
第2期 データヘルス計画改訂版
【中間評価】

(平成30年～令和5年)

令和3年3月改訂

那須町

目次

第1章 計画の目的と背景	1
1. 背景	2
2. 基本方針	2
3. データヘルス計画の位置づけ	2
4. 計画期間	3
5. 実勢体制・関係者連携	3
6. 中間評価の目的	3
第2章 課題の現状と取組状況	5
1. 第2期データヘルス計画策定時に判明した課題	6
2. 那須町の現状	7
第3章 計画の達成状況及び中間評価	17
1. 中間評価の実施体制	18
2. 第2期データヘルス計画の達成状況と評価について	18
第4章 施策の展開	27
1. データヘルス計画（改訂版）の指標	28
2. データヘルス計画（改訂版）個別保健事業の目的と概要一覧	30
3. データヘルス計画（改訂版）個別保健事業の指標	32
第5章 その他の事項	41
1. 計画の公表及び周知	42
2. 関係機関との連携	42
3. 地域包括ケアに係る取り組み	42

第1章 計画の目的と背景

第1章 計画の目的と背景

1 背景

「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）においては、「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、市区町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされています。

データヘルス計画には健康・医療情報（健康診査の結果やレセプト等から得られる情報）を活用し、健康状態や健康課題を客観的な指標を用いて示すこととあります。また、これら分析結果を踏まえ、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、直ちに取り組みべき健康課題、中長期的に取り組むべき健康課題を明確にし、目標値の設定を含めた事業を考慮することや、レセプトを活用し、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけて行うこととされています。

本町においては、平成 25 年度に「第 2 期特定健康診査等実施計画」、平成 30 年度に「第 3 期特定健康診査等実施計画」、「第 2 期データヘルス計画」を策定し、多くの被保険者の方の健康寿命の延伸と医療費の適正化を目標として事業を推進してきたところです。第 2 期データヘルス計画策定から 3 年目を迎える今年度は、計画の中間評価を行い、更なる被保険者の健康増進を推進します。

2 基本方針

KDB システム等のデータを活用し、潜在する課題を確認するため、疾病ごとの医療費比較、高額レセプトの発生状況や発生元となる疾病の把握を行い健康課題を明確にします。

明確となった課題より、「短期的な対策」・「中長期的な対策」を選択する。費用対効果の見込める集団を特定し、PDCA サイクルを意識した継続的な事業を実施します。

データヘルス計画には、実施事業に対する明確な目標を設定し、記載します。またこの目標については、達成できることのできる効果的な実施方法を検討し、明示します。目標に対する客観的な効果測定が必要であることから、事業実施後の効果測定方法についても記載することとします。

3 データヘルス計画の位置づけ

「21 世紀における国民の健康づくり運動（健康日本 21（第二次）」に示された基本方針を踏まえるとともに、栃木県の「栃木県健康増進計画 とちぎ 21 健康プラン（2 期計画）」、本町の「那須町健康増進計画 健康きらピカ 21 那須（第 2 期）」に示された方針との整合性を図ります。

また、町の最上位計画である「第 7 次那須町振興計画」をはじめ、「那須町第 8 期高齢者福祉・介護保険事業計画」など他の計画との整合性を図ります。

4 計画期間

本データヘルス計画の計画期間は、「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」第4の5において、「特定健康診査等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされていることから、第3期特定健康診査等実施計画期間である2018年度（平成30年度）から2023年度（令和5年度）の6年間とします。

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
那須町健康増進計画	第2期 2013～2022年度										
特定健康診査等実施計画	第2期 2013～2017年度					第3期 2018～2023年度					
データヘルス計画	第1期 2013～2017年度					第2期 2018～2023年度					

5 実施体制・関係者連携

本計画は、関係課と連携・情報共有を進め、外部有識者や被保険者等が委員を務める那須町国民健康保険運営協議会にて報告し策定します。

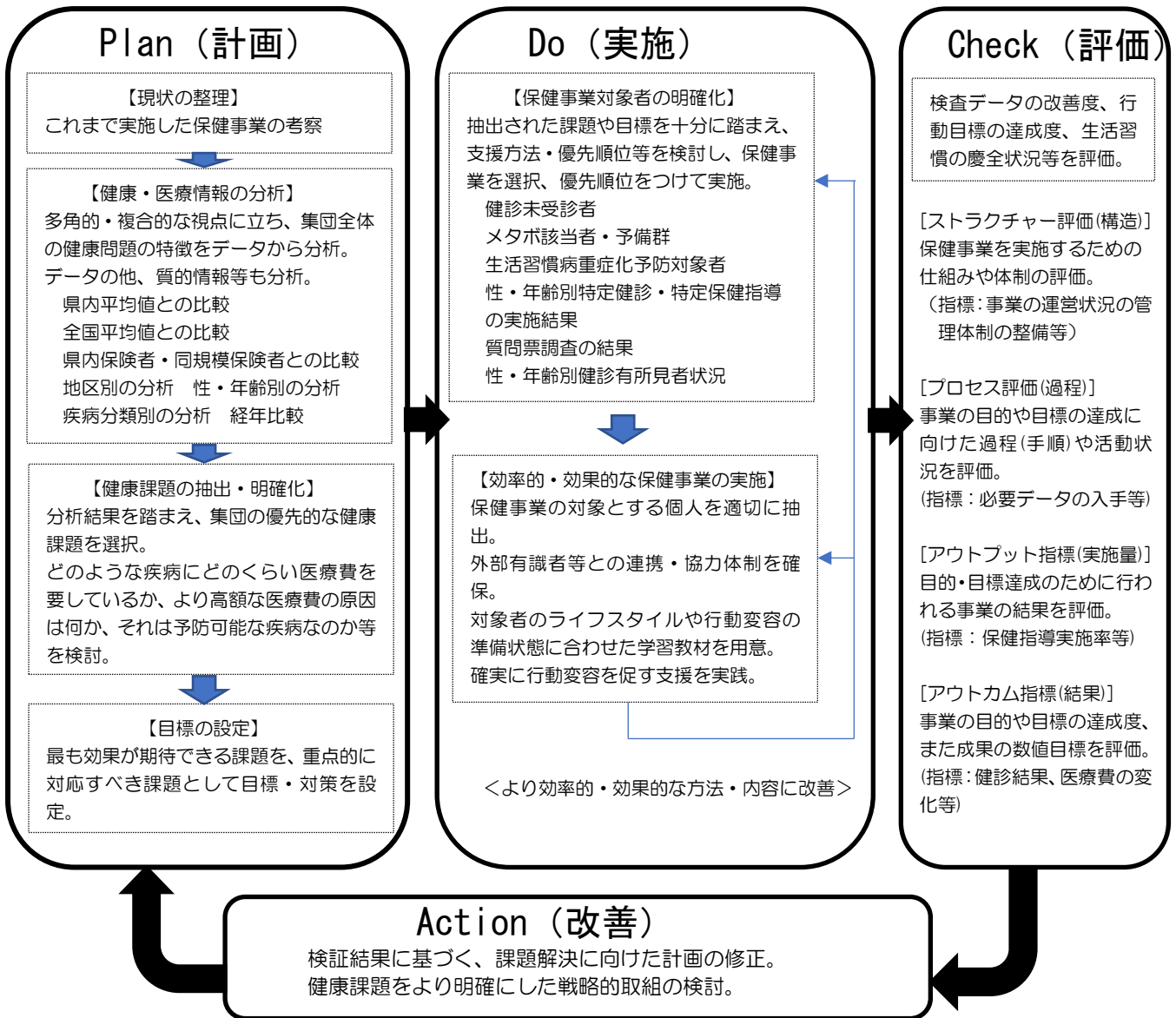
計画の進行管理にあたっては、保険部局が中心となり、関係部局・保健師・栄養士等の専門職と一体的に実施します。データ分析に基づいて明確になった健康課題に対して効率的・効果的な保健事業を実施し、計画の進捗状況の把握・点検と目標達成状況の評価を行うことで取り組みの改善につなげていきます。計画に基づく事業の推進については、関係各課が連携し、次頁の「P（計画）→D（実行）→C（評価）→A（改善）サイクル」により実施することで、目標の実現を目指します。

なお、中間評価・見直しにあたっては、庁内関係者による横断的連携により計画内容の自己評価・見直しを行います。また、計画の最終年度となる2023年度には実績や評価指標のポイントを踏まえて最終評価を行います。評価については、国民健康保険団体連合会に設置される支援・評価委員会に指導・助言を受けるものとします。

