

北杜市国民健康保険における  
第3期データヘルス計画及び  
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月  
北杜市



-目次-

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	6
計画の位置づけ	6
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・地域特性	9
不適切な生活習慣 / 生活習慣病予備群 / 生活習慣病発症 /	9
重症化・合併症発症 / 要介護状態・死亡 / 医療費適正化	10
健康課題の抽出	11
参照データ	12
図表1 令和4年度 関連データ全体	12
図表2-1 特定健康診査受診率(性・年齢階層別)(令和4年度)	16
特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(経年比較)	
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)	17
特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(経年比較)	
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	23
図表4-2 性・年齢階層別医療費の状況	24
図表4-3 最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)	25
図表5-1 疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院)(令和4年度)	26
図表5-2 疾病分類別 医療費構成比及び分析(外来)(令和4年度)	27
図表6 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)	28
図表7 人工透析に係る分析	29
図表8 質問票調査の状況(令和4年度)	30
図表9 検査項目別 有所見者の状況(男女別・年代別)(令和4年度)	31
図表10 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)	32
図表11-1 重複・頻回受診者に係る分析(令和4年度)	34
図表11-2 重複・頻回受診者に係る分析	35
図表12-1 重複・多剤処方に係る分析(令和4年度)	36
図表12-2 重複・多剤処方に係る分析	38
図表13 後発医薬品普及率に係る分析	39
図表14 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	43

-目次-

第4章	個別事業計画	45
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	45
	事業番号1-1 受診率向上事業(未受診者対策事業含)	47
	事業番号1-2 保健指導実施率向上事業	49
	事業分類 2 生活習慣病重症化予防	51
	事業番号2 健診異常値未治療者受診勧奨事業	51
	事業分類 3 糖尿病対策 事業番号3 糖尿病・CKD対策事業	53
	事業分類 4 健康意識向上 事業番号4 健康意識向上事業	57
	評価指標一覧	59
	計画全体(総合アウトカム)	59
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	61
	事業分類 2 糖尿病対策	63
	保健事業アウトカム一覧(北杜市設定)	65
第5章	その他	67
	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	67
	個人情報の取扱い / 地域包括ケアに係る取り組み	67
第6章	その他の保健事業	68
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	70
	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	70
	4. データ分析期間	71
第2章	特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	72
	1. 取り組みの実施内容	72
	2. 特定健康診査の受診状況	73
	3. 特定保健指導の実施状況	76
	4. メタボリックシンドローム該当状況	82
	5. 第3期計画の評価と考察	84
第3章	特定健康診査に係る詳細分析	85
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	85
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	86
第4章	特定健康診査等実施計画	92
	1. 目標 / 2. 対象者数推計	92
	3. 実施方法	94
	4. 目標達成に向けての取り組み	100
	5. 実施スケジュール / 6. 代行機関	101
第5章	特定健康診査・特定保健指導の推進方策	102
第6章	個人情報保護対策	104
第7章	特定健康診査・特定保健指導の結果の通知と保存	105
第8章	特定健康診査等実施計画書の公表・周知	106
第9章	特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	107
第10章	その他円滑な事業実施のための方策	108
	巻末資料	109
	1. 用語解説集	110
	2. 疾病分類	112

## 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。

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

計画の趣旨	背景と目的	<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応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。</p>
	計画の位置づけ	<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>
計画期間	令和6年度から令和11年度までの6年間とします。	

実施体制・関係者連携	庁内組織	<p>北杜市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、健康増進課等の関係部局や県、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、国保年金課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、後期高齢者医療担当や介護支援課、福祉課(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>国保年金課は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。</p>
	地域の関係機関	<p>計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である山梨県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。</p> <p>また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、自治会等の地域組織との意見交換や情報提供の場の設置、被保険者向けの説明会の実施等、被保険者が議論に参画できる体制を構築し、被保険者の意見反映に努めます。</p>

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

### (1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報 (2023年3月31日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		43,988		24,193		19,795	
国保加入者数(人)	合計	13,190	100%	6,612	100%	6,578	100%
	0～39歳(人)	2,445	18.5%	1,264	19.1%	1,181	18.0%
	40～64歳(人)	4,454	33.8%	2,259	34.2%	2,195	33.4%
	65～74歳(人)	6,291	47.7%	3,089	46.7%	3,202	48.7%
	平均年齢(歳)	55.7歳		55.2歳		55.9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健事業の実施に向けて取り組んでいきます。
山梨県(保健所)	中北保健福祉事務所(中北保健所)：地域住民の健康を支える広域的・専門的・技術的拠点と位置づけられ、高い専門性を必要とする業務について連携をはかり進めていきます。
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	山梨県国民健康保険団体連合会：国保事業の目的を達成するために必要な事業を行うことを目的とし、国保法第83条に基づき設置されている公法人です。
後期高齢者医療広域連合	山梨県後期高齢者医療広域連合：PDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるように連携を図っていきます。
その他	全国健康保険協会山梨支部：市民の健康づくりの推進を図るため「健康づくりの推進に向けた包括的連携に向けた協定」を締結し、連携・協力を行っています。

## (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13,190人で、平成31年度の14,050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18.5%、40歳～64歳が33.8%、65歳～74歳が47.7%です。県や国の平均よりも64歳以下の割合が低く、65歳～74歳の割合が高くなっています。(令和4年度)

前期計画等に係る 考察	<p>前期計画では、健診受診率向上及び健診結果からの重症化予防に重点を置き事業を実施してきました。しかし、新型コロナウイルス感染症の蔓延により健診実施体制や受診行動などへの影響が大きく思うような評価が得られませんでした。若い世代への働きかけとして商工会や保育園、小中学校の保護者をターゲットにしますが、チラシを活用したポピュレーションアプローチが主となり、効果的な事業展開に繋がっていませんでした。</p> <p>未受診者対策として、受診勧奨ハガキ送付を行い良い効果を得ることが出来ましたが、分析評価が不十分であり次期計画への課題となります。</p> <p>また、計画後半では医師会等との関係性も築けたことや、後期高齢者への移行増も見られることから、個別健診や重症化予防に対する効果的な事業計画と展開を図る必要があります。</p>
----------------	---

## 第2章 健康・医療情報等の分析と課題

		A 不適切な生活習慣	B 生活習慣病予備群	C 生活習慣病発症		
1 現状	数的データ	<p>(健診問診項目の該当者割合等)</p> <p>○食後の間食を毎日する人の割合26.5%を国や県と比較すると高いです。 ○毎日飲酒する人の割合は、国や県より少ないですが、時々飲酒する人の割合は、24.3%と、国や県より高いです。 また、1日飲酒量が2～3合、3合以上飲む人の割合が、国や県より高いです。 ○1日30分以上の運動習慣がない人の割合68.2%、歩行速度が遅いと感じている人の割合58.6%と、国や県に比較して高い反面、1日1時間以上運動なしの人の割合は、35.3%と国や県よりも低く、1日1時間以上運動していると感じている人は、国や県に比べて多いです。 ○睡眠不足の人が割合46.7%と、国や県と比較すると高いです。 ○保健指導を希望なしの割合は、89.5%と高いです。 ○20歳時体重から10kg以上増加している割合は、25.6%と低いです。 ○健診受診率は48.6%(令和4年度)と県の平均より高いです。 ○男性の受診率が女性よりも全体的に低く、男女とも40歳代の受診率が低くなっています。</p>	<p>(健診検査項目の有所見率等)</p> <p>○メタボ該当者・予備群レベルのうち、血圧・脂質が該当となる人が7.8%と市内では最も高いです。血圧の単独高値の割合7.6%と高いです。  ○高血糖該当者が、メタボ該当・予備群の人よりも、非肥満の人で割合が高いです。 メタボ該当者 15.3% メタボ該当者(女性) 7.3% メタボ該当者(男性) 24.1% メタボ予備群 9.7% メタボ予備群(女性) 5.1% メタボ予備群(男性) 14.9%  ○健診項目から見られる有所見割合では、65歳～74歳のHbA1c(71.4%)と血糖(42.6%)及びeGFR(24.1%)の有所見者割合が、高くなっています。  ○若干ですが、収縮期血圧と拡張期血圧の有所見者割合が県よりも高いです。</p>	<p>(医療費の状況等)</p> <p>○健診未受診者の一人当たり医療費は、健診受診者の3倍近い額となっています。  ○健診対象者の一人当たりの医療費・生活習慣病対象者一人当たりの医療費共に、健診受診者において、国や県と比較して高額となっています。  ○3人に1人の割合(30.6%)で高血圧の内服があります。  ○一人当たり医療費は県、国の平均より低く、医療費全体としても平成31年度よりも減少傾向にあります。  ○外来の受診率や入院率、医療費も県平均より低いです。</p>		
	質的データ	<p>○体を動かした後は、甘い物やスポーツドリンクを習慣的に摂取している人がいます。  ○間食(漬物や茶菓子等)を常備している人が多いです。  ○夏場の汗をかく時期に「塩分を摂った方が良い」と思っている人がいます。  ○仕事や畑仕事で体を動かしていると実感している人が多いです。  ○趣味やサークル活動で、公共施設の予約が埋まっています。地元の方と転入者では、健康意識や活動方法に違いが見られます。  ○水分=酒との認識で、夕方は晩酌のために水分を控えるとの声が聞かれます。  ○飲酒習慣がある人は、休肝日に消極的です。  ○飲まないといえないという人がいます。</p>	<p>○報告会に参加する人は、初指摘でない人が多く、かかりつけ医がいて受診している人が多いです。 ○血糖が高い人を対応していると、家族の影響でつられて甘いものを摂取してしまう傾向があります。 ○転入者は健康意識が高い人・独自の健康観を持っている人が多いと感じます。情報収集を自分なりに行っており、保健師・栄養士の指導に頼らなくても良いと思っている人がいます。 ○血圧の自宅測定は、習慣化されていると感じます。 ○家庭での測定値を診察でチェックする先生が増えています。 ○特定健診の受診者が固定化していることから、メタボ該当者・予備群レベルと判定される人も固定化の傾向があります。同じ人が継続してメタボ該当となるケースが複数見られます。 ○交通の便が良くないので、基本的に車で移動している人が多く、活動量が増えません。 ○夏の間は外仕事で運動量が多いと感じるが、冬になると活動が少なくなっている人が多いです。</p>	<p>○健診の精密検査結果を入力していると、アルコール性肝炎の診断を目にすることがしばしばあります。習慣化した飲酒との関連が心配です。  ○健診未受診者の中には、医療機関で受診するので健診は必要ないと思っている人がいます。  ○住民からの話で、「今は数値が悪くても元気だし、薬も飲みたくないで病院へは行かない」という声をよく聞きます。  ○コロナ以降、2021年度からアルコール関連の相談が増加しています。  ○近年は、みそ汁などの毎食摂取が習慣化している人は減っているように感じます。</p>		
地域特性	①変遷、面積、気候風土	②産業	③交通機関	④医療機関	⑤住民との協働活動	⑥その他(健康に関する活動を協働できる社会資源)
	<p>・山梨県の北西部に位置し602.48km<sup>2</sup>。山梨県で最も大きな市です。 ・平成16年に7町村、その後平成18年に1町が合併しています。 ・気候は、日照時間が長く、年間の寒暖差が大きいことが特徴です。</p>	<p>・県内で最大の水田面積を有しています。 ・ミネラルウォーター生産量、日本で、関連する企業が市内にいくつもあります。 ・農業人口の高齢化による減少があります。第3次産業が伸びています。</p>	<p>・電車は、中央本線が通っています。 ・車だと、中央自動車道のインターがあり、東京からアクセスしやすい印象があります。 ・市内の移動は、バスがありますが、利用客の減少に伴い、本数が少ないのが現状です。</p>	<p>・市立病院が2か所、市立診療所が2か所あります。 ・その他、診療所、クリニックなどが16か所あります。 ・歯科医院は、18か所あります。</p>	<p>・地区組織としては、北社市愛育会、食生活改善推進員会、保健福祉推進員があります。 ・介護予防サポートリーダー、障害者ボランティア等の養成も行っています。</p>	<p>・ラジオ体操の会など、自主活動をしているグループがあります。</p>

**D 重症化・合併症発症**

(医療費の状況、健診問診票の既往歴の該当者割合等)

○一件当たりの入院費において、県内順位は心疾患(6位)と腎不全(5位)が高くなっており、市の経年経過の中でも大きく増えています。  
 ○生活習慣病に占める割合で、がん37.6%、高血圧症6.1%、狭心症1.5%と国や県と比較して高いです。  
 ○一件当たりの入院費において、精神は県内順位は7位で費用は国や県よりも高いです。  
 ○疾病分類別医療費の割合は、入院では、新生物<腫瘍> 22.0%、精神及び行動の障害15.1%、循環器系の疾患13.1%の順に高く、入院の細小分類では、統合失調症が7.7%と高いです。外来では、新生物<腫瘍> 19.5%、内分泌・栄養系及び代謝疾患12.5%、尿路器系の疾患11.6%の順で高くなっており、外来の細小分類では、糖尿病が7.3%、高血圧症5.3%と高くなっており、がんでは肺がんの割合が4.4%と高くなっています。  
 ○細小分類による医療費は、糖尿病(4.6%)、統合失調症(4.4%)、肺がん(4.0%)の順に高くなっています。  
 ○透析患者は令和4年度は45名となっており、被保険者に占める患者割合は、県や国の割合よりも0.34%と低いです。

○糖尿病の治療中、経過観察中の人でHbA1c7.0%以下は問題ないと思っている又は主治医から7.0%以下を目標と提示されている人が多いと感じます。  
 ○血圧治療中の人でも、健診時の血圧値が要精密検査に該当する人が多いです。健診時期が寒いこととの関連も考えられます。  
 ○精神疾患や知的障害の人等は、指導内容を的確に理解していただくことが難しく、指導効果が薄いです。指導が十分に行き届かない状況があります。

**E 要介護状態・死亡**

(平均寿命、平均余命、標準化死亡比、介護認定・給付の状況等)

○死因において、心臓病の割合31.3%が脳疾患の割合12.3%の2倍以上です。  
 ○死因において、がんの割合が50.0%と2人に1人はがんで亡くなっています。  
 ○介護認定者の有病状況において、心臓病(高血圧含む)の割合60.6%、筋・骨格疾患の割合が52.5%と高いです。  
 ○介護認定者の有病状況において、基礎疾患で高血圧症(高血圧性心疾患を含む)の割合が52.5%と高いです。  
 ○標準化死亡比は県や国よりも低いですが、女性の死亡比が男性よりも高いです。  
 ○男性は平均余命は82.6歳、平均自立期間は81.3歳と県平均よりも長く、女性の平均寿命は87.0歳、平均自立期間は84.1歳と県平均よりも短くなっています。  
 ○要介護認定率は14.5%と国や県の水準よりも低くなっています。一件当たり給付費の平均は県平均より高く、介護度が低い人が県や国に比べて高い傾向にあります。

○高血圧から心疾患や脳血管障害につながることを理解していない、自分には関係ないと思っている人が多いように感じます。  
 ○介護認定者の有病状況では、心臓病、筋・骨格が原因となり、動くことが難しくなることが介護申請の原因となっています。  
 ○運動についての意識で、働いていて、体を動かすので大丈夫と思っている人がいます。健康づくりのための運動習慣がなく、介護認定の原因につながっていると感じます。

**F 医療費適正化**  
 (重複頻回受診、重複・多剤処方該当者、後発医薬品の使用状況等)

後発医薬品使用割合(数量シェア・各年度3月)  
 令和2年度 79.7% 令和3年度 80.6% 令和4年度 81.4%  
 重複・頻回受診該当者数(平均値) 令和4年度 7人  
 重複処方該当者数(平均値) 令和4年度 8人  
 多剤処方該当者数(平均値) 令和4年度 86人

## 2 健康問題

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

○間食や1日飲酒量が多いという生活習慣を崩すことができない人は、高血圧症や糖尿病の発症につながっています。背景として、毎日の食後の間食、1日に30分以上の運動習慣がない、睡眠不足、一回量が多い飲酒などの数値が県・国より高率で、生活改善の意欲が低く、保健指導を希望しない人が9割近くを占めています。

○高血圧症や糖尿病から重症化し、腎不全や透析移行となることで医療費がかかり、要介護状態や体調悪化につながっています。特定健診での血圧・LDL・尿酸値の有所見率は県・国より高くなっています。また、健診未受診者の医療費は健診受診者の3倍近い数字になっています。

○精神疾患や知的障害等のある人は、生活習慣の行動変容に繋がりにくく、悪化や重症化を予防することが難しいです。

○外来の細小分類による糖尿病の医療費割合が高いことや、高齢者でHbA1cの有所見者割合が高いこと等から糖尿病を罹患している人が一定割合いると考えられます。高血圧症や脂質異常症よりも医療費が多くかかっていることから、早期の発見や治療、早期の予防が重要です。

○生活習慣病の医療費や有病率は、県や国と比べると低いですが、死因で心臓病の割合(31.3%)が高く、要介護者が罹患している疾患でも心臓病が高くなっています。また、狭心症の疾病別の医療費割合が県よりも高いことから、高齢者で心臓に疾患を抱えている人が多いと考えられます。若年の内から生活習慣の改善につとめ、より重篤化させないことが大切です。

○たばこの喫煙率は県や国に比べて低いですが、がんの医療費の中で肺がんの医療費が高い傾向にあります。禁煙の呼びかけや、早期発見の為に健診の呼びかけなどが大切です。



## 3 健康課題

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

	健康課題の内容	優先する健康課題
A	間食や1日飲酒量が多いという習慣を崩すことができず、病気が悪化し重篤化することが懸念されます。健康の改善への意識が低い傾向が強いため、生活習慣の改善の必要性を理解し行動する必要があります。	✓
B	高血圧症や糖尿病を発症し受診しているが、リスク因子の回避方法の実践ができない人が多いため、心疾患や腎疾患の発症につながっていると推測されます。	
C	健診未受診者の医療費は健診受診者の3倍近くになっていることから、健康への無関心層の生活習慣は、重篤な状態に移行しやすい状況にある可能性があります。	

# 参照データ

図表1		令和4年度 関連データ全体		出典		KDB・地域の全体像の把握 ・人口及び被保険者の状況_1 ・人口及び被保険者の状況_2 ・健診・医療・介護データから見る地域の健康課題(データ取得：令和5年8月)					
項目		北杜市		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合※	実数	割合	実数	割合				
1 全体像	① 人口構成	総人口		43,988		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)		17,619	39.98	245,884	31.01	35,335,805		28.59	
		75歳以上		9,074	20.55	128,751	16.21	18,248,742		14.73	
		65～74歳		8,545	19.44	117,133	14.80	17,087,063		13.86	
		40～64歳		14,507	33.00	267,271	33.81	41,545,893		33.75	
	39歳以下		11,862	27.01	277,991	35.18	46,332,563	37.66			
	② 産業構成	第1次産業		16.2		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		25.1		28.4		25.0			
		第3次産業		58.7		64.3		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.7		80.9		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
女性		87.2		87.2		87.0					
④ 平均余命	男性		82.6		81.8		81.7				
	女性		87.0		88.2		87.8				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化 死亡比(SMR)	男性	93.6		96.4		100.0	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
			女性	97.8		97.4		100.0			
		死 因	がん		163	50.0	2,433	48.1		378,272	50.6
			心臓病		102	31.3	1,394	27.5		205,485	27.5
			脳疾患		40	12.3	794	15.7		102,900	13.8
			糖尿病		7	2.1	107	2.1		13,896	1.9
			腎不全		10	3.1	205	4.0		26,946	3.6
			自殺		4	1.2	129	2.5		20,171	2.7
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		2,576	14.5	41,372	16.9	6,724,030	19.4		
		新規認定者		64	0.3	804	0.3	110,289	0.3		
		2号認定者		46	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		656	23.9	10,479	23.9	1,712,613	24.3	
			高血圧症 (高血圧性心疾患含む)		1,405	52.5	22,563	52.0	3,744,672	53.3	
			脂質異常症		659	24.5	12,599	28.9	2,308,216	32.6	
			心臓病(高血圧含む)		1,613	60.6	25,665	59.2	4,224,628	60.3	
			脳疾患		596	22.9	9,037	21.2	1,568,292	22.6	
			がん		362	13.2	5,097	11.5	837,410	11.8	
			筋・骨格		1,408	52.5	22,559	51.9	3,748,372	53.4	
			精神(認知症含む)		1,050	38.8	16,006	37.1	2,569,149	36.8	
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		70,625		67,719		59,662	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
		居宅サービス		43,346		44,773		41,272			
		施設サービス		280,491		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	9,476		8,622		8,610	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
認定なし			4,115		4,029		4,020				

項目		北杜市		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4 医療	① 国保の 状況	被保険者数		13,190		178,894		27,488,882	KDB_NO.1 地域全体像の 把握 KDB_NO.5 人口の状況		
		65～74歳		6,291	47.7	79,358	44.4	11,129,271		40.4	
		40～64歳		4,454	33.8	59,078	33.0	9,088,015		33.1	
		39歳以下		2,445	18.5	40,458	22.6	7,271,596		26.5	
		加入率		30.0		22.6		22.3			
	② 医療の 概況 (人口千対)	病院数		2	0.2	60	0.3	8,237		0.3	
		診療所数		20	1.5	697	3.9	102,599		3.7	
		病床数		230	17.4	10,684	59.7	1,507,471		54.8	
		医師数		35	2.7	2,101	11.7	339,611		12.4	
		外来患者数		624.9		693.7		687.8			
		入院患者数		16.9		18.5		17.7			
	③ 医療費 の状況	一人当たり医療費		25,740		27,844		27,570		KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		受診率		641.7		712.2		705.4			
		外来	費用の割合	60.8		60.7		60.4			
			件数の割合	97.4		97.4		97.5			
		入院	費用の割合	39.2		39.3		39.6			
			件数の割合	2.6		2.6		2.5			
		1件当たり在院日数		15.1		16.5		15.7			
	④ 医療費分析生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名(調剤含む)	がん		854,338,270	37.6	10,142,028,270	30.5	1,558,135,111,760	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題	
		慢性腎不全(透析あり)		143,712,090	6.3	3,311,781,560	10	397,973,706,500	8.2		
糖尿病		225,119,300	9.9	3,412,667,590	10.3	504,849,658,850	10.4				
高血圧症		137,610,070	6.1	1,905,817,780	5.7	285,960,196,900	5.9				
精神		362,113,420	15.9	5,365,979,730	16.2	712,427,626,380	14.7				
筋・骨格		370,063,200	16.3	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	3,562		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	10,128		11,642		13,295				
	生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	12,290		8,675		6,142				
		健診未受診者	34,947		35,235		40,210				
⑥ 健診・レセ突合	受診勧奨者		2,787	58.6	34,416	58.7	3,881,055	57	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
	医療機関受診率		2,442	51.3	31,061	53	3,543,116	52			
	医療機関非受診率		345	7.3	3,355	5.7	337,939	5			



項目		北杜市		県		国		データ元 (CSV)				
		実数	割合・順位	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	599,012	17位	(16)			KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題		
				高血圧	638,677	15位	(17)					
				脂質異常症	604,882	12位	(16)					
				脳血管疾患	625,454	18位	(20)					
				心疾患	804,134	6位	(16)					
				腎不全	800,742	5位	(17)					
				精神	527,342	7位	(25)					
				悪性新生物	741,226	10位	(11)					
	外来	糖尿病	36,561	23位								
		高血圧	32,218	17位								
		脂質異常症	28,122	16位								
		脳血管疾患	35,787	20位								
		心疾患	51,296	13位								
		腎不全	117,272	17位								
		精神	22,511	25位								
		悪性新生物	64,005	15位								
5 健診	①-⑱	特定健診 の状況	健診受診者	4,757			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)	48.6			46.5		37.1			
			特定保健指導終了者 (実施率)	219	42.6		1,862	30.0	107,925		13.4	
			非肥満高血糖	408	8.6		5,817	9.9	615,549		9.0	
			メタボ	該当者	727	15.3		10,475	17.9		1,382,506	20.3
				男性	546	24.1		7,694	28.7		965,486	32.0
				女性	181	7.3		2,781	8.7		417,020	11.0
				予備群	463	9.7		6,022	10.3		765,405	11.2
			腹囲	男性	337	14.9		4,414	16.5		539,738	17.9
				女性	126	5.1		1,608	5.1		225,667	5.9
			BMI	総数	1,320	27.7		18,194	31.1		2,380,778	34.9
				男性	965	42.6		13,283	49.6		1,666,592	55.3
				女性	355	14.2		4,911	15.4		714,186	18.8
			メタボ該当・予備群レベル	総数	209	4.4		2,667	4.6		320,038	4.7
				男性	38	1.7		429	1.6		51,248	1.7
				女性	171	6.9		2,238	7.0		268,790	7.1
				血糖のみ	22	0.5		305	0.5		43,519	0.6
				血圧のみ	363	7.6		4,540	7.7		539,490	7.9
				脂質のみ	78	1.6		1,177	2.0		182,396	2.7
血糖・血圧	134	2.8			1,898	3.2	203,072	3.0				
血糖・脂質	22	0.5			423	0.7	70,267	1.0				
血圧・脂質	369	7.8			4,826	8.2	659,446	9.7				
血糖・血圧・脂質	202	4.2		3,328	5.7	449,721	6.6					

