

# 第3期データヘルス計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

丹波山村国民健康保険

## 目次

I 基本的事項	1
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	
II 健康・医療情報等の分析と課題	3
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	7
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	8
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 糖尿病性腎症重症化予防事業	
事業分類3 健康意識の向上	
事業3-1 健康ポイントラリー事業	
事業3-2 健康づくり事業 (健康教育教室・介護フレイル予防等)	
V その他	20
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	

## 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>令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・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に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げた。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定しました。</p>
	計画の位置づけ	<p>丹波山村国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期丹波山村データヘルス計画」を策定し、実施します。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努めます。なお、丹波山村国民健康保険「データヘルス計画」は、村の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画などの関連計画と調和しています。また、山梨県、後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っています。</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	本計画の策定および保健事業の運営においては、住民生活課が主体となって進めます。
	地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、村国保診療所との連携により進めます。

(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)		516		275		241	
国保加入者数(人) 合計		154	100%	90	100%	64	100%
0~39歳(人)		23	15%	14	16%	9	14%
40~64歳(人)		52	34%	35	39%	17	27%
65~74歳(人)		79	51%	41	46%	38	59%
平均年齢(歳)		58歳		57歳		59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	専門的知見を有する医療関係者と連携を図り、重症化予防及び地域特性を踏まえた保健事業実施に向けて取り組んでいきます。
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ます。
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します。また、保健事業を実施するうえで、医療・保健・介護・福祉専門的な業務について支援を受けます。
後期高齢者医療広域連合	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関し、村の健康課題の抽出や保健事業の計画・実施において連携を図っていきます。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、自治会等と連携して実施していきます。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は150人であり、平成30年度の161人から年々減少傾向にあります。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が15.0%、40-64歳が34.0%、65-74歳が51.0%であり、県平均よりも39歳以下の割合が6.4%低く、65-74歳の割合が13.3%高い状況です。(令和4年度)
	その他	20~30歳代の被保険者は14人で8%です。一方、小袖地区は、65歳以上が100%、保之瀬地区は65歳以上が90.9%で高齢化が著しい状態です。農業を中心とした産業は継続的に行われていますが、農業で生計を立てている人は少ない状況です。近年は村内に飲食店を運営する人は多くなってきています。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施しました。しかし重症化予防事業は参加率が極めて低く、目標も未達成でした。また令和3年度以降、特定保健指導実施率が低下してきています。その為、第3期計画では、改めて特定健診と重症化予防を起点に事業を設計します。第2期は、関係機関との連携が不十分であった為、第3期では、地域及び保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要性があります。

