

第 2 期野木町データヘルス計画
第 4 期野木町国民健康保険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
栃木県 野木町

はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和 22 年までに健康寿命を男女ともに 3 年以上延伸し、75 歳以上とすることを目指すとしています。またそのためには、「次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の 3 分野を中心に取組を推進することにあります。

健康寿命の延伸は社会全体の課題ですが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、地方自治体が担う役割は大きくなっています。

また、令和 2 年度から世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症は、国内でも感染が拡大し、価値観や生活様式等が大きく変化しました。健康・医療分野においては、コロナ禍の中で全国的に健診（検診）受診率、医療費の動向及び疾病構造等に影響が出ました。一方、コロナ禍をきっかけとして、オンライン診療やオンライン服薬指導、ICT を活用した保健指導等の支援サービスの普及が加速度的に進むなど、現在は大きな転換期にあります。

野木町国民健康保険においては、「データヘルス計画（第 1 期）」及び「特定健康診査等実施計画」（第 1 期～第 3 期）を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質（QOL）の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。

この度、令和 5 年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取組の成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第 2 期データヘルス計画」と「第 4 期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

目次

第1章	基本情報	
	1. 人口・被保険者	・ P1
	2. 基本的事項	・ P1
	3. 関係者連携	・ P2
	4. 現状の整理	・ P2～4
	5. 分析結果・グラフ	・ P5～6
第2章	健康医療情報等の分析と課題	
	1. 各分野における分析結果	・ P7
	2. 平均寿命・標準化死亡比等	・ P8～9
	3. 医療費の分析	・ P10～17
	4. 特定健康診査・特定保健指導などの 健診データ（質問票を含む）の分析	・ P18～26
	5. 介護費関係の分析	・ P27～29
第3章	計画全体図	・ P30～31
第4章	個別の保健事業	
	1. 特定健康診査	・ P32
	2. 特定保健指導	・ P33
	3. 糖尿病重症化予防事業	・ P34
	4. からだスッキリ教室	・ P35
	5. のぎ健康マイレージ	・ P36
第5章	その他	・ P37
第6章	特定健康診査等実施計画	・ P38～P44

第2期データヘルス計画

第1章 基本情報

1. 人口・被保険者

	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	25,099人	100%	12,588人	50.2%	12,511人	49.8%
国保被保険者数（人）	5,802人	23.1%	2,817人	22.4%	2,985人	23.9%

※野木町国保被保険者の性・年齢階層別一覧表は別表として添付

(令和5年4月時点)

2. 基本的事項

<p>計画の背景・趣旨</p>	<p>【計画策定の背景】 保険者は平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律（以下、「高確法」という。）により、40歳から74歳を対象にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査・特定保健指導を実施するとともに、特定健康診査等実施計画を定めるものとされました。 また、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、「すべての健康保険組合に対し、診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等のデータ分析、それに基づく被保険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、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。 その方針を踏まえ、厚生労働省は平成26年3月に保健事業の実施に関する指針の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用し、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、保健事業の実施及び評価を行うこととされました。 令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルス計画の標準化の取組みの推進が掲げられ、令和4年には「新経済・財政再生計画改革工程表2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引」の改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進する。」と示され、令和5年5月に共通指標や共通様式が例示された「国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」が改正されました。 栃木県においては、県内市町と相談の上、令和5年6月に共通指標・共通様式が提示されたため、野木町においても、第2期データヘルス計画は、栃木県の共通指標・共通様式を用いて策定いたします。</p> <p>【計画策定の趣旨】 野木町国民健康保険（以下「国保」という。）は、平成20年度から「野木町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。）を策定するとともに、平成29年度には「野木町データヘルス計画」（以下、「データヘルス計画」という。）を策定しました。 この度、「第1期データヘルス計画」及び「第3期特定健康診査等実施計画」（平成30年度～令和5年度）の終了に伴い、新たに「第2期データヘルス計画」及び「第4期特定健康診査等実施計画」を策定します。</p>
<p>計画期間</p>	<p>計画の期間は、令和6年度から11年度までとします。 また、データヘルス計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「野木町総合計画」、「健康増進計画」、「野木町高齢者福祉計画・介護保険事業計画」と調和のとれたものとします。</p>
<p>実施体制</p>	<p>計画は、国保部門である住民課が実施主体となりデータヘルス委員会（住民課、健康福祉課健康増進係、高齢対策係等）にて、計画立案、進捗管理、評価と見直し等を実施していきます。 また、野木町国民健康保険運営協議会にて、適宜計画の進捗についての報告及び実施内容の評価への助言を受け、必要な調整を行います。</p>

3. 関係者連携

関係者連携	<p>計画については野木町国民健康保険運営協議会において審議や報告を行います。計画実施にあたり、健康福祉課健康増進係、高齢対策係等と連携しながら、健診や保健指導等を実施していきます。また、地域の医療等関係者として、町医師団、小山地区歯科医師会、栃木県薬剤師会等と健康課題を共有し、健診、保健指導等への協力、計画の効果的な実施のための助言を得るなど連携していきます。栃木県や県南健康福祉センター、栃木県国民健康保険団体連合会等からの支援を得て、効果的な保健指導等の実施に努めていきます。</p>
保険者及び関係者	<p>具体的な役割、連携内容</p>
野木町住民課 (国保部門)	<ul style="list-style-type: none"> ・計画の実施主体として、計画立案、進捗管理、評価、見直し等 ・データヘルス委員会の運営 ・専門職の確保、事務職と専門職との連携と役割分担
県(国保医療課・健康増進課)	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連絡調整や専門職の派遣・助言等の技術的な支援、情報提供等 ・関係部署や他の保険者との意見交換の場の設定 ・現状分析のために保有するデータの提供
県南健康福祉センター (県南保健所)	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連絡調整や専門職の派遣・助言等の技術的な支援、情報提供等 ・関係部署や他の保険者との意見交換の場の設定 ・現状分析のために保有するデータの提供
国民健康保険団体連合会及び 保健事業支援・評価委員会、 国保中央会	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB等のデータ分析やデータ提供に関する支援 ・研修会等での人材育成、情報提供 ・保健事業支援評価委員会からの支援
後期高齢者医療広域連合	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア、一体的実施等への協力 ・データや分析結果の共有等
保健医療関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・野木町医師団、小山地区歯科医師会、栃木県薬剤師会等 ・健診等への協力 ・意見交換や情報提供

4. 現状の整理

野木町の特性	<p>野木町は、栃木県の南部に位置し茨城県と接しており、栃木県の南の玄関口です。JR宇都宮線や国道4号線により、首都東京へ約60キロメートル、宇都宮へ約40キロメートルで結ばれた首都圏に位置します。地形は平坦で、気候は温暖、地味も肥沃と、気候風土ともに恵まれています。このような条件のもと、米・麦・果樹・施設園芸などの農業が盛んです。一方交通の便利さから、住宅が急増し、ベッドタウン的色彩がみられます。また、町南部には野木工業団地があり、さらに、町東部には民間開発の野木東工業団地があります。</p> <p>人口は25,099人で、65歳以上の人口が8,535人(高齢化率34.0%)です。町国民健康保険被保険者は5,802人(加入率23.1%)、48.6%が男性、51.4%が女性です。全体の55.3%が65歳以上75歳未満です。</p> <p>団塊世代を中心とした年齢層が多く、かつ平均寿命が伸びたことや出生数の低下により少子高齢化が進んでいる背景があります。</p> <p>都市部に電車で70分の場所にあるアクセスの良さから、ローズタウンに移住した団塊世代が多いです。現在は子が独立して家を出てしまっている等、単独世帯や核家族世帯が多い傾向があります。</p>
地域資源の状況	<p>野木町健康づくり推進員、野木町食生活推進員(地域の健康づくりボランティア)</p> <p>野木町医師団(9医療機関)、野木町歯科医院(6医療機関)</p> <p>路線バスはないため、自家用車1~2台を所有している方が多くみられます。他の交通手段としてデマンド型乗り合いタクシーを運行しています。</p>

前期計画等に係る考察	<p>計画全体の目標はすべての項目にて目標値が達成されていない状況です。平成29年度から令和4年度に改善している指標は3項目、不変が1項目、悪化が6項目でした。(表1)</p> <p>個別事業に関しては、ほとんどの事業において目標値が設定されていませんでした。そのため、平成29年度との比較からの改善状況で評価をします。改善は9事業、悪化は1事業、評価困難は4事業でした。(表2)</p> <p>各事業において、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、事業の中止や実施内容の変更等に伴い、評価困難な事業もあり、コロナ禍において事業の利用を控える様子もみられました。しかし、特定健康診査に関しては、集団健診において、がん検診との同時受診や女性限定健診、休日健診、託児、インターネット予約の環境整備をするとともに、人間ドックの受診結果の取り込み、民間事業者の他、直営での受診勧奨により受診率は向上しています。今後もこれらの取組を継続しながら、効果的な受診勧奨時期や勧奨資材を検討し、町医師団等の関係機関との連携も強化しながら受診率向上に努めていきます。特定保健指導は、健診結果書とともに特定保健指導の案内を同封し、郵送後、約2週間以内に電話をかけるようこころがけ、受診率は上昇しています。今後も利用勧奨する時期を検討していくとともに、介入方法や指導方法を検討し、健康管理への意識付けを図っていきます。</p> <p>特定健診結果有所見者が増加しています。特にHbA1c5.6mg/dl以上の方の割合が有意に増加しています。糖尿病の発症や重症化を予防し、人工透析に移行しないよう、引き続き対策を進めていく必要があります。次期計画において、重症化予防を重点的に考え、事業の見直しを検討していきます。</p>
------------	--

表1:【前期計画全体の指標と評価】

目標	指標の変化			評価 (改善・不変・悪化)	達成状況
	指標	目標値	平成29年度		
特定健康診査・がん検診の受診率の向上		60% (特定健診)	27.3%	40.7%	改善 未達成
特定保健指導利用者の増加		60%	14.2%	18.6%	改善 未達成
特定健診結果(血圧)有所見率の減少 収縮期血圧130mmHg以上または 拡張期血圧85mmHg以上の人		(収縮期) 45% (拡張期) 15%	(収縮期) 46.3% (拡張期) 18.3%	(収縮期) 53.4% (拡張期) 23.5%	悪化 未達成
特定健診結果(血糖)有所見者の減少 ヘモグロビンA1c5.6mg/dl以上の人		50%	61.9%	72.4%	悪化 未達成
特定健診結果(脂質)有所見者の減少 中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満 または LDLコレステロール120mg/dl以上		(中性脂肪) 15% (HDL) 3.8% (LDL) 55%	(中性脂肪) 17.7% (HDL) 4.6% (LDL) 57.4%	(中性脂肪) 17.3% (HDL) 3.6% (LDL) 57.8%	不変 未達成
特定健診結果(腹囲)有所見者の減少		30%	31.90%	35.80%	悪化 未達成
特定健診結果(BMI)有所見者の減少		20%	22.10%	24.00%	悪化 未達成
特定健診結果(血清クレアチニン)有所		0.9%	1.2%	1.3%	悪化 未達成
非肥満高血糖者の減少		8.8%	11.3%	15.9%	悪化 未達成
新規人工透析者の減少		2%	3.4%	2.9%	改善 未達成

表2:【前期計画の各事業の達成状況】

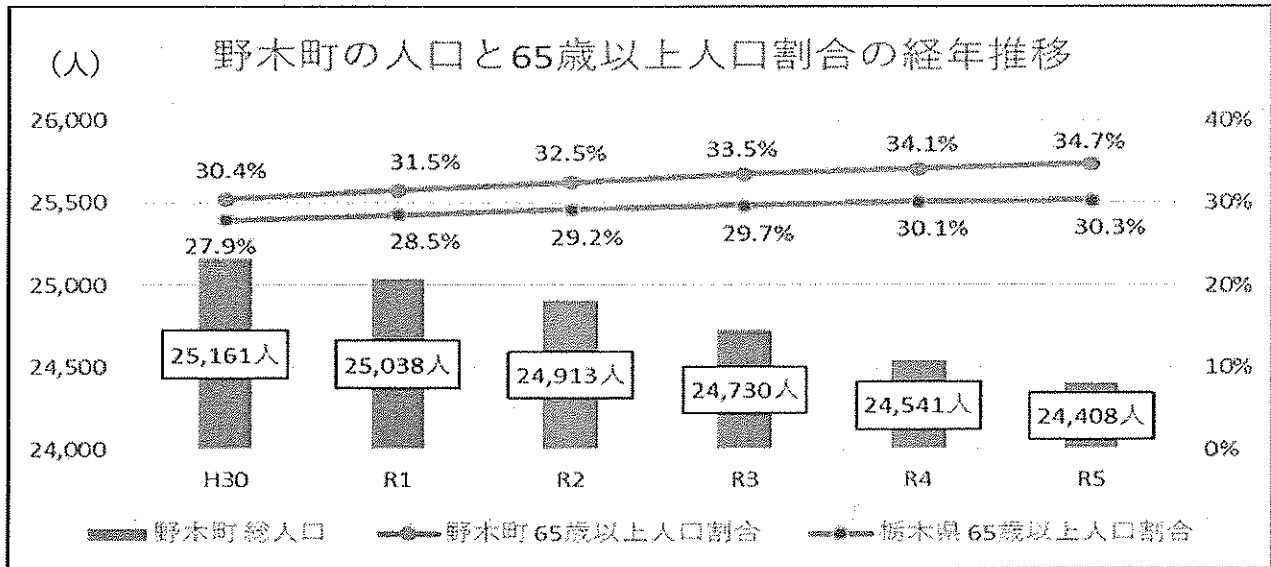
目標			指標の変化		評価 (改善・不変・悪化・評価困難)
事業名	指標	目標値	平成29年度	令和4年度	
生活習慣病健診(特定健診)	実施率	60%	27.3%	40.7%	改善
特定健診受診率向上事業	発送件数	-	3000件	3075件	改善
健診結果説明会	参加人数	-	35人	40人	改善
特定保健指導	実施率	60%	14.2%	18.6%	改善
糖尿病重症化予防事業	支援人数	-	16人	39人	改善
健康相談(各地域)	参加人数	-	79人	89人	改善
健康相談(病態別)	参加人数	-	55人	40人	悪化
からだスッキリ教室(運動編)	参加人数	-	971人	246人	評価困難
からだスッキリ教室(知識編)	参加人数	-	76人	未実施	評価困難
からだスッキリ教室(食事編)	参加人数	-	37人	未実施	評価困難
のぎ健康マイレージ	完了者率	-	74%	75.50%	改善
人間ドック・脳ドック費用の助成	申請者数	-	189人	214人	改善
健康タウン測定会	参加人数	-	200人	350人	評価困難
歯周疾患検診	実施人数	-	134人	164人	改善

5.分析結果・グラフ

【野木町における総人口と65歳以上人口割合の経年推移】

令和5年10月現在の野木町の人口は24,408人となっており、平成30年からは753人の減少となっています。今後も人口はさらに減少していくことが予想されます。

一方、高齢者人口は年々増加し、令和5年10月現在、8,477人となっており、平成30年から871人の増加となっています。高齢化率は県よりも高く、年々上昇傾向にあります。令和5年10月現在高齢化率は34.7%となっており、平成30年からは4.3ポイントの増加となっています。高齢化のスピードも県と比較して速く、平成30年からの5年平均8.6ポイントずつ増加しています。今後もさらに高齢化率の上昇が予想されます。

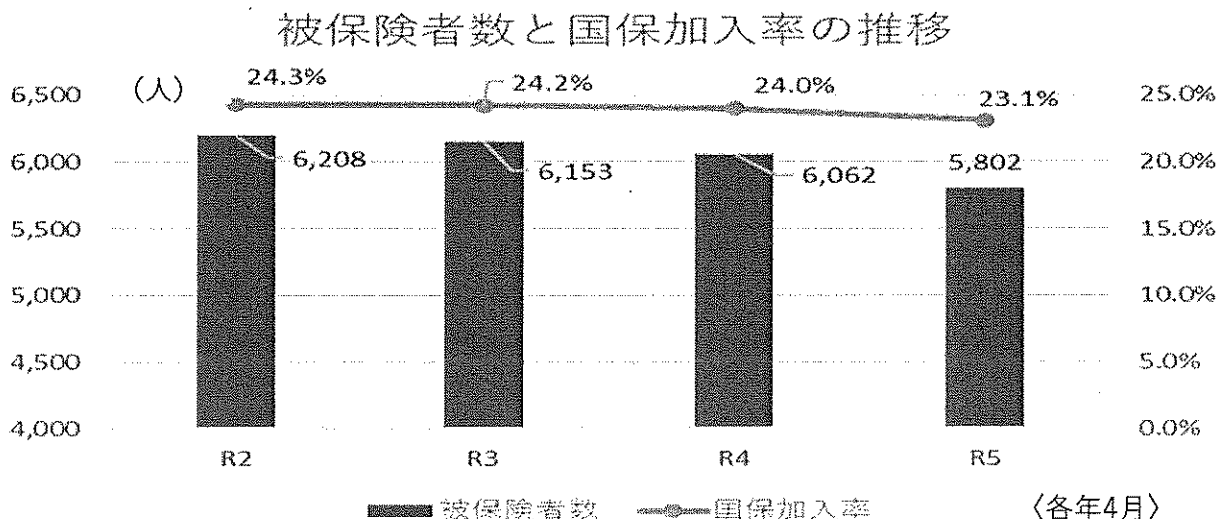


毎年各10月 (出典:「栃木県の人口(栃木県毎月人口調査報告書)」(栃木県)を加工して作成(65歳以上については年齢不詳を除く))

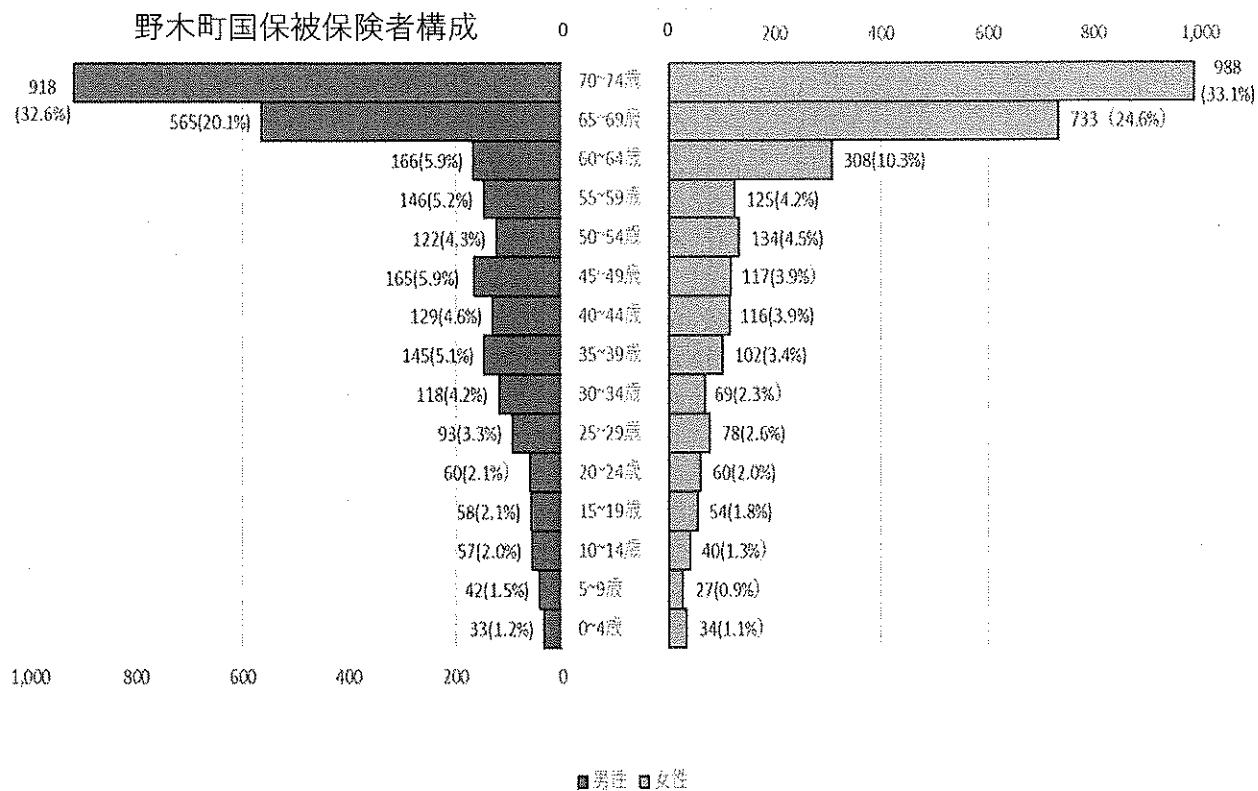
【野木町国民健康保険者数の状況】

野木町国民健康保険被保険者数及び国保加入者率は減少傾向にあります。

令和5年4月現在の被保険者の年齢構成は、65歳から74歳の前期高齢者が55.3%を占めており、特に70～74歳が男女ともに多くなっています。また、高齢になるほど国民健康保険への加入率が高くなっています。



