

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4月

小菅村

目次

I 基本的事項	.....	P 1 ~ 2
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	.....	P 3 ~ 1 8
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	.....	P 1 9
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	.....	P 2 0 ~ 2 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（各種がん検診を含む）		
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 医療機関と連携した糖尿病対策事業（糖尿病重症化予防）		
事業分類 3 生活習慣病対策		
事業3-1 働き世代健康づくり事業		
事業3-2 いきいき元気体操教室、筋トレ教室、巡回健康教室		
V その他	.....	P 2 9 ~ 3 2
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>小菅村では総人口に占める65歳以上の人口割合が年々増加し、令和4年度高齢化率は46.7%と高い推移が今後も続くと思われる。人口減少、少子高齢化、医療・介護費用の負担率が高くなっている社会環境を背景に、効果的な保健事業の実施が求められている。また、小菅村では、生活習慣病発症または重症化していく人が年々増加傾向であり、実践的な対策を計画していかなければならない。平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、『すべ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を推進する』とされている。こうしたことから健康・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実施計画【小菅村国民健康保険第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）】を策定。保健事業の実施・評価・改善等を行う目的として中間評価を実施し、本計画の目標達成に向けて保健事業の見直しを行うこととする。</p>
	計画の位置づけ	<p>保健事業実施計画（データヘルス計画）は「健康日本21」に示された基本方針を踏まえると共に、「第5次小菅村総合計画」との整合性を図ります。また、保健事業の中核をなす、「小菅村健康増進計画」及び「小菅村特定健診等実施計画」との整合性も図り策定します。</p>
計画期間		<p>本計画の期間は、令和6年度から令和11年度とし、目標の達成状況などについては中間評価を実施、必要に応じた見直しを行うこととする。</p>
実施体制・関係者連携	庁内組織	<p>本計画は国民健康保険担当部局である小菅村役場住民課国保担当と介護担当、健康増進事業を計画した関係組織と連携を図り、計画の適正な運用に努めます。また、外部有識者や山梨県、山梨県国民健康保険団体連合会とも連携していきます。</p>
	地域の関係機関	<p>小菅村スポーツ推進員、小菅村食生活改善推進員、小菅村女性の会・愛育会、小菅村有志の会、民生委員、地区長、NPO法人等と連携していきます。</p>

(1) 基本情報

人口・被保険者	被保険者等に関する基本情報 (2023年3月31日時点)					
	全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)	649		335		314	
国保加入者数(人) 合計	170	100%	95	100%	75	100%
0~39歳(人)	24	14%	15	16%	9	12%
40~64歳(人)	53	31%	30	32%	23	31%
65~74歳(人)	93	55%	50	53%	24	32%
平均年齢(歳)	58.34歳		57.62歳		59.25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	北都留医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して、山梨県歯科医師会、山梨県薬剤師会、山梨県栄養士会とは糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図る。
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。
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する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	少子高齢化、人口減少、団塊世代が75歳以上になる割合が増えたため、被保険者数は減少傾向。
	年齢別被保険者構成割合	全体としては65歳から74歳までの被保険者割合が高く、0歳から39歳の被保険者割合は低い。人口減少、高齢化により加入者構成に変化が生じている。
	その他	小菅村における生活圏域が8地区あり、全体で65歳以上の人口は約47%。そのうちの2地区において約55%であることから高齢者の多い地域が偏在している。
前期計画等に係る考察		前計画の健康課題に対する目標はある程度まで達成できたと考察されるが、新型コロナウイルスの影響により、一時的に健診、がん検診受診率が低下、保健指導もできない状態があった。また、医療・介護費が上昇傾向もあり、前計画を踏まえた事業展開をしていく必要がある。

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4月)

図表1 令和4年度 関連データ全体

項目	小菅村		県		国		データ元 (CSV)		
	実数	割合※	実数	割合	実数	割合			
1 全体像	人口構成	総人口	684	791,146	123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況		
		65歳以上(高齢化率)	310	45.34	245,884	31.01	35,335,805	28.59	
		75歳以上	165	24.15	128,751	16.21	18,248,742	14.73	
		65～74歳	145	21.19	117,133	14.80	17,087,063	13.86	
		40～64歳	188	27.48	267,271	33.81	41,545,893	33.75	
39歳以下	186	27.17	277,991	35.18	46,332,563	37.66			
2 産業構成	第1次産業	9.8		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	26.1		28.4		25.0			
	第3次産業	64.1		64.3		71.0			
3 平均寿命	男性	81.0		80.9		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	87.4		87.2		87.0			
4 平均余命	男性	88.2		81.8		81.7			
	女性	91.5		88.2		87.8			
2 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	92.9		96.4		100.0		
		女性	95.4		97.4		100.0		
		がん	3	50.0	2,433	48.1	378,272	50.6	
3 介護	介護認定者の有病状況	心臓病	2	33.3	1,394	27.5	205,485	27.5	
		脳疾患	0	0.0	794	15.7	102,900	13.8	
		糖尿病	0	0.0	107	2.1	13,896	1.9	
		腎不全	1	16.7	205	4.0	26,946	3.6	
		自殺	0	0.0	129	2.5	20,171	2.7	
		1号認定者数(認定率)	61	18.3	41,372	16.9	6,724,030	19.4	
		新規認定者	2	0.3	804	0.3	110,289	0.3	
		2号認定者	1	0.5	809	0.3	156,107	0.4	
		糖尿病	12	17.9	10,479	23.9	1,712,613	24.3	
		高血圧症(高血圧性心疾患含む)	29	46.0	22,563	52.0	3,744,672	53.3	
脂質異常症	14	23.2	12,599	28.9	2,308,216	32.6			
心臓病(高血圧含む)	37	54.7	25,665	59.2	4,224,628	60.3			
脳疾患	11	15.1	9,037	21.2	1,568,292	22.6			
がん	6	11.1	5,097	11.5	837,410	11.8			
筋・骨格	32	44.9	22,559	51.9	3,748,372	53.4			
精神(認知症含む)	21	29.2	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)	110,786		67,719		59,662			
	居宅サービス	36,927		44,773		41,272			
	施設サービス	290,733		293,634		296,364			
	医療費等	9,182		8,622		8,610			
4 医療費等	別医療費(40歳以上)	3,739		4,029		4,020			
	被保険者数	170		178,894		27,488,882			
	65～74歳	91	53.9	79,358	44.4	11,129,271	40.4		
	40～64歳	54	31.7	59,078	33.0	9,088,015	33.1		
39歳以下	25	14.4	40,458	22.6	7,271,596	26.5			
4 医療	医療の概況(人口千対)	加入率	24.9		22.6		22.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		病院数	0	0	60	0.3	8,237	0.3	
		診療所数	1	5.9	697	3.9	102,599	3.7	
		病床数	0	0	10,684	59.7	1,507,471	54.8	
		医師数	1	5.9	2,101	11.7	339,611	12.4	
		外来患者数	662.6		693.7		687.8		
		入院患者数	27.4		18.5		17.7		
		一人当たり医療費	36,737		27,844		27,570		
		受診率	689.9		712.2		705.4	KDB_NO.3 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題	
		費用の割合	50.7		60.7		60.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
件数の割合	96.0		97.4		97.5				
入院費用の割合	49.3		39.3		39.6				
入院件数の割合	4.0		2.6		2.5				
1件当たり在院日数	16.3		16.5		15.7				
4 医療費の状況	医療費分析(生活習慣病に占める割合)	がん	17,702,360	38.1	10,142,028,270	30.5	1,558,135,111,760	32.2	
		慢性腎不全(透析あり)	0	0	3,311,781,560	10	397,973,706,500	8.2	
		糖尿病	2,727,430	5.9	3,412,667,590	10.3	504,849,658,850	10.4	
		高血圧症	1,939,220	4.2	1,905,817,780	5.7	285,960,196,900	5.9	
		精神	9,047,650	19.5	5,365,979,730	16.2	712,427,626,380	14.7	
		筋・骨格	4,566,640	9.8	5,853,005,910	17.6	810,772,428,340	16.7	
		健診有無別一人当たり点数	健診対象者	3,343		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
		健診未受診者	11,517		11,642		13,295		
		生活習慣病対象者	10,876		8,675		6,142		
		健診未受診者	37,472		35,235		40,210		
6 健診・レセ	受診動向	受診者	44	69.8	34,416	58.7	3,881,055	57	
		医療機関受診率	39	61.9	31,061	53	3,543,116	52	
		医療機関非受診率	5	7.9	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)

項目	小菅村		県		国		データ元 (CSV)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
4 医療	費用額 (1件あたり)	糖尿病	641,303	9位 (23)				KDB_NO.5 人口の状況
		高血圧	723,664	6位 (22)				
		脂質異常症	644,749	8位 (22)				
		脳血管疾患	752,862	5位 (27)				
		心疾患	456,950	25位 (4)				
		腎不全	555,911	22位 (14)				
		精神	958,264	1位 (22)				
		悪性新生物	749,035	8位 (13)				KDB_NO.3 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題
		糖尿病	39,673	12位				
		高血圧	35,151	10位				
5 健診	県内順位 順位総数28 27市町村1組合	脂質異常症	46,666	2位				
		脳血管疾患	32,389	22位				
		心疾患	31,283	26位				
		腎不全	95,461	23位				
		精神	17,330	28位				
		悪性新生物	107,917	1位				
		健診受診者	63		58,592		6,812,842	
		受診率 (R4年度)	48.8		46.5		37.1	
		特定保健指導終了者(実施率)	2	40.0	1,862	30.0	107,925	13.4
		非肥満高血糖	2	3.2	5,817	9.9	615,549	9.0
5 健診	特定健診の状況	該当者	11	17.5	10,475	17.9	1,382,506	20.3
		男性	6	22.2	7,694	28.7	965,486	32.0
		女性	5	13.9	2,781	8.7	417,020	11.0
		予備群	7	11.1	6,022	10.3	765,405	11.2
		男性	5	18.5	4,414	16.5	539,738	17.9
		女性	2	5.6	1,608	5.1	225,667	5.9
		総数	20	31.7	18,194	31.1	2,380,778	34.9
		腹囲	13	48.1	13,283	49.6	1,666,592	55.3
		女性	7	19.4	4,911	15.4	714,186	18.8
		総数	6	9.5	2,667	4.6	320,038	4.7
男性	0	0.0	429	1.6	51,248	1.7		
女性	6	16.7	2,238	7.0	268,790	7.1		
6 健診の質問票	県内順位 順位総数28 27市町村1組合	血糖のみ	0	0.0	305	0.5	43,519	0.6
		血圧のみ	7	11.1	4,540	7.7	539,490	7.9
		脂質のみ	0	0.0	1,177	2.0	182,396	2.7
		血糖・血圧	3	4.8	1,898	3.2	203,072	3.0
		血糖・脂質	0	0.0	423	0.7	70,267	1.0
		血圧・脂質	4	6.3	4,826	8.2	659,446	9.7
		血糖・血圧・脂質	4	6.3	3,328	5.7	449,721	6.6
		高血圧	30	47.6	20,741	35.4	2,428,038	35.6
		糖尿病	6	9.5	5,548	9.5	589,470	8.7
		脂質異常症	16	25.4	14,817	25.3	1,899,637	27.9
6 健診の質問票	生活習慣の状況	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	1	1.6	1,469	2.6	207,385	3.1
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	7	11.1	3,804	6.7	#REF!	5.5
		腎不全	1	1.6	513	0.9	53,898	0.8
		虚血	2	3.2	3,494	6.2	702,088	10.7
		喫煙	7	11.1	8,374	14.3	939,212	13.8
		週3回以上朝食を抜く	7	11.1	4,939	8.8	642,886	10.4
		食後間食(毎日)	16	25.4	12,036	22.8	1,327,262	21.6
		週3回以上就寝前夕食	7	11.1	6,488	11.5	976,348	15.7
		食べる速度が速い	18	28.6	16,260	28.8	1,659,705	26.8
		咀嚼(噛みにくい)	12	19.0	8,971	17.0	1,232,127	19.9
咀嚼(ほとんど噛めない)	1	1.6	312	0.6	49,884	0.8		
20歳時体重から10kg以上増加	20	31.7	17,412	30.8	2,175,065	35.0		
1回30分以上運動習慣なし	49	77.8	37,878	67.1	3,749,069	60.4		
1日1時間以上運動なし	17	27.0	24,311	43.1	2,982,100	48.0		
歩行速度が遅い	37	58.7	32,357	57.3	3,142,723	50.8		
睡眠不足	21	33.3	23,538	41.7	1,587,311	25.6		
毎日飲酒	12	19.0	12,132	21.5	1,658,999	25.5		
時々飲酒	10	15.9	12,118	21.5	1,463,468	22.5		
1～1合未満	12	54.5	14,956	52.1	2,978,351	64.1		
1～2合	6	27.3	8,922	31.1	1,101,465	23.7		
2～3合	3	13.6	3,907	13.6	434,461	9.4		
3合以上	1	4.5	930	3.2	128,716	2.8		
改善意欲なし	10	15.9	14,063	24.9	1,691,880	27.6		
改善意欲あり	18	28.6	9,676	17.1	1,755,137	28.6		
「かつ始めている	5	7.9	6,147	10.9	854,609	13.9		
保健指導の希望なし	53	84.1	45,429	80.5	3,858,915	63.3		