6 中間評価の目的

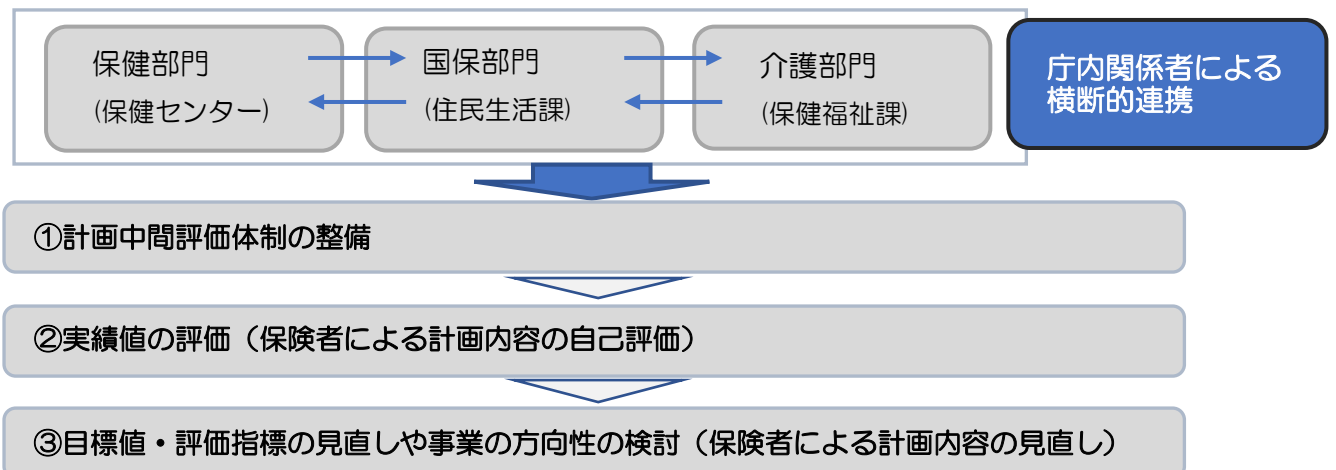
KDB システム等のデータ分析に基づき、平成30年度に策定した第2期データヘルス計画の実施状況の評価、保健事業の計画、目標値の見直し等を主な目的とします。

保健事業の PDCA サイクル



＜標準的な健診・保健指導プログラム[平成 30 年度版]>

保険者による計画の中間評価・見直しの具体的な流れ



＜国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン＞

第2章 課題の現状と取組状況

第2章 課題の現状と取組状況

1 第2期データヘルス計画策定時に判明した課題

第2期データヘルス計画にて判明した課題は次のとおりです。

【課題1】 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率

疾病大分類や疾病中分類において生活習慣病患者が多数存在し、医療費も多額である。特定健康診査の受診率向上を図り、必要な人に特定保健指導を行うことにより生活習慣病を予防する必要がある。

(対策)

- ・ 特定健康診査の受診勧奨事業（特定健康診査の受診率向上）
- ・ 特定保健指導事業（生活習慣病該当者及び予備群の減少）
- ・ ハッスル年代健康チェック事業（25歳以上39歳までの健康管理の習慣づくり）

【課題2】 健診異常値放置者・生活習慣病治療中断者

健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者が存在する。医療機関への受診勧奨を行うことで適切な医療につなぎ重症化を予防する。

- ・ 人間ドック事業（疾病の早期発見・早期治療・健康習慣づくり）

【課題3】 糖尿病性腎症

人工透析患者のうちⅡ型糖尿病起因の患者が存在する。糖尿病は進行すると腎症に至り透析が必要になる。そこで早期に保健指導を行い生活習慣を改善することで、腎症の悪化を遅延させることができると考える。

(対策)

- ・ 生活習慣病重症化予防事業（高血圧・高血糖等の生活習慣病患者の進行阻止）

【課題4】 重複・頻回受診者、重複服薬者

重複受診者、頻回受診者、重複服薬者が存在し、それらの患者を正しい受診行動に導く指導が必要である。

(対策)

- ・ 受診行動適正化指導事業

【課題5】 ジェネリック医薬品の普及率

国が定める現在の目標（80%以上）と比較して低いため、切り替え勧奨を行う必要がある。

(対策)

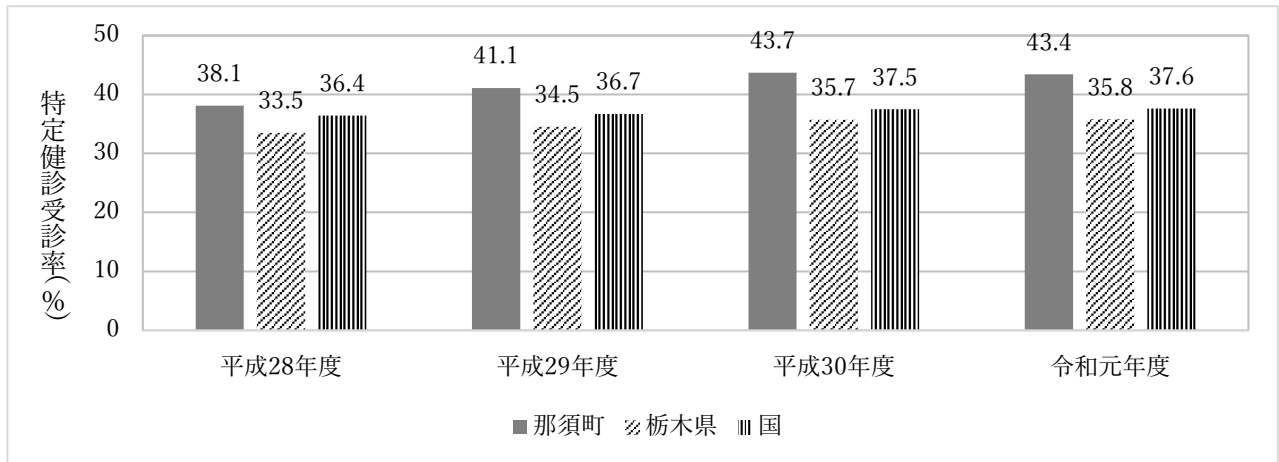
- ・ ジェネリック医薬品差額通知事業

2 那須町の現状

データヘルス計画に記載した対策に係る平成28年度～令和元年度までの状況を以下に示します。

(1) 特定健診の実施状況

<特定健診受診率の推移 国・県との比較> ※法定報告値



法定報告値

令和元年度の特定健診受診率 43.4%は、平成28年の38.1%より5.3ポイント上昇しており、年々上昇している。国や県の受診率と比較して高い状況となっています。

<男性 年齢階層別特定健診受診率の推移 本町の状況>

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
平成28年度	19.7%	27.5%	18.4%	29.5%	32.3%	42.1%	43.7%
平成29年度	24.5%	32.3%	25.1%	30.9%	32.8%	45.1%	46.7%
平成30年度	24.8%	26.9%	25.7%	26.2%	36.5%	46.5%	50.4%
令和元年度	29.1%	27.4%	28.8%	27.7%	36.5%	44.4%	49.9%

法定報告値

<女性 年齢階層別特定健診受診率の推移 本町の状況>

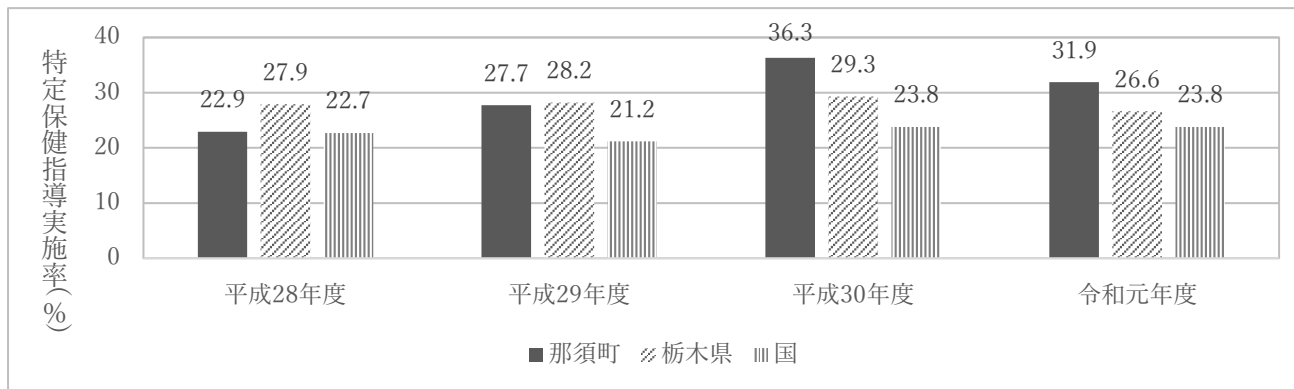
	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
平成28年度	20.2%	31.0%	28.7%	35.2%	39.0%	47.3%	47.8%
平成29年度	23.6%	31.1%	28.7%	37.4%	43.7%	48.2%	50.9%
平成30年度	33.1%	34.4%	36.2%	38.4%	47.5%	53.0%	52.9%
令和元年度	29.9%	35.6%	31.9%	40.3%	44.1%	51.1%	53.5%

法定報告値

性別年齢別の特定健診受診率をみると、各年代・男女ともに年々受診率は上昇しているものの、40～59歳の男性と40～44歳の女性で受診率が低い状況です。65歳以上では約半数が健診を受診しており、被保険者の多いこの年代の受診率が高いことが全体の受診率を引き上げていると思われます。

