防.....	21
3. 筋骨格系の発症・悪化を予防する.....	23
4. 脳・心血管疾患の発症予防・・・ハイリスク者を水際で防ぐ.....	25
5. 脳・心血管疾患の発症予防・・・要因疾病を改善する.....	27
第7章 第3期特定健康診査等実施計画.....	30
1. 目標.....	30

① 特定健診.....	30
② 特定保健指導.....	30
2. 実施方法.....	31
① 特定健康診査.....	31
② 特定保健指導.....	33
最終章 計画の推進.....	36
1. 計画の見直し.....	36
2. 計画の公表及び周知.....	36
3. 個人情報の保護.....	36
4. 事業運営上の留意事項.....	36

第1章 計画の基本方針

1. 背景

平成25年6月14日閣議決定された「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、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り組みを行うことを推進する。」とされました。

これにより、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）の一部が改正され、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険事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施計画及び評価を行うものとされました。

2. 目的及び位置付け

これまで、西栗倉村では、「第1期西栗倉村国民健康保険データヘルス計画」を基に保健事業を実施してきましたが、期間満了となりました。

引き続き、データや取り組みを見直し、第2期を計画します。

この計画は、生活習慣病に焦点を当て、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく「第3期健康診査等実施計画書」とあわせて策定します。

また、本計画は、「第2次健康にしあわくら21計画」との整合性を図ります。

3. 計画期間

計画期間は、2019年度から2023年度までとします。

4. 実施体制・推進体制の整備

保健事業の実施にあたっては、村・県及びその他関係機関と連携を図ります。

第2章 西粟倉村の状況

1. 地域の概況

西粟倉村は岡山県の北東端、中国山脈の南斜面に開かれた谷あいの山里です。緑あふれる釣り鐘型の地形の中央を吉野川が流れ、それに沿って細長い平野部が広がり、農地と集落があります。

① 役場の位置

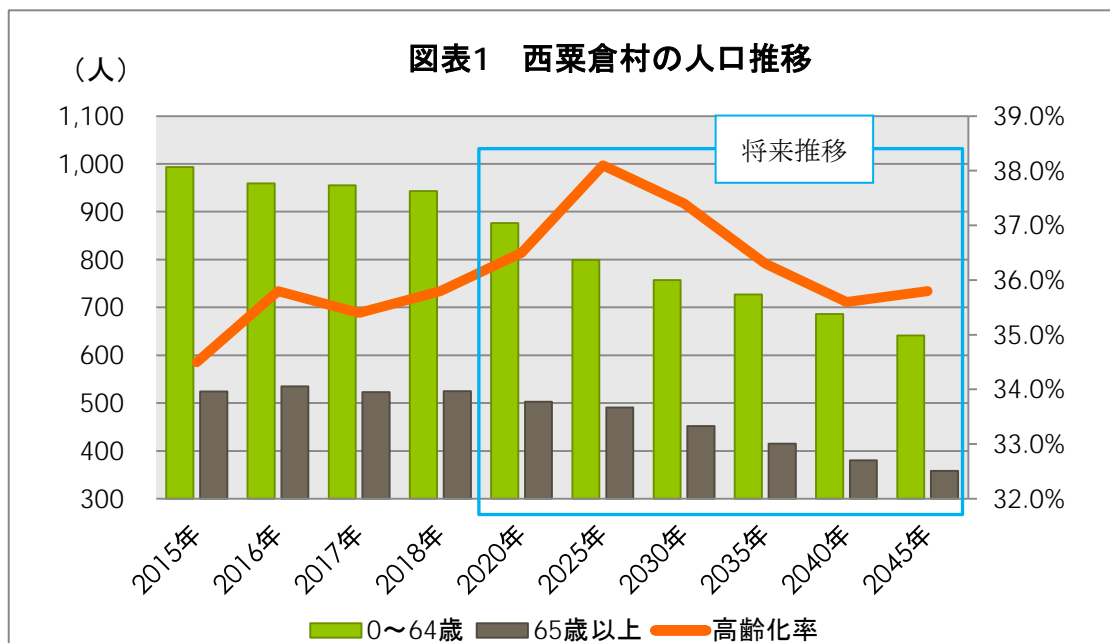
- ・東経 134 度 20 分
- ・北緯 35 度 10 分
- ・海拔 319.84 メートル

② 村の面積

- ・57.97 平方キロメートル

2. 人口の状況

本村の人口は、平成 30 年 3 月 31 日現在、1,468 人のうち 65 歳以上は 525 人で、高齢化率は 35.8%となっています。また、今後の高齢化率の推移は、2025 年をピークに減少していくことが予想されています。



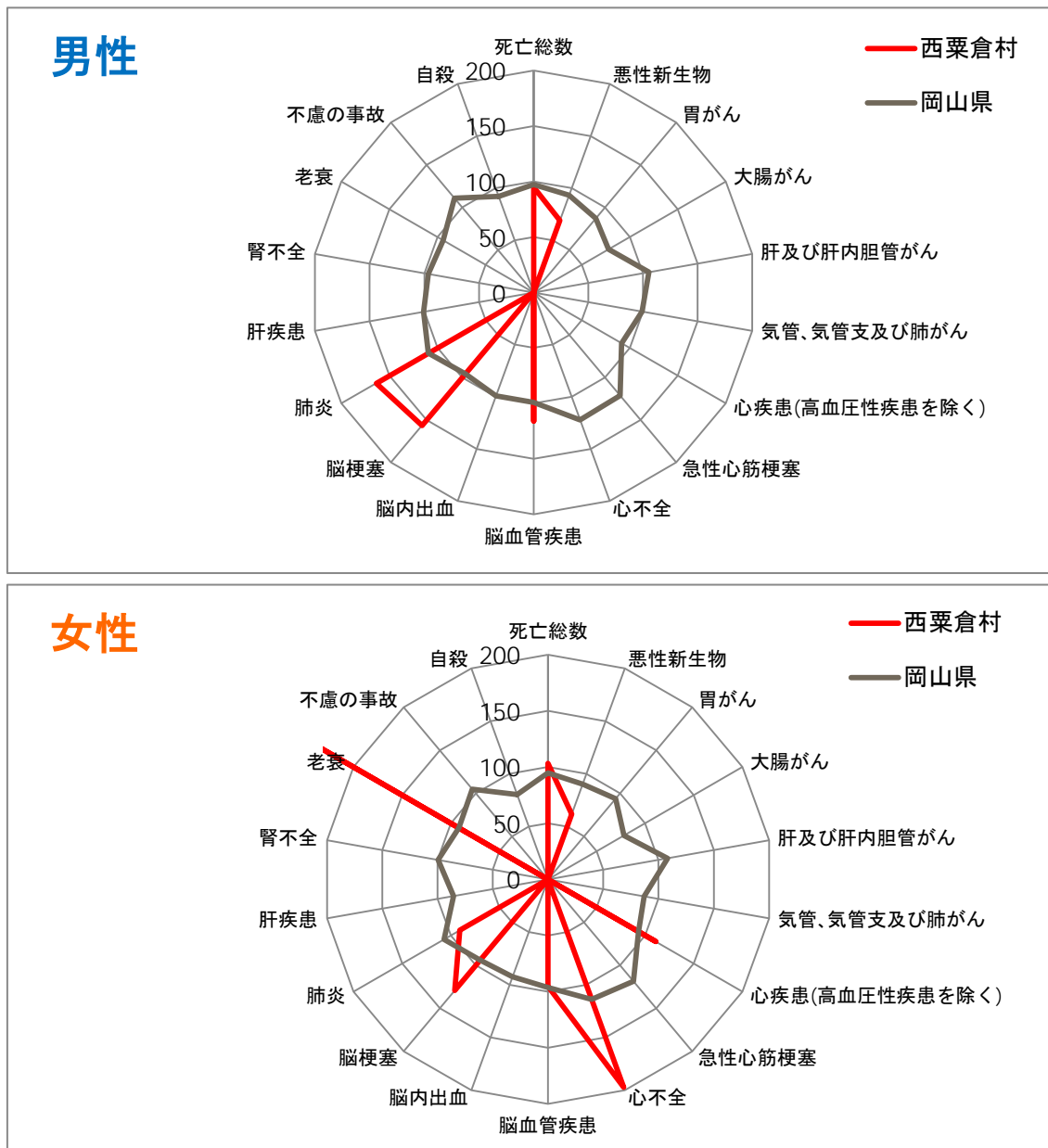
※資料 2015～2018年の3月31日時点（住民基本台帳情報）
2020～2045年は国立社会保障・人口問題研究所（2018年3月推計）