II 健康・医療情報等の分析と課題

		A 不適切な生活習慣	B 生活習慣病予備群	C 生活習慣病発症	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	(健診問診項目の該当者割合、等) ・健診受診率 59.5% ・1日30分以上運動習慣なし 66.7% ・1日1時間以上運動なし 56.1% ・毎日飲酒する 27.3%、 1合から2合飲む人の割合が高い 48.4% ・20歳体重から10kg以上増加 42.4% ・食べる速度が速い 27.8% ・歩行速度が遅い 57.6% ・生活習慣の改善意欲あり 24.2% かつ始めている10.6%	(健診検査項目の有所見率、等) ・メタボ該当 19.7% ・メタボ予備群 13.6% ・男性のメタボ該当 29.0 予備群 22.6% ・血圧が高い人 13.6% ・腹囲 男性51.6% ・BMI女性17.1%、 ・メタボ該当者の血圧のみ 13.6% ・メタボ該当者の血圧+脂質 10.6% ・服薬 高血圧 33.3%、脂質異常症19.7%	(医療費の状況、等) ・健診受診者の医療費 10,312円 ・生活習慣病に占める割合 がん 40.1% 慢性腎不全 22.4% ・糖尿病の1件当たりの費用額 入院 県内10位 ・高血圧 入院3位、外来1位 ・脂質異常症 入院・外来とも1位 ・腎不全 入院1位 ・健診有無別一人当たり医療費のうち、未受診者の医療費が高い。	(医療費の状況、健診問診票の既往歴の該当者割合、等) ・医療費の状況 1人当たりの医療費 42,664円 ・1件当たりの在院日数 19.1日 ・医療費生活習慣病に占める割合 がん 40.1% 慢性腎不全 22.4% ・入院では、脂質異常症と腎不全の費用が高い。外来では、高血圧症・脂質異常症・心疾患が多い。糖尿病・腎不全・がんも県内で高い順位である。	(平均寿命、平均余命、標準化死亡比、介護認定・給付の状況、等) ・死亡状況は、死亡数は少ないが、がんは、2人で66.7%、心臓病は、1人で33.3%となっている。 ・介護認定者 18.0% (1号) ・介護認定者の基礎疾患として、高血圧を持つ人 50.9%、脂質異常症が26.5%。 ・要介護1の方が多い。施設入所中の方は要介護4の方が多い状況である。 ・施設入所者が多い。 ・1件当たりの介護給付費は、93,524円で、県より2万円以上高い。	
	質的データ	・自家用車の所有者が多い。「近くでも車に乗ってしまう」という声がある。 ・スポーツは、野球を男性がしている程度である。 ・週1回スポーツが出来るように体育館を開いているが、6・7人程しか参加せず、メンバーも固定化の傾向がある。 ・家ではゴロゴロしてテレビを見てしまう。「テーブルの上のお菓子に手がいきがち」という声がある。 ・コンビニやスーパーがない。コンビニに行くにも1時間程かかる。物が無いと困るのでお菓子を食べて同じ物を多く購入してしまうという声がある ・山村なので楽しみは、「食べる」という声がある ・健診の保健指導の対象者は、毎年ほぼ同じメンバーである。指導中は努力するが、指導終了後は、もたもた戻ってしまう傾向がある。 ・瓶・缶のゴミの収集日を見ると、酒の瓶やビールの缶が多く捨てられている傾向がある	・健診で「何か(がん等)が見つかる」と怖いから、健診を受けないという声がある。 ・村にコンビニやスーパーは無い。移動スーパーがある。co-opで購入している人もいるが、多めに食材やお菓子を購入している。 ・スーパー等がないので車で買い物が多	・「診療所や病院にかかっているから大丈夫。」しかし、通常(風邪や高血圧等)の受診だけで健診を受診することはない。「健診で何か見つかる」と怖い声が聞かれている。 ・病気があっても薬を飲んでいれば、食事や運動はしなくても大丈夫と思っている。 ・漬物は、味が濃い傾向にあり、古くなった白菜の漬物は、油でいためてお茶のみや食卓に出ることが多い。 ・「コレステロールが高いけれど、何を食べてもいい? ナッツは、1日に何個食べられる?」と心配な声がある	・がんや慢性腎不全の人が多い。	・通所には、「通いたくない。」という声が聞かれる ・「一人で生活出来るうちは、家で過ごしたい。どうしてもになったら、施設に世話になりたい。子どもには、迷惑をかけたくない」という声が聞かれる。	
地域特性	①変遷、面積、気候風土 山梨県東部東部に位置し、村域の大半が山林地帯で、秩父多摩甲斐国立公園に属します。面積は101.30km <sup>2</sup> です。多摩川の源流丹波川が東西に流れ、東京都民の水がめ奥多摩湖に注いでいます。	②産業 道の駅たばやまを中心として、日本百名山の雲取山登山等の観光事業と農業(舞茸等)が中心です。	③交通機関 村唯一の交通機関はバスです。鉄道路線は無く、最寄駅は、JRの奥多摩駅でバスで1時間程かかります。	④医療機関 国保診療所があり、内科と歯科があります。	⑤住民との協働活動 食生活改善推進員会と連携して住民の健康づくりを推進します。	⑥その他(健康に関する活動を協働できる社会資源) 村商工会と連携し、健康ポイントラリー事業を実施しています。	F 医療費適正化 (重複領回受診、重複・多剤投与者、後発医薬品の使用状況、等) 重複領回受診は、重複において同疾患で3か所以上受診した人は0で、領回で同一医療機関で15日以上受診した人も0でした。重複処方者は0人でした。多剤投与者は、同一月内に15種類以上投薬の人は0でした。後発医薬品の使用割合は、71.3%でした。

