

甲斐市国民健康保険
第3期データヘルス計画・
第4期特定健康診査等実施計画

(令和6年度～令和11年度)
(2024年度～2029年度)



令和6年3月

甲斐市

はじめに	1
第1部 第3期データヘルス計画	
第1章 基本的事項	3
背景と目的 / 計画の位置づけ / 計画期間 / 実施体制・関係者連携 / 基本情報 / 現状の整理	
第2章 健康・医療情報等の分析と課題	6
数的データ・質的データ	
不適切な生活習慣 / 生活習慣病予備群 / 生活習慣病発症 / 重症化・合併症発症 / 要介護状態・死亡 / 医療費適正化 / 地域特性 / 健康課題の抽出	
参照データ	9
図表1 令和4年度 関連データ全体	
図表2-1 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(法定報告)	
図表2-2 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率(KDBデータ)	
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・特定保健指導実施率(年度別)	
図表3-1 人口動態	
図表3-2 人口動態 平均余命と平均自立期間	
図表4-1 年度別医療費の状況	
図表4-2 性・年齢階層別医療費の状況	
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)	
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)	
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)	
図表6 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)	
図表7 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合	
図表8 質問票調査の状況(令和4年度)	
図表9 検査項目別 有所見者の状況(男女別・年代別)(令和4年度)	
図表10 メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)	
図表11-1 重複・頻回受診者に係る分析(令和4年度)	
図表11-2 重複・頻回受診者に係る分析	
図表12-1 重複・多剤処方に係る分析(令和4年度)	
図表12-2 重複・多剤処方に係る分析	
図表13 後発医薬品普及率に係る分析	
図表14 死因の状況	
第3章 計画全体	36
健康課題 / 計画全体の目的・目標 / 評価指標 / 現状値 / 目標値 / 保健事業一覧	
第4章 個別事業計画	38
事業分類 1 特定健康診査・特定保健指導	
事業1-1 特定健康診査	
事業1-2 特定保健指導	

-目次-

事業分類 2 糖尿病対策糖尿病対策
(糖尿病の発症、重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防等)
事業2-1 糖尿病性腎症重症化予防事業
事業2-2 糖尿病予防教室
評価指標一覧50
計画全体(総合アウトカム)
事業分類1 特定健康診査・特定保健指導
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)

第5章 その他56
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 /
個人情報への取扱い / 地域包括ケアに係る取組 / SDGsとの関連性について
第6章 その他の保健事業57

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59
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
4. データ分析期間
第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価61
1. 取組の実施内容
2. 特定健康診査の受診状況
3. 特定保健指導の実施状況
4. メタボリックシンドローム該当状況
5. 第3期計画の評価と考察
第3章 特定健康診査に係る詳細分析74
1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況
2. 特定保健指導対象者に係る分析
第4章 特定健康診査等実施計画81
1. 目標
2. 対象者数推計
3. 実施方法
4. 目標達成に向けての取組
5. 実施スケジュール
6. 代行機関
第5章 その他92
1. 個人情報の保護
2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知
3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し
4. 他の健診との連携
5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

巻末資料94

はじめに

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

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

甲斐市国民健康保険においては、「データヘルス計画」(第1期～第2期)及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を定め、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、いずれも、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的としています。このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取組成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

計画書の構成

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

第1部
第3期データヘルス計画

第1章 基本的事項

<p>計画の趣旨</p>	<p>背景と目的</p>	<p>平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は（中略）健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な※KPIの設定を推進するとの方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定が推進されています。</p> <p>市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。</p>
	<p>計画の位置づけ</p>	<p>保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。</p> <p>データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれた内容とします。本計画において推進・強化する取組等については、他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとします。</p>

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

組織の目標を達成するための重要な業績評価の指標を意味する。

計画期間		令和6年度から令和11年度までの6年間とします。
実施体制・ 関係者連携	庁内組織	<p>甲斐市国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は保健衛生部局等の関係部局や県、保健所、国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保部局が主体となって行います。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部局や介護保険部局、生活保護部局(福祉事務所等)等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。</p> <p>国保部局は、研修等による職員の資質向上に努め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用ができるよう、体制を確保します。</p>
	地域の関係機関	<p>計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。共同保険者である山梨県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有し、連携強化に努めます。</p> <p>また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、自治会等の地域組織との意見交換や情報提供の場の設置、被保険者向けの説明会の実施等、被保険者が議論に参画できる体制を構築し、被保険者の意見反映に努めます。</p>

(1) 基本情報

人口・被保険者	被保険者等に関する基本情報	(2023年3月31日時点)
---------	---------------	----------------

		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		71,385	/	39,262	/	32,123	/
国保加入者数(人)	合計	14,543	100%	7,146	100%	7,397	100%
	0～39歳(人)	3,400	23.4%	1,786	25.0%	1,614	22.0%
	40～64歳(人)	4,622	31.8%	2,391	33.0%	2,231	30.0%
	65～74歳(人)	6,521	44.8%	2,969	42.0%	3,552	48.0%
	平均年齢(歳)	53.5歳	/	52.2歳	/	54.5歳	/

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等：専門的知見を有する医療関係者と連携を図り、重症化予防及び地域特性を踏まえた保健事業の実施に向けて取り組んでいきます。
山梨県(保健所)	中北保健福祉事務所(中北保健所)健康支援課：地域住民の健康を支える広域的・専門的・技術的拠点と位置づけられ、監視指導など専門性の高い業務を行っています。
国保健康保険団体連合会 (保健事業支援・評価委員会)・国保中央会	<p>国保健康保険団体連合会：保健事業を実施するうえで、医療・保健・介護・福祉の専門的な業務について支援を受けます。</p> <p>【連携内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・特定保健指導のデータ管理 ・保健事業の実施・評価において情報提供や助言を受ける ・保健事業支援・評価委員会の活用 ・KDBシステムの活用について支援を受ける
後期高齢者医療広域連合	山梨県後期高齢者医療広域連合：高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関し、市の健康課題の抽出や保健事業の計画・実施において連携を図っていきます。
その他	全国健康保険協会山梨支部：市民の健康づくりの推進を図るため「健康づくりの推進に向けた包括的連携に向けた協定」を締結し、連携・協力を行っています。

(2) 現状の整理

保険者の 特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は14,543人で、平成31年度の15,760人から年々減少傾向にあります。年齢階層別に見ると、全ての年代で減少傾向ですが、70歳～74歳の被保険者は増えており、高齢化が進んでいます。
	年齢別被保険者 構成割合	39歳以下が23.4%、40歳～64歳が31.8%、65歳～74歳が44.8%です。県や国の平均よりも64歳以下の割合がやや低く、65歳～74歳の割合は同水準となっています。 (令和4年度)
前期計画等に係る考察		<p>被保険者の高齢化もあり、一人当たりの医療費は年々増加しています。全体の医療費については、コロナの受診控え後の反動も大きく評価が難しい為、今後も注視していく必要があります。</p> <p>特定健診の受診勧奨では、受診率は、計画策定時49.3%、中間評価51.6%とわずかに上昇しましたが、令和2年からのコロナウイルスの影響で低下し、回復に至っていない為、次期計画については、実現可能な目標値の設定と受診勧奨の方法等について検討が必要です。併せて、特定保健指導の実施率向上のためには、指導を受けやすい体制が重要であることから、実施場所や指導手段を検討しながら進めていきます。ただし、令和2年度のコロナ感染拡大により、対面での保健指導が難しくなり、コロナの状況が緩和された現在でも依然として、健診同様に指導を受けやすい体制を整えることは不可欠です。</p> <p>糖尿病性腎症重症化予防については、受診状況を把握できない人の対策が必要です。今後はレセプトを追跡調査し受診状況を確認していき、受診につなげることができるよう勧奨方法についても検討していく必要があります。</p> <p>後発医薬品の利用促進については、使用割合が上昇していることから、差額通知の対象者を全世代に対象を拡大した通知の効果が出ていると思われます。</p>

第2章 健康・医療情報等の分析と課題

A 不適切な生活習慣

B 生活習慣病予備群

C 生活習慣病発症

1 現状	数的データ	<p>(健診問診項目の該当者割合等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 週3回以上朝食抜く …9.5% 睡眠不足…48.9% 1日飲酒量 2～3合 16.4% 3合以上 4.1% 毎日間食…22.8% 30分以上運動習慣なし …64.3% 1時間以上運動習慣なし …42.6% 生活習慣改善意欲なし …17.5% 咀嚼 ほとんど噛めない …0.8% 特定健診受診率51.9% 40歳代男性 受診率32.0% 40歳代女性 受診率44.2% 50歳代男性 受診率35.3% 50歳代女性 受診率47.7% 	<p>(健診検査項目の有所見率等)</p> <ul style="list-style-type: none"> メタボリックシンドローム 該当者 15.9% 予備群 9.1% 腹囲総数 28.4% (男性47.5% 女性13.3%) BMI総数 4.3% (男性1.4% 女性6.5%) 血糖 42.9% (男性52.0% 女性35.7%) 特に65歳～74歳で高い 有所見者割合 HbA1c 72.7% (男性71.2% 女性73.8%) 収縮期血圧 51.7% (男性53.8% 女性50.2%) eGFR 21.5% (男性24.2% 女性19.4%) クレアニチン 1.8% (男性3.5% 女性0.5%) 	<p>(医療費の状況等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人当たり医療費 健診対象者 受診者 3,692円 未受診者 10,883円 生活習慣病対象者 受診者 10,640円 未受診者 31,359円 費用額 入院糖尿病 5位 費用額 外来糖尿病 24位 外来 脂質異常症 26位 最大医療資源病名別医療費 構成(県より高いもの) 慢性腎臓病(透析あり)10.4% がん 32.3% 高血圧症 6.2%
	質的データ	<ul style="list-style-type: none"> 山梨県は無尽の習慣があり、定期的に飲食をする機会があります。 若年層の健康意識が低いです。 コロナウイルスにより、運動不足になる人や、孤独を感じる人が増えています。 SNSの過度の使用で睡眠不足になる人が増えました。 	<ul style="list-style-type: none"> コロナウイルス対策による総合健診結果説明会の体制が変わり、健康相談や、保健指導を受けていない人が増加しました。 	<ul style="list-style-type: none"> たくさんの果物が常に家にあり、果物を食べる機会が多くあります。 山梨県は無尽の習慣があり、外でお酒を飲む機会が多くあります。

	①変遷、面積、気候風土	②産業	③交通機関	④医療機関	⑤住民との協働活動	⑥その他(健康に関する活動を協働できる社会資源)
地域特性	面積71.9km ² 、年間平均気温14.9度、夏の気温が高く、冬は北西風が吹き、朝晩の冷え込みが強い内陸性気候です。	北部地域は自然条件を利用した果樹栽培やワイン醸造、南部地域は豊かな農作物を育み、特産品「やはたいも」を生産しています。	JR中央本線は竜王駅、塩崎駅、中央自動車道は双葉SA、双葉スマートインターチェンジが整備され、高速バス停留所が併設されています。	病院4か所、一般診療所58か所、歯科診療所33か所、薬局38か所開設されています。	愛育会・食生活改善推進員と連携し住民の健康づくりを推進します。	市商工会と連携し健康ポイント事業を実施しています。また、市内公民館において健康に関する講座を開催しています。

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)

外来	費用割合	63.9%
	件数割合	97.9%
入院	費用割合	36.1%
	件数割合	2.1%
入院	脳血管疾患	697,479 11位
	腎不全	712,052 11位
外来	脳血管疾患	36,736 18位
	腎不全	116,648 18位
・疾病別医療費 大分類別医療費構成比		
<入院>		
1位	新生物(腫瘍)	18.7%
2位	循環器系の疾患	16.2%
3位	精神及び行動の障害	12.2%
<外来>		
1位	新生物(腫瘍)	17.1%
2位	尿路性器系の疾患	13.5%
3位	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.4%
・細小分類による 医療費構成比		
1位	糖尿病	5.8%
2位	慢性腎臓病	5.7%
3位	高血圧症	3.4%
・透析患者数 70人 患者割合 0.48%		

- ・病気について知識のない方がいます。
- ・重症化やその予防について知識のない方がいます。

E 要介護状態・死亡

(平均寿命、平均余命、標準化死亡比、介護認定・給付の状況等)

- ・死亡状況 原因
 - がん 52.4%
 - 自殺 4.2%
- ・介護認定
基礎疾患
 - 糖尿病 28.7%
 - 脳疾患 25.7%
- ・平均余命
 - 男性 82.1歳
 - 女性 87.9歳
- ・平均自立期間
 - 男性 80.4歳
 - 女性 84.4歳
- ・要介護認定者の
疾病別有病状況

有病率	心臓病	60.7%
	高血圧症	53.9%
	脂質異常症	31.1%
	脳疾患	25.7%
- ・フレイルの有症率も比較して上昇しています。

F 医療費適正化

(重複頻回受診、重複服薬の状況、後発医薬品の使用状況等)

後発医薬品使用割合(数量シェア・各年度3月)
 令和2年度 78.8%, 令和3年度 79.1%, 令和4年度 80.4%
 重複・頻回受診該当者数(平均値)
 令和2年度 17人, 令和3年度 18人, 令和4年度 23人
 重複処方該当者数(平均値)
 令和2年度 6人, 令和3年度 11人, 令和4年度 13人
 多剤処方該当者数(平均値)
 令和2年度 63人, 令和3年度 79人, 令和4年度 98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<u>住民を主語として整理</u>。(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"> ・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は低いですが、男性は腹囲47.5%と女性より高く、女性はBMIが6.5%と男性より高く、食事、飲酒、運動に問題がある人が多いです。 ・睡眠不足と感じている人の割合が高く、不適切な生活習慣を助長し、健康を害する可能性があります。 ・一人当たり医療費では、健診受診者に比べ健診未受診者の方が高く、病気の発見が遅れている可能性があります。 ・生活習慣改善の意欲のない人は、メタボリックシンドロームと診断されないから安心している可能性があります。 ・本市の医療費の中では糖尿病と慢性腎臓病(透析有)が多くを占めています。健診有所見者割合を見ると、64歳～74歳で、HbA1cやeGFR、クレアニチンの有所見者が多いことから、高齢者の糖尿病や腎臓病に注意が必要です。また、HbA1c以外は男性の有所見者割合が高いことから、高齢の男性に注意が必要です。 ・透析患者が平成31年に比べると増加しており、40歳代後半の若年層から発症しています。また、70歳～74歳に多くの透析患者がおり、男性が全体の75%を占めます。 ・特定健診の受診率は県や国の平均よりも高く、健康意識が高い人が一定層いると考えられます。しかし、40歳代と50歳代の健診受診率が低く、特に男性の40歳代の受診率が低くなっています。 ・健診受診者の既往歴で、心臓病7.4%・腎不全1.1%が県(6.7%・0.9%)国(5.5%・0.8%)に比べて多いです。 ・健診結果の受診勧奨者の割合が55.4%と県や国より低いが、医療機関非受診率が7.0%と県(5.7%)国(5.0%)より高く必要な医療に結びついていない人がいる可能性があります。 ・空腹時血糖値は、女性40歳代から50歳代にかけて有所見割合が急増し、男性はすでに40歳代から高く、市全体の割合を上げています。非肥満高血糖の割合が11.0%と県(9.9%)国(9.0%)に比べて高いです。 	



<h2>3 健康課題</h2>	<p>上記の「2 健康問題」の中から<u>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</u>。</p>	
	<p>健康課題の内容</p>	<p>優先する健康課題</p>
<p>A</p>	<p>健診未受診者の医療費が高いことから、健診受診率の向上が必要です。特に40歳代・50歳代の男性の受診率が低いです。また、男性40歳代でメタボリックシンドローム予備群の割合が高く、未受診者が多いため、発見が遅れて健診未受診者の医療費が高くなっている可能性があります。</p>	<p>✓</p>
<p>B</p>	<p>メタボリックシンドロームの割合は低いですが、腹囲やBMIは高く、食事・飲酒・運動・睡眠不足等の生活習慣に課題がある人がいます。生活習慣の改善意欲がない人もおり、医療機関非受診率が7.0%と県(5.7%)国(5.0%)より高く、必要な医療に結びついていない人がいる可能性があります。</p>	
<p>C</p>	<p>糖尿病や慢性腎臓病(透析有)の医療費が高く、有所見者割合も高齢者でHbA1cやeGFR、クレアニチンで県より高くなっています。透析患者も増加しており、70歳代の男性で多いです。また、非肥満高血糖の割合が11.0%と県(9.9%)国(9.0%)に比べて高いことから、糖尿病等の疾病発症につながる可能性があります。</p>	<p>✓</p>

参照データ

図表1 令和4年度 関連データ全体

項目		甲斐市		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1 全体像	① 人口構成	総人口		71,385		791,146		123,214,261			
		65歳以上 (高齢化率)		19,088	26.69	245,884	31.01	35,335,805	28.59	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題	
		75歳以上		9,236	12.89	128,751	16.21	18,248,742	14.73		
		65～74歳		9,852	13.79	117,133	14.80	17,087,063	13.86		
		40～64歳		24,186	33.90	267,271	33.81	41,545,893	33.75		
	39歳以下		28,111	39.41	277,991	35.18	46,332,563	37.66			
	② 産業構成	第1次産業		2.8		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		29.9		28.4		25.0			
		第3次産業		67.4		64.3		71.0			
	③ 平均寿命	男性		81.1		80.9		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
女性		87.3		87.2		87.0					
④ 平均余命	男性		82.1		81.8		81.7				
	女性		87.9		88.2		87.8				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化 死亡比(SMR)	男性	94.8		96.4		100.0		KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
			女性	95.3		97.4		100.0			
		死因	がん		174	52.4	2,433	48.1	378,272		50.6
			心臓病		84	25.3	1,394	27.5	205,485		27.5
			脳疾患		48	14.5	794	15.7	102,900		13.8
			糖尿病		2	0.6	107	2.1	13,896		1.9
			腎不全		10	3.0	205	4.0	26,946		3.6
			自殺		14	4.2	129	2.5	20,171		2.7
3 介護	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		2,791	14.6	41,372	16.9	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		新規認定者		37	0.2	804	0.3	110,289	0.3		
		2号認定者		70	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		840	28.7	10,479	23.9	1,712,613		24.3
			高血圧症 (高血圧性心疾患含む)		1,547	53.9	22,563	52.0	3,744,672		53.3
			脂質異常症		902	31.1	12,599	28.9	2,308,216		32.6
			心臓病(高血圧含む)		1,747	60.7	25,665	59.2	4,224,628		60.3
			脳疾患		716	25.7	9,037	21.2	1,568,292		22.6
			がん		331	11.7	5,097	11.5	837,410		11.8
			筋・骨格		1,540	52.6	22,559	51.9	3,748,372		53.4
精神(認知症含む)		1,136	38.9	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)		59,975		67,719		59,662				
	居宅サービス		46,347		44,773		41,272				
	施設サービス		288,526		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		8,622		8,610				
	認定 なし		3,690		4,029		4,020				

※ 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)

項目			甲斐市		県		国		データ元 (CSV)		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合			
4 医療	① 国保の 状況	被保険者数		14,543		178,894		27,488,882		KDB_NO.1 地域全体像の 把握 KDB_NO.5 人口の状況	
		65～74歳		6,521	44.8	79,358	44.4	11,129,271	40.4		
		40～64歳		4,622	31.8	59,078	33.0	9,088,015	33.1		
		39歳以下		3,400	23.4	40,458	22.6	7,271,596	26.5		
		加入率		20.4		22.6		22.3			
	② 医療の 概況 (人口千対)	病院数		4	0.3	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		66	4.5	697	3.9	102,599	3.7		
		病床数		426	29.3	10,684	59.7	1,507,471	54.8		
		医師数		79	5.4	2,101	11.7	339,611	12.4		
		外来患者数		731.7		693.7		687.8			
		入院患者数		15.8		687.8		17.7			
	③ 医療費 の状況	一人当たり医療費		27,172		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		747.5		712.2		705.4			
		外来	費用の割合	63.9		60.7		60.4			
			件数の割合	97.9		97.4		97.5			
		入院	費用の割合	36.1		39.3		39.6			
			件数の割合	2.1		2.6		2.5			
		1件当たり在院日数		15.6		16.5		15.7			
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合	がん		850,086,680	32.3	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
			慢性腎臓病 (透析あり)		272,604,150	10.4	3,311,781,560	10.0	397,973,706,500	8.2	
糖尿病			293,841,340	11.2	3,412,667,590	10.3	504,849,658,850	10.4			
最大医療 資源傷病 名(調剤含 む)		高血圧症		162,373,530	6.2	1,905,817,780	5.7	285,960,196,900	5.9		
		精神		349,289,740	13.3	5,365,979,730	16.2	712,427,626,380	14.7		
		筋・骨格		451,841,940	17.2	5,853,005,910	17.6	810,772,428,340	16.7		
⑤	健診 有無別 一人当たり 医療費 (月平均)	健診 対象者 一人当たり	健診受診者	3,692		2,867		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題	
			健診 未受診者	10,883		11,642		13,295			
	生活習慣 病対象者 一人当たり	健診受診者	10,640		8,675		6,142				
		健診 未受診者	31,359		35,235		40,210				
⑥	健診・ レセプト 突合	受診勧奨者		2,861	55.4	34,416	58.7	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
		医療機関受診率		2,500	48.4	31,061	53.0	3,543,116	52.0		
		医療機関非受診率		361	7.0	3,355	5.7	337,939	5.0		

項目			甲斐市		県		国		データ元 (CSV)				
			実数	割合	実数	割合	実数	割合					
4 医療	⑦	費用額 (1件当たり)	入院	糖尿病	714,760	5位 (16)				KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データか らみる地域の 健康課題			
				高血圧	658,281	13位 (18)							
				脂質異常症	601,596	14位 (18)							
				脳血管疾患	697,479	11位 (22)							
				心疾患	842,284	4位 (15)							
				腎不全	712,052	11位 (18)							
				精神	498,229	11位 (25)							
				悪性新生物	754,534	5位 (12)							
		県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	外来	糖尿病	36,096	24位							
				高血圧	32,236	16位							
				脂質異常症	24,836	26位							
				脳血管疾患	36,736	18位							
				心疾患	50,493	15位							
				腎不全	116,648	18位							
				精神	23,854	22位							
				悪性新生物	66,772	13位							
5 健診	①-⑱	特定健診 の状況	県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	メタボリック シンドローム 該当・予備 群レベル	健診受診者	5,161		58,592		6,812,842			
					受診率(見込み)	51.5		46.5		37.1			
					特定保健指導終了者 (実施率)	121	22.7	1,862	30.0	107,925	13.4		
					非肥満高血糖	570	11.0	5,817	9.9	615,549	9.0		
					メタボリック シンドローム	該当者	821	15.9	10,475	17.9	1,382,506	20.3	
						男性	625	27.4	7,694	28.7	965,486	32.0	
						女性	196	6.8	2,781	8.7	417,020	11.0	
						予備群	468	9.1	6,022	10.3	765,405	11.2	
					メタボリック シンドローム	男性	337	14.8	4,414	16.5	539,738	17.9	
						女性	131	4.5	1,608	5.1	225,667	5.9	
					メタボリック シンドローム	腹囲	総数	1,467	28.4	18,194	31.1	2,380,778	34.9
							男性	1,084	47.5	13,283	49.6	1,666,592	55.3
						女性	383	13.3	4,911	15.4	714,186	18.8	
						BMI	総数	220	4.3	2,667	4.6	320,038	4.7
							男性	32	1.4	429	1.6	51,248	1.7
							女性	188	6.5	2,238	7.0	268,790	7.1
					血糖のみ		29	0.6	305	0.5	43,519	0.6	
					血糖のみ	321	6.2	4,540	7.7	539,490	7.9		
					脂質のみ	118	2.3	1,177	2.0	182,396	2.7		
血糖・血圧	156	3.0	1,898	3.2	203,072	3.0							
血糖・脂質	31	0.6	423	0.7	70,267	1.0							
血圧・脂質	368	7.1	4,826	8.2	659,446	9.7							
血糖・血圧・脂質	266	5.2	3,328	5.7	449,721	6.6							

項目		甲斐市		県		国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合		
①	服薬	高血圧	1,708	33.1	20,741	35.4	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の 把握
		糖尿病	439	8.5	5,548	9.5	589,470	8.7	
		脂質異常症	1,227	23.8	14,817	25.3	1,899,637	27.9	
②	既往歴	脳卒中(脳出血・ 脳梗塞等)	137	2.7	1,469	2.6	207,385	3.1	
		心臓病(狭心症・ 心筋梗塞等)	381	7.4	3,804	6.7	365,407	5.5	
		腎不全	55	1.1	513	0.9	53,898	0.8	
		貧血	330	6.4	3,494	6.2	702,088	10.7	
③		喫煙	723	14.0	8,374	14.3	939,212	13.8	
④		週3回以上朝食を抜く	490	9.5	4,939	8.8	642,886	10.4	
⑤		食後間食(毎日)	1,178	22.8	12,036	22.8	1,327,262	21.6	
⑥		週3回以上就寝前夕食	524	10.2	6,488	11.5	976,348	15.7	
⑦		食べる速度が速い	1,445	28.0	16,260	28.8	1,659,705	26.8	
⑧	生活習慣 の状況	咀嚼(噛みにくい)	771	14.9	8,971	17.0	1,232,127	19.9	
		咀嚼 (ほとんど噛めない)	39	0.8	312	0.6	49,884	0.8	
⑨		20歳時体重から10kg 以上増加	1,473	28.5	17,412	30.8	2,175,065	35.0	
⑩		1回30分以上運動習慣 なし	3,316	64.3	37,878	67.1	3,749,069	60.4	
⑪		1日1時間以上運動な し	2,197	42.6	24,311	43.1	2,982,100	48.0	
⑫		歩行速度が遅い	3,040	58.9	32,357	57.3	3,142,723	50.8	
⑬		睡眠不足	2,522	48.9	23,538	41.7	1,587,311	25.6	
⑭		毎日飲酒	1,090	21.1	12,132	21.5	1,658,999	25.5	
⑮		時々飲酒	1,164	22.6	12,118	21.5	1,463,468	22.5	
⑯	一日飲 酒量	1合未満	1,158	48.2	14,956	52.1	2,978,351	64.1	
		1～2合	754	31.4	8,922	31.1	1,101,465	23.7	
		2～3合	393	16.4	3,907	13.6	434,461	9.4	
		3合以上	98	4.1	930	3.2	128,716	2.8	
⑰	生活 習慣	改善意欲なし	904	17.5	14,063	24.9	1,691,880	27.6	
		改善意欲あり	620	12.0	9,676	17.1	1,755,137	28.6	
		改善意欲あり かつ始めている	537	10.4	6,147	10.9	854,609	13.9	
⑱		保健指導の希望なし	4,581	88.8	45,429	80.5	3,858,915	63.3	

