

身延町国民健康保険
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

令和6年3月
身延町

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	7
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 / 地域特性	9
生活習慣病発症 / 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 / 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(性・年齢階層別)(令和4年度)	16
特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(年度別)	16
図表2-2 特定健康診査受診率・保健指導実施率(令和4年度)	17
特定健康診査受診率・保健指導実施率(年度別)	18
図表2-3 特定健康診査受診率(性・年齢階層別)	19
図表3-1 人口動態	20
図表3-2 平均余命と平均自立期間	21
図表4-1 年度別医療費の状況	22
図表4-2 性・年齢階層別医療費の状況	23
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)	24
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)	25
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)	26
図表6 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)	27
図表7 人工透析に係る分析	28
図表8 被保険者千人当たりレセプト件数・入院外来別(令和4年度)	29
図表9 質問票調査の状況(令和4年度)	31
図表10 検査項目別 有所見者の状況(性・年齢階層別)(令和4年度)	32
図表11 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)	33
図表12-1 重複・頻回受診者に係る分析(令和4年度)	34
図表12-2 重複・頻回受診者に係る分析	35
図表13-1 重複・多剤処方に係る分析(令和4年度)	36
図表13-2 重複・多剤処方に係る分析	38
図表14 後発医薬品普及率に係る分析	39
図表15 死因の状況	40
第3章 計画全体	41
健康課題	41
計画全体の目的・目標 / 評価指標 / 現状値 / 目標値	42
保健事業一覧	42

第4章	個別事業計画	43
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	43
	事業番号1-1 特定健康診査受診率の向上	45
	事業番号1-2 特定保健指導実施率の向上	47
	事業分類 2 糖尿病対策	49
	事業番号2-1 糖尿病性腎症重症化予防事業	51
	事業分類 3 生活習慣病改善	53
	事業番号3-1 運動を始めるきっかけづくりの推進	53
	評価指標一覧	54
	計画全体(総合アウトカム)	54
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	56
	事業分類 2 糖尿病対策	58
第5章	その他	60
	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	60
	個人情報の取扱い / 地域包括ケアに係る取り組み	60
第6章	その他の保健事業	61
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	63
	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	63
	4. データ分析期間	64
第2章	特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	65
	1. 取り組みの実施内容	65
	2. 特定健康診査の受診状況	67
	3. 特定保健指導の実施状況	70
	4. メタボリックシンドローム該当状況	76
	5. 第3期計画の評価と考察	78
第3章	特定健康診査に係る詳細分析	79
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	79
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	80
第4章	特定健康診査等実施計画	86
	1. 目標 / 2. 対象者数推計	86
	3. 実施方法	88
	4. 目標達成に向けての取り組み	92
	5. 実施スケジュール	93
第5章	その他	94
	1. 特定健康診査・特定保健指導の結果の通知と保存	94
	2. 特定健康診査等実施計画書の公表及び周知	94
	3. 個人情報保護対策 / 4. 被保険者への結果報告(通知)	95
	5. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し / 6. 他の健診との連携	95
	巻末資料	
	1. 用語解説集	97
	2. 疾病分類	99

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分野を中心に取り組み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。

身延町国民健康保険においては、「第2期データヘルス計画」及び「第3期特定健康診査等実施計画」を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組み成果・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、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組み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り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示されました。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、標準化の取り組み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・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとします。</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>身延町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行います。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、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護部局(福祉事務所等)等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。</p> <p>国保部局は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。</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、地域組織等との意見交換や情報提供の場の設置、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 (2023年3月31日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		10,628		5,851		4,787	
国保加入者数(人)	合計	2,579	100%	1,387	100%	1,192	100%
	0～39歳(人)	335	13.0%	191	13.8%	144	12.0%
	40～64歳(人)	819	31.8%	477	34.4%	342	29.0%
	65～74歳(人)	1,425	55.3%	719	51.8%	706	59.0%
	平均年齢(歳)	59.3歳		58.5歳		60.0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	医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等：専門的知見を有する医療関係者と連携を図り、重症化予防及び地域特性を踏まえた保険事業の実施に向けて取り組んでいきます。
山梨県(保健所)	関係機関との調整や、人材育成について連携を図る他、健康課題の分析や事業評価等について情報提供や助言を求めます。
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並びに、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。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、商工会、自治会等と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年度の被保険者数は2,579人で、平成30年度の3,075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13.0%、40歳～64歳が31.8%、65歳～74歳が55.3%です。県の平均よりも64歳以下の割合が低く、65歳～74歳の割合が高くなっており、高齢化率は県や国よりもかなり高い水準です。平均年齢も県内ではかなり高くなっています。(令和4年度)

前期計画等に係る考察	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の受診率は、新型コロナウイルスの影響で令和2年度は低下しました。令和3年度までは健診キットを対象者全員に送付してきましたが、令和4年度からは、レセプトを確認して内科受診がない人に送付し、令和5年度は対象者の年齢で発症している疾病を記載した圧着ハガキによる未受診者勧奨を行う等工夫をしました。その結果、受診率は回復してきていますが、まだコロナ禍前の水準には戻っていません。今後も工夫をしていく必要があります。 ・特定保健指導は、令和3年度はコロナワクチン対応等により人手不足で従来の説明会が実施できませんでした。令和4年度は、当日の説明会出席率は目標に比べ低いですが、その人の都合にできるだけ合わせ別日に指導をする等工夫をすることで、動機付け支援の実施率、終了率は目標値を超えました。 ・慢性腎臓病予防教室では、令和4年度は3地区の保健推進員を対象に4会場で研修を実施しました。委員の半数の参加が得られました。今後は、健康づくり組織等への運動の普及啓発にも取り組んでいきます。 ・腎機能低下予防フォローアップ事業並びに糖尿病性腎症重症化予防は令和3年度は実施できませんでした。令和4年度は一部の人には実施できましたが、対象者の多くはかかりつけ医にかかっているからという理由で参加を拒まれてしまいました。今後、医師会とも連携を図り、対象者の人に適切な指導ができるよう工夫していきます。
------------	--

A 不適切な生活習慣

B 生活習慣病予備群

数的データ

(健診問診項目の該当者割合、等)

- ・男性：40歳～44歳受診率 33.3%、50歳～59歳受診率 36.8%と低い
- ・女性：50歳～54歳受診率 40.4%と低い
- ・喫煙している人の割合 15.2%
 - 男性：55歳～59歳 51.4%
 - 女性：50歳～54歳 17.4%
- ・食べる速度の速さを感じている人 30.9%
- ・咀嚼に問題を感じている人(噛みにくい・噛めない) 17.2%
- ・20歳の時から体重が10kg以上増加した人 29.8%
- ・1回に30分以上の運動をしない人 73.1%
過去数年の傾向では数%低下している
- ・1日1時間以上の運動をしない人 (R2)41.2% (R4)41.7%
- ・睡眠不足を感じている人 60.5%
女性のすべての年代、男性40歳代と55歳～59歳を除くすべての年代
- ・毎日飲酒する人 19.8%
- ・1日の飲酒量1合以上 62.2%。R3年度までは男女とも2～3合の割合が高い年齢層もあった
(R4)男性：3合以上55歳～59歳 18.2%、女性：13.8%
(R3)55歳～59歳 3合以上の割合22.2%・男性：40歳～64歳の年齢で生活改善取り組み済みとの回答が多い

(健診検査項目の有所見率、等)

- ・肥満ではないが高血糖の人 9.5%
- ・メタボで男性該当者は 33.3%
- ・メタボ該当者、予備群は女性より男性が約2.5倍多い
- ・腹囲オーバーが男女ともどの年代も多い。特に男性は53.1%が該当
- ・BMI適正範囲超えは女性が多い
- ・健診結果項目「血圧のみ」に該当する人 9.6%
- ・「血圧・脂質」に該当する人 10.7%
- ・3つのリスク(血糖・血圧・脂質)に該当する人 7.1%
- ・男性：
 - 40歳～44歳 DM服薬 16.7%
 - 45歳～49歳 DM服薬 7.7%
- ・男性：
 - 40歳～44歳 脂質異常症 8.3%
 - 50歳～54歳 脂質異常症 26.9%

1 現状

質的データ

- ・健康づくりができる環境が、地域ごとに差がある
- ・車の移動が多く、歩ける距離でも車を利用している。
- ・登下校の手段はスクールバスや親の送迎のため、歩行習慣が身につけていない環境にあり、子どもの体力低下が懸念される
- ・畑仕事はするが運動習慣がない人が多い。
- ・みそ汁は薄味にしようという意識はあるが、他の食品で塩分を取り過ぎている傾向がある
- ・帰宅時間が遅いと、割引されたスーパーのお惣菜を購入し、それで済ませてしまう人もいる
- ・男性世帯や男性独居世帯で、調理が全くできない人がいる
- ・個人の楽しみとして、また、ストレス解消として飲酒がある。また、集まりの後は飲酒する機会がある。
- ・地区によっては昔から家や地域の集まりの際に飲酒する機会が多い
- ・コロナ禍以降、家で飲酒する機会が増えた。
- ・若い年代の人でも働いていない人がおり、経済的な困窮に陥っている
- ・生活保護の人は野菜購入ができておらず、食のバランスが悪い
- ・職種によっては急な仕事が入るなど、生活リズムの不規則さを感じる



- ・保健指導を希望しない人は多いが、特定保健指導の実施率は悪くない。結果説明会に呼んだり電話連絡したりすれば会える人が多いが、職種によっては『忙しい』という事で面接ができないこともある
- ・健康づくりにおける食生活の目標は立てられるが、運動の目標を立てるのが難しい人がいる

地域特性

①変遷、面積、気候風土	②産業	③交通機関	④医療機関	⑤住民との協働活動	⑥その他(健康に関する活動を協働できる社会資源)
<ul style="list-style-type: none"> ・平成16年9月旧3町(身延町・中富町・下部町)が合併 ・山梨県南部に位置 ・面積 301.98km² ・森林面積 町域面積の8割 ・中央を北から南に日本三大急流の一つ富士川が流れている ・富士川を挟んで東西にそれぞれ山岳地帯が連なっている 	<ul style="list-style-type: none"> ・農業を中心とした第1次産業は大幅な減少。第2次産業も減少傾向 ・第3次産業の割合は拡大しているが、人口減少に伴い就業者数は減少している ・日蓮宗総本山 身延山久遠寺がある ・特産品、地場産業：あけぼの大豆、ゆば、みおぼまんじゅう、竹炭、南天、西嶋和紙、下部味噌、しいたけ、ミネラルウォーターなど 	<ul style="list-style-type: none"> ・富士川の東側をJR身延線、中部横断道が南北に通っている(町内3か所IC) ・西側を国道52号線が南北に通っている ・国道300号が東西に延びている ・自家用車、JR身延線、町営バス、乗り合いタクシー 	<ul style="list-style-type: none"> ・身延町早川町組合立飯富病院 ・公益財団法人身延山病院 ・医療法人財団交道会しもべ病院 ・開業医1 ・歯科医院5 ・診療所5 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり推進協議会 愛育会、食生活改善推進員に、町の状況と健康課題を伝え、共に何ができるか検討の場を設けている 	<ul style="list-style-type: none"> ・峡南在宅医療支援センター ・身延町健康づくり推進協議会 ・身延町愛育会(各愛育班) ・身延町食生活改善推進員会 ・身延町商工会

C 生活習慣病発症

(医療費の状況、等)

- ・医療費分析 生活習慣病に占める割合は糖尿病 13.0%、高血圧 5.6%と県と比べて高い
- ・健診を受けている人は、受けていない人より医療費が低く、生活習慣病対象者の医療費も同様に健診を受けている人の方が低い
- ・健診受診者の一人当たり医療費及び生活習慣病対象者一人当たり医療費は、国、県と比べると高い
- ・健診、レセプト突合から、受診勧奨をした方がいい人 62.8%
- ・入院、外来ともに、1件あたりの費用額は、糖尿病→高血圧→脂質異常症の順で、医療費がかかっており、入院在院日数は高血圧→糖尿病→脂質異常症の順となっている
- ・外来の1件あたりの費用額を県内順位(28市町村中)で見ると、糖尿病・脂質異常症4位、高血圧5位と上位に位置している
- ・内服している割合は、高血圧→脂質異常症→糖尿病の順であり、降圧剤を内服している人 37.7%

・定期受診していてもeGFRなどが検査されていない場合がある

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)

- ・一人当たりの医療費は、国、県に比べ高い(31,674円)
- ・医療費の58.0%が外来、42.0%が入院であり、外来にかかる医療費がやや多い
- ・入院の医療費及び件数の割合は、国、県に比べ高い
- ・外来医療費は糖尿病、慢性腎臓病、高血圧、糖尿病網膜症
- ・医療費分析「がん」の割合が33.8%と高いが、国、県に比べても高い
- ・透析をしている慢性腎臓病の人 9.1%
- ・透析11件中(男10件 女1件)で、その内糖尿病のある人8件(男)
- ・1件当たりの費用額 入院で一番高い疾患は「悪性新生物」次いで「脳血管疾患」
- ・外来で一番高い疾患は「腎不全」次いで「悪性新生物」
- ・健診受診者のうち既往歴で一番多い疾患は「心臓病」次いで「貧血」「脳卒中」「腎不全」と続く
- ・細小分類で見ると、「糖尿病」5.3%、「慢性腎臓病(透析あり)」4.8%、「統合失調症」4.7%、「不整脈」3.4%で医療費が高い
- ・がんでは、「肺がん」「前立腺がん」で医療費が高い

- ・診療所でフォローされている人の中で、専門医につながる事が望ましいが、交通手段がないため受診しないことがある
- ・定期受診していることで、重症化予防事業への参加希望が少ない
- ・透析の出来る病院が町内に2病院と峡南エリアに2病院ある
- ・身延町をエリアとする訪問看護事業所が増えた。また、終末期以外で在宅で訪問看護を受ける人が多くなった

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・余命ともに、男女差が約7歳ある(女>男)
- ・男性の平均余命、平均寿命ともに国、県に比べて低い
- ・男性のSMR(標準化死亡比)は105.2である
- ・死因で多い疾患は「がん」「心臓病」である
- ・腎不全による死因は7人
- ・死因の心臓病、脳疾患、腎不全は、国、県に比べて割合が高い
- ・R4年度の自殺は2人
- ・介護保険認定率が国、県に比べて20.6%と高い
- ・介護認定者の基礎疾患は、糖尿病、高血圧症が、国、県に比べ割合が高い
- ・介護認定者の有病状況を見ると「心臓病(高血圧含む)」「筋・骨格」が多い
- ・1件当たりの介護給付費は、国、県に比べ高い
- ・2号認定者が9人いる
- ・新規介護保険申請者の年齢は県に比べて高い

- ・元気な高齢者がいる
- ・いきいき百歳体操は人と会う機会になっているが、男性の参加が少ない
- ・コロナ禍以降、人との関わりが減少した

F 医療費適正化

(重複頻回受診、重複服薬の状況、後発医薬品の使用状況、等)

- ・後発医薬品の使用割合は87.3%(令和5年3月実績)と、国の基準値である80.0%を超えている
- ・重複頻回受診該当者数(平均値) 令和4年度 2人
- ・重複処方該当者数(平均値) 令和4年度 3人
- ・多剤処方該当者数(平均値) 令和4年度 23人

2 健康問題

9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)

- 健診の受診率は、55.4%(法定報告値)と県内では高い方であるが、特に男性の40歳代50歳代の受診率が低いのが課題です。
- 男女とも55歳～59歳の1日の飲酒量が多いです。飲酒に合せて、つまみにより塩分やエネルギーを摂り過ぎることも考えられます。
- 喫煙率が15.2%と高く、特に男女とも50歳代が高いです。がんの医療費でも肺がんが高くなっているため、原因として長年の喫煙習慣の可能性が高いです。
- 公共交通機関が少ないうえに本数も少ないため自家用車が必要です。通学通勤も自家用車のほか電車やバスを利用して、日常生活の中で移動による運動習慣がありません。一方、男性は生活改善取り組み済みとの回答が多いため、何らかの生活改善をしているという意識はあります。しかし、男性の腹囲有所見者が53.1%、及びメタボ該当者が33.3%と健診結果には現れていません。
- 男性は平均寿命、平均余命が短く生活習慣が影響していることが考えられます。
- 健診時に既に高血圧の内服をしている人が37.7%と多く、外来医療費も高血圧は高いです。発症前の生活習慣の見直しがされていないことや早期発見とコントロールの不足が考えられます。
- 特定健診において、血糖有所見者割合が県より低い。しかし、国よりは高く、特に男性は40歳代から高いです。
- 特定健診において、血圧有所見者割合が国及び県より高く、特に男性は40歳代や50歳代が高いです。
- 1件当たりの医療費が入院外で高血圧が県内5位、脂質異常症が県内4位となっています。
- 高血圧のリスク要因である、内臓脂肪・肥満、喫煙、飲酒、運動不足、野菜不足、塩分過多の傾向があります。
- 生活習慣病に占める糖尿病の医療費割合が13.0%と高く、入院、外来ともに1件当たりの費用額は3疾病の中で糖尿病が最も高いです。県内では4番目に高く、コントロールができていない人や重症化している人がいることも考えられます。
- 県と比べて死因が高割合の心臓病、脳疾患は、血管系の疾患であることから、これらにおいては重症化していることが考えられます。若い時からの生活習慣病対策が必要です。
- 入院と外来を合わせた医療費は、統合失調症、糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)の順に高いです。
- 糖尿病の千人当たりの外来レセプト件数は、国、県に比べ多く、特に、40歳代が多い傾向にあります。
- 細小分類の医療費として、「糖尿病」「慢性腎臓病(透析あり)」の医療費割合が高く、「糖尿病網膜症」も医療費の上位に入っていることから、糖尿病が悪化し、合併症が進んでいると考えられます。
- 慢性腎臓病の千人当たりの外来レセプト件数は、透析なしで国、県より多く、透析ありで国より多いです。特に50歳代が多く、腎不全の死因が高くなっています。
- 透析患者は増加傾向にあり、特に男性の50歳代で割合が高いです。30歳代で透析になっている人もいるため、若年のうちからの生活習慣の改善が重要です。
- 介護認定者の有病状況は、糖尿病、高血圧症、心臓病、脳血管疾患が、国、県に比べ割合が高く、認定者1人当たりの医療費も高くなっています。



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。

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	男性の腹囲有所見者、メタボ該当者、喫煙者、飲酒量が多く、偏った食生活で運動不足の人が多です。質問項目の既往歴でも、脳疾患・心疾患・腎臓病といずれも高く、このような生活習慣の結果、男性の平均寿命や平均余命が短いことに繋がっている可能性があります。	✓
B	健診時に既に高血圧の内服をしている人が37.7%と多く、外来医療費も高血圧は高いです。有所見者割合でも血圧関連の項目が、65歳～74歳で高くなっており、心電図やeGFR、クレアチニンの有所見者割合が高いことから、高血圧が悪化し、腎症や心疾患等の合併症を引き起こしている可能性があります。また、高血圧の千人当たりの外来レセプト件数が40歳代から多く、健診の血圧の有所見者割合も40歳代、50歳代から高率であることから、若い世代から生活習慣病が発症し年を取ると共に重症化していると考えられます。	
C	全医療費に占める糖尿病の割合が高く、1件当たりの医療費も高額で、外来の1件当たりの医療費は県内4位と高い方です。また、特定健診で「血糖」「HbA1c」の有所見率が国と比較して高く、慢性腎臓病の千人当たりの外来レセプト件数が透析なし・ありともに特に50歳代が多いです。「慢性腎不全(透析あり)」や「糖尿病網膜症」の医療費も高いことから、糖尿病の早期発見や治療の遅れ、治療中のコントロールが不十分なことによる重症化が考えられます。	✓

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：R5年8月)			
項目		身延町		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		10,628		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)		5,065	47.55	245,884	31.01	35,335,805	28.59		
		75歳以上		2,998	28.07	128,751	16.21	18,248,742	14.73		
		65～74歳		2,067	19.48	117,133	14.80	17,087,063	13.86		
		40～64歳		3,310	31.18	267,271	33.81	41,545,893	33.75		
	39歳以下		2,253	21.27	277,991	35.18	46,332,563	37.66			
	② 産業構成	第1次産業		4.0		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		31.6		28.4		25.0			
		第3次産業		64.4		64.3		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.0		80.9		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
女性		86.9		87.2		87.0					
④ 平均余命	男性		80.7		81.8		81.7				
	女性		87.8		88.2		87.8				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化 死亡比(SMR)	男性	105.2		96.4		100.0		KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
			女性	97.4		97.4		100.0			
		死因	がん		40	37.7	2,433	48.1	378,272		50.6
			心臓病		40	37.7	1,394	27.5	205,485		27.5
			脳疾患		17	16.0	794	15.7	102,900		13.8
			糖尿病		2	1.9	107	2.1	13,896		1.9
			腎不全		7	6.6	205	4.0	26,946		3.6
	自殺		0	0.0	129	2.5	20,171	2.7			
3 介護	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		1,028	20.6	41,372	16.9	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		新規認定者		28	0.3	804	0.3	110,289	0.3		
		2号認定者		9	0.3	809	0.3	156,107	0.4		
	② 介護認定者 の有病状況	基礎 疾患	糖尿病		286	26.5	10,479	23.9	1,712,613		24.3
			高血圧症 (高血圧性心疾患含む)		595	55.6	22,563	52.0	3,744,672		53.3
			脂質異常症		315	28.5	12,599	28.9	2,308,216		32.6
			心臓病(高血圧含む)		686	64.6	25,665	59.2	4,224,628		60.3
			脳疾患		322	30.1	9,037	21.2	1,568,292		22.6
			がん		174	17.1	5,097	11.5	837,410		11.8
			筋・骨格		634	59.4	22,559	51.9	3,748,372		53.4
精神(認知症含む)		495	46.6	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)		77,037		67,719		59,662				
	居宅サービス		43,145		44,773		41,272				
	施設サービス		288,636		293,634		296,364				
④ 医療費等	要介護認定 別医療費 (40歳以上)		認定あり	9,842		8,622		8,610			
			認定なし	4,989		4,029		4,020			

項目		身延町		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		2,585		178,894		27,488,882	KDB_NO.1 地域全体像の 把握 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 KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		65～74歳		1,422	55.3	79,358	44.4	11,129,271		40.4
		40～64歳		813	31.2	59,078	33.0	9,088,015		33.1
		39歳以下		350	13.5	40,458	22.6	7,271,596		26.5
		加入率		24.3		22.6		22.3		
	② 医療の 概況 (人口千対)	病院数		3	1.2	60	0.3	8,237		0.3
		診療所数		10	3.9	697	3.9	102,599		3.7
		病床数		261	101	10,684	59.7	1,507,471		54.8
		医師数		15	5.8	2,101	11.7	339,611		12.4
		外来患者数		674.1		693.7		687.8		
		入院患者数		23.6		18.5		17.7		
	③ 医療費 の状況	一人当たり医療費		31,674		27,844		27,570		
		受診率		697.7		712.2		705.4		
		外来	費用の割合	58.0		60.7		60.4		
			件数の割合	96.6		97.4		97.5		
		入院	費用の割合	42.0		39.3		39.6		
件数の割合			3.4		2.6		2.5			
1件当たり在院日数		16.5		16.5		15.7				
④ 医療費分 析生活習 慣病に占 める割合	がん		184,642,730	33.8	10,142,028,270	30.5	1,558,135,111,760	32.2		
	慢性腎不全 (透析あり)		49,470,260	9.1	3,311,781,560	10	397,973,706,500	8.2		
	糖尿病		72,375,030	13.0	3,412,667,590	10.3	504,849,658,850	10.4		
	最大医療 資源傷病 名(調剤含 む)	高血圧症		30,387,300	5.6	1,905,817,780	5.7	285,960,196,900	5.9	
		精神		83,513,110	15.3	5,365,979,730	16.2	712,427,626,380	14.7	
		筋・骨格		78,419,790	14.3	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	5,317		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	10,920		11,642		13,295			
	生活習慣 病対象者 一人当 たり	健診受診者	16,605		8,675		6,142			
		健診 未受診者	34,099		35,235		40,210			
⑥ 健診・ レセ突 合	受診勧奨者		713	62.8	34,416	58.7	3,881,055	57.0		
	医療機関受診率		663	58.4	31,061	53.0	3,543,116	52.0		
	医療機関非受診率		50	4.4	3,355	5.7	337,939	5.0		

項目		身延町		県		国		データ元 (CSV)					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合						
4 医療	⑦	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	500,255	25位 (15)			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	495,461	26位 (16)							
				脂質異常症	436,893	26位 (12)							
				脳血管疾患	542,289	25位 (15)							
				心疾患	429,818	26位 (17)							
				腎不全	502,558	23位 (16)							
				精神	446,235	23位 (23)							
				悪性新生物	715,606	12位 (11)							
		県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	外来	糖尿病	45,332	4位							
				高血圧	36,007	5位							
				脂質異常症	32,895	4位							
				脳血管疾患	40,843	12位							
				心疾患	49,916	16位							
				腎不全	87,677	26位							
				精神	25,881	19位							
				悪性新生物	54,268	25位							
5 健診	①	特定健診 の状況	県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	健診受診者	1,136		58,592	6,812,842	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握				
				受診率(見込み)	55.3		46.5	37.1					
				特定保健指導終了者 (実施率)	89	71.2	1,862	30.0		107,925	13.4		
				非肥満高血糖	108	9.5	5,817	9.9		615,549	9.0		
				メタボ	該当者	247	21.7	10,475		17.9	1,382,506	20.3	
					男性	184	33.3	7,694		28.7	965,486	32.0	
					女性	63	10.8	2,781		8.7	417,020	11.0	
				予備群	男性	129	11.4	6,022		10.3	765,405	11.2	
					女性	91	16.5	4,414		16.5	539,738	17.9	
				メタボ該当・予備群レベル	BMI	総数	61	5.4		2,667	4.6	320,038	4.7
						男性	9	1.6		429	1.6	51,248	1.7
						女性	52	8.9		2,238	7.0	268,790	7.1
				血糖のみ	5	0.4	305	0.5		43,519	0.6		
				血糖・血圧	36	3.2	1,898	3.2		203,072	3.0		
				血糖・脂質	9	0.8	423	0.7		70,267	1.0		
				血糖・血圧・脂質	81	7.1	3,328	5.7		449,721	6.6		

