

南アルプス市国民健康保険における
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画書(案)

令和6年3月
南アルプス市

令和6年1月25日時点

はじめに	3
第1部 第3期データヘルス計画	4
第1章 基本的事項	5
背景と目的	5
計画の位置づけ	5
計画期間	6
実施体制・関係者連携	7
基本情報	7
現状の整理	7
第2章 健康・医療情報等の分析と課題	9
数量的データ・質的データ	9
不適切な生活習慣/生活習慣病予備群/生活習慣病発症/ 重度化・合併症発症/要介護状態・死亡/医療費適正化	9 10
地域特性	9
健康課題の抽出	11
参照データ	12
図表1 令和4年度 関連データ全体	12
図表2-1 特定健康診査受診率(性・年齢階層別)(令和4年度) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(年度別)	16
図表2-2 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率	17
図表2-3 特定健康診査受診率(性年齢階層別) 特定健康診査受診率・保健指導実施率(年度別)	18 19
図表3-1 人口動態	20
図表3-2 平均余命と平均自立期間	21
図表4-1 年度別医療費の状況	23
図表4-2 性・年齢階層別医療費の状況	24
図表4-3 最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)	25
図表5-1 疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院)(令和4年度)	26
図表5-2 疾病分類別 医療費構成比及び分析(外来)(令和4年度)	27
図表6 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)	28
図表7 人工透析に関する分析	29
図表8 質問票調査の状況(令和4年度)	30
図表9-1 検査項目別 有所見者の状況(男女別・年代別)(令和4年度)	33
図表9-2 検査項目別 有所見者の状況(男女別・年齢階層別)(令和4年度)	34
図表10 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)	35
図表11-1 重複頻回受診者に係る分析(令和4年度)	37
図表11-2 重複頻回受診者に係る分析	38
図表12-1 重複・多剤処方に係る分析(令和4年度)	39
図表12-2 重複・多剤処方に係る分析	41
図表13 後発医薬品普及率に係る分析	42
図表14 死因の状況	43
第3章 計画全体	45
健康課題	45
計画全体の目的・目標/評価指標/現状値/目標値	46
保健事業一覧	47

第4章	個別事業計画	49
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	49
	事業1-1 特定健康診査	51
	事業1-2 40～50歳代男性未受診者への受診勧奨	53
	事業1-3 特定保健事業	55
	事業分類 2 糖尿病対策	57
	事業2-1 糖尿病重症化予防個別支援事業	61
	事業2-2 高血糖要精密検査受診勧奨	63
	事業2-3 糖尿病予防教室・糖尿病重症化予防教室	65
	事業2-4 慢性腎臓病予防教室	67
	事業分類 3 健康意識の向上	68
	評価指標一覧	69
	計画全体（総合アウトカム）	69
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	71
	事業分類 2 糖尿病対策	73
第5章	その他	75
	データヘルス計画の評価・見直し / データヘルス計画の公表・周知	75
	個人情報の取扱い / 地域包括ケアに係る取り組み	75
第6章	その他の保健事業	76
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	78
第1章	特定健康診査等実施計画について	79
	1. 計画策定の趣旨 / 2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ / 3. 計画期間	79
	4. データ分析期間 / 5. 特定健康診査・特定保健指導とは	81
第2章	特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	83
	1. 取り組みの実施内容	83
	2. 特定健康診査の受診状況	84
	3. 特定保健指導の実施状況	87
	4. メタボリックシンドローム該当状況	93
	5. 第3期計画の評価と考察	95
第3章	特定健康診査に係る詳細分析	96
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	96
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	97
第4章	特定健康診査等実施計画	103
	1. 目標 / 2. 対象者数推計	103
	3. 庁内組織体制等	105
	4. 実施方法	106
	5. 目標に向けての取り組み	113
	6. スケジュール	114
	7. 代行機関 / 全体の流れと外部委託	115
第5章	その他	116
	1. 個人情報保護 / 2. 記録の管理・保存	116
	3. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	117
	4. 特手健康診査等実施計画の評価及び見直し / 5. 事業運営上の留意事項	117
巻末資料		118
	1. 用語解説集	119
	2. 疾病分類	121

はじめに

厚生労働省が令和元年に策定した「健康寿命延伸プラン」においては、令和22年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し(平成28年比)、75歳以上とすることを目指すとしています。またそのためには、「次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の3分野を中心に取組を推進することとあります。健康寿命の延伸は社会全体の課題ですが、目標達成に向けては地域の特性や現状を踏まえた健康施策の検討・推進が必要不可欠であり、地方自治体が担う役割は大きくなっています。

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

南アルプス市国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取組成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期データヘルス計画	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、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計画を定め、実施及び評価を行う。	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(厚生労働省告示)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1部
第3期データヘルス計画書

第1章 基本的事項

<p>計画の趣旨</p>	<p>背景と目的</p>	<p>平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられた。またこれを受け、「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」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められた。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められている。</p> <p>市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられる。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものである。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとする。</p>
	<p>計画の位置づけ</p>	<p>保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。</p> <p>データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれた内容とする。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとする。</p>
<p>計画期間</p>	<p>令和6年度から令和11年度までの6年間とする。</p>	

実施体制・ 関係者連携	庁内組織	<p>南アルプス市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となつて行う。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護部局(福祉事務所等)等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開する。</p> <p>国保部局は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保する。</p>
	地域の関係機関	<p>計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となる。共同保険者である山梨県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努める。</p> <p>また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、自治会等の地域組織との意見交換や情報提供の場の設置、被保険者向けの説明会の実施等、被保険者が議論に参画できる体制を構築し、被保険者の意見反映に努める。</p>

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標
組織の目標を達成するための重要な業績評価の指標を意味する。

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(2023年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		69,037		37,970		31,067	
国保加入者数(人)	合計	14,599	100%	7,342	100%	7,257	100%
	0～39歳(人)	3,109	21.3%	1,652	22.5%	1,457	20.1%
	40～64歳(人)	4,568	31.3%	2,421	33.0%	2,147	29.6%
	65～74歳(人)	6,922	47.4%	3,269	44.5%	3,653	50.3%
	平均年齢(歳)	54.7歳		53.5歳		55.7歳	

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努める。
山梨県(保健所)	関係機関との調整や、人材育成について連携を図る他、健康課題の分析や事業評価等について情報提供や助言を求める。
国保健康保険団体連合会(保健事業支援・評価委員会)・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。また、保健事業の推進や評価等に関する情報提供や助言を求める。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は14,599人で、平成30年度の16,283人から年々減少傾向にある。年齢階層別にみると、全ての年代で減少傾向だが、70歳～74歳の被保険者は増えており、高齢化が進んでいる。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が21.3%、40～64歳が31.3%、65～74歳が47.4%。県や国の平均よりも64歳以下の割合が低く、65～74歳の割合が高くなっている。(令和4年度)

前期計画等に係る考察	<p>新型コロナの感染拡大により特定健康診査の受診率は一時低下したが、令和4年度受診率58.5%と目標値に近づいている。受診率向上の為、R5年度は人間ドックの受診開始を約2ヶ月早める等、毎年様々な対策を行ってきた。今後も受診状況に応じて、更なる対策を実施していく。</p> <p>40～50歳代男性未受診者への受診勧奨は、新型コロナの感染拡大により事業が実施できない年度もあったが、年々受診勧奨した者の受診率は向上し、40～50歳代男性全体の受診率も上昇した。</p> <p>特定健診と同様に特定保健指導の実施率も新型コロナの感染拡大により一時低下したが、令和4年度実施率63.5%と目標値を上回った。しかし、メタボ該当者・予備群の人の割合が増えているため、対策の検討が必要である。</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防事業の指導実施者の医療機関受診率及び健診結果改善率は、年々上昇し、目標値に近い数値に達している。市内医療機関等との連携をさらに強化し、対象者への指導を実施していく。</p>
------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1 現状	数的データ	A 不適切な生活習慣	B 生活習慣病予備群	C 生活習慣病発症		
		<p>(健診問診項目の該当者割合、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性の受診率が女性よりも低く、特に40代の受診率が低い。 ・喫煙習慣のある人の割合は15.0%。県・全国よりも多い。特に男性の40歳～64歳の喫煙率が37.1%と高い。 ・食後間食を(毎日)食べる人の割合は23.3%と県・全国よりも多い。 ・咀嚼で噛みにくい人は16.7%と県・全国と変わらないが、ほとんど噛めない人は0.9%と県平均より高く、特に男性(1.4%)で咀嚼に困難がある人が多い。 ・1回30分以上の運動習慣がない人の割合は68.5%と県・全国よりも多い。歩行速度が遅い人の割合は61.6%と県・全国よりも多い。 ・睡眠不足の割合48.7%で県・全国よりも多い。 ・毎日飲酒する人の割合は、県・全国よりも少ないが、一日の飲酒量(2～3合)は県・全国よりも多い。 ・生活改善の意欲がない人の割合は21.9%で県・全国に比べ低いが改善意欲のある人も低く、保健指導を希望しない人の割合が88.7%と県(80.5%)・全国(63.3%)よりも多い。 ・健診受診率58.2%(令和4年度法定報告)、県の平均より高い。 <p>参照データ 図表1</p>	<p>(健診検査項目の有所見率、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メタボ該当者、予備軍該当者は男女ともに県よりやや高く国より低い。メタボ予備軍では、男性は40歳代の割合が高く、女性は50歳代の割合が高い。予備軍では、男性は40歳代、女性は50歳代の割合が高い。 ・メタボ該当者・予備群の保有リスク(血糖・血圧・脂質)について、「脂質のみ」を除くいずれのリスクも県より割合が高い。 ・非肥満高血糖の割合(11.7%)は県(9.9%)・全国(9.0%)よりも高い。 ・健診項目から見られる有所見率では、男性の40歳～64歳のBMI(36%)と県平均よりやや高い。 ・血糖、血圧が高い人の割合は県・全国よりも多い。 ・HbA1c(72.6%)と血糖(44.0%)の有所見者割合が県よりも高く、65歳～74歳のHbA1cの有所見者割合が79.0%と多く、特にHbA1cは女性で、血糖は男性で高い傾向。 ・男女ともに65歳～74歳の収縮期血圧の有所見者割合がやや高い。 ・保健指導の実施率63.5%と県・全国よりも高い。 <p>参照データ 図表1、9、医療費分析</p>	<p>(医療費の状況、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人当たり医療費は県・全国よりやや高い。 ・60歳～74歳の男性の被保険者一人当たりの医療費が高い。 ・糖尿病は、疾病別の医療費割合(入院+外来)の第2位。医療費分析生活習慣病に占める割合は11.1%で県(10.3%)・国(10.4%)より高い。 ・被保険者千人当たりレセプト件数(外来)は61.96件で、県(53.1件)・国(50.389件)より多く、年代別に見ると50歳代前半を除き、いずれの年代も県・国を上回る。 ・高血圧は、疾病別の医療費割合(入院+外来)の第5位。医療費分析生活習慣病に占める割合は6.3%で、県(5.7%)・国(5.9%)より高い。 ・被保険者千人当たりレセプト件数(外来)は83.976件で、県(72.076件)・国(68.686件)より多く、年代別に見ると40歳代後半を除き、いずれの年代も県・国を上回る。特に、50歳代後半以降で県との差が大きい。 ・脳血管疾患は、レセプト1件当たりの費用額の入院が県内9位、入院外が県内10位と、唯一入院・入院外の両方で県内10位以内に入っている。 ・被保険者千人当たりレセプト件数は、脳梗塞(外来)(4,037件)と脳出血(入院)(0,323件)が県・国を上回っている。 ・一人当たり医療費は、健診受診者に比べて健診未受診者の方が3.6倍多い。 <p>参照データ 図表1、4-1、4-3、医療費分析</p>		
		質的データ	<ul style="list-style-type: none"> ・第一次産業が盛んであり、果物を多く食べる人が多い。 ・午前・午後の間食の機会も多い。 ・農作業が忙しい時期には睡眠不足の人も多い。 ・食後すぐに横になることが多い。 ・咀嚼が少ないのは時間がなく忙しいからと答える方がいる。 ・ウォーキングすると暇と思われる、と嫌がる人がいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・第一次産業が盛んであり、果物を多く食べる人が多い。 ・午前・午後の間食の機会も多い。 ・農作業が忙しい時期には睡眠不足の人も多い。 ・食後すぐに横になることが多い。 ・咀嚼が少ないのは時間がなく忙しいからと答える方がいる。 ・ウォーキングすると暇と思われる、と嫌がる人がいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・第一次産業が盛んであり、果物を多く食べる人が多い。 ・午前・午後の間食の機会も多い。 ・農作業が忙しい時期には睡眠不足の人も多い。 ・食後すぐに横になることが多い。 ・咀嚼が少ないのは時間がなく忙しいからと答える方がいる。 ・ウォーキングすると暇と思われる、と嫌がる人がいる。 	
地域特性	①変遷、面積、気候風土	②産業	③交通機関	④医療機関	⑤住民との協働活動	⑥その他(健康に関する活動を協働できる社会資源)
	<p>総面積264.14平方km。山梨県の西側、南アルプスの北岳を頂点とし東西に長い。冬は寒さが厳しく夏は暑い盆地特有の内陸性気候。H15年6町村が合併。</p>	<p>第1次産業10.0%、第2次産業32.2%、第3次産業57.8%。県・全国よりも第1次、2次産業が多い。</p>	<p>駅がなく、車で移動が主。バスは民間と市運営のバス路線がある、幹線道路網の整備が進められている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・中北医療圏。 ・市内病院5施設。診療所34施設。 ・救急医療体制の確保、整備に取り組んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・愛育会、食生活改善推進員等との協働活動あり。 ・健康づくり推進協議会において健康増進計画の評価を実施。 ・生き生き100歳体操(70ヵ所)への支援。 	

D 重症化・合併症発症

(医療費の状況、
健診問診票の既往歴の該当者割合、等)

- ・入院の1件当たりの費用額の金額及び県内順位は、昨年度に比べて、心疾患以外全て上がっている。
- ・医療費の状況について、「一人当たりの医療費」、「受診率」、「外来の費用及び件数」の割合は県・全国よりも高い。
- ・疾病分類別医療費の割合は、入院では、新生物<腫瘍> 18.0%、循環器系の疾患16.2%、筋骨格系及び結合組織の疾患11.7%の順に高い。新生物<腫瘍>では肺がんの割合が高い。
- ・入院の細小分類での医療費では統合失調症が高くなっている。
- ・外来では、新生物<腫瘍>15.1%、内分泌・栄養系及び代謝疾患14.1%、尿路器系の疾患13.7%の順で高くなっており、慢性腎不全(透析有)と糖尿病での医療費割合が高い。
- ・細小分類による医療費は、慢性腎臓病(透析有)(6.6%)、糖尿病(5.6%)、関節疾患(4%)の順に高く、慢性腎臓病(透析有)、糖尿病の医療費は県平均よりも高くなっている。
- ・生活習慣病に占める医療費割合は、慢性腎不全(透析有)11.9%で、県(10.0%)、国(8.2%)より高い。
- ・患者千人当たり人工透析患者数は9,606人と、県(8,842人)・国(6,640人)より多い。令和4年度は人工透析患者数は75名であり、県の水準よりも多い。(0.51%)
- ・健診の既往歴では、新規透析患者のうち、「心臓病」が7.7%と県・全国の水準よりも高くなっており、男女ともにどの年代でも高い傾向。

参照データ 図表1, 5-2, 6~8

- ・第一次産業が盛んであり、果物を多く食べる人が多い。
- ・午前・午後の間食の機会も多い。
- ・農作業が忙しい時期には睡眠不足の人も多い。
- ・食後すぐに横になることが多い。
- ・咀嚼が少ないのは時間がなく忙しいからと答える方がいる。
- ・ウォーキングすると暇と思われる、と嫌がる人がいる。

A 不適切な生活習慣

(平均寿命、平均余命、標準化死亡比、
介護認定・給付の状況、等)

- ・平均寿命 男性81.0歳 女性86.9歳
- ・男性は平均余命は81.9歳、平均自立期間は80.3歳と県平均と同水準。
- ・女性の平均余命は87.4歳と県平均よりもやや短い。平均自立期間は84.5歳と県平均よりやや長い。
- ・標準化死亡比は県よりも高い。
- ・死因は1位がん(46.1%)、2位心臓病(29.1%)、3位脳疾患(15.8%)。県や全国と比較すると、心臓病・脳疾患・自殺・腎不全の死因割合が高くなっている。
- ・経年では、悪性新生物の死因は減少傾向。心臓病での死因が増加。
- ・死因が腎不全の割合は4.4%であり、県(4.0%)・国(3.6%)より高い。
- ・介護認定者の有病状況はで脳疾患は21.3%で、県(21.2%)をわずかに上回っている。
- ・また、死因が脳疾患の割合は15.8%で、県(15.7%)・国(13.8%)をわずかに上回っている。
- ・介護認定者の悪性新生物と脂質異常症、糖尿病の有病率が年々増加傾向にある。

参照データ 図表1, 3-2, 14

- ・第一次産業が盛んであり、果物を多く食べる人が多い。
- ・午前・午後の間食の機会も多い。
- ・農作業が忙しい時期には睡眠不足の人も多い。
- ・食後すぐに横になることが多い。
- ・咀嚼が少ないのは時間がなく忙しいからと答える方がいる。
- ・ウォーキングすると暇と思われる、と嫌がる人がいる。

F 医療費適正化

(重複頻回受診、重複服薬の状況、後発医薬品の使用状況、等)

後発医薬品使用割合(数量シェア・各年度3月)

令和2年度 80.0%、令和3年度 79.9%、令和4年度 83.1%

重複・頻回受診該当者数(平均値)

令和2年度 26人、令和3年度 29人、令和4年度 37人

重複処方該当者数(平均値)

令和2年度 12人、令和3年度 9人、令和4年度 11人

多剤処方該当者数(平均値)

令和2年度 105人、令和3年度 121人、令和4年度 124人

2 健康問題

前ページの「1 現状」から健康上の問題と考えられることを住民を主語として整理。(年齢別や疾病別、地区別等の分析などを加えるなど、具体的に記載)

- ・県・国と比較し、喫煙率・食後間食（毎日）・咀嚼（ほとんど噛めない）・1回30分以上運動習慣なし・睡眠不足が高い。また、適量を超えた飲酒（一日飲酒量 1～2合・2～3合）が、県・国より高い。
- ・果樹地帯であり、農業従事者が多い。農繁期は忙しく時間がないといった生活リズムの乱れから、「よく噛まないで食べる」「食後すぐに横になる」「睡眠不足」等が見られる。
- ・果物・漬物をよく食べ、糖分や塩分の多い食事をとっている。また、午前・午後の間食の機会も多い。
- ・公共交通機関が少ないため車での移動が中心であり、歩く機会が少ない。
- ・特定健診受診率・特定保健指導実施率はともに県より10%以上高い。一方、保健指導の希望なしの割合は県・全国より高い。
- ・健診未受診者の一人当たり医療費は健診受診者に比べ、3.6倍高い。
- ・メタボ該当者、予備軍該当者の割合が、男女ともに県よりやや高く、国より低い。予備群では、男性は40歳代の割合が高く、女性は50歳代の割合が高い。該当者では、男女とも60歳代と70歳代の割合が高い。
- ・メタボ該当者・予備群の保有リスク（血糖・血圧・脂質）について、「脂質のみ」を除くいずれのリスクも県より割合が高く、メタボと併せて血糖・血圧・脂質のリスクを持った人が多い。
- ・非肥満高血糖の割合（11.7%）が県（9.9%）・国（9.0%）より高い。
- ・特定健診の有所見者率について、国・県より特に高いのは血糖（空腹時血糖、HbA1c）、次に血圧（収縮期・拡張期）。血糖について、年齢が上がるごとに有所見率が増加する傾向があり、HbA1cの有所見者率は60歳代・70歳代において男女とも7割以上が該当している。
- ・慢性腎臓病（透析あり）は、疾病別の医療費割合（入院＋外来）の第1位である。医療費分析 生活習慣病に占める割合は11.9%で、県（10%）・国（8.2%）より高い。レセプト1件当たりの費用額（入院）にて、腎不全が県内7位である。被保険者千人当たりレセプト件数（外来）は3,882件で、県（3,135件）・国（2,339件）より多く、年代別に見ると40歳代後半と60歳代が県・国より多い。
- 患者千人当たり人工透析患者数は9,606人と、県（8,842人）・国（6,640人）より多い。
- また、死因が腎不全の割合は4.4%であり、県（4.0%）・国（3.6%）より高い。
- ・糖尿病は、疾病別の医療費割合（入院＋外来）の第2位である。医療費分析 生活習慣病に占める割合は11.1%で、県（10.3%）・国（10.4%）より高い。レセプト1件当たりの費用額（入院）は県内8位である。被保険者千人当たりレセプト件数（外来）は61,967件で、県（53,111件）・国（50,389件）より多く、年代別に見ると50歳代前半を除き、いずれの年代も県・国を上回る。
- ・高血圧は、疾病別の医療費割合（入院＋外来）の第5位である。医療費分析 生活習慣病に占める割合は6.3%で、県（5.7%）・国（5.9%）より高い。レセプト1件当たりの費用額（入院）は県内9位である。被保険者千人当たりレセプト件数（外来）は83,976件で、県（72,076件）・国（68,686件）より多く、年代別に見ると40歳代後半を除き、いずれの年代も県・国を上回る。特に、50歳代後半以降で県との差が大きい。
- ・脳血管疾患は、レセプト1件当たりの費用額の入院が県内9位、入院外が県内10位と、唯一入院・入院外の両方で県内10位以内に入っている。介護認定者の有病状況は21.3%で、県（21.2%）をわずかに上回っている。また、死因が脳疾患の割合は15.8%で、県（15.7%）・国（13.8%）を上回っている。
- 被保険者千人当たりレセプト件数は、脳梗塞（外来）（4,037件）と脳出血（入院）（0,323件）が県・国を上回っている。
- ・介護認定者の医療費は非認定者と比較して高い傾向にあり、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ対象者が多い。口腔機能の低下が懸念される割合は0.9%で県・全国よりも高い。平均自立期間は男女とも県平均より短い。



3 健康課題

上記の「2 健康問題」の中から解決可能で、施策として取り組むべき課題を抽出し、優先度をつける。

	健康課題の内容	優先する健康課題
A	糖尿病・高血圧の医療費割合・被保険者千人当たりレセプト件数（外来）が高く、生活習慣病で治療中の人が多い。 慢性腎臓病（透析あり）・脳血管疾患のレセプト1件当たりの費用額・被保険者千人当たりレセプト件数も、県・国と比較し多い。高血糖・高血圧状態が継続したために、腎機能の低下や脳血管疾患を引き起こした可能性がある。	✓
B	メタボ該当者及び予備群の割合が県よりやや高く、血糖・血圧の有所見率が高い。喫煙・毎日の間食・飲酒量の多さ・睡眠不足・運動不足等の生活習慣が原因と考えられる。9割近くの人が保健指導を希望していないこと、農繁期は多忙で生活習慣が乱れやすいといった背景から、生活習慣の改善につながりにくく、生活習慣病の発症リスクが高い。	✓
C	特定健診未受診者は、疾病の早期発見の機会がなく、治療中の人でもコントロール不良者は生活習慣が改善されないために重症化している可能性がある。特に40～50歳代の男性は健診受診率が低くリスクが高い。	✓

第2章 参照データ

図表1 令和4年度 関連データ全体

出典

KDB ・地域の全体像の把握・人口及び被保険者の状況_1・人口及び被保険者の状況_2・健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
(データ取得：R5年8月)

項目	南アルプス市		県		国		データ元 (CSV)			
	実数	割合※	実数	割合	実数	割合				
1 全体像	① 人口構成	総人口	69,037		791,146		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みられる地域の 健康課題	
		65歳以上 (高齢化率)	19,302	27.92	245,884	31.01	35,335,805	28.59		
		75歳以上	9,461	13.67	128,751	16.21	18,248,742	14.73		
		65～74歳	9,841	14.25	117,133	14.80	17,087,063	13.86		
		40～64歳	24,007	34.79	267,271	33.81	41,545,893	33.75		
	39歳以下	25,728	37.29	277,991	35.18	46,332,563	37.66			
	② 産業構成	第1次産業	10.0		7.3		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みられる地域の 健康課題	
		第2次産業	32.2		28.4		25.0			
		第3次産業	57.8		64.3		71.0			
	③ 平均寿命	男性	81.0		80.9		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
女性		86.9		87.2		87.0				
④ 平均余命	男性	81.9		81.8		81.7				
	女性	87.4		88.2		87.8				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	98.2		96.4		100.0		KDB_NO.1 地域全体像の 把握
			女性	99.9		97.4		100.0		
	死因	がん	190	46.1	2,433	48.1	378,272	50.6		
		心臓病	120	29.1	1,394	27.5	205,485	27.5		
		脳疾患	65	15.8	794	15.7	102,900	13.8		
		糖尿病	7	1.7	107	2.1	13,896	1.9		
		腎不全	18	4.4	205	4.0	26,946	3.6		
自殺	12	2.9	129	2.5	20,171	2.7				
3 介護	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	3,189	16.5	41,372	16.9	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		新規認定者	72	0.3	804	0.3	110,289	0.3		
		2号認定者	73	0.3	809	0.3	156,107	0.4		
	② 介護認定者の有病状況	基礎疾患	糖尿病	823	23.8	10,479	23.9	1,712,613		24.3
			高血圧症 (高血圧性心疾患含む)	1,725	51.1	22,563	52.0	3,744,672		53.3
			脂質異常症	827	23.8	12,599	28.9	2,308,216		32.6
			心臓病 (高血圧含む)	1,970	58.2	25,665	59.2	4,224,628		60.3
			脳疾患	686	21.3	9,037	21.2	1,568,292		22.6
			がん	412	12.0	5,097	11.5	837,410		11.8
			筋・骨格	1,711	51.0	22,559	51.9	3,748,372		53.4
	精神 (認知症含む)	1,194	35.2	16,006	37.1	2,569,149	36.8			
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	65,114		67,719		59,662			
		居宅サービス	43,824		44,773		41,272			
施設サービス		291,377		293,634		296,364				
④ 医療費等	要介護認定 別医療費 (40歳以上)	8,653		8,622		8,610				
	認定あり 認定なし	3,809		4,029		4,020				

項目			南アルプス市		県		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4 医療	① 国保の 状況	被保険者数	14,599		178,894		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の 把握 KDB_NO.5 人口の状況	
		65～74歳	6,922	47.4	79,358	44.4	11,129,271	40.4		
		40～64歳	4,568	31.3	59,078	33.0	9,088,015	33.1		
		39歳以下	3,109	21.3	40,458	22.6	7,271,596	26.5		
		加入率	21.1		22.6		22.3			
	② 医療の 概況 (人口千対)	病院数	5	0.3	60	0.3	8,237	0.3	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		診療所数	34	2.3	697	3.9	102,599	3.7		
		病床数	643	44	10,684	59.7	1,507,471	54.8		
		医師数	74	5.1	2,101	11.7	339,611	12.4		
		外来患者数	747.7		693.7		687.8			
		入院患者数	16.4		18.5		17.7			
	③ 医療費 の状況	一人当たり医療費	28,109		27,844		27,570		KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		受診率	764.2		712.2		705.4			
		外来	費用の割合	63.5		60.7		60.4		
			件数の割合	97.8		97.4		97.5		
		入院	費用の割合	36.5		39.3		39.6		
			件数の割合	2.2		2.6		2.5		
		1件当たり在院日数	15.4		16.5		15.7			
	④ 医療費分 析生活習 慣病に占 める割合 最大医療 資源傷病 名(調剤含 む)	がん	814,860,860	29.3	10,142,028,270	30.5	1,558,135,111,760	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題	
		慢性腎不全 (透析あり)	330,682,070	11.9	3,311,781,560	10	397,973,706,500	8.2		
糖尿病		309,243,560	11.1	3,412,667,590	10.3	504,849,658,850	10.4			
高血圧症		175,957,720	6.3	1,905,817,780	5.7	285,960,196,900	5.9			
精神		372,802,210	13.4	5,365,979,730	16.2	712,427,626,380	14.7			
筋・骨格		496,564,110	17.9	5,853,005,910	17.6	810,772,428,340	16.7			
⑤ 健診 有無別 一人当た り医療費 (月平均)	健診 対象者 一人当たり	健診受診者	3,207		2,867		2,031	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題		
		健診 未受診者	11,611		11,642		13,295			
	生活習慣 病対象者 一人当たり	健診受診者	9,163		8,675		6,142			
		健診 未受診者	33,178		35,235		40,210			
⑥ 健診・ レセ突合	受診勧奨者	3,604	59.4	34,455	58.7	3,897,959	57	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
	医療機関受診率	3,260	53.8	31,102	53	3,558,319	52			
	医療機関非受診率	344	5.7	3,353	5.7	339,640	5			

項目		南アルプス市		県		国		データ元 (CSV)				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合					
4 医療	⑦	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	入院	糖尿病	647,650	8位(17)			KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題			
				高血圧	703,840	9位(18)						
				脂質異常症	612,346	11位(18)						
				脳血管疾患	710,171	9位(21)						
				心疾患	655,055	16位(20)						
				腎不全	785,368	7位(18)						
				精神	559,343	2位(25)						
				悪性新生物	697,594	15位(13)						
	外来	糖尿病	34,709	26位								
		高血圧	31,823	20位								
		脂質異常症	27,326	20位								
		脳血管疾患	41,929	10位								
		心疾患	48,734	20位								
		腎不全	125,291	16位								
		精神	28,519	15位								
		悪性新生物	63,567	16位								
5 健診	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診 の状況 県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	健診受診者	6,065		58,660		6,841,520	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握			
			受診率(見込み)	57.7		46.6		37.3				
			特定保健指導終了者 (実施率)	270	44.1	2,046	33.0	128,960		15.9		
			非肥満高血糖	708	11.7	5,823	9.9	618,057		9.0		
			メタボ	該当者	1,204	19.9	10,517	17.9		1,388,590	20.3	
				男性	852	30.2	7,726	28.8		970,094	32.0	
				女性	352	10.9	2,791	8.8		418,496	11.0	
				予備群	655	10.8	6,026	10.3		768,935	11.2	
			メタボ該当・予備群レベル	腹囲	男性	477	16.9	4,416		16.5	542,453	17.9
					女性	178	5.5	1,610		5.1	226,482	5.9
			BMI	総数	2,027	33.4	18,242	31.1		2,391,618	35.0	
				男性	1,454	51.5	13,318	49.6		1,674,817	55.3	
				女性	総数	573	17.7	4,924		15.5	716,801	18.8
					男性	253	4.2	2,671		4.6	321,466	4.7
				女性	男性	34	1.2	430		1.6	51,547	1.7
					女性	219	6.8	2,241		7.0	269,919	7.1
			血糖のみ	39	0.6	305	0.5	43,725		0.6		
			血圧のみ	500	8.2	4,542	7.7	541,974		7.9		
			脂質のみ	116	1.9	1,179	2.0	183,236		2.7		
血糖・血圧	243	4.0	1,903	3.2	204,070	3.0						
血糖・脂質	48	0.8	427	0.7	70,564	1.0						
血圧・脂質	503	8.3	4,844	8.3	662,217	9.7						
血糖・血圧・脂質	410	6.8	3,343	5.7	451,739	6.6						

