幸せ実感！
南アルプス市健康リーグ
南アルプス市は、健康からのまちづくりを進めています。

資料２

南アルプス市国民健康保険運営協議会

南アルプス市　データヘルス計画に沿った事業の取り組みについて

令和7年1月24日（金）

南アルプス市国保年金課
特定健診・特定保健指導担当

本日、お伝えすること

１.疾病分類別医療費の状況について

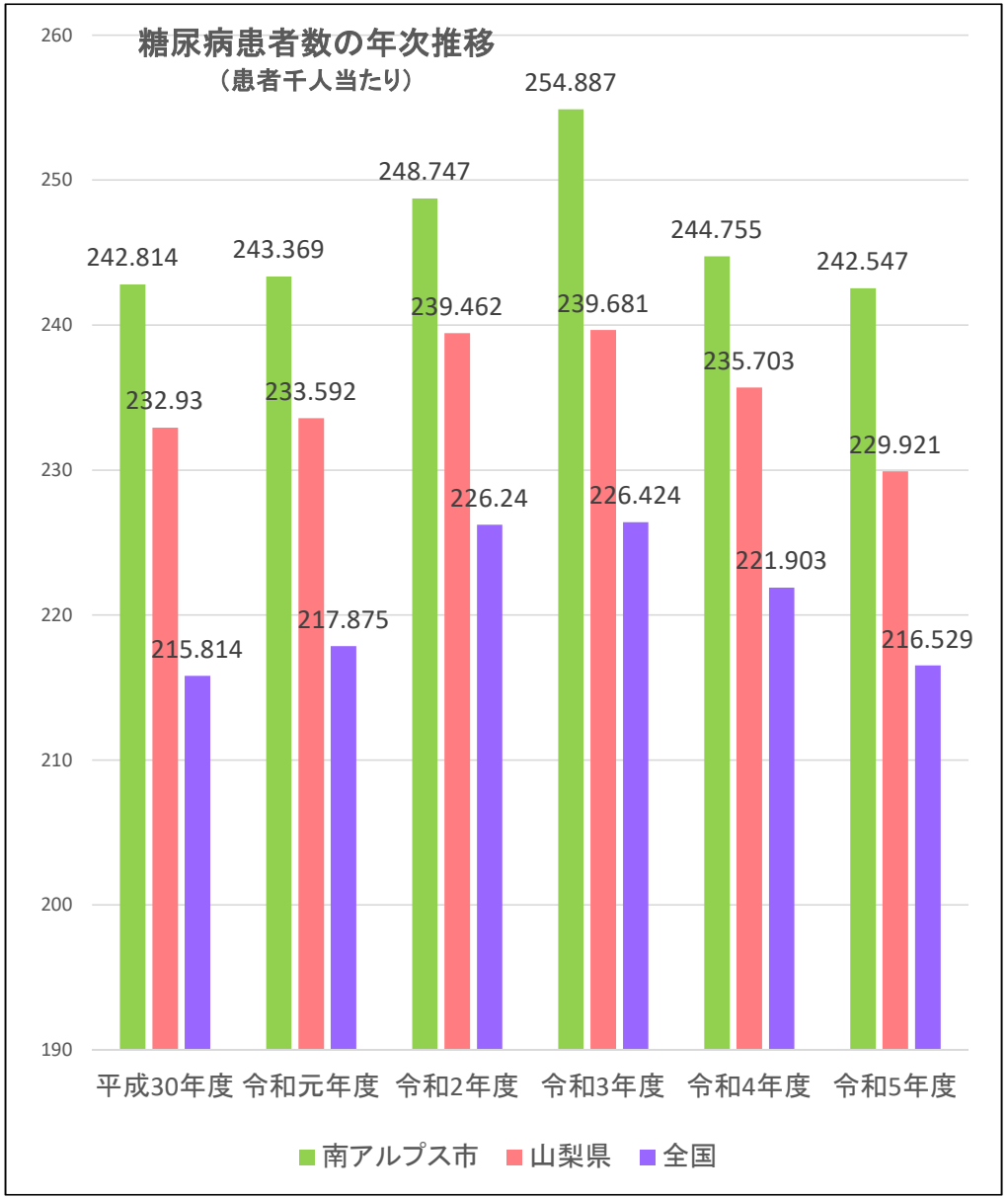
２.重点対策に対する取り組みと課題について
①特定健康診査受診率向上対策
②特定保健指導実施率向上対策
③糖尿病及び糖尿病性腎症重症化予防対策
④生活習慣病予防対策

