

南部町国民健康保険における
第3期データヘルス計画（案）及び
第4期特定健康診査等実施計画書（案）

令和6年3月
南部町

はじめに	4
第1部 第3期データヘルス計画	5
第1章 基本的事項	6
背景と目的 / 計画の位置づけ	6
計画期間 / 実施体制・関係者連携	7
基本情報	8
現状の整理	8
第2章 健康・医療情報等の分析と課題	9
数量的データ・質的データ	9
不適切な生活習慣 / 生活習慣病予備群 / 生活習慣病発症 / 地域特性	9
重症化・合併症発症 / 要介護状態・死亡 / 医療費適正化	10
健康課題の抽出	11
参照データ	12
図表1 令和4年度 関連データ全体	12
図表2-1 特定健康診査受診率(性・年齢階層別)(令和4年度) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(年度別)	16
図表2-2 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(令和4年度) 特定健康診査受診率・保健指導実施率(年度別)	17
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 人工透析に関する分析	29
図表8 質問票調査の状況(令和4年度)	30
図表9 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	42

第4章	個別事業計画	43
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	43
	事業1-1 特定健康診査実施事業	45
	事業1-2 特定保健指導実施事業	47
	事業分類 2 糖尿病対策	49
	事業2 糖尿病性腎症重症化予防事業(未治療者への受診勧奨)	51
	事業分類 3 生活習慣病予防	53
	事業3-1 高血圧教室実施事業	53
	事業3-2 健康情報の発信	54
	評価指標一覧	55
	計画全体(総合アウトカム)	53
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	55
	事業分類 2 糖尿病対策	57
第5章	その他	61
	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	61
	個人情報の取扱い / 地域包括ケアに係る取り組み	61
第6章	その他の保健事業	62
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	63
第1章	特定健康診査等実施計画について	64
	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	64
	4. データ分析期間	65
第2章	特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	66
	1. 取り組みの実施内容	66
	2. 特定健康診査の受診状況	67
	3. 特定保健指導の実施状況	70
	4. メタボリックシンドローム該当状況	76
	5. 第3期計画の評価と考察	78
第3章	特定健康診査に係る詳細分析	79
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	79
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	80
第4章	特定健康診査等実施計画	86
	1. 目標 / 2. 対象者数推計	86
	3. 実施方法	88
	4. 目標に向けての取り組み	92
	5. スケジュール	93
第5章	その他	94
	1. 個人情報の保護	94
	2. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	94
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	94
	4. 他の健診との連携	95
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	95
巻末資料		96
	1. 用語解説集	97
	2. 疾病分類	99

はじめに

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

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

南部町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、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

		目的	根拠法令
第1部	第3期データヘルス計画	健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施計画を定め、実施及び評価を行う。	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)
第2部	第4期特定健康診査等実施計画	特定健康診査等基本指針(厚生労働省告示)に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施方法や目標等、基本的な事項を定める。	高齢者の医療の確保に関する法律第19条

第1部
第3期データヘルス計画書

第1章 基本的事項

<p>計画の趣旨</p>	<p>背景と目的</p>	<p>平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられました。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>
	<p>計画の位置づけ</p>	<p>保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。</p> <p>データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれた内容とします。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとします。</p>

※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。

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

(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)		7,156		3,936		3,220	
国保加入者数(人)	合計	1,610	100%	812	100%	798	100%
	0～39歳(人)	173	10.7%	92	11.3%	81	10.2%
	40～64歳(人)	420	26.1%	208	25.6%	212	26.6%
	65～74歳(人)	1,017	63.2%	512	63.1%	505	63.3%
	平均年齢(歳)	61.3歳		60.8歳		61.4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
山梨県(保健所)	関係機関との調整や人材育成について連携を図るほか、健康課題の分析や事業評価等について情報提供や助言を求めます。
国保健康保険団体連合会(保健事業支援・評価委員会)・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携します。また、保健事業の推進や評価等に関する情報提供や助言を求めます。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携並びに高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施します。
その他	保健事業の周知・啓発においては、自治会等と連携して実施します。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は1,610人で、平成30年度の1,866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10.7%、40-64歳が26.1%、65-74歳が63.2%です。県の平均よりも64歳以下の割合が低く、65-74歳の割合が高くなっており、高齢化率は県や国よりもかなり高い水準です。平均年齢も県内ではかなり高くなっています。(令和4年度)
前期計画等に係る考察		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率の伸びは、被保険者一人ひとりの健康意識が高いことが結果となっています。しかし、受診率が高い反面、特定保健指導受診率が低いため、対象者への勧奨については検討する必要があります。 ・血圧及び血糖コントロール不良者は、年々増加傾向にあります。生活習慣病治療中の半数以上が不良者となっているので、必要に応じて主治医と連携して適切な保健事業が行われる体制を築き、事業実施に繋げる必要があります。

A 不適切な生活習慣

B 生活習慣病予備群

C 生活習慣病発症

1 現状	数的データ	<p>(健診問診項目の該当者割合、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率(R4年度)67.2%。毎年60%を超える受診率で、県平均(46.6%)より大幅に高い。 ・性・年齢別においては、男性の40歳～64歳、女性の40歳代は受診率が低め。 ・喫煙率(13.8%)は県平均(14.4%)より低いが、一日の飲酒量1～2合(34%)と2～3合(16.7%)は、県平均(31.1%)(13.7%)より高い。 ・食習慣は、噛みにくい(22.6%)及びほとんど噛めない(0.9%)が県平均(17%)(0.6%)より高い。 ・20歳時体重から10kg以上増加(41.2%)が県平均(30.8%)より大幅に高い。 ・1日30分以上運動習慣なし(65.1%)の割合は県平均(67%)と同程度だが、1日1時間以上運動なし(52.7%)は県平均(43%)より高い割合。 ・生活習慣改善意欲なし(33.6%)は県平均(24.9%)より高い。 	<p>(健診検査項目の有所見率、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R3年度の保健指導実施率は35.3%で、県平均(30.9%)より高い。 ・メタボ該当者(18.4%)、予備軍(10.7%)の割合が県平均(17.9%)(10.3%)より高い。 ・健診有所見者割合を比較すると、BMI(27.9%)が男性(35.1%)女性(21.8%)とも県平均(24.6%)男性(30.5%)女性(19.6%)より高い。中性脂肪(20.2%)、ALT(14.5%)、拡張期血圧(29%)、LDLコレステロール(54.8%)は県平均(18.1%)(13.6%)(26.9%)(51%)より若干高い。尿酸(10.3%)は県平均(2.6%)を大きく上回っている。特に男性(17.8%)は県平均(4.9%)より高い。収縮期血圧(61.7%)は県平均(49.1%)より大幅に高い。年齢が上がるにつれ有所見者割合は高くなる。 ・健診未受診かつ医療機関での治療がない人(健康状態不明者)が7.3%。 	<p>(医療費の状況、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人あたり医療費(医科31,843円)(歯科2,500円)は県平均(医科27,986円)(歯科2,126円)より高い。 ・受診勧奨者は(67.2%)、医療機関受診率は(61.8%)。 ・医療費分析>生活習慣病に占める割合で県平均を上回っているものは、がん(35.5%)県平均(30.5%)、糖尿病(12.5%)県平均(10.3%)。 ・外来における糖尿病の1件あたり費用額は、44,383円と県内5位。 ・服薬の状況は、糖尿病(12.7%)と脂質異常症(27.9%)において、それぞれ県平均(9.5%)(25.3%)より高い。 ・健診受診者の生活習慣病対象者一人あたり医療費(14,520円)が県平均(8,697円)より高い。
	質的データ	<ul style="list-style-type: none"> ・車移動が多い。 ・農作業で体を動かしているから大丈夫(健康)。 ・運動をした気になっている。 ・カップ麺を含めた麺類をよく食べる。 ・早食い。 ・弁当のほかに菓子パンを食べる。 ・夕食後に菓子やパンなどを口にする。 ・夫婦2人だけ世帯、男性の単身者は、スーパーなどの惣菜を購入して食事を済ませることが多い。 ・米作りをしている家庭は、春先から秋にかけて何らかの作業をしている。逆に、冬場はすることがない。 ・ストレスから多量飲酒や食べ過ぎにつながっている。 ・「無尽」の文化がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食卓に漬物が並ぶことが多い。 ・お茶(間食)の時間にも漬物が出ることがある。 ・味付けが濃いめ。 ・お茶(間食)の時間もしっかり食べる。 ・麺類のスープを飲み干す。 ・教室に参加する方の年齢層は高め。 ・移動販売車をよく利用する。 ・買いため、まとめ買いをする。 ・保健指導を受けたがらない。 ・飲酒する人が多く、その際のつまみも味が濃いものが多い。 ・農作業の際に10時と15時に休憩があり、間食が習慣となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で何種類もの薬を飲んでいる。 ・気になる症状を伝えると薬が増える。 ・どんな薬を飲んでいるのか把握していない。 ・健診は受けるだけ。病院を受診しているから大丈夫。 ・複数病院にかかっている。 ・生活習慣病が重篤な病気への罹患のリスクになるつながりを知らない。 ・専門病院で他の症状を訴え、薬をもらっている人が多い。

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>昭和30年旧南部町と旧富沢町が誕生、平成15年3月の合併により新南部町が誕生した。</p> <p>面積は200.87km²で、森林が9割を占める。</p> <p>年平均気温が15℃と比較的温暖で、降水量は年間2,500mm前後。降雪も極めて少なく、四季を通じて過ごしやすい。</p>	<p>人口減少が進み、就業者数は減少。令和2年国勢調査では、1次産業3%、2次産業37.1%、3次産業59.9%の就業割合となっている。</p> <p>経年比較すると、1次産業は平成27年に増加したが減少傾向にあり、2次産業は減少が続き、3次産業は増加傾向にある。</p>	<p>公共交通が少なく、車での移動が主となっている。</p> <p>中部横断自動車道が開通したことで、交通環境が格段に良くなった。</p>	<p>公立医療機関が2カ所、民間の診療施設が2カ所、歯科医院が3カ所あり地域医療を担っている。</p> <p>生命身体等に関わる場合は、県外・町外の医療機関を利用する状況にある。</p> <p>休日・夜間の診療体制整備、救急医療の体制整備が図られている。</p>	<p>自治会、福祉推進員、民生児童委員、愛育会、食生活改善推進員等と連携強化を図っている。</p>	

D 重症化・合併症発症

E 要介護状態・死亡

(医療費の状況、健診問診票の既往歴の該当者割合、等)

- 疾病分類別医療費の割合は、がん(35.5%)、精神(15.9%)、筋骨格(15.3%)の順に多く、県と比較すると、がんの割合が高い。(県30.5%)
- 1件あたりの入院費用額は、心疾患(670,382円)、悪性新生物(596,593円)、高血圧(572,463円)の順に高い。
- 1件あたりの外来費用額は、腎不全(98,104円)、悪性新生物(58,738円)、糖尿病(44,383円)の順に高い。
- 細小分類で見ると、糖尿病(6.4%)、関節疾患(4.9%)、統合失調症(4.8%)、慢性腎臓病(透析あり)(4.3%)となっている。
- がんの医療費では肺がん・肝がんの医療費が高い。

◦隣町にある医療機関あるいは生活圏となっている富士・富士宮市内の医療機関で透析を受ける。(送迎サービスを活用できる。)

(平均寿命、平均余命、標準化死亡比、介護認定・給付の状況等)

- 平均寿命は男性80.3歳、女性87.1歳。男性は県平均(80.9歳)より若干低く、女性は県平均(87.2歳)と同水準。
- 平均余命は男性80.9歳、女性88.8歳。男性は県平均(81.8歳)より低く、女性は県平均(88.2歳)と同水準。
- 標準化死亡比は男性99.6%、女性97%。男性は県平均(96.4%)より高く、女性は県平均(97.4%)と同水準。
- 要介護認定率(1号)は18.3%で、県平均(16.9%)より高い。
- 介護認定者の有病状況は、基礎疾患の高血圧症(53.6%)割合が県平均(52%)より高い。心臓病(60.8%)、脳疾患(25%)、精神(41.3%)も、それぞれ県平均(59.2%)(21.2%)(37.1%)より高い割合。
- 1件あたり介護給付費(71,585円)が県平均(67,719円)より高い。
- 死亡状況は、心臓病(29.9%)と脳疾患(19.4%)が県平均(27.5%)(15.7%)より高い。

◦単身世帯の孤独死が増えた。
◦同居者あるいは近場に介護者がいないため、介護サービスを申請(利用)する方が多い。

F 医療費適正化

(重複頻回受診、重複・多剤投与者、後発医薬品の使用状況、等)

後発医薬品使用割合(数量シェア・各年度3月)
令和2年度 81.8%、令和3年度 82.2%、令和4年度 84.5%
重複・頻回受診該当者数(平均値)
令和2年度 1人、令和3年度 2人、令和4年度 1人
重複処方該当者数(平均値)
令和2年度 1人、令和3年度 1人、令和4年度 1人
多剤処方該当者数(平均値)
令和2年度 10人、令和3年度 10人、令和4年度 9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)

- 特定健診の受診率は県に比べて高いが、男性の40歳～64歳、女性の40歳代は受診率が低め。
- 食習慣では噛みにくさを感じている人が多い。よく噛まずに飲み込むことでエネルギーの過剰摂取につながっている。
- 農業をしている方が多く、自宅でとれた野菜で漬物を作る人が多い。
- 車社会である事や農作業をしている人が多く、運動をした気になっている人が多く、運動習慣がない。
- 上記の不適切な生活習慣が原因となり、男女ともにメタボの該当者や予備軍が多いこと、高血圧の有所見者率が高い結果につながっている。また、不適切な習慣から、検査値が悪化し、重篤な病気になるというつながりを知らない。
- また、健診を受ける人が多いものの、改善意欲のない方も多く、保健指導を受けたがらない、健康教室につながらない問題がある
- さらに、受診勧奨者の医療機関受診率が高く、健診受診者の生活習慣病対象者1人当たりの医療費も高いことから、健診後に病院に行く人は多いが、生活習慣の見直しにはつながらず、薬を飲んでいればよくなると思っている人が多い。その結果からか、外来における糖尿病の1件当たり費用額は県内でも上位におり、症状も重症化している人が増えている。
- 血圧の有所見者率も60%を超えており、経年をみても上昇傾向にある。
- 血圧の該当者が多いこと、糖尿病の医療費が高いこと、さらに、介護認定者の基礎疾患で高血圧の人が多くことから、動脈硬化が進み、心臓病や脳疾患で亡くなる人が多いことにつながっている。
- 細小分類で見ると、糖尿病(6.4%)、関節疾患(4.9%)、統合失調症(4.8%)、慢性腎臓病(透析あり)(4.3%)となっている。
- がんの医療費では肺がん・肝がんの医療費が高い。
- 噛みにくい(22.6%)及びほとんど噛めない(0.9%)が県平均(17%)(0.6%)より高い。
- 一日の飲酒量は、1～2合(34%)と2～3合(16.7%)は、県平均(31.1%)(13.7%)より高い。
- 1日1時間以上運動なし(52.7%)は県平均(43%)より高い割合。
- 塩分の多い食事、間食、飲酒量が多い、運動不足など、不適切な生活習慣がみられるが、改善意欲なしが多い。
- メタボ該当者(18.4%)、予備軍(10.7%)の割合が県平均(17.9%)(10.3%)より高い。若い年代(40歳代)の割合が高い。20歳時体重から10kg以上増加(41.2%)が県平均(30.8%)より大幅に高い。
- 尿酸(10.3%)は県平均(2.6%)を大きく上回っている。特に男性(17.8%)は県平均(4.9%)より高い。
- 血糖の有所見者が多い。特に、40歳代、50歳代、60～64歳の女性の有所見者割合が高い。
- 全医療費に占める糖尿病の医療費割合が2位と高い。糖尿病の入院外の1件当たり医療費は県内5位。千人当たりのレセプト件数も国、県より多い。



3 健康課題

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

	健康課題の内容	優先する健康課題
A	全医療費に占める糖尿病の割合が高く、1件当たりの医療費も高額で、千人当たりのレセプト件数も多いです。また、特定健診で血糖の有所見者率が全国と比較して高く、すでに服薬している人も多い。糖尿病の早期発見や治療の遅れ、治療中のコントロール不十分による重症化が考えられます。	✓
B	日常的に塩分の多い食習慣があり、特定健診の高血圧有所見者率が高く、年々、割合が増加しています。また、若い世代に高血圧症の発症が見られ、介護認定者の基礎疾患で高血圧症が多いこと、心臓病や脳血管疾患で亡くなる人が多いことにもつながり、高血圧の重症化が考えられます。	✓
C	メタボ予備群、該当者が県に比べて多く、BMI、コレステロール、血圧、尿酸の有所見者が高率です。20歳時の体重より10kg以上の増加者が県より高率であることから、若いときからの食事や飲酒の問題、運動不足などの生活習慣が原因と考えられます。また、生活習慣を改善しないと、今後重篤な疾患の発症につながるという意識が薄く、保健指導や教室への参加に繋がっていません。	

第2章 参照データ

図表1 令和4年度 関連データ全体

出典

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

	項目	南都町		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合※	実数	割合	実数	割合				
1 全体像	① 人口構成	総人口		7,156		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)		3,124	43.56	245,884	31.01	35,335,805		28.59	
		75歳以上		1,645	22.87	128,751	16.21	18,248,742		14.73	
		65～74歳		1,479	20.69	117,133	14.80	17,087,063		13.86	
		40～64歳		2,255	31.55	267,271	33.81	41,545,893		33.75	
	39歳以下		1777	24.89	277,991	35.18	46,332,563	37.66			
	② 産業構成	第1次産業		3.6		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		38.8		28.4		25.0			
		第3次産業		57.6		64.3		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.3		80.9		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
		女性		87.1		87.2		87.0			
	④ 平均余命	男性		80.9		81.8		81.7			
		女性		88.8		88.2		87.8			
2 死亡	① 死亡の状況	標準化 死亡比(SMR)	男性	99.6		96.4		100.0	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
			女性	97.0		97.4		100.0			
		死因	がん		32	47.8	2,433	48.1		378,272	50.6
			心臓病		20	29.9	1,394	27.5		205,485	27.5
			脳疾患		13	19.4	794	15.7		102,900	13.8
			糖尿病		0	0.0	107	2.1		13,896	1.9
			腎不全		2	3.0	205	4.0		26,946	3.6
			自殺		0	0.0	129	2.5		20,171	2.7
3 介護	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		579	18.3	41,372	16.9	6,724,030	19.4		
		新規認定者		13	0.3	804	0.3	110,289	0.3		
		2号認定者		3	0.1	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		117	18.3	10,479	23.9	1,712,613	24.3	
			高血圧症 (高血圧性心疾患含む)		325	53.6	22,563	52.0	3,744,672	53.3	
			脂質異常症		137	23.2	12,599	28.9	2,308,216	32.6	
			心臓病(高血圧含む)		364	60.8	25,665	59.2	4,224,628	60.3	
			脳疾患		152	25.0	9,037	21.2	1,568,292	22.6	
			がん		67	10.5	5,097	11.5	837,410	11.8	
			筋・骨格		307	50.4	22,559	51.9	3,748,372	53.4	
	精神(認知症含む)		240	41.3	16,006	37.1	2,569,149	36.8	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		71,585		67,719		59,662			
		居宅サービス		42,203		44,773		41,272			
		施設サービス		285,421		293,634		296,364			
	④ 医療費等	要介護認定 別医療費 (40歳以上)		7,930		8,622		8,610			
認定 あり 認定 なし		4,153		4,029		4,020					

項目			南部町		県		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合※	実数	割合	実数	割合		
①	国保の 状況	被保険者数	1,610		177,051		24,660,500		KDB_NO.1 地域全体像の 把握 KDB_NO.5 人口の状況	
		65～74歳	1,017	63.2	79,084	44.7	10,794,323	43.7		
		40～64歳	420	26.1	58,173	32.9	7,904,763	32.1		
		39歳以下	173	10.7	39,794	22.5	5,961,414	24.2		
		加入率	22.5		22.4		20.0			
②	医療の 概況 (人口千対)	病院数	0	0	60	0.3	8,237	0.3	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		診療所数	9	5.6	697	3.9	102,599	4.2		
		病床数	0	0	10,684	60.3	1,507,471	61.1		
		医師数	5	3.1	2,101	11.9	339,611	13.8		
		外来患者数	742.4		695.9		709.6			
		入院患者数	26.7		18.6		18.8			
③	医療費 の状況	一人当たり医療費	31,843		27,986		29,043		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	769.0		714.5		728.4			
		外来	費用の割合	55.6		60.6		59.9		
			件数の割合	96.5		97.4		97.4		
		入院	費用の割合	44.4		39.4		40.1		
			件数の割合	3.5		2.6		2.6		
1件当たり在院日数	15.5		16.5		16.0					
④	医療費分析 生活習慣病に占める割合	がん	126,476,440	35.5	10,085,212,880	30.5	1,482,311,853,950	32.0	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)	27,116,220	7.6	3,307,376,320	10.0	386,839,920,080	8.3		
		糖尿病	44,617,720	12.5	3,405,313,400	10.3	481,727,988,440	10.4		
	最大医療 資源傷病 名(調剤含 む)	高血圧症	20,416,770	5.7	1,898,180,270	5.7	270,811,770,500	5.8		
		精神	56,797,710	15.9	5,348,576,600	16.2	696,878,645,780	15.0		
		筋・骨格	54,477,940	15.3	5,819,494,300	17.6	770,412,844,790	16.6		
⑤	健診 有無別 一人当たり 医療費 (月平均)	健診 対象者 一人当たり	健診受診者	5,374		2,886		2,087	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	10,907		11,683		13,715		
		生活習慣 病対象者 一人当たり	健診受診者	14,520		8,697		6,161		
			健診 未受診者	29,469		35,209		40,479		
⑥	健診・ レセ突合	受診勧奨者	589	67.2	34,231	58.9	3,584,794	57.1	KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		医療機関受診率	542	61.8	30,900	53.1	3,298,466	52.5		
		医療機関非受診率	47	5.4	3,331	5.7	286,328	4.6		