別表【野木町国保被保険者構成】



〈KDBシステムより集計〉

第2章 健康医療情報等の分析と課題

1. 各分野における分析結果

健康・医療情報等の大分類	左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要な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・標準化死亡比等	<p>【平均寿命】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平均寿命は男性は県・国よりも低い状況です。 女性は県よりも高い状況です。 <p>【健康寿命】</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康寿命は男性は県よりも低い状況です。 女性は県よりも高い状況です <p>【死因別標準化死亡比】</p> <ul style="list-style-type: none"> 主要死因別標準化死亡比（5年間（H25～29）の死亡数をもとに算出）は、男性が肺炎、急性心筋梗塞、胃がん、腎不全、脳内出血、女性が肺炎、脳内出血、急性心筋梗塞、肝及び肝内胆管がん、胃がんが県よりも高く、男女ともに肺炎、急性心筋梗塞、脳内出血が高い状況です。悪性新生物の標準化死亡比は男性は胃がん、大腸がん、女性は胃がん、肝及び肝内胆管がんが県よりも高い状況です。 	図1～4	I～VII
医療費の分析	<p>【入院・入院外の医療費】</p> <ul style="list-style-type: none"> 標準化（医療費）からみた医療費は、男女とも入院、入院外医療費（全傷病計）が県を下回っています。 入院医療費は男性が「狭心症」「大腸がん」「前立腺がん」が経年的に県よりも高いです。女性は「高血圧症」「子宮体がん・子宮がん」「脳出血」が県よりも高いです。 入院外医療費では男性が「糖尿病性網膜症」、「前立腺がん」、女性は「糖尿病性網膜症」「肺がん」「大腸がん」が経年的に県よりも高いです。男女とも「脂質異常症」「糖尿病」「高血圧症」は経年的に県よりも低い状況です。 <p>【後期高齢者医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> 標準化（医療費）からみた医療費は、男性は入院、入院外医療費（全傷病計）が県を下回っていますが、女性は県を上回っています。 入院医療費は男性が「狭心症」が経年的に県よりも高いです。女性は「糖尿病性網膜症」「狭心症」「慢性腎臓病（透析あり）」が県よりも有意に高いです。 入院外医療費では男性は「糖尿病性網膜症」、女性は「糖尿病性網膜症」「慢性腎臓病【透析あり）」「乳がん」が経年的に県よりも高いです。 	図5～12 表1～8	I～IV、VII
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>【特定健診の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査受診率は令和3年度38.4%と県よりも高くなっています。令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受けて一時的に低下しましたが、令和3年度には回復しています。 性・年齢階層別受診率では、年齢を重ねることに高くなり、男性では70～74歳、女性では65～69歳の受診率が高いです。一方で、男性の40～59歳、女性の40～44歳の若い年齢層の受診率は低くなっています。 <p>【特定保健指導の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導実施率は経年的に県より下回っています。新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、さらに参加者が減少しています。 性・年齢階層別実施率では、65～69歳が最も高く、男女ともに4割を超えています。しかし、男女ともに40歳代は実施率が低い状況です。 <p>【特定健康診査質問票結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> 男性は「1回30分以上の運動習慣なし」、女性は「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動習慣なし」が県よりも有意に低い状況です。 女性は「改善意欲なし」が県よりも有意に低く、「3食以外間食毎日」「咀嚼かみにくい」が県よりも有意に高くなっています。 特定健康診査結果によるメタボリックシンドロームの該当者は令和3年度はほぼ県と同等です。 性・年齢階層別該当者割合では、男性が高く、年齢が上がるにつれて高くなっています。男性は60～64歳が県よりも有意に高いです。女性は65～69歳が県よりも有意に高いです。 メタボリックシンドロームの予備群者は令和3年度は県より高いです。 性・年齢階層別予備群者割合ではメタボリックシンドローム該当者と同様に男性の割合が高いです。 <p>【特定健康診査 有所見者の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査結果における有所見者の状況は、男性、女性ともに「LDLコレステロール」「HbA1c」が経年的に県より有意に高くなっています。 特定健康診査受診者のHbA1c8.0以上の方の割合は高くなっています。 特定健康診査受診者の前期高齢者におけるBMI20kg/m²以下の方の割合は令和元年度より低くなっています。 50～64歳、65～74歳の特定健康診査受診者における咀嚼良好者の割合は横ばいで推移しています。 	図13～34 表9～10	I～VI
介護費関係の分析	<p>【要介護認定状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護認定者数は平成30年度と比較し、令和3年度は増加しています。 要介護状態区分認定者数は要支援1の軽度の方が増加しています。 要介護認定率は、ほぼ横ばいで推移し、県とほぼ同等です。 要介護認定者の有病割合では、糖尿病、糖尿病合併症、がんが県よりも高くなっています。 <p>【介護給付費の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護者1人当たりの居宅介護給付費は、経年的に県よりも低く、ほぼ横ばいで推移しています。 要介護状態区分別では要介護1が県よりも高くなっています。 要介護者1人当たりの施設介護給付費は、令和2年度から県よりも高くなっています。要介護状態区分別では要介護1～3、5が県よりも高くなっていますが、要介護4は県よりも低くなっています。 	図35～42	IV～VI
参照データ	令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書 人口動態特殊報告「平成25年～平成29年 人口動態保健所-市区町村別」統計第5表 栃木県におけるデータヘルス計画共通指標のデータ		

2. 平均寿命・標準化死亡比等

図1【平均寿命】

出生直後における平均余命(0歳の平均余命のこと)

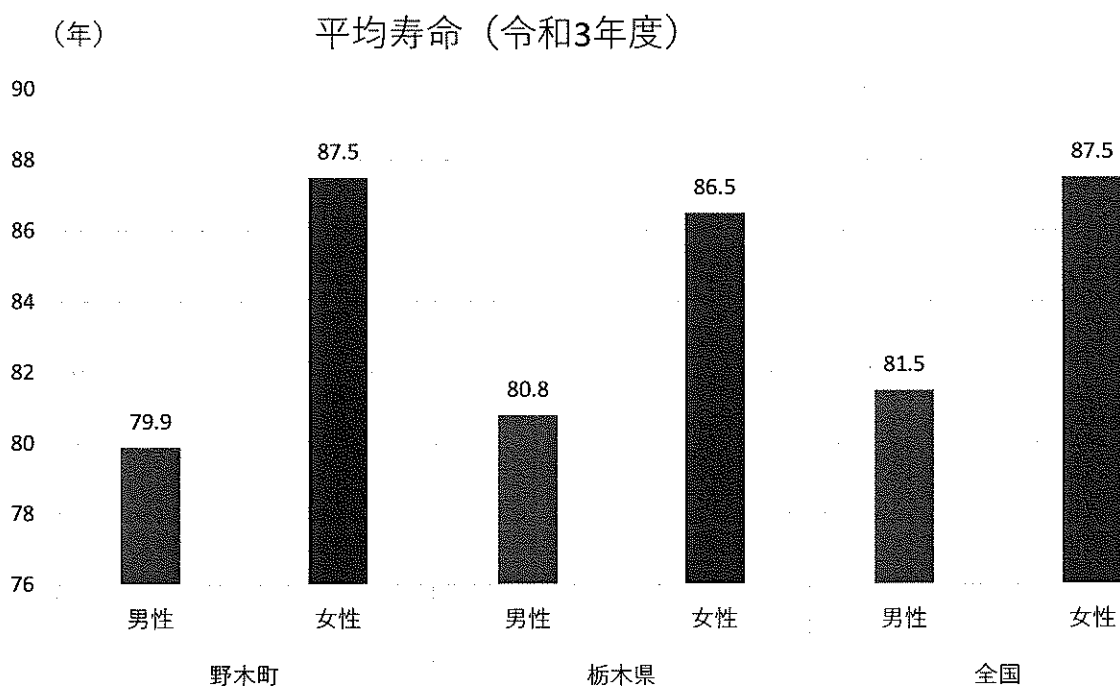
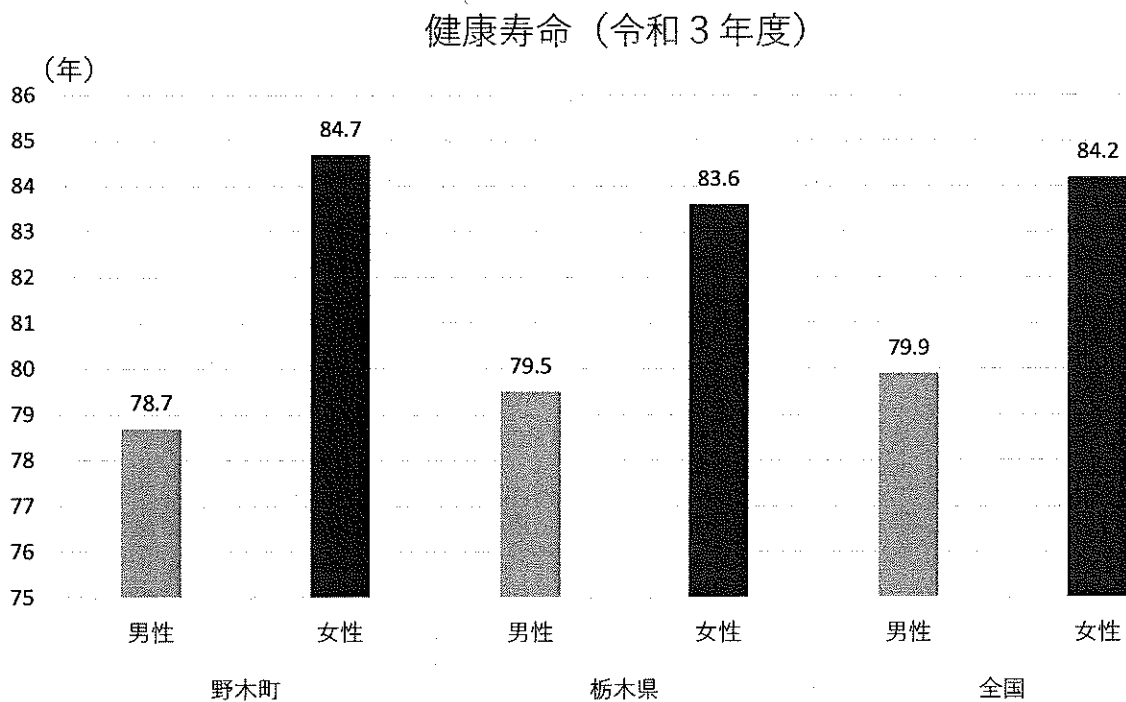


図2【健康寿命】

〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間の平均(平均自立期間)のこと



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

【主要死因別標準化死亡比】

標準化死亡比とは、人口の年齢構成の相違による差を補正して死亡率を比較するための指標です。(100より大きい場合は、死亡率が全国より高いと判断され、100より小さい場合、全国より低いと判断されます。)

図3:主要死因別標準化死亡比 (男性)

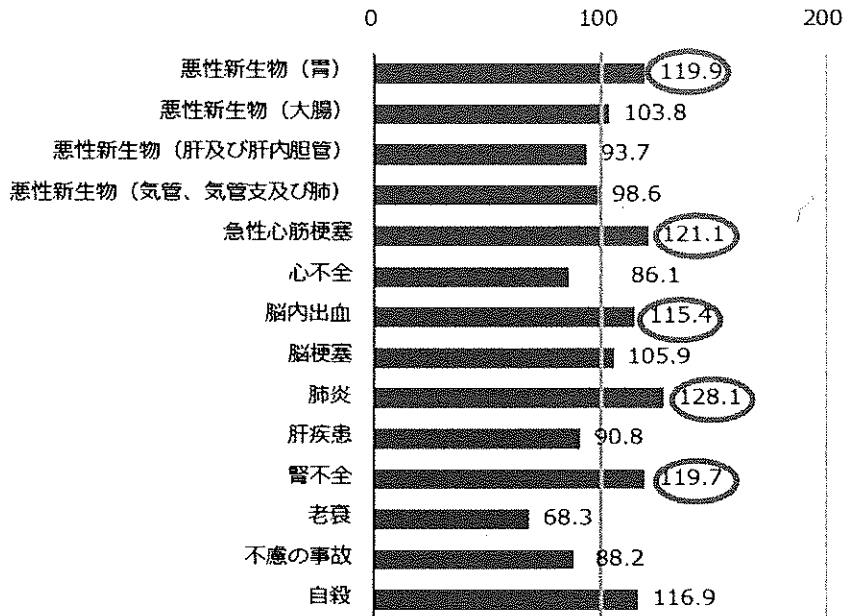
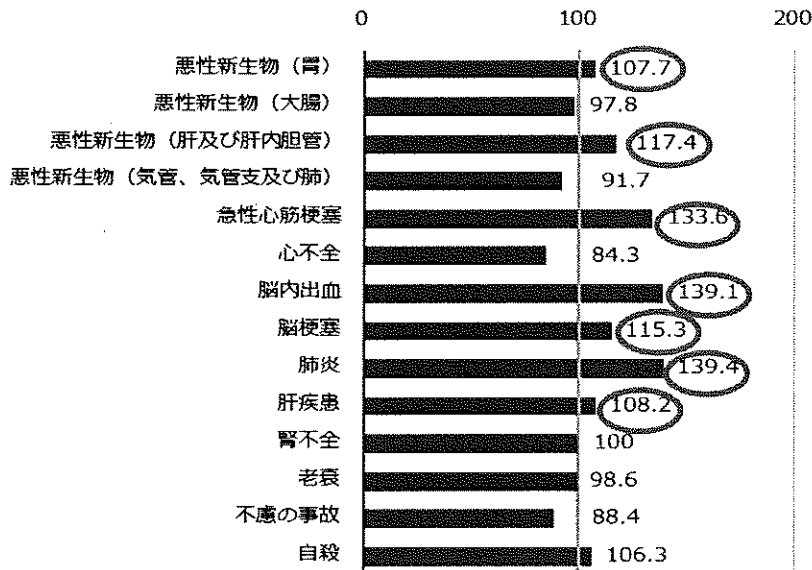


図4:主要死因別標準化死亡比 (女性)



出典：人口動態特殊報告「平成25年～平成29年 人口動態保健所-市区町村別」統計第5表

〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

3. 医療費の分析

【入院・入院外の医療費】

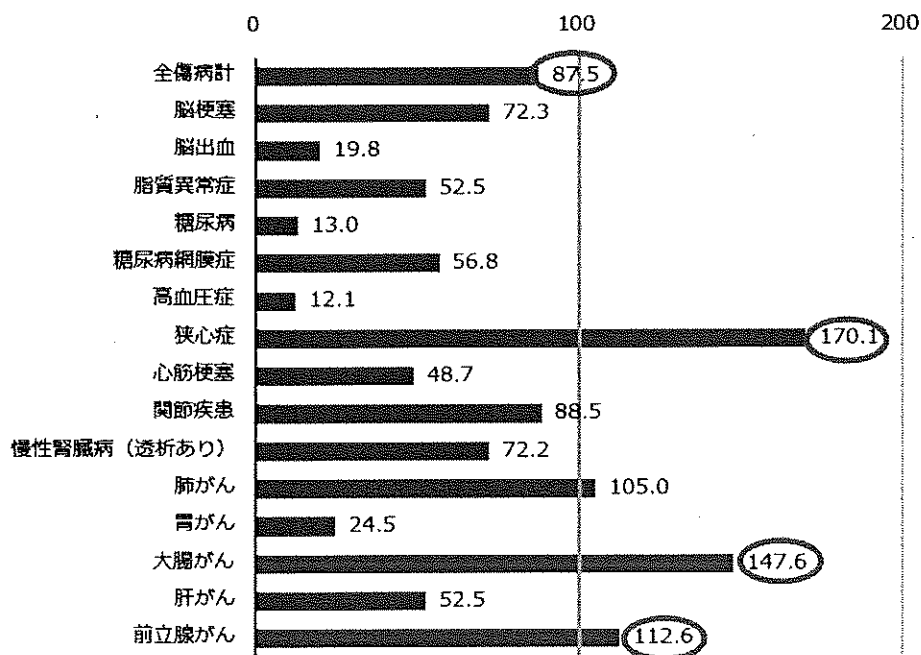
標準化（医療費）とは、人口の年齢構成の相違による差を補正して医療費を比較するための指標です。

○入院・標準化比（医療費）（県＝100）

表1:入院・標準化比（男性）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	94.3	94.6	112.4	87.5
脳梗塞	139.3	103.7	103.6	72.3
脳出血	58.5	114.9	143.6	19.8
脂質異常症	167.9	549.0	0.0	52.5
糖尿病	83.3	92.0	66.4	13.0
糖尿病網膜症	106.8	36.8	41.9	56.8
高血圧症	54.1	94.2	42.2	12.1
狭心症	124.3	126.7	103.6	170.1
心筋梗塞	184.3	76.5	66.5	48.7
関節疾患	125.5	88.6	247.7	88.5
慢性腎臓病（透析あり）	19.8	117.3	235.9	72.2
肺がん	74.6	62.9	122.3	105.0
胃がん	108.5	90.3	97.2	24.5
大腸がん	102.1	143.3	154.1	147.6
肝がん	53.3	16.1	105.9	52.5
前立腺がん	43.8	132.5	221.4	112.6