(2) 特定保健指導の実施状況

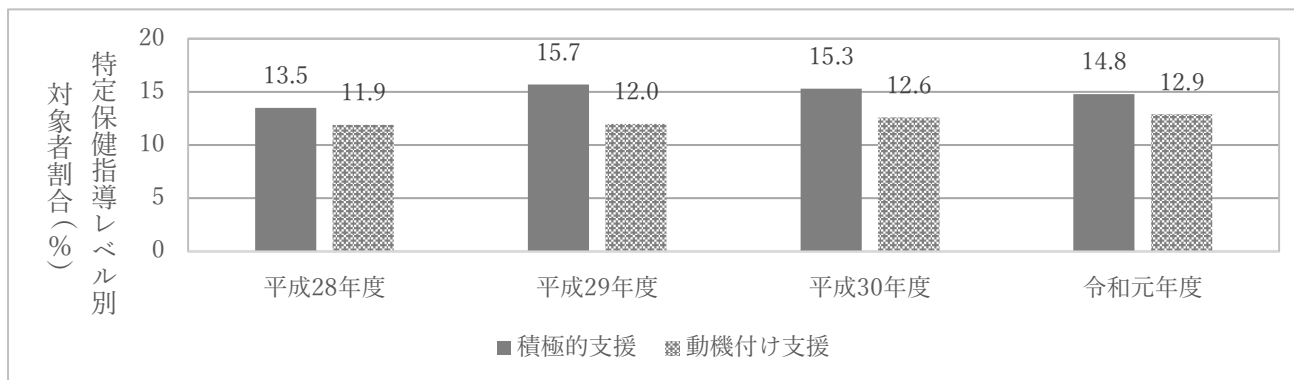
＜特定保健指導実施率の推移 国・県との比較＞ ※法定報告値



法定報告値

特定保健指導実施率は国・県平均を上回り、年々増加していますが、平成30年から令和元年にかけてはやや減少しました。

＜特定保健指導レベル別対象者割合の推移 本町の状況＞ ※法定報告値



法定報告値

特定保健指導レベル別の対象者割合は積極的支援、動機付け支援対象者ともに横ばいです。

(3) 健診受診者の有所見者割合の状況

① 特定健診の項目で基準値を超えた人の分析

＜生活習慣病リスク保有者の割合＞…性・年齢調整値

検査項目		脂質 (LDL)		血糖 (HbA1c)		血圧 (収縮期)	
割合	年度	那須町	栃木県	那須町	栃木県	那須町	栃木県
	平成28年度	39.5%	39.1%	40.2%	39.5%	60.8%	60.1%
	平成29年度	39.7%	39.3%	41.6%	40.8%	61.5%	60.9%
	平成30年度	39.6%	39.3%	41.7%	40.9%	61.3%	60.3%
	令和元年度	40.4%	39.9%	42.2%	41.3%	61.6%	60.8%

国保データベース (KDB) システム「健康スコアリング (各年度累計)」

特定健診で脂質・血糖・血圧に係る検査値の基準値を超えた人の割合について県と比較すると、全ての項目で県平均を上回っており、今後も生活習慣病予防に取り組んでいく必要があります。

②腹囲がメタボの基準値を超えている人の分析

＜メタボ予備群(動機付け支援)のリスク保有状況＞

※町()内は県内 25 保険者順位

順位		第 1 位		第 2 位		第 3 位	
検査項目		血圧 (収縮期)		脂質 (LDL)		血糖 (HbA1c)	
割合	年度	那須町	栃木県	那須町	栃木県	那須町	栃木県
	平成 28 年度	6.8% (25)	7.6%	4.1% (1)	2.6%	1.1% (2)	0.7%
	平成 29 年度	7.0% (25)	7.9%	3.7% (1)	2.6%	1.4% (1)	0.7%
	平成 30 年度	7.9% (21)	8.0%	3.3% (5)	2.6%	1.5% (1)	0.7%
	令和元年度	7.1% (25)	7.9%	4.2% (1)	2.7%	1.6% (1)	0.7%

国保データベース (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)」

＜メタボ該当者(積極的支援)のリスク保有状況＞

※町()内は県内 25 保険者順位

順位		第 1 位		第 2 位		第 3 位		第 4 位	
検査項目		血圧+脂質		血糖+血圧+脂質		血糖+血圧		血糖+脂質	
割合	年度	那須町	栃木県	那須町	栃木県	那須町	栃木県	那須町	栃木県
	平成 28 年度	5.4% (25)	8.4%	3.9% (23)	4.9%	3.3% (11)	2.6%	0.9% (8)	0.8%
	平成 29 年度	6.4% (25)	8.5%	4.6% (20)	5.2%	3.3% (14)	3.2%	1.4% (2)	0.9%
	平成 30 年度	5.9% (25)	8.5%	4.8% (19)	5.4%	3.5% (14)	3.2%	1.0% (9)	0.9%
	令和元年度	6.1% (25)	8.6%	4.1% (24)	5.6%	3.4% (14)	3.3%	1.2% (6)	0.9%

国保データベース (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)」

メタボ予備群のリスク保有の割合については年々増加している。令和元年度は県平均より脂質で 1.5 ポイント、血糖で 0.9 ポイント上回り、近年では県内保険者の中でワースト 1 位となっています。また、メタボ該当者のリスク保有の割合については、「血糖+脂質」で県平均より高く、令和元年度は県平均を 0.3 ポイント上回っています。

これらのことから本町の課題として、引き続き高血糖と脂質異常症を優先課題として取り組む必要があります。

(4) 人工透析患者の状況

平成28年4月～平成29年3月診療分のレセプト期間内で「透析」に関する診療行為が行われている透析患者の内訳は以下のとおりです。

透析療法の種類	透析患者数 (人)	糖尿病性腎症 Ⅱ型糖尿病(人)	糸球体腎炎 IgA腎症(人)	起因が特定でき ない患者(人)
血液透析のみ	18	13	1	4
腹膜透析のみ	0	/	/	/
血液透析及び腹膜透析	0			
透析患者合計	18	13	1	4

データ範囲(分析対象)期間内に「腹膜透析」もしくは「血液透析」の診療行為がある患者を対象に集計。現時点で資格喪失している被保険者についても集計する。緊急透析と思われる患者は除く。

起因が明らかとなった患者のうち、半数以上が糖尿病を起因として透析となる、糖尿病性腎症となっています。

糖尿病性腎症の推移は以下のとおりです。

		平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
糖尿病性腎症の 患者数	男	50人	51人	50人	52人
	女	25人	24人	25人	24人
計		75人	75人	75人	76人

国保データベース(KDB)システム「医療費分析(細小分類)」

糖尿病性腎症は、糖尿病の合併症の一つで、高血糖状態が長く続くことで腎臓の機能を低下させる病気です。腎症が進行し腎機能が悪化すると、腎不全に至り人工透析が必要になります。腎症を防ぐためには、高血糖・高血圧・高脂血症の治療をしっかりとっておくことが大切です。

また、糖尿病性腎症による人工透析患者のうち新規の人工透析患者数は以下のとおりです。

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
糖尿病性腎症による 新規人工透析患者数	0人	2人	2人	3人

国保データベース(KDB)システム「医療費分析(細小分類)」

(5) 生活習慣病に係る医療費の状況

生活習慣病における令和元年度（累計）の疾病別医療費は以下のとおりです。

①入院医療費上位 10 位

順位	疾病別医療費 (細小 82 分類)	男性				疾病別医療費 (細小 82 分類)	女性			
		医療費(円)	件数	標準化比 (全国=100)	1人あたり 医療費(円)		医療費(円)	件数	標準化比 (全国=100)	1人あたり 医療費(円)
	全傷病計	684,854,900	1,281	87.5	153,180	全傷病計	430,646,610	833	91.1	105,680
1	不整脈	27,557,470	20	104.0	6,160	骨折	28,449,660	48	118.0	6,980
2	骨折	23,826,190	32	116.0	5,330	関節疾患	27,302,530	29	95.9	6,700
3	大腸がん	23,578,400	24	105.8	5,270	乳がん	14,166,430	20	138.0	3,480
4	肺がん	16,787,460	21	64.2	3,750	不整脈	10,351,690	7	100.4	2,540
5	狭心症	16,075,960	22	66.4	3,600	肺がん	9,601,870	11	97.8	2,360
6	慢性腎臓病 (透析あり)	14,795,300	21	62.2	3,310	クモ膜下出血	9,081,750	3	229.0	2,230
7	大動脈瘤	13,975,360	5	119.3	3,130	食道がん	7,136,020	8	511.1	1,750
8	心臓弁膜症	12,086,670	8	188.2	2,700	胆石症	6,707,980	11	168.7	1,650
9	前立腺がん	12,071,300	9	118.3	2,700	卵巣腫瘍(悪性)	6,524,880	8	166.2	1,600
10	胃がん	11,292,360	13	85.2	2,530	脳梗塞	5,225,780	13	52.2	1,280

KDB システム「疾病別医療費分析（細小（82）分類）CSV ファイルより計算。

入院の全傷病の医療費総計は男性で約 6 億 8,400 万円、全国を 100 とする標準化比は 87.5、女性で約 4 億 3,000 万円、標準化比は 91.1 となっており、生活習慣病に係る入院医療費は全国平均よりも低い状況です。

疾病別にみると生活習慣病の悪性新生物（がん）、血管疾患、骨折・関節疾患で医療費が高くなっています。

②外来医療費上位 10 位

順位	疾病別医療費 (細小 82 分類)	男性				疾病別医療費 (細小 82 分類)	女性			
		医療費(円)	件数	標準化比 (全国=100)	1人あたり 医療費(円)		医療費(円)	件数	標準化比 (全国 =100)	1人あたり 医療費(円)
	全傷病計	764,243,010	29,969	78.3	170,910	全傷病計	643,197,150	32,039	80.9	157,840
1	糖尿病	78,420,390	2,773	81.9	17,540	糖尿病	49,912,120	1,225	93.0	12,250
2	高血圧症	55,508,410	4,012	91.9	12,420	関節疾患	41,392,750	1,710	82.6	10,160
3	慢性腎臓病 (透析あり)	54,615,870	130	65.0	12,220	脂質異常症	39,717,810	975	89.5	9,750
4	脂質異常症	29,827,460	1,674	90.9	6,670	高血圧症	39,708,650	3,073	86.2	9,740
5	前立腺がん	24,183,040	267	109.9	5,410	乳がん	36,705,390	387	117.9	9,010
6	不整脈	23,616,560	700	76.9	5,280	骨粗しょう症	27,326,610	1,290	103.8	6,710
7	関節疾患	22,620,690	899	103.6	5,060	肺がん	13,931,520	55	81.9	3,420
8	胃がん	20,746,410	121	186.2	4,640	慢性腎臓病 (透析あり)	10,240,850	28	31.6	2,510
9	大腸がん	16,153,030	133	80.3	3,610	大腸がん	6,626,260	77	72.4	1,630
10	肺がん	14,861,490	53	42.8	3,320	不整脈	6,224,570	191	54.3	1,530

