

昭和町国民健康保険

第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画

(令和6年度～令和11年度)

令和6年3月

昭和町

目次

I 基本的事項	1
計画策定の概要	
基本情報	
現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析と課題	4
数的データ・質的データ	
不適切な生活習慣/生活習慣病予備群/生活習慣病発症/ 重症化・合併症発症/要介護状態・死亡/医療費適正化	
地域特性	
健康課題の抽出	
III 計画全体	26
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	27
事業分類1 特定健康診査・特定保健指導	
事業1-1 特定健康診査	
事業1-2 特定保健指導	
事業分類2 糖尿病対策	
事業2-1 糖尿病性腎症重症化予防事業（ハイリスク者への保健指導）	
事業2-2 糖尿病性腎症重症化予防事業（未治療者・治療中断者への受診勧奨）	
事業分類3 健康意識の向上	
事業3 喫煙等に関する健康意識の向上	
評価指標一覧	

V 第4期特定健康診査等実施計画	43
特定健康診査・特定保健指導について		
特定健康診査・特定保健指導の目的		
特定健康診査の実施方法		
特定保健指導の実施方法		
VI その他	47
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		
個人情報取扱い		
地域包括ケアに係る取組		
ジェネリック医薬品（後発医薬品）利用を促進する取り組み		

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

(1) 計画策定の概要

計画の趣旨	背景と目的	<p>わが国では高齢化の急速な進展とともに、生活習慣病が増加している。死亡原因では生活習慣病が上位を占め、医療費においても全体の約3分の1に達しており、生活習慣病への対策が急務となっている。</p> <p>こうした状況から、平成25年6月に日本再興戦略の中で「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、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。」ことが決定された。これを受けて、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（レセプト等）の電子化が進展し、国保データベースシステム（以下、「KDB」という）等の整備が進んでいるなか、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析を行い、加入者の健康増進、医療費の抑制を図ることが求められている。</p> <p>データヘルス計画は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画である。</p>
	計画の位置づけ	<p>データヘルス計画の策定においては、「健康日本21（第三次）」に示された基本方針をふまえるとともに、「山梨県健康増進計画」および「昭和町健康増進計画・食育推進計画」等の関連計画と整合性を図っている。</p> <p>また、特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健康診査および特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、データヘルス計画と一体の計画として策定する。</p>
計画期間		令和6年度～令和11年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	<p>本計画の策定および保健事業の運営については、国民健康保険の所管である町民窓口課が主体となって進める。また、町民の生活習慣改善や健診受診率の向上等の具体的な事業の推進については、いきいき健康課等の関係各課と連携して実施していく。</p>
	地域の関係機関	<p>本計画の具体的な事業の推進については、地域の関係機関（医師会・歯科医師会・薬剤師会・その他地域の関係団体等）との連携により進める。</p>

(2) 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)		21,090人		10,552人		10,538人	
国保加入者数(人) 合計		3,697人	100%	1,770人	100%	1,927人	100%
0~39歳(人)		1,062人	29%	537人	30%	525人	27%
40~64歳(人)		1,301人	35%	631人	36%	670人	35%
65~74歳(人)		1,334人	36%	602人	34%	732人	38%
平均年齢(歳)		50歳		49歳		51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	特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して中巨摩郡医師会と連携を図る。 糖尿病性腎症重症化予防事業に関しては中巨摩地区歯科医師会、中巨摩東薬剤師会等と連携を図る。
山梨県(保健所)	関係機関との調整や人材育成について連携を図るほか、健康課題の分析や事業評価等について情報提供や助言を求める。
国民健康保険団体連合会(保健事業支援・評価委員会)・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。また、保健事業の推進や評価等に関する情報提供や助言を求めていく。
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ついて連携する。
その他	保健事業の周知・啓発活動を、商工会、自治会等と連携して実施する。

(3) 現状の整理

保険者の 特性	被保険者数の推移	<p>国保から後期高齢者医療制度への移行者の増加及び社会保険の適用拡大により、被保険者数は減少傾向にある。 (平成30年度3,921人・令和元年度3,843人・令和2年度3,837人・令和3年度3,850人・令和4年度3,697人)</p>
	年齢別被保険者 構成割合	<p>令和4年度の国保被保険者数は0～39歳1,062人、40～74歳2,635人である。 人口構成における若年層(39歳以下)の割合は45%となっており、これに比例して国保被保険者の若年層の割合が約30%となっている。</p>
	その他	<p>産業構成は、区画整理事業や大規模商業施設及び外食業の出店等により、第2次産業、第3次産業の割合が極端に高い。 医療の状況は、人口に対する診療所の割合が県や国と比較して2倍以上となっている。</p>
前期計画等に係る考察		<p>第2期データヘルス計画では、特定健診未受診者対策として、人間ドック・個別センター健診を申し込んだ方に特定健診の予約を勧奨したり、未受診者の健康特性データを人工知能で分析して対象者に合わせた効果的な勧奨資材(勧奨ハガキ)を送付するなどの対策を実施してきた。 特定保健指導実施率は計画目標値に届かなかったものの、県や国の平均と比較して高い水準を維持することができている。前期高齢者の段階からの新規受診者の掘り起こしや、未受診者への対策が成果を上げている。</p>

		A 不適切な生活習慣	B 生活習慣病予備群	C 生活習慣病発症	D 重症化・合併症発症	E 要介護状態・死亡	
1 現状	数的データ	<p>(健診問診項目の該当者割合、等)</p> <p><県と比較して割合が高いもの></p> <ul style="list-style-type: none"> 喫煙 16.1% 週3回以上朝食を抜く 12.9% 食後間食(毎日) 24.0% 週3回以上就寝前夕食 12.0% 1回30分以上運動習慣なし 70.9% 睡眠不足 55.1% 1日の飲酒量1~2合 32.0% 1日の飲酒量2~3合 19.1% 1日の飲酒量3合以上 6.0% 保健指導の希望なし 92.5% <p>保健指導の希望なしの割合が高いため、健診を受けても受けたままになっており、生活習慣改善につながっていない方が多い。</p>	<p>(健診検査項目の有所見率、等)</p> <p><県と比較して割合が高いもの></p> <ul style="list-style-type: none"> 腹囲基準値以上 <ul style="list-style-type: none"> 全体 32.2% 男性 51.6% 女性 17.1% 血圧のみ 8.1% 脂質のみ 2.4% 血糖・血圧 3.4% メタボ予備軍 <ul style="list-style-type: none"> 全体 11.0% 男性 18.0% 女性 5.6% 特定健診受診率 58.1% 特定保健指導実施率 73.3% <p><国と比較して割合が高いもの></p> <ul style="list-style-type: none"> 空腹時血糖 35.3%(国 24.8%) HbA1c 60.1%(国 57.1%) <p>血糖有所見者は県より低いが、国と比較すると高い。</p>	<p>(医療費の状況、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病に占める割合 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病 9.7% 健診対象者の一人当たりの医療費 <ul style="list-style-type: none"> 健診受診者 4,148円 健診未受診者 11,355円 生活習慣病対象者の医療費 <ul style="list-style-type: none"> 健診受診者 13,122円 健診未受診者 35,926円 入院1件あたり費用額 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病2位 高血圧1位 <p>受診者1人当たりの医療費が高いのは、健診受診後に医療機関へ受診できているものと考えられる。健診は未受診だが医療機関につながっている方の1件あたりの医療費は県と同等である。高血圧・糖尿病で入院している方の1件当たりの費用が高いことから、重症化で入院に至った方が多いと考えられる。</p>	<p>(医療費の状況、健診問診票の既往歴の該当者割合、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 外来の費用割合 63.5% 入院36.5% (外来の費用割合が県より高い) 外来の件数割合 97.9% 入院2.1% (外来の件数割合が県より高い) 医療費：入院1件当たりの費用額 <ul style="list-style-type: none"> 腎不全21位 R4(R3)は3位 心疾患1位 R4(R3)は23位 脳血管疾患4位 R4(R3)は13位 悪性新生物1位 R4(R3)は13位 <p>1件あたりの入院費用は心疾患(1位)脳血管疾患(4位)であり、昨年度よりも10~40万円近く増加していることから、重症化して入院に至った方が多いと思われる。</p>	<p>(平均寿命、平均余命、標準化死亡率、介護認定・給付の状況、等)</p> <p><県と比較して割合が高いもの></p> <ul style="list-style-type: none"> 平均寿命 <ul style="list-style-type: none"> 男 81.8歳 女 87.5歳 死因 <ul style="list-style-type: none"> 心臓病 30.4% 脳血管疾患 17.9% 自殺 5.4% 介護認定者の有病状況 <ul style="list-style-type: none"> 精神 39.4%(内認知症28.9%) 糖尿病 27.3% 高血圧 52.6% 心臓病 60.1% 筋・骨 53.4% <p>要介護認定を受けている方の1件当たりの医療費が県より高い。</p>	
	質的データ	<ul style="list-style-type: none"> 睡眠について、働き盛り世代、子育て世代が多く、自分のペースで睡眠時間を確保しにくい方が多い。 汗をかく仕事をしている男性では、水分補給に清涼飲料水を飲んでいる方も少なくない。 体を使う仕事をしている方は、仕事の疲労感もあり、運動習慣をつけることが難しい。 昭和町は子育て世代、働き盛り世代が多く、自分のための運動時間を確保することが難しい。 サービス業についている方は、3食を規則正しく食べられない方も多い。 昭和町の国保加入者は年齢が若い方が占める割合が高いため、健康にまだ無関心である可能性が高く、生活習慣も乱れやすいと推測される。 中高年の女性は果物を好んで食べる方が多い。 国保加入者の中で若い年齢層が占める割合が高いことから、多量飲酒率の高さにつながっている可能性がある。 子どもの多い昭和町で喫煙率が高い＝受動喫煙をしている子供たちも多い可能性がある。 健康情報が氾濫していることにより、健康づくりとして間違った方法を取り入れている方もいる。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導対象になる方は、いつも同じ方が多い。 保健指導対象者で指導を受けない人もいつも同じ方が多い。 健診を受けると満足してしまうのか、毎年受けてはいるものの生活習慣が改善されていない方が多い。 健診結果から生活習慣の振り返りができていない(報告会の方法も原因の1つと考えられる)。 メタボは血糖のみや脂質のみで該当する方が多い→昭和町は喫煙率が高いため、1項目+喫煙によってメタボ該当になっている方も多いと推測される。 国保担当課からの特定健診受診勧奨を行った後に申し込みする方には、がん検診は申し込みます特定健診のみを申し込んでいる方が少なくない。 	<ul style="list-style-type: none"> 昭和町は小さい町の中に診療所が多く、受診をしやすい状況にある。 健診を受けると満足してしまうのか、毎年受けてはいるものの生活習慣が改善されていない方が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診を「健康を確認するため」に受診している方も少なからずあり、要精検となると恐怖心から、受診につながらない方もいるのではないかと推測される。 大腸がんなど、精検方法が苦痛を伴うものだと受診率が低下してしまう。または自己判断により精検に結びつかないことも少なくない(痔がある、胃潰瘍の跡、など)。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病が死因に直結しているため、早い内に生活習慣病の予防が必要。 自殺の割合の高さは、単身世帯が多く、家族や地域とのつながりが希薄であることが要因の一つであると考えられる。 昭和町は診療所が多く、また交通アクセスも良いため、要介護状態になっても医療機関を受診をしやすい状況にある。 精神疾患について、認知症の割合が高い結果が出ている。昭和町では、認知症施策に力を入れており、早期治療や予防につながるため、医療機関への受診や相談を推奨している。認知症の割合が高いことについては、認知症施策の効果の現れとも言えるため、一概に悪い状況であるとは判断できない。 	
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)	F 医療費適正化 (重複頻回受診、重複・多剤投与者、後発医薬品の使用状況、等)
	山梨県甲府盆地のほぼ中央に位置し、面積が9.08km ² の県内で「一番小さな町」である。	区画整理事業や大規模商業施設及び外食業の出店等により第2次産業及び第3次産業の割合が極端に高い。	中央自動車道甲府昭和インターチェンジを有し山梨県の玄関口となっている。また、JR身延線の駅が2つある。	人口当たり診療所数の割合が、県や国と比べて2倍以上となっている。	昭和町母子愛育会やいきがいクラブ連合会等と連携しながら幅広い世代の健康づくりを推進している。	山梨県厚生連健康管理センター(甲府市)等と連携して健診の受診率向上等に取り組んでいる。	ジェネリック医薬品(後発医薬品)の使用割合(数量シェア)は上昇傾向にあるものの、全国や山梨県を下回っている。

2 健康問題	上記の「1 現状」から健康上の問題と考えられることを住民を主語として整理。 (年齢別や疾病別、地区別等の分析などを加えるなど、具体的に記載)
<p>【不適切な生活習慣】 喫煙率の高さ、食生活の乱れ(朝食を抜く・間食が多い)、飲酒量が多い、睡眠不足である割合の高さなど、生活習慣病の発症につながる項目(リスクファクター)が県や国の平均より悪いことから、健康に対する意識が低いこと、健康状態の維持や改善に向けた行動を取っていないことが問題である。 健診の受診率は県や国の平均と比べて高いものの、保健指導の希望なしの割合が高いことから、健診を受けても生活習慣改善につながっていない方が多いことが問題である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喫煙割合(16.1%)が、県(14.2%)や国(13.8%)より高い。 ・朝食を抜く、間食が多い、就寝前夕食の割合が高く、食習慣に問題がある。 ・運動なし、睡眠不足、飲酒量が多く、不適切な生活習慣の割合が高い。 ・保健指導の希望なしが、92.5%。指導を受ける人が固定している。 ・被保険者は若い世代が多く、仕事や子育てで忙しい。 <p>【生活習慣病予備群】 メタボ該当者の割合は県や国の平均より低いものの、メタボ予備軍の割合は男女ともに県や国の平均より高いため、メタボ該当者に移行していく可能性が高いことが問題である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・40歳代、50歳代男性のメタボ予備群の割合が高い。 <p>【生活習慣病発症】 生活習慣病の1件当たり入院費用において、高血圧は県内1位、糖尿病は県内2位といずれも高位であることから、重症化した状態で入院に至っている(在院日数が長期化している)ことが想定されるため、生活習慣病の早期対処をしていない、重症化するまで受診していないこと等が問題である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血糖有所見者が県より低いが国より高い。40歳、50歳代の若い世代は女性の有所見者が男性より多い。 ・血圧有所見者は40歳、50歳代、60～64歳の男性の割合が高い。 <p>【重症化・合併症発症】 日本人の死因上位である三大疾病の1件当たり入院費用において、悪性新生物と心疾患は県内1位、脳血管疾患は県内4位といずれも高位であることから、生活習慣病の重症化を防げず合併症を引き起こしていることが問題である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心疾患及び脳血管疾患による入院1件あたりにかかる医療費が県内でも上位であり、高血圧や高脂血症等が軽症なうちからコントロールできていないことが考えられる。重症化している。 ・医療費全体に占める、がんの割合が県や国より高い。 ・全医療費に占める割合が糖尿病、慢性腎臓病(透析あり)で千人当たりのレセプト件数が国、県より多い。 <p>【要介護状態・死亡】 死因において、心臓病、脳疾患の割合が県や国の平均より高いため、町民が生活習慣の悪化によって動脈硬化等に至るリスクが高いことが問題である。</p>	



