

蕪崎市国民健康保険
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

令和6年3月
蕪崎市

はじめに	4
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 基本的事項	6
背景と目的 / 計画の位置づけ / 計画期間	6
実施体制・関係者連携	7
基本情報 / 現状の整理	8
第2章 健康・医療情報等の分析と課題	9
数的データ・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 / 地域特性	9
重症化・合併症発症 / 要介護状態・死亡 / 医療費適正化	10
健康問題と健康課題	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(経年比較)	16
図表2-2 特定健康診査受診率(性・年齢階層別)	17
図表2-3 特定保健指導実施状況(令和4年度)	18
図表2-4 特定保健指導実施状況(経年比較)	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	22
図表4-1 年度別医療費の状況	24
図表4-2 性・年齢階層別医療費の状況	25
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)	26
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)	27
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)	28
図表6 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)	29
図表7 人工透析に関する分析	30
図表8 質問票調査の状況(令和4年度)	31
図表9 検査項目別 有所見者の状況(男女別・年代別)(令和4年度)	32
図表10 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)	34
図表11 受診行動適正化指導対象者に係る分析	36
図表12 ジェネリック医薬品普及率に係る分析	38
図表13 長期多剤服薬者に関わる分析	39
図表14 死因の状況	41
第3章 計画全体	43
健康課題	43
計画全体の目的・目標/評価指標/現状値/目標値	44
保健事業一覧	44

第4章	個別事業計画	45
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	45
	事業番号1-1 特定健康診査	47
	事業番号1-2 特定保健指導	49
	事業分類 2 糖尿病対策	51
	事業番号2 糖尿病性腎症重症化予防事業(ハイリスク者への保健指導)	53
	事業分類 3 生活習慣病予防	55
	事業番号3 健診異常値放置者受診勧奨事業	55
	評価指標一覧	57
	計画全体(総合アウトカム)	57
	事業分類：特定健康診査・特定保健指導	59
	事業分類：糖尿病対策	61
	個別保健事業	63
第5章	その他	65
	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	65
	個人情報の取扱い / 地域包括ケアに係る取組	65
第6章	その他の保健事業	66
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	68
	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	68
	4. データ分析期間	69
第2章	特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	70
	1. 取組の実施内容	70
	2. 特定健康診査の受診状況	71
	3. 特定保健指導の実施状況	74
	4. メタボリックシンドローム該当状況	79
	5. 第3期計画の評価と考察	81
第3章	特定健康診査に係る詳細分析	82
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	82
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	83
第4章	特定健康診査等実施計画	89
	1. 目標 / 2. 対象者数推計	89
	3. 実施方法	91
	4. 目標達成に向けての取組	97
	5. 実施スケジュール	98
第5章	その他	99
	1. 個人情報の保護	99
	2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	99
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	99
	4. 他の健診との連携	100
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	100
巻末資料		101
	1. 用語解説集	102
	2. 疾病分類	104

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。

菫崎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、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和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

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。」と掲げられました。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。」と定められました。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組の推進が掲げられ、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ました。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、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。</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ます。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す。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します。</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す。</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します。本計画において推進・強化する取組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、理解を図るものとします。</p>
<p>計画期間</p>		<p>令和6年度から令和11年度までの6年間とします。</p>

実施体制・ 関係者連携	庁内組織	<p>韮崎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、保健衛生部署等の関係部署や県、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、国保部署が主体となって行います。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、後期高齢者医療部署や介護保険部署、生活保護部署(福祉事務所)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します。</p> <p>国保部署は、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、体制を確保します。</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・協力が重要となります。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、連携強化に努めます。</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ます。</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				(令和5年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		28,205		14,145		14,060	
国保加入者数(人)	合計	6,008	100.0%	2,973	100.0%	3,035	100.0%
	0～39歳(人)	1,068	17.8%	558	18.8%	510	16.8%
	40～64歳(人)	1,886	31.4%	964	32.4%	922	30.4%
	65～74歳(人)	3,054	50.8%	1,451	48.8%	1,603	52.8%
	平均年齢(歳)	56.5歳		55.7歳		57.1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	韮崎市医師会と糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図ります。
山梨県(保健所)	関係機関との調整及び、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ます。
国民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します。 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ます。
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します。

(2) 現状の整理

保険者の 特性	被保険者数の推移	令和4年度末の被保険者数は6,008人で、平成30年度末の6,693人から年々減少傾向にあります。年齢階層別にみると、全ての年代で減少傾向ですが、70歳～74歳の被保険者は増えており、高齢化が進んでいます。
	年齢別被保険者 構成割合	39歳以下が17.8%、40歳～64歳が31.4%、65歳～74歳が50.8%。県や国の平均よりも64歳以下の割合が低く、65歳～74歳の割合が高くなっています。(令和4年度)
前期計画等に係る考察	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率向上事業の実施により、勧奨対象者の受診率は向上しました。コロナの影響で令和2年度は下がったものの、令和4年度52.5%とコロナ前の値に回復しています。今後は受診率の低い層への積極的なアプローチにより、さらなる受診率の向上を目指します。 ・特定保健指導の連絡を事前に入れることで、初回指導率を維持することができています。指導途中の離脱者を減らすために、対象者と連絡が取れない際には、市保健師より電話連絡を入れ、委託者への連絡を促していきます。 ・健診異常値放置者に対する医療機関への受診勧奨に関して、視覚的に分かりやすい通知(個人の検査値が入ったもの)を送付することで、医療機関受診に繋がっています。今後も引き続き分かりやすい通知の作成に努め、受診勧奨を行っていきます。 ・糖尿病性腎症重症化予防や受診行動適正化指導事業(重複・頻回受診、重複服薬)は、プログラム参加者については概ね指導が実施できており、改善も見られます。ただ、プログラムへの参加者が少ないため、今後様々な工夫を凝らし、参加者を増やしていく必要があります。 ・ジェネリック医薬品の普及率は、毎年の通知等の効果もあり、国の基準である80%を超えることができました。引き続き対象者に対して通知を行い、普及率を向上させます。 	

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

1 現状	数的データ	<p>(健診問診項目の該当者割合、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 喫煙 (全体) 15.3% (40～64歳) 22.9% 咀嚼(ほとんど噛めない) 0.8% 1回30分以上の運動習慣なし (全体) 70.5% (40～64歳) 82.5% 歩行速度が遅い 63.5% 睡眠不足 58.1% 1日飲酒量 1～2合 33.1% 1日飲酒量 2～3合 19.4% 1日飲酒量 3合以上 5.0% 保健指導の希望なし 95.5% 受診率は、52.5%と県平均より高い。 40代・50代の受診率が低く、特に男性の受診率が低いです。 	<p>(健診検査項目の有所見率、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 非肥満高血糖 11.0% メタボ 該当者(全体) 18.0% (女性) 9.9% (65～74歳) 44.8% メタボ 予備群(全体) 10.6% (男性) 17.5% (40～65歳) 11.9% <p><メタボ該当者・予備群></p> <ul style="list-style-type: none"> 腹囲(総数) 31.3% 腹囲(男性) 49.6% 腹囲(女性) 16.3% 血圧のみ 8.4% 血糖・血圧 3.7% 血糖・脂質 1.1% 	<p>(医療費の状況、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療費分析生活習慣病に占める割合 糖尿病 10.9% 高血圧症 5.9% 疾病別医療費(細小分類) 糖尿病(市1位) 5.1% 健診対象者一人当たり 健診受診者 3,315円 健診未受診者 12,260円 生活習慣病対象者一人当たり 健診受診者 9,653円 健診未受診者 35,697円 受診勧奨者 60.1% 医療機関受診率 53.8% 医療機関非受診率 6.3%
	質的データ	<ul style="list-style-type: none"> 畑仕事をしている高齢者が多いです。 買い物などの外出は、車で移動する人がほとんど。外に出ても歩いている人を見かけません。 ブドウや桃など農業が盛んなため、時期によっては、果物の摂取量が増えます。 無尽の文化があり、定期的に飲み会をしていました。(コロナ前) 市のウォーキング事業の参加者は、半数以上が70歳以上の高齢者です。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導にて市民から「昔からの生活(早食い、味付け)を変えるのは難しい」という話を聞きます。 喫煙している人は、身体に悪いことが分かっているにもかかわらずやめる気がない人が多いです。糖尿病をなんとなくで理解している人が多く、危険な合併症があることを知らない人が多いです。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導にて市民から「独り身だからいつ病気になってもいい」という話を聞きました。

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>県北西部に位置し、甲府盆地北西端に属します。やや横長の市域で、東西は南アルプス国立公園や県立南アルプス巨摩自然公園に属する山地や丘陵地となっています。冬には八ヶ岳おろしと呼ばれる冷たい風にさらされます。</p>	<p>第1次産業では、桃・ブドウ等の果樹産業が盛んです。</p>	<p>JR 中央本線が横断し、周辺都市を連絡する中央道(韮崎IC)、国道20号、国道141号などの幹線道路が通っており、周辺の都市に容易にアクセスができます。</p>	<p>およそ20箇所の診療所、5箇所の病院、10箇所の以上の歯科医療機関があり、ほとんどが医師会や歯科医師会に所属しています。</p>	<p>市民参加型のイベントの開催や各場面で行政への参画を促す取組を実施しています。</p>	<p>令和8年度には新たな市営体育館の整備が完了する見込みであり、地域の健康づくりやスポーツ等活動の協働を期待しています。</p>

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)

- ・一人当たり医療費 30,672円
- ・受診率 75.2%
- ・医療費割合(入院) 42.6%
- ・件数の割合(入院) 2.7%
- ・1件当たり在院日数 17.3日
- ・医療費分析生活習慣病に占める割合
がん 32.4%、
動脈硬化症 0.6%、
脳出血 2.7%
- ・疾病別医療費(細小分類)
肺がん(市3位) 4.0%
- ・既往歴(脳卒中) 3.4%
- ・既往歴(心臓病) 8.5%
- ・費用額
心疾患(入院) 県内9位
心疾患(外来) 県内22位
- ・HbA1c有所見者割合
(40～64歳) 52.4%
(65～74歳) 73.3%

・自覚症状が少ない疾患(特に生活習慣病)では、「今、体調は悪くないからね。」との理由で受診に繋がらない場合があります。

E 要介護状態・死亡

(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) 80.3歳
平均寿命(女性) 87.1歳
- ・平均余命(男性) 80.7歳
平均余命(女性) 88.1歳
- ・死因
がん 51.1%
自殺 3.4%
- ・介護認定者 脳疾患 25.2%
- ・1件当たりの介護給付費
居宅サービス 48,610円

・健診、医療、介護、介護予防事業にて健康状態を把握できている者もいれば、閉じこもりがちで症状が悪化してから受診や介護となる者もいます。

F 医療費適正化

(重複頻回受診、重複・多剤投与者、後発医薬品の使用状況、等)

- ・重複頻回受診者及び重複服薬者が被保険者全体の0.99%(61人)(がん、認知症、人工透析等の人を除く)
- ・長期多剤投与者が被保険者全体の7%(419人)
- ・後発医薬品の使用割合は84.1%(令和4年度実績)と国の基準値である80%を超えています。

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)

- ・喫煙者が15.3%で、国、県よりも多く、日頃から喫煙が体に悪いと思ってもやめられない人が多いです。
- ・運動なし、睡眠不足、飲酒量が多いなどの生活習慣の問題があります。
- ・メタボ予備群、該当者は県とほぼ同じ傾向ですが、男性40歳代メタボ予備群がやや多いです。
- ・血糖有所見者の割合が、国、県より高いです。
- ・HbA1cの有所見者は、60歳代、70歳代の女性に多いです。
- ・拡張期血圧の有所見者は、40歳代、50歳代の男性に多いです。
- ・健診後の医療機関受診勧奨者が多いですが、受診している人は半数程度です。
- ・一人当たりの医療費、受診率が、国、県に比べて高く、入院の割合がやや高いです。被保険者に高齢者が多いこと、医療機関にアクセスしやすい環境であることも関係していると考えられます。
- ・医療費の割合は、国、県と同様の傾向です。糖尿病、慢性腎不全(透析あり)の順に割合が高いです。
- ・千人当たりのレセプト件数が、国、県に比べて、糖尿病・高血圧症で多いです。
- ・千人当たりのレセプト件数で、慢性腎臓病(透析あり)の割合は国、県に比べて低いですが、慢性腎臓病(透析なし)の割合が高いです。今後、透析になる可能性の高い人が多いと考えられます。
- ・主たる死因の割合で、悪性新生物が最も高く、県よりも高くなっています。平成30年度と比べて高くなっています。
- ・がんの医療費の内訳としては、肺がんの医療費が高く、細小分類でみると医療費が第3位となっています。



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	全医療費に占める糖尿病の割合が高く、千人当たりのレセプト件数は、糖尿病、高血圧症が国・県に比べて多いです。また、今後、人工透析に移行する可能性の高い慢性腎臓病(透析なし)の件数が多く、重症化が進行していると考えられます。	✓
B	健診で、血糖有所見者、血圧有所見者の割合が高く、医療機関受診勧奨者が多いです。健診時すでに、脳卒中、心臓病の既往歴がある人が多く、健診受診者の1人当たりの医療費が高いです。生活習慣病の早期発見に至らず、治療が遅れている可能性があります。	
C	若い男性のメタボ予備群、血糖有所見者、血圧有所見者の割合が高いです。若い時からの運動不足、飲酒、喫煙、睡眠不足など生活習慣の問題が考えられます。	✓
D	死因の割合で、1位が悪性新生物51.1%と県や国よりも高い値です。悪性新生物の医療費の内訳をみると肺がんが入院・外来共に高くなっています。喫煙率の高さが、肺がんの医療費の高騰に繋がっていると考えられます。	

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：令和5年8月) *5 健診の①～③に関して、韮崎市・県は法定報告値とし、国はKDBデータ令和5年12月取得のものとする
-----	---------------	----	---

項目	韮崎市		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		28,979		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 からみる地域 の健康課題	
		65歳以上 (高齢化率)		8,906	30.72	245,884	31.01	35,335,805	28.59		
		75歳以上		4,432	15.29	128,751	16.21	18,248,742	14.73		
		65～74歳		4,474	15.44	117,133	14.80	17,087,063	13.86		
		40～64歳		9,965	34.39	267,271	33.81	41,545,893	33.75		
	39歳以下		10,108	34.89	277,991	35.18	46,332,563	37.66			
	② 産業構成	第1次産業		10.5		7.3		4.0	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データ からみる地域 の健康課題		
		第2次産業		32.8		28.4		25.0			
		第3次産業		56.6		64.3		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.3		80.9		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
女性		87.1		87.2		87.0					
④ 平均余命	男性		80.7		81.8		81.7				
	女性		88.1		88.2		87.8				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	97.5		96.4		100.0	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
			女性	98.6		97.4		100.0			
		死因	がん		89	51.1	2,433	48.1		378,272	50.6
			心臓病		46	26.4	1,394	27.5		205,485	27.5
			脳疾患		26	14.9	794	15.7		102,900	13.8
			糖尿病		2	1.1	107	2.1		13,896	1.9
			腎不全		5	2.9	205	4.0		26,946	3.6
	自殺		6	3.4	129	2.5	20,171	2.7			
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,283	14.5	41,372	16.9	6,724,030	19.4		
		新規認定者		22	0.2	804	0.3	110,289	0.3		
		2号認定者		20	0.2	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		315	22.8	10,479	23.9	1,712,613	24.3	
			高血圧症 (高血圧性心疾患含む)		666	48.2	22,563	52.0	3,744,672	53.3	
			脂質異常症		300	21.6	12,599	28.9	2,308,216	32.6	
			心臓病(高血圧含む)		761	55.8	25,665	59.2	4,224,628	60.3	
			脳疾患		339	25.2	9,037	21.2	1,568,292	22.6	
			がん		160	11.4	5,097	11.5	837,410	11.8	
			筋・骨格		657	48.1	22,559	51.9	3,748,372	53.4	
			精神(認知症含む)		501	35.9	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)		70,498		67,719		59,662	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
		居宅サービス		48,610		44,773		41,272			
		施設サービス		289,714		293,634		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		9,258		8,622		8,610	認定あり 認定なし			
			4,071		4,029		4,020				

※ 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 の色とリンク(各項の根拠データとなる部分)

項目			韮崎市		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	6,085		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	3,063	50.3	79,358	44.4	11,129,271		40.4
			40～64歳	1,919	31.6	59,078	33.0	9,088,015		33.1
			39歳以下	1,103	18.1	40,458	22.6	7,271,596		26.5
		加入率	21.0		22.6		22.3			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	5	0.8	60	0.3	8,237	0.3	
			診療所数	28	4.6	697	3.9	102,599	3.7	
			病床数	668	109.8	10,684	59.7	1,507,471	54.8	
			医師数	69	11.3	2,101	11.7	339,611	12.4	
			外来患者数	732.8		693.7		687.8		
			入院患者数	20		18.5		17.7		
	③	医療費 の状況	一人当たり医療費	30,672		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	752.8		712.2		705.4		
			外 来	費用の割合	57.4		60.7			60.4
				件数の割合	97.3		97.4			97.5
			入 院	費用の割合	42.6		39.3			39.6
				件数の割合	2.7		2.6			2.5
			1件当たり在院日数	17.3		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	388,902,800	32.4	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)	71,780,390	6	3,311,781,560	10	397,973,706,500	8.2	
糖尿病			130,338,230	10.9	3,412,667,590	10.3	504,849,658,850	10.4		
高血圧症			70,280,850	5.9	1,905,817,780	5.7	285,960,196,900	5.9		
精神			168,648,490	14.1	5,365,979,730	16.2	712,427,626,380	14.7		
筋・骨格			249,073,170	20.8	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	3,315		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	12,260		11,642		13,295		
		生活習慣病 対象者 一人当たり	健診受診者	9,653		8,675		6,142		
			健診 未受診者	35,697		35,235		40,210		
⑥	健診・ レセ実合	受診勧奨者	1,110	60.1	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	994	53.8	31,102	53	3,558,319	52		
		医療機関非受診率	116	6.3	3,353	5.7	339,640	5		

項目				韮崎市		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 (件当たり)	入院	糖尿病	583,922	19位 (16)					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	629,204	17位 (18)						
				脂質異常症	601,918	13位 (19)						
				脳血管疾患	683,142	13位 (21)						
				心疾患	772,642	9位 (20)						
				腎不全	615,096	17位 (21)						
				精神	541,172	5位 (25)						
				悪性新生物	748,351	9位 (12)						
		県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	外来	糖尿病	38,752	18位						
				高血圧	29,957	24位						
				脂質異常症	29,439	11位						
				脳血管疾患	30,181	24位						
				心疾患	45,051	22位						
				腎不全	90,745	24位						
入院の ()内は 在院日数	精神	24,121	21位									
	悪性新生物	69,155	10位									
5 健診	①-⑱	特定健診 の状況	県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	メタボ該当・ 予備群レベル	健診受診者	2,353		58,769		6,875,056		
					受診率(見込み)	52.5		46.9		37.6		
					特定保健指導終了者 (実施率)	140	65.4	2,969	48.4	203,239	24.9	
					非肥満高血糖	204	11.0	5,823	9.9	618,057	9.0	
					メタボ	該当者	332	18.0	10,517	17.9	1,388,590	20.3
						男性	231	27.8	7,726	28.8	970,094	32.0
						女性	101	9.9	2,791	8.8	418,496	11.0
					予備群	予備群	196	10.6	6,026	10.3	768,935	11.2
						男性	145	17.5	4,416	16.5	542,453	17.9
						女性	51	5.0	1,610	5.1	226,482	5.9
					腹囲	総数	578	31.3	18,242	31.1	2,391,618	35.0
						男性	412	49.6	13,318	49.6	1,674,817	55.3
						女性	166	16.3	4,924	15.5	716,801	18.8
					BMI	総数	77	4.2	2,671	4.6	321,466	4.7
						男性	10	1.2	430	1.6	51,547	1.7
						女性	67	6.6	2,241	7.0	269,919	7.1
					血糖のみ	6	0.3	305	0.5	43,725	0.6	
					血圧のみ	156	8.4	4,542	7.7	541,974	7.9	
					脂質のみ	34	1.8	1,179	2.0	183,236	2.7	
血糖・血圧	68	3.7	1,903	3.2	204,070	3.0						
血糖・脂質	21	1.1	427	0.7	70,564	1.0						
血圧・脂質	141	7.6	4,844	8.3	662,217	9.7						
血糖・血圧・脂質	102	5.5	3,343	5.7	451,739	6.6						

項目			韮崎市		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	702	38.0	20,795	35.5	2,437,293	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の 把握
			糖尿病	175	9.5	5,568	9.5	591,972	8.7	
			脂質異常症	437	23.6	14,858	25.3	1,907,025	27.9	
	②	既往歴	脳卒中(脳出血・ 脳梗塞等)	62	3.4	1,469	2.6	208,100	3.1	
			心臓病(狭心症・ 心筋梗塞等)	157	8.5	3,804	6.7	0	5.5	
			腎不全	17	0.9	514	0.9	54,096	0.8	
			貧血	133	7.2	3,493	6.2	704,463	10.7	
	③		喫煙	283	15.3	8,396	14.3	944,145	13.8	
	④		週3回以上朝食を抜く	156	8.4	4,938	8.8	646,557	10.4	
	⑤		食後間食(毎日)	388	21.0	12,033	22.8	1,332,369	21.6	
	⑥		週3回以上就寝前夕食	167	9.0	6,486	11.5	981,532	15.7	
	⑦		食べる速度が速い	515	27.9	16,254	28.8	1,666,344	26.8	
	⑧		咀嚼(噛みにくい)	295	16.0	8,969	17.0	1,236,259	19.9	
			咀嚼 (ほとんど噛めない)	15	0.8	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	496	26.8	17,408	30.8	2,184,280	35.0	
	⑩		1回30分以上運動習慣 なし	1,303	70.5	37,862	67.1	3,763,456	60.4	
	⑪		1日1時間以上運動 なし	667	36.1	24,300	43.1	2,993,291	48.0	
	⑫		歩行速度が遅い	1,173	63.5	32,342	57.3	3,153,736	50.8	
⑬	睡眠不足		1,073	58.1	23,528	41.7	1,593,714	25.6		
⑭	毎日飲酒		372	20.1	12,126	21.5	1,666,174	25.5		
⑮	時々飲酒		381	20.6	12,109	21.4	1,469,490	22.5		
⑯	一日 飲酒 量		1合未満	320	42.5	14,947	52.1	2,987,540	64.1	
			1～2合	249	33.1	8,916	31.1	1,106,496	23.7	
			2～3合	146	19.4	3,906	13.6	436,918	9.4	
			3合以上	38	5.0	929	3.2	129,644	2.8	
⑰	生活 習慣		改善意欲なし	427	23.1	14,060	24.9	1,698,458	27.6	
			改善意欲あり	184	10.0	9,670	17.1	1,761,153	28.6	
			改善意欲ありかつ 始めている	175	9.5	6,142	10.9	857,746	13.9	
⑱			保健指導の希望なし	1,765	95.5	45,415	80.5	3,873,500	63.3	

図表2-1 特定健康診査受診率(経年比較)

出典

韮崎市・山梨県：法定報告
 国：①平成30年度～令和3年
 度 国民健康保険中央会 市
 町村国保特定健診・保健指導
 実施状況(速報値)より
 ②令和4年度 国保デー
 タベース(KDB)システム「地域の
 全体像の把握」令和5年12月取
 得データ

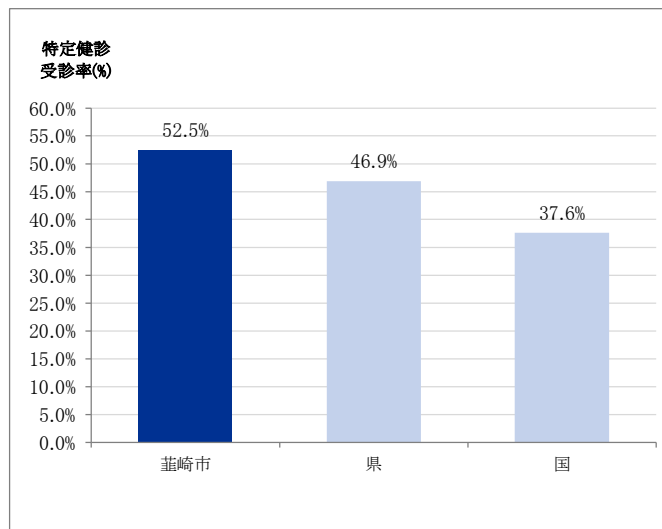
データ分析の
 結果

・令和4年度の受診率は52.5%で県平均(46.9%)よりも高く、平成30年度と比較すると1.7ポイント上昇しています。

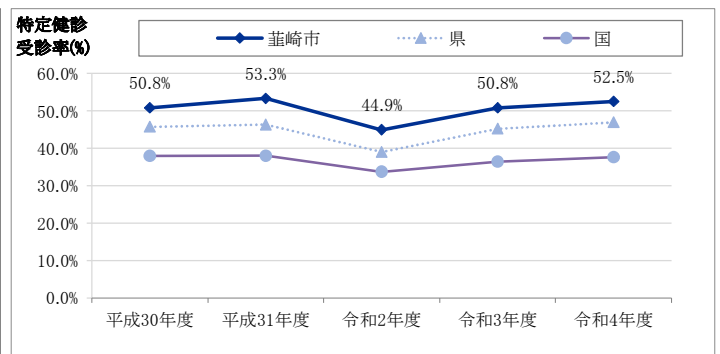
特定健康診査受診率(年度別)

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
韮崎市	50.8%	53.3%	44.9%	50.8%	52.5%
県	45.7%	46.3%	39.0%	45.2%	46.9%
国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	37.6%

特定健診受診率(令和4年度)



特定健康診査受診率(年度別)



図表2-2

特定健康診査受診率(性・年齢階層別)