項目		身延町		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	428	37.7	20,741	35.4	2,428,038	35.6
			糖尿病	120	10.6	5,548	9.5	589,470	8.7
			脂質異常症	278	24.5	14,817	25.3	1,899,637	27.9
	②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	48	4.3	1,469	2.6	207,385	3.1
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	109	9.7	3,804	6.7	365,407	5.5
			腎不全	19	1.7	513	0.9	53,898	0.8
			貧血	82	7.3	3,494	6.2	702,088	10.7
	③		喫煙	173	15.2	8,374	14.3	939,212	13.8
	④		週3回以上朝食を抜く	63	5.6	4,939	8.8	642,886	10.4
	⑤		食後間食(毎日)	275	24.4	12,036	22.8	1,327,262	21.6
	⑥		週3回以上就寝前夕食	93	8.2	6,488	11.5	976,348	15.7
	⑦		食べる速度が速い	349	30.9	16,260	28.8	1,659,705	26.8
	⑧	生活習慣 の状況	咀嚼(噛みにくい)	186	16.5	8,971	17.0	1,232,127	19.9
			咀嚼(ほとんど噛めない)	8	0.7	312	0.6	49,884	0.8
	⑨		20歳時体重から10kg以上増加	336	29.8	17,412	30.8	2,175,065	35.0
	⑩		1回30分以上運動習慣なし	825	73.1	37,878	67.1	3,749,069	60.4
	⑪		1日1時間以上運動なし	470	41.7	24,311	43.1	2,982,100	48.0
	⑫		歩行速度が遅い	745	66.0	32,357	57.3	3,142,723	50.8
⑬		睡眠不足	683	60.5	23,538	41.7	1,587,311	25.6	
⑭		毎日飲酒	223	19.8	12,132	21.5	1,658,999	25.5	
⑮		時々飲酒	206	18.3	12,118	21.5	1,463,468	22.5	
⑯	一日飲酒量	1合未満	162	37.8	14,956	52.1	2,978,351	64.1	
		1～2合	159	37.1	8,922	31.1	1,101,465	23.7	
		2～3合	98	22.8	3,907	13.6	434,461	9.4	
		3合以上	10	2.3	930	3.2	128,716	2.8	
⑰	生活習慣	改善意欲なし	266	23.6	14,063	24.9	1,691,880	27.6	
		改善意欲あり	123	10.9	9,676	17.1	1,755,137	28.6	
		改善意欲ありかつ始めている	121	10.7	6,147	10.9	854,609	13.9	
⑱		保健指導の希望なし	1,054	93.4	45,429	80.5	3,858,915	63.3	

KDB_NO.1
地域全体像の
把握

※ 保険者の割合は県の数値と比較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)

図表2-1

特定健康診査受診率(性・年齢階層別)(令和4年度)
 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(年度別)

出典 法定報告値

データ分析の結果

- ・全体の受診率は55.4%と県や国よりも高い水準です。
- ・男性の受診率が女性よりも平均で10.7%低い傾向にあります。(令和4年度)
- ・男性の40歳代・50歳代で低い傾向にあります。
- ・経年で見ると、コロナの影響で令和2年度受診率が下がりましたが、回復傾向にあります。
- ・特定保健指導はコロナの影響で令和3年度実施率が大幅に下がりました。

特定健診受診率(性・年齢階層別)(令和4年度)

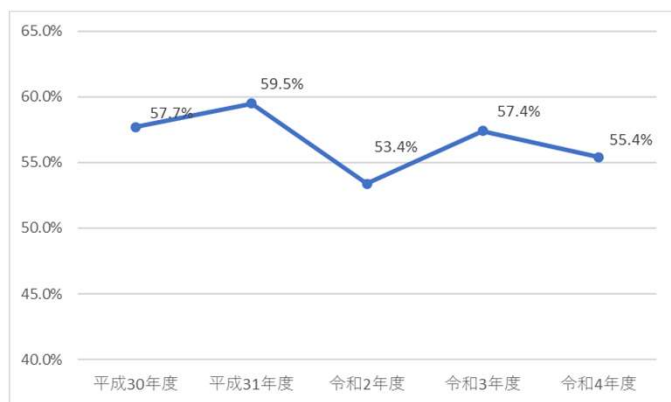
【男性】

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	100	38	38.0%	30.5%
	50～59歳	171	63	36.8%	33.3%
	60～69歳	424	223	52.6%	47.3%
	70～74歳	400	228	57.0%	50.8%
	計	1095	552	50.4%	43.7%

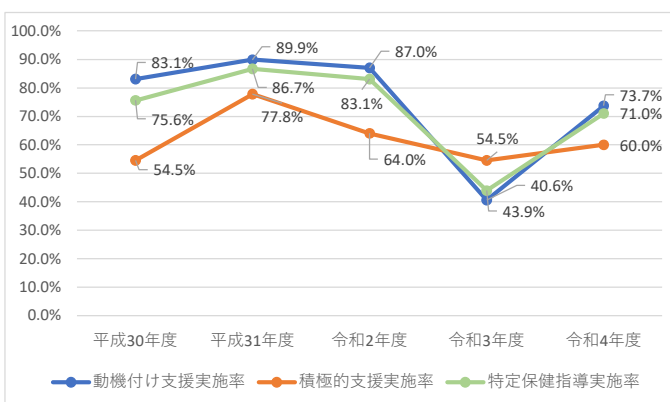
【女性】

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	66	34	51.5%	36.3%
	50～59歳	115	53	46.1%	41.5%
	60～69歳	395	259	65.6%	54.2%
	70～74歳	376	236	62.8%	53.8%
	計	952	582	61.1%	50.3%

特定健診受診率(平成30年度～令和4年度)



特定保健指導状況(平成30年度～令和4年度)



図表2-2

特定健康診査受診率・特定保健指導実施率
(令和4年度・年度別)

出典

国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

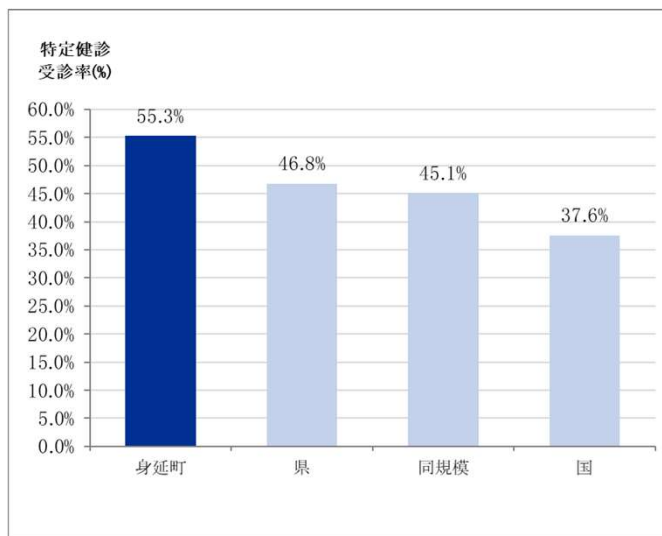
データ分析の結果

- ・令和4年度の受診率は55.3%で県や国の平均よりも高いです。
- ・動機付け支援対象者数割合 8.8% 積極的支援対象者数割合 2.2% 支援対象者数割合 11.0%
- ・特定保健指導の実施率は71.2%で、国や県の平均よりも高いです。
- ・動機付け支援対象者数割合は、経年で見ると横ばい傾向ですが、積極的支援対象者数割合は減少傾向です。

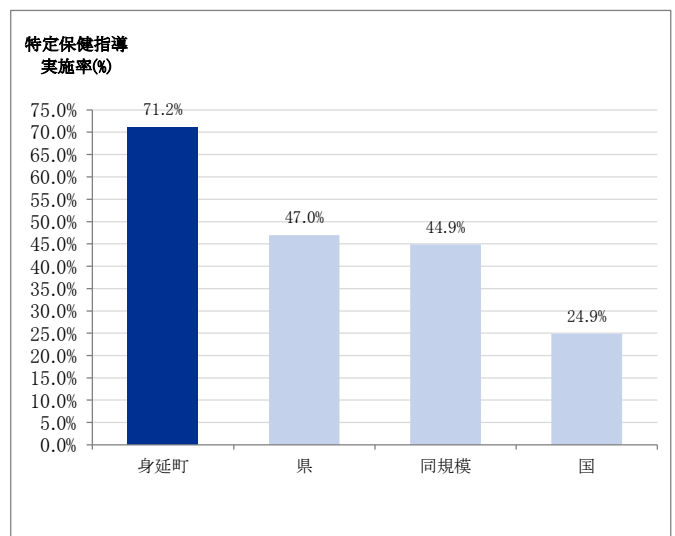
特定健診受診、特定保健指導状況(令和4年度)

区分	特定健診受診率	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
身延町	55.3%	8.8%	2.2%	11.0%	71.2%
県	46.8%	7.5%	3.1%	10.6%	47.0%
同規模	45.1%	8.8%	2.9%	11.6%	44.9%
国	37.6%	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

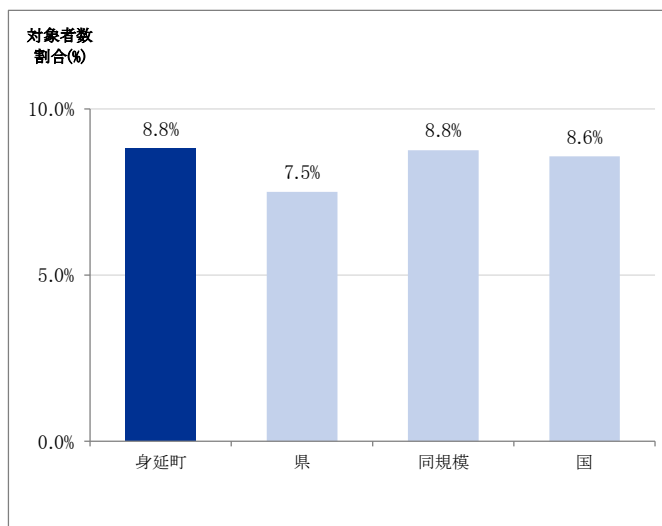
特定健康診査受診率(令和4年度)



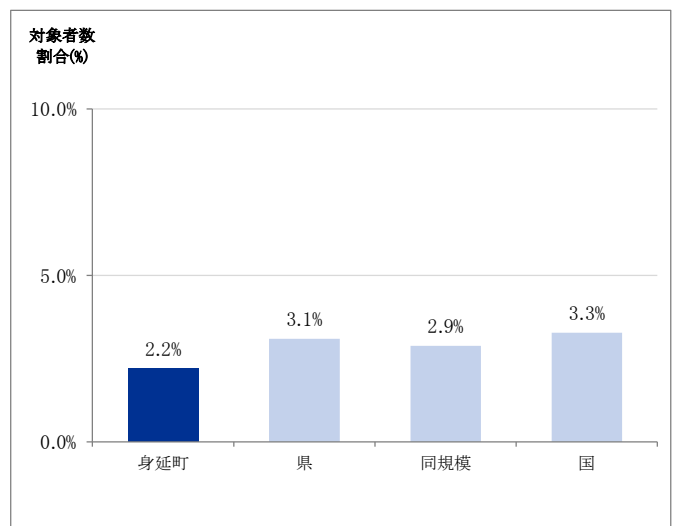
特定保健指導実施率(令和4年度)



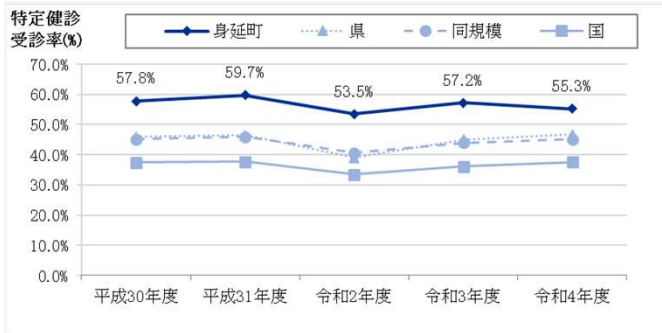
動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



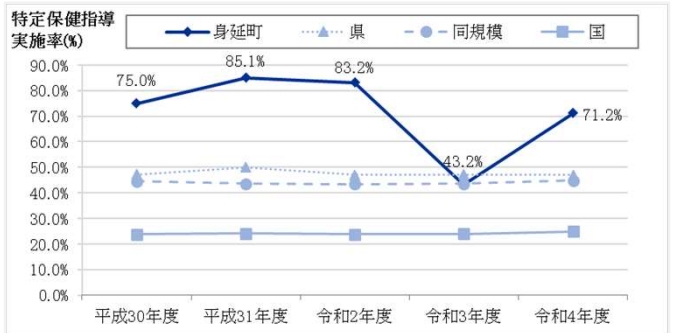
積極的支援対象者数割合(令和4年度)



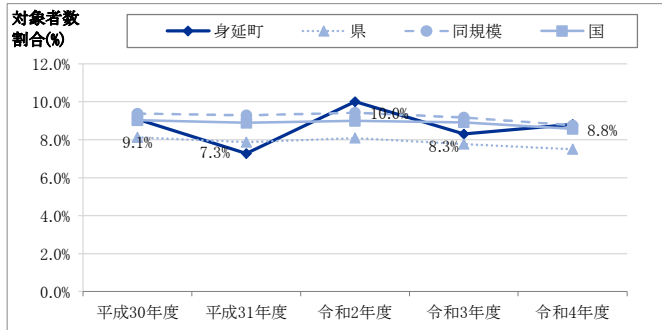
年度別 特定健康診査受診率



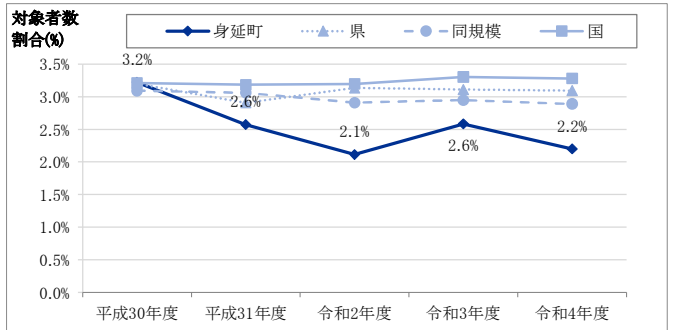
年度別 特定保健指導実施率



年度別 動機付け支援対象者数割合



年度別 積極的支援対象者数割合



国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

図表2-3

特定健康診査受診率(性・年齢階層別)

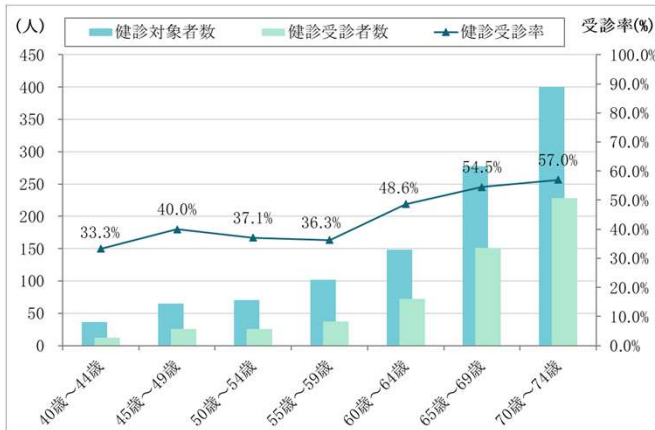
出典

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

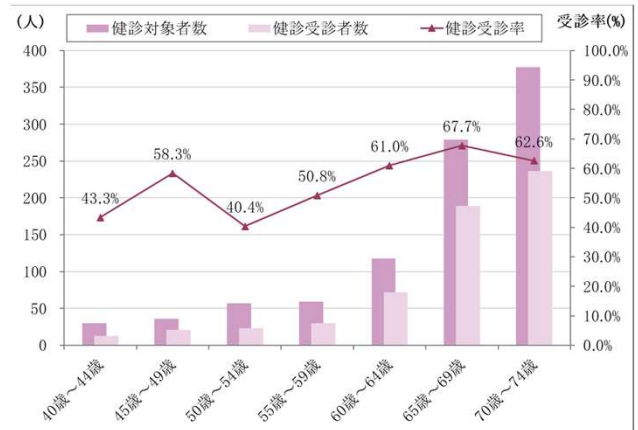
データ分析の結果

- ・男女ともに、40歳代・50歳代で受診率が低い傾向にあります。
- ・男性の受診率が女性の受診率に比べて低いです。

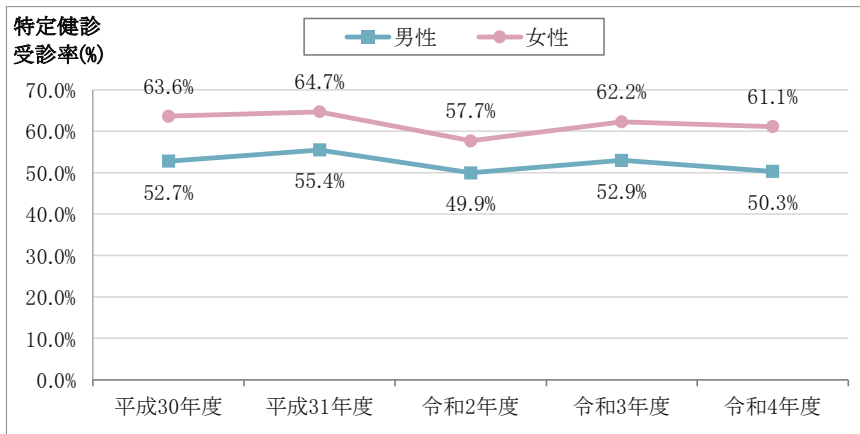
男性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



女性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



年度別 男女別特定健康診査受診率



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

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

・身延町の令和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47.7%であり、県との比較で1.5倍、同規模との比較で1.3倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は2,579人で、町の人口に占める国民健康保険加入率は24.3%です。国民健康保険被保険者平均年齢は59.3歳です。令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数2,579人は平成30年度3,075人より496人減少しています。

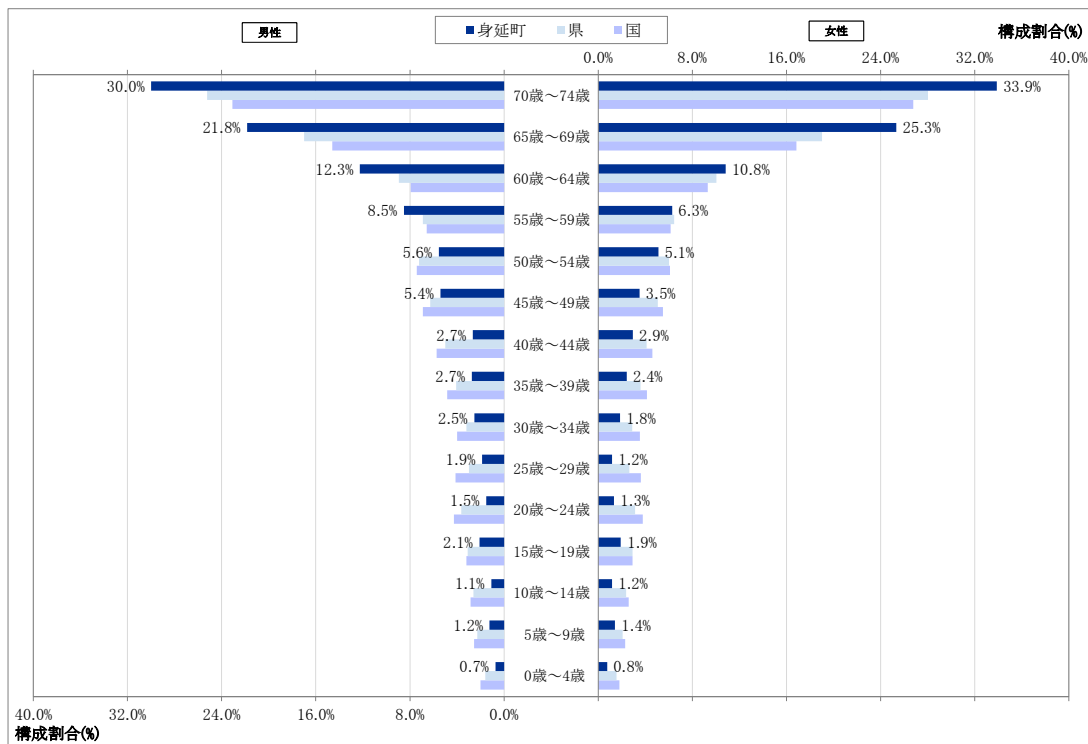
人口構成概要(令和4年度)

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
身延町	10,628	47.7%	2,579	24.3%	59.3	2.9	24.0
県	791,146	31.1%	178,966	22.6%	54.0	6.6	12.4
同規模	11,448	36.9%	2,903	24.4%	55.9	5.3	15.7
国	123,214,261	28.7%	27,519,654	22.3%	52.0	6.8	11.1

※「県」は山梨県を指す。全ての表において同様である。

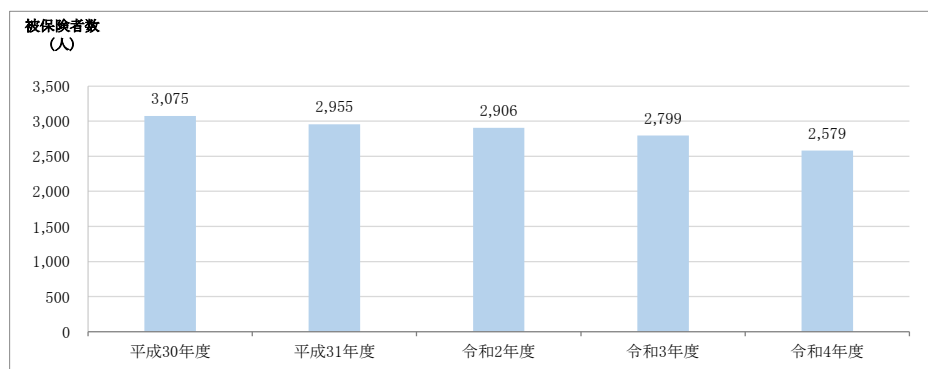
出典：国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「人口及び被保険者の状況」

年度別 被保険者数



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

図表3-2

平均余命と平均自立期間

出典

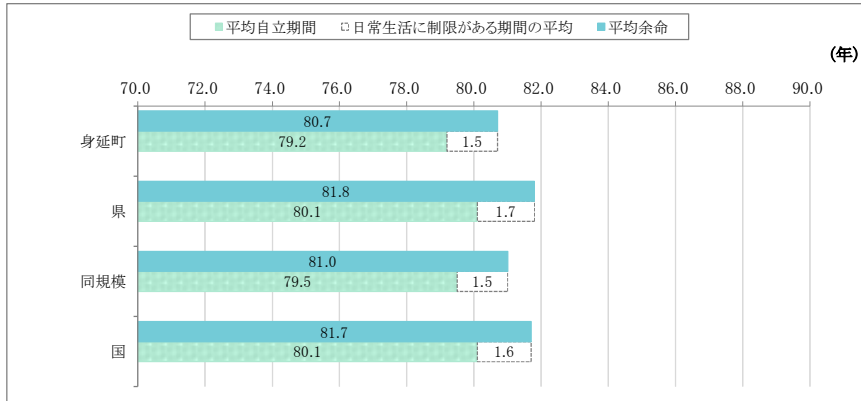
国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

データ分析の結果

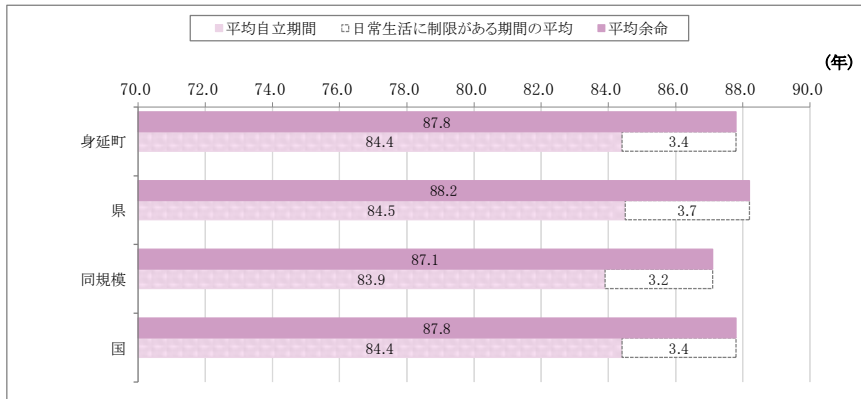
・令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

・本町の男性の平均余命は80.7年、平均自立期間は79.2年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.5年で、国の1.6年よりも短い傾向にあります。本町の女性の平均余命は87.8年、平均自立期間は84.4年です。日常生活に制限がある期間の平均は3.4年で、国の3.4年と同程度です。

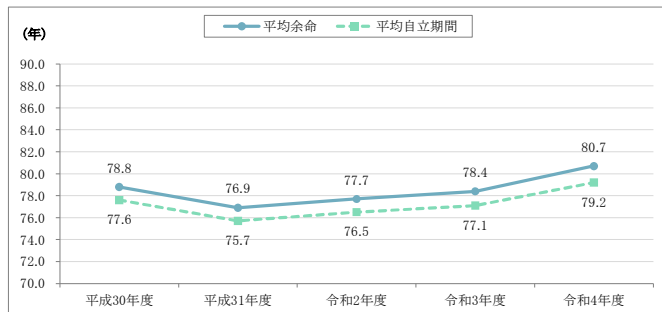
(男性) 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



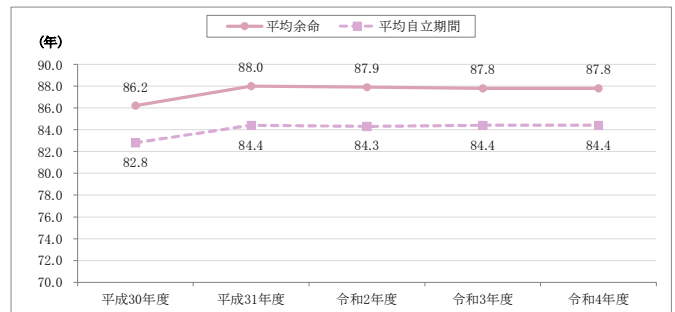
(女性) 平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



(男性) 年度別 平均余命と平均自立期間

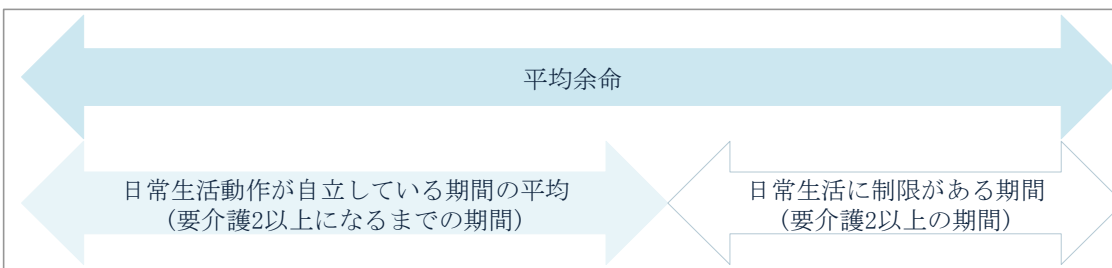


(女性) 年度別 平均余命と平均自立期間



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

【参考】 平均余命と平均自立期間について



図表4-1

年度別医療費の状況

出典

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

データ分析の結果

- ・平成30年度と比べると、全体の医療費は減少していますが、被保険者一人当たり医療費は増加傾向にあります。
- ・平成30年度と比べると、外来・入院医療費共に、横ばい傾向でしたが、令和4年度は減少しました。