3 健康課題	左記の「2 健康問題」の中から解決可能で、施策として取り組むべき課題を抽出し、優先度をつける。	
健康課題の内容		優先する健康課題
A	糖尿病の1件当たりの医療費が入院で県内2位、入院外8位であり、千人当たりの外来レセプト件数も全年齢階級で県、国を上回っており、早期発見の遅れによる合併症の発症、治療中のコントロール不良などの重症化が考えられる。	✓
B	1件当たり医療費が高血圧で入院が県内1位、入院外が6位、脳血管疾患で入院4位、入院外8位、心疾患で入院1位、入院外3位であり、高血圧の早期発見の遅れ、コントロール不良のための合併症発症に進行したことが考えられる。	✓
C	特定健診結果で40歳代からメタボ予備群、HbA1c有所見者、血圧有所見者の割合が高く、若年期の生活習慣病発症リスク保有者が多い。要因として、喫煙、食生活の乱れ、飲酒量が多い、運動なし、睡眠不足などの生活習慣に問題があると考えられるが、仕事や子育てなどで生活時間に余裕がなく、生活習慣の改善につながっていない。	
D	喫煙割合が国、県に比べて高い。喫煙は、がん、脳血管疾患、心疾患等、さまざまな生活習慣病の発症や悪化につながることから、禁煙対策が必要である。	

参照データ

出典

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

図表1 令和4年度 関連データ全体

項目	(保険者名)		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	20,364		791,146		123,214,261	KDB_NO.5 人口の状況				
		65歳以上 (高齢化率)	3,984	19.57	245,884	31.01	35,335,805	28.59	健診・医療・介護データから見る地域の健康課題			
		75歳以上	1,986	9.76	128,751	16.21	18,248,742	14.73				
		65～74歳	1,998	9.81	117,133	14.80	17,087,063	13.86				
		40～64歳	7,106	34.89	267,271	33.81	41,545,893	33.75				
39歳以下	9,274	45.54	277,991	35.18	46,332,563	37.66						
② 産業構成	第1次産業	2.8		7.3		4.0		KDB_NO.3 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題				
	第2次産業	30.0		28.4		25.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	第3次産業	67.2		64.3		71.0						
③ 平均寿命	男性	81.8		80.9		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	女性	87.5		87.2		87.0						
④ 平均余命	男性	83.7		81.8		81.7		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	女性	88.0		88.2		87.8						
2 死亡	① 死亡の状況	標準化死亡率	84.5		96.4		100.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		比 (SMR)	96.5		97.4		100.0					
		がん	25	44.6	2,433	48.1	378,272	50.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		心臓病	17	30.4	1,394	27.5	205,485	27.5				
		脳疾患	10	17.9	794	15.7	102,900	13.8				
		糖尿病	1	1.8	107	2.1	13,896	1.9				
		腎不全	0	0.0	205	4.0	26,946	3.6				
		自殺	3	5.4	129	2.5	20,171	2.7				
		介護保険	1号認定者数 (認定率)	550	13.5	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	8	0.2	804	0.3	110,289	0.3				
2号認定者	18	0.3	809	0.3	156,107	0.4						
② 介護認定者の有病状況	糖尿病	158	27.3	10,479	23.9	1,712,613	24.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	高血圧症 (高血圧性心疾患含む)	303	52.6	22,563	52.0	3,744,672	53.3					
	脂質異常症	170	28.7	12,599	28.9	2,308,216	32.6					
	心臓病 (高血圧含む)	346	60.1	25,665	59.2	4,224,628	60.3					
	脳疾患	123	20.4	9,037	21.2	1,568,292	22.6					
	がん	63	11.0	5,097	11.5	837,410	11.8					
	筋・骨格	304	53.4	22,559	51.9	3,748,372	53.4					
精神 (認知症含む)	219	39.4	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)	61,503		67,719		59,662		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	居宅サービス	44,012		44,773		41,272						
	施設サービス	287,334		293,634		296,364						
	医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	認定あり 9,380 認定なし 3,972		8,622 4,029		8,610 4,020					
④ 国保の状況	被保険者数	65～74歳	1,340	35.6	79,358	44.4	11,129,271	40.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		40～64歳	1,313	35.0	59,078	33.0	9,088,015	33.1				
		39歳以下	1,097	29.3	40,458	22.6	7,271,596	26.5				
		加入率	18.4		22.6		22.3					
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	60	0.3	8,237	0.3		KDB_NO.5 人口の状況		
		診療所数	32	8.5	697	3.9	102,599	3.7				
		病床数	45	12	10,684	59.7	1,507,471	54.8				
		医師数	30	8	2,101	11.7	339,611	12.4				
		外来患者数	710.4		693.7		687.8					
		入院患者数	15.4		18.5		17.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	27,242		27,844		27,570		KDB_NO.3 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題				
	受診率	725.8		712.2		705.4						
	外来	費用の割合	63.5		60.7		60.4			KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		件数の割合	97.9		97.4		97.5					
		入費用の割合	36.5		39.3		39.6					
		院件数の割合	2.1		2.6		2.5					
	1件当たり在院日数	14.9		16.5		15.7						
④ 医療費分析生活習慣病に占める割合	がん	255,694,450	40.1	10,142,028,270	30.5	1,558,135,111,760	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題				
	慢性腎不全 (透析あり)	52,797,570	8.3	3,311,781,560	10	397,973,706,500	8.2					
	糖尿病	61,891,430	9.7	3,412,667,590	10.3	504,849,658,850	10.4					
	高血圧症	30,811,830	4.8	1,905,817,780	5.7	285,960,196,900	5.9					
	精神	72,013,820	11.3	5,365,979,730	16.2	712,427,626,380	14.7					
	筋・骨格	118,210,690	18.5	5,853,005,910	17.6	810,772,428,340	16.7					
⑤ 健診の有別一人当たり医療費 (月平均)	健診対象者	4,148		2,867		2,031		KDB_NO.3 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題				
	一人当たり 健診未受診者	11,355		11,642		13,295						
	生活習慣病対象者	13,122		8,675		6,142						
	一人当たり 健診未受診者	35,926		35,235		40,210						
⑥ 健診・レセ突合	受診勧奨者	738	52.5	34,231	58.7	3,835,832	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	医療機関受診率	667	47.4	30,887	53.0	3,501,508	52.0					
	医療機関非受診率	71	5.0	3,344	5.7	334,324	5.0					

※ 保険者の割合は県の数値と比較し値の大きい場合に赤字にて表記

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

項目	(保険者名)		県		国		データ元 (CSV)			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4 医療	⑦ 県内順位 順位総数28 27市町村1組合	費用額 (1件あたり)	糖尿病	781,296	2位 (14)			KDB_NO.3 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題		
			高血圧	829,635	1位 (13)					
			脂質異常症	614,516	10位 (15)					
			脳血管疾患	768,914	4位 (20)					
			心疾患	1,276,396	1位 (14)					
		入院の () 内は 在院日数	腎不全	566,656	21位 (8)					
			精神	477,625	17位 (23)					
			悪性新生物	857,752	1位 (13)					
			糖尿病	41,968	8位					
			高血圧	35,716	6位					
5 健診	⑧ 県内順位 順位総数28 27市町村1組合	特定健診の状況	脂質異常症	27,508	18位			KDB_NO.3 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題		
			脳血管疾患	43,808	8位					
			心疾患	83,029	3位					
			腎不全	133,780	12位					
			精神	30,222	9位					
		メタボ	悪性新生物	77,767	5位					
			健診受診者	1,406		58,310			6,735,405	
			受診率 (見込み)	58.1		46.3			36.7	
			特定保健指導終了者 (実施率)	106	19.9	1,709	27.7		91,478	11.5
			非肥満高血糖	121	8.6	5,768	9.9		608,503	9.0
6 健診の質問票	⑨ 生活習慣の状況	メタボ	該当者	224	15.9	10,373	17.8	1,366,220	20.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			男性	157	25.5	7,623	28.6	953,975	32.0	
			女性	67	8.5	2,750	8.7	412,245	11.0	
			予備群	155	11.0	6,000	10.3	756,692	11.2	
			男性	111	18.0	4,399	16.5	533,553	17.9	
		BMI	女性	44	5.6	1,601	5.1	223,139	5.9	
			総数	453	32.2	18,061	31.0	2,352,941	34.9	
			男性	318	51.6	13,190	49.5	1,646,925	55.3	
			女性	135	17.1	4,871	15.4	706,016	18.8	
			総数	60	4.3	2,657	4.6	316,378	4.7	
7 生活習慣の状況	⑩ 生活習慣の状況	血糖のみ	男性	8	1.3	428	1.6	50,602	1.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性	52	6.6	2,229	7.0	265,776	7.1	
			血糖のみ	7	0.5	302	0.5	43,022	0.6	
			血糖のみ	114	8.1	4,527	7.8	533,361	7.9	
			脂質のみ	34	2.4	1,171	2.0	180,309	2.7	
		予備群レベル	血糖・血糖	48	3.4	1,885	3.2	200,700	3.0	
			血糖・脂質	8	0.6	419	0.7	69,468	1.0	
			血糖・脂質	104	7.4	4,794	8.2	651,885	9.7	
			血糖・血糖・脂質	64	4.6	3,275	5.6	444,167	6.6	
			服薬	高血圧	421	29.9	20,570	35.3	2,401,322	
8 生活習慣の状況	⑪ 生活習慣の状況	糖尿病	120	8.5	5,463	9.4	582,344	8.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		脂質異常症	278	19.8	14,682	25.2	1,877,854	27.9		
		既往	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	55	3.9	1,467	2.6	205,223		3.1
		心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	110	7.8	3,802	6.7	0	5.5		
		腎不全	21	1.5	511	0.9	53,281	0.8		
		歴	貧血	101	7.2	3,482	6.2	694,361		10.7
		喫煙	226	16.1	8,286	14.2	927,614	13.8		
		週3回以上朝食を抜く	182	12.9	4,936	8.8	633,871	10.3		
		食後間食 (毎日)	337	24.0	12,009	22.7	1,312,583	21.6		
		週3回以上就寝前夕食	169	12.0	6,478	11.5	964,244	15.7		
9 生活習慣の状況	⑫ 生活習慣の状況	食べる速度が速い	380	27.0	16,242	28.8	1,640,770	26.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		咀嚼 (噛みにくい)	194	13.8	8,961	17.0	1,220,289	19.9		
		咀嚼 (ほとんど噛めない)	9	0.6	313	0.6	49,480	0.8		
		20歳時体重から10kg以上増加	429	30.5	17,391	30.8	2,149,988	34.9		
		1回30分以上運動習慣なし	997	70.9	37,841	67.1	3,707,647	60.4		
		1日1時間以上運動なし	592	42.1	24,293	43.1	2,949,573	48.0		
		歩行速度が遅い	884	62.9	32,309	57.3	3,110,990	50.9		
		睡眠不足	775	55.1	23,511	41.7	1,569,769	25.6		
		毎日飲酒	272	19.3	12,117	21.5	1,639,941	25.5		
		時々飲酒	313	22.3	12,102	21.5	1,446,573	22.5		
10 生活習慣の状況	⑬ 生活習慣の状況	1合未満	251	42.9	14,921	52.1	2,944,274	64.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		1～2合	187	32.0	8,909	31.1	1,088,435	23.7		
		2～3合	112	19.1	3,899	13.6	428,995	9.3		
		3合以上	35	6.0	931	3.2	126,933	2.8		
		改善意欲なし	269	19.1	14,058	24.9	1,673,300	27.6		
		改善意欲あり	140	10.0	9,670	17.2	1,736,549	28.6		
		かつ始めている	147	10.5	6,137	10.9	844,741	13.9		
		保健指導の希望なし	1,301	92.5	45,382	80.5	3,816,621	63.3		

図表2	特定健康診査受診率（性・年齢階層別）	出典 法定報告
データ分析の結果	70～74歳の階層以外では、女性の方が受診率が高い。年齢別に比較すると、男性、女性とも40～49歳の受診率が最も低く、年齢階層の上昇に比例して、受診率も高くなっている。若年層への受診勧奨を強化することが、全体の受診率向上に繋がると考えられる。	

【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	216	84	38.9%	30.5%
	50～59歳	260	114	43.8%	33.3%
	60～69歳	351	196	55.8%	47.3%
	70～74歳	327	222	67.9%	50.8%
	計	1,154	616	53.4%	43.7%

【女性】

年度	年齢階層	対象者（人）	受診者（人）	受診率（％）	（参考） 県受診率
令和4年度	40～49歳	193	92	47.7%	36.3%
	50～59歳	237	127	53.6%	41.5%
	60～69歳	414	273	65.9%	54.2%
	70～74歳	440	296	67.3%	53.8%
	計	1,284	788	61.4%	50.3%

図表3	後発医薬品の使用状況	出典 厚生労働省 保険者別の後発医薬品の 使用割合
データ分析の結果	ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用割合（数量シェア）をみると、昭和町の使用率は令和4年に75.7%と上昇傾向にあるものの、全国や山梨県を下回っている。背景としては、①若年層が多い（若干層はジェネリック医薬品の使用割合が低い）、②ジェネリック医薬品による医療費抑制や安全性に対する認識が低いこと等が考えられる。	

年度	昭和町	山梨県	国
平成30年度	67.0%	72.6%	74.6%
令和元年度	72.8%	75.5%	77.4%
令和2年度	75.1%	80.0%	79.2%
令和3年度	75.6%	79.9%	79.3%
令和4年度	75.7%	81.3%	80.9%

※各年度3月の数値を掲載

図表4	重複・頻回受診、重複投与者・多剤投与者の状況	出典	国保連合会 重複多受診・重複投薬等該当者リスト
データ分析の結果	医療費の適正化のために、適切な受診行動が必要であるものの、重複・頻回受診、重複・多剤服薬に該当する者が、令和3年度683人、令和4年度758人であった。多数の対象者が適切な受診に至っていない。		

令和4年度	重複受診者数	頻回受診者数	重複服薬者	多剤服薬者
令和4年4月	19人	15人	38人	2人
令和4年5月	20人	17人	19人	2人
令和4年6月	22人	15人	19人	0人
令和4年7月	20人	14人	25人	1人
令和4年8月	16人	14人	35人	3人
令和4年9月	19人	14人	29人	1人
令和4年10月	22人	14人	35人	3人
令和4年11月	22人	17人	25人	1人
令和4年12月	16人	10人	30人	3人
令和5年1月	15人	10人	28人	2人
令和5年2月	16人	10人	28人	0人
令和5年3月	22人	14人	32人	4人
延べ人数	229人	164人	343人	22人
合計延べ人数	758人			

令和3年度	重複受診者数	頻回受診者数	重複服薬者	多剤服薬者
令和3年4月	22人	17人	30人	1人
令和3年5月	14人	11人	18人	1人
令和3年6月	15人	9人	24人	1人
令和3年7月	15人	10人	30人	0人
令和3年8月	14人	4人	32人	2人
令和3年9月	16人	12人	24人	2人
令和3年10月	20人	16人	33人	2人
令和3年11月	20人	13人	28人	4人
令和3年12月	19人	13人	23人	1人
令和4年1月	11人	5人	32人	0人
令和4年2月	20人	10人	22人	0人
令和4年3月	14人	10人	41人	2人
延べ人数	200人	130人	337人	16人
合計延べ人数	683人			