II 健康・医療情報等の分析と課題

1 現状	<p>A 不適切な生活習慣</p> <p>(健診問診項目の該当者割合、等)</p> <p>30%以上：食べる速度が速い→誤嚥性肺炎になりやすい。・20歳から10kg以上体重増加/1時間以上運動なし/睡眠不足→生活習慣改善が必要。 60%以上：歩行速度が遅いと感じている→筋力低下傾向 80%以上：①30分以上運動なし②保健指導の希望なし→運動習慣がなく、健康意識が低い。</p> <p>・「畑仕事をしているから運動しなくていい」「保健指導は受けても変わらない」などの意見が多く、睡眠時間が少ない村民もいる。また、食事を早くたべる習慣をもっている村民もいる。</p>	<p>B 生活習慣病予備群</p> <p>(健診検査項目の有所見率、等)</p> <p>・メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合は50.8%。 ・食後の間食25.4%。 ・保健指導の希望なし84.1%。 ・非肥満高血糖3.2%。</p> <p>近所にスーパーがなく、自家用車がないと買い物等不便であり、移動販売や村にある唯一の商店で手軽な菓子パンなど購入するひとが多い。移動手段の殆どが車である。運動する機会が生活の中にあまりない様子。保健指導希望なしは8割以上であり、間食の習慣もある。生活習慣病は今後も増えていく可能性が高い。</p>	<p>C 生活習慣病発症</p> <p>(医療費の状況、等)</p> <p>・入院費が県内で上位の糖尿病。高血圧・脂質異常症 ・外来で医療費2位脂質異常症 ・外来での医療費県内上位糖尿病・高血圧 ・内服薬では降圧剤内服状況は村民47% ・内服薬では脂質改善薬内服状況は村民25% ・内服薬では糖尿病薬内服状況は村民10% ・健診受診者1人当たり医療費生活習慣病(月平均)10,876円(県8,675円)</p> <p>山菜など村の畑でとれた食材が副菜になっていることが日常化していて、また味付けが濃く、漬け物など塩分の多い食事内容が殆どである。お酒や煙草が好きで村民が多い。健診受診者一人当たり医療費も県比較で高く、生活習慣病発症率は高くなることが予想される。</p>	<p>D 重症化・合併症発症</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> <p>・入院の原因が県内5位：脳血管疾患 ・外来医療費県内1位：悪性新生物 ・医療費の状況・同規模平均受診率(676)と比較すると小管村平均受診率(689)は高い。</p> <p>お祭りなど近所の集まりがあると必ずお酒があるので、飲酒や煙草の習慣が文化になっている。高血圧有病者が多く、脳血管疾患にかかった人は喫煙、飲酒者が殆どである。また、健康意識も低いことから、重い病気に罹るまで気づかない可能性も考慮できる。</p>	<p>E 要介護状態・死亡</p> <p>(平均寿命、平均余命、標準化死亡比、介護認定・給付の状況、等)</p> <p>要介護状態てが原因の死亡に占める割合7.5% ・介護認定有病：高血圧・筋骨格4.6% ・介護認定有病：糖尿病3.0% ・介護認定有病：認知症2.7% ・主な死因 がん50.0%(県48.1%) 心臓病33.3%(県27.5%) 腎不全16.7%(県4.0%)</p> <p>介護保険申請者が少なく、介護サービス利用者がいても施設サービス利用が殆どである。また介護サービス提供体制が人手不足により構築できていない。介護サービス利用に対して拒否的な人が多い。死因において腎不全は県と比較しても4倍高い数値であり、糖尿病と密接な関係が高いと思われる。</p>		
	<p>質的データ</p>	<p>①変遷、面積、気候風土</p> <p>山梨県の東北部に位置し、総面積52.77km²で約95%は森林である。標高平均は700m、8つの集落が存在している。気候は多雨多湿。平均気温11度、冬季は15cm以上の積雪が2〜3日ほどは。日照時間は一日平均で5.6時間(10月平均4.2時間)</p>	<p>②産業</p> <p>こんにゃく・わさび栽培、杉・栂の産林を中心とした農林業が主であったが、現在は第2次・第3次産業である旅館業や土木関係、養魚場など自営業の人が多い。</p>	<p>③交通機関</p> <p>本数が限られている市営バスと村営デマンドバスが主な公共交通機関であり、村民の殆どは自家用車にて移動している。お寺の駅は隣接している大月市。数多摩市にあり、そこまで約1時間移動して鉄道を利用している人もいる。</p>	<p>④医療機関</p> <p>村内に小管村診療所1カ所あり。また、僻地診療として大月市立中央病院と連携し、無医村地区の往診してもらっている。その他は隣接する奥多摩市、大月市、上野原市内の医療機関を利用している。救急体制として東京都消防庁や東海大学村岡病院と連携してドクターヘリ等の整備をしている。</p>	<p>⑤住民との協働活動</p> <p>小管村女性の会・愛育会、小管村食生活改善推進員、NPO源流大学、NPO源流みらい、小管村社会福祉協議会と住民の協働活動がある。</p>	<p>⑥その他(健康に関する活動を協働できる社会資源)</p> <p>小管村有志の会、小管村スポーツ推進員、地域おこし協力隊によるお祭りやスポーツイベントがある。</p>	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) 後発薬の使用割合が2割程度(令和4年度実績)。県の使用割合より低い。また、総医療費の上昇と比例して重複頻回受診者も増加している。

2 健康問題	<p>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)</p> <p>高血圧、糖尿病、脂質異常症が多く、運動習慣もなく、健康意識が乏しい。地理的な問題や食に関する社会資源が少ないこともあり、保存を考慮した塩分含有量の多い食材や即席食など生活習慣病に直結した食生活をしている。習慣的文化として飲酒や喫煙の習慣があり、生活習慣病予備群が多い。日照時間が短いため、高齢者は特に筋骨格系の疾患にかかりやすい。健康意識が低いことを考慮すると、がんに対する知識が乏しく、がん検診率と反比例する形でがんによる医療費が増えている、がん検診率が低い。健診率は高いが、保健指導を受けない割合が8割であり、引き続き健診啓発を行い、健康意識を高める行動変容に向けた対策が必要である。</p>
--------	--



3 健康課題	<p>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。</p>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <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</td> <td>高血圧・糖尿病・脂質異常症などの生活習慣病発症者や運動習慣がつかないで生活習慣病予備群が多い。</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>がんによる医療費が増えている。</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>外来医療費として糖尿病の有病者が多く、習慣的な間食、運動機会が少ないなどを考慮すると糖尿病を発症するリスクが高い。</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>運動習慣がないことを考慮するとフレイルに関連した介護認定になる原因として筋骨格系有病者が多い。</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		健康課題の内容	優先する健康課題	A	高血圧・糖尿病・脂質異常症などの生活習慣病発症者や運動習慣がつかないで生活習慣病予備群が多い。	✓	B	がんによる医療費が増えている。	✓	C	外来医療費として糖尿病の有病者が多く、習慣的な間食、運動機会が少ないなどを考慮すると糖尿病を発症するリスクが高い。	✓	D	運動習慣がないことを考慮するとフレイルに関連した介護認定になる原因として筋骨格系有病者が多い。	
	健康課題の内容	優先する健康課題														
A	高血圧・糖尿病・脂質異常症などの生活習慣病発症者や運動習慣がつかないで生活習慣病予備群が多い。	✓														
B	がんによる医療費が増えている。	✓														
C	外来医療費として糖尿病の有病者が多く、習慣的な間食、運動機会が少ないなどを考慮すると糖尿病を発症するリスクが高い。	✓														
D	運動習慣がないことを考慮するとフレイルに関連した介護認定になる原因として筋骨格系有病者が多い。															

図表2	特定健康診査受診率（性・年齢階層別）	出典	法定報告 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	女性の健診受診率が高く、男性の健診受診率が低い。男女健診受診率を合わせると49.55%であり、比較的県内でも高い健診率であるが、高齢化率を考慮すると65歳以上（特に男性）の対象者に健診率向上に向けた啓発活動が必要である。		

【男性】

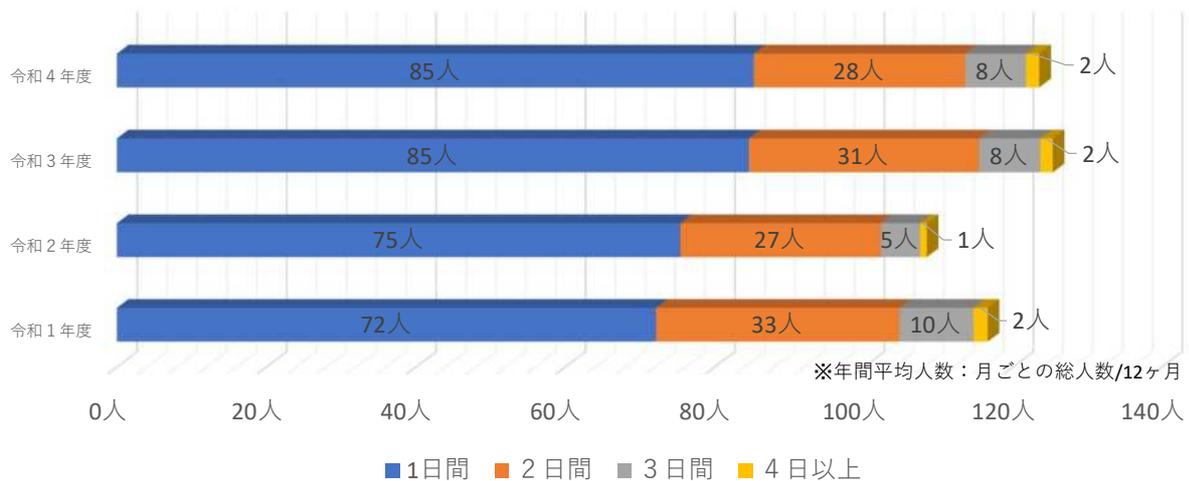
年度	年齢階層	対象者（人）	受診者（人）	受診率（%）	（参考） 県受診率
令和4年度	40～49歳	4	1	25.0%	30.5%
	50～59歳	13	4	30.8%	33.3%
	60～69歳	22	10	45.5%	47.3%
	70～74歳	30	12	40.0%	50.8%
	計	69	27	39.1%	43.7%

【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	6	2	33.3%	36
	50～59歳	10	4	40.0%	42
	60～69歳	18	13	72.2%	54
	70～74歳	26	17	65.4%	54
	計	60	36	60.0%	50.3

図表2	重複・頻回受診状況	出典	法定報告 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	経年とともに総医療費の増加と比例して重複・頻回受診者も増えてきている。多剤併用などを考慮していく必要があり、複数疾病にならないようポピュレーション・ハイリスクアプローチにおいて1次・2次予防を中心に実践していかなければならない。		

