

第3期特定健康診査等実施計画

第2期 **データヘルス計画**

(平成30年度～令和5年度)

令和4年度事業評価
(自己評価)

令和6年4月作成

栃木県 日光市

目次

1 評価・改善	
(1) 自己評価のための様式（チェックリスト）	1
(2) 特定健康診査等実施計画及びデータヘルス計画の評価及び見直し	2
(3) 優先的課題・目的・目標	3
(4) データヘルス計画の評価項目における令和4年度の実績評価	4
2 優先的課題に対する疾患毎の対応策	
(1) 保健事業一覧	7
(2) 脳血管疾患・心疾患・予防対策 尿中塩分量測定状況	8
(3) 慢性腎不全予防対策 糖尿病重症化予防事業	10
(4) 歯及び口腔疾患対策 歯科健診受診状況及び有所見率	17
3 医療費分析	
(1) 国保データベースシステム（KDB）より	19
4 健診結果分析	
(1) 特定健診 各種検査項目の有所見率	22
(2) 若年層～後期高齢者 健診結果（糖代謝検査・血圧）の有所見率の推移	23
5 特定健診	
(1) 受診率と形態別受診者数の推移	26
(2) 性別・年齢別特定健診受診率状況	27
(3) 連続受診者・不定期受診者・未経験者の状況	27
(4) 地域別・年齢別特定健診受診状況	28
6 特定健診受診率向上のための取り組み	
(1) 特定健診データ分析受診勧奨事業	29
7 若年層への早期介入	
(1) 若年層の一般健康診査・保健指導の実施状況	32
8 特定保健指導	
(1) 特定保健指導利用率・利用形態の推移	34
(2) 性別・年齢別利用状況	35
(3) メタボリックシンドローム該当・予備群及び特定保健指導該当者等の推移	36
9 人間ドック・脳ドック	
(1) 人間ドック・脳ドック受診状況	39

10 国保データベースシステム（KDB）の分析データ

(1) 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和4年度）	41
(2) 地域の全体像の把握（令和4年度）	43
(3) 市区町村別データ（令和4年度）	44
(4) 要介護（支援）者有病状況（令和4年度）	46

1 評価・改善(令和4年度)
 (1) 自己評価のための様式(チェックリスト)

a)最も望ましい状態、b)概ね望ましい状態、c)課題が残っている状態

段階	項番	評価項目	評価				評価理由
			a	b	c	該当なし	
I 事業企画・立案	企画・立案に係るもの	I-1	健診データ、レセプトその他統計資料等のデータに基づいて現状分析をしている	○			健診データ、レセプト、保健事業実施データ等多角的データから経年で現状分析を行っている。
		I-2	現行実施している保健事業の内容・体制の評価をしている	○			個別事業計画書に事業目的や体制等を明記し、実施効果の評価したうえで次年度に向けた修正をしている。
		I-3	健康課題を明確にしている	○			現状分析から健康課題を把握し、優先順位をつけ、健康状態別に関係課を含む状況も整理したうえで、課題を明確にしている。
		I-4	地域資源を把握している		○		行政・医療・福祉・介護・医師会、歯科医師会等との連携体制は構築されているが、地域資源の把握は不十分である。
		I-5	事業目的を明確にしている	○			明確になった健康課題に基づき、各保健事業の目的を設定している。
		I-6	事業目的に応じた各種保健事業を企画している	○			事業目的に応じて個別事業計画書を作成し、医師会や関係課等と相談しながら企画している。一部は国保連を通じて支援・評価委員会より助言を得て企画している。
		I-7	個別事業の優先順位を付けている	○			データヘルス計画で明確になった課題等により、優先的に取組む疾患及び事業について実施している。
		I-8	企画段階から庁内及び庁外の関係者とともに事業内容について検討している	○			国保部門から衛生・介護部門、庁外の関係者とともに、保健事業内容の進捗状況を共有し、見直しや効果等について検討している。
		I-9	事業目的に応じた対象者の選定基準を設定している	○			目的にあわせて対象者の基準を設定している。重症化ハイリスク者は学会ガイドライン、糖尿病重症化予防対象者は県プログラム等を参考に設定している。
		I-10	個別事業及び全体としての成果目標を設定している	○			個別事業計画書の評価に、事業全体の評価または数値目標を記載している。
		I-11	事業の評価指標・評価方法を設定している	○			4つの視点(ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム評価)を設定し、事業の評価指標・方法を明確にしている。
		I-12	事業運営委員会を設け、事業の運営状況を監理できる体制を整備している	○			日光市国保運営協議会において、保健事業に関する見直し・重点事業・新規事業等の説明を行い、助言を受けている。
		I-13	関係者と調整しスケジュールを立てている	○			保健事業の全体スケジュールと、それに基づいた個別スケジュールを立てている。また作成したスケジュールは関係者と協議し、承認を得ている。
		I-14	保健事業の質の確保のための取組みを行っている	○			各担当者が関連する研修会に積極的に参加し、その内容を共有している。また、委託事業者や関係課等とカンファレンスを行い事業の共有・検討を行っている。
	準備に係るもの	I-15	事業に必要な予算を確保している	○			各事業を効率的・効果的に見直すため、必要に応じて予算編成前に関係課・関係機関と協議を行い事業費の変動を見越して計画を立て予算化している。
		I-16	関係機関・関係課と連携・調整の上、実施体制を構築している	○			庁内・庁外関係部署や委託事業所と連携・協議のうえで実施体制を構築し、公民館教室など地域での活動も考慮している。
		I-17	個別事業の具体的な実施手順を明らかにし、保健指導実施関係者間で共有している	○			計画書以外に必要なに応じて事務処理要領等を作成し、関係部署や委託事業所関係者と共有を図っている。
		I-18	苦情処理の体制を確保している	○			苦情を受けた場合は、速やかに状況確認をし、対応策を決定している。対応を記録に残し、方針の統一と共有を図っている。
		I-19	計画に基づいた参加者の募集を実施している	○			各事業ともに目標値を設定し、計画的に参加者の募集を行っている。また状況に応じて人員増加策を試みている。
II 事業実施	II-1	事業開始時より関係者間で情報共有を行っている	○			事業委託業者等とは、事業全体の情報共有と随時個別ケースカンファレンスを行っている。	
	II-2	参加者個人の目標を設定している	○			初回面接で参加者個人のアセスメントを行い、個人の状況に応じた目標を話し合って設定している。	
	II-3	保健指導実施者が参加者個人の状況をモニタリングしている		○		保健指導の実施形態により、十分なモニタリングができていない場合と不十分な場合があるが、モニタリングできるよう働きかけている。	
	II-4	事業実施責任者が事業実施状況をモニタリングしている	○			各事業実施状況を担当者が継続的にモニタリングし、各種記録や報告等により事業全体の進捗を管理している。	
	II-5	脱落防止のために、対象者にフォローを行っている	○			委託業者との打合せに「脱落防止」に関する事項を入れると共に、脱落理由の把握と対策を協議している。	
	II-6	安全管理に留意している	○			運動を取り入れた事業の際には、参加者の体調等の確認と、疼痛部位等に配慮した指導をしている。	
	II-7	個人情報適切に管理している	○			委託契約書に個人情報取り扱いに関する事項を明文化し、漏えい防止対策をとっている。	
	II-8	個人目標の達成状況を評価している	○			目標の達成状況を評価して、市と委託業者で共有している。	
	II-9	保健指導終了後のフォローアップを行っている	○			フォローアップ教室の開催や継続対象者が参加しやすい環境づくりなどに配慮して事業を行っている。	
III 評価	III-1	事業評価を実施している	○			アウトプット評価、アウトカム評価を中心に、その他の評価も実施している。	
	III-2	事業結果を取りまとめている	○			令和5年度に令和4年度の事業評価(自己評価)の資料を作成している。	
	III-3	外部アドバイザーから評価を受けている	○			国保連を通じた「保健事業支援・評価委員会」や「栃木県保健事業アドバイザー派遣事業」に評価を依頼し、客観的な評価を受けている。	
	III-4	事業結果を公表している	○			市のホームページを活用し、事業評価(自己評価)を公表している。	
	III-5	次年度計画等に向けた改善点を明確にしている	○			事業の問題点・課題・改善策を内部・外部の関係者で協議し、改善策を明確にしたうえで次年度事業に臨んでいる。	

使用方法については、「国保ヘルスアップ事業評価事業報告書 別添資料1 保健事業の手順に沿った評価基準」を参照

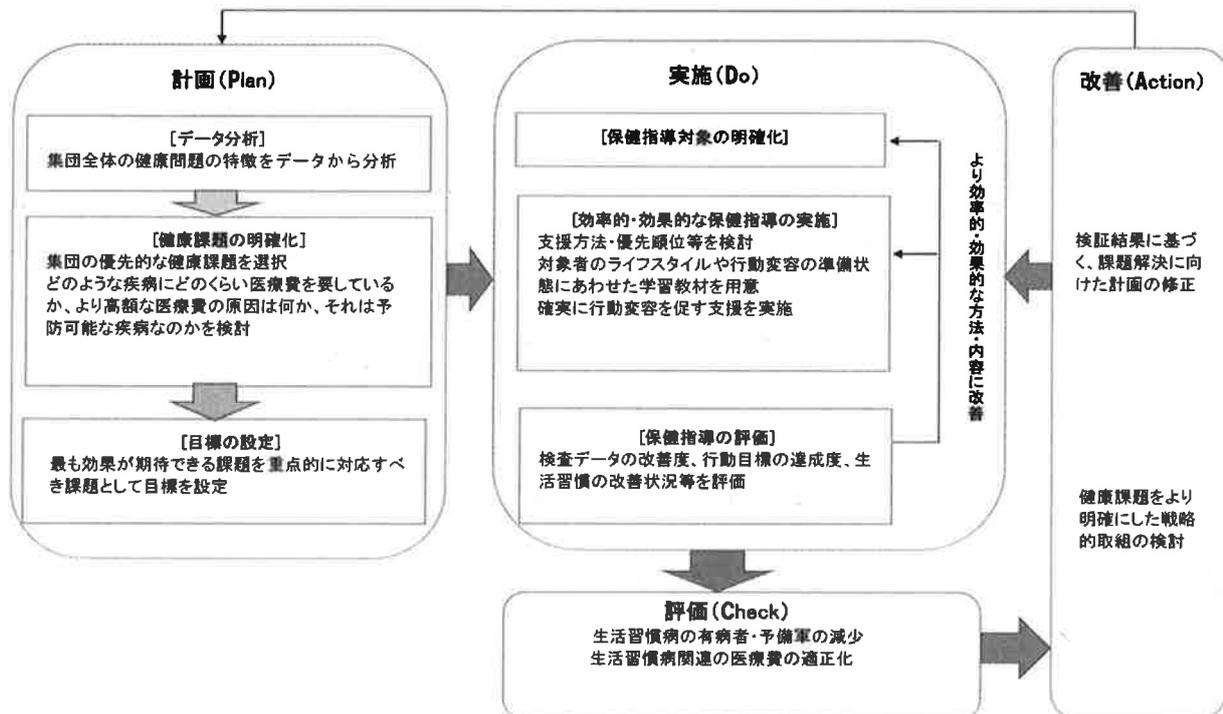
(2) 特定健康診査等実施計画及びデータヘルス計画の評価及び見直し (PDCAサイクル)

実施計画及びデータヘルス計画の進行管理については、データ分析に基づいて明確になった健康課題に対して効率的・効果的な保健指導を実施し、検証と評価により改善に向けた見直しのもとで、各種事業を継続することを基本とし、次に記載のPDCAサイクルにより実施します。

また、計画の見直しについては関係各課が連携し、目標・評価指標のポイントを踏まえて検討します。

なお、保険運営の健全化の観点から、日光市国民健康保険運営協議会に特定健康診査、特定保健指導をはじめ、その他の保健事業に関する進捗状況を報告し、状況に応じて特定健康診査等実施計画及びデータヘルス計画を見直すこととします。

保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



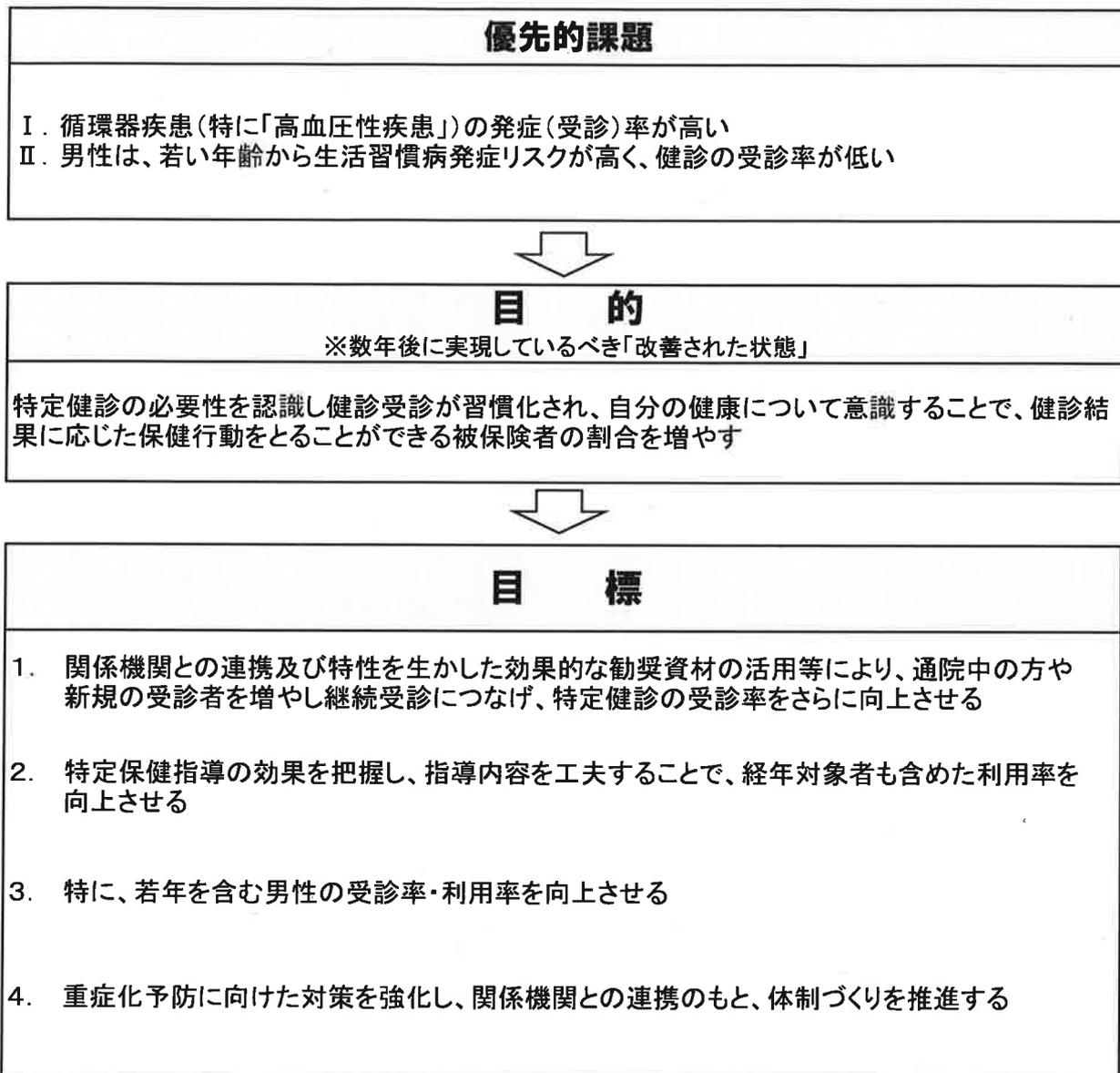
出典：厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム」(平成25年4月)

データヘルス計画(保健事業実施計画)とは・・・

根拠法令等：国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針
(平成16年厚生労働省告示第307号)

保険者は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、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。
分析により健康課題を明確にして、目標値の設定を含めた事業内容の企画を行う。
事業の評価においても健康・医療情報(特定健康診査の結果、レセプト等のデータ)を活用して行い、必要に応じて事業内容等の見直しを行う。

(3) 優先的課題・目的・目標



(4) データヘルス計画の評価項目における令和4年度の実績評価

各評価項目値は前年度分のデータ確定後、比較等により数値が算出されるため、次年度末に結果が出ます。その為、令和4年度の評価を令和5年度末に実施します。

① アウトプット評価

実施量を立案した計画の実施率や開催回数で評価します。

A. 特定健診

「受診率」は、令和4年度は46.9%となり、令和3年度と比較し、1.2%増加しました。令和4年度も前年度に引き続き委託による受診勧奨事業と市職員による電話勧奨を中心に各種受診勧奨を行いました。毎年勧奨内容の見直しを行うことで、より効果的な勧奨を目指し、継続受診への意識付けを図るとともに新規受診者の獲得にも努めています。

B. 特定保健指導

「利用率」は令和4年度は35.3%となり、前年度より7.5%増加しました。令和4年度から市保険年金課保健師による直営方式の保健指導を一部導入し、委託による保健指導実施期間よりも短時間で保健指導を受けられる利便性が利用率の増加につながったと考えられます。今後も、保健指導の利用率の向上を目指し、利用勧奨を強化しながら、より良い保健指導の実施方法を検討していきます。

C. 若年層保健事業

「一般健診受診者」は減少傾向にあります。勧奨は前年度同様、健康課と連携し、他関係課の協力を得て実施しています。健康不安が少ない年齢層であり、また就労による加入・喪失の変動、非正規雇用でも職場健診を受診している等の要因も考えられ、アプローチが難しい状況です。引き続き、関係課と連携・協力しながらポピュレーション及びハイリスク両面から継続的にアプローチしていく必要があります。

No.	項目	当初目標 (中間評価後)	実績			評価指標									
			R3年度	R4年度	前年比	データ 掲載 ページ	短期 評価時期 評価指標	中長期 評価時期 評価指標							
1	特定健診受診率 ※決算値	R1年度	※参考指標の再設定			29	毎年度 1.5%増	R5年度 55.3%							
			49.3%	45.7%	46.9%				1.2%						
			2	男性の受診率 ※法定報告値	R1年度				41.7%	38.1%	38.2%	0.1%	30	毎年度 1.5%増	R5年度 47.7%
									3.6%	2.8%	2.2%	-0.6%			
3	新規受診者 ※過去3年間未受診で 当年度受診した人の割合	R1受診 (H28~30 未受診)	3.6%	2.8%	2.2%	-0.6%	/	毎年度 0.2%増	R5受診 (R2~R4 未受診) 4.4%						
4	継続受診者 ※3年間継続受診した人の割合	H29~R1 継続受診	33.8%	28.8%	28.4%	-0.4%				/	毎年度 1.5%増	R3~R5 継続受診 39.8%			
5	特定保健指導利用率 ※決算値	R1年度	※参考指標の再設定			37	毎年度 1.0%増	R5年度 54.0%							
			50.0%	27.8%	35.3%				7.5%						
6	継続利用者 (2年連続参加率)	R1年度	65.2%	51.9%	33.0%	-18.9%	/	毎年度 0.5%増	R5年度 67.2%						
7	若年層19歳~39歳(男性)の 一般健康診査受診者	R1年度	209人 (国保)	95人 (国保)	101人 (国保)	6人	35	毎年度 20人増	R5年度 289人 (国保)						
8	若年層の保健指導 (動機付け支援)利用率 ※決算値	R1年度	27.0%	28.6%	33.3%	4.7%	36	毎年度 0.5%増	R5年度 29%						

<参考:法定報告値>

特定健診受診率(法定報告値)	H30年度	42.0%	41.7%	41.9%	0.2%	41
特定保健指導実施率(法定報告値)	H30年度	45.7%	30.4%	24.1%	-6.3%	41
特定保健指導利用率(法定報告値)	H30年度	42.2%	28.6%	23.5%	-5.1%	41

② アウトカム評価

事業を実施したことによる成果を目標の達成度で評価します。

成果が出るまでには、中長期的追跡が必要となります

A. 特定健診有所見率、脳血管疾患、心臓病による死因割合、生活習慣病保有者割合

男女ともに「中性脂肪」の有所見率、HbA1cは減少しました。また、長期評価指標である「脳血管疾患による死因割合」、「心臓病による死因割合」は横ばいで推移していますが、「生活習慣病保有者割合」は増加しています。

B. 特定保健指導減少率、メタボ該当者及び予備群該当者割合の減少

特定保健指導対象者に関して、「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」はやや増加しましたが、「特定保健指導利用による保健指導対象者の減少率」は、ほぼ横ばいです。

「メタボ該当者・予備群割合」については、緩やかな減少傾向にあります。引き続きより効果的な保健指導を展開できるような介入方法、内容等の検討を行い、対象者一人一人への健康管理への意識づけを図っていきます。

C. 糖尿病重症化予防

糖尿病合併症による患者数が栃木県と比較して多い状況にあります。そのため、糖尿病の進行や重症化、合併症による透析を阻止するための対策を行っていきます。

期間	No.	項目	当初目標 (中間評価後)		実績			評価指標		
					R3年度	R4年度	前年比	データ 掲載 ページ	短期 評価時期 評価指標	中長期 評価時期 評価指標
短期・中期	1	特定健診結果有所見率								
		(男性)中性脂肪の有所見率	R1年度	22.0%	22.3%	23.5%	1.2%	24	毎年度 0.5%減	R5年度 20.0%
		(男性)HbA1cの有所見率	R1年度	57.4%	55.5%	52.4%	-3.1%	24	毎年度 0.5%減	R5年度 55.4%
	3	(女性)HbA1cの有所見率	R1年度	58.1%	54.9%	53.7%	-1.2%	24	毎年度 0.5%減	R5年度 56.1%
	4	特定保健指導								
	①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	R1年度	23.0%	18.5%	19.0%	0.5%	39	現状維持	R5年度 23.0%	
	②特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	R1年度	27.6%	24.8%	24.7%	-0.1%	39	毎年度 0.5%増	R5年度 29.6%	
長期	1	脳血管疾患による死因割合 (R5年度の評価指標はH28年度県平均値を計上)	R1年度	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	44	現状把握	R5年度 0.1%
	2	心臓病による死因割合 (R5年度の評価指標はH30年度県平均値を計上)	R1年度		0.2%	0.3%	0.1%	44	現状把握	R5年度 0.2%
	3	生活習慣病保有者割合 (R5年度の評価指標はH28年度県平均値を計上)	R1年度	37.9%	41.6%	41.8%	0.2%	23	現状把握	R5年度 37.9%
	4	メタボ該当者及び予備群該当者割合								
		①メタボ該当者割合	R1年度	15.7%	19.8%	18.7%	-1.1%	39	毎年度 0.1%減	R5年度 15.3%
		②メタボ予備群該当者割合	R1年度	10.5%	12.4%	12.3%	-0.1%		毎年度 0.1%減	R5年度 10.1%
	6	人工透析新規導入者数の減少	R1年度		8人	6人	-2人	13	減少	R5年度 10人

③ プロセス評価

目的達成に向けた実施過程や活動状況の評価します。

A. 向上に向けた再確認、関係機関・関係課との連携

受診率・実施率等を向上させるために、定期的に関係課・関係機関と協議の場を設定し、実施経過及びその結果の確認・評価及び今後の方向性等の話し合いを行っています。そこで、事業の継続・変更・拡充を決定し、調整しながら次の事業計画・実施につなげ、プロセス評価を実施しています。

B. 特定健診未受診者・特定保健指導不参加者への働きかけ

「特定健診未受診者」については、広く周知・啓発をする働きかけをするとともに、一部業務委託し、未受診者の特性別(受診歴の有無・健康意識の有無・通院の有無等)に個別に働きかける方法を実施しています。毎年度、前年度の結果を基に評価・検討を行い、課題解決に向けた事業計画を策定し、より効果的な勧奨となるよう委託業者と協議の上、勧奨資材を作成しています。また、前年度に受診歴のある方を中心に職員による電話勧奨を実施します。

インセンティブについては、平成27年度から「健診受診」を必須条件として「にっこ健康マイレージ」を実施しており、健診の動機づけとなるよう毎年度改善を加えながら今後も継続し、周知していきます。