※抽出条件

重複受診者 同一月内に2機関以上の医療機関に、10日以上受診した者

頻回受診者 同一月内に同じ医療機関に、10日以上受診した者

重複受診者 同一月内に2機関以上の医療機関から、2種類以上の同様の薬効がある薬を処方された者

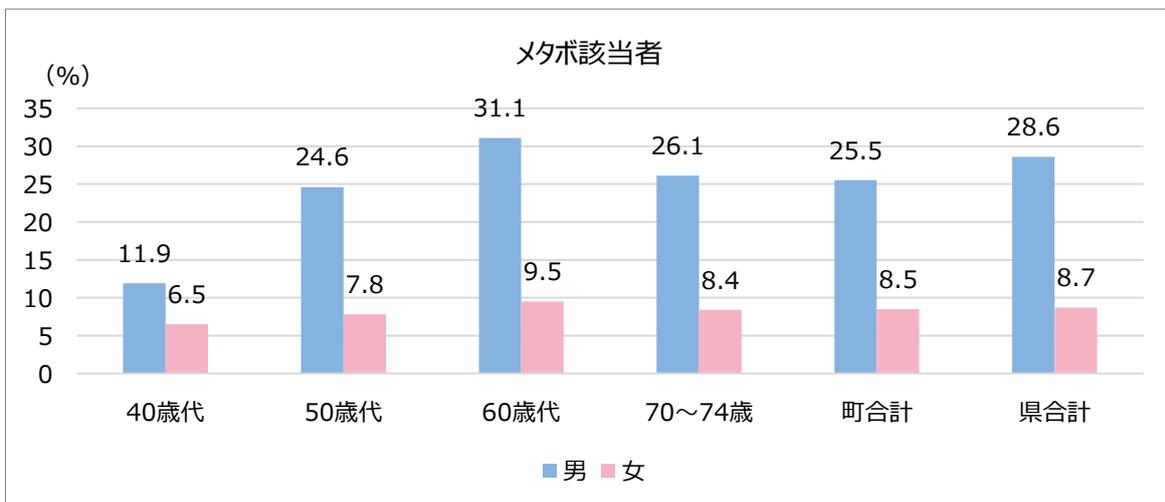
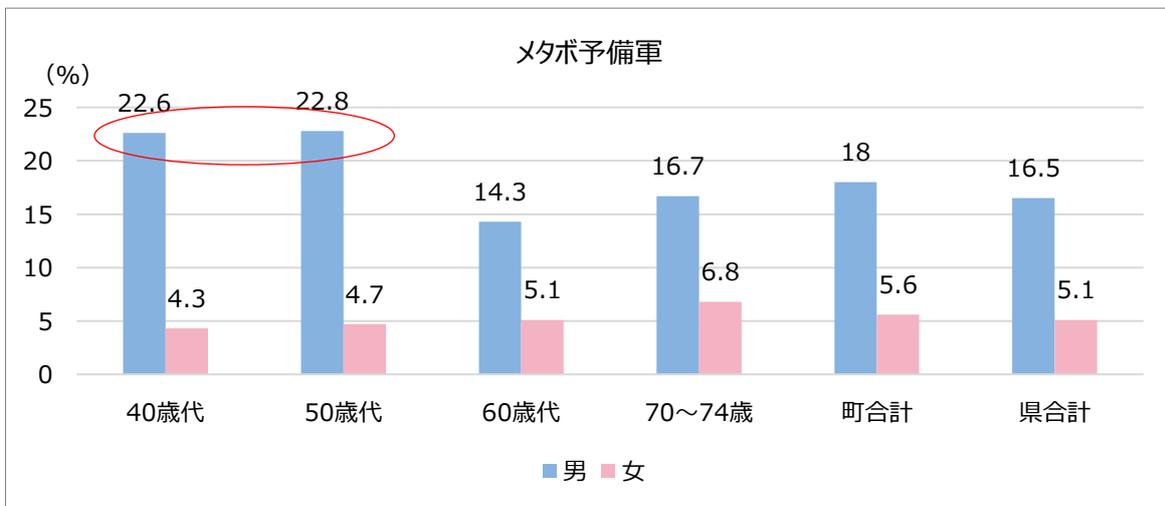
多剤服薬者 同一月内に15種類以上の薬を、90日以上処方された者

●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	22.6	4.3
50歳代	22.8	4.7
60歳代	14.3	5.1
70～74歳	16.7	6.8
町合計	18	5.6
県合計	16.5	5.1

- 女性に比べて男性のメタボ予備群、該当者の割合が高い。
- 特に、対象人数は少ないが、40代、50代男性のメタボ予備群が高い。

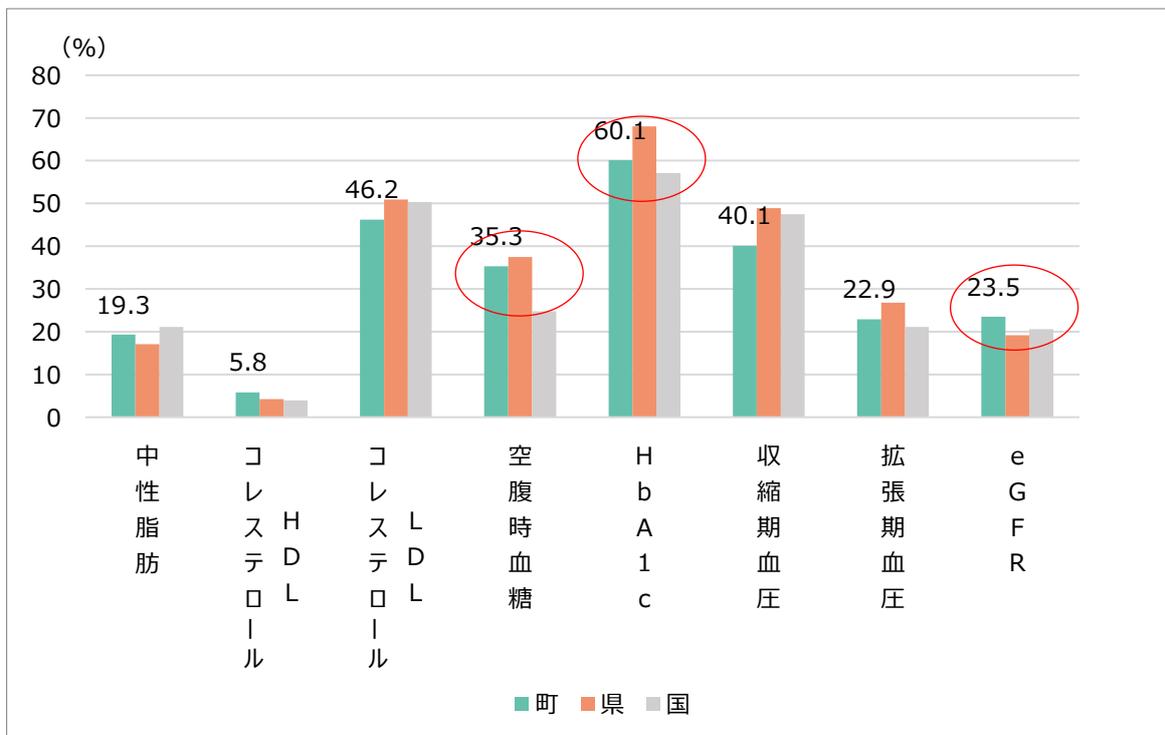
該当者	男	女
40歳代	11.9	6.5
50歳代	24.6	7.8
60歳代	31.1	9.5
70～74歳	26.1	8.4
町合計	25.5	8.5
県合計	28.6	8.7



●特定健診有所見者（令和4年度）

	町	県	国
中性脂肪	19.3	17.1	21.1
HDLコレステロール	5.8	4.2	3.9
LDLコレステロール	46.2	50.9	50.3
空腹時血糖	35.3	37.5	24.8
HbA1c	60.1	68	57.1
収縮期血圧	40.1	48.9	47.5
拡張期血圧	22.9	26.8	21.1
eGFR	23.5	19.2	20.6

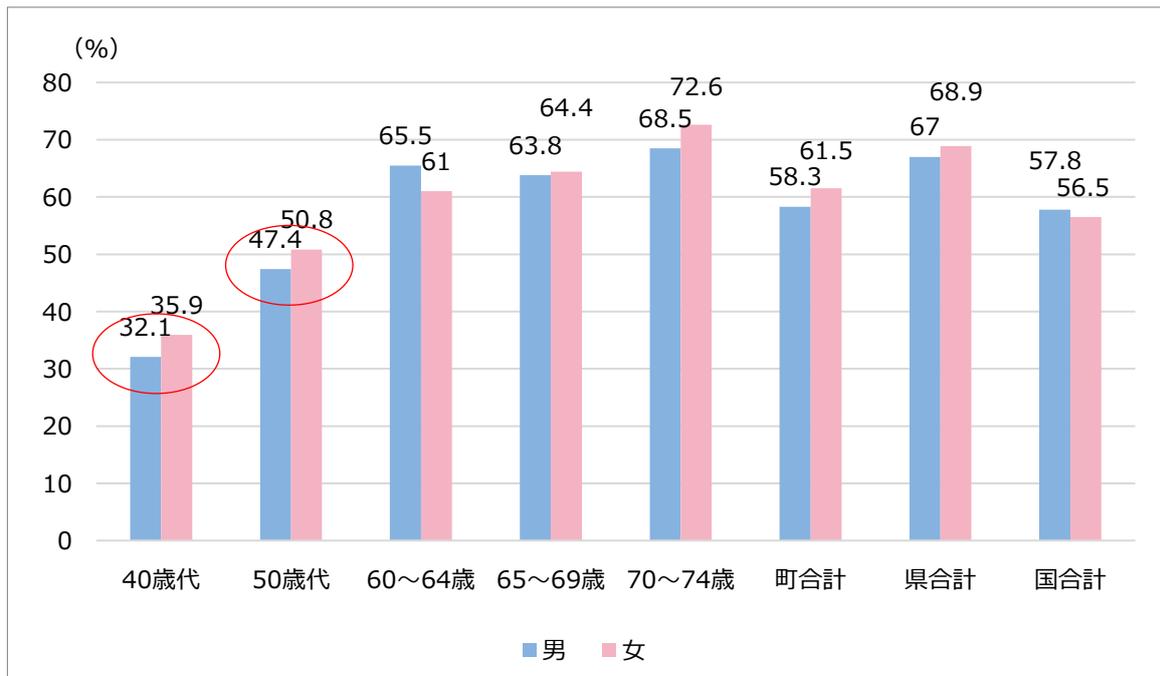
• 血糖有所見者が県より低い
国より高い。
• eGFRが国、県より高い。



●HbA1c 有所見者割合（令和4年度）

	男	女
40歳代	32.1	35.9
50歳代	47.4	50.8
60～64歳	65.5	61
65～69歳	63.8	64.4
70～74歳	68.5	72.6
町合計	58.3	61.5
県合計	67	68.9
国合計	57.8	56.5

・40歳代、50歳代は、男性より女性の有所見者割合がやや高い。

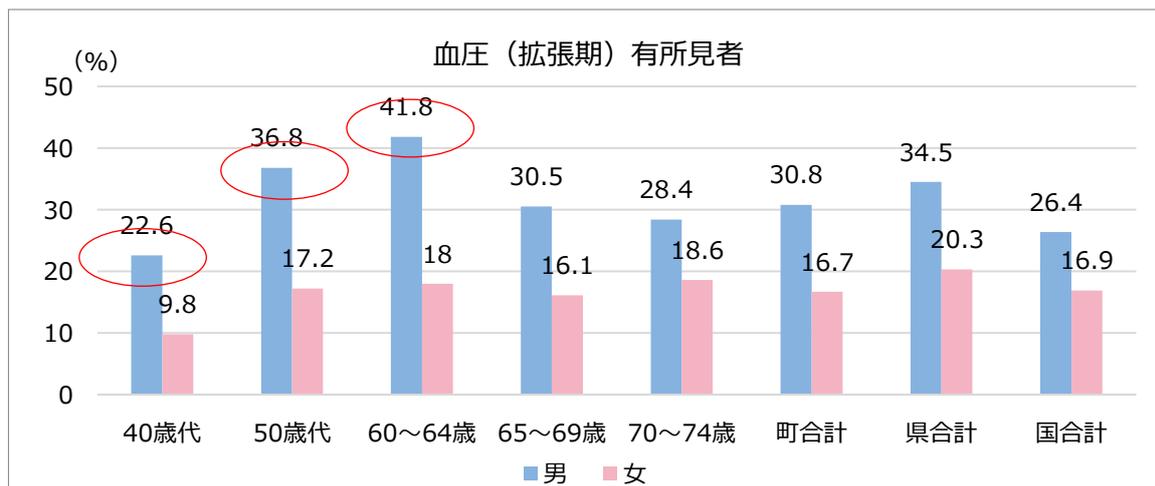
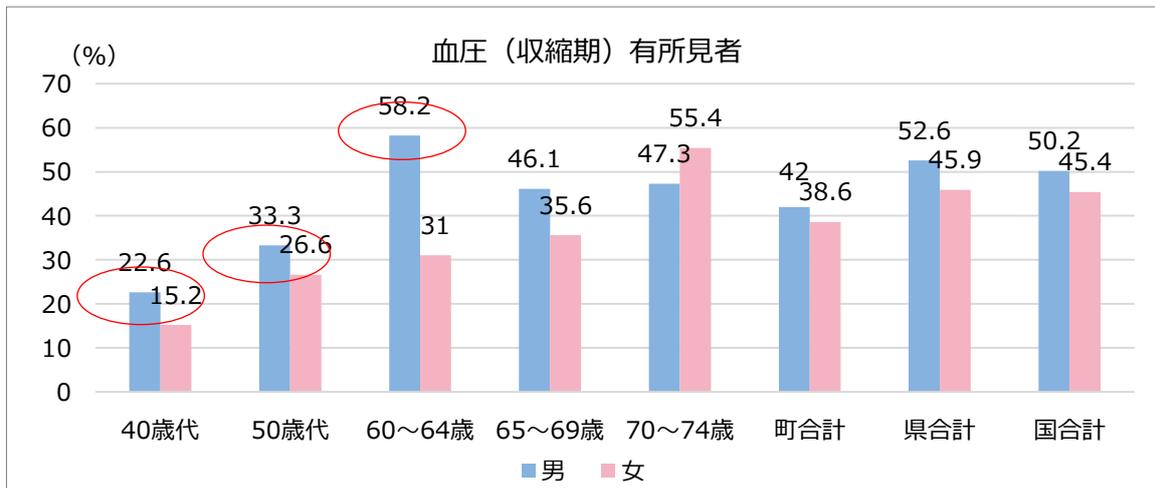


●血圧有所見者（令和4年度）

収縮期	男	女
40歳代	22.6	15.2
50歳代	33.3	26.6
60～64歳	58.2	31.0
65～69歳	46.1	35.6
70～74歳	47.3	55.4
町合計	42.0	38.6
県合計	52.6	45.9
国合計	50.2	45.4

・40歳代、50歳代、60～64歳の男性の有所見者割合が高い。

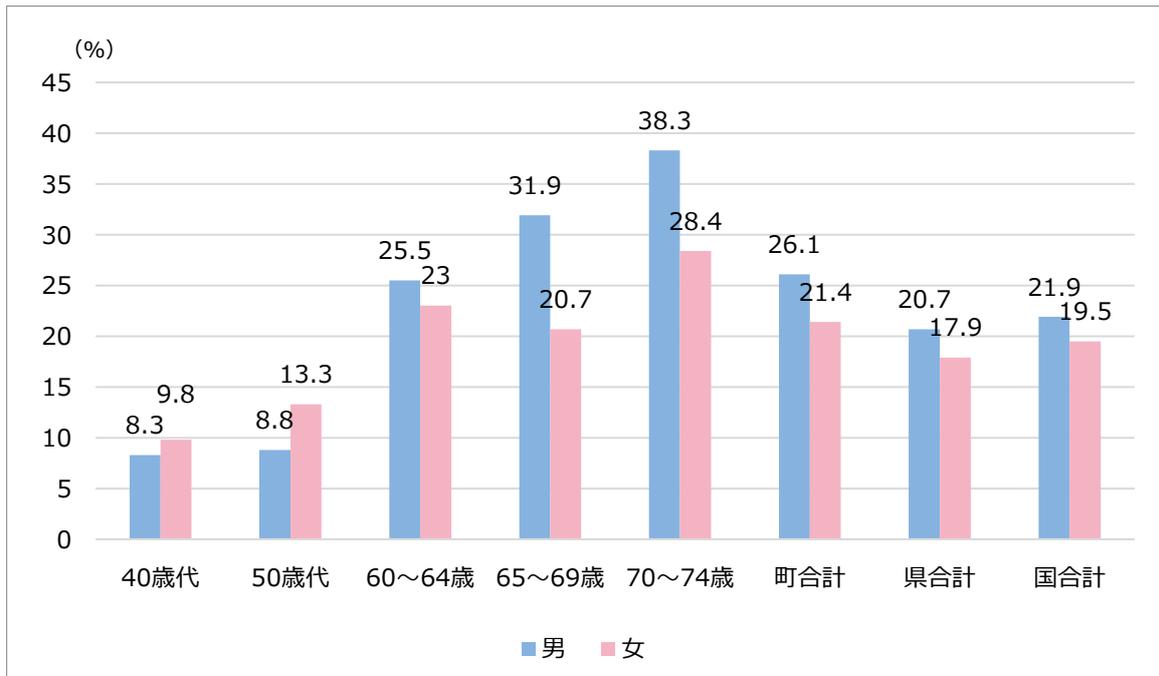
拡張期	男	女
40歳代	22.6	9.8
50歳代	36.8	17.2
60～64歳	41.8	18.0
65～69歳	30.5	16.1
70～74歳	28.4	18.6
町合計	30.8	16.7
県合計	34.5	20.3
国合計	26.4	16.9



