

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

令和6年3月
道志村

はじめに	4
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 基本的事項	6
計画の趣旨	6
計画期間	7
実施体制・関係者連携	7
(1) 基本情報	8
(2) 現状の整理	8
第2章 健康・医療情報等の分析と課題	9
数的データ・質的データ・地域特性	9
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/ D 重症化・合併症発症/E 要介護状態・死亡/F 医療費適正化	9 10
2 健康問題	11
3 健康課題	11
参照データ	12
図表1 令和4年度 関連データ全体	12
図表2-1 特定健康診査受診率(性・年齢階層別)(令和4年度) 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) 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(経年比較)	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 人工透析に係る分析	29
図表8 質問票調査の状況(令和4年度)	30
図表9 検査項目別 有所見者の状況(男女別・年代別)(令和4年度)	31
図表10 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)	33
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
	事業番号1-1 特定健康診査受診勧奨の実施	45
	事業番号1-2 特定保健指導の実施	47
	事業分類 2 糖尿病性腎症重症化予防	49
	事業番号2-1 糖尿病性腎症重症化予防の促進	51
	事業番号2-2 糖尿病発症の予防	52
	事業分類 3 健康啓発	53
	事業番号3-1 健康づくりの機会の提供	53
	評価指標一覧	55
	計画全体(総合アウトカム)	55
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	57
	事業分類 2 糖尿病性腎症重症化予防	59
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	
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. 特定健康診査等の基本的な考え方	64
	3. 特定健康診査等実施計画の位置づけ	64
	4. 計画期間/5. 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. 目標達成に向けての取り組み	95
	5. 実施スケジュール	96
第5章	その他	97
	1. 個人情報の保護	97
	2. 特定健康診査等実施計画書の公表及び周知	97
	3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	97
	4. 他の健診との連携	98
	5. 実施体制の確保及び実施方法の改善	98
巻末資料		
	1. 用語解説集	100
	2. 疾病分類	102

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。

道志村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、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組み成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

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

第1部
第3期データヘルス計画

第1章 基本的事項

<p>計画の趣旨</p>	<p>背景と目的</p>	<p>平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。</p> <p>市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に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>道志村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、保健衛生担当や県、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、国保担当が主体となって行います。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療担当や介護保険担当、生活保護担当(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>国保担当は、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				(令和5年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		1,607		884		723	
国保加入者数(人)	合計	428	100%	230	100%	198	100%
	0～39歳(人)	96	22.3%	55	23.9%	41	20.7%
	40～64歳(人)	135	31.5%	75	32.6%	60	30.3%
	65～74歳(人)	197	46.2%	100	43.5%	97	49.0%
	平均年齢(歳)	54.0歳		52.9歳		55.4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
保健医療関係団体	医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等：専門的知見を有する医療関係者と連携を図り、重症化予防及び地域特性を踏まえた保険事業の実施に向けて取り組んでいきます。
山梨県(保健所)	富士・東部保健福祉事務所(富士・東部保健所)：地域住民の健康を支える広域的・専門的・技術的拠点と位置づけられ、監視指導など専門性の高い業務を行っています。
国民健康保険団体連合会 (保健事業支援・評価委員会)・国保中央会	山梨県国民健康保険団体連合会：国保事業の目的を達成するために必要な事業を行なうことを目的とし、国保法第83条に基づき設置されている公法人です。
後期高齢者医療広域連合	山梨県後期高齢者医療広域連合：PDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるように連携を図っていきます。

(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428人で、平成30年度の491人から年々減少傾向にあります。年齢階層別にみると、年齢階層により、増えている層と減っている層があり、0歳～39歳は大きな変化はありませんが、40歳～63歳で大きく人口が減っており、65歳～74歳の人数は増加傾向にあります。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が22.4%、40歳～64歳が31.5%、65歳～74歳が46.0%です。県の平均と同じような割合で、65歳～74歳の割合がやや高くなっており、高齢化率は県や国よりも高い水準です。(令和4年度)
前期計画等に係る考察		<ul style="list-style-type: none"> ・コロナの流行で保健事業の中止や延期が続きました。その為、今後のコロナ等の感染症の動向によっては、保健事業のやり方を検討し見直す必要があります。 ・健診受診勧奨については、健康づくり推進員の声掛けにより、令和4年度61.6%(法定報告値)と県や国に比べて高い受診率を維持できています。国の目標である60%は到達していますが、受診率の低い層(男性45歳～49歳)の受診率の向上を目指します。医療機関を受診していますが健診を受診しない人が多いため、受診勧奨時に医療機関からの情報提供票提出による受診率向上も目指します。 ・他の保健事業(教室等)はコロナの影響で思ったような効果が得られていません。今後はアンケート評価を保健事業後に実施し、事業後に村民の意識の改革や満足度を評価して、次年度の事業に繋げていきます。

第2章 健康・医療情報等の分析と課題

		A 不適切な生活習慣	B 生活習慣病予備群	C 生活習慣病発症		
1 現状	数的データ	<p>(健診問診項目の該当者割合等)</p> <p>①週3回以上就寝前夕食：25.3%で高い。 ②食べる速度が速い。 ③体重増加10キロ以上：47.1%と高い。 ④1回30分以上運動習慣なし：77.6%と高い。 ⑤毎日飲酒：22.4%と高い。 1回の飲酒量(2〜3合)が女性で8.0%と高い。 ⑥改善意欲は31.8%と高いが、始めている人は14.1%と低い。 ⑦喫煙者が多く、全体で19.4%男女ともに高いが、特に40歳〜64歳が51.6%と高い。 ⑧咀嚼に問題を抱えている人が一定層いる。 ⑨健診の受診率は61.6%(法定報告値)と高いが、40歳代・50歳代の男性の受診率が低い。</p>	<p>(健診検査項目の有所見率等)</p> <p>①男性：メタボ31.3%、 腹囲55.0%で高い。 ②血圧のみ、血圧・脂質のみで高い人が多い。 ③LDLの値が全体で66.7%と高く、特に女性と、40歳〜64歳の男性で高くなっている。 ⑤収縮期血圧の値が、66.7%と高く、男女ともに65歳〜74歳で高い。 ⑥65歳〜74歳の尿酸値及び、心電図の有所見者割合が高い。</p>	<p>(医療費の状況等)</p> <p>①健診有無別一人当たり医療費のうち、健診対象者及び生活習慣病対象者ともに、健診未受診者が健診受診者の医療費と比較し約2倍高い。 ②入院費用では糖尿病・腎不全が高い。 ③外来費用では糖尿病・腎不全・高血圧・脂質異常において県内で高い順位となっている。 ④健診受診者の内、受診勧奨対象者の割合が、70.6%と高い。 ⑤健診受診者の内、糖尿病、脂質異常で服薬している人が多い。 ⑥生活習慣病に占める割合としては、筋骨格の医療費が最も高く、次いで、慢性腎臓病(透析有)、糖尿病、精神疾患となっている。特に、筋骨格25.7%、慢性腎臓病(透析有)が22.4%と割合が高い。 ⑦50歳代になると医療費が急に高くなる。特に50歳代以降の男性の医療費が高い。</p>		
	質的データ	<p>①通勤時間が長いと、夕食の時間が遅くなる。子どもと大人で夕食の時間が異なるため、食卓に食べ物が乗っている時間が長くなってしまい、子どもが食べ過ぎてしまう。 ②食事に割く時間が少ないため、早く食べる習慣になる。 ③チームスポーツをする機会が減少している。昔(10年くらい前)は男性はサッカー、野球、ソフトなど、女性はバレーが盛んに行われていたが、それぞれのチームを牽引してきた世代が仕事や子育てなどで忙しくなり、チームの活動が縮小していき、現在は活動が行われていない。</p>	<p>④男性は地域の集まりで飲酒の機会があり、長時間になりやすい(コロナ前)、【コロナが終息したら比較してみる】山村のため楽しみは飲酒や食事となりがち。 ⑤生活習慣病保健指導対象者は、毎年メンバーがほとんど変わらない。指導中は努力するが行動が長続きしない。</p>	<p>①未受診者対策で受診を勧めると「病院にかかっている」という人が多い。健診を受けると病気が見つかって恐いと思ってしまう。自分は元気だからと思っている人も多い。 ②高血圧であっても服薬していれば、食事や運動を改善しようと思う人は少ないのではないかと。 ③大きな病院を受診する傾向があるが、病院を受診しても、改善しようとする人が少ない(長続きしない)。</p>		
	地域特性	<p>①変遷、面積、気候風土</p> <ul style="list-style-type: none"> ・面積79.68km² ・総面積に対する可住地面積の割合が6.1%であり、約9割が森林である。 ・年間平均気温が10℃前後となり、年間を通して涼しく過ごしやすい気候となっている。 	<p>②産業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・産業就業人口は885人であり、産業別就業人口の構成比は、第一次産業10.1%、第二次産業36.9%、第三次産業51.4%となっている。(令和2年国勢調査) 	<p>③交通機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・車での移動が主である。 ・村外へのバス交通は、都留市へ2便、富士吉田市へ2便の運行となっている。 	<p>④医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・道志村国民健康保険診療所 ・道志村国民健康保険歯科診療所 ・休日、夜間の救急医療の体制については、都留医師会及び北都留医師会と委託契約を締結している。 	<p>⑤住民との協働活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり推進員会 ・食生活改善推進員会との協働活動がある。

D 重症化・合併症発症

(医療費の状況、健診問診票の既往歴の該当者割合等)

- ①入院では、レセプト1件当たりの医療費が、腎不全・悪性新生物・糖尿病で県内で高い。
- ②外来では、レセプト1件当たりの医療費が、心疾患・精神・腎不全が県内で高い。
- ③入院医療費としては、神経系の疾患や精神疾患の医療費が高く、細小分類で見るとうつ病7.9%で高く、次いで骨折が4.5%と高くなっている。
- ④外来医療費としては、慢性腎臓病(透析有)が20.3%と高く、糖尿病も11.4%と高い。また、高血圧症5.3%、脂質異常症4.7%と生活習慣病の医療費が高い。
- ⑤入院外来全体では、細小分類で、慢性腎不全(透析あり)・糖尿病・関節疾患・うつ病・高血圧症・統合失調症の順で高くなっている。
- ⑥がんの医療費割合が低く、がんの中では、卵巣腫瘍の医療費が一番高い。

- ①高血圧の人が多い。
- ②高血圧であっても服薬していれば、食事や運動を改善しようと思う人が少ないと思われる。

E 要介護状態・死亡

(平均寿命、平均余命、標準化死亡比、介護認定・給付の状況等)

- ①認定者の有病は、心臓病・高血圧症・筋骨格で高い。
- ②死亡の状況は、がんが52.6%と高い。
- ③居宅サービスと施設サービスでは施設の方が、1件当たりの介護給付費が約10倍多い。
- ④平均余命は男性80.9年と県より0.9年短く、女性は91.0年と県より2.8年長い。
平均自立期間は男性は80.0年と県と同程度で、女性は86.2年と県より1.7年長い。
- ⑤介護認定率は14.0%と県や国比べて低いが、給付費は86,808と高い。

- ①人口が少ないことから、1人ひとりが占める割合が高くなる傾向にある。
- ②「転倒」が多く見受けられ「筋骨格」が高い。
- ③居宅サービス等の社会資源が少ないので、要介護度が高くなると施設入所が多くなる。

F 医療費適正化

(重複頻回受診、重複服薬の状況、後発医薬品の使用状況等)

後発医薬品使用割合(数量シェア・各年度3月)
令和2年度 85.0%、令和3年度 84.7%、令和4年度 80.7%
重複・頻回受診該当者数(平均値) 令和4年度 1人
重複処方該当者数(平均値) 令和4年度 0人
多剤処方該当者数(平均値) 令和4年度 1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)
<ul style="list-style-type: none"> ・住民は、村の健康問題(糖尿病、脂質異常、高血圧)について自覚し、改善しようという意識はあります。しかし、現状は改善に向けて実際の行動に移している人が少ないです。 ・住民が食生活や運動習慣を改善できない村の特性上の問題があります。 ・メタボ該当者の割合が高く、特に男性のメタボが目立ちます。 ・医療費分析から、入院・外来ともに生活習慣病の中では「糖尿病・腎不全」が高いです。 ・健診未受診者の医療費が、健診受診者の2倍高いです。 ・住民の不規則な食生活や飲酒の回数の多さと、車移動中心の生活による運動不足により、メタボや糖尿病等の生活習慣病に繋がっている可能性があります。 ・筋骨格、骨折等の医療費が高く、入院に繋がっている可能性があります。 ・慢性腎臓病(透析有)の医療費割合が高いです。実人数を見ると3人だが、かかっている医療費が高く、医療費の多くを占めています。 ・糖尿病の医療費が高いわりに、有所見者割合では血糖やHbA1cの有所見者は多くないので、健診を受けない人で糖尿病の患者が多いか、糖尿病が重症化して医療費が高くなっている可能性があります。 ・高血圧症や脂質異常症の医療費も県と同程度か高い傾向にあり、有所見者割合でも、LDLや収縮期血圧の有所見者割合が高いです。 ・健診の受診率は61.6%(法定報告値)と高いですが、40歳代・50歳代の男性の受診率が低いです。 ・50歳代になると医療費が急に高くなります。特に50歳代以降の男性の医療費が高いです。 	



3 健康課題	上記の「2 健康問題」の中から解決可能で、施策として取り組むべき課題を抽出し、優先度をつける。	
	健康課題の内容	優先する健康課題
A	住民の不規則な食生活や飲酒の回数の多さと、車移動中心の生活による運動不足により、メタボや高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病に繋がっている可能性があります。また、生活習慣などの改善意欲はあっても、行動できていない人が多いです。	✓
B	50歳代以降の医療費が高い傾向にあり、特に男性の医療費が高くなっています。原因として、40歳代男性の健診受診者が低いことや、健診未受診者の医療費が高いことから、健診を受けていない人で急に病気が悪化して入院を伴うような重篤な疾患を発症している可能性があります。	✓
C	医療費全体に対する、慢性腎臓病(透析有)や糖尿病の割合が高いです。また、糖尿病で服薬している人の割合が高いことや、細小分類での上位に糖尿病性網膜症が上がっていることから、糖尿病が悪化している可能性があります。	

参照データ

図表1	令和4年度 関連データ全体	出典
-----	---------------	----

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

項目		道志村		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		1,607		791,146		123,214,261								
		65歳以上 (高齢化率)	65歳以上	614	38.23	245,884	31.01	35,335,805	28.59	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						
			75歳以上	296	18.45	128,751	16.21	18,248,742	14.73							
			65～74歳	318	19.78	117,133	14.80	17,087,063	13.86							
			40～64歳	554	34.47	267,271	33.81	41,545,893	33.75							
	39歳以下	439	27.30	277,991	35.18	46,332,563	37.66									
	② 産業構成	第1次産業		9.7		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		37.5		28.4		25.0								
		第3次産業		52.8		64.3		71.0								
	③ 平均寿命	男性		80.6		80.9		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の 把握						
		女性		86.9		87.2		87.0								
	④ 平均余命	男性		80.9		81.8		81.7								
		女性		91.0		88.2		87.8								
	2 死亡	① 死亡の状況	標準化 死亡比 (SMR)	男性	100.8		96.4		100.0		KDB_NO.1 地域全体像の 把握					
				女性	99.6		97.4		100.0							
			死因	がん		10		52.6		2,433		48.1		378,272		50.6
心臓病		5		26.3		1,394		27.5		205,485		27.5				
脳疾患		3		15.8		794		15.7		102,900		13.8				
糖尿病		1		5.3		107		2.1		13,896		1.9				
腎不全		0		0.0		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)		85		14.0		41,372		16.9		6,724,030		19.4		
		新規認定者		2		0.1		804		0.3		110,289		0.3		
		2号認定者		3		0.4		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		15		22.3		10,479		23.9		1,712,613		24.3	
			高血圧症 (高血圧性心疾患含む)		34		38.8		22,563		52.0		3,744,672		53.3	
			脂質異常症		15		16.9		12,599		28.9		2,308,216		32.6	
			心臓病 (高血圧含む)		36		43.0		25,665		59.2		4,224,628		60.3	
			脳疾患		11		13.3		9,037		21.2		1,568,292		22.6	
			がん		5		3.8		5,097		11.5		837,410		11.8	
			筋・骨格		31		34.2		22,559		51.9		3,748,372		53.4	
	精神 (認知症含む)		18		25.0		16,006		37.1		2,569,149		36.8			
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		86,808				67,719				59,662				
		居宅サービス		38,252				44,773				41,272				
		施設サービス		295,329				293,634				296,364				
④ 医療費等	要介護認定 別医療費 (40歳以上)		8,522				8,622				8,610					
	認定あり 認定なし		4,796				4,029				4,020					

項目			道志村		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	428		178,894		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の 把握 KDB_NO.5 人口の状況	
		65～74歳	197	46.2	79,358	44.4	11,129,271	40.4		
		40～64歳	135	31.5	59,078	33.0	9,088,015	33.1		
		39歳以下	96	22.3	40,458	22.6	7,271,596	26.5		
	加入率	26.6		22.6		22.3				
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	1	2.3	697	3.9	102,599	3.7		
		病床数	0	0	10,684	59.7	1,507,471	54.8		
		医師数	2	4.7	2,101	11.7	339,611	12.4		
		外来患者数	559.7		693.7		687.8			
		入院患者数	21.1		18.5		17.7			
③	医療費 の状況	一人当たり医療費	22,674		27,844		27,570		KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		受診率	580.8		712.2		705.4			
		外 来 費 用 の 割 合	55.0		60.7		60.4			
		外 来 件 数 の 割 合	96.4		97.4		97.5			
		入 院 費 用 の 割 合	45.0		39.3		39.6			
		入 院 件 数 の 割 合	3.6		2.6		2.5			
		1件当たり在院日数	18.1		16.5		15.7			
④	医療費分析生活習慣病に占める割合	がん	8,566,800	12.1	10,142,028,270	30.5	1,558,135,111,760	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題	
		慢性腎不全 (透析あり)	15,875,470	22.4	3,311,781,560	10.0	397,973,706,500	8.2		
		糖尿病	10,731,380	15.1	3,412,667,590	10.3	504,849,658,850	10.4		
	最大医療資源傷病名(調剤含む)	高血圧症	4,042,940	5.7	1,905,817,780	5.7	285,960,196,900	5.9		
	精神	8,708,430	12.3	5,365,979,730	16.2	712,427,626,380	14.7			
	筋・骨格	18,238,460	25.7	5,853,005,910	17.6	810,772,428,340	16.7			
⑤	健診 有無別 一人当たり 医療費 (月平均)	健診 対象者 一人当たり	健診受診者	3,866		2,867		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題
			健診 未受診者	6,266		11,642		13,295		
		生活習慣 病対象者 一人当たり	健診受診者	14,053		8,675		6,142		
			健診 未受診者	22,778		35,235		40,210		
⑥	健診・ レセ突合	受診勧奨者	120	70.6	34,416	58.7	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		医療機関受診率	98	57.6	31,061	53.0	3,543,116	52.0		
		医療機関非受診率	22	12.9	3,355	5.7	337,939	5.0		

項目		道志村		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件当たり)	入院	糖尿病	524,116	24位 (6)			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	447,380	27位 (25)							
				脂質異常症	471,407	24位 (27)							
				脳血管疾患	575,160	21位 (17)							
				心疾患	364,940	28位 (28)							
				腎不全	458,257	26位 (4)							
				精神	372,713	26位 (30)							
				悪性新生物	593,261	26位 (6)							
		県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	外来	糖尿病	40,481	11位							
				高血圧	35,363	9位							
				脂質異常症	29,878	10位							
				脳血管疾患	25,313	27位							
				心疾患	73,321	4位							
				腎不全	166,907	8位							
精神	34,564			3位									
悪性新生物	32,187			28位									
5 健診	①-⑱	特定健診 の状況	県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	健診受診者	170		58,592	6,812,842	KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握				
				受診率(見込み)	57.0		46.5	37.1					
				特定保健指導終了者 (実施率)	0	0.0	1,862	30.0		107,925	13.4		
				非肥満高血糖	8	4.7	5,817	9.9		615,549	9.0		
				メタボ	該当者	32	18.8	10,475		17.9	1,382,506	20.3	
					男性	25	31.3	7,694		28.7	965,486	32.0	
					女性	7	7.8	2,781		8.7	417,020	11.0	
				予備群	男性	24	14.1	6,022		10.3	765,405	11.2	
					女性	17	21.3	4,414		16.5	539,738	17.9	
				メタボ該当・予備群レベル	腹囲	男性	7	7.8		1,608	5.1	225,667	5.9
						女性	7	7.8		1,608	5.1	225,667	5.9
				BMI	総数	61	35.9	18,194		31.1	2,380,778	34.9	
					男性	44	55.0	13,283		49.6	1,666,592	55.3	
					女性	総数	17	18.9		4,911	15.4	714,186	18.8
						男性	8	4.7		2,667	4.6	320,038	4.7
					女性	男性	1	1.3		429	1.6	51,248	1.7
						女性	7	7.8		2,238	7.0	268,790	7.1
				血糖のみ	1	0.6	305	0.5		43,519	0.6		
				血圧のみ	20	11.8	4,540	7.7		539,490	7.9		
脂質のみ	3	1.8	1,177	2.0	182,396	2.7							
血糖・血圧	4	2.4	1,898	3.2	203,072	3.0							
血糖・脂質	2	1.2	423	0.7	70,267	1.0							
血圧・脂質	18	10.6	4,826	8.2	659,446	9.7							
血糖・血圧・脂質	8	4.7	3,328	5.7	449,721	6.6							

項目		道志村		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	58	34.1	20,741	35.4	2,428,038	35.6
			糖尿病	19	11.2	5,548	9.5	589,470	8.7
			脂質異常症	46	27.1	14,817	25.3	1,899,637	27.9
	②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	4	2.4	1,469	2.6	207,385	3.1
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	9	5.3	3,804	6.7	0	5.5
			腎不全	0	0.0	513	0.9	53,898	0.8
			貧血	0	0.0	3,494	6.2	702,088	10.7
	③		喫煙	33	19.4	8,374	14.3	939,212	13.8
	④		週3回以上朝食を抜く	22	12.9	4,939	8.8	642,886	10.4
	⑤		食後間食(毎日)	32	18.8	12,036	22.8	1,327,262	21.6
	⑥		週3回以上就寝前夕食	43	25.3	6,488	11.5	976,348	15.7
	⑦		食べる速度が速い	60	35.3	16,260	28.8	1,659,705	26.8
	⑧	生活習慣 の状況	咀嚼(噛みにくい)	33	19.4	8,971	17.0	1,232,127	19.9
	⑨		咀嚼 (ほとんど噛めない)	1	0.6	312	0.6	49,884	0.8
	⑩		20歳時体重から10kg 以上増加	80	47.1	17,412	30.8	2,175,065	35.0
	⑪		1回30分以上運動習慣 なし	132	77.6	37,878	67.1	3,749,069	60.4
	⑫		1日1時間以上運動な し	96	56.5	24,311	43.1	2,982,100	48.0
	⑬		歩行速度が遅い	81	47.6	32,357	57.3	3,142,723	50.8
⑭	睡眠不足		46	27.1	23,538	41.7	1,587,311	25.6	
⑮	毎日飲酒		38	22.4	12,132	21.5	1,658,999	25.5	
⑯	時々飲酒		45	26.5	12,118	21.5	1,463,468	22.5	
⑰	一日飲酒量		1合未満	42	50.6	14,956	52.1	2,978,351	64.1
			1～2合	26	31.3	8,922	31.1	1,101,465	23.7
			2～3合	13	15.7	3,907	13.6	434,461	9.4
			3合以上	2	2.4	930	3.2	128,716	2.8
⑱	生活習慣		改善意欲なし	48	28.2	14,063	24.9	1,691,880	27.6
			改善意欲あり	54	31.8	9,676	17.1	1,755,137	28.6
		改善意欲あり かつ始めている	24	14.1	6,147	10.9	854,609	13.9	
⑳		保健指導の希望なし	92	54.1	45,429	80.5	3,858,915	63.3	