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)

図表2-1

特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

出典

法定報告

データ分析の結果

- ・男性の受診率が女性よりも平均で8.4%低い傾向にあります。
- ・男女ともに、40歳代・50歳代で低い傾向にあります。
- ・経年で見ると、コロナの影響で令和2年度受診率が低下しましたが、回復傾向にあります。

特定健診受診率(性・年齢階層別)(令和4年度)

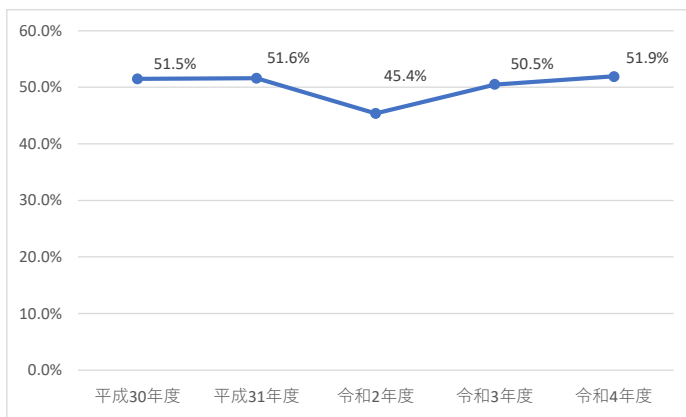
【男性】

年度	年齢階層	対象者(人)	受診者(人)	受診率(%)	(参考) 県受診率
令和4年度	40～49歳	726	232	32.0%	30.2%
	50～59歳	867	306	35.3%	32.9%
	60～69歳	1,453	774	53.3%	47.1%
	70～74歳	1,754	970	55.3%	50.8%
	計	4,800	2,282	47.5%	43.4%

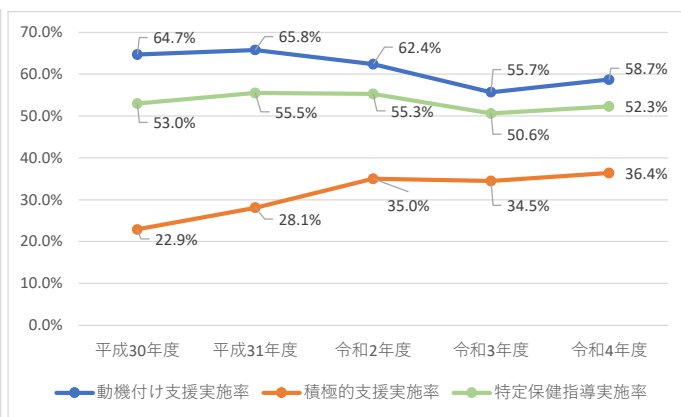
【女性】

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	536	237	44.2%	36.2%
	50～59歳	731	349	47.7%	41.3%
	60～69歳	1,824	1,100	60.3%	54.2%
	70～74歳	2,068	1,198	57.9%	53.8%
	計	5,159	2,884	55.9%	50.3%

特定健診受診率(平成30年度～令和4年度)



特定保健指導実施状況(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」
-------	---------------------	----	--------------------------------

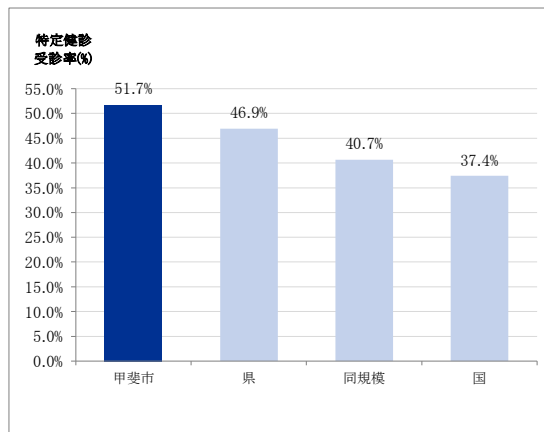
データ分析の結果

- ・令和4年度の受診率は51.7%で県や国の平均よりも高いです。
- ・動機付け支援対象者数7.3%、積極的支援対象者数3.0%、支援対象者数割合10.3% 県や国の平均よりも割合は低くなっています。
- ・特定保健指導の実施率は53.0%で、国や県の平均よりも高いです。

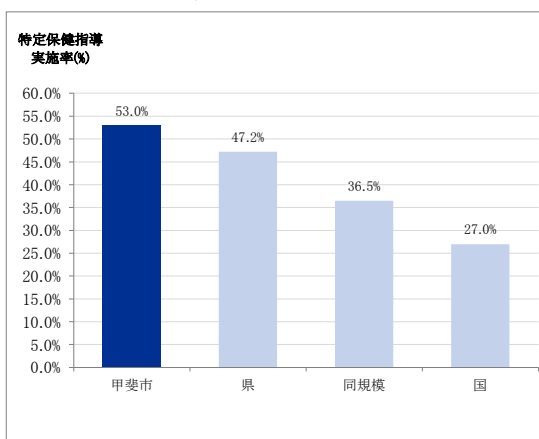
特定健診受診、特定保健指導状況(令和4年度)

区分	特定健診受診率	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
甲斐市	51.7%	7.3%	3.0%	10.3%	53.0%
県	46.9%	7.5%	3.1%	10.6%	47.2%
同規模	40.7%	8.8%	2.7%	11.5%	36.5%
国	37.4%	8.6%	2.7%	11.3%	27.0%

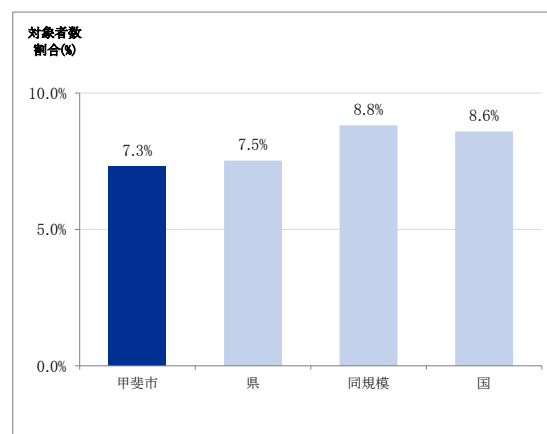
特定健康診査受診率(令和4年度)



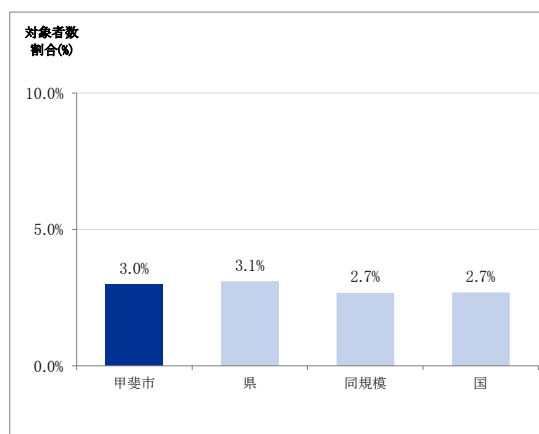
特定保健指導実施率(令和4年度)



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・特定保健指導実施率(年度別)

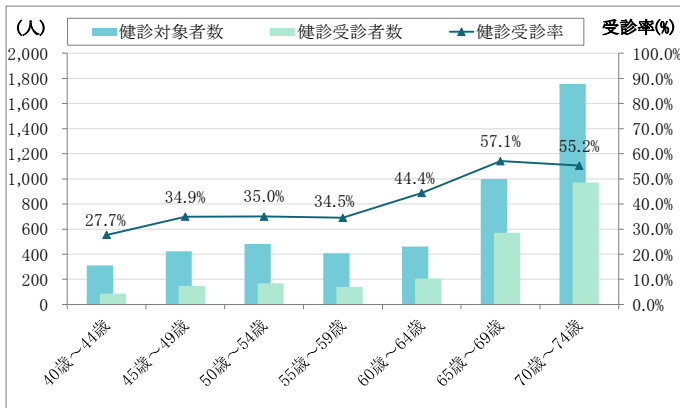
出典

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

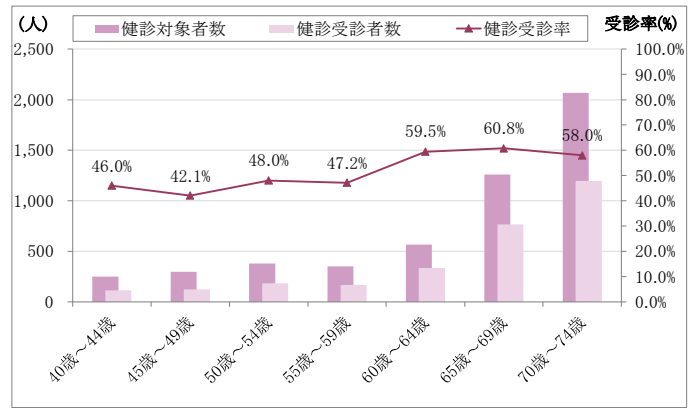
データ分析の結果

- ・男女ともに、40歳代・50歳代で受診率が低い傾向にあります。
- ・コロナの影響で、特定健診受診率は令和2年度、特定保健指導実施率は令和3年度に下がりましたが、回復傾向にあります。
- ・動機付け支援対象者割合は、やや下降傾向です。一方、積極的支援対象者割合は令和3年度に下がりましたが、令和4年度再び増加しています。

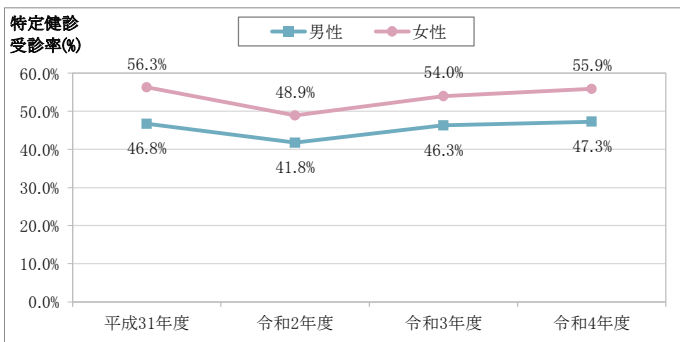
男性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)



女性 年齢別特定健康診査受診率(令和4年度)

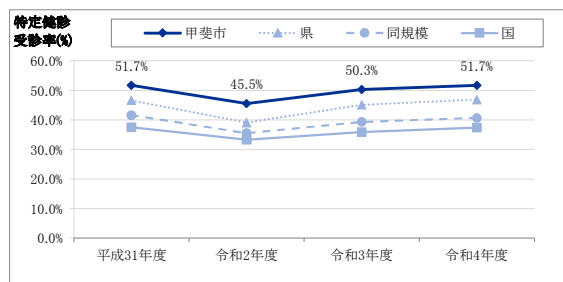


年度別 男女別特定健康診査受診率

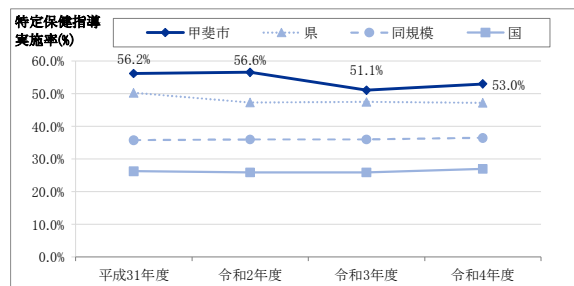


* 出典：国保データベース(KDB)システム
 「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

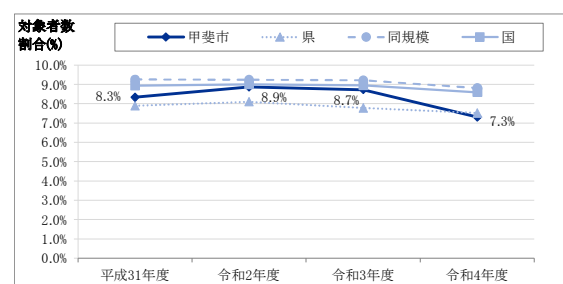
年度別 特定健康診査受診率



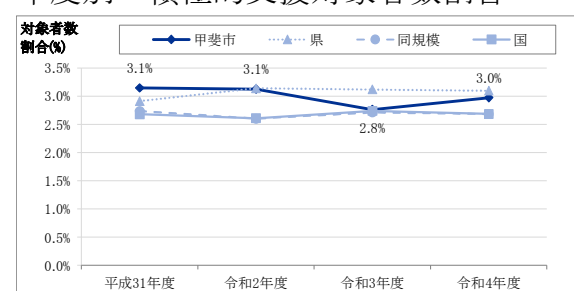
年度別 特定保健指導実施率



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」・「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
 ・甲斐市の令和4年度における人口構成概要を示したものです。国民健康保険被保険者数は14,543人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は20.4%です。国民健康保険被保険者平均年齢は53.5歳で、山梨県53.9歳より0.4歳低く、国53.4歳と同水準です。

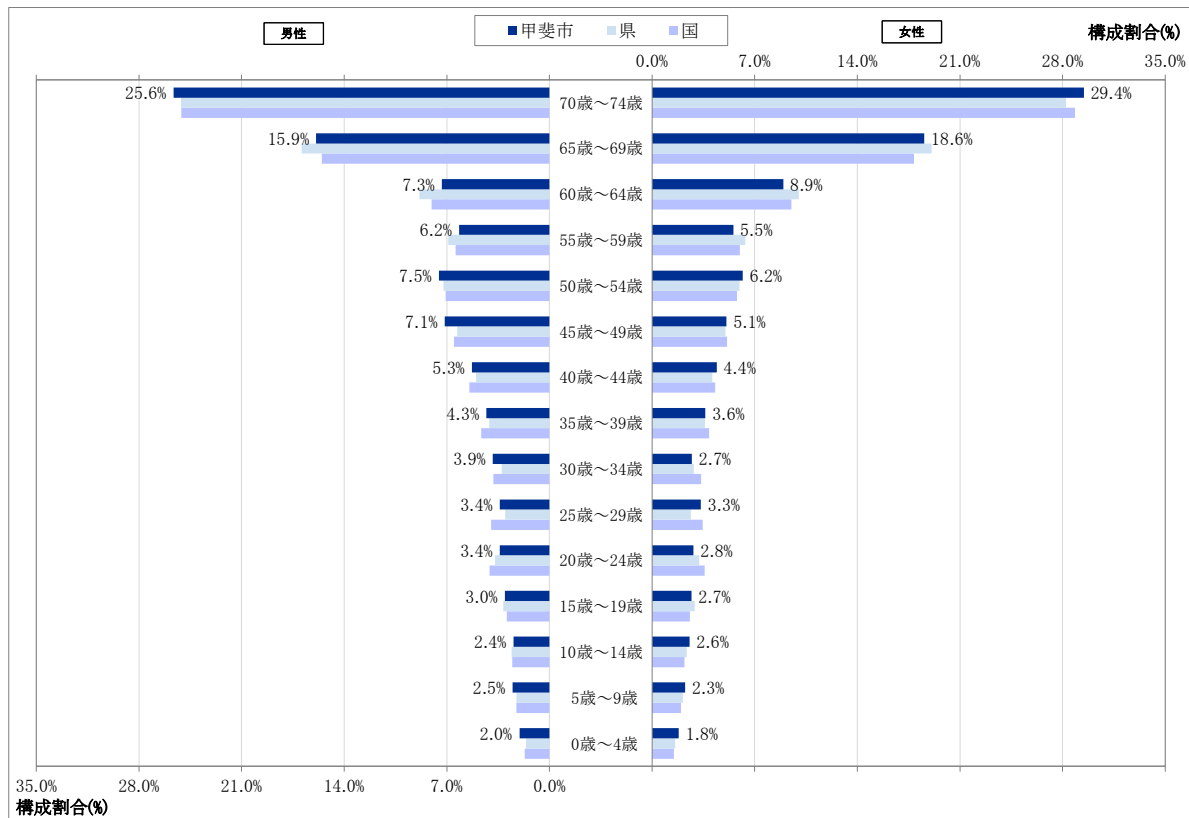
人口構成概要(令和4年度)

区分	人口総数(人)	高齢化率(65歳以上)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢(歳)	出生率	死亡率
甲斐市	71,385	26.7%	14,543	20.4%	53.5	9.4%	8.6%
県	791,146	31.1%	177,051	22.4%	53.9	6.6%	12.4%
同規模	67,878	30.4%	13,889	20.5%	54.7	6.5%	11.8%
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。

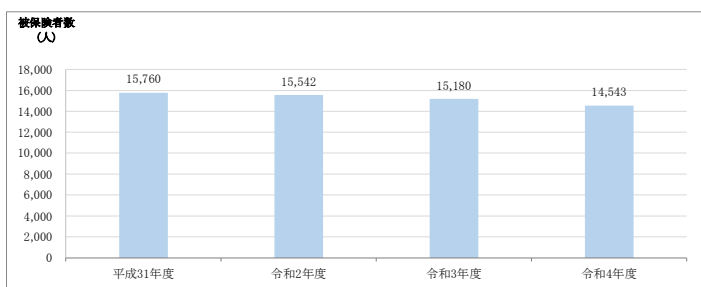
出典:国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

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

人口動態 平均余命と平均自立期間

出典

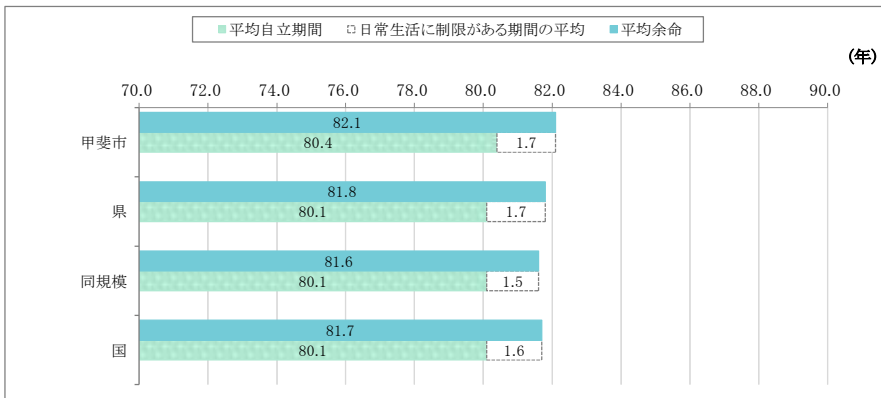
国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握」

データ分析の結果

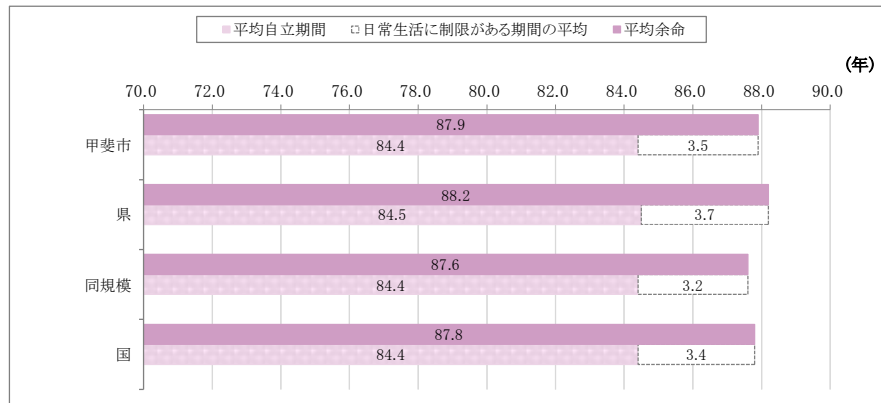
・令和4年度における平均余命と平均自立期間の状況を示したものです。平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均余命を示しています。また、平均自立期間は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つです。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

・本市の男性の平均余命は82.1年で山梨県より0.3年長く、平均自立期間は80.4年で山梨県より0.3年長いです。日常生活に制限がある期間の平均は1.7年で、山梨県と同水準です。本市の女性の平均余命は87.9年で山梨県より0.3年短く、平均自立期間は84.4年で山梨県と同水準です。日常生活に制限がある期間の平均は3.5年で、山梨県より0.2年短いです。

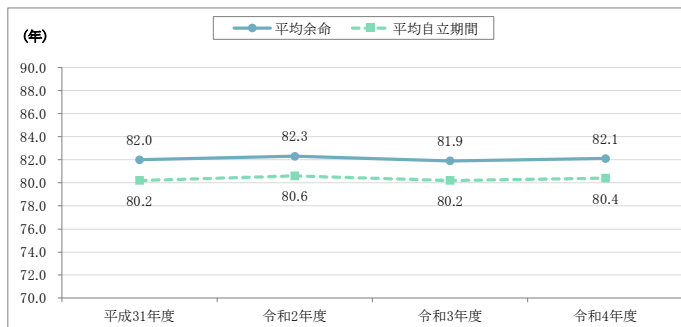
(男性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



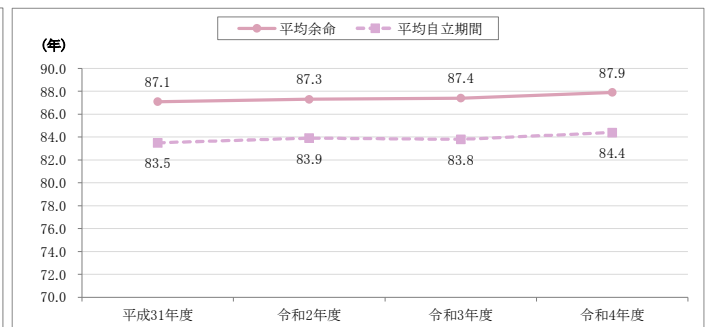
(女性)平均余命と平均自立期間、日常生活に制限がある期間の平均(令和4年度)



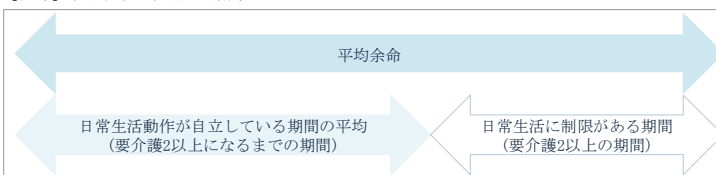
(男性)年度別 平均余命と平均自立期間



(女性)年度別 平均余命と平均自立期間



【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31年度と比べると、医療費は横ばいですが、被保険者一人当たり医療費は増加傾向にあります。
- ・平成31年度と比べると、令和4年度の入院費は減少しましたが、外来費は増加傾向にあります。

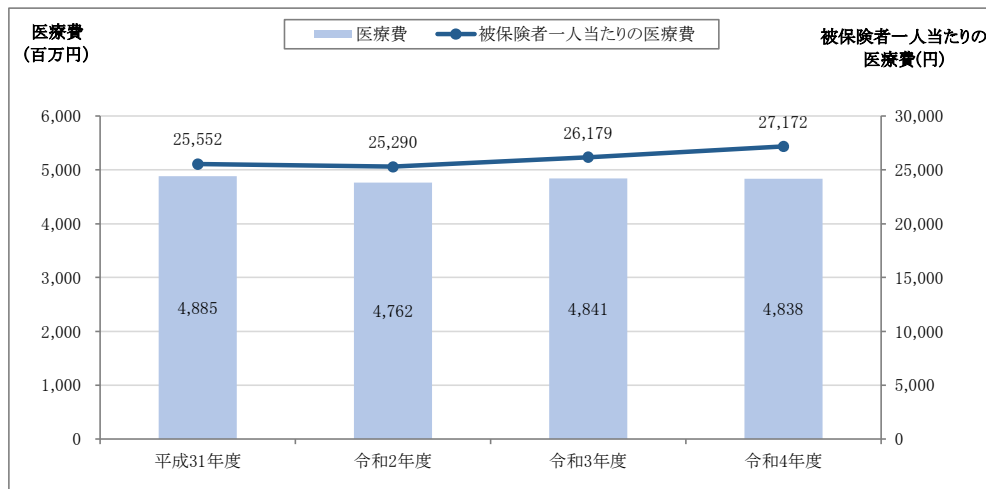
年度別 医療費の状況

年度別 入院・外来別医療費

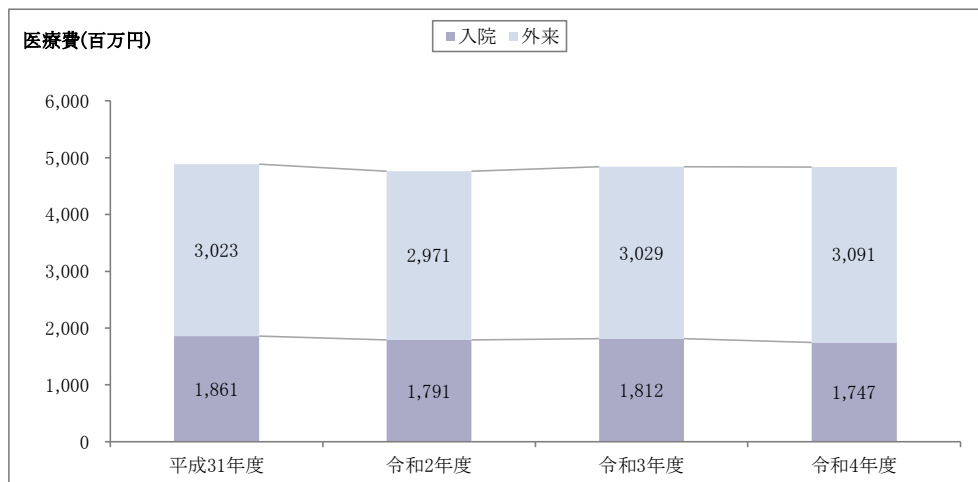
年度	医療費(円)	被保険者一人当たりの医療費(円) ※	年度	入院医療費(円)	外来医療費(円)	医療費合計(円)
平成31年度	4,884,522,780	25,552	平成31年度	1,861,396,970	3,023,125,810	4,884,522,780
令和2年度	4,762,093,310	25,290	令和2年度	1,791,465,320	2,970,627,990	4,762,093,310
令和3年度	4,841,451,650	26,179	令和3年度	1,812,003,770	3,029,447,880	4,841,451,650
令和4年度	4,838,255,450	27,172	令和4年度	1,746,980,900	3,091,274,550	4,838,255,450