年度別 医療費の状況

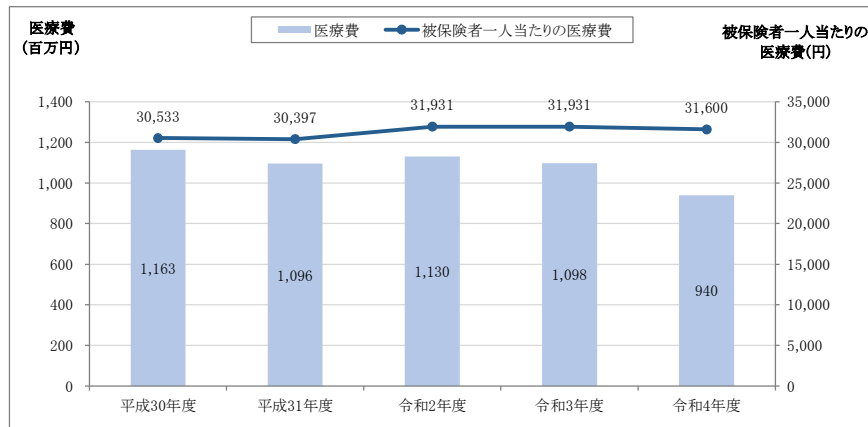
年度	医療費(円)	被保険者一人当たりの医療費(円) ※
平成30年度	1,162,799,970	30,533
平成31年度	1,095,758,140	30,397
令和2年度	1,129,993,570	31,931
令和3年度	1,097,645,590	31,931
令和4年度	940,283,190	31,600

年度別 入院・外来別医療費

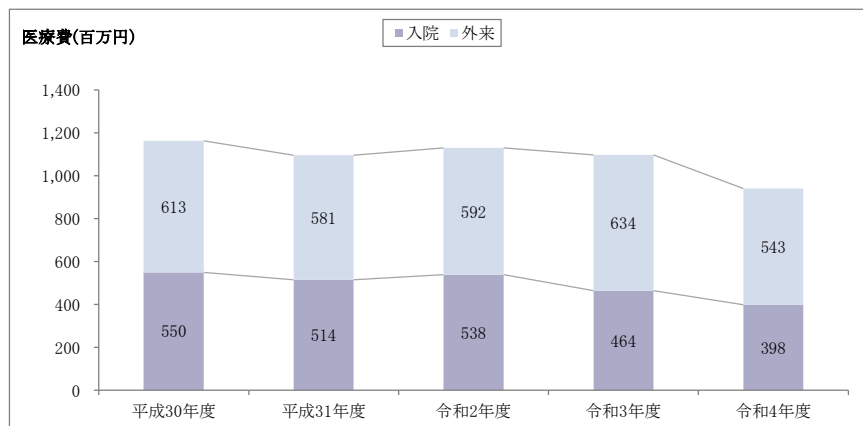
年度	入院医療費(円)	外来医療費(円)	医療費合計(円)
平成30年度	549,604,830	613,195,140	1,162,799,970
平成31年度	514,370,650	581,387,490	1,095,758,140
令和2年度	537,731,740	592,261,830	1,129,993,570
令和3年度	463,657,910	633,987,680	1,097,645,590
令和4年度	397,703,120	542,580,070	940,283,190

※被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

年度別 医療費の状況



年度別 入院・外来別医療費



図表4-2

性・年齢階層別医療費の状況

出典

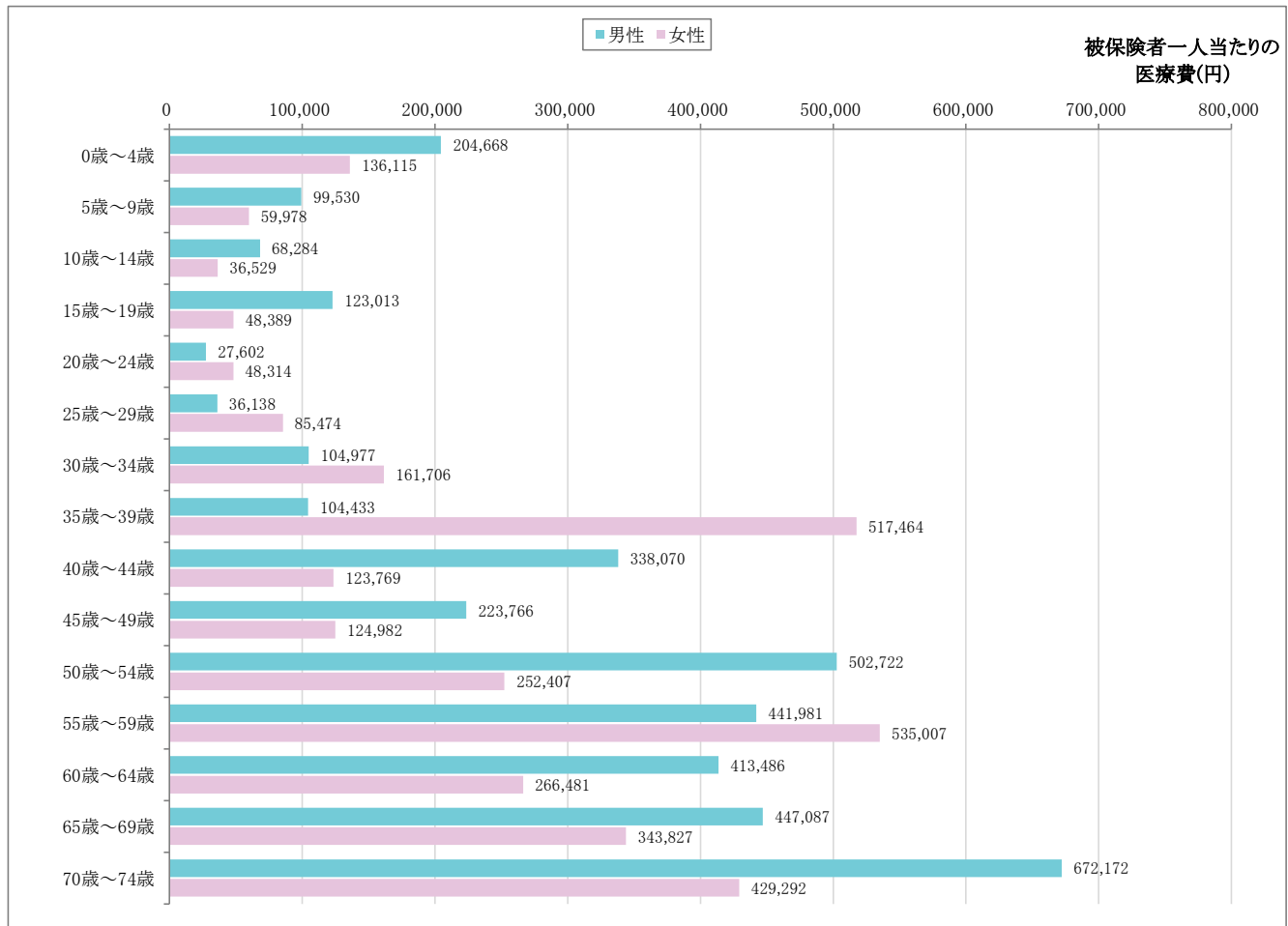
国保データベース(KDB)システム
「疾病別医療費分析(大分類)」

データ分析の結果

- ・男女年齢階層別にみると、男性の40歳～44歳、50歳～74歳、女性の35歳～39歳、55歳～59歳、70歳～74歳で医療費が高くなっています。
- 原因として、以下の疾病医療費が各年代で高いことが考えられます。
- 男性：40歳～44歳 腎不全(透析等)・消化器系の疾患・糖尿病
- 男性：50歳～54歳 腎不全(透析等)・筋・骨格系の疾患・糖尿病
- 男性：54歳～59歳 腎不全(透析等)・損傷及びその他の外因・精神疾患(統合失調症等)・関節症
- 男性：60歳～64歳 腎不全(透析等)・脳疾患(脳梗塞等)・精神疾患(統合失調症等)・
- 男性：65歳～69歳 がん(前立腺がん等)・糖尿病・心疾患(心不全等)・腎不全(透析等)
- 男性：70歳～74歳 がん(前立腺がん・悪性リンパ腫等)・糖尿病・心疾患(心不全等)
- 女性：35歳～39歳 腎不全(透析等)・がん(白血病等)・真菌症
- 女性：55歳～59歳 代謝疾患・関節症・心疾患(心筋症等)・脳疾患(脳梗塞等)
- 女性：70歳～74歳 糖尿病・神経系の疾患・消化器系の疾患

*年齢階層別中分類による疾病別医療費統計より抜粋

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



図表4-3	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」
-------	--------------------------	---------------------------------

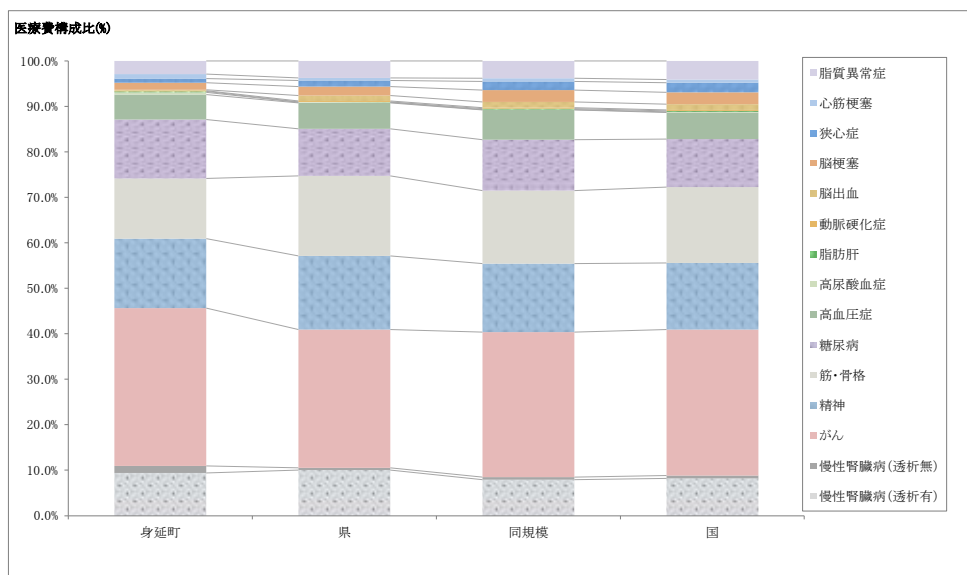
データ分析の結果

- ・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34.8%で最も多く、これは国や県と同様の傾向です。次いで「精神」「筋・骨格」「糖尿病」が多いです。
- ・県に比べて、「がん」が占める割合が高く、「糖尿病」「慢性腎臓病(透析なし)」の割合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	身延町	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	9.4%	10.0%	7.9%	8.2%
慢性腎臓病(透析無)	1.5%	0.5%	0.6%	0.6%
がん	34.8%	30.4%	32.0%	32.1%
精神	15.3%	16.2%	15.1%	14.7%
筋・骨格	13.2%	17.6%	16.1%	16.7%
糖尿病	13.0%	10.3%	11.2%	10.5%
高血圧症	5.5%	5.7%	6.6%	5.9%
高尿酸血症	0.5%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	0.3%	1.2%	1.3%	1.3%
脳梗塞	1.5%	2.0%	2.6%	2.6%
狭心症	0.9%	1.3%	1.9%	2.1%
心筋梗塞	1.0%	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。

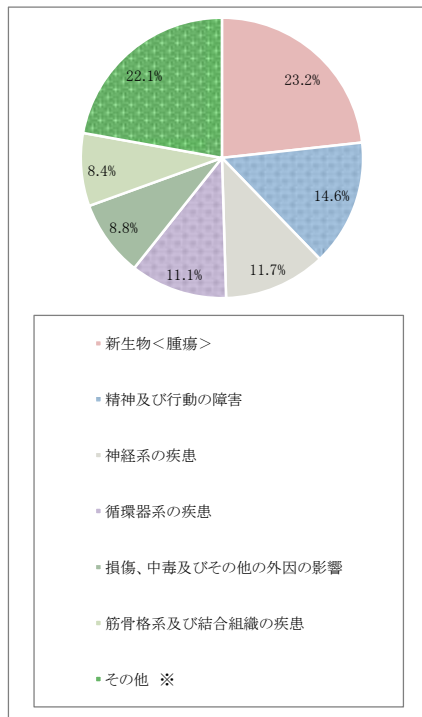


図表5-1	疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院)(令和4年度)	出典 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
-------	-----------------------------	---

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、23.2%を占めており、次いで「精神及び行動の障害」「神経系の疾患」が多くを占めています。「新生物<腫瘍>」の中では悪性リンパ腫が占める割合が一番高いです。
- ・細小分類で見ると、「統合失調症」「不整脈」が割合として高いです。

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>	悪性リンパ腫	8.8%	
		その他の悪性新生物<腫瘍>	6.2%	前立腺がん 1.1%
		気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.9%	肺がん 2.9%
2	精神及び行動の障害	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	7.8%	統合失調症 7.8%
		その他の精神及び行動の障害	1.9%	
		気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	1.8%	うつ病 1.8%
3	神経系の疾患	その他の神経系の疾患	4.3%	
		てんかん	3.0%	
		脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	3.0%	
4	循環器系の疾患	その他の心疾患	6.2%	不整脈 4.1%
				心臓弁膜症 0.2%
		脳梗塞	1.6%	脳梗塞 1.6%
		その他の循環器系の疾患	1.4%	大動脈瘤 0.5%

※ 疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

図表5-2

疾病分類別 医療費構成比及び分析(外来)(令和4年度)

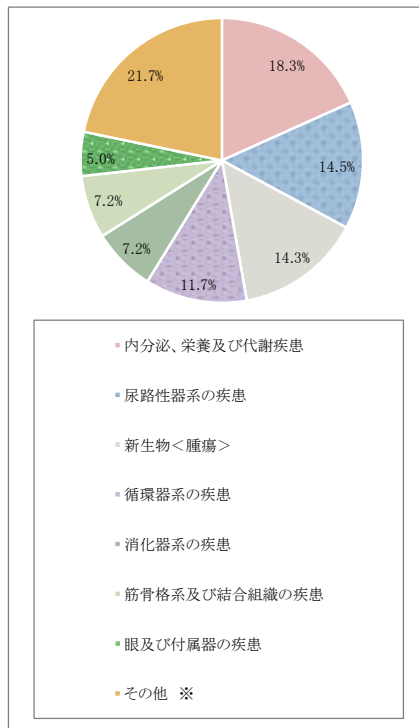
出典

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、「内分泌、栄養及び代謝疾患」が最も多く、18.3%を占めており、次いで「尿路器系の疾患」「新生物<腫瘍>」が多くを占めています。「新生物<腫瘍>」の中では「肺がん」「前立腺がん」が占める割合が一番高いです。
- ・細小分類で見ると、「糖尿病」「慢性腎臓病(透析あり)」が割合として高いです。

大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)



大・中・細小分類別分析(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	内分泌、栄養及び代謝疾患 18.3%	糖尿病	12.1%	糖尿病 8.8%
		その他の内分泌、栄養及び代謝障害	3.1%	糖尿病網膜症 3.3%
		脂質異常症	2.7%	痛風・高尿酸血症 0.1%
				脂質異常症 2.7%
2	尿路器系の疾患 14.5%	腎不全	12.5%	慢性腎臓病(透析あり) 6.5%
		その他の腎尿路系の疾患	0.9%	慢性腎臓病(透析なし) 1.3%
		前立腺肥大(症)	0.6%	前立腺肥大 0.6%
3	新生物<腫瘍> 14.3%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.3%	前立腺がん 2.7%
		気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.7%	膵臓がん 0.3%
		良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	1.5%	甲状腺がん 0.1%
				肺がん 2.7%
				子宮筋腫 0.1%
4	循環器系の疾患 11.7%	高血圧性疾患	5.1%	高血圧症 5.1%
		その他の心疾患	4.5%	
		虚血性心疾患	0.8%	狭心症 0.6%

※ 疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

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

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・外来医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「糖尿病」で、5.3%を占めています。 ・次いで、「慢性腎臓病(透析あり)」「統合失調症」「不整脈」「高血圧症」「肺がん」の順で医療費が多くかかっています。
----------	--

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	53,698,750	5.3%
2	慢性腎臓病(透析あり)	49,470,260	4.8%
3	統合失調症	47,655,420	4.7%
4	不整脈	34,692,240	3.4%
5	高血圧症	30,387,300	3.0%
6	肺がん	28,526,090	2.8%
7	関節疾患	27,372,390	2.7%
8	前立腺がん	20,245,540	2.0%
9	糖尿病網膜症	19,699,300	1.9%
10	骨折	16,339,130	1.6%

※ 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

※ 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	人工透析に係る分析	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割合は県と同程度の水準ですが、国と比較して高いです。年度別の透析患者は増加傾向で医療費も増えています。
- ・30歳代から透析患者が発生しており、50歳代の男性で透析患者割合が高いです。

※30代の被保険者数が少ないために、透析患者は男女1名ずつであるが、被保険者に対する割合が高く出ている。

被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

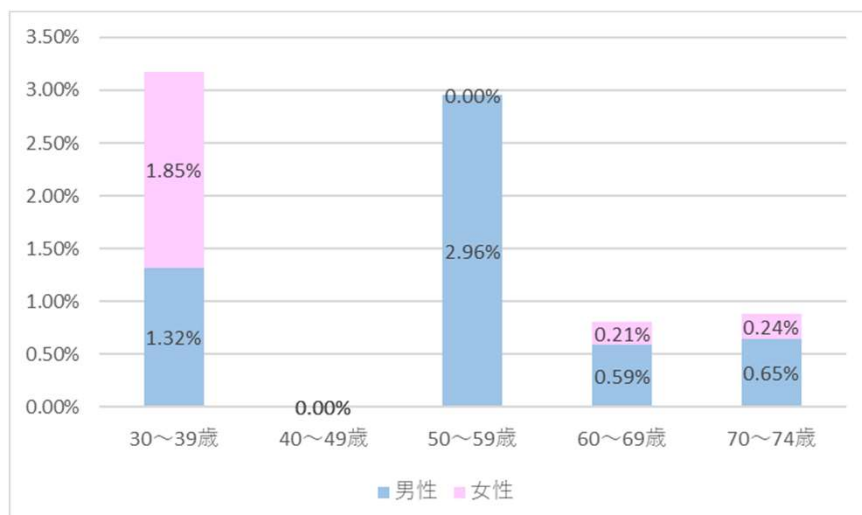
区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
身延町	2,585	11	0.43%
県	178,894	778	0.43%
同規模	440,282	1,701	0.39%
国	27,488,882	89,397	0.33%

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	8	66,307,030	8,288,379
平成31年度	9	57,930,360	6,436,707
令和2年度	14	79,365,390	5,668,956
令和3年度	14	71,979,870	5,141,419
令和4年度	11	77,465,950	7,042,359

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

男女年齢階層別 被保険者に占める透析患者割合



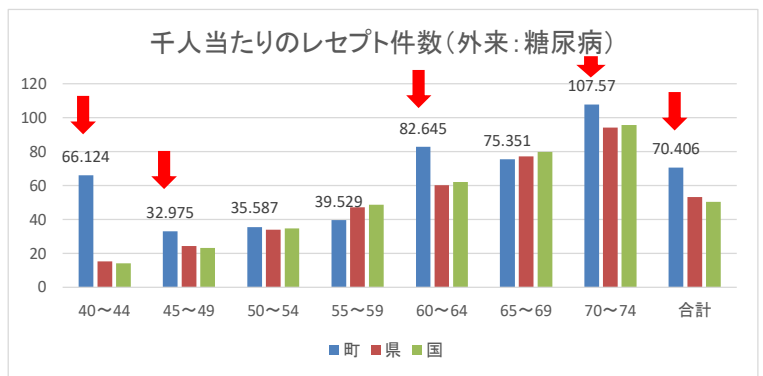
国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

<p>図表8</p>	<p>被保険者千人当たりレセプト件数・入院外来別(令和4年度)</p>	<p>出典 疾病別医療費分析(生活習慣病) ※慢性腎臓病(透析あり)は、疾病別医療費分類(細小(82)分類)</p>
------------	-------------------------------------	--

データ分析の結果
 ・千人当たりの糖尿病、慢性腎臓病(透析なし)の外来レセプト件数は県、国よりも多いです。糖尿病の外来の千人当たりのレセプト件数は40歳代でかなり多く、高血圧症と慢性腎臓病(透析なし)、慢性腎臓病(透析あり)の外来の千人当たりのレセプト件数は50歳代で高くなっています。

●被保険者千人当たりのレセプト件数(外来：糖尿病)(令和4年度)

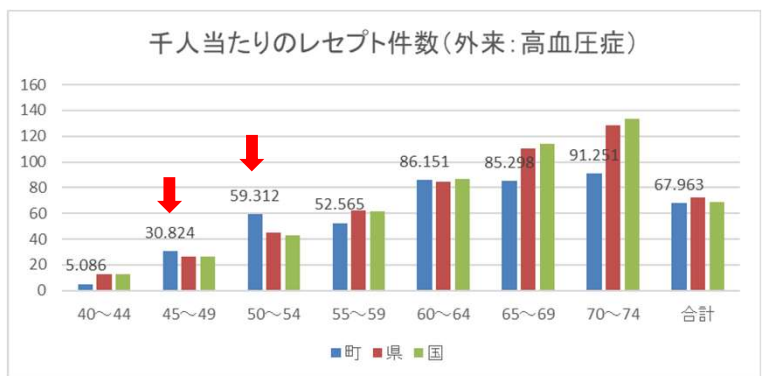
	町	県	国
40～44歳	66.124	15.326	14.094
45～49歳	32.975	24.301	23.17
50～54歳	35.587	34.059	34.658
55～59歳	39.529	47.131	48.559
60～64歳	82.645	60.152	62.093
65～69歳	75.351	77.125	79.826
70～74歳	107.57	94.142	95.636
合計	70.406	53.1	50.389



- ・千人当たりの糖尿病レセプト件数(外来)について、町・県・国で比較した場合、県・国よりも多いです。
- ・40歳代でかなり件数が多く、60歳～74歳にかけてもレセプト件数が多くなっています。

●被保険者千人当たりのレセプト件数(外来：高血圧症)(令和4年度)

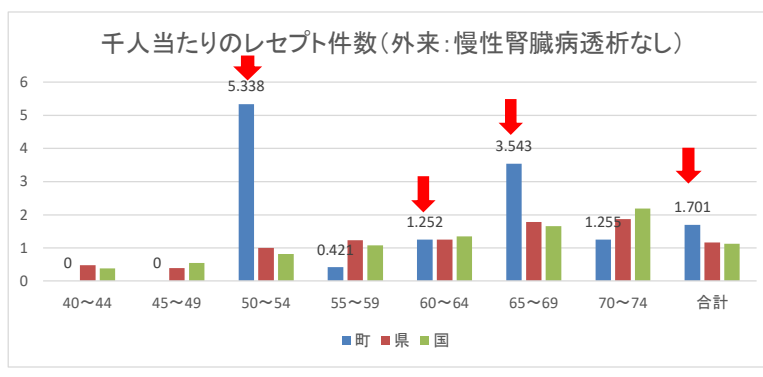
	町	県	国
40～44歳	5.086	12.75	13.129
45～49歳	30.824	26.481	26.141
50～54歳	59.312	45.05	42.793
55～59歳	52.565	62.64	61.764
60～64歳	86.151	84.358	86.796
65～69歳	85.298	110.535	113.942
70～74歳	91.251	128.623	133.68
合計	67.963	72.076	68.686



- ・千人当たりの高血圧症レセプト件数(外来)について、町・県・国で比較した場合、県・国よりも少ないです。
- ・40歳代後半～50歳代前半でレセプト件数が県や国よりも多くなっています。

●被保険者千人当たりのレセプト件数(外来：慢性腎臓病(透析なし))(令和4年度)

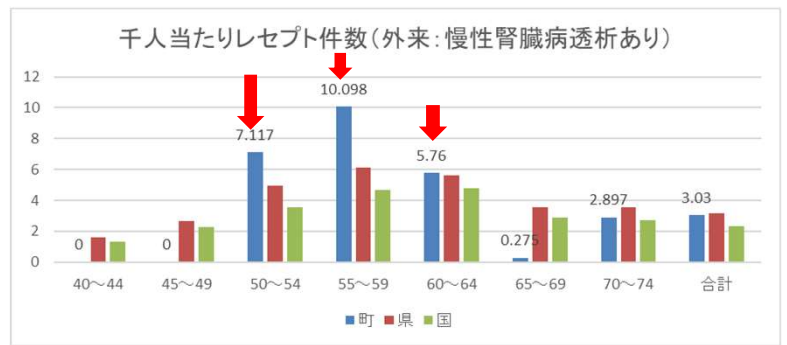
	町	県	国
40～44歳	0	0.481	0.384
45～49歳	0	0.39	0.548
50～54歳	5.338	1.003	0.823
55～59歳	0.421	1.232	1.077
60～64歳	1.252	1.244	1.346
65～69歳	3.543	1.778	1.65
70～74歳	1.255	1.865	2.191
合計	1.701	1.157	1.13



- ・千人当たりの慢性腎臓病(透析なし)のレセプト件数(外来)について、町・県・国で比較した場合、県・国よりも多いです。
- ・50歳代前半でレセプト件数が5,000件を超え、60歳代後半でも多い傾向にあります。

●被保険者千人当たりのレセプト件数(外来：慢性腎臓病(透析あり))(令和4年度)

	町	県	国
40～44歳	0	1.604	1.292
45～49歳	0	2.642	2.266
50～54歳	7.117	4.924	3.532
55～59歳	10.098	6.119	4.65
60～64歳	5.76	5.602	4.79
65～69歳	0.275	3.569	2.874
70～74歳	2.897	3.552	2.722
合計	3.03	3.135	2.339



- ・千人当たりの慢性腎臓病(透析あり)のレセプト件数(外来)について、町・県・国で比較した場合、県・国より少ないです。
- ・50歳～64歳においては、県・国より多く、レセプト件数増加が顕著に現れています。

図表9	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、喫煙率が高く、1回30分以上の運動習慣のない人の割合が高いです。飲酒の回数は少ないですが、一回の飲酒量は多いです。受診率が高いことから、健診受診者でも既に医療機関にかかっている人が多いと考えられます。既往歴としてどの疾病も、全国的に県平均よりも高いです。

