

第3期日光市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

第4期日光市特定健康診査等実施計画

（令和6年度～令和11年度）

2024年3月

日光市市民生活部保険年金課

目 次 ★…第4期日光市特定健康診査等実施計画に基づく項目

I 基本情報

1. 人口・被保険者 P 1
2. 基本的事項 P 1
3. 関係者連携 P 2
4. 現状の整理 P 2 ～ 3
5. 分析結果・グラフ P 4 ～ 6

II 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 P 7 ～ 10
2. 平均寿命・標準化死亡比等 P 11 ～ 12
3. 医療費の分析 P 12 ～ 15
- ★4. 特定健康診査・特定保健指導などの P 15 ～ 24
健診データ（質問票を含む）の分析
5. 糖尿病重症化予防事業の分析 P 24 ～ 26
6. 40歳未満健康診査（一般健診） P 26
保健指導の分析
7. 公民館における生活習慣病予防のための P 27
健康教室の分析
8. 介護費関係の分析 P 28 ～ 30

★III 計画全体図 P 31

IV 個別の保健事業

- ★1. 特定健康診査 P 32 ～ 36
2. 40歳未満健康診査（一般健診） P 37
- ★3. 特定保健指導 P 38 ～ 43
4. 40歳未満保健指導 P 44
5. 糖尿病重症化予防事業 P 45 ～ 46
6. 公民館における生活習慣病予防教室 P 47 ～ 48
7. にっこう健康マイレージ事業 P 49 ～ 50

★V その他 P 51

I 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 P2～3
5. 分析結果・グラフ P4～6

Ⅰ 基本情報

1. 人口・被保険者

	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	78,313	100.0%	38,279	48.9%	40,034	51.1%
国保被保険者数（人）	17,374	22.2%	8,633	22.6%	8,741	21.8%

<令和4年4月1日時点>

【別表】日光市国保被保険者数 性・年齢階層別一覧表（令和4年度）

年齢階層	男性		女性		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%
0歳以上－5歳未満	110	1.3%	91	1.0%	201	1.2%
5歳以上－10歳未満	145	1.7%	143	1.6%	288	1.7%
10歳以上－15歳未満	192	2.2%	172	2.0%	364	2.1%
15歳以上－20歳未満	181	2.1%	218	2.5%	399	2.3%
20歳以上－25歳未満	227	2.6%	243	2.8%	470	2.7%
25歳以上－30歳未満	269	3.1%	248	2.8%	517	3.0%
30歳以上－35歳未満	269	3.1%	238	2.7%	507	2.9%
35歳以上－40歳未満	307	3.6%	294	3.4%	601	3.5%
40歳以上－45歳未満	388	4.5%	300	3.4%	688	4.0%
45歳以上－50歳未満	447	5.2%	376	4.3%	823	4.7%
50歳以上－55歳未満	552	6.4%	431	4.9%	983	5.7%
55歳以上－60歳未満	523	6.1%	515	5.9%	1,038	6.0%
60歳以上－65歳未満	778	9.0%	865	9.9%	1,643	9.5%
65歳以上－70歳未満	1,682	19.5%	1,784	20.4%	3,466	19.9%
70歳以上－75歳未満	2,563	29.7%	2,823	32.3%	5,386	31.0%
合計	8,633	49.7%	8,741	50.3%	17,374	100.0%

<KDBシステムより集計>

2. 基本的事項

計画の趣旨	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基づき、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、保健事業の実施・評価・改善を行う。本計画に基づき、糖尿病、脳血管疾患、虚血性心疾患などの生活習慣病の発症及び重症化や要介護状態への移行を予防することで、健康寿命の延伸と医療費の適正化を図る。
計画期間	令和6年度から11年度までの6年間とする。
実施体制	保健事業の実施にあたっては、国保部門、健康部門、高齢部門などの庁内の関係部署と連携し、効果的かつ効率的に事業を実施する。また、外部有識者や国民健康保険運営協議会に報告し意見聴取を行いながら、計画の策定、評価、見直しを行う。

3. 関係者連携

保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
日光市国民健康保険	国保部門を中心に、健康部門、高齢部門の協力を得て健康課題を分析し、計画を策定する。各部門において個別の保健事業を実施・評価し、毎年度、国保部門が計画の評価・見直しを行う。 日光市国保運営協議会からの助言・評価を得る。
県（国保医療課・健康増進課）	計画素案についての意見交換、協力を依頼する。 現状分析のため県が保有する健康・医療などのデータ提供を受ける。
県西健康福祉センター（保健所）	計画策定についての助言を得る。
国民健康保険団体連合会 保健事業支援・評価委員会 及び国保中央会	国民健康保険団体連合会 保健事業支援・評価委員会にて助言・評価を受ける。
後期高齢者医療広域連合	後期高齢者データヘルス計画の策定、それに伴う情報共有を行う。
保健医療関係者	上都賀郡市北部地区医師会との情報共有を行う。 計画策定についての助言を得る。

4. 現状の整理

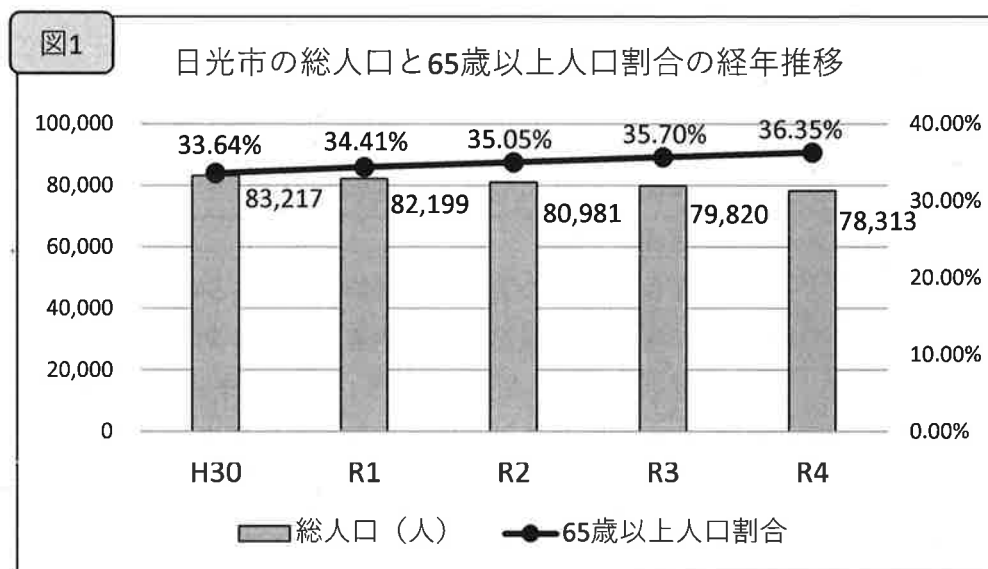
保険者の特性	日光市は県の約4分の1の面積を持ち、森林が全体の86.4%を占める自然豊かな地域である。二社一寺を代表とした世界遺産や多くの温泉を有し、観光業が主要な産業である。主要道路は人口が最も多い今市地域を中心に国道119号・120号（日光方面）、国道121号（藤原・鹿沼方面）、国道122号（足尾方面）が通っており、車が生活の主な移動手段となっている。鉄道はJR日光線、東武日光線、東武鬼怒川線、わたらせ渓谷鐵道、野岩鐵道会津鬼怒川線が通っており、通勤・通学・観光に利用されている。 令和4年4月1日現在の人口は78,313人、65歳以上の人口割合は36.35%であり、急速な人口減少、少子高齢化が課題となっている。合計特殊出生率は1.35（平成25～29年）で、県1.46を下回っている。地域別人口では、今市地域が72.2%と最も多く、次いで日光地域14.5%、藤原地域9.9%、足尾地域2.1%、栗山地域1.3%であり、今市地域に人口が集中している。地域別高齢化率を見ると、今市地域の33.0%に対し、足尾地域57.9%、栗山地域54.6%と山間部の高齢化が著しく高い。なお、栗山地域には公共交通機関が路線バスのみで、地域内に診療所が2か所あるものの、入院可能な医療機関や施設介護サービスはない。 国保被保険者数は17,374人で、人口に占める国保加入率は22.2%となっている。被保険者の年齢構成は65歳から74歳の前期高齢者が50.9%を占めており、特に70～74歳が男女ともに多い。
地域資源の状況	日光市健康づくり推進員（地域の健康づくりボランティア） 日光ヘルスケアネット（地域医療連携を担う医療連携法人）

前期計画等に係る考察	【特定健康診査】 ○特定健康診査の受診率 最終目標値：55.3% R3：45.7%(未達成) 特定健康診査未受診者対策として、未受診者の特性別（受診歴・健康意識・通院の有無など）に応じた個別の勧奨通知を発送している。 加えて、令和3年度以降は前年度に受診歴のある者を中心に電話による受診勧奨も行っている。また、インセンティブとして「にっこう健康マイレージ」を実施し、健診受診を必須条件として幅広い年代層に受診勧奨を行っている。 今後もこれらの取り組みを継続しながら、さらに効果的な受診勧奨の時期や勧奨資材を検討し、医師会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く必要がある。
	【特定保健指導】 ○特定保健指導の実施率 最終目標値：54.0% R3：30.4%(未達成) ○昨年度の特定保健指導対象者のうち、対象ではなくなった者の割合 最終目標値：23.0% R3：18.5%(未達成) ○特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 最終目標値：29.6% R3：24.8%(未達成) 対象者が特定保健指導を受けやすい環境整備に配慮し、実施方法として「会場方式」「訪問方式」を導入している。また、集団健診における特定保健指導分割実施を試行的に実施し、実施率の向上に努めている。 未達成の背景には、新型コロナウイルス感染拡大によりこれまでの生活環境と意識の変化が影響していると考えられる。介入方法や指導内容などを検討し、健康管理への意識付けを図っていく必要がある。
	【若年層保健事業（一般健診・保健指導）】 ○一般健診受診者数(男性) 最終目標値：289人 R3：95人(未達成) ○若年層保健指導実施率 最終目標値：29.0% R3：28.6%(未達成) 若年層の国保被保険者数は年々減少しており、それに伴い、一般健診受診者数も減少している。そこで、若年層でも受診しやすいように土・日曜日の健診、夜間健診、女性健診日の託児などを実施している。また、保健指導に関しては、リモート方式も導入している。 若年層は仕事や育児に忙しく、健康づくりへの意識が薄れやすい年代である。健診や保健指導の重要性を伝え、若いうちから将来の生活習慣病の重症化を予防する意識づけが必要である。なお、一般健診の評価指標については、受診者数を指標にすると被保険者数の増減に左右されることから、次期計画では受診率を評価指標にした方が妥当である。
	【糖尿病重症化予防】 ○人工透析新規導入者数 最終目標値：10人 R3：8人(達成) 糖尿病が進行すると糖尿病性腎症を発症し、人工透析が必要となる場合が多い。最終目標は達成したが、日光市は糖尿病合併症による患者数が県よりも多いため、今後も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る。

5. 分析結果・グラフ

【日光市における総人口と65歳以上人口割合の推移】

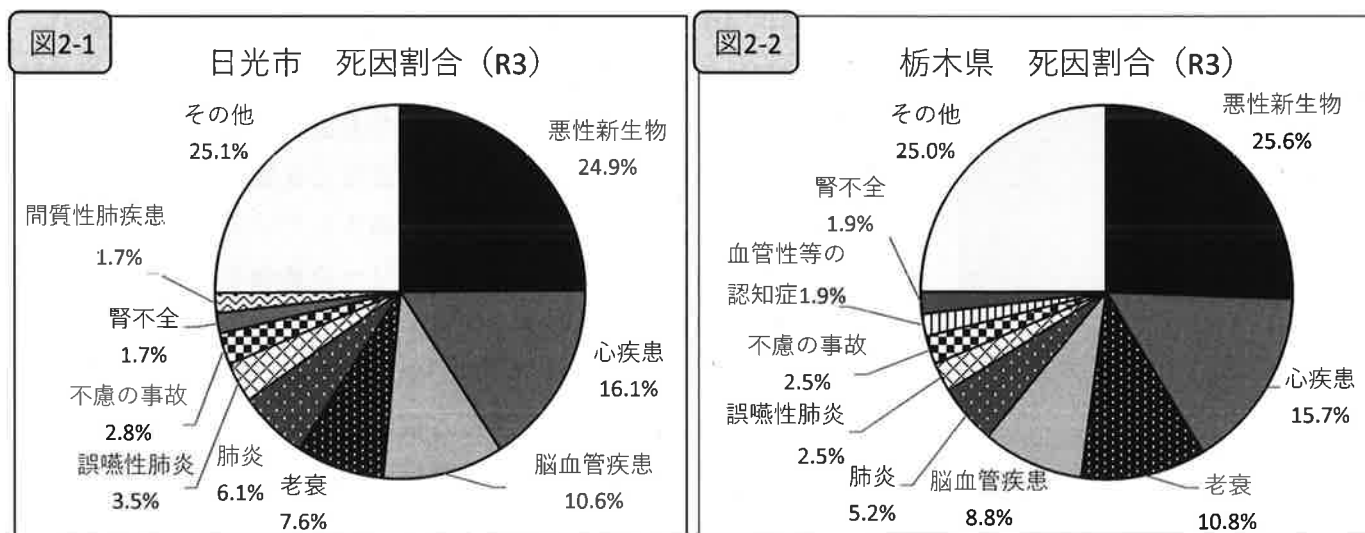
令和4年4月1日現在の日光市の人口は78,313人で年々減少しており、65歳以上の人口割合は36.35%であり、年々高齢化が進んでいる。（図1）



<人口統計表より> ※各年4月1日現在

【日光市と栃木県における死因割合の比較】

令和3年度の死因順位は、悪性新生物（がん）が最も多く、次いで心疾患、脳血管疾患となっており、脳血管疾患の占める割合が県と比べ高い状況である。（図2-1、2-2）



<令和3年度版栃木県保健統計年報より>

また、男女別の死因を県と比較してみると、男性は脳血管疾患、肺炎の割合が県よりも高く、女性は脳血管疾患、肺炎、心疾患などの割合が県よりも高くなっている。（図2-3、2-4）

図2-3

男性の死因割合（R3日光市・栃木県）

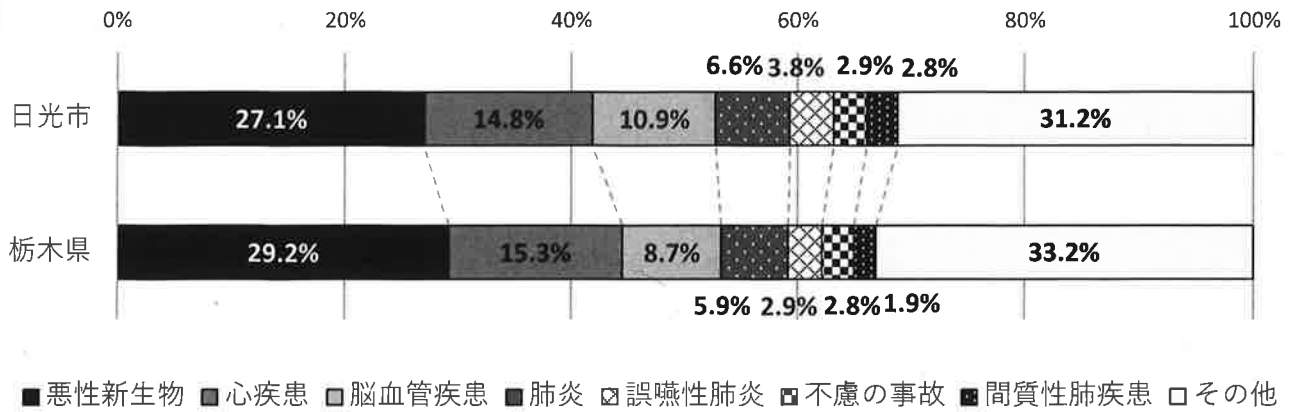
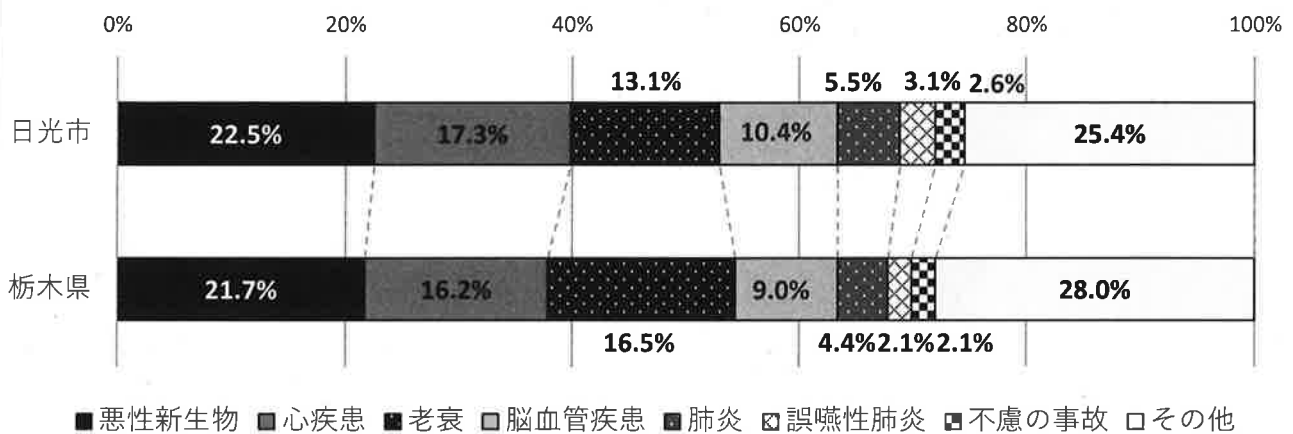


図2-4

女性の死因割合（R3日光市・栃木県）



<令和3年度版栃木県保健統計年報より>

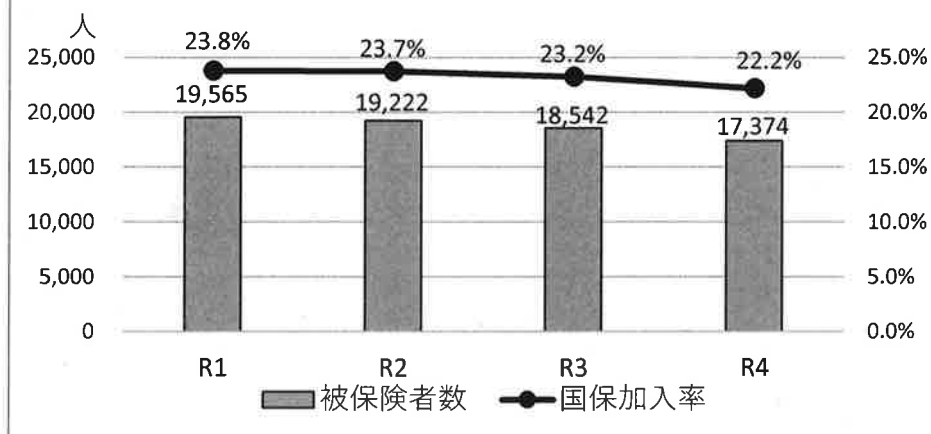
【日光市国民健康保険被保険者数の状況】

日光市国民健康保険被保険者数及び国保加入率は、減少傾向にある。（図3-1）

令和4年4月1日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50.9%を占めており、特に70～74歳が男女ともに多くなっている。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る。（図3-2）

図3-1

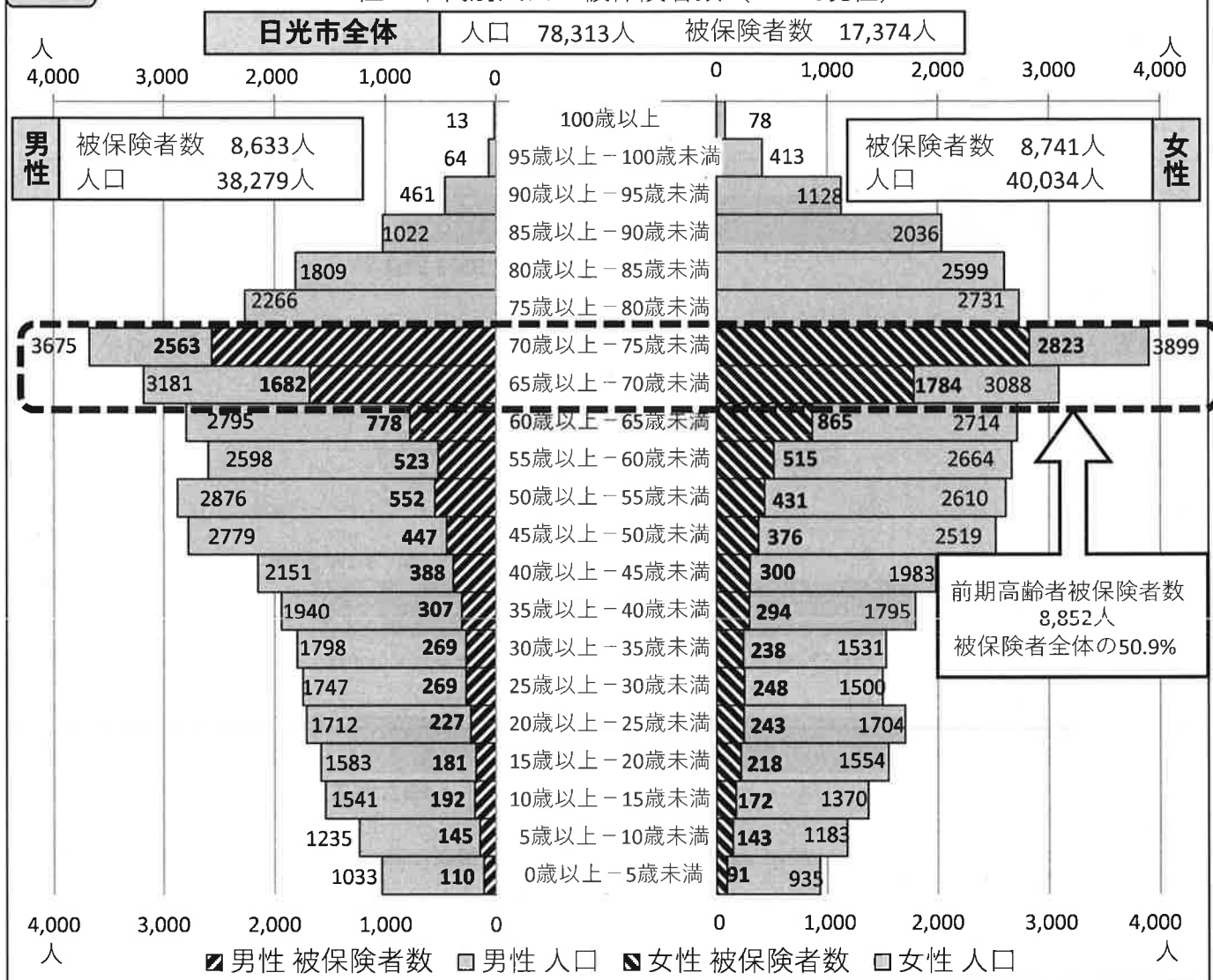
被保険者数と国保加入率の推移



<各年4月1日現在>

図3-2

性・年代別人口と被保険者数（R4.4.1現在）



<人口統計表、KDBシステムより作成>

II 健康医療情報等の分析と課題

★…第4期日光市特定健康診査等実施計画に基づく項目

1. 各分野における分析結果・・・・・・・・・・P7～10
2. 平均寿命・標準化死亡比等・・・・・・・・・・P11～12
3. 医療費の分析・・・・・・・・・・P12～15