項目		北杜市		県		国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合		
①	服薬	高血圧	1,454	30.6	20,741	35.4	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の 把握
		糖尿病	328	6.9	5,548	9.5	589,470	8.7	
		脂質異常症	906	19.0	14,817	25.3	1,899,637	27.9	
②	既往歴	脳卒中(脳出血・ 脳梗塞等)	82	1.7	1,469	2.6	207,385	3.1	
		心臓病(狭心症・ 心筋梗塞等)	318	6.7	3,804	6.7	365,407	5.5	
		腎不全	31	0.7	513	0.9	53,898	0.8	
		貧血	315	6.6	3,494	6.2	702,088	10.7	
③	喫煙	575	12.1	8,374	14.3	939,212	13.8		
④	週3回以上朝食を抜く	321	6.8	4,939	8.8	642,886	10.4		
⑤	食後間食(毎日)	1,258	26.5	12,036	22.8	1,327,262	21.6		
⑥	週3回以上就寝前夕食	451	9.5	6,488	11.5	976,348	15.7		
⑦	食べる速度が速い	1,256	26.4	16,260	28.8	1,659,705	26.8		
⑧	咀嚼(噛みにくい)	722	15.2	8,971	17.0	1,232,127	19.9		
⑨	咀嚼 (ほとんど噛めない)	15	0.3	312	0.6	49,884	0.8		
⑩	生活習慣 の状況	20歳時体重から10kg 以上増加	1,217	25.6	17,412	30.8	2,175,065	35.0	
⑪	1回30分以上運動習慣 なし	3,241	68.2	37,878	67.1	3,749,069	60.4		
⑫	1日1時間以上運動な し	1,678	35.3	24,311	43.1	2,982,100	48.0		
⑬	歩行速度が遅い	2,785	58.6	32,357	57.3	3,142,723	50.8		
⑭	睡眠不足	2,219	46.7	23,538	41.7	1,587,311	25.6		
⑮	毎日飲酒	999	21.0	12,132	21.5	1,658,999	25.5		
⑯	時々飲酒	1,156	24.3	12,118	21.5	1,463,468	22.5		
⑰	一日飲 酒量	1合未満	1,168	50.0	14,956	52.1	2,978,351	64.1	
		1～2合	729	31.2	8,922	31.1	1,101,465	23.7	
		2～3合	362	15.5	3,907	13.6	434,461	9.4	
		3合以上	76	3.3	930	3.2	128,716	2.8	
⑱	生活習慣	改善意欲なし	1,015	21.4	14,063	24.9	1,691,880	27.6	
		改善意欲あり	535	11.3	9,676	17.1	1,755,137	28.6	
		かつ始めている	468	9.8	6,147	10.9	854,609	13.9	
⑳	保健指導の希望なし	4,253	89.5	45,429	80.5	3,858,915	63.3		

※ 保険者の割合は県の数値と比較し値の大きい場合は赤字にて表記

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



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(経年比較)	出典	法定報告値
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和4年度の受診率は48.7%と県平均よりも高いです。</li> <li>・男女ともに、40歳代・50歳代で低い傾向にあります。</li> <li>・男性の方が女性よりも、4.9ポイント低いです。</li> <li>・経年で見ると、コロナの影響で令和2年度受診率・保健指導実施率が低下しましたが、回復傾向にあり、コロナ前の水準に戻っています。</li> </ul>		

特定健康診査受診率(性・年齢階層別)(令和4年度)

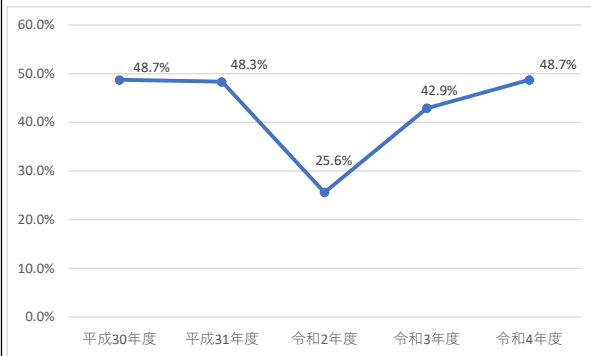
【男性】

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	573	206	36.0%	30.5%
	50～59歳	783	319	40.7%	33.3%
	60～69歳	1,746	863	49.4%	47.3%
	70～74歳	1,770	866	48.9%	50.8%
	計	4,872	2,254	46.3%	43.7%

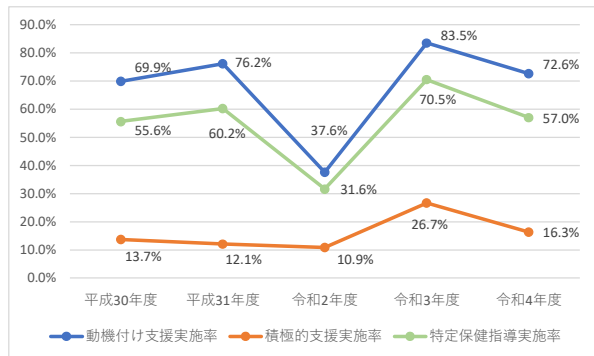
【女性】

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	511	200	39.1%	36.3%
	50～59歳	711	341	48.0%	41.5%
	60～69歳	1,821	1,012	55.6%	54.2%
	70～74歳	1,821	936	51.4%	53.8%
	計	4,864	2,489	51.2%	50.3%

特定健康診査受診率(平成30年度～令和4年度)



特定保健指導実施率(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) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(経年比較)	出典	国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」
-------	---	----	------------------------------

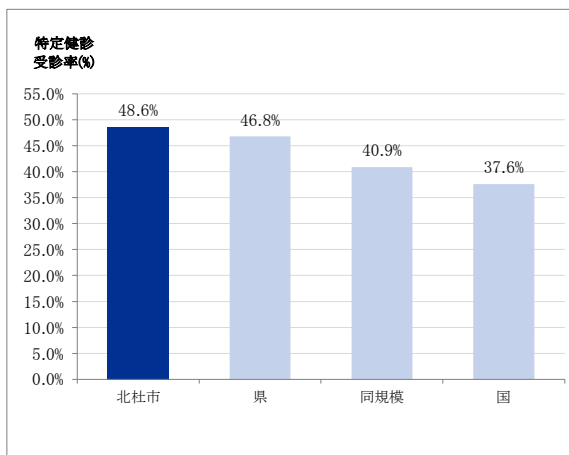
データ分析の結果

- ・令和4年度の受診率は48.6%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7.7% 積極的支援対象者数割合3.1% 支援対象者数割合 10.8% 県の平均と割合は同程度です。
- ・特定保健指導の実施率は56.1%で、国や県の平均よりも高いです。
- ・動機付け支援対象者割合は、経年で見てもあまり変化ないですが、積極的支援対象者割合は令和3年度に向けて下がりましたが、令和4年度再び増加しています。

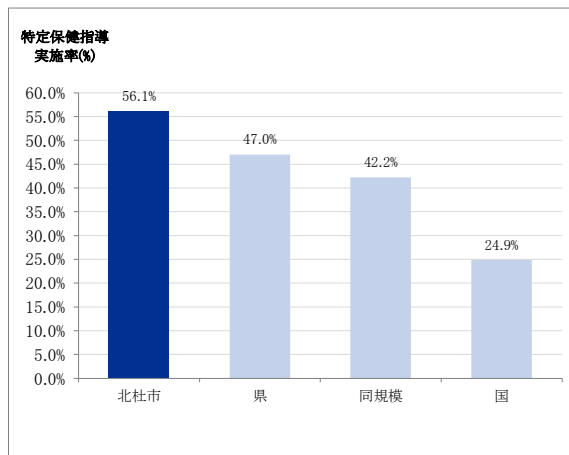
特定健診受診、特定保健指導状況(令和4年度)

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
北杜市	<b>48.6%</b>	<b>7.7%</b>	<b>3.1%</b>	<b>10.8%</b>	<b>56.1%</b>
県	46.8%	7.5%	3.1%	10.6%	47.0%
同規模	40.9%	8.7%	2.7%	11.3%	42.2%
国	37.6%	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

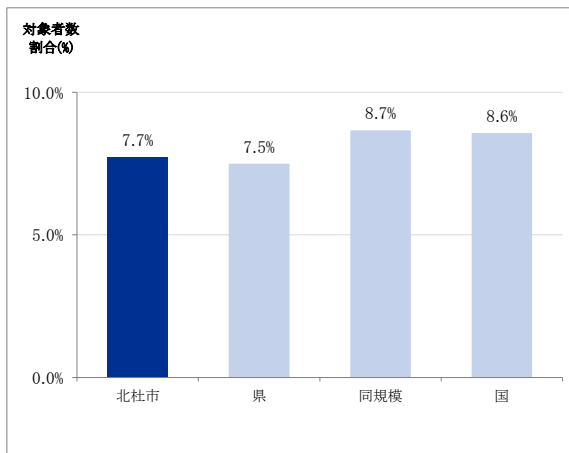
特定健康診査受診率(令和4年度)



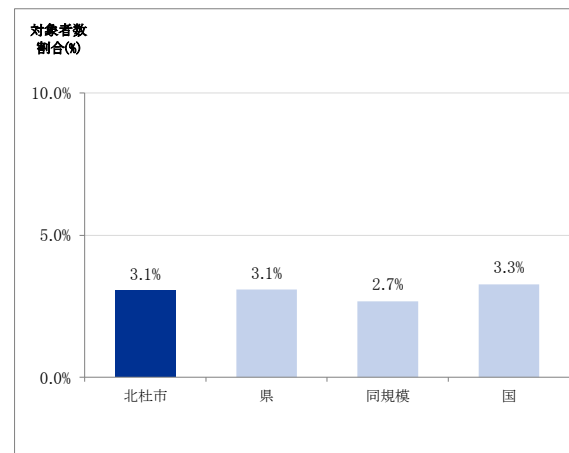
特定保健指導実施率(令和4年度)



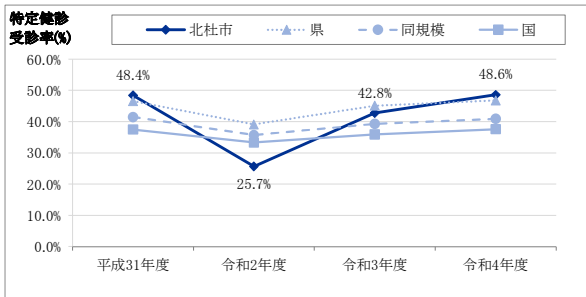
動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



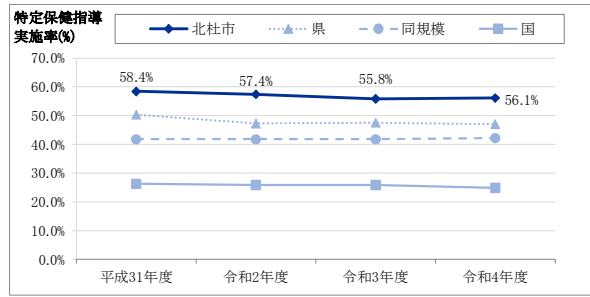
積極的支援対象者数割合(令和4年度)



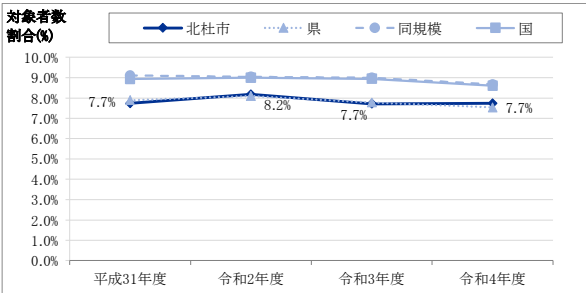
年度別 特定健康診査受診率



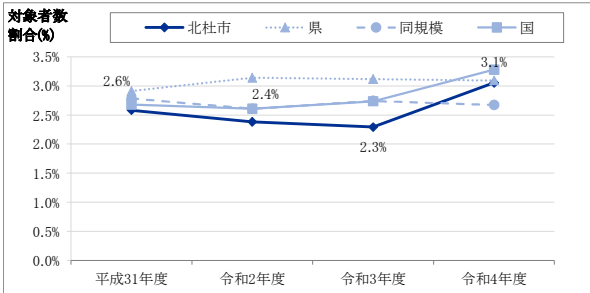
年度別 特定保健指導実施率



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」

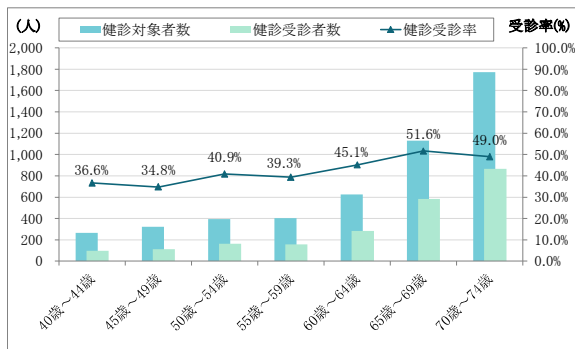
図表2-3 特定健康診査受診率(性・年齢階層別)

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」

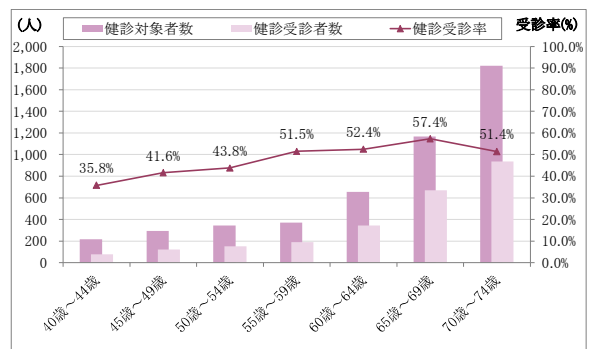
データ分析の結果

- ・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。
- ・コロナの影響で、特定健診受診率・特定保健指導実施率は令和2年度下がりましたが、回復傾向にあります。

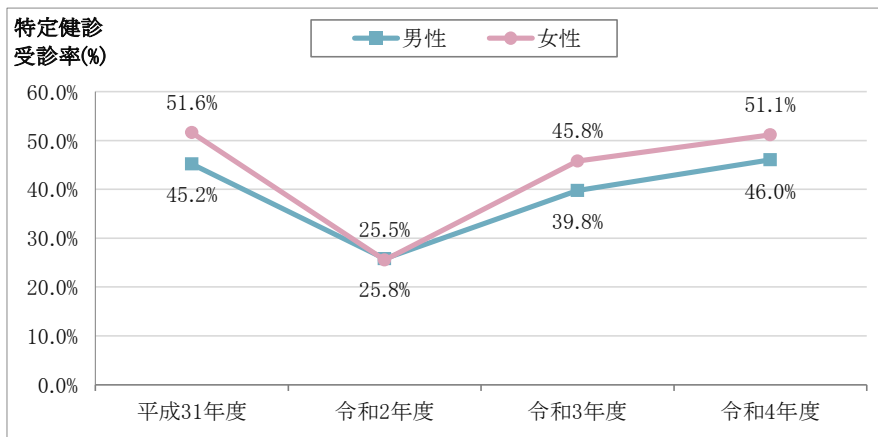
男性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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



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

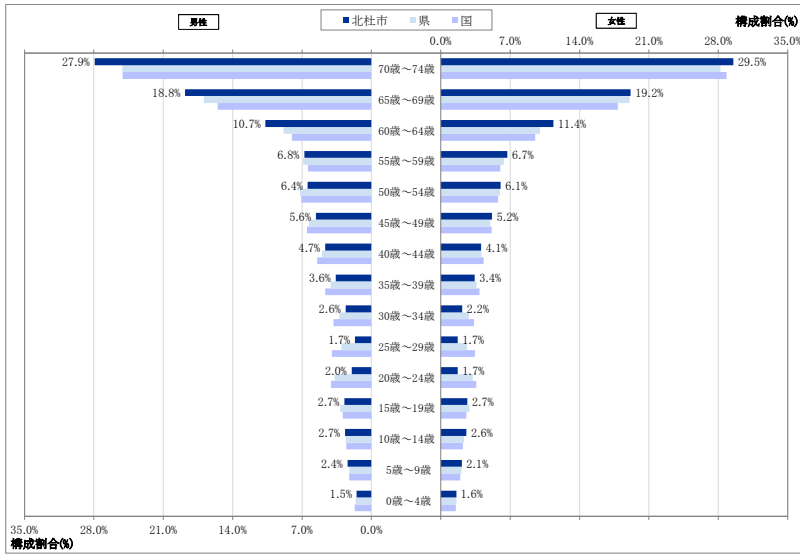
- 北杜市の令和4年度における人口構成概要を示したものです。国民健康保険被保険者数は13,190人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は30.0%です。国民健康保険被保険者平均年齢は55.7歳で、国53.4歳より2.3歳高く、山梨県53.9歳より1.8歳高いです。また、令和4年度を平成31年度と比較すると、国民健康保険被保険者数13,190人は平成31年度14,050人より860人減少、6.1%減少しています。

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
北杜市	43,988	40.1%	13,190	30.0%	55.7	4.7	15.2
県	791,146	31.1%	177,051	22.4%	53.9	6.6	12.4
同規模	32,195	36.2%	7,214	22.4%	56.1	5.5	15.1
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

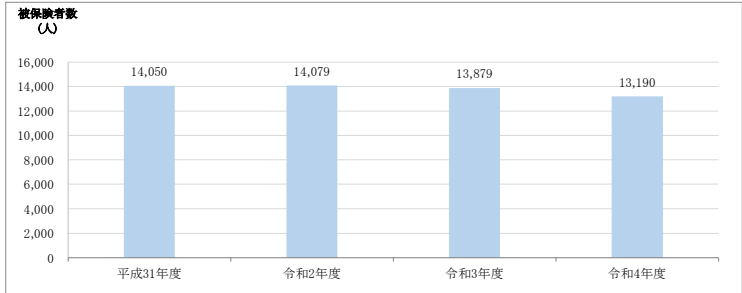
※「県」は山梨県を指す。以下全ての表において同様である。  
出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典：国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

年度別 被保険者数



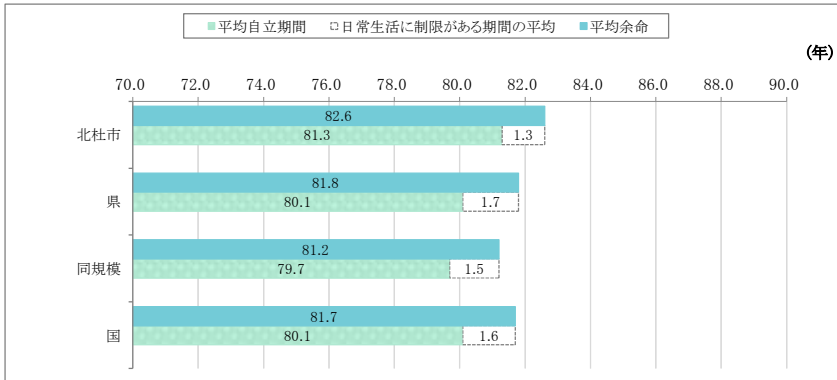
出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

図表3-2	平均余命と平均自立期間	出典 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」
-------	-------------	------------------------------------

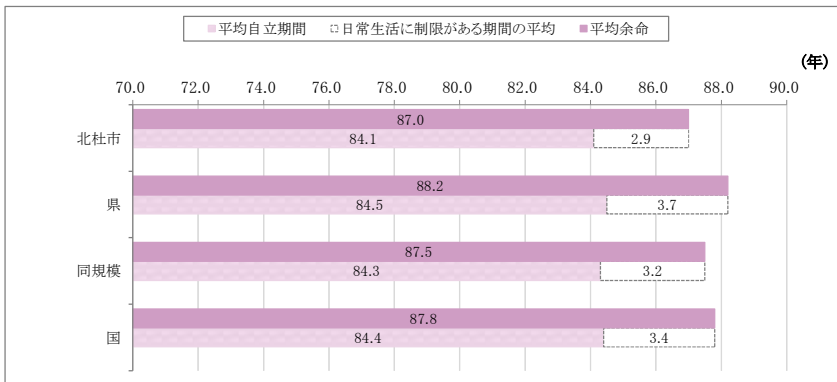
データ分析の結果

- 令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。
- 本市の男性の平均余命は82.6年で山梨県より0.8年長く、平均自立期間は81.3年で山梨県より1.2年長いです。日常生活に制限がある期間の平均は1.3年で、山梨県の1.7年よりも短いです。本市の女性の平均余命は87.0年で山梨県より1.2年長く、平均自立期間は84.1年で山梨県より0.4年短いです。日常生活に制限がある期間の平均は2.9年で、山梨県の3.7年よりも短いです。

(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)

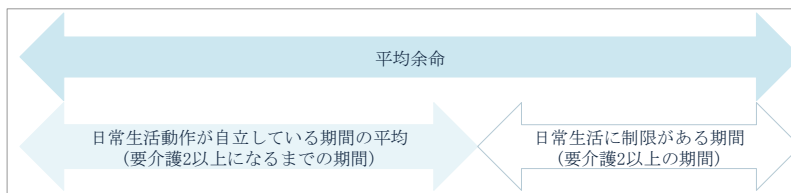


(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)

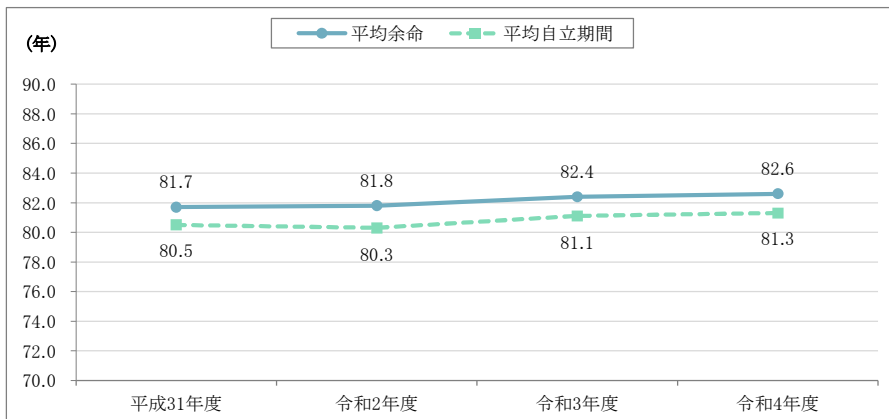


出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

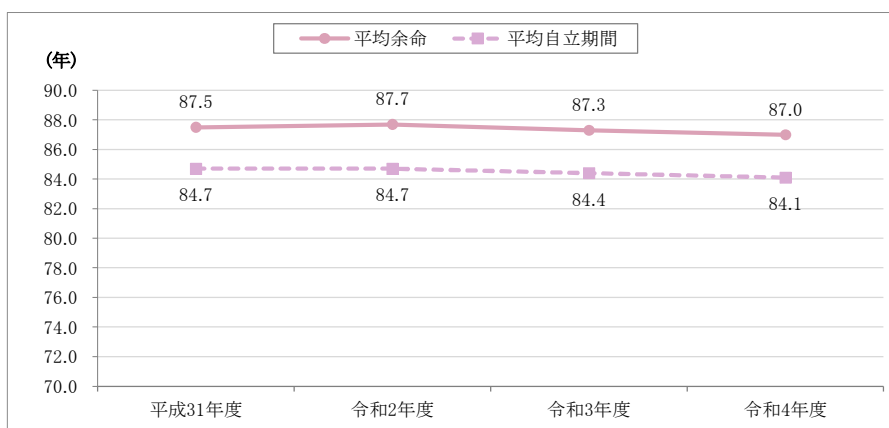
【参考】平均余命と平均自立期間について



(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」

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31年度と比べると、医療費は横ばいですが、被保険者一人当たり医療費は増加傾向にあります。
- ・平成31年度と比べると、令和2年度入院及び外来医療費がコロナの影響で減少しましたが、その後コロナ前の水準に戻りつつあります。

年度別 医療費の状況

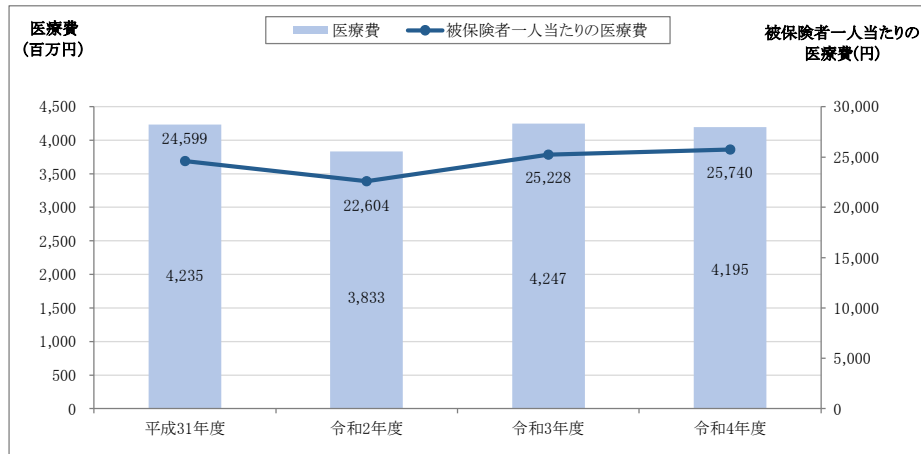
年度	医療費(円)	被保険者一人当たりの医療費(円) ※
平成31年度	4,234,677,990	24,599
令和2年度	3,832,910,140	22,604
令和3年度	4,246,630,220	25,228
令和4年度	4,194,818,350	25,740

年度別 入院・外来別医療費

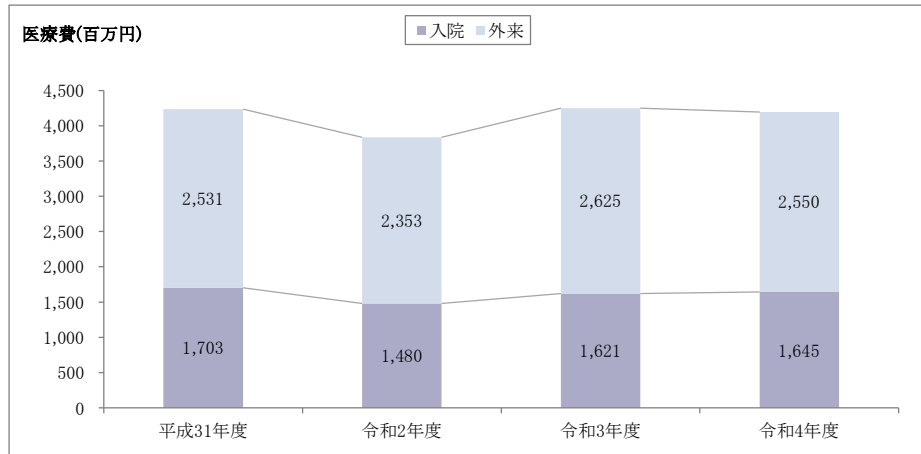
年度	入院医療費(円)	外来医療費(円)	医療費合計(円)
平成31年度	1,703,293,450	2,531,384,540	4,234,677,990
令和2年度	1,480,030,030	2,352,880,110	3,832,910,140
令和3年度	1,621,409,740	2,625,220,480	4,246,630,220
令和4年度	1,644,676,530	2,550,141,820	4,194,818,350