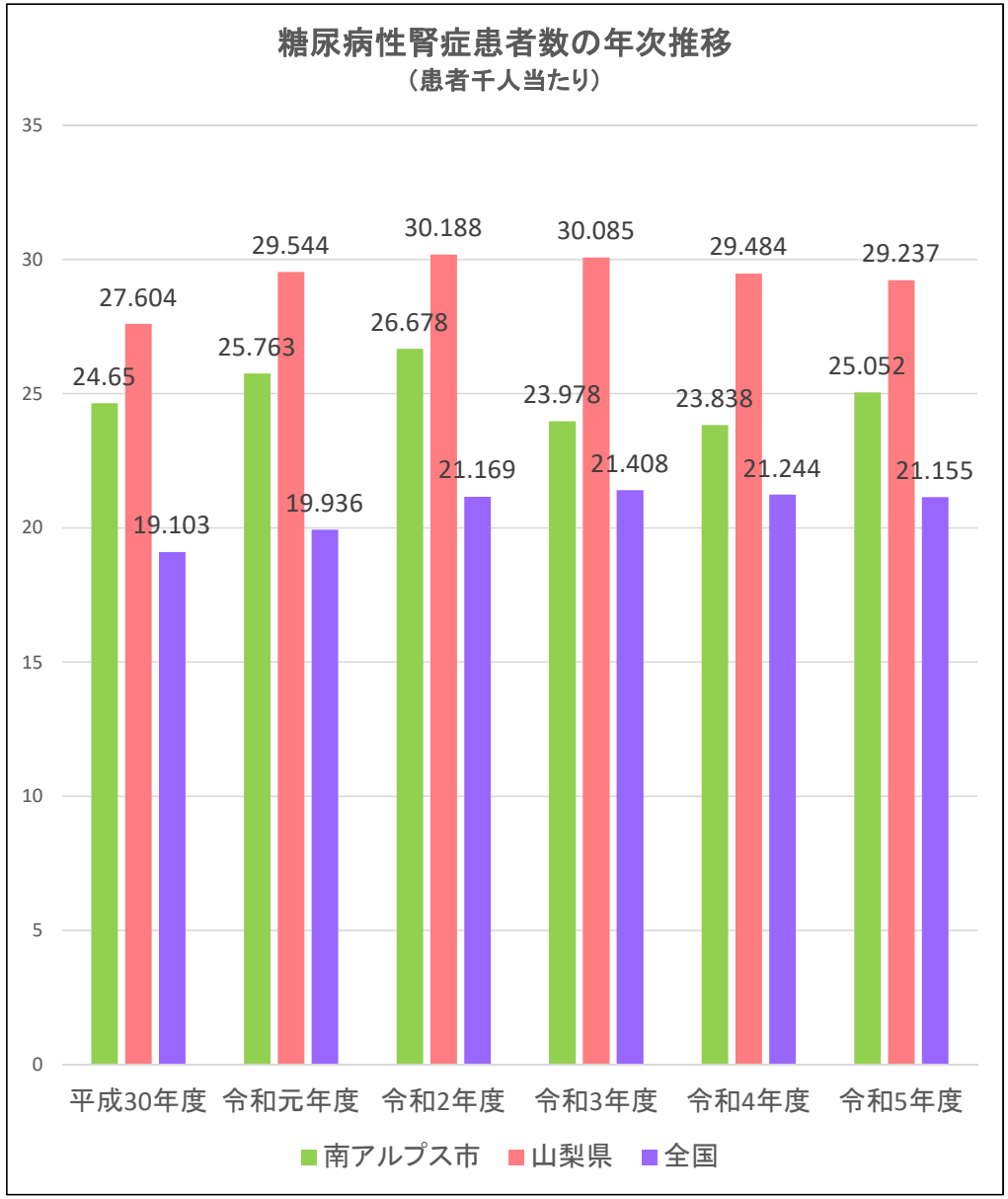
１.疾病分類別医療費の状況について

◆医療費割合の上位10疾患（細小分類）　※入院＋外来

	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
第1位	慢性腎臓病（透析あり）	慢性腎臓病（透析あり）	慢性腎臓病（透析あり）	慢性腎臓病（透析あり）	慢性腎臓病（透析あり）	慢性腎臓病（透析あり）
第2位	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
第3位	高血圧症	高血圧症	関節疾患	関節疾患	関節疾患	関節疾患
第4位	統合失調症	関節疾患	高血圧症	高血圧症	統合失調症	統合失調症
第5位	関節疾患	統合失調症	統合失調症	肺がん	高血圧症	高血圧症
第6位	肺がん	脳梗塞	うつ病	統合失調症	肺がん	不整脈
第7位	うつ病	肺がん	不整脈	不整脈	不整脈	肺がん
第8位	不整脈	うつ病	肺がん	うつ病	うつ病	骨折
第9位	脂質異常症	不整脈	脂質異常症	骨折	骨折	脂質異常症
第10位	脳梗塞	脂質異常症	骨折	脂質異常症	脂質異常症	乳がん

小児科、その他を除く


糖尿病患者数の年次推移
（患者千人当たり）
260
250
240
230
220
210
200
190
242.814
232.93
215.814
243.369
233.592
217.875
248.747
239.462
226.24
254.887
239.681
226.424
244.755
235.703
221.903
242.547
229.921
216.529
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
南アルプス市
山梨県
全国


糖尿病性腎症患者数の年次推移
（患者千人当たり）