KDB_NO.1
地域全体像の
把握

※ 保険者の割合は県の数値と比較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

- ・男性の受診率が女性よりも10.4ポイント低い傾向にあります。(令和4年度)
- ・全体的に男性の受診率が悪く、男性の40歳代～50歳代の受診率が良くありません。
- ・経年で見ると、コロナの影響で令和2年度の受診率や特定保健指導の実施率は低いですが、その後回復傾向にあります。

特定健康診査受診率(男女別・令和4年度)

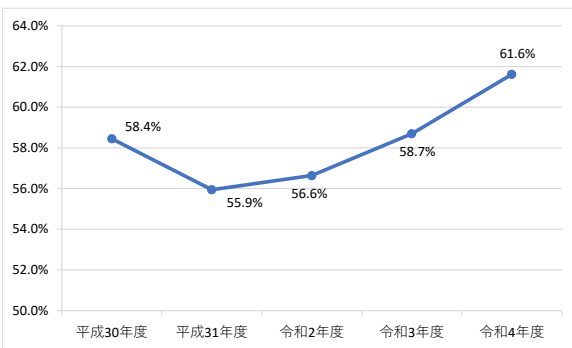
【男性】

年度	年齢階層	対象者(人)	受診者(人)	受診率(%)	(参考) 県受診率
令和4年度	40～49歳	17	8	47.1%	30.5%
	50～59歳	28	14	50.0%	33.3%
	60～69歳	58	35	60.3%	47.3%
	70～74歳	54	32	59.3%	50.8%
	計	157	89	56.7%	43.7%

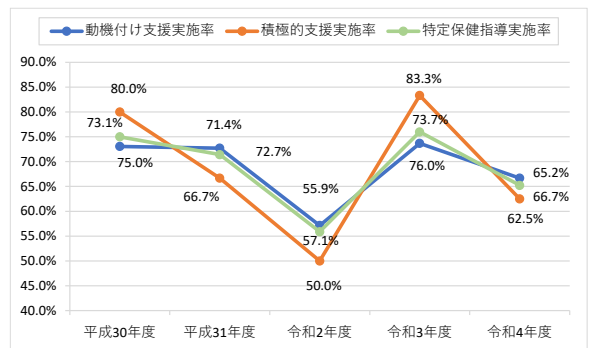
【女性】

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	14	11	78.6%	36.3%
	50～59歳	19	13	68.4%	41.5%
	60～69歳	55	36	65.5%	54.2%
	70～74歳	52	34	65.4%	53.8%
	計	140	94	67.1%	50.3%

特定健診受診率(平成30年度～令和4年度)



特定保健指導状況(平成30年度～令和4年度)



図表2-2	特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(令和4年度・経年比較)	出典 国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」
-------	---------------------------------	---------------------------------

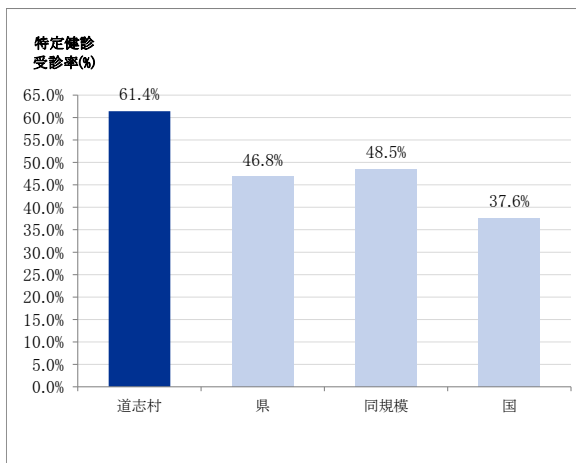
データ分析の結果

- ・令和4年度の受診率は61.4%で県や国の平均よりも高いです。
- ・動機付け支援対象者数割合 8.2% 積極的支援対象者数割合 4.4% 支援対象者数割合 12.6% 県の値よりも高いです。
- ・特定保健指導の実施率は65.2%で、国や県の平均よりも高く推移しています。
- ・動機付け支援対象者割合は、経年で見ると減少傾向ですが、積極的支援対象者数割合は令和4年度増加しました。

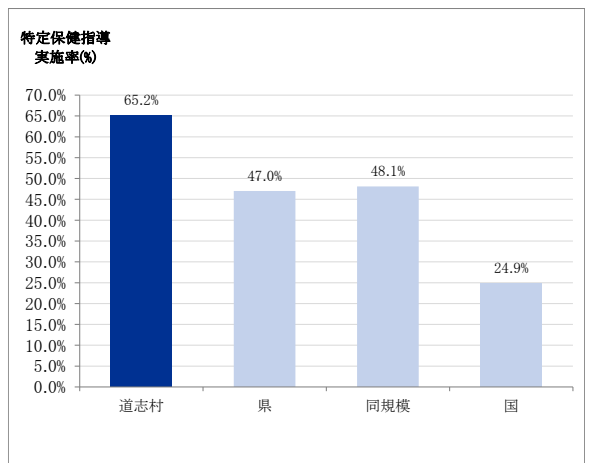
特定健診受診、特定保健指導状況(令和4年度)

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
道志村	61.4%	8.2%	4.4%	12.6%	65.2%
県	46.8%	7.5%	3.1%	10.6%	47.0%
同規模	48.5%	8.8%	3.7%	12.5%	48.1%
国	37.6%	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

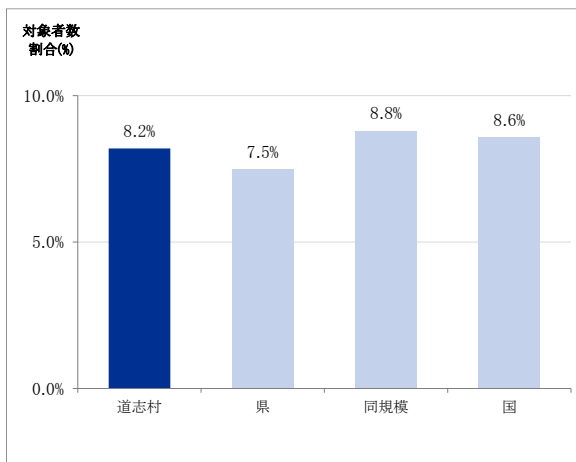
特定健康診査受診率(令和4年度)



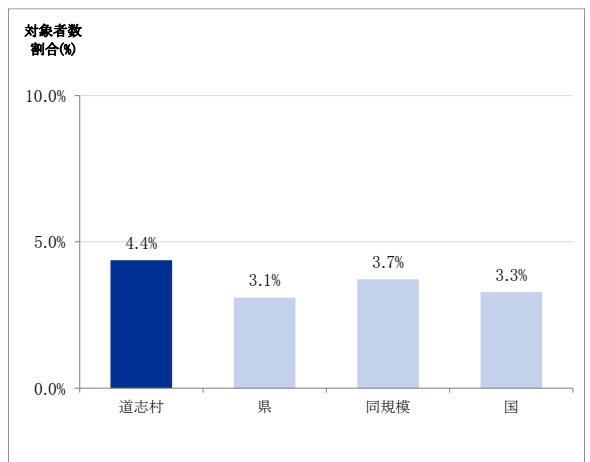
特定保健指導実施率(令和4年度)



動機付け支援対象者数割合(令和4年度)

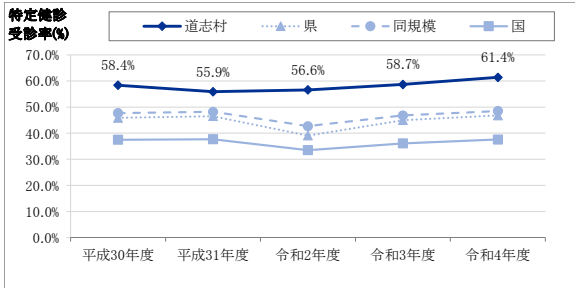


積極的支援対象者数割合(令和4年度)

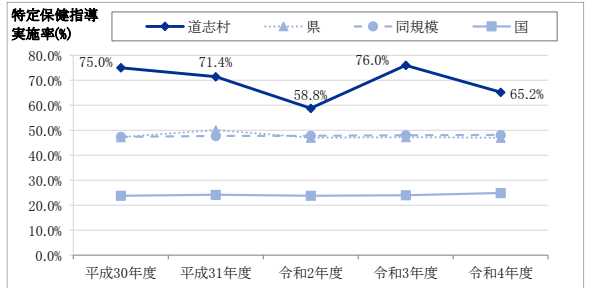


国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

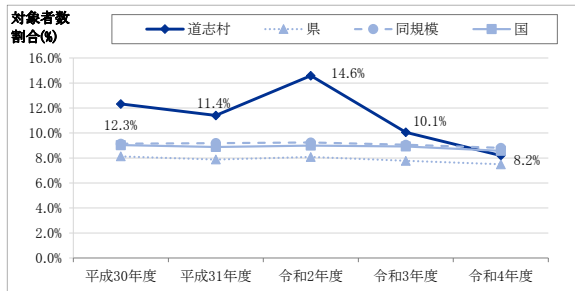
年度別 特定健康診査受診率



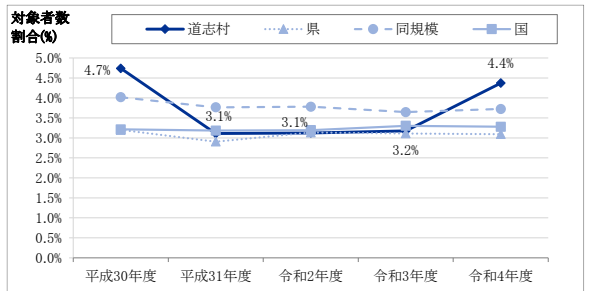
年度別 特定保健指導実施率



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)

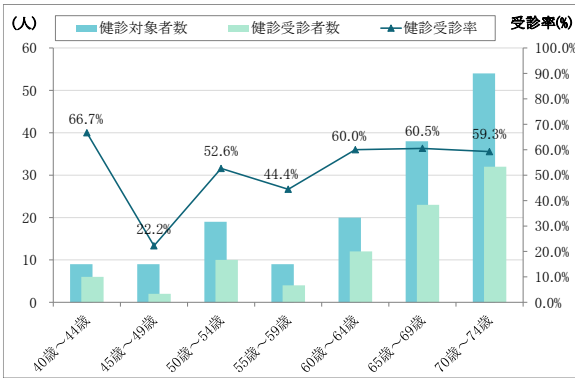
出典

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」

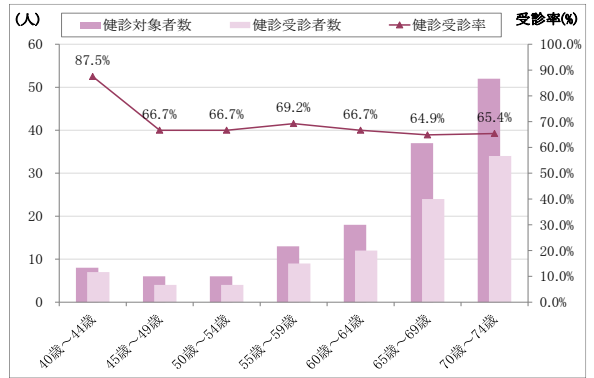
データ分析の結果

- ・男性は45歳～49歳の受診率が悪く、女性はその年代でも高い受診率です。
- ・コロナの影響をあまり受けず、男女ともに、健診の受診率は上昇しています。

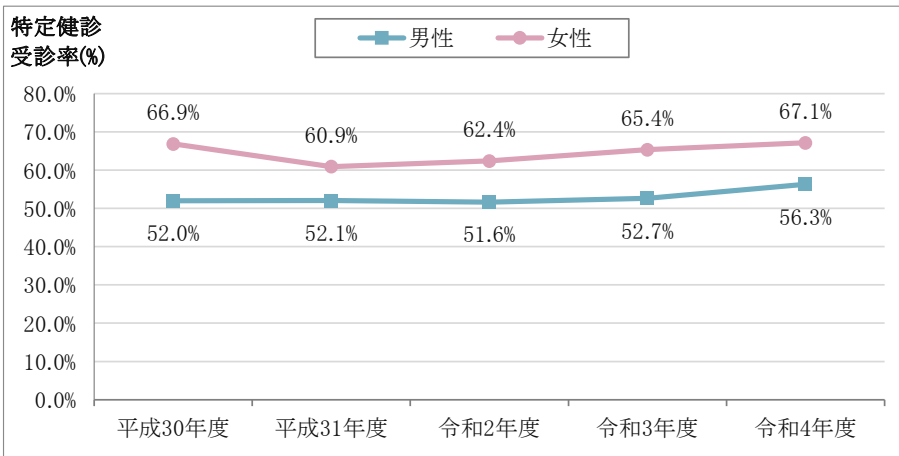
男性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



女性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



年度別 男女別特定健康診査受診率



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

図表3-1	人口動態	出典 国保データベース (KDB) システム「人口及び被保険者の状況」 国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
-------	------	---

データ分析の結果

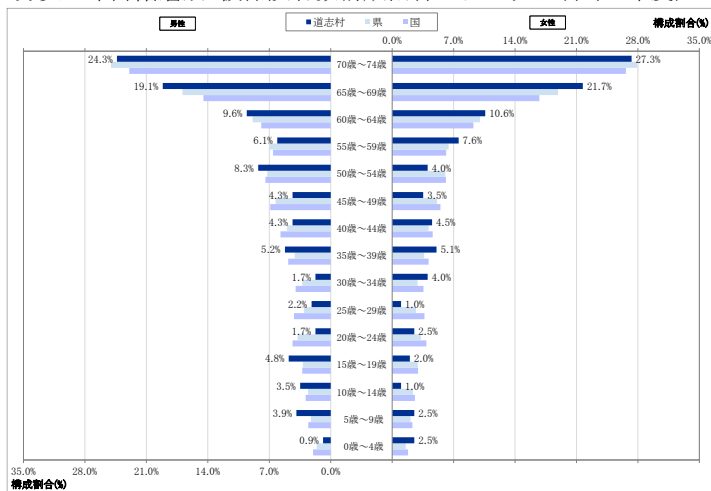
・道志村の令和4年度における人口構成概要を示したものです。高齢化率(65歳以上)は38.2%であり、県との比較で1.2倍、同規模との比較で0.9倍となっています。また、国民健康保険被保険者数は428人で、村の人口に占める国民健康保険加入率は26.6%です。国民健康保険被保険者平均年齢は54.2歳です。令和4年度を平成30年度と比較すると、国民健康保険被保険者数428人は平成30年度491人より63人減少しています。

人口構成概要(令和4年度)

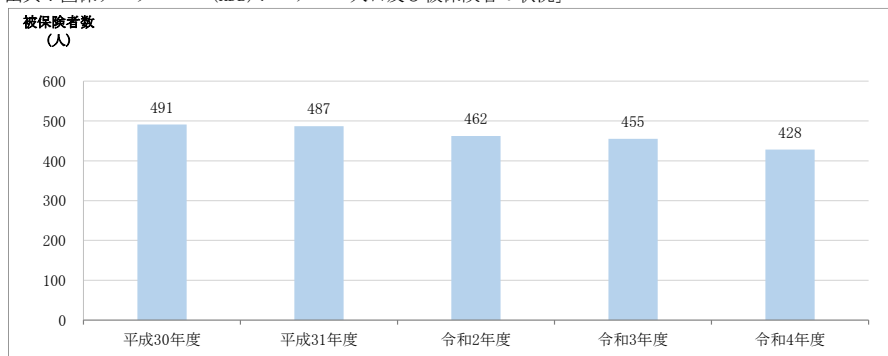
区分	人口総数(人)	高齢化率(65歳以上)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢(歳)	出生率	死亡率
道志村	1,607	38.2%	428	26.6%	54.2	3.7	14.9
県	791,146	31.1%	178,894	22.6%	53.8	6.6	12.4
同規模	2,588	41.4%	712	27.1%	54.5	4.9	18.9
国	123,214,261	28.7%	27,488,882	22.3%	51.9	6.8	11.1

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

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「人口及び被保険者の状況」



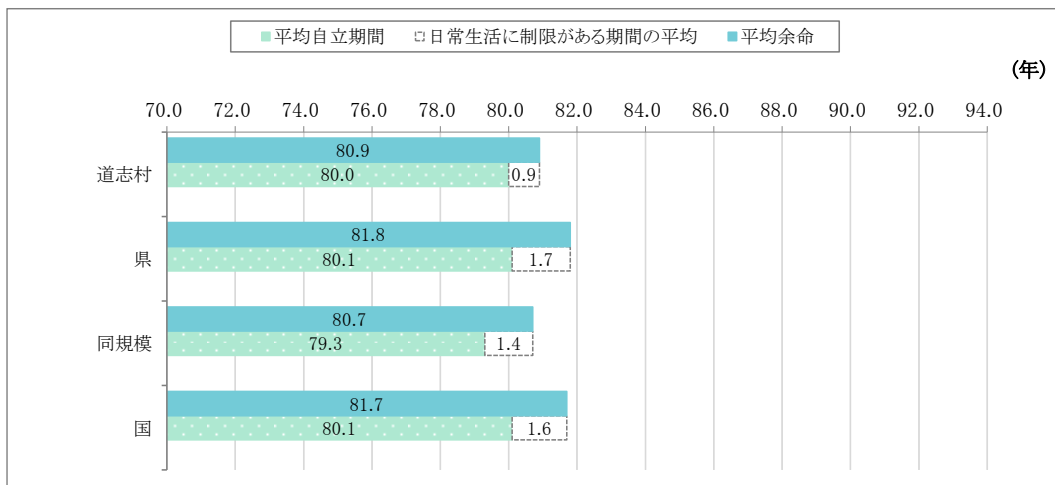
国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

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

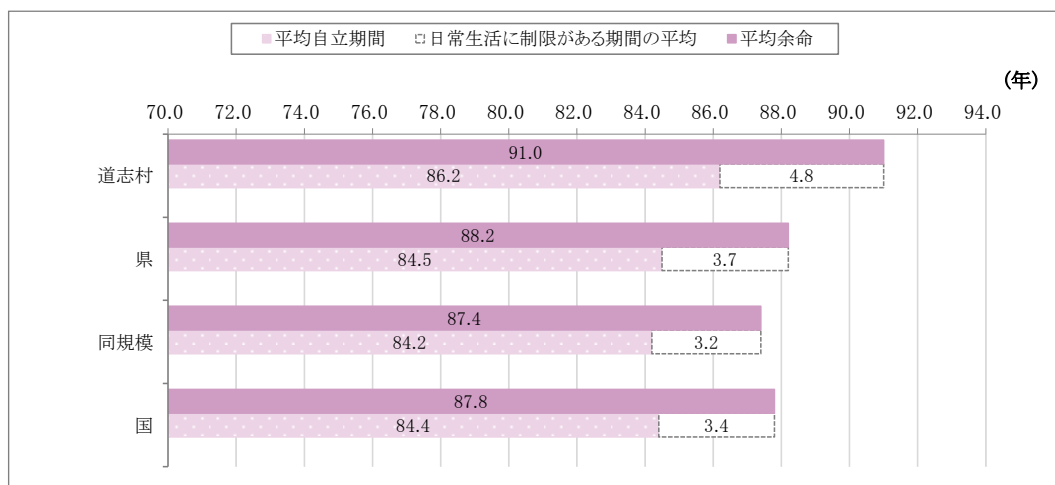
データ分析の結果

- ・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。
- ・本村の男性の平均余命は80.9年、平均自立期間は80.0年です。日常生活に制限がある期間の平均は0.9年で、国の1.6年よりも短い傾向にあります。本村の女性の平均余命は91.0年、平均自立期間は86.2年です。日常生活に制限がある期間の平均は4.8年で、国の3.4年よりも長い傾向にあります。

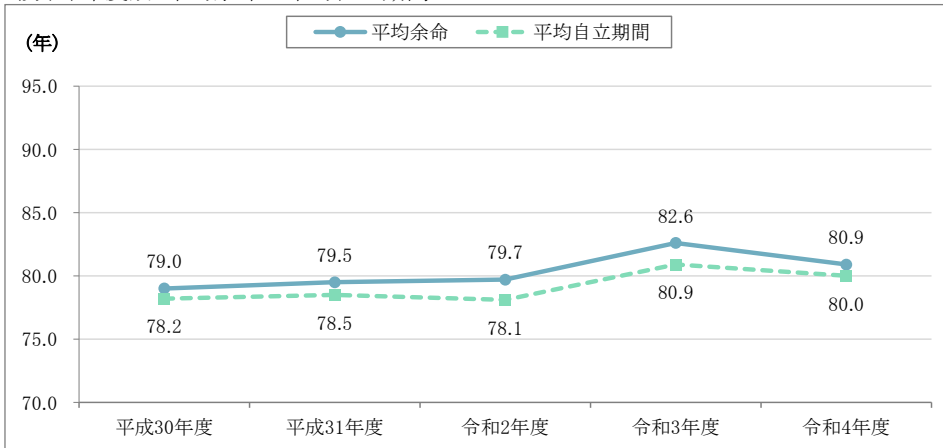
(男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