●eGFR有所見者割合（令和4年度）

	男	女
40歳代	8.3	9.8
50歳代	8.8	13.3
60～64歳	25.5	23.0
65～69歳	31.9	20.7
70～74歳	38.3	28.4
町合計	26.1	21.4
県合計	20.7	17.9
国合計	21.9	19.5

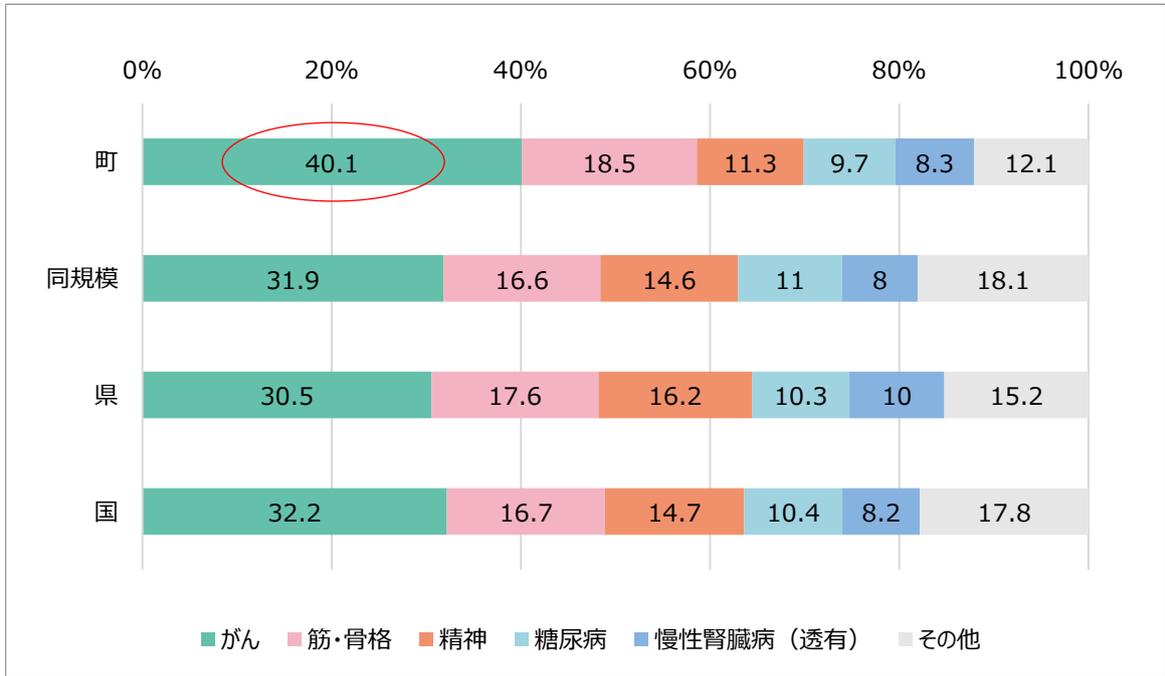
・国、県に比べて有所見者割合がやや高い。



●医療費の割合（令和4年度）※最大医療資源傷病名による、調剤報酬含む

	町	同規模	県	国
がん	40.1	31.9	30.5	32.2
筋・骨格	18.5	16.6	17.6	16.7
精神	11.3	14.6	16.2	14.7
糖尿病	9.7	11	10.3	10.4
慢性腎臓病（透有）	8.3	8	10	8.2
その他	12.1	18.1	15.2	17.8

・県、国に比べてがんの医療費割合が高い。



●疾病統計

疾病	入院（円/件） （県内順位）	在院日数（日/件）	入院外（円/件） （県内順位）
糖尿病	781,296 (2)	14	41,968 (8)
高血圧症	829,635 (1)	13	35,716 (6)
脂質異常症	614,516 (10)	15	27,508 (18)
脳血管疾患	768,914 (4)	20	43,808 (8)
心疾患	1,276,396 (1)	14	83,029 (3)
腎不全	556,656 (21)	8	133,780 (12)
精神	477,625 (17)	23	30,222 (9)
新生物	857,752 (1)	13	77,767 (5)
歯肉炎・歯周病	359,060 (3)	5	11,559 (26)

●細小分類における医療費上位10疾病（令和4年度） ※入院+外来（%）

1位	糖尿病	4.6
2位	慢性腎臓病（透析あり）	4.2
3位	不整脈	3.5
4位	関節疾患	3.2
5位	統合失調症	3.0
6位	高血圧症	2.4
7位	肺がん	2.4
8位	乳がん	2.3
9位	白血病	1.7
10位	脂質異常症	1.6

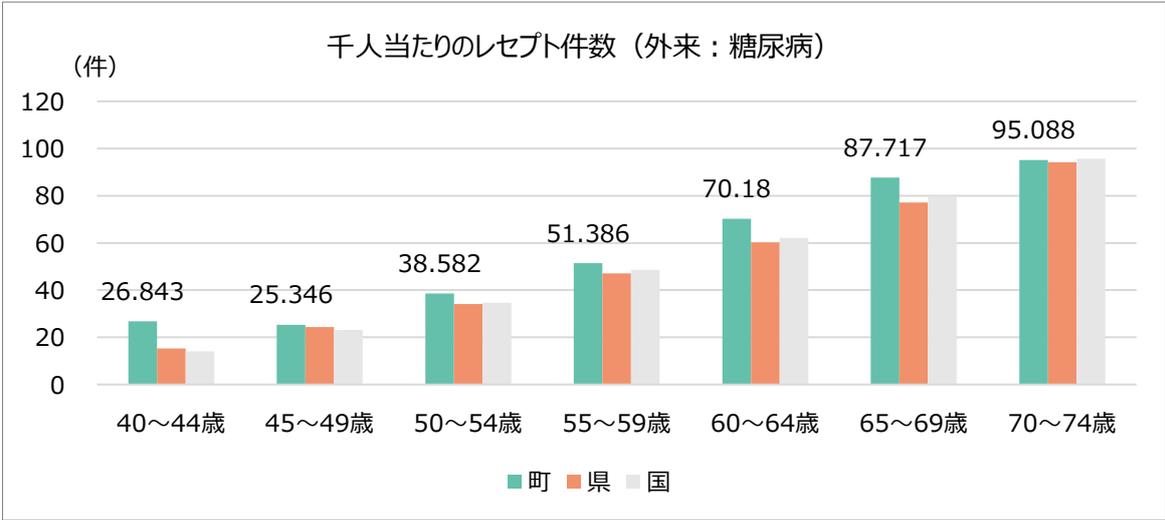
※全体の医療費（入院+外来）を100%として計算

- 糖尿病の1件当たり医療費が入院県内2位、入院外が8位。
- 高血圧症の1件当たり医療費が入院県内1位、入院外が6位。
- 脳血管疾患の1件当たり医療費が入院県内4位、入院外が8位。
- 心疾患の1件当たり医療費が入院県内1位、入院外が3位。
- 悪性新生物の1件当たり医療費が入院県内1位、入院外が5位。
- 全体の医療費（入院と+外来）のうち、糖尿病が1位、慢性腎臓病（透析あり）が第2位。

●千人当たりのレセプト件数（外来：糖尿病）（令和4年度）

	町	県	国
40～44歳	26.84	15.33	14.09
45～49歳	25.35	24.30	23.17
50～54歳	38.58	34.06	34.66
55～59歳	51.39	47.13	48.56
60～64歳	70.18	60.15	62.09
65～69歳	87.72	77.13	79.83
70～74歳	95.09	94.14	95.64

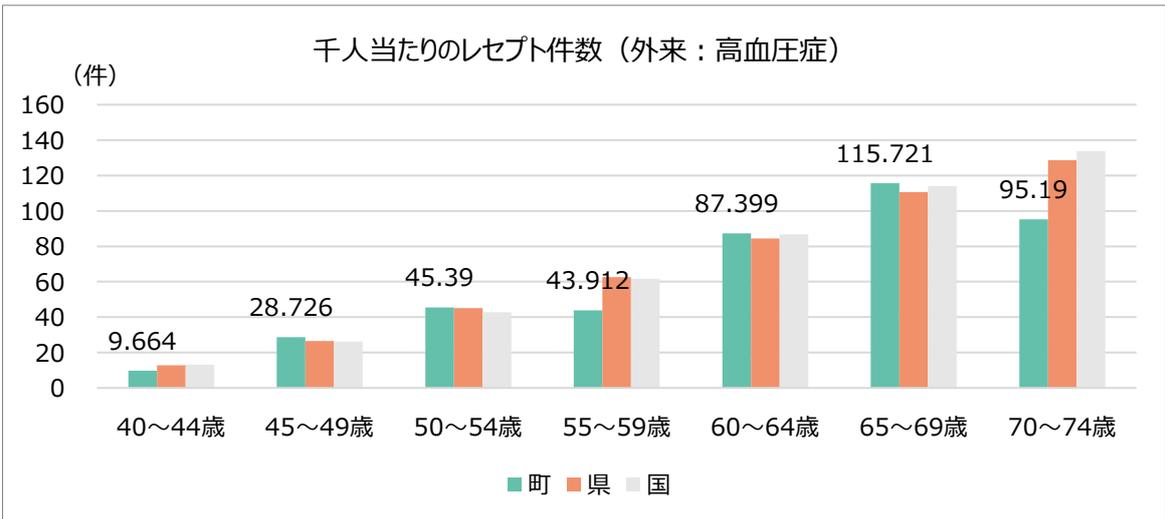
・糖尿病の千人当たりのレセプト件数が県、国に比べて多い。



●千人当たりのレセプト件数（外来：高血圧症）（令和4年度）

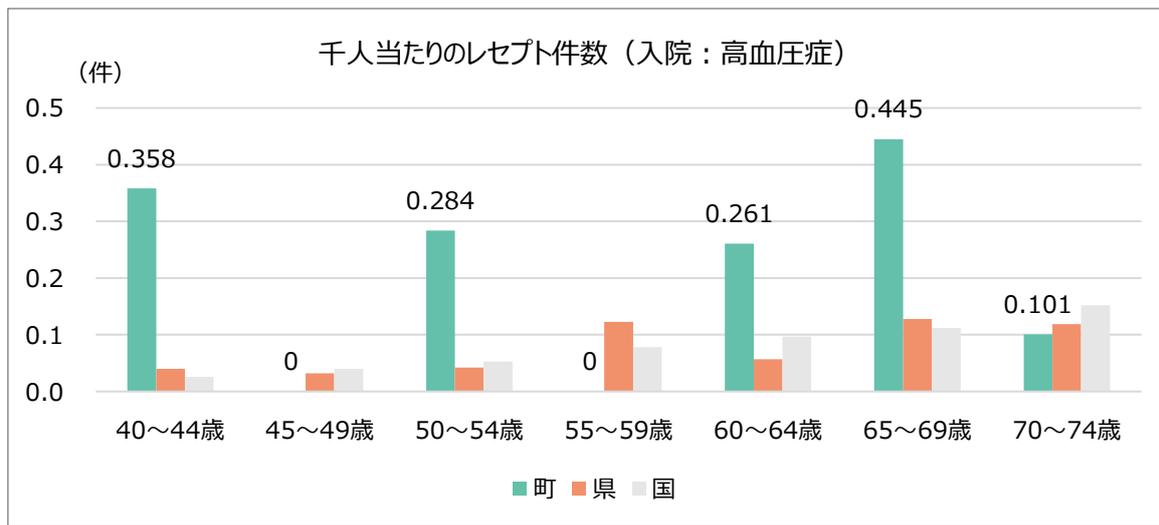
	町	県	国
40～44歳	9.66	12.75	13.13
45～49歳	28.73	26.48	26.14
50～54歳	45.39	45.05	42.79
55～59歳	43.91	62.64	61.76
60～64歳	87.40	84.36	86.80
65～69歳	115.72	110.54	113.94
70～74歳	95.19	128.62	133.68

・高血圧症の千人当たりのレセプト件数が県、国に比べてやや多い（特に40歳代、50歳代）。

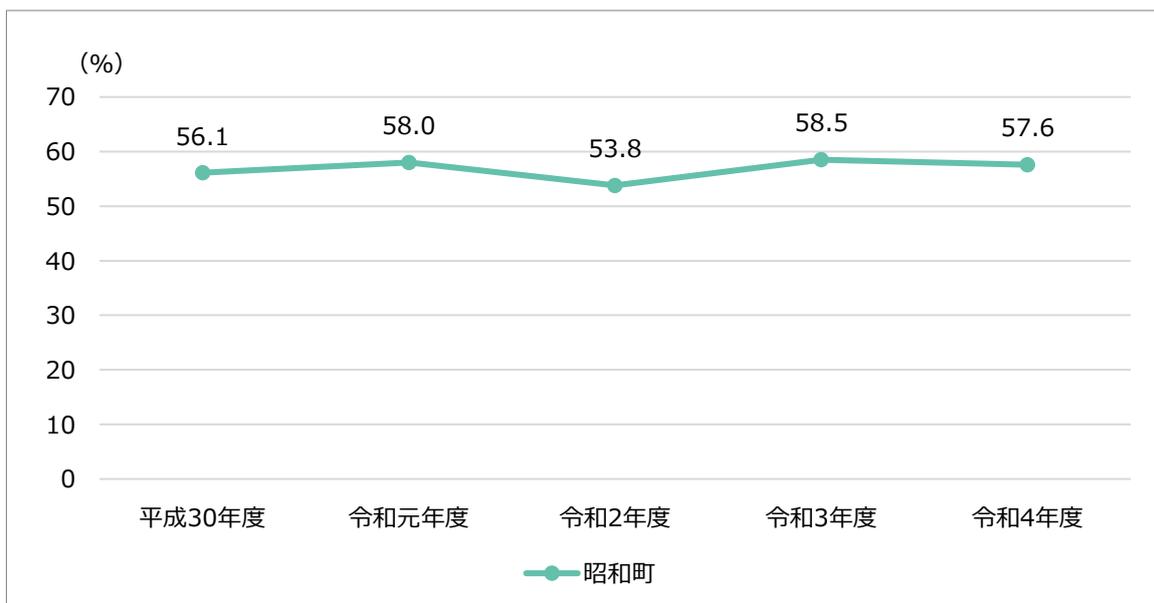


●千人当たりのレセプト件数（入院：高血圧症）（令和4年度）

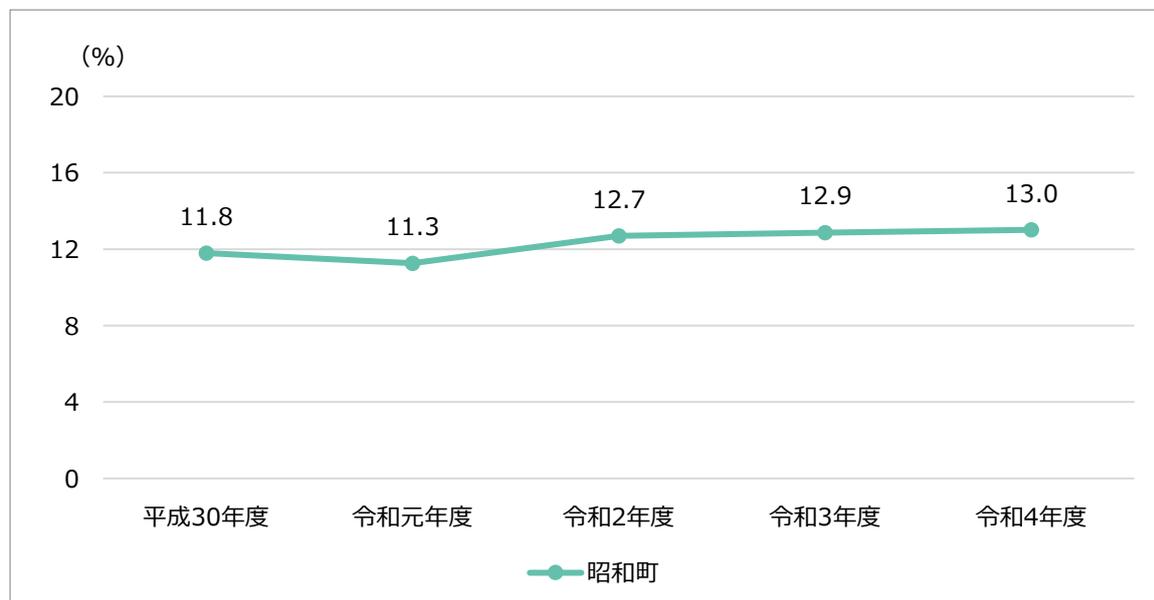
	町	県	国
40～44歳	0.36	0.04	0.03
45～49歳	0.00	0.03	0.04
50～54歳	0.28	0.04	0.05
55～59歳	0.00	0.12	0.08
60～64歳	0.26	0.06	0.10
65～69歳	0.45	0.13	0.11
70～74歳	0.10	0.12	0.15