35
30
25
20
15
10
5
0
24.65
27.604
19.103
25.763
29.544
19.936
26.678
30.188
21.169
23.978
30.085
21.408
23.838
29.484
21.244
25.052
29.237
21.155
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
南アルプス市
山梨県
全国

国保加入者　人工透析患者数

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	合計
透析患者数	72	68	68	75	75	73	
新規透析患者数	10	15	17	10	8	9	69
（再掲） レセプトで 「糖尿病」有	7	11	9	5	4	6	42 （60.9%）

※令和6年4月1日　腎臓機能障害1級　　209人

※令和5年度　更生医療新規申請者（腎臓）19人

２.重点対策に対する取り組み等について

①特定健康診査受診率向上対策

②特定保健指導実施率向上対策

③糖尿病及び糖尿病性腎症重症化予防対策

④生活習慣病予防対策

南アルプス市国民健康保険　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概要

第3期データヘルス計画において実施する保健事業について

特定健康診査（事業番号1-1）　重点

■概要
メタボリックシンドロームに着目した健康診査。
巡回(総合)健診と施設内健診(個別医療機関健診・人間ドック)を実施。

■対象者
40～74歳の被保険者

■主な評価指標

評価指標	直近実績(R4)	目標値(R11)
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)	31.0%	減少
特定健康診査受診率	58.5%	62.0%