KDB システム「疾病別医療費分析（細小（82）分類）CSV ファイルより計算。

外来入院の全傷病の医療費総計は男性で約 7 億 6,400 万円、全国を 100 とする標準化比は 78.3、女性で約 6 億 4,300 万円、標準化比は 80.9 となっており、生活習慣病に係る外来医療費は全国平均よりも低い状況です。入院よりも外来の方が全国平均より下回っています。早期受診・適切な治療により重症化を防ぎ、入院に至らないようにすることが重要です。

③外来医療費上位 10 位以外の患者数の多い疾病上位 5 位

順位	疾病別医療費 (細小 82 分類)	男性				疾病別医療費 (細小 82 分類)	女性			
		医療費(円)	件数	標準化比 (全国=100)	1人あたり 医療費(円)		医療費(円)	件数	標準化比 (全国 =100)	1人あたり 医療費(円)
1	糖尿病網膜症	10,565,920	329	121.7	2,360	骨折	4,172,280	221	89.5	1,020
2	痛風・高尿酸血症	2,780,910	306	91.9	620	脳梗塞	3,614,690	149	125.7	890
3	狭心症	5,397,600	262	52.4	1,660	狭心症	2,479,330	129	63.6	610
4	脳梗塞	7,434,390	257	131.0	1,210	糖尿病網膜症	3,543,750	119	77.2	870
5	骨折	2,850,570	171	93.6	640	脂肪肝	2,069,940	92	179.9	510

KDB システム「疾病別医療費分析（細小（82）分類）CSV ファイルより計算。

(6) 受診行動適正化指導の実施状況（重複・頻回受診・重複服薬）

	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
重複・頻回受診者・ 重複服薬者	1 人	1 人	1 人	1 人
指導実施率	100%	100%	100%	100%

事業報告

受診行動適正化指導事業対象者は平成 28 年から令和元年にかけて 1 人で、保健師による保健指導実施率は 100%となっています。

(7) ジェネリック医薬品差額通知の実施状況

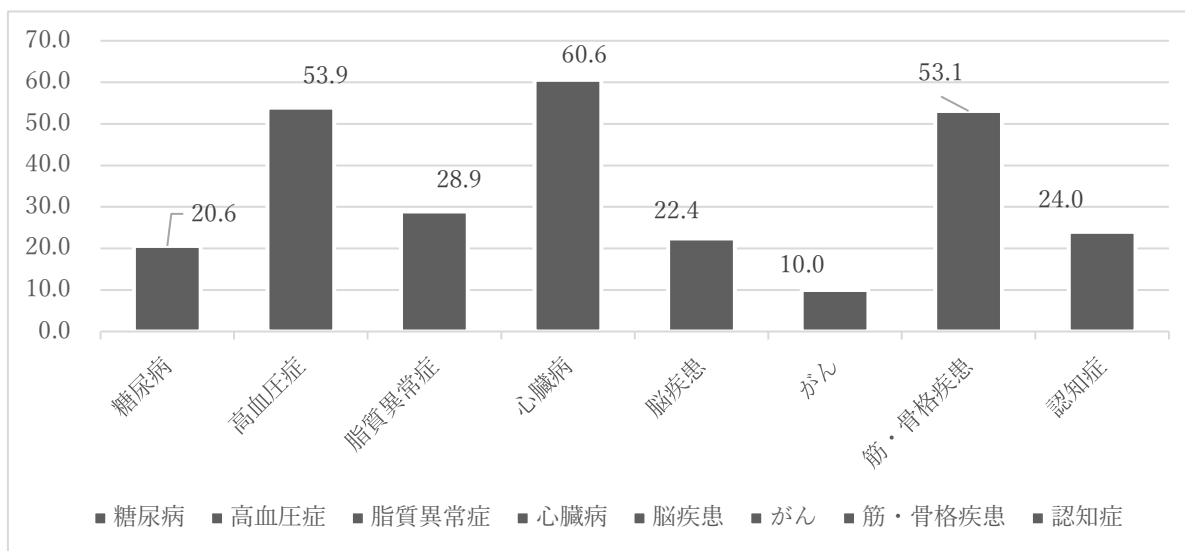
	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
差額通知率	実施なし	実施なし	実施なし	100%
ジェネリック 医薬品利用率	80.0%	74.7%	80.3%	83.3%

事業報告

ジェネリック医薬品差額通知事業は令和元年度に事業を開始し、通知率は 100%となっています。

(8) 介護認定者の疾病状況

令和元年度の要介護認定者の有病疾患の割合は以下のとおりです、



要介護認定者の有病率は心臓病、高血圧症、筋・骨格疾患の割合が高い状況です。

(9) 死亡の状況

平成 20～24 年 三大死因別標準化死亡比（※）は以下のとおりです。

（※）標準化死亡比とは、年齢等の人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標です。100 以上の場合は平均より死亡率が高いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断されます。

	悪性新生物		心疾患（高血圧性疾患を除く）		脳血管疾患	
	男	女	男	女	男	女
標準化死亡比 (全国=100)	102	101	117	124※	111	125※
死亡数	283 人	184 人	136 人	166 人	87 人	107 人

提供：栃木県国保連合会「平成 20～24 年度 人口動態保健所・市町村別統計」第 3 表・第 5 表に基づき計算会から提供
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。

本町では、国平均と比べて心疾患・脳血管疾患による死亡が多い状況となっています。

(10) 被保険者の生活習慣の状況（令和元年度の質問別回答状況）

※標準化比は年齢等の人口構成の違いを除去して市町村、県、全国間と比較するための指標です。100 以上の場合は平均より高いと判断され、100 以下の場合は低いと判断されます。

①食習慣の状況

質問の選択肢		週 3 回以上 朝食を抜く		週 3 回以上 夕食後間食		週 3 回以上 就寝前夕食		食べる速度が速い	
選択者 割合		年齢調 整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調 整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調 整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調 整割合	標準化比 全国(=100)
	男	8.4%	76.4	0%	0	19.0%	90.6	31.7%	101.1
	女	6.6%	96.3	0%	0	13.8%	121.0	24.6%	101.2

KDB システムの CSV ファイルより計算

週 3 回以上朝食を抜く人の割合は国平均より少なく、週 3 回以上夕食後に間食をする人はいません。全体の約 3 割の人は食べる速度が速く、女性では就寝前に夕食を食べる習慣がある人が国平均より多い状況となっています。

②運動習慣、体重の変化、噛みにくさの状況

質問の選択肢		1回30分以上の運動習慣なし		1日1時間以上運動なし		20歳時体重から10kg以上増加		咀嚼噛みにくい	
選択者割合		年齢調整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調整割合	標準化比 全国(=100)
		男	55.3%	98.1	40.7%	86.0	42.6%	97.8	20.5%
	女	63.1%	104.3	46.7%	99.0	29.5%	108.5	18.5%	103.5

KDBシステムのCSVファイルより計算

全体の約半数は1日30分以上の運動習慣がありません。また、約3~4割の人が20歳時体重から10kg以上増加しており、女性で国平均より高くなっています。咀嚼では、約2割の人が噛みにくさを感じており、女性で国平均より高くなっています。

③喫煙、飲酒の状況

質問の選択肢		喫煙		1日飲酒量(1~2合)		1日飲酒量(2~3合)		1日飲酒量(3合以上)	
選択者割合		年齢調整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調整割合	標準化比 全国(=100)
		男	22.5%	99.1	45.6%	133.3	25.2%	166.5	8.3%
	女	5.0%	87.3	30.6%	232.0	9.5%	310.9	0.8%	94.6

KDBシステムのCSVファイルより計算

喫煙習慣のある人は男性で国平均と差がなく、女性では低くなっています。飲酒習慣は飲酒をしている人のうち1日飲酒量が1~2合の人の割合が男女とも高くなっています。国との比較では、2~3合の男女、3合以上の男性で大きく上回っており、飲酒量が多いことが分かります。

④生活習慣の改善状況

質問の選択肢		改善意欲あり		改善意欲ありかつ始めている		改善意欲なし		保健指導利用しない	
選択者割合		年齢調整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調整割合	標準化比 全国(=100)	年齢調整割合	標準化比 全国(=100)
		男	32.2%	100.1	17.3%	120.4	27.8%	99.2	72.6%
	女	26.7%	91.1	16.9%	116.2	24.4%	96.7	67.3%	115.1

