

第3期おい町国民健康保険データヘルス計画

第4期おい町特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

おい町国民健康保険

## 目 次

第1章	基本的事項	
1.	計画の趣旨	1
2.	計画期間	1
3.	実施体制	1
第2章	現状の整理	
1.	おおい町の特性	2
2.	第2期データヘルス計画等に係る考察	2
第3章	健康・医療情報等の分析と課題	3
第4章	データヘルス計画の目的・目標	12
第5章	個別の保健事業	
1.	減塩対策	13
2.	健康プログラム事業（レッツウォーク15プラス）	14
3.	生活習慣病重症化予防（医療機関への受診勧奨）	15
4.	がん検診	16
5.	特定健康診査・特定保健指導	17
第6章	その他	
1.	データヘルス計画の評価・見直し	18
2.	データヘルス計画の公表・周知	18
3.	個人情報の取扱い	18
4.	地域包括ケアに係る取組	18
第7章	第4期おおい町特定健康診査等実施計画	
1.	特定健康診査・特定保健指導の目標値	19
2.	特定健康診査	20
3.	特定保健指導	21

## 第1章 基本的事項

1. 計画の趣旨	<p>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。」とされた。さらに、平成26年3月、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において、市町村国保及び国民健康保険組合は、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）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。</p> <p>平成30年から都道府県が共同保険者となり、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられた。</p> <p>こうした経緯を踏まえ、第3期おおい町国民健康保険事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、被保険者の健康増進、生活習慣病の発病や重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うものとする。さらに、より効率的・効果的に国民健康保険事業の実施及び評価ができるよう特定健康診査等実施計画との一体化を図る。</p> <p>なお、データヘルス計画は「第4期おおい町特定健康診査等実施計画」や「第4次おおい町ヘルスプラン（健康増進計画）」との整合性を図っていくものである。</p>
2. 計画期間	本計画は、令和6年度から令和11年度までの6年を計画期間とする。
3. 実施体制	本計画は、すこやか健康課が主体となり進める。また、保健事業の運営においては、地域の関係団体等との連携により進めていく。

## 第2章 現状の整理

1. おおい町の特性	<p>被保険者数は令和2年度が1,620人、令和5年度が1,440人と年々減少傾向にある。また、被保険者の高齢化率（65歳以上の占める割合）は55%を超えている。</p>
2. 第2期データヘルス計画等に係る考察	<p>第2期データヘルス計画では、健康寿命の延伸や医療費の削減を長期目標に掲げ、「町民が自分にできそうな健康づくりを実践する」と「医療なし健診なし群の被保険者が減る」の二つを目標に保健事業を実施した。</p> <p>「町民が自分にできそうな健康づくりを実践する」については、ウォーキングの推進を中心に、各種運動教室の実施や元気アップ体操の普及などに取り組んできたが、令和2年度からの新型コロナウイルス感染症拡大防止に伴う保健事業の縮小の影響もあり、目標を達成することができなかった。</p> <p>「医療なし健診なし群の被保険者が減る」については、特定健診の受診勧奨を中心に取り組んだが、コロナ禍による受診控えの影響もあり、特定健診受診率は目標値に届かなかった。特に40・50代の受診率が低くなっている。</p>

### 第3章 健康・医療情報等の分析と課題

健康・医療情報等の大分類	各種データ等の分析結果	参照データ	健康課題との対応
平均寿命・標準化死亡比	<p>【平均寿命】男H27:81.2歳→R2:82.2歳、女H27:87.5歳→R2:87.8歳と、男性の伸びに比べて女性の伸びが少ない。</p> <p>【健康寿命】男H29:79.15歳→R2:81.00歳、女H29:84.66歳→R2:84.02歳と、男性は伸びているが女性は短くなっている。</p> <p>【標準化死亡比】男女とも急性心筋梗塞の死亡率が高い。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・わがまち健康カルテ（県健康政策課）</li> <li>・健診等新標準データセット（国保連）</li> </ul>	A
医療費の分析	<p>【標準化医療費の比（入院）】男性では筋骨格系疾患、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、女性では高血圧、がん、筋・骨格系疾患が高くなっている。</p> <p>【生活習慣病別レセプト件数（千人当たり）】入院では男女とも、がん・筋骨格系疾患が多い。外来では、男女とも筋骨格系疾患・高血圧が多い。</p> <p>【医療費の高い疾病】入院では関節疾患・骨折・脳梗塞、外来では関節疾患・糖尿病・高血圧が多い。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診等新標準データセット（国保連）等</li> </ul>	A・B・C
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析	<p>【特定健診受診率】R2はコロナ禍による受診控えがあったが、徐々に回復傾向にある。男女別では女性の方が受診率が高く、年齢別では65歳以上の受診率が高い。また、2割の人が健診も医療も受けていない。</p> <p>【有所見状況】多くの検査項目で有所見率が上昇。特に男性の肥満、男女とも高血圧、高血糖の有所見率が上昇している。</p> <p>【生活習慣】県と比較して高血圧の服薬者が多く、糖尿病の服薬者が少ない。1回30分以上の運動習慣を持つ人が少ない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> <li>・健診等新標準データセット（国保連）等</li> </ul>	A・B・D
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	<p>【高血圧・糖尿病】外来医療費が高く、健診でも有所見率が高い。心筋梗塞や脳梗塞などの原因疾患となるため、健康課題として対策が必要である。糖尿病については、健診の有所見率が高いが服薬者割合が低く、適切な治療につなぐ必要性も考えられる。</p> <p>【関節疾患】関節疾患による外来・入院医療費が高くなっているが、運動習慣を持つ人が少ないこととの関連が考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診等新標準データセット（国保連）等</li> </ul>	A・B・C
介護費関係の分析	<p>【要介護認定】R1:18.8%,R2:19.6%,R3:20.1%と増加傾向だったが、R4は18.7%でR1の水準に戻った。</p> <p>【介護給付費】全体の介護給付費はここ4年減少傾向が続いているが、要支援1～要介護2において県等と比較して給付費が高くなっており、軽度者の介護サービス利用が多くなっている。</p> <p>【有病状況】高血圧・心臓病・筋骨格系疾患の有病率が5割を超えている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の全体像の把握 等</li> </ul>	A・B

[参照データ]

●わがまち健康カルテ（R4.12月\_県健康政策課作成）

○平均寿命・健康寿命

		福井県		おおい町	
		H17	H27	H17	H27
平均寿命	男性	79.5	81.3	78.9（12位）	81.2（6位）
	女性	86.3	87.5	86.1（11位）	87.5（8位）
		H18	R2	H18	R2
健康寿命	男性	77.86	79.76	77.34（11位）	81.00（1位）
	女性	82.84	83.94	84.03（2位）	84.02（8位）

（出典）平均寿命：厚生労働省、健康寿命：介護度を用いて県健康政策課が作成

●医療・健診等新標準データセット（R4確定版）\_国保連合会作成

おおい町の概況（令和4年度）

おおい町の概況

項目	年度	数値	単位	順位
人口	R4年度	7,698	人	
世帯数	R4年度	3,149	世帯	
1世帯当たり人員	R4年度	2.44	人	
65歳以上人口	R4年度	2,541	人	
高齢化率	R4年度	33.20	%	
65歳以上親族のいる世帯割合	R4年度	53.96	%	(10位)
高齢単身世帯	R4年度	18.22	%	(7位)
高齢夫婦世帯	R4年度	13.03	%	(3位)
平均寿命（男性）		81.2	歳	
平均寿命（女性）		87.5	歳	
平均自立期間（男性）		81.4	歳	
平均自立期間（女性）		83.9	歳	
標準化死亡比（男性）		100.7		
標準化死亡比（女性）		98.4		

