西粟倉村国民健康保険

第３期データヘルス計画
第４期特定健康診査等実施計画

２０２４年度～２０２９年度

Brighten our Forests,
Brighten our Life,
Brighten our Future!!

生きるを楽しむ

西粟倉村

令和７年３月

内容

第１章　基本的事項 1
１．背景　計画の趣旨 1
２．目的及び位置付け 1
３．計画期間 1
４．実施体制・関係者連携 1
第２章　現状の整理 2
１．地域の概況 2
２．人口の状況 2
３．主要死因 3
４．健康寿命・平均余命 4
５．西粟倉村国民健康保険被保険者の状況 5
第３章　第２期計画の評価 7
１．第２期計画の健康課題ごとの評価 7
２．第２期計画の健康課題ごとの達成状況 8
第４章　健康医療情報等の分析と課題 11
１．医療費の状況 11
２．主要な疾病の医療費 12
４．レセプト件数からみる疾病の状況 14
５．要介護（要支援）認定の状況 15
６．要介護（要支援）者の有病状況 16
７．特定健診受診率 17
８．特定保健指導の実施率 18
９．特定健診の基準値超割合 19
５．生活習慣の状況 20
第５章　保健事業の実施計画 21
１．健康課題の整理 21
２．課題に応じた計画の目的 21
２．課題に応じた保健事業 22
３．個別の保健事業 23
第６章　第４期特定健康診査等実施計画 29
１．目標 29
２．実施方法 30
最終章　計画の推進 35
１．計画の見直し 35
２．計画の公表及び周知 35
３．個人情報の保護 35
４．事業運営上の留意事項 35

第１章　基本的事項

１．背景　計画の趣旨

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

西粟倉村では「第 2 期西粟倉村国民健康保険データヘルス計画」の期間満了となりましたので、データや取り組みを見直し、第 3 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 4 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 3 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、2024 年度（令和 6 年度）から 2029 年度（令和 11 年度）までとします。

４．実施体制・関係者連携

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　現状の整理

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
・海抜 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、令和 5 年 1 月 1 日現在、1,368 人のうち 65 歳以上は 510 人で、高齢化率は 37.2%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。

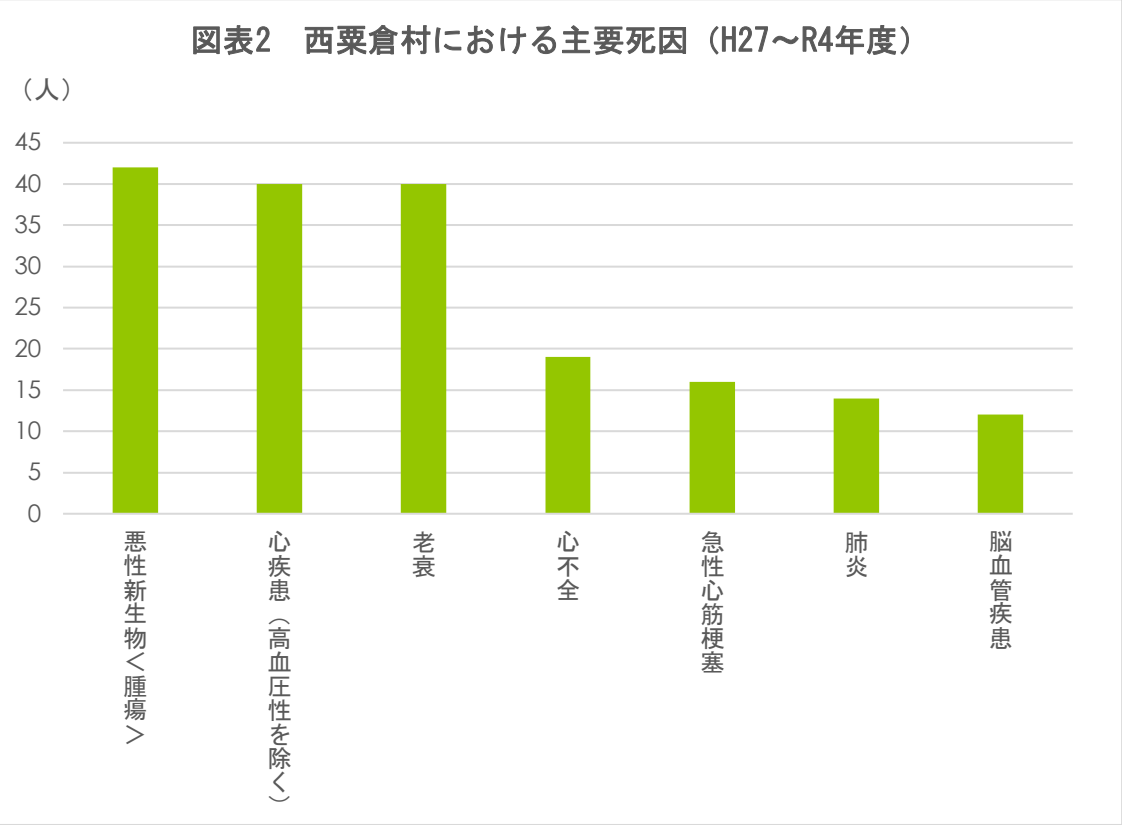
図表１　西粟倉村における人口の状況

	総人口	年少人口	生産年齢人口	老年人口	前期高齢者	後期高齢者	年齢不詳
平成26年	1,535	176	831	518	168	350	10
平成27年	1,530	181	818	524	178	346	7
平成28年	1,519	187	792	529	192	337	11
平成29年	1,485	182	763	526	204	322	14
平成30年	1,487	191	770	520	210	310	6
平成31年	1,458	188	738	529	230	299	3
令和2年	1,452	182	737	527	242	285	6
令和3年	1,419	174	712	527	254	273	6
令和4年	1,395	175	687	527	261	266	6
令和5年	1,368	168	684	510	244	266	6

出典：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」
*各年ともに1月1日現在の住民票に記載されている者の数（住民基本台帳人口）
*外国人住民を含む

３．主要死因

死因では、「悪性新生物」「心疾患」「老衰」が多く、次いで「心不全」「急性心筋梗塞」「肺炎」「脳血管疾患」などが多くなっています。

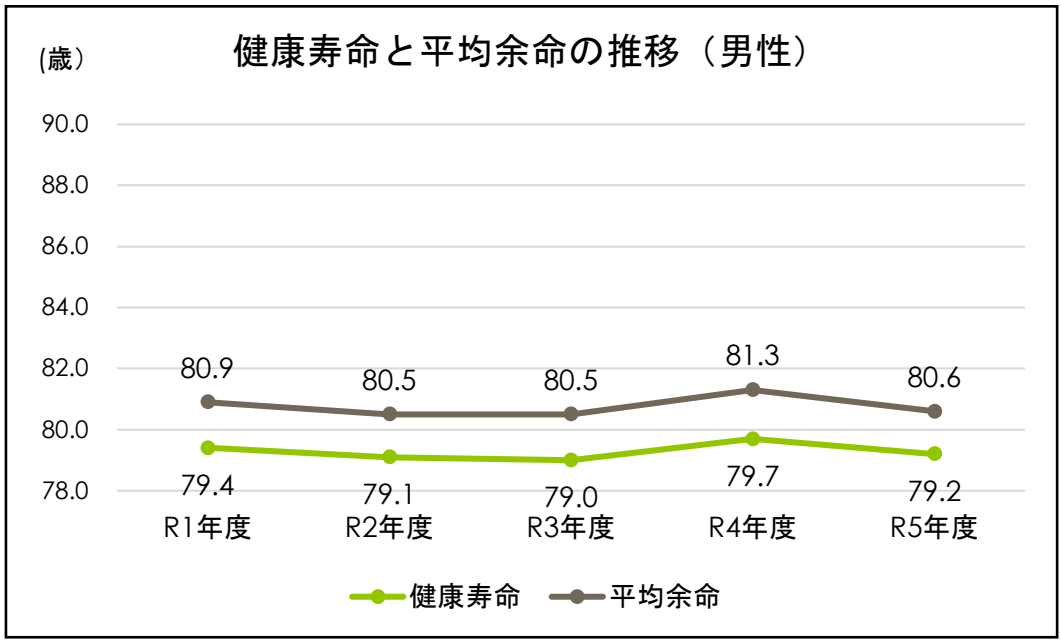


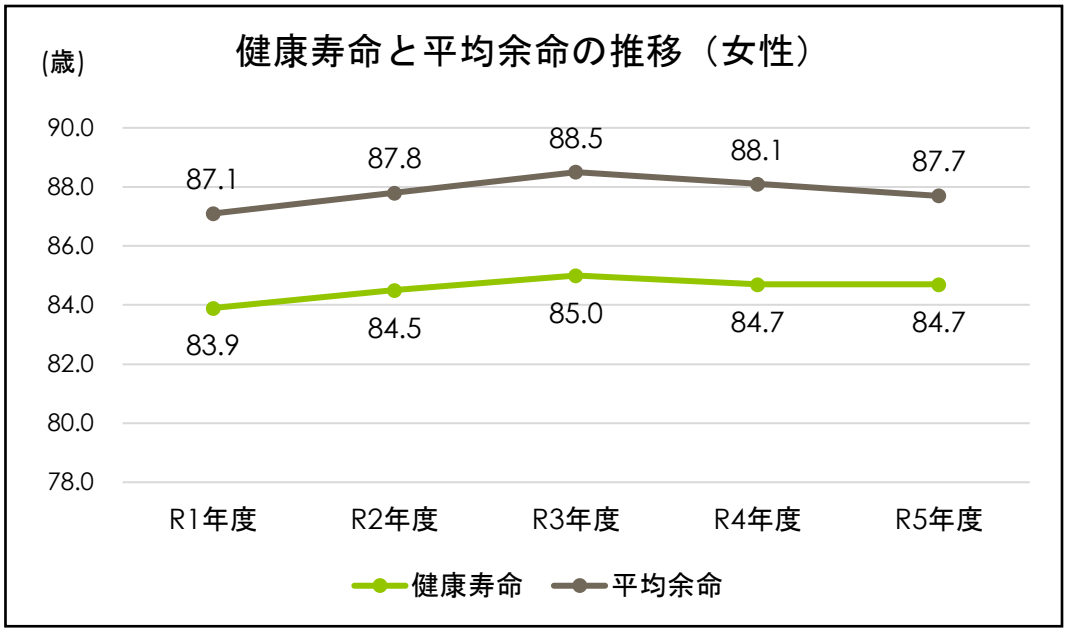
出典:人口動態調査 人口動態統計

４．健康寿命・平均余命

西粟倉村を含む二次医療圏における健康寿命（要介護２以上となる年齢）と平均余命では、各年度とも約 7 歳女性のほうが長くなっています。健康寿命と平均余命を比較すると、男性に約１年、女性に約３年の差異がみられました。