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」  
※被保険者一人当たりの医療費…1か月分相当

年度別 医療費の状況



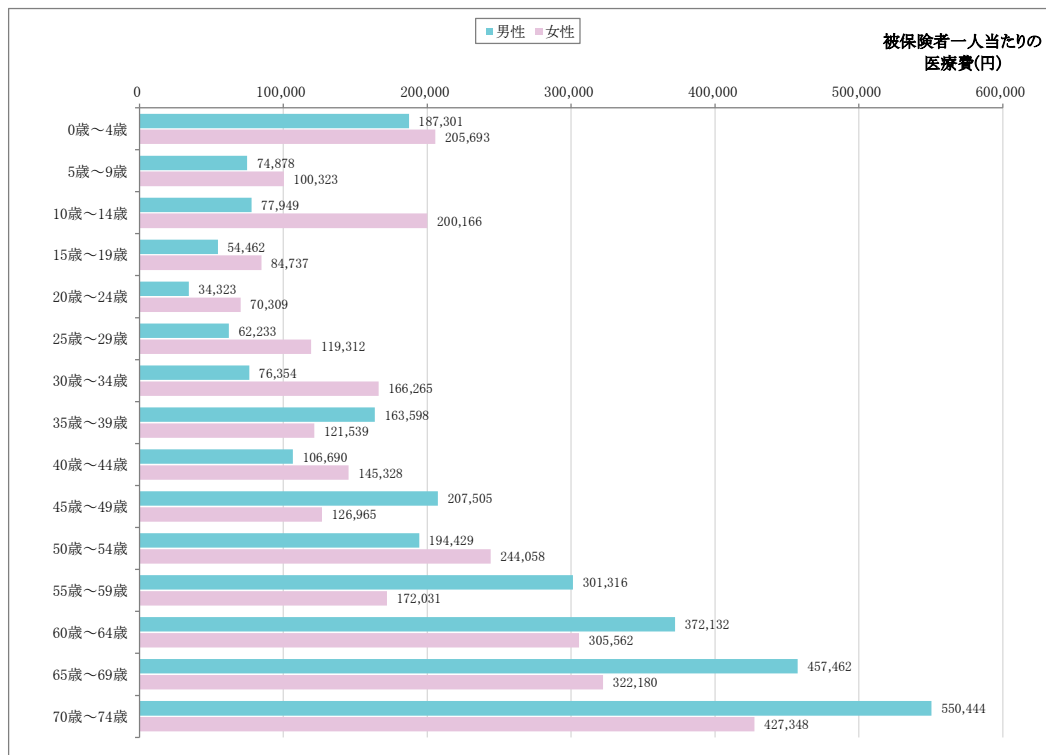
年度別 入院・外来別医療費





図表4-2	性・年齢階層別医療費の状況	出典 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」																								
データ分析の結果	<p>・男女年齢階層別にみると、男性の35歳～39歳、45歳～49歳、55歳～74歳 女性の10歳～14歳、25歳～34歳、40歳～44歳、50歳～54歳、70歳～74歳 で医療費が高くなっています。</p> <p>以下は各性年齢階層別の医療費上位5疾病に入っているものであり、医療費が高くなる原因となっています。</p> <table border="0"> <tr> <td>男性：35歳～39歳</td> <td>腎不全(透析等)、その他の血液及び造血器の疾患、その他の肝疾患</td> </tr> <tr> <td>男性：45歳～49歳</td> <td>腎不全(透析等)、統合失調症、肝硬変、骨折</td> </tr> <tr> <td>男性：55歳～59歳</td> <td>腎不全(透析等)、統合失調症、糖尿病、がん(前立腺がん等)</td> </tr> <tr> <td>男性：60歳～64歳</td> <td>腎不全(透析等)、がん(前立腺がん、肺がん等)、統合失調症、糖尿病</td> </tr> <tr> <td>男性：65歳～69歳</td> <td>がん(前立腺がん、肺がん等)、心疾患(心不全等)、腎不全(透析等)、糖尿病</td> </tr> <tr> <td>男性：70歳～74歳</td> <td>がん(前立腺がん、肺がん等)、心疾患(心不全等)、腎不全(透析等)、糖尿病</td> </tr> <tr> <td>女性：10歳～14歳</td> <td>その他の神経系の疾患、その他の精神及び行動の障害、統合失調症</td> </tr> <tr> <td>女性：25歳～29歳</td> <td>気分障害(うつ病等)、がん(その他の悪性新生物)、その他の神経系の疾患</td> </tr> <tr> <td>女性：30歳～34歳</td> <td>統合失調症、その他の妊娠、分娩及び産じょく、その他の心疾患、その他の消化器系の疾患</td> </tr> <tr> <td>女性：40歳～44歳</td> <td>がん(乳がん、良性新生物等)、統合失調症、気分障害(うつ病等)</td> </tr> <tr> <td>女性：50歳～54歳</td> <td>がん(その他の悪性新生物、大腸がん等)、統合失調症、その他の神経系の疾患</td> </tr> <tr> <td>女性：70歳～74歳</td> <td>がん(その他の悪性新生物等)、糖尿病、その他の神経系の疾患、高血圧疾患</td> </tr> </table> <p>*年齢階層別中分類による疾病別医療費統計より抜粋</p>		男性：35歳～39歳	腎不全(透析等)、その他の血液及び造血器の疾患、その他の肝疾患	男性：45歳～49歳	腎不全(透析等)、統合失調症、肝硬変、骨折	男性：55歳～59歳	腎不全(透析等)、統合失調症、糖尿病、がん(前立腺がん等)	男性：60歳～64歳	腎不全(透析等)、がん(前立腺がん、肺がん等)、統合失調症、糖尿病	男性：65歳～69歳	がん(前立腺がん、肺がん等)、心疾患(心不全等)、腎不全(透析等)、糖尿病	男性：70歳～74歳	がん(前立腺がん、肺がん等)、心疾患(心不全等)、腎不全(透析等)、糖尿病	女性：10歳～14歳	その他の神経系の疾患、その他の精神及び行動の障害、統合失調症	女性：25歳～29歳	気分障害(うつ病等)、がん(その他の悪性新生物)、その他の神経系の疾患	女性：30歳～34歳	統合失調症、その他の妊娠、分娩及び産じょく、その他の心疾患、その他の消化器系の疾患	女性：40歳～44歳	がん(乳がん、良性新生物等)、統合失調症、気分障害(うつ病等)	女性：50歳～54歳	がん(その他の悪性新生物、大腸がん等)、統合失調症、その他の神経系の疾患	女性：70歳～74歳	がん(その他の悪性新生物等)、糖尿病、その他の神経系の疾患、高血圧疾患
男性：35歳～39歳	腎不全(透析等)、その他の血液及び造血器の疾患、その他の肝疾患																									
男性：45歳～49歳	腎不全(透析等)、統合失調症、肝硬変、骨折																									
男性：55歳～59歳	腎不全(透析等)、統合失調症、糖尿病、がん(前立腺がん等)																									
男性：60歳～64歳	腎不全(透析等)、がん(前立腺がん、肺がん等)、統合失調症、糖尿病																									
男性：65歳～69歳	がん(前立腺がん、肺がん等)、心疾患(心不全等)、腎不全(透析等)、糖尿病																									
男性：70歳～74歳	がん(前立腺がん、肺がん等)、心疾患(心不全等)、腎不全(透析等)、糖尿病																									
女性：10歳～14歳	その他の神経系の疾患、その他の精神及び行動の障害、統合失調症																									
女性：25歳～29歳	気分障害(うつ病等)、がん(その他の悪性新生物)、その他の神経系の疾患																									
女性：30歳～34歳	統合失調症、その他の妊娠、分娩及び産じょく、その他の心疾患、その他の消化器系の疾患																									
女性：40歳～44歳	がん(乳がん、良性新生物等)、統合失調症、気分障害(うつ病等)																									
女性：50歳～54歳	がん(その他の悪性新生物、大腸がん等)、統合失調症、その他の神経系の疾患																									
女性：70歳～74歳	がん(その他の悪性新生物等)、糖尿病、その他の神経系の疾患、高血圧疾患																									

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

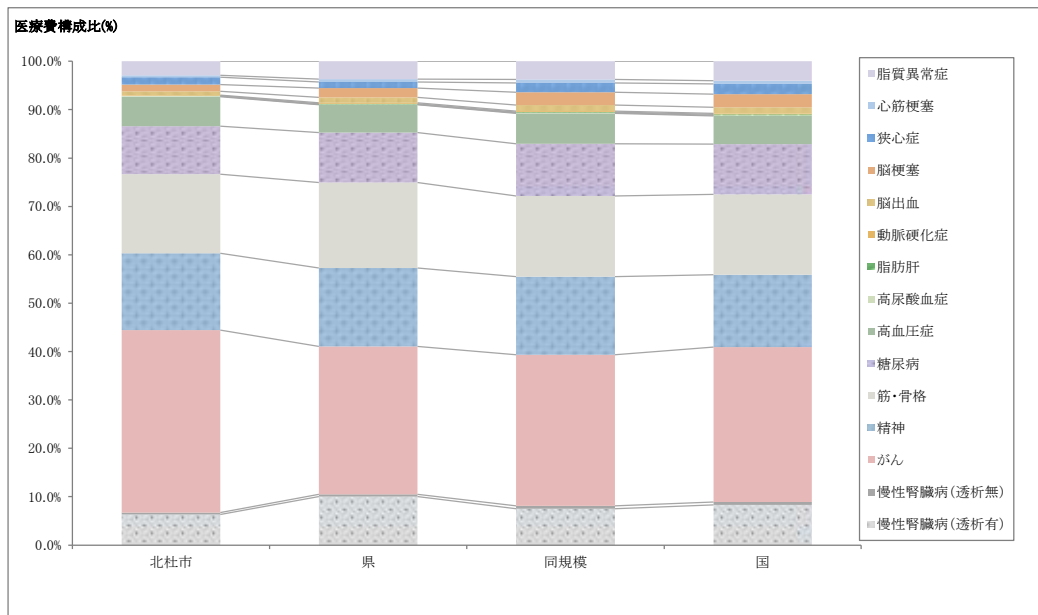
- ・医療費を最大医療資源傷病名別にみると、「がん」が占める割合が37.6%で最も多く、これは国や山梨県と同様の傾向です。次いで「筋・骨格」「精神」「糖尿病」が多いです。また、「がん」「高血圧症」「狭心症」の医療費割合が県よりも高くなっています。

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	北杜市	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	6.3%	10.0%	7.5%	8.3%
慢性腎臓病(透析無)	0.4%	0.5%	0.6%	0.6%
がん	37.6%	30.5%	31.3%	32.0%
精神	15.9%	16.2%	16.2%	15.0%
筋・骨格	16.3%	17.6%	16.7%	16.6%
糖尿病	9.9%	10.3%	10.8%	10.4%
高血圧症	6.1%	5.7%	6.3%	5.8%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	0.8%	1.1%	1.2%	1.3%
脳梗塞	1.4%	2.0%	2.7%	2.7%
狭心症	1.5%	1.2%	1.9%	2.1%
心筋梗塞	0.4%	0.6%	0.7%	0.7%
脂質異常症	2.9%	3.7%	3.8%	4.0%

※「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。

最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)

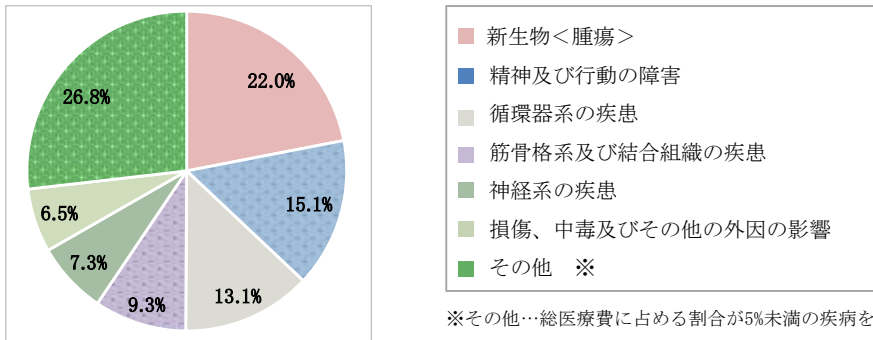


図表5-1	疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院)(令和4年度)	出典 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
-------	-----------------------------	---

データ分析の結果

- 入院医療費を大分類別で見ると、「新生物<腫瘍>」が最も多く、22.0%を占めており、次いで「精神及び行動の障害」「循環器系の疾患」が多くを占めています。「新生物<腫瘍>」の中では「肺がん」が占める割合が高いです。細小分類で見ると、「統合失調症」が割合として一番高いです。

大分類別医療費構成比(入院)(令和4年度)



大・中・細小分類別分析(入院)(令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析		細小分類分析		
1	新生物<腫瘍>	22.0%	その他の悪性新生物<腫瘍>	8.7%	前立腺がん	1.4%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.3%	食道がん	1.0%
					膀胱がん	0.7%
					肺がん	3.3%
良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	2.3%	子宮筋腫	0.3%			
2	精神及び行動の障害	15.1%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	7.9%	統合失調症	7.7%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	3.5%	うつ病	3.5%
			その他の精神及び行動の障害	2.0%		
3	循環器系の疾患	13.1%	その他の心疾患	6.1%	不整脈	3.2%
			その他の循環器系の疾患	1.9%	心臓弁膜症	1.0%
					大動脈瘤	1.5%
					虚血性心疾患	1.8%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	9.3%	関節症	3.1%	関節疾患	3.1%
			その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.2%		
			脊椎障害(脊椎症を含む)	2.2%		

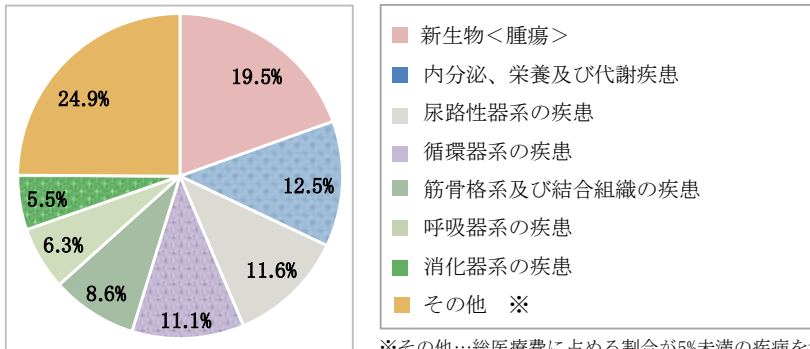
出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」  
 ※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

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

データ分析の結果

- ・外来医療費を大分類別で見ると、「新生物<腫瘍>」が最も多く、19.5%を占めており、次いで「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「尿路器系の疾患」が多くを占めています。「新生物<腫瘍>」の中では「肺がん」が占める割合が一番高いです。
- 細小分類で見ると、「糖尿病」が割合として高いです。

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	新生物<腫瘍>	19.5%	その他の悪性新生物<腫瘍>	8.0%	前立腺がん	1.3%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	4.4%	膀胱がん	1.0%
					卵巣腫瘍(悪性)	0.3%
					肺がん	4.4%
乳房の悪性新生物<腫瘍>	2.0%	乳がん	2.0%			
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	12.5%	糖尿病	8.6%	糖尿病	7.3%
					糖尿病網膜症	1.3%
			脂質異常症	2.6%	脂質異常症	2.6%
					甲状腺障害	0.8%
3	尿路器系の疾患	11.6%	腎不全	9.3%	慢性腎臓病(透析あり)	4.1%
					慢性腎臓病(透析なし)	0.3%
			その他の腎尿路系の疾患	0.7%		
			前立腺肥大(症)	0.7%	前立腺肥大	0.7%
4	循環器系の疾患	11.1%	高血圧性疾患	5.3%	高血圧症	5.3%
			その他の心疾患	4.0%		
			虚血性心疾患	0.8%	狭心症	0.5%

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」  
※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

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

データ分析の結果

- ・入院・外来医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「糖尿病」で、4.6%を占めています。次いで、「統合失調症」「肺がん」「関節疾患」「慢性腎臓病(透析あり)」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	193,879,300	4.6%
2	統合失調症	183,145,600	4.4%
3	肺がん	166,098,060	4.0%
4	関節疾患	143,731,550	3.4%
5	慢性腎臓病(透析あり)	143,712,090	3.4%
6	高血圧症	137,610,070	3.3%
7	不整脈	119,257,710	2.9%
8	うつ病	100,146,540	2.4%
9	骨折	76,376,790	1.8%
10	大腸がん	76,084,390	1.8%

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」

※割合…総医療費に占める割合。

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

図表7	人工透析に関する分析	出典	国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」・「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)
-----	------------	----	--

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比較すると低い水準で、国と同程度です。年度別の透析患者数は減少傾向ですが、患者一人当たりの透析医療費は増加しています。30歳代から透析患者が発生しており、男性に多い傾向です。また、50歳代男性で、被保険者に占める透析患者割合が高いです。

透析患者数及び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(%)
北杜市	13,190	45	0.34%
県	177,051	777	0.44%
同規模	2,020,054	7,840	0.39%
国	24,660,500	86,890	0.35%

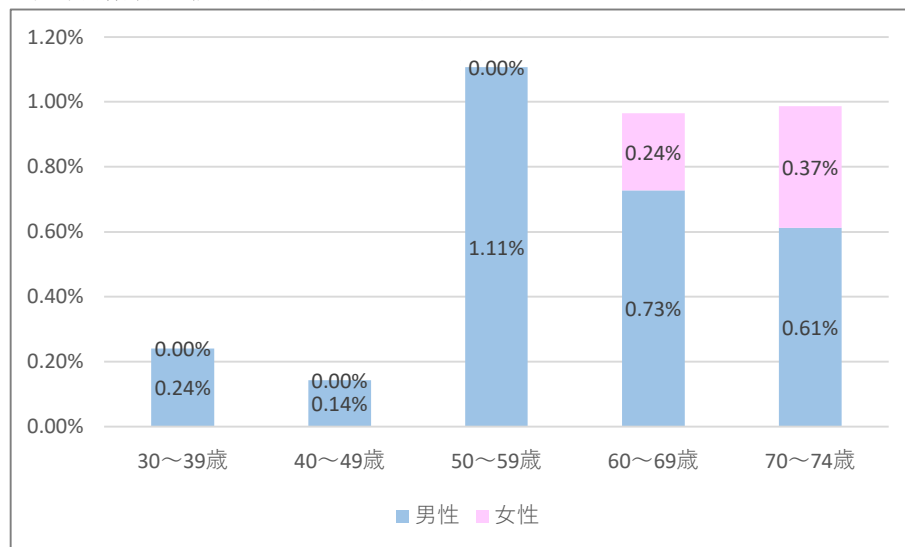
出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

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31年度	54	309,998,900	5,740,720
令和2年度	53	293,667,870	5,540,903
令和3年度	54	319,889,280	5,923,876
令和4年度	45	302,775,390	6,728,342

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」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

男女年齢階層別 被保険者に占める透析患者割合



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

図表8	質問票調査の状況(令和4年度)	出典	国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」
データ分析の結果	<p>・県全体の状況と比較すると、飲酒量がやや多く、間食する人の割合が多い傾向にあり、睡眠に課題を抱えた人が多いです。また、食べる速度や歩行速度が遅いと回答する割合が多く、特に高齢者ではフレイル等気を付ける必要があります。</p>		

質問票調査の状況(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳			
		北杜市	県	同規模	国	北杜市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	15.2%	19.1%	22.3%	20.1%	39.1%	43.5%	45.4%	43.6%
	服薬_糖尿病	3.0%	5.1%	6.1%	5.3%	9.1%	11.5%	11.3%	10.4%
	服薬_脂質異常症	9.5%	13.8%	17.2%	16.5%	24.3%	30.9%	33.7%	34.2%
既往歴	既往歴_脳卒中	1.1%	1.4%	1.9%	2.0%	2.1%	3.2%	3.8%	3.8%
	既往歴_心臓病	3.8%	3.7%	3.2%	3.0%	8.3%	8.3%	6.9%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.4%	0.5%	0.7%	0.6%	0.8%	1.1%	1.0%	0.9%
	既往歴_貧血	7.5%	7.4%	12.9%	14.2%	6.1%	5.3%	8.9%	9.3%
喫煙	喫煙	16.0%	21.4%	19.3%	18.9%	9.9%	10.7%	10.5%	10.2%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	27.7%	34.4%	38.9%	37.8%	24.4%	29.1%	33.2%	33.2%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	76.3%	76.7%	71.2%	68.8%	63.7%	62.1%	59.5%	55.4%
	1日1時間以上運動なし	38.1%	45.3%	48.1%	49.3%	33.7%	41.8%	46.9%	46.7%
	歩行速度遅い	61.8%	60.5%	57.1%	53.0%	56.8%	55.7%	53.4%	49.4%
食事	食べる速度が速い	29.8%	32.8%	31.4%	30.7%	24.5%	26.8%	25.1%	24.6%
	食べる速度が普通	61.4%	59.9%	60.9%	61.1%	66.2%	65.7%	66.6%	67.6%
	食べる速度が遅い	8.8%	7.2%	7.7%	8.2%	9.3%	7.6%	8.3%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	14.7%	17.8%	19.7%	21.1%	6.6%	8.2%	13.2%	12.1%
	週3回以上朝食を抜く	12.3%	16.8%	15.6%	18.9%	3.7%	4.7%	5.0%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	20.4%	22.8%	25.2%	24.3%	21.4%	20.8%	25.5%	24.7%
	時々飲酒	27.1%	24.4%	23.6%	25.3%	22.8%	19.8%	19.3%	21.1%
	飲まない	52.5%	52.8%	51.2%	50.4%	55.9%	59.3%	55.2%	54.2%
	1日飲酒量(1合未満)	49.6%	47.2%	58.1%	60.9%	50.3%	54.7%	64.7%	67.6%
	1日飲酒量(1～2合)	27.8%	29.9%	25.1%	23.0%	33.2%	31.7%	25.1%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	18.4%	17.2%	12.2%	11.2%	13.8%	11.7%	8.5%	7.8%
睡眠	1日飲酒量(3合以上)	4.3%	5.7%	4.6%	4.8%	2.6%	1.9%	1.7%	1.5%
生活習慣改善意欲	睡眠不足	44.0%	41.6%	28.0%	28.4%	48.2%	41.9%	23.9%	23.4%
	改善意欲なし	17.7%	22.5%	26.6%	23.0%	23.4%	26.2%	31.9%	29.3%
	改善意欲あり	14.7%	21.9%	33.2%	32.9%	9.4%	14.7%	27.0%	26.0%
	改善意欲ありかつ始めている	13.4%	13.5%	14.0%	16.4%	7.9%	9.4%	11.5%	13.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.4%	8.8%	9.4%	9.9%	6.2%	6.4%	8.0%	8.6%
	取り組み済み6ヶ月以上	44.8%	33.3%	17.0%	17.8%	53.2%	43.3%	21.5%	23.1%
咀嚼	保健指導利用しない	90.1%	82.3%	68.0%	62.4%	89.1%	79.7%	65.3%	62.9%
	咀嚼_何でも	88.3%	86.4%	82.7%	83.8%	82.4%	80.4%	74.6%	77.0%
	咀嚼_かみにくい	11.3%	12.9%	16.5%	15.5%	17.3%	19.1%	24.4%	22.1%
間食	咀嚼_ほとんどかめない	0.4%	0.6%	0.8%	0.7%	0.3%	0.6%	1.0%	0.8%
	3食以外間食_毎日	29.1%	24.2%	24.5%	23.8%	25.0%	22.0%	21.0%	20.8%
	3食以外間食_時々	53.4%	54.5%	55.6%	55.3%	57.2%	59.1%	58.8%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	17.5%	21.3%	19.9%	20.9%	17.8%	18.9%	20.2%	20.8%

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

データ分析の結果

- ・健診受診者全体では、「HbA1c」の有所見者割合が最も高く、健診受診者の63.7%を占めています。男女とも、65歳～74歳で高くなっています。次いで、「LDL」「収縮期血圧」の割合が高いです。「収縮期血圧」は男女ともに、65歳～74歳で高くなっており、「LDL」は40歳～64歳の男性で割合が高いです。

検査項目別有所見者の状況(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
北社市	40歳～64歳	人数(人)	388	434	267	243	54	440	848	143
		割合(%)	22.8%	25.5%	15.7%	14.3%	3.2%	25.9%	49.9%	8.4%
	65歳～74歳	人数(人)	666	886	484	309	120	1,302	2,181	205
		割合(%)	21.8%	29.0%	15.8%	10.1%	3.9%	42.6%	71.4%	6.7%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,054	1,320	751	552	174	1,742	3,029	348
		割合(%)	22.2%	27.7%	15.8%	11.6%	3.7%	36.6%	63.7%	7.3%
県	割合(%)	24.6%	31.1%	18.0%	13.6%	4.2%	37.6%	68.1%	2.6%	
国	割合(%)	26.8%	34.9%	21.1%	14.0%	3.8%	24.8%	58.2%	6.7%	

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
北社市	40歳～64歳	人数(人)	615	507	926	3	134	390	45	168
		割合(%)	36.2%	29.8%	54.4%	0.2%	7.9%	22.9%	2.6%	9.9%
	65歳～74歳	人数(人)	1,774	931	1,630	45	467	1,077	83	735
		割合(%)	58.0%	30.5%	53.3%	1.5%	15.3%	35.2%	2.7%	24.1%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	2,389	1,438	2,556	48	601	1,467	128	903
		割合(%)	50.2%	30.2%	53.7%	1.0%	12.6%	30.8%	2.7%	19.0%
県	割合(%)	49.0%	26.9%	51.0%	1.1%	15.8%	31.7%	1.3%	19.4%	
国	割合(%)	48.3%	20.7%	50.1%	1.3%	21.5%	18.4%	5.2%	21.8%	