※被保険者一人当たりの医療費・・・1か月分相当

年度別 医療費の状況



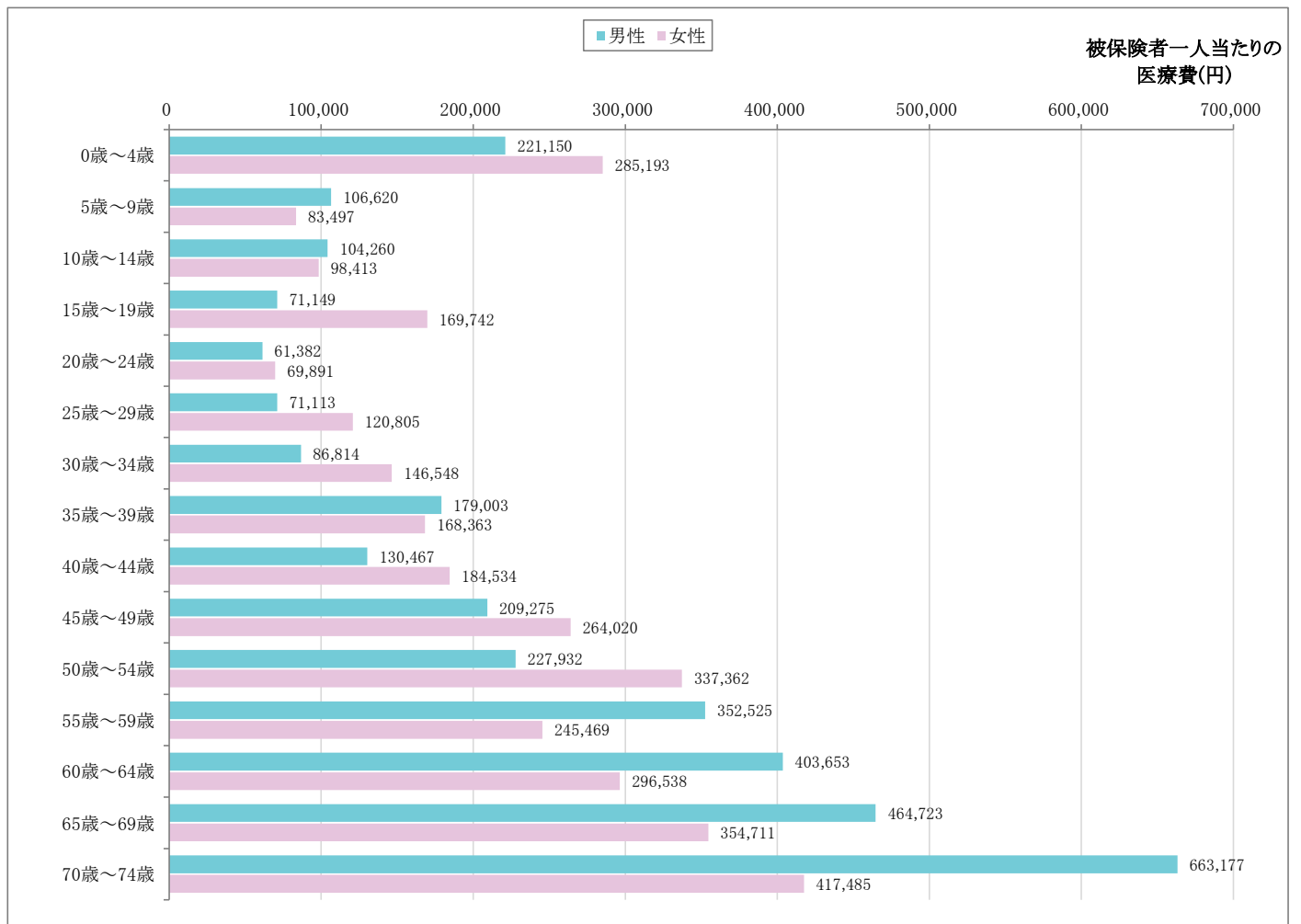
年度別 入院・外来別医療費



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

データ分析の結果	<p>・男女年齢階層別に見ると、男性の0歳～4歳、35歳～39歳、55歳～74歳 女性の0歳～4歳、15歳～19歳、40歳～54歳、70歳～74歳で医療費が高くなっています。</p> <p>原因として、以下の疾病医療費が各年代で高くなっています。</p>																							
	<table border="0"> <tr> <td>男性：0歳～4歳</td> <td>その他の周産期に発生した病態、急性気管支炎、COVID、喘息</td> </tr> <tr> <td>男性：35歳～39歳</td> <td>がん(肺がん・白血病等)、統合失調症、COVID</td> </tr> <tr> <td>男性：55歳～59歳</td> <td>腎不全(透析等)、統合失調症、脳内出血、糖尿病</td> </tr> <tr> <td>男性：60歳～64歳</td> <td>がん(前立腺がん等)、腎不全(透析等)、統合失調症、糖尿病</td> </tr> <tr> <td>男性：65歳～69歳</td> <td>がん(前立腺がん等)、糖尿病、腎不全(透析等)、高血圧症</td> </tr> <tr> <td>男性：70歳～74歳</td> <td>がん(前立腺がん等)、腎不全(透析等)、糖尿病、心疾患</td> </tr> <tr> <td>女性：0歳～4歳</td> <td>その他の周産期に発生した病態、がん(良性新生物)、気管支炎</td> </tr> <tr> <td>女性：15歳～19歳</td> <td>その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害、炎症性多発性関節障害</td> </tr> <tr> <td>女性：40歳～44歳</td> <td>その他の脊柱障害、その他の消化器系の疾患、気分障害(うつ病等)</td> </tr> <tr> <td>女性：45歳～49歳</td> <td>その他の神経系の疾患、腎不全(透析等)、統合失調症、がん(良性新生物等)</td> </tr> <tr> <td>女性：50歳～54歳</td> <td>その他の神経系の疾患、がん(その他の悪性新生物・乳がん等)、腎不全(透析等)</td> </tr> <tr> <td>女性：70歳～74歳</td> <td>がん(その他の悪性新生物等)、高血圧症、糖尿病、腎不全(透析等)</td> </tr> </table> <p>*出典：年齢階層別中分類による疾病別医療費統計より抜粋</p>	男性：0歳～4歳	その他の周産期に発生した病態、急性気管支炎、COVID、喘息	男性：35歳～39歳	がん(肺がん・白血病等)、統合失調症、COVID	男性：55歳～59歳	腎不全(透析等)、統合失調症、脳内出血、糖尿病	男性：60歳～64歳	がん(前立腺がん等)、腎不全(透析等)、統合失調症、糖尿病	男性：65歳～69歳	がん(前立腺がん等)、糖尿病、腎不全(透析等)、高血圧症	男性：70歳～74歳	がん(前立腺がん等)、腎不全(透析等)、糖尿病、心疾患	女性：0歳～4歳	その他の周産期に発生した病態、がん(良性新生物)、気管支炎	女性：15歳～19歳	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害、炎症性多発性関節障害	女性：40歳～44歳	その他の脊柱障害、その他の消化器系の疾患、気分障害(うつ病等)	女性：45歳～49歳	その他の神経系の疾患、腎不全(透析等)、統合失調症、がん(良性新生物等)	女性：50歳～54歳	その他の神経系の疾患、がん(その他の悪性新生物・乳がん等)、腎不全(透析等)	女性：70歳～74歳
男性：0歳～4歳	その他の周産期に発生した病態、急性気管支炎、COVID、喘息																							
男性：35歳～39歳	がん(肺がん・白血病等)、統合失調症、COVID																							
男性：55歳～59歳	腎不全(透析等)、統合失調症、脳内出血、糖尿病																							
男性：60歳～64歳	がん(前立腺がん等)、腎不全(透析等)、統合失調症、糖尿病																							
男性：65歳～69歳	がん(前立腺がん等)、糖尿病、腎不全(透析等)、高血圧症																							
男性：70歳～74歳	がん(前立腺がん等)、腎不全(透析等)、糖尿病、心疾患																							
女性：0歳～4歳	その他の周産期に発生した病態、がん(良性新生物)、気管支炎																							
女性：15歳～19歳	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害、炎症性多発性関節障害																							
女性：40歳～44歳	その他の脊柱障害、その他の消化器系の疾患、気分障害(うつ病等)																							
女性：45歳～49歳	その他の神経系の疾患、腎不全(透析等)、統合失調症、がん(良性新生物等)																							
女性：50歳～54歳	その他の神経系の疾患、がん(その他の悪性新生物・乳がん等)、腎不全(透析等)																							
女性：70歳～74歳	がん(その他の悪性新生物等)、高血圧症、糖尿病、腎不全(透析等)																							

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

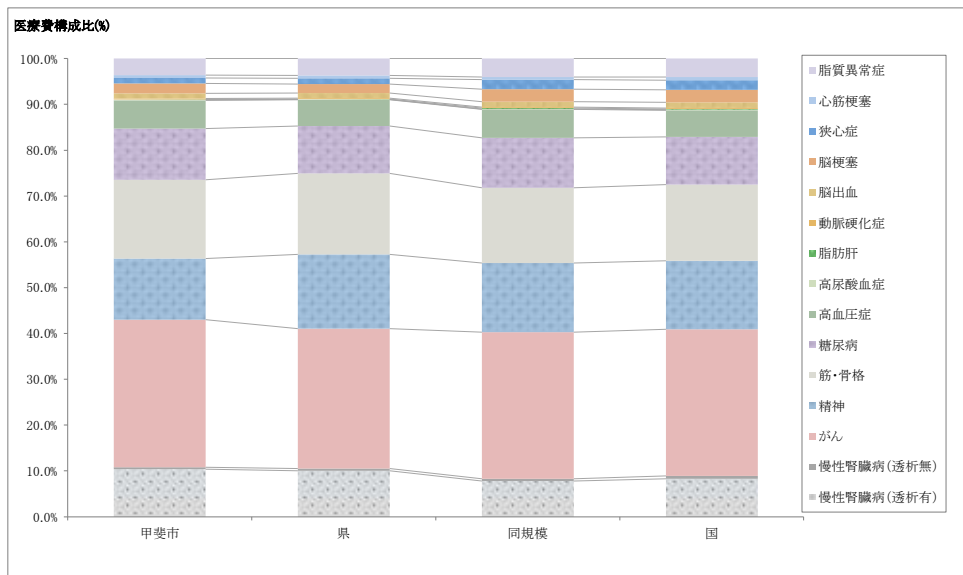
・医療費を最大医療資源傷病名別に見ると、「がん」が占める割合が32.3%で最も多く、これは国や山梨県と同様の傾向です。次いで「筋・骨格」「精神」「糖尿病」が多いです。また、「がん」、「慢性腎臓病(透析有)」、「糖尿病」の医療費割合が県よりも高くなっています。

最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)

傷病名	甲斐市	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	10.4%	10.0%	7.8%	8.3%
慢性腎臓病(透析無)	0.4%	0.5%	0.5%	0.6%
がん	32.3%	30.5%	32.0%	32.0%
精神	13.3%	16.2%	15.1%	15.0%
筋・骨格	17.2%	17.6%	16.4%	16.6%
糖尿病	11.2%	10.3%	10.9%	10.4%
高血圧症	6.2%	5.7%	6.2%	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	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	1.1%	1.1%	1.2%	1.3%
脳梗塞	2.2%	2.0%	2.7%	2.7%
狭心症	1.2%	1.2%	2.1%	2.1%
心筋梗塞	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%
脂質異常症	3.6%	3.7%	4.0%	4.0%

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

最大医療資源病名別 医療費構成比(令和4年度)



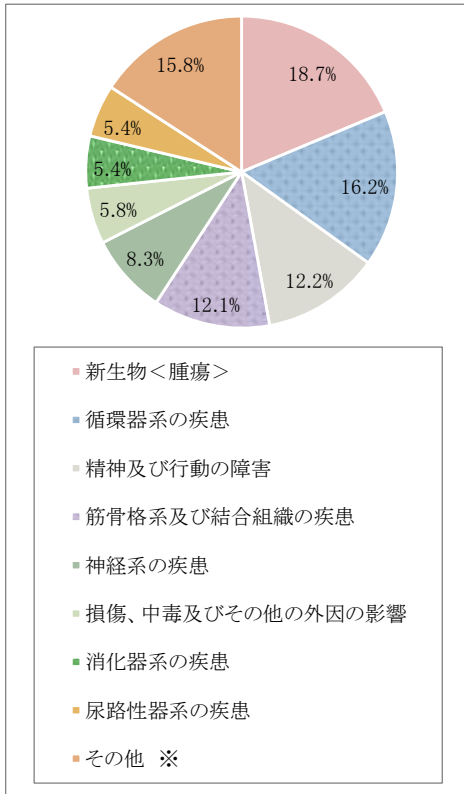
図表5-1	疾病分類別 医療費構成比及び分析(入院) (令和4年度)	出典 国保データベース (KDB) システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
-------	------------------------------	---

データ分析の結果

- ・入院医療費を大分類別で見ると、「新生物<腫瘍>」が最も多く、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」が多くを占めています。「新生物<腫瘍>」の中では「前立腺がん」、「肝がん」が占める割合が高いです。
- 細小分類で見ると、「統合失調症」が割合として一番高いです。

大分類別医療費構成比 (入院) (令和4年度)

大・中・細小分類別分析(入院) (令和4年度)



順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析
1	新生物<腫瘍>	18.7% 新生物<腫瘍>	前立腺がん 1.7%
		7.9% その他の悪性新生物<腫瘍>	食道がん 0.9%
		2.9% 良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	膵臓がん 0.8%
		1.4% 肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	子宮筋腫 0.5%
2	循環器系の疾患	16.2% 循環器系の疾患	肝がん 1.4%
		4.8% その他の心疾患	不整脈 2.5%
		3.4% その他の循環器系の疾患	心臓弁膜症 0.0%
		2.7% 脳梗塞	大動脈瘤 2.7%
3	精神及び行動の障害	12.2% 精神及び行動の障害	脳梗塞 2.7%
		5.3% 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 5.3%
		3.4% 気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	うつ病 3.4%
		2.6% その他の精神及び行動の障害	
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	12.1% 筋骨格系及び結合組織の疾患	
		3.6% 関節症	関節疾患 3.6%
		3.5% その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	
		2.7% 脊椎障害(脊椎症を含む)	

※構成比…総医療費に占める割合。
 ※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

図表5-2

疾病分類別 医療費構成比及び分析(外来)(令和4年度)

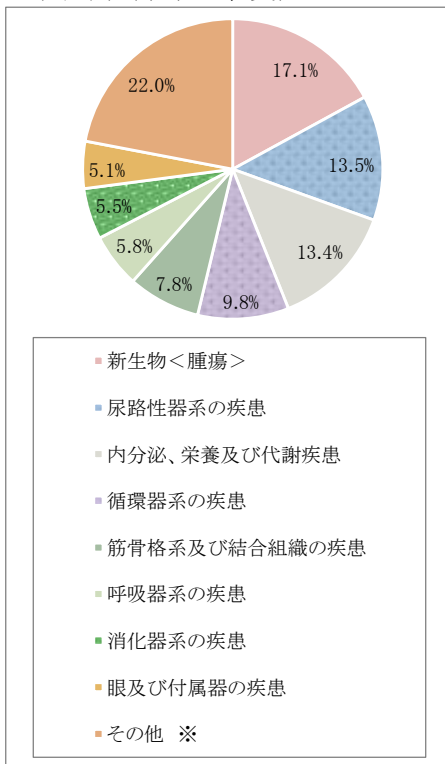
出典

国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

データ分析の結果

・外来医療費を大分類別で見ると、「新生物<腫瘍>」が最も多く、17.1%を占めており、次いで「尿路器系の疾患」「内分泌、栄養及び代謝疾患」が多くを占めています。「新生物<腫瘍>」の中では「肺がん」が占める割合が一番高いです。細小分類で見ると、「慢性腎臓病(透析あり)」「糖尿病」が割合として高いです。

大分類別医療費構成比(外来)(令和4年度)



※構成比…総医療費に占める割合。
 ※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	
	大分類	割合	中分類	割合	細小分類	割合
1	新生物<腫瘍>	17.1%	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.9%	前立腺がん	1.3%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.3%	膀胱がん	0.7%
					卵巣腫瘍(悪性)	0.7%
					肺がん	2.3%
			乳房の悪性新生物<腫瘍>	1.9%	乳がん	1.9%
2	尿路器系の疾患	13.5%	腎不全	11.2%	慢性腎臓病(透析あり)	7.5%
					慢性腎臓病(透析なし)	0.2%
			その他の腎尿路系の疾患	0.9%		
					前立腺肥大(症)	0.6%
3	内分泌、栄養及び代謝疾患	13.4%	糖尿病	9.2%	糖尿病	8.5%
					糖尿病網膜症	0.7%
			脂質異常症	3.1%		
					脂質異常症	3.1%
					甲状腺障害	0.7%
4	循環器系の疾患	9.8%	高血圧性疾患	5.1%	高血圧症	5.1%
			その他の心疾患	3.1%		
					虚血性心疾患	0.8%

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

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

データ分析の結果

・入院・外来医療費を細小分類別に見ると、医療費上位第1位は「糖尿病」で、5.8%を占めています。次いで、「慢性腎臓病(透析あり)」、「高血圧症」、「関節疾患」、「統合失調症」で医療費が多くかかっています。

細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	糖尿病	277,445,350	5.8%
2	慢性腎臓病(透析あり)	272,604,150	5.7%
3	高血圧症	162,373,530	3.4%
4	関節疾患	158,264,900	3.3%
5	統合失調症	148,391,690	3.1%
6	うつ病	115,509,580	2.4%
7	不整脈	107,360,720	2.2%
8	脂質異常症	94,042,220	2.0%
9	肺がん	90,331,820	1.9%
10	大腸がん	72,975,250	1.5%

※割合…総医療費に占める割合。

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

図表7	透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)及び年度別透析患者数及び医療費	出典 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」・「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)
-----	--	--

データ分析の結果
 ・被保険者に占める透析患者割合は県と比較すると同程度で、国よりも高くなっています。年度別の透析患者及び患者一人当たりの透析医療費は変わらず、大きな変化はありません。70歳代の透析患者割合が高いです。

透析患者数及び医療費(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(%)
甲斐市	14,543	70	0.48%
県	177,051	777	0.44%
同規模	3,472,300	12,394	0.36%
国	24,660,500	86,890	0.35%

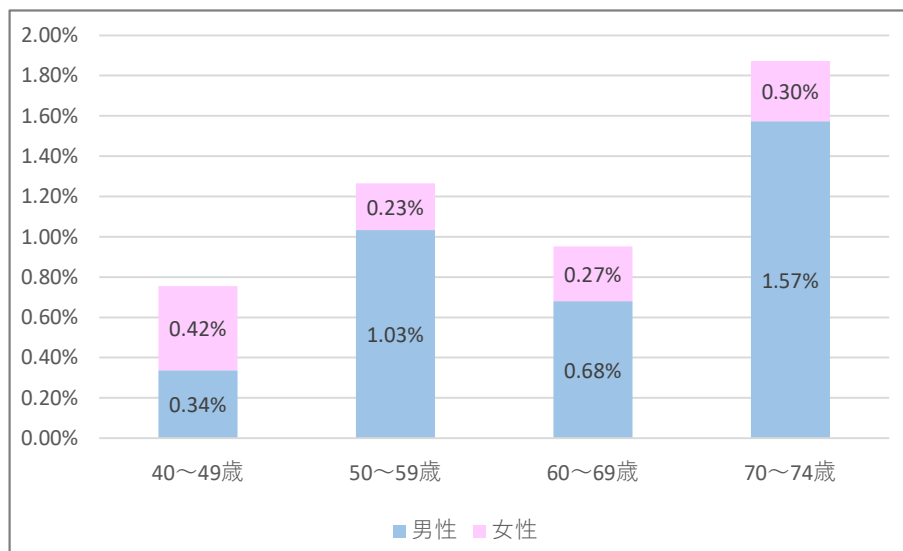
※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したものの。

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31年度	64	419,736,150	6,558,377
令和2年度	68	420,924,030	6,190,059
令和3年度	75	431,459,160	5,752,789
令和4年度	70	417,396,060	5,962,801

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したものの。

男女年齢階層別 被保険者に占める透析患者割合



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

図表8

質問票調査の状況(令和4年度)

出典

国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

データ分析の結果

・県全体の状況と比較すると、若年層の1回30分以上の運動習慣なし、ほとんど噛めないと回答した割合が高く、全体では、睡眠不足、1日の飲酒量3合以上飲む人が多いです。

質問票調査の状況(男女合計)(令和4年度)

分類	質問項目	40歳～64歳				65歳～74歳			
		甲斐市	県	同規模	国	甲斐市	県	同規模	国
服薬	服薬_高血圧症	16.7%	19.2%	20.5%	20.1%	41.0%	43.6%	43.8%	43.7%
	服薬_糖尿病	4.2%	5.2%	5.5%	5.3%	10.6%	11.6%	10.7%	10.4%
	服薬_脂質異常症	11.8%	13.9%	16.5%	16.5%	29.5%	31.0%	33.7%	34.3%
既往歴	既往歴_脳卒中	1.3%	1.4%	2.0%	2.0%	3.3%	3.2%	3.7%	3.8%
	既往歴_心臓病	3.7%	3.7%	3.2%	3.0%	9.2%	8.3%	7.0%	6.8%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.4%	0.5%	0.6%	0.6%	1.4%	1.1%	0.9%	0.9%
	既往歴_貧血	7.7%	7.5%	14.1%	14.2%	5.7%	5.3%	9.2%	9.3%
喫煙	喫煙	22.5%	21.5%	19.2%	18.9%	9.9%	10.8%	10.2%	10.2%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	31.6%	34.4%	38.2%	37.8%	27.1%	29.1%	33.0%	33.2%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	77.5%	76.7%	69.8%	68.8%	57.9%	62.1%	55.8%	55.4%
	1日1時間以上運動なし	48.2%	45.3%	48.0%	49.3%	39.9%	41.8%	45.9%	46.7%
	歩行速度遅い	63.6%	60.5%	54.8%	53.0%	56.6%	55.8%	50.3%	49.4%
食事	食べる速度が速い	32.8%	32.8%	30.1%	30.7%	25.7%	26.7%	24.2%	24.6%
	食べる速度が普通	59.5%	60.0%	61.9%	61.1%	66.2%	65.7%	68.0%	67.6%
	食べる速度が遅い	7.7%	7.2%	8.0%	8.2%	8.1%	7.6%	7.8%	7.8%
	週3回以上就寝前夕食	17.5%	17.9%	20.0%	21.1%	6.6%	8.2%	12.3%	12.1%
	週3回以上朝食を抜く	18.7%	16.8%	17.1%	19.0%	5.1%	4.7%	5.2%	5.9%
飲酒	毎日飲酒	21.5%	22.8%	23.8%	24.3%	20.9%	20.8%	24.6%	24.7%
	時々飲酒	25.4%	24.4%	24.0%	25.3%	21.2%	19.8%	20.3%	21.1%
	飲まない	53.0%	52.8%	52.2%	50.4%	57.9%	59.3%	55.0%	54.2%
	1日飲酒量(1合未満)	41.5%	47.1%	61.2%	60.9%	51.6%	54.7%	66.9%	67.6%
	1日飲酒量(1～2合)	30.2%	29.9%	23.1%	23.0%	32.0%	31.7%	23.7%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	21.3%	17.2%	11.3%	11.2%	13.8%	11.7%	8.0%	7.8%
	1日飲酒量(3合以上)	7.0%	5.7%	4.4%	4.8%	2.6%	1.9%	1.5%	1.5%
睡眠	睡眠不足	50.2%	41.7%	28.8%	28.4%	48.2%	41.9%	23.6%	23.4%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	17.0%	22.5%	23.7%	23.0%	17.8%	26.2%	29.5%	29.3%
	改善意欲あり	16.7%	21.9%	32.7%	32.9%	9.7%	14.6%	26.0%	26.0%
	改善意欲ありかつ始めている	14.5%	13.5%	16.0%	16.4%	8.4%	9.4%	13.1%	13.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	9.1%	8.8%	9.9%	10.0%	6.3%	6.4%	8.5%	8.6%
	取り組み済み6ヶ月以上	42.7%	33.3%	17.7%	17.8%	57.8%	43.3%	23.0%	23.1%
	保健指導利用しない	91.9%	82.3%	65.3%	62.4%	87.3%	79.6%	64.3%	62.9%
咀嚼	咀嚼_何でも	87.5%	86.4%	83.3%	83.8%	82.7%	80.4%	75.8%	77.0%
	咀嚼_かみにくい	11.6%	12.9%	16.0%	15.4%	16.6%	19.0%	23.4%	22.1%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.9%	0.6%	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.8%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	25.6%	24.2%	23.9%	23.8%	21.5%	22.0%	20.8%	20.8%
	3食以外間食_時々	53.1%	54.5%	56.0%	55.3%	58.9%	59.1%	59.2%	58.4%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	21.3%	21.2%	20.0%	20.9%	19.6%	18.9%	20.0%	20.8%

図表9

検査項目別 有所見者の状況(男女別・年代別)
(令和4年度)

出典

国保データベース(KDB)シス
テム「健診有所見者状況」

データ分析の
結果

・健診受診者全体では、「HbA1c」の有所見者割合が最も高く、健診受診者の65.4%を占めています。男女とも、65歳～74歳で高くなっています。次いで、「LDL」、「収縮期血圧」の割合が高いです。「収縮期血圧」は男女ともに65歳～74歳で高くなっており、「LDL」は40歳～64歳の男性で値が高いです。