3. 主要死因

男性は、国及び県と比較し、「肺炎」、「脳梗塞」及び「脳血管疾患」が高くなっています。

女性は、「脳梗塞」、「心不全」、「心疾患」が高くなっています。

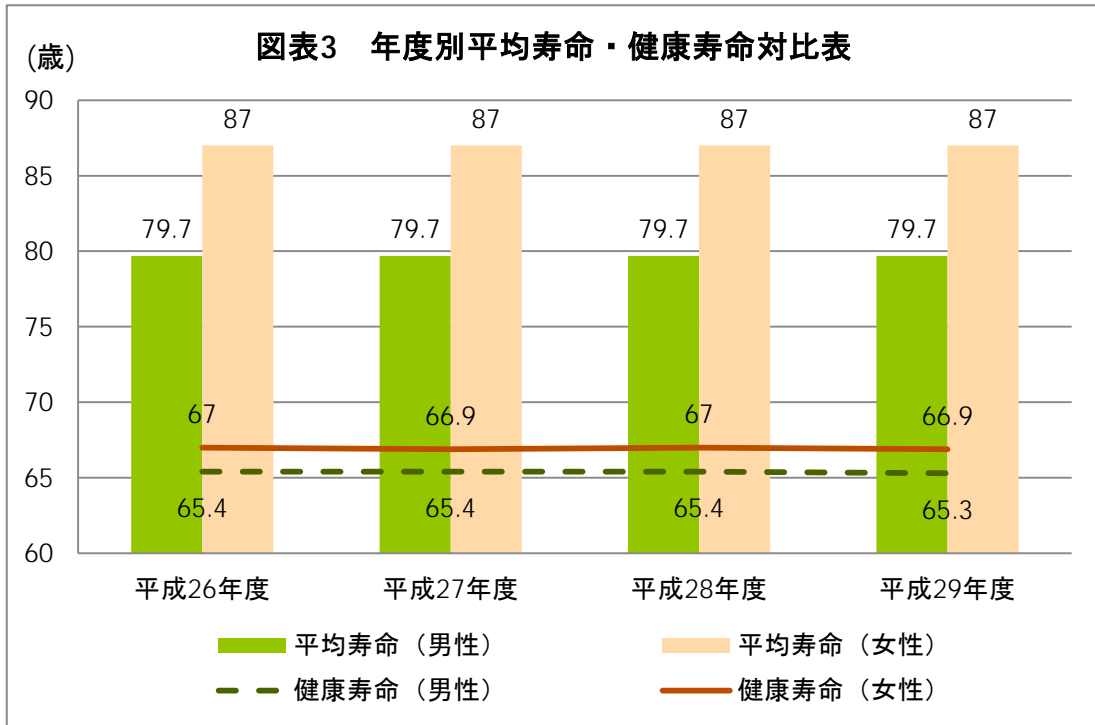
図表2 西粟倉村における主要死因



※資料 厚生労働省人口動態特殊データから加工転用（平成20~24年）標準化死亡比（SMR）であり、全国を100とします。

4. 平均寿命・健康寿命

男性及び女性の平均寿命を見ると、各年度とも約7歳女性のほうが高くなっていますが、健康寿命を見ると、大きな差は見られません。



※資料 KDB システム

第3章 西粟倉村国民健康保険の状況

1. 西粟倉村国民健康保険被保険者の状況

西粟倉村国民健康保険の被保険者数及び世帯数は、大きな変動はないものの、単身世帯が増加しています。

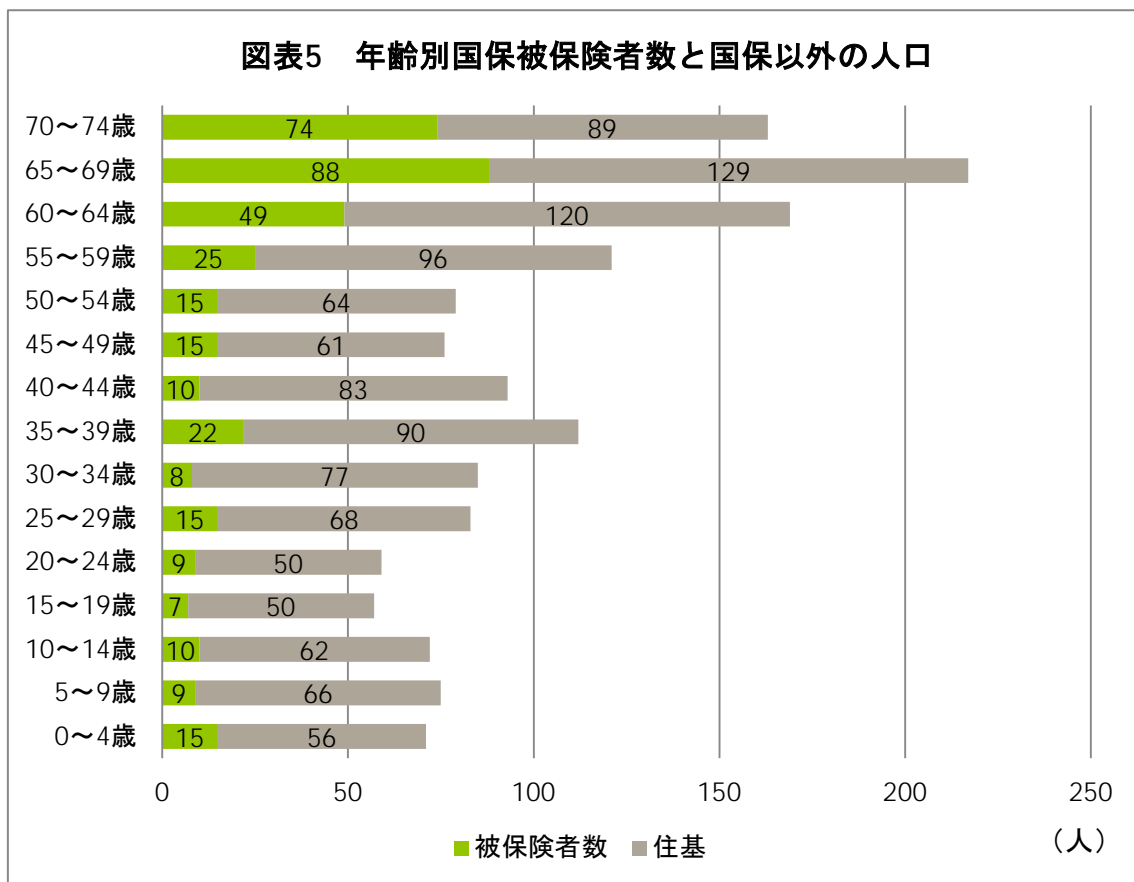
図表4 年度別被保険者状況

区分	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
一般被保険者数	347	362	355	378	370
退職被保険者数	18	14	9	5	1
計	365	376	364	383	371
世帯数	221	215	228	232	229

※資料 国民健康保険事業年報

また、住民基本台帳人口との比較では、2018年4月1日現在で村民全体の25.3%を占めており、65歳から74歳まででは、74.3%と加入率が非常に高くなっています。