出典 法定報告

データ分析の結果

- ・男性(48.5%)、女性(56.2%)で男性の受診率が低いです。
- ・特に40歳代・50歳代の受診率が男女ともに低くなっています。

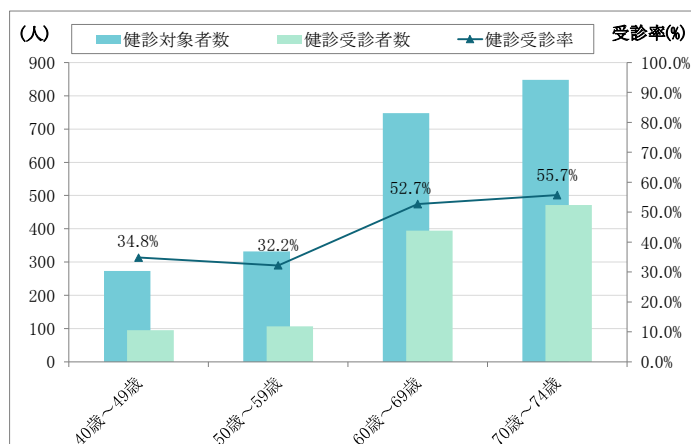
【男性】

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	273	95	34.8%	30.5%
	50～59歳	332	107	32.2%	33.3%
	60～69歳	748	394	52.7%	47.3%
	70～74歳	848	472	55.7%	50.8%
	計	2201	1068	48.5%	43.7%

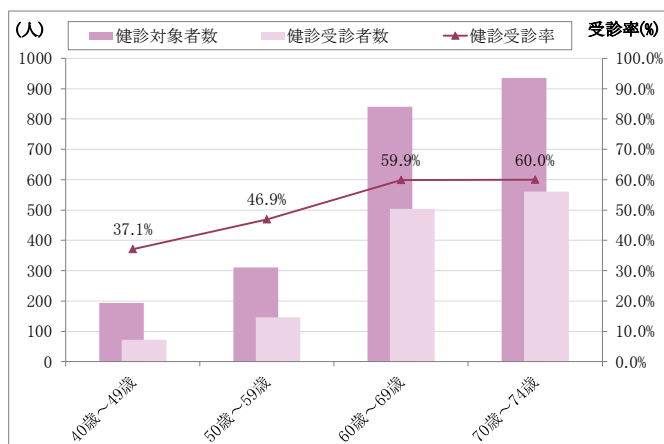
【女性】

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	194	72	37.1%	36.3%
	50～59歳	311	146	46.9%	41.5%
	60～69歳	841	504	59.9%	54.2%
	70～74歳	935	561	60.0%	53.8%
	計	2281	1283	56.2%	50.3%

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)



図表2-3

特定保健指導実施状況(令和4年度)

出典

韮崎市・山梨県：法定報告
国：国保データベース(KDB)
システム「地域の全体像の把握」12月取得データ

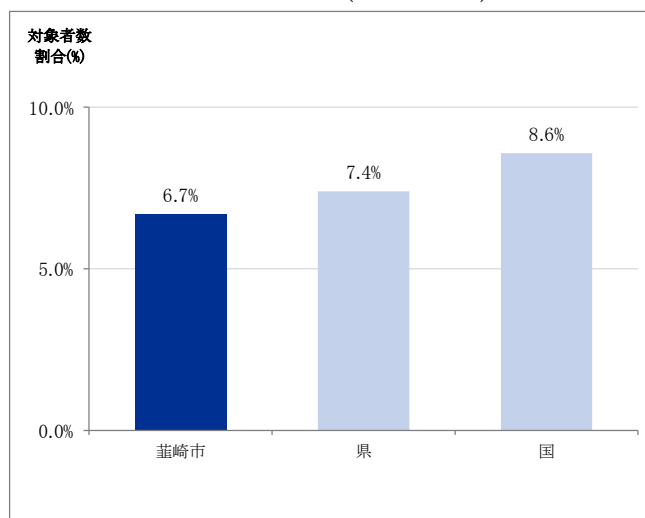
データ分析の結果

- ・令和4年度の特定保健指導の実施率は65.4%で県の48.4%よりも高いです。
- ・保健指導の支援対象者数割合(9.1%)は県と比較して低いです。

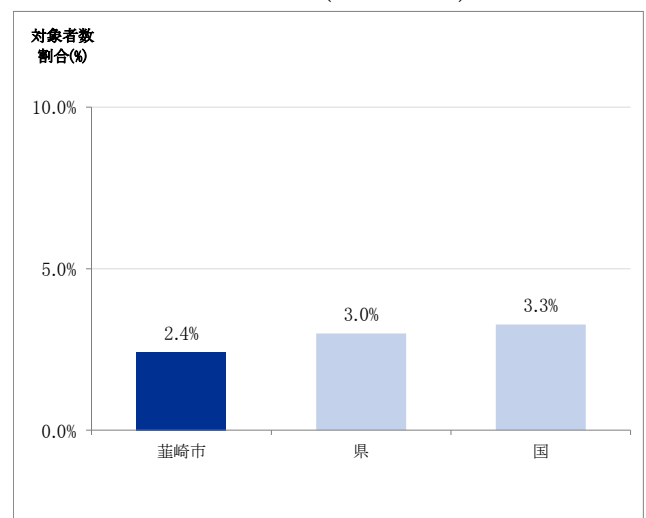
特定保健指導実施状況(令和4年度)

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
韮崎市	6.7%	2.4%	9.1%	65.4%
県	7.4%	3.0%	10.5%	48.4%
国	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

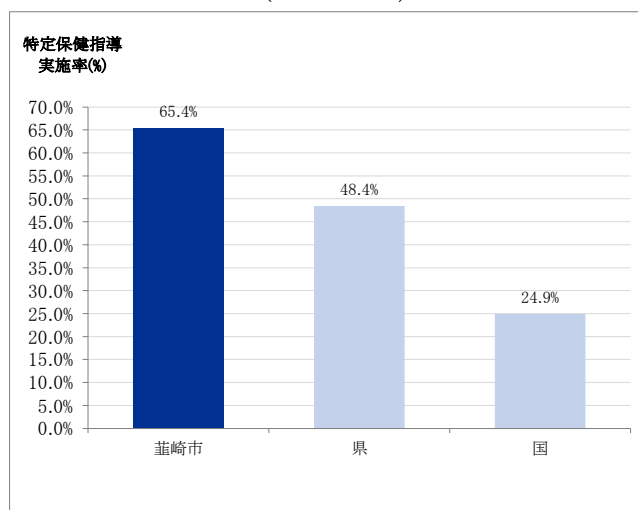
動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



積極的支援対象者数割合(令和4年度)



特定保健指導実施率(令和4年度)



図表2-4 特定保健指導実施状況(経年比較)

出典

蕪崎市・山梨県：法定報告
 国：①平成30年度～令和3年度 国民健康保険中央会 市町村国保特定健診・保健指導実施状況(速報値)より
 ②令和4年度 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ

データ分析の結果

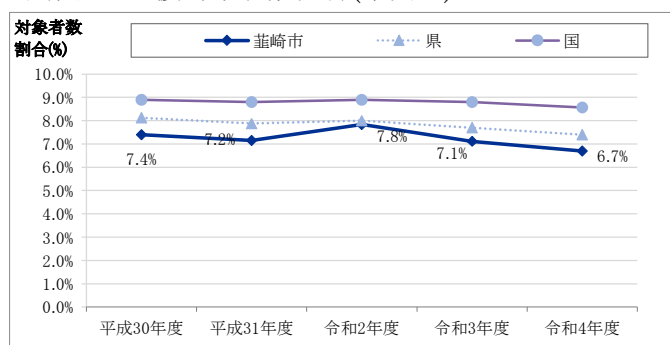
- ・令和4年度の特定保健指導実施率は平成30年度と比較して3.1ポイント増加しています。
- ・動機付け支援対象者数割合は平成30年度と比較し0.7ポイント減少し、積極的支援対象者数割合も平成30年度と比較して0.6ポイント減少しています。

特定保健指導実施状況(年度別)

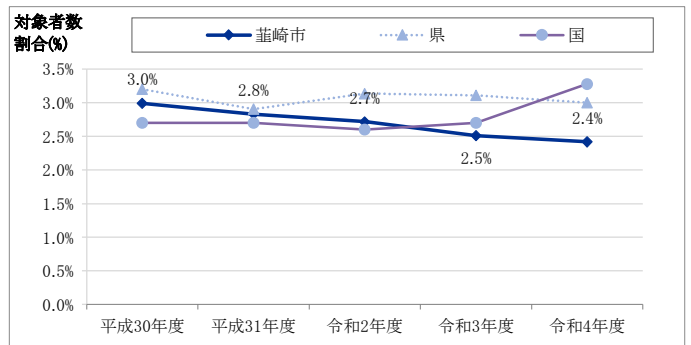
区分	動機付け支援対象者数割合					積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
蕪崎市	7.4%	7.2%	7.8%	7.1%	6.7%	3.0%	2.8%	2.7%	2.5%	2.4%
県	8.1%	7.9%	8.0%	7.7%	7.4%	3.2%	2.9%	3.1%	3.1%	3.0%
国	8.9%	8.8%	8.9%	8.8%	8.6%	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	3.3%

区分	支援対象者数割合					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	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
蕪崎市	10.4%	10.0%	10.6%	9.6%	9.1%	62.3%	74.0%	65.9%	64.5%	65.4%
県	11.2%	10.7%	11.1%	10.7%	10.5%	47.0%	52.1%	46.0%	50.4%	48.4%
国	11.6%	11.5%	11.4%	11.5%	11.9%	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	24.9%

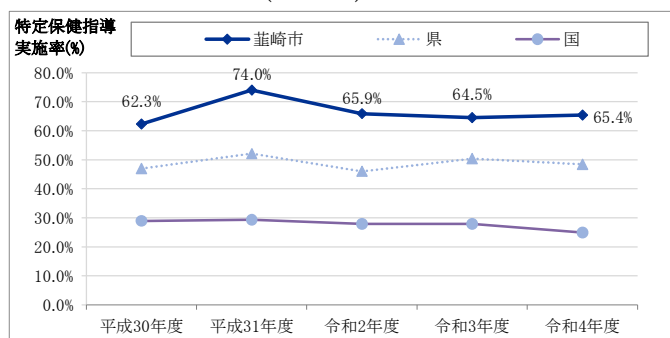
動機付け支援対象者数割合(年度別)



積極的支援対象者数割合(年度別)



特定保健指導実施率(年度別)



図表3-1	人口動態	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」 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

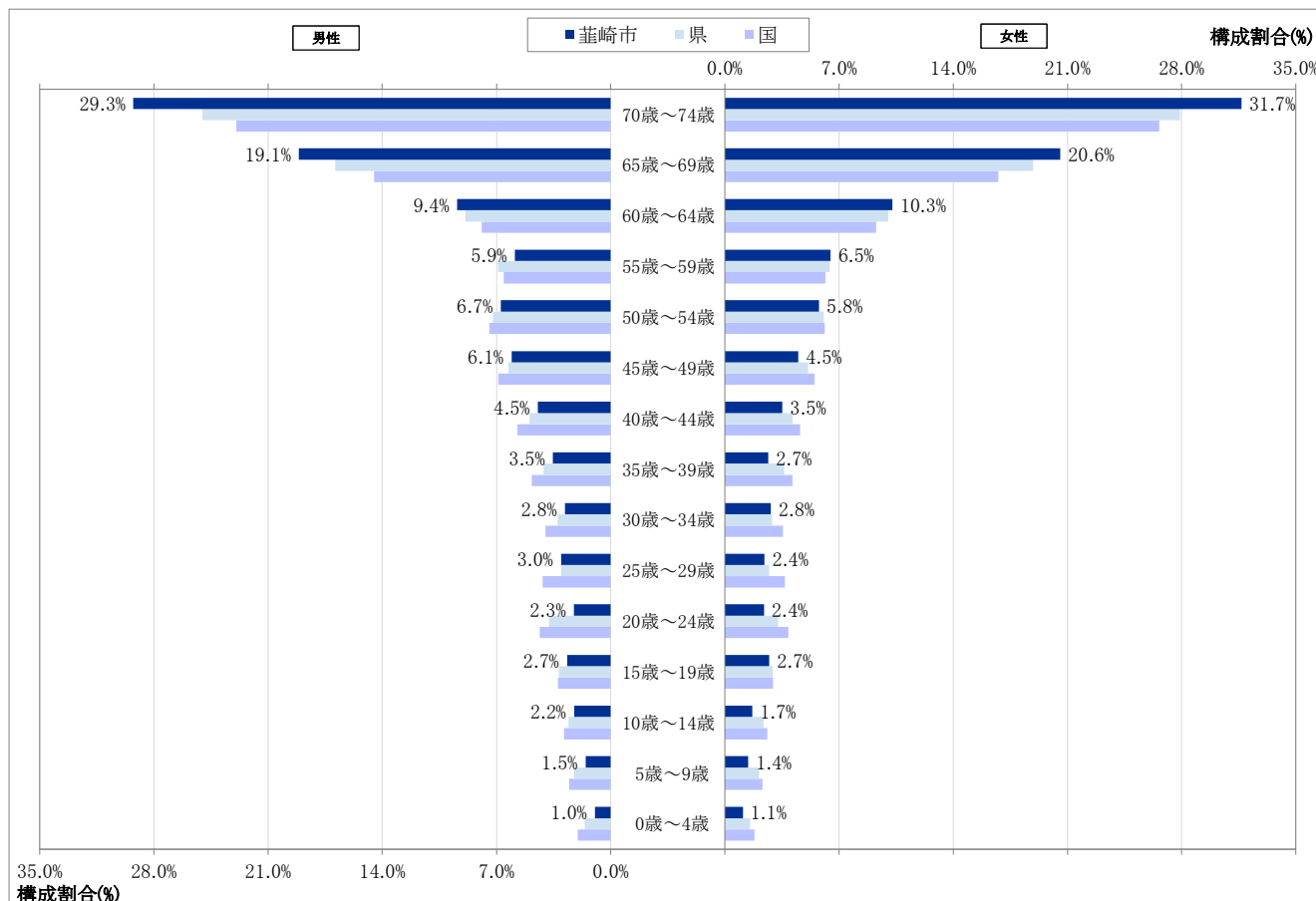
- ・ 韮崎市の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は30.7%であり、県との比較でほぼ等倍、同規模との比較で0.8倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は6,085人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は21.0%です。国民健康保険被保険者平均年齢は56.5歳です。

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
韮崎市	28,979	30.7%	6,085	21.0%	56.5	5.2	11.5
県	791,146	31.1%	178,894	22.6%	53.8	6.6	12.4
同規模	32,195	36.2%	7,214	22.4%	56.1	5.5	15.1
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)

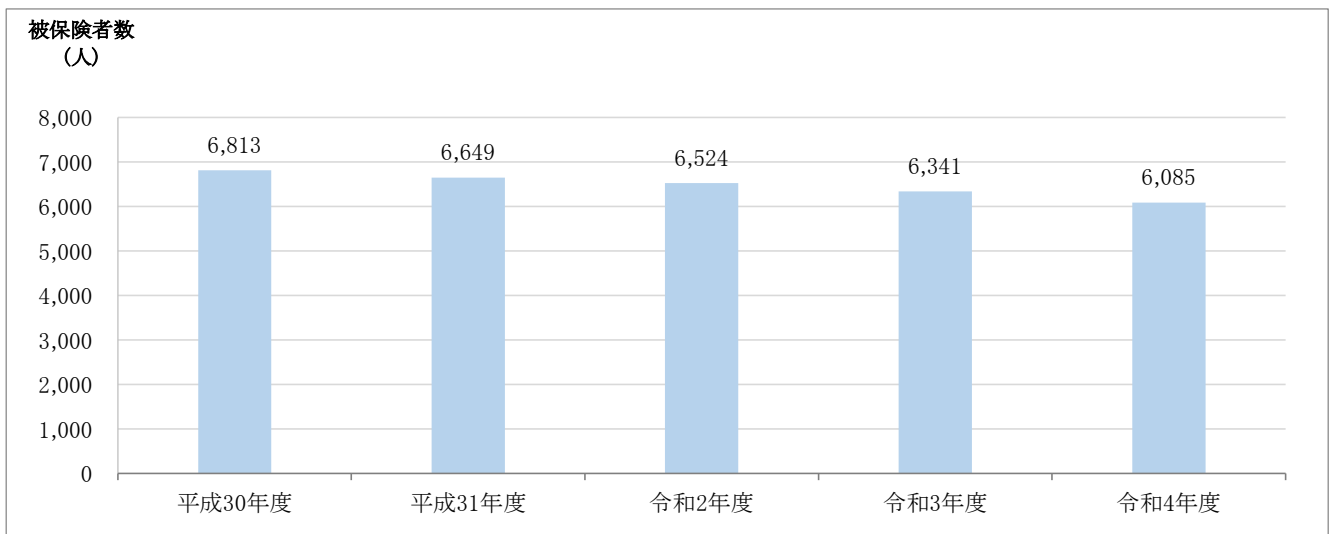


出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

図表3-1 人口動態

国保データベース(KDB)システム
「人口及び被保険者の状況」
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」

年度別 被保険者数



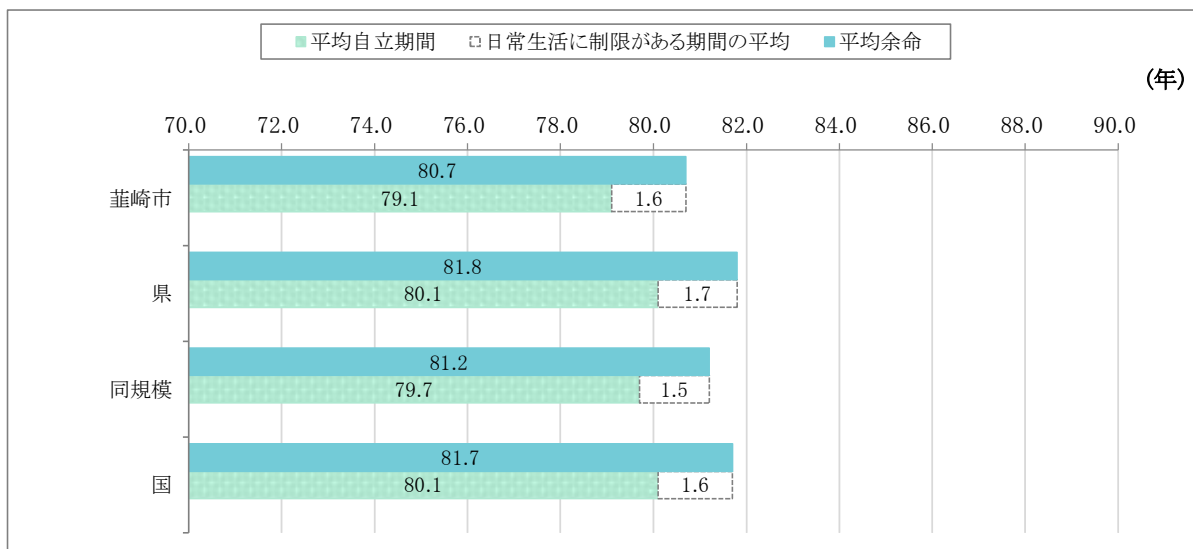
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表3-2	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」
-------	-------------	--

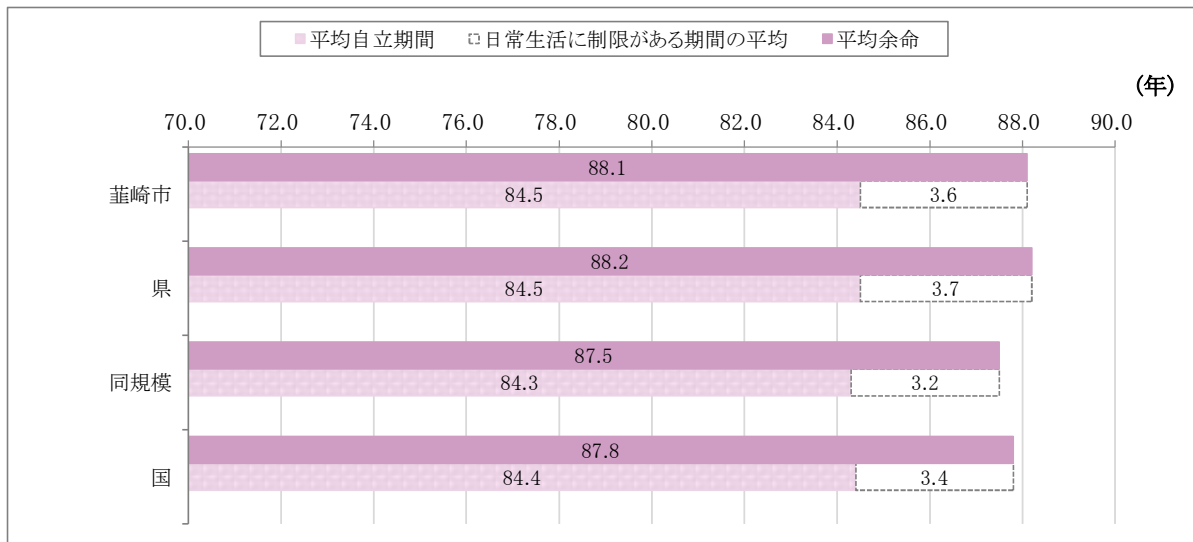
データ分析の結果

- 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ものです。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ます。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す。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ます。
- 本市の男性の平均余命は80.7年、平均自立期間は79.1年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.6年で、国の1.6年から横ばい傾向にあります。本市の女性の平均余命は88.1年、平均自立期間は84.5年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.6年で、国の3.4年よりも長い傾向にあります。経年で比較すると、男性における令和4年度の平均自立期間79.1年は平成30年度78.0年から1.1年延伸しています。女性における令和4年度の平均自立期間84.5年は平成30年度83.4年から1.1年延伸しています。

(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)

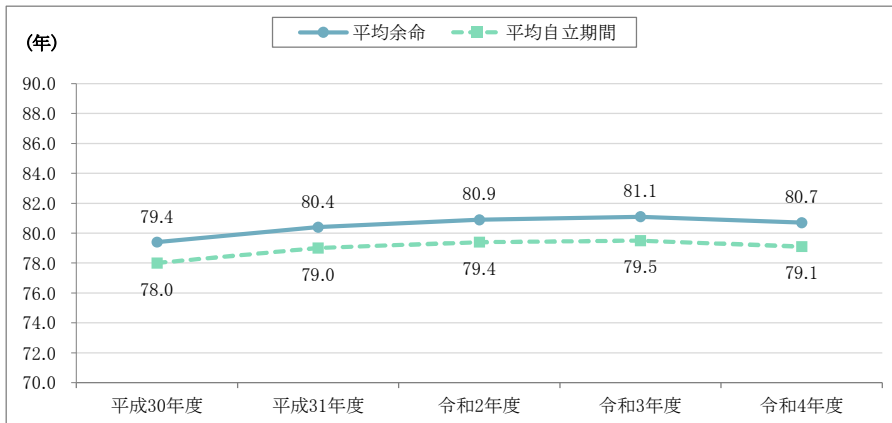


出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

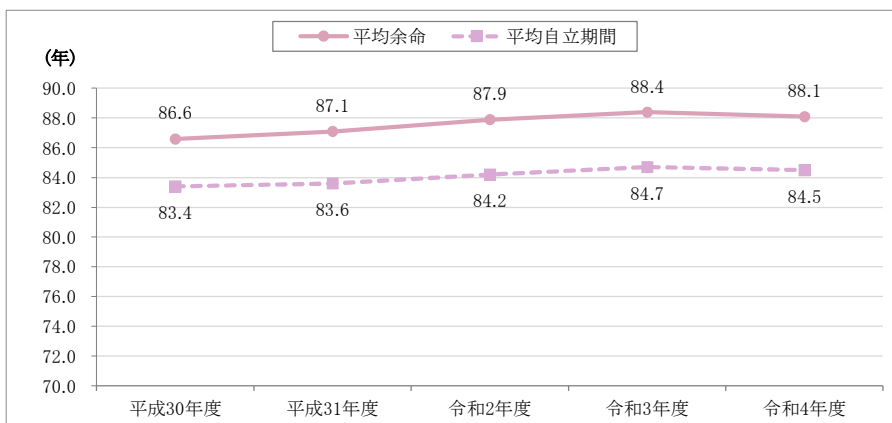
図表3-2 平均余命と平均自立期間

出典 国保データベース(KDB) システム 「地域の全体像の把握」

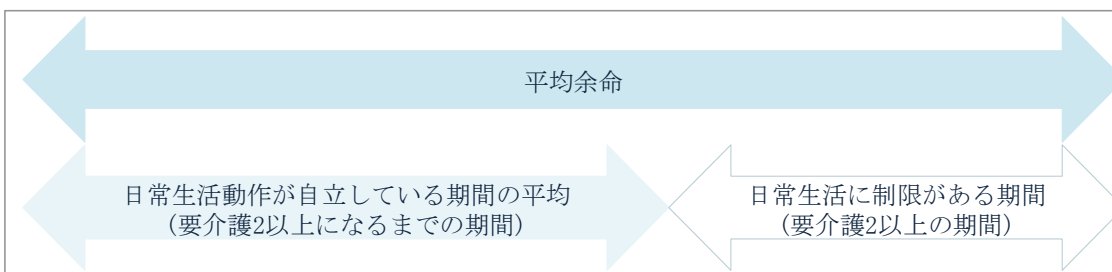
(男性)年度別 平均余命と平均自立期間



(女性)年度別 平均余命と平均自立期間



【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、医療費及び被保険者一人当たりの医療費も増加傾向です。
- ・平成30年度と比べると、外来医療費は横ばい傾向ですが、入院医療費がかなり増加傾向です。