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)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1日1時間以上運動なし(56.1%)は、県(43.1%)、国(48.0%)より高い。</li> <li>・毎日飲酒(27.3%)は、県(21.5%)、国(25.5%)より高い。また、1日飲酒量は1~2合(48.4%)、2~3合(16.1%)が県(1~2合:31.1%、2~3合:13.6%)、国(1~2合:23.7%、2~3合:9.4%)より高い。頻回且つ適量を越えた飲酒習慣が見られる。</li> <li>・運動不足、塩分量の多い食事、間食、飲酒量や頻度が多い等の不適切な生活習慣が見られるが、その背景として「移動手段はほぼ車」「村内にスーパーがなく、食料やお菓子を買いだめする」「漬物をよく食べる」「食事が毎日楽しみ」と言った山村特有の習慣がある。</li> <li>・保健指導の対象者は固定しており、指導中は生活習慣が一時的に改善するものの、維持することが困難である。</li> <li>・メタボ該当者(19.7%)及び予備群(13.6%)の割合が、県(該当者:17.9%、予備群:10.3%)と比べやや高い。男女ともに割合は高いが、男性の方が高い。20歳時体重から10kg以上増加(42.4%)は、県(30.8%)、国(35.0%)より大幅に高い。メタボ該当者・予備群の保有リスクは「血圧のみ」「血圧・脂質」「血糖・血圧・脂質」が県と比較して高く、血圧のリスクを保有している人が多い。</li> <li>・県・国と比較して特定健診有所見者割合が高い検査項目は、LDLコレステロール(62.1%)、血圧(収縮期62.1%、拡張期37.9%)、尿酸(7.6%)である。</li> <li>・空腹時血糖は、県より低い国より10ポイント高い。</li> <li>・入院と外来合計の疾病別医療費の割合について、第1位は慢性腎臓病(透析あり:16.2%)である。その他に高血圧(第8位:2.8%)、糖尿病(第10位:1.7%)が、上位10位以内に入っている。</li> <li>・レセプト1件当たりの費用額について高血圧、脂質異常症、心疾患が、入院・入院外ともに県内の上位3位以内に入っている。</li> <li>・慢性腎臓病(透析あり)の千人当たりのレセプト件数が、県・国に比べて高い。</li> <li>・医療費分析 生活習慣病に占める割合で、県や国と比較して割合が高い疾患は、がん(40.1%)、慢性腎不全(透析あり:22.4%)である。</li> <li>・介護認定者の有病状態で、県や国と比較して割合が高い疾患は、がん(14.7%)、筋・骨格(53.9%)である。</li> </ul>

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。								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>健康課題の内容</th> <th>優先する健康課題</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A メタボ該当者・予備群の割合が高く、血圧・LDL-C、男性では尿酸値の有所見率が高い。高血圧・糖尿病・脂質異常症の医療費が多く、生活習慣病発症リスクの保有者及び生活習慣病で治療中の人が多い。</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>B 全医療費に占める慢性腎臓病の医療費割合が多いことから若年期から高血圧、高血糖、脂質異常が持続し動脈硬化が進み腎機能低下に至っている。</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>C 生活習慣として、運動不足、塩分量の多い食事、間食、飲酒量や頻度等が、県・国より高率であり、生活習慣病発症やコントロールのリスクを増大させている。山村である為、食料や生活用品の購入、交通、人々の交流、医療、社会資源の希薄さ等の要因が重なり、生活習慣改善・維持に関して困難がある。</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	健康課題の内容	優先する健康課題	A メタボ該当者・予備群の割合が高く、血圧・LDL-C、男性では尿酸値の有所見率が高い。高血圧・糖尿病・脂質異常症の医療費が多く、生活習慣病発症リスクの保有者及び生活習慣病で治療中の人が多い。	✓	B 全医療費に占める慢性腎臓病の医療費割合が多いことから若年期から高血圧、高血糖、脂質異常が持続し動脈硬化が進み腎機能低下に至っている。	✓	C 生活習慣として、運動不足、塩分量の多い食事、間食、飲酒量や頻度等が、県・国より高率であり、生活習慣病発症やコントロールのリスクを増大させている。山村である為、食料や生活用品の購入、交通、人々の交流、医療、社会資源の希薄さ等の要因が重なり、生活習慣改善・維持に関して困難がある。	✓
健康課題の内容	優先する健康課題								
A メタボ該当者・予備群の割合が高く、血圧・LDL-C、男性では尿酸値の有所見率が高い。高血圧・糖尿病・脂質異常症の医療費が多く、生活習慣病発症リスクの保有者及び生活習慣病で治療中の人が多い。	✓								
B 全医療費に占める慢性腎臓病の医療費割合が多いことから若年期から高血圧、高血糖、脂質異常が持続し動脈硬化が進み腎機能低下に至っている。	✓								
C 生活習慣として、運動不足、塩分量の多い食事、間食、飲酒量や頻度等が、県・国より高率であり、生活習慣病発症やコントロールのリスクを増大させている。山村である為、食料や生活用品の購入、交通、人々の交流、医療、社会資源の希薄さ等の要因が重なり、生活習慣改善・維持に関して困難がある。	✓								

図表1 令和4年度 関連データ全体

Main data table with columns for items (項目), actual values (実数), percentages (割合), and data source (データ元). Includes categories like population (人口構成), industry (産業構成), mortality (死亡状況), nursing care (介護保険), and medical status (医療費の状況).