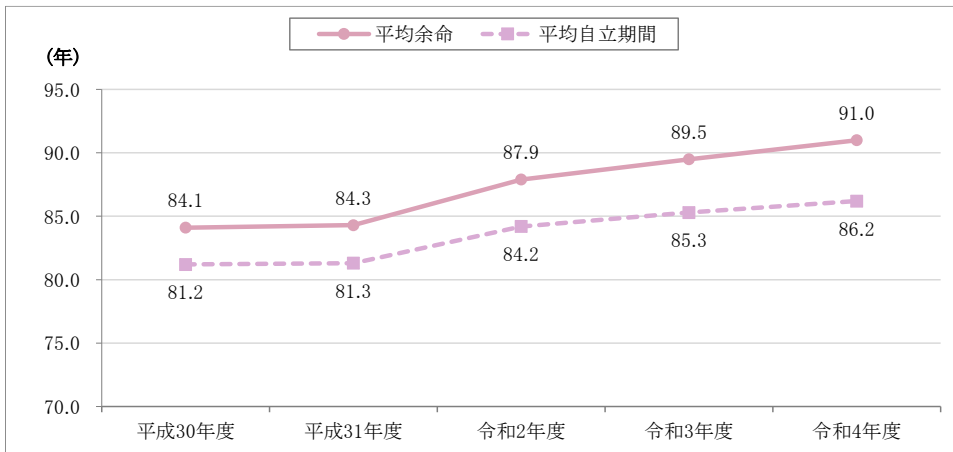
(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



(男性)年度別 平均余命と平均自立期間

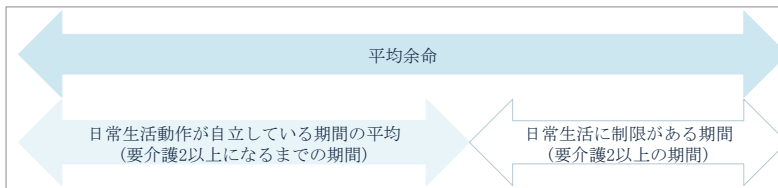


(女性)年度別 平均余命と平均自立期間



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、医療費及び被保険者一人当たり医療費も減少傾向にあります。
- ・平成30年度と比べると、外来・入院医療費共に令和4年度はかなり減少しました。

年度別 医療費の状況

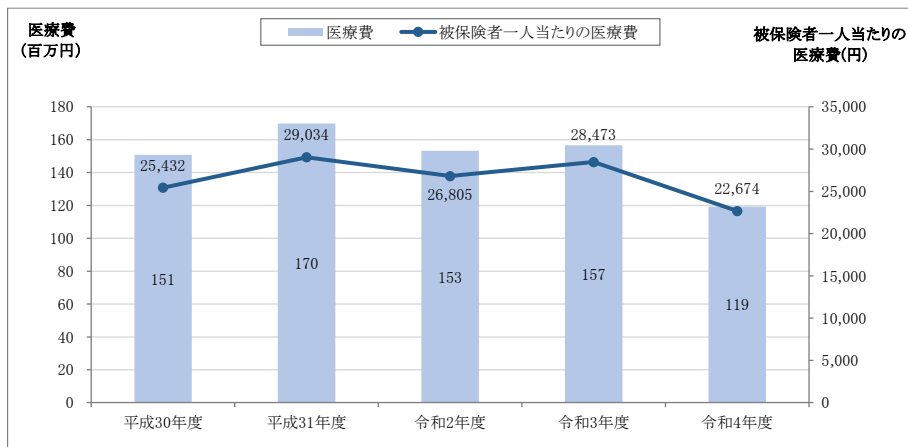
年度	医療費(円)	被保険者一人当たりの医療費(円) ※
平成30年度	150,813,930	25,432
平成31年度	169,763,120	29,034
令和2年度	153,215,180	26,805
令和3年度	156,656,980	28,473
令和4年度	119,378,210	22,674

※被保険者一人当たりの医療費…1カ月分相当。

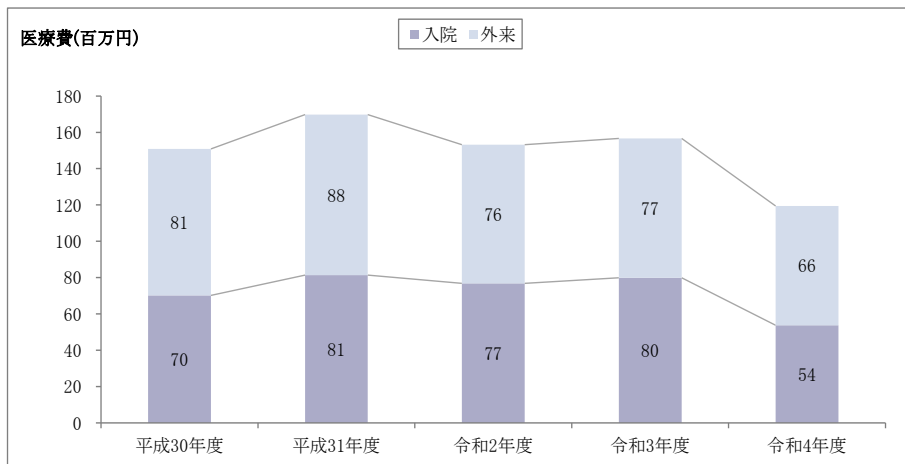
年度別 入院・外来別医療費

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	70,246,230	80,567,700	150,813,930
平成31年度	81,369,580	88,393,540	169,763,120
令和2年度	76,857,880	76,357,300	153,215,180
令和3年度	79,909,490	76,747,490	156,656,980
令和4年度	53,770,760	65,607,450	119,378,210

年度別 医療費の状況



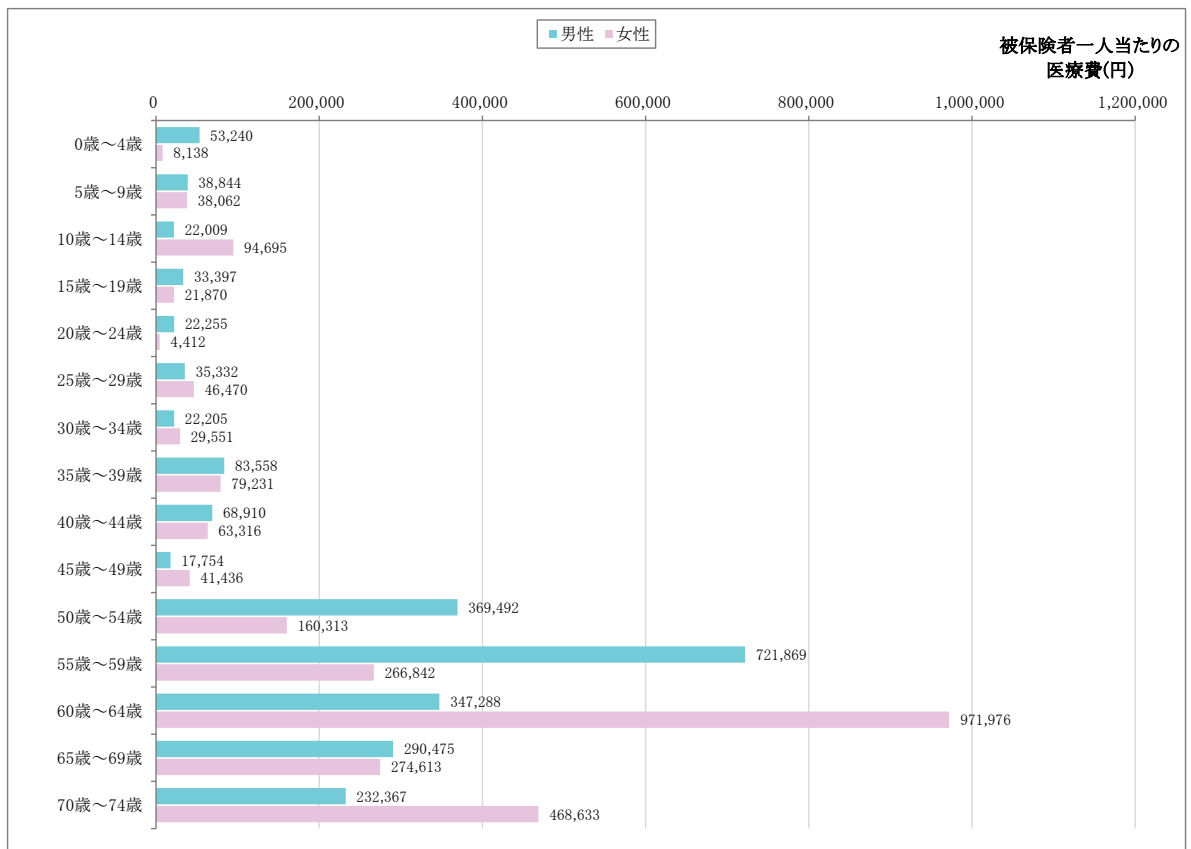
年度別 入院・外来別医療費



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

データ分析の結果	<p>・男女年齢階層別にみると、男性は、50歳～69歳で 女性は、55歳～74歳の医療費がかなり高くなっています。</p> <p>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。</p> <p>男性：50歳～54歳 腎不全(透析等)・糖尿病・がん(肺がん等) 男性：55歳～69歳 神経系の疾患・精神疾患(うつ・統合失調症等) 男性：60歳～64歳 糖尿病・心疾患(心不全等)・骨折・がん(前立腺がん等) 男性：65歳～69歳 腎不全(透析等)・消化器系の疾患・精神疾患(統合失調症等)・ 神経系の疾患・糖尿病</p> <p>女性：55歳～59歳 糖尿病・神経系の疾患(てんかん等)・消化器系の疾患 女性：60歳～64歳 腎不全(透析等)・筋骨格系の疾患・がん(その他の悪性新生物等) 女性：65歳～69歳 糖尿病・関節症・眼及び付属器の疾患 女性：70歳～74歳 筋骨格系の疾患(関節症等)・脂質異常症・骨折・神経系の疾患</p>
	*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」

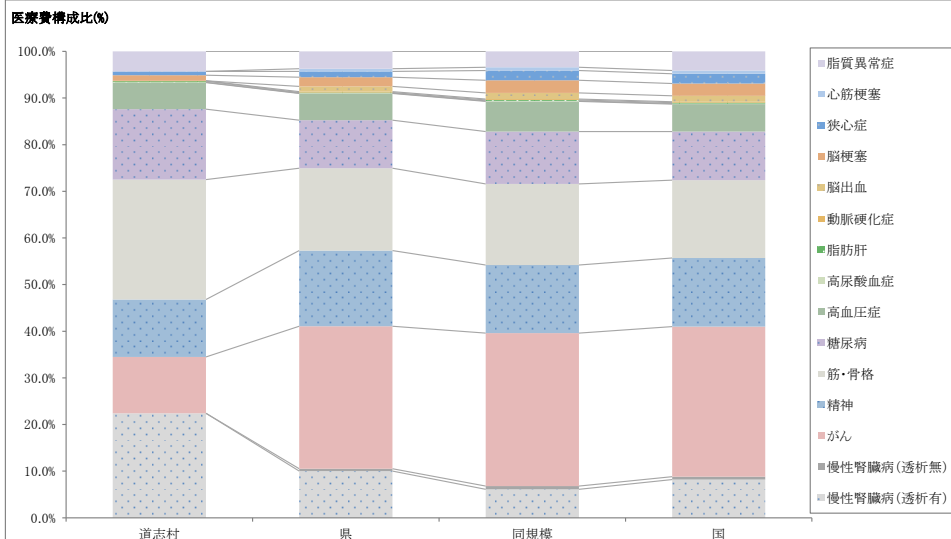
データ分析の結果

- ・医療費を最大医療資源傷病名別にみると、「筋・骨格」が占める割合が25.7%で最も多く、次いで「慢性腎臓病(透析有)」「糖尿病」「精神」「がん」が多いです。
- ・県や国に比べて、「慢性腎臓病(透析有)」が占める割合が高く、「筋・骨格」「糖尿病」「脂質異常症」の割合も高くなっています。
- ・がんの占める割合は県や国に比べてかなり低です。

最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)

傷病名	道志村	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	22.4%	10.0%	6.1%	8.2%
慢性腎臓病(透析無)	0.0%	0.5%	0.7%	0.6%
がん	12.1%	30.5%	32.8%	32.2%
精神	12.3%	16.2%	14.6%	14.7%
筋・骨格	25.7%	17.6%	17.4%	16.7%
糖尿病	15.1%	10.3%	11.2%	10.4%
高血圧症	5.7%	5.7%	6.5%	5.9%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	0.0%	1.1%	1.3%	1.3%
脳梗塞	1.2%	2.0%	2.7%	2.6%
狭心症	0.8%	1.2%	2.1%	2.1%
心筋梗塞	0.0%	0.6%	0.7%	0.7%
脂質異常症	4.3%	3.7%	3.4%	4.1%

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



図表5-1

疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院)(令和4年度)

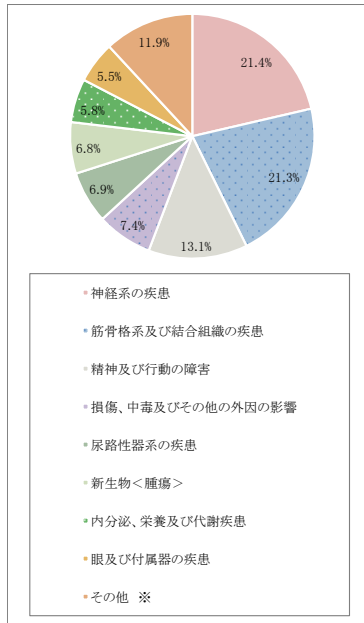
出典

国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

データ分析の結果

・入院医療費を大分類別でみると、「神経系の疾患」21.4%を占めており、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」「精神及び行動の障害」が多くを占めています。細小分類でみると、「うつ病」が割合として一番高いです。

大分類別医療費構成比(入院)(令和4年度)



※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析(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	神経系の疾患 21.4%	その他の神経系の疾患 16.6%	
		てんかん 4.8%	
		パーキンソン病 0.0%	
2	筋骨格系及び結合組織の疾患 21.3%	その他の脊柱障害 6.4%	
		脊椎障害(脊椎症を含む) 6.3%	
		炎症性多発性関節障害 6.1%	関節疾患 6.1%
3	精神及び行動の障害 13.1%	気分(感情)障害(躁うつ病を含む) 7.9%	うつ病 7.9%
		統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 3.9%	統合失調症 3.9%
		その他の精神及び行動の障害 1.3%	
4	損傷、中毒及びその他の外因の影響 7.4%	骨折 4.5%	骨折 4.5%
		その他損傷及びその他外因の影響 1.7%	
		頭蓋内損傷及び内臓の損傷 1.1%	

※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)

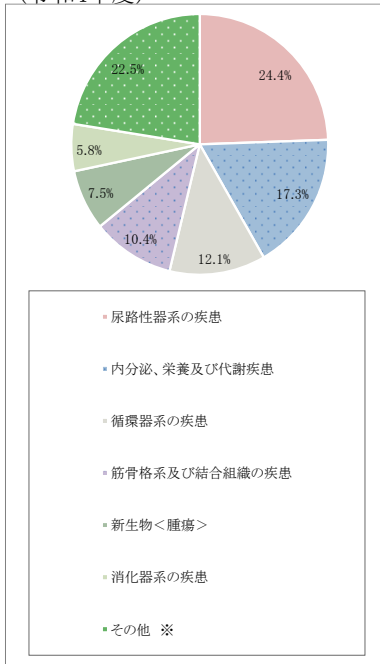
出典

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、「尿路器系の疾患」が最も多く、24.4%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。
- ・細小分類でみると、「慢性腎臓病(透析あり)」が割合として一番高く、次いで糖尿病の割合が高いです。

大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)



※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

大・中・細小分類別分析(外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析
1	尿路器系の疾患 24.4%	腎不全	慢性腎臓病(透析あり) 20.3%
		前立腺肥大(症)	前立腺肥大 1.2%
		その他の腎尿路系の疾患	
2	内分泌、栄養及び代謝疾患 17.3%	糖尿病	糖尿病 11.4%
			糖尿病網膜症 0.4%
		脂質異常症	脂質異常症 4.7%
		その他の内分泌、栄養及び代謝障害	痛風・高尿酸血症 0.1%
3	循環器系の疾患 12.1%	高血圧性疾患	高血圧症 5.3%
		その他の心疾患	不整脈 3.1%
		虚血性心疾患	狭心症 0.8%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患 10.4%	炎症性多発性関節障害	関節疾患 2.7%
			痛風・高尿酸血症 0.1%
		骨の密度及び構造の障害	
		関節症	関節疾患 1.8%

※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	・入院・外来医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「慢性腎臓病(透析あり)」で、13.3%を占めています。次いで、「糖尿病」「関節疾患」「うつ病」「高血圧症」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	慢性腎臓病(透析あり)	15,875,470	13.3%
2	糖尿病	8,207,780	6.9%
3	関節疾患	7,679,520	6.4%
4	うつ病	4,427,520	3.7%
5	高血圧症	4,042,940	3.4%
6	統合失調症	3,160,470	2.7%
7	脂質異常症	3,065,910	2.6%
8	骨折	2,893,350	2.4%
9	卵巣腫瘍(悪性)	2,643,170	2.2%
10	糖尿病網膜症	2,585,310	2.2%

※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高いです。被保険者が少ない為、透析患者は3名ですが割合として高くなっています。 ・年度別の透析患者は横ばいです。透析医療費や患者一人当たりの透析医療費は増加傾向にあります。
----------	---

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(%)
道志村	428	3	0.70%
県	178,894	778	0.43%
同規模	195,140	573	0.29%
国	27,488,882	89,397	0.33%

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	2	8,070,970	4,035,485
平成31年度	3	14,323,570	4,774,523
令和2年度	3	21,425,900	7,141,967
令和3年度	2	18,521,540	9,260,770
令和4年度	3	18,664,750	6,221,583

※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。

図表8

質問票調査の状況(令和4年度)

出典

国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

データ分析の結果

・県全体の状況と比較すると、喫煙者が多く、食べる速度が速い傾向にあり、食習慣が不規則な人が多いです。飲酒の回数がやや多く、1回の飲酒量も多めです。また、20歳時体重から10kg以上増加や1日30分以上運動習慣のない人が多いです。服薬では糖尿病での回答が高く、咀嚼に問題を抱えている人も見られます。

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			
		道志村	県	同規模	国	道志村	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	19.4%	18.6%	22.0%	19.3%	43.7%	43.0%	48.1%	43.7%
	服薬_糖尿病	9.0%	5.0%	6.7%	5.0%	12.6%	11.2%	12.8%	10.4%
	服薬_脂質異常症	11.9%	13.5%	16.5%	15.4%	36.9%	30.6%	32.9%	34.0%
既往歴	既往歴_脳卒中	0.0%	1.4%	2.0%	1.8%	3.9%	3.2%	4.0%	3.8%
	既往歴_心臓病	3.0%	3.7%	3.3%	2.9%	6.8%	8.3%	7.3%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病_腎不全	0.0%	0.4%	0.6%	0.6%	0.0%	1.1%	1.1%	0.9%
	既往歴_貧血	0.0%	7.7%	11.5%	13.5%	0.0%	5.3%	7.4%	9.3%
喫煙	喫煙	29.9%	21.1%	24.4%	20.9%	12.6%	10.4%	12.4%	10.4%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	46.3%	34.2%	40.8%	38.2%	47.6%	29.1%	34.5%	33.3%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	80.6%	76.7%	72.0%	69.7%	75.7%	62.2%	65.1%	55.7%
	1日1時間以上運動なし	52.2%	45.4%	46.6%	49.9%	59.2%	41.9%	48.1%	47.0%
	歩行速度遅い	47.8%	60.5%	56.1%	53.7%	47.6%	55.8%	55.1%	49.7%
食事	食べる速度が速い	35.8%	32.7%	32.5%	31.3%	35.0%	26.8%	25.6%	24.6%
	食べる速度が普通	52.2%	60.1%	60.1%	60.9%	60.2%	65.7%	66.2%	67.6%
	食べる速度が遅い	11.9%	7.2%	7.4%	7.8%	4.9%	7.6%	8.1%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	25.4%	17.9%	20.7%	22.5%	25.2%	8.2%	15.3%	12.3%
	週3回以上朝食を抜く	23.9%	16.7%	16.5%	19.2%	5.8%	4.7%	5.8%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	20.9%	22.7%	27.5%	26.3%	23.3%	20.8%	26.0%	25.1%
	時々飲酒	31.3%	24.5%	27.1%	25.3%	23.3%	19.8%	20.9%	21.0%
	飲まない	47.8%	52.8%	45.4%	48.4%	53.4%	59.3%	53.1%	53.9%
	1日飲酒量(1合未満)	57.1%	47.3%	49.8%	58.4%	45.8%	54.7%	57.5%	67.2%
	1日飲酒量(1～2合)	20.0%	29.9%	28.2%	24.4%	39.6%	31.7%	28.2%	23.4%
	1日飲酒量(2～3合)	17.1%	17.1%	15.6%	12.1%	14.6%	11.7%	11.2%	7.9%
睡眠	睡眠不足	25.4%	41.5%	26.5%	29.5%	28.2%	42.0%	23.5%	23.6%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	25.4%	22.6%	28.6%	23.9%	30.1%	26.3%	33.5%	29.6%
	改善意欲あり	31.3%	22.0%	30.4%	33.5%	32.0%	14.7%	26.2%	26.1%
	改善意欲ありかつ始めている	13.4%	13.7%	14.5%	15.9%	14.6%	9.4%	11.4%	12.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.0%	8.8%	9.1%	9.8%	8.7%	6.4%	7.8%	8.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	20.9%	33.0%	17.4%	16.8%	14.6%	43.2%	21.0%	22.9%
咀嚼	保健指導利用しない	65.7%	82.3%	64.8%	64.1%	46.6%	79.7%	58.9%	63.2%
	咀嚼_何でも	83.6%	86.5%	82.8%	83.9%	77.7%	80.3%	75.1%	76.9%
	咀嚼_かみにくい	16.4%	12.9%	16.3%	15.4%	21.4%	19.1%	23.8%	22.2%
間食	咀嚼_ほとんどかめない	0.0%	0.6%	0.9%	0.7%	1.0%	0.6%	1.1%	0.8%
	3食以外間食_毎日	20.9%	24.2%	24.6%	23.3%	17.5%	22.0%	21.2%	20.6%
	3食以外間食_時々	49.3%	54.5%	56.1%	55.3%	64.1%	59.1%	58.8%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	29.9%	21.3%	19.3%	21.4%	18.4%	18.9%	20.0%	20.9%

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

データ分析の結果

・健診受診者全体では、「LDL」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66.7%を占めています。特に、女性全体と、40歳～64歳の男性で高くなっています。次いで、「収縮期血圧」の割合が県よりも高いです。「収縮期血圧」は男女ともに、65歳～74歳で高くなっています。対象者は少ないですが、「尿酸」の有所見者割合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
道志村	40歳～64歳	人数(人)	1	2	2	0	0	2	3	0
		割合(%)	10.0%	20.0%	20.0%	0.0%	0.0%	20.0%	30.0%	0.0%
	65歳～74歳	人数(人)	3	4	2	3	0	2	4	2
		割合(%)	21.4%	28.6%	14.3%	21.4%	0.0%	14.3%	28.6%	14.3%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	4	6	4	3	0	4	7	2
		割合(%)	16.7%	25.0%	16.7%	12.5%	0.0%	16.7%	29.2%	8.3%
県		割合(%)	24.3%	30.8%	17.8%	13.6%	4.2%	37.6%	68.0%	2.7%
国		割合(%)	27.0%	35.0%	21.2%	14.5%	3.9%	24.6%	57.2%	6.5%