年度別 医療費の状況

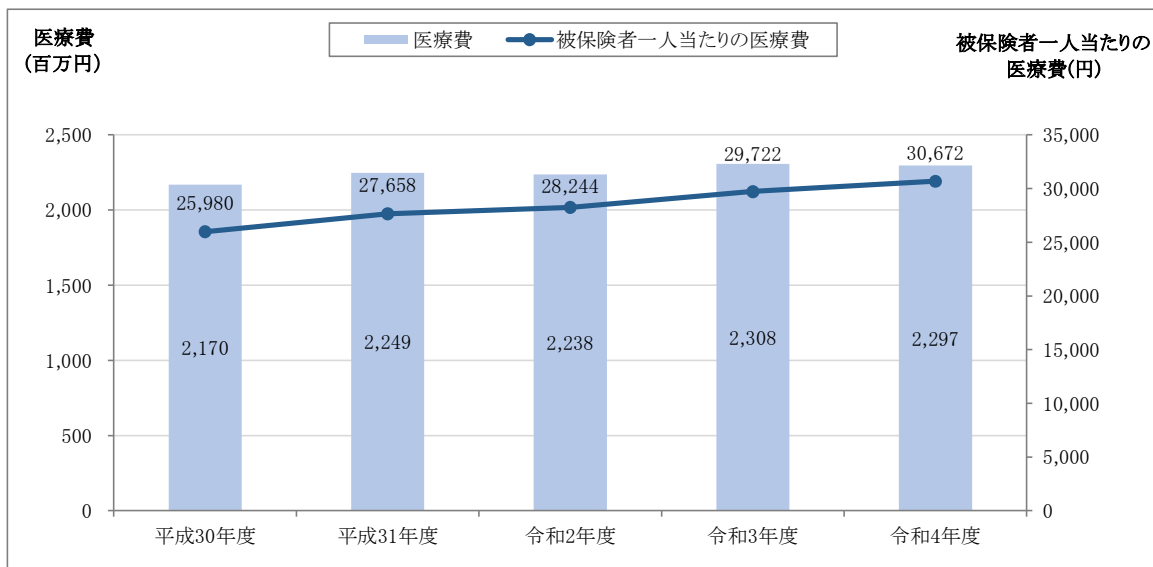
年度	医療費(円)	被保険者一人当たりの医療費(円) ※
平成30年度	2,169,958,370	25,980
平成31年度	2,248,522,260	27,658
令和2年度	2,237,853,450	28,244
令和3年度	2,308,327,370	29,722
令和4年度	2,297,301,550	30,672

年度別 入院・外来別医療費

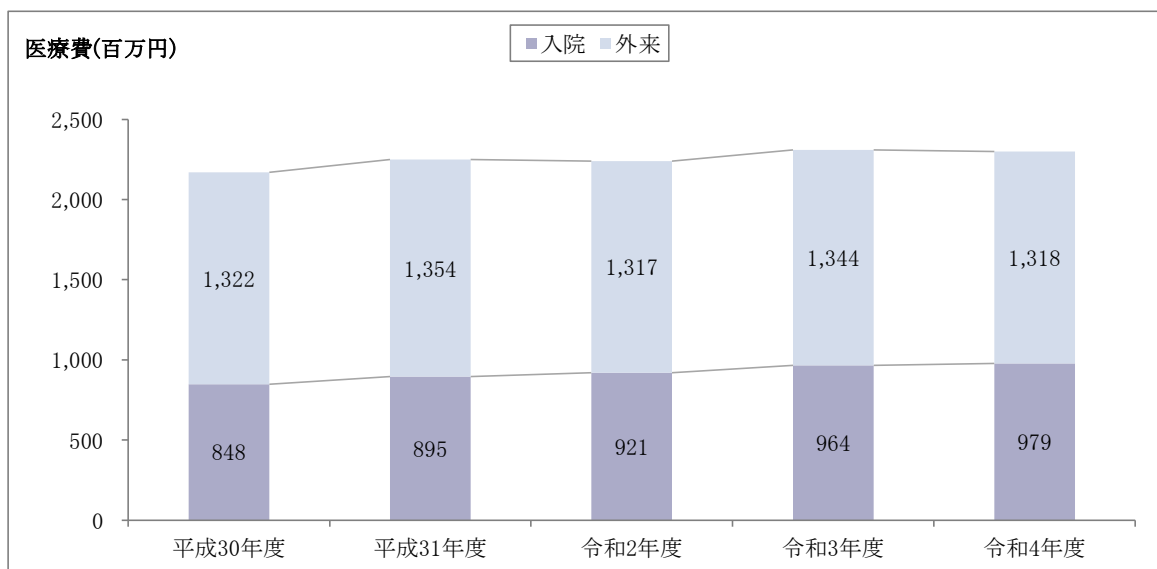
年度	入院医療費(円)	外来医療費(円)	医療費合計(円)
平成30年度	848,331,920	1,321,626,450	2,169,958,370
平成31年度	894,707,490	1,353,814,770	2,248,522,260
令和2年度	920,646,140	1,317,207,310	2,237,853,450
令和3年度	964,067,580	1,344,259,790	2,308,327,370
令和4年度	978,972,720	1,318,328,830	2,297,301,550

※被保険者一人当たりの医療費…1ヵ月分相当。

年度別 医療費の状況



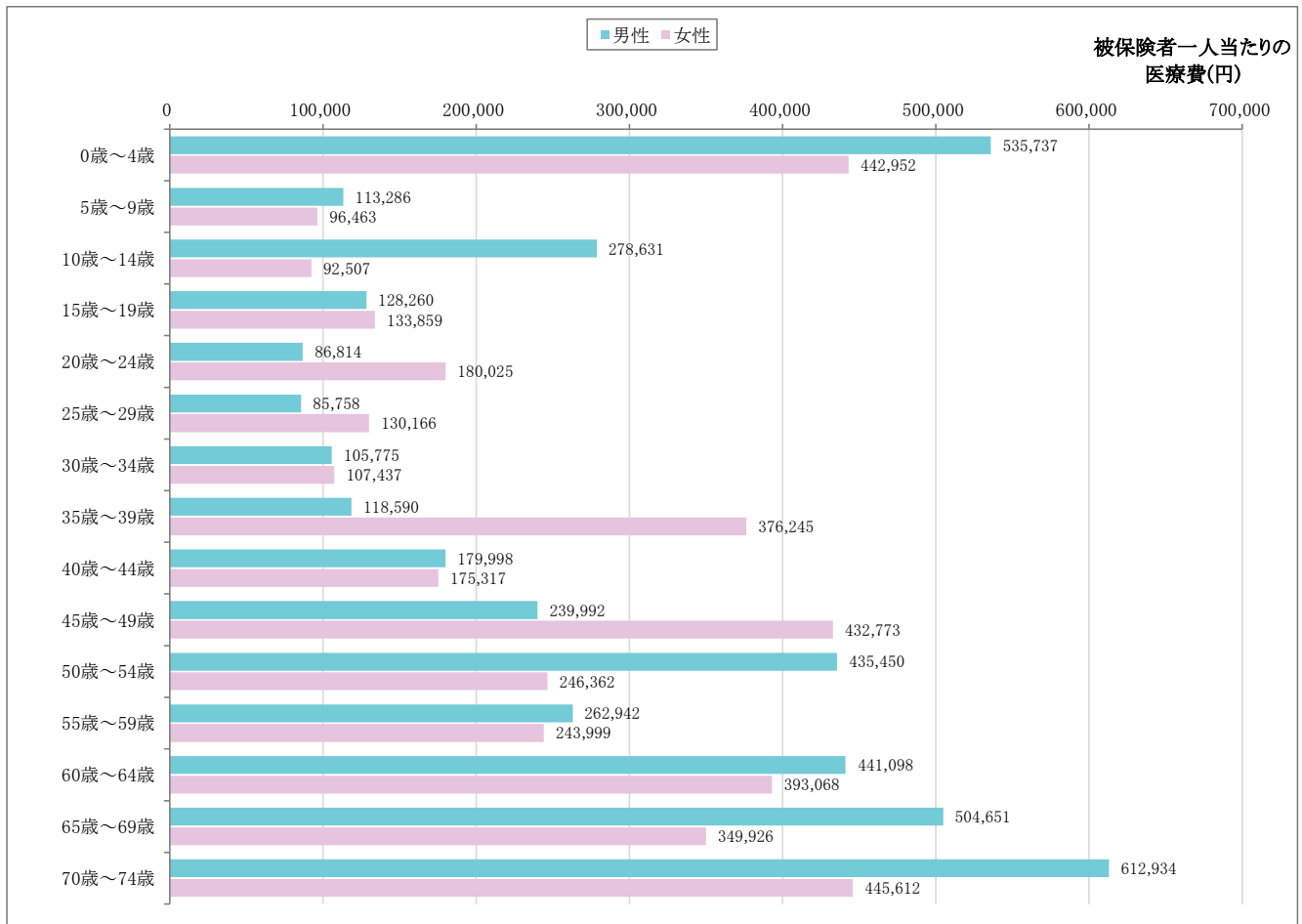
年度別 入院・外来別医療費



図表4-2	性・年齢階層別医療費の状況	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	<p>・男女年齢階層別にみると、男性の0歳～4歳、10歳～14歳、50歳～54歳、60歳～74歳 女性の0歳～4歳、35歳～39歳、45歳～49歳、70歳～74歳で医療費が高くなっています。</p> <p>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。</p> <p>男性：0歳～ 4歳 先天奇形、変形及び染色体異常、妊娠及び胎児発育に関連する障害、その他の呼吸器系の疾患</p> <p>男性：10歳～14歳 その他の呼吸器系の疾患、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</p> <p>男性：50歳～54歳 虚血性心疾患、脊椎障害、がん(肺がん等)、腎不全(透析等)</p> <p>男性：60歳～64歳 統合失調症、がん(前立腺がん等)、糖尿病、がん(肺がん)</p> <p>男性：65歳～69歳 その他の神経疾患、糖尿病、がん(前立腺がん等)、統合失調症</p> <p>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)</p> <p>女性：0歳～ 4歳 その他の周産期に発生した病態、てんかん</p> <p>女性：35歳～39歳 その他の呼吸器系の疾患、脳性麻痺、その他の神経系の疾患、慢性閉塞性肺疾患</p> <p>女性：45歳～49歳 心疾患(不整脈等)、がん(肺がん・その他のがん等)、その他の神経系の疾患</p> <p>女性：60歳～64歳 がん(肺がん・乳がん・その他のがん等)、脳内出血、関節症</p> <p>女性：65歳～69歳 関節症、腎不全(透析等)、心疾患(心不全等)、がん(悪性新生物等)</p> <p>女性：70歳～74歳 腎不全(透析等)、がん(肺がん)、高血圧症、心疾患(心不全等)</p> <p>*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</p>
----------	---

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

最大医療資源傷病名別 医療費構成比(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」

データ分析の結果

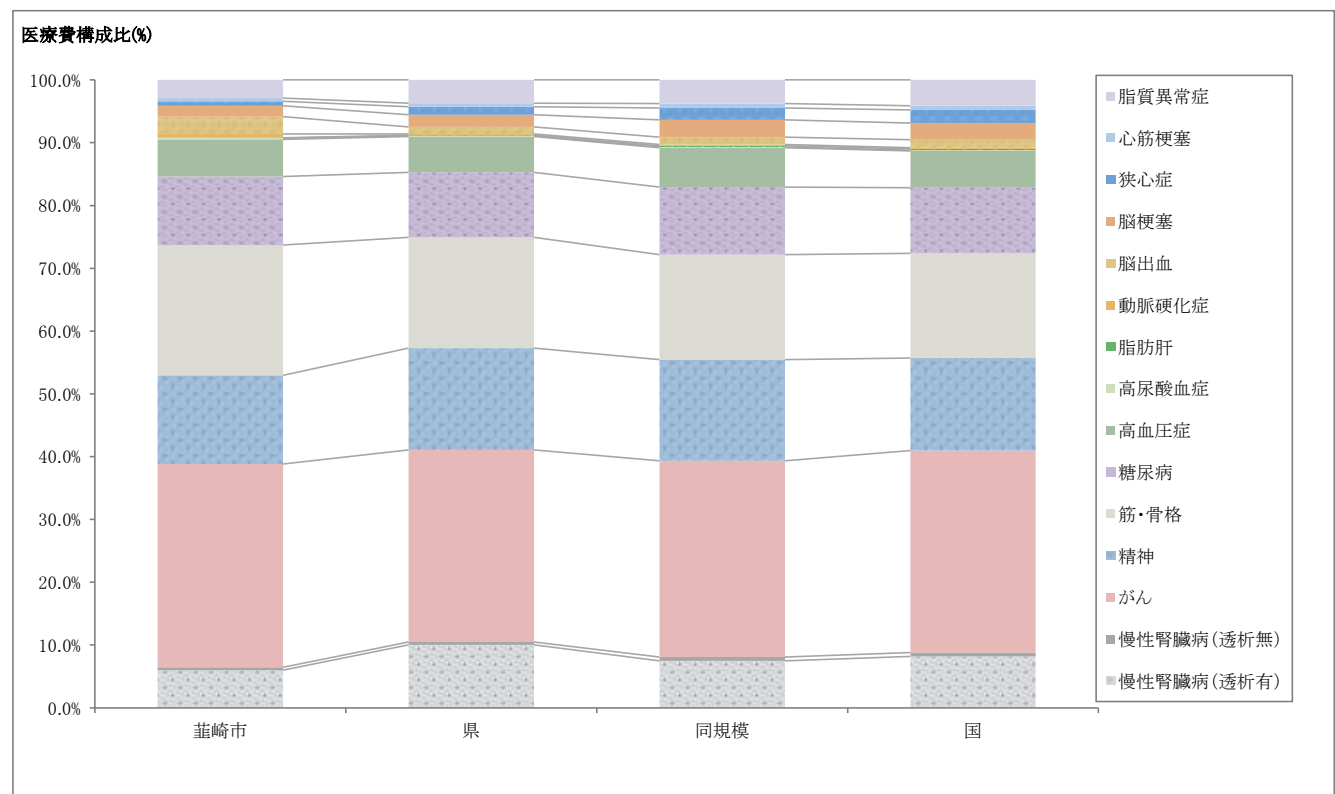
・医療費を最大医療資源傷病名別にみると、「がん」が占める割合が32.4%で最も多く、これは国や山梨県と同様の傾向です。次いで「筋・骨格」「精神」「糖尿病」が多いです。また、脳出血の割合が県や国よりも高くなっています。

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	韭崎市	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	6.0%	10.0%	7.5%	8.2%
慢性腎臓病(透析無)	0.5%	0.5%	0.6%	0.6%
がん	32.4%	30.5%	31.3%	32.2%
精神	14.1%	16.2%	16.2%	14.7%
筋・骨格	20.8%	17.6%	16.7%	16.7%
糖尿病	10.9%	10.3%	10.8%	10.4%
高血圧症	5.9%	5.7%	6.3%	5.9%
高尿酸血症	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.6%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	2.7%	1.1%	1.2%	1.3%
脳梗塞	1.8%	2.0%	2.7%	2.6%
狭心症	0.7%	1.2%	1.9%	2.1%
心筋梗塞	0.5%	0.6%	0.7%	0.7%
脂質異常症	2.9%	3.7%	3.8%	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。

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)

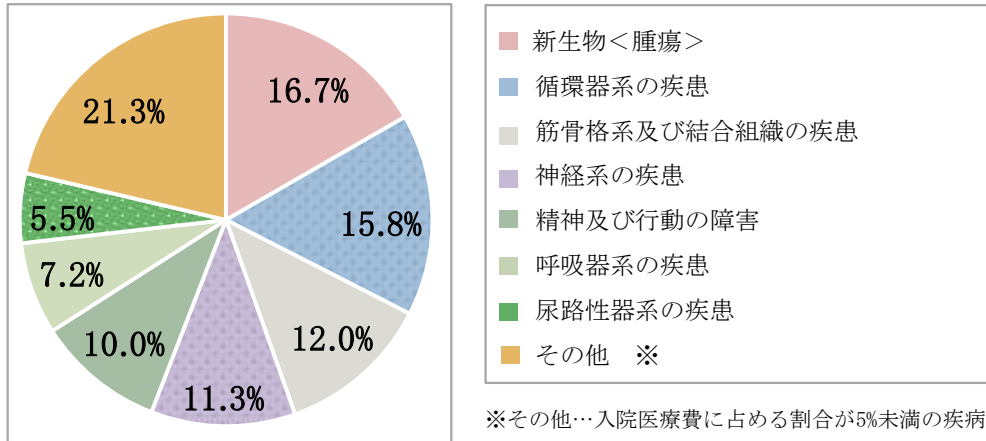


図表5-1	疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院) (令和4年度)	出典 国保データベース (KDB) システム「医療費分析(2) 大、中、細小分類」
-------	------------------------------	--

データ分析の結果

- 入院医療費を大分類別で見ると、新生物<腫瘍>が最も多く、16.7%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」が多くを占めています。新生物<腫瘍>の中では肺がんが占める割合が一番高いです。細小分類で見ると、「関節疾患」が割合として一番高いです。

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>	16.7%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.2%	前立腺がん	1.0%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.8%	卵巣腫瘍(悪性)	0.9%
					膵臓がん	0.6%
					肺がん	3.8%
良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	3.0%	子宮筋腫	0.4%			
2	循環器系の疾患	15.8%	その他の心疾患	4.5%	心臓弁膜症	1.3%
			脳内出血	3.3%	不整脈	1.2%
					脳出血	3.3%
					虚血性心疾患	2.5%
3	筋骨格系及び結合組織の疾患	12.0%	脊椎障害(脊椎症を含む)	5.0%		
			関節症	4.3%		
					関節疾患	4.3%
			その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	1.5%		
4	神経系の疾患	11.3%	その他の神経系の疾患	6.6%		
			パーキンソン病	2.1%		
					パーキンソン病	2.1%
			脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	1.2%		

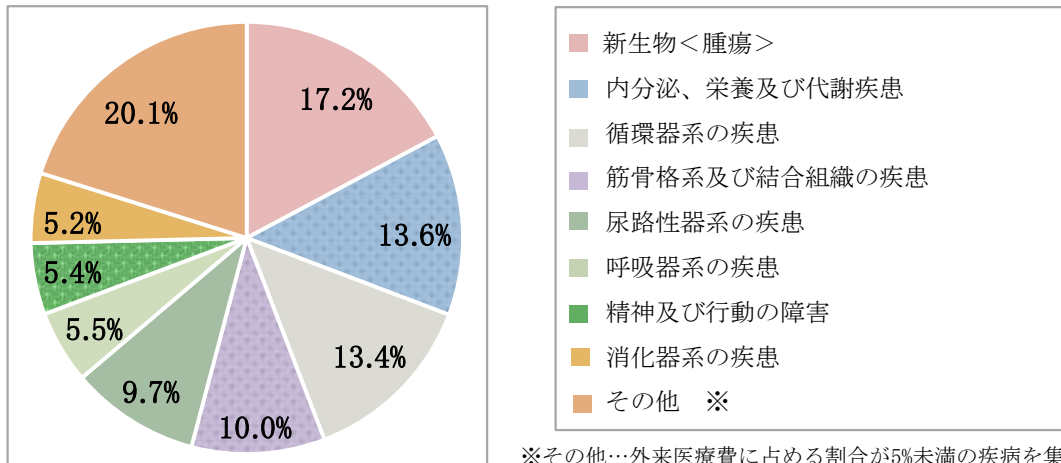
※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

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見ると、新生物<腫瘍>が最も多く、17.2%を占めており、次いで「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」が多くを占めています。新生物<腫瘍>の中では肺がんが占める割合が一番高いです。細小分類で見ると、「糖尿病」が割合として一番高いです。

大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)



※その他…外来医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析(外来)(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>	17.2%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.3%	卵巣腫瘍(悪性)	1.2%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	4.2%	前立腺がん	1.0%
					腎臓がん	0.7%
					肺がん	4.2%
悪性リンパ腫	1.7%					
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.6%	糖尿病	9.7%	糖尿病	8.4%
					糖尿病網膜症	1.3%
			脂質異常症	2.6%	脂質異常症	2.6%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.8%	痛風・高尿酸血症	0.1%
3	循環器系の疾患	13.4%	その他の心疾患	6.1%	不整脈	2.4%
					心臓弁膜症	0.1%
			高血圧性疾患	5.3%	高血圧症	5.3%
			虚血性心疾患	0.7%	狭心症	0.4%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	10.0%	炎症性多発性関節障害	2.2%	関節疾患	2.1%
					痛風・高尿酸血症	0.1%
			脊椎障害(脊椎症を含む)	2.1%		
			骨の密度及び構造の障害	2.0%	骨粗しょう症	2.0%

※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

- ・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「糖尿病」で、5.1%を占めています。
- 次いで、関節疾患・肺がん・慢性腎臓病(透析あり)・統合失調症・高血圧症の医療費が高いです。

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	糖尿病	116,107,950	5.1%
2	関節疾患	94,286,240	4.1%
3	肺がん	92,383,690	4.0%
4	慢性腎臓病(透析あり)	71,780,390	3.1%
5	統合失調症	70,821,930	3.1%
6	高血圧症	70,280,850	3.1%
7	うつ病	49,548,590	2.2%
8	不整脈	43,740,650	1.9%
9	パーキンソン病	36,471,030	1.6%
10	脂質異常症	34,848,840	1.5%

※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

- ・被保険者に占める透析患者の割合は県と比較すると少なく、国と同程度です。年度別の透析患者はやや減少傾向がみられますが、患者一人当たりの透析医療費は増加傾向です。男性の透析患者の割合が高いです。

被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

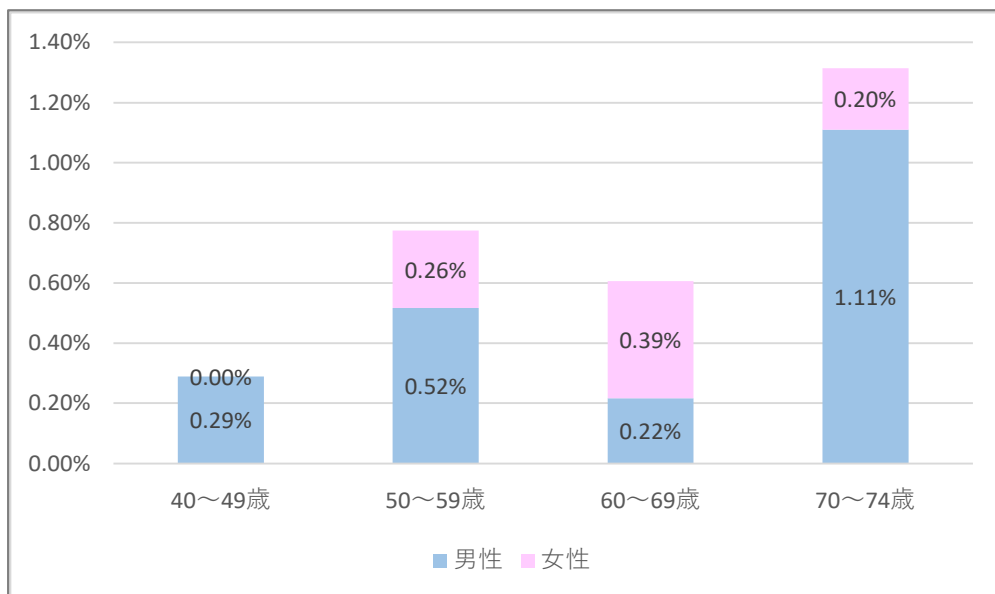
区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
菫崎市	6,085	20	0.33%
県	178,894	778	0.43%
同規模	2,020,054	7,840	0.39%
国	27,488,882	89,397	0.33%

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	23	118,455,590	5,150,243
平成31年度	24	158,714,280	6,613,095
令和2年度	27	192,262,390	7,120,829
令和3年度	23	164,876,800	7,168,557
令和4年度	20	159,485,190	7,974,260

※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



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、喫煙者が多く、飲酒量が多いです。また、1回30分以上の運動習慣なしの割合が高く、全年齢を通して、睡眠不足と回答した人が多いです。

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			
		菫崎市	県	同規模	国	菫崎市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	19.8%	18.6%	22.3%	19.3%	46.1%	43.0%	45.4%	43.7%
	服薬_糖尿病	4.0%	5.0%	6.1%	5.0%	11.9%	11.2%	11.3%	10.4%
	服薬_脂質異常症	12.8%	13.5%	17.2%	15.4%	28.5%	30.6%	33.7%	34.0%
既往歴	既往歴_脳卒中	1.1%	1.4%	1.9%	1.8%	4.4%	3.2%	3.8%	3.8%
	既往歴_心臓病	4.0%	3.7%	3.2%	2.9%	10.5%	8.3%	6.9%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.2%	0.4%	0.7%	0.6%	1.3%	1.1%	1.0%	0.9%
	既往歴_貧血	9.5%	7.7%	12.9%	13.5%	6.2%	5.3%	8.9%	9.3%
喫煙	喫煙	22.9%	21.1%	19.3%	20.9%	11.9%	10.4%	10.5%	10.4%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	32.0%	34.2%	38.8%	38.2%	24.5%	29.1%	33.1%	33.3%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	82.5%	76.7%	71.2%	69.7%	65.2%	62.2%	59.5%	55.7%
	1日1時間以上運動なし	39.9%	45.4%	48.0%	49.9%	34.4%	41.9%	46.9%	47.0%
	歩行速度遅い	66.7%	60.5%	57.2%	53.7%	62.0%	55.8%	53.4%	49.7%
食事	食べる速度が速い	32.7%	32.7%	31.4%	31.3%	25.7%	26.8%	25.1%	24.6%
	食べる速度が普通	56.9%	60.1%	60.9%	60.9%	64.8%	65.7%	66.6%	67.6%
	食べる速度が遅い	10.3%	7.2%	7.7%	7.8%	9.5%	7.6%	8.3%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	17.2%	17.9%	19.7%	22.5%	5.4%	8.2%	13.2%	12.3%
	週3回以上朝食を抜く	18.2%	16.7%	15.5%	19.2%	4.1%	4.7%	5.0%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	21.5%	22.7%	25.1%	26.3%	19.5%	20.8%	25.5%	25.1%
	時々飲酒	22.4%	24.5%	23.6%	25.3%	19.8%	19.8%	19.3%	21.0%
	飲まない	56.0%	52.8%	51.3%	48.4%	60.7%	59.3%	55.2%	53.9%
	1日飲酒量(1合未満)	41.4%	47.3%	58.1%	58.4%	43.0%	54.7%	64.7%	67.2%
	1日飲酒量(1～2合)	29.5%	29.9%	25.1%	24.4%	34.9%	31.7%	25.1%	23.4%
	1日飲酒量(2～3合)	20.7%	17.1%	12.2%	12.1%	18.7%	11.7%	8.5%	7.9%
	1日飲酒量(3合以上)	8.4%	5.7%	4.6%	5.1%	3.4%	1.9%	1.7%	1.5%
睡眠	睡眠不足	54.5%	41.5%	28.0%	29.5%	59.7%	42.0%	23.9%	23.6%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	19.1%	22.6%	26.6%	23.9%	24.9%	26.3%	32.0%	29.6%
	改善意欲あり	17.0%	22.0%	33.1%	33.5%	6.8%	14.7%	26.9%	26.1%
	改善意欲あらかつ始めている	11.7%	13.7%	14.0%	15.9%	8.5%	9.4%	11.6%	12.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	7.0%	8.8%	9.4%	9.8%	4.5%	6.4%	8.0%	8.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	45.2%	33.0%	17.0%	16.8%	55.4%	43.2%	21.5%	22.9%
	保健指導利用しない	95.4%	82.3%	68.0%	64.1%	95.5%	79.7%	65.3%	63.2%
咀嚼	咀嚼_何でも	87.0%	86.5%	82.7%	83.9%	81.5%	80.3%	74.6%	76.9%
	咀嚼_かみにくい	12.4%	12.9%	16.5%	15.4%	17.5%	19.1%	24.4%	22.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.5%	0.6%	0.8%	0.7%	0.9%	0.6%	1.0%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	22.8%	24.2%	24.5%	23.3%	20.2%	22.0%	21.0%	20.6%
	3食以外間食_時々	55.2%	54.5%	55.6%	55.3%	61.4%	59.1%	58.8%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	22.1%	21.3%	19.9%	21.4%	18.4%	18.9%	20.2%	20.9%