項目		南都町		県		国		データ元 (CSV)				
		実数	割合※	実数	割合	実数	割合					
4 医療	⑦	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	487,294	27位 (14)			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	572,463	22位 (16)						
				脂質異常症	530,074	21位 (14)						
				脳血管疾患	554,608	22位 (14)						
				心疾患	670,382	15位 (16)						
				腎不全	566,572	20位 (15)						
				精神	458,019	20位 (25)						
				悪性新生物	596,593	25位 (9)						
		県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	入院の ()内は 在院日数	外来	糖尿病	44,383	5位					
					高血圧	29,031	26位					
					脂質異常症	27,223	21位					
					脳血管疾患	40,169	14位					
					心疾患	22,679	28位					
					腎不全	98,104	22位					
					精神	19,592	26位					
					悪性新生物	58,738	21位					
5 健診	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診 の状況	県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	メタボ該当・ 予備群レベ ル	健診受診者	877		58,165	30.2	6,278,733	14.3	
					受診率(見込み)	67.2		46.6		37.0		
					特定保健指導終了者 (実施率)	3	24.0	1,862	30.2	101,050	14.3	
					非肥満高血糖	84	9.6	5,800	10.0	585,036	9.3	
					メタボ	該当者	161	18.4	10,436	17.9	1,292,352	20.6
						男性	117	29.0	7,666	28.7	889,035	32.9
						女性	44	9.3	2,770	8.8	403,317	11.3
						予備群	94	10.7	5,990	10.3	695,310	11.1
					腹囲	男性	70	17.3	4,392	16.5	480,627	17.8
						女性	24	5.1	1,598	5.1	214,683	6.0
					BMI	総数	273	31.1	18,108	31.1	2,190,014	34.9
						男性	198	49.0	13,225	49.6	1,506,260	55.8
						女性	75	15.9	4,883	15.5	683,754	19.1
						総数	44	5.0	2,644	4.5	294,980	4.7
						男性	9	2.2	426	1.6	42,847	1.6
						女性	35	7.4	2,218	7.0	252,133	7.0
					血糖のみ	4	0.5	304	0.5	39,339	0.6	
					血圧のみ	82	9.4	4,516	7.8	492,169	7.8	
					脂質のみ	8	0.9	1,170	2.0	163,802	2.6	
血糖・血圧	28	3.2	1,894	3.3	188,392	3.0						
血糖・脂質	5	0.6	421	0.7	65,102	1.0						
血圧・脂質	73	8.3	4,806	8.3	613,948	9.8						
血糖・血圧・脂質	55	6.3	3,315	5.7	424,910	6.8						

項目		南部町		県		国		データ元 (CSV)	
		実数	割合※	実数	割合	実数	割合		
6 健診の質問票	①	服薬	高血圧	364	41.5	20,655	35.5	2,309,724	36.8
			糖尿病	111	12.7	5,530	9.5	560,192	8.9
			脂質異常症	245	27.9	14,730	25.3	1,826,703	29.1
	②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	36	4.1	1,461	2.6	199,051	3.3
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	71	8.1	3,793	6.8	0	5.7
			腎不全	15	1.7	512	0.9	51,595	0.8
			貧血	9	1.0	3,393	6.1	652,778	10.7
	③		喫煙	121	13.8	8,353	14.4	799,118	12.7
	④		週3回以上朝食を抜く	67	7.7	4,894	8.7	552,575	9.7
	⑤		食後間食(毎日)	127	14.5	11,936	22.7	1,222,358	21.7
	⑥		週3回以上就寝前夕食	100	11.4	6,407	11.4	840,319	14.7
	⑦		食べる速度が速い	226	25.8	16,130	28.8	1,501,865	26.4
	⑧		咀嚼(噛みにくい)	198	22.6	8,932	17.0	1,146,468	20.2
	⑨	生活習慣 の状況	咀嚼 (ほとんど噛めない) 20歳時体重から10kg 以上増加	8	0.9	312	0.6	45,284	0.8
	⑩		1回30分以上運動習慣 なし	361	41.2	17,286	30.8	1,977,502	34.6
⑪	1日1時間以上運動なし		570	65.1	37,558	67.0	3,384,876	59.3	
⑫	1日1時間以上運動なし		461	52.7	24,082	43.0	2,712,292	47.5	
⑬	歩行速度が遅い		443	50.6	32,114	57.3	2,865,650	50.4	
⑭	睡眠不足		272	31.1	23,405	41.8	1,421,403	24.9	
⑮	毎日飲酒		150	17.1	12,047	21.5	1,475,888	24.6	
⑯	時々飲酒		176	20.1	11,982	21.4	1,338,045	22.3	
⑰	一日飲酒量	1合未満	159	48.3	14,797	52.0	2,793,289	65.6	
		1～2合	112	34.0	8,841	31.1	982,636	23.1	
		2～3合	55	16.7	3,893	13.7	375,754	8.8	
		3合以上	3	0.9	924	3.2	106,948	2.5	
⑱	生活習慣	改善意欲なし	294	33.6	13,963	24.9	1,547,646	27.5	
		改善意欲あり	220	25.1	9,557	17.1	1,579,567	28.0	
		改善意欲あり かつ始めている	103	11.8	6,059	10.8	787,534	14.0	
⑳		保健指導の希望なし	582	66.4	45,086	80.5	3,516,401	62.8	

KDB_NO.1
地域全体像の
把握

※ 保険者の割合は県の数値と比較し値の大きい場合は赤字にて表記

※ 網掛けの色は、「第2章 健康・医療情報等の分析と課題」のA～Eの色とリンク(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・保健指導実施率(年度別)	出典	法定報告値
-------	---	----	-------

データ分析の結果

- ・令和4年度の受診率は67.8%です。
- ・男性の受診率が女性よりも平均で8.9%低い傾向にあります。
- ・男性の40歳代・50歳代と女性の40歳代で低い傾向にあります。
- ・経年で見ると特定健診の受診率は高い水準で推移していますが、特定保健指導の実施率は下がっています。

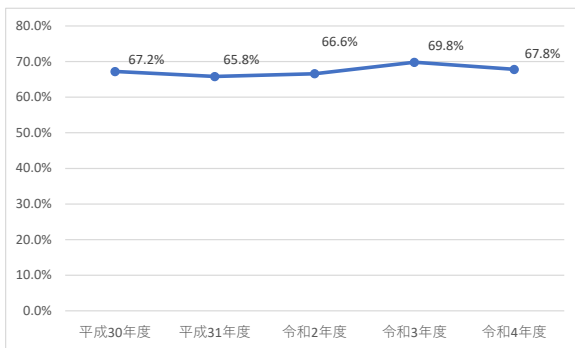
【男性】

年度	年齢階層	対象者(人)	受診者(人)	受診率(%)	(参考) 県受診率
令和4年度	40～49歳	47	23	48.9%	30.5%
	50～59歳	63	28	44.4%	33.3%
	60～69歳	242	156	64.5%	47.3%
	70～74歳	293	201	68.6%	50.8%
	計	645	408	63.3%	43.7%

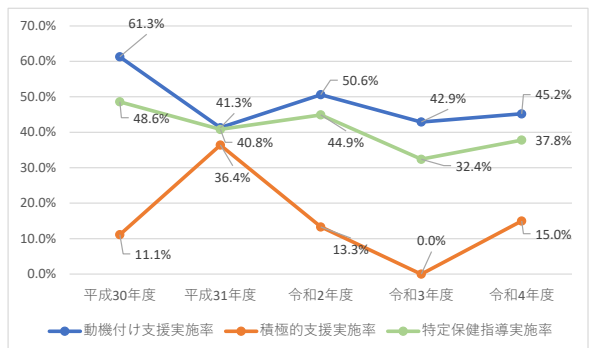
【女性】

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	34	15	44.1%	36.3%
	50～59歳	61	43	70.5%	41.5%
	60～69歳	264	193	73.1%	54.2%
	70～74歳	299	224	74.9%	53.8%
	計	658	475	72.2%	50.3%

特定健診受診率(平成30年度～令和4年度)



特定保健指導状況(平成30年度～令和4年度)



図表2-2

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

出典

国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

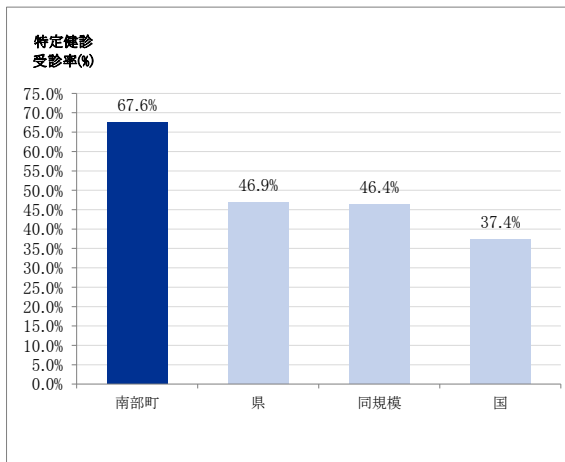
データ分析の結果

- ・令和4年度の受診率は67.6%で県や国の平均よりも高いです。
- ・動機付け支援対象者数 7.0% 積極的支援対象者数 2.3% 支援対象者数割合 9.3% 県や国の平均よりも割合は低くなっています。
- ・特定保健指導の実施率は36.6%で、県の平均よりも低いです。
- ・動機付け支援対象者割合は下降傾向ですが、積極的支援対象者割合は増減していますが、国や県の平均よりも低いです。

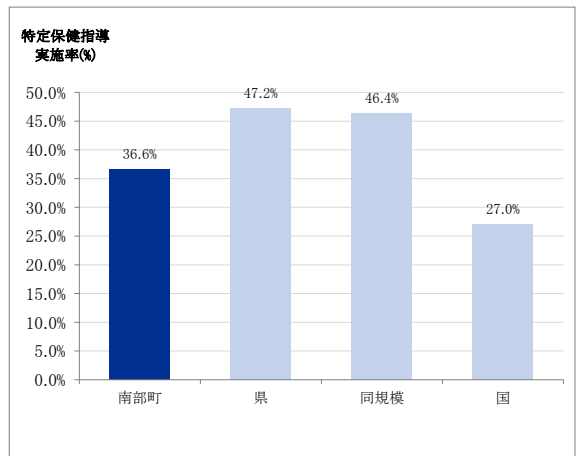
特定健診受診、特定保健指導状況(令和4年度)

区分	特定健診受診率	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
南部町	67.6%	7.0%	2.3%	9.3%	36.6%
県	46.9%	7.5%	3.1%	10.6%	47.2%
同規模	46.4%	8.8%	3.2%	12.0%	46.4%
国	37.4%	8.6%	2.7%	11.3%	27.0%

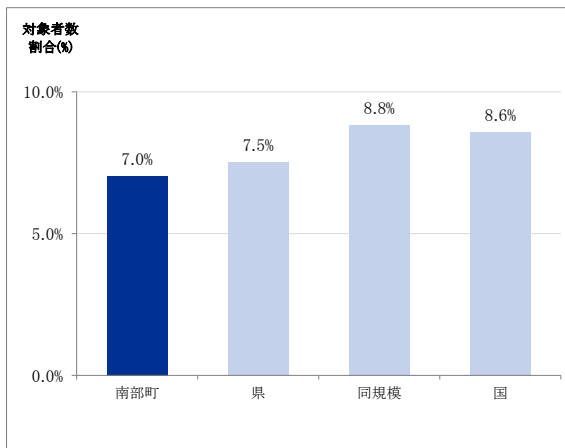
特定健康診査受診率(令和4年度)



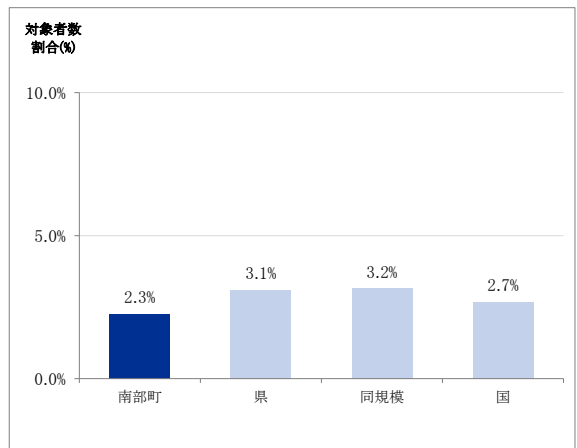
特定保健指導実施率(令和4年度)



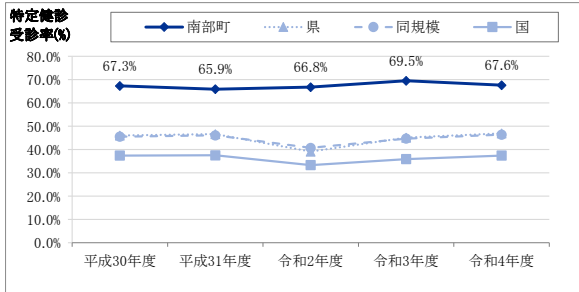
動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



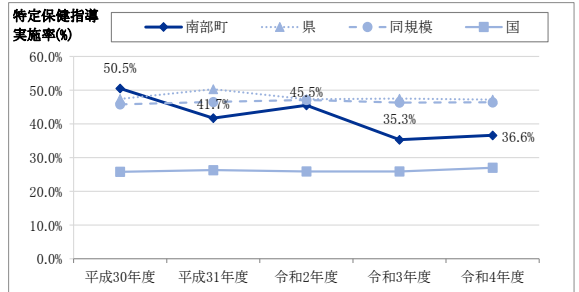
積極的支援対象者数割合(令和4年度)



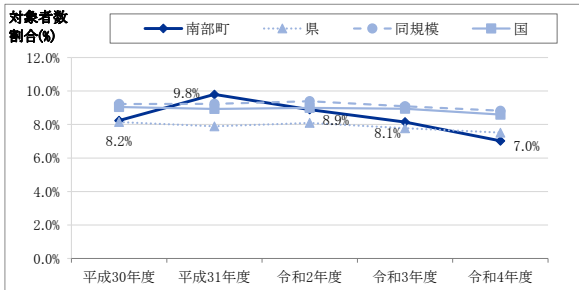
年度別 特定健康診査受診率



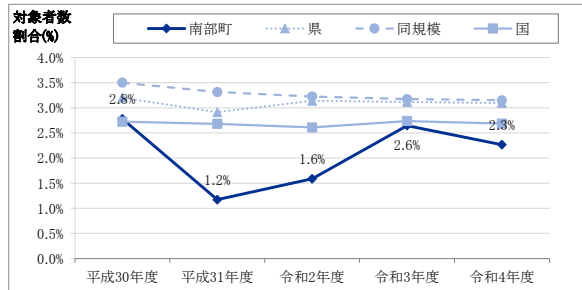
年度別 特定保健指導実施率



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)

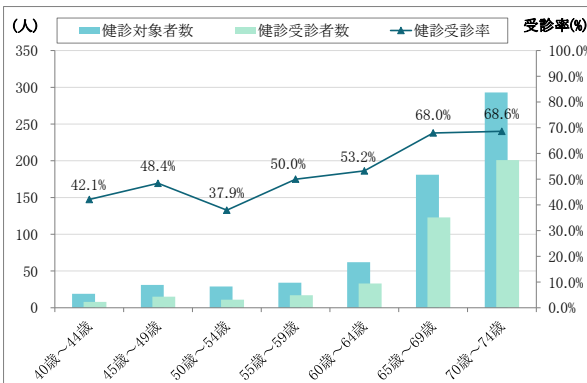
出典

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」

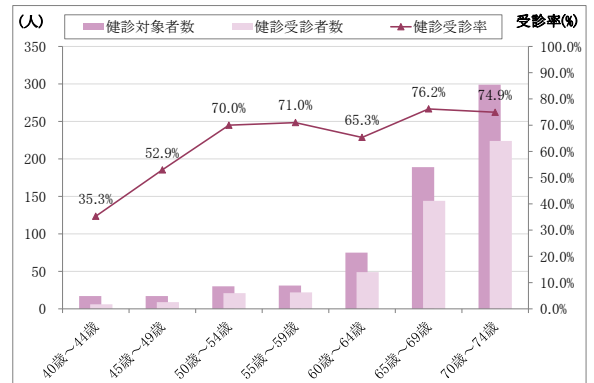
データ分析の結果

- ・男性の40歳代・50歳代と女性の40歳代で受診率が低い傾向にあります。
- ・特定健診受診率はコロナの影響はあまり受けず、一定の水準を保っています。特定保健指導実施率は減少傾向にあります。

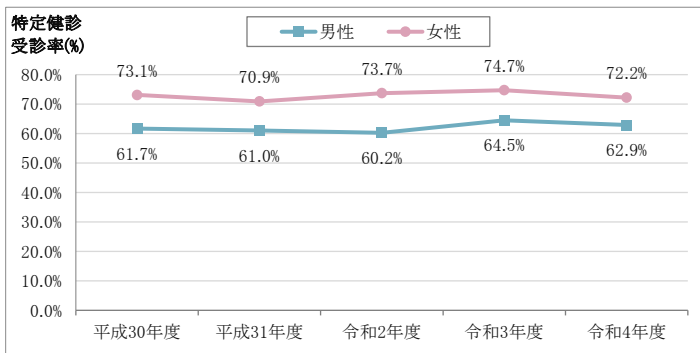
男性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



女性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



年度別 年齢別特定健康診査受診率



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

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

データ分析の結果

- 南部町の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は43.7%であり、県との比較で1.4倍、同規模との比較で1.1倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は1,610人で、町の人口に占める国民健康保険加入率は22.5%です。国民健康保険被保険者平均年齢は61.3歳です。また、令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数1,610人は平成30年度1,866人より256人減少しています。

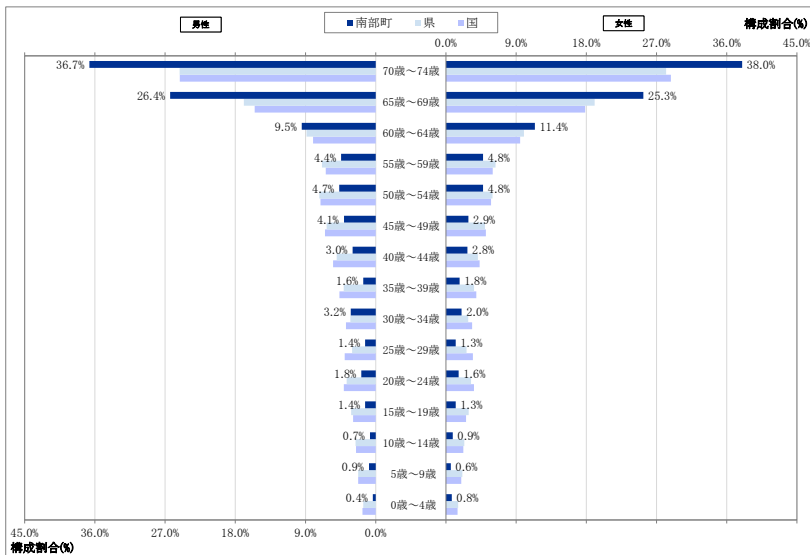
人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率(65歳以上)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢(歳)	出生率	死亡率
南部町	7,156	43.7%	1,610	22.5%	61.3	3.2	21.9
県	791,146	31.1%	177,051	22.4%	53.9	6.6	12.4
同規模	6,774	39.4%	1,780	25.6%	55.7	4.9	17.2
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。

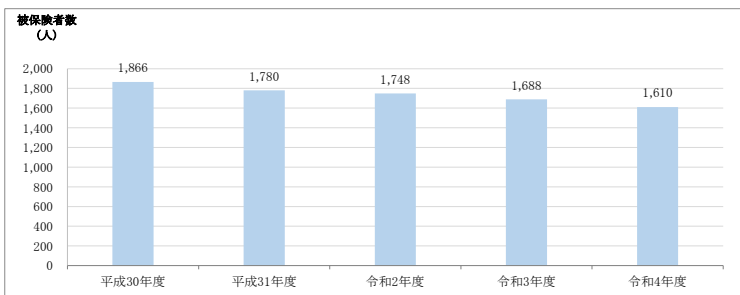
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