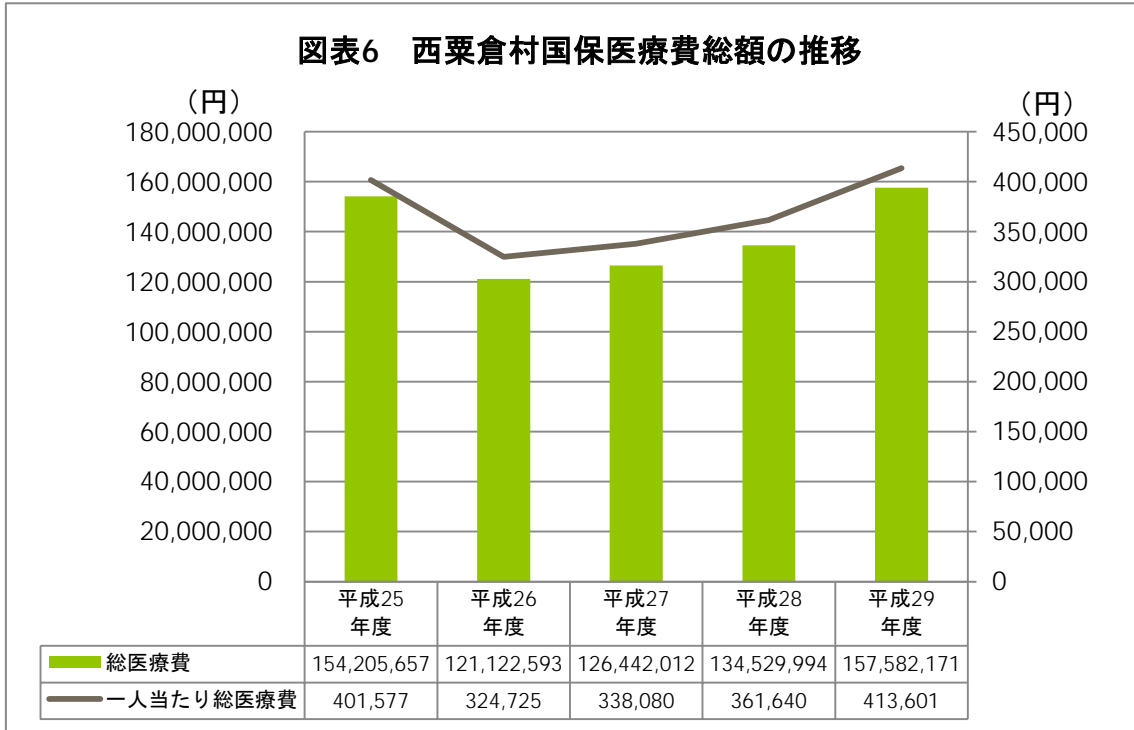
図表5 年齢別国保被保険者数と国保以外の人口



※資料 国民健康保険事業年報（2018年4月1日データ）

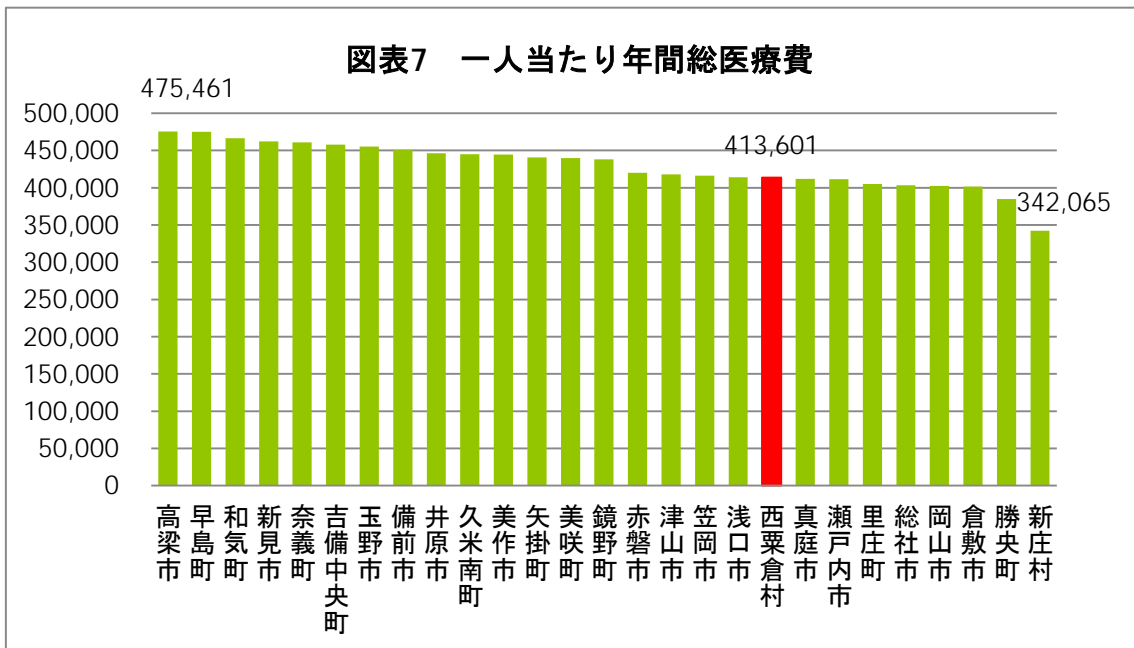
2. 医療費の状況

総医療費（10割）は、平成26年度から、毎年右肩上がりになっています。また、一人当たり総医療費においても、総医療費にほぼ比例しています。



※資料 国民健康保険事業年報

また、岡山県内の市町村比較においては、19位と同規模自治体の新庄村に比べ、かなり高くなっています。



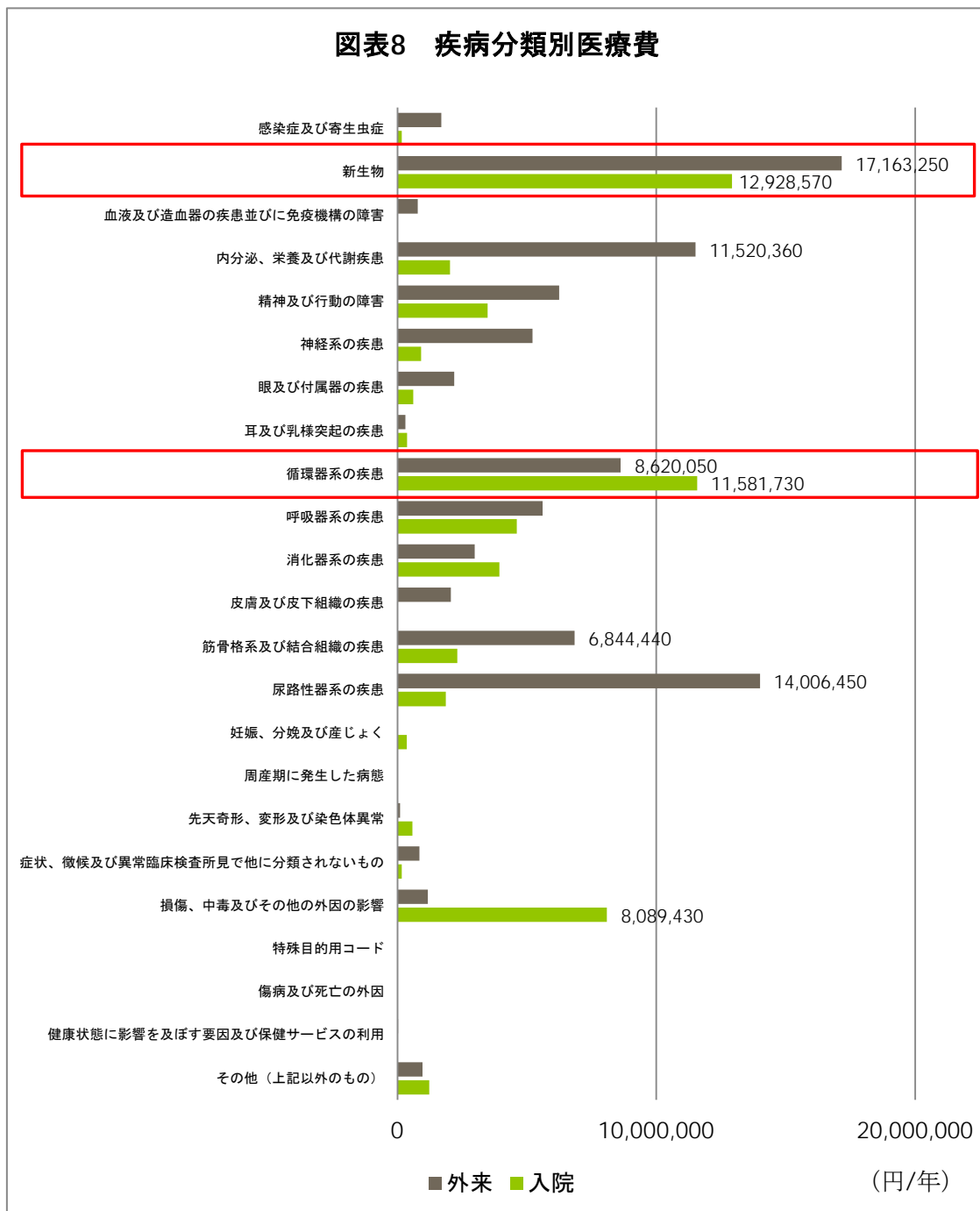
※資料 国民健康保険事業年報（平成29年度）

3. 疾病分類別の状況

疾病分類別医療費をみると、入院、外来ともに新生物（がん）及び循環器系の疾患が多くなっています。

外来においては、「内分泌、栄養及び代謝疾患」や「尿路器系の疾患」が多くなっています。

入院においては、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」が多くなっています。



※資料 KDB システム（平成 29 年度）

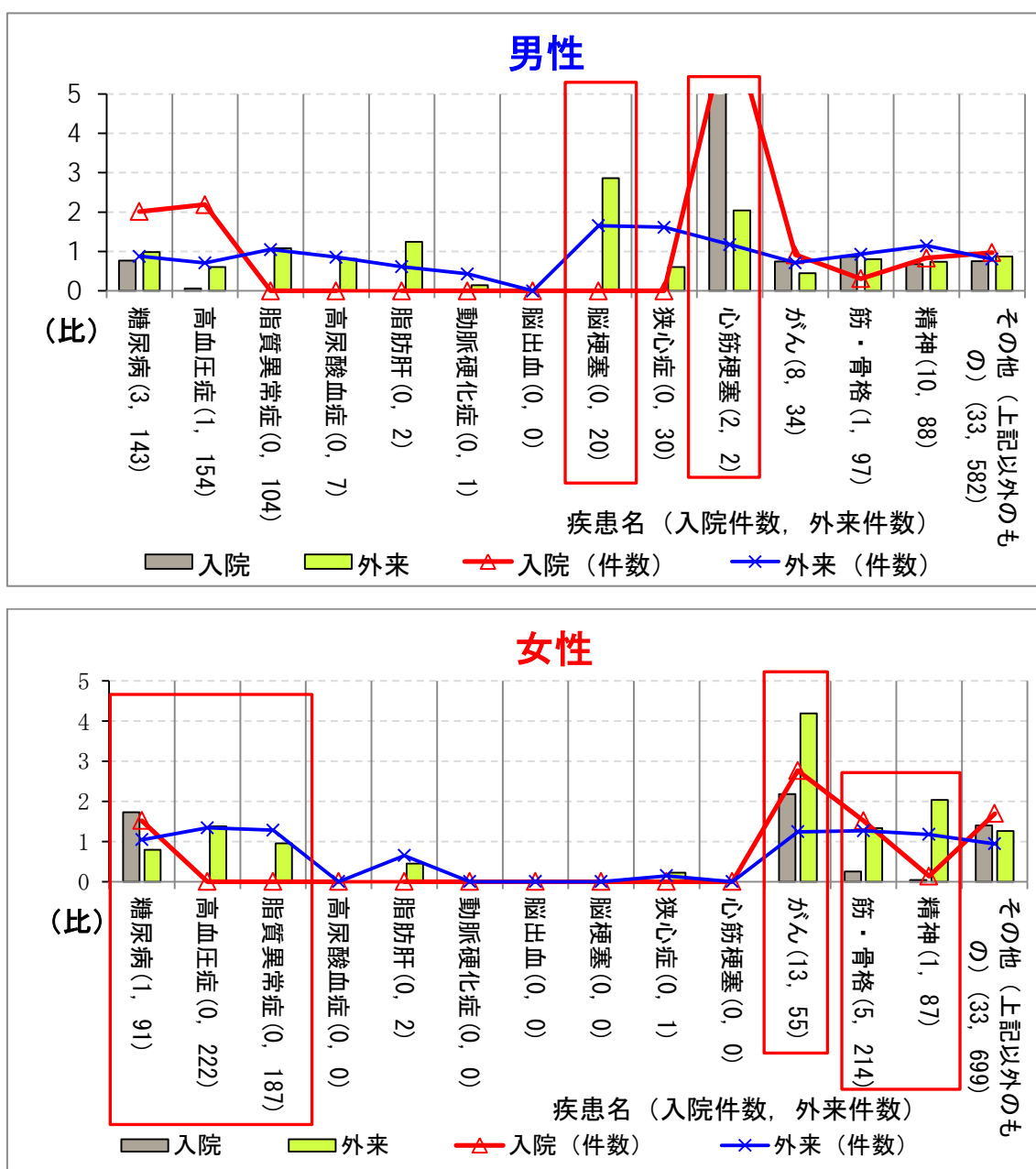
4. 生活習慣病医療費

年齢調整をした標準化医療費により、生活習慣病に着目し、県=1.0 としてみると、下表のようになります。

特に、入院、外来共に、男性は、「心筋梗塞」が、女性は、「がん」が大きく上回っていることがわかります。

また、男性の外来は、「脂肪肝」や「脳梗塞」が多く、女性の外来は、「筋・骨格」、「精神」及び「高血圧症」が県を上回っていることがわかります。

図表 9 標準化医療費の比（地域差指数）県と比較



※資料 国立医療科学院 年齢調整・疾病別医療費分析ツール（平成 29 年度）
30~74 歳の国保被保険者を抽出

第4章 前期計画事業の評価

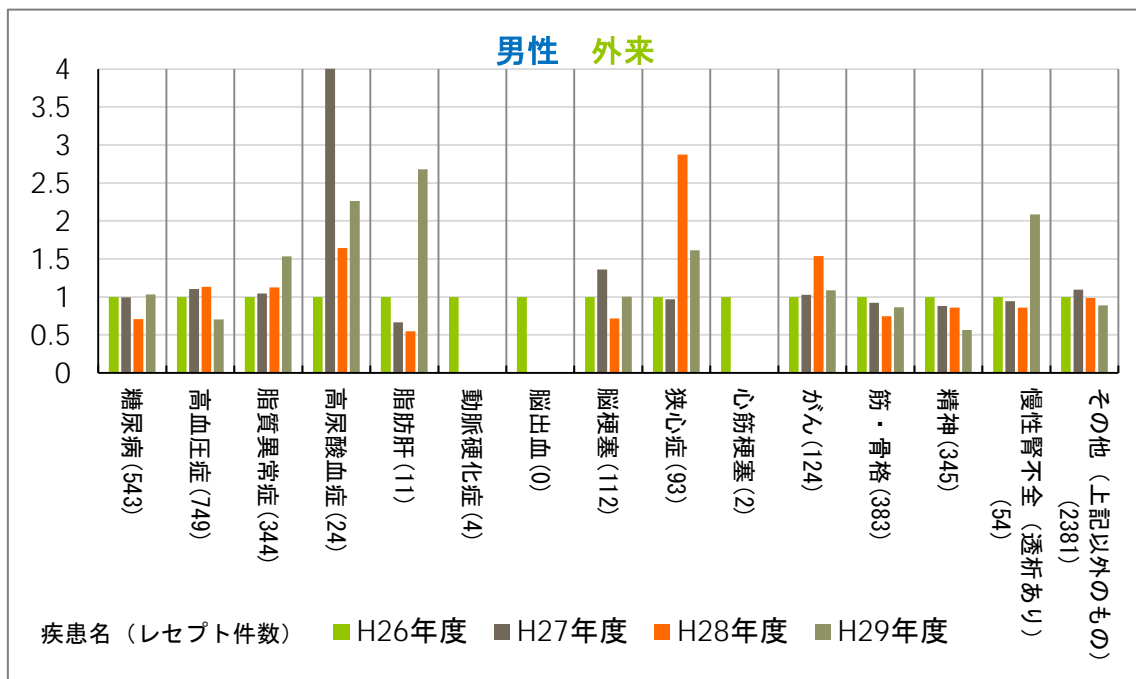
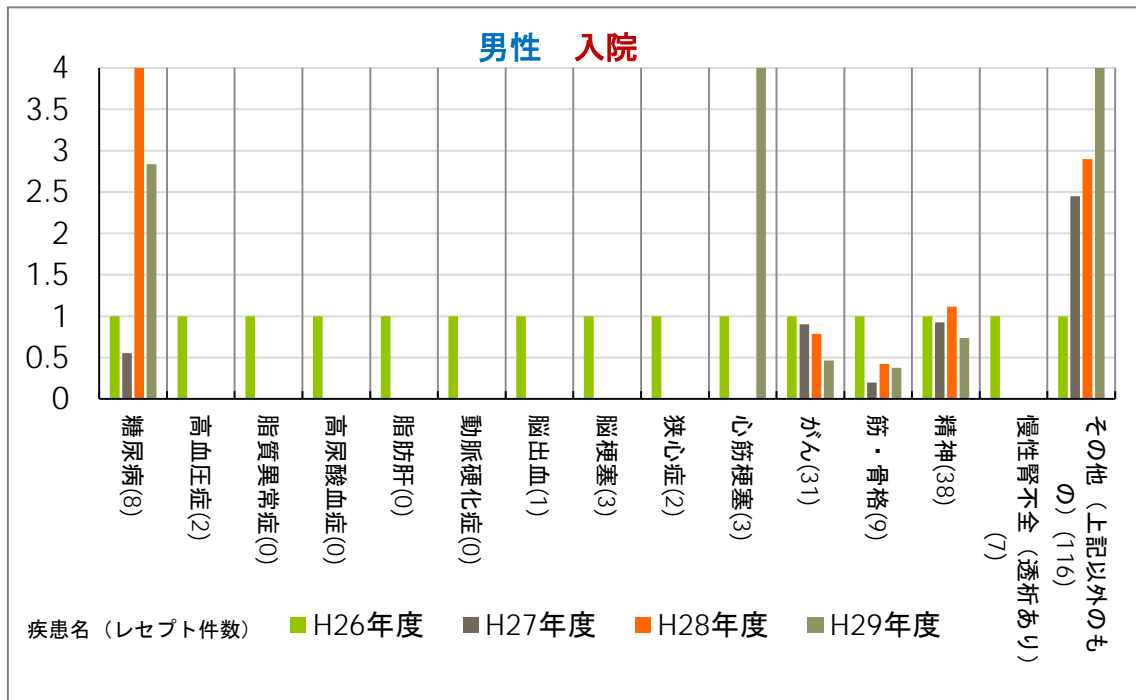
【目標】脳血管疾患の発症予防

事業	概要	事業実績		評価
		アウトプット	アウトカム	
30～50歳代の年齢層への生活習慣改善の学習支援	幼小中 PTA や消防団など 30～50歳代の年齢層の所属する団体と、生活習慣改善の学習機会の持ち方や話し合いを実施。	事業参加率 平成26年度 0% ↓ 平成29年度 40%	参加者の改善意欲 平成26年度 0% ↓ 平成29年度 100%	B
特定健診の未受診者への健診勧奨	① 未受診理由を予測し 勧奨対象の絞り込み ② 訪問・面接により、個別健診、ドック・事業所健診、医療機関データ取得を勧奨。	受診率 平成26年度 63.5% ↓ 平成29年度 49.4%	-	C
生活習慣病予備群の改善	次の保健事業を順次勧奨、実施。 ① 特定保健指導 ② 専門事業者委託による教室 ③ 栄養士による相談支援 ④ 保健師・看護師による相談支援	事業参加率 平成26年度 44% ↓ 平成29年度 19%	事業参加者の維持改善率 平成26年度 81% ↓ 平成29年度 100%	C
診療所と連携した脳血管要因疾患の治療中で生活習慣の改善要する人への対応	① 保健福祉課の栄養士による相談支援 ② ①以外に生活全般の改善要する人に保健福祉課の保健師・看護師が相談支援	栄養相談参加率 平成26年度 100% ↓ 平成29年度 未実施	栄養相談参加者の維持改善率 平成26年度 86% ↓ 平成29年度 未実施	D
評価基準	A.目標値を大幅に上回った C.目標値を下回った		B.ほぼ目標値を達成した D.未実施ほか	