図表３　健康寿命と平均余命の推移





※資料　KDB システム

５．西粟倉村国民健康保険被保険者の状況

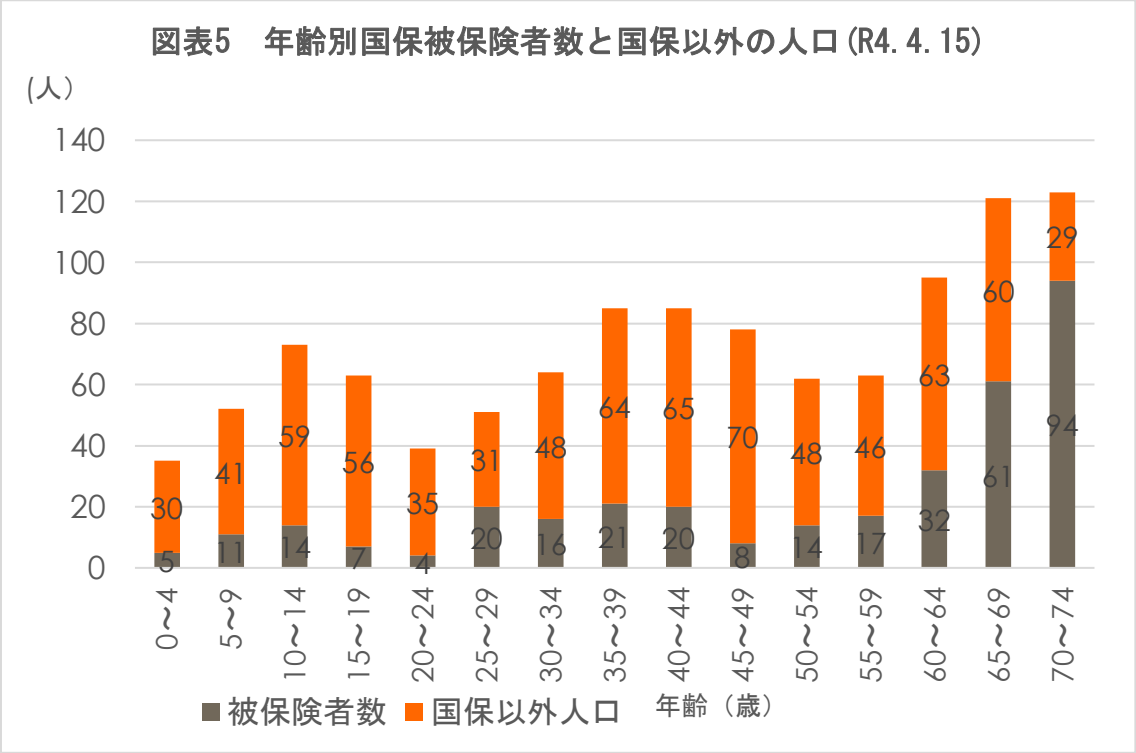
令和３～５年度の西粟倉村国民健康保険の被保険者数及び世帯数は、減少しています。

図表４　年度別被保険者状況（年度中平均値）

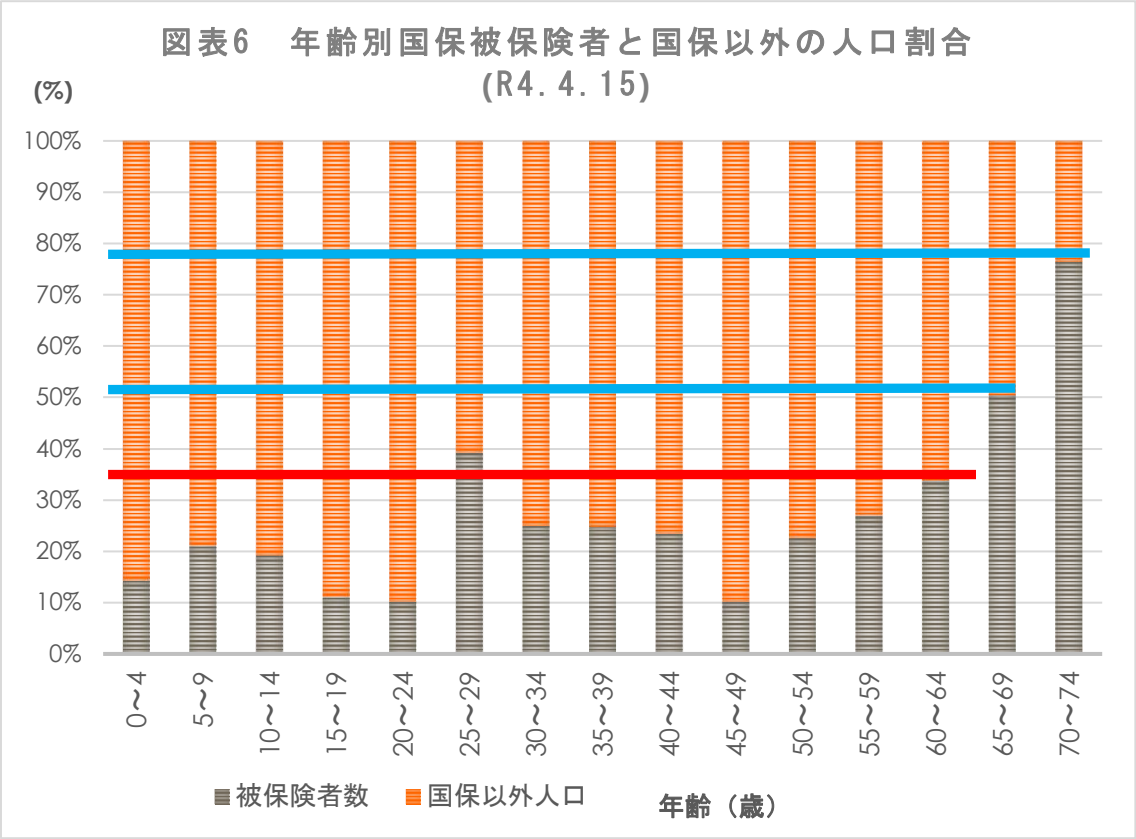
区分	令和３年度	令和４年度	令和５年度
一般 被保険者数	377	362	331
世帯数	257	249	230

※資料　国民健康保険事業年報

また、0～74 歳までの年齢別国保被保険者数と国保以外の被保険者数を比較したところ、国保 32%、社会保険 68%と社会保険が 7 割近くを占めています。年齢別の人口に占める国保の比率は、0～64 歳で 10～30%程、65～69 歳で 50%、70～74 歳で 76%となり、69 歳以前まで社会保険の被保険者が過半数以上となっています。社会保険脱退後、65 歳または 70 歳以降から国保へ加入する人が多いことから、69 歳以前の社会保険加入時での健康改善が、国保被保険者の健康レベルの向上に大きく関与すると考えられます。



※資料　健康管理システム「健康かるて」



※資料　健康管理システム「健康かるて」

第３章　第２期計画の評価

１．第２期計画の健康課題ごとの評価

第２期データヘルス計画（2019～2023 年度）の評価を、健康課題ごとに示しました。

（1）がんの早期発見治療

・がんの入院件数は、令和元年度より年々増加傾向にある。

・がん検診受診率、精検受診率は維持のままで増加がほとんどない。

・がん検診の勧奨、精検勧奨を引き続き行う必要ある。

・社保から国保移行後短期間にがん治療あり、社保段階からの予防を要する。

（2）糖尿病ハイリスク者の悪化予防

・糖尿病の入院件数は 0 件、透析通院者数の増加はなし。

・入院既往者、治療中断者への受診継続を診療所と連携し勧奨。
　ただし、経済的理由等で断続的なため、重層的な連携支援で対応を続ける。

（3）筋骨格系の発症・悪化を予防する。

・筋骨格系入院レセプト件数は増減あり、減少していない。骨折も毎年あり。

・骨折予防のための指導教育（理学療法士による転倒予防の体操指導、相談指導）、骨密度測定（婦人科検診）では実施数は伸びなかった。新たな機会として、総合健診時に簡易な骨密度測定を 20 歳代以上から後期高齢者の男女に広く実施し、普及啓発の一環とした。

・今後も、理学療法士を主体とした転倒予防体操の普及、相談･健康教育、診療所とも連携した骨密度検査の機会を増やし、骨粗鬆症の治療も積極的に勧める。

（4）脳・心血管疾患の発症予防･･･ハイリスク者を水際で防ぐ

・脳･心血管疾患の発症を完全には抑えられていない。

・ハイリスク基準を設定し、保健事業による健康講座を勧奨したが、参加率は低い。今後、医療事業による診療所の個別健康管理を開始し、保健と医療の２軸により、対応の幅を拡げる。また、ナッジやデジタル勧奨を活用し参加率を上げる必要ある。