区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
道志村	40歳～64歳	人数(人)	5	2	8	0	0	10	0	2
		割合(%)	50.0%	20.0%	80.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	20.0%
	65歳～74歳	人数(人)	11	5	8	0	5	13	0	2
		割合(%)	78.6%	35.7%	57.1%	0.0%	35.7%	92.9%	0.0%	14.3%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	16	7	16	0	5	23	0	4
		割合(%)	66.7%	29.2%	66.7%	0.0%	20.8%	95.8%	0.0%	16.7%
県		割合(%)	48.8%	27.0%	51.2%	1.1%	16.0%	32.1%	1.3%	19.5%
国		割合(%)	47.5%	21.1%	50.1%	1.3%	21.3%	18.4%	5.6%	20.7%

検査項目別有所見者の状況(男性)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
道志村	40歳～64歳	人数(人)	1	2	1	0	0	2	1	0	2	0	3	0	0	4	0	0
		割合(%)	25.0%	50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	50.0%	25.0%	0.0%	50.0%	0.0%	75.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
	65歳～74歳	人数(人)	2	3	1	2	0	2	2	1	4	2	1	0	3	5	0	1
		割合(%)	40.0%	60.0%	20.0%	40.0%	0.0%	40.0%	40.0%	20.0%	80.0%	40.0%	20.0%	0.0%	60.0%	100.0%	0.0%	20.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	3	5	2	2	0	4	3	1	6	2	4	0	3	9	0	1
		割合(%)	33.3%	55.6%	22.2%	22.2%	0.0%	44.4%	33.3%	11.1%	66.7%	22.2%	44.4%	0.0%	33.3%	100.0%	0.0%	11.1%
県		割合(%)	30.3%	49.3%	24.0%	19.9%	7.7%	46.7%	67.0%	5.0%	52.5%	34.9%	47.5%	2.2%	18.0%	35.4%	1.4%	21.2%
国		割合(%)	34.2%	55.3%	28.1%	21.4%	7.2%	31.1%	57.8%	12.5%	50.1%	26.3%	45.4%	2.5%	24.0%	19.8%	5.5%	22.0%

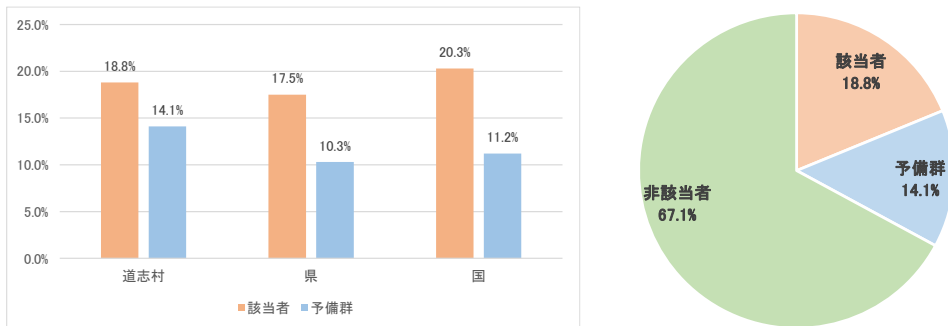
検査項目別有所見者の状況(女性)(令和4年度)

区分		BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
		25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
道志村	40歳~64歳	人数(人)	0	0	1	0	0	2	0	3	2	5	0	0	6	0	2
		割合(%)	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	50.0%	33.3%	83.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
	65歳~74歳	人数(人)	1	1	1	1	0	2	1	7	3	7	0	2	8	0	1
		割合(%)	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	0.0%	0.0%	22.2%	11.1%	77.8%	33.3%	77.8%	0.0%	22.2%	88.9%	0.0%
	全体 (40歳~74歳)	人数(人)	1	1	2	1	0	4	1	10	5	12	0	2	14	0	3
		割合(%)	6.7%	6.7%	13.3%	6.7%	0.0%	0.0%	26.7%	6.7%	66.7%	33.3%	80.0%	0.0%	13.3%	93.3%	0.0%
県	割合(%)	19.3%	15.2%	12.6%	8.3%	1.3%	30.0%	68.9%	0.7%	45.8%	20.5%	54.3%	0.2%	14.4%	29.4%	1.2%	18.1%
国	割合(%)	21.4%	18.8%	15.7%	9.0%	1.3%	19.4%	56.6%	1.8%	45.4%	16.9%	53.9%	0.3%	19.1%	17.3%	5.6%	19.7%

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

データ分析の結果
 ・健診受診者全体で、メタボリックシンドローム該当者は18.8%、予備群は14.1%です。県よりも該当者・予備群共に高い水準で、男性の該当者及び予備群の割合が県と比較すると高くなっており、女性は予備群が県よりも高いです。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4.7%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

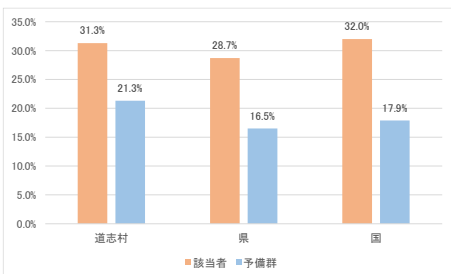


メタボリックシンドローム該当状況(男女合計)(令和4年度)

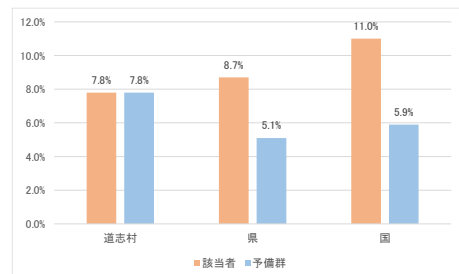
年齢階層	予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
全体(40歳～74歳)	24	14.1%	1	0.6%	20	11.8%	3	1.8%

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
全体(40歳～74歳)	32	18.8%	4	2.4%	2	1.2%	18	10.6%	8	4.7%

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） ≥90cm（女性）	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

- ①血糖：空腹時血糖が110mg/dL以上 ②血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質：中性脂肪150mg/dL以上 又は HDLコレステロール40mg/dL未満

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

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

データ分析の結果

・令和4年度の受診医療機関数と同一医療機関へ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	208	8	3	0	0
	2医療機関以上	70	4	1	0	0
	3医療機関以上	18	2	1	0	0
	4医療機関以上	3	1	0	0	0
	5医療機関以上	1	0	0	0	0

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

令和4年度重複・頻回受診該当者の被保険者一人当たりの割合

受診医療機関数 (同一月内)		同一医療機関への受診日数 (同一月内)				
		被保険者一人当たりの割合 (%)				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
被保険者一人当たりの割合 (%)	1医療機関以上	47.42%	1.73%	0.68%	0.00%	0.00%
	2医療機関以上	16.02%	0.85%	0.32%	0.00%	0.00%
	3医療機関以上	4.04%	0.34%	0.11%	0.00%	0.00%
	4医療機関以上	0.76%	0.13%	0.02%	0.00%	0.00%
	5医療機関以上	0.15%	0.02%	0.00%	0.00%	0.00%

* 令和4年度の各月の「重複・頻回受診該当者数」を、国保データベース(KDB)システムの「重複・頻回受診の状況」画面で確認できる重複・頻回受診の該当者(人)の人数として出力し、各月の被保険者数で割り12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	<ul style="list-style-type: none"> ・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】の人の条件下では月0人～2人で平均1人です。被保険者1万人当たりになると11人です。 ・経年で比較しても大きな変化はありません。
----------	--

令和4年度重複・頻回受診該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複頻回受診者(人)
令和4年4月	455	0
令和4年5月	444	2
令和4年6月	442	0
令和4年7月	441	0
令和4年8月	438	0
令和4年9月	438	1
令和4年10月	438	1
令和4年11月	432	1
令和4年12月	438	1
令和5年1月	436	0
令和5年2月	435	0
令和5年3月	428	0
令和4年度平均	439	1
重複・頻回受診者数 (対被保険者1万人)		11

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

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

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	2人	1人	2人
重複・頻回受診該当者数 (対被保険者1万人)	18人	13人	24人

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

図表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以上受けた人、及び医療機関の1カ月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一月内で重複処方を1以上受けた人、を重複処方対象者とする、平均0人となります。また、処方された薬剤の処方日数が1日以上で、同一月内に処方された薬剤が15以上の人を多剤処方該当者とする、平均1人となります。

令和4年度重複処方該当者 平均人数

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内)									
		重複処方を受けた者(人)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を受けた者(人)	2医療機関以上	1	0	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 被保険者一人当たりの割合

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内)									
		被保険者一人当たりの割合(%)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
被保険者一人当たりの割合(%)	2医療機関以上	0.27%	0.02%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	3医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	4医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	5医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

*各月の重複処方該当者を被保険者数で割り、12カ月の平均値を示す。

令和4年度多剤処方該当者 平均人数

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数 (同一月内)											
		処方を受けた者 (人)											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
処方を受けた者 (人)	1日以上	162	138	104	79	59	43	32	23	17	11	1	0
	15日以上	127	116	94	73	55	41	31	23	17	11	1	0
	30日以上	107	98	79	61	45	32	25	18	13	8	1	0
	60日以上	59	53	42	31	23	17	13	8	6	3	0	0
	90日以上	17	15	13	10	7	6	4	3	2	1	0	0
	120日以上	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	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 被保険者一人当たりの割合

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数 (同一月内)											
		被保険者一人当たりの割合 (%)											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
被保険者一人当たりの割合 (%)	1日以上	36.92%	31.43%	23.72%	17.92%	13.36%	9.69%	7.24%	5.34%	3.93%	2.49%	0.27%	0.06%
	15日以上	28.84%	26.51%	21.34%	16.61%	12.60%	9.24%	7.09%	5.28%	3.88%	2.47%	0.27%	0.06%
	30日以上	24.43%	22.31%	18.05%	13.95%	10.15%	7.28%	5.62%	4.01%	2.89%	1.82%	0.23%	0.06%
	60日以上	13.34%	12.11%	9.54%	7.03%	5.15%	3.79%	2.89%	1.86%	1.27%	0.74%	0.02%	0.00%
	90日以上	3.90%	3.44%	2.93%	2.28%	1.67%	1.29%	0.95%	0.57%	0.42%	0.27%	0.00%	0.00%
	120日以上	0.23%	0.19%	0.17%	0.17%	0.13%	0.10%	0.06%	0.04%	0.04%	0.02%	0.00%	0.00%
	150日以上	0.08%	0.04%	0.04%	0.04%	0.04%	0.04%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	180日以上	0.06%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

* 各月の多剤処方該当者を被保険者数で割り、12カ月の平均値を示す。

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

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度の重複処方該当者は、1カ月当たり0人～1人となり平均1人です。また、多剤処方該当者は1カ月当たり0人～3人で平均1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2人、多剤処方該当者は27人です。 経年で比較しても大きな変化はありません。
----------	--

令和4年度重複・多剤処方該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複処方該当者数(人)	多剤処方該当者数(人)
令和4年4月	455	1	2
令和4年5月	444	0	2
令和4年6月	442	0	2
令和4年7月	441	0	0
令和4年8月	438	0	1
令和4年9月	438	0	0
令和4年10月	438	0	0
令和4年11月	432	0	1
令和4年12月	438	0	1
令和5年1月	436	0	1
令和5年2月	435	0	1
令和5年3月	428	0	3
令和4年度平均	439	0	1
重複・頻回受診該当者数 (対被保険者1万人)		2	27

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

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

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

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

年度別重複処方該当者 1カ月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

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

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	10人	10人	10人
多剤処方該当者数(対被保険者1万人)	114人	116人	114人

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

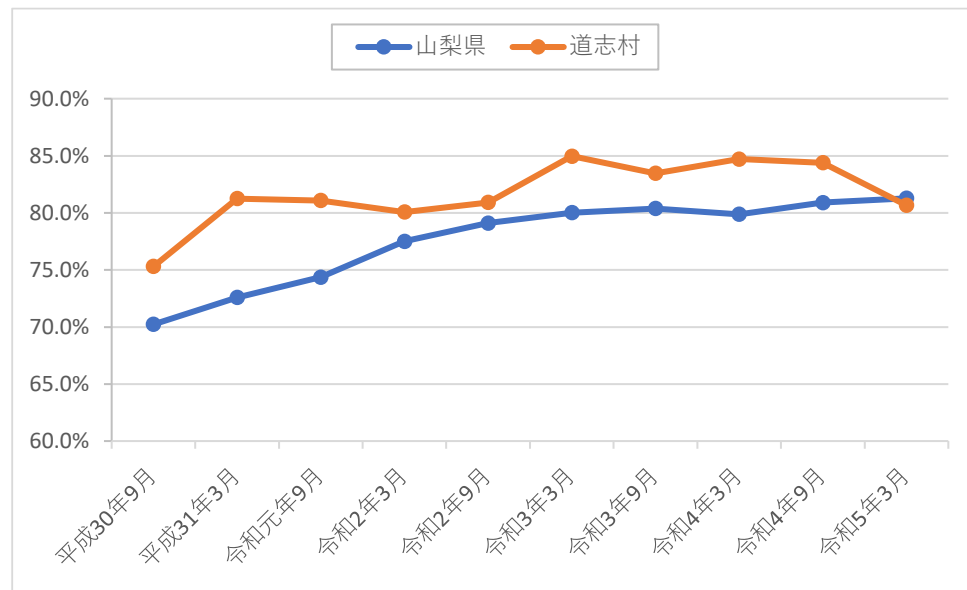
図表13	後発医薬品普及率に係る分析	出典 厚生労働省ホームページ「保険者別の後発医薬品の使用割合(毎年度公表)」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190726.html
------	---------------	--

データ分析の結果

- ・平成30年度から後発医薬品の使用割合は年々増加し、令和5年3月時点では80.7%と、国の目標値である80%を超えています。
- ・平成31年3月以降、80%は超えていますが、月によって、80%～84%の間を推移しているため、安定するように今後も取り組みが必要です。

年度別 後発医薬品の使用割合

	平成30年9月	平成31年3月	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月	令和5年3月
山梨県	70.2%	72.6%	74.4%	77.5%	79.1%	80.0%	80.4%	79.9%	80.9%	81.3%
道志村	75.3%	81.2%	81.1%	80.1%	80.9%	85.0%	83.5%	84.7%	84.4%	80.7%



※抽出データの計算方法等

(1) 保険者別の後発医薬品使用割合(数量シェア)の計算方法

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

使用割合(数量シェア)

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

(2) 抽出対象のレセプト

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

②対象期間：集計の対象月(今回は令和5年3月)の診療に係るレセプト

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

(3) その他の主な留意点

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

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

- ・「経済財政運営と改革の基本方針2017」(平成29年6月9日閣議決定)における使用割合の政府目標80%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

死因の状況

出典

国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

データ分析の結果

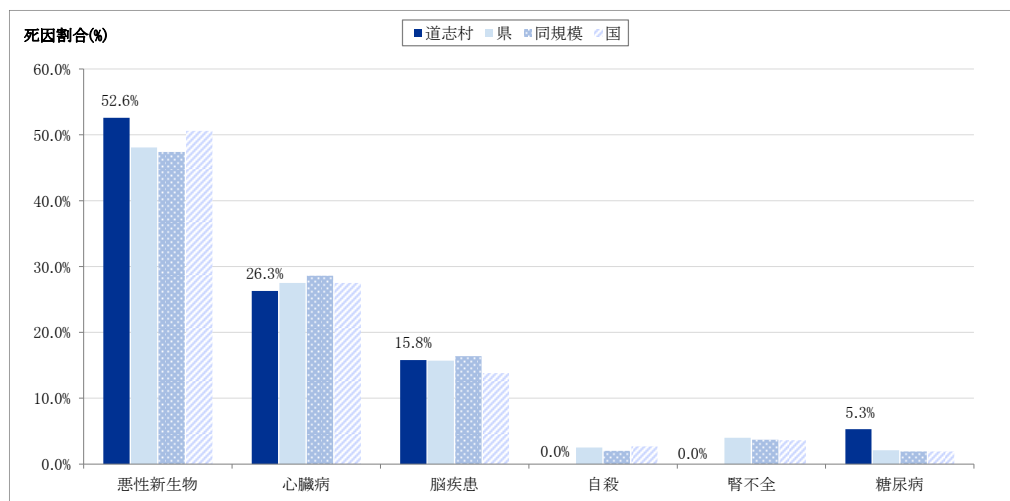
・主たる死因の状況としては、悪性新生物が最も高く、次いで、心臓病、脳疾患となっています。県や国と比較すると、悪性新生物と糖尿病の死因割合が高くなっていますが、糖尿病については人口が少ない為、1人でも高い割合になっております。

・経年で見ると、どの疾病もその年度で亡くなった人が多いと高くなっており、増加や減少傾向は特にみられません。

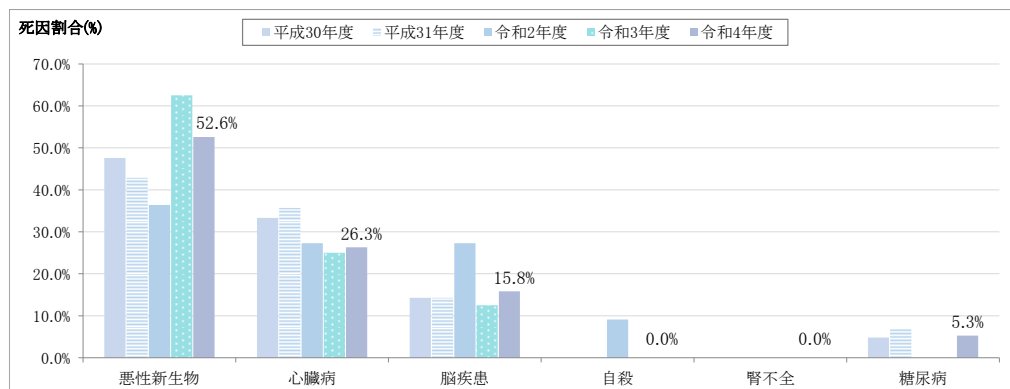
主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	道志村		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	10	52.6%	48.1%	47.4%	50.6%
心臓病	5	26.3%	27.5%	28.6%	27.5%
脳疾患	3	15.8%	15.7%	16.4%	13.8%
自殺	0	0.0%	2.5%	2.0%	2.7%
腎不全	0	0.0%	4.0%	3.7%	3.6%
糖尿病	1	5.3%	2.1%	1.9%	1.9%
合計	19				

主たる死因の割合(令和4年度)



年度別 主たる死因の割合



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

	健康課題	優先する健康課題
A	住民の不規則な食生活や飲酒の回数の多さと、車移動中心の生活による運動不足により、メタボや高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病に繋がっている可能性があります。また、生活習慣などの改善意欲はあっても、行動できていない人が多いです。	✓
B	50歳代以降の医療費が高い傾向にあり、特に男性の医療費が高くなっています。原因として、40歳代男性の健診受診者が低いことや、健診未受診者の医療費が高いことから、健診を受けていない人で急に病気が悪化して入院を伴うような重篤な疾患を発症している可能性があります。	✓
C	医療費全体に対する、慢性腎不全(透析有)や糖尿病の割合が高いです。また、糖尿病で服薬している人の割合が高いことや、細小分類での上位に糖尿病性網膜症が上がっていることから、糖尿病が悪化している可能性があります。	

対応する健康課題	対策の方向性 (目標を達成するための戦略)	対応する保健事業番号
A	若年層の内から健診を受けるなど、健康に対する意識を高くする必要があります。生活習慣病等の早期発見や早期治療により重篤な疾病を発症させない取り組みが必要です。	1-1 1-2 3
B	改善意欲があっても、行動できていない人が多いので、特定保健指導や、結果説明会の工夫を行う事で、村民に生活習慣の改善意欲を高めてもらいます。	1-2 3
C	透析へ移行する人を増やさない為にも、腎症の重症化予防が重要です。糖尿病性網膜症の患者も見られることから、糖尿病の重症化予防を行い、悪化を防ぎます。	2-1 2-2



計画全体の目的	透析へ移行する人を増やさない為にも、腎症の重症化予防が重要です。糖尿病性網膜症の患者も見られることから、糖尿病の重症化予防を行い、悪化を防ぎます。
---------	---

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	生活習慣病等の早期発見や早期治療により、重篤な疾病を発生させない取り組みを推進することで、生活習慣病の重症化を防ぎます。	運動習慣のある者の割合	22.4%	22.5%	22.7%	22.9%	23.1%	23.3%	23.5%
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(※1)	61.3%	60.0%	59.5%	57.5%	55.5%	53.5%	51.5%
		メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(※1)	35.0%	34.0%	33.0%	32.0%	30.0%	28.0%	26.0%
C	保健指導や健康啓発事業を通して、住民の生活習慣の改善意欲を高め、糖尿病の重症化を防ぎます。	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の合)(※1)	10.7%	10.6%	10.5%	10.4%	10.3%	10.2%	10.2%
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(短期)(※1)	1.4% (R3→R4)	1.4% (R5→R6)	1.4% (R6→R7)	1.4% (R7→R8)	1.4% (R8→R9)	1.4% (R9→R10)	1.4% (R10→R11)
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(中長期)(※1)	2.6% (R1→R4)			2.6% 以下 (R5→R8)			5.2% 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・特定保健指導事業	特定健康診査受診勧奨の実施	①40歳～74歳の国民健康保険被保険者 ②特定健診未受診者 ③概ね65歳以下の村民	① 自治会に加入している世帯を健康づくり推進員が訪問し受診勧奨。 ・広報どうしに特定健康診査の案内を掲載。 ・告知端末による広報。 ・41歳・46歳・51歳・56歳・61歳の自己負担金無料化。 ② 健康づくり推進員の全戸訪問時に特定健診の申し込み書兼アンケートを配布し、受けない方にはその理由を確認。 ・かかりつけ医からの検査結果の情報提供依頼。 ③ 電話による受診勧奨。特に40歳代の男性に特定健診の必要性を丁寧に説明。 ・観光協会や商工会、消防団等を通して各種がん検診、人間ドック助成事業と併せて特定健康診査の受診勧奨を実施。	優先
1-2		特定保健指導の実施	特定健診受診の特定保健指導の対象となった方	・保健師・栄養士による電話や手紙、面談等による継続的支援。	
2-1	糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防の促進	40歳～74歳の ①未受診者 ②治療中断者 ③ハイリスク者	・専門職により対象者への生活指導、受診勧奨。 ・リスクの高い方についてかかりつけ医との連携を図る。	優先
2-2		糖尿病発症の予防	全村民	・広報どうしにて周知。 ・健診結果説明会にて周知。	
3	健康啓発	健康づくりの機会の提供	全村民	・毎週月曜日(年間36回)にズンバ教室を開催。 ・忍野村のフィットネスジム利用料の助成。	