開始年度であった平成26年度から、計画最終年度の平成29年度までの比較について、平成26年度=1.0とした場合、下表のようになります。

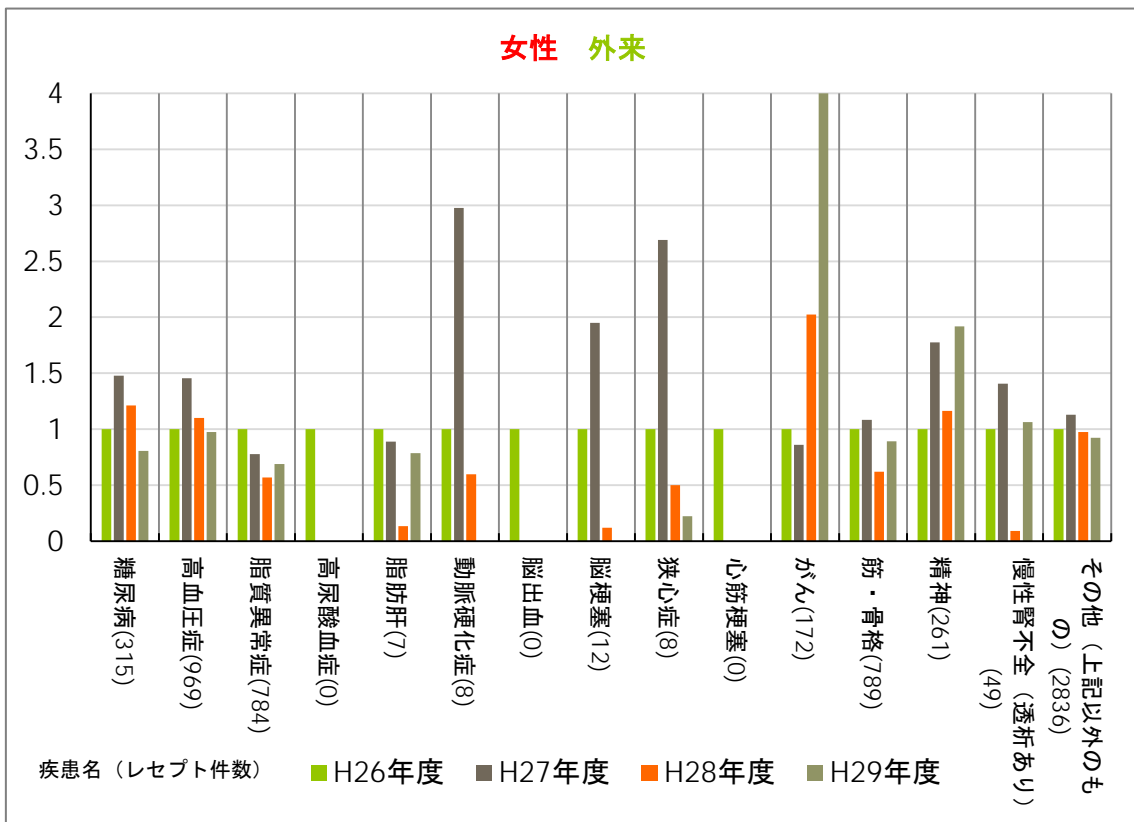
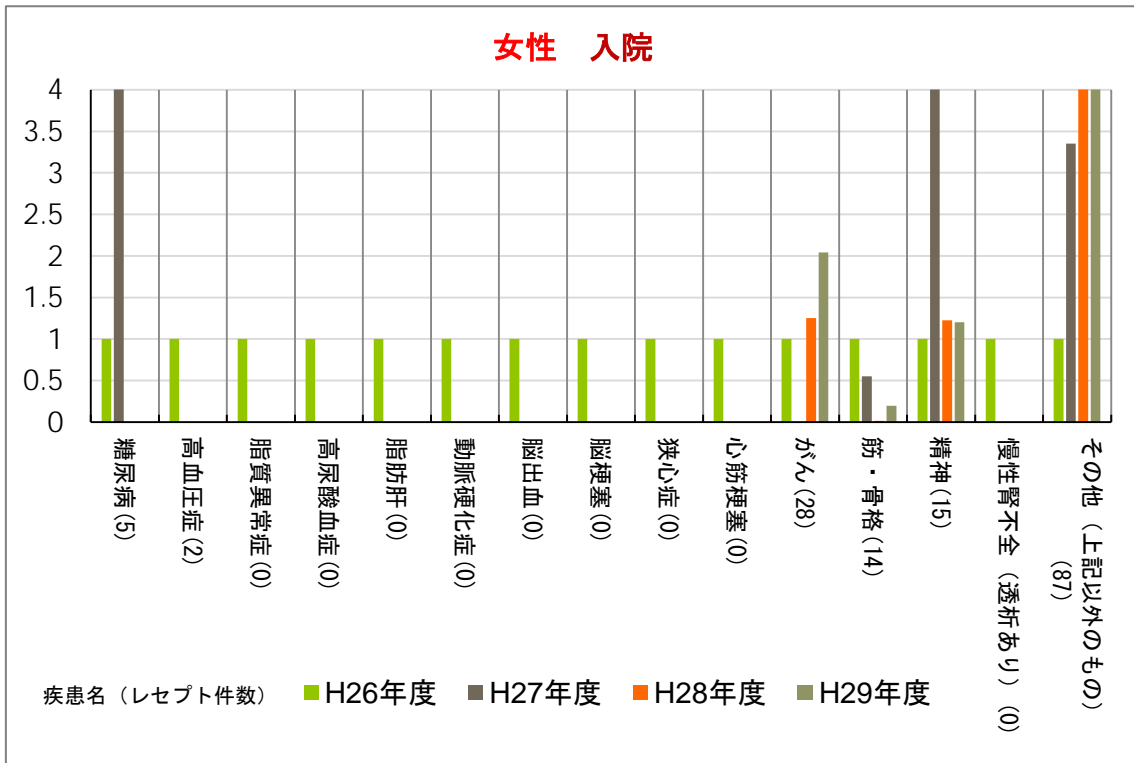
特に、男性は、「糖尿病」、「脂質異常症」、「高尿酸血症」、「脂肪肝」及び「狭心症」の改善がみられません。また、「高血圧症」、「筋・骨格」及び「脳梗塞」についても、継続的に観察が必要です。

図表 10 生活習慣病に係る標準化医療費の比／対 H26 年度



※資料 国立医療科学 年齢調整・疾病別医療費分析ツール
30~74歳の国保被保険者を抽出

女性は、「がん」、「精神」及び「高血圧症」の改善がみられません。また、「糖尿病」についても、継続的に観察が必要です。



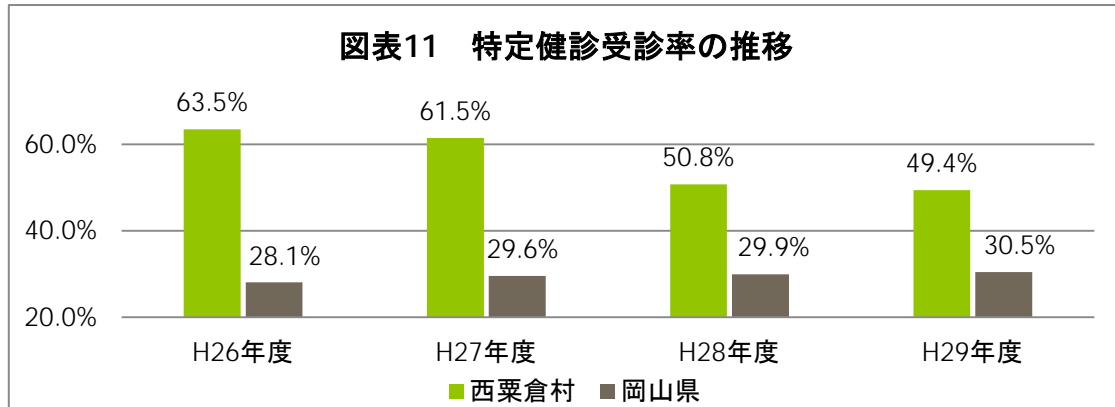
※資料 国立医療科学 年齢調整・疾病別医療費分析ツール
30~74歳の国保被保険者を抽出

第5章 現状分析

1. 特定健康診査から見た分析

① 特定健診の受診状況

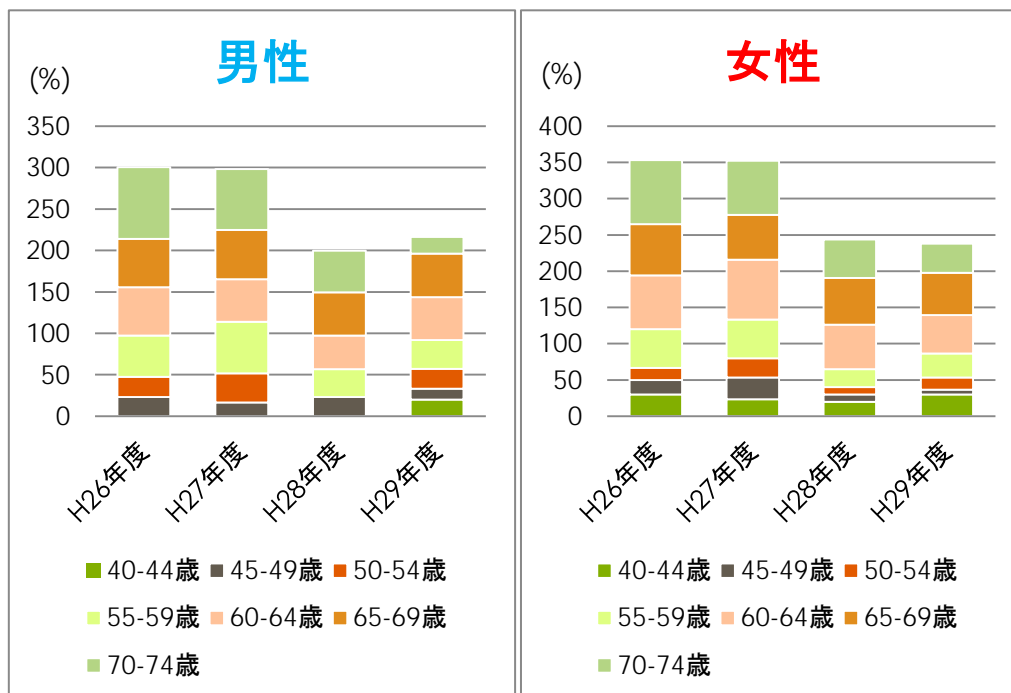
受診率は、岡山県と比較すると大幅に上方ですが、平成26年度をピークに、年々下降傾向にあります。