図表9	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、健診受診者の66.8%を占めています。特に、65歳～74歳の女性で高くなっています。次いで、「収縮期血圧」「LDL」の割合が高いです。「収縮期血圧」は男女ともに、65歳～74歳で高くなっており、「LDL」は40歳～64歳の男性で値が高いです。

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
市	40歳～64歳	人数(人)	158	181	113	101	26	168	299	0
		割合(%)	27.7%	31.7%	19.8%	17.7%	4.6%	29.4%	52.4%	0.0%
	65歳～74歳	人数(人)	288	397	226	157	57	581	936	0
		割合(%)	22.6%	31.1%	17.7%	12.3%	4.5%	45.5%	73.3%	0.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	446	578	339	258	83	749	1,235	0
		割合(%)	24.1%	31.3%	18.3%	14.0%	4.5%	40.5%	66.8%	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
市	40歳～64歳	人数(人)	224	177	300	1	69	182	0	56
		割合(%)	39.2%	31.0%	52.5%	0.2%	12.1%	31.9%	0.0%	9.8%
	65歳～74歳	人数(人)	710	339	617	24	213	568	0	343
		割合(%)	55.6%	26.5%	48.3%	1.9%	16.7%	44.5%	0.0%	26.9%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	934	516	917	25	282	750	0	399
		割合(%)	50.5%	27.9%	49.6%	1.4%	15.3%	40.6%	0.0%	21.6%
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%

図表9

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」

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	
		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	
蕪崎市	40歳～64歳	人数(人)	92	130	69	63	23	91	134	0
		割合(%)	35.0%	49.4%	26.2%	24.0%	8.7%	34.6%	51.0%	0.0%
	65歳～74歳	人数(人)	152	282	122	86	43	301	393	0
		割合(%)	26.8%	49.7%	21.5%	15.2%	7.6%	53.1%	69.3%	0.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	244	412	191	149	66	392	527	0
		割合(%)	29.4%	49.6%	23.0%	18.0%	8.0%	47.2%	63.5%	0.0%
県	割合(%)	30.3%	49.3%	24.0%	19.9%	7.7%	46.7%	67.0%	5.0%	
国	割合(%)	34.2%	55.3%	28.1%	21.4%	7.2%	31.1%	57.8%	12.5%	

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	
蕪崎市	40歳～64歳	人数(人)	112	105	147	0	40	97	0	19
		割合(%)	42.6%	39.9%	55.9%	0.0%	15.2%	36.9%	0.0%	7.2%
	65歳～74歳	人数(人)	322	191	246	20	104	279	0	173
		割合(%)	56.8%	33.7%	43.4%	3.5%	18.3%	49.2%	0.0%	30.5%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	434	296	393	20	144	376	0	192
		割合(%)	52.3%	35.7%	47.3%	2.4%	17.3%	45.3%	0.0%	23.1%
県	割合(%)	52.5%	34.9%	47.5%	2.2%	18.0%	35.4%	1.4%	21.2%	
国	割合(%)	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)

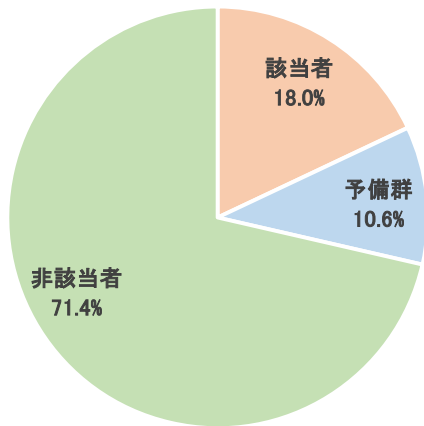
区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	
蕪崎市	40歳～64歳	人数(人)	66	51	44	38	3	77	165	0
		割合(%)	21.4%	16.6%	14.3%	12.3%	1.0%	25.0%	53.6%	0.0%
	65歳～74歳	人数(人)	136	115	104	71	14	280	543	0
		割合(%)	19.2%	16.2%	14.6%	10.0%	2.0%	39.4%	76.5%	0.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	202	166	148	109	17	357	708	0
		割合(%)	19.8%	16.3%	14.5%	10.7%	1.7%	35.1%	69.5%	0.0%
県	割合(%)	19.3%	15.2%	12.6%	8.3%	1.3%	30.0%	68.9%	0.7%	
国	割合(%)	21.4%	18.8%	15.7%	9.0%	1.3%	19.4%	56.6%	1.8%	

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	
蕪崎市	40歳～64歳	人数(人)	112	72	153	1	29	85	0	37
		割合(%)	36.4%	23.4%	49.7%	0.3%	9.4%	27.6%	0.0%	12.0%
	65歳～74歳	人数(人)	388	148	371	4	109	289	0	170
		割合(%)	54.6%	20.8%	52.3%	0.6%	15.4%	40.7%	0.0%	23.9%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	500	220	524	5	138	374	0	207
		割合(%)	49.1%	21.6%	51.5%	0.5%	13.6%	36.7%	0.0%	20.3%
県	割合(%)	45.8%	20.5%	54.3%	0.2%	14.4%	29.4%	1.2%	18.1%	
国	割合(%)	45.4%	16.9%	53.9%	0.3%	19.1%	17.3%	5.6%	19.7%	

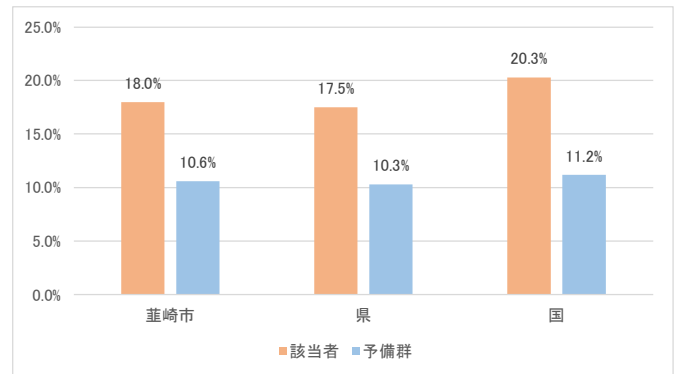
図表10	メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)	出典 国保データベース(KDB)システム 「メタボリックシンドローム該当者・予備群」
------	-------------------------	--

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18.0%、予備群は10.6%です。県全体と比べると同程度の状況ですが、女性の該当者割合が県と比較すると高くなっています。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5.5%です。



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)

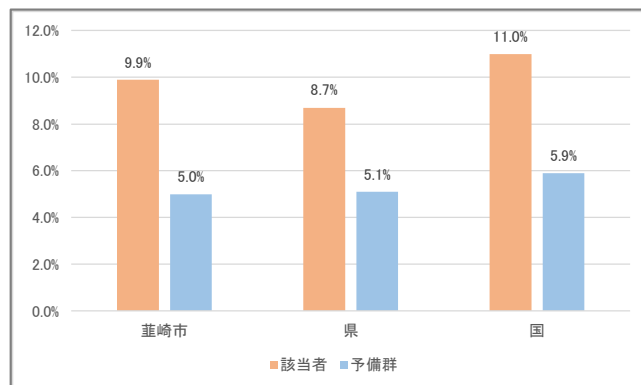
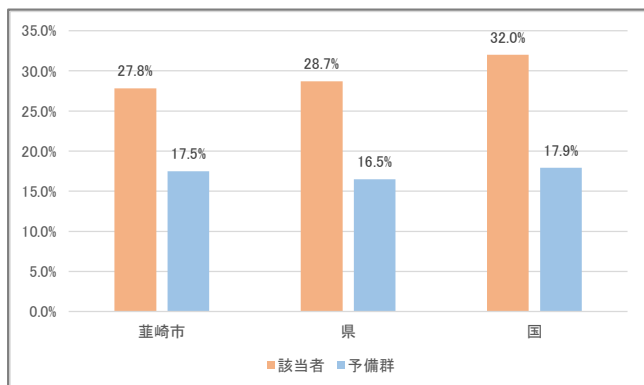
年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	571	34.9%	27	4.7%	68	11.9%	5	0.9%	46	8.1%	17	3.0%
65歳～74歳	1,277	44.8%	23	1.8%	128	10.0%	1	0.1%	110	8.6%	17	1.3%
全体(40歳～74歳)	1,848	41.2%	50	2.7%	196	10.6%	6	0.3%	156	8.4%	34	1.8%

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	86	15.1%	14	2.5%	8	1.4%	44	7.7%	20	3.5%
65歳～74歳	246	19.3%	54	4.2%	13	1.0%	97	7.6%	82	6.4%
全体(40歳～74歳)	332	18.0%	68	3.7%	21	1.1%	141	7.6%	102	5.5%

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」

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 又は 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質:中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満

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

図表11 受診行動適正化指導対象者に係る分析

出典 令和4年度レセプトデータ
分析より

データ分析の
結果

・重複受診、頻回受診、重複服薬対象者は全体で215名です。がん、精神疾患、難病、認知症等の指導に適さない候補者を除外すると、指導に適した候補者は61名となります。

重複受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複受診者数(人) ※	3	3	5	4	1	7	5	7	7	2	2	6
12カ月間の延べ人数											52人	
12カ月間の実人数											36人	

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ヵ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。
株式会社データホライゾン 医療費分解技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。
※重複受診者数…1ヵ月間で同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している患者を対象とする。
透析中、治療行為を行っていないレセプトは対象外とする。

頻回受診者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
頻回受診者数(人) ※	13	13	17	11	15	7	16	15	16	13	16	22
12カ月間の延べ人数											174人	
12カ月間の実人数											75人	

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ヵ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。
※頻回受診者数…1ヵ月間で同一医療機関に12回以上受診している患者を対象とする。透析患者は対象外とする。

重複服薬者数

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
重複服薬者数(人) ※	29	22	21	19	17	23	19	19	21	16	18	17
12カ月間の延べ人数											241人	
12カ月間の実人数											122人	

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ヵ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。
※重複服薬者数…1ヵ月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える患者を対象とする。

図表11

受診行動適正化指導対象者に係る分析

出典

令和4年度レセプトデータ
分析より

条件設定による指導対象者の特定(重複受診者、頻回受診者、重複服薬者)

I. 条件設定による指導対象者の特定


- ・重複受診患者 …1カ月間で同系の疾病を理由に3医療機関以上受診している患者
- ・頻回受診患者 …1カ月間で同一医療機関に12回以上受診している患者
- ・重複服薬者 …1カ月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える患者

条件設定により候補者となった患者数	215人
-------------------	-------------

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ヵ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

除外設定(重複受診者、頻回受診者、重複服薬者)

II. 除外設定

		除外理由別人数
除外	がん、精神疾患、難病、認知症 ※ 人工透析	154人
		
	除外患者を除き、候補者となった患者数	61人

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ヵ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。
※がん、精神疾患、難病、認知症…疑い病名を含む。

図表12

ジェネリック医薬品普及率に係る分析

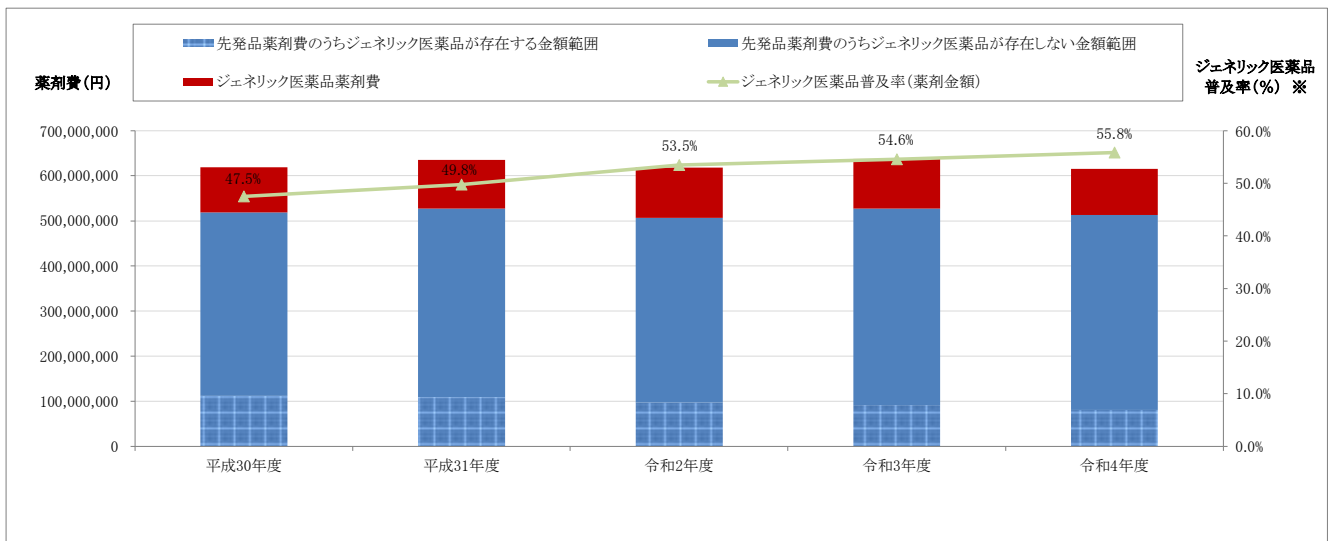
出典

平成30年度～令和4年度レセプトデータ分析より

データ分析の結果

・年度別のジェネリック医薬品普及率をみると、数量ベースで平成30年度より増加しており、令和4年度84.1%と国の基準である80%を超えることができました。

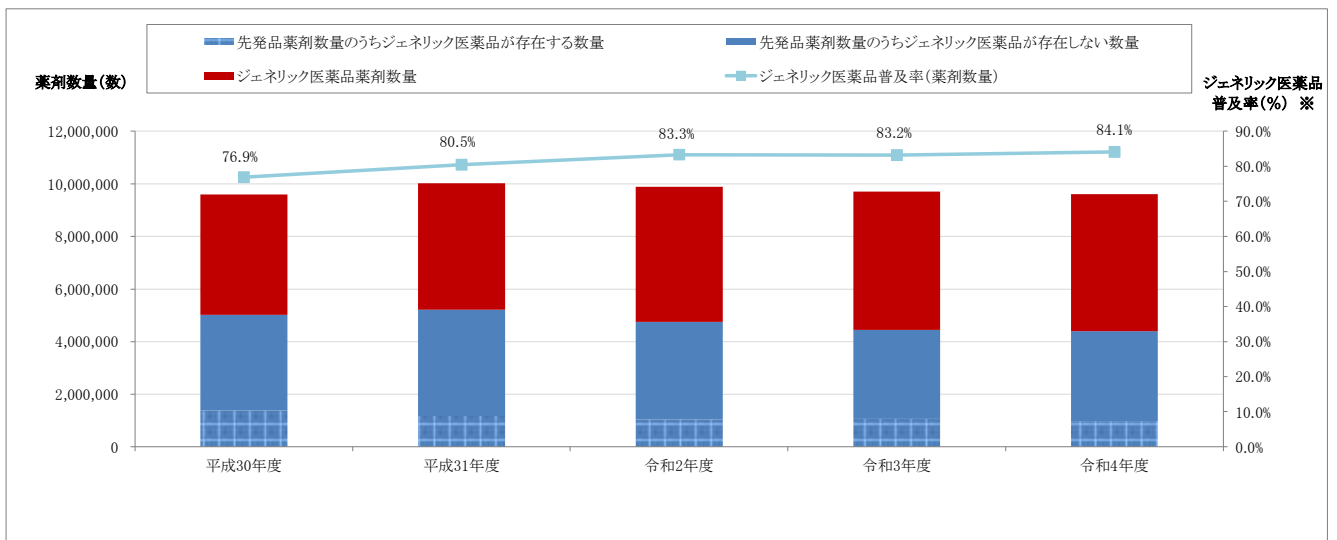
年度別 ジェネリック医薬品普及率(金額ベース)



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。
対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60ヵ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。
※ジェネリック医薬品普及率…ジェネリック医薬品薬剤費/
(ジェネリック医薬品薬剤費+先発品薬剤費のうちジェネリック医薬品が存在する金額範囲)

年度別 ジェネリック医薬品普及率(数量ベース)



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。
対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60ヵ月分)。

資格確認日…1日でも資格があれば分析対象としている。
※ジェネリック医薬品普及率…ジェネリック医薬品薬剤数量/
(ジェネリック医薬品薬剤数量+先発品薬剤数量のうちジェネリック医薬品が存在する数量)

図表13	長期多剤服薬者に係る分析	出典	令和4年度レセプトデータ分析より
------	--------------	----	------------------

データ分析の結果

- ・複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されている対象者のうち、基準月(令和5年3月)に6種類以上の内服薬を服用している長期多剤服薬者は419人です。また、長期多剤服薬者419人が被保険者全体に占める割合は7.0%、長期服薬者全体に占める割合は52.2%です。

薬剤種類数別長期服薬者数

年齢階層	対象者数(人)									
	～ 39歳	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～	合計	
被保険者数(人)	1,047	232	318	376	365	589	1,194	1,836	5,957	
薬剤種類数	2種類	9	1	2	1	0	7	21	31	72
	3種類	14	3	4	2	3	13	25	34	98
	4種類	10	2	3	0	6	5	32	45	103
	5種類	10	4	4	3	2	12	26	50	111
	6種類	3	5	1	4	2	8	23	53	99
	7種類	3	4	1	1	6	13	25	33	86
	8種類	2	1	3	0	0	12	19	31	68
	9種類	2	0	3	2	2	5	4	18	36
	10種類	3	0	2	1	1	2	6	16	31
	11種類	0	0	2	1	1	2	8	15	29
	12種類	3	0	0	0	1	2	3	13	22
	13種類	0	1	1	1	4	0	2	4	13
	14種類	1	0	0	0	1	1	3	4	10
	15種類	0	0	0	1	2	0	2	2	7
	16種類	0	0	0	1	0	2	0	0	3
	17種類	0	0	1	1	0	0	0	2	4
	18種類	0	0	1	0	0	0	0	2	3
	19種類	0	0	0	1	2	0	0	0	3
	20種類	0	0	1	0	0	1	0	0	2
	21種類以上	0	0	0	1	0	1	1	0	3
	合計	60	21	29	21	33	86	200	353	803



長期多剤服薬者数(人)※	419
--------------	-----

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12月～令和5年3月診療分(4ヵ月分)。

一時的に服用した医薬品を除くため、処方日数が14日以上 of 医薬品を対象としている。複数医療機関から処方された内服薬のうち、基準月(分析期間最終月)に服用している長期処方薬の種類数を集計する。基準月の服用状況については、基準月に処方された薬剤と基準月以前に処方された長期処方薬を調剤日と処方日数から判定している。

※長期多剤服薬者数…複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されており、その長期処方の内服薬が6種類以上の人数。

参考資料: 日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」

図表13 長期多剤服薬者に係る分析

出典 令和4年度レセプトデータ
分析より

長期多剤服薬者の状況

		～ 39歳	40歳～ 44歳	45歳～ 49歳	50歳～ 54歳	55歳～ 59歳	60歳～ 64歳	65歳～ 69歳	70歳～	合計
A	被保険者数(人)	1,047	232	318	376	365	589	1,194	1,836	5,957
B	長期服薬者数(人)※	60	21	29	21	33	86	200	353	803
C	長期多剤服薬者数(人)※	17	11	16	15	22	49	96	193	419
C/A	被保険者数に占める 長期多剤服薬者割合(%)	1.6%	4.7%	5.0%	4.0%	6.0%	8.3%	8.0%	10.5%	7.0%
C/B	長期服薬者数に占める 長期多剤服薬者割合(%)	28.3%	52.4%	55.2%	71.4%	66.7%	57.0%	48.0%	54.7%	52.2%

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12月～令和5年3月診療分(4ヵ月分)。

一時的に服用した医薬品を除くため、処方日数が14日以上(15日)の医薬品を対象としている。複数医療機関から処方された内服薬のうち、基準月(分析期間最終月)に服用している長期処方薬の種類数を集計する。基準月の服用状況については、基準月に処方された薬剤と基準月以前に処方された長期処方薬を調剤日と処方日数から判定している。

※長期服薬者数…複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されている人数。

※長期多剤服薬者数…複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されており、その長期処方の内服薬が6種類以上の人数。

図表14

死因の状況

出典

国保データベース(KDB)システム
「地域の全体像の把握」

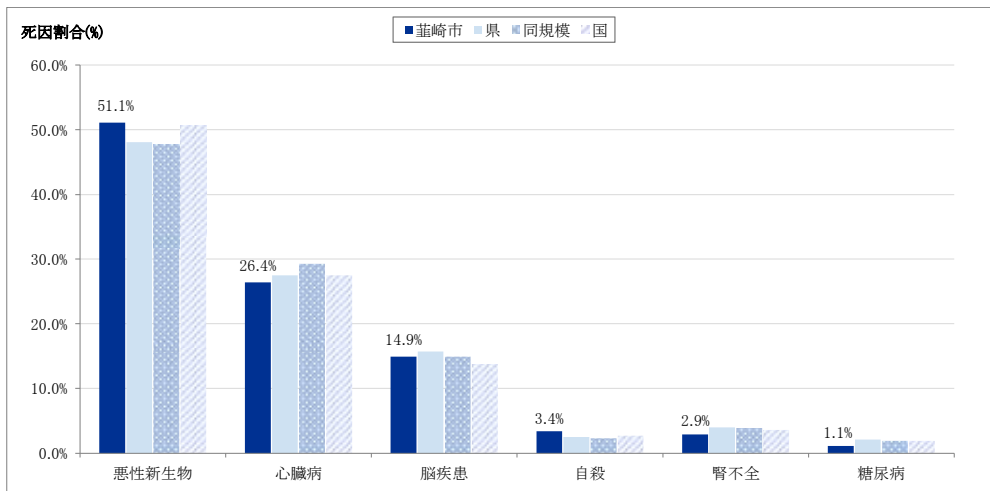
データ分析の結果

- ・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、脳疾患となっています。県や国と比較すると、悪性新生物・自殺の死因割合が高いです。
- ・経年で見ると、悪性新生物・自殺での死因が増えている傾向あり、脳疾患や心臓病での死因割合は減少傾向です。

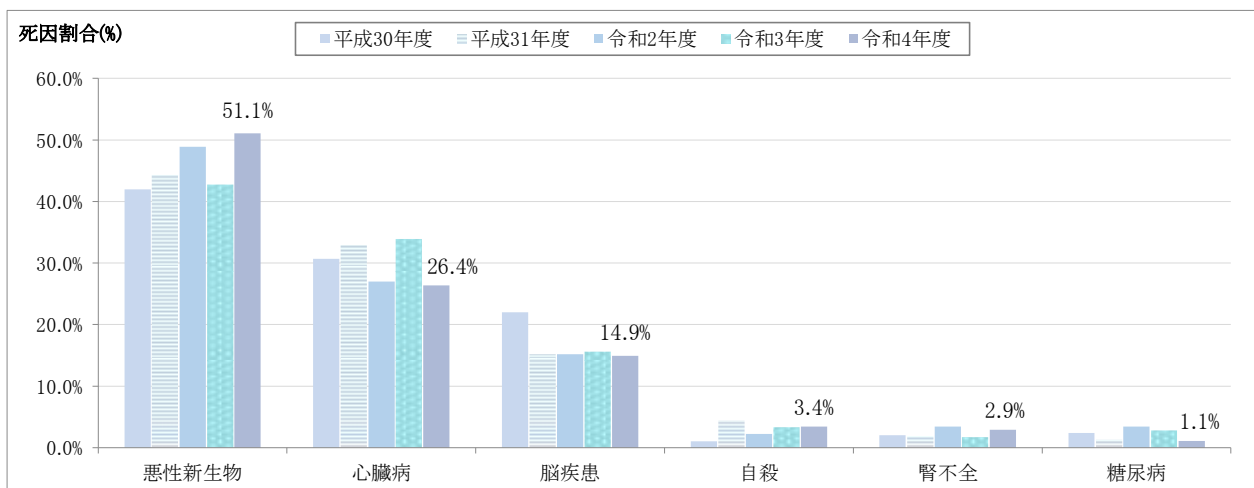
主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	菫崎市		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	89	51.1%	48.1%	47.8%	50.6%
心臓病	46	26.4%	27.5%	29.3%	27.5%
脳疾患	26	14.9%	15.7%	14.9%	13.8%
自殺	6	3.4%	2.5%	2.3%	2.7%
腎不全	5	2.9%	4.0%	3.9%	3.6%
糖尿病	2	1.1%	2.1%	1.9%	1.9%
合計	174				