項目		南アルプス市		県		国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合		
6 健診の質問票	①	服薬	高血圧	2,416	39.8	20,795	35.5	2,437,293	35.6
			糖尿病	664	10.9	5,568	9.5	591,972	8.7
			脂質異常症	1,514	25.0	14,858	25.3	1,907,025	27.9
	②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	180	3.1	1,469	2.6	208,100	3.1
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	448	7.7	3,804	6.7	0	5.5
			腎不全	78	1.3	514	0.9	54,096	0.8
			貧血	334	5.7	3,493	6.2	704,463	10.7
	③		喫煙	912	15.0	8,396	14.3	944,145	13.8
	④		週3回以上朝食を抜く	437	7.5	4,938	8.8	646,557	10.4
	⑤		食後間食(毎日)	1,339	23.3	12,033	22.8	1,332,369	21.6
	⑥		週3回以上就寝前夕食	496	8.5	6,486	11.5	981,532	15.7
	⑦		食べる速度が速い	1,612	27.7	16,254	28.8	1,666,344	26.8
	⑧		咀嚼(噛みにくい)	960	16.7	8,969	17.0	1,236,259	19.9
			咀嚼 (ほとんど噛めない)	49	0.9	312	0.6	50,048	0.8
	⑨	生活習慣 の状況	20歳時体重から10kg 以上増加	1,705	29.2	17,408	30.8	2,184,280	35.0
	⑩		1回30分以上運動習慣 なし	3,995	68.5	37,862	67.1	3,763,456	60.4
	⑪		1日1時間以上運動な し	2,271	39.0	24,300	43.1	2,993,291	48.0
	⑫		歩行速度が遅い	3,591	61.6	32,342	57.3	3,153,736	50.8
⑬	睡眠不足		2,833	48.7	23,528	41.7	1,593,714	25.6	
⑭	毎日飲酒		1,178	20.2	12,126	21.5	1,666,174	25.5	
⑮	時々飲酒		1,153	19.8	12,109	21.4	1,469,490	22.5	
⑯	一日 飲酒 量		1合未満	1,330	50.2	14,947	52.1	2,987,540	64.1
			1～2合	846	31.9	8,916	31.1	1,106,496	23.7
			2～3合	402	15.2	3,906	13.6	436,918	9.4
		3合以上	74	2.8	929	3.2	129,644	2.8	
⑰	生活 習慣	改善意欲なし	1,274	21.9	14,060	24.9	1,698,458	27.6	
		改善意欲あり	788	13.5	9,670	17.1	1,761,153	28.6	
		改善意欲あり かつ始めている	589	10.1	6,142	10.9	857,746	13.9	
⑱		保健指導の希望なし	5,158	88.7	45,415	80.5	3,873,500	63.3	

KDB_NO.1
地域全体像の
把握

※ 保険者の割合は県の数値と比較し値の大きい場合は赤字にて表記

※ 網掛けの色は、「第2章 健康・医療情報等の分析と課題」のA～Eの色とリング(各項の根拠データとなる部分)

図表2-1	特定健康診査受診率(性・年齢階層別) 特定健康診査受診率・保健指導実施率(年度別)	出典 法定報告 国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
-------	----------------------------------------------	---------------------------------------------------------

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・全体の受診率は55.8%と県平均よりも高い水準。 ・男性の受診率が女性よりも平均で7.4%低い。(令和4年度) ・男性の40歳代・50歳代で低い傾向にある。 ・経年で見ると、特定健診の受診率は一定の水準を保っており、特定保健指導は積極的支援の実施率が向上している。
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

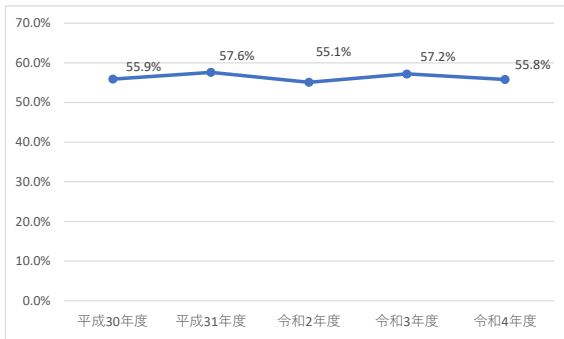
【男性】

年度	年齢階層	対象者(人)	受診者(人)	受診率(%)	(参考) 県受診率
令和4年度	40～49歳	694	280	40.3%	30.2%
	50～59歳	877	384	43.8%	32.9%
	60～69歳	1771	1028	58.0%	47.1%
	70～74歳	1871	1163	62.2%	50.8%
	計	5213	2855	54.8%	43.4%

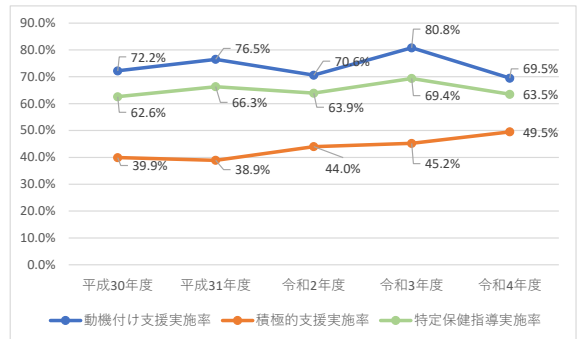
【女性】

年度	年齢階層	対象者(人)	受診者(人)	受診率(%)	(参考) 県受診率
令和4年度	40～49歳	485	228	47.0%	36.2%
	50～59歳	676	342	50.6%	41.3%
	60～69歳	2017	1311	65.0%	54.2%
	70～74歳	2079	1388	66.8%	53.8%
	計	5257	3269	62.2%	50.3%

特定健診受診率(平成30年度～令和4年度)



特定保健指導状況(平成30年度～令和4年度)



図表2-2

特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

出典

国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

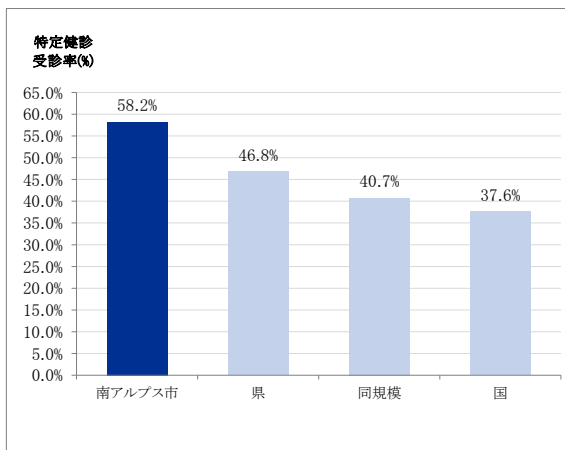
データ分析の結果

- ・令和4年度の受診率は58.2%で県や国の平均よりも高い。
- ・動機付け支援対象者数 7.0% 積極的支援対象者数 3.0% 支援対象者数割合 10.0% 県や国の平均よりも割合は低い。
- ・特定保健指導の実施率は63.5%で、国や県の平均よりも高い。

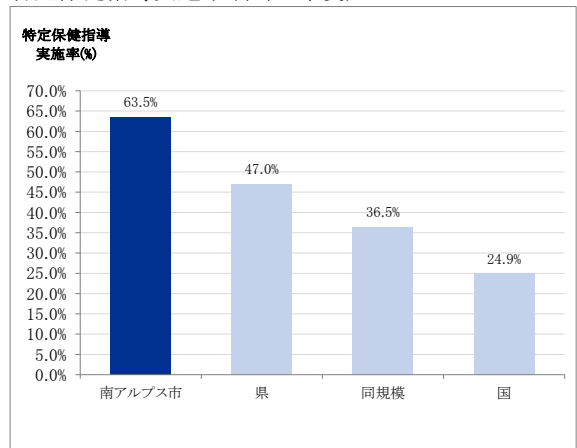
特定健診受診、特定保健指導状況(令和4年度)

区分	特定健診受診率	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
南アルプス市	58.2%	7.0%	3.0%	10.0%	63.5%
県	46.8%	7.5%	3.1%	10.6%	47.0%
同規模	40.7%	8.8%	2.7%	11.5%	36.5%
国	37.6%	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

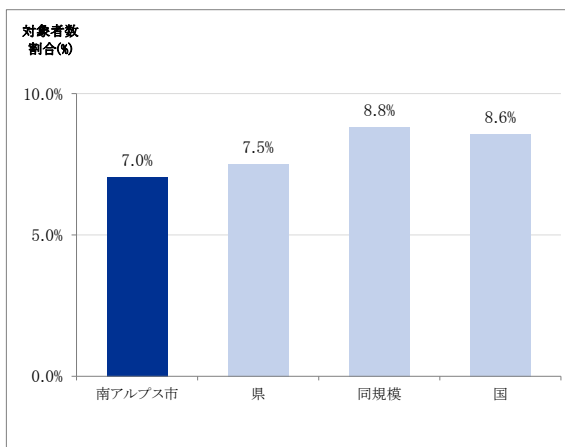
特定健康診査受診率(令和4年度)



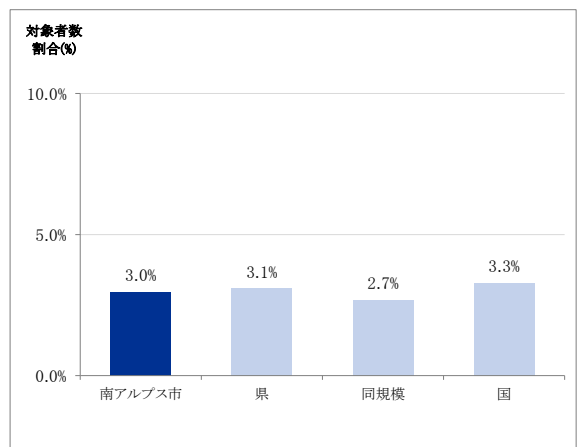
特定保健指導実施率(令和4年度)



動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



積極的支援対象者数割合(令和4年度)



図表2-3

特定健康診査受診率(性・年齢階層別)
 特定健康診査受診率・保健指導実施率 (年度別)

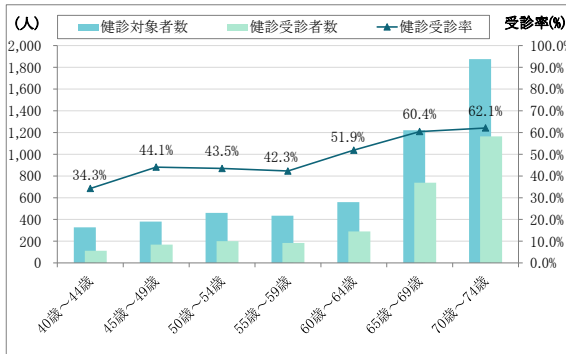
出典

国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」
 国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

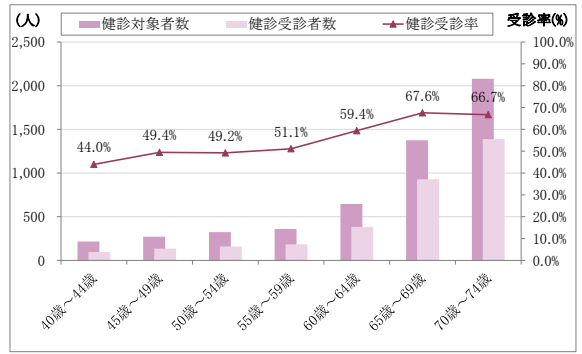
データ分析の結果

- ・男女ともに、40歳代・50歳代で受診率が低い傾向にある。
- ・特定健診受診率は平成30年度よりも男女ともに向上している。
- ・動機付け支援対象者割合は、やや下降傾向にある。積極的支援対象者割合は令和3年度上昇し、令和4年度やや減少している。

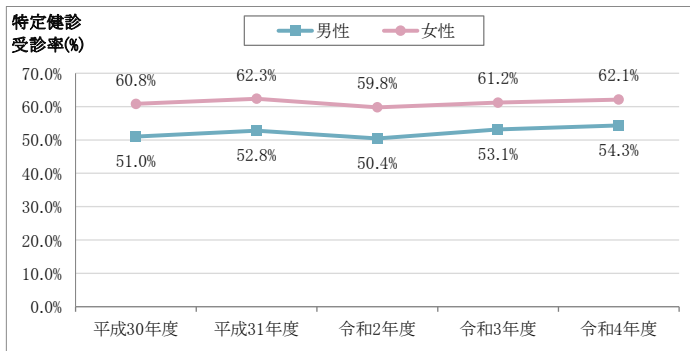
男性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



女性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)

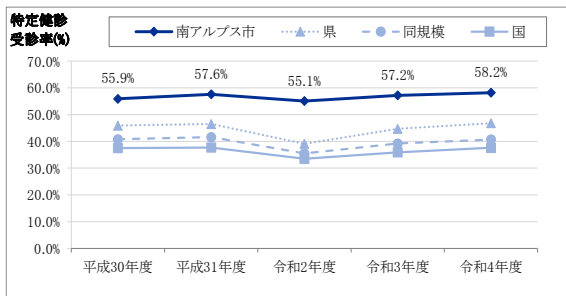


年度別 年齢別特定健康診査受診率

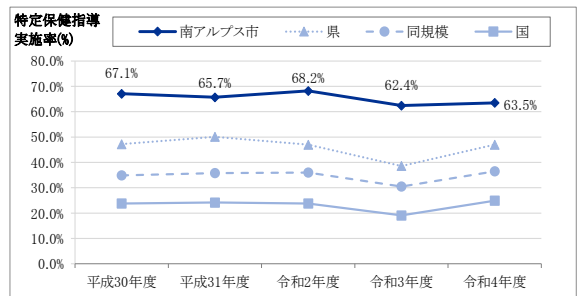


国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

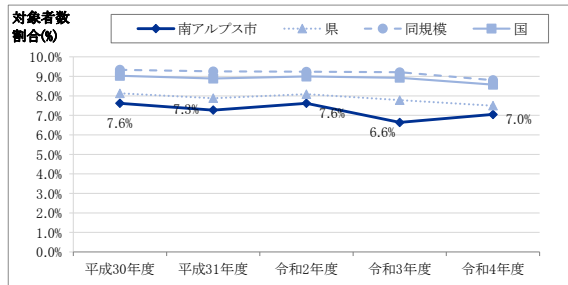
年度別 特定健康診査受診率



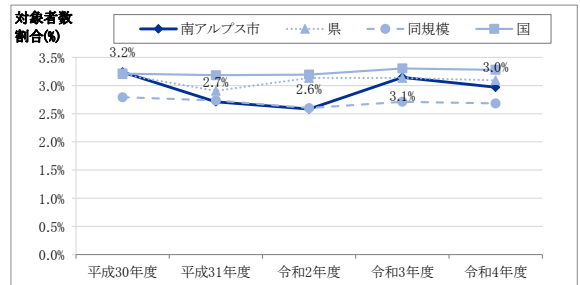
年度別 特定保健指導実施率



年度別 動機付け支援対象者数割合



年度別 積極的支援対象者数割合



国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

図表3-1	人口動態	出典 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」 国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
-------	------	---------------------------------------------------------------------------------

データ分析の結果

- 南アルプス市の令和4年度における人口構成概要を示した。国民健康保険被保険者数は14,599人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は21.1%である。国民健康保険被保険者平均年齢は54.7歳で、国51.9歳より2.8歳高く、山梨県53.8歳より0.9歳高い。また、国民健康保険被保険者数を令和4年度と平成30年度で比較すると、令和4年度14,599人は平成30年度16,283人より1,684人、10.3%減少している。

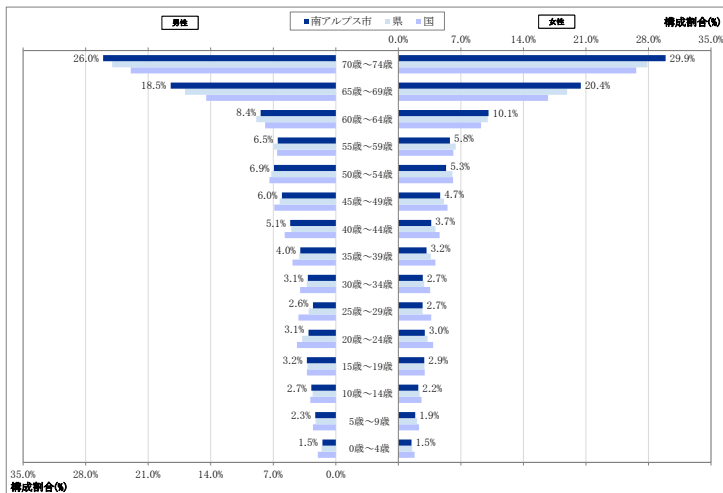
人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率(65歳以上)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢(歳)	出生率	死亡率
南アルプス市	69,037	28.0%	14,599	21.1%	54.7	7.1	10.7
県	791,146	31.1%	178,894	22.6%	53.8	6.6	12.4
同規模	67,878	30.4%	13,889	20.5%	54.7	6.5	11.8
国	123,214,261	28.7%	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1

※「県」は山梨県を指す。以下全ての表において同様である。

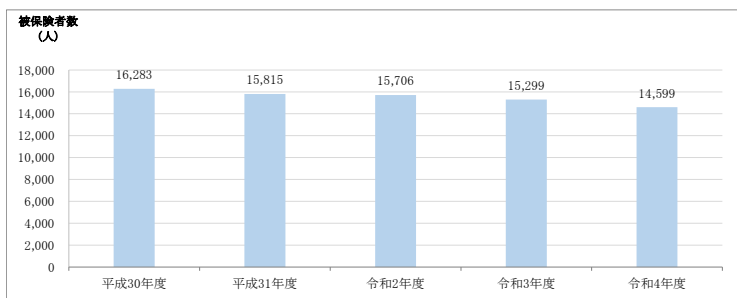
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

年度別 被保険者数



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表3-2

人口動態 平均余命と平均自立期間

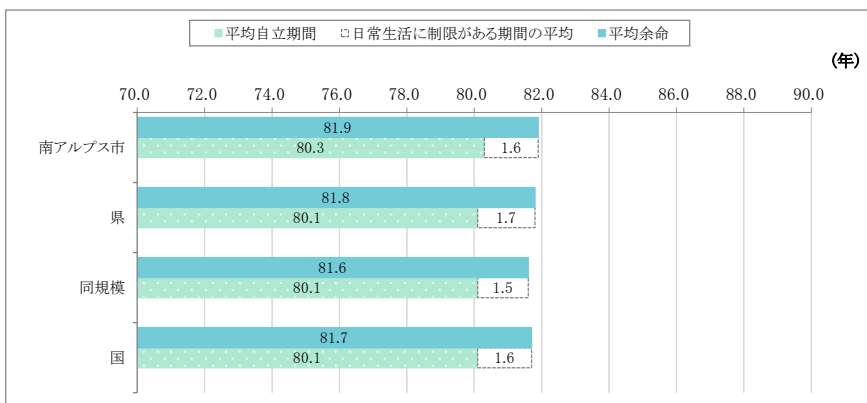
出典

国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

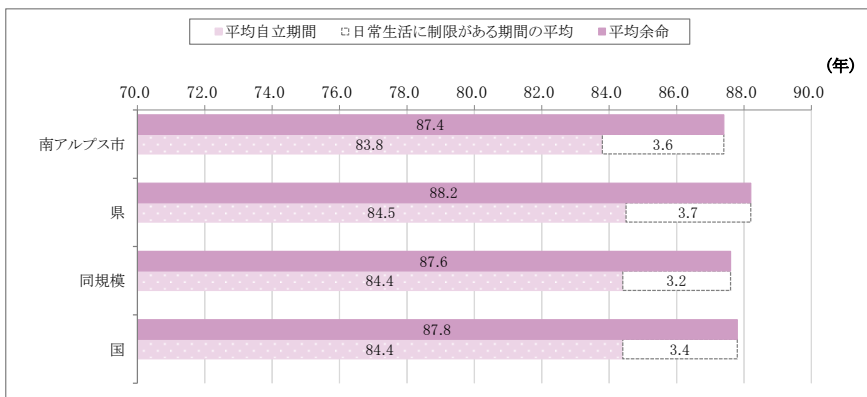
データ分析の結果

- ・令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示した。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示している。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つである。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味している。
- ・本市の男性の平均余命と平均自立期間は山梨県より長く、女性は短い。男性の平均余命は81.9年で山梨県より0.1年長く、平均自立期間は80.3年で山梨県より0.2年長い。日常生活に制限がある期間の平均は1.6年で、山梨県の1.7年よりも短い。本市の女性の平均余命は87.4年で山梨県より0.8年短く、平均自立期間は83.8年で山梨県より0.7年短い。日常生活に制限がある期間の平均は3.6年で、山梨県の3.7年よりも短い。

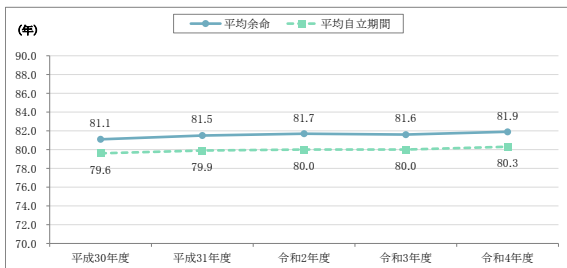
(男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



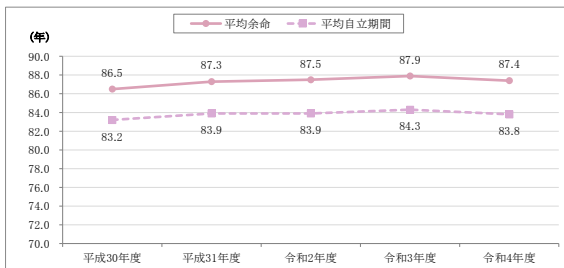
(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



(男性)年度別 平均余命と平均自立期間

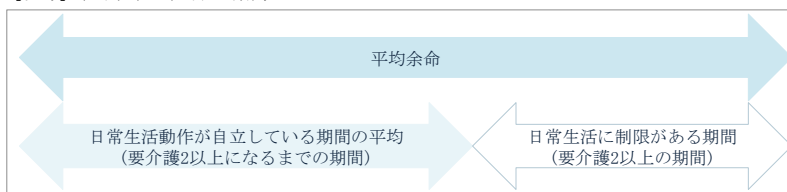


(女性)年度別 平均余命と平均自立期間



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【参考】平均余命と平均自立期間について



図表4-1

年度別医療費の状況

出典

国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

データ分析の結果

- ・平成30年度と比べると、全体の医療費は大きな変化は無く、被保険者一人当たり医療費は増加傾向にある。
- ・外来・入院医療費共に、令和2年度コロナの影響で減少し、令和3年度は増加した。平成30年度と比べると、令和4年度、入院医療費は減少しているが、外来医療費は増えている。

年度別 医療費の状況

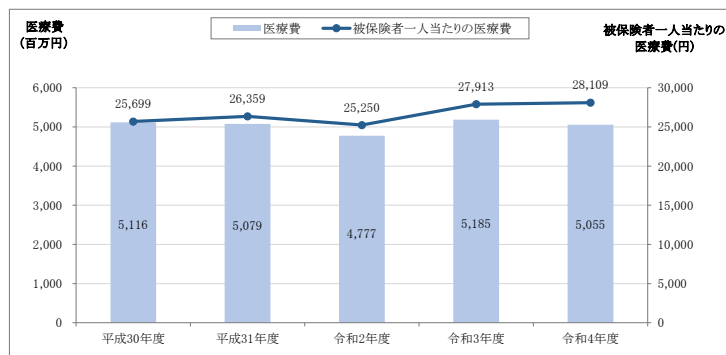
年度	医療費(円)	被保険者一人当たりの医療費(円) ※
平成30年度	5,115,968,940	25,699
平成31年度	5,078,779,690	26,359
令和2年度	4,776,657,150	25,250
令和3年度	5,185,034,320	27,913
令和4年度	5,054,728,450	28,109

年度別 入院・外来別医療費

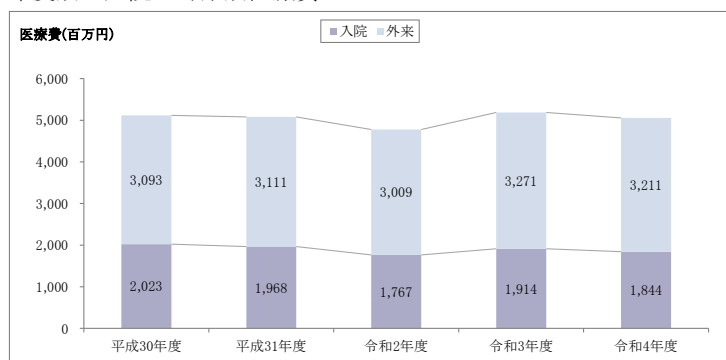
年度	入院医療費(円)	外来医療費(円)	医療費合計(円)
平成30年度	2,022,579,810	3,093,389,130	5,115,968,940
平成31年度	1,967,936,060	3,110,843,630	5,078,779,690
令和2年度	1,767,385,500	3,009,271,650	4,776,657,150
令和3年度	1,913,552,590	3,271,481,730	5,185,034,320
令和4年度	1,843,517,650	3,211,210,800	5,054,728,450

※被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

年度別 医療費の状況



年度別 入院・外来別医療費



図表4-2	年度別医療費の状況	出典 国保データベース (KDB) システム「疾病別医療費分析(大分類)」
-------	-----------	------------------------------------------

データ分析の結果

- ・男女年齢階層別にみると、男性の0歳～4歳、10歳～14歳、55歳～74歳
女性の0歳～4歳、30歳～54歳、70歳～74歳で医療費が高くなっている。

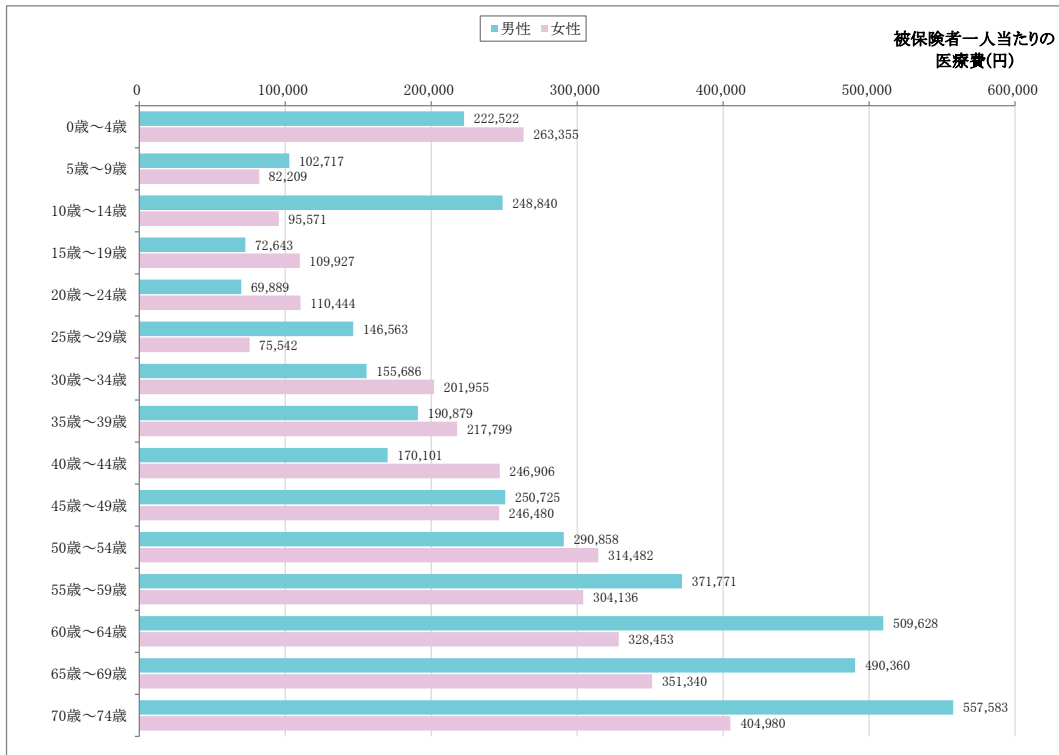
以下は各性年齢階層別の医療費上位5疾病に入っているもので、医療費が高くなる原因となっています。

男性：0歳～4歳 呼吸器系の疾患(急性気管支炎等)・周産期に発生した病態
 男性：10歳～14歳 内分泌・代謝系の疾患・呼吸器系の疾患・精神疾患
 男性：55歳～59歳 腎不全(透析等)・がん(肺がん・前立腺がん等)・心疾患(心不全等)
 男性：60歳～64歳 腎不全(透析等)・糖尿病・精神疾患(統合失調症等)
 男性：65歳～69歳 腎不全(透析等)・糖尿病・がん(前立腺がん等)・心疾患(心不全等)
 男性：70歳～74歳 がん(前立腺がん・肺がん等)・腎不全(透析等)・糖尿病・心疾患(心不全等)

女性：0歳～4歳 呼吸器系の疾患(急性気管支炎等)・周産期に発生した病態
 女性：30歳～34歳 損傷、中毒及びその他の外因・精神疾患(統合失調症)・妊娠、分娩及び産じょく
 女性：35歳～39歳 神経系の疾患・精神疾患(統合失調症)・妊娠、分娩及び産じょく
 女性：40歳～44歳 心疾患(心不全等)・腎不全(透析等)・精神疾患(統合失調症等)
 女性：45歳～49歳 腎不全(透析等)・精神疾患(統合失調症等)・神経系の疾患
 女性：50歳～54歳 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの・精神疾患(統合失調症等)・神経系の疾患
 女性：70歳～74歳 糖尿病・関節症・がん(その他のがん)・高血圧症

