

富士河口湖町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
富士河口湖町

はじめに	4
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 基本的事項	6
背景と目的 / 計画の位置づけ / 計画期間	6
実施体制・関係者連携	7
基本情報	7
現状の整理	8
第2章 健康・医療情報等の分析と課題	9
数的データ・質的データ・地域特性	9
不適切な生活習慣 / 生活習慣病予備群 / 生活習慣病発症 /	9
重症化・合併症発症 / 要介護状態・死亡 / 医療費適正化	10
健康問題 / 健康課題	11
参照データ	12
図表1 令和4年度 関連データ全体	12
図表2-1 特定健康診査受診率(性・年齢階層別)(令和4年度)	16
特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(年度別)	16
図表2-2 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率	17
図表2-3 特定健康診査受診率(性年齢階層別)	18
特定健康診査受診率・保健指導実施率(年度別)	19
図表3-1 人口動態	20
図表3-2 平均余命と平均自立期間	21
図表4-1 年度別医療費の状況	23
図表4-2 性・年齢階層別医療費の状況	24
図表4-3 最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)	25
図表5-1 疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院)(令和4年度)	26
図表5-2 疾病分類別 医療費構成比及び分析(外来)(令和4年度)	27
図表6 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)	28
図表7 人工透析に関する分析	29
図表8 被保険者千人当たりレセプト件数・入院外来別(令和4年度)	30
図表9 質問票調査の状況(令和4年度)	33
図表10 検査項目別 有所見者の状況(男女別・年代別)(令和4年度)	34
図表11 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)	35
図表12-1 重複・頻回受診者に係る分析(令和4年度)	36
図表12-2 重複・頻回受診者に係る分析	37
図表13-1 重複・多剤処方に係る分析(令和4年度)	38
図表13-2 重複・多剤処方に係る分析	40
図表14 後発医薬品普及率に係る分析	41
図表15 死因の状況	42
第3章 計画全体	43
健康課題	43
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	44
保健事業一覧	44

第4章	個別事業計画	45
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	45
	事業番号1-1 特定健康診査	47
	事業番号1-2 特定保健指導	49
	事業分類 2 糖尿病対策	51
	事業番号2-1 糖尿病予防対策	53
	事業番号2-2 糖尿病性腎症重症化予防事業	55
	事業分類 3 生活習慣病重症化予防 事業3 要医療者への受診勧奨	57
	評価指標一覧	59
	計画全体(総合アウトカム)	59
	事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	61
	事業分類 2 糖尿病対策	63
	保健事業アウトカム一覧(富士河口湖町設定)	65
第5章	その他	69
	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	69
	個人情報の取扱い / 地域包括ケアに係る取り組み	69
第6章	その他の保健事業	70
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	73
	1. 計画策定の趣旨 / 2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ / 3. 計画期間	73
	4. データ分析期間	74
第2章	特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	75
	1. 取り組みの実施内容	75
	2. 特定健康診査の受診状況	76
	3. 特定保健指導の実施状況	79
	4. メタボリックシンドローム該当状況	85
	5. 第3期計画の評価と考察	87
第3章	特定健康診査に係る詳細分析	88
	1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	88
	2. 特定保健指導対象者に係る分析	89
第4章	特定健康診査等実施計画	95
	1. 目標 / 2. 対象者数推計	95
	3. 実施方法	97
	4. 目標達成に向けての取り組み	103
	5. 実施スケジュール / 6. 代行機関	104
第5章	その他	105
	1. 記録の管理・保存	105
	2. 個人情報保護 / 3. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	106
	4. 特手健康診査等実施計画の評価及び見直し	107
	5. 他の健診との連携	107
	6. 実施体制の確保及び実施方法の改善	107
巻末資料		108
	1. 用語解説集	109
	2. 疾病分類	111

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る。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る。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る。

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る。

富士河口湖町国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきた。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としている。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」を一体的に策定する。

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。」と定めた。</p> <p>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る。</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る。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ある。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する。</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ある。</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、後期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する。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、理解を図るものとする。</p>
<p>計画期間</p>	<p>令和6年度から令和11年度までの6年間とする。</p>	

実施体制・関係者連携	庁内組織	<p>富士河口湖町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行う。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部局や介護保険部局等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、社会保険等の被保険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する。</p> <p>国保部局は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保する。</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・協力が重要となる。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、大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努める。</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る。</p>

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

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報 (2023年3月31日時点)					
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		25,721	/	14,147	/	11,574	/
国保加入者数(人)	合計	5,645	100.0%	2,845	100.0%	2,800	100.0%
	0～39歳(人)	1,457	25.8%	758	26.6%	699	25.0%
	40～64歳(人)	1,935	34.3%	1,041	36.6%	894	31.9%
	65～74歳(人)	2,253	39.9%	1,046	36.8%	1,207	43.1%
	平均年齢(歳)	52.0歳	/	51.2歳	/	52.6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	富士吉田医師会、山梨県健康管理事業団、人間ドック委託検査機関、山梨県栄養士会と特定健診・特定保健指導に関して連携を図る。富士吉田医師会、富士河口湖町歯科医師会、富士五湖薬剤師会、山梨県栄養士会と糖尿病性腎症重症化予防事業等に関して連携を図る。
山梨県(保健所)	関係機関との調整や、人材育成について連携を図る他、健康課題の分析や事業評価等について情報提供や助言を求める。
国民健康保険団体連合会 (保健事業支援・評価委員会)・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。また、保健事業の推進や評価等に関する情報提供や助言を求める。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、商工会、自治会等と連携して実施する。

(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5,645人で、町の人口に占める加入率は21.9%である。平成30年度と比較すると6,280人から年々減少傾向にある。年齢階層別にみると、全ての年代で減少傾向ですが、70歳～74歳の被保険者は増えており、高齢化が進んでいる。
	年齢別被保険者 構成割合	39歳以下が25.8%、40～64歳が34.3%、65歳～74歳が39.9%。県の平均よりも64歳以下の割合が高く、65歳～74歳の割合が低くなっており、高齢化率は県や国よりも低い水準である。また、65歳～74歳で女性の人数割合が男性よりも高くなっている。(令和4年度)
前期計画等に係る 考察	<ul style="list-style-type: none"> 健康寿命は男性女性ともに年々延びている。医療費は微増傾向にあり、生活習慣病の占める割合が増加している。 令和2年、3年とコロナの影響で、健診の集団検診や保健事業の実施が難しく、効果的な結果を得ることが難しかった。 特定健診受診率は目標への到達は難しいが、年々向上しており、目標達成に向けて成果は出ている。被保険者がインターネットから健診の予約ができるようなシステム作りも検討する必要がある。 糖尿病を起因とする人工透析者数は増加している。糖尿病性腎症重症化予防事業をさらに推進するとともに、若い世代からの生活習慣病予防対策に取り組む必要がある。 	

		A 不適切な生活習慣	B 生活習慣病予備群	C 生活習慣病発症		
1 現状	数的データ	<p>(健診問診項目の該当者割合等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率(R4度)40.6%で年々増加傾向だが、県平均よりは低い。男女とも40歳、50歳代の受診率が低く男性は女性よりも平均で7%低い傾向にある。 ・特定健診の間診において、週3回以上朝食を抜く、週3回以上就寝前に夕食を食べるなど食生活が不規則な人や食べる速度が速いなど食生活に課題がある人の割合が県平均と比較して高い。 ・1日1時間以上運動なし45.7%は県と比較して高く、1日30分以上の運動習慣のない者の割合は64.6%と6割を超えている。 ・毎日飲酒する人の割合が24.4%の割合が県と比較して高い。 ・生活習慣の改善意欲なしが31.2%と県平均と比較して高い。 ・喫煙率12.5%で年々減少傾向である。 ・被保険者が最も多い船津地区の特定健診受診率が最も低く、令和3年度町は37%だったが、船津地区は34%である。 	<p>(健診検査項目の有所見率等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率(R4度)27.3% 県平均は毎年50%前後であり、実施率は低い。 ・健診の有所見者として最も多いのはHbA1cで65.5%、次いでLDL50%、収縮期血圧48%であった。 ・40～64歳の男性の有所見者としてLDL、HDL、尿酸、中性脂肪の数値の異常の割合が県と比較して高い。 ・65歳～74歳で健診の有所見者割合が高いものが多く、HbA1c 73.6%、血糖39.5%、eGFR 28.7%、収縮期血圧55.4%等、県よりも高い。 ・心電図の有所見者割合(25.9%)は全体的に県平均より高く、特に男性の65歳～74歳で28.5%と高い。 ・令和4年度健診結果報告会保健指導実施率 79% 個別指導：対象者477人 参加者376人(78.8%) 集団指導：対象者442人 参加者240人、個別対応110人 合計350人(79.2%) 	<p>(医療費の状況等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者一人当たりの医療費は県平均と比較して低い水準にある。 ・健診受診者の医療費は1,980円に対して、健診未受診者の医療費12,388円で県と比較しても高額である。生活習慣病対象者も健診受診者では6,318円であるが健診未受診者は39,525円で県より高い。 ・受診勧奨者の非受診率 7.0%で県より高い割合となっている。要医療であっても放置している人が多い傾向である。 ・健診の受診者の問診票の回答に、脂質異常症以外の服薬、既往歴の割合はいずれも県や全国と比較して低い。これは生活習慣病等で受診している人が健診を受ける割合が低いことも考えられる。 ・特定健診未受診者のかかりつけ医からの情報提供者数(みなし健診) 令和3年20人 令和4年37人 		
	質的データ	<ul style="list-style-type: none"> ・飲食業やホテル業で、不規則な生活習慣や食事時間が見られる。食事の時間間隔が空いてしまい、間食が習慣化している。 ・職業上、食事の時間の確保が難しい傾向にある。 ・一人1台の車を使用した生活のため、ウォーキングやジョギングしている人が少ない。運動としてウォーキング等する人はいるが、買い物等で生活習慣として行う人は少ない。 ・吉田のうどんなど気軽に早く食べれるものを好む傾向があるため、食べる速度も速くなる傾向がある。 ・食品を扱うスーパーやコンビニが多くあり、総菜や弁当を気軽に利用している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・飲食業やホテル業の職業上、不規則な生活習慣が考えられる。 ・40歳以下の健診受診者の脂質異常の割合が高い。 ・漬物や練り製品、麺類のスープなど塩分が多い食事を取ることが多い。 ・健診結果報告会への参加率は高い。健診受診者に結果報告会で結果の説明を受けることが事前周知されており参加率向上につながっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・体調不良を感じたり、怪我をした場合は医療機関を受診するが、健診結果に異常があっても自覚症状がないため軽く考えて放置している人がいる。何らかの異常を感じ受診した際に疾患が進行してから、治療につながるケースがある。 		
地域特性	<p>①変遷、面積、気候風土</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総面積 158.51km²のうち、森林が75.4%を占める。 ・富士山の北麓に位置し、富士箱根伊豆国立公園地域にある。富士山とその裾野に展開する青木ヶ原樹海や富士ヶ嶺高原、4つの湖(河口湖、西湖、精進湖、本栖湖)を有している。 	<p>②産業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・観光関連業を中心とした第3次産業が主産業 ・製造業では電子・精密機械と食品加工が中心 ・農業では畜産(乳牛・肉牛・養豚)が中心 	<p>③交通機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・車での移動が主 ・河口湖ICから中央自動車道により首都圏と、東富士五湖道路により東名高速道路と連絡し、東京を結ぶ高速バスや富士急行線(大月駅～河口湖駅)が運行しており、広域からの交通アクセスは充実している。 	<p>④医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関数は少ないため、近隣市町村の利用が多い。 	<p>⑤住民との協働活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・民生委員や福祉委員、食生活改善推進員等との協働活動あり。 	<p>⑥その他(健康に関する活動を協働できる社会資源)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・富士吉田医師会 ・富士河口湖町歯科医師会 ・富士五湖薬剤師会 ・県栄養士会 ・県歯科衛生士会

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)

- ・悪性新生物 1件当たりの医療費は外来で県内3位で高額であり、入院も2位となっている。
- ・細小分類による医療費は、慢性腎臓病(透析あり)6.3%、糖尿病(4.4%)、関節疾患(4.2%)統合失調症(4.1%)、の順に高く、慢性腎臓病(透析あり)の医療費は県の水準よりも高い。
- ・透析患者は令和4年度は25名となっており、経年で見ると年々増加している。
- ・疾病分類別医療費の割合は、入院では、新生物<腫瘍> 18.7%、循環器系の疾患18.4%、精神及び行動の障害13.4%の順に高い。
- ・外来では、新生物<腫瘍>17.6%、内分泌・栄養系及び代謝疾患13.0%、泌尿器系の疾患12.3%の順で高い。

- ・透析が必要な人が平成31年以降増加傾向で、それにより医療費も増加傾向である。
- ・糖尿病性腎症の重症化予防事業の対象者に対し保健指導を受けることを勧奨しても、時間がなかったり、医師に診てもらっているので大丈夫といい、健康管理に関して自ら取り組む意欲が薄いのか、生活の中で優先順位が低くなってしまっている。

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)

- ・男性の平均余命83.0歳
- ・女性の平均余命90.1歳と県と比較して長い。
- ・SMR(標準化死亡比)は男女とも低く、男性はR2年は102.8だったので低下している。
- ・介護認定率は14.9%で県と比較しても低い。しかし1件当たりの給付費は県と比較してやや高く特に施設サービス費が高い。
- ・死因としてがんが48.3%と最も高く、自殺が6名(5.1%)と県と比較して高い。
- ・要介護認定者の医療費は8,779円で、非認定者の医療費は4,064円で2倍以上の差がある。
- ・介護認定に至った原因疾患として令和3年度の申請者では認知症が最も多く、次いで循環器疾患である。

- ・平均余命が県と比較して長い。女性の健診受診率は男性に比べ高く、健康意識が高いことが考えられる。
- ・介護申請をなかなか行わず、新規認定者の要介護度が高い傾向がある。ぎりぎりになって介護が必要となり申請するため、介護度が高くなることが考えられる。
- ・若いころの運動習慣がないことが、高齢になると筋・骨格系の医療費が増えていく要因の1つと考えられる。

F 医療費適正化

(重複頻回受診、重複多剤処方該当者、後発医薬品の使用状況、等)

- ・後発医薬品使用割合(数量シェア・令和5年3月) 84.1%
- ・重複・頻回受診該当者数(平均値) 令和4年度 13人
- ・重複処方該当者数(平均値) 令和4年度 6人
- ・多剤処方該当者数(平均値) 令和4年度 39人

<h2>2 健康問題</h2>	<p>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)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・朝食の欠食、就寝前夕食、早食い、毎日の飲酒習慣がある人の割合が県と比較して高い。観光関連業(ホテル業や飲食業)に従事している人が多く、仕事の忙しさから「食事の時間の確保が難しい」「生活習慣が不規則になりやすい」「食事の間隔が空くため間食が習慣化している」影響が考えられる。 ・1日1時間以上の身体活動がない人の割合が県より高い。車移動が中心で、生活の中で歩くことが少ない影響が考えられる。 ・漬物・吉田のうどんをはじめとする麺類・練り製品等、塩分の多い食事をとることが多い。 ・特定健診受診率・特定保健指導実施率が県より低く、特に40歳代～50歳代男性の健診受診率が低率である。また、健診受診者のうち生活習慣の改善意欲がない人の割合が、県と比較して高い。健診結果に異常があっても自覚症状が出るまで放置する人もおり、生活習慣改善や医療機関受診につながりにくく、疾病が重症化しやすい状況にある。 ・女性のメタボ予備群の割合が県より高く、60歳代が特に多い。メタボ該当・予備群の保有リスクは「脂質のみ」「血糖・脂質」「血圧・脂質」が県より高く、いずれも脂質リスクが共通している。 ・健診受診者の有所見者割合について、脂質(中性脂肪・HDL-C)・尿酸・血圧(拡張期)・腎機能(e-GFR)が県と比較し高い。血糖(血糖・HbA1c)は県より低いものの国より高い。受診者全体で有所見者割合が高い項目はHbA1cで、6割以上が該当しており、特に60歳代～70歳代が高率である。 ・心電図の有所見者割合が県・国より高く、40歳代男性を除きいずれの年代・性別も県平均を超えている。 ・入院及び外来医療費を細小分類別にみると、医療費上位第一位は「慢性腎不全(透析あり)」で6.3%を占めている、第2位は糖尿病、第5位に脂質異常症、第6位に高血圧が医療費が多くかかっている。また最大医療資源傷病名別医療費構成比においても慢性腎臓病(透析あり)とがんが占める割合は県と比較して高い。また脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、脂質異常症の割合も県より高くなっている。 ・生活習慣病の重症化や合併症として発症する慢性腎臓病(透析あり)や脳血管疾患の被保険者千人当たりレセプト件数はともに県・国より多く、特に件数が多いのは40歳代後半～60歳代である。また、被保険者に占める透析患者割合は、県と同程度だが国より高い。透析患者数は年々増加傾向で、特に50歳代・60歳代男性の割合が高い。透析患者の半数以上が糖尿病を併発している。 	



<h2>3 健康課題</h2>	<p>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。</p>	
<p style="text-align: center;">健康課題の内容</p>		
<p>A</p>	<p>糖尿病・脂質異常症・高血圧の疾病別医療費割合(入院及び外来)が高い。生活習慣病で治療中の人が多く、複数の生活習慣病を併発している人も多い。また、慢性腎臓病(透析あり)・脳血管疾患の医療費割合・被保険者千人当たりレセプト件数も、県・国より多く、人工透析患者は増加している。</p>	<p style="text-align: center;">✓</p>
<p>B</p>	<p>特定健診受診者の有所見者割合で、最も有所見割合が高いのはHbA1で65%、血糖値も33%である。また脂質・尿酸・血圧・腎機能が県と比較し高い。特に前期高齢者になると血糖や腎機能の有所見者の割合がさらに高くなり、高血糖・高血圧・脂質異常が継続した結果、動脈硬化が進行し、腎機能の低下につながっている。</p>	<p style="text-align: center;">✓</p>
<p>C</p>	<p>特定健診受診率・特定保健指導実施率が県と比べ低く、特に40歳代～50歳代男性の健診受診率が低率である。健康状態の把握ができず、年を重ねるにつれて疾病に気づかず、重症化しやすい。</p>	<p style="text-align: center;">✓</p>
<p>D</p>	<p>不規則な食生活や運動習慣がないなど生活習慣に課題のある人が多く、若い時からの生活習慣による有病者が多い。また生活習慣の改善意欲がない人が多い。観光関連業や飲食業従事者は仕事柄生活リズムを変えることが困難といった背景もあり、生活習慣の改善につながりにくい。</p>	

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			富士河口湖町		県		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合※	実数	割合	実数	割合		
1 全体像	① 人口構成	総人口		25,721		791,146		123,214,261	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題	
		65歳以上 (高齢化率)		6,860	26.62	245,884	31.01	35,335,805		28.59
		75歳以上		3,439	13.32	128,751	16.21	18,248,742		14.73
		65～74歳		3,421	13.30	117,133	14.80	17,087,063		13.86
		40～64歳		8,842	34.39	267,271	33.81	41,545,893		33.75
	39歳以下		10019	38.98	277,991	35.18	46,332,563	37.66		
	② 産業構成	第1次産業		2.4		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		28.9		28.4		25.0		
		第3次産業		68.7		64.3		71.0		
	③ 平均寿命	男性		81.0		80.9		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		女性		88.0		87.2		87.0		
	④ 平均余命	男性		83.0		81.8		81.7		
		女性		90.1		88.2		87.8		
	2 死亡	① 死亡の状況	標準化 死亡比(SMR)	男性	95.1		96.4		100.0	KDB_NO.1 地域全体像の 把握
				女性	93.0		97.4		100.0	
			死 因	がん	57	48.3	2,433	48.1	378,272	
心臓病				32	27.1	1,394	27.5	205,485	27.5	
脳疾患				18	15.3	794	15.7	102,900	13.8	
糖尿病				3	2.5	107	2.1	13,896	1.9	
腎不全				2	1.7	205	4.0	26,946	3.6	
自殺				6	5.1	129	2.5	20,171	2.7	
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,033	14.9	41,372	16.9	6,724,030	19.4	
		新規認定者		22	0.3	804	0.3	110,289	0.3	
		2号認定者		24	0.3	809	0.3	156,107	0.4	
	② 介護認定者の有病状況	基礎 疾患	糖尿病		232	21.1	10,479	23.9	1,712,613	24.3
			高血圧症 (高血圧性心疾患含む)		512	48.2	22,563	52.0	3,744,672	53.3
			脂質異常症		344	32.0	12,599	28.9	2,308,216	32.6
			心臓病(高血圧含む)		588	54.4	25,665	59.2	4,224,628	60.3
			脳疾患		177	17.1	9,037	21.2	1,568,292	22.6
			がん		97	8.6	5,097	11.5	837,410	11.8
			筋・骨格		503	45.2	22,559	51.9	3,748,372	53.4
	精神(認知症含む)		347	31.7	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)		68,225		67,719		59,662	KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		居宅サービス		42,071		44,773		41,272		
		施設サービス		300,723		293,634		296,364		
④ 医療費等	要介護認定 別医療費 (40歳以上)	認定 あり	8,779		8,622		8,610	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
		認定 なし	4,064		4,029		4,020			

項目		富士河口湖町		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4 医療	① 国保の 状況	被保険者数		5,645		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		2,253 39.9		79,358 44.4		11,129,271 40.4		
		40～64歳		1,935 34.3		59,078 33.0		9,088,015 33.1		
		39歳以下		1,457 25.8		40,458 22.6		7,271,596 26.5		
		加入率		21.9		22.6		22.3		
	② 医療の 概況 (人口千対)	病院数		1 0.2		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		22 3.9		697 3.9		102,599 3.7		
		病床数		269 47.7		10,684 59.7		1,507,471 54.8		
		医師数		64 11.3		2,101 11.7		339,611 12.4		
		外来患者数		631		693.7		687.8		
		入院患者数		17.8		18.5		17.7		
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		26,210		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		648.8		712.2		705.4		
		外来	費用の割合	60.9		60.7		60.4		
			件数の割合	97.3		97.4		97.5		
		入院	費用の割合	39.1		39.3		39.6		
			件数の割合	2.7		2.6		2.5		
	1件当たり在院日数		15.8		16.5		15.7			
	④ 医療費分 析生活習 慣病に占 める割合 最大医療 資源傷病 名(調剤含 む)	がん		321,885,670 31.9		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)		112,245,230 11.1		3,311,781,560 10		397,973,706,500 8.2				
糖尿病		78,895,240 7.8		3,412,667,590 10.3		504,849,658,850 10.4				
高血圧症		48,407,540 4.8		1,905,817,780 5.7		285,960,196,900 5.9				
精神		144,992,240 14.4		5,365,979,730 16.2		712,427,626,380 14.7				
筋・骨格		178,246,760 17.7		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	1,980		2,867		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題	
		健診 未受診者	12,388		11,642		13,295			
	生活習慣 病対象者 一人当たり	健診受診者	6,318		8,675		6,142			
		健診 未受診者	39,525		35,235		40,210			
⑥ 健診・ レセ突合	受診勧奨者		881 57.3		34,416 58.7		3,881,055 57		KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
	医療機関受診率		773 50.3		31,061 53		3,543,116 52			
	医療機関非受診率		108 7.0		3,355 5.7		337,939 5			

項目			富士河口湖町		県		国		データ元 (CSV)			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4 医療	⑦	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	612,744	14位 (12%)				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	662,033	12位 (18%)						
				脂質異常症	592,206	16位 (16%)						
				脳血管疾患	718,871	8位 (20%)						
				心疾患	751,749	11位 (18%)						
				腎不全	862,382	2位 (16%)						
				精神	485,143	14位 (25%)						
				悪性新生物	812,653	2位 (11%)						
	県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	入院の ()内は 在院日数	外来	糖尿病	41,385	9位						
				高血圧	32,745	15位						
				脂質異常症	27,725	17位						
				脳血管疾患	33,340	21位						
				心疾患	65,941	7位						
				腎不全	126,445	15位						
				精神	33,371	5位						
				悪性新生物	82,610	3位						
5 健診	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診 の状況	県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	メタボ該当・ 予備群レ ベル	健診受診者	1,538		58,592		6,812,842		
					受診率(見込み)	40.6		46.5		37.1		
					特定保健指導終了者 (実施率)	45	22.9	1,862	30.0	107,925	13.4	
					非肥満高血糖	132	8.6	5,817	9.9	615,549	9.0	
					メタボ	該当者	245	15.9	10,475	17.9	1,382,506	20.3
						男性	187	26.6	7,694	28.7	965,486	32.0
						女性	58	7.0	2,781	8.7	417,020	11.0
						予備群	148	9.6	6,022	10.3	765,405	11.2
					腹囲	男性	103	14.6	4,414	16.5	539,738	17.9
						女性	45	5.4	1,608	5.1	225,667	5.9
						総数	446	29.0	18,194	31.1	2,380,778	34.9
						男性	323	45.9	13,283	49.6	1,666,592	55.3
					BMI	女性	123	14.7	4,911	15.4	714,186	18.8
						総数	62	4.0	2,667	4.6	320,038	4.7
						男性	11	1.6	429	1.6	51,248	1.7
						女性	51	6.1	2,238	7.0	268,790	7.1
					血糖のみ	3	0.2	305	0.5	43,519	0.6	
					血圧のみ	112	7.3	4,540	7.7	539,490	7.9	
					脂質のみ	33	2.1	1,177	2.0	182,396	2.7	
血糖・血圧	34	2.2	1,898	3.2	203,072	3.0						
血糖・脂質	12	0.8	423	0.7	70,267	1.0						
血圧・脂質	142	9.2	4,826	8.2	659,446	9.7						
血糖・血圧・脂質	57	3.7	3,328	5.7	449,721	6.6						
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												