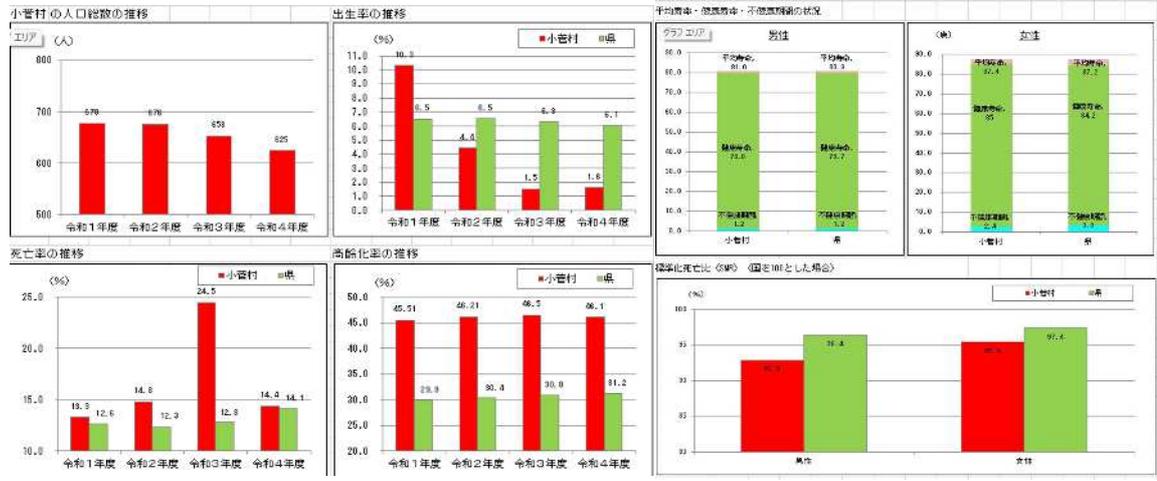
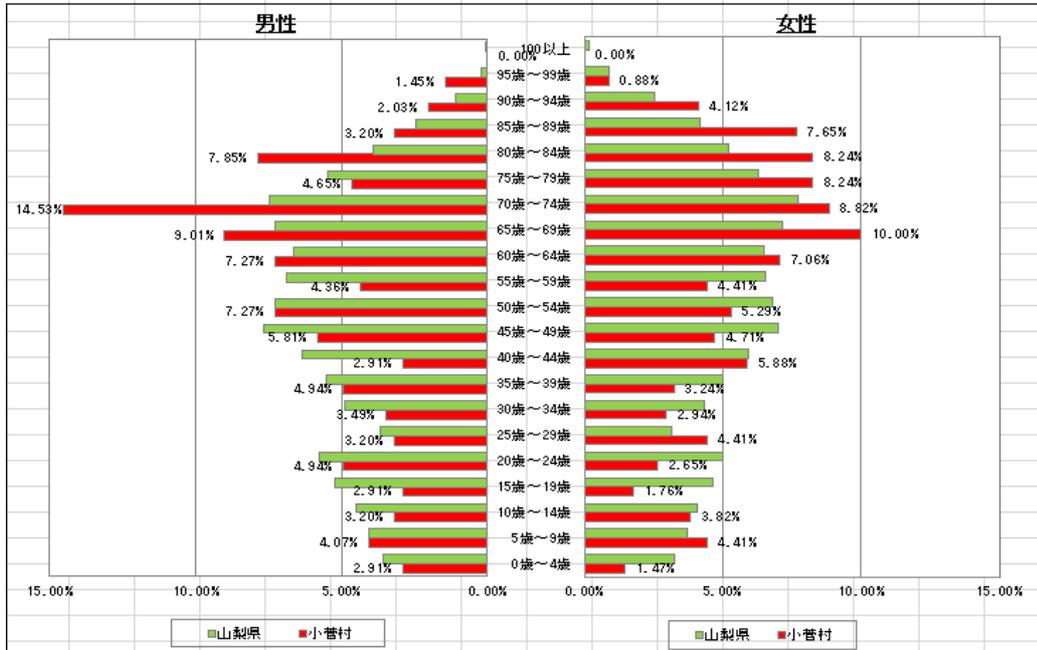
令和1～4年度平均重複・頻回受診状況



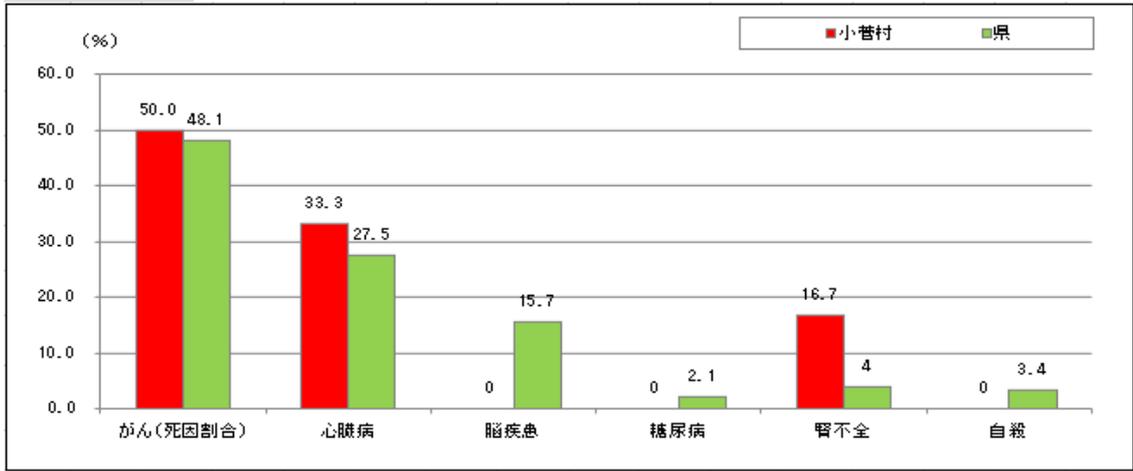
図表2	人口の特性	出典 ※1 人口動態統計 第2表：人口動態実数・率、市町村、保健所別 <山梨県> (①～③の自治及び県データ) 人口動態統計 第3表：人口動態実数・率、都道府県別 <山梨県> (①～③の県データ)
-----	-------	---

データ分析の結果
 総人口は昭和30年の2,244人をピークに現在は630人前後と減少している。今後も人口減少は続く予想され、死亡率は平均で考慮すると上昇し、出生率は低下している。小菅村人口推移統計（小菅村人口ビジョン：出典）によると2035年475人、2030年532人と推移していくことになる。男女別・年齢階層別人口構成割合ピラミッド<令和4年度>では、第一次団塊世代の高齢化率は県と比較しても著しく高く、男性では70～74歳が多く、女性では65～69歳が最も多く、年々微増傾向にある。死亡率が出生率を上回っていることから今後も人口減少が課題である。

男女別・年齢階層別人口構成割合ピラミッド<令和4年度>



死亡者の死因別割合



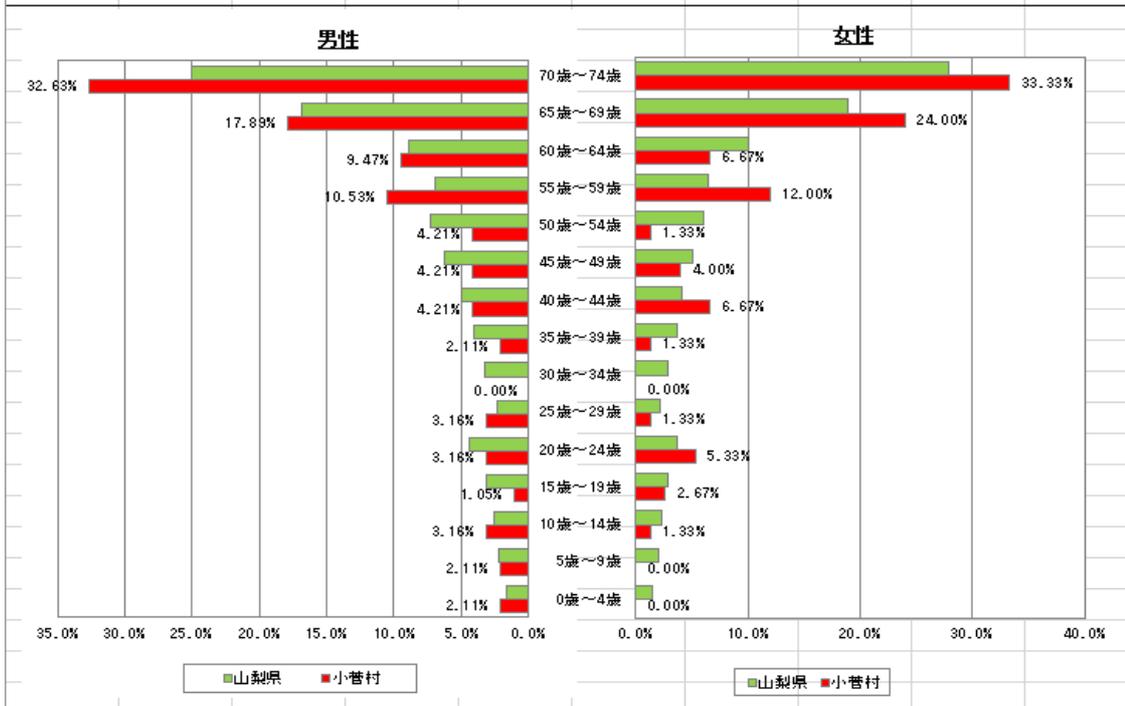
図表2 国保の基本情報

出典 法定報告
国保データベースKODシステム「健診・医療・介護
データからみる地域の健康課題」

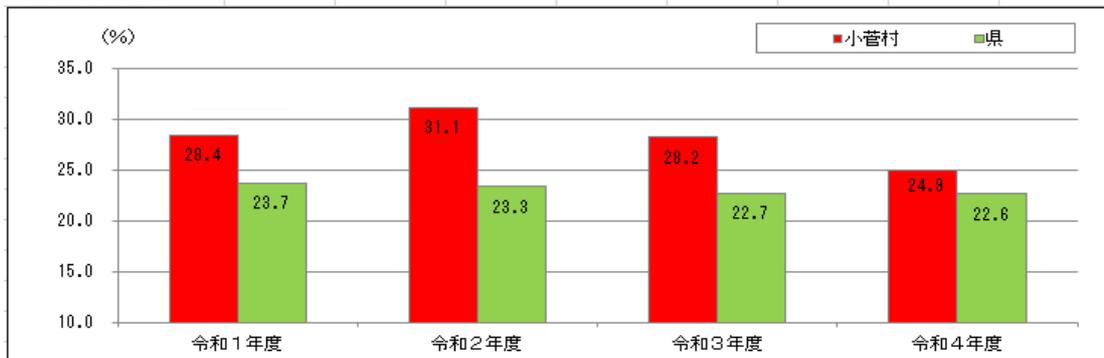
データ分析の
結果

旅館業や土木関係、養魚場など自営業の人が多い。経年比較して被保険者数の減少に伴い、加入率が減少している。後期高齢者が増えたことなどが原因として考えられる。人口ピラミッドから65歳以上の男女合わせた人口統計を見ていくと、65歳以上の年齢層が増加しているため平均年齢が上がっている。

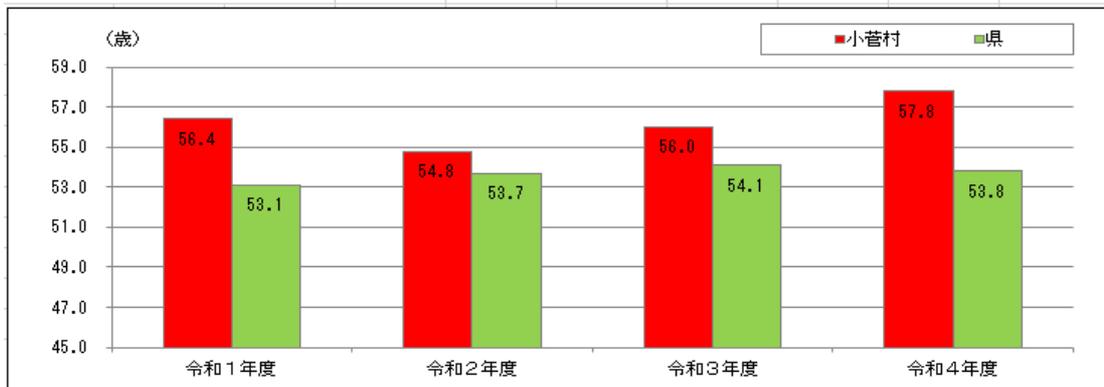
男女別・年齢階層別被保険者構成割合ピラミッド



国保加入率の推移



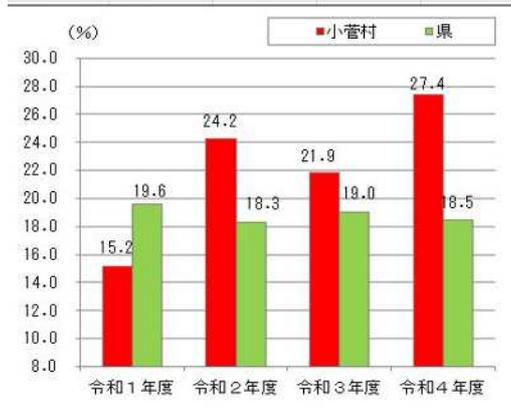
国保被保険者平均年齢の推移



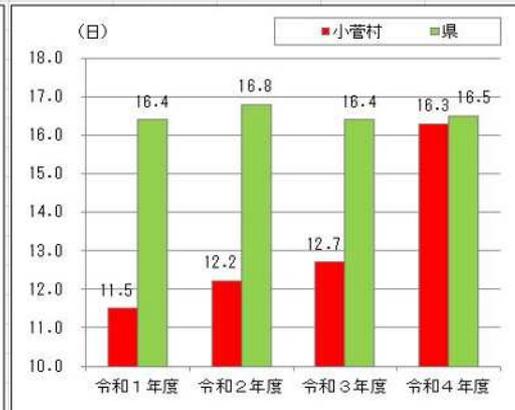
<p>図表2</p>	<p>医療費の分析（1）入院に係る医療費等の推移</p>	<p>出典 法定報告 国庫データベースKODBIシステム「健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題」</p>
<p>データ分析の結果</p>	<p>入院における受診率は年々増加するとともに1人当たりの医療費も増加している。令和1年と令和4年度の1人当たり医療費を比較すると2.23倍も上昇がみられる。在院日数と比して1件当たりの医療費は令和4年度においては山梨県内平均医療費より高い数値となっている。</p>	