KDBシステムのCSVファイルより計算

改善意欲については、男女ともに全体の約4割の人が生活改善の意欲ありまたは改善を始めています。改善を始めている人の割合は国平均より高くなっています。

一方、改善意欲のない人は3割近くとなっており、国平均とほぼ同じ状況です。また、保健指導を利用しない人の割合は全体の約7割で国平均より高くなっています。

第3章 計画の達成状況及び中間評価

第3章 計画の達成状況及び中間評価

1 中間評価の実施体制

国民健康保険中央会の国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン（令和2年6月改訂版）「第2期データヘルス中間評価・見直し整理表」に基づき、計画の自己評価・見直しを行いました。また、令和2年度栃木県国民健康保険団体連合会に設置される支援・評価委員会の支援を受けて中間評価を行いました。

2 第2期データヘルス計画の達成状況と評価について

(1) データヘルス計画の全体について

【中間評価】

第2期データヘルス計画策定において、計画全体の目標を設定していなかったため、評価ができませんでした。そこで、現状から当町の健康課題を抽出し、第2期データヘルス計画の目標を新たに設定しました。

課題	計画全体の健康課題と目標を計画にも明確に位置付ける必要がある
----	--------------------------------

見直し	健康課題	生活習慣病患者（特に心疾患、高血圧症、糖尿病等の患者）が多数存在し、医療費が多額である。
	目標	元気なうちから健康づくりに取り組み、適正な受診ができる。
	評価指標	①高額レセプトにおける虚血性心疾患の背景の分析及び取り組みの検討
		②糖尿病性腎症の件数減少
③人工透析の新規導入の件数減少		
④かかりつけ医がいる人の割合の増加		

【計画後半の方向性】

上記の第2期データヘルス計画の目標達成に向け、個別事業の推進を図ります。

(2) 個別保健事業について

第2期データヘルス計画で設定した7つの個別保健事業の達成状況と評価は以下のとおりです。

① 特定健康診査未受診者対策事業

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	設定なし	設定なし	未受診者への通知率	特定健康診査受診率
目標値	設定なし	設定なし	100%	60%
実績	当該年度特定健診未受診者を対象として実施した。	特定健診の未受診者に対して過去の受診状況に合わせた勧奨ハガキを送付した。	H28: 100%	H28: 37.9%
			H29: 100%	H29: 40.9%
			H30: 100%	H30: 43.7%
			R1: 100%	R1: 43.4%
達成状況			達成	改善しているが未達

【中間評価】

AIを活用し、特定健診未受診者の過去の受診歴等から個人に合わせた内容の勧奨ハガキを送付したことで、特定健診受診率は増加傾向となっています。

目標の未達要因としては、特定健診受診の必要性についての普及啓発がまだまだ足りていないことが考えられます。また、目標値を国の目標値に設定していましたが、当町の実態に即した目標設定が必要であるため、以下のとおり見直しを行いました。

【計画後半の方向性】

当町の実態から目標値を「特定健診受診率50%」と見直します。

また、今後は未受診者に対する受診勧奨の方法や時期、ツールを再検討し、関係機関と連携しながら事業を継続していきます。

②特定保健指導事業

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	設定なし	設定なし	特定保健指導実施率	指導対象者の割合
目標値	設定なし	設定なし	60%	30%減少
実績	集団健診受診者に対し、健診機関に委託して実施した。	個々に応じた指導内容を実施したことで、継続率が増えた。	H28: 18.8%	H28: 12.4%
			H29: 31.4%	H29: 13.3%
			H30: 36.8%	H30: 12.5%
			R1: 34.9%	R1: 11.7%
達成状況			改善しているが未達	改善しているが未達

【中間評価】

参加者が自己肯定感を高められるよう、個々に応じた指導内容を実施したことで保健指導の継続率が増えました。指導対象者の割合は令和元年度は減少しています。

目標の未達要因としては、医療機関健診受診者への保健指導の実施体制が整っていないため、指導対象者の保健指導が実施できていないことが要因の一つと考えられます。また、アウトカム指標を「特定保健指導対象者の割合」としていましたが、より適切に経年比較や評価ができるよう、以下のとおり見直しを行いました。

【計画後半の方向性】

アウトカム指標・目標値を見直し、事業を推進していきます。

- ①内臓脂肪症候群該当者 14.0%、
- ②内臓脂肪症候群予備群 12.0%と見直します。

また、今後は医療機関健診受診者が保健指導を受けられる仕組みについても検討していきます。

③ハッスル年代健康チェック事業（25歳～39歳の国保加入者の健康診査事業）

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	設定なし	設定なし	対象者への通知率	受診率
目標値	設定なし	設定なし	100%	25%
実績	25～39歳の国民健康 保険加入者を対象に 一般健康診査を実施 した。	受診しやすいよう、健 診回数の増加、早朝・ 土日健診・託児を実施 した。	H28：100%	H28：15.2%
			H29：100%	H29：14.1%
			H30：100%	H30：15.6%
			R1：100%	R1：19.7%
達成状況			達成	改善しているが未達

【中間評価】

対象者全員への通知や健診機会の増加、早朝・土日健診・託児等の実施によって受診率は徐々に増加しました。

【計画後半の方向性】

若年層から健診を受けることで、自身の健康状態を把握し、必要な取り組みを行うことが重要です。引き続き、働き世代の方や子育て中の方も受けやすい健診の場の提供や受診勧奨の工夫などを行っていきます。

また、早い段階からリスクのある方に保健指導を受けていただくことや、必要な方に受診していただくために、効果的な指導等について検討していきます。

④人間ドック事業

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	設定なし	設定なし	助成制度の周知	全体の受診率
目標値	設定なし	設定なし	設定なし	50%
実績		助成制度の案内チラシを作成した。	住民生活課、保健センター窓口にチラシを設置して周知した。	H28 : 2.97% H29 : 3.38% H30 : 3.26% R1 : 3.3%
達成状況				未達

【中間評価】

助成制度の周知については関係課窓口にチラシを設置しました。今後は、保険切り替え時の新規加入者への周知や、関係部署の連携により、効果的な周知を継続していきます。

また、アウトカム指標を全体の受診率としていましたが、より適切に経年比較や評価ができるよう、以下のとおり見直しを行いました。

【計画後半の方向性】

人間ドック事業は、一般的な疾病やがんの早期発見・早期治療につなげることを目的としています。そこで、目標は受診者の増加と要精密検査の受診者の増加を目標とし、アウトプット指標・目標値を「人間ドック受診者数 250 人」、アウトカム指標を「要精密検査者の診率 15.5%」と見直し、事業を推進していきます。

⑤生活習慣病重症化予防事業（高血圧・高血糖・高脂血症）

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	設定なし	設定なし	対象者への指導率	当該年度の新規人工透析患者の割合
目標値	設定なし	設定なし	20%以上	25%
実績	対象者の選定基準がなかったことから事業実施に至らなかった。	糖尿病の対象者の選定基準と実施計画を作成した。	実施なし	H28: 25.0%
				H29: 26.7%
				H30: 29.4%
				R1: 31.6%
達成状況			未達	未達

【中間評価】

計画前半は事業実施に至りませんでしたでしたが、対象者の選定基準と実施計画を策定しました。

また、中間評価でのKDBシステムによるデータ分析から、当町の健康課題に糖尿病患者数・医療費の増加、重症化の傾向が把握できました。

【計画後半の方向性】

当町の健康課題から、計画後半は糖尿病重症化予防を優先事業とし、要医療者への受診勧奨や保健指導等を行っていきます。高血圧症、高脂血症については、引き続き健診結果説明会にて要指導・要医療者への保健指導を実施します。

評価指標・目標値については、新たに策定した那須町糖尿病重症化予防事業実施計画に基づき、重症化の予防を目的に、アウトプット指標を「受診の有無に関わらず選定基準を満たす対象者への保健指導の実施率 15.0%」、アウトカム指標を「糖尿病予防プログラムにおける糖尿病性腎症予防段階の該当者の減少 20 件」と見直します。

⑥受診行動適正化指導事業（重複・頻回受診・重複服薬）

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	設定なし	設定なし	対象者の指導実施率	重複・頻回受診者・重複服薬者
目標値	設定なし	設定なし	90%以上	50%減少
実績	医療保険係で対象者を抽出。医療保険係職員と保健センター保健師で訪問を行った。	医療保険係職員と保健センター保健師が対象者宅を訪問して指導を行った。	H28:100%	H28:1人
			H29:100%	H29:1人
			H30:100%	H30:1人
			R1:100%	R1:1人
達成状況			達成	総医療費は減少した

【中間評価】

保健指導は100%実施しています。アウトカム評価については、対象者の総医療費が削減されました。

【計画後半の方向性】

中間評価で定めたデータヘルス計画全体の目標からの紐づけができなかったことから、本事業は計画から削除することとします。なお、事業は継続して実施していきます。

⑦ジェネリック医薬品差額通知事業

	ストラクチャー (構造)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	設定なし	設定なし	通知率	ジェネリック医薬品 利用率
目標値	設定なし	設定なし	100%	80%
実績			H28：実施なし	H28：74.7%
			H29：実施なし	H29：77.7%
			H30：実施なし	H30：80.3%
			R1：100%	R1：83.3%
達成状況			達成	達成