・健診未受診・受診いずれも発症者には、社保加入中の悪化（国保加入後に発症）、アルコール過飲、生活習慣の偏り（過度な喫煙･塩分等）、経済的困窮による医療中断など重複課題があった。引き続き、福祉医療の関係機関と重層的支援を継続が必要。

・設定したハイリスク基準では把握できない発症者がいたため、ハイリスク基準の適宜見直しが必要（中低リスクの考慮）。

・ハイリスク基準の適用のために特定健診の受診が必要。受診勧奨の強化が必要（ナッジ資材と直接勧奨の併用）。

・社保から国保移行後短期間に脳・心血管疾患治療あり、社保段階からの予防を要する。

(5) 脳・心血管疾患の発症予防…要因疾患を改善する

・既存集団（高齢者大学やヘルスボランティア委員会等）への健康教育では参加者が固定。PTA での親子活動等に、健康学習は選択なかった。

・食と運動、健康への興味の啓発はポピュレーションアプローチで対応した。

食：時間栄養学の食事割合（朝４:昼３：夕３）を健康カレンダーに掲載。

運動：ラジオ体操普及、スポーツ・身体を動かす体験会等をスポーツ推進員・教育委員会と連携して実施。

自分の身体に興味：イベント会場にて健康啓発普及機器を用いて血流測定、野菜摂取量測定等を実施。

・個別支援として健康講座は定着。新規参加者は毎年 10 人以上。同講座のフォローアップ講座に 3～4 割程参加。ほぼ全ての参加者に維持改善の効果があった。今後、個別支援を、保健事業の健康講座と、医療事業の診療所による個別健康管理の２軸で行い、選択肢と効果を高めていく。

・健康的な環境づくりのため、健康 21 計画を令和 5 年度中に策定、3 年ごとに重点施策を実施かつ見直すこととなった。

・各事業の評価改善を的確するため、KDB データによる定期モニタリングと事業へのフィードバックを短期間のサイクル（1～3 ヶ月）で行う必要ある。

２．第２期計画の健康課題ごとの達成状況

第２期計画の目標値の達成状況と判定結果を次の判定区分に基づき、次ページに示しました。

判定区分
Ａ：うまくいっている：目標値を大幅に上回った。 Ｂ：ほぼ、うまくいっている：ほぼ目標値を達成した。 Ｃ：あまりうまくいっていない：目標値をやや下回った。 Ｄ：まったくうまくいっていない：目標値を大幅に下回った。 Ｅ：評価困難：未実施など。

図表７　第２期計画　健康課題ごとの評価

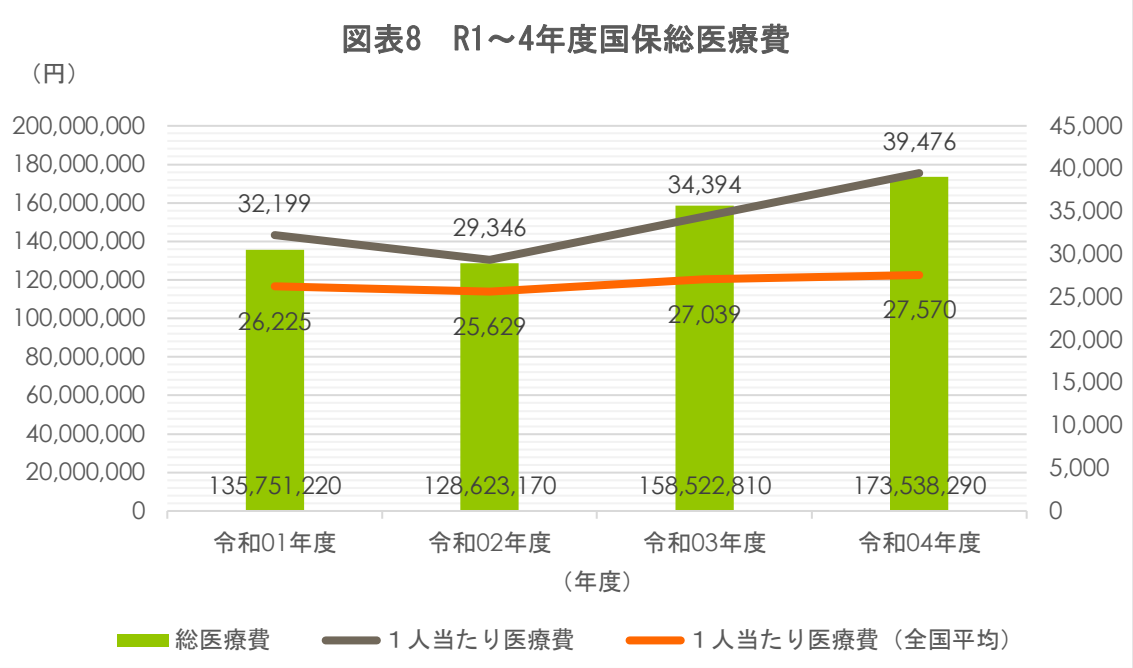
課題	事業	区分	目標値		結果 当初 2019 年（R1）	結果 中間 2021 年（R3）	結果 直近 2023 年（R5）	評価
１．がんの早期発見治療	① がん検診の受診勧奨 ② 身近な医療機関で受けられる検診づくり ③ 精検の受診勧奨 ④ 禁煙支援の実施	アウトプット	がん検診受診率 ※国保外も含む。	各がん検診より 10%増加	肺 16.7% 大腸 20.1% 胃 13.4% 乳 26.5% 子宮 18.6%	肺 15.3% 大腸 20.8% 胃 13.3% 乳 27.4% 子宮 18.9%	肺 18.7% 大腸 18.8% 胃 11.9% 乳 17.4% 子宮 13.9%	C
			精検受診率	各精検 100%	肺 71.4% 大腸 60% 胃 50% 乳 100% 子宮 100%	肺 57% 大腸 70% 胃 50% 乳 75% 子宮なし	肺 50% 大腸 68.4% 胃 50% 乳なし 子宮 100%	
			禁煙教育	年２回	０回	０回	０回	
		アウトカム	がん入院ﾚｾﾌﾟﾄ件数(千人あたり)		2.135	3.905	4.475	
２．糖尿病悪化予防	①糖尿病重症化予防事業の実施 1）対象者の発見 2）重症化予防の対応	アウトプット	発見・対応の取組	あり	なし	あり	あり	A
		アウトカム	糖尿病入院ﾚｾﾌﾟﾄ件数(千人あたり)	0	0.474	0	0.497	
			透析通院人数	2	2	2	2	
３．筋骨格系の予防	① 関節症予防の運動 ② 骨粗鬆症予防 ・骨密度の計測、機会の普及啓発 ・生活習慣の改善 ・骨粗鬆症予防の普及啓発	アウトプット	膝・股関節症予防活動(回)	５回	０回	11 回	11 回	B
			骨密度検査受診率（簡易検査含めず） ※国保外も含む。	30%	9.5%	9.8%	8.1%	
			骨粗鬆症予防の教育(回)	４回	１回	２回	１回	
			診療所連携、ﾘﾊﾋﾞﾘ相談後維持改善率	70%	実施なし	83%	実施なし	
		アウトカム	筋骨格系入院ﾚｾﾌﾟﾄ件数(千人あたり)		2.609	2.821	1.989	
４．５．脳心血管疾患の	4. ﾊｲﾘｽｸ者を水際予防 ① 検診受診者におけるハイリスク者支援 ②健診未受診者におけるハイリスク者支援	アウトプット	ﾊｲﾘｽｸのｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ基準	あり	なし	なし	あり	C
			健診受診者・未受診者のﾊｲﾘｽｸ者特定	あり	なし	なし	あり	
		アウトカム	健診受診者かつﾊｲﾘｽｸ特定者の医療継続・生活習慣の改善率	改善 100%	0%	0%	4%	

発症予防			健診未受診者かつﾊｲﾘｽｸ特定者の健診受診率	健診受診 70%	0%	0%	0%	
			脳梗塞･心筋梗塞入院ﾚｾﾌﾟﾄ件数(千人あたり)	脳 0 心 0	脳 0.712 心 0	脳 0.217 心 0	脳 0.249 心 0	C
	5. 要因疾患を改善 ①生活習慣改善「きっかけ」づくり ②本格的な生活習慣の改善 ③取り組みの継続支援 ④健康モデル ⑤健康的な生活を行う環境づくり ⑥ 禁煙教育	アウトプット	生活習慣改善に取り組む人の増加	健康講座参加 10%増	1.7% (14 人)	1.4% (12 人)	0.9% (7 人)	C
			講座ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ参加者	増加	14 人	15 人	20 人	
			健康啓発機会利用者		0 人	50 人	33 人	
		アウトカム	健康講座参加者の維持改善率	100%	92.8%	92.6%	90%	
			講座ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ参加者の維持改善率	90%	-	100%	100%	