40～59歳男性未受診者への受診勧奨（事業番号1-2）

■概要
40～59歳男性未受診者へ健診申込書を同封した受診勧奨通知を送付し、特定健診の受診を促す。

■対象者
40～59歳国保被保険者の男性で未受診者

■主な評価指標

評価指標	直近実績(R4)	目標値(R11)
特定健診受診率	58.5%	62.0%
受診勧奨対象者の受診率	29.3%	35.0%

①

特定保健指導（事業番号1-3）

■概要
保健指導を通じて、メタボリック該当者、予備群等対象者に対し個別指導を実施する。また、国保加入者38・39歳で受診し特定保健指導対象者に対し、予防的な取組として保健指導を実施。

■対象者
・特定健診受診者で特定保健指導対象となった者
・特定健診対象ではないが、38・39歳受診者で特定保健指導対象者と同じ判定基準に該当した者

■主な評価指標

評価指標	直近実績(R4)	目標値(R11)
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	20.3%	25.0%
特定保健指導実施率	63.5%	66.5%

②

糖尿病重症化予防個別支援事業（事業番号2-1）　重点

■概要
特定健康診査およびレセプトから対象者を抽出し、保健師等から個別支援を行う。医療機関への受診勧奨や生活習慣の改善に向けた支援を実施する。

■対象者
未受診者：健診受診者のうち、次の①～③のいずれかに該当する者を対象とする。
①HbA1c6.5%以上(年齢考慮)　②HbA1c8.0%以上
③HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖がBS126mg/dl以上の者のうち、尿蛋白を認める者又はe-GFR60未満の者(年齢考慮)
・治療中断者：糖尿病性腎症重症化予防システムから抽出

■主な評価指標

評価指標	直近実績(R4)	目標値(R11)
未受診者：医療機関受診率	40.0%(6人)	75.0%
治療中断者の医療機関受診率	33.3%(2人)	50.0%

高血糖要精密検査受診勧奨（事業番号2-2）　重点

■概要
糖尿病の発症、重症化を防ぐため、健診結果で精密検査や治療が必要な者に医療機関へ受診を促し、健診後のフォローを実施する。

■対象者
特定健診結果において糖代謝の精密検査対象者となり、結果返却後一定期間が経過しても、精密検査の返書が医療機関からなく、未受診と思われる者。

■主な評価指標

評価指標	直近実績(R4)	目標値(R11)
糖代謝精密検査の精検受診率	64.0%	72.0%
受診勧奨連絡実施率(数)(通知、電話等による)	―	100%

③

糖尿病予防教室・糖尿病重症化予防教室（事業番号2-3）

■概要
糖尿病の基礎知識や合併症予防等についての講義を実施する。

■対象者
・糖尿病予防教室：30～74歳で巡回(総合)健診を受診し、糖尿病の治療を受けていない方(経過観察中を含む)のうち、HbA1c6.0%以上の方
・糖尿病重症化予防教室：30～74歳で巡回(総合)健診又は人間ドックを受診された方で糖尿病治療中でコントロール不良の下記の方
①30歳～64歳でHbA1cが7.0%以上の方
②65歳～74歳でHbA1cが7.5%以上の方

■主な評価指標

評価指標	直近実績(R4)	目標値(R11)
糖尿病予防教室 参考)翌年度の健診結果でHbA1cの数値が改善した者の割合(翌年度の評価)	62.8%	60.0%
糖尿病重症化予防教室 参考)翌年度の健診結果でHbA1cの数値が改善した者の割合(翌年度の評価)	66.6%	70.0%

