

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

令和6年3月

富士吉田市

目次

第1部 第3期データヘルス計画

I 基本的事項	6
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期データヘルス計画全体評価	
参照データ、図表1～9	
II 健康・医療情報等の分析と課題	46
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/ 重度化・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	
III 計画全体	48
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	
IV 個別事業計画	50
事業分類1 特定健康診査・特定保健指導	
事業1-1 特定健康診査受診率向上事業	
事業1-2 特定保健指導事業	
事業分類2 糖尿病対策(糖尿病の発症予防、糖尿病重症化予防)	
事業2-1 糖尿病予備群介入事業	
事業2-2 糖尿病重症化予防事業(ハイリスク者への保健指導)	
事業分類3 生活習慣病重症化予防対策	
異常値未治療者・治療中断者受診勧奨事業	
事業分類4 適正受診、適正服薬促進対策	
重複・頻回受診、重複服薬訪問指導事業	
事業分類5 ジェネリック医薬品(後発品)利用促進対策	
ジェネリック医薬品利用差額通知事業	
事業分類6 健康意識の向上対策	
ICTを活用した健康情報の発信	
V 評価指標一覧	62
山梨県共通評価指標 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	
富士吉田市独自評価指標	
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	
事業分類3 生活習慣病重症化予防対策	
事業分類4 適正受診、適正服薬促進対策	
事業分類5 ジェネリック医薬品(後発品)利用促進対策	
事業分類6 健康意識の向上対策	

VI その他	.....	78
	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	
	個人情報の取扱い	
	地域包括ケアに係る取組	
	その他留意事項	
VII 保健事業等事業概要一覧		
第2部 第4期特定健康診査等実施計画		
I 計画策定の概要	.....	83
	計画の趣旨、目的	
	特定健康診査等実施計画の位置づけ	
	計画期間	
	データ分析期間	
II 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価	.....	84
	取り組みの実施内容	
	特定健康診査の受診状況	
	特定保健指導の実施状況	
	メタボリックシンドローム該当状況	
III 特定健康診査に係る詳細分析	.....	88
	特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況	
	特定保健指導対象者に係る分析	
IV 特定健康診査等実施計画	.....	94
	目標	
	実施方法	
	特定健診から特定保健指導への標準的な流れ	
V その他	.....	102
	個人情報の保護	
	特定健康診査等実施計画の公表及び周知	
	特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	
	他の健診との連携	
	実施体制の確保及び実施方法の改善	
巻末資料	.....	105
	用語解説集	
	疾病分類	

第1部
第3期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取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及び評価を行うこと。」と定められた。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」において、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(重要業績評価指標)の設定を推進するとの方針が示された。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められている。</p> <p>市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられる。本計画は、第1期及び第2期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものである。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとする。</p>
	計画の位置づけ	<p>保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業の実施を図るため、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。</p> <p>データヘルス計画の策定に当たっては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向とするとともに、関連する他計画(健康増進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画、高齢者保健事業の実施計画(データヘルス計画)、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画)と調和のとれた内容とする。本計画において推進・強化する取り組み等については他計画の関連事項・関連目標を踏まえて検討し、関係者等に共有し、理解を図るものとする。</p>
計画期間		令和6年度から令和11年度までの6年間とする。
	庁内組織	<p>富士吉田市国民健康保険における健康課題の分析や計画策定、保健事業の実施、評価等は、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、国保部局と保健衛生部局の両者が協働して行う。国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療部局や介護保険部局、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する。</p> <p>国保部局、保健衛生部局は、研修等による職員の資質向上に務め、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った計画運用が出来るよう、体制を確保する。</p>

実施体制・関係者連携	地域の関係機関	<p>計画の実行性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となる。共同保険者である山梨県のほか、国民健康保険団体連合会や連合会内に設置される支援・評価委員会、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、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、連携強化に努める。</p> <p>また、計画は、被保険者の健康保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が主体的、積極的に健康づくりに取り組むことが重要であることから、自治会等の地域組織との意見交換や情報提供の場の設置、被保険者向けの説明会の実施等、被保険者が議論に参画できる体制を構築し、被保険者の意見反映に努める。</p>
-------------------	----------------	---

(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)	47,026		23,133		23,893	
国保加入者数(人) 合計	9,394	100%	4,791	100%	4,603	100%
0~39歳(人)	2,131	22.7%	1,147	23.9%	984	21.4%
40~64歳(人)	3,142	33.4%	1,695	35.4%	1,447	31.4%
65~74歳(人)	4,121	43.9%	1,949	40.7%	2,172	47.2%
平均年齢(歳)	54歳		53歳		55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	地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、保険者協議会、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、連携強化に努める。
山梨県(保健所)	関係機関との調整や、人材育成について連携を図る他、健康課題の分析や事業評価等について情報提供や助言を求める。
国保健康保険団体連合会(保健事業支援・評価委員会)・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。また、保健事業の推進や評価等に関する情報提供や助言を求める。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。

(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9,394人であり、平成30年度の11,534人から年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が22.7%、40-64歳が33.4%、65-74歳が43.9%であり、県平均と概ね同様の構成である。(令和4年度)
	その他	20~30歳代の被保険者の流出入が多く、1年間に約1/4が入れ替わる。二次産業の割合が37.4%と県平均と比べ高い割合を占めている。坂が多く、寒冷地域のため歩く習慣が少ない。
前期計画等に係る考察	<p>第2期データヘルス計画では、各種保健事業を通じて、生活習慣病の予防並びに重症化予防等を行い、健康寿命の延伸並びに医療費の適正化を推進することを目的に実施した。新型コロナの感染拡大があったが、令和2年度以降、特定健診受診率・特定保健指導実施率は維持、上昇している。しかし、目標達成には未だ至っていない状況である。また、糖尿病重症化予防事業は新型コロナの影響により、マンパワー不足による支援体制の変化、参加率が極めて低いなど目標も未達成であった。</p> <p>第3期は改めて特定健診を起点に事業を設計し、糖尿病やそれ以外の生活習慣病に対する早期発見、重症化予防に向けた取り組みが必要と考える。また、第2期は医師会をはじめとした関係機関との連携や各保健事業間の連動が新型コロナ等の影響もあり、積極的に行えなかった時期があった。地域および保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。</p>	

第2期データヘルス計画全体評価

事業	実績			評価・考察
	計画策定時実績	中間評価時点	現状値	
	平成28年度	令和2年度	令和4年度	
特定健康診査 (特定健診) 受診率向上事業	特定健康診査受診率 32.7%	特定健康診査受診率 32.7%	特定健康診査受診率 40.4%	目標値45%には至らないが、増加に転じている。
特定保健指導 事業	特定保健指導受診率 9.9%	特定保健指導受診率 30%	特定保健指導受診率 28.4%	目標値45%には至れなかった。
糖尿病発症予防事業	・OGTT受診率 28.30% ・特定健診受診者の糖尿病判定「異常なし」の割合 43.40% ・糖尿病判定「要医療」の割合 5.7%	・OGTT受診率 39.40% ・特定健診受診者の糖尿病判定「異常なし」の割合 32.40% ・糖尿病判定「要医療」の割合 6.9%	・OGTT受診率 28.10% ・特定健診受診者の糖尿病判定「異常なし」の割合 33.60% ・糖尿病判定「要医療」の割合 8.0%	OGTT受診率は年々減少し、糖尿病判定においても要医療の割合が増加し、逆に異常なしが減少している。
糖尿病性腎症重症化 予防事業	・QOLの向上、生活機能を低下させない ・人工透析に移行しない	1名実施 ・現状維持 ・人工透析移行せず	1名実施 ・現状維持 ・人工透析移行せず	6年間継続して1名が指導対象としてあがった。人工透析には至っていない。
重複頻回受診事業	・重複受診者改善率 83.80% ・頻回受診者改善率 58.80%	・重複受診者改善率 82.50% ・頻回受診者改善率 85.70%	・重複受診者改善率 72.00% ・頻回受診者改善率 82.80%	重複受診者においては目標80%に到達できなかったが、頻回受診者においては、60%以上達成できた。
ジェネリック医薬品 (後発品) 普及促進事業	ジェネリック医薬品使用率 54.5%	ジェネリック医薬品使用率 75.0%	ジェネリック医薬品使用率 76.8%	目標値使用率70%以上は達成された。

各事業の達成状況

事業

特定健康診査(特定健診)受診率向上事業

事業目的	特定健康診査の受診率向上を目指す。 前年度より受診率を向上させる。 具体的には前年度より2%受診率向上を目指す。
対象者	40歳から74歳までの国民健康保険有資格者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	① 対象者へ受診勧奨通知(年3～4回を予定)を実施 ② 受診率の高い地区へ戸別訪問を実施(国保世帯のみ) ③ 節目の年齢を迎える対象者へ直接電話にて健診受診勧奨を実施 ④ 広報、地元テレビ局等メディアを活用して受診勧奨実施 ⑤ 健診に対する助成

【特定健康診査受診率】

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	34.50%	前年度受診率 2%向上	前年度受診率 2%向上	前年度受診率 2%向上	前年度受診率 2%向上	前年度受診率 2%向上	45%
実績値	32.70%	37.60%	35.20%	34.60%	40.50%	40.40%	実施中

【取組ごとのアウトプット指標】

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
対象者の通知を 100%実施	実績値	100%	100%	100%	100%	100%	100%
対象者への電話 勧奨実施率 80%以上	実績値	100%	100%	100%	100%	100%	100%
戸別訪問実施 率80%以上	実績値	100%	100%	コロナ禍で中止、電話・通知勧奨に移行			

<p>実施体制と実施方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初めに健診ガイドを全世帯に配布 ・業者に委託し、勧奨通知を送付する。 ・昨年受診者、新規加入者に個別で勧奨通知を作成し送付する。 ・勧奨通知を送付した者のうち、受診歴などを確認し対象者を選定し電話勧奨を行う。 ・イベントに参加し、健診の予約代行を行う。
<p>事業全体の評価と今後の方向性</p>	<p>【評価】</p> <p>受診率は令和2年度のコロナ禍による受診控えがあったものの、計画策定時と比べ約8%向上し40%を突破した。しかし、目標値の45%は達成できなかった。</p> <p>原因としては「40代・50代の現役世代の受診率の低さ」「医療機関に受診しているため健診を受けなくても良いと考えている」「自覚症状が無いため、健診を受ける必要が無い」などが挙げられる。</p> <p>【今後の方向性】</p> <p>上記の通知勧奨を引き続き実施しつつ、SNSやイベント等さまざまな手段・媒体を活用し、より多くの人に特定健診の啓発を行えるよう取組を進めていく。</p> <p>また、健診への直接の勧奨とは別に「予防の必要性」「生活習慣病のリスク」など健康に対するリテラシーを高めるよう、情報発信を積極的に行っていく。</p>

事業

特定保健指導事業

事業目的	生活習慣病該当者及び予備群の減少を目指す
対象者	特定健康診査結果において、生活習慣病発症のリスクがあるものの、保健指導により状態改善が見込めると判定される者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>① 健診データから対象者を抽出する。</p> <p>② 健康長寿課と連携し、健康診断後の報告会へ動機付け支援対象者の中から選別した者（特定健診の問診結果で「保健指導希望」「改善意欲有」と回答した者等）へ来庁のはがきを郵送する。</p> <p>③ その他動機付け支援対象者、積極的支援対象者は外部委託会社へ勧奨・指導実施を依頼する。</p> <p>④ 3～6ヶ月後に報告会へ来庁した動機付け支援対象者へ状況確認と最終アンケートを郵送する。返信がなければ勧奨を実施する。</p>

【特定保健指導率】

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	未策定	前年度受診率5% 向上	前年度受診率5% 向上	前年度受診率5% 向上	前年度受診率5% 向上	前年度受診率5% 向上	45%
実績値	9.90%	26.00%	43.60%	17.10%	50.80%	28.40%	実施中

【取組ごとのアウトプット指標】

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
対象者への通知率100%実施	実績値	100%	90%	100%	100%	100%	100%
指導対象者アンケート通知率100%	実績値	未実施	未実施	100%	100%	100%	100%

<p>実施体制と実施方法</p>	<p>特定保健指導は、山梨県栄養士会及び石和温泉病院クアハウス石和に一部業務を委託している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クアハウス石和:クアハウスを受診した積極・動機付け支援 ・山梨県栄養士会:上記以外の積極的支援 ・富士吉田市 :上記以外の動機付け支援 <p>山梨県栄養士会については管理栄養士を派遣してもらい、市職員とともに面談を実施。</p> <p>対象者が判明した場合は、健康に対するモチベーションが高いうちに面談を実施する必要があるため、なるべく期間が空かないよう早めに勧奨通知を送付し、職員による電話連絡にて面談予約をとっている。</p>
<p>事業全体の評価と今後の方向性</p>	<p>【事業全体の評価】</p> <p>計画策定時と比較して、どの年度も大きく実施率が向上した。向上の要因としては、「面談予約を業者から自前に変更」「健診後の迅速な受診勧奨」「面談前日のリマインドの電話」などが挙げられる。</p> <p>保健指導はその性質上、年度をまたいで終了するケースが多く、実施率が正確に測定できない側面がある。令和2年度にコロナ禍によって指導の実施が遅れ、その分の成果が令和3年度に計上されているため、実際の実施率は3割～4割程度で推移している。</p> <p>対象者からよく聞かれることとして、「行かなければいけないものなのか」「お金を払って健診を受けたのに、なぜ呼び出されるのか」など、特定健診・特定保健指導の趣旨がそもそも分かっていない人が多かった。</p> <p>【今後の方向性】</p> <p>特定健診を受診する際に、特定保健指導の実施や目的を説明し、健康に対する意識を育む。</p> <p>国の方針として、参加するだけでなく成果が求められるようになった。目標を達成しやすいように指導を工夫し、またインセンティブの提供等を行う。</p> <p>また、対面指導だけでなくリモートによる面談を導入し、幅広い層の利用者の獲得を目指す。</p>

事業

糖尿病発症予防事業

事業目的	糖尿病予備群を減少させ、糖尿病の発症予防を目指す。
対象者	健診結果データから糖尿病予備群(OGTT対象者)
事業実施年度	平成30年～令和2年度
実施内容	<p>① 健診結果データから糖尿病予備群(OGTT対象者)を抽出する。</p> <p>② OGTT対象者のうち、糖尿病未治療者※で「保健指導希望」「改善意欲あり」の者へ結果報告会の案内はがきを郵送する。</p> <p>③ 結果報告会等で面談を実施し、対象者が検査値や生活習慣の振り返りから糖尿病の発症リスクを理解し、OGTTの受診、個々の課題への取り組みのきっかけをつくる。</p> <p>④ 生活習慣の確認用のアンケートを実施し、個々の課題に合わせた改善策を対象者と一緒に考え、実行・継続できるよう支援する。</p> <p>⑤ 初回面談の2週間後、1ヵ月後、2ヵ月後に、課題克服のための改善策が継続できているか確認、引き続き実行できるよう電話・面談・通知等による支援を実施する。</p> <p>⑥ 初回面談の3ヵ月後に、フォローアップ検診・アンケートを実施し、評価する。</p> <p>⑦ 翌年、特定健診を受診するよう勧奨する。</p>

※糖尿病未治療者：インスリン注射または血糖を下げる薬の服用をしていない者

【OGTT対象者の翌年度C判定該当移行率】

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値		前年度比1% 以下	前年度比1% 以下	前年度比1% 以下	前年度比1% 以下	前年度比1% 以下	10%以下
実績値	29.10%	17.40%	4.50%	7.60%	6.60%	6.00%	実施中

【取組ごとのアウトプット指標】

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
対象者への通知率100%実施	実績値	100%	100%	100%	コロナ禍で中止、OGTT検査対象者には実施依頼書送付		
結果報告会の実施率100%	実績値	78.60%	100%	55.5% *個別			
結果報告会後の状況確認実施率100%	実績値	5.60%	5.60%	33.30%			

実施体制と実施方法	<p>健診業務委託している市医師会が健診結果からOGTT検査対象者の抽出、検査の必要性の紙と受診勧奨通知依頼文を作成し、結果報告書に同封している。また受診結果を取りまとめ、結果報告書を市に返している。</p> <p>令和元年度までは、集団の結果報告会を年数回開催し、そこで面談を行ってきた。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大により個別面談にて実施したが、状況確認については電話にて確認を行った。令和3年度以降は、予防接種体制のため支援人員が減少し、OGTT検査対象者実施依頼通知のみの発送支援となった。</p>
事業全体の評価と今後の方向性	<p>【事業全体の評価】</p> <p>糖尿病発症予防としてOGTT検査対象者に着目した支援が新型コロナウイルス感染症により集団から個となり、かつ専門職の支援体制も脆弱化し、新型コロナウイルスにより医療機関の受診控えなどもあり、十分な支援が実施出来なかった。</p> <p>【今後の方向性】</p> <p>小集団で糖尿病やOGTTについての説明、食事、運動など教室を企画し、状況に応じて個別相談など展開していく方法を考えていく。また、ICTを活用した情報提供やOGTT検査実施医療機関と行政との連携体制を構築し、市民が糖尿病を予防するための動機付けとなれるよう体制を整備していく。</p>

事業

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業目的	糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目指す。
対象者	急速進行例・重症化リスクの高い者
事業実施年度	平成30年度～令和2年度
実施内容	<p>① 対象者選出(医師会・医療機関)⇒対象者への説明と同意(医療機関)⇒顔合わせ(対象者・医療機関・医師会・行政)</p> <p>② 訪問⇒原則として月に一度(管理栄養士・市保健指導員)</p> <p>③ 適宜訪問の報告・記録、病院からの状態把握(医師会が仲介)</p> <p>④ 3ヶ月後、今後の方針決定(医療機関・医師会・行政)</p>

【糖尿病重症化予防支援対象者】

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
実績値	0人	1人	1人	1人

【取組ごとのアウトプット指標】

		平成30年度	令和元年度	令和2年度
対象者の適宜訪問指導 100%実施	実績値	100%	100%	100%
1日水分摂取量 1.5～2リットル	実績値	100%	100%	100%
1日食塩摂取量平均値 10g以下を維持	実績値	未達成	未達成	未達成

【計画変更後】

事業目的	生活習慣病（高血圧症・脂質異常症等）の定期的な受診があった者のうち、医療機関の受診を取りやめており、治療中断していると考えられる者を対象に受診勧奨を行い、生活習慣病の重症化を予防し、患者のQOL低下を防ぐとともに医療費の適正化を図る。
対象者	1) 健診結果が一定基準を超えているものの未治療である人 ・HbA1c 6.5以上 ・空腹時血糖 126以上 2) 治療中である糖尿病性腎症【CKD重症度分類G2～G3a】、腎臓機能（軽度～高度低下）全般の人への生活習慣病改善等を目指した保健指導 3) 糖尿病、糖尿病性腎症、慢性腎臓病にて治療を受けていたが治療を中断している人
事業実施年度	令和3年度～令和5年度
実施内容	1) 未治療へ受診勧奨通知の発送。発送後に電話にて受診確認を行い、未受診者には再度受診勧奨を行う。電話勧奨後に必要時面談、訪問での受診勧奨を検討。 2) 医師会、地域医療機関の糖尿病性腎症重症化予防における協議会の場を富士・東部保健所に助言を得ながら構築する。顔の見える関係性を作りながら、アウトソーシングにおいて健診結果・レセプトデータより対象者を抽出する。対象者に対しプログラム参加の案内を通知し、電話にて参加可否を聞き取る。なお、プログラム不参加の意思を示した方に対しても、電話での簡易的な指導をその場で実施をする。プログラム参加の意思がある方（約5名を想定）のかかりつけ医へ、生活指導確認票を記入してもらい、現時点での指導内容や注意点などを把握する。 糖尿病 軽中 … 面談2回 + 電話 6回（6ヶ月間） 糖尿病 中高 … 面談2回 + 電話10回（6ヶ月間） 終了時に完了報告を行い、次年度の計画を作成する。 3) 令和4年度のレセプトデータから糖尿病、糖尿病性腎症、慢性腎臓病にて治療を受けていたが治療を中断している人を抽出し、受診勧奨通知を発送。発送後に電話にて受診確認を行い、未受診者には再度受診勧奨を行う。必要時対象者と面談、訪問による指導を実施、かかりつけ医と情報共有を行う。

【糖尿病重症化予防支援対象者と通知者数】

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
未治療者数	実績値	21/21人	17/17人	8/8人
糖尿病性腎症重症化予防対象者数	実績値	-	-	200/200人
治療中断者数	実績値	170/170人	0人	0人

【取組ごとのアウトプット指標】

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
未治療である方への受診勧奨実施率 85%	実績値	100%	100%	100%
治療中断者への指導実施率 90%	実績値	-	-	-
事業参加同意者への指導実施率 100%	実績値	-	-	88.90%
指導実施者の指導完了率 100%	実績値	-	-	66.70%

実施体制と実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ●市医師会の透析予防システムのフローに沿って関係機関内でも共有を図りながら事業を実施した。 ●対象者が1名のみとなり、医師会に対象者抽出について確認したが、運用が上手く回っており、指導対象者が上がってこない状況であった。そこで、令和2年度の間評価にて本事業の対象者を山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に計画変更した。 ●令和3年度はKDBから抽出した対象者に対して受診勧奨通知したところ、診断されていないなど苦情の問い合わせが多数あった。 ●令和4年度はKDBから抽出した対象者のレセプトを1件1件確認し、治療中断者はおらず、未治療者に対して受診勧奨を実施した。 ●令和5年度は、外部委託を取り入れ、各対象者の抽出と勧奨通知、重症化予防対象者への保健指導をオンラインなど活用し7名実施、また健康長寿課に市民課国保保健事業を運営する職員(事務職員1名、会計年度職員2名)を異動させ、更に成人保健専属保健師3名を配置することで、市保健師、市管理栄養士においても3名指導を実施した。 ●保健指導申込者のかかりつけ医との情報提供依頼については、市の保健師が対象者と同伴受診しながら、現状の治療状況を把握し顔の見える関係を築きながら、保健指導につなげた。
事業全体の評価と今後の方向性	<p>急性進行例や重症化リスクの対象者が1名のみであったが、人工透析を回避できたことは医療費削減の成果であると考えます。</p> <p>今後は、山梨県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った対象者に対して、未治療者や糖尿病悪化している人を対象に、かかりつけ医と連携をとりながら支援していく体制が必要である。</p>

事業

重複頻回受診事業

事業目的	重複・頻回受診者数や重複服薬患者の減少を目指す。
対象者	対象者リストまたはレセプトデータから、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>①重複受診・重複服薬患者について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者を抽出する。 ・住民記録情報等から個別のデータを把握する。 ・自宅訪問指導、電話による指導を実施する。 ・対象者の訪問指導票を作成する。 ・指導後、3ヶ月分のレセプトをチェックし、再指導や継続管理の必要性を判断する。 ・月末に対象者の管理票を作成する。 <p>②頻回受診について</p> <p>※上記同様、抽出方法は月20日以上通院がある者から選定。 *ケースによって1度の指導ではなく、継続した指導を実施する。 *日中不在の対象者も多いため、時間帯や指導方法（電話や手紙等）を工夫する。</p>

【重複・頻回受診者改善率】

		計画策定時点	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
		平成28年度						
目標値	重複 頻回	60%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		70%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
実績値	重複 頻回	83.30%	90.60%	50%	82.50%	74.40%	63.20%	実施中
		58.80%	96.60%	69.60%	85.70%	82.10%	59.10%	

【取組ごとのアウトプット指標】

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
対象者への指導を100%実施する	実績値	13.20%	67.60%	81.80%	100%	100%	実施中

実施体制と実施方法	<p>会計年度職員の看護師、市民課会計年度職員等が対象者の抽出、アセスメント等を行い最終対象者の抽出を行ってきた。</p> <p>面談、訪問依頼通知書にてアポイントを取り、威圧感を与えないよう配慮し、原則一人で訪問実施。</p> <p>福祉課や地域包括支援センターなどとも情報共有し、困難ケースや精神疾患ケースなど支援体制を確認し共有、連携、申し送りを行った。</p>
事業全体の評価と今後の方向性	<p>【事業全体の評価】 保健指導やレセプトに通じる看護職(会計年度職員)を採用することで、エビデンスの高い指導や安心感のある相談を行う事が出来ている。また、対象者の抽出や通知出しなど事務職とも共同することで効率的に実施出来た。</p> <p>【今後の方向性】 保健師や薬剤師等の専門職にも担当者を広げ、精神障害者や高齢者等への包括的な支援体制を考えていく。また市医師会や市薬剤師会などと協働し推進していく。</p>

事業

ジェネリック医薬品(後発品)普及促進事業

事業目的	ジェネリック医薬品の使用率向上を目指す。
対象者	レセプトデータから、ジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>① 年に2回8月・2月にデータ抽出し、はがき圧着形式により「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」を作成し郵送。対象者が使用している医薬品をジェネリック医薬品に切り替えることで、医療費が節約、削減出来る効果をお知らせする(500円以上の医療費節減効果が見込まれる者を抽出)。</p> <p>② 毎年、市の広報4月号配布時(全戸配布)に、ジェネリック医薬品啓発パンフレット同封し、使用普及を促す。</p> <p>③ 1月に成人式を迎える対象者全員にジェネリック医薬品啓発パンフレットを配布し、使用促進を促す。</p> <p>④ 市内の保育園・幼稚園児を対象に全国健康保険協会山梨県支部(覚書締結)と協働し、「ジェネリック医薬品希望カード(キャラクターの塗り絵)」を作成配布する。この希望カードを子育て中の保護者に配布することで、少しでもジェネリック医薬品に切り替えをしてもらう効果を期待する。</p> <p>⑤ 市役所庁舎に「ジェネリック医薬品を使用しましょう」と明記された懸垂幕を随時掲げ、使用普及を促す(懸垂幕は年度当初に全国健康保険協会山梨県支部から借用する)。</p> <p>⑥ 上記を実施した結果、翌年度に利用率が向上したかを検証し、向上していれば翌年度以降も上記内容を継続する。反対に使用率向上が乏しかった場合は、差額通知の対象者を節減効果500円以上から400円以上や300円以上に引き下げる。また差額通知の送付回数を増やす等、実施内容を見直していく。</p>

【ジェネリック医薬品利用率】

	計画策定時点 平成28年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	49%	前年度比使用率 3%向上	前年度比使用率 3%向上	前年度比使用率 3%向上	前年度比使用率 3%向上	前年度比使用率 3%向上	70%
実績値	54.50%	65.30%	67.20%	70.30%	72.10%	72.60%	実施中

【取組ごとのアウトプット指標】

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
差額通知対象者への通知実施率 100%	実績値	100%	100%	100%	100%	100%	実施中

実施体制と実施方法	<p>国保連に依頼をし、年に2回（7月発送：4月診療分、1月発送：10月診療分）データを抽出し、300円以上削減効果が見込める方に対してお知らせを郵送している。市内の保育園・幼稚園児を対象にジェネリック医薬品希望カードの作成配布を行っている。</p> <p>また、保険証にジェネリック医薬品希望の印字を新たに行った。</p>
事業全体の評価と今後の方向性	<p>【事業全体の評価】 利用率は毎年向上し続け、目標の70%を達成することができた。一方で令和4年度時点の県の受診率は77.7%であり、本市と比較すると約5%程度高い状態であるため、さらなる利用率向上を図る必要がある。</p> <p>10歳未満の利用率は県平均と比べて高いため、保育園・幼稚園児を対象にしたカード作成の取り組みは一定の効果がみられた。</p> <p>また、令和3年度より保険証にジェネリック医薬品希望の印字を行ったが、あまり利用率の伸びは見られなかった。</p> <p>【今後の方向性】 受診率向上の効果がみられたため、今後も同様の取り組みを行っていく。</p>

参照データ (全体)