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



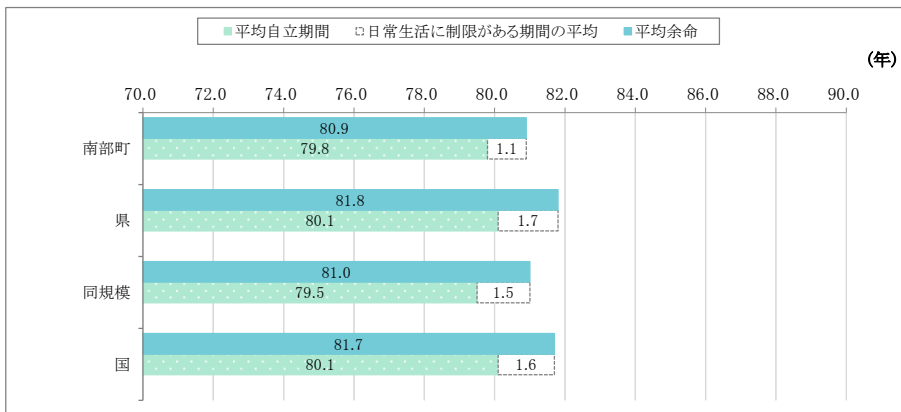
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

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」
-------	-------------	------------------------------------

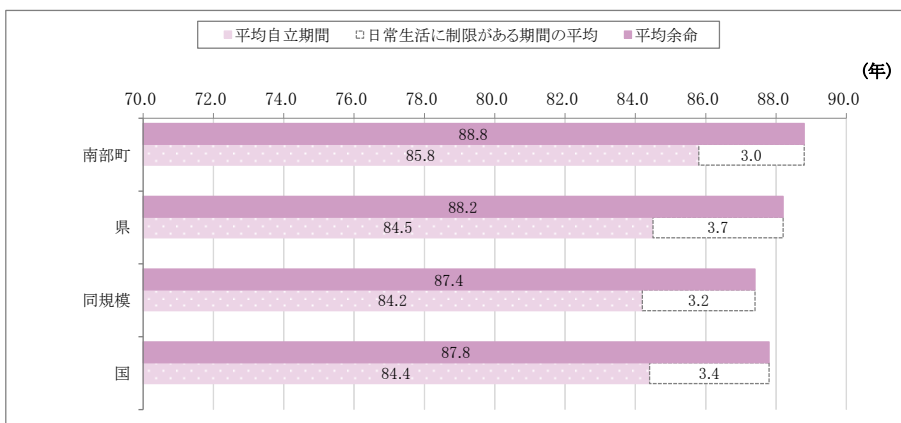
データ分析の結果

- ・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。
- ・本町の男性の平均余命は80.9年、平均自立期間は79.8年です。日常生活に制限がある期間の平均は1.1年で、国の1.6年よりも短い傾向にあります。

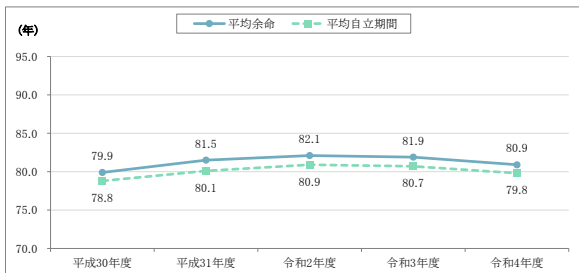
(男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



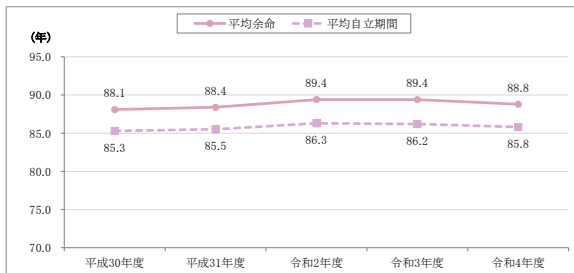
(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



(男性)年度別 平均余命と平均自立期間

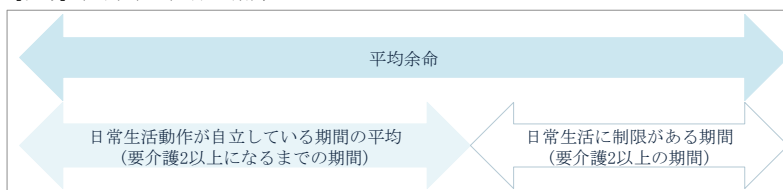


(女性)年度別 平均余命と平均自立期間



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

【参考】平均余命と平均自立期間について



図表4-1

年度別医療費の状況

出典

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

データ分析の結果

- ・平成30年度と比べると、全体の医療費は減少していますが、被保険者一人当たり医療費は増加傾向にあります。
- ・平成30年度と比べると、外来・入院医療費共に、令和2年度に向け上昇し、その後は入院医療費は減少傾向にあります。

年度別 医療費の状況

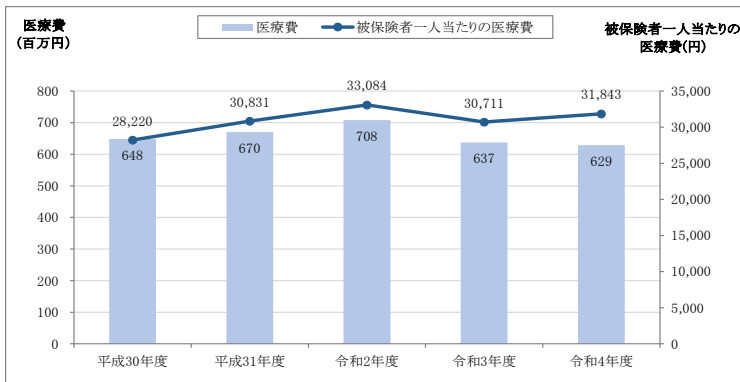
年度	医療費(円)	被保険者一人当たりの医療費(円) ※
平成30年度	648,151,860	28,220
平成31年度	670,203,140	30,831
令和2年度	708,007,330	33,084
令和3年度	637,462,430	30,711
令和4年度	628,715,100	31,843

年度別 入院・外来別医療費

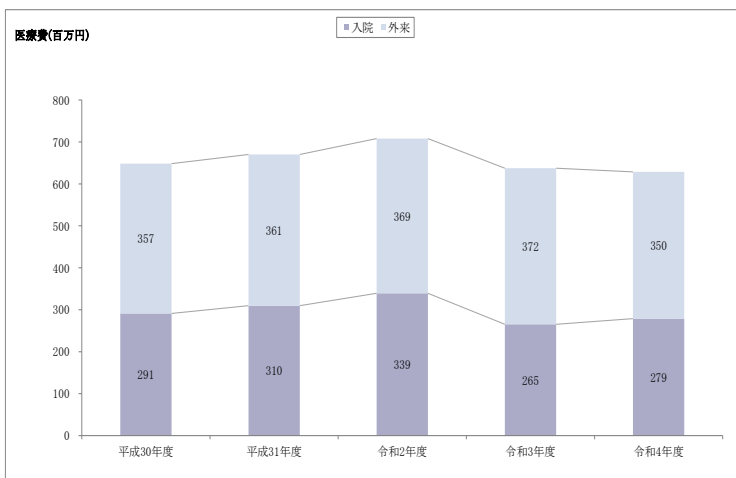
年度	入院医療費(円)	外来医療費(円)	医療費合計(円)
平成30年度	291,085,640	357,066,220	648,151,860
平成31年度	309,596,860	360,606,280	670,203,140
令和2年度	339,115,100	368,892,230	708,007,330
令和3年度	265,194,150	372,268,280	637,462,430
令和4年度	278,963,420	349,751,680	628,715,100

※被保険者一人当たりの医療費…1ヵ月分相当。

年度別 医療費の状況



年度別 入院・外来別医療費



図表4-2

性・年齢階層別医療費の状況

出典

国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

データ分析の結果

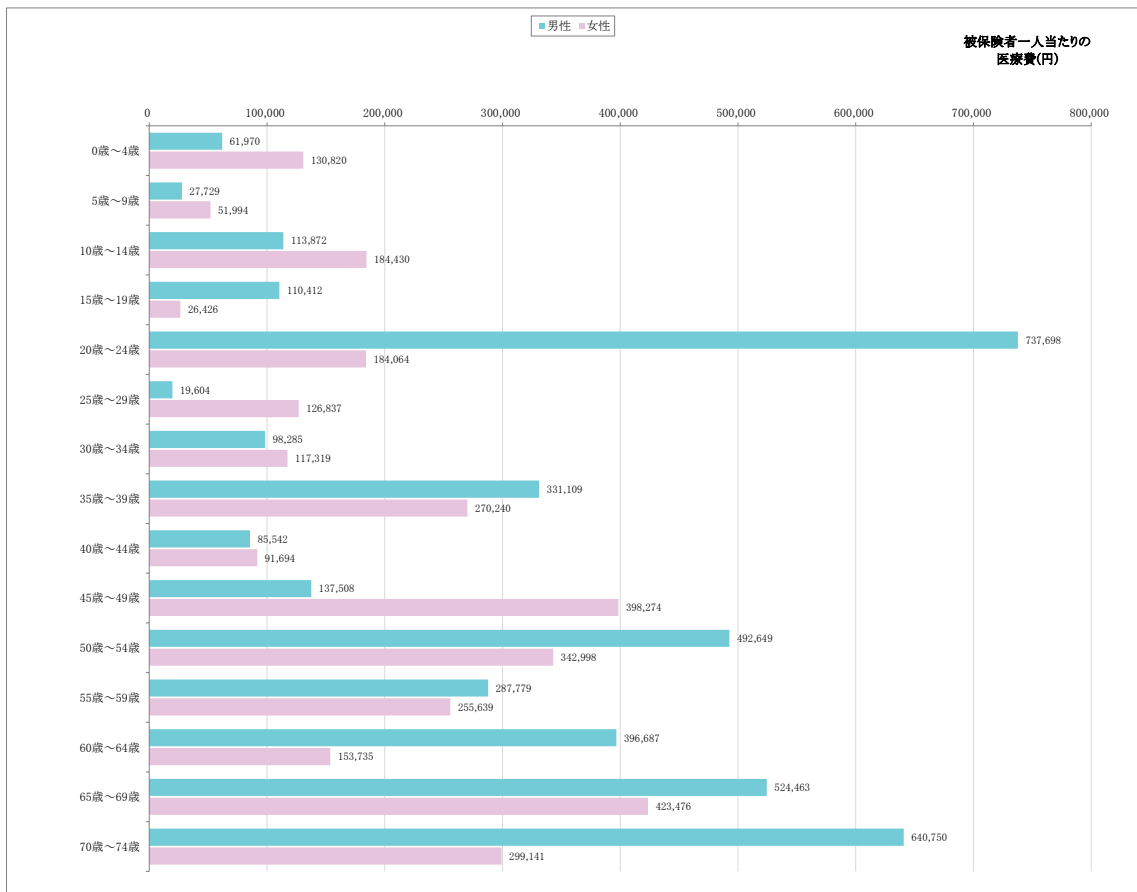
・男女年齢階層別にみると、男性の20歳～24歳、35歳～39歳、50歳～54歳、60歳～74歳
女性の45歳～49歳、50歳～54歳、65歳～69歳で医療費が高くなっています。

原因として、以下の疾病医療費が各年代で高くなっています。

- | | |
|------------|------------------------------------|
| 男性：20歳～24歳 | 神経系の疾患(脳性麻痺等)・呼吸器系の疾患・腎不全 |
| 男性：35歳～39歳 | 精神疾患(統合失調症等)・がん(白血病)・神経系の疾患(てんかん等) |
| 男性：50歳～54歳 | 腎不全(透析等)・骨折・精神疾患(統合失調症等) |
| 男性：60歳～64歳 | 神経系の疾患・精神疾患(統合失調症等)・糖尿病 |
| 男性：65歳～69歳 | 糖尿病・がん(前立腺がん等)・呼吸器系の疾患・腎不全(透析等) |
| 男性：70歳～74歳 | 糖尿病・がん(前立腺がん・肺がん等)・呼吸器系の疾患・高血圧症 |
| 女性：45歳～49歳 | 精神疾患(統合失調症等)・糖尿病・神経系の疾患・腎不全 |
| 女性：50歳～54歳 | 精神疾患(統合失調症等)・骨折・炎症性多発性関節障害 |
| 女性：65歳～69歳 | 循環器系の疾患・炎症性多発性関節障害・精神疾患(統合失調症等) |

*年齢階層別中分類による疾病別医療費統計より抜粋

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



図表4-3

最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)

出典

国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

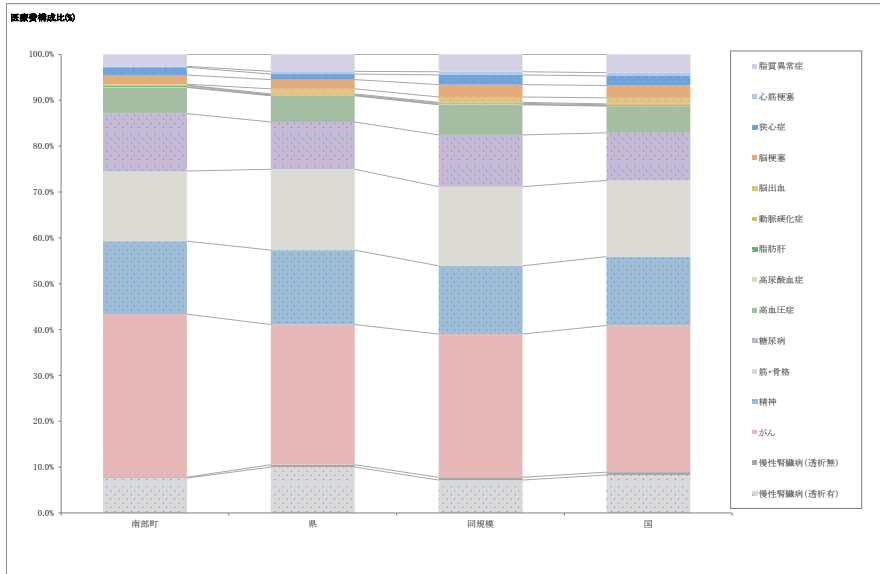
データ分析の結果

- ・医療費を最大医療資源傷病名別にみると、「がん」が占める割合が35.5%で最も多く、これは国や山梨県と同様の傾向です。次いで「精神」「筋・骨格」「糖尿病」が多いです。
- ・県に比べて、「がん」が占める割合が高く、糖尿病・狭心症の割合も高くなっています。

最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)

傷病名	南部町	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	7.6%	10.0%	7.2%	8.3%
慢性腎臓病(透析無)	0.2%	0.5%	0.6%	0.6%
がん	35.5%	30.5%	31.3%	32.0%
精神	15.9%	16.2%	14.9%	15.0%
筋・骨格	15.3%	17.6%	17.3%	16.6%
糖尿病	12.5%	10.3%	11.3%	10.4%
高血圧症	5.7%	5.7%	6.6%	5.8%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.3%	0.1%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	0.2%	1.1%	1.2%	1.3%
脳梗塞	2.0%	2.0%	2.7%	2.7%
狭心症	1.7%	1.2%	2.1%	2.1%
心筋梗塞	0.2%	0.6%	0.7%	0.7%
脂質異常症	2.6%	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。



図表5-1

疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院)(令和4年度)

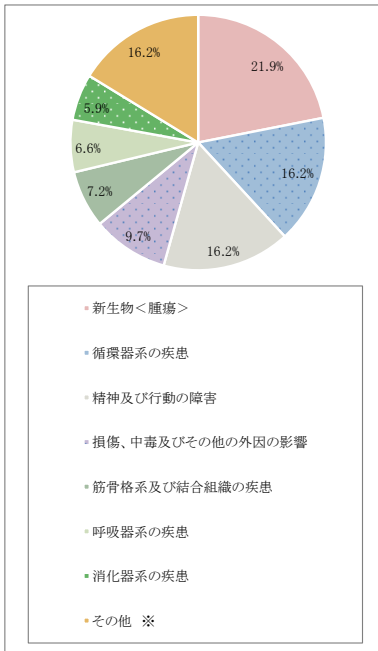
出典

国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

データ分析の結果

- ・入院医療費を大分類別でみると、「新生物<腫瘍>」が最も多く、21.9%を占めており、次いで「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」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。
- ・細小分類でみると、「統合失調症」「うつ病」「骨折」が割合として高いです。

大分類別医療費構成比(入院)
(令和4年度)



大・中・細小分類別分析(入院)(令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析			
1	新生物<腫瘍>	21.9%	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.0%	膀胱がん	1.8%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	4.4%	前立腺がん	0.6%
			胃の悪性新生物<腫瘍>	3.4%	膀胱がん	0.2%
					肺がん	4.4%
2	循環器系の疾患	16.2%	その他の悪性新生物<腫瘍>	3.4%	胃がん	3.4%
			その他の循環器系の疾患	4.3%	大動脈瘤	4.3%
			その他の心疾患	3.8%	不整脈	1.8%
3	精神及び行動の障害	16.2%	くも膜下出血	3.8%	くも膜下出血	3.8%
			統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	8.5%	統合失調症	8.5%
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	6.6%	うつ病	6.6%
4	損傷、中毒及びその他の外因の影響	9.7%	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0.7%		
			骨折	6.3%	骨折	6.3%
			その他損傷及びその他の外因の影響	2.4%		
			頭蓋内損傷及び内臓の損傷	0.9%		

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

図表5-2

疾病分類別 医療費構成比及び分析(外来)(令和4年度)

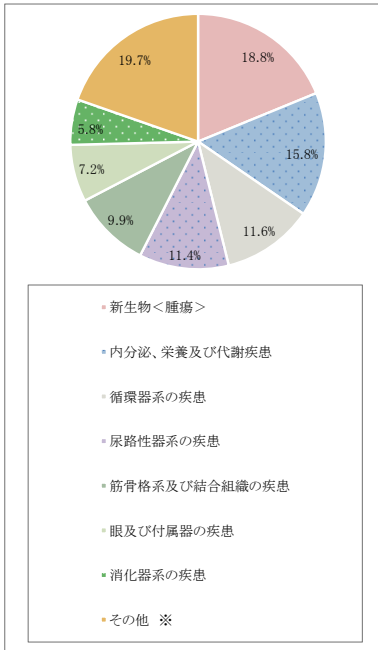
出典

国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

データ分析の結果

- ・外来医療費を大分類別でみると、「新生物<腫瘍>」が最も多く、18.8%を占めており、次いで「内分泌、栄養及び代謝疾患」「循環器系の疾患」が多くを占めています。「新生物<腫瘍>」の中では肺がん・肝がんが占める割合が一番高いです。
- ・細小分類でみると、「糖尿病」「慢性腎不全(透析あり)」が割合として高いです。

大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)



大・中・細小分類別分析(外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析		細小分類分析		
		割合	中分類	割合	細小分類	
1	新生物<腫瘍>	18.8%	その他の悪性新生物<腫瘍>	4.7%	前立腺がん	2.9%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.0%	膵臓がん	0.4%
			膀胱がん	0.1%	膀胱がん	0.1%
			肺がん	3.0%	肺がん	3.0%
			肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	3.0%	肝がん	3.0%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	15.8%	糖尿病	12.2%	糖尿病	10.7%
			脂質異常症	2.6%	糖尿病網膜症	1.6%
			甲状腺障害	0.6%	脂質異常症	2.6%
					甲状腺機能低下症	0.3%
3	循環器系の疾患	11.6%	高血圧性疾患	5.7%	高血圧症	5.7%
			その他の心疾患	3.6%	不整脈	2.2%
			虚血性心疾患	0.8%	狭心症	0.5%
4	尿路器系の疾患	11.4%	腎不全	8.9%	慢性腎臓病(透析あり)	7.1%
			その他の腎尿路系の疾患	0.8%	慢性腎臓病(透析なし)	0.2%
			前立腺肥大(症)	0.8%	前立腺肥大	0.8%

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

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

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・外来医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「糖尿病」で、6.4%を占めています。 ・次いで、「関節疾患」「統合失調症」「慢性腎不全(透析あり)」「肺がん」「うつ病」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	40,345,760	6.4%
2	関節疾患	30,624,660	4.9%
3	統合失調症	30,129,830	4.8%
4	慢性腎臓病(透析あり)	27,116,220	4.3%
5	肺がん	22,683,500	3.6%
6	うつ病	22,516,530	3.6%
7	高血圧症	20,416,770	3.3%
8	骨折	18,543,570	3.0%
9	肝がん	16,503,580	2.6%
10	不整脈	12,495,400	2.0%

※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	人工透析に係る分析	出典	国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」
-----	-----------	----	---------------------------------

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者に占める透析患者割合は県や国と比較して少ないです。年度別の透析患者は減少傾向ですが、患者一人当たりの透析医療費は人数が減ったため、上がっています。 ・女性の透析患者はいなく、50代の男性で透析患者割合が高いです。
----------	--

被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

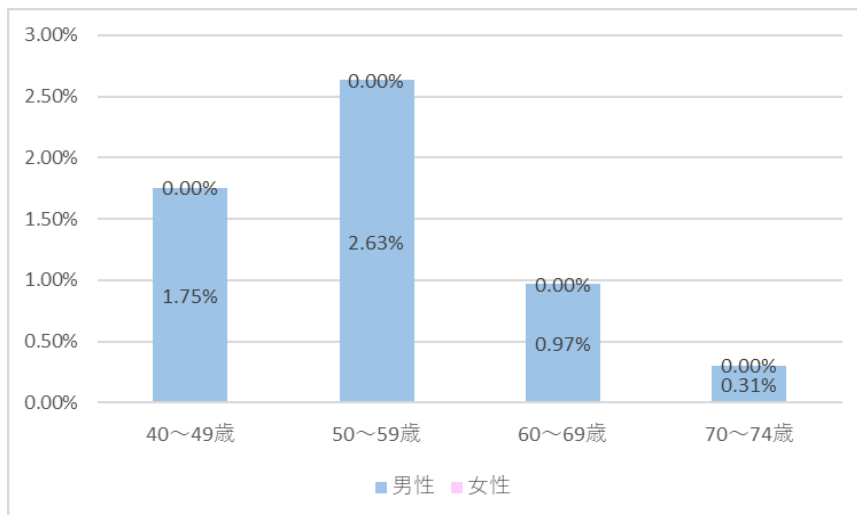
区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
南部町	1,610	4	0.25%
県	177,051	777	0.44%
同規模	427,153	1,486	0.35%
国	24,660,500	86,890	0.35%