項目			富士河口湖町		県		国		データ元 (CSV)	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合		
6 健診の 質問票	①	服薬	高血圧	502	32.6	20,741	35.4	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の 把握
		糖尿病	107	7.0	5,548	9.5	589,470	8.7		
		脂質異常症	403	26.2	14,817	25.3	1,899,637	27.9		
	②	既往歴	脳卒中(脳出血・ 脳梗塞等)	24	1.6	1,469	2.6	207,385	3.1	
			心臓病(狭心症・ 心筋梗塞等)	61	4.1	3,804	6.7	365,407	5.5	
			腎不全	9	0.6	513	0.9	53,898	0.8	
			貧血	46	3.1	3,494	6.2	702,088	10.7	
	③		喫煙	192	12.5	8,374	14.3	939,212	13.8	
	④		週3回以上朝食を抜く	162	10.8	4,939	8.8	642,886	10.4	
	⑤		食後間食(毎日)	180	21.4	12,036	22.8	1,327,262	21.6	
	⑥		週3回以上就寝前夕食	216	14.4	6,488	11.5	976,348	15.7	
	⑦		食べる速度が速い	469	31.2	16,260	28.8	1,659,705	26.8	
	⑧		咀嚼(噛みにくい)	173	20.5	8,971	17.0	1,232,127	19.9	
			咀嚼 (ほとんど噛めない)	4	0.5	312	0.6	49,884	0.8	
	⑨	生活習慣 の状況	20歳時体重から10kg 以上増加	501	33.4	17,412	30.8	2,175,065	35.0	
	⑩		1回30分以上運動習慣 なし	971	64.6	37,878	67.1	3,749,069	60.4	
	⑪		1日1時間以上運動な し	687	45.7	24,311	43.1	2,982,100	48.0	
	⑫		歩行速度が遅い	790	52.6	32,357	57.3	3,142,723	50.8	
⑬	睡眠不足		464	30.9	23,538	41.7	1,587,311	25.6		
⑭	毎日飲酒		366	24.4	12,132	21.5	1,658,999	25.5		
⑮	時々飲酒		315	21.0	12,118	21.5	1,463,468	22.5		
⑯	一 日 飲 酒 量		1合未満	666	63.2	14,956	52.1	2,978,351	64.1	
			1～2合	269	25.5	8,922	31.1	1,101,465	23.7	
			2～3合	88	8.4	3,907	13.6	434,461	9.4	
			3合以上	30	2.8	930	3.2	128,716	2.8	
⑰	生活 習慣		改善意欲なし	469	31.2	14,063	24.9	1,691,880	27.6	
			改善意欲あり	321	21.4	9,676	17.1	1,755,137	28.6	
			かつ始めている	135	9.0	6,147	10.9	854,609	13.9	
⑱			保健指導の希望なし	1,044	69.5	45,429	80.5	3,858,915	63.3	

※ 保険者の割合は県の数値と比較し値の大きい場合は赤字にて表記

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

図表2-1	特定健康診査受診率(性・年齢階層別)(令和4年度) 特定健康診査受診率・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平均で7.1%低い傾向にある。
- ・男女ともに、40歳代・50歳代で低い傾向にある。
- ・経年で見ると、コロナの影響で令和2年度受診率が低下したが、回復傾向にある。
- ・特定保健指導の実施率は令和2年度落ち込み、その後は回復傾向にあったが、目標には達していない。

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	281	80	28.5%	30.2%
	50～59歳	390	126	32.3%	32.9%
	60～69歳	623	243	39.0%	47.1%
	70～74歳	589	253	43.0%	50.8%
	計	1883	702	37.3%	43.4%

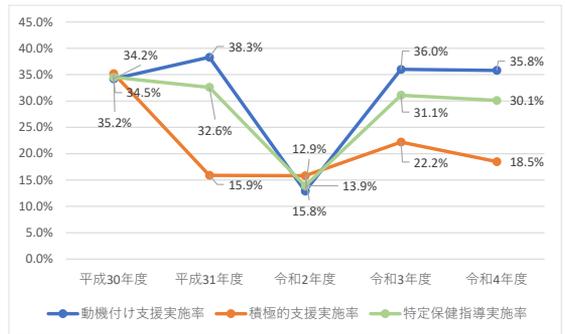
【女性】

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	211	77	36.5%	36.2%
	50～59歳	322	123	38.2%	41.3%
	60～69歳	674	332	49.3%	54.2%
	70～74歳	661	297	44.9%	53.8%
	計	1868	829	44.4%	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

出典

国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

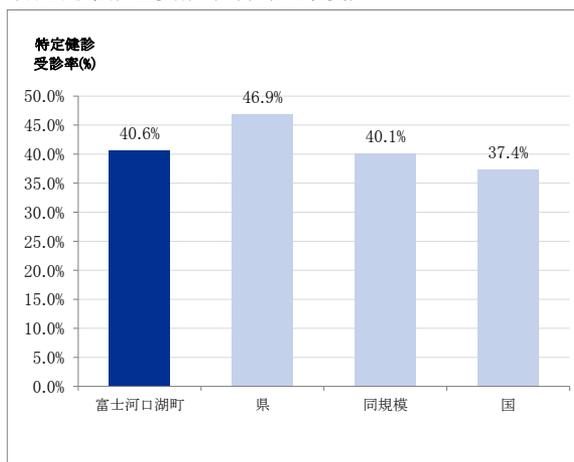
データ分析の結果

- ・令和4年度の受診率は40.6%で県の値よりも低い。
- ・動機付け支援対象者数 7.1% 積極的支援対象者数 3.7% 支援対象者数割合 10.8% 県の値と同程度。
- ・特定保健指導の実施率は30.3%で、県の値よりも低い。

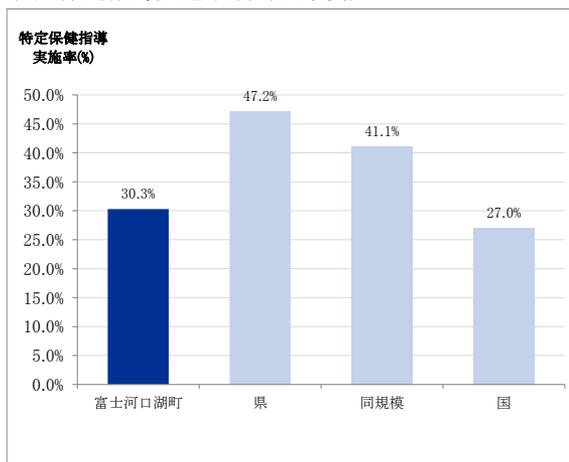
特定健診受診、特定保健指導状況(令和4年度)

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
富士河口湖町	40.6%	7.1%	3.7%	10.8%	30.3%
県	46.9%	7.5%	3.1%	10.6%	47.2%
同規模	40.1%	9.1%	2.8%	11.9%	41.1%
国	37.4%	8.6%	2.7%	11.3%	27.0%

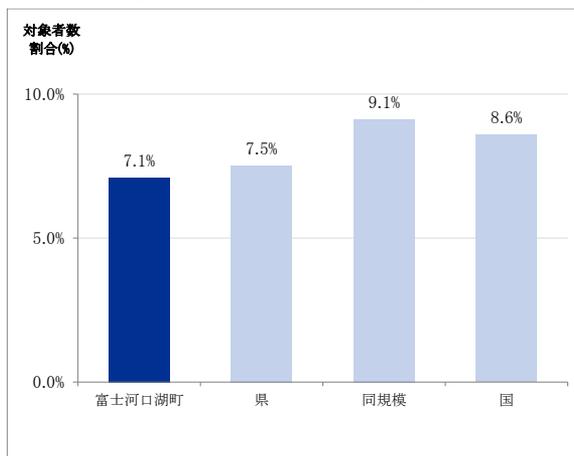
特定健康診査受診率(令和4年度)



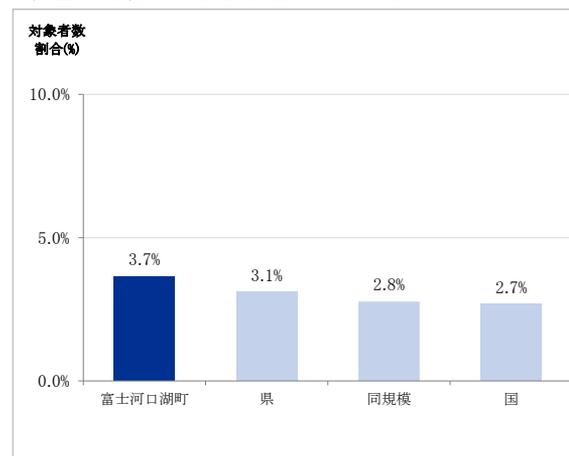
特定保健指導実施率(令和4年度)



動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



積極的支援対象者数割合(令和4年度)



図表2-3

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

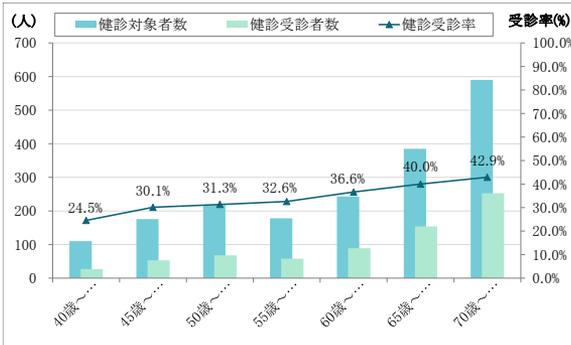
出典

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

データ分析の結果

- ・男女ともに、40歳代・50歳代で受診率が低い傾向にある。
- ・令和2年度コロナの影響で、特定健診受診率及び特定保健指導実施率は下がったが、回復傾向にある。
- ・動機付け支援対象者割合、積極的支援対象者割合は共に減少傾向にある。

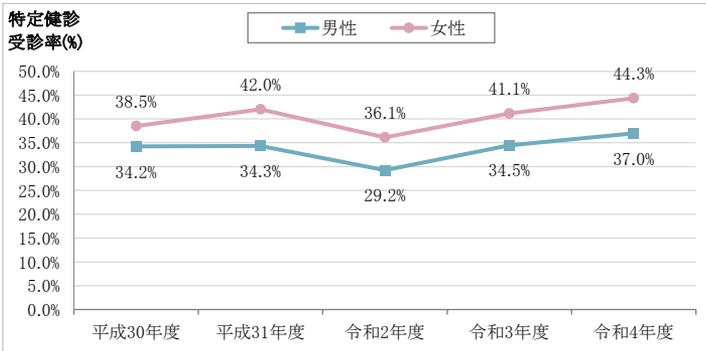
男性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



女性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)

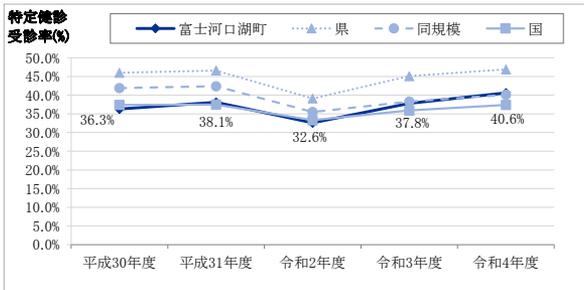


年度別 年齢別特定健康診査受診率

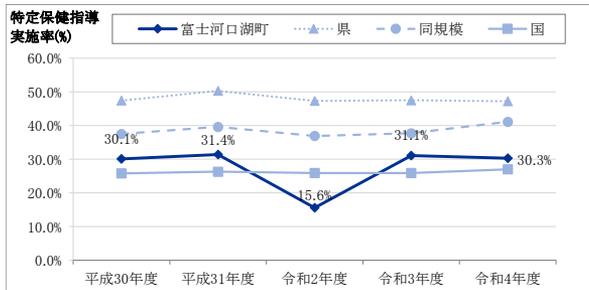


出典：国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

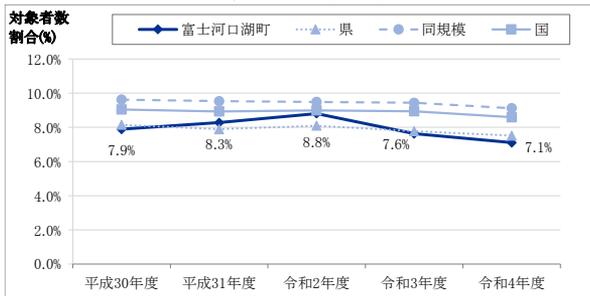
年度別 特定健康診査受診率



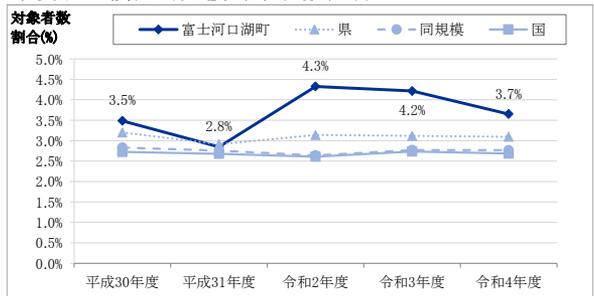
年度別 特定保健指導実施率



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



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

図表3-1	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

- ・富士河口湖町の令和4年度における人口構成概要を示したものである。高齢化率(65歳以上)は26.7%であり、県との比較で0.9倍、同規模との比較で0.9倍となっている。また、国民健康保険被保険者数は5,645人で、町の人口に占める国民健康保険加入率は21.9%である。国民健康保険被保険者平均年齢は52.0歳である。

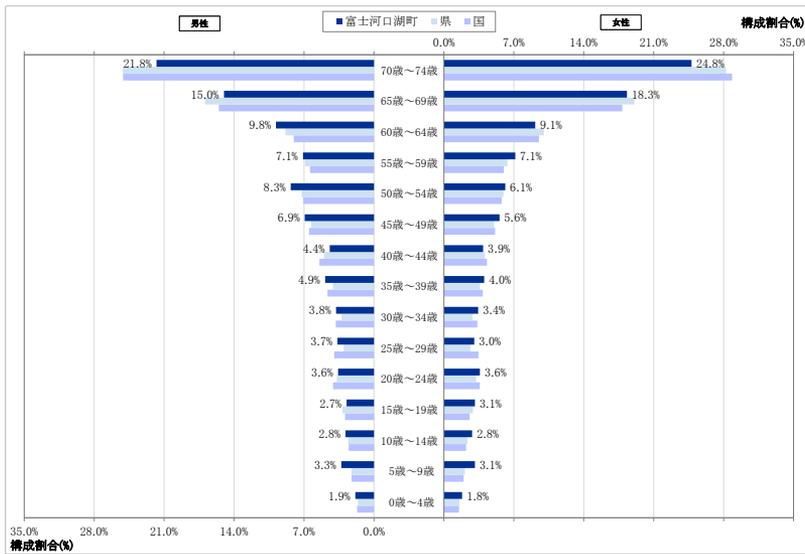
人口構成概要(令和4年度)

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
富士河口湖町	25,721	26.7%	5,645	21.9%	52.0	7.7	8.4
県	791,146	31.1%	177,051	22.4%	53.9	6.6	12.4
同規模	28,190	29.1%	6,005	20.6%	54.2	6.8	10.7
国	123,214,261	28.7%	24,660,500	20.0%	53.4	6.8	11.1

※「県」は山梨県を指す。以下全ての表において同様である。

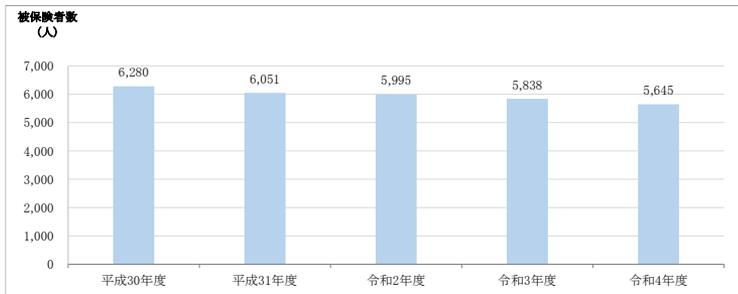
出典：国保データベース (KDB) システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

男女・年齢階層別 被保険者数構成割合ピラミッド(令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「人口及び被保険者の状況」

年度別 被保険者数



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

図表3-2

平均余命と平均自立期間

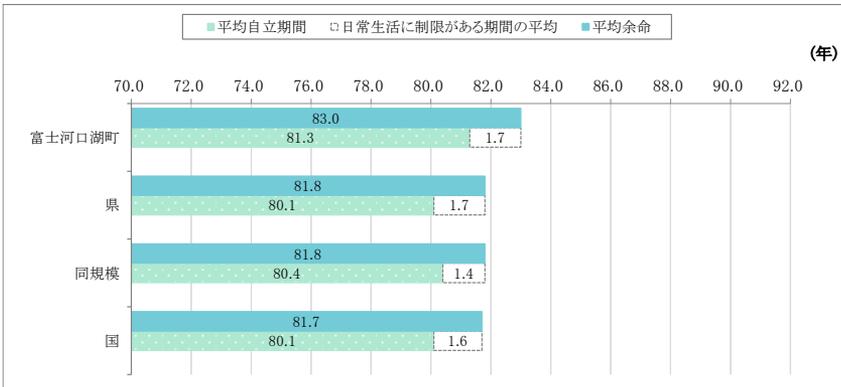
出典

国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

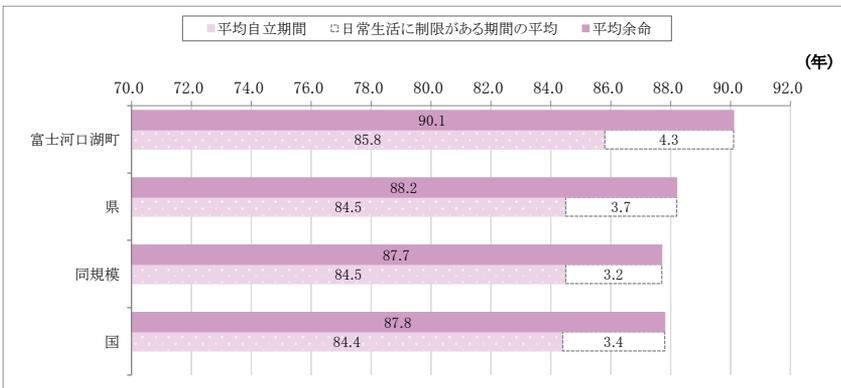
データ分析の結果

- ・令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものである。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る。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ある。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る。
- ・男性の平均余命は83.0年、平均自立期間は81.3年である。日常生活に制限がある期間の平均は1.7年で、国の1.6年よりも長い傾向にある。本町の女性の平均余命は90.1年、平均自立期間は85.8年である。日常生活に制限がある期間の平均は4.3年で、国の3.4年よりも長い傾向にある。
- ・平成30年度から令和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ある。男性における令和4年度の平均自立期間81.3年は平成30年度79.7年から1.6年延伸している。女性における令和4年度の平均自立期間85.8年は平成30年度85.7年から0.1年延伸している。

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

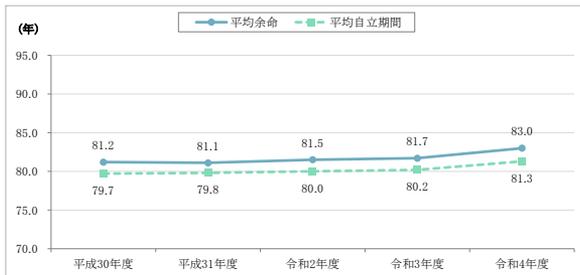


(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)

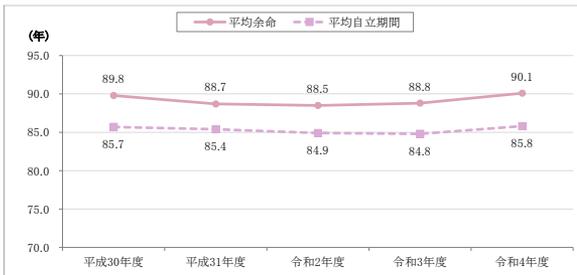


出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(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増加傾向にある。
- ・平成30年度と比べると、外来医療費は令和3年に上がっているが令和4年度は落ち着いている。入院医療費は増加傾向にある。

年度別 医療費の状況

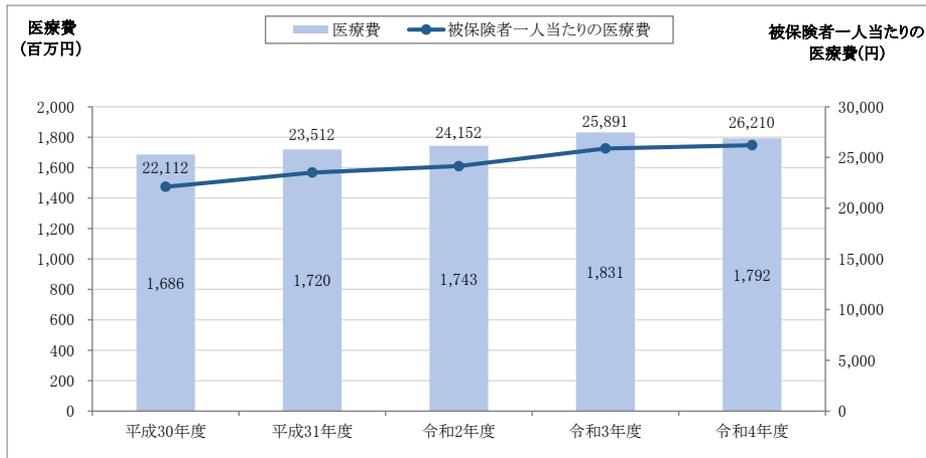
年度	医療費(円)	被保険者一人当たりの医療費(円) ※
平成30年度	1,685,514,570	22,112
平成31年度	1,719,704,150	23,512
令和2年度	1,742,989,380	24,152
令和3年度	1,831,335,870	25,891
令和4年度	1,792,141,420	26,210

年度別 入院・外来別医療費

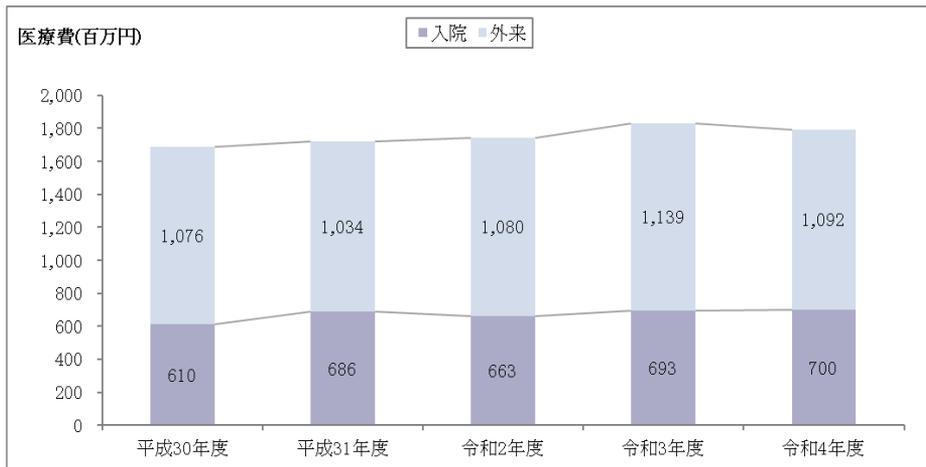
年度	入院医療費(円)	外来医療費(円)	医療費合計(円)
平成30年度	609,865,500	1,075,649,070	1,685,514,570
平成31年度	686,011,330	1,033,692,820	1,719,704,150
令和2年度	662,691,120	1,080,298,260	1,742,989,380
令和3年度	692,833,700	1,138,502,170	1,831,335,870
令和4年度	700,293,280	1,091,848,140	1,792,141,420

※被保険者一人当たりの医療費…1ヵ月分相当。

年度別 医療費の状況



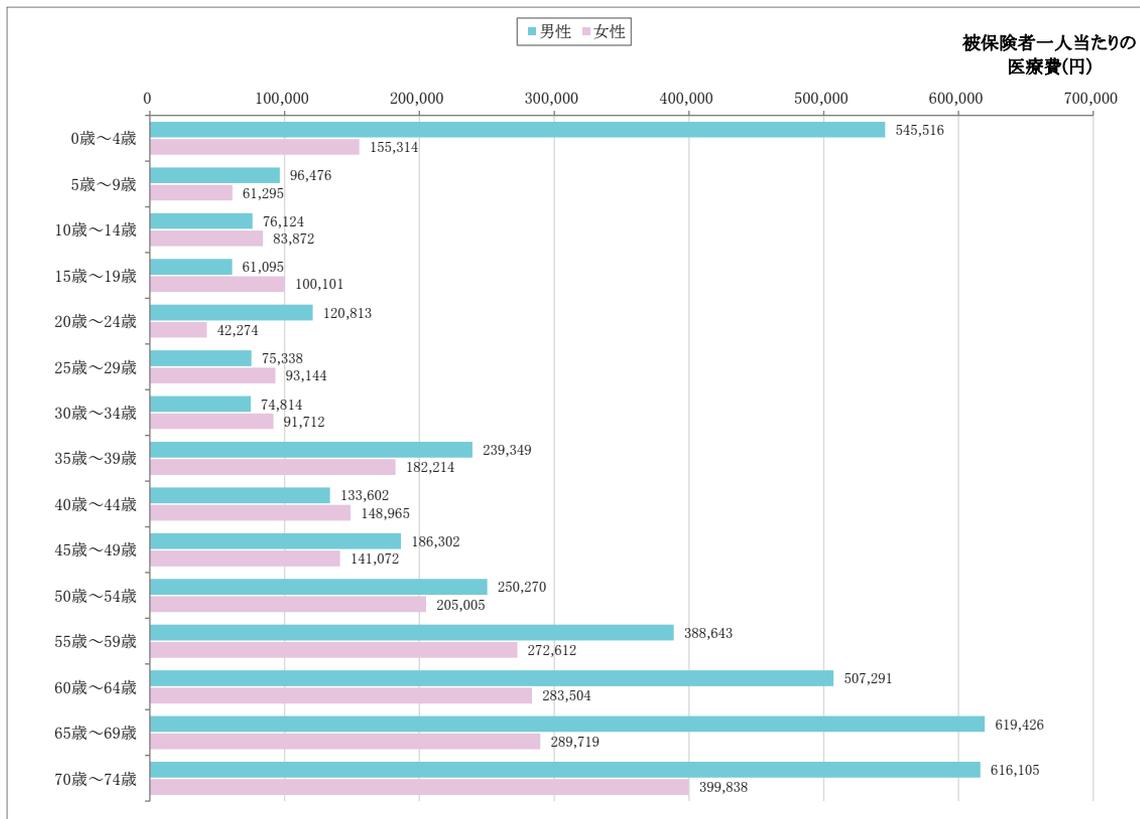
年度別 入院・外来別医療費



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

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 男女年齢階層別にみると、55歳以上で男性の医療費がかなり高くなっている。原因として、以下の疾病医療費が各年代で高くなっている。 男性：55歳～59歳 腎不全(透析等)・心疾患(虚血性心疾患等)・がん(前立腺がん等) 男性：60歳～64歳 腎不全(透析等)・心疾患(心不全等)・脳疾患(脳出血等)・がん(大腸がん・前立腺がん等) 男性：65歳～69歳 腎不全(透析等)・心疾患(心不全等)・がん(肺がん・前立腺がん等)・糖尿病 男性：70歳～74歳 心疾患(心不全等)・がん(白血病・前立腺がん等)・糖尿病・高血圧症 0歳～4歳の男児で医療費が高いのは、小児がんを発症している患者がいる為。 女性では、35歳～39歳、55歳～59歳、70歳～74歳でやや医療費が高い。原因として、以下の疾病医療費が各年代で高くなっている。 女性：35歳～39歳 がん(その他の悪性新生物、良性新生物<腫瘍>)・統合失調症・その他の妊娠、分娩及び産じょく 女性：55歳～59歳 その他のウイルス性疾患・腎不全(透析等)・がん(乳がん)・その他の消化器系の疾患 女性：70歳～74歳 がん(その他の悪性新生物)・心疾患(心不全等)・脊椎障害・虚血性心疾患
	*年齢階層別中分類による疾病別医療費統計より抜粋