図5:令和3年度入院・標準化比（男性）

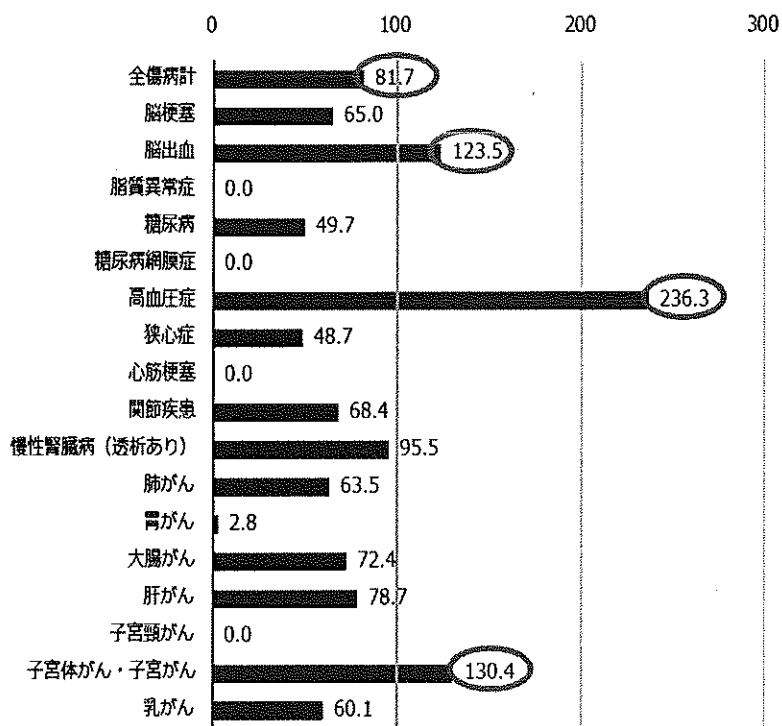


〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

表2:入院・標準化比（女性）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	78.6	85.9	79.8	81.7
脳梗塞	115.2	104.8	1.8	65.0
脳出血	17.2	75.2	74.1	123.5
脂質異常症	126.9	22.8	0.0	0.0
糖尿病	86.1	35.4	63.5	49.7
糖尿病網膜症	27.0	93.4	135.1	0.0
高血圧症	120.3	103.9	73.0	236.3
狭心症	124.2	193.5	198.4	48.7
心筋梗塞	0.0	0.0	534.8	0.0
関節疾患	89.3	70.8	75.8	68.4
慢性腎臓病（透析あり）	172.2	188.3	75.3	95.5
肺がん	89.0	59.6	171.6	63.5
胃がん	176.2	71.1	46.8	2.8
大腸がん	19.7	33.5	84.1	72.4
肝がん	0.0	0.0	70.4	78.7
子宮頸がん	164.7	0.0	189.3	0.0
子宮体がん・子宮がん	208.0	32.8	0.0	130.4
乳がん	152.6	98.5	109.5	60.1

図6:令和3年度入院・標準化比（女性）



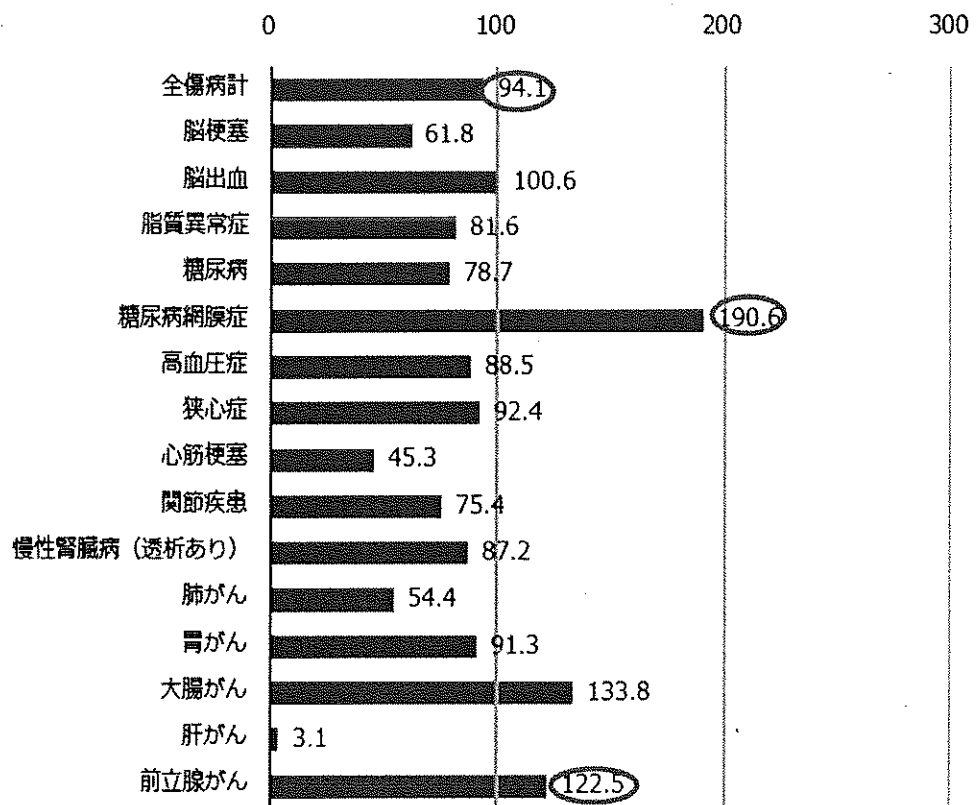
〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

○入院外・標準化比（医療費）（県＝100）

表3:入院外・標準化比（男性）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	90.8	91.8	92.8	94.1
脳梗塞	46.7	47.1	60.5	61.8
脳出血	117.4	63.9	104.2	100.6
脂質異常症	91.7	88.2	84.7	81.6
糖尿病	76.7	79.7	78.7	78.7
糖尿病網膜症	173.3	179.6	158.2	190.6
高血圧症	89.0	85.6	83.1	88.5
狭心症	109.1	103.5	114.7	92.4
心筋梗塞	162.0	180.4	59.2	45.3
関節疾患	67.8	68.1	65.1	75.4
慢性腎臓病（透析あり）	74.5	108.1	111.0	87.2
肺がん	92.2	38.5	57.2	54.4
胃がん	39.4	74.1	92.8	91.3
大腸がん	87.1	75.0	103.9	133.8
肝がん	89.5	0.0	33.9	3.1
前立腺がん	110.7	105.5	104.3	122.5

図7:令和3年度入院外・標準化比（男性）

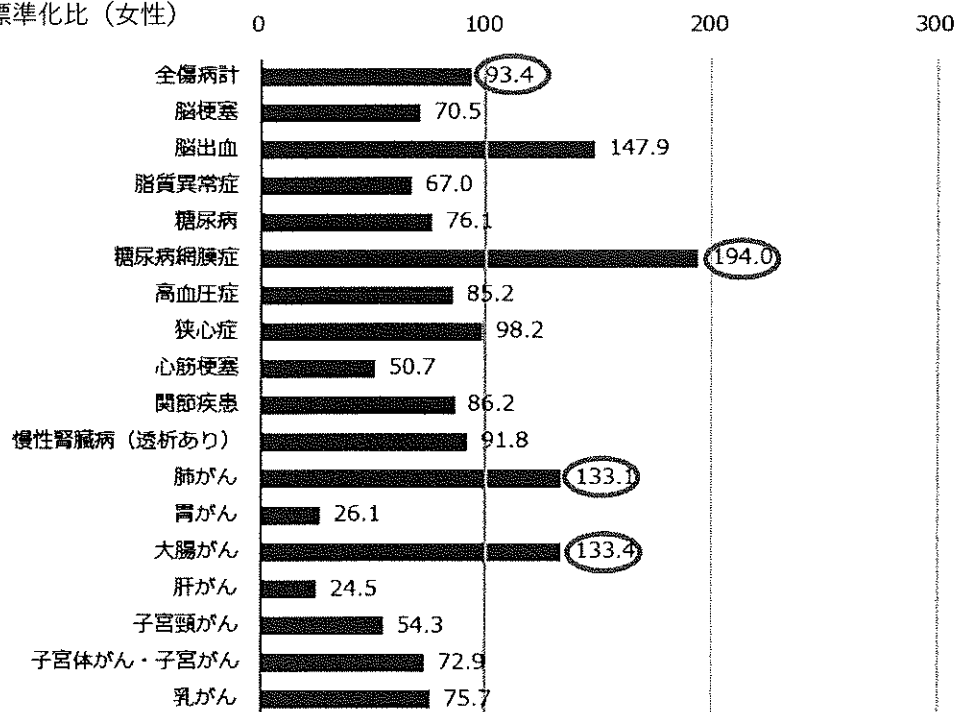


〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

表4:令和3年度入院外・標準化比（女性）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	88.5	92.4	98.0	93.4
脳梗塞	54.9	46.8	64.8	70.5
脳出血	92.2	76.9	96.1	147.9
脂質異常症	71.3	72.0	68.4	67.0
糖尿病	82.3	82.1	80.0	76.1
糖尿病網膜症	163.1	155.5	170.6	194.0
高血圧症	80.1	80.4	78.9	85.2
狭心症	48.5	69.4	86.3	98.2
心筋梗塞	182.3	138.8	138.8	50.7
関節疾患	86.8	87.3	83.0	86.2
慢性腎臓病（透析あり）	98.9	79.3	83.2	91.8
肺がん	141.0	118.7	191.2	133.1
胃がん	67.3	352.2	70.5	26.1
大腸がん	50.8	129.3	118.9	133.4
肝がん	55.3	32.0	22.0	24.5
子宮頸がん	95.6	55.0	56.1	54.3
子宮体がん・子宮がん	105.5	68.0	36.7	72.9
乳がん	97.0	102.1	96.4	75.7

図8:令和3年度入院外・標準化比（女性）



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

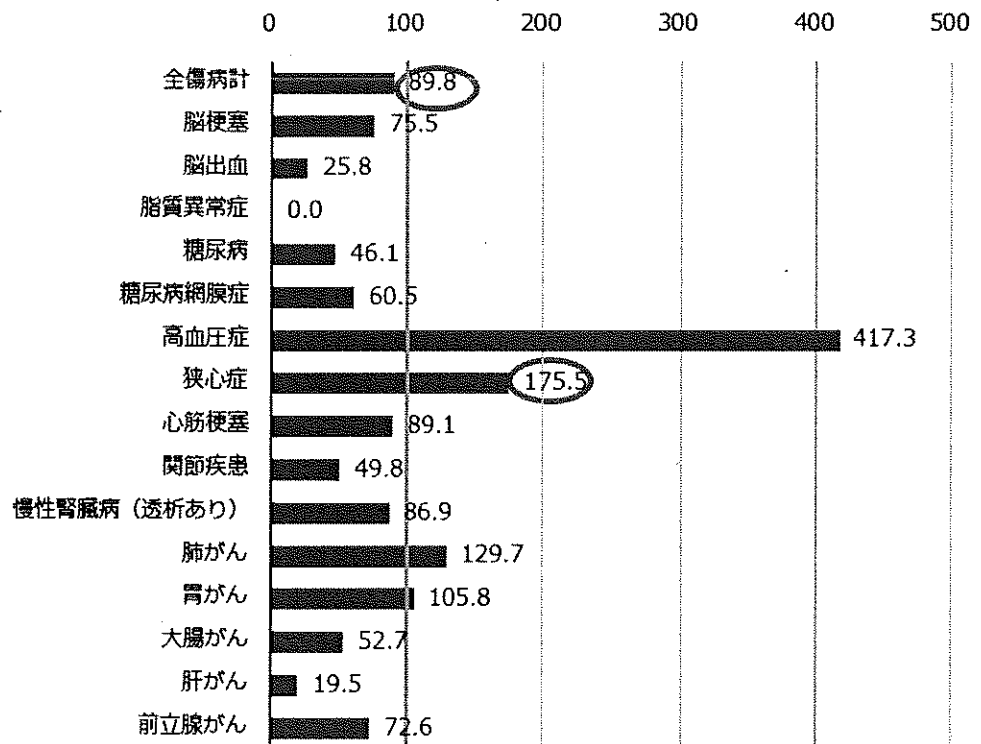
【後期高齢者医療】

○入院・標準化比（医療費）（県=100）

表5:入院・標準化比（後期高齢者男性）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	98.9	107.0	95.5	89.8
脳梗塞	84.6	135.1	97.3	75.5
脳出血	70.6	86.1	215.2	25.8
脂質異常症	0.0	353.3	0.0	0.0
糖尿病	83.7	37.7	66.2	46.1
糖尿病網膜症	204.9	0.0	0.0	60.5
高血圧症	43.4	8.5	98.1	417.3
狭心症	183.9	147.5	138.7	175.5
心筋梗塞	171.3	131.6	53.9	89.1
関節疾患	131.3	80.3	88.3	49.8
慢性腎臓病（透析あり）	86.6	68.3	99.9	86.9
肺がん	86.5	144.5	140.0	129.7
胃がん	103.2	123.2	85.3	105.8
大腸がん	140.1	157.5	121.9	52.7
肝がん	13.8	69.2	1.5	19.5
前立腺がん	108.9	189.2	41.5	72.6

図9:令和3年度入院・標準化比（後期高齢者男性）

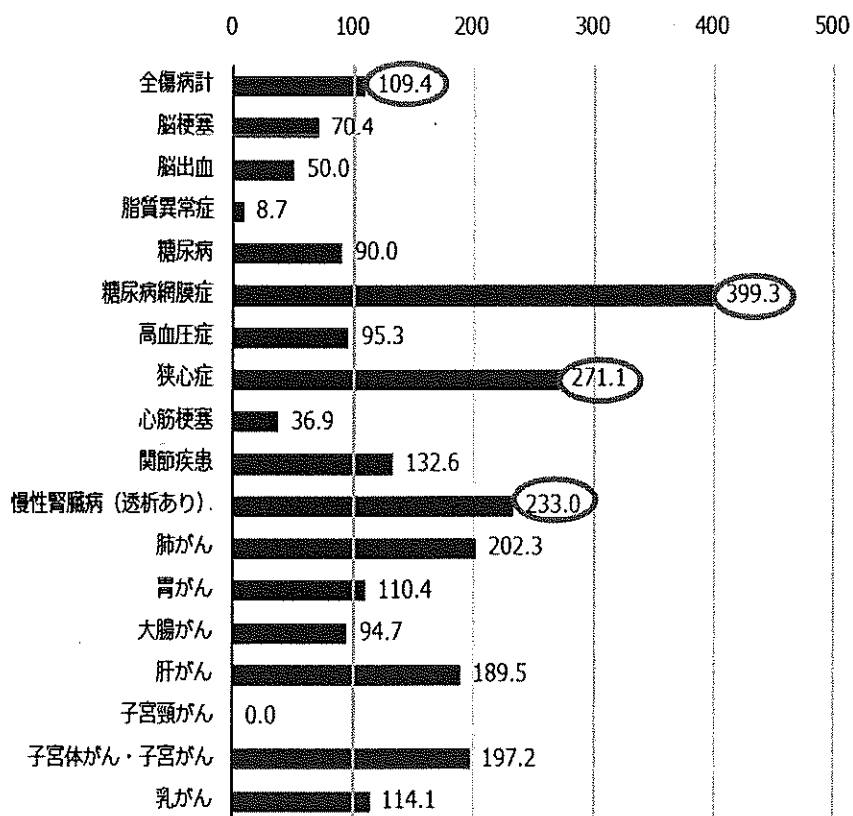


〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

表6:入院・標準化比（後期高齢者女性）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	101.1	111.3	100.2	109.4
脳梗塞	92.1	108.5	79.5	70.4
脳出血	5.6	34.6	110.1	50.0
脂質異常症	419.1	289.4	55.5	8.7
糖尿病	161.6	194.4	122.8	90.0
糖尿病網膜症	660.7	1224.6	1096.0	399.3
高血圧症	141.6	196.5	203.2	95.3
狭心症	169.7	243.9	91.9	271.1
心筋梗塞	4.9	348.4	162.2	36.9
関節疾患	64.5	93.7	113.9	132.6
慢性腎臓病（透析あり）	61.8	24.5	55.7	233.0
肺がん	56.4	193.1	195.5	202.3
胃がん	82.5	45.6	110.6	110.4
大腸がん	50.8	107.1	14.0	94.7
肝がん	0.0	182.0	172.9	189.5
子宮頸がん	0.0	60.6	0.0	0.0
子宮体がん・子宮がん	0.0	141.9	172.1	197.2
乳がん	169.8	26.8	51.0	114.1

図10:令和3年度入院・標準化比（後期高齢者女性）



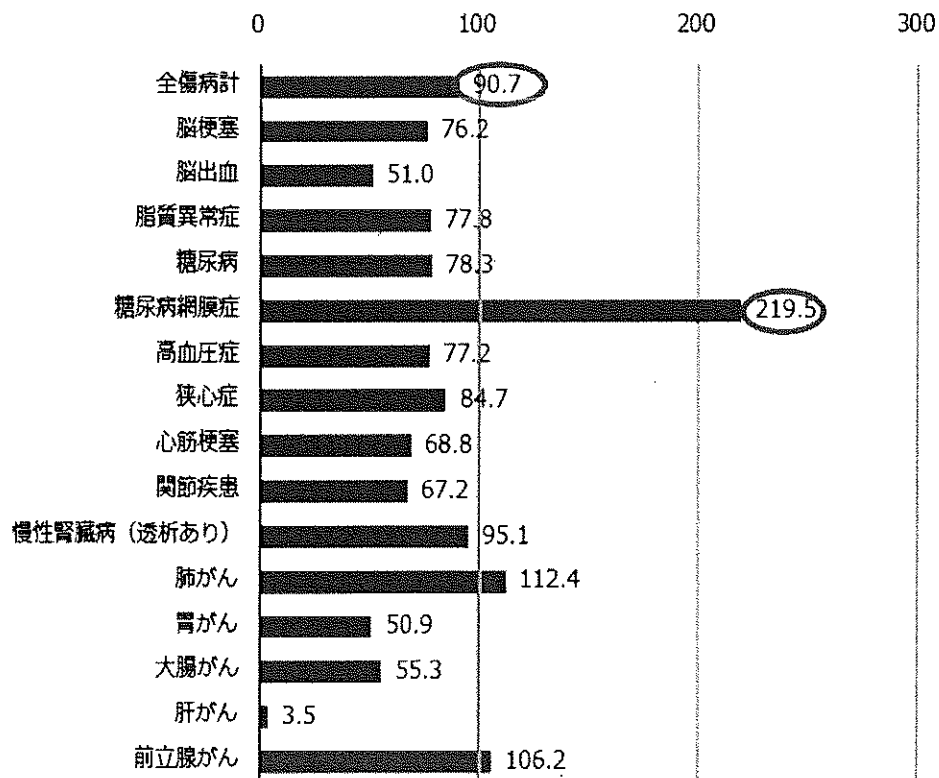
〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

○入院外・標準化比（医療費）（県＝100）

表7:入院外・標準化比（後期高齢者男性）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	93.1	92.5	91.2	90.7
脳梗塞	76.5	72.8	63.6	76.2
脳出血	145.5	130.1	202.2	51.0
脂質異常症	78.5	84.0	75.3	77.8
糖尿病	82.6	80.2	75.7	78.3
糖尿病網膜症	222.8	235.6	231.0	219.5
高血圧症	79.1	77.2	78.4	77.2
狭心症	104.2	85.9	96.2	84.7
心筋梗塞	18.1	158.8	51.1	68.8
関節疾患	59.8	61.9	67.9	67.2
慢性腎臓病（透析あり）	99.6	112.9	116.8	95.1
肺がん	24.9	90.1	89.5	112.4
胃がん	76.4	103.0	85.4	50.9
大腸がん	210.5	159.8	106.3	55.3
肝がん	290.9	122.6	7.1	3.5
前立腺がん	95.6	100.5	95.2	106.2