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	7	51,768,110	7,395,444
平成31年度	7	43,554,150	6,222,021
令和2年度	7	38,464,800	5,494,971
令和3年度	7	38,699,940	5,528,563
令和4年度	4	33,216,280	8,304,070

※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の。

男女年齢階層別 被保険者に占める透析患者割合



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

図表8

質問票調査の状況(令和4年度)

出典

国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

データ分析の結果

・県全体の状況と比較すると、高齢者で食生活が乱れが見られます。飲酒の回数は少ないですが、一回の飲酒量はやや多めです。高齢者の服薬率や既往歴が高く、既に医療機関にかかっている人が多いと考えられます。全体的に心臓病や慢性腎不全が県平均よりも高いです。

質問票調査の状況(男女合計)(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳			
		南部町	県	同規模	国	南部町	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	26.1%	19.1%	22.7%	20.1%	45.7%	43.5%	46.7%	43.6%
	服薬_糖尿病	5.9%	5.1%	6.7%	5.3%	14.5%	11.5%	12.1%	10.4%
	服薬_脂質異常症	13.3%	13.8%	16.6%	16.5%	31.9%	30.9%	32.5%	34.2%
既往歴	既往歴_脳卒中	1.6%	1.4%	1.9%	2.0%	4.8%	3.2%	3.9%	3.8%
	既往歴_心臓病	5.4%	3.7%	3.4%	3.0%	8.9%	8.3%	7.4%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	2.2%	0.5%	0.6%	0.6%	1.6%	1.1%	1.1%	0.9%
	既往歴_貧血	3.2%	7.4%	11.8%	14.2%	0.4%	5.3%	7.8%	9.3%
喫煙	喫煙	18.6%	21.4%	22.4%	18.9%	12.5%	10.7%	12.0%	10.2%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	47.1%	34.4%	40.2%	37.8%	39.6%	29.1%	34.0%	33.2%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	74.7%	76.7%	72.0%	68.8%	62.6%	62.1%	62.3%	55.4%
	1日1時間以上運動なし	54.8%	45.3%	46.8%	49.3%	52.1%	41.8%	47.1%	46.7%
	歩行速度遅い	54.8%	60.5%	57.5%	53.0%	49.5%	55.7%	54.9%	49.4%
食事	食べる速度が速い	31.0%	32.8%	31.0%	30.7%	24.4%	26.8%	24.4%	24.6%
	食べる速度が普通	64.7%	59.9%	61.6%	61.1%	69.5%	65.7%	67.5%	67.6%
	食べる速度が遅い	4.3%	7.2%	7.4%	8.2%	6.1%	7.6%	8.1%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	16.7%	17.8%	20.5%	21.1%	10.0%	8.2%	14.6%	12.1%
	週3回以上朝食を抜く	15.6%	16.8%	16.0%	18.9%	5.5%	4.7%	5.4%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	15.1%	22.8%	26.8%	24.3%	17.7%	20.8%	26.3%	24.7%
	時々飲酒	24.7%	24.4%	24.3%	25.3%	18.9%	19.8%	19.7%	21.1%
	飲まない	60.2%	52.8%	48.9%	50.4%	63.4%	59.3%	54.0%	54.2%
	1日飲酒量(1合未満)	42.1%	47.2%	55.3%	60.9%	50.2%	54.7%	62.1%	67.6%
	1日飲酒量(1～2合)	35.5%	29.9%	26.6%	23.0%	33.6%	31.7%	26.5%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	19.7%	17.2%	12.8%	11.2%	15.8%	11.7%	9.3%	7.8%
	1日飲酒量(3合以上)	2.6%	5.7%	5.2%	4.8%	0.4%	1.9%	2.2%	1.5%
睡眠	睡眠不足	30.6%	41.6%	26.7%	28.4%	31.2%	41.9%	23.2%	23.4%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	31.2%	22.5%	30.0%	23.0%	34.3%	26.2%	34.2%	29.3%
	改善意欲あり	27.4%	21.9%	31.8%	32.9%	24.5%	14.7%	27.0%	26.0%
	改善意欲ありかつ始めている	15.1%	13.5%	14.1%	16.4%	10.9%	9.4%	11.2%	13.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	8.6%	8.8%	9.1%	9.9%	7.0%	6.4%	7.7%	8.6%
	取り組み済み6ヶ月以上	17.7%	33.3%	15.0%	17.8%	23.4%	43.3%	19.9%	23.1%
保健指導利用しない	71.1%	82.3%	66.9%	62.4%	65.2%	79.7%	61.9%	62.9%	
咀嚼	咀嚼_何でも	85.5%	86.4%	82.4%	83.8%	74.0%	80.4%	74.1%	77.0%
	咀嚼_かみにくい	14.5%	12.9%	16.8%	15.5%	24.8%	19.1%	24.8%	22.1%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.0%	0.6%	0.8%	0.7%	1.2%	0.6%	1.1%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	18.8%	24.2%	23.7%	23.8%	13.4%	22.0%	20.7%	20.8%
	3食以外間食_時々	56.5%	54.5%	55.9%	55.3%	63.4%	59.1%	58.4%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	24.7%	21.3%	20.4%	20.9%	23.2%	18.9%	20.9%	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

・特定健診受診者全体では、「HbA1c」の有所見者割合が最も高く(眼底検査は除く)、健診受診者の62.5%を占めている。特に、65歳～74歳で高くなっている。次いで、「収縮期血圧」「LDL」の割合が高い。「収縮期血圧」は男女ともに高くなっており、「LDL」は40歳～64歳で値が高いです。また、心電図の、尿酸、eGFR等の有所見者割合が男女ともにどの年齢階層でも高くなっています。

検査項目別有所見者の状況(男女合計)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上
南部町	40歳～64歳	人数(人)	67	62	45	33	6	50	91	22
		割合(%)	35.8%	33.2%	24.1%	17.6%	3.2%	26.7%	48.7%	11.8%
	65歳～74歳	人数(人)	177	210	132	94	27	244	455	68
		割合(%)	25.8%	30.6%	19.2%	13.7%	3.9%	35.5%	66.2%	9.9%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	244	272	177	127	33	294	546	90
		割合(%)	27.9%	31.1%	20.3%	14.5%	3.8%	33.6%	62.5%	10.3%
県	割合(%)	24.4%	30.8%	17.8%	13.6%	4.2%	37.7%	68.0%	2.7%	
国	割合(%)	26.8%	34.9%	21.2%	14.0%	3.9%	24.7%	58.3%	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
南部町	40歳～64歳	人数(人)	100	63	113	4	47	164	0	28
		割合(%)	53.5%	33.7%	60.4%	2.1%	25.1%	87.7%	0.0%	15.0%
	65歳～74歳	人数(人)	440	190	368	12	188	643	0	216
		割合(%)	64.0%	27.7%	53.6%	1.7%	27.4%	93.6%	0.0%	31.4%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	540	253	481	16	235	807	0	244
		割合(%)	61.8%	28.9%	55.0%	1.8%	26.9%	92.3%	0.0%	27.9%
県	割合(%)	49.0%	27.1%	51.3%	1.1%	16.1%	32.3%	1.3%	19.6%	
国	割合(%)	48.2%	20.7%	50.0%	1.3%	21.7%	18.7%	5.2%	21.9%	

検査項目別有所見者の状況(男性)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
南部町	40歳～64歳	人数(人)	39	41	31	20	5	28	36	18	46	38	47	3	24	75	0	17
		割合(%)	47.0%	49.4%	37.3%	24.1%	6.0%	33.7%	43.4%	21.7%	55.4%	45.8%	56.6%	3.6%	28.9%	90.4%	0.0%	20.5%
	65歳～74歳	人数(人)	102	156	79	65	25	135	213	54	208	114	159	9	105	304	0	115
		割合(%)	31.9%	48.8%	24.7%	20.3%	7.8%	42.2%	66.6%	16.9%	65.0%	35.6%	49.7%	2.8%	32.8%	95.0%	0.0%	35.9%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	141	197	110	85	30	163	249	72	254	152	206	12	129	379	0	132
		割合(%)	35.0%	48.9%	27.3%	21.1%	7.4%	40.4%	61.8%	17.9%	63.0%	37.7%	51.1%	3.0%	32.0%	94.0%	0.0%	32.8%
県	割合(%)	30.3%	49.3%	24.0%	19.9%	7.7%	46.8%	66.9%	5.0%	52.3%	34.9%	47.5%	2.2%	18.0%	35.5%	1.4%	21.2%	
国	割合(%)	33.9%	55.7%	28.1%	20.7%	7.3%	31.3%	59.1%	13.0%	50.8%	25.7%	44.7%	2.7%	24.7%	20.3%	5.0%	23.7%	

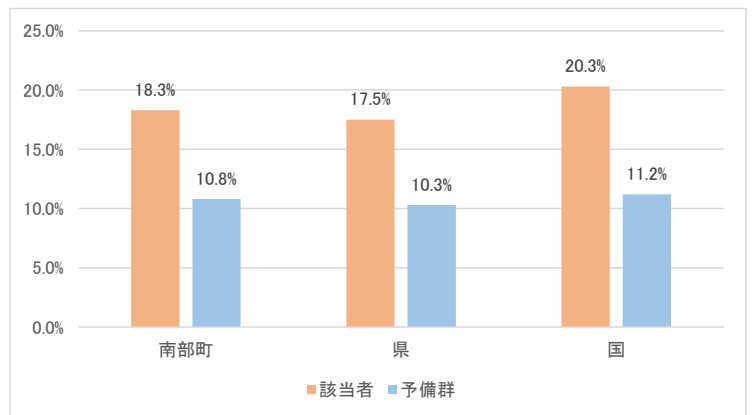
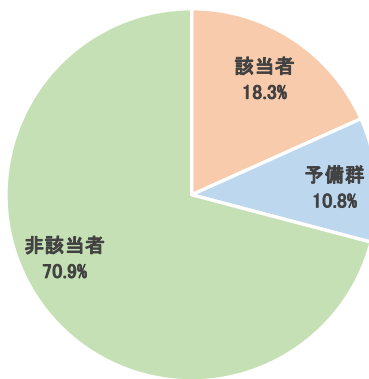
検査項目別有所見者の状況(女性)(令和4年度)

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
南部町	40歳～64歳	人数(人)	28	21	14	13	1	22	55	4	54	25	66	1	23	89	0	11
		割合(%)	26.5%	20.2%	13.5%	12.5%	1.0%	21.2%	52.9%	3.8%	51.9%	24.0%	63.5%	1.0%	22.1%	85.6%	0.0%	10.6%
	65歳～74歳	人数(人)	75	54	53	29	2	109	242	14	232	76	209	3	83	339	0	101
		割合(%)	20.4%	14.7%	14.4%	7.9%	0.5%	29.7%	65.9%	3.8%	63.2%	20.7%	56.9%	0.8%	22.6%	92.4%	0.0%	27.5%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	103	75	67	42	3	131	297	18	286	101	275	4	106	428	0	112
		割合(%)	21.5%	15.9%	14.2%	8.9%	0.6%	27.8%	63.1%	3.8%	60.7%	21.4%	58.4%	0.8%	22.5%	90.9%	0.0%	23.8%
県	割合(%)	19.3%	15.3%	12.6%	8.3%	1.3%	30.1%	69.0%	0.7%	46.0%	20.5%	54.4%	0.3%	14.5%	29.6%	1.2%	18.3%	
国	割合(%)	21.5%	19.1%	16.0%	9.0%	1.3%	19.7%	57.6%	1.8%	46.3%	16.9%	54.0%	0.3%	19.4%	17.5%	5.4%	20.5%	

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

データ分析の結果
 ・メタボリックシンドローム該当者は18.3%、予備群は10.8%で、県よりも高い水準です。男性・女性共に該当・予備群の割合が県と比較すると同等か高くなっています。メタボリックシンドローム該当者のうち、血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている者は6.3%です。

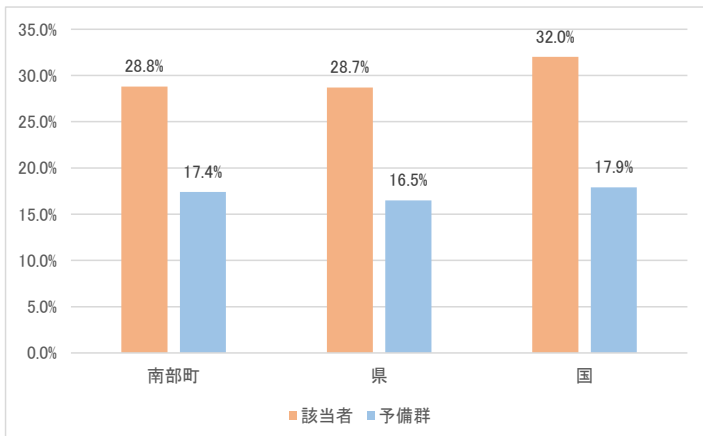
令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況



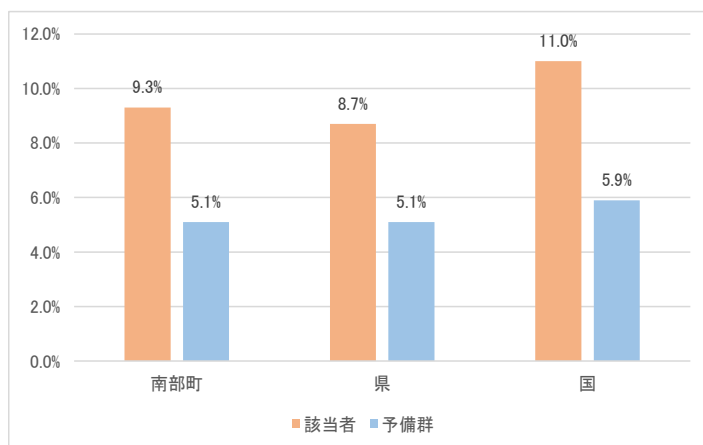
メタボリックシンドローム該当状況(男女合計)(令和4年度)

年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	187	54.8%	8	4.3%	22	11.8%	1	0.5%	16	8.6%	5	2.7%
65歳～74歳	687	71.3%	10	1.5%	72	10.5%	3	0.4%	66	9.6%	3	0.4%
全体(40歳～74歳)	874	67.0%	18	2.1%	94	10.8%	4	0.5%	82	9.4%	8	0.9%
年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)		
40歳～64歳	32	17.1%	6	3.2%	1	0.5%	18	9.6%	7	3.7%		
65歳～74歳	128	18.6%	21	3.1%	4	0.6%	55	8.0%	48	7.0%		
全体(40歳～74歳)	160	18.3%	27	3.1%	5	0.6%	73	8.4%	55	6.3%		

令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(男性)



令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(女性)



メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dL以上

②血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

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

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

データ分析の結果

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

令和4年度重複・頻回受診該当者の平均人数

受診医療機関数（同一月内）		同一医療機関への受診日数（同一月内）				
		受診した者（人）				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した者（人）	1医療機関以上	1,010	26	8	0	0
	2医療機関以上	391	17	5	0	0
	3医療機関以上	100	7	1	0	0
	4医療機関以上	20	2	0	0	0
	5医療機関以上	3	1	0	0	0

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

令和4年度重複・頻回受診該当者の被保険者一人当たりの割合

受診医療機関数（同一月内）		同一医療機関への受診日数（同一月内）				
		被保険者1人当たりの割合（%）				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
被保険者一人当たりの割合（%）	1医療機関以上	61.38%	1.58%	0.46%	0.03%	0.00%
	2医療機関以上	23.78%	1.03%	0.28%	0.02%	0.00%
	3医療機関以上	6.05%	0.42%	0.08%	0.00%	0.00%
	4医療機関以上	1.24%	0.11%	0.02%	0.00%	0.00%
	5医療機関以上	0.19%	0.03%	0.01%	0.00%	0.00%

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

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

データ分析の結果	<p>・重複・頻回受診者は、医療機関の1カ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一医療機関への受診日数が【10以上】の人の条件下では月0名～2名で平均1名です。被保険者1万人当たりになると8人です。経年で見ると大きな変化はありません。</p>
----------	--

令和4年度重複・頻回受診該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複・頻回受診該当者(人)
令和4年4月	1,704	2
令和4年5月	1,684	2
令和4年6月	1,669	2
令和4年7月	1,674	2
令和4年8月	1,654	1
令和4年9月	1,649	1
令和4年10月	1,639	2
令和4年11月	1,624	0
令和4年12月	1,618	2
令和5年1月	1,616	1
令和5年2月	1,603	0
令和5年3月	1,610	1
令和4年度平均	1,645	1
重複・頻回受診該当者数 (対被保険者1万人)		8

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

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

	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	2人	1人	2人	1人
重複・頻回受診該当者数 (対被保険者1万人)	9人	8人	12人	8人

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

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

データ分析の結果

・表は令和4年度の重複処方該当者と多剤処方対象者の人数及び被保険者数1人当たりの割合を示したものです。医療機関の1カ月の受診件数が【2医療機関以上】かつ、同一月内で重複処方を2日以上受けた人、及び医療機関の1カ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一月内で重複処方を1日以上受けた人、を重複処方対象者とする、平均1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錠以上の人を多剤処方対象者とする、平均9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日以上	2日以上	3日以上	4日以上	5日以上	6日以上	7日以上	8日以上	9日以上	10日以上
重複処方を受けた者(人)	2医療機関以上	4	1	0	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カ月の平均値を示す。

令和4年度重複処方該当者 被保険者1人当たりの割合

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数 (同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数 (同一月内)									
		被保険者1人当たりの割合 (%)									
		1日以上	2日以上	3日以上	4日以上	5日以上	6日以上	7日以上	8日以上	9日以上	10日以上
被保険者1人当たりの割合(%)	2医療機関以上	0.24%	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	3医療機関以上	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	4医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	5医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

*各月の重複処方該当者を被保険者数で割り、12カ月の平均値を示す。

令和4年度多剤処方該当者 平均人数

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数 (同一月内)												
		処方を受けた者 (人)												
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上	
(人) 処方を受けた者	1日以上	822	701	557	427	317	229	165	121	87	61	9	3	
	15日以上	703	627	514	403	304	220	160	118	85	60	9	3	
	30日以上	598	530	435	344	259	186	134	99	71	50	8	2	
	60日以上	209	186	154	123	92	67	49	36	25	17	3	1	
	90日以上	79	68	54	41	30	20	13	9	6	4	0	1	
	120日以上	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	
	150日以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	180日以上	0	0	0	0	0	0	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)人数を記載する。抽出に当たっては、【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とし、12カ月の平均値を示す。

令和4年度多剤処方該当者 被保険者1人当たりの割合

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数 (同一月内)												
		被保険者一人当たりの割合 (%)												
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上	
(人) 被保険者一人当たり	1日以上	49.95%	42.61%	33.87%	25.96%	19.24%	13.90%	10.03%	7.35%	5.26%	3.70%	0.57%	0.16%	
	15日以上	42.71%	38.10%	31.22%	24.49%	18.45%	13.39%	9.73%	7.20%	5.17%	3.64%	0.57%	0.15%	
	30日以上	36.32%	32.20%	26.43%	20.92%	15.73%	11.32%	8.16%	6.01%	4.32%	3.06%	0.46%	0.15%	
	60日以上	12.72%	11.32%	9.37%	7.46%	5.61%	4.09%	2.96%	2.20%	1.51%	1.02%	0.20%	0.08%	
	90日以上	4.83%	4.16%	3.31%	2.46%	1.82%	1.20%	0.79%	0.54%	0.36%	0.22%	0.02%	0.04%	
	120日以上	0.12%	0.11%	0.11%	0.11%	0.10%	0.09%	0.07%	0.07%	0.06%	0.04%	0.01%	0.00%	
	150日以上	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.00%	
	180日以上	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.00%	

*各月の重複処方該当者を被保険者数で割り、12カ月の平均値を示す。

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

データ分析の結果

・重複処方該当者は令和4年度、月0人～1人となり平均1人です。また、多剤処方該当者は月7人～13人で平均9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3人、多剤処方該当者は57人です。経年で見ると重複処方該当者の人数はあまり変化が無く、多剤処方該当者は減少傾向にあります。

令和4年度重複・多剤処方該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複処方該当者数	多剤処方該当者数
令和4年4月	1,704	1	13
令和4年5月	1,684	0	9
令和4年6月	1,669	1	11
令和4年7月	1,674	0	8
令和4年8月	1,654	0	12
令和4年9月	1,649	1	10
令和4年10月	1,639	0	9
令和4年11月	1,624	1	7
令和4年12月	1,618	1	7
令和5年1月	1,616	0	8
令和5年2月	1,603	1	10
令和5年3月	1,610	0	8
令和4年度平均	1,645	1	9
重複・多剤処方該当者数 (対被保険者1万人)		3	57