※資料 KDB システム

年齢別・性別の特定健診受診率をみると、年齢が上がるにつれ、受診率が高くなり、比較的女性は、対象年齢到達時から受診していることがうかがえます。

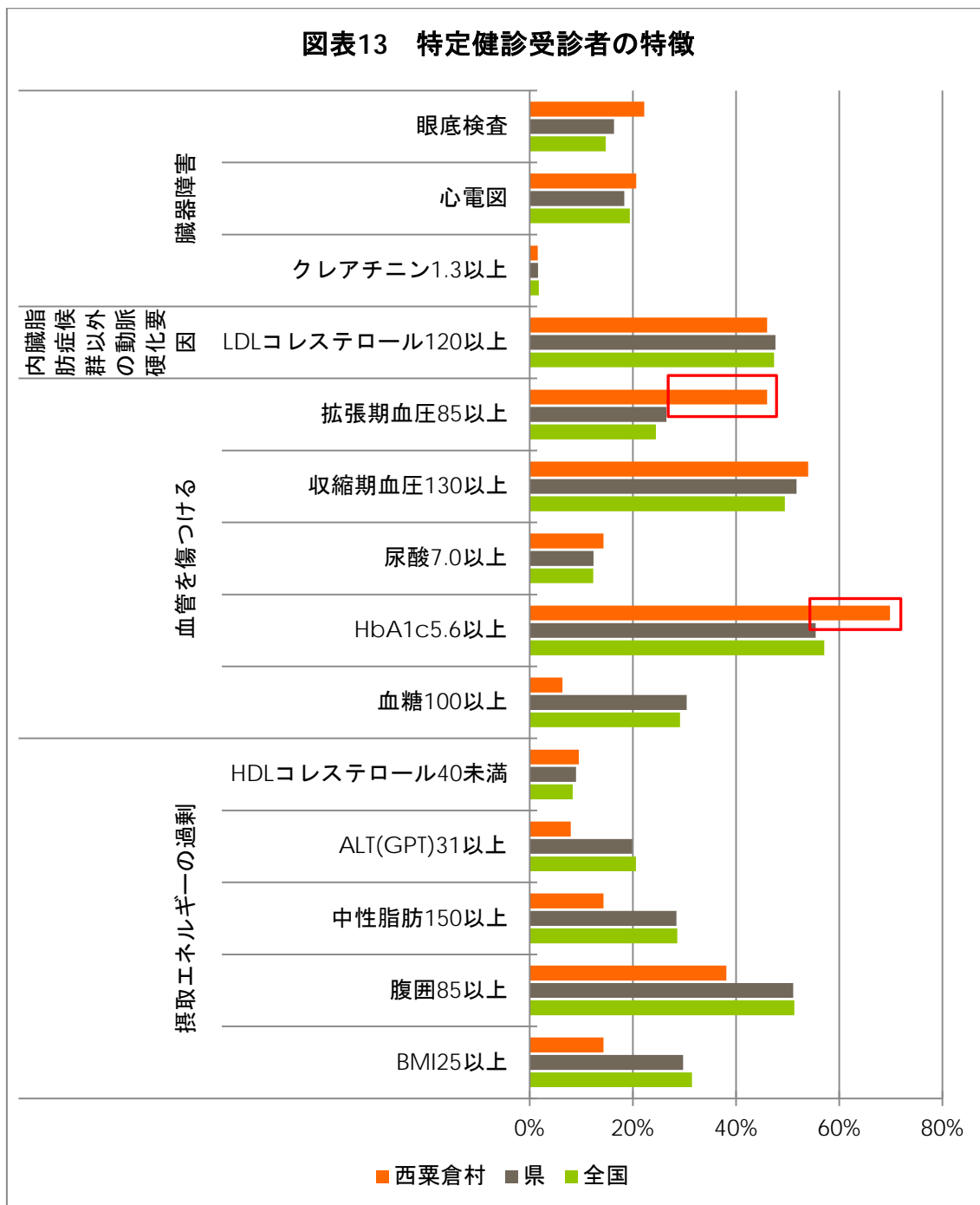
図表12 年齢・性別特定健診受診割合



※資料 KDB システム

② 特定健診受診者の特徴

平成 29 年度特定健診受診者（124 人）の特徴を見てみると、「HbA1c」や「拡張期血圧」は、全国および県に比べ高くなっていますが、「摂取エネルギーの過剰」は、比較的低いことがうかがえます。



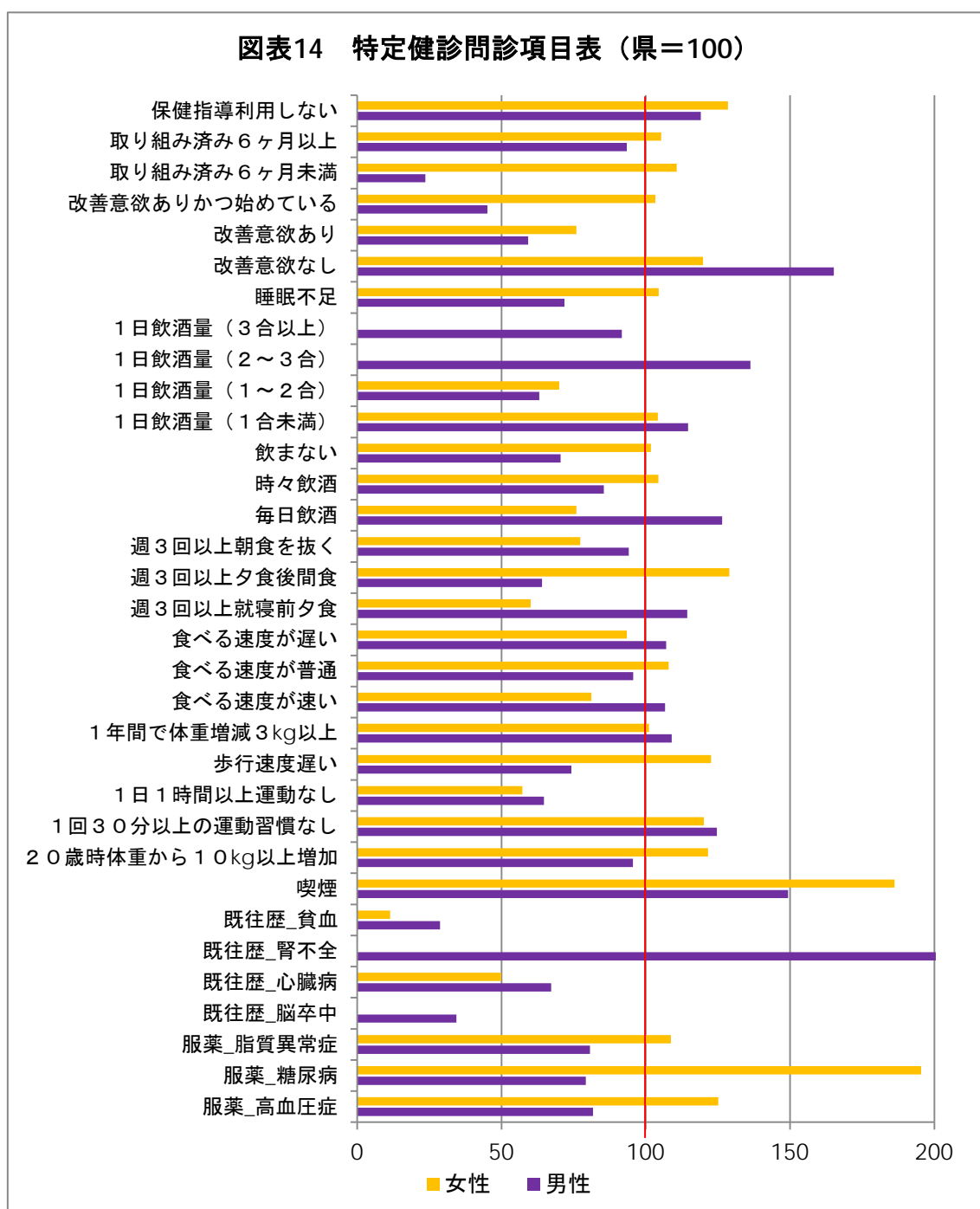
※資料 国立医療科学院 年齢調整・疾病別医療費分析ツール（平成 29 年度）
対象者は 40~74 歳

③ 特定健診問診項目について

平成 29 年度に実施した特定健診時の問診票の集計を、県=100 とした場合、次の通りです。

「飲酒」に関しては、県との乖離はほとんどありませんが、「喫煙率」は高く、女性の「糖尿病」や男性の「腎不全」も高いことがうかがえます。

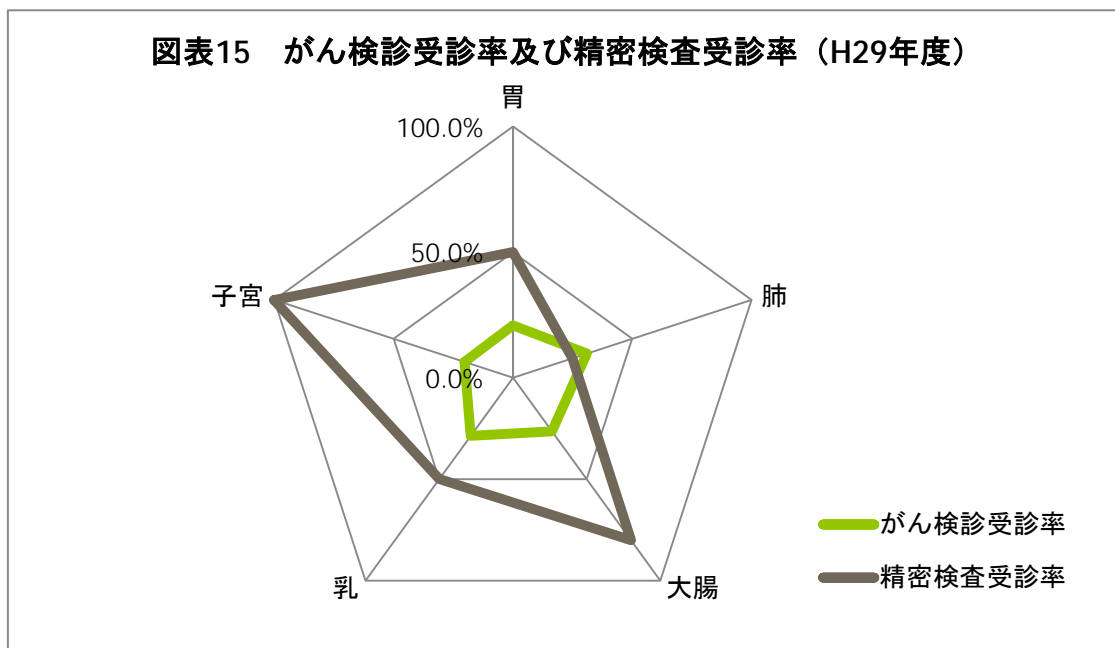
また、「改善意欲」は低く、「保健指導も利用しない」ことが比較的多く挙げられました。



※資料 国立医療科学院 年齢調整・疾病別医療費分析ツール (平成 29 年度)
対象者は 40~74 歳

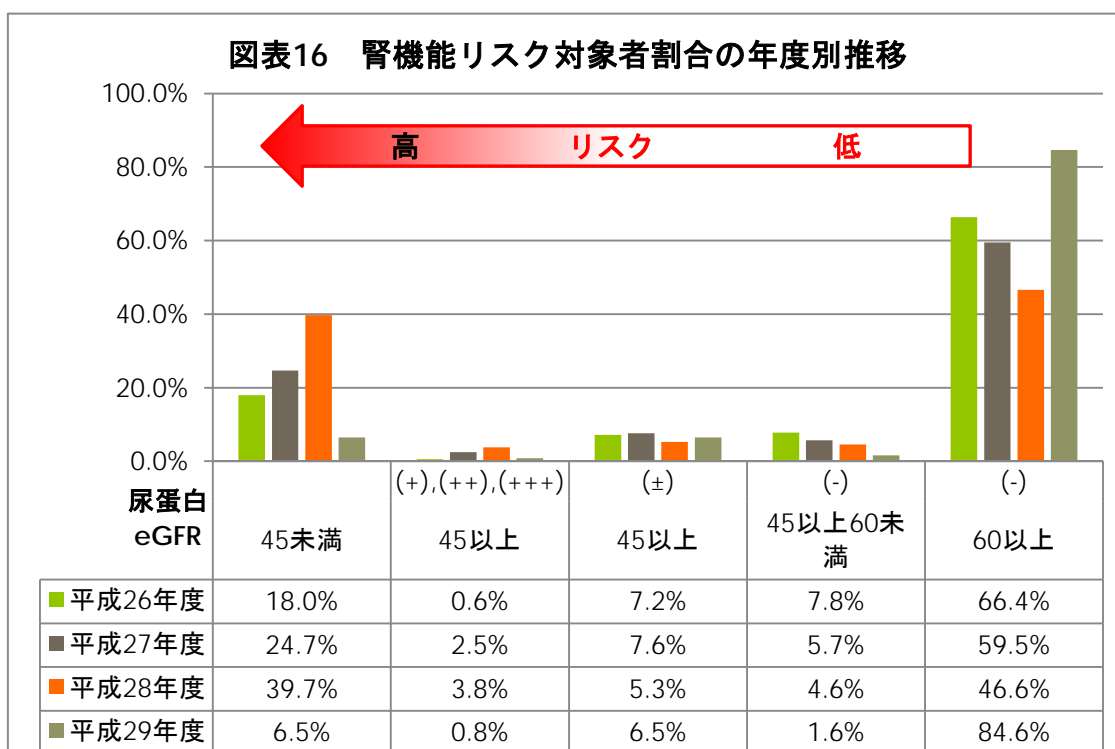
④ がん検診受診率及び精密検査受診率

平成 29 年度のがん検診受診率は、いまだ未受診者が多く、精密検査については、肺がん検診の未受診者が多くなっています。



⑤ 糖尿病の重症化につながる肝機能の分析

糖尿病腎症を判断する eGFR や尿蛋白をみると、ハイリスクの eGFR45 未満の場合、平成 28 年度までは年々対象者が増加していましたが、平成 29 年度は極端に改善されていることがうかがえます。



※資料 KDB システム (特定健診受診者)