図11:令和3年度入院外・標準化比（後期高齢者男性）

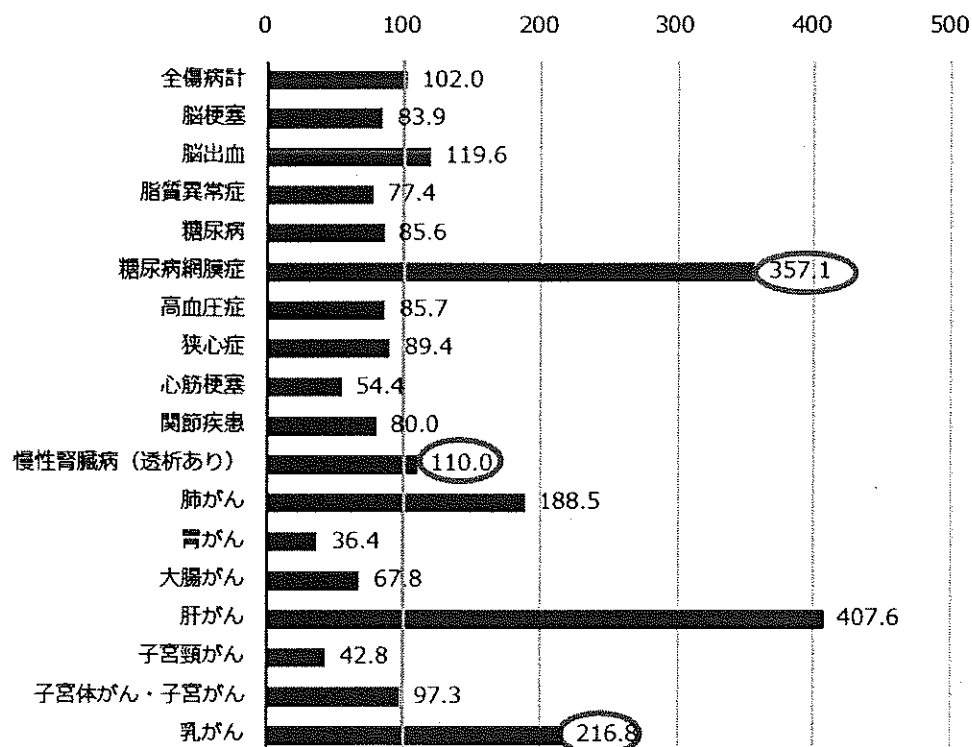


〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

表8:入院外・標準化比（後期高齢者女性）

疾病分類	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
全傷病計	96.7	100.3	100.6	102.0
脳梗塞	79.4	78.3	80.4	83.9
脳出血	66.9	126.6	21.3	119.6
脂質異常症	90.3	86.2	80.7	77.4
糖尿病	91.5	92.9	89.4	85.6
糖尿病網膜症	307.4	339.7	363.3	357.1
高血圧症	81.8	82.0	83.8	85.7
狭心症	85.1	90.0	89.1	89.4
心筋梗塞	53.9	135.7	65.3	54.4
関節疾患	72.8	72.8	78.2	80.0
慢性腎臓病（透析あり）	95.9	113.7	123.9	110.0
肺がん	11.5	92.8	61.1	188.5
胃がん	53.6	187.0	46.3	36.4
大腸がん	161.8	146.4	83.9	67.8
肝がん	26.7	23.5	15.8	407.6
子宮頸がん	125.8	115.6	65.9	42.8
子宮体がん・子宮がん	49.8	42.7	57.4	97.3
乳がん	101.0	117.9	181.3	216.8

図12:令和3年度 入院・標準化比（後期高齢者女性）

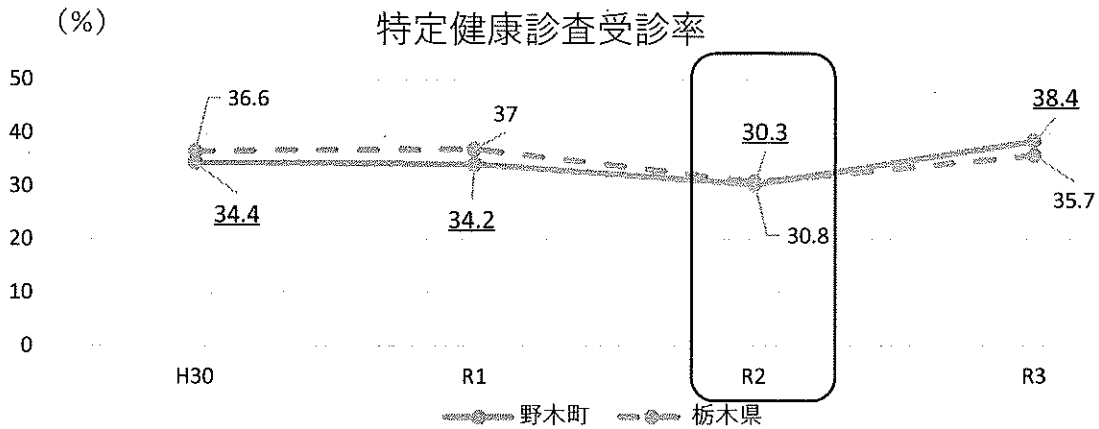


〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

4. 特定健康診査・特定保健指導などの健診データ（質問票を含む）の分析

【特定健康診査の状況】

◎図13:特定健康診査受診率の推移



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

○特定健康診査 性・年齢階層別受診率

図14:令和3年度 特定健康診査 年齢階層別受診率

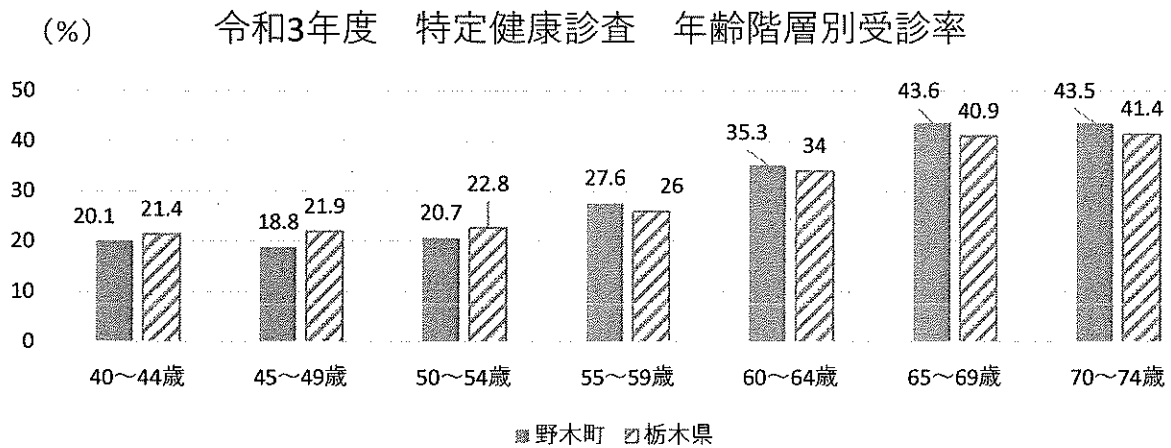
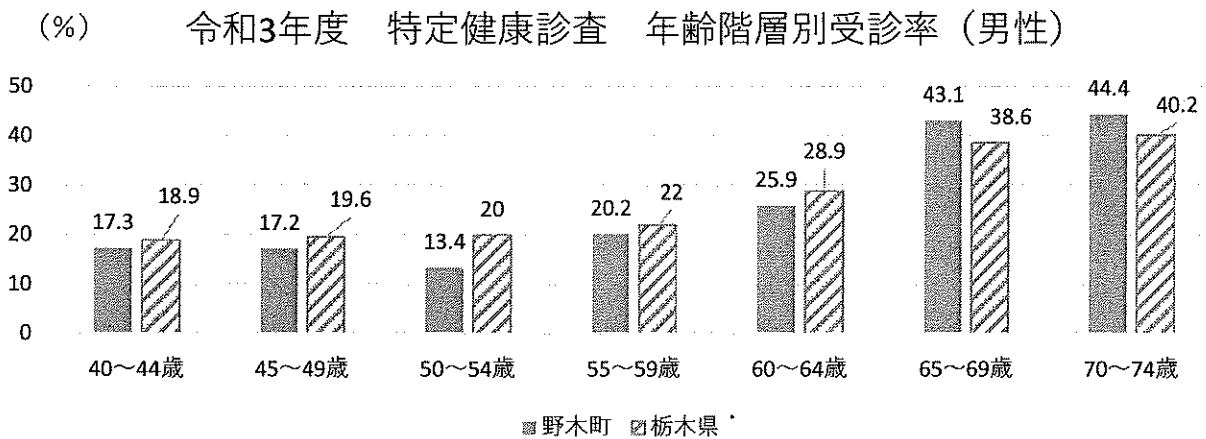
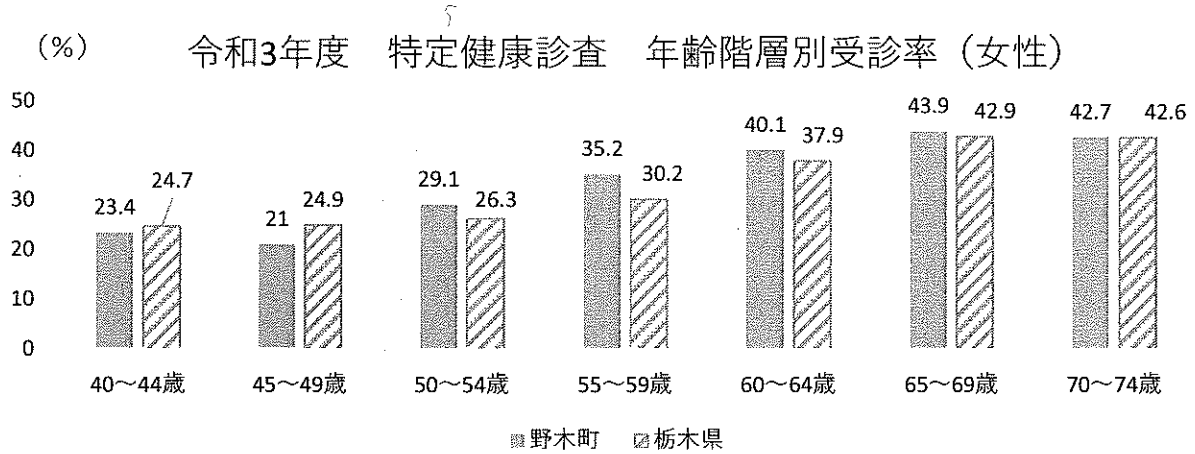


図15:令和3年度 特定健康診査 年齢階層別受診率



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

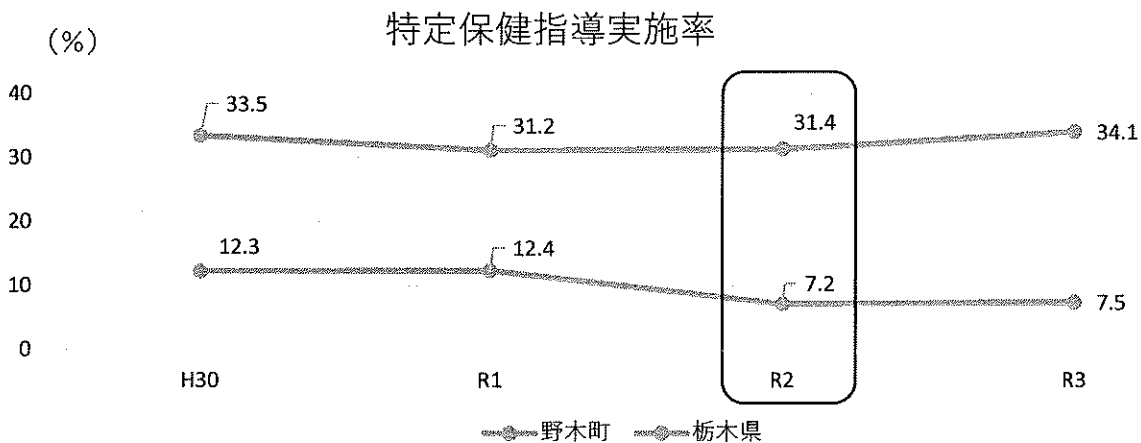
図16:令和3年度 特定健康診査 年齢階層別受診率



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

【特定保健指導の状況】

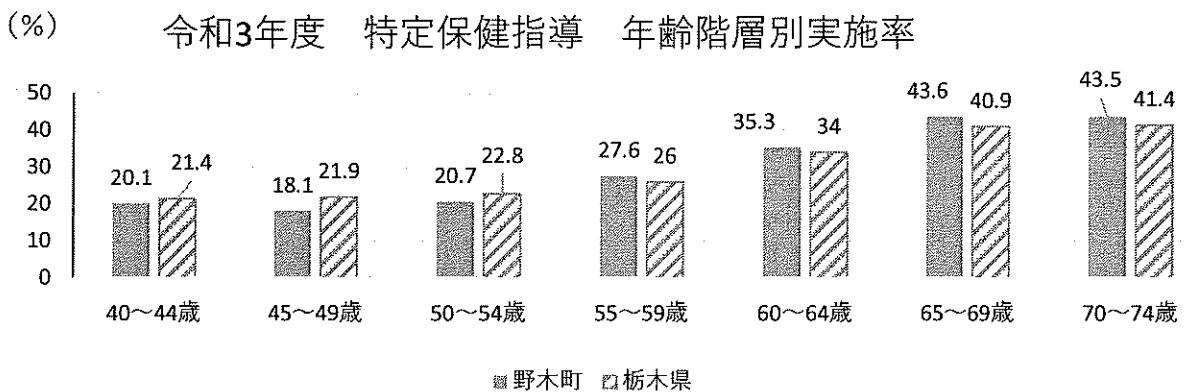
○図17:特定保健指導の実施率の推移



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

○特定保健指導 性・年齢階層別実施率

図18:令和3年度 特定保健指導 年齢階層別実施率



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

図19:令和3年度 特定保健指導 年齢階層別受診率 (男性)

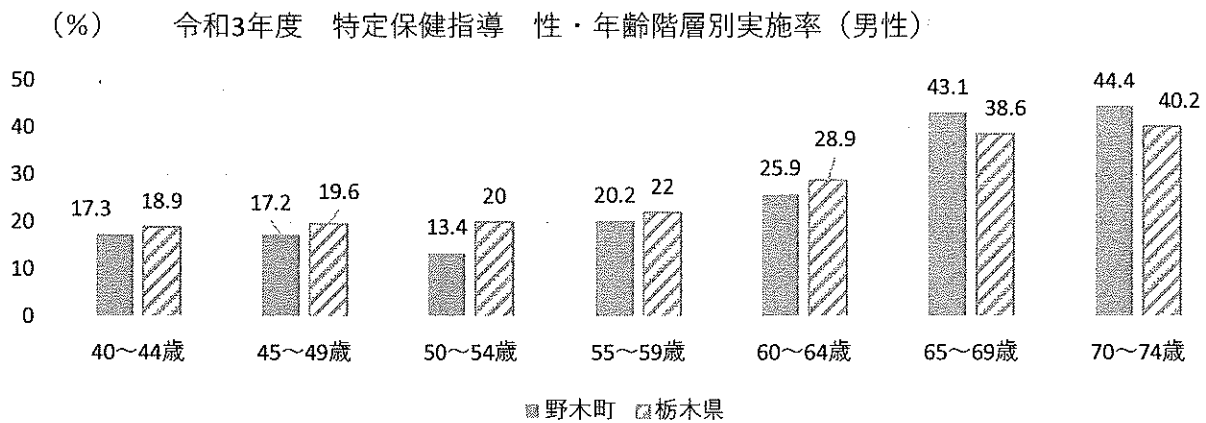
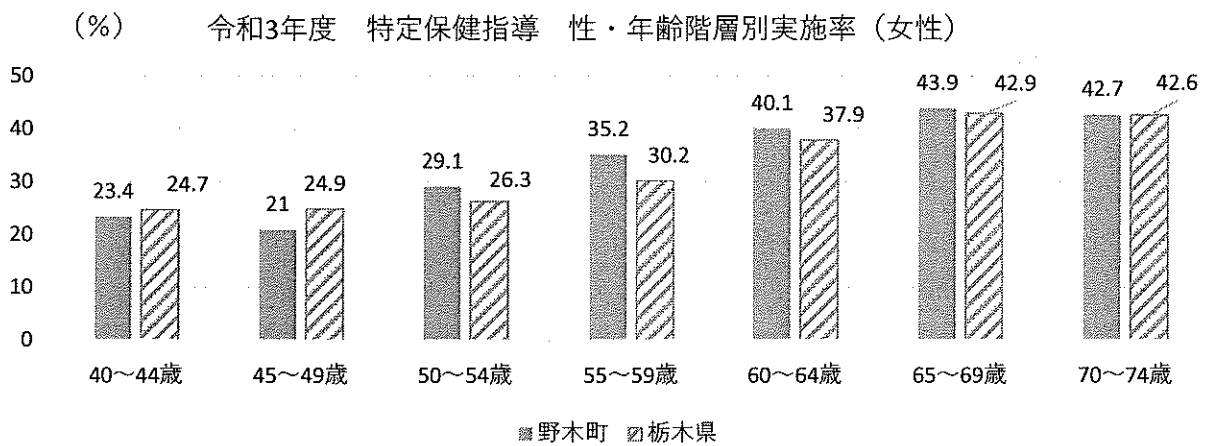


図20:令和3年度 特定保健指導 年齢階層別受診率 (女性)

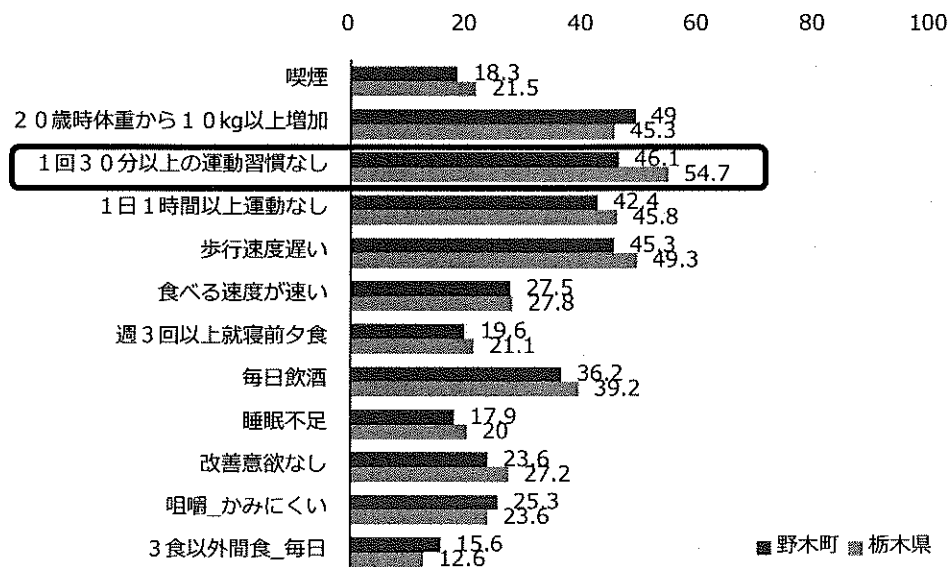


〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

【特定健康診査質問票結果】

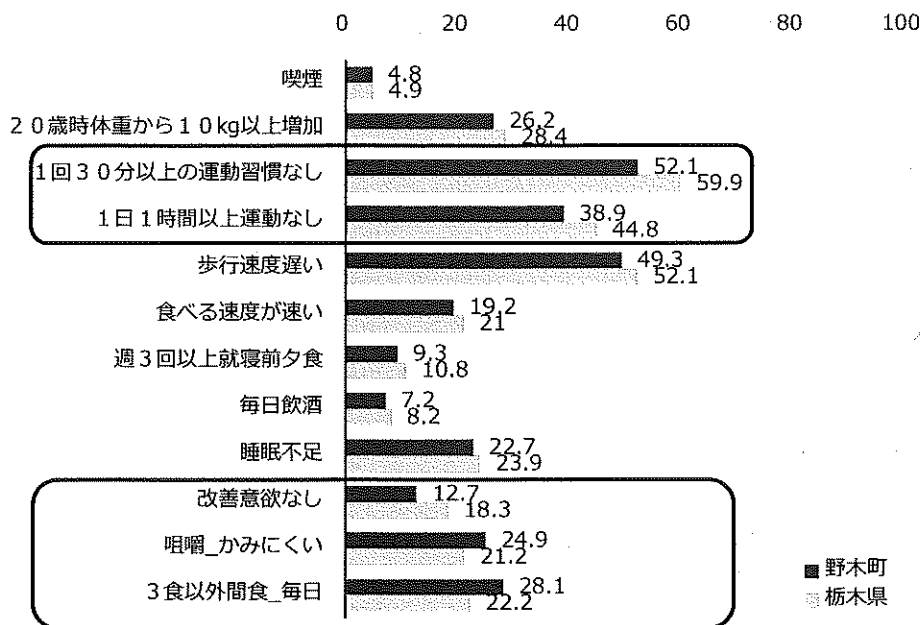
○生活習慣の状況(特定健診質問票結果より)