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
北社市	40歳～64歳	人数(人)	234	321	190	178	47	280	396	128	336	331	440	2	81	233	22	80
		割合(%)	28.8%	39.5%	23.4%	21.9%	5.8%	34.4%	48.7%	15.7%	41.3%	40.7%	54.1%	0.2%	10.0%	28.7%	2.7%	9.8%
	65歳～74歳	人数(人)	354	644	286	208	102	746	1,023	180	876	552	695	42	248	537	45	378
		割合(%)	24.4%	44.4%	19.7%	14.3%	7.0%	51.4%	70.6%	12.4%	60.4%	38.1%	47.9%	2.9%	17.1%	37.0%	3.1%	26.1%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	588	965	476	386	149	1,026	1,419	308	1,212	883	1,135	44	329	770	67	458
		割合(%)	26.0%	42.6%	21.0%	17.1%	6.6%	45.3%	62.7%	13.6%	53.6%	39.0%	50.2%	1.9%	14.5%	34.0%	3.0%	20.2%
県	割合(%)	30.5%	49.5%	24.2%	19.9%	7.7%	46.6%	67.0%	4.9%	52.5%	34.6%	47.3%	2.1%	17.6%	34.8%	1.5%	21.0%	
国	割合(%)	33.9%	55.8%	28.1%	20.7%	7.3%	31.4%	59.1%	13.0%	50.8%	25.7%	44.8%	2.7%	24.5%	20.0%	5.0%	23.7%	

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
北社市	40歳～64歳	人数(人)	154	113	77	65	7	160	452	15	279	176	486	1	53	157	23	88
		割合(%)	17.3%	12.7%	8.7%	7.3%	0.8%	18.0%	50.9%	1.7%	31.4%	19.8%	54.7%	0.1%	6.0%	17.7%	2.6%	9.9%
	65歳～74歳	人数(人)	312	242	198	101	18	556	1,158	25	898	379	935	3	219	540	38	357
		割合(%)	19.4%	15.1%	12.3%	6.3%	1.1%	34.6%	72.1%	1.6%	55.9%	23.6%	58.2%	0.2%	13.6%	33.6%	2.4%	22.2%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	466	355	275	166	25	716	1,610	40	1,177	555	1,421	4	272	697	61	445
		割合(%)	18.7%	14.2%	11.0%	6.7%	1.0%	28.7%	64.6%	1.6%	47.2%	22.3%	57.0%	0.2%	10.9%	27.9%	2.4%	17.8%
県	割合(%)	19.3%	15.4%	12.8%	8.4%	1.3%	30.1%	69.0%	0.7%	46.0%	20.4%	54.2%	0.3%	14.3%	29.1%	1.3%	18.1%	
国	割合(%)	21.5%	19.1%	15.9%	9.0%	1.3%	19.8%	57.6%	1.8%	46.3%	16.9%	54.1%	0.3%	19.2%	17.2%	5.4%	20.4%	

※ 有所見者割合・・・健診検査値が記録されている人で、保健指導判定値を超えている人の割合。

※ 保健指導判定値

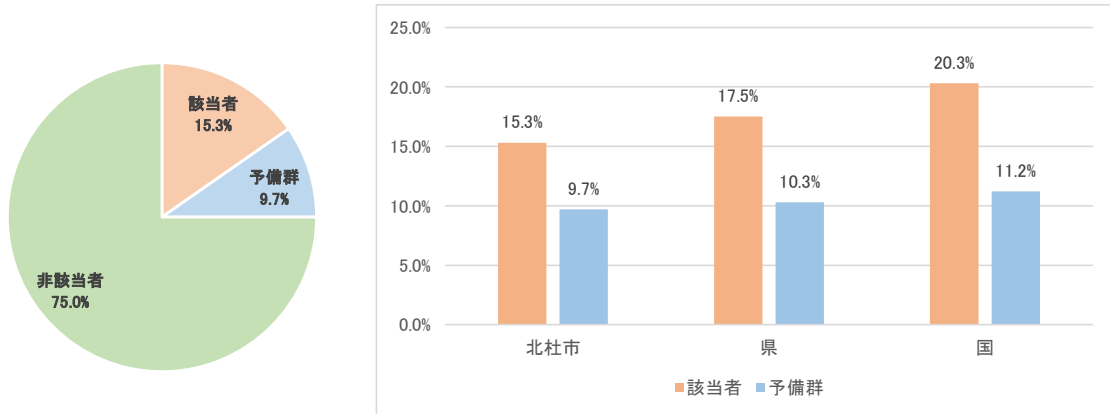
BMI：25以上、腹囲：男性85cm以上 女性90cm以上、収縮期血圧：130mmHg以上、拡張期血圧：85mmHg以上  
 中性脂肪：150mg/dl以上、HDLコレステロール：39mg/dl以下、LDLコレステロール：120mg/dl以上、  
 空腹時血糖値：100mg/dl以上、HbA1c5.6%以上



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

データ分析の結果  
 ・健診受診者全体で、メタボリックシンドローム該当者は15.3%、予備群は9.7%となっています。県全体と比較すると該当者割合・予備群共に男女とも低くなっています。血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている者は4.2%です。

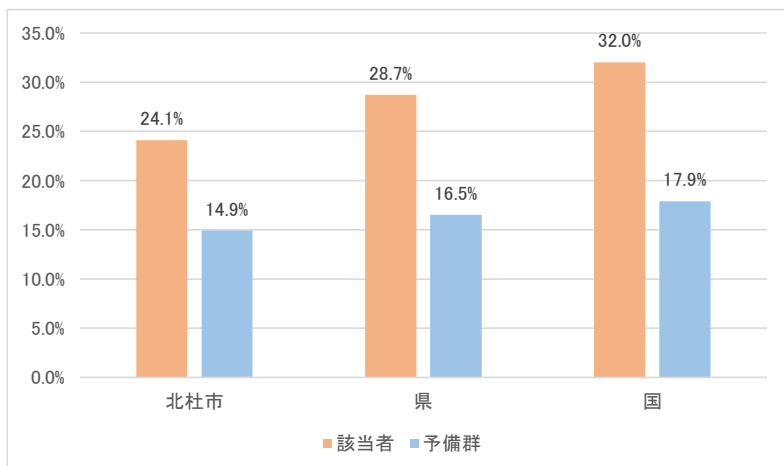
令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況



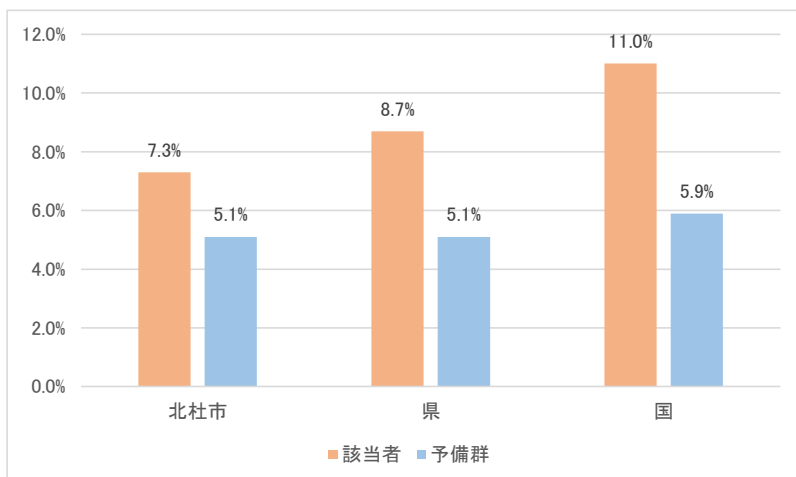
令和4年度メタボリックシンドローム該当状況（男女合計）

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	1,701	43.8%	74	4.4%	160	9.4%	5	0.3%	116	6.8%	39	2.3%
65歳～74歳	3,056	51.8%	56	1.8%	303	9.9%	17	0.6%	247	8.1%	39	1.3%
全体(40歳～74歳)	4,757	48.6%	130	2.7%	463	9.7%	22	0.5%	363	7.6%	78	1.6%
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	200	11.8%	24	1.4%	8	0.5%	115	6.8%	53	3.1%		
65歳～74歳	527	17.2%	110	3.6%	14	0.5%	254	8.3%	149	4.9%		
全体(40歳～74歳)	727	15.3%	134	2.8%	22	0.5%	369	7.8%	202	4.2%		

令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(男性)



令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(女性)



**メタボリックシンドローム判定基準**

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上

②血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

③脂質：中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dL未満

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

図表11-1	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の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か月の受診件数が【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7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	7,270	187	57	5	0
	2医療機関以上	2,591	106	25	3	0
	3医療機関以上	678	38	7	1	0
	4医療機関以上	151	11	2	0	0
	5医療機関以上	33	3	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か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	53.53%	1.37%	0.42%	0.03%	0.00%
	2医療機関以上	19.08%	0.78%	0.18%	0.02%	0.00%
	3医療機関以上	4.99%	0.28%	0.05%	0.00%	0.00%
	4医療機関以上	1.12%	0.08%	0.01%	0.00%	0.00%
	5医療機関以上	0.24%	0.02%	0.00%	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か月の平均をとったもの。

図表11-2	重複・頻回受診者に係る分析(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	・重複・頻回受診者は、医療機関の1か月の受診件数が【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3人～12人で平均7人です。被保険者1万人当たりになると5人です。		

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	14,022	3
令和4年5月	13,916	6
令和4年6月	13,866	5
令和4年7月	13,784	6
令和4年8月	13,720	7
令和4年9月	13,615	6
令和4年10月	13,547	7
令和4年11月	13,407	10
令和4年12月	13,376	11
令和5年1月	13,309	6
令和5年2月	13,218	6
令和5年3月	13,190	12
<b>令和4年度平均</b>	<b>13,581</b>	<b>7</b>
重複・頻回受診該当者数 (対被保険者1万人)		5

＊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か月の受診件数が【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

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

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一人当たりの割合を示したものです。医療機関の1か月の受診件数が【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か月の受診件数が【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、平均8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、平均86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	43	8	2	0	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

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	0.32%	0.06%	0.02%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	3医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	4医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	5医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

\*各月の重複処方該当者を被保険者数で割り、12か月の平均値を示す。

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	5,650	4,664	3,649	2,765	2,071	1,531	1,112	803	575	419	86	17	
	15日以上	4,447	3,879	3,182	2,503	1,918	1,440	1,060	773	556	407	85	17	
	30日以上	3,744	3,265	2,677	2,113	1,615	1,209	888	645	468	346	71	15	
	60日以上	1,581	1,369	1,105	864	657	491	360	260	189	137	31	6	
	90日以上	488	413	328	253	189	140	105	76	57	40	8	2	
	120日以上	10	9	8	6	5	4	4	3	2	2	0	0	
	150日以上	4	4	3	3	2	2	1	1	1	1	0	0	
	180日以上	3	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	

\*各月の「多剤処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる多剤処方を受けた者(人)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か月の平均値を示す。

令和4年度多剤処方該当者 被保険者1人当たりの割合

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数 (同一月内)												
		被保険者1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1人 当たりの 割合 (%)	1日以上	41.60%	34.34%	26.87%	20.36%	15.25%	11.28%	8.19%	5.92%	4.23%	3.09%	0.64%	0.12%	
	15日以上	32.75%	28.56%	23.43%	18.43%	14.13%	10.61%	7.81%	5.69%	4.10%	3.00%	0.63%	0.12%	
	30日以上	27.57%	24.04%	19.72%	15.56%	11.90%	8.90%	6.54%	4.75%	3.45%	2.55%	0.52%	0.11%	
	60日以上	11.65%	10.09%	8.14%	6.37%	4.84%	3.62%	2.65%	1.91%	1.39%	1.01%	0.23%	0.04%	
	90日以上	3.60%	3.04%	2.42%	1.87%	1.39%	1.03%	0.77%	0.56%	0.42%	0.30%	0.06%	0.01%	
	120日以上	0.07%	0.06%	0.06%	0.04%	0.04%	0.03%	0.03%	0.02%	0.02%	0.02%	0.00%	0.00%	
	150日以上	0.03%	0.03%	0.02%	0.02%	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	
	180日以上	0.02%	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	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か月の平均値を示す。

図表12-2	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・多剤処方状況」
データ分析の結果	<p>・重複処方該当者は令和4年度、各月4人～15人となり平均8人です。また、多剤処方該当者は各月74人～104人で平均86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6人、多剤処方該当者は64人です。</p>		

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	14,022	7	74
令和4年5月	13,916	15	89
令和4年6月	13,866	6	82
令和4年7月	13,784	8	78
令和4年8月	13,720	7	94
令和4年9月	13,615	4	79
令和4年10月	13,547	8	103
令和4年11月	13,407	8	83
令和4年12月	13,376	7	104
令和5年1月	13,309	9	82
令和5年2月	13,218	7	79
令和5年3月	13,190	13	90
<b>令和4年度平均</b>	<b>13,581</b>	<b>8</b>	<b>86</b>
重複・多剤処方該当者数 (対被保険者1万人)		6	64

\*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(同一月内)【15剤以上】に該当する人数を「多剤処方該当者数」とする。

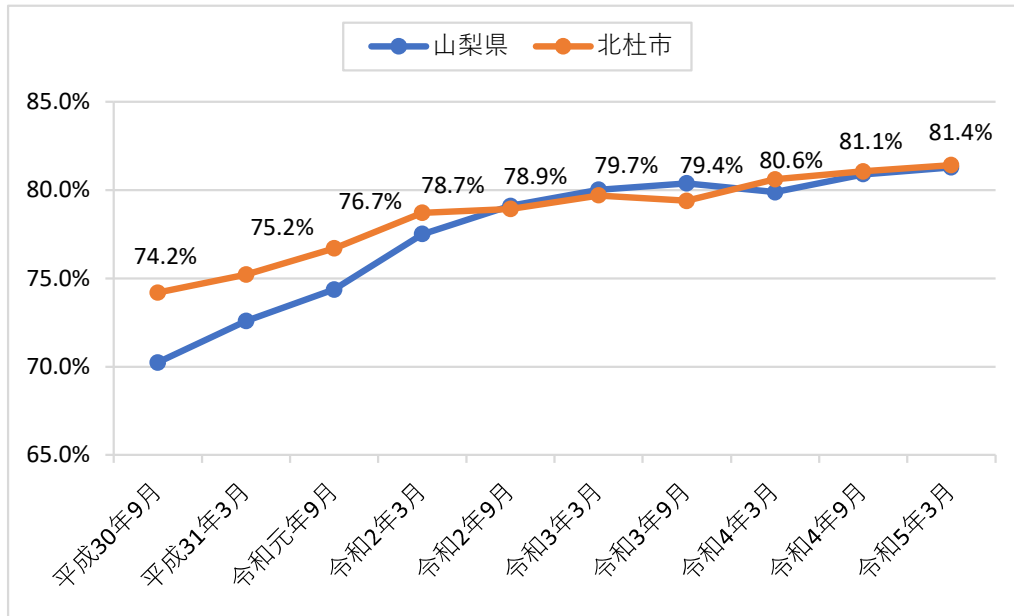
図表13	後発医薬品普及率に係る分析	厚生労働省ホームページ「保険者別の後発医薬品の使用割合(毎年度公表)」 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190726.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190726.html</a>
------	---------------	--

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81.4%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%
北杜市	74.2%	75.2%	76.7%	78.7%	78.9%	79.7%	79.4%	80.6%	81.1%	81.4%



※抽出データの計算方法等

(1) 保険者別の後発医薬品使用割合(数量シェア)の計算方法

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

使用割合(数量シェア)

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

(2) 抽出対象のレセプト

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

②対象期間： 集計の対象月(今回は令和5年3月)の診療に係るレセプト

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

(3) その他の主な留意点

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

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

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



図表14 死亡の状況

出典 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

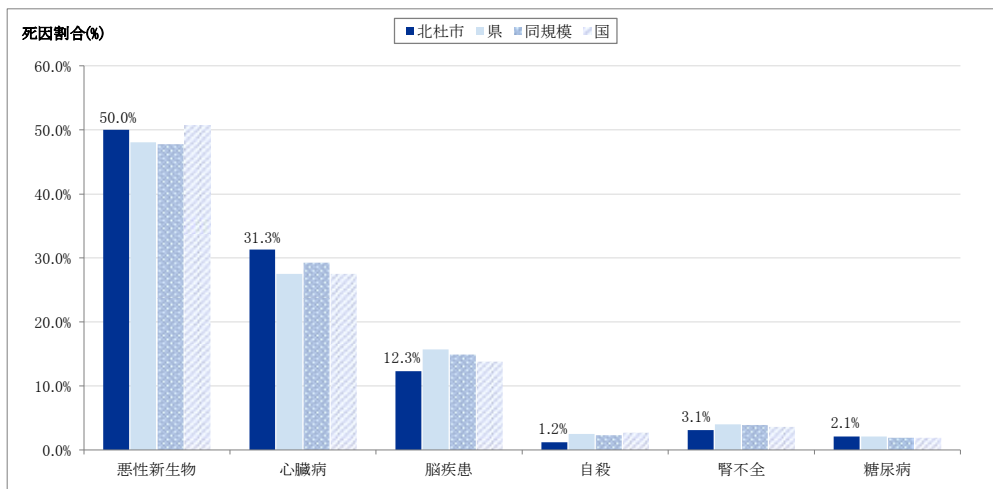
データ分析の結果

- ・主たる死因の状況としては、悪性新生物が最も高く、次いで、心臓病、脳疾患となっています。県や国と比較すると、悪性新生物・心臓病の死因割合がやや高くなっています。
- ・経年で見ると心臓病での死因がやや増加傾向にあります。

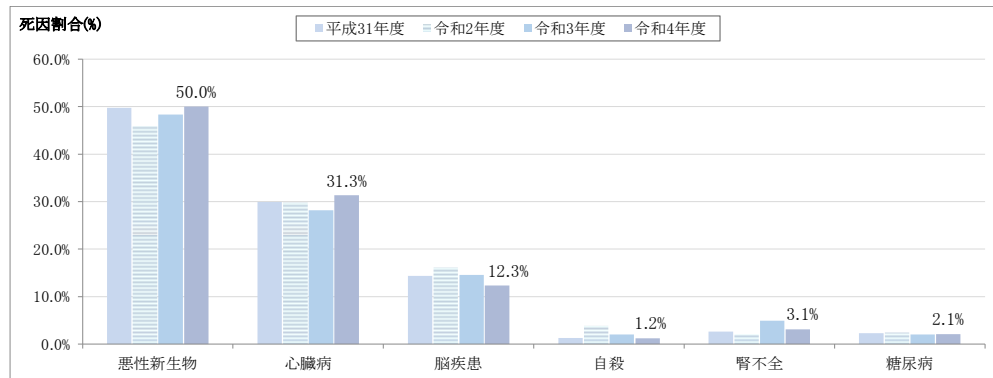
主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	北杜市		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	163	50.0%	48.1%	47.8%	50.6%
心臓病	102	31.3%	27.5%	29.3%	27.5%
脳疾患	40	12.3%	15.7%	14.9%	13.8%
自殺	4	1.2%	2.5%	2.3%	2.7%
腎不全	10	3.1%	4.0%	3.9%	3.6%
糖尿病	7	2.1%	2.1%	1.9%	1.9%
合計	326				

主たる死因の割合(令和4年度)



年度別 主たる死因の割合



# 第3章 計画全体

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

	健康課題	優先する健康課題	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	間食や1日飲酒量が多いという習慣を崩すことができず、病気が悪化し重篤化することが懸念されます。健康の改善への意識が低い傾向が強いため、生活習慣の改善の必要性を理解し行動する必要があります。	✓	A・B C	市民の健康改善の意識が低く、生活習慣病改善を理解し行動できる、きっかけづくりにつなげるためにも、特定健診の受診率向上を図ります。	1-1 1-2 2 3 4
B	高血圧症や糖尿病を発症し受診しているが、リスク因子の回避方法の実践ができない人が多いため、心疾患や腎疾患の発症につながっていると推測されます。		A・C	医療機関への受診勧奨を行うことで適切な医療につなぎ重症化を予防します。	1-2 2 4
C	健診未受診者の医療費は健診受診者の3倍近くになっていることから、健康への無関心層の生活習慣は、重篤な状態に移行しやすい状況にある可能性があります。		A・C	早期に保健指導を行い生活習慣を改善することで、腎症の悪化を遅延させます。	2 3

### 健康課題イメージ...



A  
「酒を飲むよ」  
「間食を食べるよ」  
  
「止めないよ…」  
「止められないよ…」

B  
「病院に行っているから、  
いままでどおり大丈夫」

C  
「健診行ったら、病気が見つかるかも…  
行きたくない…」  
  
「元気だから、健診行かないよ」



計画全体の目的	市民が自分自身の心身に関心を持ち、自分の健康の在り方に気づき、これを達成するための方法や資源を選択できることで早期発見や重症化予防につなげます。
---------	--

対応する健康課題	計画全体の目標	評価指標	計画策定時	目標値					
			実績	2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)
A・C	健診の受診をきっかけに、自分の健康に関心を持ち、生活習慣の改善を目指します。	運動習慣のある者の割合	31.8%	32.1%	32.4%	32.7%	33.0%	33.2%	33.4%
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(※1)	53.1%	53.1%以下	53.1%以下	53.1%以下	53.1%以下	53.1%以下	53.1%以下
		メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(※1)	25.0%	23.3%	21.6%	19.9%	18.2%	16.5%	14.8%
B	糖尿病等の疾患管理が不十分なことで起こる、腎症や心筋梗塞、脳梗塞などの病気を予防、早期発見していくことで重症化予防していく事ができます。	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(※1)	7.4%	7.4%以下	7.4%以下	7.4%以下	7.4%以下	7.4%以下	7.4%以下
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(短期)(※1)	3.4% (R3→R4)	3.4%以下 (R5→R6)	3.4%以下 (R6→R7)	3.4%以下 (R7→R8)	3.4%以下 (R8→R9)	3.4%以下 (R9→R10)	3.4%以下 (R10→R11)
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(中長期)(※1)	6.3% (R1→R4)			5.8%以下 (R5→R8)			11.6%以下 (R5→R11)

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

保健事業番号	事業分類	事業概要				重点・優先度
		事業名	対象	主な内容・方法	対応事業名	
1-1	特定健康診査・特定保健指導	受診率向上事業 (未受診者対策事業含)	①40歳～74歳の被保険者 ②40歳～50歳代の未受診の被保険者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・みなし健診の実施</li> <li>・受診しやすい環境づくり (みなし健診の拡大、市内医療機関での個別健診の検討)</li> <li>・契約健診機関で行う人間ドック</li> <li>・未受診者の傾向分析</li> <li>・対象者を絞った未受診者へのアプローチ</li> <li>・希望あり、未受診者への受診勧奨(はがき・電話)</li> <li>・未希望者(40歳～64歳)への受診勧奨(はがき)</li> </ul>	特定健診 人間ドック みなし健診	重点
1-2		保健指導実施率向上事業	被保険者のうち特定保健指導の対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師、管理栄養士による指導</li> <li>・連続該当者への健康情報提供</li> <li>・健康教室への参加勧奨</li> <li>・生活習慣意識向上を目的に企業連携した取り組みへの参加勧奨</li> </ul>	特定保健指導	
2	生活習慣病重症化予防	健診異常値未治療者受診勧奨事業	血圧、糖、腎のデータが総合健診で異常値 総合健診結果で要指導・要治療の該当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧・糖代謝・腎機能C判定以上の結果対象者への結果報告会での指導</li> <li>・結果報告会に来所できない人への、来庁・電話相談による指導</li> <li>・総合健診結果異常値未治療者に対する医療機関への受診勧奨</li> <li>・健康教室への参加勧奨</li> </ul>	結果報告会 所内相談	
3	糖尿病対策	糖尿病・CKD対策事業	特定健康診査受診者で、 eGFR・クレアチニンでの精密検査対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康教室への参加勧奨</li> <li>・訪問や電話等による受診勧奨</li> <li>・精検依頼状の返書を確認し、必要な者は再度受診勧奨</li> <li>・集団健診結果HbA1c8.0%以上の者への訪問指導</li> <li>・eGFR・クレアチニン、血圧の追跡</li> <li>・健診結果が①75歳未満かつ② HbA1c6.5%以上かつ③ eGFR60以下の者を対象として、尿検査による塩分摂取量測定</li> </ul>	糖尿病・CKD重症化 予防事業 病態別栄養指導 塩分摂取量測定事業	
4	健康意識向上	健康意識向上事業	市民 (40歳～74歳の被保険者)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康教室(かかりつけ医、栄養士、保健師など)</li> <li>・各種組織を活用した受診勧奨(保健福祉推進員等)</li> <li>・健診ポスターの掲示(各総合支所等)</li> <li>・のぼり旗の設置(各総合支所等)</li> <li>・健康増進月間に健康習慣を見つけるきっかけ作り</li> </ul>	健康教室 健康づくり事業 健康情報普及啓発事業	



# 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)	25.0%	23.3%	21.6%	19.9%	18.2%	16.5%	14.8%	
		男性	40～49歳	28.2%	27.2%	26.2%	25.2%	24.2%	23.2%	22.2%
			50～59歳	35.4%	33.4%	31.4%	29.4%	27.4%	25.4%	23.4%
			60～69歳	39.9%	36.9%	33.9%	30.9%	27.9%	24.9%	21.9%
			70～74歳	41.9%	39.4%	36.9%	34.4%	31.9%	29.4%	26.9%
		女性	40～49歳	6.0%	5.3%	4.5%	3.9%	3.2%	2.5%	1.8%
			50～59歳	8.8%	7.8%	6.8%	5.8%	4.8%	3.8%	2.8%
			60～69歳	12.2%	11.2%	10.2%	9.2%	8.2%	7.2%	6.2%
	70～74歳		15.1%	14.1%	13.1%	12.1%	11.1%	10.1%	9.1%	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(全年齢)	53.1%	現状値より減少 →						
		男性	40～49歳	36.4%	現状値より減少 →					
			50～59歳	51.3%	現状値より減少 →					
			60～69歳	59.5%	現状値より減少 →					
			70～74歳	64.7%	現状値より減少 →					
		女性	40～49歳	22.6%	現状値より減少 →					
			50～59歳	30.5%	現状値より減少 →					
			60～69歳	48.8%	現状値より減少 →					
	70～74歳		61.6%	現状値より減少 →						
	3	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)	7.4%	現状値より減少 →						
		男性	40～49歳	5.6%	5.5%	5.3%	5.1%	4.9%	4.7%	4.5%
			50～59歳	5.0%	現状値より減少 →					
60～69歳			9.3%	現状値より減少 →						
70～74歳			13.4%	現状値より減少 →						
女性		40～49歳	1.4%	現状値より減少 →						
		50～59歳	1.4%	現状値より減少 →						
		60～69歳	3.7%	現状値より減少 →						
	70～74歳	8.8%	現状値より減少 →							