★4. 特定健康診査・特定保健指導などの・・・・・・・・P15～24
健診データ（質問票を含む）の分析

5. 糖尿病重症化予防事業の分析・・・・・・・・・・P24～26

6. 40歳未満健康診査（一般健診）・・・・・・・・・・P26
保健指導の分析

7. 公民館における生活習慣病予防のための・・・・P27
健康教室の分析

8. 介護費関係の分析・・・・・・・・・・P28～30

1. 各分野における分析結果

★…第4期日光市特定健康診査等実施計画に基づく項目

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 ポイント ●男性の平均寿命・健康寿命が低い。 ●男女とも急性心筋梗塞・脳血管疾患の死因が高い。	平均寿命	男性の平均寿命は県・国を下回っている。 女性の平均寿命は県とほぼ同程度だが、国と比較すると下回っている。 また、日光市の平均寿命は男女で7.2年の開きがあり、女性の方が高くなっている。	P11 図4	I～VII
	健康寿命	男性の健康寿命は県・国を下回っている。 女性の健康寿命は県を上回り、国と同等である。 また、日光市の健康寿命は男女で5.7年の開きがあり、女性の方が高くなっている。	P11 図5	I～VII
	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ある。 主要死因別標準化死亡比は、男女とも急性心筋梗塞、脳内出血、脳梗塞が高く、男性は腎不全も高くなっている。また、男女の胃がん、女性の肝疾患、男女の大腸がんも比較的高く、消化器系のがんの標準化死亡比も高い状況である。 男性では自殺も高くなっている。	P12 図6-1 図6-2	I～VII
医療費の分析 ポイント ●男性の糖尿病性網膜症の入院医療費が高い。重症化してから受診している可能性あり！ ●男女共に脂質異常症の入院医療費が高い⇒心筋梗塞や脳梗塞の原因。	医療の受診率（医科）	医療の受診率（医科）の推移では、平成30年～令和元年度においては県とほぼ同程度であったが、全国と比較するとやや低い。令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大による受診控えの影響を受けて全国的に受診率が低下した。令和3年度には受診率が回復し、県・全国とほぼ同程度になっている。 性・年齢階層別の医療の受診率（医科）の推移では、男性よりも女性の受診率が高く、平成30年・令和元年度の女性を除き、男女ともに県をやや上回っている。また、0～14歳を除き、男女ともに年齢を重ねるごとに受診率が高くなっている。	P12 図7-1 図7-2 図7-3 P13 図7-4 図7-5	I～VII
	1人当たり医療費（年額）	1人当たり医療費（年額）は男女ともに年々増加している。 男性の医療費は県と比較するとやや高く、女性の医療費は県とほぼ同程度になっている。日光市の男性は女性に比べ、1人当たりの医療費が高いことがわかる。	P13 図8-1 図8-2	I～VII
	健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費	日光市の健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費では、健診受診者と比べて健診未受診者の医療費は4倍高くなっている。	P14 図9	I～VII
	入院・外来別で医療費（点数）の高い疾病	標準化比（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ある。 入院医療費では、男性は糖尿病性網膜症が最も高く、次いで脂質異常症、狭心症、大腸がん、肝がんが高くなっている。女性は脂質異常症が最も高く、次いで高血圧症、胃がん、大腸がんが高くなっている。 入院外医療費では、男性は肝がんが最も高く、次いで前立腺がん、狭心症が高くなっている。女性は狭心症が最も高く、次いで大腸がん、子宮がん、糖尿病性網膜症が高くなっている。	P14 図9 図10-1 図10-2 P15 図10-3 図10-4	I～VII

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
★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 ポイント ●働き盛りの健診受診率・特定保健指導実施率が低い。女性の改善率が低い。 ●男女共に半数以上が運動習慣がない。 ●健診結果では、血糖値が高い。 ↓ 不摂生な生活習慣の継続 ↓ 糖尿病と合併症の発症につながる 	特定健康診査受診率	特定健康診査受診率は4割を超え、県よりも高くなっている。令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響を受けて一時的に低下したが、令和3年度には回復している。 性・年齢階層別受診率では、年齢を重ねるごとに高くなり、男性では70～74歳、女性では65～69歳の受診率が最も高い。一方で、男性の40～59歳、女性の40～44歳の働き盛りの年代層の受診率は3割に届かず、低くなっている。働き盛り世代の健診受診率の向上が課題である。	P15 図11 P16 図12-1 図12-2 図12-3	I～VII
	特定保健指導実施率	特定保健指導実施率は年々低下し、新型コロナウイルス感染拡大の影響により参加者数が減少し、令和3年度は県を下回った。性・年齢階層別実施率では、健康面に関心が高くなる65～69歳が最も高く、男女ともに4割に近い実施率である。特に女性では55～59歳の実施率が7割に達しており、特定保健指導に意欲的に参加している。一方で、45～49歳の男性、40～44歳の女性の実施率が県と比較し大幅に低くなっている。特定保健指導の実施方法において、40歳代を中心とした働き盛り世代が参加しやすい工夫が必要である。 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は横ばいで推移し、改善率（腹囲-2cmかつ体重-2kg達成）は3割弱であり、男性と比較し女性の達成率が低い。 特定保健指導未利用者への利用勧奨実施率は新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和3年度は低くなっている。 特定保健指導を受けない理由としては「自己管理中」が最も多く、次いで「以前、特定保健指導を利用した」「医療下管理中」が多くなっている。	P16 図13 P17 図14-1 図14-2 図14-3 P18 図15 図16 図17 P19 図18	I～VII
	特定健診質問票結果	令和3年度の特定健康診査質問票結果では、女性の「毎口飲酒」「生活習慣の改善意欲なし」が県よりもやや高くなっている。 また、男女ともに「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」「歩行速度が遅い」の項目で受診者の4～6割が該当しており、運動習慣が身に付いていないことがわかる。 加えて、女性の「生活習慣の改善意欲なし」が県と比較し高く、望ましい生活習慣への意識付けが必要である。	P19 図19-1 図19-2	I～IV
	メタボリックシンドロームの有所見割合（該当者、予備群者） ※P40資料「メタボリックシンドローム診断基準と特定保健指導階層化」を参照	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（腹囲＋追加リスク（高血糖・脂質異常・高血圧）2つ以上該当）は県よりもやや低い、年々緩やかに増加している。性・年齢階層別該当者割合では男性が高く、男女共に歳を重ねるごとに割合が高くなっている。特に、45～49歳の男性の割合が県よりも高い。 メタボリックシンドロームの予備群者（腹囲＋追加リスク（高血糖・脂質異常・高血圧）1つ該当）は横ばいで推移し、県と同等である。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。 特定健康診査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減少率は、ほぼ横ばいで推移している。	P20 図20 図21-1 図21-2 図21-3 P21 図22 図23-1 図23-2 図23-3 P22 図24	I～IV、VI、VII

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
★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	特定健康診査 有所見者の状況	特定健康診査の有所見者割合では、血圧、脂質代謝（中性脂肪・LDLコレステロール）は県を下回っている。一方で、男女の糖代謝（空腹時血糖値・HbA1c）は県を上回っている。HbA1c8.0以上、及び空腹時血糖値160mg/dl以上の者の割合は横ばいで推移している。 特定健診受診者の前期高齢者におけるBMI20kg/m²以下の者の割合、及び50～64歳、65～74歳の特定健診受診者における咀嚼良好者の割合も横ばいで推移している。	P22 図25-1 図25-2 P23 図26 図27 図28 P24 図29-1 図29-2	I～IV、 VI、VII
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	高血圧、脂質異常症について	医療費分析において、入院医療費の脂質異常症、高血圧が高くなっているが、入院外医療費は、両疾患共に県と同等かそれ以下である。一方で、特定健康診査有所見者割合では、両疾患共に県よりも低くなっている。このことから、健診受診者の多くは意識的に医療機関を受診し管理しているが、健診未受診者や健診受診者の一部が高値の状態を放置し、将来的に両疾患が起因する心疾患や脳血管疾患につながる可能性がある。	P14 図9 図10-1 図10-2 P15 図10-3 図10-4 P22 図25-1 図25-2	I～IV、 VI、VII
ポイント ●高血圧・脂質異常症は早期の管理で血管を守る！ ●糖尿病重症化予防の保健指導の実施率向上により、合併症を予防。 ●胃がん、大腸がんの標準化死亡比が高い⇒がん検診及び精密検査の受診勧奨が大切！ 	糖尿病の合併症について	特定健康診査の質問票結果において、男女共に運動習慣の無い者が半数以上を占めている。また、女性では毎日飲酒する者も多くみられる。特定健康診査の有所見者割合では、空腹時血糖が県と比較して有意に高い。加えて、医療費分析では男女ともに糖尿病性網膜症、狭心症が高い状況である。さらに、標準化死亡比では男女ともに急性心筋梗塞、脳梗塞、脳内出血が有意に高くなっている。 運動不足や飲酒等の不適切な生活習慣から糖代謝異常を招き、糖尿病や糖尿病性の合併症を引き起こし、慢性的な経過を経て死因につながっていると推察できる。 糖尿病重症化予防については、未治療者・治療中断者への受診勧奨をほぼ全数に実施しているが、医療機関の受診につながった割合は2～3割程度である。また、保健指導対象者への保健指導実施率は毎年1～2割程度と低い状況である。保健指導終了者のうち、血糖値や腎機能の検査値が改善した者は半数以上、食生活や運動などの生活習慣が改善した者は7割以上と効果が出ている。未治療者・治療中断者を受診に導き、保健指導実施率を向上させることが糖尿病重症化予防につながる。	P12 図6-1 図6-2 P14 図10-1 図10-2 P15 図10-3 図10-4 P19 図19-1 図19-2 P22 図25-1 図25-2 P24 図31 P25 図32 図33 図34 P26 図35	I～IV、 VI、VII
	がんの医療費について	医療費分析において、胃がん、大腸がん、肝がん、子宮がんの医療費が県と比較し有意に高くなっている。標準化死亡比においても、胃がん、大腸がんが高い状況である。 これらの疾患は、市で実施しているがん検診を受診することで早期発見・早期治療につながる。がんの進行や医療費の抑制につながるためにも、がん検診及びがん検診要精検者の受診勧奨の強化が重要となる。	P12 図6-1 図6-2 P14 図10-1 図10-2	V

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
40歳未満健康診査・保健指導の分析 ポイント ●生活習慣病予防のため、若年層からの健診受診・保健指導の勧奨が大切！	40歳未満の国保被保険者の一般健診受診率・保健指導実施率	40歳未満の国保被保険者数は減少しており、それに伴い、一般健診受診者数も減少傾向にある。なお、令和２年度においては新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け一時的に減少したが、令和３年度には回復している。一般健診における保健指導（特定保健指導の動機付け支援に準ずる）の実施率は２～４割で推移している。 若年層からの健康づくりを推進し、生活習慣病の発症を防ぐためにも、一般健診の受診及び保健指導の利用を促す必要がある。	P26 図36-1 図36-2	I～VII
ポピュレーションアプローチの分析 ポイント ●公民館やインセンティブを活用したポピュレーションアプローチにより、幅広い健康づくりの普及啓発を図る。	公民館における生活習慣病予防教室 にっこう健康マイレージ事業	生活習慣病予防のための健康教育として、各地域の公民館と連携し健康教室を実施している。新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、実施回数、参加者数ともに一時的に減少したが、R４年度は回復した。加入保険別参加割合では、国保加入者は減少傾向にあるのに対し、後期高齢者医療加入者は増加傾向にある。 特定健康診査質問票結果において、男女共に運動習慣のない者の割合が半数に達しているため、身近な公民館における身体・運動に関する講座の積極的な利用を促したい。栄養・食生活に関する講座は身体・運動に関する講座と比較し講座の企画や参加者数が少ないため、講座内容の充実を図り、利用者の増加につなげる。また、高齢者の参加割合が高いことから、フレイル（健康と要介護の間の虚弱な状態）予防に視点を置いた講座内容も検討していく。 にっこう健康マイレージ事業は、健診受診を必須の条件とした健康づくりのためのインセンティブ事業である。ポピュレーションアプローチの一環として様々な機会を通して参加を勧奨し、健康的な生活習慣の定着化を図りたい。	P19 図19-1 図19-2 P27 図37-1 図37-2 図37-3	I～VII
介護費関係の分析 ポイント ●要介護認定者は脳疾患、筋・骨格系の疾患が高い。 ●地域によっては提供できる介護サービスに限られる。 ↓ 若い世代から適正な食生活・運動習慣を継続し介護予防につなげることが大切！ 	要介護認定状況 介護給付費の状況	要介護認定者数は経年的に増加傾向にある。年齢階層別では、80歳以上の認定者数が増加している。要介護状態区分別認定者数は要支援１の軽度の方が増加している一方で、要介護４の重度の方も増加している。要介護認定率は、ほぼ横ばいで推移し、県よりもやや低くなっている。本来は介護サービスが必要な状態にある方が、サービスを受けずに在宅で生活をしている可能性がある。 要介護認定者の有病割合では、脳疾患、筋・骨格、精神疾患（認知症含む）が県よりも高くなっている。これらの状態は、若いうちからの食生活や運動不足などの不適切な生活習慣が要因になりやすい。適正な生活習慣を維持・継続し、脳血管疾患などの発症を予防することにより、要介護状態の予防につなげる。 要介護者１人当たりの居宅介護給付費は、毎年県よりも低く、ほぼ横ばいで推移している。要介護状態区分別では要介護１、要介護２が多く、緩やかに増加している。 要介護者１人当たりの施設介護給付費は毎年県よりも高く、ほぼ横ばいで推移している。要介護状態区分別では要介護１～４までは県を上回っているが、要介護５は県を下回っている。特に、要介護１・２は県の約２倍となっている。地域によっては提供できる居宅介護サービスが限られてしまい、比較的介護度が低い状態であっても施設介護サービスを利用している現状がうかがえる。	P28 図38 図39 図40 P29 図41 P29 図42-1 図42-2 P30 図43-1 図43-2	I～IV、VI、VII I～IV、VI、VII

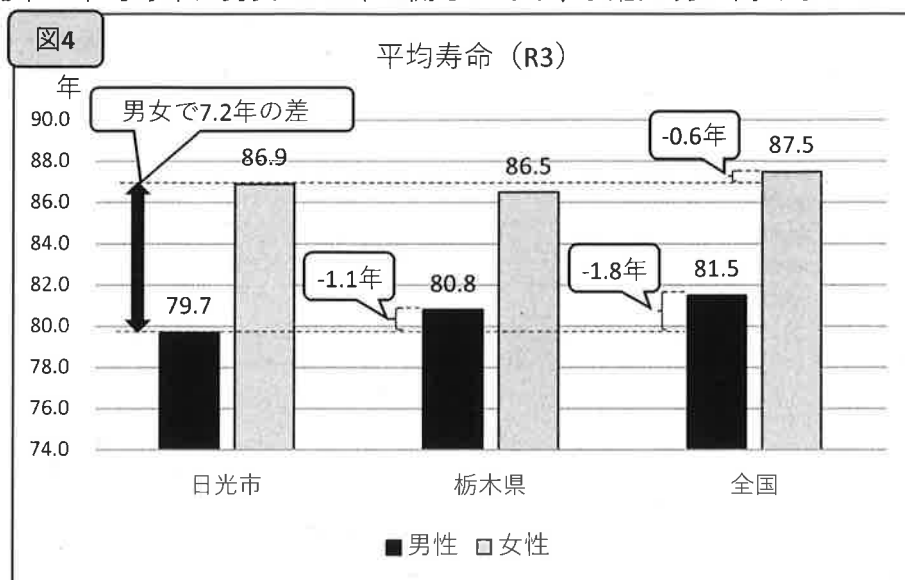
2. 平均寿命・標準化死亡比等

【平均寿命】

男性の平均寿命は県・国を下回っている。

女性の平均寿命は県とほぼ同程度だが、国と比較すると下回っている。

また、日光市の平均寿命は男女で7.2年の開きがあり、女性の方が高くなっている。(図4)



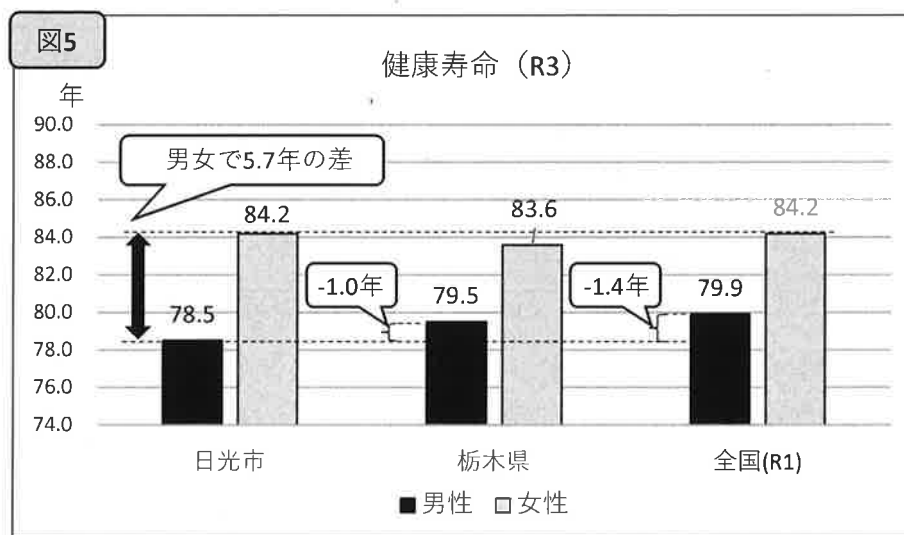
<栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より>

【健康寿命】

男性の健康寿命は県・国を下回っている。

女性の健康寿命は県を上回り、国と同等である。

また、日光市の健康寿命は男女で5.7年の開きがあり、女性の方が高くなっている。(図5)

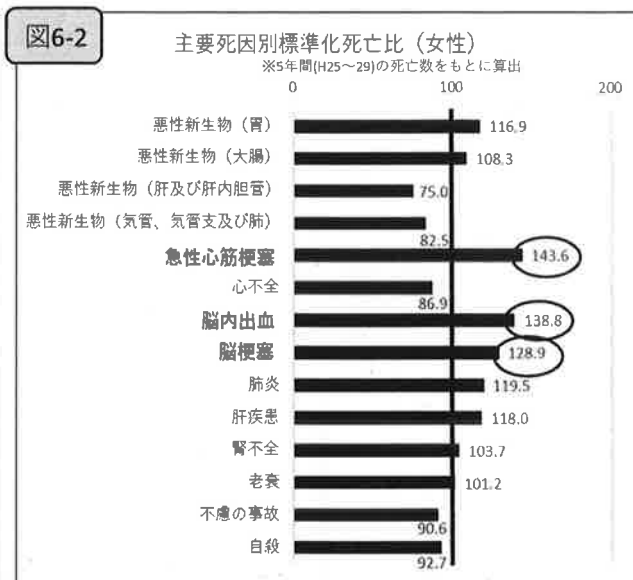
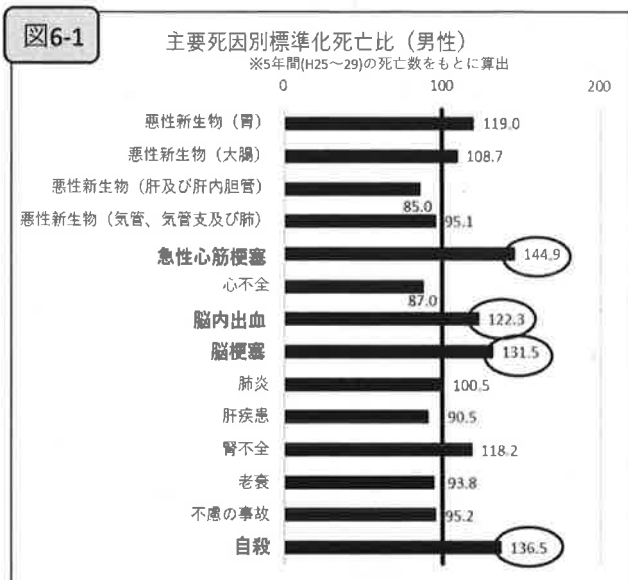


<栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より>

【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ある。

主要死因別標準化死亡比（5年間(平成25～29年)の死亡数をもとに算出）は、男女とも急性心筋梗塞、脳内出血、脳梗塞が高く、男性は腎不全も高くなっている。また、男女の胃がん、女性の肝疾患、男女の大腸がんも比較的高く、消化器系のがんの標準化死亡比も高い状況である。男性では自殺も高くなっている。(図6-1、6-2)

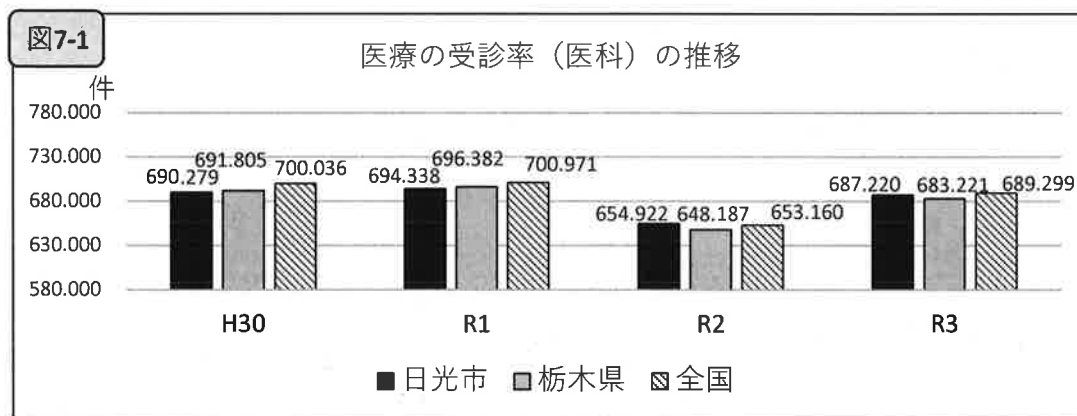


<栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より>

3. 医療費の分析

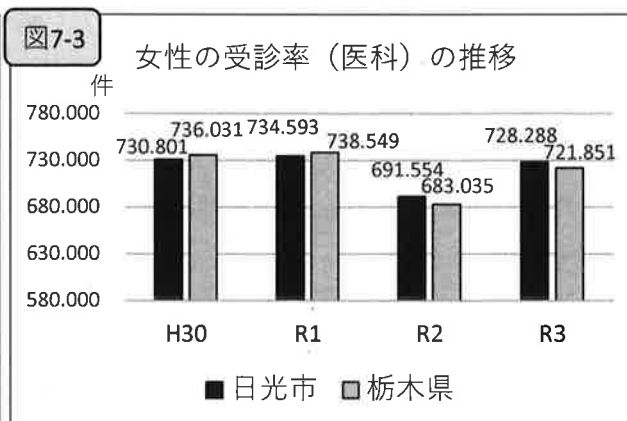
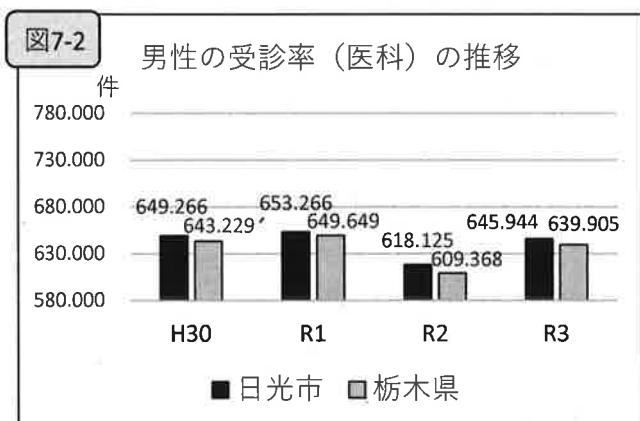
【医療の受診率（医科）】