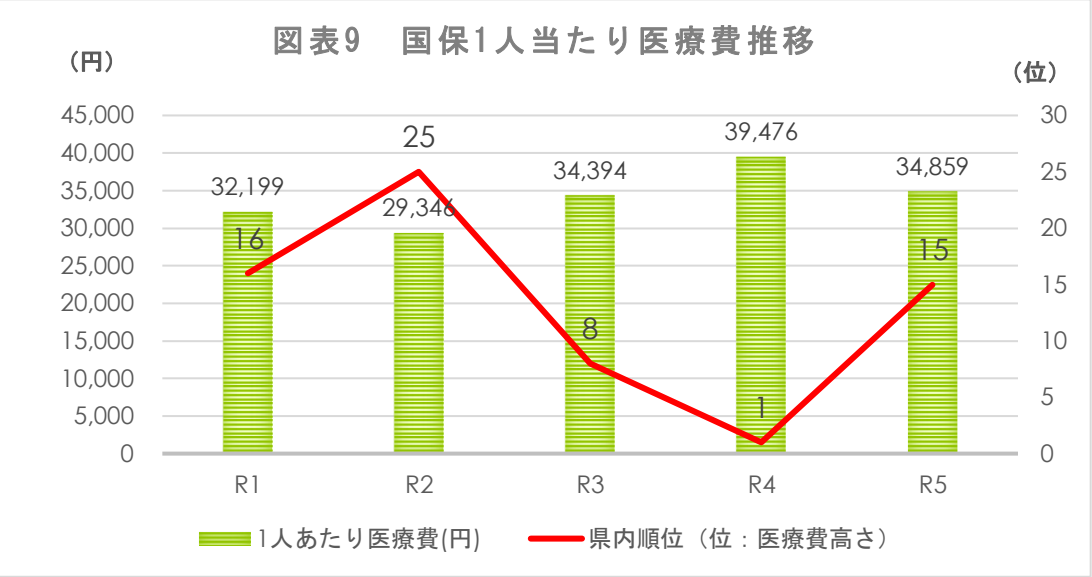
第４章　健康医療情報等の分析と課題

１．医療費の状況

総医療費の推移では、令和２年度に一旦低下した後、令和３，４年度と４千万円以上増加しました。一人当たり医療費においても、令和 3，4 年度で増加しており、令和２年度で県内 25 位が、令和４年度では県内１位の高さとなりました。令和５年度では総医療費、一人当たり医療費ともに減少しています。



※資料　KDB システム



※資料　KDB システム

２．主要な疾病の医療費

（1）疾病別の医療費

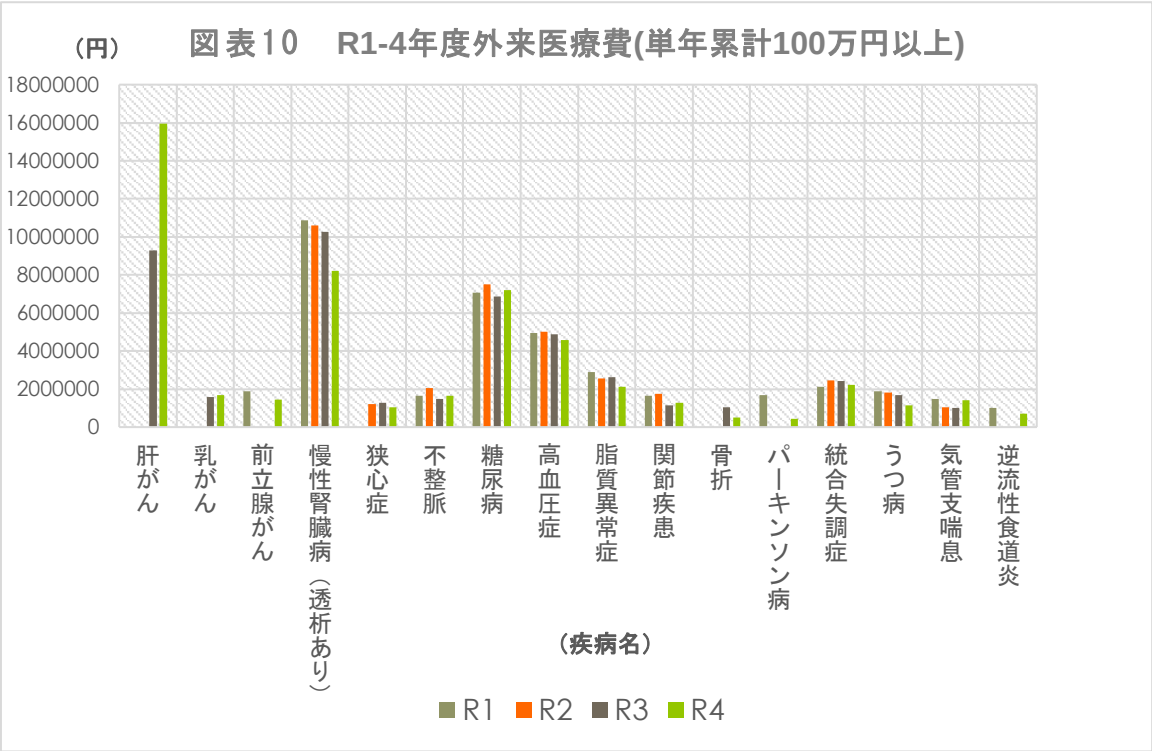
令和３,４年度の医療費総額及び一人当たり医療費の増加の要因を把握するため、最小分類ごとの疾病別医療費（各年度 100 万円以上の医療費を要した疾病）を比較しました。

令和１，２年度に比べ、令和３，４年度に増加した疾病は、外来で、「がん（肝）」、入院では、「がん（肝、乳）、脳心血管系疾患（脳梗塞、大動脈瘤、心臓弁膜症）、関節疾患」でした。これら疾病の増加の要因には、次の点が関与しており、新たな観点の対応策を要すると考えられました。

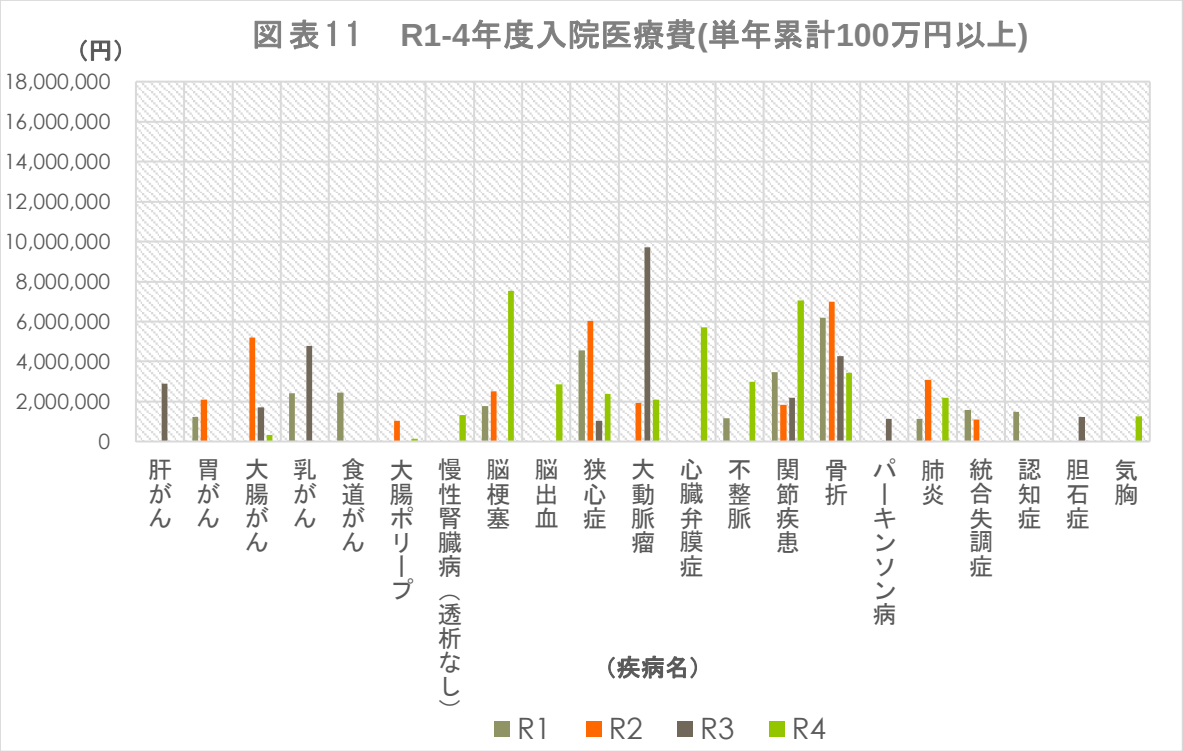
・社会保険から国保移行者のうち、移行後短期間の間に発症。

・国保被保険者のうち、元来または障害による極端な生活習慣の偏り、アルコールや困窮による健診-医療の未受診-中断により、悪化し発症。

なお、減少した疾病は、外来で慢性腎臓病（透析あり）、入院でがん（胃、大腸）、骨折でした。これら疾病の減少は、通常の保健事業（健診と事後指導、理学療法士中心の相談等）が奏功していることが考えられました。