図表 I		令和4年度 関連データ全体						出典			
項目		富士吉田市		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		45,278		791,146		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)		14,006	30.85	245,884	31.01	35,335,805	28.59		
		75歳以上		7,384	16.22	128,751	16.21	18,248,742	14.73		
		65~74歳		6,622	14.63	117,133	14.80	17,087,063	13.86		
		40~64歳		15,746	34.81	267,271	33.81	41,545,893	33.75		
	39歳以下		15,526	34.34	277,991	35.18	46,332,563	37.66			
	② 産業構成	第1次産業		1.1		7.3		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題	
		第2次産業		37.4		28.4		25.0			
		第3次産業		61.5		64.3		71.0			
	③ 平均寿命	男性		80.9		80.9		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性		87.1		87.2		87.0			
	④ 平均余命	男性		81.7		81.8		81.7			
女性		88.0		88.2		87.8					
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		97.7		96.4		100.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				男性		97.4		100.0			
				女性		99.5		100.0			
		死因	がん		153	49.0	2,433	48.1	378,272		50.6
			心臓病		79	25.3	1,394	27.5	205,485		27.5
			脳疾患		54	17.3	794	15.7	102,900		13.8
			糖尿病		10	3.2	107	2.1	13,896		1.9
	腎不全		7	2.2	205	4.0	26,946	3.6			
	自殺		9	2.9	129	2.5	20,171	2.7			
	3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,950 14.1		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			35 0.3		804 0.3		110,289 0.3				
2号認定者			46 0.3		809 0.3		156,107 0.4				
② 介護認定者の有病状況		基礎疾患	糖尿病		433 21.8		10,479 23.9		1,712,613 24.3		
			高血圧症(高血圧性心疾患含む)		987 49.7		22,563 52.0		3,744,672 53.3		
			脂質異常症		730 37.3		12,599 28.9		2,308,216 32.6		
			心臓病(高血圧含む)		1,110 56.1		25,665 59.2		4,224,628 60.3		
			脳疾患		437 22.6		9,037 21.2		1,568,292 22.6		
			がん		173 8.6		5,097 11.5		837,410 11.8		
			筋・骨格		936 47.2		22,559 51.9		3,748,372 53.4		
精神(認知症含む)		665 34.2		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)		69,716		67,719		59,662			
	居宅サービス		43,468		44,773		41,272				
	施設サービス		299,819		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		8,299		8,622		8,610			
		認定なし		4,060		4,029		4,020			
4 医療	① 国保の状況	被保険者数		9,624		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		4,160 43.3		79,358 44.4		11,129,271 40.4			
		40~64歳		3,226 33.5		59,078 33.0		9,088,015 33.1			
		39歳以下		2,238 23.2		40,458 22.6		7,271,596 26.5			
		加入率		21.3		22.6		22.3			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数		1 0.1		60 0.3		8,237 0.3			
		診療所数		50 5.2		697 3.9		102,599 3.7			
		病床数		310 32.2		10,684 59.7		1,507,471 54.8			
		医師数		101 10.5		2,101 11.7		339,611 12.4			
		外来患者数		694.1		693.7		687.8			
		入院患者数		22.6		18.5		17.7			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費		30,043		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		716.7		712.2		705.4			
		外来	費用の割合		60.2		60.7		60.4		
			件数の割合		96.8		97.4		97.5		
			入院		費用の割合		39.8		39.3		
		件数の割合		3.2		2.6		2.5			
		1件当たり在院日数		17.4		16.5		15.7			
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合)	がん		615,975,580 29.7		10,142,028,270 30.5		1,558,135,111,760 32.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題		
	慢性腎不全(透析あり)		265,796,970 12.8		3,311,781,560 10		397,973,706,500 8.2				
	糖尿病		180,131,310 8.7		3,412,667,590 10.3		504,849,658,850 10.4				
	高血圧症		95,791,330 4.6		1,905,817,780 5.7		285,960,196,900 5.9				
	精神		365,007,820 17.6		5,365,979,730 16.2		712,427,626,380 14.7				
	筋・骨格		341,172,540 16.5		5,853,005,910 17.6		810,772,428,340 16.7				
	最大医療資源傷病名(調剤含む)										
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		2,167		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		13,459		11,642		13,295			
	生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者		6,122		8,675		6,142			
		健診未受診者		38,027		35,235		40,210			
⑥ 健診・レセ突合	受診勧奨者		1,649 62.2		34,416 58.7		3,881,055 57		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	医療機関受診率		1,464 55.2		31,061 53		3,543,116 52				
	医療機関非受診率		185 7.0		3,355 5.7		337,939 5				

※ 保険者の割合は県の数値と比較値の大きい場合は赤字にて表記

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

I 基本的事項

項目	富士吉田市		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件あたり) 県内順位 順位総数28 27市町村1組合	入院 入院の ○内は 在院日数	糖尿病	587,826	18 位 (17)			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	575,462	20 位 (19)								
				脂質異常症	591,477	17 位 (19)								
				脳血管疾患	663,619	15 位 (22)								
				心疾患	597,967	19 位 (16)								
				腎不全	636,085	15 位 (18)								
				精神	475,451	18 位 (27)								
				悪性新生物	633,141	21 位 (14)								
				糖尿病	43,283	6 位								
				高血圧	34,378	12 位								
				脂質異常症	25,802	25 位								
				脳血管疾患	41,646	11 位								
				心疾患	73,188	5 位								
				腎不全	157,129	9 位								
精神	33,055	7 位												
悪性新生物	80,770	4 位												
5 健診	①-⑱	特定健診 の 状況 県内順位 順位総数28 27市町村1組合	健診受診者	2,652		58,592		6,812,842		KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康 課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握				
			受診率(見込み)	40.1		46.5		37.1						
			特定保健指導終了者(実施率)	12	26.0	1,862	30.0	107,925	13.4					
			非肥満高血糖	289	10.9	5,817	9.9	615,549	9.0					
			メタボ	該当者	544	20.5	10,475	17.9	1,382,506		20.3			
				男性	393	32.0	7,694	28.7	965,486		32.0			
				女性	151	10.6	2,781	8.7	417,020		11.0			
			メタボ該当・予備群レベル	BMI	予備群	281	10.6	6,022	10.3		765,405	11.2		
					男性	192	15.6	4,414	16.5		539,738	17.9		
			メタボ該当・予備群レベル	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	女性	89	6.3	1,608		5.1	225,667	5.9	
						総数	903	34.0	18,194		31.1	2,380,778	34.9	
					BMI	男性	638	51.9	13,283		49.6	1,666,592	55.3	
						女性	265	18.6	4,911		15.4	714,186	18.8	
					血糖のみ	血糖のみ	総数	148	5.6		2,667	4.6	320,038	4.7
							男性	27	2.2		429	1.6	51,248	1.7
							女性	121	8.5		2,238	7.0	268,790	7.1
							血糖のみ	19	0.7		305	0.5	43,519	0.6
							血圧のみ	209	7.9		4,540	7.7	539,490	7.9
							脂質のみ	53	2.0		1,177	2.0	182,396	2.7
血糖・血圧	91	3.4					1,898	3.2	203,072	3.0				
血糖・脂質	20	0.8					423	0.7	70,267	1.0				
血圧・脂質	232	8.7					4,826	8.2	659,446	9.7				
血糖・血圧・脂質	201	7.6					3,328	5.7	449,721	6.6				
生活習慣 の 状況	生活習慣 の 状況	服薬					高血圧	944	35.6	20,741	35.4	2,428,038	35.6	
							糖尿病	250	9.4	5,548	9.5	589,470	8.7	
			脂質異常症	772			29.1	14,817	25.3	1,899,637	27.9			
		既往歴	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)			47	2.0	1,469	2.6	207,385	3.1		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	82	3.4	3,804	6.7	0	5.5				
				腎不全	13	0.5	513	0.9	53,898	0.8				
				貧血	61	2.5	3,494	6.2	702,088	10.7				
		喫煙	喫煙	喫煙	417	15.7	8,374	14.3	939,212	13.8				
				週3回以上朝食を抜く	247	10.3	4,939	8.8	642,886	10.4				
				食後間食(毎日)	121	19.9	12,036	22.8	1,327,262	21.6				
				週3回以上就寝前夕食	347	14.4	6,488	11.5	976,348	15.7				
				食べる速度が速い	818	34.0	16,260	28.8	1,659,705	26.8				
				咀嚼(噛みにくい)	143	23.5	8,971	17.0	1,232,127	19.9				
				咀嚼(ほとんど噛めない)	0	0.0	312	0.6	49,884	0.8				
				20歳時体重から10kg以上増加	840	34.9	17,412	30.8	2,175,065	35.0				
				1回30分以上運動習慣なし	1,662	69.0	37,878	67.1	3,749,069	60.4				
				1日1時間以上運動なし	1,295	53.8	24,311	43.1	2,982,100	48.0				
歩行速度が遅い	1,435			59.6	32,357	57.3	3,142,723	50.8						
睡眠不足	853			35.4	23,538	41.7	1,587,311	25.6						
毎日飲酒	640			26.6	12,132	21.5	1,658,999	25.5						
時々飲酒	489			20.3	12,118	21.5	1,463,468	22.5						
一日飲酒量	一日飲酒量	1合未満	1,353	64.7	14,956	52.1	2,978,351	64.1						
		1~2合	539	25.8	8,922	31.1	1,101,465	23.7						
		2~3合	158	7.6	3,907	13.6	434,461	9.4						
		3合以上	42	2.0	930	3.2	128,716	2.8						
		生活習慣	改善意欲なし	1,091	45.2	14,063	24.9	1,691,880	27.6					
生活習慣	生活習慣	改善意欲あり	437	18.1	9,676	17.1	1,755,137	28.6						
		かつ始めている	178	7.4	6,147	10.9	854,609	13.9						

⑧	保健指導の希望なし	1,604	66.4	45,429	80.5	3,858,915	63.3
---	-----------	-------	------	--------	------	-----------	------

参照データ

(再掲P22・P23の拡大)

図表I		令和4年度 関連データ全体									
項目		富士吉田市		県		国		データ元 (CSV)			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合				
I	① 人口構成	総人口		45,278		791,146		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介 護データからみ る地域の健康課 題	
		65歳以上(高齢化率)		14,006	30.85	245,884	31.01	35,335,805	28.59		
		75歳以上		7,384	16.22	128,751	16.21	18,248,742	14.73		
		65～74歳		6,622	14.63	117,133	14.80	17,087,063	13.86		
		40～64歳		15,746	34.81	267,271	33.81	41,545,893	33.75		
	39歳以下		15,526	34.34	277,991	35.18	46,332,563	37.66			
	全体像	② 産業構成	第1次産業		1.1		7.3		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介 護データからみ る地域の健康課 題
			第2次産業		37.4		28.4		25.0		
			第3次産業		61.5		64.3		71.0		
	③ 平均寿命	男性		80.9		80.9		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
女性		87.1		87.2		87.0					
④ 平均余命	男性		81.7		81.8		81.7				
	女性		88.0		88.2		87.8				
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性		97.7		96.4		100.0		KDB_NO.1 地域全体像の 把握
			女性		99.5		97.4		100.0		
		死因	がん		153	49.0	2,433	48.1	378,272	50.6	
			心臓病		79	25.3	1,394	27.5	205,485	27.5	
			脳疾患		54	17.3	794	15.7	102,900	13.8	
			糖尿病		10	3.2	107	2.1	13,896	1.9	
			腎不全		7	2.2	205	4.0	26,946	3.6	
自殺		9	2.9	129	2.5	20,171	2.7				
3 介護	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,950	14.1	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		35	0.3	804	0.3	110,289	0.3		
		2号認定者		46	0.3	809	0.3	156,107	0.4		
	② 介護認定者の有病状況	基礎疾患	糖尿病		433	21.8	10,479	23.9	1,712,613		24.3
			高血圧症(高血圧性心疾患含む)		987	49.7	22,563	52.0	3,744,672		53.3
			脂質異常症		730	37.3	12,599	28.9	2,308,216		32.6
			心臓病(高血圧含む)		1,110	56.1	25,665	59.2	4,224,628		60.3
			脳疾患		437	22.6	9,037	21.2	1,568,292		22.6
			がん		173	8.6	5,097	11.5	837,410		11.8
			筋・骨格		936	47.2	22,559	51.9	3,748,372		53.4
	精神(認知症含む)		665	34.2	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)		69,716		67,719		59,662			
		居宅サービス		43,468		44,773		41,272			
施設サービス		299,819		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	8,299		8,622		8,610				
		認定なし	4,060		4,029		4,020				

項目		富士吉田市		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	9,624		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	4,160	43.3	79,358	44.4	11,129,271	40.4		
		40～64歳	3,226	33.5	59,078	33.0	9,088,015	33.1		
		39歳以下	2,238	23.2	40,458	22.6	7,271,596	26.5		
		加入率	21.3		22.6		22.3			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	1	0.1	60	0.3	8,237	0.3		
		診療所数	50	5.2	697	3.9	102,599	3.7		
		病床数	310	32.2	10,684	59.7	1,507,471	54.8		
		医師数	101	10.5	2,101	11.7	339,611	12.4		
		外来患者数	694.1		693.7		687.8			
		入院患者数	22.6		18.5		17.7			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	30,043		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	716.7		712.2		705.4			
		外来	費用の割合	60.2		60.7		60.4		
			件数の割合	96.8		97.4		97.5		
		入院	費用の割合	39.8		39.3		39.6		
			件数の割合	3.2		2.6		2.5		
		1件当たり在院日数	17.4		16.5		15.7			
	④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	615,975,580	29.7	10,142,028,270	30.5	1,558,135,111,760	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介 護データからみ る地域の健康課 題	
		慢性腎不全(透析あり)	265,796,970	12.8	3,311,781,560	10	397,973,706,500	8.2		
		糖尿病	180,131,310	8.7	3,412,667,590	10.3	504,849,658,850	10.4		
		高血圧症	95,791,330	4.6	1,905,817,780	5.7	285,960,196,900	5.9		
		精神	365,007,820	17.6	5,365,979,730	16.2	712,427,626,380	14.7		
筋・骨格		341,172,540	16.5	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	2,167		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	13,459		11,642		13,295			
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,122		8,675		6,142			
		健診未受診者	38,027		35,235		40,210			
⑥ 健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,649	62.2	34,416	58.7	3,881,055	57	KDB_NO.1 地域全体像の 把握		
	医療機関受診率	1,464	55.2	31,061	53	3,543,116	52			
	医療機関非受診率	185	7.0	3,355	5.7	337,939	5			

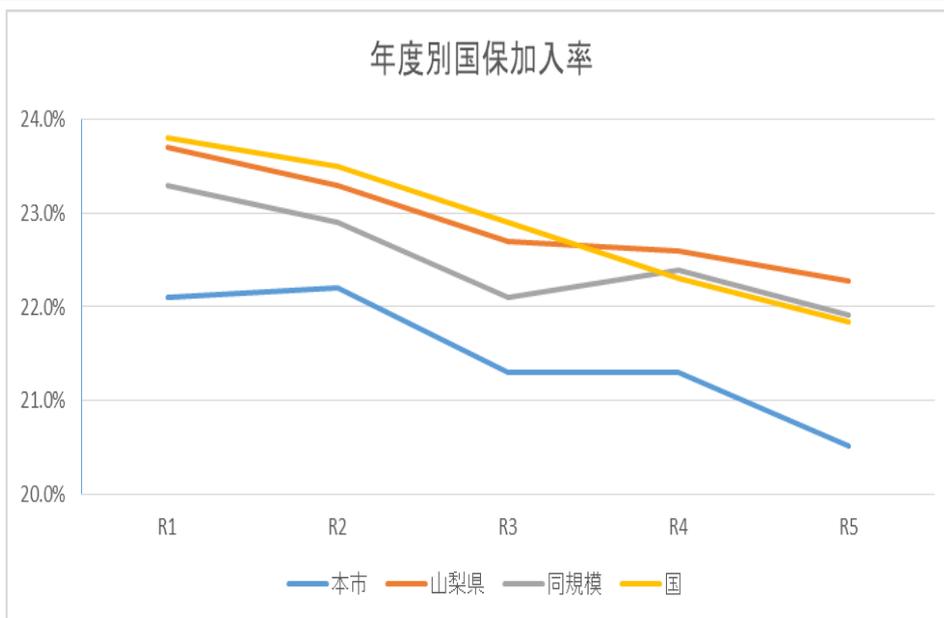
項目		富士吉田市		県		国		データ元 (CSV)					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合						
4 医療	⑦	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	587,826	18位 (17)			KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題				
				高血圧	575,462	20位 (19)							
				脂質異常症	591,477	17位 (19)							
				脳血管疾患	663,619	15位 (22)							
				心疾患	597,967	19位 (16)							
				腎不全	636,085	15位 (18)							
				精神	475,451	18位 (27)							
				悪性新生物	633,141	21位 (14)							
				入院の ()内は 平均在院日数	外来	糖尿病	43,283	6位					
		高血圧	34,378			12位							
		脂質異常症	25,802			25位							
		脳血管疾患	41,646			11位							
		心疾患	73,188			5位							
		腎不全	157,129			9位							
		精神	33,055			7位							
		悪性新生物	80,770			4位							
		5 健診	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰	特定健診 の状況	県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	健診受診者	2,652			58,592		6,812,842	
受診率(見込み)	40.1					46.5		37.1					
特定保健指導終了者(実施率)	12					0.0	1,862	30.0	107,925	13.4			
非肥満高血糖	289					10.9	5,817	9.9	615,549	9.0			
メタボ	該当者					544	20.5	10,475	17.9	1,382,506	20.3		
	男性					393	32.0	7,694	28.7	965,486	32.0		
	女性					151	10.6	2,781	8.7	417,020	11.0		
	予備群					281	10.6	6,022	10.3	765,405	11.2		
メタボ該当・予備群レベル	BMI					男性	192	15.6	4,414	16.5	539,738	17.9	
						女性	89	6.3	1,608	5.1	225,667	5.9	
						腹囲	総数	903	34.0	18,194	31.1	2,380,778	34.9
							男性	638	51.9	13,283	49.6	1,666,592	55.3
							女性	265	18.6	4,911	15.4	714,186	18.8
						女性	121	8.5	2,238	7.0	268,790	7.1	
血糖のみ	19					0.7	305	0.5	43,519	0.6			
血圧のみ	209					7.9	4,540	7.7	539,490	7.9			
脂質のみ	53					2.0	1,177	2.0	182,396	2.7			
血糖・血圧	91					3.4	1,898	3.2	203,072	3.0			
血糖・脂質	20					0.8	423	0.7	70,267	1.0			
血圧・脂質	232	8.7	4,826	8.2	659,446	9.7							
血糖・血圧・脂質	201	7.6	3,328	5.7	449,721	6.6							

項目		富士吉田市		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合			
6 健診の 質問票	①	服薬	高血圧	944	35.6	20,741	35.4	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の 把握
			糖尿病	250	9.4	5,548	9.5	589,470	8.7	
			脂質異常症	772	29.1	14,817	25.3	1,899,637	27.9	
	②	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	47	2.0	1,469	2.6	207,385	3.1	
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	82	3.4	3,804	6.7	0	5.5	
			腎不全	13	0.5	513	0.9	53,898	0.8	
			貧血	61	2.5	3,494	6.2	702,088	10.7	
	③	喫煙	417	15.7	8,374	14.3	939,212	13.8		
	④	週3回以上朝食を抜く	247	10.3	4,939	8.8	642,886	10.4		
	⑤	食後間食(毎日)	121	19.9	12,036	22.8	1,327,262	21.6		
	⑥	週3回以上就寝前夕食	347	14.4	6,488	11.5	976,348	15.7		
	⑦	費用額 (1件あたり)	食べる速度が速い	818	34.0	16,260	28.8	1,659,705	26.8	
	咀嚼(噛みにくい)		143	23.5	8,971	17.0	1,232,127	19.9		
	⑧	県内順位 順位総数28 27市町村 1組合	咀嚼(ほとんど噛めない)	0	0.0	312	0.6	49,884	0.8	
	⑨		20歳時体重から10kg以上増加	840	34.9	17,412	30.8	2,175,065	35.0	
	⑩	1回30分以上運動習慣なし	1,662	69.0	37,878	67.1	3,749,069	60.4		
	⑪	1日1時間以上運動なし	1,295	53.8	24,311	43.1	2,982,100	48.0		
	⑫	歩行速度が遅い	1,435	59.6	32,357	57.3	3,142,723	50.8		
⑬	睡眠不足	853	35.4	23,538	41.7	1,587,311	25.6			
⑭	毎日飲酒	640	26.6	12,132	21.5	1,658,999	25.5			
⑮	時々飲酒	489	20.3	12,118	21.5	1,463,468	22.5			
⑯	一日 飲酒 量	1合未満	1,353	64.7	14,956	52.1	2,978,351	64.1		
		1~2合	539	25.8	8,922	31.1	1,101,465	23.7		
		2~3合	158	7.6	3,907	13.6	434,461	9.4		
		3合以上	42	2.0	930	3.2	128,716	2.8		
⑰	生活 習慣	改善意欲なし	1,091	45.2	14,063	24.9	1,691,880	27.6		
		改善意欲あり		437	18.1	9,676	17.1	1,755,137	28.6	
			かつ始めている	178	7.4	6,147	10.9	854,609	13.9	
⑱	保健指導の希望なし	1,604	66.4	45,429	80.5	3,858,915	63.3			

<p>図表2 人口動態</p>		<p>出典 KDB帳票 No.1地域の全体像の把握、No.2健診・医療・介護データからみる地域の健康課題</p>
<p>データ分析の結果</p>	<p>令和5年度の人口総数45,278人は、前年度47,460人より2,182人減少しており、国保健康保険被保険者数は9,289人で、市の人口に占める国民健康保険加入率は20.5%である。国民健康被保険者平均年齢は53.9歳であり、年々上昇している状況である。また、高齢化率(65歳以上)は43.9%であり、国と比べては高く、同規模や県と比べては低い。しかし70歳~74歳までの被保険者の割合がいちばん高く、後期高齢者医療保険加入に伴う被保険者の減少がこれから大きくなっていくと思われる。職業については県と比較し第一次産業の割合が低く、第二次産業の割合が高い。</p>	

人口構成概要(令和5年度)

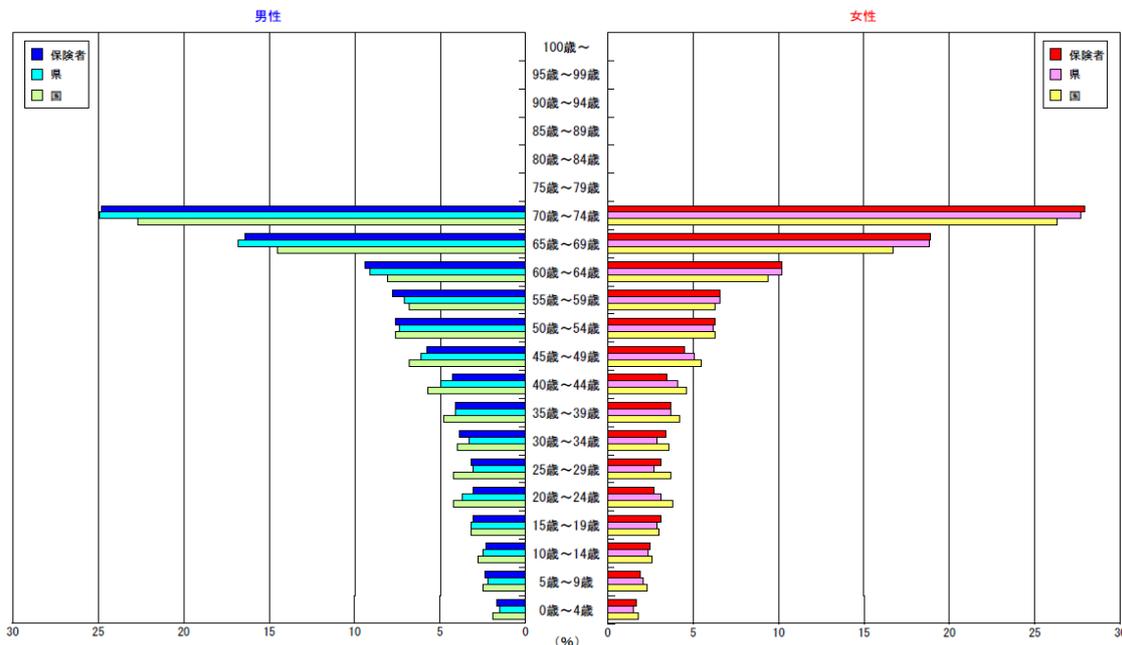
	人口総数(人)	国保被保険者数(人)	国保加入率	国保被保険者平均年齢	高齢化率(65歳以上)	出生率(人口千対)	死亡率(人口千対)	第一次産業	第二次産業	第三次産業
本市	45,278	9,289	20.5%	53.9	43.9%	6.8	12.4	1.1%	35.4%	63.5%
山梨県	791,146	176,190	22.3%	53.9	44.1%	6.6	12.4	6.7%	27.9%	65.3%
同規模	32,663	7,156	21.9%	56.2	50.3%	5.5	15.0	9.9%	27.0%	63.1%
国	123,214,261	26,905,664	21.8%	52.0	40.2%	6.8	11.1	3.2%	23.4%	73.4%



被保険者構成

保険者番号 : 190025
 保険者名 : 富士吉田市
 県計・国計 : 国保総合企画

作成年月 : R05年作成
 印刷日 : R06年01月22日
 ページ : 1/1

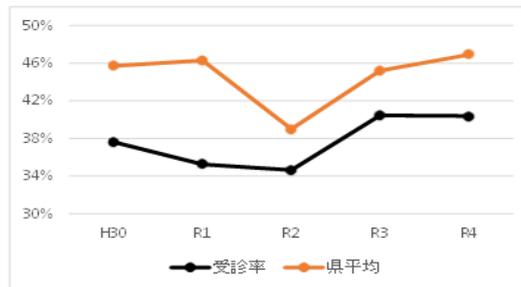


図表3-1	特定健康診査受診状況	出典	国保法定報告、KDB帳票 No.1地域の全体像の把握-健診
データ分析の結果	令和4年度の特定健診受診率は40.38%であり、前年度初の40%代と比べほぼ横ばいとなっている。男女別、年齢階層別においては、県受診率に比べ全て低い状況となっている。令和2年度より県内順位・受診率が向上しており、定期的な通知による受診勧奨の効果が見られたと考える。		

①国保-法定報告より

●特定健診

年度	H30	R1	R2	R3	R4
受診率	37.6%	35.2%	34.6%	40.5%	40.4%
対象者	7,519人	7,218人	7,208人	7,035人	6,560人
実施者数	2,828人	2,544人	2,497人	2,846人	2,649人
県平均	45.7%	46.3%	39.0%	45.2%	46.9%
県内順位	24位	26位	21位	23位	23位
目標	35%	37%	39%	41%	43%



② 令和4年度健診受診者 KDB帳票 No.1地域の全体像の把握-健診

【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	444	108	24.3%	30.2%
	50~59歳	654	188	28.7%	33.0%
	60~69歳	1,116	463	41.5%	46.9%
	70~74歳	1,111	469	42.2%	50.7%
	計	3,325	1,228	36.9%	43.3%

【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	321	101	31.5%	36.4%
	50~59歳	509	171	33.6%	41.3%
	60~69歳	1,232	595	48.3%	54.1%
	70~74歳	1,205	555	46.1%	53.7%
	計	3,267	1,422	43.5%	50.1%

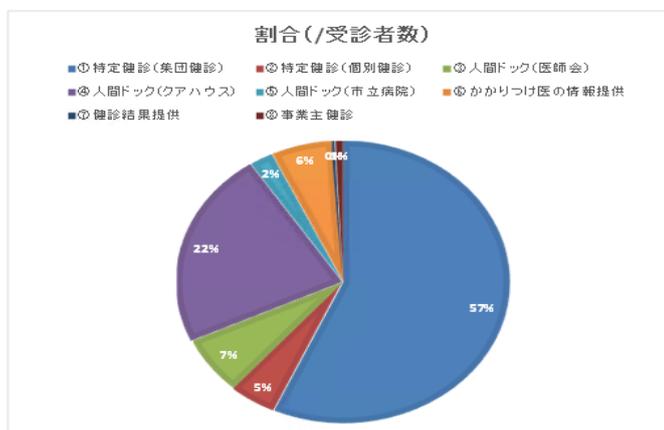
③LOGHEALTH-特定健診

年度別 特定健診 受診率

対象年度	R4		
	伝票ベース	人数	割合(受診者数)
①特定健診(集団健診)	1,666	24.50%	56.80%
②特定健診(個別健診)	137	2.01%	4.67%
③人間ドック(医師会)	196	2.88%	6.68%
④人間ドック(ケアハウス)	661	9.72%	22.54%
⑤人間ドック(市立病院)	67	0.99%	2.28%
⑥かかりつけ医の情報提供	174	2.56%	5.93%
⑦健診結果提供	10	0.15%	0.34%
⑧事業主健診	22	0.32%	0.75%
受診者数(①~⑧合計)	2,933	43.13%	100.00%
対象者数	6,800	100.00%	
受診率	43.13%		