入院に係る医療費等の推移

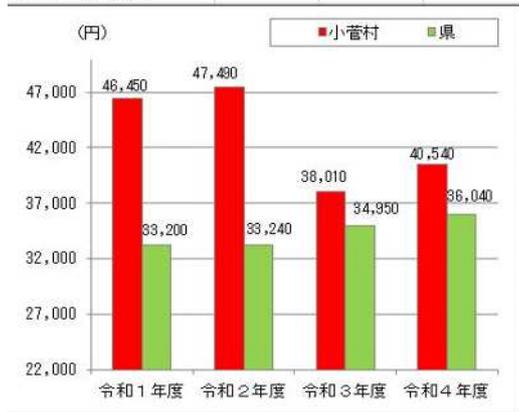
受診率（入院率）



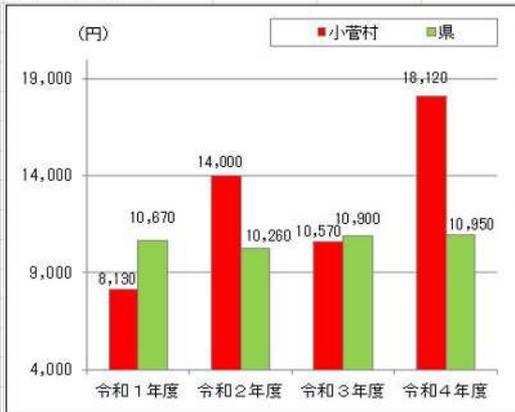
1件当たり日数（在院日数）



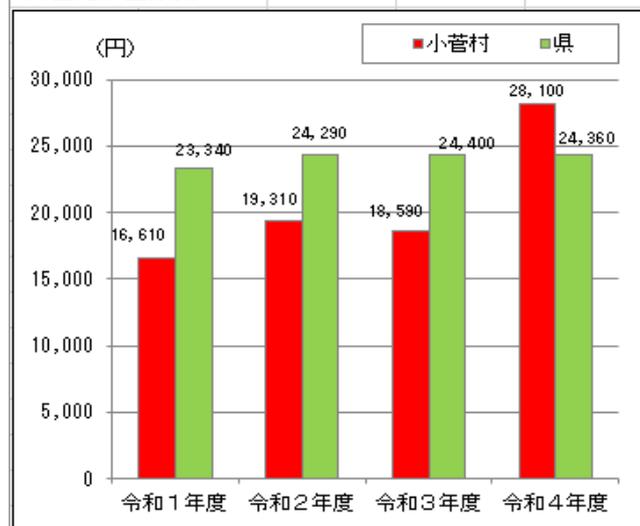
1日当たり医療費



1人当たり医療費

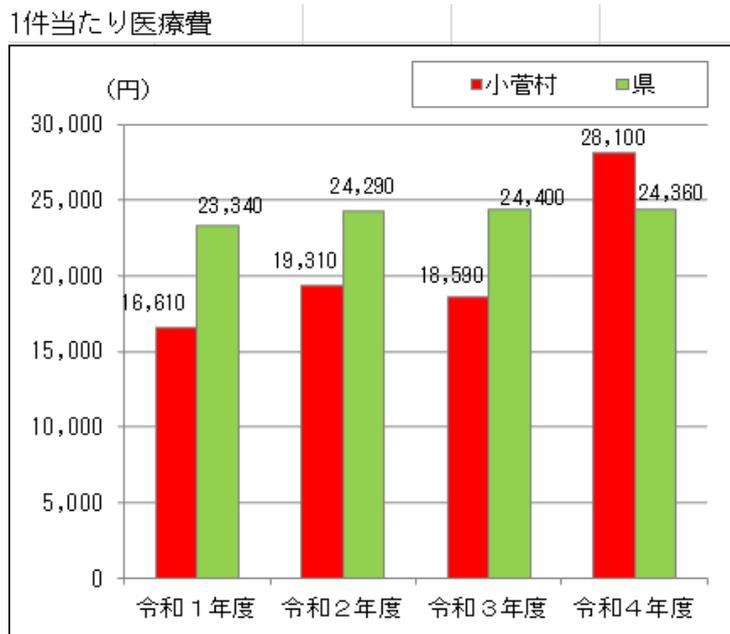
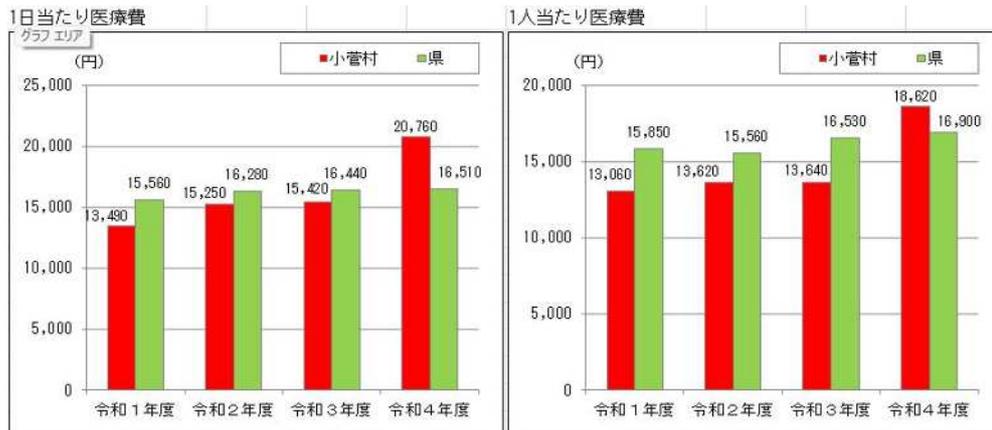
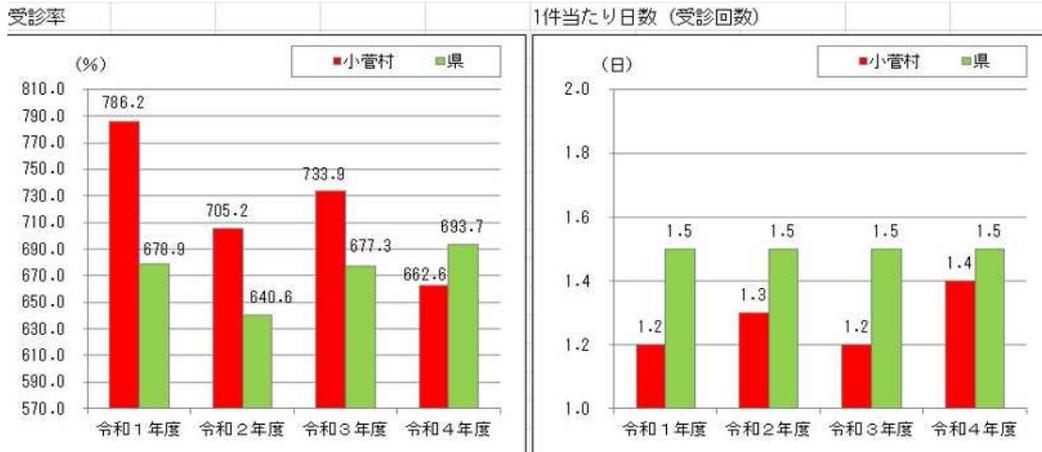


1件当たり医療費



図表2	医療費の分析（2）外来に係る医療費等の推移	出典 法定報告 国家データベースKODBI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	外来での1日当たり医療費は令和1年度と令和4年度を比較すると1.53倍となり、比例して1人当たり医療費、1件当たりの医療費も県内の医療費を超えて増加している。受診率は山梨県内平均値と比較して低いが1人に対する医療費が高いため複数疾患による受診をしている可能性が推察できる。	

外来に係る医療費等の推移

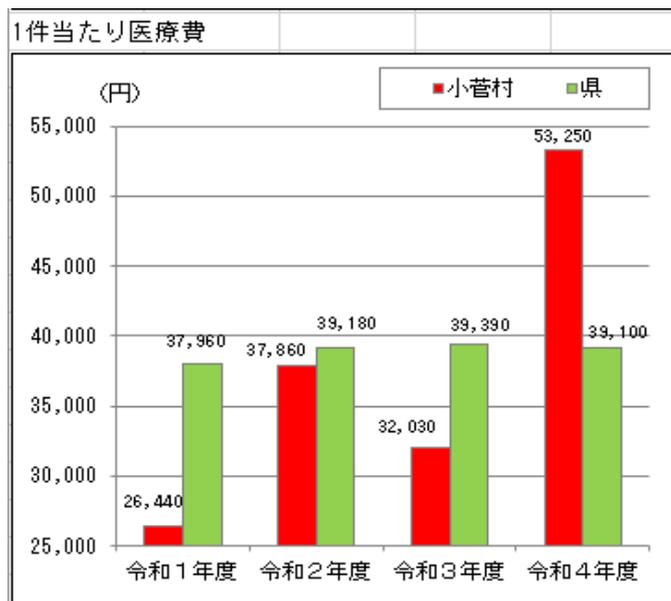
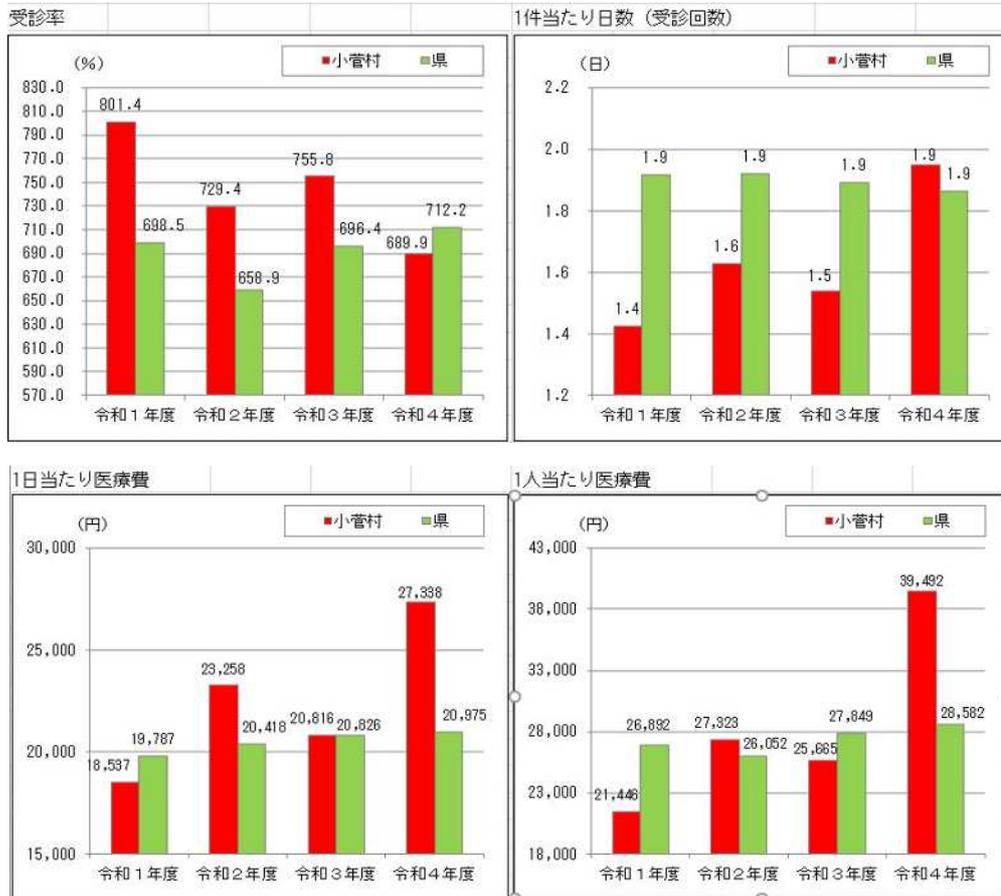


