

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5年度事業評価
(自己評価)

令和7年3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５年度）	41
（２）地域の全体像の把握（令和５年度）	43
（３）市区町村別データ（令和５年度）	44
（４）要介護（支援）者有病状況（令和５年度）	46

1 評価・改善(令和5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、実施効果を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視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る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6年度に令和5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	○				国保連を通じて「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

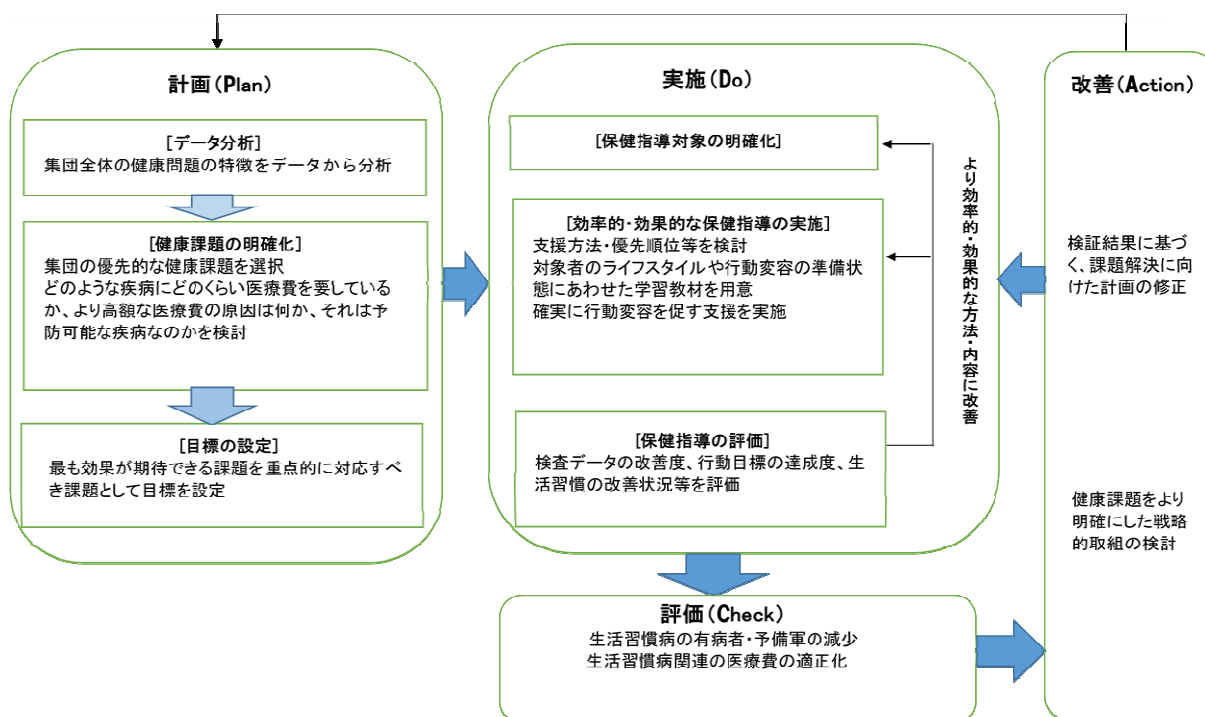
(2) 特定健康診査等実施計画及びデータヘルス計画の評価及び見直し (PDCAサイクル)

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・・・

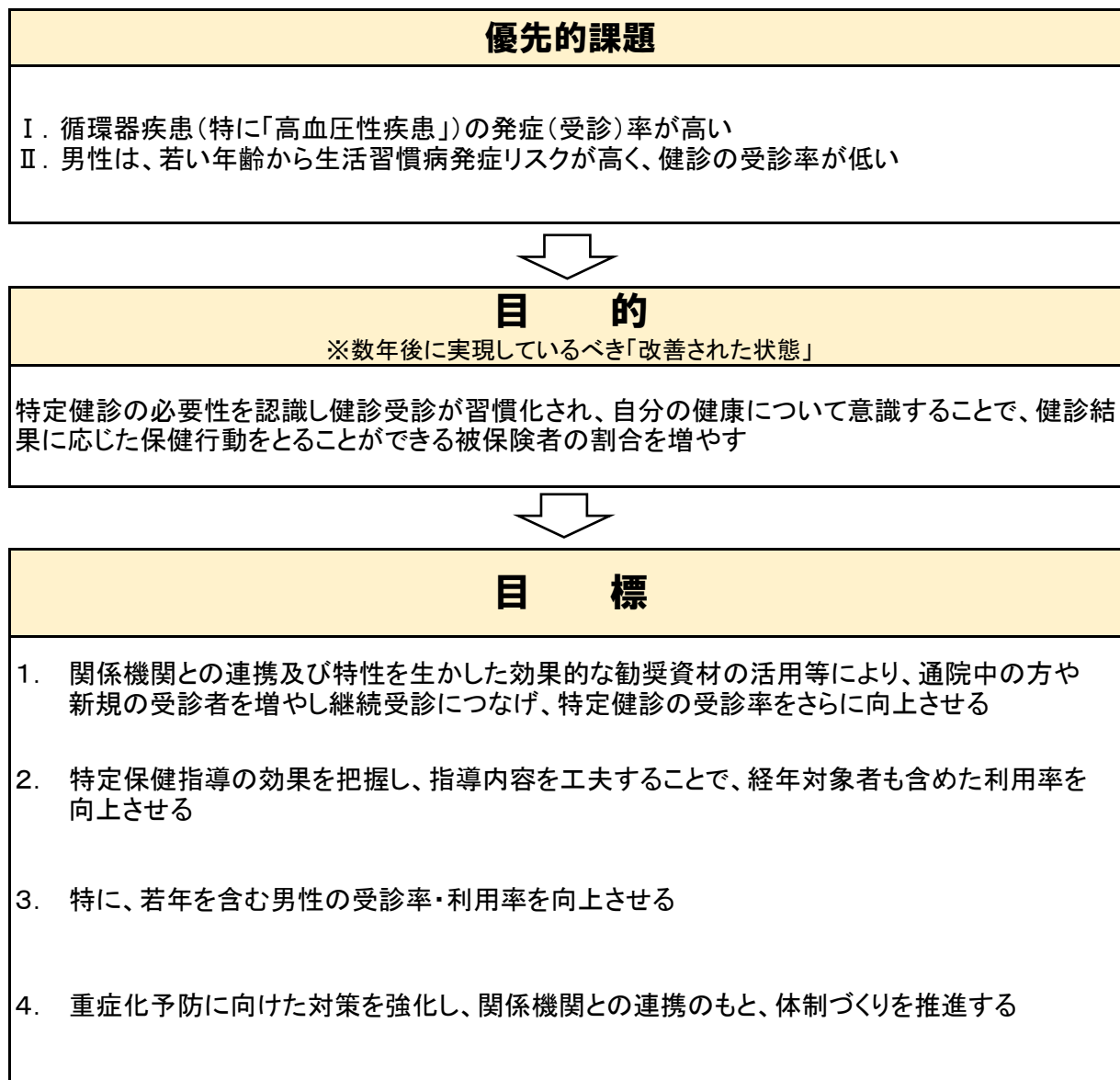
根拠法令等：国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針
(平成16年厚生労働省告示第307号)

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5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5年度の評価を令和6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5年度は47.5%となり、令和4年度と比較し、0.6%増加しました。令和5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5年度は37.9%となり、前年度より2.6%増加しました。令和5年度においても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期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。「若年層の保健指導」は対象者数が少ないために利用率の変動が大きく、経年的な評価が難しい面もあります。仕事や育児等で忙しい年代層ではありますが、リモート面接等を活用し参加を促します。

No.	項 目	当初目標 (中間評価後)	実 績				評価指標		
			R4年度	R5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%	46.9%	47.5%	0.6%			
2	男性の受診率 ※法定報告値	R1年度	41.7%	38.2%	39.2%	1.0%	30	毎年度 1.5%増	R5年度 47.7%
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%	2.2%	2.5%	0.3%		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%	28.4%	33.0%	4.6%		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%	35.3%	37.9%	2.6%			
6	継続利用者 (2年連続参加率)	R1年度	65.2%	33.0%	53.7%	20.7%		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)	101人 (国保)	107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%	33.3%	23.1%	-10.2%	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%	41.9%	42.6%	0.7%	41
特定保健指導実施率(法定報告値)	H30年度	45.7%	24.1%	29.3%	5.2%	41
特定保健指導利用率(法定報告値)	H30年度	42.2%	23.5%	29.1%	5.6%	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

男性の「中性脂肪」の有所見率は減少しましたが、女性の「中性脂肪」は微増となり、男女ともに「HbA1c」は増加しました。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、低下しています。特定保健指導の利用率・改善率の増加を図る必要があります。

「メタボ該当者・予備群割合」については、緩やかな増加傾向にあります。対象者への個別的なアプローチを重視した効果的な保健指導を展開することにより、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。

							評価指標			
期間	No.	項 目	当初目標 (中間評価後)		実 績			データ 掲載 ページ	短期	中長期
					R4年度	R5年度	前年比		評価時期 評価指標	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%	23.5%	22.0%	-1.5%	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%	52.4%	63.0%	10.6%	24	毎年度 0.5%減	R5年度 55.4%
	2	(男性)HbA1cの有所見率	R1年度	58.1%	53.7%	61.4%	7.7%	24	毎年度 0.5%減	R5年度 56.1%
	3	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%	19.0%	21.2%	2.2%	39	現状維持	R5年度 23.0%
5	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%	24.7%	18.6%	-6.1%	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%	0.2%	0.1%	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		0.3%	0.3%	0.0%	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%	41.8%	41.8%	0.0%	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%	18.7%	19.3%	0.6%	39	毎年度 0.1%減	R5年度 15.3%
	5	②メタボ予備群該当者割合	R1年度	10.5%	12.3%	12.4%	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		6人	4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を評価します。

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（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「にっこう健康マイレージ」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。今後は健診結果説明会を活用した特定保健指導の実施に向けて、より多くの対象者に参加を促す取り組みを検討していきます。

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	・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等を修正し、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	・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等を修正し、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	(地域包括福祉センター)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	●			
				・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	・受診勧奨、保健指導(重症化リスク・判定値以上者)	●	○		
				・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		
				・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	・受診勧奨、保健指導(重症化リスク・判定値以上者)	●	○		
				・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)		○		
				・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 (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、会場方式の初回、3か月後実績評価、6か月後最終評価の計3回にわたり「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、摂取塩分量の平均値は初回15.0gであり、男女共に食事摂取基準の目標値の約2倍と高い結果でした。減塩指導を実施した中間または最終時の平均値は13.7gに低下しましたが、依然として高い傾向がみられました。

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「外食の味付けと比較(同じ・濃い)」「塩味のお菓子」が高い結果となりましたが、減塩指導後はやや減少しています。塩分チェック項目の合計点の平均では、初回9.1点⇒減塩指導後8.0点にやや改善しています。

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、健診結果に照らしながら、実践しやすい減塩指導を行っていきます。

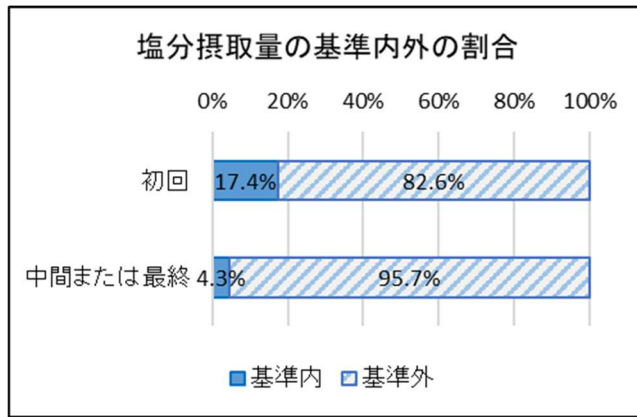
【事業について】

事業概要	会場方式特定保健指導における初回、中間(3か月経過後実績評価)、最終(6か月後最終評価)の計3回、尿中塩分量測定及び塩分チェックシートの判定を行う。	
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 (3回目の測定)	・初回、中間、最終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)。

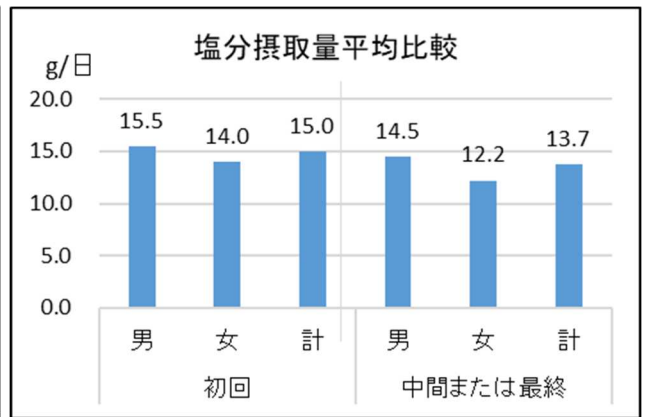
【令和5年度特定保健指導参加者の尿中塩分量測定結果】

指導時期	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	15	24	4.5	15.5	7.5
	女	8	23.4	4.5	14.0	6.5
	計	23	24	4.5	15.0	
中間 または 最終	男	15	24.6	7.5	14.5	7.5
	女	8	18	3.3	12.2	6.5
	計	23	24.6	3.3	13.7	

【 塩分摂取量の比較 】



【 塩分摂取量平均比較 】



【 塩分チェックシートによる分析 】

初回・指導後の各項目及び合計の平均点 ※点数が高いほど塩分を摂取している頻度が高い。

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	23	0.3	1.0	0.6	0.4	0.3	0.5	0.7	0.4	0.5	0.3
中間または最終	23	0.1	0.6	0.5	0.3	0.7	0.4	0.5	0.2	0.2	0.3

指導回数	実施者数 (人)	項目ごとの平均点										合計点数 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	23	0.3	0.6	0.2	0.4	0.9	0.5	0.1	0.3	0.4	0.3	9.1
中間または最終	23	0.4	0.7	0.3	0.3	0.7	0.4	0.1	0.3	0.5	0.4	8.0

【尿中塩分測定実績 令和6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、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症は増加傾向です。

人工透析患者数は、令和5年度では国保被保険者と後期高齢者合わせて228人で、前年度より7人増加しました。国保被保険者は50歳代が39.3%、後期高齢者は75歳～79歳が28.5%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5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。

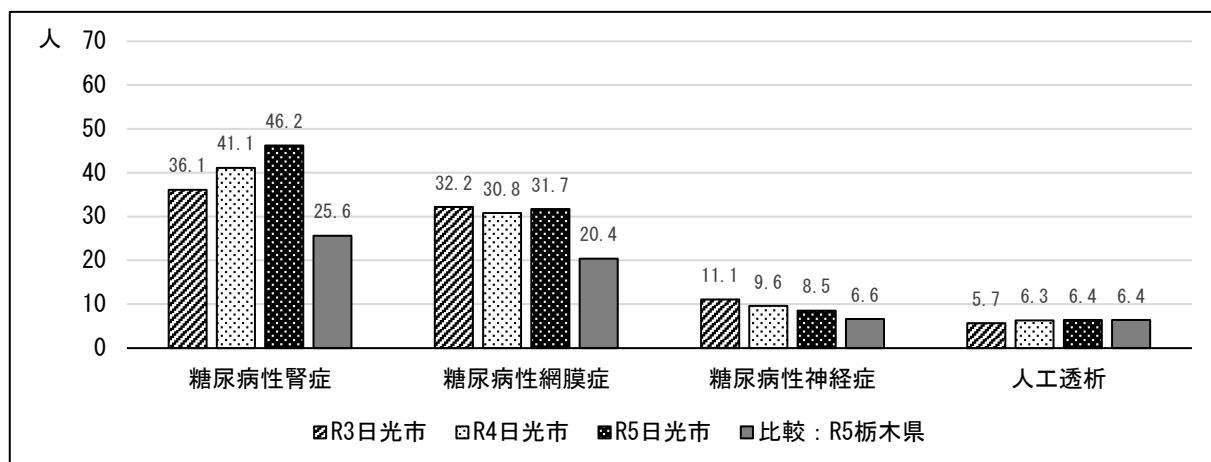
人工透析患者のうち、糖尿病で治療している者は国保被保険者が58.9%、後期高齢者が63.4%、高血圧症で治療しているは国保被保険者が87.5%、後期高齢者が91.3%となっています。

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、男女とも90歳代が最も多く、次いで男性が50歳代、女性は80歳代でした。また、eGFR は男女とも60歳代から急増しています。

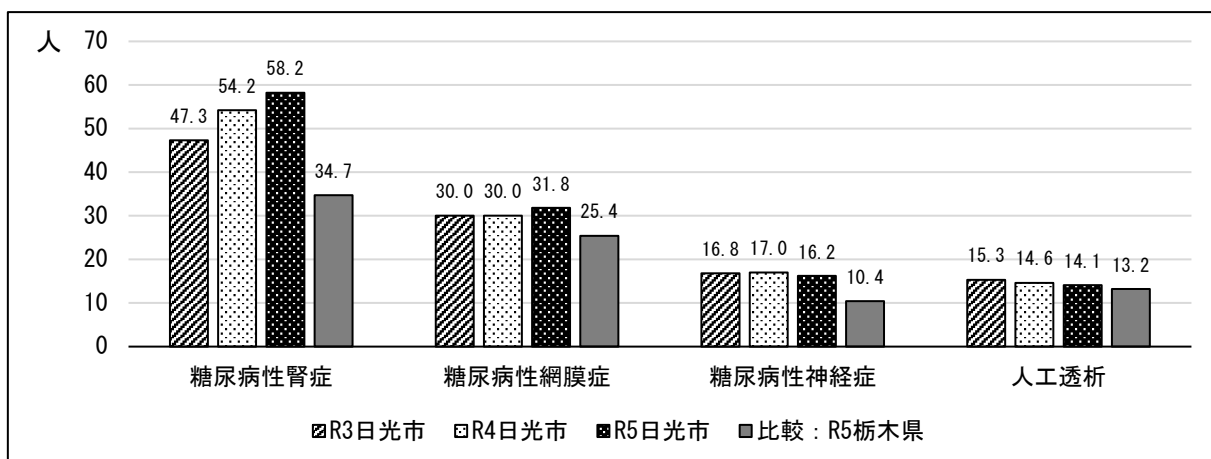
● 糖尿病性腎症に関する参考データ

【 患者千人当たり 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5年度 年齢別人工透析患者数 】

【国民健康保険】

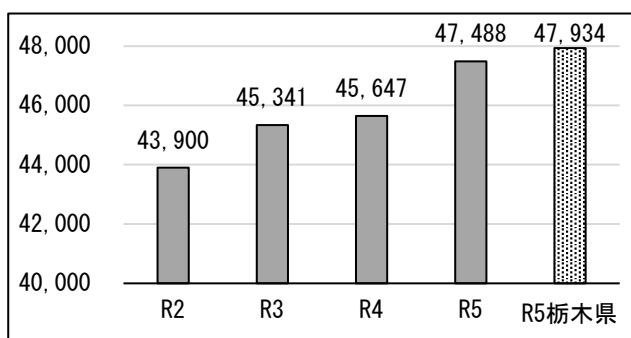
年齢	男	女	合計（割合）
20歳代	0人	0人	0人（0.0%）
30歳代	0人	0人	0人（0.0%）
40歳代	6人	1人	7人（12.5%）
50歳代	17人	5人	22人（39.3%）
60～64歳	10人	3人	13人（23.2%）
65～69歳	6人	2人	8人（14.3%）
70～74歳	5人	1人	6人（10.7%）
合計	44人	12人	56人（100.0%）