※ 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)

Detailed table with columns for items (項目), actual values (実数), and percentages (割合). Includes categories like medical costs (医療費), hospital admissions (入院), medical status (健診の状況), and life habits (生活習慣の状況).

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	令和4年度の受診率は、男性が50.8%、女性が75.0%で、女性が24.2%高い状況で男女とも県平均よりも受診率は、高い状況です。 新型コロナウイルス感染症が令和2年度に拡大したことから減少傾向です。	

【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	5	2	40.0%	30.5%
	50～59歳	13	5	38.5%	33.3%
	60～69歳	25	17	68.0%	47.3%
	70～74歳	20	8	40.0%	50.8%
	計	63	32	50.8%	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	3	2	66.7%	36.3%
	50～59歳	4	3	75.0%	41.5%
	60～69歳	23	19	82.6%	54.2%
	70～74歳	18	12	66.7%	53.8%
	計	48	36	75.0%	50.3%

図表3	重複・頻回受診、重複投与者・多剤投与者の状況	出典 KDBシステム				
データ分析の結果	令和5年3月における重複・頻回受診者の状況は、医療機関の一か月の受診件数が【3医療機関以上】かつ同一医療機関への受診日数が【10日以上】の人の条件下では0人でした。 令和5年3月における重複処方を受けた方は、いませんでした。 令和5年3月における多剤処方を受けた方は、同一薬剤に関する日数が【120日以上】かつ同月内で処方を【一つ】以上の条件下では0人でした。					
重複・頻回受診者の状況		(診療年月日：令和5年3月)				
被保険者数 154						
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	73	3	2	1	0
	2医療機関以上	34	2	1	1	0
	3医療機関以上	4	0	0	0	0
	4医療機関以上	1	0	0	0	0
	5医療機関以上	1	0	0	0	0
※外来(医科・歯科)のみを対象とする						

重複処方の状況

(診療年月日：令和5年3月)

被保険者数		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)									
154		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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3医療機関以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4医療機関以上	0	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

多剤処方の状況

(診療年月日：令和5年3月)

被保険者数		処方薬剤数(同一月内)											
154		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	63	55	49	37	30	24	18	13	9	5	0	0
	15日以上	58	51	45	37	30	24	18	13	9	5	0	0
	30日以上	53	46	40	34	28	22	16	11	8	5	0	0
	60日以上	15	13	10	7	6	4	4	2	2	2	0	0
	90日以上	8	7	4	3	3	3	3	2	2	2	0	0
	120日以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	150日以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
180日以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※外来(医科・歯科・調剤)のみを対象とする

図表4	後発医薬品の使用状況	出典	厚生労働省ホームページ公表データ
データ分析の結果	令和4年9月時点で63.0%、令和5年3月時点で71.3%と後発医療薬の使用が増加傾向ですが、県より低く推移し、国の目標値である80%には、まだまだ追いつかない状況が見られます。		

使用割合(数量シェア)

	丹波山村	(参考) 山梨県
令和4年9月診療分	63.0%	80.9%
令和5年3月診療分	71.3%	81.3%



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	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	計画全体の目的										
					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	メタボ該当者・予備群の割合が高く、血圧・LDL-C、男性では尿酸値の有所見率が高い。 高血圧・糖尿病・脂質異常症の医療費が多く、生活習慣病発症リスクの保有者及び生活習慣で治療中の人が多い。	✓	A	生活習慣病の発症と重症化を予防するため、毎年、健診を受診することを勧奨し、事後指導を通じて、健康状態に応じた生活習慣の改善を図る。	2										
B	全医療費に占める慢性腎臓病（透析あり）の医療費割合及び千人当たりレセプト件数も県・国より多いことから、若年期から高血圧・高血糖・脂質異常が持続し、動脈硬化が進み腎機能低下に至ったと考えられる。	✓	B	生活習慣病が重症化した慢性腎臓病を予防し、急激な腎機能低下を防ぐため個別保健指導を行う。	1	A、C	生活習慣病の重症化を予防する。	血圧が保健指導判定値以上の者の割合（※1）	64.3%	63%	62%	61%	60%	58%	55%
C	生活習慣として、運動不足、塩分量の多い食事、間食、飲酒量や頻度等が、県・国よりも高率であり、生活習慣病発症やコントロールのリスクを増大させている。 山村であるため、食料や生活用品の購入、交通、人々の交流、医療・社会資源の希薄さなどの要因が重なり、生活習慣改善・維持に関して困難さがある。	✓	C	各種保健事業など健康づくりの機会を通じて、望ましい生活習慣の定着を促すことにより、生活習慣病の発症と重症化を予防する。	3、4、5			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）	33.8%	33%	32%	31%	30%	28%	25%
D						B	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）	10.4%	10%	9%	8%	8%	7%	6%
E								糖尿病性腎症病期分類 悪化率（短期）（※1）	2.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
								糖尿病性腎症病期分類 悪化率（中長期）（※1）	4.9%			4.7%以下（R5→R8）			5.0%以下（R5→R11）