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			
		身延町	県	同規模	国	身延町	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	21.7%	18.6%	22.5%	19.3%	44.3%	43.0%	46.1%	43.7%
	服薬_糖尿病	6.6%	5.0%	6.2%	5.0%	12.2%	11.2%	11.5%	10.4%
	服薬_脂質異常症	13.0%	13.5%	16.7%	15.4%	29.2%	30.6%	32.6%	34.0%
既往歴	既往歴_脳卒中	2.7%	1.4%	1.9%	1.8%	4.9%	3.2%	3.6%	3.8%
	既往歴_心臓病	5.1%	3.7%	3.0%	2.9%	11.5%	8.3%	7.1%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.6%	0.4%	0.7%	0.6%	2.1%	1.1%	1.0%	0.9%
	既往歴_貧血	7.9%	7.7%	11.5%	13.5%	7.0%	5.3%	7.9%	9.3%
喫煙	喫煙	22.6%	21.1%	21.3%	20.9%	12.2%	10.4%	10.9%	10.4%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	32.6%	34.2%	39.0%	38.2%	28.6%	29.1%	33.3%	33.3%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	78.2%	76.7%	72.0%	69.7%	71.0%	62.2%	61.7%	55.7%
	1日1時間以上運動なし	42.9%	45.4%	49.1%	49.9%	41.2%	41.9%	48.6%	47.0%
	歩行速度遅い	67.4%	60.5%	57.5%	53.7%	65.5%	55.8%	54.0%	49.7%
食事	食べる速度が速い	35.3%	32.7%	30.2%	31.3%	29.1%	26.8%	24.5%	24.6%
	食べる速度が普通	56.8%	60.1%	62.2%	60.9%	62.9%	65.7%	67.2%	67.6%
	食べる速度が遅い	7.9%	7.2%	7.6%	7.8%	8.0%	7.6%	8.2%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	14.5%	17.9%	19.7%	22.5%	5.6%	8.2%	13.9%	12.3%
	週3回以上朝食を抜く	10.6%	16.7%	15.5%	19.2%	3.5%	4.7%	5.0%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	16.9%	22.7%	26.0%	26.3%	21.0%	20.8%	25.6%	25.1%
	時々飲酒	24.2%	24.5%	24.1%	25.3%	15.8%	19.8%	19.9%	21.0%
	飲まない	58.9%	52.8%	50.0%	48.4%	63.2%	59.3%	54.5%	53.9%
	1日飲酒量(1合未満)	40.4%	47.3%	55.9%	58.4%	36.5%	54.7%	62.4%	67.2%
	1日飲酒量(1～2合)	30.1%	29.9%	26.2%	24.4%	40.3%	31.7%	26.4%	23.4%
	1日飲酒量(2～3合)	23.5%	17.1%	12.7%	12.1%	22.5%	11.7%	9.3%	7.9%
睡眠	1日飲酒量(3合以上)	5.9%	5.7%	5.3%	5.1%	0.7%	1.9%	1.9%	1.5%
生活習慣改善意欲	睡眠不足	55.9%	41.5%	27.4%	29.5%	62.5%	42.0%	23.3%	23.6%
	改善意欲なし	17.2%	22.6%	28.6%	23.9%	26.2%	26.3%	33.4%	29.6%
	改善意欲あり	18.1%	22.0%	32.4%	33.5%	7.9%	14.7%	26.5%	26.1%
	改善意欲ありかつ始めている	12.7%	13.7%	14.1%	15.9%	9.9%	9.4%	11.8%	12.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	5.7%	8.8%	9.3%	9.8%	5.1%	6.4%	7.7%	8.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	46.2%	33.0%	15.6%	16.8%	50.8%	43.2%	20.5%	22.9%
咀嚼	保健指導利用しない	91.2%	82.3%	67.4%	64.1%	94.4%	79.7%	63.7%	63.2%
	咀嚼_何でも	84.0%	86.5%	82.7%	83.9%	82.3%	80.3%	74.6%	76.9%
	咀嚼_かみにくい	15.1%	12.9%	16.6%	15.4%	17.1%	19.1%	24.5%	22.2%
間食	咀嚼_ほとんどかめない	0.9%	0.6%	0.8%	0.7%	0.6%	0.6%	1.0%	0.8%
	3食以外間食_毎日	23.6%	24.2%	24.1%	23.3%	24.7%	22.0%	20.7%	20.6%
	3食以外間食_時々	60.4%	54.5%	54.8%	55.3%	56.8%	59.1%	58.2%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	16.0%	21.3%	21.1%	21.4%	18.4%	18.9%	21.1%	20.9%

※ 保険者の割合は県の数値と比較し値の大きい場合は赤枠で囲っている

図表10	検査項目別 有所見者の状況(性・年齢階層別)(令和4年度)	出典	国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況」
------	-------------------------------	----	-----------------------------

データ分析の結果

・健診受診者全体では、「HbA1c」の有所見者割合が最も高く(眼底検査は除く)、健診受診者の60.7%を占めています。特に、65歳～74歳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、65歳～74歳で高くなっており、「LDL」は40歳～64歳で値が高いです。また、心電図及びeGFRの有所見者割合が男女ともに65歳～74歳で高くなっています。

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
身延町	40歳～64歳	人数(人)	99	104	61	45	16	90	164	0
		割合(%)	29.8%	31.3%	18.4%	13.6%	4.8%	27.1%	49.4%	0.0%
	65歳～74歳	人数(人)	228	296	132	84	41	326	526	0
		割合(%)	28.4%	36.8%	16.4%	10.4%	5.1%	40.5%	65.4%	0.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	327	400	193	129	57	416	690	0
		割合(%)	28.8%	35.2%	17.0%	11.4%	5.0%	36.6%	60.7%	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
身延町	40歳～64歳	人数(人)	137	115	186	1	32	112	0	33
		割合(%)	41.3%	34.6%	56.0%	0.3%	9.6%	33.7%	0.0%	9.9%
	65歳～74歳	人数(人)	502	277	395	19	156	411	0	200
		割合(%)	62.4%	34.5%	49.1%	2.4%	19.4%	51.1%	0.0%	24.9%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	639	392	581	20	188	523	0	233
		割合(%)	56.3%	34.5%	51.1%	1.8%	16.5%	46.0%	0.0%	20.5%
県	割合(%)	48.8%	27.0%	51.2%	1.1%	16.0%	32.1%	1.3%	19.5%	
国	割合(%)	47.5%	21.1%	50.1%	1.3%	21.3%	18.4%	5.6%	20.7%	

検査項目別有所見者の状況(男性)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
身延町	40歳～64歳	人数(人)	61	78	43	34	13	54	87	0	81	72	88	1	19	69	0	18
		割合(%)	35.3%	45.1%	24.9%	19.7%	7.5%	31.2%	50.3%	0.0%	46.8%	41.6%	50.9%	0.6%	11.0%	39.9%	0.0%	10.4%
	65歳～74歳	人数(人)	123	215	89	55	33	184	236	0	247	162	149	19	88	211	0	116
		割合(%)	32.5%	56.7%	23.5%	14.5%	8.7%	48.5%	62.3%	0.0%	65.2%	42.7%	39.3%	5.0%	23.2%	55.7%	0.0%	30.6%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	184	293	132	89	46	238	323	0	328	234	237	20	107	280	0	134
		割合(%)	33.3%	53.1%	23.9%	16.1%	8.3%	43.1%	58.5%	0.0%	59.4%	42.4%	42.9%	3.6%	19.4%	50.7%	0.0%	24.3%
県	割合(%)	30.3%	49.3%	24.0%	19.9%	7.7%	46.7%	67.0%	5.0%	52.5%	34.9%	47.5%	2.2%	18.0%	35.4%	1.4%	21.2%	
国	割合(%)	34.2%	55.3%	28.1%	21.4%	7.2%	31.1%	57.8%	12.5%	50.1%	26.3%	45.4%	2.5%	24.0%	19.8%	5.5%	22.0%	

検査項目別有所見者の状況(女性)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
身延町	40歳～64歳	人数(人)	38	26	18	11	3	36	77	0	56	43	98	0	13	43	0	15
		割合(%)	23.9%	16.4%	11.3%	6.9%	1.9%	22.6%	48.4%	0.0%	35.2%	27.0%	61.6%	0.0%	8.2%	27.0%	0.0%	9.4%
	65歳～74歳	人数(人)	105	81	43	29	8	142	290	0	255	115	246	0	68	200	0	84
		割合(%)	24.7%	19.1%	10.1%	6.8%	1.9%	33.4%	68.2%	0.0%	60.0%	27.1%	57.9%	0.0%	16.0%	47.1%	0.0%	19.8%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	143	107	61	40	11	178	367	0	311	158	344	0	81	243	0	99
		割合(%)	24.5%	18.3%	10.4%	6.8%	1.9%	30.5%	62.8%	0.0%	53.3%	27.1%	58.9%	0.0%	13.9%	41.6%	0.0%	17.0%
県	割合(%)	19.3%	15.2%	12.6%	8.3%	1.3%	30.0%	68.9%	0.7%	45.8%	20.5%	54.3%	0.2%	14.4%	29.4%	1.2%	18.1%	
国	割合(%)	21.4%	18.8%	15.7%	9.0%	1.3%	19.4%	56.6%	1.8%	45.4%	16.9%	53.9%	0.3%	19.1%	17.3%	5.6%	19.7%	

図表11

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

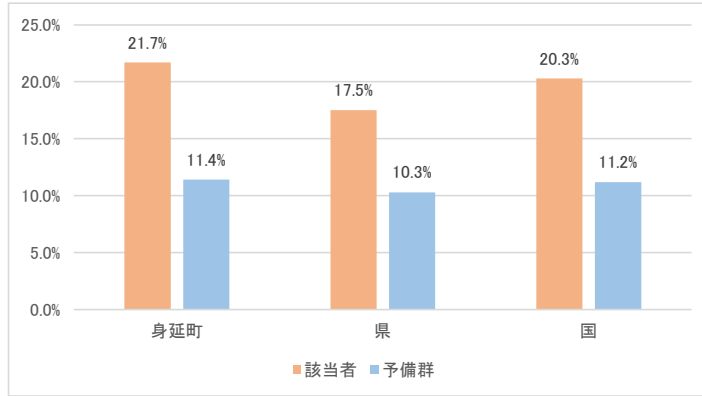
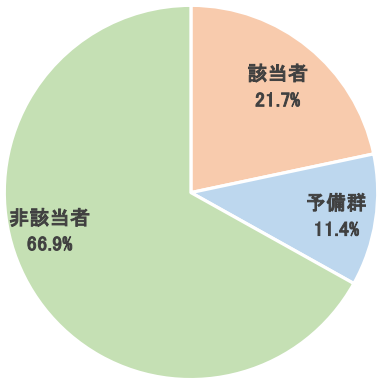
出典

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21.7%、予備群は11.4%で、県よりも高い水準です。男性・女性共に該当者の割合が県と比較するとかなり高くなっています。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保有者は7.1%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

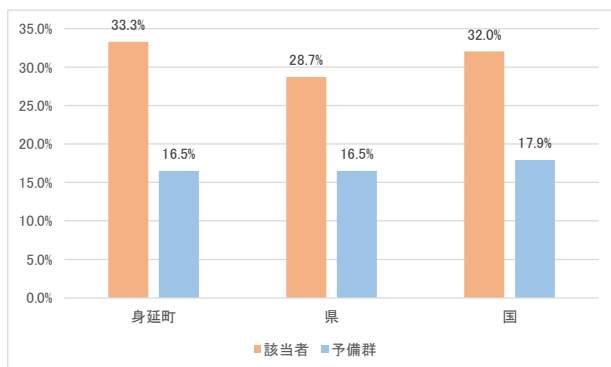


メタボリックシンドローム該当状況(男女合計)(令和4年度)

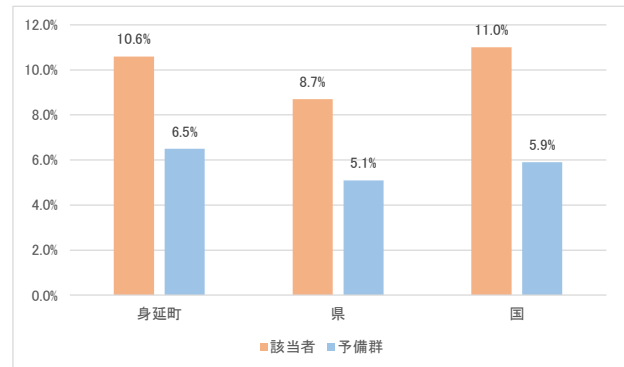
年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	332	46.1%	11	3.3%	46	13.9%	1	0.3%	36	10.8%	9	2.7%
65歳～74歳	804	60.4%	13	1.6%	83	10.3%	4	0.5%	73	9.1%	6	0.7%
全体(40歳～74歳)	1,136	55.4%	24	2.1%	129	11.4%	5	0.4%	109	9.6%	15	1.3%

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	47	14.2%	5	1.5%	3	0.9%	27	8.1%	12	3.6%
65歳～74歳	200	24.9%	31	3.9%	6	0.7%	94	11.7%	69	8.6%
全体(40歳～74歳)	247	21.7%	36	3.2%	9	0.8%	121	10.7%	81	7.1%

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人も対象となる。

図表12-1	重複・頻回受診者に係る分析(令和4年度)	出典	国保データベース(KDB)システム「重複・頻回受診の状況」
--------	----------------------	----	-------------------------------

データ分析の結果

・令和4年度の受診医療機関数と同一医療機関へ受診日数の状況を一覧で示します。表は令和4年度各月の平均値をとったものです。重複・頻回受診者は、医療機関の1カ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一医療機関への受診日数が【10日以上】の人の条件下では平均2人です。

令和4年度重複・頻回受診該当者の平均人数

受診医療機関数 (同一月内)		同一医療機関への受診日数 (同一月内)				
		受診した者 (人)				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した者 (人)	1医療機関以上	1,520	58	17	3	0
	2医療機関以上	497	36	9	2	0
	3医療機関以上	117	11	2	1	0
	4医療機関以上	27	2	0	0	0
	5医療機関以上	7	1	0	0	0

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

令和4年度重複・頻回受診該当者の被保険者一人当たりの割合

受診医療機関数 (同一月内)		同一医療機関への受診日数 (同一月内)				
		被保険者一人当たりの割合 (%)				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
被保険者一人当たりの割合 (%)	1医療機関以上	56.38%	2.15%	0.65%	0.11%	0.00%
	2医療機関以上	18.42%	1.31%	0.32%	0.06%	0.00%
	3医療機関以上	4.35%	0.40%	0.09%	0.02%	0.00%
	4医療機関以上	0.99%	0.09%	0.02%	0.00%	0.00%
	5医療機関以上	0.25%	0.02%	0.01%	0.00%	0.00%

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

図表12-2	重複・頻回受診者に係る分析	出典	国保データベース(KDB)システム「重複・頻回受診の状況」
--------	---------------	----	-------------------------------

データ分析の結果

- ・重複・頻回受診該当者は、医療機関の1カ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一医療機関への受診日数が【10日以上】の人の条件下では月1人～4人で平均2人です。被保険者1万人当たりにすると9人です。
- ・経年で比較しても大きな変化はありません。

令和4年度重複・頻回受診該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複・頻回受診該当者(人)
令和4年4月	2,823	3
令和4年5月	2,793	3
令和4年6月	2,782	4
令和4年7月	2,748	1
令和4年8月	2,737	1
令和4年9月	2,723	2
令和4年10月	2,705	1
令和4年11月	2,647	2
令和4年12月	2,616	4
令和5年1月	2,603	2
令和5年2月	2,579	3
令和5年3月	2,585	2
令和4年度平均	2,695	2
重複・頻回受診該当者数 (対被保険者1万人)		9

*各月の「重複・頻回受診該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・頻回受診の状況」画面で確認できる重複・頻回受診の該当者(人)の人数を記載する。次の条件に該当する人を「重複・頻回受診該当者数」とする。

医療機関の1カ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一医療機関への受診日数が【10日以上】の人

*重複・頻回受診該当者数(対被保険者1万人)：各月の重複・頻回受診該当者の平均人数を被保険者数の平均人数で割り、1万人当たりにしたもの

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

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	2人	9人	2人
重複・頻回受診該当者数 (対被保険者1万人)	8人	17人	9人

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

図表13-1 重複・多剤処方に係る分析(令和4年度)

出典 国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」

データ分析の結果

・表は令和4年度の重複処方該当者と多剤処方対象者の人数及び被保険者数1人当たりの割合を示したものです。医療機関の1カ月の受診件数が【2医療機関以上】かつ、同一月内で重複処方を2以上受けた人、及び医療機関の1カ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一月内で重複処方を1以上受けた人を重複処方対象者とすると、平均3人となります。また、処方された薬剤の処方日数が1日以上で、同一月内に処方された薬剤が15以上の人を多剤処方該当者とすると、平均23人となります。

令和4年度重複処方該当者 平均人数

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

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

令和4年度重複処方該当者 被保険者一人当たりの割合

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内)									
		被保険者一人当たりの割合(%)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
被保険者一人当たりの割合(%)	2医療機関以上	0.36%	0.07%	0.03%	0.02%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	3医療機関以上	0.02%	0.02%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
	4医療機関以上	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
	5医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	

*各月の重複処方該当者を被保険者数で割り、12カ月の平均値を示す。

令和4年度多剤処方該当者 平均人数

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数 (同一月内)												
		処方を受けた者 (人)												
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上	
処方を受けた者 (人)	1日以上	1,251	1,065	865	687	538	412	307	232	174	128	23	3	
	15日以上	1,045	940	793	646	512	396	298	226	170	125	23	3	
	30日以上	864	773	646	521	409	314	235	179	134	98	19	3	
	60日以上	342	301	243	190	145	108	81	60	45	31	6	2	
	90日以上	106	92	73	58	45	36	28	22	16	12	2	1	
	120日以上	9	8	8	8	7	6	6	5	4	4	1	1	
	150日以上	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	0	0	
	180日以上	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	

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

令和4年度多剤処方該当者 被保険者一人当たりの割合

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数 (同一月内)												
		被保険者一人当たりの割合 (%)												
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上	
被保険者一人当たりの割合 (%)	1日以上	46.42%	39.55%	32.09%	25.51%	19.98%	15.28%	11.39%	8.60%	6.45%	4.74%	0.86%	0.12%	
	15日以上	38.77%	34.90%	29.43%	23.96%	19.03%	14.70%	11.05%	8.38%	6.30%	4.64%	0.85%	0.12%	
	30日以上	32.06%	28.69%	23.97%	19.33%	15.18%	11.64%	8.70%	6.63%	4.97%	3.62%	0.70%	0.10%	
	60日以上	12.70%	11.18%	9.03%	7.06%	5.37%	4.02%	3.00%	2.22%	1.67%	1.15%	0.21%	0.06%	
	90日以上	3.92%	3.42%	2.72%	2.16%	1.67%	1.32%	1.03%	0.80%	0.61%	0.44%	0.08%	0.03%	
	120日以上	0.32%	0.31%	0.30%	0.29%	0.25%	0.23%	0.21%	0.19%	0.16%	0.14%	0.03%	0.02%	
	150日以上	0.12%	0.12%	0.12%	0.11%	0.09%	0.08%	0.07%	0.07%	0.06%	0.05%	0.01%	0.00%	
	180日以上	0.05%	0.05%	0.05%	0.05%	0.04%	0.03%	0.03%	0.03%	0.03%	0.03%	0.00%	0.00%	

*各月の多剤処方該当者を被保険者数で割り、12カ月の平均値を示す。

図表13-2	重複・多剤処方に係る分析	出典	国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」
--------	--------------	----	-------------------------------

データ分析の結果

- ・重複処方該当者は令和4年度、1カ月当たり0人～6人となり平均3人です。また、多剤処方該当者は1カ月当たり18人～28人で平均23人です。被保険者1万人当たりになると令和4年度は重複処方該当者9人、多剤処方該当者は86人となります。
- ・経年で比較しても大きな変化はありません。

令和4年度重複・多剤処方該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複処方該当者数(人)	多剤処方該当者数(人)
令和4年4月	2,823	0	22
令和4年5月	2,793	2	18
令和4年6月	2,782	3	26
令和4年7月	2,748	4	21
令和4年8月	2,737	2	23
令和4年9月	2,723	6	23
令和4年10月	2,705	2	27
令和4年11月	2,647	4	23
令和4年12月	2,616	2	21
令和5年1月	2,603	2	27
令和5年2月	2,579	2	20
令和5年3月	2,585	1	28
令和4年度平均	2,695	3	23
重複・多剤処方該当者数 (対被保険者1万人)		9	86

*各月の「重複処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる重複処方を受けた者(人)の人数を記載する。抽出に当たっては、
 ア)【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は、「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とした上で、次の条件(イ・ウ)に該当する人数を加算した数と「重複処方該当者数」とする。
 イ)「重複処方を受けた者(人)の【3医療機関以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【1以上】
 ウ)「重複処方を受けた者(人)の【2医療機関以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【2以上】
 *各月の「多剤処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる多剤処方を受けた者(人)の人数を記載する。抽出に当たっては、【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とした上で、同一薬剤に関する処方日数、「処方を受けた者(人)」の【1日以上】、処方薬剤数(同月内)【15剤以上】に該当する人数を「多剤処方該当者数」とする。

年度別重複処方該当者 1カ月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	1人	2人	3人
重複処方該当者数 (対被保険者1万人)	5人	6人	9人

年度別多剤処方該当者 一月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	23人	20人	23人
多剤処方該当者数 (対被保険者1万人)	77人	71人	86人

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

図表14 後発医薬品普及率に係る分析

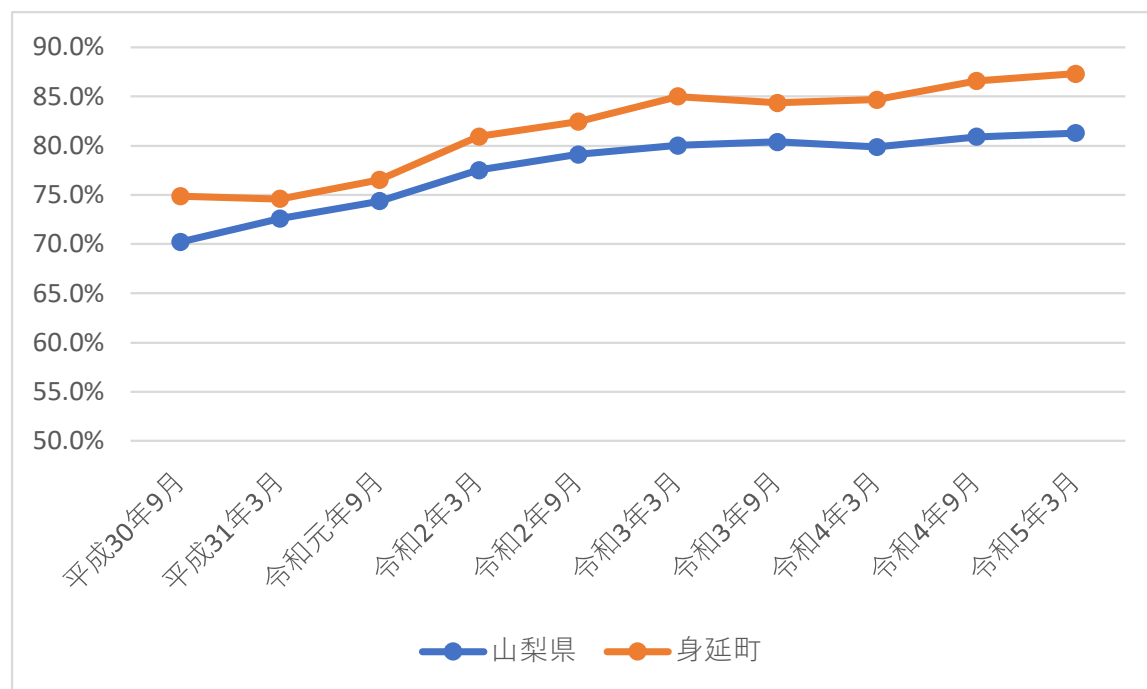
出典

厚生労働省ホームページ「保険者別の後発医薬品の使用割合(毎年度公表)」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190726.html>

データ分析の結果 ・平成30年度から後発医薬品の使用割合は年々増加し、令和5年3月時点では87.3%と、国の目標値である80.0%を超えています。

年度別 後発医薬品の使用割合

	平成30年9月	平成31年3月	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月	令和5年3月
山梨県	70.2%	72.6%	74.4%	77.5%	79.1%	80.0%	80.4%	79.9%	80.9%	81.3%
身延町	74.9%	74.6%	76.5%	80.9%	82.5%	85.0%	84.4%	84.7%	86.6%	87.3%



※抽出データの計算方法等

(1) 保険者別の後発医薬品使用割合(数量シェア)の計算方法

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

使用割合(数量シェア)

= 後発医薬品の数量 ÷ (後発医薬品がある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量)

(2) 抽出対象のレセプト

- ① レセプトの種類：医科入院、DPC(出来高払い部分は対象。包括払い部分は対象外)
 医科入院外、歯科、調剤
- ② 対象期間：集計の対象月(今回は令和5年3月)の診療に係るレセプト
- ③ 抽出時期：令和5年4月請求分までのレセプト(令和5年5月31日までに審査支払機関より国へ報告されたもの)

(3) その他の主な留意点

- ・ NDBの性質上、審査支払機関の支払請求に係るレセプトのうち電算処理に係るもの(電子レセプト)が算出対象となり(紙レセプトに係るものは対象外)、また、記載の不備等によりNDBに集約されないレセプトは対象外となること。なお、保険者が審査支払機関に差し戻したレセプトは、既にNDBに集約済みであるため算出の対象となる。
- ・ 集計の対象月の診療に係るレセプトであっても、医療機関からの請求の遅れ等によりデータ抽出時に審査支払機関からNDBへ格納がなされていないレセプトは抽出の対象外となること。
- ・ 「経済財政運営と改革の基本方針2017」(平成29年6月9日閣議決定)における使用割合の政府目標80.0%の算出は、薬価調査(薬価基準改定の基礎資料を得ることを目的に、医薬品販売業者の販売価格・数量及び一定率で抽出された医療機関等の購入価格・数量を調査するもの)を用いており、NDBとは調査対象等が異なること。

図表15

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」

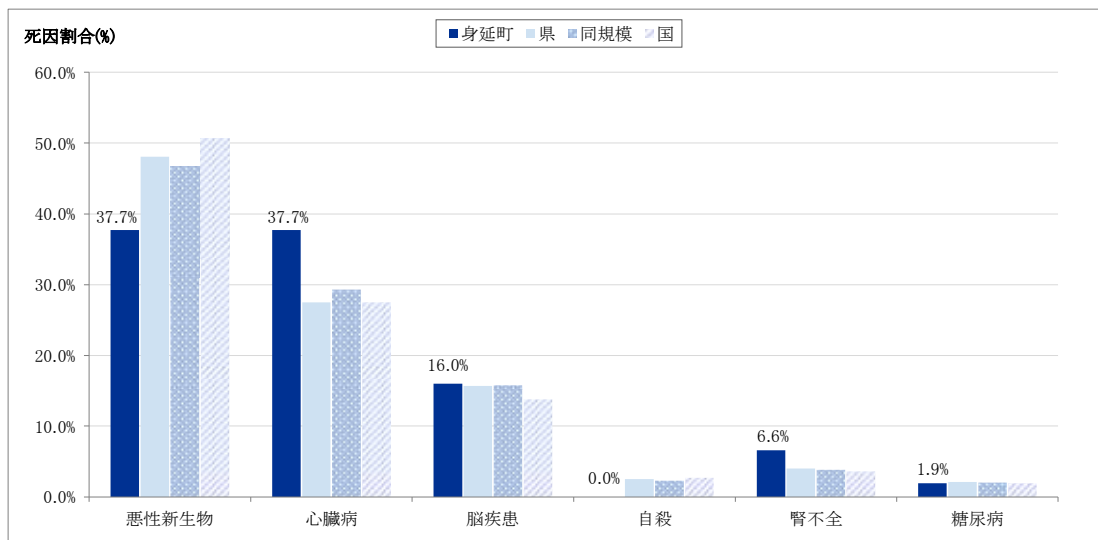
データ分析の結果

・主たる死因の状況としては、悪性新生物と心臓病が高く、次いで脳疾患となっています。県や国と比較すると、心臓病・脳疾患・腎不全の死因割合が高くなっています。
 ・経年で見ると、悪性新生物の死因割合は減少傾向ですが、心臓病での死因が増えている傾向にあり、脳疾患の死因割合も高い水準です。