*レセプト分析データ年齢階層別中分類による疾病別医療費統計より抜粋

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



図表4-3	年度別医療費の状況	出典 国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
-------	-----------	---------------------------------------------------

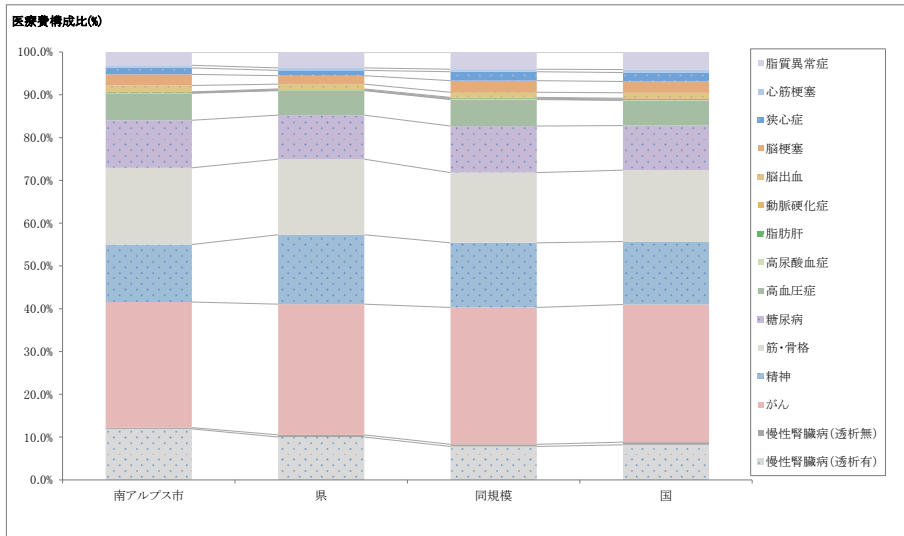
データ分析の結果

- ・医療費を最大医療資源傷病名別にみると、「がん」が占める割合が29.3%で最も多く、これは国や山梨県と同様の傾向である。次いで「筋・骨格」「精神」「慢性腎臓病(透析有)」「糖尿病」が多い。
- ・県に比べて、「慢性腎臓病(透析有)」が占める割合が高く、「筋・骨格」、「糖尿病」、「高血圧症」、「脳出血」、「脳梗塞」、「狭心症」の割合も高くなっている。

最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)

傷病名	南アルプス市	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	11.9%	10.0%	7.8%	8.2%
慢性腎臓病(透析無)	0.3%	0.5%	0.5%	0.6%
がん	29.3%	30.5%	32.0%	32.2%
精神	13.4%	16.2%	15.1%	14.7%
筋・骨格	17.9%	17.6%	16.4%	16.7%
糖尿病	11.1%	10.3%	10.9%	10.4%
高血圧症	6.3%	5.7%	6.2%	5.9%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	1.5%	1.1%	1.2%	1.3%
脳梗塞	2.6%	2.0%	2.7%	2.6%
狭心症	1.5%	1.2%	2.1%	2.1%
心筋梗塞	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%
脂質異常症	3.1%	3.7%	4.0%	4.1%

※「最大医療資源傷病名」とは、最も医療資源(診療行為、医薬品、特定器材)を要した傷病名の事である。ここでは、複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、上記15個の傷病名のいずれかに分類し、その医療費の合計を100%として、医療レセプトデータから割合を算出した。



図表5-1

疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院) (令和4年度)

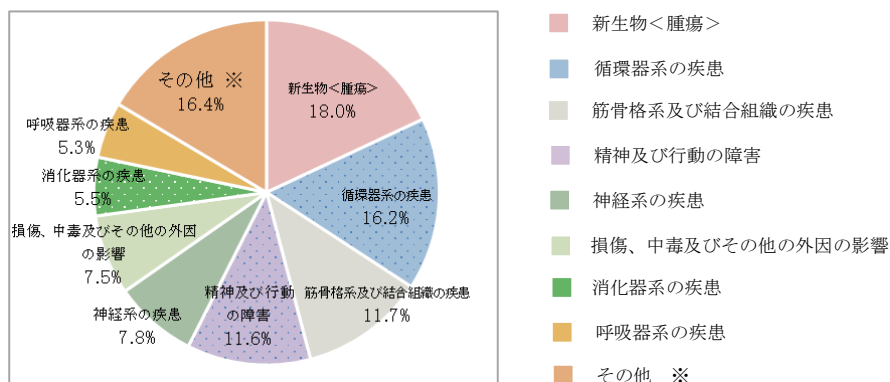
出典

国保データベース (KDB) システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

データ分析の結果

- ・入院医療費を大分類別でみると、「新生物<腫瘍>」が最も多く、18.0%を占めており、次いで「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」が多くを占めている。「新生物<腫瘍>」の中では肺がんが占める割合が一番高い。
- ・細小分類でみると、「統合失調症」「関節疾患」「脳梗塞」が割合として高い。

大分類別医療費構成比(入院) (令和4年度)



大・中・細小分類別分析(入院) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析			
1	新生物<腫瘍>	18.0%	その他の悪性新生物<腫瘍>	7.2%	膵臓がん	1.0%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.2%	前立腺がん	0.9%
					食道がん	0.7%
					肺がん	2.2%
良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	2.2%	卵巣腫瘍(良性)	0.1%			
2	循環器系の疾患	16.2%	その他の心疾患	6.1%	不整脈	2.7%
			脳梗塞	3.2%	心臓弁膜症	0.7%
					脳梗塞	3.2%
					虚血性心疾患	2.6%
3	筋骨格系及び結合組織の疾患	11.7%	関節症	4.3%	関節疾患	4.3%
			脊椎障害(脊椎症を含む)	3.1%		
					その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.5%
4	精神及び行動の障害	11.6%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	5.7%	統合失調症	5.7%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	2.7%		
					うつ病	2.6%
			その他の精神及び行動の障害	1.6%		

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

図表5-2

疾病分類別 医療費構成比及び分析(外来)(令和4年度)

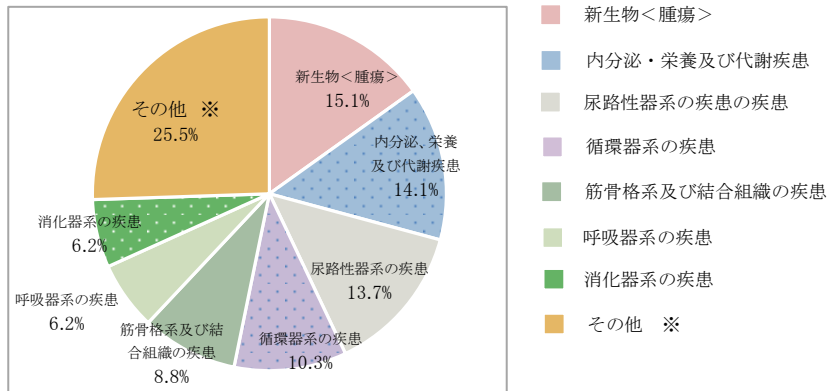
出典

国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

データ分析の結果

- ・外来医療費を大分類別でみると、「新生物<腫瘍>」が最も多く、15.1%を占めており、次いで「内分泌、栄養及び代謝疾患」「尿路器系の疾患」が多くを占めている。「新生物<腫瘍>」の中では肺がん・前立腺がんの占める割合が高い。
- ・細小分類でみると、「慢性腎不全(透析あり)」「糖尿病」「高血圧症」が割合として高い。

大分類別医療費構成比(外来)
(令和4年度)



大・中・細小分類別分析(入院)(令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析			
1	新生物<腫瘍>	15.1%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.6%	前立腺がん	1.4%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.1%	膀胱がん	0.9%
			乳房の悪性新生物<腫瘍>	1.6%	膵臓がん	0.7%
					肺がん	3.1%
					乳がん	1.6%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	14.1%	糖尿病	9.4%	糖尿病	8.5%
			脂質異常症	2.7%	糖尿病網膜症	0.9%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	1.5%	脂質異常症	2.7%
					痛風・高尿酸血症	0.1%
3	尿路器系の疾患	13.7%	腎不全	11.6%	慢性腎臓病(透析あり)	9.0%
			その他の腎尿路系の疾患	0.8%	慢性腎臓病(透析なし)	0.2%
			前立腺肥大(症)	0.6%		
					前立腺肥大	0.6%
4	循環器系の疾患	10.3%	高血圧性疾患	5.4%	高血圧症	5.4%
			その他の心疾患	3.2%		
			虚血性心疾患	0.7%	狭心症	0.5%

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。。

図表6	細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)	出典 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
-----	-------------------------	-------------------------------------------

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・外来医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「慢性腎臓病(透析あり)」で、6.6%を占めている。 ・次いで、「糖尿病」・「関節疾患」・「統合失調症」・「高血圧症」で医療費が多くかかっている。
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	慢性腎臓病(透析あり)	330,682,070	6.6%
2	糖尿病	283,724,090	5.6%
3	関節疾患	217,860,850	4.3%
4	統合失調症	176,618,850	3.5%
5	高血圧症	175,957,720	3.5%
6	肺がん	138,861,220	2.8%
7	不整脈	118,747,580	2.4%
8	うつ病	108,258,310	2.1%
9	骨折	100,010,150	2.0%
10	脂質異常症	85,516,870	1.7%

※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

図表7	人工透析に関する分析	出典	国保データベース (KDB) システム「医療費分析(1)細小分類」
-----	------------	----	-----------------------------------

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者に占める透析患者割合は県や国と比較して多い。年度別の透析患者はやや増加傾向にあり、患者一人当たりの透析医療費は横ばい傾向である。 30歳代から透析になっている人がおり、男性の透析患者割合が高いが、女性も40歳代から透析者が発生している。
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

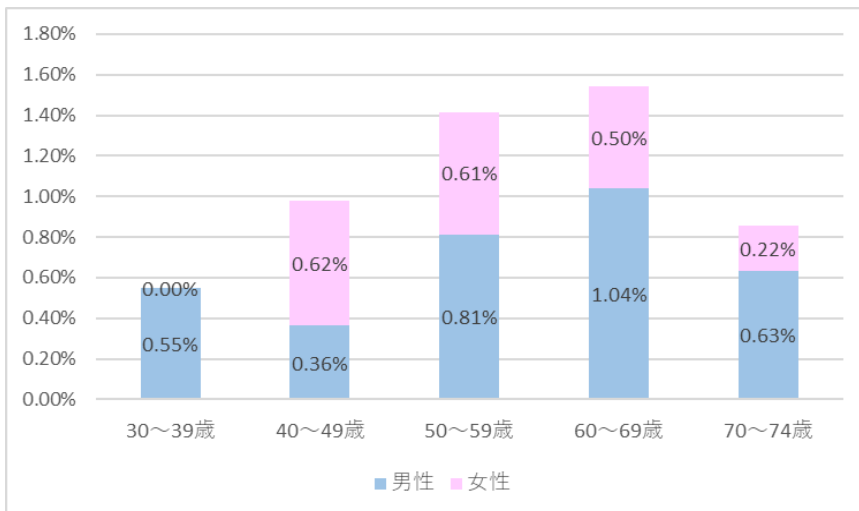
区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
南アルプス市	14,599	75	0.51%
県	178,894	778	0.43%
同規模	3,472,300	12,394	0.36%
国	27,488,882	89,397	0.33%

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	72	439,871,940	6,109,333
平成31年度	68	409,949,120	6,028,664
令和2年度	68	418,100,100	6,148,531
令和3年度	75	436,370,840	5,818,278
令和4年度	75	453,152,300	6,042,031

※透析医療費・・・人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

男女年齢階層別 被保険者に占める透析患者割合



国保データベース (KDB) システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

図表8

質問票調査の状況(令和4年度)

出典

国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

データ分析の結果

・県全体の状況と比較すると、やや間食する人が多く、飲酒の回数は少ないが、一回の飲酒量はやや多めである。また、1日30分以上運動習慣がない人の割合が高い。全体的に服薬率や既往歴が高く、既に医療機関にかかっている人が多いと考えられる。既往歴では脳卒中、心臓病や慢性腎不全が県平均よりも高い。

質問票調査の状況(男女合計)(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳			
		南アルプス市	県	同規模	国	南アルプス市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	19.8%	18.6%	20.5%	19.3%	47.2%	43.0%	43.7%	43.7%
	服薬_糖尿病	5.4%	5.0%	5.5%	5.0%	12.1%	11.2%	10.6%	10.4%
	服薬_脂質異常症	12.1%	13.5%	16.4%	15.4%	29.8%	30.6%	33.6%	34.0%
既往歴	既往歴_脳卒中	1.5%	1.4%	2.0%	1.8%	3.8%	3.2%	3.7%	3.8%
	既往歴_心臓病	4.3%	3.7%	3.2%	2.9%	9.2%	8.3%	7.0%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.6%	0.4%	0.6%	0.6%	1.3%	1.1%	0.9%	0.9%
	既往歴_貧血	6.1%	7.7%	14.1%	13.5%	5.6%	5.3%	9.2%	9.3%
喫煙	喫煙	24.2%	21.1%	19.2%	20.9%	9.7%	10.4%	10.2%	10.4%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	34.7%	34.2%	38.2%	38.2%	26.7%	29.1%	33.0%	33.3%
運動	1日30分以上の運動習慣なし	79.4%	76.7%	69.7%	69.7%	63.5%	62.2%	55.8%	55.7%
	1日1時間以上運動なし	39.8%	45.4%	47.9%	49.9%	38.6%	41.9%	45.8%	47.0%
	歩行速度遅い	64.2%	60.5%	54.8%	53.7%	60.3%	55.8%	50.3%	49.7%
食事	食べる速度が速い	31.4%	32.7%	30.1%	31.3%	25.9%	26.8%	24.2%	24.6%
	食べる速度が普通	61.1%	60.1%	61.9%	60.9%	65.7%	65.7%	68.0%	67.6%
	食べる速度が遅い	7.5%	7.2%	8.0%	7.8%	8.4%	7.6%	7.8%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	14.9%	17.9%	20.0%	22.5%	5.5%	8.2%	12.3%	12.3%
	週3回以上朝食を抜く	14.9%	16.7%	17.1%	19.2%	4.1%	4.7%	5.2%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	21.6%	22.7%	23.8%	26.3%	19.6%	20.8%	24.6%	25.1%
	時々飲酒	22.6%	24.5%	24.0%	25.3%	18.5%	19.8%	20.3%	21.0%
	飲まない	55.9%	52.8%	52.2%	48.4%	61.9%	59.3%	55.0%	53.9%
	1日飲酒量(1合未満)	46.4%	47.3%	61.2%	58.4%	52.0%	54.7%	66.8%	67.2%
	1日飲酒量(1～2合)	29.5%	29.9%	23.2%	24.4%	33.2%	31.7%	23.7%	23.4%
	1日飲酒量(2～3合)	18.7%	17.1%	11.2%	12.1%	13.3%	11.7%	8.0%	7.9%
睡眠	1日飲酒量(3合以上)	5.3%	5.7%	4.4%	5.1%	1.5%	1.9%	1.5%	1.5%
生活習慣改善意欲	睡眠不足	48.0%	41.5%	28.8%	29.5%	49.0%	42.0%	23.6%	23.6%
	改善意欲なし	20.4%	22.6%	23.8%	23.9%	22.6%	26.3%	29.5%	29.6%
	改善意欲あり	18.7%	22.0%	32.7%	33.5%	11.2%	14.7%	26.0%	26.1%
	改善意欲ありかつ始めている	13.6%	13.7%	16.0%	15.9%	8.5%	9.4%	13.1%	12.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.2%	8.8%	9.9%	9.8%	5.9%	6.4%	8.4%	8.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	38.1%	33.0%	17.7%	16.8%	51.8%	43.2%	23.0%	22.9%
咀嚼	保健指導利用しない	90.4%	82.3%	65.4%	64.1%	87.9%	79.7%	64.3%	63.2%
	咀嚼_何でも	85.9%	86.5%	83.3%	83.9%	80.8%	80.3%	75.8%	76.9%
	咀嚼_かみにくい	13.1%	12.9%	16.0%	15.4%	18.4%	19.1%	23.4%	22.2%
間食	咀嚼_ほとんどかめない	1.0%	0.6%	0.7%	0.7%	0.8%	0.6%	0.8%	0.8%
	3食以外間食_毎日	23.5%	24.2%	23.9%	23.3%	23.2%	22.0%	20.7%	20.6%
	3食以外間食_時々	54.9%	54.5%	56.0%	55.3%	60.8%	59.1%	59.2%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	21.5%	21.3%	20.1%	21.4%	16.0%	18.9%	20.0%	20.9%

図表9-1	検査項目別 有所見者の状況(男女別・年代別)(令和4年度)	出典	国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況」
-------	-------------------------------	----	-----------------------------

データ分析の結果

- ・健診受診者全体では、「HbA1c」の有所見者割合が最も高く(眼底検査は除く)、健診受診者の72.6%を占めている。特に、65歳～74歳で高くなっている。次いで、「LDL」「収縮期血圧」の割合が高い。「収縮期血圧」は男女ともに高くなっており、「LDL」は40歳～64歳の男性で値が高い。また、eGFR、血糖、ALT、腹囲等の有所見者割合も高くなっている。

検査項目別有所見者の状況(男女合計)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上
南アルプス市	40歳～64歳	人数(人)	526	603	373	361	97	578	1,090	0
		割合(%)	28.3%	32.5%	20.1%	19.4%	5.2%	31.1%	58.7%	0.0%
	65歳～74歳	人数(人)	926	1,313	699	475	191	2,005	3,171	0
		割合(%)	23.1%	32.7%	17.4%	11.8%	4.8%	50.0%	79.0%	0.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,452	1,916	1,072	836	288	2,583	4,261	0
		割合(%)	24.7%	32.6%	18.3%	14.2%	4.9%	44.0%	72.6%	0.0%
県	割合(%)	24.3%	30.8%	17.8%	13.6%	4.2%	37.6%	68.0%	2.7%	
国	割合(%)	27.0%	35.0%	21.2%	14.5%	3.9%	24.6%	57.2%	6.5%	

区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
南アルプス市	40歳～64歳	人数(人)	650	551	970	12	162	420	25	190
		割合(%)	35.0%	29.7%	52.2%	0.6%	8.7%	22.6%	1.3%	10.2%
	65歳～74歳	人数(人)	2,239	1,110	2,010	63	589	1,270	67	877
		割合(%)	55.8%	27.7%	50.1%	1.6%	14.7%	31.7%	1.7%	21.9%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	2,889	1,661	2,980	75	751	1,690	92	1,067
		割合(%)	49.2%	28.3%	50.8%	1.3%	12.8%	28.8%	1.6%	18.2%
県	割合(%)	48.8%	27.0%	51.2%	1.1%	16.0%	32.1%	1.3%	19.5%	
国	割合(%)	47.5%	21.1%	50.1%	1.3%	21.3%	18.4%	5.6%	20.7%	

検査項目別有所見者の状況(男性)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
南アルプス市	40歳～64歳	人数(人)	332	448	248	260	82	373	543	0	364	371	486	10	99	262	17	94
		割合(%)	36.0%	48.6%	26.9%	28.2%	8.9%	40.5%	59.0%	0.0%	39.5%	40.3%	52.8%	1.1%	10.7%	28.4%	1.8%	10.2%
	65歳～74歳	人数(人)	467	930	387	296	153	1,050	1,385	0	1,037	633	810	54	297	632	38	433
		割合(%)	26.0%	51.8%	21.6%	16.5%	8.5%	58.5%	77.2%	0.0%	57.8%	35.3%	45.2%	3.0%	16.6%	35.2%	2.1%	24.1%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	799	1,378	635	556	235	1,423	1,928	0	1,401	1,004	1,296	64	396	894	55	527
		割合(%)	29.4%	50.8%	23.4%	20.5%	8.7%	52.4%	71.0%	0.0%	51.6%	37.0%	47.7%	2.4%	14.6%	32.9%	2.0%	19.4%
県	割合(%)	30.3%	49.3%	24.0%	19.9%	7.7%	46.7%	67.0%	5.0%	52.5%	34.9%	47.5%	2.2%	18.0%	35.4%	1.4%	21.2%	
国	割合(%)	34.2%	55.3%	28.1%	21.4%	7.2%	31.1%	57.8%	12.5%	50.1%	26.3%	45.4%	2.5%	24.0%	19.8%	5.5%	22.0%	

検査項目別有所見者の状況(女性)(令和4年度)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	nor-HDL	eGFR	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満	
南アルプス市	40歳～64歳	人数(人)	194	155	125	101	15	205	547	0	286	180	484	2	63	158	8	96
		割合(%)	20.7%	16.6%	13.4%	10.8%	1.6%	21.9%	58.4%	0.0%	30.6%	19.2%	51.7%	0.2%	6.7%	16.9%	0.9%	10.3%
	65歳～74歳	人数(人)	459	383	312	179	38	955	1,786	0	1,202	477	1,200	9	292	638	29	444
		割合(%)	20.7%	17.3%	14.1%	8.1%	1.7%	43.1%	80.5%	0.0%	54.2%	21.5%	54.1%	0.4%	13.2%	28.8%	1.3%	20.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	653	538	437	280	53	1,160	2,333	0	1,488	657	1,684	11	355	796	37	540
		割合(%)	20.7%	17.1%	13.9%	8.9%	1.7%	36.8%	74.0%	0.0%	47.2%	20.8%	53.4%	0.3%	11.3%	25.2%	1.2%	17.1%
県	割合(%)	19.3%	15.2%	12.6%	8.3%	1.3%	30.0%	68.9%	0.7%	45.8%	20.5%	54.3%	0.2%	14.4%	29.4%	1.2%	18.1%	
国	割合(%)	21.4%	18.8%	15.7%	9.0%	1.3%	19.4%	56.6%	1.8%	45.4%	16.9%	53.9%	0.3%	19.1%	17.3%	5.6%	19.7%	

図表9-2

検査項目別 有所見者の状況(男女別・年齢階層別)(令和4年度)

出典

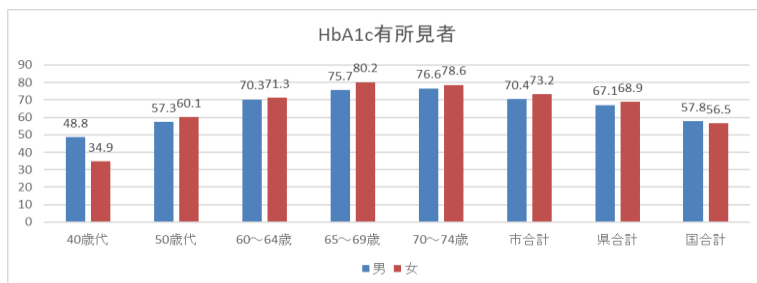
国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況」

データ分析の結果

- ・「HbA1c」の有所見者割合60歳代～70歳代で高い。
- ・「LDL」は40歳代男性で高くなっており、女性では60歳代～70歳代で高くなっている。
- ・「収縮期血圧」「空腹時血糖」はどの年齢階層でも男性で高い。
- ・「ALT」も男性で高くなっており、特に40歳代男性で高い。

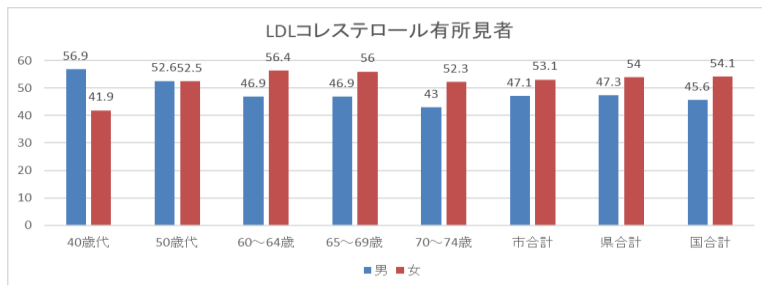
HbA1c有所見者割合(令和4年度)

	男	女
40歳代	48.8	34.9
50歳代	57.3	60.1
60～64歳	70.3	71.3
65～69歳	75.7	80.2
70～74歳	76.6	78.6
市合計	70.4	73.2
県合計	67.1	68.9
国合計	57.8	56.5



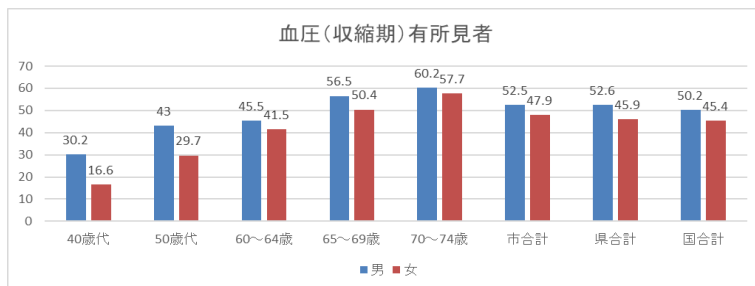
LDL有所見者割合(令和4年度)

	男	女
40歳代	56.9	41.9
50歳代	52.6	52.5
60～64歳	46.9	56.4
65～69歳	46.9	56
70～74歳	43	52.3
市合計	47.1	53.1
県合計	47.3	54
国合計	45.6	54.1



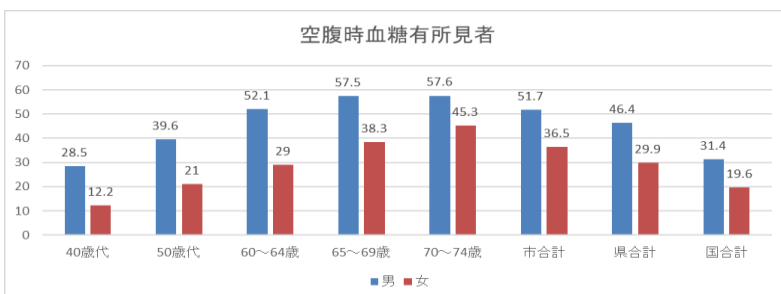
収縮期血圧有所見者割合(令和4年度)

	男	女
40歳代	30.2	16.6
50歳代	43	29.7
60～64歳	45.5	41.5
65～69歳	56.5	50.4
70～74歳	60.2	57.7
市合計	52.5	47.9
県合計	52.6	45.9
国合計	50.2	45.4



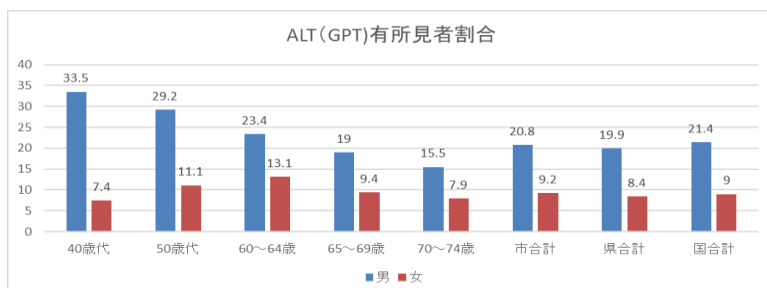
空腹時血糖有所見者割合(令和4年度)

	男	女
40歳代	28.5	12.2
50歳代	39.6	21
60～64歳	52.1	29
65～69歳	57.5	38.3
70～74歳	57.6	45.3
市合計	51.7	36.5
県合計	46.4	29.9
国合計	31.4	19.6



ALT(GPT)有所見者割合(令和4年度)

	男	女
40歳代	33.5	7.4
50歳代	29.2	11.1
60～64歳	23.4	13.1
65～69歳	19	9.4
70～74歳	15.5	7.9
市合計	20.8	9.2
県合計	19.9	8.4
国合計	21.4	9



図表10

メタボリックシンドローム該当状況（令和4年度）

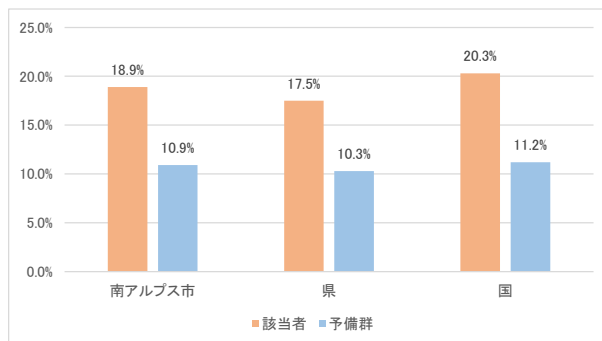
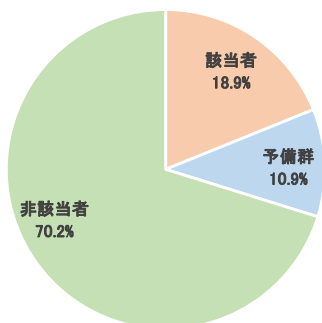
出典

国保データベース (KDB) システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」

データ分析の結果

・健診受診者全体で、メタボリックシンドローム該当者は18.9%、予備群は10.9%で、県よりも高い水準。男性・女性共に該当・予備群の割合が県と比較すると同等か高くなっている。メタボリックシンドローム該当者のうち、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている者は6.2%である。

令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

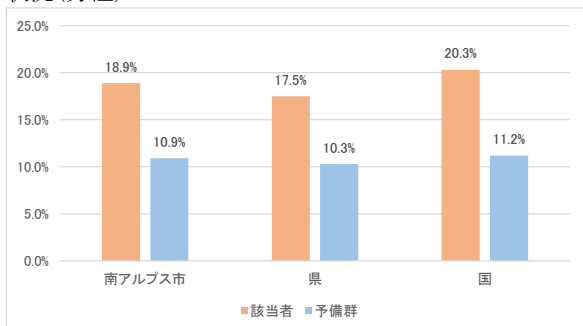


メタボリックシンドローム該当状況(男女合計) (令和4年度)

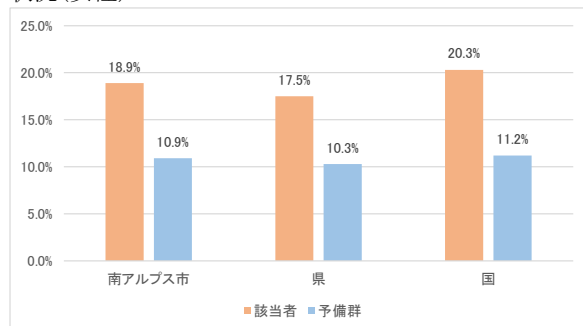
年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	1,857	46.9%	90	4.8%	233	12.5%	13	0.7%	155	8.3%	65	3.5%
65歳～74歳	4,012	61.2%	75	1.9%	409	10.2%	24	0.6%	338	8.4%	47	1.2%
全体(40歳～74歳)	5,869	55.8%	165	2.8%	642	10.9%	37	0.6%	493	8.4%	112	1.9%