2. レセプトデータからみた分析

① 生活習慣病の状況

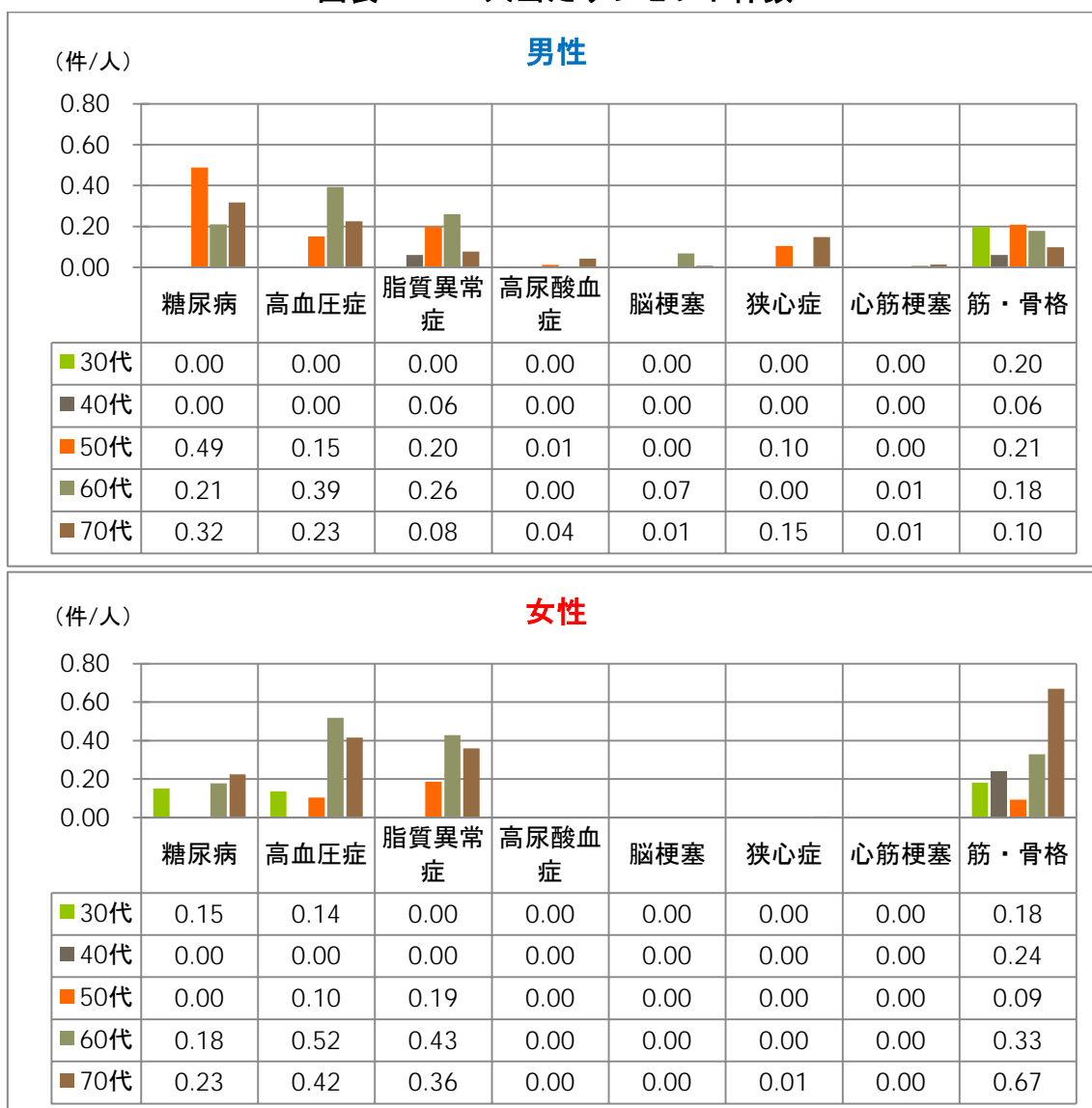
第4章図表10の結果より、平成29年度時点データを年代別に抽出すると、次の通りです。

男性について、「狭心症」は50歳代から、「脳梗塞」は60歳代から発病しています。これらの要因にも結び付く、「糖尿病」、「高血圧症」および「脂質異常症」は40歳代もしくは50歳代から比較的高い割合で受診していることがうかがえます。

女性について、「糖尿病」、「高血圧症」および「脂質異常症」の受診状況は、男性より早く30歳代から掛かっていることがうかがえます。

また、男性に比べ、「筋・骨格」の受診件数が高くなっています。

図表17 一人当たりレセプト件数

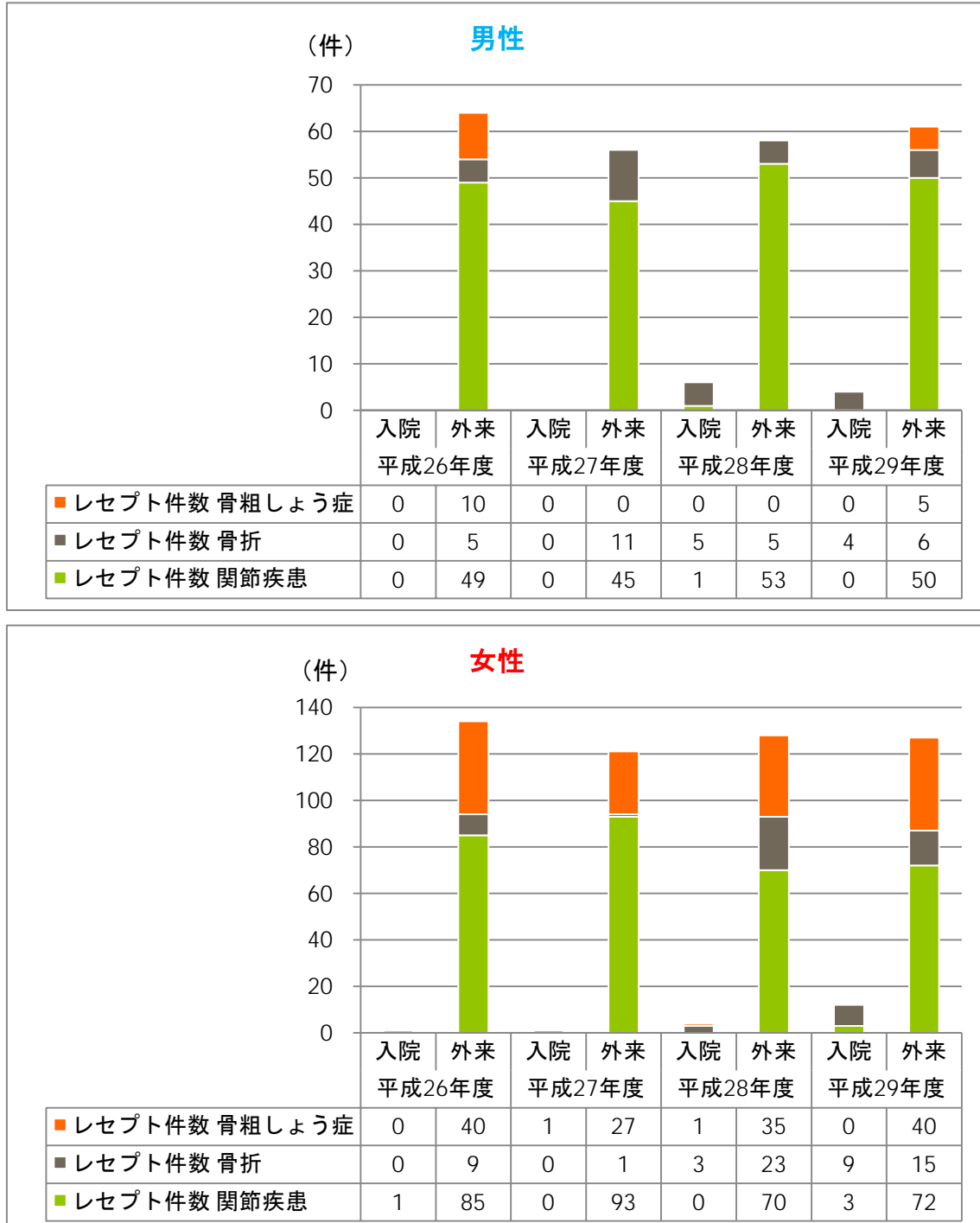


※資料 KDB システム (平成29年度)

② 筋・骨格系疾患の状況

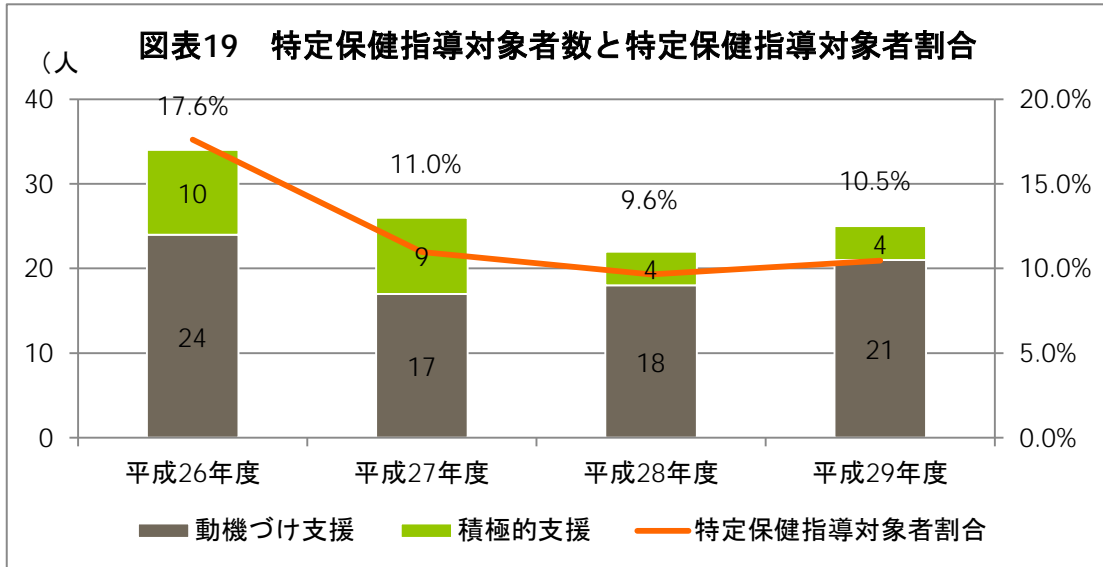
図表 17 のうち、筋骨格系疾患を細分化すると、男女ともに関節疾患が多く、次いで、女性については、骨粗しょう症が多く見受けられます。

図表 18 筋・骨格系疾患レセプト件数



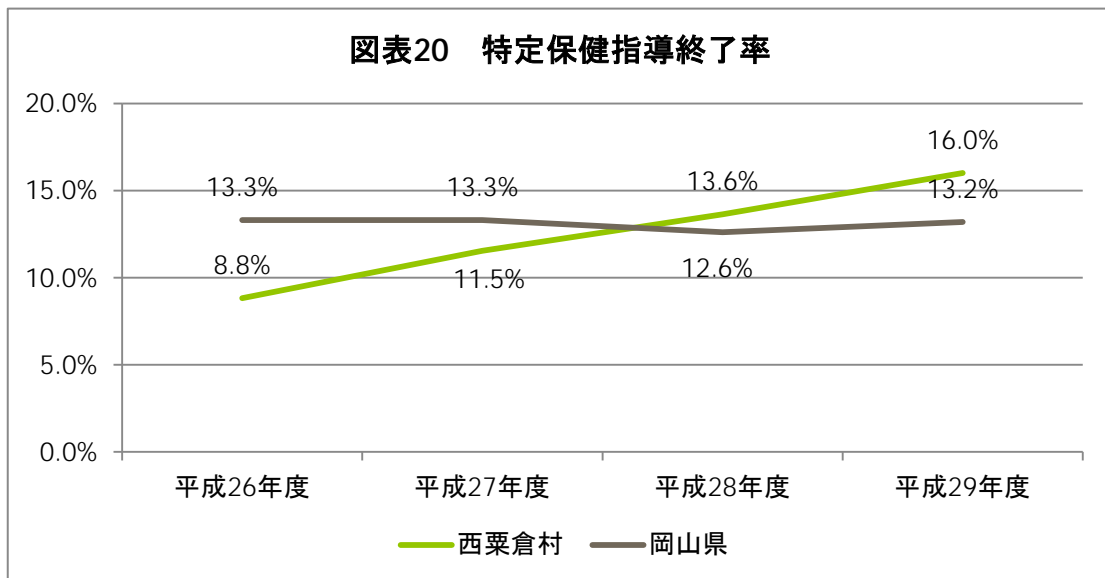
3. 特定保健指導の実施状況

特定保健指導の対象者数は、平成26年度には動機付け支援24人、積極的支援10人、合わせて17.6%の割合であり、さらに年々と下がってきていることがうかがえます。



※資料 特定健康診査・特定保健指導法定報告（平成26～29年度）

特定保健指導終了率について、県と比較すると、平成28年以降は本村のほうが若干高くなっています。また、終了率は年々上がってきています。



※資料 特定健康診査・特定保健指導法定報告（平成26～29年度）
岡山県の平成29年度数値は作成時点で未定。

第6章 保健事業の実施計画

これまでの章から、健康課題を抽出し、対策や方向性をケースごとに導き出していきます。

1. がんの早期発見治療

現状分析
<ul style="list-style-type: none">標準化医療費の比（図表 9）から、女性のがん医療費は、県平均より大きく上回っている。がん検診受診率及び精密検査受診率（図表 15）から、未受診者が多く、肺がん検診に係る精検未受診者が多い。特定健診問診項目表（図表 14）から、がんの発生要因ともなる喫煙者は、男女ともに県平均より多い。
健康課題
<ul style="list-style-type: none">がん検診の未受診者が多い。精検未受診者が多い。がん発生要因となる喫煙者が男女とも多い。
目標
【アウトプット指標】 <ul style="list-style-type: none">がん検診の受診率 2017年度 各検診 20～30% → 2023年度 各検診 10%の増加精検受診率 2017年度 各検診 25～100% → 2023年度 各検診 100%禁煙教育の実施 2017年度 なし → 2023年度 2回