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

保健事業番号	事業分類	事業概要			重点・優先度
		事業名	対象	主な内容・方法	
1-1	事業分類1 特定健康診査・特定保健指導	特定健康診査	40歳～74歳の被保険者	送迎 がん検診と同日実施 ポイント付与	重点
1-2	事業分類1 特定健康診査・特定保健指導	特定保健指導	被保険者のうち特定保健指導対象者	保健師による保健指導	
2	事業分類2 糖尿病対策	糖尿病性腎症重症化予防事業	健診受診者のうち、HbA1cが6.5以上かつ糖尿病の服薬中の人、尿蛋白10以上の人は優先	利用勧奨対象者に毎月1回、保健師が訪問して保健指導を行う	重点
3-1	事業分類3 健康意識の向上	健康ポイントラリー事業	18歳以上の住民	健診受診を主な目的に行い、各種事業実施で15ポイント貯めた方に1,000円分の商品券を配布する	
3-2	事業分類3 健康意識の向上	健康づくり事業 (健康教育教室・介護フレイル予防等)	18歳以上の住民	健康教室開催、運動教室開催、栄養調査 料理教室では、塩分の少ない料理の提供。	

～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）	33.8%	減少	減少	27%以下 → R6～R8	減少	減少	20%以下 → R8～R11	
		男性	40～49歳	0.0%	(参考値としてモニタリング)					
			50～59歳	60.0%						
			60～69歳	52.9%						
			70～74歳	62.5%						
		女性	40～49歳	0.0%						
			50～59歳	0.0%						
			60～69歳	15.8%						
	70～74歳		25.0%							
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合（全年齢）	64.3%	減少	減少	64%以下 → R5～R8	減少	減少	64%以下 → R8～R11	
		男性	40～49歳	50.0%	(参考値としてモニタリング)					
			50～59歳	60.0%						
60～69歳			82.4%							
70～74歳			37.5%							
女性		40～49歳	33.3%							
		50～59歳	25.0%							
		60～69歳	63.2%							
	70～74歳	83.3%								
3	HbA1c6.5%以上の者の割合（高血糖者の割合）（全年齢）	10.4%	減少	減少	10%以下 → R5～R8	減少	減少	9.8%以下 → R8～R11		
	男性	40～49歳	0.0%	(参考値としてモニタリング)						
		50～59歳	0.0%							
		60～69歳	23.5%							
		70～74歳	25.0%							
	女性	40～49歳	0.0%							
		50～59歳	0.0%							
		60～69歳	0.0%							
70～74歳		8.3%								
アウトプット指標	4	特定健康診査受診率	61.3%	減少	減少	61.5%	減少	減少	62.0%	
		男性	40～49歳	40.0%	(参考値としてモニタリング)					
			50～59歳	38.5%						
		女性	40～49歳	66.7%						
	50～59歳		75.0%							
	5	特定保健指導実施率（全体）	50.0%	増加	増加	53% → R5～R8	増加	増加	60% → R9～R11	
動機付け支援		45.5%	増加	増加	50%	増加	増加	56%		
積極的支援		100.0%	増加	増加	100%	増加	増加	100%		
アウトカム指標	6	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	10.0%	減少	減少	10%以下	減少	減少	10%以下	

事業1-1

特定健康診査

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の早期発見及び早期予防
事業の概要	特定健康診査を実施します。 対象者を特定し、対象者が特定健康診査を受診したかを確認します。 未受診者に対して、受診勧奨を行います。
現在までの事業結果（成果・課題）	集団健診時の未受診者に訪問し、村診療所での受診勧奨を行い、受診していただくことで60%以上の受診率となっています。しかし、40歳・50歳代の働き世代の方の受診や男性の受診率が伸びていません。
対象者	40歳～74歳の被保険者（年齢の基準日は、該当年度末） *但し、長期入院など厚生労働省告示で示されている方を除きます。