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	280	15.1%	40	2.2%	14	0.8%	144	7.8%	82	4.4%
65歳～74歳	829	20.7%	188	4.7%	32	0.8%	330	8.2%	279	7.0%
全体(40歳～74歳)	1,109	18.9%	228	3.9%	46	0.8%	474	8.1%	361	6.2%

令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(男性)



令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(女性)



メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②血圧 ③脂質)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dL以上

②血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

③脂質:中性脂肪150mg/dL以上 または HDLコレステロールmg/dL未満

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

図表11-1	重複・頻回受診者に係る分析（令和4年度）	出典	国保データベース(KDB)システム「重複・頻回受診の状況」
--------	----------------------	----	-------------------------------

データ分析の結果

- 令和4年度の受診医療機関数と同一医療機関へ受診日数の状況を一覧で示す。表は令和4年度各月の平均値をとったもの。重複・頻回受診者は、医療機関の1ヵ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一医療機関への受診日数が【10日以上】の人の条件下では平均37人である。

令和4年度重複・頻回受診該当者の平均人数

受診医療機関数（同一月内）		同一医療機関への受診日数（同一月内）				
		受診した者（人）				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した者（人）	1医療機関以上	8,579	398	132	22	6
	2医療機関以上	3,462	263	80	14	4
	3医療機関以上	1,090	124	37	7	2
	4医療機関以上	301	45	13	2	1
	5医療機関以上	74	13	3	1	0

*令和4年度の各月の「重複・頻回該当者数」を、国保データベース(KDB)システムの「重複・頻回受診の状況」画面で確認できる重複・頻回受診の該当者(人)の人数として出力し、12カ月の平均をとったもの。

令和4年度重複・頻回受診該当者の平均人数

受診医療機関数（同一月内）		同一医療機関への受診日数（同一月内）				
		被保険者1人当たりの割合（％）				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
被保険者1人当たりの割合（％）	1医療機関以上	57.26%	2.65%	0.88%	0.15%	0.04%
	2医療機関以上	23.11%	1.76%	0.53%	0.09%	0.03%
	3医療機関以上	7.28%	0.83%	0.25%	0.04%	0.01%
	4医療機関以上	2.01%	0.30%	0.08%	0.01%	0.00%
	5医療機関以上	0.49%	0.09%	0.02%	0.00%	0.00%

*令和4年度の各月の「重複・頻回該当者数」を、国保データベース(KDB)システムの「重複・頻回受診の状況」画面で確認できる重複・頻回受診の該当者(人)の人数として出力し、各月の被保険者数で割り12カ月の平均をとったもの。

図表11-2	重複・頻回受診者に係る分析	出典	国保データベース(KDB)システム「重複・頻回受診の状況」
--------	---------------	----	-------------------------------

データ分析の結果	<p>・重複・頻回受診者は、医療機関の1ヵ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一医療機関への受診日数が【10日以上】の人の条件下では各月26名～47名で平均37名である。被保険者1万人あたりにすると25人である。経年で見ると増加傾向である。</p>
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

令和4年度重複・頻回受診該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複頻回該当者(人)
令和4年4月	15,481	33
令和4年5月	15,333	32
令和4年6月	15,272	40
令和4年7月	15,204	39
令和4年8月	15,110	33
令和4年9月	15,037	47
令和4年10月	14,965	43
令和4年11月	14,770	38
令和4年12月	14,734	31
令和5年1月	14,682	35
令和5年2月	14,639	26
令和5年3月	14,599	44
令和4年度平均	14,986	37
重複・頻回該当者数 (対被保険者1万人)		25

*各月の「重複・頻回該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・頻回受診の状況」画面で確認できる重複・頻回受診の該当者(人)の人数を記載する。次の条件に該当する人を「重複・頻回受診者数」とする。
医療機関の1ヵ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一医療機関への受診日数が【10日以上】の人
*重複・頻回受診者数(対被保険者1万人)：各月の重複・頻回受診者の平均人数を被保険者数の平均人数で割り、1万人あたりにしたものの

年度別重複・頻回受診該当者 1ヵ月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
重複・頻回該当者数(平均)	26人	29人	37人
重複・頻回該当者数(対被保険者1万人)	16人	18人	25人

*国保データベース(KDB)システム「重複・頻回受診の状況」 令和2年～令和4年度

図表12-1	重複・多剤処方に係る分析（令和4年度）	出典	国保データベース（KDB）システム「重複・多剤処方の状況」
--------	---------------------	----	-------------------------------

データ分析の結果

- 表は令和4年度の重複処方該当者と多剤処方対象者の人数及び被保険者数1人当たりの割合を示したものの。医療機関の1ヵ月の受診件数が【2医療機関以上】かつ、同一月内で重複処方を2日以上受けた人、及び医療機関の1ヵ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一月内で重複処方を1日以上受けた人、を重複処方対象者とする、平均11人となる。また、処方された薬剤の処方日数が1日以上で、同一月内に処方された薬剤が15錠以上の人を多剤処方該当者とする、平均124人となる。

令和4年度重複処方該当者 平均人数

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数（同一月内）									
		重複処方を受けた者（人）									
		1日以上	2日以上	3日以上	4日以上	5日以上	6日以上	7日以上	8日以上	9日以上	10日以上
重複処方を受けた者（人）	2医療機関以上	58	10	4	1	1	1	0	0	0	0
	3医療機関以上	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*各月の「重複処方該当者数」は、国保データベース（KDB）システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる重複処方を受けた者（人）の人数を記載する。抽出に当たっては、【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は、「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とし、12カ月の平均値を示す。

令和4年度重複処方該当者 被保険者1人当たりの割合

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数（同一月内）									
		被保険者1人当たりの割合（％）									
		1日以上	2日以上	3日以上	4日以上	5日以上	6日以上	7日以上	8日以上	9日以上	10日以上
被保険者1人当たりの割合（％）	2医療機関以上	0.39%	0.07%	0.02%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	3医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	4医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	5医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

*各月の重複処方該当者を被保険者数で割り、12カ月の平均値を示す。

令和4年度多剤処方該当者 平均人数

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数 (同一月内)											
		処方を受けた者 (人)											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方を受けた者 (人)	1日以上	7,083	5,976	4,787	3,695	2,788	2,081	1,528	1,123	832	606	124	25
	15日以上	5,635	4,982	4,147	3,329	2,569	1,953	1,452	1,076	803	589	123	25
	30日以上	4,822	4,250	3,521	2,820	2,177	1,658	1,232	910	677	497	103	23
	60日以上	1,804	1,564	1,271	1,006	767	581	431	324	243	180	38	10
	90日以上	418	355	281	221	167	129	94	71	54	38	9	2
	120日以上	9	8	8	7	7	6	5	4	3	2	1	0
	150日以上	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	0	0
	180日以上	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0

*各月の「多剤処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる多剤処方を受けた者(人)人数を記載する。抽出に当たっては、【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とし、12カ月の平均値を示す。

令和4年度多剤処方該当者 被保険者1人当たりの割合

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数 (同一月内)											
		被保険者一人当たりの割合 (%)											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
被保険者一人当たりの割合 (%)	1日以上	47.27%	39.89%	31.96%	24.67%	18.61%	13.89%	10.20%	7.50%	5.55%	4.05%	0.83%	0.17%
	15日以上	37.61%	33.25%	27.68%	22.22%	17.15%	13.04%	9.69%	7.18%	5.36%	3.93%	0.82%	0.17%
	30日以上	32.18%	28.36%	23.50%	18.82%	14.53%	11.07%	8.22%	6.08%	4.52%	3.31%	0.69%	0.15%
	60日以上	12.04%	10.44%	8.49%	6.72%	5.12%	3.88%	2.88%	2.17%	1.62%	1.20%	0.25%	0.06%
	90日以上	2.79%	2.37%	1.88%	1.48%	1.12%	0.86%	0.63%	0.47%	0.36%	0.25%	0.06%	0.02%
	120日以上	0.06%	0.06%	0.05%	0.05%	0.05%	0.04%	0.04%	0.03%	0.02%	0.02%	0.00%	0.00%
	150日以上	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%
	180日以上	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

*各月の重複処方該当者を被保険者数で割り、12カ月の平均値を示す。

図表12-2	重複・多剤処方に係る分析	出典	国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」
--------	--------------	----	-------------------------------

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 重複処方該当者は令和4年度、各月6人～17人となり平均11人である。また、多剤処方該当者は各月115人～143人で平均124人である。被保険者1万人当たりになると令和4年度は重複処方該当者7人、多剤処方該当者は83人である。経年で見ると多剤処方該当者の人数が増加傾向にある。
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

令和4年度重複・多剤処方該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複処方該当者数	多剤処方該当者数
令和4年4月	15,481	11	142
令和4年5月	15,333	7	116
令和4年6月	15,272	9	125
令和4年7月	15,204	10	111
令和4年8月	15,110	13	121
令和4年9月	15,037	8	115
令和4年10月	14,965	9	127
令和4年11月	14,770	11	117
令和4年12月	14,734	17	136
令和5年1月	14,682	6	121
令和5年2月	14,639	15	119
令和5年3月	14,599	17	143
令和4年度平均	14,986	11	124
重複・頻回受診者数 (対被保険者1万人)		7	83

*各月の「重複処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる重複処方を受けた者(人)の人数を記載する。抽出に当たっては、

ア)【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は、「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とした上で、次の条件(イ・ウ)に該当する人数を加算した数と「重複処方該当者数」とする。

イ)「重複処方を受けた者(人)の【3医療機関以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【1以上】

ウ)「重複処方を受けた者(人)の【2医療機関以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【2以上】

*各月の「多剤処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる多剤処方を受けた者(人)人数を記載する。抽出に当たっては、【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とした上で、同一薬剤に関する処方日数、「処方を受けた者(人)」の【1日以上】、処方薬剤数(同一月内)【15剤以上】に該当する人数を「多剤処方該当者数」とする。

年度別重複処方該当者 一月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
重複処方該当者数(平均)	12人	9人	11人
重複処方該当者数(対被保険者1万人)	8人	6人	7人

年度別多剤処方該当者 一月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
多剤処方該当者数(平均)	105人	121人	124人
多剤処方該当者数(対被保険者1万人)	66人	78人	83人

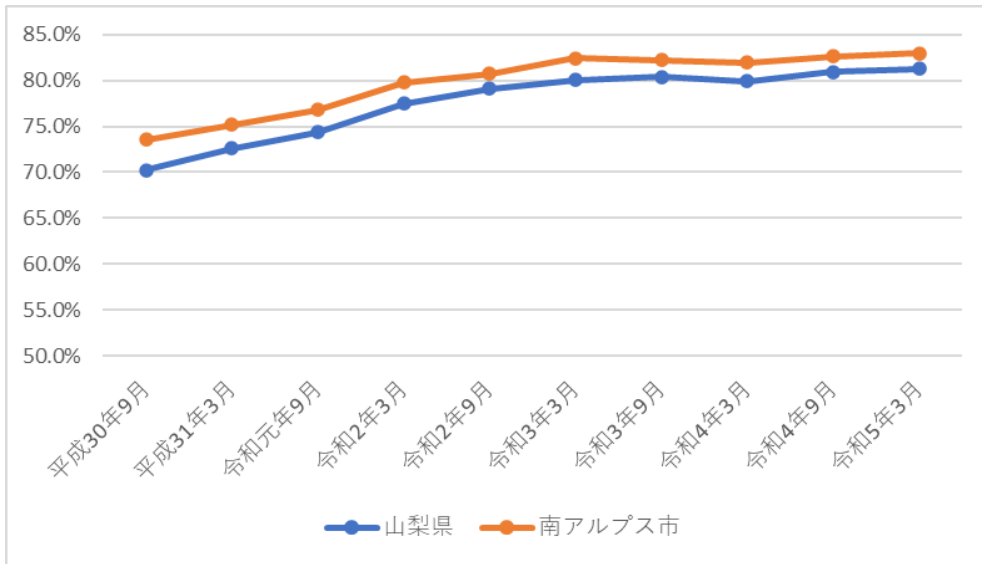
*国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」 令和2年～令和4年度

図表13	後発医薬品普及率に係る分析	出典 厚生労働省ホームページ 「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」
------	---------------	-----------------------------------------------------

データ分析の結果	・平成30年度から後発医薬品の使用割合は年々増加し、令和5年3月時点では82.9%と、国の目標値である80%を超えている。
----------	---------------------------------------------------------------

年度別 後発医薬品の使用割合

	平成30年9月	平成31年3月	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月	令和5年3月
山梨県	70.2%	72.6%	74.4%	77.5%	79.1%	80.0%	80.4%	79.9%	80.9%	81.3%
南アルプス市	73.5%	75.1%	76.8%	79.8%	80.8%	82.4%	82.2%	81.9%	82.6%	82.9%



※抽出データの計算方法等

(1) 保険者別の後発医薬品使用割合（数量シェア）の計算方法

NDBのレセプトデータを活用し、次の計算方法により保険者別の医薬品数量のデータを抽出して保険者別の後発医薬品の使用割合を算出している（より詳細な算出方法は参考として記載）。

使用割合（数量シェア）

$$= \frac{\text{後発医薬品の数量}}{\text{後発医薬品がある先発医薬品の数量} + \text{後発医薬品の数量}}$$

(2) 抽出対象のレセプト

①レセプトの種類：医科入院、DPC（出来高払い部分は対象。包括払い部分は対象外）

医科入院外、歯科、調剤

②対象期間：集計の対象月（今回は令和5年3月）の診療に係るレセプト

③抽出時期：令和5年4月請求分までのレセプト（令和5年5月31日までに審査支払機関より国へ報告されたもの）

(3) その他の主な留意点

・NDBの性質上、審査支払機関の支払請求に係るレセプトのうち電算処理に係るもの（電子レセプト）が算出対象となり（紙レセプトに係るものは対象外）、また、記載の不備等によりNDBに集約されないレセプトは対象外となること。なお、保険者が審査支払機関に差し戻したレセプトは、既にNDBに集約済みであるため算出の対象となる。

・集計の対象月の診療に係るレセプトであっても、医療機関からの請求の遅れ等によりデータ抽出時に審査支払機関からNDBへ格納がなされていないレセプトは抽出の対象外となること。

・「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）における使用割合の政府目標80%の算出は、薬価調査（薬価基準改定の基礎資料を得ることを目的に、医薬品販売業者の販売価格・数量及び一定率で抽出された医療機関等の購入価格・数量を調査するもの）を用いており、NDBとは調査対象等が異なること。

図表14

死亡の状況

出典

国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

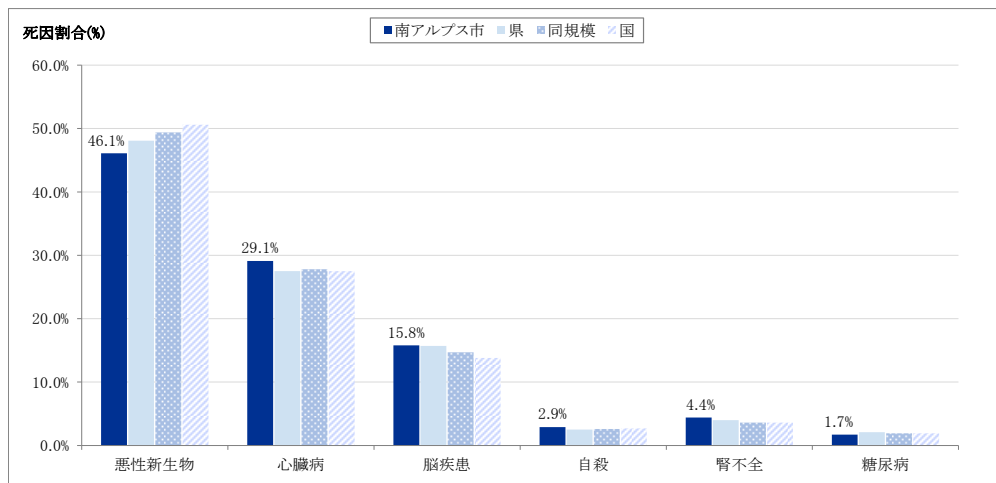
データ分析の結果

- ・主たる死因の状況としては、悪性新生物が最も高く、次いで、心臓病、脳疾患となっている。県や国と比較すると、心臓病・脳疾患・自殺・腎不全の死因割合が高くなっている。
- ・経年で見ると、悪性新生物の死因は減少傾向ですが、心臓病での死因が増えている傾向あり、脳疾患・腎不全での死因も高い水準である。

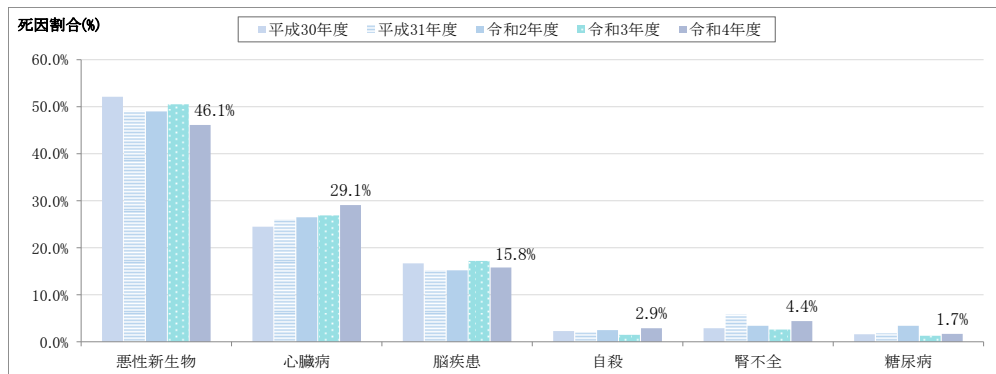
主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	南アルプス市		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	190	46.1%	48.1%	49.4%	50.6%
心臓病	120	29.1%	27.5%	27.8%	27.5%
脳疾患	65	15.8%	15.7%	14.7%	13.8%
自殺	12	2.9%	2.5%	2.6%	2.7%
腎不全	18	4.4%	4.0%	3.6%	3.6%
糖尿病	7	1.7%	2.1%	1.9%	1.9%
合計	412				

主たる死因の割合(令和4年度)



年度別 主たる死因の割合(令和4年度)



第3章 計画全体(分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための戦略)

	健康課題	優先する健康課題
A	糖尿病・高血圧の医療費割合・被保険者千人当たりレセプト件数(外来)が高く、生活習慣病で治療中の人が多い。 慢性腎臓病(透析あり)・脳血管疾患のレセプト1件当たりの費用額・被保険者千人当たりレセプト件数も、県・国と比較し多い。 高血糖・高血圧状態が継続したために、腎機能の低下や脳血管疾患を引き起こした可能性がある。。	✓
B	メタボ該当者及び予備群の割合が県よりやや高く、血糖・血圧の有所見率が高い。 喫煙・毎日の間食・飲酒量の多さ・睡眠不足・運動不足等の生活習慣が原因と考えられる。9割近くの人が保健指導を希望していないこと、農繁期は多忙で生活習慣が乱れやすいといった背景から、生活習慣の改善につながりにくく、生活習慣病の発症リスクが高い。	✓
C	特定健診未受診者は、疾病の早期発見の機会がなく、治療中の人でもコントロール不良者は生活習慣が改善されないために重症化している可能性がある。特に40～50歳代の男性は健診受診率が低くリスクが高い。	✓
D	40～50歳代男性の健診受診率が低く、健診受診者でも生活習慣に課題がある方が多く病気の重症化につながっており、その後の60歳～74歳の男性の医療費が高い要因のひとつだと考えられる。60歳以降では、糖尿病や腎不全の医療費が多くかかっており、早期の生活習慣病の予防が重要である。	

対応する健康課題	対策の方向性 (目標を達成するための戦略)	対応する保健事業番号
A・B ・C	糖尿病・高血圧等のリスクを若年のうちから減らす対策を行い、生活習慣病の重症化を抑制する。	1-1 1-2 1-3 3
A・B	糖コントロール不良者等のハイリスク者に保健指導を行い、糖尿病性腎症の重症化を予防する。	2-1 2-2 2-3 2-4 3
C	医療機関へ受診を促し、適正な時期に適正な医療につなぎ、重症化を予防する。	2-1 2-2
C	40～50歳代の特定健診受診率の向上を図り、若年層の健康意識を高め生活習慣病の予防を図る。	1-2
A・B ・C	ポピュレーションアプローチを通じた健康意識の醸成を図る。	3

計画全体の目的	健康で豊かな人生を実現するために、自身の健康状況を把握し、疾病の予防、重症化予防の行動が取れる。
---------	--------------------------------------------------

対応する健康課題	計画全体の目標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
A・C D	若年層の健康意識を高め、早期から生活習慣の改善の促しや医療機関への受診の促しにより、生活習慣病の重症化を予防する。	運動習慣のある者の割合	31.5%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%	36.0%	37.0%
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(※1)	52.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(※1)	31.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
B	糖尿病予防教室やCKD教室等により、市民の糖尿病に関する知識や関心を高め、早期の腎症患者への保健指導を通して、糖尿病性腎症による透析導入を予防する。	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(※1)	12.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		糖尿病性腎症重病期分類の悪化率(短期)(※1)	3.5% (R3→R4)	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		糖尿病性腎症重病期分類の悪化率(中長期)(※1)	6.3% (R1→R4)			減少			減少

※1：性年齢階層別(40～49歳、50～59歳、60～69歳、70～74歳)の値についても共通評価指標としてモニタリングを行う。(値は個別保健事業シートに記載)



保健事業番号	事業分類	事業概要			重点・優先度
		事業名	対象	主な内容・方法	
1-1	特定健診・特定保健指導	特定健康診査	40～74歳の国保被保険者	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回健診と施設内健診（人間ドック、個別医療機関健診）を実施。 ・巡回健診は年42回（休日健診、がん検診同日実施）、一部地域送迎。 ・巡回健診の周知、申込書の各戸送付、健診未受診者個別通知。組織の活用。 	重点
1-2		40～50歳代男性未受診者への受診勧奨	40～50歳国保被保険者の男性で未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨通知（勧奨パンフレット、健診申込書、返信封筒） 	
1-3		特定保健指導	被保険者のうち特定健診受診者で特定保健指導対象者（38・39歳で特定保健指導対象者と同じ判定基準に該当した者を含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師、管理栄養士等が3ヶ月以上に渡り定められたプログラムによる個別指導を実施。 	
2-1	糖尿病対策	糖尿病性腎症重症化予防個別支援事業	特定健診受診者のうちHbA1cが要精密検査判定者のうち <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病での受診がない者 ②尿蛋白を認める、またはe-GFRの数値が低い者 	<ul style="list-style-type: none"> ①地区担当保健師より訪問または来所等、面談により健診結果を返却する。生活習慣改善に向けた保健指導を実施。 ②面接から約1ヶ月後に受診状況の確認を行い、未受診の場合は再度受診勧奨を実施。 	重点
2-2		高血糖精密検査受診勧奨	特定健診受診者のうち血糖の結果判定が要精密検査であるが受診が確認できない者	<ul style="list-style-type: none"> ・通知、または電話連絡により受診確認と受診勧奨を行う。 	重点
2-3		糖尿病予防・糖尿病重症化に関する健康教育	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診を受けた者のうちe-GFR、血糖、血圧、尿蛋白等が基準値に該当する者 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防、重症化予防に関する健康教室を開催し、専門医等からの基礎知識や合併症予防に関する情報提供を行う。 ・生活改善のために必要な食事や運動の具体的な方法の情報提供を行う。 	
2-4		慢性腎臓病予防に関する健康教室	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診を受けた者のうちe-GFR、血糖、血圧、尿蛋白等が基準値に該当する者 	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性腎臓病に関する健康教室を開催し、専門医等からの基礎知識や合併症予防に関する情報提供を行う。 ・生活改善のために必要な食事や運動の具体的な方法の情報提供を行う。 	
3	健康意識の向上	健康情報の発信	<ul style="list-style-type: none"> ・全住民 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり日程表、広報誌、ホームページ等を用いた健康情報発信。 	

第4章 個別事業計画

事業分類1

特定健康診査・特定保健指導

～総合目的・総合評価標～

総合目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握しハイリスク者へ保健指導を行うことで、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
------	----------------------------------------------------------------------------

項目	No.	総合評価指標		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(全年齢)		31.0%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
		男性	40～49歳	35.7%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	44.3%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	50.3%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
			70～74歳	49.1%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
		女性	40～49歳	9.6%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	14.3%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	15.9%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
	70～74歳		18.7%	維持	維持	減少	減少	減少	減少	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(全年齢)		52.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		男性	40～49歳	36.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	50.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	59.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			70～74歳	61.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		女性	40～49歳	19.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	34.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	49.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	70～74歳		59.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
	3	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)		12.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		男性	40～49歳	5.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
50～59歳			8.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
60～69歳			16.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
70～74歳			18.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
女性		40～49歳	2.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
		50～59歳	5.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
		60～69歳	8.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
	70～74歳	12.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少		

項目	No.	総合評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値						
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトプット指標	4	特定健康診査受診率	58.5%	59.0%	60.0%	60.0%	61.0%	61.0%	62.0%	
		男性	40～49歳	40.3%	増加	増加	維持	増加	維持	増加
			50～59歳	43.8%	増加	増加	維持	増加	維持	増加
		女性	40～49歳	47.0%	増加	増加	維持	増加	維持	増加
	50～59歳		50.6%	増加	増加	維持	増加	維持	増加	
	5	特定保健指導実施率 (全体)	62.7%	64.0%	65.0%	65.0%	66.0%	66.0%	66.5%	
		動機付け支援	69.5%	増加	増加	維持	増加	維持	増加	
積極的支援		46.7%	増加	増加	増加	増加	増加	増加		
アウトカム指標	6	特定保健指導による特定保健指導 対象者の減少率	20.3%	増加	増加	増加	増加	増加	25.0%	

事業番号1-1

特定健康診査

事業の目的	国保加入者の生活習慣病予防、健康の保持増進のために実施する。
事業の概要	メタボリックシンドロームに着目した健康診査。巡回(総合)健診と施設内健診(個別医療機関健診・人間ドック)を実施しています。巡回(総合)健診は、市内各地区で42回(休日健診も実施)実施。施設内健診は10医療機関と契約。
現在までの事業結果(成果・課題)	前期計画の目標値である受診率60.6%には届かなかったものの、コロナに影響もありながら、年々受診率は上昇した。しかし、40歳代及び50歳代の受診率は他の年代に比べ低く課題である。
対象者	40～74歳の被保険者

項目	No.	評価指標	計画策定時実績(R4)	目標値						
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトカム指標	1	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(全年齢)	31.0%	維持	維持	減少	減少	減少	減少	
		男性	40～49歳	35.7%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	44.3%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	50.3%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
			70～74歳	49.1%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
		女性	40～49歳	9.6%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	14.3%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	15.9%	維持	維持	減少	減少	減少	減少
70～74歳	18.7%		維持	維持	減少	減少	減少	減少		

項目	No.	評価指標	計画策定時実績(R4)	目標値						
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率	58.5%	59.0%	60.0%	60.0%	61.0%	61.0%	62.0%	
		男性	40～49歳	40.3%	増加	増加	維持	増加	維持	増加
			50～59歳	43.8%	増加	増加	維持	増加	維持	増加
		女性	40～49歳	47.0%	増加	増加	維持	増加	維持	増加
	50～59歳		50.6%	増加	増加	維持	増加	維持	増加	
2	対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		

プロセス(方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> ・受診意向を把握するため、2月から各種健診の勧奨チラシと申込書を全戸へ郵送配布します。それぞれの申し込み内容に基づき、以下の時期に受診券を交付する。 ・健康づくり日程表を各世帯に配布し、健診日程、健診の有効性等を掲載する。 巡回(総合)健診 7月(問診票と兼ねる) ○人間ドック、個別医療機関健診 3月中(受診票と兼ねる)	
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・国保加入世帯に対し、保険証の発送の際に、特定健診受診勧奨のチラシを同封。 ・農協放送の協力を得て巡回健診の受診勧奨の実施(旧町村単位)。 ・愛育会の回覧自治会の回覧等を通じて受診勧奨。 ・市広報へ健診受診勧奨の内容を掲載。 ・健診申し込み者のうち、指定日に未受診者に対し受診勧奨通知を送付。 	
	実施および実施後の支援	実施形態	特定健康診査は、各地区を巡回し各種がん検診と同時に実施する。 巡回(総合)健診と個別に医療機関で受診する人間ドック、個別医療機関健診により実施する。
		実施場所	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査 巡回(総合)健診：芦安・甲西・白根八田・若草・楡形の各地区内の施設 ・人間ドック、個別医療機関健診：市内及び近隣市町村の委託医療機関において実施 委託医療機関とは、個別契約もしくは集合契約により業務を委託
		時期・期間	巡回(総合)健診：8月～11月 人間ドック、個別医療機関健診：4月～翌年2月
		データ取得	委託医療機関より直接がん検診分と一緒に結果を受領。
		結果提供	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回(総合)健診：結果説明会もしくは郵送。 ・人間ドック、個別医療機関健診：各医療機関から通知。
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回(総合)健診において、各地区1回ずつ日曜日開催。 ・巡回(総合)健診において、がん検診を含め30歳から受診可能。 		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	特定健康診査・特定保健指導の実施は医療保険者の義務であり、庁内においては、国保年金課が実施の所管で実施。 巡回(総合)健診やがん検診、各種の健康教育などの住民の健康に関する事業を健康増進課で実施。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	巡回(総合)健診には、歯科医師会の協力を得て、市内歯科医に依頼し無料歯科健診を実施している。
	国民健康保険団体連合会	健診機関等の委託業者から提出された特定健診の結果データは、代行機関である山梨県国民健康保険団体連合会に管理・保管を委託します。
	民間事業者	施設内健診を市内外の10医療機関、巡回(総合)健診を厚生連へ委託する。
	他事業	がん検診と同時実施(施設内健診では人間ドックを実施)をしている。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	HbA1cの値により健康増進課と連携し、糖尿病予防教室・糖尿病重症化予防教室、個別の糖尿病性腎症重症化予防事業の対象を抽出し、事業実施へつなげていく。

事業番号1-2

40～50歳代男性未受診者への受診勧奨

事業の目的	特に健診受診率が低い、40～59歳特定健診受診率を上げ、働き盛り世代の健康意識向上を図る。
-------	-----------------------------------------------