※資料　KDB システム

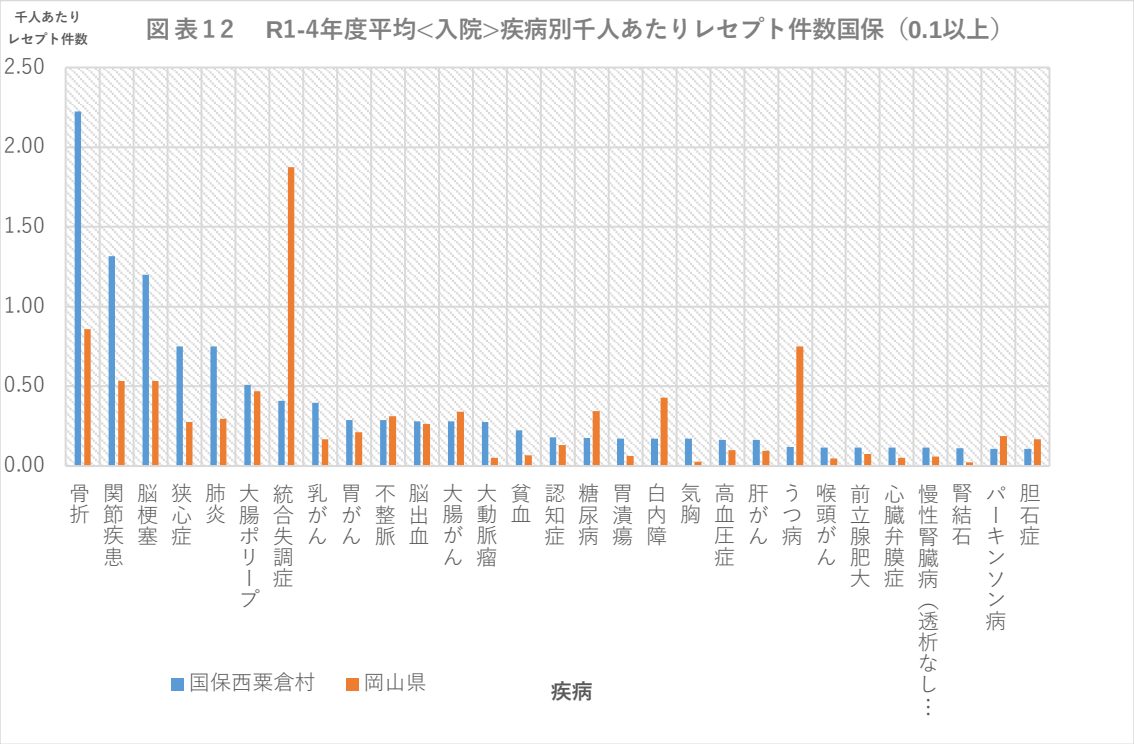


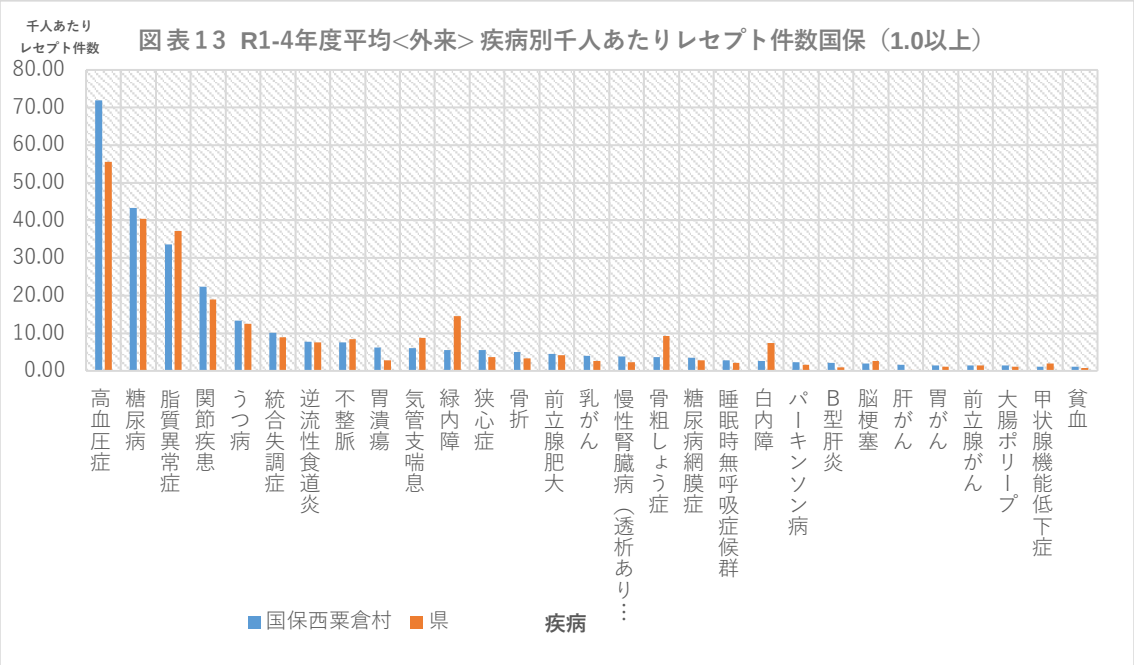
※資料　KDB システム

４．レセプト件数からみる疾病の状況

疾病別千人あたりレセプト件数をみると、入院では、骨折、関節疾患、脳心血管疾患（脳梗塞、狭心症）、肺炎が多く、いずれも県平均のより２倍以上高い値を示しました。

外来では、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、関節疾患の件数が多い傾向にありました。

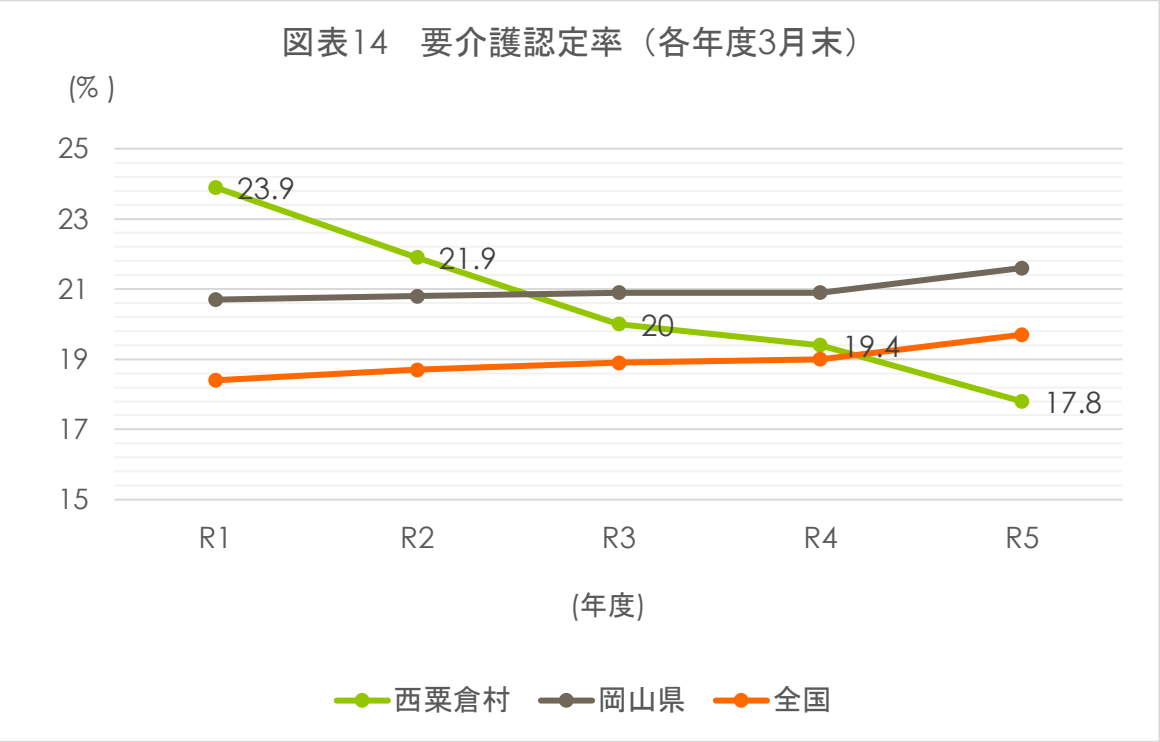




※KDB システム

５．要介護（要支援）認定の状況

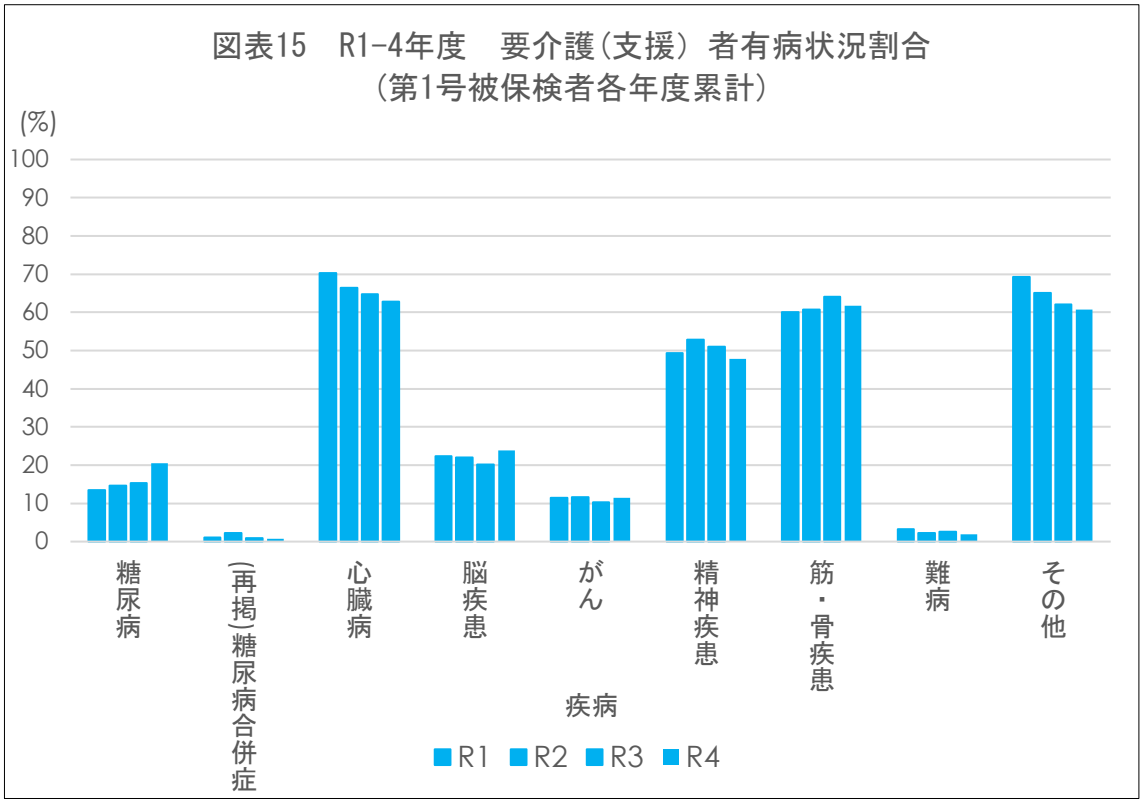
介護認定率は、次第に低下し、令和５年度で全国平均より低い値となっています。



※地域包括ケア「見える化」システム