医療の受診率（医科）の推移では、平成30年～令和元年度においては県とほぼ同程度であったが、全国と比較するとやや低い。令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大による受診控えの影響を受けて全国的に受診率が低下した。令和3年度には受診率が回復し、県・全国とほぼ同程度になっている。（図7-1）



<KDBシステム 医療費分析の経年比較データより集計>

性・年齢階層別の医療の受診率（医科）の推移では、男性よりも女性の受診率が高く、平成30年・令和元年度の女性を除き、男女ともに県をやや上回っている。また、0～14歳を除き、男女ともに年齢を重ねるごとに受診率が高くなっている。（図7-2、7-3、7-4、7-5）



※医療の受診率 = $\frac{\text{レセプト件数}}{\text{被保険者数}} \times 1,000人$ （単位：件）

<KDBシステム 医療費分析の経年比較データより集計>

図7-4

男性の年齢階層別医療の受診率（医科）の推移

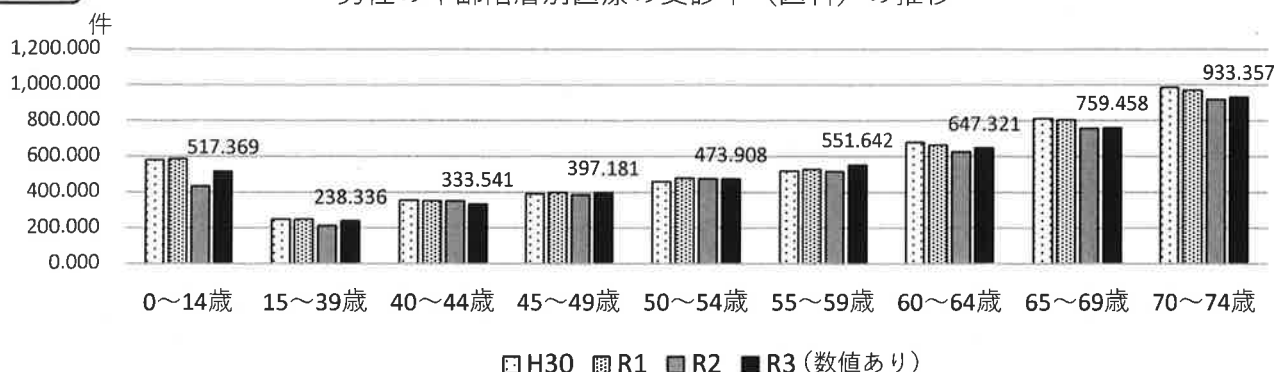
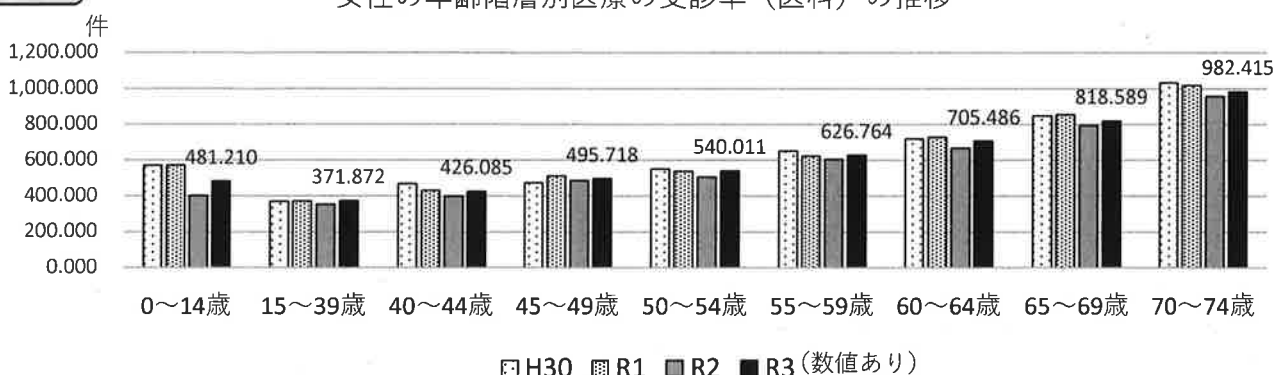


図7-5

女性の年齢階層別医療の受診率（医科）の推移



<KDBシステム 医療費分析の経年比較データより集計>

【1人当たり医療費（年額）】

1人当たり医療費（年額）は男女ともに年々増加している。

男性の医療費は県と比較するとやや高く、女性の医療費は県とほぼ同程度になっている。

日光市の男性は女性に比べ、1人当たりの医療費が高いことがわかる。（図8-1、8-2）

図8-1

1人当たり医療費（年額）の推移（男性）

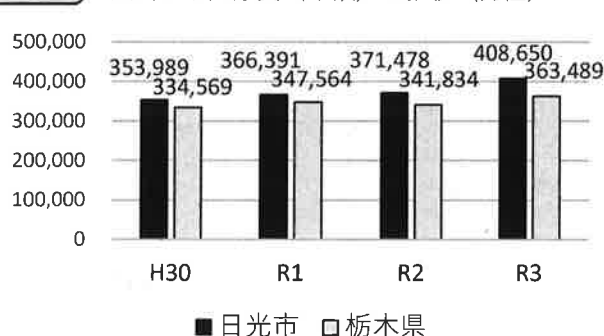
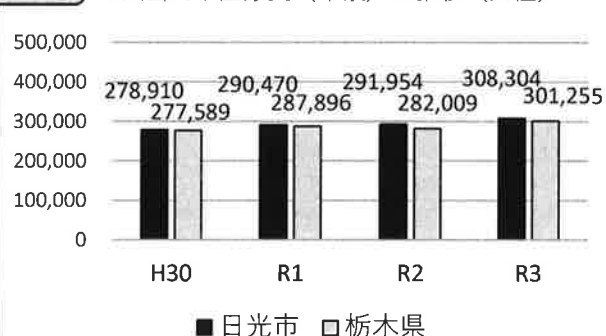


図8-2

1人当たり医療費（年額）の推移（女性）

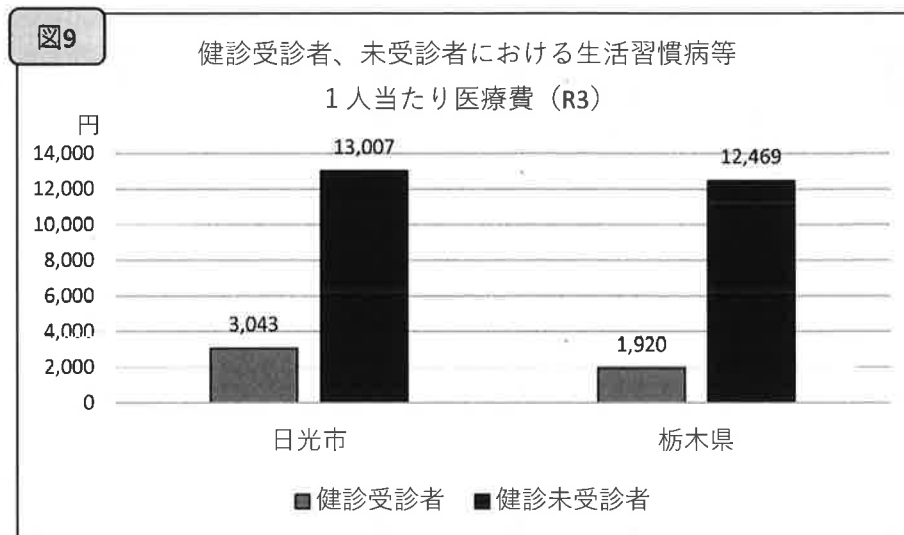


<日光市データ：KDBシステム 疾病別医療費分析（細小82分類）データより集計>

<栃木県・全国データ：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>

【健診受診者、未受診者における生活習慣病等 1 人当たり医療費】

日光市の健診受診者、未受診者における生活習慣病等 1 人当たり医療費では、健診受診者と比べて健診未受診者の医療費は 4 倍高くなっている。(図9)



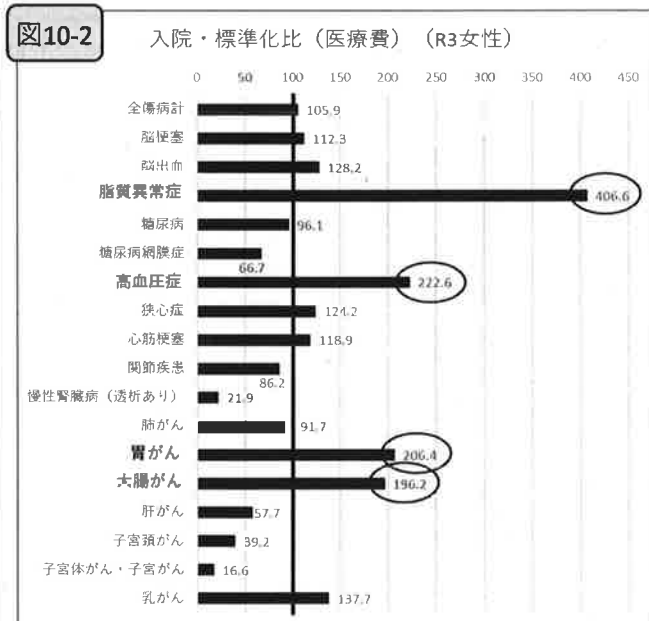
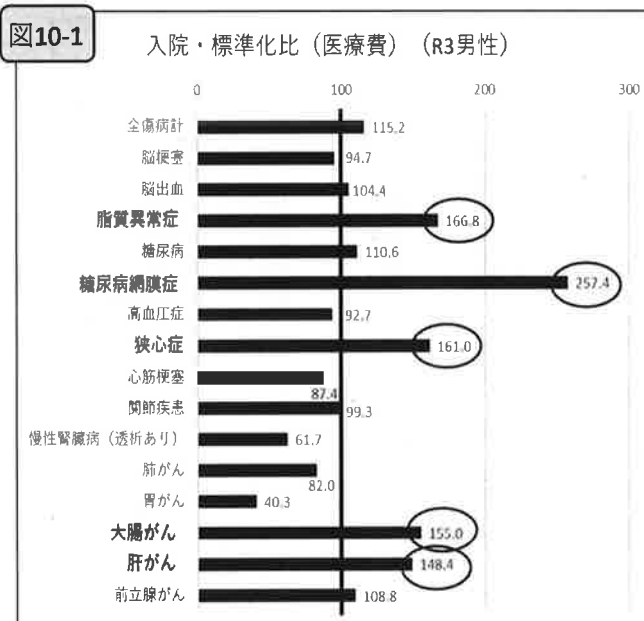
<KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題より>

【入院・外来別で医療費（点数）が高い疾病（入院・入院外標準化比）】

標準化比（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ある。

○入院・標準化比（医療費）（県＝100）

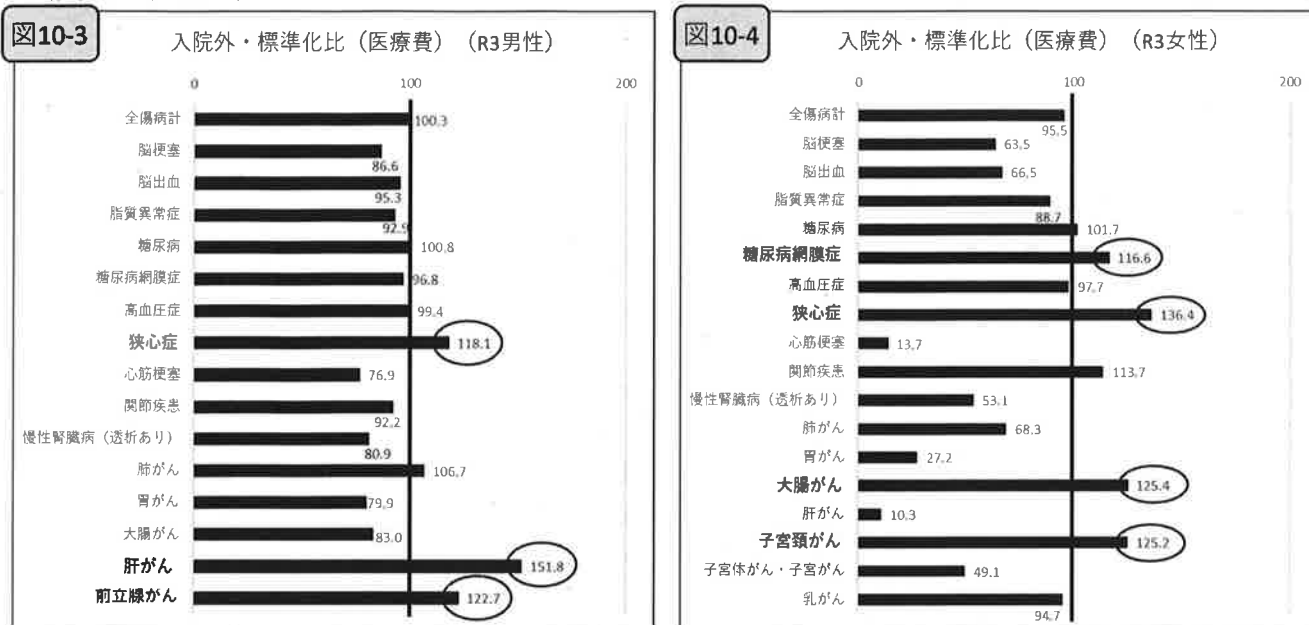
入院医療費では、男性は糖尿病網膜症が最も高く、次いで脂質異常症、狭心症、大腸がん、肝がんが高くなっている。女性は脂質異常症が最も高く、次いで高血圧症、胃がん、大腸がんが高くなっている。(図10-1、10-2)



<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>

○入院外・標準化比（医療費）（県＝100）

入院外医療費では、男性は肝がんが最も高く、次いで前立腺がん、狭心症が高くなっている。女性は狭心症が最も高く、次いで大腸がん、子宮がん、糖尿病網膜症が高くなっている。（図10-3、10-4）



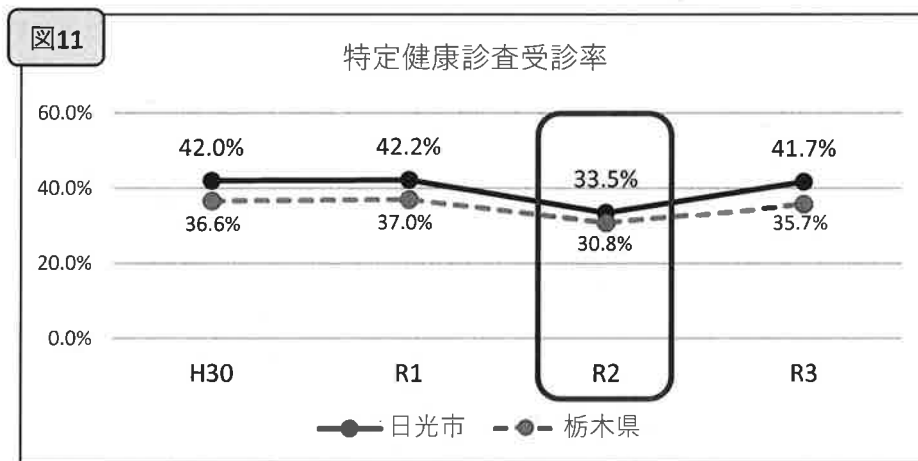
<栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より>

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】

◎特定健康診査受診率の推移

特定健康診査受診率は4割を超え、県よりも高くなっている。令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響を受けて一時的に低下したが、令和3年度には回復している。（図11）



<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

性・年齢階層別受診率では、年齢を重ねるごとに高くなり、男性では70～74歳、女性では65～69歳の受診率が最も高い。一方で、男性の40～59歳、女性の40～44歳の働き盛りの年代層の受診率は3割に届かず低くなっている。働き盛り世代の健診受診率の向上が課題である。（図12-1、12-2、12-3）

図12-1

特定健康診査 年齢階層別受診率（R3）

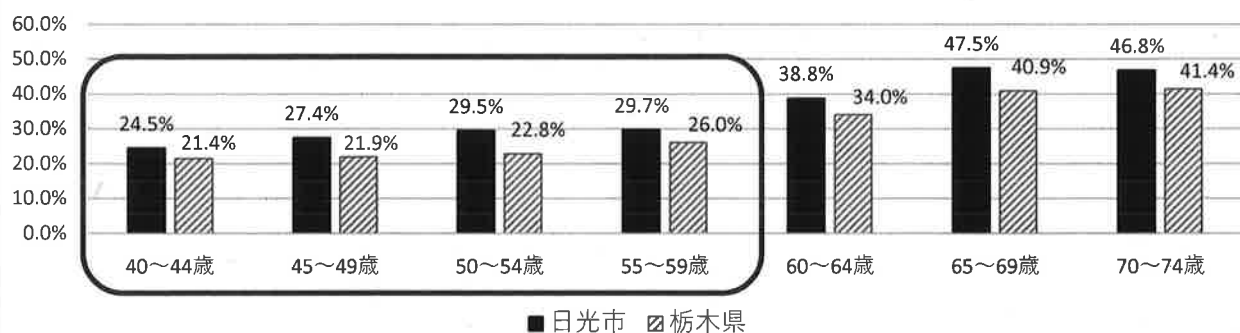


図12-2

特定健康診査 性・年齢階層別受診率（R3男性）

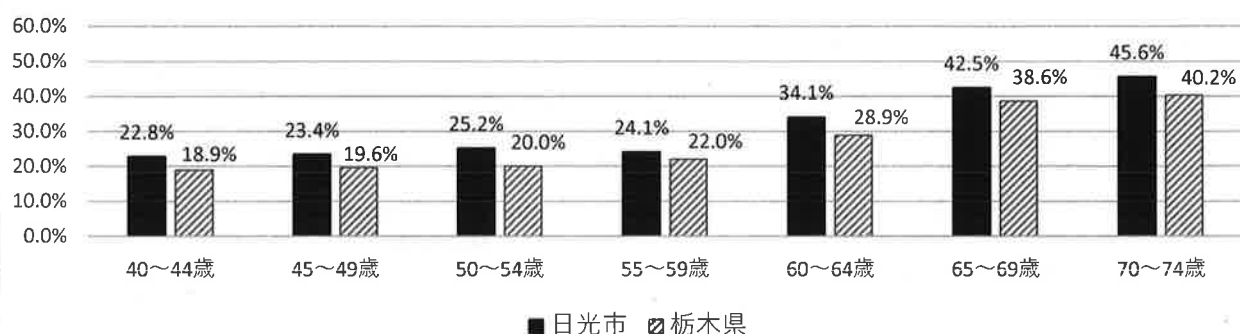
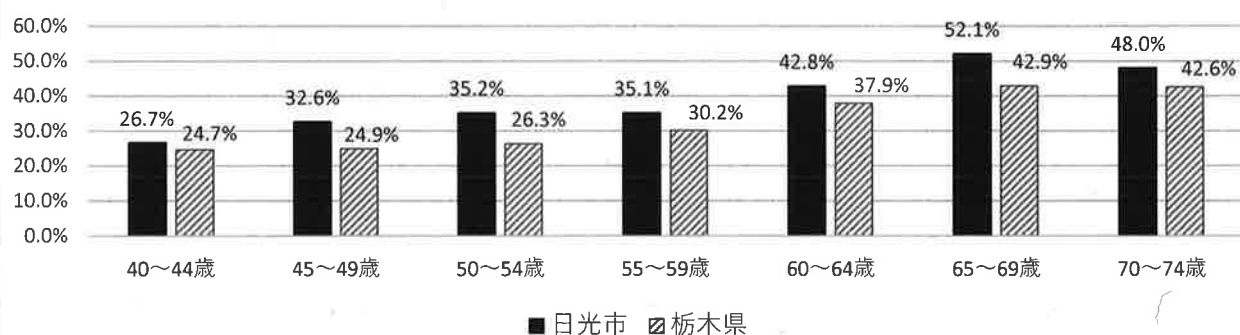


図12-3

特定健康診査 性・年齢階層別受診率（R3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 >

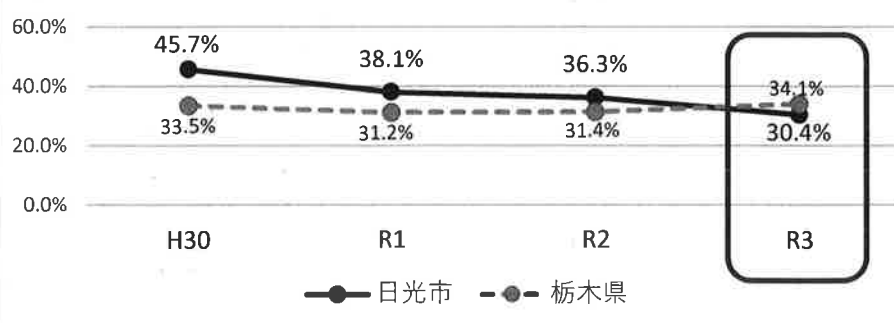
【特定保健指導の状況】

◎特定保健指導実施率の推移

特定保健指導実施率は年々低下し、新型コロナウイルス感染拡大の影響により参加者数が減少し、令和3年度は県を下回った。（図13）

図13

特定保健指導実施率



< 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 >

○特定保健指導 性・年齢階層別実施率

性・年齢階層別実施率では、健康面に関心が高くなる65～69歳が最も高く、男女ともに4割に近い実施率である。特に女性では55～59歳の実施率が7割に達しており、特定保健指導に意欲的に参加している。一方で、45～49歳の男性、40～44歳の女性の実施率が県と比較し大幅に低くなっている。特定保健指導の実施方法において、40歳代を中心とした働き盛り世代が参加しやすい工夫が必要である。(図14-1、14-2、14-3)