検査項目別有所見者の状況(男女合計)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上
甲斐市	40歳～64歳	人数(人)	391	459	336	280	77	537	843	0
		割合(%)	23.3%	27.4%	20.0%	16.7%	4.6%	32.0%	50.2%	0.0%
	65歳～74歳	人数(人)	726	1,008	623	362	165	1,677	2,532	0
		割合(%)	20.8%	28.9%	17.9%	10.4%	4.7%	48.1%	72.7%	0.0%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	1,117	1,467	959	642	242	2,214	3,375	0
		割合(%)	21.6%	28.4%	18.6%	12.4%	4.7%	42.9%	65.4%	0.0%
県	割合(%)	24.6%	31.1%	18.1%	13.6%	4.2%	37.6%	68.1%	2.6%	
国	割合(%)	26.9%	34.9%	21.1%	14.0%	3.8%	24.8%	58.2%	6.6%	

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
甲斐市	40歳～64歳	人数(人)	507	433	831	9	116	377	10	150
		割合(%)	30.2%	25.8%	49.5%	0.5%	6.9%	22.5%	0.6%	8.9%
	65歳～74歳	人数(人)	1,802	910	1,641	63	448	1,163	50	749
		割合(%)	51.7%	26.1%	47.1%	1.8%	12.9%	33.4%	1.4%	21.5%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	2,309	1,343	2,472	72	564	1,540	60	899
		割合(%)	44.7%	26.0%	47.9%	1.4%	10.9%	29.8%	1.2%	17.4%
県	割合(%)	49.1%	26.9%	51.0%	1.1%	15.7%	31.6%	1.4%	19.3%	
国	割合(%)	48.3%	20.7%	50.1%	1.3%	21.4%	18.4%	5.2%	21.8%	

検査項目別有所見者の状況(男性)(令和4年度)

区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	検査あり	150以上	60未満
甲斐市	40歳～64歳	人数(人)	224	337	224	196	68	319	380	0	274	268	376	7	68	218	4	65
		割合(%)	29.9%	45.1%	29.9%	26.2%	9.1%	42.6%	50.8%	0.0%	36.6%	35.8%	50.3%	0.9%	9.1%	29.1%	0.5%	8.7%
	65歳～74歳	人数(人)	393	747	352	229	130	866	1,092	0	824	476	640	54	218	572	19	371
		割合(%)	25.6%	48.7%	23.0%	14.9%	8.5%	56.5%	71.2%	0.0%	53.8%	31.1%	41.7%	3.5%	14.2%	37.3%	1.2%	24.2%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	617	1,084	576	425	198	1,185	1,472	0	1,098	744	1,016	61	286	790	23	436
		割合(%)	27.0%	47.5%	25.3%	18.6%	8.7%	52.0%	64.5%	0.0%	48.1%	32.6%	44.5%	2.7%	12.5%	34.6%	1.0%	19.1%
県	割合(%)	30.3%	49.6%	24.3%	19.9%	7.7%	46.5%	67.0%	4.9%	52.6%	34.6%	47.3%	2.1%	17.5%	34.6%	1.5%	20.9%	
国	割合(%)	33.9%	55.8%	28.0%	20.7%	7.2%	31.4%	59.1%	13.0%	50.8%	25.7%	44.9%	2.7%	24.4%	20.0%	5.0%	23.6%	

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
甲斐市	40歳～64歳	人数(人)	167	122	112	84	9	218	463	0	233	165	455	2	48	159	6	85
		割合(%)	18.0%	13.1%	12.0%	9.0%	1.0%	23.4%	49.8%	0.0%	25.1%	17.7%	48.9%	0.2%	5.2%	17.1%	0.6%	9.1%
	65歳～74歳	人数(人)	333	261	271	133	35	811	1,440	0	978	434	1,001	9	230	591	31	378
		割合(%)	17.1%	13.4%	13.9%	6.8%	1.8%	41.6%	73.8%	0.0%	50.2%	22.3%	51.3%	0.5%	11.8%	30.3%	1.6%	19.4%
	全体 (40歳～74歳)	人数(人)	500	383	383	217	44	1,029	1,903	0	1,211	599	1,456	11	278	750	37	463
		割合(%)	17.4%	13.3%	13.3%	7.5%	1.5%	35.7%	66.1%	0.0%	42.0%	20.8%	50.6%	0.4%	9.7%	26.0%	1.3%	16.1%
県	割合(%)	19.6%	15.5%	12.9%	8.4%	1.3%	30.1%	69.0%	0.7%	46.1%	20.4%	54.1%	0.3%	14.2%	29.0%	1.3%	18.0%	
国	割合(%)	21.5%	19.1%	15.9%	9.0%	1.3%	19.8%	57.6%	1.8%	46.3%	17.0%	54.1%	0.3%	19.2%	17.2%	5.3%	20.4%	

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

※ 保健指導判定値

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

図表10

メタボリックシンドローム該当状況(令和4年度)

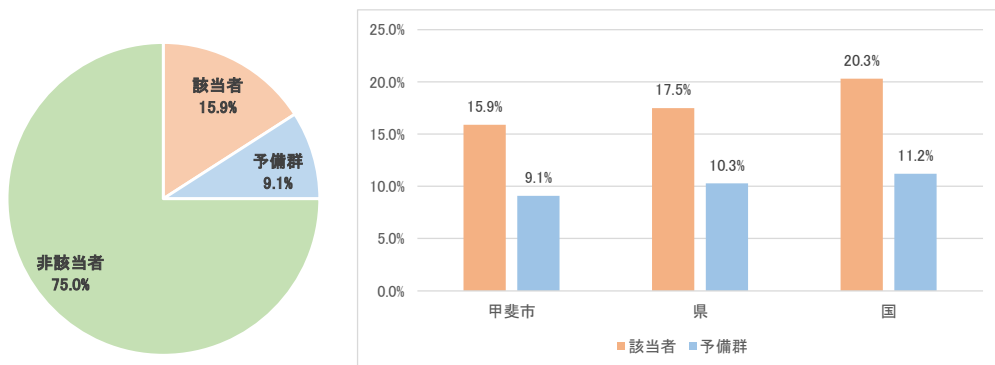
出典

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

データ分析の結果

・健診受診者全体で、メタボリックシンドローム該当者は15.9%、予備群は9.1%である。県全体と比較すると該当者割合がやや低くなっており、男女共に該当者も予備群も県よりも低いです。血糖、血圧、脂質の3項目全ての追加リスクを持っている者は5.2%です。

令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

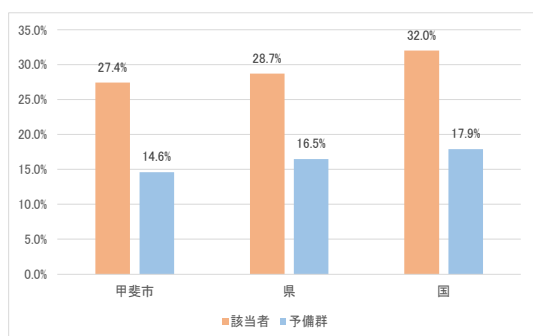


メタボリックシンドローム該当状況(男女合計)(令和4年度)

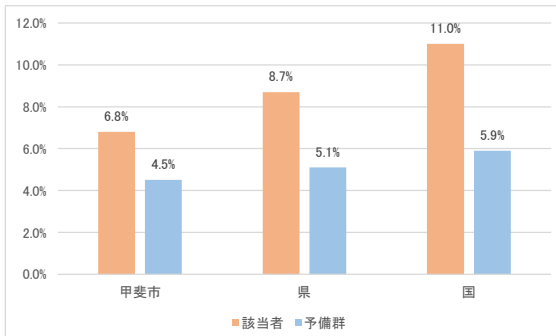
年齢階層	健診受診者		腹囲のみ		予備群		血糖		血圧		脂質	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	1,678	42.7%	93	5.5%	153	9.1%	10	0.6%	83	4.9%	60	3.6%
65歳～74歳	3,483	57.1%	85	2.4%	315	9.0%	19	0.5%	238	6.8%	58	1.7%
全体(40歳～74歳)	5,161	51.5%	178	3.4%	468	9.1%	29	0.6%	321	6.2%	118	2.3%

年齢階層	該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40歳～64歳	213	12.7%	37	2.2%	13	0.8%	112	6.7%	51	3.0%
65歳～74歳	608	17.5%	119	3.4%	18	0.5%	256	7.3%	215	6.2%
全体(40歳～74歳)	821	15.9%	156	3.0%	31	0.6%	368	7.1%	266	5.2%

令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(男性)



令和4年度メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況(女性)



メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

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

データ分析の結果

・令和4年度の受診医療機関数と同一医療機関へ受診日数の状況を一覧で示します。表は令和4年度各月の平均値をとったものです。重複・頻回受診者は、医療機関の1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23人です。

令和4年度重複・頻回受診該当者の平均人数

受診医療機関数 (同一月内)		同一医療機関への受診日数 (同一月内)				
		受診した者 (人)				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した者 (人)	1医療機関以上	7,152	292	97	16	4
	2医療機関以上	2,896	190	55	11	3
	3医療機関以上	910	87	23	6	2
	4医療機関以上	248	30	8	2	1
	5医療機関以上	64	9	2	1	0

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

令和4年度重複・頻回受診該当者の被保険者一人当たりの割合

受診医療機関数 (同一月内)		同一医療機関への受診日数 (同一月内)				
		被保険者一人当たりの割合 (%)				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
被保険者一人当たりの割合 (%)	1医療機関以上	57.02%	2.33%	0.78%	0.13%	0.03%
	2医療機関以上	23.08%	1.52%	0.44%	0.09%	0.02%
	3医療機関以上	7.25%	0.69%	0.18%	0.04%	0.01%
	4医療機関以上	1.98%	0.24%	0.06%	0.02%	0.00%
	5医療機関以上	0.51%	0.07%	0.01%	0.01%	0.00%

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

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

データ分析の結果

・重複・頻回受診者は、医療機関の1か月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一医療機関への受診日数が【10日以上】の人の条件下では月13人～29人で平均23人です。被保険者1万人当たりになると18人です。経年で見ると大きな変化はありません。

令和4年度重複・頻回受診該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複・頻回受診該当者(人)
令和4年4月	12,003	28
令和4年5月	12,079	19
令和4年6月	12,176	22
令和4年7月	12,287	26
令和4年8月	12,371	18
令和4年9月	12,459	21
令和4年10月	12,584	29
令和4年11月	12,680	29
令和4年12月	12,748	24
令和5年1月	12,889	13
令和5年2月	13,015	19
令和5年3月	13,198	29
令和4年度平均	12,541	23
重複・頻回受診該当者数 (対被保険者1万人)		18

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

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

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

年度別重複・頻回受診該当者 一月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	17人	18人	23人
重複・頻回受診該当者数 (対被保険者1万人)	16人	16人	18人

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

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

データ分析の結果

・表は令和4年度の重複処方該当者と多剤処方対象者の人数及び被保険者数一人当たりの割合を示したものです。医療機関の1か月の受診件数が【2医療機関以上】かつ、同一月内で重複処方を2日以上受けた人、及び医療機関の1か月の受診件数が【3医療機関以上】かつ、同一月内で重複処方を1日以上受けた人を重複処方対象者とすると、平均12人となります。また、処方された薬剤の処方日数が1日以上で、同一月内に処方された薬剤が15錠以上の人を多剤処方該当者とすると平均98人となります。

令和4年度重複処方該当者 平均人数

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内)									
		重複処方を受けた者(人)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を受けた者(人)	2医療機関以上	50	10	4	1	1	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	2	1	0	0	0	0	0	0	0	
	4医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

令和4年度重複処方該当者 被保険者一人当たりの割合

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数(同一月内)		複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数(同一月内)									
		被保険者一人当たりの割合(%)									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
被保険者一人当たりの割合(%)	2医療機関以上	0.40%	0.08%	0.03%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	3医療機関以上	0.02%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
	4医療機関以上	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
	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「重複処方該当者数」は、国保データベース(KDB)システムの「重複・多剤処方の状況」画面で確認できる重複処方を受けた者(人)の人数を記載する。抽出に当たっては、【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は、「選択した診療年月に資格を有する者を抽出」とし、12か月の平均値を示す。
 *各月の重複処方該当者を被保険者数で割り、12か月の平均値を示す。

図表12-1 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」

令和4年度多剤処方該当者 平均人数

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数(同一月内)												
		処方を受けた者(人)												
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上	
処方を受けた者(人)	1日以上	5,865	4,928	3,932	3,022	2,275	1,715	1,273	947	701	513	98	19	
	15日以上	4,688	4,109	3,399	2,696	2,081	1,600	1,207	906	676	498	97	19	
	30日以上	3,758	3,295	2,713	2,155	1,672	1,294	981	738	555	408	83	18	
	60日以上	1,210	1,047	850	677	528	408	311	237	183	134	29	7	
	90日以上	287	244	195	158	124	95	73	54	42	31	8	2	
	120日以上	7	6	6	6	5	5	4	3	3	2	1	0	
	150日以上	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	0	0	
	180日以上	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	

令和4年度多剤処方該当者 被保険者一人当たりの割合

同一薬剤に関する処方日数 (同一月内)		処方薬剤数(同一月内)												
		被保険者一人当たりの割合(%)												
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上	
被保険者一人当たりの割合	1日以上	46.75%	39.27%	31.32%	24.08%	18.12%	13.66%	10.14%	7.54%	5.58%	4.08%	0.78%	0.15%	
	15日以上	37.37%	32.74%	27.08%	21.48%	16.58%	12.74%	9.61%	7.21%	5.39%	3.96%	0.77%	0.15%	
	30日以上	29.95%	26.26%	21.62%	17.18%	13.32%	10.31%	7.82%	5.88%	4.42%	3.25%	0.66%	0.14%	
	60日以上	9.64%	8.34%	6.77%	5.39%	4.21%	3.25%	2.48%	1.89%	1.46%	1.07%	0.23%	0.06%	
	90日以上	2.28%	1.94%	1.55%	1.26%	0.98%	0.75%	0.58%	0.43%	0.33%	0.25%	0.06%	0.02%	
	120日以上	0.05%	0.05%	0.05%	0.04%	0.04%	0.04%	0.03%	0.02%	0.02%	0.02%	0.01%	0.00%	
	150日以上	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	
	180日以上	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%	

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

*各月の重複処方該当者を被保険者数で割り、12か月の平均値を示す。

図表12-2	重複・多剤処方に係る分析	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年度の各月当たり8人～18人となり平均13人です。また、多剤処方該当者は各月当たり80人～122人で平均98人です。被保険者1万人当たりになると令和4年度は重複処方該当者10人、多剤処方該当者は78人です。経年で見ると該当者の人数は増加傾向にあります。

令和4年度重複・多剤処方該当者 月別人数

	被保険者数(人)	重複処方該当者数(人)	多剤処方該当者数(人)
令和4年4月	12,003	10	92
令和4年5月	12,079	14	82
令和4年6月	12,176	13	80
令和4年7月	12,287	11	92
令和4年8月	12,371	16	97
令和4年9月	12,459	18	86
令和4年10月	12,584	8	106
令和4年11月	12,680	10	98
令和4年12月	12,748	16	121
令和5年1月	12,889	14	95
令和5年2月	13,015	9	106
令和5年3月	13,198	15	122
令和4年度平均	12,541	13	98
重複・多剤処方該当者数 (対被保険者1万人)		10	78

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

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

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

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

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

年度別重複処方該当者 1か月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	6人	11人	13人
重複処方該当者数(対被保険者1万人)	6人	10人	10人

年度別多剤処方該当者 1か月の平均人数と対被保険者1万人当たりの平均人数

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
平均	63人	79人	98人
多剤処方該当者数(対被保険者1万人)	60人	70人	78人

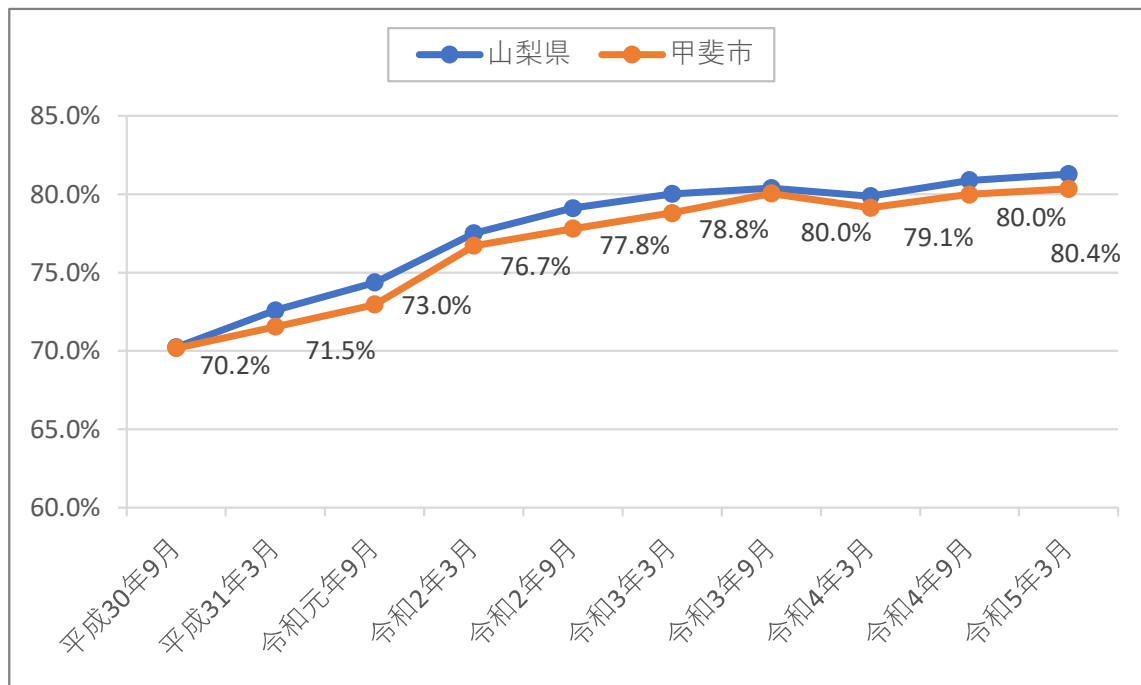
*国保データベース(KDB)システム「重複・多剤処方の状況」 令和2年～令和4年度

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

データ分析の結果
 ・平成30年度から後発医薬品の使用割合は年々増加し、令和5年3月時点では80.4%と、国の目標値である80%を超えています、県と比較すると低いです。

年度別 後発医薬品の使用割合

	平成30年9月	平成31年3月	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月	令和5年3月
山梨県	70.2%	72.6%	74.4%	77.5%	79.1%	80.0%	80.4%	79.9%	80.9%	81.3%
甲斐市	70.2%	71.5%	73.0%	76.7%	77.8%	78.8%	80.0%	79.1%	80.0%	80.4%



※抽出データの計算方法等

(1) 保険者別の後発医薬品使用割合(数量シェア)の計算方法

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

使用割合(数量シェア)

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

(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14

死因の状況

出典

国保データベース(KDB)システム
「地域の全体像の把握」

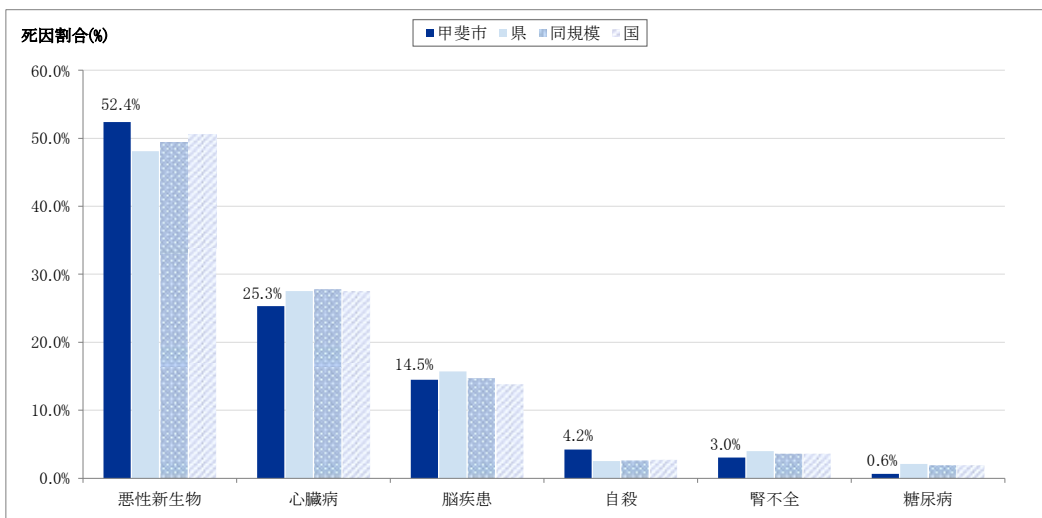
データ分析の結果

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

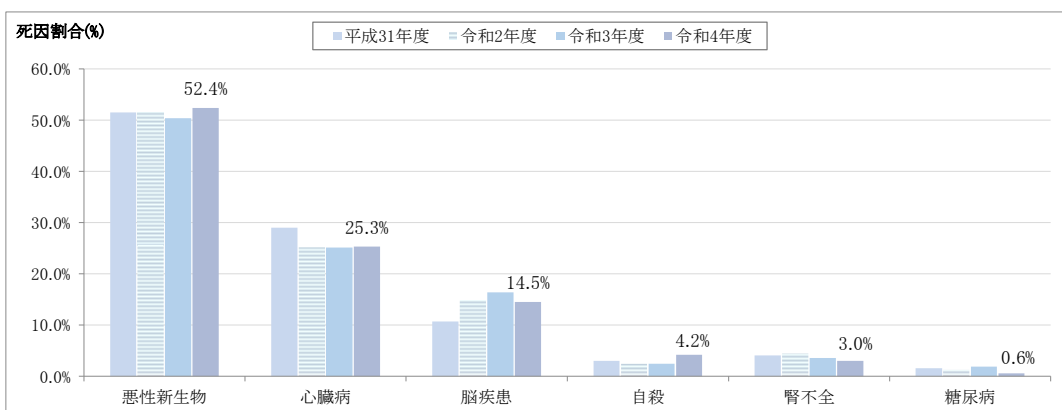
主たる死因の状況(令和4年度)

疾病項目	甲斐市		県	同規模	国
	人数(人)	割合(%)			
悪性新生物	174	52.4%	48.1%	49.4%	50.6%
心臓病	84	25.3%	27.5%	27.8%	27.5%
脳疾患	48	14.5%	15.7%	14.7%	13.8%
自殺	14	4.2%	2.5%	2.6%	2.7%
腎不全	10	3.0%	4.0%	3.6%	3.6%
糖尿病	2	0.6%	2.1%	1.9%	1.9%
合計	332				

主たる死因の割合(令和4年度)



年度別 主たる死因の割合



わしおたいぬ 



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	健診未受診者の医療費が高いことから、健診受診率の向上が必要です。特に40歳代・50歳代の男性の受診率が低いです。また、男性40歳代でメタボリックシンドローム予備群の割合が高く、未受診者が多いため発見が遅れて、健診未受診者の医療費が高くなっている可能性があります。	✓
B	メタボリックシンドロームの割合は低いですが、腹囲やBMIは高く、食事・飲酒・運動・睡眠不足等の生活習慣に課題がある人がいます。生活習慣の改善意欲がない人もおり、医療機関非受診率が7.0%と県(5.7%)国(5.0%)より高く、必要な医療に結びついていない人がいる可能性があります。	
C	糖尿病や慢性腎臓病(透析有)の医療費が高く、有所見者割合も高齢者でHbA1cやeGFR、クレアチニンで県より高くなっています。透析患者も増加しており、70歳代の男性で多いです。また、非肥満高血糖の割合が11.0%と県(9.9%)国(9.0%)に比べて高いことから、糖尿病等の疾病発症につながる可能性があります。	✓

対応する健康課題	対策の方向性 (目標を達成するための戦略)	対応する保健事業番号
A	受診経験のない被保険者(特に40歳代・50歳代男性)に対する特定健診受診勧奨を強化することで、健康状態の把握ができない層をなくし、生活習慣病リスクの早期発見、重症化予防に努めます。	1-1
B	特定保健指導の対象となる人を確実に保健指導へつなぎ、メタボリックシンドロームや、生活習慣の改善をしていきます。	1-2
C	ハイリスク者に保健指導を行うことで生活習慣の改善を促し、糖尿病性腎症の重症化を予防することが重要です。また、糖尿病についての理解を深めることも必要です。	2-1 2-2

計画全体の目的	各種保健事業を通じて生活習慣病の早期発見及び重症化予防を行い、市民が健康で幸せな生活を送れるようにします。
---------	---

対応する健康課題	計画全体の目標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
A・B	健診受診の向上や保健指導の実施により、生活習慣病の早期発見・早期治療に繋げ、生活習慣病の重症化を予防し住民の健康を保ちます。	運動習慣のある者の割合	35.9%	36.2%	36.5%	36.8%	37.1%	37.4%	37.7%
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(※1)	47.2%	47.2%以下	47.2%以下	47.2%以下	47.2%以下	47.2%以下	47.2%以下
		メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(※1)	25.1%	23.5%	21.8%	20.2%	18.5%	16.8%	15.2%
C	重症化予防指導を通して、市民に糖尿病に対する知識や意識付けを行い、生活習慣の改善から糖尿病の悪化を防ぐことで、糖尿病性腎症による新規透析導入を予防します。	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(※1)	9.3%	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(短期)(※1)	4.3% (R3→R4)	4.2% (R5→R6)	4.1% (R6→R7)	4.0% (R7→R8)	3.9% (R8→R9)	3.8% (R9→R10)	3.8% (R10→R11)
		糖尿病性腎症病期分類の悪化率(中長期)(※1)	7.2% (R1→R4)	-	-	6.6%以下 (R5→R8)	-	-	13.2%以下 (R5→R11)