６．要介護（要支援）者の有病状況

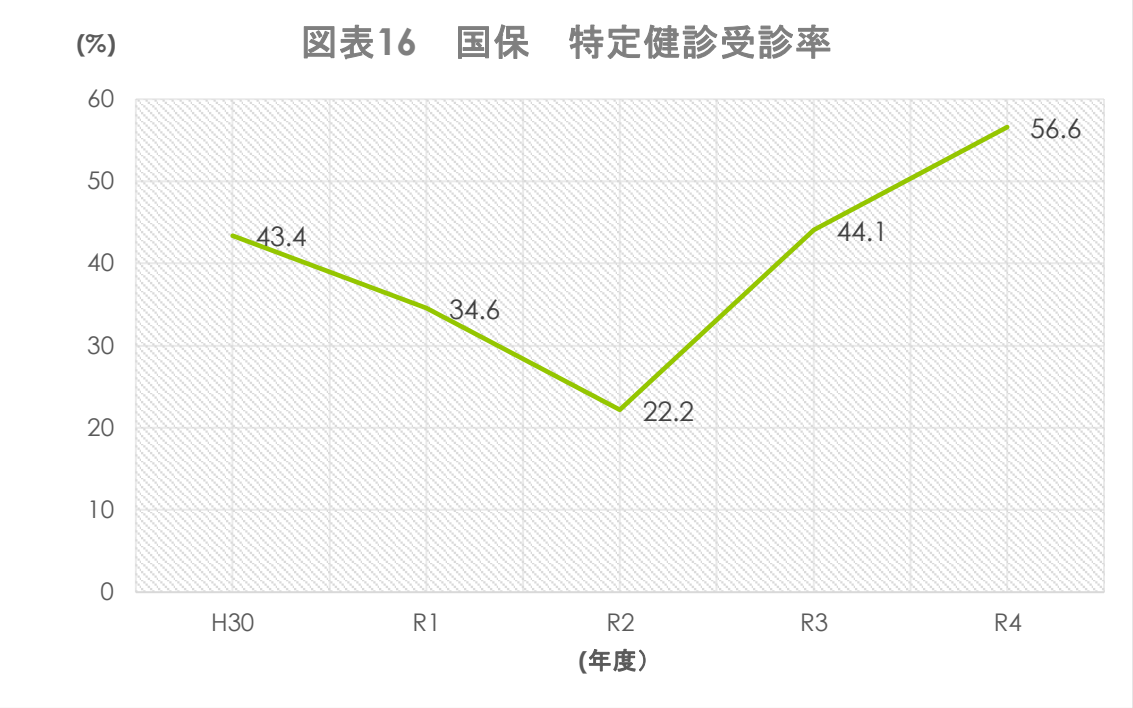
要介護（要支援）者の有病状況割合では、令和元年から４年度の傾向をみると、心臓病、筋・骨疾患、精神疾患、脳疾患の順に多くなっています。その要因には、脳･心血管疾患、骨折・関節疾患があると考えられます。



※KDB システム

７．特定健診受診率

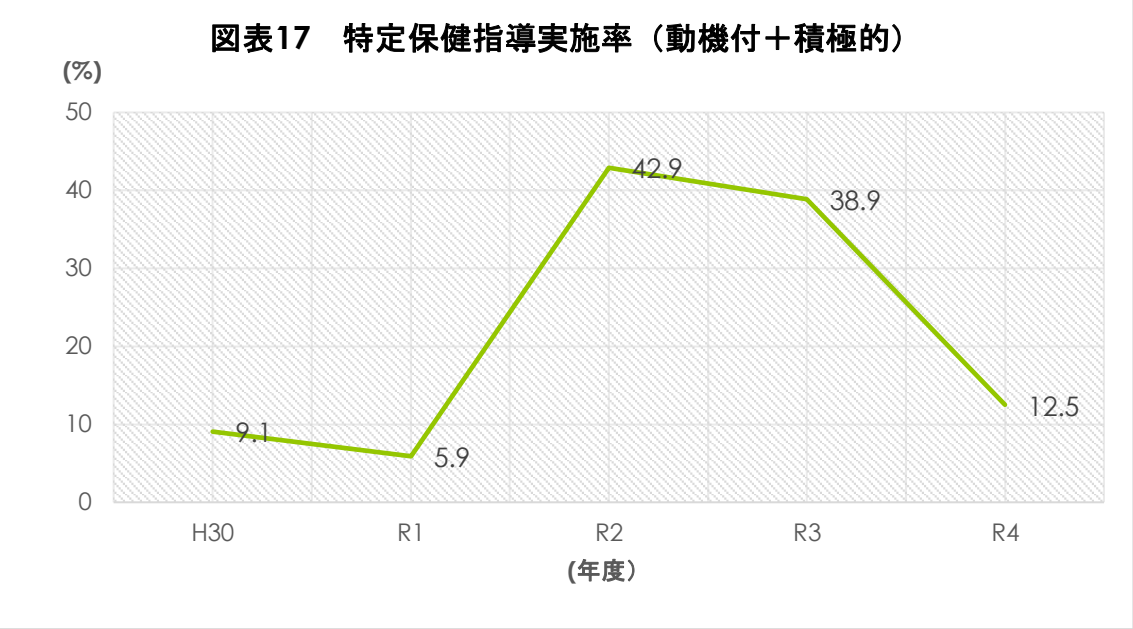
特定健診の受診率では、コロナ禍の令和 2 年度に 20%台に低下しましたが、徐々に回復し、ナッジ資材と電話面接の組合せで勧奨した令和 4 年度は 56.6%と県内で１位の高さになりました。



※法定報告値、岡山県速報値

８．特定保健指導の実施率

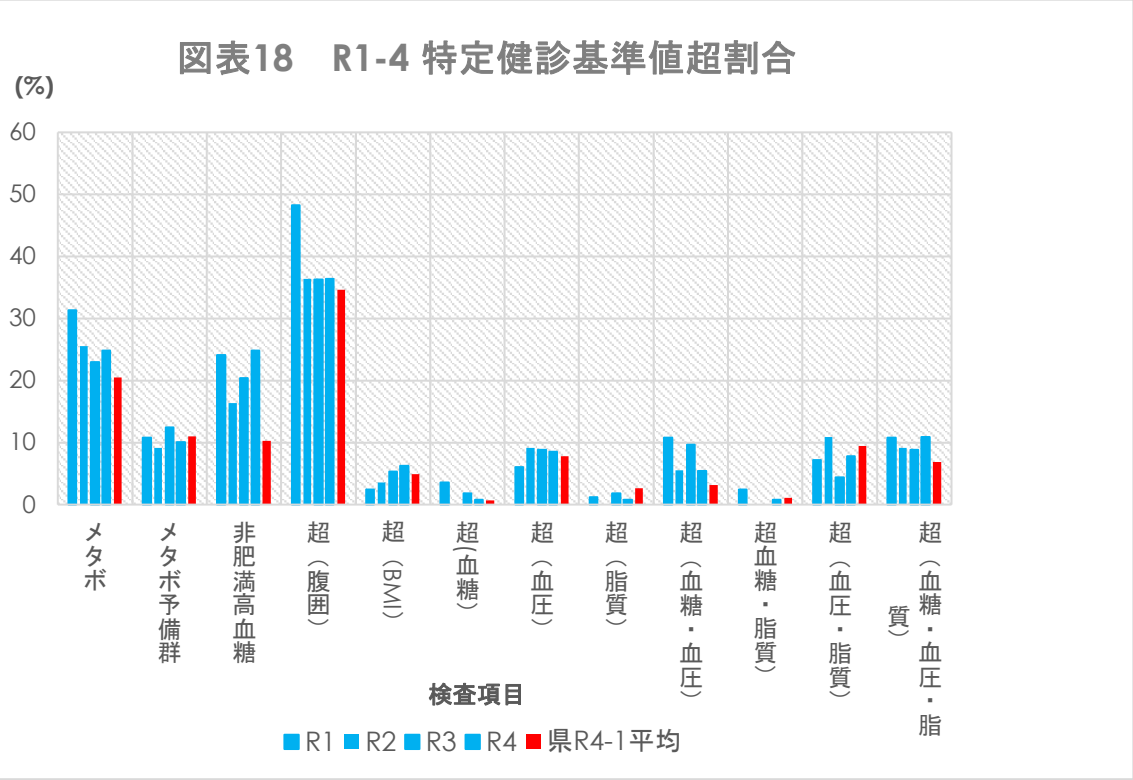
特定保健指導の実施率は、令和 2，3 年度に約 40%となりましたが、令和 4 年度は勧奨したにも関わらず 12.5%に低下しました。