「特定保健指導不参加者」には、個別に通知・電話での地道な働きかけを行っています。またインセンティブとして、特典(尿中塩分量測定の実施や健康グッズ配布等)を設けています。今後も他事例を参考にしながら、保健指導の利用につながる働きかけを継続していきます。

No.	項目	内容
1	受診率・実施率・受診者数・参加者数等を向上させるための工夫点等の再確認	<ul style="list-style-type: none"> ・目標を達成するために、毎年、左記視点での見直し・評価を実施 ・その結果に基づいて実施方法を修正し、毎年度作成する「保健事業個別実施計画書」に反映させる
2	関係機関・関係課との連携体制の構築	
3	特定健診未受診者・特定保健指導不参加者の行動変容に至る働きかけの有無 等	

④ ストラクチャー評価

事業を実施するための仕組みや体制が整っているかを評価します。

A. 医師会、歯科医師会、薬剤師会との連携

毎年度、行政で協力を得ている各種事業に関する協議の機会を定例で持っています。事業の変更を検討する際には、説明・相談し、円滑に行えるよう努めている状況です。また、国保運営協議会委員として、各団体から推薦された代表者からは、保健事業の運営に関するご意見等を頂いています。

B. 関係各課との連携による事業の実施

各地区公民館等の事業の中で生活習慣病予防事業の実施、健診受診勧奨に向け、健康課や教育委員会等の協力を得て実施しています。今後も関係課との連携を図り、地域の特性を見ながら、効率的かつ効果的な事業を実施していく必要があります。

C. 市内各事業所・関連組織との協働実施

引き続き、市内事業所からの事業主健診結果の情報提供等、協働で実施していきます。

No.	項目	内容
1	医師会、歯科医師会、薬剤師会への協力依頼と連携による事業の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・目標を達成するために、毎年、左記視点での見直し・評価を実施 ・その結果に基づいて実施方法を修正し、毎年度作成する「保健事業個別実施計画書」に反映させる
2	行政内関係各課との連携による事業の効率的・効果的組立てと実施	
3	市内各関係事業所、関連組織等への働きかけによる事業の協働実施 等	

2 優先的課題に対する疾患毎の対応策

(1) 保健事業一覧

●=個別事業計画書に記載、○=実施主体

優先順位	疾患名	優先順位の根拠	状態(段階)別対策	保健事業内容 (成人対象)	関係課			
					保険年金課	健康課	(高齢福祉課 センター) 地域包括支援	公民館
1	心疾患 脳血管疾患 <優先疾患> ①「高血圧」 ②「脂質異常症」 ③「糖尿病」 予防の促進	医療費割合↑ 高額医療費 多発(多受診)疾病 複数疾患併発↑ 死亡率↑ 要介護認定原因疾患割合↑	発症前の予備群	・特定健診、後期高齢者健診、若年層一般健診 (未受診対策)	●	連携		
				・人間ドック	●	連携	連携	連携
				・脳ドック	●			
				・特定保健指導	●	連携		
				・生活習慣病予防教室	●	連携		●
				・健診結果説明会<市設定の基準値以上>		○		
				・糖尿病&腎臓病予防教室		○		
				・各種健康教室での尿中塩分量測定	連携	○		
				・ウォーキング教室		○		
				・にっこう健康マイレージ事業	連携	○	連携	連携
・健康づくり推進員事業		○						
早期治療	・健診結果説明会<要指導・要医療>		○					
	・特定保健指導	●						
	・家庭訪問	●	○					
重症化予防	・家庭訪問(重症化リスク・受診勧奨判定値以上者)	●	連携					
	・病態別栄養指導(医療機関から依頼時)		○					
2	慢性腎不全 <優先疾患> 「高血圧」 「糖尿病」 を基礎疾患とするもの	高額医療費 多発(多受診)疾病 複数疾患併発↑	発症前の予備群	・特定健診、後期高齢者健診、若年層一般健診 (未受診対策)	●	連携		
				・人間ドック	●	連携	連携	連携
				・特定保健指導	●	連携		
				・生活習慣病予防教室	●	連携		●
				・健診結果説明会<市設定の基準値以上>		○		
				・糖尿病&腎臓病予防教室		○		
				・各種健康教室での尿中塩分量測定	連携	○		
				・ウォーキング教室		○		
				・にっこう健康マイレージ事業	連携	○	連携	連携
				・健康づくり推進員事業	連携	○		連携
早期治療	・健診結果説明会<要指導・要医療>		○					
	・特定保健指導	●	連携					
	・家庭訪問	●	○					
重症化予防	・家庭訪問(重症化リスク・受診勧奨判定値以上者)	●	連携					
	・病態別栄養指導(医療機関から依頼時)		○					
糖尿病及び糖尿病性腎症重症化予防事業					●	○		
3	がん	高額医療費 複数疾患併発↑ 死亡率↑	早期発見 早期治療	・がん検診 (未受診対策)	連携	○		
				・人間ドック	●			
				・にっこう健康マイレージ事業	連携	○	連携	連携
精密検査未受診勧奨の徹底					○	○		
4	歯及び 口腔疾患	多発(多受診)疾病	早期発見 早期治療 生活習慣病予防	・歯科健診(受診率向上対策)	●	○	連携	
				・健康教室		○		
				・にっこう健康マイレージ事業	連携	○	連携	連携
				・介護予防教室		○	○	
5	骨粗しょう症	多発(多受診)疾病 要介護認定原因疾患割合↑	発症前の予備群 早期発見	・骨粗しょう症検診(20~70歳の5歳刻み)	連携	○		
				・健康教室	連携	○		○
				・ウォーキング教室		○		
			・にっこう健康マイレージ事業	連携	○	連携	連携	
			・介護予防事業		○	○		
			早期発見 早期治療	・骨粗しょう症健診年齢拡大(75・80・85歳)	連携	○		
・要精検者未受診勧奨(R4~)		○						
(一次勧奨:全員、二次勧奨:65歳以下<更年期強化>)								
重症化予防	・介護保険(予防給付)			○				

(2) 脳血管疾患・心疾患予防対策 尿中塩分量測定状況

特定保健指導では、優先的課題「脳血管疾患・心疾患対策」として、初回及び3か月後実績評価の2回において「尿中塩分量測定」と「塩分チェックシート」を実施し、減塩指導を行っています。

尿中塩分量測定結果によると、摂取塩分量が基準値内(1日塩分摂取量 男性7.5g未満、女性6.5g未満)の割合は、初回では15.3%、2回目では12.5%でした。また、摂取塩分量平均値は、男女とも基準値より5g程度高い状況でした。

塩分チェックシートにおける各項目の平均点をみると、初回は「麺類の汁を飲む」「塩味のお菓子」が最も高く、2回目は「外食の味付けと比較」「塩味のお菓子」が最も高くなっています。また、初回と2回目を比較して控えることができた項目として「麺類の汁を飲む」「汁物の頻度」が多くみられました。「塩味のお菓子」は間食として摂取することが多く、減塩の取り組みとして見落としがちな項目です。

塩分摂取量の目標値を達成することはなかなか難しい状況ですが、引き続き、普段の食生活や間食を聞き取り、尿中塩分測定値と比較しながら、実践しやすい減塩指導を行っていきます。

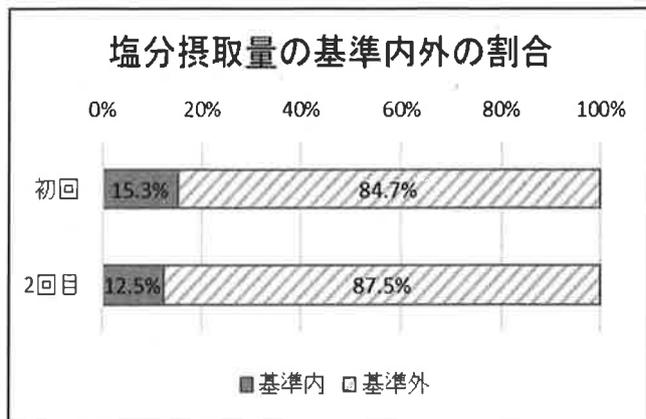
【 事業について 】

事業概要	特定保健指導は、初回、中間(3か月経過後実績評価)、最終(6か月後最終評価)の3回の個別又はグループ支援を行っている。この中で、優先的課題「脳血管疾患・心疾患」対策として、減塩を目的とした尿中塩分量測定及び塩分チェックシートの判定を行っている。	
方法	初回 (1回目の測定)	・自宅で早朝尿採取。面接時に尿検査と塩分チェックシートを回収。 ・塩分チェックシート、食事記録に沿って、減塩指導を実施する(管理栄養士)。
	中間 (2回目の測定)	・自宅で早朝尿採取。面接時に尿検査と塩分チェックシートを回収。 ・初回の尿中塩分量測定結果、塩分チェックシートに沿って、個別又はグループでの減塩指導を実施する(管理栄養士)。
	最終	・初回・中間の尿中塩分量測定結果及び塩分チェックシートを比較し、減塩の取組を確認しながら再指導を行う(管理栄養士)。

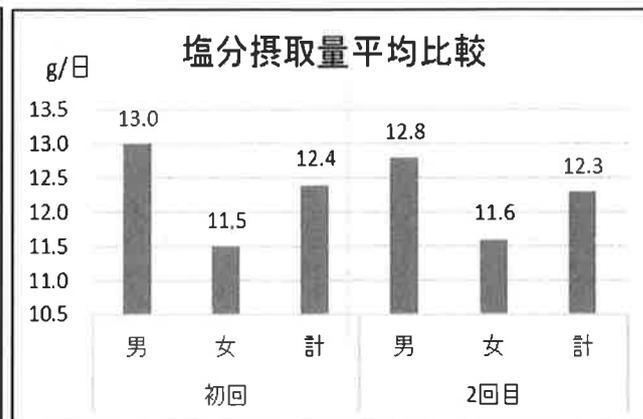
【 令和4年度特定保健指導参加者の尿中塩分量2回測定結果について 】

指導回数	性別	実施者数 (人)	塩分量 最高値 (g/日)	塩分量 最低値 (g/日)	塩分量 平均値 (g/日)	日本人 食事摂取基準 目標値(g/日)
初回	男	46	26.7	2.7	13.0	7.5
	女	26	27	2.7	11.5	6.5
	計	72	26.7	2.7	12.4	
2回目	男	46	23.4	4.2	12.8	7.5
	女	26	20.1	2.4	11.6	6.5
	計	72	23.4	4.2	12.3	

【 塩分摂取量の初回・2回目の結果比較 】



【 塩分摂取量平均比較 】



【 塩分チェックシートによる分析 】

①指導回数ごとの各項目の平均点 ※点数が高いほど摂取している頻度が多い。

指導回数	実施者数 (人)	項目ごとの平均点									
		①食べる量	②外食の味付けと比較	③寿司や刺身につけるしょうゆを使う量	④調味料をかける頻度	⑤味のついたご飯	⑥麺類	⑦麺類の汁を飲む	⑧汁物の頻度	⑨味の付いた魚	⑩煮物
初回	72	0.3	0.7	0.4	0.4	0.4	0.5	0.8	0.5	0.4	0.3
2回目	70	0.4	0.7	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	0.3	0.3	0.2

指導回数	実施者数 (人)	項目ごとの平均点									
		⑪練り製品	⑫加工品	⑬塩蔵品	⑭漬物	⑮塩味のお菓子	⑯お弁当・惣菜	⑰ファーストフード	⑱インスタント食品	⑲とんかつ、から揚げ、天ぷら	⑳ハンバーグ、メンチカツ、ぎょうざ
初回	72	0.3	0.5	0.1	0.3	0.8	0.4	0.1	0.3	0.4	0.4
2回目	70	0.2	0.4	0.1	0.3	0.7	0.3	0.0	0.2	0.4	0.4

【尿中塩分測定実績 令和5年4月1日現在】

(3) 慢性腎不全予防対策 糖尿病重症化予防事業

① 糖尿病合併症及び人工透析、健診における腎機能有所見率の状況

患者千人当たり糖尿病合併症患者数をみると、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経症は、国民健康保険被保険者(国保被保険者)及び後期高齢者ともに県と比較すると多く、特に糖尿病性腎症は増加傾向です。

人工透析患者数は、令和4年度では国保被保険者と後期高齢者合わせて221人で、前年度より13人減少しました。国保被保険者は50歳代が38.2%、後期高齢者は75歳～79歳が30.7%で最も多くなっています。1件当たり人工透析点数についてみると、令和4年度は国保被保険者、後期高齢者ともに県よりも低くなっています。

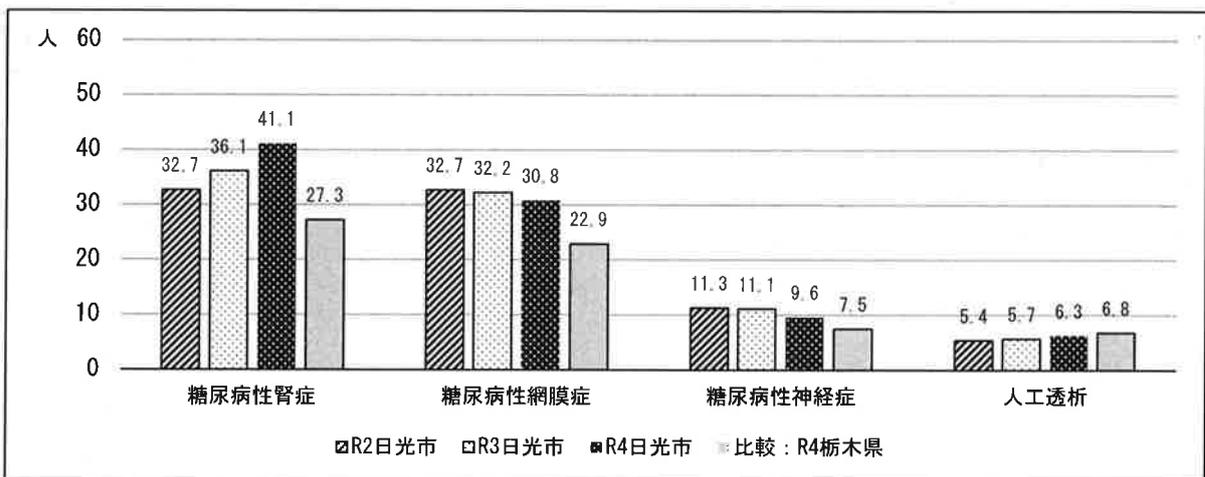
人工透析患者のうち、糖尿病で治療している者は国保被保険者が58.2%、後期高齢者が71.1%、高血圧症で治療しているは国保被保険者が87.3%、後期高齢者が91.6%となっています。

健診における腎機能(尿蛋白、eGFR)についてみると、尿蛋白(±)以上は、男性が50歳代、女性は40歳代が最も多い状況でした。また、eGFRは男女とも60歳代から急増しています。

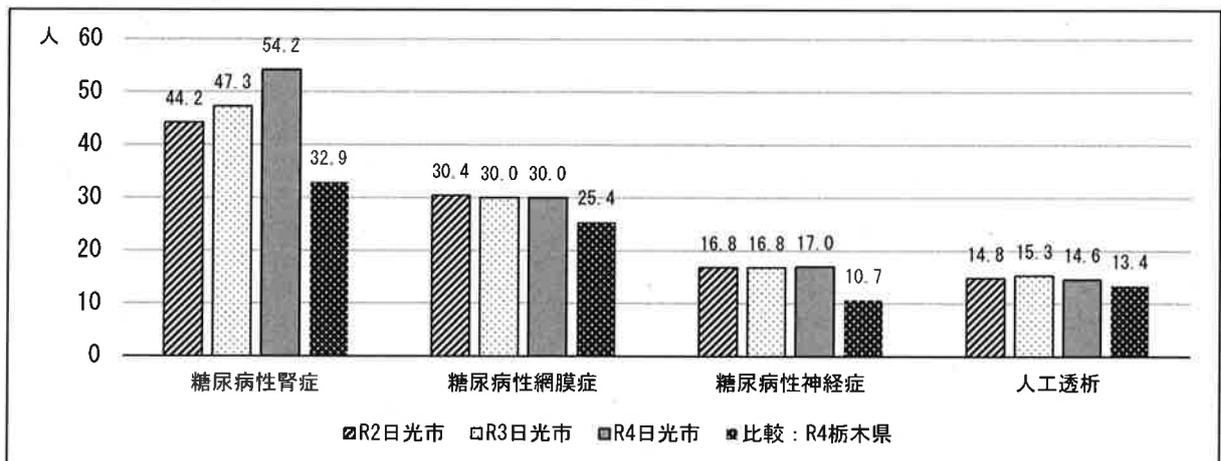
● 糖尿病性腎症に関する参考データ

【 患者千人当り 糖尿病合併症及び人工透析患者数 】

【国民健康保険】



【後期高齢者】



<KDBシステムより>

【 令和4年度 年齢別人工透析患者数 】

【国民健康保険】

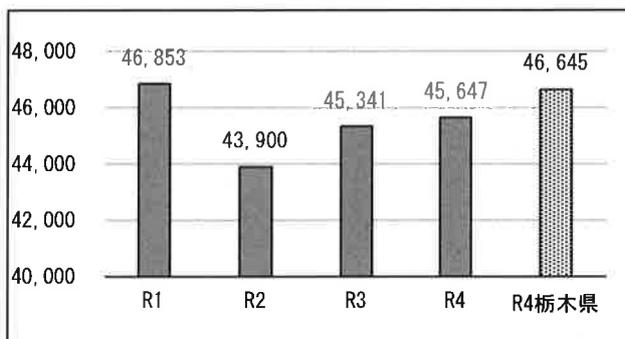
年齢	男	女	合計 (割合)
20歳代	0人	0人	0人 (0.0%)
30歳代	0人	0人	0人 (0.0%)
40歳代	6人	2人	8人 (14.5%)
50歳代	17人	4人	21人 (38.2%)
60～64歳	11人	3人	14人 (25.5%)
65～69歳	4人	3人	7人 (12.7%)
70～74歳	3人	2人	5人 (9.1%)
合計	41人	14人	55人 (100.0%)

【後期高齢者】

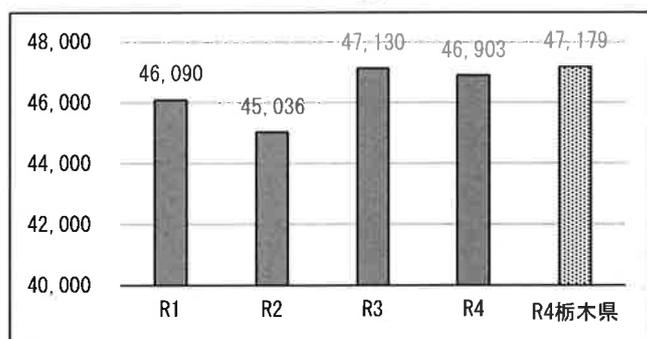
年齢	男	女	合計 (割合)
65～69歳	7人	4人	11人 (6.6%)
70～74歳	29人	11人	40人 (24.1%)
75～79歳	30人	21人	51人 (30.7%)
80～84歳	22人	18人	40人 (24.1%)
85～89歳	11人	6人	17人 (10.2%)
90～94歳	4人	2人	6人 (3.6%)
95～99歳	0人	1人	1人 (0.6%)
合計	103人	63人	166人 (100.0%)

【 1件当たり人工透析点数 】

【国民健康保険】



【後期高齢者】



【 人工透析患者の推移 】

【国民健康保険】

令和5年5月分

年度	人工透析患者数 (※)	人工透析患者数のうち		
		被保険者に占める人工透析患者の割合	糖尿病患者 (割合)	人工透析患者数のうち高血圧症患者 (割合)
令和1年度	48人	0.2%	31人 (64.6%)	44人 (91.7%)
令和2年度	54人	0.3%	37人 (68.5%)	49人 (90.7%)
令和3年度	61人	0.3%	40人 (65.6%)	56人 (91.8%)
令和4年度	55人	0.3%	32人 (58.2%)	48人 (87.3%)

【後期高齢者】

令和5年5月分

年度	人工透析患者数 (※)	人工透析患者数のうち		
		被保険者に占める人工透析患者の割合	糖尿病患者 (割合)	人工透析患者数のうち高血圧症患者 (割合)
令和1年度	181人	1.2%	125人 (69.1%)	174人 (96.1%)
令和2年度	173人	1.2%	122人 (70.5%)	164人 (94.8%)
令和3年度	179人	1.2%	125人 (69.8%)	169人 (94.4%)
令和4年度	166人	1.1%	118人 (71.1%)	152人 (91.6%)

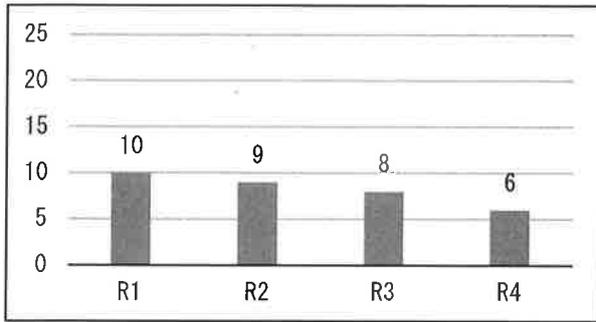
※65歳以上の特定疾病療養受給証交付者を含む

<KDBシステムより>

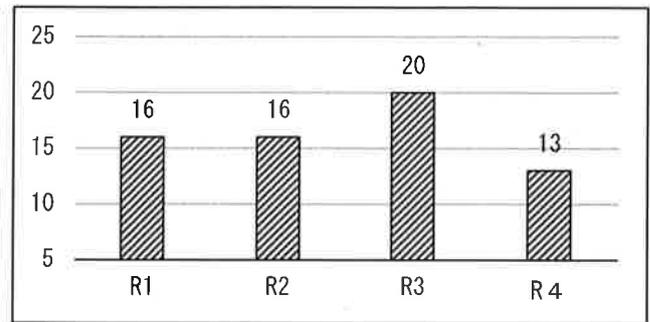
【 新規人工透析者の状況 】

・新規人工透析者数（人）

【国民健康保険】

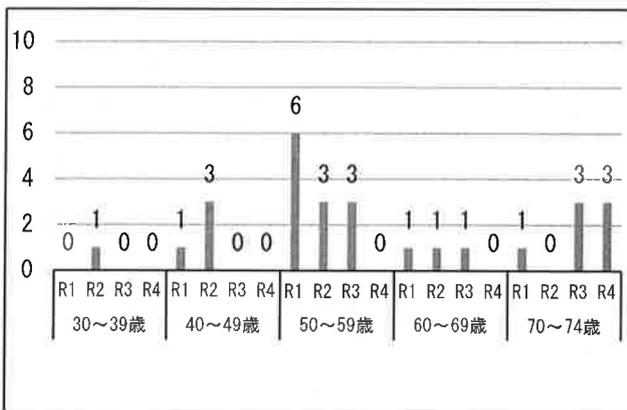


【後期高齢者】

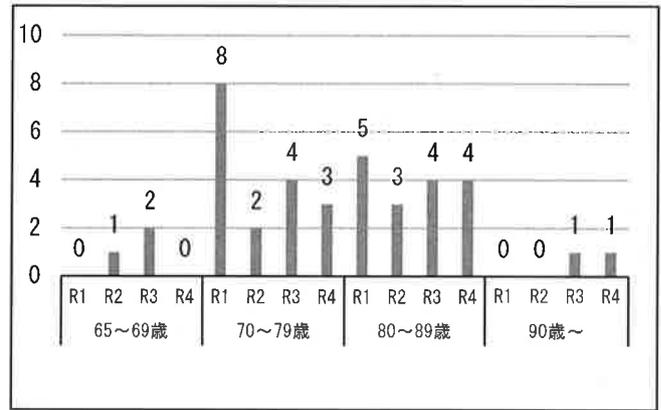


・男女別新規人工透析者数（人）

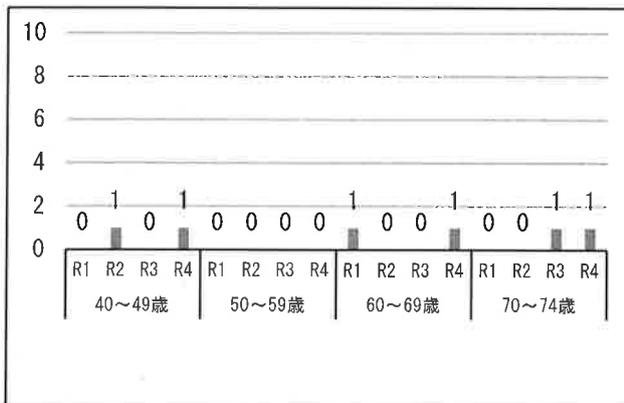
【国民健康保険（男性）】



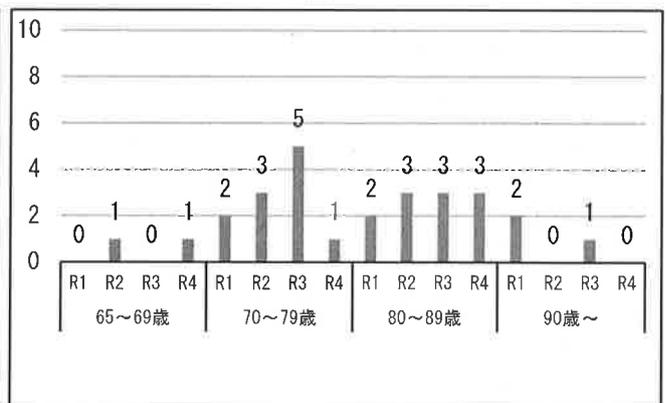
【後期高齢者（男性）】



【国民健康保険（女性）】

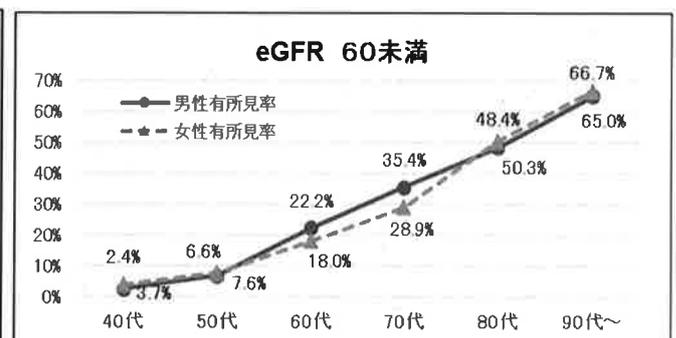
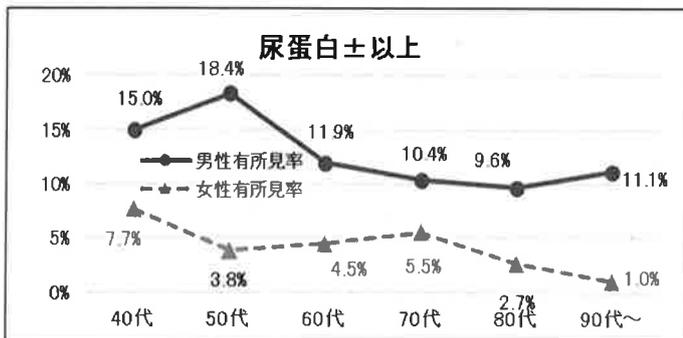