住民全体の状況

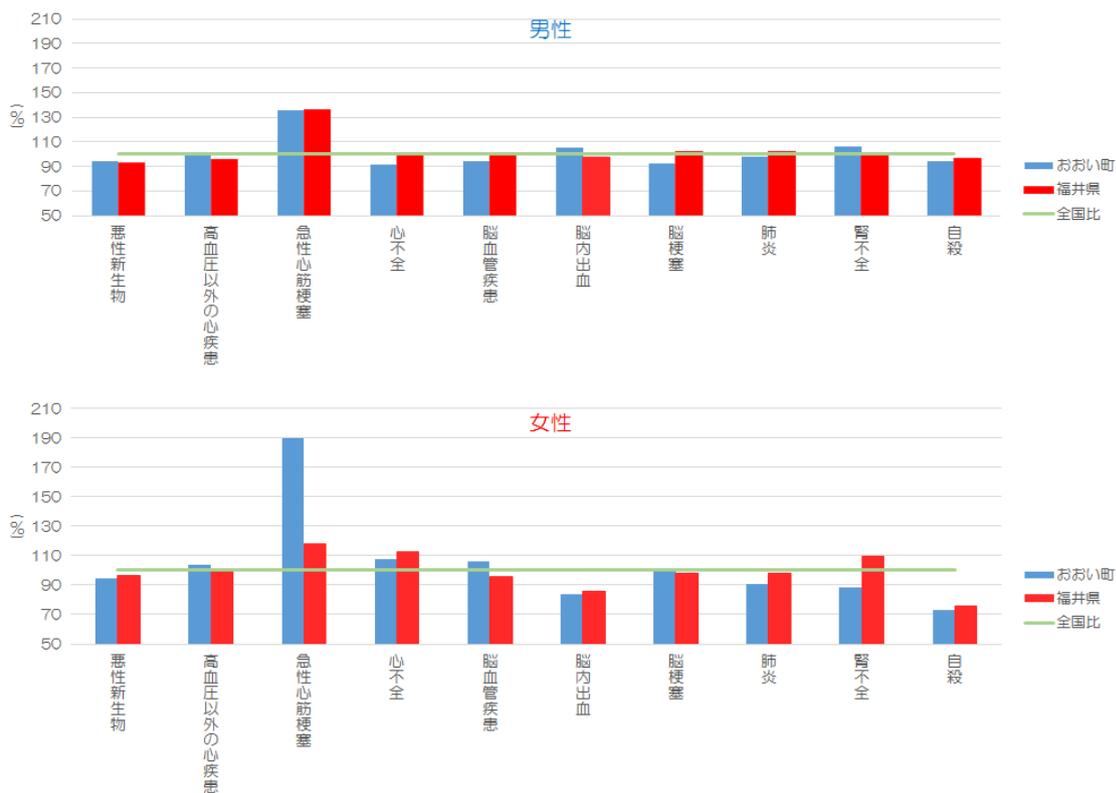
項目	数値	単位
出生率（人口千対）	9.0	
死亡率（人口千対）	10.2	
財政指数	1.0	
産業構成		
第1次産業	8.5	%
第2次産業	24.3	%
第3次産業	67.2	%

国保の概況

項目	数値	単位
被保険者数	1,573	人
65歳以上被保険者数	880	人
高齢化率	55.9	%

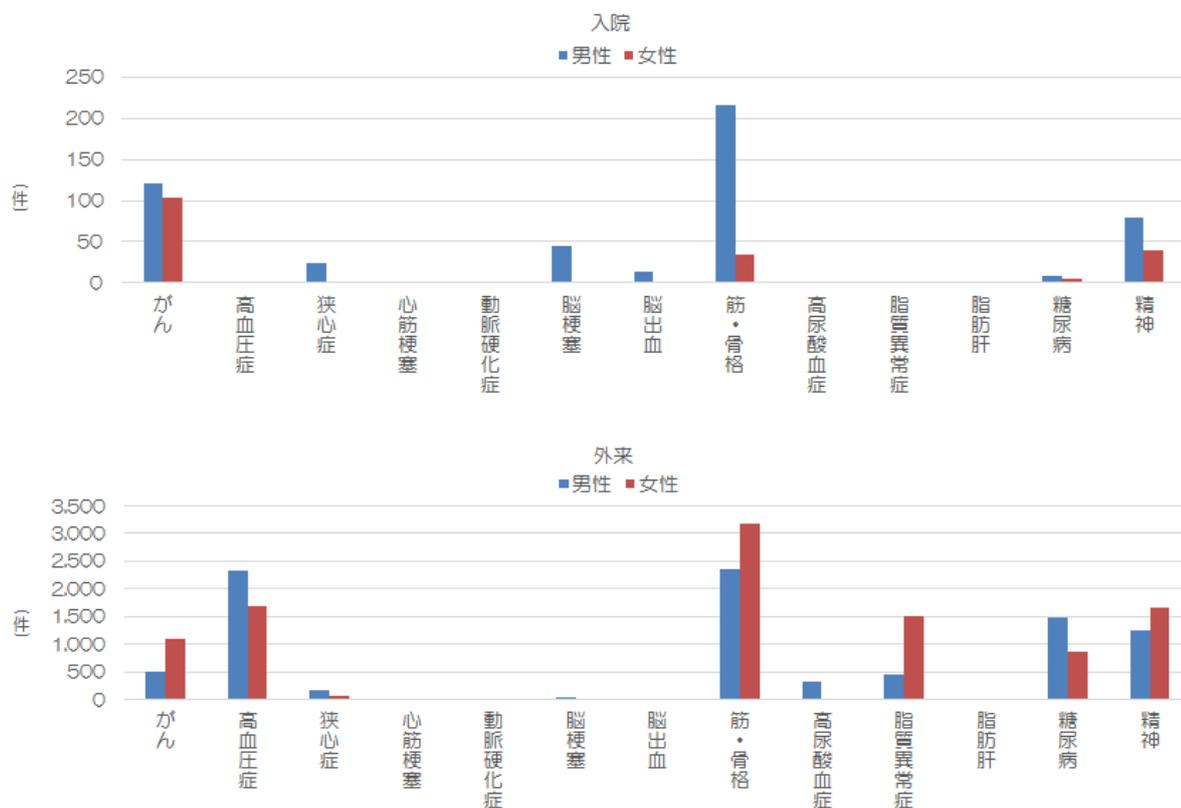
出典：【福井県HP】 福井県の推計人口、高齢者人口・高齢化率の状況、高齢者福祉基礎調査  
 【KDB】地域の全体像の把握、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題  
 【e-Stat】国民健康保険実態調査