項目	No.	総合評価指標	計画策定時実績(R4)	目標値						
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトプット指標	4	特定健康診査受診率	48.7%	50.5%	52.3%	54.1%	56.0%	58.0%	60.0%	
		男性	40～49歳	36.0%	37.4%	38.7%	40.1%	41.5%	42.9%	44.3%
			50～59歳	40.7%	42.3%	43.9%	45.5%	47.1%	48.7%	50.2%
		女性	40～49歳	39.1%	40.6%	42.1%	43.6%	45.1%	46.6%	48.1%
			50～59歳	48.0%	49.9%	51.7%	53.6%	55.4%	57.3%	59.1%
	5	特定保健指導実施率(全体)	57.0%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%	
		動機付け支援	72.6%	73.2%	73.9%	74.5%	75.1%	75.8%	76.4%	
積極的支援		16.3%	16.4%	16.5%	16.6%	16.7%	16.8%	17.0%		
アウトカム指標	6	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.4%	21.2%	22.0%	22.8%	23.6%	24.4%	25.0%	

事業番号1-1

受診率向上事業(未受診者対策事業合)

事業の目的	健診を受診することで、自分の身体の状況を知り疾患の早期発見・早期治療につなげます。健診を受けやすくするための体制づくりを強化します。
-------	--

事業の概要	特定健診を受診することで、生活習慣に伴う自覚しにくい健康変化を知り、疾患の予防、早期発見・早期治療につなげる事ができます。
-------	---

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48.7%で県平均より高くなっておりませんが、国の目標に達していません。男女ともに、40歳代50歳代で健診受診率が低く、特に男性の若年層の受診率が低いのが課題です。
----------------------	---

対象者	①40歳～74歳の被保険者 ②40歳～59歳の被保険者で未受診の者
-----	--------------------------------------

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該当者及び予備群の割合	25.0%	23.3%	21.6%	19.9%	18.2%	16.5%	14.8%	
		男性	40～49歳	28.2%	27.2%	26.2%	25.2%	24.2%	23.2%	22.2%
			50～59歳	35.4%	33.4%	31.4%	29.4%	27.4%	25.4%	23.4%
		女性	40～49歳	6.0%	5.3%	4.5%	3.9%	3.2%	2.5%	1.8%
	50～59歳		8.8%	7.8%	6.8%	5.8%	4.8%	3.8%	2.8%	
	2	受診勧奨実施者の特定健康診査受診率	12.4%	13.7%	15.0%	16.3%	17.6%	18.9%	20.0%	

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	特定健康診査受診率	48.7%	50.5%	52.3%	54.1%	56.0%	58.0%	60.0%	
		男性	40～49歳	36.0%	37.4%	38.7%	40.1%	41.5%	42.9%	44.3%
			50～59歳	40.7%	42.3%	43.9%	45.5%	47.1%	48.7%	50.2%
		女性	40～49歳	39.1%	40.6%	42.1%	43.6%	45.1%	46.6%	48.1%
	50～59歳		48.0%	49.9%	51.7%	53.6%	55.4%	57.3%	59.1%	
	2	連続受診者数(3年連続:総合健診・人間ドック・みなし健診の合計)	1,549人	1,800人	2,050人	2,300人	2,350人	2,400人	2,400人	
	3	総合健診希望者の受診率	61.9%	63.3%	64.7%	66.0%	67.4%	68.7%	70.0%	
	4	人間ドック希望者の受診率	81.2%	81.8%	82.4%	83.0%	83.6%	84.2%	85.0%	
5	みなし健診対象者の受診率	16.0%	18.3%	20.6%	22.9%	25.2%	27.5%	30.0%		
6	みなし健診実施医療機関数	6			増加			増加		



プロセス(方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全世帯へ健診希望調査・申込書の配布。</li> <li>・広報紙、CATV、LINE等での健診実施の周知。</li> <li>・地区回覧での周知。</li> <li>・未把握の未希望者(40歳～64歳)への受診の呼びかけ(はがき)</li> </ul>	
	勸奨	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診希望調査で受診希望とあるが、未受診者への受診勸奨(はがき・電話)</li> <li>・未把握の未希望者(40歳～64歳)への受診の呼びかけ(はがき)</li> <li>・みなし健診の対象者へ個別通知による周知</li> </ul>	
	実施及び実施後の支援	実施形態	・集団健診と人間ドック・みなし健診を実施します。
		実施場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診については、総合会館、体育館等の公共施設で実施します。</li> <li>・人間ドックについては、委託健診機関等で実施します。</li> <li>・みなし健診については、指定医療機関等で実施します。</li> </ul>
		時期・期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健康診査 4月～6月・10月～11月 (対象者の利便性を考慮し、土・日曜日の実施日を含む)</li> <li>・人間ドック 4月～3月</li> <li>・みなし健診 11月～3月</li> </ul>
		データ取得	・他の法令等に基づく健康診査の結果や、かかりつけ医を受診した際の健康診査のデータを受領する際には、迅速かつ確実に受領できるよう、事業主やかかりつけ医等と事前に十分な協議、調整を行った上で、実施します。
		結果提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合健診：判定にあわせて、郵送又は結果報告会で行います。</li> <li>・人間ドック：健診当日又は後日郵送等で各健診機関から通知します。</li> </ul>
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診しやすくするため、みなし健診の普及と拡大をします。</li> <li>・②の対象者に対して、未受診者の傾向分析を行い、受診しやすい体制づくりに活かしていきます。</li> </ul>		
ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保年金課が主体となり健康増進課と協働して行います。対象者の把握・周知などは両課で行い、健診実施等の直接的な支援は健康増進課が実施します。</li> <li>・市内医療機関での個別健診の検討を進めていきます。</li> </ul>	
	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)	・みなし健診の実施、指定医療機関の拡大を目指し、各医療機関や医師会、県健康増進課と連携を図ります。	
	国民健康保険団体連合会	・年度ごとの未受診者の把握で、KDBを活用していきます。	
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診実施医療機関と健診体制について協議・協力します。</li> <li>・効果的な受診勸奨はがきの作成・送付の業務を委託します。</li> </ul>	
	その他の組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周知や市民の声を活かすために、協力をさせていただきます。</li> <li>◎健康づくり推進協議会 (構成員：医師会、中北保健所、校長会、教育研究部会 養護教諭、食生活推進委員会、老人クラブ連合会、PTA連合協議会、青少年育成北杜市民会議、保育園保護者連合会、スポーツ協会、代表区長会、国民健康保険事業の運営に関する協議会、商工会、社会福祉協議会)</li> <li>◎保健福祉推進員</li> </ul>	
	他事業	・受診者の利便性を考え、がん検診との同時実施を継続できるように努力します。	
	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・②の対象者の受診しやすさを検討していく上で、市内医療機関での個別健診の検討をします。</li> <li>※「みなし健診」「個別健診」の考え方について 「みなし健診」 = 特定健康診査 「個別健診」 = 特定健康診査 + 一部がん検診</li> </ul>	

事業番号1-2

保健指導実施率向上事業

事業の目的	保健指導を実施することで自身の身体状況を確認し、日常生活習慣と連動して理解することで、高血圧・糖尿病・脂質異常症等の生活習慣病の予防に繋がります。
-------	---

事業の概要	特定保健指導は健診機関に委託し、保健師・管理栄養士による生活改善の為の支援を行います。積極的支援対象者には3か月以上の継続実施を行います。生活習慣の改善意識向上のきっかけ作りの1つとして、希望者へ企業と連携した体験事業の実施をします。
-------	---

現在までの事業結果 (成果・課題)	未利用者や初回のみ参加者は次年度も特定保健指導対象になる方が多く、数年間継続され改善が難しくなっています。
----------------------	---

対象者	市が実施する特定健診受診者のうち特定保健指導の対象者
-----	----------------------------

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.4%	21.2%	22.0%	22.8%	23.6%	24.4%	25.0%
	2	特定保健指導対象者の割合 (積極的対象+動機付け対象)	10.7%	10.4%	10.1%	9.8%	9.5%	9.2%	9.0%

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)	57.0%	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%
		動機付け支援	72.6%	73.2%	73.9%	74.5%	75.1%	75.8%	76.4%
		積極的支援	16.3%	16.4%	16.5%	16.6%	16.7%	16.8%	17.0%
	2	総合健診で味付けが濃いと回答した人の割合	14.8%	14.0%	14.0%	13.0%	13.0%	12.0%	12.0%
	3	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を「毎日」摂取している人の割合	26.4%	25.6%	24.8%	23.9%	23.1%	22.3%	21.5%
	4	飲酒日の1日当たりの飲酒量							
		2~3合摂取する人の割合	15.5%	14.5%	13.5%	12.5%	11.5%	10.5%	9.3%
	3合以上摂取する人の割合	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.7%	

プロセス(方法)	周知	・対象者全員に日時を指定した初回面接への参加勧奨通知の発送。	
	勧奨	・健康教室への参加勧奨 ・企業と連携した行動変容のきっかけ作りとなる事業への参加勧奨	
	実施及び実施後の支援	初回面接	・健診結果報告会で結果を返却する日が初回面接となります。
		実施場所	・集団健診については、総合会館、体育館等の公共施設で実施します。 ・人間ドックについては委託契約を結んだ健診機関等で実施します。
		実施内容	<動機付け支援> ・面接による支援のみの原則1回の支援。初回面接時に行動計画を作成し3か月経過後に実績評価を行います。特定健康診査の結果並びに生活習慣の状況を踏まえ、自らの生活習慣の改善すべき点を自覚し、自ら目標を設定し行動に移すことができるよう支援します。 <積極的支援> ・初回時に面接による支援を行い、その後3か月から6か月の継続的な支援を行います。初回面接時に行動計画を作成し3か月・6か月経過後に実績評価を行います。自らの身体に起こっている変化を理解できるように促し、具体的に実践可能な行動目標を対象者と一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援し、行動を継続できるよう定期的かつ継続的に介入します。積極的支援終了時には改善した行動が継続できるよう意識づけを行います。
		時期・期間	・特定健診実施後、特定保健指導対象者の選定及び階層化終了後に実施します。健診結果報告会で健診結果を返却する日が初回面接となります。その後は委託機関のメニューに基づいて実施し、3か月又は6か月後に評価をします。
		実施後のフォロー・継続支援	・初回面接日(結果報告会)では、健康教室のチラシを渡し参加の意思の確認をします。 ・健診結果異常値未治療者には、3か月後に医療機関の受診勧奨を行います。
		その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	・指導期間中のモニタリングの進捗及び結果は委託事業者から報告を得るようにし、必要な対策を検討します。 ・積極的支援対象者に関しては継続支援を希望する場合、自己負担金2,100円を徴収していましたが、継続率を上昇させるため令和6年度から無料とします。

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	・国保年金課が主体となり、健康増進課と実施します。
	国民健康保険団体連合会	・レセプトとリスク因子の確認等でKDBシステムを活用します。
	民間事業者	・健診委託医療機関の保健師・管理栄養士に保健指導を委託します。
	他事業	・糖尿病・CKD対策事業と連動して実施します。
	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)	・委託事業者との連携体制を図り、効果的な指導方法を検討していきます。

事業分類2	生活習慣病重症化予防
-------	------------

事業番号2	健診異常値未治療者受診勧奨事業
-------	-----------------

事業の目的	自身が健診結果を受け止め、自身の生活状況を振り返り、実践可能な生活改善目標を立てて自らの健康づくりに向けて主体的に取り組む市民の増加を目指します。
-------	---

事業の概要	①健診結果を理解しながら、保健師・栄養士と個別の生活状況に応じた生活改善点の確認を行い、生活目標を立てて1年間実践します。 ②治療が必要な方や治療中断されている方に対し、受診勧奨を行います。
-------	--

現在までの事業結果 (成果・課題)	血圧・糖代謝・腎機能の値に関しては、55歳を超えると異常の出現率が上昇傾向であることがわかっています。要観察者は次年度に悪化しないように生活改善することが求められ、また、異常値である者はかかりつけ医をもちながら治療継続をしていく必要があります。
----------------------	--

対象者	当該年度の総合健診における特定健診結果で血圧・糖代謝・腎機能の数値が異常値の者
-----	---

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	総合健診での特定健診受診者における要精密検査出現率(血圧)	10.6%	10.5%	10.4%	10.3%	10.2%	10.1%	10.0%
	2	総合健診の結果報告会出席者における血圧自己測定ありの割合	—	50.0%	60.0%	70.0%	80.0%	85.0%	90.0%

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	総合健診受診者中、結果報告会対象者における保健指導実施率	98.7%						維持
	2	総合健診受診者中、精検対象者における精検受診率(血圧)	65.9%	68.3%	70.7%	73.1%	75.5%	77.9%	80.0%

プロセス(方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧・糖代謝・腎機能C判定以上の結果対象者への結果報告会へのはがきでの参加勧奨</li> <li>・結果報告会に来所できない人への来庁・電話相談の勧め。</li> </ul>	
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> <li>・はがき、通知、電話を方法とした受診勧奨</li> </ul>	
	実施及び実施後の支援	実施場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結果報告会は、参加しやすいよう健診を受診した地区の総合会館や体育館等の公共施設で行います。</li> </ul>
		実施内容	<p>&lt;結果報告会&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧・糖代謝・腎機能の保健指導対象者(C・D・E判定以上の人)経過観察該当者に対し、前年度での指導内容やこれまでの経過等をスタッフが事前に把握した中で、報告会での指導対象者に対してはがきで連絡を行います。出席者に健診結果が理解できるよう説明しながら、生活改善や生活目標等について検討し決定していきます。かかりつけ医がいない人や、治療を中断している人に対しては受診勧奨を行います。</li> </ul> <p>結果報告会に来庁できない方については、日を改めて本庁舎へ来庁していただいたり、電話等での指導をできる限り行っただけで健診結果の返却を行います。</p> <p>&lt;精検未受診者対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要精密検査であってもその後受診が確認できない人に対し受診勧奨を電話、通知等で行います。</li> </ul>
		実施後のフォロー・継続支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結果報告会参加者には、健康教室や病態別栄養教室等の保健事業へのお誘いを行います。</li> </ul>
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活目標をしっかりと立て、維持改善に向けての自主的な行動を促すようにしています。また次年度には、健診結果だけでなく、前年度立てた生活目標の達成状況も合わせて確認ができるように工夫しています。</li> </ul>		
ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保年金課が主体となり、健康増進課と実施します。</li> </ul>	
	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・取り組みの状況については、健康増進計画の進捗と合わせて健康づくり推進協議会や国保運営協議会と連携を図り推進していきます。</li> </ul>	
	国民健康保険団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病等重症化予防事業と合わせて、事業方法や評価内容等について支援していただきます。</li> </ul>	
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結果報告会への保健師・栄養士は、健診機関に一部委託します。</li> </ul>	
	その他の組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康づくり推進協議会や国保運営協議会、保健福祉推進員や食生活改善推進員等連携を図り事業周知や推進を行っていきます。</li> </ul>	
	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"> <li>・総合健診の受診者が高齢化しています。また、これまでは人間ドック受診者に対するアプローチが確立されていなかったため、未治療者に対して、治療につなげられるよう体制づくりを行います。</li> </ul>	

～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)	7.4%	現状値より減少 →						
		男性	40～49歳	5.6%	5.5%	5.3%	5.1%	4.9%	4.7%	4.5%
			50～59歳	5.0%	現状値より減少 →					
			60～69歳	9.3%	現状値より減少 →					
			70～74歳	13.4%	現状値より減少 →					
		女性	40～49歳	1.4%	現状値より減少 →					
			50～59歳	1.4%	現状値より減少 →					
			60～69歳	3.7%	現状値より減少 →					
	70～74歳		8.8%	現状値より減少 →						
	2	HbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合(血糖コントロール不良者の割合)(全年齢)	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%	
		男性	40～49歳	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%
			50～59歳	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	1.8%	1.8%	1.8%
			60～69歳	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%
			70～74歳	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%
		女性	40～49歳	0.0%	→ 維持					
			50～59歳	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%
			60～69歳	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%
	70～74歳		0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	
	3	HbA1c 悪化率 (短期)	11.3%(R3→R4)	11.3%(R5→R6)	11.3%(R6→R7)	11.3%(R7→R8)	11.2%(R8→R9)	11.2%(R9→R10)	11.2%(R10→R11)	
		男性	40～49歳	8.5%	→ 維持					
			50～59歳	9.5%	→ 維持					
			60～69歳	14.6%	14.4%	14.3%	14.2%	14.1%	14.0%	13.8%
			70～74歳	14.1%	13.9%	13.8%	13.7%	13.6%	13.5%	13.4%
		女性	40～49歳	9.4%	→ 維持					
			50～59歳	11.4%	→ 維持					
			60～69歳	8.4%	→ 維持					
			70～74歳	10.5%	→ 維持					
HbA1c 悪化率 (中長期間)		12.2%(R1→R4)			12.2%以下(R5→R8)			15.0%以下(R5→R11)		
		男性	40～49歳	10.9%	維持				13.6%	
			50～59歳	11.6%	維持				14.7%	
			60～69歳	14.6%	14.0%				17.5%	
			70～74歳	13.9%	13.2%				16.6%	
		女性	40～49歳	15.0%	14.3%				18.0%	
			50～59歳	12.1%	維持				15.1%	
	60～69歳		10.5%	維持				13.1%		
70～74歳	10.1%		維持				12.7%			

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)	3.4% (R3→ R4)	(R5→ R6)	(R6→ R7)	(R7→ R8)	(R8→ R9)	(R9→ R10)	(R10→ R11)	維持	
		男性	40～49歳	5.4%							維持
			50～59歳	4.1%							維持
			60～69歳	3.8%							維持
			70～74歳	4.5%							維持
		女性	40～49歳	0.0%							維持
			50～59歳	3.7%							維持
			60～69歳	2.8%							維持
			70～74歳	2.4%							維持
		糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (中長期)	男性	40～49歳	6.3% (R1→ R4)			5.8% 以下 (R5→ R8)			
	40～49歳			6.0%			5.4%				10.8%
	50～59歳			3.6%			3.1%				6.2%
	60～69歳			8.2%			7.5%				15.0%
	女性		40～49歳	7.1%			6.4%				12.8%
			40～49歳	3.8%			3.8%				7.6%
			50～59歳	4.8%			4.4%				8.8%
			60～69歳	5.1%			4.8%				9.6%
	70～74歳	8.3%			7.7%				15.4%		
	5	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、 糖尿病治療なしの者の割合	11.2%	10.8%	10.4%	10.0%	9.6%	9.2%	8.9%		
		男性	40～49歳	33.3%	31.9%	30.5%	29.1%	27.7%	26.3%	25.0%	
50～59歳			25.0%	23.9%	22.8%	21.7%	20.6%	19.5%	18.8%		
60～69歳			7.5%	7.3%	7.1%	6.9%	6.7%	6.5%	6.3%		
70～74歳			7.9%	7.6%	7.3%	7.0%	6.7%	6.4%	6.1%		
女性		40～49歳	33.3%							維持	
		50～59歳	20.0%							維持	
		60～69歳	16.2%	15.7%	15.2%	14.7%	14.2%	13.7%	13.5%		
	70～74歳	9.8%	9.4%	9.0%	8.6%	8.2%	7.8%	7.3%			
6	健診未受診者のうち 糖尿病治療中断者の割合	1.4%	1.5%	1.5%	1.6%	1.6%	1.7%	1.7%			

事業番号3	<b>糖尿病・CKD対策事業</b>
-------	--------------------

事業の目的	糖尿病性腎症・慢性腎臓病の重症化や糖尿病による新規透析導入の予防をします。
-------	---------------------------------------

事業の概要	正しい知識の普及を図ることにより、「自らの健康を守る」事を目標に、血糖・血圧・腎データの把握を行い、ハイリスク者への生活指導を行います。
-------	--

現在までの事業結果 (成果・課題)	令和4年度の糖尿病等重症化予防事業のeGFR、クレアチニン、尿酸値の追跡については、特定健診腎判定がC判定からD判定へ悪化している者が54人/1,539人(3.5%)で、前年度の9人/683人(1.3%)より悪化をしています。高齢化が進み医療費の上昇を避けられないため、継続して糖尿病性腎症・慢性腎臓病の重症化を予防することは重要です。
----------------------	--

対象者	①特定健康診査結果で、eGFR・クレアチニン値が異常値の者 ②特定健康診査結果で、糖代謝がD判定以上で前年よりも状態の悪化が見られる者
-----	--

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	総合健診での特定健診受診者における要精密検査出現率(血圧)	10.6%	10.5%	10.4%	10.3%	10.2%	10.1%	10.0%
	2	総合健診での特定健診受診者における要精密検査出現率(血糖)	7.5%	→ 維持		→ 維持			
	3	総合健診での特定健診受診者における要精密検査出現率(腎)	2.2%	→ 維持		→ 維持			
	4	健診受診者のeGFR・クレアチニン値の精検未受診者の追跡	3.5%	→ 減少		→ 減少			

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	40歳～74歳の糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者数	4人	→ 10人		→ 15人			
	2	集団検診結果HbA1c8.0%以上訪問及び電話実施者数	34人	→ 30人		→ 25人			
	3	集団検診結果HbA1c8.0%以上訪問及び電話実施割合	80.9%	→ 85%		→ 90%			
	4	病態別栄養指導教室参加者数	19人						→ 25人



プロセス(方法)	周知	・対象者には、健診の結果報告会で、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」への参加について勧奨をします。	
	勧奨	・同上	
	実施及び実施後の支援	①糖尿病性腎症重症化予防事業	・健診受診者のeGFR・クレアチニン値の精検未受診者の追跡をします。 ・集団検診結果HbA1c8.0以上の訪問及び電話で生活改善の為の指導を行います。 ・ハイリスクアプローチとして、協力医療機関を受診している対象者の生活改善を目的とした訪問等の指導を行います。
		②病態別栄養指導	・糖尿病に特化した視点から対象者を選定し、栄養を中心とした健康教室の実施をします。 ・減塩を意識した調理も行いながら、個々に対応した食事の見直しができるように小集団対応の開催をします。
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	・対象者について、健診受診者以外の把握も必要なので、医師会などの協力をいただきながら事業を行います。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	・健康増進課が実施します。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	①糖尿病等重症化予防事業では、かかりつけ医との連携をしています。現在、5医療機関と連携しており、今後は医療機関の拡大に向けて説明を行い協力を求めています。 ②かかりつけ医に対して、市で開催する病態別栄養教室を周知し、活用できるよう協力をお願いします。
	国民健康保険団体連合会	・事業実施のためにKDBシステムを活用します。
	その他の組織	・山梨県国保援護課とは、事業運営上で必要な情報提供や相談など協力をしていきます。
	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)	①糖尿病は適切な治療を受けていないと悪化が進み20～30年で透析の導入に繋がることが多いため、早期からの対応が必要です。ハイリスクアプローチの対象者については、健診受診者以外の把握も必要なので、かかりつけ医などから対象者を紹介していただき、対応していく事を検討します。 ②病態別栄養指導教室の実施をしていることを市内医療機関にも周知するなど、参加枠を広げる検討をします。

事業分類4	健康意識向上
-------	--------

事業番号4	健康意識向上事業
-------	----------

事業の目的	広報活動を通じ、健康づくり・疾病予防に関する情報を得ることで、健康意識を持ち行動変容につながる市民の増加を目指します。
-------	---

事業の概要	広報活動を通じた健康増進に関する正しい知識の普及を行うことで、市民が健康づくりの知識を深め疾病予防及び健康増進に努めることができるように健康づくりの普及啓発を実施します。
-------	---

現在までの事業結果 (成果・課題)	健康づくりに関連するPR週間・月間の周知を行うとともに、総合健診関連の情報の周知等、健康に関するきっかけ作りのための情報を周知してきました。
----------------------	--

対象者	市民
-----	----

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	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	運動習慣のある者の割合	31.8%	32.1%	32.4%	32.7%	33.0%	33.2%	33.4%
	2	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を「毎日」摂取している人の割合	26.4%	25.6%	24.8%	23.9%	23.1%	22.3%	21.5%
	3	飲酒日の1日当たりの飲酒量							
		2～3合摂取する人の割合	15.5%	14.5%	13.5%	12.5%	11.5%	10.5%	9.3%
		3合以上摂取する人の割合	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.7%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	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	1日の飲酒量の適量を知っている人の割合(40歳～74歳)	※R3年度 51.3%	基準値より増加			→		
	2	健康教室への参加者数(延べ人数)	92人	100人	110人	120人	130人	140人	150人
	3	いいことチャレンジの取り組み者数	2,543人	2,600人	2,800人	3,000人	3,000人	3,000人	3,000人

プロセス(方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広報紙、CATV、ホームページ、SNSなどを活用した周知をします。</li> <li>・インターネット等での情報収集ができない方にも伝わる様に、回覧板などの活用もします。</li> <li>・健診ポスターの掲示、のぼり旗の設置(各総合支所等)や、商工会等地域組織と協力して健診受診勧奨のチラシ配布をします。</li> </ul>
	勧奨	同上
	実施及び実施後の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・正しい知識の普及のために健康教室を開催します。</li> <li>・健康増進課の事業を開催する際には、必ず運動の実施又は運動に関する情報提供をします。</li> <li>・健康教室等の申し込み時に、参加者へアンケートを実施します。</li> <li>・アンケート内容や感想を分析し評価を行います。</li> </ul>
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康教育の内容について、年に1回は糖尿病等重症化予防に関する内容をふまえた講演会を行います。</li> <li>・タイムリーな情報提供や周知が必要です。</li> </ul>