事業の概要	40～59歳男性未受診者へ健診申込書を同封した受診勧奨通知を送付し、特定健診の受診を促す。
-------	-----------------------------------------------

現在までの事業結果 (成果・課題)	前期計画途中で勧奨対象者を変更し事業実施。令和4年度には40～59歳の健診受診率が40%を上回った。他の世代の受診率は50%以上あり、9%程度低率な状況があり課題である。
----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

対象者	40～59歳国保被保険者の男性で未受診者
-----	----------------------

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定健診受診率	58.5%	59.0%	60.0%	60.0%	61.0%	61.0%	62.0%
		40歳代男性受診率	40.3%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
		50歳代男性受診率	43.8%	増加	増加	増加	増加	増加	増加

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	受診勧奨対象者の受診率	29.3%	30.0%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%
		40歳代対象者受診率	29.5%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
		50歳代対象者受診率	29.0%	増加	増加	増加	増加	増加	増加

プロセス(方法)	40～59歳の国保被保険者の男性で未受診者のうち、下記のいずれかに該当する者から抽出し、巡回(総合)健診の申込書を同封した受診勧奨通知を発送する。 ①過去の受診歴がある者 ②過去受診歴がなく、医療機関へも通っていない者
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ストラクチャー(体制)	健康増進課より健診申込者のリストを提供。 国保事務担当者がそのリストより対象者を抽出し、通知を作成・発送。
-------------	----------------------------------------------------------

事業番号1-3

特定保健指導

事業の目的	国保加入者の生活習慣病予防、生活習慣や健康状態の改善を図る。
-------	--------------------------------

事業の概要	保健指導を通じて、メタボリック該当者、予備群等対象者に対し、保健師等が3ヶ月以上に渡り定められたプログラムによる個別指導を実施する。また、国保加入者で38・39歳で受診した者で特定保健指導対象者となる者に対し、予防的な取組として保健指導を実施している。結果説明会の同会場場で特定保健指導を実施していく。
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

現在までの事業結果 (成果・課題)	前期計画期間では目標値の実施率63.5%を超えることができたが、積極的支援の実施率が低い状況にあるため、初回面接の案内や実施方法について検討の必要がある。
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------

対象者	特定健診受診者で特定保健指導対象となった者 特定健診対象ではないが、38・39歳受診者で特定保健指導対象者と同じ判定基準に該当した者
-----	-----------------------------------------------------------------------

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.3%	増加	増加	増加	増加	増加	25.0%
	2	指導完了者の生活習慣改善率（アンケート・食生活）	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%	64.0%	68.0%
	3	指導完了者の生活習慣改善率（アンケート・運動）	32.8%	36.0%	39.0%	41.0%	44.0%	47.0%	50.0%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率（全体）	63.5%	64.0%	65.0%	65.0%	66.0%	66.0%	66.5%
		動機付け支援	69.5%	増加	増加	維持	増加	維持	増加
		積極的支援	49.5%	増加	増加	増加	増加	増加	増加

プロセス(方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回健診受診者の特定保健指導対象者に対しては、後日個別に案内を送付し対象者となったことを伝える。 ・施設内健診では、受診当日に結果説明と共に対象者となったことを伝える。 ・健診結果や健診時の質問票から対象者個人にあわせた情報を提供する。 ・結果説明会における情報提供：資料による情報提供、健診結果に応じた生活指導 病態別生活習慣病の予防・改善に関する指導 運動施設や各種教室のお知らせ等 	
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回健診受診者の特定保健指導は、結果説明会と同時開催し初回面談の利用勧奨を行う。 ・結果説明会未受診者には、電話連絡をし特定保健指導の利用を促す。 	
	実施および実施後の支援	初回面接	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面接については、結果説明会と同時に実施。 ・結果説明会において、特定保健指導を受けることができない場合は、随時実施する。なお、効率的な実施や住民の利便性等を考慮して随時見直しを行っていく。 ・施設内健診の特定保健指導対象者は各機関の実施方法により初回面接日を設定する。
		実施場所	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回(総合)健診受診者：市内各5会場において実施する。 ・人間ドック、個別医療機関健診受診者：特定保健指導の実施が可能な指定医療機関においては、それぞれの医療機関が指定する場所で実施する。
		実施内容	<p><動議付け支援> 初回面接による原則1回の支援。初回面接時に行動計画を作成し3ヶ月以上経過後に、実績評価を行う。特定健康診査の結果並びに生活習慣の状況を踏まえ、自らの生活習慣の改善すべき点を自覚し、自ら目標を設定し行動に移すことが出来るよう支援する。</p> <p><積極的支援> 初回時に面接による支援を行い、その後3ヶ月以上の継続的な支援を行う。初回面接時に行動計画を作成し3ヶ月以上経過後に実績評価を行う。自らの身体に起こっている変化を理解出来るように促し、具体的に実践可能な行動目標について対象者と一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援し、行動を継続できるよう定期的かつ継続的に介入する。積極的支援終了時には改善した行動が継続できるよう意識づけを行う。</p>
		時期・期間	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回(総合)健診受診者：9月～12月 ・人間ドック、個別医療機関健診受診者：4月～翌年3月
		実施後のフォロー・継続支援	受診した医療機関において特定保健指導を実施していない場合は、集団健康教室への参加を促すなどにより市で対応する。
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	特定保健指導においては、巡回(総合)健診対象者について、初回面接を結果説明会と同時に行うことを原則とするとともに、結果説明会に出席できない場合には、夜間を含め、個別に対応して、保健指導の実施に努めている。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	国保年金課 健康増進課
	国民健康保険団体連合会	委託業者から提出された特定保健指導の結果データは、代行機関である山梨県国民健康保険団体連合会に管理・保管を委託する。
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回(総合)健診：動機付け支援は市保健師が対応し、積極的支援については委託にて実施。 ・人間ドック、個別医療機関健診：動機付け支援、積極的支援ともに委託にて実施。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	巡回(総合)健診受診者の特定保健指導については、各地区を巡回し実施する結果説明会で初回面談を行う。 説明会実施日に来所ができない場合は、夜間サービス業務を活用し特定保健指導を実施。

～総合目的・総合評価指標～

総合目的	糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化を防止し、糖尿病を起因とする新規透析導入を予防する。
------	-------------------------------------------

項目	No.	総合評価指標		計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者の割合(全年齢)		12.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		男性	40～49歳	5.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	8.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	16.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			70～74歳	18.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		女性	40～49歳	2.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	5.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	8.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	70～74歳		12.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
	2	HbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合(血糖コントロール不良者の割合)(全年齢)		1.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		男性	40～49歳	1.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	1.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	2.2%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			70～74歳	1.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		女性	40～49歳	0.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	0.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	0.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	70～74歳		0.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
	3	HbA1c 悪化率(短期)		14.2%(R3→R4)	% (R5→R6)	% (R6→R7)	% (R7→R8)	% (R8→R9)	% (R9→R10)	% (R10→R11)
		男性	40～49歳	9.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	13.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	17.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			70～74歳	16.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		女性	40～49歳	10.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
50～59歳			13.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
60～69歳			13.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
70～74歳	12.8%		減少	減少	減少	減少	減少	減少		

項目	No.	総合評価指標		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	4	HbA1c 悪化率(中長期)		21.5% (R1→R4)			以下 (R5→R8)			以下 (R5→ R11)
		男性	40～49歳	18.1%			減少		減少	
			50～59歳	21.8%			減少		減少	
			60～69歳	22.6%			減少		減少	
			70～74歳	23.6%			減少		減少	
		女性	40～49歳	16.9%			減少		減少	
			50～59歳	23.6%			減少		減少	
			60～69歳	20.8%			減少		減少	
	70～74歳		20.8%			減少		減少		
	5	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (短期)		3.5% (R3→R4)	% (R5→R6)	% (R6→R7)	% (R7→R8)	% (R8→R9)	% (R9→ R10)	% (R10→ R11)
		男性	40～49歳	1.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	3.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	3.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			70～74歳	5.2%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		女性	40～49歳	1.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	3.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	2.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	70～74歳		3.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
	6	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (中長期)		6.3% (R1→R4)			%以下 (R5→R8)			%以下 (R5→ R11)
		男性	40～49歳	3.8%			減少		減少	
			50～59歳	8.1%			減少		減少	
			60～69歳	7.2%			減少		減少	
			70～74歳	9.3%			減少		減少	
		女性	40～49歳	2.4%			減少		減少	
50～59歳			4.4%			減少		減少		
60～69歳			5.2%			減少		減少		
70～74歳	7.7%				減少		減少			

項目	No.	総合評価指標		計画策定時 実績 (R\$)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	7	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、 糖尿病治療なしの者の割合		9.4%						
		男性	40～49歳	28.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	20.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	7.6%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			70～74歳	7.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
		女性	40～49歳	0.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			50～59歳	35.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
			60～69歳	11.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	70～74歳		4.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	
	8	健診未受診者のうち糖尿病治療 中断者の割合		1.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者における糖尿病の重症化を予防する。
事業の概要	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定し、担当保健師より対象者に個別支援を行う。医療機関への受診勧奨や生活習慣の改善に向けた保健指導を実施する。
現在までの事業結果 (成果・課題)	未受診者、治療中断者共に個別支援より医療機関受診へつながり糖尿病や慢性腎臓病に対する治療が開始された者もいる。課題としては支援実施しても未受診者もいる。

対象者	選定方法	健診受診者のうち、次の①～③のいずれかに該当する者を対象とする。	
	選定基準	健診結果による判定基準	①HbA1c6.5%以上(年齢考慮) ②HbA1c8.0%以上 ③HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖がBS126mg/dl以上の者のうち、尿蛋白を認める者又はe-GFR60未満の者(年齢考慮)
		レセプトによる判定基準	未受診者：健診対象者から抽出し医療機関へ糖尿病での受診の有無を確認 治療中断者：除外基準である他の優先する治療の有無を確認
		その他の判定基準	南アルプス市国民健康保険被保険者
	除外基準	がんの治療中の者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者	
	重点対象者の基準	未治療者：動機づけ支援と重複者	

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	未受診者：医療機関受診率	40% (6人)	45.0%	50.0%	55.0%	65.0%	70.0%	75.0%
	2	未受診者：食生活が改善した者の割合(3か月後)	25.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	3	運動習慣が改善した者の割合(3か月後)	0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	4	指導実施者の次年度の健診結果改善率(HbA1c)	66.7% (R3指導実施者)	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	5	治療中断者の医療機関受診率	33.3% (2人)	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	未受診者：指導実施率% (数)	100% (22人)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	治療中断者：指導実施率(数)							

プロセス(方法)	周知・勧奨	地区担当保健師より対象者へ直接連絡し、事業へ参加の同意を得る。	
	実施および実施後の支援	利用申込	なし
		実施内容	健診結果を基に地区担当保健師より対象者へ連絡を行い、訪問や来所等、面談により結果を返却する。 (面談前に対象者の健診履歴や医療機関の受診状況等の情報を把握しておく) 面談の際、健診結果の説明及び受診勧奨とともに、生活習慣の改善に向けた保健指導を行う。 結果返却から1ヶ月後に受診状況の確認を行い未受診の場合は再度受診勧奨を行い、3か月後に生活習慣等の変化を聞き取り。
		時期・期間	9月～翌年3月
		場所	家庭訪問、担当課窓口、結果説明会会場等、対象者と相談の上で設定
		実施後の評価	未受診者】約1ヶ月後に受診状況の確認を行い未受診の場合は再度受診勧奨を行い、3か月後に生活習慣等の変化を聞き取り評価。その後レセプトで受診状況を確認する。翌年度健診受診時、検査データの変化を確認する。 【治療中断者】面談後電話やレセプトなどで受診状況を確認し評価する。
		実施後のフォロー・継続支援	必要に応じて電話でのフォローを実施する。
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	面接方法の検討等、確実に面接ができるよう、未治療者は結果説明会の時期に合わせ健診結果を返却しながら初回面接を実施しほぼ全員と面接実施。面接の流れ、アンケートや記録用紙の改善。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	国保年金課、健康増進課(保健師・管理栄養士)
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	今後、コントロール不良者等、事業対象者の拡大等により連携を依頼していく。
	かかりつけ医・専門医	必要時、かかりつけ医に連絡をとり保健指導について了解を得る。
	国民健康保険団体連合会	保健事業支援・評価委員会の活用(R4・5年度)
	民間事業者	健診機関にて健診結果から対象者を抽出し、リストを提供
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	現在は未受診者を対象としているが、治療中断者、コントロール不良など拡大し重症化予防を進めていく必要がある。

事業番号2-2

高血糖要精密検査受診勧奨

事業の目的	糖尿病発症リスク保有者を糖尿病の重症化を予防する。
事業の概要	糖尿病の発症、重症化を防ぐため、健診結果で精密検査や治療が必要な者に医療機関へ受診を促し、健診後のフォローを実施する。
現在までの事業結果 (成果・課題)	個別の電話連絡による受診勧奨により医療機関受診へつながる者もいる。課題としては経年の未受診者がいるが、受診につなげられていない事。
対象者	特定健診結果において糖代謝の精密検査対象者となり、結果返却後一定期間が経過しても、精密検査の返書が医療機関からなく、未受診と思われる者

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	糖代謝精密検査の精検受診率	64.0%	65%	66%	68%	69%	70%	71%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	血糖精密検査対象者の抽出 (対象者から既治療者を除く)	164名						
	2	受診勧奨連絡実施率(数) (通知、電話等による)		100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス(方法)	<p>血糖の要精密検査対象者、要治療者の把握 健診結果説明会での結果返却と受診勧奨 結果返却後、3～4か月後の未受診者を抽出し通知や電話連絡による受診勧奨 (糖尿病重症化予防個別支援事業の対象者、がん健診受診勧奨等他事業と重複する者はより効果のある方法で勧奨)</p>
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ストラクチャー(体制)	健康増進課健康づくり担当との打ち合わせ会議(結果説明会での指導用各種パンフレット、指導内容の検討)
-------------	---------------------------------------------------

事業番号2-3

糖尿病予防教室・糖尿病重症化予防教室

事業の目的	糖尿病に起因する自己の健診結果を認識し、生活習慣を改善していくための行動が取れることを支援する。
事業の概要	糖尿病の基礎知識や合併症予防等についての講義を実施する。
現在までの事業結果 (成果・課題)	参加者の感想やアンケートから、生活習慣について振り返り食生活や運動に関する行動が変化するなどの効果がみられている。参加率が低いいため勧奨方法の新たな取り組みが必要。
対象者	糖尿病予防教室：30歳～74歳で巡回(総合)健診を受診し、糖尿病の治療を受けていない方(経過観察中を含む)のうち、HbA1c6.0%以上の方 糖尿病重症化予防教室：30歳～74歳で巡回(総合)健診又は人間ドックを受診された方で糖尿病治療中でコントロール不良の下記の方 ①30歳～64歳でHbA1cが7.0%以上の方 ②65歳～74歳でHbA1cが7.5%以上の方

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	糖尿病教室終了時のアンケート等により知識の習得状況を評価する							
	2	糖尿病教室終了後に実施するアンケートにより行動の変化を評価する							
	3	糖尿病予防教室 参考) 翌年度の健診結果でHbA1cの数値が改善した者の割合(翌年度の評価)	55.2% (R1)						
	4	糖尿病重症化予防教室終了時のアンケート等により知識の習得状況を評価する							
	5	糖尿病重症化教室終了後に実施するアンケートにより行動の変化を評価する							
	6	糖尿病重症化予防教室 参考) 翌年度の健診結果でHbA1cの数値が改善した者の割合(翌年度の評価)							

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	抽出した対象者数							
	2	教室参加者数および参加率	46名 (6.8%)	増加	増加	増加	増加	増加	増加

プロセス(方法)	対象者には郵送にて周知を行い、医師、栄養士等による糖尿病の基礎知識や合併症予防に関する教室を開催。その後アンケートや翌年度の健診で事業評価を行う。
----------	---------------------------------------------------------------------------

ストラクチャー(体制)	健康増進課を主体に実施。
-------------	--------------

事業の目的	生活習慣病やメタボリックシンドロームをコントロールし、慢性腎臓病を予防する。
-------	----------------------------------------

事業の概要	慢性腎臓病の基礎知識や合併症予防等についての健康教室を実施する 生活習慣を改善していくための行動が取れることを支援する。
-------	-----------------------------------------------------------------

現在までの事業結果 (成果・課題)	慢性腎臓病に関しては啓発のため令和元年から実施。周知度が上がってきている。検査結果の数値により軽度の慢性腎臓病が疑われる対象者に対し具体的な内容を実施していく必要がある。
----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

対象者	慢性腎臓病予防教室 ①一般市民で興味のある方 昨年度の希望者に個別でご案内、広報・組織（愛育会等）にて周知 他 ②巡回（総合）健診・人間ドック受診者 ・腎機能（e-GFR）が30～60未満（年齢基準有） ・血糖・血圧いずれかC・D判定 ・尿蛋白が±以上で腎機能（e-GFR）がC・D判定 ※腎疾患治療及び経過観察の方は除く
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値						
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム指標	1	教室終了後アンケートにより知識の習得状況进行评估する（慢性腎臓病予防）								
	2	教室終了3か月後アンケートにより行動の変化进行评估する								
	3	翌年度の健診結果でeGFRの数値が改善した者の割合（主に慢性腎臓病予防）	33.3%							

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値						
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトプット指標	1	抽出した対象者数								
	2	慢性腎臓病予防教室参加者数および参加率	80名 (%)							

プロセス(方法)	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に通知案内。 健康教室では、医師等の専門家による基礎知識や合併症の情報提供。 終了後のアンケート、翌年度の健診で事業評価を行う。
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ストラクチャー(体制)	<ul style="list-style-type: none"> 健康増進課を主体に実施 対象者抽出基準、実施時期、開催方法の検討 専門家による講義のための予算化
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

事業分類3

健康意識の向上

事業番号3

健康情報の発信

事業の目的

事業の概要

健康づくり日程表、広報誌、ホームページ等を用いた健康情報発信。

現在までの事業結果
(成果・課題)

対象者

全住民

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1								
	2								

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1								
	2								

プロセス(方法)

対象者には郵送にて周知を行い、医師、栄養士等による糖尿病の基礎知識や合併症予防に関する教室を開催。その後アンケートや翌年度の健診で事業評価を行う。

ストラクチャー(体制)

健康増進課を主体に実施。

○計画全体(総合アウトカム)

		指標	分母	分子	
山梨県共通評価指標	計画全体	1	運動習慣のある者の割合	特定健診受診者のうち、当該回答がある者の数	標準的な質問票10(1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している)で「はい」と回答した者の数
		2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧 ≥ 130 mmHg ②拡張期血圧 ≥ 85 mmHg
		3	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者数	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の者の数
		4	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合) ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者
		5	糖尿病性腎症病期分類の悪化率 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定 ※単年変化、中長期的変化を確認	特定健診受診者のうち、糖尿病性腎症病期分類の検査結果がある者の数	病期の悪化者の数

その他、参考値として県単位で長期的視点によりモニタリングを行う指標：
①健康寿命 ②平均自立期間 ③医療費 ④糖尿病に起因する新規透析導入患者割合

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等
<ul style="list-style-type: none"> ・全国と比較し山梨県は運動習慣なしの者の割合が高い。 ・健やか山梨21(第2次)では「運動習慣者の割合の増加」を目標に掲げ推進しているが、進捗していないか後退している状況にあり、令和5年度は当該目標を重点項目に設定し取組を推進している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステム「地域の全体像」 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・全国と比較し山梨県は血圧の有所見者割合が高い。 ・生活習慣病の初期の兆候として高血圧が出現することが多く、血圧の管理はすべての重症化予防に繋がる。 ・糖尿病性腎症重症化予防においても血圧の管理が重要とされる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB出力情報から「データヘルス計画の指標に係るデータ抽出ツール」により算出。(現状県では取得不可。R5年度は国保連合会から情報提供を受ける) 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・健やか山梨21、山梨県地域保健医療計画、山梨県医療費適正化計画において、該当者割合の減少が目標となっている。 ・健康日本21(第三次)及び医療費適正化計画(第4期)においては、年齢調整値による該当者数の減少が目標となっているが、市町村単位で年齢調整を行うとブレが生じ適切な評価を行うことができない可能性があることから、年齢階層ごとの指標を設定し確認する方法とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法定報告 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県は糖尿病性腎症を起因とした新規透析導入者割合が高いことから、糖尿病対策に重点的に取り組む必要がある。 ・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。 ・山梨県は全年齢において、有所見者が高率であり、年代別に要因は異なり、特性に応じた対策、評価が必要であるため性・年齢階層別の指標も設定。 ・国手引きに「地域の実情に応じて設定する指標(糖尿病が強く疑われる者の数の状況を評価する指標)」として例示あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・県が作成する「糖尿病性腎症重症化予防システム」から出力した基礎データ(市町村が県へ提出) 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県は糖尿病性腎症を起因とした新規透析導入者割合が高いことから、糖尿病対策に重点的に取り組む必要がある。 ・糖尿病性腎症の進行度の変化を確認する指標として設定。 ・糖尿病性腎症重症化予防は単年では成果が図りにくく、中長期的視点を踏まえて対象群の変化を確認する必要があるため、基準年から3年後・6年後の変化を確認することとする。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの変化をモニタリング ・中長期的変化をモニタリング 3年後変化： R5年度→R8年度 6年後変化： R5年度→R11年度

○事業分類1：特定健康診査・特定保健指導

		指標	分母	分子	
山梨県共通評価指標	事業分類 総合	1	(再掲)メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者数	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の者の数
		2	(再掲)血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧 \geq 130mmHg ②拡張期血圧 \geq 85mmHg
		3	(再掲)HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合) ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者
		4	特定健康診査受診率 ※40歳代、50歳代の男女別指標も設定	特定健診対象者数	特定健康診査受診者数
		5	特定保健指導実施率 ※動機付け支援、積極的支援の別にも指標を設定	特定保健指導対象者数	特定保健指導終了者数
		6	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導の利用者数	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等
<ul style="list-style-type: none"> ・健やか山梨21、山梨県地域保健医療計画、山梨県医療費適正化計画において、該当者割合の減少が目標となっている。 ・健康日本21(第三次)及び医療費適正化計画(第4期)においては、年齢調整値による該当者数の減少が目標となっているが、市町村単位で年齢調整を行うとブレが生じ適切な評価を行うことができない可能性があることから、年齢階層ごとの指標を設定し確認する方法とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法定報告 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・全国に比較し山梨県は血圧の有所見者割合が高い。 ・生活習慣病の初期の兆候として高血圧が出現することが多く、血圧の管理はすべての重症化予防に繋がる。 ・糖尿病性腎症重症化予防においても血圧の管理が重要とされる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB出力情報から「データヘルス計画の指標に係るデータ抽出ツール」により算出。(現状県では取得不可。R5年度は国保連合会から情報提供を受ける) 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。 ・山梨県は全年齢において、有所見者が高率であり、年代別に要因は異なり、特性に応じた対策、評価が必要であるため性・年齢階層別の指標も設定。 ・国手引きに「地域の实情に応じて設定する指標(糖尿病が強く疑われる者の数の状況を評価する指標)」とされている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・県が作成する「糖尿病性腎症重症化予防システム」から出力した基礎データ(市町村が県へ提出)より取得。 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・国手引きに「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」とされている。 ・健やか山梨21、山梨県地域保健医療計画、山梨県医療費適正化計画において実施率の向上が目標となっている。 ・40歳代・50歳代の受診率の低さが課題であるため、当該年代の指標を設定。 ・実施量を評価する指標ではあるが、健診を対象者が受けることは「自分の状態を知る」ことに繋がり、そうした気づきを促す機会を設けたことに対するアウトカムの意味合いも持つ指標。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・国手引きに「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」とされている。 ・健やか山梨21、山梨県地域保健医療計画、山梨県医療費適正化計画において実施率の向上が目標となっている。 ・現状全体の実施率が低い傾向にあるため、第3期計画期間中は年齢階層別の指標は設けない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法定報告 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・国手引きにより「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」とされている。 ・法定報告値は、治療や内服の開始により特定保健指導の対象ではなくなった者は分子から除かれているため、純粋にデータの改善が図られた者の割合として評価が可能。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

○事業分類2：糖尿病対策(糖尿病の発症・重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、等)

		指標	分母	分子	
山梨県共通評価指標	事業分類 総合	1	(再掲)HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者の割合(高血糖者の割合) ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者
		2	HbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合(血糖コントロール不良者の割合) ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c8.0%以上の者の数
		3	HbA1c悪化率 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定 ※単年変化、中長期的変化を確認	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1cの悪化者の数
		4	(再掲)糖尿病性腎症重病期分類悪化率 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定 ※単年変化、中長期的変化を確認	特定健診受診者のうち、糖尿病性腎症病期分類の検査結果がある者の数	病期の悪化者の数
		5	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうちHbA1c6.5%以上の者の数	HbA1c6.5%以上の者のうち、「糖尿病治療なし(※)」の者の数 ※問診で本人が糖尿病治療薬なしと回答かつレセプトに糖尿病名あるいは糖尿病治療薬の処方がないこと (国手引きでは、分子を「糖尿病のレセプトがない者」とする例が示されているが、当該データはKDBからの取得に手間がかかるとため、県が作成する糖尿病性腎症重症化システムにて取得可能な上記定義のデータ(糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き(厚労省2019.3)の定義に準ずる)を分子とする。
		6	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合	特定健診未受診者	過去に糖尿病治療歴がある治療中断者(※)の数 ※年度内の健診未受診者のうち、過去に糖尿病治療歴がある治療中断者

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。 ・山梨県は全年齢において、有所見者が高率であり、年代別に要因は異なり、特性に応じた対策、評価が必要であるため性・年齢階層別の指標も設定。 ・国手引きに「地域の実情に応じて設定する指標(糖尿病が強く疑われる者の数の状況を評価する指標)」とされている。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」とされている。 ・健康日本21(第三次)における目標値になっている。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロールの変化を確認する指標として設定。 ・糖尿病性腎症重症化予防は単年では成果が図りにくく、中長期的視点を踏まえて対象群の変化を確認する必要があるため、基準年から3年後・6年後の変化を確認することとする。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの変化をモニタリング ・中長期的変化をモニタリング 3年後変化： R5年度→R8年度 6年後変化： R5年度→R11年度
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症の進行度の変化を確認する指標として設定。 ・糖尿病性腎症重症化予防は単年では成果が図りにくく、中長期的視点を踏まえて対象群の変化を確認する必要があるため、基準年から3年後・6年後の変化を確認することとする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・県が作成する「糖尿病性腎症重症化予防システム」から出力した基礎データ(市町村が県へ提出)より取得。 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの変化をモニタリング ・中長期的変化をモニタリング 3年後変化： R5年度→R8年度 6年後変化： R5年度→R11年度
<ul style="list-style-type: none"> ・国手引きに「地域の実情に応じて都道府県が設定する指標」とされている。 ・山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて未受診者・治療中断者への受診勧奨は最も重要視されている取組である。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて未受診者・治療中断者への受診勧奨は最も重要視されている取組である。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>①評価の時期 最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行う。</p> <p>②評価方法・体制 計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行う。また、評価に当たっては、後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備する。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、をあらゆる機会を通じて周知・啓発を図る。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとする。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理する。また、業務を外部に委託する際も同様に取扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとする。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されている。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことである。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施していく。</p> <p>① 地域で被保険者を支える連携の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画。 <p>② 課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施。 <p>③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療提供における役割だけでなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用。 <p>庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進する。</p>

第6章 その他の保健事業

◎その他の保健事業 1

南アルプス市として、以下の保健事業も、市民のさらなる健康意識の向上や医療費適正化の為、南アルプス市国保年金課が主導し実施。

①後発医薬品の利用促進事業	<p>ジェネリック医薬品のさらなる普及率向上を目ざす。</p> <p>年3回発送する医療費通知の中に後発医薬品使用の普及啓発チラシを同封し、普及促進を図る。併せて、普及率を上げるために、運営協議会等の医師会・薬剤師会の委員等にも説明をして行く。</p>
②重複多受診訪問事業	<p>重複・頻回受診者数を減少させることで、医療の適正利用を図る。</p> <p>重複多受診及びその他指導を要すると認められた者に対し、家庭訪問等を実施し本人家族等に対して適切な受診指導や保健指導を実施し、医療の適正利用を図る。</p> <p>山梨県国保連合会から提供される「重複多受診・重複投薬等該当者リスト」から対象者を抽出し実態の把握及び、適正受診指導を実施する。</p>
③かかりつけ医からの情報提供	<p>健診受診率向上のため、生活習慣病で既に病院受診しているが特定健診未受診者の情報提供をかかりつけ医に依頼する。服薬治療をしていない保健指導対象者の把握時は保健指導を実施する。</p>
④高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	<p>高齢者が地域で健康的な生活を送れるよう、山梨県後期高齢者医療広域連合からの委託に基づき、高齢者の健康の保持増進のための事業を実施する。後期高齢者医療、国民健康保険、介護保険、健康づくり等に携わる庁内関係課（国保年金課、介護福祉課、健康増進課）が相互に連携して取り組む。</p> <ul style="list-style-type: none">・高齢者への個別的支援として「糖尿病重症化予防個別支援事業」・通いの場での支援として「100歳体操参加者のフレイル状態の把握と健康教育」

◎その他の保健事業2

南アルプス市として、以下の保健事業も市民のさらなる健康意識の向上や医療費適正化の為、健康増進課が主導し実施。

<p>⑤特定健康診査への上乘せ検査、がん検診骨粗しょう症等</p>	<p>特定健康診査に検査項目を追加し、異常の早期発見を図る。 市民のがん等の病気の予防、早期発見を行なう。30歳以上の市民（*検診により対象年齢が異なる）を対象に各種がん検診（肺がん・胃がん・腹部超音波検査・大腸がん・前立腺がん・子宮がん・乳がん）、骨粗しょう症等を実施する。</p>
<p>⑥健診結果説明会の開催</p>	<p>巡回（総合）健診実施後に、結果説明会を開催し健康増進や疾病予防を図る。 健診結果返却時に生活習慣の改善についての振り返りを行い、精密検査対象者には医療機関受診を勧奨し疾病の予防、早期発見、治療につなげる。</p>
<p>⑦南アルプス市健康リーグ</p>	<p>市民の健康からまちづくりの推進を目的とする。全市民、市内企業対象に、企業、各団体、地域などが主体的に健康の維持、社会参加するための事業等に補助金を交付する。健康に関する事業に参加した市民には健康ポイント等が付与される。</p>
<p>⑧健康わくわくウォーク</p>	<p>ウォーキングを通じて楽しみながら健康づくりに取り組んでもらう事業。参加者には歩数計を贈り、歩いた歩数に応じてポイントを付与する。</p>
<p>⑨健康づくり日程表の配布</p>	<p>健診等保健事業の周知を目的として、全世帯対象に、健診や健康相談等保健事業の年間予定が網羅された日程表を各戸配布を行う。</p>