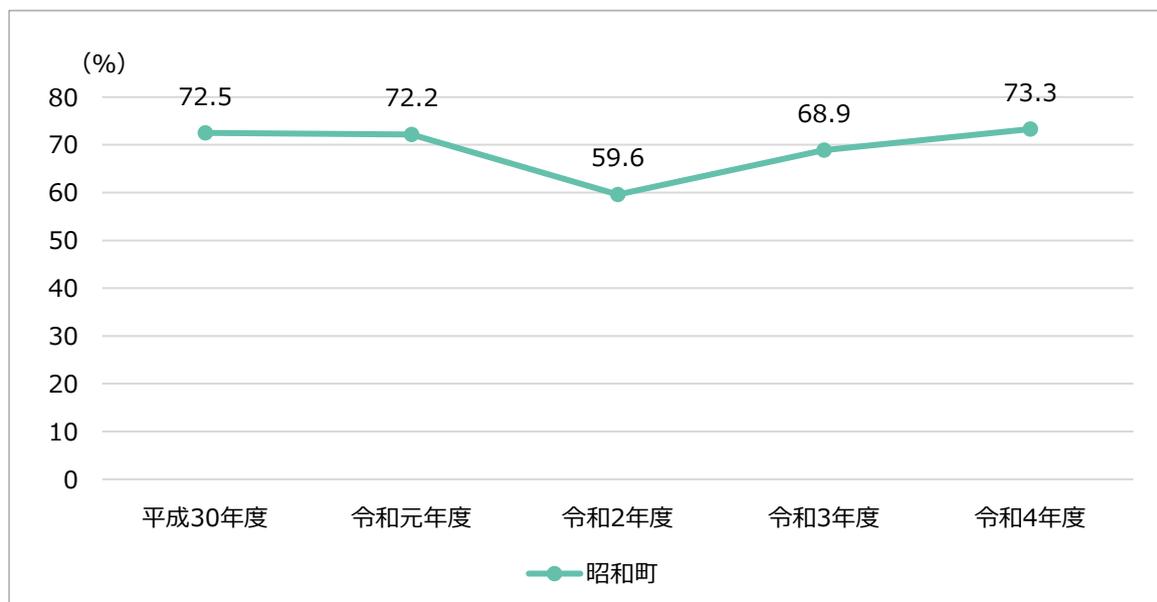
●特定健康診査受診率



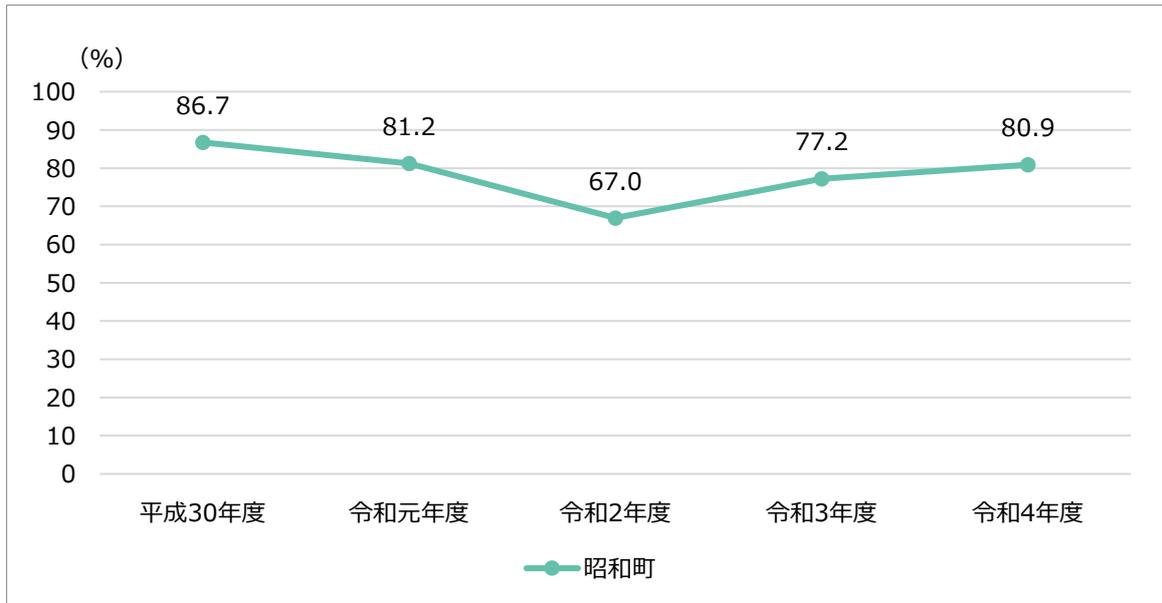
●特定保健指導対象者割合



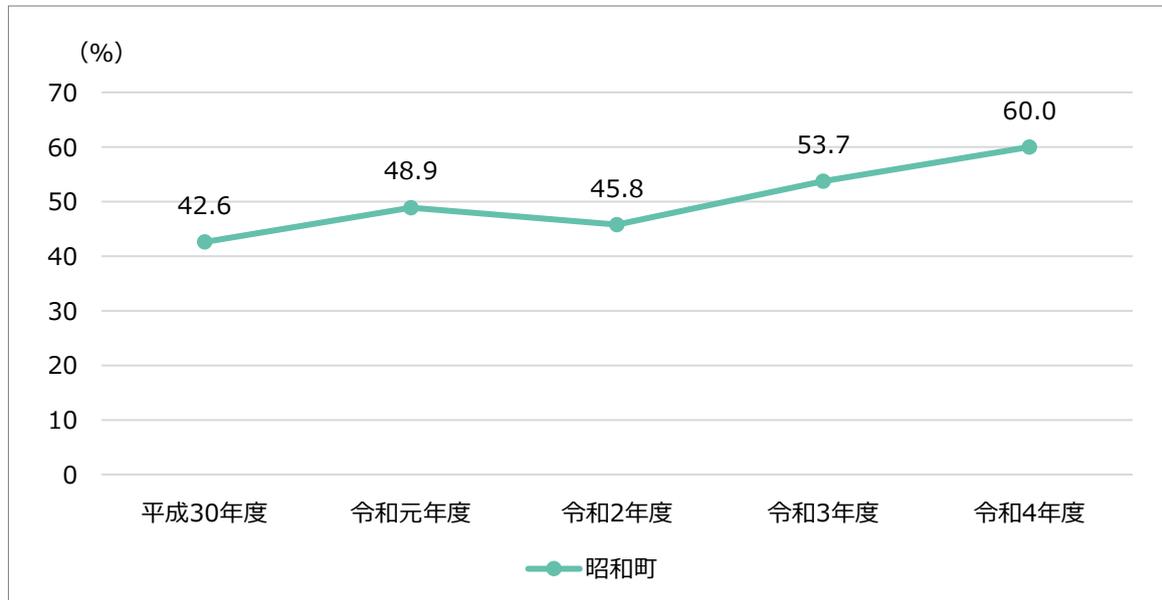
●特定保健指導実施率



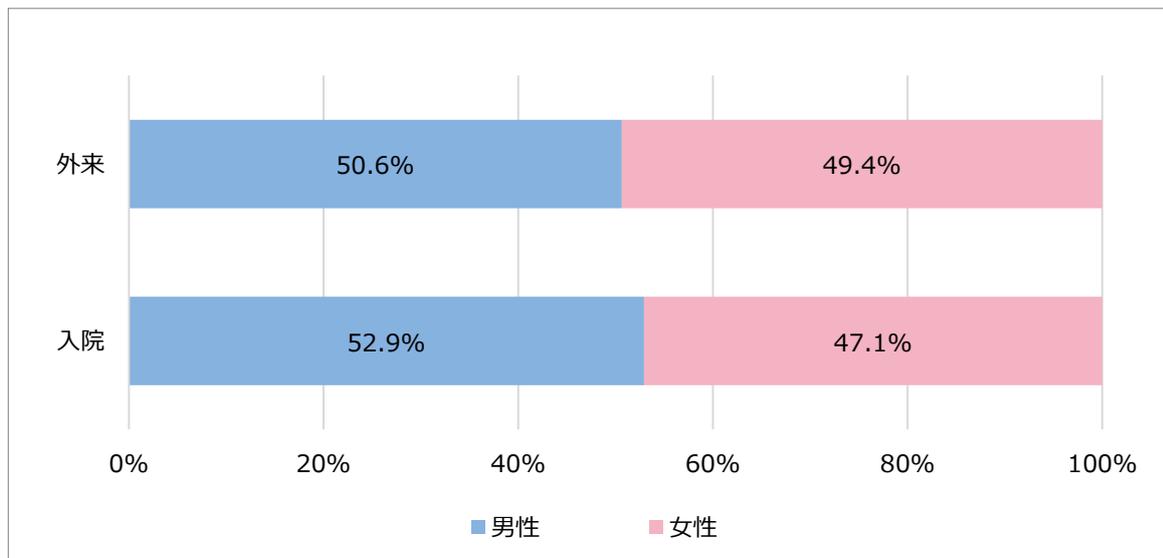
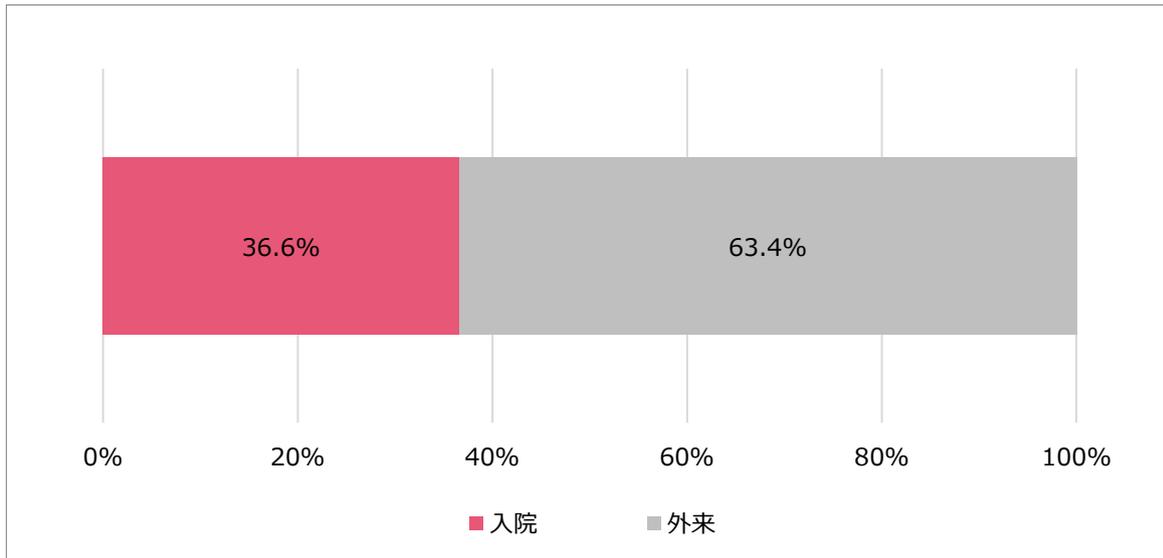
●特定保健指導実施率(動機付け支援)



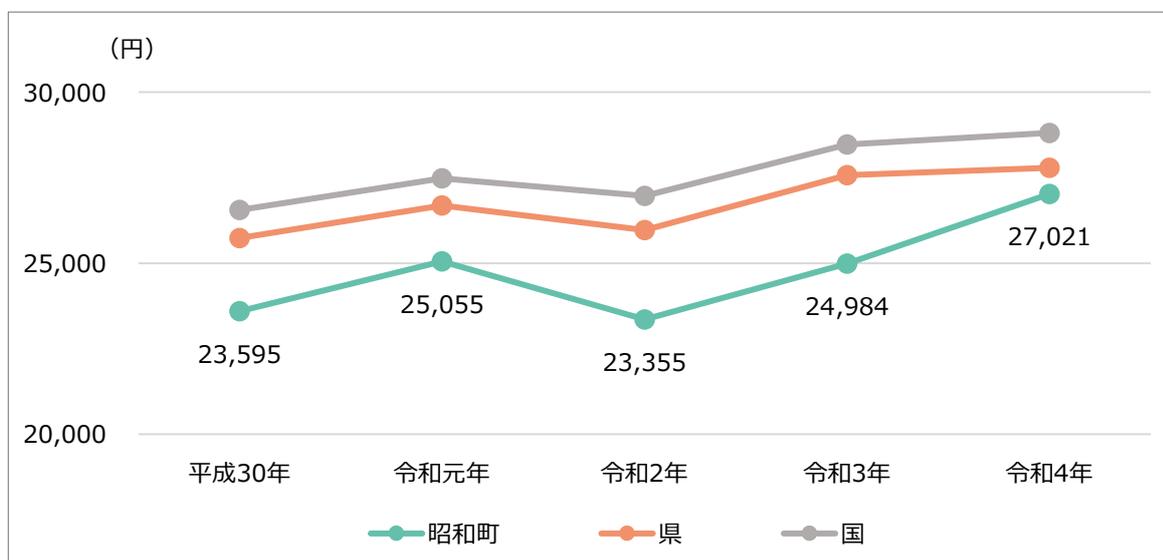
●特定保健指導実施率(積極的支援)