※1：性年齢階層別(40歳～49歳、50歳～59歳、60歳～69歳、70歳～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	特定健康診査	特定健康診査	40歳～74歳の国民健康保険被保険者	<ul style="list-style-type: none"> システムから健診受診希望調査未回答者を抽出し、再通知 日曜健診の周知 新規国保加入者に受診勧奨 受診の状況の把握 未受診の理由の把握と健診実施体制の整備 	重点
1-2	特定保健指導	特定保健指導	動機付け支援保健指導対象者 積極的支援保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象者に案内通知をし、初回面接(個別相談)を実施 積極的支援：随時電話等で継続支援 動機付け支援：初回面接から6か月後に電話にて最終評価。支援の場として健康教室も利用。 	
2-1	糖尿病対策	糖尿病性腎症重症化予防事業	(健康診査及びレセプト等で抽出したハイリスク者) <ul style="list-style-type: none"> 糖代謝異常放置者 医療機関受診者のうち、主治医が保健指導が必要と判断した者 	<ul style="list-style-type: none"> 手紙や電話、個別訪問を用いた受診勧奨、保健指導を行う。 電話や個別訪問、レセプトデータの重点を用いて医療機関へ受診行動ができていないか、生活習慣が改善できているかを確認。 	重点
2-2		糖尿病予防教室	特定健診受診者のうち、糖代謝C判定の者及び家族	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病について 栄養に関する集団講義 運動実技 希望者には個別相談を実施 	

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てハイリスク者へ保健指導を行うことで、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図ります。
------	---

項目	No.	総合評価指標	計画策定時 実績	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)	25.1%	23.5%	21.8%	20.2%	18.5%	16.8%	15.2%	
		男性	40～49歳	32.8%	31.8%	30.8%	29.8%	28.8%	27.8%	26.8%
			50～59歳	36.9%	34.9%	32.9%	30.9%	28.9%	26.9%	24.9%
			60～69歳	41.9%	38.9%	35.9%	32.9%	29.9%	26.9%	23.9%
			70～74歳	46.6%	44.1%	41.6%	39.1%	36.6%	34.1%	31.6%
		女性	40～49歳	4.6%	4.1%	3.6%	3.1%	2.6%	2.1%	1.6%
			50～59歳	11.2%	10.2%	9.2%	8.2%	7.2%	6.2%	5.2%
			60～69歳	12.2%	11.2%	10.2%	9.2%	8.2%	7.2%	6.2%
	70～74歳		12.2%	11.2%	10.2%	9.2%	8.2%	7.2%	6.2%	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(全年齢)	47.2%	47.2% 以下	47.2% 以下	47.2% 以下	47.2% 以下	47.2% 以下	47.2% 以下	
		男性	40～49歳	34.1%	34.1% 以下	34.1% 以下	34.1% 以下	34.1% 以下	34.1% 以下	34.1% 以下
			50～59歳	46.3%	46.3% 以下	46.3% 以下	46.3% 以下	46.3% 以下	46.3% 以下	46.3% 以下
			60～69歳	54.9%	54.9% 以下	54.9% 以下	54.9% 以下	54.9% 以下	54.9% 以下	54.9% 以下
			70～74歳	56.1%	56.1% 以下	56.1% 以下	56.1% 以下	56.1% 以下	56.1% 以下	56.1% 以下
		女性	40～49歳	12.1%	12.1% 以下	12.1% 以下	12.1% 以下	12.1% 以下	12.1% 以下	12.1% 以下
			50～59歳	27.2%	27.2% 以下	27.2% 以下	27.2% 以下	27.2% 以下	27.2% 以下	27.2% 以下
			60～69歳	43.5%	43.5% 以下	43.5% 以下	43.5% 以下	43.5% 以下	43.5% 以下	43.5% 以下
	70～74歳		55.9%	55.9% 以下	55.9% 以下	55.9% 以下	55.9% 以下	55.9% 以下	55.9% 以下	
	3	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)	9.3%	9.3% 以下	9.3% 以下	9.3% 以下	9.3% 以下	9.3% 以下	9.3% 以下	
		男性	40～49歳	4.1%	4.1% 以下	4.1% 以下	4.1% 以下	4.1% 以下	4.1% 以下	4.1% 以下
			50～59歳	7.5%	7.5% 以下	7.5% 以下	7.5% 以下	7.5% 以下	7.5% 以下	7.5% 以下
60～69歳			12.7%	12.7% 以下	12.7% 以下	12.7% 以下	12.7% 以下	12.7% 以下	12.7% 以下	
70～74歳			16.2%	15.8% 以下	15.8% 以下	15.8% 以下	15.8% 以下	15.8% 以下	15.8% 以下	
女性		40～49歳	0.4%	0.4% 以下	0.4% 以下	0.4% 以下	0.4% 以下	0.4% 以下	0.4% 以下	
		50～59歳	3.6%	3.2% 以下	3.2% 以下	3.2% 以下	3.2% 以下	3.2% 以下	3.2% 以下	
		60～69歳	6.1%	6.1% 以下	6.1% 以下	6.1% 以下	6.1% 以下	6.1% 以下	6.1% 以下	
	70～74歳	9.8%	9.8% 以下	9.8% 以下	9.8% 以下	9.8% 以下	9.8% 以下	9.8% 以下		

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	51.9%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	59.0%	60.0%	
		男性	40～49歳	32.0%	32.8%	33.6%	34.4%	35.2%	36.0%	36.9%
			50～59歳	35.3%	36.2%	37.1%	38.0%	38.9%	39.8%	40.8%
		女性	40～49歳	44.2%	45.4%	46.6%	47.8%	49.0%	50.2%	51.1%
			50～59歳	47.7%	49.0%	50.3%	51.6%	52.9%	54.2%	55.3%
	5	特定保健指導実施率(全体)	52.3%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	59.0%	60.0%	
		動機付け支援	58.7%	60.2%	61.7%	63.2%	64.7%	66.2%	67.5%	
積極的支援		36.4%	37.3%	38.2%	39.1%	40.0%	40.9%	41.6%		
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	16.5%	17.3%	18.1%	18.9%	19.7%	20.5%	21.4%	

事業番号1-1

特定健康診査

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図ります。
事業の概要	特定健康診査を実施します。
現在までの事業結果 (成果・課題)	令和4年度の特定健康診査の受診率は51.9%で県平均より高くなっておりませんが、国の目標に達していません。男女ともに、40歳代と50歳代で健診受診率が低く、特に男性の若年層の受診率が低いのが課題です。
対象者	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	生活習慣改善意欲 改善意欲なしの人の減少率	17.5%	17.0%	17.0%	16.0%	16.0%	15.0%	15.0%	
		男性	40～64歳	20.2%	20.0%	20.0%	19.0%	19.0%	18.0%	18.0%
			65～74歳	18.9%	18.0%	18.0%	18.0%	17.0%	17.0%	17.0%
		女性	40～64歳	14.5%	14.0%	14.0%	13.0%	13.0%	12.0%	12.0%
			65～74歳	16.8%	16.0%	16.0%	16.0%	15.0%	15.0%	15.0%

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	51.9%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	59.0%	60.0%	
		男性	40～49歳	32.0%	32.8%	33.6%	34.4%	35.2%	36.0%	36.9%
			50～59歳	35.3%	36.2%	37.1%	38.0%	38.9%	39.8%	40.8%
		女性	40～49歳	44.2%	45.4%	46.6%	47.8%	49.0%	50.2%	51.1%
	50～59歳		47.7%	49.0%	50.3%	51.6%	52.9%	54.2%	55.3%	
2	再通知による申込み割合	9.7%	10.0%	10.0%	11.0%	11.0%	12.0%	12.0%		

プロセス(方法)	周知	<p>全世帯に「健診受診調査票及び総合健診申込書」を送付します。</p> <p>【その他】</p> <p>①市広報誌やホームページ、乳幼児健診等による周知を行います。</p> <p>②転入者や新規国民健康保険加入者に対してパンフレット等により周知します。</p>	
	勧奨	未受診者への個別の働きかけとして、健診希望調査へ未回答の者について勧奨通知を送付し、健診の受診勧奨を行います。	
	実施及び実施後の支援	実施形態	総合健診と人間ドックを実施します。個別で医療機関にて検査を行う人に関しては情報提供を促します。
		実施場所	<p>① 総合健診</p> <p>竜王会場：竜王保健福祉センター</p> <p>双葉会場：双葉保健福祉センター、双葉公民館、双葉体育館</p> <p>敷島会場：敷島保健福祉センター、睦沢地域ふれあい館、吉沢地域ふれあい館</p> <p>② 人間ドック 市内及び近隣市町村の委託医療機関において実施</p>
		時期・期間	<p>特定健診：① 総合健診：6月～10月</p> <p>② 人間ドック：4月～翌年1月</p> <p>特定保健指導：① 総合健診受診者：7月～翌年3月 (健診の結果説明会と同時に初回面接を実施)</p> <p>② 人間ドック受診者：4月～翌年6月</p>
		データ取得	他の法令等に基づく健康診査の結果や、かかりつけ医を受診した際の健康診査のデータを受領する際には、迅速かつ確実に受領できるよう事業主やかかりつけ医等と事前に十分な協議、調整を行った上で実施します。
		結果提供	<p>① 総合健診 結果説明会にてお知らせします。</p> <p>② 人間ドック 健診当日または後日郵送等で各医療機関から通知します。</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)	若年世代の受診率向上のため、健診希望調査が未回答の者に対して受診勧奨を行います。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	保険課国民健康保険給付係及び健康増進課の保健師が対応します。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	山梨県医師会と連携し、かかりつけ医を受診した際の特定健診データの受領を実施します。
	国民健康保険団体連合会	<p>以下の業務の代行を依頼します。</p> <p>① 特定健診等に要する費用の請求及び支払い</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>⑤ 契約内容との整合性の確保</p> <p>⑥ 対象者の受診資格の有無の確認</p> <p>⑦ 特定保健指導の開始時期及び終了時期の管理</p>
	その他の組織	総合健診及び人間ドックについて民間医療機関への委託を実施します。
	他事業	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診との同時実施 ・人間ドックによる個別健診
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	受診率向上のため、健診希望調査の回答より対象者を抽出し、かかりつけ医からの情報提供を実施します。

事業番号1-2

特定保健指導

事業の目的	効果的な特定保健指導を実施し、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)や生活習慣病の予防につなげます。
事業の概要	特定保健指導の体制を再検討し、最終評価までの継続支援を実施します。
現在までの事業結果 (成果・課題)	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52.3%で県平均よりも高いですが、目標値に届いていません。支援対象者割合は、年々減少傾向にあり、令和4年度は10.3%となっています。
対象者	特定保健指導基準該当者(国の基準に準ずる)

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	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	16.5%	17.3%	18.1%	18.9%	19.7%	20.5%	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)	52.3%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	59.0%	60.0%
		動機付け支援	58.7%	60.2%	61.7%	63.2%	64.7%	66.2%	67.5%
		積極的支援	36.4%	37.3%	38.2%	39.1%	40.0%	40.9%	41.6%

プロセス(方法)	周知	健診結果や健診時の質問票から対象者個人にあわせた情報を提供します。 ① 動機付け支援レベル ⇒対象者に個別に通知します。 ② 積極的支援レベル ⇒対象者に個別に通知します。	
	勸奨	特定健診の受診時に初回面談の利用勸奨を行います。	
	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、日時を指定し、初回面接を実施します。
		実施場所	① 総合健診受診者 竜王会場：竜王保健福祉センター 双葉会場：双葉保健福祉センター、双葉公民館 敷島会場：敷島保健福祉センター ② 人間ドック受診者 特定保健指導の実施が可能な指定医療機関においては、それぞれの医療機関が指定する場所で実施します。受診した医療機関において特定保健指導を実施していない場合は、市で対応します。
		実施内容	<動機付け支援> 面接による支援のみの原則1回の支援。初回面接時に行動計画を作成し、3か月経過後に実績評価を行います。特定健康診査の結果並びに生活習慣の状況を踏まえ、自らの生活習慣の改善すべき点を自覚し、自ら目標を設定して行動に移すことができるよう支援します。 <積極的支援> 初回時に面接による支援を行い、その後、3か月または6か月以上の継続的な支援を行います。初回面接時に行動計画を作成し、3か月または6か月経過後に実績評価を行います。自らの身体に起こっている変化を理解できるように促し、具体的に実践可能な行動目標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します。積極的支援終了時には改善した行動が継続できるよう意識付けを行います。
		時期・期間	① 総合健診受診者 ・6月～翌年3月(原則として健診の結果説明会と同時に初回面接を実施します。) ② 人間ドック受診者 ・4月～翌年6月
		実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導終了時に必要に応じて健康教室につなげます。
その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	脱落者が出ないように面接日の直前に対象者へ事前連絡を行います。		
ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	保険課国民健康保険給付係及び健康増進課の保健師、栄養士が対応します。	
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	積極的支援及び動機付け支援の一部は健診機関と栄養士会に委託します。	
	国民健康保険団体連合会	以下の業務の代行を依頼します。 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	
	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)	対象者の健康課題や特定保健指導の評価指標を委託事業者と共有し、効果的な指導方法を促すよう、委託事業者との連携体制を構築します。	

～総合目的・総合評価指標～

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

項目	No.	総合評価指標	計画策定時実績(R4)	目標値						
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトカム指標	1	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)	9.3%	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下	9.3%以下	
		男性	40～49歳	4.1%	4.1%以下	4.1%以下	4.1%以下	4.1%以下	4.1%以下	
			50～59歳	7.5%	7.5%以下	7.5%以下	7.5%以下	7.5%以下	7.5%以下	
			60～69歳	12.7%	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下	12.7%以下	
			70～74歳	16.2%	15.8%以下	15.8%以下	15.8%以下	15.8%以下	15.8%以下	
		女性	40～49歳	0.4%	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	
			50～59歳	3.6%	3.2%以下	3.2%以下	3.2%以下	3.2%以下	3.2%以下	
			60～69歳	6.1%	6.1%以下	6.1%以下	6.1%以下	6.1%以下	6.1%以下	
	70～74歳		9.8%	9.8%以下	9.8%以下	9.8%以下	9.8%以下	9.8%以下		
	2	HbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合(血糖コントロール不良者の割合)(全年齢)	0.9%	0.9%以下	0.9%以下	0.9%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	
		男性	40～49歳	0.4%	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.3%以下	0.3%以下	0.3%以下
			50～59歳	2.5%	2.5%以下	2.5%以下	2.5%以下	2.4%以下	2.4%以下	2.4%以下
			60～69歳	0.4%	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.3%以下	0.3%以下	0.3%以下
			70～74歳	1.1%	1.1%以下	1.1%以下	1.1%以下	1%以下	1%以下	1%以下
		女性	40～49歳	0.4%	0.4%以下	0.4%以下	0.4%以下	0.3%以下	0.3%以下	0.3%以下
			50～59歳	0.3%	0.3%以下	0.3%以下	0.3%以下	0.2%以下	0.2%以下	0.2%以下
			60～69歳	0.9%	0.9%以下	0.9%以下	0.9%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下
	70～74歳		0.8%	0.8%以下	0.8%以下	0.8%以下	0.7%以下	0.7%以下	0.7%以下	
	3	HbA1c悪化率(短期)	12.3%(R3→R4)	12.1%(R5→R6)	12.0%(R6→R7)	11.8%(R7→R8)	11.7%(R8→R9)	11.5%(R9→R10)	11.3%(R10→R11)	
		男性	40～49歳	10.0%	9.8%	9.6%	9.4%	9.2%	9.0%	8.9%
			50～59歳	13.1%	12.9%	12.7%	12.5%	12.3%	12.1%	11.9%
60～69歳			13.8%	13.6%	13.4%	13.2%	13.0%	12.8%	12.6%	
70～74歳			12.7%	12.5%	12.3%	12.1%	11.9%	11.7%	11.6%	
女性		40～49歳	9.1%	9.0%	8.9%	8.8%	8.8%	8.7%	8.6%	
		50～59歳	13.7%	13.5%	13.3%	13.1%	12.9%	12.7%	12.6%	
		60～69歳	11.8%	11.6%	11.4%	11.2%	11.1%	10.9%	10.8%	
	70～74歳	11.9%	11.7%	11.5%	11.3%	11.2%	11.0%	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	4	HbA1c 悪化率 (中長期)		15.7% (R1→R4)	-	-	12.2%以下 (R5→R8)	-	-	15.0%以下 (R5→R11)
		男性	40～49歳	14.6%	-	-	11.6%	-	-	14.1%
			50～59歳	17.2%	-	-	13.3%	-	-	16.3%
			60～69歳	17.7%	-	-	13.8%	-	-	16.9%
			70～74歳	16.7%	-	-	13.1%	-	-	16.1%
		女性	40～49歳	15.2%	-	-	12.0%	-	-	14.7%
			50～59歳	19.3%	-	-	15.1%	-	-	18.5%
			60～69歳	13.4%	-	-	10.4%	-	-	12.8%
	70～74歳		14.9%	-	-	11.7%	-	-	14.5%	
	5	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (短期)		4.3% (R3→R4)	4.2% (R5→R6)	4.1% (R6→R7)	4.0% (R7→R8)	3.9% (R8→R9)	3.8% (R9→R10)	3.8% (R10→R11)
		男性	40～49歳	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	2.3%	2.2%	2.1%
			50～59歳	3.0%	2.9%	2.8%	2.7%	2.7%	2.6%	2.5%
			60～69歳	5.1%	5.0%	4.8%	4.9%	4.8%	4.7%	4.6%
			70～74歳	8.7%	8.5%	8.3%	8.1%	8.0%	7.9%	7.8%
		女性	40～49歳	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%
			50～59歳	2.6%	2.6%	2.5%	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%
			60～69歳	3.2%	3.2%	3.1%	3.0%	3.0%	2.9%	2.8%
	70～74歳		3.3%	3.3%	3.2%	3.2%	3.1%	3.0%	2.9%	
	6	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率 (中長期)		7.2% (R1→R4)	-	-	6.6%以下 (R5→R8)	-	-	13.2%以下 (R5→R11)
		男性	40～49歳	6.1%	-	-	5.6%	-	-	11.2%
			50～59歳	5.6%	-	-	5.1%	-	-	10.2%
			60～69歳	9.5%	-	-	8.7%	-	-	17.4%
			70～74歳	13.4%	-	-	12.2%	-	-	24.4%
		女性	40～49歳	3.3%	-	-	2.8%	-	-	5.6%
			50～59歳	5.5%	-	-	5.1%	-	-	10.2%
			60～69歳	5.6%	-	-	5.1%	-	-	10.2%
	70～74歳		6.5%	-	-	6.0%	-	-	12.0%	
	7	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合		11.5%	11.1%	10.7%	10.3%	9.9%	9.5%	9.2%
		男性	40～49歳	40.0%	38.5%	37.0%	35.5%	34.0%	32.5%	30.0%
			50～59歳	33.3%	31.9%	30.5%	29.1%	27.7%	26.3%	25.0%
			60～69歳	12.9%	12.6%	12.2%	11.9%	11.5%	11.2%	10.8%
			70～74歳	5.9%	5.6%	5.3%	5.0%	4.7%	4.4%	4.6%
女性		40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
		50～59歳	15.4%	14.1%	12.8%	11.5%	10.2%	8.9%	7.7%	
		60～69歳	9.0%	8.8%	8.5%	8.3%	8.0%	7.8%	7.5%	
	70～74歳	12.1%	11.7%	11.2%	10.8%	10.4%	10.0%	9.5%		
8	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合		1.7%	1.7%	1.6%	1.6%	1.5%	1.5%	1.4%	

事業番号2-1

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	医療機関受診者のうち、重症化リスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導を実施し、糖尿病性腎症重症化を予防します。
事業の概要	健診結果(糖代謝)異常放置者に対して受診勧奨を実施します。対象者が自身により適切な受診行動をとり、合併症を発症しないための生活習慣を身に付けることができるように支援します。
現在までの事業結果(成果・課題)	平成28年度から市内専門医と連携したハイリスク者への個別訪問保健指導を実施しています。

対象者	選定方法	市内専門医から紹介されたハイリスク者	
	選定基準	健診結果による判定基準	HbA1c7.0%以上のもの (特に収縮期血圧が160mmHg以上または、拡張期血圧が100mmHg以上のもの)
		レセプトによる判定基準	糖尿病性腎症の病期が第2期、3期及び4期と思われるもの
		その他の判定基準	医療機関での指導を実施しているが、生活習慣改善の自己コントロールが難しいもの
	除外基準	(1)がん等で終末期にあるもの (2)認知機能障害のあるもの	
	重点対象者の基準	特に収縮期血圧が160mmHg以上または、拡張期血圧が100mmHg以上のもの	

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	6か月指導対象者の食生活の改善達成率	50%	50%	60%	60%	70%	70%	80%
	2	疾病の正しい理解ができた人の割合	50%	50%	60%	60%	70%	70%	80%

項目	No.	評価指標	計画策定時実績(R4)	目標値					
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	医療機関から指示のあった者への保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	6か月指導対象者の指導完了率	50%	50%	60%	60%	70%	70%	80%

プロセス(方法)	周知	対象者への受診勧奨に併せて周知します。	
	勧奨	対象者には、かかりつけ医から本人への事業説明・利用勧奨します。	
	実施及び実施後の支援	利用申込	希望者は、かかりつけ医へ同意書を提出し、かかりつけ医経由で利用申し込みを行います。
		実施内容	かかりつけ医からの指示書をもとに、原則毎月1回の計4回の訪問指導を実施します。 (1~4か月程度) 【指導内容】 (1)医療機関での指導内容の理解状況の把握 (2)生活習慣の行動変容、または継続するための支援 (3)生活習慣の行動変容を継続するためのメンタルサポート (4)薬の適正使用への支援
		時期・期間	毎年4月~3月
		場所	対象者の自宅(訪問・ICT)
		実施後の評価	1か月ごと評価(最終6か月後)
	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)	特に病院の受診歴が不明な人へのアプローチが必要です。	

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	保険課国民健康保険給付係及び健康増進課の保健師が対応します。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	甲斐市内の専門医に事業開始前の連絡会にて説明します。
	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します。かかりつけ医からの指示書に基づき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付します。
	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)	レセプトデータ等から対象者を把握し、医療機関へ働きかけ、指導の必要な人を取り残さないよう連携の強化を検討します。

事業番号2-2

糖尿病予防教室

事業の目的	糖尿病に関する疾病理解を深め、保健・栄養指導を通し、生活改善に向けての行動がとれること、また適切な受診行動がとれることを目的とします。								
事業の概要	糖尿病、糖尿病の重症化の予防を目的とし、生活改善が必要な者に対して教室を実施します。								
現在までの事業結果 (成果・課題)	特定健診にて糖尿病予備群、ハイリスク者に対して疾病理解や保健栄養・運動指導についての教室や個別相談会を開催。疾病や合併症について学び、行動変容の意識付けの機会となりました。								
対象者	特定健診受診者のうち、糖代謝C判定の者及び家族								
	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	疾病の正しい理解ができた人の割合	50%	50%	60%	60%	70%	70%	80%
	No.	評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	教室の実施回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
プロセス(方法)	市内保健福祉センターで開催。 対象者に案内通知を発送。集団講義と個別相談を実施します。								
ストラクチャー(体制)	健康増進課(保健師・栄養士)及び外部に講師を依頼します。								

わんぱくいぬ🐾



評価指標一覧

○計画全体(総合アウトカム)

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

その他、参考値として県単位で長期的視点によりモニタリングを行う指標：

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

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

○事業分類1：特定健康診査・特定保健指導



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

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

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

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

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

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>①評価の時期 最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて計画の最終年度である令和11年度上半期に仮評価を行います。</p> <p>②評価方法・体制 計画は中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、広報誌、ホームページ等で公表するとともにあらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、次の取組を実施していきます。</p> <p>① 地域で被保険者を支える連携の促進 ・医療、介護、保健、福祉、住まい、生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに地域支援事業に国保部局として参画</p> <p>② 課題を抱える被保険者層の分析と地域で被保険者を支える事業の実施 ・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムを実施します。 ・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組を推進します。</p>
<p>SDGsとの関連性 について</p>	<p>SDGs(Sustainable Development Goals)は、「誰一人取り残さない」社会の実現を目指し、平成27年(2015年)の国際サミットで採択された「持続可能な開発目標」であり、令和12年(2030年)までを期限とする世界共通の目標です。持続可能な世界を実現するために17のゴールと169のターゲットから構成され、経済・社会・環境を包括する統合的な取組を示している。国としては、「SDGs実施指針改定版」(令和元年12月20日)において、「現在、日本国内の地域においては、人口減少、地域経済の縮小等の課題を抱えており、地方自治体におけるSDGs達成へ向けた取組は、まさにこうした地域課題の解決に資するものです。SDGsを原動力とした地域創生を推進することが期待されている。」としています。SDGsのグローバル指標のうち「Goal13 すべての人に健康と福祉を」に分類されるローカル指標と第3期計画を関連付け、SDGsを推進します。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div data-bbox="395 1937 523 1966"> <p>17のゴール</p> </div> <div data-bbox="547 1930 938 2168">  </div> <div data-bbox="981 1926 1396 1989"> <p>本計画に関連するゴール 「Goal13 すべての人に健康と福祉を」</p> </div> </div> <div data-bbox="1098 2016 1248 2161" style="text-align: center;">  </div>

第6章 その他の保健事業

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

① 後発医薬品の利用促進事業

ジェネリック医薬品のさらなる普及率向上を目指します。

ジェネリック医薬品の使用割合は増加しているが県に比べて低いため、レセプトデータからジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定します。通知書を対象者に送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促します。

② 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を進め、市民のさらなる健康寿命の延伸を目指します。通いの場等において、支援が必要な対象者を特定し、保健指導や生活機能向上に向けた支援を行うとともに地域包括支援センター等の関係機関と連携して必要に応じて、医療及び介護サービスにつなげます。

③ 医療費適正化に関する情報発信

医療給付等に関する情報を発信し、医療費の適正化を図ります。

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

第1章 特定健康診査等実施計画について

1. 計画策定の趣旨

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

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の増加の抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされました。

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

このたび、令和5年度に前期計画が最終年度を迎えることから、令和6年度を初年度とする第4期特定健康診査等実施計画を策定します。

2. 特定健康診査等実施計画の位置づけ

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

3. 計画期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

4. データ分析期間

■入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

年度分析

平成30年度…平成30年4月～平成31年3月健診分(12か月分)

平成31年度…平成31年4月～令和2年3月健診分(12か月分)

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分(12か月分)

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分(12か月分)