### おおい町の標準化死亡率（平成25年～平成29年）



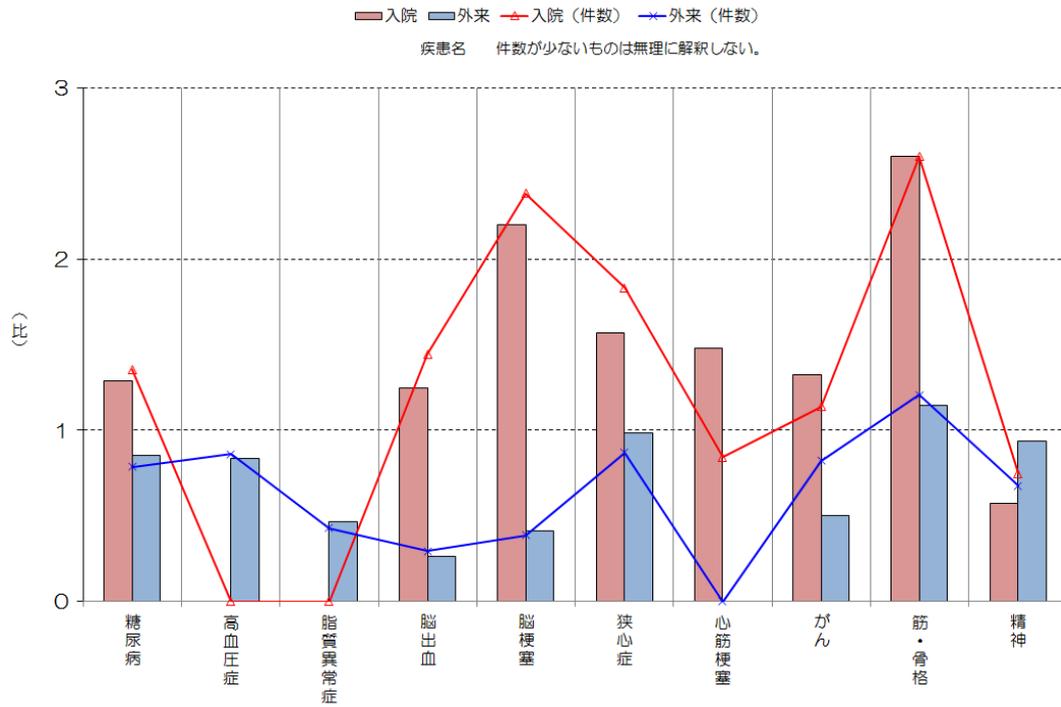
出典：【e-Stat】人口動態統計特殊報告

### おおい町の生活習慣病別レセプト件数\_千人当たり (40～74歳) (令和4年度)



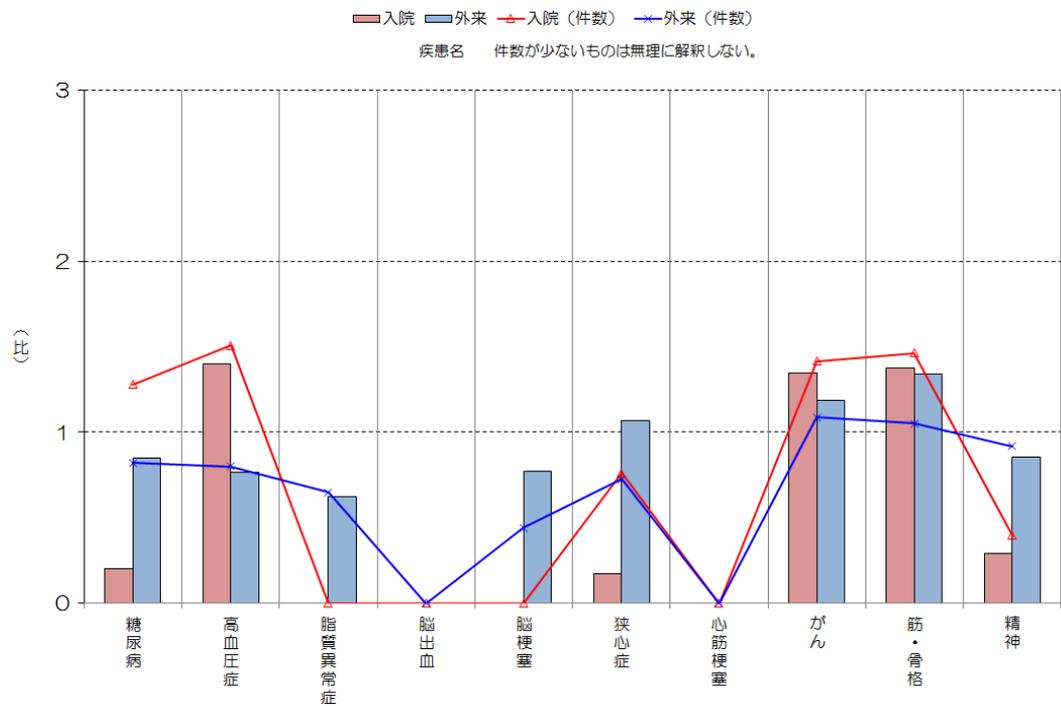
出典：【KDB】疾病別医療費分析（生活習慣病）

おい町の標準化医療費の比\_地域差指数(国と比較) (令和4年度)\_生活習慣病  
男性



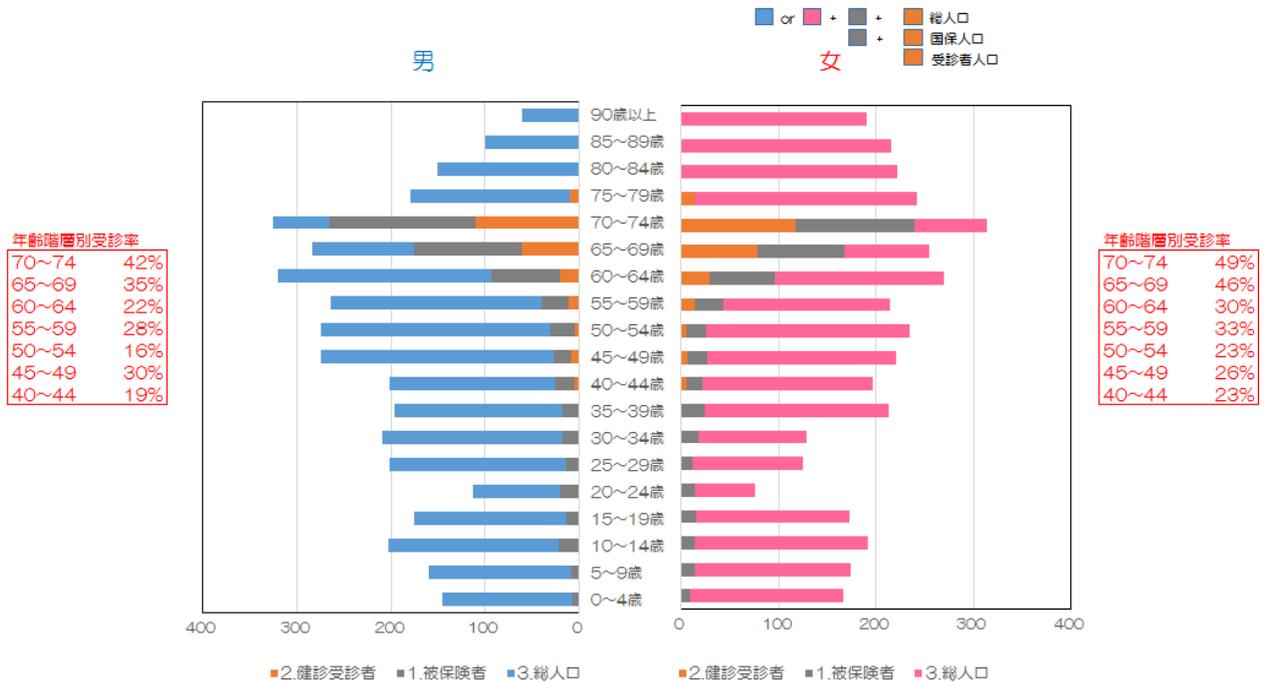
出典:【KDB】疾病別医療費分析(生活習慣病)