第4章 個別事業計画

事業分類1

特定健康診査・特定保健指導

～総合目的・総合評価指標～

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

項目	No.	総合評価指標		計画策定時 実績 (R4)	目標値						
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム指標	1	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(全年齢)		35.0%	34.0%	33.0%	32.0%	30.0%	28.0%	26.0%	
		男性	40～49歳	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%	20.0%	19.0%	
			50～59歳	57.1%	56.1%	55.1%	54.1%	53.1%	52.1%	51.1%	
			60～69歳	65.7%	62.7%	59.7%	56.7%	53.7%	50.7%	47.7%	
			70～74歳	46.9%	44.9%	42.9%	40.9%	38.9%	36.9%	34.9%	
		女性	40～49歳	9.1%	8.6%	8.1%	7.6%	7.1%	6.6%	6.1%	
			50～59歳	7.7%	7.2%	6.7%	6.2%	5.7%	5.2%	4.7%	
			60～69歳	16.7%	15.7%	14.7%	13.7%	12.7%	11.7%	10.7%	
			70～74歳	23.5%	22.5%	21.5%	20.5%	19.5%	18.5%	17.5%	
		2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(全年齢)		61.3%	59.7%	58.1%	56.5%	54.9%	53.2%	51.5%
			男性	40～49歳	50.0%	47.9%	45.8%	43.7%	41.6%	39.4%	37.2%
				50～59歳	85.7%	79.8%	73.9%	68.0%	62.1%	56.1%	50.2%
	60～69歳			62.2%	61.6%	61.0%	60.4%	59.8%	59.1%	58.5%	
	70～74歳			54.5%	54.5%	54.5%	54.5%	54.5%	54.5%	54.5% 以下	
	女性		40～49歳	25.0%	24.1%	23.2%	22.4%	21.4%	20.4%	19.4%	
			50～59歳	46.7%	44.3%	41.9%	39.5%	37.0%	34.5%	32.0%	
			60～69歳	61.5%	59.2%	56.9%	54.6%	52.3%	50.0%	47.9%	
			70～74歳	77.8%	74.5%	71.2%	67.9%	64.5%	61.1%	57.7%	
	3		HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)		10.7%	10.6%	10.5%	10.4%	10.3%	10.2%	10.2%
			男性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
				50～59歳	35.7%	31.1%	26.5%	21.9%	17.3%	12.6%	8.0%
		60～69歳		13.9%	13.9%	13.9%	13.9%	13.9%	13.9%	13.9% 以下	
		70～74歳		15.2%	15.2%	15.2%	15.2%	15.2%	15.2%	15.2% 以下	
		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	10.8%	10.2%	9.5%	8.8%	8.1%	7.4%	6.8%	
			70～74歳	2.9%	2.9%	2.9%	2.9%	2.9%	2.9%	2.9% 以下	

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	61.6%	62.0%	62.0%	62.0%	63.0%	63.0%	63.0%	
		男性	40～49歳	47.1%	47.7%	48.3%	48.9%	49.5%	50.1%	50.7%
			50～59歳	50.0%	50.6%	51.2%	51.8%	52.4%	53.0%	53.6%
		女性	40～49歳	78.6%	79.7%	80.9%	82.1%	83.3%	84.5%	85.7%
	50～59歳		68.4%	69.3%	70.2%	71.1%	72.0%	72.9%	73.7%	
	5	特定保健指導実施率 (全体)	65.2%	69.0%	71.0%	73.0%	74.0%	76.0%	78.0%	
		動機付け支援	66.7%	69.0%	71.2%	73.4%	75.6%	77.8%	80.0%	
積極的支援		62.5%	64.6%	66.7%	68.8%	70.8%	72.9%	75.0%		
アウトカム指標	6	特定保健指導による特定保健指導 対象者の減少率	27.8%	27.8%	27.8%	27.8%	27.8%	27.8%	27.8%	

事業番号1-1

特定健康診査受診勧奨の実施

事業の目的	特定健診未受診者対策
-------	------------

事業の概要	受診意向を把握するために、実施年度の前年度3月頃に健康づくり推進員によって全戸訪問し、申込書を配布・回収します。それぞれの申し込み内容に基づき、集団健診については実施の概ね1カ月前に問診票等の配布を行い、人間ドックは申請後に助成券を発行します。
-------	--

現在までの事業結果 (成果・課題)	健康づくり推進員や地域住民の声掛けなどの効果もあり、令和4年度の特定健康診査の受診率は61.6%で、国の目標である60%に到達しましたが、男性40歳代で健診受診率が低いのが課題です。健診未受診者のうち、医療機関にかかっている方については、情報提供票提出による受診率向上を目指します。村診療所にかかっている方については、診療所と連携し健診受診を促進しています。
----------------------	---

対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・当該年度内に40歳以上74歳以下である被保険者 ・健診未受診の40歳～49歳の男性
-----	---

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	生活習慣改善意欲なしの人の割合	30.5%	30.0%	29.5%	29.0%	28.5%	28.0%	27.5%
	2	前年度健診未受診の40歳代男性の健診申し込みの割合	—	30.0%	30.0%	40.0%	40.0%	50.0%	50.0%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値						
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率	61.6%	62.0%	62.0%	62.0%	63.0%	63.0%	63.0%	
		男性	40～49歳	47.1%	47.7%	48.3%	48.9%	49.5%	50.1%	50.7%
			50～59歳	50.0%	50.6%	51.2%	51.8%	52.4%	53.0%	53.6%
		女性	40～49歳	78.6%	79.7%	80.9%	82.1%	83.3%	84.5%	85.7%
	50～59歳		68.4%	69.3%	70.2%	71.1%	72.0%	72.9%	73.7%	
	2	前年度健診未受診の40歳代男性の健診受診勧奨実施数	—	48.0%	48.0%	42.0%	42.0%	36.0%	36.0%	
3	医療機関等からの情報提供数	7	8	9	10	11	12	13		

プロセス(方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> ・受診意向を把握するために、実施年度の前年度3月頃に健康づくり推進員によって全戸訪問し、申込書を配布・回収します。それぞれの申し込み内容に基づき、集団健診については実施の概ね1カ月前、人間ドックは申し込み時に問診表等交付します。 	
	勸奨	<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり推進員の全戸訪問による勸奨の際に、特定健診の申し込み書兼アンケートを対象者全員に配布し、受けない方にはその理由を回答していただき受診勸奨を行います。 ・特に40歳代の男性の受診率が低いことから、40歳代の男性に特定健診の必要性を丁寧に説明し受診勸奨を行います。また、前年度の未受診者に対して通知で受診勸奨をします。 ・特定健診未受診者のうち、生活習慣病が起因する疾病で医療機関を定期的に受診していると思われる方を抽出し、対象者にかかりつけ医からの検査結果の情報提供依頼を同封のうえ同意書の送付を行います。 ・基本健診又は人間ドックを受診することを必須条件として、ポイントラリーを実施します。 	
	実施及び実施後の支援	実施形態	春・秋の集団健診と健診機関を個別に受診する人間ドックにより実施します。村診療所においても特定健診を実施します。
		実施場所	集団健診 : 水源の郷 やまゆりセンター 個別健診 : ①人間ドック(各健診機関) ②診療所 情報提供票 : かかりつけ医
		時期・期間	集団健診 : 春季・秋季 個別健診 : ①人間ドック…健診機関と調整の上で決定 ②診療所…通年 情報提供票 : 集団健診終了後～年度末
		データ取得	<ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の受診データは、健康管理事業団より提供されるCD-Rをに特定健診情報管理システムに取り込みます。 ・個別健診については、①人間ドックは各健診機関及び本人から、②診療所から結果票の提供をもらい上記システムに取り込みます。情報提供票は、かかりつけ医から提供してもらい上記システムに取り込みます。
結果提供	集団健診 : 結果説明会又は役場に来所 人間ドック : 各医療機関から通知		

チャーター(体制)	庁内担当部署	住民健康課 医療保健G
	他事業	がん検診の勸奨及び受診も同時に行います。

事業番号1-2

特定保健指導の実施

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、特定保健指導終了率の向上を図ります。
-------	--

事業の概要	対象者に6~9カ月間の保健指導を実施します。
-------	------------------------

現在までの事業結果 (成果・課題)	令和元年度から健診結果説明会における保健師・栄養士の個別保健指導を実施しています。 (春・秋の集団健診後に年2回実施)特定保健指導の対象者は6~9カ月間生活改善に取り組んでもらい、評価事業でその成果を評価してもらいます。
----------------------	---

対象者	特定健診受診の結果、特定保健指導基準該当者になった者(国の基準に準ずる)
-----	--------------------------------------

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	27.8%	27.0%	26.0%	25.0%	24.0%	23.0%	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)	65.2%	69.0%	71.0%	73.0%	74.0%	76.0%	78.0%
		動機付け支援	66.7%	69.0%	71.2%	73.4%	75.6%	77.8%	80.0%
		積極的支援	62.5%	64.6%	66.7%	68.8%	70.8%	72.9%	75.0%

プロセス(方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会当日に今後の保健指導及び評価事業の案内をします。 ・対象者に個別通知をします。 ・評価事業不参加者には、予備日の案内を電話連絡します。 	
	勸奨	健診結果説明会で保健指導の利用勸奨を行います。	
	実施及び 実施後の 支援	初回面接	結果説明会と同時に実施します。結果説明会に参加できない場合は、住民健康課にて随時実施します。積極的支援対象者に対しては保健指導の同意が得られる場合においては、栄養士と保健師による電話相談や訪問指導を実施します。
		実施場所	水源の郷 やまゆりセンター、対象者の自宅
		実施内容	<p><情報提供> 健診結果通知と同時に実施します。結果の見方や、社会資源の情報(運動施設や各種教室のお知らせ等)など、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報の提供をします。</p> <p><動議付け支援> 面接による支援を初回に行います。その後、集団健康教室等を電話や通知で勸奨し、2月頃に評価事業を行います。特定健康診査の結果ならびに生活習慣の状況を踏まえ、自らの生活習慣の改善すべき点を自覚し、自ら目標を設定し行動に移すことができるよう支援します。</p> <p>【具体的内容】結果説明会で初回面接、必要に応じて個別支援・集団健康教室等</p> <p><積極的支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・5月受診者は6～7月に、9月受診者は10～11月に保健師・栄養士が初回面接を行います。初回面接が実施できていない場合は、対象者の同意が得られれば保健師・栄養士が自宅を訪問し、具体的な相談・指導を行います。 ・電話や手紙、面談等による継続的支援を行います。 ・6～9カ月経過後に評価事業(身体測定・血圧測定)を行い、各個人に結果を返すことにより、目標達成への評価を行います。
		時期・期間	特定健康診査を受診した後、特定保健指導対象者の選定を行い、階層化及び保健指導の方策を決定した時点で実施します。なお、集団健診受診者については原則として検診の結果説明会と同時に初回面接を実施します。
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	特定健康診査の結果、特定保健指導の対象とならなかった方に対しても、本人からの利用希望などがあれば対応し、生活習慣の早期改善・生活習慣病の予防につながる自発的な取り組みを支援するものとします。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民健康課 医療保健G
	他事業	結果説明会において、特定保健指導対象者以外の方の保健指導を実施します。

～総合目的・総合評価指標～

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

項目	No.	総合評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値							
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)		
アウトカム指標	1	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者の割合 (高血糖者の割合) (全年齢)	10.7%	10.6%	10.5%	10.4%	10.3%	10.2%	10.2%		
		男性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
			50～59歳	35.7%	31.1%	26.5%	21.9%	17.3%	12.6%	8.0%	
			60～69歳	13.9%	13.9%	13.9%	13.9%	13.9%	13.9%	13.9% 以下	
			70～74歳	15.2%	15.2%	15.2%	15.2%	15.2%	15.2%	15.2% 以下	
		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	10.8%	10.2%	9.5%	8.8%	8.1%	7.4%	6.8%	
	70～74歳		2.9%	2.9%	2.9%	2.9%	2.9%	2.9%	2.9% 以下		
	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)	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.5%	1.5%	1.5%		
	3	HbA1c 悪化率(短期)		11.6% (R3→R4)	11.6% (R5→R6)	11.6% (R6→R7)	11.6% (R7→R8)	11.6% (R8→R9)	11.6% (R9→ R10)	11.6% (R10→ R11)	
			男性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
				50～59歳	15.4%	15.4%	15.4%	15.4%	15.4%	15.4%	15.4% 以下
				60～69歳	13.8%	13.8%	13.8%	13.8%	13.8%	13.8%	13.8% 以下
				70～74歳	13.6%	13.6%	13.6%	13.6%	13.6%	13.6%	13.6% 以下
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	17.1%	16.6%	16.1%	15.6%	15.0%	14.4%	13.8%	
	70～74歳	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3%	8.3% 以下			

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	HbA1c 悪化率(中長期)	29.1% (R1→R4)			19.0% 以下 (R5→R8)			15.3% 以下 (R5→ R11)
		男性	40～49歳	22.2%			11.1%		11.1%
			50～59歳	33.3%			22.2%		22.2%
			60～69歳	22.2%			14.8%		18.5%
			70～74歳	38.5%			23.1%		30.8%
		女性	40～49歳	0.0%			0.0%		0.0%
			50～59歳	25.0%			16.7%		16.7%
			60～69歳	37.9%			24.1%		31.0%
	70～74歳		33.3%			25.0%		33.3%	
	4	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (短期)	1.4% (R3→R4)	1.4% (R5→R6)	1.4% (R6→R7)	1.4% (R7→R8)	1.4% (R8→R9)	1.4% (R9→ R10)	1.4% 以下 (R10→ R11)
		糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (中長期)	2.6% (R1→R4)			2.6% 以下 (R5→R8)			5.2% 以下 (R5→ R11)
	5	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、 糖尿病治療なしの者の割合	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0% 以下
	6	健診未受診者のうち糖尿病治療 中断者の割合	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2% 以下

事業番号2-1

糖尿病性腎症重症化予防の促進

事業の目的	糖尿病の重症化や合併症を予防するため、保健師や栄養士による集団指導を通じて生活習慣を改善します。
-------	--

事業の概要	健診結果より2型糖尿病・腎機能が低下している方を対象に対象者を選定し、指導・受診勧奨を行います。山梨県の糖尿病性腎症重症化予防に準じて実施します。
-------	---

現在までの事業結果 (成果・課題)	下記対象者に該当する方が少なく、保健指導の実施実績が少ないです。一度保健指導の対象になった方の経年変化を追うことができなかったが、令和6年度から糖尿病性腎症重症化予防支援システムを導入し、腎症病期・HbA1c・eGFRの経年変化を追うことができるようになるため、対象者の拾い出しを工夫して事業計画を作成します。
----------------------	---

対象者	40歳～74歳 該当者 ①未受診者 ②治療中断者 ③ハイリスク者
-----	----------------------------------

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	翌年度の健診結果におけるHbA1c改善率	5.83%	6.30%	6.80%	7.30%	7.80%	8.30%	8.80%

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	対象者 なし	80%	80%	90%	90%	90%	100%

プロセス(方法)	<ul style="list-style-type: none"> 抽出条件を明確にし、対象者を把握します。 リスクの高い方についてかかりつけ医との連携を図ります。 保健師・栄養士による対象者への生活指導、受診勧奨を行います。
----------	---

ストラクチャー(体制)	<ul style="list-style-type: none"> 住民健康課 医療保健G かかりつけ医と連携
-------------	--

事業番号2-2

糖尿病発症の予防

事業の目的	全住民に対して糖尿病に対する健康意識を高めてもらいます。
-------	------------------------------

事業の概要	広報や各健康増進事業にて糖尿病発症予防について周知します。
-------	-------------------------------

現在までの事業結果 (成果・課題)	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会を個別にし、集団健診受診者全員に保健指導を実施しています。 ・広報どうしの食改推たよりに糖尿病予防レシピを掲載しました。
----------------------	---

対象者	全住民
-----	-----

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	翌年度の健診結果でHbA1c及び血糖の有所見者割合	50.9%	50.0%	48.0%	46.0%	44.0%	42.0%	40.0%

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	広報の掲載回数	1回	2回	2回	3回	3回	4回	4回

プロセス(方法)	<ul style="list-style-type: none"> ・広報どうしにて周知します。 ・健診結果説明会にて周知します。
----------	--

ストラクチャー(体制)	住民健康課 医療保健G
-------------	-------------

事業分類3	健康啓発
-------	------

事業番号3-1	健康づくりの機会の提供
---------	-------------

事業の目的	住民の健康意識を測り、メタボリックシンドロームの該当者や予備群を予防します。
-------	--

事業の概要	健康教室の開催やフィットネスジム利用料の助成を行うことで住民の健康意識の向上、健康増進活動に向けた行動変容を推進します。
-------	--

対象者	全住民
-----	-----

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値						
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム指標	1	メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の割合	35.0%	34.0%	33.0%	32.0%	30.0%	28.0%	26.0%	
		男性	該当者の割合	33.7%	33.0%	32.5%	32.0%	31.5%	31.0%	30.5%
			予備群の割合	20.2%	20.0%	19.5%	19.0%	18.5%	18.0%	17.5%
		女性	該当者の割合	9.6%	9.5%	9.4%	9.3%	9.2%	9.1%	9.0%
	予備群の割合		7.4%	7.2%	7.0%	6.8%	6.6%	6.4%	6.2%	
	2	生活習慣改善意欲 改善意欲なし の人の減少率	30.5%	30.0%	29.5%	29.0%	28.5%	28.0%	27.5%	
		男性	40～64歳	38.7%	38.4%	38.1%	37.8%	37.5%	37.2%	36.9%
			65～74歳	30.6%	30.4%	30.2%	30.0%	29.8%	29.6%	29.4%
女性		40～64歳	13.9%	13.9%	13.9%	13.9%	13.9%	13.9%	13.9%	
	65～74歳	29.6%	29.4%	29.2%	29.0%	28.8%	28.6%	28.4%		

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	教室参加数(人)	21	23	25	27	29	31	33
	2	フィットネスジム助成人数(人)	360	365	370	375	380	385	390

プロセス(方法)

- ・毎週月曜日(年間36回)にズンバ教室を開催します。
- ・忍野村のフィットネスジム利用料の助成を行います。
村外400円
⇒個人負担300円(忍野村民と同料金)

ストラクチャー(体制)

- ・住民健康課 医療保健G
- ・ズンバ教室講師
- ・忍野村フィットネスセンター

評価指標一覧

○計画全体(総合アウトカム)

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

その他、参考値として県単位で長期的視点によりモニタリングを行う指標：

①健康寿命 ②平均自立期間 ③医療費 ④糖尿病に起因する新規透析導入患者割合

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等
<ul style="list-style-type: none"> ・全国と比較し山梨県は運動習慣なしの者の割合が高い。 ・健やか山梨21(第2次)では「運動習慣者の割合の増加」を目標に掲げ推進しているが、進捗していないか後退している状況にあり、令和5年度は当該目標を重点項目に設定し取り組みを推進している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステム「地域の全体像」 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・全国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の評価する指標)」として例示あり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・県が作成する「糖尿病性腎症重症化予防システム」から出力した基礎データ(市町村が県へ提出) 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県は糖尿病性腎症を起因とした新規透析導入者割合が高いことから、糖尿病対策に重点的に取り組む必要がある。 ・糖尿病性腎症の進行度の変化を確認する指標として設定。 ・糖尿病性腎症重症化予防は単年では成果が図りにくく、中長期的視点を踏まえて対象群の変化を確認する必要があるため、基準年から3年後・6年後の変化を確認することとする。 		<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの変化をモニタリング ・中長期的変化をモニタリング 3年後変化： R5年度→R8年度 6年後変化： R5年度→R11年度

○事業分類1：特定健康診査・特定保健指導事業

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

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

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

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

<p>データヘルス 計画の 評価・見直し</p>	<p>①評価の時期 最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。</p> <p>②評価方法・体制 計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。</p>
<p>データヘルス 計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。</p>
<p>個人情報の 取り扱い</p>	<p>個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取り組み</p>	<p>令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取り組みを実施していきます。</p> <p>①地域で被保険者を支える連携の促進 ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画</p> <p>②課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施 ・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施</p> <p>③国民健康保険診療施設の施設・人材の活用 ・医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用</p> <p>庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取り組みを推進します。</p>

第6章 その他の保健事業

道志村として、以下の保健事業も、村民のさらなる健康意識の向上や医療費適正化の為、道志村が主導となり実施をしていきます。

①後発医薬品の利用促進事業	ジェネリック医薬品のさらなる普及率向上を目指します。 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、通知書を対象者に年に2回送付や、ジェネリック医薬品希望カードの配布を行うことで、ジェネリック医薬品への切り替えを促します。
②各種がん検診の実施及びがん精密検査実施勸奨	がんの早期発見・治療のために、20歳以上の村民に、集団健診の受診勸奨と併せてがん検診の受診勸奨を行い、集団健診と同時日程で各種がん検診を行います。 また、各種がん検診受診者のうち、精密検査が必要と診断されたのにもかかわらず受診していない方に、健診機関から受診勸奨を行います。 受診勸奨後、未受診が発覚した方については、村から再勸奨を行います。
③人間ドック助成事業の実施	人間ドック受診者に最大25,000円の助成を実施します。 【実施期間】 4月～翌年3月 【契約機関】 ・都留市立病院 ・山梨赤十字病院 ・山梨厚生病院 ・クアハウス石和 【助成金額】 ・特定健康診査分(被用者保険の被扶養者を除く)：5,000円 ・がん検診分：15,000円 ・婦人科検診：子宮がん2,000円 乳がん3,000円 ・契約機関で受診した場合は、契約機関からの健診結果の提供を受け、助成金額を契約医療機関に支払います。 ・契約機関以外の健診機関で受診した場合は、本人から健診結果の提供を受け、助成金額を本人に支払います。
④適正受診・適正服薬の促進	適正受診・適正服薬・重複服薬の広報を実施します。 重複・多受診者で指導が必要な対象に対し、保健師が訪問して適正な医療受診の方法などを指導します。
⑤各種料理教室の開催	つぼみっこくらぶでの栄養指導の実施、小中学校親子料理教室の実施 ・年12回保育所入所前の乳幼児と保護者を対象に、離乳食作りや幼児のバランスのとれたメニューの調理実習を行います。 ・食生活改善推進委員会・学校との協同で質・量共にバランスの取れた食生活が定着できるよう、小中学校親子料理教室を実施します。 ・食生活改善推進委員会と協同で、減塩やカロリー等に注意した生活習慣病予防のための食生活を学び、調理実習を行います。
⑥健康づくりポイントラリーの実施	各種健康事業に参加し、ポイントを付与し貯まったポイントと景品を交換します。(30ポイントで500円分の記念品と交換) ・必須条件：基本健診又は人間ドック(事業主健診を含む)を必ず受診すること ・対象事業 【健診】 基本健診、がん検診、結果説明会、評価事業、人間ドック、歯科検診 【運動】 ズンバ、浜ちゃん体操、ウォーキング、フィットネスジム、つぼみっこ(運動指導)NewSports教室、村内卓球大会、道志村村民体育祭り、道志村スキー教室 【食育】 塩分チェック、つぼみっこ(栄養指導) 【予防接種】 インフルエンザ予防ワクチン接種