図表2 医療費の分析（3）入院外来合計に係る医療費等の推移

出典 法定報告
 国庫データベース/KOBIシステム「健診・医療・介護
 データからみる地域の健康課題」

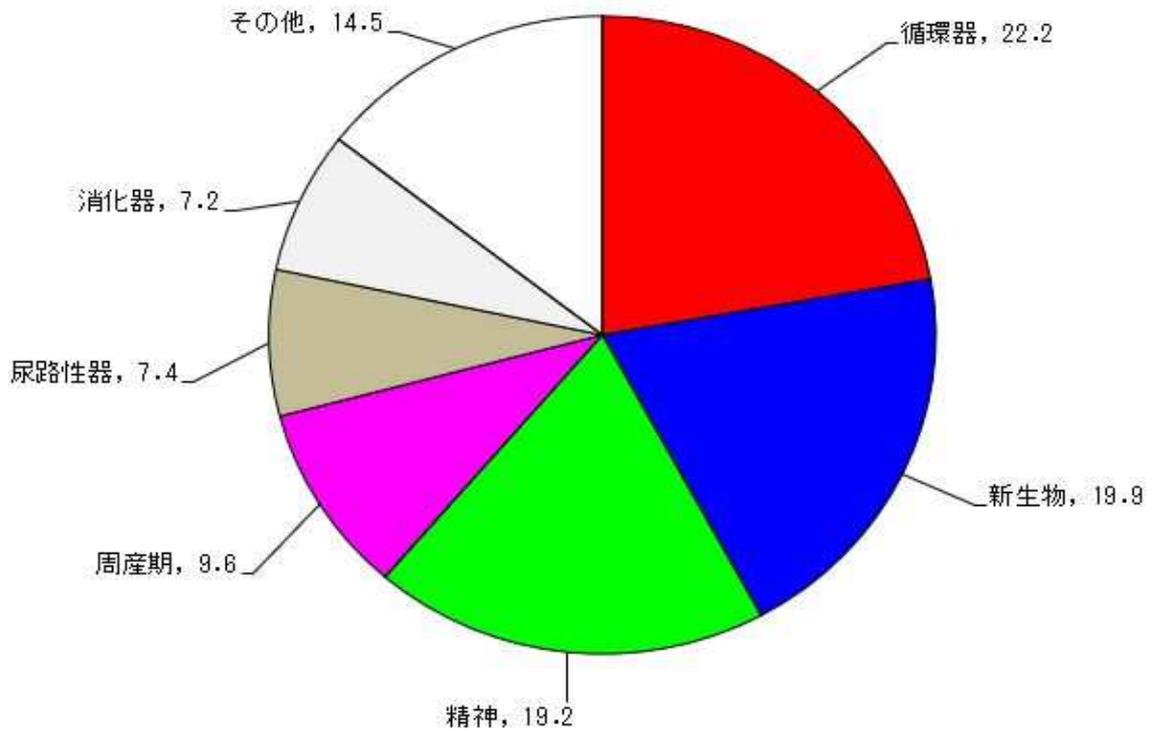
データ分析の結果 1人当たり医療費、1日当たり医療費、1件あたり医療費は令和1年度と比較すると約2倍になっている。経年でも医療費が増えてきているため、1次予防・2次予防を重点的に行い、健康格差の是正・健康寿命の延伸に努めていく必要がある。

入院外来合計に係る医療費等の推移



図表2	医療費分析（1）疾病分類別医療費に占める割合【入院】＜令和4年度＞	出典 法定報告 国家データベースKODBI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	疾病分類別入院医療費等の分析によると、循環器、悪性新生物、精神疾患にかかる医療費割合がほぼ同等であり、中分類別分析結果では循環器系の約7割は脳梗塞、悪性新生物の約8割は胃がんである。精神疾患では認知症などを含む精神及び行動の障害が殆どであった。本村の健康課題として、胃がんなど食生活にかかわる原因を明らかにすること、生活習慣の見直しや認知症など疾患が顕在化してきているため、現況に合わせた保健事業を展開し、村民の行動変容に向けた支援を計画していく。	

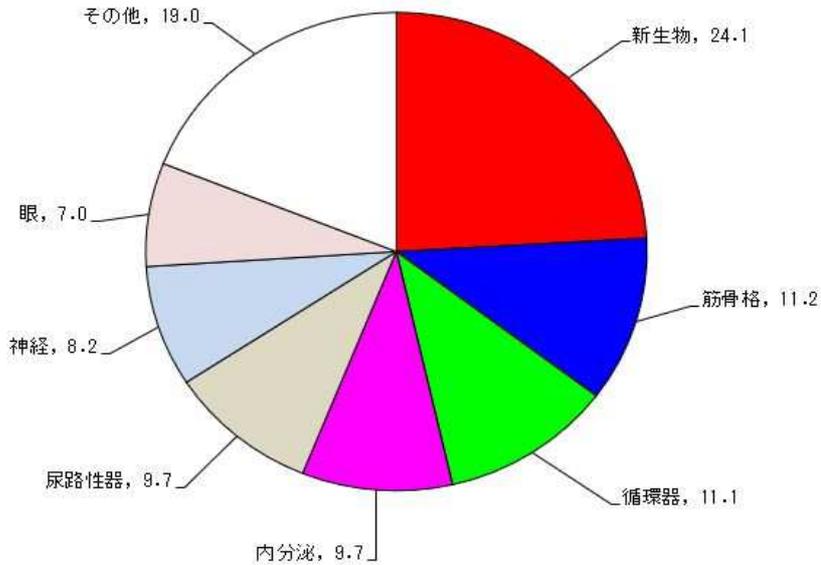
疾病大分類別医療費の割合【入院】



（入院医療費全体を100%として計算）

図表2	医療費分析（1）疾病分類別医療費に占める割合【外来】＜令和4年度＞	出典 法定報告 国家データベースKODB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	悪性新生物の中分類別分析によると、肺がんになる割合が高く、村民全体の喫煙率13.6%（質問票調査【KDB】）と比較すると相対的に比例しているため、引き続き禁煙など啓発活動をしていく必要がある。 地理的に坂道が多いことや農林作業を日常的に行う人が多いことから膝痛、腰痛などの訴えも多い。関節疾患に関しては本村の健康課題であり外来での医療費割合のなかでも高いことが分かる。 また、糖尿病や高血圧等の生活習慣病疾患は以前より本村の課題となっている。へき地であることから買い物へ行くことも十分にできないため砂糖漬けや塩漬けなど保存のきく食べ物を重宝することや、栄養ドリンクを多飲する習慣などが原因であると考えられる。また、戦後の食糧難の時代に高エネルギーな食事を摂ってきた高齢者と同居している人が多く、高エネルギーのある食事を日常的に食べていることも一因としてあげられる。	

疾病大分類別医療費の割合

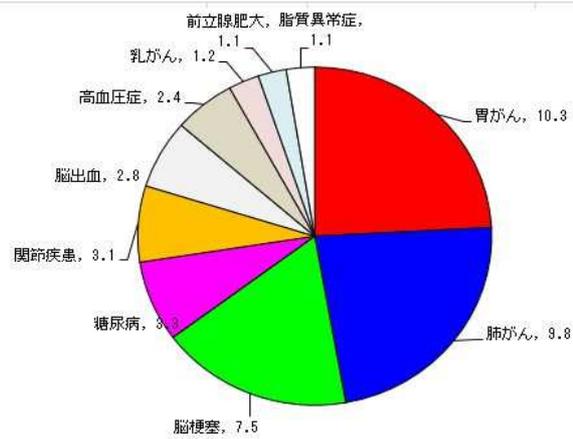


（外来医療費全体を100%として計算）

（参考）

（3）疾病分類別医療費に占める割合【入院・外来合計】＜令和4年度＞

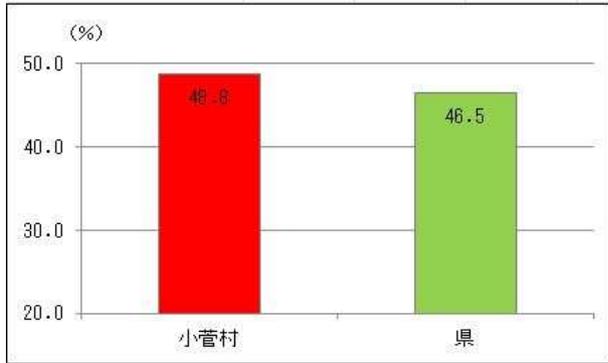
順位	細小分類分析	割合
1	胃がん	10.3
2	肺がん	9.8
3	脳梗塞	7.5
4	糖尿病	3.3
5	関節疾患	3.1
6	脳出血	2.8
7	高血圧症	2.4
8	乳がん	1.2
9	前立腺肥大	1.1
10	脂質異常症	1.1



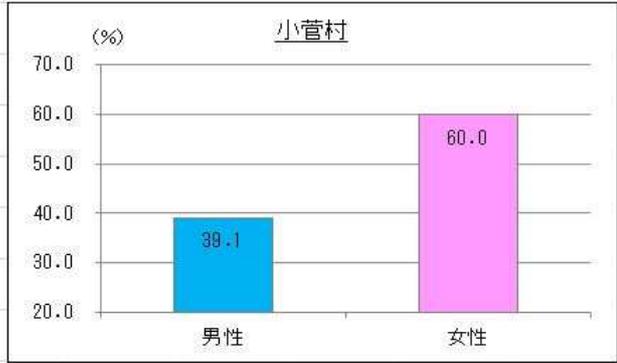
（全体の医療費 入院+外来）を100%として計算

図表2	(1) 特定健診の受診状況	出典 法定報告 国家データベースKOD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	県内における特定健診受診率平均値より小菅村は若干高いが、国の目標値である60%には達成できていない。職域での受診データを合わせると目標値に達している可能性もあるため、職域との連携は今後の課題である。また、女性においての受診率が60%で男性が39.1%であり、男女間で健康意識の格差がみられる。年齢階層別では男女ともに55歳以上の受診率が高い。	