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)

■国保データベース(KDB)システムデータ

平成31年度～令和4年度(4年間分)

第2章 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

1. 取組の実施内容

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

【特定健康診査】

事業分類	取組	実施内容
特定健康診査 未受診者対策	若年世代の健診未受診者への 受診勧奨	40歳代の健診受診希望調査未回答者に再通知を発送し、 受診勧奨を行いました。併せてアンケートを同封し、 特定健診に関する意識調査を実施しました。
	健診に対する意識調査	

【特定保健指導】

事業分類	取組	実施内容
特定保健指導 実施率の向上	特定保健指導の体制を 再検討する	特定保健指導対象者に案内通知を発送し、初回面接(個 別相談)を実施しました。 また、コロナ渦において対面指導が困難になったこと から、電話での指導をメインで行いました。
	最終評価までの継続支援を 実施する	積極的支援については、随時電話等で継続支援をしま した。 動機付け支援については、初回面接から6か月後に電話 にて最終評価を行いました。支援の場として生活KAI善 教室の利用を行いました。

2. 特定健康診査の受診状況

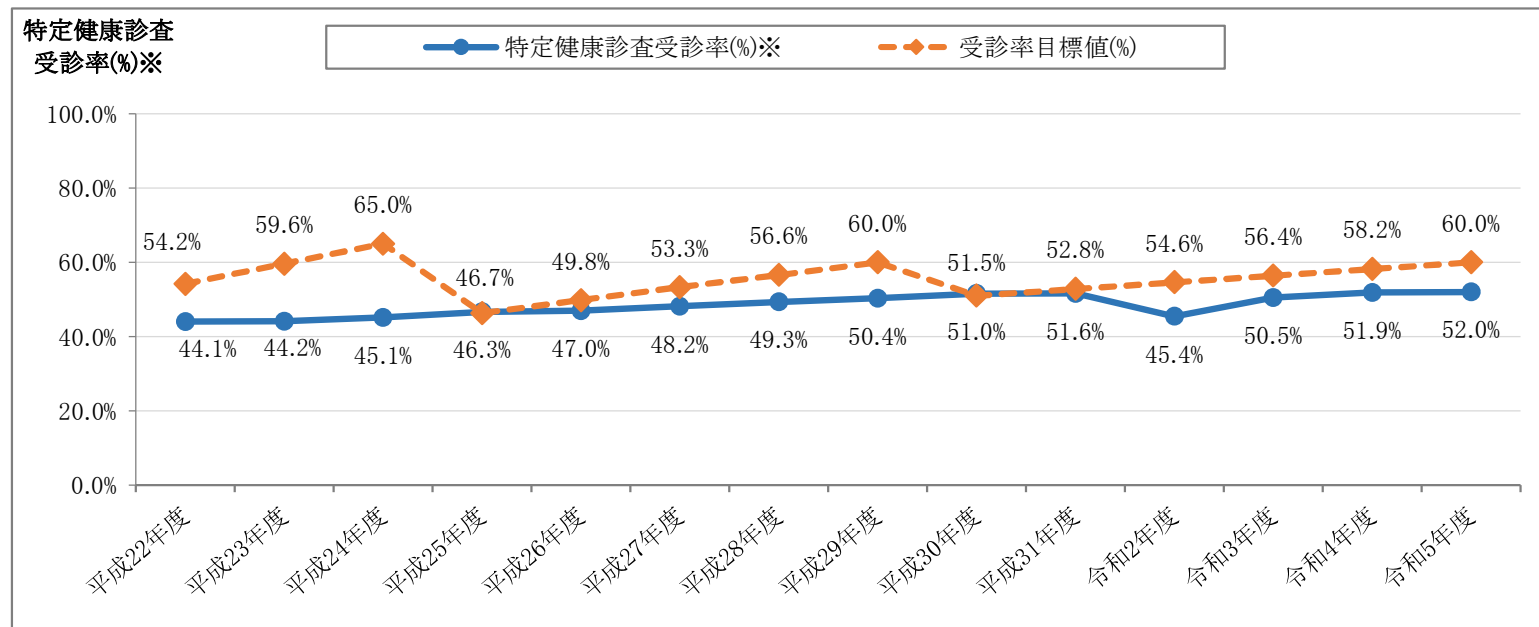
以下は、平成22年度から令和5年度(見込み値)における、特定健康診査の受診状況を示したものです。

特定健康診査受診率及び目標値

	平成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)	12,887	12,895	12,992	13,031	12,837	12,626	12,111
特定健康診査受診者数(人)	5,678	5,694	5,865	6,085	6,029	6,081	5,974
特定健康診査受診率(%)*	44.1%	44.2%	45.1%	46.7%	47.0%	48.2%	49.3%
受診率目標値(%)	54.2%	59.6%	65.0%	46.3%	49.8%	53.3%	56.6%
	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	令和5年度 (見込み値)
特定健康診査対象者数(人)	11,706	11,204	10,955	10,999	10,572	9,959	10,000
特定健康診査受診者数(人)	5,894	5,774	5,654	4,996	5,342	5,166	5,200
特定健康診査受診率(%)*	50.4%	51.5%	51.6%	45.4%	50.5%	51.9%	52.0%
受診率目標値(%)	60.0%	51.0%	52.8%	54.6%	56.4%	58.2%	60.0%

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

特定健康診査受診率及び目標値



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

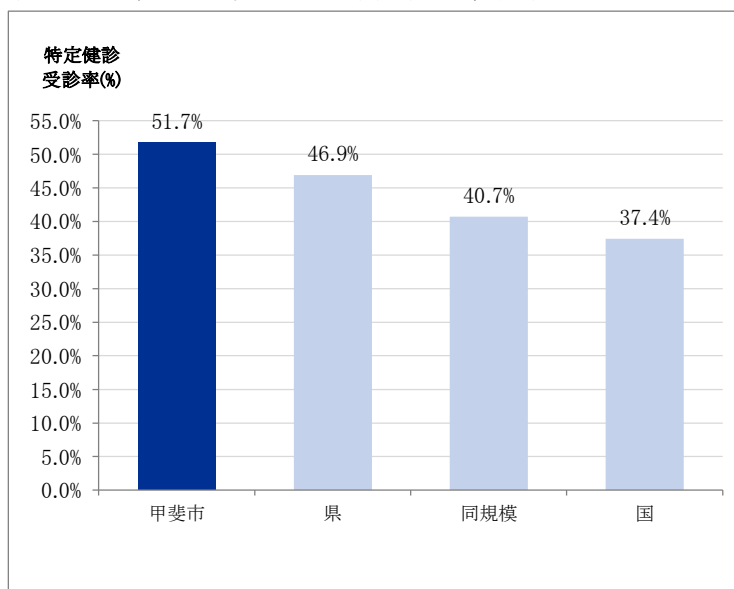
国保データベース(KDB)システムより集計した、令和4年度における、特定健康診査の受診率は以下のとおりです。

特定健康診査受診率(令和4年度)

区分	特定健診受診率
甲斐市	51.7%
県	46.9%
同規模	40.7%
国	37.4%

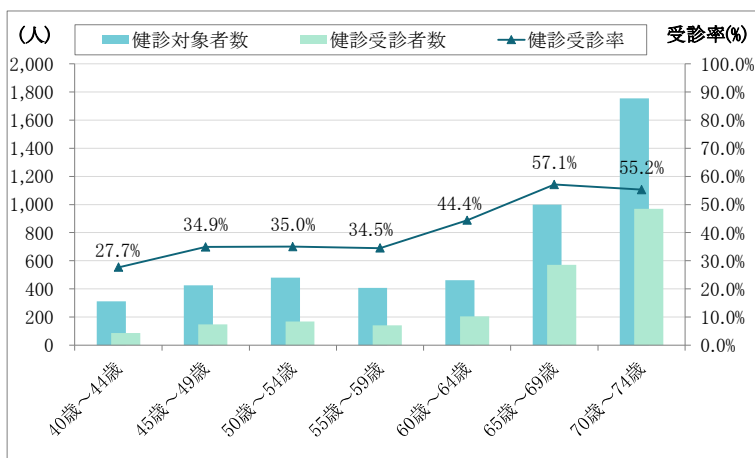
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定健康診査受診率(令和4年度)



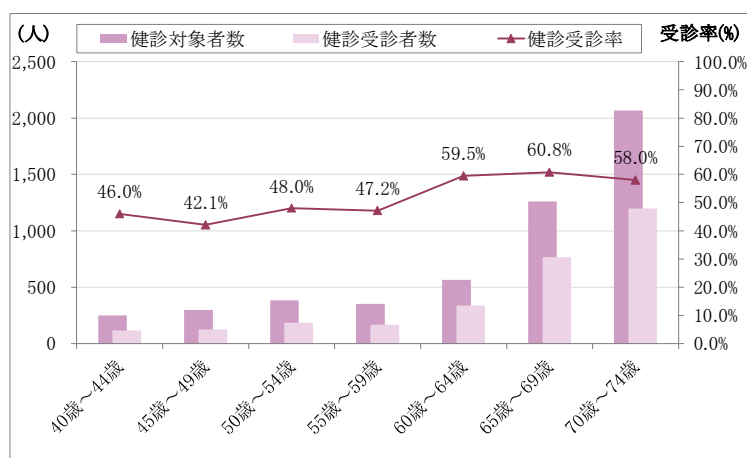
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(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)



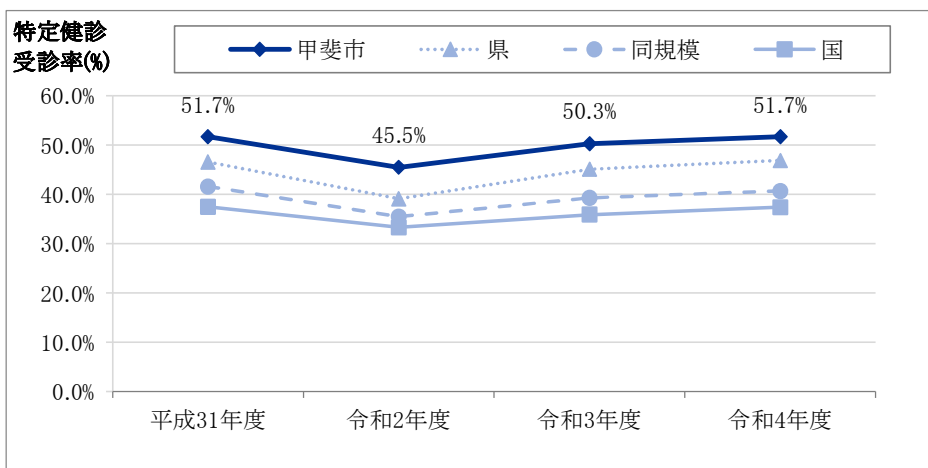
以下は、本市の平成31年度から令和4年度における、40歳から74歳の特定健康診査受診率を年度別に示したものです。令和4年度の特定健康診査受診率51.7%は平成31年度51.7%と同様の値です。

年度別 特定健康診査受診率

区分	特定健診受診率			
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
甲斐市	51.7%	45.5%	50.3%	51.7%
県	46.6%	39.1%	45.1%	46.9%
同規模	41.6%	35.5%	39.3%	40.7%
国	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」

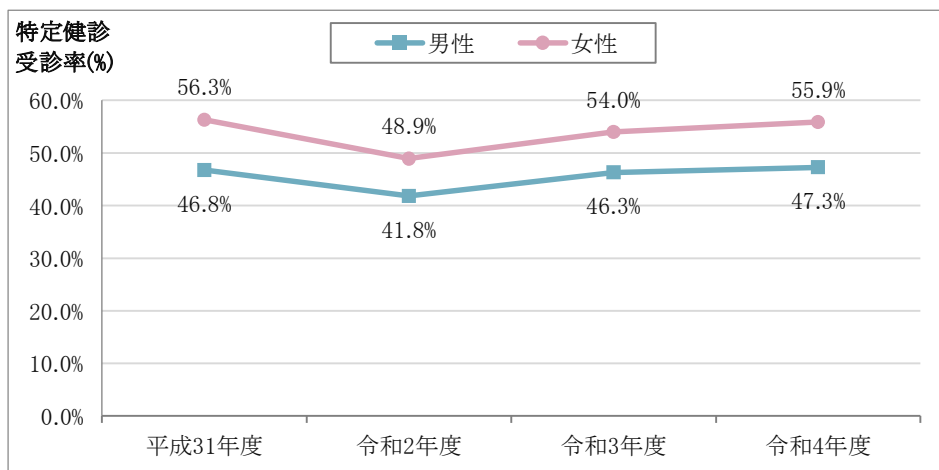
年度別 特定健康診査受診率



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見ると、男性の令和4年度受診率47.3%は平成31年度46.8%より0.5ポイント増加しており、女性の令和4年度受診率55.9%は平成31年度56.3%より0.4ポイント減少しています。

年度・男女別 特定健康診査受診率



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

3. 特定保健指導の実施状況

以下は、平成22年度から令和5年度(見込み値)における、特定保健指導の実施状況を示したものです。

特定保健指導実施率及び目標値

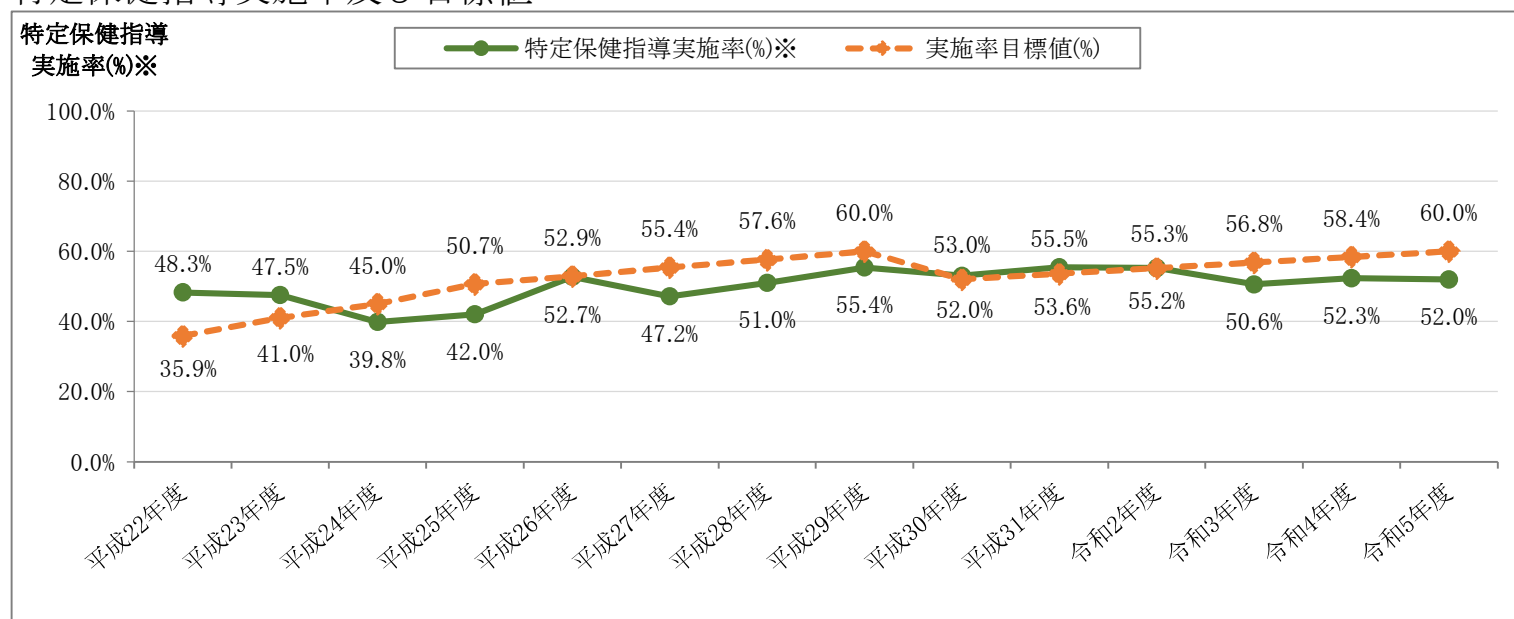
	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
特定保健指導対象者数(人)	669	631	620	619	628	653	633
特定保健指導利用者数(人)	459	399	439	432	452	422	430
特定保健指導実施者数(人)※	323	300	247	260	331	308	323
特定保健指導実施率(%)※	48.3%	47.5%	39.8%	42.0%	52.7%	47.2%	51.0%
実施率目標値(%)	35.9%	41.0%	45.0%	50.7%	52.9%	55.4%	57.6%
	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
特定保健指導対象者数(人)	590	641	649	599	615	532	550
特定保健指導利用者数(人)	385	414	453	415	400	330	—
特定保健指導実施者数(人)※	327	340	360	331	311	278	286
特定保健指導実施率(%)※	55.4%	53.0%	55.5%	55.3%	50.6%	52.3%	52.0%
実施率目標値(%)	60.0%	52.0%	53.6%	55.2%	56.8%	58.4%	60.0%

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

※特定保健指導実施者数…特定保健指導を終了した人数。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導実施者の割合。

特定保健指導実施率及び目標値



特定保健指導実施率は法定報告値。

※特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導終了者の割合。

以下は、支援レベル別の特定保健指導の実施状況を示したものです。

積極的支援実施状況

	平成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)	220	187	188	192	166	182	179
積極的支援利用者数(人)	137	122	124	121	111	114	103
積極的支援実施者数(人)※	19	27	29	36	45	42	44
積極的支援実施率(%)※	8.6%	14.4%	15.4%	18.8%	27.1%	23.1%	24.6%

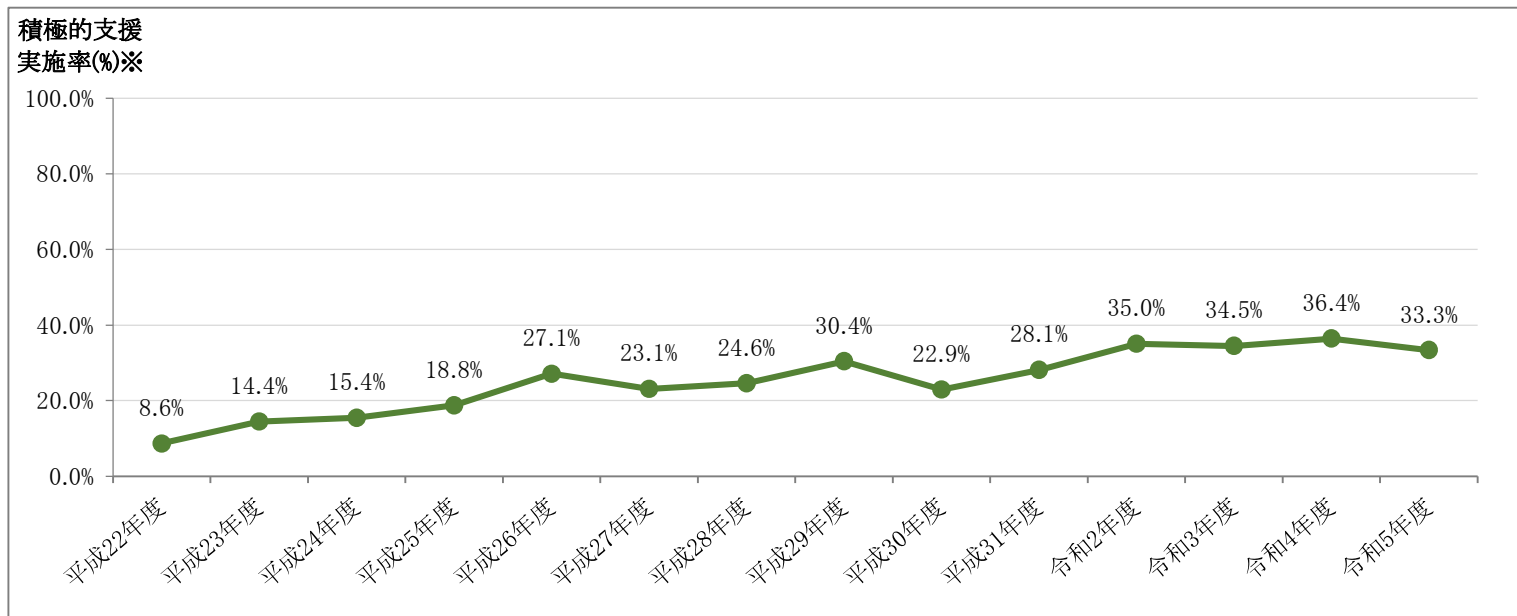
	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
積極的支援対象者数(人)	158	179	178	157	148	154	150
積極的支援利用者数(人)	89	85	116	98	90	84	—
積極的支援実施者数(人)※	48	41	50	55	51	56	50
積極的支援実施率(%)※	30.4%	22.9%	28.1%	35.0%	34.5%	36.4%	33.3%

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

※積極的支援実施者数…積極的支援を終了した人数。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

積極的支援実施状況



積極的支援実施率は法定報告値。

※積極的支援実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況

	平成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)	449	444	432	427	462	471	454
動機付け支援利用者数(人)	322	277	315	311	341	308	327
動機付け支援実施者数(人)※	304	273	218	224	286	266	279
動機付け支援実施率(%)※	67.7%	61.5%	50.5%	52.5%	61.9%	56.5%	61.5%

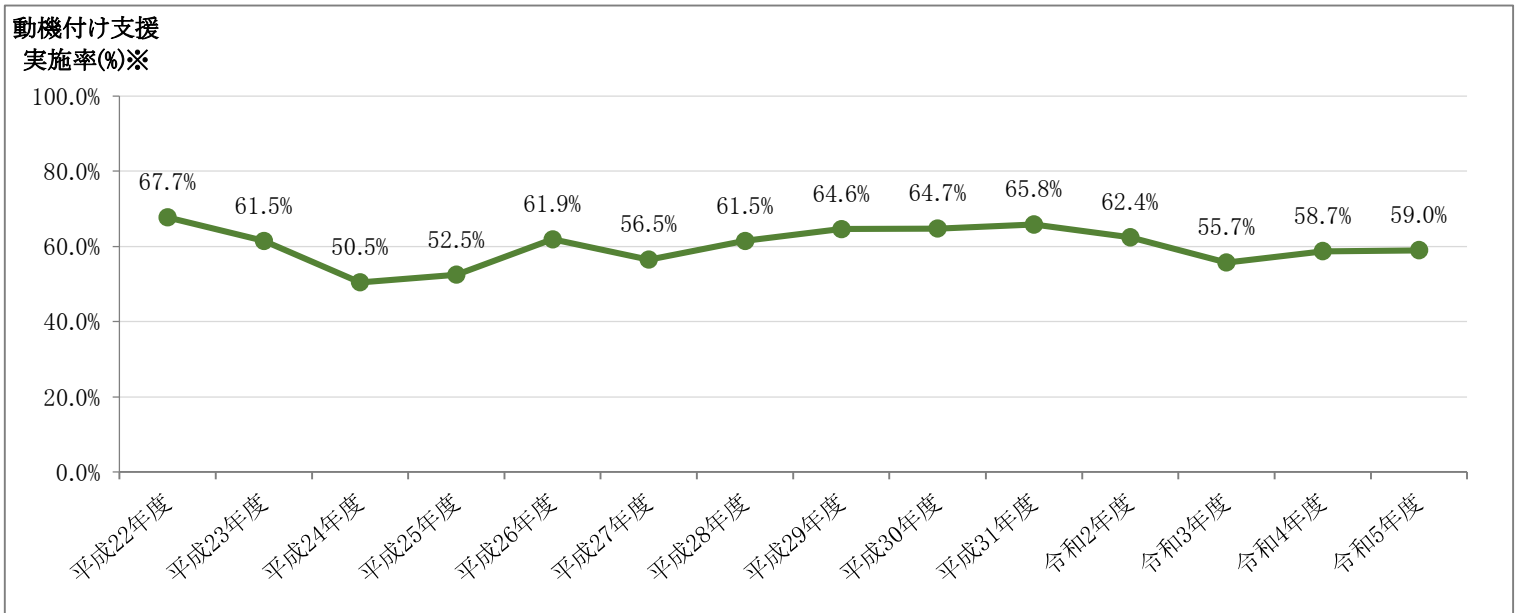
	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込み値)
動機付け支援対象者数(人)	432	462	471	442	467	378	400
動機付け支援利用者数(人)	296	329	337	317	310	246	—
動機付け支援実施者数(人)※	279	299	310	276	260	222	236
動機付け支援実施率(%)※	64.6%	64.7%	65.8%	62.4%	55.7%	58.7%	59.0%

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

※動機付け支援実施者数…動機付け支援を終了した人数。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

動機付け支援実施状況



動機付け支援実施率は法定報告値。

※動機付け支援実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合。

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

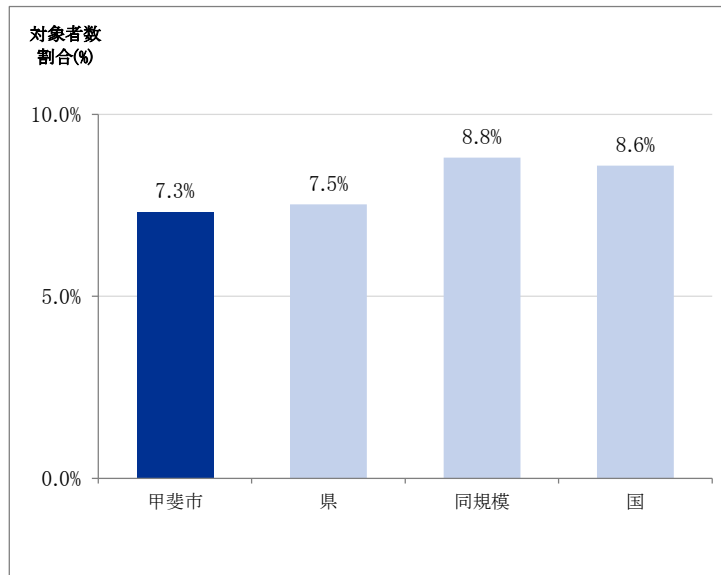
特定保健指導実施状況(令和4年度)