図14-1

特定保健指導 年齢階層別実施率 (R3)

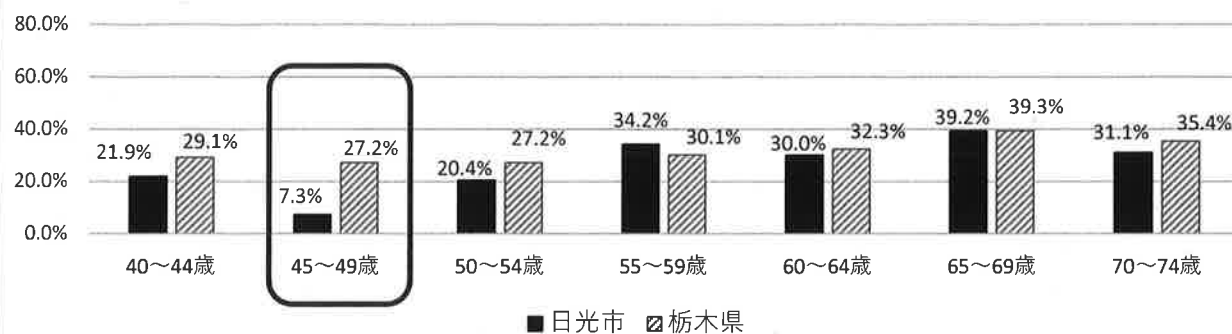


図14-2

特定保健指導 性・年齢階層別実施率 (R3男性)

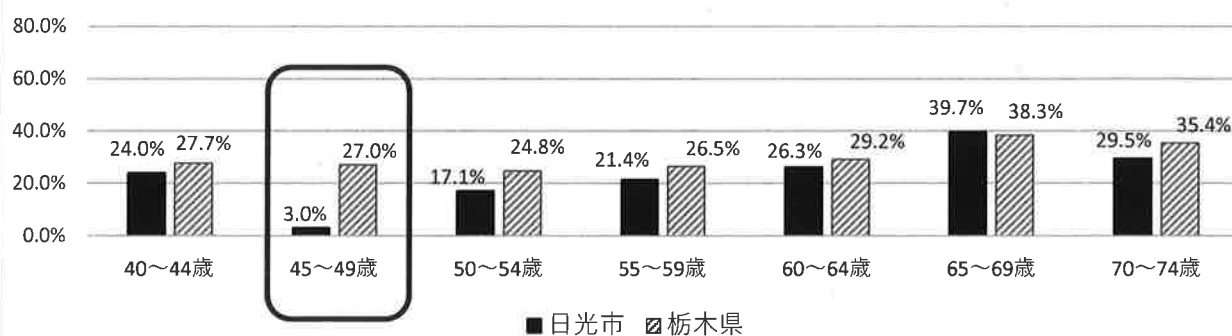
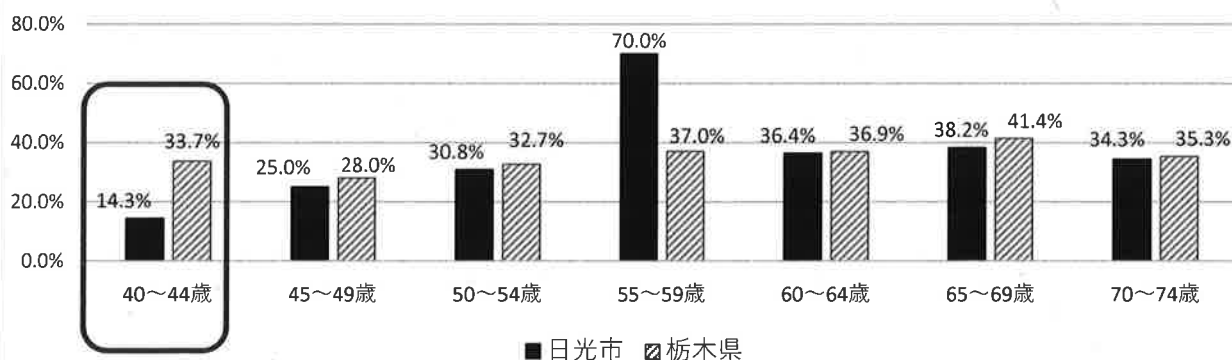


図14-3

特定保健指導 性・年齢階層別実施率 (R3女性)

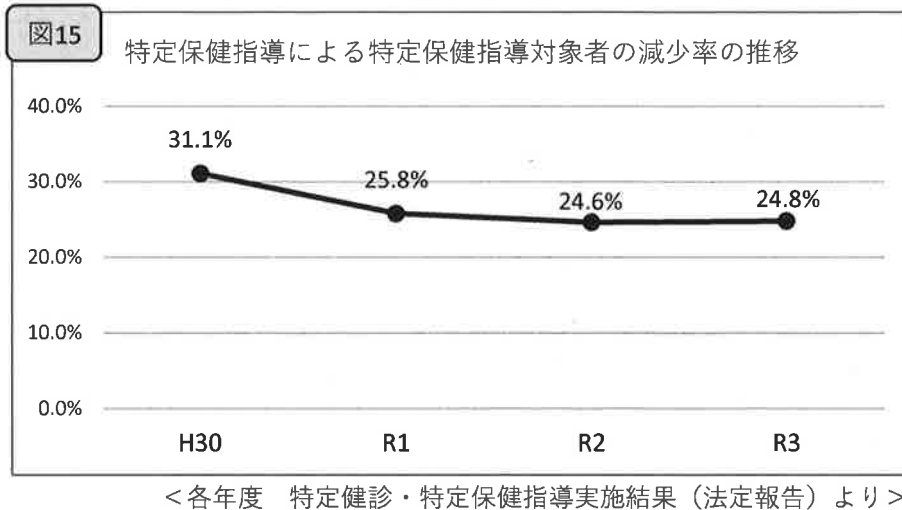


< 栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より >

◎特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は横ばいで推移している。(図15)

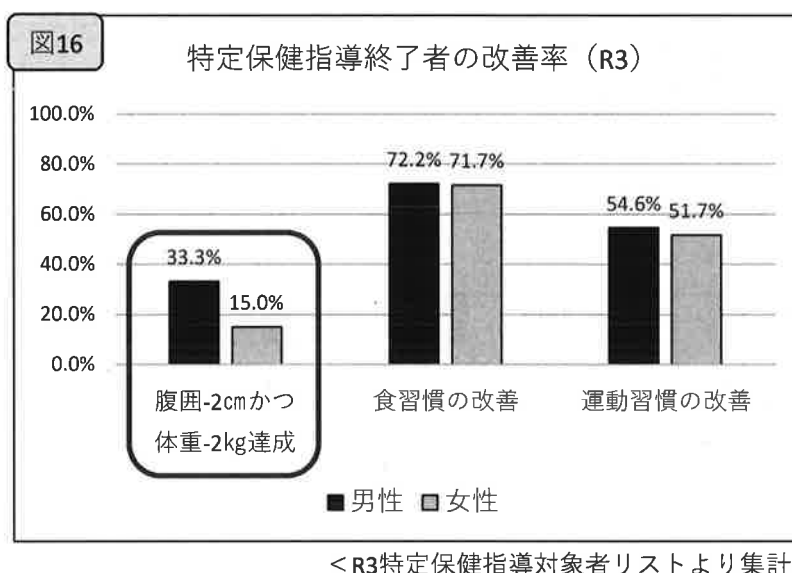
$$\text{特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率} = \frac{\text{特定保健指導による} \quad \text{分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数}}{\text{昨年度の特定保健指導の利用者数}}$$



○特定保健指導終了者の生活習慣・検査値の改善者割合

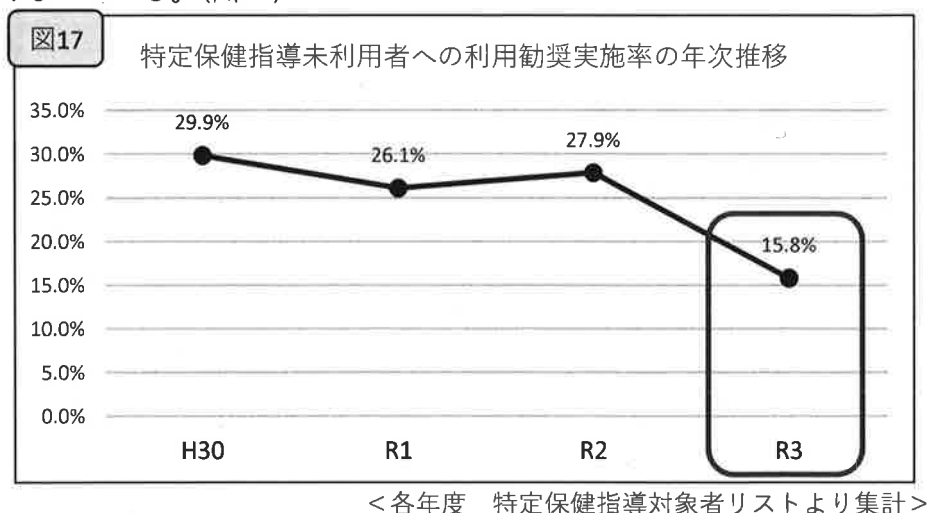
改善率（腹囲-2cmかつ体重-2kg達成）は3割弱であり、男性と比較し女性の達成率が低い。

（図16）



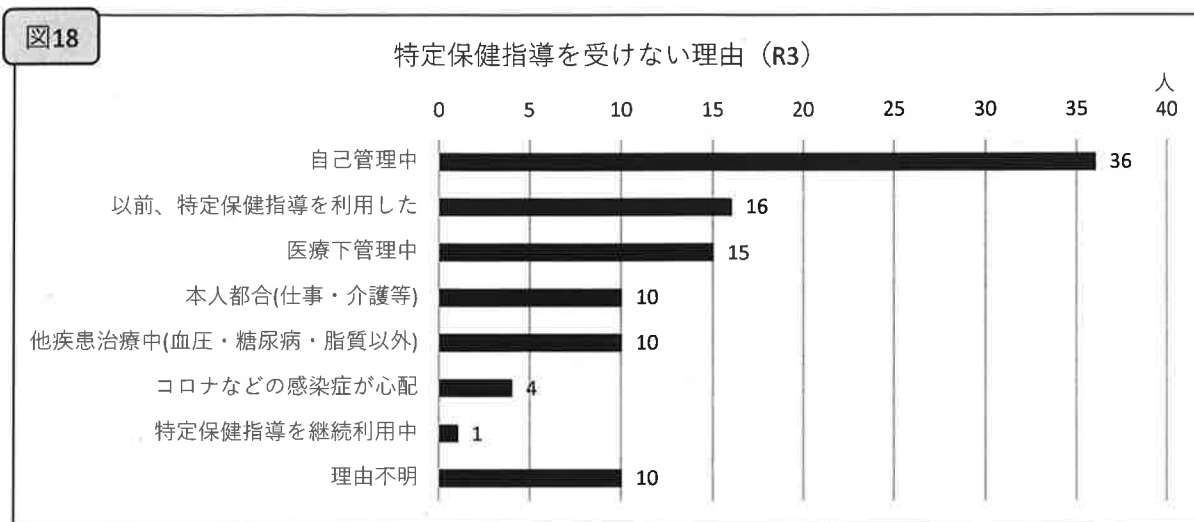
○特定保健指導未利用者への利用勧奨実施率

特定保健指導未利用者への利用勧奨実施率は新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、令和3年度は低くなっている。（図17）



○特定保健指導を受けない理由

特定保健指導を受けない理由としては「自己管理中」が最も多く、次いで「以前、特定保健指導を利用した」「医療下管理中」が多くなっている。(図18)



< R3特定保健指導対象者アンケートより集計 >

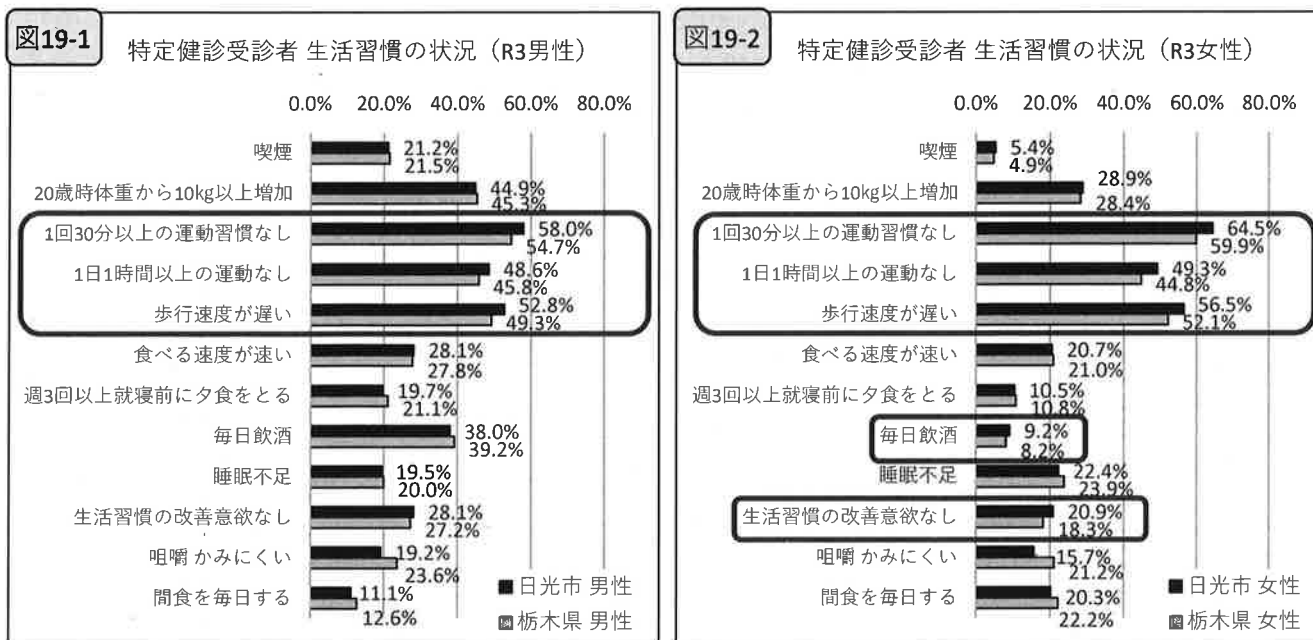
【特定健康診査質問票結果】

令和3年度の特定健康診査質問票結果では、女性の「毎日飲酒」「生活習慣の改善意欲なし」が県よりもやや高くなっている。

また、男女ともに「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」「歩行速度が遅い」の項目で受診者の4～6割が該当しており、運動習慣が身に付いていないことがわかる。

加えて、女性の「生活習慣の改善意欲なし」が県と比較し高く、望ましい生活習慣への意識付けが必要である。(図19-1、19-2)

○生活習慣に問題のある人の割合 (特定健診質問票結果より抜粋)



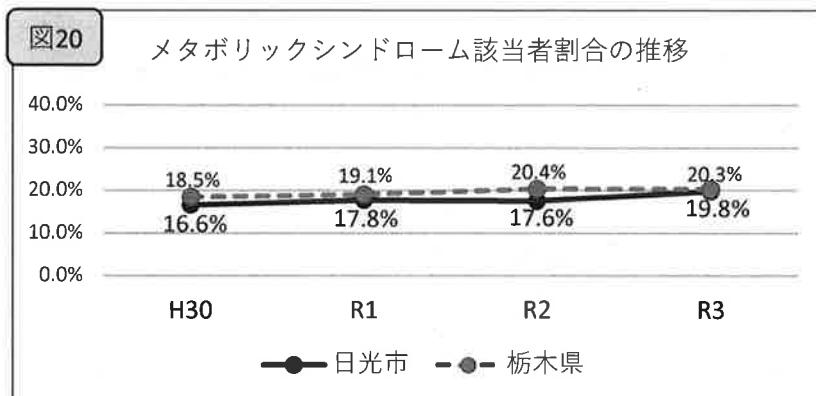
< 栃木県 令和4年度KDBシステムデータ等分析結果報告書より >

【特定健康診査受診者のメタボリックシンドロームの有所見割合】

※P40資料「メタボリックシンドローム診断基準と特定保健指導階層化」を参照

○メタボリックシンドローム該当者割合の推移

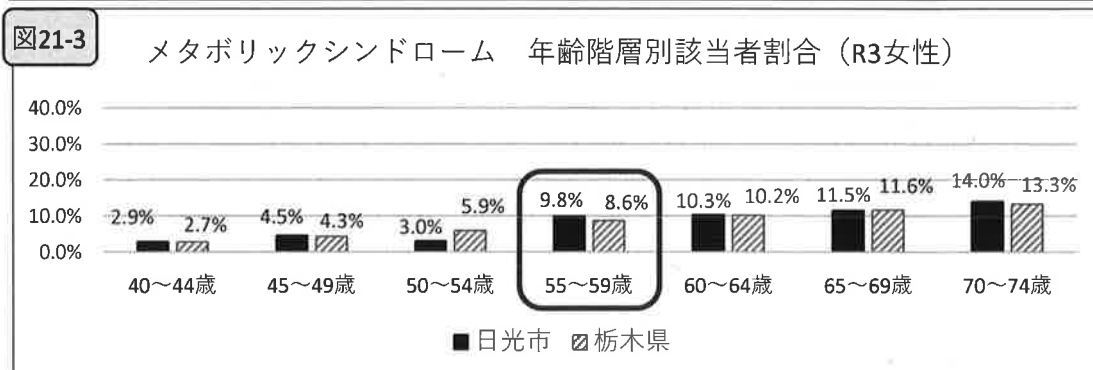
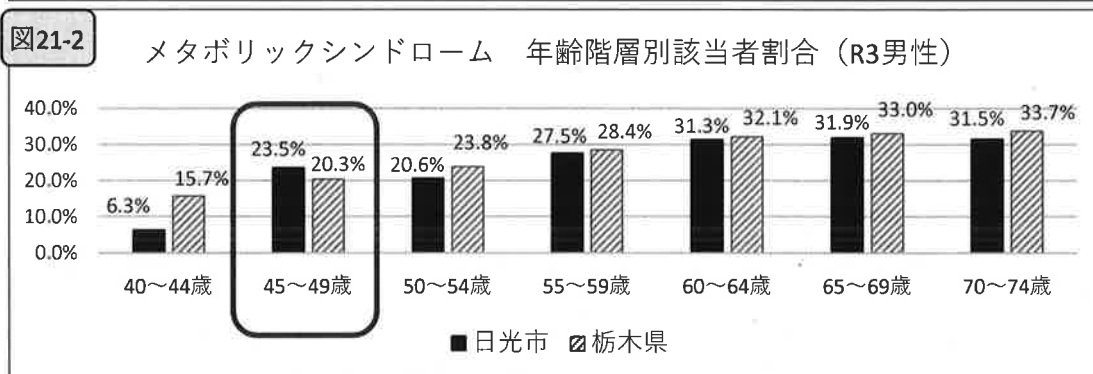
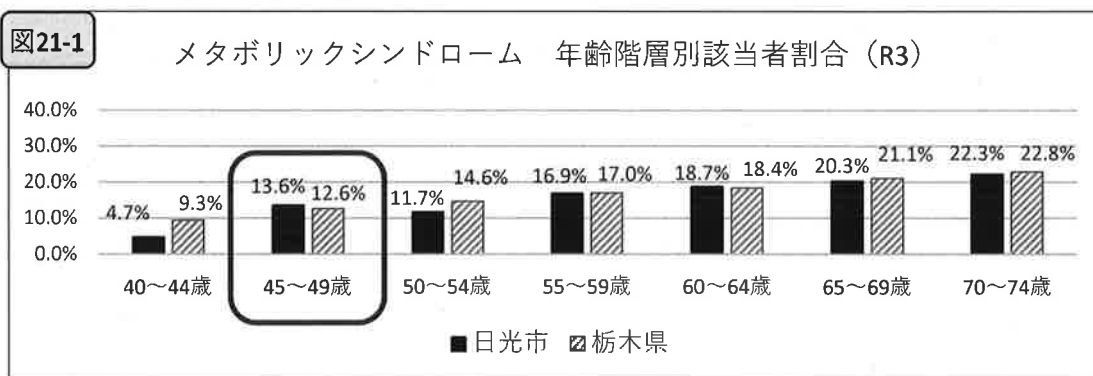
特定健康診査結果によるメタボリックシンドロームの該当者（腹囲＋追加リスク（高血糖・脂質異常・高血圧）2つ以上該当）は県よりもやや低いが、年々緩やかに増加している。（図20）



<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の性・年齢階層別該当者割合

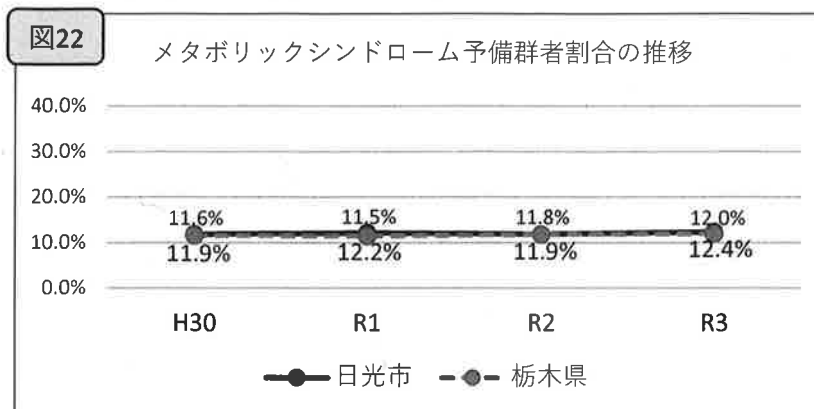
性・年齢階層別該当者割合では男性が高く、男女共に歳を重ねるごとに割合が高くなっている。特に、45～49歳の男性の割合が県よりも高い。（図21-1、21-2、21-3）