【参考】法定報告	人数
受診者数	2,649
対象者数	6,560
受診率	40.38%

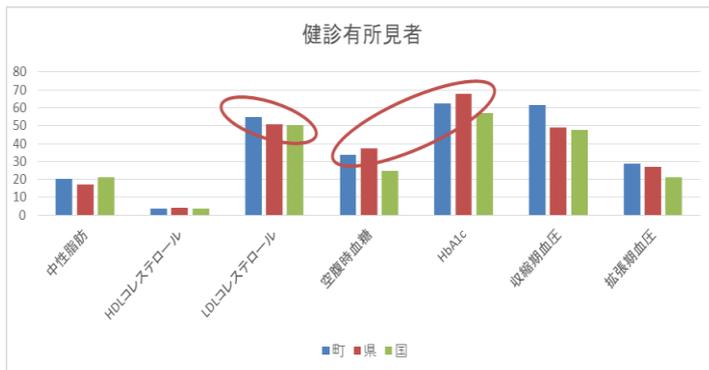
※新年度については過去の結果から推計



図表3-2	特定健康診査有所見者の状況	出典	国保データベース(KDB)システム 「健診有所見者状況」
データ分析の結果	特定健診受診者全体では、「HbA1c」の有所見者割合が最も高く、健診受診の75.5%を占めており、年々増加傾向である。特に50歳以上から、男女とも50%を超えている。次いで「収縮期血圧」「LDL」の割合が高い。「収縮期血圧」は男性の40歳～64歳の割合が高くなっており、「LDL」は男性の40歳～64歳、女性の50歳～69歳の割合が高い。喫煙や食習慣・運動など40歳未満からの働きかけが必要である。		

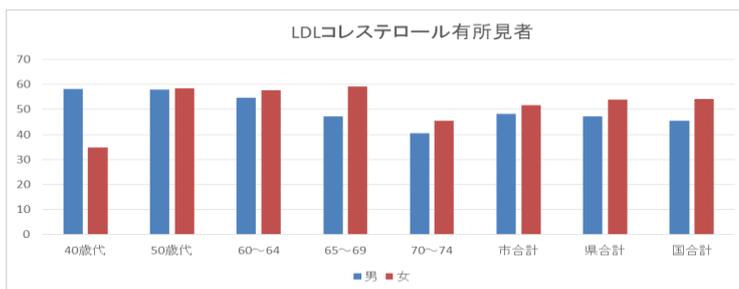
●特定健診有所見者(令和4年度)

	市	県	国
中性脂肪	19.0	18.1	21.1
HDLコレステロール	4.7	4.2	3.8
LDLコレステロール	50.1	50.9	50.3
空腹時血糖	42.7	37.5	24.8
HbA1c	71.1	68	57.1
収縮期血圧	50.9	48.9	47.5
拡張期血圧	29.0	26.8	21.1



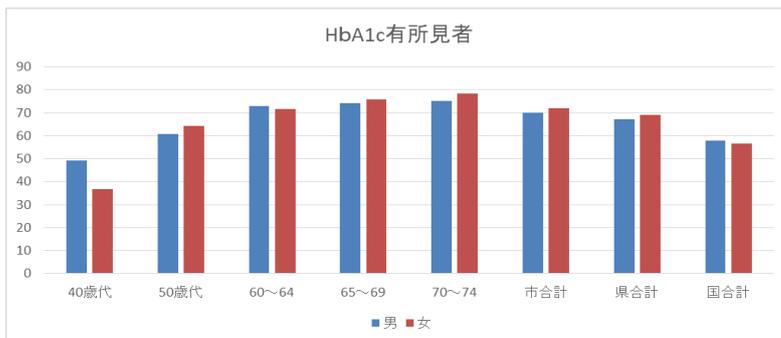
●LDLコレステロール有所見者割合(令和4年度)

	男	女
40歳代	58.3	34.7
50歳代	58	58.5
60～64	54.7	57.8
65～69	47.3	59.2
70～74	40.4	45.4
市合計	48.2	51.8
県合計	47.3	54
国合計	45.6	54.1



●HbA1c有所見者割合(令和4年度)

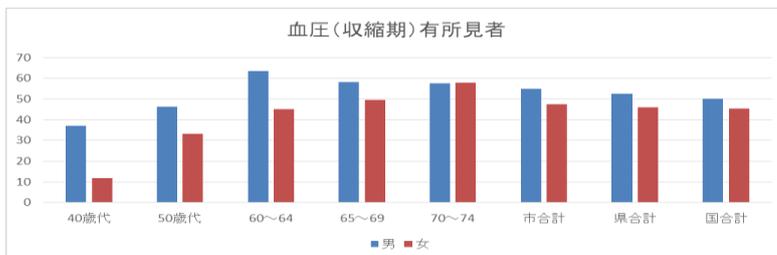
	男	女
40歳代	49.1	36.6
50歳代	60.6	64.3
60～64	73	71.6
65～69	74.3	75.8
70～74	75	78.4
市合計	70.1	72
県合計	67.1	68.9
国合計	57.8	56.5



●血圧有所見者(令和4年度)

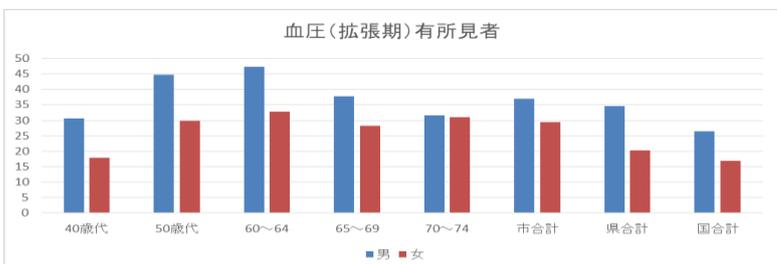
収縮期

	男	女
40歳代	37	11.9
50歳代	46.3	33.3
60～64	63.5	45.1
65～69	58.1	49.5
70～74	57.5	57.7
市合計	54.8	47.4
県合計	52.6	45.9
国合計	50.2	45.4



拡張期

	男	女
40歳代	30.6	17.8
50歳代	44.7	29.8
60～64	47.3	32.8
65～69	37.8	28.3
70～74	31.6	31
市合計	37	29.4
県合計	34.5	20.3
国合計	26.4	16.9



I 基本的事項

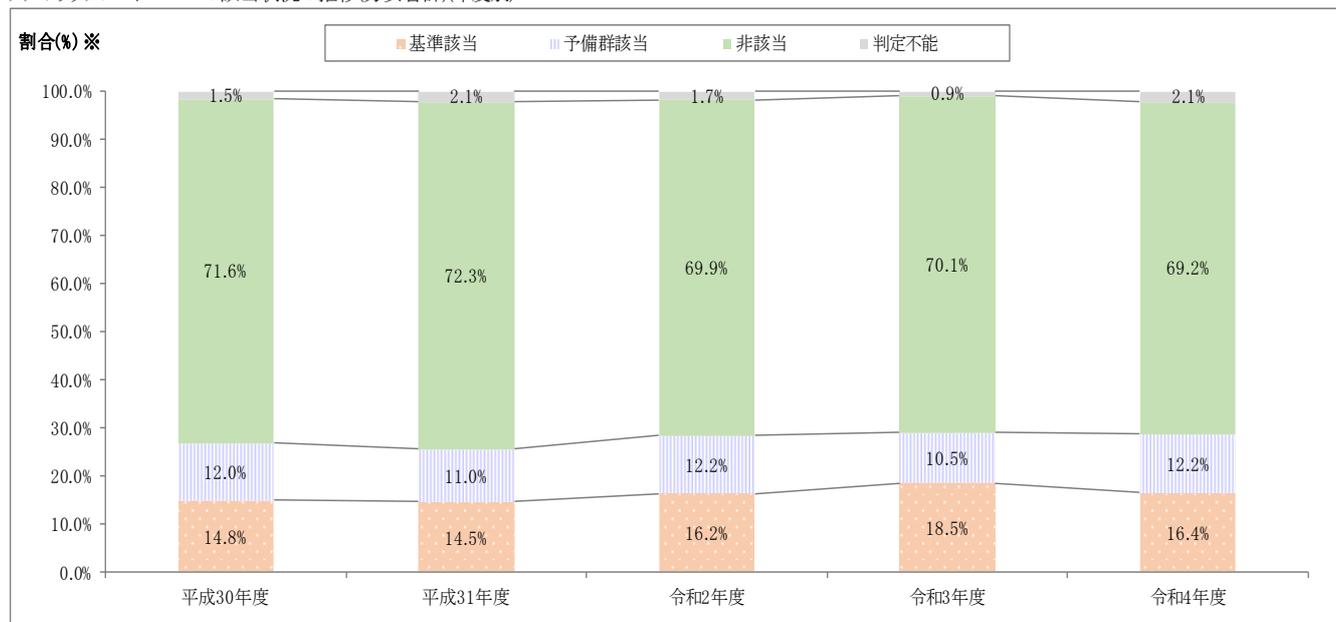
図表3-3	メタボリックシンドローム該当状況	出典 国保データベース(KDB)システム 「メタボリックシンドローム該当者・予備群」
データ分析の結果	年度別の健診受診者全体のメタボリックシンドロームの該当者は、やや増加傾向であり該当者の割合は県より高い。特に男性の予備群、該当者の割合が高く、40歳代で予備群となり、50歳代で該当者として移行している。	

メタボリックシンドロームの該当状況(男女合計)(年度別)

年度	健診受診者数(人)	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	2,563	380	14.8%	308	12.0%	1,836	71.6%	39	1.5%
平成31年度	2,343	340	14.5%	258	11.0%	1,695	72.3%	50	2.1%
令和2年度	2,352	382	16.2%	286	12.2%	1,643	69.9%	41	1.7%
令和3年度	2,752	508	18.5%	290	10.5%	1,930	70.1%	24	0.9%
令和4年度	2,617	430	16.4%	320	12.2%	1,812	69.2%	55	2.1%

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

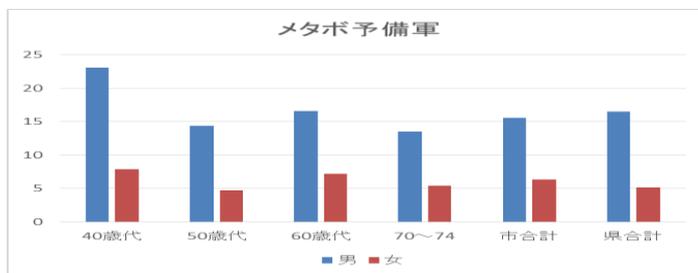
メタボリックシンドロームの該当状況の推移(男女合計)(年度別)



●メタボリックシンドローム該当者・予備群(令和4年度)

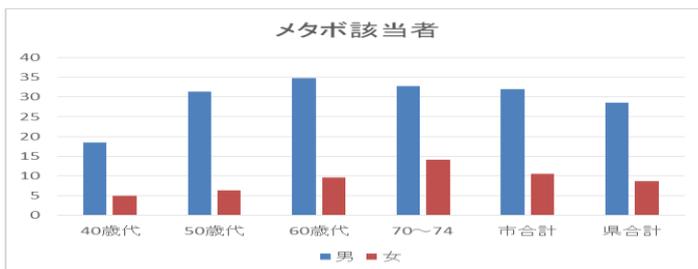
予備群

	男	女
40歳代	23.1	7.9
50歳代	14.4	4.7
60歳代	16.6	7.2
70～74	13.5	5.4
市合計	15.6	6.3
県合計	16.5	5.1



該当者

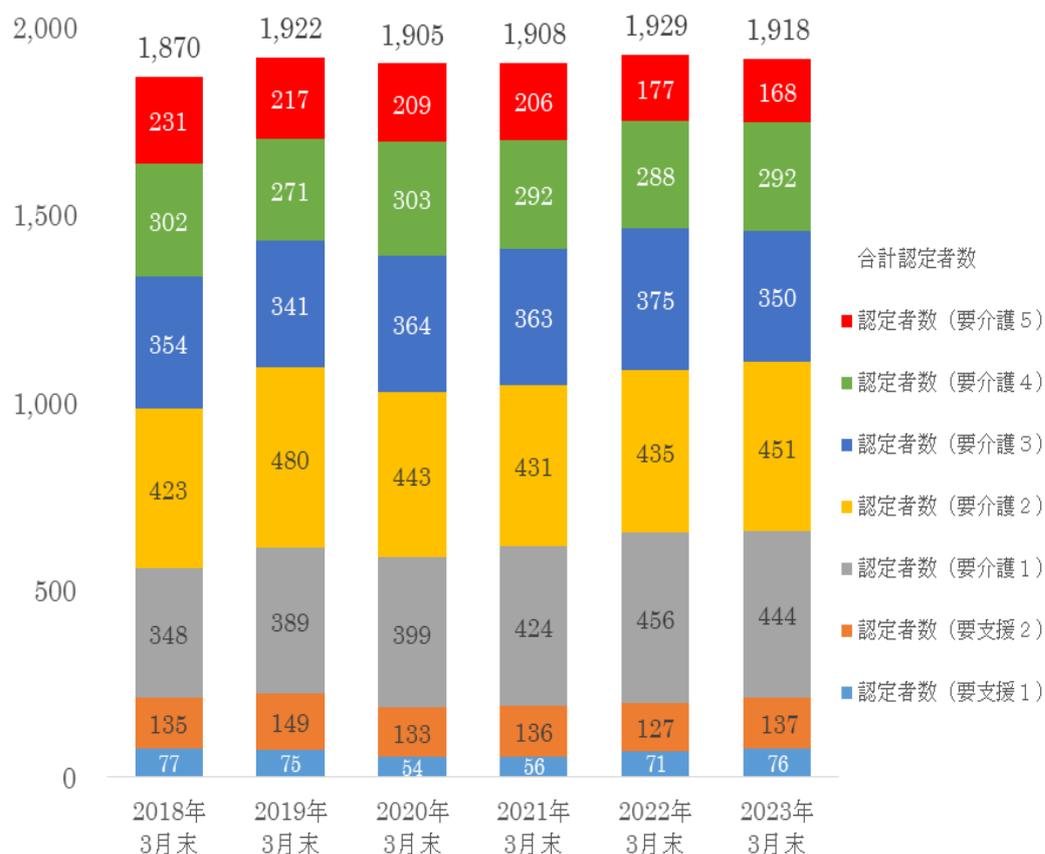
	男	女
40歳代	18.5	5
50歳代	31.4	6.4
60歳代	34.8	9.6
70～74	32.7	14.1
市合計	32	10.6
県合計	28.6	8.7



図表4	介護保険の状況	出典	厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム
データ分析の結果	本市における要介護認定の状況をみると、認定者数は増加傾向にあります。2018年3月末から現在の推移を要介護度別にみると、総数は横ばいであるが、要介護1及び要介護2は増加傾向にある一方、要介護5は減少傾向となっている。なお、認定率は13%前後を推移しており、全国及び山梨県に比べて低い傾向にある。		

要支援・要介護認定者数

		単位	2018年 3月末	2019年 3月末	2020年 3月末	2021年 3月末	2022年 3月末	2023年 3月末
富士吉田市	認定者数（要支援1）	（人）	77	75	54	56	71	76
	認定者数（要支援2）		135	149	133	136	127	137
	認定者数（要介護1）		348	389	399	424	456	444
	認定者数（要介護2）		423	480	443	431	435	451
	認定者数（要介護3）		354	341	364	363	375	350
	認定者数（要介護4）		302	271	303	292	288	292
	認定者数（要介護5）		231	217	209	206	177	168
	合計認定者数		1,870	1,922	1,905	1,908	1,929	1,918
	第1号被保険者数		13,971	14,224	14,412	14,549	14,569	14,638
	合計認定率	（%）	13.4	13.5	13.2	13.1	13.3	13.2
全国	合計認定率	（%）	18.0	18.3	18.4	18.7	18.9	19.0
山梨県	合計認定率	（%）	15.5	15.7	15.6	15.9	16.1	16.1

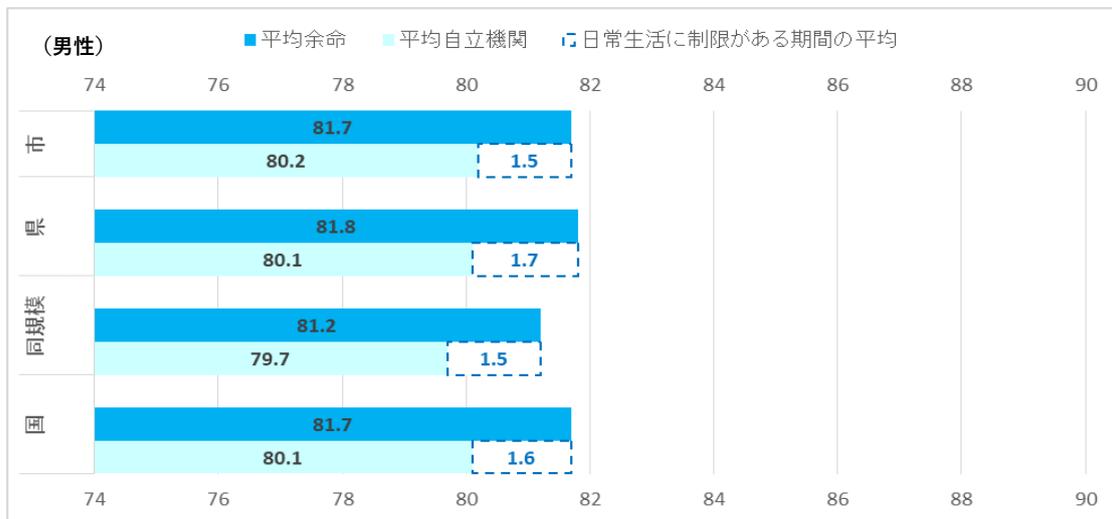


図表5	死因の状況、平均余命と平均自立期間	出典 KDB帳票 No.1地域の全体像の把握-平均寿命/平均自立期間
データ分析の結果	<p>市の令和4年度の死因はがん(47.7%)、心臓病(26.7%)、脳疾患(15.2%)となっており、県等とほぼ同じ割合で推移している。しかし、糖尿病(3.7%)については県等と比較し高い割合である。</p> <p>平均余命は、ある年齢の人々がその後何年生きられるかという期待値を指し、ここでは0歳児時点の平均余命を示している。また、平均自立期間は要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したもので、健康寿命の指標の一つである。平均余命と平均自立期間の差は、日常生活に制限がある期間を意味している。</p> <p>本市の平均余命は男女ともに県より短く、国、同規模より長い。しかし、平均自立期間は男女ともに国、県、同規模に比べ長い。</p>	

① 令和4年度死因

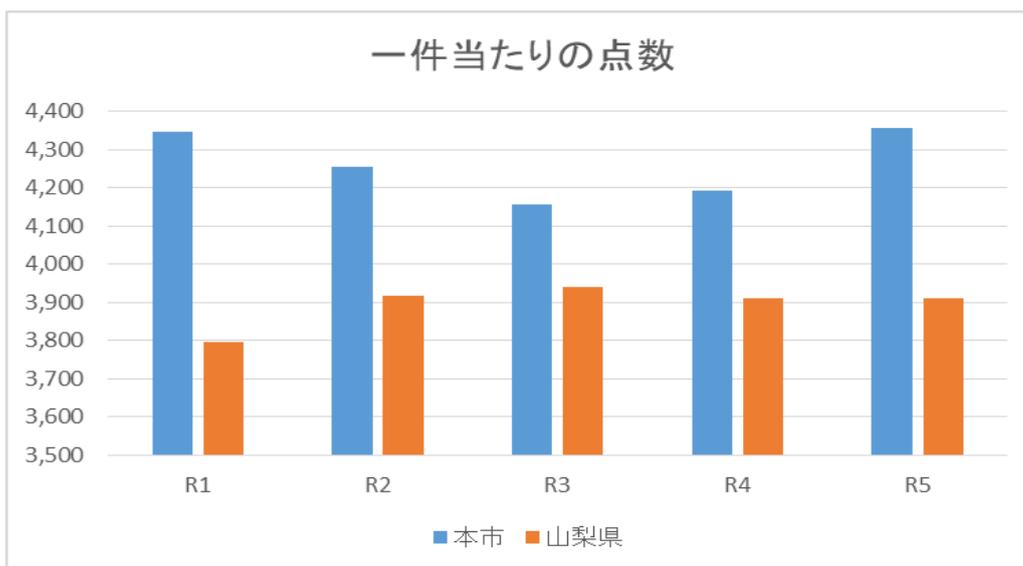
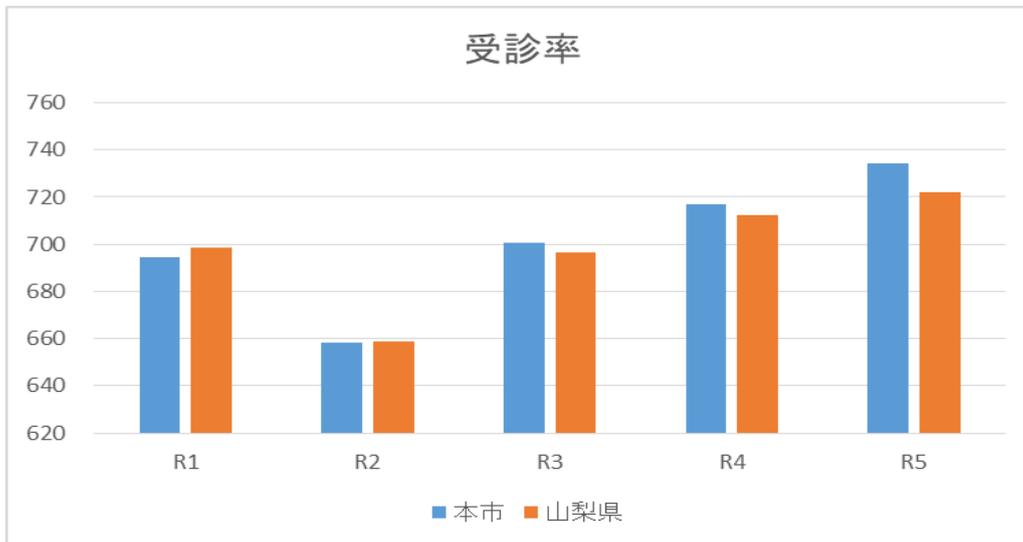
死因	市	県	同規模	国
がん	47.7%	49.0%	47.3%	49.9%
心臓病	26.7%	26.8%	29.4%	28.1%
脳疾患	15.2%	15.2%	15.1%	13.7%
糖尿病	3.7%	2.2%	1.9%	1.9%
腎不全	4.9%	4.3%	4.0%	3.8%
自殺	1.7%	2.5%	2.3%	2.6%

② 令和4年度平均余命と平均自立期間（平均自立期間：要介護2以上になるまでの期間）



図表6-1	医療費等の状況	出典 KDB帳票 No.1地域の全体像の把握-健診
データ分析の結果	受診率については、令和2年度にコロナ禍による受診控えが見られたものの年々増加の傾向にある。一件当たりの点数については、県の平均と比較すると全ての年度で大きく上回っており、コロナ禍の令和2年度も変わらない状況である。受診率は県の平均と変わらないことから、重症化するまで病院に行かない傾向があると考えられる。	

① KDB帳票 No.1地域の全体像の把握 - 健診

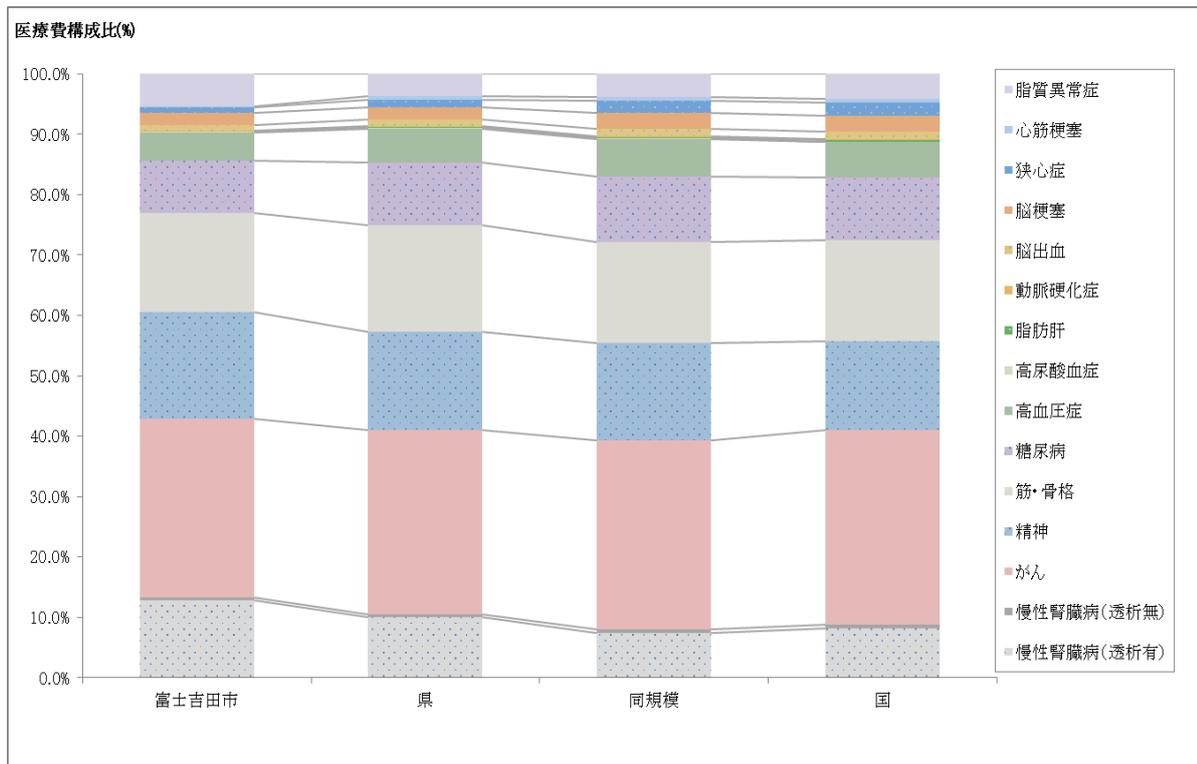


<p>図表6-2</p>	<p>最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)</p>	<p>出典 国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」</p>
<p>データ分析の結果</p>	<p>医療費を最大医療資源傷病名別にみると、「がん」が占める割合が29.7%で最も多く、これは国や山梨県と同様の傾向である。次いで「精神」「筋・骨格」「糖尿病」「脂質異常症」が多い。県に比べて、「慢性腎臓病(透析有)」が占める割合が高く、「精神」「脂質異常症」の割合も高くなっている。</p>	

最大医療資源傷病名別 医療費構成比(令和4年度)

傷病名	富士吉田市	県	同規模	国
慢性腎臓病(透析有)	12.8%	10.0%	7.5%	8.2%
慢性腎臓病(透析無)	0.5%	0.5%	0.6%	0.6%
がん	29.7%	30.5%	31.3%	32.2%
精神	17.6%	16.2%	16.2%	14.7%
筋・骨格	16.5%	17.6%	16.7%	16.7%
糖尿病	8.7%	10.3%	10.8%	10.4%
高血圧症	4.6%	5.7%	6.3%	5.9%
高尿酸血症	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
脂肪肝	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%
動脈硬化症	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
脳出血	0.9%	1.1%	1.2%	1.3%
脳梗塞	2.0%	2.0%	2.7%	2.6%
狭心症	0.9%	1.2%	1.9%	2.1%
心筋梗塞	0.2%	0.6%	0.7%	0.7%
脂質異常症	5.4%	3.7%	3.8%	4.1%

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6-3	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	年度別の医療費の状況をみると、多少前後はするものの横ばいで推移している。		

被保険者一人当たりの医療費及び医療費の三要素(年度別)

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	
入院	被保険者一人当たりの医療費(円)	124,591	139,213	125,867	125,423	120,983	
	三要素	受診率(件/人) ※	0.24	0.26	0.23	0.23	0.23
		一件当たりの日数(日) ※	16.83	16.94	18.02	17.53	17.26
		一日当たりの医療費(円) ※	30,830	31,988	29,868	31,337	30,797
入院外	被保険者一人当たりの医療費(円)	170,872	180,973	173,618	183,646	185,403	
	三要素	受診率(件/人) ※	7.02	7.12	6.79	7.17	7.11
		一件当たりの日数(日) ※	1.62	1.61	1.63	1.61	1.59
		一日当たりの医療費(円) ※	14,990	15,795	15,691	15,903	16,370
全体	被保険者一人当たりの医療費(円)	295,463	320,185	299,485	309,070	306,386	
	三要素	受診率(件/人) ※	7.26	7.38	7.02	7.40	7.33
		一件当たりの日数(日) ※	2.13	2.14	2.18	2.10	2.08
		一日当たりの医療費(円) ※	19,136	20,252	19,601	19,875	20,085

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。対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60カ月分)。