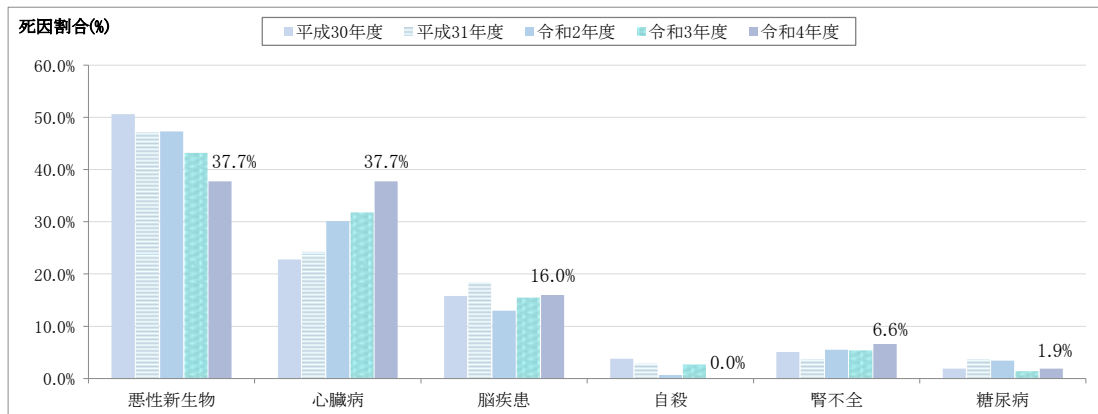
主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	身延町		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	40	37.7%	48.1%	46.7%	50.6%
心臓病	40	37.7%	27.5%	29.3%	27.5%
脳疾患	17	16.0%	15.7%	15.8%	13.8%
自殺	0	0.0%	2.5%	2.3%	2.7%
腎不全	7	6.6%	4.0%	3.8%	3.6%
糖尿病	2	1.9%	2.1%	2.0%	1.9%
合計	106				

主たる死因の割合(令和4年度)



年度別 主たる死因の割合



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	男性の腹囲有所見者、メタボ該当者、喫煙者、飲酒量が多く、偏った食生活で運動不足の人が多いです。質問項目の既往歴でも、脳疾患・心疾患・腎臓病といずれも高く、このような生活習慣の結果、男性の平均寿命や平均余命が短いことに繋がっている可能性があります。	✓
B	健診時に既に高血圧の内服をしている人が37.7%と多く、外来医療費も高血圧は高いです。有所見者割合でも血圧関連の項目が、65歳～74歳で高くなっており、心電図やeGFR、クレアニチンの有所見者割合が高いことから、高血圧が悪化し、腎症や心疾患等の合併症を引き起こしている可能性があります。また、高血圧の千人当たりの外来レセプト件数が40歳代から多く、健診の血圧の有所見者割合も40歳代、50歳代から高率であることから、若い世代から生活習慣病が発症し年を取ると共に重症化していると考えられます。	
C	全医療費に占める糖尿病の割合が高く、1件当たりの医療費も高額で、外来の1件当たりの医療費は県内4位と高い方です。また、特定健診で「血糖」「HbA1c」の有所見者率が国と比較して高く、慢性腎臓病の千人当たりの外来レセプト件数が透析なし・ありともに特に50歳代が多いです。「慢性腎不全(透析あり)」や「糖尿病網膜症」の医療費も高いことから、糖尿病の早期発見や治療の遅れ、治療中のコントロールが不十分なことによる重症化が考えられます。	✓

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
A	若者(19歳～39歳)や40歳代、50歳代が、生活習慣病(高血圧、糖尿病)発症予防のための生活上の気づきと必要な生活改善及び早期発見ができるよう、年に1回は健診を受ける必要があり、特に、若年層の男性の、腹囲有所見者やメタボ該当者が生活改善と、特に運動を生活の中に取り入れる取り組みが必要です。	1-1 1-2 3-1
B・C	糖尿病患者や高血圧者がセルフコントロールでき、重症化予防できるように、食や運動について学び直す機会が必要です。	2-1

計画全体の目的	町民が若い世代の内から、自身の健康について関心を持ち、町の健康課題についても認識を深めることによって、年を重ねても健康な生活を送れることを目指します。
---------	---

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)
A・B	若年層のうちから、生活習慣病予防に取り組むことを呼びかけ、健診の受診率向上や健診後の手厚いフォローを通して、生活習慣病の重症化を予防します。	運動習慣のある者の割合	26.9%	27.0%	27.0%	27.0%	27.5%	27.5%	27.5%
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(※1)	59.1%	59.0%	59.0%	59.0%	58.5%	58.5%	58.5%
		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)	33.2%	33.0%	33.0%	33.0%	32.0%	32.0%	32.0%
B・C	保健指導を通して、町民に正しい糖尿病の知識や生活習慣の改善意欲を持ってもらうことで、糖尿病の重症化を予防します。	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(※1)	10.4%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(短期)(※1)	3.3% (R3→R4)	3.2% (R5→R6)	3.2% (R6→R7)	3.2% (R7→R8)	3.0% (R8→R9)	3.0% (R9→R10)	3.0% (R10→R11)
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(中長期)(※1)	6.1% (R1→R4)			6.0% 以下 (R5→R8)			5.9% 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	特定健康診査受診率の向上	・40歳～74歳の被保険者 ・40歳代50歳代の男性健診未受診者	・分かりやすい健診案内・受診希望調査の実施(全戸)。 ・受診しやすい環境づくり(土日曜日実施、がん検診、結核検診と同日実施、等)。 ・未受診者に対する働きかけ(個別通知、「かかりつけ医からの特定健康診査情報提供同意書契約」による健診結果把握、等)。 ・健診のPR(ホームページ、ポスター、組織の利用等) ・商工会へのポスター等の配布	重点
1-2		特定保健指導実施の向上	積極的支援(6カ月間の支援)及び動機付け支援対象者	・初回面接の受けやすい体制づくり(結果説明会を4日以上で実施、夜間実施、希望者は事前個別指導、欠席者への後日連絡・来所又は訪問指導、視覚媒体の活用、等)	
2-1	糖尿病対策	糖尿病性腎症重症化予防事業	特定健診受診者 ①ハイリスク者に対する保健指導 ・40歳～74歳以下 ・eGFR値が50未満で空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上 ②糖尿病治療中断者に対する受診勧奨 ・国保加入者において糖尿病と診断されているが、治療を6カ月以上中断している者	①結果説明会にて事業説明 ・説明の上で本人からの同意 ・食生活と運動目標を挙げてもらう ・対象者が定期受診の際に「保健指導依頼書」をかかりつけ医に渡し、返送いただく ・「保健指導依頼書」が返送され次第、対象者と日程調整 ・面接にて、保健師、管理栄養士が、栄養診断を実施し具体的に指導 ・指導内容をかかりつけ医に報告 ・6カ月後、目標達成度について評価シートを郵送し返送してもらう ・直近の検査結果や生活改善状況を確認し、評価を行う ②KDBから対象者を抽出し、保健師が電話。生活状況を確認した上で、受診勧奨を行う	重点
3-1	生活習慣病改善	運動を始めるきっかけづくりの推進	・結果説明会対象者 ・健康づくり組織等	・結果説明会対象者に運動施設の情報提供や運動方法の資料配布 ・健康づくり組織とともに運動教室等の開催	

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)		33.2%	33.0%	33.0%	33.0%	32.0%	32.0%	32.0%
		男性	40～49歳	26.3%	26.0%	26.0%	26.0%	25.5%	25.5%	25.5%
			50～59歳	39.7%	39.5%	39.5%	39.5%	39.0%	39.0%	39.0%
			60～69歳	55.6%	55.5%	55.5%	55.5%	55.0%	55.0%	55.0%
			70～74歳	50.9%	50.5%	50.5%	50.5%	50.0%	50.0%	50.0%
		女性	40～49歳	11.8%	11.5%	11.5%	11.5%	11.0%	11.0%	11.0%
			50～59歳	17.0%	16.8%	16.8%	16.8%	16.5%	16.5%	16.5%
			60～69歳	15.8%	15.5%	15.5%	15.5%	15.0%	15.0%	15.0%
	70～74歳		19.9%	19.5%	19.5%	19.5%	19.5%	19.5%	19.5%	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(全年齢)		59.1%	59.0%	59.0%	59.0%	58.5%	58.5%	58.5%
		男性	40～49歳	42.9%	42.5%	42.5%	42.5%	42.5%	42.5%	42.5%
			50～59歳	62.1%	62.0%	62.0%	62.0%	61.5%	61.5%	61.5%
			60～69歳	61.7%	61.5%	61.5%	61.5%	61.0%	61.0%	61.0%
			70～74歳	67.8%	67.5%	67.5%	67.5%	67.0%	67.0%	67.0%
		女性	40～49歳	25.0%	24.5%	24.5%	24.5%	24.0%	24.0%	24.0%
			50～59歳	39.3%	39.0%	39.0%	39.0%	38.5%	38.5%	38.5%
			60～69歳	51.3%	51.0%	51.0%	51.0%	50.5%	50.5%	50.5%
	70～74歳		69.0%	68.8%	68.8%	68.8%	68.5%	68.5%	68.5%	
	3	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)		10.4%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
		男性	40～49歳	10.5%	10.3%	10.3%	10.3%	10.0%	10.0%	10.0%
			50～59歳	7.8%	7.7%	7.7%	7.7%	7.5%	7.5%	7.5%
60～69歳			11.0%	10.8%	10.8%	10.8%	10.5%	10.5%	10.5%	
70～74歳			14.9%	14.7%	14.7%	14.7%	14.5%	14.5%	14.5%	
女性		40～49歳	0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
		50～59歳	3.7%	3.6%	3.6%	3.6%	3.5%	3.5%	3.5%	
		60～69歳	8.3%	8.2%	8.2%	8.2%	8.1%	8.1%	8.1%	
	70～74歳	11.3%	11.2%	11.2%	11.2%	11.1%	11.1%	11.1%		

項目	No.	総合評価指標	計画策定 時実績 (R4)	目標値						
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトプット指標	4	特定健康診査受診率	55.4%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	
		男性	40～49歳	38.0%	39.0%	39.0%	39.0%	40.0%	40.0%	40.0%
			50～59歳	36.8%	37.0%	37.0%	37.0%	38.0%	38.0%	38.0%
		女性	40～49歳	51.5%	52.0%	52.0%	52.0%	53.0%	53.0%	53.0%
	50～59歳		46.1%	46.5%	46.5%	46.5%	47.0%	47.0%	47.0%	
	5	特定保健指導実施率(全体)	71.0%	72.0%	72.0%	72.0%	73.0%	73.0%	73.0%	
		動機付け支援	73.7%	74.0%	74.0%	74.0%	75.0%	75.0%	75.0%	
積極的支援		60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%		
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	14.3%	14.5%	14.5%	14.5%	15.0%	15.0%	15.0%	

事業番号1-1

特定健康診査受診率の向上

事業の目的	特定健康診査受診率の向上を図り、特に40歳～59歳の男性の受診率向上を目指します。
-------	---

事業の概要	被保険者が分かりやすく、受けようと思える健診案内・受診希望有無調査を実施します。 ・受診しやすい案内と環境づくりを行います。 ・未受診者に働きかけを行います。 ・特定健康診査について、ポスターや広報等で周知を強化します。
-------	---

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55.4%と県内では高い水準となっていますが、目標の60.0%に達していません。特に男性の40歳代50歳代で健診受診率が低いため、働き盛りの男性に働きかけ、受診を促していく必要があります。
----------------------	---

対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・40歳～74歳の被保険者 ・40歳代50歳代の男性(健診未受診者)
-----	---

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値						
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム指標	1	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(40歳～50歳代)	33.2%	33.0%	33.0%	33.0%	32.0%	32.0%	32.0%	
		男性	40～49歳	26.3%	26.0%	26.0%	26.0%	25.5%	25.5%	25.5%
			50～59歳	39.7%	39.5%	39.5%	39.5%	39.0%	39.0%	39.0%
		女性	40～49歳	11.8%	11.5%	11.5%	11.5%	11.0%	11.0%	11.0%
	50～59歳		17.0%	16.8%	16.8%	16.8%	16.5%	16.5%	16.5%	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(40歳～50歳代)	59.1%	59.0%	59.0%	59.0%	58.5%	58.5%	58.5%	
		男性	40～49歳	42.9%	42.5%	42.5%	42.5%	42.5%	42.5%	42.5%
			50～59歳	62.1%	62.0%	62.0%	62.0%	61.5%	61.5%	61.5%
女性		40～49歳	25.0%	24.5%	24.5%	24.5%	24.0%	24.0%	24.0%	
	50～59歳	39.3%	39.0%	39.0%	39.0%	38.5%	38.5%	38.5%		

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	55.4%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	
		男性	40～49歳	38.0%	39.0%	39.0%	39.0%	40.0%	40.0%	40.0%
			50～59歳	36.8%	37.0%	37.0%	37.0%	38.0%	38.0%	38.0%
		女性	40～49歳	51.5%	52.0%	52.0%	52.0%	53.0%	53.0%	53.0%
	50～59歳		46.1%	46.5%	46.5%	46.5%	47.0%	47.0%	47.0%	
	2	希望有無調査票回収率	74.7%	74.8%	74.9%	74.9%	75.0%	75.0%	75.0%	
3	人間ドック対象者の特定健診又は人間ドック受診率	61.8%	62.0%	62.0%	62.0%	62.5%	62.5%	62.5%		

プロセス(方法)	周知・勧奨		<ul style="list-style-type: none"> ・住民への周知・健診申込書による受診希望者の把握を実施します。 ・5月の健診の申し込みがない住民に対して、7月の健診の再勧奨を行います。 ・毎年工夫し、対象者に合わせた受診勧奨通知を送付します。 ・若年層(40歳～59歳)と高齢者層(60歳～74歳)にわけ、対象者に合わせた通知内容を検討します。
	実施及び実施後の支援	実施形態	<p>集団健診は健診機関に委託し、検診車が各健診会場を巡回します。 人間ドックは委託先健診機関において、個別に健診を実施します。</p>
		実施場所	<p><集団健診> 5月 中富地区 中富すこやかセンター 下部地区 下部地区公民館 7月 身延地区 身延福祉センター、身延地区公民館下山分館</p>
		時期・期間	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診：5月・7月 ・人間ドック：4月・5月
		データ取得	健診を受けていないが医療機関を受診している人に関しては、かかりつけ医から「特定健康診査情報提供同意書」を提供していただきます。
		結果提供	<p>【集団健診】 受診の結果、保健指導を必要と認めた人については、後日特定健康診査結果説明会の通知をします。異常のない受診者については直接、結果を郵送します。</p> <p>【人間ドック】 特定健康診査結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に説明します。</p>
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・40歳代の健診無料化 ・年代ごとの疾病状況をレセプトで確認 ・人間ドック対象年齢の拡大 	

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	町民課保険年金担当 福祉保健課健康増進担当
	民間事業者	<p>外部委託事業者にて受診勧奨はがきの作成・送付を実施します。 健診委託事業者による、健診申込者への受診勧奨はがきを作成・送付します。</p>
	その他の組織	<p>商工会への健診ポスター・チラシの配布を行います。 健康づくり組織へ健診の普及を図ります。</p>
	他事業	がん検診等と同時に実施します。
	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)	受診率向上のため委託事業者等との打ち合わせを実施します。

事業番号1-2

特定保健指導実施率の向上

事業の目的	初回面接(健診結果説明会)を受けやすい体制を整え、対象者の状況に合わせた柔軟な支援を実施することで、特定保健指導実施率の向上を図ります。
-------	--

事業の概要	内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行います。
-------	--

現在までの事業結果 (成果・課題)	特定保健指導実施率は、平成31年度及び令和2年度と80%を超えましたが、令和3年度はコロナ禍の影響を受け、マンパワー不足から実施率が下がりました。積極的支援の対象者割合は、減少傾向にあります。
----------------------	--

対象者	特定保健指導基準該当者(国の基準に準ずる)
-----	-----------------------

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	14.3%	14.5%	14.5%	14.5%	15.0%	15.0%	15.0%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率(全体)	71.0%	72.0%	72.0%	72.0%	73.0%	73.0%	73.0%
		動機付け支援	73.7%	74.0%	74.0%	74.0%	75.0%	75.0%	75.0%
		積極的支援	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

プロセス(方法)	周知	<p>広報、行政カレンダーへ特定保健指導等実施日を掲載します。 (特定健康診査日時、会場、特定健康診査受診率と医療費の状況、特定保健指導の実施状況や成果の紹介、受診勧奨への働きかけ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページによる広報活動を実施します。 ・健康づくり組織を利用した広報活動、受診勧奨を依頼します。 ・みのぶまつりでの啓発を行います。 ・ポスターを作成し、掲示します。(集落公民館、公共機関、商工会、商店など) ・チラシ(特定健康診査案内)を作成し、配布します。 ・転入者へは随時、チラシ(特定健康診査の勧め)を配布します。 	
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査案内を全戸配布し、受診希望調査を全戸で実施します。 ・申し込み通知に返信用封筒を同封し、郵送での申し込みを可能にします。 ・申し込み希望調査の際に、特定健康診査と人間ドック対象者に受診勧奨文書を添付します。 ・受診希望者に対し、問診票を送付します。 ・申し込み期限終了後においても随時受付をします。 ・未受診者に対する個別受診勧奨はがきを送付し、未受診者に対する受診勧奨を実施します。 ・「かかりつけ医からの特定健康診査情報提供同意書契約」により、病院での特定健康診査受診者の健診結果を把握します。 	
	実施及び実施後の支援	初回面接	<p>集団健診における特定保健指導対象者には、健診結果返却の場で初回面接を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者が初回面接を受けやすいように、特定健康診査結果説明会を3カ所(8日間)で設け、日中や平日勤務している人のために、対象者の希望時間に応じます。 ・希望者には特定健康診査結果説明会前に事前個別指導(初回面接)を実施します。 ・初回面接(特定健康診査結果説明会)の欠席者に対しては、保健師や管理栄養士が当日から全員に連絡をとり、後日の来所又は訪問による初回面接を実施します。 ・初回面接会場にて視覚的媒体(動脈硬化血管模型、内臓脂肪模型、脂肪模型、非喫煙者と喫煙者の肺など)を活用し、メタボ解消に向けた意欲向上に努めます。
		実施場所	<p>6月～7月 中富地区 中富すこやかセンター 7月 下部地区 下部地区公民館 8月～9月 身延地区 身延総合文化会館</p>
		実施内容	<p><動機付け支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・巡回健診での動機付け支援対象者については、保健師や管理栄養士が特定健康診査結果説明会において、視覚的媒体を使用しながら、分かりやすい保健指導を実施します。 ・特定健康診査結果説明会欠席者に対しては、保健師や管理栄養士が全員に連絡をとり、後日の来所又は訪問による初回面接を行います。 ・3カ月後に支援レターを郵送、6カ月後に対象者に通知をし、生活改善の状況について確認します。また、返信が無い人には、保健師や管理栄養士が連絡を取り、確認します。 <p><積極的支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・巡回健診での積極的支援対象者については、健診機関への事業委託と、保健師や管理栄養士が特定健康診査結果説明会において、視覚的媒体を使用しながら、分かりやすい保健指導を実施します。 ・特定健康診査結果説明会欠席者に対しては、保健師や管理栄養士が全員に連絡をとり、後日の来所又は訪問による初回面接と6カ月支援を実施します。 ・実施率向上に向けて、人間ドックの積極的支援対象者の指導を健診機関へ委託します。 ・6カ月後に対象者に通知をし、生活改善の状況について確認を行います。また、返信が無い人には、保健師や管理栄養士が連絡を取り、確認をします。
		時期・期間	6月～9月
	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)	<p>結果説明会に参加できなかった人は、個別に連絡、面接等可能な日程を調整します。説明会の待ち時間を少なくし、参加者の負担感を軽減します。 途中脱落者を減らすため、指導に継続性を持たせます。</p>	

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	町民課保険年金担当 福祉健康課健康増進担当
	民間事業者	健診機関の専門職に一部委託します。
	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)	効果的な指導方法を促すよう、委託事業者との連携体制を構築します。

～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します。
------	--

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	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)	10.4%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	
		男性	40～49歳	10.5%	10.3%	10.3%	10.3%	10.0%	10.0%	10.0%
			50～59歳	7.8%	7.7%	7.7%	7.7%	7.5%	7.5%	7.5%
			60～69歳	11.0%	10.8%	10.8%	10.8%	10.5%	10.5%	10.5%
			70～74歳	14.9%	14.7%	14.7%	14.7%	14.5%	14.5%	14.5%
		女性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			50～59歳	3.7%	3.6%	3.6%	3.6%	3.5%	3.5%	3.5%
			60～69歳	8.3%	8.2%	8.2%	8.2%	8.1%	8.1%	8.1%
	70～74歳		11.3%	11.2%	11.2%	11.2%	11.1%	11.1%	11.1%	
	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)	1.4%	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	
		男性	40～49歳	5.3%	5.2%	5.2%	5.2%	5.1%	5.1%	5.1%
			50～59歳	3.1%	3.0%	3.0%	3.0%	2.9%	2.9%	2.9%
			60～69歳	2.2%	2.1%	2.1%	2.1%	2.0%	2.0%	2.0%
			70～74歳	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%
		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	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
	70～74歳		0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	
	3	HbA1c悪化率(短期)	9.3%(R3→R4)	9.3%(R5→R6)	9.3%(R6→R7)	9.3%(R7→R8)	9.2%(R8→R9)	9.2%(R9→R10)	9.2%(R10→R11)	
		男性	40～49歳	9.7%	9.6%	9.6%	9.6%	9.5%	9.5%	9.5%
			50～59歳	12.0%	11.9%	11.9%	11.9%	11.8%	11.8%	11.8%
			60～69歳	12.1%	12.0%	12.0%	12.0%	11.9%	11.9%	11.9%
			70～74歳	10.6%	10.5%	10.5%	10.5%	10.4%	10.4%	10.4%
		女性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			50～59歳	8.5%	8.4%	8.4%	8.4%	8.3%	8.3%	8.3%
			60～69歳	6.6%	6.5%	6.5%	6.5%	6.4%	6.4%	6.4%
			70～74歳	9.4%	9.3%	9.3%	9.3%	9.2%	9.2%	9.2%
		HbA1c悪化率(中長期)	8.9%(R1→R4)			8.8%以下(R5→R8)			8.7%以下(R5→R11)	
男性			40～49歳	18.8%		18.7%		18.6%		
			50～59歳	7.8%		7.7%		7.6%		
	60～69歳		12.1%		12.0%		11.9%			
	70～74歳		8.1%		8.0%		7.9%			
女性	40～49歳		0.0%		0.0%		0.0%			
	50～59歳		5.8%		5.7%		5.6%			
	60～69歳		6.7%		6.6%		6.5%			
	70～74歳	9.1%		9.0%		8.9%				

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)	3.3% (R3→R4)	3.2% (R5→R6)	3.2% (R6→R7)	3.2% (R7→R8)	3.0% (R8→R9)	3.0% (R9→R10)	3.0% (R10→R11)	
		男性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			50～59歳	2.0%	1.9%	1.9%	1.9%	1.8%	1.8%	1.8%
			60～69歳	7.7%	7.6%	7.6%	7.6%	7.5%	7.5%	7.5%
			70～74歳	3.4%	3.3%	3.3%	3.3%	3.2%	3.2%	3.2%
		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	1.7%	1.6%	1.6%	1.6%	1.5%	1.5%	1.5%
			70～74歳	2.9%	2.8%	2.8%	2.8%	2.7%	2.7%	2.7%
		5	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (中長期)	6.1% (R1→R4)			6.0% 以下 (R5→R8)			5.9% 以下 (R5→R11)
			男性	40～49歳	9.7%			9.6%		9.5%
				50～59歳	8.1%			8.0%		7.9%
				60～69歳	8.5%			8.4%		8.3%
				70～74歳	9.2%			9.1%		9.0%
	女性		40～49歳	0.0%			0.0%		0.0%	
			50～59歳	1.9%			1.8%		1.7%	
			60～69歳	3.3%			3.2%		3.1%	
		70～74歳	6.0%			5.9%		5.8%		
	6	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、 糖尿病治療なしの者の割合	7.6%	7.5%	7.5%	7.5%	7.4%	7.4%	7.4%	
		男性	40～49歳	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%		
60～69歳			4.0%	3.9%	3.9%	3.9%	3.8%	3.8%		
70～74歳			11.8%	11.7%	11.7%	11.7%	11.6%	11.6%		
女性		40～49歳	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%		
		60～69歳	13.6%	13.5%	13.5%	13.5%	13.4%	13.4%		
	70～74歳	3.7%	3.6%	3.6%	3.6%	3.5%	3.5%			
6	健診未受診者のうち 糖尿病治療中断者の割合	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	0.9%		

事業番号2-1

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	糖尿病からくる糖尿病性腎症の発症・悪化を防ぎ、生活習慣の改善を行うことで人工透析への移行を防止又は遅延させます。
-------	--

事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診者のうち対象者を結果説明会にお呼びし、事業の説明を行います。本人の同意を得て、かかりつけ医からの「保健指導依頼書」を返送していただきます。対象者と専門職が面接しながら栄養診断したうえで、具体的な指導を行います。6カ月後にレセプトを確認しながら評価を行います。 ・糖尿病受診を中断されている人に受診勧奨を行います。
-------	--

現在までの事業結果 (成果・課題)	後日の個別栄養指導への同意を得られる対象者が少ないです。
----------------------	------------------------------

対象者	選定方法	特定健診受診者の検査データとレセプトから対象者を特定	
	選定基準	健診結果による判定基準	40歳から74歳以下で、e-GFR値50未満で、空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上
		レセプトによる判定基準	糖尿病の罹患があるが、治療を6カ月以上中断している人
		その他の判定基準	かかりつけ医から「保健指導依頼書」の返送があった人

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	生活習慣改善率 (6カ月後支援レター)	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	糖尿病治療中断者の減少 (*長期入院、入所等を除く)	15人	14人	14人	14人	13人	13人	13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)
アウトプット指標	1	電話・面接実施率	83.3%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	同意者のうち保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	受診につながった率	—	15%	15%	15%	17%	17%	17%

プロセス(方法)	周知	対象者へ結果説明に合わせて周知します。	
	勧奨	対象者には初回面接時に事業内容について説明書を活用して勧奨します。また、電話により利用勧奨を行います。	
	実施及び 実施後の 支援	利用申込	希望者は初回面接時に同意を得て、申し込みます。かかりつけ医への「保健指導依頼書」を希望者に渡します。
		実施内容	かかりつけ医への「保健指導依頼書」が返送されたところで、希望者と日程調整をします。保健師並びに管理栄養士が栄養診断を用いて面接をし、個別に電話指導を行います。健診から6カ月後に通知とレセプトにて評価します。
		時期・期間	7月～翌年1月
		場所	町の公共施設又は対象者の自宅
		実施後の評価	6カ月後にアンケートで生活習慣改善状況を確認し、レセプトにて受診状況も確認します。
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。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	町民課保険年金担当 福祉保健課(保健師・管理栄養士)
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・ 薬剤師会・栄養士会など)	対象者のかかりつけ医療機関・町内医療機関
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医から対象者に事業の利用を勧めてもらいます。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	KDBの活用
	民間事業者	健診機関
	その他 (事業実施上の工夫・これまで での体制の改善点・ 留意点・目標等)	町内医療機関には事業内容を直接説明