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。

道志村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. 特定健康診査等の基本的な考え方

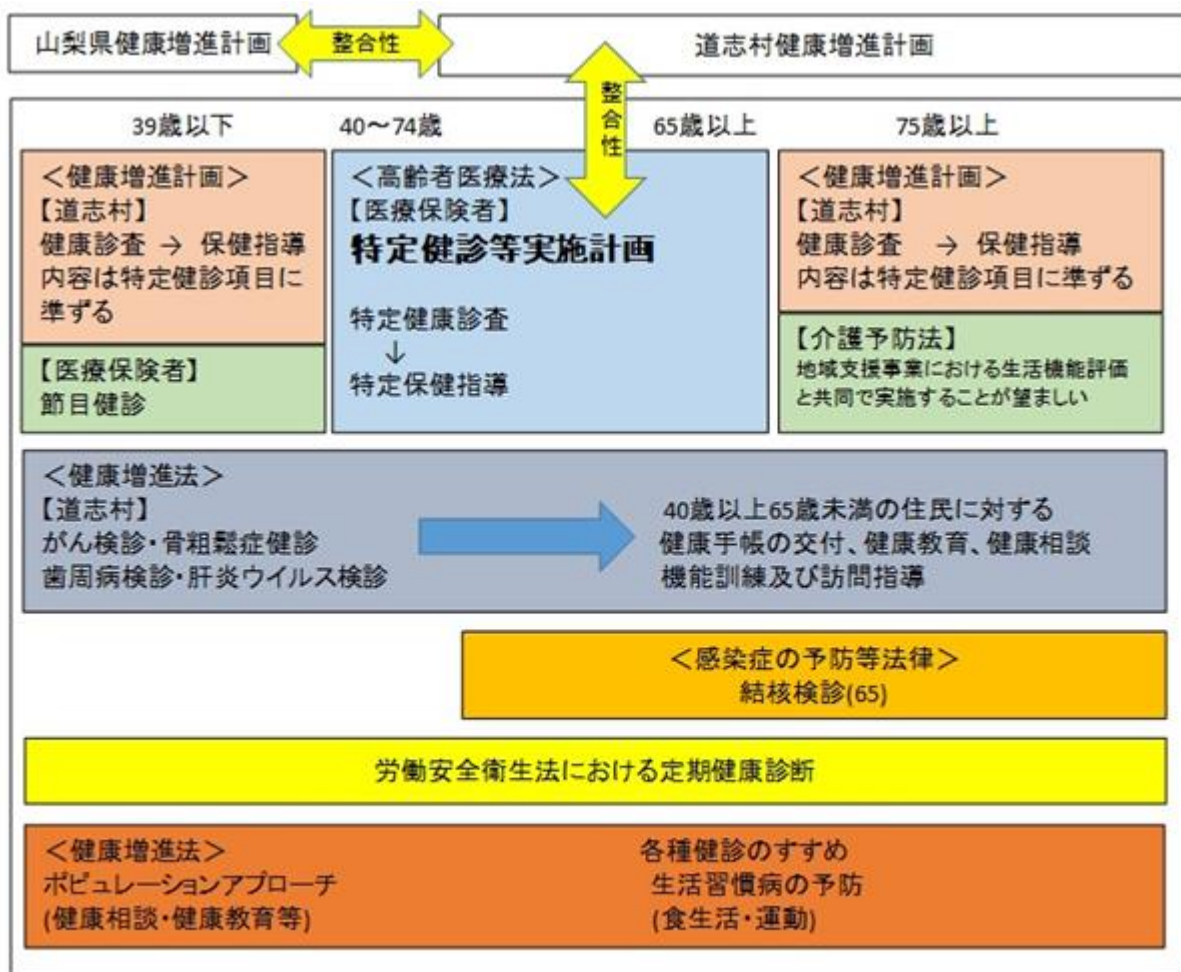
特定健康診査及び特定保健指導の対象とする生活習慣病は、糖尿病、脂質異常症、高血圧、その他の生活習慣病であって、内臓脂肪の蓄積に起因するものです。

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的とし、メタボリックシンドローム(内臓脂肪型症候群)に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。

また、特定保健指導は、内臓脂肪肥満に着目し生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することが出来るようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的としています。

3. 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、「道志村総合計画」や「道志村健康増進計画」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。



4. 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。

5. 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
- 健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(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
健診の受診率向上	対象者全員に特定健康診査の受診勧奨を実施	自治会に加入している世帯を健康づくり推進員が訪問し受診勧奨を行います。【集団健診の2カ月前：前年度3月と7月】告知端末による広報を実施します。【集団健診の1カ月前：4月と8月】
	節目の年の特定健康診査自己負担金の無料化	41歳・46歳・51歳・56歳・61歳の特定健診受診者については、受診する機会を増やすために自己負担金(1,000円)を無料とします。
特定健診未受診者対策	秋健診の申込み終了後未受診者に電話により再勧奨を行います。	秋健診の申込み終了後未受診者で次の回答をした方に人間ドックの受診勧奨も併せて再度電話による受診勧奨を行います。
	健診結果情報提供の依頼の実施	生活習慣病が起因する疾病で医療機関を定期的に受診していると思われる方を抽出し、対象者にかかりつけ医からの検査結果の情報提供依頼を同封のうえ同意書の送付を行います。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
保健指導実施による生活改善	対象者に6カ月間の保健指導を実施	<ul style="list-style-type: none"> ・5月受診者は、6～7月、9月受診者は10～11月に保健師及び栄養士が初回面接を行います。 ・電話や手紙、面談等による継続的支援を行います。 ・必要に応じて保健師・栄養士が自宅を訪問し、具体的な相談・指導を行います。 ・6～9カ月経過後に身体測定・血圧測定を行い、実績評価を行います。 ・毎年2月頃に血液検査・身体測定・血圧測定を行い、実績評価をするとともに各個人に結果を返すことにより、目標達成への評価を行います。

2. 特定健康診査の受診状況

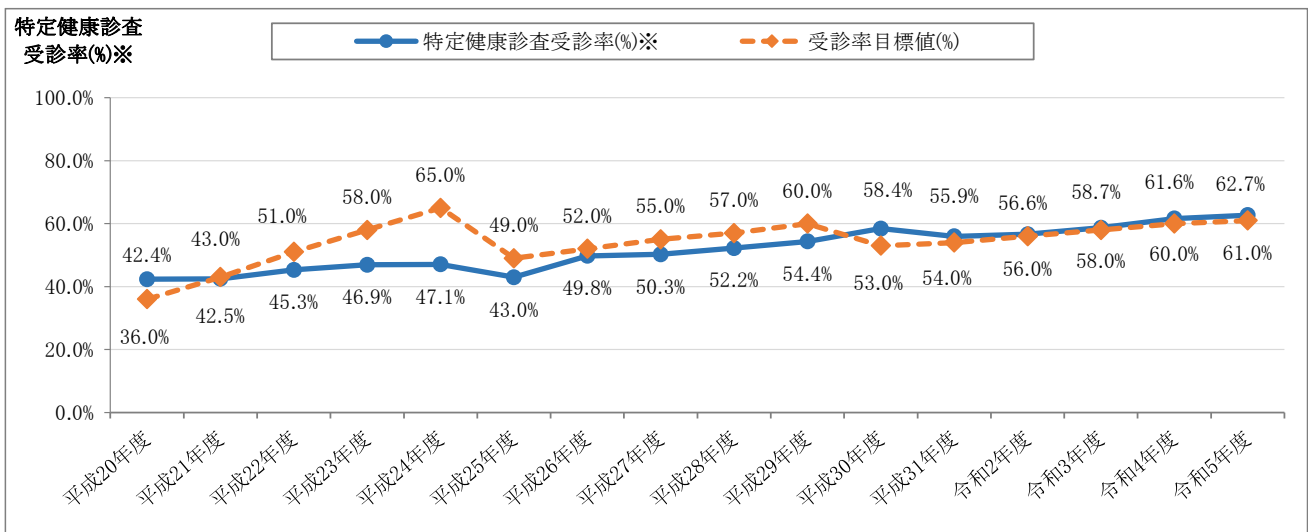
以下は、平成20年度から令和5年度(見込み値)における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

特定健康診査受診率及び目標値

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
特定健康診査対象者数(人)	432	424	437	424	425	426	402	392
特定健康診査受診者数(人)	183	180	198	199	200	183	200	197
特定健康診査受診率(%)※	42.4%	42.5%	45.3%	46.9%	47.1%	43.0%	49.8%	50.3%
受診率目標値(%)	36.0%	43.0%	51.0%	58.0%	65.0%	49.0%	52.0%	55.0%
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定健康診査対象者数(人)	385	379	361	345	339	322	297	295
特定健康診査受診者数(人)	201	206	211	193	192	189	183	185
特定健康診査受診率(%)※	52.2%	54.4%	58.4%	55.9%	56.6%	58.7%	61.6%	62.7%
受診率目標値(%)	57.0%	60.0%	53.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	61.0%

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

特定健康診査受診率及び目標値



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

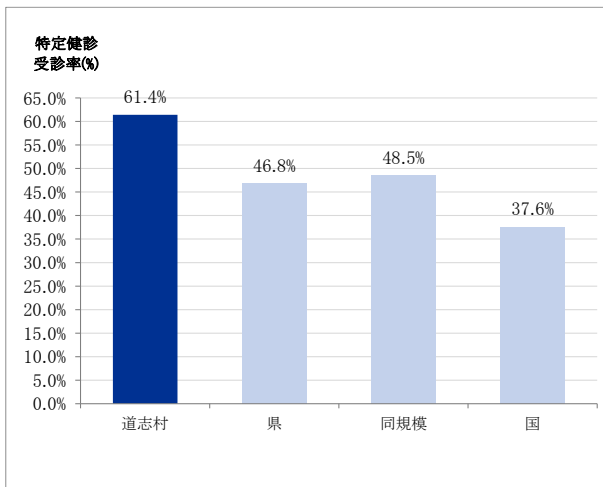
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりです。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
道志村	61.4%
県	46.8%
同規模	48.5%
国	37.6%

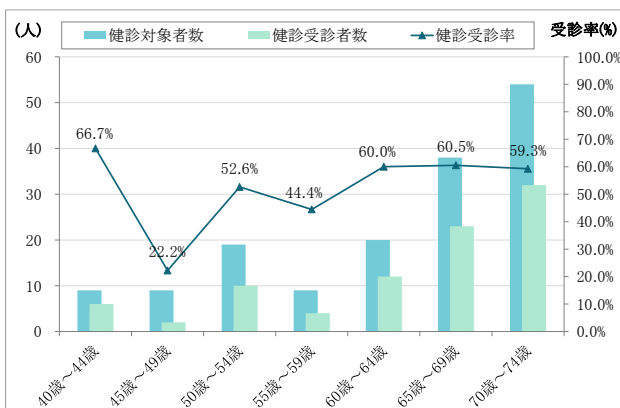
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



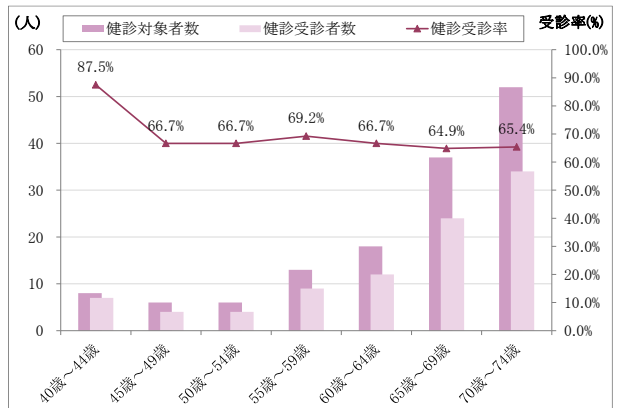
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



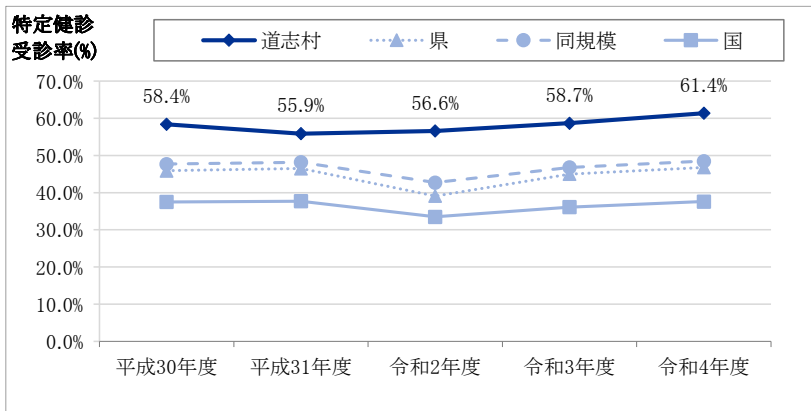
以下は、本村の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率61.4%は平成30年度58.4%より3.0ポイント増加しています。

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
道志村	58.4%	55.9%	56.6%	58.7%	61.4%
県	45.9%	46.5%	39.1%	45.0%	46.8%
同規模	47.7%	48.2%	42.7%	46.8%	48.5%
国	37.5%	37.7%	33.5%	36.1%	37.6%

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

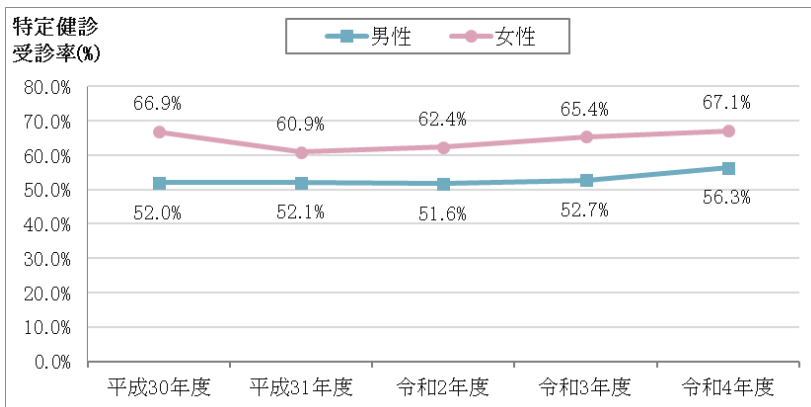
年度別 特定健康診査受診率



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率56.3%は平成30年度52.0%より4.3ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率67.1%は平成30年度66.9%より0.2ポイント増加しています。

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)	35	34	37	41	35	31	39	34
特定保健指導利用者数(人)								
特定保健指導実施者数(人)※	5	3	12	12	11	14	16	23
特定保健指導実施率(%)※	14.3%	8.8%	32.4%	29.3%	31.4%	45.2%	41.0%	67.6%
実施率目標値(%)	37.9%	42.3%	42.9%	43.0%	45.0%	31.2%	36.6%	40.0%

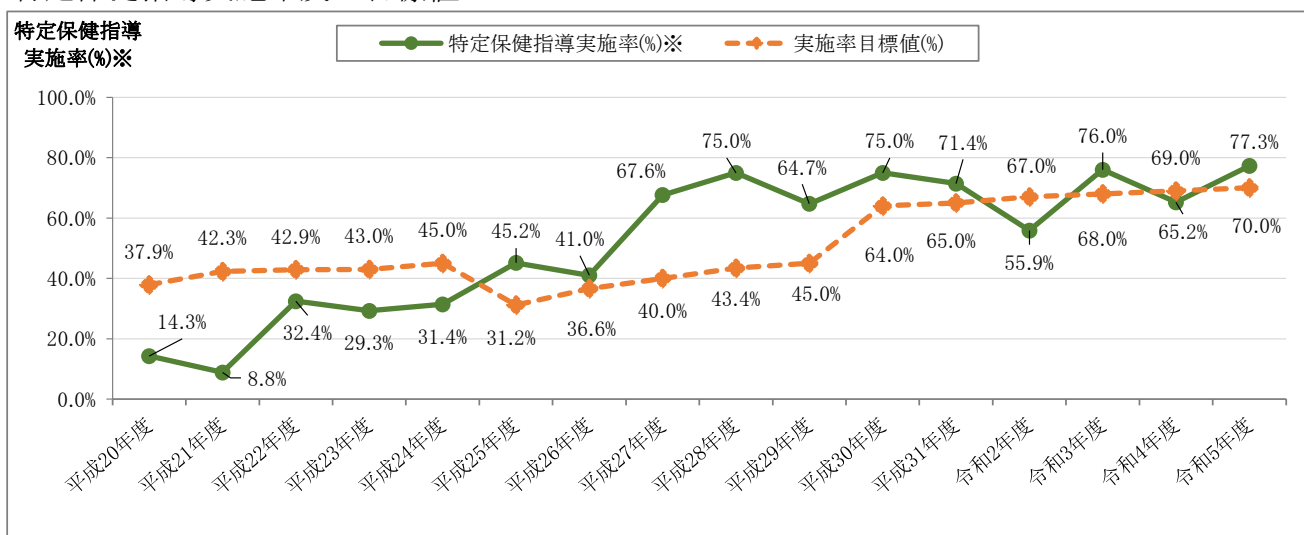
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定保健指導対象者数(人)	32	34	36	28	34	25	23	22
特定保健指導利用者数(人)								
特定保健指導実施者数(人)※	24	22	27	20	19	19	15	17
特定保健指導実施率(%)※	75.0%	64.7%	75.0%	71.4%	55.9%	76.0%	65.2%	77.3%
実施率目標値(%)	43.4%	45.0%	64.0%	65.0%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%

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

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものです。

積極的支援実施状況

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
積極的支援対象者数(人)	13	12	17	13	11	13	10	12
積極的支援利用者数(人)								
積極的支援実施者数(人)※	3	0	7	6	6	6	5	8
積極的支援実施率(%)※	23.1%	0.0%	41.2%	46.2%	54.5%	46.2%	50.0%	66.7%

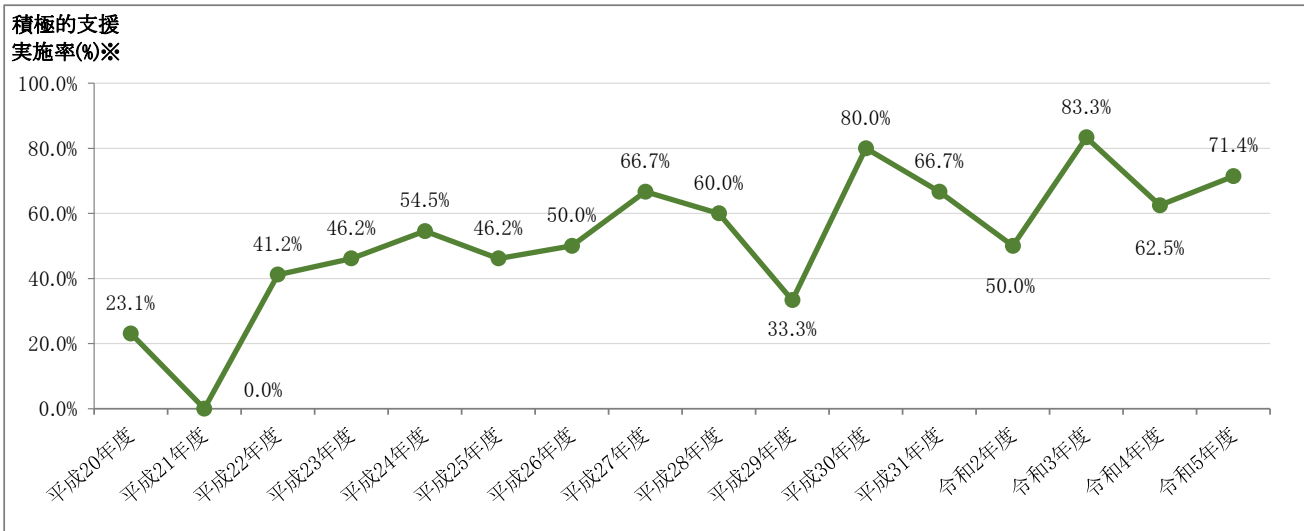
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	10	6	10	6	6	6	8	7
積極的支援利用者数(人)								
積極的支援実施者数(人)※	6	2	8	4	3	5	5	5
積極的支援実施率(%)※	60.0%	33.3%	80.0%	66.7%	50.0%	83.3%	62.5%	71.4%

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)	22	22	20	28	24	18	29	22
動機付け支援利用者数(人)								
動機付け支援実施者数(人)※	2	3	5	6	5	8	11	15
動機付け支援実施率(%)※	9.1%	13.6%	25.0%	21.4%	20.8%	44.4%	37.9%	68.2%

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	22	28	26	22	28	19	15	15
動機付け支援利用者数(人)								
動機付け支援実施者数(人)※	18	20	19	16	16	14	10	12
動機付け支援実施率(%)※	81.8%	71.4%	73.1%	72.7%	57.1%	73.7%	66.7%	80.0%

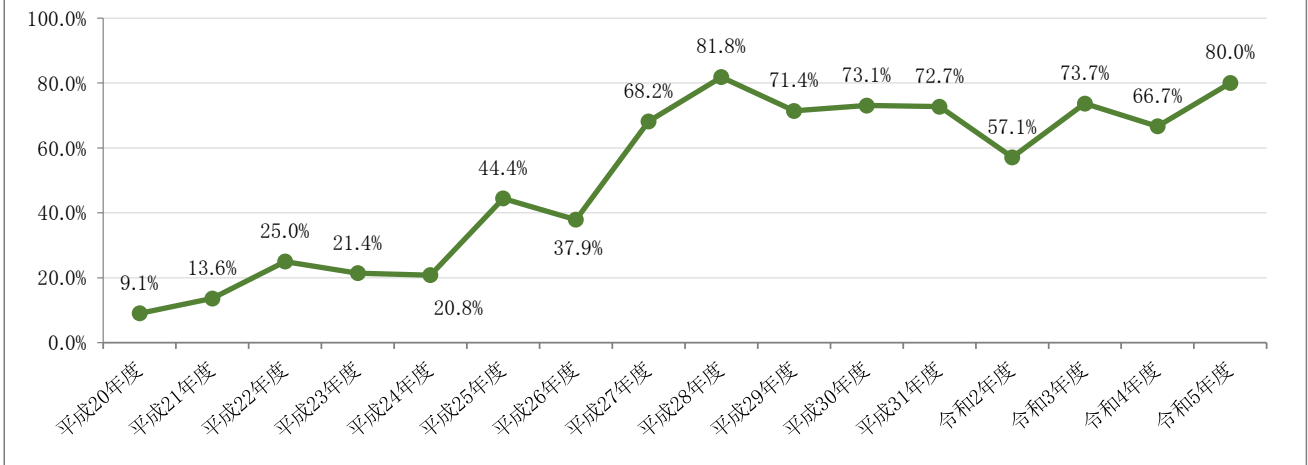
動機付け支援対象者数、動機付け支援利用者数、動機付け支援実施者数、動機付け支援実施率は法定報告値。