●医療費の割合（令和4年度）

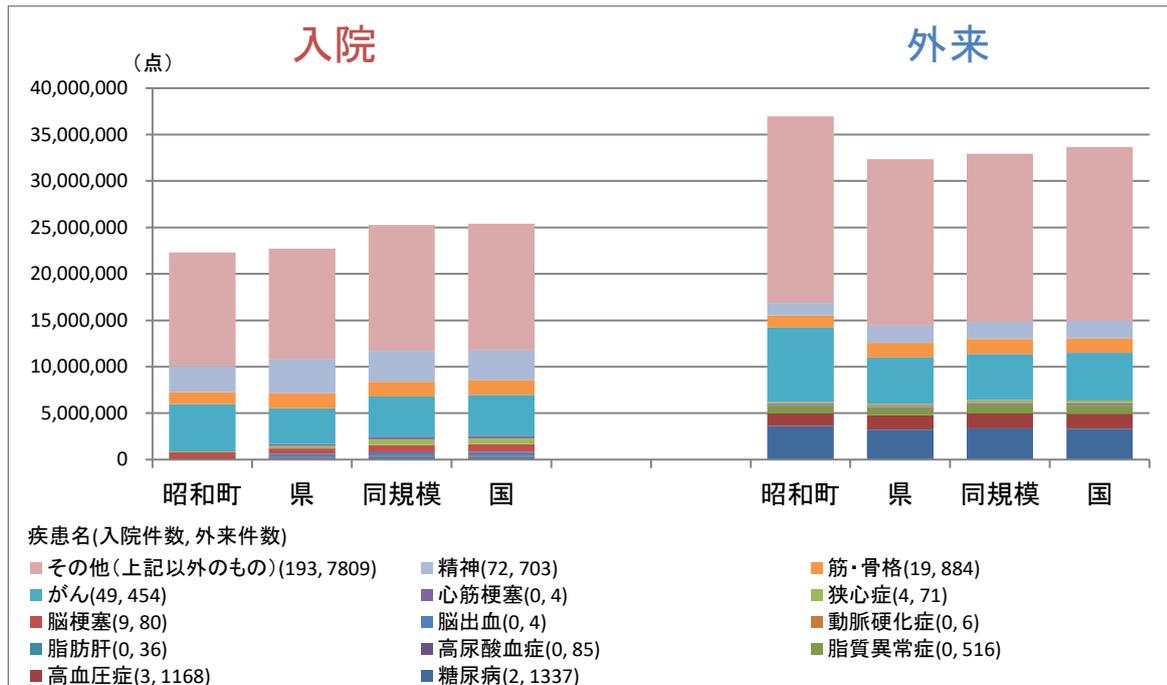


●1人当たり医療費（入院・外来合計）

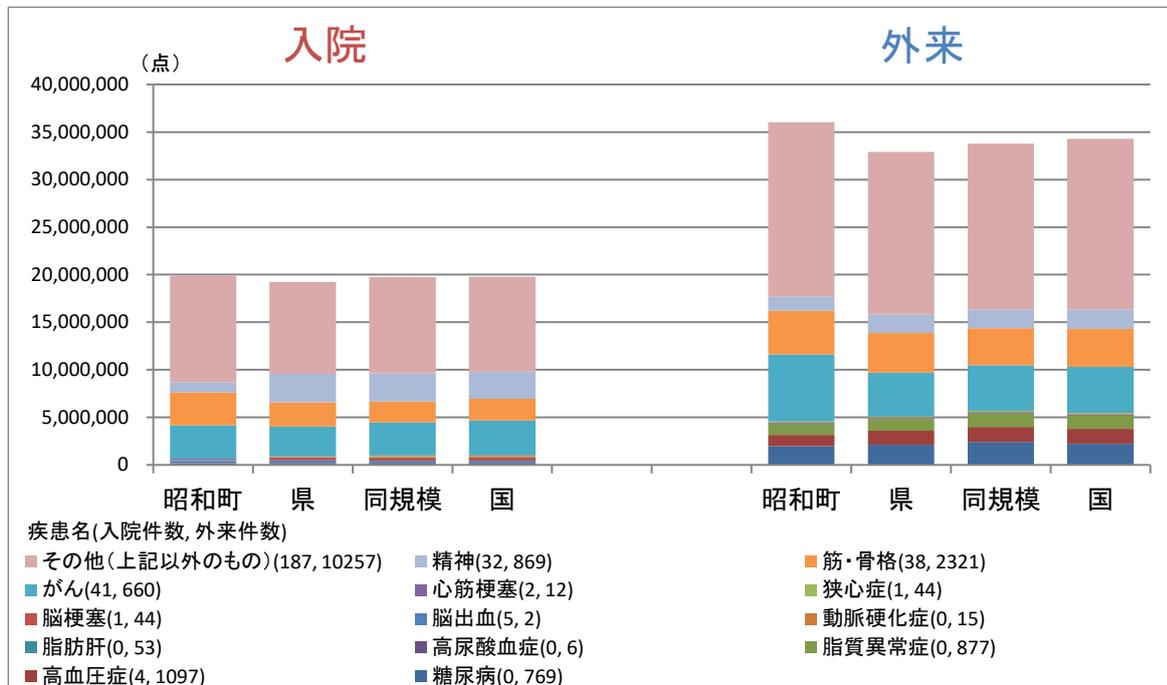


●疾病別医療費分析（生活習慣病）

【令和4年度・男性】

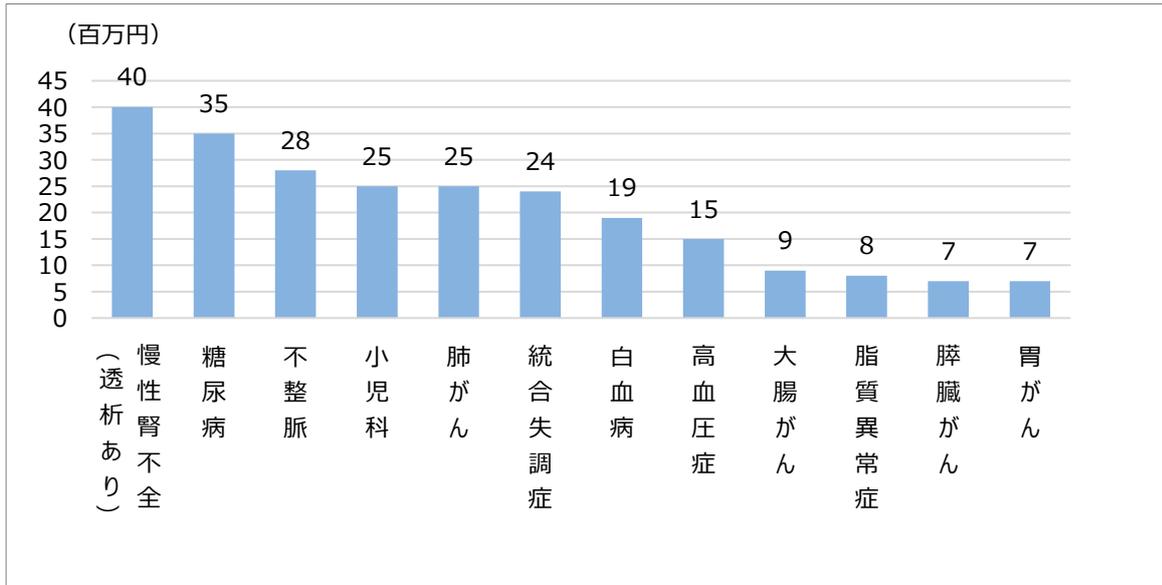


【令和4年度・女性】



※国立保健医療科学院「国保データベース(KDB)のCSVファイル加工ツール」にて分析

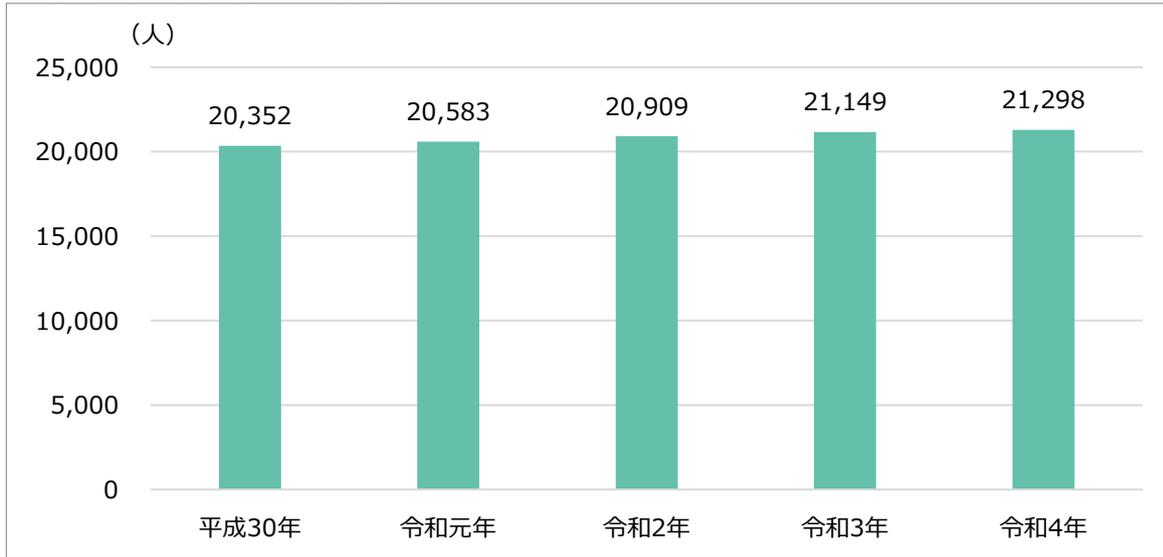
●疾病別医療費（男性・令和4年度）



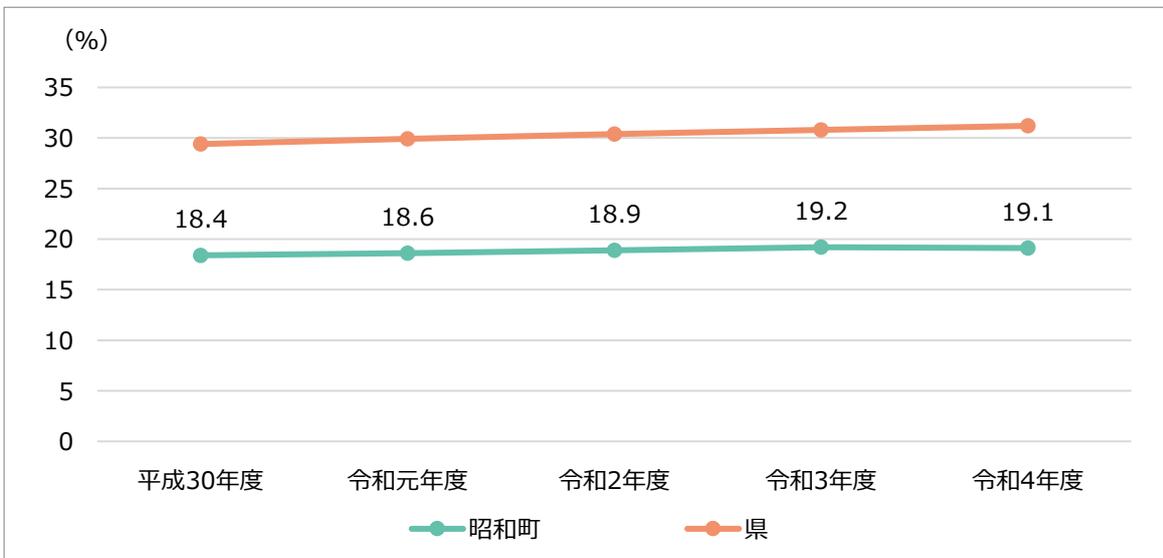
●疾病別医療費（女性・令和4年度）



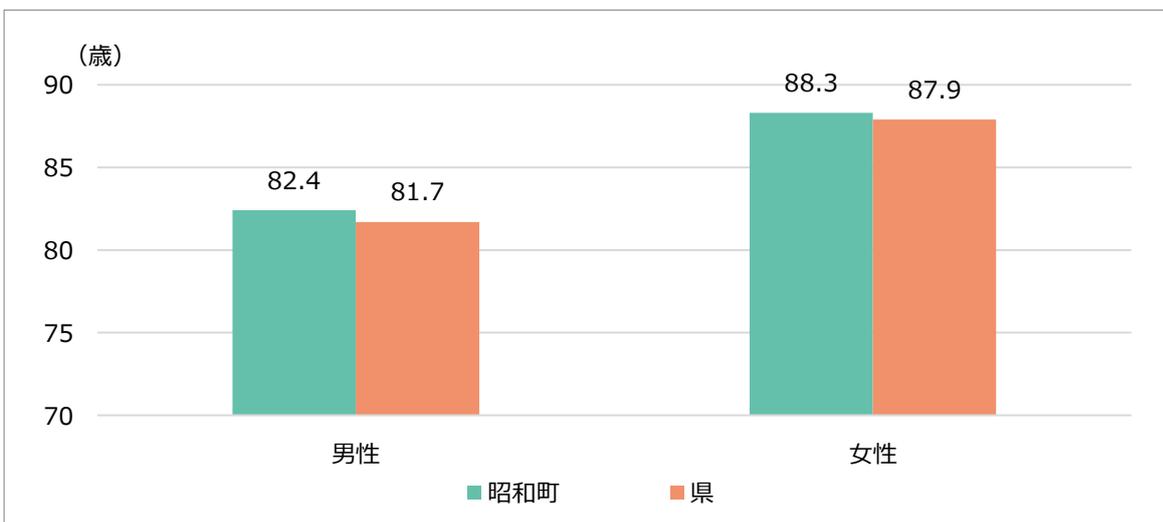
●人口推移（山梨県常住人口調査）



●高齢化率（山梨県高齢者福祉基礎調査）



●平均寿命（令和3年市区町村別生命表）



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 糖尿病の1件当たりの医療費が入院で県内2位、入院外8位であり、千人当たりの外来レセプト件数も全年齢階級で県、国を上回っており、早期発見の遅れによる合併症の発症、治療中のコントロール不良などの重症化が考えられる。	✓
B 1件当たり医療費が高血圧で入院が県内1位、入院外が6位、脳血管疾患で入院4位、入院外8位、心疾患で入院1位、入院外3位であり、高血圧の早期発見の遅れ、コントロール不良のための合併症発症に進行したことが考えられる。	✓
C 特定健診結果で40歳代からメタボ予備群、HbA1c有所見者、血圧有所見者の割合が高く、若年期の生活習慣病発症リスク保有者が多い。要因として、喫煙、食生活の乱れ、飲酒量が多い、運動なし、睡眠不足などの生活習慣に問題があると考えられるが、仕事や子育てなどで生活時間に余裕がなく、生活習慣の改善につなげられていない。	
D 喫煙割合が国、県に比べて高い。喫煙は、がん、脳血管疾患、心疾患等、さまざまな生活習慣病の発症や悪化につながることから、禁煙対策が必要である。	

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,B,C,D	高血圧、糖尿病等のリスクを若年のうちから減らす対策を行い、生活習慣病の重症化を抑制する。	1-1, 1-2, 3
B	血糖コントロール不良者等のハイリスク者に保健指導を行い、糖尿病性腎症の重症化を予防する。	2-1, 2-2, 3
A	医療機関への受診勧奨を行うことで適正な医療につなぎ、重症化を予防する。	2-1, 2-2
C	特に40～50歳代の若い世代の特定健診の受診率向上を図り、生活習慣病の予防を図る。	1-1
D	ポピュレーションアプローチを通じて禁煙等に関する健康意識の醸成を図る。	3

計画全体の目的		健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図る							
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)
A,B,C,D	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	29.1%	30.0%	31.0%	32.0%	33.0%	34.0%	35.0%
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合（※1）	41.8%	41.6%	41.4%	41.3%	41.1%	40.9%	40.7%
		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）	27.0%	25.3%	23.7%	22.0%	20.4%	18.7%	17.1%
		喫煙をする者の割合	16.1%	15.0%	14.0%	13.0%	12.0%	11.0%	10.0%
A,B,C	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）	8.1%	8.0%	7.8%	7.7%	7.6%	7.4%	7.3%
		糖尿病性腎症病期分類 悪化率（短期）（※1）	4.0%	3.9%	3.7%	3.6%	3.5%	3.3%	3.2%
		糖尿病性腎症病期分類 悪化率（中長期）（※1）	7.4%	7.0%	6.7%	6.3%	5.9%	5.6%	5.2%