<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予備群者割合の推移

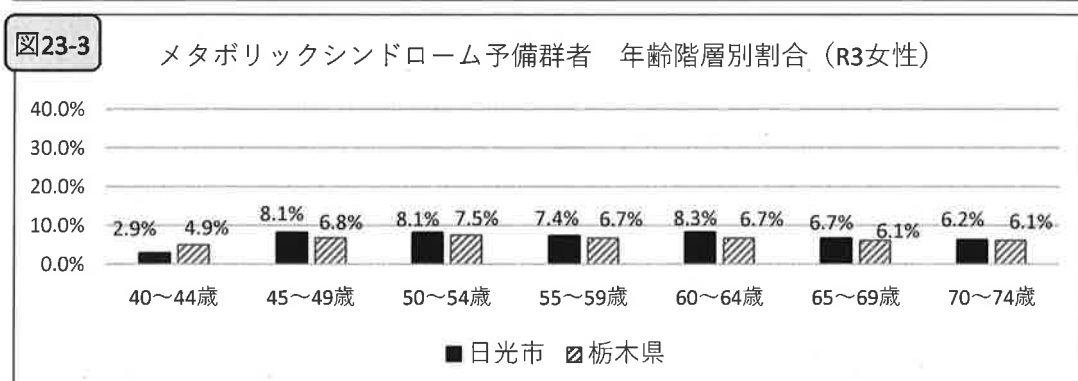
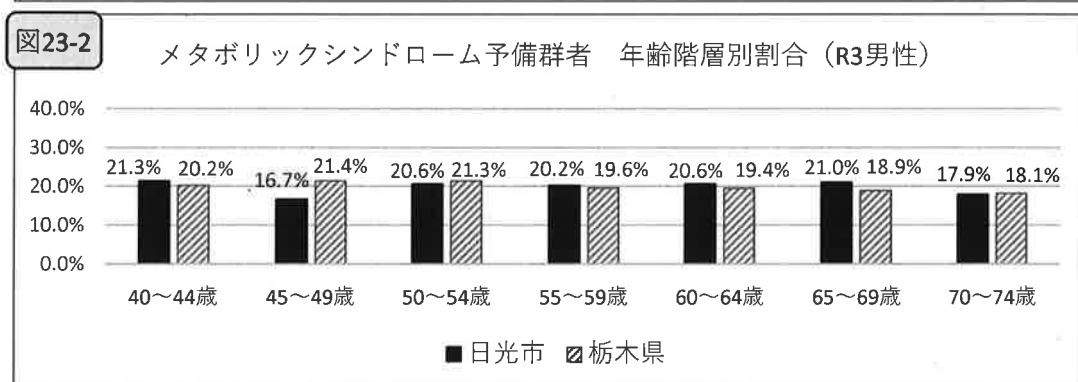
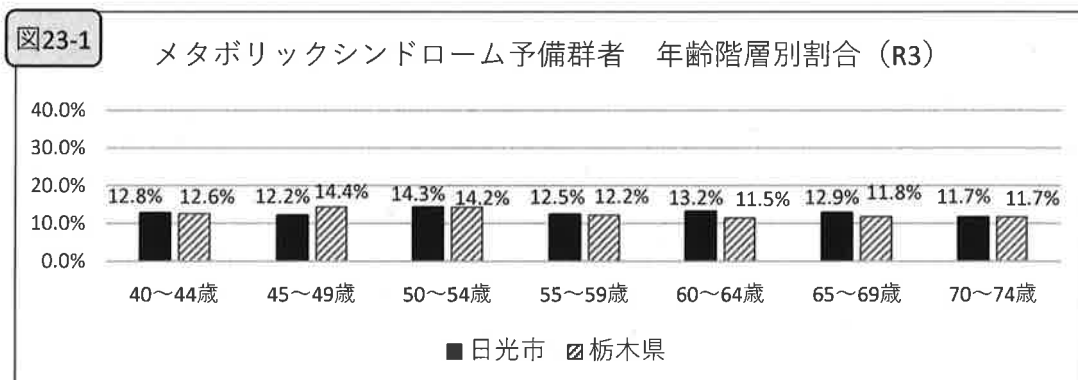
メタボリックシンドロームの予備群者（腹囲＋追加リスク(高血糖・脂質異常・高血圧) 1つ該当）は横ばいで推移し、県と同等である。（図22）



<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予備群者の性・年齢階層別割合

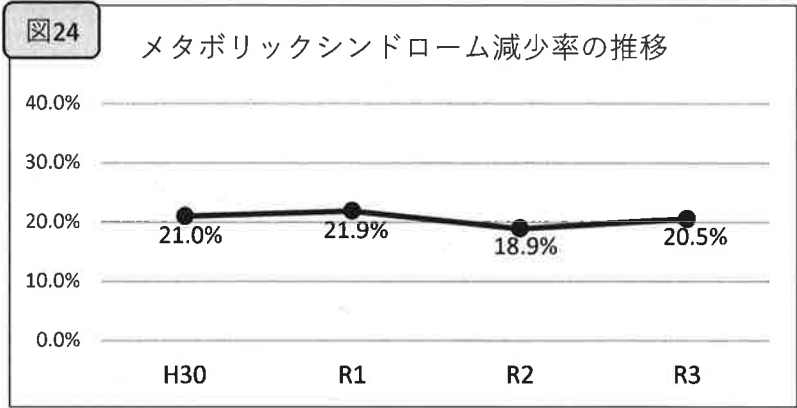
性・年齢階層別予備群者割合ではメタボリックシンドローム該当者と同様に男性の割合が高い。（図23-1、23-2、23-3）



<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減少率

特定健康診査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減少率は、ほぼ横ばいで推移している。(図24)

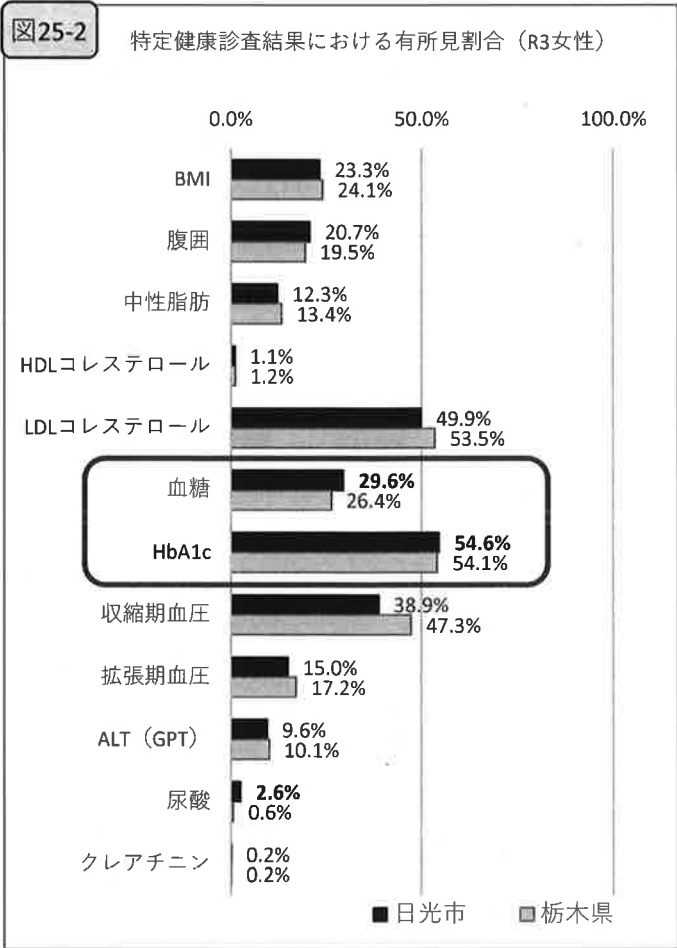
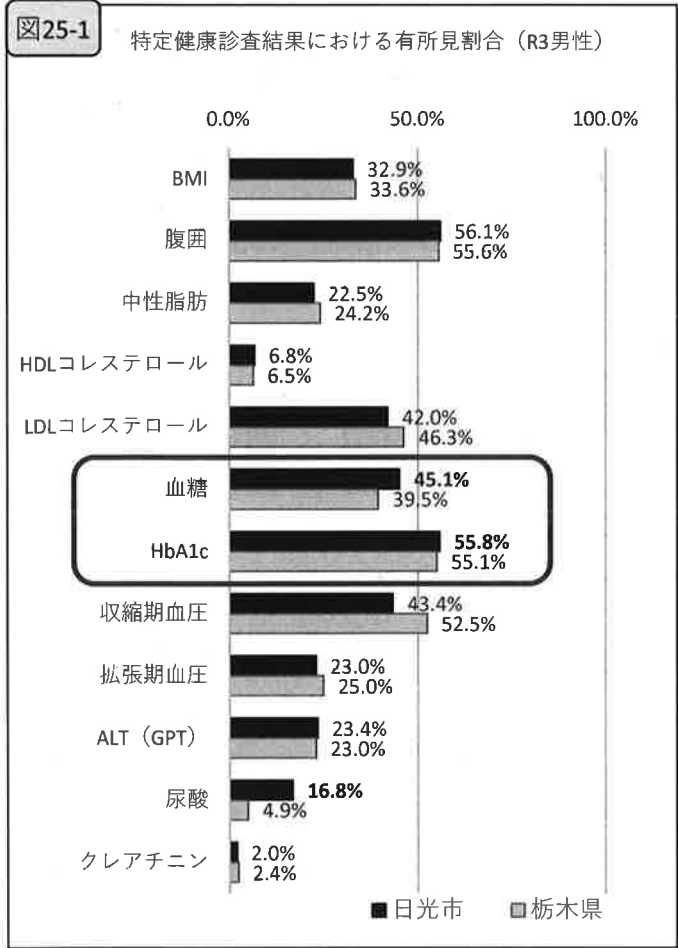


<特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告）より>

【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状況

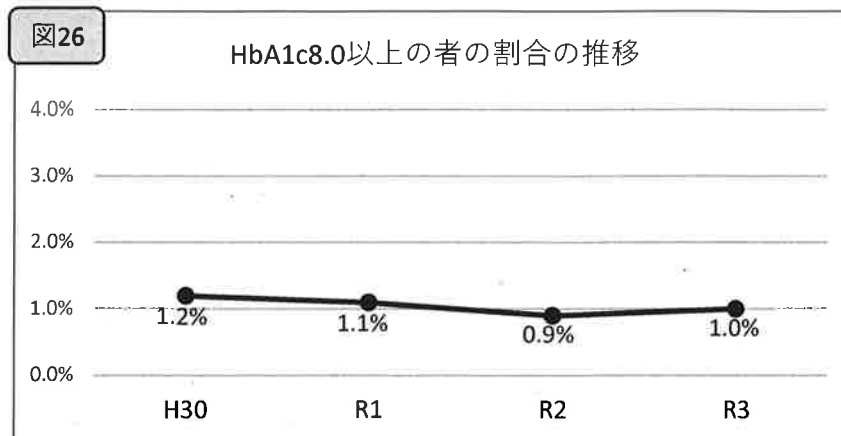
特定健康診査の有所見者割合では、血圧、脂質代謝（中性脂肪・LDLコレステロール）は県を下回っている。一方で、男女の糖代謝（空腹時血糖値・HbA1c）は県を上回っている。(図25-1、25-2)



<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>

◎特定健康診査受診者のHbA1c8.0以上の者の割合

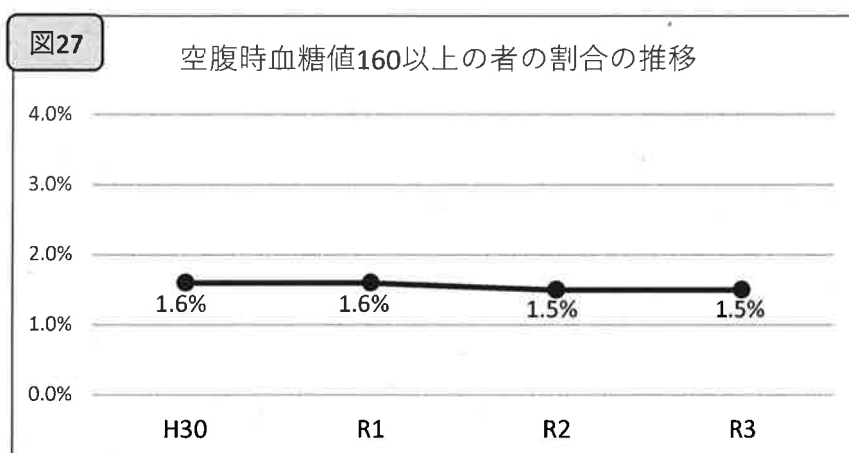
特定健康診査受診者のHbA1c8.0以上の者の割合は横ばいで推移している。(図26)



<KDBシステム 集計対象者一覧より集計>

◎特定健康診査受診者の空腹時血糖値160mg/dl以上の者の割合

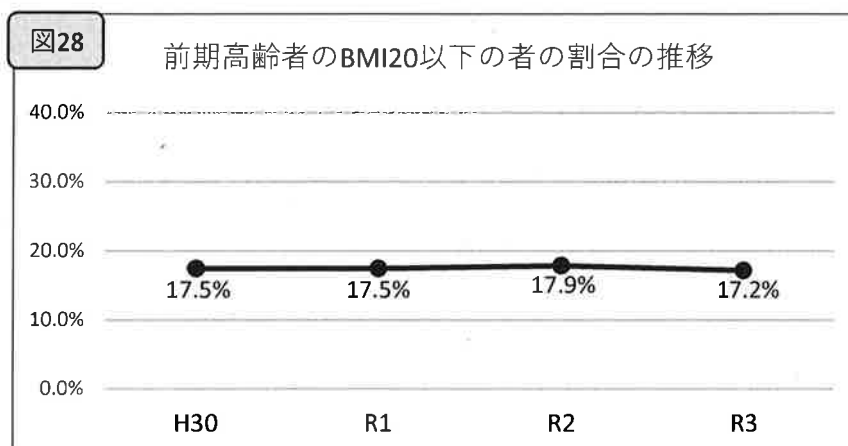
特定健康診査受診者の空腹時血糖値160mg/dl以上の者の割合は横ばいで推移している。(図27)



<KDBシステム 集計対象者一覧より集計>

◎特定健康診査受診者の前期高齢者（65～74歳）のうち、BMI20kg/m²以下の者の割合

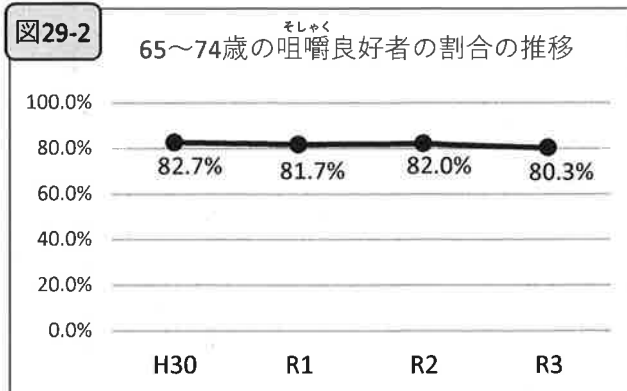
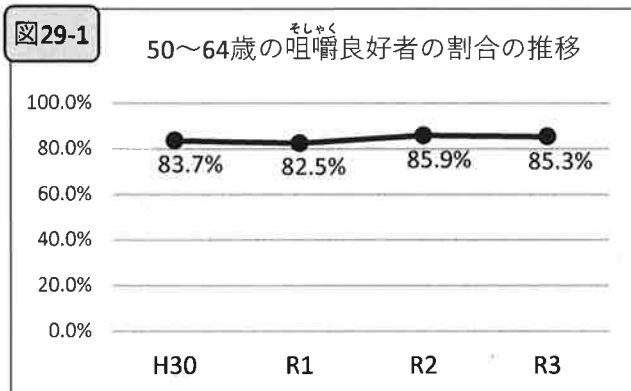
特定健康診査受診者の前期高齢者におけるBMI20kg/m²以下の者の割合は横ばいで推移している。(図28)



<KDBシステム 集計対象者一覧より集計>

◎特定健康診査受診者50～64歳、65～74歳における^{そしゃく}咀嚼良好者の割合

50～64歳、65～74歳の特定健康診査受診者における^{そしゃく}咀嚼良好者の割合は横ばいで推移している。(図29-1、29-2)

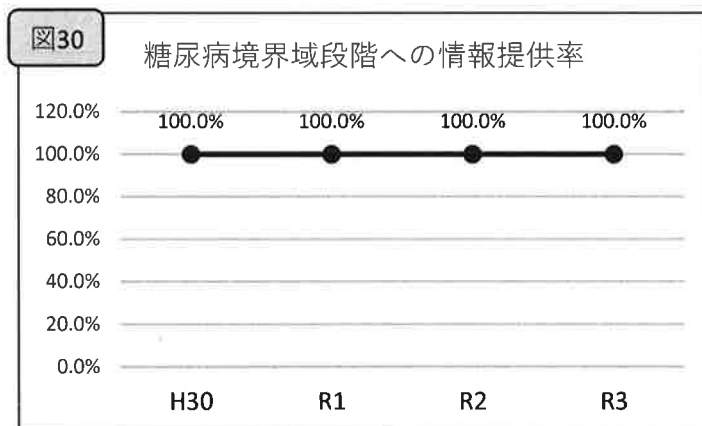


<KDBシステム 質問票調査の状況より集計>

5. 糖尿病重症化予防事業の分析

○情報提供率

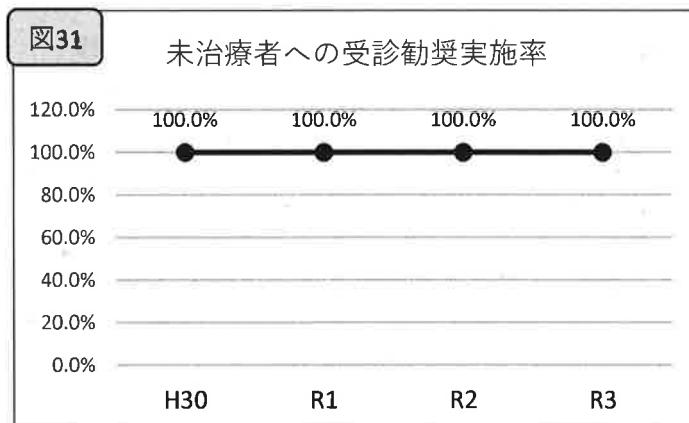
糖尿病境界域段階の該当者に健診結果を返却する際、糖尿病重症化予防に関するリーフレットを配布し、情報提供を行う。毎年全数に実施している。(図30)



<各年度 糖尿病重症化予防事業対象者台帳より集計>

◎受診勧奨対象者（未治療者）への受診勧奨実施率

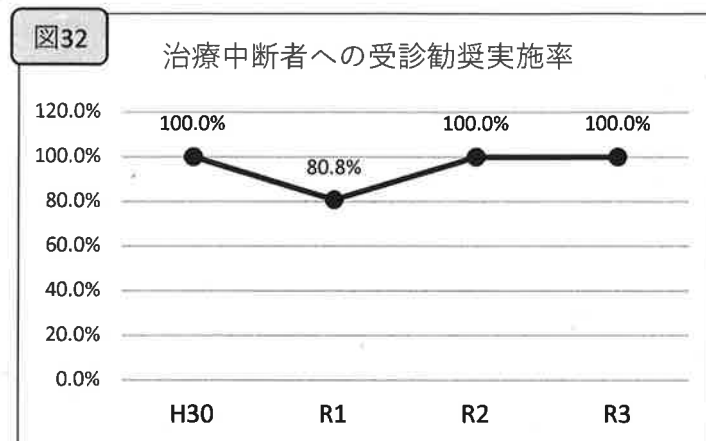
健診を受けた者のうち、過去に「糖尿病あり」と指摘された者で、糖尿病性腎症重症化予防段階で「糖尿病治療なし」の該当者に電話、面接などで受診勧奨を行う。毎年全数に実施している。(図31)



<各年度 糖尿病重症化予防事業対象者台帳より集計>

○受診勧奨対象者（治療中断者）への受診勧奨実施率

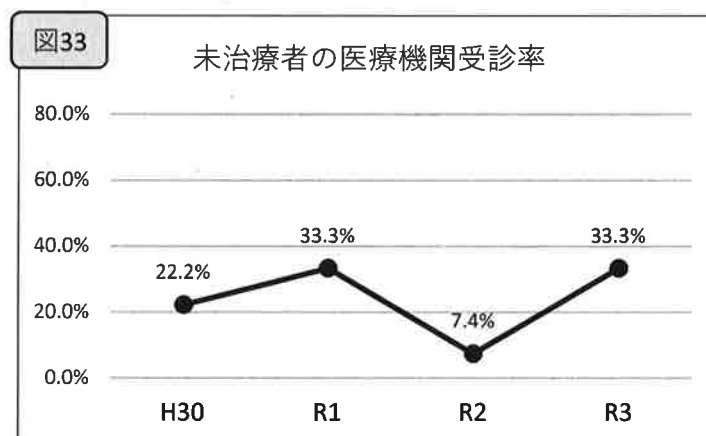
健診未受診者のうち、過去のレセプトに糖尿病の病名あるいは糖尿病性腎症の病名がある治療中断者に対し、電話、面接などで受診勧奨を行う。毎年ほぼ全数に実施している。
(図32)



<各年度 糖尿病重症化予防事業対象者台帳より集計>

◎受診勧奨対象者（未治療者）の医療機関受診率

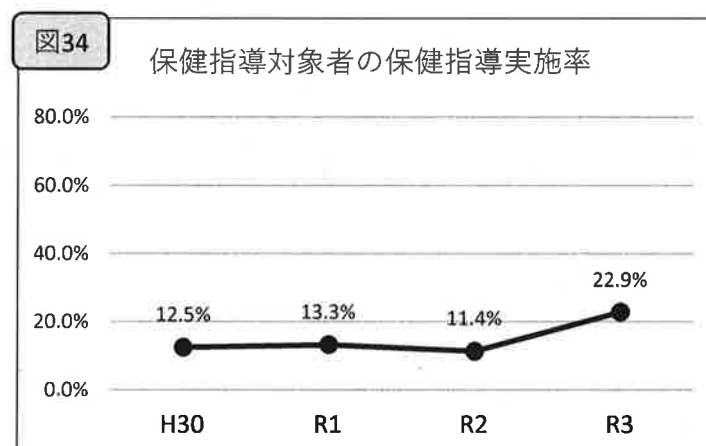
未治療者への受診勧奨後、医療機関の受診につながった割合は2～3割程度である。
(図33)