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	国保年金課と健康増進課で協働して行います。対象者の把握・周知などの直接的な支援は健康増進課が執行します。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ポスターの掲示やチラシの設置などの協力を依頼します。</li> <li>・市内の医師にかかりつけ医による健康教室の講師として講演してもらいます。</li> </ul>
	その他の組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各種組織(保健福祉推進員等)を活用した受診勧奨をします。</li> <li>・商工会、商工食農課、教育委員会、保育園、愛育会、食生活改善推進員等への周知活動の継続をします。</li> </ul>
	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"> <li>・各種組織(保健福祉推進員等)を活用した受診勧奨をスポーツ協会や農業関連の協議会などへも拡大をします。</li> </ul>

## 評価指標一覧

### ○計画全体(総合アウトカム)

		指標	分母	分子
山梨県共通評価指標	計画全体	1 運動習慣のある者の割合	特定健診受診者のうち、当該回答がある者の数	標準的な質問票10(1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している)で「はい」と回答した者の数
		2 血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧 $\geq 130$ mmHg ②拡張期血圧 $\geq 85$ 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"> <li>・全国と比較し山梨県は運動習慣なしの者の割合が高い。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBシステム「地域の全体像」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国に比較し山梨県は血圧の有所見者割合が高い。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの変化をモニタリング</li> <li>・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</li> </ul>

○事業分類1：特定健康診査・特定保健指導

		指標	分母	分子	
山梨県共通評価指標	事業分類 総合	1	(再掲)メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者数	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の者の数
		2	(再掲)血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧 $\geq 130$ mmHg ②拡張期血圧 $\geq 85$ 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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国に比較し山梨県は血圧の有所見者割合が高い。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。</li> <li>・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。</li> <li>・国手引きに「地域の実情に応じて設定する指標(糖尿病が強く疑われる者の数の状況を評価する指標)」とされている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・実施量を評価する指標ではあるが、健診を対象者が受けることは「自分の状態を知る」ことに繋がり、そうした気づきを促す機会を設けたことに対するアウトカムの意味合いも持つ指標。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトプット指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトプット指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>

○事業分類3：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、糖尿病性腎症重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"> <li>・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。</li> <li>・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。</li> <li>・国手引きに「地域の実情に応じて設定する指標(糖尿病が強く疑われる者の数の状況を評価する指標)」とされている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「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。</li> <li>・健康日本21(第三次)における目標値になっている。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・血糖コントロールの変化を確認する指標として設定。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの変化をモニタリング</li> <li>・中長期的変化をモニタリング</li> <li>3年後変化：R5年度→R8年度</li> <li>6年後変化：R5年度→R11年度</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの変化をモニタリング</li> <li>・中長期的変化をモニタリング</li> <li>3年後変化：R5年度→R8年度</li> <li>6年後変化：R5年度→R11年度</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>

○保健事業アウトカム一覧(北杜市設定)

		指標	分母	分子	
北杜市評価指標	事業1	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 ※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	受診勧奨実施者の特定健康診査受診率	受診勧奨実施者	受診勧奨実施者の内実際に受診した者の数
		3	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
		4	特定保健指導対象者の割合	特定健診受診者数	特定健診受診者の内、特定保健指導対象者数
	事業2	5	総合健診での特定健診受診者における要精検出現率(血圧)	特定健診受診者数	特定健診受診者の内、血圧値要精検者数
		6	総合健診の結果報告会における血圧自己測定ありの割合	結果報告会参加者数	結果報告会参加者の内、血圧自己測定している者の数
	事業3	7	総合健診での特定健診受診者における要精密検査出現率(血圧)	特定健診受診者数	特定健診受診者の内、血圧値要精検者数
		8	総合健診での特定健診受診者における要精密検査出現率(血糖)	特定健診受診者数	特定健診受診者の内、血糖値要精検者数
		9	総合健診での特定健診受診者における要精密検査出現率(腎)	特定健診受診者数	特定健診受診者の内、腎機能要精検者数
		10	健診受診者のeGFR・クレアチニンの精検未受診者の追跡	—	—
	事業4	11	運動習慣のある者の割合	特定健診受診者のうち、当該回答がある者の数	標準的な質問票10(1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している)で「はい」と回答した者の数
		12	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を毎日摂取している人の割合	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16(朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか)で「毎日」と回答した者の数
		13	飲酒日の1日あたりの飲酒量が「2~3合」「3~5合」「5合以上」と回答した人の割合	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19(飲酒日の1日あたりの飲酒量)で「2~3合」「3~5合」「5合以上」と回答した者の数

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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率60%を目指すため、未受診者に対する取り組みの評価のひとつとして確認する方法とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBシステム</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導の効果として対象者の変動に注視し、生活習慣病の予備群を減少させるための指標として使用する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧に関しての受診者数が常に多く、医療費の削減のためにも対策が必要である。</li> <li>・身近な結果報告会で対象者にアプローチをするための指針とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合健診結果「健康かるて」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧学会に於いても家庭血圧が重要視されていることから、自身の健康状態の把握のためにも習慣化を目指していく。</li> <li>・健診時は季節による検査値の誤差が生じやすいことから、この指標を導入する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結果報告会参加者の回答を集計</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症・CKDの重症化予防対策の重点として血圧値が重要なため。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合健診問診集計「健康かるて」(KDBシステム「地域の全体像」についても参考にする)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症・CKDの重症化予防対策の重点として血糖値が重要なため。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合健診問診集計「健康かるて」(KDBシステム「地域の全体像」についても参考にする)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症・CKDの重症化予防対策の重点として腎機能の値が重要なため。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合健診問診集計「健康かるて」(KDBシステム「地域の全体像」についても参考にする)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防として早期治療介入による、透析移行までの期間を延長するために、精検放置者の減少を図る必要があるため。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合健診問診集計「健康かるて」(KDBシステム「地域の全体像」についても参考にする)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国と比較し山梨県は運動習慣なしの者の割合が高い。</li> <li>・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。</li> <li>・市の健康増進計画の重点目標に位置付けており、さらに増加を目指したい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBシステム「地域の全体像」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康的な生活習慣の指標として、わかりやすい項目のひとつとして取り入れる。</li> <li>・市の健康増進計画の重点目標に位置付けており、さらに減少を目指したい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合健診問診集計「健康かるて」(KDBシステム「地域の全体像」についても参考にする)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・市の健康増進計画の重点目標に位置付けており、さらに減少を目指したい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBシステム「地域の全体像」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>

## 第5章 その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>①評価の時期 最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。</p> <p>②評価方法・体制 計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取り組み</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

北杜市として、以下の保健事業も、市民のさらなる健康意識の向上や医療費適正化の為、北杜市国民健康保険が主導となり実施をしていきます。

①後発医薬品の利用促進事業	レセプトデータより、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定します。通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促します。
②受診行動適正化指導事業	レセプトデータから、医療機関への過度な受診の可能性がある、重複・頻回受診者を特定し、指導します。指導は保健師によるもので、適正な医療機関へのかかり方、及び内服状況等について、訪問又は電話にて指導を行います。

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。

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

## 2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

法第19条を踏まえるとともに、「第3次北杜市健康増進計画」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か月分)

### ■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か月分)

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か月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12か月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12か月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12か月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

### ■国保データベース(KDB)システムデータ

平成31年度～令和4年度(4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
特定健診の 受診率向上	ポピュレーションアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域組織(国保運営協議会・健康づくり推進協議会・保健福祉推進員・食生活改善推進員・母子愛育会・商工会等)を活用した受診勧奨の実施。</li> <li>・保険証更新時における受診勧奨チラシの配布。</li> <li>・各総合支所等へのポスターの掲示やのぼり旗の設置</li> <li>・SNSを活用した受診勧奨。</li> </ul>
	対象者を特定した受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未希望者(40～64歳)への健診セット送付。</li> <li>・AIを活用した、未受診者への受診勧奨はがきの送付。</li> <li>・健診希望者中、未受診となっている者への受診勧奨はがきの送付。</li> </ul>
	医療機関への委託の検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関での個別健診の推奨</li> <li>・みなし健診の実施(登録6医療機関)</li> </ul>

#### 【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
保健指導実施率 向上	新規特定保健指導対象者への参加勧奨	市の総合健診で初めて特定保健指導の対象になった方に対して、地区担当保健師・管理栄養士が電話等により参加勧奨。
	特定保健指導の継続者への支援	委託医療機関・委託健診機関と支援体制の連携。
	特定保健指導への明らかな不参加者への対応	電話・面接・訪問等による本人又は家族に指導の実施。5年連続不参加者へ通知による生活習慣改善の重要性を周知。
	一般保健指導対象者への支援	健診受診時に結果報告会日程を周知。通常の結果報告会以外に、まとめ報告会、電話、来所相談による指導を実施。

## 2. 特定健康診査の受診状況

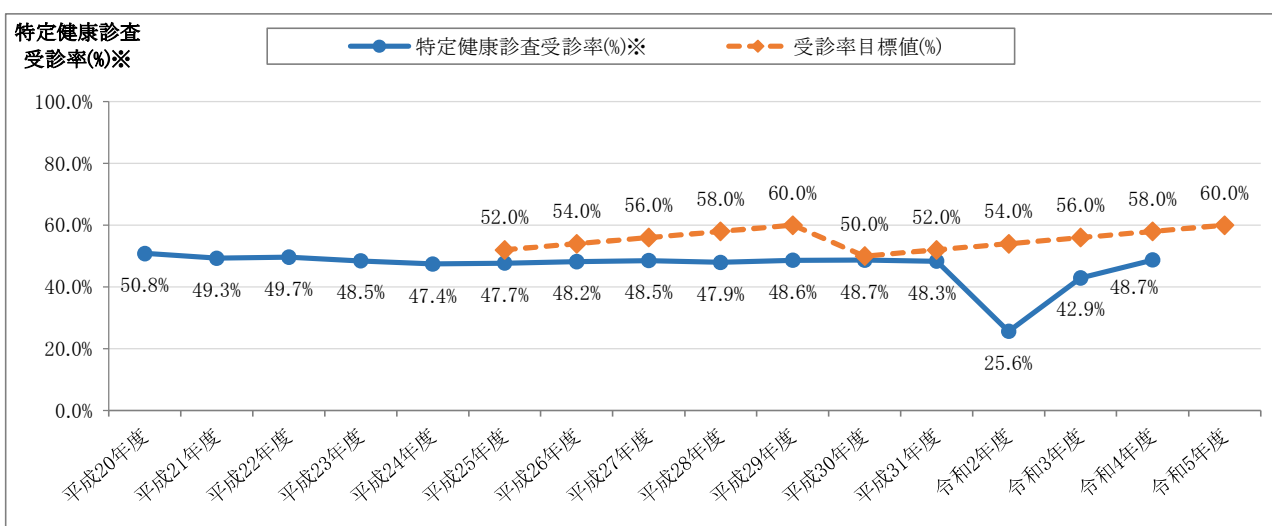
以下は、平成20年度から令和5年度（見込み値）における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

### 特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	11,438	11,636	11,730	11,779	11,899	11,943	11,986	11,710
特定健康診査受診者数(人)	5,814	5,735	5,824	5,707	5,640	5,701	5,773	5,684
特定健康診査受診率(%)※	50.8%	49.3%	49.7%	48.5%	47.4%	47.7%	48.2%	48.5%
受診率目標値(%)						52.0%	54.0%	56.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定健康診査対象者数(人)	11,473	11,114	10,818	10,568	10,507	10,263	9,736	
特定健康診査受診者数(人)	5,500	5,403	5,266	5,109	2,692	4,406	4,743	
特定健康診査受診率(%)※	47.9%	48.6%	48.7%	48.3%	25.6%	42.9%	48.7%	
受診率目標値(%)	58.0%	60.0%	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	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。

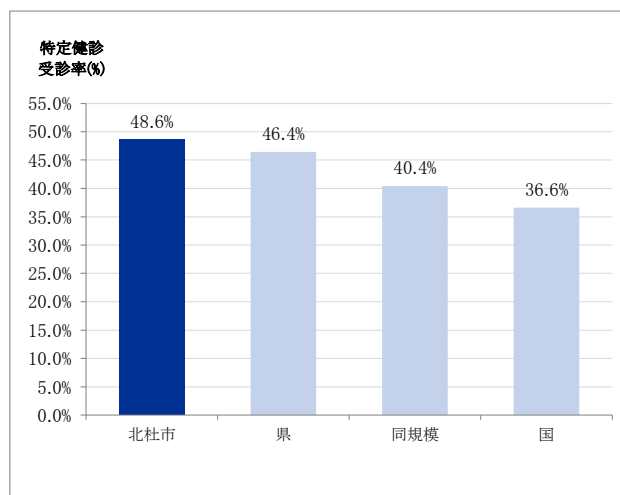
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりです。

### 特定健康診査受診率 (令和4年度)

区分	特定健診受診率
<b>北杜市</b>	<b>48.6%</b>
県	46.4%
同規模	40.4%
国	36.6%

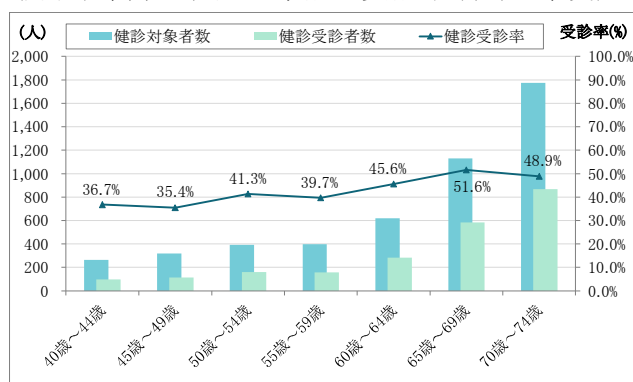
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

### 特定健康診査受診率 (令和4年度)



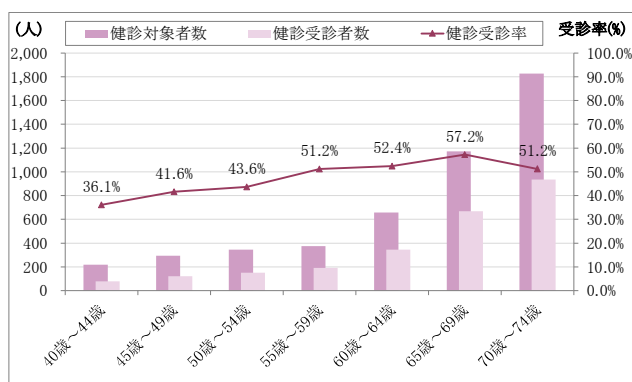
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

### (男性)年齢別特定健康診査受診率 (令和4年度)



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

### (女性)年齢別特定健康診査受診率 (令和4年度)



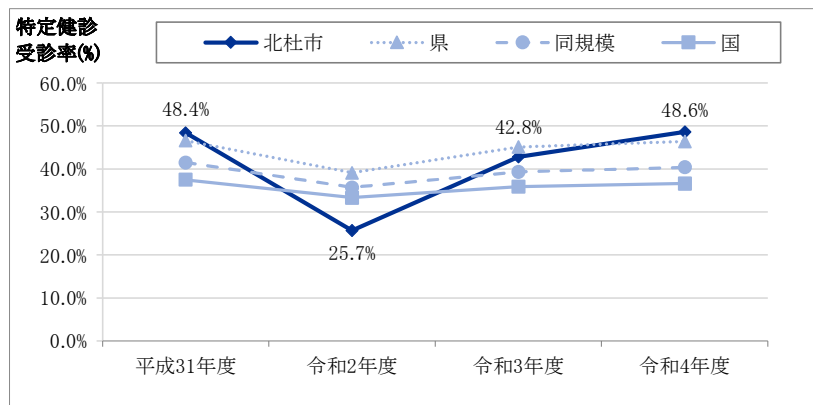
以下は、本市の平成31年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率48.6%は平成31年度48.4%より0.2ポイント増加しています。

### 年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率			
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
北杜市	48.4%	25.7%	42.8%	48.6%
県	46.6%	39.1%	45.1%	46.4%
同規模	41.5%	35.7%	39.3%	40.4%
国	37.5%	33.3%	35.9%	36.6%

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

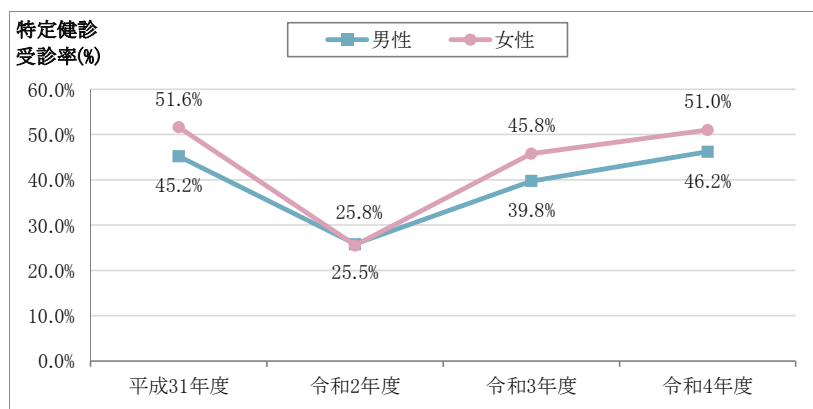
### 年度別 特定健康診査受診率



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46.2%は平成31年度45.2%より1.0ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率51.0%は平成31年度51.6%より0.6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20年度から令和5年度(見込み値)における、特定保健指導の実施状況を示したものです。

特定保健指導実施率及び目標値

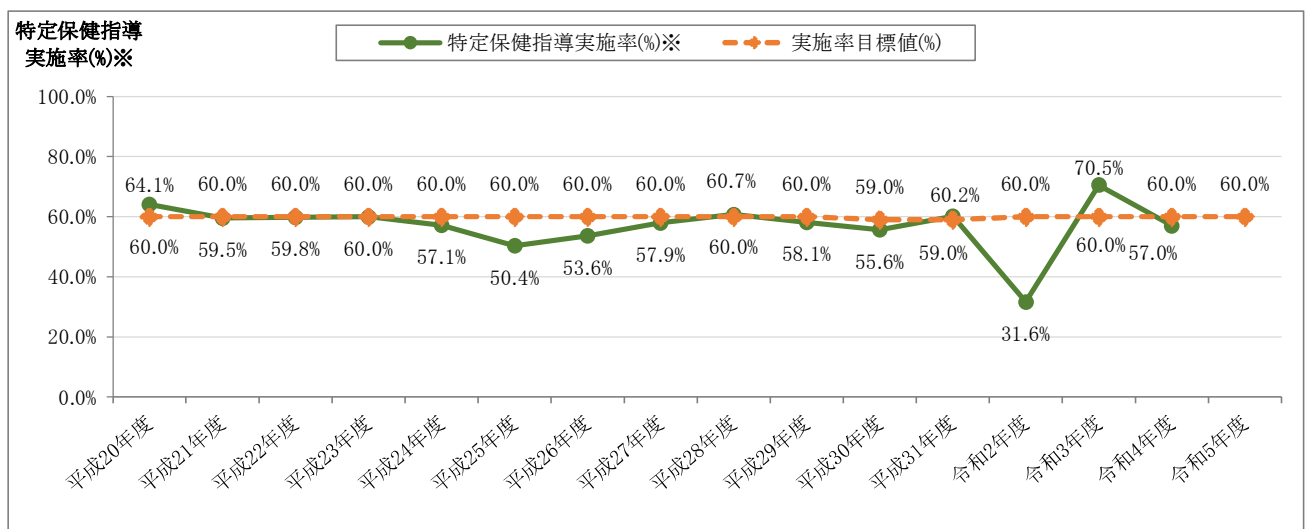
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	724	620	659	600	581	554	576	575
特定保健指導利用者数(人)	585	459	474	440	404	356	398	395
特定保健指導実施者数(人)※	464	369	394	360	332	279	309	333
特定保健指導実施率(%)※	64.1%	59.5%	59.8%	60.0%	57.1%	50.4%	53.6%	57.9%
実施率目標値(%)	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定保健指導対象者数(人)	550	542	602	527	285	441	509	
特定保健指導利用者数(人)	400	367	431	393	192	292	355	
特定保健指導実施者数(人)※	334	315	335	317	90	311	290	
特定保健指導実施率(%)※	60.7%	58.1%	55.6%	60.2%	31.6%	70.5%	57.0%	
実施率目標値(%)	60.0%	60.0%	59.0%	59.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

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

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものです。

### 積極的支援実施状況

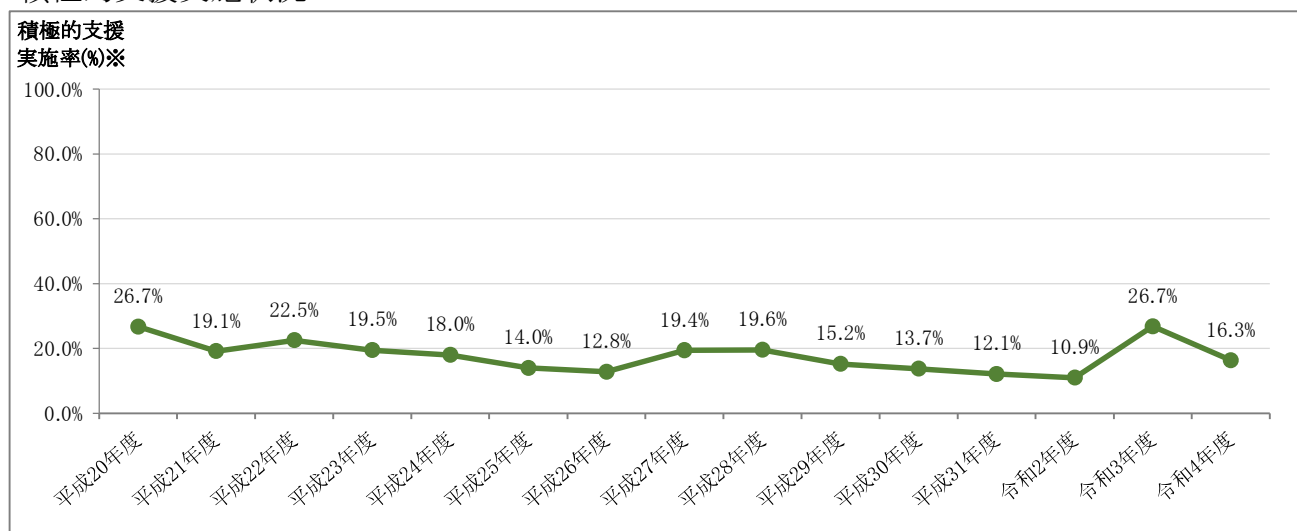
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	240	204	191	190	178	172	149	144
積極的支援利用者数(人)	171	116	111	116	102	99	102	84
積極的支援実施者数(人)※	64	39	43	37	32	24	19	28
積極的支援実施率(%)※	26.7%	19.1%	22.5%	19.5%	18.0%	14.0%	12.8%	19.4%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	143	125	153	132	64	101	141	
積極的支援利用者数(人)	91	72	100	98	45	58	87	
積極的支援実施者数(人)※	28	19	21	16	7	27	23	
積極的支援実施率(%)※	19.6%	15.2%	13.7%	12.1%	10.9%	26.7%	16.3%	

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

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

### 積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

## 動機付け支援実施状況

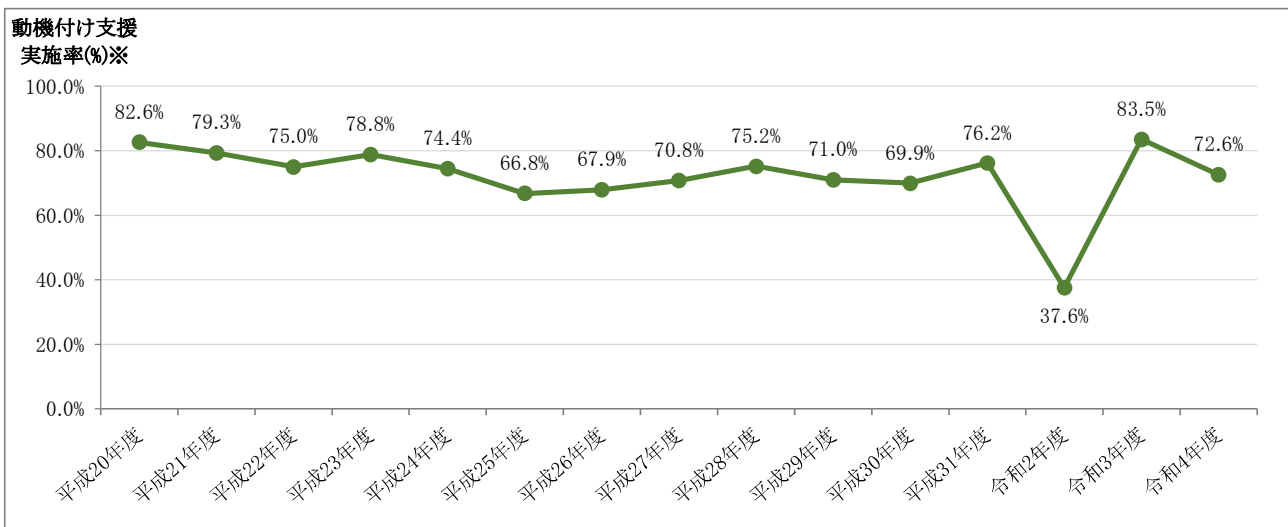
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	484	416	468	410	403	382	427	431
動機付け支援利用者数(人)	414	343	363	324	302	257	296	311
動機付け支援実施者(人)※	400	330	351	323	300	255	290	305
動機付け支援実施率(%)※	82.6%	79.3%	75.0%	78.8%	74.4%	66.8%	67.9%	70.8%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	407	417	449	395	221	340	368	
動機付け支援利用者数(人)	309	295	331	295	147	234	268	
動機付け支援実施者(人)※	306	296	314	301	83	284	267	
動機付け支援実施率(%)※	75.2%	71.0%	69.9%	76.2%	37.6%	83.5%	72.6%	