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

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

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

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

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

年度別重複処方該当者 1カ月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	1人	1人	1人	1人
重複処方該当者数 (対被保険者1万人)	4人	3人	4人	3人

年度別多剤処方該当者 1カ月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	15人	10人	10人	9人
多剤処方該当者数 (対被保険者1万人)	81人	58人	59人	57人

*国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」平成31年～令和4年度

図表13

後発医薬品普及率に係る分析

出典

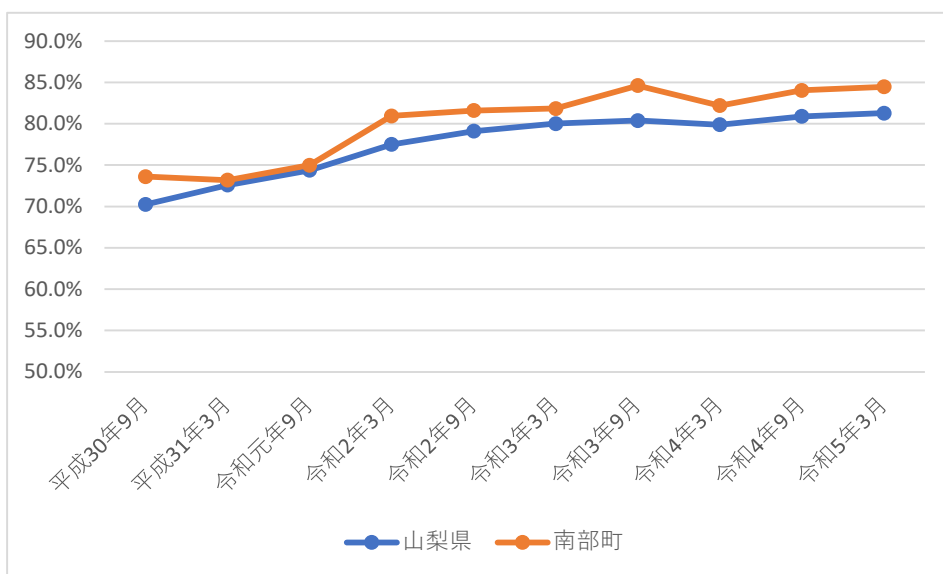
厚生労働省ホームページ
「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」

データ分析の結果

・平成30年度から後発医薬品の使用割合は年々増加し、令和5年3月時点では84.5%と、国の目標値である80%を超えている。

年度別 後発医薬品の使用割合

	平成30年9月	平成31年3月	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月	令和5年3月
山梨県	70.2%	72.6%	74.4%	77.5%	79.1%	80.0%	80.4%	79.9%	80.9%	81.3%
南部町	73.6%	73.2%	75.0%	81.0%	81.6%	81.8%	84.6%	82.2%	84.0%	84.5%



※抽出データの計算方法等

(1) 保険者別の後発医薬品使用割合(数量シェア)の計算方法

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

使用割合(数量シェア)

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

(2) 抽出対象のレセプト

① レセプトの種類：医科入院、DPC(出来高高い部分は対象。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」

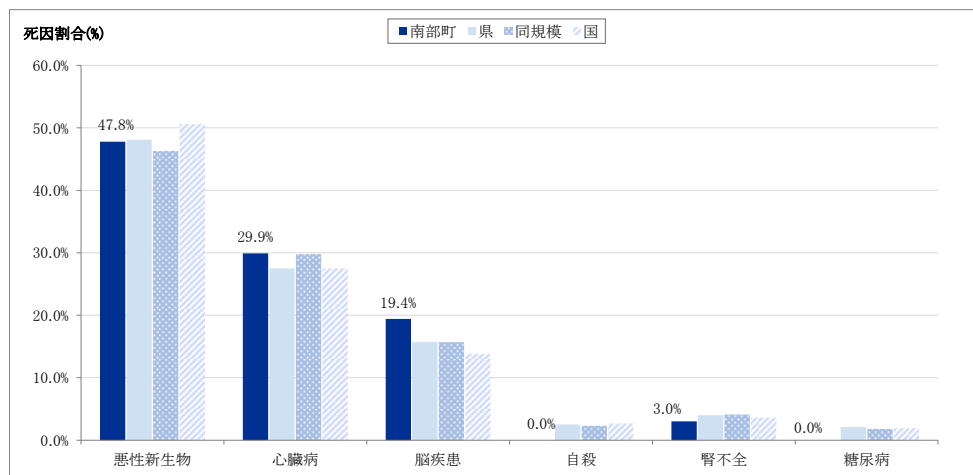
データ分析の結果

- ・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、心臓病・脳疾患の死因割合が高くなっています。
- ・経年で見ると、心臓病での死因が増えている傾向あり、脳疾患での死因も高い水準です。

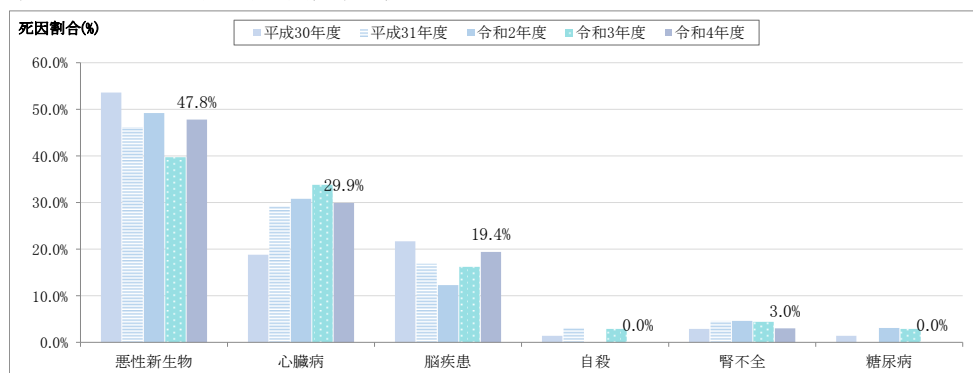
主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	南部町		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	32	47.8%	48.1%	46.3%	50.6%
心臓病	20	29.9%	27.5%	29.8%	27.5%
脳疾患	13	19.4%	15.7%	15.7%	13.8%
自殺	0	0.0%	2.5%	2.3%	2.7%
腎不全	2	3.0%	4.0%	4.1%	3.6%
糖尿病	0	0.0%	2.1%	1.8%	1.9%
合計	67				

主たる死因の割合(令和4年度)



年度別 主たる死因の割合(経年比較)



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

	健康課題	優先する健康課題
A	全医療費に占める糖尿病の割合が高く、1件当たりの医療費も高額で、千人当たりのレセプト件数も多いです。また、特定健診で血糖の有所見者率が全国と比較して高く、すでに服薬している人も多い。糖尿病の早期発見や治療の遅れ、治療中のコントロール不十分による重症化が考えられます。	✓
B	日常的に塩分の多い食習慣があり、特定健診の高血圧有所見者率が高く、年々、割合が増加しています。また、若い世代に高血圧症の発症が見られ、介護認定者の基礎疾患で高血圧症が多いこと、心臓病や脳血管疾患で亡くなる人が多いことにもつながり、高血圧の重症化が考えられます。	✓
C	メタボ予備群、該当者が県に比べて多く、BMI、コレステロール、血圧、尿酸の有所見者が高率です。20歳時の体重より10kg以上の増加者が県より高率であることから、若いときからの食事や飲酒の問題、運動不足などの生活習慣が原因と考えられます。また、生活習慣を改善しないと、今後重篤な疾患の発症につながるという意識が薄く、保健指導や教室への参加に繋がっていません。	

対応する健康課題	対策の方向性 (目標を達成するための戦略)	対応する保健事業番号
A・B	血圧及び血糖コントロール不良者への対応を強化します。 ①HbA1c6.5以上の者への集団教育 ②血圧異常者への継続的な治療や重症化予防のための啓発	2 3-1
A・B	介護度をあげない対策として、高齢者の生活習慣病の重症化を防ぐための対策を介護保険係、地域包括支援センターと情報共有しながら推進していく必要があります。	3-1 3-2
C	40～50歳代の被保険者の受診勧奨を図り、自身の健康状態を把握してもらいます。健診の結果、異状があった人には、医療機関への受診や保健指導を通して、早期の生活習慣の改善を促すことで重症化を防いでいきます。	1-1 1-2

計画全体の目的	被保険者が、健康で豊かな人生を実現するために、自身の健康状態を把握し、疾病の予防、重症化予防の行動がとれるよう、健診や保健指導を通して町民に働きかけていきます。
---------	--

対応する健康課題	計画全体の目標	評価指標	計画策定時実績	目標値						
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)	
A・B・C	町民に特定健診を定期的受診してもらうことで、自身の健康状態を把握してもらい、健診後の医療機関への受診勧奨や保健指導フォローを手厚くすることで、生活習慣病の重症化を予防します。	運動習慣のある者の割合	34.9%	36.0%	36.0%	36.0%	37.0%	37.0%	37.0%	
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(※1)	62.1%	60.0%	60.0%	60.0%	57.0%	57.0%	57.0%	
		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)	29.2%	28.0%	28.0%	28.0%	27.0%	27.0%	27.0%	
A	集団教育や医療機関への定期的な受診を推奨すること等、血圧及び血糖コントロール不良者への対応を強化することで、糖尿病性腎症による透析導入を予防します。	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(※1)	11.8%	11.0%	11.0%	11.0%	10.5%	10.5%	10.5%	
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(短期)(※1)	2.4% (R3→R4)	2.3% (R5→R6)	2.3% (R6→R7)	2.3% (R7→R8)	2.3% (R8→R9)	2.3% (R9→R10)	2.3% (R10→R11)	
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(中長期)(※1)	4.5% (R1→R4)			4.0%以下 (R5→R8)			8.0%以下 (R5→R11)	

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

保健事業番号	事業分類	事業概要			重点・優先度
		事業名	対象	主な内容・方法	
1-1	特定健診・特定保健指導	特定健康診査実施事業	40～74歳の国保被保険者	<ul style="list-style-type: none"> 健診のPR 自治会や愛育会などの組織の活用 ホームページ、町内一斉放送の活用 専用ダイヤルの設置 平日に加え、土日曜日の健診実施及びがん検診との同日実施 夫婦ペア割による健診費用の助成 時間設定による受診 	
1-2		特定保健指導実施事業	国保被保険者のうち特定保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> 保健師及び管理栄養士による保健指導 平日に加え、土曜日の特定保健指導実施 地区ごと会場設定 	重点
2	糖尿病対策	糖尿病性腎症重症化予防事業(未治療者への受診勧奨)	HbA1c値が対象者基準に該当する者とその家族	<ul style="list-style-type: none"> 結果説明会において受診勧奨チラシの配布 健康相談への参加案内 健康教室への参加案内 	重点
3-1	生活習慣病予防	高血圧教室実施事業	国保被保険者	<ul style="list-style-type: none"> 月2回、各地区を巡回して教室を開催 	重点
3-2		健康情報の発信	国保被保険者	<ul style="list-style-type: none"> 町広報誌やホームページ等による情報発信 なんぶ健康ファイルの活用 	

第4章 個別事業計画

事業分類1

特定健康診査・特定保健指導

～総合目的・総合評価標～

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

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)		29.2%	28.0%	28.0%	28.0%	27.0%	27.0%	27.0%
		男性	40～49歳	43.5%	41.0%	41.0%	41.0%	39.0%	39.0%	39.0%
			50～59歳	25.0%	24.0%	24.0%	24.0%	23.0%	23.0%	23.0%
			60～69歳	46.8%	44.0%	44.0%	44.0%	41.0%	41.0%	41.0%
			70～74歳	49.8%	47.0%	47.0%	47.0%	45.0%	45.0%	45.0%
		女性	40～49歳	26.7%	25.0%	25.0%	25.0%	23.0%	23.0%	23.0%
			50～59歳	16.3%	16.0%	16.0%	16.0%	16.0%	16.0%	16.0%
			60～69歳	10.4%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	70～74歳		16.5%	16.0%	16.0%	16.0%	16.0%	16.0%	16.0%	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(全年齢)		62.1%	60.0%	60.0%	60.0%	57.0%	57.0%	57.0%
		男性	40～49歳	33.3%	31.5%	31.5%	31.5%	30.0%	30.0%	30.0%
			50～59歳	51.6%	50.0%	50.0%	50.0%	48.0%	48.0%	48.0%
			60～69歳	70.7%	67.0%	67.0%	67.0%	65.0%	65.0%	65.0%
			70～74歳	64.4%	62.0%	62.0%	62.0%	60.0%	60.0%	60.0%
		女性	40～49歳	26.7%	25.0%	25.0%	25.0%	23.0%	23.0%	23.0%
			50～59歳	42.9%	41.5%	41.5%	41.5%	40.0%	40.0%	40.0%
			60～69歳	55.2%	52.5%	52.5%	52.5%	50.0%	50.0%	50.0%
	70～74歳		71.4%	68.0%	68.0%	68.0%	65.0%	65.0%	65.0%	
	3	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)		11.8%	11.0%	11.0%	11.0%	10.5%	10.5%	10.5%
		男性	40～49歳	8.7%	8.7% (現状値より減少)	8.7% (現状値より減少)	8.7% (現状値より減少)	8.7% (現状値より減少)	8.7% (現状値より減少)	8.7% (現状値より減少)
			50～59歳	3.4%	3.4% (現状値より減少)	3.4% (現状値より減少)	3.4% (現状値より減少)	3.4% (現状値より減少)	3.4% (現状値より減少)	3.4% (現状値より減少)
60～69歳			15.7%	15.4%	15.4%	15.4%	15.0%	15.0%	15.0%	
70～74歳			18.4%	18.2%	18.2%	18.2%	18.0%	18.0%	18.0%	
女性		40～49歳	13.3%	13.1%	13.1%	13.1%	13.0%	13.0%	13.0%	
		50～59歳	6.5%	6.5% (現状値より減少)	6.5% (現状値より減少)	6.5% (現状値より減少)	6.5% (現状値より減少)	6.5% (現状値より減少)	6.5% (現状値より減少)	
		60～69歳	7.5%	7.5% (現状値より減少)	7.5% (現状値より減少)	7.5% (現状値より減少)	7.5% (現状値より減少)	7.5% (現状値より減少)	7.5% (現状値より減少)	
	70～74歳	9.4%	9.2%	9.2%	9.2%	9.0%	9.0%	9.0%		

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	67.8%	67.8% 以上 (現状値より増加)	67.8% 以上 (現状値より増加)	67.8% 以上 (現状値より増加)	67.8% 以上 (現状値より増加)	67.8% 以上 (現状値より増加)	67.8% 以上 (現状値より増加)	
		男性	40～49歳	48.9%	50%	50%	50%	52%	52%	52%
			50～59歳	44.4%	46%	46%	46%	48%	48%	48%
		女性	40～49歳	44.1%	45%	45%	45%	47%	47%	47%
			50～59歳	70.5%	70.5% 以上 (現状値より増加)	70.5% 以上 (現状値より増加)	70.5% 以上 (現状値より増加)	70.5% 以上 (現状値より増加)	70.5% 以上 (現状値より増加)	70.5% 以上 (現状値より増加)
	5	特定保健指導実施率 (全体)	37.8%	38%	38%	38%	40%	40%	40%	
		動機付け支援	45.2%	46%	46%	46%	47%	47%	47%	
積極的支援		15.0%	16%	16%	16%	18%	18%	18%		
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	20.6%	21%	21%	21%	22%	22%	22%	

事業番号1-1

特定健康診査実施事業

事業の目的	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することにより、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。
事業の概要	特定健康診査の実施
現在までの事業結果 (成果・課題)	令和元年度以降は60%を超える受診率
対象者	40歳～74歳の被保険者

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	生活習慣の改善意欲がある人の割合	25.1%	26.0%	26.0%	26.0%	27.0%	27.0%	27.0%
	2	生活習慣の改善意欲がある人の割合 かつ 始めている	11.8%	12.0%	12.0%	12.0%	13.0%	13.0%	13.0%

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		67.8%	67.8% 以上 (現状値より増加)	67.8% 以上 (現状値より増加)	67.8% 以上 (現状値より増加)	67.8% 以上 (現状値より増加)	67.8% 以上 (現状値より増加)	67.8% 以上 (現状値より増加)
		男性	40～49歳	48.9%	50.0%	50.0%	50.0%	52.0%	52.0%	52.0%
			50～59歳	44.4%	46.0%	46.0%	46.0%	48.0%	48.0%	48.0%
		女性	40～49歳	44.1%	45.0%	45.0%	45.0%	47.0%	47.0%	47.0%
50～59歳	70.5%		70.5% 以上 (現状値より増加)	70.5% 以上 (現状値より増加)	70.5% 以上 (現状値より増加)	70.5% 以上 (現状値より増加)	70.5% 以上 (現状値より増加)	70.5% 以上 (現状値より増加)		

プロセス (方法)	周知	組織の活用、ホームページ、町内放送の活用	
	勸奨	土日曜日の健診実施及びがん検診との同日実施 自治会や愛育会などの組織を活用して受診勸奨(声掛け)	
	実施および実施後の支援	実施形態	集団健診
		実施場所	町内2会場(スポーツセンター体育館及び活性化センター)
		時期・期間	8～9月
		データ取得	集団健診受注者からのデータ受領(紙・媒体)
		結果提供	健診実施後1カ月半以内に健診結果を郵送 ハイリスク者には、健診実施後2カ月以内に健診結果説明会を実施
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)	問い合わせ等専用ダイヤルの設置 地区割・時間割の設定		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民課、福祉保健課
	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)	山梨県健康管理事業団へ委託
	国民健康保険団体連合会	健診機関等の委託事業者から提出された特定健診の結果データは、代行機関である山梨県国民健康保険団体連合会に管理・保管を委託
	他事業	がん検診との同日実施
	その他 (事業実施上の工夫・ これまでの体制の改善点・ 留意点・目標等)	集団健診委託事業者との継続した連携

事業番号1-2

特定保健指導実施事業

事業の目的	初回面接(健診結果説明会)が受けやすい体制を整え、対象者の状況に合わせた柔軟な支援を実施することで個人の行動変容を促します。結果として、特定保健指導終了率の向上を図ります。
事業の概要	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるよう、専門職による面接や電話での継続的な支援をしていきます。
現在までの事業結果 (成果・課題)	特定保健指導実施率は、令和3年度が32.4%、令和4年度が37.8%
対象者	特定保健指導基準該当者

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.6%	21.0%	21.0%	21.0%	22.0%	22.0%	22.0%

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)	37.8%	38.0%	38.0%	38.0%	40.0%	40.0%	40.0%
		動機付け支援	45.2%	46.0%	46.0%	46.0%	47.0%	47.0%	47.0%
		積極的支援	15.0%	16.0%	16.0%	16.0%	18.0%	18.0%	18.0%

プロセス(方法)	周知	特定健診会場において、健診受診者への結果説明会案内チラシを配布。 町広報誌での周知及び町内一斉放送。	
	勧奨	保健指導対象者への個別通知	
	実施および実施後の支援	初回面接	特定健診結果説明会を初回面接として実施
		実施場所	町内3会場(中央公民館、改善センター、万沢公民館)
		実施内容	対象者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。 具体的には、初回面接時に行動計画を作成し、指導期間中の継続的支援を図り、3カ月～6カ月経過後に実績評価を行う。
		時期・期間	初回面接：集団健診後の翌月～翌々月 最終評価：初回面接3カ月～6カ月経過後
実施後のフォロー・継続支援	健康相談・健康教室への参加		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	住民課、福祉保健課
	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)	積極的支援は山梨県健康管理事業団へ委託
	国民健康保険団体連合会	健診機関等の委託事業者から提出された特定健診の結果データは、代行機関である山梨県国民健康保険団体連合会に管理・保管を委託
	他事業	特定健診結果説明会の場で初回面接を実施
	その他 (事業実施上の工夫・ これまでの体制の改善点・ 留意点・目標等)	効果的な指導ができるよう、委託事業者との連携体制を構築する。