	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	メタボ該当者・予備群の割合	33.8%	33.0%	32.0%	31.0%	30.0%	28.0%	25.0%
	2	生活習慣改善意欲がある人の割合	24.2%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
	3								
	4								
	5								

	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	特定健診受診率	61.3%	61.3%	61.5%	61.8%	62.0%	62.3%	62.5%
	2								
	3								
	4								
	5								

プロセス（方法）	周知	毎年2月発行の広報誌において、健診日時をお知らせします。3月に健診のチラシを配布します。特定健診の対象者に対し、受診勧奨を行います。
	勧奨	対象者に対し、訪問して受診勧奨を行います。対象者の健康意識等に応じた効果的な受診勧奨を実施します。
	実施および実施後の支援	
	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）	各種がん検診と一体的に実施する。健康ポイントラリー事業を活用し、インセンティブとする。

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	住民生活課
	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）	村診療所で秋～冬にかけて集団健診の未受診者の健診（個別健診）をしていただきます。
	国民健康保険団体連合会	研修等の支援を受けます。
	民間事業者	集団健診においては、山梨県健康管理事業団。人間ドックの特定健診部分については、山梨厚生病院とJA厚生連健康センターに委託します。
	その他の組織	受診結果の保管
	他事業	
	その他（事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等）	事業主健診の健診結果データを受理し、特定健診の受診者として計上します。被保険者本人から健診結果を受領し、特定健診の受診者として計上します。

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した保健指導による、高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の予防
事業の概要	特定保健指導を実施します。 対象者へ訪問し、個別面談、電話等による保健指導を行います。
現在までの事業結果（成果・課題）	ここ何年間か健診の結果説明会は参加するが、それ以後の個別指導に関して「病院受診しているから」と拒否されることが増えてきています。
対象者	特定保健指導基準対象者（積極的支援対象者・動機付け支援対象者）

	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	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	10.0%	-	-	-	-	-	25%
	2								
	3								
	4								
	5								

	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	50.0%	50%	52%	53%	56%	58%	60%
	2								
	3								
	4								
	5								

プロセス (方法)	周知	結果説明会において、対象者にお知らせをします。 対象者に個別に訪問して対象支援内容をお伝えします。
	勧奨	対象者に、訪問や電話等による利用勧奨を実施します。
	実施および実施後の支援	利用者の特徴・属性に寄り添った効果的な指導を実施します。 途中脱落者を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、指導期間中の生活習慣等のモニタリングを行います。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	利用者の利便向上を図る為に実施場所は自宅だけでなく、対象者が希望すれば、職場訪問も行います。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民生活課
	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)	
	国民健康保険団体連合会	研修等の支援を受けます。
	民間事業者	結果説明会において、山梨県健康管理事業団の保健師1人に委託します。
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	

～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）	10.4%	減少	減少	10%	減少	減少	10%	
		男性	40～49歳	0.0%	(参考値としてモニタリング)					
			50～59歳	0.0%						
			60～69歳	23.5%						
			70～74歳	25.0%						
		女性	40～49歳	0.0%						
			50～59歳	0.0%						
			60～69歳	0.0%						
	70～74歳		8.3%							
	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）	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
		男性	40～49歳	0.0%	(参考値としてモニタリング)					
			50～59歳	0.0%						
			60～69歳	0.0%						
			70～74歳	0.0%						
		女性	40～49歳	0.0%						
			50～59歳	0.0%						
			60～69歳	0.0%						
	70～74歳		0.0%							
	3	HbA1c 悪化率（短期）	(R3→R4) 10.3%	減少	減少	8%	減少	減少	7%	
		男性	40～49歳	0.0%	(参考値としてモニタリング)					
			50～59歳	20.0%						
			60～69歳	18.8%						
			70～74歳	20.0%						
		女性	40～49歳	0.0%						
50～59歳			33.3%							
60～69歳			0.0%							
70～74歳			0.0%							
HbA1c 悪化率（中長期）		(R1→R4) 17.4%	減少	減少	15%	減少	減少	12%		
		男性	40～49歳	0.0%	(参考値としてモニタリング)					
			50～59歳	0.0%						
	60～69歳		41.2%							
	70～74歳		0.0%							
	女性	40～49歳	0.0%							
		50～59歳	20.0%							
		60～69歳	0.0%							
70～74歳		0.0%								
4	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率（短期）	(R3→R4) 2.0%	減少	減少	1.9%	減少	減少	1.8%		
	男性	40～49歳	0.0%	(参考値としてモニタリング)						
		50～59歳	0.0%							
		60～69歳	0.0%							
		70～74歳	0.0%							
	女性	40～49歳	0.0%							
		50～59歳	0.0%							
		60～69歳	5.9%							
		70～74歳	0.0%							
	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率（中長期）	(R1→R4) 4.9%			4.7%以下 →R5～R8			9.4%以下 →R5～R11		
		男性	40～49歳	0.0%	(参考値としてモニタリング)					
			50～59歳	0.0%						
60～69歳			6.3%							
70～74歳			0.0%							
女性		40～49歳	0.0%							
		50～59歳	0.0%							
		60～69歳	8.3%							
	70～74歳	0.0%								
5	HbA1c6.5%（NGSP値）以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合	28.6%	減少	減少	25%	減少	減少	23%		
	男性	40～49歳	0.0%	(参考値としてモニタリング)						
		50～59歳	0.0%							
		60～69歳	50.0%							
		70～74歳	0.0%							
	女性	40～49歳	0.0%							
		50～59歳	0.0%							
		60～69歳	0.0%							
70～74歳		0.0%								
6	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			