資格確認日…各月、1日でも資格があれば分析対象としている。

年齢範囲…各年度末時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…各年度末時点。

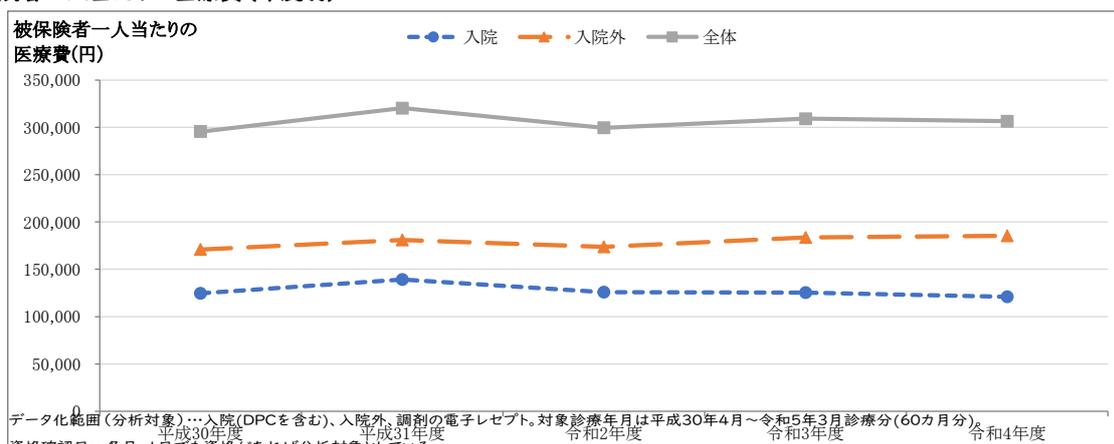
本分析における被保険者一人当たりの医療費は、分析期間内の被保険者数を用いて算出している。そのため、月単位の被保険者数を用いて算出している他帳票とは一致しない。

※受診率…被保険者一人当たりのレセプト件数。集計に調剤レセプトを含まない。

※一件当たりの日数…集計に調剤レセプトを含まない。

※一日当たりの医療費…集計に調剤レセプトを含む。

被保険者一人当たりの医療費(年度別)



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。対象診療年月は平成30年4月～令和5年3月診療分(60カ月分)。

資格確認日…各月、1日でも資格があれば分析対象としている。

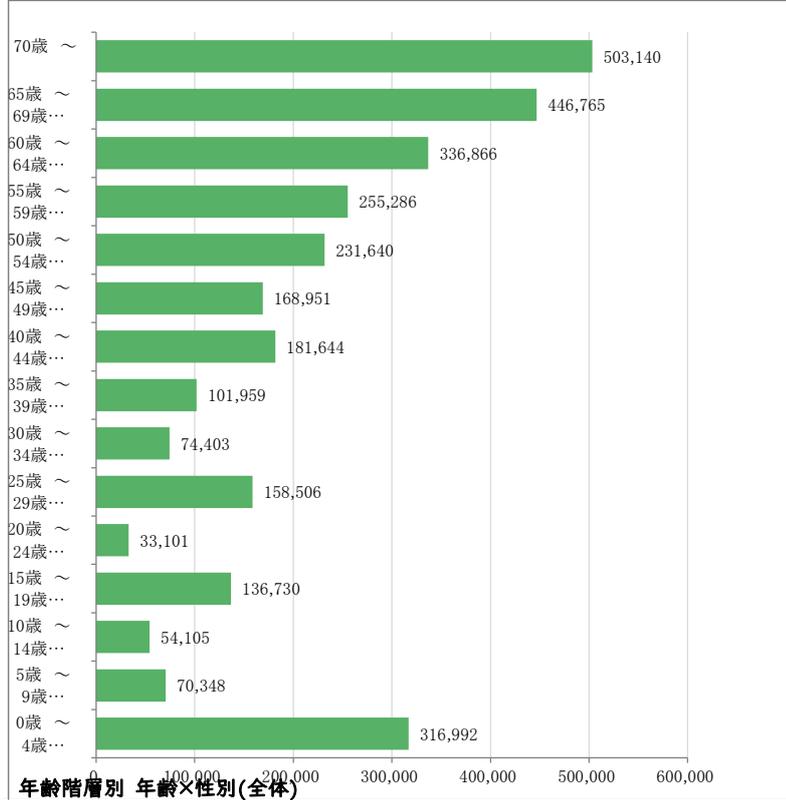
年齢範囲…各年度末時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…各年度末時点。

本分析における被保険者一人当たりの医療費は、分析期間内の被保険者数を用いて算出している。そのため、月単位の被保険者数を用いて算出している他帳票とは一致しない。

<p>図表6-4 年齢階層別医療費の状況</p>	<p>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)」</p>
<p>データ分析の結果 年齢階層別にみると、0歳～4歳、60歳～64歳、65歳～69歳、70歳～74歳で医療費が高くなっている。 0歳～4歳：内分泌、栄養及び代謝疾患、呼吸器系の疾患、周産期に発生した病態 60歳～64歳：新生物<腫瘍>、循環器系の疾患、精神および行動の障害 65歳～69歳：新生物<腫瘍>、循環器系の疾患、腎尿路生殖器系の疾患 70歳～74歳：新生物<腫瘍>、循環器系の疾患、筋骨格系及び結合組織の疾患</p>	

レセプト情報分析 被保険者一人当たりの医療費
集計単位：年齢階層別



データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。
年齢基準日…令和5年3月31日時点。
※医療費…各月、1日でも資格があれば分析対象としている。

年齢階層	1	2	3	4	5
0歳～4歳	IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患	X. 呼吸器系の疾患	X VI. 周産期に発生した病態	X X II. 特殊目的用コード	X II. 皮膚及び皮下組織の疾患
5歳～9歳	X. 呼吸器系の疾患	X IX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響	X X II. 特殊目的用コード	X II. 皮膚及び皮下組織の疾患	VII. 眼及び付属器の疾患
10歳～14歳	X. 呼吸器系の疾患	X X II. 特殊目的用コード	V. 精神及び行動の障害	X II. 皮膚及び皮下組織の疾患	VII. 眼及び付属器の疾患
15歳～19歳	VI. 神経系の疾患	X. 呼吸器系の疾患	X IX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響	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たいもの	X II. 皮膚及び皮下組織の疾患
20歳～24歳	V. 精神及び行動の障害	X. 呼吸器系の疾患	X X II. 特殊目的用コード	VI. 神経系の疾患	X V. 妊娠、分娩及び産じよく
25歳～29歳	III. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	V. 精神及び行動の障害	VI. 神経系の疾患	X. 呼吸器系の疾患	X II. 皮膚及び皮下組織の疾患
30歳～34歳	X IV. 腎尿路生殖器系の疾患	VI. 神経系の疾患	V. 精神及び行動の障害	X I. 消化器系の疾患	X. 呼吸器系の疾患
35歳～39歳	V. 精神及び行動の障害	VI. 神経系の疾患	X. 呼吸器系の疾患	IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患
40歳～44歳	VI. 神経系の疾患	V. 精神及び行動の障害	X. 呼吸器系の疾患	X IX. 損傷、中毒及びその他の外因の影響	X I. 消化器系の疾患
45歳～49歳	II. 新生物<腫瘍>	V. 精神及び行動の障害	X IV. 腎尿路生殖器系の疾患	X. 呼吸器系の疾患	X I. 消化器系の疾患
50歳～54歳	V. 精神及び行動の障害	X IV. 腎尿路生殖器系の疾患	IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	II. 新生物<腫瘍>
55歳～59歳	V. 精神及び行動の障害	VI. 神経系の疾患	II. 新生物<腫瘍>	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患
60歳～64歳	II. 新生物<腫瘍>	IX. 循環器系の疾患	V. 精神及び行動の障害	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患
65歳～69歳	II. 新生物<腫瘍>	IX. 循環器系の疾患	X IV. 腎尿路生殖器系の疾患	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患
70歳～	II. 新生物<腫瘍>	IX. 循環器系の疾患	X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患	X IV. 腎尿路生殖器系の疾患	IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。
年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を0歳～99歳の範囲で分析対象としている。
年齢基準日…令和5年3月31日時点。
医療費…各月、1日でも資格があれば分析対象としている。
株式会社データホライゾン 医療費分析技術を用いて疾病毎に点数をグルーピングし算出。

図表6-5	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、「精神および行動の障害」が最も多く、19.3%を占めており、次いで「新生物<腫瘍>」「循環器系の疾患」が多くを占めている。「新生物<腫瘍>」の中では「肺がん」「胃がん」多く次いで「膵臓がん」が占める割合が多い。また、最小分類で見ると、「統合失調症」「脳梗塞」「うつ病」が割合として高い。	

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	精神及び行動の障害	19.3%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	12.4%		統合失調症 12.4%
			その他の精神及び行動の障害	2.3%		
			気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	2.3%		うつ病 2.3%
2	新生物<腫瘍>	15.8%	その他の悪性新生物<腫瘍>	7.2%		膵臓がん 1.3%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	1.5%		卵巣腫瘍(悪性) 0.7%
			胃の悪性新生物<腫瘍>	1.5%		脳腫瘍 0.7%
						肺がん 1.5%
						胃がん 1.5%
3	循環器系の疾患	12.8%	その他の心疾患	4.9%		不整脈 1.5%
			脳梗塞	2.6%		心臓弁膜症 1.3%
			脳内出血	1.3%		脳梗塞 2.6%
						脳出血 1.3%
4	神経系の疾患	10.8%	その他の神経系の疾患	4.8%		パーキンソン病 0.1%
			てんかん	2.8%		一過性脳虚血発作 0.0%
			脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	1.9%		睡眠時無呼吸症候群 0.0%

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

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

図表6-6	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、18.4%を占めており、次いで「内分泌、栄養及び代謝疾患」「尿路性器系の疾患」が多くを占めている。「新生物」<腫瘍>の中では、「前立腺がん」「膵臓がん」「肝がん」の占める割合が高い。また、最小分類で見ると、「慢性腎臓病(透析あり)」「糖尿病」「脂質異常症」「肺がん」が割合として高い。	

大・中・細小分類別分析(外来)(令和4年度)

順位	大分類別分析		中分類別分析		細小分類分析	
1	新生物<腫瘍>	18.4%	その他の悪性新生物<腫瘍>	7.7%	前立腺がん	1.3%
			気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	5.0%	膵臓がん	1.1%
			肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	1.1%	脳腫瘍	0.7%
					肺がん	5.0%
					肝がん	1.1%
2	内分泌、栄養及び代謝疾患	14.9%	糖尿病	7.6%	糖尿病	7.1%
			脂質異常症	5.2%	糖尿病網膜症	0.4%
			その他の内分泌、栄養及び代謝障害	1.5%	脂質異常症	5.2%
					痛風・高尿酸血症	0.1%
3	尿路性器系の疾患	14.5%	腎不全	12.1%	慢性腎臓病(透析あり)	10.0%
			その他の腎尿路系の疾患	0.9%	慢性腎臓病(透析なし)	0.4%
			前立腺肥大(症)	0.6%		
					前立腺肥大	0.6%
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	11.0%	炎症性多発性関節障害	3.7%	関節疾患	3.6%
			脊椎障害(脊椎症を含む)	1.7%	痛風・高尿酸血症	0.1%
			骨の密度及び構造の障害	1.7%		
					骨粗しょう症	1.7%

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

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

図表7	人工透析に関する分析	出典	国保データベース(KDB)システム 「医療費分析(1)細小分類」
データ分析の結果	被保険者に占める透析患者割合は県や国と比較して多い。年度別の透析患者はやや減少傾向にあり、患者一人当たりの透析医療費は減少傾向である。また、慢性腎臓病透析ありの千人当たりのレセプト件数の年齢別では、45歳～50歳と65歳～74歳の透析件数が県や国に比べて多くなっている。		

被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
富士吉田市	9,624	55	0.57%
県	178,894	778	0.43%
同規模	2,020,054	7,840	0.39%
国	27,488,882	89,397	0.33%

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

年度別 透析患者数及び医療費

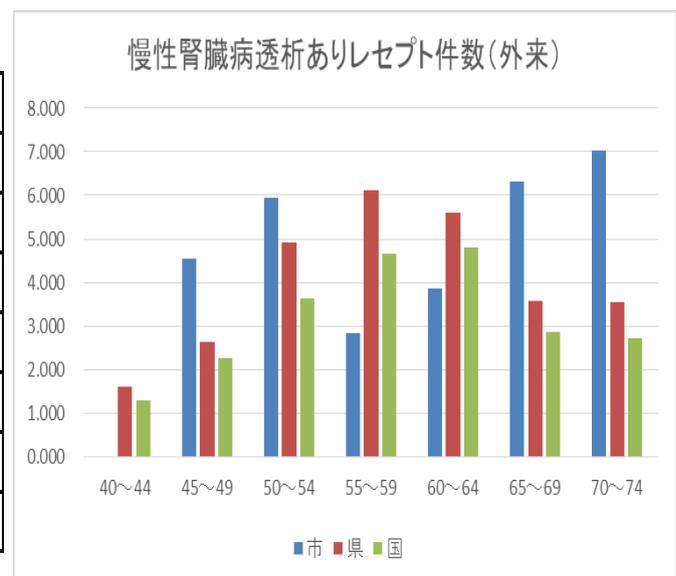
年度	透析患者数(人)	透析医療費(円)※	患者一人当たりの透析医療費(円)
平成31年度	65	437,463,530	6,730,208
令和2年度	69	444,852,460	6,447,137
令和3年度	54	357,236,750	6,615,495
令和4年度	55	319,124,570	5,802,265

出典:国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

●千人当たりのレセプト件数(外来:慢性腎臓病透析あり)
(令和4年度)

	市	県	国
40～44	0.000	1.604	1.292
45～49	4.543	2.642	2.266
50～54	5.946	4.924	3.632
55～59	2.822	6.119	4.650
60～64	3.849	5.602	4.790
65～69	6.323	3.569	2.872
70～74	7.022	3.552	2.722



図表8-1	重複頻回受診者に係る分析(令和4年度)	出典	KDB帳票 保険事業介入支援管理 -重複・頻回受診の状況
データ分析の結果	令和4年度の重複頻回受診者(月に3医療機関、15日以上受診)は、5人となっており、病名としては、重複受診については、「不眠症」「慢性気管支炎」「COVID-19」「慢性胃炎」が多く、頻回受診については、病名としては「変形性腰痛症」「統合失調症」と筋骨格系及び結合組織の疾患が多い。		

令和5年4月診療 KDB 重複頻回受診の状況

被保険者数		9,658				
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	5,271	307	101	25	10
	2医療機関以上	2,075	208	61	14	5
	3医療機関以上	615	86	26	5	1
	4医療機関以上	160	31	11	1	0
	5医療機関以上	30	10	4	0	0

※外来(医科・歯科)のみを対象とする

重複受診 (令和4年度)

※(株)データホライズン分析

順位	病名	分類	割合(%)
1	変形性腰椎症	筋骨格系及び結合組織の疾患	10.2%
2	統合失調症	精神及び行動の障害	8.6%
3	腰椎椎間板症	筋骨格系及び結合組織の疾患	6.0%
4	頸肩腕症候群	筋骨格系及び結合組織の疾患	5.1%
5	腰部脊柱管狭窄症	筋骨格系及び結合組織の疾患	5.1%
6	肩関節周囲炎	筋骨格系及び結合組織の疾患	5.1%
7	頸椎捻挫	損傷, 中毒及びその他の外因の影響	4.9%
8	変形性膝関節症	筋骨格系及び結合組織の疾患	4.6%
9	椎間板ヘルニア性腰痛症	筋骨格系及び結合組織の疾患	4.6%
10	胃炎	消化器系の疾患	4.0%

頻回受診

順位	病名	分類	割合(%)
1	変形性腰椎症	筋骨格系及び結合組織の疾患	10.2%
2	統合失調症	精神及び行動の障害	8.6%
3	腰椎椎間板症	筋骨格系及び結合組織の疾患	6.0%
4	頸肩腕症候群	筋骨格系及び結合組織の疾患	5.1%
5	腰部脊柱管狭窄症	筋骨格系及び結合組織の疾患	5.1%
6	肩関節周囲炎	筋骨格系及び結合組織の疾患	5.1%
7	頸椎捻挫	損傷, 中毒及びその他の外因の影響	4.9%
8	変形性膝関節症	筋骨格系及び結合組織の疾患	4.6%
9	椎間板ヘルニア性腰痛症	筋骨格系及び結合組織の疾患	4.6%
10	胃炎	消化器系の疾患	4.0%

データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月~令和5年3月診療分(12カ月分)。資格確認日…令和5年3月31日時点。
 頻回受診者数…1カ月間で同一医療機関に12回以上受診している患者を対象とする。透析患者は対象外とする。

図表8-2	重複服薬者に係る分析(令和4年度)	出典	KDB帳票 保険事業介入支援管理 -重複・多剤処方状況
データ分析の結果	令和4年度の重複服薬者(同一月に同一薬効の医薬品を2機関以上から処方されている者)は、44人となり、薬品名としては、催眠鎮静剤、抗不安剤として効能のある、「サイレース錠2mg」「レンドルミンD錠0.25mg」が多く、次いで血管拡張剤の「アムロジピンOD錠5mg」、精神神経用剤「p」デパス錠0.5mg」が多く服用されている。		

令和5年4月診療 KDB重複処方の状況

重複処方の状況		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)									
被保険者数		重複処方を受けた者(人)									
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)		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	44	17	6	1	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

重複服薬 ※(株)データホライゾン分析

順位	薬品名 ※	効能	割合(%)
1	サイレース錠2mg	催眠鎮静剤, 抗不安剤	7.8%
2	レンドルミンD錠0.25mg	催眠鎮静剤, 抗不安剤	5.6%
3	アムロジピンOD錠5mg「ファイザー」	血管拡張剤	5.1%
4	デパス錠0.5mg	精神神経用剤	5.0%
5	マイスリー錠10mg	催眠鎮静剤, 抗不安剤	4.7%
6	エバデールS900 900mg	その他の血液・体液用薬	4.1%
7	SG配合顆粒	解熱鎮痛消炎剤	3.2%
8	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」	高脂血症用剤	3.2%
9	プルゼニド錠12mg	下剤, 浣腸剤	3.1%
10	セルベックスカプセル50mg	消化性潰瘍用剤	2.6%

データ化範囲(分析対象)…入院(DPCを含む)、入院外、調剤の電子レセプト。対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

重複服薬者数…1カ月間で同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、同系医薬品の日数合計が60日を超える患者を対象とする。

※薬品名…重複服薬と判定された同系の医薬品の中で、最も多く処方された薬品名

図表8-3	多剤処方に係る分析	出典	KDB帳票 保険事業介入支援管理 -重複・多剤処方状況
データ分析の結果	令和4年度の多剤処方の状況として、同一薬剤に関する処方日数が1日以上で処方薬剤数15種類以上の方は91名となっている。		

令和5年4月診療 KDB多剤処方の状況

多剤処方の状況		処方薬剤数(同一月内)											
被保険者数		処方を受けた者(人)											
同一薬剤に関する処方日数(同一月内)		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	4,358	3,708	3,046	2,383	1,841	1,403	1,068	787	570	436	91	25
	15日以上	3,545	3,157	2,692	2,163	1,712	1,327	1,025	764	557	427	90	25
	30日以上	2,726	2,441	2,106	1,710	1,376	1,087	855	649	471	365	78	22
	60日以上	901	807	698	567	447	369	296	226	162	116	28	9
	90日以上	273	240	212	168	136	111	84	64	48	34	8	3
	120日以上	23	23	20	16	11	10	6	6	5	5	2	1
	150日以上	11	11	10	8	7	7	3	3	3	3	1	1
	180日以上	8	8	8	6	6	6	3	3	3	3	1	1

※外来(医科・歯科・調剤)のみを対象とする

長期多剤服薬者の状況

		~39歳	40歳 ~44歳	45歳 ~49歳	50歳 ~54歳	55歳 ~59歳	60歳 ~64歳	65歳 ~69歳	70歳~	合計
A	被保険者数(人)	2,196	417	543	710	741	1,028	1,755	3,370	10,760
B	長期服薬者数(人)※	78	19	35	45	73	105	246	486	1,087
C	長期多剤服薬者数(人)※	19	8	16	25	41	54	129	277	569
C/A	被保険者数に占める 長期多剤服薬者割合(%)	0.9%	1.9%	2.9%	3.5%	5.5%	5.3%	7.4%	8.2%	5.3%
C/B	長期服薬者数に占める 長期多剤服薬者割合(%)	24.4%	42.1%	45.7%	55.6%	56.2%	51.4%	52.4%	57.0%	52.3%

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12月~令和5年3月診療分(4カ月分)。

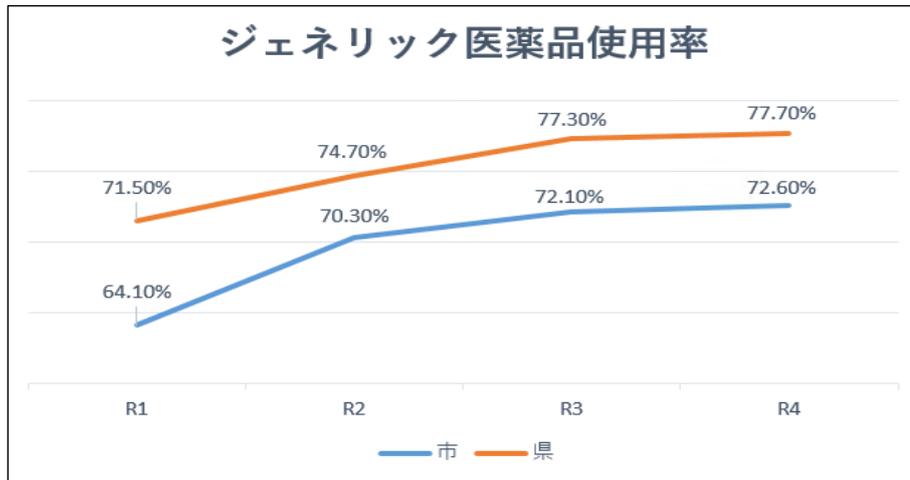
一時的に服用した医薬品を除くため、処方日数が14日以上の医薬品を対象としている。複数医療機関から処方された内服薬のうち、基準月(分析期間最終月)に服用して長期処方薬の種類数を集計する。基準月の服用状況については、基準月に処方された薬剤と基準月以前に処方された長期処方薬を調剤日と処方日数から判定している。

※長期服薬者数…複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されている人数。

※長期多剤服薬者数…複数医療機関から内服薬が長期(14日以上)処方されており、その長期処方の内服薬が6種類以上の人数。

図表9	後発医薬品の普及率	出典	保険者ネットワークファイル受信システム
データ分析の結果	令和4年度の後発医薬品使用率は72.6%と、第2期データヘルス計画の目標値である70%を上回る数値となった。一方で、県平均と比較するとどの年度も約5%ほど下回っている。		

① ジェネリック医薬品使用率年度間推移 データ受信システム 集計表を加工



② 令和4年度ジェネリック医薬品使用率月間推移 データ受信システム 集計表を加工



II 健康・医療情報等の分析と課題

I 現状	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	
	(健診問診項目の該当者割合、等)		(健診検査項目の有所見率、等)		(医療費の状況、等)	
	量的データ	質的データ	量的データ	質的データ	量的データ	質的データ
	<ul style="list-style-type: none"> 1日1時間以上運動なしの割合が県平均より、約10%高い。 生活習慣改善意欲なしの割合が県平均より、約20%高い。 「食べる速度が速い」「咀嚼(噛みにくい)」の割合がともに県平均より、約6%高い。 喫煙者が15.7%と県(14.3)、国(13.8)より多く、がんや高血圧、脂質異常症へのリスクを持っている。 朝食の欠食が10.3%で県(8.8)より多く、肥満につながりやすい。 毎日飲酒する人が26.6%と県(21.5)や国(25.5)に比べて多く、肥満や高血圧、糖尿病のリスクを持っている。 		<ul style="list-style-type: none"> 「メタボ該当者・予備群」が、女性よりも男性の方が多い。男女とも40歳代のメタボ予備群の割合が高く、メタボ該当者の割合が20.5%と県(17.9)と比べて高い。 「血糖・血圧・脂質」の割合が県平均より、約2%高い。 健診有所見者状況によると摂取エネルギーの過剰に関するBMI、ALT、HDLの異常値は、40~65歳まで国、県より高く、特に男性においてBMI、ALTの値が高い。 		<ul style="list-style-type: none"> 「受診勧奨者」の割合が県平均よりも、約4%高い。 「健診未受診者」の一人当たり医療費は、「健診受診者」よりも、約6倍高い。 「脂質異常症の服薬」の割合が県平均より、約4%高い。 健診有所見者状況によると糖尿病、高血圧の異常値は、60歳以上において国、県より高く、特に男性は高血圧が女性より5歳早い段階で多くなっている。高血圧と高血糖はともに血管を傷つけるリスクである。 内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因であるLDLコレステロールの異常値が男性の40代から国、県より高い。 	
	<ul style="list-style-type: none"> 1人1台は自家用車を持っており、近くのコンビニなどに行く際も車を活用する。歩く習慣がない。 貯金会、寄り合いなど人と集まって飲食する機会が多い。 労働力率が高く、働く女性が多い。 市民プールや気軽に運動できる施設がない。 冬は寒くて運動があまりできない。 野菜や果物をご近所から頂くことが多い。 コロナ禍で活動が制限され外に出て人と触れあう機会が減ってしまい寂しい思いをしていた。 ウォーキングをしていると、車から見られ後で噂になるから恥ずかしい。 		<ul style="list-style-type: none"> 漬物や吉田のうどんなど塩辛いものが好き。 コンビニや飲食店を利用する人が多い。 健診を受けていない人が多く、血圧が高くても「元氣だから」と言う人が多い。 30~50歳代の健診受診率は4人に1人である。 仕事の予定がその日でないとかからないから、受けることができない。 		<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病に対する危機感が薄いまま生活を続けてしまう傾向がある。 健診は受けるが、それで満足の人が多い。 保健指導を受けることを嫌がる人も多い。 	
地域特性	①変遷、面積、気候風土	②産業	③交通機関	④医療機関	⑤住民との協働活動	⑥その他(健康に関する活動を協働できる社会資源)
	<ul style="list-style-type: none"> 面積121,830km² 海拔750mの高原都市 地域の大部分が国立公園内にあり 	<ul style="list-style-type: none"> 第2次産業就業者比率が高く、労働力率も高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 車での移動が主 中央自動車道と東富士五湖道路が接続し、スマートインターが2か所ある(西柱・忍野)環境。 富士急行線(電車)があり 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関数が多い。 休日・夜間の診療体制の整備など、救急医療の体制整備に取り組んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健推進委員、食生活改善推進員等との協働活動あり。 	<ul style="list-style-type: none"> 富士吉田市社会福祉協議会 特定非営利活動法人かえる舎 協定等締結している民間企業等



2 健康問題	上記の「I 現状」から健康上の問題と考えられることを住民を主語として整理。(年齢別や疾病別、地区別等の分析などを加えるなど、具体的に記載)
	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の受診率は、増加しており県や国に比べて高いが、男女とも40歳代50歳代の受診率は低い。 特定保健指導の終了率は県に比べて高いが、生活改善の意欲がない方が45.2%と県(24.9)や国(27.8)よりも多い。 1日1時間以上運動なしの割合が県平均より、約10%高く、運動の習慣がない方が県や国より多い。 喫煙者が15.7%と県(14.3)、国(13.8)より多く、がんや高血圧、脂質異常症へのリスクを持っている。 朝食の欠食が10.3%で県(8.8)より多く、肥満につながりやすい。 毎日飲酒する人が26.6%と県(21.5)や国(25.5)に比べて多く、肥満や高血圧、糖尿病のリスクを持っている。 「食べる速度が速い」「咀嚼(噛みにくい)」の割合がともに県平均より、約6%高い。 男女とも40歳代のメタボ予備群の割合が高く、メタボ該当者の割合が20.5%と県(17.9)と比べて高い。 収縮期及び拡張期血圧、HDL及びLDLコレステロールの有所見者の割合が国、県に比べて高い。 空腹時血糖値とHbA1cの有所見者割合は、県より低いが国より高い。 血圧、血糖値、コレステロールの有所見者は40歳代から既に高く、若い年代からの働きかけが必要。 健診結果の受診勧奨者の割合が62.2%と県(58.7)国(57.0)に比べかなり高く、治療が必要な人が多い可能性がある。 一人当たり医療費は、30,043円と県(27,844)、国(27,570)より高く、慢性腎臓病透析ありの占める割合が12.8%と県(10.0)国(8.2)に比べて高い。 医療費に占める脂質異常症の割合が5.4%と県や国に比べて高く、50歳代後半から外来レセプト件数が急増している。 介護保険の1号認定率は14.1%と、県(16.9)、国(19.4)に比べて低いが、新規認定率の比較では+1.5%と県や国(+1.0)より高いため、今後も増加する可能性が高い。 死因のうち糖尿病が3.2%で県(2.1)、国(1.9)に比べて高い 重複受診者62人・多剤服薬者数195人、頻回受診者144人がおり、被保険者全体の4.3%である。 後発医薬品の使用割合は73.2%(令和4年度実績)であり、県の使用割合より低い