事業分類3	生活習慣病改善
-------	---------

事業番号3-1	運動を始めるきっかけづくりの推進
---------	------------------

事業の目的	運動について普及啓発し、住民の生活習慣の改善に努めます。
-------	------------------------------

事業の概要	特定健康診査の結果報告の際などに、運動啓発のリーフレットを同封します。 運動啓発に関する記事を広報誌へ掲載します。
-------	--

現在までの事業結果 (成果・課題)	特定保健指導対象者には、結果説明会において既存のリーフレットを用いて説明及び指導を行いました。
----------------------	---

対象者	全町民
-----	-----

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	運動習慣がある者の割合	26.9%	27.0%	27.0%	27.0%	27.5%	27.5%	27.5%

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	結果説明会参加者への配布率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	広報誌等への掲載回数	0回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

プロセス(方法)	<ul style="list-style-type: none"> 結果説明会対象者に、町内の運動施設や町内で行われている運動づくりにつながるような教室のチラシ等の配布等啓発を行います。 広報誌において、運動についての知識の普及を行います。
----------	---

ストラクチャー(体制)	<ul style="list-style-type: none"> 町内にいる運動指導士やスポーツ推進委員等と連携します。 委託業者との連携体制を構築します。
-------------	--

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 運動習慣がある者の割合	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り組みを推進している。 	<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"> ・健やか山梨21、山梨県地域保健医療計画、山梨県医療費適正化計画において、該当者割合の減少が目標となっている。 ・健康日本21(第三次)及び医療費適正化計画(第4期)においては、年齢調整値による該当者数の減少が目標となっているが、市町村単位で年齢調整を行うとブレが生じ適切な評価を行うことができない可能性があることから、年齢階層ごとの指標を設定し確認する方法とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法定報告 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県は糖尿病性腎症を起因とした新規透析導入者割合が高いことから、糖尿病対策に重点的に取り組む必要がある。 ・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。 ・山梨県は全年齢において、有所見者が高率であり、年代別に要因は異なり、特性に応じた対策、評価が必要であるため性・年齢階層別の指標も設定。 ・国手引きに「地域の実情に応じて設定する指標(糖尿病が強く疑われる者の数の状況の評価する指標)」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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県は糖尿病性腎症を起因とした新規透析導入者割合が高いことから、糖尿病対策に重点的に取り組む必要がある。 ・糖尿病性腎症の進行度の変化を確認する指標として設定。 ・糖尿病性腎症重症化予防は単年では成果が図りにくく、中長期的視点を踏まえて対象群の変化を確認する必要があるため、基準年から3年後・6年後の変化を確認することとする。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの変化をモニタリング ・中長期的変化をモニタリング 3年後変化： R5年度→R8年度 6年後変化： R5年度→R11年度

○事業分類1：特定健康診査・特定保健指導

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

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

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

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

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

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>①評価の時期 最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。</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、国民健康保険団体連合会や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等との連携・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及び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ら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 係る取り組み</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、下記の取り組み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被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>庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。</p>

第6章 その他の保健事業

身延町として、以下の保健事業も町民の健康意識の向上や医療費適正化のため、身延町国民健康保険が関係機関と連携し実施していきます。

①後発医薬品(ジェネリック医薬品)の利用促進事業	後発医薬品(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。 KDBデータから、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用率が低く、後発医薬品(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、通知書を対象者に送付することで、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への切り替えを促します。 広報等において、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進の啓発を行います。
②医療費通知事業	住民に医療費に関心を持ってもらうよう、診療を受けた被保険者に対して、医療機関名や費用額等を記載した通知を送付します。
③歯科健康診査	歯科健康診査を実施し、歯周病予防及びその普及啓発に努めます。
④精神疾患対策	精神疾患新規長期入院者を増やさないよう、地域移行事業への取り組みや心の健康づくりの普及啓発に努めます。

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。

身延町国民健康保険においても、法第19条に基づき第3期特定健康診査等実施計画を策定し、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。

(1) 生活習慣病対策を講じる必要性

不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣は、やがて高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の発症を招き、重篤な疾患の発症につながります。そのため、健康維持増進及び生活の質の向上を図るよう、生活習慣病対策を強化する必要があります。

(2) メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目する意義

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血糖、高血圧が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発病リスクが高くなります。そのため適度な運動やバランスのとれた食事の定着など生活習慣の改善を行うことにより、それらの発症リスクの低減を図ることが可能となります。メタボリックシンドロームに着目することにより、内臓脂肪を減少させることでそれらの発病リスクの低下が図られるという考え方を示し、生活習慣の改善に向けての明確な動機付けができるようになると思います。

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カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取り組みの実施内容

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

【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
特定健康診査 受診率の向上	特定健康診査案内・ 受診希望調査の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査案内の全戸配布をします。 ・受診希望調査を全戸で実施します。 ・申し込み通知に返信用封筒を同封します。(郵送での申し込みを可能にします) ・受診希望者に対し、問診票の送付をします。
	受診しやすい環境づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・申し込み期限終了後においても随時受付をします。 ・特定健康診査の実施時期、実施回数を見直しを検討します。 ・受診対象集落以外の日も受診可能とします。 ・各地区(3地区)の健診実施期間に、土日曜日を設定します。 ・特定健康診査当日の受診希望者の受け入れをします。 ・がん検診と同日に実施します。
	未受診者対策	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者に対する個別受診勧奨通知を送付します。 ・未受診者に対する追加健診を実施します。 ・申し込み希望調査の際に、特定健康診査と人間ドック対象者に受診勧奨文書を添付します。 ・特定健康診査対象者(40～75歳)で、特定の理由(入院中、入所中、寝たきりなど)以外の人には、全員に特定健康診査受診セットを送付します。 ・「かかりつけ医からの特定健康診査情報提供同意書契約」により、病院での特定健康診査受診者の健診結果を把握します。
	特定健康診査のPR	<ul style="list-style-type: none"> ・広報、行政カレンダーへ掲載します。 (特定健康診査日時、会場、特定健康診査受診率と医療費の状況、特定保健指導の実施状況や成果の紹介、受診勧奨への働きかけ) ・ホームページによる広報活動を行います。 ・各種団体及び組織を利用した広報活動、受診勧奨依頼をします。 ・防災無線を利用した受診勧奨の放送を行います。(特定健康診査前日、当日) ・ポスター・チラシを作成し、掲示します。(集落公民館、公共機関、商工会、商店など) ・チラシ(特定健康診査案内)を作成し、配布します。 ・転入者へは随時、チラシ(特定健康診査の勧め)を配布します。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導 実施率の向上	初回面接 (特定健康診査結果説明会)	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が初回面接を受けやすいように、特定健康診査結果説明会を4カ所(8日間)で実施します。また、日中や平日勤務している人のために、夜間を5日間(4会場)設けて実施します。 ・希望者には特定健康診査結果説明会前に事前個別指導(初回面接)を実施します。 ・初回面接(特定健康診査結果説明会)の欠席者に対しては、保健師や管理栄養士が全員に連絡をとり、後日の来所又は訪問による初回面接を実施します。 ・初回面接会場にて視覚的媒体(動脈硬化血管模型、内臓脂肪模型、脂肪模型、非喫煙者と喫煙者の肺など)を活用し、メタボ解消に向けた意欲向上に努めます。
	動機付け支援	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回健診での動機付け支援対象者については、健診機関への事業委託と、町保健師や管理栄養士が特定健康診査結果説明会において、視覚的媒体を使用しながら、分かりやすい保健指導を行います。 ・特定健康診査結果説明会欠席者に対しては、保健師や管理栄養士が全員に連絡をとり、後日の来所又は訪問による初回面接を実施します。 ・3カ月後に支援レターを郵送、6カ月後に対象者に通知をし、生活改善の状況について確認をします。また、返信が無い者には、保健師や管理栄養士が連絡を取り、確認をします。
	積極的支援(6カ月間の支援)	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回健診での積極的支援対象者については、健診機関への事業委託と、町保健師や管理栄養士が特定健康診査結果説明会において、視覚的媒体を使用しながら、分かりやすい保健指導を行います。 ・特定健康診査結果説明会欠席者に対しては、保健師や管理栄養士が全員に連絡をとり、後日の来所又は訪問による初回面接と6カ月支援を実施します。 ・実施率向上に向けて、人間ドックでの積極的支援対象者も健診機関へ事業委託を行います。 ・6カ月後に対象者に通知をし、生活改善の状況について確認をします。また、返信が無い者には、保健師や管理栄養士が連絡を取り、確認をします。

2. 特定健康診査の受診状況

以下は、平成25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

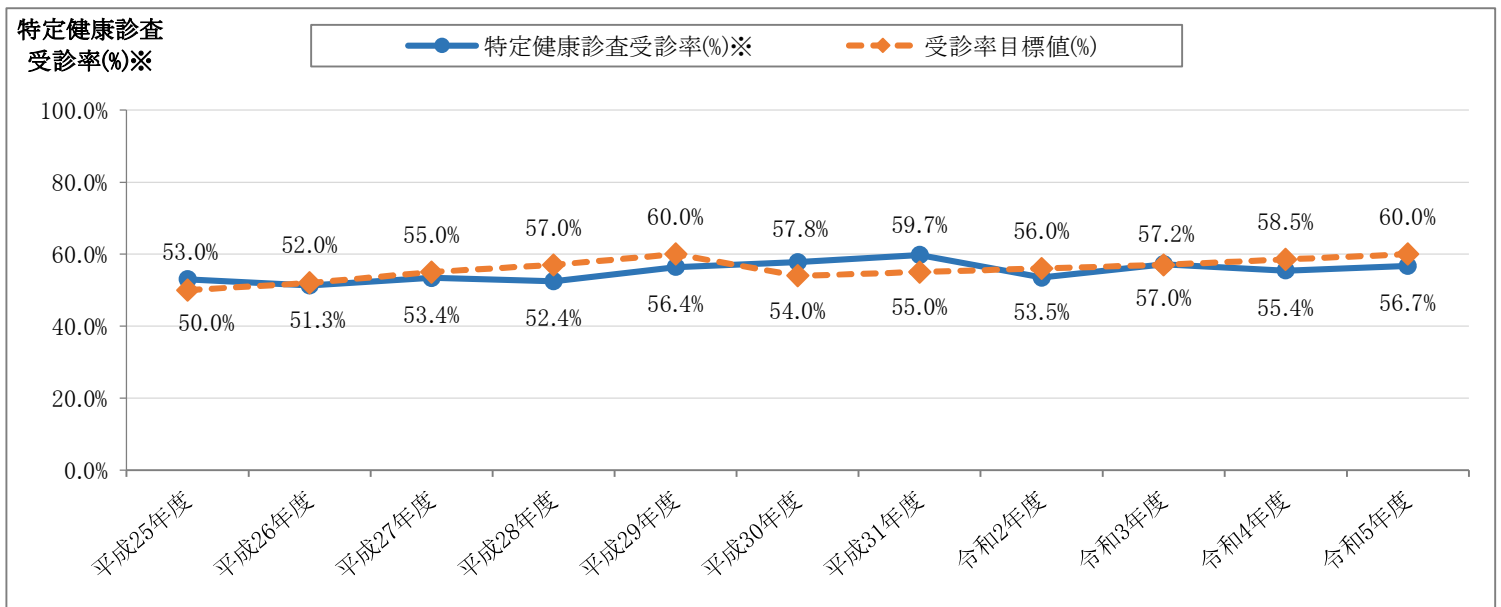
	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
特定健康診査対象者数(人)	2,985	2,843	2,763	2,618	2,490	2,364
特定健康診査受診者数(人)	1,582	1,458	1,475	1,373	1,404	1,366
特定健康診査受診率(%)※	53.0%	51.3%	53.4%	52.4%	56.4%	57.8%
受診率目標値(%)	50.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0%	54.0%

	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)	2,278	2,297	2,232	2,047	2,020
特定健康診査受診者数(人)	1,361	1,229	1,277	1,134	1,146
特定健康診査受診率(%)※	59.7%	53.5%	57.2%	55.4%	56.7%
受診率目標値(%)	55.0%	56.0%	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。

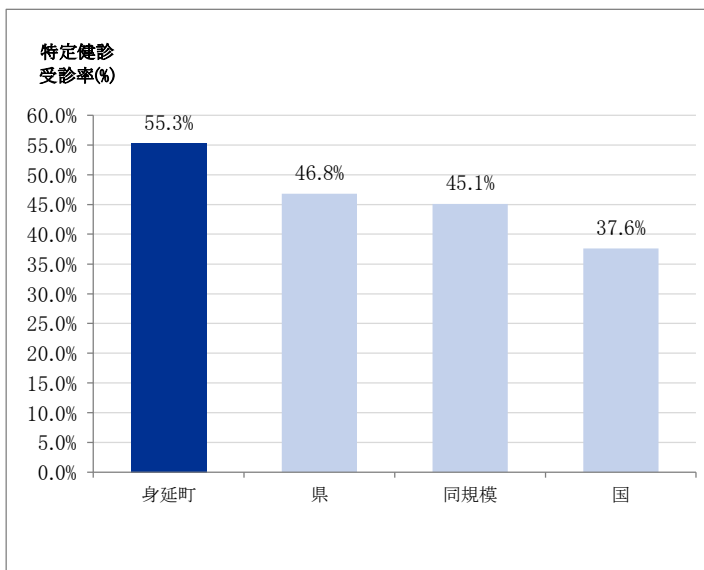
国保データベース(KDB)システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりです。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
身延町	55.3%
県	46.8%
同規模	45.1%
国	37.6%

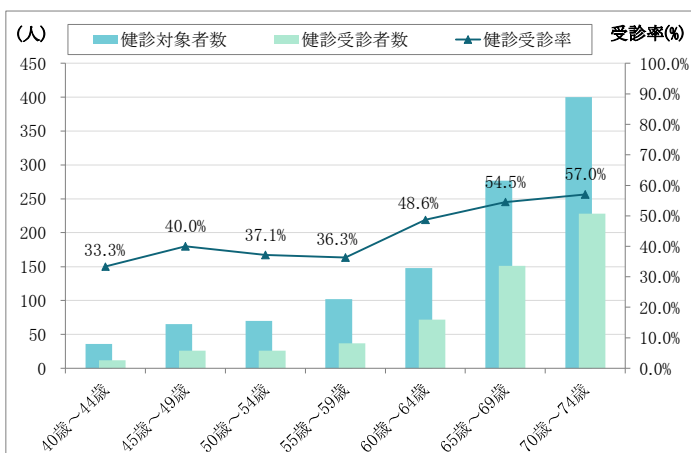
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



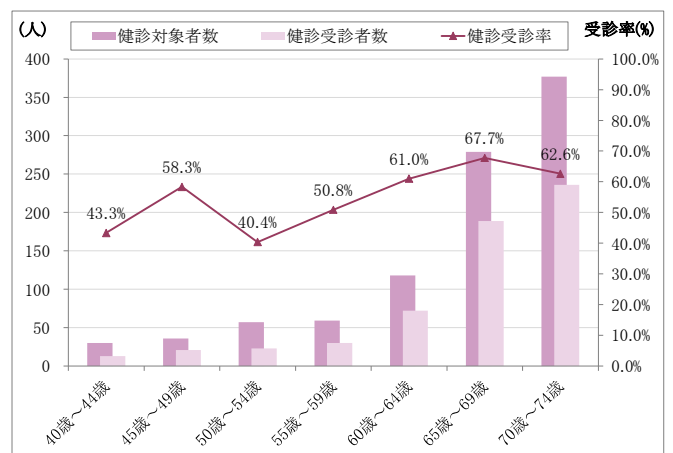
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



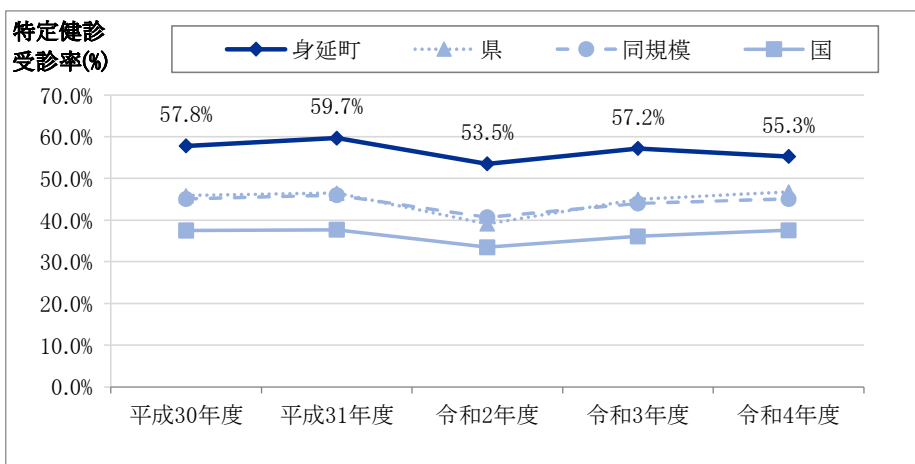
以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率55.3%は平成30年度57.8%より2.5ポイント減少しています。

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
身延町	57.8%	59.7%	53.5%	57.2%	55.3%
県	45.9%	46.5%	39.1%	45.0%	46.8%
同規模	45.1%	46.0%	40.7%	44.0%	45.1%
国	37.5%	37.7%	33.5%	36.1%	37.6%

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

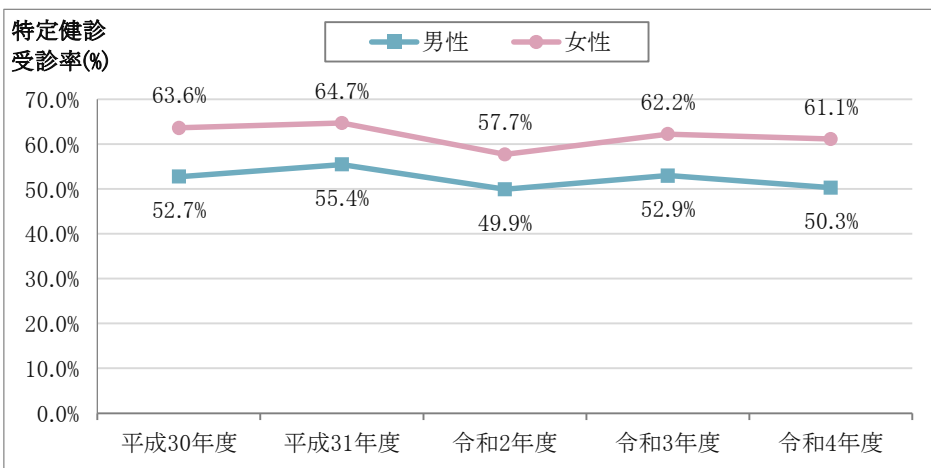
年度別 特定健康診査受診率



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率50.3%は平成30年度52.7%より2.4ポイント減少しており、女性の令和4年度受診率61.1%は平成30年度63.6%より2.5ポイント減少しています。

年度・男女別 特定健康診査受診率



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

3. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成25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25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
特定保健指導対象者数(人)	192	166	186	174	172	168
特定保健指導利用者数(人)					160	148
特定保健指導実施者数(人)※	107	96	103	106	127	127
特定保健指導実施率(%)※	55.7%	57.8%	55.4%	60.9%	73.8%	75.6%
実施率目標値(%)	59.0%	59.0%	59.0%	60.0%	60.0%	61.0%

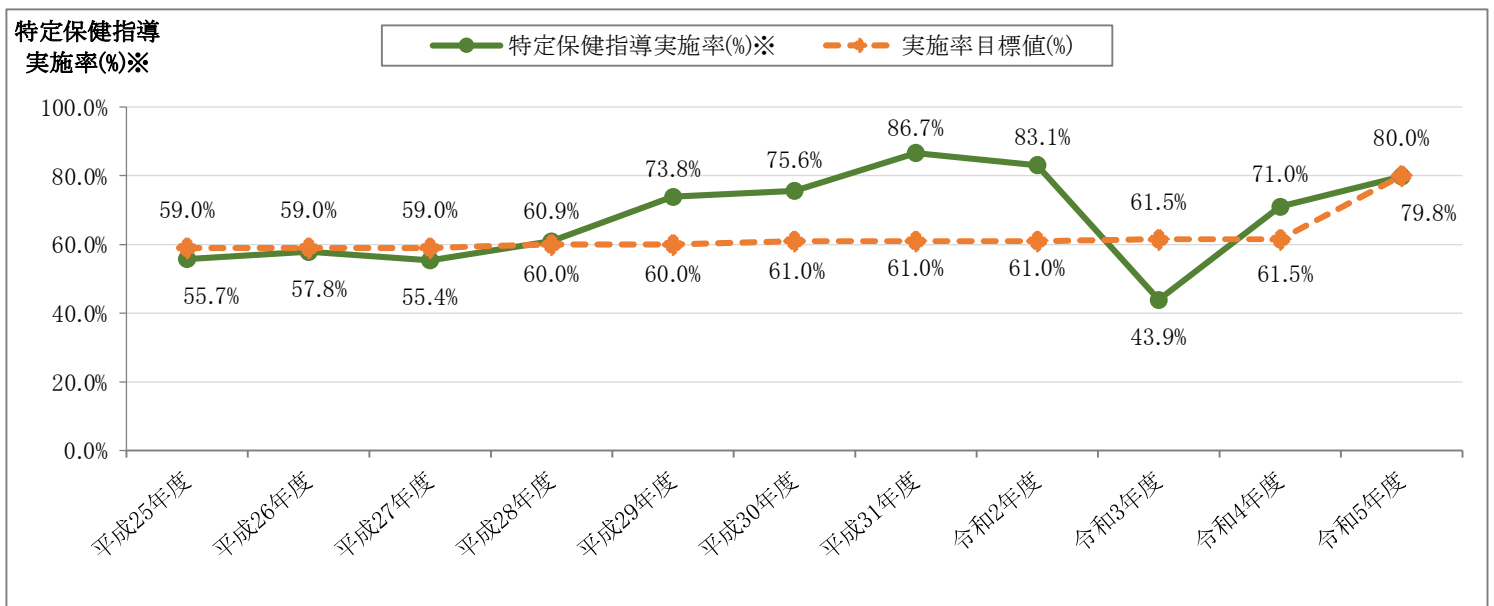
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定保健指導対象者数(人)	135	148	139	124	94
特定保健指導利用者数(人)	133	128	67	98	81
特定保健指導実施者数(人)※	117	123	61	88	75
特定保健指導実施率(%)※	86.7%	83.1%	43.9%	71.0%	79.8%
実施率目標値(%)	61.0%	61.0%	61.5%	61.5%	80.0%

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25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
積極的支援対象者数(人)	136	118	130	130	43	44
積極的支援利用者数(人)					38	37
積極的支援実施者数(人)※	101	94	92	97	20	24
積極的支援実施率(%)※	74.3%	79.7%	70.8%	74.6%	46.5%	54.5%

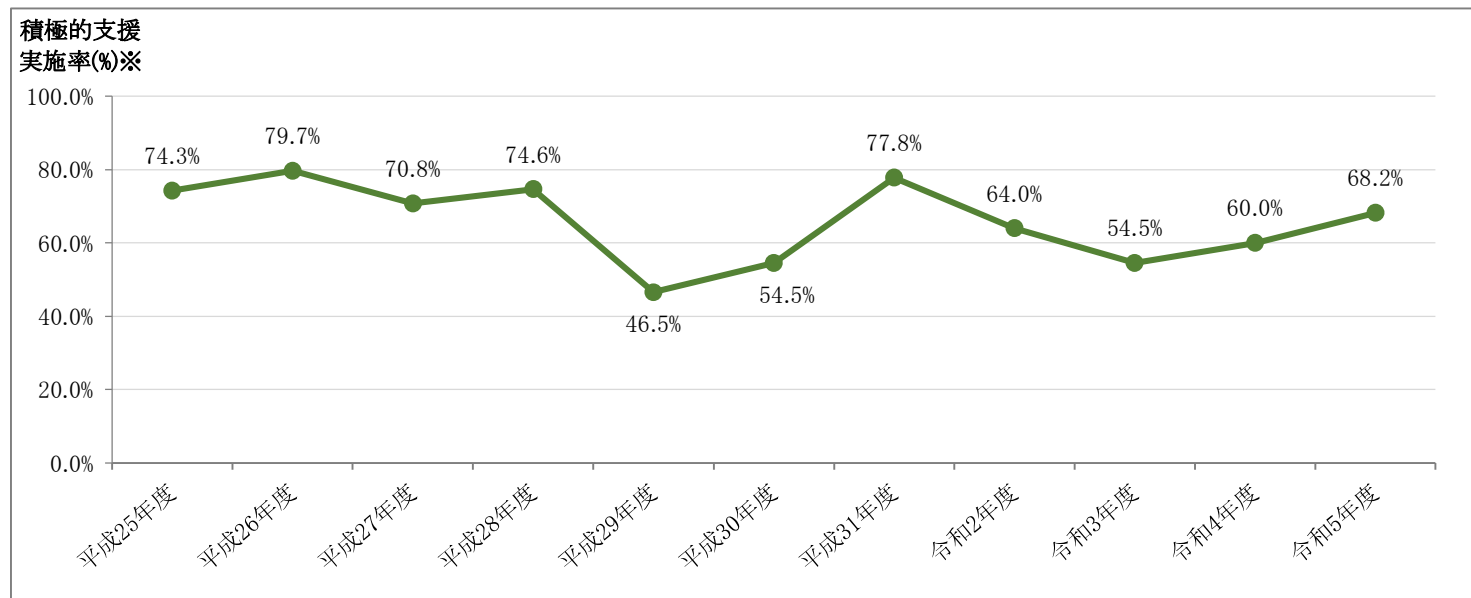
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	36	25	33	25	22
積極的支援利用者数(人)	36	21	20	17	18
積極的支援実施者数(人)※	28	16	18	15	15
積極的支援実施率(%)※	77.8%	64.0%	54.5%	60.0%	68.2%

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25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
動機付け支援対象者数(人)	56	48	56	44	129	124
動機付け支援利用者数(人)					122	111
動機付け支援実施者数(人)※	6	2	11	9	107	103
動機付け支援実施率(%)※	10.7%	4.2%	19.6%	20.5%	82.9%	83.1%