【後期高齢者（女性）】



<KDBシステムより>

【 令和4年度 腎機能(蛋白尿)及び推算糸球体濾過量(eGFR)の年齢別有所見率 】



<特定健診等データ管理システムより>

② 糖尿病重症化予防事業

● 趣旨

栃木県糖尿病重症化予防プログラム(令和3年3月改定)及び高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版(令和元年10月)に基づき、健康課や関係機関と連携し、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で、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予防、人工透析への移行を防止することを目的としています。

● 対象及び介入方法 (健診等受診後)

(1) 国民健康保険被保険者で、特定健診・人間ドック受診者のうち、下記対象の者

	段階	抽出基準		介入方法		
		健診データ	レセプトデータ	情報提供	受診勧奨	保健指導
保 険 者	糖尿病境界域段階	空腹時血糖 100 以上 126 未満 又は、HbA1c5.6 以上 6.5 未満		○		※1
	糖尿病重症化予防段階	空腹時血糖 126(随時血糖 200) 以上 又は、HbA1c6.5 以上	最近 1 年間に糖尿病受療歴がある 最近 1 年間に糖尿病受療歴がない	※2	○	
	糖尿病性腎症重症化予防段階	上記抽出基準を満たす者のうち尿蛋白(±) 以上又は eGFR 60 未満	最近 1 年間に糖尿病受療歴がある 最近 1 年間に糖尿病受療歴がない			○
	糖尿病治療中断かつ健診未受診	過去に糖尿病治療歴がある、又は過去 3 年間程度の健診にて空腹時血糖 126 以上もしくは HbA1c6.5 以上が確認されているものの最近 1 年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者			○	
医療機関	糖尿病性腎症重症化予防段階	糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断したもの	※2			○

(2) 75 歳～79 歳の後期高齢者で、健診・人間ドック受診者のうち、下記対象の者

	段階	抽出基準		介入方法		
		健診データ	レセプトデータ	情報提供	受診勧奨	保健指導
保 険 者	糖尿病境界域段階	空腹時血糖 126 以上 又は、HbA1c6.5 以上 7.0 未満		○		

	糖尿病重症化 予防段階	HbA1c7.0 以上	最近 1 年間に糖尿病 受療歴がある	※2		
			最近 1 年間に糖尿病 受療歴がない		○	
	糖尿病性腎症 重症化予防段 階	上記抽出基準を満た す者のうち尿蛋白(+) 以上又は eGFR45 未満	最近 1 年間に糖尿病 受療歴がある			○
			最近 1 年間に糖尿病 受療歴がない		○	※3
糖尿病治療中 断かつ健診未 受診	過去に糖尿病治療歴がある、又は過去 3 年 間程度の健診に HbA1c7.0 以上が確認されて いるものの最近 1 年間に健診受診歴やレセプ トにおける糖尿病受療歴がない者		○			
医療 機関	糖尿病性腎症 重症化予防段 階	糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明し、保健指導が必 要と医師が判断したもの			○	

※1 特定健診・特定保健指導の階層化の基準を満たす場合には、特定保健指導を実施する。

※2 糖尿病境界域段階以外でも情報提供が必要と判断した場合には、情報提供を実施する。

※3 受診勧奨後に糖尿病受療歴が確認された場合には、必要に応じて、かかりつけ医と連携した保健指導につなげる。

【 介入方法について 】

特定健診、はつらつ健診、人間ドック等の結果から糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化の予防が必要と思われる対象者を抽出し、医療機関への受診勧奨、保健指導を行う。

○情報提供： 糖尿病境界域段階の該当者に結果返却時、リーフレットを配布し、動機づけを行う。

○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電話、面接等で受診勧奨を行う。

○保健指導： 健診結果データから振り分けし、糖尿病重症化予防事業保健指導プログラムへの参加意向のある方について、管理栄養士がプログラムに沿って保健指導を6か月間行う。
また、プログラム参加意向のない方については、地区担当保健師により対応する。

初回面接

生活のアセスメント

かかりつけ医指示のもと生活習慣改善に向けて行動目標設定

1 か月後(電話支援 1)

2 か月後(電話支援 2)

3 か月後面接

4 か月後(電話支援 3)

5 か月後(電話支援 4)

6 か月後面接

治療状況、身体症状等の確認、行動目標の取組みの振り返り
今後の取組について

終了後

保健指導実施報告書によりかかりつけ医及び市に報告

● 令和4年度の実績評価

令和4年度の保健指導(6か月のプログラムによる)は、国保被保険者では実施率15.5%、後期高齢者では30.0%でした。参加者の内訳は、男女別では男性が女性より多く、年代別では70歳代が約8割を占めていました。

参加者の保健指導開始前と評価時の検査値(平均値)を比較すると、血圧、HbA1c、eGFRは改善が認められましたが、空腹時血糖については改善が認められませんでした。

塩分チェック点数は改善がみられました。減塩に対する意識が高まり、生活習慣改善につながったことにより、尿中塩分量についても改善が見られました。

また、アンケート結果をみると、参加者の約8割が「参加してよかった」と答えていました。食生活や運動に関して生活習慣の改善がみられていました。引き続き、委託業者や健康課と保健指導の方法や内容等の見直しを図りながら、医療機関との連携を強化し、効果的な事業を展開していきます。

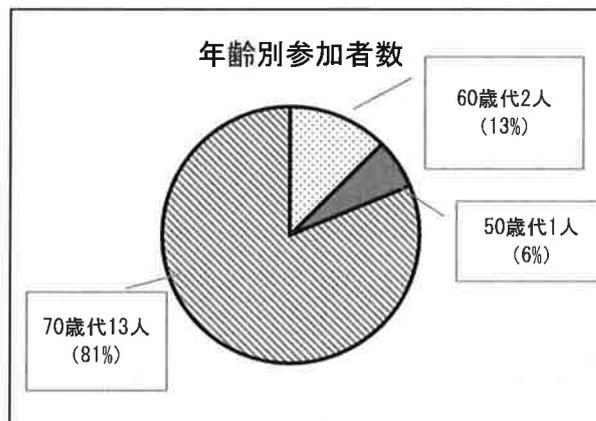
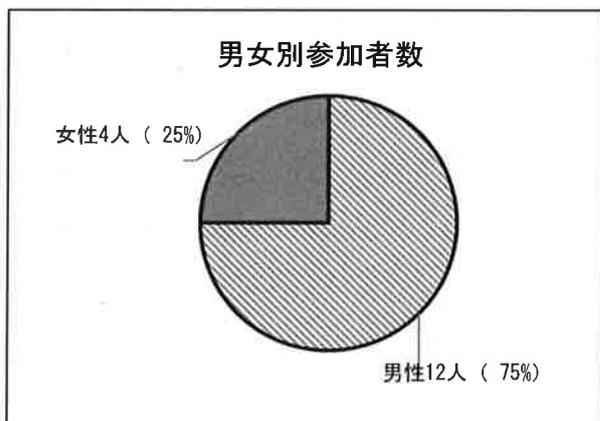
【 実施率 】 <国民健康保険>

介入方法	対象者数	実施者数	実施率
情報提供	626人	626人	100%
受診勧奨	15人	15人	100%
保健指導	84人	13人	15.5%

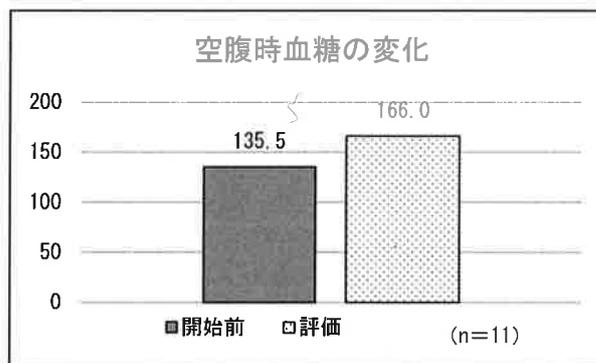
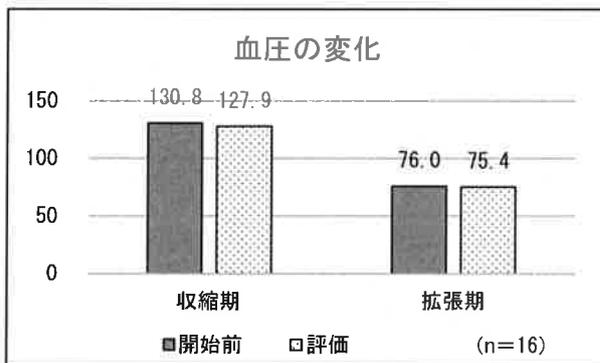
<後期高齢者>

介入方法	対象者数	実施者数	実施率
情報提供	144人	144人	100%
受診勧奨	14人	14人	100%
保健指導	10人	3人	30.0%

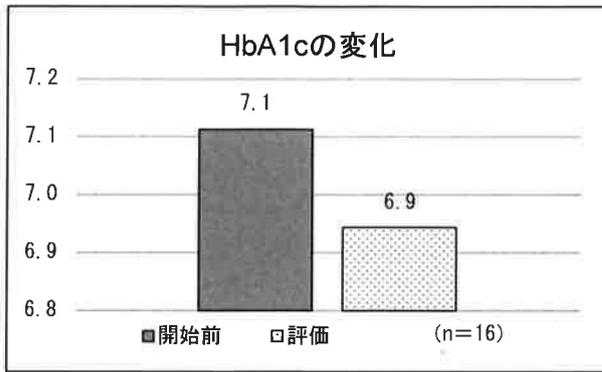
【 保健指導による評価 (計16人) 】



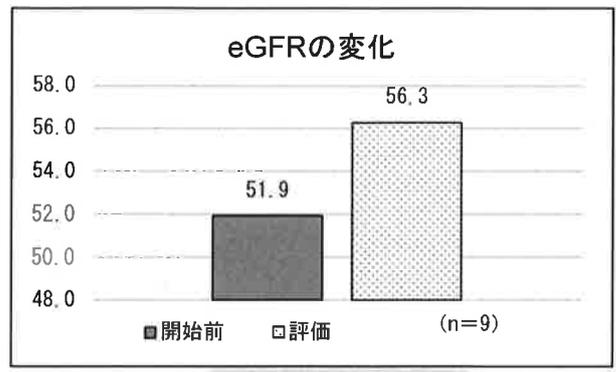
各検査値の変化 (平均値による)



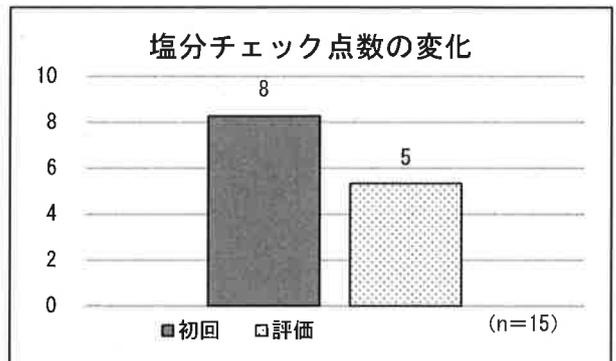
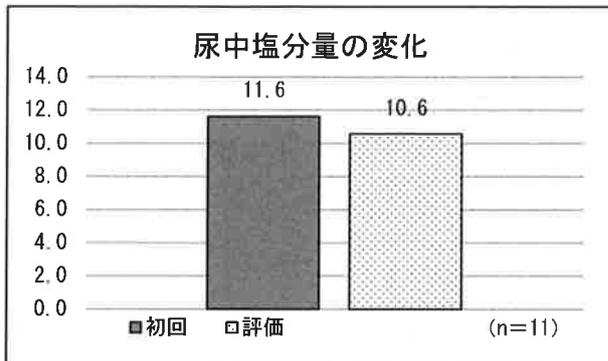
空腹時血糖改善率: 36.4%



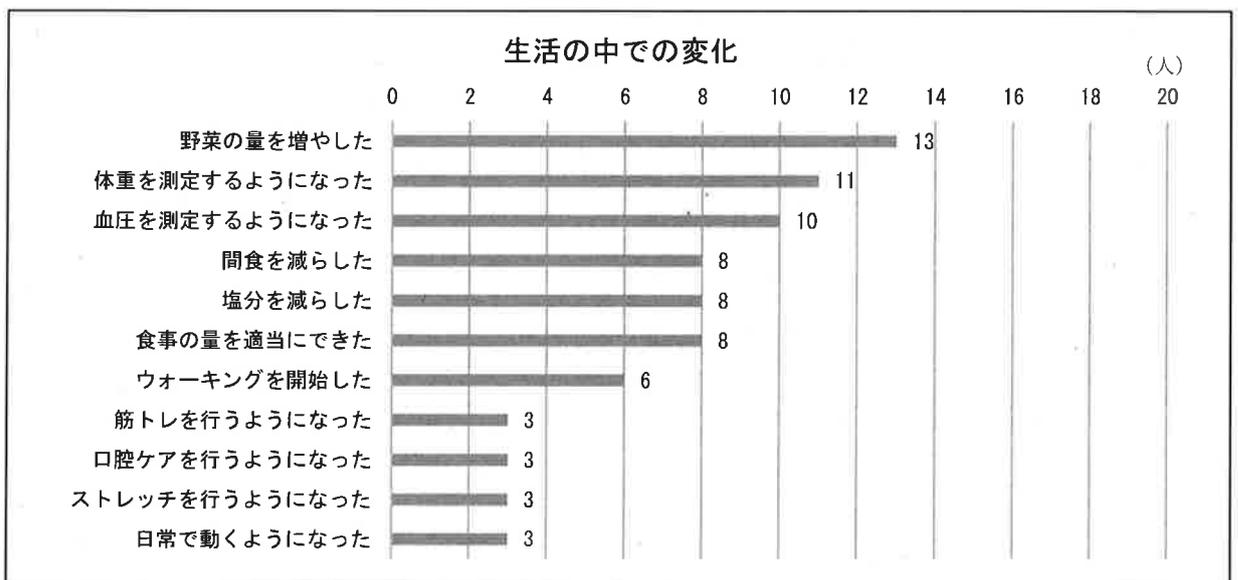
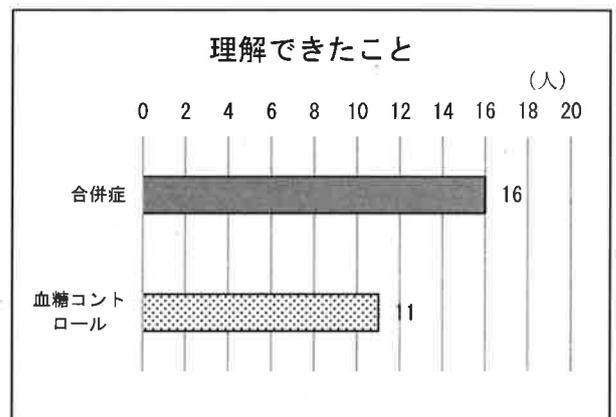
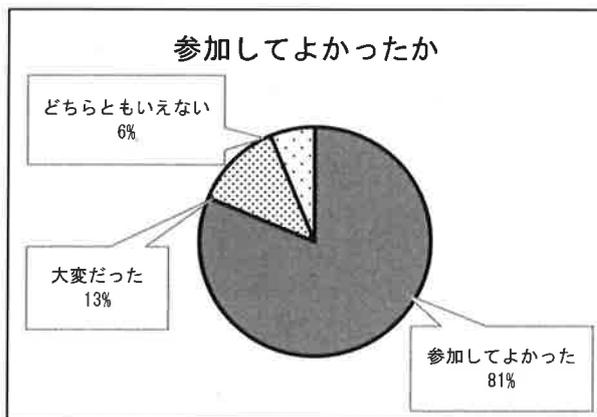
HbA1c 改善率 : 75.0%



eGFR 改善率 : 77.8%



指導終了後アンケート結果から (回答者 : 16名)



<糖尿病重症化予防事業実績>

(4) 歯及び口腔疾患対策 歯科健診受診状況及び有所見率

日光市における多発疾病上位6疾患の第2位に「歯肉炎及び歯周疾患」が入っています。

国保被保険者の歯科健診受診者数は令和元年度より減少していましたが、令和4年度は増加しました。

受診結果を見ると、むし歯のある割合は35.7%で、特に若年層の割合が43.4%と高くなっています。また、歯周病の割合は63.1%で、特に65歳～74歳の割合が72.2%と高い状況です。

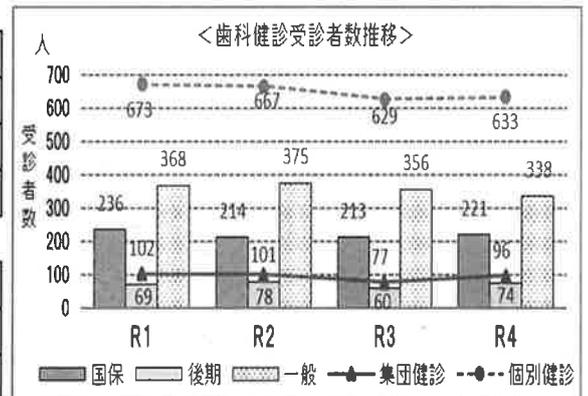
歯科健診を受けることにより、虫歯や歯周疾患の早期発見・早期治療につながることから、歯科健診受診者数の増加を目指す必要があります。重点受診勧奨対象者に対する勧奨方法を工夫し、受診者数の増加に努めます。

また、日光市は、歯や口腔の健康とかかわりの深い糖尿病や虚血性心疾患などの生活習慣病の受診件数が高いことから、口腔機能と生活習慣病との関係などについての周知啓発を引き続き行う必要があります。

【 形態別・加入保険別歯科健診受診者の推移 】

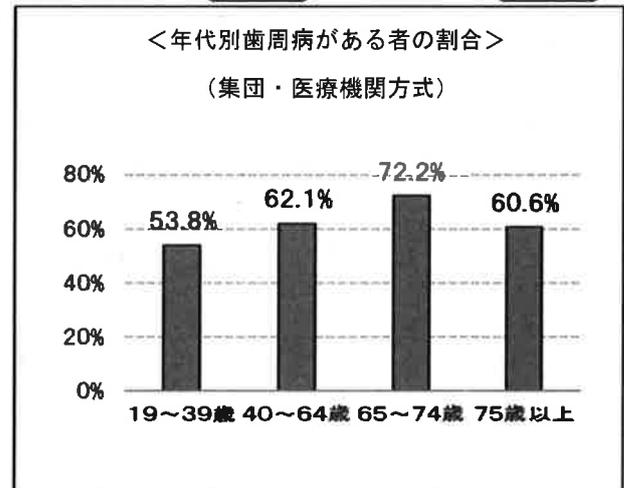
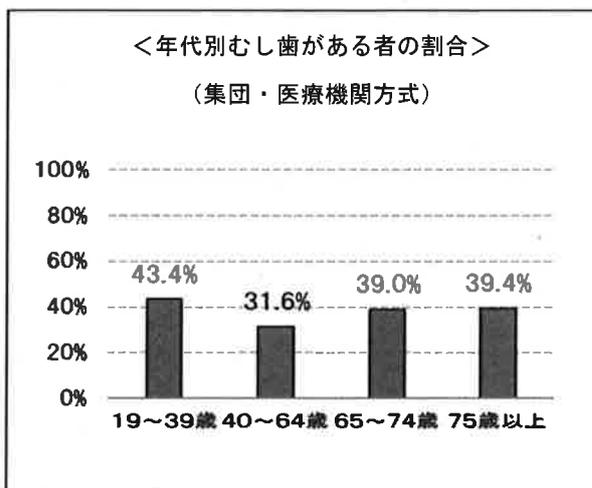
		R1	R2	R3	R4
健診方法	集団健診	102	101	77	96
	個別健診	673	667	629	633
合計受診者数		775	768	706	729

個別健診 加入保険内訳	国保	236	214	213	221
	後期	69	78	60	74
	一般	368	375	356	338



【 令和4年度歯科健診年代別受診結果 】

年代	人口(人) (R2.4.1現在) ※人口統計表より	受診者数 (合計)	受診者数 (医療機関)	受診者数 (集団)	受診率	未処置歯 あり者数 (医療機関)	未処置歯 あり者数 (集団)	むし歯が ある割合	歯周病あり 者数 (医療機関)	歯周病あり 者数 (集団)	歯周病に かかっ ている人の 割合
19～39歳	14,367	145	128	17	1.0%	54	9	43.4%	4	74	53.8%
40～64歳	25,689	285	252	33	1.1%	82	8	31.6%	11	166	62.1%
65～74歳	13,843	205	180	25	1.5%	72	8	39.0%	11	137	72.2%
75歳以上	14,620	94	73	21	0.6%	27	10	39.4%	9	48	60.6%
合計	68,519	729	633	96	1.1%	235	25	35.7%	35	425	63.1%