図21:令和3年度 特定健診受診者 生活習慣の状況 (男性)



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

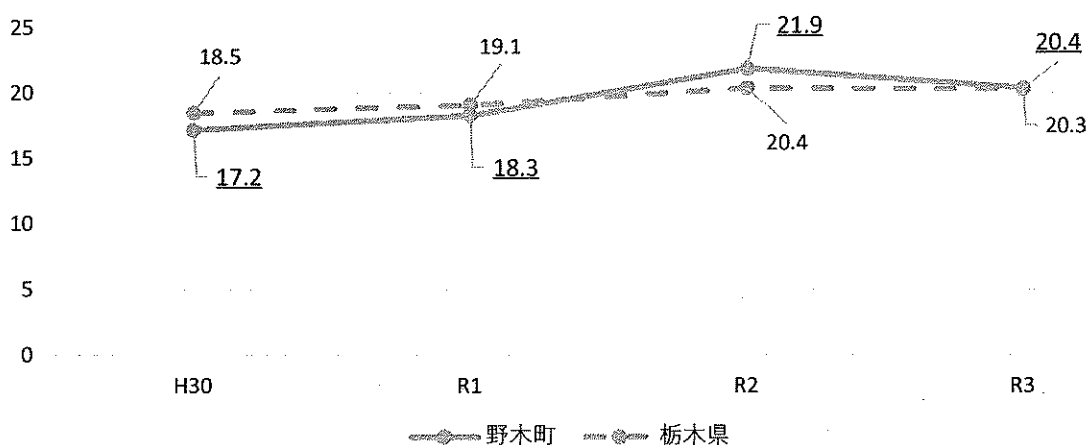
図22:令和3年度 特定健診受診者 生活習慣の状況 (女性)



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

○図23:メタボリックシンドローム該当割合の推移

(%) メタボリックシンドローム該当者割合の推移



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

メタボリックシンドローム判定基準

区分	腹囲	追加リスク (①血糖②脂質③血圧)
メタボリックシンドローム判定基準該当者	≥85cm (男性)	2つ以上該当
メタボリックシンドローム予備軍該当者	≥90cm (女性)	1つ該当

※追加リスクの基準は以下のとおりです。

- ①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上
- ②脂質：中性脂肪150mg/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している方も対象になります。

○図24:令和3年度 メタボリックシンドロームの性・年齢階層別該当者割合

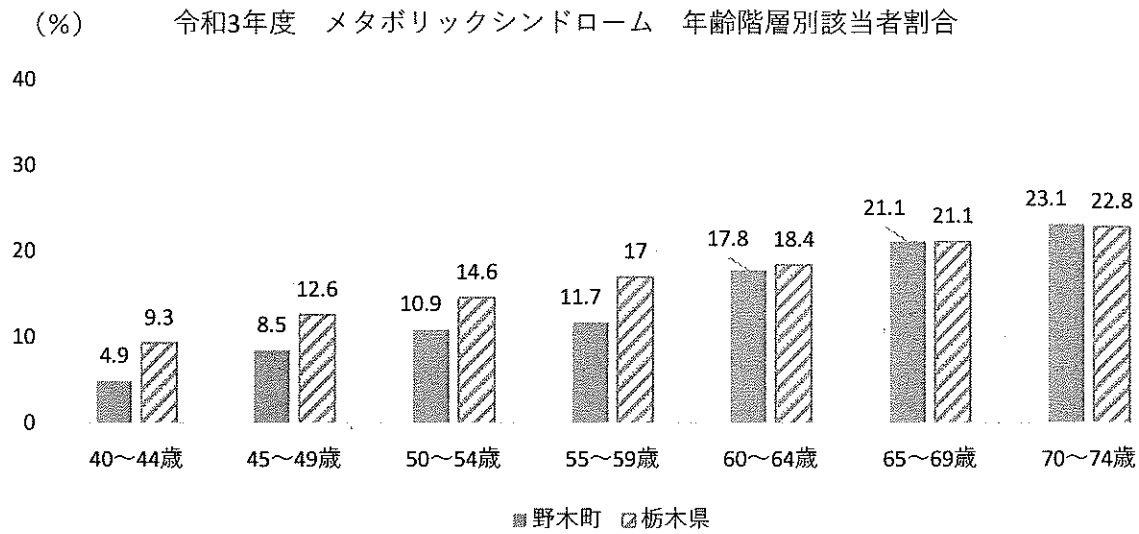


図25:令和3年度 メタボリックシンドロームの性・年齢階層別該当者割合 (男性)

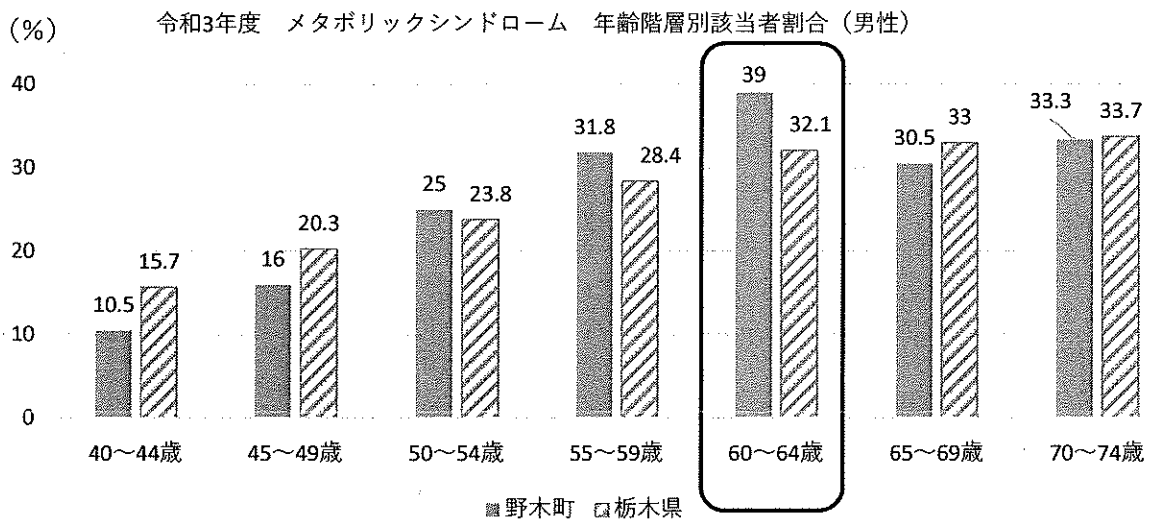
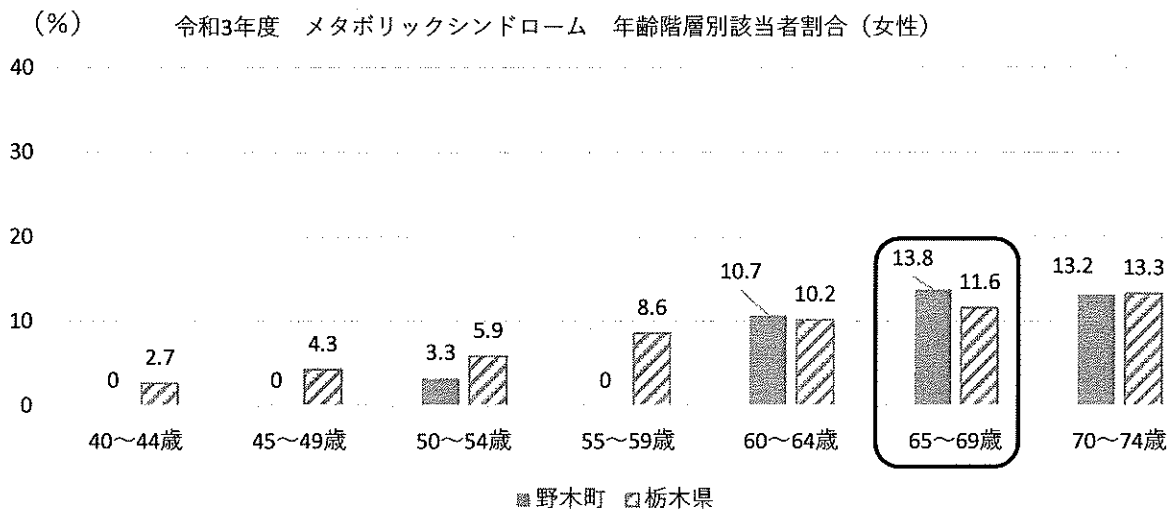
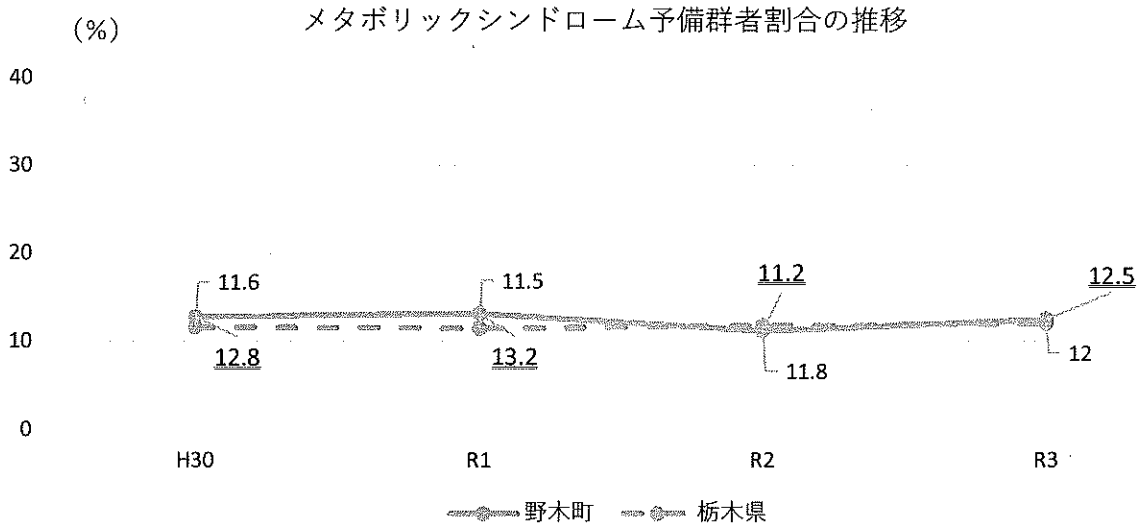


図26:令和3年度 メタボリックシンドロームの性・年齢階層別該当者割合 (女性)



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

○図27:メタボリックシンドローム予備群割合の推移



○図28:令和3年度 メタボリックシンドローム予備群者の性・年齢階層別割合

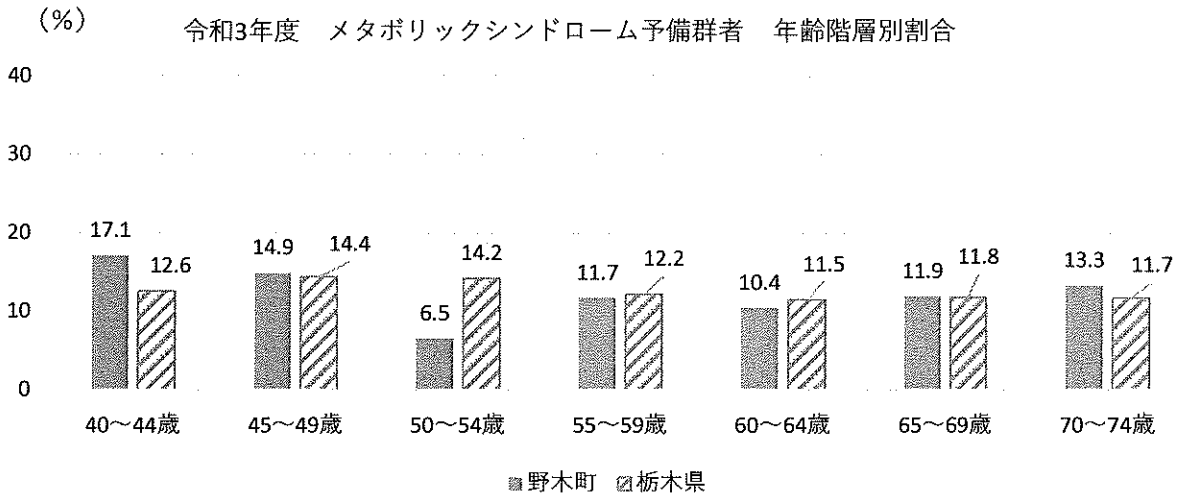
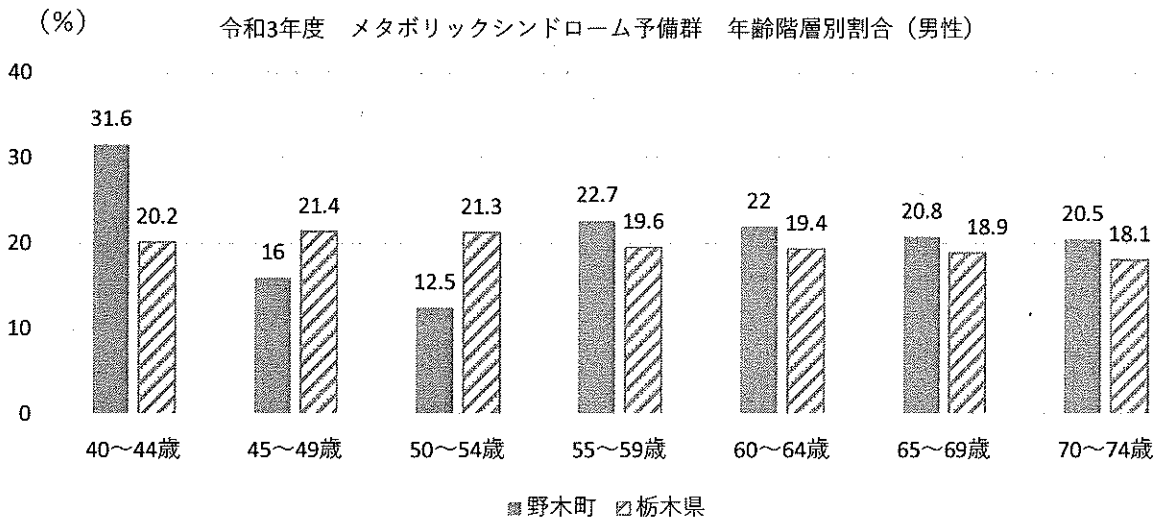
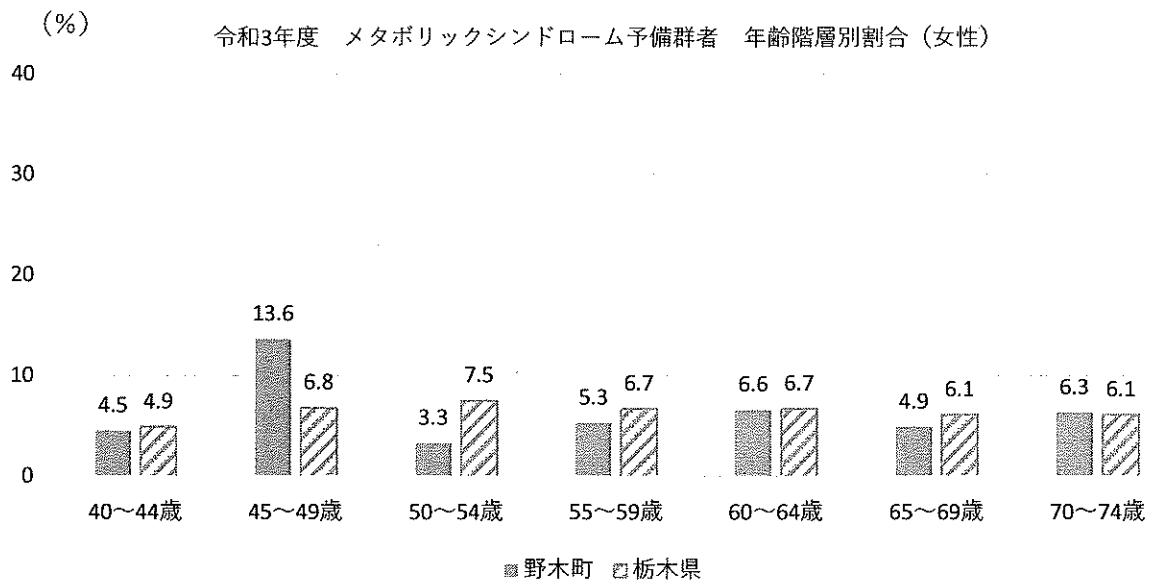


図29:令和3年度 メタボリックシンドローム予備群者の性・年齢階層別割合 (男性)



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

図30:令和3年度 メタボリックシンドローム予備群者の性・年齢階層別割合（女性）



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

【特定健康診査 有所見者の状況】

○特定健康診査結果における有所見者の推移

表9:特定健診結果における年度別有所見者状況の推移（男性）

項目	区分	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
BMI	野木町	29.2	29.0	32.8	31.5
25kg/m ² 以上	栃木県	31.6	32.3	33.2	33.6
腹囲	野木町	53.5	56.1	57.1	57.4
85cm以上	栃木県	52.7	53.4	54.8	55.6
中性脂肪	野木町	24.0	25.3	25.0	24.8
150mg/dl以上	栃木県	24.3	24.1	25.0	24.2
HDLコレステロール	野木町	7.3	8.3	8.1	6.8
40mg/dl未満	栃木県	8.1	7.3	7.0	6.5
LDLコレステロール	野木町	50.8	50.2	51.8	50.8
120mg/dl以上	栃木県	46.8	47.0	46.5	46.3
血糖	野木町	0.0	0.0	4.8	6.5
100mg/dl以上	栃木県	39.7	39.8	39.4	39.5
HbA1c	野木町	56.8	55.2	64.9	66.4
5.6%以上	栃木県	49.2	47.9	52.8	55.1
収縮期血圧	野木町	54.2	59.0	58.6	60.1
130mmHg以上	栃木県	50.2	50.0	53.9	52.5
拡張期血圧	野木町	22.6	23.6	30.4	28.6
85mmHg以上	栃木県	23.5	22.8	25.0	25.0
ALT(GPT)	野木町	19.5	18.7	19.9	19.5
31U/L以上	栃木県	22.2	21.6	22.9	23.0
尿酸	野木町	0.0	0.0	2.1	1.7
7mg/dl超過	栃木県	4.7	4.9	5.0	4.9
クレアチニン	野木町	3.0	2.8	2.3	2.1
1.3mg/dl以上	栃木県	2.1	2.2	2.5	2.4