【中間評価】

令和元年度の通知率は100%でした。ジェネリック医薬品利用率は徐々に増加し、目標を達成しています。

【計画後半の方向性】

中間評価で定めたデータヘルス計画全体の目標からの紐づけができなかったことから、本事業は計画から削除することとします。なお、事業は継続して実施していきます。

第4章 施策の展開

第4章 施策の展開

1 データヘルス計画(改訂版)の指標

第2期データヘルス計画全体における目標及び評価方法は以下の通りです。

○那須町のデータヘルス計画の目的

- ・自分の健康に関心を持ち、地域全体で健康づくりや疾病の予防、重症化の予防に取り組むことができる
- ・生涯にわたり誰もが住み慣れた那須町で自立した生活を送ることができる

○那須町の健康課題

生活習慣病患者（特に心疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧症等）が多数存在し医療費が多額となっている

○第2期データヘルス計画の全体目標

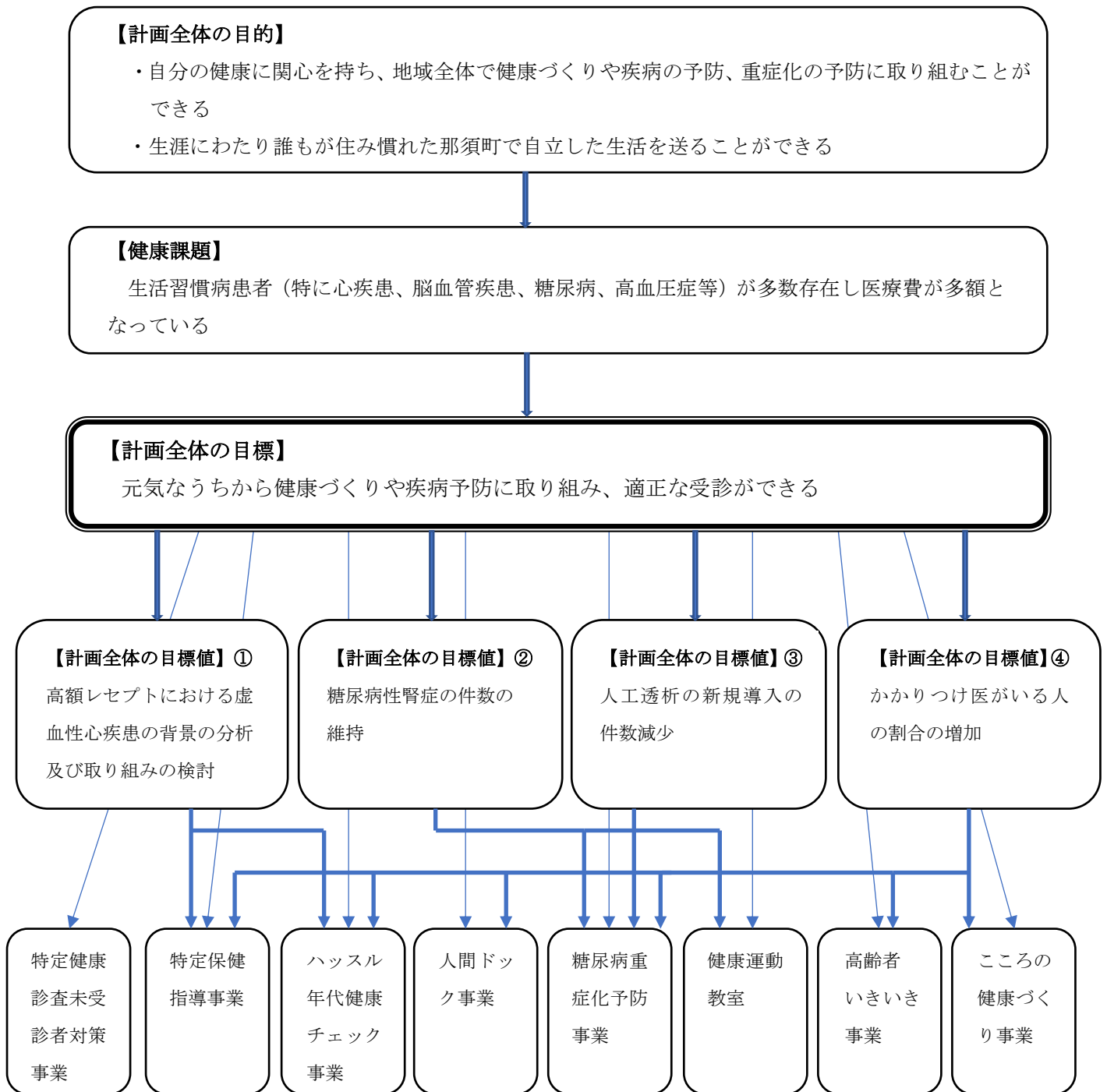
元気なうちから健康づくりや疾病予防に取り組み、適正な受診ができる

【計画全体の目標値】

評価指標を以下の通り設定します。(図表1)

	評価指標	目標値 (令和5年度)	測定法
①	高額レセプトにおける虚血性心疾患の背景の分析及び取組の検討	高額レセプトにおける虚血性心疾患の減少	レセプト分析
②	糖尿病性腎症の件数の維持 ※ベースライン (R1) 76件	76件	KDBシステム
③	人工透析の新規導入の件数減少 ※ベースライン (R1) 3件	人工透析の新規導入の件数の減少	KDBシステム
④	かかりつけ医がいる人の割合の増加 ※ベースライン (R1) 76.6%	80.0%	介護保険日常生活圏域ニーズ調査

【図表1 全体目標・目標値と保健事業】



2 データヘルス計画(改訂版)個別保健事業の目的と概要一覧

第2期データヘルス計画(改訂版)にて実施する保健事業一覧を以下に示します。

※対応目標については、計画全体の目標を◎、計画全体の目標値を①～④で表記します。

対応目標	事業名	事業の目的	事業概要
◎	特定健康診査未受診者対策事業	特定健診の受診率を向上させる。	特定健康診査未受診者に対し、特定健康診査の受診を促す。
◎ ・ ① ・ ④	特定保健指導事業	心疾患のリスクが高まるメタボ該当者・メタボ予備群を減らす。	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を行う。
◎ ・ ① ・ ④	ハッスル年代健康チェック事業	25～39歳の被保険者の健康増進を図る。	特定健康診査以前の若年層の国保加入者を対象に、自分の健康に関心を持ち、壮年期からの健康管理の習慣づくりを目的として、特定健診と同等の健診を集団健診で実施する。
◎ ・ ④	人間ドック事業	人間ドックを利用し、健康状態の確認や生活習慣病のチェック、一般的な疾病やがんなどの悪性疾患の早期発見を目的とする。	国民健康保険加入者の疾病の早期発見・早期治療、健康習慣づくりを目指して、医療機関に委託し人間ドックを実施するとともに、要精密検査者への受診勧奨を行う。
③ ◎ ・ ④ ②	糖尿病重症化予防事業	保健指導や受診勧奨を推進し、糖尿病の重症化を防ぐことで新規透析者の発生を抑制し、高額な医療費を防ぐ。	特定健康診査及び人間ドックの検査値とレセプトデータから対象者を特定し、保健指導や受診勧奨を実施する。

<p>◎ ・ ②</p>	<p>健康運動教室 (ファットレスクラブ)</p>	<p>運動習慣を日常生活において定着させたい人、運動に興味がある人を対象に、運動習慣を定着させるよう支援し、生活習慣病の予防・改善を図る。</p>	<p>参加者が運動習慣を生活の中に取り入れ継続できることを目的に、健康運動指導士による運動の講話・実技を行う。また、管理栄養士による講話や食習慣の振返りを行う。</p>
<p>◎ ・ ④</p>	<p>高齢者いきいき事業</p>	<p>65歳以上が集う場所に出向いた健康相談及び健康教室を行い、高齢者の健康増進を図る。</p>	<p>高齢者の団体を対象に、歯科衛生士や健康運動指導士、管理栄養士、保健師等の専門職を派遣し、健康づくりに関する健康教室や健康相談を行う。</p>
<p>◎ ・ ④</p>	<p>こころの健康づくり事業</p>	<p>心の健康に関する町民の実態調査から必要な取り組みを検討し、こころの健康づくりを推進する。</p>	<p>町民を対象に(無作為抽出)アンケートによる意識調査を実施し、課題や困りごと・ニーズ等を分析し、実情に応じた取り組みを検討する。</p>

3 データヘルス計画(改訂版)個別保健事業の指標

第2期データヘルス計画における実施事業及び評価方法は以下の通りです。

①特定健康診査未受診者対策事業

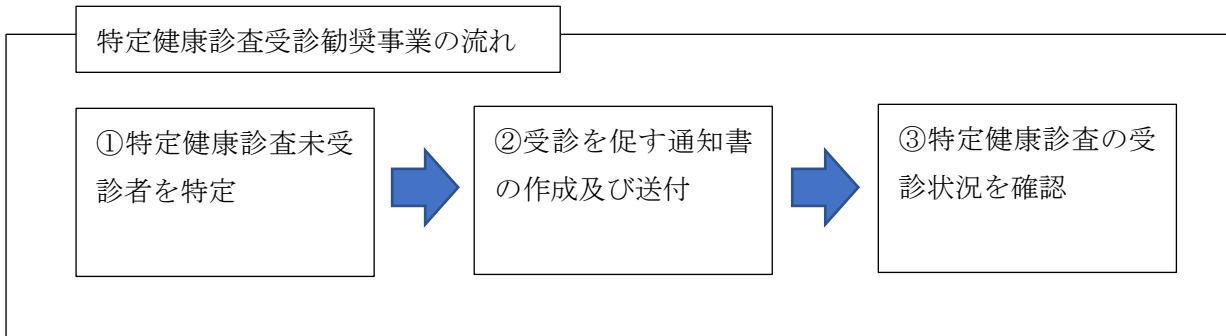
【事業目的】

特定健診の受診率を向上させることを目的とします。

【事業概要】

特定健康診査未受診者に対し、受診を促します。

【実施内容】



【目標値及び評価方法】

評価指標を以下の通り設定します。

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	対象者が受診しやすい会場の設定。 ハガキ等での個別の通知。	未受診者に対して再度受診勧奨を行う。	未受診者への通知率	特定健康診査受診率
ベースライン (令和元年度)			100%	43.4%
目標値 (令和5年度)			100%	50.0%
測定法	事業報告等		事業報告等	法定報告