男女年齢階層別 被保険者一人当たりの医療費(令和4年度)



図表4-3

最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)

出典

国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

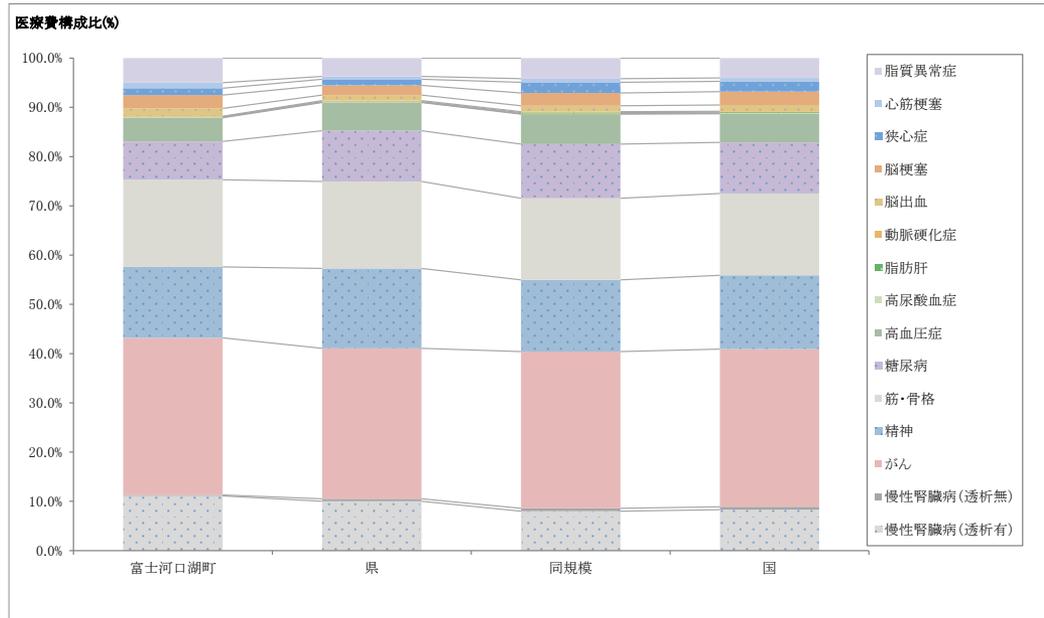
データ分析の結果

- ・医療費を最大医療資源傷病名別にみると、「がん」が占める割合が31.9%で最も多く、これは国や山梨県と同様の傾向である。次いで「筋・骨格」「精神」「糖尿病」が多い。
- ・県に比べて、「がん」が占める割合が高く、慢性腎臓病(透析有)の割合はかなり高い。脳出血・脳梗塞・狭心症・心筋梗塞・脂質異常症の割合も高くなっている。

最大医療資源傷病名別医療費構成比(令和4年度)

傷病名	富士河口湖町	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	11.1%	10.0%	8.0%	8.3%
慢性腎臓病(透析無)	0.2%	0.5%	0.6%	0.6%
がん	31.9%	30.5%	31.9%	32.0%
精神	14.4%	16.2%	14.6%	15.0%
筋・骨格	17.7%	17.6%	16.6%	16.6%
糖尿病	7.8%	10.3%	11.0%	10.4%
高血圧症	4.8%	5.7%	6.1%	5.8%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	1.6%	1.1%	1.2%	1.3%
脳梗塞	2.7%	2.0%	2.6%	2.7%
狭心症	1.4%	1.2%	2.2%	2.1%
心筋梗塞	1.1%	0.6%	0.7%	0.7%
脂質異常症	5.0%	3.7%	4.2%	4.0%

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



図表5-1

疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院) (令和4年度)

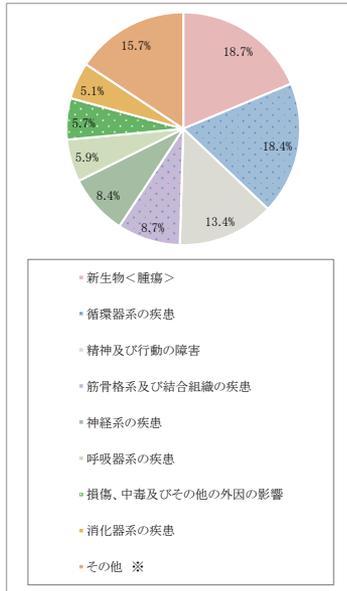
出典

国保データベース (KDB) システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

データ分析の結果

- ・入院医療費を大分類別で見ると、新生物<腫瘍>が最も多く、18.7%を占めており、次いで「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」が多くを占めている。新生物<腫瘍>の中では咽頭がんが占める割合が一番高い。
- ・細小分類で見ると、「統合失調症」が割合として一番高い。

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	新生物<腫瘍>	18.7%	その他の悪性新生物<腫瘍>	11.6%	喉頭がん	1.9%
			白血病	1.4%	膵臓がん	1.5%
			良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	1.3%	食道がん	1.4%
					白血病	1.4%
2	循環器系の疾患	18.4%	その他の心疾患	4.5%	不整脈	1.2%
			その他の循環器系の疾患	4.2%	心臓弁膜症	0.6%
					大動脈瘤	2.8%
			脳梗塞	3.5%	脳梗塞	3.5%
3	精神及び行動の障害	13.4%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	6.8%	統合失調症	6.8%
			その他の精神及び行動の障害	3.4%		
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	2.0%	うつ病	2.0%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	8.7%	脊椎障害(脊椎症を含む)	2.9%		
			その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	2.7%		
			関節症	2.6%	関節疾患	2.6%

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

図表5-2

疾病分類別 医療費構成比及び分析(外来)(令和4年度)

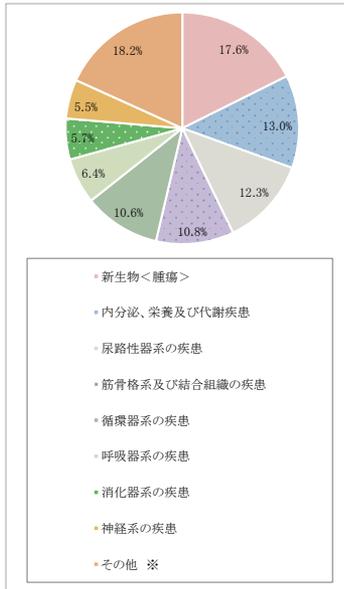
出典

国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

データ分析の結果

- ・外来医療費を大分類別でみると、新生物<腫瘍>が最も多く、17.6%を占めており、次いで「内分泌、栄養及び代謝疾患」「尿路性器系の疾患」が多くを占めている。新生物<腫瘍>の中では肺がんが占める割合が一番高い。
- ・細小分類でみると、「慢性腎不全(透析あり)」が割合として一番高い。

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	新生物<腫瘍>	17.6%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.4%	前立腺がん	2.1%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.4%	卵巣腫瘍(悪性)	1.4%
					脳腫瘍	0.4%
					肺がん	2.4%
白血病	1.9%	白血病	1.9%			
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.0%	糖尿病	7.1%	糖尿病	6.9%
			脂質異常症	4.7%	糖尿病網膜症	0.2%
					脂質異常症	4.7%
					痛風・高尿酸血症	0.1%
その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.7%					
3	尿路性器系の疾患	12.3%	腎不全	10.3%	慢性腎臓病(透析あり)	9.7%
					慢性腎臓病(透析なし)	0.1%
			その他の腎尿路系の疾患	0.8%		
					前立腺肥大(症)	0.5%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	10.8%	炎症性多発性関節障害	3.6%	関節疾患	3.5%
					痛風・高尿酸血症	0.1%
			骨の密度及び構造の障害	1.6%		
			脊椎障害(脊椎症を含む)	1.6%		

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

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

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・外来医療費を細小分類別にみると、医療費上位第1位は「慢性腎不全(透析あり)」で、6.3%を占めている。 次いで、糖尿病・関節疾患・統合失調症・脂質異常症で医療費が多くかかっている。
----------	---

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)	112,245,230	6.3%
2	糖尿病	78,445,740	4.4%
3	関節疾患	75,892,200	4.2%
4	統合失調症	73,214,130	4.1%
5	脂質異常症	50,844,950	2.8%
6	高血圧症	48,407,540	2.7%
7	大腸がん	37,770,790	2.1%
8	不整脈	34,217,160	1.9%
9	うつ病	32,626,480	1.8%
10	肺がん	32,437,790	1.8%

出典：国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※割合…総医療費に占める割合。

図表7	人工透析に関する分析	出典	国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」
-----	------------	----	---------------------------------

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者に占める透析患者割合は県と比較と同等であるが、国よりも高い。年度別の透析患者は増加傾向である。患者一人当たりの透析医療費は減少傾向にある。 50代、60代の男性で透析患者割合が高い。
----------	--

被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

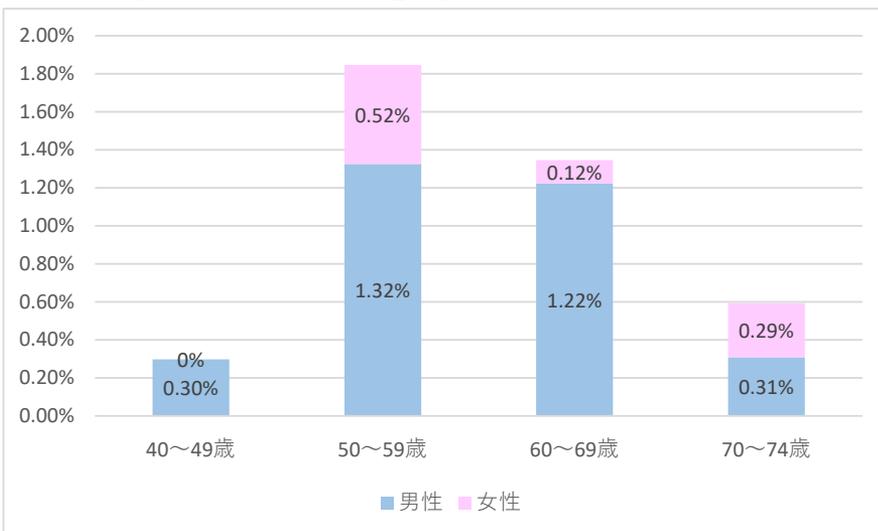
区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
富士河口湖町	5,645	25	0.44%
県	177,051	777	0.44%
同規模	882,802	3,083	0.35%
国	24,660,500	86,890	0.35%

年度別 透析患者数及び医療費

年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成30年度	16	96,044,770	6,002,798
平成31年度	18	104,030,180	5,779,454
令和2年度	25	117,711,990	4,708,480
令和3年度	25	142,955,870	5,718,235
令和4年度	25	132,123,120	5,284,925

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

男女年齢階層別 被保険者に占める透析患者割合



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

図表8

被保険者千人当たりレセプト件数・入院外来別
(令和4年度)

出典

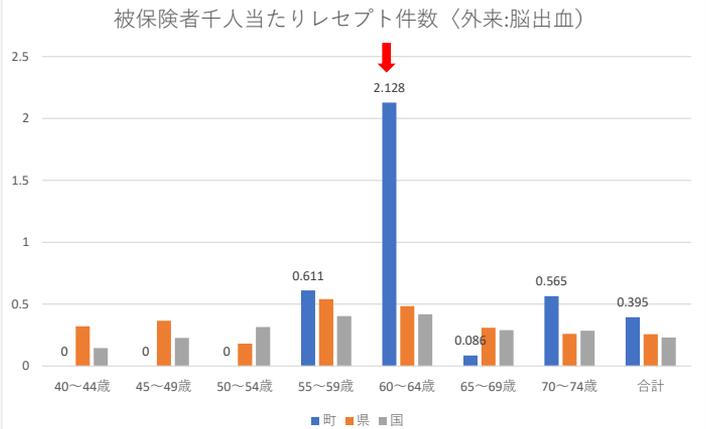
疾病別医療費分析(生活習慣病)※慢性腎臓病(透析あり)は、疾病別医療費分類(細小(82)分類)

データ分析の結果

・千人当たりの脳出血、慢性腎臓病(透析あり)の入院及び外来のレセプト件数は県、国よりも高い。また脳梗塞の入院の千人当たりのレセプト件数も県や国と比較して高い。脳出血は50代～60代が高く、脳梗塞は40代前半から高い。慢性腎臓病は40代後半から60代が高い。

●被保険者千人当たりのレセプト件数(外来：脳出血)(令和4年度)

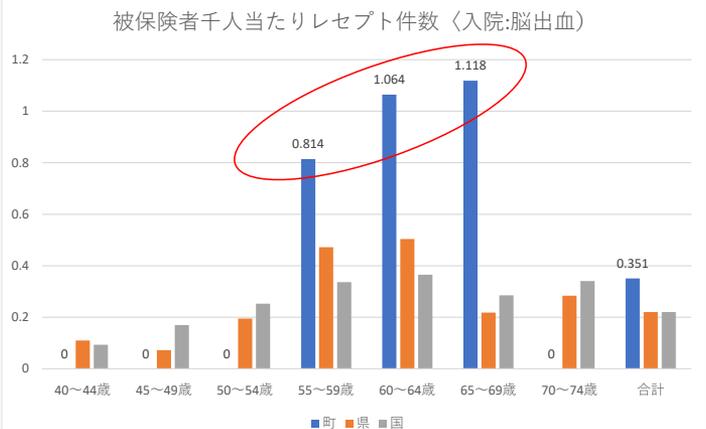
	町	県	国
40～44歳	0	0.321	0.145
45～49歳	0	0.366	0.228
50～54歳	0	0.181	0.316
55～59歳	0.611	0.541	0.404
60～64歳	2.128	0.485	0.418
65～69歳	0.086	0.31	0.29
70～74歳	0.565	0.26	0.286
合計	0.395	0.257	0.231



・千人当たりの脳出血レセプト件数(外来)について、町・県・国で比較した場合県・国より多い。
・40歳代～50歳代前半は0件だが、50歳代後半から件数が増え、60歳代前半が最も件数が多い。

●被保険者千人当たりのレセプト件数(入院：脳出血)(令和4年度)

	町	県	国
40～44歳	0	0.11	0.093
45～49歳	0	0.072	0.17
50～54歳	0	0.195	0.253
55～59歳	0.814	0.472	0.336
60～64歳	1.064	0.504	0.365
65～69歳	1.118	0.218	0.285
70～74歳	0	0.284	0.341
合計	0.351	0.22	0.22

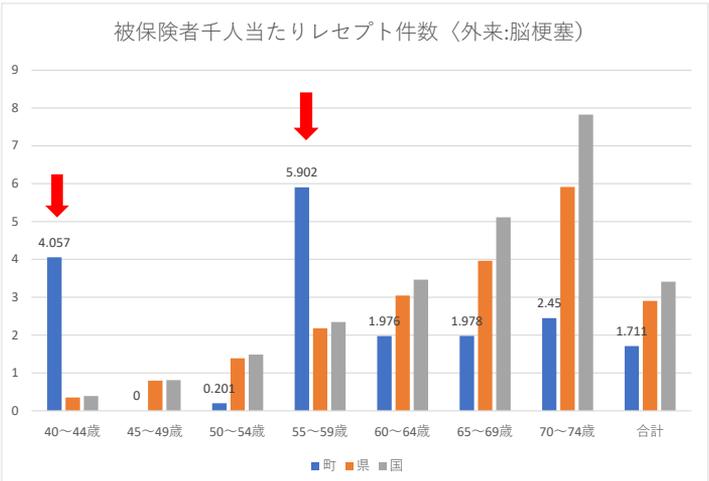


・千人当たりの脳出血レセプト件数(入院)について、町・県・国で比較した場合県・国より多い。
・40歳代～50歳代前半・70歳代は0件だが、50歳代後半～60歳代後半は県・国より件数が多い。

●被保険者千人当たりのレセプト件数(外来：脳梗塞)(令和4年度)

	町	県	国
40～44歳	4.057	0.351	0.388
45～49歳	0	0.796	0.811
50～54歳	0.201	1.386	1.483
55～59歳	5.902	2.177	2.344
60～64歳	1.976	3.043	3.464
65～69歳	1.978	3.964	5.112
70～74歳	2.45	5.914	7.825
合計	1.711	2.901	3.413

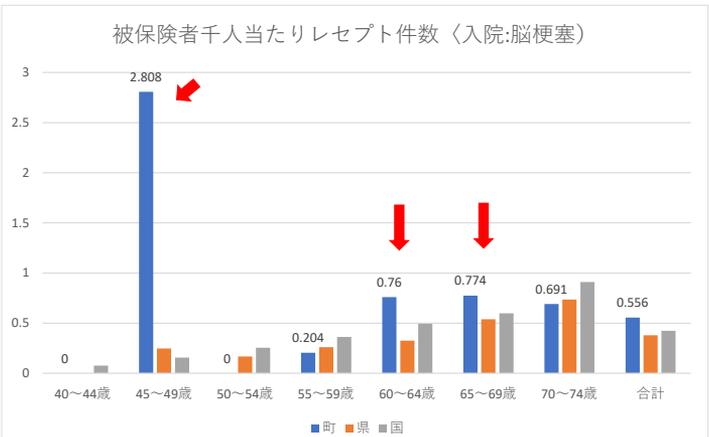
・千人当たりの脳梗塞レセプト件数(外来)について、町・県・国で比較した場合県・国より少ない。
 ・年代によって件数に差があり、40歳代前半・50歳代後半は県・国より件数が多い。



●被保険者千人当たりのレセプト件数(入院：脳梗塞)(令和4年度)

	町	県	国
40～44歳	0	0	0.077
45～49歳	2.808	0.247	0.156
50～54歳	0	0.167	0.255
55～59歳	0.204	0.26	0.363
60～64歳	0.76	0.325	0.494
65～69歳	0.774	0.538	0.599
70～74歳	0.691	0.735	0.91
合計	0.556	0.379	0.424

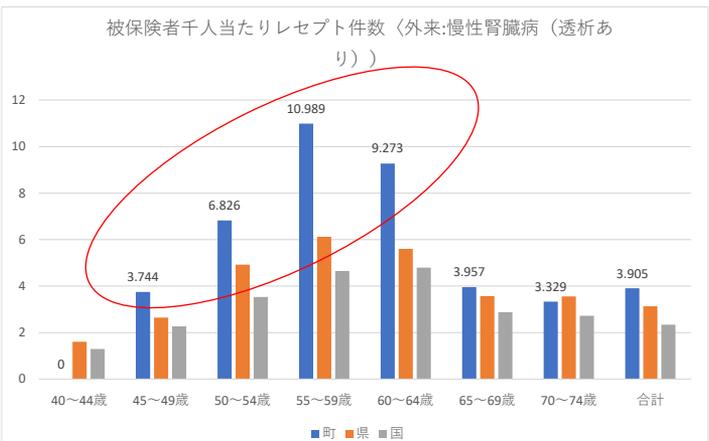
・千人当たりの脳出血レセプト件数(入院)について、町・県・国で比較した場合県・国より多い。
 ・県より件数が多い年代は、40歳代後半・60歳代前半・60歳代後半で、中でも40歳代後半が突出して件数が多い。



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

	町	県	国
40～44歳	0	1.604	1.292
45～49歳	3.744	2.642	2.266
50～54歳	6.826	4.924	3.532
55～59歳	10.989	6.119	4.65
60～64歳	9.273	5.602	4.79
65～69歳	3.957	3.569	2.874
70～74歳	3.329	3.552	2.722
合計	3.905	3.135	2.339

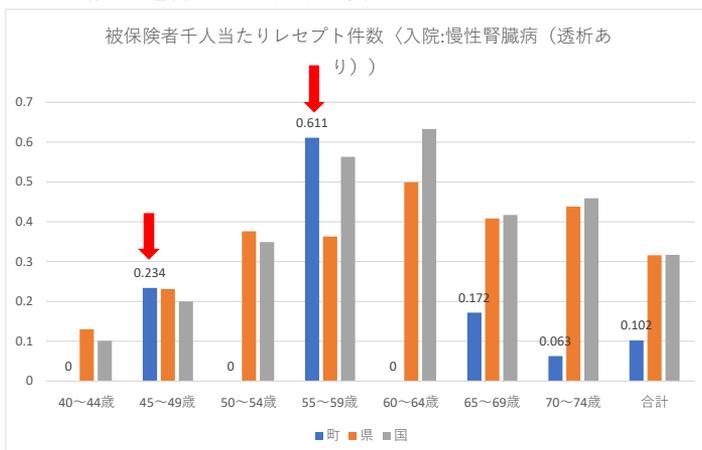
・千人当たりの慢性腎臓病(透析あり)のレセプト件数(外来)について、町・県・国で比較した場合県・国より多い。
 ・40歳代前半と70歳代を除き、いずれの年代も県平均を超えているが、40歳代後半～60歳代は特に件数が多い。



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

	町	県	国
40～44歳	0	0.13	0.101
45～49歳	0.234	0.231	0.2
50～54歳	0	0.376	0.349
55～59歳	0.611	0.363	0.563
60～64歳	0	0.499	0.633
65～69歳	0.172	0.408	0.417
70～74歳	0.063	0.438	0.459
合計	0.102	0.316	0.317

- ・千人当たりの慢性腎臓病(透析あり)のレセプト件数(入院)について、町・県・国で比較した場合県・国より少ない。
- ・40歳代後半と50歳代後半は県・国より件数が多い。



図表9

質問票調査の状況(令和4年度)

出典

国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

データ分析の結果

- ・県全体の状況と比較すると、食べる速度が速い傾向にあり、やや間食の傾向があり、毎日飲酒の人が多くが飲酒量は少ない傾向である。
- ・服薬では脂質異常症での回答率が高く、咀嚼に問題を抱えている人も見られる。

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			
		富士河口湖町	県	同規模	国	富士河口湖町	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	18.9%	18.7%	20.4%	20.2%	41.3%	43.0%	43.4%	43.7%
	服薬_糖尿病	3.7%	5.0%	5.5%	5.3%	9.0%	11.3%	10.8%	10.4%
	服薬_脂質異常症	15.4%	13.5%	16.1%	16.6%	33.0%	30.6%	33.1%	34.3%
既往歴	既往歴_脳卒中	1.2%	1.4%	1.9%	2.0%	1.9%	3.2%	3.6%	3.8%
	既往歴_心臓病	3.4%	3.7%	3.1%	3.0%	4.5%	8.3%	6.9%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.3%	0.4%	0.6%	0.6%	0.8%	1.1%	0.9%	0.9%
	既往歴_貧血	3.7%	7.4%	13.8%	14.2%	2.6%	5.3%	9.1%	9.3%
喫煙	喫煙	19.9%	21.4%	19.7%	18.9%	7.9%	10.5%	10.2%	10.2%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	36.1%	34.4%	39.3%	37.8%	31.6%	29.0%	34.0%	33.2%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	71.5%	76.7%	70.0%	68.7%	60.2%	62.2%	55.6%	55.3%
	1日1時間以上運動なし	46.6%	45.2%	48.8%	49.3%	45.2%	41.9%	46.9%	46.7%
	歩行速度遅い	55.6%	60.5%	55.6%	53.3%	50.8%	55.8%	51.1%	49.5%
食事	食べる速度が速い	37.6%	32.8%	30.3%	30.8%	27.0%	26.8%	24.2%	24.6%
	食べる速度が普通	56.9%	60.0%	62.0%	61.1%	68.7%	65.7%	68.0%	67.6%
	食べる速度が遅い	5.4%	7.3%	7.7%	8.2%	4.3%	7.6%	7.8%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	20.8%	17.8%	20.0%	21.0%	10.2%	8.2%	12.1%	12.1%
	週3回以上朝食を抜く	19.0%	16.8%	17.7%	18.8%	5.5%	4.7%	5.3%	5.8%
飲酒	毎日飲酒	28.6%	22.8%	23.4%	24.3%	21.6%	20.8%	23.7%	24.7%
	時々飲酒	24.2%	24.4%	24.3%	25.2%	18.9%	19.8%	20.4%	21.0%
	飲まない	47.1%	52.9%	52.4%	50.5%	59.5%	59.4%	56.0%	54.3%
	1日飲酒量(1合未満)	56.0%	47.0%	60.8%	61.0%	68.2%	54.7%	67.6%	67.6%
	1日飲酒量(1～2合)	27.6%	29.9%	23.7%	23.0%	24.2%	31.7%	23.5%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	10.8%	17.3%	11.1%	11.2%	6.6%	11.7%	7.6%	7.8%
	1日飲酒量(3合以上)	5.5%	5.7%	4.4%	4.8%	1.0%	1.9%	1.4%	1.5%
睡眠	睡眠不足	33.7%	41.7%	29.3%	28.4%	29.0%	42.0%	24.2%	23.5%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	30.3%	22.6%	24.1%	23.2%	31.8%	26.3%	29.7%	29.4%
	改善意欲あり	25.3%	21.9%	31.9%	32.8%	18.9%	14.7%	25.6%	25.9%
	改善意欲ありかつ始めている	9.8%	13.5%	16.1%	16.3%	8.4%	9.4%	12.9%	12.9%
	取り組み済み6ヶ月未満	10.3%	8.8%	10.0%	10.0%	9.2%	6.4%	8.4%	8.5%
	取り組み済み6ヶ月以上	24.2%	33.2%	18.0%	17.8%	31.6%	43.2%	23.3%	23.1%
	保健指導利用しない	74.4%	82.3%	66.5%	62.6%	66.3%	79.7%	64.6%	63.0%
咀嚼	咀嚼_何でも	84.6%	86.4%	83.4%	83.8%	75.1%	80.3%	76.0%	77.0%
	咀嚼_かみにくい	15.4%	13.0%	15.9%	15.5%	24.1%	19.1%	23.1%	22.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.0%	0.6%	0.7%	0.7%	0.8%	0.6%	0.9%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	24.6%	24.2%	23.7%	23.7%	19.1%	22.0%	20.6%	20.7%
	3食以外間食_時々	52.5%	54.5%	56.3%	55.4%	62.5%	59.1%	59.3%	58.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	22.8%	21.3%	19.9%	20.9%	18.3%	18.9%	20.1%	20.8%