D 重症化・合併症発症

E 要介護状態・死亡

(医療費の状況、 健診問診票の既往歴の該当者割合、等)
<ul style="list-style-type: none"> ・「一人当たり医療費」の金額が県平均よりも、約2,000円高い。 ・「慢性腎不全(透析あり)」の割合が県平均よりも、約3%高い。令和5年5月診療分の人工透析患者の併存疾患で糖尿病の診断がある人の割合は57.9%で国(55.6%)より高い。 ・健診有所見者状況によるとeGFR、心電図の異常値に該当する人が国、県より男女ともに高い。 ・健診結果の受診勧奨者の割合が62.2%と県(58.7)、国(57.0)に比べかなり高く、治療が必要な人が多い可能性がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・何か自覚症状が出ないと受診しない。 ・がん精密検査の受診率が低い ・人工透析導入者の原疾患が糖尿病性腎症以外の疾病(糸球体腎炎や腎硬化症など)が多い。 ・コロナ禍で医療機関と行政間で協議会的なものが開催されていない。

(平均寿命、平均余命、標準化死亡比、 介護認定・給付の状況、等)
<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定者の基礎疾患「脂質異常症」の割合が県平均よりも、約8%高い。 ・介護保険の1号認定率は14.1%と、県(16.9)、国(19.4)に比べて低いが、新規認定率の比較では+1.5%と県や国(+1.0)より高いため、今後も増加する可能性が高い。 ・死因のうち糖尿病が3.2%で県(2.1)、国(1.9)に比べて高い。
<ul style="list-style-type: none"> ・ミニデイサービスなど介護予防事業の参加率が高い。 ・介護保険をギリギリまで受けたくない高齢者が多い。



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)
<ul style="list-style-type: none"> ・重複受診者62人・多剤服薬者数195人、頻回受診者144人がおり、被保険者全体の4.3%である。 ・後発医薬品の使用割合は73.2%(令和4年度実績)。 ・県の使用割合より低い

3 健康課題		左記の「II 健康問題」の中から解決可能で、施策として取り組むべき課題を抽出し、優先度をつける。
	健康課題の内容	優先する健康課題
A	特定健康診査の受診率は、増加しているが、男女とも40歳代50歳代の受診率が低い。健診未受診者が多いので発見が遅れ、健診未受診者1人あたりの医療費が高くなっている可能性がある。	✓
B	慢性腎臓病(透析あり)の医療費に占める割合が県・国に比べ多く、併存疾患として糖尿病の診断がある者が国より多い。脂質異常症の医療費が多く、健診のeGFR・高血圧・LDLコレステロールの有所見者も多いことから、動脈硬化が進行し腎機能低下から慢性腎臓病発症につながったと考えられる。	✓
C	食事、飲酒、喫煙、運動、歯科の生活習慣に課題がある人が多く、メタボ該当者や予備軍、男性ではBMI・ALTの有所見者が多く、血糖・血圧・脂質のリスク重複者が多い。若い年代の健診未受診者が多く、生活習慣改善の意欲なしの人も多いことから生活習慣病発症に進行したと考えられる。	✓
D	重複・多剤投薬、頻回受診者が被保険者全体の4.3%おり、治療や生活に不安を抱えていたり、ポリファーマシーなどの健康問題が起きている者がいる可能性がある。	
E	後発医薬品の使用割合は73.2%(令和4年度実績)であり、県の使用割合より低い	



Ⅲ 計画全体

Ⅲ 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	特定健康診査の受診率は、増加しているが、男女とも40歳代50歳代の受診率が低い	✓
B	慢性腎臓病（透析あり）の医療費に占める割合が県・国に比べ多く、併存疾患として糖尿病の診断がある者が国より多い。	✓
C	食事、飲酒、喫煙、運動等の生活習慣に課題がある人が多く、メタボ該当者や予備群、男性ではBMI・ALTの有所見者が多く、血糖・血圧・脂質のリスク重複者が多い。	✓
D	重複・頻回受診は疾患名、周りの環境・状況など個々の情報把握が大切である。頻回受診については整形外科の患者が多くを占めており、医師の指導の下、通院しているケースが多い。	
E	ジェネリック医薬品の使用割合が国が定める現在の目標（80%以上）と比較して低い状況にある。	

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	20代から健診を受けられる体制を整備し、健診受診率の低い層（40～50代）に重点を置きながら、特定健康診査受診率の向上に取り組む。	1
C	検査数値から自身の身体に起こっている状態像が理解でき、生活習慣が振り返られる保健指導や健康教育に取り組む。	1
B	糖尿病の予備群から疾病の理解の促進、適正な受診行動と重症化予防への取組につなげ、糖尿病腎症による透析導入を予防する。	2
B	高血圧、糖尿病、脂質異常症等の疾病の適正な受診行動と重症化予防に取り組む。	3
C	重複・頻回受診者に対し、個別訪問を主とした直接指導を実施し、継続して行うことで改善が図られ、医療費の適正化に努める。	4
D	先発医薬品からジェネリック医薬品への切り替え勧奨を患者に促し、薬剤費の削減を図る。	5
E	自身の健康に関心が持てる情報発信を行い、必要な時に必要な情報や相談が行える体制を整備する。	6

計画全体の目的	自身の健康を把握し、生活習慣病の発症及び重症化を予防することで、健康寿命の延伸を図る。
----------------	---

対応する健康課題	計画全体の目標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
A,B,C	若年層から健康意識を高められるようICTを取り入れた情報発信等を行い、生活習慣の改善や早期治療等により、生活習慣病の重症化を予防する。	運動習慣のある者の割合	31.0%	31.2%	31.5%	31.7%	32.0%	32.3%	32.5%以上
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(※1)	54.5%	減少	減少	減少	減少	減少	54.5%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)	31.2%	29.6%	28.0%	26.4%	24.8%	23.2%	21.1%以下
B,C	糖尿病や慢性腎臓病についての知識や関心を高め、かかりつけ医等と連携した保健指導を目指し、糖尿病性腎症による透析導入を予防する。	HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(※1)	12.3%	12.0%	11.6%	11.3%	10.9%	10.5%	10.2%以下
		糖尿病性腎症病期分類悪化率(短期)(※1)	4.3%	減少	減少	減少	減少	減少	3.9%以下
		糖尿病性腎症病期分類悪化率(中長期)(※1)	8.5%	-	-	7.5%以下	-	-	15.0%以下



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

保健事業番号	事業分類	事業概要			重点・優先度
		事業名	対象	主な内容・方法	
1-1	1. 特定健康診査・特定保健指導	特定健診受診率向上事業	40歳から74歳の被保険者 若年(20歳から39歳)の市民	ハガキの送付及びハガキの返送のない者へのTELによる受診勧奨、40歳受診者へクオカード配布	重点
1-2		特定保健指導事業	特定保健指導基準該当者(39歳以下を含む)	保健師・管理栄養士等による個別保健指導	重点
2-1	2. 糖尿病対策	糖尿病発症予防事業	糖尿病予備群でブドウ糖負荷試験対象者(空腹時血糖110.0~125.9mg/mlまたはHbA1c(NGSP)が6.0~6.4%に該当する方)	糖尿病予備群該当者へのブドウ糖負荷試験の詳細な案内文を送付 運動教室や糖尿病やCKDなどの講演会等の情報提供	重点
2-2		糖尿病性腎症重症化予防事業	特定健診受診者のうち、血糖コントロール不良者またはかかりつけ医からの紹介のあった者	かかりつけ医と連携したTEL・訪問による6ヶ月間の保健指導	
3	3. 生活習慣病重症化予防対策	異常値未治療者・治療中断者受診勧奨事業	前年の特定健康診査で異常値があり、その後レセプトデータから医療機関を受診していないと認められる被保険者	受診勧奨通知を送付	重点
4	4. 適正受診、適正服薬促進対策	重複・頻回受診、重複服薬訪問指導事業	重複・頻回受診、重複服薬対象者	看護師、保健師による電話、訪問指導	
5	5. ジェネリック医薬品(後発品)利用促進対策	ジェネリック医薬品利用差額通知事業	被保険者全員	年2回の差額通知送付	
6	6. 健康意識の向上	健康情報の発信	全住民	広報紙やSNSを用いた健康情報発信	重点

IV 個別事業計画

事業分類I

特定健康診査・特定保健指導

～総合目的・総合評価指標～

総合目的		メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握しハイリスク者へ保健指導を行うことで、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。									
項目	No.	総合評価指標	計画策定時実績	目標値							
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)		
アウトカム指標	1	運動習慣のある者の割合	31.0%	31.2%	31.5%	31.7%	32.0%	32.3%	32.5%以上		
	2	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)	31.2%	29.6%	28.0%	26.4%	24.8%	23.2%	21.1%以下		
		男性	40～49歳	42.1%	41.1%	40.1%	39.1%	38.1%	37.1%	36.1%以下	
			50～59歳	45.5%	43.5%	41.5%	39.5%	37.5%	35.5%	33.5%以下	
			60～69歳	51.4%	48.4%	45.4%	42.4%	39.4%	36.4%	33.4%以下	
			70～74歳	46.3%	43.8%	41.3%	38.8%	36.3%	33.8%	31.3%以下	
		女性	40～49歳	12.9%	11.9%	10.9%	9.9%	8.9%	7.9%	6.9%以下	
			50～59歳	11.1%	10.1%	9.1%	8.1%	7.1%	6.1%	5.1%以下	
			60～69歳	16.8%	15.8%	14.8%	13.8%	12.8%	11.8%	10.8%以下	
			70～74歳	19.5%	18.5%	17.5%	16.5%	15.5%	14.5%	13.5%以下	
		3	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(全年齢)	54.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
	男性		40～49歳	40.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
			50～59歳	55.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
			60～69歳	61.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
			70～74歳	60.2%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
	女性		40～49歳	24.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
			50～59歳	38.2%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
			60～69歳	51.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
			70～74歳	60.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
	4		HbA1c6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)	12.3%	12.0%	11.6%	11.3%	10.9%	10.5%	10.2%以下	
		男性	40～49歳	4.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
			50～59歳	10.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
			60～69歳	17.7%	17.2%	16.7%	16.2%	15.7%	15.1%	14.6%以下	
			70～74歳	21.4%	20.8%	20.1%	19.5%	18.8%	18.2%	17.5%以下	
		女性	40～49歳	2.9%	2.7%	2.6%	2.4%	2.3%	2.1%	1.9%以下	
			50～59歳	2.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少
			60～69歳	9.2%	8.8%	8.4%	8.0%	7.6%	7.2%	6.8%以下	
	70～74歳		10.5%	10.4%	10.2%	10.1%	9.9%	9.8%	9.7%以下		
アウトプット指標	4	特定健康診査受診率	40.4%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	49.0%	50.0%		
		男性	40～49歳	24.5%	25.5%	26.7%	27.9%	29.1%	29.7%	30.3%	
			50～59歳	29.1%	30.3%	31.7%	33.1%	34.6%	35.3%	36.0%	
		女性	40～49歳	31.9%	33.2%	34.7%	36.3%	37.9%	38.7%	39.5%	
	50～59歳		33.6%	34.9%	36.6%	38.3%	39.9%	40.8%	41.6%		
	5	特定保健指導実施率(全体)	28.4%	32.0%	35.6%	39.2%	42.8%	46.4%	50.0%		
動機付け支援		28.1%	31.7%	35.2%	38.8%	42.3%	45.9%	49.5%			
アウトカム指標	6	積極的支援	29.1%	32.8%	36.5%	40.2%	43.9%	47.5%	51.2%		
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.5%	19.8%	20.1%	20.4%	20.7%	21.0%	21.4%以上		

事業Ⅰ-Ⅰ

特定健康診査受診率向上事業

事業の目的	特定健康診査の受診率向上を図り広く市民の健康データを収集・把握することで、糖尿病・高血圧症・脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
-------	---

事業の概要	特定健康診査を受診していない者を対象とし、通知やイベントなどで特定健康診査の受診を促す。
-------	--

現在までの事業結果(成果・課題)	定期的な勧奨通知の送付や、イベントにおける受診勧奨により、第2期データヘルス計画の期間内では特定健康診査受診率は10%近く向上した。しかし、令和4年度の特定健康診査受診率は40.4%であり(27市町村中、23位)、第2期データヘルス計画最終目標である45%は未達成となった。通知による勧奨は広い対象者に簡単に情報を届けられるため一定の効果は得られるものの、新規の受診者獲得に限界を感じているのが課題。特に40代・50代の若い世代の受診率が低いため、その世代に響く働きかけが必要。
------------------	---

対象者	特定健診対象(40歳から74歳)の被保険者 若年(20歳から39歳)の市民
-----	--

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	目標値						
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
アウトカム指標	Ⅰ	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)	31.2%	29.6%	28.0%	26.4%	24.8%	23.2%	21.1%以下	
		男性	40~49歳	42.1%	41.1%	40.1%	39.1%	38.1%	37.1%	36.1%以下
			50~59歳	45.5%	43.5%	41.5%	39.5%	37.5%	35.5%	33.5%以下
			60~69歳	51.4%	48.4%	45.4%	42.4%	39.4%	36.4%	33.4%以下
			70~74歳	46.3%	43.8%	41.3%	38.8%	36.3%	33.8%	31.3%以下
		女性	40~49歳	12.9%	11.9%	10.9%	9.9%	8.9%	7.9%	6.9%以下
			50~59歳	11.1%	10.1%	9.1%	8.1%	7.1%	6.1%	5.1%以下
			60~69歳	16.8%	15.8%	14.8%	13.8%	12.8%	11.8%	10.8%以下
			70~74歳	19.5%	18.5%	17.5%	16.5%	15.5%	14.5%	13.5%以下

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	Ⅰ	特定健康診査受診率	40.4%	42.0%	44.0%	46.0%	48.0%	49.0%	50.0%	
		男性	40~49歳	24.5%	25.5%	26.7%	27.9%	29.1%	29.7%	30.3%
			50~59歳	29.1%	30.3%	31.7%	33.1%	34.6%	35.3%	36.0%
		女性	40~49歳	31.9%	33.2%	34.7%	36.3%	37.9%	38.7%	39.5%
			50~59歳	33.6%	34.9%	36.6%	38.3%	39.9%	40.8%	41.6%
	2	昨年受診者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3	国保加入者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	4	若年への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5	委託業者による通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		

IV個別事業計画

プロセス (方法)	周知	5月上旬に、対象者全員に健診ガイドを送付する。 市の広報誌およびホームページでの周知を行う。	
	勸奨	<ul style="list-style-type: none"> ・民間委託業者による受診勧奨(複数回実施) ・昨年受診者、国保加入者、若年への個別通知 ・かかりつけ医からの情報提供の実施 ・乳幼児健診時に受診勧奨チラシの配布と予約代行 ・市制祭や農業まつりなどのイベントでの受診勧奨と予約代行 ・ウォーキングアプリ利用者やMRSO予約者への受診勧奨 ・子育てLINEや小中学校にて、保護者に向けての受診勧奨情報の発信 ・消防団・商工会に向けて受診勧奨チラシの配布 ・事業所に事業者健診の情報提供依頼 	
	実施および 実施後の 支援	実施形態	集団健診と人間ドック、個別健診を実施。なお、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実施。自費で健診機関を利用したものに健診費用の助成を実施。事業者健診を実施した者の情報提供を依頼。
		実施場所	集団健診：医療センター、美化センター 人間ドック：医療センター、富士吉田市立病院、石和温泉病院クアハウス石和 個別健診：市内の指定医療機関
		時期・期間	各種健診に合わせた勧奨通知を適切なタイミングで発送 集団健診：6月～12月 人間ドック：4月～翌3月 個別健診：12月～翌3月 かかりつけ情報提供：12月～翌3月 健診結果提供：4月～翌3月 事業者健診：4月～翌3月
		データ取得	定期的に健診予約者データを収集し、予約状況の管理を行う。特に人間ドックについては予約状況を毎月医療機関にメール等にて確認する必要がある。
		結果提供(効果検証)	勧奨通知発送後(約2週間～1ヶ月後)の予約状況と発送者一覧を突合し、効果を検証する。
その他 (事業実施上の工夫、これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	勧奨を行う際はターゲットを決めて、適したタイミング・内容で出すと効果的である。(例えば昨年7月に集団健診を受けた方に、今年度7月に発送など)		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康長寿課、市民課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会：集団健診・個別健診・人間ドックを委託
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	外部委託業者：初回勧奨通知(健診ガイド)の作成・発送を委託 外部委託業者：健診受診勧奨通知の作成・発送を委託
	他事業	特定保健指導や運動教室、ふじよしたWalking+の場で、特定健診の周知や受診勧奨を行う。 がん検診との同時実施
	その他 (事業実施上の工夫、これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	担当者によって勧奨通知を出す頻度が変わらないよう、また同じ対象者に近い時期に勧奨通知を発送しないよう、年間のスケジュール作成を行うこと。新しい手法を取り入れることで今まで届かなかった方へ情報を発信できるようにため、情報収集にも積極的に取り組むこと。

事業1-2

特定保健指導事業

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防・改善を図る。
事業の概要	特定健康診査結果において生活習慣病発症のリスクがあると判定された対象者に対し、利用勧奨、特定保健指導を実施する。(39歳以下の若年者を含む)
現在までの事業結果(成果・課題)	R4年度までは積極的支援と動機づけ支援をそれぞれ国保と健康推進で実施していたが、組織編成があり、R5年度より健康推進にて実施する流れとなった。現在、積極的支援は主に県栄養士会に委託しており、動機づけ支援は市の職員にて実施している。指導内容の充実を図ることはもちろん、本市は県などと比較して保健指導実施率が低いため、周知や実施方法についても再検討し、指導実施率の向上を図る必要がある。

対象者	特定保健指導基準該当者(39歳以下を含む)
-----	-----------------------

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	19.5%	19.8%	20.1%	20.4%	20.7%	21.0%	21.4%以上

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	特定保健指導初回指導実施率	31%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
		動機づけ支援	27%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
		積極的支援	39%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
	2	特定保健指導実施率(全体)※	28.4%	32.0%	35.6%	39.2%	42.8%	46.4%	50.0%
		動機づけ支援	28.1%	31.7%	35.2%	38.8%	42.3%	45.9%	49.5%
		積極的支援	29.1%	32.8%	36.5%	40.2%	43.9%	47.5%	51.2%
	3	体重・腹囲改善率(2kg/2cm)	17.5%	18.0%	18.4%	18.8%	19.2%	19.6%	20.0%

※実施率は最終面談まで終了した者の割合のこと。国保法定報告の終了率と同義

プロセス(方法)	周知	対象者には通知を送付する。通知に反応がない場合、電話にてお知らせする。健診申込時に文面や口頭で、対象となった場合は保健指導を受けるよう説明。市の広報誌・ホームページでの周知。	
	勧奨	通知にて利用勧奨。通知に反応がない場合は電話フォローにて初回面談の利用勧奨を行う。最終面談については初回面談担当者が電話連絡する。	
	実施および実施後の支援	初回面接	集団健診における特定保健指導対象者は、健診結果の代わりに勧奨通知を送付し、面談の申込を入れてもらい、初回面接の場で健診結果を返却する。人間ドック等における特定保健指導対象者は、検査機関よりデータ到着後に案内を送付し、申込に基づいて面接実施する。(市専門職・委託栄養士にて面接実施)
		実施場所	市庁舎・対象者の自宅等にて実施。 R6年度より、ICTによるオンラインの保健指導も導入予定。
		実施内容	個別面談において、対象者の特徴・属性に応じ、資料等も活用しながら効果的な指導を実施する。 特定保健指導の効果を高めるために、生活習慣の聞き取りに基づいた個々に合わせた目標の設定、モチベーションを高めるために改善度合いに応じたインセンティブを付与する。 その他、栄養や運動についての集団指導の場(教室等)を企画し、健康への意識づけとともに知識の確認・定着を図る。
		時期・期間	初回面談:検査機関から健診結果が届き次第勧奨通知の発送→指導実施(8~2月頃) 最終評価:積極的支援は初回面接より6か月経過後、動機づけ支援は初回面接より3か月経過後に実施
		実施後のフォロー・継続支援	必要に応じて地区別の健康教室等を紹介。タイミングにより特定保健指導終了時に次年度の健診予約を入れる。
その他(事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	指導の利用勧奨方法を電話から通知に変更したことで受診率が向上した。また、日程についても指定したことが、受診率の向上につながったと考えられる。誰が指導を担当してもなるべく統一した指導が実施しやすいよう、記録用紙を変更した。現在、対象者への指導を実施しているが、今後は希望する方には対象者の家族も含めた支援を実施していけるよう体制づくりをしていく。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康長寿課
	保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	特定健診を委託する市医師会にて条件に基づき、健診結果データに対象者登録していただく。
	国民健康保険団体連合会	KDBに実施データを入力して報告。
	民間事業者	山梨県栄養士会へ面接時の栄養指導・継続支援を委託。(主に積極的支援)、クアハウス石和(当該機関で人間ドックを受診した方)
	他事業	特定保健指導対象者に向けた、栄養・運動の教室を開催。
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)	R4年度までは積極的支援と動機づけ支援をそれぞれ別々の担当にて実施していたが、対象者の利便性向上・受診率向上のため、双方の面接を互いに担えるよう調整している(予約調整・記録様式の変更等)。指導担当者が誰でも近いレベルの支援が実施できるよう、定期的な勉強会の開催や記録様式や資料等の工夫もしたい。また、面接の方法(対面・オンライン)や時間帯等、より柔軟に対応できるように調整していく。	

～総合目的・総合評価指標～

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

項目	No.	総合評価指標	計画策定時実績	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)	12.3%	12.0%	11.6%	11.3%	10.9%	10.5%	10.2%以下		
		男性	40～49歳	4.5%	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少	
			50～59歳	10.7%	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少	
			60～69歳	17.7%	17.2%	16.7%	16.2%	15.7%	15.1%	14.6%以下	
			70～74歳	21.4%	20.8%	20.1%	19.5%	18.8%	18.2%	17.5%以下	
		女性	40～49歳	2.9%	2.7%	2.6%	2.4%	2.3%	2.1%	1.9%以下	
			50～59歳	2.4%	減少	減少	減少	減少	減少	現状値より減少	
			60～69歳	9.2%	8.8%	8.4%	8.0%	7.6%	7.2%	6.8%以下	
			70～74歳	10.5%	10.4%	10.2%	10.1%	9.9%	9.8%	9.7%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)	0.7%	減少	減少	減少	減少	減少	0.6以下	
			男性	40～49歳	0.9%	減少	減少	減少	減少	減少	0.8以下
				50～59歳	0.5%	減少	減少	減少	減少	減少	0.4以下
	60～69歳			0.9%	減少	減少	減少	減少	減少	0.8以下	
	70～74歳			2.1%	減少	減少	減少	減少	減少	2.0以下	
	女性		40～49歳	0%	減少	減少	減少	減少	減少	0%	
			50～59歳	0%	減少	減少	減少	減少	減少	0%	
			60～69歳	0.4%	減少	減少	減少	減少	減少	0.3以下	
			70～74歳	0.4%	減少	減少	減少	減少	減少	0.3以下	
	3		HbA1c悪化率(短期)	19.4%	18.7%	18.0%	17.3%	16.6%	15.9%	15.1%以下	
			男性	40～49歳	12.7%	12.3%	11.8%	11.4%	10.9%	10.5%	10.1%以下
				50～59歳	21.8%	21.0%	20.2%	19.4%	18.6%	17.8%	17.0%以下
		60～69歳		19.4%	18.7%	18.0%	17.3%	16.6%	15.9%	15.1%以下	
		70～74歳		19.3%	18.6%	17.9%	17.2%	16.5%	15.8%	15.0%以下	
		女性	40～49歳	12.8%	12.4%	12.0%	11.6%	11.2%	10.8%	10.3%以下	
			50～59歳	17.3%	16.7%	16.0%	15.4%	14.7%	14.1%	13.4%以下	
			60～69歳	19.1%	18.4%	17.7%	17.0%	16.3%	15.6%	14.9%以下	
			70～74歳	23.1%	22.3%	21.6%	20.8%	19.9%	18.9%	17.9%以下	
		HbA1c悪化率(中長期) ※計画策定時:R1→R4(中期) ※中期:R5→R8、長期:R5→R11	23.5%	-	-	15.1%以下	-	-	18.6%以下		
男性		40～49歳	21.6%	-	-	13.7%以下	-	-	17.6%以下		
		50～59歳	27.0%	-	-	17.0%以下	-	-	21.0%以下		
		60～69歳	23.6%	-	-	15.2%以下	-	-	18.8%以下		
		70～74歳	24.1%	-	-	15.7%以下	-	-	19.3%以下		
女性	40～49歳	19.2%	-	-	11.5%以下	-	-	13.5%以下			
	50～59歳	29.6%	-	-	19.4%以下	-	-	24.1%以下			
	60～69歳	22.5%	-	-	14.3%以下	-	-	17.7%以下			
	70～74歳	20.3%	-	-	12.7%以下	-	-	15.3%以下			

IV個別事業計画

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	4	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合	15.3%	14.8%	14.3%	13.8%	13.3%	12.7%	12.1%以下						
		男性	40~49歳	40.0%	減少	減少	減少	減少	減少	40.0%以下					
			50~59歳	20.0%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%	15.0%以下					
			60~69歳	16.0%	15.4%	14.8%	14.2%	13.6%	13.0%	12.3%以下					
			70~74歳	13.8%	13.3%	12.8%	12.3%	11.8%	11.2%	10.6%以下					
		女性	40~49歳	33.3%	減少	減少	減少	減少	減少	33.3%以下					
			50~59歳	0%	維持	維持	維持	維持	維持	0%					
			60~69歳	23.1%	22.5%	21.9%	21.3%	20.6%	19.9%	19.2%以下					
			70~74歳	5.6%	5.3%	5.0%	4.7%	4.3%	4.0%	3.7%以下					
			5	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率(短期)	4.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	3.9%以下			
	男性			40~49歳	2.5%	対象者数が少ないため、計画策定時の参考値のみとして使用する。									
		50~59歳		5.5%											
		60~69歳		5.2%											
		70~74歳		6.0%											
	女性	40~49歳		2.5%											
		50~59歳		3.0%											
		60~69歳		2.9%											
		70~74歳		4.8%											
		糖尿病性腎症重病期分類 悪化率(中長期) ※計画策定時:R1→R4(中期) ※中期:R5→R8、長期:R5→R11		8.5%	-							-	7.5%以下	-	-	15.0%以下
		6	男性	40~49歳	7.1%							対象者数が少ないため、計画策定時の参考値のみとして使用する。			
50~59歳	9.9%														
60~69歳	9.3%														
70~74歳	11.9%														
女性	40~49歳		1.8%												
	50~59歳		4.8%												
	60~69歳		7.2%												
	70~74歳		13.7%												
健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合	1.9%	1.8%	1.7%	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%								

事業2-1

糖尿病予備群介入事業

事業の目的	糖尿病の予備群および未治療の方への早期発見、早期予防、早期治療につなげる。	
事業の概要	糖尿病予備群と判定された方にブドウ糖負荷試験についての機会を勧奨し、糖代謝異常の判定(正常型、境界型、糖尿病型)に即した食事、運動など予防について情報提供することで、糖尿病に移行させない。	
現在までの事業結果(成果・課題)	糖尿病予備群の方へのブドウ糖負荷試験の受診率が30%前後と低い状況が続いている。また、HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病治療無しの者の割合が県が11.0%に比べ市は15.3%と高く、早期発見や早期治療につながっていない。治療に至らない糖尿病予備群への生活習慣の専門的なアドバイスを受け入れる体制が不十分である。	
対象者	選定方法	ブドウ糖負荷試験対象者
	選定基準	健診結果による判定基準 空腹時血糖110.0~125.9mg/mlまたはHbA1c(NGSP)が6.0~6.4%に該当する方
	除外基準	75歳以上の方、問診により、薬、治療、経過観察に該当する方、過去2年以内にOGTT受診歴がある方