※法定報告値、岡山県速報値

９．特定健診の基準値超割合

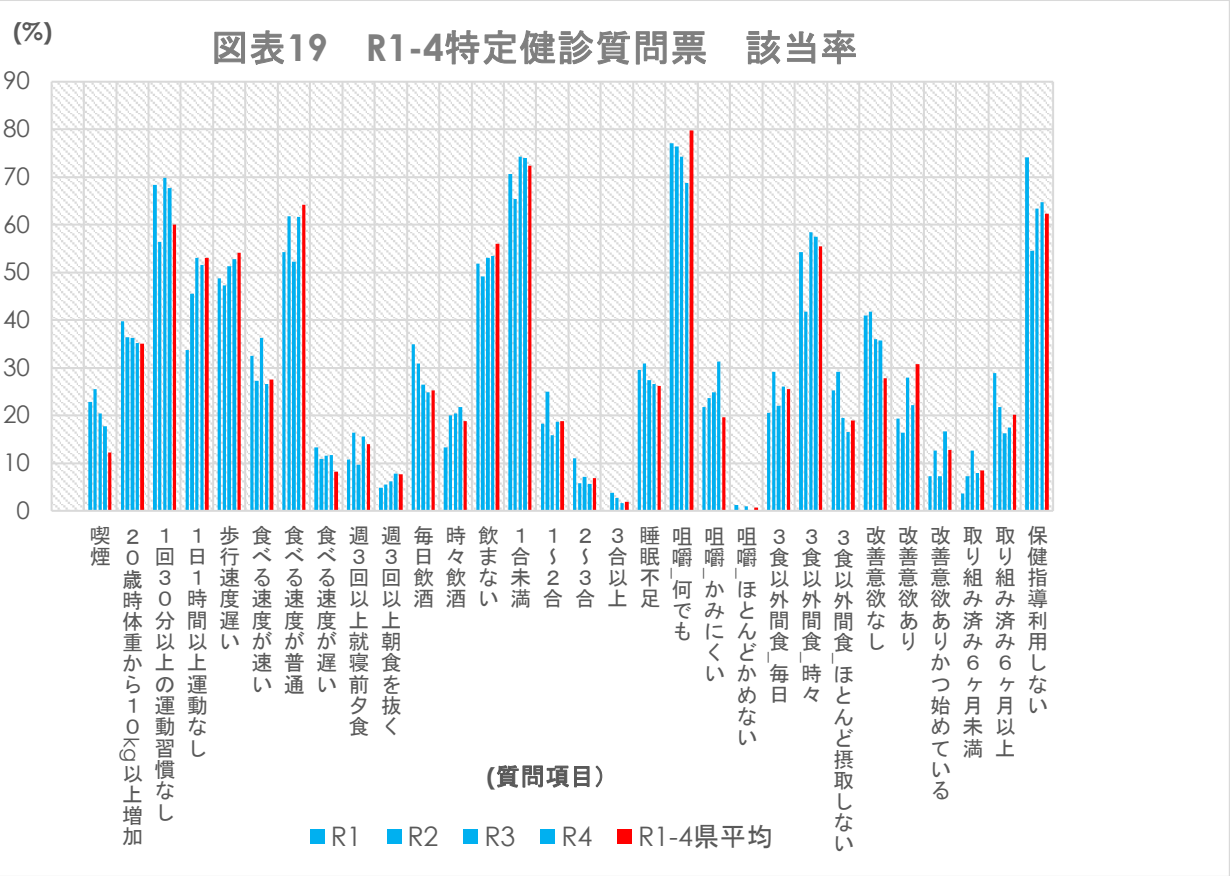
特定健診において、基準値を超えた受診者の割合を検査項目ごとにみると、腹囲、メタボで高い割合を示していました。県平均をほぼ 10%以上超えたのは非肥満高血糖の該当割合でした。



※KDB システム

５．生活習慣の状況

特定健診質問票の該当率をみると、「運動習慣なし」（「１回 30 分以上の運動習慣なし」「１日１時間以上の運動なし」）の人が約 50～70％程度、栄養では「食べる速度が速い」「毎日飲酒」「毎日間食」の人が約 20～30％、喫煙習慣の人が 20％程度（県平均より高値）いました。また、「保健指導を利用しない」人が 50％以上いました。



※KDB システム

第５章　保健事業の実施計画

１．健康課題の整理

これまでの章から、健康課題を抽出し、優先度と保健事業を整理しました。

①項目	②健康課題	③優先性	④対応する保健事業番号
A	脳･心血管疾患の発症が多い。	1	1
B	国保移行前に、生活習慣病が重症化する場合がある。	2	2
C	骨折・関節疾患の入院が多い。	3	3

２．課題に応じた計画の目的

健康課題ごとの、目的、評価指標、目標値を示しました。

⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標
A	脳心血管疾患の発症を０にする。	脳心血管疾患の新規・再発症者数（脳梗塞･出血、心筋梗塞･狭心症）

⑧計画策定時実績	⑨目標値：脳心血管疾患の新規・再発症者数（脳梗塞･出血、心筋梗塞･狭心症）　０人					
2022 年度 (R4)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
５人	２人	１人	０人	０人	０人	０人

⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標
B	国保移行時に生活習慣病の重症化がない。	がん、動脈硬化性疾患（脳･心血管疾患含む）の重症発症者（月額 30 万円以上医療費）のうち、社保から国保移行５年以内の人

⑧計画策定時実績	⑨目標値：がん、動脈硬化性疾患（脳･心血管疾患含む）の重症発症者（月額 30 万円以上医療費）のうち、社保から国保移行５年以内の人　０人					
2022 年度 (R4)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
３人	２人	１人	０人	０人	０人	０人

<table>
<tr><td>⑤項目</td><td colspan="4">⑥データヘルス計画全体における目的</td><td colspan="2">⑦評価指標</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="4">骨折･関節疾患による入院を減少させる。</td><td colspan="2">骨折･関節疾患による入院レセプト件数(千人あたり)</td></tr>
<tr><td>⑧ 計 画 策定時実績</td><td colspan="6">⑨目標値：骨折・関節疾患による入院レセプト件数（千人あたり）が、令和 1-4 年度の県平均値なみに低下する。</td></tr>
<tr><td>2022 年度 (R4)</td><td>2024 年度 (R6)</td><td>2025 年度(R7)</td><td>2026 年度 (R8)</td><td>2027 年度 (R9)</td><td>2028 年度 (R10)</td><td>2029 年度 (R11)</td></tr>
<tr><td>骨折 2.23
関節 1.32</td><td>骨 1.75
間 1.1</td><td>骨 1.5
間 1.0</td><td>骨 1.25
間 0.9</td><td>骨 1.0
間 0.8</td><td>骨 0.8
間 0.6</td><td>骨 0.75
関 0.5</td></tr>
</table>

２．課題に応じた保健事業

保健事業ごとの優先度を整理しました。

⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	脳･心血管疾患発症予防事業	1
2	社保・企業連携に関わる個別健康管理事業	2
3	骨折予防･関節疾患悪化予防事業	3

３．個別の保健事業

保健事業ごとの目的、対象、目標、方法、評価等を整理しました。

事業番号１　脳･心血管疾患発症予防事業

事業番号１	① 事業名称	脳･心血管疾患発症予防事業
② 事業の目的	脳心血管疾患の発症を０にする。	
③ 対象者	国保被保険者	
④現在までの事業結果	健康講座による複合的な個別相談、脳心血管疾患ハイリスク基準該当者への相談勧奨。	

⑨目標値
・脳心血管疾患の新規・再発症者数を０にする。

2022 年度 (R4)	2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
＜アウトカム（成果）指標＞ ・脳心血管疾患の新規・再発症者数（脳梗塞･出血、心筋梗塞･狭心症）						
５人	２人	１人	０人	０人	０人	０人
＜アウトプット（実施量・率）指標＞ ・脳心疾患ハイリスク者から健康相談事業につながった人数						
１人	２人	３人	４人	５人	５人	５人

⑨目標を達成するための主な戦略
・特定健診の受診勧奨でハイリスク該当者をできるだけ把握する。
・脳心血管疾患ハイリスク者を医療受診･健康相談事業（健康講座）につなげる。
・健康講座をコース選択可能にし、利用者枠を拡げる。
・村診療所の未病から医療までの個別健康管理を行う。診療所の健康各事業から、かかりつけ医療受診につなげる。
・生活困窮･精神･知的障害、生活習慣の悪化（過度の喫煙･飲酒等）、医療未受診等の複合課題ある人への総合相談と重層的支援の機能向上。
・KDB 活用したアウトカム指標の定期把握による PDCA サイクルの短期化。

⑩現在までの実施方法（プロセス）
・ナッジ資材を活用した特定健診の受診勧奨。
・特定健診･KDB データを活用した脳心血管疾患ハイリスク者の選定と健康講座の勧奨。
・複数の専門職種による健康相談指導の実施。

・村診療所による動脈硬化測定等計測機器の設置、かかりつけ医療。 ・生活困窮･精神･知的障害等で、生活習慣の悪化、医療未受診等の複合課題ある人への重層的支援。
⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標 ・特定健診での要指導･精検･医療の判定者へ複数回の受診勧奨。 ・脳心血管疾患ハイリスク者のレベル別選定（低･中･高リスク）と、リスクレベルに応じた健康講座･個別健康管理への勧奨。 ・複数の専門職種による健康講座のコース選択化（栄養・運動・口腔）。 ・村診療所による未病～要医療の個別健康管理（複数専門職の対応、計測機器･デジタル機器の活用による評価･健康相談機能の向上、オンライン診療、かかりつけ医療機関としてつなげる）。 ・重層的支援の継続、新規把握したリスク者を支援対象リストにあげる。 ・KDB データによるアウトカム指標を、短期サイクル（１～３ヶ月ごと）で現状把握し、事業反映。
⑫現在までの実施体制（ストラクチャー） ・保健福祉課による健診勧奨、特定健診･KDB データの活用、複数の専門職による健康講座の体制。 ・村診療所の機器導入･専門職連携によるによる、かかりつけ医療機能の向上 ・重層的支援会議による連携支援。 ・デジタル専門家との連携体制。
⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標 ・村診療所における健康行動･心身状態の計測、相談指導の整備（デジタル活用、複数専門職との連携）。 ・総合相談体制の整備、重層的支援関係者での情報交換の効率化（デジタル連携等）。 ・KDB 担当による指標データの定期把握と共有化、関係者の事業反映体制。
⑭評価計画 ・KDB データによるアウトカム指標の短期サイクル（１～３ヶ月ごと）での把握･共有。