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。

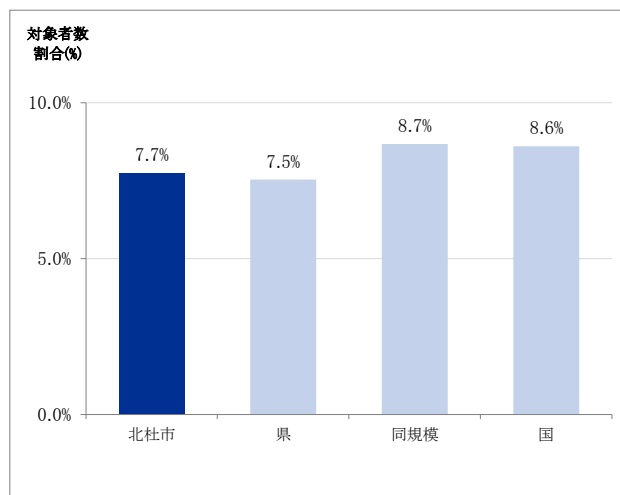
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定保健指導の実施状況は以下のとおりです。

### 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
北杜市	7.7%	3.1%	10.8%	41.8%
県	7.5%	3.1%	10.6%	27.8%
同規模	8.7%	2.7%	11.4%	22.8%
国	8.6%	2.7%	11.3%	12.2%

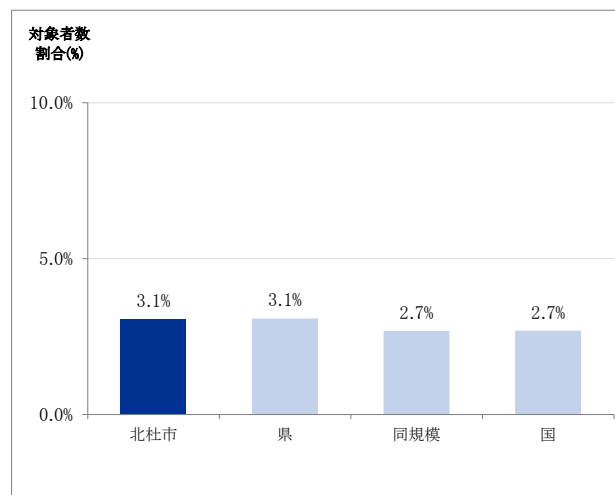
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。  
 特定保健指導実施率…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。  
 出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

### 動機付け支援対象者数割合 (令和4年度)



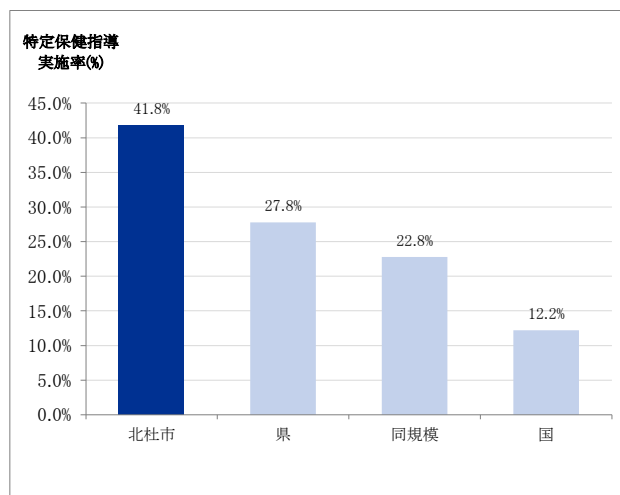
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

### 積極的支援対象者数割合 (令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

### 特定保健指導実施率 (令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」



以下は、本市の平成31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41.8%は平成31年度58.4%より16.6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31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
<b>北杜市</b>	<b>7.7%</b>	<b>8.2%</b>	<b>7.7%</b>	<b>7.7%</b>
県	7.9%	8.1%	7.8%	7.5%
同規模	9.1%	9.0%	9.0%	8.7%
国	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31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
<b>北杜市</b>	<b>2.6%</b>	<b>2.4%</b>	<b>2.3%</b>	<b>3.1%</b>
県	2.9%	3.1%	3.1%	3.1%
同規模	2.8%	2.6%	2.7%	2.7%
国	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%

#### 年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合			
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
<b>北杜市</b>	<b>10.3%</b>	<b>10.6%</b>	<b>10.0%</b>	<b>10.8%</b>
県	10.8%	11.2%	10.9%	10.6%
同規模	11.9%	11.6%	11.7%	11.4%
国	11.6%	11.6%	11.7%	11.3%

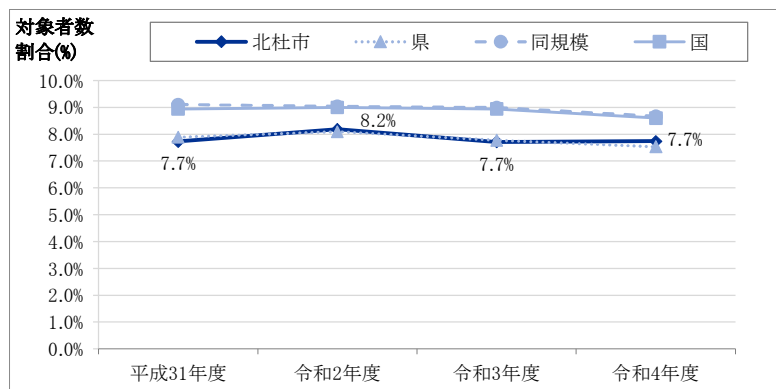
#### 年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率			
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
<b>北杜市</b>	<b>58.4%</b>	<b>57.4%</b>	<b>55.8%</b>	<b>41.8%</b>
県	50.3%	47.3%	47.5%	27.8%
同規模	41.8%	41.8%	41.8%	22.8%
国	26.3%	25.9%	25.9%	12.2%

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。

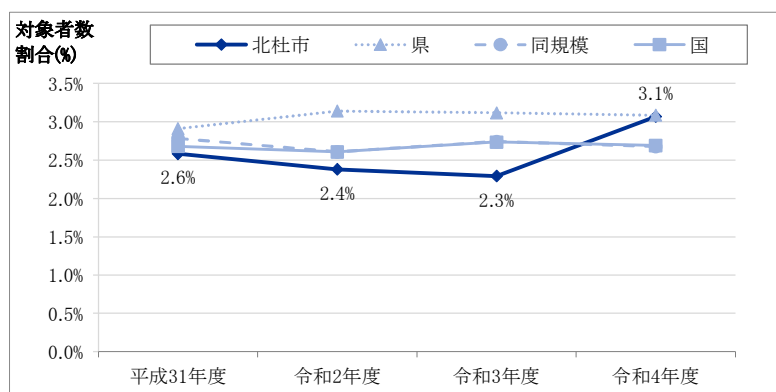
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### 年度別 動機付け支援対象者数割合



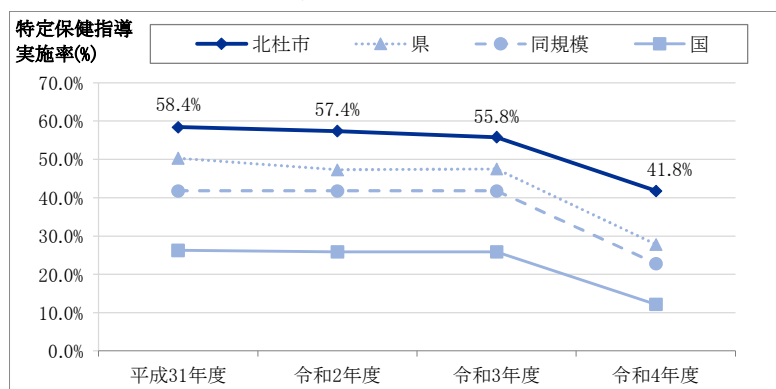
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

### 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か月分)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15.2%、予備群該当は9.7%です。

### メタボリックシンドローム該当状況

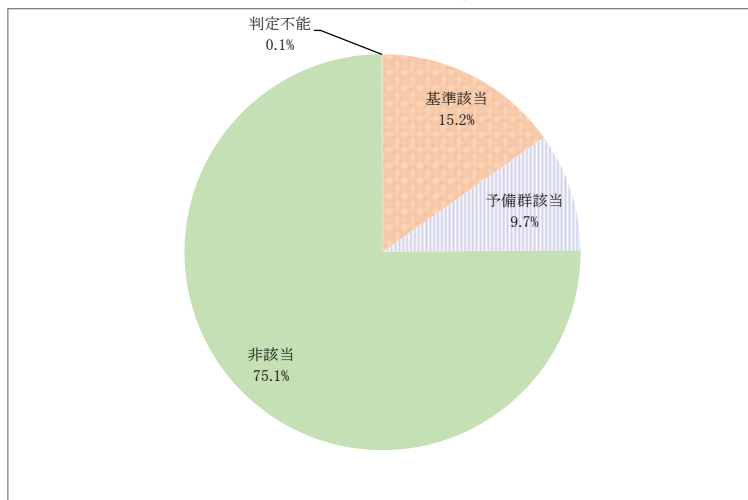
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	4,755	721	461	3,569	4
割合(%) ※	-	15.2%	9.7%	75.1%	0.1%

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

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か月分)。

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。

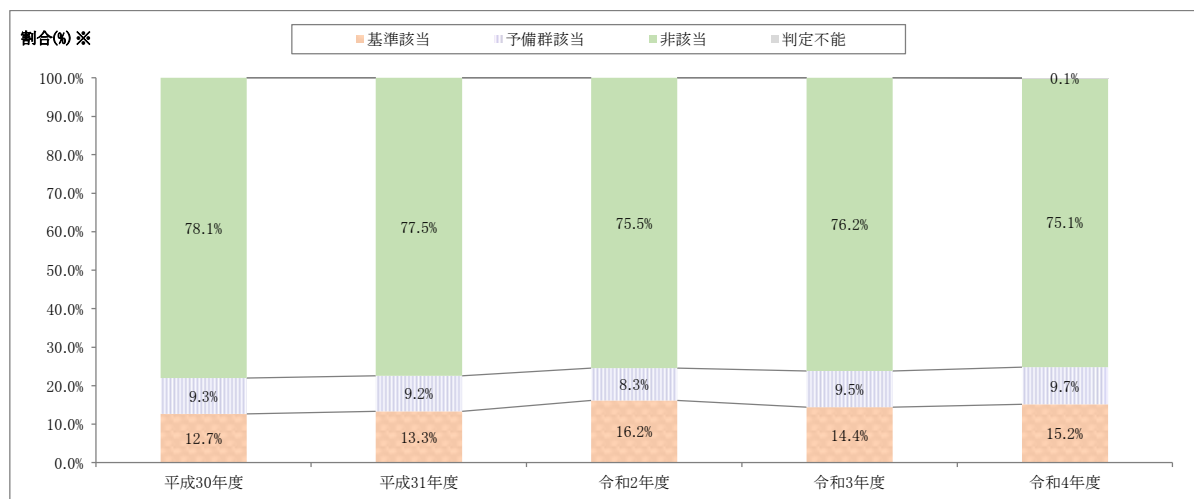
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当15.2%は平成30年度12.7%より2.5ポイント増加しており、予備群該当9.7%は平成30年度9.3%より0.4ポイント増加しています。

### 年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
平成30年度	4,812
平成31年度	4,732
令和2年度	2,533
令和3年度	4,284
令和4年度	4,755

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	609	12.7%	447	9.3%	3,756	78.1%	0	0.0%
平成31年度	631	13.3%	435	9.2%	3,666	77.5%	0	0.0%
令和2年度	410	16.2%	211	8.3%	1,912	75.5%	0	0.0%
令和3年度	616	14.4%	405	9.5%	3,263	76.2%	0	0.0%
令和4年度	721	15.2%	461	9.7%	3,569	75.1%	4	0.1%

### 年度別 メタボリックシンドローム該当状況



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

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	健診希望調査の返答率	対象者に対して希望調査を通じて、毎年受診の勧奨実施は出来ています。しかし、回答率を上げるための方策を検討する必要があります。
	情報提供の実施	広報紙などを通し、PR活動が十分できています。
	特定健診受診率	受診率は毎年47～48%前後を推移しており、受診者の固定化も推測されるため、受診率の低い40・50歳代の新規受診者の獲得が必要です。 目標の60.0%に至っていません。
特定保健指導	特定保健指導実施率 60.0%	平成31年度には目標値である60.0%を達成していますが、コロナ禍で受診者数と共に保健指導率も半分となりました。しかし、令和3年度は70.5%となり、コロナの良い影響で健康意識が向上したとも考えられます。
	初回面接実施受診勧奨の実施率	対象者全員に日程を指定した受診勧奨通知を発送しています。 初指摘対象者に電話による参加勧奨を実施していますが、夜間でないと繋がらない人が多数みられます。
	特定保健指導対象者の減少率	平成20年度対象者割合(受診者 5,814人中 724人) 12.5% 令和4年度対象者割合(受診者 4,743人中 441人) 9.3% 減少率-3.2%となっています。

### (2) 事業実施体制の評価

分類	状況
関係部門との連携	第3期計画期間中に連携体制が強化されています。情報の共有が常時行われ、定期的な連絡会議で現状や方向性を確認できるようになりました。
職員体制	国保担当・健康づくり担当のどちらにおいても、KDBデータの抽出や数的データを作成・分析する人材が不足しています。
委託健診機関	巡回健診においては、健診機関との会議を年2回開催しており、健診・保健指導のどちらに関しても調整がとれています。 人間ドックの委託医療機関においては、特定保健指導に関する連携会議の継続的な実施が必要です。

## 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45.2%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40.1%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	4,755	44.7%	3,272,794	145,811,552	149,084,346
健診未受診者	5,873	55.3%	14,449,838	197,097,515	211,547,353
合計	10,628		17,722,632	342,909,067	360,631,699

	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	84	1.8%	2,147	45.2%	2,148	45.2%	38,962	67,914	69,406
健診未受診者	217	3.7%	2,331	39.7%	2,353	40.1%	66,589	84,555	89,905
合計	301	2.8%	4,478	42.1%	4,501	42.4%	58,879	76,576	80,123

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か月分)。

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か月分)。

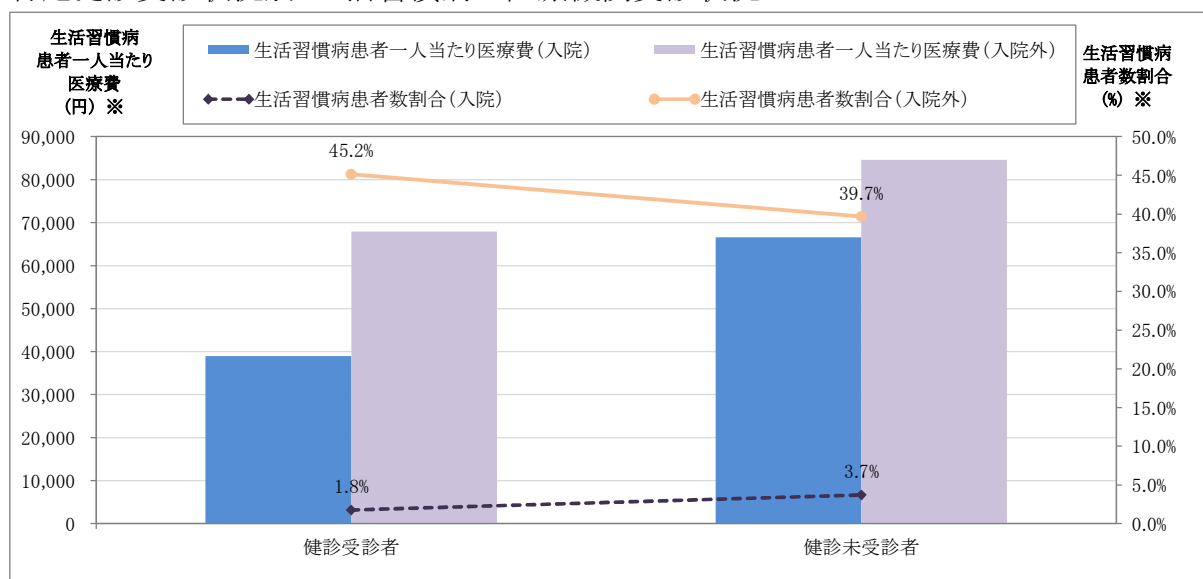
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※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か月分)。

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か月分)。

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か月分)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3.0%、動機付け支援対象者割合は7.7%です。

#### 保健指導レベル該当状況

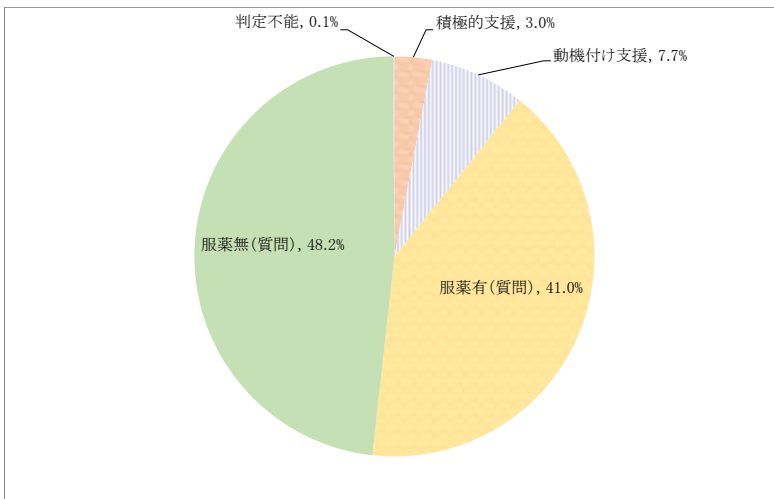
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	4,755	512	144	368	1,949	2,290	4
割合(%) ※	-	10.8%	3.0%	7.7%	41.0%	48.2%	0.1%

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

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か月分)。

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	177	29	17	9.6%	12	6.8%
45歳～49歳	235	45	30	12.8%	15	6.4%
50歳～54歳	314	55	34	10.8%	21	6.7%
55歳～59歳	350	42	22	6.3%	20	5.7%
60歳～64歳	630	71	41	6.5%	30	4.8%
65歳～69歳	1,256	131	0	0.0%	131	10.4%
70歳～	1,793	139	0	0.0%	139	7.8%
合計	4,755	512	144	3.0%	368	7.7%

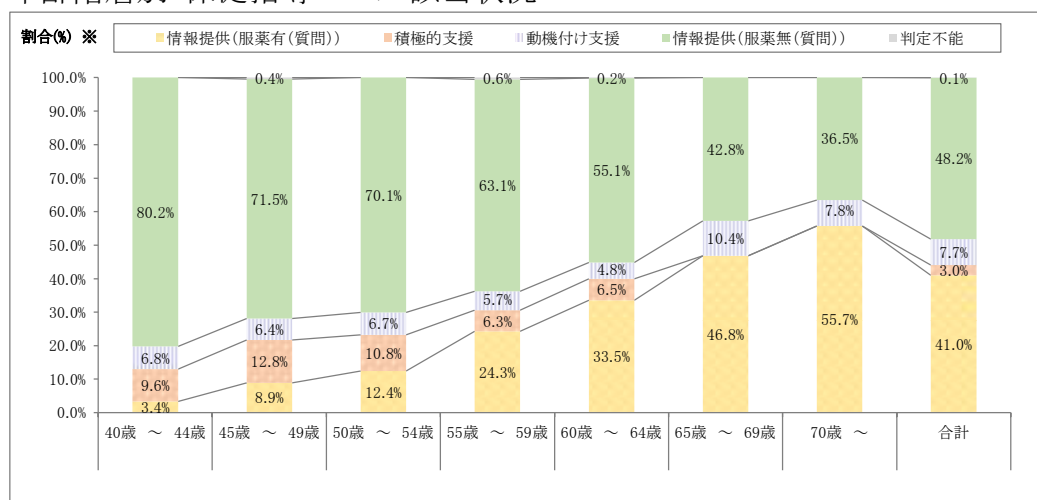
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	177	6	3.4%	142	80.2%	0	0.0%
45歳～49歳	235	21	8.9%	168	71.5%	1	0.4%
50歳～54歳	314	39	12.4%	220	70.1%	0	0.0%
55歳～59歳	350	85	24.3%	221	63.1%	2	0.6%
60歳～64歳	630	211	33.5%	347	55.1%	1	0.2%
65歳～69歳	1,256	588	46.8%	537	42.8%	0	0.0%
70歳～	1,793	999	55.7%	655	36.5%	0	0.0%
合計	4,755	1,949	41.0%	2,290	48.2%	4	0.1%

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

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か月分)。

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。



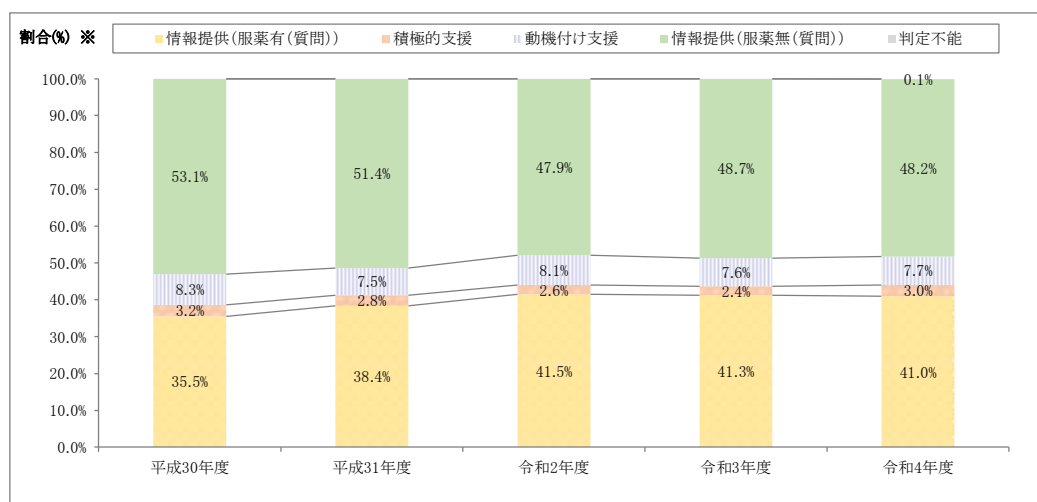
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合3.0%は平成30年度3.2%から0.2ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合7.7%は平成30年度8.3%から0.6ポイント減少しています。

### 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	4,812	551	152	3.2%	399	8.3%
平成31年度	4,732	485	132	2.8%	353	7.5%
令和2年度	2,533	269	65	2.6%	204	8.1%
令和3年度	4,284	428	101	2.4%	327	7.6%
令和4年度	4,755	512	144	3.0%	368	7.7%

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	4,812	1,708	35.5%	2,553	53.1%	0	0.0%
平成31年度	4,732	1,817	38.4%	2,430	51.4%	0	0.0%
令和2年度	2,533	1,050	41.5%	1,214	47.9%	0	0.0%
令和3年度	4,284	1,768	41.3%	2,088	48.7%	0	0.0%
令和4年度	4,755	1,949	41.0%	2,290	48.2%	4	0.1%

### 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か月分)。

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か月分)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			512人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	9人	144人 28%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	24人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	5人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	2人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	14人	
	●	●			因子数2	血糖+血圧	25人	
	●		●			血糖+脂質	8人	
		●	●			血圧+脂質	20人	
	●			●		血糖+喫煙	7人	
		●		●		血圧+喫煙	8人	
			●	●	因子数1	脂質+喫煙	11人	
	●					血糖	6人	
		●				血圧	0人	
		●		因子数0	脂質	5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	5人	368人 72%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	35人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	7人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	5人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	4人	
	●	●			因子数2	血糖+血圧	64人	
	●		●			血糖+脂質	16人	
		●	●			血圧+脂質	17人	
	●			●		血糖+喫煙	5人	
		●		●		血圧+喫煙	11人	
			●	●	因子数1	脂質+喫煙	3人	
	●					血糖	42人	
		●				血圧	107人	
		●		因子数0	脂質	31人		
			●		喫煙	1人		
				なし	15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か月分)。