おい町の標準化医療費の比\_地域差指数(国と比較) (令和4年度)\_生活習慣病  
女性



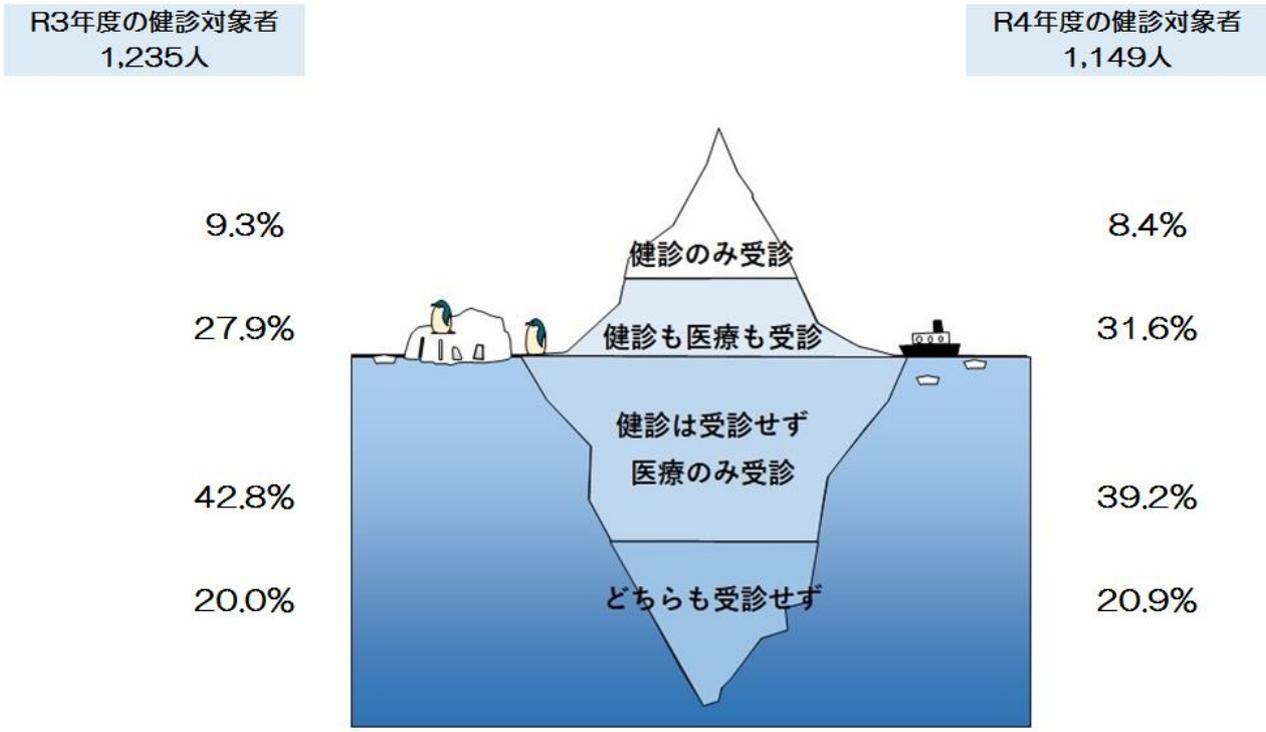
出典:【KDB】疾病別医療費分析(生活習慣病)

## おおい町の年齢階層別人口・被保険者数・健診受診者数 (令和4年度)



出典：【福井県HP】年齢別人口（四半期毎）  
 【KDB】被保険者構成  
 【特定健診等データ管理システム】特定健診結果等情報作成抽出（健診結果情報（横展開））ファイル