【 令和4年度重点受診勧奨者の受診率 】

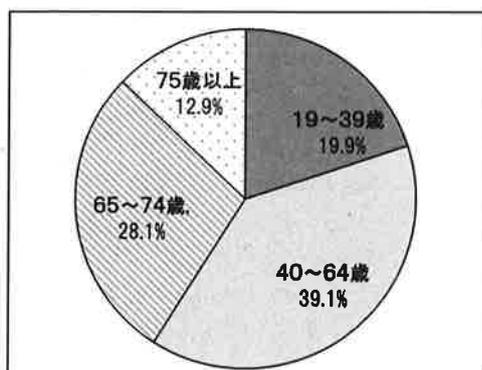
	対象者数	受診者数	受診率
40歳	825	24	2.9%
50歳	1,096	29	2.6%
60歳	1089	50	4.6%
70歳	1359	55	4.0%
妊婦	279	42	15.1%
妊婦の配偶者	276	11	4.0%

<健康課:令和4年度 日光市保健事業実績書より>

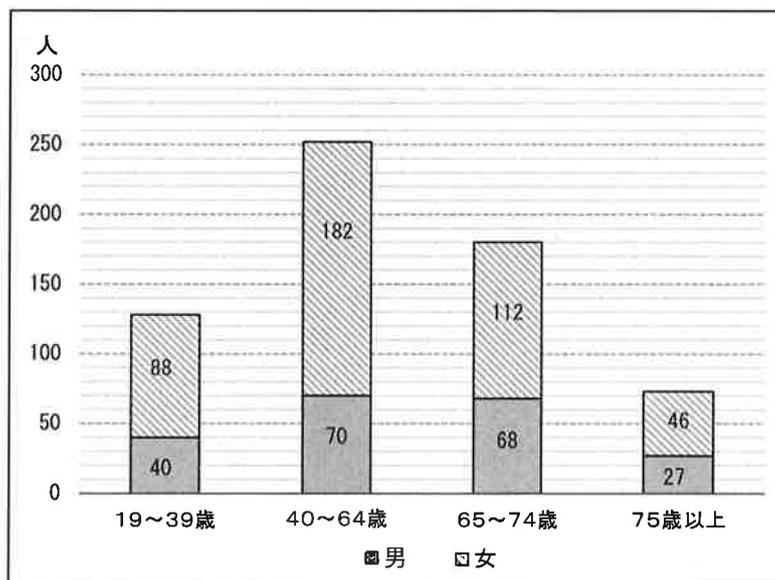
【 受診勧奨者(当初申し込み者のうち未受診者)の受診率 】

	対象者数	受診数	受診率
国保	340人	52人	15.3%
一般	421人	63人	15.0%

【 (参考) 世代別受診者 】



【 (参考) 医療機関受診者の男女別内訳 】



【 歯科健診実績より 】

3 医療費分析

(1) 国保データベース(KDB)システムより

① 受診率・医療費

医療機関への受診率は、国保・後期ともに年々増加していますが、県平均を下回っています。被保険者1人当たりの医療費(医科外来)では、国保は県平均を上回っていますが後期は下回っています。1人当たりの医療費(医科入院)では、国保・後期ともに毎年、県平均を上回っており、県内でも上位にあります。このことから、重症化してから医療機関を受診する方が多く、また、生活習慣改善・医療的管理等ができないまま重症化している可能性があり、早期治療と重症化予防への取り組みが必要であると捉えています。

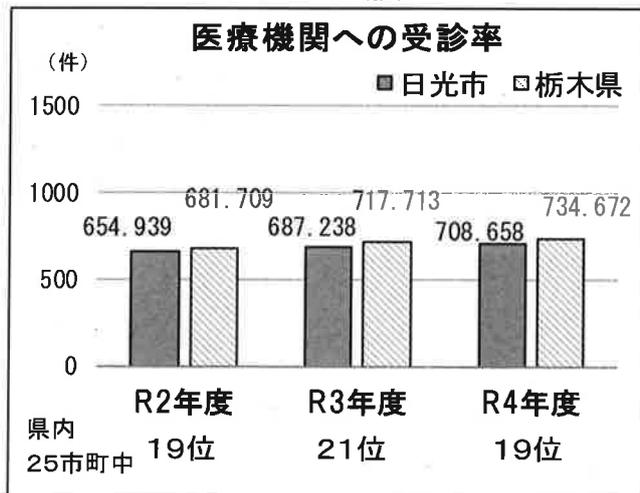


日光市(令和4年度累計)

総人口	76,904人
国保被保険者数	17,374人
国保加入率	22.6%
国保被保険者平均年齢	56.3歳
後期被保険者数	15,310人
後期加入率	19.9%
後期被保険者平均年齢	82.5歳
高齢化率(65歳以上)	36.2%

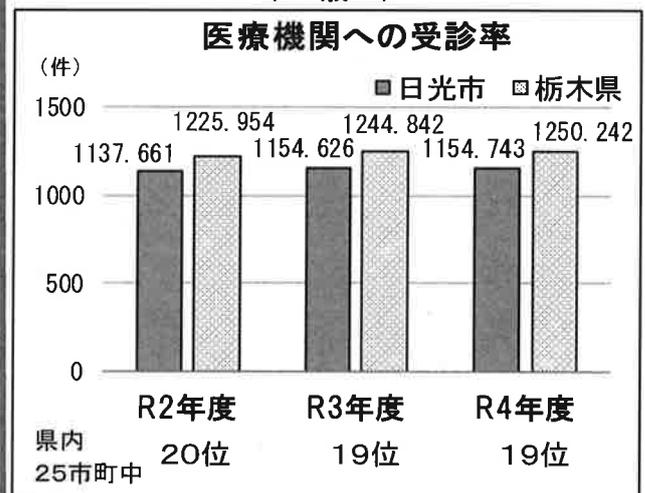
国民健康保険

(0~74歳)



後期高齢者医療(参考)

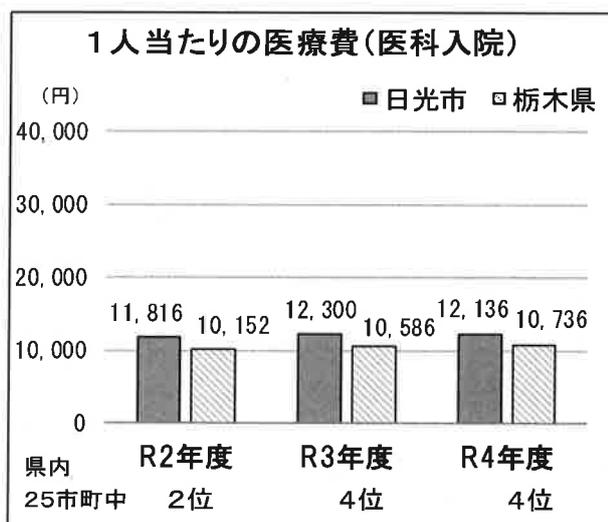
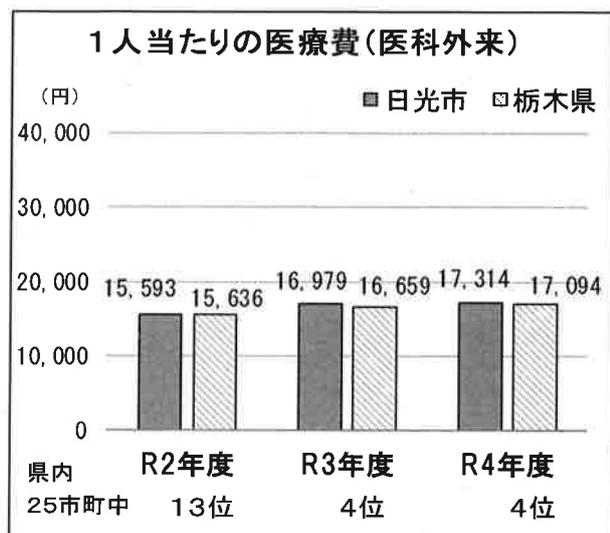
(75歳~)



<市区町村別データより>

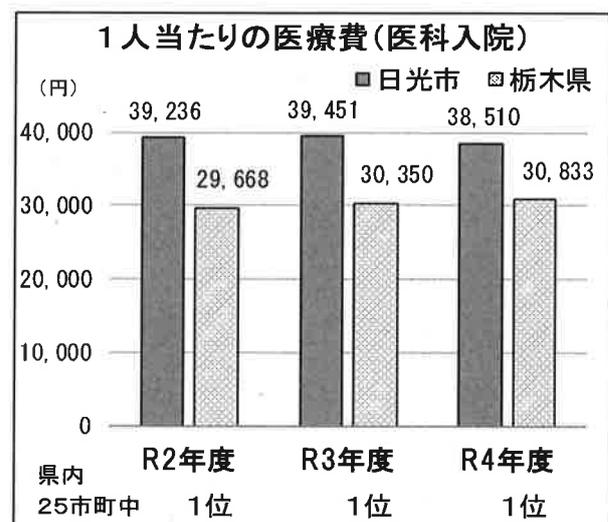
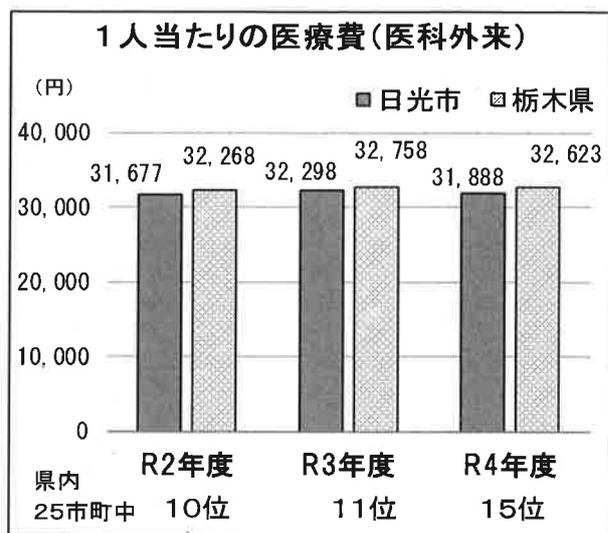
国民健康保険

(0~74歳)



後期高齢者医療(参考)

(75歳~)



<市区町村別データより>

入院・外来医療費上位10傷病を見ると、国保では「糖尿病」、後期では「慢性腎臓病(透析あり)」がそれぞれ1位となっています。若い世代からの糖尿病重症化予防への取り組みの重要性が高いことが分かります。

【 医療費細小分類 上位10傷病 】

国民健康保険(日光市)		
順位	項目	割合
1位	糖尿病	6.3%
2位	関節疾患	3.8%
3位	統合失調症	3.6%
4位	高血圧症	3.5%
5位	慢性腎臓病(透析あり)	3.3%
6位	不整脈	2.6%
7位	脂質異常症	2.4%
8位	肺がん	2.4%
9位	うつ病	2.3%
10位	骨折	2.0%

後期高齢者医療(日光市)		
順位	項目	割合
1位	慢性腎臓病(透析あり)	6.1%
2位	骨折	4.7%
3位	糖尿病	4.2%
4位	不整脈	4.2%
5位	骨粗しょう症	3.4%
6位	関節疾患	3.0%
7位	脳梗塞	2.9%
8位	高血圧症	2.8%
9位	肺炎	2.0%
10位	肺がん	1.9%

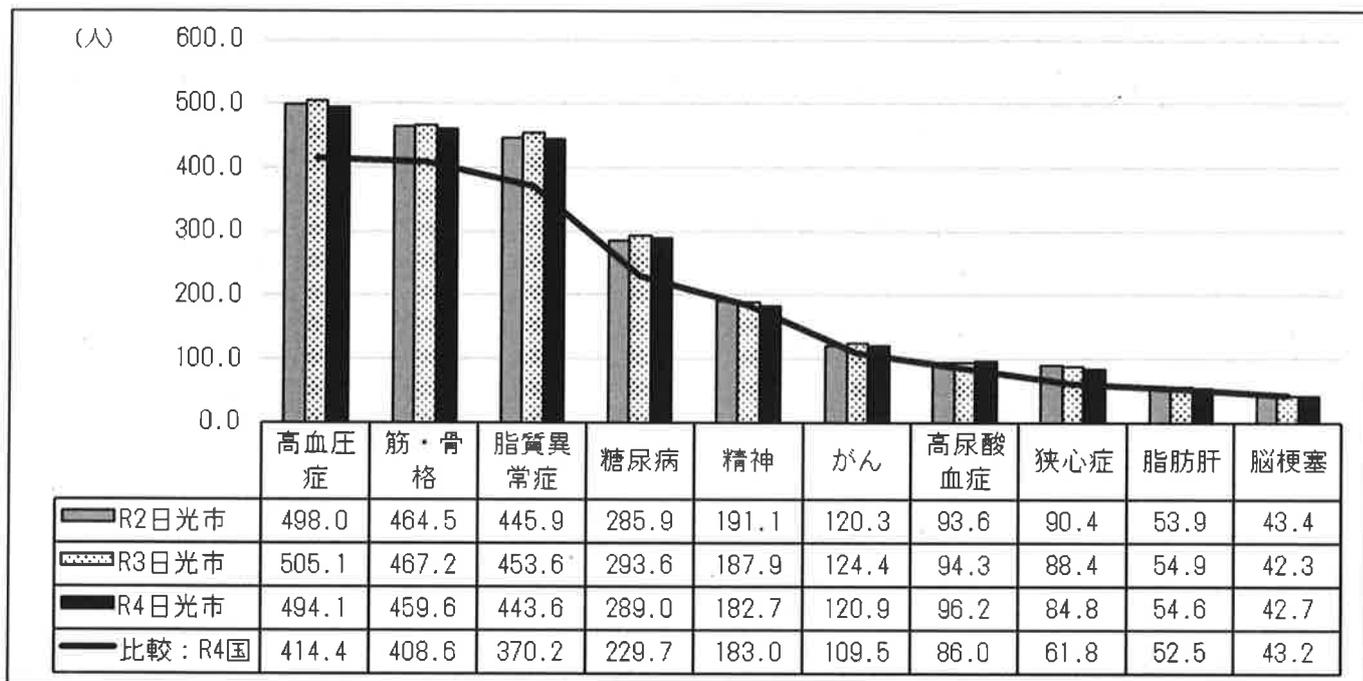
<医療費分析(2)大、中、細小分類より>

② 患者千人当たりの生活習慣病患者数

患者千人当たりの生活習慣病患者数は令和3年度と比較すると全体的に減少傾向にありますが、国と比較すると多い状況です。疾病別にみると、高血圧症が最多く、次いで筋・骨格系疾患、脂質異常症が多くなっています。生活習慣病保有率は令和3年度と比較するとほぼ横ばいで推移しており、県と比較するとほぼ同じ状況です。

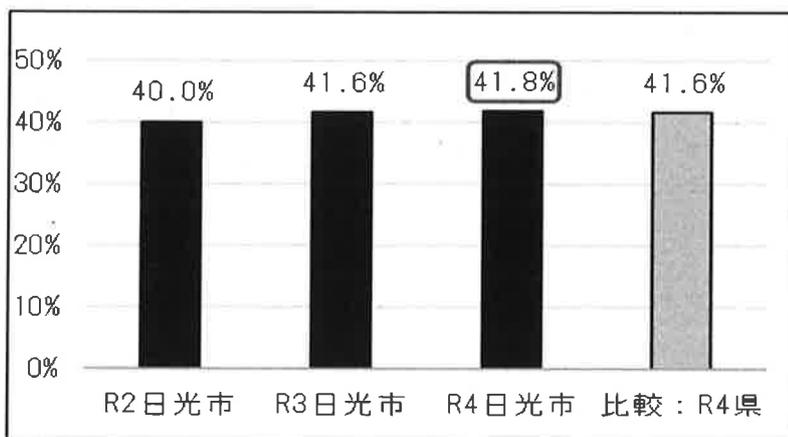
高血圧症、脂質異常症、糖尿病等は、食生活・活動量・喫煙・飲酒等生活習慣との関係が密接であり、生活習慣改善のための保健指導により、適正な生活習慣の定着化に向けた支援が必要となります。

【 患者千人当たりの生活習慣病患者数(多い順、有病) 】



<医療費分析1・細小分類より>

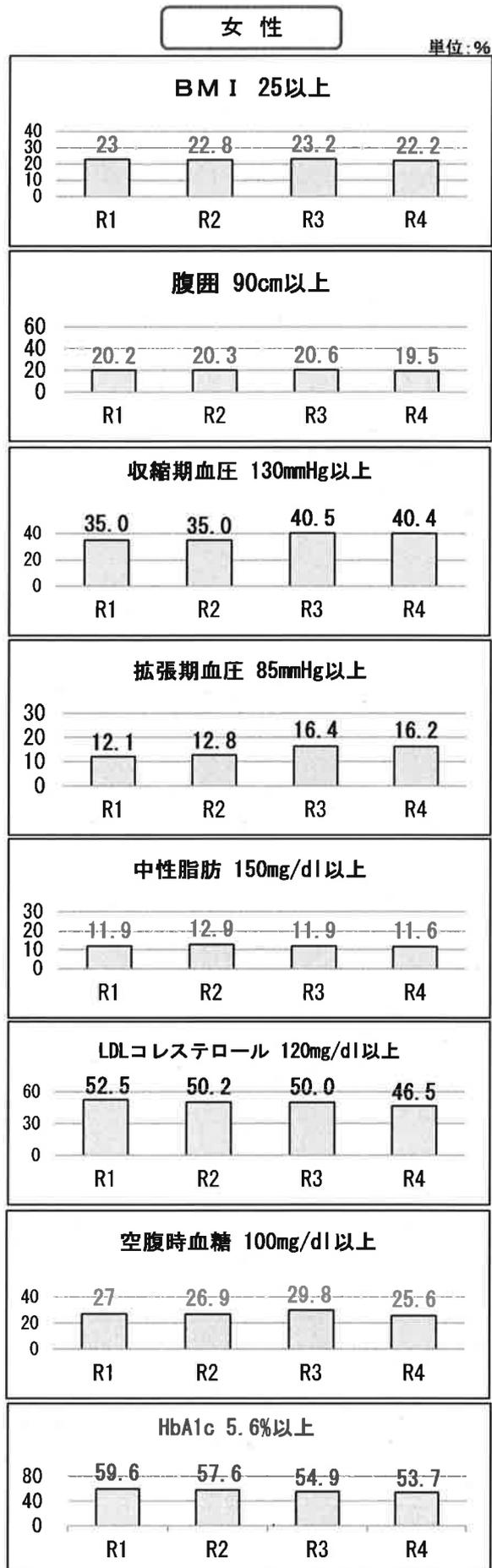
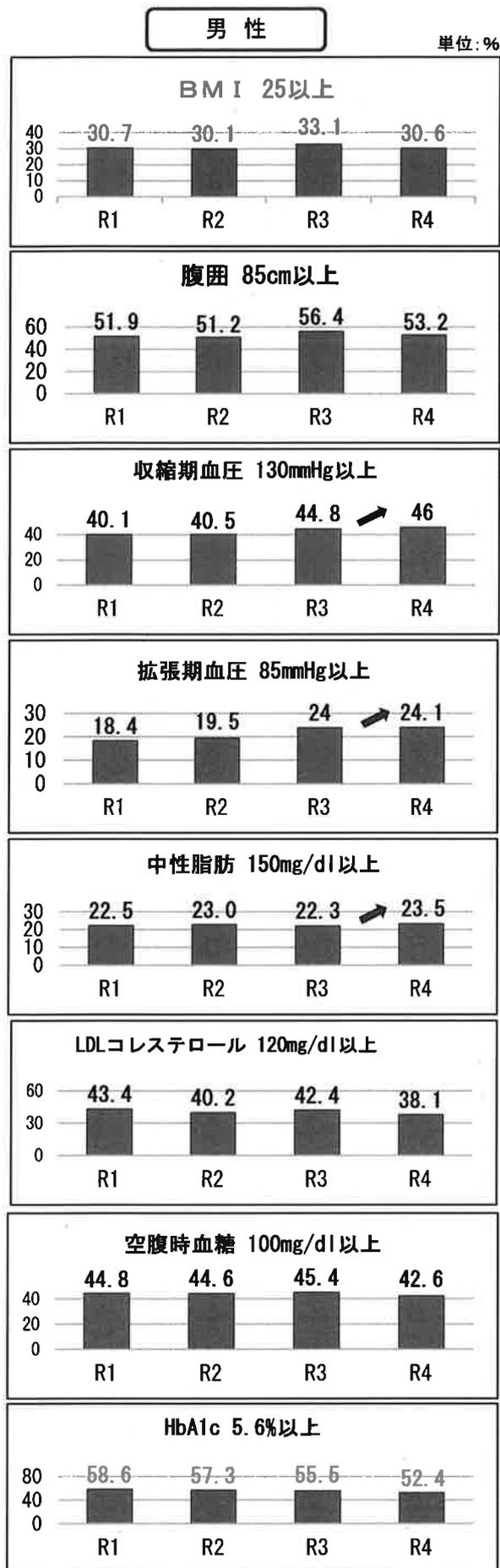
【 生活習慣病保有率 】



<市区町村別データより>

4 健診結果分析

(1) 特定健診 各種検査項目の有所見率 (令和1年度～令和4年度)



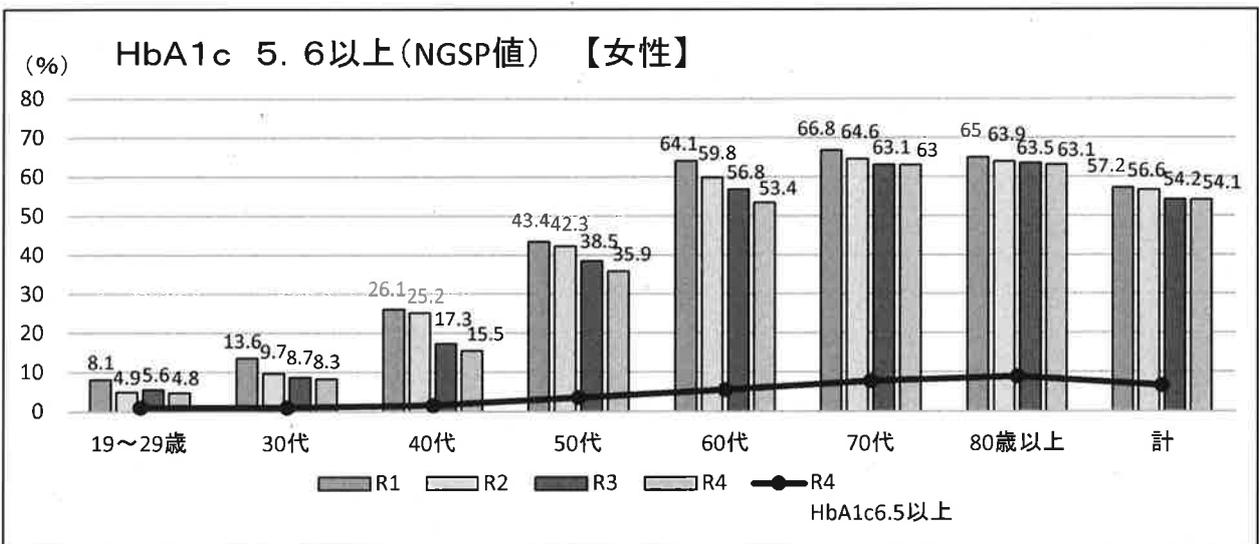
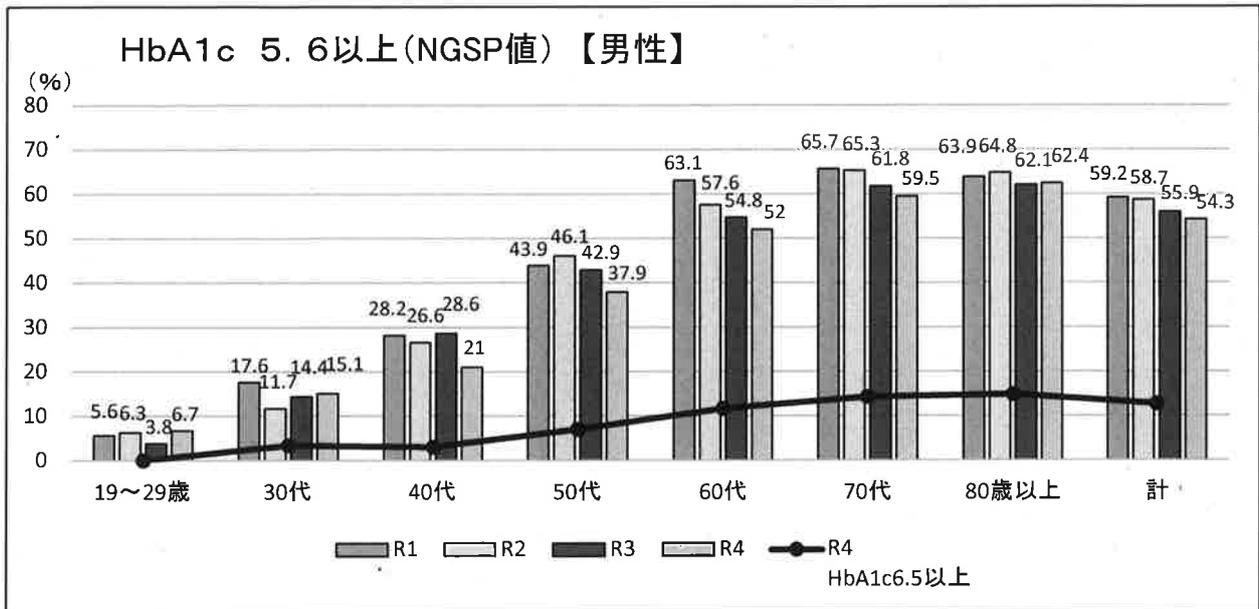
<特定健診等データ管理システムより40歳～75歳未満>