～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)		11.8%	11.0%	11.0%	11.0%	10.5%	10.5%	10.5%
		男性	40～49歳	8.7%	8.7% 以下 (現状値より減少)	8.7% 以下 (現状値より減少)	8.7% 以下 (現状値より減少)	8.7% 以下 (現状値より減少)	8.7% 以下 (現状値より減少)	8.7% 以下 (現状値より減少)
			50～59歳	3.4%	3.4% 以下 (現状値より減少)	3.4% 以下 (現状値より減少)	3.4% 以下 (現状値より減少)	3.4% 以下 (現状値より減少)	3.4% 以下 (現状値より減少)	
			60～69歳	15.7%	15.4%	15.4%	15.4%	15.0%	15.0%	15.0%
			70～74歳	18.4%	18.2%	18.2%	18.2%	18.0%	18.0%	18.0%
		女性	40～49歳	13.3%	13.1%	13.1%	13.1%	13.0%	13.0%	13.0%
			50～59歳	6.5%	6.5% 以下 (現状値より減少)	6.5% 以下 (現状値より減少)	6.5% 以下 (現状値より減少)	6.5% 以下 (現状値より減少)	6.5% 以下 (現状値より減少)	6.5% 以下 (現状値より減少)
			60～69歳	7.5%	7.5% 以下 (現状値より減少)	7.5% 以下 (現状値より減少)	7.5% 以下 (現状値より減少)	7.5% 以下 (現状値より減少)	7.5% 以下 (現状値より減少)	7.5% 以下 (現状値より減少)
	70～74歳		9.4%	9.2%	9.2%	9.2%	9.0%	9.0%	9.0%	
	2	HbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合(血糖コントロール不良者の割合)(全年齢)		1.5%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%
		男性	40～49歳	4.3%	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%
			50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			60～69歳	3.1%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%
			70～74歳	2.0%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%
		女性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			60～69歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	70～74歳		1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	
	3	HbA1c悪化率(短期)		18.3% (R3→ R4)	17.0% (R5→ R6)	17.0% (R6→ R7)	17.0% (R7→ R8)	16.0% (R8→ R9)	16.0% (R9→ R10)	16.0% (R10→ R11)
		男性	40～49歳	4.2%	4.1%	4.1%	4.1%	4.0%	4.0%	4.0%
50～59歳			10.7%	10.6%	10.6%	10.6%	10.5%	10.5%	10.5%	
60～69歳			22.5%	20.0%	20.0%	20.0%	18.0%	18.0%	18.0%	
70～74歳			17.8%	16.0%	16.0%	16.0%	15.0%	15.0%	15.0%	
女性		40～49歳	20.0%	19.0%	19.0%	19.0%	18.0%	18.0%	18.0%	
		50～59歳	12.5%	12.0%	12.0%	12.0%	11.5%	11.5%	11.5%	
		60～69歳	16.6%	15.0%	15.0%	15.0%	14.0%	14.0%	14.0%	
	70～74歳	21.1%	20.0%	20.0%	20.0%	19.0%	19.0%	19.0%		

項目	No.	総合評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	4	HbA1c 悪化率(中長期)	34.9% (R1→R4)			28.0% 以下 (R5→R8)			31.0% 以下 (R5→R11)
		男性	40～49歳	15.4%			13.5%		14.8%
			50～59歳	26.9%			23.0%		25.0%
			60～69歳	35.3%			31.0%		34.0%
			70～74歳	29.9%			25.0%		27.0%
		女性	40～49歳	20.0%			16.0%		17.0%
			50～59歳	27.3%			24.0%		26.0%
			60～69歳	38.2%			34.0%		37.0%
	70～74歳		41.2%			36.0%		39.0%	
	5	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (短期)	2.4% (R3→R4)	2.3% (R5→R6)	2.3% (R6→R7)	2.3% (R7→R8)	2.3% (R8→R9)	2.3% (R9→R10)	2.3% (R10→R11)
		男性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			60～69歳	2.7%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%
			70～74歳	3.8%	3.7%	3.7%	3.7%	3.7%	3.7%
		女性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			60～69歳	2.2%	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%
	70～74歳		2.3%	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	
	6	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (中長期)	4.5% (R1→R4)			4.0% 以下 (R5→R8)			8.0% 以下 (R5→R11)
		男性	40～49歳	0.0%			0.0%		0.0%
			50～59歳	0.0%			0.0%		0.0%
			60～69歳	6.0%			5.8%		11.6%
			70～74歳	4.5%			4.3%		8.6%
		女性	40～49歳	0.0%			0.0%		0.0%
			50～59歳	0.0%			0.0%		0.0%
			60～69歳	5.9%			5.7%		11.4%
	70～74歳		2.4%			2.3%		4.6%	
	7	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、 糖尿病治療なしの者の割合	10.4%	10.2%	10.2%	10.2%	10.0%	10.0%	10.0%
男性		40～49歳	50.0%	45.0%	45.0%	45.0%	40.0%	40.0%	40.0%
		50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		60～69歳	12.0%	11.0%	11.0%	11.0%	10.0%	10.0%	10.0%
		70～74歳	8.1%	8.0%	8.0%	8.0%	7.5%	7.5%	7.5%
女性		40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		60～69歳	6.7%	6.6%	6.6%	6.6%	6.5%	6.5%	6.5%
	70～74歳	14.3%	14.0%	14.0%	14.0%	13.5%	13.5%	13.5%	
8	健診未受診者のうち糖尿病治療 中断者の割合	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	

事業番号2

糖尿病性腎症重症化予防事業(未治療者への受診勧奨)

事業の目的	糖尿病性腎症リスク保有者のうち未受診者の早期治療に繋がります。
-------	---------------------------------

事業の概要	糖尿病性腎症リスク保有者のうち未受診者に受診勧奨と生活習慣の指導を行い、早期の受診を促します。
-------	---

現在までの事業結果 (成果・課題)	健診結果説明会において、対象者に対しチラシ等を用いて生活習慣の改善指導を行うとともに、医療機関への受診を促しましたが、健診結果等から、コントロール不十分による重症化が考えられます。
----------------------	--

対象者	選定方法	健診受診者のうちHbA1c値6.5%以上の者を選定
	選定基準	健診結果による判定基準 当該年度の健診でHbA1c値6.5%以上
	その他の判定基準	問診表に服薬と受診歴の記載がない者

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	医療機関受診率(指導後6カ月以内のレセプトで受診ありの者の割合)	50.0%	55.0%	55.0%	55.0%	60.0%	60.0%	60.0%

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	保健指導実施率	57.1%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

プロセス(方法)	周知	個別通知
	勸奨	電話による勸奨
	実施内容	保健師及び栄養士が個別で受診勸奨と生活習慣の指導を行います。
	時期・期間	10月～12月
	場所	町内3会場(中央公民館・改善センター・万沢公民館)
	実施後の評価	指導後6カ月後にレセプトで受診状況の確認をします。
実施後のフォロー・継続支援	未受診者へ電話でフォローします。	

チャーター(体制作)	庁内担当部署	住民課、福祉保健課
	国民健康保険団体連合会	KDBシステム等の活用に係る支援

事業分類3	生活習慣病予防
-------	---------

事業番号3-1	高血圧教室実施事業
---------	-----------

事業の目的	被保険者が生活習慣を振り返り、生活習慣の改善及び適切な治療へつなげることにより生活習慣病の発症や悪化を予防します。
-------	---

事業の概要	保健師・栄養士等が地区を巡回して、測定・相談・指導を行います。
-------	---------------------------------

現在までの事業結果 (成果・課題)	コロナ禍等により未実施
----------------------	-------------

対象者	国保被保険者
-----	--------

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	健診における血圧有所見者率の 推移(収縮期血圧)	61.5%	60.0%	58.0%	56.0%	54.0%	52.0%	50.0%
		健診における血圧有所見者率の 推移(拡張期血圧)	28.9%	28.0%	27.0%	27.0%	26.0%	26.0%	25.0%

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	教室参加者数(人)	未実施	120	120	150	150	180	180

プロセス(方法)	月2回、各地区を巡回して教室を開催します。
----------	-----------------------

ストラクチャー(体制)	住民課、福祉保健課
-------------	-----------

事業番号3-2

健康情報の発信

事業の目的	健康や生活改善の啓蒙活動を通じ、被保険者の健康意識を高め、生活習慣の改善を図ります。
-------	--

事業の概要	町広報誌へ「スマイルなんぶ通信」を掲載します。 生活習慣病に関する記事等をファイリングした「なんぶ健康ファイル」を活用します。
-------	--

現在までの事業結果 (成果・課題)	輪番制による記事記載により、毎月発行の町広報誌において、健診情報の発信ができました。 「なんぶ健康ファイル」については、活用されていなかったため、健康相談や教室において適切な活用を図る必要があります。
----------------------	---

対象者	国保被保険者
-----	--------

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	生活習慣の改善意欲がある人の割合	25.1%	26.0%	26.0%	26.0%	27.0%	27.0%	27.0%
	2	生活習慣の改善意欲がある人の割合 かつ 始めている人の割合	11.8%	12.0%	12.0%	12.0%	13.0%	13.0%	13.0%

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	町広報誌等での情報発信数	12回	12回	12回	12回	12回	12回	12回

プロセス(方法)	町広報誌やホームページ等により情報発信を行います。 「なんぶ健康ファイル」を活用します。
----------	---

ストラクチャー(体制)	住民課、福祉保健課、生涯学習課、医療センター
-------------	------------------------

○計画全体(総合アウトカム)

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

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

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

○事業分類1：特定健康診査・特定保健指導

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

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

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

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

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

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>①評価の時期 最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。</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>本計画はホームページ等で公表するとともに、必要に応じて県・国保連等にも周知を図ります。</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られるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取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>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

第6章 その他の保健事業

南部町として、以下の保健事業も町民のさらなる健康意識の向上や医療費適正化のため、南部町国民保険が主導となり実施していきます。

①後発医薬品の利用促進事業	<p>ジェネリック医薬品のさらなる普及率向上を目指します。</p> <p>KDBデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定し、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。</p>
②受診行動適正化指導事業(重複・頻回受診、重複服薬)	<p>重複・頻回受診者数、重複服薬者数を減少させることで、医療費の適正化を図ります。</p> <p>KDBデータから、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、専門職による指導を行います。</p>
③各種がん検診の実施	<p>各種がん検診、骨粗しょう症健診等の受診率を向上させ、住民のがんの早期発見を目的として実施します。特定健診事業と同時に実施し、受けやすい体制を構築します。一部がん検診にはクーポン事業を実施し、利用者の負担を減らす工夫を行います。</p>
④生活習慣病予防のための運動教室	<p>被保険者の健康の保持増進、疾病予防、生活の質の向上を目指すため、運動教室を実施します。</p>

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

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

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。

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

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

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

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12カ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12カ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12カ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12カ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取り組みの実施内容

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

【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
受診率向上事業	稼動年齢層40歳～59歳の被保険者の健康に対する意識づけ	①節目年齢の人間ドック助成(厄年ドック) ②健診申込はあるが未受診者の40～59歳の既婚男性に、夫婦間で健康について話し合うきっかけとなる事業(夫婦ペア割事業) ③長期にわたり、医療機関未受診者かつ健診未受診者への保健師からの働きかけ ④必要に応じて医療機関からの情報提供を受理

【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
特定保健指導実施率の向上事業	ミニ健診	特定保健指導の6ヶ月評価と各種教室参加者のフォローアップ <身体計測、血液検査、保健指導>
	特定保健指導未実施者対策	保健指導未実施者への保健指導を、訪問や書面にて実施

2. 特定健康診査の受診状況

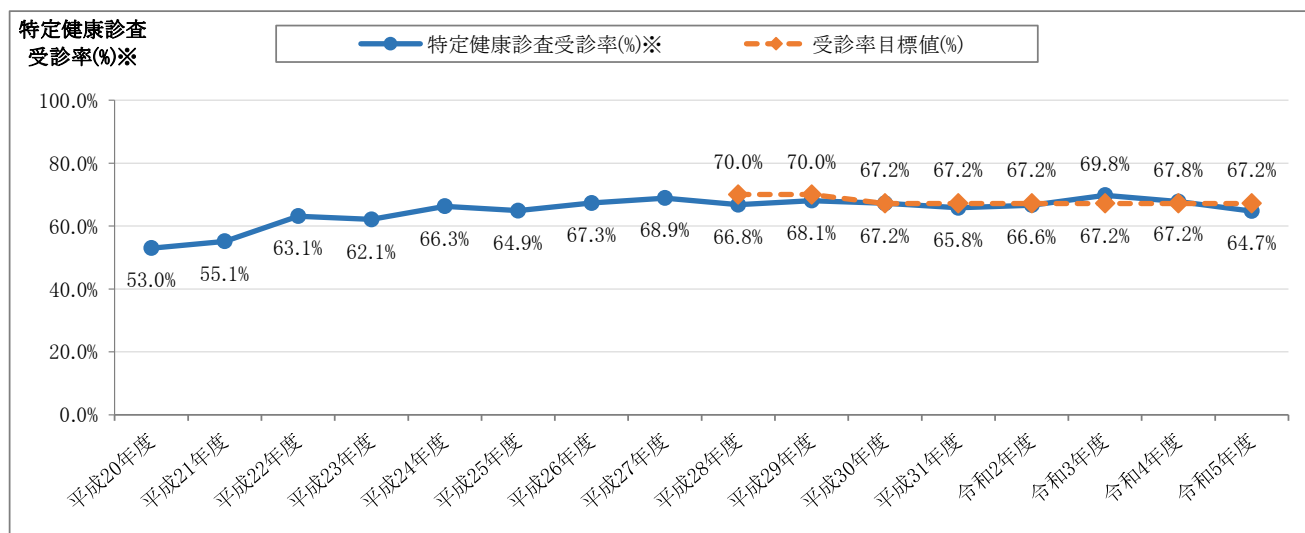
以下は、平成20年度から令和5年度(見込み値)における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

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)	1,773	1,756	1,755	1,739	1,719	1,723	1,720	1,642
特定健康診査受診者数(人)	939	968	1,108	1,080	1,139	1,118	1,158	1,131
特定健康診査受診率(%)※	53.0%	55.1%	63.1%	62.1%	66.3%	64.9%	67.3%	68.9%
受診率目標値(%)								
	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)	1,581	1,516	1,446	1,427	1,418	1,353	1,303	1,390
特定健康診査受診者数(人)	1,056	1,032	972	939	945	944	883	900
特定健康診査受診率(%)※	66.8%	68.1%	67.2%	65.8%	66.6%	69.8%	67.8%	64.7%
受診率目標値(%)	70.0%	70.0%	67.2%	67.2%	67.2%	67.2%	67.2%	67.2%

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。

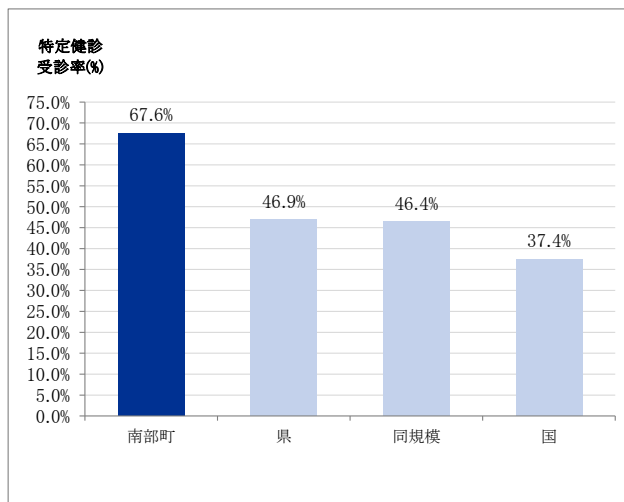
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりです。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
南部町	67.6%
県	46.9%
同規模	46.4%
国	37.4%

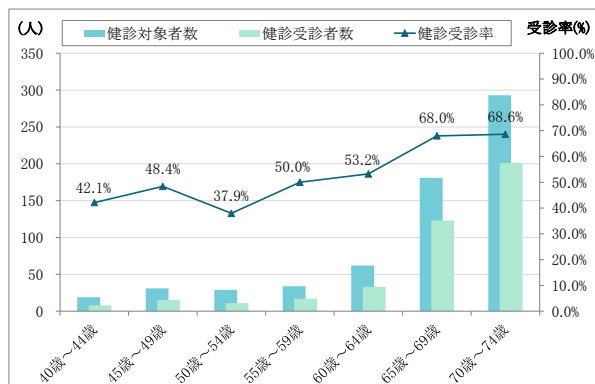
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



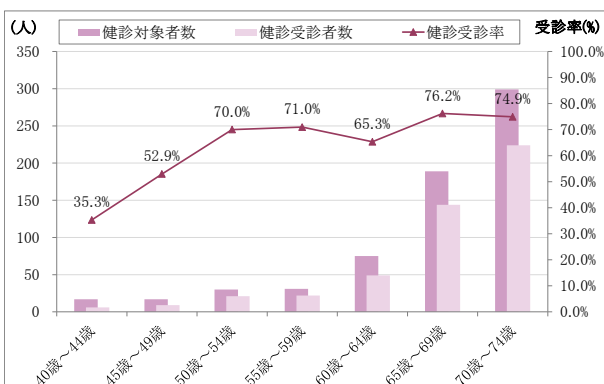
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



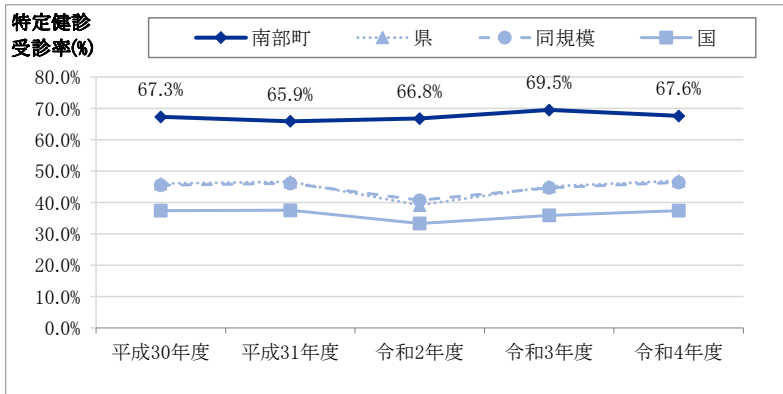
以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率67.6%は平成30年度67.3%より0.3ポイント増加しています。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
南部町	67.3%	65.9%	66.8%	69.5%	67.6%
県	46.0%	46.6%	39.1%	45.1%	46.9%
同規模	45.5%	46.1%	40.7%	44.7%	46.4%
国	37.4%	37.5%	33.3%	35.9%	37.4%

出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

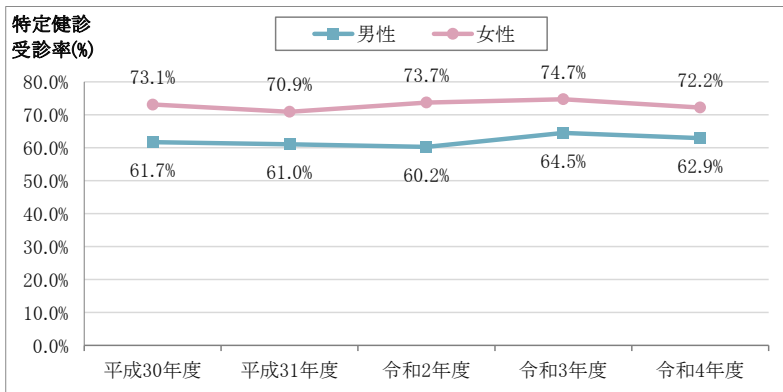
年度別 特定健康診査受診率



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62.9%は平成30年度61.7%より1.2ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率72.2%は平成30年度73.1%より0.9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

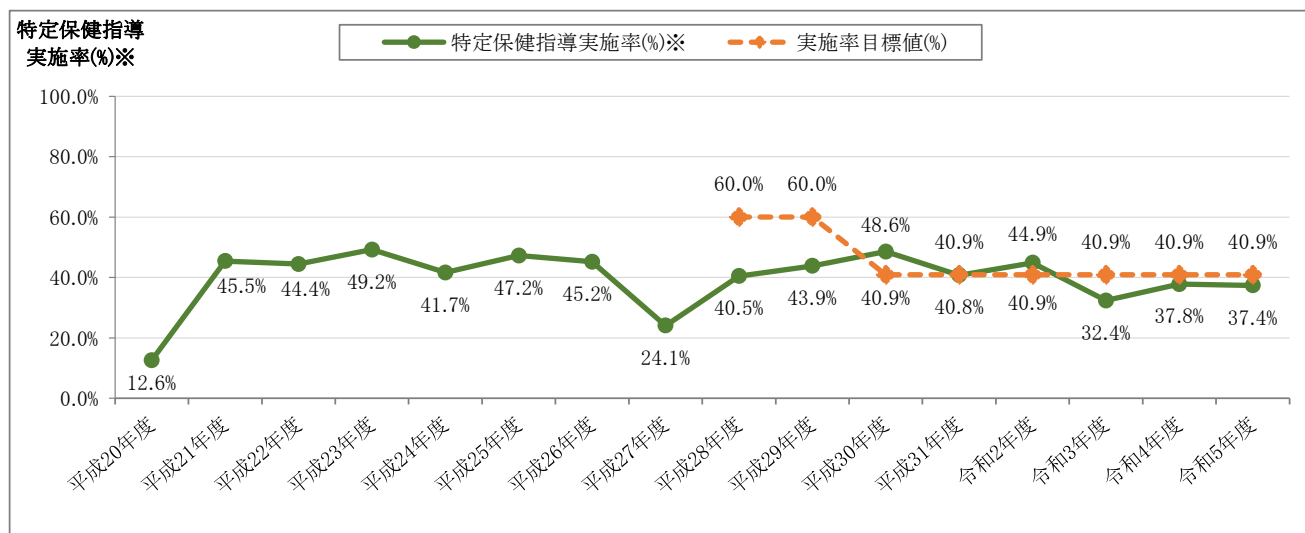
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定保健指導対象者数(人)	127	143	144	132	132	127	146	137
特定保健指導利用者数(人)	17	65	65	66	55	60	67	35
特定保健指導実施者数(人)※	16	65	64	65	55	60	66	33
特定保健指導実施率(%)※	12.6%	45.5%	44.4%	49.2%	41.7%	47.2%	45.2%	24.1%
実施率目標値(%)								
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	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)	131	114	107	103	98	102	82	99
特定保健指導利用者数(人)	59	53	55	44	47	39	31	43
特定保健指導実施者数(人)※	53	50	52	42	44	33	31	37
特定保健指導実施率(%)※	40.5%	43.9%	48.6%	40.8%	44.9%	32.4%	37.8%	37.4%
実施率目標値(%)	60.0%	60.0%	40.9%	40.9%	40.9%	40.9%	40.9%	40.9%