【後期高齢者】

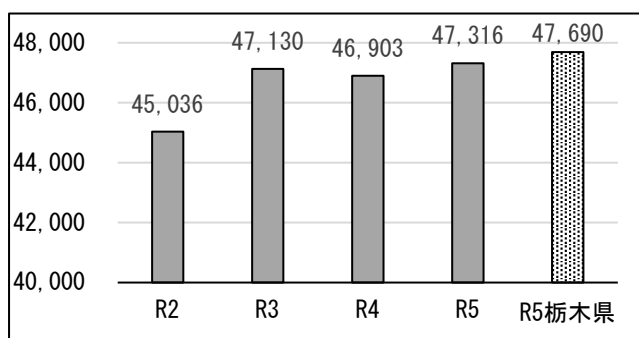
年齢	男	女	合計（割合）
65～69歳	10人	4人	14人（8.1%）
70～74歳	29人	10人	39人（22.7%）
75～79歳	29人	20人	49人（28.5%）
80～84歳	24人	19人	43人（25.0%）
85～89歳	9人	11人	20人（11.6%）
90～94歳	3人	4人	7人（4.1%）
95歳～99歳	0人	0人	0人（0.0%）
合計	104人	68人	172人（100.0%）

【 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 （※）	被保険者に占める 人工透析患者の割合	人工透析患者数のうち 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%）
令和5年度	56人	0.3%	33人（58.9%）	49人（87.5%）

【後期高齢者】

年度	人工透析			
	患者数 （※）	被保険者に占める 人工透析患者の割合	人工透析患者数のうち 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2年度	173人	1.2%	122人（7.1%）	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%）
令和5年度	172人	1.1%	109人（63.4%）	157人（91.3%）

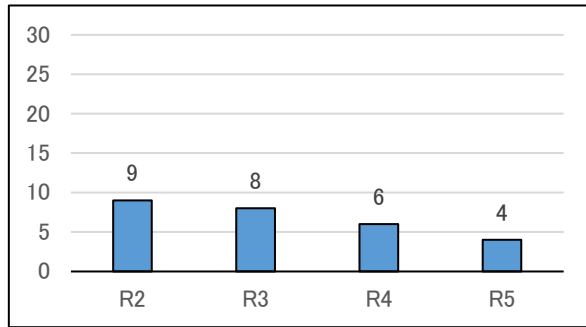
※65歳以上の特定疾病療養受給証交付者を含む

<KDBシステムより>

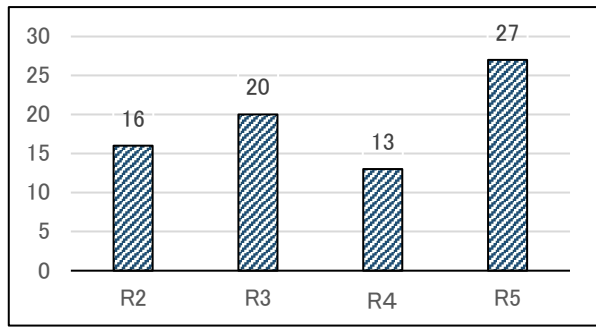
【 新規人工透析者の状況 】

・ 新規人工透析者数（人）

【国民健康保険】

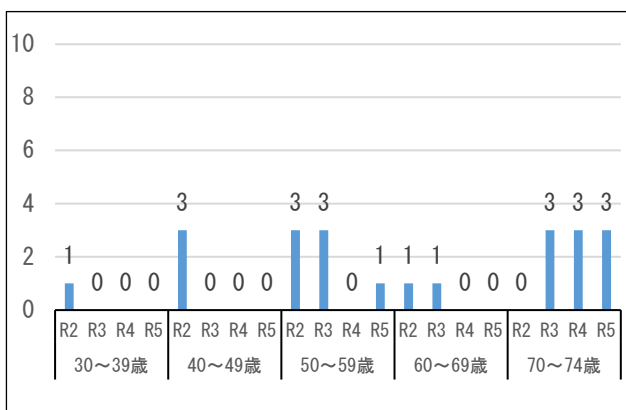


【後期高齢者】

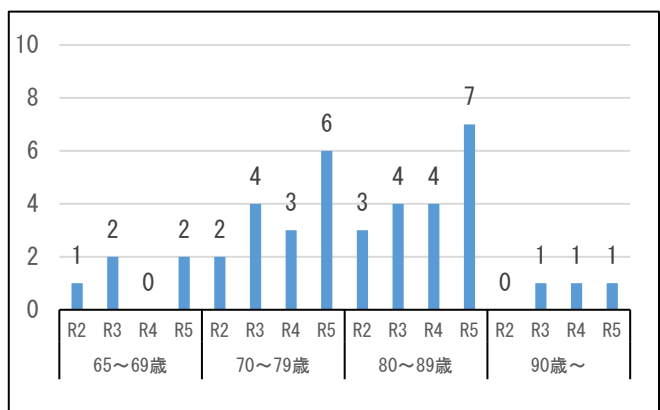


・ 男女別新規人工透析者数（人）

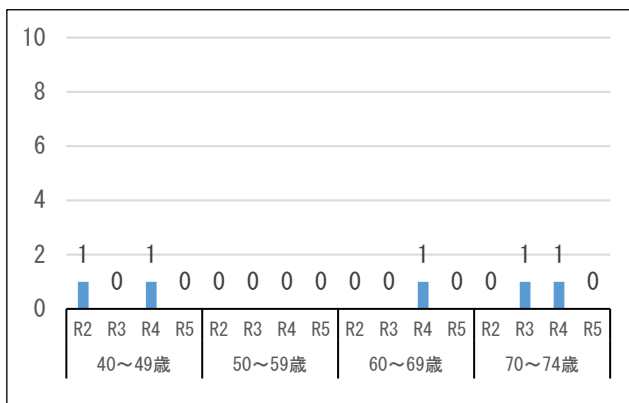
【国民健康保険（男性）】



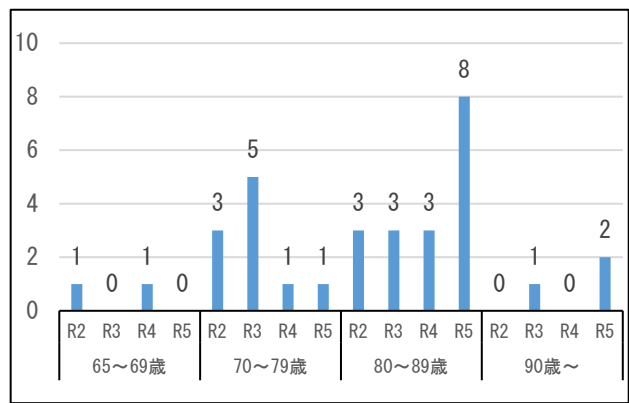
【後期高齢者（男性）】



【国民健康保険（女性）】

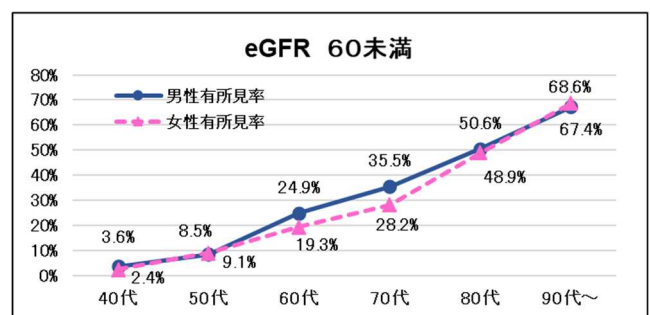
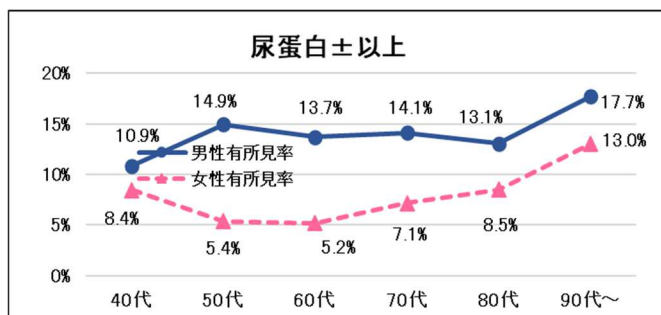


【後期高齢者（女性）】



<KDBシステムより>

【 令和5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	※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 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		○	※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5年度の実績評価

令和5年度の保健指導(6か月のプログラムによる)は、国保被保険者は実施率16.5%、後期高齢者は46.2%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7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、空腹時血糖、HbA1c、eGFR 全てにおいて改善が認められました。

塩分チェック点数は改善がみられましたが、尿中塩分測定値は増加しました。減塩に対する意識は高まりましたが、行動変容につながる生活習慣改善指導について更なる取り組みが必要です。

また、アンケート結果をみると、参加者の約9割が「参加してよかった」と答えており、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。

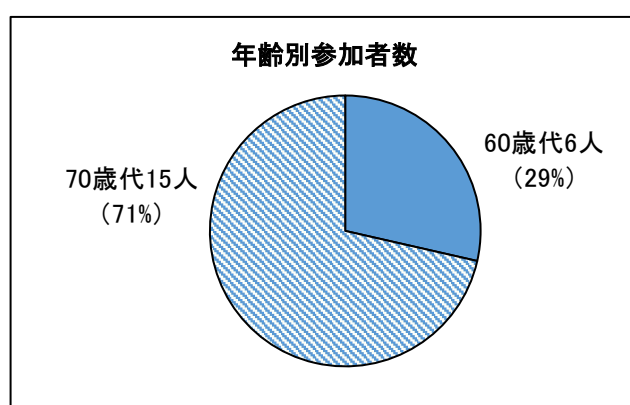
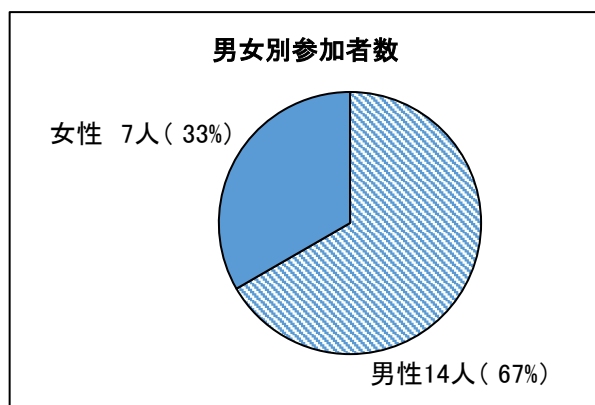
【 実施率 】 <国民健康保険>

介入方法	対象者数	実施者数	実施率
情報提供	556 人	556 人	100%
受診勧奨	21 人	21 人	100%
保健指導	115 人	19 人	16.5%

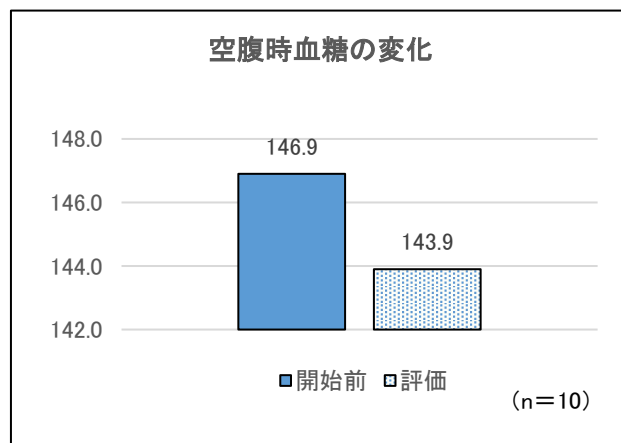
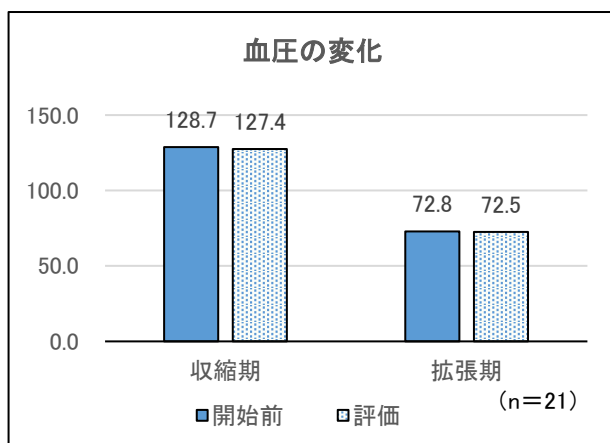
<後期高齢者>

介入方法	対象者数	実施者数	実施率
情報提供	154 人	154 人	100%
受診勧奨	5 人	5 人	100%
保健指導	13 人	6 人	46.2%

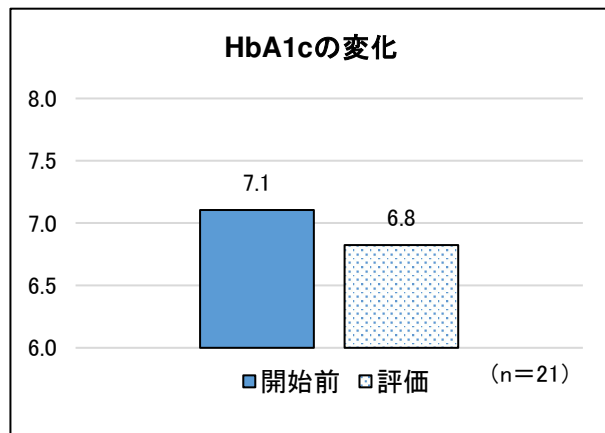
【 保健指導による評価 (計 21 人) 】



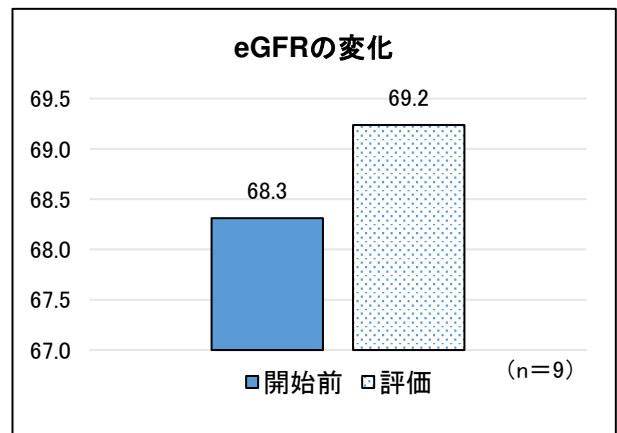
【 各検査値の変化 (平均値による) 】



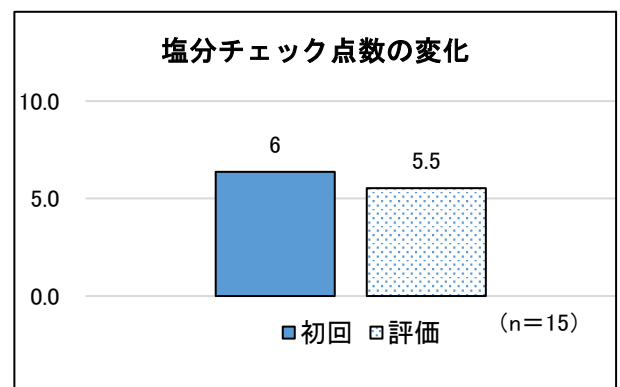
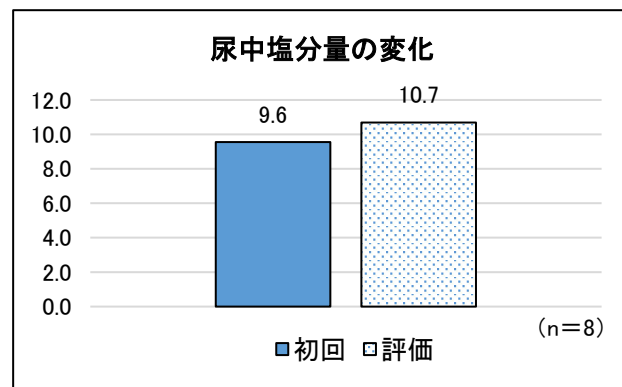
空腹時血糖改善率：70.0%



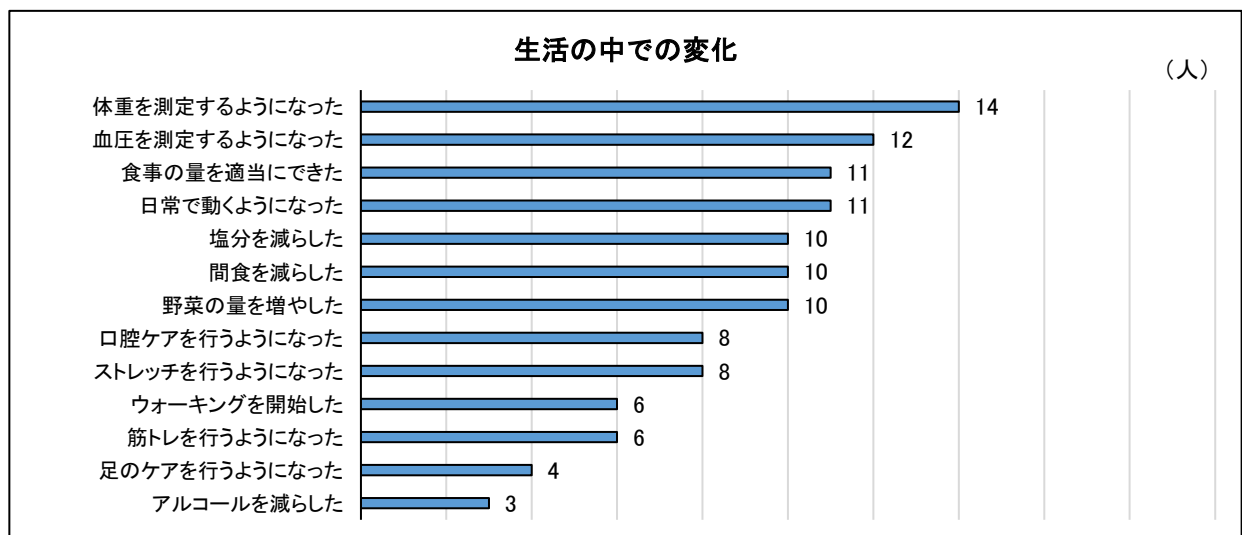
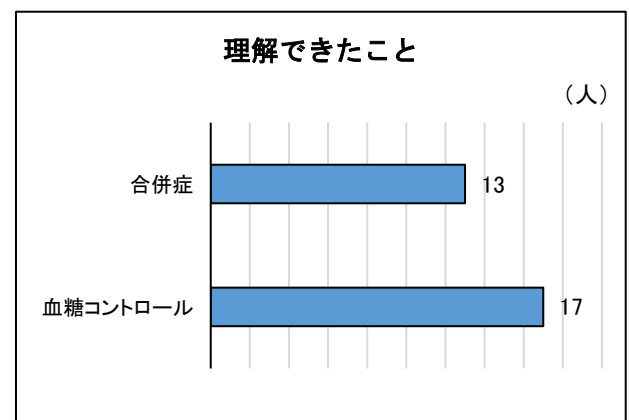
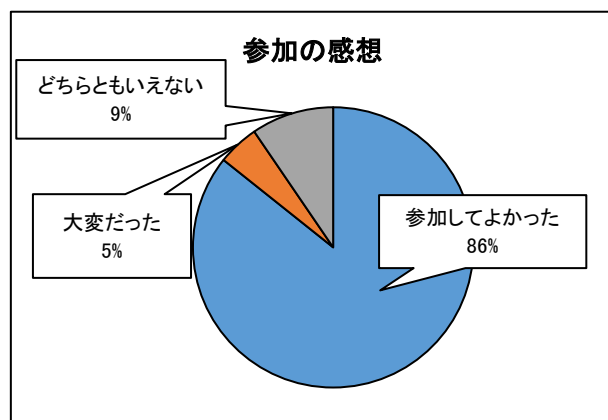
HbA1c 改善率 : 76.2%



eGFR 改善率 : 66.7%



【指導終了後アンケート結果から（回答者：21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

国保被保険者の歯科健診受診者数は令和3年度に減少しましたが、令和4年度からは増加しています。

受診結果を見ると、むし歯のある割合は36.3%で、特に若年層の割合が40.1%と高くなっています。また、歯周病の割合は49.4%で、65歳以上は2人に1人が歯周病に罹患しています。