<各年度 糖尿病重症化予防事業対象者台帳より集計>

◎保健指導対象者への保健指導実施率

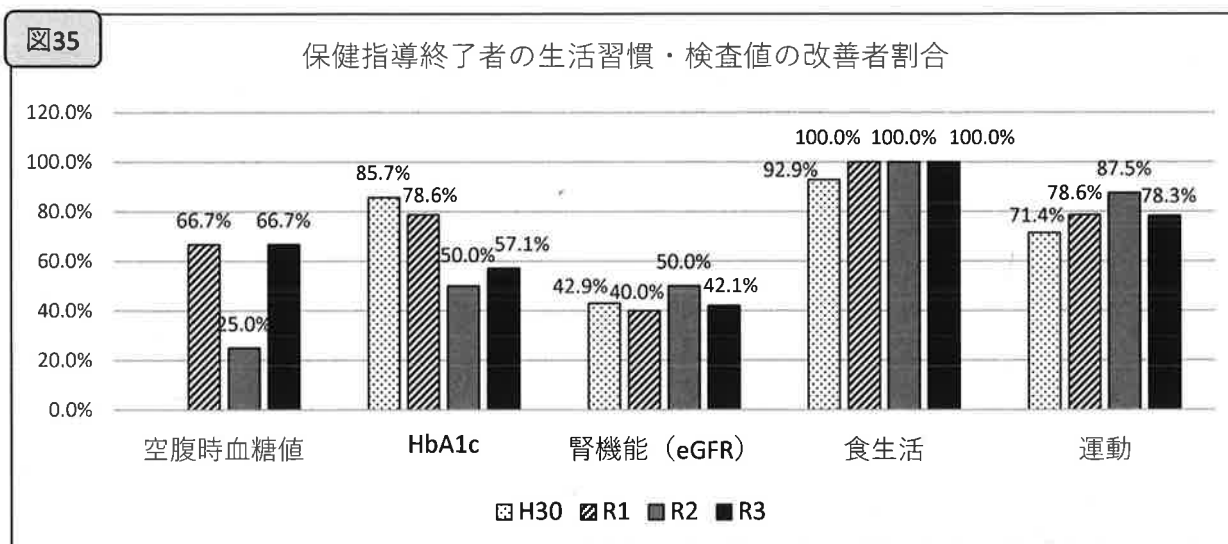
保健指導対象者への保健指導実施率は毎年1～2割程度と低い状況である。(図34)



<各年度 糖尿病重症化予防事業対象者台帳より集計>

○保健指導終了者の生活習慣・検査値の改善者割合

保健指導終了者のうち、血糖値や腎機能の検査値が改善した者は半数以上、食生活や運動などの生活習慣が改善した者は7割以上となっており、保健指導による効果が見受けられる。(図35)



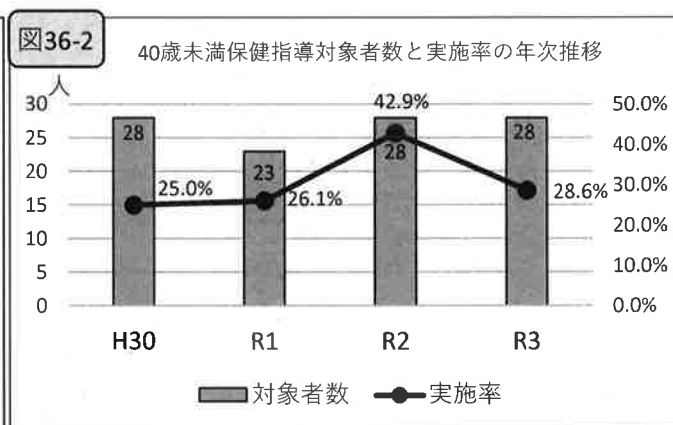
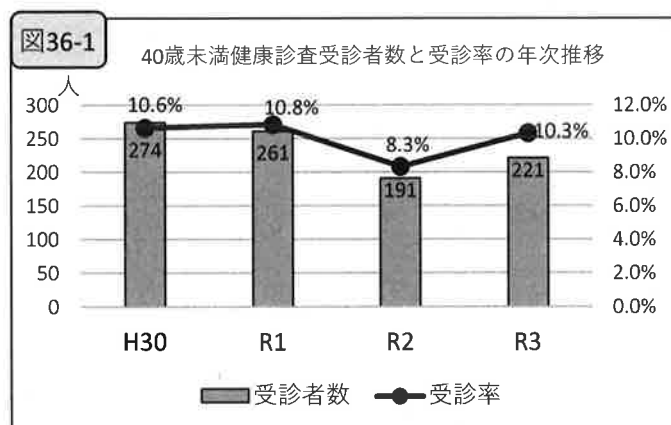
<各年度 糖尿病重症化予防事業対象者台帳より集計>

6. 40歳未満健康診査（一般健診）・保健指導の分析

○40歳未満健康診査（一般健診）受診率・保健指導実施率

40歳未満の国保被保険者数は減少しており、それに伴い、一般健診受診者数も減少傾向にある。なお、令和2年度においては新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け一時的に減少したが、令和3年度には回復している。一般健診における保健指導（特定保健指導の動機付け支援に準ずる）の実施率は2～4割で推移している。

若年層からの健康づくりを推進し、生活習慣病の発症を防ぐためにも、一般健診の受診及び保健指導の利用を促す必要がある。(図36-1、36-2)



40歳未満国民健康保険被保険者数：KDBシステム 人口及び被保険者の状況より集計
40歳未満健康診査(一般健診)受診者数、保健指導対象者数、利用者数：決算値より集計

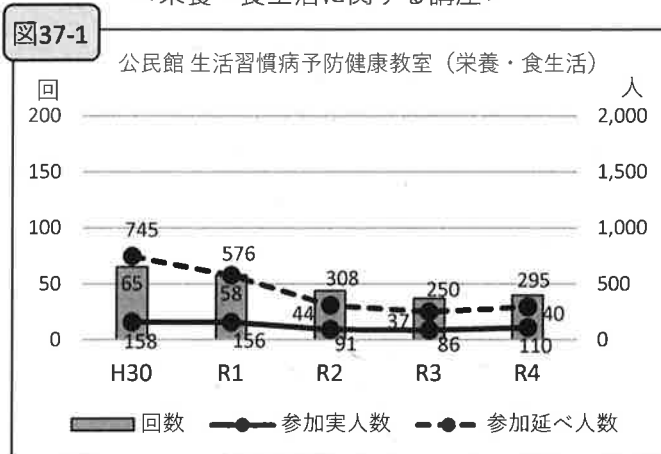
7. 公民館における生活習慣病予防のための健康教室の分析

生活習慣病予防のための健康教育として、各地域の公民館と連携し、地域の特性や地域住民の要望を取り入れた健康教室を実施している。令和2・3年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、実施回数、参加者数ともに一時的に減少したが、令和4年度は回復した。加入保険別参加割合では、国保は減少傾向にあるのに対し、後期高齢は増加傾向にある。

(図37-1、37-2、37-3)

特定健康診査質問票結果において、男女共に運動習慣のない者の割合が半数に達しているため、身近な公民館における身体・運動に関する講座の積極的な利用を促したい。栄養・食生活に関する講座は身体・運動に関する講座と比較し講座の企画や参加者数が少ないため、講座内容の充実を図り、利用者の増加につなげる。また、高齢者の参加割合が高いことから、フレイル（健康と要介護の間の虚弱な状態）予防に視点を置いた講座内容も検討していく。

<栄養・食生活に関する講座>



<身体・運動に関する講座>

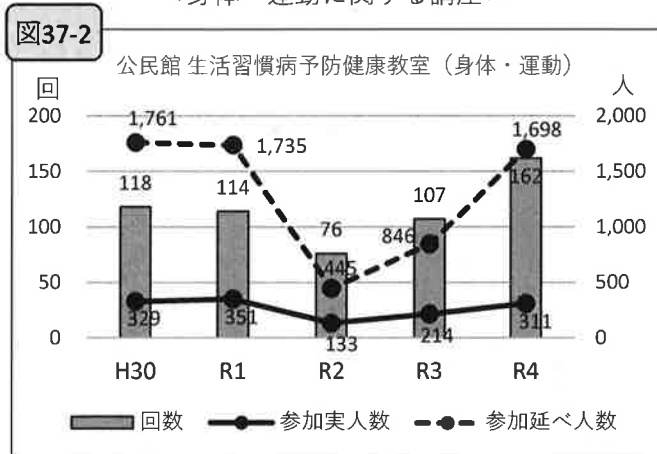
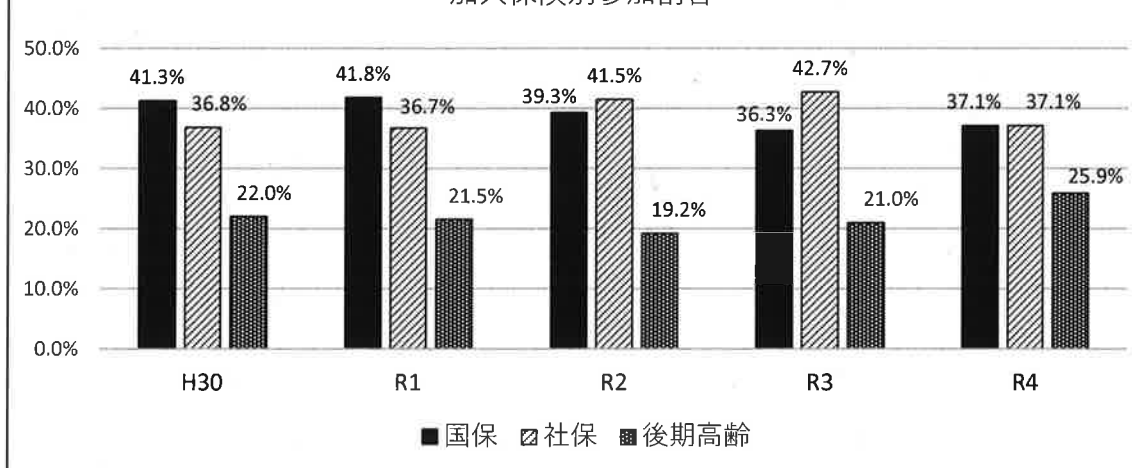


図37-3

加入保険別参加割合



<各年度 公民館健康教室事業台帳より集計>

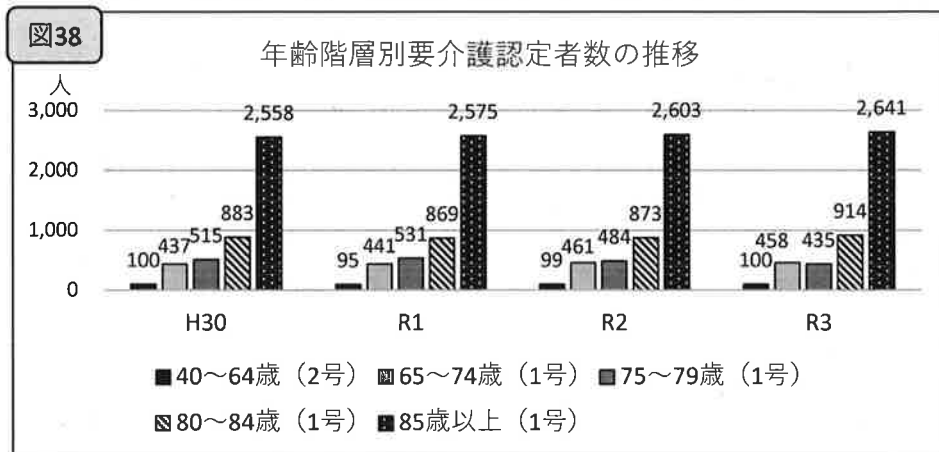
8. 介護費関係の分析

【要介護認定の状況】

○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）

要介護認定者数は毎年増加傾向にある。

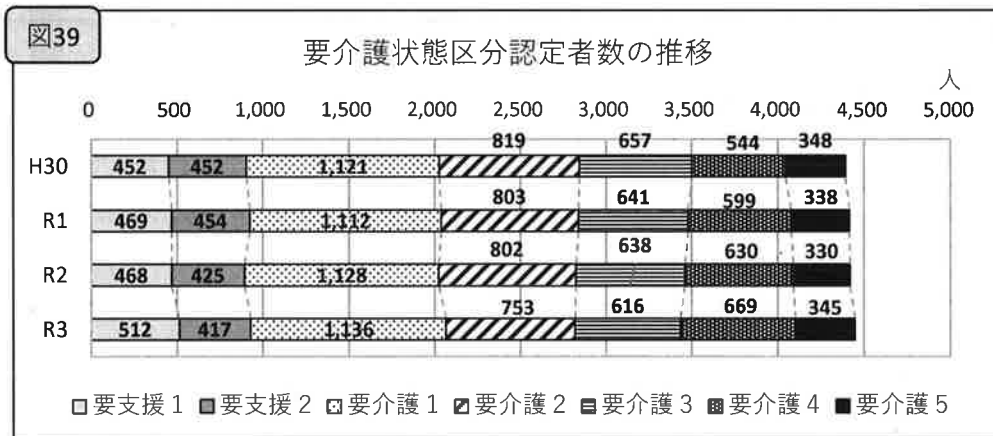
年齢階層別では、80歳以上の認定者数が増加している。（図38）



<KDBデータシステム 要介護（支援）者認定状況データより集計>

○要介護状態区分別認定者数の推移（対象：第1号被保険者）

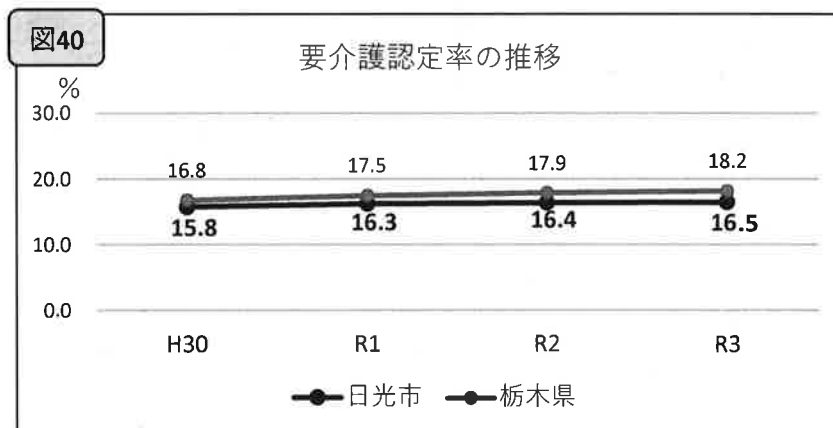
要介護状態区分別認定者数は要支援1の軽度の方が増加している一方で、要介護4の重度の方も増加している。（図39）



<KDBデータシステム 要介護（支援）者認定状況データより集計>

○要介護認定率の推移（対象：第1号被保険者）

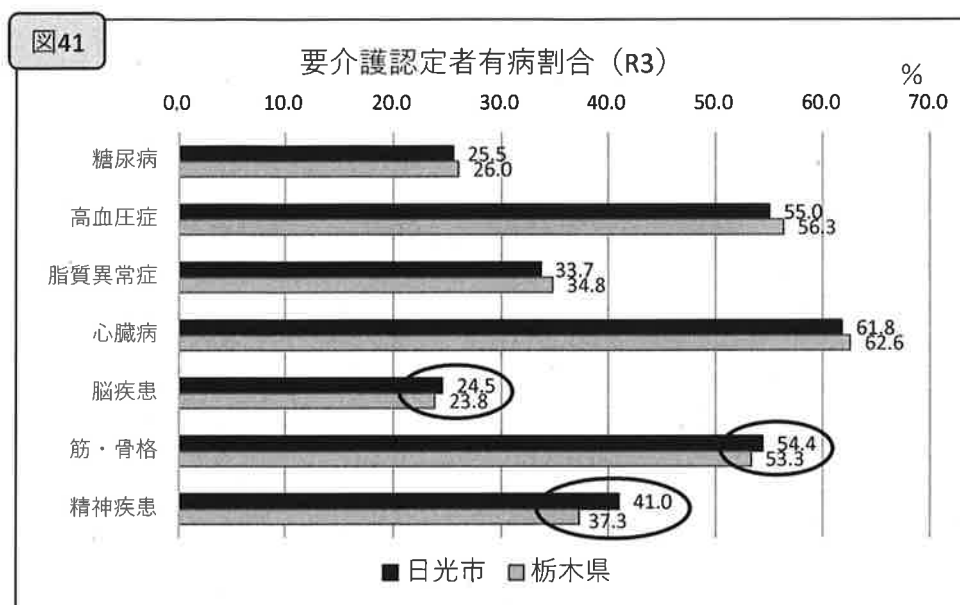
要介護認定率は、ほぼ横ばいで推移し、県よりもやや低くなっている。本来は介護サービスが必要な状態にある方が、サービスを受けずに在宅で生活をしている可能性がある。（図40）



<KDBデータシステム 要介護（支援）者認定状況データより集計>

○要介護認定者有病割合（対象：第1号被保険者及び第2号被保険者）

要介護認定者の有病割合では、脳疾患、筋・骨格、精神疾患（認知症含む）が県よりも高くなっている。これらの状態は、若いうちからの食生活や運動不足などの不適切な生活習慣が要因になりやすい。適正な生活習慣を維持・継続し、脳血管疾患などの発症を予防することにより、要介護状態の予防につながる。（図41）

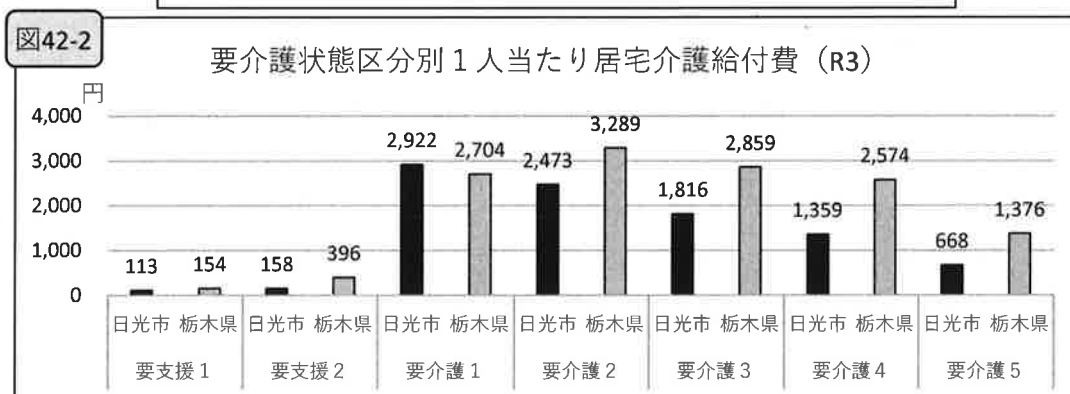
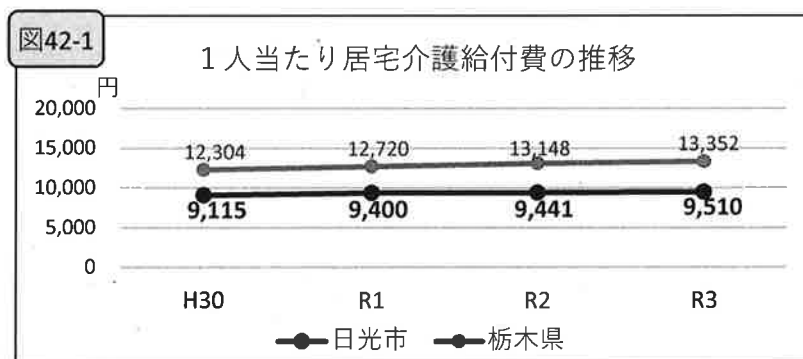


<KDBデータシステム 医療・介護の突合（有病状況）データより集計>

【介護給付費の状況】

○要介護状態区分別1人当たり居宅介護給付費の推移（対象：第1号被保険者）

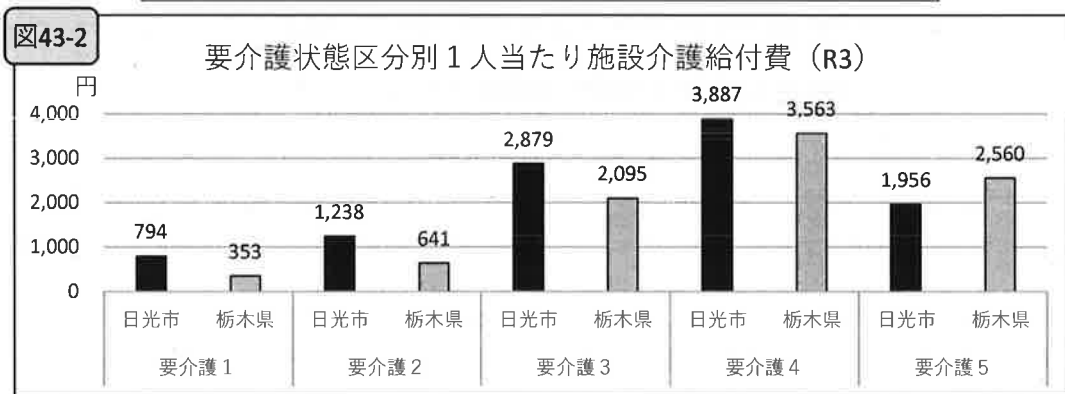
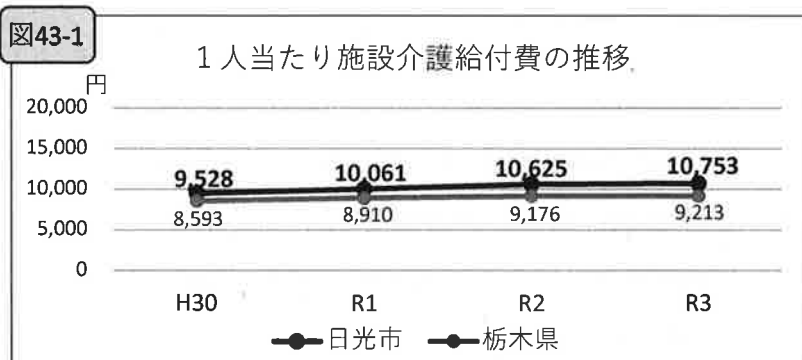
要介護者1人当たりの居宅介護給付費は、毎年県よりも低く、ほぼ横ばいで推移している。要介護状態区分別では要介護1、要介護2が多く、緩やかに増加している。（図42-1、42-2）



<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>

○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）

要介護者1人当たりの施設介護給付費は毎年県よりも高く、ほぼ横ばいで推移している。要介護状態区分別では要介護1～4までは県を上回っているが、要介護5は県を下回っている。特に、要介護1・2は県の約2倍となっている。地域によっては提供できる居宅介護サービスが限られてしまい、比較的介護度が低い状態であっても施設介護サービスを利用している現状がうかがえる。（図43-1、43-2）