主たる死因の割合(令和4年度)



年度別 主たる死因の割合



第3章 計画全体

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	全医療費に占める糖尿病の割合が高く、千人当たりのレセプト件数は、糖尿病、高血圧症が国・県に比べて多いです。また、今後、人工透析に移行する可能性の高い慢性腎臓病(透析なし)の件数が多く、重症化が進行していると考えられます。	✓
B	健診で、血糖有所見者、血圧有所見者の割合が高く、医療機関受診勧奨者が多いです。健診時すでに、脳卒中、心臓病の既往歴がある人が多く、健診受診者の1人当たりの医療費が高いです。生活習慣病の早期発見に至らず、治療が遅れている可能性があります。	
C	若い男性のメタボ予備群、血糖有所見者、血圧有所見者の割合が高いです。若い時からの運動不足、飲酒、喫煙、睡眠不足など生活習慣の問題が考えられます。	✓
D	死因の割合で、1位が悪性新生物51.1%と県や国よりも高い値です。悪性新生物の医療費の内訳をみると肺がんが入院・外来共に高くなっています。喫煙率の高さが、肺がんの医療費の高騰に繋がっていると考えられます。	

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
B C	若年層(40歳代~50歳代)の特定健康診査の受診率向上を図り、必要な人に、特定保健指導を実施し、より生活習慣病の早期予防する必要があります。	1-1 1-2
B	健診異常値放置者、生活習慣病治療中断者に対して医療機関への受診勧奨を行うことで適切な医療につなぎ重症化を予防します。健診後のフォローを手厚くします。	3 1-2
A	早期に保健指導を行い生活習慣を改善することで、糖尿病性腎症の悪化を遅延させ、透析への移行を防ぎます。	2
D	健診受診勧奨時にがん検診の案内をすることで、がん検診の申し込みを促進します。また、特定保健指導の対象者に禁煙の働きかけをし、将来肺がんになるリスクの軽減を図ります。	1-2

計画全体の目的	各種保健事業を通じて、生活習慣病の予防並びに重症化予防等を行い、市民の健康意識の向上を図ります。
---------	--

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)
B C	特定健診の受診率の向上や、健診後のフォローを手厚くし、禁煙の働きかけを実施することで、生活習慣病の早期発見や予防・治療に繋げ、重症化を予防します。	運動習慣のある者の割合	31.1%	31.3%	31.5%	31.8%	32.1%	32.4%	32.7%
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(※1)	50.9%	50.9% 以下	50.9% 以下	50.9% 以下	50.9% 以下	50.9% 以下	50.9% 以下
		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)	27.9%	27.0%	26.0%	24.0%	22.0%	20.0%	18.0%
A	市民に適切な糖尿病の知識を身につけてもらい、早期治療や生活習慣の改善に取り組むことで、糖尿病性腎症の病期ステージの進行を遅らせ、透析導入を予防します。	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(※1)	10.4%	10.3%	10.2%	10.1%	10.0%	9.8%	9.6%
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(短期)(※1)	4.4% (R3→R4)	4.3% (R5→R6)	4.2% (R6→R7)	4.1% (R7→R8)	4.0% (R8→R9)	3.9% (R9→R10)	3.9% (R10→R11)
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(中長期)(※1)	7.8% (R1→R4)	➡		11.0% 以下 (R5→R8)	➡		13.6% 以下 (R5→R11)

※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	特定健康診査受診勧奨事業	特定健康診査を受診していない者。特に40歳代～50歳代の若年層。	対象者を特定し、受診勧奨通知書又は電話により受診勧奨。対象者が特定健康診査を受診したかどうかを確認します。	重点
1-2		特定保健指導事業	特定健康診査の結果、基準値より動機付け支援対象者及び積極的支援対象者。	生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を面接や電話、e-mail等で行います。指導後に健康診査データより検査値の推移を確認します。喫煙者には禁煙の呼びかけを実施します。	重点
2	糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防事業	特定健診結果及びレセプトから抽出した、腎症2期～3期のハイリスクな層へのアプローチ。場合によって、軽度な1期の人にも簡易的な保健指導を行います。	正しい生活習慣を身に付けることができるように専門職より対象者に6ヵ月間の面談指導と電話指導を行います。指導対象者に対して適切な保健指導を行います。指導後に健康診査データやレセプトデータより検査値の推移、定期的な通院の有無等を確認します。	重点
3	生活習慣病予防	健診異常値放置者受診勧奨事業	特定健康診査の受診後、その結果に異常値があるにも関わらず医療機関受診が確認できない対象者。	健診異常値放置者に医療機関受診勧奨通知書を送付し、送付後にレセプトデータより効果を測定し、医療機関受診があるか確認します。受診がない対象者には電話でのフォローを行います。	

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・総合評価指標～

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ります。
------	--

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)	27.9%	27.0%	26.0%	24.0%	22.0%	20.0%	18.0%	
		男性	40～49歳	32.6%	31.6%	30.6%	29.6%	28.6%	27.6%	26.6%
			50～59歳	41.1%	39.1%	37.1%	35.1%	33.1%	31.1%	29.1%
			60～69歳	48.9%	45.9%	42.9%	39.9%	36.9%	33.9%	30.9%
			70～74歳	43.3%	40.8%	38.3%	35.8%	33.3%	30.8%	28.3%
		女性	40～49歳	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%
			50～59歳	17.8%	16.8%	15.8%	14.8%	13.8%	12.8%	11.8%
			60～69歳	13.3%	12.3%	11.3%	10.3%	9.3%	8.3%	7.3%
	70～74歳		15.7%	14.7%	13.7%	12.7%	11.7%	10.7%	9.7%	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(全年齢)(※)	50.9%	50.9% 以下	50.9% 以下	50.9% 以下	50.9% 以下	50.9% 以下	50.9% 以下	
		男性	40～49歳	33.7%	33.7% 以下	33.7% 以下	33.7% 以下	33.7% 以下	33.7% 以下	33.7% 以下
			50～59歳	54.0%	54.0% 以下	54.0% 以下	54.0% 以下	54.0% 以下	54.0% 以下	54.0% 以下
			60～69歳	59.5%	59.5% 以下	59.5% 以下	59.5% 以下	59.5% 以下	59.5% 以下	59.5% 以下
			70～74歳	55.4%	55.4% 以下	55.4% 以下	55.4% 以下	55.4% 以下	55.4% 以下	55.4% 以下
		女性	40～49歳	11.7%	11.7% 以下	11.7% 以下	11.7% 以下	11.7% 以下	11.7% 以下	11.7% 以下
			50～59歳	35.9%	35.9% 以下	35.9% 以下	35.9% 以下	35.9% 以下	35.9% 以下	35.9% 以下
60～69歳			49.6%	49.6% 以下	49.6% 以下	49.6% 以下	49.6% 以下	49.6% 以下	49.6% 以下	
70～74歳	53.9%		53.9% 以下	53.9% 以下	53.9% 以下	53.9% 以下	53.9% 以下	53.9% 以下		

※全世代で策定時の現状値よりも減少させることを目標とする。

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	3	HbA1c6.5%以上の者の割合 (高血糖者の割合) (全年齢)		10.4%	10.3%	10.2%	10.1%	10.0%	9.8%	9.6%
		男性	40～49歳	7.4%	7.0%	6.5% 以下	6.0% 以下	5.5% 以下	5.0% 以下	4.5% 以下
			50～59歳	7.3%	7.3% 以下	7.3% 以下	7.3% 以下	7.3% 以下	7.3% 以下	7.3% 以下
			60～69歳	12.7%	12.7% 以下	12.7% 以下	12.7% 以下	12.7% 以下	12.7% 以下	12.7% 以下
			70～74歳	18.2%	17.5%	16.8%	16.1%	15.3%	14.5%	13.7%
		女性	40～49歳	2.7%	2.6%	2.5% 以下	2.3% 以下	2.1% 以下	1.9% 以下	1.7% 以下
			50～59歳	6.0%	5.7%	5.3% 以下	4.9% 以下	4.5% 以下	4.1% 以下	3.7% 以下
			60～69歳	5.3%	5.3% 以下	5.3% 以下	5.3% 以下	5.3% 以下	5.3% 以下	5.3% 以下
70～74歳	10.0%		9.9%	9.8%	9.6%	9.4%	9.2%	9.0%		
アウトプット指標	4	特定健康診査受診率		52.5%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
		男性	40～49歳	34.8%	35.3%	36.0%	36.7%	37.4%	38.1%	38.9%
			50～59歳	32.2%	33.9%	35.6%	37.3%	39.0%	40.7%	42.5%
		女性	40～49歳	37.1%	38.6%	40.1%	41.7%	43.2%	44.8%	46.4%
	50～59歳		46.9%	47.9%	48.9%	49.9%	50.9%	51.9%	52.9%	
	5	特定保健指導実施率 (全体)		65.4%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%
動機付け支援		70.9%	71.0%	71.0%	71.0%	71.0%	71.0%	71.0%		
積極的支援		50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%		
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		20.4%	21.4% 以上	21.4% 以上	21.4% 以上	21.4% 以上	21.4% 以上	21.4% 以上

事業番号1-1

特定健康診査

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
-------	--------------

事業の概要	特定健診受診率向上事業の実施により、勧奨対象者の受診率は向上しました。コロナの影響で令和2年度に下がったものの、令和4年度52.5%とコロナ前の水準に回復していますが目標には達していません。今後は受診率の低い層への積極的なアプローチによりさらなる受診率の向上を目指します。
-------	--

現在までの事業結果 (成果・課題)	令和4年度の特定健康診査の受診率は52.5%で目標に達していません。若年層の特に男性の受診率が低いことが課題です。
----------------------	---

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	生活習慣改善意欲 改善意欲なしの人の割合	23.1%	22.5%	22.0%	21.5%	21.0%	20.5%	20.0%	
		男性	40～64歳	21.3%	20.7%	20.3%	19.8%	19.4%	18.9%	18.4%
			65～74歳	27.9%	27.2%	26.6%	26.0%	25.4%	24.8%	24.2%
		女性	40～64歳	17.2%	16.8%	16.4%	16.0%	15.6%	15.3%	14.9%
65～74歳	22.5%		21.9%	21.4%	20.9%	20.5%	20.0%	19.5%		

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	52.5%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	
		男性	40～49歳	34.8%	35.3%	36.0%	36.7%	37.4%	38.1%	38.9%
			50～59歳	32.2%	33.9%	35.6%	37.3%	39.0%	40.7%	42.5%
		女性	40～49歳	37.1%	38.6%	40.1%	41.7%	43.2%	44.8%	46.4%
50～59歳	46.9%		47.9%	48.9%	49.9%	50.9%	51.9%	52.9%		

プロセス(方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の対象者に対し、受診票と案内等を送付 ・ 広報、ホームページへの記事掲載 ・ 健康カレンダーへの記載と全戸配布 ・ SNS等や勧奨ハガキによる受診の呼びかけ ・ 各種団体(食生活改善推進員会等)への呼びかけや周知 	
	勧奨	AIを活用して対象者を抽出し、未受診者や不定期受診者へハガキによる受診勧奨を実施	
	実施及び実施後の支援	実施形態	集団健診(総合健診)、人間ドック
		実施場所	集団健診 : 保健福祉センター、葦崎文化ホール 人間ドック : 各医療機関
		時期・期間	集団健診 : 7月～11月 人間ドック : 4月～12月
		データ取得	委託医療機関からの受診者データ提供による
		結果提供	委託医療機関からの受診結果データ提供による
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)	令和2年度より事前予約案内を送付。予約制をとり混雑防止や感染対策を図っている。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康づくり課 健康増進担当
	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)	健康づくり推進協議会 構成委員：中北保健所、小中学校校長会、医師会、 歯科医師会、市立病院、民生委員児童委員協議会、国民健康保険運営協議会、 公民館連絡協議会、スポーツ推進委員会、愛育会、食生活改善推進員会、地 域包括支援センター 等 食育推進協議会 構成委員：小中学校、保育園、幼稚園、食生活改善推進員 会、梨北農業協同組合、中北保健所、歯科衛生士会 等
	国民健康保険団体連合会	健康づくり推進協議会委員
	民間事業者	総合健診受託事業者
	その他の組織	協定締結事業者(健康づくり関連)
	他事業	がん検診事業、健康診査事業、特定保健指導事業、人間ドック事業、高齢者健康診査事業、高齢者人間ドック事業
	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)	年数回、委託業者と打合せを実施します。

事業番号1-2

特定保健指導

事業の目的	生活習慣病該当者及び予備群の減少を図るために動機付け支援及び積極的支援を行います。
事業の概要	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を面接や電話、e-mail等で行います。また、生活習慣改善指導の一環として、禁煙指導に取り組めます。
現在までの事業結果 (成果・課題)	特定保健指導の連絡を事前に入れることで、初回指導率を維持することができています。途中、中断者を減らすために、対象者と連絡が取れない際には、市保健師より電話連絡を入れ、委託者への連絡を促していきます。令和4年度の特定保健指導の実施率は65.4%。令和4年度の動機付け支援対象者数割合 6.7%。積極的支援対象者数割合 2.4% となっています。
対象者	特定保健指導基準該当者

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	20.4%	21.4%以上	21.4%以上	21.4%以上	21.4%以上	21.4%以上	21.4%以上
	2	質問票の「現在、たばこを習慣的に吸っている」で「はい」と答えた人の割合	15.3%	15.2%	15.1%	15.0%	14.9%	14.8%	14.7%

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)	65.4%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%
		動機付け支援	70.9%	71.0%	71.0%	71.0%	71.0%	71.0%	71.0%
		積極的支援	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

プロセス(方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の対象者に対し案内通知 ・広報へ記事掲載 	
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者へ事前の電話連絡 	
	実施 及び 実施後 の支援	初回面接	総合健診受診者は厚生連健康管理センターへ委託実施、人間ドック受診者は健診機関にて実施します。
		実施場所	保健福祉センター又は人間ドック実施機関
		実施内容	動機付け支援、動機付け支援相当、積極的支援に対し、保健師・栄養士による保健指導を実施します。
		時期・期間	通年
		実施後の フォロー・ 継続支援	支援対象者と連絡が途切れた際には、市保健師からも電話連絡を入れ、支援が継続できるようにします。
	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)	初回面談前に対象者へ電話連絡を入れ、参加を促します。	

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康づくり課 保健指導担当
	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)	健康づくり推進協議会 構成委員：中北保健所、小中学校校長会、医師会、 歯科医師会、市立病院、民生委員児童委員協議会、国民健康保険運営協議会、 公民館連絡協議会、スポーツ推進委員会、愛育会、食生活改善推進委員会、地 域包括支援センター 等 食育推進協議会 構成委員：小中学校、保育園、幼稚園、食生活改善推進員 会、梨北農業協同組合、中北保健所、歯科衛生士会 等
	国民健康保険団体連合会	健康づくり推進協議会委員
	民間事業者	総合健診受託事業者
	その他の組織	協定締結事業者(健康づくり関連)
	他事業	がん検診事業、健康診査事業、人間ドック事業、高齢者健康診査事業、高齢 者人間ドック事業
	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)	1回/年、委託業者と指導に対する打合せを実施します。

～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(高血糖者の割合)(全年齢)	10.4%	10.3%	10.2%	10.1%	10.0%	9.8%	9.6%	
		男性	40～49歳	7.4%	7.0%	6.5%	6.0%	5.5%	5.0%	4.5%
			50～59歳	7.3%	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下	7.3%以下
			60～69歳	12.7%	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下
			70～74歳	18.2%	17.5%	16.8%	16.1%	15.3%	14.5%	13.7%
		女性	40～49歳	2.7%	2.6%	2.5%	2.3%	2.1%	1.9%	1.7%
			50～59歳	6.0%	5.7%	5.3%	4.9%	4.5%	4.1%	3.7%
			60～69歳	5.3%	5.3%以下	5.3%以下	5.3%以下	5.3%以下	5.3%以下	5.3%以下
	70～74歳		10.0%	9.9%	9.8%	9.6%	9.4%	9.2%	9.0%	
	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)	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	0.9%	
		男性	40～49歳	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%
			50～59歳	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%
			60～69歳	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	0.9%
			70～74歳	1.7%	1.7%	1.7%	1.7%	1.6%	1.6%	1.6%
		女性	40～49歳	2.7%	2.7%	2.7%	2.7%	2.6%	2.6%	2.6%
			50～59歳	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%
			60～69歳	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%
	70～74歳		0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%	
	3	HbA1c悪化率(短期)	11.3%(R3→R4)	11.3%以下(R5→R6)	11.3%以下(R6→R7)	11.3%以下(R7→R8)	11.3%以下(R8→R9)	11.3%以下(R9→R10)	11.3%以下(R10→R11)	
		男性	40～49歳	12.3%	12.3%以下	12.3%以下	12.3%以下	12.3%以下	12.3%以下	12.3%以下
			50～59歳	6.0%	6.0%以下	6.0%以下	6.0%以下	6.0%以下	6.0%以下	6.0%以下
			60～69歳	14.3%	14.3%以下	14.3%以下	14.3%以下	14.3%以下	14.3%以下	14.3%以下
			70～74歳	12.7%	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下
		女性	40～49歳	9.8%	9.8%以下	9.8%以下	9.8%以下	9.8%以下	9.8%以下	9.8%以下
50～59歳			13.6%	13.6%以下	13.6%以下	13.6%以下	13.6%以下	13.6%以下	13.6%以下	
60～69歳			8.9%	8.9%以下	8.9%以下	8.9%以下	8.9%以下	8.9%以下	8.9%以下	
70～74歳			10.9%	10.9%以下	10.9%以下	10.9%以下	10.9%以下	10.9%以下	10.9%以下	
HbA1c悪化率(中長期)		17.5%(R1→R4)			12.2%以下(R5→R8)			15.0%以下(R5→R11)		
男性		40～49歳	17.3%			12.0%		14.7%		
		50～59歳	12.3%			8.2%		9.6%		
		60～69歳	22.6%			15.6%		19.2%		
		70～74歳	19.5%			13.6%		16.6%		
女性		40～49歳	14.0%			10.0%		12.0%		
		50～59歳	18.7%			13.1%		15.9%		
	60～69歳	14.2%			9.8%		12.0%			
	70～74歳	17.6%			12.1%		14.6%			

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	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (短期)	4.4% (R3→R4)	4.3% (R5→R6)	4.2% (R6→R7)	4.1% (R7→R8)	4.0% (R8→R9)	3.9% (R9→R10)	3.9% (R10→R11)		
		男性	40～49歳	1.4%	1.4% 以下	1.4% 以下	1.4% 以下	1.4% 以下	1.4% 以下	1.4% 以下	
			50～59歳	4.8%	4.8% 以下	4.8% 以下	4.8% 以下	4.8% 以下	4.8% 以下	4.8% 以下	
			60～69歳	5.2%	5.1%	5.1%	5.0%	4.9%	4.8%	4.7%	
			70～74歳	9.4%	9.3%	9.2%	9.0%	8.8%	8.6%	8.4%	
		女性	40～49歳	1.7%	1.7% 以下	1.7% 以下	1.7% 以下	1.7% 以下	1.7% 以下	1.7% 以下	
			50～59歳	3.3%	3.3% 以下	3.3% 以下	3.3% 以下	3.3% 以下	3.3% 以下	3.3% 以下	
			60～69歳	2.4%	2.3%	2.3%	2.3%	2.2%	2.2%	2.2%	
			70～74歳	3.1%	3.0%	3.0%	3.0%	2.9%	2.9%	2.9%	
		5	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (中長期)	男性	40～49歳	8.0%			11.0% 以下 (R5→R8)		13.6% 以下 (R5→R11)
					50～59歳	2.8%			4.0%		5.6%
					60～69歳	10.5%			16.0%		18.6%
	70～74歳				12.4%			18.0%		22.4%	
	女性			40～49歳	0.0%			0.0%		0.0%	
				50～59歳	5.9%			8.0%		9.8%	
				60～69歳	6.5%			8.0%		11.2%	
				70～74歳	7.1%			9.0%		12.2%	
	6	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、 糖尿病治療なしの者の割合	男性	40～49歳	14.3%	14.3% 以下	14.3% 以下	14.3% 以下	14.3% 以下	14.3% 以下	
				50～59歳	50.0%	48.0%	46.0%	44.0%	42.0%	40.0%	37.5%
				60～69歳	8.0%	7.8%	7.6%	7.2%	6.8%	6.4%	6.0%
70～74歳				5.8%	5.7%	5.5%	5.3%	5.1%	4.9%	4.7%	
女性			40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
			50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
			60～69歳	18.5%	17.9%	17.3%	16.7%	16.1%	15.5%	14.8%	
			70～74歳	1.8%	1.8% 以下	1.8% 以下	1.8% 以下	1.8% 以下	1.8% 以下	1.8% 以下	
6	健診未受診者のうち 糖尿病治療中断者の割合		1.7%	1.6%	1.6%	1.5%	1.5%	1.4%	1.3%		

事業2

糖尿病性腎症重症化予防事業(ハイリスク者への保健指導)

事業の目的	糖尿病性腎症患者の病期進行阻止
-------	-----------------

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、正しい生活習慣を身に付けることができるように専門職より対象者に6ヵ月間の面談指導と電話指導を行います。また、多忙等の理由で、長期指導が難しい対象者には電話にて簡易指導を行います。
-------	---

現在までの事業結果(成果・課題)	プログラム参加者については概ね指導が実施できており、改善も見られるが、そもそも参加者が少ないです。電話指導の充実や、面談指導でICTの活用等により対象者が参加しやすいプログラムにしていきます。
------------------	--

対象者	選定方法	健康診査の検査データ及びレセプトデータから病気を特定し、対象者を特定	
	選定基準	健診結果による判定基準	昨年度の健診で、空腹時血糖 126mg/dL(随時血糖 200mg/dL)以上又はHbA1c6.5%以上の者のうち、蛋白尿を認める者又は eGFR が 60mL/分/1.73 m ² 未満の者(特定健診等で血清クレアチンを測定している場合)。ただし、eGFRについては、山梨県CKD病診連携基準を参考に、40歳未満の者は60mL/分/1.73 m ² 未満、40歳以上70歳未満の者は 50mL/分/1.73 m ² 未満、70歳以上の者は40mL/分/1.73 m ² 未満を用います。
		レセプトによる判定基準	糖尿病の罹患があり、糖尿病性腎症が主病(受診歴あり)かつ糖尿病薬剤を処方されている者
		その他の判定基準	医師が必要と認めた者
	除外基準	透析中の者、腎臓移植を受けた者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者	

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	6ヵ月指導対象者の目標達成率(食事・運動)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	6ヵ月指導対象者の健診値の改善率(HbA1c *取得できない場合体重や血圧等)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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	6ヵ月の保健指導実施人数	2人	5人	5人	5人	5人	5人	5人
	2	6ヵ月指導対象者の指導完了率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス(方法)	周知	対象者への受診勧奨に併せて周知。	
	勧奨	対象者には委託事業者にて勧奨通知・電話勧奨で利用勧奨を行います。	
	実施及び実施後の支援	利用申込	希望者は電話にて申込、初回面接時までにかかりつけ医より指示書をもらいます。 (難しい場合は市が代行)
		実施内容	委託事業者の保健師並びに看護師等の専門職が、ICT面談2回及び電話指導6回の6ヵ月間保健指導を実施します。 対面での指導希望者には、対面面談2回、電話指導3回、手紙での支援3回の6ヵ月指導を行います。 多忙等を理由に、長期間の指導が難しい場合は、プログラム勧奨の際、電話1回の指導を行います。
		時期・期間	8月～1月
		場所	市の公共施設(ICT)、対象者の自宅(訪問・ICT)
		実施後の評価	3ヵ月後に医療機関で検査、6ヵ月後にアンケートで生活習慣改善状況を確認
		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します。
		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)	アンケート結果は委託事業者から報告を得るようにし、必要な対策を検討します。 (目標;報告率100%)

ストラクチャー(体制)	市内担当部署	市民生活課国保担当者が、委託業者が選出した、レセプト・健診結果から対象者リストを保健師に確認してもらいます。
	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)	医師会には事業開始前の連絡会にて説明・周知を図ります。
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からの利用勧奨をお願いします。 かかりつけ医からの指示書に基づき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付します。
	国民健康保険団体連合会	国保連合会よりレセプトデータを預かり、委託業者に分析を依頼します。
	民間事業者	委託事業者にて電話勧奨及び指導を実施します。
	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)	プログラム参加者が集まらない場合は、委託業者と協議し病期の軽い人へ保健指導(3ヵ月指導)を実施します。

事業分類3

生活習慣病予防

事業3

健診異常値放置者受診勧奨事業

事業の目的	特定健診にて医療機関への受診対象者になった者の内、医療機関への受診行動が見られず、異常値を放置している対象者に受診勧奨を行う事で、生活習慣病の早期治療や予防に繋がります。
事業の概要	特定健康診査の受診後、その結果に異常値があるにも関わらず医療機関受診が確認できない対象者を特定し、通知書を送付することで受診勧奨を行います。
現在までの事業結果 (成果・課題)	健診異常値放置者に対する医療機関への受診勧奨に関して、視覚的に分かりやすい通知(個人の検査値が入ったもの)送付することで、医療機関受診に繋がっています。今後も引き続き分かりやすい通知の作成に努め、受診勧奨を行っていきます。
対象者	前年度の特定健康診査の結果、医療機関への受診勧奨対象者の内、医療機関への受診が確認できていない人

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	通知後の医療機関への通院率	24.5%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
	2	異常値放置者の該当率	19.8%	19.5%	19.3%	18.0%	18.8%	18.5%	18.3%