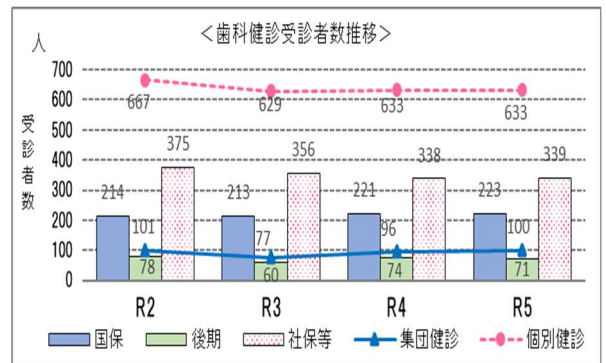
歯科健診を受けることにより、虫歯や歯周疾患の早期発見・早期治療につながることから、歯科健診受診者数の増加を目指す必要があります。重点受診勧奨対象者に対する勧奨方法を工夫し、受診者数の増加に努めます。

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 】

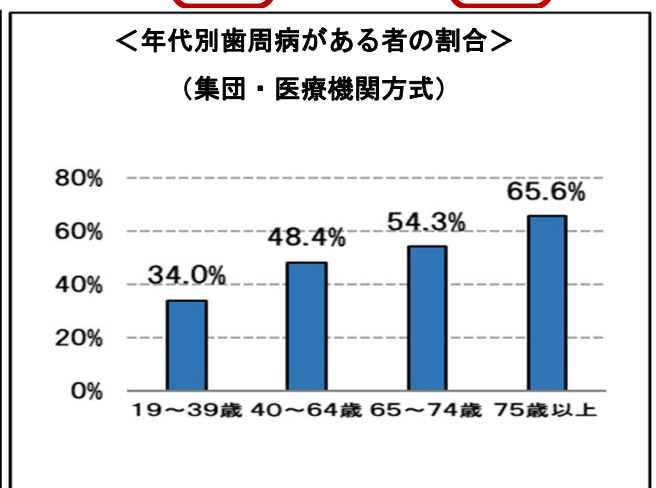
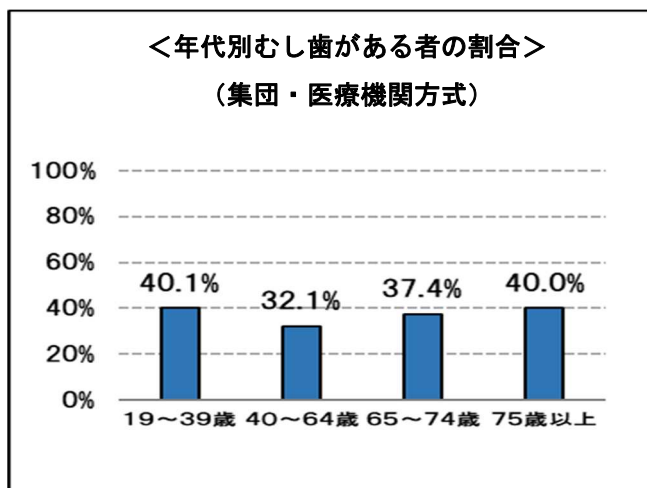
		R2	R3	R4	R5
健診方法	集団健診	101	77	96	100
	個別健診	667	629	633	633
合計受診者数		768	706	729	733

個別健診 加入保険内訳	国保	214	213	221	223
	後期	78	60	74	71
	社保等	375	356	338	339



【 令和5年度歯科健診年代別受診結果 】

年代	人口(人) (R5.4.1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	14,157	147	129	18	1.0%	54	5	40.1%	34	16	34.0%
40～64歳	25,255	277	242	35	1.1%	82	7	32.1%	103	31	48.4%
65～74歳	13,172	219	190	29	1.7%	72	10	37.4%	94	25	54.3%
75歳以上	15,150	90	72	18	0.6%	27	9	40.0%	42	17	65.6%
合計	67,734	733	633	100	1.1%	235	31	36.3%	273	89	49.4%



【 令和5年度重点受診勧奨者の受診率 】

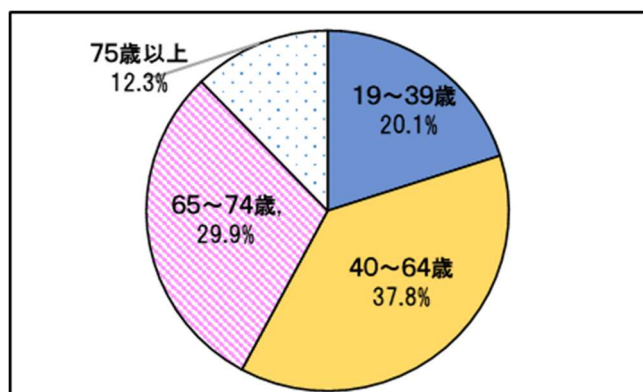
	対象者数	受診者数	受診率
40 歳	774	23	3.0%
50 歳	1,113	25	2.2%
60 歳	1,015	51	5.0%
70 歳	1,287	57	4.4%
妊婦	303	56	18.5%

<健康課:令和5年度 日光市保健事業実績書より>

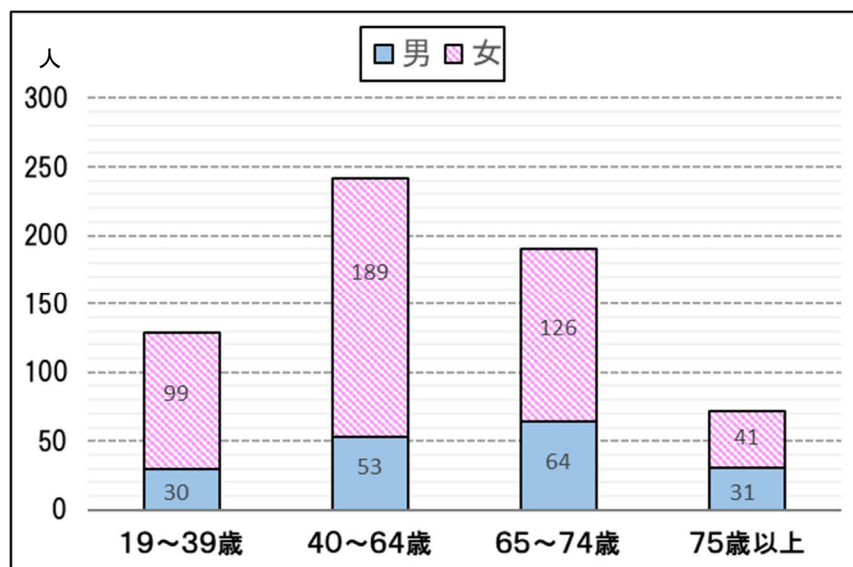
【 受診勧奨者(当初申し込み者のうち未受診者)の受診率 】

	対象者数	受診数	受診率
国保	373 人	62 人	16.9%
社保等	429 人	85 人	19.8%

【 (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)は、国保・後期ともに県平均を下回っていますが、1人当たりの医療費(医科入院)では、国保・後期ともに毎年、県平均を上回り、県内でも上位に位置しています。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。

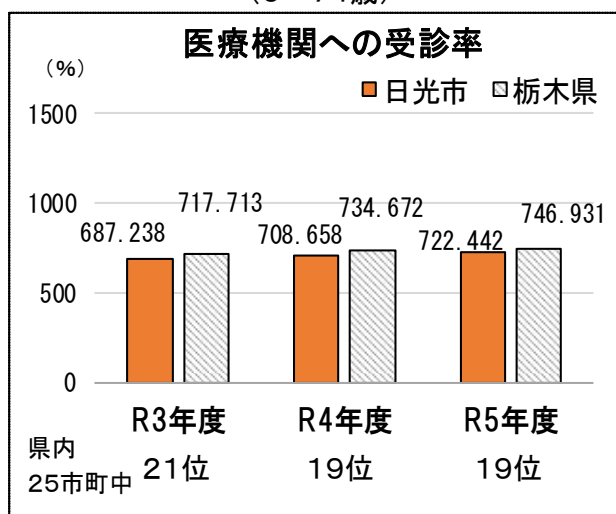


日光市(令和5年度累計)

総人口	76,904人
国保被保険者数	16,210人
国保加入率	21.1%
国保被保険者平均年齢	56.4歳
後期被保険者数	15,716人
後期加入率	20.4%
後期被保険者平均年齢	82.3歳
高齢化率(65歳以上)	36.2%

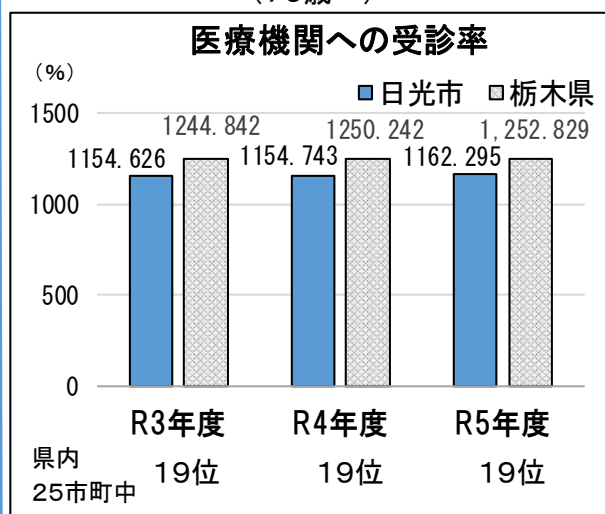
国民健康保険

(0～74歳)



後期高齢者医療(参考)

(75歳～)

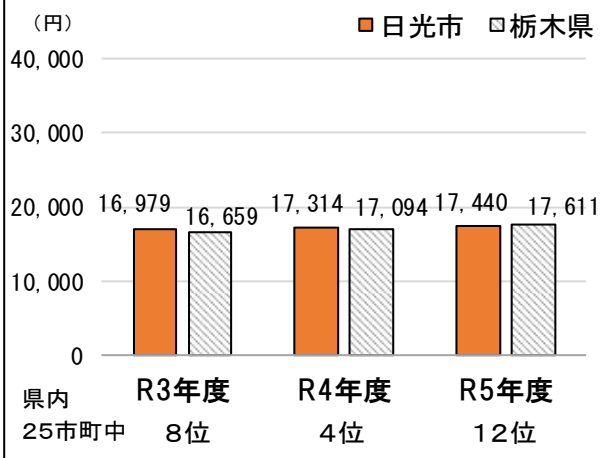


<市区町村別データより>

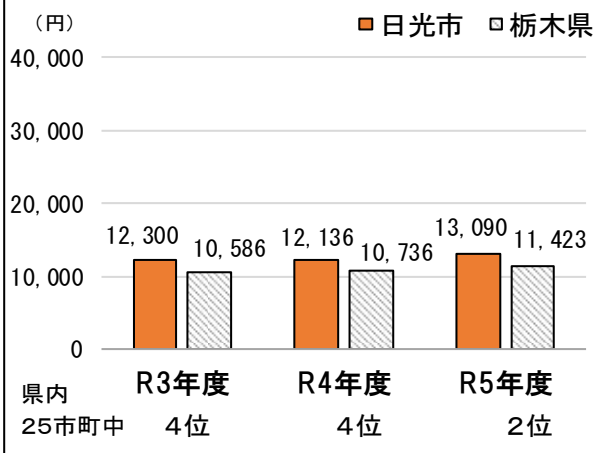
国民健康保険

(0～74歳)

1人当たりの医療費(医科外来)



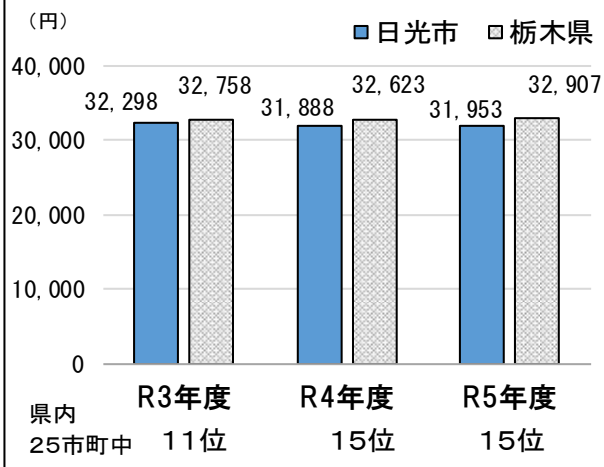
1人当たりの医療費(医科入院)



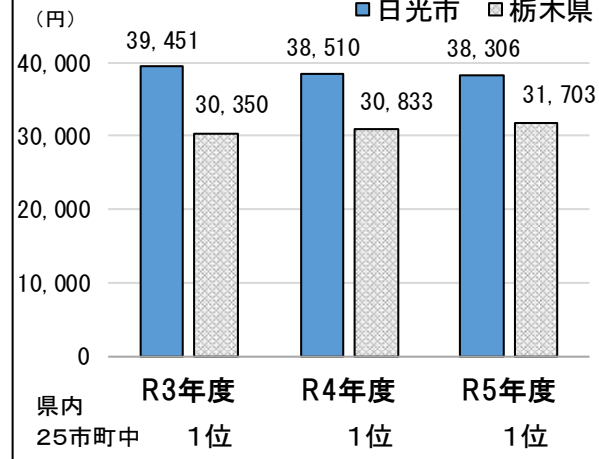
後期高齢者医療(参考)

(75歳～)

1人当たりの医療費(医科外来)



1人当たりの医療費(医科入院)



<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	6.1%
2位	関節疾患	4.3%
3位	統合失調症	3.9%
4位	慢性腎臓病(透析あり)	3.6%
5位	高血圧症	3.1%
6位	脂質異常症	2.3%
7位	うつ病	2.2%
8位	不整脈	2.0%
9位	肺がん	1.9%
10位	骨折	1.9%

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)	6.0%
2位	不整脈	4.6%
3位	糖尿病	4.3%
4位	骨折	4.1%
5位	骨粗しょう症	3.6%
6位	関節疾患	3.1%
7位	脳梗塞	2.6%
8位	高血圧症	2.6%
9位	肺炎	1.9%
10位	肺がん	1.8%

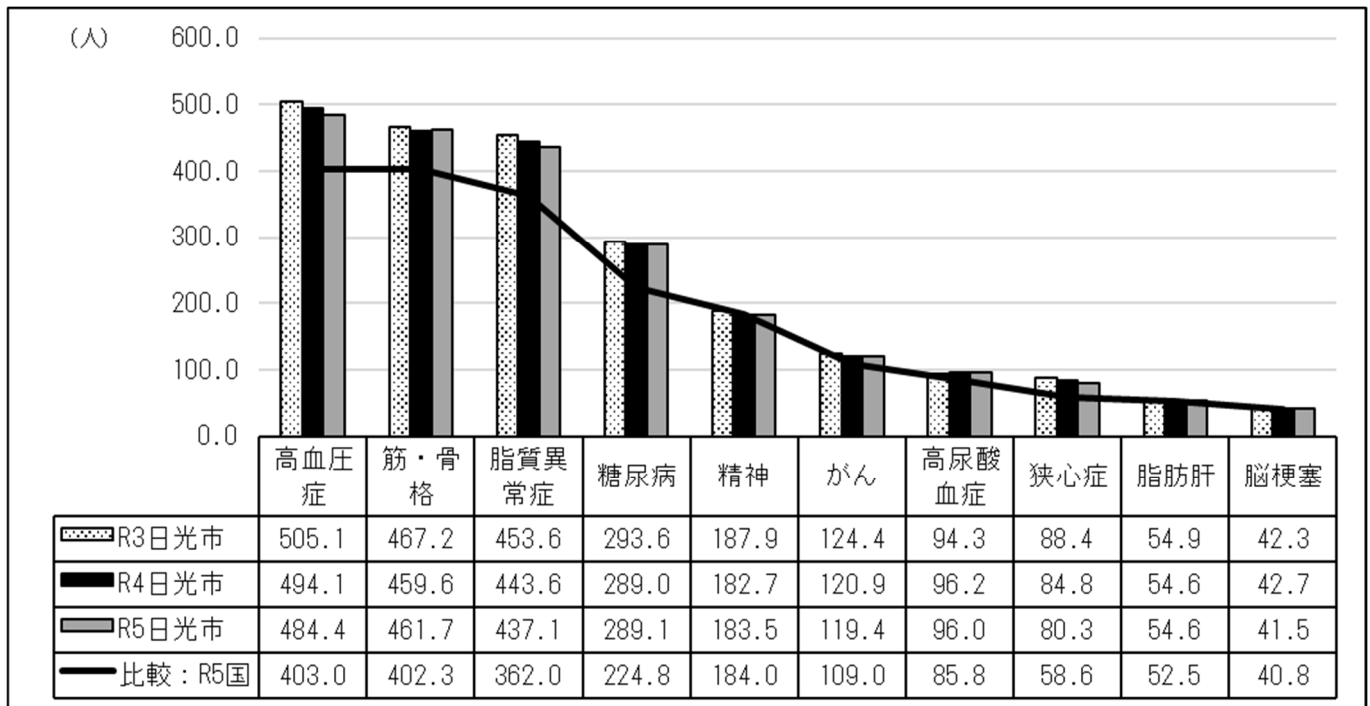
<医療費分析(2)大、中、細小分類より>

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４年度と比較すると全体的に減少傾向にあります。国と比較すると多い状況です。疾病別にみると、高血圧症が最も多く、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４年度と比較すると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。

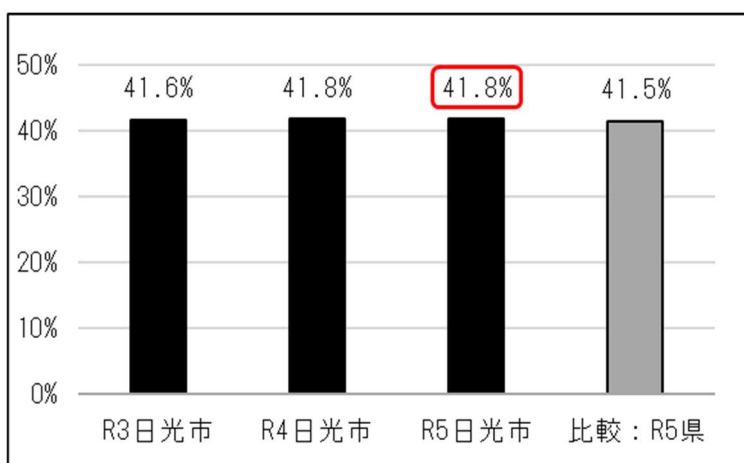
高血圧症、脂質異常症、糖尿病等は、食生活・活動量・喫煙・飲酒等生活習慣との関係が密接であり、生活習慣改善のための保健指導により、適正な生活習慣の定着化に向けた支援が必要となります。