< 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 >

Ⅲ 計画全体図

★…第4期日光市特定健康診査等実施計画に基づく項目

★計画全体図・・・・・・・・・・・・・・・・ P31

第3期日光市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

(県) 保険者の健康課題 (被保険者の健康に関する課題)		(市) 保険者の健康課題 (被保険者の健康に関する課題)		③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・重症化予防及びフレイル予防による被保険者の健康寿命の延伸と 医療費適正化の推進												
①健康課題番号	②健康課題 (優先順位付け)	③健康課題番号	④健康課題 (優先順位付け)			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)												
①健康課題番号	②健康課題番号	③健康課題番号	④健康課題番号	⑤評価指標番号	⑥評価指標	⑦ベースライン 2019年度(R1)	⑧目標値								⑨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)					
I	脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)の標準化死亡率が高い	I	虚血性心疾患(急性心筋梗塞)の標準化死亡率が高い	I~V	1	特定保健指導対象者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)	-	2.10%	0.10%	-0.90%	-1.90%	-2.90%	-3.90%	-4.90%	目標値：県が設定			
II	虚血性心疾患(急性心筋梗塞)の標準化死亡率が高い	II	脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)の標準化死亡率が高い	I~V	2	収縮期(130mm/Hg以上)	-	15.37%	13.37%	12.37%	11.37%	10.37%	9.37%	8.37%				
				I~V	3		拡張期(85mm/Hg以上)	-	33.84%	31.84%	30.84%	29.84%	28.84%	27.84%		26.84%		
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)の外來医療費(標準化)が高い	III	特定健康診査における血糖の有所見者割合が高く、糖尿病性網膜症の標準化医療費、男性の腎不全の標準化死亡率が高い	I~V	4	特定健康診査受診者の有所見者の割合の増加率(令和元(2019)年度比)		-	-13.75%	-15.75%	-16.75%	-17.75%	-18.75%	-19.75%		-20.75%		
				I~V	5		空腹時血糖(100mg/dl以上)	-	-3.51%	-5.51%	-6.51%	-7.51%	-8.51%	-9.51%		-10.51%		
				I~V	6			中性脂肪(150mg/dl以上)	-	4.83%	2.83%	1.83%	0.83%	-0.17%		-1.17%	-2.17%	
				I~V	7				HDL(40mg/dl未満)	-	-5.46%	-7.46%	-8.46%	-9.46%		-10.46%	-11.46%	-12.46%
				I~V	8					LDL(120mg/dl以上)	-	-9.30%	-11.30%	-12.30%		-13.30%	-14.30%	-15.30%
IV	血糖の有所見者の標準化該当率が高い	IV	特定健康診査における運動習慣のない者の割合が高い	I~V	9	特定健康診査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)		-	4.06%	2.06%	1.06%	0.06%	-0.94%	-1.94%		-2.94%	目標値：市が設定	
V	前期高齢者のBMIが20kg/m ² 以下の割合が16.7%を占める	V	胃がん、大腸がんの標準化死亡率が高い	I~V	10	特定健康診査受診者の運動習慣のある者の割合	40.15%	38.92%	40.92%	41.92%	42.92%	43.92%	44.92%	45.92%				
				I~V	11	HbA1c(8.0%以上)	1.12%	0.83%	0.79%	0.77%	0.75%	0.73%	0.71%	0.69%				
				I~V	12	空腹時血糖(160mg/dl以上)	1.61%	1.36%	1.32%	1.30%	1.28%	1.26%	1.24%	1.22%				
VI	食事をかんで食べるときの、噛みにくい者の標準化該当率が高い	VI	前期高齢者のBMIが20kg/m ² 以下の割合が17.2%を占める	VI, VII	13	前期高齢者(65〜74歳)のうちBMIが20kg/m ² 以下	17.46%	18.04%	17.64%	17.44%	17.24%	17.04%	16.84%	16.64%	目標値：市が設定			
				VI, VII	14	50歳以上64歳以下における咀嚼良好者	82.53%	83.46%	83.86%	84.06%	84.26%	84.46%	84.66%	84.86%				
						65歳以上74歳以下における咀嚼良好者	81.72%	79.98%	80.98%	81.48%	81.98%	82.48%	82.98%	83.48%				
※人口の2026年度は中間推定年度、2029年度は仮称推定年度																		
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)																		
①健康課題番号	②事業名称	③個別保健事業の評価指標	④ベースライン 2019年度(R1)	⑤保健事業の目標値								⑥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)								
I~V	★特定健康診査	① 受診率	42.2%	41.9%	43.9%	44.9%	45.9%	46.9%	47.9%	48.9%	1							
		② 40歳代受診率	25.9%	24.6%	26.6%	27.6%	28.6%	29.6%	30.6%	31.6%								
		③ 50歳代受診率	30.0%	30.5%	32.5%	33.5%	34.5%	35.5%	36.5%	37.5%								
	40歳未満健康診査	受診率	10.8%	10.6%	10.8%	10.9%	11.0%	11.1%	11.2%	11.3%	3							
		実施率	38.1%	24.1%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%								
	III~IV	★特定保健指導	④ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.8%	24.7%	25.7%	26.2%	26.7%	27.2%	27.7%	28.2%	2						
終了者の腹囲2cm・体重2kg改善した者の割合			23.1%	23.3%	24.3%	24.8%	25.3%	25.8%	26.3%	26.8%								
40歳未満保健指導			実施率	26.1%	33.3%	34.3%	34.8%	35.3%	35.8%	36.3%	36.8%		5					
V	糖化血红蛋白値予防事業	情報提供率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	4							
		② 受診勧奨対象者(未治療者)への受診勧奨実施率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%								
		③ 受診勧奨対象者(未治療者)の医療機関受診率	33.3%	68.8%	69.8%	70.3%	70.8%	71.3%	71.8%	72.3%								
		④ 保健指導対象者への保健指導実施率	13.3%	15.5%	19.5%	21.5%	23.5%	25.5%	27.5%	29.5%								
		終了者のHbA1cが改善した者の割合	78.6%	69.2%	70.2%	70.7%	71.2%	71.7%	72.2%	72.7%								
VI~VII	公民館における生活習慣病予防教室	実施回数	172回	202回	228回	241回	254回	267回	280回	293回	6							
		栄養講座アンケート「栄養バランスの意識が向上した人の割合」の増加	84.9%	69.6%	70.0%	70.2%	70.4%	70.6%	70.8%	71.0%								
		運動講座アンケート「運動習慣のない人の割合」の減少	30.1%	23.7%	23.3%	23.1%	22.9%	22.7%	22.5%	22.3%								
	にっこう健康マイレージ事業	国保加入者参加割合	52.1%	48.8%	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	7							

IV 個別の保健事業

★…第4期日光市特定健康診査等実施計画に基づく項目

- ★1. 特定健康診査・・・・・・・・・・・・・・・・P32～36
 - 2. 40歳未満健康診査（一般健診）・・・・・・P37
- ★3. 特定保健指導・・・・・・・・・・・・・・・・P38～43
 - 4. 40歳未満保健指導・・・・・・・・・・・・P44
 - 5. 糖尿病重症化予防事業・・・・・・・・・・P45～46
 - 6. 公民館における生活習慣病予防教室・・・・P47～48
 - 7. にっこう健康マイレージ事業・・・・・・・・P49～50

★1. 特定健康診査

(1) 事業の目的	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、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群者を把握し特定保健指導につなぐために実施する。
(2) 対象者	40～74歳の国民健康保険被保険者
(3) 現在までの事業結果	特定健康診査受診率は令和元年度まで4割を超えていた。令和2年度、新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け3割台に落ち込んだが、令和3年度には4割に回復している。40歳代・50歳代の受診率は県より高いものの、3割に届かない状況である。

(4) 今後の目標値

指 標	評価指標	ベース ライン	計画策定 時実績	目標値					
		2019年度 (R1)	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	★対象者数	14,395人	12,606人	11,618人	11,153人	10,707人	10,279人	9,867人	9,473人
アウトプット (実施量・率) 指標	★受診者数	6,073人	5,278人	5,100人	5,008人	4,914人	4,821人	4,727人	4,632人
アウトプット (実施量・率) 指標	★受診率	42.2%	41.9%	43.9%	44.9%	45.9%	46.9%	47.9%	48.9%
アウトプット (実施量・率) 指標	40歳代受診率	25.9%	24.6%	26.6%	27.6%	28.6%	29.6%	30.6%	31.6%
アウトプット (実施量・率) 指標	50歳代受診率	30.0%	30.5%	32.5%	33.5%	34.5%	35.5%	36.5%	37.5%

※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	委託による特定健診データ分析受診勧奨事業による対象者の特性に応じた勧奨通知の作成。通知発送後の未申込の方への市職員による電話勧奨の実施。インターネットを利用した健診申込の導入。
---------------------	--

★(6) 現在までの実施方法（プロセス）

受診率を向上させるため、定期的に関係課・関係機関と協議の場を設け、実施経過の確認・評価を行い、今後の方向性について検討した。未受診者には特性に応じた個別勧奨を行い、前年度に受診歴のある対象者を中心に市職員による電話勧奨を行った。インセンティブとして「にっこう健康マイレージ」を実施し、健診を申請の必須条件として受診率の向上を図った。

★(7) 今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

医療機関と連携し、通院中の対象者への勧奨方法を工夫し、受診率の向上を図る。
不定期受診者に対し、継続受診につながるよう、受診勧奨のメッセージの改善を行う。
インターネットによる市内人間ドックと医療機関方式の健診申込ができるように環境を整える。

★（８）現在までの実施体制（ストラクチャー）

集団健診委託業者との複数回に及ぶ打合せによる事業の検討と実施。
医療機関方式について、上都賀郡市医師会への協力依頼と連携による事業の実施。

★（９）今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

市内各事業所との連携を図り、事業所健診結果の情報提供を促進し、保健指導につなげる。

★（10）評価計画

自己評価：中間評価・最終評価を除く毎年度 中間評価：2026年度 最終評価：2029年度

※実施方法の詳細については、別紙を参照。

★（別紙）特定健康診査の実施について

● 実施方法

特定健康診査は、期間を定めて集団健診及び個別健診で実施する。

健診種別		実施期間	場 所	内 容
特定健康診査	集団健診	4月～1月	市内30会場86回 (令和4年度)	がん検診などとの同日実施による 総合健診
	個別健診 (医療機関)	6月～3月	市内委託医療機関	医療機関での個別健診
市内人間ドック		9月～3月	市内委託医療機関	特定健康診査項目結果受領

● 実施内容

特定健康診査の健診項目は、厚生労働省令に基づき定められており、特定保健指導の対象者を的確に抽出するための検査項目とする。

健診項目のうち、医師の判断に基づき実施することとされている項目（詳細検査）の貧血検査、心電図検査、眼底検査、腎機能検査（血清クレアチニン・eGFR）については、全ての受診者に実施する。

健診項目		内 容
基本項目	問診	既往歴、服薬歴、生活習慣の関する項目、自覚症状等
	計測	身長、体重、腹囲、BMI
	血圧	収縮期血圧・拡張期血圧
	診察	理学的検査（身体診察）
	血中脂質検査	中性脂肪（TG）、HDLコレステロール、LDLコレステロール
	肝機能検査	AST、ALT、 γ -GT
	血糖検査	空腹時血糖、HbA1c
	尿検査	尿糖・尿蛋白
詳細検査	貧血検査	血色素量、赤血球数、ヘマトクリット値
	心電図検査	心電図検査
	眼底検査	眼底検査
	腎機能検査	血清クレアチニン、eGFR
追加項目	血糖検査	随時血糖
	尿検査	尿潜血
	尿酸	尿酸

● 特定健康診査の外部委託

特定健康診査の実施にあたっては、集団健診・個別健診ともに健診業務を外部委託する。契約については個別契約を行う。

● 周知・案内方法

翌年度の特定健康診査を含む成人健康診査について、対象者・検査料金・検査方法・検査項目・受診方法・日程・実施機関リスト・申込方法を記載した案内冊子を12月に市内全世帯へ郵送する。新規加入者に対しては、窓口での手続きの際に、特定健康診査の対象者・検査項目・受診方法・申込方法を記載したチラシを手渡す。また、山間部などの集団健診実施回数が少ない地域に対し、対象者・検査料金・検査項目・対象地域における直近の日程および会場を記載したチラシを、広報紙の組回覧に便乗して配布する。そのほか、広報紙及びホームページでの案内、市役所各窓口や公民館などにチラシの設置を行う。

● 人間ドック事業

疾病の早期発見及び早期治療に役立て、健康増進を図るため、特定健康診査に代えて人間ドック事業を実施する。

人間ドック受診者が特定保健指導の対象となった場合には、特定保健指導を実施する。

① 市内医療機関での人間ドック

市が受診申込を受け付け、9月から3月を受診期間として市内指定医療機関において人間ドックを実施する。検査項目は特定健康診査に準ずる項目で行う。

② 市外医療機関での人間ドック

市外の医療機関で実施した人間ドックについては、受診費用の一部補助を行う。特定健康診査の検査項目を満たすものを補助対象とする。なお、補助金の申請受付は通年行う。

● 事業者健診など他の健診受診者の健診データの受領方法

① 市内事業所からの受領

健診データの提供に同意した事業所へ問診票・返信用封筒・粗品を郵送し、従業員本人の同意が得られた分の健診結果のコピーを返送してもらう。

② 受診者本人からの受領

往復はがきによる受診勧奨では、返信面（特定健康診査申込書）に「健診結果のコピーを提供する」旨の選択肢を設ける。また、電話勧奨時に対象者が事業者健診を受診していることが判明した場合は、健診結果のコピーを提供するよう依頼する。同意が得られた場合は、問診票・返信用封筒・粗品を本人宛郵送し、健診結果のコピーを返送してもらう。

● 特定健康診査受診率向上のための取り組み

① 対象者の特性に応じた受診勧奨通知の送付

委託業者が持つソーシャルマーケティングの技法を活用し、受診経験の有無や健康意識の差などによる対象者個々の特性に応じた受診勧奨通知を作成・送付する。

②電話による受診勧奨の実施

委託業者が持つ人工知能を活用し、勧奨効果の高い層のデータを抽出する。抽出したデータに受診歴を組み合わせ、受診する可能性が高い者の順位付けを行い、電話による勧奨を実施する。

③40歳未満の国保被保険者に向けた受診勧奨通知の送付

若いうちからの受診意欲の醸成を図るため、30代の国保被保険者のうち未申込者に対し40歳未満健康診査（一般健診）の受診勧奨通知を送付する。また、特定健康診査の対象年齢となる40歳の国保被保険者のうち未申込者に対し受診勧奨通知を送付する。

④インターネットによる申込み受付

申込書や電話による申込みに加え、インターネットによる申込み受付を行う。

2. 40歳未満健康診査（一般健診）

(1) 事業の目的	若年層からの生活習慣病予防対策を講じることで、働き盛り世代の重症疾患発症を予防し、生涯にわたり健康的に日常生活を送ることを目指す。
(2) 対象者	19歳～39歳の男女（加入保険を問わない）
(3) 現在までの事業結果	人口減少に伴い、全体の受診者数も減少しており、特に男性の受診者数が少ない。

(4) 今後の目標値

指 標	評価指標	ベース ライン	計画策定 時実績	目標値					
		2019年度 (R1)	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	10.8%	10.6%	10.8%	10.9%	11.0%	11.1%	11.2%	11.3%

※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	受診率向上のため、乳幼児健診での保護者への受診勧奨（健康課）、30歳代国保被保険者への受診勧奨通知送付（保険年金課）、夜間健診の実施など、受診環境の整備や受診勧奨の工夫を関係機関と連携し行う。
--------------------	--

(6) 現在までの実施方法（プロセス）

集団健診の女性健診日に託児を併設、夜間健診を年間2回実施。3歳児健診において、保護者の健診受診状況を把握し、未受診者に受診勧奨を実施。市内小中学校を通じて、保護者へ健診案内を配布。6月頃に30歳代の未受診者に対し受診勧奨通知を送付。成人式における新成人への受診勧奨。

(7) 今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

上記実施方法の他、市内保育施設などと連携し、保護者への健診案内配布を検討する。

(8) 現在までの実施体制（ストラクチャー）

集団健診委託業者との複数回に及ぶ打合せによる事業の検討と実施。
健康課や市内小中学校などの関係各課・関係機関と連携した受診勧奨の実施。

(9) 今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

未受診勧奨を強化し、受診率向上に努める。

(10) 評価計画

自己評価：中間評価・最終評価を除く毎年度 中間評価：2026年度 最終評価：2029年度

※ 実施方法については、事業番号1：特定健康診査に準ずる。

★3. 特定保健指導

(1) 事業の目的	特定保健指導対象者に対し、生活習慣改善の必要性を認識してもらい、個々の生活習慣に合わせた保健指導を実施することにより、生活習慣の改善を図り、生活習慣病のリスクを減少させる。
(2) 対象者	40歳～73歳の特定健康診査受診者のうち、特定保健指導の基準による階層化により対象となった者（国民健康保険被保険者）
(3) 現在までの事業結果	特定保健指導実施率は新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け一時的に低下したが、現在は回復傾向にある。実施形態別では、集団指導を主とした会場方式の利用は減少傾向にあり、感染リスクを考慮した個別指導への需要が高まっている。

(4) 今後の目標値

指 標	評価指標	ベース ライン	計画策定 時実績	目標値					
		2019年度 (R1)	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	★対象者数	583人	497人	510人	501人	491人	482人	473人	463人
アウトプット (実施量・率) 指標	★実施者数（終了 者数）	222人	120人	255人	260人	265人	270人	274人	278人
アウトプット (実施量・率) 指標	★実施率（利用者 の終了割合）	38.1%	24.1%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導によ る特定保健指導対 象者の減少率	25.8%	24.7%	25.7%	26.2%	26.7%	27.2%	27.7%	28.2%
アウトカム (成果) 指標	終了者の腹囲 2 cm・体重 2 kg改善 した者の割合	23.1%	23.3%	24.3%	24.8%	25.3%	25.8%	26.3%	26.8%

※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	健診結果説明会における特定保健指導初回面接の導入と個別指導の強化。 特定保健指導のフォローと未利用者対策を兼ねた運動実践セミナーの実施。 がんの一次予防となる生活習慣改善に向けた保健指導、がん検診要精密検査者への受診勧奨の強化。
-------------------------	--

★(6) 現在までの実施方法（プロセス）

特定健康診査受診後に特定保健指導の利用案内書を個別に通知し、希望者に対し、委託業者による会場方式または訪問方式による保健指導を実施。令和4年度からは、主に重症化ハイリスク者を対象とした保険年金課保健師による直営方式も導入した。未利用者については、個別通知の他、電話による勧奨を実施している。

★（７）今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

集団健診における保健指導については、健診結果説明会における特定保健指導初回面接の導入を検討し、特定保健指導実施率の向上を図る。

動機付け支援の保健指導の実施期間を３か月間とし、対象者の参加負担を軽減する。

保健指導の利用勧奨の方法として、通知の他に電話による勧奨を効果的に導入する。

★（８）現在までの実施体制（ストラクチャー）

特定保健指導委託業者との打合せを複数回実施し、指導内容を検討し見直しを図っている。

健診結果説明会について関係課である健康課と打合せを行い、具体的な実施方法について協議している。

★（９）今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健診結果説明会における特定保健指導初回面接導入、継続支援、利用勧奨までを含めた業務委託のための予算を確保する。

特定保健指導委託業者における専門職（管理栄養士、健康運動指導士等）の配置状況など、運営体制状況についての的確に把握する。

特定保健指導委託業者と検討を重ね、腹囲・体重減の成果につながる保健指導を提供する。

★（１０）評価計画

自己評価：中間評価・最終評価を除く毎年度 中間評価：2026年度 最終評価：2029年度

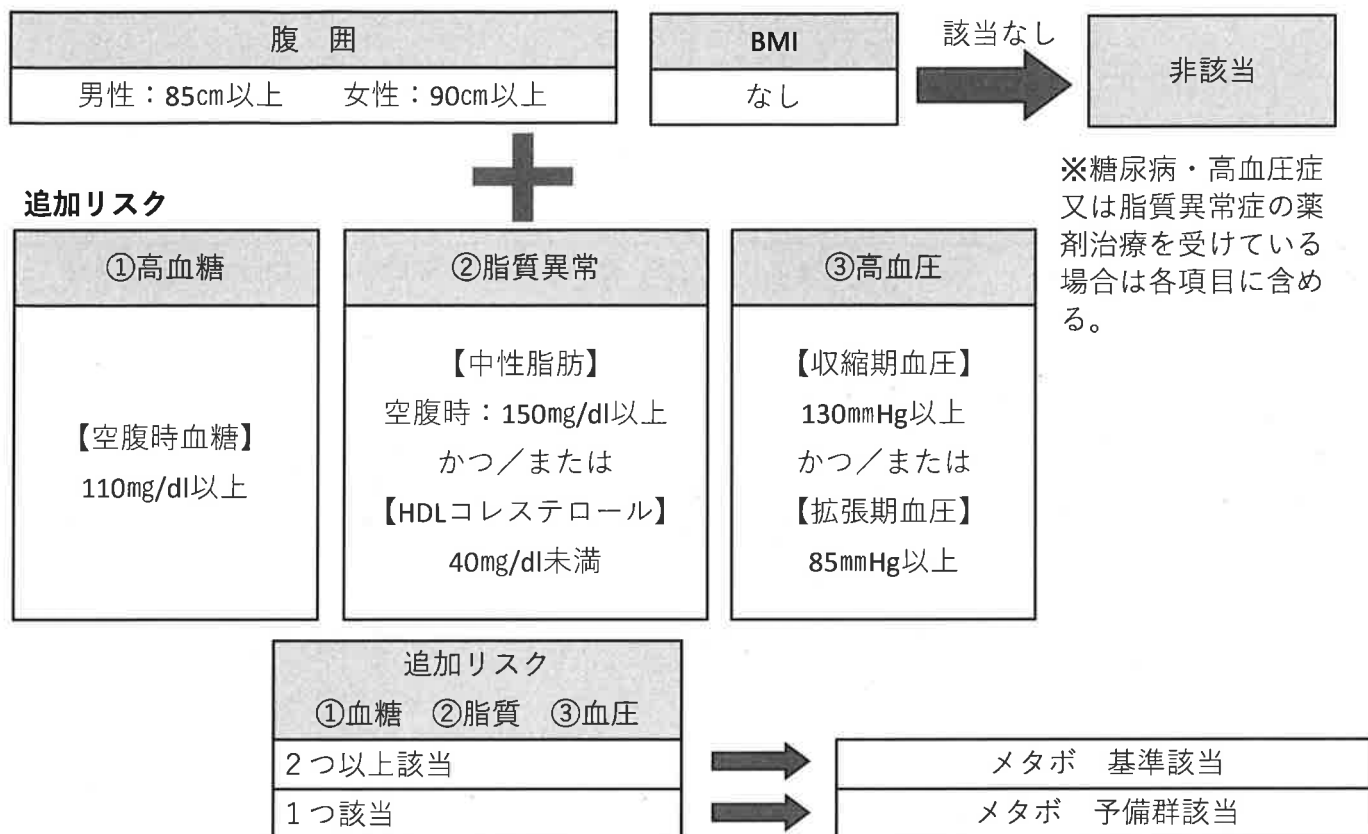
※実施方法の詳細については、別紙を参照。

★（別紙）特定保健指導の実施について

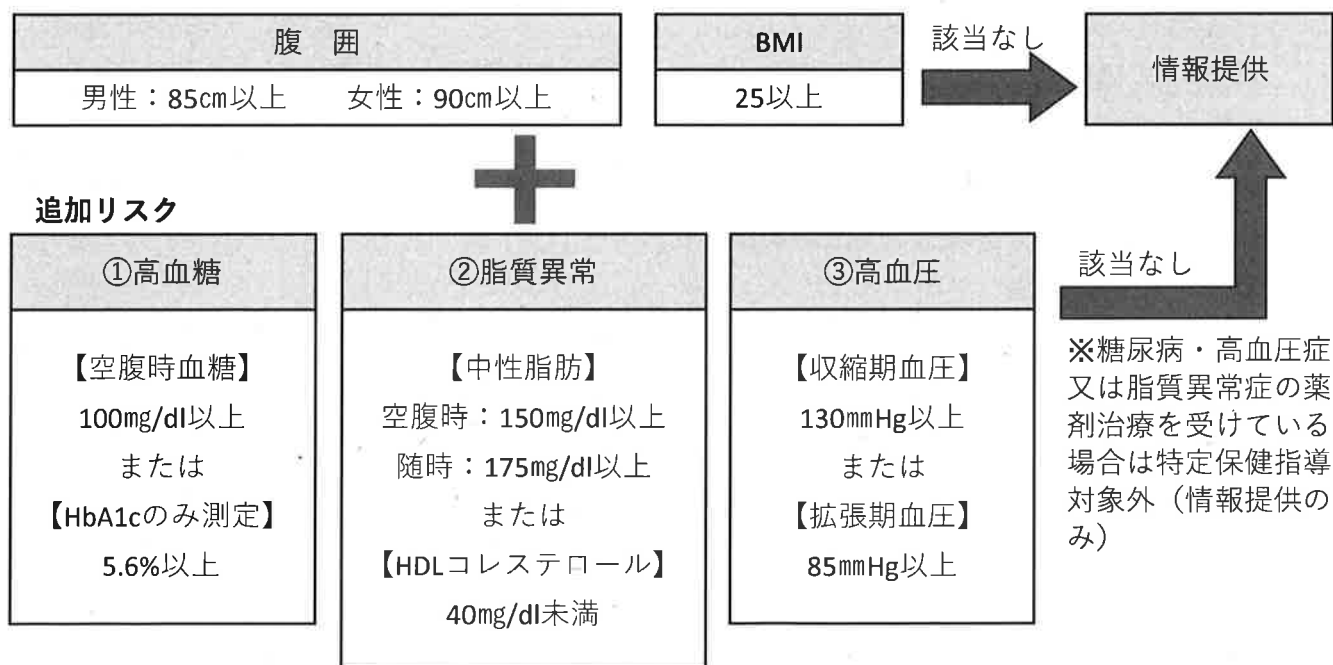
● 特定保健指導対象者の抽出と階層化方法

内臓脂肪の蓄積の程度とリスク要因数に着目し、特定健康診査受診者を3つの階層（積極的支援、動機付け支援、情報提供）に分け、特定保健指導を実施する。

<メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）診断基準>



<特定保健指導の階層化>



腹 囲	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			

※質問票より、血糖、脂質、血圧の薬剤治療を受けている者を除く。

● 周知・案内方法

①集団健診

対象者に健診結果説明会（特定保健指導初回面接）の案内を通知する。

②医療機関健診・人間ドック・事業者健診

対象者に特定保健指導の案内及び申込書を発送する。

● 実施方法

（１）実施形態

業務委託（一部直営方式）による個別方式

（２）実施場所

市の施設、家庭訪問

（３）実施期間・支援方法

初回面接（健診結果説明会等）から３か月経過後に実績評価を行う。

対象者の取組状況や改善状況に応じ、６か月間の継続支援を行う。

（４）従事者

委託業者による管理栄養士、健康運動指導士

市保険年金課保健師

● 実施内容

動機付け支援又は積極的支援の対象者に、運動・食事・禁煙などに関する情報を提供し、自ら生活習慣を改善するための目標を設定し、実践できるよう支援する。

具体的な支援にあたっては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第４版）」（２０２３年３月厚生労働省）に基づき実施する。