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

保健事業番号	事業分類	事業概要			重点・優先度
		事業名	対象	主な内容・方法	
1-1	特定健康診査・特定保健指導	特定健康診査	40～74歳の被保険者	<ul style="list-style-type: none"> 集団健診と個別健診の実施 「受診案内」の個別郵送 「広報しようわ」や「すこやか通信」等に関連情報を掲載 	重点
1-2		特定保健指導	被保険者のうち特定保健指導対象者	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果説明会での保健指導 特定保健指導対象者に運動教室等の案内及び温水プール券の配付 健康増進事業との連携 	重点
2-1	糖尿病対策	糖尿病性腎症重症化予防事業（ハイリスク者への保健指導）	特定健診受診者のうち、血糖コントロール不良者	<ul style="list-style-type: none"> HbA1c7.0以上の対象者に、栄養士による個別栄養指導 	重点
2-2		糖尿病性腎症重症化予防事業（未受診者・治療中断者への受診勧奨）	特定健診結果でHbA1cが要受診かつ健診受診前半年間のレセプトがない者及び要受診であるが、レセプト情報がない者	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨通知の発送 受診状況を把握し、未受診者には電話で勧奨 	重点
3	健康意識の向上	喫煙等に関する健康意識の向上	子育て世代	<ul style="list-style-type: none"> 広報やSNSを用いた健康情報発信 	

～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	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）	27.0%	25.3%	23.7%	22.0%	20.4%	18.7%	17.1%	
		男性	40～49歳	34.5%	33.3%	32.1%	31.0%	29.8%	28.6%	27.4%
			50～59歳	47.4%	45.3%	43.3%	41.2%	39.2%	37.1%	35.1%
			60～69歳	45.9%	42.9%	39.8%	36.8%	33.7%	30.7%	27.6%
			70～74歳	42.8%	40.2%	37.7%	35.1%	32.6%	30.0%	27.5%
		女性	40～49歳	10.9%	9.8%	8.7%	7.6%	6.5%	5.4%	4.3%
			50～59歳	12.6%	11.5%	10.5%	9.4%	8.4%	7.3%	6.3%
			60～69歳	14.7%	13.6%	12.6%	11.5%	10.5%	9.4%	8.4%
	70～74歳		15.2%	14.2%	13.2%	12.2%	11.1%	10.1%	9.1%	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合（全年齢）	41.8%	41.6%	41.4%	41.3%	41.1%	40.9%	40.7%	
		男性	40～49歳	25.0%	24.6%	24.3%	23.9%	23.5%	23.2%	22.8%
			50～59歳	42.4%	42.0%	41.5%	41.1%	40.7%	40.2%	39.8%
			60～69歳	53.1%	52.7%	52.3%	51.9%	51.5%	51.1%	50.7%
			70～74歳	50.9%	50.5%	50.2%	49.8%	49.4%	49.1%	48.7%
女性		40～49歳	15.0%	14.5%	14.0%	13.6%	13.1%	12.6%	12.1%	
		50～59歳	26.8%	26.4%	26.1%	25.7%	25.3%	25.0%	24.6%	
		60～69歳	33.7%	33.4%	33.0%	32.7%	32.3%	32.0%	31.6%	
	70～74歳	55.9%	55.5%	55.1%	54.8%	54.4%	54.0%	53.6%		

アウトカム指標	3	HbA1c6.5%以上の者の割合 (高血糖者の割合) (全年齢)		8.1%	8.0%	7.8%	7.7%	7.6%	7.4%	7.3%
		男性	40～49歳	1.2%	1.0%	0.8%	0.6%	0.4%	0.2%	0.0%
			50～59歳	6.1%	6.0%	5.8%	5.7%	5.6%	5.4%	5.3%
			60～69歳	14.1%	13.9%	13.8%	13.6%	13.4%	13.3%	13.1%
			70～74歳	14.9%	14.8%	14.6%	14.5%	14.3%	14.2%	14.0%
		女性	40～49歳	3.2%	3.0%	2.8%	2.7%	2.5%	2.3%	2.1%
			50～59歳	1.6%	1.5%	1.3%	1.2%	1.1%	0.9%	0.8%
			60～69歳	5.4%	5.3%	5.3%	5.2%	5.1%	5.1%	5.0%
	70～74歳		8.6%	8.5%	8.4%	8.3%	8.2%	8.1%	8.0%	
	4	特定健康診査受診率		57.6%	58.2%	58.9%	59.5%	60.1%	60.8%	61.4%
		男性	40～49歳	38.9%	39.5%	40.1%	40.8%	41.4%	42.0%	42.6%
			50～59歳	43.8%	44.5%	45.1%	45.8%	46.4%	47.1%	47.7%
		女性	40～49歳	47.7%	48.3%	48.9%	49.5%	50.1%	50.7%	51.3%
	50～59歳		53.6%	54.2%	54.9%	55.5%	56.1%	56.8%	57.4%	
	5	特定保健指導実施率 (全体)		73.3%	73.9%	74.4%	75.0%	75.6%	76.1%	76.7%
		動機付け支援		80.9%	81.6%	82.2%	82.9%	83.6%	84.2%	84.9%
		積極的支援		60.0%	60.7%	61.3%	62.0%	62.7%	63.3%	64.0%
	6	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		14.3%	14.7%	15.0%	15.4%	15.7%	16.1%	16.4%

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定健康診査を実施する。
現在までの事業結果（成果・課題）	特定健康診査の受診率は、国や県の平均を大きく上回っている。 年齢別では40～50代の受診率が低いため、若年層の受診率を上げていく必要がある。
対象者	昭和町国民健康保険被保険者のうち、特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる人を特定健康診査の対象者とする。なお、妊産婦その他厚生労働大臣が定める人（刑務所入所中、入院等告示で限定する人）は対象から除く。

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	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合	27.0%	25.3%	23.7%	22.0%	20.4%	18.7%	17.1%

項目	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値						
				2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率	57.6%	58.2%	58.9%	59.5%	60.1%	60.8%	61.4%	
		男性	40～49歳	38.9%	39.5%	40.1%	40.8%	41.4%	42.0%	42.6%
			50～59歳	43.8%	44.5%	45.1%	45.8%	46.4%	47.1%	47.7%
		女性	40～49歳	47.7%	48.3%	48.9%	49.5%	50.1%	50.7%	51.3%
	50～59歳		53.6%	54.2%	54.9%	55.5%	56.1%	56.8%	57.4%	
2	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		

プロセス (方法)	周知	4月上旬に健診実施機関や申し込み方法を記載した「受診案内」を個別に郵送する。また、周知徹底を図るため、「広報しょうわ」や「すこやか通信」等に関連情報を掲載する。	
	勧奨	追加健診への勧奨通知として、未受診者全員の健康特性を分析し、対象者に合わせた効果的な勧奨資材（勧奨ハガキ）を送付する。	
	実施および実施後の支援	実施形態	集団健診と個別健診を実施する。
		実施場所	集団健診：昭和町総合会館 個別健診：山梨県厚生連健康管理センター・石和温泉病院 クアハウス
		時期・期間	集団健診：1次 6月～7月（追加健診：9月） 個別健診：6月～1月
		データ取得	国民健康保険の被保険者数であって、40歳以上75歳未満の者が、生活習慣病等で治療中の場合の特定健康診査に相当する情報の提供を、山梨県医師会（かかりつけ医）に委託する。
		結果提供	集団健診：健診実施後に健診結果を郵送、結果に応じて健診結果説明会を開催 個別健診：健診実施後に健診結果を郵送、結果に応じて対面で返却・結果説明
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)	受診率向上のため、レセあり未受診者へは勧奨資材（勧奨ハガキ）を2回送付する。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	町民窓口課（国保担当）といきいき健康課の協働により特定健康診査とがん検診の一体的な実施を継続するとともに、現在も行っている広報やホームページ、パンフレットなどの内容を分かりやすく受診によるメリットが伝わるような内容に改善し、啓発活動を強化する。
	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)	特定健康診査の実施については、山梨県厚生連健康管理センターおよび石和温泉病院との委託契約により実施する。
	国民健康保険団体連合会	健診機関等の委託事業者から提出された特定健診の結果データは、代行機関である山梨県国民健康保険団体連合会（国保連合会）に管理・保管を委託する。
	民間事業者	他の医療機関等で健康診査を受診している対象者についての情報を医療機関や事業主から入手し、被保険者の健康増進に反映できるようにする。
	その他の組織	山梨県医師会（特定健康診査情報契約）
	他事業	健康教育・健康相談事業等において、特定健診の周知や受診勧奨を行う。
	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)	ハイリスク者及びハイリスク予備群の者をフォローするため、町民窓口課（国保担当）といきいき健康課の連携体制を構築する。

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を図る。
事業の概要	特定保健指導を実施する。
現在までの事業結果（成果・課題）	特定保健指導の対象者割合は県の水準とほぼ同程度となっている。 終了率については県平均と比較して高くなっている。
対象者	特定保健指導基準該当者

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	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	14.3%	14.7%	15.0%	15.4%	15.7%	16.1%	16.4%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率 (全体)	73.3%	73.9%	74.4%	75.0%	75.6%	76.1%	76.7%
		動機付け支援	80.9%	81.6%	82.2%	82.9%	83.6%	84.2%	84.9%
		積極的支援	60.0%	60.7%	61.3%	62.0%	62.7%	63.3%	64.0%

プロセス (方法)	周知	健診結果説明会での保健指導として、8月から9月に集団健診後の結果説明会を開催し、対象者に対して保健師、管理栄養士等による個別指導を行う。 また、特定健康診査におけるメタボ予備群の対象者に対する特定保健指導として、8月から9月にメタボリックシンドロームを未然に防ぐための特定保健指導を個別に実施する。	
	勧奨	初回面接につながらない対象者に対し、参加しない理由や参加しやすい方法等について、アンケート調査（意識調査）を行い、その結果を今後の特定保健指導のあり方に反映していく。 特定保健指導中断者への働きかけとして、これまでの特定保健指導対象者で、特定保健指導を中断した人の理由等を参考に、委託事業者と協働した勧奨方法の工夫や、高い継続率の確保、初回面接実施日数や時間の拡充などを実施していく。	
	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、健診結果返却の場で初回面接を実施する。 個別健診における特定保健指導対象者は、受診機関で案内をする。
		実施場所	集団健診：昭和町総合会館 個別健診：山梨県厚生連健康管理センター・石和温泉病院 クアハウス
		実施内容	特定健康診査の結果から、特定保健指導（動機付け支援、積極的支援）に該当するかを判定するための「階層化」を行い、特定保健指導の動機付け支援及び積極的支援の実施プログラムを実施する。
		時期・期間	集団健診：8月～翌年3月 個別健診：6月～翌年3月
		実施後の フォロー・ 継続支援	
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)	健診結果説明会に参加できない方に対しては個別対応を行う、		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	町民窓口課（国保担当）といきいき健康課との協働により、個別指導や個別対応等を実施していく。
	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)	特定保健指導は山梨県厚生連健康管理センターおよび石和温泉病院との委託契約により実施する。
	国民健康保険団体連合会	健診機関等の委託事業者から提出された特定健診の結果データは、代行機関である山梨県国民健康保険団体連合会（国保連合会）に管理・保管を委託する。
	民間事業者	他の医療機関等で健康診査を受診している対象者についての情報を医療機関や事業主から入手し、被保険者の健康増進に反映できるようにする。
	その他の組織	特定保健指導対象者に運動教室等の案内として、8月から12月に、生活習慣を振り返り、運動をするきっかけとなるようにイベント教室の一覧と温水プール券を無料配付する。
	他事業	健康教育・健康相談事業等において、特定保健指導の周知や受診勧奨を行う。
	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)	ハイリスク者及びハイリスク予備群の者をフォローするため、町民窓口課（国保担当）といきいき健康課の連携体制を構築する。

～総合目的・総合評価指標～

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

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）	8.1%	8.0%	7.8%	7.7%	7.6%	7.4%	7.3%	
		男性	40～49歳	1.2%	1.0%	0.8%	0.6%	0.4%	0.2%	0.0%
			50～59歳	6.1%	6.0%	5.8%	5.7%	5.6%	5.4%	5.3%
			60～69歳	14.1%	13.9%	13.8%	13.6%	13.4%	13.3%	13.1%
			70～74歳	14.9%	14.8%	14.6%	14.5%	14.3%	14.2%	14.0%
		女性	40～49歳	3.2%	3.0%	2.8%	2.7%	2.5%	2.3%	2.1%
			50～59歳	1.6%	1.5%	1.3%	1.2%	1.1%	0.9%	0.8%
			60～69歳	5.4%	5.3%	5.3%	5.2%	5.1%	5.1%	5.0%
	70～74歳		8.6%	8.5%	8.4%	8.3%	8.2%	8.1%	8.0%	
	2	HbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合（血糖コントロール不良者の割合）（全年齢）	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	
		男性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			50～59歳	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%
			60～69歳	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%	1.4%	1.4%	1.4%
			70～74歳	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%
女性		40～49歳	2.1%	2.1%	2.1%	2.1%	2.0%	2.0%	2.0%	
		50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
		60～69歳	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	
	70～74歳	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%		

アウトカム指標

3

HbA1c 悪化率（短期）		8.9%	8.7%	8.5%	8.3%	8.1%	7.9%	7.7%
男性	40～49歳	2.8%	2.5%	2.3%	2.0%	1.7%	1.5%	1.2%
	50～59歳	7.2%	7.0%	6.8%	6.6%	6.4%	6.2%	6.0%
	60～69歳	8.8%	8.6%	8.4%	8.3%	8.1%	7.9%	7.7%
	70～74歳	13.2%	12.9%	12.6%	12.3%	12.0%	11.7%	11.4%
女性	40～49歳	12.5%	11.9%	11.3%	10.7%	10.0%	9.4%	8.8%
	50～59歳	11.9%	11.6%	11.3%	11.0%	10.7%	10.4%	10.1%
	60～69歳	10.2%	10.0%	9.8%	9.7%	9.5%	9.3%	9.1%
	70～74歳	4.1%	4.0%	3.9%	3.9%	3.8%	3.7%	3.6%
HbA1c 悪化率（中長期）		12.3%	12.0%	11.8%	11.5%	11.2%	11.0%	10.7%
男性	40～49歳	7.0%	6.8%	6.5%	6.3%	6.1%	5.8%	5.6%
	50～59歳	12.9%	12.7%	12.4%	12.2%	11.9%	11.7%	11.4%
	60～69歳	15.9%	15.5%	15.0%	14.6%	14.2%	13.7%	13.3%
	70～74歳	16.9%	16.4%	15.9%	15.4%	14.8%	14.3%	13.8%
女性	40～49歳	22.2%	20.3%	18.4%	16.6%	14.7%	12.8%	10.9%
	50～59歳	12.2%	11.9%	11.5%	11.2%	10.9%	10.5%	10.2%
	60～69歳	9.0%	8.8%	8.7%	8.5%	8.3%	8.2%	8.0%
	70～74歳	8.7%	8.6%	8.4%	8.3%	8.1%	8.0%	7.8%

アウトカム指標

4

糖尿病性腎症重病期分類 (短期)		悪化率	4.0%	3.9%	3.7%	3.6%	3.5%	3.3%	3.2%
男性	40~49歳		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50~59歳		1.2%	1.0%	0.8%	0.6%	0.4%	0.2%	0.0%
	60~69歳		6.7%	6.5%	6.4%	6.2%	6.0%	5.9%	5.7%
	70~74歳		7.8%	7.6%	7.4%	7.2%	7.0%	6.8%	6.6%
女性	40~49歳		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	50~59歳		0.9%	0.8%	0.6%	0.5%	0.3%	0.2%	0.0%
	60~69歳		5.3%	5.2%	5.0%	4.9%	4.8%	4.6%	4.5%
	70~74歳		2.3%	2.2%	2.1%	2.1%	2.0%	1.9%	1.8%
糖尿病性腎症重病期分類 (中長期)		悪化率	7.4%	7.0%	6.7%	6.3%	5.9%	5.6%	5.2%
男性	40~49歳		1.4%	1.2%	0.9%	0.7%	0.5%	0.2%	0.0%
	50~59歳		5.7%	5.5%	5.2%	5.0%	4.8%	4.5%	4.3%
	60~69歳		12.4%	11.8%	11.3%	10.7%	10.1%	9.6%	9.0%
	70~74歳		7.8%	7.4%	6.9%	6.5%	6.1%	5.6%	5.2%
女性	40~49歳		1.6%	1.3%	1.1%	0.8%	0.5%	0.3%	0.0%
	50~59歳		4.1%	3.9%	3.8%	3.6%	3.4%	3.3%	3.1%
	60~69歳		7.3%	7.0%	6.6%	6.3%	6.0%	5.6%	5.3%
	70~74歳		9.7%	8.8%	8.0%	7.1%	6.3%	5.4%	4.6%