【 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>

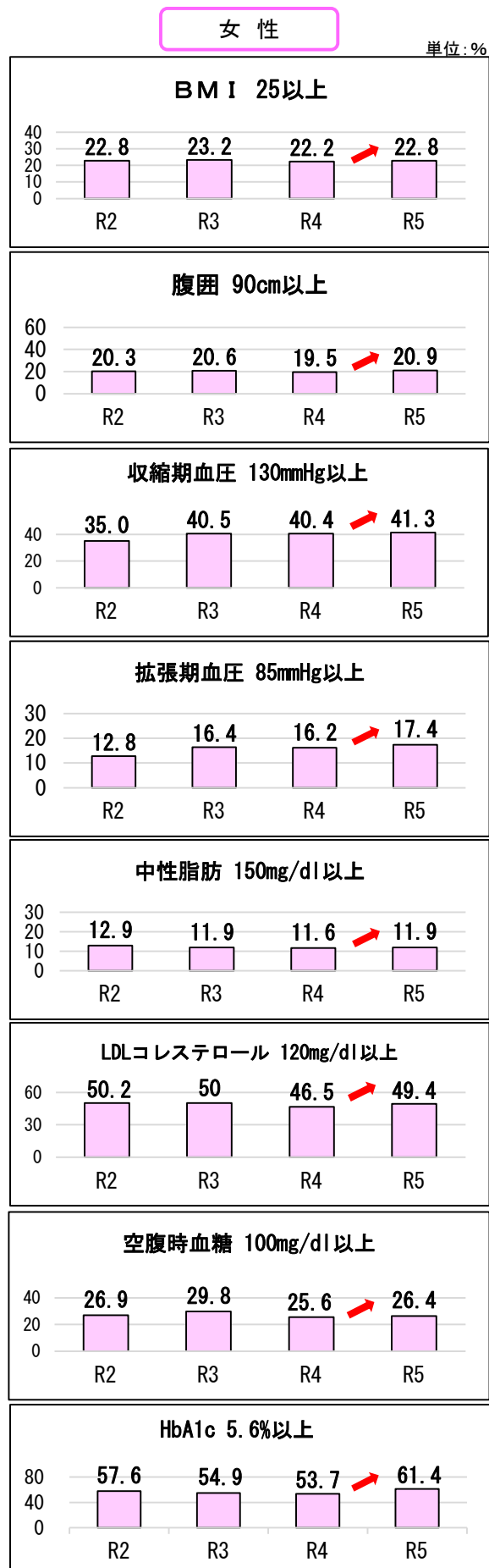
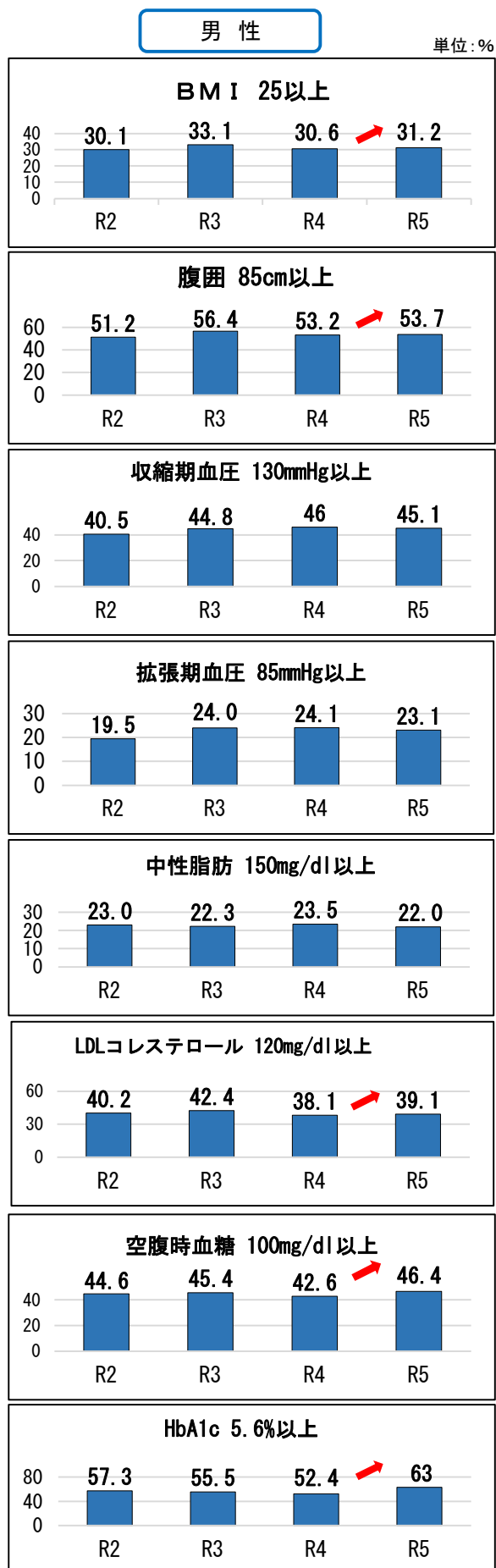
【 生活習慣病保有率 】



<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2年度～令和5年度)



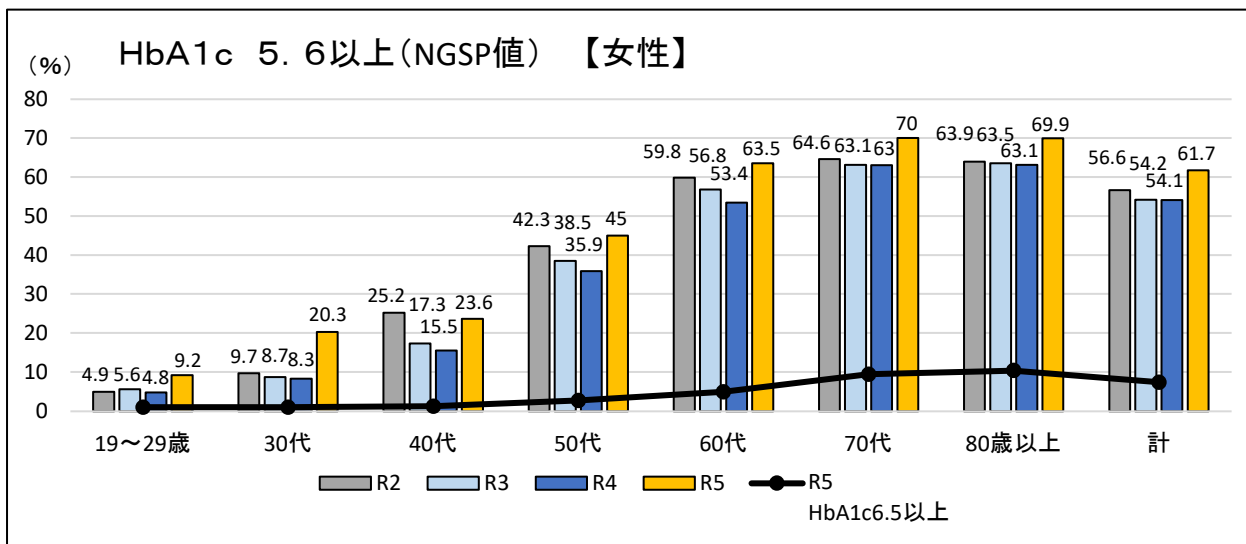
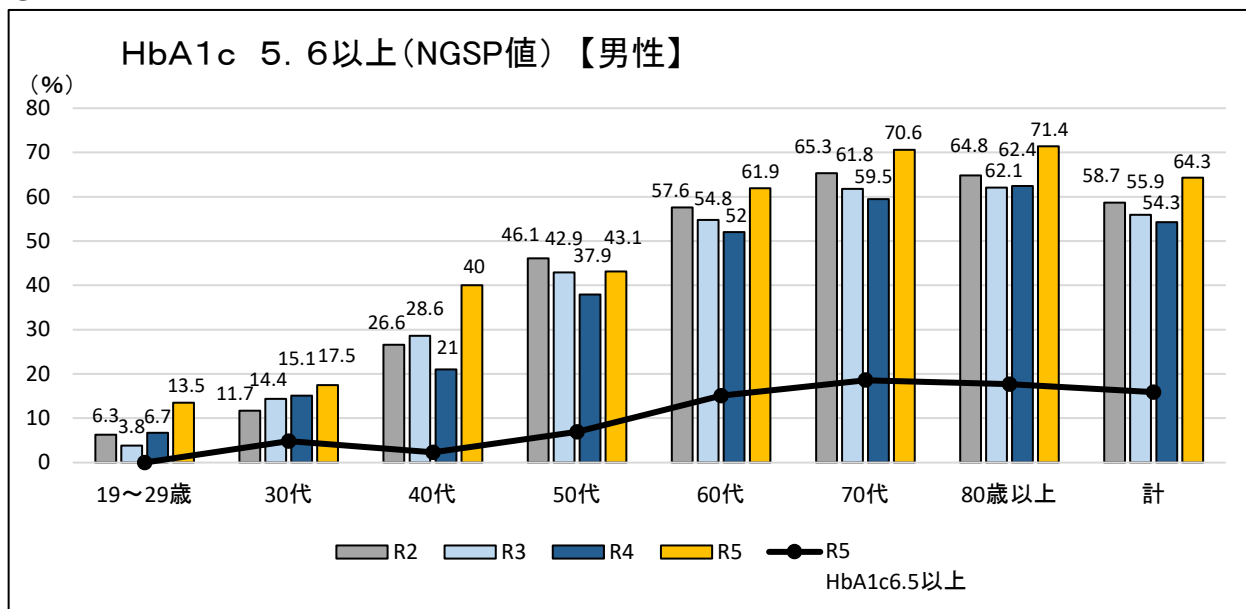
<特定健診等データ管理システムより 40歳～75歳未満>

(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2年度～令和5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＞

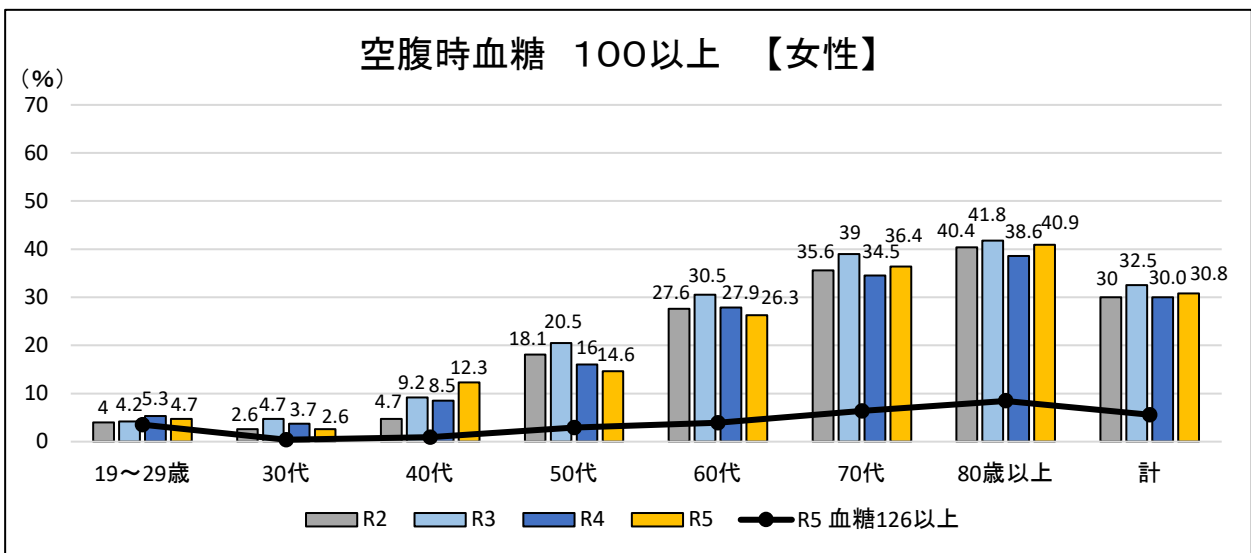
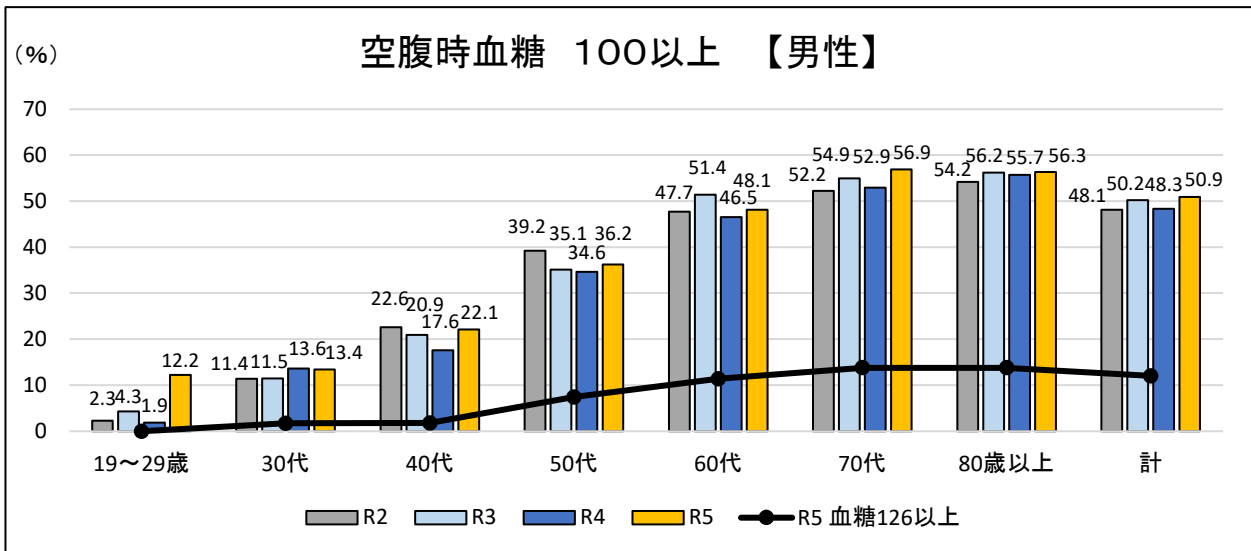
前ページは特定健診(40歳～74歳)の各検査の有所見率のグラフですが、特定健診の対象年齢前後の年齢層(19歳～39歳及び75歳以上)についても有所見率をグラフ化した結果、下記のとおりとなりました。

① HbA1c (糖代謝検査)