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

データ分析の結果

・健診受診者全体では、「HbA1c」の有所見者割合が最も高く(眼底検査は除く)、健診受診者の65.5%を占めている。特に、65歳～74歳の女性で高くなっている。次いで、「収縮期血圧」「LDL」の割合が高い。「収縮期血圧」は男女ともに、65歳～74歳で高くなっており、「LDL」は40歳～64歳の男性で値が高い。また、心電図の有所見者割合が男女ともにどの年齢階層でも高くなっている。

検査項目別有所見者の状況(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上
富士河口湖町	40歳～64歳	人数(人)	154	173	127	100	38	139	316	24
		割合(%)	25.7%	28.9%	21.2%	16.7%	6.3%	23.2%	52.8%	4.0%
	65歳～74歳	人数(人)	206	274	165	106	29	372	693	20
		割合(%)	21.9%	29.1%	17.5%	11.3%	3.1%	39.5%	73.6%	2.1%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	360	447	292	206	67	511	1,009	44
		割合(%)	23.4%	29.0%	19.0%	13.4%	4.4%	33.2%	65.5%	2.9%
県	割合(%)	24.4%	30.8%	17.8%	13.6%	4.2%	37.7%	68.0%	2.7%	
国	割合(%)	26.8%	34.9%	21.2%	14.0%	3.9%	24.7%	58.3%	6.7%	
区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
富士河口湖町	40歳～64歳	人数(人)	232	176	327	2	143	447	0	67
		割合(%)	38.7%	29.4%	54.6%	0.3%	23.9%	74.6%	0.0%	11.2%
	65歳～74歳	人数(人)	521	252	443	9	256	654	1	270
		割合(%)	55.4%	26.8%	47.1%	1.0%	27.2%	69.5%	0.1%	28.7%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	753	428	770	11	399	1,101	1	337
		割合(%)	48.9%	27.8%	50.0%	0.7%	25.9%	71.5%	0.1%	21.9%
県	割合(%)	49.0%	27.1%	51.3%	1.1%	16.1%	32.3%	1.3%	19.6%	
国	割合(%)	48.2%	20.7%	50.0%	1.3%	21.7%	18.7%	5.2%	21.9%	

検査項目別有所見者の状況(男性)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
富士河口湖町	40歳～64歳	人数(人)	99	134	97	79	36	89	160	22	136	113	178	2	68	224	0	36
		割合(%)	33.2%	45.0%	32.6%	26.5%	12.1%	29.9%	53.7%	7.4%	45.6%	37.9%	59.7%	0.7%	22.8%	75.2%	0.0%	12.1%
	65歳～74歳	人数(人)	114	189	87	76	21	210	294	15	240	134	159	9	116	266	1	124
		割合(%)	28.0%	46.4%	21.4%	18.7%	5.2%	51.6%	72.2%	3.7%	59.0%	32.9%	39.1%	2.2%	28.5%	65.4%	0.2%	30.5%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	213	323	184	155	57	299	454	37	376	247	337	11	184	490	1	160
		割合(%)	30.2%	45.8%	26.1%	22.0%	8.1%	42.4%	64.4%	5.2%	53.3%	35.0%	47.8%	1.6%	26.1%	69.5%	0.1%	22.7%
県	割合(%)	30.3%	49.3%	24.0%	19.9%	7.7%	46.8%	66.9%	5.0%	52.5%	34.9%	47.5%	2.2%	18.0%	35.5%	1.4%	21.2%	
国	割合(%)	33.9%	55.7%	28.1%	20.7%	7.3%	31.3%	59.1%	13.0%	50.8%	25.7%	44.7%	2.7%	24.7%	20.3%	5.0%	23.7%	

検査項目別有所見者の状況(女性)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
富士河口湖町	40歳～64歳	人数(人)	55	39	30	21	2	50	166	2	96	63	149	0	75	223	0	31
		割合(%)	18.3%	13.0%	10.0%	7.0%	0.7%	16.6%	51.8%	0.7%	31.9%	20.9%	49.5%	0.0%	24.9%	74.1%	0.0%	10.3%
	65歳～74歳	人数(人)	92	85	78	30	8	162	399	5	281	118	284	0	140	388	0	146
		割合(%)	17.2%	15.9%	14.6%	5.8%	1.5%	30.3%	74.7%	0.9%	52.8%	22.1%	53.2%	0.0%	26.2%	72.7%	0.0%	27.3%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	147	124	108	51	10	212	555	7	377	181	433	0	215	611	0	177
		割合(%)	17.6%	14.9%	12.9%	6.1%	1.2%	25.4%	66.5%	0.8%	45.1%	21.7%	51.9%	0.0%	25.7%	73.2%	0.0%	21.2%
県	割合(%)	19.3%	15.3%	12.6%	8.3%	1.3%	30.1%	69.0%	0.7%	46.0%	20.5%	54.4%	0.3%	14.5%	29.6%	1.2%	18.3%	
国	割合(%)	21.5%	19.1%	16.0%	9.0%	1.3%	19.7%	57.6%	1.8%	46.3%	16.9%	54.0%	0.3%	19.4%	17.5%	5.4%	20.5%	

図表11

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

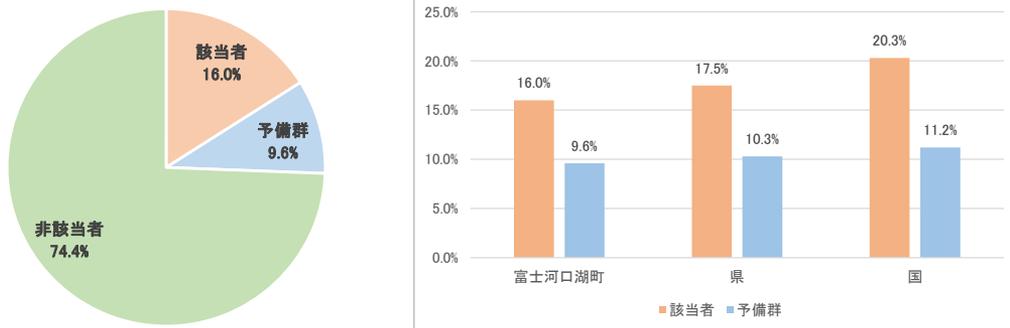
出典

国保データベース(KDB)システム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」

データ分析の結果

・健診受診者全体で、メタボリックシンドローム該当者は16.0%、予備群は9.6%である。県よりも低い水準であるが、女性の予備群の割合が県と比較すると高くなっている。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3.7%である。

令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

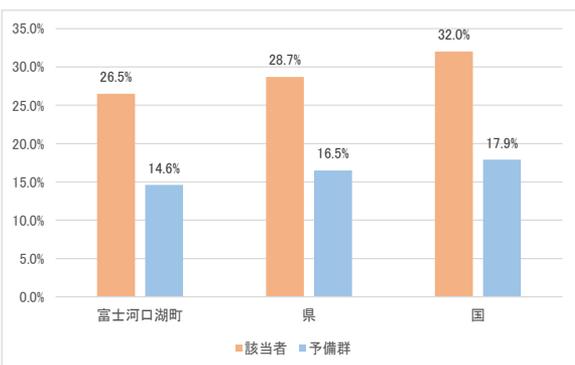


令和4年度メタボリックシンドローム該当状況(男女合計)(令和4年度)

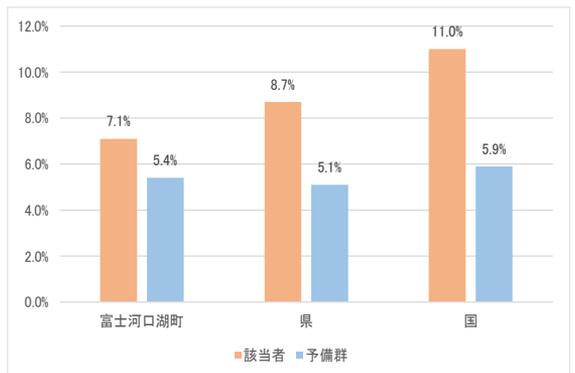
年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)										
40歳～64歳	599	35.4%	26	4.3%	59	9.8%	1	0.2%	41	6.8%	17	2.8%
65歳～74歳	941	45.0%	27	2.9%	89	9.5%	2	0.2%	71	7.5%	16	1.7%
全体(40歳～74歳)	1,540	40.7%	53	3.4%	148	9.6%	3	0.2%	112	7.3%	33	2.1%

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(%)								
40歳～64歳	88	14.7%	8	1.3%	5	0.8%	55	9.2%	20	3.3%
65歳～74歳	158	16.8%	27	2.9%	7	0.7%	87	9.2%	37	3.9%
全体(40歳～74歳)	246	16.0%	35	2.3%	12	0.8%	142	9.2%	57	3.7%

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

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

データ分析の結果

- ・令和4年度の受診医療機関数と同一医療機関へ受診日数の状況を一覧で示す。表は令和4年度各月の平均値をとったものである。重複・頻回該当者は、医療機関の1か月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一医療機関への受診日数が【10日以上】の人の条件下では平均13人である。

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	2,934	161	48	9	4
	2医療機関以上	1,058	103	31	8	3
	3医療機関以上	294	41	13	4	1
	4医療機関以上	69	10	4	2	1
	5医療機関以上	15	3	1	1	0

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

令和4年度重複・頻回受診該当者の被保険者一人当たりの割合

受診医療機関数（同一月内）		同一医療機関への受診日数（同一月内）				
		被保険者一人当たりの割合（%）				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
被保険者一人当たりの割合（%）	1医療機関以上	51.49%	2.82%	0.84%	0.16%	0.07%
	2医療機関以上	18.57%	1.81%	0.55%	0.14%	0.06%
	3医療機関以上	5.17%	0.71%	0.23%	0.07%	0.02%
	4医療機関以上	1.21%	0.18%	0.07%	0.03%	0.01%
	5医療機関以上	0.27%	0.05%	0.02%	0.01%	0.01%

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

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

データ分析の結果

・重複・頻回受診者は、医療機関の月の受診件数が【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】の人の条件下では各月8名～17名で平均13名である。被保険者1万人当たりにすると23人である。

令和4年度重複・頻回受診該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複・頻回受診該当者(人)
令和4年4月	5,901	9
令和4年5月	5,811	17
令和4年6月	5,764	16
令和4年7月	5,723	17
令和4年8月	5,695	8
令和4年9月	5,666	8
令和4年10月	5,650	15
令和4年11月	5,618	14
令和4年12月	5,632	13
令和5年1月	5,642	9
令和5年2月	5,628	13
令和5年3月	5,645	15
令和4年度平均	5,698	13
重複・頻回受診該当者数 (対被保険者1万人)		23

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

医療機関の1ヵ月の受診件数が【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、1万人あたりにしたものの

図表13-1	重複・多剤処方に係る分析(令和4年度)	出典	国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」
--------	---------------------	----	-------------------------------

データ分析の結果

・表は令和4年度の重複処方該当者と多剤処方対象者の人数及び被保険者数1人当たりの割合を示したものの。医療機関の1ヵ月の受診件数が【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ヵ月の受診件数が【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6人となる。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39人となる。

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	26	5	2	1	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	4医療機関以上	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

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

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1人当たりの割合（%）	2医療機関以上	0.46%	0.10%	0.03%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	3医療機関以上	0.02%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
	4医療機関以上	0.02%	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%	

*各月の重複処方該当者を被保険者数で割り、12ヵ月の平均値を示す。

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	2,379	2,010	1,577	1,214	911	679	499	364	269	193	39	7		
	15日以上	1,864	1,641	1,350	1,078	831	633	472	349	260	188	38	7		
	30日以上	1,474	1,295	1,079	859	666	511	384	287	218	159	34	6		
	60日以上	534	467	391	314	245	188	144	109	85	62	12	2		
	90日以上	189	169	143	116	91	71	55	41	32	22	4	1		
	120日以上	9	8	8	7	5	4	3	2	2	2	1	0		
	150日以上	5	5	4	4	3	3	2	1	1	1	0	0		
	180日以上	2	2	2	1	1	1	1	1	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ヵ月の平均値を示す。

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	41.76%	35.28%	27.68%	21.32%	15.98%	11.91%	8.75%	6.39%	4.73%	3.38%	0.68%	0.12%		
	15日以上	32.72%	28.80%	23.70%	18.92%	14.58%	11.10%	8.29%	6.12%	4.57%	3.30%	0.67%	0.12%		
	30日以上	25.86%	22.72%	18.93%	15.08%	11.69%	8.96%	6.74%	5.04%	3.83%	2.78%	0.59%	0.11%		
	60日以上	9.38%	8.20%	6.86%	5.51%	4.30%	3.30%	2.52%	1.91%	1.50%	1.09%	0.22%	0.03%		
	90日以上	3.31%	2.97%	2.51%	2.04%	1.61%	1.25%	0.96%	0.72%	0.55%	0.38%	0.08%	0.01%		
	120日以上	0.15%	0.14%	0.13%	0.12%	0.08%	0.07%	0.05%	0.04%	0.03%	0.03%	0.01%	0.00%		
	150日以上	0.09%	0.08%	0.07%	0.06%	0.05%	0.04%	0.03%	0.02%	0.02%	0.01%	0.00%	0.00%		
	180日以上	0.04%	0.04%	0.03%	0.02%	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	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ヵ月の平均値を示す。

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

データ分析の結果

・重複処方該当者は令和4年度、各月当たり3人～13人となり平均6人である。また、多剤処方該当者は各月当たり31人～43人で平均39人。被保険者1万人当たりによると令和4年度は重複処方該当者12人、多剤処方該当者は68人である。

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	5,901	10	42
令和4年5月	5,811	5	40
令和4年6月	5,764	7	39
令和4年7月	5,723	13	38
令和4年8月	5,695	3	35
令和4年9月	5,666	6	37
令和4年10月	5,650	9	31
令和4年11月	5,618	5	40
令和4年12月	5,632	5	37
令和5年1月	5,642	7	43
令和5年2月	5,628	6	41
令和5年3月	5,645	3	42
令和4年度平均	5,698	6	39
重複・多剤処方該当者 (対被保険者1万人)		12	68

*各月の「重複処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる重複処方を受けた者(人)の人数を記載する。抽出に当たっては、
 ア)【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は、「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とした上で、次の条件(イ・ウ)に該当する人数を加算した数と「重複処方該当者数」とする。
 イ)「重複処方を受けた者(人)の【3医療機関以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【1以上】
 ウ)「重複処方を受けた者(人)の【2医療機関以上】・複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数【2以上】
 *各月の「多剤処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる多剤処方を受けた者(人)の人数を記載する。抽出に当たっては、【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とした上で、同一薬剤に関する処方日数、「処方を受けた者(人)」の【1日以上】、処方薬剤数(同一月内)【15剤以上】に該当する人数を「多剤処方該当者数」とする。

図表14 後発医薬品普及率に係る分析

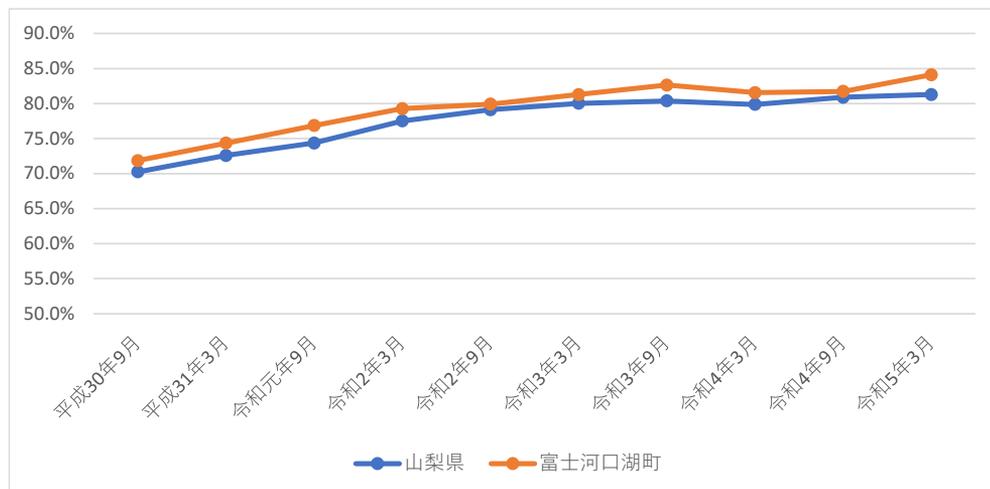
出典

厚生労働省ホームページ「保険者別の後発医薬品の使用割合(毎年度公表)」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000190726.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84.1%と、国の目標値である80%を超えている。

年度別 後発医薬品の使用割合

	平成30年9月	平成31年3月	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月	令和5年3月
山梨県	70.2%	72.6%	74.4%	77.5%	79.1%	80.0%	80.4%	79.9%	80.9%	81.3%
富士河口湖町	71.8%	74.3%	76.9%	79.3%	79.9%	81.3%	82.6%	81.6%	81.7%	84.1%



※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)

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

(2) 抽出対象のレセプト

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

②対象期間：集計の対象月(今回は令和5年3月)の診療に係るレセプト

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

(3) その他の主な留意点

- ・NDBの性質上、審査支払機関の支払請求に係るレセプトのうち電算処理に係るもの(電子レセプト)が算出対象となり(紙レセプトに係るものは対象外)、また、記載の不備等によりNDBに集約されないレセプトは対象外となること。なお、保険者が審査支払機関に差し戻したレセプトは、既にNDBに集約済みであるため算出の対象となる。
- ・集計の対象月の診療に係るレセプトであっても、医療機関からの請求の遅れ等によりデータ抽出時に審査支払機関からNDBへ格納がなされていないレセプトは抽出の対象外となること。
- ・「経済財政運営と改革の基本方針2017」(平成29年6月9日閣議決定)における使用割合の政府目標80%の算出は、薬価調査(薬価基準改定の基礎資料を得ることを目的に、医薬品販売業者の販売価格・数量及び一定率で抽出された医療機関等の購入価格・数量を調査するもの)を用いており、NDBとは調査対象等が異なること。

図表15

死因の状況

出典

国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

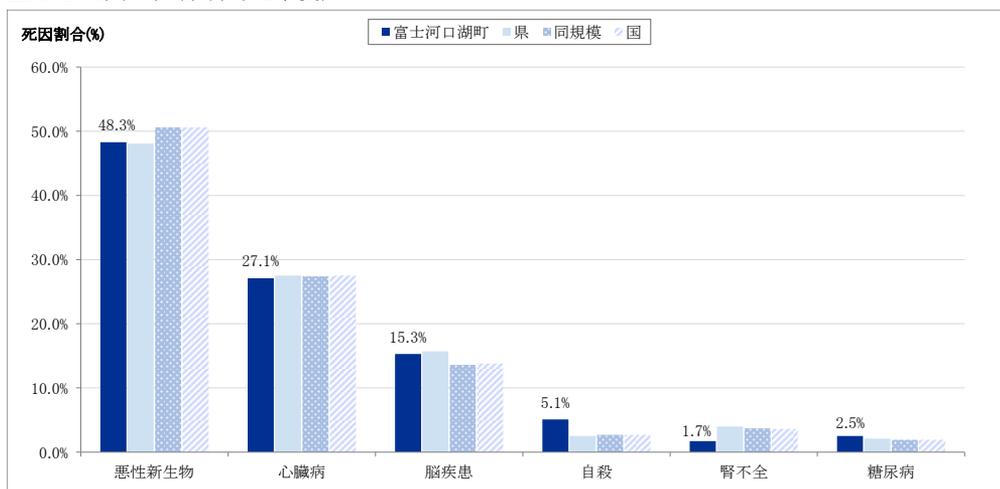
データ分析の結果

- ・主たる死因の状況としては、悪性新生物が最も高く、次いで、心臓病、脳疾患となっている。県や国と比較すると、自殺と糖尿病の死因割合が高くなっている。
- ・経年で見ると、どの疾病もその年度でなくなった人が高いと高くなっており、増加や減少傾向は特にみられない。

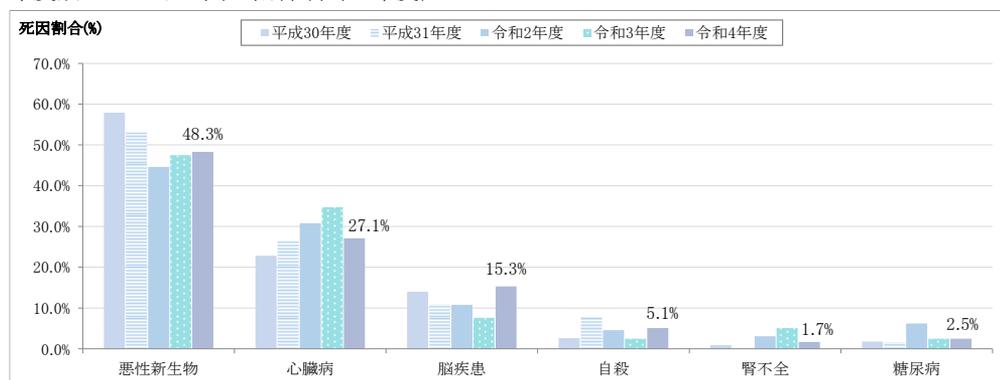
主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	富士河口湖町		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	57	48.3%	48.1%	50.6%	50.6%
心臓病	32	27.1%	27.5%	27.4%	27.5%
脳疾患	18	15.3%	15.7%	13.6%	13.8%
自殺	6	5.1%	2.5%	2.7%	2.7%
腎不全	2	1.7%	4.0%	3.7%	3.6%
糖尿病	3	2.5%	2.1%	1.9%	1.9%
合計	118				

主たる死因の割合(令和4年度)



年度別 主たる死因の割合(令和4年度)



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	糖尿病・脂質異常症・高血圧の疾病別医療費割合(入院及び外来)が高い。生活習慣病で治療中の人が多く、複数の生活習慣病を併発している人も多い。 また、慢性腎臓病(透析あり)・脳血管疾患の医療費割合・被保険者千人当たりレセプト件数も、県・国より多く、人工透析患者は増加している。	✓
B	特定健診受診者の有所見者割合で、最も有所見割合が高いのはHbA1cで65%、血糖値も33%である。 また脂質・尿酸・血圧・腎機能が県と比較し高い。 特に前期高齢者になると血糖や腎機能の有所見者の割合がさらに高くなり、高血糖・高血圧・脂質異常が継続した結果、動脈硬化が悪化し、腎機能の低下につながっている。	✓
C	特定健診受診率・特定保健指導実施率が県と比べ低く、特に40歳代～50歳代男性の健診受診率が低率である。健康状態の把握ができず、年を重ねるにつれて疾病に気づかず、重症化しやすい。	✓
D	不規則な食生活や運動習慣がないなど生活習慣に課題のある人が多く、若い時からの生活習慣による有病者が多い。また生活習慣の改善意欲がない人が多い。観光関連業や飲食業従事者は仕事柄生活リズムを変えることが困難といった背景もあり、生活習慣の改善につながりにくい。	

対応する健康課題	対策の方向性 (目標を達成するための戦略)	対応する保健事業番号
B・C	健診結果により高血圧、脂質異常、糖尿病のリスクのある者に、生活習慣病の発症予防や血管の動脈硬化を予防するための生活習慣の改善に取り組む。	1-1 2-1 2-2 3
A・B・D	糖尿病性腎症のハイリスク者に保健指導を実施し、疾病の重症化を予防し、腎機能の維持を図る。	2-2
C・D	疾病予防や生活習慣病の早期発見のために特定健診受診率を向上させる。若い世代から健診受診の意識づけや習慣化をはかり、対象者に合わせた受診勧奨を行う。	1-1
A・B	健診結果により受診勧奨判定値を超えた者に対して適切な医療機関に受診を促し、疾病の悪化を予防する。	2-2 3