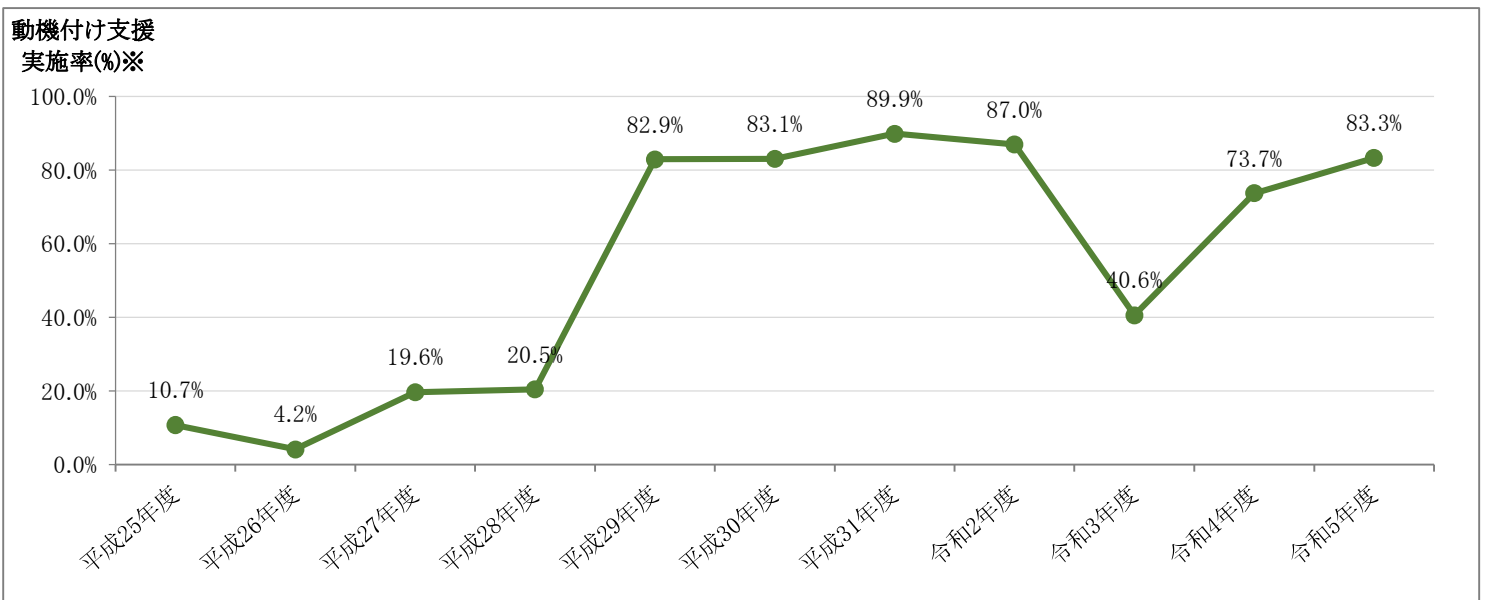
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	99	123	106	99	72
動機付け支援利用者数(人)	97	107	47	81	63
動機付け支援実施者数(人)※	89	107	43	73	60
動機付け支援実施率(%)※	89.9%	87.0%	40.6%	73.7%	83.3%

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

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

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

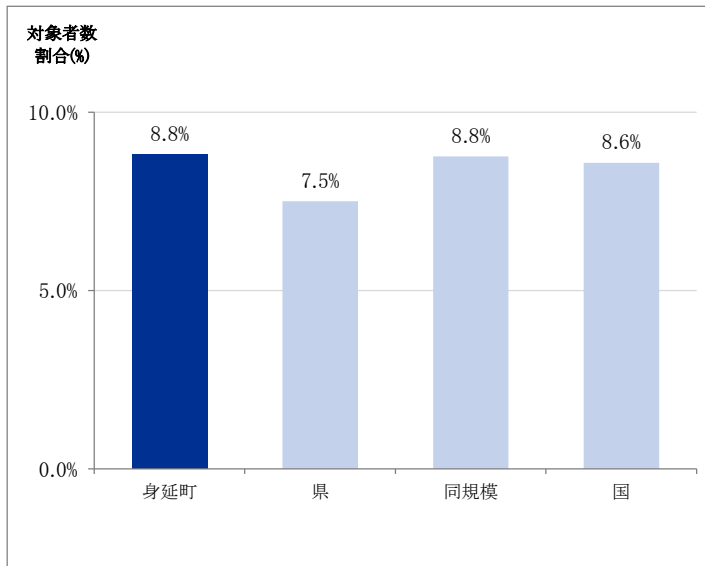
特定保健指導実施状況(令和4年度)

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
身延町	8.8%	2.2%	11.0%	71.2%
県	7.5%	3.1%	10.6%	47.0%
同規模	8.8%	2.9%	11.6%	44.9%
国	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

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

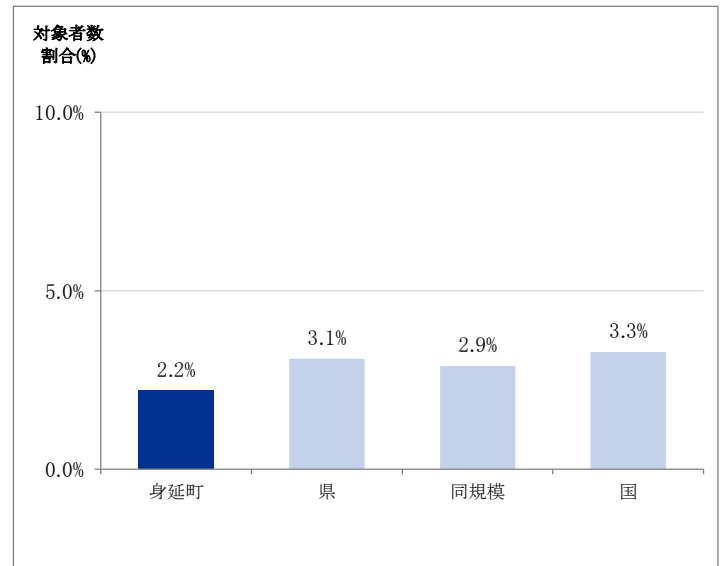
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



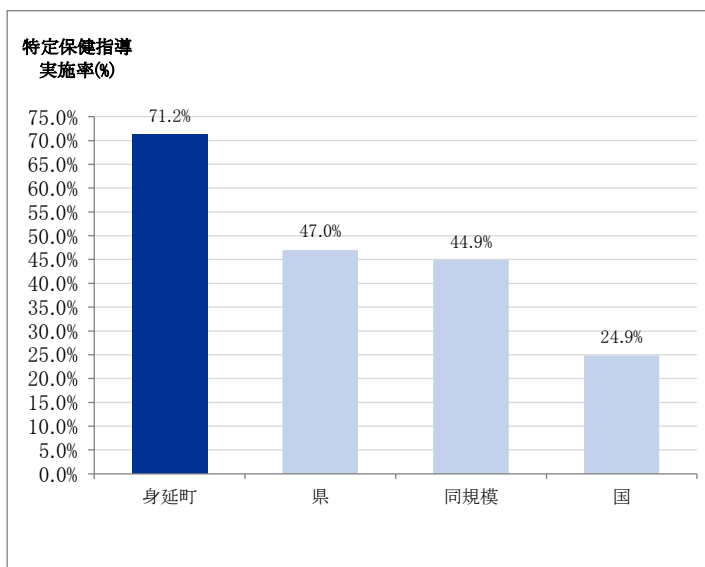
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合(令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率(令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本町の平成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71.2%は平成30年度75.0%より3.8ポイント減少しています。

年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
身延町	9.1%	7.3%	10.0%	8.3%	8.8%
県	8.1%	7.9%	8.1%	7.8%	7.5%
同規模	9.4%	9.3%	9.4%	9.2%	8.8%
国	9.0%	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%

年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
身延町	3.2%	2.6%	2.1%	2.6%	2.2%
県	3.2%	2.9%	3.1%	3.1%	3.1%
同規模	3.1%	3.1%	2.9%	2.9%	2.9%
国	3.2%	3.2%	3.2%	3.3%	3.3%

年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
身延町	12.3%	9.8%	12.1%	10.9%	11.0%
県	11.3%	10.8%	11.2%	10.9%	10.6%
同規模	12.5%	12.3%	12.3%	12.1%	11.6%
国	12.2%	12.1%	12.2%	12.2%	11.9%

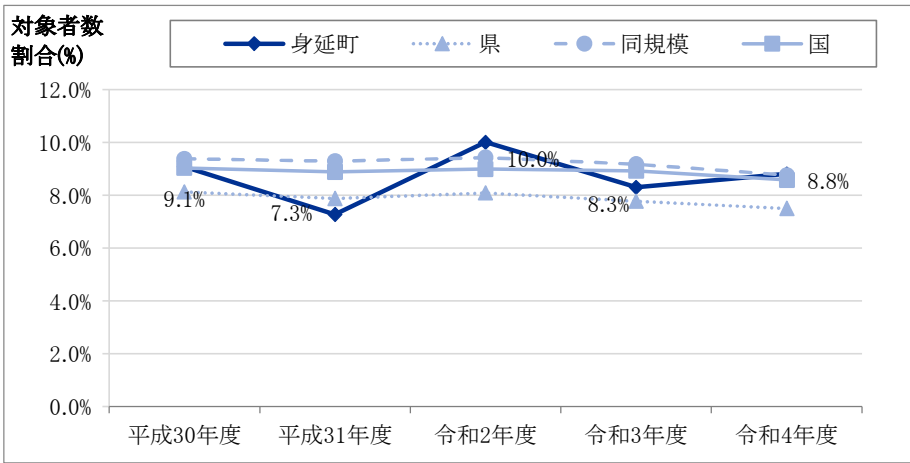
年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
身延町	75.0%	85.1%	83.2%	43.2%	71.2%
県	47.2%	50.1%	47.0%	47.2%	47.0%
同規模	44.6%	43.6%	43.5%	43.6%	44.9%
国	23.8%	24.2%	23.8%	24.0%	24.9%

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

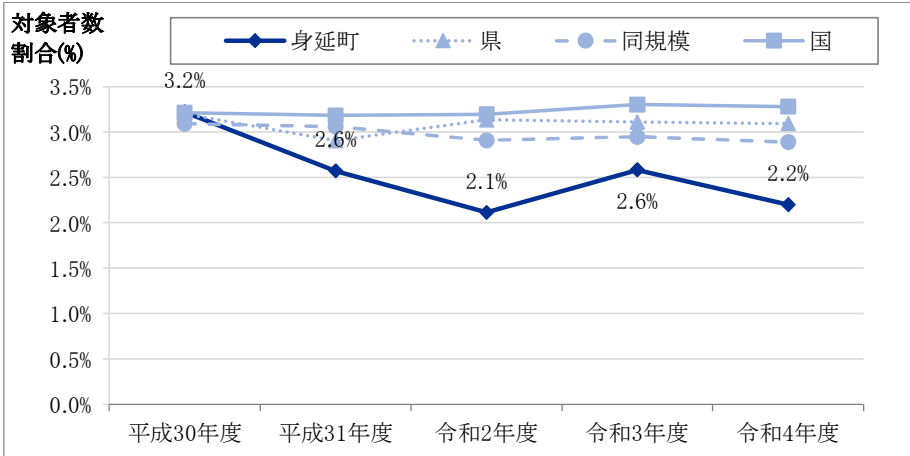
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



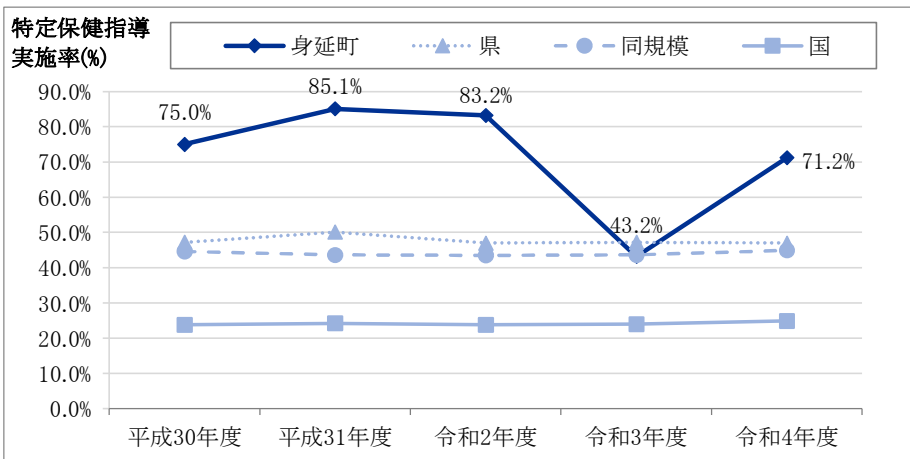
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 特定保健指導実施率



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

4. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は21.7%、予備群該当は11.4%です。

メタボリックシンドローム該当状況

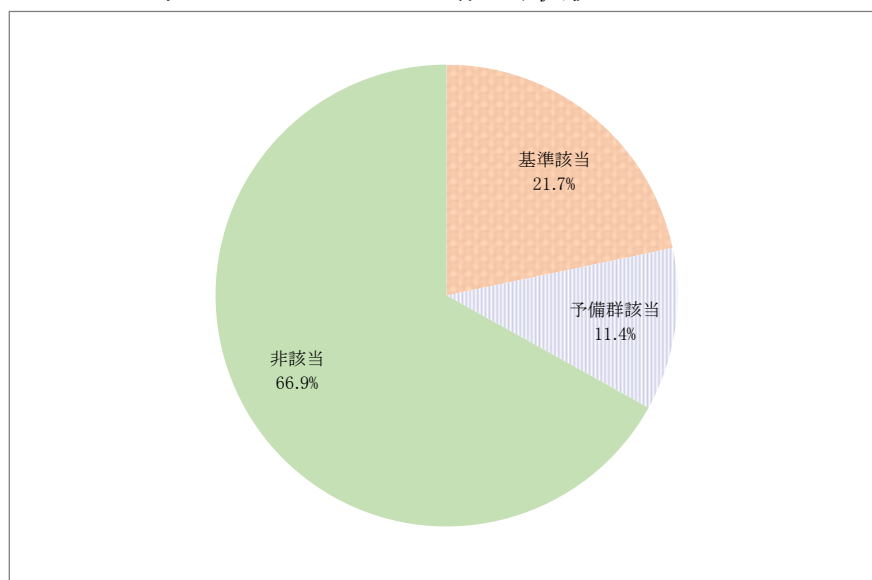
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	1,143	248	130	765	0
割合(%) ※	-	21.7%	11.4%	66.9%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上

②脂質：中性脂肪150mg/dl以上 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。

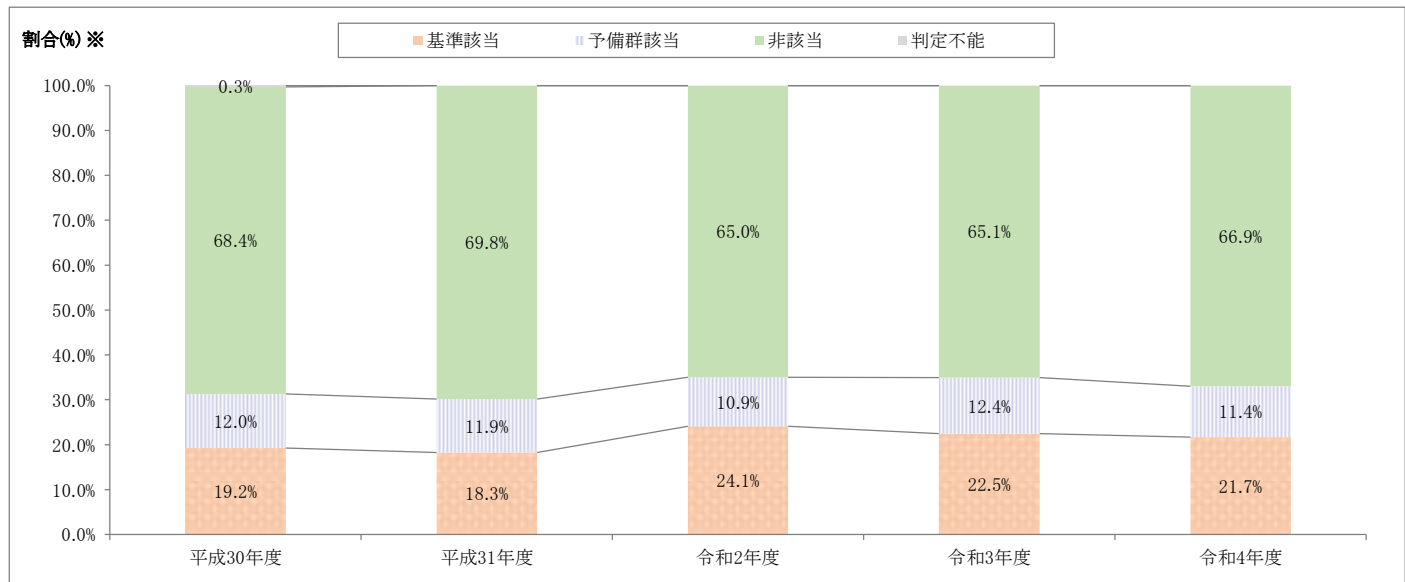
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当21.7%は平成30年度19.2%より2.5ポイント増加しており、予備群該当11.4%は平成30年度12.0%より0.6ポイント減少しています。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
平成30年度	1,263
平成31年度	1,290
令和2年度	1,171
令和3年度	1,245
令和4年度	1,143

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	243	19.2%	152	12.0%	864	68.4%	4	0.3%
平成31年度	236	18.3%	153	11.9%	901	69.8%	0	0.0%
令和2年度	282	24.1%	128	10.9%	761	65.0%	0	0.0%
令和3年度	280	22.5%	155	12.4%	810	65.1%	0	0.0%
令和4年度	248	21.7%	130	11.4%	765	66.9%	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カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

5. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
特定健康診査	かかりつけ医からの「特定健康診査情報提供同意書」の提供数	平成30年度は30%、平成31年度は34%、令和2年度は46%と増加傾向にありましたが、令和3年度は多少減少し42%でした。令和4年度は山梨県医師会との情報提供契約の遅れから期間が取れず、提供率は9%と減少しました。いずれも目標値である50%には達していません。
	特定健康診査受診率	平成30年度は57.8%、平成31年度は59.7%と目標を達成しましたが、令和2年度は53.5%、令和3年度は57.2%、令和4年度は55.4%で、コロナの影響もあり目標を達成できませんでした。
特定保健指導	特定保健指導実施率 (初回面接動機付け支援)	平成30年度は93.2%、平成31年度は93.0%、令和2年度は97.6%と目標を達成しましたが、令和3年度はコロナワクチン接種によるマンパワー不足から44.3%と目標を下回りました。令和4年度は81.8%まで回復し、目標を達成しました。
	特定保健指導実施率 (初回面接積極的支援)	平成30年度は90.9%、平成31年度は92.0%、令和2年度は91.7%と目標を達成しましたが、令和3年度はコロナワクチン接種によるマンパワー不足から60.6%と目標を下回りました。令和4年度は68.0%まで回復しましたが、目標を達成できませんでした。
	特定保健指導終了率 (動機付け支援)	平成30年度は83.3%、平成31年度は87.2%、令和2年度は85.5%と目標を達成しましたが、令和3年度はコロナワクチン接種によるマンパワー不足から40.6%と目標を下回りました。令和4年度は73.7%まで回復し、目標を達成しました。
	特定保健指導終了率 (積極的支援)	平成30年度は62.1%、平成31年度は82.0%、令和2年度は47.2%、令和3年度は54.5%、令和4年度は60%で、平成31年度のみ目標を達成しましたが、それ以外は目標を達成できませんでした。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
職員体制	令和3年5月から始まったコロナワクチン接種事務の負荷が大きく、保健衛生部局がマンパワー不足となりました。令和3年度は体制的に整わず特定保健指導を十分に行うことができませんでした。令和4年度になると体制も徐々に整いはじめ、特定保健指導の実施率も前年度より回復しました。
関係部門	年度当初に保健衛生部局と国民健康保険部局の担当者が特定健診等にかかる打ち合わせを行いました。健診が終了した9月には、当該年度の反省と来年度に向けての課題を共有しました。
関係機関	特定健康診査(集団健診)の実施を健診機関に委託し、検診車が各健診会場を巡回して行いました。また、受診率を向上させるため土日も健診を行いました。人間ドックも健診機関に委託し、2カ月間行いました。いずれも町ホームページや広報誌への掲載、個別通知を行う形で住民への周知を図りました。

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55.8%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45.6%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	1,143	51.6%	922,131	49,323,212	50,245,343
健診未受診者	1,071	48.4%	4,036,115	45,927,714	49,963,829
合計	2,214		4,958,246	95,250,926	100,209,172

	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	41	3.6%	638	55.8%	638	55.8%	22,491	77,309	78,754
健診未受診者	68	6.3%	485	45.3%	488	45.6%	59,355	94,696	102,385
合計	109	4.9%	1,123	50.7%	1,126	50.9%	45,488	84,818	88,996

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

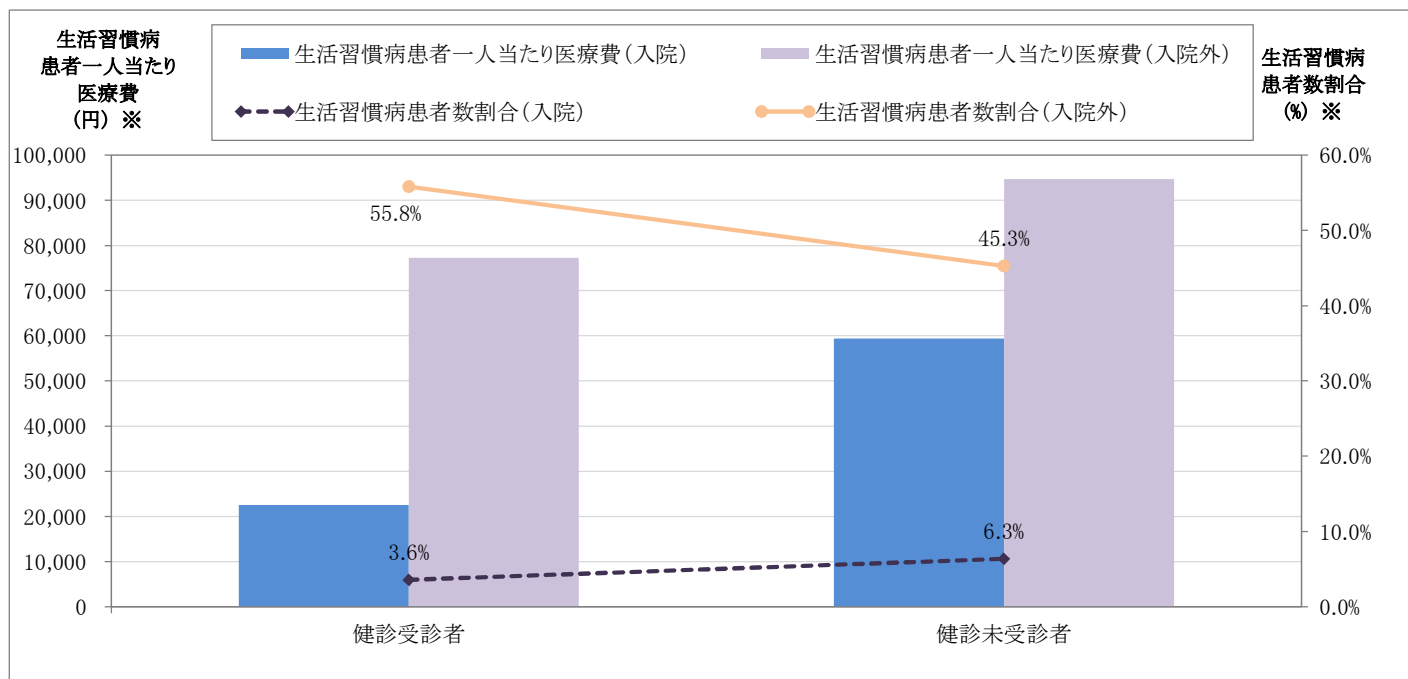
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

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

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は2.2%、動機付け支援対象者割合は8.8%です。

保健指導レベル該当状況

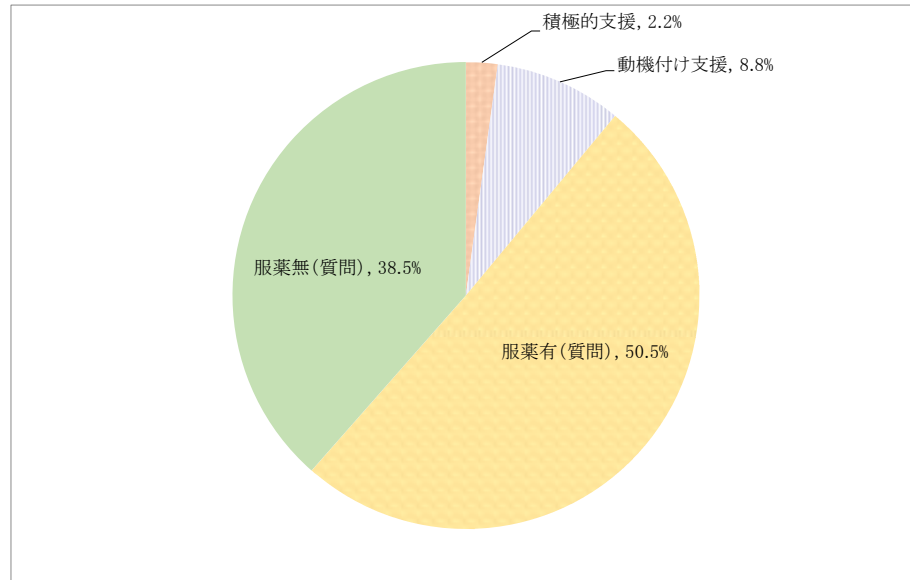
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	1,143	126	25	101	577	440	0
割合(%) ※	-	11.0%	2.2%	8.8%	50.5%	38.5%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	/	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	26	4	0	0.0%	4	15.4%
45歳～49歳	47	8	3	6.4%	5	10.6%
50歳～54歳	49	8	4	8.2%	4	8.2%
55歳～59歳	67	11	8	11.9%	3	4.5%
60歳～64歳	145	24	10	6.9%	14	9.7%
65歳～69歳	342	37	0	0.0%	37	10.8%
70歳～	467	34	0	0.0%	34	7.3%
合計	1,143	126	25	2.2%	101	8.8%

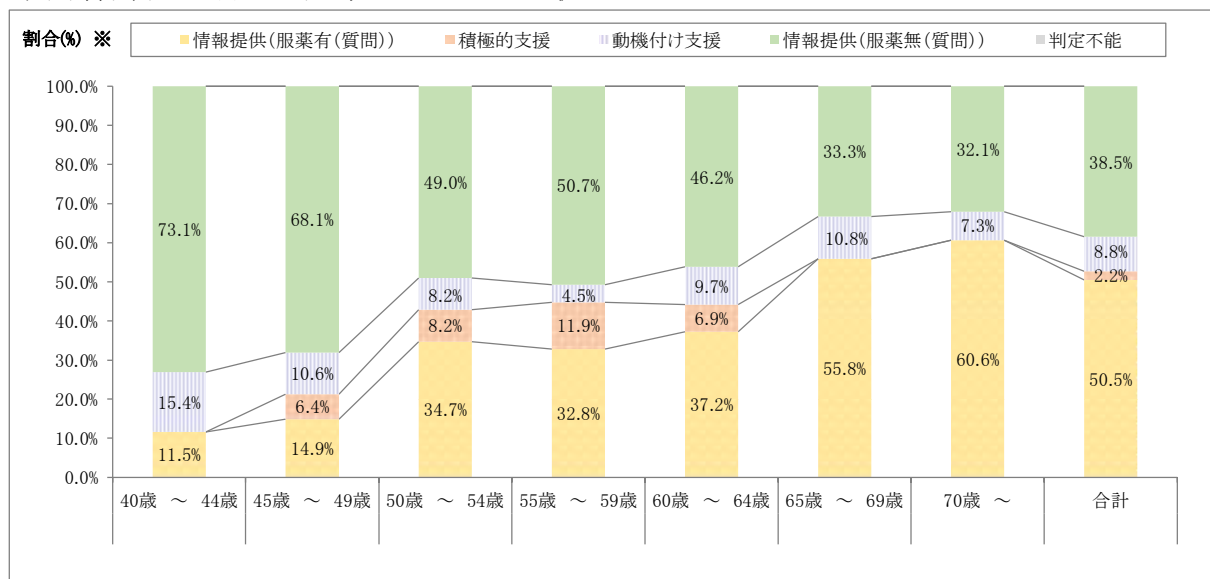
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	26	3	11.5%	19	73.1%	0	0.0%
45歳～49歳	47	7	14.9%	32	68.1%	0	0.0%
50歳～54歳	49	17	34.7%	24	49.0%	0	0.0%
55歳～59歳	67	22	32.8%	34	50.7%	0	0.0%
60歳～64歳	145	54	37.2%	67	46.2%	0	0.0%
65歳～69歳	342	191	55.8%	114	33.3%	0	0.0%
70歳～	467	283	60.6%	150	32.1%	0	0.0%
合計	1,143	577	50.5%	440	38.5%	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カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