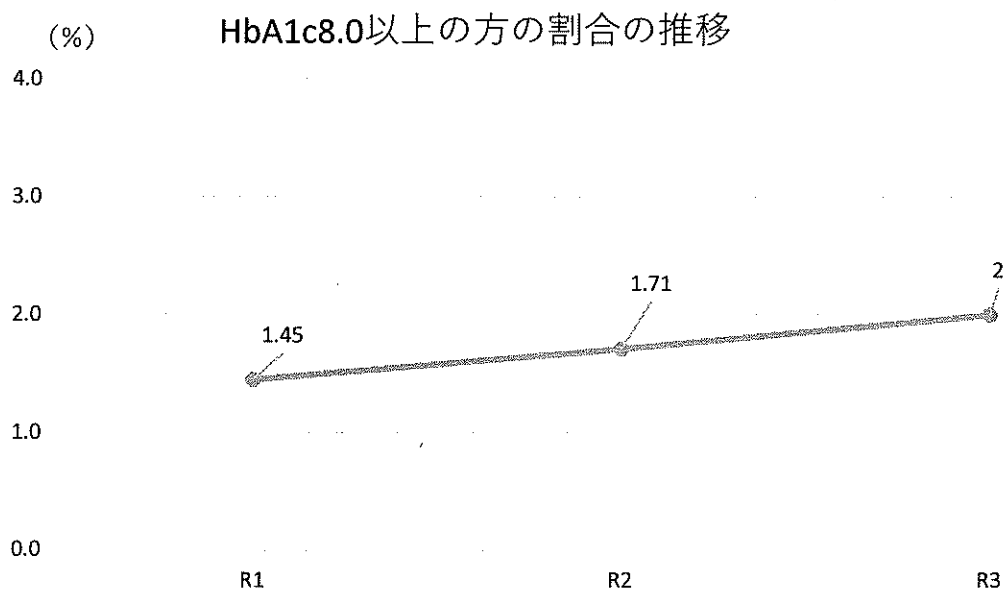
〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

表10:特定健診結果における年度別有所見者状況の推移（女性）

項目	区分	2018 平成30	2019	2020	2021 令和3
BMI 25kg/m ² 以上	野木町	19.5	21.0	22.3	21.3
	栃木県	23.1	23.5	24.0	24.1
腹囲 90cm以上	野木町	18.3	19.2	19.2	19.4
	栃木県	18.7	18.9	19.4	19.5
中性脂肪 150mg/dl以上	野木町	12.8	12.6	12.7	12.7
	栃木県	13.6	13.1	13.8	13.4
HDLコレステロール 40mg/dl未満	野木町	1.2	0.7	0.5	0.8
	栃木県	1.7	1.4	1.3	1.2
LDLコレステロール 120mg/dl以上	野木町	66.4	64.9	66.8	64.9
	栃木県	55.3	54.9	54.4	53.5
血糖 100mg/dl以上	野木町	0.0	0.0	1.8	2.7
	栃木県	25.2	25.4	25.8	26.4
HbA1c 5.6%以上	野木町	57.5	54.9	66.8	69.8
	栃木県	48.7	47.2	51.5	54.1
収縮期血圧 130mmHg以上	野木町	48.7	49.1	50.9	53.5
	栃木県	44.0	44.0	49.0	47.3
拡張期血圧 85mmHg以上	野木町	17.6	16.8	18.5	18.5
	栃木県	15.3	15.1	17.1	17.2
ALT(GPT) 31U/L以上	野木町	9.9	9.6	9.0	10.3
	栃木県	10.1	9.5	10.4	10.1
尿酸 7mg/dl超過	野木町	0.0	0.0	0.3	0.2
	栃木県	0.5	0.5	0.7	0.6
クレアチニン 1.3mg/dl以上	野木町	0.0	0.0	0.0	0.0
	栃木県	0.2	0.2	0.2	0.2

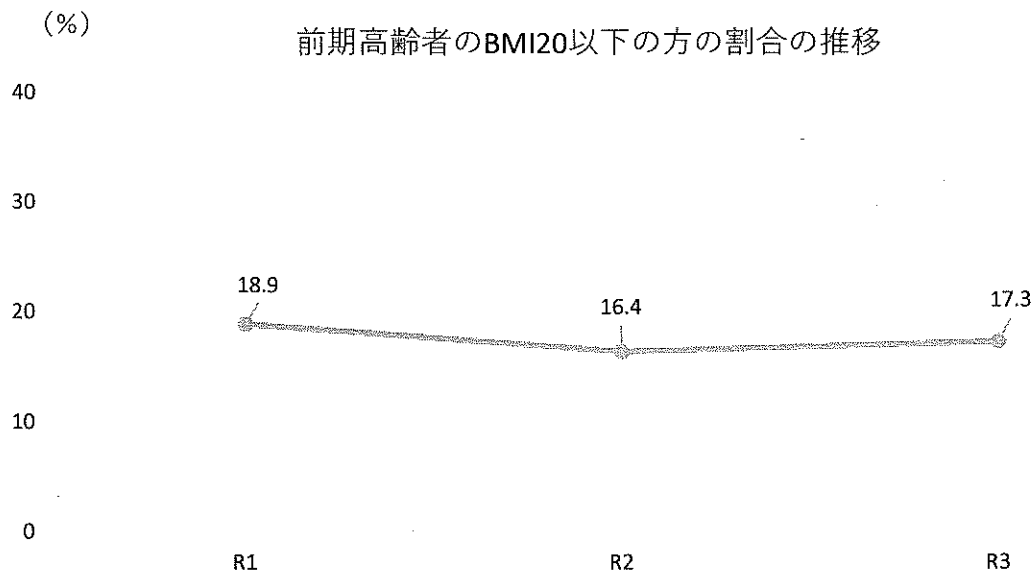
〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

○図31:特定健康診査受診者のHbA1c8.0以上の方の割合



〈栃木県におけるデータヘルス計画共通指標のデータより〉

○図32:特定健康診査受診者の前期高齢者（65歳～74歳）のうち、BMI20kg/m²以下の方の割合



○図33:特定健康診査受診者50～64歳、65歳～74歳における咀嚼良好者の割合

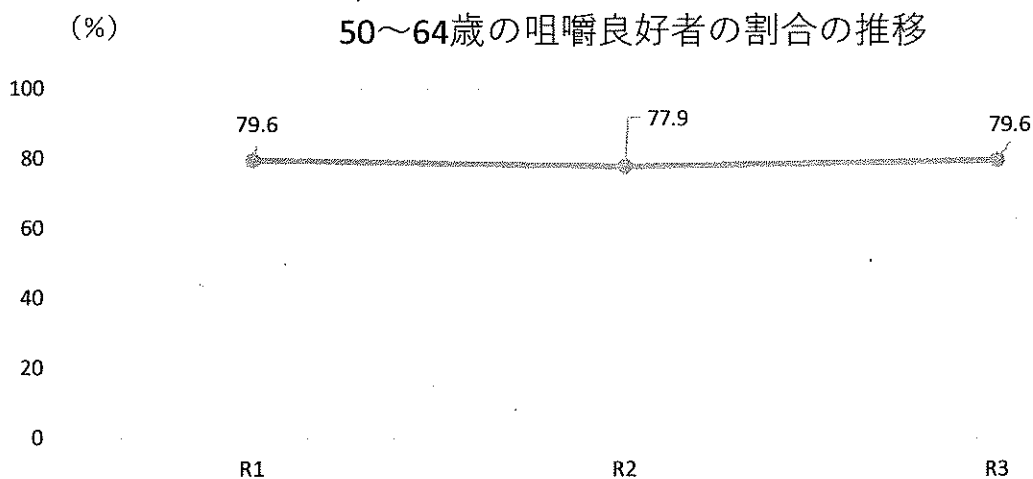
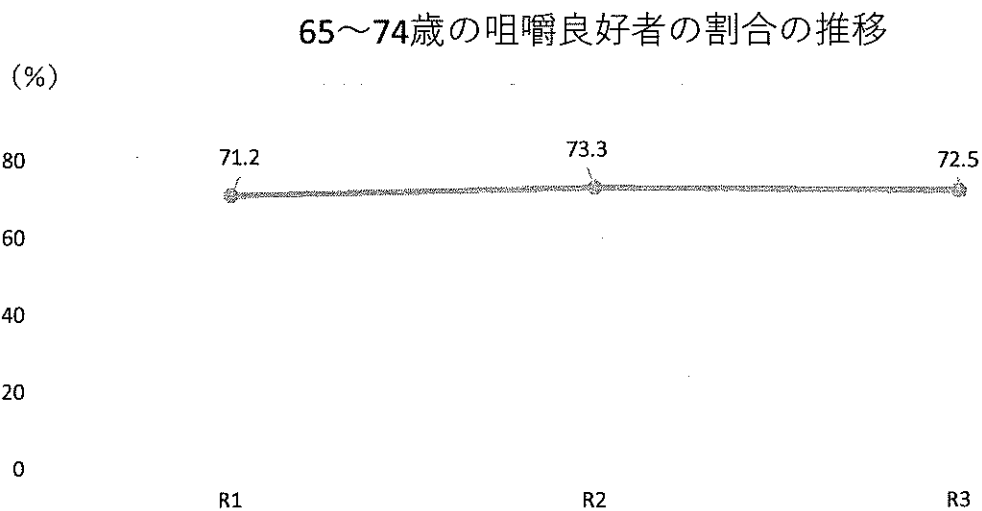


図34:特定健康診査受診者65歳～74歳における咀嚼良好者の割合

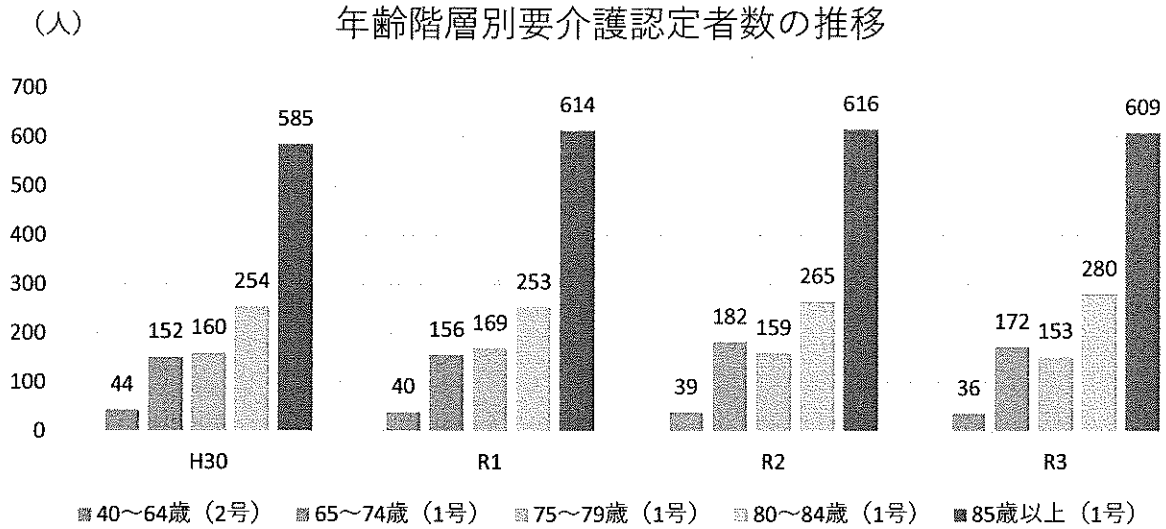


〈栃木県におけるデータヘルス計画共通指標のデータより〉

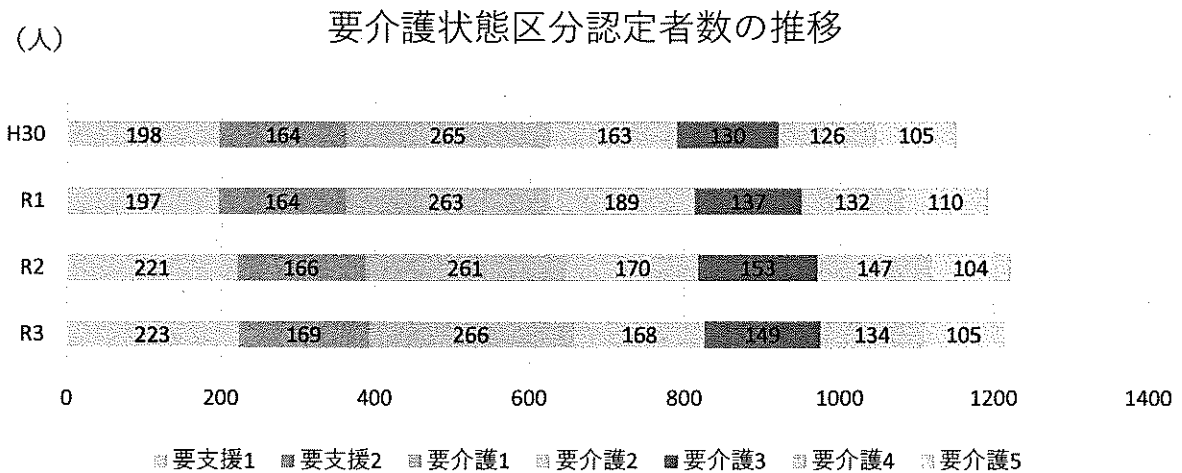
5. 介護費関係の分析

【要介護認定の状況】

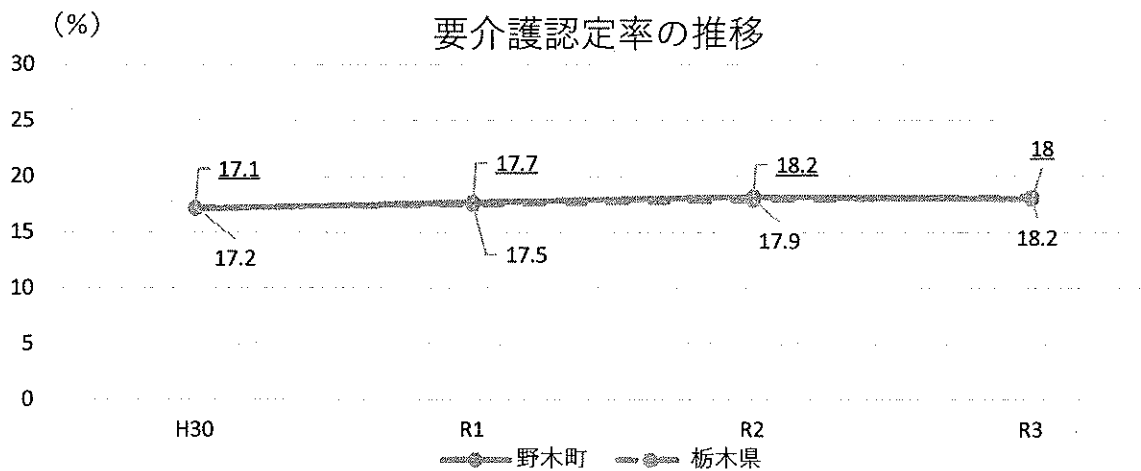
○図35:年齢階層別要介護認定者数の推移（対象：第1号被保険者及び第2号被保険者）



○図36:要介護状態区分別認定者数の推移（対象：第1号被保険者）

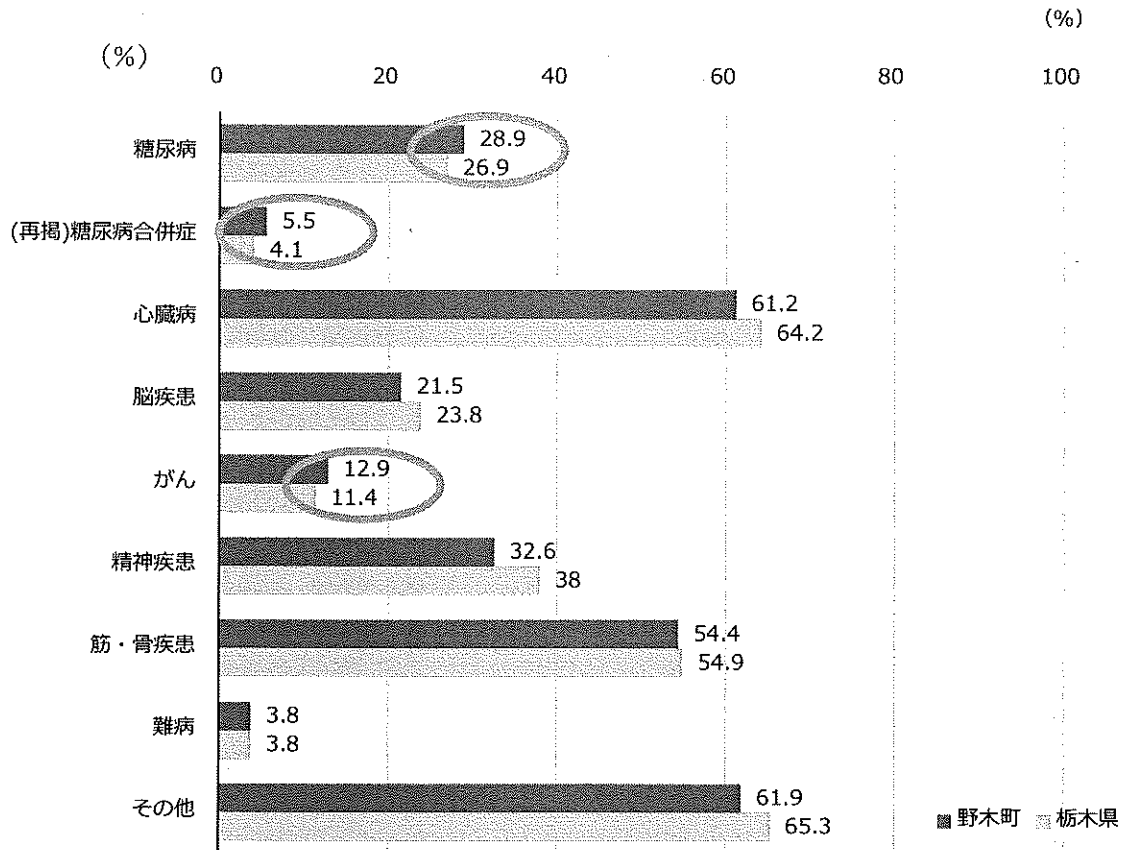


○図37:要介護認定率の推移（対象：第1号被保険者）



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

○図38:要介護認定者有病割合の推移 (対象：第1号被保険者及び第2号被保険者)

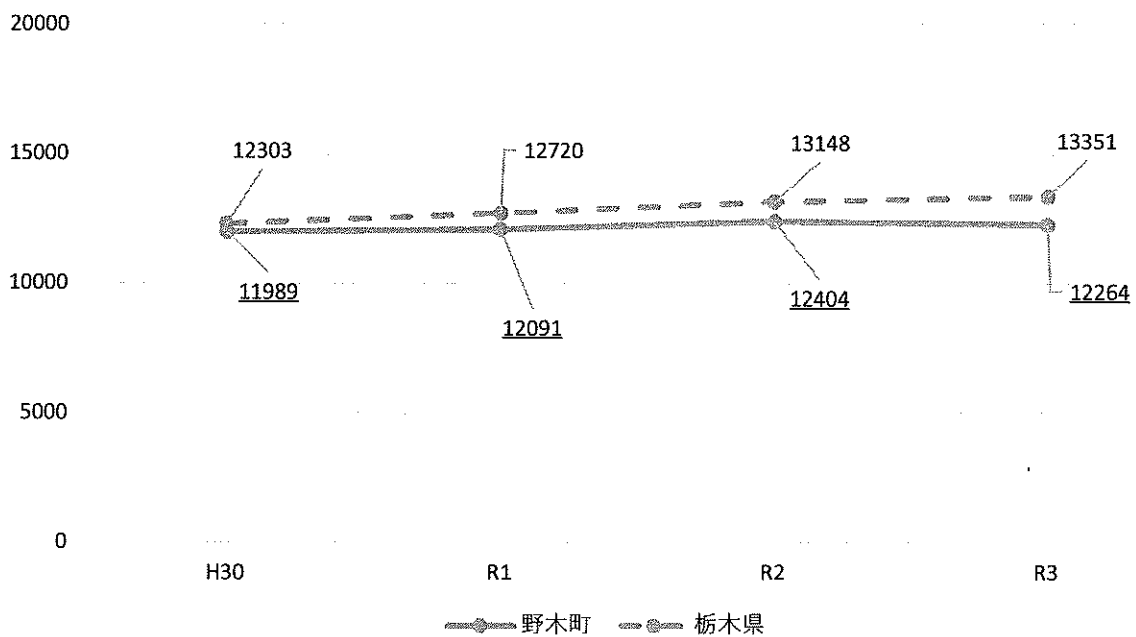


〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

【介護給付費の状況】

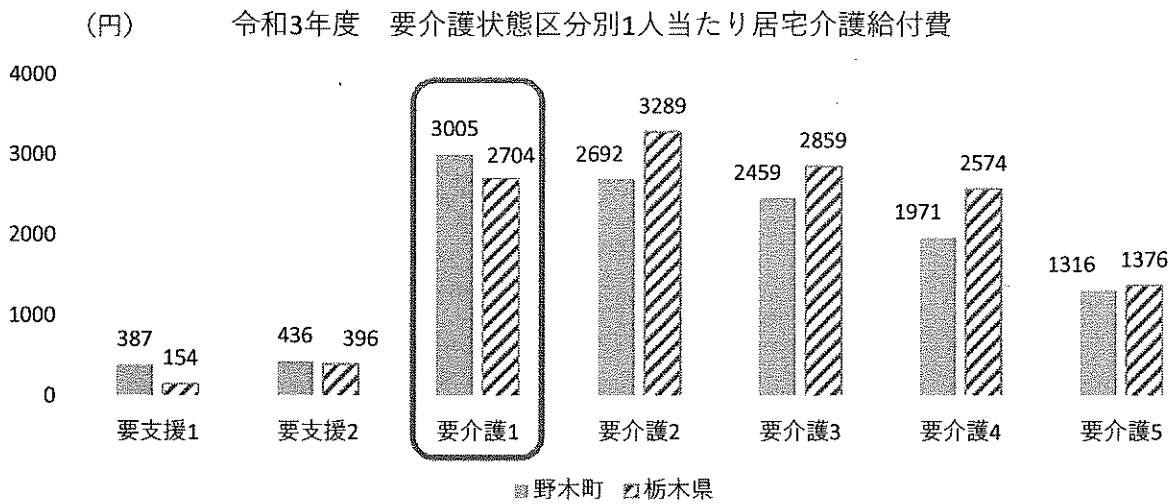
○要介護状態区分1人当たり居宅介護給付費の推移 (対象：第1号被保険者)