慢性腎臓病予防教室（事業番号2-4）

④

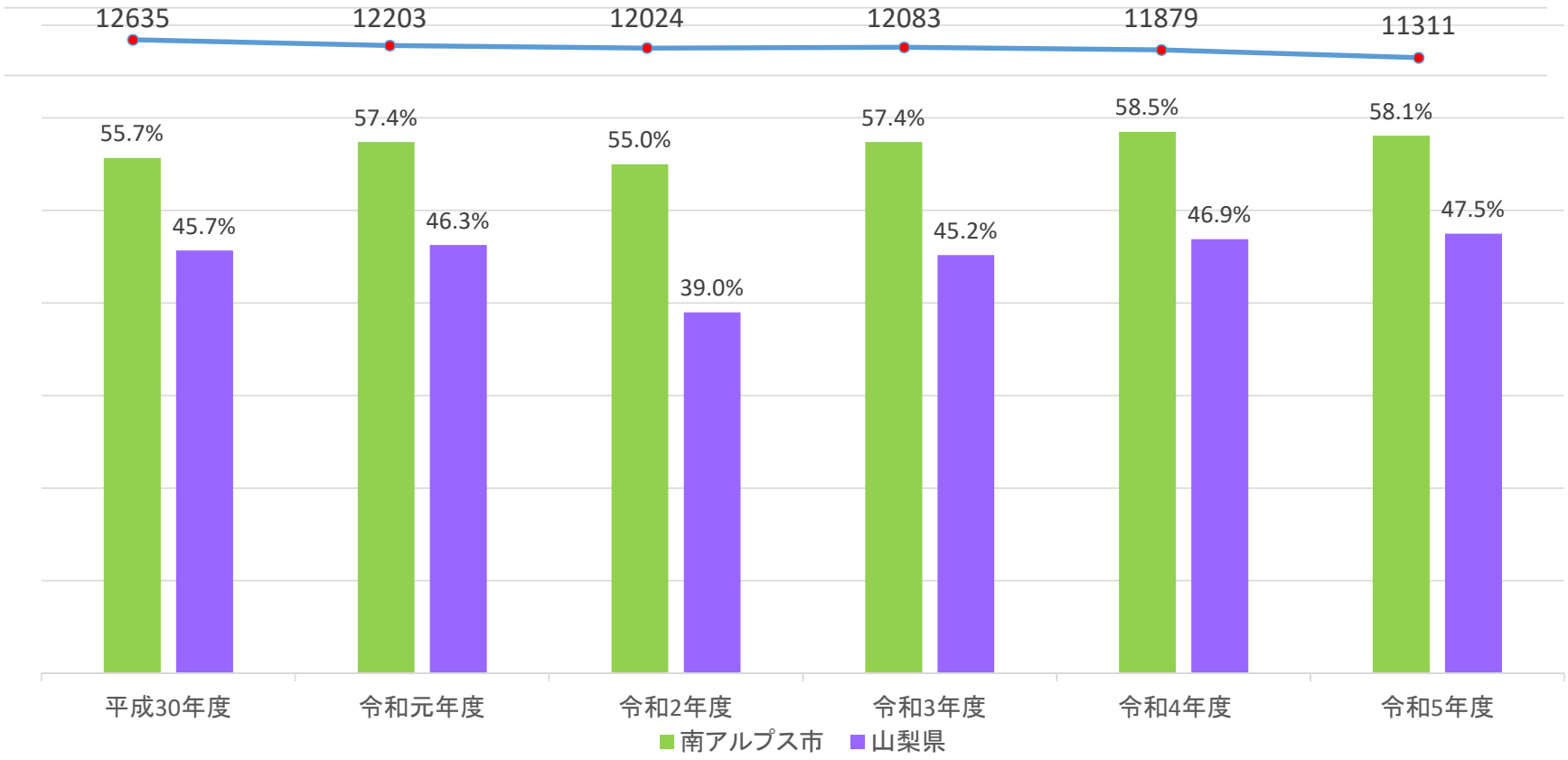
■概要
慢性腎臓病の基礎知識や合併症予防等についての健康教室を実施する。生活習慣を改善していくための行動が取れるよう支援する。