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	対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知・勧奨	昨年度の健康診査データ及びレセプトデータから対象者を特定し、候補者リストを作成します。 その後、対象者に対して、受診勧奨通知を送付します。
	実施及び実施後の支援	通知を送付後、医療機関受診状況を対象者のレセプトより確認します。
	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)	対象者により効果的な医療機関への通知を促すため、対象者個々の健診の異常値の結果が一目で分かるような通知を行っています。対象者ごとのデータを掲載することで自分ゴト化を図り、医療機関への受診を促します。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民生活課 国保年金担当が実施。
	国民健康保険団体連合会	国保連合会よりレセプトデータを預かり、委託業者に分析を依頼。
	民間事業者	外部委託事業者にて、健診未受診者に対し、通知書の送付を実施。
	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)	進捗状況や効果報告など、庁内関係部署との情報共有ができる体制を構築します。

評価指標一覧

○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3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の評価する指標)」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)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"> ・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：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3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"> ・ 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の評価する指標)」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)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。 ・ 実施量の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：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"> 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の評価する指標）」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）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"> 「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3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"> 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の評価する指標）」として例示あり。 		<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 	

○個別保健事業

		指標	分母	分子
評価指標	事業番号1-1 特定健康診査	1 生活習慣改善意欲なしの人の割合	当該年度の特定健診受診者数	当該年度の特定健診の質問票で「生活習慣改善意欲なし」と回答した者
		2 特定健康診査受診率	特定健診対象者数	特定健康診査受診者数
	事業番号1-2 特定保健指導	1 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
		2 質問票の「現在、たばこを習慣的に吸っている」で「はい」と答えた人の割合	当該年度の特定健診受診者数	当該年度の特定健診の質問票で「現在、たばこを習慣的に吸っている」で「はい」と答えた人と回答した者
		3 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
	事業番号2 糖尿病予防対策	1 6ヵ月指導対象者の目標達成率(食事・運動)	6ヵ月指導対象者数	指導開始時に立てた食事・運動の目標に対して終了時のアンケートで目標達成していた人数
		2 6ヵ月指導対象者の健診値の改善率(HbA1c *取得できない場合体重や血圧等)	6ヵ月指導対象者数	指導開始時の身体的指標(HbA1cもしくは体重・血圧)に対して、保健指導終了後の最新検査値が改善していた人数
		3 保健指導の参加勧奨者のうち実際利用した割合	6ヵ月指導実施者数	
		4 6ヵ月指導対象者の指導完了率	6ヵ月指導実施者数	6ヵ月指導の完遂者数
	事業番号3 生活習慣病予防	1 通知後の医療機関への通院率	勧奨通知送付者	通知後に医療機関へ通院した人数
		2 異常値放置者の該当率	当該年度の特定健診受診者数	当該年度の特定健診未受診者の人数
		3 対象者への通知率	前年度の特定健康診査の結果、医療機関への受診勧奨対象者の内、医療機関への受診が確認できていない人で、効果のある者	実際に通知を送った人数

○個別保健事業

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等
特定健診等を受診することで、市民の生活習慣の改善意欲が高まることを評価する指標として設定	国保データベース(KDB)システム 「質問票調査の状況」	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
山梨県共通評価指標と同様	法定報告	・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
山梨県共通評価指標と同様	法定報告	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
保健指導を通して、喫煙者の割合を減らしていくことを評価する指標として設定	国保データベース(KDB)システム 「質問票調査の状況」	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
山梨県共通評価指標と同様		・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
指導対象者の指導開始時に設定した目標が達成できたかを評価する指標として設定	委託事業者の事業報告書	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
指導対象者の指導後に検査値が改善しているかを評価する指標として設定		・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
糖尿病の重症化を予防する意識づけを行うための指標		・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
途中離脱することなく満足いく保健指導を実施するための評価指標として設定		・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
通知による医療機関への受診を評価するための指標。	委託事業者の事業報告書	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
特定健診後、医療機関への受診を評価するため指標。	委託事業者の医療費分析報告書	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
対象にあがった人に確実に医療機関への勧奨を促しているかを評価する指標	委託事業者の事業報告書	・アウトプット指標 ・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います。</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います。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・協力体制を整備します。</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、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。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します。</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します。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します。</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ます。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)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取組を実施していきます。</p> <p>① 地域で被保険者を支える連携の促進 ・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> <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 ・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> <p>③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用 ・医療提供における役割だけではなく、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> <p>庁内各部署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組を推進します。</p>

第6章 その他の保健事業

韮崎市として、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、韮崎市国民健康保険が主導となり実施をしていきます。

①後発医薬品の利用 促進事業	ジェネリック医薬品のさらなる普及率向上を目指します。 レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定します。 通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促します。
②受診行動適正化指導 事業(重複・頻回受診、 重複服薬、多剤処方)	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少や、正しい服薬を促すことで、医療費の適正化を図ります。 レセプトデータから、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者、長期処方の薬剤を多く処方されている対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、専門職による指導を行います。
③がん検診の通知及び 精密検査受診勧奨	がん検診にて要精密検査となった方のうち、受診が確認できない方へ電話連絡を入れ精密検査受診勧奨を実施します。
④健康づくり課保健事 業	健康教育事業(にらさきいきいきウォーキング、健康アップ教室等)、健康相談事業(一般健康相談、結果報告会等)、訪問事業を実施し、市民の健康保持・増進に努めます。

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ます。

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ました。

菫崎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ました。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します。

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

法第19条を踏まえるとともに、「健康増進計画」及び「データヘルス計画」等で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図るものとします。

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

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ヵ月分)

■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ヵ月分)

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ヵ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和 2年3月健診分(12ヵ月分)

令和 2年度…令和 2年4月～令和 3年3月健診分(12ヵ月分)

令和 3年度…令和 3年4月～令和 4年3月健診分(12ヵ月分)

令和 4年度…令和 4年4月～令和 5年3月健診分(12ヵ月分)

■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)

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取組の実施内容

以下は、特定健康診査及び特定保健指導に係る、これまでの主な取組を示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	取組	実施内容
特定健康診査の 受診率向上	健診未受診者に特定健康診査の 受診を促します。	特定健康診査を受診していない方を特定し、訴求力の 高い通知書の作成及び送付を行い、健診の受診を促し ます。
	国保の被保険者で40歳以上75歳 未満の方が、生活習慣病等で治 療中の場合の特定健診に相当す る情報を取得します。	本人に同意を得たうえで、生活習慣病等で治療を行っ ているかかりつけ医から診断情報の提供を受け、受診 率の向上を図ります。

【特定保健指導】

事業分類	取組	実施内容
生活習慣病 該当者及び 予備群の減少	専門職による支援を面接や電話、 e-mail等で行います。	<ul style="list-style-type: none">・初回指導の電話勧奨を実施・特定保健指導を実施し、脱落予備群を抽出し、脱落 防止の電話勧奨を行います。

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す。

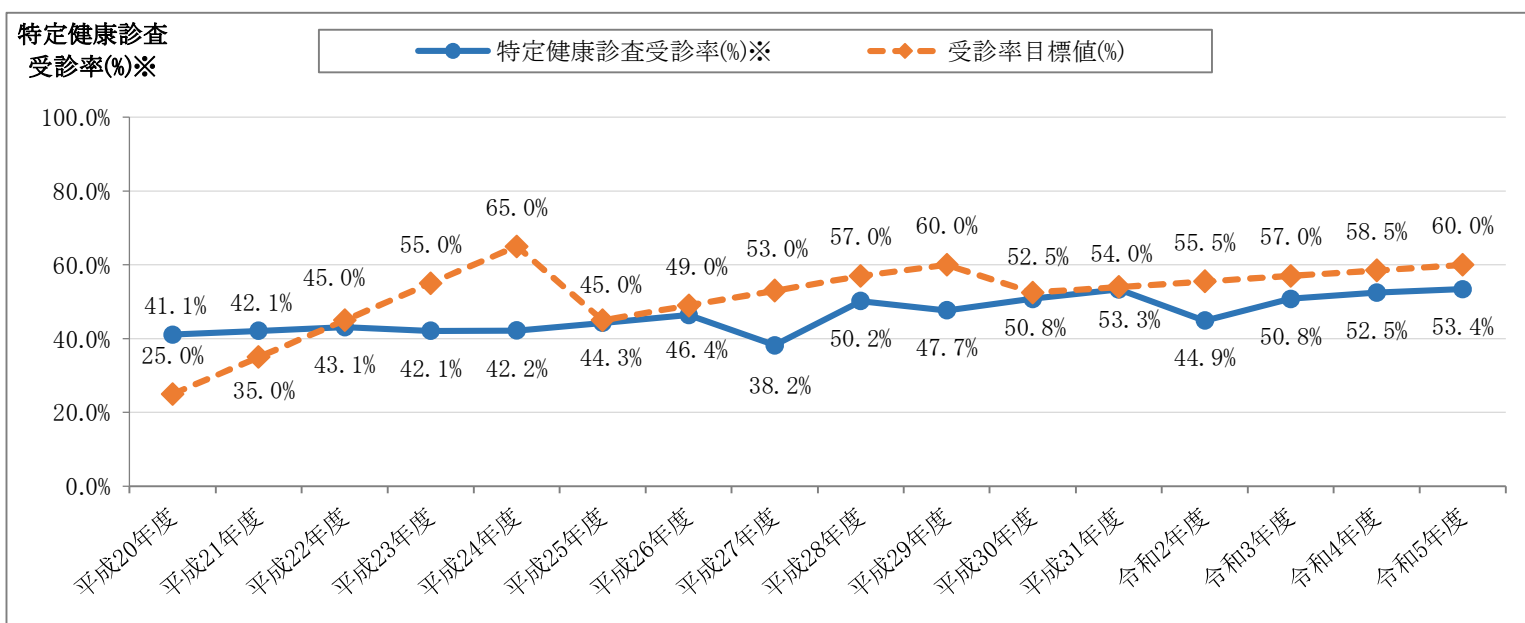
特定健康診査受診率及び目標値

	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)	5,316	5,448	5,485	5,450	5,967	5,460	5,392	5,969
特定健康診査受診者数(人)	2,184	2,294	2,362	2,295	2,519	2,420	2,500	2,282
特定健康診査受診率(%)※	41.1%	42.1%	43.1%	42.1%	42.2%	44.3%	46.4%	38.2%
受診率目標値(%)	25.0%	35.0%	45.0%	55.0%	65.0%	45.0%	49.0%	53.0%
	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)
特定健康診査対象者数(人)	5,153	5,090	4,945	4,914	4,917	4,694	4,482	4,400
特定健康診査受診者数(人)	2,585	2,430	2,510	2,612	2,208	2,384	2,351	2,350
特定健康診査受診率(%)※	50.2%	47.7%	50.8%	53.3%	44.9%	50.8%	52.5%	53.4%
受診率目標値(%)	57.0%	60.0%	52.5%	54.0%	55.5%	57.0%	58.5%	60.0%

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。

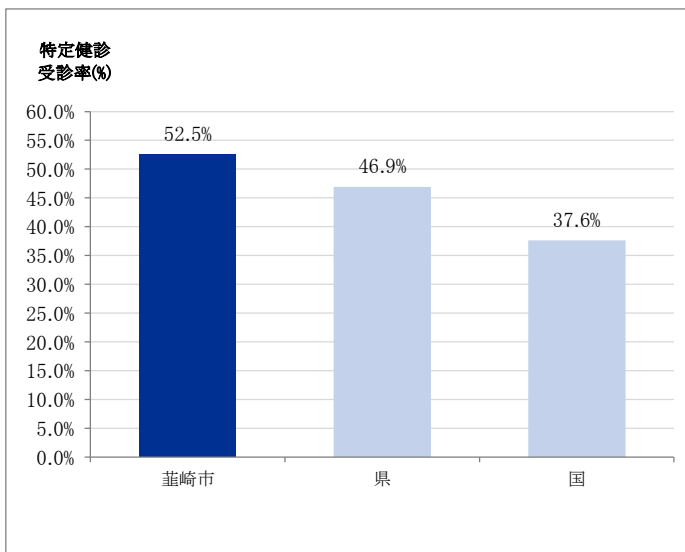
法定報告より集計した、令和4年度における、特定健康診査受診率は以下のとおりです。
 ＊国の令和4年度の値は公表されていない為、国保データベース(KDB)システムのデータを用いました。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
韮崎市	52.5%
県	46.9%
国	37.6%

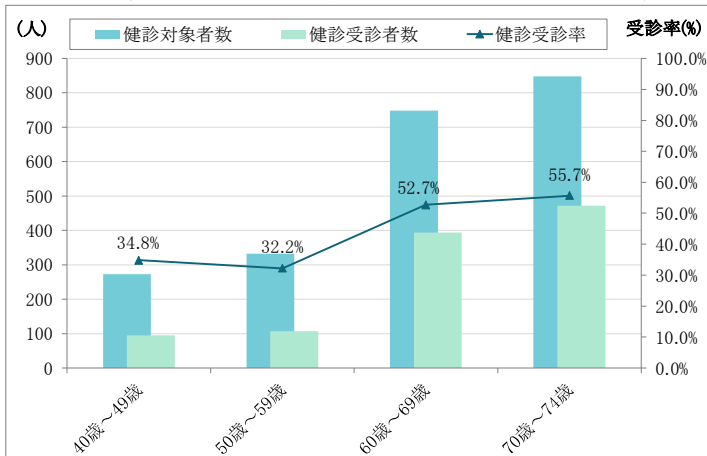
出典: 韮崎市・県 法定報告値
 国 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ

特定健康診査受診率(令和4年度)



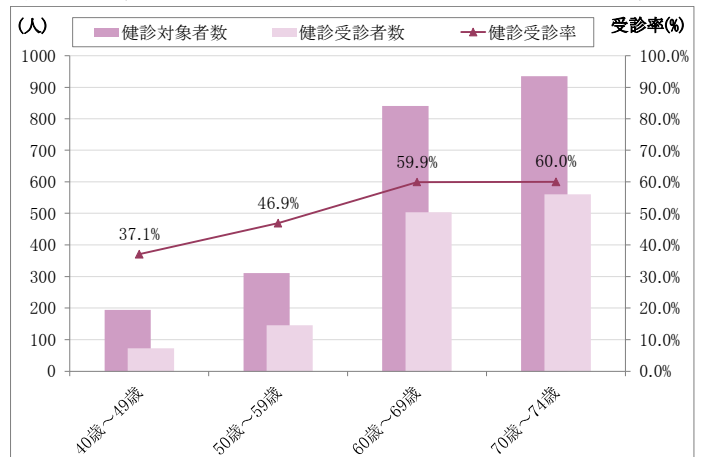
出典: 韮崎市・県 法定報告値
 国 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典: 法定報告値

(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す。令和4年度の特定健康診査受診率52.5%は平成30年度50.8%より1.7ポイント増加しています。

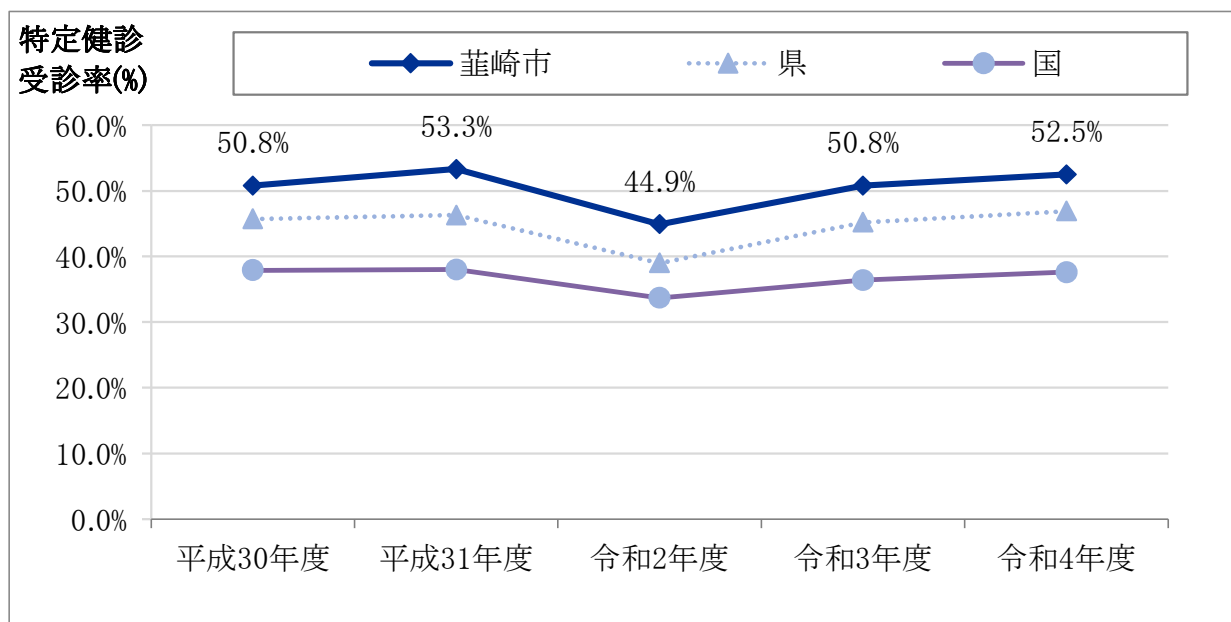
年度別 特定健康診査受診率

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
韮崎市	50.8%	53.3%	44.9%	50.8%	52.5%
県	45.7%	46.3%	39.0%	45.2%	46.9%
国	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	37.6%

出典: 韮崎市・県 法定報告値

国 令和4年: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ
 平成30年～令和3年: 公益社団法人国民健康保険中央会 市町村国保特定健診・保健指導実施状況(速報値)

年度別 特定健康診査受診率



出典: 韮崎市・県 法定報告値

国 令和4年: 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ
 平成30年～令和3年: 公益社団法人国民健康保険中央会 市町村国保特定健診・保健指導実施状況(速報値)

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す。

特定保健指導実施率及び目標値

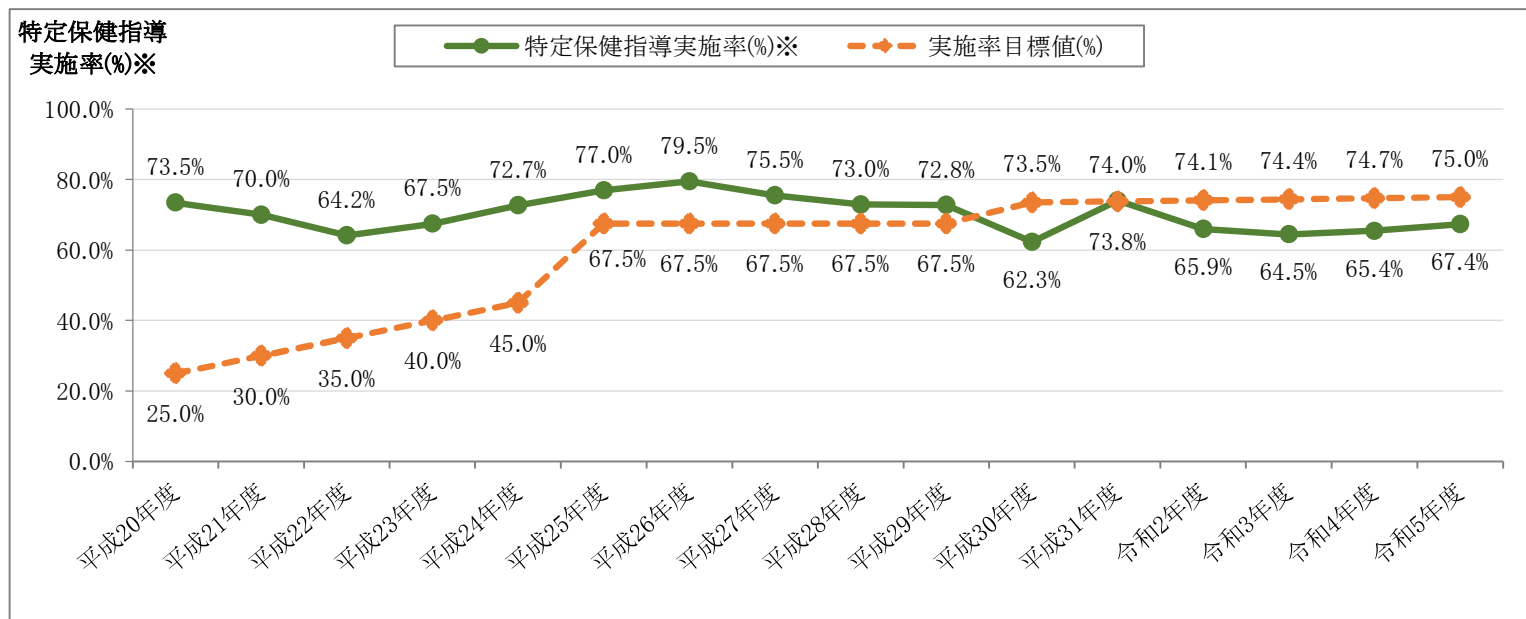
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	275	277	268	255	253	239	239	245
特定保健指導利用者数(人)	243	230	203	219	197	189	203	194
特定保健指導実施者数(人)※	202	194	172	172	184	184	190	185
特定保健指導実施率(%)※	73.5%	70.0%	64.2%	67.5%	72.7%	77.0%	79.5%	75.5%
実施率目標値(%)	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	67.5%	67.5%	67.5%
	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)	233	206	260	262	232	228	214	190
特定保健指導利用者数(人)	176	156	177	200	170	159	146	157
特定保健指導実施者数(人)※	170	150	162	194	153	147	140	128
特定保健指導実施率(%)※	73.0%	72.8%	62.3%	74.0%	65.9%	64.5%	65.4%	67.4%
実施率目標値(%)	67.5%	67.5%	73.5%	73.8%	74.1%	74.4%	74.7%	75.0%

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す。

積極的支援実施状況

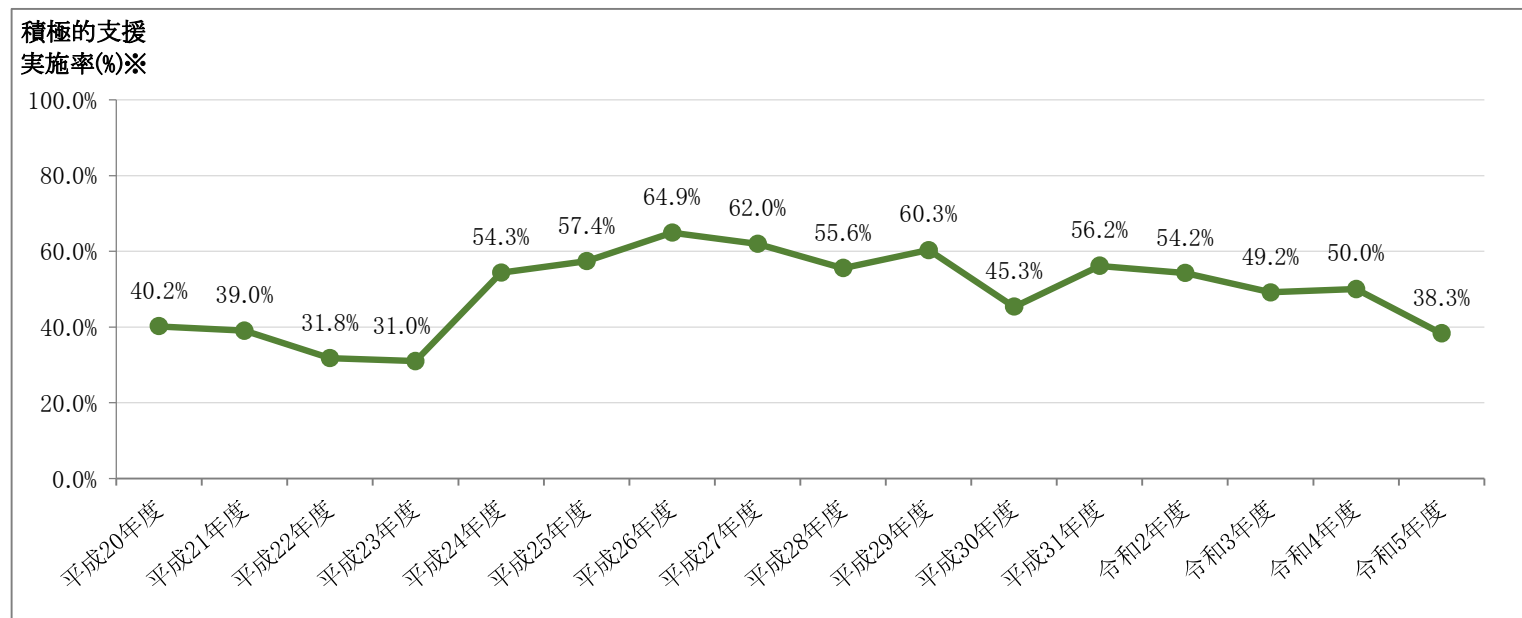
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	87	82	88	87	81	61	57	71
積極的支援利用者数(人)	75	65	58	71	56	40	47	52
積極的支援実施者数(人)※	35	32	28	27	44	35	37	44
積極的支援実施率(%)※	40.2%	39.0%	31.8%	31.0%	54.3%	57.4%	64.9%	62.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	63	63	75	73	59	59	56	47
積極的支援利用者数(人)	40	44	45	46	37	34	34	28
積極的支援実施者数(人)※	35	38	34	41	32	29	28	18
積極的支援実施率(%)※	55.6%	60.3%	45.3%	56.2%	54.2%	49.2%	50.0%	38.3%