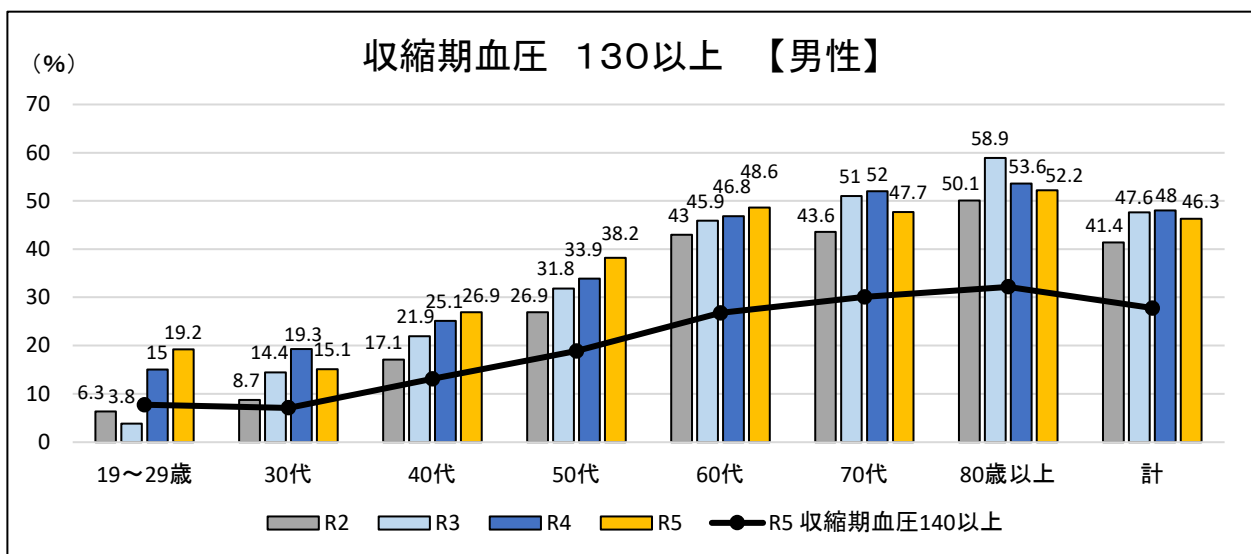


＜特定健診等データ管理システムより＞

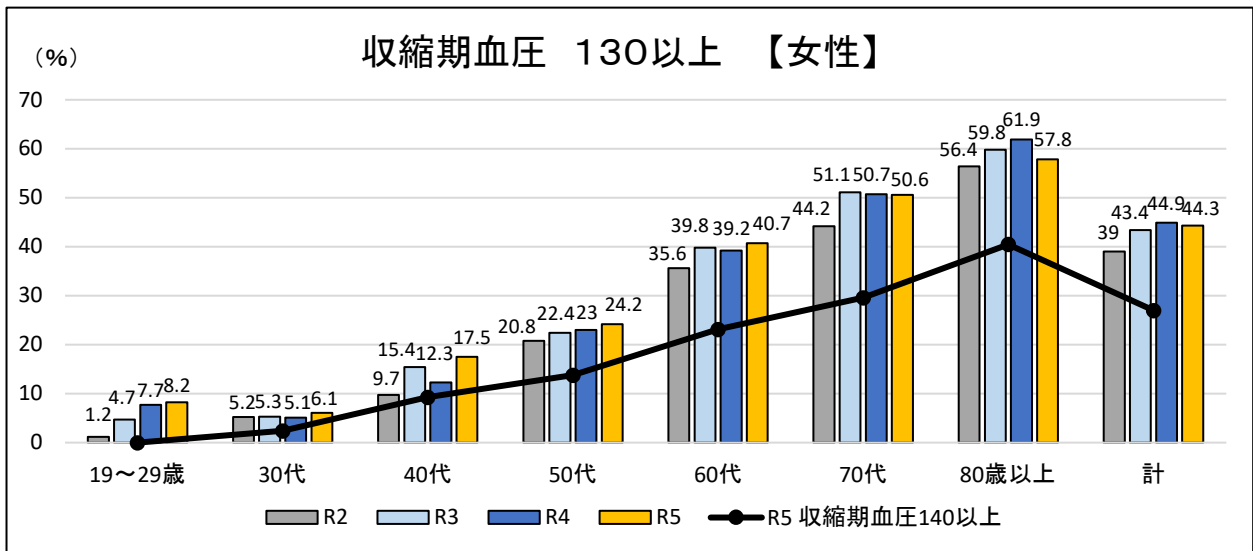
② 空腹時血糖（糖代謝検査）



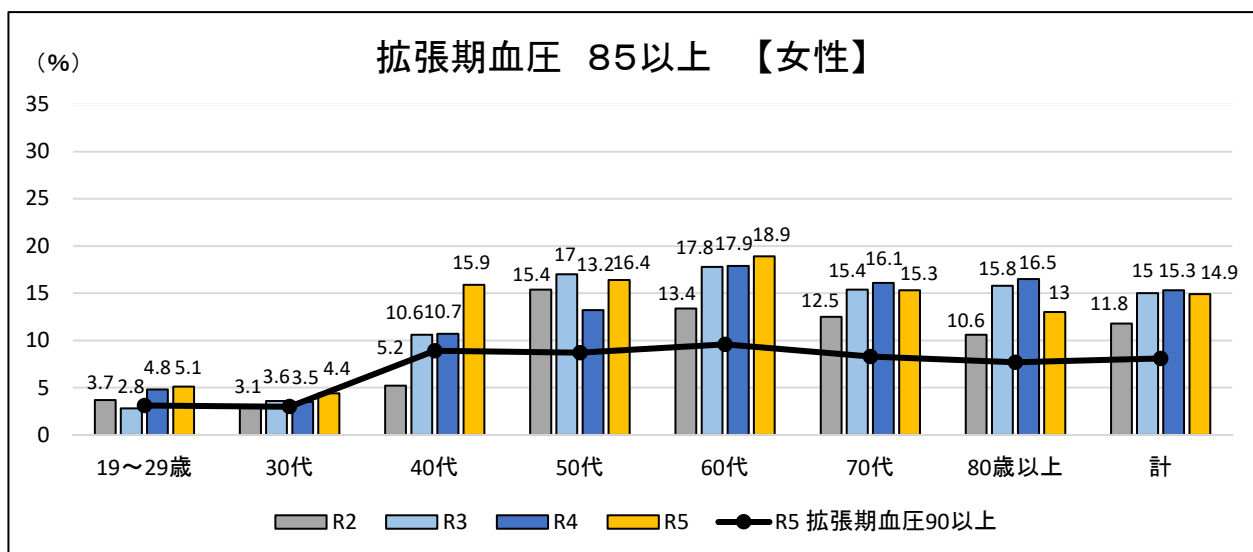
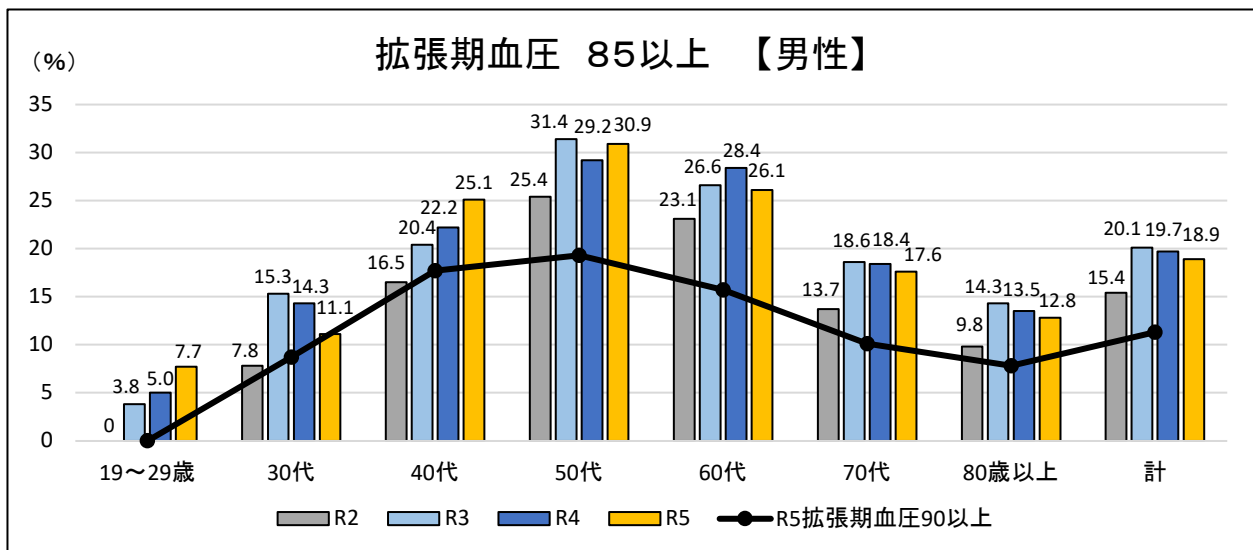
③ 収縮期血圧（血圧測定）



＜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>

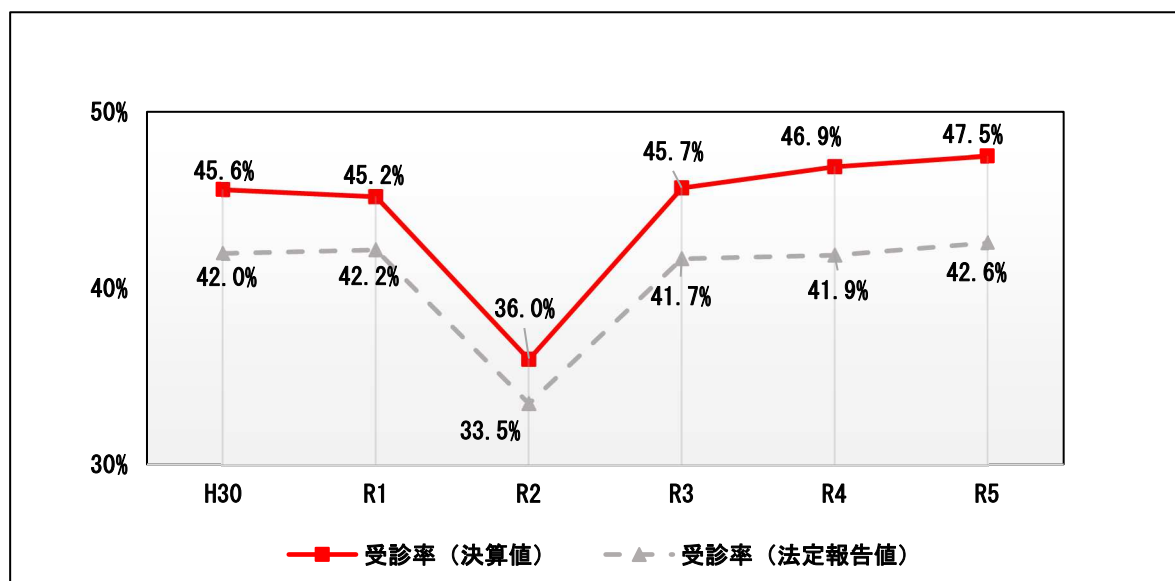
5 特定健診

(1) 受診率と形態別受診者数の推移

令和5年度の特定健診は、対象者11,796人(令和4年度比▲810人)、受診者5,029人(令和4年度比▲249人)、受診率は47.5%(決算値)となり、令和4年度と比べ0.6%増加しました。

形態別受診者数は、集団健診、個別健診および事業主健診受診者が令和4年度と比べ減少し、人間ドック受診者が増加しました。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、令和4年度に受診者数は減少したものの、令和5年度は回復が見られました。

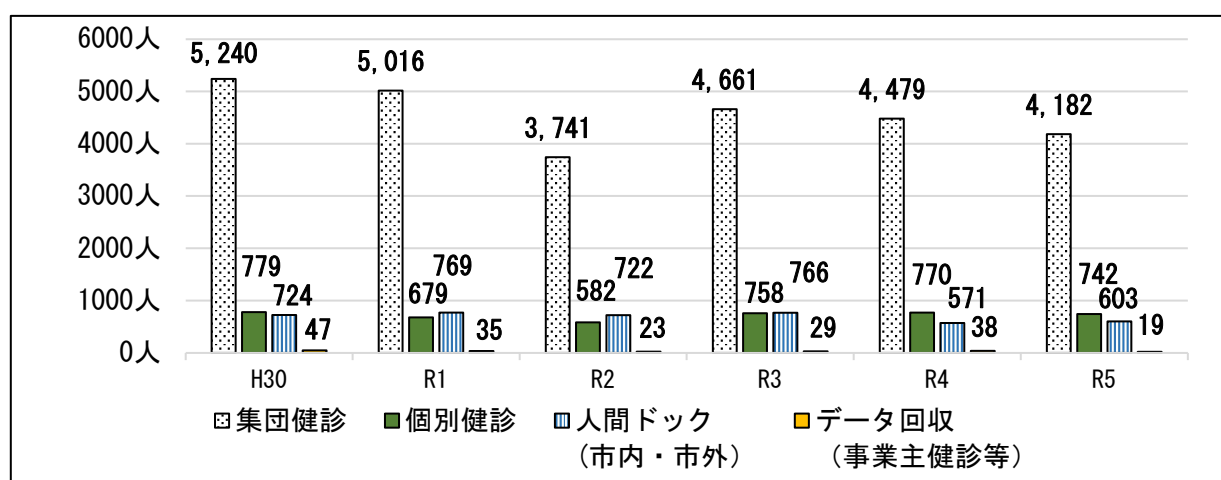
【 特定健診受診率の推移 】



※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 】



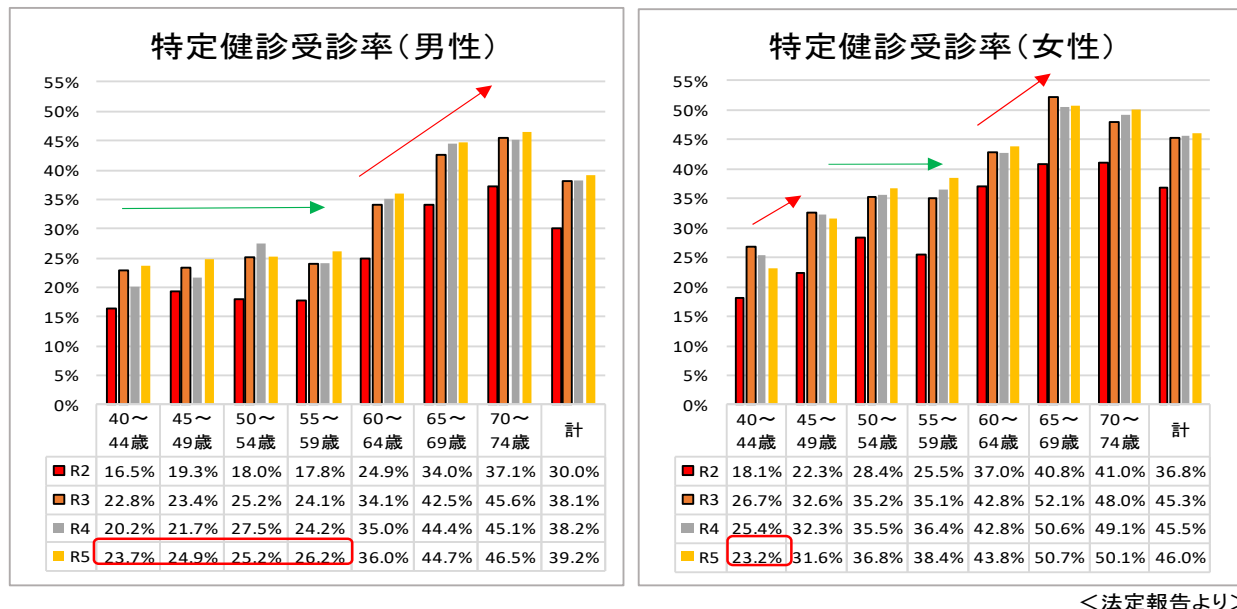
< 決算値より >

※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

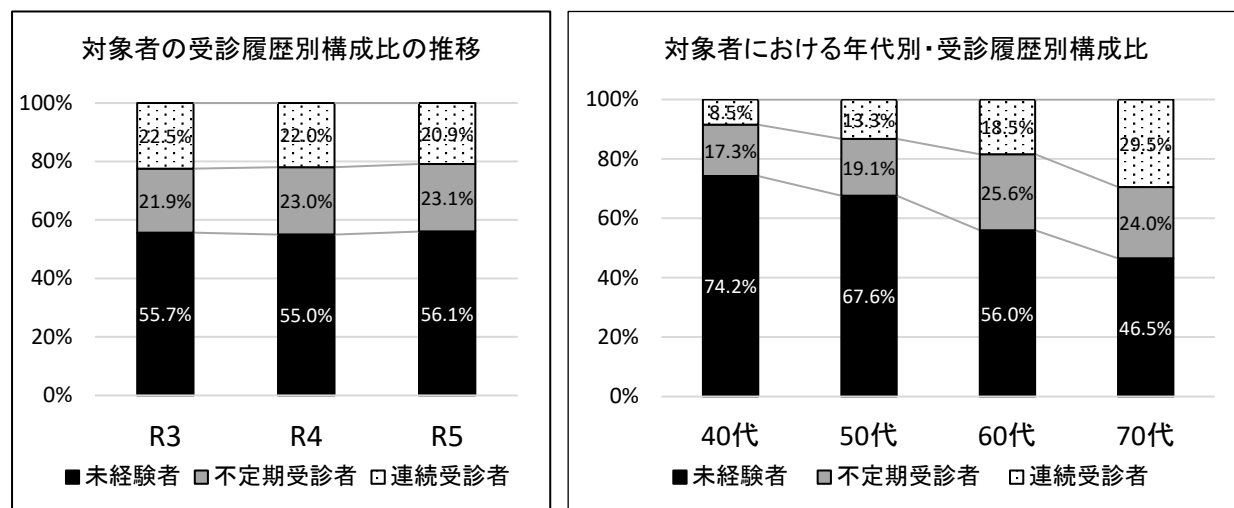
(2) 性別・年齢別特定健診受診率状況

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%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。



(3) 継続受診者・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年間の継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、継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。



※ 継続受診者…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

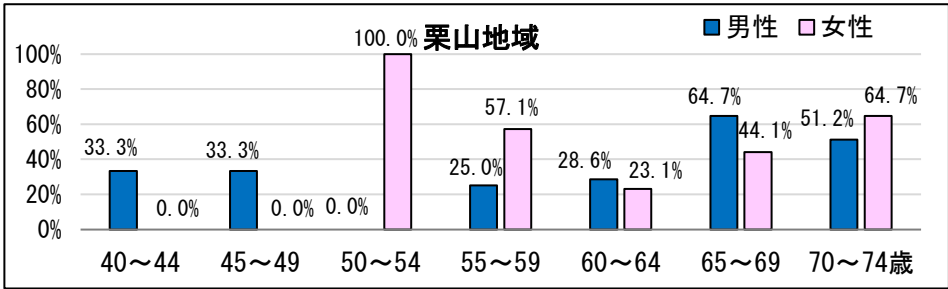
未経験者…過去3年間で特定健診の受診歴のない者

＜株式会社キャンサーズキャン提供「令和5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5年度）

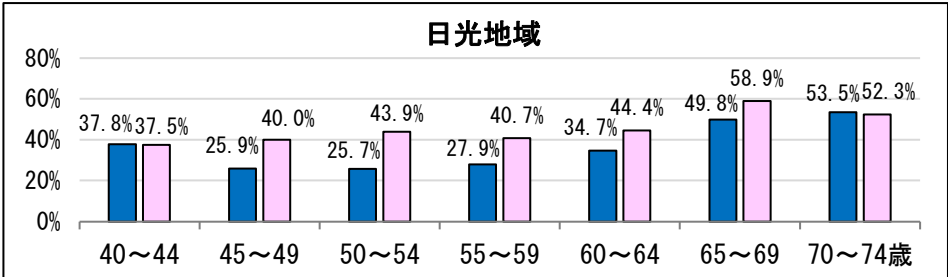
<KDBシステムより>

<受診率の高い順>



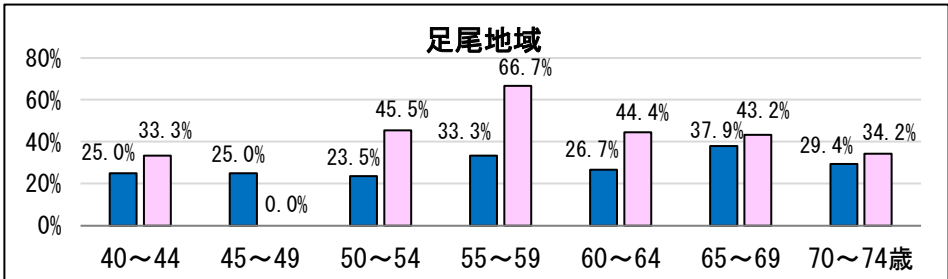
①栗山地域

(地域全体の受診率)
48.7%
(前年比+1.7%)



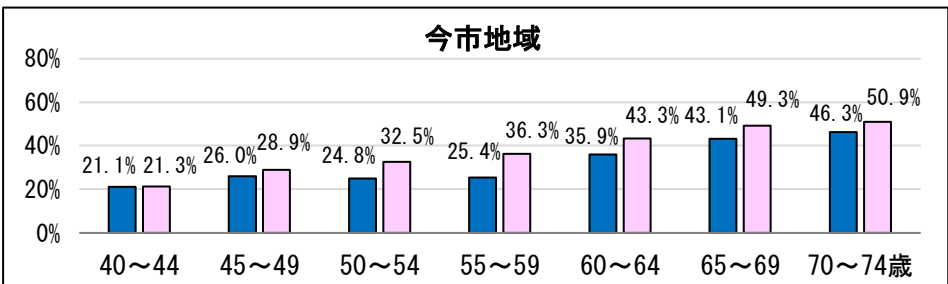
②日光地域

(地域全体の受診率)
47.3%
(前年比+1.8%)



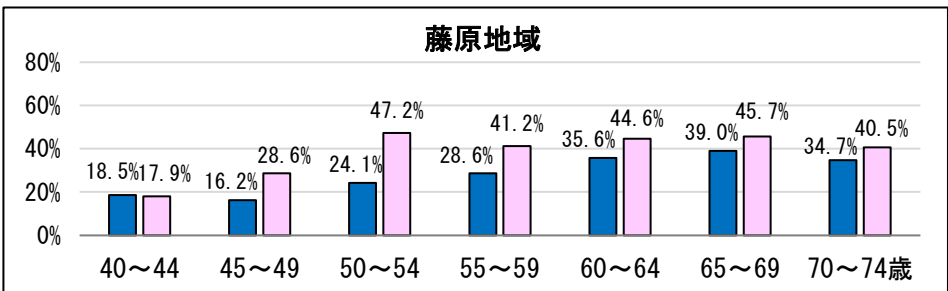
③足尾地域

(地域全体の受診率)
44.2%
(前年比+2.6%)



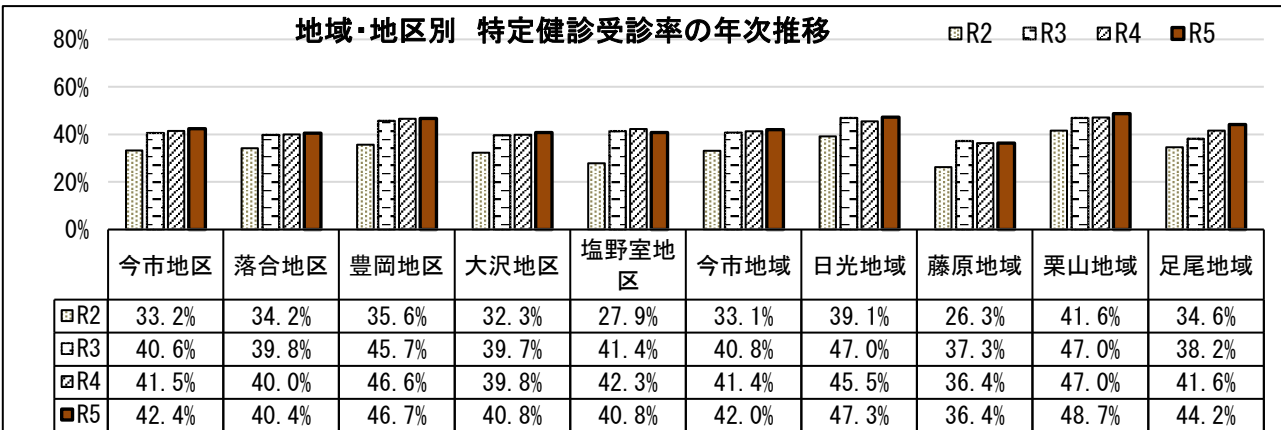
④今市地域

(地域全体の受診率)
42.0%
(前年比+0.6%)