(円) 要介護状態区分1人当たり居宅介護給付費の推移



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

図40:令和3年度 要介護状態区分別1人当たり居宅介護給付費



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

○図41:要介護状態区分別1人当たり施設介護給付費の推移 (対象：第1号被保険者)

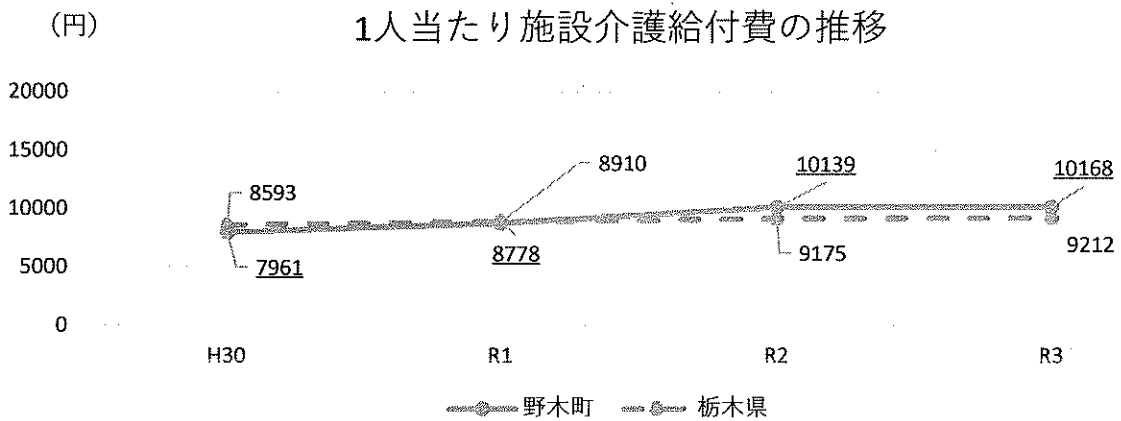
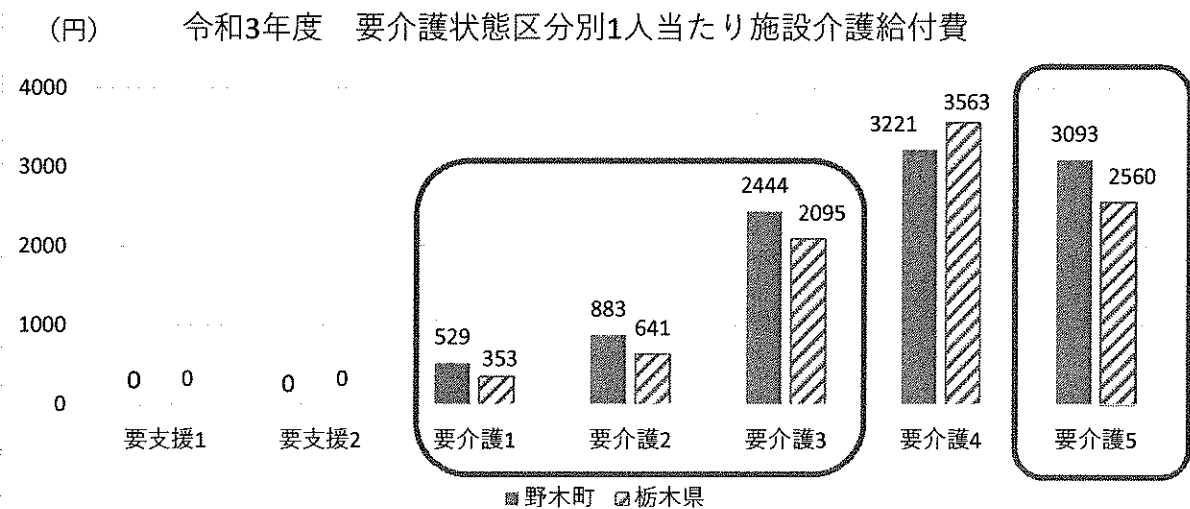


図42:令和3年度 要介護状態区分別1人当たり施設介護給付費



〈栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より〉

第3章 第2期野木町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）全体図

は県の共通指標

保険者の健康課題 (被保険者の健康に関する課題)		データヘルス計画 全体の目的 (抽出した健康課題に対して、 この計画によって目指す姿)	生活習慣病の発症予防と重症化予防及び介護予防による 被保険者の健康寿命の延伸								
健康課題 番号	健康課題 (優先順位付け)	健康課題 番号	評価指標	ベース ライン (2019年 度)	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)
データヘルス計画全体の目標(データヘルス計画全体の目的を達成するために設定した指標)											
I	虚血性心疾患(急性心筋梗塞)の標準化死亡率が高い	I-IV VII	1 特定保健指導対象者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】	-	-0.69	-2.69	-3.69	-4.69	-5.69	-6.69	-7.69
II	脳血管疾患(脳出血)の標準化死亡率が高い	I-III	2 収縮期 (130mmHg以上)	-	-1.00	-3.00	-4.00	-5.00	-6.00	-7.00	-8.00
III	腎不全の標準化死亡率が高く、後期高齢者の慢性腎臓病(透析あり)の外来医療費(標準化比)が高い		3 拡張期 (85mmHg以上)	-	18.58	16.58	15.58	14.58	13.58	12.58	11.58
IV	HbA1cの有所見者の標準化死亡率が高い一方で、入院外医療費(標準化比)が低い		4 HbA1c (5.6%以上)	-	34.42	32.42	31.42	30.42	29.42	28.42	27.42
V	前期高齢者のBMIが20kg/m ² 以下の割合が18.14%を占める	III-IV	5 特定健診受診者の有所見者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】	-	-	-	-	-	-	-	-
			6 空腹時血糖 (100mg/dl以上)※	-	-	-	-	-	-	-	-
VI	食事を噛んで食べる時の噛みにくい者の標準化該当比が高い	I-III	7 中性脂肪 (150mg/dl以上)	-	3.08	-0.92	-1.92	-2.92	-3.92	-4.92	-5.92
			8 HDL (40mg/dl未満)	-	3.31	1.31	0.31	-0.69	-1.69	-2.69	-3.69
VII	胃がんと大腸がんの標準化死亡率が高い	I-IV VII	9 特定健診受診者のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の増加率(令和元(2019)年度比)【年齢調整】	-	-0.35	-1.35	-2.35	-3.35	-4.35	-5.35	-6.35
			10 特定健診受診者の運動習慣のある者の割合(1回30分以上、週2回以上、1年以上実施の運動あり)	48.84	49.31	49.81	50.31	50.81	51.31	51.81	52.31
VIII	胃がんと大腸がんの標準化死亡率が高い	III-IV	11 特定健診受診者の血糖ヘイリスク者の割合	1.45	1.60	1.5	1.45	1.4	1.35	1.3	1.25
			12 空腹時血糖 (160mg/dl以上)※	-	-	-	-	-	-	-	-
V	前期高齢者(65~74歳)のうちBMIが20kg/m ² 以下	V	13	18.94	18.14	17.14	16.64	16.14	15.64	15.14	14.64
VI	50歳以上64歳以下における咀嚼良好	V-VI	14 特定健診受診者のフレイルハイリスク者の割合	79.62	82.09	83.09	83.59	84.09	84.59	85.09	85.59
			15 65歳以上74歳以下における咀嚼良好	71.27	71.31	72.31	72.81	73.31	73.81	74.31	74.81

- 大枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度 ※評価指標番号1~9は県が目標値を設定。10~15は町が目標値を設定。
※町では血糖検査はHbA1cを測定しており、空腹時血糖の測定をしていないため、-と記載しています。

健康課題番号	データヘルス計画の目標を達成するための戦略
I~IV	・特定健診の受診率向上のため、町医師団との連携強化 ・特定保健指導の利用助長による体制の強化
III~IV	・栃木県糖尿病重症化予防事業推進のために、町医師団やかかりつけ医との連携の強化
V~VI	・からだスッキリ教室等で低栄養やオーラルフレイル等フレイル予防の観点での啓発の強化
VI	・がんの一次予防となる生活習慣改善については、健診結果説明会や特定保健指導等での取組強化（科学的根拠に根ざした予防ガイドライン「日本人のためのがん予防法」のがんリスクを減らす健康習慣①禁煙する②節酒する③身体を動かす④適正体重を維持する⑤食生活を見直す（出典：国立がん研究センターがん情報サービス）

個別の保健事業（データヘルス計画全体の目的・目標を達成するための手段・方法）											
評価指標番号	事業名称	個別保健事業の評価指標	ベースライン (年度)	個別保健事業の目標値							重点・優先度
				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)	
1-15	特定健康診査	受診率	34.2 (2019)	40.7	42.7	43.7	44.7	45.7	46.7	47.7	1
		40歳代受診率	16.3 (2019)	20.9	22.9	23.9	24.9	25.9	26.9	27.9	
		50歳代受診率	19.4 (2019)	26.1	28.1	29.1	30.1	31.1	32.1	33.1	
		受診勧奨後の受診率	13.2 (2022)	13.2	14.2	14.7	15.2	15.7	16.2	16.7	
1-15	特定保健指導	実施率	12.4 (2019)	18.6	20.6	21.6	22.6	23.6	24.6	25.6	2
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.5 (2019)	24.0	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0	27.5	
		終了者の体重2cm減少、体重2kg減少者の割合	13.7 (2022)	13.7	14.7	15.2	15.7	16.2	16.7	17.2	
1-12	糖尿病重症化予防事業	受診勧奨対象者（未治療者）への受診勧奨実施率	100 (2019)	100	100	100	100	100	100	100	4
		受診勧奨対象者（未治療者）の医療機関受診率	37.5 (2019)	18.2	28.2	33.2	38.2	43.2	48.2	53.2	
		保健指導対象者への保健指導実施率 (実施有数/対象者数)	33.3 (1/3) (2019)	0 (0/21)	15.7 (3/19)	15.7 (3/19)	23.5 (4/17)	23.5 (4/17)	35.7 (5/14)	35.7 (5/14)	
		終了者のHbA1Cの改善した割合	33.3 (2019)	0	20	20	30	30	40	40	
1-15	からだスッキリ教室 (運動課・食事課)	実施回数（運動課）	10 (2022)	10	10	10	12	12	12	12	3
		延べ利用者数（運動課）	246 (2022)	246	360	430	600	660	720	750	
		運動の習慣が身についた方の割合 (運動課)	88.7 (2023)	-	90	91	92	93	94	95	
		実施回数（食事課）	4 (2023)	-	4	4	4	4	4	4	
		延べ利用者数（食事課）	36 (2023)	-	38	38	40	40	42	42	
		食生活を改善しよう意識した方の割合（食事課）	100 (2023)	-	100	100	100	100	100	100	
	のぎ健康マイレージ	完了率	75.5 (2022)	75.5	77.5	78.5	79.5	80.5	81.5	82.5	
満足度		100 (2022)	100	100	100	100	100	100	100		

・県が定めた次期データヘルスの計画全体及び個別保健事業の共通指標のベースラインは、2019（R1）年度に設定。

第4章 個別の保健事業

1. 特定健康診査

(1) 事業の目的	糖尿病や虚血性心疾患等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的に、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍者を把握し特定保健指導や医療機関受診につなぐために実施します。
(2) 対象者	40歳～74歳の町国民健康保険加入者
(3) 現在までの事業結果	特定健康診査の受診率は経年的に増加傾向です。しかし、若い世代(40歳～50歳代)の受診率は低い傾向にあるため、若い時(40歳前)からの健診への関心・定着を高めていく必要があります。

(4) 今後の目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトプット (実施量・率)指標	◎受診率	34.24 (2019)	40.7	42.7	43.7	44.7	45.7	46.7	47.7
アウトプット (実施量・率)指標	◎40歳代受診率	16.25 (2019)	20.9	22.9	23.9	24.9	25.9	26.9	27.9
アウトプット (実施量・率)指標	◎50歳代受診率	19.43 (2019)	26.1	28.1	29.1	30.1	31.1	32.1	33.1
アウトカム (成果)指標	受診勧奨後の受診率	13.2 (2022)	13.2	14.7	15.2	15.7	16.2	16.7	17.2

(注2)太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

◎県の共通指標

(5) 目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・国保ヘルスアップ事業等の国の財政支援を有効活用し、民間事業者への委託により受診勧奨を実施します。 ・対象者は、属性や過去の受診状況等によりグループ化し、効果的かつ効率的な勧奨業務を実施します。 ・特定健診の受診率向上のため、町医師団等との連携を強化していきます。 ・若い世代から健診の意識を高めるために、広報や町ホームページのほか、SNSを積極的に活用して周知をしていきます。
--------------------	--

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

広報4月号や町ホームページにて生活習慣病健診の案内を掲載し、予約開始日から予約が始まります。生活習慣病健診受診券は5月中に対象者へ送付します。集団健診は健康福祉課に電話、窓口、インターネットにて予約し、受診します。個別健診は医療機関へ予約をして、受診します。受診勧奨では、未受診者全員に対して民間事業者による勧奨通知を年に1回実施しています。令和4年度は、前年度特定健診を受診し、令和4年度に未受診の方に対して、勧奨通知を直営にて実施しています。また、集団健診では、全日程がん検診と同時受診や女性限定健診、休日健診、託児を設け、健診を受診しやすいよう環境を整えています。

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

若い世代から健診の意識を高めるために、広報や町ホームページのほか、SNSを積極的に活用して周知をしていきます。また、受診勧奨の通知等の工夫や町医師団とも連携を図り、受診率向上に努めます。

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・住民課にて、予算編成、関係機関との連絡調整、事業計画を行います。
- ・事業計画、評価時等、適宜打ち合わせ(会議)を実施していきます。
- ・集団健診委託機関とは適宜打ち合わせを実施していきます。
- ・町医師団に年度初めに事業説明及び協力依頼をします。

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

集団健診委託機関や町医師団と協議する場を年1回設けて実施体制を整えていきます。

(10) 評価計画

毎年度、年度末に各指標毎の比較による評価を実施します。そして、事業内容をふまえ、事業の見直しをしていきます。
中間評価：2026(R8)年度 最終評価：2029(R11)年度

2. 特定保健指導

(1) 事業の目的	特定保健指導対象者に対して、特定保健指導（動機付け支援及び積極的支援）を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、被保険者全体の生活習慣病を減少させることを目的とします。
(2) 対象者	特定健康診査受診結果のうち腹囲・肥満・血圧・脂質・血糖と問診結果から、その必要度に応じて、受診者を「情報提供」・「動機付け支援」・「積極的支援」の3つの区分に階層化して、「動機付け支援」・「積極的支援」に区分された人に保健指導を実施します。階層化は、厚生労働省令で定める基準に従って行います。（国民健康保険加入者）
(3) 現在までの事業結果	特定保健指導実施率は経年的に低下傾向であり、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、令和2年度から大きく低下してしまいましたが、令和4年度は回復傾向にあります。

(4) 今後の目標値

指標	評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトプット (実施量・率)指標	◎実施率	12.4 (2019)	18.6	20.6	21.6	22.6	23.6	24.6	25.6
アウトカム (成果)指標	◎特定保健指導による保健指導対象者の減少率	18.5 (2019)	24	25	25.5	26	26.5	27	27.5
アウトカム (成果)指標	利用者の腹囲2cm減少・体重2kg減少者割合	13.7 (2022)	13.7	14.7	15.2	15.7	16.2	16.7	17.2

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

◎県の共通指標

(5) 目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・利用勧奨の電話は案内と健診結果書を郵送してから約2週間以内に実施していきます。 ・特定保健指導該当者に対しての利用勧奨通知の工夫をします。 ・未利用者に対して、再勧奨を実施します。
--------------------	---

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

特定健康診査を受診し、特定保健指導該当者は案内を健診結果書とともに同封し、郵送しています。その後、健康福祉課保健師から電話にて特定保健指導の利用勧奨をしています。

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

特定保健指導の利用勧奨の電話は、案内と健診結果書を郵送してから約2週間以内に実施し、保健指導につなげていきます。また、広報やからだスッキリ教室等の事業においても特定保健指導の必要性について周知していきます。

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・住民課にて、予算編成、関係機関との連絡調整、事業計画を行います。
- ・事業計画、評価時等、適宜庁内にて打ち合わせを実施していきます。
- ・特定保健指導委託機関とは適宜打ち合わせ（会議）を実施していきます。
- ・町医師団に年度初めに事業説明及び協力依頼をします。

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

特定保健指導の利用勧奨の電話に関して、専門職の配置の確保をしていきます。特定保健指導委託機関と検討を重ね、腹囲・体重減の成果につながる保健指導を提供していきます。

(10) 評価計画

毎年度、年度末に各指標毎の比較による評価を実施します。そして、事業内容をふまえ、事業の見直しをしていきます。
中間評価：2026（R8）年度 最終評価：2029（R11）年度

3. 糖尿病重症化予防事業

(1) 事業の目的	糖尿病の重症化や医療機関の受診状況に応じて、適切な情報提供、受診勧奨や保健指導を行うことにより、生活習慣の改善や医療機関での治療に結び付け、糖尿病の重症化、人工透析への移行を防止することを目的とします。
(2) 対象者	国民健康保険被保険者で、特定健診・人間ドックの受診者のうち、「栃木県糖尿病重症化予防プログラム」の抽出基準に該当した方
(3) 現在までの事業結果	受診勧奨対象者（未治療者）への受診勧奨実施率は経年的に100%です。受診勧奨対象者（未治療者）の医療機関受診率は約20%程になります。保健指導対象者へ保健指導の案内をしていますが、保健指導の必要性の認識不足や実施後のやむを得ない理由での中断等により、実施率へ結びついていない状況です。