事業番号２　社保・企業連携に関わる個別健康管理事業

<table>
<tr><td>事業番号２</td><td>① 事業名称</td><td colspan="6">社保・企業連携に関わる個別健康管理事業</td></tr>
<tr><td>② 事業の目的</td><td colspan="7">国保移行前の生活習慣病の悪化を予防し、国保移行後の脳心血管疾患ほか重篤な疾病発症を予防する。</td></tr>
<tr><td>③ 対象者</td><td colspan="7">社保加入者</td></tr>
<tr><td>④現在までの事業結果</td><td colspan="7">健康講座による 30～74 歳社保被保険者の受入れ。</td></tr>
<tr><td colspan="8">④ 今後の目標値
・がん、動脈硬化性疾患（脳･心血管疾患含む）の重症発症者（月額 30 万円以上医療費）に、社保から国保移行５年以内の人がいない。</td></tr>
<tr><td>2022 年度
(R4)</td><td>2024 年度
(R6)</td><td>2025 年度
(R7)</td><td>2026 年度
(R8)</td><td>2027 年度
(R9)</td><td>2028 年度
(R10)</td><td>2029 年度
(R11)</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">＜アウトカム（成果）指標＞
・がん、動脈硬化性疾患（脳･心血管疾患含む）の発症者の人数
※社保から国保移行５年以内の人</td></tr>
<tr><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">＜アウトプット（実施量・率）指標＞
・社保被保険者で、診療所の健診・個別健康管理を新たに利用した人数。</td></tr>
<tr><td>0</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">⑨目標を達成するための主な戦略
・社保･村内企業と連携し、健診、健康教育、要精検･医療･指導の人に受診を勧奨。
・社保被保険者を、診療所の個別健康管理（相談事業、かかりつけ医療機関として受診）または健康講座につなげる。</td></tr>
<tr><td colspan="8">⑩現在までの実施方法（プロセス）
・30~74 歳までの社保被保険者にも健康講座を実施。</td></tr>
<tr><td colspan="8">⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標
・連携可能な社保保険者･村内企業と連携し、被保険者･被扶養者の健診、健康教育、精検･医療･指導の人の受診を勧奨し受ける。
・健康講座での社保被保険者の受入れを継続。
・診療所による社保被保険者の個別健康管理として、デジタル機器･医療機器を活用し、各種医療専門職と連携したオンライン診療･計測･相談指導、診療所をかかりつけ医療機関としての受診までつなげる。</td></tr>
<tr><td colspan="8">⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）
・健康講座による複数専門職の健康相談体制。</td></tr>
<tr><td colspan="8">⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標</td></tr>
</table>

・村診療所の個別健康管理に要する医療機器・デジタル機器の整備、各種医療専門職による相談機能の活用体制の整備。 ・デジタル専門家との連携体制。
⑭評価計画 ・社保被保険者の健康講座の参加人数を算定。 ・社保被保険者で診療所の健診・個別健康管理を新たに利用した人数を算定。 ・KDB データを活用し、がん･動脈硬化性疾患（脳･心血管疾患含む）の発症者のうち、社保から国保移行後 5 年以内の人数を把握。

事業番号３　骨折･関節疾患予防事業

<table>
<tr><td>事業番号３</td><td>① 事業名称</td><td colspan="5">骨折･関節疾患予防事業</td></tr>
<tr><td>② 事業の目的</td><td colspan="6">転倒予防、骨粗鬆症治療により、骨折を予防する。
関節症の悪化が予防され、入院する人が減少する。</td></tr>
<tr><td>③ 対象者</td><td colspan="6">国保被保険者</td></tr>
<tr><td>④現在までの事業結果</td><td colspan="6">後期高齢者には、足指･足裏を刺激する体操の普及啓発を通いの場で実施。
住民の生活拠点で運動器疾患の相談会･運動教室の定期実施。</td></tr>
<tr><td colspan="7">⑤ 目標値
・骨折・関節疾患による入院レセプト件数（千人あたり）が、令和 1-4 年度の県平均値なみに低下する。</td></tr>
<tr><td>2022 年度
(R4)</td><td>2024 年度
(R6)</td><td>2025 年度
(R7)</td><td>2026 年度
(R8)</td><td>2027 年度
(R9)</td><td>2028 年度
(R10)</td><td>2029 年度
(R11)</td></tr>
<tr><td colspan="7">＜アウトカム（成果）指標＞
・骨折による入院レセプト件数（千人あたり）を 0.8（R1-4 県平均値）
・関節疾患による入院レセプト件数（千人あたり）を 0.5（R1-4 県平均値）</td></tr>
<tr><td>骨折 2.23
関節 1.32</td><td>骨 1.75
間 1.1</td><td>骨 1.5
間 1.0</td><td>骨 1.25
間 0.9</td><td>骨 1.0
間 0.8</td><td>骨 0.8
間 0.6</td><td>骨 0.75
関 0.5</td></tr>
<tr><td colspan="7">＜アウトプット（実施量・率）指標＞
・理学療法士による相談かつ運動指導の場参加者数</td></tr>
<tr><td>0</td><td>3</td><td>5</td><td>7</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td></tr>
<tr><td colspan="7">⑨目標を達成するための主な戦略
・主に転倒骨折の増える 40 歳以上を対象に、転倒予防に効果的な体操の普及啓発、骨密度測定と低値者への治療勧奨を行う。
・関節疾患等運動器の相談利用を増やし、受診･日常のセルフケア行動につなげ悪化を予防する。
・普及啓発、相談・医療受診者を増やすための、情報提供、健康教育。</td></tr>
<tr><td colspan="7">⑩現在までの実施方法（プロセス）
・後期高齢者への体操普及。婦人科検診での骨密度検診。総合健診での簡易な骨密度検査。
・理学療法士による相談会にて個々に相談指導。</td></tr>
<tr><td colspan="7">⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標
・医療機関（主に村診療所）と連携した、40 歳代以上への骨折･転倒予防体操普及啓発のためのイベント･講演、情報提供のためのデジタル活用。
・総合健診等、40 歳代以上の多数に対応する機会に骨密度検診（簡易な検査</td></tr>
</table>

も含む）を設定。 ・村診療所の健診･通院者に定期的な骨密度検査、骨粗鬆症治療の勧奨。 ・医療機関（主に診療所）と連携した、広く情報提供･健康教育、相談・運動指導。
⑫現在までの実施体制（ストラクチャー） ・生活拠点１カ所での理学療法士による相談会。
⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標 ・診療所と保健福祉課との連携体制。 ※後期高齢一体的実施体制、デジタル専門家との連携含む。
⑭評価計画 ・KDB による骨折・関節疾患の入院レセプト件数（千人あたり）の把握。

第６章　第４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 20　特定健康診査の対象者数

区分	2024 年度(R6)	2025 年度(R7)	2026 年度(R8)	2027 年度(R9)	2028 年度(R10)	2029 年度(R11)
対象者数（人）	255	250	245	240	235	230
目標値（%）	47	50	55	60	62	65
受診者数（人）	122	125	134	144	145	149

②特定保健指導

図表 21　特定保健指導の対象者数

区分	2024 年度(R6)	2025 年度(R7)	2026 年度(R8)	2027 年度(R9)	2028 年度(R10)	2029 年度(R11)
対象者合計（人）	18	18	17	16	15	14
目標値（%）	11	16	17	18	20	22
目標実施者数（人）	2	3	3	3	3	3
うち積極的支援（人）	0	1	1	1	1	1
うち動機付け支援（人）	2	2	2	2	2	2

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 22　基本項目

項目	内容
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
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）
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
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（血清トリグリセライド）の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 高比重リポ蛋白コレステロール（HDL コレステロール）の量 低比重リポ蛋白コレステロール（LDL コレステロール）の量 空腹時中性脂肪若しくは随時中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合、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	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST（GOT）） アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT（GPT）） ガンマグルタミルトランスフェラーゼ（γ－GT）
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 23　詳細な健診の項目：医師の判断による追加項目

<table>
<tr><th>項目</th><th>実施できる条件（判断基準）</th></tr>
<tr><td>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）</td><td>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</td></tr>
<tr><td>心電図検査</td><td>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</td></tr>
<tr><td>眼底検査</td><td>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
<table>
<tr><td>血圧</td><td>収縮期 140mmHg 以上または拡張期 90mmHg 以上</td></tr>
<tr><td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）6.5%以上または、随時血糖値が 126mg/dl 以上</td></tr>
</table>
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。</td></tr>
<tr><td>血清クレアチニン検査（eGFR による腎機能の評価を含む）</td><td>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
<table>
<tr><td>血圧</td><td>収縮期 130mmHg 以上または拡張期 85mmHg 以上</td></tr>
<tr><td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または、随時血糖値が 100mg/dl 以上</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

c.　法定外項目

図表 24　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
心電図検査	詳細項目の判断基準に該当しない人

図表 25　法定外選択項目

項目	実施できる条件（判断基準）
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。
・集団健診前後に、受診勧奨の資材を複数回送付し、併せて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 26　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 つ該当
	BMI 25 以上	1～2 つ該当
積極的支援	腹囲 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	2 つ以上該当または 1 つ該当かつ喫煙あり
	BMI 25 以上	3 つ以上該当または 2 つ該当かつ喫煙あり

※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。

<u>※リスク要因</u>

●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（NGSP）　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

・初回面接を行い、目標設定、生活習慣の相談指導を実施します。

・3 か月後以降に、評価、フォローアップを行います。

イ　積極的支援

・初回面接を行い、目標設定、生活習慣の相談指導を実施します。

・中間面接を経て 3 か月後以降に、評価、フォローアップを行います。

d.　実施時期

通年実施し、年度内で初回面接、最終評価を行います。

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、案内を郵送します。
・電話面接による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、関係機関が共通の認識を持ち、連携した体制で取り組んでいきます。

西粟倉村国民健康保険

第３期データヘルス計画
第４期特定健康診査等実施計画

□発行年月　　令和７年３月

□発行者　　西粟倉村役場保健福祉課
〒707-0503
岡山県英田郡西粟倉村影石 33 番地Ｉ
℡0868-79-2233

□編集者　　西粟倉村　保健福祉課