保健事業

(1) がん検診の受診勧奨

- ① ハイリスクな未受診者の特定
検診希望調査票により未受診を想定される人から、長期未受診者を特定し、受診勧奨の対象としていく。
- ② 身近な人とのつながりでの勧奨
ヘルスボランティア委員、民生委員、地区サロンリーダーなど多様な地域リーダーと、受診勧奨の働きかけを協働していく。
- ③ がんを学ぶ機会づくり
がんのリスク、体験談などを講演等で学ぶ機会をつくる。
- ④ 新たな勧奨方法の工夫
受診勧奨啓発物品など新たな勧奨方法の検討を行う。

(2) 身近な医療機関で受けられる検診づくり

子宮・乳がん検診の個別検診と同様、かかりつけ医療機関等、身近な医療機関における検診受診を支援する方法をつくる。最も身近な診療所検診のPR、検診機会の工夫も行う。

(3) 精検受診の勧奨

がん検診で精検となった人のうち、精密検査未受診者に理由を聞きつつ、受診につながる相談支援を行う。

(4) 禁煙支援

- ① 禁煙教育
母子保健事業、幼小中学校の子ども・保護者に禁煙教育を行う。
- ② 禁煙外来のPR
診療所での禁煙外来のPRを行う。健診の健康相談、健康教育からつなぐ。

2. 糖尿病ハイリスク者の悪化予防

現状分析
<ul style="list-style-type: none">・ 標準化医療費の比（図表 9）から、糖尿病で入院した人女性は県平均より上回っている。また、外来件数は、男女ともに高血圧症、脂質異常症が、他の疾患と比較して多い。・ 腎機能リスク対象者割合の年度別推移（図表 16）から、平成 28 年度に特定健診受診者中 40%の人に軽度以上の指摘があった。・ 一人当たりレセプト件数（図表 17）から、30 歳代から医療受診がみられ、50 歳代から増加している。また、入院を要するほど重症化する人も少数ながら存在していたり、糖尿病性腎症のリスクあったりする人もいる。また、非肥満の人からの発症も多いと考えられる。・ 平成 29 年度特定健診問診票項目表（図表 14）からは、非肥満で高血糖の人が受診者中 40%程度いる。
健康課題
<ul style="list-style-type: none">・ 肥満・非肥満問わず、30 歳代以降において、入院及び腎症など悪化の恐れある糖尿病ハイリスク者を特定し、重症化を予防する必要がある。
目標
<p>【アウトプット指標】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 重症化予防事業の発見・対応の取組 2017 年度 なし → 2023 年度 あり <p>【アウトカム指標】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 糖尿病による入院件数 2017 年度 4 件 → 2023 年度 0 件・ 糖尿病性腎症の発症 2017 年度 0 件 → 2023 年度 0 件

保健事業

(1) 糖尿病重症化予防事業

① 対象者の発見

30歳代以上の糖尿病治療中の人のうち、インスリン治療、経口血糖降下薬使用してもHbA1c高値の人、治療中断の人を、次の方法で発見する。

- ・ 医療レセプトによる入院既往者を特定する。
- ・ 村診療所及び近隣医療機関との連携によるハイリスク者情報を把握する。
- ・ 特定健診結果によるHbA1c高値者をリストアップする。
- ・ 特定健診未受診者のうち、医療機関での治療を全く受けていない人に受診勧奨し、糖尿病治療中断者を把握する。

※ハイリスク者の選定基準は医療機関と詳細を協議し決めていく。

② 重症化予防の対応

①で発見した対象者に次の対応をする。

- ・ 診療所、近隣医療機関と連携し、医療の継続の有無、検査値等を継続的に共有する。
- ・ 対象者への個別訪問・面接で、医療継続、服薬支援、生活習慣改善の支援を行う。
- ・ 生活習慣の改善では、栄養士・健康運動指導士等専門職との面談、集団教育への参加勧奨を行う。

3. 筋骨格系の発症・悪化を予防する

現状分析
<ul style="list-style-type: none">・ 標準化医療費の比（図表 9）から、女性の筋・骨格に係る外来は、県平均より多い。・ 一人当たりレセプト件数（図表 17）から、一人当たりレセプト件数は、60 歳以降から増加しており、特に女性で顕著に認められる。・ 筋・骨格系疾患レセプト件数（図表 18）のうち、通院件数では、関節疾患が最も多く、次いで骨粗鬆症となっている。
健康課題
<ul style="list-style-type: none">・ 60 歳代以降、特に女性に、関節症と骨粗鬆症で、医療を要する人が増える。
目標
<p>【アウトプット指標】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 膝・股関節症予防の運動方法の普及活動 2017 年度 0 回 → 2023 年度 5 回・ 骨密度検査の受診率 2017 年度 11.5% → 2023 年度 30%・ 骨粗鬆症予防の健康教育を行った回数 2017 年度 0 回 → 2023 年度 4 回 <p>【アウトカム指標】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 健康教室等で運動方法伝えた人の年度内継続実施率 2017 年度 0% → 2023 年度 30%・ 診療所と連携した個別リハビリ相談事業利用者の 1 年後維持改善率 2017 年度 0% → 2023 年度 70%
保健事業
<p>(1) 関節症予防の運動</p> <ol style="list-style-type: none">① 膝・股関節症予防の筋肉トレーニングを主とした運動方法の普及 関節症を発症していない人に、健康教室、地区サロン、高齢者大学等で、関節症予防の運動方法を伝え、継続性を確認する。② 医療機関と連携した筋力トレーニングのサポート 診療所通院者のうち、関節症治療で運動を要すると医師が判断した人について、個別リハビリ相談事業において、個別の生活に応じた運動内容をアドバイスする。

(2) 骨粗鬆症予防

① 骨密度の計測機会の普及、啓発

- ・ 婦人科検診及び村診療所の骨密度検査を年 1 回以上受けるよう PR を行う。
- ・ 婦人科検診日、診療所以外の場合（イベントなど）での骨密度測定の間機ををつくる。

② 生活習慣の改善

- ・ 骨密度測定受診者に、生活習慣改善について、相談支援を行う。

③ 骨粗鬆症予防の普及啓発

- ・ 中学生に骨粗鬆症予防の生活の健康教育を行う。
- ・ 健康教室、地区サロン等で骨粗鬆症予防の必要性を伝える。

4. 脳・心血管疾患の発症予防…ハイリスク者を水際で防ぐ

現状分析
<ul style="list-style-type: none">・ 標準化医療費の比（図表 9）では、男性の脳血管疾患の発症が、県平均より高い。・ 一人当たりレセプト件数（図表 17）から、特に男性の 50~70 歳代で、脳・心血管リスクが高い。・ 個々のレセプトを確認した結果、発症者のうち、次の人からも発症があった。<ul style="list-style-type: none">a. 要因疾患の治療中の人で検査値が安定している人b. 非肥満の人・ 個々のレセプトを確認した結果、発症する人の要因として、次のことが考えられる。<ul style="list-style-type: none">a. 複数疾病b. 栄養・運動の要因以外に、喫煙、生活リズムの乱れによる過労などもハイリスクの要因c. 健診かつ医療の未受診者から重篤な発症のリスク高い。
健康課題
<ul style="list-style-type: none">・ 脳・心血管疾患のハイリスク者は、健診受診者および未受診者どちらにも存在している。
目標
ハイリスク者を特定し、健診・医療受診、生活習慣改善をサポートすることで、発症を防ぐ。
【アウトプット指標】
<ul style="list-style-type: none">・ ハイリスク者特定のためのスクリーニング基準を設定 2017 年度 なし → 2023 年度 あり・ 健診の受診者及び未受診者のハイリスク者をスクリーニング基準に基づき特定 2017 年度 なし → 2023 年度 あり
【アウトカム指標】
<ul style="list-style-type: none">・ 健診受診者のうち、特定されたハイリスク者における医療継続・生活習慣の改善 2017 年度 特定なし → 2023 年度 特定者改善率 100%・ 健診未受診者のうち、特定されたハイリスク者における健診受診 2017 年度 特定なし → 2023 年度 特定者改善率 70%

保健事業

(1) 健診受診者におけるハイリスク者支援

- ① ハイリスク者特定のためのスクリーニング基準を設定（診療所と共に）

【基準の視点】

- ・ 要因疾病を複数もつ人又は単体疾病で高値の人
- ・ 生活習慣：栄養・運動以外に、喫煙、多量飲酒（2合以上）、睡眠不足に着目
- ・ 世帯構成：独居・親と子のみの世帯（特に男性）

- ② 医療受診・服薬の継続

診療所・他医療機関と連携し、ハイリスク者の医療受診・服薬の継続を確認し、中断者を防ぐ。

- ③ 生活習慣改善を個別支援（保福課、栄養士、運動指導士）

(2) 健診未受診者におけるハイリスク者支援

- ① 健診未受診者のうち、医療を受けていない人を特定

- ・ このうち、ハイリスク順にリスト化し受診を勧奨
- ・ ハイリスクの選定項目：独居・親と子のみの世帯（特に男性）、年齢、喫煙、多量飲酒

- ② 個別に受診勧奨

ハイリスク者のリストに基づき健診の受診勧奨を行う。

5. 脳・心血管疾患の発症予防…要因疾病を改善する

現状分析
<ul style="list-style-type: none">一人当たりレセプト件数（図表 17）から、脳・心血管疾患の発症は、特に男性に 50~70 歳代であった。標準化医療費の比（図表 9）から、男性の脳・心血管疾患の要因となる高血圧症、糖尿病、脂質異常症は、県とほぼ同レベルであった。また、一人当たりレセプト件数（図表 17）から、50 歳代以降、治療件数が増加していた。これに対し、女性では 30 歳代の発症も見受けられた。特定健診受診者の特徴（図表 13）から、血圧が正常高値以上の人及び HbA1c 値が 5.6 以上の方は、県平均以上であった。また、血圧が正常高値以上の人及び LDL コレステロール値高値の人の割合は、40~50%程度、HbA1c 値が 5.6 以上の方は 70%程度であった。また、BMI25 以上の肥満者は、県・全国より少なく、特定健診受診者の 20%未満であった。特定健診問診項目表（図表 14）から、県平均より多いのは、喫煙の男女、毎日 2~3 合飲酒する男性、夕食後の間食を摂る女性、就寝前の夕食を摂る男性、1 回 30 分以上の運動習慣のない男女であった。また、「生活改善に取り組んでいる人」は、女性で県平均より多いが、男性は低く、「改善意欲のない人」についても男性が県平均より多かった。
健康課題
<ul style="list-style-type: none">脳・心血管疾患の要因疾患である高血圧症、糖尿病、脂質異常症は、50 歳代以降から要治療者が増加する。40~50 歳代以前では要因疾患の発症予防、50~60 歳代以降では要因疾患発症後の改善が必要であり、個々のレセプトを確認すると、肥満、非肥満の両方の対応が必要である。生活習慣の課題として、男女の喫煙、男性の毎日の多量飲酒、女性の夕食後間食、男性の遅い夕食、男性女性の 1 回 30 分以上の運動習慣の改善を要する。また、単純に摂取カロリーの過剰と運動不足だけではなく、個人ごとに異なる喫煙・飲酒・栄養・運動の課題がある。高塩分、糖質・タンパク質・脂質のアンバランス、急激な高血糖となる食品の摂取、適正な筋・有酸素運動の不足が考えられ、個人ごとの課題に配慮した取組が必要。特に、男性については、改善意欲が低いため、男性へ働きかける必要性は高い。改善意欲の低い人が意欲をもち、取り組みのきっかけを得られる方法を模索する。