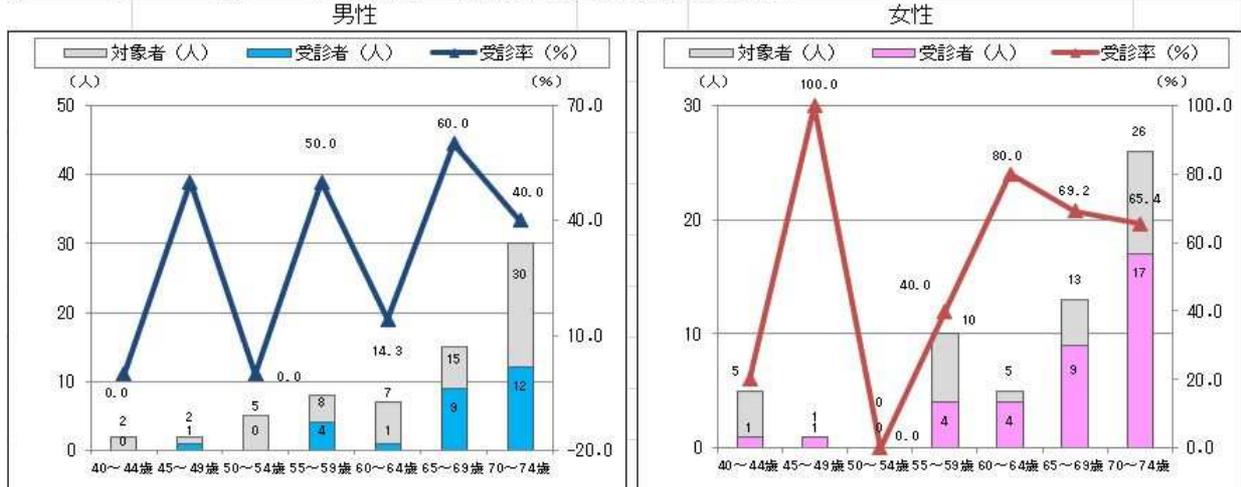
特定健診受診状況



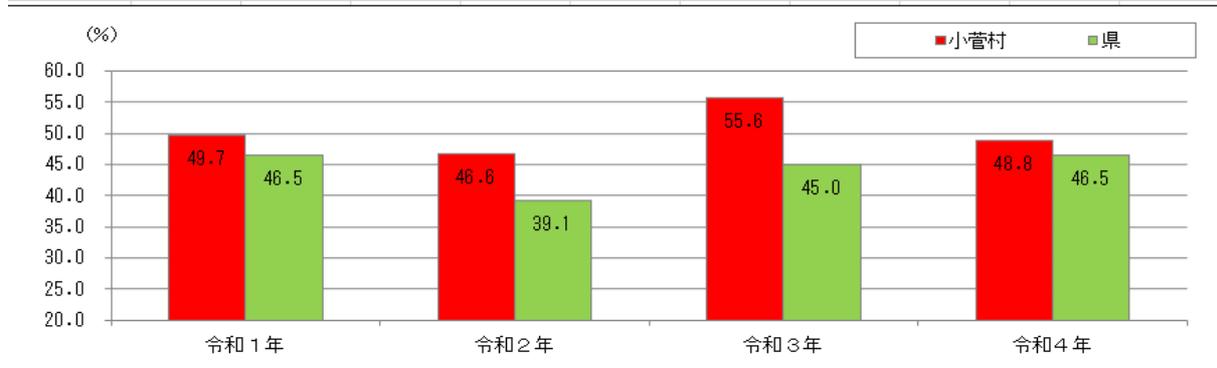
男女別 特定健診受診状況



小菅村における男女別・年齢階層別 特定健診受診状況

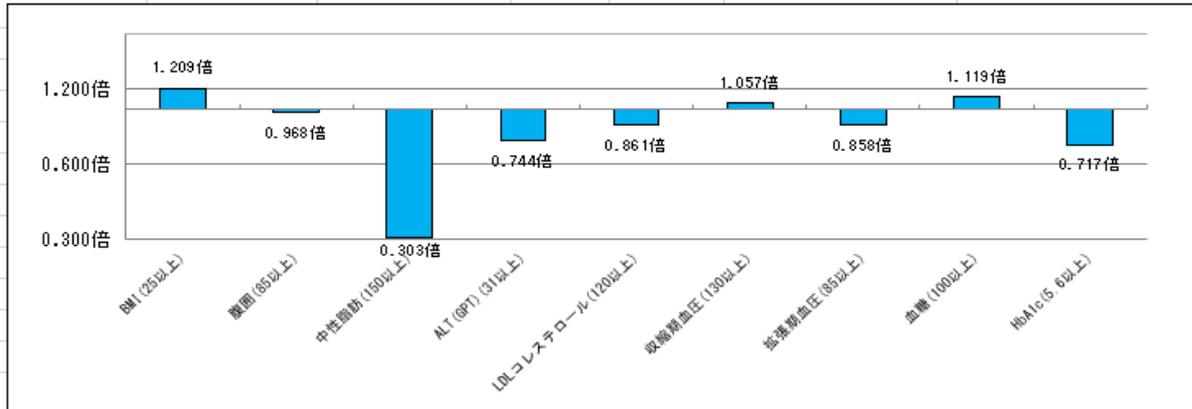


年度別 特定健診受診率の推移<令和元年~4年度>



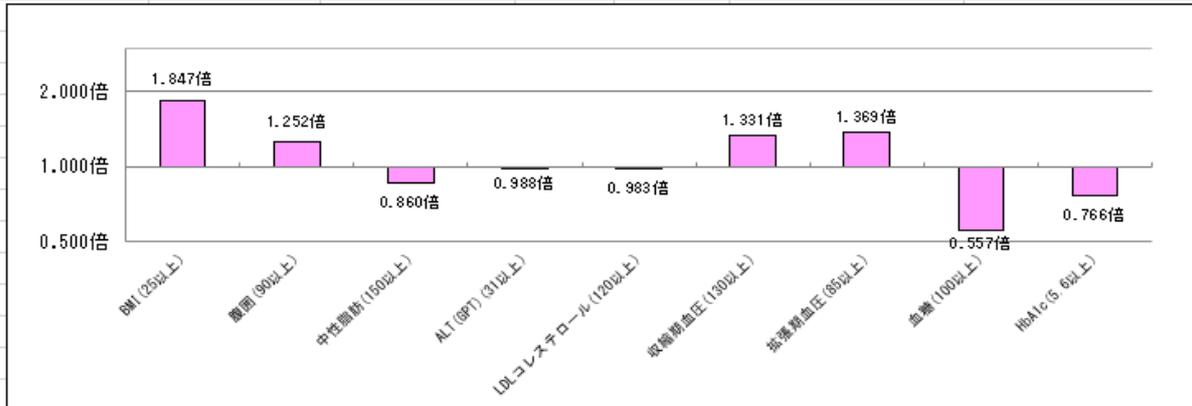
図表2	(2) 男女別 特定健診項目別の状況について<令和4年度>	出典 法定報告 国庫データベースKODBIシステム「健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題」
データ分析の結果	<p>男性：BMI項目では県比較において基準より高く、血管を傷つける収縮期血圧、血糖値でもやや高い数値となっている。肥満傾向であり、食生活による影響や運動習慣がないことが考察できる。</p> <p>女性：BMI・腹囲項目では県比較において基準より高く、血管を傷つける項目としての収縮期血圧・拡張期血圧でもやや高い数値である。男性より女性の方が肥満の割合が高く、男女合わせて、食生活による影響や運動習慣がないことは本町の課題である。</p>	

標準化比の比較：男性（県との比較）



※「標準化比」とは、リスク因子該当者の割合を年齢調整したうえで、県を基準とした比で表したもので、県を100とした場合の自市町村の該当割合を意味する。
○出典：「健診・医療・介護等データ活用マニュアル（国立保健医療科学院）の年齢調整ツールを用いて計算」

標準化比の比較：女性（県との比較）



※「標準化の比」とは、リスク因子該当者の割合を年齢調整したうえで、県を基準とした比で表したもので、県を100とした場合の自市町村の該当割合を意味する。
○出典：「健診・医療・介護等データ活用マニュアル（国立保健医療科学院）の年齢調整ツールを用いて計算」

図表2 (3-1) 質問票調査の経年比較（男性）

出典

法定報告
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」

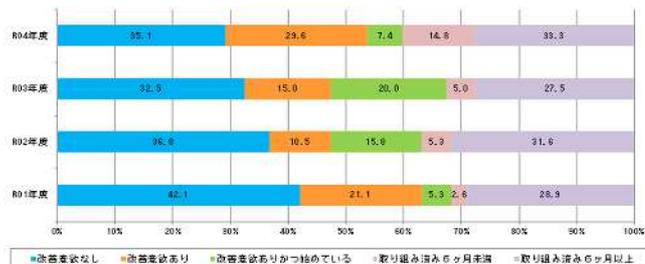
データ分析の結果

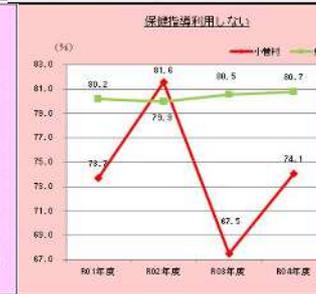
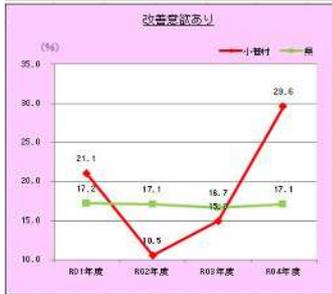
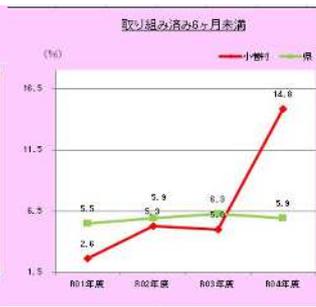
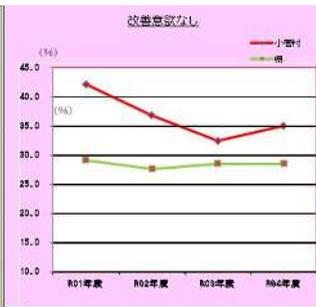
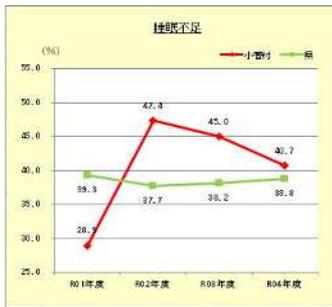
高血圧、糖尿病の服薬治療をしている人の割合が高い、1日30分以上運動しない人は全体の7割、歩行速度が速い人は6割、保健指導を希望しない人は7割である。週3回以上夕食後間食をする人が多く、糖尿病で服薬治療している人が徐々に増えていることから、今後も生活習慣病罹患率は高くなることが予想される。また睡眠不足は全体の4割であり、狭心症や心筋梗塞などの心疾患、脳出血や脳梗塞などの脳血管疾患リスクを高めることにつながるため、保健事業として生活習慣病予防に向けた対策をしていく必要がある。

男性の状況



小栗村の改善率に関する回答割合





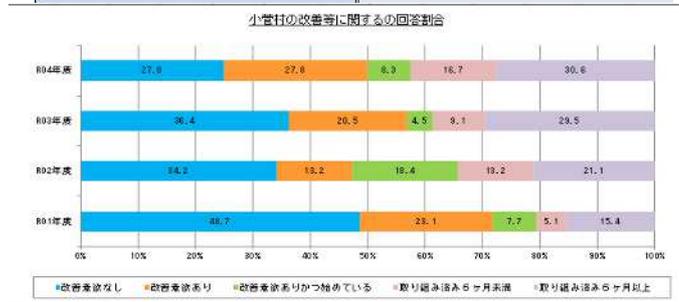
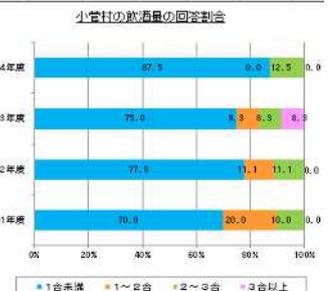
図表2 (3-2) 質問票調査の経年比較 (女性)

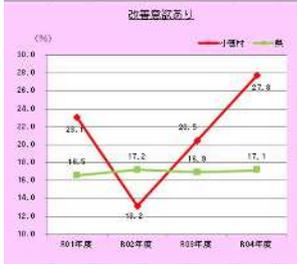
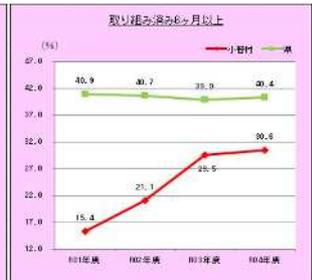
出典 法定報告
 国保データベース(KDB)システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

データ分析の結果

女性も同様に高血圧症で服薬治療をしている人の割合が高い。また、脂質異常症は県と比較しても1.3倍である。1日30分以上運動しない人は全体の8割、保健指導を希望しない人は9割である。週3回以上夕食後間食をする人が多く、重点施策としての保健事業（生活習慣病予防）に向けた対策をしていく。

女性の状況





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									
					計画全体の目的	計画全体の目標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
					生活習慣の改善及び生活習慣病の重症化予防を通じて、被保険者の健康の保持・増進と医療費の適正化を図る。									
					2022 (R4) 2024 (R6) 2025 (R7) 2026 (R8) 2027 (R9) 2028 (R10) 2029 (R11)									
A	✓	A・B	住民総合健診にて特定健診実施と同時に乳がん、肺がん、大腸がん、肝がん、乳がん、前立腺がんの健診を実施。子宮頸がん検診については、巡回バスまたは山梨県産婦人科協会と提携した医療機関へ受診勧奨。また、東海市にある新町クリニックにて乳がん、子宮頸がん検診実施（随時）。	1-1,1-2	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	30%	40%	40%	50%	60%	60%	60%
B	✓	C	生活習慣病重症化予防のために管理栄養士・医師・保健師等が健康づくりの情報や健康講座を開催。また、健診結果説明会を実施。ハイリスク対象者は個別保健指導を行う。	2-1,2-2			血圧が保健指導判定値以上の者の割合（※1）	54%	50%	40%	35%	30%	30%	30%
C	✓	A・D	働き世代に対して筋トレ教室やフレイル予防における通いの場、地域を巡回して運動教室を開催	3-1,3-2	C	糖尿病の重症化を予防する。	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）	37%	35%	30%	30%	25%	20%	20%
D	✓	D	理学療法士・作業療法士・歯科衛生士・管理栄養士等によるポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチが実施できるように通いの場や運動教室等への積極的関与	3-1,3-2			HbA1c6.5%以上の者の割合（高血糖者の割合）（※1）	51%	50%	45%	45%	40%	40%	30%
							糖尿病性腎症病期分類の悪化率（※1）	16%	15%	15%	15%	10%	10%	10%
							糖尿病性腎症病期分類 悪化率（中長期）（※1）	14%	12%	12%	12%	10%	10%	10%

※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	特定健診	住民総合健診（特定健康診査事業・各種がん検診の実施）	40歳～74歳の被保険者、子宮がん：20歳以上の女性 乳がん：40歳以上の女性 前立腺がん：50歳以上の男性 その他：40歳以上の男女	<ul style="list-style-type: none"> 全対象者に健康診断希望調査を実施。 がん検診が同日に受診できる集団健診を実施。実施期間中には会場までの送迎や待機室に健診を実施する。 個別別医療機関健診はわかりつけ医療機関で健診受診できる体制の整備。 人間ドック健診は健診費用の一部を助成。住民総合健診にて特定健診実施と併せて乳がん、肺がん、大腸がん、肝がん、乳がん、前立腺がんの健診を実施。子宮頸がん検診については、巡回バスまたは山梨県産婦人科協会と提携した医療機関へ受診勧奨。また、東海市にある新町クリニックにて乳がん、子宮頸がん検診実施（随時）。 	◎
1-2	特定保健指導	特定保健指導	・特定保健指導基準対象者（動機付け支援者、積極的支援者）	<ul style="list-style-type: none"> 集団健診受診者の特定保健指導対象者には健診結果説明会で初回面接を実施。・個別別医療機関健診受診者の対象者及び人間ドック健診受診者の特定保健指導未実施者には案内通知を送付し申込みにより初回面接を実施。・動機付け・積極的支援として個人に合わせた目標を立て、支援を行う 	◎
2-1、2-2	糖尿病予防対策	糖尿病性腎症重症化予防事業（ハイリスク者へ保健指導・糖尿病重症化予防）	空腹時血糖 126mg/dl以上又は HbA1c6.5%以上かつ尿たんぱく < ±以下かつeGFR60ml/1.73m ² 以上の者	①～③年度末に名簿作成、手紙・電話・訪問により受診勧奨、保健師・管理栄養士による保健指導・相談会。	◎
3-1	生活習慣病予防	働き世代筋力トレーニング教室	集団健診受診者のうちBMI25以上	働き世代の時間を考慮して、17時30分～19時まで健康器具を使った保健師による運動教室を週1回開催。	
3-2	生活習慣病予防	いきいき元気体操教室、筋トレ教室、巡回健康教室	全村民（※40歳～74歳の被保険者が原則であるが、既存事業の為、全住民対象）	筋力向上・低栄養予防・口腔機能低下予防、認知機能向上を目的としたプログラムを保健師3名・管理栄養士1名・運動サポート3名で行う。いきいき元気体操3回、筋トレ教室週2回、巡回健康教室週2回実施。*管理栄養士による栄養指導は半年1回。	