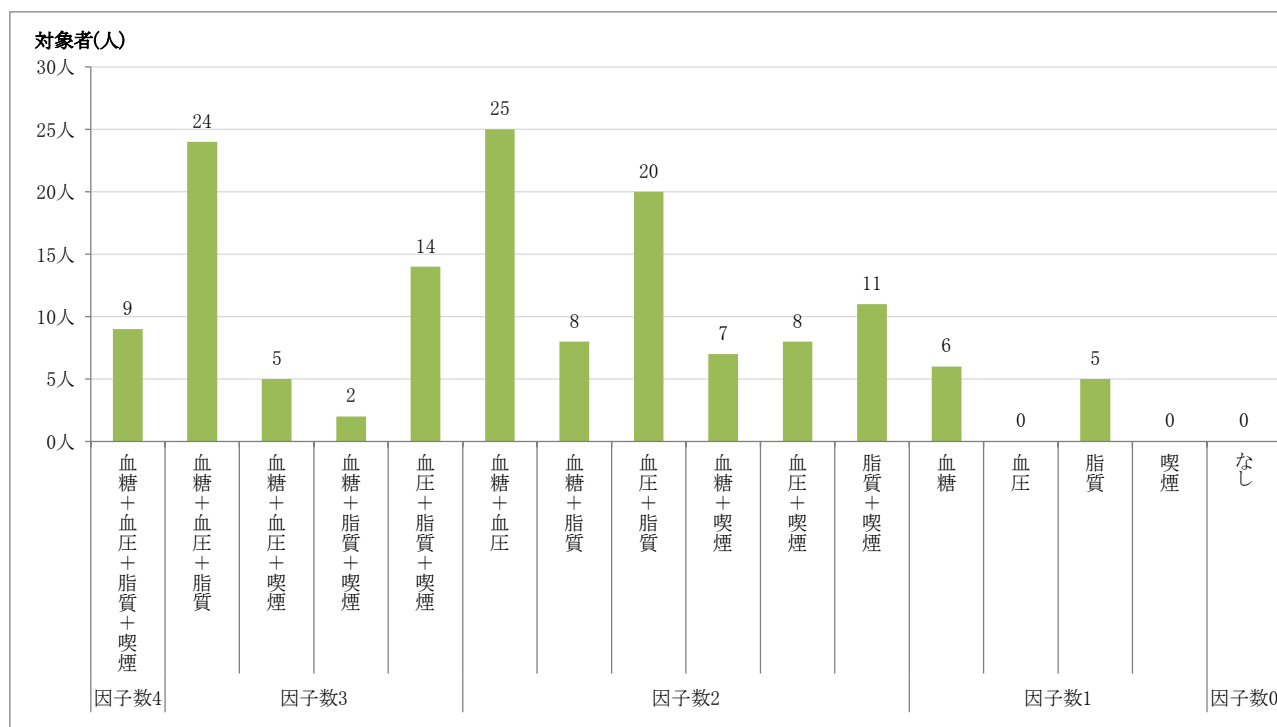
資格確認日…令和5年3月31日時点。

※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。

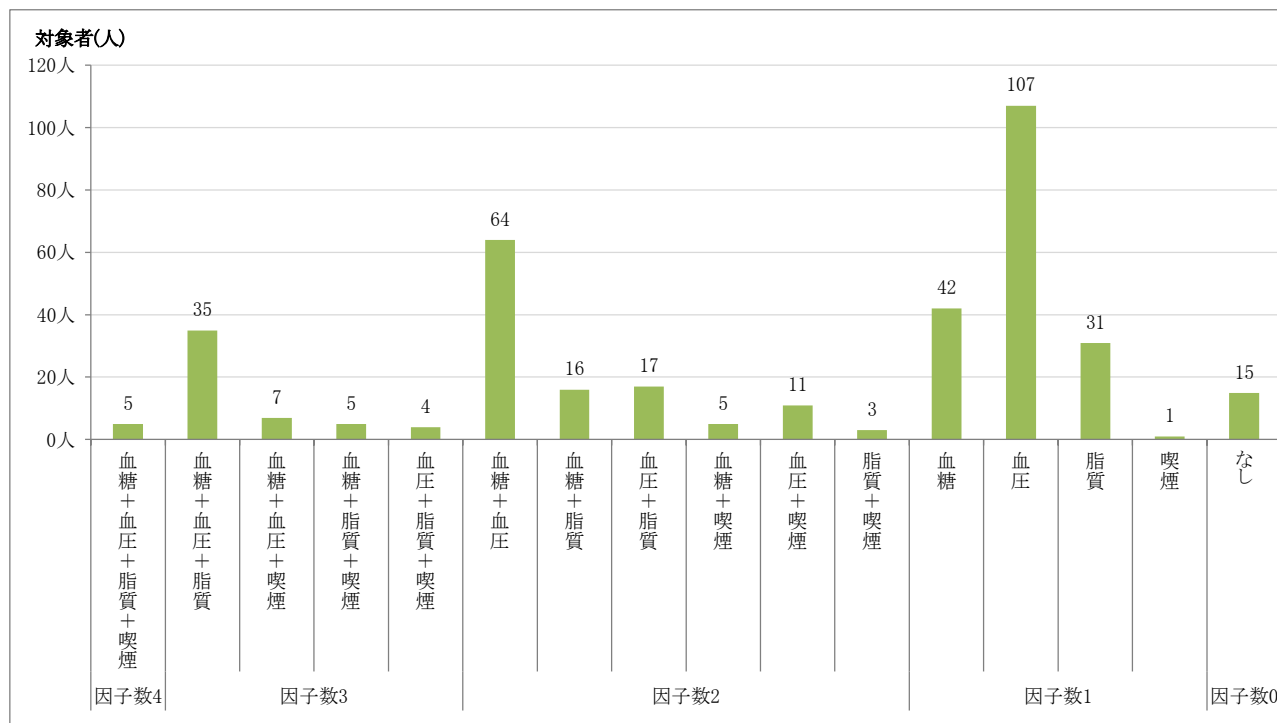
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 又は HbA1c5.6%以上(NGSP)  
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 又は HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

### 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か月分)。  
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か月分)。  
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か月分)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	512	21,097	2,296,104	2,317,201	2	60	60
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,290	200,333	5,409,227	5,609,560	9	157	158
	情報提供 (服薬有(質問))	1,949	3,051,364	137,990,080	141,041,444	73	1,927	1,927

		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	512	10,549	38,268	38,620
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,290	22,259	34,454	35,504
	情報提供 (服薬有(質問))	1,949	41,800	71,609	73,192

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か月分)。

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か月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

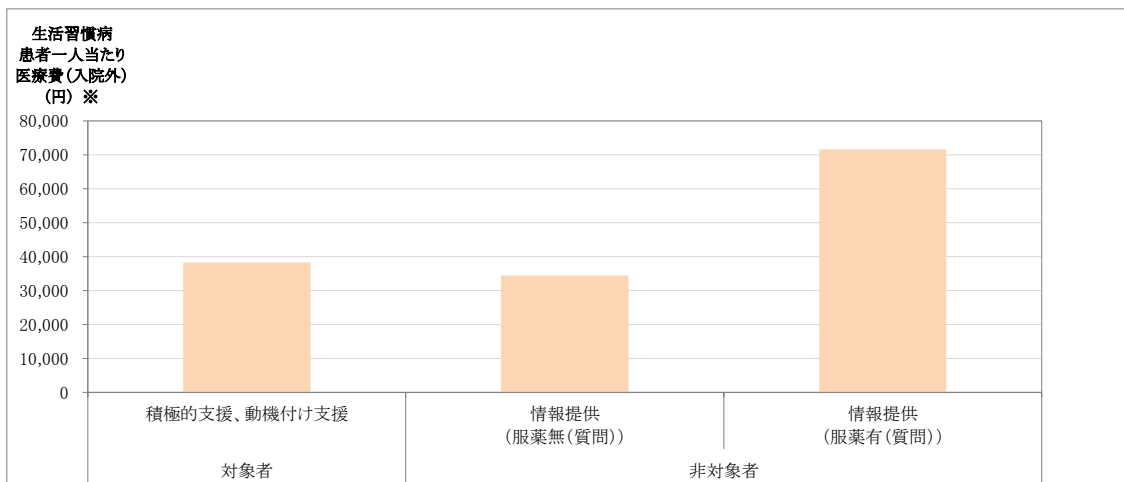
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※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か月分)。

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か月分)。

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。本市においては各年度の目標値を以下のとおり設定します。

#### 目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	50.5%	52.3%	54.1%	56.0%	58.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	21.2%	22.0%	22.8%	23.6%	24.4%	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)	8,817	8,402	8,038	7,786	7,509	7,279
特定健康診査受診率(%) (目標値)	50.5%	52.3%	54.1%	56.0%	58.0%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	4,453	4,394	4,349	4,360	4,355	4,367

#### 年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	3,813	3,736	3,646	3,560	3,497	3,416
	65歳～74歳	5,004	4,666	4,392	4,226	4,012	3,863
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	1,744	1,788	1,820	1,852	1,901	1,932
	65歳～74歳	2,709	2,606	2,529	2,508	2,454	2,435

## (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)	501	500	499	504	506	510
特定保健指導実施率(%)(目標値)	57.5%	58.0%	58.5%	59.0%	59.5%	60.0%
特定保健指導実施者数(人)	288	290	292	297	301	306

### 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	153	158	159	162	166	169
	実施者数(人)	40歳～64歳	88	92	93	95	98	101
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	104	106	109	111	113	115
		65歳～74歳	244	236	231	231	227	226
	実施者数(人)	40歳～64歳	56	58	60	62	64	65
		65歳～74歳	144	140	139	140	139	140

### 3. 実施方法

#### (1) 特定健康診査

##### ①基本的な考え方

特定健康診査においては、糖尿病等の生活習慣病、特にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者や予備群を減少させるため、保健指導が必要な者を的確に抽出するための検査項目を健診項目とします。地域等の特性を踏まえ、他の検査項目も必要に応じて追加します。

##### ②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。

##### ③実施方法

特定健康診査の実施については、本市が従来から実施してきた健診方法である各地区を巡回して実施する集団健康診査において実施します。

また、人間ドックの受診を希望する加入者も多いことから、委託契約を結んだ医療機関等において特定健康診査を実施します。

なお、健康増進法で規定するがん検診も同時に実施します。

#### ア. 実施場所

- ・ 集団健診については、保健センター、総合会館、体育館等を活用して実施します。
- ・ 人間ドックについては、委託契約を結んだ医療機関等で実施します。
- ・ みなし健診については、指定医療機関で実施します。

#### イ. 実施時期

- ・ 集団健康診査 4月～ 6月、10月～11月
- ・ 人間ドック 4月～ 3月
- ・ みなし健診 11月～ 3月

## ウ. 実施項目

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

### ■ 基本的な健診項目 (全員に実施)

質問項目	標準的な質問票(既往歴の調査を含む)
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
血中脂質検査	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)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -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)

眼底検査	血圧(収縮期140mmHg又は拡張期90mmHg以上) 血糖(空腹時血糖値が126mg/dl、HbA1c6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上)	
心電図検査		基本健診受診者全員を対象
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	

※脂質検査・・・空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロールを用い評価しても、血中脂質検査を実施したとみなします。

※血糖検査・・・空腹時以外でHbA1cを測定しない場合は、食直後(食事開始から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を可とします。

※質問票の質問項目に、生活習慣の改善に関する歯科口腔保健に関する項目を追加します。

## エ. 委託基準

特定健康診査受診率の向上を図るため、利用者の利便性に配慮した健診を実施します。また、精度管理が適切に行われるように委託先における健診の質を確保します。

委託方法、契約書書式については、国が示す委託契約の方法、標準的な契約書を参考にします。

## ④ 周知・案内方法

### ア. 特定健康診査の周知方法

受診率向上を図るため、以下の方法により実施します。

- ・対象者全員に、特定健康診査及び各種健康診断希望調査・申込書を郵送します。(毎年1月頃)
- ・各種健康診断申込状況を確認し特定健康診査対象者の受診意向を把握します。(毎年2月頃)
- ・転入者には随時、健康診断の希望状況を確認します。



## イ. 特定健康診査の案内方法

- 特定健康診査申込者に対しては、問診票及び健康診査関係書類を同封し、個別に送付します。
- 追加で受診申込のあった対象者については、随時個別送付します。

## ウ. 未受診者対策

- 健診未受診者については、受診しない理由を対象者に確認するとともに、11月の追加健診に向けて受診勧奨を行います。
- 医療機関受診中のため、市の健診を未受診の場合は、かかりつけの医療機関からの情報が得られるよう医師会と契約を締結し、かかりつけ医療機関から情報提供を受ける(みなし健診)こととします。

## (2) 特定保健指導

### ① 基本的な考え方

- ・生活習慣病に移行させないことを目的に、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定、実践できるよう支援し、健康に関する自己管理ができるようになることを目標とします。
- ・実行可能な行動目標を対象者自ら立てられる支援プログラムにより、行動変容のきっかけづくりを行います。
- ・保健指導実施者は効果的な保健指導を行うため、研修会への参加や、身近な機関でOJT(職場内研修)を実施します。
- ・ポピュレーションアプローチ(全住民対象の取り組み)や社会資源の活用、また地域、職域におけるボランティア等との協働活動を行います。
- ・2年連続して積極的支援に該当した者のうち、1年目に比べ改善がみられる者については、2年目の支援は、動機付け支援相当の支援を実施した場合でも、特定保健指導を実施したと位置づける事とします。
- ・動機付け支援・積極的支援ともに行動計画の実績評価は、3か月以上経過後に実施します。
- ・積極的支援に対する3か月以上の継続的な支援におけるポイントの在り方や、生活習慣の改善効果を得るための目安となる新たな指標等を検証するために、柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施を行う場合は、実施計画及び結果の報告を厚生労働省に提出し、データ収集と分析に協力をします。

## ②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：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、動機付け支援のみを行っている。

## ③実施方法

### ア. 実施場所

集団健診については、保健センター、総合会館、体育館等の公共施設を活用して実施します。人間ドックについては委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

### イ. 実施時期

集団健康診査実施後、特定保健指導対象者の選定及び階層化終了後実施します。健診結果報告日が初回面接となります。人間ドックについては、健診実施日が初回面接となり、その後は委託機関のメニューに従って実施します。

### ウ. 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か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か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か月以上の継続的な支援 個別支援(ICT含む)、グループ支援(ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。					
実績評価	○3か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。  <b>アウトカム評価</b> <table border="1" data-bbox="368 1357 1418 1641"> <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(禁煙)、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> <b>プロセス評価</b> <table border="1" data-bbox="368 1697 1418 1843"> <tr> <td>・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(禁煙)、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	・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(禁煙)、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
・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						

## オ. 委託基準

内臓脂肪症候群のリスクを有する者に対して、個人のニーズに基づいた生活習慣の改善を支援する保健指導の提供体制を有することと、将来的には、保健指導の量の確保と質の高い指導の実現をめざします。また、委託方法、契約書書式については、国が示す委託契約の方法、標準的な契約書を参考にします。

### ④周知・案内方法

#### 特定保健指導の案内方法

##### ○情報提供レベル

- ・ 健診結果通知の送付時に、対象者個人に合わせた情報を提供します。

##### ○動機付け支援レベル

- ・ 健診結果は郵送せず、面接日時を指定し案内を送付します。
- ・ 面接に来所しなかった対象者については、再度面接日時を確認し案内します。

##### ○積極的支援レベル

- ・ 健診結果は郵送せず、初回面接日時を指定し案内を送付します。
- ・ 面接に来所しなかった対象者については、再度面接日時を確認し案内します。

## 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
受診率の向上	インターネットを活用した受診勧奨及び受診申し込みの実施体制の強化。
	健診予定日が近づいた時点での確認通知の発送。
	組織や学校・保育園等の保護者を通じた受診勧奨。
	健診希望者中未受診者への追加健診の受診勧奨はがきの発送。

### 【特定保健指導】

事業分類	取り組み
保健指導率の向上	対象者の費用負担の無料化。
	委託健診機関との検討会の開催による魅力的な指導方法の検討。
継続該当者の減少	継続該当者・リスク因子の多い者への定期的なアプローチ。
	生活習慣病に関する正しい知識の周知。

## 5. 実施スケジュール

実施項目	前年度	当年度												次年度		
	1～3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	4～6月	7～9月	
健診の周知案内		← (3月中旬) →														
集団健診の実施		← →						← (11月末) →								
人間ドックの実施		← (3月中旬) →														
みなし健診の実施								← (3月中旬) →								
集団健診 結果の通知			← →					← (12月末) →								
保健指導の案内・実施			← (8月末) →													
事業評価								← (9月末) →								
国保運協等			← (9月末) →													

## 6. 代行機関

(1) 名称：山梨県国民健康保険団体連合会

(2) 住所：山梨県甲府市蓬沢一丁目15番35号 山梨県自治会館内

(3) 委託業務内容

### ① 費用決済処理業務

- ・ 契約情報管理業務、委託情報管理
- ・ 費用決済業務  
点検・資格確認、全国決済処理、費用決済処理、支払代行

### ② 共同処理業務

- ・ 実施計画策定支援業務  
各種統計作成、実施計画策定のための資料作成
- ・ 特定健診業務  
受診券等作成、健診データ管理・総括表等作成、階層化・保健指導対象者抽出
- ・ 特定保健指導業務  
利用券等作成、保健指導データ管理・総括表等作成
- ・ 評価・報告業務  
評価・報告、健診結果等分析

### ③ マスタ管理業務

健診等機関マスタ管理、被保険者マスタ管理、保険者マスタ管理、金融機関マスタ管理

## 第5章 特定健康診査・特定保健指導の推進方策

### 1. 特定健康診査・特定保健指導の未実施者及び中断者への支援

動機付け支援・積極的支援の対象者が保健指導を受けない場合や保健指導を中断した場合の支援は、以下のとおり実施します。

- ①対象者が保健指導を受けなかった場合、電話、Eメール、FAXなどにより指導を受けるように促します。
- ②動機付け支援及び積極的支援対象者の初回面接時において、連絡したにも関わらず保健指導対象者が保健指導を受けない場合は、必ず情報提供支援を実施します。
- ③積極的支援においては、支援内容や方法、日時等について、対象者と十分に話し合い、保健指導が終了まで継続できるよう支援します。
- ④次年度以降の保健指導につなげるため、保健指導の未実施者及び中断者からその理由を聞くなどして、保健指導を受けない理由を明確にします。

### 2. 医療機関との連携・事業推進策

- ①健康診査の受診率向上や生活習慣病予防の推進を図るため、医療機関から健康診査未受診者で医療機関受診者の受診結果の連絡や、医療機関における保健指導の早期実施などの協力体制を整えます。
- ②受診対象者や治療継続者については、レセプト情報を活用し、かかりつけ医から対象者に指導が行われている場合には、対象者等からその指導内容を把握し、医師と協力して保健指導が実施できるよう医療機関との連携を図ります。

### 3. ポピュレーションアプローチの取り組み方

保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善する方向で支援を行うものですが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣はその生活環境、風習、職業などの社会的要因に大きく影響されます。このため個々の生活の場が、健康的な生活習慣へ導くよう個人の行動変容を支え、又はその生活習慣を維持できるような環境となっていることが必要となります。

#### (1) 地域や職域における環境づくり

- ① 飲食店や社員食堂での健康に配慮した食事(ヘルシーメニュー)の提供や栄養表示の実施
- ② 受動喫煙の防止対策を行っている施設の増加・公共施設の敷地内禁煙の推進
- ③ 同じ健康課題を持つ者の仲間づくり
- ④ 日常的な健康情報の提供
- ⑤ 健康づくりグループの紹介
- ⑥ 地域での健康づくり事業への支援

#### (2) 組織・各種団体との連携

健診の受診勧奨や健康行動への支援が得られるよう、保健福祉推進員等と連携を図ります。

### 4. 人材確保・育成策

- ① 健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者は、山梨県等が実施する研修に積極的に参加するとともに、常に自己研鑽に努めます。また、研修等により人材育成の機会を積極的に提供します。
- ② 国保年金課と健康増進課とが密接に連携を図り、健診・保健指導とポピュレーションアプローチとの効果的な組合せを企画立案できる人材の育成に努めます。
- ③ 保健福祉推進員等の活動の推進、及び人材育成に努めます。



## 第6章 個人情報保護対策

### 1. 基本的な考え方

健診・保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえた対応を行います。受診者の利益を最大限に保証するため個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導を実施します。

### 2. 具体的な個人情報の保護とデータの利活用の方法

- ①個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等）等を遵守します。
- ②健診・保健指導データの電子媒体による保存等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守します。
- ③北杜市個人情報の保護に関する法律施行条例を遵守します。
- ④本市は、健診・保健指導データを県に提出する場合には、健診・保健指導データのうち、特定の個人を識別できる情報を外して、固有番号を割り振り、連結不可能な匿名化したデータを作成します。
- ⑤国保の特定健診・特定保健指導の業務については、健康増進部門に執行委任を行い、職員の事務分掌を明確化させます。また、特定健診の健診データを用いて保健指導等を行う場合のデータの取り扱いについても同様とします。

## 第7章 特定健康診査・特定保健指導の結果の通知と保存

### 1. 特定健康診査等データ管理システムと活用

特定健康診査の情報は、本市のデータ管理システムにおいて、がん検診等の各種検診データとともに包括的に管理し、特定保健指導だけではなく、住民の健康管理に広く活用します。

### 2. 記録の管理と保存

- ①健診・保健指導のデータは個人の健康情報が入っているため、あらかじめ医療保険者により定められた責任者をおいて管理することとします。
- ②健診・保健指導のデータ管理を外部委託する場合は、国が示す基準を遵守します。
- ③医療保険者は、健診・保健指導結果を管理するとともに、被保険者に対して、その情報を各個人が保存しやすい形で提供します。

## 第8章 特定健康診査等実施計画書の公表・周知

### 1. 公表や周知の方法

特定健康診査・特定保健指導等の実施に関する計画書については、本市のホームページで公表する等、広く住民に周知します。

### 2. 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発方法

特定健康診査等を実施する趣旨や健診の実施方法については、市ホームページへの掲載等により、普及啓発に努めます。

また、「健診希望調査・申込書」発送時に普及啓発用のちらしを同封するとともに、制度改正があった場合には、広く住民に周知します。

## 第9章 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

### 1. 基本的な考え方

---

評価は、「特定健康診査・特定保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の有病者及び予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から医療費の推移等で評価を行っていくこととなります。

最終評価はメタボリックシンドロームの有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものですが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定されます。したがって、最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる指標についても評価を行っていくこととします。

### 2. 評価方法

---

#### (1) 実施及び成果に係る目標の達成状況

第4章1. 目標にて設定した特定健康診査・特定保健指導の目標値の達成状況及びその経年変化の推移について把握し、毎年度評価していきます。

#### (2) 評価方法

前年度の特定健康診査等の結果データから作成する国への実績報告を、評価として活用します。

### 3. 事業の見直し

---

評価の結果については、国民健康保険の運営の健全化の観点から、北杜市市町村の国民健康保険事業の運営に関する協議会に状況を報告し、必要に応じて事業を見直すこととします。

また、効率的な事業運営を行う上で、山梨県の助言や支援により事業を見直すこととします。

## 第10章 その他円滑な事業実施のための方策

### 1. 事業実施体制の整備

#### (1) 事業準備・実施体制の強化

国保年金課と健康増進課を中心として、介護支援課や地域包括支援センターと相互に連携を図り、事業を実施します。

#### (2) 付加検診について

受診者の利便性などを考慮し、がん検診などについて、特定健康診査と同時に実施します。

特定健康診査のほか詳細な検査が受けられる人間ドックについては、実施する医療機関を適切に設け、受診の勧奨を行います。

### 2. 特定健康診査等実施計画の推進体制

北杜市福祉保健部関係部署の相互連携を図り、北杜市市町村の国民健康保険事業の運営に関する協議会において、実施状況等を踏まえ適切に対応します。

また、第4次北杜市健康増進計画の策定時期である令和8年度に合わせ、中間評価として計画の進捗状況に関する評価を行うこととします。

## 卷末資料

# 1. 用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・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か月経過後に面接、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か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	膵癌	膀胱癌
0211	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	子宮筋腫	脳腫瘍	肺腫瘍
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害				
0301	貧血	鉄欠乏性貧血	貧血	巨赤芽球性貧血
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	播種性血管内凝固	血液凝固異常	血小板減少症
IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患				
0401	甲状腺障害	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症	甲状腺腫
0402	糖尿病	糖尿病	2型糖尿病	糖尿病網膜症
0403	脂質異常症	高脂血症	高コレステロール血症	脂質異常症
0404	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	脱水症	高尿酸血症	卵巣機能不全
V. 精神及び行動の障害				
0501	血管性及び詳細不明の認知症	認知症	血管性認知症	老年精神病
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	ニコチン依存症	アルコール依存症	急性アルコール中毒
0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	統合失調症様状態	幻覚妄想状態
0504	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	うつ病	うつ状態	躁うつ病
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	不安神経症	神経症	心身症
0506	知的障害<精神遅滞>	知的障害	軽度知的障害	重度知的障害
0507	その他の精神及び行動の障害	摂食障害	器質性精神障害	せん妄

コード	疾病分類	主な疾病		
VI. 神経系の疾患				
0601	パーキンソン病	パーキンソン症候群	パーキンソン病	パーキンソン病Yahr3
0602	アルツハイマー病	アルツハイマー型認知症	アルツハイマー病	アルツハイマー型老年認知症
0603	てんかん	てんかん	症候性てんかん	精神運動発作
0604	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	片麻痺	脳性麻痺	不全麻痺
0605	自律神経系の障害	自律神経失調症	神経調節性失神	自律神経障害
0606	その他の神経系の疾患	不眠症	片頭痛	睡眠時無呼吸症候群
VII. 眼及び付属器の疾患				
0701	結膜炎	アレルギー性結膜炎	結膜炎	慢性結膜炎
0702	白内障	白内障	加齢性白内障	後発白内障
0703	屈折及び調節の障害	近視性乱視	遠視性乱視	老視
0704	その他の眼及び付属器の疾患	ドライアイ	緑内障	眼精疲労
VIII. 耳及び乳様突起の疾患				
0801	外耳炎	外耳炎	外耳湿疹	急性外耳炎
0802	その他の外耳疾患	耳垢栓塞	耳介軟骨膜炎	耳瘻孔
0803	中耳炎	滲出性中耳炎	急性中耳炎	中耳炎
0804	その他の中耳及び乳様突起の疾患	耳管狭窄症	耳管機能低下	真珠腫性中耳炎
0805	メニエール病	メニエール病	メニエール症候群	内耳性めまい
0806	その他の内耳疾患	良性発作性頭位めまい症	末梢性めまい症	耳性めまい
0807	その他の耳疾患	感音難聴	難聴	耳鳴症
IX. 循環器系の疾患				
0901	高血圧性疾患	高血圧症	本態性高血圧症	高血圧性心疾患
0902	虚血性心疾患	狭心症	急性心筋梗塞	心筋梗塞
0903	その他の心疾患	心不全	不整脈	慢性心不全
0904	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血後遺症	脳動脈瘤破裂
0905	脳内出血	脳出血	脳出血後遺症	視床出血
0906	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞後遺症	多発性脳梗塞
0907	脳動脈硬化（症）	脳動脈硬化症	動脈硬化性脳症	
0908	その他の脳血管疾患	内頸動脈狭窄症	頸動脈硬化症	脳血管障害
0909	動脈硬化（症）	閉塞性動脈硬化症	動脈硬化症	動脈硬化性網膜症
0911	低血圧（症）	起立性低血圧症	低血圧症	起立性調節障害
0912	その他の循環器系の疾患	深部静脈血栓症	末梢循環障害	慢性動脈閉塞症
X. 呼吸器系の疾患				
1001	急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒>	感冒	急性鼻炎	急性鼻咽頭炎
1002	急性咽頭炎及び急性扁桃炎	咽頭炎	急性咽頭炎	扁桃炎
1003	その他の急性上気道感染症	急性上気道炎	急性咽頭喉頭炎	急性副鼻腔炎
1004	肺炎	肺炎	急性肺炎	マイコプラズマ肺炎
1005	急性気管支炎及び急性細気管支炎	急性気管支炎	マイコプラズマ気管支炎	グループ性気管支炎

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	萎縮性陰炎
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	子宮腔部びらん	細菌性陰炎	陰炎
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		