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

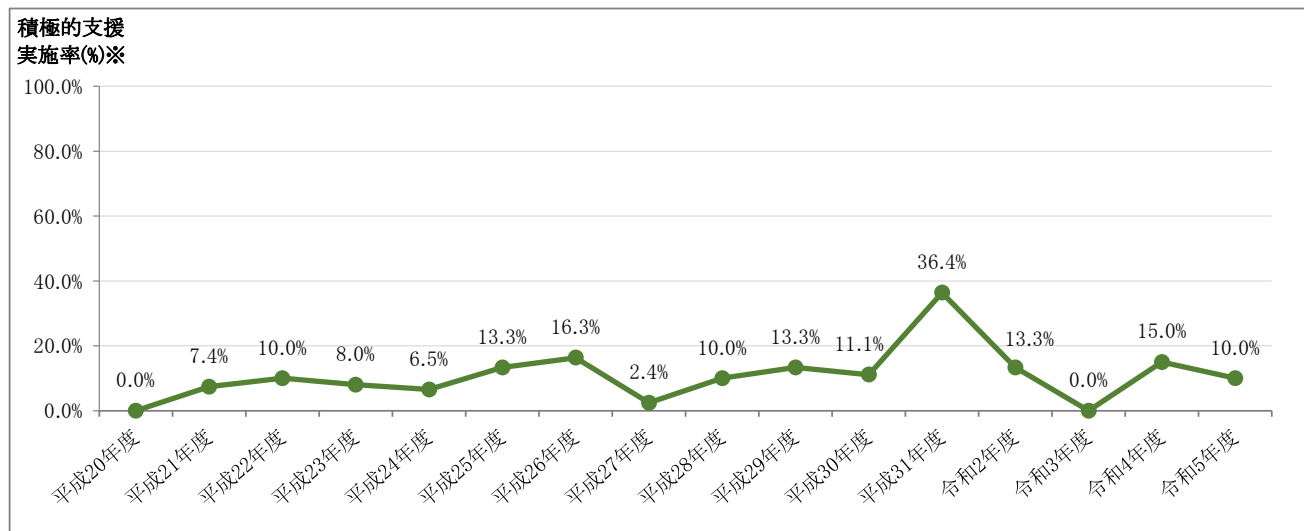
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	47	54	50	50	46	30	49	41
積極的支援利用者数(人)	1	4	6	5	3	4	9	3
積極的支援実施者数(人)※	0	4	5	4	3	4	8	1
積極的支援実施率(%)※	0.0%	7.4%	10.0%	8.0%	6.5%	13.3%	16.3%	2.4%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	40	30	27	11	15	25	20	20
積極的支援利用者数(人)	10	7	4	5	2	2	3	3
積極的支援実施者数(人)※	4	4	3	4	2	0	3	2
積極的支援実施率(%)※	10.0%	13.3%	11.1%	36.4%	13.3%	0.0%	15.0%	10.0%

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

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況

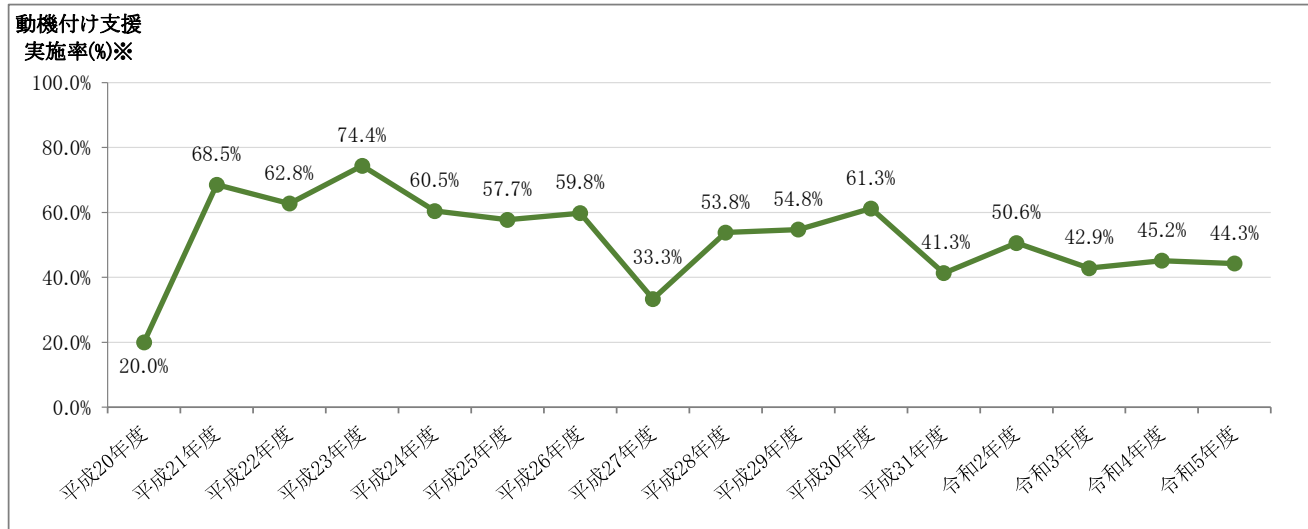
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
動機付け支援対象者数(人)	80	89	94	82	86	97	97	96
動機付け支援利用者数(人)	16	61	59	61	52	56	58	32
動機付け支援実施者数(人)※	16	61	59	61	52	56	58	32
動機付け支援実施率(%)※	20.0%	68.5%	62.8%	74.4%	60.5%	57.7%	59.8%	33.3%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	91	84	80	92	83	77	62	79
動機付け支援利用者数(人)	49	46	51	39	45	37	28	40
動機付け支援実施者数(人)※	49	46	49	38	42	33	28	35
動機付け支援実施率(%)※	53.8%	54.8%	61.3%	41.3%	50.6%	42.9%	45.2%	44.3%

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

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

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

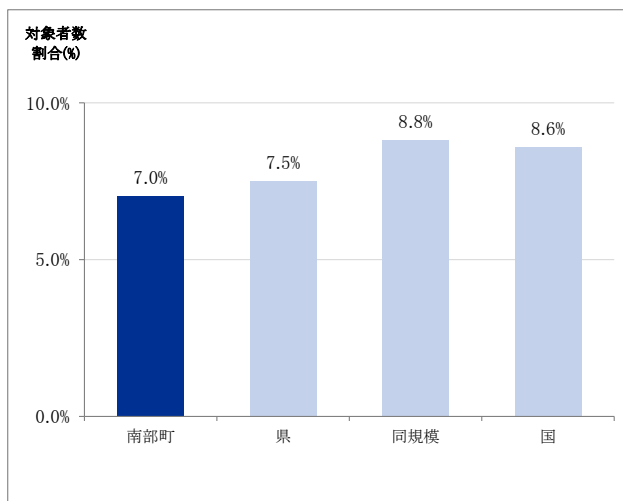
特定保健指導実施状況 (令和4年度)

区分	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
南部町	7.0%	2.3%	9.3%	36.6%
県	7.5%	3.1%	10.6%	47.2%
同規模	8.8%	3.2%	12.0%	46.4%
国	8.6%	2.7%	11.3%	27.0%

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

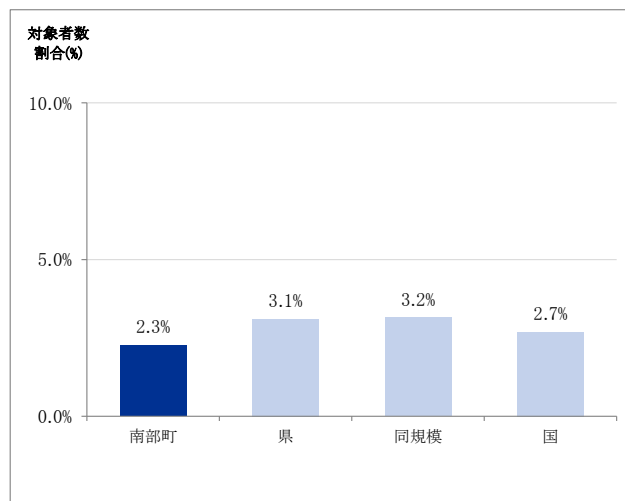
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合 (令和4年度)



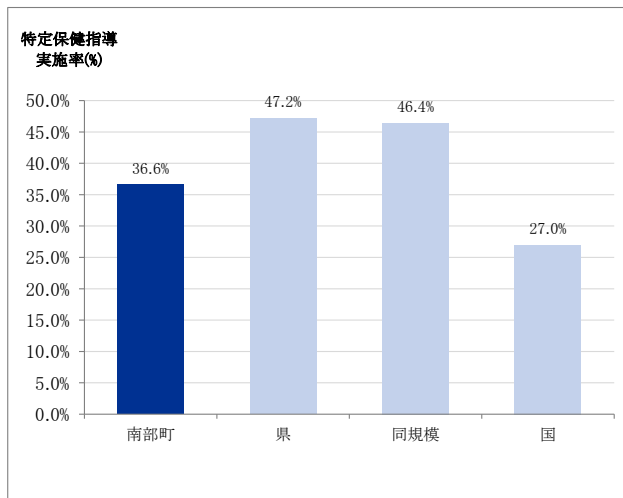
出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合 (令和4年度)



出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率 (令和4年度)



出典:国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率36.6%は平成30年度50.5%より13.9ポイント減少しています。

年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
南部町	8.2%	9.8%	8.9%	8.1%	7.0%
県	8.2%	7.9%	8.1%	7.8%	7.5%
同規模	9.2%	9.2%	9.4%	9.1%	8.8%
国	9.0%	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%

年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
南部町	2.8%	1.2%	1.6%	2.6%	2.3%
県	3.2%	2.9%	3.1%	3.1%	3.1%
同規模	3.5%	3.3%	3.2%	3.2%	3.2%
国	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%

年度別 支援対象者数割合

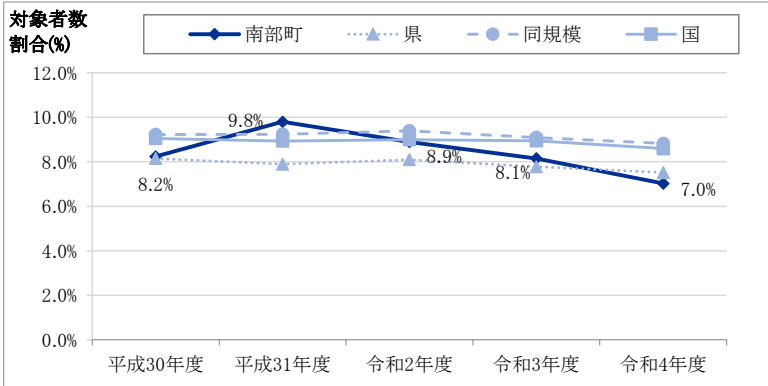
区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
南部町	11.0%	11.0%	10.5%	10.8%	9.3%
県	11.4%	10.8%	11.2%	10.9%	10.6%
同規模	12.7%	12.5%	12.6%	12.3%	12.0%
国	11.8%	11.6%	11.6%	11.7%	11.3%

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30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
南部町	50.5%	41.7%	45.5%	35.3%	36.6%
県	47.4%	50.3%	47.3%	47.5%	47.2%
同規模	45.8%	46.5%	47.1%	46.3%	46.4%
国	25.8%	26.3%	25.9%	25.9%	27.0%

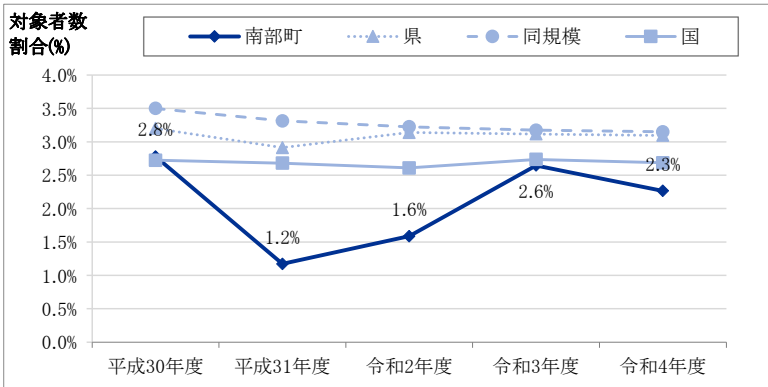
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
 特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。
 出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



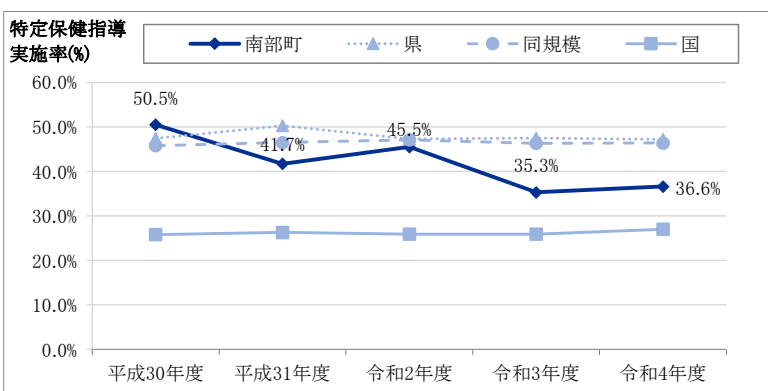
出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 特定保健指導実施率



出典: 国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

4. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は18.1%、予備群該当は10.6%です。

メタボリックシンドローム該当状況

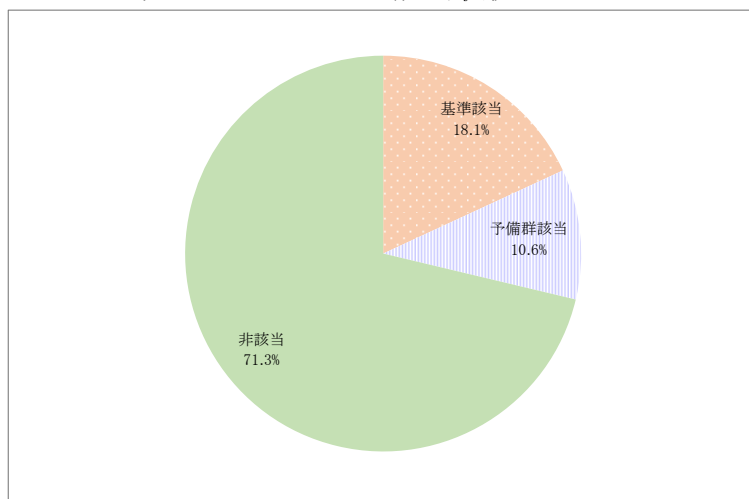
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	884	160	94	630	0
割合(%) ※	-	18.1%	10.6%	71.3%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

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

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

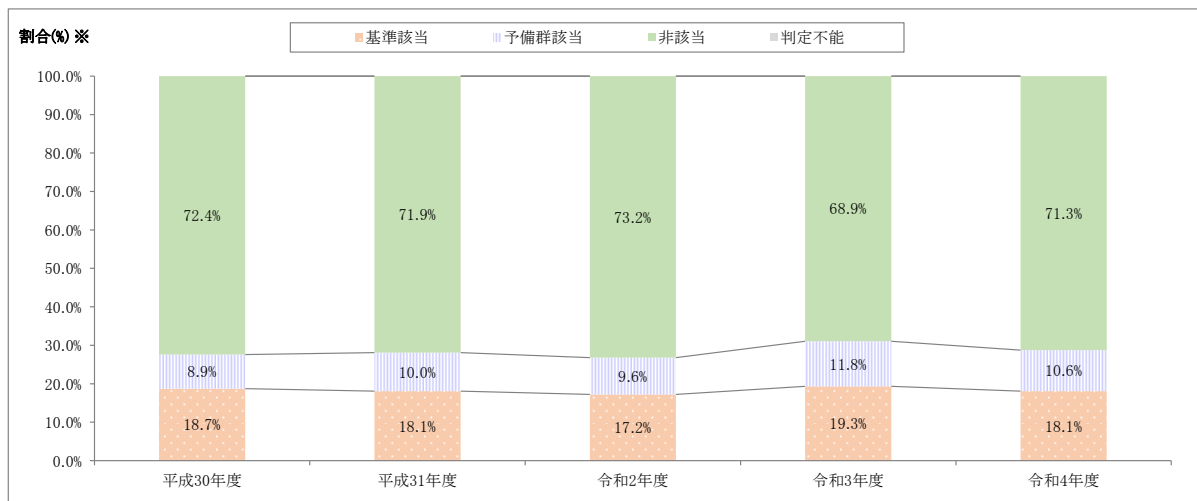
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当18.1%は平成30年度18.7%より0.6ポイント減少しており、予備群該当10.6%は平成30年度8.9%より1.7ポイント増加しています。

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	902
平成31年度	869
令和2年度	907
令和3年度	927
令和4年度	884

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	169	18.7%	80	8.9%	653	72.4%	0	0.0%
平成31年度	157	18.1%	87	10.0%	625	71.9%	0	0.0%
令和2年度	156	17.2%	87	9.6%	664	73.2%	0	0.0%
令和3年度	179	19.3%	109	11.8%	639	68.9%	0	0.0%
令和4年度	160	18.1%	94	10.6%	630	71.3%	0	0.0%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

5. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
特定健康診査	40歳代、50歳代の男性の特定健診受診率	令和元年度は43.8%、令和2年度は45.9%、令和3年度は50.4%と右肩上がりだったが、令和4年度は45.1%と前2年度を下回りました。
	特定健診受診率	令和元年度は65.8%、令和2年度は66.6%、令和3年度は69.8%、令和4年度は67.8%で、各年度60%を超える受診率となっています。
特定保健指導	特定保健指導終了率	令和元年度は40.8%、令和2年度は44.9%と前年度を上回ったが、令和3年度は32.4%、令和4年度は37.8%と減少傾向にあります。
	メタボリックシンドローム該当者割合の減少	令和元年度は18.4%、令和2年度は17.5%、令和3年度は19.1%、令和4年度は18.3%と多少の増減はあるものの、横ばいの傾向にあります。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
連携体制	保健衛生部門の担当者及び専門職を交え、定期的に協議を行うことができました。
関係機関	集団健診委託事業者との継続した連携が図れました。

第3章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものです。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の60.3%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49.0%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	884	62.7%	1,564,004	39,822,146	41,386,150
健診未受診者	527	37.3%	2,206,997	21,843,983	24,050,980
合計	1,411		3,771,001	61,666,129	65,437,130

	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	24	2.7%	533	60.3%	533	60.3%	65,167	74,713	77,648
健診未受診者	41	7.8%	255	48.4%	258	49.0%	53,829	85,663	93,221
合計	65	4.6%	788	55.8%	791	56.1%	58,015	78,257	82,727

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

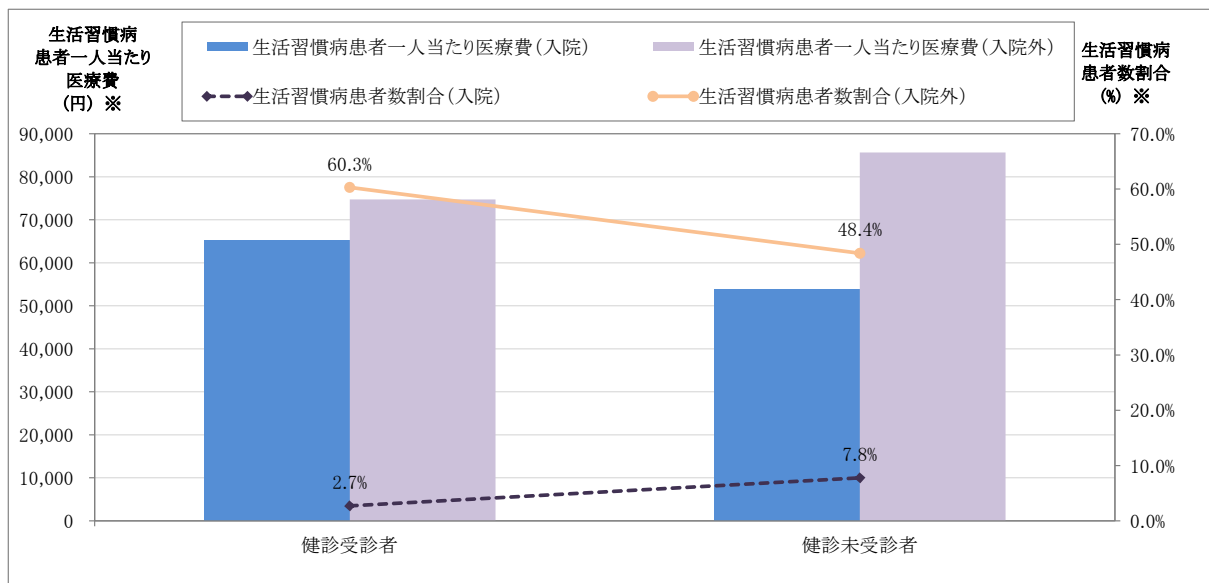
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