(2) 若年層～後期高齢者 健診結果(糖代謝検査・血圧)の有所見率の推移 (令和1年度～令和4年度)

<若年層一般健診(国保・社保)・特定健診(国保)・後期高齢者はつつ健診結果より>

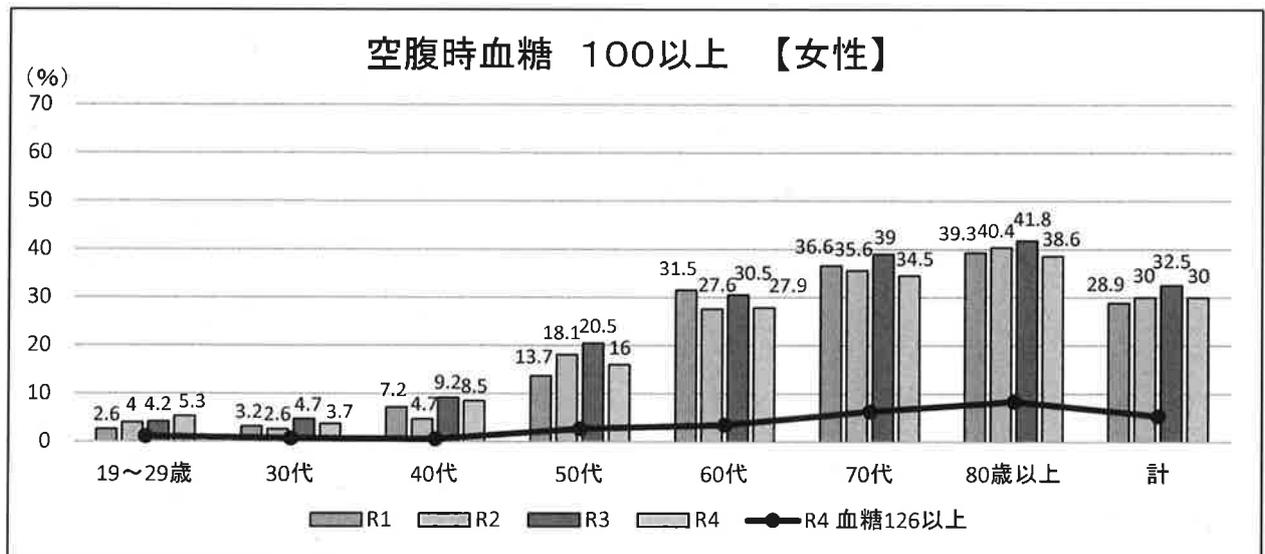
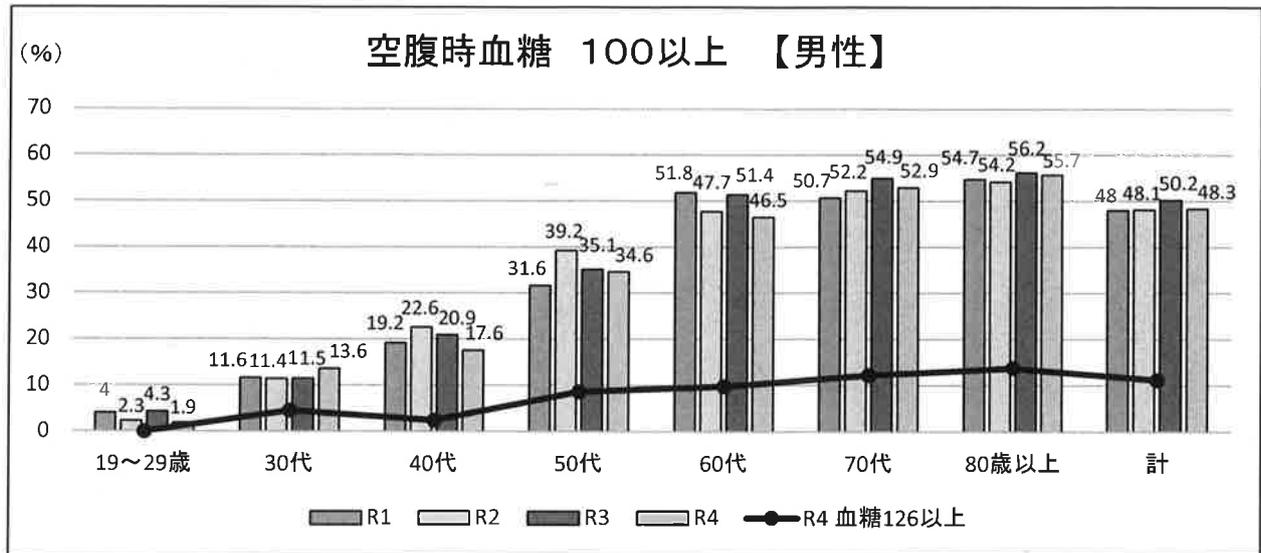
前ページは特定健診(40歳～74歳)の各検査の有所見率のグラフですが、特定健診の対象年齢前後の年齢層(19歳～39歳及び75歳以上)についても有所見率をグラフ化した結果、下記のとおりとなりました。

① HbA1c (糖代謝検査)

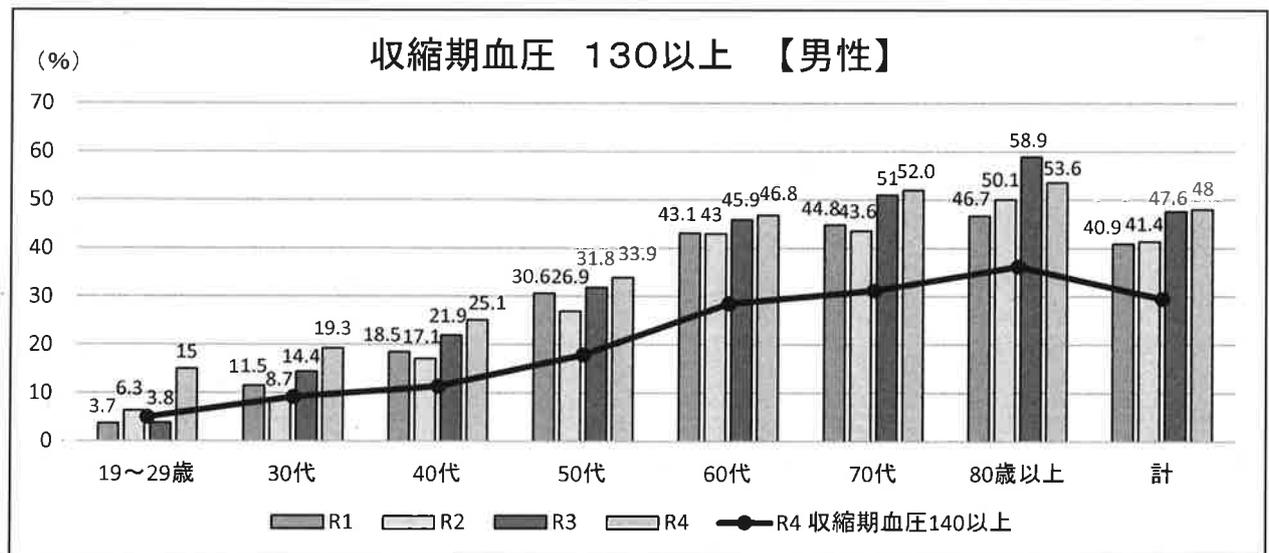


<特定健診等データ管理システムより>

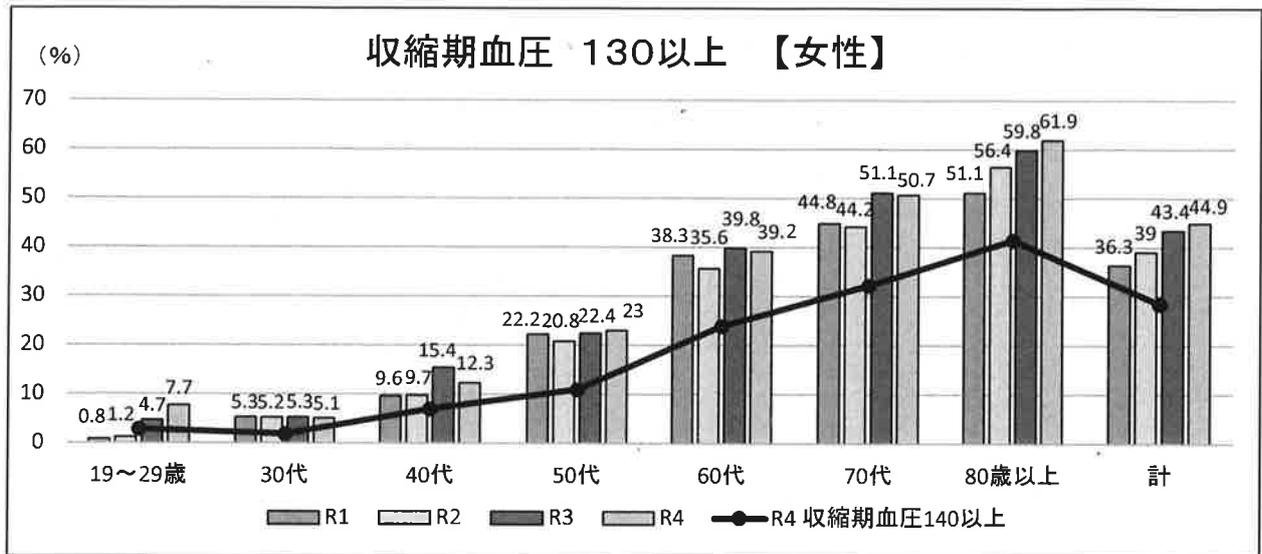
② 空腹時血糖（糖代謝検査）



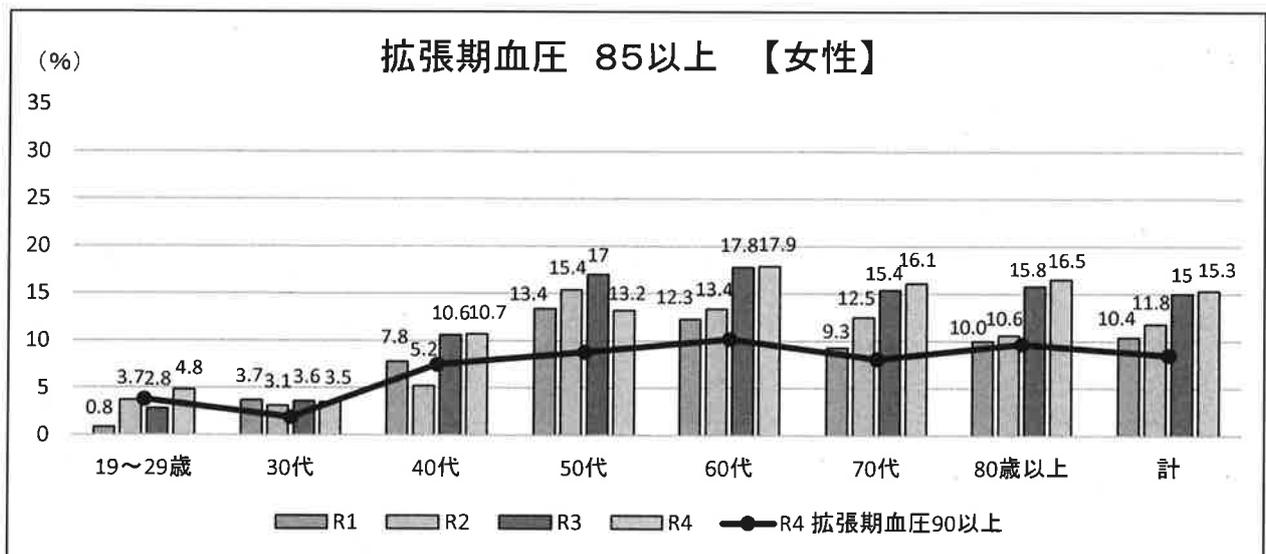
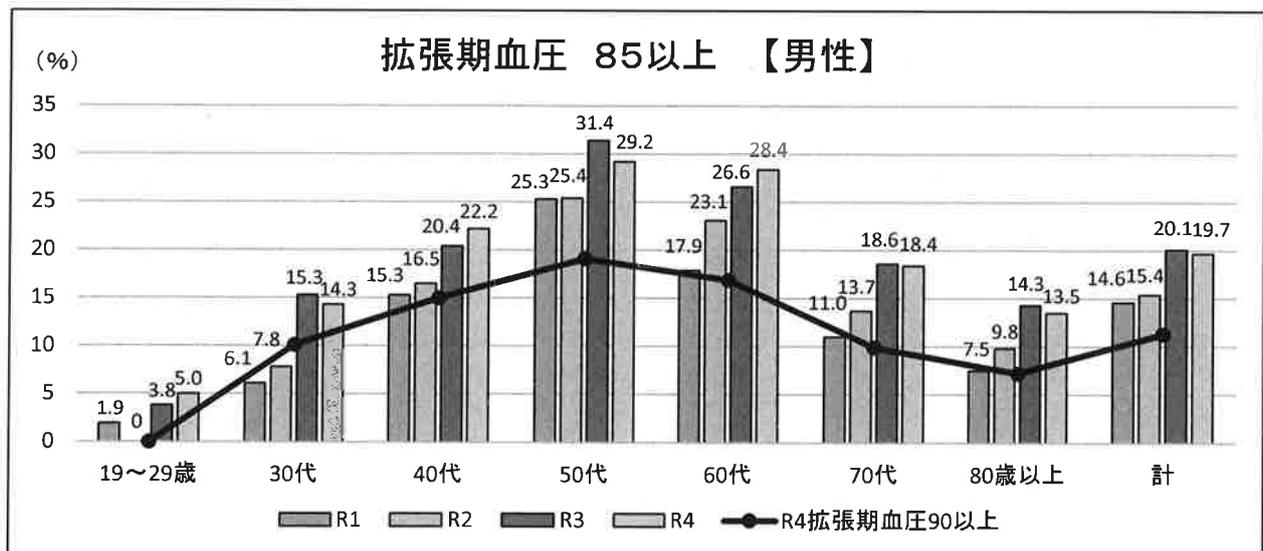
③ 収縮期血圧（血圧測定）



＜特定健診等データ管理システムより＞



④ 拡張期血圧 (血圧測定)



<特定健診等データ管理システムより>

5 特定健診

(1) 受診率と形態別受診者数の推移

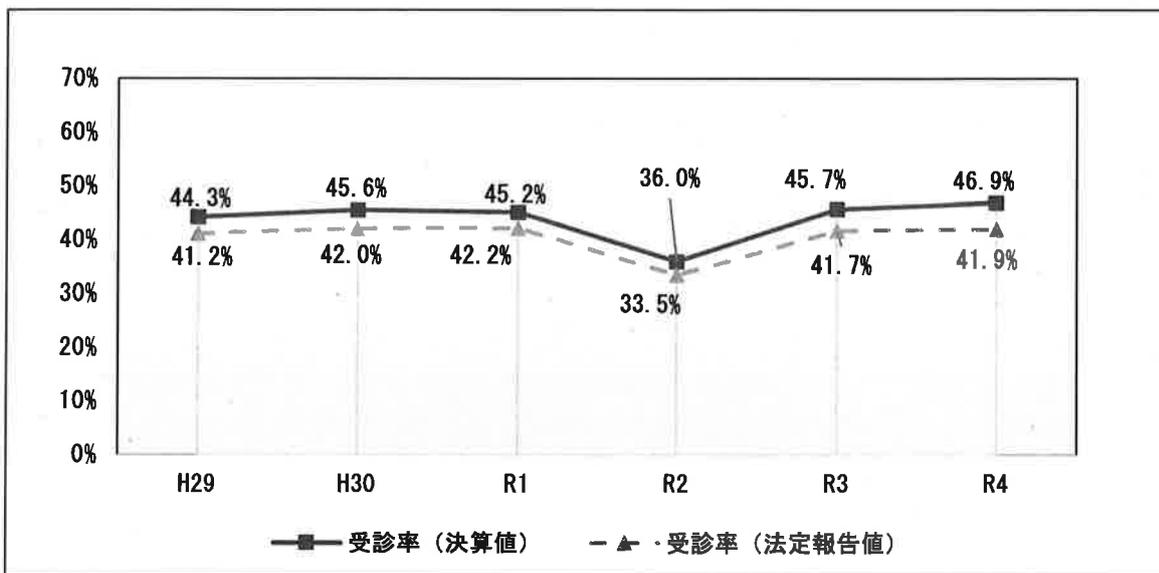
令和4年度の特定健診は、対象者12,481人(令和3年度比▲1,116人)、受診者5,858人(令和3年度比▲356人)、受診率は46.9%(決算値)となり、令和3年度と比べ1.2%増加しました。

形態別受診者数は、集団健診と人間ドック受診者が令和3年度と比べ減少しました。特に、令和4年度より自己負担金と助成額上限の見直し(※)を行った人間ドックについて、毎年度770人程度で推移していた受診者数が、令和4年度は571人と大きく減少しました。

※市内人間ドック自己負担金: 令和3年度まで 9,000 円→令和4年度より 18,000 円

市外人間ドック助成額上限: 令和3年度まで 20,000 円→令和4年度より 15,000 円

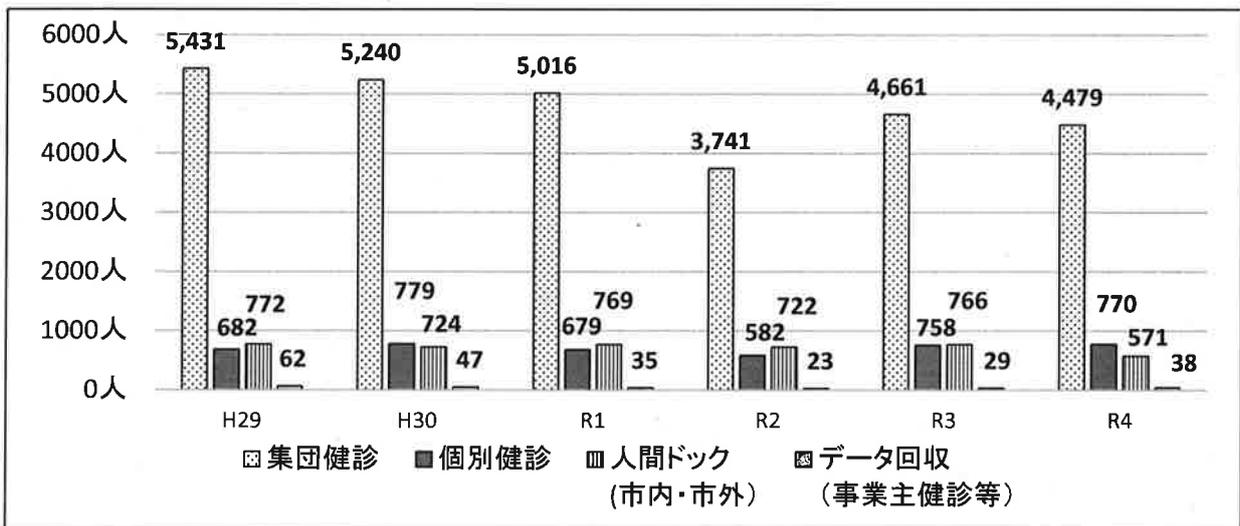
【 特定健診受診率の推移 】



※1: 決算値: 年度末の時点で特定健診データ管理システムに健診結果の登録が入っている者を対象として算出した数値(保険喪失者等含む)。

※2: 法定報告値: 国において全国的な比較を行うための対象者を設定して算出した数値。年間を通じて被保険者であった者を対象とする。

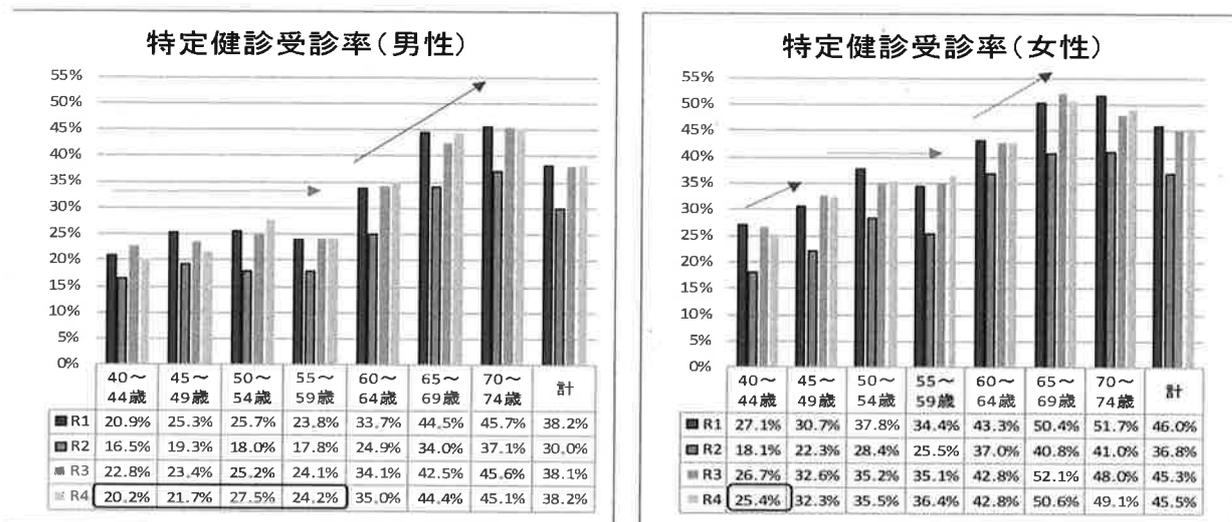
【 形態別受診者数の推移 】



<決算値より>

(2) 性別・年齢別特定健診受診率状況

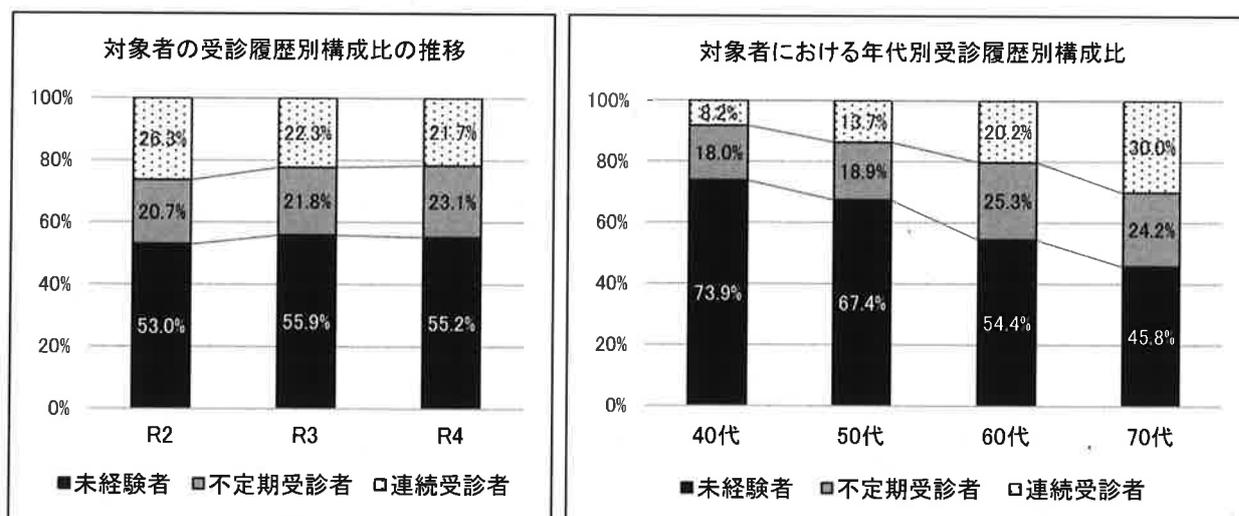
性別の受診率では、女性と比べると男性の受診率は低い状況です。男女ともに40歳～59歳までの受診率が低く、20～30%台です。40歳代～50歳代は、仕事や子育て等で多忙な年代ではありますが、自身の健康管理のため、若年期からの健診受診及び継続受診への意識づけが必要となります。