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

対応する健康課題	計画全体の目標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
A・B・C・D	特定健診の受診の促しや、健診後のフォローを手厚くすることで、生活習慣病の早期発見や予防に繋げ、生活習慣病の重症化を予防する。	運動習慣のある者の割合	35.3%	35.6%	35.9%	36.2%	36.5%	36.8%	37.0%
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(※1)	51.4%	51.2%	51.0%	50.8%	50.6%	50.4%	50.0%
		メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(※1)	25.6%	24.4%	23.2%	22.0%	20.8%	19.6%	18.4%
A・B・D	糖尿病に関する知識を住民に知ってもらい、適切な治療や生活習慣の改善を通して、糖尿病の早期治療や重篤化を防ぎ、糖尿病性腎症による腎機能の悪化を防ぐ。	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(※1)	7.8%	7.6%	7.4%	7.3%	7.2%	7.1%	7.0%
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率 短期(※1)	3.9% (R3→R4)	3.8% (R5→R6)	3.7% (R6→R7)	3.6% (R7→R8)	3.5% (R8→R9)	3.4% (R9→R10)	3.4% (R10→R11)
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率 中長期(※1)	6.2% (R1→R4)			5.7% 以下 (R5→R8)			11.4% 以下 (R5→R11)

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

保健事業番号	事業分類	事業概要			重点・優先度
		事業名	対象	主な内容・方法	
1-1	特定健診・特定保健指導	特定健診受診率の向上	①過去3年毎年健診受診者 ②過去3年不定期健診受診者 ③新規40歳 ④過去3年健診未受診者で生活習慣病での医療機関受診歴のある者 ⑤過去3年健診未受診者で生活習慣病での医療機関受診もない者	・分かりやすい健診案内、受診希望調査の実施 ・ソーシャルネットワークを活用した健診申込 ・未受診者へのはがき・電話等による個別勧奨 ・未受診者が職場検診や人間ドック等の検査データの取得	重点
1-2		特定保健指導	特定健診受診者のうち特定保健指導対象者	・保健師等による集団又は個別による保健指導の実施 ・生活習慣の改善に向けた専門職による支援を面談や電話等で継続的に行う	
2-1	糖尿病対策	糖尿病予防対策	健診結果において血糖値やHbA1c等の糖尿病関連検査に異常があり糖尿病発症の可能性がる者	・医師による講義、食事指導、運動指導を行い、希望者に対する個別面談を実施 ・保健師、栄養士による生活習慣病予防のための保健指導を実施	重点
2-2		糖尿病性腎症重症化予防事業	・腎症2期～3期対象者 ・腎症1期対象者	・国の基準に基づいた、保健師による重症化予防指導の実施(面談2回・電話6回) ・継続的な生活習慣や運動習慣のフォロー ・電話によるポピュレーションアプローチ	重点
3	生活習慣病重症化予防	受診勧奨事業	特定健診受診者のうち結果判定が「要医療」「要精密検査」の者	・健診結果報告会において個別に結果の説明と受診の勧奨を行う ・受診が確認できない者へ通知や電話による受診勧奨を行う	

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る。
------	--

項目	No.	総合評価指標		計画策定時 実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の割合 (全年齢)		25.6%	24.4%	23.2%	22.0%	20.8%	19.6%	18.4%
		男性	40～49歳	37.5%	36.5%	35.5%	34.5%	33.5%	32.5%	31.5%
			50～59歳	39.7%	37.7%	35.7%	33.7%	31.7%	29.7%	27.7%
			60～69歳	41.6%	38.6%	35.6%	32.6%	29.6%	26.6%	23.6%
			70～74歳	42.7%	40.2%	37.7%	35.2%	32.7%	30.2%	27.7%
		女性	40～49歳	6.5%	5.5%	4.5%	3.5%	2.5%	1.5%	0.5%
			50～59歳	9.8%	8.8%	7.8%	6.8%	5.8%	4.8%	3.8%
			60～69歳	14.8%	13.8%	12.8%	11.8%	10.8%	9.8%	8.8%
	70～74歳		12.5%	11.5%	10.5%	9.5%	8.5%	7.5%	6.5%	
	2	血圧が保健指導判定値以上の 者の割合(全年齢)		51.4%	51.2%	51.0%	50.8%	50.6%	50.4%	50.0%
		男性	40～49歳	44.6%	43.4%	42.2%	41.0%	39.8%	38.6%	37.2%
			50～59歳	48.8%	48.7%	48.6%	48.5%	48.4%	48.3%	48.2%
			60～69歳	57.9%	57.8%	57.6%	57.5%	57.4%	57.3%	57.2%
			70～74歳	62.3%	62.1%	61.9%	61.7%	61.5%	61.3%	61.1%
		女性	40～49歳	27.4%	26.0%	24.6%	23.2%	21.9%	20.6%	19.4%
			50～59歳	34.6%	34.2%	33.8%	33.4%	33.0%	32.6%	32.2%
			60～69歳	44.9%	44.8%	44.7%	44.6%	44.5%	44.4%	44.3%
	70～74歳		60.8%	60.3%	59.8%	59.3%	58.8%	58.3%	57.7%	
	3	HbA1c6.5%以上の者の割合 (高血糖者の割合)(全年齢)		7.8%	7.6%	7.4%	7.3%	7.2%	7.1%	7.0%
		男性	40～49歳	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%
			50～59歳	7.1%	6.9%	6.8%	6.7%	6.6%	6.5%	6.4%
60～69歳			17.1%	16.8%	16.5%	16.2%	15.9%	15.6%	15.4%	
70～74歳			11.8%	11.6%	11.4%	11.2%	11.0%	10.8%	10.6%	
女性		40～49歳	2.5%	2.4%	2.4%	2.3%	2.3%	2.2%	2.2%	
		50～59歳	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	
		60～69歳	5.3%	5.2%	5.1%	5.0%	4.9%	4.8%	4.7%	
	70～74歳	6.0%	5.9%	5.8%	5.7%	5.6%	5.5%	5.4%		

項目	No.	総合評価指標		計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	4	特定健康診査受診率		40.8%	44.0%	47.2%	50.4%	53.6%	56.8%	60.0%
		男性	40～49歳	28.5%	30.2%	32.0%	33.7%	35.4%	37.2%	38.9%
			50～59歳	32.3%	34.0%	35.7%	37.4%	39.1%	40.8%	42.5%
		女性	40～49歳	36.5%	38.2%	39.8%	41.5%	43.1%	44.8%	46.5%
	50～59歳		38.2%	40.7%	43.1%	45.6%	48.0%	50.5%	52.9%	
	5	特定保健指導実施率(全体)		30.1%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
		動機付け支援		35.8%	41.0%	47.0%	53.0%	60.0%	66.0%	71.6%
積極的支援		18.5%	21.6%	24.7%	27.8%	30.9%	34.0%	37.0%		
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		21.2%	21.3%	21.3%	21.3%	21.4%	21.4%	21.4%

事業の目的	特定健康診査の受診率向上
事業の概要	特定健康診査を受診していない者を対象者とし特定健康診査の受診を促す。
現在までの事業結果 (成果・課題)	令和4年度の特定健康診査の受診率は40.8%で目標に達していない。男女ともに、40歳代50歳代で健診受診率が低く、特に男性の若年層の受診率が低いのが課題である。地域では船津地区の人口が多い地区で低い傾向である。

対象者	40歳～74歳の被保険者
-----	--------------

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	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	2年連続健診を受診している人の割合	72.0%	73.3%	74.7%	76.0%	77.3%	78.7%	80.0%
	3	調査票回収率の上昇	40.0%	43.3%	46.7%	50.0%	53.3%	56.7%	60.0%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	目標値						
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率	40.8%	44.0%	47.2%	50.4%	53.6%	56.8%	60.0%	
		男性	40～49歳	28.5%	30.2%	32.0%	33.7%	35.4%	37.2%	38.9%
			50～59歳	32.3%	34.0%	35.7%	37.4%	39.1%	40.8%	42.5%
		女性	40～49歳	36.5%	38.2%	39.8%	41.5%	43.1%	44.8%	46.4%
	50～59歳		38.2%	40.7%	43.1%	45.6%	48.0%	50.5%	52.9%	
2	対象者への架電件数	22件	28件	35件	41件	47件	54件	60件		

プロセス(方法)	周知	対象者には健康診断申込書兼状況調査票及び集団検診の案内を送付する。そのほかに、町広報誌及びホームページでの周知を行う。	
	勧奨	①過去3年毎年健診受診者 ②過去3年不定期健診受診者 ③新規40歳 ④過去3年健診未受診者 に健診データからセグメント分けを行い、対象者に合わせた通知を行う。 また、1回目の集団検診を受けなかった者に対して、 ①過去3年毎年健診受診者 ②過去3年不定期健診受診者 ③新規40歳 ④過去3年健診未受診者で生活習慣病での医療機関受診歴のある者 ⑤過去3年健診未受診者で生活習慣病での医療機関受診もない者 に健診データ及びレセプトデータからセグメント分けを行い、2回目・3回目の集団検診の案内を送付する。 2回目の通知でも健診の申し込みがない人に対して、対象者を限定して電話による勧奨を行う。	
	実施及び実施後の支援	実施形態	集団健診と人間ドックを実施する。
		実施場所	<実施場所> 集団検診：中央公民館、大石小学校体育館、河口出張所、勝山ふれあいセンター、上九一色コミュニティセンター 人間ドック：石和温泉病院クアハウス石和、山梨病院健康管理センター、山梨厚生連健康管理センター、富士吉田医師会臨床検査センター *年度によっては変更がある。
		時期・期間	集団健診：7月・9月・11月 結果報告会：9月・11月・1月 人間ドック：6月～3月
		データ取得	集団検診及び人間ドックの受診データに関しては山梨県国民健康保険連合会を経て取得する。 個別で医療機関にて検査を行っている人のデータに関しては電話や通知で情報提供を促す。
		結果提供	集団健診：健診実施4週間後に健診結果を郵送、2ヵ月後に健診結果説明会を開催する。 人間ドック：実施当日に被保険者に実施期間より提供される。
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	特定健診申込書の中で、がん検診の申し込みや、人間ドックの申し込みもできるようにする。 また、電話やホームページ、ソーシャルネットワークからも健診の申し込みができる工夫していく。健診場所までが遠い地域に関しては送迎の実施や託児の有る健診会場の案内も行い、より多くの人々が利用しやすいよう工夫する。土日も健診を実施し、受診の機会を増やす。生活習慣病等の治療中の方で健診未受診の方にはかかりつけ医から情報提供を依頼する。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	住民課 国保年金係が実施
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	集団検診：富士吉田医師会並びに山梨県健康管理事業団に検査を委託して実施 人間ドック：民間医療機関に委託して実施
	国民健康保険団体連合会	以下の業務の代行を依頼する。 ① 特定健診等に要する費用の請求及び支払い ② 支払代行や請求等の事務のための健診機関・保健指導機関及び保険者の情報の管理 ③ 簡単な事務点検のための契約情報・受診券又は利用券情報の管理 ④ 健診機関等から送付された健診データの読み込み、確認及び保険者への振り分け ⑤ 契約内容との整合性の確保 ⑥ 対象者の受診資格の有無の確認 ⑦ 特定保健指導の開始時期及び終了時期の管理 ⑧ 請求及び支払い代行等
	民間事業者	外部委託事業者にて受診勧奨の対象者の分析及び、受診勧奨の通知送付を行う。
	他事業	がん検診の申し込みを同時に行う。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	2回目の通知でも健診の申し込みがない人に対して、保健師に共有し、対象者を限定して電話による勧奨を実施する。

事業の目的	対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気が付き自らの生活習慣を振り返り生活習慣の改善に取り組み、自分の健康に関するセルフケアができるようになる。
事業の概要	特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように、専門職による支援を面接や電話等で継続的に行っていく。
現在までの事業結果 (成果・課題)	集団健診の積極的支援は委託、動機付け支援は一部委託している。人間ドックでは一部の検査機関が特定保健指導未実施である。特定保健指導終了率は、近年横ばいの傾向にあり、令和4年度は30%で県平均よりも低く、目標値に届いていない。
対象者	特定保健指導基準該当者(国の基準に準ずる)

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	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	21.2%	21.3%	21.3%	21.3%	21.4%	21.4%	21.4%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率(全体)	30.1%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
		動機付け支援	35.8%	41.0%	47.0%	53.0%	60.0%	66.0%	71.6%
		積極的支援	18.5%	21.6%	24.7%	27.8%	30.9%	34.0%	37.0%
	2	保健指導利用者の指導完了率	84.5%	85.0%	86.0%	87.0%	88.0%	89.0%	90.0%
3	音信不通者の状況確認割合	33.0%	40.0%	50.0%	60.0%	70.0%	80.0%	90.0%	

プロセス(方法)	周知	集団健診受診者は健診受診時に受診者全員に健診結果報告会の周知を行う。 特定保健指導対象者には個別に結果報告会の通知を行い、個別面談の予約をとる。 人間ドック受診者は検査機関で周知し、検査機関又は委託実施機関において保健指導を実施する。	
	勧奨	特定保健指導の対象者には結果説明会で初回面談を行う通知を送付し、電話で利用勧奨を行う。	
	実施及び実施後の支援	初回面接	集団健診における特定保健指導対象者は、結果説明会において個別面接又は集団指導を実施する。都合が合わない方は別日で個別対応を行う。
		実施場所	集団健診における特定保健指導対象者は、各地区の結果説明会会場。人間ドック受診者は委託業者の設定する場所において実施。
		実施内容	<p><動機付け支援> 初回時に面接による支援を行い、3ヵ月後に支援と状況確認を兼ねてアンケートを送付する。初回面接時に行動計画を作成し3ヵ月以上経過後に実績評価を行う。健診の結果や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する。</p> <p><積極的支援> 初回時に面接による支援を行い、その後3ヵ月以上の継続的支援を行う。初回面接時に行動計画を作成し3～6ヵ月経過後に実績評価を行う。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定期的かつ継続的に介入する。積極的支援終了時には改善した行動が継続できるよう意識づけを行う。</p>
		時期・期間	健診時期に合わせて6月～翌年3月にそれぞれ初回面談があり、その後3ヵ月以上の継続的な支援を実施する。
		実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導以外にも運動教室の紹介や各地区の健康教室につなげる。
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	指導期間中のモニタリングの進捗及び結果は委託事業者から報告を得るようにし、途中終了にならないよう必要な対策を検討する。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	住民課国保年金係及び健康増進課の保健師が対応
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	積極的支援及び動機付け支援の一部を栄養士会に委託して実施している。
	国民健康保険団体連合会	<p>以下の業務の代行を依頼する。</p> <p>① 特定健診等に要する費用の請求及び支払い ② 支払代行や請求等の事務のための健診機関・保健指導機関及び保険者の情報の管理 ③ 簡単な事務点検のための契約情報・受診券又は利用券情報の管理 ④ 健診機関等から送付された健診データの読み込み、確認及び保険者への振り分け ⑤ 契約内容との整合性の確保 ⑥ 対象者の受診資格の有無の確認 ⑦ 特定保健指導の開始時期及び終了時期の管理 ⑧ 請求及び支払い代行等</p>
	民間事業者	積極的支援及び動機付け支援の一部を外部委託事業者にて実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	特定保健指導の参加者が生活習慣の取り組みの継続意欲を高めるために、血液検査や腹囲・体重測定などの検査測定会を年度末に実施する。またその機会に個別面談で特定保健指導の評価を実施する。

～総合目的・総合評価指標～

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

項目	No.	総合評価指標	計画策定時実績(R4)	目標値						
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトカム指標	1	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)	7.8%	7.6%	7.4%	7.3%	7.2%	7.1%	7.0%	
		男性	40～49歳	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%
			50～59歳	7.1%	6.9%	6.8%	6.7%	6.6%	6.5%	6.4%
			60～69歳	17.1%	16.8%	16.5%	16.2%	15.9%	15.6%	15.4%
			70～74歳	11.8%	11.6%	11.4%	11.2%	11.0%	10.8%	10.6%
		女性	40～49歳	2.5%	2.4%	2.4%	2.3%	2.3%	2.2%	2.2%
			50～59歳	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%
			60～69歳	5.3%	5.2%	5.1%	5.0%	4.9%	4.8%	4.7%
			70～74歳	6.0%	5.9%	5.8%	5.7%	5.6%	5.5%	5.4%
		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)	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%
	男性		40～49歳	0.0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
			50～59歳	2.4%	2.3%	2.3%	2.2%	2.2%	2.1%	2.1%
			60～69歳	3.3%	3.2%	3.2%	3.1%	3.1%	3.0%	3.0%
			70～74歳	2.4%	2.3%	2.3%	2.2%	2.2%	2.1%	2.1%
	女性		40～49歳	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%
			50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			60～69歳	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
			70～74歳	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
	3		HbA1c悪化率(短期)	14.4%(R3→R4)	13.9%(R5→R6)	13.4%(R6→R7)	12.9%(R7→R8)	12.4%(R8→R9)	11.9%(R9→R10)	11.3%(R10→R11)
		男性	40～49歳	11.5%	11.2%	10.9%	10.6%	10.3%	10.1%	9.8%
			50～59歳	15.2%	14.6%	14.0%	13.6%	13.0%	12.5%	12.0%
			60～69歳	20.2%	19.5%	18.8%	18.1%	17.4%	16.7%	16.1%
			70～74歳	13.4%	12.9%	12.4%	11.9%	11.5%	11.1%	10.7%
		女性	40～49歳	13.5%	13.2%	12.9%	12.5%	12.1%	11.8%	11.5%
			50～59歳	13.7%	13.1%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%
			60～69歳	12.2%	11.7%	11.3%	10.9%	10.5%	10.1%	9.7%
			70～74歳	13.6%	13.1%	12.6%	12.1%	11.7%	11.3%	10.9%

項目	No.	総合評価指標		計画 策定時 実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	3	HbA1c 悪化率(中長期)		19.3% (R1→ R4)			15.7% 以下 (R5→ R8)			12.2% 以下 (R5→ R11)
		男性	40～49歳	26.7%			21.7%			16.7%
			50～59歳	22.1%			18.0%			14.0%
			60～69歳	20.8%			16.8%			13.0%
			70～74歳	14.5%			12.1%			9.7%
		女性	40～49歳	8.7%			7.6%			6.5%
			50～59歳	17.2%			14.3%			11.5%
			60～69歳	20.6%			16.8%			13.0%
	70～74歳		15.2%			12.6%			10.1%	
	4	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率(短期)		3.9% (R3→ R4)	3.8% (R5→ R6)	3.7% (R6→ R7)	3.6% (R7→ R8)	3.5% (R8→ R9)	3.4% (R9→ R10)	3.4% (R10→ R11)
		男性	40～49歳	4.9%	4.7%	4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%
			50～59歳	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%
			60～69歳	5.3%	5.2%	5.1%	5.0%	4.9%	4.8%	4.7%
			70～74歳	4.9%	4.7%	4.6%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%
		女性	40～49歳	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%	1.9%
			50～59歳	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%
			60～69歳	4.3%	4.2%	4.2%	4.1%	4.1%	4.0%	4.0%
			70～74歳	2.8%	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%
		糖尿病性腎症重病期分類 悪化率(中長期)		6.2% (R1→ R4)			5.7% 以下 (R5→ R8)			11.4% 以下 (R5→R 11)
		男性	40～49歳	4.8%			4.8%			9.6%
			50～59歳	7.1%			7.1%			14.2%
			60～69歳	8.9%			8.4%			16.8%
			70～74歳	4.9%			4.9%			9.8%
		女性	40～49歳	4.3%			4.3%			8.6%
			50～59歳	4.6%			4.6%			9.2%
	60～69歳		6.5%			6.1%			12.2%	
	70～74歳		3.1%			3.1%			6.2%	
5	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、 糖尿病治療なしの者の割合		14.9%	14.5%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	11.6%	
	男性	40～49歳	100.0% %	96.0%	92.0%	88.0%	85.0%	82.0%	80.0%	
		50～59歳	11.1%	10.6%	10.2%	9.8%	9.4%	9.1%	8.8%	
		60～69歳	26.2%	25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	22.0%	21.4%	
		70～74歳	6.7%	6.4%	6.1%	5.9%	5.7%	5.5%	5.3%	
	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	16.7%	16.0%	15.0%	14.0%	13.0%	12.0%	11.1%	
70～74歳		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
6	健診未受診者のうち 糖尿病治療中断者の割合		1.4%	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.0%	

事業の目的	糖尿病の発症を予防するため、医師による講演会や、保健師、栄養士による教室や個別指導を通じて生活習慣の改善を図る。
事業の概要	医師による糖尿病に関する講義、食事指導、運動指導を行い、希望者に対する個別面談を実施する。保健師、栄養士による生活習慣病予防のための保健指導を実施する。 糖尿病精密検査対象者は医療機関への受診勧奨を行い、医療につなげる。
現在までの事業結果 (成果・課題)	糖尿病予防として健診結果に基づき保健師、栄養士、医師による集団・個別指導実施し、内容については健診結果の傾向や内容を検討のうえ改善に努めている。糖尿病予備群①(FBS:110~124mg/dl又はHbA1c:6.0~6.4%)の対象者及びOGTT該当者は増加傾向にあるが、精密検査受診率は悪化している状況である。精密検査の対象となる基準など医療機関との連携がより必要である。
対象者	健康診断結果において糖尿病関連値が高く、糖尿病発症の可能性のある者

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	糖尿病予備群①							
		糖尿病精密検査の受診率	31.0%	34.0%	37.0%	40.0%	43.0%	46.0%	50.0%
	2	集団指導終了後のアンケートの理解度で「理解できた」と回答した割合 (R6より実施検討)	実績なし	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%
		糖尿病予備群②							
3	集団指導終了後のアンケートの理解度で「理解できた」と回答した割合 (R6より実施検討)	実績なし	80.0%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%	
	4	健康診断結果におけるHbA1cが5.6%以上の割合	65.4%	65.2%	64.9%	64.6%	64.3%	63.9%	63.5%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	糖尿病予備群①							
		集団指導教室実施回数	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回
		保健指導参加率	76.6%	78.0%	80.0%	82.0%	84.0%	85.0%	85.0%
	2	糖尿病予備群②							
		集団指導教室実施回数	7回	7回	7回	7回	7回	7回	7回
		保健指導参加率	79.8%	80.0%	81.0%	82.0%	83.0%	84.0%	85.0%

プロセス (方法)	周知	結果報告会のお知らせ、医師による講演会について案内の送付。
	勧奨	結果報告会未受診の者に対して電話での個別指導の日程調整を行う。 糖尿病精密検査の未受診者に対して2.3ヵ月後に通知で受診勧奨を行う。
	実施及び実施後の支援	糖尿病予備軍①(FBS:110~124mg/dl、HbA1c:6.0~6.4%)の対象者には町内内科医による糖尿病予防講演会実施。糖尿病予備群②(FBS:100~109mg/dl、HbA1c:5.6~5.9%)の対象者には保健師、栄養士による集団指導を実施。糖尿病精密検査対象者には医療機関への受診勧奨及び未受診者に対する勧奨通知を送付。また、糖尿病精密検査対象者にはSATシステムを活用した栄養指導の機会を設ける。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	糖尿病精密検査対象者に対してSATシステムを用いた栄養指導実施。その際かかりつけ医に対する情報提供書を作成し、情報共有を図る。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康増進課 健康増進係
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	富士吉田医師会、県栄養士会
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	集団指導実施前に医師会、県栄養士会に目標や趣旨、対象者、特に伝えてほしい事項など情報共有や打ち合わせを実施する。

事業の目的	糖尿病性腎症患者の病期進行阻止
事業の概要	特定健康診査の検査値とレセプトデータから対象者を特定し、対象者が自らセルフケア能力を高め、望ましい生活習慣を身に付けることができるように専門職より対象者に6ヵ月間の面談指導と電話指導を行う。また、多忙等の理由で、長期指導が難しい対象者には電話にて保健指導を行う。
現在までの事業結果 (成果・課題)	かかりつけ医と連携したハイリスク者への個別保健指導は令和4年度までは未実施であり、令和5年度からの実施となる。

対象者	選定方法	健康診査の検査データ及びレセプトデータから糖尿病性腎症の病期を特定し、対象者を特定。	
	選定基準	健診結果による判定基準	昨年度の健診で空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上かつ、e-GFR30mL/min/1.73m ² 以上
		レセプトによる判定基準	糖尿病の罹患があり、糖尿病性腎症が主病(受診歴あり)かつ糖尿病薬剤を処方されている者。
		その他の判定基準	医師が必要と認めた者。
	除外基準	透析中の者、腎臓移植を受けた者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者。	
	重点対象者の基準	糖尿病性腎症病期2期、3期に相当する者。	

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	保健指導実施者の検査値改善率 (翌年度の健診等における HbA1c7.0%以下の割合)	実績 なし	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%
	2	保健指導実施者の目標達成率 (食生活)	実績 なし	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%
	3	保健指導実施者の目標達成率 (運動・活動量)	実績 なし	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	保健指導の参加勧奨者のうち実際 利用した割合	実績 なし	3.0%	4.0%	5.0%	6.0%	7.0%	8.0%
	2	電話による保健指導の実施件数	実績 なし	50件	52件	54件	56件	58件	60件

プロセス(方法)	周知	対象者への個別保健指導の参加勧奨に併せて周知。	
	勧奨	対象者には委託事業者にて勧奨通知・電話勧奨で利用勧奨を行う。申し込みが少ない場合は町保健師が個別に勧奨する。	
	実施及び実施後の支援	利用申込	希望者は電話にて申込。かかりつけ医からの指示書は町の保健師が事業説明を行いながら本人と同行受診し確認する。
		実施内容	委託事業者の保健師並びに看護師等の専門職がICT面談2回及び電話指導6回の6ヵ月間保健指導を実施する。 (参加者の腎症のステージにより、面談及び電話の回数は変化する。) 多忙等を理由に、長期間の指導が難しい場合は、プログラム勧奨の際、電話1回の指導を行う。
		時期・期間	8月～1月
		場所	町の公共施設(ICT)、対象者の自宅(訪問・ICT)
		実施後の評価	3ヵ月後に医療機関で検査、6ヵ月後にアンケートで生活習慣改善状況を確認
		実施後のフォロー・継続支援	町保健師が、医師と連携を取りながら終了後も定期的にフォローを実施する。
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	アンケート結果は委託事業者から報告を得るようにし、必要な対策を検討する。 (目標：報告率100%)		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	住民課国保担当者が、委託事業者が選出した、レセプト・健診結果から対象者リストを保健師に確認してもらう。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会には事業開始前の連絡会にて説明・周知を図る。
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からの利用勧奨をお願いする。かかりつけ医からの指示書に基づき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付する。町担当保健師がかかりつけ医と連携を持ち、次年度もフォローを行う。
	国民健康保険団体連合会	保健事業評価支援・評価委員会の活用 国保連合会よりレセプトデータを提供してもらい、委託事業者に依頼する
	民間事業者	委託事業者から電話勧奨及び指導を実施する。
	他事業	健診結果報告会にて事業のPRを行う。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	かかりつけ医との連携を持つ中で、医師から対象者への事業の参加勧奨を行ってもらえるよう周知を図る。