区分	動機付け支援対象者数割合	積極的支援対象者数割合	支援対象者数割合	特定保健指導実施率
甲斐市	7.3%	3.0%	10.3%	53.0%
県	7.5%	3.1%	10.6%	47.2%
同規模	8.8%	2.7%	11.5%	36.5%
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…KDBデータ12月出力値を反映 法定報告値とは値が異なる。

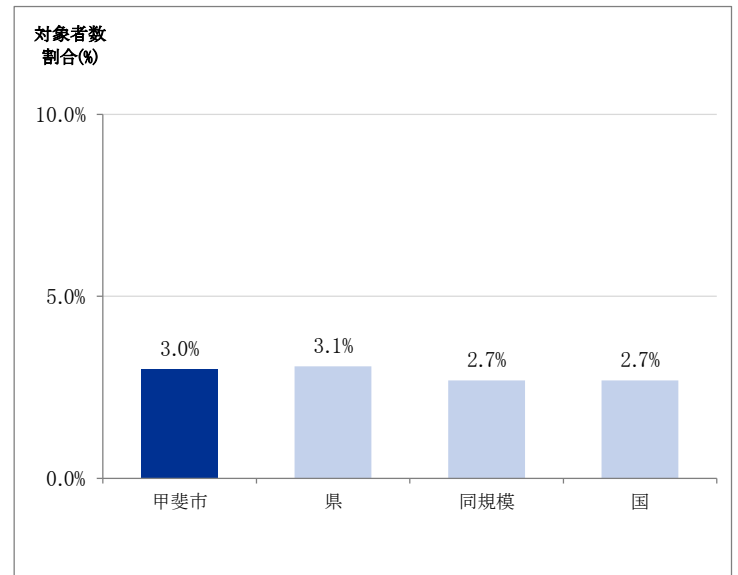
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

動機付け支援対象者数割合(令和4年度)



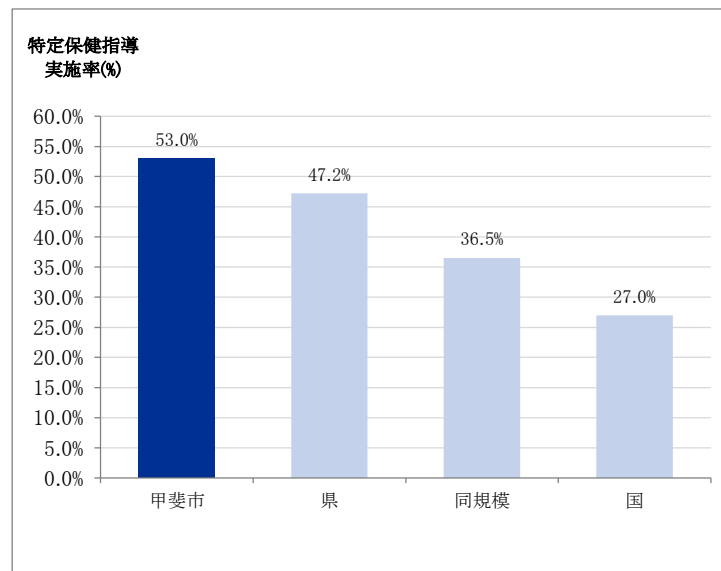
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

積極的支援対象者数割合(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

特定保健指導実施率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

以下は、本市の平成31年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を年度別に示したものです。令和4年度の特定保健指導実施率53.0%は平成31年度56.2%より3.2ポイント減少しています。

年度別 動機付け支援対象者数割合

区分	動機付け支援対象者数割合			
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
甲斐市	8.3%	8.9%	8.7%	7.3%
県	7.9%	8.1%	7.8%	7.5%
同規模	9.3%	9.2%	9.2%	8.8%
国	8.9%	9.0%	8.9%	8.6%

年度別 積極的支援対象者数割合

区分	積極的支援対象者数割合			
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
甲斐市	3.1%	3.1%	2.8%	3.0%
県	2.9%	3.1%	3.1%	3.1%
同規模	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%
国	2.7%	2.6%	2.7%	2.7%

年度別 支援対象者数割合

区分	支援対象者数割合			
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
甲斐市	11.5%	12.0%	11.5%	10.3%
県	10.8%	11.2%	10.9%	10.6%
同規模	12.0%	11.8%	11.9%	11.5%
国	11.6%	11.6%	11.7%	11.3%

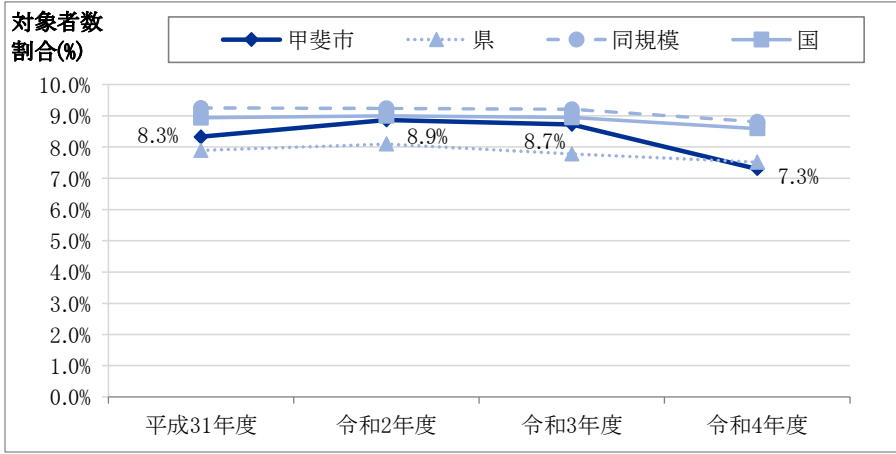
年度別 特定保健指導実施率

区分	特定保健指導実施率			
	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
甲斐市	56.2%	56.6%	51.1%	53.0%
県	50.3%	47.3%	47.5%	47.2%
同規模	35.8%	36.0%	36.0%	36.5%
国	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。

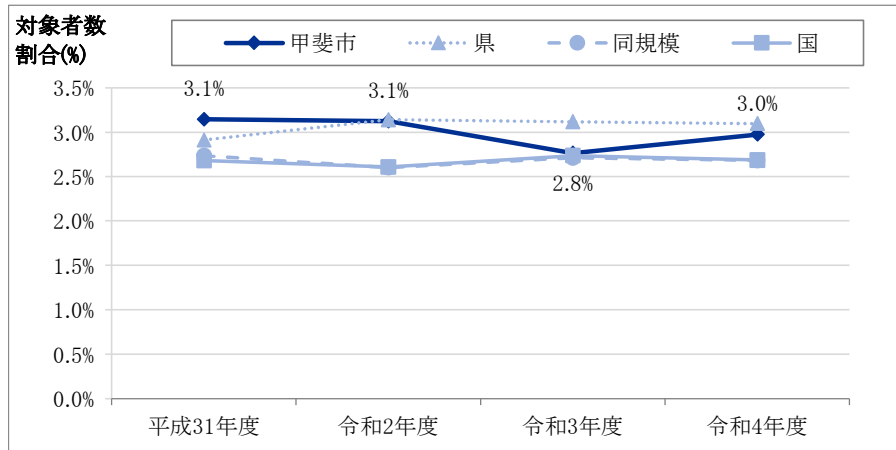
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

年度別 動機付け支援対象者数割合



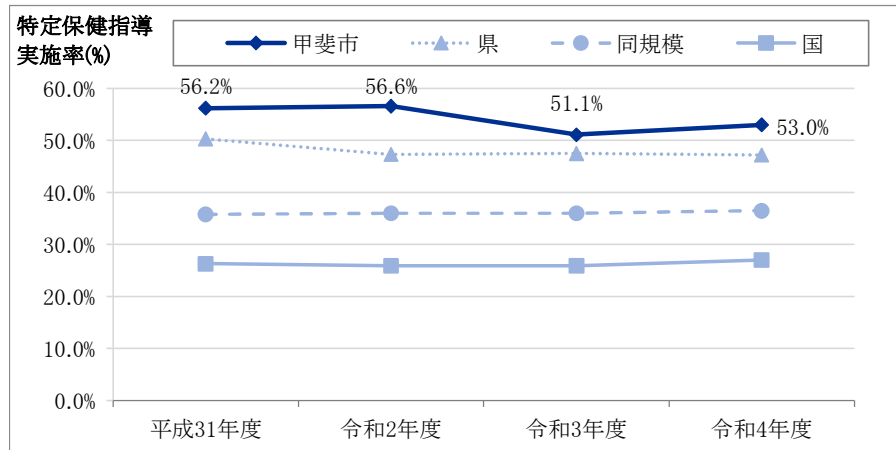
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

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か月分)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものです。基準該当は15.9%、予備群該当は9.0%です。

メタボリックシンドローム該当状況

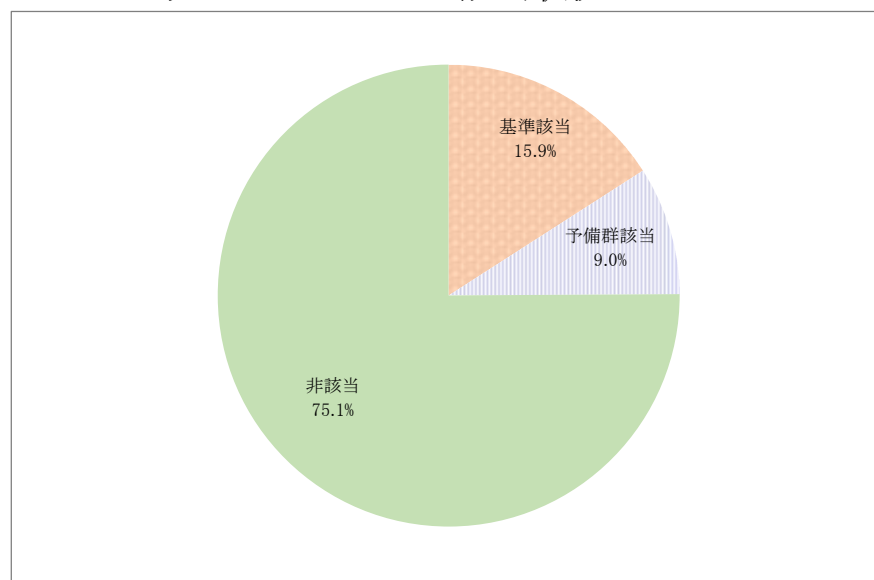
	健診受診者数	基準該当	予備群該当	非該当	判定不能
該当者数(人)	5,181	824	466	3,891	0
割合(%) ※	-	15.9%	9.0%	75.1%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※メタボリックシンドローム判定基準

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

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

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

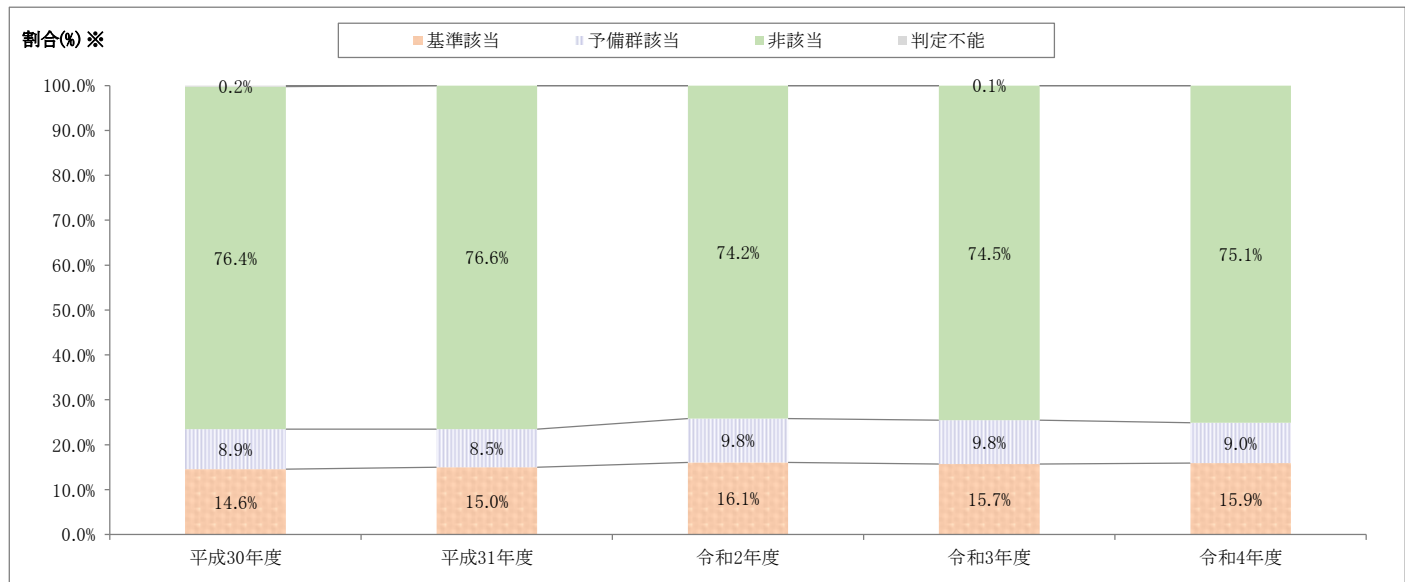
以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当15.9%は平成30年度14.6%より1.3ポイント増加しており、予備群該当9.0%は平成30年度8.9%より0.1ポイント増加しています。

年度別 メタボリックシンドローム該当状況

年度	健診受診者数(人)
平成30年度	5,220
平成31年度	5,233
令和2年度	4,729
令和3年度	5,204
令和4年度	5,181

年度	基準該当		予備群該当		非該当		判定不能	
	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	760	14.6%	462	8.9%	3,987	76.4%	11	0.2%
平成31年度	783	15.0%	443	8.5%	4,007	76.6%	0	0.0%
令和2年度	760	16.1%	462	9.8%	3,507	74.2%	0	0.0%
令和3年度	817	15.7%	508	9.8%	3,876	74.5%	3	0.1%
令和4年度	824	15.9%	466	9.0%	3,891	75.1%	0	0.0%

年度別 メタボリックシンドローム該当状況



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

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

5. 第3期計画の評価と考察

(1) 現状のまとめと目標に対する達成状況

分類	指標	状況
特定健康診査 未受診者対策	再通知による新たな受診者数	健診希望調査未回答者に対して受診勧奨を実施しました。 令和4年度実施：40歳～49歳の対象者694人に受診勧奨を実施し、67人から返信がありました。
	特定健診受診率 平成35年度(2023年度) 目標値60%	上記の受診勧奨やかかりつけ医からの情報提供を実施した結果、受診率が51.9%と上昇傾向であるが、目標値の60%には届きませんでした。 令和4年度受診率：51.9%
特定保健指導 実施率の向上	特定保健指導実施者数 動機付け支援 積極的支援	実施率向上のため、面接日の直前に電話勧奨を行い、脱落者がいないように取組を行いました。 令和4年度 実施者数：278人 うち動機付け支援：222人 うち積極的支援：56人
	継続支援終了者数(特定保健指導実施率) 平成35年度(2023年度) 目標値60%	対象者数：532人 実施者数：278人 実施率52.3%

(2) 事業実施体制の評価

分類	状況
職員体制	特定健診及び特定保健指導を中心となって実施する市の保健師、栄養士、担当職員のスキルの向上や、ノウハウの習得のため、研修会等の機会を積極的に利用しました。
関係部門	健康増進部門の担当者と年度当初に打ち合わせを実施しました。また密な情報共有を行いました。
関係機関	山梨県医師会と特定健康診査情報提供契約を締結し、かかりつけ医を受診した際の特定健診データの受領を実施しました。
委託事業者	より多くの方が受診できるよう委託事業者と調整し、円滑な集団健診の実施と各医療機関における人間ドックの受診を実施しました。

第3章 特定健康診査に係る詳細分析

1. 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものです。特定健康診査受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査受診者全体の50.3%です。特定健康診査未受診者のうち生活習慣病のレセプトがあるのは特定健康診査未受診者全体の42.8%です。医療機関にかかっている割合は特定健診未受診者の方が低ですが、生活習慣病患者一人当たり医療費は入院・入院外共に、健診未受診者の方が高くなっています。

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況

	人数(人)	構成比(%)	生活習慣病医療費(円) ※		
			入院	入院外	合計
健診受診者	5,181	47.0%	2,156,860	204,776,181	206,933,041
健診未受診者	5,847	53.0%	8,879,965	229,416,228	238,296,193
合計	11,028		11,036,825	434,192,409	445,229,234

	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	93	1.8%	2,604	50.3%	2,604	50.3%	23,192	78,639	79,467
健診未受診者	197	3.4%	2,492	42.6%	2,500	42.8%	45,076	92,061	95,318
合計	290	2.6%	5,096	46.2%	5,104	46.3%	38,058	85,203	87,231

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

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

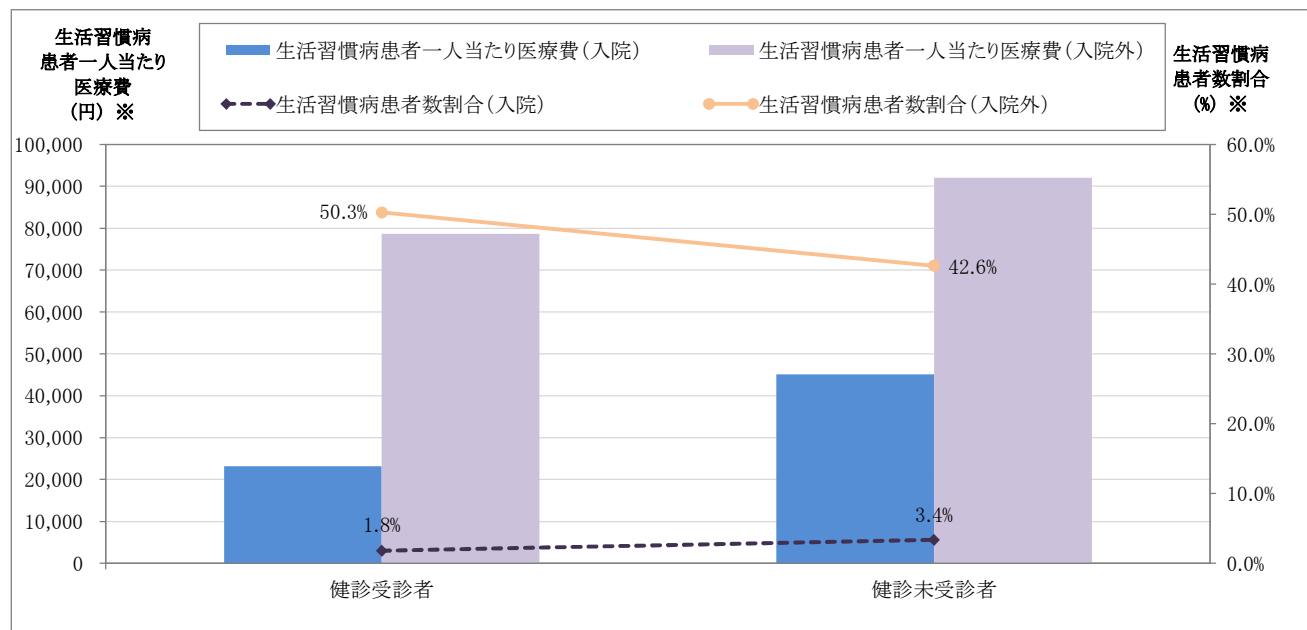
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

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

特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

2. 特定保健指導対象者に係る分析

(1) 保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12か月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものです。積極的支援対象者割合は3.0%、動機付け支援対象者割合は7.3%です。

保健指導レベル該当状況

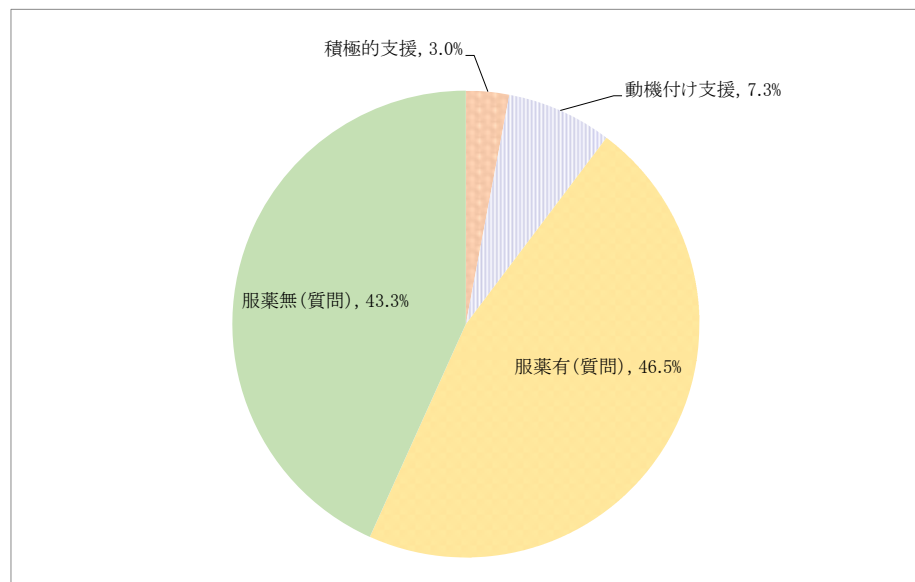
	健診受診者数 (人)	該当レベル					判定不能
		特定保健指導対象者(人)		情報提供			
		積極的支援	動機付け支援	服薬有(質問)	服薬無(質問)		
該当者数(人)	5,181	532	154	378	2,408	2,241	0
割合(%) ※	-	10.3%	3.0%	7.3%	46.5%	43.3%	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

※特定保健指導の対象者(階層化の基準)

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	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 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上

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

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

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

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

以下は、保健指導レベル該当状況を年齢階層別に示したものです。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況

年齢階層	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
		積極的支援		動機付け支援		
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	
40歳～44歳	205	24	16	7.8%	8	3.9%
45歳～49歳	279	60	39	14.0%	21	7.5%
50歳～54歳	360	57	40	11.1%	17	4.7%
55歳～59歳	308	37	24	7.8%	13	4.2%
60歳～64歳	539	53	35	6.5%	18	3.3%
65歳～69歳	1,336	123	0	0.0%	123	9.2%
70歳～	2,154	178	0	0.0%	178	8.3%
合計	5,181	532	154	3.0%	378	7.3%

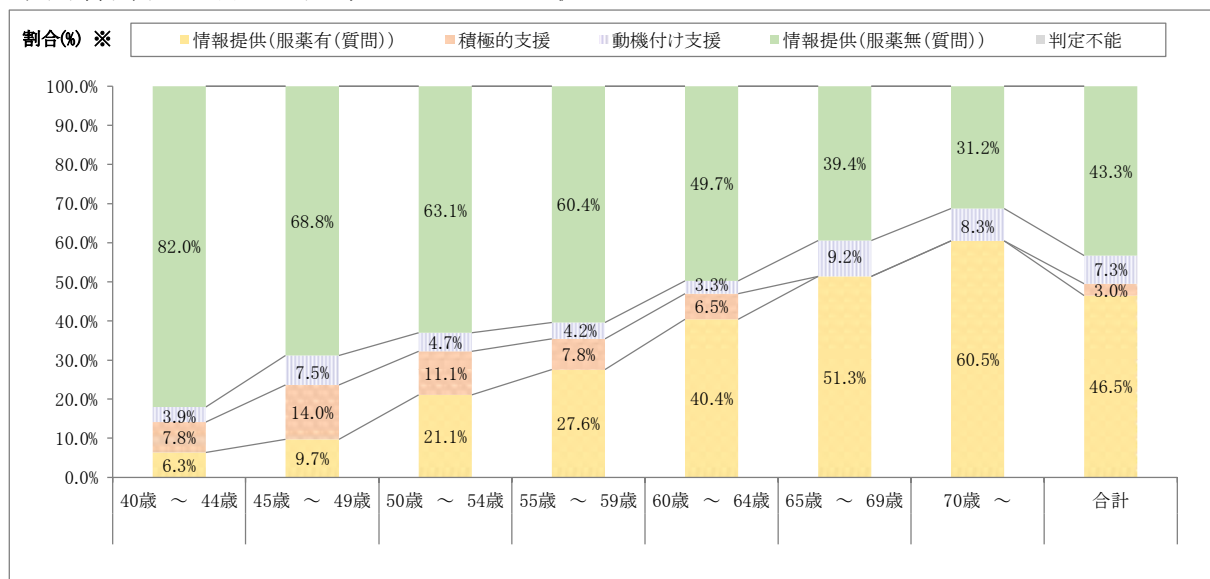
年齢階層	健診受診者数(人)	情報提供				判定不能	
		服薬有(質問)		服薬無(質問)			
		人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
40歳～44歳	205	13	6.3%	168	82.0%	0	0.0%
45歳～49歳	279	27	9.7%	192	68.8%	0	0.0%
50歳～54歳	360	76	21.1%	227	63.1%	0	0.0%
55歳～59歳	308	85	27.6%	186	60.4%	0	0.0%
60歳～64歳	539	218	40.4%	268	49.7%	0	0.0%
65歳～69歳	1,336	686	51.3%	527	39.4%	0	0.0%
70歳～	2,154	1,303	60.5%	673	31.2%	0	0.0%
合計	5,181	2,408	46.5%	2,241	43.3%	0	0.0%