## おおい町の特定健診と医療の状況（年次推移）

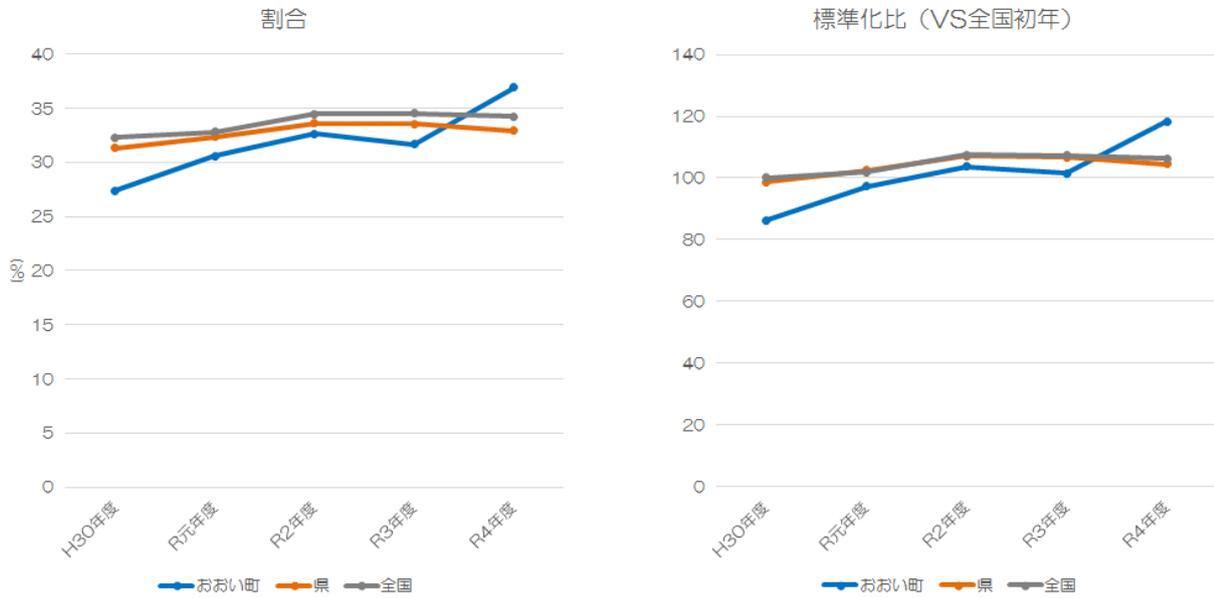


出典：【KDB】厚生労働省様式（様式5-5）

## おおい町の特定健診項目別有所見者状況（年次推移）

### BMI

#### 男性

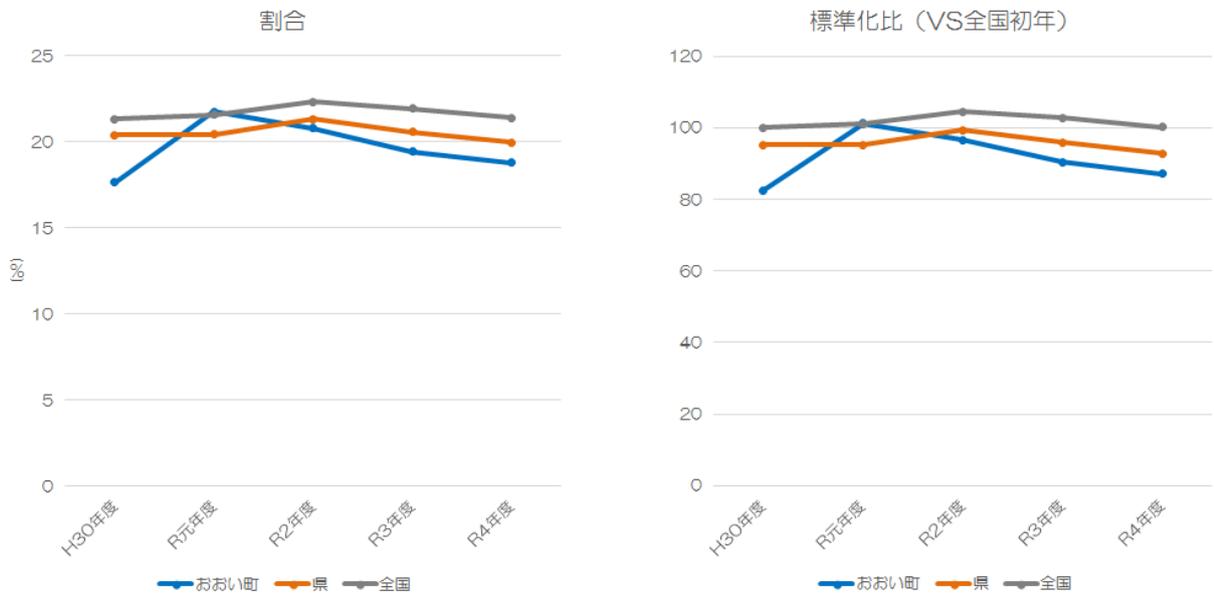


出典：【KDB】厚生労働省様式（様式5-2）

## おおい町の特定健診項目別有所見者状況（年次推移）

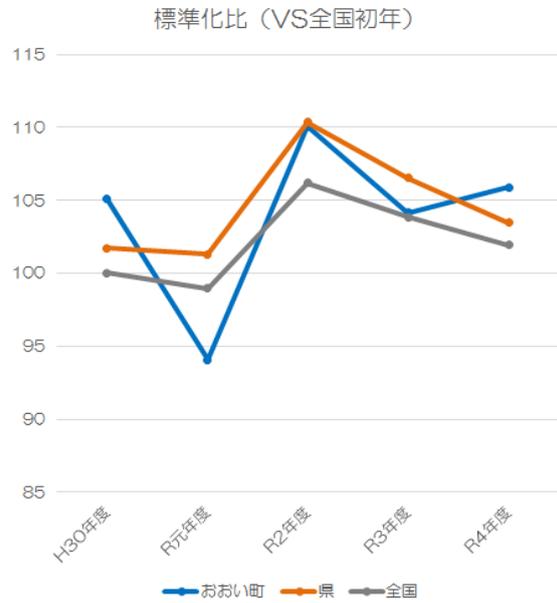
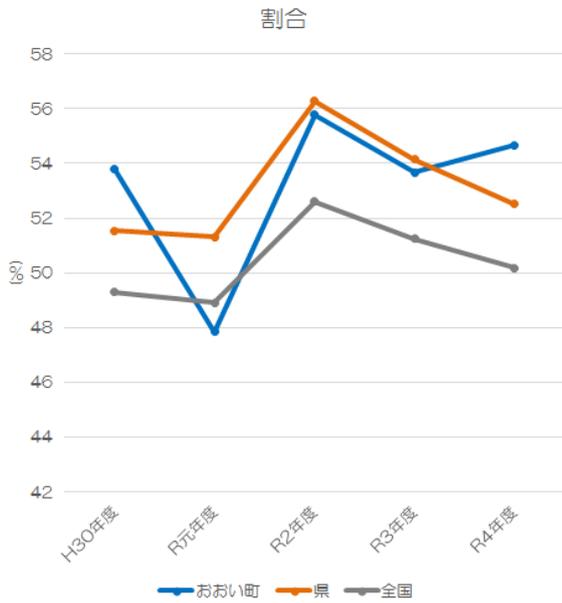
### BMI

#### 女性



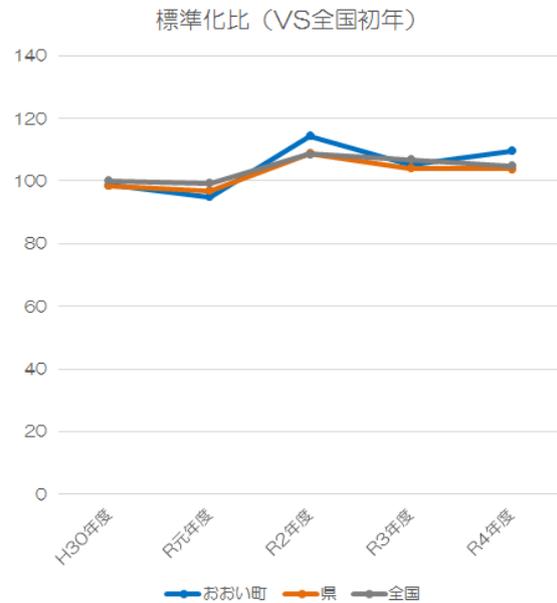
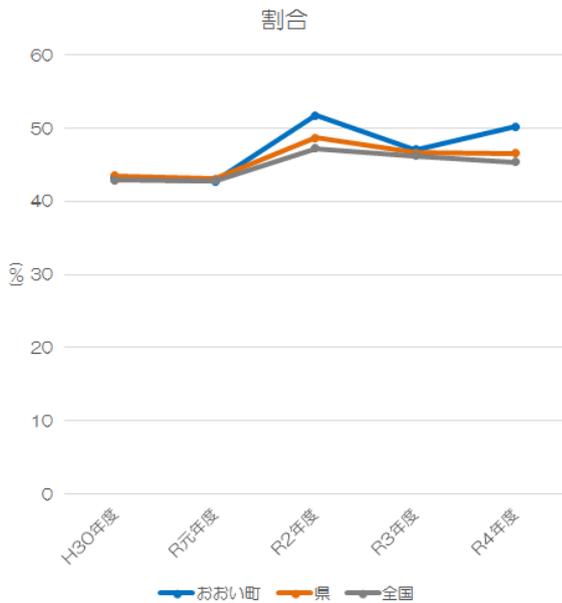
出典：【KDB】厚生労働省様式（様式5-2）

## おおい町の特定健診項目別有所見者状況（年次推移） 収縮期血圧 男性



出典：【KDB】厚生労働省様式（様式5-2）

## おおい町の特定健診項目別有所見者状況（年次推移） 収縮期血圧 女性

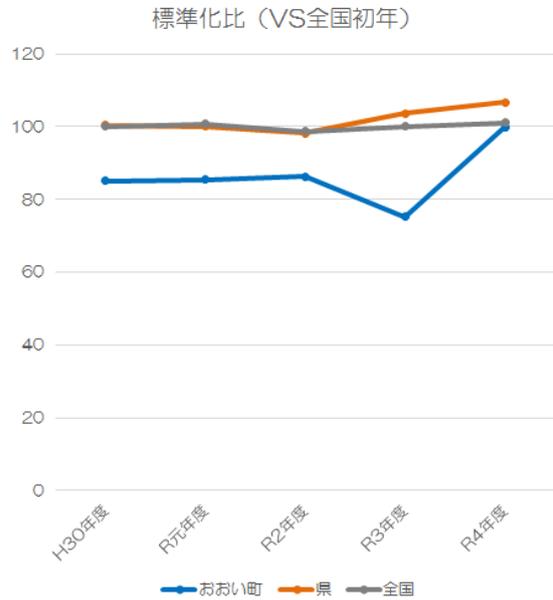
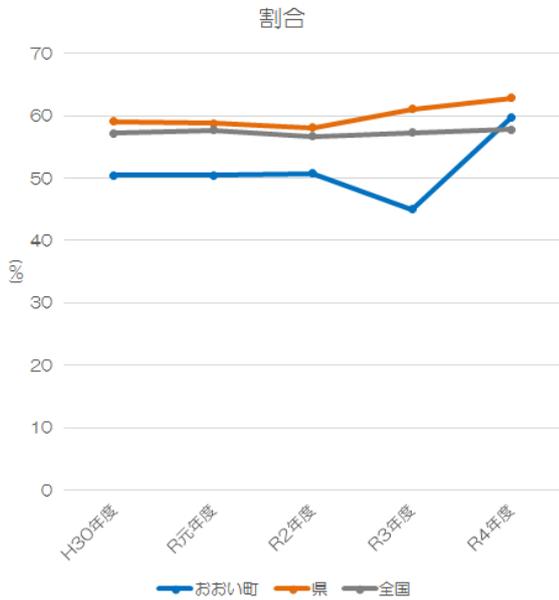