事業分類3

生活習慣病重症化予防

事業番号3

要医療者への受診勧奨

事業の目的

「要医療」「要精密検査」の者に対して、個別の保健指導と医療機関への受診勧奨を促進することで、生活習慣の改善と早期治療に繋がることにより重症化予防を図る。

事業の概要

特定健康診査受診者のうち「要医療」「要精密検査」の者において、個別の結果説明と受診の勧奨を行う。その後、医療機関への受診が確認できない対象者を特定し、通知や電話、訪問による受診勧奨を行う。結果報告会における受診勧奨や支援が必要な対象者の抽出、個別フォローが早期治療における重症化予防・生活習慣改善を図ることができる。

現在までの事業結果
(成果・課題)

令和4年度における特定健康診査の結果報告会については、個別指導実施率70.5%であり個別の保健指導の実施を行っている。しかし、個別指導実施後に受診の必要性が高い者の受診状況の確認を行っていないことが課題である。

対象者

- ・特定健康診査受診者のうち「要医療」「要精密検査」の者
- ・特定健康診査の結果、医療機関への受診勧奨対象者の内、医療機関への受診が確認できていない者

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	KDBにおける医療機関非受診率	7.0%	6.7%	6.5%	6.3%	6.1%	5.9%	5.7%
	2	健診結果における「要精密検査」判定者の医療機関への受診率	74.1%	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%

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	「要医療」判定者における個別指導実施率	70.5%	71.5%	72.5%	73.5%	74.5%	75.0%	75.0%
	2	かかりつけ医がない未受診者における受診勧奨件数(R6から実施)	実績なし	5件	5件	10件	15件	20件	25件

プロセス(方法)	周知	<p>健診結果や健診時の質問票から対象者に合わせた情報を提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・結果報告会における情報提供：健診結果の見方、健診結果に応じた生活指導 病態別生活習慣病の予防・改善に関する指導 各種教室などのお知らせ ・郵送における情報提供：資料における病態別生活習慣病の予防・改善に関する情報提供
	勧奨	<p>結果報告会後に「要医療」「要精密検査」の中で受診が必要な対象者に、医療機関への受診勧奨を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・結果報告会における受診勧奨：健診結果に応じて医療機関への受診勧奨 受診可能な医療機関の情報提供 ・未受診者における受診勧奨：医療機関未受診者の者において、通知や電話による状況確認と受診勧奨
	実施及び実施後の支援	<p>医療機関受診後も、対象者の状況に応じて地区担当保健師が個別支援を行う。また、かかりつけ医等の医療機関との連携を図る。</p> <p>医療機関受診拒否の者においては、地区担当保健師が個別支援において病態別生活習慣病の予防・改善に関する指導、受診の必要性の指導を行う。</p>
	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)	<p>これまでの結果報告会においては、受診勧奨後の受診状況を把握できていない状況である。個別指導を実施した保健師においては、支援のフォロー体制の検討や受診確認の有無の必要性など優先順位を検討したうえで、支援を行い、重症化予防を図る。</p>

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康増進課 健康増進係が実施
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会・山梨県健康管理事業団には年度初めの打ち合わせにおいて説明・周知を図り、対象者の選定基準や支援体制については毎年度合意を得る体制をとる。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	対象者の選定基準と医療機関への受診率に関しては医師会・山梨県健康管理事業団と共有し、基準検討などのその後の対策に生かす体制をとる。対象者が受診した後も医療機関と地区担当保健師が情報共有・支援の連携の図ることができる体制整備を行う。

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

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

○事業分類1：特定健康診査・特定保健指導

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

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

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

		指標	分母	分子
山梨県共通評価指標	事業分類 総合	1 (再掲)HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者の割合(高血糖者の割合) ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者
		2 HbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合(血糖コントロール不良者の割合) ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c8.0%以上の者の数
		3 HbA1c 悪化率 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定 ※単年変化、中長期的変化を確認	特定健診受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1cの悪化者の数
		4 (再掲)糖尿病性腎症重病期分類悪化率 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定 ※単年変化、中長期的変化を確認	特定健診受診者のうち、糖尿病性腎症病期分類の検査結果がある者の数	病期の悪化者の数
		5 HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうちHbA1c6.5%以上の者の数	HbA1c6.5%以上の者のうち、「糖尿病治療なし(※)」の者の数 ※問診で本人が糖尿病治療薬なしと回答かつレセプトに糖尿病名あるいは糖尿病治療薬の処方がないこと (国手引きでは、分子を「糖尿病のレセプトがない者」とする例が示されているが、当該データはKDBからの取得に手間がかかるため、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"> ・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"> ・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

○個別保健事業

		指標	分母	分子	
評価指標	事業番号 1-1	1 2年連続で特定健診を受診した被保険者の割合	当該年度の特定健診受診者数	当該年度の特定健診受診者のうち前年度も特定健診を受診している者	
		2 調査票回収率の上昇	調査票を送付した対象者	調査票を回収した人数	
		特定健診 3 特定健康診査受診率	特定健診対象者数	特定健康診査受診者数	
		4 対象者への架電件数	特定健診の予約を行っていない対象者(40歳代)に電話勧奨を行った件数		
	事業番号 1-2	特定保健指導	1 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導の利用者数	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数
			2 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
		3 保健指導利用者の指導完了率	特定保健指導終了者数	特定保健指導利用者数	
		4 音信不通者の状況確認割合	特定保健指導利用者の中で、指導期間中に連絡が取れなくなった者	町の保健師が、訪問や電話等で状況を確認した者	
	事業番号 2-1	糖尿病予防対策	1 糖尿病精密検査の受診率	特定健診の結果、糖尿病精密検査の対象となった者	糖尿病精密検査の結果を把握できた者
			2 糖尿病予備群① 集団指導終了後のアンケートの理解度で「理解できた」と回答した割合	糖尿病予備群①に参加し、アンケートを回答した人数	糖尿病予備群①のアンケート結果「理解できた」と回答した人数
			3 糖尿病予備群② 集団指導終了後のアンケートの理解度で「理解できた」と回答した割合	糖尿病予備群②に参加し、アンケートを回答した人数	糖尿病予備群②のアンケート結果「理解できた」と回答した人数
			4 健康診断結果におけるHbA1cが5.6%以上の割合	当該年度の特定健診受診者数	特定健診のHbA1cが5.6%以上の人数
5 糖尿病予備群① 集団指導教室実施回数		当該年度の糖尿病予備群①の集団指導教室実施回数			
6 糖尿病予備群① 保健指導実施率		特定健診の結果、糖尿病予備群①の該当者	糖尿病予備群①で保健指導を実施した者の数		
7 糖尿病予備群② 集団指導教室実施回数		当該年度の糖尿病予備群②の集団指導教室実施回数			
8 糖尿病予備群② 保健指導実施率		特定健診の結果、糖尿病予備群②の該当者	糖尿病予備群②で保健指導を実施した者の数		

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等
特定健診を毎年受診することが習慣化できることを評価する指標として設定	町の健康管理システムから抽出(国保被保険者)	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
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調査票で確認できる	国保係が集計した数値	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
山梨県共通評価指標と同様	法定報告	・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
40歳代の受診率の低さが課題であるため、当該年代に対し個別に受診勧奨を行い、受診につなげるため設定	国保係が集計した数値	・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
山梨県共通評価指標と同様	法定報告	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
山梨県共通評価指標と同様		・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
特定保健指導利用者が最終評価を実施して望ましい生活習慣が獲得できるための指標		・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
特定保健指導利用者が最終評価を実施して望ましい生活習慣が獲得できるための指標	委託機関や町で連絡が取れなくなった場合は町で状況を確認する	・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
糖尿病発症予防のため医療機関に相談し指導を受けるといった行動変容を評価する指標。	健康増進課が集計した数値	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
対象者が行動変容をするために教室における糖尿病や生活習慣改善のポイントについて理解しているかを評価する指標。		・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
対象者が行動変容をするために教室における糖尿病や生活習慣改善のポイントについて理解しているかを評価する指標。		・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
糖尿病発症予防の成果指標として設定。	KDBシステム 様式5-2 健診有所見者状況	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
糖尿病発症予防の意識づけを行うための機会を評価するための指標。	健康増進課が集計した数値	・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
糖尿病発症予防の意識づけを行うための機会を評価するための指標。この結果をもとに次年度の集団指導の方法や内容を検討する。		・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
糖尿病発症予防の意識づけを行うための機会を評価するための指標。		・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
糖尿病発症予防の意識づけを行うための機会を評価するための指標。この結果をもとに次年度の集団指導の方法や内容を検討する。		・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

		指標	分母	分子	
評価指標	事業番号 2-2 糖尿病性腎症重症化予防事業	1	保健指導実施者の検査値改善率(翌年度の健診等におけるHbA1c7.0%以下の人の割合)	6ヵ月間の継続した保健指導実施者数	翌年度の健診結果又は検査数値のHbA1c7.0%以下の人数
		2	保健指導実施者の目標達成率(食生活)	6ヵ月間の継続した保健指導実施者数	6ヵ月後の食生活に関する目標の達成率
		3	保健指導実施者の目標達成率(運動・活動量)	6ヵ月間の継続した保健指導実施者数	6ヵ月後の食生活に関する目標の達成率
		4	保健指導の参加勧奨者のうち実際利用した割合	保健指導参加勧奨対象者	6ヵ月間の保健指導実施者
		5	電話による保健指導の実施割合	ハイリスク者に対し、医療専門職が電話による保健指導を実施した件数	
	事業番号 3 要医療者への受診勧奨	1	KDBにおける「要医療」判定者の医療機関非受診率	当該年度の特定健診受診者数	当該年度に「要医療」と診断されたうち、医療機関未受診者の数
		2	健診結果における「要精密検査」判定者の医療機関への受診率	健診結果における「要精密検査」判定者	「要精密検査」の検査結果が把握できた人数
		3	「要医療」判定者における個別指導実施率	特定健診の結果、内服治療しておらず「要医療」と判定された者	個別指導実施者数
		4	かかりつけ医がない未受診者における受診勧奨件数(R6から実施)	特定健診の結果、かかりつけ医がおらず「要医療」と判定された者に対して行う、電話や訪問における受診勧奨件数	

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等
保健指導を受けることにより、糖尿病の重症化を予防できたかを評価するための指標	担当保健師が集計した数値	<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
糖尿病の重症化を予防するための食生活に関する生活習慣の改善が実行できたかを評価するための指標	委託事業者の事業報告書	<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
糖尿病の重症化を予防するための運動習慣に関する生活習慣の改善が実行できたかを評価するための指標		<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
糖尿病の重症化を予防する意識づけを行うための指標		<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
糖尿病の重症化を予防する意識づけを行うための指標、今後6ヵ月の保健指導につなげるための情報提供を行う		<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
受診勧奨により医療機関未受診者が医療機関に繋がり、重症化を予防できたか評価するための指標	KDBシステム 地域の全体像の把握	<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
受診勧奨により「要精密検査」判定者が、医療機関に繋がり、重症化を予防できたか評価するための指標	健康増進課が集計した数値	<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
生活習慣の改善と疾病の重症化を予防する意識づけを行うための指標		<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
「要医療」判定であり重症化のリスクが高いため、個別に受診勧奨を行い、医療機関への受診に繋げるための指標		<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

<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う。</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う。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・協力体制を整備する。</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・啓発を図る。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する。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理する。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する。</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る。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)のことである。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く。</p> <p>① 地域で被保険者を支える連携の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>③ 国民健康保険診療施設の施設・人材の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>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する。</p>

第6章 その他の保健事業

◎国保保健事業

富士河口湖町として、以下の保健事業も、町民のさらなる健康意識の向上や医療費適正化の為、富士河口湖町国民保険が主導となり実施をしていく。

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、通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促す。
②受診行動適正化指導事業(重複・頻回受診、重複服薬)	重複・頻回受診者数、重複服薬者数を減少させることで、医療費の適正化を図る。 KDBデータから、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について、専門職による指導を行う。
③人間ドック等の助成事業	集団健診での特定健診分を1,500円 人間ドックを15,000円の自己負担として受診率の向上を図り、疾病の早期発見、早期治療をすることにより被保険者の健康保持増進を図り、将来の医療費の抑制に努める。
④健康教室等の助成事業	町内小中学校により派遣医師等による健康教育を実施した場合の派遣費用の助成を実施。また健診受診者に健康のために運動の習慣化を図る目的で町民プールの施設体験チケットを助成する。
⑤健康相談事業の実施	専用ダイヤル「富士河口湖町健康なんでも相談24」を実施し、24時間365日、町民の健康サポートを行う。

◎健康増進課 保健事業

①健康増進事業	健康増進法に基づき、町民が自らの健康管理と適切な医療を受けるために健康相談及び健康教育等により、正しい知識の普及や生活習慣改善のための保健指導を実施する。また、がん検診・歯周疾患検診・骨粗しょう症検診を実施し、疾病を早期に発見し、適切な治療等につなげることで重症化を予防する。
②予防接種事業	予防接種法に基づき、感染症にかかると重症化リスクがある等の該当者に対して、予防接種費用を助成している。ワクチンを接種してその感染症に対する免疫を獲得することで感染の予防と社会全体の感染症の流行を防ぐ。
③一般介護予防事業	全ての高齢者を対象として、運動向上や認知症予防、栄養改善、口腔機能向上等を目的とした通所型事業を実施している。また、地域包括ケアシステムの構築に向けて、住民の主體的な参加・運営による地域づくりも踏まえた介護予防事業としての「いきいき百歳体操」の推進にも取り組み、そこに地域リハビリテーション活動支援事業を活用したりリハビリテーション専門職の活用も勧めている。

◎後期高齢者保健事業

<p>①高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業</p>	<p>町の高齢者の健康課題を明確にし、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくために生活習慣病の重症化を予防する取り組みと生活機能の低下を防止する取り組みの双方を一体的に実施していく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ポピュレーションアプローチ事業：通いの場(100歳体操)を活用した健康教育・健康相談・フレイル状態の把握事業。 ・ハイリスクアプローチ事業：健康状態不明者等の実態把握事業。
<p>②後期高齢者健康診査</p>	<p>高齢者の生活習慣病の早期発見及び重症化の予防を図る。また生活習慣病だけでなく、フレイル状態の確認を行う。</p>
<p>③後期高齢者歯科口腔健診</p>	<p>高齢者の歯科検診とともに口腔機能の低下を予防し、肺炎等の疾病予防につなげていく。</p>

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

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

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た。

富士河口湖町国民健康保険においても、法第19条に基づき特定健康診査等実施計画(第1期～第3期)を策定し、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施に努めてきた。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する。

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

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

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12ヵ月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12ヵ月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12ヵ月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12ヵ月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12ヵ月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12ヵ月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12ヵ月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成30年度～令和4年度(5年分)

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取り組みの実施内容

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ある。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み	実施内容
健診受診の利便性向上	がん検診との同時実施	健診受診と同時にがん検診も実施。利用者には申込時に希望のがん健診の申し込みも同時にできるように工夫を行った。
	土日健診や託児・送迎の実施	健診会場を限定して、一部の健診会場にて送迎及び託児の実施を行った。また、一部の健診会場では土日や祝日の健診も実施した。
健診受診の受診率向上	健診未受診者に対する個別の働きかけ	<ul style="list-style-type: none"> ・前年度健診受診者で健診申込の無い人への通知及び電話 ・過去3年間健診を受けていない人への受診勧奨の通知 ・過去2年に健診を受けたことがある人への受診勧奨の通知 ・人間ドックの受診勧奨
	健診の周知活動	町内広報誌等による周知や、関係団体を通じた周知活動を実施

【特定保健指導】

事業分類	取り組み	実施内容
初回面談方法	特定健診結果説明会で実施	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会の際に初回面談を実施 ・結果説明会に来所できなかった人は、後日来所してもらい個別面談を実施。連絡が取れない場合は訪問指導を実施している。
利用率の向上	教材の工夫	健診結果を過去5回分を一覧として、体重・腹囲や検査データの変化と合わせて生活習慣を振り返り、生活改善の取り組みにつなげる。
	募集チラシの工夫	毎年度募集資材の変更を検討し、通知に健診結果データを記載し、Myドリッグシステムに該当しているかどうかをわかるように工夫した。

2. 特定健康診査の受診状況

以下は、平成22年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものである。

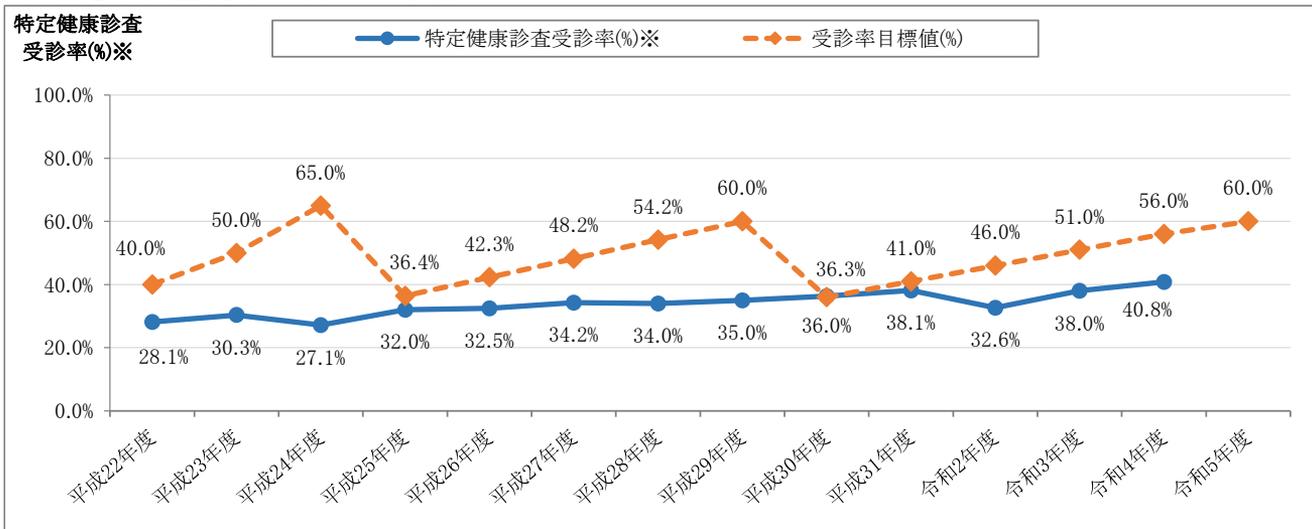
特定健康診査受診率及び目標値

	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	平成28年度
特定健康診査対象者数(人)	4,964	4,901	4,925	4,857	4,823	4,745	4,577
特定健康診査受診者数(人)	1,397	1,487	1,337	1,555	1,566	1,625	1,556
特定健康診査受診率(%)※	28.1%	30.3%	27.1%	32.0%	32.5%	34.2%	34.0%
受診率目標値(%)	40.0%	50.0%	65.0%	36.4%	42.3%	48.2%	54.2%

	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)	4,383	4,184	4,056	4,036	3,925	3,751	
特定健康診査受診者数(人)	1,533	1,520	1,546	1,317	1,492	1,531	
特定健康診査受診率(%)※	35.0%	36.3%	38.1%	32.6%	38.0%	40.8%	
受診率目標値(%)	60.0%	36.0%	41.0%	46.0%	51.0%	56.0%	60.0%

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

特定健康診査受診率及び目標値



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

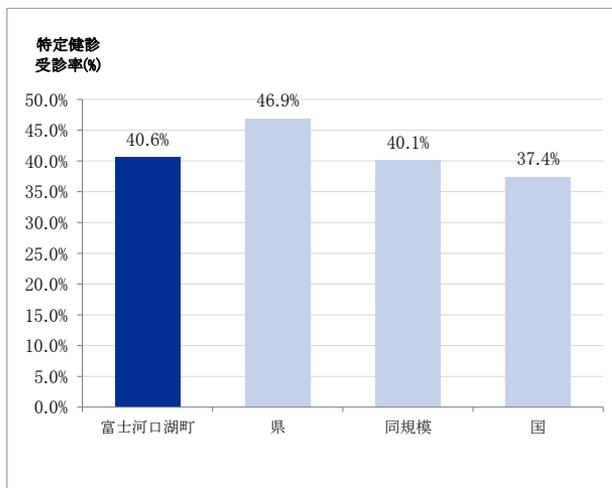
国保データベース (KDB) システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査受診率は以下のとおりである。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
富士河口湖町	40.6%
県	46.9%
同規模	40.1%
国	37.4%

出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

(男性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



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

(女性)年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



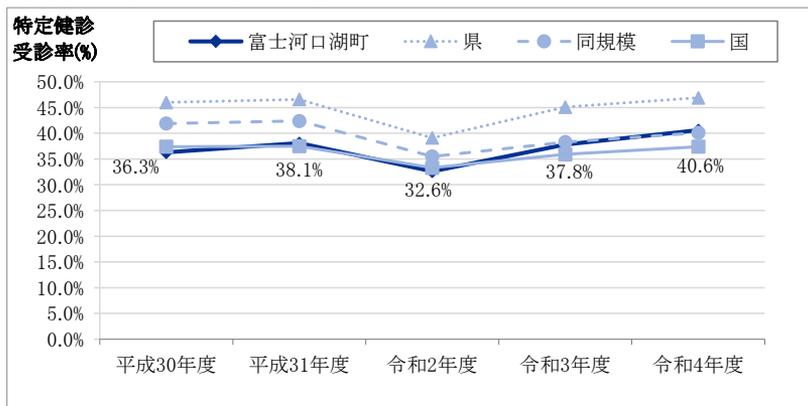
以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものである。令和4年度の特定健康診査受診率40.6%は平成30年度36.3%より4.3ポイント増加している。

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
富士河口湖町	36.3%	38.1%	32.6%	37.8%	40.6%
県	46.0%	46.6%	39.1%	45.1%	46.9%
同規模	41.9%	42.4%	35.5%	38.3%	40.1%
国	37.4%	37.5%	33.3%	35.9%	37.4%

出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

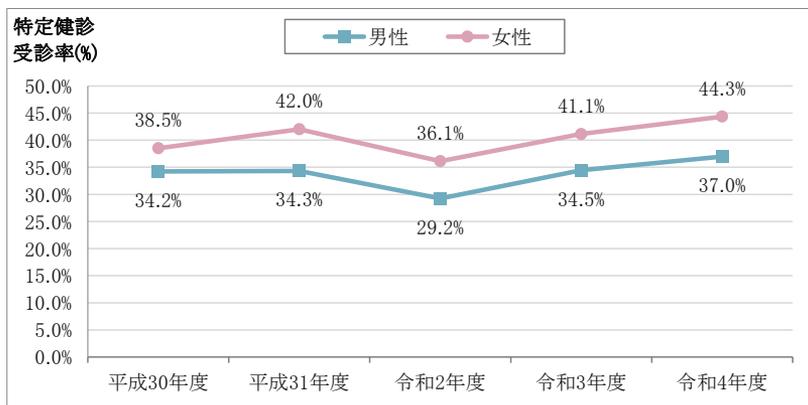
年度別 特定健康診査受診率



出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

男女別の特定健康診査の受診率をみると、男性の令和4年度受診率37.0%は平成30年度34.2%より2.8ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率44.3%は平成30年度38.5%より5.8ポイント増加している。

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22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示したものである。

特定保健指導実施率及び目標値

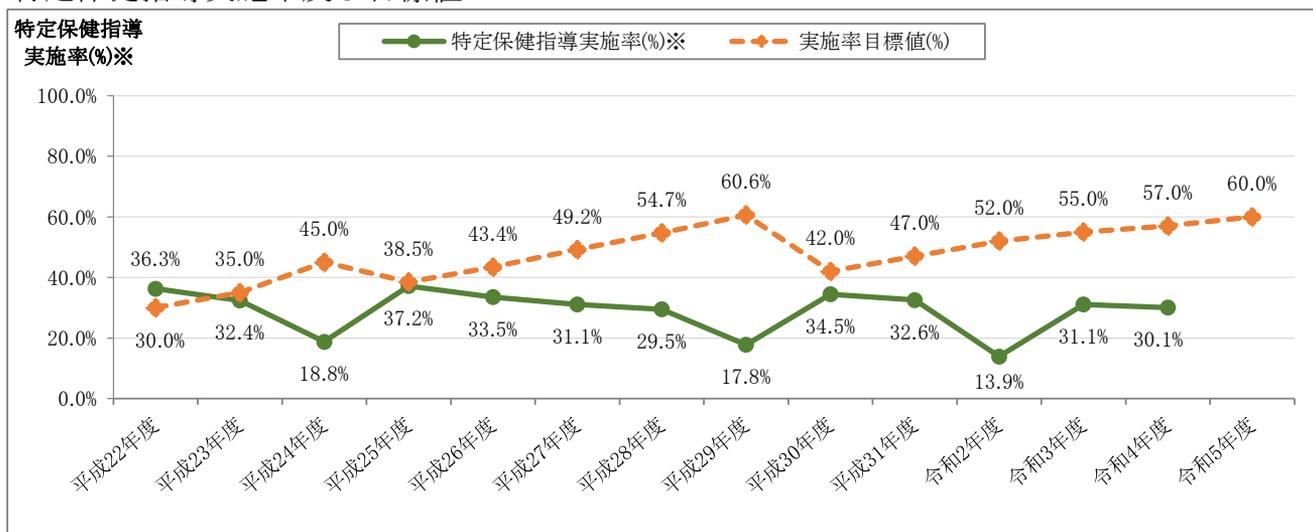
	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
特定保健指導対象者数(人)	204	213	165	191	182	180	166
特定保健指導利用者数(人)	77	77	47	71	65	60	53
特定保健指導実施者数(人)※	74	69	31	71	61	56	49
特定保健指導実施率(%)※	36.3%	32.4%	18.8%	37.2%	33.5%	31.1%	29.5%
実施率目標値(%)	30.0%	35.0%	45.0%	38.5%	43.4%	49.2%	54.7%
	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3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)	180	174	172	173	177	163	
特定保健指導利用者数(人)	48	69	60	29	58	58	
特定保健指導実施者数(人)※	32	60	56	24	55	49	
特定保健指導実施率(%)※	17.8%	34.5%	32.6%	13.9%	31.1%	30.1%	
実施率目標値(%)	60.6%	42.0%	47.0%	52.0%	55.0%	57.0%	60.0%