⑤藤原地域

(地域全体の受診率)
36.4%
(前年比±0.0%)



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5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 (R4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	53.0% (+5.4%)	132/249人
	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	44.3% (+1.9%)	210/474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	42.6% (+0.6%)	229/538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	43.0% (-1.2%)	167/388人
	E	なし	・40～50代のうち、病院の受診歴がない人	圧着往復 ハガキ 6面	3.9% (R4:Mのみ R5:EとMに 分割)	36/922人
	M		・40代～50代のうち、病院の受診歴がある人 ・60代以上	圧着往復 ハガキ 6面	3.4% (R4:Mのみ R5:EとMに 分割)	152/4,444人
	G		・前年度新規国保加入者	圧着往復 ハガキ 6面	22.3% (+1.8%)	161/723人
	再勧奨		初回通知にて反応が無かった者のうち勧奨優先順の高い者	圧着往復 ハガキ 6面	2.1% (-14%)	54/2,602人
通知発送(A～G:7種類)に対する受診率					14.0%	1,087/7,738人
うち電話勧奨対象者に対する受診率					20.4%	30/147人

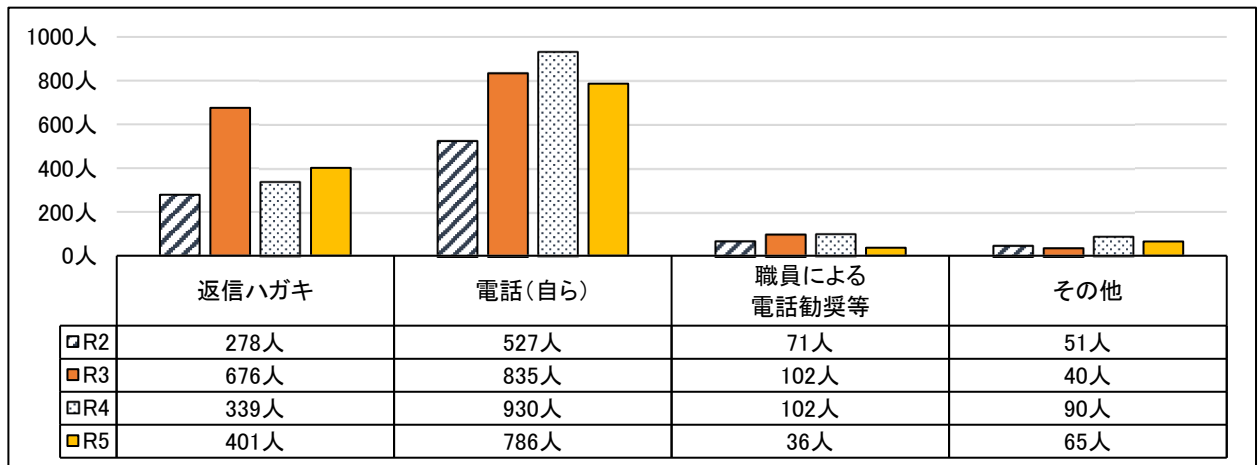
②データ分析受診勧奨事業の効果

特定健診未受診者に対する受診勧奨事業は、未申込者7,738人に勧奨(通知及び電話勧奨)を実施し、1,087人(全受診者の19.6%)が健診を受診しました。

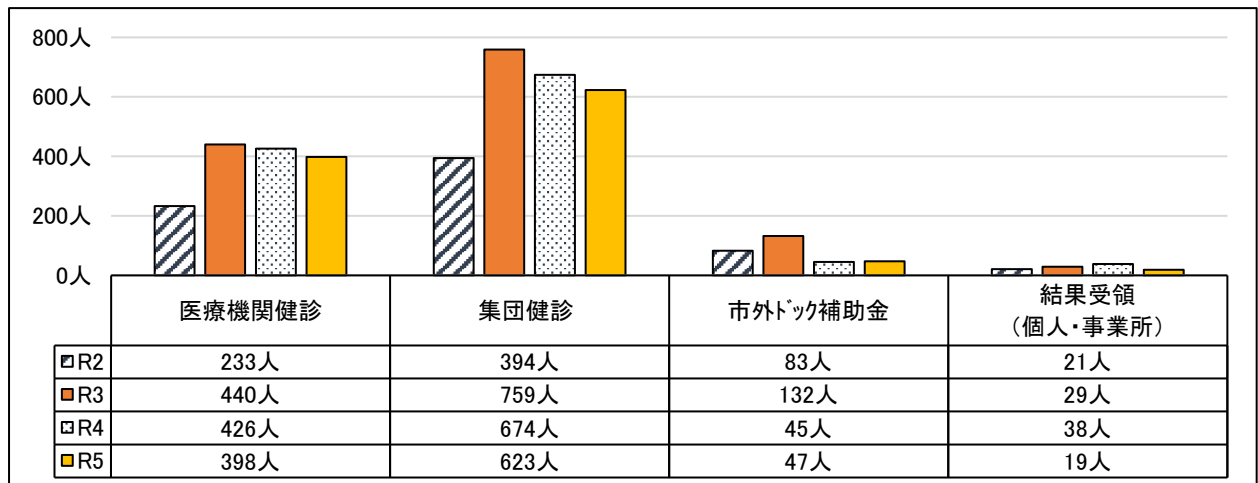
令和5年度は、健診受診歴のない者に対する勧奨通知を通院歴と年代により2種類に分けて作成しました。

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。

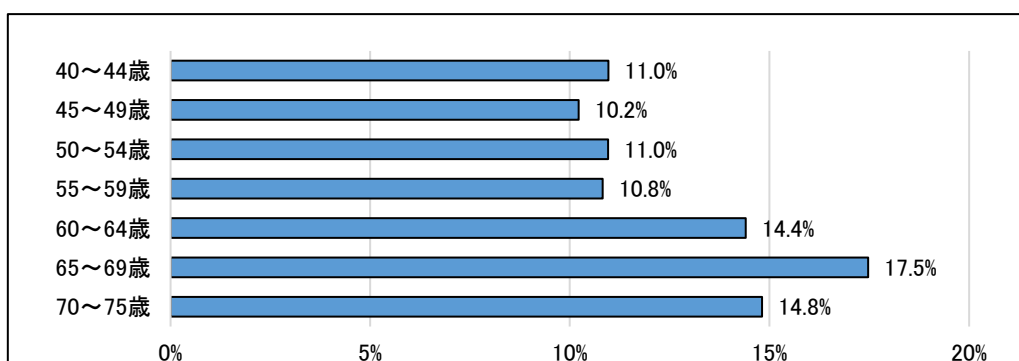
【 受診勧奨者の申込方法内訳 】



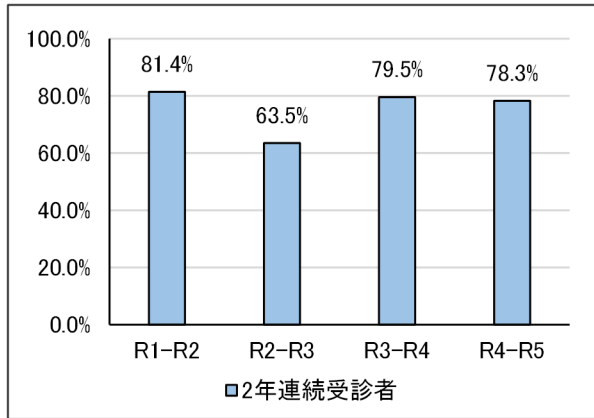
【 受診勧奨者の形態別受診者数 】



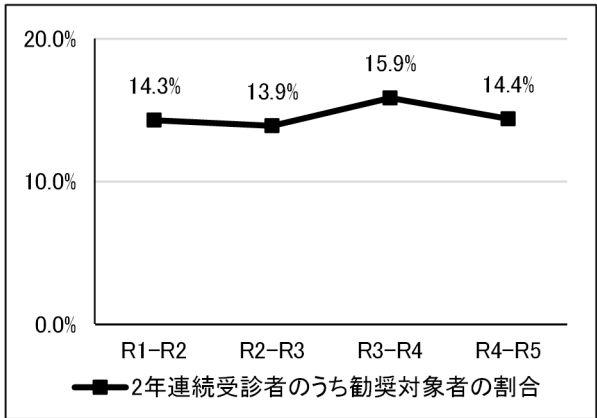
【 令和5年度受診勧奨者年齢別受診率 】



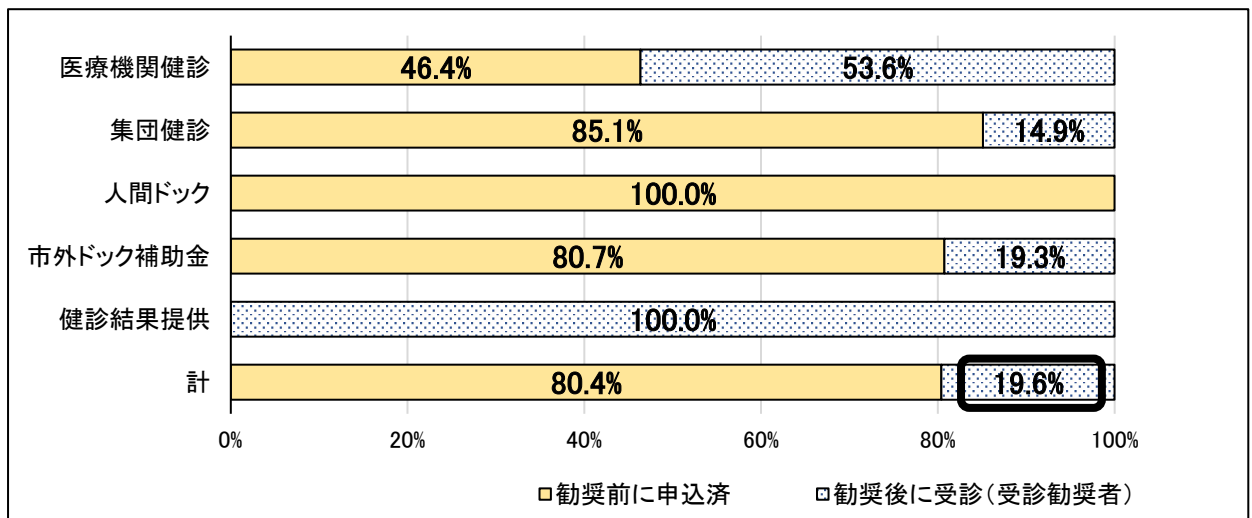
【 受診者総数のうち2年連続受診者の割合 】



【 連続受診者のうち受診勧奨者の割合 】



【 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) 】

		R3年度	R4年度	R5年度
国保	集団健診	4,661人	4,479人	4,182人
	個別健診(医療機関方式)	758人	770人	742人
	人間ドック(40歳以上)	766人	571人	603人
	事業所健診等の健診結果受領	29人	38人	19人
	特定健診受診者計	6,214人	5,858人	5,546人
	受診率	45.7%	46.9%	47.5%
	(対象者数)	13,597人	12,481人	11,680人

		R3年度	R4年度	R5年度
後期 (参考)	集団健診	2,661人	2,882人	3,058人
	個別健診(医療機関方式)	625人	718人	737人
	人間ドック(R3より対象)	194人	189人	184人
	はつらつ健診受診者計	3,480人	3,789人	3,979人
	受診率	25.6%	27.7%	28.0%
	(対象者数)	13,602人	13,664人	14,214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。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5年度の全体の利用率は23.1%であり、前年度より低くなっています。また、利用方式として今年度においても直営方式を導入し、委託による保健指導実施期間(6か月間)よりも短期間(3か月間)で指導が受けられるよう工夫しています。

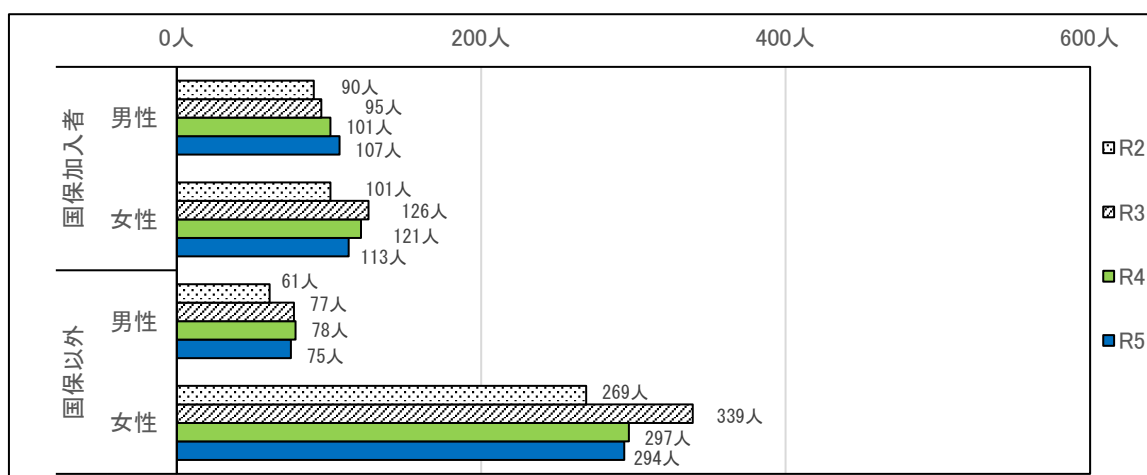
若年層から健診を受けることで、自身の健康状態を把握し、必要な取組を行うことが重要です。健診受診者を増やす対策として、乳幼児健診での保護者への受診勧奨(健康課)や国保被保険者の30歳代への受診勧奨通知送付(保険年金課)、夜間健診の実施の他、働き盛りの方も受けやすい健診の場の提供や受診勧奨の工夫など、関係課と連携しながら行っています。

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	R1	R2	R3	R4	R5
国保被保険者	男性	105 人	90 人	95 人	101 人	107 人
	女性	156 人	101 人	126 人	121 人	113 人
	計	261 人	191 人	221 人	222 人	220 人
国保以外	男性	80 人	61 人	77 人	78 人	75 人
	女性	454 人	269 人	339 人	297 人	294 人
	計	534 人	330 人	416 人	375 人	369 人
総計		795 人	521 人	637 人	597 人	589 人

【 加入保険別受診者数の推移 】



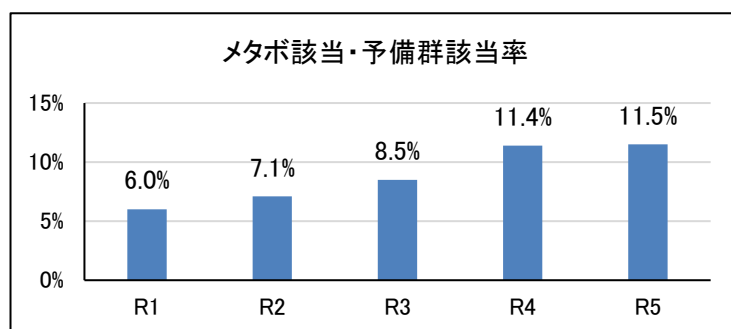
< 令和5年度決算値 >

【 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5年度	非該当・判定不能	メタボ該当	メタボ予備群	計
男性	137人	13人	32人	182人
女性	384人	5人	18人	407人
計	521人	18人	50人	589人