(4) 今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦ベースライン (年度)	⑦計画策 定時実績	⑧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)
アウトプット (実施量・率)指標	◎受診勧奨対象者（未治療者）への受診勧奨実施率	100 (2019)	100	100	100	100	100	100	100
アウトカム (成果)指標	◎受診勧奨対象者（未治療者）への医療機関受診率	37.5 (2019)	18.2	28.2	33.2	38.2	43.2	48.2	53.2
アウトプット (実施量・率)指標	◎保健指導対象者への実施率（実施者数/対象者数）	33.3 (1/3) (2019)	0 (0/21)	15.7 (3/19)	15.7 (3/19)	23.5 (4/17)	23.5 (4/17)	35.7 (5/14)	35.7 (5/14)
アウトカム (成果)指標	終了者のHbA1cの改善した割合	33.3 (2019)	0	20	20	30	30	40	40

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

◎県の共通指標

(5) 目標を達成するための主な戦略	栃木県糖尿病重症化予防事業の推進のために、町医師団やかかりつけ医との連携を強化していきます。
--------------------	--

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

情報提供：健診結果書を郵送する時に、リーフレットを同封しています。
 受診勧奨：糖尿病の受療歴がない未治療者、糖尿病の治療中断者に対し、受診勧奨通知を送付し、電話等にて受診勧奨をしています。
 保健指導：保健指導の利用案内を送付し、希望があった方に保健師・管理栄養士による保健指導を実施しています。

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

受診勧奨後の対象者の受療行動を把握し、未受診に対しては継続的に支援し、受診につなげていきます。
 保健指導を利用していない方に対して、電話等にて保健指導の必要性を伝え、保健指導につなげていきます。また、広報や町ホームページ等で糖尿病の重症化予防について周知を図っていきます。

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

- ・住民課にて、予算編成、関係機関との連絡調整、事業計画を行います。
- ・住民課と健康福祉課にてかかりつけ医と連携しながら保健指導を行います。
- ・事業計画、評価時等、適宜健康福祉課とも打ち合わせ（会議）を実施していきます。
- ・町医師団に年度初めに事業説明及び協力依頼をします。

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

かかりつけ医と連携し、保健指導の利用勧奨、保健指導指示書作成について協力を依頼していきます。
 かかりつけ医や健康福祉課と連携し、効果的な保健指導について検討し、利用拡大を図っていきます。

(10) 評価計画

毎年度、年度末に各指標毎の比較による評価を実施します。そして、事業内容をふまえ、事業の見直しをしていきます。
 中間評価：2026 (R8) 年度 最終評価：2029 (R11) 年度

4. からだスッキリ教室

(1) 事業の目的	メタボリックシンドロームの減少やフレイル予防等、町の状況に応じた運動教室や栄養教室を企画することで、生活習慣の改善を促し、生活習慣病の発症や重症化を予防し、健康寿命の延伸につなげることを目的とします。
(2) 対象者	町民（加入保険を問わない）
(3) 現在までの事業結果	運動編は令和2年度からコロナ禍にて、人数制限や予約制を導入し、利用者数は減少していましたが、令和4年度から徐々に利用者数は増加してきています。食事編は令和2年度からコロナ禍のため、事業は中止していました。令和5年度から再開します。

(4) 今後の目標値

指標	⑥評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトプット (実施量・率)指標	運動編の実施回数	10 (2022)	10	10	10	12	12	12	12
アウトプット (実施量・率)指標	運動編の延べ利用者数	246 (2022)	246	360	430	600	660	720	750
アウトカム (成果)指標	運動の習慣が身についた方の割合	88.7 (2023)	—	90	91	92	93	94	95
アウトプット (実施量・率)指標	食事編の実施回数	4 (2023)	—	4	4	4	4	4	4
アウトプット (実施量・率)指標	食事編の延べ利用者数	36 (2023)	—	38	38	40	40	42	42
アウトカム (成果)指標	食生活を改善しようと意識した方の割合	100 (2023)	—	100	100	100	100	100	100

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

(5) 目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・低栄養やオーラルフレイル等フレイル予防の視点での啓発強化をしていきます。 ・生活習慣病予防に加えて、低栄養やオーラルフレイル等の予防に関する内容を教室に組み込んでいきます。
--------------------	--

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

<p>【運動編】 広報やホームページ、窓口等で周知し、予約制にて実施しています。 1レッスン40分×3クールに分けて、全10回コースを開催しています。各回定員30名にて、運動講師が自宅でできる運動教室を紹介しています。</p> <p>【食事編】 広報やホームページ、窓口等で周知し、予約制にて実施しています。 食事編は年4回あり、町管理栄養士が講話と調理実習を行い、具体的な支援を行います。「減塩＋肥満予防」、「減塩＋糖尿病予防」などのテーマで行っています。</p>

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

内容や時期、回数等を検討し、利用者数の増加による、メタボリックシンドロームの減少を目指します。また、若い世代や新規の利用者を増やすため、SNSも積極的に活用していきます。

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

<ul style="list-style-type: none"> ・住民課と健康福祉課で運動教室の予算編成、関係機関との連絡調整、事業計画を行います。 ・健康福祉課の管理栄養士が食事編の講師を担当しています。食生活改善推進員の協力も依頼しています。 ・住民課と健康福祉課にて打ち合わせを年1回実施しています。

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

のぎ健康マイレージの主管課の健康福祉課と連携し、ポイント獲得の一環としてからだスッキリ教室の利用を促していきます。 のぎ健康タウン事業等において、健康福祉課と連携し事業の周知を行っていきます。

(10) 評価計画

教室終了後にアンケートを記載していただき、その集計内容も踏まえて、年度末に各指標毎の比較による評価を行い、見直しを実施していきます。 中間評価：2026 (R8) 年度 最終評価：2029 (R11) 年度
--

5. のぎ健康マイレージ

(1) 事業の目的	町民一人ひとりが健康に対する意識を高め、「自分の健康は自分でつくる」という自覚を持ち、自主的かつ積極的に健康づくりを実践していくための動機付けとします。また、各種健診（検診）の受診率の向上と健康関連事業への参加を促すとともに、記念品の活用により、地域の消費活性化を図ることを目的とします。
(2) 対象者	20歳以上の町民（加入保険を問わない）
(3) 現在までの事業結果	コロナ禍において完了率が下がった年度もありますが、経年的に完了率は上昇傾向にあります。令和4年度の参加者の割合は70歳代が44.5%、60歳代が28%であり、30歳代が4%、20歳代が0.5%と若い世代の参加者の割合が低い傾向にあります。また、参加者の66.5%が女性でありました。

(4) 今後の目標値

指標	⑥評価指標	ベースライン (年度)	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)
アウトプット (実施量・率)指標	完了率	75.5 (2022)	75.5	77.5	78.5	79.5	80.5	81.5	82.5
アウトカム (成果)指標	内容の満足度	100 (2022)	100	100	100	100	100	100	100

※太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度

(5) 目標を達成するための主な戦略	特定健診の受診率向上や健康に対する意識を高めるために、のぎ健康マイレージの周知の強化や登録者が完了できるように、支援を強化していきます。
--------------------	--

(6) 現在までの実施方法(プロセス)

広報や町ホームページ等で周知しています。

【申込方法】

- ①健康福祉課で登録申請をし、「健康マイレージカード」を受け取ります。電話での申し込みの際は「健康マイレージカード」を郵送します。
- ②カードにある、健康目標の項目を確認し、自分の健康づくりに取り組みます。
- ③5ポイント（必須項目を含む）以上貯まったら、カードに必要事項を記入の上、本人確認書類（運転免許証等）と健診・検診の受診の有無が確認できるものを添え、再度窓口申請します。
- ④窓口で確認後、記念品を受け取ります。

(7) 今後の実施方法(プロセス)の改善案、目標

登録者が完了できるように広報やSNS、電話勧奨等での呼びかけていきます。

(8) 現在までの実施体制(ストラクチャー)

健康福祉課にて予算編成、事業計画、登録申請等を行います。
住民課にて啓発、周知を行います。
健康福祉課と住民課にて打ち合わせ（会議）を年2回実施していきます。

(9) 今後の実施体制(ストラクチャー)の改善案、目標

のぎ健康タウン事業等において、健康福祉課と連携し事業の周知を行っていきます。
医療機関においてポスター掲示の協力依頼を行い、周知を図っていきます。
健康福祉課と住民課にて打ち合わせ（会議）を年2回実施していきます。

(10) 評価計画

窓口申請時にアンケートを記載していただき、その集計内容を踏まえて、年度末に各指標毎の比較による評価を行い、見直しを実施していきます。
中間評価：2026（R8）年度 最終評価：2029（R11）年度

第5章 その他

<p>データヘルス計画の評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度毎に行います。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度を確認します。</p> <p>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計画の見直しに反映させます。</p> <p>最終評価のみならず、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行います。次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行い、令和11年度の実績を令和12年度に確認をします。</p> <p>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います。</p> <p>評価にあたっては、必要に応じ庁内各課・関係団体との協力体制を整備します。</p>
<p>データヘルス計画の公表・周知</p>	<p>計画の推進に当たっては、関係者の理解・協力が欠かせないことから、計画を町ホームページに掲載するなどして公表します。また、様々なイベントや会議等の機会を利用して、計画の概要を周知します。計画に変更等が生じた場合にも、その都度、町ホームページに掲載する等により周知します。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>保健事業で得られる個人情報は、次の法令等に定めるところに従い、適正に管理します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○野木町個人情報保護条例（令和5年条例第9号） ○野木町個人情報保護施行規則（令和5年規則第17号） ○医療・介護関係事業者における個人情報の適正な取扱いのためのガイドライン（平成29年4月厚生労働省） ○医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（平成17年3月厚生労働省） ○匿名データの作成・提供に関するガイドライン（平成21年2月総務省）
<p>地域包括ケアに係る取組</p>	<p>令和5年4月現在65歳以上の割合は34.0%と高く、野木町国保加入者においても65歳以上加入者の割合は55.3%と半数以上が高齢者となっています。そのため、高齢者が地域で暮らせるよう、重度の要介護者を招く原因疾患である脳血管疾患等の生活習慣病の重症化を予防することが重要です。また、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・保健・福祉等の関係部署が一体的に取り組むことが求められています。それらを推進するための「野木町地域ケア推進会議」に国保部門として参加します。</p>

第 6 章 第 4 期野木町特定健康診査等実施計画

1 第 4 期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条において特定健康診査等実施計画を定めるものとされています。

2 達成しようとする目標

令和 11 年度における目標実施率は、特定健康診査を 47.7%、特定保健指導を 25.6%とします。

この目標を達成するために、令和 6 年度以降の目標実施率を下表のように定めます。

【表 1】 特定健康診査・特定保健指導目標実施率

	R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健康診査の 目標実施率 (%)	42.7	43.7	44.7	45.7	46.7	47.7
特定保健指導の 目標実施率 (%)	20.6	21.6	22.6	23.6	24.6	25.6

3 対象者数

特定健康診査等の対象者数は、野木町国保の“40 歳から 74 歳”の加入者数を下表のように見込みます。

【表 2】 男女別・年齢階層別 40 歳から 74 歳の国保加入者数の見込

(単位：人)

		R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
男性	40～64 歳	697	662	645	628	612	596
	65～74 歳	1,339	1,268	1,200	1,136	1,075	1,018
	計	1,406	1,930	1,845	1,764	1,687	1,614
女性	40～64 歳	688	645	605	567	531	498
	65～74 歳	1,601	1,543	1,487	1,433	1,381	1,331
	計	2,289	2,188	2,092	2,000	1,912	1,829
合計	40～64 歳	1,367	1,307	1,250	1,195	1,143	1,094
	65～74 歳	2,940	2,811	2,687	2,569	2,456	2,349
	計	4,307	4,118	3,937	3,764	3,599	3,443

(1) 特定健康診査

特定健康診査等の受診対象者数は、野木町国保の40歳から74歳の加入者数の見込で、受診者数は受診対象者数に目標実施率をそれぞれに乗じた数で、下表のように見込みます。

【表3】特定健康診査の目標受診者数

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
受診対象者数(人)	4,307	4,118	3,937	3,764	3,599	3,443
目標実施率(%)	42.7	43.7	44.7	45.7	46.7	47.7
受診者数(人)	1,839	1,800	1,760	1,720	1,681	1,642

(2) 特定保健指導

特定保健指導対象者数と目標実施者数は、下表のように見込みます。

○特定保健指導対象者数 = 令和6年度以降は、特定健康診査受診見込み者数×特定保健指導対象者の割合の平均値15.8%（平成30年度から令和4年度の5年間の平均値）として算出しています。

○目標実施者数 = 特定保健指導対象者見込み数×目標実施率

【表4】特定保健指導の目標対象者数・実施者数

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定保健指導対象者(人)	291	284	278	272	266	259
目標実施率(%)	20.6	21.6	22.6	23.6	24.6	25.6
目標実施者数(人)	60	61	63	64	65	66

4 実施方法

(1) 特定健康診査

特定健康診査の受診は、各年度に一人1回とし、次のように実施します。

ア 実施方法

集団健診については、健診機関に委託し、野木町保健センターにおいて実施します。受診の際には、生活習慣病健診受診券と被保険者証で受診資格を確認します。

個別健診については、町内の委託医療機関で実施します。受診の際には、生活習慣病健診受診券と被保険者証で受診資格の確認を行います。

イ 実施期間

特定健康診査の受診期間は、毎年度の6月から1月までとします。

ウ 実施内容

【表 5】 特定健診実施内容

基本的な 健診項目	<ul style="list-style-type: none">○ 質問票（服薬歴、喫煙歴 等）○ 自覚症状及び他覚症状の検査○ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）○ 理学的検査（身体診察）○ 血圧測定○ 血液検査<ul style="list-style-type: none">・ 脂質検査（空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）・ 血糖検査（HbA1c）・ 肝機能検査（AST、ALT、γ-GT）○ 検尿（尿糖、尿蛋白）
詳細な 健診項目	<ul style="list-style-type: none">○ 心電図検査○ 眼底検査○ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）○ 血清クレアチニン検査及び eGFR

エ 受診結果報告

受診結果は各受診者に通知します。それと同時に、受診した全員に生活習慣病に関する理解を深めるための情報や個人の生活習慣、及びその改善に関する基本的な情報を提供します。

(2) 特定保健指導

特定保健指導の利用は、各年度に一人1回(1回の支援期間は原則3~4ヶ月)とし、次のように実施します。

【表6】特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク ①血糖②脂質③血圧	喫煙歴	対象	
			40~64歳	65~74歳
男性：85cm以上 女性：90cm以上	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
	1つ該当	なし		
上記以外で BMI25以上	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	2つ該当	なし		
	1つ該当			

※喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無とは無関係であることを意味します。

※追加リスクの基準値は以下のとおりです。

①血糖：空腹時血糖100mg/dl以上又はHbA1c5.6%以上

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮時血圧130mmHg以上又は拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、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ものについては、対象から除いています。

ア 実施方法

特定保健指導は、健診機関に委託し野木町保健センターにおいて実施します。

イ 実施時期

特定保健指導は、特定健診の結果返却後1~2ヶ月以内に初回面接を案内いたします。

ウ 実施内容

動機付け支援(リスクが現れ始めた段階の人への支援)と積極的支援(リスクが重なりだした段階の人への支援)を実施します。

エ 結果報告

特定保健指導終了時、目標達成のために取り組んだ成果を各受診者に通知します。

【表 7】 特定保健指導の実施内容

動機付け支援	原則 1 回の面接により、すぐに実践に移り、その生活が継続できるような生活習慣改善のための行動目標、行動計画を利用対象者とともに立てて、その 3~4 ヶ月経過後に行動目標の達成度、身体状況や生活習慣の変化について評価を行います。
積極的支援	初回時の面接において、生活習慣改善のための実践可能な行動目標を利用対象者自らが選択できるように支援を行います。その目標達成のための行動計画を立て、3 ヶ月以上の定期的、継続的な支援を行い、3 ヶ月経過後に行動目標の達成度、身体状況や生活習慣の変化について評価を行います。

5 周知・案内方法

特定健康診査時の実施率向上につながるように、次のような媒体、機会を通じて、周知・案内を行います。

- ・「野木町ホームページ」、「広報のぎ」などの広報媒体の利用
- ・役場や医療機関でのポスターの掲示やチラシの配布
- ・生活習慣病健診受診券の送付

6 実施計画

特定健康診査等の実施は、下表のような実施計画で行います。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健康診査		受診券発送	集団健診、個別健診ともに 受診期間：(6月~1月まで)									
特定保健指導			指導期間：面接時から 3~4 ヶ月									

7 契約方法について

特定健康診査等の実施機関については、厚生労働省が定める基準に適應した外部委託者を選定し、個別契約により実施いたします。

8 記録・データの保存

(1) データの受領・管理

特定健康診査等の費用の支払及びデータの送信事務並びにデータ管理・保存に関し、代行機関として栃木県国民健康保険団体連合会に事務委託します。

特定健康診査及び保健指導実施機関から提出されたデータは、栃木県国民健康保険団体連合会の特定健康診査等管理システムにおいて管理・保存します。

事業主健診等他の健診受診の結果データについて、特定健康診査の受診案内時に、任意で受診者本人からの提供を依頼することもあります。

(2) データの保存体制

特定健康診査等の記録・データの保存期間は5年とします。

野木町国民健康保険の資格を失った場合は、その異動年度の翌年度末までの保存とします。

栃木県国民健康保険団体連合会の特定健康診査等管理システムに保存されたデータは、住民課保健医療係に設置した特定健康診査等管理システム用端末と専用回線で接続し、常時、確認・データの出力等できるものとします。ただし、操作可能な職員については、登録されている厳選した職員だけとし、パスワード管理を徹底して行います。

9 個人情報保護対策

(1) 個人情報保護に関する規定・ガイドラインの遵守

特定健康診査等の実施において得られた情報等の取り扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)及び同法に基づくガイドライン等に定められたとおり遵守し、特定健康診査等の実施機関との委託契約の際には、野木町個人情報保護条例等関係法令に基づき、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2) 守秘義務規定の遵守

野木町国民健康保険の職員及び野木町国民健康保険が委託する健診及び保健指導実施機関に従事する者は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第30条、第167条及び「国民健康保険法」(昭和33年法律第192号)第120条の2に基づき、特定健康診査等を実施する際に知り得た個人情報の守秘義務規定を遵守します。

10 計画の公表・周知

計画は、「野木町ホームページ」への掲載により公表し、町役場等における閲覧を行います。また、「広報のぎ」で計画の概要を紹介し、周知を図ります。

1.1 計画の評価・見直し

(1) 計画の評価

特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率等について評価を行います。

評価の時期については、実績報告を行う11月以降に前年度の計画達成状況の評価を行うものとします。令和8年度には中間評価を、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行い、令和11年度の実績を令和12年度に確認をします。

(2) 計画の見直し

本計画は事業開始後3年目の令和8年度に行う中間評価により把握された課題を踏まえ、必要に応じて計画内容の見直しを実施します。

見直しにあたっては、衛生部門と協働で行うものとし、被保険者へのより良い実施体制が図れるようにします。なお、計画の進捗状況については適宜、国保運営協議会に報告を行います。

1.2 その他

(1) 他の健診（検診）との連携

町国保における庁内連携による同時実施体制づくり

野木町は胃がんの死因別標準化死亡比が男女とも県より高いです。また、大腸がんの死因別標準化比も男性が県より高い状況です。

がんの早期発見のため、集団健診では、全日程において特定健康診査とがん検診を同時受診できるように体制を整えています。大腸がん検診、肺がん検診（胸部レントゲン検査）は平成30年度から無料で実施しています。

特定健康診査とがん検診の同時実施体制において、衛生部門と連携し、生活習慣病健診受診券の作成・発送や予約管理等、連携して実施を図っています。

(2) 実施体制の確保

特定保健指導は委託で実施しています。委託先における保健指導実施者の研修体制の確認や特定健診・特定保健指導実施者育成研修会等への参加勧奨し、人材育成・確保に努めます。