出典：【KDB】厚生労働省様式（様式5-2）

## おおい町の特定健診項目別有所見者状況（年次推移）

### HbA1c

#### 男性

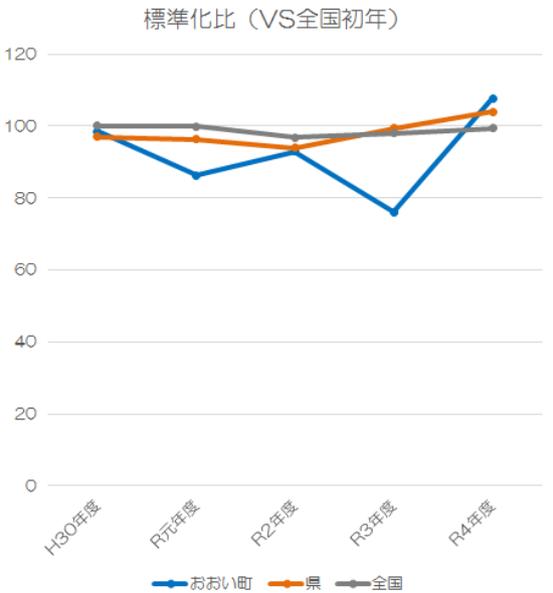
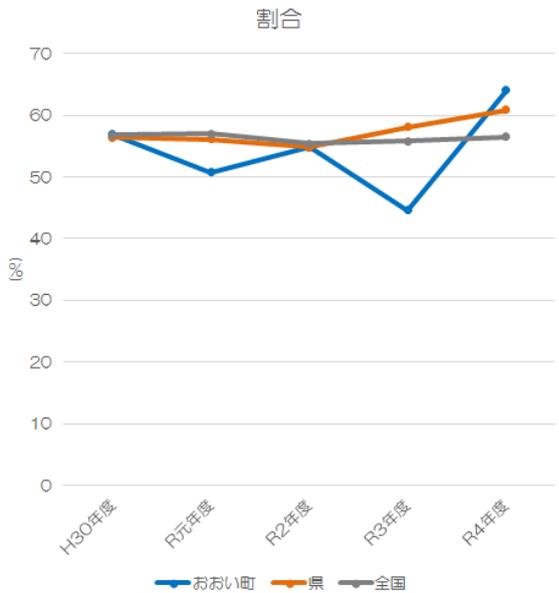


出典：【KDB】厚生労働省様式（様式5-2）

## おおい町の特定健診項目別有所見者状況（年次推移）

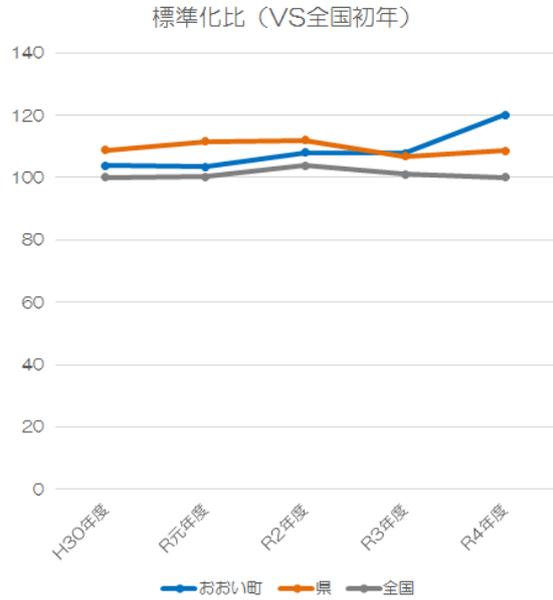
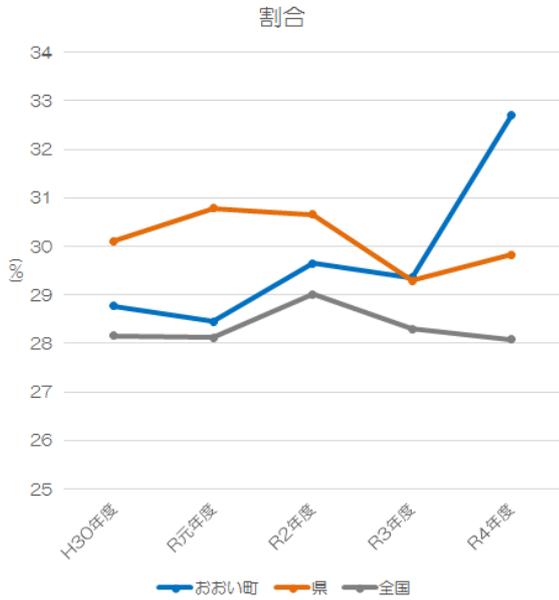
### HbA1c

#### 女性



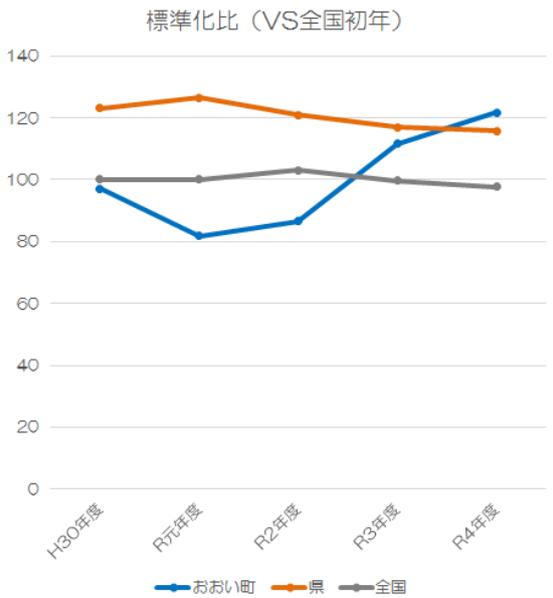
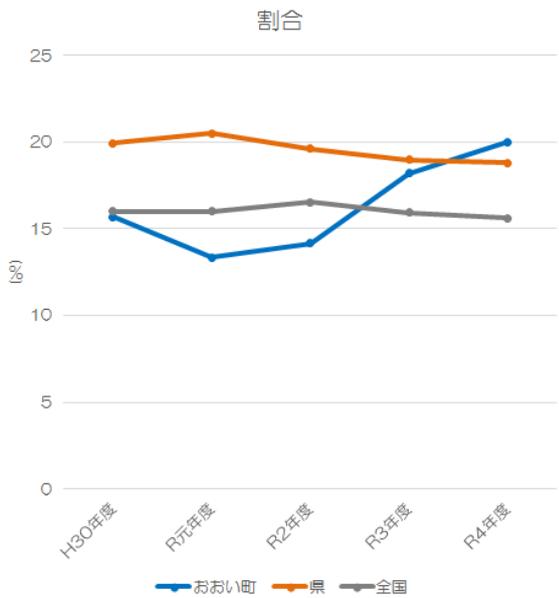
出典：【KDB】厚生労働省様式（様式5-2）