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

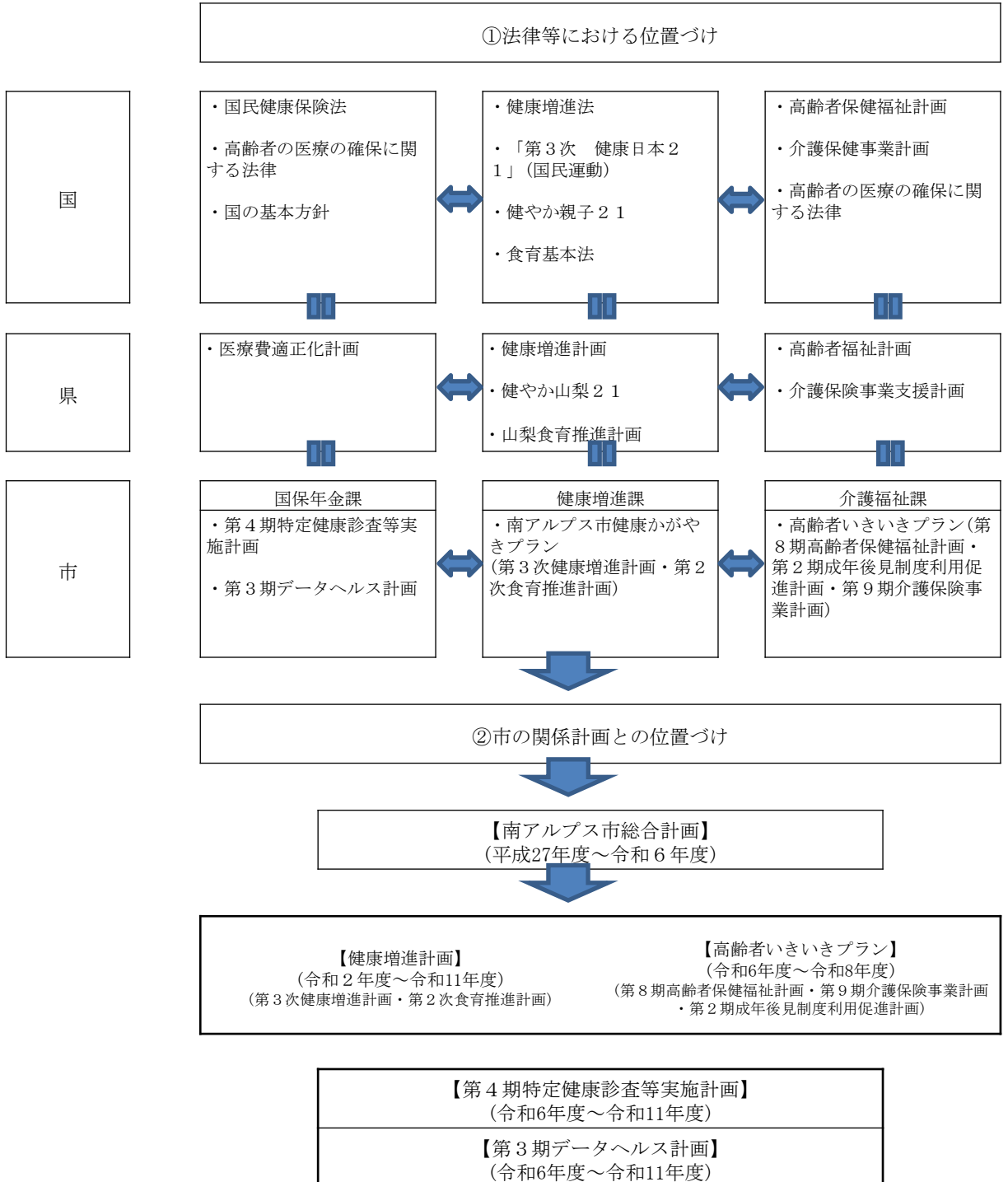
近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面し、医療制度を今後も持続していくための構造改革が急務となっている。

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながらることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされた。

南アルプス市国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきた。このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定する。

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

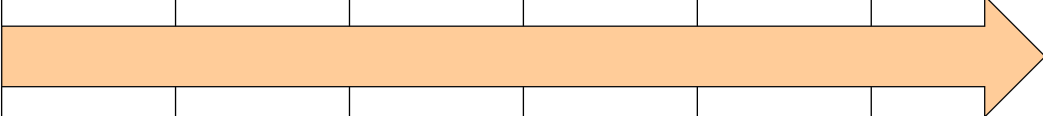
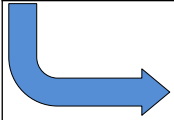
高齢者の医療の確保に関する法律第18条を踏まえるとともに、「山梨県健康増進計画」、「南アルプス市健康増進計画」及び「データヘルス計画」で用いた評価指標を用いる等それぞれの計画との整合性を図る必要がある。



3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度とする。

■ 計画期間

令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
					
					次期計画
					

4. データ分析期間

■ 入院 (DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■ 健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■ 国保データベース (KDB) システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

5. 特定健康診査・特定保健指導とは

(1) 特定健康診査

特定健康診査（特定健診）とは、40～74歳の加入者全てを対象とし、毎年度計画的に、各医療保険者が生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として行う、メタボリックシンドロームに着目した検査項目による健康診査のことである。

(2) 特定保健指導

医療保険者が、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行う。健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものであり、毎年度計画的に実施する。

(3) メタボリックシンドロームに着目する意義

糖尿病や高血圧症、脂質異常症や肥満症など、生活習慣（食生活や喫煙、飲酒、運動不足など）が要因となって発生する諸疾病を総称して「生活習慣病」という。生活習慣病は、それぞれの病気が別々に進行するのではなく、腹部の内臓に脂肪が蓄積した内臓脂肪型肥満が大きくかかわるものであることがわかってきている。

内臓脂肪型肥満（腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上）に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上をあわせもった状態を、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）という。

国全体のデータから見ると、年齢が上がるにつれて、生活習慣病を原因として通院する者の割合（外来受療率）が徐々に増加する傾向が見られる。また、75歳頃を境にして生活習慣病などを原因として入院する者の割合（入院受療率）が上昇する傾向が見られる。

このため、生活習慣の改善（例えば、適度な運動やバランスのとれた食事の定着など）による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、生活習慣病の発症を予防することができれば、通院患者を減らすことができ更には重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができる。この結果、市民の健康の維持及び向上が可能となり医療費の伸びの抑制につながる。

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取り組みの実施内容

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取り組みを示したものである。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
特定健康診査の受診率を向上するための事業	40歳～59歳の男性への受診勧奨	①健診申込はあるが未受診者への受診勧奨（未受診対象者全員にはがきで受診勧奨） ②健診申込はあるが未受診者の40～59歳の男性には電話勧奨 ③健診未受診者の現状把握と分析
	かかりつけ医による情報提供	県で各医療機関医に対して意向調査を取り、同意が得られた医療機関の医師と県がとりまとめを行う→県医師会と市が個別契約を締結→対象者に同意書を送付→対象者が情報提供用紙をかかりつけ医に持参する→かかりつけ医から市に情報提供

【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
結果説明会での保健指導	特定健康診査結果説明会時に保健師及び栄養士による個別指導の実施	糖尿病の病態生理について説明し、医療機関の受診と合わせて、生活習慣も注意が必要であるという内容の説明

2. 特定健康診査の受診状況

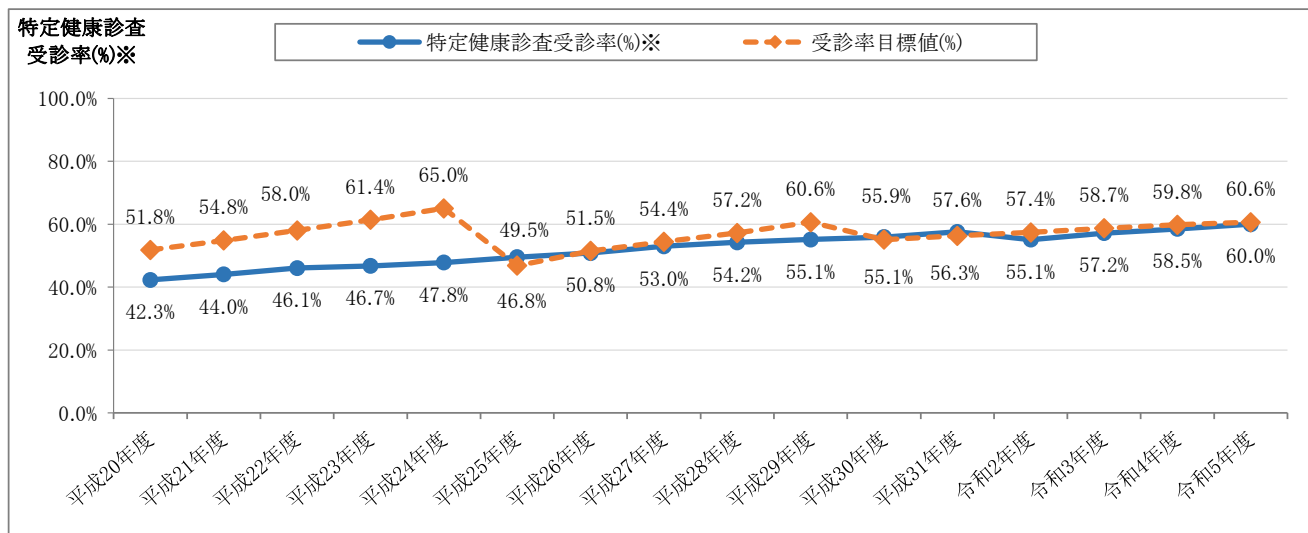
以下は、平成20年度から令和5年度(見込み値)における、特定健康診査の受診状況を示したものである。

特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	12,271	12,454	12,523	12,709	12,811	12,992	12,919	12,739
特定健康診査受診者数(人)	5,186	5,483	5,767	5,939	6,124	6,433	6,565	6,747
特定健康診査受診率(%)※	42.3%	44.0%	46.1%	46.7%	47.8%	49.5%	50.8%	53.0%
受診率目標値(%)	51.8%	54.8%	58.0%	61.4%	65.0%	46.8%	51.5%	54.4%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定健康診査対象者数(人)	12,356	11,906	11,481	11,210	11,242	11,067	10,470	10,000
特定健康診査受診者数(人)	6,700	6,562	6,420	6,453	6,194	6,326	6,124	6,000
特定健康診査受診率(%)※	54.2%	55.1%	55.9%	57.6%	55.1%	57.2%	58.5%	60.0%
受診率目標値(%)	57.2%	60.6%	55.1%	56.3%	57.4%	58.7%	59.8%	60.6%

特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

特定健康診査受診率及び目標値



特定健康診査対象者数、特定健康診査受診者数、特定健康診査受診率は法定報告値。
 ※特定健康診査受診率…特定健康診査対象者に対する特定健康診査受診者数の割合。

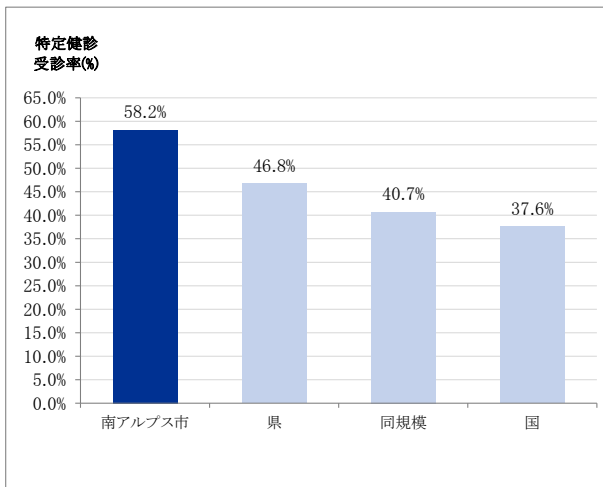
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりである。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
南アルプス市	58.2%
県	46.8%
同規模	40.7%
国	37.6%

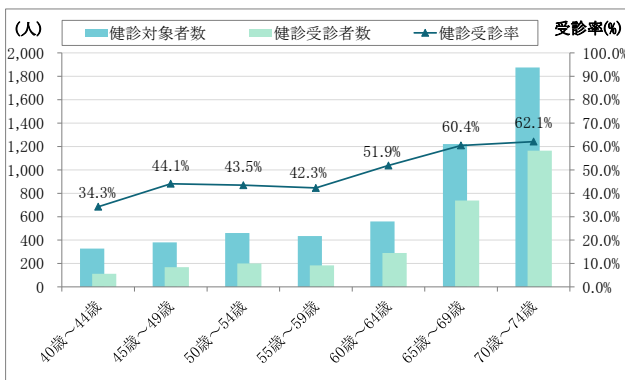
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



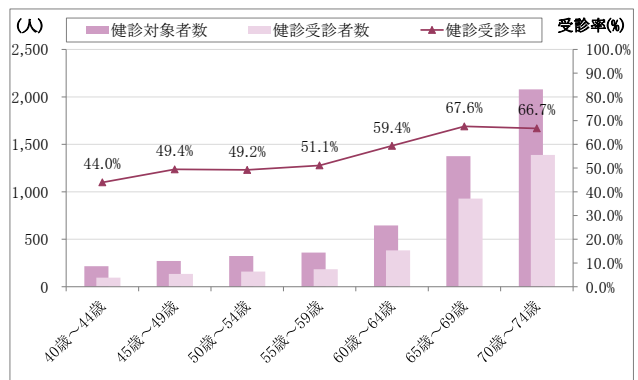
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: 国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



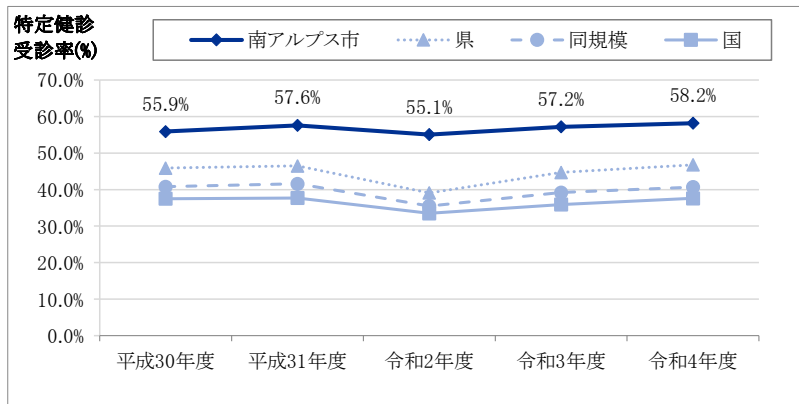
以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものである。令和4年度の特定健康診査受診率58.2%は平成30年度55.9%より2.3ポイント上昇している。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
南アルプス市	55.9%	57.6%	55.1%	57.2%	58.2%
県	45.9%	46.5%	39.1%	44.7%	46.8%
同規模	40.8%	41.6%	35.5%	39.2%	40.7%
国	37.5%	37.7%	33.5%	35.9%	37.6%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

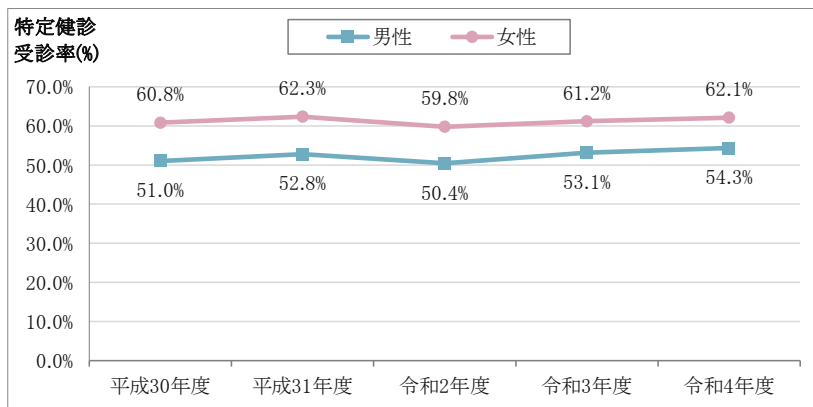
年度別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率54.3%は平成30年度51.0%より3.3ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率62.1%は平成30年度60.8%より1.3ポイント減少している。

年度・男女別 特定健康診査受診率



出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

3. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成20年度から令和5年度(見込み値)における、特定保健指導の実施状況を示したものである。

特定保健指導実施率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	715	720	712	709	666	689	687	713
特定保健指導利用者数(人)	612	607	579	617	565	558	549	538
特定保健指導実施者数(人)※	415	405	437	488	464	470	459	442
特定保健指導実施率(%)※	58.0%	56.3%	61.4%	68.8%	69.7%	68.2%	66.8%	62.0%
実施率目標値(%)	44.7%	44.6%	45.3%	45.3%	45.8%	69.2%	69.7%	70.1%

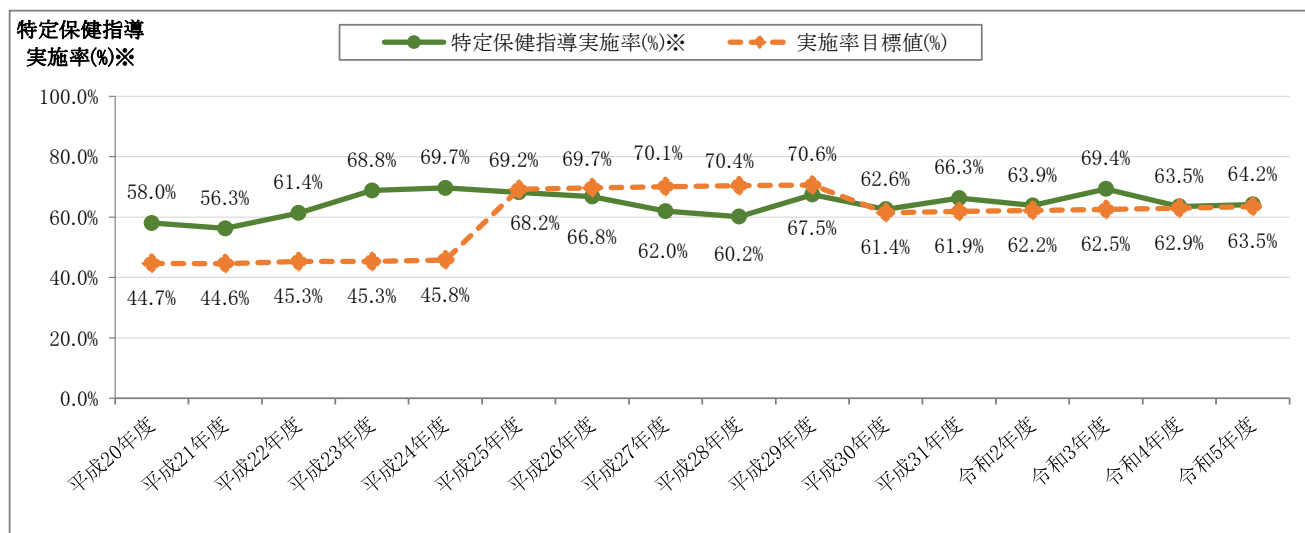
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定保健指導対象者数(人)	693	713	698	644	631	620	611	600
特定保健指導利用者数(人)	498	508	496	454	460	446	427	420
特定保健指導実施者数(人)※	417	481	437	427	403	430	388	385
特定保健指導実施率(%)※	60.2%	67.5%	62.6%	66.3%	63.9%	69.4%	63.5%	64.2%
実施率目標値(%)	70.4%	70.6%	61.4%	61.9%	62.2%	62.5%	62.9%	63.5%

特定保健指導対象者数、特定保健指導利用者数、特定保健指導実施者数、特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものである。

積極的支援実施状況

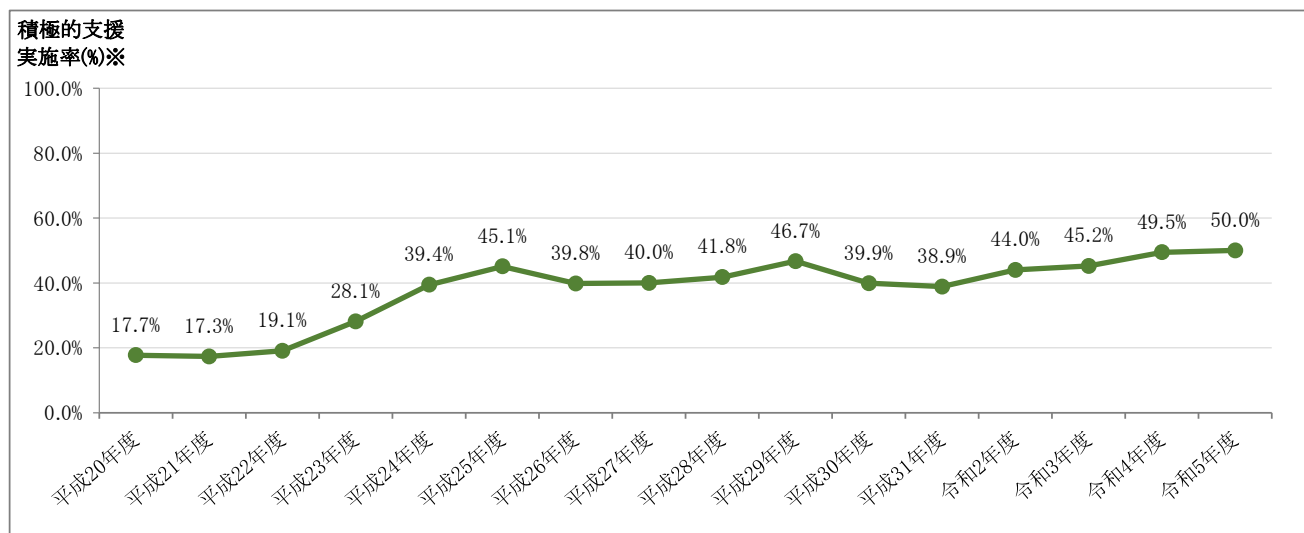
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	237	248	236	224	218	224	226	210
積極的支援利用者数(人)	196	204	189	185	177	177	180	149
積極的支援実施者数(人)※	42	43	45	63	86	101	90	84
積極的支援実施率(%)※	17.7%	17.3%	19.1%	28.1%	39.4%	45.1%	39.8%	40.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	201	197	208	175	159	199	182	180
積極的支援利用者数(人)	140	121	119	95	99	107	101	100
積極的支援実施者数(人)※	84	92	83	68	70	90	90	90
積極的支援実施率(%)※	41.8%	46.7%	39.9%	38.9%	44.0%	45.2%	49.5%	50.0%

積極的支援対象者数、積極的支援利用者数、積極的支援実施者数、積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	478	472	476	485	448	465	461	503
動機付け支援利用者数(人)	416	403	390	432	388	381	369	389
動機付け支援実施者数(人)※	373	362	392	425	378	369	369	358
動機付け支援実施率(%)※	78.0%	76.7%	82.4%	87.6%	84.4%	79.4%	80.0%	71.2%

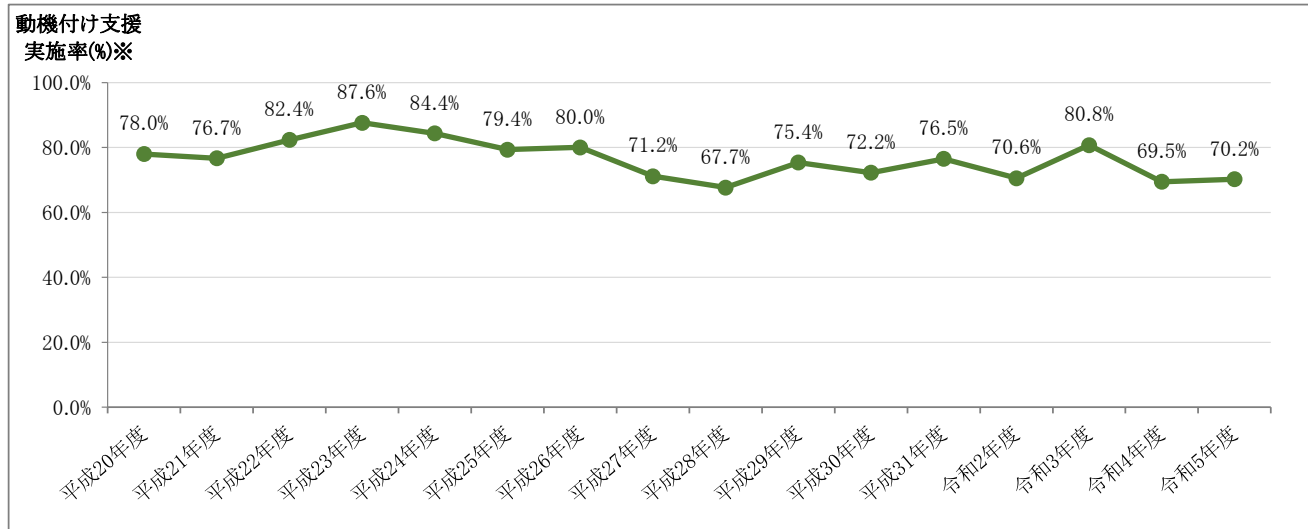
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	492	516	490	469	472	421	429	420
動機付け支援利用者数(人)	358	387	377	359	361	339	326	320
動機付け支援実施者数(人)※	333	389	354	359	333	340	298	295
動機付け支援実施率(%)※	67.7%	75.4%	72.2%	76.5%	70.6%	80.8%	69.5%	70.2%

動機付け支援対象者数、動機付け支援利用者数、動機付け支援実施者数、動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりである。

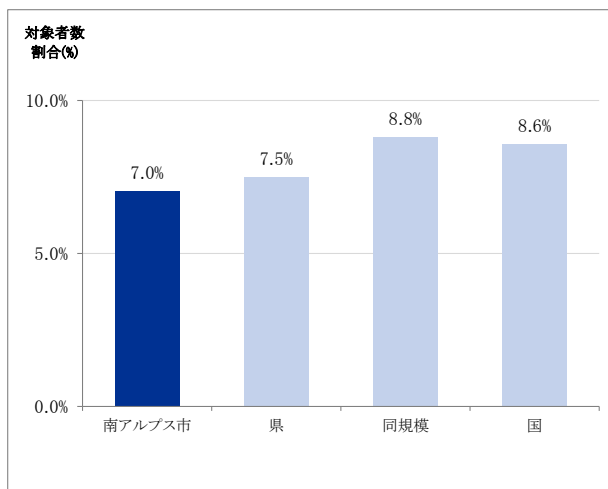
特定保健指導実施状況(令和4年度)

区分	動機付け支援 対象者数割合	積極的支援 対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導 実施率
南アルプス市	7.0%	3.0%	10.0%	63.5%
県	7.5%	3.1%	10.6%	47.0%
同規模	8.8%	2.7%	11.5%	36.5%
国	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

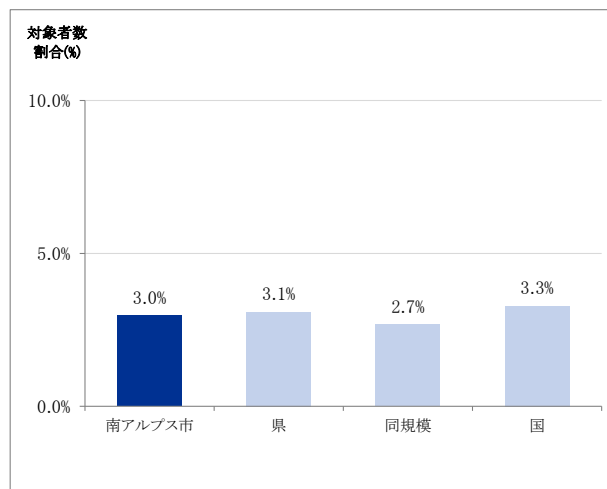
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



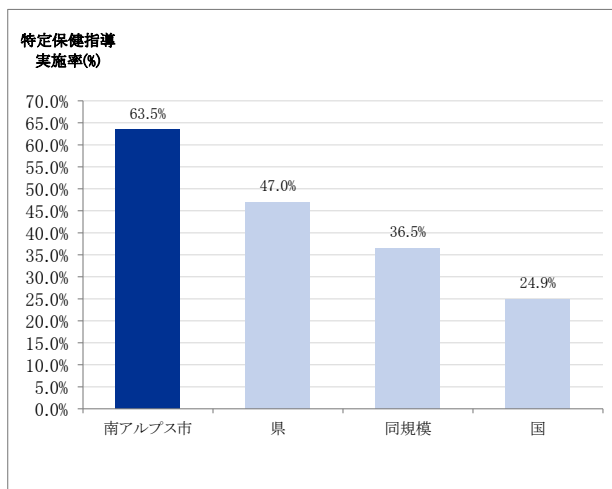
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本市の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものである。令和4年度の特定保健指導実施率63.5%は平成30年度67.1%より3.6ポイント減少している。

年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
南アルプス市	7.6%	7.3%	7.6%	6.6%	7.0%
県	8.1%	7.9%	8.1%	7.8%	7.5%
同規模	9.3%	9.3%	9.2%	9.2%	8.8%
国	9.0%	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%

年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
南アルプス市	3.2%	2.7%	2.6%	3.1%	3.0%
県	3.2%	2.9%	3.1%	3.1%	3.1%
同規模	2.8%	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%
国	3.2%	3.2%	3.2%	3.3%	3.3%

年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
南アルプス市	10.9%	10.0%	10.2%	9.8%	10.0%
県	11.3%	10.8%	11.2%	10.9%	10.6%
同規模	12.1%	12.0%	11.8%	11.9%	11.5%
国	12.2%	12.1%	12.2%	12.2%	11.9%