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	対象者の翌年度の検査値改善者割合		前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加		
	2	HbA1c6.5%(NGSP値)以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合	15.3%	14.8%	14.3%	13.8%	13.3%	12.7%	12.1%以下		
			男性	40~49歳	40%	減少	減少	減少	減少	減少	40.0%以下
				50~59歳	20%	19.0%	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%	15.0%以下
				60~69歳	16%	15.4%	14.8%	14.2%	13.6%	13.0%	12.3%以下
		70~74歳		13.8%	13.3%	12.8%	12.3%	11.8%	11.2%	10.6%以下	
		女性	40~49歳	33%	減少	減少	減少	減少	減少	33.3%以下	
			50~59歳	0%	維持	維持	維持	維持	維持	0%	
			60~69歳	23.1%	22.5%	21.9%	21.3%	20.6%	19.9%	19.2%以下	
	70~74歳		5.6%	5.3%	5.0%	4.7%	4.3%	4.0%	3.7%以下		

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	OGTT検査受診率	30%	32%	34%	36%	38%	40%	42%
	2								
	3								

プロセス(方法)	周知	健診結果報告書通知に併せて精検依頼書(ブドウ糖負荷試験)を同封する。
	受診勧奨と未受診者把握	健診結果と併せて受診勧奨通知を発送。OGTT検査や糖尿病についての情報提供を同時に行い、勧奨する。
	実施後の支援・評価	年度末にアンケートを確認、レセプトで受診状況を確認する。
	その他(事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	未受診者の実態把握を行うため、勧奨通知にQRコードによるアンケートを添付する。実態を把握、分析し、次年度の介入や方法について考えていく。

ストラクチャー(体制)	市内担当部署	健康長寿課 健康推進担当
	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)	・市医師会は年に1回の検診検討部会にて取組について報告する ・市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会などが委員となっている健康づくり協議会にて報告する
	かかりつけ医・専門医	糖尿病専門医に適宜、事業の運営、評価等において相談する。講演会の依頼。かかりつけ医と必要時、支援が必要なケースについては問い合わせをし、情報共有を図る。
	国民健康保険団体連合会	圏域単位での評価や取組みについて情報共有を図る
	その他の組織	富士北麓圏域単位で協議する場合は富士北麓衛生行政研究会を活用する
	他事業	ICTを活用した糖尿病、OGTTに関する情報提供の強化、行政が企画する地域の運動教室などの情報提供
	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)	OGTT対象者の選定基準と医療機関での受診状況に関しては医師会と共有し、基準検討や支援体制について検討していく。OGTT検査後の行政サービスのつなぎや講演会との情報提供など連携体制を富士北麓圏域単位で構築できるようにしていく。

事業2-2

糖尿病重症化予防事業(ハイリスク者への保健指導)

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者における糖尿病の重症化を予防する。
事業の概要	糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、レセプトおよび服薬があるにも関わらず血糖値のコントロール不良者に対して、生活習慣改善・服薬指導を行う。
現在までの事業結果(成果・課題)	富士吉田医師会透折予防支援システムを活用しながら急性進行性糖尿病性腎症の対象者の支援に取り組んできた。透折導入前の支援に対して更に予防的な視点で対象者を選定し、かかりつけ医と顔の見える関係づくりと個別支援(保健、栄養指導)や保健事業につなげ、重症化を更に未然に予防していく必要がある。また、県や圏域単位で取り組める協議会等の場を構築していくことが必要と考える。

対象者	選定方法	健診受診者のうち、HbA1c8.0%以上かつ糖尿病の服薬ありの人を対象として、市で選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	当該年度の健診でHbA1c8.0%以上
		レセプトによる判定基準	糖尿病、糖尿病性腎症が主病(受診歴あり)かつ糖尿病薬剤を処方されている者
		その他の判定基準	医師が必要と認めた者
	除外基準	透折中の者、腎臓移植を受けた者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者、その他医師が不適応と判断する者	
重点対象者の基準	HbA1c8.5%以上、尿たんぱく+以上の人は優先、10人を上限として選定する		

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	対象者の翌年度の検査値改善割合(翌年度の健診におけるHbA1c8.0%以上の人の割合)	0.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	0.6以下	
		男性	40~49歳	0.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	0.8以下
			50~59歳	0.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	0.4以下
			60~69歳	0.9%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	0.8以下
			70~74歳	2.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	2.0以下
		女性	40~49歳	0.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	0%
			50~59歳	0.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	0%
			60~69歳	0.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	0.3以下
	70~74歳		0.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	0.3以下	
	2	保健指導完了者の検査値改善率(関連データ1項目以上の改善でカウント)	50%	60%	60%	70%	70%	80%	80%	80%	
3	介入時に立案した対象者の目標達成率	50%	60%	60%	70%	70%	80%	80%	80%		

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	保健指導実施率	30%(3人/10人)	40%(4人/10人)	50%(5人/10人)	60%(6人/10人)	80%(8人/10人)	80%(8人/10人)	100%(10人/10人)
	2	指導実施者への指導完了率	70%	70%	70%	80%	80%	100%	100%

プロセス(方法)	周知	対象者に個別周知。そのほかに、市内の医療機関に事業説明を行い、医師から勧奨をしてもらう。	
	勧奨	対象者には個別にて通知・電話で利用勧奨を行う。	
	実施および実施後の支援	利用申込	希望者は電話もしくは同意書の返送にて申込、初回面接時までにかかりつけ医より指示書をもらう。(難しい場合は市が代行)
		実施内容	保健師や管理栄養士が月1回の個別面談にて保健指導を実施する。
		時期・期間	6月~12月
		場所	訪問、市の公共施設、ICTを活用したオンライン面談
		実施後の評価	6か月後にアンケートで生活習慣改善状況を確認
		実施後のフォロー・継続支援	翌年度の健診結果でHbA1c8.0%以上の場合は、電話でフォローする。
その他(事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	面談の様子、結果はかかりつけ医へ報告。(目標:報告率100%)		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康長寿課がレセプト・健診結果から対象者を抽出
	保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会には年度初めの連絡会にて説明・周知を図る。
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からも利用勧奨をお願いする。かかりつけ医からの指示書に基づき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付する。
	国民健康保険団体連合会	支援評価委員会の活用
	その他の組織	健康づくり協議会にて説明・周知を図る
	他事業	健康づくり事業「ふじよしたWalking」、運動教室~ボディメイクチャレンジ!!、減塩教室・減塩チャレンジ(食事改善推進委員協働事業)
その他(事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	糖尿病専門医、腎臓専門医を含めた協議会及び事例検討会の開催。(目標:年1回) 他市町村と富士北麓衛生行政研究会を活用し、富士北麓圏域が協働して決めて、圏域単位での成人担当の学習会を開催(随時)	

事業分類3

生活習慣病重症化予防対策

事業3

異常値未治療者・治療中断者受診勧奨事業

事業の目的	健診結果に異常値ありの者のうち、未受診者および治療中断者の早期治療につなげる。	
事業の概要	健診結果に異常値ありの者のうち、未受診および治療中断者に受診勧奨通知の送付を行い、早期の受診を促す。	
現在までの事業結果(成果・課題)	第2期データヘルス計画では、立案されていなかったが若年層からの有所見者の実態と重症化の予防から未治療者や治療中断者に対する継続的な支援を計画として立案する必要がある。	
対象者	選定方法	KDBIにて対象者を抽出。治療中断者については個別のレセプトデータを確認し、精査。
	選定基準	健診結果による判定基準 当該年度の健診結果で ・HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dL以上 ・収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上 ・中性脂肪300mg/dL以上またはLDLコレステロール140mg/dL以上 ・e-GFR45ml/分/1.73㎡未満、または尿蛋白(1+)以上
		レセプトによる判定基準 ①対象者の抽出に使用するすべての期間(過去5年分)のレセプト電算コード情報において、同一年月に、同一の医療機関において一度でも生活習慣病について確定傷病名かつ治療薬の処方があるもの。ただし、生活習慣病の治療薬と確定傷病名は一致する場合に限る。 ②対象者の抽出に使用するすべての期間のレセプト電算コード情報において記録されている最後の治療の際に該当する生活習慣病の確定傷病名が記録され、かつ治療薬を処方されているもの。 ③②の最後の生活習慣病の治療薬処方の記録以降、対象者の抽出に使用するレセプト電算コード情報において6か月以上、傷病名(確定または疑い)など該当する生活習慣病の通院に関する記録がないもの。
	除外基準	透析中の者、腎臓移植を受けた者、がんの受診歴がある者、認知機能障害のある者、精神疾患を有する者、国指定難病を有する者
重点対象者の基準	HbA1c7.0%以上、収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上、中性脂肪500mg/dL以上またはLDLコレステロール180mg/dL以上	

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	対象者の翌年度の検査値改善者割合		前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加
	2	医療機関受診率(通知発送後6か月以内のレセプトで受診有の者の割合)	20%	20%	30%	40%	50%	50%	50%
	3	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合	1.9%	1.8%	1.7%	1.7%	1.6%	1.6%	1.5%

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	受診勧奨通知発送率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス(方法)	周知	勧奨通知をもって周知とする。
	勧奨	対象に受診勧奨通知を発送。
	実施後の支援・評価	通知発送の6か月後、レセプトで受診状況を確認する。
	その他(事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	経年対象者をチェックし、対策を検討する。(目標;対象者リストを経年で作成)

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康長寿課 健康推進担当
	保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会には年度初めの連絡会にて説明・周知を図る。医師会と対象者の選定基準については随時検討を行う。
	かかりつけ医・専門医	中断者については、必要時かかりつけ医へ中断の有無や経緯を確認する。
	民間事業者	委託事業者にてレセプト・健診結果から対象者抽出し、通知発送する。
その他(事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	経年リストを作成し、重点対象者については、必要時訪問指導などを行う。	

事業分類4		適正受診、適正服薬促進対策							
事業4		重複・頻回受診、重複服薬訪問指導事業							
事業の目的	医療費の適正化を図るため、重複受診者及び頻回受診者、重複服薬者への適正受診及び適正服薬勧奨を行う。								
事業の概要	対象者リストまたはレセプトデータから、重複・頻回受診者数や重複服薬患者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について指導を実施。								
現在までの事業結果(成果・課題)	第2期データヘルス計画では、重複受診・重複服薬患者の改善率が80%に及ばず、78%であった。頻回受診患者の改善率は、81.8%と目標の60%を大幅に上回った。改善率が上がった背景には、レセプトに強い看護職の会計年度職員を採用し、家庭訪問や庁内への関係機関との情報共有など地道な活動があったと考えられる。今後、看護職だけでなくケース状況に応じて薬剤師などの専門職と参画し、推進していく必要がある。								
対象者	重複受診者:3か月連続して同一月に同一疾病での受診医療機関が3箇所以上の者 頻回受診者:3か月連続して同一医療機関での受診が15回以上の者 重複投薬者:3か月連続して同一月に同一薬効の医薬品を2機関以上から処方されている者								
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	重複受診患者の改善率80%	72.0%	73.0%	74.0%	75.0%	76.0%	77.0%	80%
	2	頻回受診患者の改善率85%	81.8%	82%	83%	83%	84%	84%	85%
	3	重複投薬患者の改善率90%	84.6%	85%	86%	87%	88%	89%	90%
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	対象者への指導を100%実施する。	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス(方法)	周知	レセプトデータを分析して対象者を抽出し、対象者リストを作成する。 当該対象者に適正な服薬の重要性、かかりつけ薬局への相談を促す内容の通知と相談、訪問の日程について郵送する。							
	相談	電話にて訪問、又は面談日を確認し、相談実施。							
	実施後の支援・評価	指導介入後に、レセプトで受診、服薬状況を確認する。							
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	精神疾患、生活困窮、高齢者等関係部署の支援者と情報共有し、支援の方向性や必要時同伴するなど連携体制を構築していく。							
ストラクチャー(体制)	<ul style="list-style-type: none"> ・主管部門は健康長寿課で保健師2人、看護師(レセプトが読める会計年度職員)1人が担当。予算編成及び関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当。 ・市民課国保・年金担当と適宜調整し、実施結果の報告を行う。 ・事業課題を市医師会・市薬剤師会と共有し、適正受診に向けた周知啓発について検討する。 								

事業分類5		ジェネリック医薬品(後発品)利用促進対策							
事業5		ジェネリック医薬品利用差額通知事業							
事業の目的	ジェネリック医薬品の使用率向上を目指す								
事業の概要	レセプトデータから、後発医薬品の使用率が低く、後発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、ジェネリック医薬品利用差額通知書を送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促す。								
現在までの事業結果(成果・課題)	ジェネリック医薬品利用差額通知書を送付しているが、80%の目標達成には至っていない。市医師会、市薬剤師会と共創体制を構築するなど、積極的に地域の社会資源を活用していく必要がある。								
対象者	300円以上の医療費節減効果が見込まれる者								
	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	ジェネリック医薬品使用率	75%	76%	77%	78%	79%	80%	80%
	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	差額通知対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス(方法)	<ul style="list-style-type: none"> 山梨県国民健康保険連合会のシステムから作成する対象者リストを抽出後、職員が対象者を選定し、差額通知を送送する。 後発医薬品に切り替えることにより300円以上の差額が発生する可能性のある被保険者を選定する。 通知は年2回送付する。 								
ストラクチャー(体制)	<ul style="list-style-type: none"> 主管部門は市民課で事務職が担当。山梨県国保連合会との委託契約の締結、予算編成及び関係機関との連携調整、事業計画書作成を担当。 富士吉田市国民健康保険保健事業運営協議会で年2回報告。 								

事業分類6		健康意識の向上対策							
事業6		ICTを活用した健康情報の発信							
事業の目的	市民の健康管理意識を向上させる								
事業の概要	ICTを活用した健康情報発信やウォーキングアプリの推進								
現在までの事業結果(成果・課題)	当市では、特に30-50代の若い世代の健診未受診者が多く、生活習慣の改善意欲なしの人も多い状況にある。そこで、若い世代はもちろん、働き盛りの中高年にもより手軽に健康情報を入手してもらえる取組が必要であると考えている。								
対象者	全被保険者、市民								
	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	19.5%	20%	22%	24%	26%	28%	30%
	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	富士吉田市ホームページ(健康事業や健康コラム等)への投稿回数	5回	5回	5回	5回	5回	5回	5回
	2	SNS(X、YouTube、Instagram等)への投稿回数	2回	2回	2回	2回	2回	2回	2回
	3	生活習慣の改善意欲なしと回答した人の割合(特定健診の質問票より)	45%	42.5%	40%	37.5%	35%	32.5%	30%
	4	ふじよしだWalking+あるくとアプリ登録者数	1,450人	現状値以上					
プロセス(方法)	<p>◎富士吉田市の健康課題や保健事業の概要及び実施状況、健康情報(疾患・運動・栄養等)をホームページやSNS、ウォーキングアプリ等にて年間計画を作成し、発信する。主に保健師や栄養士などが情報収集したり、時期的なタイムリーな要素も盛り込む。</p> <p>◎健診やがん検診の案内リーフを加入保険に関わらず、市民目線で作成し、広報と共に配布またはHPに掲載する。</p>								
ストラクチャー(体制)	健康長寿課が主体となって年間計画立案。 ウォーキングアプリの活用については、他課や民間業者とのコラボ事業として推進していく。								

V 評価指標一覧

○山梨県共有評価指標 計画全体(総合アウトカム)

		指標	分母	分子	
山梨県共通評価指標	計画全体	1	運動習慣のある者の割合	特定健診受診者のうち、当該回答がある者の数	標準的な質問票10(1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している)で「はい」と回答した者の数
		2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ※性・年齢階層別(10歳刻み)指標も設定	特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧 \geq 130mmHg ②拡張期血圧 \geq 85mmHg
		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%以上の者の数
		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 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I:特定健康診査・特定保健指導

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

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

○富士吉田市独自評価指標 事業分類I:特定健康診査・特定保健指導

		指標	分母	分子	
市独自評価指標	特定健康診査受診率向上事業	1	昨年受診者への通知率	昨年健診受診者数	勧奨通知発送者数
		2	国保加入者への通知率	年度末年齢40歳以上の国保被保険者数	勧奨通知発送者数
		3	若年への通知率	20歳以上40歳未満の国保被保険者数	勧奨通知発送者数
		4	民間委託業者による通知率	民間委託業者による通知発送対象者数	勧奨通知発送者数
市独自評価指標	特定保健指導事業	5	特定保健指導初回指導実施率 ※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	特定保健指導初回面談実施者数
		6	体重・腹囲改善率 (2kg/2cm)	特定保健指導修了者数	分母のうち、体重マイナス2kgかつ腹囲マイナス2cmを達成した者の数

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期等
<ul style="list-style-type: none"> ・通知による受診勧奨の項目として設定 ・昨年受診した人は、次年度も健診を受診しやすいため ・継続的に健診を受診する人を増やすため ・可能であれば、昨年の健診受診月と勧奨通知発送月を合わせ、ちょうど一年後の健診を意識づけること 		<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"> ・通知による受診勧奨の項目として設定 ・新規で加入した方には、窓口にて健診ガイドを渡しているが、多くの書類の中に紛れており直接説明があるわけではないため ・前職がある方の場合、職場健診などの経験があり、市の健診も同様に受ける傾向にあるため 	<ul style="list-style-type: none"> ・各勧奨通知の発送者一覧など 	<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"> ・通知による受診勧奨の項目として設定 ・特定健診の対象ではないが、若いうちから健診を受診することで、毎年の健診受診を習慣づけるため ・若年でも健診結果が悪く、早期の介入が必要な方を発見するため ・市民の健康意識の向上のため 		<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"> ・通知による受診勧奨の項目として設定 ・データ分析に長けた業者による勧奨を行い、通常の勧奨では動かない層に対して効果的なアプローチをかける必要があるため ・山梨県の交付金である「保険者努力支援制度交付金」にて、「特定健診未受診者対策」として補助要件となっており、県として推奨されているため 		<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"> ・保健指導につなげることができた割合の成果指標として設定 ・初回面談にて健診結果の説明や生活習慣の振り返りと改善点の指導をしており、保健指導において初回面談は生活習慣改善へのカギとなる支援といえる ・諸事情等により初回面談のみの実施となる保健指導対象者がいる 	<ul style="list-style-type: none"> ・法定報告、または健康管理システム(LOG HEALTH) 	<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"> ・特定保健指導の効果の評価指標として設定 ・特定保健指導を経て、実際に体重や腹囲が改善した者の割合を把握することができる ・国の特定保健指導の評価も成果重視型になってきている 	<ul style="list-style-type: none"> ・法定報告、または健康管理システム(LOG HEALTH) ・特定保健指導:最終評価「腹囲・体重増減」 	<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

○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	
市独自評価指標	糖尿病予備群介入事業	1	対象者の翌年度の検査値改善者割合	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	OGTT検査受診率	特定健診受診者のうち、OGTT検査対象者の数	OGTT検査受診者の数
	糖尿病重症化予防事業(ハイリスク者への保健指導)	3	保健指導完了者の検査値改善率(関連データ1項目以上の改善でカウント)	保健指導完了者の糖尿病及び腎機能関連検査項目数	保健指導完了者の糖尿病及び腎機能関連検査項目数において、検査数値が改善した項目数
		4	介入時に立案した対象者の目標達成率	対象者が立案した目標数	対象者が立案した目標における達成した数
		5	保健指導実施率	健診受診者のうち、HbA1c8.0%以上かつ糖尿病の服薬ありの人の数	対象者のうち保健指導を実施した数

V評価指標一覧 富士吉田市独自評価指標

	6	指導実施者への指導完了率	初回保健指導実施者の数	初回保健指導実施者の数のうち、保健指導完了した人の数
--	---	--------------	-------------	----------------------------

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期等
<p>・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。</p>	<p>・KDBシステム及び市健康管理システムより取得。 ・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。</p>	<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>
<p>・地域医師会協力のもの糖尿病の発症予防に関する指標として設定。</p>		<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>
<p>・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。</p>		<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>
<p>・糖尿病、糖尿病性腎症における個人の治療に対する意識や行動変容の程度、保健指導の効果を評価するため設定。</p>		<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>
<p>・糖尿病、糖尿病性腎症の方の治療に対する意識、保健指導の実績を評価するため設定。</p>		<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>

V 評価指標一覧 富士吉田市独自評価指標

・保健指導の質、効果を評価するために設定。

・アウトプット指標
・単年ごとの推移をモニタリング

○事業分類3:生活習慣病重症化予防対策

		指標	分母	分子	
市独自評価指標	異常値未治療者・治療中断者受診勧奨事業	1	対象者の翌年度の検査値改善者割合	対象者のうちの当年度の健診受診者数	該当検査項目のうち1項目以上の改善があった人の数
		2	医療機関受診率(通知発送後6か月以内のレセプトで受診有の者の割合)	通知発送者の数	該当項目についての検査、治療のため医療機関を受診した人の数
		3	受診勧奨通知発送率	対象者全体の数	通知を発送した数

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期等
<p>生活習慣病関連数値の異常値放置について、治療効果や生活習慣の改善状況を評価するために設定。</p>	<p>・KDBシステム及び市健康管理システムより取得。</p>	<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>
<p>通知発送による受診勧奨効果と未受診者、中断者の行動変容を評価するために設定。</p>	<p>・KDBシステム及び市健康管理システムより取得。</p>	<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>
<p>業務実績、対象者の選定評価のために設定。</p>	<p>・KDBシステム及び市健康管理システムより取得。</p>	<p>・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>

○事業分類4:適正受診、適正服薬促進対策

		指標		分母	分子
市独自評価指標	重複・頻回受診、重複服薬訪問指導事業	1	重複受診患者の改善率80%	重複受診患者として抽出され、指導対象者と判断された者の数	3ヶ月後のレセプト等により、改善と判断された者の数
		2	頻回受診患者の改善率85%	頻回受診患者として抽出され、指導対象者と判断された者の数	
		3	重複投薬患者の改善率90%	重複投薬患者として抽出され、指導対象者と判断された者の数	
		4	対象者への指導を100%実施する。	上記1~3の合計	指導実施者数

○事業分類5:ジェネリック医薬品(後発品)利用促進対策

		指標		分母	分子
市独自評価	ジェネリック医薬品	1	ジェネリック医薬品使用率	医薬品使用数(数量ベース)	ジェネリック医薬品使用数(数量ベース)

評価指標	利用差額通知事業	2 差額通知対象者への通知率	発送対象者数	発送者数
------	----------	----------------	--------	------

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期等
<p>・第4期医療費適正化計画にて「医療の効率的な提供の推進」が定められているため</p> <p>・山梨県の交付金である「保険者努力支援制度交付金」にて、「重複・頻回受診者に対する保健指導」「重複・多剤服薬者に対する保健指導」として補助要件となっており、県として対策が推奨されているため</p>	<p>・KDBおよび指導対象者名簿など</p>	<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>
		<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>
		<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>
		<p>・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>

設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期等
<p>・厚労省「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」にて、「使用促進にかかる環境整備」として差額通知書発送が規定されているため</p> <p>・山梨県の交付金である「保険者努力支援制度交</p>	<p>・「ファイル受信システム」12番および13番「ジェネリック医薬品使用率等データ」</p>	<p>・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング</p>

V評価指標一覧 富士吉田市独自評価指標

山本不ツ入付並くぬる 不保合カクメ取組及メ
付金」にて、「後発医薬品の促進等の取組・使用割
合」として補助要件となっており、県として対策が推
奨されているため

・「国保総合システム」

・アウトプット指標
・単年ごとの推移をモニタ
リング

○事業分類6:健康意識の向上対策

		指標		分母	分子
市独自評価指標	ICTを活用した健康情報の発信	1	富士吉田市ホームページ(健康事業や健康コラム等)への投稿回数		投稿回数
		2	SNS(X、YouTube、Instagram等)への投稿回数		投稿回数
		3	生活習慣改善意欲がない人の割合	問診票回答者数	「生活習慣改善意欲なし」回答者数
		4	ふじよしだWalking+あるくとアプリ登録者数		アプリ登録者数

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"> ・スマホ普及に伴い、被保険者の情報収集のツールとして優先度が上がったため 	<p>投稿回数</p>	<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"> ・若年層に向けた情報発信のため 		<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"> ・「生活習慣改善意欲なし」と回答した方が、県や国と比べ15～20%以上高く、解離が顕著であるため ・特定健診や特定保健指導の趣旨が、健診を受診し生活習慣の改善を図ることであるため 	<p>KDB 「地域の全体像の把握」</p>	<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"> ・健康維持・管理を図るため ・健康行動に対する付加価値を創造するため ・健診やイベントなどの発信のツールとして使用できるため 	<p>管理画面-利用状況レポート-団体登録者数</p>	<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

VI その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行う。</p> <p>計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定の見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、市の関係機関および広域連合と連携を図る。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及びこれに基づく「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いの為のガイドライン(平成29年4月14日(令和5年3月一部改正)厚生労働省)」及び「富士吉田市個人情報保護条例」に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>
<p>地域包括ケアに係る 取組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論(地域ケア会議等)に保険者として参加する。</p> <p>KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着眼して抽出し、関係者と共有する。これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行う。</p> <p>高齢者の保健事業の一体化事業を行政だけでなく、官民連携また協働していきながら実施する。地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、地区組織活動の育成を行う。</p>
<p>その他留意事項</p>	

Ⅶ 保健事業等事業概要一覧

	事業名	目的・目標	対象	事業内容
1	ふじよしだWalking+	1人でも行える「ウォーキング」に着目し、楽しみながら歩ききっかけを作り、健康づくりにつなげる。	市内在住・在勤・在学の方 (但し、インセンティブの付与は18歳以上)	一般向け無料歩数計アプリ(株)ONE COMPATH「aruku&(あるくと)」に富士吉田市団体機能を追加し、目標歩数達成者に独自のインセンティブを付与する仕組みを構築し、楽しく、競いながら歩く習慣を身につけていただく。 また、アプリ上で、行政から必要なときに健康情報やイベントの情報発信を行うことも可能。(アプリが利用出来ない方には、記録用紙を配布)
2	ふらっと体カアップ倶楽部	シニア世代が健康でいきいきと自立した生活ができるだけ長く送ることができる。	60歳以上の市民	年間を通じて月2回、2ヶ所で開催。ボールを使った筋力トレーニングや無理なくできるストレッチを1時間程度実施する。
3	筋力パワーアップ教室	運動の楽しさを感じることで運動の習慣化を支援する。生活習慣病予防、重症化予防を図る。	市民	年間を通じて月2回。保健推進委員会が主体となり、ここ富士体操・3分間体操を実施。また、専門の講師による運動を実施する。
4	健診事後運動教室	正しい運動方法を学び習慣化することで、生活習慣病の予防・改善を図る。	市民(主な対象者は特定保健指導該当者)	特定保健指導の対象者が出席する2,3月に、生活習慣病予防としての運動の実践方法を学ぶ場として専門の講師による教室を開催する。今後、通年で定期的な実施も検討していく。
5	減塩教室	良い生活・食習慣及び減塩の工夫を学び、自分で適切な食品を選択する力を身につける。さらに、日頃の食生活に反映させることで健康の維持・増進を図る。	特定健診保健指導対象者、市民	R5年度は、12月と1月に各1回ずつ実施。内容は、食生活改善推進員と保健師による生活習慣病の予防についての講義と、栄養士による味覚検査・減塩のクイズ・減塩食品の試食等の実習。
6	基本健診	生活習慣病やその危険因子を早期発見し、適切な生活改善ができるよう栄養や運動などの生活指導へつなげる及び治療が必要なものについては早期に医療に結びつけて、疾病の予防や悪化防止を図る。	75歳以上の後期高齢者、20～39歳の健診を受診する機会のない方	6～12月頃に基本健診・がん検診、骨粗鬆症検査の集団健診を実施する。R6年度より、後期高齢者の人間ドッグ開始。