※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(%)※



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。

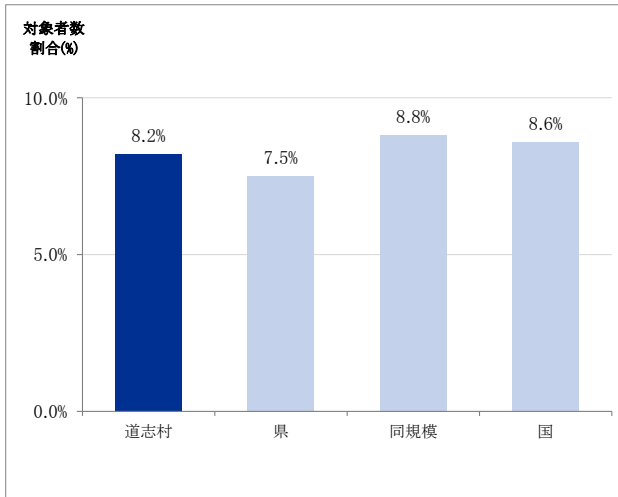
特定保健指導実施状況 (令和4年度)

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
道志村	8.2%	4.4%	12.6%	65.2%
県	7.5%	3.1%	10.6%	47.0%
同規模	8.8%	3.7%	12.5%	48.1%
国	8.6%	3.3%	11.9%	24.9%

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

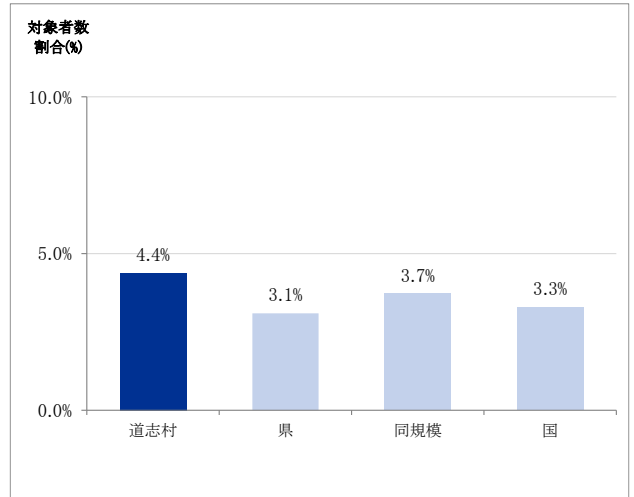
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合 (令和4年度)



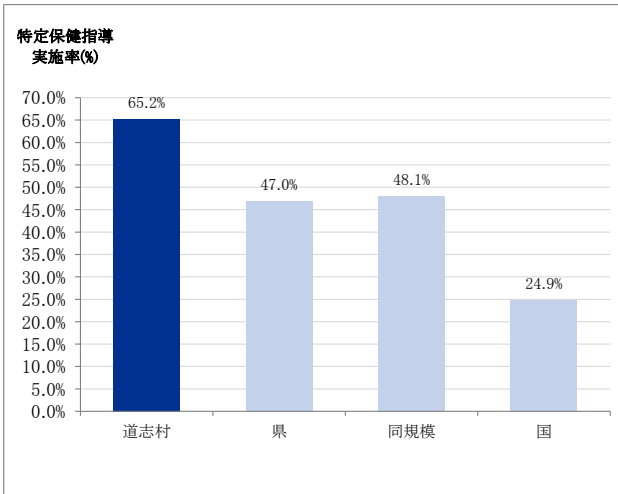
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合 (令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率 (令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、本村の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率65.2%は平成30年度75.0%より9.8ポイント減少しています。

年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
道志村	12.3%	11.4%	14.6%	10.1%	8.2%
県	8.1%	7.9%	8.1%	7.8%	7.5%
同規模	9.1%	9.2%	9.2%	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
道志村	4.7%	3.1%	3.1%	3.2%	4.4%
県	3.2%	2.9%	3.1%	3.1%	3.1%
同規模	4.0%	3.8%	3.8%	3.6%	3.7%
国	3.2%	3.2%	3.2%	3.3%	3.3%

年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
道志村	17.1%	14.5%	17.7%	13.2%	12.6%
県	11.3%	10.8%	11.2%	10.9%	10.6%
同規模	13.2%	13.0%	13.0%	12.7%	12.5%
国	12.2%	12.1%	12.2%	12.2%	11.9%

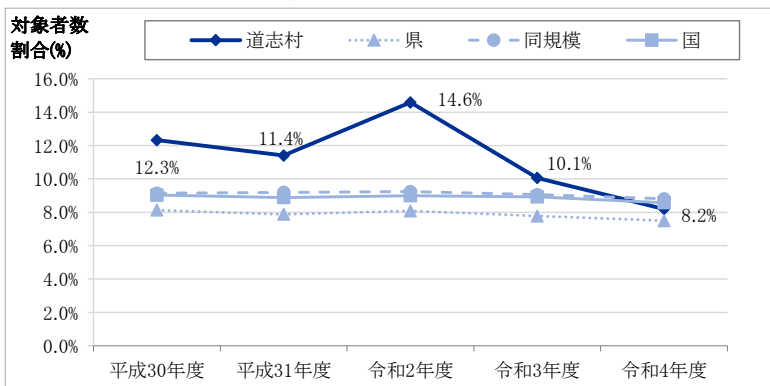
年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
道志村	75.0%	71.4%	58.8%	76.0%	65.2%
県	47.2%	50.1%	47.0%	47.2%	47.0%
同規模	47.4%	47.7%	47.8%	48.0%	48.1%
国	23.8%	24.2%	23.8%	24.0%	24.9%

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

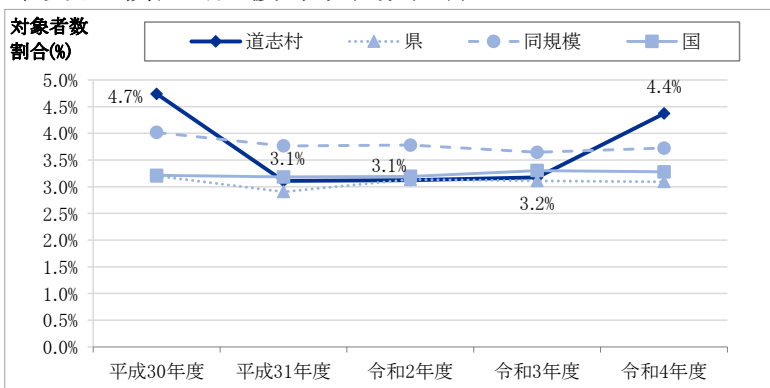
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



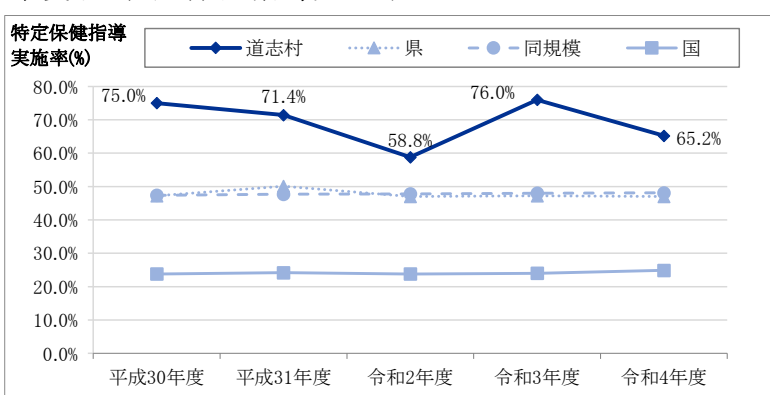
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 特定保健指導実施率



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

4. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は19.4%、予備群該当は14.3%です。

メタボリックシンドローム該当状況

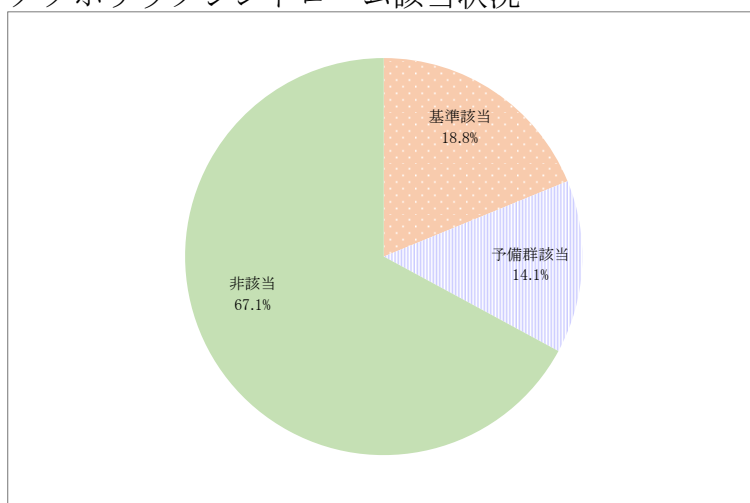
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	170	32	24	114	0
割合(%) ※	-	18.8%	14.1%	67.1%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上

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

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

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

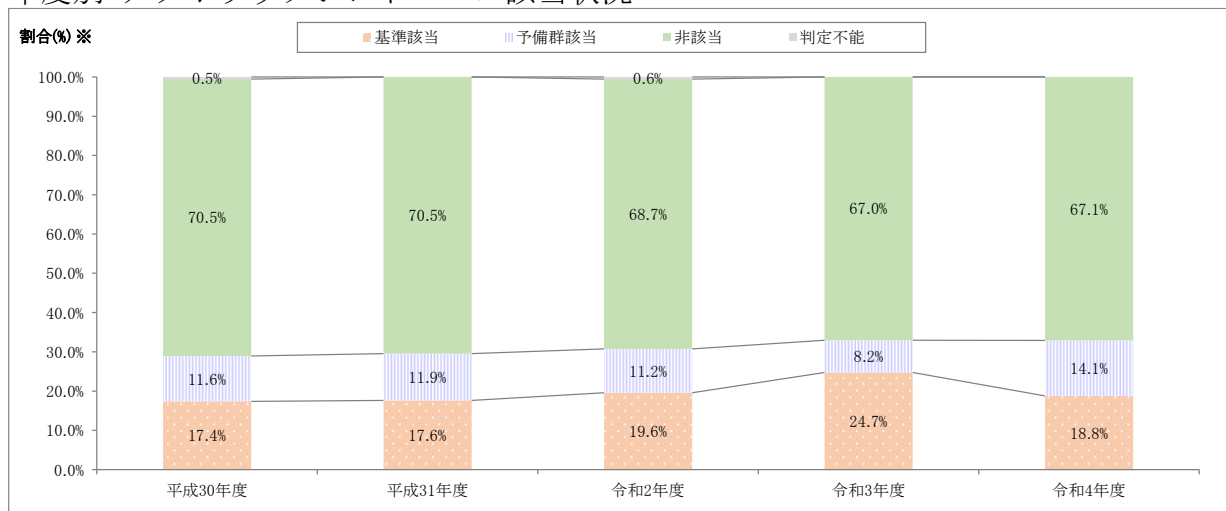
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当18.8%は平成30年度17.4%より1.6ポイント増加しており、予備群該当14.1%は平成30年度11.6%より2.5ポイント増加しています。

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	190
平成31年度	176
令和2年度	179
令和3年度	182
令和4年度	170

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	33	17.4%	22	11.6%	134	70.5%	1	0.5%
平成31年度	31	17.6%	21	11.9%	124	70.5%	0	0.0%
令和2年度	35	19.6%	20	11.2%	123	68.7%	1	0.6%
令和3年度	45	24.7%	15	8.2%	122	67.0%	0	0.0%
令和4年度	32	18.8%	24	14.1%	114	67.1%	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	電話勧奨による申し込み数	平成30年度及び平成31年度は特に電話による受診勧奨を積極的に行い、受診者の増に繋がりました。
	医療機関からの情報提供数	数10件近く提供が毎年ある状況で、特定健診受診率の向上に繋がっています。
	特定健診受診率	受診率は横ばいから増加傾向でした。(年々被保険者が減少していることに対して、受診者数が横ばいです。)
特定保健指導	特定保健指導 積極的支援終了率	終了率は横ばいでした。対象者が多い年と少ない年でばらつきがあったため、次年度の対象者が多くならないように、保健指導を徹底する必要があります。
	特定保健指導 動機付け支援終了率	終了率は横ばいでした。対象者が年々減少しているため、引き続き保健指導を徹底していきます。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
職員体制	保健師・栄養士を中心とし、事務職も同課で連携しながら特定健診及び特定保健指導の実施ができました。
予算	特定健診・特定保健指導関連の事業費は、国保特別会計で支出し、不足はありませんでした。

第3章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものです。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の53.1%です。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の40.0%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	175	53.0%	1,234,958	5,987,583	7,222,541
健診未受診者	155	47.0%	2,449,844	6,033,580	8,483,424
合計	330		3,684,802	12,021,163	15,705,965

	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	4	2.3%	93	53.1%	93	53.1%	308,740	64,383	77,662
健診未受診者	6	3.9%	61	39.4%	62	40.0%	408,307	98,911	136,829
合計	10	3.0%	154	46.7%	155	47.0%	368,480	78,060	101,329

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

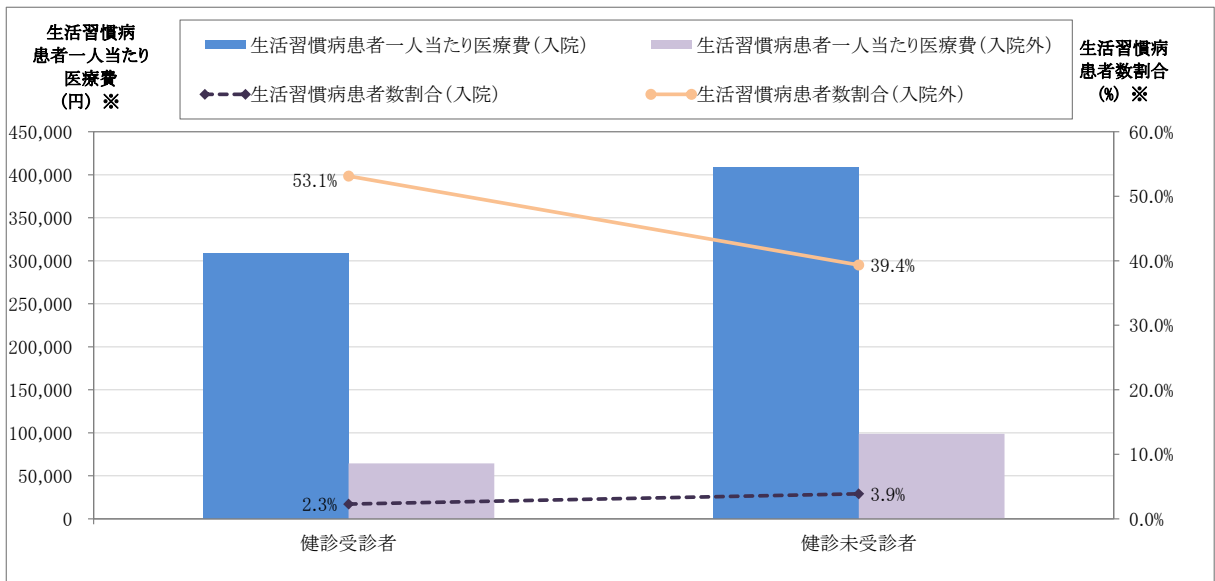
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

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

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は5.1%、動機付け支援対象者割合は9.1%です。

保健指導レベル該当状況

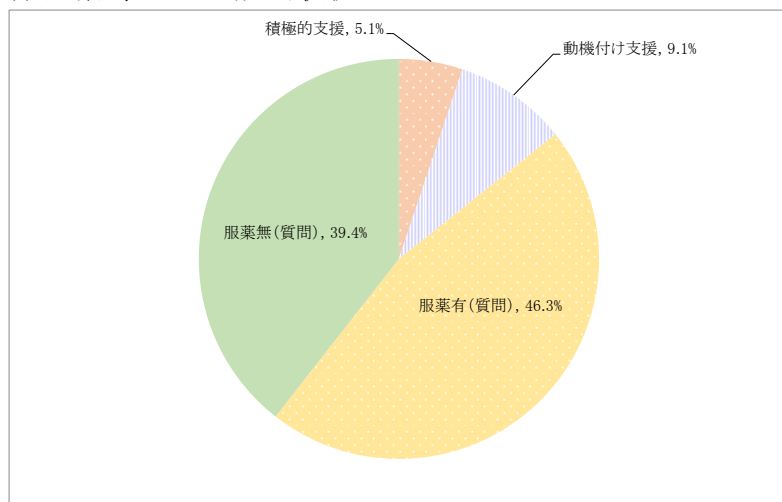
	健診受診者数 (人)	該当レベル					
		特定保健指導対象者(人)			情報提供		判定不能
			積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)	
該当者数(人)	175	25	9	16	81	69	0
割合(%) ※	-	14.3%	5.1%	9.1%	46.3%	39.4%	0.0%

データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12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血压	40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当					
上記以外でBMI ≥25	3つ該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当					
	1つ該当					

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 又は HbA1c(NGSP値)5.6%以上

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

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

③血压：収縮期血压130mmHg以上 又は 拡張期血压85mmHg以上

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

※65歳以上75歳未満の者については、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	13	3	3	23.1%	0	0.0%
45歳～49歳	6	0	0	0.0%	0	0.0%
50歳～54歳	12	2	2	16.7%	0	0.0%
55歳～59歳	14	1	0	0.0%	1	7.1%
60歳～64歳	26	7	4	15.4%	3	11.5%
65歳～69歳	42	4	0	0.0%	4	9.5%
70歳～	62	8	0	0.0%	8	12.9%
合計	175	25	9	5.1%	16	9.1%

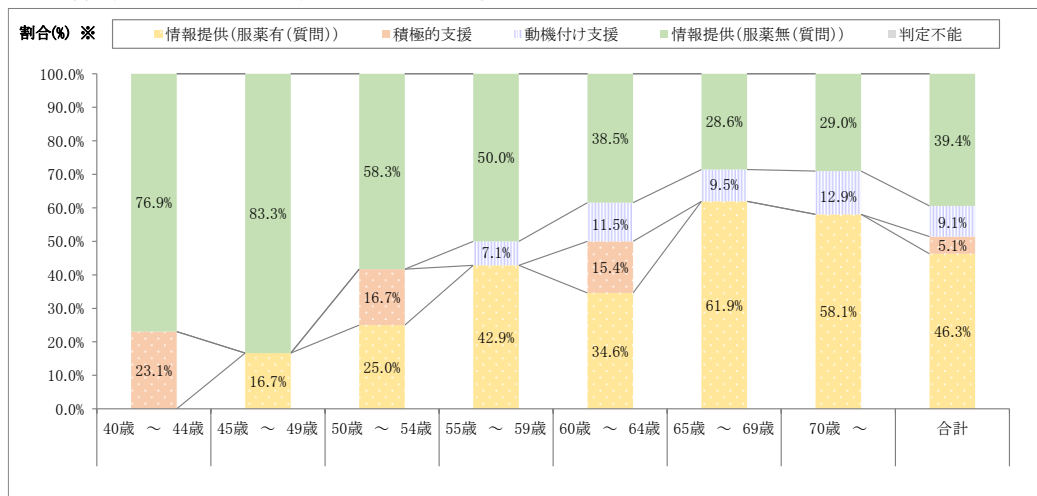
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	13	0	0.0%	10	76.9%	0	0.0%
45歳～49歳	6	1	16.7%	5	83.3%	0	0.0%
50歳～54歳	12	3	25.0%	7	58.3%	0	0.0%
55歳～59歳	14	6	42.9%	7	50.0%	0	0.0%
60歳～64歳	26	9	34.6%	10	38.5%	0	0.0%
65歳～69歳	42	26	61.9%	12	28.6%	0	0.0%
70歳～	62	36	58.1%	18	29.0%	0	0.0%
合計	175	81	46.3%	69	39.4%	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。

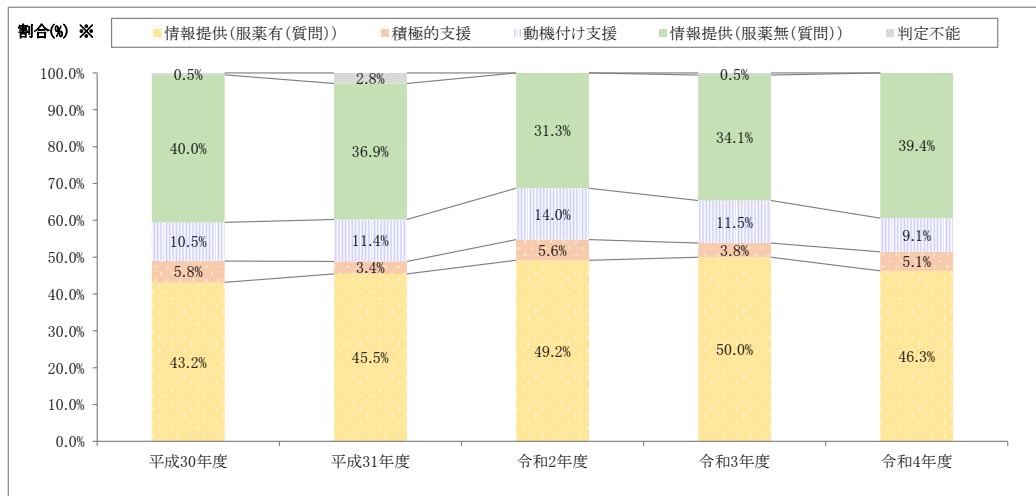
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合5.1%は平成30年度5.8%から0.7ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合9.1%は平成30年度10.5%から1.4ポイント減少しています。

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)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
平成30年度	190	31	11	5.8%	20	10.5%
平成31年度	176	26	6	3.4%	20	11.4%
令和2年度	179	35	10	5.6%	25	14.0%
令和3年度	182	28	7	3.8%	21	11.5%
令和4年度	175	25	9	5.1%	16	9.1%