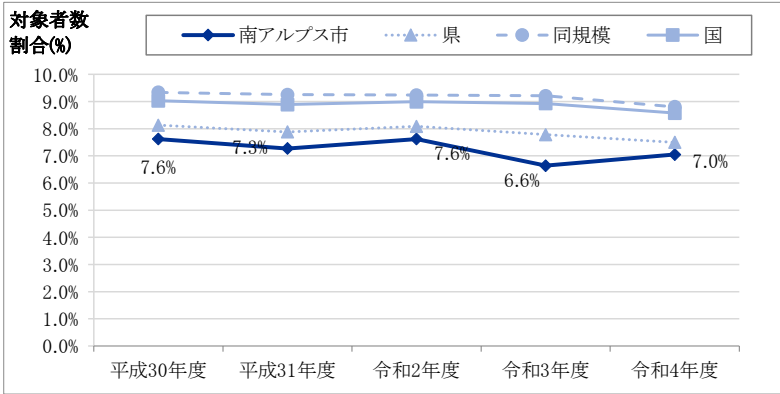
年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
南アルプス市	67.1%	65.7%	68.2%	62.4%	63.5%
県	47.2%	50.1%	47.0%	38.6%	47.0%
同規模	34.9%	35.8%	36.0%	30.5%	36.5%
国	23.8%	24.2%	23.8%	19.1%	24.9%

動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。

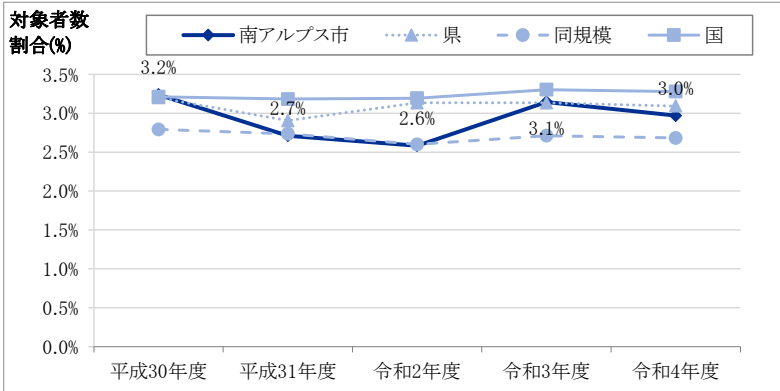
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



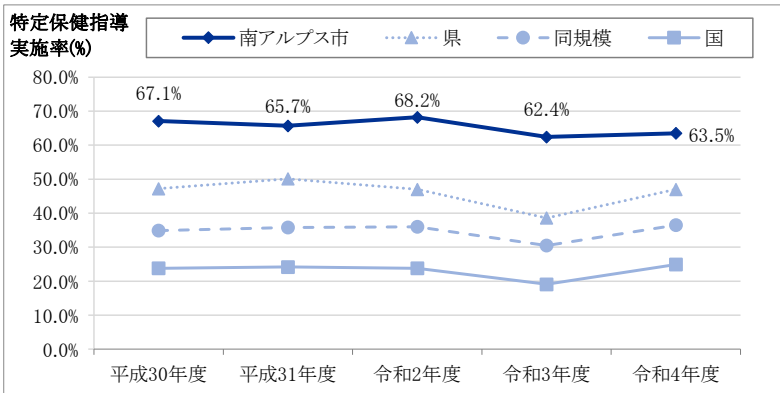
出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

年度別 特定保健指導実施率



出典: 国保データベース (KDB) システム 「地域の全体像の把握」

4. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものである。基準該当は18.9%、予備群該当は10.9%である。

メタボリックシンドローム該当状況

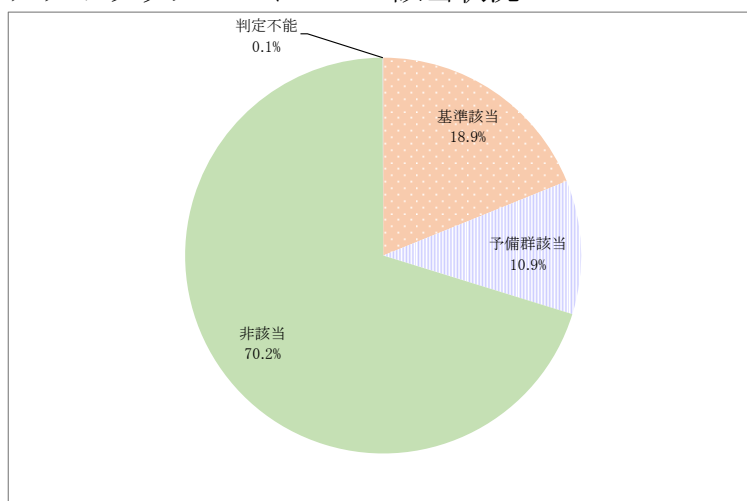
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	5,953	1,123	650	4,177	3
割合(%) ※	-	18.9%	10.9%	70.2%	0.1%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク (①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≥85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

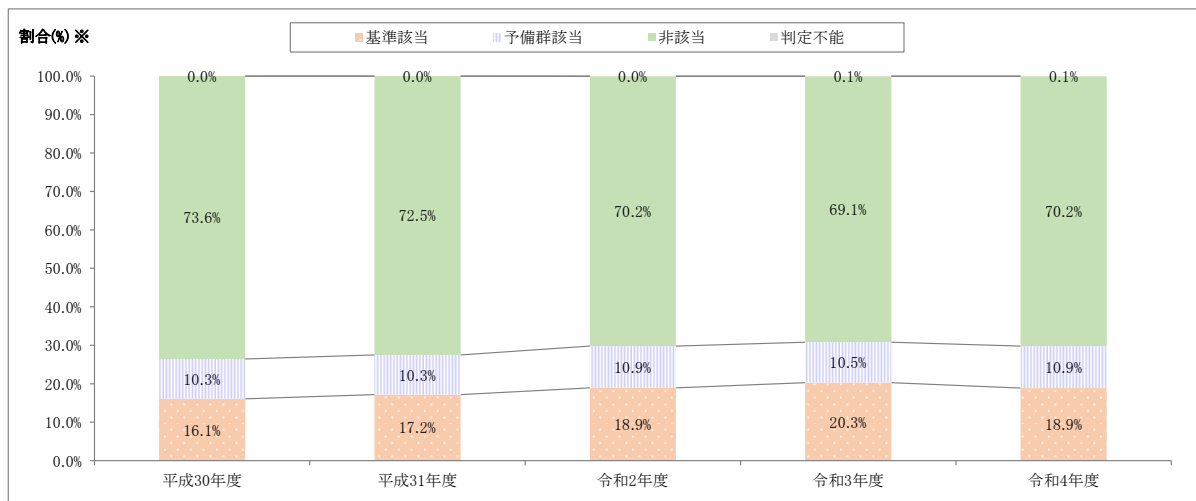
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当18.9%は平成30年度16.1%より2.8ポイント増加しており、予備群該当10.9%は平成30年度10.3%より0.6ポイント増加している。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
平成30年度	5,877
平成31年度	6,059
令和2年度	5,933
令和3年度	6,200
令和4年度	5,953

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	946	16.1%	607	10.3%	4,323	73.6%	1	0.0%
平成31年度	1,041	17.2%	624	10.3%	4,393	72.5%	1	0.0%
令和2年度	1,124	18.9%	644	10.9%	4,163	70.2%	2	0.0%
令和3年度	1,256	20.3%	653	10.5%	4,287	69.1%	4	0.1%
令和4年度	1,123	18.9%	650	10.9%	4,177	70.2%	3	0.1%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

5. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
特定健康診査の受診率を向上するための事業 40歳～59歳の男性への受診勧奨	受診勧奨した者の健診受診率	令和2年度はコロナにより実施しなかった。令和3年度は27.5%、4年度は29.3%と上昇している。
	40歳～59歳の男性の特定健診受診率	令和2年度はコロナにより減少したものの、受診率は上がっており、4年度では42.3%と第3期計画期間の中で最高であった。
	特定健診受診率	令和2年度はコロナにより減少したものの、受診率は上がっており、4年度では58.5%と第3期計画期間の中で最高であった。
特定健康診査の受診率を向上するための事業 かかりつけ医による情報提供	情報提供者数（率）	計画期間中の提供数は令和2年度の385件（31%）が最高でその他の年度では現象あるいは横ばいの傾向にあり、目標値には達しなかった。
特定保健指導	特定保健指導終了率	計画期間中の実施率は横ばいの傾向にあり、令和3年度の69.4%が第3期計画期間の中で最高であった。

※評価は法定報告の値を用いている。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
職員体制	特定保健指導実施のために、会計年度の保健師、栄養士を雇用し、終了率向上
関係部門	健康増進課と協働で健診・保健事業等を実施している。各事業実施前に打合せを実施し連携をとっている。
関係機関	特定健康診査(人間ドック・個別医療機関健診)の実施について、市内外10医療機関へ委託して実施した。 各医療機関の実施期間、金額、詳細などを受診ガイドとして1つの資料にまとめ、申込者に分かりやすいように工夫した。

第3章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものである。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の53.9%である。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の44.4%である。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	5,953	52.3%	722,836	251,584,972	252,307,808
健診未受診者	5,434	47.7%	14,428,790	220,584,293	235,013,083
合計	11,387		15,151,626	472,169,265	487,320,891

	生活習慣病患者数 ※						生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
	入院		入院外		合計 ※		入院	入院外	合計
	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)			
健診受診者	95	1.6%	3,207	53.9%	3,209	53.9%	7,609	78,449	78,625
健診未受診者	226	4.2%	2,400	44.2%	2,411	44.4%	63,844	91,910	97,475
合計	321	2.8%	5,607	49.2%	5,620	49.4%	47,201	84,211	86,712

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

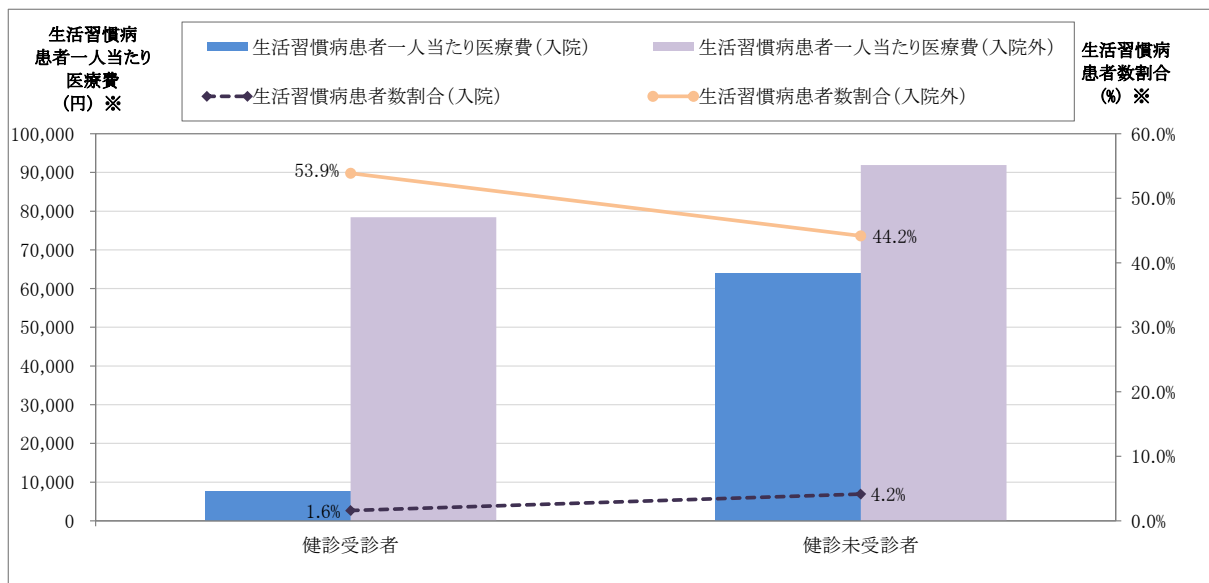
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区別なく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数割合…健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものである。積極的支援対象者割合は3.2%、動機付け支援対象者割合は7.3%である。

保健指導レベル該当状況

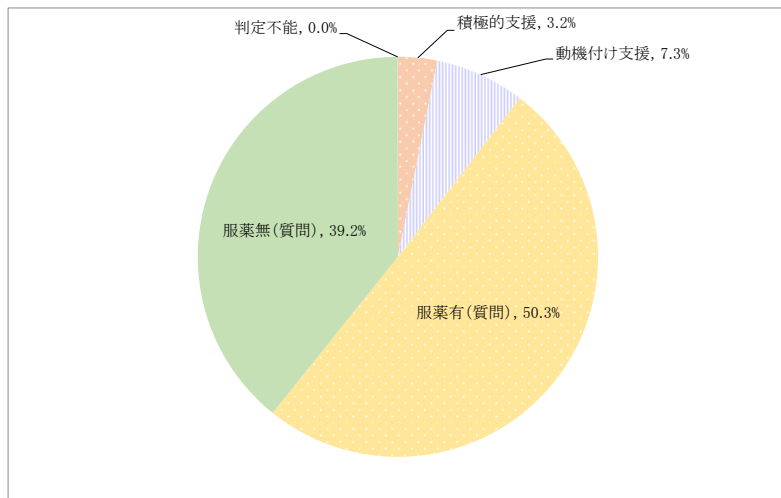
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	5,953	620	188	432	2,997	2,334	2
割合(%) ※	-	10.4%	3.2%	7.3%	50.3%	39.2%	0.0%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	あり	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	なし		
	1つ該当	なし		

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
- ②脂質：中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別に示したものである。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
40歳～44歳	212	38	18	8.5%	20	9.4%
45歳～49歳	304	68	43	14.1%	25	8.2%
50歳～54歳	358	72	51	14.2%	21	5.9%
55歳～59歳	364	48	31	8.5%	17	4.7%
60歳～64歳	663	72	44	6.6%	28	4.2%
65歳～69歳	1,620	142	1	0.1%	141	8.7%
70歳～	2,432	180	0	0.0%	180	7.4%
合計	5,953	620	188	3.2%	432	7.3%

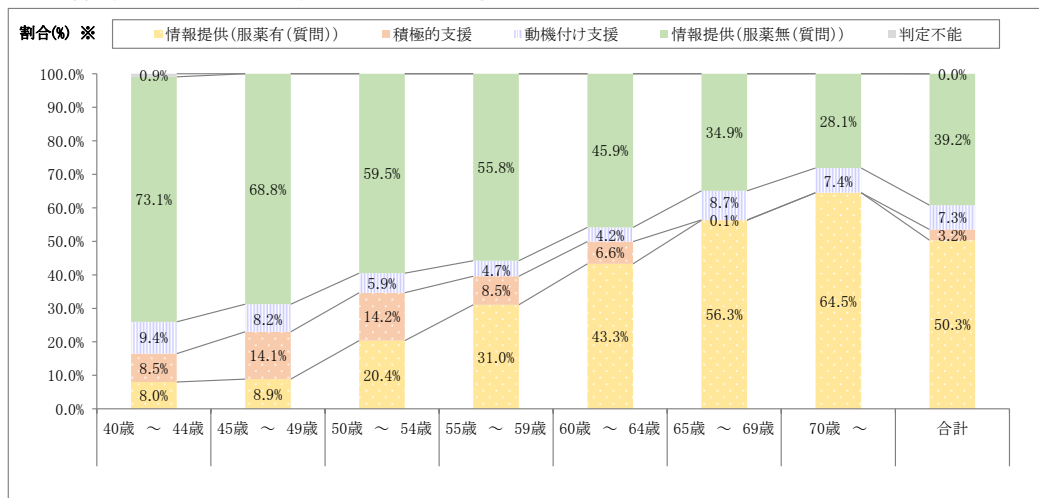
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	212	17	8.0%	155	73.1%	2	0.9%
45歳～49歳	304	27	8.9%	209	68.8%	0	0.0%
50歳～54歳	358	73	20.4%	213	59.5%	0	0.0%
55歳～59歳	364	113	31.0%	203	55.8%	0	0.0%
60歳～64歳	663	287	43.3%	304	45.9%	0	0.0%
65歳～69歳	1,620	912	56.3%	566	34.9%	0	0.0%
70歳～	2,432	1,568	64.5%	684	28.1%	0	0.0%
合計	5,953	2,997	50.3%	2,334	39.2%	2	0.0%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

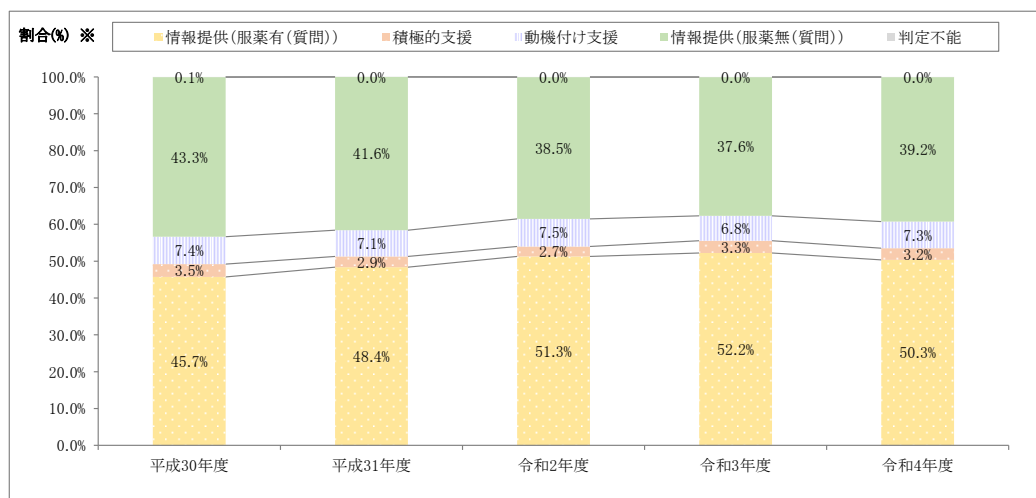
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合3.2%は平成30年度3.5%から0.3ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合7.3%は平成30年度7.4%から0.1ポイント減少している。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		人数(人)	積極的支援		動機付け支援	
			割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
平成30年度	5,877	643	206	3.5%	437	7.4%
平成31年度	6,059	609	176	2.9%	433	7.1%
令和2年度	5,933	606	160	2.7%	446	7.5%
令和3年度	6,200	626	206	3.3%	420	6.8%
令和4年度	5,953	620	188	3.2%	432	7.3%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	5,877	2,686	45.7%	2,545	43.3%	3	0.1%
平成31年度	6,059	2,931	48.4%	2,518	41.6%	1	0.0%
令和2年度	5,933	3,042	51.3%	2,283	38.5%	2	0.0%
令和3年度	6,200	3,237	52.2%	2,334	37.6%	3	0.0%
令和4年度	5,953	2,997	50.3%	2,334	39.2%	2	0.0%

年度別 保健指導レベル該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは平成30年4月～令和5年3月健診分(60カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況を示したものである。

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			620人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	10人	188人 30%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	20人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	12人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	14人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	17人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	34人	
	●		●			血糖＋脂質	12人	
	●	●	●			血圧＋脂質	17人	
	●		●	●		血糖＋喫煙	10人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	18人	
			●	●		脂質＋喫煙	15人	
	●					血糖	3人	
		●				血圧	0人	
			●		因子数0	脂質	5人	
			●	喫煙		1人		
				なし	0人			
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	8人	432人 70%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	32人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	16人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	3人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	4人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	78人	
	●		●			血糖＋脂質	18人	
	●	●	●			血圧＋脂質	19人	
	●		●	●		血糖＋喫煙	3人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	12人	
			●	●		脂質＋喫煙	4人	
	●					血糖	76人	
		●				血圧	107人	
			●		因子数0	脂質	38人	
			●	喫煙		0人		
				なし	14人			

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

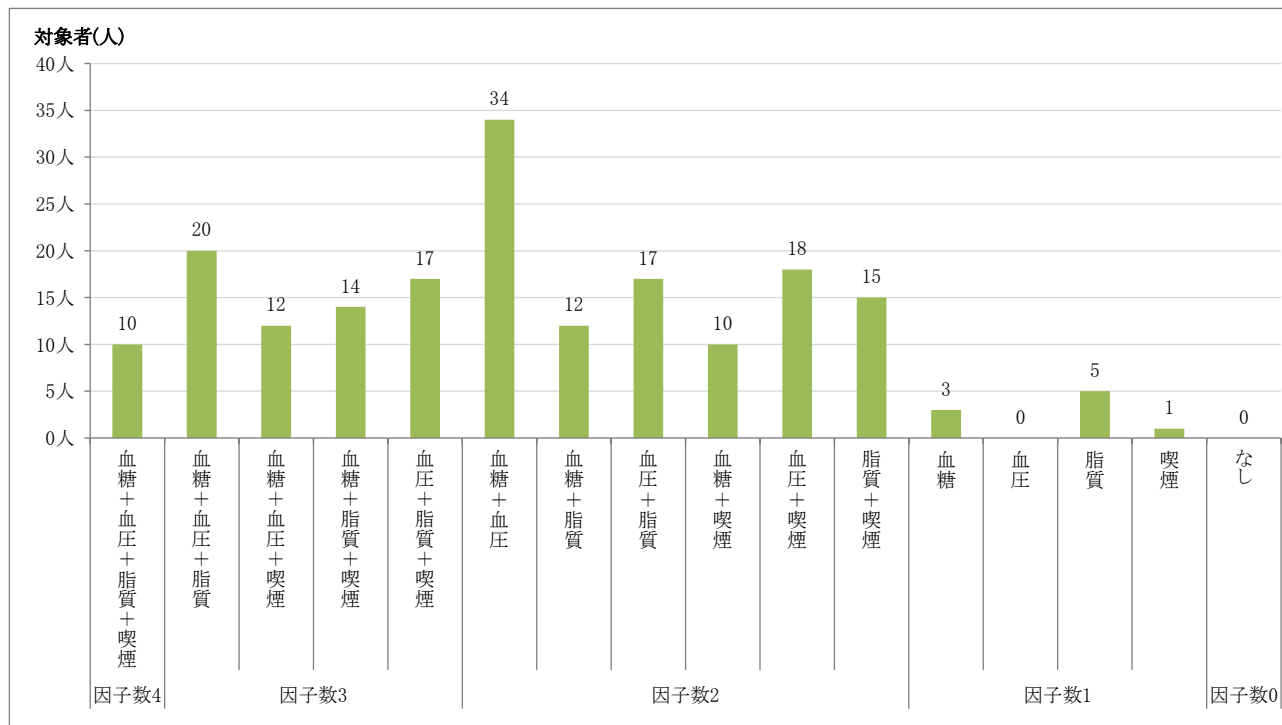
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※リスク判定…健診検査値が保健指導判定値を超えている組み合わせ(喫煙については質問回答による)。そのため、厚生労働省が定める保健指導対象者の選定にない組み合わせに該当する場合がある。また、医師の判断等により、リスク因子数が0であっても特定保健指導対象者に分類される場合がある。

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

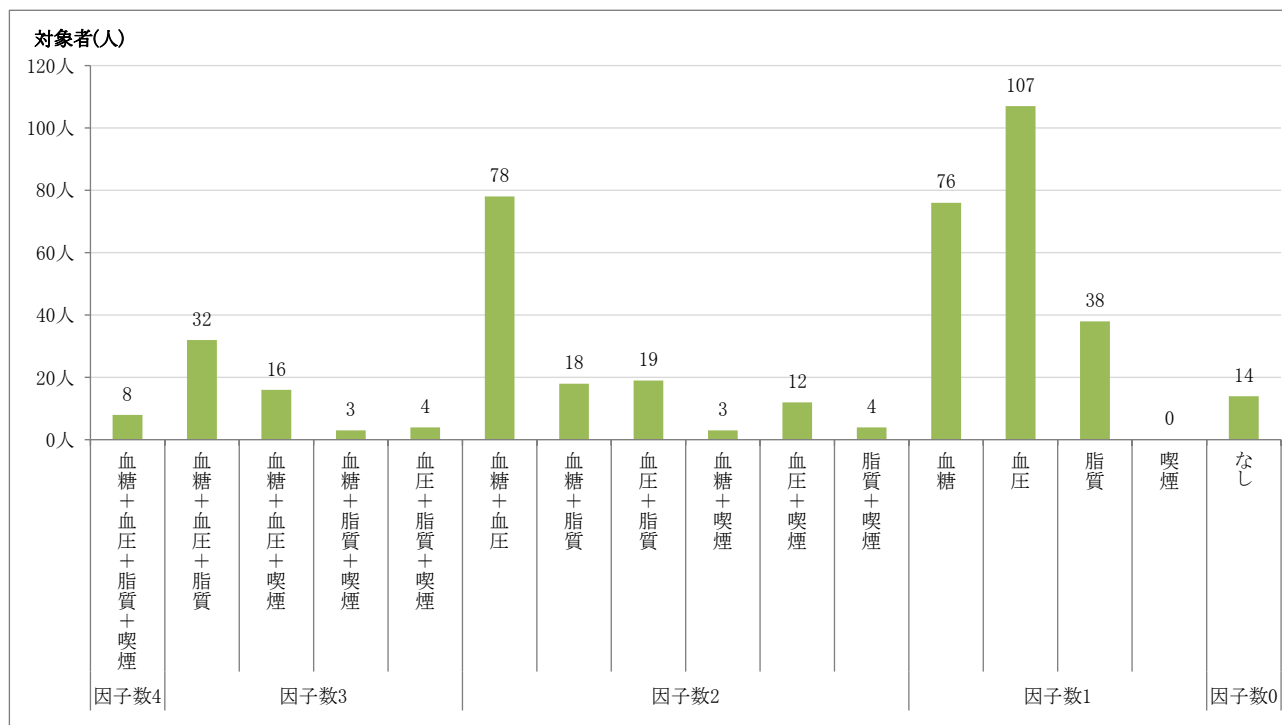
積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類した。以下は各分類の生活習慣病医療費について比較した結果を示したものである。特定保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、服薬開始を防ぐことが重要である。

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	620	8,141	2,813,725	2,821,866	5	84	85
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,334	23,999	4,954,671	4,978,670	6	157	157
	情報提供 (服薬有(質問))	2,997	690,696	243,801,314	244,492,010	84	2,965	2,966

		人数(人)	生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
対象者	積極的支援、動機付け支援	620	1,628	33,497	33,198
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,334	4,000	31,558	31,711
	情報提供 (服薬有(質問))	2,997	8,223	82,226	82,432

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

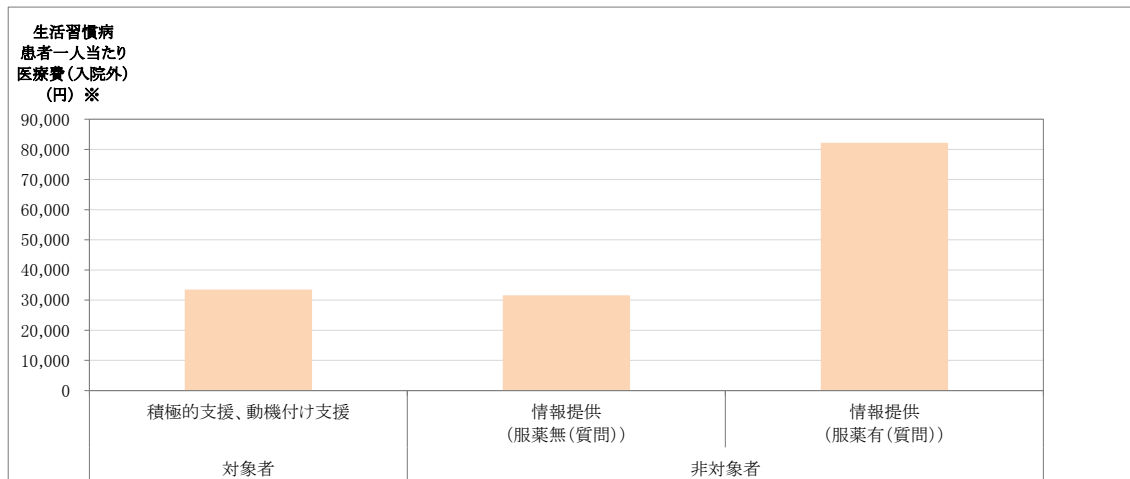
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。

※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。

※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの入院外生活習慣病医療費。

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率25.0%以上(平成20年度比)を達成することとしている。本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定する。

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	59.0%	60.0%	60.0%	61.0%	61.0%	62.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	64.0%	65.0%	65.0%	66.0%	66.0%	66.5%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定健康診査対象者数及び受診者数について、各年度の見込みを示したものである。

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	9,498	9,019	8,614	8,254	7,890	7,536
特定健康診査受診率(%) (目標値)	59.0%	60.0%	60.0%	61.0%	61.0%	62.0%
特定健康診査受診者数(人)	5,604	5,411	5,168	5,035	4,813	4,672

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	3,941	3,873	3,765	3,674	3,576	3,489
	65歳～74歳	5,557	5,146	4,849	4,580	4,314	4,047
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	1,926	1,953	1,906	1,913	1,872	1,878
	65歳～74歳	3,678	3,458	3,262	3,122	2,941	2,794

※特定健康診査の対象者の算出方法

被保険者数2年分のKDBデータからコーホート変化率法を用いて、令和6年度～令和11年度までの将来的な被保険者数の推計を行う

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものである。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	595	582	560	553	531	521
特定保健指導実施率(%) (目標値)	64.0%	65.0%	65.0%	66.0%	66.0%	66.5%
特定保健指導実施者数(人)	381	378	364	365	350	346

支援レベル別 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

			令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
積極的支援	対象者数(人)	40歳～64歳	200	204	200	202	197	199
	実施者数(人)	40歳～64歳	129	133	129	133	130	131
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	113	114	111	112	109	109
		65歳～74歳	282	264	249	239	225	213
	実施者数(人)	40歳～64歳	67	70	69	71	69	70
		65歳～74歳	185	175	166	161	151	145

※特定保健指導の対象者の算出方法

特定保健指導対象者数の割合より将来、特定保健指導に該当されると予想される割合を算出し、各年代ごとの対象者推計を行う。

3. 庁内組織体制等

(1) 各種健診（検診）との連携

特定健康診査・特定保健指導の実施は医療保険者の義務であり、庁内においては、国保年金課が実施の所管となる。一方、巡回（総合）健診やがん検診、各種の健康教育などの住民の健康に関する事業を健康増進課で行っている。

(2) 特定健康診査・特定保健指導の執行委任

庁内組織における業務分担は、基本的に第1期～第3期計画と同様とし、次に示したとおりとする。国保年金課の特定健診・特定保健指導担当は、健康増進課と同じ南アルプス市健康福祉センター内に配置する。また、健康増進課に特定健診・特定保健指導を行うために必要な業務について執行委任等を行い、引き続き他の健診（検診）業務とあわせて実施できるような体制を維持する。