②特定保健指導事業

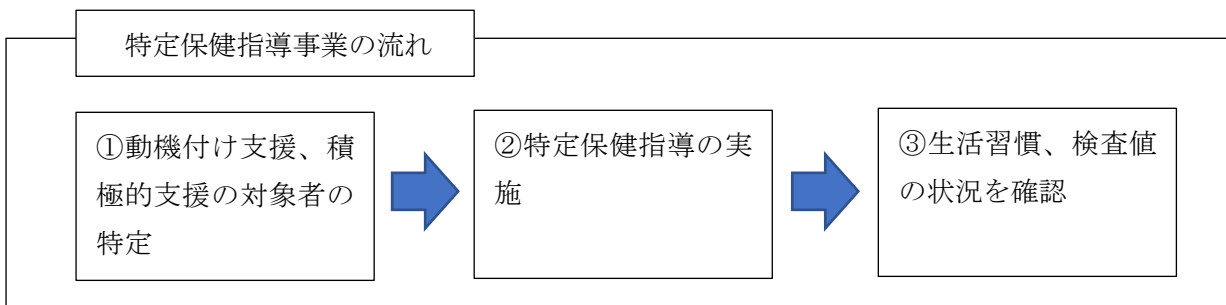
【事業目的】

本町では心疾患患者割合や死亡率が高く、要介護認定者の有病疾患の6割を占めていることから心疾患のリスクが高まるメタボ該当者・メタボ予備群を減らすことを目的とします。

【事業概要】

特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を面接や電話、e-mail等で行います。

【事業内容】



【目標値】

評価指標を以下の通り設定します。

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	健診実施医療機関との連携の強化。	医療機関健診受診者の特定保健指導のルール化を行う。	保健指導の実施率	指導対象者の割合
ベースライン (令和元年度)			34.9%	内臓脂肪症候群該当者 (積極的支援) : 14.4% 内臓脂肪症候群予備群 (動機付け支援) : 12.8%
目標値 (令和5年度)			40.0%	内臓脂肪症候群該当者 (積極的支援) : 14.0% 内臓脂肪症候群予備群 (動機付け支援) : 12.0%
測定法	事業報告		事業報告	法定報告

③ハッスル年代健康チェック事業

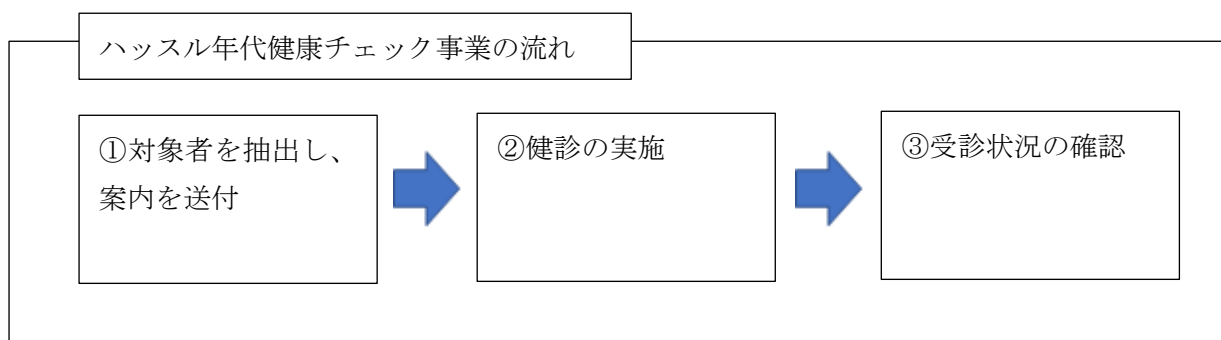
【事業目的】

25～39歳の被保険者の健康増進を目的とします。

【事業概要】

特定健診以前の若年層の国保加入者を対象に、自分の健康に関心を持ち、壮年期からの健康管理の習慣づくりを目的として、特定健診と同等の健診を集団健診で実施します。

【実施内容】



【目標値及び評価方法】

評価指標を以下の通り設定します。

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	対象者が受診しやすい会場の設定。 ハガキ等での個別の通知。	対象者が集まる場所での通知や対象者が参加しやすい日程の設定。	対象者への通知率 (受診勧奨率)	健康診査受診率
ベースライン (令和元年度)			100%	19.7%
目標値 (令和5年度)			100%	20.0%
測定法	事業報告		事業報告	事業報告

④人間ドック事業

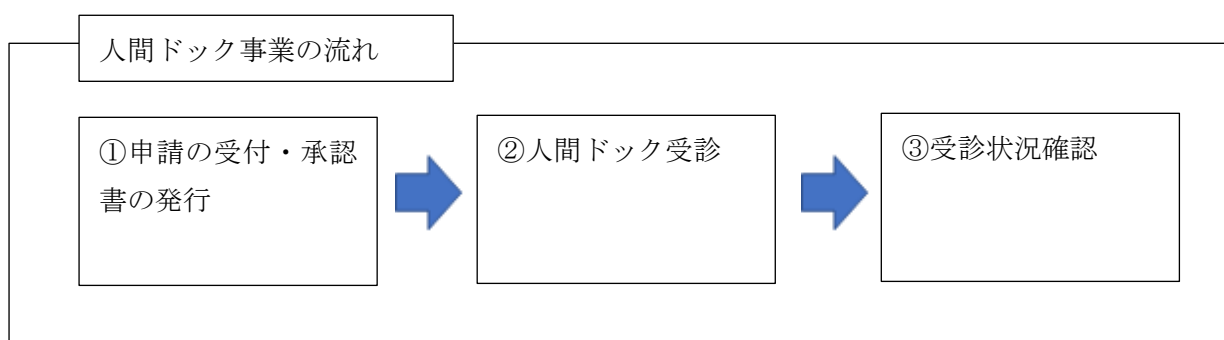
【事業目的】

人間ドックを利用し、健康状態の確認や生活習慣病のチェック、一般的な疾病やがんなどの悪性疾患の早期発見ができることを目的とします。

【事業概要】

国民健康保険加入者の疾病の早期発見・早期治療、健康習慣づくりを目指して、医療機関に委託し人間ドックを実施します。また、要精密検査者を対象に保健指導や受診勧奨を推進します。

【実施内容】



【目標値及び評価方法】

評価指標を以下の通り設定します。

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	協力医療機関との連携強化。 国保医療部門と連携強化。	国保医療部門と協働しての周知。 要精密検査者への受診勧奨・受診確認のルール化。	人間ドック受診者数	要精密検査者の受診率
ベースライン (令和元年度)			232人	取組なし
目標値 (令和5年度)			250人	15.5%
測定法	事業報告		事業報告	事業報告

⑤糖尿病重症化予防事業

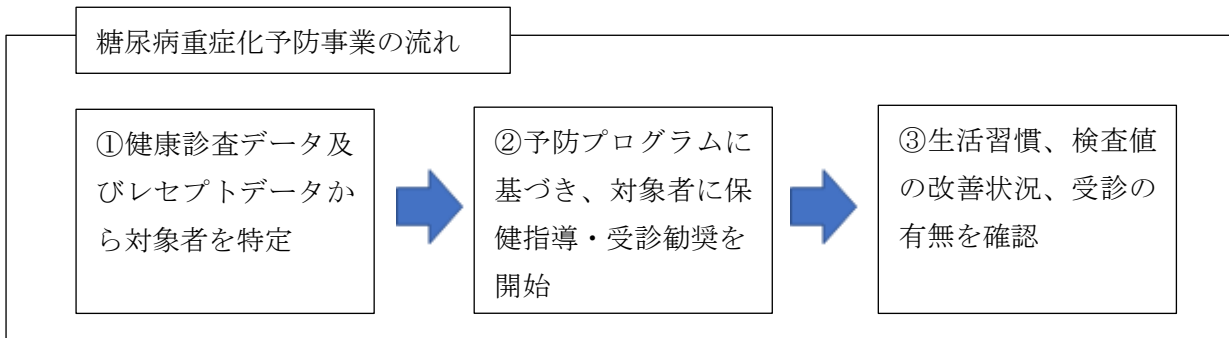
【事業目的】

保健指導や受診勧奨を推進し、糖尿病の重症化を防ぐことで新規透析者を抑制し、高額な医療費を防ぐことを目的とします。

【実施概要】

特定健康診査や人間ドックの検査値とレセプトデータから対象者を特定し、保健指導や受診勧奨を実施します。

【実施内容】



【目標値及び評価方法】

評価指標を以下の通り設定します。

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	国保医療部門との情報共有体制の強化。他機関との連携。	国保医療部門及び健診部門間の連絡会開催。	受診の有無に関わらず空腹時血糖 126 mg/dℓ(随時血糖 200 mg/dℓ)以上またはHbA1c6.5以上の方への保健指導実施率	糖尿病重症化予防プログラムにおける糖尿病性腎症予防段階の該当者の減少
ベースライン (令和元年度)			取組なし	24件
目標値 (令和5年度)			15.0%	20件
測定法	事業報告		事業報告	事業報告