<法定報告より>

(3) 連続受診者・不定期受診者・未経験者の状況

対象者の受診履歴別構成比の推移をみると、未経験者が5割を超えて最も多くなっています。過去3年間の連続受診者は年々減少傾向にあり、不定期受診者が増加傾向にあります。また、年代別受診履歴別構成比では、連続受診者が最も多いのは70歳代、最も少ないのは40歳代であり、年代を追うごとに未経験者・不定期受診は減少しています。未経験者や不定期受診者を継続受診につなげるような効果的な受診勧奨を行い、受診率の向上に努めていきます。



※ 連続受診者…過去3年間連続で特定健診を受診している者

不定期受診者…過去3年間で1回もしくは2回特定健診を受診している者

未経験者…過去3年間で特定健診の受診歴のない者

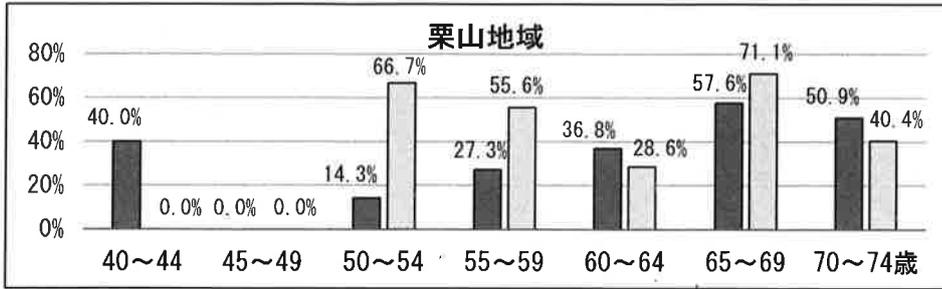
<株式会社キャンサースキャン提供「令和4年度特定健診受診率向上事業 期末報告書」より>

(4) 地域別・年齢別特定健診受診状況（令和4年度）

凡例： ■男性 □女性

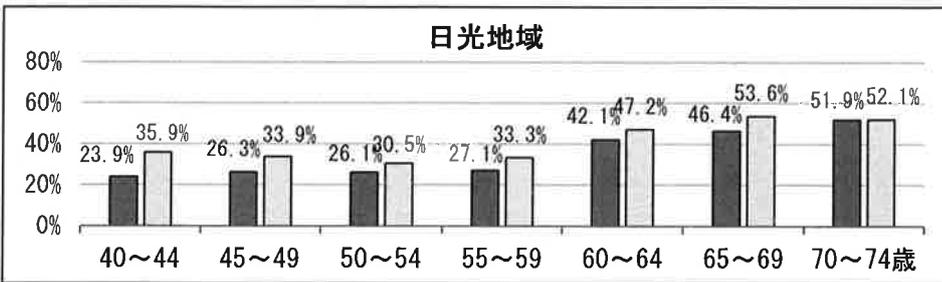
<KDBシステムより>

<受診率の高い順>



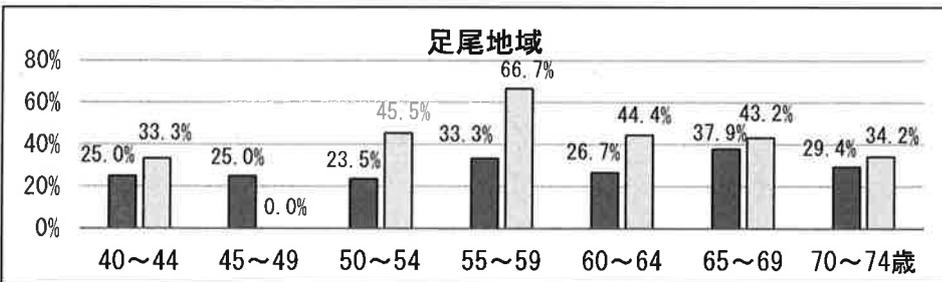
①栗山地域

(地域全体の受診率)
47.0%
(前年比±0.0%)



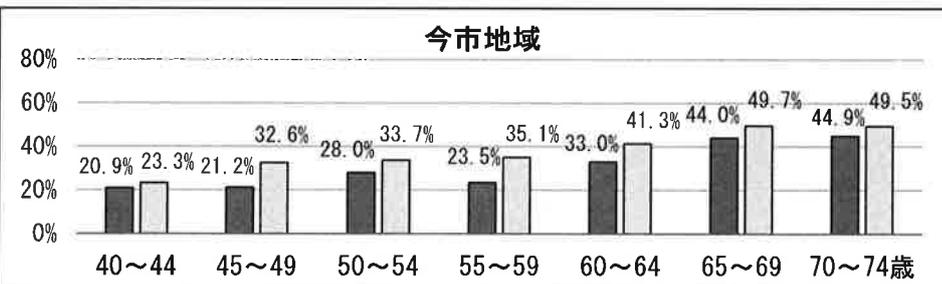
②日光地域

(地域全体の受診率)
45.5%
(前年比-1.5%)



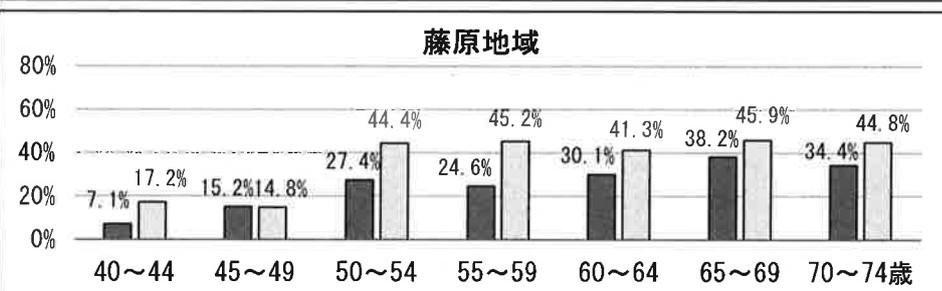
③足尾地域

(地域全体の受診率)
41.6%
(前年比+3.4%)



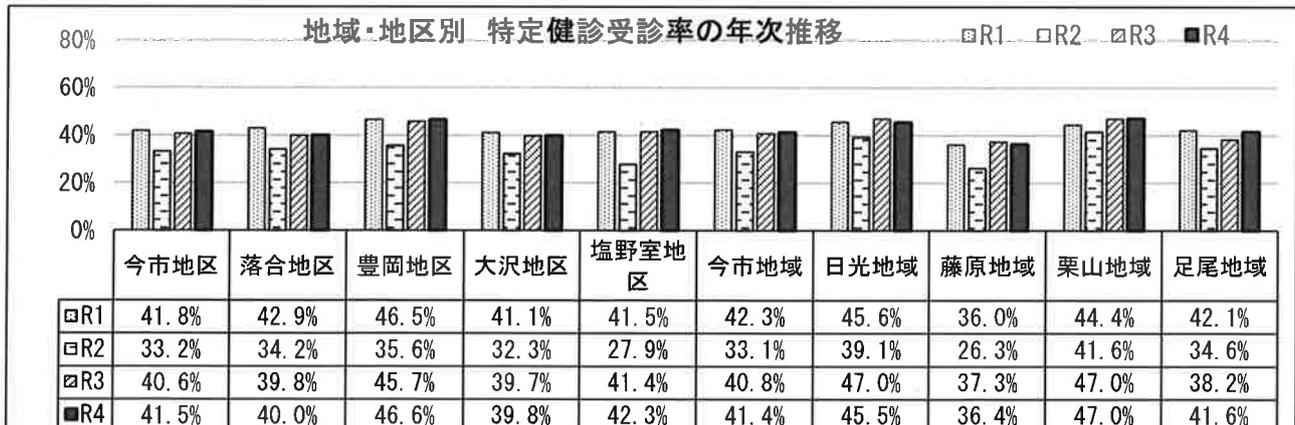
④今市地域

(地域全体の受診率)
41.4%
(前年比+0.6%)



⑤藤原地域

(地域全体の受診率)
36.4%
(前年比-0.4%)



6 特定健診受診率向上のための取り組み

(1) 特定健診データ分析受診勧奨事業

① 令和4年度データ分析受診勧奨事業の内容

特定健診受診率向上のための取り組みとして、「データ分析受診勧奨事業」を継続して実施しました。特定健診対象者の各種データ(過去の健診受診歴・健診結果・問診票等)を分析し、健康意識の高低や受診確率、受診歴で6種類に区分し、その特性にあった勧奨通知を作成しました。また、通知発送後の未申込の方には市職員が電話勧奨を実施しました。

【 通知の区分及び受診率 】

通知	区分	健診受診歴	分類内容等	通知規格	送付数に対する受診率 (R3年度比)		勧奨通知 送付日
	A	あり	頑張り屋さん ・健診受診歴多い ・健康意識が高い ・運動習慣あり	圧着往復 ハガキ 6面	47.6% (+4.7%)	146/307人	初回通知 R4.8.26 8,443通 再勧奨通知 R4.10.14 2,557通 電話勧奨 R4.11.14 ~11.21
	B		心配性さん ・健診受診歴多い ・病気全般を怖がる ・病気になることが心配	圧着往復 ハガキ 6面	42.4% (-3.4%)	219/517人	
	C		甘えん坊さん ・健診受診歴不定期 ・不健康の自覚あり ・生活改善に消極的	圧着往復 ハガキ 6面	42.0% (-2.3%)	281/669人	
	D		面倒くさがり屋さん ・健診受診歴不定期 ・健康意識低い ・健康に興味がない	圧着往復 ハガキ 6面	44.2% (-0.3%)	201/455人	
	E	なし	・特定健診受診歴なし	圧着往復 ハガキ 6面	3.3% (-3.9%)	190/5,782人	
	G		・前年度新規国保加入者	圧着往復 ハガキ 6面	20.5% (R4より 実施)	146/713人	
	再勧奨		初回通知にて反応がなかった者 のうち健診受診歴がある者及び健 診未経験者層の中で勧奨優先順 の高い者	圧着往復 ハガキ 6面	16.1% (-7.1%)	412/2,557人	
通知発送(A~G:6種類)に対する受診率					14.0%	1,183/8,443人	
うち電話勧奨対象者に対する受診率					23.1%	75/325人	

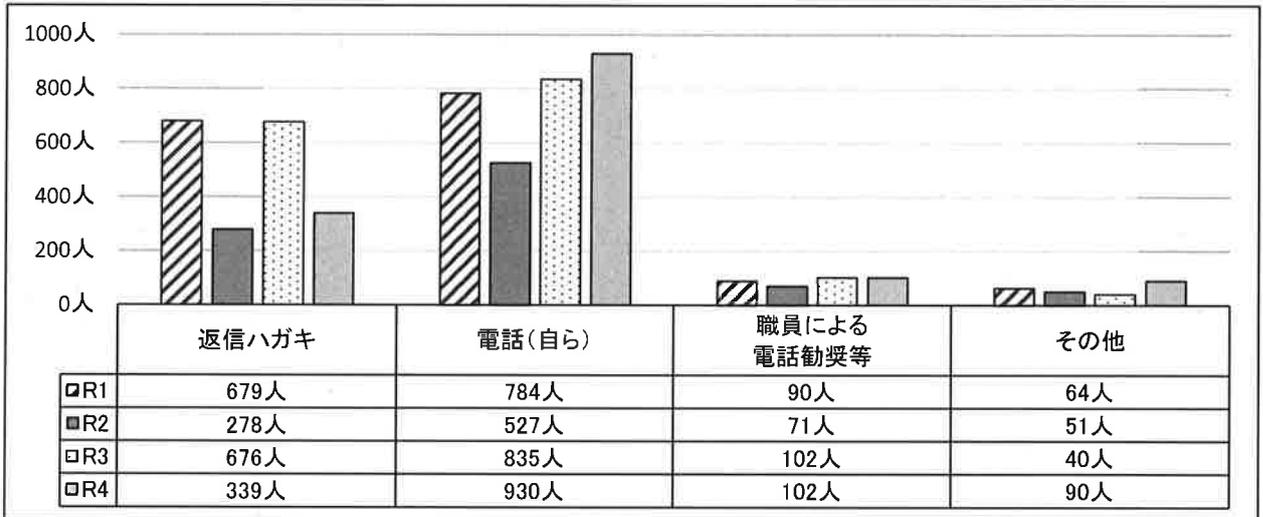
②データ分析受診勧奨事業の効果

特定健診未受診者に対する受診勧奨事業は、未申込者8,443人に勧奨(通知及び電話勧奨)を実施し、1,183人(全受診者の20.2%)が健診を受診しました。

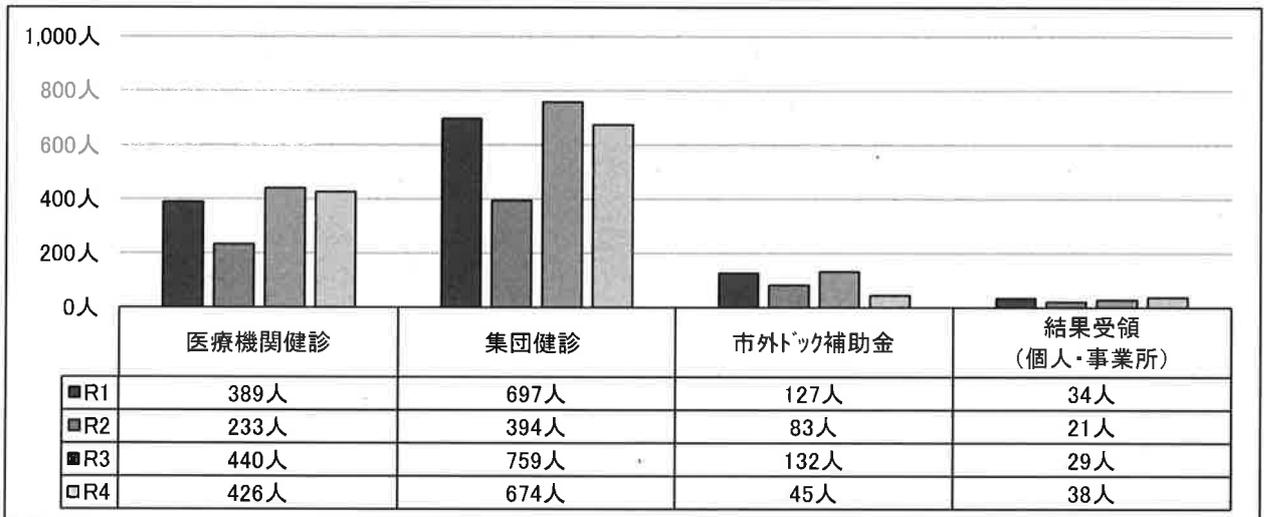
令和4年度は、健診受診歴のない者に対する勧奨通知を通院歴の有無で分けず1種類のみとしました。また、新たな分類として、前年度に社会保険等から国民健康保険へ切り替わった者を対象とし勧奨通知を作成しました。

通知の区分ごとの受診率を見ると、健診受診歴のない者の受診率が最も低く、また、受診勧奨者年齢別受診率を見ると、59歳以下の受診率が低いことから、健診受診歴のない40歳代・50歳代に向けた勧奨方法の見直しと改善が必要です。

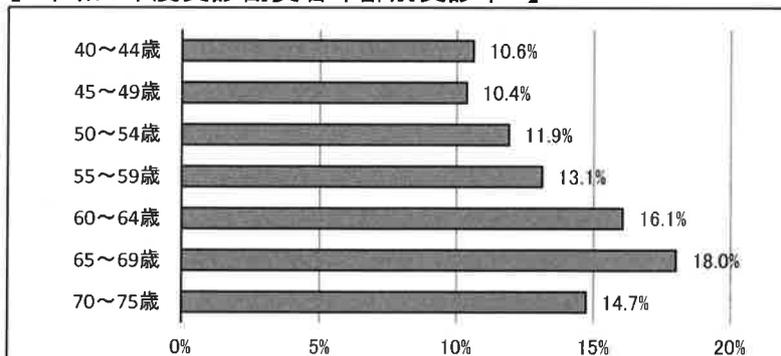
【 受診勧奨者の申込方法内訳 】



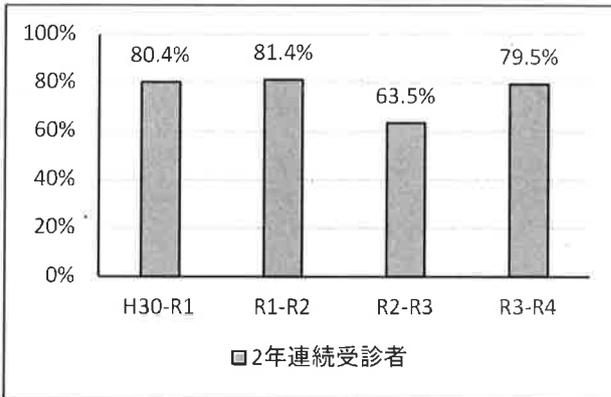
【 受診勧奨者の形態別受診者数 】



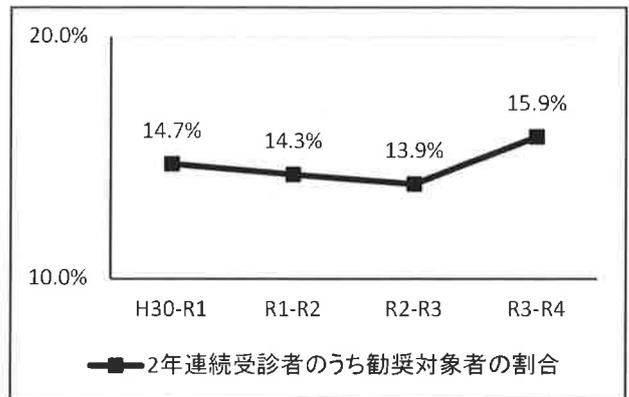
【 令和4年度受診勧奨者年齢別受診率 】



【 受診者総数のうち2年連続受診者の割合 】

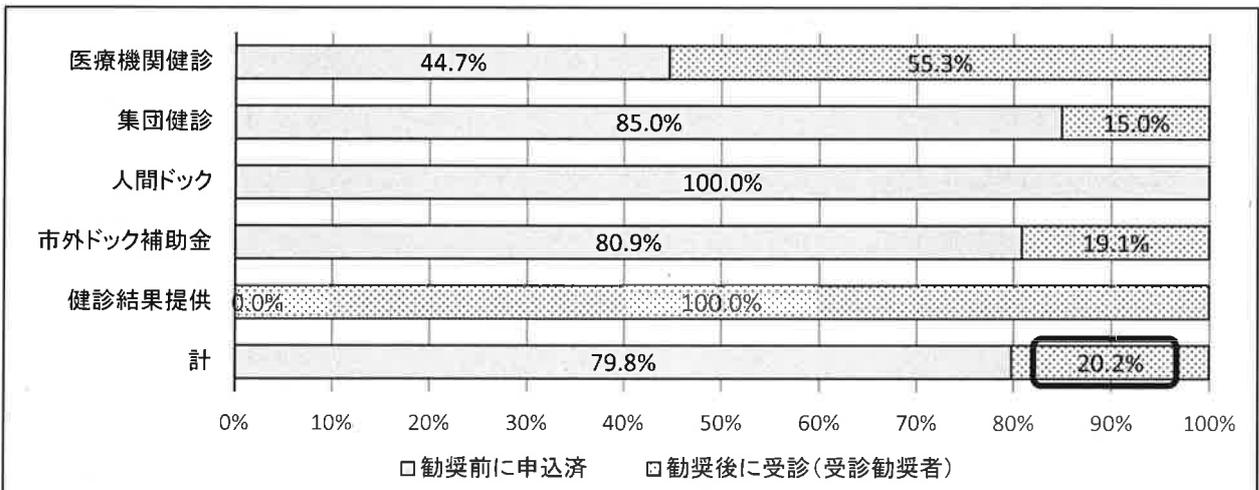


【 連続受診者のうち受診勧奨者の割合 】



※コロナ禍による受診控えからの回帰が見られます。

【 受診勧奨後に健診を受診した者の割合 】



【受診勧奨実績より】

<参考>

【 健診受診者内訳(総数) 】

	R2年度	R3年度	R4年度	
国保	集団健診	3,741人	4,661人	4,479人
	個別健診(医療機関方式)	582人	758人	770人
	人間ドック(40歳以上)	722人	766人	571人
	事業所健診等の健診結果受領	23人	29人	38人
	特定健診受診者計	5,068人	6,214人	5,858人
	受診率	36.0%	45.7%	46.9%
	(対象者数)	14,066人	13,597人	12,481人

	R2年度	R3年度	R4年度	
後期(参考)	集団健診	2,327人	2,661人	2,882人
	個別健診(医療機関方式)	596人	625人	718人
	人間ドック(R3より対象)	-	194人	189人
	はつらつ健診受診者計	2,923人	3,480人	3,789人
	受診率	21.4%	25.6%	27.7%
	(対象者数)	13,662人	13,602人	13,664人

※決算値

7 若年層への早期介入

(1) 若年層の一般健康診査・保健指導の実施状況

若年層の一般健診・保健指導は、19歳から39歳の男女を対象に実施しています。健診受診者数の推移をみると、人口の減少にともない、全体の受診者数も減少傾向にありますが、特に男性の受診者数が少ない状況です。また、保健指導については、対象者は男性の方が多く、利用率も男性の方が高い状況です。令和4年度の全体の利用率は33.3%であり、前年度より高くなっています。また、利用方式として新たに直営方式を導入し、委託による訪問方式・会場方式の保健指導実施期間(6か月間)よりも短期間(3か月間)で指導が受けられるため、利用者の増加につながりました。

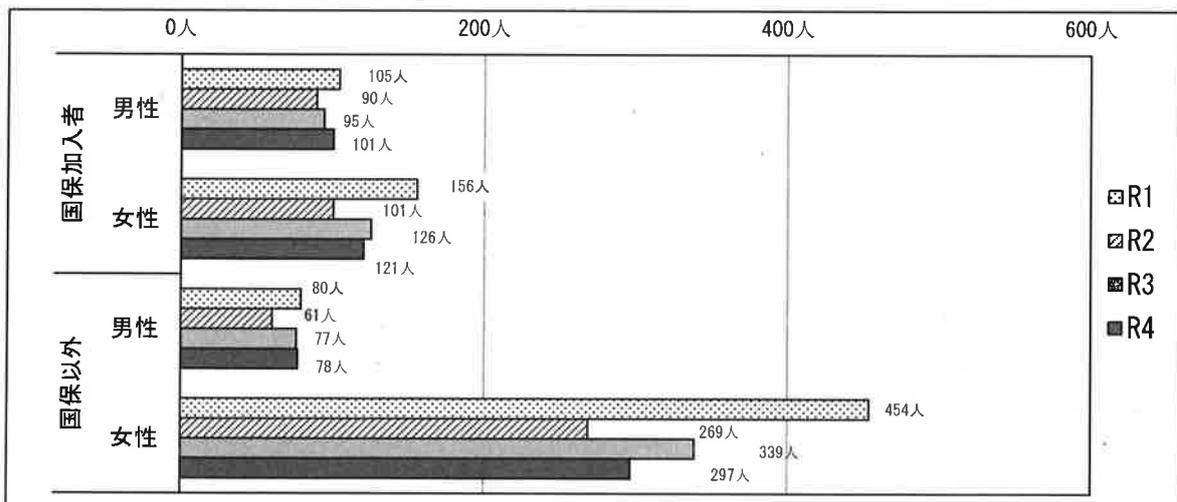
若年層から健診を受けることで、自身の健康状態を把握し、必要な取組を行うことが重要です。健診受診者を増やす対策として、乳幼児健診での保護者への受診勧奨(健康課)や国保被保険者の30歳代への受診勧奨通知送付(保険年金課)、夜間健診の実施の他、働き盛りの方も受けやすい健診の場の提供や受診勧奨の工夫など、関係課と連携しながら行っています。