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

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものである。

積極的支援実施状況

	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	平成28年度
積極的支援対象者数(人)	82	79	46	62	58	70	54
積極的支援利用者数(人)	4	20	8	19	11	23	18
積極的支援実施者数(人)※	1	13	6	19	11	20	17
積極的支援実施率(%)※	1.2%	16.5%	13.0%	30.6%	19.0%	28.6%	31.5%

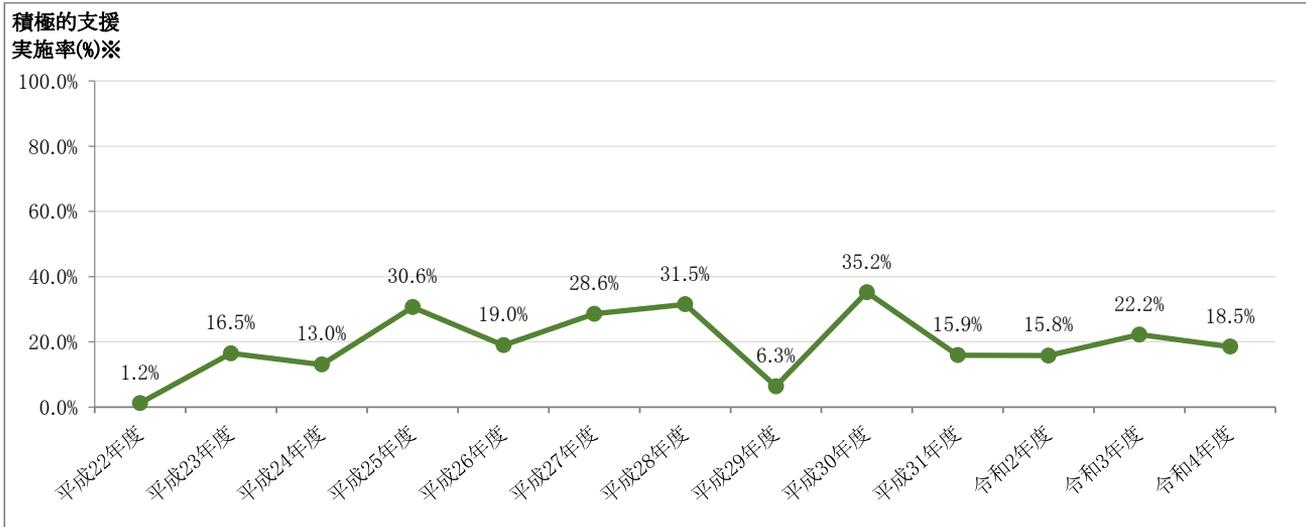
	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
積極的支援対象者数(人)	63	54	44	57	63	54
積極的支援利用者数(人)	8	21	11	13	14	16
積極的支援実施者数(人)※	4	19	7	9	14	10
積極的支援実施率(%)※	6.3%	35.2%	15.9%	15.8%	22.2%	18.5%

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	平成28年度
動機付け支援対象者数(人)	122	134	119	129	124	110	112
動機付け支援利用者数(人)	73	57	39	52	54	37	35
動機付け支援実施者数(人)※	73	56	25	52	50	36	32
動機付け支援実施率(%)※	59.8%	41.8%	21.0%	40.3%	40.3%	32.7%	28.6%

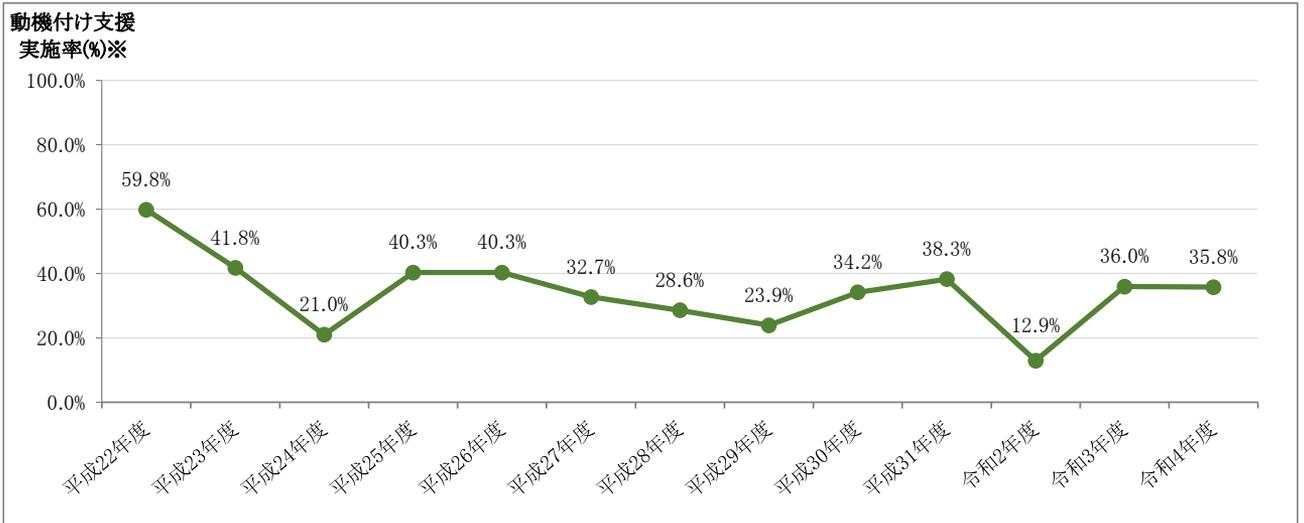
	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
動機付け支援対象者数(人)	117	120	128	116	114	109
動機付け支援利用者数(人)	40	48	49	16	44	42
動機付け支援実施者数(人)※	28	41	49	15	41	39
動機付け支援実施率(%)※	23.9%	34.2%	38.3%	12.9%	36.0%	35.8%

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

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

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

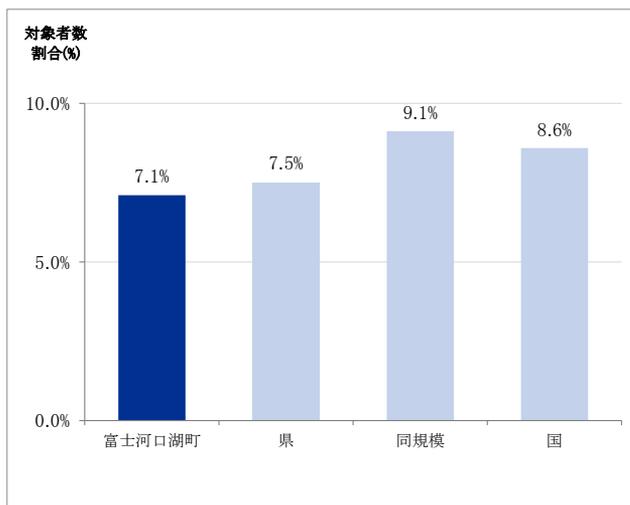
特定保健指導実施状況 (令和4年度)

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
富士河口湖町	7.1%	3.7%	10.8%	30.3%
県	7.5%	3.1%	10.6%	47.2%
同規模	9.1%	2.8%	11.9%	41.1%
国	8.6%	2.7%	11.3%	27.0%

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

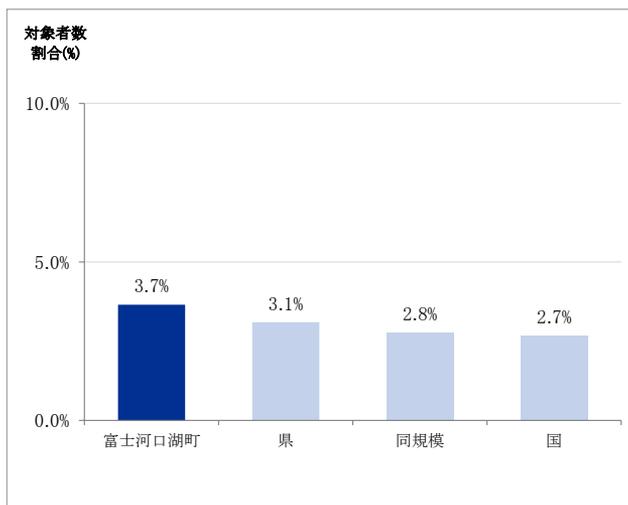
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合 (令和4年度)



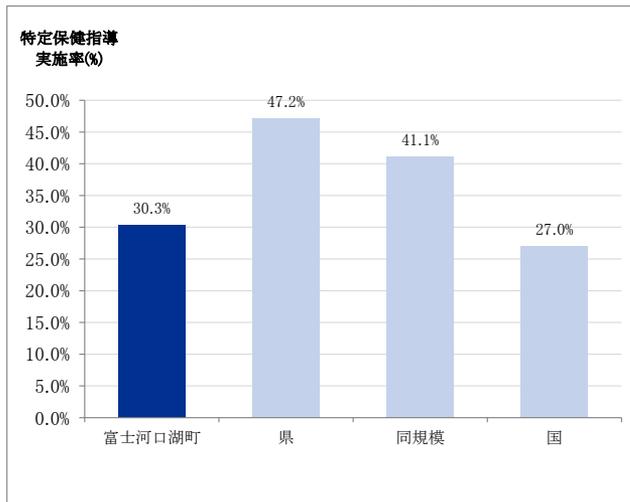
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合 (令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率 (令和4年度)



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

以下は、本町の平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別
に示したものである。令和4年度の特定保健指導実施率30.3%は平成30年度30.1%より0.2ポ
イント増加している。

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
富士河口湖町	7.9%	8.3%	8.8%	7.6%	7.1%
県	8.2%	7.9%	8.1%	7.8%	7.5%
同規模	9.6%	9.5%	9.5%	9.4%	9.1%
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
富士河口湖町	3.5%	2.8%	4.3%	4.2%	3.7%
県	3.2%	2.9%	3.1%	3.1%	3.1%
同規模	2.8%	2.8%	2.6%	2.8%	2.8%
国	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%

年度別 支援対象者数割合

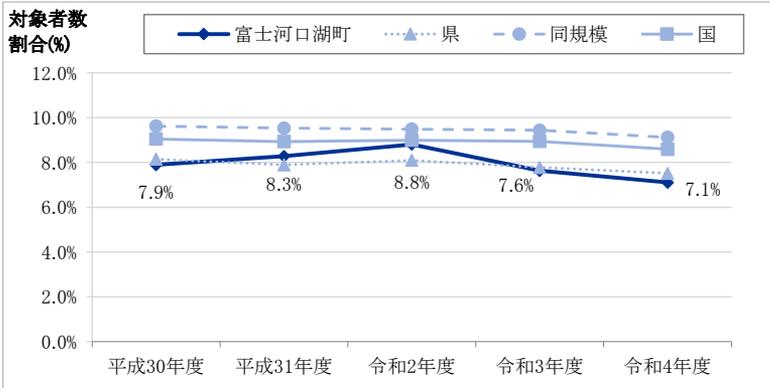
区分	支援対象者数割合				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
富士河口湖町	11.4%	11.1%	13.1%	11.8%	10.8%
県	11.4%	10.8%	11.2%	10.9%	10.6%
同規模	12.5%	12.3%	12.1%	12.2%	11.9%
国	11.8%	11.6%	11.6%	11.7%	11.3%

年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率				
	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
富士河口湖町	30.1%	31.4%	15.6%	31.1%	30.3%
県	47.4%	50.3%	47.3%	47.5%	47.2%
同規模	37.5%	39.6%	36.9%	37.7%	41.1%
国	25.8%	26.3%	25.9%	25.9%	27.0%

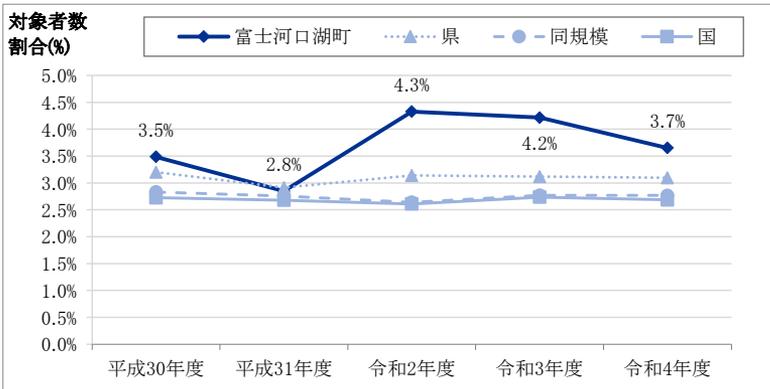
動機付け支援対象者数割合・積極的支援対象者数割合・支援対象者数割合…特定健康診査を受診した人に対する割合。
特定保健指導実施率(令和4年度)…最新データ反映前のため、最終結果とは異なる。
出典：国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



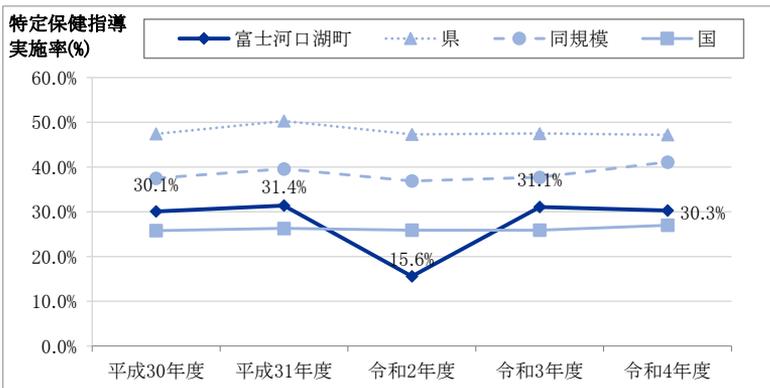
出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 積極的支援対象者数割合



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

年度別 特定保健指導実施率



出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

4. メタボリックシンドローム該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12ヵ月分)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ある。基準該当は12.4%、予備群該当は10.8%である。

メタボリックシンドローム該当状況

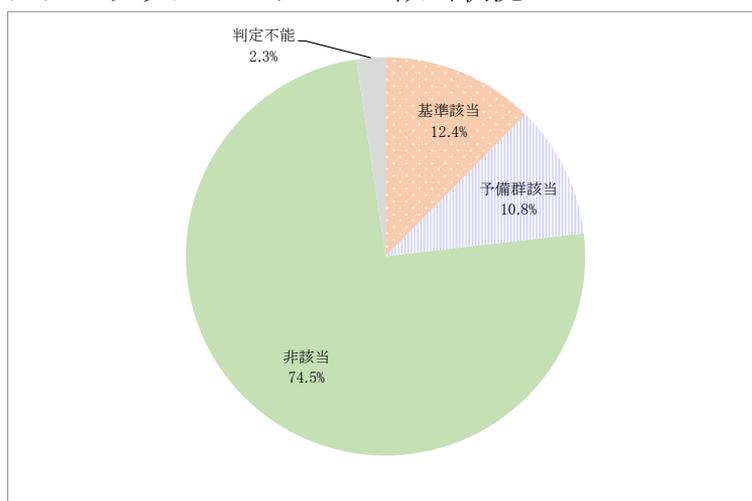
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	1,542	191	166	1,149	36
割合(%) ※	-	12.4%	10.8%	74.5%	2.3%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が110mg/dl以上

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

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

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

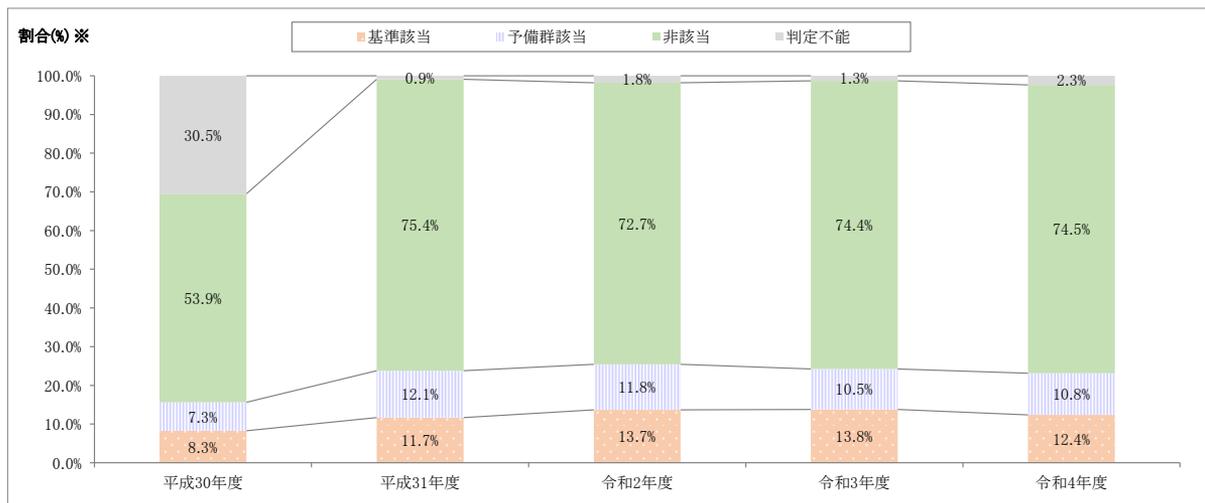
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当12.4%は平成30年度8.3%より4.1ポイント増加しており、予備群該当10.8%は平成30年度7.3%より3.5ポイント増加している。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
平成30年度	1,390
平成31年度	1,473
令和2年度	1,273
令和3年度	1,444
令和4年度	1,542

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※						
平成30年度	115	8.3%	102	7.3%	749	53.9%	424	30.5%
平成31年度	172	11.7%	178	12.1%	1,110	75.4%	13	0.9%
令和2年度	174	13.7%	150	11.8%	926	72.7%	23	1.8%
令和3年度	199	13.8%	151	10.5%	1,075	74.4%	19	1.3%
令和4年度	191	12.4%	166	10.8%	1,149	74.5%	36	2.3%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

5. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
特定健康診査	郵送での受診勧奨実施率	対象者に対して毎年受診の勧奨実施は出来ている。
	電話での受診勧奨件数	電話勧奨の実施は中々できておらず、令和5年度試験的に実施。 結果、若い世代で受診に結びつくなど効果が見られた。
	特定健診受診率	受診率はR4年度40.8%と目標の60%に届いていない。
特定保健指導	特定保健指導実施率：60.6%	指導終了率は令和2年度に13%まで落ち込み、令和4年度は30.1%まで回復したが目標には至っていない。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で保健指導実施率が13%に低下したがその後は上昇している。
	途中修了者数	令和4年度は途中修了者が利用者58人中9人いた。目標である減少にはなっていない。
	夜間電話対応件数	令和4年度は3人と夜間の電話対応件数も目標に達していない。

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
職員体制	マンパワーを確保するために特定保健指導は町保健師及び4か所の保健指導実施機関に委託を行っている。特定保健指導対象者の面談希望日程に柔軟に対応できるよう結果報告会に行う初回面談を複数の日程を設けて対応している。
関係部門	庁内の関係部門として国保担当、保健衛生担当が実施体制や受診率向上に向けた打ち合わせを行っている。
関係機関	健診は2か所の検査機関に委託を行っている。人間ドックは4か所の検査機関に委託をして実施している。年度初めに打ち合わせを実施している。

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ある。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50.8%である。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41.5%である。

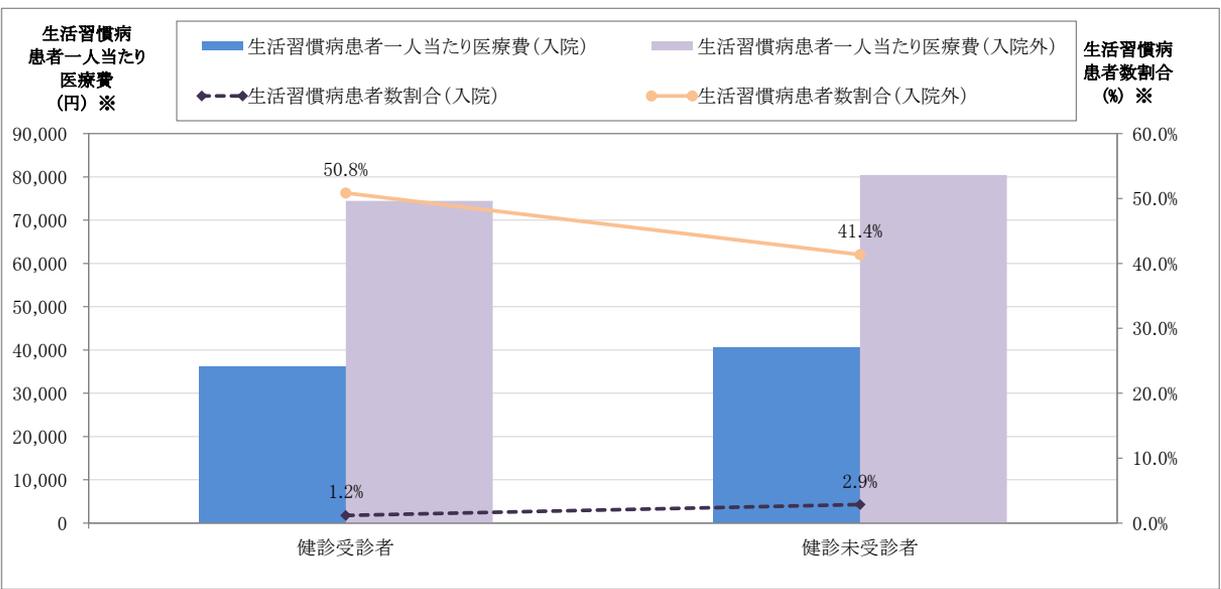
特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	1,542	37.3%	649,579	58,377,352	59,026,931
健診未受診者	2,592	62.7%	2,997,878	86,222,277	89,220,155
合計	4,134		3,647,457	144,599,629	148,247,086

	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	18	1.2%	784	50.8%	784	50.8%	36,088	74,461	75,289
健診未受診者	74	2.9%	1,072	41.4%	1,075	41.5%	40,512	80,431	82,995
合計	92	2.2%	1,856	44.9%	1,859	45.0%	39,646	77,909	79,746

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12ヵ月分)。
 データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12ヵ月分)。
 資格確認日…令和5年3月31日時点。
 ※生活習慣病医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者の生活習慣病医療費。
 ※生活習慣病患者数…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数。合計人数は、入院、入院外の区分けなく集計した実人数。
 ※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。
 対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12ヵ月分)。
 データ化範囲(分析対象)…健康診査データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12ヵ月分)。
 資格確認日…令和5年3月31日時点。
 ※生活習慣病患者一人当たり医療費…生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者一人当たりの生活習慣病医療費。
 ※生活習慣病患者数割合…健診受診者、健診未受診者それぞれに占める、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)で投薬のあった患者数の割合。

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12ヵ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものである。積極的支援対象者割合は3.6%、動機付け支援対象者割合は7.3%である。

保健指導レベル該当状況

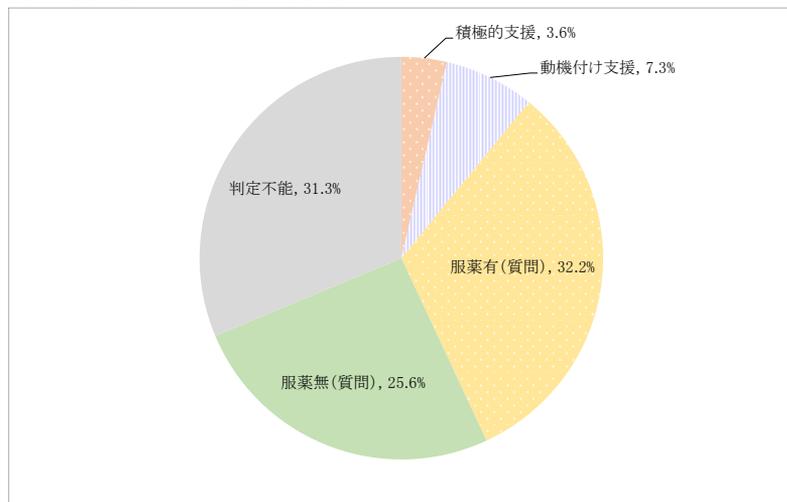
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	1,542	168	56	112	496	395	483
割合(%) ※	-	10.9%	3.6%	7.3%	32.2%	25.6%	31.3%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

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

また、年齢階層別保健指導レベル該当状況は以下のとおりである。

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	54	10	5	9.3%	5	9.3%
45歳～49歳	105	22	19	18.1%	3	2.9%
50歳～54歳	127	23	15	11.8%	8	6.3%
55歳～59歳	123	17	7	5.7%	10	8.1%
60歳～64歳	190	21	10	5.3%	11	5.8%
65歳～69歳	392	38	0	0.0%	38	9.7%
70歳～	551	37	0	0.0%	37	6.7%
合計	1,542	168	56	3.6%	112	7.3%