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

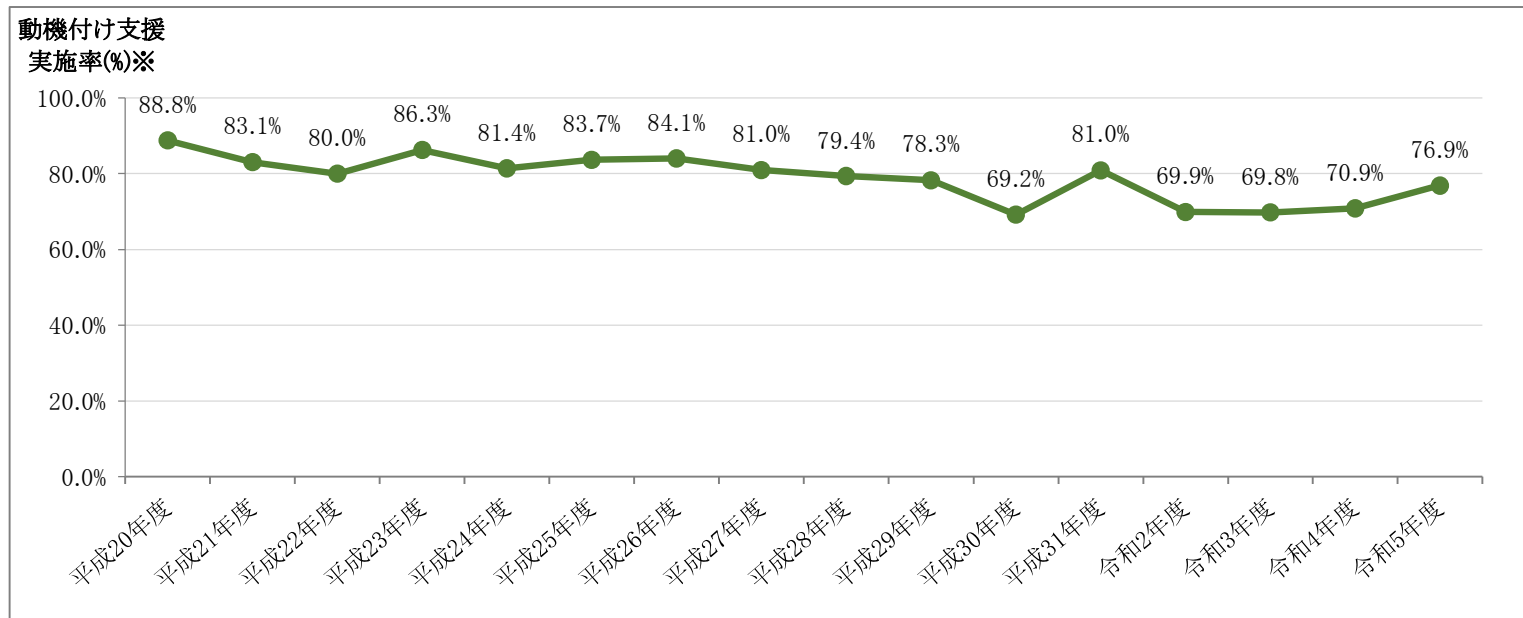
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	188	195	180	168	172	178	182	174
動機付け支援利用者数(人)	168	165	145	148	141	149	156	142
動機付け支援実施者数(人)※	167	162	144	145	140	149	153	141
動機付け支援実施率(%)※	88.8%	83.1%	80.0%	86.3%	81.4%	83.7%	84.1%	81.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	170	143	185	189	173	169	158	143
動機付け支援利用者数(人)	136	112	132	154	133	125	112	129
動機付け支援実施者数(人)※	135	112	128	153	121	118	112	110
動機付け支援実施率(%)※	79.4%	78.3%	69.2%	81.0%	69.9%	69.8%	70.9%	76.9%

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。

法定報告より集計した、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す。*国の令和4年度の値は公表されていない為、国保データベース(KDB)システムのデータを用いました。

特定保健指導実施状況(令和4年度)

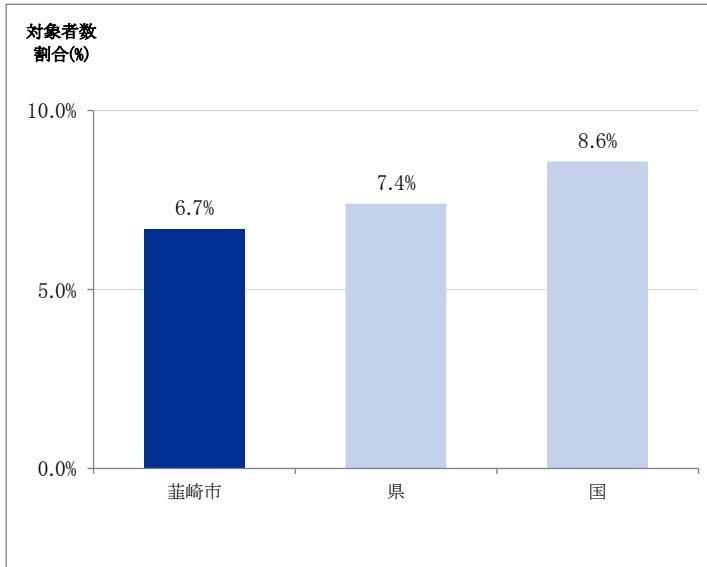
区分	特定健診受診率	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
韮崎市	52.5%	6.7%	2.4%	9.1%	65.4%
県	46.9%	7.4%	3.0%	10.5%	48.4%
国	37.6%	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

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。

出典: 韮崎市・県 法定報告値

国 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ

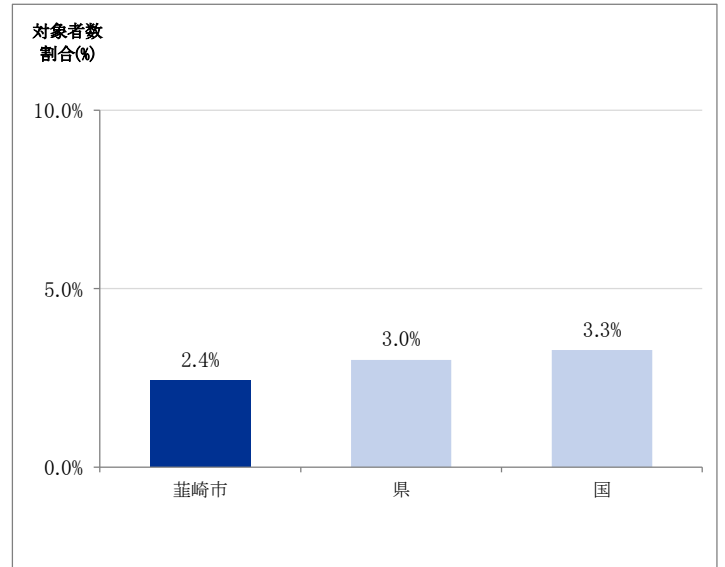
動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



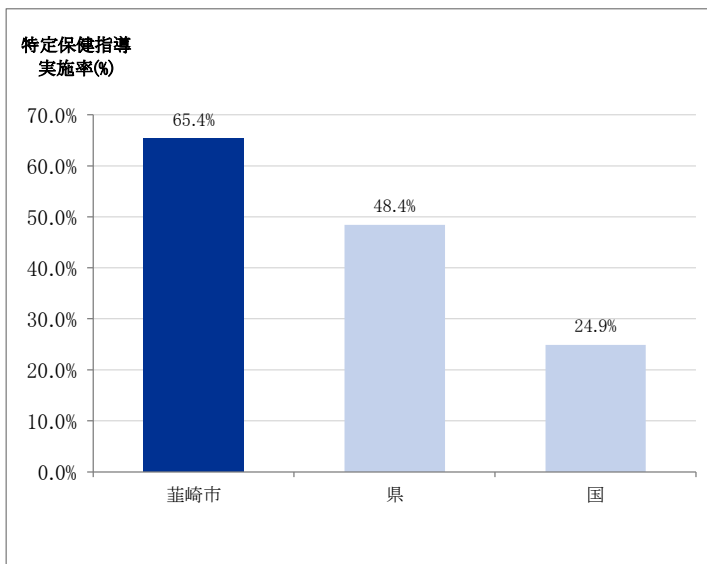
出典: 韮崎市・県 法定報告値

国 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ

積極的支援対象者数割合(令和4年度)



特定保健指導実施率(令和4年度)



出典: 韮崎市・県 法定報告値

国 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ

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す。令和4年度の特定保健指導実施率65.4%は平成30年度62.3%より3.1ポイント増加しています。

年度別 特定保健指導実施状況

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				
	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	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
蕪崎市	7.4%	7.2%	7.8%	7.1%	6.7%	3.0%	2.8%	2.7%	2.5%	2.4%
県	8.1%	7.9%	8.0%	7.7%	7.4%	3.2%	2.9%	3.1%	3.1%	3.0%
国	8.9%	8.8%	8.9%	8.8%	8.6%	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	3.3%

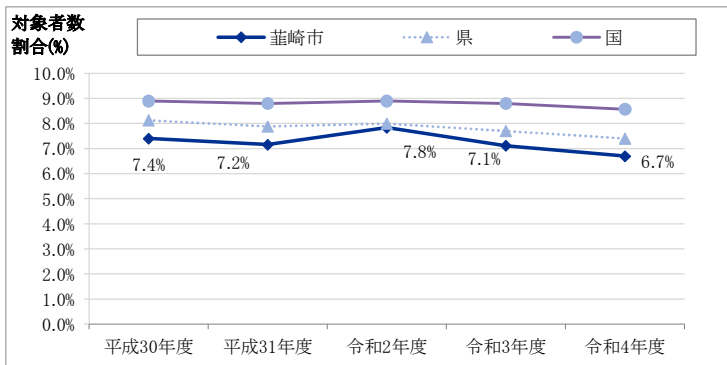
区分	支援対象者数割合					特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
蕪崎市	10.4%	10.0%	10.6%	9.6%	9.1%	62.3%	74.0%	65.9%	64.5%	65.4%
県	11.2%	10.7%	11.1%	10.7%	10.5%	47.0%	52.1%	46.0%	50.4%	48.4%
国	11.6%	11.5%	11.4%	11.5%	11.9%	28.9%	29.3%	27.9%	27.9%	24.9%

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。

出典:蕪崎市・県 法定報告値

国 令和4年:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ
平成30年～令和3年:公益社団法人国民健康保険中央会 市町村国保特定健診・保健指導実施状況(速報値)

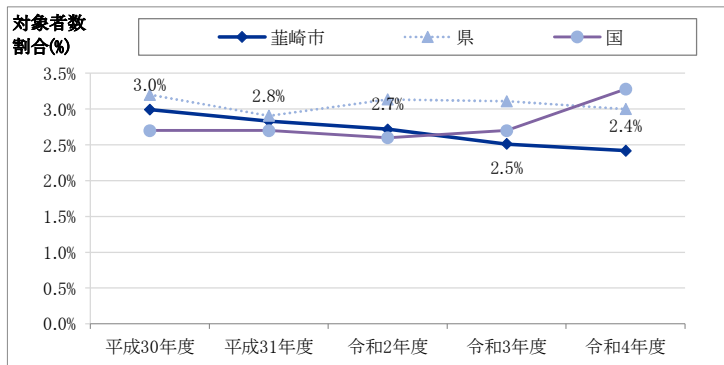
年度別 動機付け支援対象者数割合



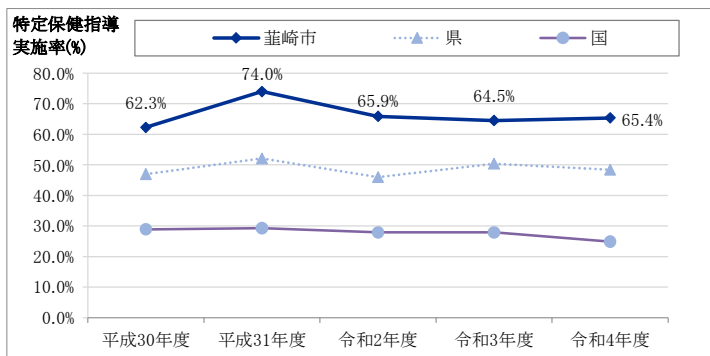
出典:蕪崎市・県 法定報告値

国 令和4年:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ
平成30年～令和3年:公益社団法人国民健康保険中央会 市町村国保特定健診・保健指導実施状況(速報値)

年度別 積極的支援対象者数割合



年度別 特定保健指導実施率



出典:蕪崎市・県 法定報告値

国 令和4年:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」令和5年12月取得データ
平成30年～令和3年:公益社団法人国民健康保険中央会 市町村国保特定健診・保健指導実施状況(速報値)

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ヵ月)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す。基準該当は18.0%、予備群該当は10.6%です。

メタボリックシンドローム該当状況

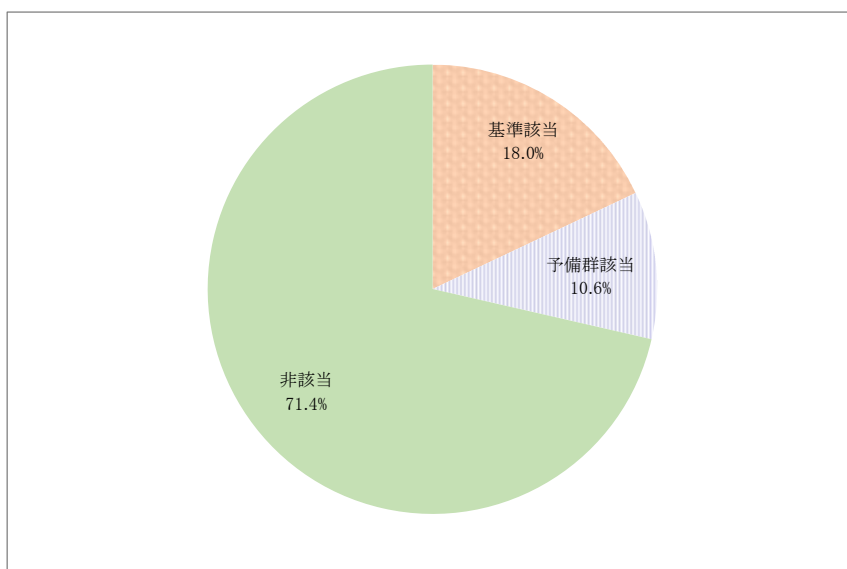
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	1,857	334	197	1,326	0
割合(%) ※	-	18.0%	10.6%	71.4%	0.0%

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ヵ月分)。

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ヵ月分)。

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 又は HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

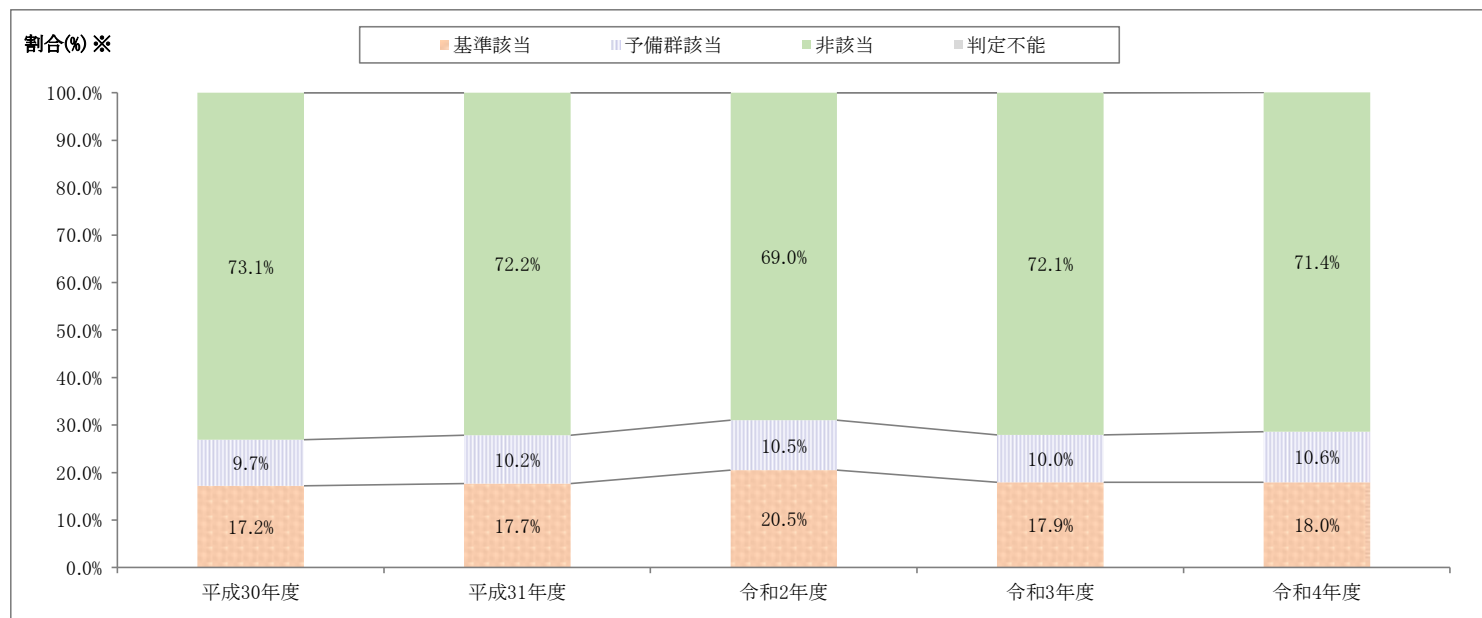
※糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

以下は、令和2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す。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当18.0%は平成30年度17.2%より0.8ポイント増加しており、予備群該当10.6%は平成30年度9.7%より0.9ポイント増加しています。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
年度	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	395	17.2%	224	9.7%	1,684	73.1%	0	0.0%
平成31年度	431	17.7%	248	10.2%	1,761	72.2%	0	0.0%
令和2年度	346	20.5%	176	10.5%	1,162	69.0%	0	0.0%
令和3年度	330	17.9%	184	10.0%	1,326	72.1%	0	0.0%
令和4年度	333	18.0%	197	10.6%	1,326	71.4%	0	0.0%

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ヵ月分)。

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	特定健康診査受診率 60%	受診率は令和4年度52.5%と目標の60%に届いていません。
特定保健指導	対象者への電話勧奨実施率 100%	電話勧奨の実施は、目標の100%には到達していませんが、90%以上は達成しています。
	初回指導率 85%以上	
	対象者の指導実施率 73% 以上 特定保健指導対象者 5% 減少	

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
実施方法	受診の機会を拡大するため、土曜・日曜にも日程を設けました。
関係機関	事業の実施は外部委託とし、委託基準 厚生労働省告示第11号「特定健診・特定保健指導の外部委託基準」を満たす実施機関に委託しています。
実施場所	感染防止を図るため、令和2年度より地区公民館での実施を取り止め、保健福祉センターと文化ホールにおいて感染対策・予約制をとり実施しました。

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す。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53.5%です。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46.3%です。

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	1,856	37.8%	598,810	72,094,478	72,693,288
健診未受診者	3,054	62.2%	9,534,813	121,404,589	130,939,402
合計	4,910		10,133,623	193,499,067	203,632,690

	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	39	2.1%	993	53.5%	993	53.5%	15,354	72,603	73,206
健診未受診者	113	3.7%	1,401	45.9%	1,415	46.3%	84,379	86,656	92,537
合計	152	3.1%	2,394	48.8%	2,408	49.0%	66,669	80,827	84,565

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ヵ月分)。

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ヵ月分)。

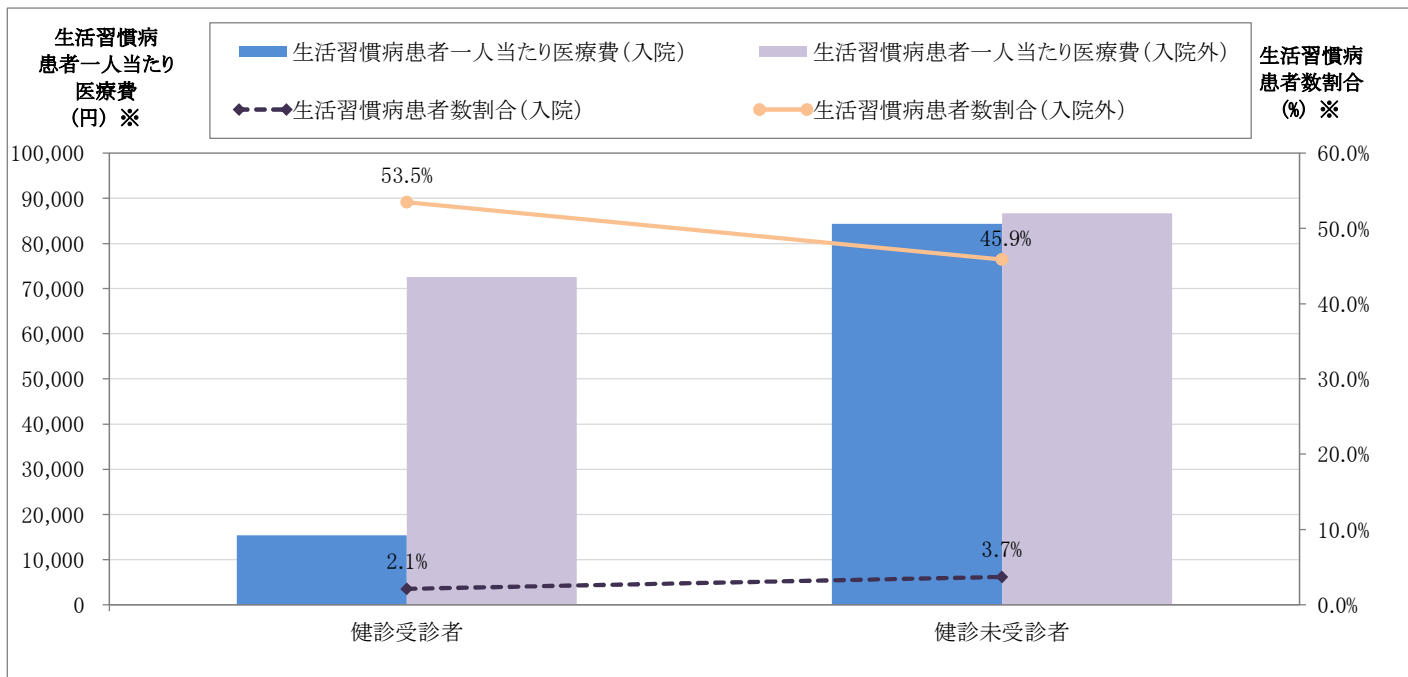
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※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ヵ月分)。

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ヵ月分)。

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ヵ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者数割合は3.0%、動機付け支援対象者数割合は6.6%です。

保健指導レベル該当状況

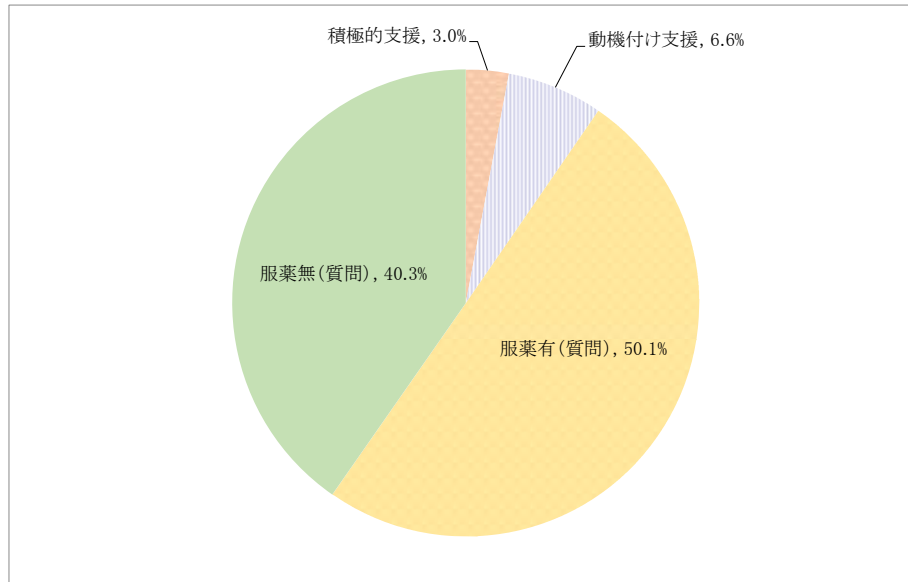
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	1,856	178	55	123	930	748	0
割合(%) ※	-	9.6%	3.0%	6.6%	50.1%	40.3%	0.0%

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ヵ月分)。

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ヵ月分)。

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	/	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とおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 又は 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 又は HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、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す。

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	71	11	7	9.9%	4	5.6%
45歳～49歳	73	10	6	8.2%	4	5.5%
50歳～54歳	106	24	16	15.1%	8	7.5%
55歳～59歳	109	21	13	11.9%	8	7.3%
60歳～64歳	216	24	13	6.0%	11	5.1%
65歳～69歳	472	44	0	0.0%	44	9.3%
70歳～	809	44	0	0.0%	44	5.4%
合計	1,856	178	55	3.0%	123	6.6%

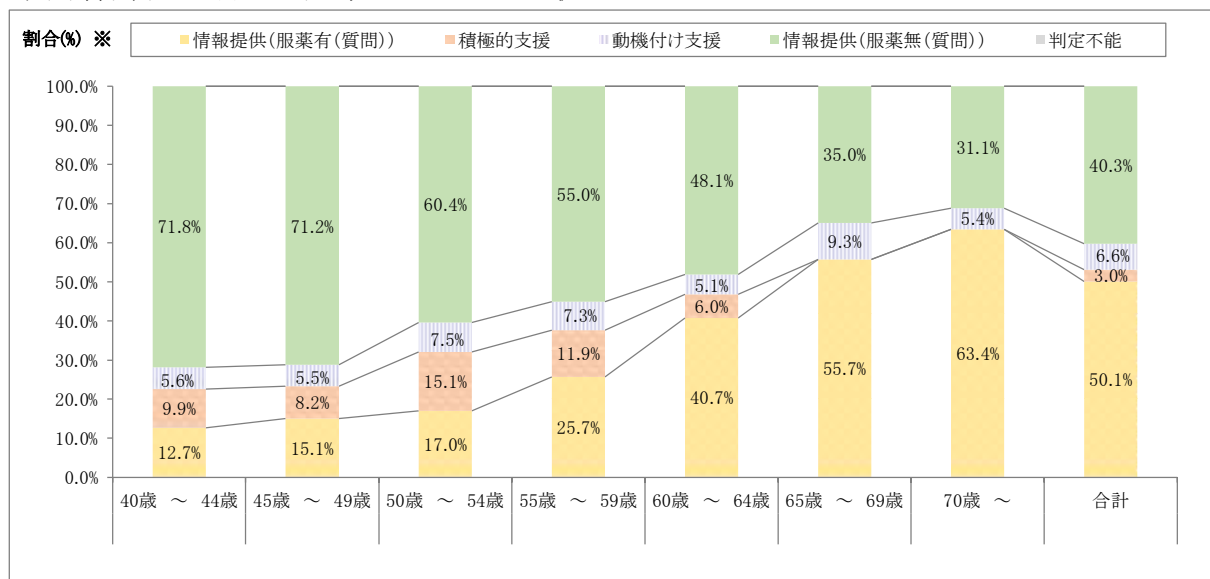
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	71	9	12.7%	51	71.8%	0	0.0%
45歳～49歳	73	11	15.1%	52	71.2%	0	0.0%
50歳～54歳	106	18	17.0%	64	60.4%	0	0.0%
55歳～59歳	109	28	25.7%	60	55.0%	0	0.0%
60歳～64歳	216	88	40.7%	104	48.1%	0	0.0%
65歳～69歳	472	263	55.7%	165	35.0%	0	0.0%
70歳～	809	513	63.4%	252	31.1%	0	0.0%
合計	1,856	930	50.1%	748	40.3%	0	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ヵ月分)。