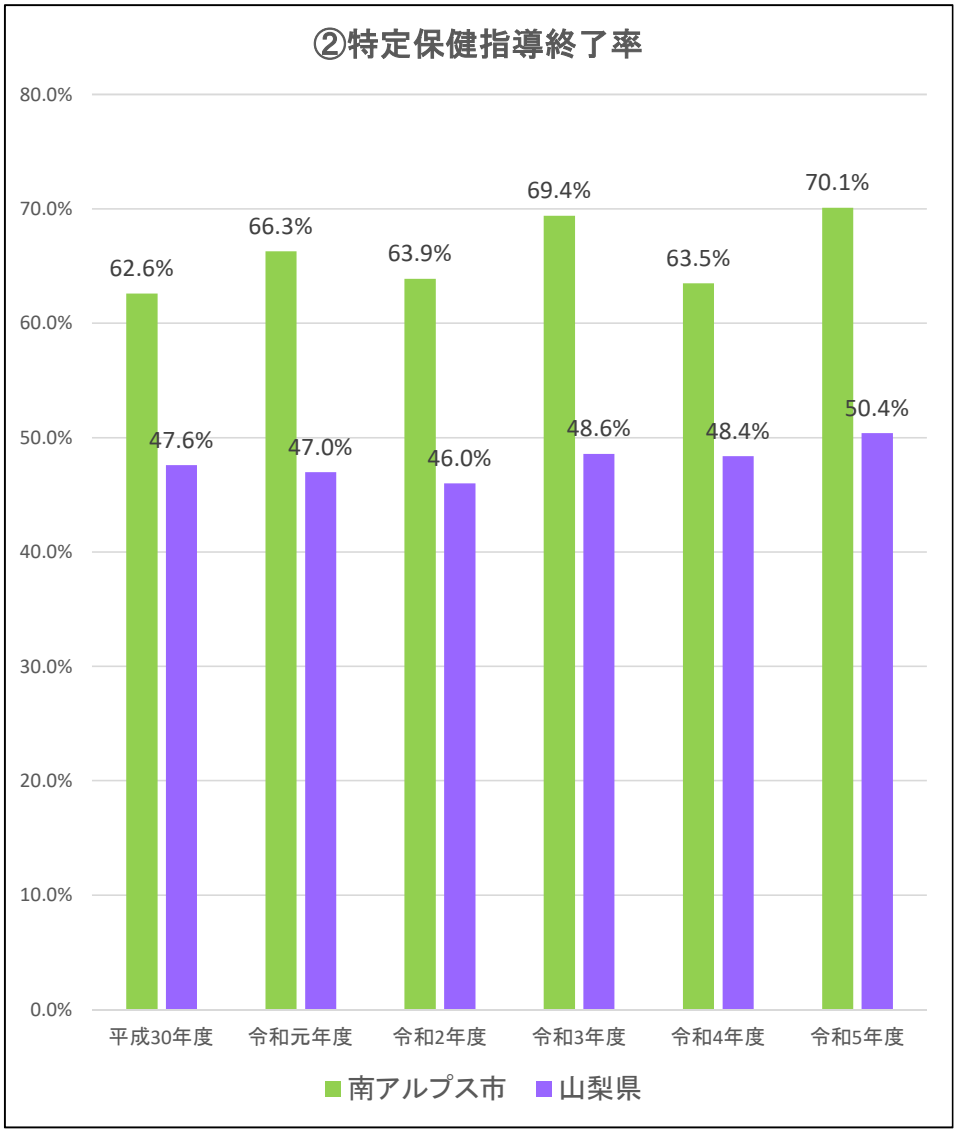
■対象者
慢性腎臓病予防教室
①一般市民で興味のある方　昨年度の希望者に個別でご案内、広報・組織(愛育会等)にて周知　他
②巡回(総合)健診・人間ドック受診者
・腎機能(e-GFR)が30～60歳未満(年齢基準有)
・血糖・血圧いずれかC・D判定
・尿蛋白が±以上で腎機能(e-GFR)がC・D判定
※腎疾患治療及び経過観察中の方は除く