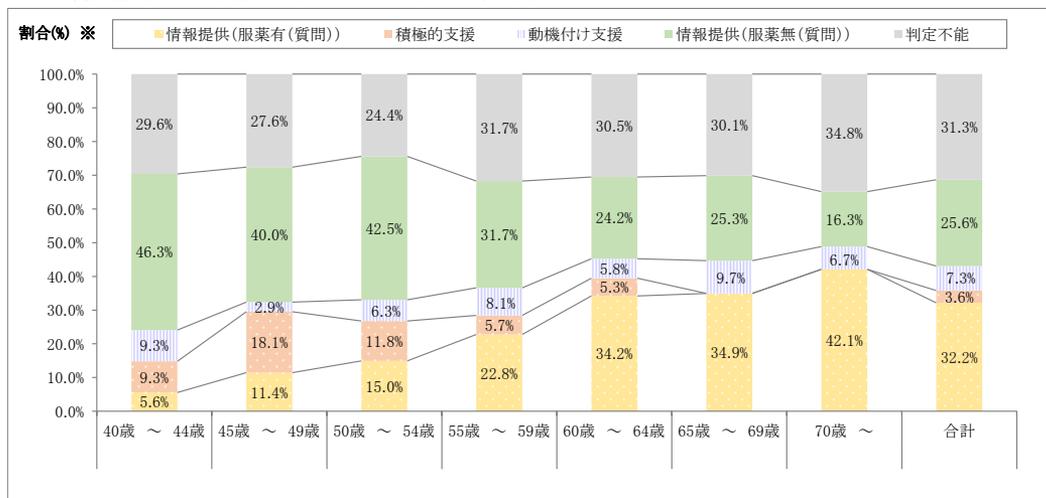
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	54	3	5.6%	25	46.3%	16	29.6%
45歳～49歳	105	12	11.4%	42	40.0%	29	27.6%
50歳～54歳	127	19	15.0%	54	42.5%	31	24.4%
55歳～59歳	123	28	22.8%	39	31.7%	39	31.7%
60歳～64歳	190	65	34.2%	46	24.2%	58	30.5%
65歳～69歳	392	137	34.9%	99	25.3%	118	30.1%
70歳～	551	232	42.1%	90	16.3%	192	34.8%
合計	1,542	496	32.2%	395	25.6%	483	31.3%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

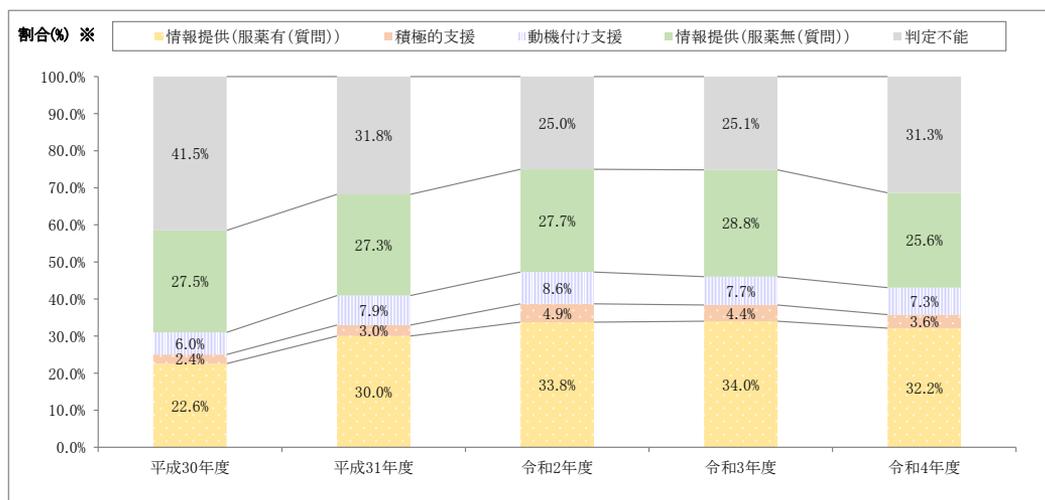
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合3.6%は平成30年度2.4%から1.2ポイント増加しており、動機付け支援対象者割合7.3%は平成30年度6.0%から1.3ポイント増加している。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
平成30年度	1,390	117	34	2.4%	83	6.0%
平成31年度	1,473	161	44	3.0%	117	7.9%
令和2年度	1,273	172	63	4.9%	109	8.6%
令和3年度	1,444	174	63	4.4%	111	7.7%
令和4年度	1,542	168	56	3.6%	112	7.3%

年度	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	1,390	314	22.6%	382	27.5%	577	41.5%
平成31年度	1,473	442	30.0%	402	27.3%	468	31.8%
令和2年度	1,273	430	33.8%	353	27.7%	318	25.0%
令和3年度	1,444	491	34.0%	416	28.8%	363	25.1%
令和4年度	1,542	496	32.2%	395	25.6%	483	31.3%

年度別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

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

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			168人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖＋血圧＋脂質＋喫煙	4人	56人 33%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	6人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	3人	
	●		●	●		血糖＋脂質＋喫煙	1人	
	●	●	●	●		血圧＋脂質＋喫煙	5人	
	●	●			因子数2	血糖＋血圧	9人	
	●		●			血糖＋脂質	6人	
	●	●	●			血圧＋脂質	11人	
	●			●		血糖＋喫煙	0人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	4人	
			●	●		脂質＋喫煙	7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	2人	112人 67%
	●	●	●		因子数3	血糖＋血圧＋脂質	1人	
	●	●		●		血糖＋血圧＋喫煙	2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	16人	
	●		●			血糖＋脂質	5人	
	●	●	●			血圧＋脂質	9人	
	●			●		血糖＋喫煙	0人	
		●		●	因子数1	血圧＋喫煙	4人	
			●	●		脂質＋喫煙	1人	
	●					血糖	17人	
		●				血圧	43人	
			●		因子数0	脂質	8人	
			●	喫煙		1人		
				因子数0	なし	3人		

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

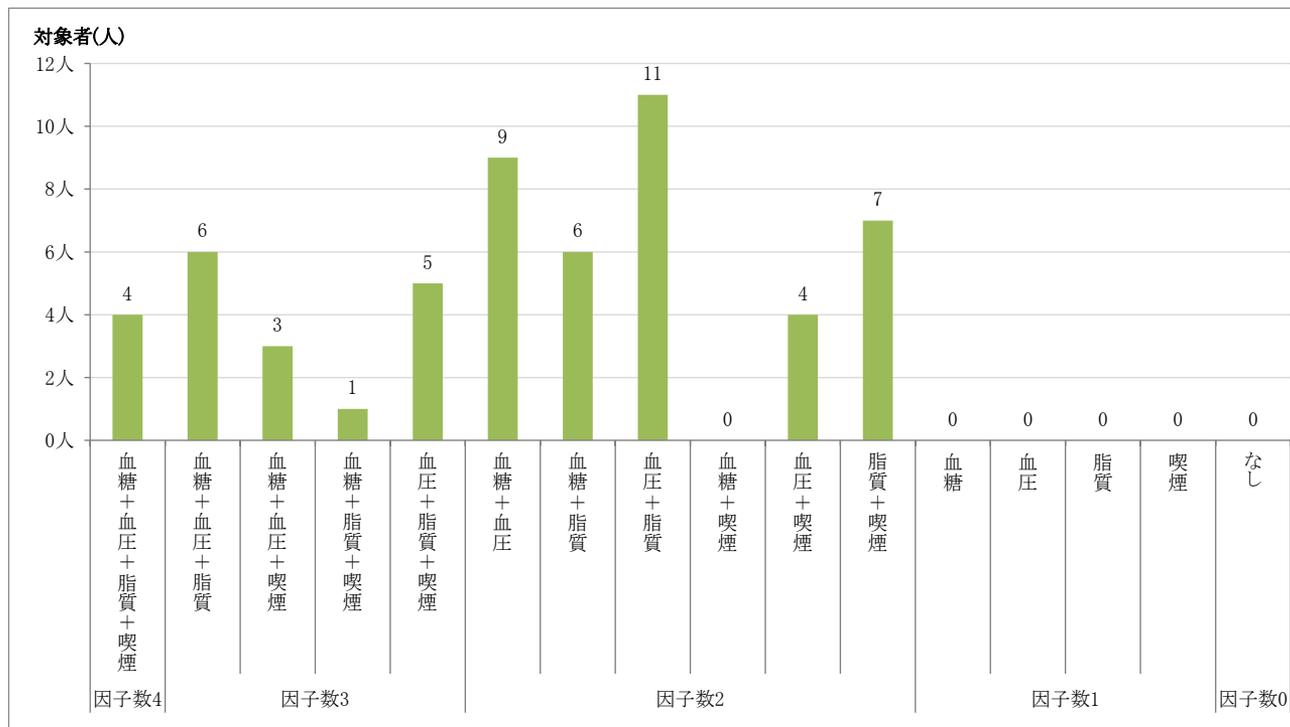
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 又は 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

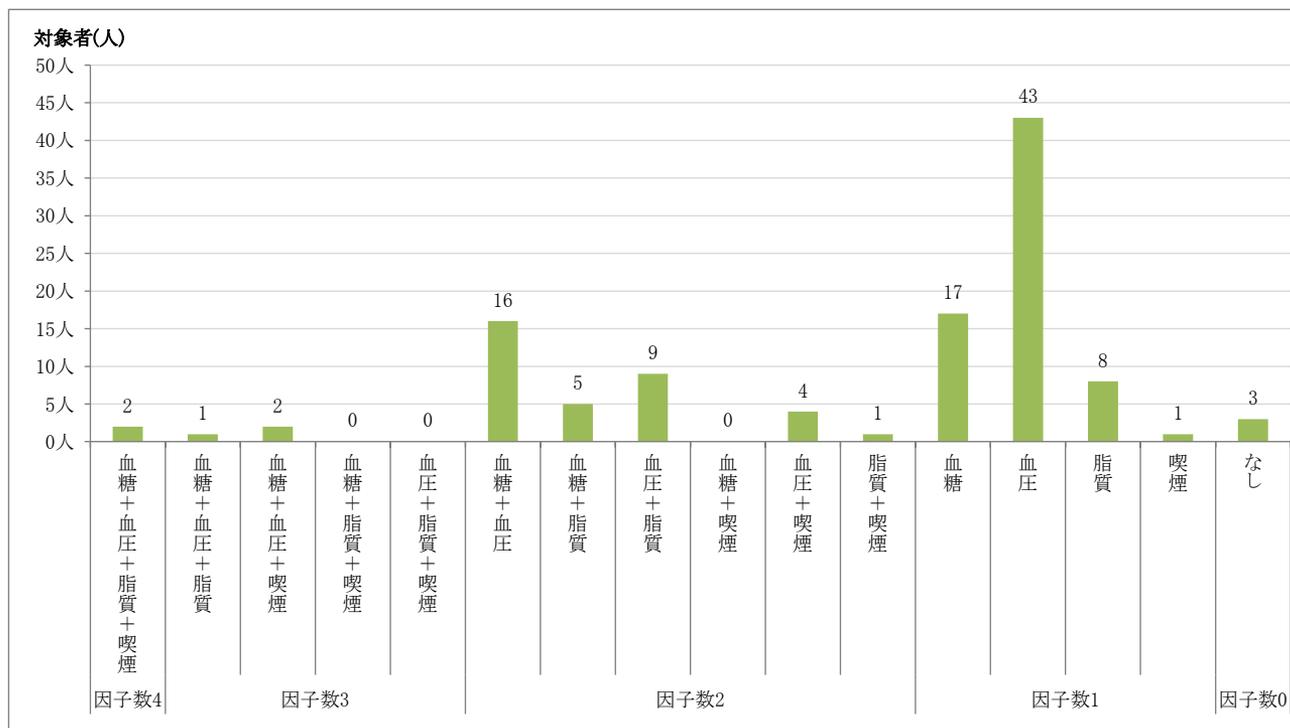
積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



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ヵ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12ヵ月分)の積極的支援及び動機付け支援の該当者を「対象者」、情報提供の該当者を「非対象者」とし、更に「非対象者」について、質問票における回答内容から「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分類した。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ある。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ある。

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	168	4,647	941,519	946,166	3	26	26
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	395	16,864	1,110,387	1,127,251	1	28	28
	情報提供 (服薬有(質問))	496	194,529	37,213,515	37,408,044	10	491	491

		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	168	1,549	36,212	36,391
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	395	16,864	39,657	40,259
	情報提供 (服薬有(質問))	496	19,453	75,791	76,187

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12ヵ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

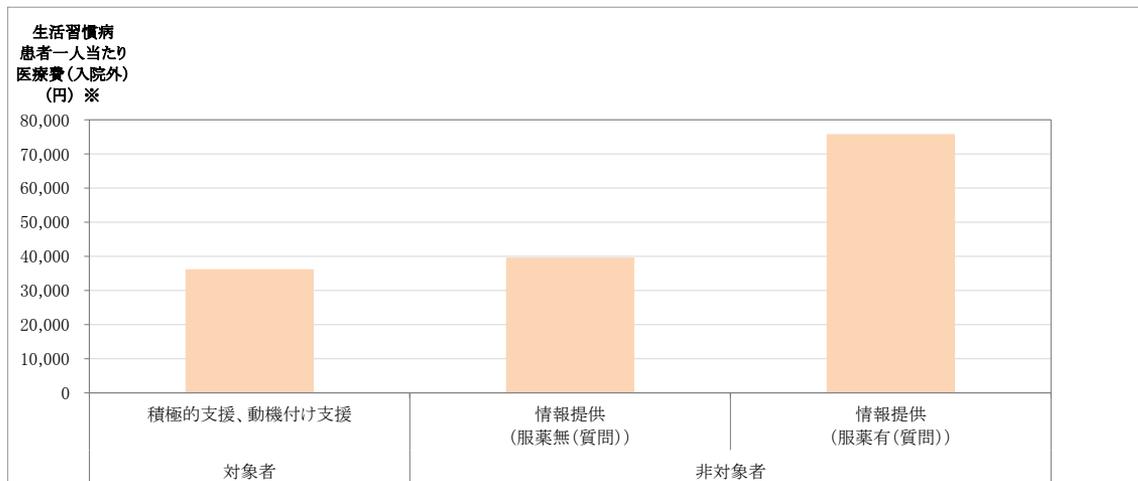
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

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

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

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12ヵ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

国では、市町村国保において、計画期間の最終年度である令和11年度までに特定健康診査受診率60.0%以上、特定保健指導実施率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る。本町においては各年度の目標値を以下のとおり設定する。

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(%)	44.0%	47.2%	50.4%	53.6%	56.8%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	21.3%	21.3%	21.3%	21.4%	21.4%	21.4%	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ある。

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)	3,458	3,327	3,182	3,075	2,996	2,935
特定健康診査受診率(%) (目標値)	44.0%	47.2%	50.4%	53.6%	56.8%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	1,522	1,570	1,604	1,648	1,702	1,761

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	1,627	1,628	1,585	1,565	1,581	1,617
	65歳～74歳	1,831	1,699	1,597	1,510	1,415	1,318
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	622	682	721	768	833	911
	65歳～74歳	900	888	883	880	869	850

(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ある。

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)	171	178	183	188	194	201
特定保健指導実施率(%) (目標値)	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施者数(人)	60	71	82	94	107	121

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	60	64	65	68	73	78
	実施者数(人)	40歳～64歳	21	25	29	35	40	46
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	40	43	47	48	50	53
		65歳～74歳	71	71	71	72	71	70
	実施者数(人)	40歳～64歳	16	19	22	25	29	33
		65歳～74歳	23	27	31	34	38	42

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する。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する。

② 実施方法

ア. 実施場所

○ 集団健診

以下に示した会場において実施する。なお、効率的な実施や地区により、受診者の送迎、託児を行うなど住民の利便性などを考慮して実施場所、方法等随時見直しを行う。

実施場所：大石小学校体育館、勝山ふれあいセンター、河口出張所
中央公民館、上九一色コミュニティセンター

○ 人間ドック

近隣市町村の委託医療機関において実施する。委託医療機関と、個別契約もしくは集合契約により業務を委託する。

イ. 実施時期

○ 集団健診 6月～ 11月

○ 人間ドック 6月～翌 3月

ウ. 案内方法

- ・「健康診断のご案内」パンフレットを全世帯に配付する。
- ・町ホームページを通じて町民に周知する。
- ・特定健診対象者に対し、4月に「健康診断申込書兼状況調査票」を送付し、集団健診又は人間ドックの希望者の予約を行う

○ 集団健診希望者

- ・事前に希望日を指定して申し込みを行う
- ・町から概ね健診日の1週間前に健診セットを送付する。
- ・健診当日は、保険証の提示を行う。

○ 人間ドック希望者

- ・特定健診対象者に送付される「健康診断申込書兼状況調査票」の「人間ドック」を選択し返送する。希望者に対し町から人間ドックの案内と受診券を送付する。
- ・受診希望者が、人間ドック指定医療機関に直接予約を取る。
- ・健診当日は、受診券及び保険証の提示を行う。

エ. 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」に基づき実施する。

■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

オ. 委託について

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、町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する。

- ・ 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、内容の充実等を図っていく。

カ. 自己負担額

特定健診の自己負担額は、健診委託単価の3割程度を上限とし、国保事業の財政状況によって年度ごとに決定する。

キ. 特定健診結果の通知

以下の方法により特定健診の結果を通知する。

- ・ 集団健診：結果説明会による ※ただし、結果が異常なしの場合は郵送により通知する
- ・ 人間ドック：健診当日又は後日郵送等で各医療機関から通知する

ク. 事業主健診・かかりつけ医からの健診データ等の受領方法

他の法令等に基づく健康診査の結果や、かかりつけ医を受診した際の健康診査のデータを受領する際には、迅速かつ確実に受領できるよう、事業主や学校等実施責任者、かかりつけ医等と事前に十分な協議、調整を行ったうえで実施する。

(2) 特定保健指導

① 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出する。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととする。また、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。

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	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり		
上記以外でBMI ≥25	3つ該当	なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

(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、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。

②実施方法

ア. 実施場所

○集団健診受診者

下記に示した会場において実施する。また、初回面接については、結果説明会と同時に実施する。結果説明会において特定保健指導を受けることができない場合は、随時対応する。なお、効率的な実施や住民の利便性などを考慮して随時見直しを行っていく。

実施場所：大石出張所、勝山ふれあいセンター、河口出張所
中央公民館、上九一色コミュニティセンター

○人間ドック受診者

町内及び近隣市町村の委託医療機関において実施する。委託医療機関と、個別契約もしくは集合契約により業務を委託する。

イ. 実施時期

○集団健診受診者

- ・8月～翌年3月(受診時期により異なる)
- ・原則として健診の結果説明会と同時に初回面接を実施する。

○人間ドック受診者

- ・人間ドック実施機関又は町で個別に対応する。

ウ. 案内方法

○集団健診受診者 ⇒ 対象者に個別に通知する。

○人間ドック受診者 ⇒ 人間ドック実施機関又は町から通知する。

エ. 委託について

今後委託の必要が生じた場合には、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、町民の利便性、保健指導の効果などを考慮して、個別契約又は集合契約により委託する。

- ・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、内容の充実等を図っていく。

オ. 特定保健指導対象者の重点化

①で選定した特定保健指導の対象に対して、原則として、抽出された対象者全てに対して特定保健指導を実施するが、下記で示した優先順位に基づいて重点化を行う。また、特定健診の対象外である以下の対象者についても働きかけを行っていく。

○40歳未満の国民健康保険被保険者

健診受診を促し、特定健診対象者になる以前から、メタボリックシンドロームの予備群や該当者とならないよう、早期段階での行動変容を促す。

○特定健診を受診した結果、情報提供に該当する被保険者に対し結果説明会等を通じて保健指導を実施する。

優先順位	選択項目	優先基準	理由
1	年齢	40歳～64歳	若い年代に指導を行うことが、生活習慣行病予防にはより効果的であるため。
2	健診結果	前年度から悪化	より緻密な保健指導が必要となるため。
3	質問項目	生活習慣改善の必要性の高い人	生活習慣改善の必要性の高い人の方が効果的であるため。
4	保険指導の未利用者	前年度保健指導の対象であったが未利用であった人	引き続き保健指導の対象となっており、生活習慣改善の必要性が高いため

カ. 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する。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る。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する。

動機付け支援

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

積極的支援

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

4. 目標達成に向けての取り組み

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取り組みを示したものである。

【特定健康診査】

事業分類	取り組み
未受診者勧奨	年度当初に40～74歳の特定健診対象者に対し健診申込書兼状況調査票の送付を行う。返信がない者に対し、過去の健診データ及びレセプトデータからセグメント分けを行い個々の状況に合わせた2回目の再勧奨通知を行う。再勧奨後、申し込みがない者に対し、対象者を限定して電話による受診勧奨を行う。
	個別に健診や人間ドックを受診している被保険者に対し、健診情報の提供を得られる仕組みを検討する。
周知の改善	ソーシャルネットワークシステムを活用した健診予約システムを構築し、健診に関する情報発信や被保険者の予約環境を整備していく。

【特定保健指導】

事業分類	取り組み
評価体系の見直し (アウトカム評価の導入)	腹囲2cm・体重2kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直しする。
ICT面接の実施	特定保健指導の対象者の利便性を考慮した情報通信機器を用いたICT面接の導入を検討する。
保健指導の継続率を上げる	保健指導の継続率を上げ、対象者の行動変容につなげることを目的として、保健指導終了時に、測定会として再度腹囲や体重、血圧、血液検査等の測定を行い、生活改善の取り組みの効果を評価する機会を設ける。それにより対象者が目に見える形で効果を示すことができる。

5. 実施スケジュール

	実施項目	当年度												次年度				
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	
	申込書の発送	←	→															
	健診の申込※	←	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→					
集団検診	集団検診の実施			←	→	→	→	→	→	→	→	→	→					
	結果通知/初回面接				←	→	→	→	→	→	→	→	→					
	特定保健指導の実施				←	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
人偏ドック	人間ドックの実施				←	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	結果通知				←	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	特定保健指導の実施							←	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	実施状況集計 (法廷報告)																↔	
	事業評価・見直し																	↔

※健診については、3期に分けて実施し、それぞれ申込期間を設ける

6. 代行機関

代行機関とは、医療保険者の負担を軽減するため、医療保険者に代わり多数の特定健診・特定保健指導機関と医療保険者の間に立ち、決済や特定健診・特定保健指導データを取りまとめる機関のことです。

富士河口湖町においては、以下の機関を代行機関として下記に示す業務を委託します。

	業務内容
①	特定健診等に要する費用の請求及び支払い
②	支払代行や請求等の事務のための健診機関・保健指導機関及び保険者の情報の管理
③	簡単な事務点検のための契約情報・受診券又は利用券情報の管理
④	健診機関等から送付された健診データの読み込み、確認及び保険者への振り分け
⑤	契約内容との整合性の確保
⑥	対象者の受診資格の有無の確認
⑦	特定保健指導の開始時期及び終了時期の管理
⑧	請求及び支払い代行等

1. 記録の管理・保存

(1) データの利用目的

特定健診・特定保健指導のデータは、個人別・経年別等に整理・保管し、個々人の保健指導に役立てるとともに、長期的な経年変化をたどり疫学的な分析、発症時期の予測による保健指導や受診勧奨の重点化などに活用する。

(2) データの管理と参照権限

特定健診・特定保健指導のデータの管理については、山梨県国民健康保団体連合会(以下「国保連」という)に委託し、十分なセキュリティ管理のもと、データベースの形で整理し、保管する。

健診機関等から提出されたデータは、国保連が管理する「特定健診等データ管理システム」に専用回線で接続する専用端末からのみ参照可能とし、パスワードで管理を行い、担当職員のみでの操作に限定する。データの管理を行う国保連や健診等を実施する医療機関等の外部委託においても目的外の使用の禁止等を委託契約書に定めるとともに、委託先の契守状況の管理を行う。

(3) 保存年限及びデータの廃棄

保健指導の参考となる経年変化等の分析や、中長期的な発症予測等への活用などにデータの有効活用を図ることができるので、特定健診・特定保健指導データはできる限り長期間保存することが求められるが、大量なデータの長期にわたる保管は大きな負担となる。また、本来、データは本人に帰属するものであり、本人が生涯にわたり自己の健康管理のため保管すべきものという考え方もある。これらを踏まえて、保健指導に活用する範囲の年数として保存年限は5年とする。また、他医療保険者に異動する等加入者でなくなった場合は、異動年度の翌年度末まで保存する。

保存年限を終了したデータは確実に消去・廃棄を行う。

2. 個人情報の保護

(1) ガイドライン等の遵守

個人の健康に関する情報が集まっている特定健診・特定保健指導のデータは重要度の高い個人情報が集積しており、個人情報保護の観点から極めて慎重に取り扱う必要がある。

個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づくガイドライン(「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等)及び富士河口湖町個人情報保護条例が定められている。

これらのガイドライン等における職員の義務(データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員の監督、委託先の監督)について遵守するとともに周知を図る。また特定健診・特定保健指導データの電子媒体による保存等は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守する。

(2) 守秘義務規定

法第30条及び第167条では特定健診・特定保健指導の実施の委託を受けた者もしくはその職員又はこれらの者であった者は、特定健診・特定保健指導の実施に際して知り得た個人の秘密を、正当な理由無く漏らした場合には、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処せられると規定している。

これらに十分留意することは勿論のこと、そもそも罰則や規定の有無に関わらず、個人情報の漏洩がないよう十分注意する。

3. 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。」とある。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、広く周知を図る。

特定健診・特定保健指導の意義や内容、具体的な実施内容などについて、以下の方法により行う。

- ① 個人通知、広報誌、CATV 等によって周知する。
- ② 自治会を活用(回覧版等)した周知を行う。
- ③ 保険証の交換の場を活用する。
- ④ 富士河口湖町のホームページに掲載する。

4. 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、客観的に評価を行う。

(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の評価し、必要に応じて見直しを行うものとする。

5. 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する。

6. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

国保部門・衛生部門・介護保険部門間の庁内連携強化を図り、医師会や委託事業者、地域の住民組織や団体等と協働した実施体制を構築し取り組みを進めていく。

(2) 実施方法の改善

①アウトカム評価による「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」を推進する。

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する。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する。

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ヵ月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、又はグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3ヵ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡率	標準化死亡率は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡率が100以上の場合には我が国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合に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		