事業2

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	慢性腎臓病（CKD）の重症化予防
事業の概要	特定健診の結果から腎機能が一定程度低下している対象者を特定し、医療未受診の場合、受診勧奨を行います。
現在までの事業結果（成果・課題）	腎機能低下の方（対象者）を訪問し、受診勧奨としています。ほとんどの方が受診勧奨により受診をしています
対象者	特定健診受診者のうち、CKD該当かつ医療未受診者

	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	受診勧奨等実施者のうち医療機関に受診した者の割合	90%			92%			95%
	2								
	3								
	4								
	5								

	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	対象者のうち受診勧奨等をした者の割合	100%			100%			100%
	2								
	3								
	4								
	5								

プロセス (方法)	周知	対象者へ訪問し、周知する。
	勧奨	対象者へ訪問し、周知する。受診勧奨を実施する。
	実施および実施後の支援	保健師が月1回、個別面談または電話で保健指導を実施します。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民生活課
	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)	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	対象者がそれほど多くない為、村保健師が継続的に対応していきます。対象者全員への訪問を実施します。

事業3-1

健康ポイントラリー事業

事業の目的	健康意識を高め、自発的な健康の維持・改善行動を促す。
事業の概要	各種健診及びがん検診の受診。健康づくりに関連した講座等行事に参加する等の健康行動にポイントを付与し、貯まったポイントを村内で使える1,000円分の商品券と交換し、利用する。
現在までの事業結果（成果・課題）	コロナ禍があり、事業が停滞していた為、ポイントを貯めることができた人が少ない状況です。その為、5~6人程が達成しただけでした。周知をもっとしていく必要性があります。ポイントが付与できる事業項目を増やす必要性もあります。
対象者	20歳以上の住民

	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	健康ポイントラリーのアンケートから健康意識の改善が確認できた者の割合	25%			30.0%			35%
	2								
	3								
	4								

	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	15ポイント達成者の数	5人	7人	8人	10人	15人	20人	25人
	2	ポイント事業を利用した者のうち健診・人間ドックを受けた人の割合	21	25	26	27	28	29	30%
	3								
	4								

プロセス (方法)	周知	「健診」実施のお知らせを広報誌・プリント配布等で周知します。 「ポイントラリー」実施のお知らせをします。
	勧奨	各種健康づくり講座にて周知を行い、講座参加を促します。
	実施および実施後の支援	15ポイント達成後に申請書を提出し、商品券を受け取る際に健康づくりに関するアンケートを実施し、健康づくりへの意識の変化を確認する。
	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)	ポイント数の15ポイントは変えず、商品券500円を1,000円にします。 国保被保険者への利用啓発を勧奨します。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民生活課 国民健康保険担当、後期高齢者医療担当及び保健師
	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)	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	丹波山村商工会にて貯めたポイントを商品券と交換します。
	その他の組織	社会福祉協議会
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	高齢者の保健と介護の一体的事業において、ポイントラリー事業の活用を促します。 社会福祉協議会の「いきいき健康クラブ」とも協働して「健康づくり」を行っていきます。 国民健康保険担当者も事業に参加します。