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

年齢階層別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

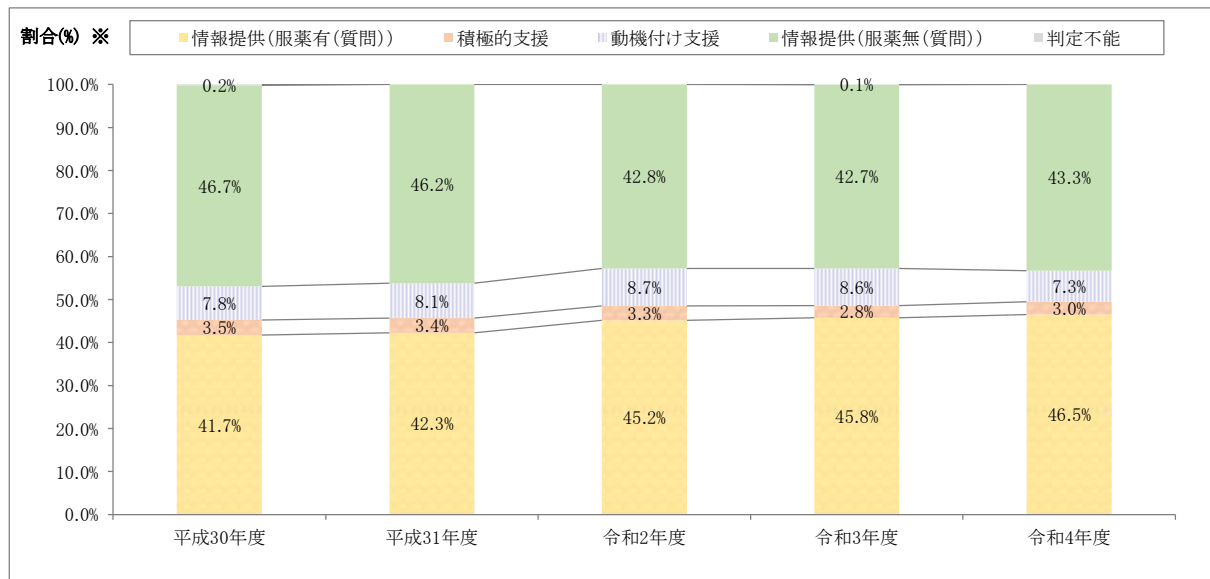
以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものです。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合3.0%は平成30年度3.5%から0.5ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合7.3%は平成30年度7.8%から0.5ポイント減少しています。

年度別 保健指導レベル該当状況

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				
			積極的支援		動機付け支援	
			人数(人)	割合(%) ※	人数(人)	割合(%) ※
平成30年度	5,220	590	182	3.5%	408	7.8%
平成31年度	5,233	603	177	3.4%	426	8.1%
令和2年度	4,729	567	157	3.3%	410	8.7%
令和3年度	5,204	598	148	2.8%	450	8.6%
令和4年度	5,181	532	154	3.0%	378	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	5,220	2,179	41.7%	2,440	46.7%	11	0.2%
平成31年度	5,233	2,213	42.3%	2,417	46.2%	0	0.0%
令和2年度	4,729	2,138	45.2%	2,024	42.8%	0	0.0%
令和3年度	5,204	2,382	45.8%	2,221	42.7%	3	0.1%
令和4年度	5,181	2,408	46.5%	2,241	43.3%	0	0.0%

年度別 保健指導レベル該当状況



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

資格確認日…各年度末時点。

※割合…特定健康診査受診者のうち、各レベルに該当した人の割合。

(2) 特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

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

特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			532人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	11人	154人 29%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	20人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	3人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	9人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	14人	
	●	●			因子数2	血糖+血圧	23人	
	●		●			血糖+脂質	13人	
		●	●			血圧+脂質	17人	
	●			●		血糖+喫煙	11人	
		●		●	因子数1	血圧+喫煙	9人	
			●	●		脂質+喫煙	15人	
	●					血糖	2人	
		●			因子数0	血圧	0人	
			●			脂質	6人	
			●	喫煙		1人		
				なし		0人		
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	6人	378人 71%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	34人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	3人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	4人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	5人	
	●	●			因子数2	血糖+血圧	74人	
	●		●			血糖+脂質	22人	
		●	●			血圧+脂質	28人	
	●			●		血糖+喫煙	13人	
		●		●	因子数1	血圧+喫煙	5人	
			●	●		脂質+喫煙	4人	
	●					血糖	53人	
		●			因子数0	血圧	72人	
			●			脂質	36人	
			●	喫煙		0人		
				なし		19人		

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

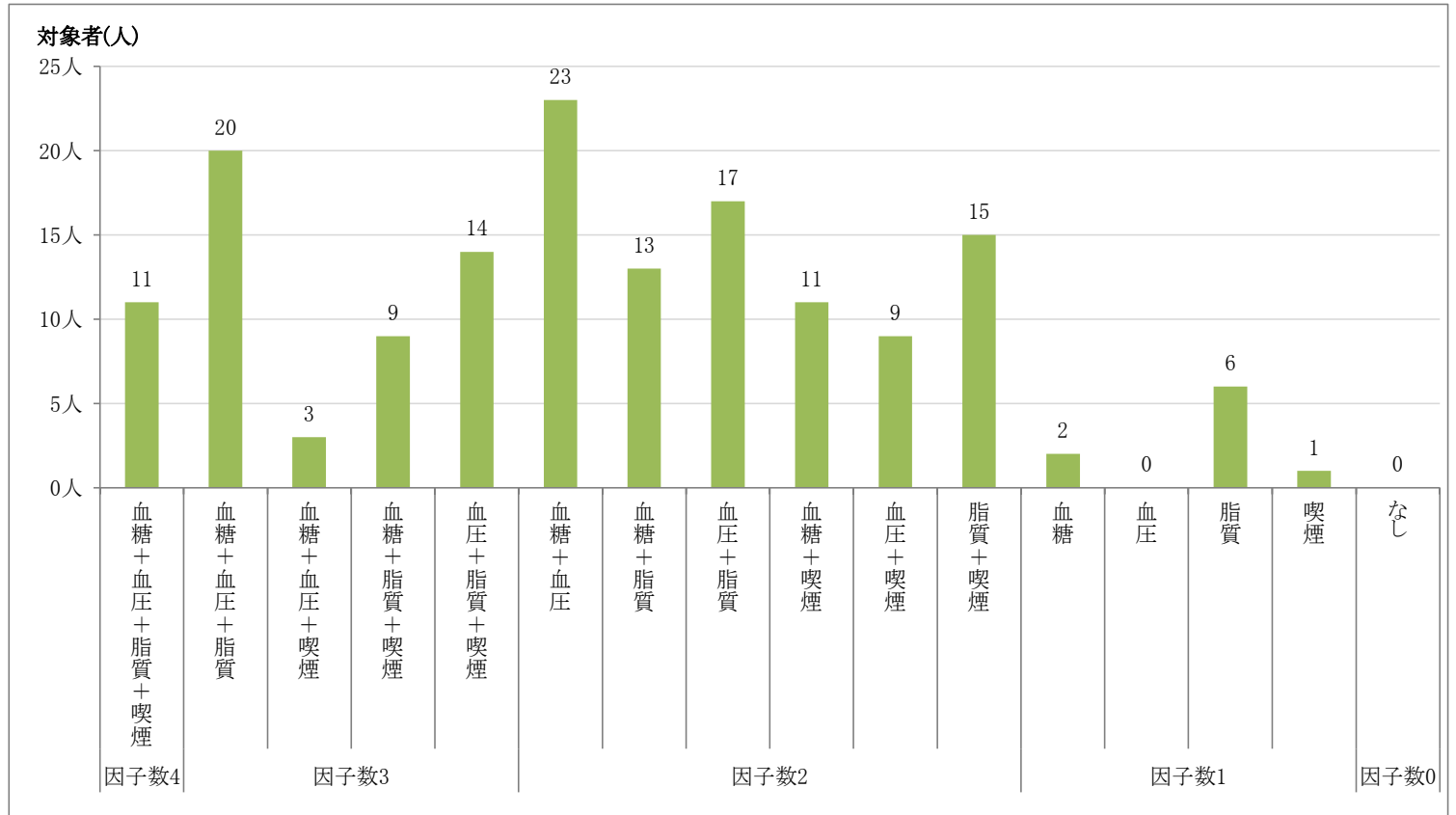
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

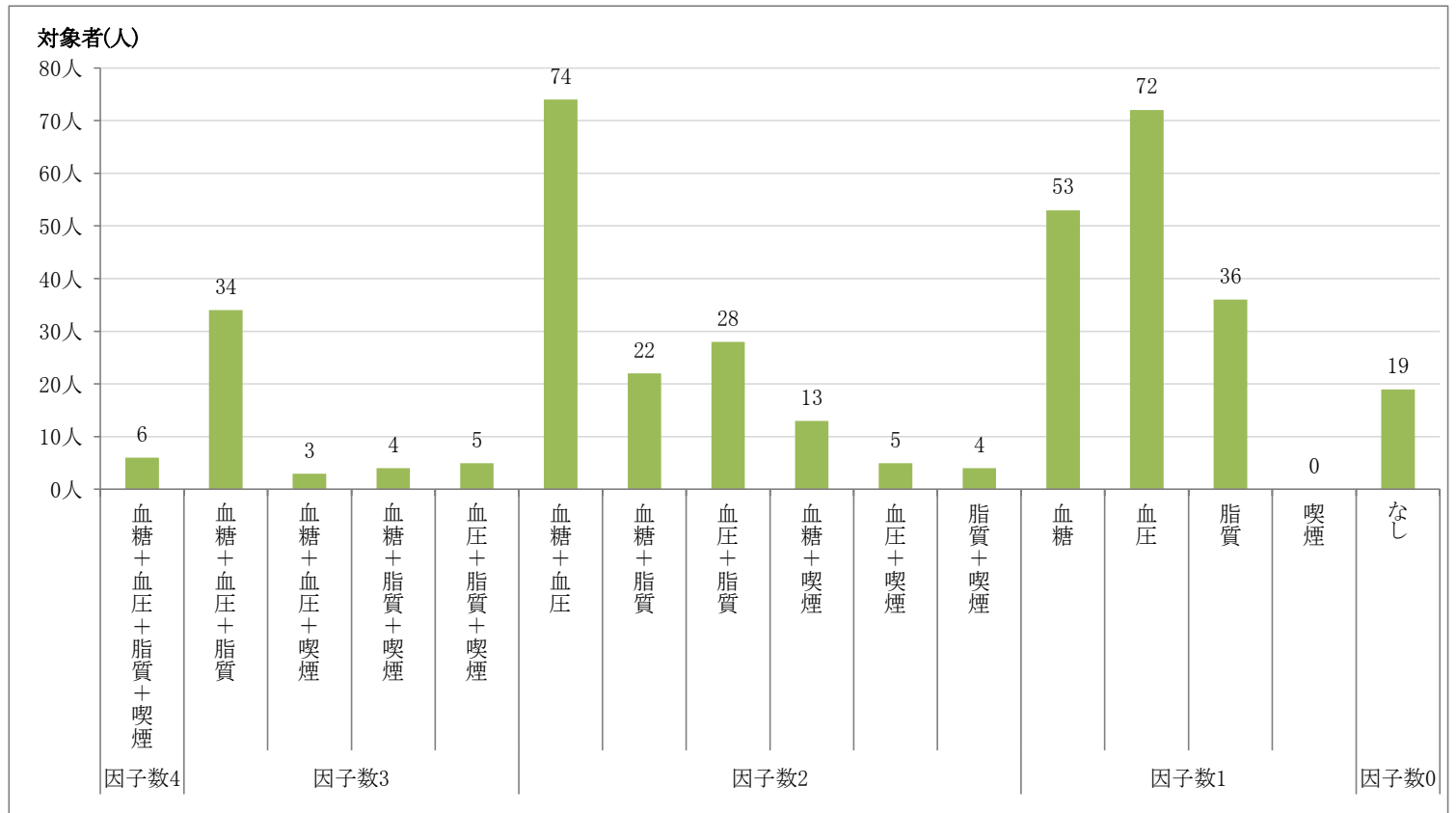
- ①血糖…特定健康診査の検査値において、空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.6%以上(NGSP)
(空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖を優先し判定に用いる)
- ②血圧…特定健康診査の検査値において、収縮期血圧が130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上
- ③脂質…特定健康診査の検査値において、中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満
- ④喫煙…特定健康診査の生活習慣に関する質問票においてたばこを習慣的に吸っていると回答

積極的支援対象者のリスク因子別該当状況



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

動機付け支援対象者のリスク因子別該当状況



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

(3) 特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	532	345,692	2,653,027	2,998,719	4	69	69
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,241	120,549	5,821,158	5,941,707	9	164	164
	情報提供 (服薬有(質問))	2,408	1,690,619	196,301,996	197,992,615	80	2,371	2,371

		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	532	86,423	38,450	43,460
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	2,241	13,394	35,495	36,230
	情報提供 (服薬有(質問))	2,408	21,133	82,793	83,506

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

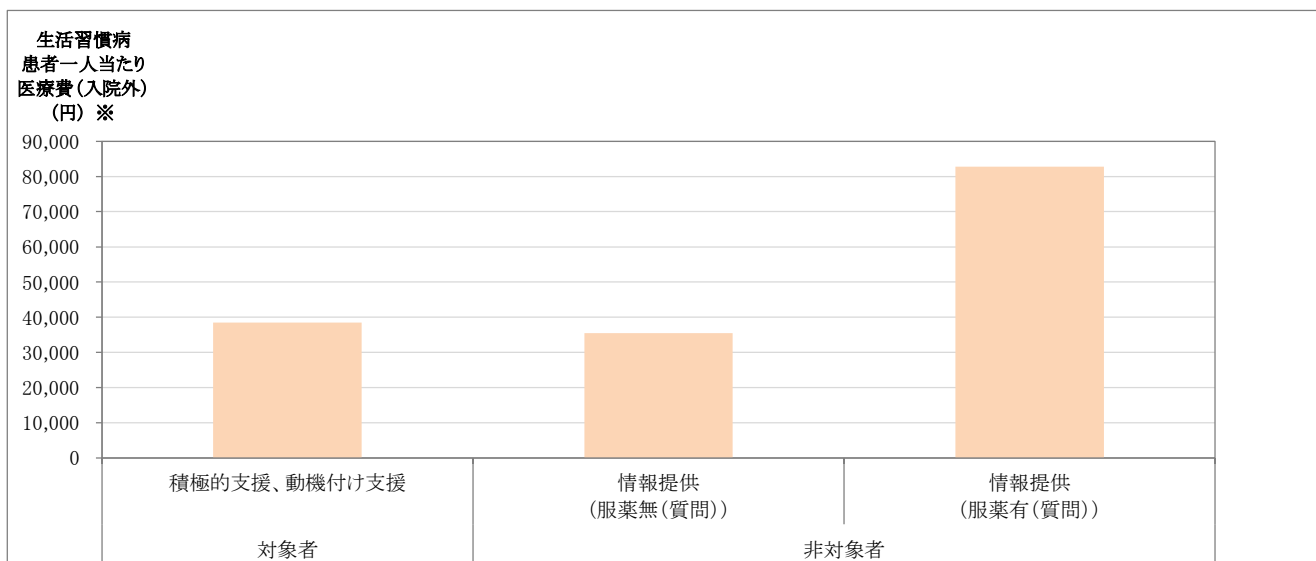
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

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

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

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

特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12か月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

第4章 特定健康診査等実施計画

1. 目標

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

目標値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和11年度 (国基準)
特定健康診査受診率(%)	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率(%)	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導対象者の 減少率(%)※	-	-	-	-	-	25.0%	25.0%

※特定保健指導対象者の減少率…平成20年度比。

2. 対象者数推計

(1) 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

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

特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数(人)	8,986	8,535	8,114	7,792	7,468	7,179
特定健康診査受診率(%) (目標値)	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	59.0%	60.0%
特定健康診査受診者数(人)	4,673	4,609	4,544	4,519	4,406	4,307

年齢階層別 特定健康診査対象者数及び受診者数の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査 対象者数(人)	40歳～64歳	3,978	3,883	3,833	3,767	3,670	3,600
	65歳～74歳	5,008	4,652	4,281	4,025	3,798	3,579
特定健康診査 受診者数(人)	40歳～64歳	1,751	1,810	1,887	1,950	1,947	1,958
	65歳～74歳	2,922	2,799	2,657	2,569	2,459	2,349

(2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

以下は、令和6年度から令和11年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示したものです。

特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定保健指導対象者数(人)	519	518	518	521	512	505
特定保健指導実施率(%) (目標値)	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	59.0%	60.0%
特定保健指導実施者数(人)	270	280	290	302	302	303

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	182	188	196	203	204	205
	実施者数(人)	40歳～64歳	94	101	109	118	120	123
動機付け支援	対象者数(人)	40歳～64歳	82	85	88	91	90	90
		65歳～74歳	255	245	234	227	218	210
	実施者数(人)	40歳～64歳	40	43	47	51	51	52
		65歳～74歳	136	136	134	133	131	128

3. 実施方法

(1) 特定健康診査

① 対象者

実施年度の4月1日現在、甲斐市国民健康保険の被保険者で、実施年度中に40歳～74歳となり、かつ受診日時点で74歳までの方が対象です。なお、年度の途中で健康保険の異動や転入などにより、甲斐市の国民健康保険に加入した方も対象とします。

また、厚生労働省が定める妊産婦、海外在住、長期入院の方等は対象となりません。

② 実施方法

ア. 実施場所

① 総合健診

下記に示した会場(令和5年度実施会場)において実施します。ただし、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きます。また、お住まいの地区以外の会場に変更して、受診することも可能とします。

会場名	実施場所
竜王会場	竜王保健福祉センター
敷島会場	敷島保健福祉センター 睦沢地域ふれあい館、吉沢地域ふれあい館
双葉会場	双葉保健福祉センター 双葉公民館、双葉体育館

② 人間ドック

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

イ. 実施項目

特定健診の検査項目は下記のとおりです。原則として「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」「(令和6年度厚生働省健康局)及び「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(第4版)」「(令和6年度厚生労働省保健局)に記載されている健診項目とします。

質問項目	標準的な質問票
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積)
理学的所見	身体診察
血圧測定	血圧
脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロールまたはNon-HDLコレステロール
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白
心電図検査	
眼底検査	
貧血検査	赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値
血清クレアチニン検査	eGFRによる腎機能の評価を含む

ウ. 実施時期

- ① 総合健診 6月～10月
- ② 人間ドック 4月～1月

エ. 案内方法

全世帯に「健診受診調査票及び総合健診申込書」を送付します。

① 総合健診希望者

- ・ 市から健診セットを送付します。
- ・ 健診日時、健診会場は市が指定しますが、変更は可能です。
- ・ 健診当日は、加入している保険の確認を行います。

② 人間ドック希望者

- ・ 希望者は、市の窓口、郵送、オンラインで申請手続きをします。
- ・ 受診希望者が、受診医療機関に直接予約を取ります。
- ・ 健診当日は、加入している保険の確認を行います。

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)」(令和6年度厚生労働省健康局)に基づき、以下の基準により、市民の利便性を考慮して、指定医療機関等を選定し、個別契約または集合契約により委託します。

- ・ 人員に関する基準
- ・ 施設また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きます。

また、地域の医療機関との連携が重要になるため、協力関係の強化を図ります。

カ. 自己負担額

特定健康診査の自己負担額は以下のとおりとします。

- ① 総合健診(40歳～74歳) 0円
- ② 人間ドック(40歳～74歳 ※特定健康診査部分) 0円

※ 特定健診に関する項目以外について検査等を受けた場合には、自己負担額が発生します。

※ 自己負担額は、今後変更になる可能性があります。

キ. 特定健康診査結果の通知

以下の方法により特定健康診査の結果を通知します。

- ① 総合健診 後日郵送で通知する
※特定保健指導対象者については、案内を送付し、指導当日に通知する
- ② 人間ドック 健診当日また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、事業主やかかりつけ医等と事前に十分な協議、調整を行った上で実施します。

ケ. 専門職員の充実

特定健診を中心となって実施していく市の保健師、管理栄養士などの専門職員のスキル、ノウハウを活かすと同時に更なる資質向上のため、研修等の機会を積極的に利用します。

(2) 特定保健指導

① 対象者

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、特定健康診査の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出します。ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除くこととします。また、65歳以上75歳未満の者については、動機付け支援のみ実施します。

特定保健指導対象者の選定基準

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

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

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

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

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

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上) または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

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

② 実施方法

ア. 実施場所

① 総合健診受診者

下記に示した会場(令和5年度実施会場)において実施します。

また、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、随時対応します。

なお、効率的な実施や市民の利便性などを考慮して随時見直しを行っていきます。

会場名	実施場所
竜王会場	竜王保健福祉センター
敷島会場	敷島保健福祉センター
双葉会場	双葉保健福祉センター、双葉公民館

② 人間ドック受診者

特定保健指導の実施が可能な指定医療機関においては、それぞれの医療機関が指定する場所で実施します。受診した医療機関において特定保健指導を実施していない場合は、市で対応します。

イ. 実施時期

① 総合健診受診者

- ・ 6月～翌年3月

② 人間ドック受診者

- ・ 4月～翌年6月

ウ. 案内方法

① 動機付け支援レベル ⇒対象者に個別に通知します。

② 積極的支援レベル ⇒対象者に個別に通知します。

エ. 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)」(令和6年度厚生労働省健康局)に基づき、以下の基準により、市民の利便性、保健指導の効果などを考慮して、個別契約または集合契約により委託します。

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

オ. 特定保健指導対象者の抽出と重点化

特定保健指導の対象者は、国で示した基準に基づき、抽出します。

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しますが、下記で示した優先順位に基づいて重点化を行います。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きます。

① 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、早期段階の行動変容を促します。

② 特定健診を受診した結果、情報提供に該当する被保険者

結果説明会等を通じて、保健指導を実施していきます。

優先順位	選択項目	優先基準	理由
1	保健指導の利用希望	利用希望のある人	利用希望のある人の方が効果的・効率的であるため
2	行動変容ステージ	準備期・実行期にある人	行動変容ステージ準備期・実行期の人の方が効果的・効率的であるため
3	生活習慣改善の必要性	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	健診項目	HbA1cの異常	糖尿病は高額な医療費を必要とする生活習慣病の基礎疾患となることが多いので、早期の保健指導による改善・悪化防止効果を期待できるため
5	健診項目	血圧の異常	生活習慣病の中で最も受診件数が多く、高額な医療費がかかる疾病の合併症にもなっているので、早期の保健指導による改善・悪化防止効果が期待できるため
6	性別・年齢	男性及び60歳未満	40歳～50歳代に検査値の悪化があり、50歳代の異常者の割合が高率であるため、若い年代に指導を行うことが効果的であるため

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します。第4期計画期間においては、特定保健指導の質の向上、対象者の利便性の向上及び負担軽減を目的として、「評価体系の見直し(アウトカム評価の導入)」、「ICTを活用した特定保健指導の推進」、「特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進」等が国の指針として示されています。これらを踏まえ、保健指導の効果的・効率的な実施に努めるものとします。

動機付け支援

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

積極的支援

支援内容	特定健康診査の結果から、対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識し、具体的に実践可能な行動目標を自らが設定できるように行動変容を促す。 支援者は、対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえて目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に支援する。					
支援形態	初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。 ○初回面接 一人当たり20分以上の個別支援 (ICT含む)、 または1グループ当たりおおむね80分以上のグループ支援 (ICT含む)。 ○3か月以上の継続的な支援 個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)のほか、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。					
実績評価	○3か月以上経過後の評価 アウトカム評価 (成果が出たことへの評価) を原則とし、プロセス評価 (保健指導実施の介入量の評価) も併用して評価する。 アウトカム評価 <table border="1" data-bbox="300 1330 1525 1659"> <tr> <td>主要達成目標</td> <td>・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少</td> </tr> <tr> <td>目標未達成の場合の行動変容評価指標</td> <td>・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)</td> </tr> </table> プロセス評価 <table border="1" data-bbox="300 1718 1525 1877"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) 健診後早期の保健指導実施を評価 </td> </tr> </table>	主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少	目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)	<ul style="list-style-type: none"> 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) 健診後早期の保健指導実施を評価
主要達成目標	・腹囲2cm・体重2kg減 または、当該年の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重と同じ値の腹囲 (cm) 以上の減少					
目標未達成の場合の行動変容評価指標	・腹囲1cm・体重1kg減 ・生活習慣病予防につながる行動変容 (食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)					
<ul style="list-style-type: none"> 継続的支援の介入方法による評価 (個別支援 (ICT含む)、グループ支援 (ICT含む)、電話、電子メール・チャット等) 健診後早期の保健指導実施を評価 						

キ. 専門職員の充実

特定保健指導を中心となって実施していく市の保健師、管理栄養士などの専門職員のスキル、ノウハウを活かすと同時に更なる資質向上のため、研修等の機会を積極的に利用します。

4. 目標達成に向けての取組

以下は、第4期計画期間における目標達成に向けての取組を示したものです。

【特定健康診査】

事業分類	取組
未受診者勧奨	受診率が低い若年層に対して受診勧奨通知を発送する。併せてアンケート調査を実施し、未受診者の意向調査を集約し、効率的な受診勧奨方法を検討する。
	平日受診ができない人のため、日曜健診の実施を行う。また、新規国民健康保険加入者及び転入者に対してパンフレット等により、受診漏れがないよう周知を行う。
申請方法の検討	ICT等の技術導入を検討し、市民にとって手軽に健診申込みができる環境を整える。

【特定保健指導】

事業分類	取組
受診勧奨	特定保健指導対象者に案内通知をし、面談を実施。面談日の直前及び当日来なかった人に対して受診勧奨の連絡を行う。

5. 実施スケジュール

	実施項目	前年度	当年度												次年度					
		1～3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月		
	案内の発送	⇔																		
	健診の申込み	⇔	→																	
総合検診	特定健康診査実施				⇔															
	結果通知/初回面談				⇔															
	特定保健指導				⇔															
人間ドック	人間ドックの実施		⇔																	
	結果通知/初回面談		⇔																	
	特定保健指導		⇔																	
	実施状況集計(法定報告)																	⇔		
	事業評価・見直し																	⇔		

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。

本市においては、以下の機関を代行機関として次に示す業務を委託します。

代行機関名：山梨県国民健康保険団体連合会

	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

第5章 その他

1. 個人情報の保護

(1) 個人情報保護関係規定の遵守

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

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

(2) データの管理

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

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

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

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

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

(2) 計画の見直し

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

4. 他の健診との連携

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

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

①アウトカム評価の導入による「見える化」

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

②ICTを活用した特定保健指導の推進

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

卷末資料

1. 用語解説集

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

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

2. 疾病分類

疾病分類表(2013年版)

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

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

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

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

甲斐市国民健康保険第3期データヘルス計画・
第4期特定健康診査等実施計画

発行年月	令和6年3月
発行	甲斐市
編集	甲斐市 市民部 保険課
	〒400-0192 甲斐市篠原2610番地
	TEL : 055-278-1665
	FAX : 055-276-2113
	E-mail : kokuhokyufu@city.kai.yamanashi.jp