(1) 動機付け支援

① 1人あたり20分以上の初回面接による個別支援

② 初回面接から3か月以上経過後、面接又は通信（電話、メール等）による実績評価

<具体的な実施内容>

- ・生活習慣と特定健康診査の結果との関係を理解する、生活習慣を振り返る、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識を習得する、それらが動機付け支援対象者本人の生活に及ぼす影響の認識などから、生活習慣の改善の必要性について説明する。
- ・生活習慣を改善する場合のメリット及び改善しない場合のデメリットについて説明する。
- ・食事、運動など、生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をする。
- ・動機付け支援対象者の行動目標や実績評価の時期の設定について支援するとともに、生活習慣を改善するために必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。
- ・体重及び腹囲の計測方法について説明する。
- ・上記支援後、行動目標及び行動計画を作成する。
- ・設定した行動目標が達成されているかどうか、並びに身体状況及び生活習慣に変化がみられたかどうかについての評価を行う。

(2) 積極的支援

① 1人あたり20分以上の初回面接による個別支援

② 3か月以上の継続的な支援

アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント（p）以上の支援を実施する。

ただし、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、動機付け支援相当の支援として180p未満でも特定保健指導を実施したことになる。

継続的な支援は、個別支援、電話メールなどを組み合わせて行う。

<具体的な実施内容>

- ・特定健康診査の結果及び食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、積極的支援対象者の生活習慣や行動の変化の状況を把握し当該年度及び過去の健診結果を踏まえ、積極的支援対象者が自らの身体状況の変化を理解できるように促す。
- ・積極的支援対象者の健康に関する考え方を受け止め、積極的支援対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標について、優先順位を付けながら対象者と一緒に考え、積極的支援対象者自身が選択できるよう支援する。
- ・積極的支援対象者が行動目標を達成するために必要な特定保健指導支援計画を作成し、積極的支援対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行う。
- ・積極的支援対象者が行動を継続できるように定期的に支援する。
- ・特定保健指導終了時は、積極的支援対象者が生活習慣の改善が図られた後の行動を継続するよう意識付けを行う。

● 特定保健指導の実施率向上のための取り組み

① 健診結果説明会における特定保健指導初回面接の導入

集団健診における特定保健指導対象者については、これまで健診結果書に特定保健指導の案内書を同封し郵送していた。このため、対象者の手元に健診結果書が届いている状態であるため、特定保健指導を希望する対象者が少なく、実施率が伸び悩んでいた。

特定保健指導に該当しない者への健診結果説明会を実施している市健康課と連携し、令和6年度から特定保健指導対象者についても健診結果説明会を実施し、初回面接を行う。実施にあたっては、委託業者と連携しながらアウトカム成果につながる保健指導を提供する。

なお、地域性を考慮し、市保険年金課保健師による直営方式による保健指導も継続する。

② 委託による特定保健指導実施方式の一本化

これまで、会場方式（集団指導）・訪問方式（個別指導）の2つのパターンで実施していた委託による保健指導を一本化し、ひとり一人の対象者に合わせた保健指導に重点を置いた個別方式による特定保健指導を提供する。ただし、集団・グループによる保健指導の強みを活かした、栄養・運動に関するセミナーも並行開催し、対象者のフォローアップを図る。

③ 未利用者に対する電話勧奨の強化

特定保健指導の未利用者については、主に通知による勧奨を行ってきたが、実施率の向上にはあまり効果がみられなかった。令和5年度より電話による勧奨を重点的に実施し、未利用者への直接的な利用勧奨を行い、受けない場合の理由の把握に努めている。

さらに、令和6年度からは、委託業者と連携を図りながら、委託業者の豊富な勧奨ノウハウを活用した勧奨方法を検討し実施していく。

4. 40歳未満保健指導

(1) 事業の目的	若年層からの生活習慣病予防対策を講じることで、働き盛り世代の重症疾患発症を予防し、生涯にわたり健康的に日常生活を送ることを目指す。
(2) 対象者	19歳～39歳の男女（加入保険を問わない）
(3) 現在までの事業結果	若年層の保健指導の実施率は経年的に増加傾向にあるが、受診者の3割弱の実施に留まっている。

(4) 今後の目標値

指 標	評価指標	ベース ライン	計画策定 時実績	目標値					
		2019年度 (R1)	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（利用者の 終了割合）	26.1%	33.3%	34.3%	34.8%	35.3%	35.8%	36.3%	36.8%

※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	健診結果説明会における特定保健指導初回面接の導入と個別指導の強化。 特定保健指導のフォローと未利用者対策を兼ねた運動実践セミナーの実施。 仕事や育児で時間が取りにくい対象者でも参加できるよう、ICTを活用した保健指導ツールの導入。
--------------------	---

(6) 現在までの実施方法（プロセス）

40歳未満健康診査（一般健診）受診後に保健指導（特定保健指導の動機付け支援と同様の保健指導）の利用案内書を個別に通知し、希望者に対し、委託業者による会場方式または訪問方式による保健指導を提供。令和4年度からは、主に重症化ハイリスク者を対象とした保険年金課保健師による直営方式も導入した。未利用者については、個別通知の他、電話による勧奨を実施している。

(7) 今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

主に非肥満者を対象とした健診結果説明会を実施している健康課と連携し、特定保健指導と同様に、説明会における若年層における保健指導の導入を検討する。

ICTを活用した保健指導ツールとして、新たにメールによる保健指導を導入し、継続支援につなげる。

(8) 現在までの実施体制（ストラクチャー）

保健指導委託業者との打合せを複数回実施し、指導内容を検討し見直しを図っている。

健診結果説明会について、関係課である健康課と打合せを行い、具体的な実施方法について協議している。

(9) 今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康課との連携を強化した健診結果説明会を実施し、若年層における保健指導実施率の向上を図る。

保健指導委託業者と検討を重ね、腹囲・体重減の成果につながる保健指導を提供する。

(10) 評価計画

自己評価：中間評価・最終評価を除く毎年度 中間評価：2026年度 最終評価：2029年度

※ 実施方法については、事業番号3：特定保健指導に準ずる。

5. 糖尿病重症化予防事業

(1) 事業の目的	糖尿病の重症度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、糖尿病発症や重症化、人工透析への移行を防止する。
(2) 対象者	国民健康保険被保険者で、特定健康診査・人間ドックなどの受診者のうち「栃木県糖尿病重症予防プログラム」の抽出基準に該当した者 75～79歳の後期高齢者で、健診・人間ドックなどの受診者のうち「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」の抽出基準に該当した者
(3) 現在までの事業結果	糖尿病重症化予防に関する情報提供、受診勧奨はほぼ全数に実施しているが、医療機関への受診につながるのは3割程度である。保健指導実施率は1～2割程度と低い状況であるが、検査値や生活習慣の改善率は5～7割程度と効果が認められる。

(4) 今後の目標値

指 標	評価指標	ベース ライン	計画策定 時実績	目標値					
		2019年度 (R1)	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	情報提供率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
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	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトカム (成果) 指標	受診勧奨対象者 (未治療者) の医 療機関受診率	33.3%	68.8%	69.8%	70.3%	70.8%	71.3%	71.8%	72.3%
アウトプット (実施量・率) 指標	保健指導対象者へ の保健指導実施率	13.3%	15.5%	19.5%	21.5%	23.5%	25.5%	27.5%	29.5%
アウトカム (成果) 指標	終了者のHbA1cが 改善した者の割合	78.6%	69.2%	70.2%	70.7%	71.2%	71.7%	72.2%	72.7%

※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	糖尿病重症化予防事業推進のため、医師会及びかかりつけ医との連携を強化
------------------------	------------------------------------

(6) 現在までの実施方法（プロセス）

情報提供：糖尿病境界域段階の該当者に対し、健診結果返却時にリーフレットを配布。 受診勧奨：糖尿病重症化予防段階及び糖尿病性腎症重症化予防段階で受療歴のない該当者に対し、電話、面接等で受診勧奨を行う。 保健指導：保健指導プログラムを同意した者に対し、委託管理栄養士による6か月間の保健指導を実施。
--

(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、未受診の場合は継続的に支援し受診につなげる。
保健指導指示書については、本人ではなく保険年金課からかかりつけ医に作成を依頼する。

(8) 現在までの実施体制（ストラクチャー）

上都賀郡市医師会と連携・協議し、保健指導プログラムの周知及び保健指導指示書作成についての理解を促す。
委託管理栄養士との事前打合せや実績報告を受け、改善率向上のための効果的な保健指導について検討する。

(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、保健指導プログラムの利用勧奨、保健指導指示書作成について協力を依頼する。
主に保健指導プログラムを対象者に案内する健康課と連携し、利用勧奨を強化する。

(10) 評価計画

自己評価：中間評価・最終評価を除く毎年度 中間評価：2026年度 最終評価：2029年度

●糖尿病重症化予防保健指導の実施率の向上及び未受診者への受診勧奨を強化するための取り組み

①かかりつけ医への保健指導指示書作成の依頼方法の変更

糖尿病重症化予防対象者への保健指導にあたっては、対象者が治療を受けているかかりつけ医が作成する保健指導指示書（以下、指示書）が必要となる。これまで、指示書の作成については、かかりつけ医に対象者から手渡し依頼していた。この場合、指示書が医療機関から市に届かない場合や、かかりつけ医への説明が伝わりにくく、保健指導をキャンセルするケースが見受けられた。

そのため、令和5年度より市からかかりつけ医に直接連絡し、指示書の作成を依頼する方法に変更した。これにより、糖尿病重症化予防のための保健指導の必要性を説明し、確実に指示書を作成・返信してもらうことが可能となった。今後も同様の取り組みを継続し、より多くの対象者に保健指導を提供できるよう努める。

②受診勧奨対象者（未治療者）への受診勧奨の強化

受診勧奨対象者（未治療者）は、前年度健診受診者のうち、過去に「糖尿病あり」と指摘された者で、糖尿病性腎症重症化予防段階（尿蛋白、eGFRの腎機能低下の所見がある）の者のうち、現在、糖尿病治療をしていない者である。糖尿病性腎症等の合併症を予防するためにも、早期の受診勧奨が必要となる。

特定健診等データ管理システムにより、対象者の過去5年分の健診データを把握し、当年度の健診申込や受診の有無を確認する。また、国保総合システム、KDBシステムを活用し、対象者の直近のレセプトデータを把握し、的確な健診受診・医療機関受診勧奨を行う。受診勧奨にあたっては、対象者の経年的な健診データ（HbA1c、尿蛋白、eGFR）をわかりやすく「見える化」した保健指導媒体を作成し提供する。

③日光市CKDコンソーシアム、医師会との連携

CKD（慢性腎臓病）は慢性的な腎機能低下の状態であり、当市の人工透析患者の原疾患は、全国的な動向と同じく「糖尿病性腎症」が最も多い。そこで、糖尿病重症化予防の取り組みと併せて、CKD患者の適切な治療の継続と人工透析への移行を防止するため、日光市内の腎臓専門医と行政が連携し、地域におけるCKDの病診連携、CKDに関する啓蒙活動を行う団体「日光市CKDコンソーシアム（市内腎臓専門医と協力医、市健康課で構成した共同事業体＜以下、同団体＞）を構成し、CKD対策を推進している。令和4年度においては、各医療機関の腎機能評価や専門医への紹介基準に関する現状を把握するため、市内医療機関を対象にCKD治療に関するアンケートを実施した。令和5年度には、同団体及び医師会と連携し、市内の医師向けにCKDに関する講演会を開催し、アンケートの集計結果を報告すると共に地域のかかりつけ医に対し病診連携についての理解を求めた。その後、当市におけるCKD病診連携システムとして、かかりつけ医と腎臓専門医が当市独自の「紹介状」「逆紹介状」を活用し、連携した診療に取り組む仕組みを構築した。今後、CKD患者の個々の状態に応じた継続的な診療が推進されるよう、「紹介状」「逆紹介状」の活用状況や、医師間の連携などについて状況を把握し、事業評価を行っていく。

6. 公民館における生活習慣病予防教室

(1) 事業の目的	国民健康保険事業と公民館が連携を図り、地域住民の要望を考慮し、各地域の状況に応じた健康づくりの講座・教室・講演などを企画することで、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、健康寿命の延伸と医療費削減につなげる。
(2) 対象者	市民（加入保険を問わない）
(3) 現在までの事業結果	令和2・3年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響を受け、実施回数、参加者数ともに一時的に減少したが、令和4年度以降は回復傾向にある。特に、身体・運動に関する講座は実施回数・参加者数共に多くの利用がある。

(4) 今後の目標値

指 標	評価指標	ベース ライン	計画策定 時実績	目標値					
		2019年度 (R1)	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	実施回数	172回	202回	228回	241回	254回	267回	280回	293回
アウトカム (成果) 指標	栄養講座アンケート「栄養バランスの意識が向上した人の割合」の増加	84.9%	69.6%	70.0%	70.2%	70.4%	70.6%	70.8%	71.0%
アウトカム (成果) 指標	運動講座アンケート「運動習慣のない人の割合」の減少	30.1%	23.7%	23.3%	23.1%	22.9%	22.7%	22.5%	22.3%

※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	生活習慣病予防に加えて、低栄養やオーラルフレイル（口腔機能の低下）などのフレイル（健康と要介護の間の虚弱な状態）の予防に関する内容を講座に組み込む。
--------------------	--

(6) 現在までの実施方法（プロセス）

栄養・食生活に関する講座では、地元食材を利用したバランスのとれたヘルシーメニューの料理教室を実施している。身体・運動に関する講座では、ストレッチやヨガなどの運動実践を主に実施している。

(7) 今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

講座内容にフレイル予防の視点を新たに導入できるよう、公民館と協議を行う。

(8) 現在までの実施体制（ストラクチャー）

公民館と連携し、講座等の企画・運営について検討し、実施につなげている。

(9) 今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康にこころマイレージ（インセンティブ事業）の主管課である健康課とも連携し、ポイント獲得の一環として公民館における生活習慣病予防教室の利用を促す。

(10) 評価計画

自己評価：中間評価・最終評価を除く毎年度 中間評価：2026年度 最終評価：2029年度

●公民館における生活習慣病予防教室の充実に向けた取り組み

令和3年度における特定健康診査受診者の前期高齢者（65～74歳）のうち、BMI（体格指数） $20\text{kg}/\text{m}^2$ 以下の者が17.2%を占めている。BMIの低下は低栄養に起因する場合も多く、将来的にフレイルの状態に陥りやすい。フレイルの進行は高血圧や血糖コントロール不良などの生活習慣病の悪化につながる。

そのため、栄養・食生活に関する講座に低栄養・オーラルフレイル予防のテーマを新たに設け、食事バランスの改善や口腔ケアを推進し、フレイルへの移行を予防する取り組みを行う。

7. にっこう健康マイレージ事業

(1) 事業の目的	日光市民の健康寿命の延伸を図ることを目的として、健康的な生活習慣を身に付けることや、各種健診の受診等を推進するため、これらの活動を行った方に対し特典を交付する。
(2) 対象者	事業実施年度の翌年度4月1日に19歳以上に達している市民（加入保険を問わない）
(3) 現在までの事業結果	当年度の健診結果の数値が基準値内に入っている場合や、前回より改善した場合に、健診項目ごとにポイント付与を行っており、申請者の6割以上が健診データの改善若しくは基準値を維持している。申請者は国保加入者が約5割を占め、70歳代が最も多く、男性より女性が多い状況である。

(4) 今後の目標値

指 標	評価指標	ベース ライン	計画策定 時実績	目標値					
		2019年度 (R1)	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	国保加入者参加 割合	52.1%	48.8%	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上	50%以上

※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	健康維持のために毎年チャレンジするリピーターの支援をすると共に、新規参加者を増やすための働きかけが必要である。
--------------------	---

(6) 現在までの実施方法（プロセス）

申請用紙を健診問診票又は結果書に同封し、その他、市の各窓口で配布し市民に周知している。特定健康診査等の基本健診の受診を申請の必須条件とし、事業対象のポイントとなる活動（運動・食生活・口腔ケアを4週間実施、特定健康診査・がん検診等の受診、健診結果ポイント、市の講座・イベントへの参加など）を実施した場合に、活動に応じたポイントを付与する。付与されたポイントの合計が100ポイント以上を達成した者に特典（クオカード）を付与する。
--

(7) 今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

ポイントの対象となる活動について、健康づくりに関連した社会情勢を考慮しながら毎年度見直し、利用拡大につなげる。

(8) 現在までの実施体制（ストラクチャー）

公民館と連携し、講座等の企画・運営について検討し、実施につなげている。

(9) 今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

健康になっこうマイレージ（インセンティブ事業）の主管課である健康課とも連携し、ポイント獲得の一環として公民館における生活習慣病予防教室の利用を促す。介護予防（フレイル）の視点に対応したポイント導入の検討。
--

(10) 評価計画

自己評価：中間評価・最終評価を除く毎年度 中間評価：2026年度 最終評価：2029年度
--

●にっこう健康マイレージ事業の利用促進に向けた取り組み

①各保健事業における個別利用勧奨の促進

健診結果説明会、特定保健指導、糖尿病重症化予防における保健指導などの様々な保健事業の機会を活用し、参加した対象者に対し、望ましい生活習慣の定着化を促すツールの1つとして個別に利用を促し、新規参加者の増加に向けて地道な勧奨を行っていく。

②公民館と連携した取り組み

公民館が主催する各種事業は、にっこう健康マイレージ事業のポイントの対象になっている。

そのため、各公民館と連携し、公民館事業の初回参加者に対し、あらかじめ参加スタンプを押印したチャレンジシート（ポイントを集めて記載し提出する用紙）を参加者に手渡し、利用を勧奨していく。

V その他

その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P51

V その他

★：第4期特定健康診査等実施計画に基づく項目

★データヘルス計画の 評価・見直し	個別の保健事業の評価は自己評価として年度ごとに行い、保健事業ごと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。目標を達成できなかった場合は、その原因や事業の必要性を検討し、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。 データヘルス計画全体の評価・見直しについては、年度ごと、中間時点で進捗状況の確認・中間評価（令和8年度）を行う。また、最終年度（令和11年度）には中・長期的なアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価を行う。
★データヘルス計画の 公表・周知	市公式ホームページによる公表 関係機関・関係団体及び関係施設への冊子の配布
★個人情報の取扱い	①特定健康診査・特定保健指導の記録データの保存方法 特定健康診査のデータは、特定健康診査の委託先から代行機関である栃木県国民健康保険団体連合会への送付、もしくは市がデータ化し保存する。 特定保健指導の結果は、市が電子データ化し、代行機関である栃木県国民健康保険団体連合会に送付し保存する。 ②健康記録情報の保存年限 健康記録情報の保存年限は5年とし、保存年限が経過した場合は速やかに消去・破棄を行う。また、保存年限内の健康記録情報について本人からの情報公開依頼があった場合は、日光市情報公開条例に基づき公開する。 ③健康記録情報の管理方法 健康記録情報については、日光市個人情報保護法施行条例に基づき適切に管理する。また、外部委託機関における管理についても、同条例を準用する。
地域包括ケアに係る 取組	令和4年4月1日現在の日光市の人口に占める65歳以上の割合は36.35%と高く、日光市国保加入者においても65歳以上加入者の割合は51.8%と半数以上が高齢者となっている。そのため、高齢者が地域で元気に暮らせるよう、重度の要介護状態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ある。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る。それらを推進するための「日光市地域ケア推進会議」に国保部局として参加している。



第3期日光市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

第4期日光市特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

発行 令和6（2024）年3月

発行者 日光市市民生活部保険年金課

〒321-1292 日光市今市本町1番地

電話番号 0288-21-5110（直通）