事業の目的	生活習慣病やそれに起因する他の疾病予防の為に知識の啓発及び健康意識の向上を図ります。
事業の概要	運動を中心とした生活習慣を見直し、生活習慣病を予防する各種健康づくり教室を開催します。
現在までの事業結果（成果・課題）	一定数の参加者には体を動かすことへの意識改善が見られたが、全体を見ると少数となっています。今後どのように参加者を増やすか・どのようにして健康への取り組み方の仕方や考え方を考える機会を増やすかが課題となっています。
対象者	18歳以上の住民

	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	健康意識が改善した者の割合	30%			40%			50%
	2	教室参加後、腹囲2cm減少した割合	20%			30%			35%
	3								
	4								
	5								

	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	教室参加者数（延べ参加者数）	37	40	42	44	46	48	50
	2								
	3								
	4								
	5								

プロセス (方法)	周知	お知らせプリントや広報誌で周知します。
	勧奨	運動習慣改善者（毎日6,000歩以上歩く、体重が2キロ減った、腹囲が2cm減った等）の方にポイントラリー事業のポイントを3ポイント付与することも伝えます。
	実施および実施後の支援	
	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)	イベント実施等と絡めて、健康無関心層へ健康管理のきっかけづくりとしての利用促進を促し、参加率の増加に努めます。 自主的に健康に対する取り組みを行う人の増加を図ります。 健康まつり を行っていきます。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民生活課
	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)	甲州リハビリテーション病院 理学療法士の方を招き、機能訓練の実施・フレイル教室にてフレイルについての説明・実際に指導を行う
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	



「（参考）山梨県共通評価指標」

○計画全体（総合アウトカム）

山梨県共通評価指標		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
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"> <li>・全国と比較し山梨県は運動習慣なしの者の割合が高い。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・KDBシステム「地域の全体像」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国に比較し山梨県は血圧の有所見者割合が高い。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
	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"> <li>・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。</li> <li>・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。</li> <li>・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。</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの変化をモニタリング</li> <li>・中長期的変化をモニタリング 3年後変化：R4年度→R7年度 6年後変化：R4年度→R10年度</li> </ul>

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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
		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"> <li>①、②のいずれかを満たす者の数</li> <li>①収縮期血圧<math>\geq</math>130mmHg</li> <li>②拡張期血圧<math>\geq</math>85mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国に比較し山梨県は血圧の有所見者割合が高い。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
		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"> <li>・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
		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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
		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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法定報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>

		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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
--	--	---	------------------------	-----------------	-------------------------------	--	---

○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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病の発症予防に関する成果指標として設定。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
		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"> <li>・「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。</li> <li>・健康日本21（第三次）における目標値になっている。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>
		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"> <li>・血糖コントロールの変化を確認する指標として設定。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの変化をモニタリング</li> <li>・中長期的変化をモニタリング 3年後変化：R4年度→R7年度 6年後変化：R4年度→R10年度</li> </ul>
		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの変化をモニタリング</li> <li>・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</li> </ul>
		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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アウトカム指標</li> <li>・単年ごとの推移をモニタリング</li> </ul>

		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	<p>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</p>	<p>・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。</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 その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>毎年度、「Ⅳ個別事業計画」の評価を行い、その結果を踏まえて「Ⅲ計画全体」の評価 をすることで、事業全体の検証及び評価を行う。 その評価に基づき、本計画をより実効性の高いものにするため、令和8年度に中間評価を行い、 計画取組の進捗状況を確認し、必要に応じて実施方法や数値目標の見直しを行う。 計画の見直しは、国民健康保険法に基づき設置している本村国民健康保険運営協議会で協議し、 見直した内容について、公表・周知する。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画は、本村国保被保険者及び保健医療関係者等に対し、全文を本村ホームページに掲載し、 公表・周知する。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>この計画や保健事業の実施で得られる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 律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえて適切に対応する。 また、保健事業を受託した事業者に対しても、同様の取扱いをするとともに、業務で知り得た個 人情報の守秘義務を徹底し、業務終了後も同様とする。</p>
<p>地域包括ケアに係る取 組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援等暮らし全般を支えるために直面する課題等についての議 論（地域包括ケア会議等）に保険者として参加する。 KDBシステムによるデータ等を活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性別・年齢 階層・日常生活圏域等に着眼して抽出し、関係者と共有し、地域住民の参加する介護予防を目的と した健康教育教室の開催等へ生かす。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>特になし</p>