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

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は2.4%、動機付け支援対象者割合は7.1%です。

保健指導レベル該当状況

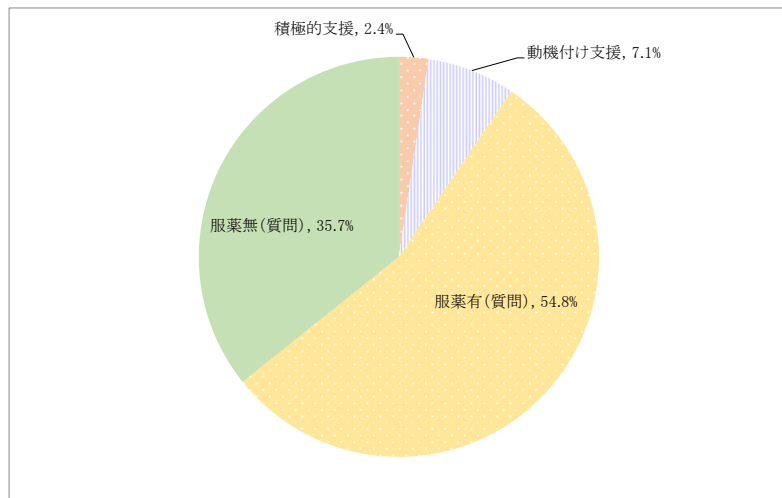
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)			情報提供		
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	884	84	21	63	484	316	0
割合(%) ※	-	9.5%	2.4%	7.1%	54.8%	35.7%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

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

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別に示したものです。

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	14	3	1	7.1%	2	14.3%
45歳～49歳	23	7	5	21.7%	2	8.7%
50歳～54歳	34	4	2	5.9%	2	5.9%
55歳～59歳	39	3	0	0.0%	3	7.7%
60歳～64歳	85	18	13	15.3%	5	5.9%
65歳～69歳	267	18	0	0.0%	18	6.7%
70歳～	422	31	0	0.0%	31	7.3%
合計	884	84	21	2.4%	63	7.1%

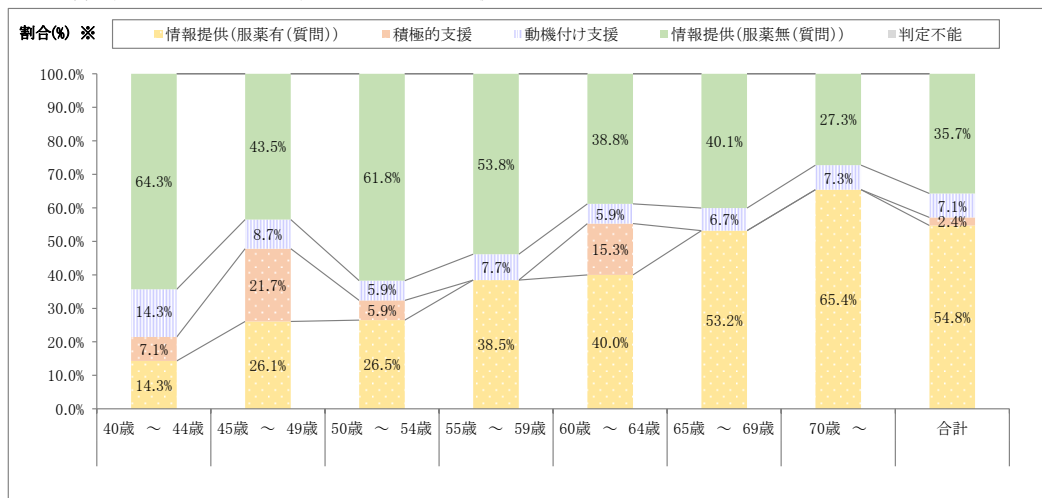
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	14	2	14.3%	9	64.3%	0	0.0%
45歳～49歳	23	6	26.1%	10	43.5%	0	0.0%
50歳～54歳	34	9	26.5%	21	61.8%	0	0.0%
55歳～59歳	39	15	38.5%	21	53.8%	0	0.0%
60歳～64歳	85	34	40.0%	33	38.8%	0	0.0%
65歳～69歳	267	142	53.2%	107	40.1%	0	0.0%
70歳～	422	276	65.4%	115	27.3%	0	0.0%
合計	884	484	54.8%	316	35.7%	0	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

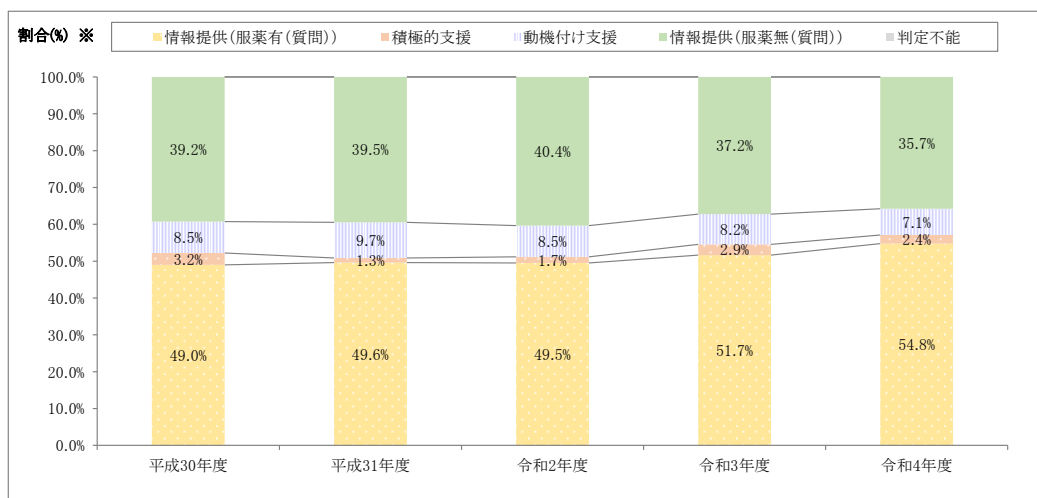
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合2.4%は平成30年度3.2%から0.8ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合7.1%は平成30年度8.5%から1.4ポイント減少しています。

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)				
		人数(人)	積極的支援		動機付け支援	
			割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
平成30年度	902	106	29	3.2%	77	8.5%
平成31年度	869	95	11	1.3%	84	9.7%
令和2年度	907	92	15	1.7%	77	8.5%
令和3年度	927	103	27	2.9%	76	8.2%
令和4年度	884	84	21	2.4%	63	7.1%

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	902	442	49.0%	354	39.2%	0	0.0%
平成31年度	869	431	49.6%	343	39.5%	0	0.0%
令和2年度	907	449	49.5%	366	40.4%	0	0.0%
令和3年度	927	479	51.7%	345	37.2%	0	0.0%
令和4年度	884	484	54.8%	316	35.7%	0	0.0%

年度別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

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

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			84人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	0人	21人 25%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	4人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	1人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	0人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	3人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	4人	
	●		●			血糖＋脂質	1人	
	●	●	●			血圧＋脂質	3人	
	●		●	●		血糖＋喫煙	1人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	3人	
			●	●		脂質＋喫煙	1人	
	●			●		血糖	0人	
		●				血圧	0人	
			●		因子数0	脂質	0人	
			●	喫煙		0人		
				因子数0	なし	0人		
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	1人	63人 75%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	2人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	4人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	1人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	1人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	6人	
	●		●			血糖＋脂質	1人	
	●	●	●			血圧＋脂質	3人	
	●		●	●		血糖＋喫煙	2人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	3人	
			●	●		脂質＋喫煙	0人	
	●			●		血糖	5人	
		●				血圧	28人	
			●		因子数0	脂質	5人	
			●	喫煙		0人		
				因子数0	なし	1人		

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

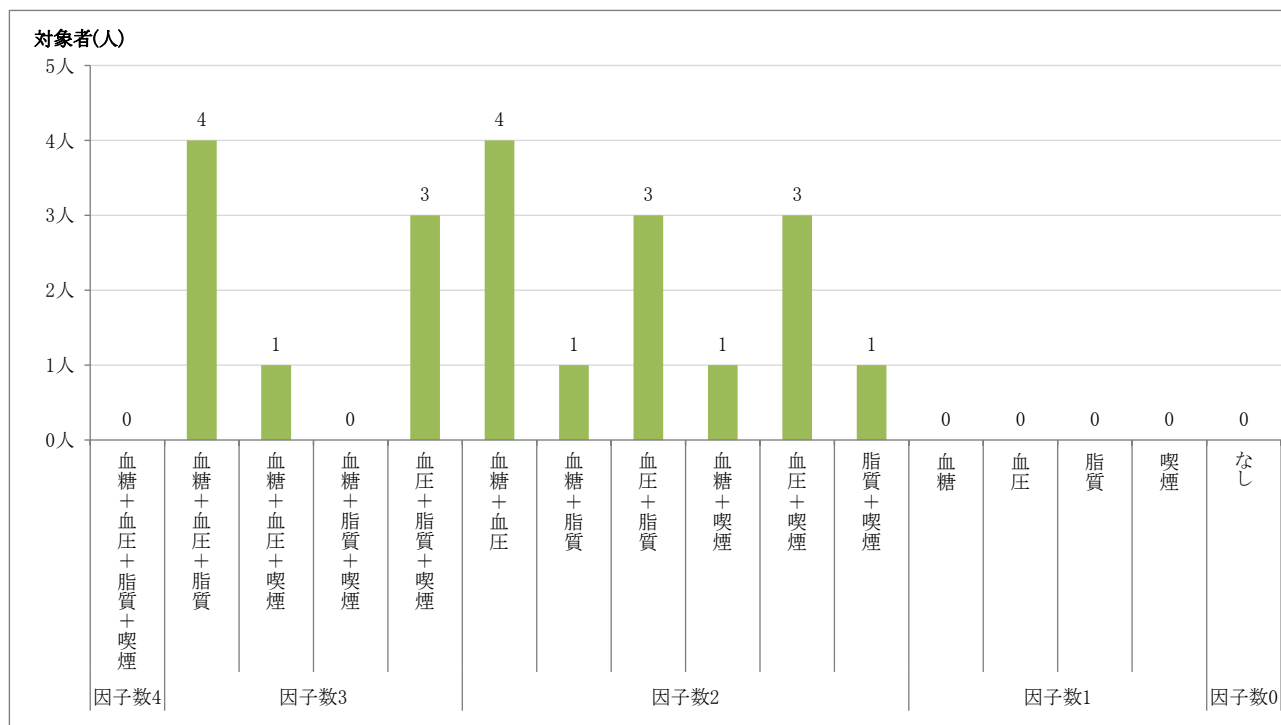
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

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

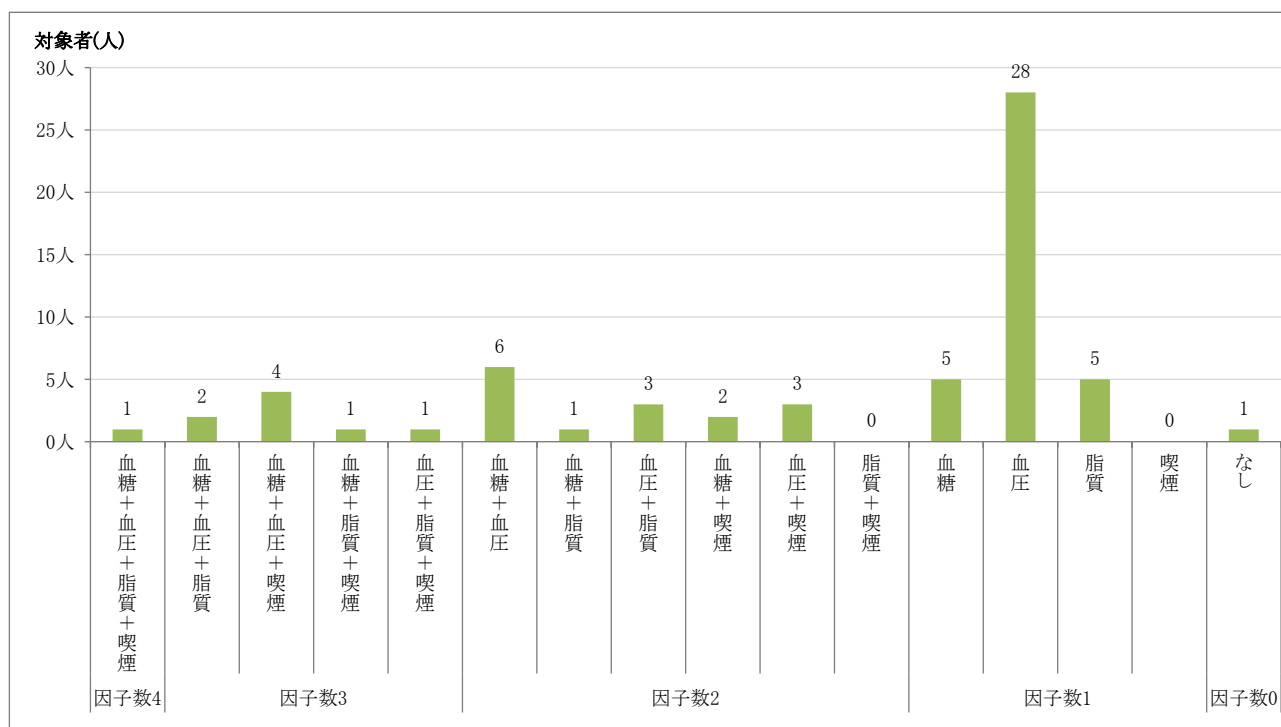
積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類しました。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	84	0	544,574	544,574	0	14	14
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	316	3,126	813,977	817,103	1	36	36
	情報提供 (服薬有(質問))	484	1,560,878	38,463,595	40,024,473	23	483	483

		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	84	0	38,898	38,898
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	316	3,126	22,610	22,697
	情報提供 (服薬有(質問))	484	67,864	79,635	82,866

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

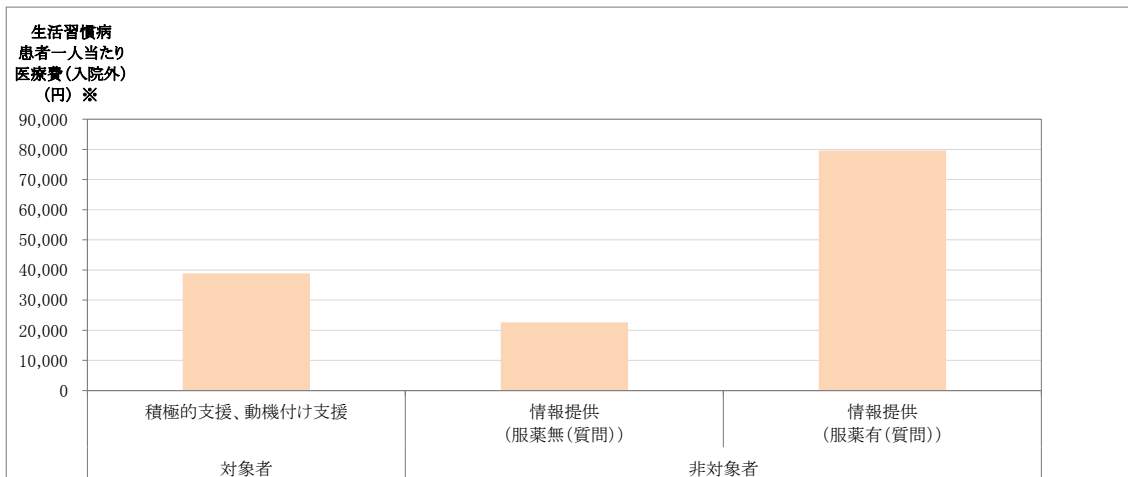
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

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

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

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

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

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	67.8% 以上	67.8% 以上	67.8% 以上	67.8% 以上	67.8% 以上	67.8% 以上	60.0%
特定保健指導実施率(%)	38.0%	38.0%	38.0%	40.0%	40.0%	40.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	21.0%	21.0%	21.0%	22.0%	22.0%	22.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

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

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	1,163	1,083	1,014	957	894	842
特定健康診査受診率(%) (目標値)	67.8% 以上	67.8% 以上	67.8% 以上	67.8% 以上	67.8% 以上	67.8% 以上
特定健康診査受診者数(人)	789	734	687	649	606	571

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	332	320	296	273	266	257
	65歳～74歳	831	763	718	684	628	585
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	159	147	137	130	121	114
	65歳～74歳	630	587	550	519	485	457

(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)	74	70	65	60	56	52
特定保健指導実施率(% (目標値))	38.0%	38.0%	38.0%	40.0%	40.0%	40.0%
特定保健指導実施者数(人)	28	27	25	24	22	21

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	19	19	18	16	16	14
	実施者数(人)	40歳～64歳	7	7	7	7	6	5
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	12	11	10	9	8	8
		65歳～74歳	43	40	37	35	32	30
	実施者数(人)	40歳～64歳	1	1	1	1	1	1
		65歳～74歳	20	19	17	16	15	15

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

① 対象者

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

② 実施方法

ア. 実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

イ. 実施項目

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

■ 基本的な健診項目(全員に実施)

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

■ 詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

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

ウ. 実施時期

8月から9月に実施します。

エ. 案内方法

対象者に受診案内を個別に発送します。また、広報やホームページ等で周知を図ります。

(2) 特定保健指導

① 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。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 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：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) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

② 実施方法

ア. 実施場所

委託契約を結んだ医療機関等で実施します。

イ. 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)、 または1グループあたりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 設定した行動目標が達成されているか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかを評価する。面接または通信手段を利用して行う。

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3カ月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 または1グループあたりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。 ○3カ月以上の継続的な支援 個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせる。					
実績評価	○3カ月以上経過後の評価 アウトカム評価 (成果が出たことへの評価) を原則とし、プロセス評価 (保健指導実施の介入量の評価) も併用して評価する。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="257 1207 1310 1491"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="257 1551 1310 1696"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・ 腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・ 腹囲1cm・体重1kg減 ・ 生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) ・ 健診後早期の保健指導実施を評価 						

ウ. 実施時期

10月から3月に実施します。

エ. 案内方法

対象者に対して、特定保健指導個別通知を発送します。

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
周知の徹底(強化)	申し込みの勧奨や取りまとめについて、地域組織の活用を引き続き推進します。
	町広報誌及び町内一斉放送を活用します。
	問い合わせ等に対応するため、健診専用ダイヤルの設置を継続します。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み
周知の徹底(強化)	特定健診会場において、健診受診者へ結果説明会案内チラシを配布します。
初回面接方法	特定健診結果説明会で実施します。
	平日に加え、休日に実施します。

5. 実施スケジュール

	実施項目	当年度											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健康診査	対象者抽出	↔											
	受診券送付				↔								
	特定健康診査実施					↔							
特定保健指導	対象者抽出							↔					
	個別通知							↔					
	特定保健指導実施								↔				
	未利用者利用勧奨									↔			
	当年度の評価									↔			
	次年度の計画										↔		

1. 個人情報保護の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

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

また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理します。

(2) データの管理

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

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

法第19条3において、「保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあります。主に加算者(特に特定健診・特定保健指導の対象者)に対し、計画期間中の取り組み方針を示し、事業の趣旨への理解を促し積極的な協力を得るため、広報、ホームページ等で公表し、広く周知を図ります。

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

特定健康診査の受診率、特定保健指導対象者の割合、特定保健指導の実施率、特定保健指導の成果(目標達成率、行動変容率)、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率等について、客観的に評価を行います。

(2) 計画の見直し

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

4. 他の健診との連携

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

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

①アウトカム評価の導入による「見える化」

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

②ICTを活用した特定保健指導の推進

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

卷末資料

2. 用語解説集

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

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

3. 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	小児麻疹後遺症
0109	その他の感染症及び寄生虫症	ヘリコバクター・ピロリ感染症	溶連菌感染症	敗血症
II. 新生物<腫瘍>				
0201	胃の悪性新生物<腫瘍>	胃癌	早期胃癌	胃体部癌
0202	結腸の悪性新生物<腫瘍>	大腸癌	S状結腸癌	上行結腸癌
0203	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	直腸癌	直腸S状部結腸癌	直腸癌術後再発
0204	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	肝癌	肝細胞癌	原発性肝癌
0205	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	肺癌	上葉肺癌	下葉肺癌
0206	乳房の悪性新生物<腫瘍>	乳癌	乳房上外側部乳癌	乳癌再発
0207	子宮の悪性新生物<腫瘍>	子宮体癌	子宮頸癌	子宮癌
0208	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	非ホジキンリンパ腫	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
0209	白血病	成人T細胞白血病リンパ腫	白血病	慢性骨髄性白血病
0210	その他の悪性新生物<腫瘍>	前立腺癌	睪癌	膀胱癌
0211	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	子宮筋腫	脳腫瘍	肺腫瘍
III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害				
0301	貧血	鉄欠乏性貧血	貧血	巨赤芽球性貧血
0302	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	播種性血管内凝固	血液凝固異常	血小板減少症
IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患				
0401	甲状腺障害	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症	甲状腺腫
0402	糖尿病	糖尿病	2型糖尿病	糖尿病網膜症
0403	脂質異常症	高脂血症	高コレステロール血症	脂質異常症
0404	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	脱水症	高尿酸血症	卵巣機能不全
V. 精神及び行動の障害				
0501	血管性及び詳細不明の認知症	認知症	血管性認知症	老年精神病
0502	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	ニコチン依存症	アルコール依存症	急性アルコール中毒
0503	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	統合失調症	統合失調症様状態	幻覚妄想状態
0504	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	うつ病	うつ状態	躁うつ病
0505	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	不安神経症	神経症	心身症
0506	知的障害<精神遅滞>	知的障害	軽度知的障害	重度知的障害
0507	その他の精神及び行動の障害	摂食障害	器質性精神障害	せん妄

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

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

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