アウトカム指標	5	HbA1c6.5%（NGSP値）以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合		6.1%	5.5%	4.9%	4.4%	3.8%	3.2%	2.6%
		男性	40～49歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			60～69歳	3.6%	3.0%	2.4%	1.8%	1.2%	0.6%	0.0%
			70～74歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		女性	40～49歳	100.0%	85.8%	71.6%	57.5%	43.3%	29.1%	14.9%
			50～59歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			60～69歳	13.3%	12.2%	11.1%	10.0%	8.9%	7.8%	6.7%
	70～74歳		3.8%	3.2%	2.5%	1.9%	1.3%	0.6%	0.0%	
	6	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合		0.8%	0.7%	0.6%	0.6%	0.5%	0.4%	0.3%

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の生活習慣改善・服薬指導を行う。
現在までの事業結果（成果・課題）	糖尿病の割合が県平均と比べて高くなっている。

対象者	選定方法	当該年度の健診結果から町で選定する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	HbA1c7.0%以上の方
		レセプトによる判定基準	
		その他の判定基準	

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（翌年度の健診におけるHbA1c7.0%以上の人の割合）	1.4%	1.6%	1.8%	2.0%	2.2%	2.4%	2.6%

項目	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率（全体）	73.3%	73.9%	74.4%	75.0%	75.6%	76.1%	76.7%
		動機付け支援	80.9%	81.6%	82.2%	82.9%	83.6%	84.2%	84.9%
		積極的支援	60.0%	60.7%	61.3%	62.0%	62.7%	63.3%	64.0%

プロセス（方法）	周知		
	勧奨	対象者に通知を行う。	
	実施および実施後の支援	利用申込	
		実施内容	管理栄養士や保健師が個別面談にて保健指導を実施する。
		時期・期間	8月から9月の健診結果説明会
		場所	昭和町総合会館
		実施後の評価	
		実施後のフォロー・継続支援	保健指導を実施し、6か月後に通知を送る。（生活習慣改善等のアドバイス）
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	いきいき健康課が健診結果から対象者を抽出し、保健指導を実施する。
-------------	--------	----------------------------------

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者のうち未受診者および受診中断者の早期治療につなげる。
事業の概要	糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、未受診および受診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）	糖尿病の割合が県平均と比べて高くなっている。

対象者	選定方法	当該年度のレセプト情報（KDB）及び「糖尿病性腎症重症化予防システム」から選定する。
	選定基準	健診結果による判定基準
		レセプトによる判定基準
	その他の判定基準	

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（翌年度の健診におけるHbA1c7.0%以上の人の割合）	1.4%	1.6%	1.8%	2.0%	2.2%	2.4%	2.6%
	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）	14.3%	15%	16%	17%	18%	19%	20%

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%
	2	未受診者に対する電話勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	周知	
	勧奨	対象者に電話による状況確認（治療中断・治療終了など）及び受診勧奨を行う。電話での確認ができない場合は、通知による受診勧奨を行う。
	実施後の支援・評価	受診勧奨後の受診状況を把握し、課題の検討と評価を行う。
	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する）

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	町民窓口課（国保担当）がKDBから対象者を抽出し、いきいき健康課に情報を共有して受診勧奨を行う。
-------------	--------	--

事業の目的	生活習慣病の発症や悪化につながる喫煙率等の低下を図る。
事業の概要	生活習慣病の発症や悪化につながることから、禁煙対策や健康情報に関する発信を行う。
現在までの事業結果（成果・課題）	喫煙割合が国、県に比べて高い。
対象者	子育て世代

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	生活習慣改善意欲がある者の割合	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%

項目	No.	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	喫煙をする者の割合	16.1%	15.0%	14.0%	13.0%	12.0%	11.0%	10.0%

プロセス（方法）	乳幼児健診や母子保健事業の際に、パンフレットやチラシを配布する。 広報やホームページ、SNSを用いて禁煙対策や健康情報を発信する。
----------	--

ストラクチャー（体制）	町民窓口課（国保担当）といきいき健康課との協働により、啓発活動を行う。
-------------	-------------------------------------

○計画全体（総合アウトカム）

指標		分母	分子	設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等	
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	<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
		2 血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定	特定健診受診者のうち、血圧の検査結果がある者の数	①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧 ≥ 130 mmHg ②拡張期血圧 ≥ 85 mmHg	<ul style="list-style-type: none"> ・全国と比較し山梨県は血圧の有所見者割合が高い。 ・生活習慣病の初期の兆候として高血圧が出現することが多く、血圧の管理はすべての重症化予防に繋がる。 ・糖尿病性腎症重症化予防においても血圧の管理が重要とされる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDB出力情報から「データヘルス計画の指標に係るデータ抽出ツール」により算出。（現状県では取得不可。R5年度は国保連合会から情報提供を受ける） 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		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	<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プレジ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
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県は糖尿病性腎症を起因とした新規透析導入者割合が高いことから、糖尿病対策に重点的に取り組む必要がある。 ・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。 ・山梨県は全年齢において、有所見者が高率であり、年代別に要因は異なり、特性に応じた対策、評価が必要であるため性・年齢階層別の指標も設定。 ・国手引きに「地域の実情に応じて設定する指標（糖尿病が強く疑われる者の数の状況を評価する指標）」として例示あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・県が作成する「糖尿病性腎症重症化予防システム」から出力した基礎データ（市町村が県へ提出） 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		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	<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

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

○事業分類1：特定健康診査・特定保健指導

指標		分母	分子	設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等	
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	<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
		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	<ul style="list-style-type: none"> ①、②のいずれかを満たす者の数 ①収縮期血圧≥ 130mmHg ②拡張期血圧≥ 85mmHg 	<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
		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%以上の者の数	<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
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・国手引きに「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」とされている。 ・健やか山梨21、山梨県地域保健医療計画、山梨県医療費適正化計画において実施率の向上が目標となっている。 ・40歳代・50歳代の受診率の低さが課題であるため、当該年代の指標を設定。 ・実施量を評価する指標ではあるが、健診を対象者が受けることは「自分の状態を知る」ことに繋がり、そうした気づきを促す機会を設けたことに対するアウトカムの意味合いも持つ指標。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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
		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	<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"> ・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		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	<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	設定理由	データ取得方法等	指標の種類・評価時期、等		
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%以上の者の数	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。 山梨県は全年齢において、有所見者が高率であり、年代別に要因は異なり、特性に応じた対策、評価が必要であるため性・年齢階層別の指標も設定。 国手引きに「地域の実情に応じて設定する指標 (糖尿病が強く疑われる者の数の状況を評価する指標)」とされている。 	<ul style="list-style-type: none"> アウトカム指標 単年ごとの推移をモニタリング 		
		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	<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 	
		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	<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 	
		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、糖尿病性腎症重病期分類の検査結果がある者の数	病期の悪化者の数	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病性腎症の進行度の変化を確認する指標として設定。 糖尿病性腎症重症化予防は単年では成果が図りにくく、中長期的視点を踏まえて対象群の変化を確認する必要があるため、基準年から3年後・6年後の変化を確認することとする。 		<ul style="list-style-type: none"> 県が作成する「糖尿病性腎症重症化予防システム」から出力した基礎データ (市町村が県へ提出) より取得。 	<ul style="list-style-type: none"> アウトカム指標 単年ごとの変化をモニタリング 中長期的変化をモニタリング 3年後変化：R5年度→R8年度 6年後変化：R5年度→R11年度
		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。	<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 	
		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	<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

V 第4期特定健康診査等実施計画

<p>特定健康診査等 実施計画とは</p>	<p>保険者は高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、国の定める「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための指針」（以下、「基本指針」という。）に基づいて特定健康診査等実施計画を定める必要がある。 特定健康診査および特定保健指導は、生活習慣病予防に重要な役割を担っており、本計画を「昭和町第4期特定健康診査等実施計画」として定め、データヘルス計画と一体で策定する。</p>
<p>特定健康診査・ 特定保健指導の 目的</p>	<p>特定健康診査および特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目した健康診査を行い、生活習慣病リスクの高い人を抽出し、生活習慣改善のための指導を行い、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的とする。</p>
<p>特定健康診査等 実施計画の 目標値</p>	<p>特定健康診査等実施計画における特定健診実施率及び特定保健指導実施率の目標値は第3期データヘルス計画（Ⅳ 個別事業計画）で定める数値に準ずるものとする。</p>

特定健康診査の対象者	昭和田国民健康保険被保険者のうち、特定健康診査の実施年度中に 40～74 歳となる人で、かつ、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を特定健康診査の対象者とする。 なお、妊産婦その他厚生労働大臣が定める人（刑務所入所中、入院等告示で限定する人）は対象から除く。		
実施場所・実施時期	健診種類	施設	実施時期
	集団健診	昭和田総合会館	1次：6月～7月 追加：8月
	個別健診 (人間ドック)	<ul style="list-style-type: none"> 山梨県厚生連健康管理センター (甲府市飯田1丁目1番26号) 石和温泉病院 クアハウス (笛吹市石和町八田 330 番地5) 	6月～12月
実施方法	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する健康診査項目を以下のように設定する。		
区分	基本的な健康診査の項目	<ul style="list-style-type: none"> ア 質問項目 <ul style="list-style-type: none"> ・既往歴 ・生活習慣等 イ 身体測定 <ul style="list-style-type: none"> ・身長 ・体重 ・BMI ・腹囲 ウ 理学的検査 <ul style="list-style-type: none"> ・診察 エ 血圧測定、血液生化学検査 <ul style="list-style-type: none"> ・中性脂肪 ・HDLコレステロール ・LDLコレステロール ・eGFR オ 肝機能検査 <ul style="list-style-type: none"> ・AST (GOT) ・ALT (GPT) ・γ-GTP カ 血糖検査 <ul style="list-style-type: none"> ・血糖 ・HbA1c キ 尿検査 <ul style="list-style-type: none"> ・尿糖 ・尿蛋白 	
	詳細な健康診査の項目 ※一定の基準のもと、医師が必要と認められた場合に実施 (ただし昭和田は全員に実施)	<ul style="list-style-type: none"> ア 貧血検査 <ul style="list-style-type: none"> ・血色素量ヘモグロビン イ 心電図検査 ウ 眼底検査 (動脈硬化を調べる検査) 	
	付加健康診査項目	<ul style="list-style-type: none"> ア 血液一般等 <ul style="list-style-type: none"> ・白血球数 ・血小板 イ 尿、腎機能検査 <ul style="list-style-type: none"> ・尿酸 ・血清クレアチニン ・尿素窒素 ウ 膵臓機能検査 <ul style="list-style-type: none"> ・アミラーゼ 	
受診方法	<p>特定健康診査の対象者は、個別に郵送される「昭和田健診(検診)と人間ドックのお知らせ」内に綴じ込まれている申し込み専用はがきで、期日までに必要事項を記入し申し込みする。</p> <p>町では、申込内容を確認し、受診日前までに、集団健診申込者に対し「健診セット」を、個別健診(人間ドック)申込者に対しては、利用券を郵送する。</p> <p>※特定健康診査対象者には、原則として、受診前に健診実施機関や申し込み方法を記載した「受診案内」を個別に郵送する。また、周知徹底を図るため、「広報しようわ」や「すこやか通信」等に関連情報を掲載する。</p>		
外部委託	特定健康診査は山梨県厚生連健康管理センターおよび石和温泉病院との委託契約により実施する。		
特定健康診査データの保管および管理方法	健診機関等の委託事業者から提出された特定健診の結果データは、代行機関である山梨県国民健康保険団体連合会に管理・保管を委託する。		

特定保健指導の対象者	特定健康診査の結果から、特定保健指導（動機付け支援、積極的支援）に該当するかを判定するための「階層化」を行い、該当者に特定保健指導のプログラムを実施する。判定基準は以下のとおりとする。
------------	--

判定基準	腹囲/BMI	追加リスク			④喫煙歴	対象	
		①血糖	②脂質	③血圧		40～64歳	65～74歳
	男性85cm以上 女性90cm以上	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		
					なし		
		1つ該当			—		

追加リスク項目の詳細

- ①血糖 空腹時血糖100mg/dl以上又はHbA1c5.6%（NGSP値）以上
 - ②脂質 中性脂肪150/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl未満
 - ③血圧 収縮期血圧130mgHg以上又は拡張期血圧85mgHg以上
- ※服薬中の人については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

実施場所・実施時期	健診種類	施設	実施時期
	集団健診	昭和町総合会館	8月～翌年3月
	個別健診 (人間ドック)	<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県厚生連健康管理センター (甲府市飯田1丁目1番26号) ・石和温泉病院 クアハウス (笛吹市石和町八田 330 番地5) 	6月～翌年3月

特定保健指導の実施プログラム		特定保健指導の動機付け支援及び積極的支援の実施プログラムは以下のとおりとする。					
動機付け支援	支援機関・頻度	面接による原則1回の支援とする。また、面接から6か月経過後に身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて、通信等で確認する。					
	支援形態	1人20分以上の個別支援					
	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					
	支援内容	特定健康診査結果・生活習慣をふまえ、対象者が自らの生活習慣の課題に気づき、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。					
積極的支援	支援機関・頻度	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、電話、手紙、電子メール、FAX等の継続的な支援を6か月間実施する。また、継続支援終了後に身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて、手紙等で確認する。					
	支援形態	1人20分以上の個別支援、5分以上の電話支援、電子メール等支援（手紙、電子メール、FAX等）					
	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					
	支援内容	面接で策定した行動目標等の実施状況をふまえ、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。					

積極的支援実施のスケジュール		積極的支援実施のスケジュールは以下のとおりとする。						
時期	開始時	2週間後	1か月後	2か月後	3か月後	4か月後	5か月後	6か月後
実施方法	面接による支援			電話・手紙・電子メール・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"> 行動計画等の実践状況の確認 生活習慣の改善の維持と継続に向けた支援 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か月後評価 (身体状況・生活習慣の変化把握)			

VI その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>本計画の進捗状況の確認は毎年実施し、年度ごとの目標達成状況を評価する。評価に当たっては、PDCAサイクルに則って進めていく。 最終年度には計画に掲げた目標値の達成状況の総合的な評価を行う。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>昭和町役場に本計画の冊子を備えるとともに、ホームページへ掲載するなど、多くの被保険者に周知できるよう努める。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の取り扱いは、昭和町個人情報保護条例によるものとする。</p>
<p>地域包括ケアに係る 取組</p>	<p>高齢者や家族が住みなれた地域で安心して暮らせるよう、介護・福祉・健康・医療などの様々な面から総合的な支援を行うため、平成18年に昭和町地域包括支援センターを開設している。地域包括支援センターでは、総合相談支援、介護予防支援・ケアマネジメント、高齢者の権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援等に取り組んでいる。 また、昭和町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に基づき、地域包括ケアシステムの推進について様々な社会資源を活用しながら体制の整備を図っている。</p>
<p>ジェネリック医薬品（後発医薬品） 利用を促進する 取組み</p>	<p>協会けんぽと連携しながらジェネリック医薬品の利用についてイベント等で周知を行い、ジェネリック医薬品の理解を深めてもらうことやジェネリック医薬品の使用促進に努めます。</p>

昭和町国民健康保険
第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画

発行年月 令和6年3月
発行 町民窓口課
〒409-3880 昭和町押越 542-2
TEL 055-275-8264