～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）	29%	20%	15%	15%	10%	10%	5%	
		男性	40～49歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
			50～59歳	50%	40%	30%	30%	25%	25%	20%
			60～69歳	10%	10%	5%	5%	5%	5%	0%
			70～74歳	67%	50%	40%	40%	35%	35%	30%
		女性	40～49歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
			50～59歳	50%	40%	30%	30%	25%	25%	20%
			60～69歳	15%	10%	5%	5%	5%	5%	0%
	70～74歳		18%	10%	5%	5%	5%	5%	0%	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合（全年齢）	61%	50%	40%	30%	30%	30%	20%	
		男性	40～49歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
			50～59歳	60%	50%	40%	40%	30%	20%	20%
			60～69歳	36%	30%	20%	20%	10%	10%	5%
			70～74歳	85%	80%	70%	60%	60%	50%	50%
		女性	40～49歳	50%	40%	40%	35%	35%	30%	30%
			50～59歳	50%	40%	40%	35%	35%	30%	30%
			60～69歳	64%	60%	60%	50%	50%	45%	40%
	70～74歳		65%	60%	60%	50%	50%	45%	40%	
3	HbA1c6.5%以上の者の割合（高血糖者の割合）（全年齢）	6%	5%	5%	5%	5%	5%	5%		
	男性	40～49歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		50～59歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		60～69歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		70～74歳	17%	15%	15%	15%	15%	15%	10%	
	女性	40～49歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		50～59歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		60～69歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
70～74歳		6%	5%	5%	5%	5%	5%	5%		
アウトプット指標	4	特定健康診査受診率	46%	50%	50%	50%	55%	60%	60%	
		男性	40～49歳	25%	30%	30%	30%	35%	35%	35%
			50～59歳	31%	35%	35%	35%	40%	40%	40%
		女性	40～49歳	46%	50%	50%	50%	55%	55%	55%
	50～59歳		40%	45%	45%	45%	50%	50%	50%	
	5	特定保健指導実施率（全体）	60%	80%	80%	80%	90%	90%	90%	
動機付け支援		70%	80%	80%	80%	90%	90%	90%		
積極的支援		60%	80%	80%	80%	90%	90%	90%		
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	20%	20%	20%	20%	10%	10%	10%	

事業番号1-1		特定健康診査
事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。	
事業の概要	小菅村国民健康保険に加入している40歳から74歳の被保険者に対して、集団健診、国保個別医療機関健診、人間ドック健診の方式で特定健診を実施する。	
現在までの事業結果（成果・課題）	特定健診の受診率は目標値の60%は達成していないが、集団健診、国保個別健診等特定健診が受診しやすい環境を整えているため高い受診率を維持している。	
対象者	40歳～74歳の被保険者	

	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	生活習慣改善意欲がある人の割合	22%	30%	40%	40%	50%	50%	60%
	2	1回30分以上の運動習慣がない人の割合	78%	70%	60%	50%	50%	40%	40%
	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	特定健康診査受診率	49%	50%	55%	60%	65%	70%	75%
	2								
	3								
	4								
	5								

プロセス (方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> 全戸回覧にて住民総合健診（集団健診）の案内と申し込み用紙の配布。 受診申込のなかった対象者に国保保険料納付書と共に受診勧奨通知を送付。 住民総合健診実施時に事前申し込みがない人も受診可能な旨を村内放送にて周知 住民総合健診受診者には村人ポイントを100P付与 集団健診未受診者へ個別健診受診案内 臨床健診受診者・医療機関受診者より健診結果回収
	勧奨	全ての被保険者に対し、村内放送で勧奨実施。
	実施および実施後の支援	集団健康診査と個別健康診査を実施する。なお、個別健康診査は集団健康診査の未受診者を対象に実施する。
	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)	健康診査受診時の自己負担額の見直しを検討する。 インセンティブ事業など受診率向上を目的とした一時的なキャンペーンの実施を検討する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	①小菅村役場住民課：保健師2名、行政職員5名。
	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)	個別健康診査を医療機関に委託するほか、必要に応じて助言その他支援において連携。
	国民健康保険団体連合会	KDBシステムでの情報連携、事業計画に対するサポート体制。
	民間事業者	集団健康診査（追加集団健康診査含む）の受診勧奨の通知及び健康診査時の検査を委託。
	その他の組織	小菅村食生活改善推進員、小菅村女性の会・愛育会による健診受診勧奨。
	他事業	健康づくり教室など健康診査の周知や受診勧奨を行う。がん検診と同時に実施することで効果的、効率的な事業展開を行う。
	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)	健康診査受診中断者（健康診査の申込みを行ったが未受診となった者や健康診査受診歴があるが、その後未受診となった者）に対し、通知や電話による受診勧奨を行い、再開の働きかけの検討を行う。ホームページやSNS媒体を活用した周知活動の推進を図る。運動習慣がない人の割合が高いため、運動教室を合わせて周知する体制づくりを行う。移動の確保など受診率向上に向けた対応を行う。生活保護全員に対して健診を実施できる体制を整備している。

事業番号 1-1		特定健診診査（各種がん検診を含む）
事業の目的	各種がんの早期発見・早期治療のためにがん検診を行い、治療に係る医療費を軽減していくこと。	
事業の概要	小菅村国民健康保険に加入している被保険者に対して、集団健診、国保個別医療機関健診、人間ドック健診の受診時の各種がん検診を実施する。	
現在までの事業結果（成果・課題）	集団健診、個別健診等と同時にがん検診を受診できる環境は整えてきているが、各種がんによる総医療費が増加している、小菅村では死因の第一位となっている。	
対象者	被保険者（子宮がん：20歳以上の女性 乳がん：40歳以上の女性 前立腺がん：50歳以上の男性 その他：40歳以上の男女）	

	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	がん検診受診率（胃）	16%	20%	20%	25%	25%	30%	30%
	2	がん検診受診率（肺）	68%	70%	70%	70%	70%	70%	80%
	3	がん検診受診率（大腸）	40%	40%	40%	45%	50%	50%	60%
	4	がん検診受診率（子宮）	9%	10%	10%	10%	15%	20%	20%
	5	がん検診受診率（乳）	52%	55%	55%	55%	55%	55%	55%

	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	がん検診対象者発送数（胃）	162人	170人	170人	170人	170人	180人	180人
	2	がん検診対象者発送数（肺）	220人	220人	220人	220人	220人	220人	230人
	3	がん検診対象者発送数（大腸）	220人	220人	220人	220人	220人	220人	230人
	4	がん検診対象者発送数（子宮）	148人	150人	150人	150人	150人	150人	160人
	5	がん検診対象者発送数（乳）	106人	110人	110人	110人	110人	110人	120人

プロセス (方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> 全戸回覧にて住民総合健診（集団健診）：がん検診の案内と申し込み用紙の配布。 受診申込のなかった対象者に国保保険料納付書と共に受診勧奨通知を送付。 住民総合健診実施時に事前申し込みがない人も受診可能な旨を村内放送にて周知 住民総合健診受診者には村入ポイントを付与 職場健診受診者・医療機関受診者よりがん検診結果回収
	勧奨	対象の被保険者に対し、村内放送で勧奨実施。
	実施および実施後の支援	集団・個別がん検診を実施する。
	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)	がん検診の自己負担額の見直しを検討する。 インセンティブ事業など受診率向上を目的とした一時的なキャンペーンの実施を検討する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	①小菅村役場住民課：保健師2名、行政職員5名。
	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)	個別健康診査を医療機関に委託するほか、必要に応じて助言その他支援において連携。
	国民健康保険団体連合会	KDBシステムでの情報連携、事業計画に対するサポート体制。
	民間事業者	集団健康診査（追加集団健康診査含む）の受診勧奨の通知及び健康診査時の検査を委託。
	その他の組織	小菅村食生活改善推進員、小菅村女性の会・愛育会による住民総合健診受診勧奨。
	他事業	健康づくり教室などがん検診の周知や受診勧奨を行う。
	その他 (事業実施上の工夫・これまでの体制の改善点・留意点・目標等)	通知や村内放送による受診勧奨を行い、ホームページやSNS媒体を活用した周知活動の推進を図る。移動の確保など受診率向上に向けた対応を行う。

事業番号1-2		特定保健指導
事業の目的	生活習慣病該当者及び予備軍の減少	
事業の概要	対象者地震が健診結果を理解して、生活習慣を改善するための行動目標を設定、自ら実践できるように支援していくこと	
現在までの事業結果（成果・課題）	殆どの対象者は改善というより目標を維持していくことが現状であり、改善に至るまではまだ経過観察していくことになっている	
対象者	特定健診受診者のうち、特定保健指導（積極的支援および動機づけ支援）の対象となった人	

	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	特定保健指導実施率	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	特定保健指導終了率	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	翌年健診結果における特定保健指導区分の改善率	20%	25%	30%	40%	40%	40%	40%
	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	動機づけ支援・積極的支援対象者実施者数	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	特定保健指導継続率	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
	3								
	4								
	5								

プロセス (方法)	周知	健診時にパンフレットによる周知
	勧奨	対象者に対してハガキ・電話・自宅訪問にて通知
	実施および実施後の支援	特定保健指導者未実施の方にハガキによる保健指導・受診勧奨を行う。保健指導後も必要時は対象者一人ひとりに合わせた相談できる体制づくりをしている。
	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)	訪問による保健指導だけではなく、健診結果説明会にて各委託先事業所に配属されている保健師や管理栄養士による保健指導がある。その際はポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチにより実施。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	①小菅村役場住民課：保健師2名②小菅村診療所医師1名、看護師1名③山梨厚生連、山梨県健康管理事業団保健師1名、管理栄養士1名。
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	山梨県歯科衛生士会、山梨県栄養士会に各専門分野での健康教室等の講師依頼をしている。
	国民健康保険団体連合会	KDBシステムでの情報連携、事業計画に対するサポート体制
	民間事業者	個人委託先の管理栄養士1名に栄養指導を依頼。
	その他の組織	小菅村食生活改善推進員による塩分調査、生活予防病予防に関するパンフレット配布。
	他事業	運動教室や予防教室など他の保健事業と連携し、対象者の数値改善に向けた取り組みを推進する。
	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)	ICT活用の推進を図り、効果的・効率的な事業の実施を検討する。

～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）	6%	5%	5%	5%	5%	3%	3%		
		男性	40～49歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			50～59歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			60～69歳	10%	10%	5%	5%	5%	5%		
			70～74歳	17%	15%	15%	15%	10%	10%		
		女性	40～49歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			50～59歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			60～69歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			70～74歳	6%	5%	5%	5%	5%	5%		
		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%	
			男性	40～49歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
				50～59歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
				60～69歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
				70～74歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	女性		40～49歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			50～59歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			60～69歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			70～74歳	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
	3		HbA1c 悪化率（短期）	5.3	5%	5%	5%	5%	5%	0%	
			男性	40～49歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
				50～59歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
				60～69歳	16.7	15%	15%	10%	10%	5%	5%
				70～74歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		女性	40～49歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			50～59歳	20.0	15%	15%	10%	10%	5%	5%	
			60～69歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			70～74歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		4	HbA1c 悪化率（中長期）	13.6	5%	5%	5%	5%	5%	5%	
			男性	40～49歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
				50～59歳	25.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
				60～69歳	0.0	15%	10%	10%	10%	10%	5%
				70～74歳	0.0	15%	10%	10%	10%	10%	5%
	女性		40～49歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			50～59歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			60～69歳	33.3	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			70～74歳	0.0	5%	5%	5%	5%	5%		
	5		糖尿病性腎症重病期分類 悪化率（短期）	8.9	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			男性	40～49歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
				50～59歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
				60～69歳	18.2	0%	0%	0%	0%	0%	0%
70～74歳				18.2	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
女性		40～49歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
		50～59歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
		60～69歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
		70～74歳	8.3	0%	0%	0%	0%	0%			
6		糖尿病性腎症重病期分類 悪化率（中長期）	11.4	5%	5%	5%	5%	5%	0%		
		男性	40～49歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			50～59歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			60～69歳	16.7	15%	15%	15%	15%	15%	10%	
			70～74歳	20.0	15%	15%	15%	10%	10%	5%	
	女性	40～49歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
		50～59歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
		60～69歳	13.3	10%	10%	10%	10%	5%	5%		
		70～74歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%			
	7	HbA1c6.5%（NGSP値）以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
		男性	40～49歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			50～59歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			60～69歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
			70～74歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%		
女性		40～49歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
		50～59歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
		60～69歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
		70～74歳	0.0	0%	0%	0%	0%	0%			
8		健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合	7.1	6%	6%	6%	5%	5%	5%		