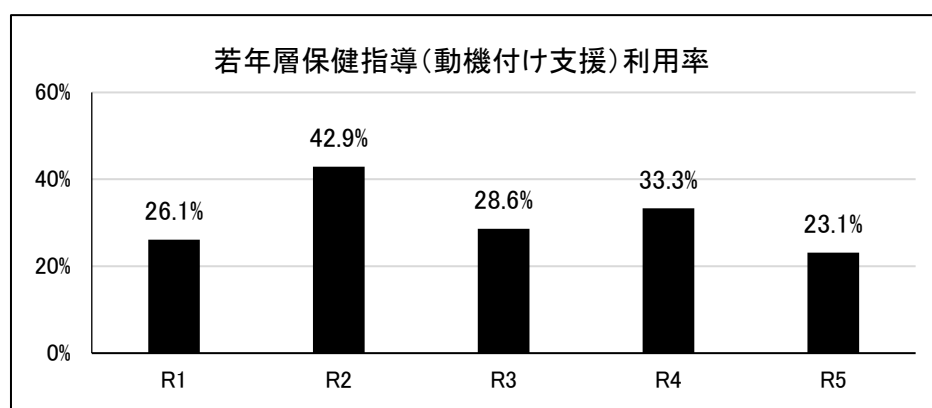


<健診結果より>

【 若年層保健指導(動機づけ支援同等支援) 】

令和5年度	対象者数	初回面接利用者数	利用率
男性	20人	4人	20.0%
女性	6人	2人	33.3%
計	26人	6人	23.1%

※実施方法(国保のみ実施) : 訪問方式1人、直営方式5人



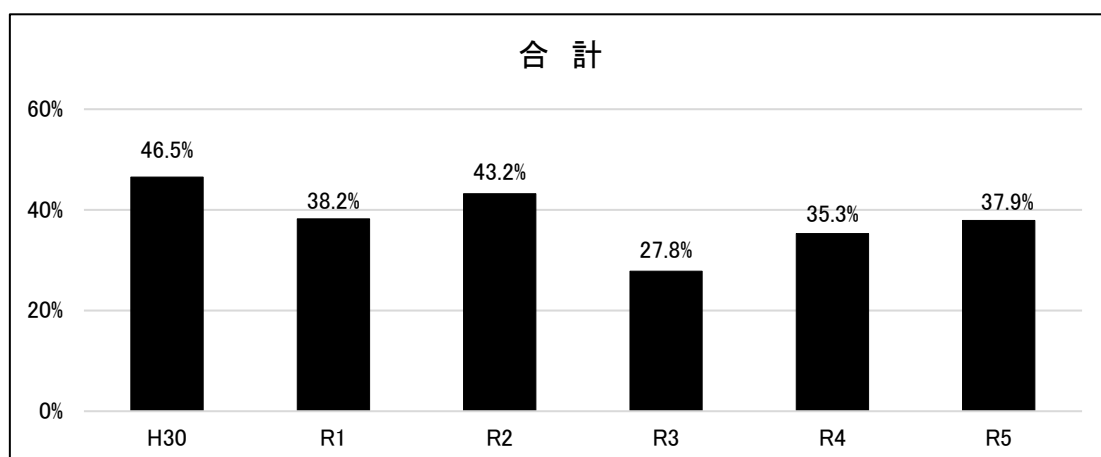
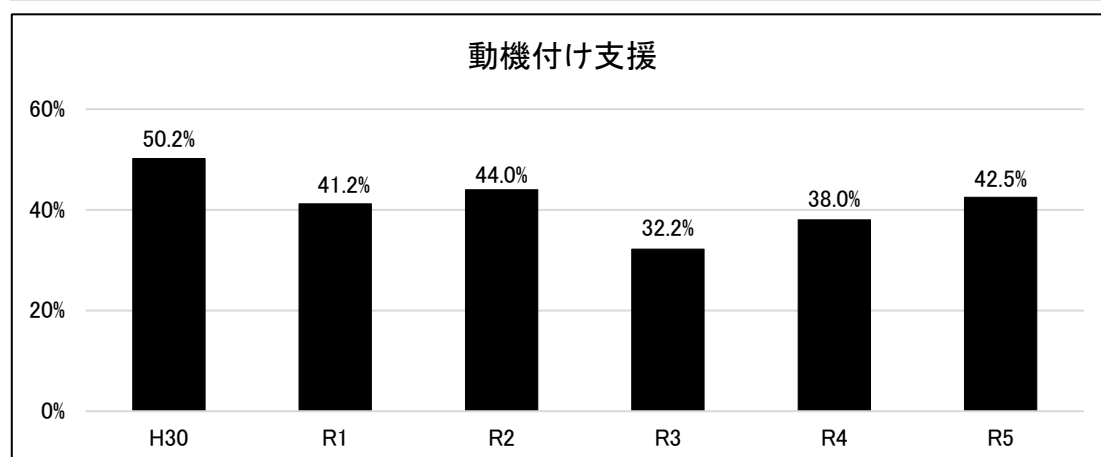
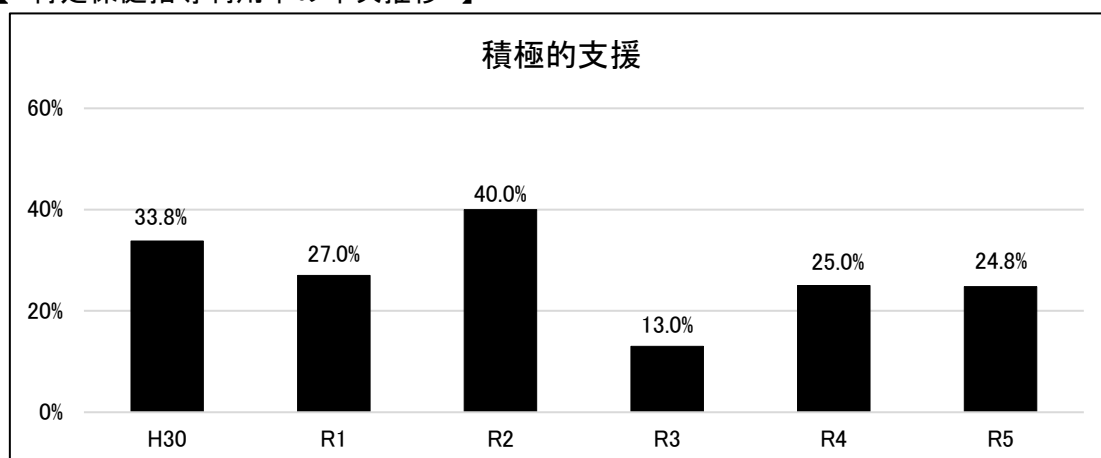
<決算値>

8 特定保健指導

(1) 特定保健指導利用率・利用形態の推移

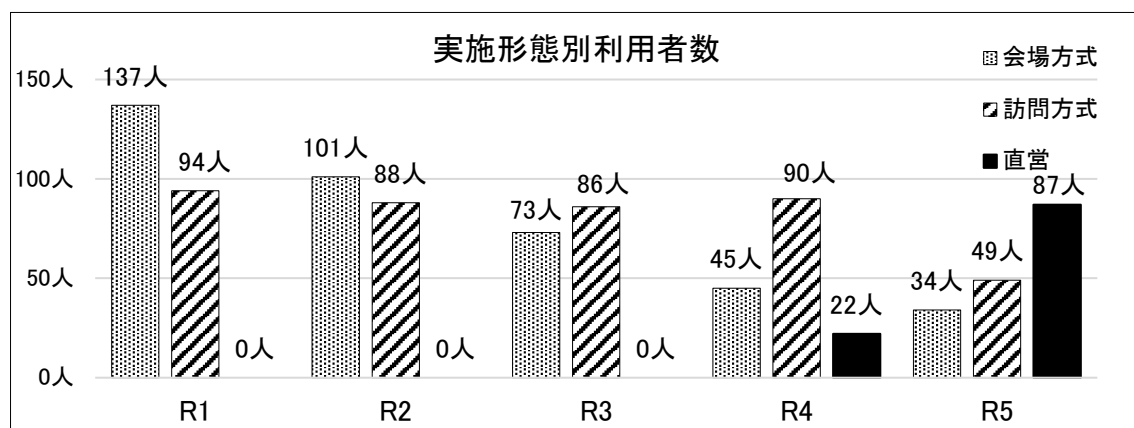
特定保健指導利用率は、年度により変動はありますが、積極的支援より動機付け支援の利用率が高い状況です。令和5年度は前年度より全体の利用率が2.6%増加しました。実施形態別利用者数を見ると、集団での保健指導を実施している会場方式保健指導が減少し、直営・訪問方式による個別保健指導への需要が高いことがうかがえます。

【 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>

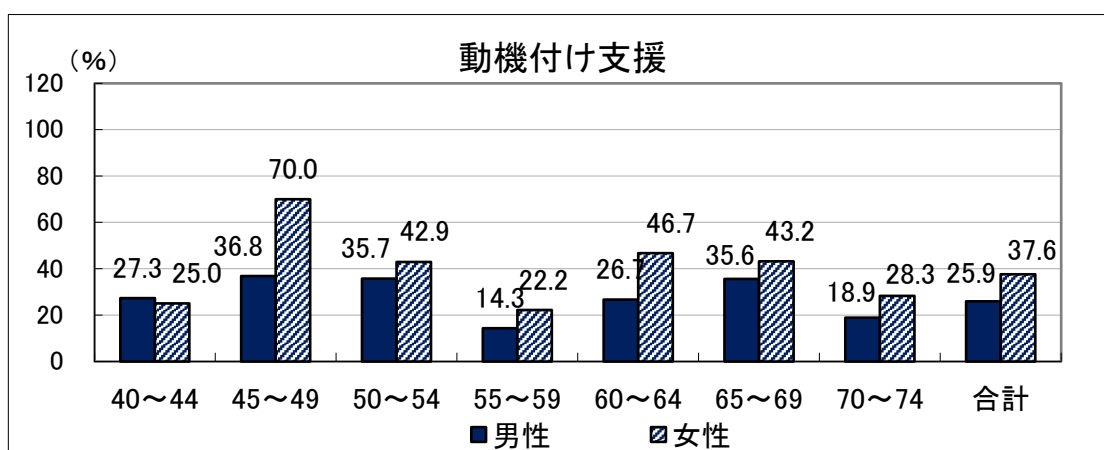
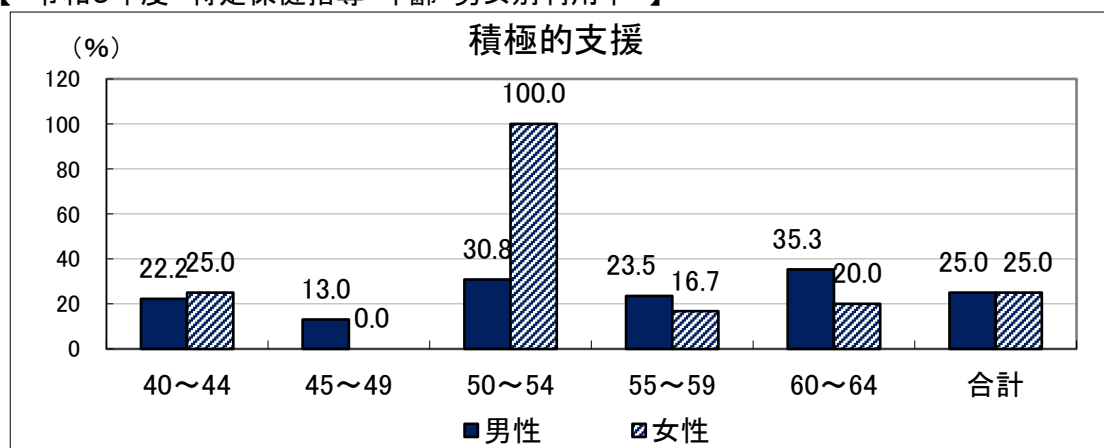
(2) 性別・年齢別利用状況

性別では、積極的支援の男女差はありませんが、動機付け支援は男性に比べて女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50～54歳代及び60～64歳代が高く、女性は45～49歳代は対象者数が少ないため利用はなく、50～54歳代は全員が利用しました。

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。また女性では60歳代の利用率も高くなっています。

【 令和5年度 特定保健指導 年齢・男女別利用率 】



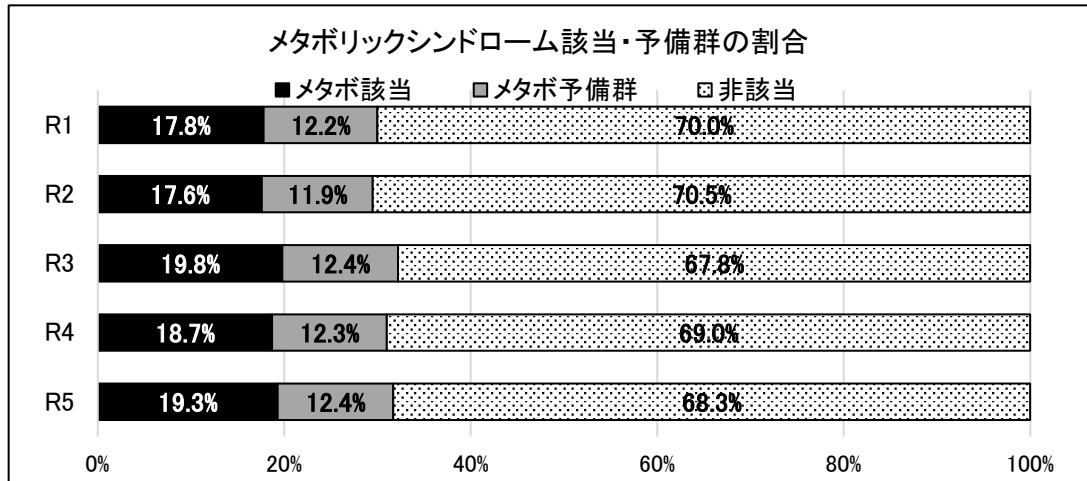
<法定報告値より>

(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

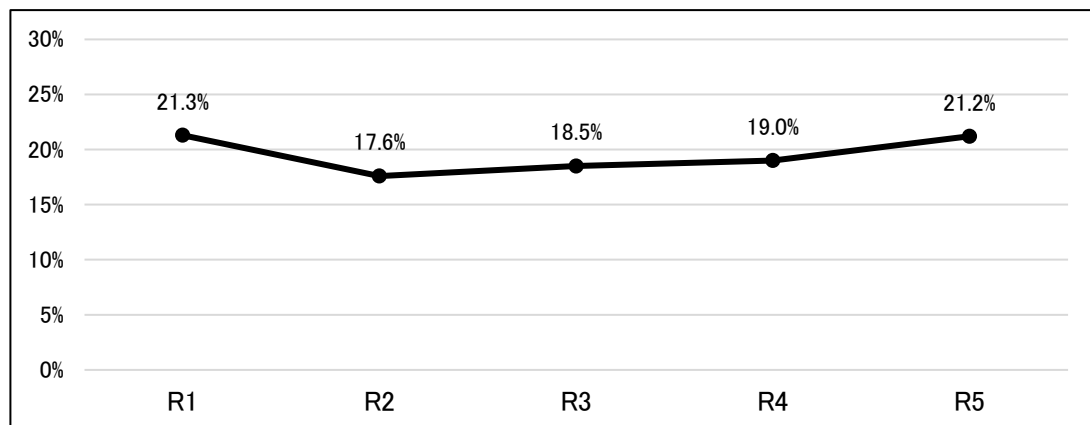
令和5年度は前年度と比べ、メタボリックシンドローム該当者がやや増加し、予備群該当者はほぼ横ばいで推移しています。

「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」は増加していますが、「特定保健指導利用による保健指導対象者の減少率」は低くなっています。今後は特定保健指導利用率の向上を図り、効果的な保健指導を実施していく必要があります。

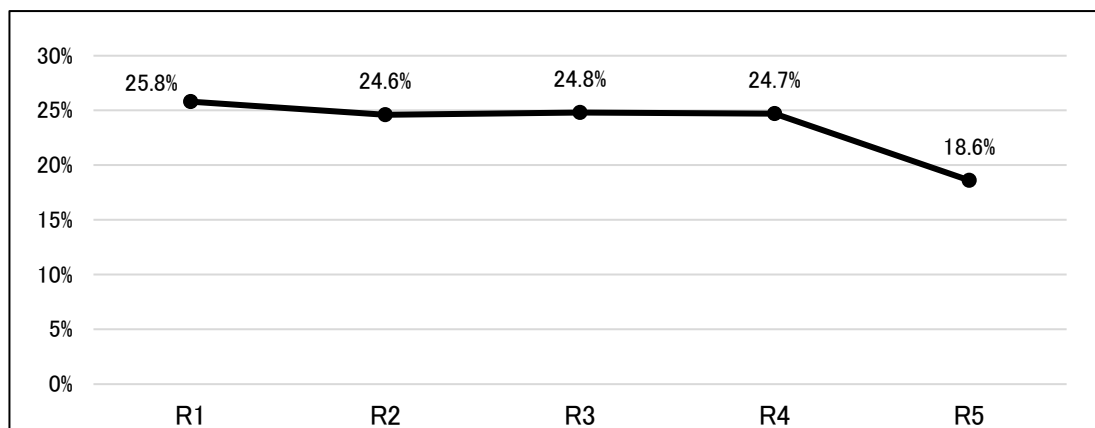
【 特定健診受診者メタボリックシンドロームの状況 】



【 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 】



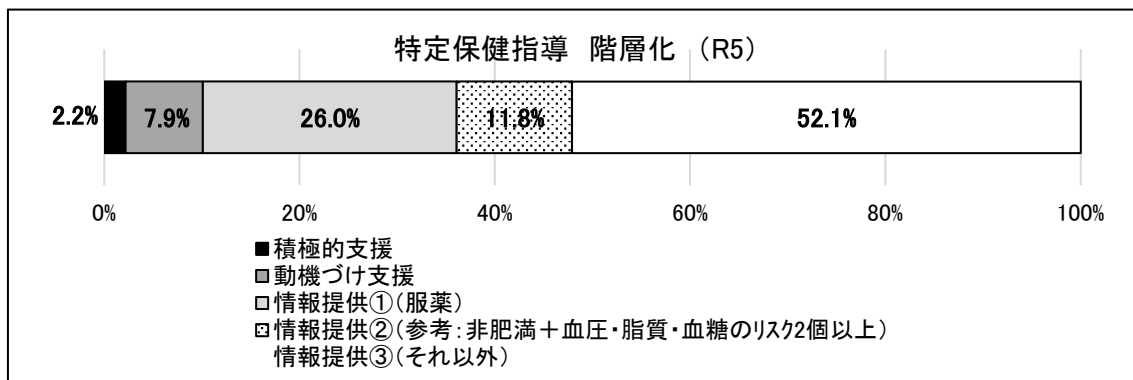
<法定報告値より>

【(参考) 特定保健指導階層化】

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
積極的支援	2.2%	2.1%	2.0%	1.8%	2.2%	1.7%	2.2%
動機づけ支援	7.9%	8.2%	7.6%	8.2%	8.6%	7.7%	7.9%
情報提供①	22.6%	23.1%	25.1%	24.4%	26.3%	25.7%	26.0%
情報提供②	12.5%	11.7%	11.1%	11.3%	11.7%	10.8%	11.8%
情報提供③	54.8%	54.8%	54.4%	54.2%	51.2%	54.1%	52.1%

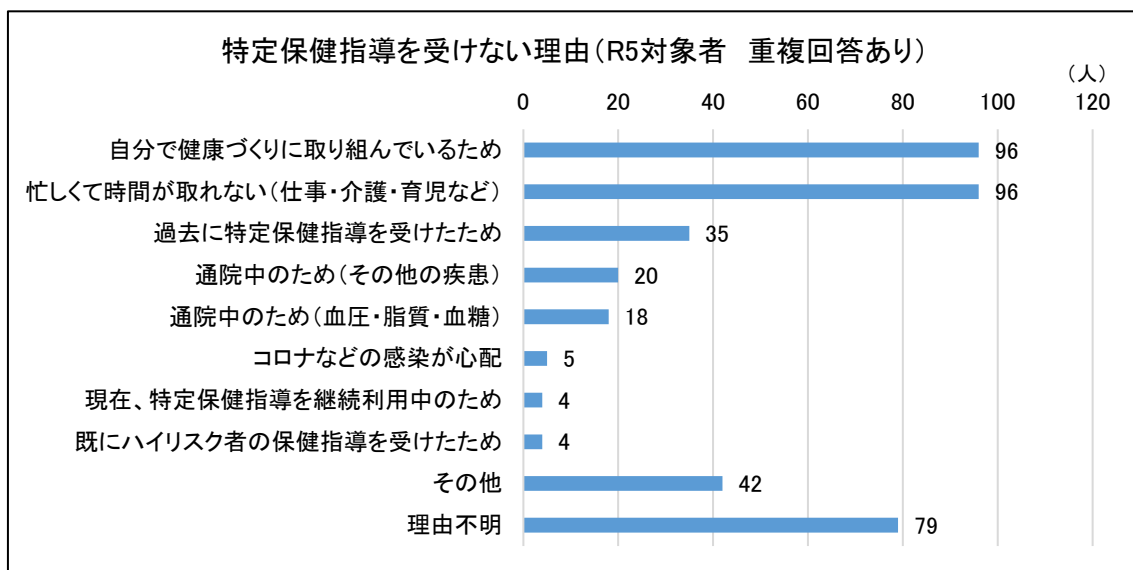
＜法定報告リスクパターン別集計表より＞

【(参考) 令和5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＞

【(参考) 令和5年度特定保健指導を受けない理由】



＜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				R2	R3	R4	R5
特定健診	健診対象者数			14,216	13,671	12,606	11,796
	受診者数			4,756	5,705	5,278	5,029
	健診受診率【法定報告値】			33.5%	41.7%	41.9%	42.6%
受診者内訳	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	839	1,130	986	972
			内臓脂肪症候群 該当者割合	17.6%	19.8%	18.7%	19.3%
			前年比	-0.2%	2.2%	-1.1%	0.6%
		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	104	86	101	90
			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	10.4%	11.5%	10.6%	10.6%
		メタボ予備群	内臓脂肪症候群 予備群者数	566	707	650	622
			内臓脂肪症候群 予備群者割合	11.9%	12.4%	12.3%	12.4%
			前年比	-0.3%	0.5%	-0.1%	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	117	89	108	109
			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	17.1%	17.3%	17.8%	19.3%
	特定保健指導	積極的支援	対象者数	87	126	92	112
			利用者数	21	18	13	28
			利用率	24.1%	14.3%	14.1%	25.0%
		動機づけ支援	対象者数	392	489	405	396
			利用者数	122	158	104	120
			利用率	31.1%	32.3%	25.7%	30.3%
		合計	対象者数	479	615	497	508
			利用者数	143	176	117	148
			利用率	29.9%	28.6%	23.5%	29.1%
			終了率【法定報告値】	36.3%	30.4%	24.1%	29.3%
		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	98	81	102	94
			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	17.6%	18.5%	19.0%	21.2%
			昨年度の特定保健指導利用者数(人) ※資格の異動者を除く	240	137	170	113
			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	59	34	42	21
			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	24.6%	24.8%	24.7%	18.6%