⑥健康運動教室（ファットレスクラブ）

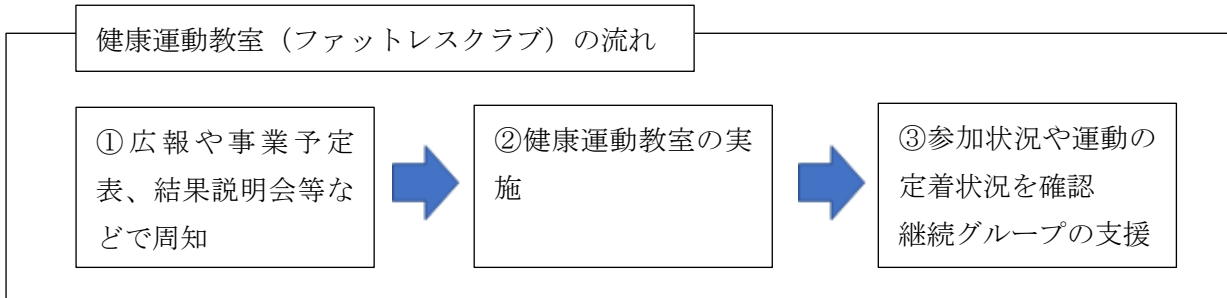
【事業目的】

運動習慣を日常生活において定着させたい人、運動に興味がある人を対象に、運動習慣を定着させるよう支援し、生活習慣病の予防・改善を図ることを目的とします。

【事業概要】

参加者が運動を生活の中に取り入れ、継続できることを目的に、健康運動指導士による運動の講話・実技を行います。また、管理栄養士による講話や食習慣の振返りを行います。

【事業内容】



【目標値及び評価方法】

評価指標を以下の通り設定します。

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	委託健康運動指導士と連携を取りながら実施する。	適切な運動方法の助言・指導を行う。	開催回数	・参加率 ・運動習慣定着率 ・満足度
ベースライン (令和元年度)			毎月2回	・参加率45.5% ・運動習慣定着率90.0% ・満足度90.0%
目標値 (令和5年度)			毎月2回	・参加率45.0% ・運動習慣定着率90.0% ・満足度90.0%
測定法	事業報告		事業報告	事業報告

※第2期データヘルス計画の目標を達成するための個別保健事業として新たに位置づけました。

⑦高齢者いきいき事業

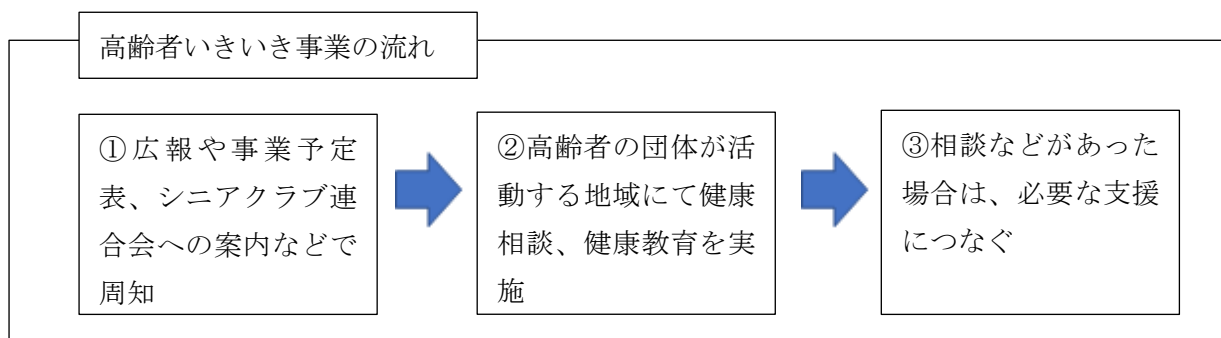
【事業目的】

65歳以上が集う場所に出向いた健康相談及び健康教室を行い、健康増進を図ることを目的とします。

【事業概要】

高齢者の団体を対象に、歯科衛生士や健康運動指導士、管理栄養士、保健師等の専門職を派遣し、健康づくりに関する健康教室や健康相談を行います。

【事業内容】



【目標値及び評価方法】

評価指標を以下の通り設定します。

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	歯科衛生士、健康運動指導士、栄養士等と連携し事業を実施する。	シニアクラブ連合会及び事業予定で広報・参加募集する。健康相談・教室を通し高齢者の健康増進の普及啓発を行う。	開催回数	参加者数
ベースライン (令和元年度)			年間 21 回	参加延人数 262 人
目標値 (令和5年度)			年間 21 回	参加延人数 265 人
測定法	事業報告		事業報告	事業報告

※第2期データヘルス計画の目標を達成するための個別保健事業として新たに位置づけました。

⑧こころの健康づくり事業

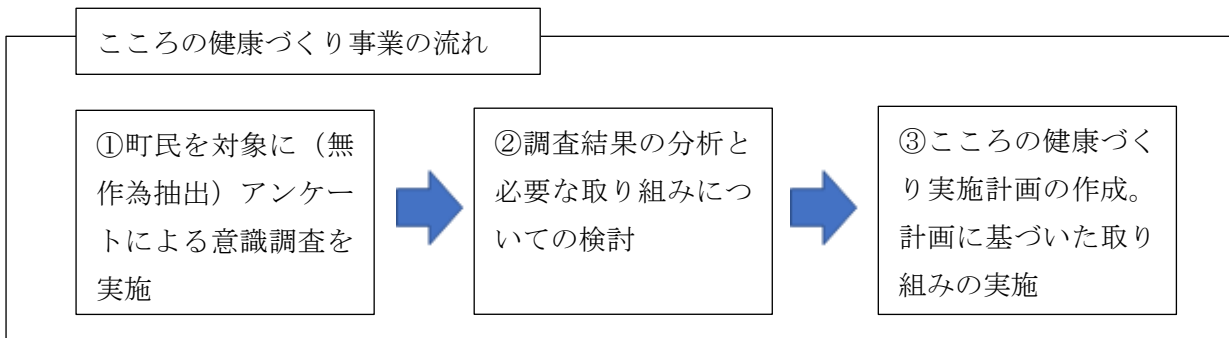
【事業目的】

身体の健康と共に重要とされるのが、メンタル疾患を予防しこころの健康を維持することです。そこで、町民の実態把握から必要な取り組みを検討し、こころの健康づくりを推進することを目的とします。

【事業概要】

町民を対象に（無作為抽出）アンケートによる意識調査を実施し、課題や困りごと・ニーズ等を分析し、実情に応じた取り組みを検討します。

【事業内容】



【目標値及び評価方法】

評価指標を以下の通り設定します。

	ストラクチャー (実施体制等)	プロセス (過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)
指標	町民の実態を把握するための意識調査（アンケート）を行い、そこから必要な取り組みを検討する。	意識調査の対象者と調査内容の検討。 調査結果の分析。	<ul style="list-style-type: none"> ・実態調査件数 ・実態調査回収率 ・その他については実施計画の中で設定する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施計画の見直し ・評価指標については実施計画の中で設定を行う。
ベースライン (令和元年度)				
目標値 (令和5年度)			実施計画の中で設定する。	実施計画の中で設定する。
測定法	事業報告		事業報告	事業報告

※第2期データヘルス計画の目標を達成するための個別保健事業として新たに位置づけました。

第5章 その他の事項

第5章 その他の事項

1 計画の公表及び周知

本計画はホームページ等で公表するとともに、関係機関・関係団体への配布による公表をします。また、本計画をあらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。

2 関係機関との連携

本計画における各事業は、本町関係課との連携や医師会・歯科医師会等の関係団体との協力により、効率的・効果的に実施していきます。

3 地域包括ケアに係る取り組み

本町の総人口は減少していますが、高齢者人口は前期高齢者人口、後期高齢者人口ともに増加しており、令和2年10月1日現在の高齢化率は39.9%と高い状況となっています。高齢者が、医療サービス・介護サービスをできるだけ必要としない期間（平均自立期間）を延ばし、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続できるようにするための取組は、国民健康保険にとっても町全体にとっても非常に重要です。

また、重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、心疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防が重要です。国民健康保険加入者の健康づくりや重症化予防を推進することが、要介護認定者の減少や町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながることから、医療・介護・保健・福祉等各種部門が連携し、高齢者を支える地域包括ケアの充実が必要です。

本町では、高齢者が住み慣れた地域で安心して自立した生活を継続できるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援に係る庁内関係部署等が一体的に取り組んでいる在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議、介護保険運営協議会等にも国保部局として参加しています。

また、保健事業においては、特定健診並びに後期高齢者の基本健診の推進や関係課と連携した「高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施」に向けた取り組みを行い、高齢者の健康増進を図っています。

第2期データヘルス計画改訂版【中間評価】

改定・発行日 令和3年3月

発行 那須町

編集 那須町住民生活課

栃木県那須郡那須町大字寺子丙 3-13

電話 0287-72-6909

那須町保健福祉課（保健センター）

栃木県那須郡那須町大字寺子乙 2566-1

電話 0287-72-5858