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ヵ月分)。

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。

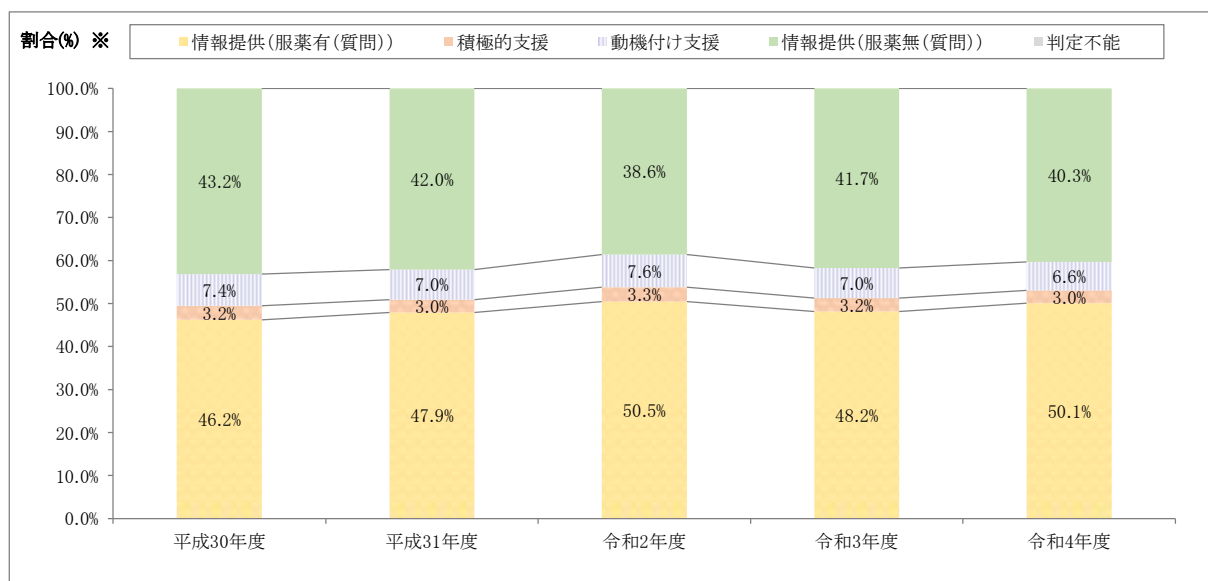
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者数割合3.0%は平成30年度3.2%から0.2ポイント減少しており、動機付け支援対象者数割合6.6%は平成30年度7.4%から0.8ポイント減少しています。

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)				
			積極的支援		動機付け支援	
			人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	2,303	244	74	3.2%	170	7.4%
平成31年度	2,440	245	74	3.0%	171	7.0%
令和2年度	1,684	184	56	3.3%	128	7.6%
令和3年度	1,840	187	58	3.2%	129	7.0%
令和4年度	1,856	178	55	3.0%	123	6.6%

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	2,303	1,065	46.2%	994	43.2%	0	0.0%
平成31年度	2,440	1,169	47.9%	1,026	42.0%	0	0.0%
令和2年度	1,684	850	50.5%	650	38.6%	0	0.0%
令和3年度	1,840	886	48.2%	767	41.7%	0	0.0%
令和4年度	1,856	930	50.1%	748	40.3%	0	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ヵ月分)。

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ヵ月分)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す。

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			178人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	4人	55人 31%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	3人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	4人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	5人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	4人	
	●	●				因子数2	血糖+血圧	
		●	●		血糖+脂質		4人	
		●	●		血圧+脂質		5人	
	●			●	血糖+喫煙		6人	
		●		●	因子数1	血圧+喫煙	8人	
			●	●		脂質+喫煙	2人	
	●					血糖	2人	
		●			因子数0	血圧	0人	
			●			脂質	1人	
				●		喫煙	0人	
				なし		0人		
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	1人	123人 69%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	12人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	4人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	2人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	1人	
	●	●				因子数2	血糖+血圧	
	●		●		血糖+脂質		3人	
		●	●		血圧+脂質		5人	
	●			●	血糖+喫煙		3人	
		●		●	因子数1	血圧+喫煙	0人	
			●	●		脂質+喫煙	4人	
	●					血糖	17人	
		●			因子数0	血圧	31人	
			●			脂質	17人	
				●		喫煙	0人	
				なし		7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ヵ月分)。

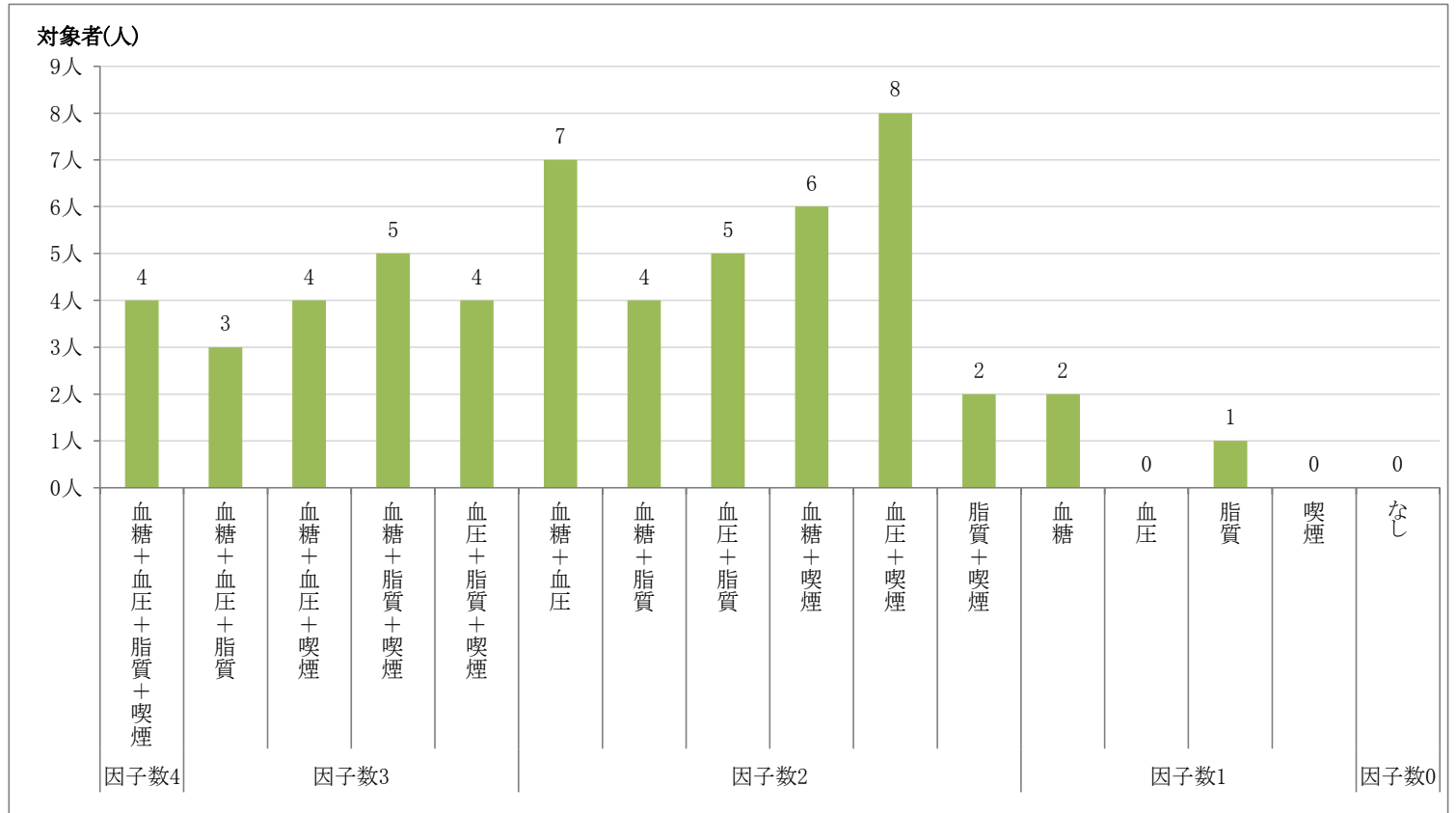
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※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。

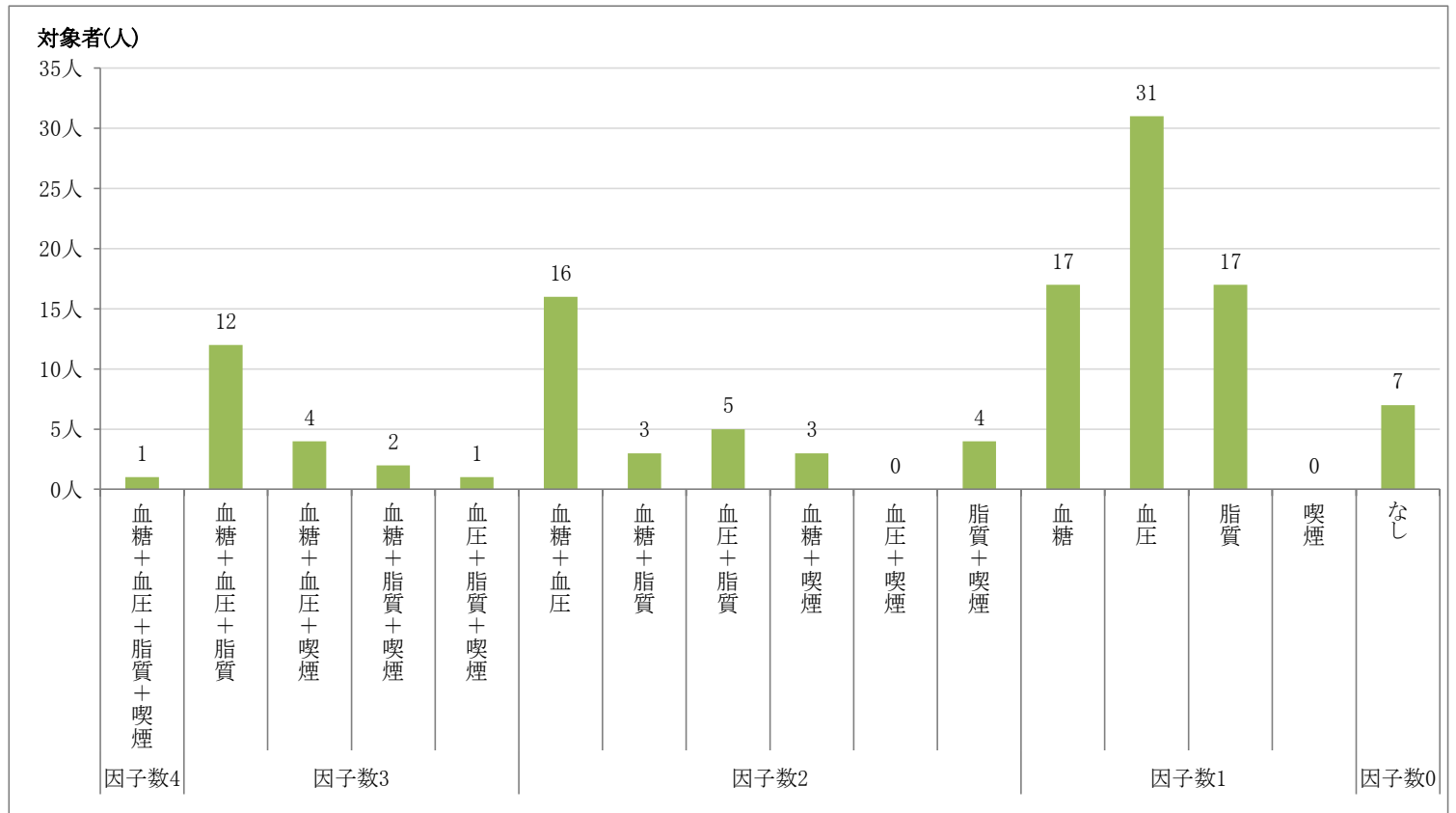
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 又は HbA1c(NGSP値)5.6%以上
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

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ヵ月分)。
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ヵ月分)。
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ヵ月分)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)」に分類しました。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す。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す。

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	178	2,431	517,392	519,823	1	20	20
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	748	6,825	1,644,249	1,651,074	1	55	55
	情報提供 (服薬有(質問))	930	589,554	69,932,837	70,522,391	37	918	918

		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	178	2,431	25,870	25,991
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	748	6,825	29,895	30,020
	情報提供 (服薬有(質問))	930	15,934	76,180	76,822

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ヵ月分)。

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ヵ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

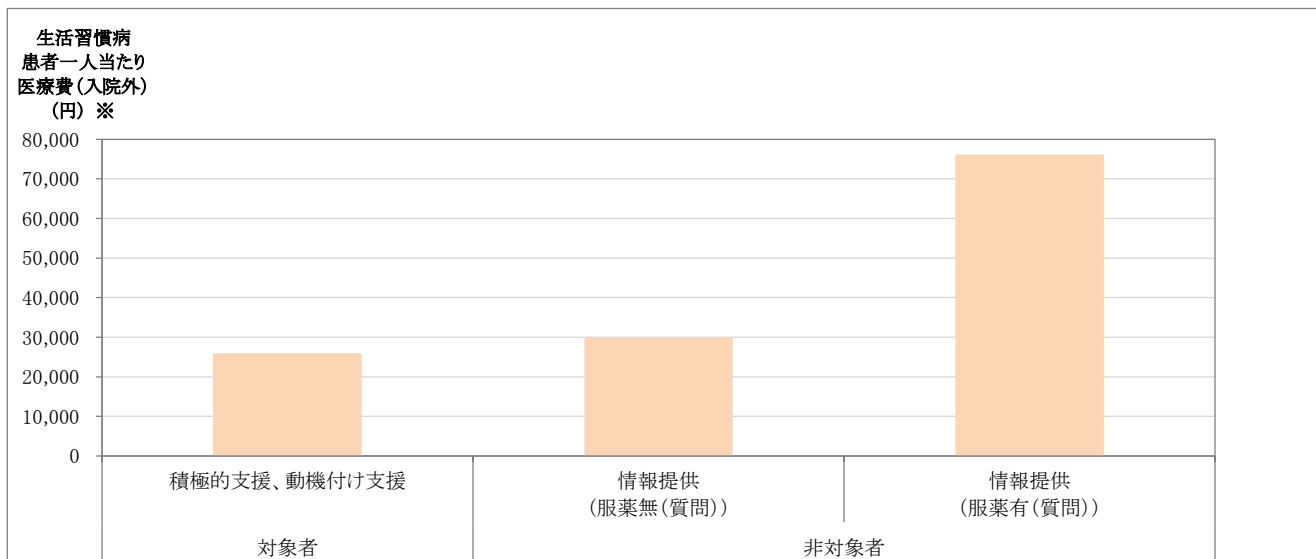
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※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ヵ月分)。

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ヵ月分)。

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65.5%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ます。本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定します。

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(%)	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%
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す。

○年齢階層別 特定健康診査対象者及び受診者数の見込み、目標受診率

年齢階層別 特定健康診査対象者の見込み

	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)	4,057	3,867	3,686	3,497	3,371	3,253
40歳～64歳	1,608	1,553	1,495	1,437	1,418	1,373
65歳～74歳	2,449	2,314	2,191	2,060	1,953	1,880

年齢階層別 特定健康診査受診者の見込み

	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
特定健康診査受診者数(人)	2,231	2,166	2,101	2,028	1,989	1,952
40歳～64歳	725	722	716	707	717	714
65歳～74歳	1,506	1,444	1,385	1,321	1,272	1,238

受診率(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
全体	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
40歳～64歳	45.1%	46.5%	47.9%	49.2%	50.6%	52.0%
65歳～74歳	61.5%	62.4%	63.2%	64.1%	65.1%	65.9%

(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す。

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)	219	215	209	203	195	172
特定保健指導実施率(%) (目標値)	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%	65.5%
特定保健指導実施者数(人)	144	141	137	133	128	113

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	66	66	66	65	63	57
	実施者数(人)	40歳～64歳	44	44	43	44	42	37
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	41	41	40	39	39	31
		65歳～74歳	112	108	103	99	93	84
	実施者数(人)	40歳～64歳	27	27	27	26	26	23
		65歳～74歳	73	70	67	63	60	53

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

① 対象者

実施年度中に40歳～74歳になる被保険者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)で、かつ、年度途中での加入・脱退等異動のない者を対象とします。ただし、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省告示で定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとします。

② 実施方法

ア. 実施場所

集団健康診査を保健福祉センター等において実施します。また、受診の機会を拡大するため、土曜・日曜等にも日程を設けるほか、適宜見直しを行います。

イ. 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」に基づき実施します。

■ 基本的な健診項目(全員に実施)

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

■ 詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む
尿検査	尿酸

ウ. 実施時期

当該年度の7月から11月までの間に行い、予備日を設けるなどして必要に応じて追加健診を実施します。

エ. 案内方法

- ・ 特定健康診査の対象者に対し、受診票と案内等を送付
- ・ 広報、ホームページへの記事掲載
- ・ 健康カレンダーへの記載と全戸配布
- ・ SNS等や勧奨ハガキによる受診の呼びかけ
- ・ 各種団体(食生活改善推進員会等)への呼びかけや周知

オ. 自己負担金

特定健康診査にかかる本人負担は無料とします。

カ. 委託の有無

- ・ 委託基準 厚生労働省告示第11号「特定健診・特定保健指導の外部委託基準」を満たす実施機関に委託します。
- ・ 委託機関 特定健康診査は外部委託とし、受託機関において実施します。

(2) 特定保健指導

① 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します。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します。

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血压		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とおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 又は 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：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) 又は HDLコレステロール40mg/dl未満

③血压：収縮期血压130mmHg以上 又は 拡張期血压85mmHg以上

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

②実施方法及び実施場所

特定保健指導は特定健診受診の結果、階層化により積極的支援・動機付け支援と判定された者を対象に、生活習慣改善に向けて、保健師・管理栄養士が保健指導を行います。

集団健診受診者については保健福祉センターを実施場所とします。人間ドック受診者について特定保健指導の実施が可能な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します。

③実施内容

特定保健指導は特定健診受診の結果、階層化により積極的支援・動機付け支援と判定された者を対象に、生活習慣改善に向けて、保健師・管理栄養士が保健指導を行います。

動機付け支援

支援内容	対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・延ばすべき行動等に気付き、自ら目標を設定し行動に移すことができるように、対象者の個別性に応じた指導や情報提供等を行う。
支援形態	初回面接による支援のみの原則1回とする。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援(ICT含む)、 又は1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援(ICT含む)。
実績評価	○3ヵ月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接又は通信手段を利用して行う。

積極的支援

支援内容	<p>特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。</p>					
支援形態	<p>初回面接による支援を行い、その後、3ヵ月以上の継続的な支援を行う。</p> <p>○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 又は1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。</p> <p>○3ヵ月以上の継続的な支援 個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。</p>					
実績評価	<p>○3ヵ月以上経過後の評価 アウトカム評価 (成果が出たことへの評価) を原則とし、プロセス評価 (保健指導実施の介入量の評価) も併用して評価する。</p> <p>アウトカム評価</p> <table border="1" data-bbox="269 813 1497 1144"> <tr> <td data-bbox="269 813 616 958">主要達成目標</td> <td data-bbox="616 813 1497 958"> <ul style="list-style-type: none"> ・腹囲2cm・体重2kg減 又は、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="269 958 616 1144">目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td data-bbox="616 958 1497 1144"> <ul style="list-style-type: none"> ・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善) </td> </tr> </table> <p>プロセス評価</p> <table border="1" data-bbox="269 1211 1497 1379"> <tr> <td data-bbox="269 1211 1497 1379"> <ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲2cm・体重2kg減 又は、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少 	目標未達成の場合の行動変容評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善) 	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲2cm・体重2kg減 又は、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少 					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善) 					
<ul style="list-style-type: none"> ・継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・健診後早期の保健指導実施を評価 						

④. 実施時期

集団健診実施後、特定保健指導対象者の選定及び階層化終了後実施します。なお、集団健診受診者については、原則として健診結果説明と同時に初回面接を実施します。

⑤. 案内方法

動機付け支援、積極的支援対象者全員に保健指導利用案内を啓発チラシとともに個別通知し周知を行います。その後電話にて利用勧奨を行います。

⑥自己負担金

原則として、特定保健指導にかかる本人負担は無料とします。

⑦委託の有無

- ・特定保健指導は、原則として特定保健指導業務受託機関への委託により行います。
- ・外部委託の実施にあたっては、利用者の利便性に配慮した対応と質を確保するため、「特定保健指導の外部委託に関する基準(厚生労働省告示)」を満たす実施機関に委託します。

⑧利用率向上への対応

- ・効率的かつ効果的に特定保健指導を実施するために、集団健診受診者に対しては健診結果説明と同時に初回面接を実施します。
- ・利用対象者に対し事前に電話連絡による利用勧奨を行います。
- ・特定保健指導を利用したことによる効果など有効性についてチラシ等を作成し周知を促します。

⑨未実施者及び中断者対策

- ・対象者が保健指導を受けなかった場合は電話等により連絡し、別の集団による保健指導を受けるように促します。
- ・来所できない場合には電話にて、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組ができるよう支援します。
- ・中断者については、外部委託の実施機関から連絡等を受け、対象者に特定保健指導の継続実施を促します。

⑩情報提供

- ・健診結果に大きな異常がない者には、健診結果の見方、メタボリックシンドロームについての説明資料を郵送します。
- ・医療受診が必要な者についてはその必要性を説明し、受診行動が取れるよう促します。
- ・動機付け支援、積極的支援には該当しないが腹囲、BMIが高値の者、腹囲、BMIは正常であるが血糖値、脂質代謝、血圧に異常がみられる者に対し、生活習慣の改善に関する基本的な情報の提供を行います。
- ・高血圧、糖尿病で病院受診しているが、コントロール不良と思われる者に対しては訪問等を行い、実態把握を行うとともに生活習慣の改善が図れるよう個別支援を行います。

⑪その他取組

- ・市で行う健康教室等の周知・参加を促し、予防として自らの健康維持のために取り組めるようにします。また、特定保健指導の対象又は、服薬により対象から除外された者であっても市の保健事業への参加を促し、数値の改善や重症化予防を図っていきます。

4. 目標達成に向けての取組

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取組を示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	取組
未受診者勧奨	より効果的な通知の送付や、勧奨対象範囲の拡大を検討し、未受診者へ受診勧奨を行います。
周知方法	健診のスケジュールの周知や、受診行動に結び付くような啓発的な周知方法を模索し、SNSやHPを用いた広報を行います。

【特定保健指導】

事業分類	取組
利用率向上への対応	初回面談前に対象者に対し電話連絡を入れ、利用勧奨を行います。
中断者対策	委託業者との1回/年の打合せにて直近の傾向を共有し、協力して中断者対策を実施します。連絡がつかない利用者に対しては、市からも電話連絡を入れ、継続を促します。

5. 実施スケジュール

	実施項目	当年度												翌年度				
		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	対象者抽出		↔															
	受診券一斉送付 (以降随時)			↔														
	特定健康診査実施				↔	↔		↔	↔									
	未受診者受診勧奨 通知発送							↔										
	翌年度事業計画の 検討・見直し													↔				
特定保健指導	前期	対象者抽出				↔												
		特定保健指導実施						↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔				
		翌年度事業計画の 検討・見直し													↔			
	後期	対象者抽出									↔							
		特定保健指導実施											↔	↔	↔	↔	↔	↔

※特定保健指導の後期対象者については、翌年度6月まで継続実施。

第5章 その他

1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行います。

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定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2) データの管理

特定健康診査・特定保健指導結果のデータの保存年限は原則5年とし、保存期間経過後適切に破棄します。

2. 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。」とあります。主に加入者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取組方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図ります。

3. 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、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、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、客観的に評価を行います。

(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します。

4. 他の健診との連携

特定健康診査の実施に当たっては、庁内連携を図り、がん検診等他の関連する検(健)診と可能な限り連携して実施するものとします。

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

①アウトカム評価の導入による「見える化」

特定保健指導対象者の行動変容に係る情報等を収集し、保険者がアウトカムの達成状況等を把握、要因の検討等を行い、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みの構築が重要であるため、特定保健指導の「見える化」を推進します。

②ICTを活用した特定保健指導の検討

在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とします。ICT活用の推進に当たっては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」を参照し、ICT環境やICTリテラシーの確認・確保等、ICT活用に係る課題に留意して対応するものとします。

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。
	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。
	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。
	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。先発医薬品と治療学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がわかる。 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ヵ月以上の定期的・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、又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ヵ月経過後に面接、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、生活習慣病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せていた状態から、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	RS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	小児麻痺後遺症
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	膀胱癌	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Yahr3
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	膿疱疹性湿疹
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		