## おおい町の特定健診項目別有所見者状況（年次推移） 中性脂肪 男性



出典：【KDB】厚生労働省様式（様式5-2）

## おおい町の特定健診項目別有所見者状況（年次推移） 中性脂肪 女性



出典：【KDB】厚生労働省様式（様式5-2）

第4章 データヘルス計画の目的・目標

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
項目	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	健診有所見状況・医療費の状況から、高血圧の人が多い。	1	1・3・5
B	入院・外来ともに関節疾患による医療費が高くなっている。	2	2
C	がんによる外来・入院件数が増えている。	3	4
D	特定健診の受診率が4割程度、また健診も医療も受けていない人が2割いる。	4	5



データヘルス計画全体における目的		抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標							
項目	データヘルス計画全体における目的	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			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)
A	塩分摂取量を減らし、高血圧者を減らす	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	53.1%	52.0%	51.0%	50.0%	49.0%	49.0%	48.0%
A	塩分摂取量を減らし、高血圧者を減らす	推定1日塩分摂取量（尿中塩分検査から算出）	8.2g(R5)	8.1g	8.0g	7.9g	7.8g	7.6g	7.5g
A	健診の結果、要精検・要治療と判定された者が、医療機関を受診する	医療機関への受診率	29%(R5)	35%	35%	40%	45%	45%	50%
B	運動習慣を持つ人を増やし、筋・骨格系疾患を予防する	運動習慣のある者の割合	33%	35%	36%	37%	38%	39%	40%
B	運動習慣を持つ人を増やし、筋・骨格系疾患を予防する	ウォーキングアプリの登録者数	390人(R5)	430人	460人	500人	540人	570人	600人
C	がん検診の受診率を上げる	がん検診受診率（70歳未満）	62.7%	63%	64%	65%	65%	67%	70%
D	特定健診受診者を増やし、健康状態不明者を減らす	特定健診受診率	39.9%	41%	42%	43%	44%	44%	45%
D	特定健診受診者を増やし、健康状態不明者を減らす	健診なし医療なし群の割合	20.9%	20%	19%	18%	18%	17%	16%



個別の保健事業		
事業番号	事業名称	重点・優先度
1	減塩対策	1
2	健康プログラム事業（レッツウォーク15プラス）	2
3	生活習慣病重症化予防（医療機関への受診勧奨）	3
4	がん検診	4
5	特定健診・特定保健指導事業	5

第5章 個別の保健事業

事業番号	事業名称	減塩対策						
事業の目的	おおい町の標準化死亡比は男女とも急性心筋梗塞の死亡率が高い。また、心筋梗塞の原因疾患である高血圧の外來医療費が高く、健診での有所見率も高い。このことから、高血圧者を減らす取り組みが必要であり、減塩対策に取り組む必要がある。							
対象者	おおい町民							
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		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	血圧が保健指導判定値以上の者の割合	53.1%	52.0%	51.0%	50.0%	49.0%	49.0%	48.0%
アウトカム (成果) 指標	推定1日塩分摂取量	8.2g (R5)	8.1g	8.0g	7.9g	7.8g	7.6g	7.5g
アウトプット (実施量・率) 指標	塩分チェックシートを用いた減塩指導者数	565人 (R5)	600人	625人	650人	690人	720人	750人
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診（集団健診）時に尿中塩分検査を実施する。推定1日塩分摂取量は特定健診結果と同時に通知する。昨年度の検査結果と比較できるように結果を返す。</li> <li>・ 血圧正常高値などハイリスク者には、個別減塩指導を実施する。</li> <li>・ 集団健診会場において、塩分チェックシートを活用して来場者の塩分摂取状況をチェックしてもらう。減塩指導ブースを設け、栄養士等が塩分チェックシートを見ながら減塩についてアドバイスを実施する。減塩商品の紹介や、購入できる店舗も紹介する。</li> <li>・ 地元スーパーに協力を依頼し、減塩商品にPOP表示等を行う。</li> <li>・ 乳幼児期や学童期の子どもやその保護者に向けても減塩の啓発を実施する。</li> <li>・ 「食いきいき通信」や広報誌等の媒体を活用し、減塩の啓発を行う。</li> </ul>							
ストラクチャー (実施体制)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健師、栄養士が主体となって実施する。</li> <li>・ 食いきいき隊と協力して実施する。</li> <li>・ 給食センターや町立保育園の栄養士とも連携して実施する。</li> </ul>							

事業番号 2	事業名称	健康プログラム事業（レッツウォーク15プラス）						
事業の目的	男女とも筋・骨格疾患による外来・入院医療費が高くなっている。また、健診の質問票から、一回30分以上の運動習慣を持つ人が少ないという結果もでている。このことから、筋・骨格系疾患を予防するために、継続的な運動習慣を持つ人を増やす取組が必要である。							
対象者	おおい町民							
指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		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	運動習慣のある者の割合 (特定健診問診票)	33%	35%	36%	37%	38%	39%	40%
アウトプット (実施量・率) 指標	ウォーキングアプリの登録者数	390人 (R5)	430人	460人	500人	540人	570人	600人
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象年齢や定員を設定せず、スマホのアプリ「スポーツタウンWALKER」を活用し、楽しみながらウォーキングに取り組んでもらう。</li> <li>毎日の歩数や健診の受診、イベントやボランティアへの参加で地域ポイントを付与し、溜まったポイント数に応じて、クオカード等へ交換する。</li> <li>年度末に利用者アンケートを実施し、満足度等を評価する。</li> </ul>							
ストラクチャー (実施体制)	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健師、栄養士が主体となって実施する。</li> <li>いきいき福祉課や社会教育課とも連携し、事業の参加ポイント等を付与する。</li> </ul>							

事業番号 3	事業名称	生活習慣病重症化予防（医療機関への受診勧奨）						
事業の目的	特定健診の結果、要治療・要精検と判定された者に対して医療機関への受診勧奨を行うとともに保健指導を実施し、生活習慣病の重症化を防ぐ。							
対象者	特定健診の結果、要治療・要精検と判定された者							
指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		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	医療機関への受診率	29% (R5)	35%	35%	40%	45%	45%	50%
アウトプット (実施量・率) 指標	医療機関への受診勧奨実施者数	31人 (R5)	35人	35人	35人	35人	35人	35人
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の結果、要治療・要精検と判定された者を抽出し、対象者を把握する。</li> <li>・保健師、栄養士、訪問指導員が対象者と面談等を行い、医療機関への受診勧奨及びパンフレット等を用いて保健指導を実施する。</li> </ul>							
ストラクチャー (実施体制)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師、栄養士、訪問指導員が実施する。</li> </ul>							

事業番号 4	事業名称	がん検診						
事業の目的	がんを早期に発見し、適切な治療に結びつけることによって、がんによる死亡を防ぐ。							
対象者	肺がん・大腸がん検診：40歳以上、胃がん検診：50歳以上（2年に1回）、乳がん検診：40歳以上（2年に1回）、子宮頸がん検診：20歳以上（2年に1回）							
指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		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	がん検診受診率（70歳未満） ※5がん平均	62.7%	63.0%	64.0%	65.0%	65.0%	67.0%	70.0%
アウトプット (実施量・率) 指標	がん検診の受診勧奨・再勧奨	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年度はじめに対象世帯へ「健康診査のお知らせ」と健診申込書兼意向調査票を郵送する。</li> <li>・各がん検診の無料クーポン対象者に、がん検診無料クーポン券を郵送する。</li> <li>・申込みがあった者に問診票（集団検診）または受診券（個別検診）を送付する。</li> <li>・秋頃に、未受診者に対し受診勧奨を実施する。</li> <li>・要精検となった者には精密検査の受診勧奨を実施する。</li> </ul>							
ストラクチャー (実施体制)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診は（公財）福井県健康管理協会に委託し、集団検診または個別検診で受診できる体制を整える。</li> <li>・がん検診の受診勧奨は、すこやか健康課が主体となって実施する。</li> </ul>							