	事業名	目的・目標	対象	事業内容
7	がん検診、がん精検受診 勸奨	がんを早期発見し、早期治療につなげること、検診を受けたことをきっかけに、予防に向けて行動できるようになることを目的とする。	40歳以上の市民 (前立腺がん検診は50歳以上の男性、乳がん検診は30歳以上の女性、喀痰検査は50歳以上かつ喫煙指数600以上の方、肝がん検査・肺レントゲン検査は30歳以上の方)	年間を通じて乳がん検診、子宮がん検診の個別検診を実施する。精密検査未受診者には受診勸奨を行う。
8	女性の健康増進のためのがん検診推進事業	市が実施する乳がん検診において、一定の年齢の方に検診費用が無料となる無料券を送付して、検診受診の促進を図り、がんの早期発見と正しい健康意識の普及啓発、がんによる死亡者の減少を図る。	◆乳がん 41歳、46歳、51歳、 56歳、61歳の方 ◆子宮がん 20歳以上の女性の方で昨年度未受診の方 (子宮全摘の方は対象外)	乳がん検診において、一定の年齢の者に無料券を送付して受診勸奨を実施する。精密検査未受診者には受診勸奨を実施する。 前年度子宮がん検診を受診していない20歳以上の女性に受診券を個別通知し受診勸奨を促す。
9	歯周疾患検診	加齢に伴う歯の喪失を予防し、口腔機能を維持することで食べる楽しみといったQOLや健康の維持を目指す。	40歳、50歳、60歳、70歳の方	対象者に受診券を郵送し、5月～翌年2月に歯周疾患検診を実施する。
10	後期高齢者歯科検診	加齢に伴う歯の喪失を予防し、口腔機能を維持することで食べる楽しみといったQOLや健康の維持を目指す。	75歳、80歳、85歳、90歳、 95歳以上の方	対象者に受診券を郵送し、5月～翌年2月に歯周疾患検診を実施する。
11	健診事後指導	対象者が健診結果から身体状況を理解し、生活習慣の改善の必要性や改善方法を見つけることを支援することで生活習慣病の発症予防を図る。	基本健診受診者(20～39歳)のうち、メタボリック症候群予備群に該当した方	対象者に対して面接や電話などで結果説明をしながら、生活改善のアドバイスを実施する。
12	転倒予防都市普及事業	全国で初の転倒予防都市宣言を令和3年10月10日に行い、「生まれる前から目指せお達者100歳へ」を基本理念に掲げ、市民が協力し合い、励まし合いながら転ばないまちを目指す。	市民	毎月市内の商店などにてインボディ測定、握力測定など健康チェックや栄養相談、ここ富士体操など実施し、市民に1311運動を紹介し、自身の健康について振り返る機会を地区組織や民間企業と協働し提供する。

		事業名	目的・目標	対象	事業内容
13	高齢者の 一体化事業	ハイリスクア プローチ (低栄養)	地域に暮らす高齢者の低栄養状態を改善し、また、口腔機能の低下が疑われる場合は状況により必要な支援につなげ、介護予防・QOL向上を目指す。	前年度の健診結果より、BMI 18.5以下の者(但し、診療報酬等で栄養指導が実施されている者、及びがん患者は除く)。また、質問票にて口腔機能(お茶や汁物等でむせる、半年前に比べて固いものが食べにくい)と1年間に転倒したいずれかの質問票に2つ以上該当した者	管理栄養士、保健師による訪問または電話による栄養相談・助言等を3~6か月を1クールとして3回実施する。口腔機能においても確認し、必要時サービスに繋げる。
		ハイリスクア プローチ (健康不明者対策)	健診を受けた履歴が確認できないなどにより、健康状態が不明な高齢者の状態を把握し、健康課題がある人については必要なサービスなどへの連携や支援を行うことで、健康状態の悪化予防・フレイル予防につなげる。	・後期高齢者医療保険に加入している人のうち、健診を受診していない人や医療や介護サービスなどの利用履歴が確認できない者 ・高齢者支援などで実態把握が行われていない者	KDBシステムから、医療、介護、健診等何も利用していない対象者に対して実態調査を実施し、状態を把握し、必要な支援につなげる。電話、訪問等にて質問票等を活用し、状況把握する。
		ポピュレーション (通いの場におけるフレイル予防)	高齢者が健康状態に関心を持ち、自ら生活習慣の振り返りを行うとともに、生活機能低下の状態に気づく機会を提供し、改善につなげる	① コミュニティカフェ(市内6か所)に通う高齢者 ② ふらっと体力アップ教室(市内4か所)に通う高齢者 ③ いきいきサロンに通う高齢者	通いの場において、質問票や簡単な体力測定等を通じて、状態を把握し、状態に応じた相談支援を行う。必要に応じて、受診・健診受診勧奨し、本人の状況を確認しながら、地域包括支援センターにつなげたり、運動教室等の案内を行う。
14	山梨県後期高齢者医療保健事業受託事業	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病の定期的な受診があった者のうち、医療機関の受診を取りやめており、治療中断していると考えられる者を対象に、糖尿病性腎症の重症化及び患者のQOL低下を防ぐとともに、人工透析への移行の帽子を目的とした受診勧奨を行うことで医療費の適正化を図る。	過去1年間のレセプトにおいて糖尿病の定期的な受診があった者のうち、医療機関の受診を取りやめており、治療中断していると考えられる者	左記の該当する者を広域連合で抽出し、リストを市町村へ送付。 受託市町村において該当者を再度チェックし、広域連合が受診促進のための通知書を対象者に郵送する。通知書郵送後に効果測定を行い、行動変容が見られない対象者に訪問指導等を行う。
		生活習慣病重症化予防事業	生活習慣病(高血圧症・脂質異常症等)ば定期的な受診があった者のうち、医療機関の受診を取りやめており、治療中断していると考えられる者を対象に受診勧奨を行い、生活習慣病の重症化を予防し、患者のQOLの低下を防ぐとともに医療費の適正化を図る。	過去1年間のレセプトにおいて生活習慣病の定期的な受診があった者のうち、医療機関の受診を取りやめており、治療中断していると考えられる者	レセプトデータ等の健康・医療情報を活用し、医療機関への受診が必要な被保険者を抽出し、受診促進のための通知書をや対象者へ郵送。通知書郵送後に効果測定を行い、行動変容が見られない対象者に訪問指導等を行う。
		重複頻回受診者等訪問指導事業	被保険者の適正な受診を促し、もって被保険者の健康の保持・増進及び医療費の適正化を図ることを目的とする。	・重複受診者：2か月連続して、同一傷病での1か月当たりのレセプトが2枚以上 ・頻回受診者：3か月連続して、同一医療機関での1か月当たりの受診回数が15回以上 ・重複投薬者：3か月連続して、2機関以上の投薬	左記の該当する者を広域連合で抽出し、リストを市町村へ送付。 受託市町村において該当者へ訪問等による指導を実施。

第2部
第4期特定健康診査等実施計画

I. 計画策定の概要

(1) 計画の趣旨

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

このような状況に対応するため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、高齢者の医療の確保に関する法律第19条（昭和57年法律第80号。以下「法第19条」という。）により、医療保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施することとされた。

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

(2) 計画の目的

本計画は、富士吉田市国民健康保険加入者における糖尿病等の生活習慣病有病者、及びその予備群の減少、及び健康の保持増進を図るために、特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施するために策定するものである。

(3) 計画の位置づけ

本計画は、国民健康保険法（昭和13年第60号）第82条第1項および「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条の規定に基づき、富士吉田市が策定する計画であり、計画の策定にあたっては、「富士吉田市総合計画」及び「富士吉田市高齢者福祉・介護保険事業計画」「富士吉田市健康増進計画」との整合性を図ることとする。

(4) 計画の期間

計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

(5) データ分析期間

■入院（DPCを含む）、入院外、調剤の電子レセプト

単年分析

令和4年4月～令和5年3月診療分（12カ月分）

■健康診査データ

単年分析

令和4年4月～令和5年3月健診分（12カ月分）

年度分析

令和2年度…令和2年4月～令和3年3月健診分（12カ月分）

令和3年度…令和3年4月～令和4年3月健診分（12カ月分）

令和4年度…令和4年4月～令和5年3月健診分（12カ月分）

■国保データベース（KDB）システムデータ

令和2年度～令和4年度（3年分）

Ⅱ. 特定健康診査及び特定保健指導の現状と評価

(1) 取り組みの実施内容

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

【特定健康診査】

特定健康診査では、「健診事業」と「情報提供事業」に分類することができ、各分類の詳細については下記の通りである。			
分類	事業名	実施先	時期
健診事業	集団健診	富士吉田医師会	6月～12月
	個別健診	市内対象医療機関	12月～翌3月
	人間ドック	富士吉田医師会	4月～翌3月
		クアハウス石和	
富士吉田市立病院			
情報提供事業	かかりつけ医情報提供	市内対象医療機関	12月～翌3月
	健診結果提供	個人	4月～翌3月
	事業者(主)健診	各事業所	4月～翌3月
		厚生病院	4月～翌3月

「健診事業」：市が健診を実施している事業

「情報提供事業」：市が実施している健診以外の健診を受けた場合、または健診に相当する検査を受けた場合、その結果を市に提供する事業

【特定保健指導】

積極的支援 山梨県栄養士会に委託、職員による指導と合わせて実施

動機付け支援 職員による指導を実施

※クアハウス石和で人間ドックを実施した者については、クアハウス石和にて実施

(2) 特定健康診査の受診状況

以下は、平成30年度から令和4年度における、特定健康診査の受診状況を示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、受診率40.4%は平成30年度37.6%より2.8ポイント増加した。しかし国の目標値である60%とは大きな乖離があることが現状である。令和2年度についてはコロナ禍による受診控えがあり、健診受診率の低下がみられたものの他市町村と比較すると軽微なものであった。男女間の受診率を比較すると6%もの差がみられ、女性の方が男性に比べ健診を受診しやすい傾向がある。

【特定健康診査の受診者数・受診率の年度間比較】 ※資料:法定報告

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
国保被保険者数(40~74歳)		7,519人	7,218人	7,208人	7,035人	6,560人
特定健診受診者数 (40~74歳)	男	1,329人	1,203人	1,172人	1,320人	1,228人
	女	1,499人	1,341人	1,325人	1,526人	1,421人
合計		2,828人	2,544人	2,497人	2,846人	2,649人
特定健診受診率	男	34.90%	32.90%	32.30%	37.60%	37.20%
	女	40.40%	37.70%	37.10%	43.30%	43.60%
	合計	37.60%	35.20%	34.60%	40.50%	40.40%
【参考】県内市町村順位		24位	26位	21位	23位	23位
【参考】県平均受診率		45.70%	46.30%	39.00%	45.20%	46.90%

(3) 特定保健指導の実施状況

以下は、平成30年度から令和4年度における、特定保健指導の実施状況を示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、終了率28.4%は平成30年度26.0%より2.4ポイント増加した。一方で途中の年度をみると、終了率が大きく上下していることが分かる。これは年度の後半に健診を実施した方は年度内に保健指導が終了せず次年度の実績に加えられていること、かつ令和2年度のコロナ禍の影響で健診が後ろ倒しになったことによるものと考えられる。

【特定保健指導の終了者数・終了率の年度間比較】 ※資料:法定報告

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
指導対象者数(40~74歳)		315人	287人	316人	333人	299人
終了者数 (40~74歳)	積極	8人	32人	15人	76人	30人
	動機	74人	93人	39人	93人	55人
	合計	82人	125人	54人	169人	85人
終了率	積極	9.00%	42.10%	14.10%	67.30%	29.10%
	動機	32.70%	44.10%	18.40%	42.30%	28.10%
	合計	26.00%	43.60%	17.10%	50.80%	28.40%
【参考】県内市町村順位		47.00%	52.10%	46.00%	50.40%	48.40%
【参考】県平均終了率		22位	18位	22位	15位	23位

※終了者数:初回面談-最終面談まで参加した人数

(4) メタボリックシンドローム該当状況

以下は、和4年4月~令和5年3月健診分(12カ月)における、特定健康診査受診者のメタボリックシンドローム該当状況を示したものである。基準該当は16.4%、予備群該当は12.2%である。

【メタボリックシンドロームの該当状況(男女合計)】

	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)	2,617	430	320	1,812	55
割合(%) ※	-	16.4%	12.2%	69.2%	2.1%

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

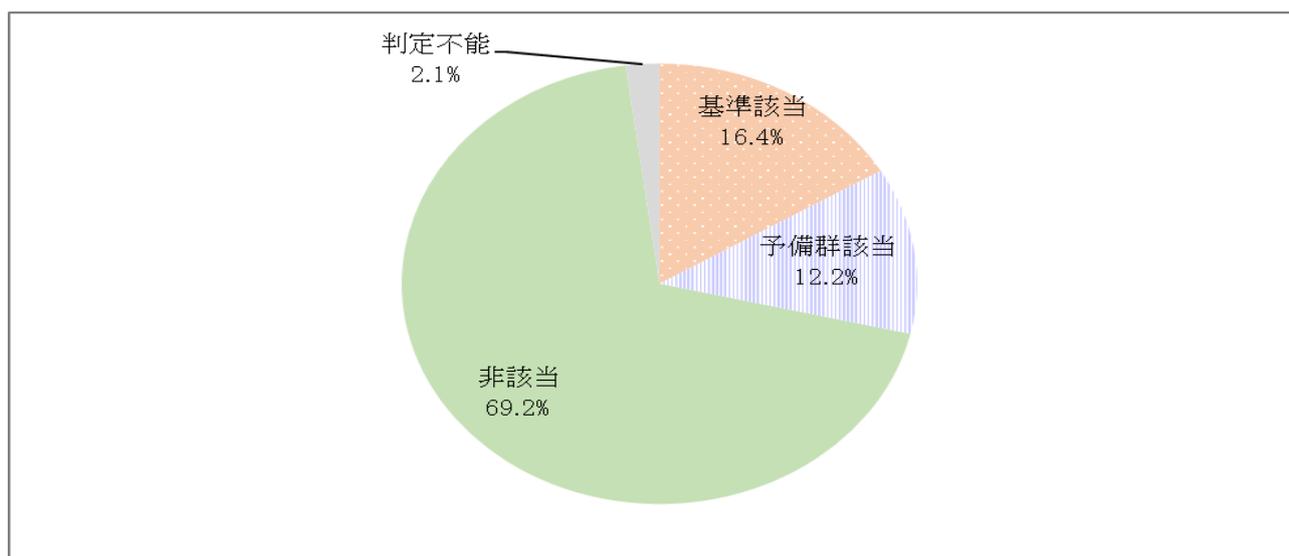
資格確認日…令和5年3月31日時点。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年3月31日時点。

※割合…メタボリックシンドロームレベルに該当した人の割合。

【メタボリックシンドロームの該当割合(男女合計)】



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年3月31日時点。

※割合…メタボリックシンドロームレベルに該当した人の割合。

【メタボリックシンドロームの判定基準】

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通りである。

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ある。令和4年度を平成30年度と比較すると、基準該当16.4%は平成30年度14.8%より1.6ポイント増加しており、予備群該当12.2%は平成30年度12.0%より0.2ポイント増加している。

【メタボリックシンドロームの該当状況(男女合計)(年度別)】

年度	健診受診者数(人)	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	2,563	380	14.8%	308	12.0%	1,836	71.6%	39	1.5%
平成31年度	2,343	340	14.5%	258	11.0%	1,695	72.3%	50	2.1%
令和2年度	2,352	382	16.2%	286	12.2%	1,643	69.9%	41	1.7%
令和3年度	2,752	508	18.5%	290	10.5%	1,930	70.1%	24	0.9%
令和4年度	2,617	430	16.4%	320	12.2%	1,812	69.2%	55	2.1%

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

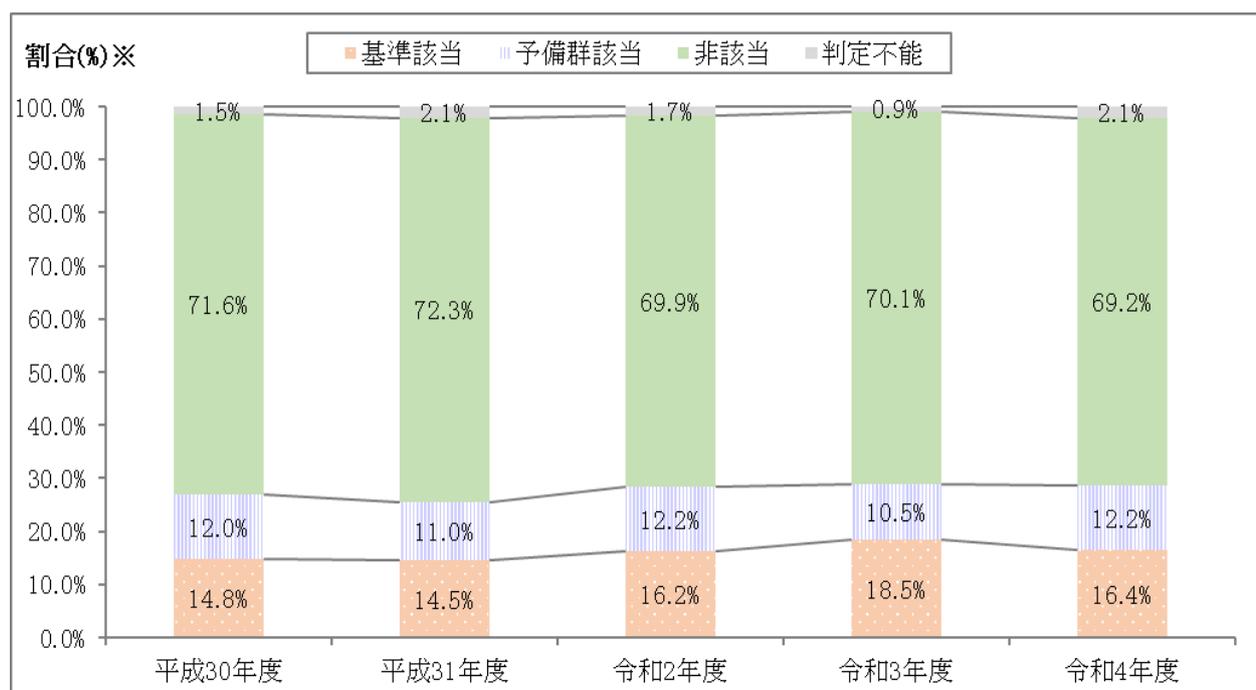
資格確認日…各年度末時点。

※年齢範囲…各年度末時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。

※年齢基準日…各年度末時点。

※割合…メタボリックシンドロームレベルに該当した人の割合。

【メタボリックシンドロームの該当状況の推移(男女合計)(年度別)】



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

資格確認日…各年度末時点。

※年齢範囲…各年度末時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。

※年齢基準日…各年度末時点。

※割合…メタボリックシンドロームレベルに該当した人の割合

Ⅲ. 特定健康診査に係る詳細分析

(1) 特定健診の受診者と未受診者の生活習慣病治療状況

以下は、特定健康診査受診状況別に、生活習慣病の医療機関受診状況を分析した結果を示したものである。

【特定健診受診状況別 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	2,617	36.0%	1,515,778	124,229,101	125,744,879
健診未受診者	4,646	64.0%	17,281,799	174,525,395	191,807,194
合計	7,263		18,797,577	298,754,496	317,552,073

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

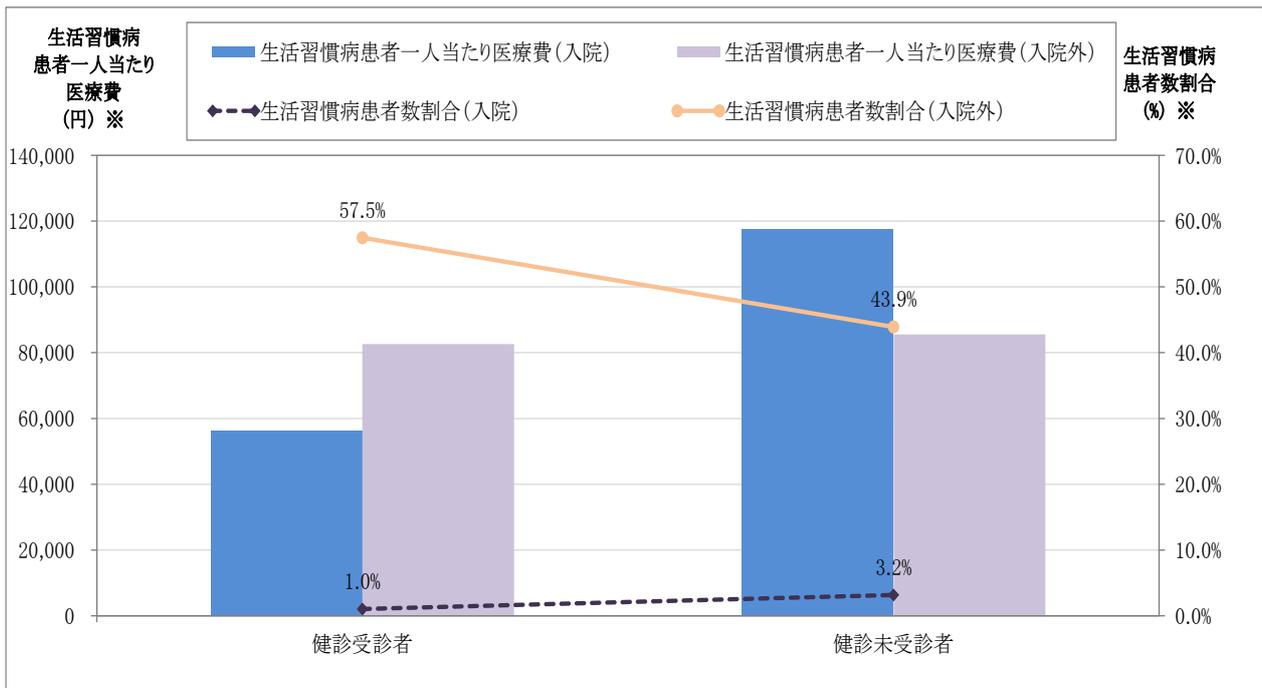
資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

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

【特定健診受診状況別 生活習慣病の医療機関受診状況】



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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

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

(2) 特定保健指導対象者に係る分析

①保健指導レベル該当状況

以下は、令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)における、保健指導レベル該当状況を示したものである。積極的支援対象者割合は4.0%、動機付け支援対象者割合は8.7%である。

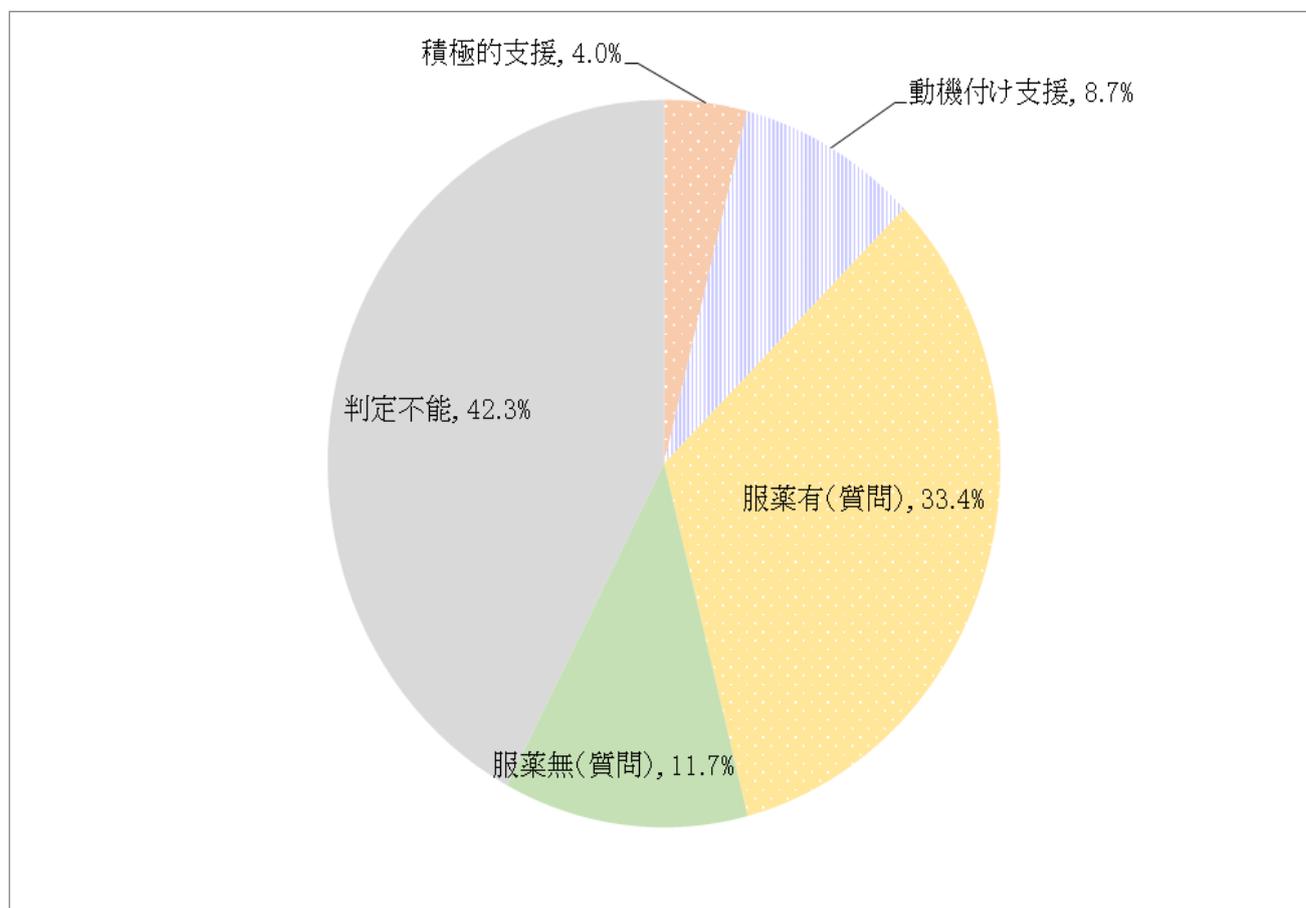
【特定保健指導レベル該当状況】

	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)	2,617	331	104	227	873	307	1,106
割合(%) ※	-	12.6%	4.0%	8.7%	33.4%	11.7%	42.3%

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

※割合…該当レベル該当者数/全特定保健診査受診者数

【特定保健指導レベル該当割合】



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

※割合…該当レベル該当者数/全特定保健診査受診者数

第2部 第4期富士吉田市特定健康診査等実施計画

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ある。

【年齢階層別 保健指導レベル該当状況】

年齢階層	健診受診者数(人)	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	83	5	6.0%	16	19.3%	41	49.4%
45歳～49歳	125	8	6.4%	21	16.8%	66	52.8%
50歳～54歳	160	24	15.0%	26	16.3%	78	48.8%
55歳～59歳	197	48	24.4%	43	21.8%	73	37.1%
60歳～64歳	348	105	30.2%	46	13.2%	143	41.1%
65歳～69歳	699	274	39.2%	77	11.0%	268	38.3%
70歳～	1,005	409	40.7%	78	7.8%	437	43.5%
合計	2,617	873	33.4%	307	11.7%	1,106	42.3%

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	83	21	14	16.9%	7	8.4%
45歳～49歳	125	30	20	16.0%	10	8.0%
50歳～54歳	160	32	19	11.9%	13	8.1%
55歳～59歳	197	33	24	12.2%	9	4.6%
60歳～64歳	348	54	27	7.8%	27	7.8%
65歳～69歳	699	80	0	0.0%	80	11.4%
70歳～	1,005	81	0	0.0%	81	8.1%
合計	2,617	331	104	4.0%	227	8.7%

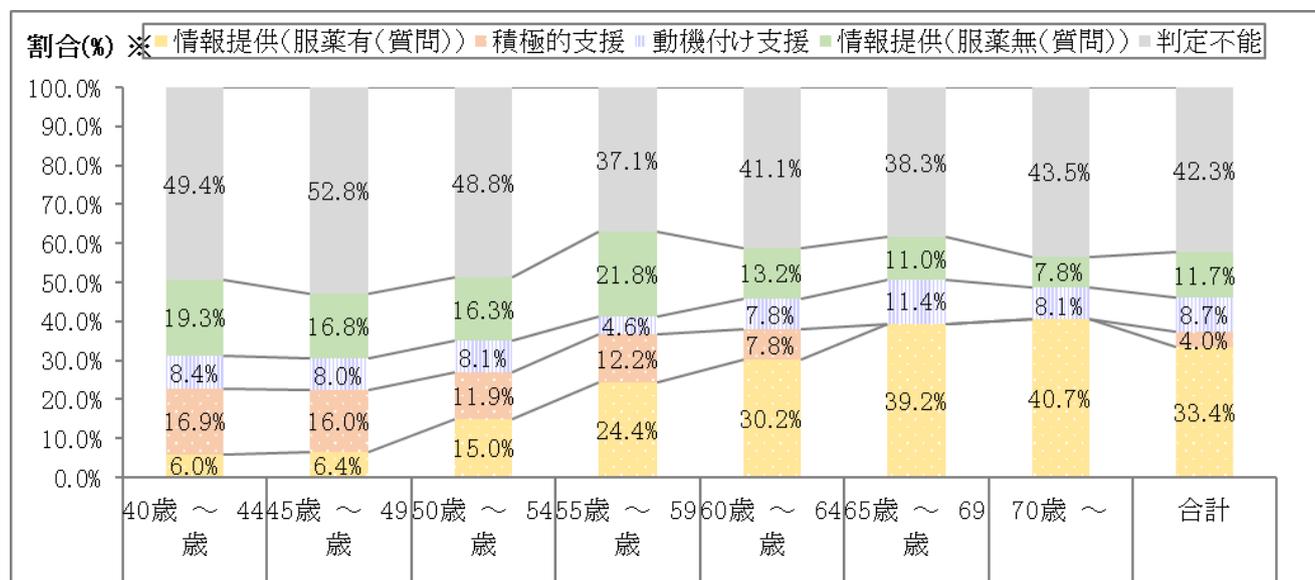
データ化範囲(分析対象)…健診データは令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)。