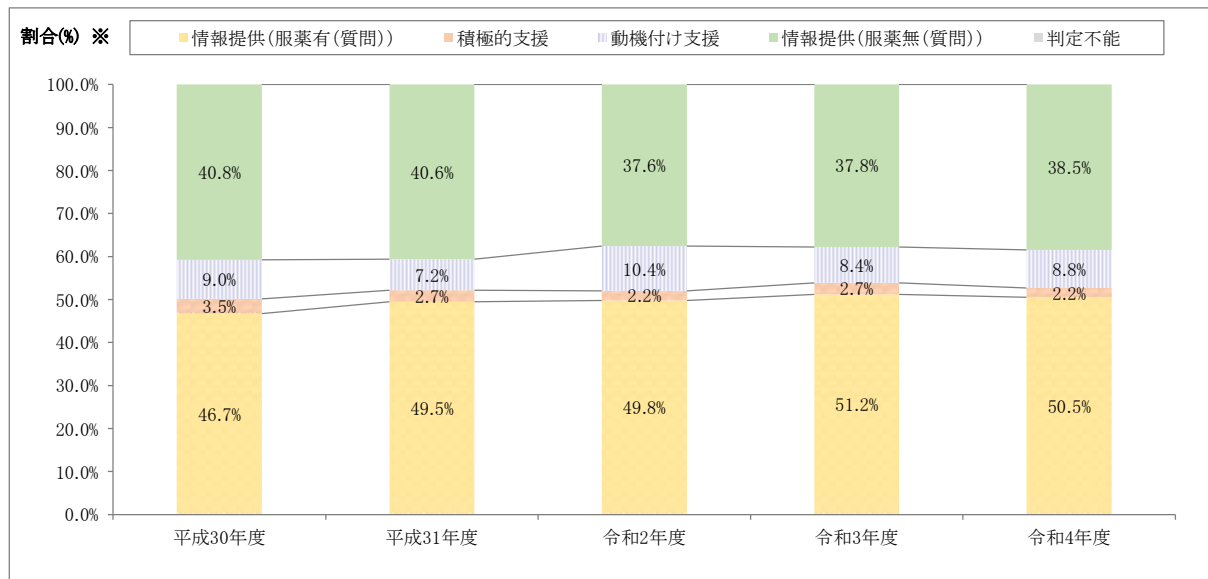
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合2.2%は平成30年度3.5%から1.3ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合8.8%は平成30年度9.0%から0.2ポイント減少しています。

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	1,263	158	44	3.5%	114	9.0%
平成31年度	1,290	128	35	2.7%	93	7.2%
令和2年度	1,171	148	26	2.2%	122	10.4%
令和3年度	1,245	138	34	2.7%	104	8.4%
令和4年度	1,143	126	25	2.2%	101	8.8%

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	1,263	590	46.7%	515	40.8%	0	0.0%
平成31年度	1,290	638	49.5%	524	40.6%	0	0.0%
令和2年度	1,171	583	49.8%	440	37.6%	0	0.0%
令和3年度	1,245	637	51.2%	470	37.8%	0	0.0%
令和4年度	1,143	577	50.5%	440	38.5%	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カ月分)。

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

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

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			126人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	2人	25人 20%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	4人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	4人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	2人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	0人	
	●	●				因子数2	血糖+血圧	
		●	●		血糖+脂質		3人	
		●	●		血圧+脂質		6人	
	●			●	血糖+喫煙		0人	
		●		●	因子数1	血圧+喫煙	2人	
			●	●		脂質+喫煙	1人	
	●					血糖	0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	3人	101人 80%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	11人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	2人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	1人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	0人	
	●	●				因子数2	血糖+血圧	
	●	●	●		血糖+脂質		3人	
		●	●		血圧+脂質		3人	
	●			●	血糖+喫煙		1人	
		●		●	因子数1	血圧+喫煙	1人	
			●	●		脂質+喫煙	1人	
	●					血糖	5人	
		●			因子数0	血圧	33人	
			●			脂質	8人	
			●	喫煙		1人		
				なし		8人		

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

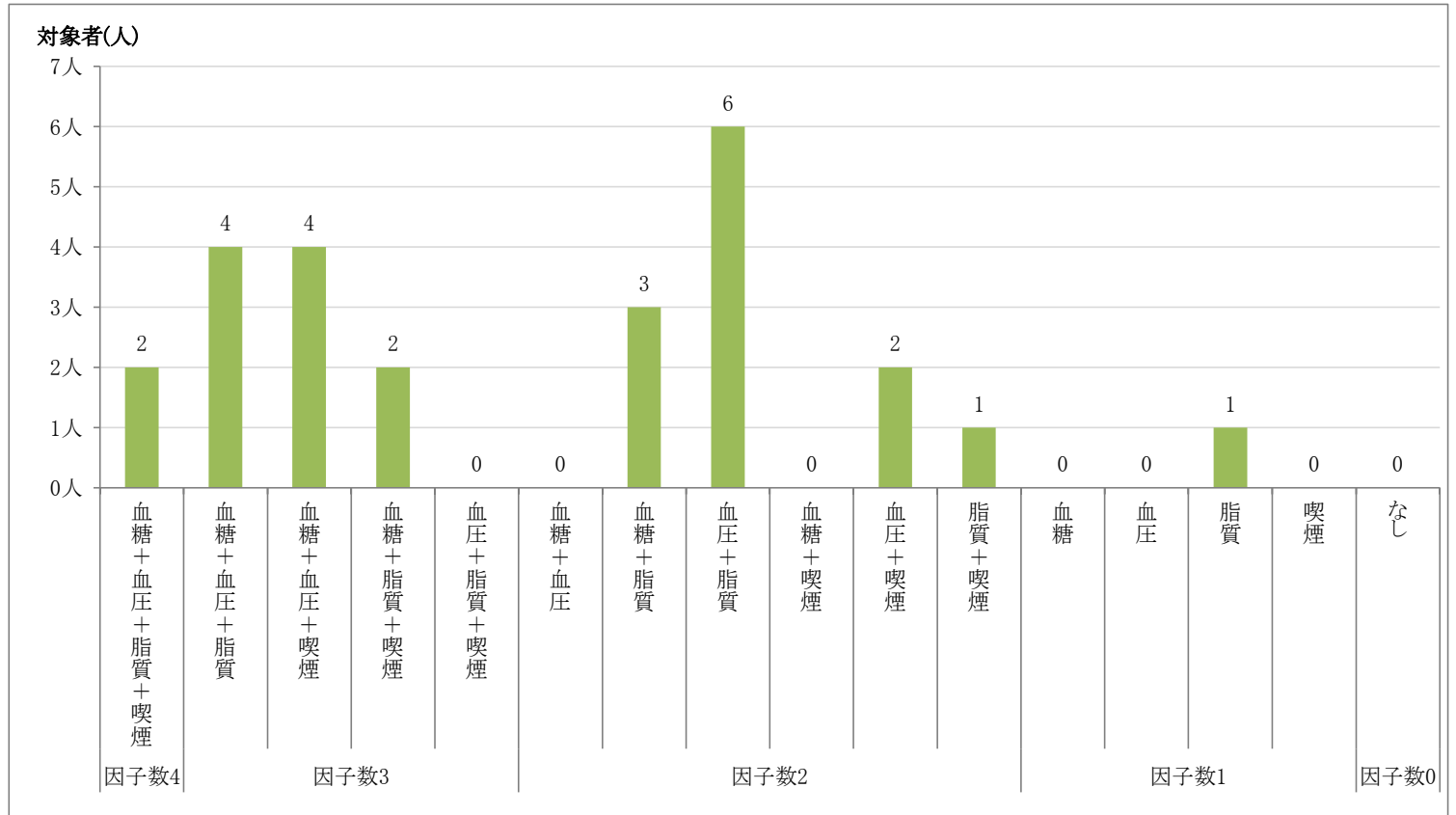
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

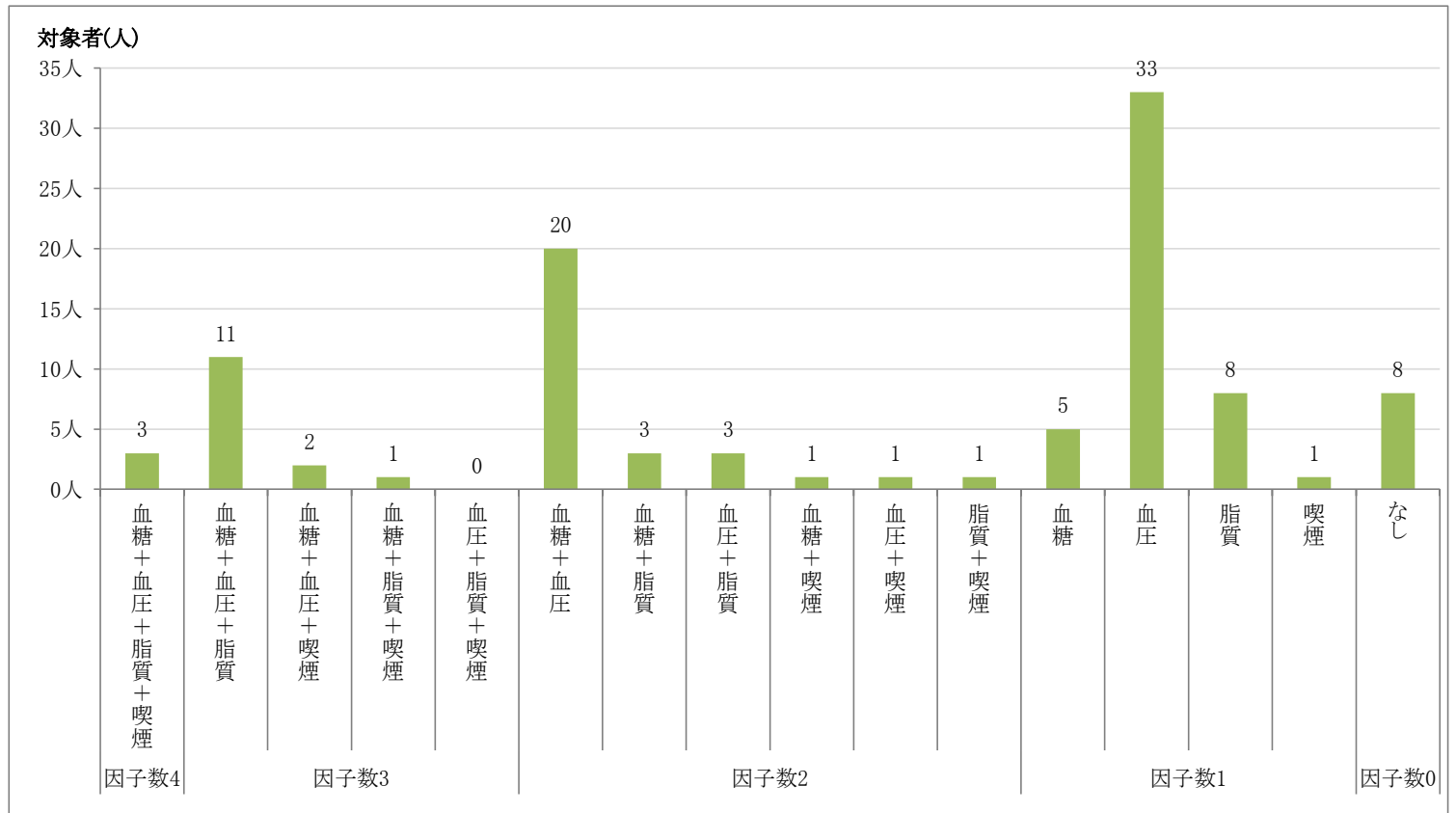
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 又は HbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

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カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。
資格確認日…令和5年3月31日時点。

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類しました。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	126	46,064	1,050,823	1,096,887	1	20	20
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	440	6,930	2,014,349	2,021,279	3	45	45
	情報提供 (服薬有(質問))	577	869,137	46,258,040	47,127,177	37	573	573

		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	126	46,064	52,541	54,844
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	440	2,310	44,763	44,917
	情報提供 (服薬有(質問))	577	23,490	80,730	82,246

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

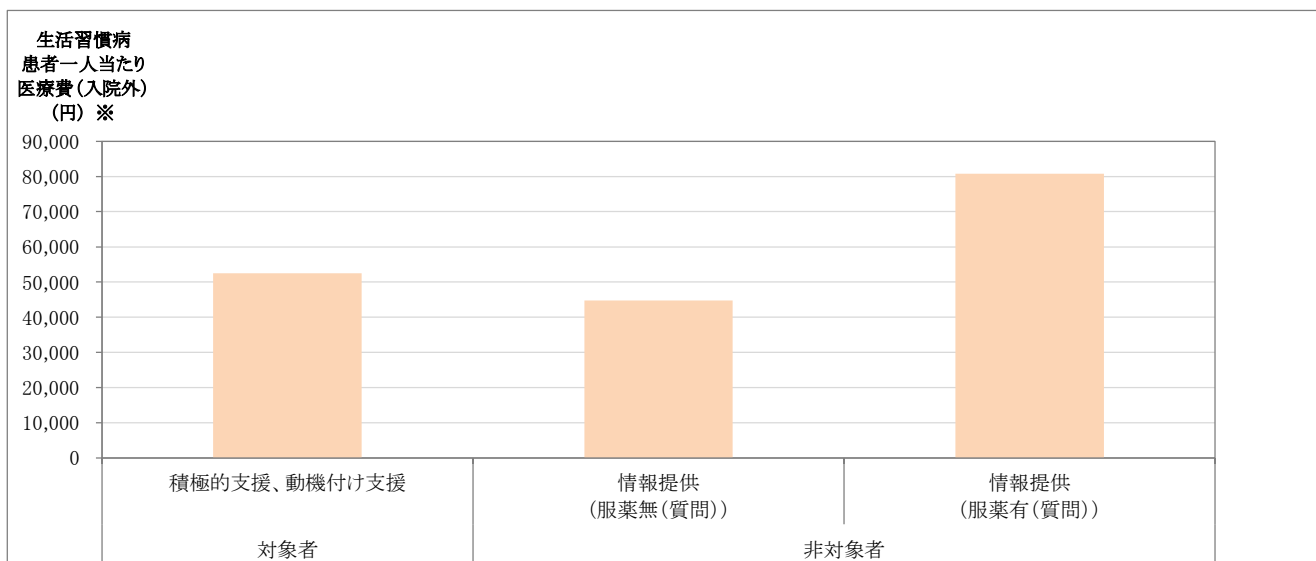
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

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

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

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率60.0%以上、特定保健指導対象者の減少率25.0%以上(平成20年度比)を達成することとしています。本町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(%)	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	72.0%	72.0%	72.0%	73.0%	73.0%	73.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

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

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	1,793	1,681	1,584	1,489	1,383	1,276
特定健康診査受診率(%) (目標値)	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	1,076	1,009	950	893	830	766

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	642	589	551	533	498	461
	65歳～74歳	1,151	1,092	1,033	956	885	815
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	328	300	280	272	254	235
	65歳～74歳	748	709	670	621	576	531

(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)	119	111	107	101	92	87
特定保健指導実施率(% (目標値))	72.0%	72.0%	72.0%	73.0%	73.0%	73.0%
特定保健指導実施者数(人)	85	79	77	73	67	63

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	26	24	23	22	20	20
	実施者数(人)	40歳～64歳	15	14	13	13	12	12
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	27	25	24	24	21	20
		65歳～74歳	66	62	60	55	51	47
	実施者数(人)	40歳～64歳	17	15	14	13	12	11
		65歳～74歳	51	49	48	46	42	39

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実施方法及び時期・場所

集団健診と人間ドックにて実施します。

集団健診の時期及び場所を示します。

時期	地区	場所	住所
5月	中富地区	中富すこやかセンター	身延町切石117-1
5月	下部地区	下部地区公民館	身延町常葉1025
7月	身延地区	身延福祉センター	身延町波木井272-1
		身延地区公民館下山分館	身延町下山10133

③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

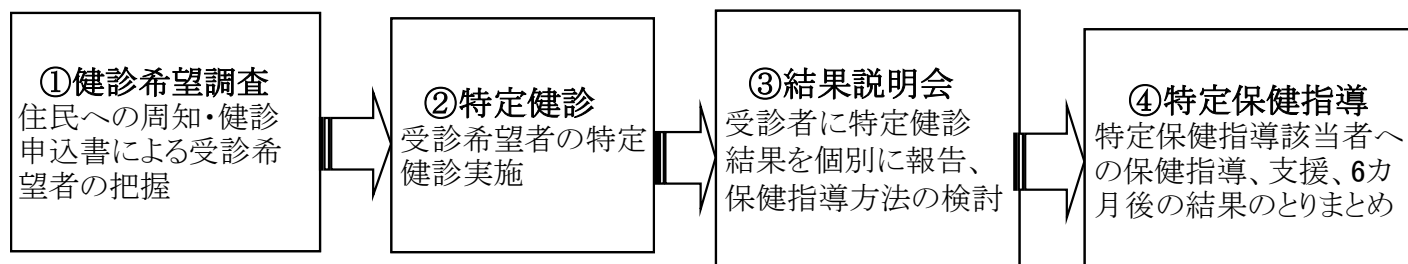
■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

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

④費用(自己負担額)

自己負担額については、健診費用の1割(集団健診)と3割(人間ドック)を原則とします。

(2) 特定健康診査から特定保健指導への流れ



(3) 特定保健指導

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行います。対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持できるようになることを通じて、生活習慣病を予防することを目的とします。

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、対象者を抽出します。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)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
≥90cm (女性)	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実施時期・場所

各地区公共施設を拠点に実施することとします。なお、実施にあたっては対象者の希望に応じ、個別にも対応します。

時期	地区	場所	住所
6月～7月	中富地区	中富すこやかセンター	身延町切石117-1
7月	下部地区	下部地区公民館	身延町常葉1025
8月・9月	身延地区	身延町総合文化会館	身延町波木井407

③実施内容

保有するリスクの数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施します。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとします。

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カ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	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。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○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)。 ○3カ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て行う。					
実績評価	○3カ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。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="300 1400 1524 1729"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・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>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・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> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="300 1796 1524 1966"> <tr> <td> <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	・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	・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	・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	・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. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み
未受診者対策	KDBから身延町の疾病状況等を分析し、年代に合わせた特徴を記載した受診勧奨通知を未受診者に発送します。自身の健康について考える機会を促し、健診への関心を高めるための受診勧奨事業を行います。 「かかりつけ医からの特定健康診査情報提供同意書契約」により、病院での特定健康診査受診者の健診結果を把握します。
特定健康診査の周知	広報や回覧、ホームページでの周知。各公民館や商工会、町内のスーパーやコンビニへの健診日程のポスター掲示を行います。また健康づくり組織を通じての広報活動や受診勧奨依頼を行います。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み
評価体系の見直し (アウトカム評価の導入)	腹囲2cm・体重2kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直します。
初回面接実施率の向上	対象者が初回面接を受けやすいように、健診結果説明会を3カ所で実施。また都合がつかない際は個別に対応します。欠席者に対しては、保健師や管理栄養士が全員に連絡をとり、後日の来所又は訪問による初回面接を実施。

5. 実施スケジュール

	実施項目	前年度				当年度										次年度			
		12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
特定健康診査	希望有無調査 (前年度)	←→																	
	対象者抽出			←→															
	受診券送付				←→														
	特定健康診査実施				←→														
	未受診者受診勧奨					←→													
特定保健指導	対象者抽出					←→													
	利用券送付					←→													
	特定保健指導実施					←→													
	前年度の評価				←→														
	次年度の計画									←→				←→					

第5章 その他

1. 特定健康診査・保健指導の結果の通知と保存

(1) 特定健康診査・保健指導データの形式

特定健康診査・保健指導の内容・結果等は全て電子的標準形式により、電子データでの効率的な保存及び送受信を原則とします。

(2) 特定健康診査・保健指導の記録の管理・保存期間

①データの管理

特定健康診査、保健指導のデータファイルは、経年別等に整理・保管し、保健指導に役立てるとともに、個人の長期的な経年変化をたどることによる疫学的な分析、経年変化に基づく発病時期の予測による保健指導や受診勧奨等の重点化等に活用します。

②保管年限

原則として、記録の保存期間は5年とします。

(3) 記録の提供の考え方

特定健康診査データは、「個人情報保護に関する基本方針」(平成16年4月2日・閣議決定)において特に適正な取り扱いの厳格な実施を確保する必要があるとされている医療分野に関する情報であり、医療保険事業に必要な範囲で扱う情報です。このため、保健指導等に活用する目的で、これらの情報提供等を実施する場合は、各医療保険者の個人情報の保護に関する条例の内容等を踏まえた上で、受診者本人が希望しない場合は、当該本人が識別される個人データの情報提供を停止することとします。

また、被保険者の加入する医療保険者が変更になった場合の特定健康診査・保健指導データの保険者間の異動についても、被保険者の同意をとることとします。

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、計画期間中の取り組み方針を示し、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. 個人情報保護対策

- ・ 特定健康診査や保健指導の記録の取り扱いに当たり、個人情報保護の観点から適切な対応を行います。
- ・ 特定健康診査・特定保健指導を外部に委託する際は、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ていきます。

4. 被保険者への結果報告(通知)

【人間ドック】

特定健康診査結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知します。

【集団健診】

受診の結果、保健指導を必要と認めた者については、後日特定健康診査結果説明会を開催する旨の通知をします。異常のない受診者については直接、結果を郵送します。

5. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

特定健康診査・保健指導の実施に伴い、集積された内容及びその地域性に基づき、健診項目の有効性・必要性を定期的に見直します。

(1)「個人」に対する保健指導の評価

- ・ 適切な手段を用いて保健指導が提供されているかを評価します。
- ・ その結果、生活習慣に関して行動変容がみられたか、また特定健康診査結果に改善がみられたかを評価します。

(2)「集団」に対する保健指導の評価

- ・ 生活習慣に関する行動変容の状況、特定健康診査結果の改善度、生活習慣病関連の医療費の評価を行います。

(3)「事業」に対する保健指導の評価

- ・ 適切な資源を活用していたかを評価します。
- ・ 対象者を適切に選定し、適切な方法を用いていたかを評価します。
- ・ 望ましい結果を出していたかを評価します。

6. 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。

卷末資料

1. 用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療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カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、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カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣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	標準化死亡比	標準化死亡比は、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、標準化死亡比が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Y a h r 3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
VII. 眼及び付属器の疾患				
0701	結膜炎	アレルギー性結膜炎	結膜炎	慢性結膜炎
0702	白内障	白内障	加齢性白内障	後発白内障
0703	屈折及び調節の障害	近視性乱視	遠視性乱視	老視
0704	その他の眼及び付属器の疾患	ドライアイ	緑内障	眼精疲労
VIII. 耳及び乳様突起の疾患				
0801	外耳炎	外耳炎	外耳湿疹	急性外耳炎
0802	その他の外耳疾患	耳垢栓塞	耳介軟骨膜炎	耳瘻孔
0803	中耳炎	滲出性中耳炎	急性中耳炎	中耳炎
0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭位めまい症	末梢性めまい症	耳性めまい
0807	その他の耳疾患	感音難聴	難聴	耳鳴症
IX. 循環器系の疾患				
0901	高血圧性疾患	高血圧症	本態性高血圧症	高血圧性心疾患
0902	虚血性心疾患	狭心症	急性心筋梗塞	心筋梗塞
0903	その他の心疾患	心不全	不整脈	慢性心不全
0904	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血後遺症	脳動脈瘤破裂
0905	脳内出血	脳出血	脳出血後遺症	視床出血
0906	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞後遺症	多発性脳梗塞
0907	脳動脈硬化（症）	脳動脈硬化症	動脈硬化性脳症	
0908	その他の脳血管疾患	内頸動脈狭窄症	頸動脈硬化症	脳血管障害
0909	動脈硬化（症）	閉塞性動脈硬化症	動脈硬化症	動脈硬化性網膜症
0911	低血圧（症）	起立性低血圧症	低血圧症	起立性調節障害
0912	その他の循環器系の疾患	深部静脈血栓症	末梢循環障害	慢性動脈閉塞症
X. 呼吸器系の疾患				
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>	感冒	急性鼻炎	急性鼻咽頭炎
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	咽頭炎	急性咽頭炎	扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症	急性上気道炎	急性咽頭喉頭炎	急性副鼻腔炎
1004	肺炎	肺炎	急性肺炎	マイコプラズマ肺炎
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	クループ性気管支炎

コード	疾病分類	主な疾病		
1006	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	花粉症	季節性アレルギー性鼻炎
1007	慢性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎急性増悪
1008	急性又は慢性と明示されない気管支炎	気管支炎	気管気管支炎	びまん性気管支炎
1009	慢性閉塞性肺疾患	慢性気管支炎	肺気腫	慢性閉塞性肺疾患
1010	喘息	気管支喘息	喘息性気管支炎	気管支喘息発作
1011	その他の呼吸器系の疾患	インフルエンザ	呼吸不全	誤嚥性肺炎
X I. 消化器系の疾患				
1101	う蝕	う蝕	二次う蝕	う蝕第2度
1102	歯肉炎及び歯周疾患	歯周炎	歯肉炎	歯冠周囲炎
1103	その他の歯及び歯の支持組織の障害	顎関節症	歯痛	顎関節炎
1104	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	胃潰瘍	十二指腸潰瘍	出血性胃潰瘍
1105	胃炎及び十二指腸炎	慢性胃炎	胃炎	急性胃炎
1106	痔核	内痔核	痔核	外痔核
1107	アルコール性肝疾患	アルコール性肝障害	アルコール性肝炎	アルコール性肝硬変
1108	慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	慢性肝炎	活動性慢性肝炎	慢性肝炎増悪
1109	肝硬変（アルコール性のものを除く）	肝硬変症	原発性胆汁性肝硬変	非代償性肝硬変
1110	その他の肝疾患	肝機能障害	脂肪肝	肝障害
1111	胆石症及び胆のう炎	胆のう結石症	胆のう炎	総胆管結石
1112	膵疾患	膵炎	急性膵炎	慢性膵炎
1113	その他の消化器系の疾患	便秘症	逆流性食道炎	口内炎
X II. 皮膚及び皮下組織の疾患				
1201	皮膚及び皮下組織の感染症	皮膚感染症	蜂窩織炎	膿疱疹性湿疹
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		