事業番号	5	事業名称	特定健康診査・特定保健指導					
事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した健診によって生活習慣病のリスクを早期に発見し、その内容を踏まえて運動習慣や食生活等の生活習慣を見直すための特定保健指導を行うことで、生活習慣病の予防・改善につなげる。							
対象者	40歳以上の国保被保険者							
指標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
		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	特定健診受診率	39.9%	41.0%	42.0%	43.0%	44.0%	44.0%	45.0%
アウトカム(成果)指標	健診なし医療なし群の割合	20.9%	20.0%	19.0%	18.0%	18.0%	17.0%	16.0%
アウトカム(成果)指標	特定保健指導実施率	43.1%	45.0%	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%
アウトプット(実施量・率)指標	特定健診の受診勧奨・再勧奨	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回
プロセス(方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年度はじめに対象世帯へ「健康診査のお知らせ」と健診申込書兼意向調査票を郵送する。</li> <li>・申込みがあった者に問診票（集団健診）または受診券（個別健診）等を送付する。</li> <li>・特定健診の結果、特定保健指導の基準に該当した者に対し、特定保健指導を実施する。</li> <li>・特定健診の未受診者に対し、ハガキによる受診勧奨を実施する。</li> </ul>							
ストラクチャー(実施体制)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の集団健診は福井県厚生農業協同組合連合会に、個別健診は福井県医師会に委託し、集団健診または個別健診のいずれかで受診できる体制を整える。</li> <li>・特定健診の受診勧奨は、すこやか健康課が主体となって実施する。</li> <li>・保健師、栄養士、訪問指導員が対象者と面談等を行い、特定保健指導を実施する。</li> </ul>							

## 第6章 その他

<p>1. データヘルス計画の評価・見直し</p>	<p>(1) 個別の保健事業の評価・見直し          個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。          目標の達成状況が想定に達していない場合は、実施方法（プロセス）や実施体制（ストラクチャー）が適切であったか等確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討し、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。</p> <p>(2) 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し</p> <p>①評価の時期          設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行う。また、計画の最終年度である令和11年度においては、その次の期の計画策定を円滑に行うための評価を行う。</p> <p>②評価方法・体制          計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行う。また、おおい町国民健康保険運営協議会及び国民健康保険団体連合会に設置する保健事業支援・評価委員会の助言を受けながら、評価を実施する。</p>
<p>2. データヘルス計画の公表・周知</p>	<p>策定した計画は、町のホームページに掲載する。</p>
<p>3. 個人情報の取扱い</p>	<p>町は、特定健診で得られる健康情報及びレセプト情報の取り扱いについては、個人情報保護に関する法律及び、これに基づくガイドライン、並びにおおい町個人情報保護条例等をふまえた対応を行う。受診者の利益を最大限に保証するため、個人情報の保護に十分な配慮をしたうえで効果的・効率的な保健事業を実施する。</p>
<p>4. 地域包括ケアに係る取組</p>	<p>被保険者が住み慣れた地域で安心安全に暮らすことが出来るよう、地域包括ケアの充実を図り、地域の実態把握や課題分析を関係機関と共有し、連携を図りながら事業を推進する。</p> <p>また、令和6年度からは、後期高齢者医療広域連合から委託を受け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始し、後期高齢者保健事業と国民健康保険保健事業、介護予防事業を切れ目なく一体的に実施していく。</p>

## 第7章 第4期おい町特定健康診査等実施計画

### 1. 特定健康診査・特定保健指導の目標値

#### ①特定健診・特定保健指導の位置づけ

「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条に基づき、平成20年度から医療保険者に、特定健康診査等実施計画の策定が義務付けられている。

#### ②第3期特定健康診査等実施計画における目標及び実績

##### 特定健診受診率

	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標	40%	45%	50%	55%	60%	60%
実績	36.9%	39.6%	34.5%	37.2%	39.9%	-

##### 特定保健指導実施率

	H30	R1	R2	R3	R4	R5
目標	60%	60%	60%	60%	60%	60%
実績	33.9%	39.3%	27.3%	31.7%	43.1%	-

#### ③第4期特定健康診査等実施計画における目標

国民健康保険の保険者は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づき、特定健康診査・特定保健指導を実施し、令和11年度における特定健康診査実施率（受診率）を60.0%以上、特定保健指導実施率を60.0%以上を達成できるように求められている。

本町においては、現状の実績値をふまえ、実現の可能性を考慮し、各年度の目標値を下記のとおり設定する。

	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R11 (国基準)
特定健診受診率	41%	42%	43%	44%	44%	45%	60%以上
特定保健指導実施率	45%	46%	47%	48%	49%	50%	60%以上

## 2. 特定健康診査

対象者	おおい町国民健康保険のうち、当該年度中に40歳から74歳になる者
健診項目	・基本的な健診項目 ・詳細な健診項目
実施期間	毎年6月から翌年3月末まで
実施方法	1. 集団健診 保健センターや各公民館で実施。 がん検診や肝炎ウイルス検診、骨粗鬆症検診と併せて実施する。 2. 個別健診 福井県医師会との集合契約に参加。福井県内の特定健診実施医療機関で受診する。
自己負担	1,000円（当該年度中に41・46・51・56・61歳に到達する者は無料）
周知方法	毎年4月に対象世帯へ「健康診査のお知らせ」「健康診査申込書兼意向調査票」を送付。 広報誌、町ホームページ、有線放送でも周知を行う。

### [健診項目]

	項目	備考
基本的な健診の項目	既往歴の調査	服薬歴、喫煙習慣の状況に係る調査 等
	自覚症状及び他覚症状の有無	理学的検査（身体診察）
	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
	血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
	肝機能検査	GOT（AST）、GPT（ALT）、 $\gamma$ -GTP（ $\gamma$ -GT）
	血中脂質検査	空腹時中性脂肪（やむを得ない場合には随時中性脂肪）、HDLコレステロール、LDLコレステロール
	血糖検査	空腹時血糖、HbA1c
	尿検査	尿糖、尿蛋白

	項目	備考
詳細の追加健診	貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数
	心電図検査	12誘導心電図
	眼底検査	（個別健診では、医師の判断により実施する）
	血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能検査を含む
	尿酸検査	尿酸

### 3. 特定保健指導

特定保健指導は、特定健康診査の結果に応じて、保健師・管理栄養士等がメタボリックシンドロームや生活習慣病の予防・改善に必要な食事や運動などに関する情報提供を行い、生活習慣の改善を支援するため、下記のとおり実施する。

対象者	特定健康診査の結果から、特定保健指導が必要と判定された者（下表参照）
実施期間	随時
実施方法	すこやか健康課の保健師・管理栄養士等が実施する
自己負担	無料
周知方法	特定健診結果に基づき、個別に案内する。

#### 特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク		④喫煙	対象		
	①血糖	②脂質		③血圧	40-64 歳	65-74 歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2 つ以上該当			/	積極的 支援	動機付け 支援
	1 つ該当					
上記以外で BMI ≥25	3 つ該当			/	積極的 支援	動機付け 支援
	2 つ該当					
	1 つ該当					

(注)喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

**第3期おい町国民健康保険データヘルス計画  
第4期おい町特定健康診査等実施計画**

令和6年3月 発行

おい町 すこやか健康課

〒919-2111 福井県大飯郡おい町本郷第92号51番地1

保健福祉センターなごみ

TEL : 0770-77-1155 FAX : 0770-77-3377