資格確認日…令和5年3月31日時点。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年3月31日時点。

※割合…保健指導レベルに該当した人の割合。



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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

年齢範囲…年齢基準日時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…令和5年3月31日時点。

※割合…保健指導レベルに該当した人の割合。

以下は、平成30年度から令和4年度における、保健指導レベル該当状況を年度別に示したものである。令和4年度を平成30年度と比較すると、積極的支援対象者割合4.0%は平成30年度3.7%から0.3ポイント減少しており、動機付け支援対象者割合8.4%は平成30年度8.6%から0.2ポイント減少している。

【年度別 保健指導レベル該当状況】

年度	健診受診者数(人)	特定保健指導対象者数(人)				情報提供				判定不能		
		積極的支援		動機付け支援		服薬有(質問)		服薬無(質問)				
		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(%) ※	
平成30年度	2,563	316	96	3.7%	220	8.6%	826	32.2%	363	14.2%	1,058	41.3%
平成31年度	2,343	263	76	3.2%	187	8.0%	758	32.4%	365	15.6%	957	40.8%
令和2年度	2,352	324	112	4.8%	212	9.0%	753	32.0%	335	14.2%	940	40.0%
令和3年度	2,752	351	121	4.4%	230	8.4%	922	33.5%	351	12.8%	1,128	41.0%
令和4年度	2,617	331	104	4.0%	227	8.7%	873	33.4%	307	11.7%	1,106	42.3%

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

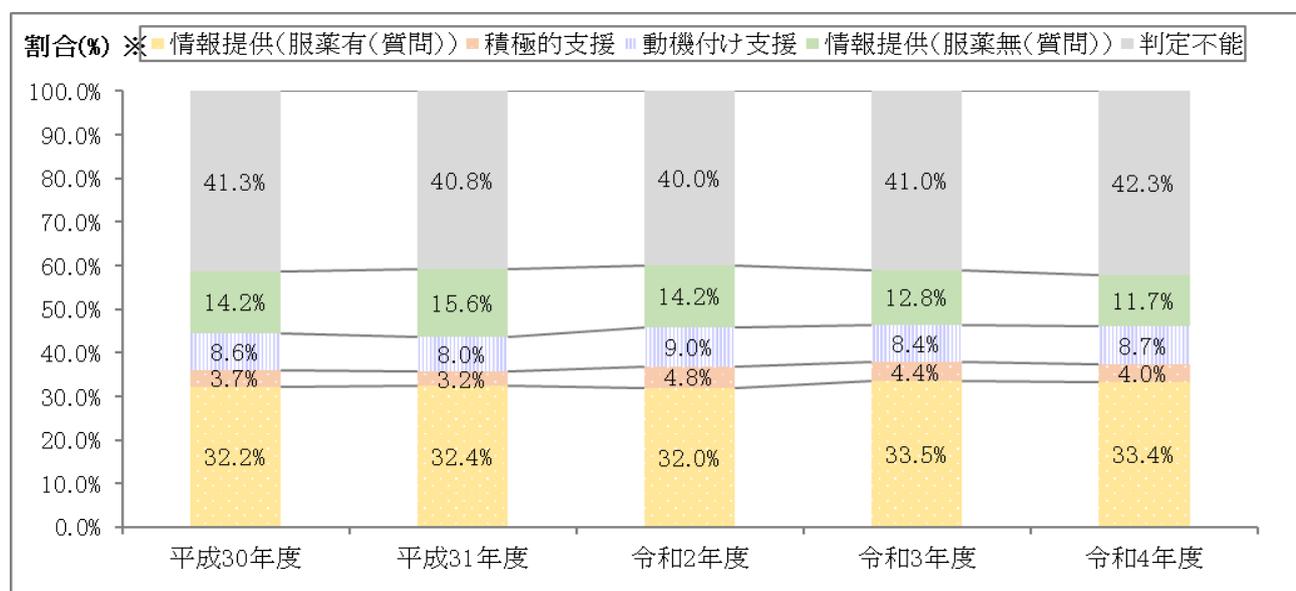
資格確認日…各年度末時点。

年齢範囲…各年度末時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…各年度末時点。

※割合…保健指導レベルに該当した人の割合。

【年度別 保健指導レベルの該当状況】



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

資格確認日…各年度末時点。

年齢範囲…各年度末時点の年齢を40歳～75歳の範囲で分析対象としている。

年齢基準日…各年度末時点。

※割合…保健指導レベルに該当した人の割合。

②特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況

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

【特定保健指導対象者のリスク因子別該当状況】

特定保健指導対象者	リスク判定 ※ (該当に●)				リスク因子数	リスク因子組み合わせ	対象者	
	① 血糖	② 血圧	③ 脂質	④ 喫煙			331人	
積極的支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	11人	104人 31%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	14人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	13人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	3人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	8人	
	●	●			因子数2	血糖+血圧	21人	
	●		●			血糖+脂質	9人	
		●	●			血圧+脂質	11人	
	●			●		血糖+喫煙	2人	
		●		●		血圧+喫煙	6人	
			●	●	因子数1	脂質+喫煙	6人	
	●					血糖	0人	
		●				血圧	0人	
			●			脂質	0人	
			●	喫煙	0人			
				因子数0	なし	0人		
動機付け支援	●	●	●	●	因子数4	血糖+血圧+脂質+喫煙	8人	227人 69%
	●	●	●		因子数3	血糖+血圧+脂質	20人	
	●	●		●		血糖+血圧+喫煙	6人	
	●		●	●		血糖+脂質+喫煙	2人	
		●	●	●		血圧+脂質+喫煙	3人	
	●	●			因子数2	血糖+血圧	43人	
	●		●			血糖+脂質	4人	
		●	●			血圧+脂質	11人	
	●			●		血糖+喫煙	8人	
		●		●		血圧+喫煙	7人	
			●	●	因子数1	脂質+喫煙	5人	
	●					血糖	28人	
		●				血圧	71人	
			●			脂質	10人	
			●	喫煙	0人			
				因子数0	なし	1人		

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

リスク判定の詳細は以下のとおりとする。

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

③特定保健指導対象者と非対象者の医療費の比較

令和4年4月～令和5年3月健診分(12カ月分)の積極的支援及び動機付け支援該当者を「対象」とし、情報提供の該当者を「非対象者」とする。ただし、情報提供の該当者には質問票で服薬有と回答した者が含まれるため、「非対象者」を「非対象者(服薬有)」と「非対象者(服薬無)」に分ける。

特定保健指導により「対象者」の生活習慣改善を促し、重篤な疾病の発症を予防することが重要である。

【特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病医療費】

		人数(人)	生活習慣病医療費(円) ※			生活習慣病患者数(人) ※		
			入院	入院外	合計	入院	入院外	合計 ※
対象者	積極的支援、動機付け支援	331	707	3,025,441	3,026,148	1	80	80
非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	307	0	896,483	896,483	0	32	32
	情報提供 (服薬有(質問))	873	1,469,773	85,028,883	86,498,656	20	868	868

生活習慣病患者一人当たり医療費(円) ※					人数(人)
入院	入院外	合計			
707	37,818	37,827	対象者	積極的支援、動機付け支援	331
0	28,015	28,015	非対象者	情報提供 (服薬無(質問))	307
73,489	97,960	99,653		情報提供 (服薬有(質問))	873

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

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

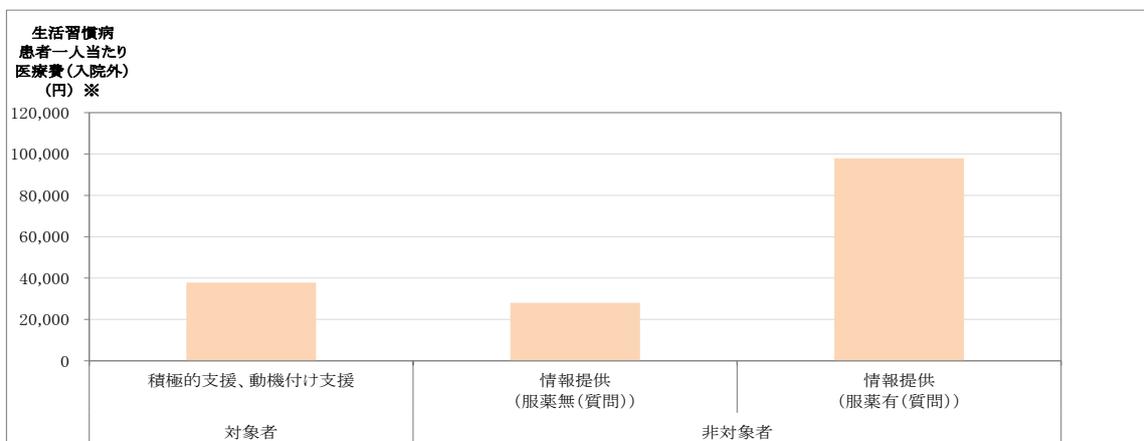
非対象者…健康診査受診における質問表の服薬の項目にて一項目でも「はい」と回答した健康診査受診者は「服薬有」、服薬の全項目「なし」と回答した健康診査受診者は「服薬無」で表記。

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

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

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

【特定保健指導対象者・非対象者別 生活習慣病患者一人当たり医療費(入院外)】



データ化範囲(分析対象)…入院外、調剤の電子レセプト。

対象診療年月は令和4年4月～令和5年3月診療分(12カ月分)。

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

資格確認日…令和5年3月31日時点。

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

IV. 特定健康診査等実施計画

(1) 目標

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

① 特定健康診査の受診率目標

	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
受診率目標	41%	42%	44%	46%	48%	50%
対象者数	6,800人	6,600人	6,400人	6,200人	6,000人	5,800人
実施予定数	2,788人	2,772人	2,816人	2,852人	2,880人	2,900人

※過去数年間の実績を基に、令和6年度以降の被保険者予測数と、受診率目標を算出。

※対象者はその年度において1年間継続して国保資格を有した者とする(満40から74歳まで)。

【目標値の設定理由】

本市の特定健診受診率は平成30年度が37.6%、令和元年度が35.2%、令和2年度が34.6%、令和3年度が40.5%、令和4年度が40.4%と増減はあるものの着実に向上している。よって、第4期の最終年度には受診率50%が達成できるように努めていきたい。

② 特定保健指導の実施率目標

	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
実施率目標	32.00%	35.60%	39.20%	42.80%	46.40%	50.00%
実施者予測数 (対象者予測数)	125人 (390人)	135人 (380人)	145人 (370人)	154人 (360人)	162人 (350人)	170人 (340人)

※過去数年間の実績を基に、令和6年度以降の被保険者予測数と、実施目標を算出。

※実施率:特定保健指導を終了した者の割合、法定報告の終了率と同義

【目標値の設定理由】

本市の特定保健指導実施率は平成30年度が26.0%、令和元年度が43.6%、令和2年度が17.1%、令和3年度が50.8%、令和4年度が28.4%と増減は大きいものの30%前後を推移している状況である。よって毎年2.6%の向上を目標とし、第4期の最終年度には50%が達成できるように努めていきたい。

(2) 実施方法

[1] 特定健康診査の実施方法

① 対象者

富士吉田市国民健康保険加入者のうち、特定健診の実施年度中に40～74歳となる人で、且つ当該実施年度の1年間を通じて国民健康保険に加入している人が対象となる。なお、厚生労働大臣が定める者（妊産婦、刑事施設、国内に住所を有しない者、長期入院、施設入所者等）は、対象者から除く。

② 実施内容

特定健康診査は、第3期と同様に各種がん検診と同時に実施する。実施方法として、富士吉田医師会による「Ⅰ 集団健診」と、人間ドック実施医療機関による「Ⅱ 人間ドック」、市内対象医療機関による「Ⅲ 個別健診」により実施する。なお、上記の『健診事業』の他に、『情報提供事業』も実施するが健診事業ではない為省略する。

③ 実施場所

「Ⅰ 集団健診」

- ・富士北麓総合医療センター（緑ヶ丘二丁目7-21）
- ・富士吉田市環境美化センター（小明見三丁目11-32）

「Ⅱ 人間ドック、Ⅲ 個別健診」

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

④ 具体的な健診項目

国が示した「標準的プログラム」の、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための健診項目とする。また、市独自に検査項目を受診者全てに追加実施する。

● 基本的な健診項目

- ア 既往症の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む）
- イ 自覚症状及び他覚症状の有無の検査〔理学的検査（身体診察）〕
- ウ 身長、体重及び腹囲の測定
- エ BMIの算出〔※BMI=体重(kg)÷身長(m)²〕
- オ 血圧の測定
- カ 血中脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）
- キ 肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）
- ク 血糖検査（空腹時血糖）
- ケ 尿検査（尿糖、尿蛋白）

●本市が独自に実施する追加健診項目(集団健診・人間ドック・個別健診にて実施する項目は異なる)

ア 貧血検査(赤血球数、血色素量(ヘモグロビン)、ヘマトクリット)※

イ 心電図検査(標準12誘導心電図)※

ウ 腎機能検査(クレアチニン、尿酸)※

エ 血糖検査(HbA1c)

オ 免疫機能検査(白血球、血小板)

カ 尿検査(1日推定塩分量)

キ BNP

※全受診者に実施するが、医師の判断により検査が必要とされた場合は、後述の詳細な健診の項目として扱う。

●詳細な健診の項目(医師が必要と認めた場合に実施)

ア 貧血検査(赤血球数、血色素量(ヘモグロビン)、ヘマトクリット)

イ 心電図検査(標準12誘導心電図)

ウ 腎機能検査(クレアチニン、尿酸)

⑤ 実施期間

「Ⅰ 集団健診」

健診日程:6月から12月の計38回(令和5年度参考)

申込期間:5月から11月(令和5年度参考)

※平日の受診が難しい人に配慮して、土・日にも実施日を設ける。

※実施場所から比較的遠い地区を対象とした出張健診を、環境美化センターにて9月に2日実施(令和5年度参考)。環境美化センターはエレベーターが稼働しているため、高齢者や階段昇降が難しい方向けの健診として毎年実施出来るように対応していく。

※前年度の受診状況等により実施時期、実施形態等を検討、見直します。

「Ⅱ 個別健診」

健診日程:12月から翌3月

申込期間:同上

「Ⅲ 人間ドック」

健診日程:4月から翌3月

申込期間:同上

⑥ 周知・案内の方法

「Ⅰ 集団健診、Ⅱ 人間ドック」

特定健診受診対象者には、5月初旬頃に特定健診受診勧奨通知を送付する。また、周知の徹底を図るため、市広報やホームページ等に随時関連情報を掲載する予定。

未受診者対策として、6月以降に未受診者への個別勧奨通知の送付や市内イベントでの健診予約の代行を行い、受診の案内や受付を実施する、地元テレビ局を活用した健診受診勧奨番組を放映する、当該年度に節目の年齢を迎える方(40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳など)へ無料券の配布や直接電話による受診勧奨を実施する、未経験者や前年受診者に半額券の配布などの受診勧奨や周知を行う。

「Ⅲ 個別健診」

12月頃に健診未受診者全員に個別健診受診券を送付する。また、周知の徹底を図るため、市広報やホームページ等に随時関連情報を掲載する予定。

⑦ 受診の方法

「Ⅰ 集団健診」

予約専用のWEBフォームによる申込、あるいは市役所へ直接電話で申込む。申込みが完了し、受診日が確定したら、対象者へ問診票を事前に配布し、検査機関で特定健診を受診する。

自己負担額：1,000円

「Ⅱ 人間ドック」

各人間ドック実施機関へ直接電話で申込む。問診票の送付等も実施機関が行う。

自己負担額：男性15,000円、女性17,000円

「Ⅲ 個別健診」

各個別健診実施医療機関へ直接電話で申込む。問診票の送付等も実施医療機関が行う。

自己負担額：1,000円

[2] 特定健康診査委託基準

① 基本的な考え方

特定健診の受診率向上を図るため、利用者の利便性に配慮した健診を実施するなど、対象者の要望を踏まえた対応が必要となるため、以下の具体的な基準を定めることとする。

基本的な基準（平成20年厚生労働省告示第11号による）

ア 人員に関する基準

イ 施設、設備等に関する基準

ウ 精度管理に関する基準

エ 特定健康診査の結果等の情報の取り扱いに関する基準

オ 運営等に関する基準

② 健診データの保管及び管理方法

特定健診結果データは、山梨県国民健康保険団体連合会に委託し、その保管及び管理を行う。特定健診結果は、健診を実施した検査機関が、国が定める電子標準様式で山梨県国民健康保険団体連合会に提出し、ここで、原則5年間保存する。

なお、富士吉田市国民健康保険加入者で、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受診した者は、その健診結果データを、個別に本市に提出してもらうこととする。なお、提出にあたっては原則磁気媒体とする。また、市が実施している集団健診や人間ドックを受診せず、個別にかかりつけ医で定期的に血液検査や尿検査を実施している者については、「かかりつけ医情報提供同意書」の提供依頼を実施している（平成25年度より実施開始）。提供された同意書（および医療機関記載面）は富士吉田市で原則5年間保存する。

(3)特定保健指導の実施方法

① 特定保健指導実施場所

本市が指定する会場(富士吉田市役所、コミュニティセンター、対象者の自宅など)

② 特定保健指導実施時期

特定健診や人間ドックが始まる時期(6月から翌年3月まで)から開始し、健診結果が発行される約1ヶ月後を目安に開始する。結果が市に届き次第対象者を抽出し、通知及び電話にて初回面談の予約をとる。以降3ヶ月～6ヶ月間にかけて支援を実施する。

【健診受診から特定保健指導が終了するまでの具体例】

健診受診日:令和6年10月20日

健結果受領日:令和6年11月20日頃

特定保健指導勧奨:令和6年11月27日頃(約1週間を目安に通知・電話勧奨)

初回面談日:令和6年12月頃に実施

最終面談日:令和7年3月頃または6月頃に実施(約3ヶ月～6ヶ月後に実施)

③ 特定保健指導対象者の抽出方法

健診結果から生活習慣病のリスクに応じて階層化し、必要な保健指導を行う。具体的には以下の<ステップ1>の項目に即し腹囲又はBMIを第一基準とする。さらに<ステップ2>の項目に即し血圧・脂質・血糖・喫煙のリスクをカウントし、次ページの表に当てはめて対象者を分類する。該当となるリスクの数や年齢に応じて、「動機付け支援」、「積極的支援」と階層化を行い、それぞれ適切な指導を行う。

<ステップ1>

腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。

ア 腹囲:男性85cm以上
女性90cm以上

イ 上記に該当はしないが、BMI25以上

<ステップ2>

検査結果と質問票により追加リスクをカウントする。

① 血糖:空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)100mg/dl以上、
または、HbA1c5.6%以上

② 脂質:空腹時中性脂肪150mg/dl以上
(やむを得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130mmHg以上、
または、拡張期85mmHg以上

③ 質問票:喫煙歴あり ※①～③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント

次ページの表に当てはめて、対象者を抽出する。

● 特定保健指導の対象者(階層化)

<ステップ1>	<ステップ2>追加リスク		対象	
腹囲	①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	40~64歳	65~74歳
85cm以上(男性) 90cm以上(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以上	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
		1つ該当	なし	
			/	

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

※65~74歳の方は、追加リスクの数で積極的支援に該当する場合でも、動機付け支援となる。

※糖尿病、高血圧症、脂質異常症の治療に係る薬剤を服薬している方は、対象者から除外する。

④ 特定保健指導の実施プラン

ア 動機付け支援実施プラン

a 支援期間:1回の面接により個別支援を行い、3から6ヶ月後に実施の評価を面接又は通信等で確認する。

b 支援形態:1人20分以上の個別支援

c 面接実施者:医師、保健師、管理栄養士、または一定の保健指導の実務経験※のある看護師

d 支援内容:健診結果・生活習慣を踏まえ、対象者が自らの生活習慣の課題に気付き、健康的な行動変容の方向性を導き出せるように支援を行い、生活習慣の改善に向けた行動目標、行動計画を策定する。

※一定の保健指導の実務経験とは、平成20年4月現在において、1年以上、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を指す。

イ 積極的支援実施プラン

a 支援期間:支援開始時に、動機付け支援と同様の内容の支援を行う。その後、継続的な支援として6ヶ月(または3ヶ月)の間に面接、電話、通知、メール、FAX等の支援を実施する。また、6ヶ月後(または3ヶ月後)に実施の評価を面接又は通知やメール等で確認する。

b 支援形態:面接で策定した行動目標等の実施状況を踏まえ、生活習慣の改善が継続できるよう、栄養・運動等の実践的な支援を行う。

c 面接実施者:医師、保健師、管理栄養士、または一定の保健指導の実務経験のある看護師

d 支援内容:動機付け支援と同様の支援に加えて、下図の継続支援を行う。

● 積極的支援実施の内容

時期	開始時	2週間後	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後
支援手法	面接による支援	面接・電話・通知・メール・FAX等による支援						
支援内容	行動目標行動計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ●行動計画等の実施状況の確認 ●生活習慣の改善の維持・継続に向けた支援 ●栄養・運動等の実践的な支援 	中間評価(身体状況・生活習慣の変化把握)	<ul style="list-style-type: none"> ●実践状況の確認 ●生活習慣確立に向けた支援 ●栄養・運動等の実践的な支援 	6ヶ月後評価(身体状況・生活習慣の変化把握)			

⑤ 周知・案内の方法

健診結果を通知後、特定保健指導対象者に保健指導実施案内を送付する。また、対象者へ直接申込電話勧奨を実施する。

⑥ 実施の方法

対象者は、利用申込書により特定保健指導の申込みを行い、市が指定する特定保健指導実施場所にて面接による支援を受ける。また、積極的支援の場合は、面接実施後6ヶ月間(または3ヶ月間)電話や手紙等による支援を受ける。

自己負担額:なし

⑦ 外部委託の有無

特定保健指導対象者を保健指導実施事業者への委託により実施する。

⑧ 特定保健指導委託基準(平成20年度厚生労働省告示第11号による)

ア 人員に関する基準

イ 施設、設備等に関する基準

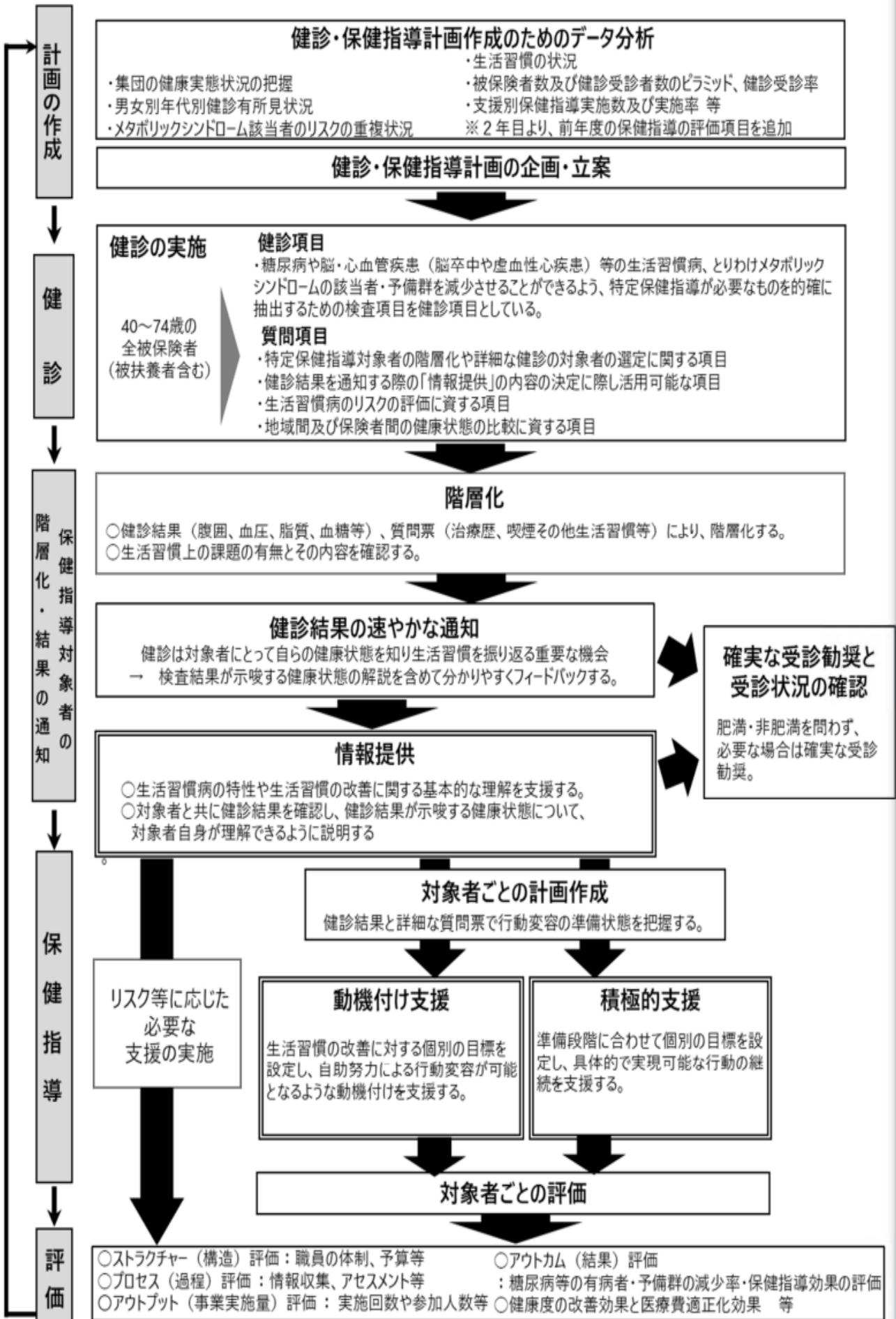
ウ 特定保健指導の内容に関する基準

エ 特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

オ 運営等に関する基準

⑨ 特定保健指導実施結果データの保管及び管理方法

特定保健指導実施結果データは、山梨県国民健康保険団体連合会に委託し、その保管及び管理を行う。特定保健指導実施結果は、特定保健指導を実施した機関が、国が定める電子標準様式で、山梨県国民健康保険団体連合会に提出し、ここで、原則5年間保存する。



※厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」より

V. 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

個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」及びこれに基づくガイドライン「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日厚生労働省）」及び「富士吉田市個人情報保護条例」に基づき遵守する。

(2) データの管理

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

2. 特定健康診査等実施計画の公表及び周知

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

3. 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し

(1) 評価

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

(2) 計画の見直し

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

4. 他の健診との連携

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

5. 実施体制の確保及び実施方法の改善

(1) 実施体制の確保

特定保健指導に係る人材育成・確保に努めます。

(2) 特定保健指導の実施方法の改善

① アウトカム評価の導入による「見える化」

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

② ICT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

	用語	説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療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高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合には我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合には死亡率が低いと判断される。
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。 年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。

A~Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。 数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1~2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー／情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。 低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

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

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

コード	疾病分類	主な疾病		
1403	尿路結石症	腎結石症	尿管結石症	尿路結石症
1404	その他の腎尿路系の疾患	膀胱炎	腎機能低下	尿路感染症
1405	前立腺肥大(症)	前立腺肥大症	前立腺症	
1406	その他の男性生殖器の疾患	慢性前立腺炎	前立腺炎	亀頭包皮炎
1407	月経障害及び閉経周辺期障害	更年期症候群	月経困難症	萎縮性膣炎
1408	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	子宮腔部びらん	細菌性膣炎	膣炎
X V. 妊娠、分娩及び産じょく				
1501	流産	稽留流産	異所性妊娠	絨毛性疾患
1502	妊娠高血圧症候群	妊娠高血圧症候群	重症妊娠高血圧症候群	子癇
1503	単胎自然分娩	自然頭位分娩	自然分娩	単胎自然分娩
1504	その他の妊娠、分娩及び産じょく	切迫流産	子宮内感染症	血液型不適合
X VI. 周産期に発生した病態				
1601	妊娠及び胎児発育に関連する障害	子宮内胎児発育遅延	低出生体重児	早産児
1602	その他の周産期に発生した病態	新生児黄疸	胎児ジストレス	ABO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		

富士吉田市国民健康保険第4期データヘルス計画
富士吉田市 市民生活部 健康長寿課
市民課

〒403-8601

山梨県富士吉田市下吉田6-1-1

TEL：0555-22-1111

FAX：0555-22-1122