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	190	82	43.2%	76	40.0%	1	0.5%
平成31年度	176	80	45.5%	65	36.9%	5	2.8%
令和2年度	179	88	49.2%	56	31.3%	0	0.0%
令和3年度	182	91	50.0%	62	34.1%	1	0.5%
令和4年度	175	81	46.3%	69	39.4%	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			25人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	2人	9人 36%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	0人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	3人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	0人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	0人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	1人	
	●		●			血糖＋脂質	0人	
	●	●	●			血圧＋脂質	1人	
	●			●		血糖＋喫煙	0人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	1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	0人	16人 64%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	1人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	0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	2人	
	●		●			血糖＋脂質	0人	
	●	●	●			血圧＋脂質	2人	
	●			●		血糖＋喫煙	0人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	0人	
			●	●		脂質＋喫煙	0人	
	●					血糖	1人	
		●				血圧	8人	
			●		因子数0	脂質	0人	
			●	喫煙		0人		
				因子数0	なし	0人		

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

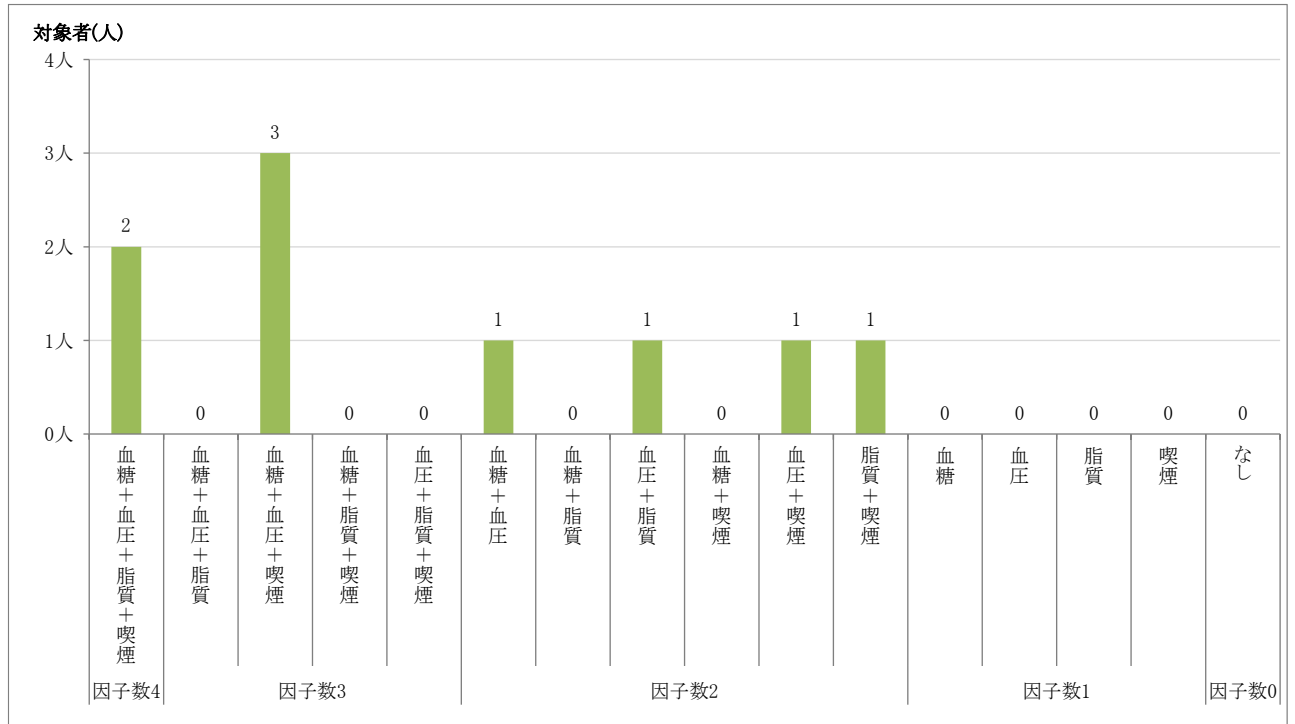
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

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

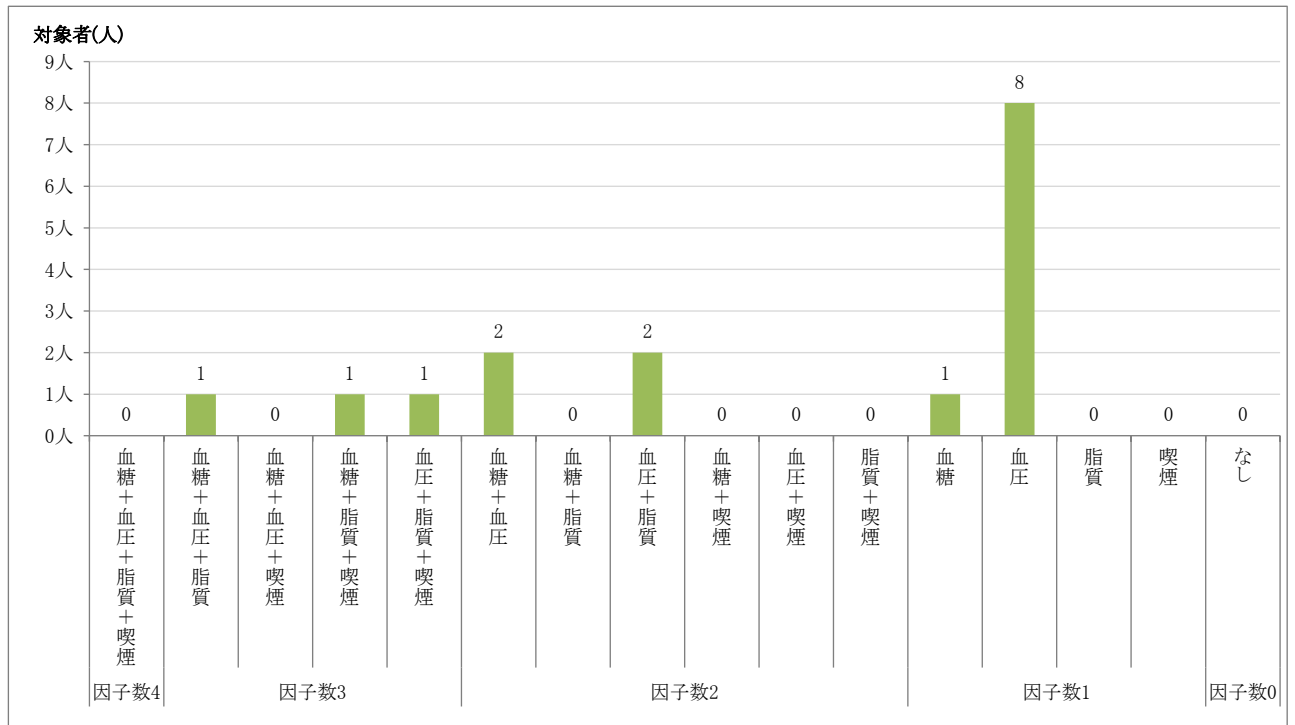
積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	25	0	161,753	161,753	0	6	6
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	69	0	190,021	190,021	0	6	6
	情報提供 (服薬有(質問))	81	1,234,958	5,635,809	6,870,767	4	81	81

		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	25	0	26,959	26,959
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	69	0	31,670	31,670
	情報提供 (服薬有(質問))	81	308,740	69,578	84,824

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。

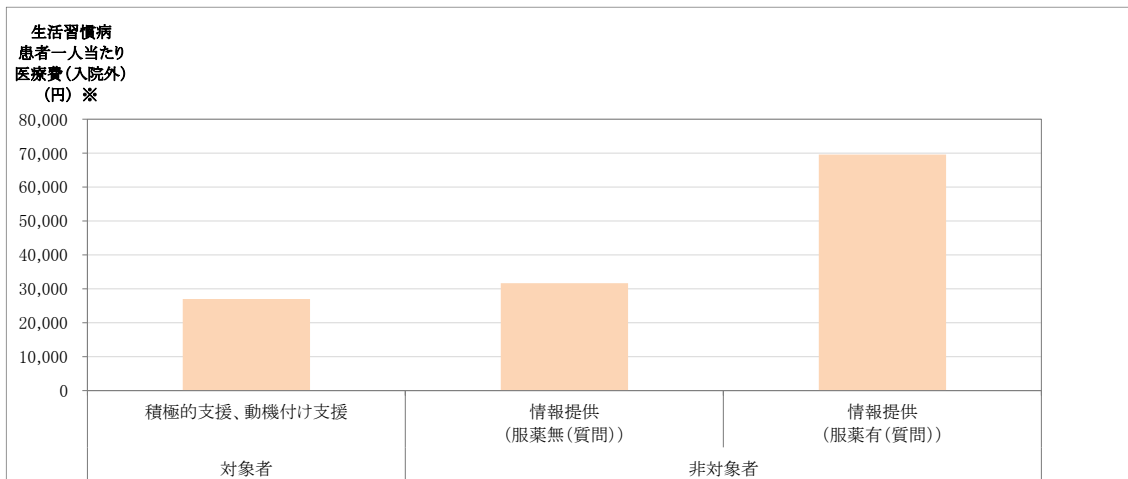
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

※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、入院外の区別なく集計した実人数。

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

特定保健指導対象者・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。本村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(%)	62.0%	62.0%	62.0%	63.0%	63.0%	63.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	69.0%	71.0%	73.0%	74.0%	76.0%	78.0%	60.0%
特定保健指導対象者の減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

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

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	273	269	262	250	233	226
特定健康診査受診率(%) (目標値)	62.0%	62.0%	62.0%	63.0%	63.0%	63.0%
特定健康診査受診者数(人)	169	167	162	158	147	142

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	117	115	116	108	101	96
	65歳～74歳	156	154	146	142	132	130
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	73	72	72	68	63	60
	65歳～74歳	96	95	90	90	84	82

(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)	22	22	21	20	20	19
特定保健指導実施率%(目標値)	69.0%	71.0%	73.0%	74.0%	76.0%	78.0%
特定保健指導実施者数(人)	15	16	15	15	15	15

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	8	8	6	6	7	7
	実施者数(人)	40歳～64歳	5	6	5	5	5	6
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	4	4	5	5	4	4
		65歳～74歳	10	10	10	9	9	8
	実施者数(人)	40歳～64歳	3	3	3	3	3	3
		65歳～74歳	7	7	7	7	7	6

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

①対象者

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

②実施方法及び実施場所

集団健診と個別に医療機関で受診する人間ドックにより実施します。

ア. 集団検診 : 水源の郷 やまゆりセンターにて実施します。

イ. 人間ドック : 医療機関において実施します。

③実施項目

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

■基本的な健診項目(全員に実施)

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

■詳細な健診項目(医師が必要と判断した場合に実施)

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

④実施時期

- 集団健診 : 春季・秋季
人間ドック : 医療機関と調整の上で決定

⑤案内方法

受診意向を把握するために、実施年度の前年度3月頃に健康づくり推進員によって全戸訪問し、申込書を配布・回収します。それぞれの申し込み内容に基づき、集団健診については実施の概ね1カ月前、人間ドックは申し込み時に問診表等交付します。

⑥特定健康診査の自己負担額

本計画開始時点での特定健康診査の自己負担額は以下のとおりとします。
なお、必要に応じて見直しを行う場合があります。

- ① 集団健診 : 1,000円
※ 節目健診(年度年齢41, 46, 51, 56, 61歳)の対象者は無料
- ② 人間ドック : 総額より助成金5,000円を差し引いた額

⑦特定健康診査の委託先

厚生労働省が示す「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)第2編第6章」に基づき、以下の基準により村民の利便性を考慮して指定医療機関等を選定し、個別契約又は集合契約により委託します。

- ・ 人員に関する基準
- ・ 施設又は設備等に関する基準
- ・ 精度管理に関する基準
- ・ 健診結果等の情報の取り扱いに関する基準
- ・ 運営等に関する基準

なお、実施状況やその内容については随時確認を行い、内容の充実を図っていきます。

⑧特定健康診査の通知

以下の方法により特定健康診査の結果を通知します。

- ア. 集団健診 : 結果説明会、もしくは役場に来所
- イ. 人間ドック : 各医療機関から通知

⑨事業主健診・かかりつけ医との連携

事業主健診の結果やかかりつけ医で行われた検査の結果について、情報提供票を送付し情報提供の依頼を行います。

(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 又は HbA1c (NGSP値) 5.6%以上
(空腹時血糖及びHbA1c (NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)
- ②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) 又は HDLコレステロール40mg/dl未満
- ③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

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

※65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみを行っている。

②実施方法

ア. 集団健診受診者

初回面接については結果説明会と同時に実施します。結果説明会において特定保健指導を受けることが出来ない場合は、道志村役場住民健康課にて随時実施します。積極的支援対象者に対しては対象の許可が得られる場合において栄養士と保健師による訪問指導を実施します。

なお、効率的な実施や住民の利便性等を考慮して随時見直しを行っています。

イ. 人間ドック受診者

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

③実施時期

特定健康診査を受診した後、特定保健指導対象者の選定を行い、階層化及び保健指導の方策を決定した時点で実施します。なお、集団健診受診者については原則として検診の結果説明会と同時に初回面接を実施します。

④実施内容

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

支援レベルは「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」に階層化します。各支援レベルにおける保健指導の内容は次のとおりです。

* 情報提供

○情報提供○	
対象者	特定健診受診で支援レベルが「情報提供」となった方
事業内容	対象者に情報提供の実施を行う。
実施方法	・健診結果通知と同時に実施します。結果の見方や、社会資源の情報（運動施設や各種教室のお知らせ等）など、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報の提供をします。

* 動機付け支援

○動機付け支援○	
対象者	特定健診受診で支援レベルが「動機付け支援」となった方
事業内容	対象者に6カ月間の保健指導を実施します。
実施方法	・面接による支援を初回に行います。その後、集団健康教室等を電話や通知で勧奨し、2月頃に実績評価を行います。特定健康診査の結果ならびに生活習慣の状況を踏まえ、自らの生活習慣の改善すべき点を自覚し、自ら目標を設定し行動に移すことが出来るよう支援します。 【具体的内容】結果説明会の初回面接、必要に応じて個別支援・集団健康教室等
評価時期	年度末
評価指標 (アウトプット)	現状（令和5年度）：動機付け支援終了率 71% (20/28人) 令和6～令和11年度：動機付け支援終了率 70～75%

* 積極的支援

○積極的支援○	
対象者	特定健診受診で支援レベルが「積極的支援」となった方
事業内容	対象者に6カ月間の保健指導を実施します。
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・5月受診者は、6～7月、9月受診者は10～11月に保健師が初回面接を行います。原則保健師・栄養士が自宅を訪問し、具体的な相談・指導を行います。 ・電話や手紙、面談等による継続的支援を行います。 ・3～6カ月経過後に身体測定・血圧測定を行い、実績評価を行います。 ・毎年2月頃に血液検査・身体測定・血圧測定を行い、実績評価をするとともに各個人に結果を返すことにより、目標達成への評価を行います。
評価時期	年度末
評価指標 (アウト プット)	現状(令和5年度) : 積極的支援終了率 33%(2/6人) 令和6年～令和11年度 : 積極的支援終了率 50～70%

積極的支援者の具体的な支援方法は次の表のとおりです。

自らの身体に起こっている変化を理解できるように促し、具体的に実践可能な行動目標について対象者と一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援し、行動を継続できるように意識付けを行います。

特定保健指導支援計画(春)

支援種類	回数	時期	支援形態	実施時間	従事者	内容
初回訪問	1		個別支援A	20分	保健師 管理栄養士	①本人が生活習慣と現在の健康状態の確認ができる。 ②生活習慣病改善への取り組みが意識でき、改善行動へのきっかけとして食事内容の記載について導入への理解ができる。 ③生活習慣改善に向けての健康に関する事業・評価事業について令和6年度のスケジュールが理解できる。
継続的な支援	2	2週間後	個別支援A	30分	保健師 管理栄養士	①健診結果により本人の健康状態が再確認できる。 ②行動変容ステージを理解しつつ本人と話し合うことで生活習慣を振り返り、実践可能な行動目標をたてられる。
	3	1カ月後	個別支援B (電子メール支援B)	10分以上	保健師 管理栄養士	①行動計画の実施状況の確認と行動や取り組みへの賞賛や励ましを行い行動計画が継続できる。 ②目標達成状況を確認する。 ③生活習慣の振り返りを行い、必要時は行動目標・行動計画の再設定をする。
	4	2カ月後	個別支援B (電子メール支援B)	10分以上	保健師 管理栄養士	①行動計画の実施状況の確認と行動や取り組みへの賞賛や励ましを行い行動計画が継続できる。 ②目標達成状況を確認する。 ③生活習慣の振り返りを行い、必要時は行動目標・行動計画の再設定をする。
	5	4カ月後	個別支援A (中間評価)	20分	保健師 管理栄養士	①行動計画の実施状況を把握し賞賛・励ましを行い継続できるよう支援する。 ②目標達成状況を確認する。 ③生活習慣の振り返りを行い、必要時は行動目標・行動計画の再設定をする。 ④腹囲/血圧/体重測定。 ⑤生活習慣病予防教室の勧め
	6	6カ月後	個別支援B (電子メール支援B)	10分以上	保健師 管理栄養士	①行動計画の実施状況の確認と行動や取り組みへの賞賛や励ましを行い行動計画が継続できる。 ②評価事業測定の参加の勧め
評価	7	8カ月後	個別理学療法士支援A	10分	保健師 管理栄養士	①行動計画の実施状況及び行動目標の達成状況を確認する。 ②腹囲、BMI、血圧、血糖、中性脂肪、LDL、HDL、 γ -GTPの測定・検査。
	8	9カ月後	個別支援A (評価)	20分	保健師 管理栄養士	①2月下旬の結果を本人に説明し行動目標・目標達成状況を総合的に本人と評価する。 ②行動計画の継続を勧める。さらにレベルを上げた行動計画の提案や決定に結びつける。

特定保健指導支援計画(秋)

支援種類	回数	時期	支援形態	実施時間	従事者	内容
初回訪問	1		個別支援A	20分	保健師 管理栄養士	①本人が生活習慣と現在の健康状態の確認ができる。 ②生活習慣病改善への取り組みが意識でき、改善行動へのきっかけとして食事内容の記載について導入への理解ができる。 ③生活習慣改善に向けての健康に関する事業・評価事業について令和6年度のスケジュールが理解できる。
継続的な支援	2	2週間後	個別支援A	30分	保健師 管理栄養士	①健診結果により本人の健康状態が再確認できる。 ②行動変容ステージを理解しつつ本人と話し合うことで生活習慣を振り返り、実践可能な行動目標をたてられる。
	3	1カ月後	個別支援B (電子メール支援B)	10分以上	保健師 管理栄養士	①行動計画の実施状況の確認と行動や取り組みへの賞賛や励ましを行い行動計画が継続できる。 ②目標達成状況を確認する。 ③生活習慣の振り返りを行い、必要時は行動目標・行動計画の再設定をする。
	4	2カ月後	個別支援B (電子メール支援B)	10分以上	保健師 管理栄養士	①行動計画の実施状況の確認と行動や取り組みへの賞賛や励ましを行い行動計画が継続できる。 ②目標達成状況を確認する。 ③生活習慣の振り返りを行い、必要時は行動目標・行動計画の再設定をする。
	5	4カ月後	個別支援A (中間評価)	20分	保健師 管理栄養士	①行動計画の実施状況を把握し賞賛・励ましを行い継続できるよう支援する。 ②目標達成状況を確認する。 ③生活習慣の振り返りを行い、必要時は行動目標・行動計画の再設定をする。 ④生活習慣病予防教室の勧め。
	6	6カ月後	個別支援B (電子メール支援B)	10分以上	保健師 管理栄養士	①行動計画の実施状況の確認と行動や取り組みへの賞賛や励ましを行い行動計画が継続できる。 ②評価事業測定の参加の勧め。
評価	7	8カ月後	個別理学療法士支援A	10分	保健師 管理栄養士	①行動計画の実施状況及び行動目標の達成状況を確認する。 ②腹囲、BMI、血圧、血糖、中性脂肪、LDL、HDL、 γ -GTPの測定・検査。
	8	9カ月後	個別支援A (評価)	20分	保健師 管理栄養士	①2月下旬の結果を本人に説明し行動目標・目標達成状況を総合的に本人と評価する。 ②行動計画の継続を勧める。さらにレベルを上げた行動計画の提案や決定に結びつける。

⑤特定保健指導の委託先

厚生労働省が示す基準「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)第1編第1章」に基づき、以下の基準により村民の利便性、保健指導の効果等を考慮して、個別契約又は集合契約により委託します。

- ・ 人員に関する基準
- ・ 施設又は設備等に関する基準
- ・ 保健指導の内容に関する基準
- ・ 保健指導の記録等の情報の取り扱いに関する基準
- ・ 運営等に関する基準

なお、実施状況やその内容については随時確認を行い、内容の充実を図ります。

⑥保健指導利用希望者への対応

特定健康診査の結果、特定保健指導の対象とならなかった方に対しても、本人からの利用希望などがあれば対応し、生活習慣の早期改善・生活習慣病の予防につながる自発的な取り組みを支援するものとします。

(3)受診勧奨対策

特定健康診査や特定保健指導は、被保険者の生活習慣病の予防を図り生活の質の向上を目指すことを目的としていますが、そのためにはより多くの方が特定健康診査・特定保健指導を受診するような仕組みを構築していくことが必要です。

道志村では受診勧奨として、健診実施年度の前年度3月頃に健康づくり推進委員による全戸訪問にて申込書の配布・回収を行います。また秋季健診前に秋季健診受診希望者・春健診未受診者に対して健康づくり推進委員が訪問し、健診内容の確認や未受診者への受診勧奨を行います。

その後、上記過程を経てなお健診の申し込みが無い対象者に対して、道志村役場住民健康課において電話にて受診勧奨を行います。日程が合わない、主治医へ受診している、等の理由で健診を受診できない対象者に対しては、人間ドックの助成や情報提供票の提出を案内します。

(4)代行機関

特定健康診査等の実施期間の情報管理、結果データのチェック及び保存、費用請求の審査・支払い・決済などに関わる事務を「山梨県国民健康保険団体連合会」に委託します。

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
未受診者勧奨	40歳～59歳、特に男性被保険者の受診率向上のため、通知及び電話勧奨等行います。
	集団健診未受診者については、健診結果情報提供の依頼を医療機関に行うことに加え、道志村診療所での特定健診受診を促します。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み
保健指導実施による生活改善	保健師・栄養士による面談及び電話等の個別保健指導を充実させ、次年度の保健指導対象者を減少させます。

5. 実施スケジュール

実施項目	前年度	当年度												次年度				
	2～3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	
健診の通知	⇐																	
健診の申込		⇐																
集団検診の実施			○				○											
人間ドックの実施		⇐ ※																
結果通知/初回面接			○				○											
特定保健指導の実施			⇐															
事業評価 見直し																	⇐	

※ 人間ドックの実施時期については、医療機関と調整の上で決定します。

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

3. 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

1. 用語解説集

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療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、又はグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡率	標準化死亡率は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡率が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

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

2. 疾病分類

疾病分類表 (2013年版)

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

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

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