また、早い段階からリスクのある方に保健指導を受けていただくために、参加勧奨の工夫や、効果的な指導等について検討していきます。さらに、若年層の世代だけでなく、幼少期からの食生活や生活習慣についての意識付けを関係課と連携し進めていきます。

【 若年層一般健診受診者数の推移 】

加入保険別	性別	H30	R1	R2	R3	R4
国保被保険者	男性	126人	105人	90人	95人	101人
	女性	148人	156人	101人	126人	121人
	計	274人	261人	191人	221人	222人
国保以外	男性	87人	80人	61人	77人	78人
	女性	460人	454人	269人	339人	297人
	計	547人	534人	330人	416人	375人
総計		821人	795人	521人	637人	597人

【 加入保険別受診者数の推移 】



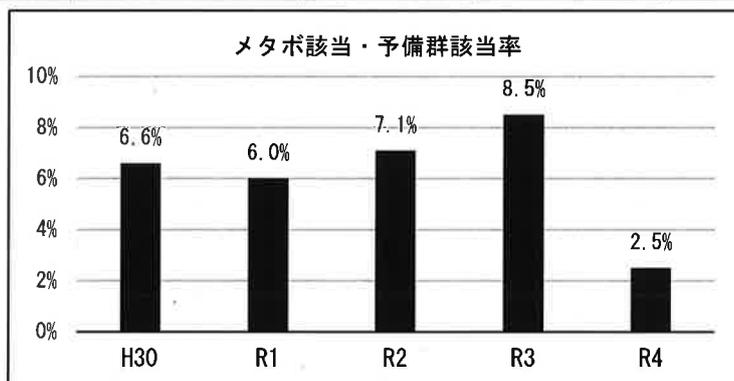
< 令和4年度決算値 >

【 若年層一般健康診査の内容 】

実施内容	実施方法 : 集団健診 対象年齢 : 19歳～39歳 男女 実施時期 : 4月～翌年1月 実施回数 : 男性 66回 女性 86回 ※女性は託児付きの日程あり(27回)
検査項目	問診、身体測定(身長、体重、腹囲、BMI)、血圧測定、理学的検査、 尿検査(糖、蛋白、潜血)、脂質代謝検査(中性脂肪、HDL コレステロール、 LDL コレステロール)、貧血検査、肝機能検査(ASL(GOT)、ALT(GPT)、 γ-GTP)、空腹時血糖(又は随時血糖)、HbA1c(NGSP 値)

【 若年層一般健康診査メタボ・メタボ予備群該当者数 】

令和4年度	非該当・判定不能	メタボ該当	メタボ予備群	計
男性	168人	3人	8人	179人
女性	414人	1人	3人	418人
計	582人	4人	11人	597人

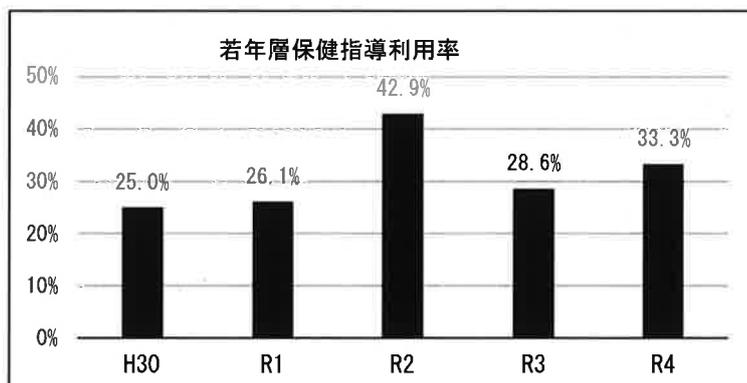


<健診結果より>

【 若年層保健指導(動機づけ支援同等支援) 】

令和4年度	対象者数	初回面接利用者数	利用率
男性	13人	5人	38.5%
女性	5人	1人	20.0%
計	18人	6人	33.3%

※実施方法(国保のみ実施) : 会場方式1人、訪問方式2人、直営方式3人



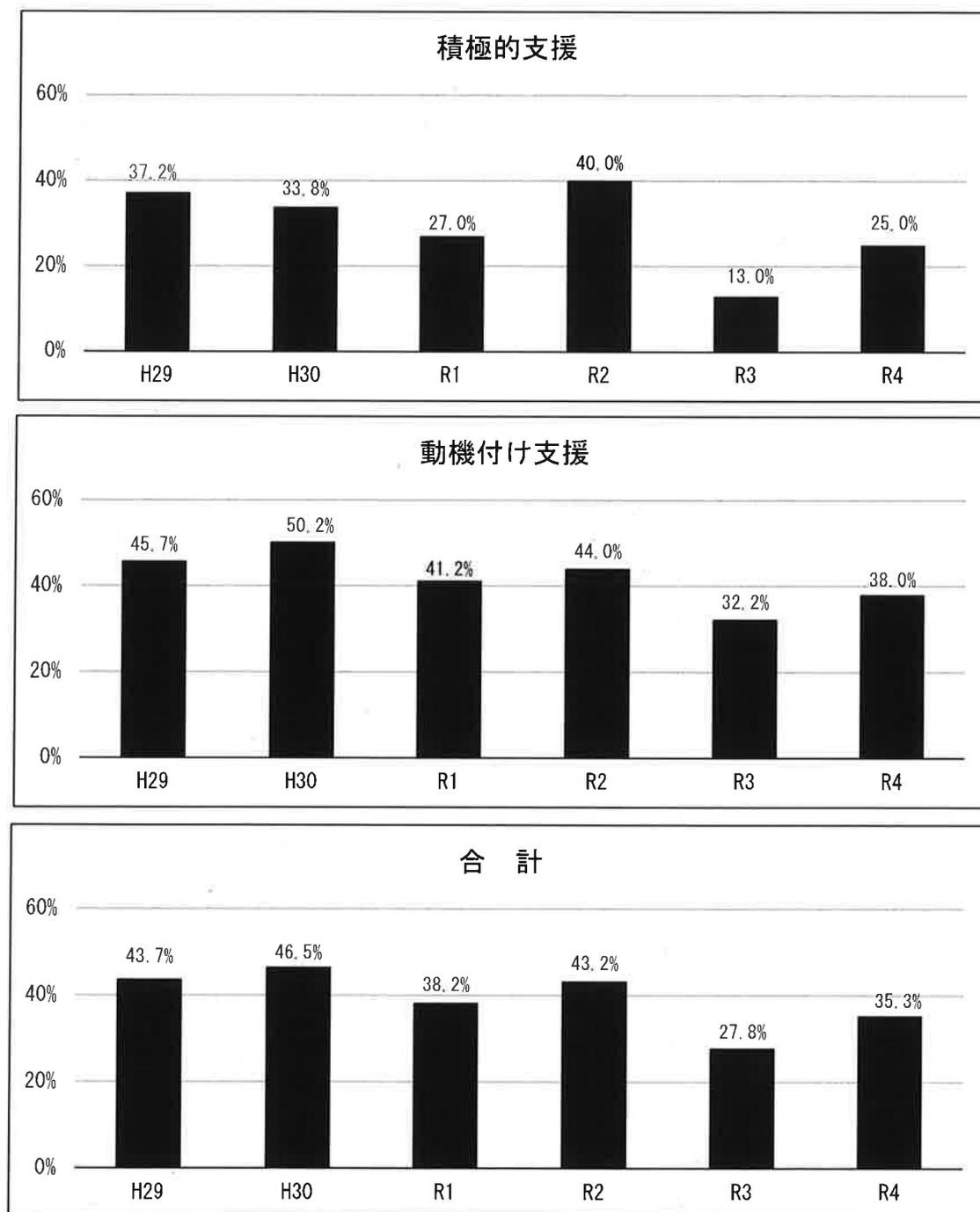
<決算値>

8 特定保健指導

(1) 特定保健指導利用率・利用形態の推移

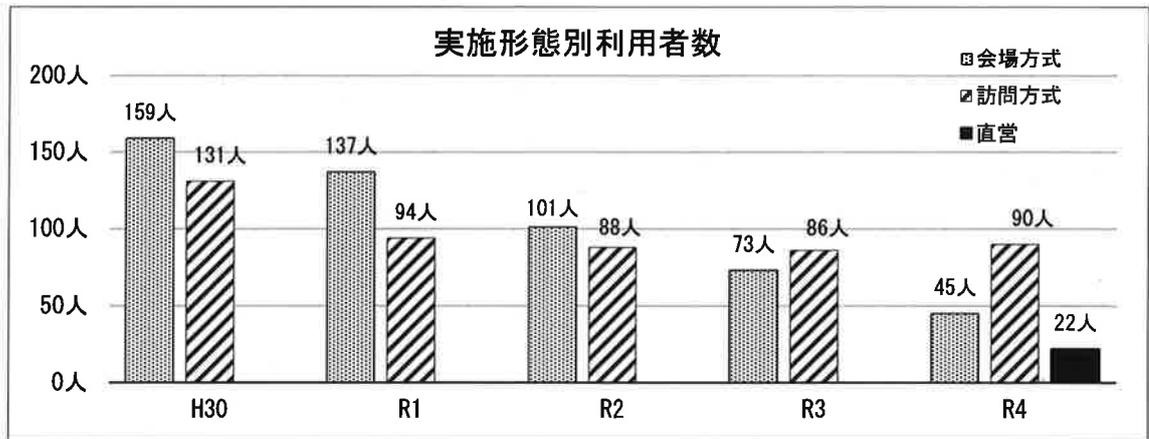
特定保健指導利用率は、年度により変動はありますが、積極的支援より動機づけ支援の方が利用率は高い状況です。令和4年度は前年度より全体の利用率が7.5%増加しました。実施形態別利用者数を見ると、令和元年度以降、会場方式保健指導が減少しています。個別保健指導の需要が高いことがうかがえます。

【 特定保健指導利用率の年次推移 】



<決算値より>

【 実施形態別利用者数の年次推移 】



<決算値より>

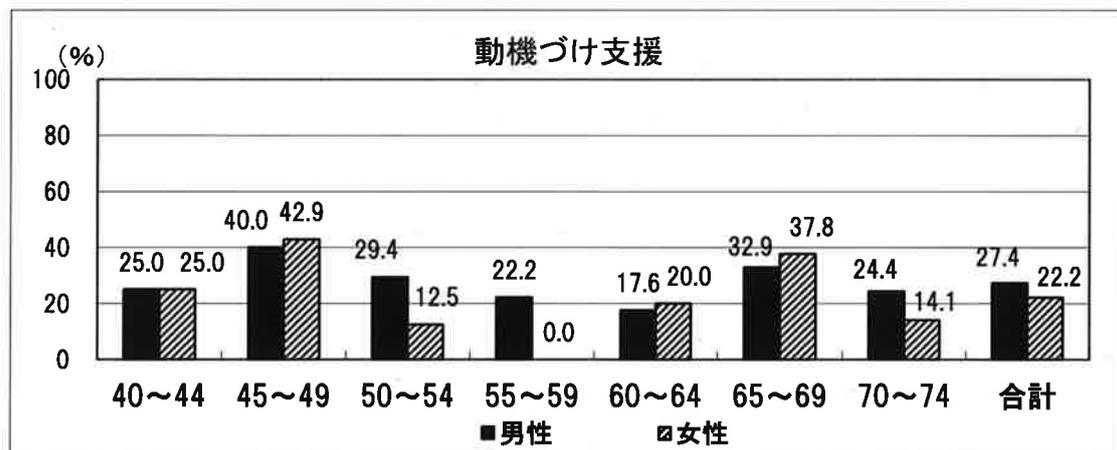
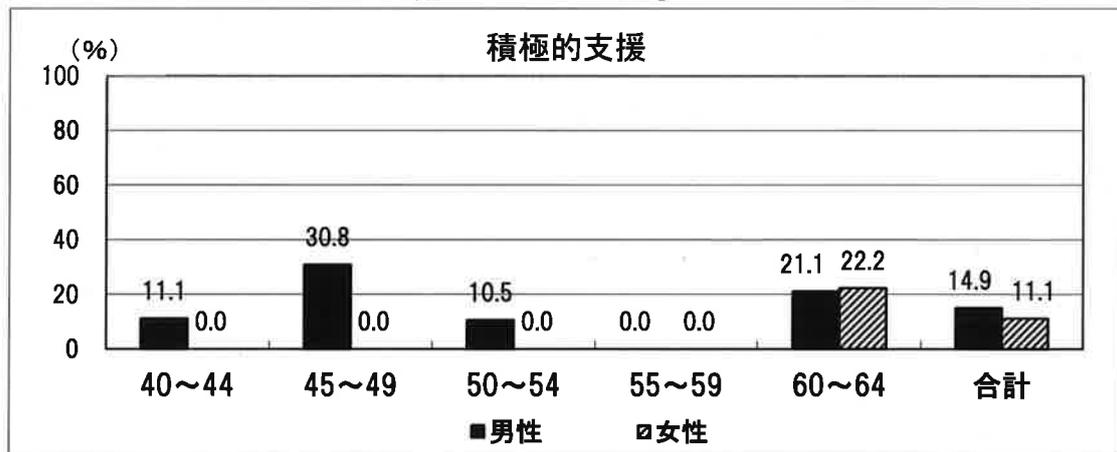
(2) 性別・年齢別利用状況

性別では、積極的支援・動機付け支援共に女性に比べて男性の利用率が高くなっています。

積極的支援の利用率では男性は45～49歳代及び60～64歳代が高く、女性は40歳代及び50歳代は対象者数が少ないため利用はなく、60～64歳代のみが利用しました。また、55～59歳代については、男女共に利用はありませんでした。

動機づけ支援では男女共に45～49歳代の利用が最も高く、働き盛りの利用率が改善しています。また64～69歳の利用率も高くなっています。

【 令和4年度 特定保健指導 年齢・男女別利用率 】



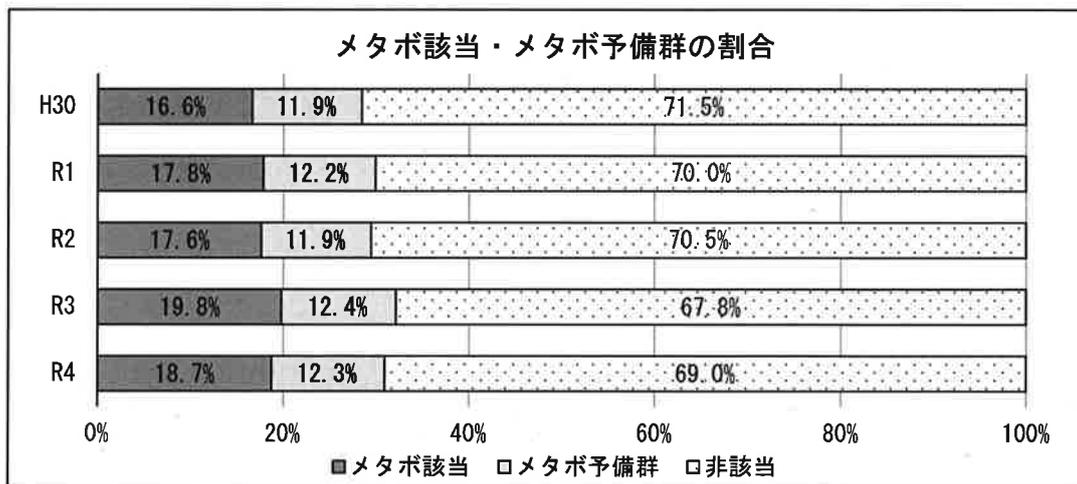
<法定報告値より>

(3)メタボリックシンドローム該当・予備群及び特定保健指導該当者等の推移

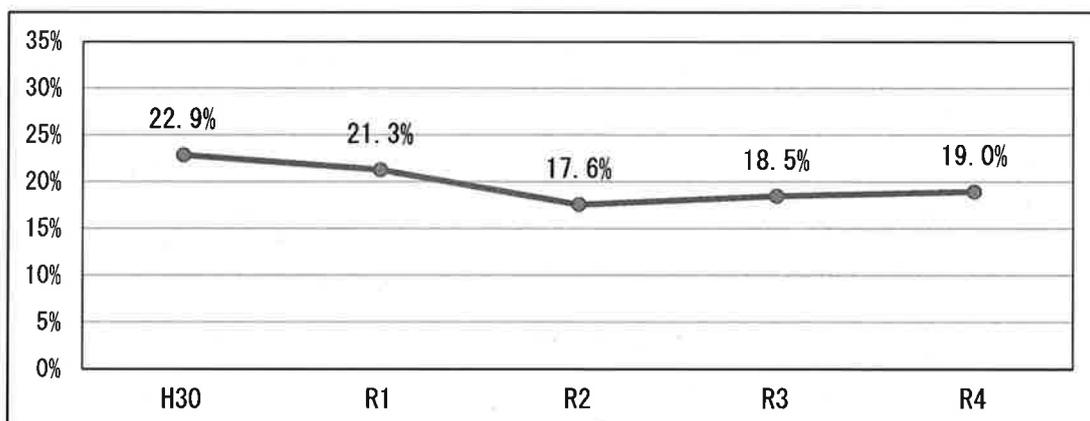
令和4年度は前年度と比べ、メタボリックシンドローム該当・予備群ともにやや低下し、それに伴い非該当者は増加しています。

「昨年度特定保健指導対象者のうち、対象外になった者の割合」と「特定保健指導利用による保健指導対象者の減少率」はともにやや改善していますが、今後も引き続き効果的な保健指導を実施していく必要があります。

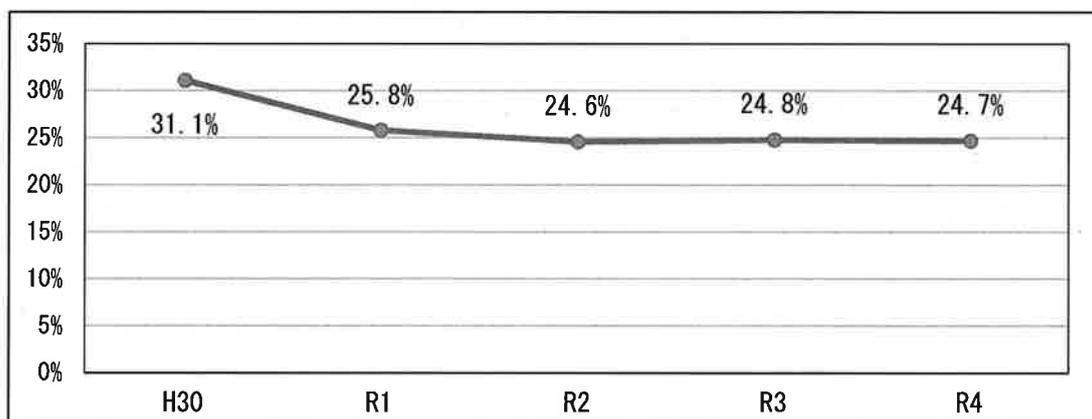
【 特定健診受診者メタボリックシンドロームの状況 】



【 昨年度特定保健指導対象者のうち、対象外になった者の割合 】



【 特定保健指導利用による保健指導対象者の減少率 】



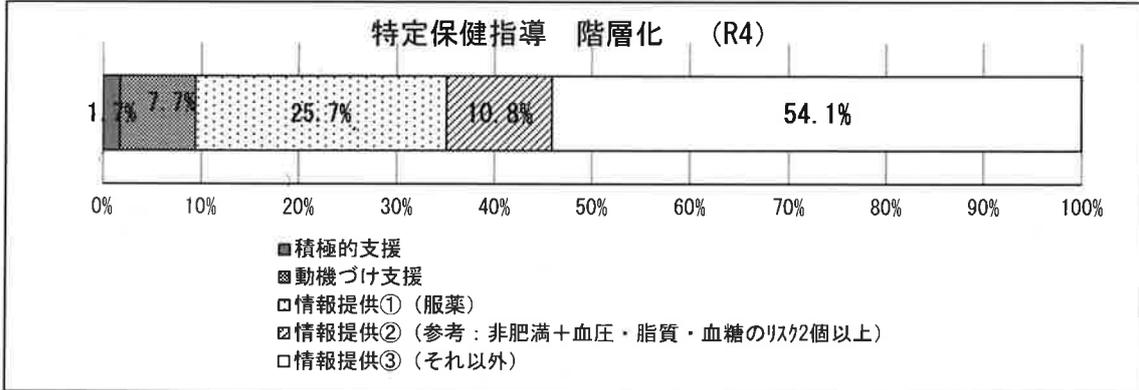
<法定報告値より>

【(参考) 特定保健指導階層化】

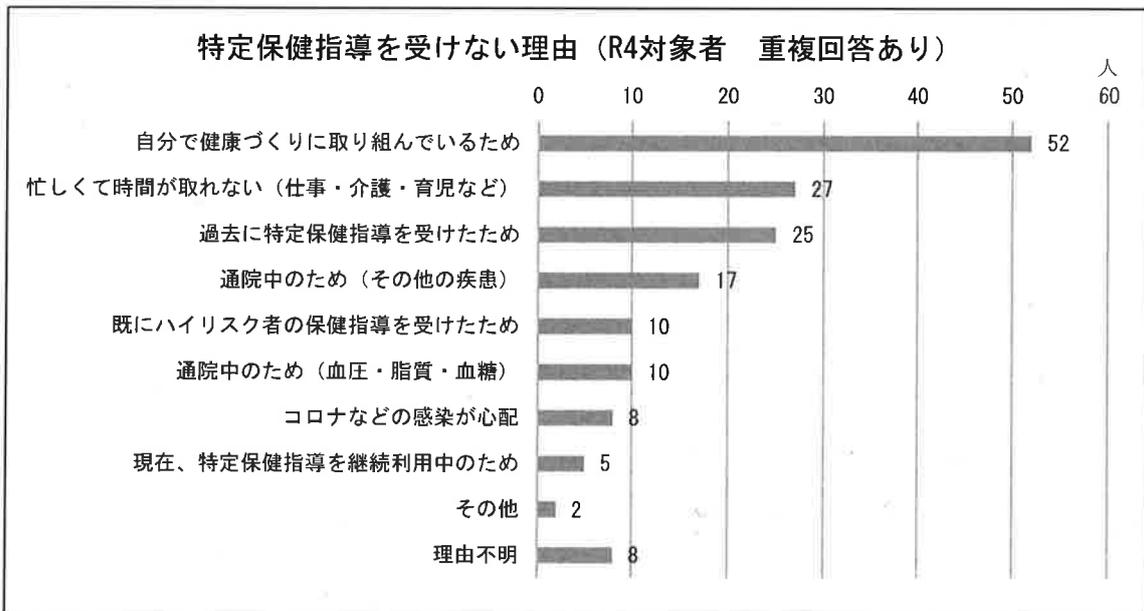
	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
積極的支援	2.5%	2.2%	2.1%	2.0%	1.8%	2.2%	1.7%
動機づけ支援	7.6%	7.9%	8.2%	7.6%	8.2%	8.6%	7.7%
情報提供①	21.6%	22.6%	23.1%	25.1%	24.4%	26.3%	25.7%
情報提供②	11.4%	12.5%	11.7%	11.1%	11.3%	11.7%	10.8%
情報提供③	56.9%	54.8%	54.8%	54.4%	54.2%	51.2%	54.1%