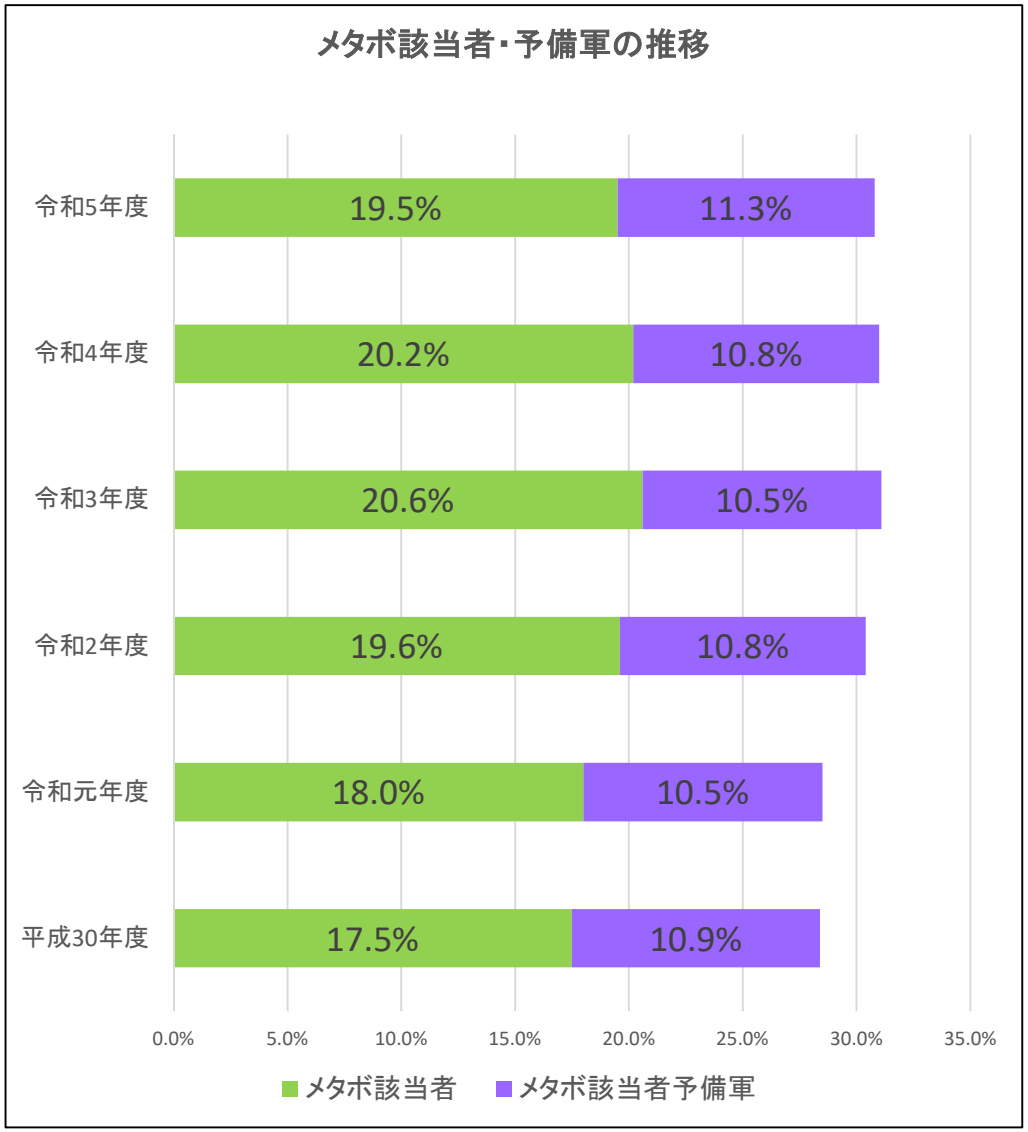
■主な評価指標

評価指標	直近実績(R4)	目標値(R11)
教室終了後のアンケートにより知識の習得状況を評価する	91.2%	95%
参加者数および参加率	86人(20.4%)	増加