目標

ハイリスク者を特定し、健診・医療受診、生活習慣改善をサポートすることで、発症を防ぐ。

【アウトプット指標】

- 生活習慣改善に取り組む人の増加
健康学習に習得・参加した人が、毎年、10%ずつ増える。
2017年度 1.8% → 2023年度 40~50歳代 60%
- 健康学習後、翌年度フォローアップ研修に参加した人の増加
2017年度 40% → 2023年度 70%

【アウトカム指標】

- 健康学習を受けた全員の検査値または生活習慣を維持改善
2017年度 100% → 2023年度 100%
- 健康学習後の翌年度フォローアップ研修受講者のうち、90%以上が生活又は検査値を維持改善
2017年度 88% → 2023年度 90%

保健事業

(1) 生活習慣改善の「きっかけ」づくり

複数の場面において、生活習慣の改善を動機づける「きっかけ」をつくり、個別性に配慮した実際の取組・評価修正まで行うことで、成果に結びつける。

① 既存事業への「きっかけ」付加

主に既存事業に、「アセスメント・取組・後の評価修正」のセット化したものを加え、参加者に「きっかけ」として実施する。セット内容は、過去の健康講座や問診項目分析により、主な健康課題と生活動線を取り入れやすい取組の類型化しておき、短時間化かつ定着を図る。健診では、結果により、今後の支援スケジュールを提案する。

② 既存事業を主とした機会

健診、ヘルスボランティア委員会活動、高齢者大学、単回講座（PTA学習会など）地区サロン、健康イベント（ウォーキング、体力測定など）生涯学習に係るクラブ活動、地域活動の機会、同年代の仲間での教室など。

③ 参加勧奨

過去の健康講座参加者やヘルスボランティア委員会から、各機会への参加について、声掛けをしていく。

(2) 本格的な生活習慣の改善

アセスメント・取組、評価修正、定着支援生活習慣改善を確実にする

ために、上記（１）の「きっかけ」づくりのうち、希望者やハイリスク者に対し、主に個別相談による複数回（３～４回程度）のアセスメント・取組提案・評価修正を行い、定着までの支援を行う。

（３）取り組みの継続支援

上記（１）（２）を利用した人が、取り組みを継続できるよう、動機と取り組みの評価修正を支えていく。

- ① 同じ機会を体験した人同士での話し合い・学習の機会により、動機を刺激し合う。
- ② 上記（１）の参加者で、かつ継続支援を要する人に、１～６か月後に、アンケート、電話、面接、再学習などで評価修正、継続勧奨を行う。
- ③ 上記（２）の参加者には、６か月ごとに、主に個別相談による取組の評価修正を行う。
- ④ 利用者から取組・意気込みを伝える記事を執筆してもらい、広報に掲載する。

（４）健康モデル～実体験をもち声かけする人づくり～

- ① 実体験もつ人からの声かけ
健康づくりの実体験をもつ人から、周囲の人へ各事業への参加・取組勧奨の声かけをしてもらう。
実体験をもつ人とは、主に、ヘルスボランティア委員、過去の講座・本格的なアセスメント参加者。
- ② ヘルスボランティア委員の本格的な生活習慣改善の体験
ヘルスボランティア委員会で、上記（２）の本格的な生活習慣改善のエッセンス化したものを主に、集団で実施する。それを、一連の流れと身体変化を実体験してもらい、声掛け、事業づくりに活かしてもらう。

（５）健康的な生活を行う環境づくり

生活習慣を改善し保つために、運動やコミュニケーション、参加活動の機会が増える必要がある。そこで、生涯学習（公民館的活動、各種クラブ活動、図書館活動など）、地域の支え合い活動（ボランティア、地区サロンなど）が活発化するように、関係機関（教育委員会、社協等）と定期的な会議と連携実施を行う。

（６）禁煙教育

- １．がんの早期発見治療の保健事業（４）と同様。

第7章 第3期特定健康診査等実施計画

1. 目標

国が定める特定健康診査基本指針に示された目標値を参考に、特定健診受診率および保健指導実施率を次のとおり設定します。

① 特定健診

図表 21 特定健康診査の対象者数

区分	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
対象者数 (人)	270	284	284	285	284	284
目標値 (%)	50	50	55	60	65	70
受診者数 (人)	135	142	157	171	185	199

※ 国の目標値基準=60%以上

② 特定保健指導

図表 22 特定保健指導の対象者数

区分	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
対象者合計 (人)	15	22	21	21	20	20
目標値 (%)	20	20	25	30	35	35
目標実施者 数 (人)	3	5	6	7	7	7
うち積極的 支援 (人)	1	1	1	1	1	1
うち動機付 け支援 (人)	2	4	5	6	6	6

※ 国の目標値基準=60%以上

2. 実施方法

① 特定健康診査

a. 実施場所

- ・ 集団健診は、いきいきふれあいセンター等で実施します。
- ・ 個別健診は、委託契約を締結している各機関において実施します。

b. 実施項目

図表 23 基本項目

項目	内容
問診	服薬歴、既往歴及び生活習慣の状況にかかる質問、自覚症状など
身長、体重及び腹囲の測定	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準に基づき、医師が必要でないと認めるときは、省略可
BMI の測定	BMI=体重÷身長 ² の 2 乗
血圧の測定	測定回数は 2 回実施し、その 2 回の測定値の平均
理学的検査	理学的所見、視診等
血中脂質検査	血清トリグリセライド (中性脂肪) 高比重リポ蛋白コレステロール (HDL コレステロール) 低比重リポ蛋白コレステロール (LDL コレステロール) 中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合、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
肝機能検査	血清グルタミンクオキサロアセチクトランスアミナーゼ (GOT (AST)) 血清グルタミンクピルビクトランスアミナーゼ (GPT (ALT)) ガンマーグルタミルトランスぺプチダーゼ (γ-GTP)
血糖検査	空腹時血糖またはヘモグロビン A1c (HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の等及び蛋白の有無

図表 24 詳細な健診の項目：医師の判断による追加項目

項目	実施できる条件（判断基準）				
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量および赤血球の測定）	貧血の既往歴を有する者、または視診等で貧血が疑われる人				
心電図検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg もしくは拡張期血圧 90mmHg または、問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1" data-bbox="699 703 1251 983"> <tr> <td data-bbox="699 703 815 822">血圧</td> <td data-bbox="815 703 1251 822">収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 822 815 983">血糖</td> <td data-bbox="815 822 1251 983">空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c6.5%以上または、随時血糖値が 126mg/dl 以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血圧	収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c6.5%以上または、随時血糖値が 126mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c6.5%以上または、随時血糖値が 126mg/dl 以上				
血清クレアチニン検査（eGFR による腎機能の評価を含む）	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖値が、次の基準に該当した者</p> <table border="1" data-bbox="699 1359 1251 1630"> <tr> <td data-bbox="699 1359 815 1469">血圧</td> <td data-bbox="815 1359 1251 1469">収縮期 130mmHg 以上または拡張期 85mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td data-bbox="699 1469 815 1630">血糖</td> <td data-bbox="815 1469 1251 1630">空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c5.6%以上または、随時血糖値が 100mg/dl 以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上または拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c5.6%以上または、随時血糖値が 100mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上または拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c5.6%以上または、随時血糖値が 100mg/dl 以上				

c. 法定外項目

図表 25 法定外必須項目

項目	実施できる条件（判断基準）
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量および赤血球の測定）	詳細項目の判断基準に該当しない人
血清クレアチニン検査 （eGFRによる腎機能の評価を含む）	詳細項目の判断基準に該当しない人
血清アルブミン	受診者全員
尿酸	受診者全員
尿潜血検査	受診者全員

図表 26 法定外選択項目

項目	実施できる条件（判断基準）
心電図検査	詳細項目の判断基準に該当しない人
眼底検査	詳細項目の判断基準に該当しない人

d. 実施時期

- ・ 集団健診は、5月下旬の西粟倉村が指定した日に実施します。
- ・ 個別健診は、4月1日から翌3月31日まで実施します。

e. 外部委託

特定健診の委託基準は、厚生労働省令「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、基準を満たしていることとします。

f. 代行機関の利用

特定健康診査および特定保健指導の実施に関し、費用決裁やデータ管理業務等を次の通り代行機関に委託します。

【代行機関名】 岡山県国民健康保険団体連合会
 【所在地】 岡山県岡山市北区桑田町17番5号

g. 受診勧奨

- ・ 広報誌への掲載及び告知放送を行います。
- ・ 集団健診後、直ちに未受診者への電話勧奨を行います。

② 特定保健指導

a. 実施場所

動機付け支援および積極的支援ともにいきいきふれあいセンター等で実施します。

b. 実施対象者

当該年度特定健診受診者のうち、健診結果について、肥満・高血圧・脂質異常・喫煙につき、高齢者の医療の確保に関する法律第 24 条に基づく特定保健指導の対象に該当した者

図表 27 支援判断表

支援	基準	リスク該当件数
動機付け支援	腹囲 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	1 以上該当
	BMI 25 以上	1 以上該当
積極的支援	腹囲 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	3 以上該当
	BMI 25 以上	4 以上該当

※積極的支援に係る 65～74 歳は、複数該当でも動機付け支援になります。

※リスク要因

- 高血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上
- 高血糖 HbA1c 5.6mg/dl 以上
- 脂質異常 中性脂肪 150mg/dl 以上または HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- 喫煙 喫煙をしている

c. 実施内容

標準的な健診・保健指導プログラムに基づき、下記支援内容のとおり、専門のスタッフ（保健師、栄養管理士、健康運動士等）が実施します。

ア 動機付け支援

- ・初回面接時、体重、腹囲を測定します。その際、健康づくりの話、グループ面談および運動実技等も合わせて実施します。
- ・6 か月後、評価、フォローアップを行います。

イ 積極的支援

- ・初回面接時、体重、腹囲を測定します。その際、健康づくりの話、グループ面談および運動実技等も合わせて実施します。
- ・3 か月後、中間面接を実施し、傾向と対策を行います。
- ・6 か月後、評価、フォローアップを行います。

d. 実施時期

通年実施します。ただし、初回面接は、特定健康診査当該年度末までに実施します。

e. 外部委託

外部委託機関については、基準を満たす機関に委託し、契約を締結します。

f. 受診勧奨

- ・対象者を抽出し、郵送します。
- ・電話勧奨も適宜実施します。

最終章 計画の推進

1. 計画の見直し

計画の期間中であっても、目標の達成状況や事業の状況等によって、計画の見直しを必要に応じて行います。

2. 計画の公表及び周知

策定した計画は、西粟倉村の広報誌やホームページ等で公表し、周知に努めます。

3. 個人情報の保護

保健事業で利用する個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」および「西粟倉村個人情報保護条例」に基づくものとします。

4. 事業運営上の留意事項

本計画により、村民が健康に関心を持ち、「生きるを楽しむ」ことができるよう、各セッションが共通の認識を持ち、横断的に取り組んでいきます。

西粟倉村国民健康保険

第2期データヘルス計画
第3期特定健康診査等実施計画

- | | |
|-------|---|
| □発行年月 | 平成31年3月 |
| □発行者 | 西粟倉村役場（いきいきふれあいセンター）
〒707-0503
岡山県英田郡西粟倉村影石 95-3
TEL0868-79-7100 |
| □編集者 | 西粟倉村 保健福祉課 |