これにより、市民からの健診（検診）に関する窓口を一本化するとともに、各種健診（検診）の受診率向上や生活習慣病を含む疾病の予防や早期発見に関する事業等について、一体的に展開できるよう日常的な連携を密に行っていく。

	国保年金課		健康増進課
	特定健診・特定保健指導以外の担当	特定健診・特定保健指導担当	
業務分担	特定健診・特定保健指導以外の業務(税、保険給付及び後期高齢者医療等)	特定健診・特定保健指導の実施	健診実施等保健事業 (特定健康診査・特定保健指導執行委任) (後期高齢者健診執行委任)
専門職員(保健師等)の配置	—	○	○
事務を執る場所	本庁	南アルプス市健康福祉センター (かがやきセンター)	

4. 実施方法

(1) 特定健康診査の実施方法

①実施内容

特定健康診査は、第3期と同様に各地区を巡回し各種がん検診と同時に実施する。巡回（総合）健診と個別に医療機関で受診する人間ドック、個別医療機関健診により実施する。

ア. 特定健康診査実施場所

◆巡回（総合）健診

市内5つの会場において実施する。ただし、効率的な実施や住民の利便性等を考慮して随時見直しを行っていく。また、対象地区はあくまでも原則とし、他の地区の会場で受診を希望する場合は、受診可能とする。

・ 特定健康診査の実施場所 巡回（総合）健診

実施地区	会場
芦安	各地区内の施設8月～11月の間
甲西	
白根・八田	
若草	
楡形	

◆人間ドック、個別医療機関健診

市内及び近隣市町村の委託医療機関において実施する。委託医療機関とは、個別契約もしくは集合契約により業務を委託する。

イ. 特定健康診査及び一般健診の対象者

◆対象者

市では、次に示す対象者について巡回（総合）健診による特定健康診査及び一般健診を実施しており、市国保被保険者を対象とした特定健康診査と同時に実施する。

・ 特定健康診査、一般健診の対象者 巡回（総合）健診

健診区分	対象者
特定健康診査	40～74歳の市国保被保険者
一般健診	a 30～39歳に達する者。被用者保険被保険者は除く
	b 40～74歳の医療保険異動者 a及び市特定健康診査対象者を除く
	c 後期高齢者医療制度加入者
	d 生活保護(医療扶助)受給者

※一般健診は市内に基本住民登録がある者。また、人間ドックや個別医療機関健診について、次に示すとおり特定健康診査対象者以外も対象とする。

・人間ドック、個別医療機関健診の対象者

健診種別	対象者
人間ドック	35歳及び40～74歳の市国保被保険者
	35歳及び40～74歳の市民※、被用者保険被保険者を除く
個別医療機関健診	40～74歳の市国保被保険者
	65～74歳の後期高齢者医療制度加入者

※要件有

ウ. 実施項目

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施する。

■基本的な健診項目(全員に実施)
○質問票(服薬歴、喫煙歴等) ○身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)
○血圧測定 ○理学的検査(身体診察) ○尿検査(尿糖、尿蛋白)
○血液検査
・脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
・血糖検査(空腹時血糖またはHbA1c)
・肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP))
■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)
○心電図 ○眼底検査 ○貧血検査(赤血球、血色素量、ヘマトクリット値)
○血清クレアチニン検査(e-GFRによる腎機能の評価を含む)

※ただし、市で行う人間ドックは特定健康診査項目(詳細項目を含む)を含め実施する。
また、個別医療機関健診については特定健康診査項目(詳細項目を含む)を実施する。

エ. 特定健康診査実施時期

- 巡回(総合)健診 8月～11月
- 人間ドック、個別医療機関健診 4月～翌年2月
(実施機関によって異なる)

オ. 特定健康診査結果の通知

以下の方法により特定健康診査の結果を通知する。

- 巡回(総合)健診 結果説明会もしくは郵送による
- 人間ドック、個別医療機関健診 各医療機関から通知する

(2) 特定保健指導の実施方法

①実施内容

ア. 特定保健指導実施場所

○巡回（総合）健診受診者

市内各5会場において実施する。また、初回面接については、結果説明会と同時に実施する。結果説明会において特定保健指導を受けることができない場合は、南アルプス市健康福祉センター等において随時実施する。なお、効率的な実施や住民の利便性等を考慮して随時見直しを行っていく。

また、動機付け支援は市保健師が対応し、積極的支援については委託にて実施している。

特定保健指導の実施場所

対象地区	会場
芦安	市内各会場
甲西	
白根・八田	
若草	
楡形	

イ. 人間ドック、個別医療機関健診受診者

特定保健指導の実施が可能な指定医療機関においては、それぞれの医療機関が指定する場所で実施する。

ウ. 特定保健指導実施時期

特定健康診査を受診した後、特定保健指導対象者の選定を行い、階層化できた時点で実施する。なお、巡回（総合）健診受診者については、原則として健診の結果説明会と同時に初回面接を実施する。

②特定保健指導の対象者の抽出

○対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出する。

ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととする。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施する。ただし、40歳未満であっても、メタボ予備群に該当した場合一部、早期改善を目指し保健指導を実施する。

特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下の通りである。

①血糖:空腹時血糖が100mg/dl以上、またはHbA1c(NGSP値)5.6%以上(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

③支援レベル別の保健指導計画

支援レベルは、「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」に階層化する。
各支援レベルにおける保健指導の内容は次のとおりとする。

支援レベル別の保健指導の内容

支援レベル	保健指導の内容
情報提供	<p>特定健康診査を受診した者全員に特定健康診査結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報の提供をする。</p> <p><具体的内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・資料による情報提供 健診結果の見方、健診結果に応じた生活指導 運動施設や各種教室のお知らせ等 ・結果説明会での個別指導 資料による情報提供、健診結果に応じた生活指導 病態別生活習慣病の予防・改善に関する指導等
動機付け支援	<p>面接による支援のみの原則1回の支援。初回面接時に行動計画を作成し3ヶ月以上経過後に実績評価を行う。特定健康診査の結果並びに生活習慣の状況を踏まえ、自らの生活習慣の改善すべき点を自覚し、自ら目標を設定し行動に移すことが出来るよう支援する。</p> <p><具体的内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面接 ・必要に応じて個別支援、集団健康教室等
積極的支援	<p>初回時に面接による支援を行い、その後3ヶ月以上の継続的な支援を行う。初回面接時に行動計画を作成し3ヶ月以上経過後に実績評価を行う。自らの身体に起こっている変化を理解出来るように促し、具体的に実践可能な行動目標について対象者と一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援し、行動を継続できるよう定期的かつ継続的に介入する。積極的支援終了時には改善した行動が継続できるよう意識づけを行う。</p> <p><具体的内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面接 ・個別支援、集団健康教室等

④特定保健指導の委託基準と実施機関

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき具体的に委託できる者の基準について厚生労働省が告示において定めている基準により、市民の利便性、保健指導の効果等を考慮して、個別契約または集合契約により委託する。

なお、実施状況やその内容については、随時確認を行い、内容の充実等を図っていく。

⑤人員体制

市国保被保険者の生活習慣病対策、予防重視の基本的な考え方のもと、国保年金課保健師及び健康増進課保健師及び市管理栄養士等にて実施する。保健師及び管理栄養士等の指導にあたるものは、国保年金課保健師を中心に自らの資質向上を図り、情報共有を行い、効率的な実施や住民の利便性等を考慮して随時見直しを行っていく。

(3) 受診勧奨対策

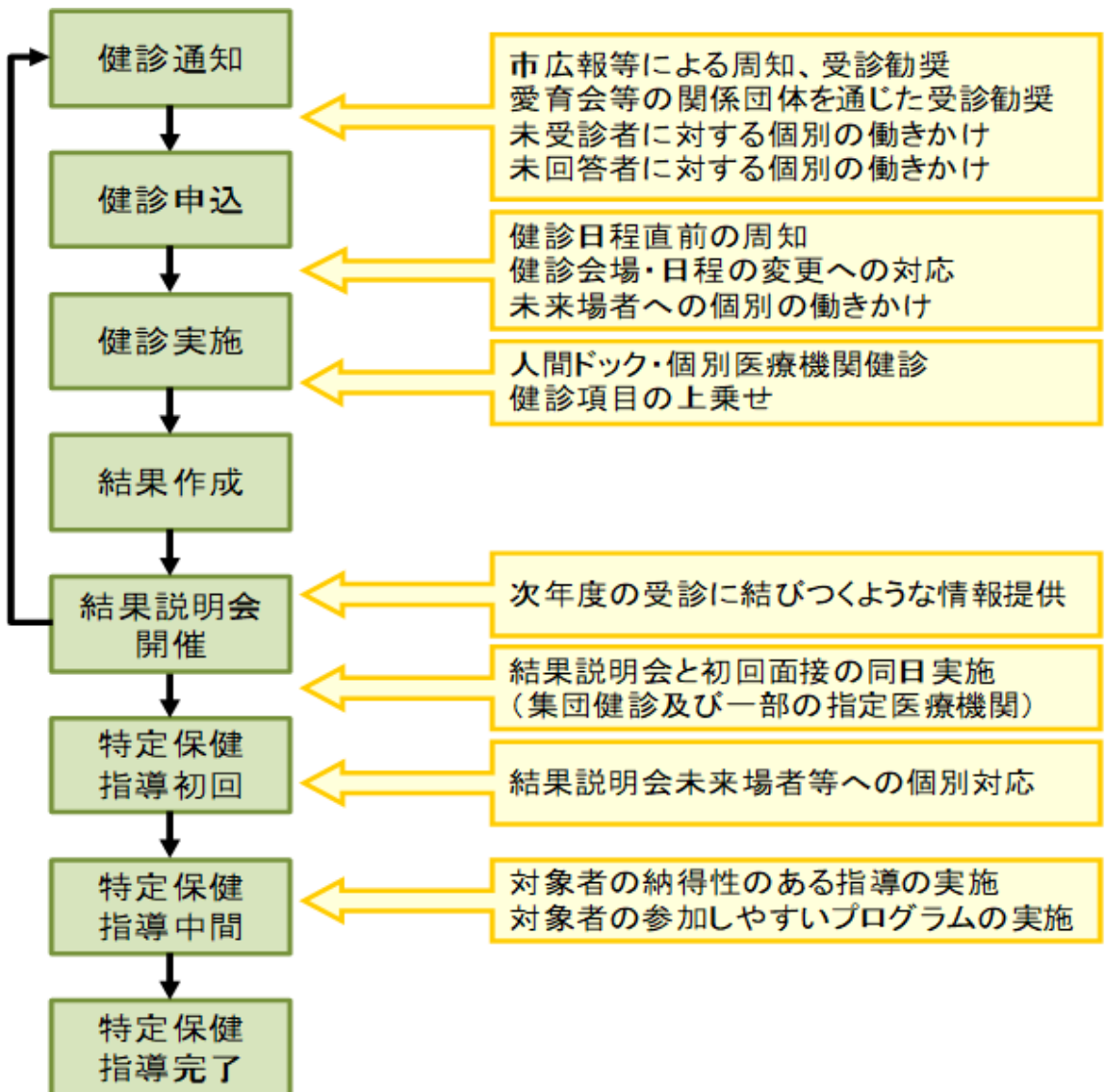
特定健康診査や特定保健指導は、被保険者の生活習慣病の予防を図り、生活の質の向上を目指すことを目的としているが、そのためにはより多くの人々が特定健康診査・特定保健指導を受診するような仕組みを構築していく必要がある。

まず、受診者の利便性を考慮した取り組みとして、従来からの巡回（総合）健診に加えて、人間ドックの実施機関と期間の見直しをした。

特定保健指導においては、巡回（総合）健診対象者について、初回面接を結果説明会と同時に行うことを原則とするとともに、結果説明会に出席できない場合には、夜間を含め、個別に対応して、保健指導の実施に努めている。

これらの実施に関する基本的枠組みについては、第3期計画に引続き本計画期間においても維持していく。

受診勧奨のための取り組み



5. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものである。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み
未受診者対策	受診勧奨事業の対象について、傾向等を考慮し、範囲を拡大する。
	健診未受診者に対し、別会場や別の健診を案内し、受診へつなげる。
市民への周知	健診申込書、健康づくり日程表の各世帯配布、SNSや広報を使用し、市民へ受診の案内を実施する。
	集団健診開始前に申込者へ受診案内のはがきを送付し、受診忘れを防止する。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み
評価体系の見直し (アウトカム評価の導入)	腹囲2cm・体重2kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直しする。 (厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」に基づく見直し)

6. 実施スケジュール

	実施項目	前年度		当年度												次年度					
		2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		
特定健康診査	通知・申込受付・対象者抽出	⇔																			
	受診票(券)送付		⇔					⇔													
	総合健診 (特定健診+がん検診等)							⇔													
	人間ドック 個別医療機関健診			⇔																	
	未受診者受診勧奨			⇔						● ●											
特定保健指導(直営)	対象者抽出							⇔													
	結果通知/初回面接							⇔													
	特定保健指導実施							⇔													
	実施状況集計																			⇔	
人間ドック内保健指導			⇔																		
前年度の評価								⇔													

7. 代行機関

代行機関とは、医療保険者の負担を軽減するため、医療保険者に代わり多数の特定健康診査特定保健指導機関と医療保険者の間に立ち、決済や特定健康診査特定保健指導データを取りまとめる機関である。

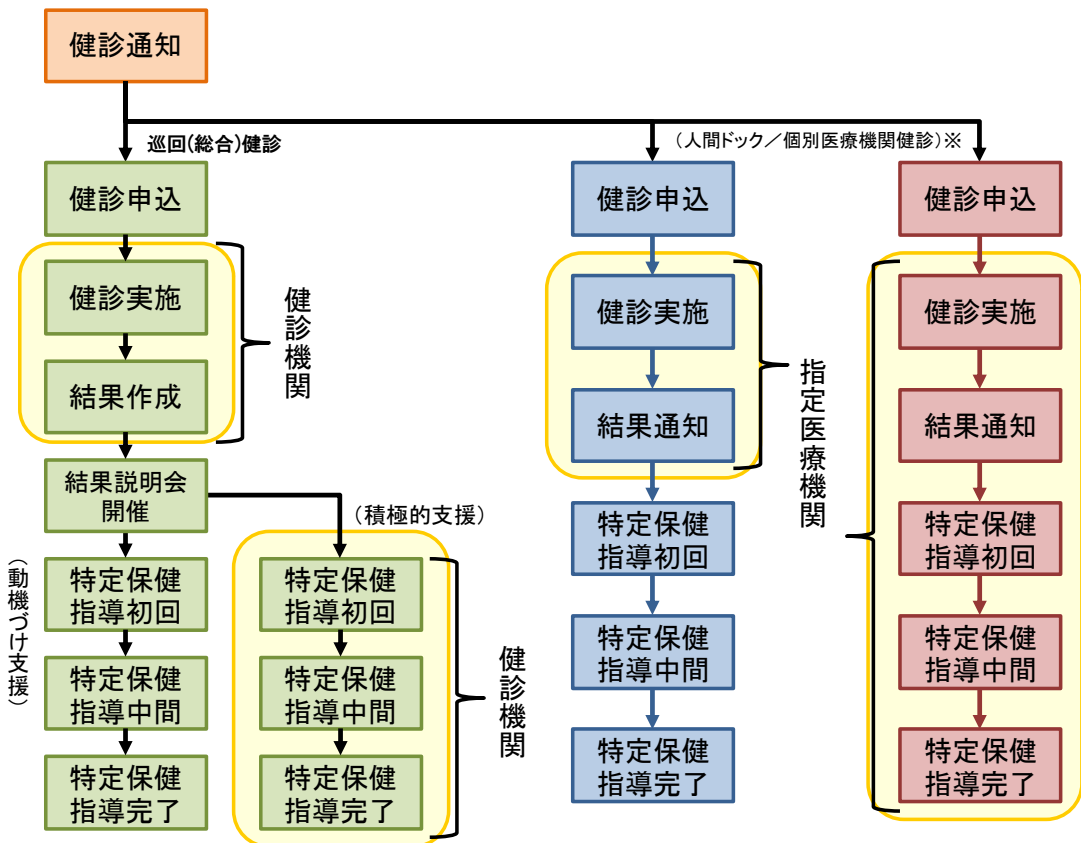
本市においては以下の機関を代行機関として業務を委託する。

代行機関名：山梨県国民健康保険団体連合会

8. 全体の流れと外部委託

特定健康診査と特定保健指導は、次に示した流れで実施する。また、特定健康診査における健診実施に係る業務や一部の特定保健指導に係る業務などについては、外部委託により効率的かつ効果的な実施を図る。

特定健康診査特定保健指導の流れ



※人間ドック・個別医療機関健診の指定医療機関のうち、特定保健指導に対応可能な指定医療機関においては、特定保健指導の実施も委託する。

1. 個人情報の保護

個人情報保護関係規定の遵守

個人の健康に関する情報が集まっている特定健康診査特定保健指導のデータは重要度の高い個人情報が集積しており、個人情報保護の観点から極めて慎重に取り扱う必要がある。

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づくガイドライン（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「医療介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等）及び南アルプス市個人情報保護条例が定められている。これらのガイダンス等における職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について遵守するとともに周知を図る。また特定健康診査・特定保健指導データの電子媒体による保存等は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守する。

また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に明示し、委託先の契約遵守状況を管理する。

2. データの管理・保存期間

(1) データの利用目的

特定健康診査特定保健指導のデータは、個人別、経年別等に整理、保管し、個々人の保健指導に役立てるとともに、長期的な経年変化をたどり疫学的な分析、発症時期の予測による保健指導や受診勧奨等の重点化等に活用する。

(2) データの管理と参照権限

特定健康診査特定保健指導のデータの管理については、山梨県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）に委託する。

健診機関等から提出されたデータは、国保連が管理する「特定健康診査等データ管理システム」に専用回線で接続する専用端末（国保年金課に設置されたパソコン）からのみ参照可能とし、パスワードにて管理を行い、担当職員のみでの操作に限定する。

データの管理を行う国保連や健診等を実施する医療機関等の外部委託においても目的外の使用の禁止等を委託契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況の管理を行う。

(3) 保存年限及びデータの廃棄

本来、データは本人に帰属するものであり、本人が生涯にわたり自己の健康管理のため保管すべきものであるが、医療保険者において保健指導等でのデータの有効活用を図るためには、特定健康診査特定保健指導のデータはできる限り長期間保存することが望ましい。これらを踏まえ、保健指導に活用する範囲の年数として最低5年間は保存する。また、他医療保険者に異動する等加入者でなくなった場合は、最低異動年度の翌年度末まで保存することとする。

今後、大量なデータの長期にわたる保管が大きな負担となり、順次廃棄を行っていく際には、確実にデータの消去、廃棄を行う。

3. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあるため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図る。

4. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行う。

(2) 計画の見直し

計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行うものとする。

5. 事業運営上の留意事項

(1) 各種健(検)診等との連携

特定健康診査の実施に当たっては、健康増進法及び介護保険法に基づき実施する健(検)診等についても可能な限り連携して実施するものとする。

(2) 健康づくり事業との連携

特定健康診査特定保健指導の対象となる年代だけでなく、生活習慣病予防のためには、40歳より若い世代へ働きかけ、生活習慣病のリスクの周知や日々の生活スタイルを見直していくことが重要になる。そのためには、関係部署が実施する保健事業とも連携しながら生活習慣病予防を推進していく必要がある。

卷末資料

1. 用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡率	標準化死亡率は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡率が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

用語		説明
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごしていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー／情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

2. 疾病分類

疾病分類表 (2013年版)

コード	疾病分類	主な疾病		
I. 感染症及び寄生虫症				
0101	腸管感染症	下痢症	急性胃腸炎	感染性胃腸炎
0102	結核	肺結核	結核性胸膜炎	潜在性結核感染症
0103	主として性的伝播様式をとる感染症	梅毒	クラミジア頸管炎	淋病
0104	皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス性疾患	尋常性疣贅	帯状疱疹	単純ヘルペス
0105	ウイルス性肝炎	B型肝炎	C型肝炎	C型慢性肝炎
0106	その他のウイルス性疾患	アデノウイルス感染症	流行性角結膜炎	R Sウイルス感染症
0107	真菌症	足白癬	皮膚カンジダ症	爪白癬
0108	感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	陳旧性肺結核	肺結核後遺症	小児麻疹後遺症
0109	その他の感染症及び寄生虫症	ヘリコバクター・ピロリ感染症	溶連菌感染症	敗血症
II. 新生物<腫瘍>				
0201	胃の悪性新生物<腫瘍>	胃癌	早期胃癌	胃体部癌
0202	結腸の悪性新生物<腫瘍>	大腸癌	S状結腸癌	上行結腸癌
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸癌	直腸S状部結腸癌	直腸癌術後再発
0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	肝癌	肝細胞癌	原発性肝癌
0205	気管, 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	肺癌	上葉肺癌	下葉肺癌
0206	乳房の悪性新生物<腫瘍>	乳癌	乳房上外側部乳癌	乳癌再発
0207	子宮の悪性新生物<腫瘍>	子宮体癌	子宮頸癌	子宮癌
0208	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	非ホジキンリンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
0209	白血病	成人T細胞白血病リンパ腫	白血病	慢性骨髄性白血病
0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	前立腺癌	睪癌	膀胱癌
0211	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	子宮筋腫	脳腫瘍	肺腫瘍
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害				
0301	貧血	鉄欠乏性貧血	貧血	巨赤芽球性貧血
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	播種性血管内凝固	血液凝固異常	血小板減少症
IV. 内分泌, 栄養及び代謝疾患				
0401	甲状腺障害	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症	甲状腺腫
0402	糖尿病	糖尿病	2型糖尿病	糖尿病網膜症
0403	脂質異常症	高脂血症	高コレステロール血症	脂質異常症
0404	その他の内分泌, 栄養及び代謝疾患	脱水症	高尿酸血症	卵巣機能不全
V. 精神及び行動の障害				
0501	血管性及び詳細不明の認知症	認知症	血管性認知症	老年精神病
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	ニコチン依存症	アルコール依存症	急性アルコール中毒
0503	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	統合失調症様状態	幻覚妄想状態
0504	気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む)	うつ病	うつ状態	躁うつ病
0505	神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	不安神経症	神経症	心身症
0506	知的障害<精神遅滞>	知的障害	軽度知的障害	重度知的障害
0507	その他の精神及び行動の障害	摂食障害	器質性精神障害	せん妄

コード	疾病分類	主な疾病		
VI. 神経系の疾患				
0601	パーキンソン病	パーキンソン症候群	パーキンソン病	パーキンソン病Y a h r 3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
VII. 眼及び付属器の疾患				
0701	結膜炎	アレルギー性結膜炎	結膜炎	慢性結膜炎
0702	白内障	白内障	加齢性白内障	後発白内障
0703	屈折及び調節の障害	近視性乱視	遠視性乱視	老視
0704	その他の眼及び付属器の疾患	ドライアイ	緑内障	眼精疲労
VIII. 耳及び乳様突起の疾患				
0801	外耳炎	外耳炎	外耳湿疹	急性外耳炎
0802	その他の外耳疾患	耳垢栓塞	耳介軟骨膜炎	耳瘻孔
0803	中耳炎	滲出性中耳炎	急性中耳炎	中耳炎
0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭位めまい症	末梢性めまい症	耳性めまい
0807	その他の耳疾患	感音難聴	難聴	耳鳴症
IX. 循環器系の疾患				
0901	高血圧性疾患	高血圧症	本態性高血圧症	高血圧性心疾患
0902	虚血性心疾患	狭心症	急性心筋梗塞	心筋梗塞
0903	その他の心疾患	心不全	不整脈	慢性心不全
0904	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血後遺症	脳動脈瘤破裂
0905	脳内出血	脳出血	脳出血後遺症	視床出血
0906	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞後遺症	多発性脳梗塞
0907	脳動脈硬化（症）	脳動脈硬化症	動脈硬化性脳症	
0908	その他の脳血管疾患	内頸動脈狭窄症	頸動脈硬化症	脳血管障害
0909	動脈硬化（症）	閉塞性動脈硬化症	動脈硬化症	動脈硬化性網膜症
0911	低血圧（症）	起立性低血圧症	低血圧症	起立性調節障害
0912	その他の循環器系の疾患	深部静脈血栓症	末梢循環障害	慢性動脈閉塞症
X. 呼吸器系の疾患				
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>	感冒	急性鼻炎	急性鼻咽頭炎
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	咽頭炎	急性咽頭炎	扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症	急性上気道炎	急性咽頭喉頭炎	急性副鼻腔炎
1004	肺炎	肺炎	急性肺炎	マイコプラズマ肺炎
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	クループ性気管支炎

コード	疾病分類	主な疾病		
1006	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	花粉症	季節性アレルギー性鼻炎
1007	慢性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎急性増悪
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	気管支炎	気管気管支炎	びまん性気管支炎
1009	慢性閉塞性肺疾患	慢性気管支炎	肺気腫	慢性閉塞性肺疾患
1010	喘息	気管支喘息	喘息性気管支炎	気管支喘息発作
1011	その他の呼吸器系の疾患	インフルエンザ	呼吸不全	誤嚥性肺炎
X I. 消化器系の疾患				
1101	う蝕	う蝕	二次う蝕	う蝕第2度
1102	歯肉炎及び歯周疾患	歯周炎	歯肉炎	歯冠周囲炎
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	顎関節症	歯痛	顎関節炎
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	出血性胃潰瘍
1105	胃炎及び十二指腸炎	慢性胃炎	胃炎	急性胃炎
1106	痔核	内痔核	痔核	外痔核
1107	アルコール性肝疾患	アルコール性肝障害	アルコール性肝炎	アルコール性肝硬変
1108	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	慢性肝炎	活動性慢性肝炎	慢性肝炎増悪
1109	肝硬変（アルコール性のものを除く）	肝硬変症	原発性胆汁性肝硬変	非代償性肝硬変
1110	その他の肝疾患	肝機能障害	脂肪肝	肝障害
1111	胆石症及び胆のう炎	胆のう結石症	胆のう炎	総胆管結石
1112	膵疾患	膵炎	急性膵炎	慢性膵炎
1113	その他の消化器系の疾患	便秘症	逆流性食道炎	口内炎
X II. 皮膚及び皮下組織の疾患				
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	皮膚感染症	蜂窩織炎	膿痂疹性湿疹
1202	皮膚炎及び湿疹	湿疹	皮膚炎	アトピー性皮膚炎
1203	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	皮脂欠乏症	皮脂欠乏性湿疹	じんま疹
X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患				
1301	炎症性多発性関節障害	関節リウマチ	痛風	関節炎
1302	関節症	変形性膝関節症	変形性関節症	変形性股関節症
1303	脊椎障害（脊椎症を含む）	腰部脊柱管狭窄症	変形性腰椎症	頸椎症
1304	椎間板障害	腰椎椎間板症	腰椎椎間板ヘルニア	頸椎椎間板ヘルニア
1305	頸腕症候群	頸肩腕症候群	頸肩腕障害	
1306	腰痛症及び坐骨神経痛	腰痛症	坐骨神経痛	筋筋膜性腰痛症
1307	その他の脊柱障害	腰椎すべり症	背部痛	頸部痛
1308	肩の傷害<損傷>	肩関節周囲炎	肩関節腱板炎	肩石灰性腱炎
1309	骨の密度及び構造の障害	骨粗鬆症	閉経後骨粗鬆症	脊椎骨粗鬆症
1310	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	筋肉痛	神経痛	関節痛
X IV. 腎尿路生殖器系の疾患				
1401	糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患	腎炎	腎盂腎炎	水腎症
1402	腎不全	慢性腎不全	腎性貧血	腎不全

コード	疾病分類	主な疾病		
1403	尿路結石症	腎結石症	尿管結石症	尿路結石症
1404	その他の腎尿路系の疾患	膀胱炎	腎機能低下	尿路感染症
1405	前立腺肥大（症）	前立腺肥大症	前立腺症	
1406	その他の男性生殖器の疾患	慢性前立腺炎	前立腺炎	亀頭包皮炎
1407	月経障害及び閉経周辺期障害	更年期症候群	月経困難症	萎縮性膣炎
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	子宮腔部びらん	細菌性膣炎	膣炎
X V. 妊娠, 分娩及び産じょく				
1501	流産	稽留流産	異所性妊娠	絨毛性疾患
1502	妊娠高血圧症候群	妊娠高血圧症候群	重症妊娠高血圧症候群	子癇
1503	単胎自然分娩	自然頭位分娩	自然分娩	単胎自然分娩
1504	その他の妊娠, 分娩及び産じょく	切迫流産	子宮内感染症	血液型不適合
X VI. 周産期に発生した病態				
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	子宮内胎児発育遅延	低出生体重児	早産児
1602	その他の周産期に発生した病態	新生児黄疸	胎児ジストレス	A B O因子不適合
X VII. 先天奇形, 変形及び染色体異常				
1701	心臓の先天奇形	心房中隔欠損症	心室中隔欠損症	先天性心疾患
1702	その他の先天奇形, 変形及び染色体異常	足底角化症	角皮症	毛孔性苔癬
X VIII. 症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの				
1800	症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	頭痛	嘔吐症	めまい症
X IX. 損傷, 中毒及びその他の外因の影響				
1901	骨折	腰椎圧迫骨折	肋骨骨折	大腿骨頸部骨折
1902	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	脳挫傷	外傷性脳出血	硬膜下血腫
1903	熱傷及び腐食	熱傷	第2度熱傷	手熱傷
1904	中毒	刺虫症	蜂刺症	食中毒
1905	その他の損傷及びその他の外因の影響	打撲傷	結膜異物	捻挫
X X I. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用				
2101	検査及び診査のための保健サービスの利用者	検診	健康診断	胃癌検診
2102	予防接種	予防接種		
2103	正常妊娠及び産じょくの管理並びに家族計画	妊娠	正常妊娠	多産婦
2104	歯の補てつ			
2105	特定の処置（歯の補てつを除く）及び保健ケアのための保健サービスの利用者	抜釘	気管切開口に対する手当て	骨髄移植ドナー
2106	その他の理由による保健サービスの利用者	白内障術後	ペースメーカー植え込み後	人工股関節置換術後
X X II. 特殊目的用コード				
2210	重症急性呼吸器症候群 [SARS]	重症急性呼吸器症候群		
2220	その他の特殊目的用コード			
分類外				
9999	分類外	ICD-10及び疾病分類に該当のない疾病		