<法定報告値より> 値より>

9 人間ドック・脳ドック

(1) 人間ドック・脳ドック受診状況

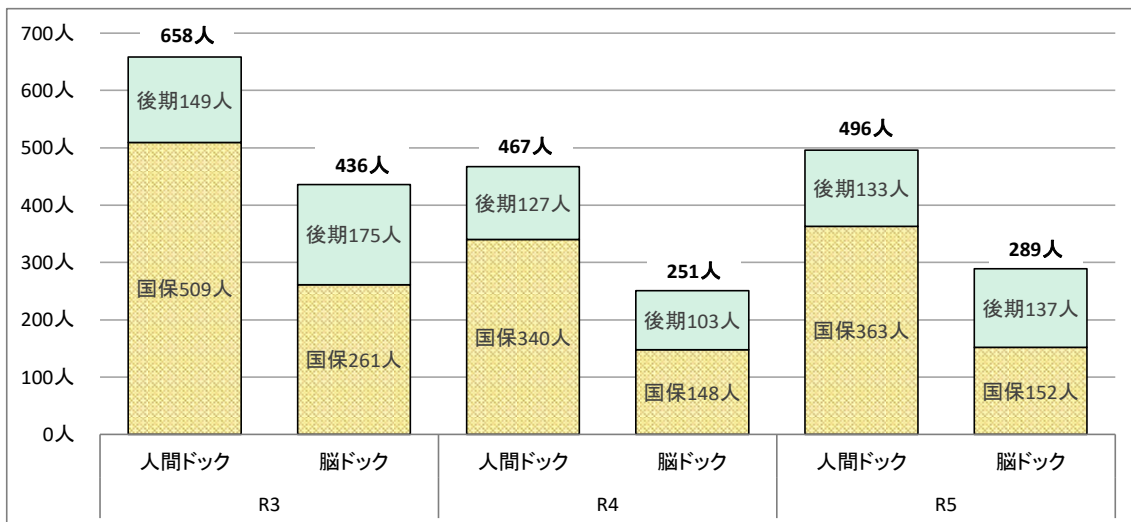
国保被保険者の医療費に占める割合や、要支援・要介護認定者の主たる疾病分類において脳梗塞と高血圧性疾患、糖尿病が多いことから、人間ドックの有所見率、脳ドックの受診状況と要精検率について分析しました。

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ましたが、令和5年度の人間ドック受診者数は令和4年度より29人多い496人、脳ドック受診者数は令和4年度より38人多い289人となり、どちらも前年度より増加しました。

令和5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42.7%となり前年度より1.4%増加しましたが、糖代謝は前年と同じ17.5%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5年度				令和4年度			
		国保	後期	合計	割合	国保	後期	合計	割合
		363人	133人	496人	-	340人	127人	467人	-
血圧	要精検者	23人	13人	36人	7.3%	29人	10人	39人	8.4%
	要医療者								
	治療中	132人	68人	200人	40.3%	107人	66人	173人	37.0%
	計	155人	81人	212人	42.7%	194人	78人	272人	41.3%
糖代謝	要精検者	21人	14人	35人	7.1%	14人	14人	28人	6.0%
	要医療者								
	治療中	34人	18人	52人	10.5%	40人	21人	61人	13.1%
	計	55人	32人	87人	17.5%	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5年度			令和4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	1人	1人	100.0%	0人	0人	0.0%
	女	1人	0人	0.0%	0人	0人	0.0%
40代	男	3人	0人	0.0%	1人	0人	0.0%
	女	4人	0人	0.0%	3人	0人	0.0%
50代	男	7人	1人	14.3%	2人	0人	0.0%
	女	7人	0人	0.0%	3人	0人	0.0%
60代	男	23人	1人	4.3%	19人	0人	0.0%
	女	33人	1人	3.0%	30人	1人	3.3%
70代	男	59人	6人	10.2%	53人	9人	17.0%
	女	84人	6人	7.1%	94人	10人	10.6%
80代	男	24人	1人	4.2%	13人	0人	0.0%
	女	39人	5人	12.8%	31人	7人	22.6%
90代	男	1人	0人	0.0%	1人	0人	0.0%
	女	3人	1人	33.3%	1人	0人	0.0%
計	男	118人	10人	8.5%	89人	9人	10.1%
	女	171人	13人	7.6%	162人	18人	11.1%

<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5年度)

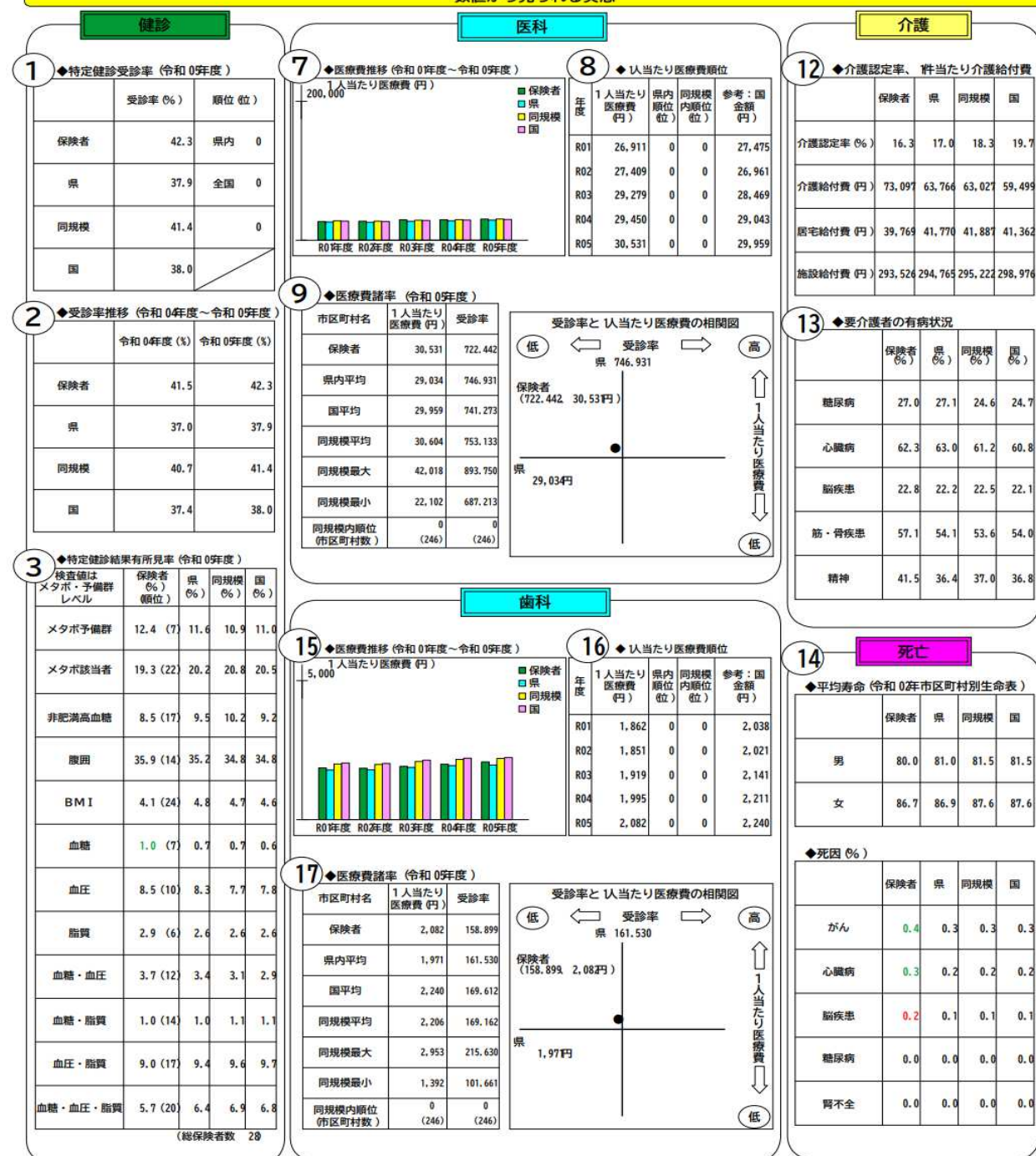
保険者番号 : 090175
 保険者名 : 日光市
 地区 :
 県計・国計 : 国保組合含まない

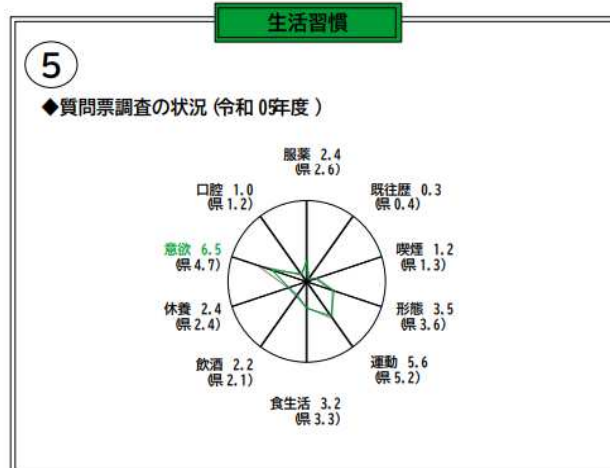
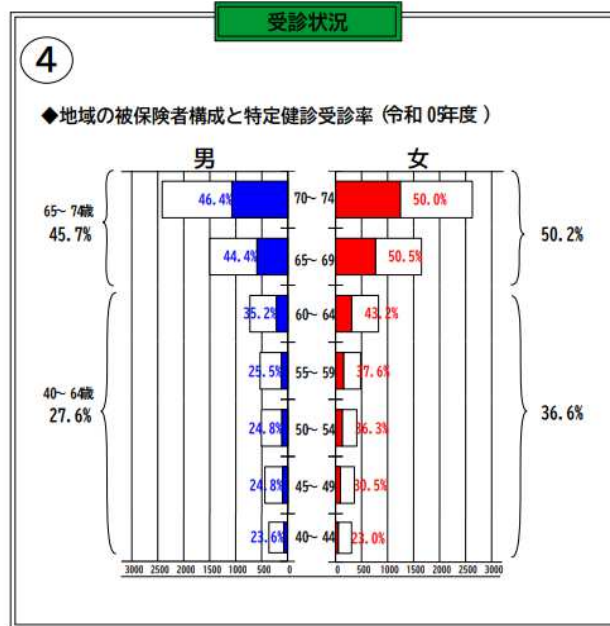
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

作成年月 : R05年度(累計)
 印刷日 : R05年1月2日
 比較先 : 県
 ページ : 1/2

令和0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	16,210(21.1)	56.4	4.7	15.4	0.6	5.2	27.7	67.1
県	1,897,545	29.2	392,709(20.7)	54.4	6.2	11.4	0.6	5.2	31.3	63.5
同規模	68,975	30.3	13,400(19.4)	54.6	6.6	11.7	0.7	5.0	27.9	67.1
国	123,214,261	28.7	23,633,860(19.2)	53.1	6.8	11.1	0.5	3.2	23.4	73.4

数値から見られる実態

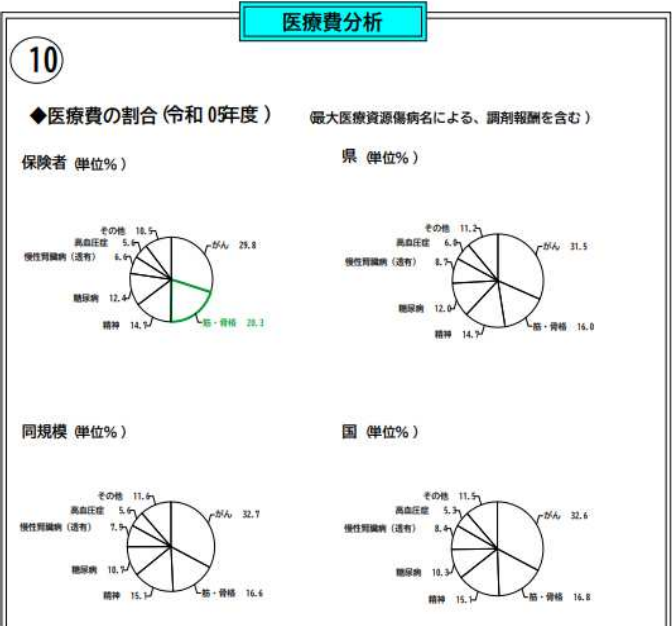




6 健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人あたり医療費(単位:円)

令和09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	2,897	2,309	2,520	2,168				
②					13,351	13,462	13,736	14,082
③	8,513	6,462	7,298	6,438				
④					39,226	37,674	39,775	41,815

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)



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	647,614 (22)	16	38,315 (13)
高血圧症	687,773 (18)	14	31,598 (10)
脂質異常症	611,684 (23)	16	30,861 (3)
脳血管疾患	691,944 (23)	19	44,995 (3)
心疾患	660,056 (25)	12	55,167 (4)
腎不全	712,234 (22)	15	106,061 (19)
精神	490,783 (16)	24	28,539 (16)
新生物	724,092 (21)	12	62,348 (21)
歯肉炎・歯周病	698,735 (5)	11	12,627 (3)

生活習慣病等受診状況(1人当たりの外来・入院単価) (総保険者数 20)

作成年月 : R09年度（累計）
印刷日 : R09年1月20日
ページ : 1/2

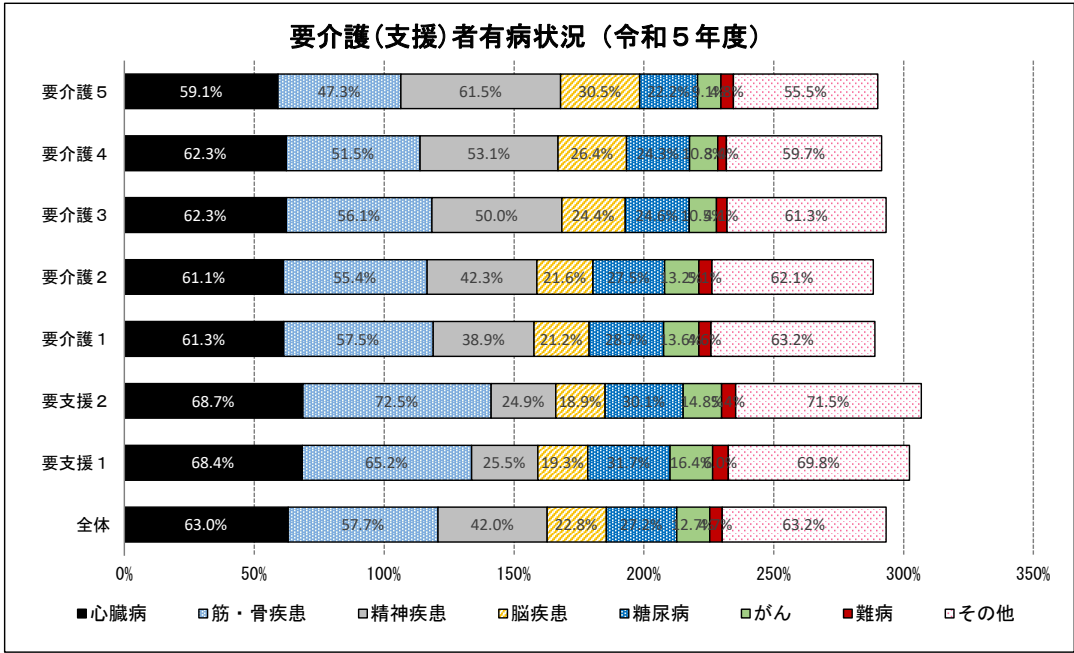
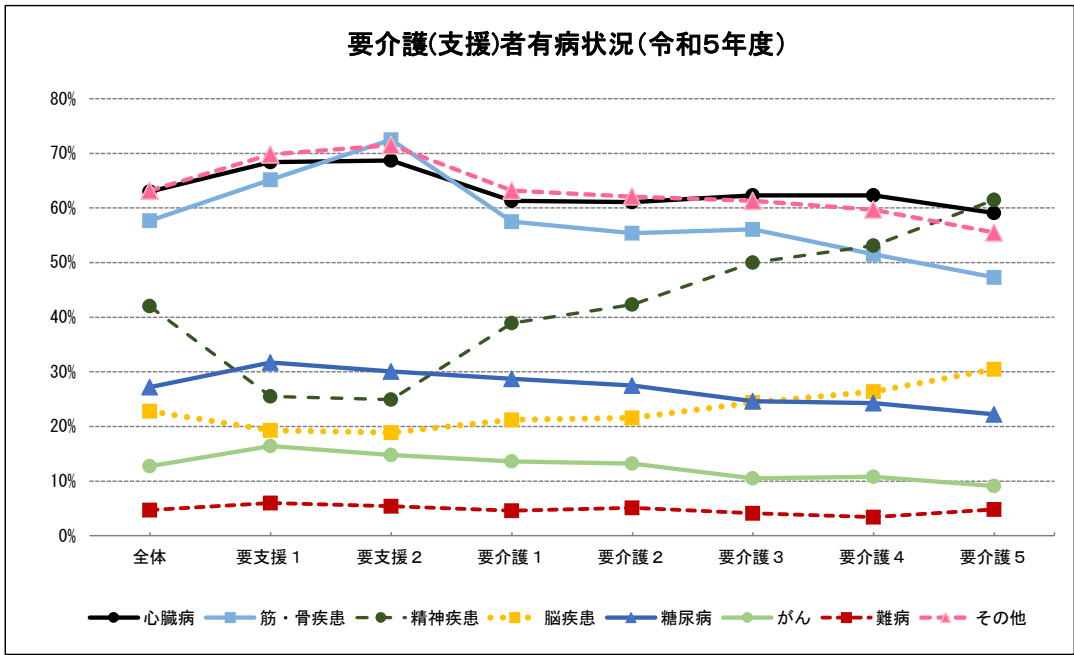
作成年月 : R09年度（累計）
印刷日 : R09年1月20日
ページ : 1/2

[illegible]

(4)要介護(支援)者有病状況(令和5年度)

1号被保険者

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	63.0%	68.4%	68.7%	61.3%	61.1%	62.3%	62.3%	59.1%
2	筋・骨疾患	57.7%	65.2%	72.5%	57.5%	55.4%	56.1%	51.5%	47.3%
3	精神疾患	42.0%	25.5%	24.9%	38.9%	42.3%	50.0%	53.1%	61.5%
4	脳疾患	22.8%	19.3%	18.9%	21.2%	21.6%	24.4%	26.4%	30.5%
5	糖尿病	27.2%	31.7%	30.1%	28.7%	27.5%	24.6%	24.3%	22.2%
6	がん	12.7%	16.4%	14.8%	13.6%	13.2%	10.5%	10.8%	9.1%
7	難病	4.7%	6.0%	5.4%	4.6%	5.1%	4.1%	3.4%	4.8%
8	その他	63.2%	69.8%	71.5%	63.2%	62.1%	61.3%	59.7%	55.5%



発行年月	令和 7 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