<法定報告リスクパターン別集計表より>

【(参考) 令和3年度特定保健指導階層化】



<法定報告リスクパターン別集計表より>



<アンケートより>

【 特定健診受診者のメタボ該当・メタボ予備群及び特定保健指導該当者等の推移 】

項目		R1	R2	R3	R4		
特定健診	健診対象者数	14,395	14,216	13,671	12,606		
	受診者数	6,073	4,756	5,705	5,278		
	健診受診率【法定報告値】	42.2%	33.5%	41.7%	41.9%		
内臓脂肪症候群（メタボ）	メタボ該当	内臓脂肪症候群 該当者数	1,081	839	1,130	986	
		内臓脂肪症候群 該当者割合	17.8%	17.6%	19.8%	18.7%	
		前年比	1.2%	-0.2%	2.2%	-1.1%	
	減少率	昨年度内臓脂肪症候群該当者のうち、 内臓脂肪症候群 該当者・予備群ではなくなった者の数	95	104	86	101	
		昨年度内臓脂肪症候群該当者のうち、 内臓脂肪症候群 該当者・予備群ではなくなった者の割合	10.0%	10.4%	11.5%	10.6%	
	メタボ予備群	内臓脂肪症候群 予備群者数	740	566	707	650	
		内臓脂肪症候群 予備群者割合	12.2%	11.9%	12.4%	12.3%	
		前年比	0.3%	-0.3%	0.5%	-0.1%	
	減少率	昨年度内臓脂肪症候群 予備群のうち、 内臓脂肪症候群 該当者・予備群ではなくなった者の数	116	117	89	108	
		昨年度内臓脂肪症候群 予備群のうち、 内臓脂肪症候群 該当者・予備群ではなくなった者の割合	17.4%	17.1%	17.3%	17.8%	
	受診者内訳	積極的支援	対象者数	119	87	126	92
			利用者数	34	21	18	13
利用率			28.6%	24.1%	14.3%	14.1%	
動機づけ支援		対象者数	464	392	489	405	
		利用者数	210	122	158	104	
		利用率	45.3%	31.1%	32.3%	25.7%	
合計		対象者数	583	479	615	497	
		利用者数	244	143	176	117	
		利用率	41.9%	29.9%	28.6%	23.5%	
		終了率【法定報告値】	38.1%	36.3%	30.4%	24.1%	
対象者の減少率		昨年度の特定保健指導の対象者のうち、 特定保健指導の対象ではなくなった者の数	123	98	81	102	
		昨年度の特定保健指導の対象者のうち、 特定保健指導の対象ではなくなった者の割合	21.3%	17.6%	18.5%	19.0%	
		昨年度の特定保健指導利用者数(人) ※資格の異動者を除く	260	240	137	170	
		昨年度の特定保健指導利用者のうち、 今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数	67	59	34	42	
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.8%	24.6%	24.8%	24.7%	

<法定報告値より>

9 人間ドック・脳ドック

(3) 人間ドック・脳ドック受診状況

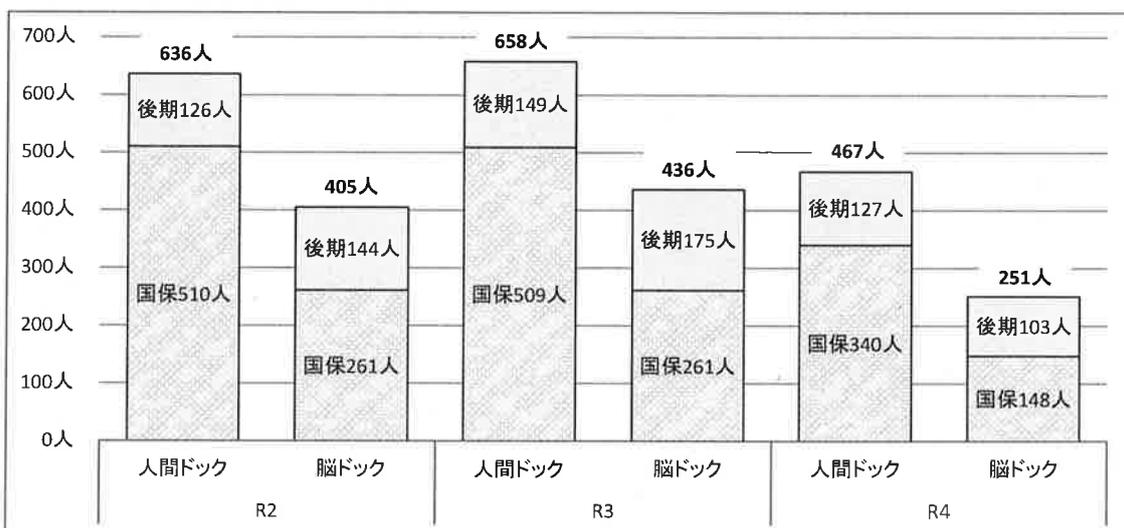
国保被保険者の医療費に占める割合や、要支援・要介護認定者の主たる疾病分類において脳梗塞と高血圧性疾患、糖尿病が多いことから、人間ドックの有所見率、脳ドックの受診状況と要精検率について分析しました。

令和4年度は、市内人間ドック・脳ドックに対する助成金の見直しにより個人負担金が増額となったことから受診者数が減少し、市内人間ドックは令和3年度より191人少ない467人、脳ドックは令和3年度より185人少ない251人となりました。

令和4年度の市内人間ドック受診者の血圧と糖代謝の要精検・要医療及び治療中の割合は、血圧が45.4%となり、前年度より4.1%増加し、糖代謝についても前年度より1.6%増加の19.1%となりました。

脳ドックの受診者については、女性が男性より多く、年齢別では男女ともに60歳代から80歳代の受診者が多くなっています。また、要精検となる所見の多くは、動脈瘤や動脈狭窄等でした。

【 市内人間ドック及び脳ドック受診者数の推移 】



【 市内人間ドック総受診者数と有所見状況 】

総受診者数	令和4年度				令和3年度				
	国保	後期	合計	割合	国保	後期	合計	割合	
	340人	127人	467人	-	509人	149人	658人	-	
血圧	要精検者	29人	10人	39人	8.4%	32人	11人	43人	6.5%
	要医療者	2人	0人	2人	0.3%	2人	0人	2人	0.3%
	治療中	107人	66人	173人	37.0%	160人	67人	227人	34.5%
	計	136人	76人	212人	45.4%	194人	78人	272人	41.3%
糖代謝	要精検者	14人	14人	28人	6.0%	23人	14人	37人	5.6%
	要医療者	2人	0人	2人	0.3%	2人	0人	2人	0.3%
	治療中	40人	21人	61人	13.1%	59人	17人	76人	11.6%
	計	54人	35人	89人	19.1%	84人	31人	115人	17.5%

※令和4年度から、要精検と要治療は同一判定区分に変更

【 脳ドック年代別受診者数と要精検者数 】

年代	性別	令和4年度			令和3年度		
		受診者数	要精検者数	要精検率	受診者数	要精検者数	要精検率
30代	男	0人	0人	0.0%	1人	0人	0.0%
	女	0人	0人	0.0%	0人	0人	0.0%
40代	男	1人	0人	0.0%	6人	0人	0.0%
	女	3人	0人	0.0%	4人	1人	25.0%
50代	男	2人	0人	0.0%	9人	0人	0.0%
	女	3人	0人	0.0%	10人	1人	10.0%
60代	男	19人	0人	0.0%	38人	1人	2.6%
	女	30人	1人	3.3%	59人	1人	1.7%
70代	男	53人	9人	17.0%	83人	4人	4.8%
	女	94人	10人	10.6%	147人	11人	7.5%
80代	男	13人	0人	0.0%	39人	4人	10.3%
	女	31人	7人	22.6%	36人	5人	13.9%
90代	男	1人	0人	0.0%	2人	0人	0.0%
	女	1人	0人	0.0%	2人	0人	0.0%
計	男	89人	9人	10.1%	178人	9人	5.1%
	女	162人	18人	11.1%	258人	19人	7.4%

<実績値より>

10 国保データベースシステム(KDB)の分析データ

(1) 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(令和4年度)

保険者番号 : 090175
 保険者名 : 日光市
 地区 :
 県計・国計 : 国保組合含まない

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

作成年月 : R04年度(累計)
 印刷日 : R04年0月3日
 比較先 : 県
 ページ : 1/2

令和04年度	人口総数(人)	高齢化率(%) (65歳以上)	被保険者数(人) 加入率(%)	被保険者 平均年齢(歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	産業構成率(%)		
								第1次産業	第2次産業	第3次産業
保険者	76,904	36.2	17,374(22.6)	56.3	4.7	15.4	0.6	5.2	27.2	67.5
県	1,897,545	29.2	409,460(21.6)	54.5	6.2	11.4	0.7	5.7	31.9	62.4
同規模	67,878	30.4	13,889(20.5)	54.7	6.5	11.8	0.7	5.6	28.6	65.8
国	123,214,261	28.7	24,660,500(20.0)	53.4	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

数値から見られる実態

健診

1 ◆特定健診受診率(令和04年度)

受診率(%)	順位(位)
保険者 41.5	県内 0
県 37.0	全国 0
同規模 40.7	0
国 37.4	

2 ◆受診率推移(令和03年度～令和04年度)

市区町村名	令和03年度(%)	令和04年度(%)
保険者	41.3	41.5
県	35.4	37.0
同規模	39.3	40.7
国	35.9	37.4

3 ◆特定健診結果有所見率(令和04年度)

検査項目	保険者(%)	県(%)	同規模(%)	国(%)
メタボ予備群	12.3(11)	11.8	11.0	11.1
メタボ該当者	18.7(20)	20.3	20.9	20.6
非肥満高血糖	8.4(18)	9.8	10.2	9.3
脂質	34.7(20)	35.4	35.0	34.9
BMI	4.3(21)	5.0	4.8	4.7
血糖	0.9(9)	0.7	0.7	0.6
血圧	8.5(18)	8.5	7.8	7.8
脂質	3.0(5)	2.6	2.6	2.6
血糖・血圧	3.8(14)	3.4	3.1	3.0
血糖・脂質	0.9(16)	0.9	1.1	1.0
血圧・脂質	8.9(15)	9.4	9.7	9.8
血糖・血圧・脂質	5.1(20)	6.4	7.0	6.8

(被保険者数: 28)

医療

7 ◆医療費推移(平成30年度～令和04年度)

8 ◆1人当たり医療費順位

年度	1人当たり医療費(円)	県内順位(位)	同規模内順位(位)	参考: 国金額(円)
H30	0	0	0	0
R01	26,911	0	0	27,475
R02	27,409	0	0	26,961
R03	29,279	0	0	28,469
R04	29,450	0	0	29,043

9 ◆医療費諸率(令和04年度)

市区町村名	1人当たり医療費(円)	受診率
保険者	29,450	708,458
県内平均	27,830	734,472
圏平均	29,043	728,390
同規模平均	29,595	739,503
同規模最大	40,580	881,134
同規模最小	21,657	670,872
同規模内順位(市区町村数)	0	0
	(250)	(250)

15 ◆医療費推移(平成30年度～令和04年度)

16 ◆1人当たり医療費順位

年度	1人当たり医療費(円)	県内順位(位)	同規模内順位(位)	参考: 国金額(円)
H30	0	0	0	0
R01	1,862	0	0	2,038
R02	1,851	0	0	2,021
R03	1,919	0	0	2,141
R04	1,995	0	0	2,211

17 ◆医療費諸率(令和04年度)

市区町村名	1人当たり医療費(円)	受診率
保険者	1,995	153,123
県内平均	1,946	156,233
圏平均	2,211	164,799
同規模平均	2,179	163,826
同規模最大	2,883	212,336
同規模最小	1,379	94,803
同規模内順位(市区町村数)	0	0
	(250)	(250)

介護

12 ◆介護認定率、許当り介護給付費

	保険者	県	同規模	国
介護認定率(%)	16.1	16.8	18.1	19.4
介護給付費(円)	71,548	63,960	63,298	59,662
居宅給付費(円)	39,194	41,898	41,822	41,272
施設給付費(円)	289,765	292,422	292,500	296,364

13 ◆要介護者の有病状況

	保険者(%)	県(%)	同規模(%)	国(%)
糖尿病	26.6	26.5	24.2	24.3
心臓病	61.8	62.6	60.8	60.3
脳疾患	24.0	22.8	23.1	22.6
筋・骨疾患	55.9	53.7	53.1	53.4
精神	41.0	36.7	37.0	36.8

歯科

15 ◆医療費推移(平成30年度～令和04年度)

16 ◆1人当たり医療費順位

年度	1人当たり医療費(円)	県内順位(位)	同規模内順位(位)	参考: 国金額(円)
H30	0	0	0	0
R01	1,862	0	0	2,038
R02	1,851	0	0	2,021
R03	1,919	0	0	2,141
R04	1,995	0	0	2,211

17 ◆医療費諸率(令和04年度)

市区町村名	1人当たり医療費(円)	受診率
保険者	1,995	153,123
県内平均	1,946	156,233
圏平均	2,211	164,799
同規模平均	2,179	163,826
同規模最大	2,883	212,336
同規模最小	1,379	94,803
同規模内順位(市区町村数)	0	0
	(250)	(250)

死亡

14 ◆平均寿命(平成2年市区町村別生命表)

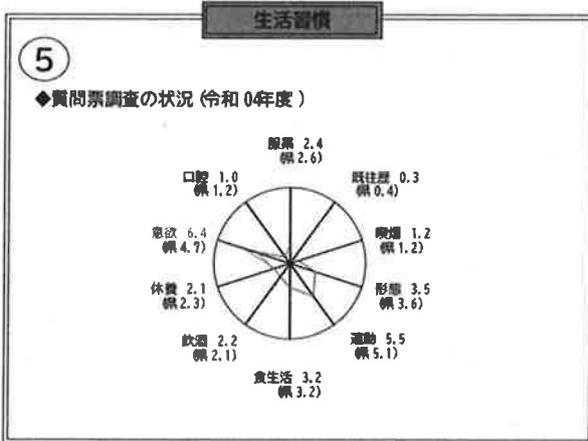
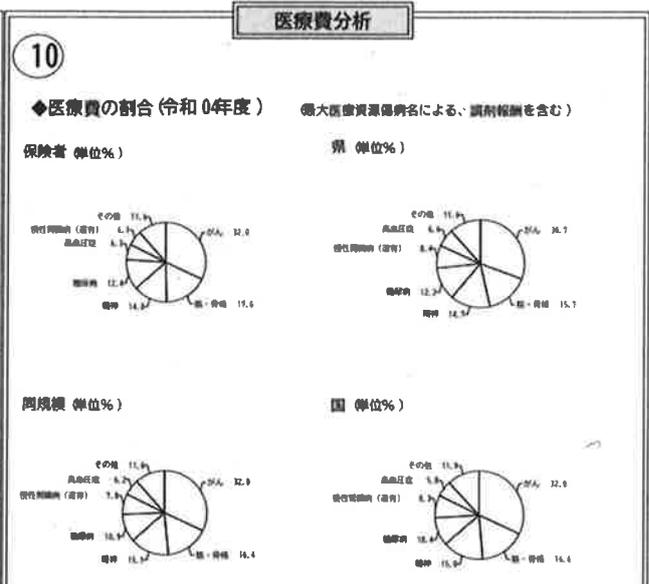
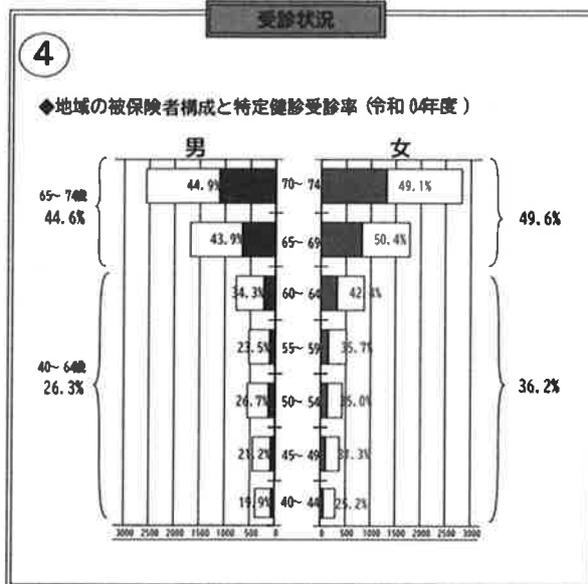
	保険者	県	同規模	国
男	79.9	80.1	80.7	80.8
女	86.2	86.3	87.0	87.0

◆死因(%)

	保険者	県	同規模	国
がん	0.4	0.3	0.3	0.3
心臓病	0.3	0.2	0.2	0.2
脳疾患	0.1	0.1	0.1	0.1
糖尿病	0.0	0.0	0.0	0.0
胃不全	0.0	0.0	0.0	0.0

保険者番号 : 090175
 保険者名 : 日光市
 地区 :
 県計・国計 : 国保組合含まない

作成年月 : R0年度(累計)
 印刷日 : R0年 0月 3日
 比較先 : 県
 ページ : 2/2



11 疾病統計

疾病	入院(円/件) (単位)	在院日数(日/件)	入院外(円/件) (単位)
糖尿病	620,023 (21)	17	38,025 (11)
高血圧症	659,119 (25)	15	31,072 (10)
脂質異常症	586,490 (28)	17	30,692 (2)
脳血管疾患	639,247 (28)	19	44,345 (5)
心疾患	642,377 (22)	12	52,517 (5)
腎不全	639,607 (28)	16	113,950 (20)
精神	473,160 (23)	24	28,994 (16)
新生物	751,827 (14)	12	65,251 (18)
膵肉炎・膵膵病	267,368 (24)	5	12,605 (6)

生活習慣病等受診状況(件当たりの外来・入院単価) (総保険者数 20)

6

◆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(単位円)

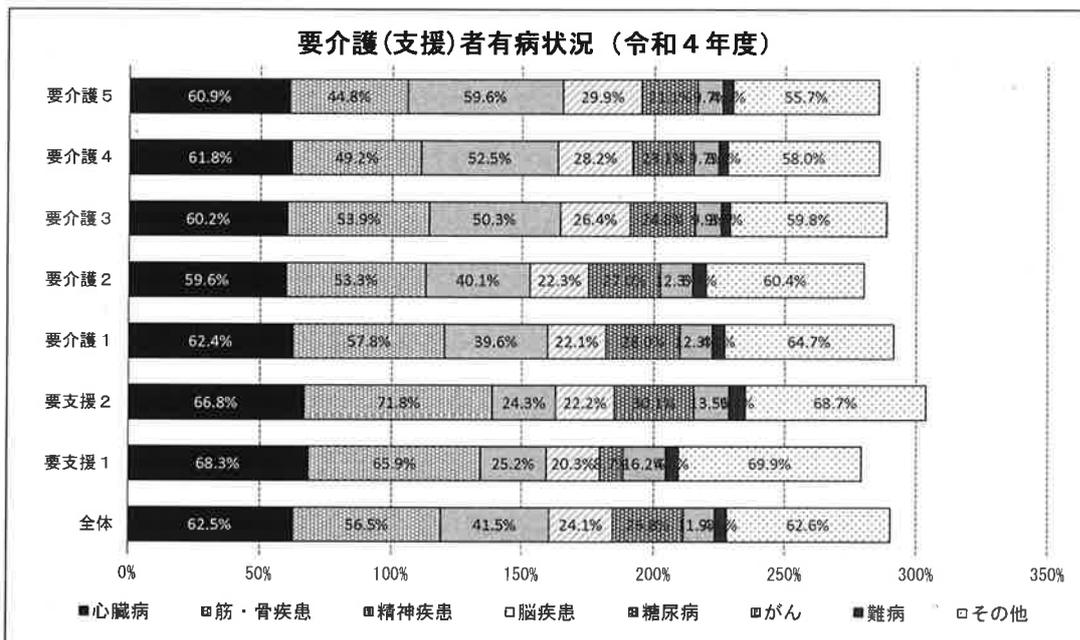
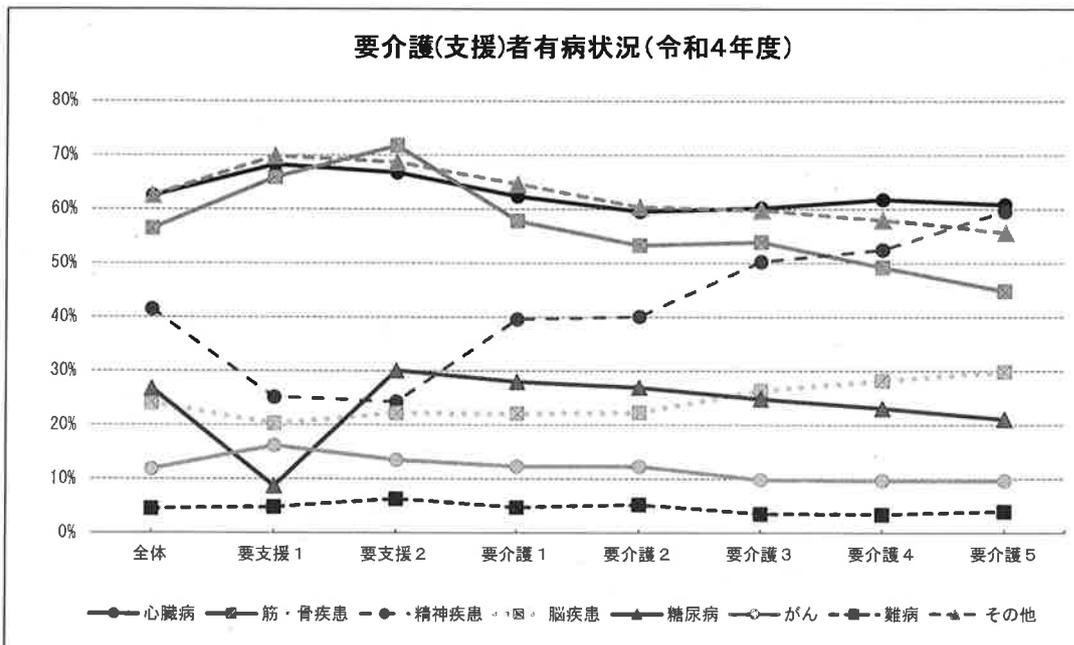
令和04年度 入院+外来	健診受診者				健診未受診者			
	保険者	県	同規模	国	保険者	県	同規模	国
①	2,931	2,234	2,421	2,087				
②					12,762	13,042	13,441	13,715
③	8,601	6,184	6,937	6,161				
④					37,360	36,061	38,519	40,475

①健診受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数
 ②健診未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数
 ③健診受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数(生活習慣病患者数)
 ④健診未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数(生活習慣病患者数)

(4)要介護(支援)者有病状況(令和4年度)

全体

No.	有病状況	全体	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1	心臓病	62.5%	68.3%	66.8%	62.4%	59.6%	60.2%	61.8%	60.9%
2	筋・骨疾患	56.5%	65.9%	71.8%	57.8%	53.3%	53.9%	49.2%	44.8%
3	精神疾患	41.5%	25.2%	24.3%	39.6%	40.1%	50.3%	52.5%	59.6%
4	脳疾患	24.1%	20.3%	22.2%	22.1%	22.3%	26.4%	28.2%	29.9%
5	糖尿病	26.8%	8.7%	30.1%	28.0%	27.0%	24.8%	23.1%	21.1%
6	がん	11.9%	16.2%	13.5%	12.3%	12.3%	9.9%	9.7%	9.7%
7	難病	4.5%	4.8%	6.3%	4.7%	5.2%	3.5%	3.4%	4.0%
8	その他	62.6%	69.9%	68.7%	64.7%	60.4%	59.8%	58.0%	55.7%



発行年月	令和6年4月
発行	栃木県日光市
編集	日光市 市民生活部 保険年金課
	〒321-1292
	栃木県日光市今市本町1番地
	電話 0288-21-5110
	FAX 0288-21-5120