①　特定健診受診率の年次推移




②特定保健指導終了率
80.0%
70.0%
60.0%
50.0%
40.0%
30.0%
20.0%
10.0%
0.0%
62.6%
47.6%
66.3%
47.0%
63.9%
46.0%
69.4%
48.6%
63.5%
48.4%
70.1%
50.4%
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
南アルプス市
山梨県


メタボ該当者・予備軍の推移
令和5年度
19.5%
11.3%
令和4年度
20.2%
10.8%
令和3年度
20.6%
10.5%
令和2年度
19.6%
10.8%
令和元年度
18.0%
10.5%
平成30年度
17.5%
10.9%
0.0%
5.0%
10.0%
15.0%
20.0%
25.0%
30.0%
35.0%
メタボ該当者
メタボ該当者予備軍

③　糖尿病(性腎症)重症化予防個別支援事業

Ⓐ医療機関未受診者への受診勧奨及び保健指導

◆健診結果が高血糖だが医療機関未受診の方等に対し、早めに医療機関の受診に繋げること、また保健指導により生活習慣の改善を図る。

◆対象者　巡回健診受診者

①HbA１c6.5％以上(年齢考慮)かつ3年間医療機関未受診

②HbA1c8.0％以上で医療機関未受診

③HbA1c6.5％以上又は血糖値126 mg/dl以上かつ尿蛋白を認める者又はe-GFR60未満(年齢考慮)の者

※医療機関の受診状況はレセプトを確認

※後期高齢者は上記①の対象者を除く

◆実人員　R5年度20人(うち75歳以上５人)　8名の方が医療機関を受診

R6年度１６人(うち75歳以上５人）　現在対応中

◆保健師等による個別の保健指導受診勧奨

Ⓑ 高血糖要精密検査受診勧奨 （市の重点目標）

◆糖尿病の発症、重症化を防ぐため、健診結果で精密検査や治療が必要な者に医療機関への受診を促し、健診後のフォローを実施する。

◆対象者　巡回健診受診者でDE判定者で、結果返却後一定期間が経過しても精密検査の返書が医療機関からなく未受診と思われる者。

◆令和5年度166名が対象のうち未受診者80名を追跡　精検受診率６９．８８％
令和6年度179名が対象のうち未受診者98名を追跡予定

◆追跡方法　1月末から2月にかけて受診勧奨通知の発送。返書のない者については、電話にて再勧奨を実施する。

④　生活習慣病予防対策（糖尿病及び糖尿病性腎症重症化予防対策含）健康増進課と共同で取り組んでいる

●健診結果説明会
●糖尿病予防教室・糖尿病重症化予防教室
●慢性腎臓病（CKD）予防教室
●糖尿病予防セミナー等
●糖尿病（性腎症）重症化予防個別支援事業

＜課題＞

➢健康無関心層へのアプローチ

健診や医療につながることなく、合併症を発症する事例がある

➢未治療者へのアプローチ

受診勧奨しても、自覚症状がない等の理由により受診に繋がらない事例がある

➢コントロール不良者へのアプローチ

健診受診者へ保健師・栄養士が保健指導を実施しているが、かかりつけ医の治療方針や生活上の留意点等を確認した上での指導ができていない

健康寿命の延伸

糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少

糖尿病有病者の割合の増加の抑制

要医療
コントロール不良
受診中断
未治療者

健康関心層

健康無関心層

かかりつけ医・専門医との連携

糖尿病予防（重症化予防）教室
CKD予防教室

受診勧奨レベル・治療中断者・未受診者への
受診勧奨・保健指導

健診受診勧奨

特定（基本）健診・健診結果説明会（特定保健指導）

市民へ生活習慣病・健康づくりについての情報提供・普及啓発

健康リーグ事業（健康リーグ事業補助金・健康わくわくウォーク）

糖尿病重症化予防保健・医療連携推進会議　　職域との連携

重症化予防

発症予防