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）		糖尿病性腎症治療者は総医療費（令和4年度）全体の約10%、次いで糖尿病は9.2%であり、全体の1/4を占める。透析を伴っている対象者もいるため、ハイリスクアプローチによる保健指導を重点的にを行い、目標値と結果が伴うように支援していく必要がある。								
対象者	選定方法	健康診査の検査データ及びレセプトデータから病気を特定し、対象者を特定								
	選定基準	健診結果による判定基準	当該年度の健診で空腹時血糖126mg/dL以上又はHbA1c6.5%以上かつ尿たんぱく土以上かつeGFR60mL/分/1.73m ² 以上の者。ただし、eGFRについては、山梨県CKD病診連携基準を参考に、40歳未満の者は60mL/分/1.73 m ² 未満、40歳以上70歳未満の者は50mL/分/1.73 m ² 未満、70歳以上の者は40mL/分/1.73 m ² 未満を用いる。							
		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		糖尿病歴があるか治療中断者								
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	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HbA1c6.5%以上の人の割合）	25%	50%	50%	55%	55%	55%	55%	
	2									
	3									
	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	保健指導実施人数	1人	4人	4人	4人	4人	4人	4人	
	2	年度内保健指導対象者の指導完了率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	3									
	4									
プロセス（方法）	周知	受診勧奨に併せて周知。そのほかに、村内の医療機関にパンフレットを配布・掲示する。								
	勧奨	対象者には委託事業者にて通知・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。（難しい場合は村が代行）							
		実施内容	委託事業者の保健師や管理栄養士が3か月に1回の個別面談にて保健指導を実施する。							
		時期・期間	9月～12月							
		場所	訪問、村の公共施設							
		実施後の評価	6か月後に医療機関で検査、12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HbA1c6.5%以上の場合は、個別訪問、電話等でフォローする。							
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）	アンケート結果は委託事業者から報告を得るようにし、必要な対策を検討する。（目標：報告率100%）									
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	国民健康保険課がレセプト・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）	コントロール不良者等、事業対象者の拡大等により医師会、栄養士会等との連携を依頼していく。								
	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。かかりつけ医に連絡をとり保健指導の了解を得る。指導実施後の報告書を送付。								
	国民健康保険団体連合会	KDBシステムでの情報連携、事業計画に対してのサポート体制。								
	民間事業者	個人委託先の管理栄養士1名に栄養指導を依頼。								
	その他の組織	小菅村食生活改善推進員による生活習慣病予防に関するパンフレット配布。								
	他事業									
	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）	指示書を得られる村内の医療機関・かかりつけ医を増やすことが実施率を上げるためには重要。（目標：専門医療機関数の増加）								

事業2-2	医療機関と連携した糖尿病対策事業（糖尿病重症化予防）
事業の目的	かかりつけ医と連携し生活習慣の改善や医療機関での治療に結びつけ、糖尿病発症や重症化、人工透析への移行を予防する。
事業の概要	かかりつけ医と連携し、保健師、管理栄養士による運動・食事指導を実施する。必要に応じ、内服管理の支援、訪問による生活状況を確認し支援する。
現在までの事業結果（成果・課題）	対象者4名中保健指導実施人数は1名であるが、糖尿病重症化予防を引き続き実施していく。
対象者	HbA1c6.5%以上。ただし、上記に該当しなくても、本人、家族、医師が必要と判断した場合には対象とする。

	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	HbA1cの改善率	25%	50%	50%	55%	55%	60%	60%

	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	保健指導実施人数	1人	3人	4人	5人	5人	5人	5人

プロセス（方法）	対象者に対して食事記録表を活用し生活を振り返り、保健師、管理栄養士より運動・食事指導を実施。相談内容を主治医に伝え、医療機関受診時に取り組み状況などを確認してもらえよう連携を図る。
----------	--

ストラクチャー（体制）	小管村役場住民課保健師2名、主治医から受診状況や生活習慣の課題などの情報を聞き取り、指導内容に反映する。
-------------	--

事業3-1		働き世代健康づくり事業							
事業の目的	運動不足がもたらす生活習慣病（耐糖能異常・脂質異常・高血圧・肥満など）を予防するために、運動レベルに合った環境を整備し、生活習慣病発症リスクを軽減していく。								
事業の概要	生活習慣病予防のために、運動を中心としたプログラムを実施。								
現在までの事業結果（成果・課題）	BMI25以上の参加者は半数以上であり、参加人数は親子で参加するなど増加傾向である。								
対象者	全被保険者								
アウトカム指標	1	BMI25未満者割合	20%	30%	30%	40%	50%	50%	50%
		収縮期血圧140mmHg以下割合	50%	50%	50%	50%	60%	60%	60%
		拡張期血圧90mmHg以下割合	50%	50%	50%	50%	60%	60%	60%
		アンケート健康意識向上の割合	新規	50%	60%	60%	70%	75%	80%
	No.	評価指標	計画策定時実績	目標値					
アウトプット指標	1	働き世代健康づくり教室延参加者数	240人	300人	350人	350人	350人	400人	400人
	2	保健指導継続率	70%	80%	80%	90%	90%	90%	95%
	3	保健指導実施者数	90%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
	プロセス（方法）	定期的に教室参加チラシを作り、それを村民全体へ配布。運動教室は週1回、運動器具を利用し、個人が決めた運動メニューによって、それぞれの目標を設定。生活習慣病予防を目的に保健指導を実施。6か月に1回、モニタリング値はBMIを主として食生活改善・運動強度など個別保健指導を行う。							
ストラクチャー（体制）	小菅村役場保健師による健康教室（保健指導を含む）、毎週火曜日17時30分～19時								

事業3-2		いきいき元気体操教室、筋トレ教室、巡回健康教室								
事業の目的	生活習慣病予防のために、筋力向上・低栄養予防・口腔機能低下予防・認知機能向上を目的としたプログラムを実施。									
事業の概要	運動不足をもたらす生活習慣病（耐糖能異常・脂質異常・高血圧・肥満など）を予防するために、運動レベルに合った環境を整備し、生活習慣病発症リスクを軽減していく。									
現在までの事業結果（成果・課題）	実績では5割の方が運動不足は解消へ向かっていて、生活習慣病をもたらす高血圧等は引き続きモニタリングを行い、目標としている6割以上を目指し、生活習慣病予防事業を継続。									
対象者	全被保険者									
アウトカム指標	1	いきいき元気体操	体力測定値向上者割合	50%	50%	50%	55%	60%	60%	65%
			収縮期血圧140mmHg以下割合	40%	45%	45%	50%	50%	55%	60%
			拡張期血圧90mmHg以下割合	50%	50%	50%	55%	55%	60%	60%
			口腔機能向上者割合	42%	45%	45%	50%	50%	55%	55%
	2	筋カトレニング教室	体力測定値向上者割合	60%	60%	60%	60%	60%	60%	65%
			収縮期血圧140mmHg以下割合	50%	50%	50%	55%	60%	60%	65%
			拡張期血圧90mmHg以下割合	50%	50%	50%	55%	60%	60%	65%
			BMI25未満割合	50%	50%	50%	50%	50%	50%	55%
	3	巡回健康教室	体力測定値向上者割合	新規	50%	50%	50%	50%	50%	55%
			認知機能向上者割合	新規	50%	50%	50%	50%	50%	55%
	アウトプット指標	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)
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
1		いきいき元気体操延参加者数	576人	600人	600人	600人	650人	650人	700人	
2		筋カトレニング教室：延参加者数	384人	400人	400人	400人	450人	450人	500人	
3		巡回健康教室：延参加者数	144人	150人	150人	150人	200人	200人	250人	
プロセス（方法）		いきいき元気体操：保健師2名により、百歳体操を行い、口腔機能・筋力低下予防を行う。筋カトレニング教室：運動サポーター3名、保健師2名により運営。理学療法士・作業療法士の3か月後ADL評価を行い、個別運動メニューによる生活習慣予防を図る。巡回健康教室：自宅にて保健師によるADL・認知機能向上に向けた転倒予防体操を行う。								
ストラクチャー（体制）		筋力向上・低栄養予防・口腔機能低下予防・認知機能向上を目的としたプログラムを保健師3名・管理栄養士1名・運動サポーター3名で行う。いきいき元気体操週3回、筋トレ教室週2回、巡回健康教室週2回実施。*管理栄養士による栄養指導は半年1回。								

○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 \geq 130mmHg ②拡張期血圧 \geq 85mmHg	<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。 	・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	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"> ・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。 	・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
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	・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。	・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。	・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	・「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。		・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	・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めにくく、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。		・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）糖尿病性腎症重症化率 ※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、糖尿病性腎症重症化率の検査結果がある者の数	病期の悪化者の数	・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めにくく、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。		・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R4年度からの取得に手間がかかると見込まれるため、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認定済のデータ（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。	・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。		・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	・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。		・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3：生活習慣病予防

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
1 BMI25未満者割合	保健指導実施者数	BMI25未満者数	メタボリックシンドロームに関する成果指標として設定。	「いきいき元気体操」「筋力トレーニング教室」「巡回健康教室」参加者名簿をもとに年度末に実施する体力測定値・口腔機能改善値・認知機能改善値、毎回のバイタルサイン測定値をもとにデータを取得。	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
1 収縮期血圧140mmHg以下割合	保健指導実施者数	収縮期血圧140mmHg以下人数	生活習慣病予防に関する成果指標として設定		
1 拡張期血圧90mmHg以下割合	保健指導実施者数	拡張期血圧90mmHg以下人数	生活習慣病予防に関する成果指標として設定		
1 アンケート健康意識向上の割合	保健指導実施者数	アンケート健康意識向上者数	行動変容に関する成果指標として設定		
2 1 1 体力測定値向上者割合	体力測定実施者	体力測定値向上者数	生活習慣病予防に関する成果指標として設定		
2 1 1 収縮期血圧140mmHg以下割合	保健指導実施者数	収縮期血圧140mmHg以下人数			
2 1 1 拡張期血圧90mmHg以下割合	保健指導実施者数	拡張期血圧90mmHg以下人数			
2 1 1 口腔機能向上者割合	保健指導実施者数	口腔機能向上者数			
2 1 2 体力測定値向上者割合	体力測定実施者	体力測定値向上者数	生活習慣病予防に関する成果指標として設定		
2 1 2 収縮期血圧140mmHg以下割合	保健指導実施者数	収縮期血圧140mmHg以下人数			
2 1 2 拡張期血圧90mmHg以下割合	保健指導実施者数	拡張期血圧90mmHg以下人数			
2 1 2 BMI25未満者割合	保健指導実施者数	BMI25未満者数			
2 1 3 体力測定値向上者割合	体力測定実施者数	体力測定値向上者数	フレイル予防に関する成果指標として設定		
2 1 3 認知機能向上者割合	認知機能測定者数	認知機能向上者数			

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>本計画に掲げる目標の達成状況及び事業の実施状況は、データ分析等に基づき評価します。評価の結果、必要時応じて目標設定、事業の実施方法やスケジュール等の見直しを行っていきます。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画の内容及び事業の実施状況は、法第19条第3項の規定及び保健事業実施指針に基づき評価します。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、「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た対応を行うとともに、「小菅村個人情報保護条例」等に基づき適正に管理します。また、事業を委託する際は、個人情報の厳重な管理、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先における個人情報の取り扱いについて管理・指導していきます。</p>
<p>地域包括ケアに係る取 組</p>	<p>団塊世代が75歳以上となる2025年を目途に重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるように小菅村では以下の取り組みを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活支援、介護支援として生活支援コーディネーターが中心となり、小菅村社会福祉協議会が事業を実施。 ・在宅介護から医療機関との連携は小菅村地域包括支援センターがコーディネートを行う。 ・在宅系サービスとして小菅村居宅介護支援事業所と連携を取り介護保険申請支援を実施。 ・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。 ・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目して抽出し、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。 ・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、自主組織の育成を行う。
<p>その他留意事項</p>	