

第3期甲府市国民健康保険 データヘルス計画

第4期甲府市特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度



こうふPR大使
武田ハルくん

令和6年3月
甲府市健康保険課

目次

第1章 第3期データヘルス計画	1
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	12
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	14
事業分類1 生活習慣病の発症予防対策	
事業1-1 特定健康診査	
事業1-2 特定保健指導	
事業1-3 成人歯周疾患健診	
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	
事業分類3 生活習慣病重症化予防対策	
事業3-1 生活習慣病重症化予防（異常値放置者・治療中断者等への受診勧奨）	
事業分類4 医療費適正化対策	
事業4-1 重複・頻回受診、重複・多剤服薬保健指導事業	
事業4-2 ジェネリック医薬品普及促進事業	
Ⅴ その他	29
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	
個人情報への取扱い	
地域包括ケアに係る取組	
その他留意事項	

第2章 第4期甲府市特定健康診査等実施計画	42
I 計画の概要	42
計画策定の背景	
計画期間	
II 第3期実施計画の取組状況	42
特定健康診査・特定保健指導	
特定健診受診率／特定保健指導実施率・改善率	
III 特定健診受診者の分析	49
健診結果の有所見／メタボリックシンドローム該当者・予備軍者状況	
高血糖／脂質異常／高血圧	
IV 第4期特定健康診査等実施計画における健康課題	55
特定健康診査の受診率	
特定保健指導の実施率	
特定健康診査の有所見者割合	
V 第4期実施計画における目標値	56
被保険者数の推計／特定健診受診率／特定保健指導実施率	
VI 特定健診等の実施方法	57
実施場所／対象者／実施機関／外部委託／周知案内／	
他健診の取扱い／実施項目	
VII 年間スケジュール	60
実施スケジュール	
VIII 個人情報の保護について	60
管理、保存方法／保存年限／外部委託	
IX 計画の公表・周知	61
X 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	61
評価方法／評価の時期・見直し	

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ます。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、国民健康保険法に基づき、国民健康保険の保険者（以下「保険者」という。）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りました。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」が位置づけられました。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りました。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を掲げました。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>甲府市国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期甲府市国民健康保険データヘルス計画」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、「甲府市国民健康保険データヘルス計画」は、市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、特定健康診査等実施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> <p>さらに、「健康日本21（第三次）」（令和6年度から令和17年度）に示された基本方針を踏まえ、「第6次甲府市総合計画（平成28年度～令和7年度）」の理念の下、「第5次健やかいきいき甲府プラン（令和6年度～令和11年度）」の「甲府市保健計画（令和6年度～令和11年度）」及び「第4期甲府市特定健康診査等実施計画」などの本市の各計画との整合性を図ります。</p> <p>また、特定健診等の実施計画は、高確法第18条に基づいて実施する保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであります。計画の内容は重複する部分が多いことから、一体的に策定し運用します。</p>
計画期間		令和6年度から令和11年度までの6年間
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おいては、健康保険課が主体となって進めます。地域保健課、健康政策課、母子保健課など関係課と連携し、事業の推進と進捗状況の把握を行うとともに、この計画の進行管理と評価を行います。必要時庁内にて事業の推進に向けた協議を行います。</p>
	地域の関係機関	<p>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、甲府市医師会・甲府市歯科医師会・甲府市薬剤師会・甲府市国民健康保険運営協議会・その他地域の関係団体との連携により進めます。</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)		185,651		90,163		95,488	
国保加入者数(人) 合計		38,119	100%	18,743	100%	19,376	100%
0~39歳(人)		10,178	26.7%	5,430	29.0%	4,748	24.5%
40~64歳(人)		12,804	33.6%	6,564	35.0%	6,240	32.2%
65~74歳(人)		15,137	39.7%	6,749	36.0%	8,388	43.3%
平均年齢(歳)		51.7歳		50.3歳		53.1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	甲府市医師会とは特定健診・特定保健指導・糖尿病性腎症重症化予防事業に関して、甲府市歯科医師会と歯科口腔保健・甲府市薬剤師会とは重複服薬・多剤服薬予防事業に関して連携を図ります。
山梨県	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、保健事業の推進や評価等に関する情報提供や助言を求めます。
甲府市国民健康保険運営協議会	国民健康保険事業の事業運営に関する重要事項について審議を図ります。
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します。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、商工会、自治会等と連携して実施します。

(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38,119人であり、平成30年度の45,038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	令和4年度は、39歳以下が26.7%、40~64歳が33.6%、65~74歳が39.7%であり、県平均よりは39歳以下の割合が高く、65~74歳の割合が低くなっています。
	その他	全国的な傾向と同様、甲府市においても人口減少・少子高齢化が確実に進行しています。被保険者加入率は20.5%であり、昨年度より1,077人減となっています。 被保険者の出生数は113人で、死亡数は256人であり自然減少も大きくなっています。加えて、地区を東西南北中央の5ブロック別で見ると、中央ブロックの高齢化が著しく65歳以上が36.0%を占めています。次に北ブロックの34.9%、西ブロック29.8%と続いています。 農業や製造業の規模が小さく、サービス産業が生産額の8割近くを占める主要産業となっています。
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、重症化予防事業参加率に対する目標値は達成したものの、参加者数は極めて低いです。また、令和2年度以降、特定健診受診率・特定保健指導実施率がいずれも低下し、特定健診受診率は60~70代女性の受診率の低下が顕著でありましたが、それ以上に若い世代や男性の受診率が低いため、第3期は改めて特定健診を起点に事業を設計しました。さらに、第2期は医師会をはじめとした関係機関との連携や各保健事業間の連動が不十分であったため、地域および保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要があります。

II 健康・医療情報等の分析と課題

		<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> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率(R4年度) 35.9% 年々微増傾向であるが県平均(46.9%)より低い ・男女共に全年齢において県平均より受診率が低い、特に40代の男性は21.1%と最も低い ・週3回以上朝食を抜く者の割合10.6%で、県平均(8.7%)より高い ・毎日食後の間食ありの者23.0%で、県平均(22.7%)より高い ・週3回以上就寝前に夕食をとる者13.1%で、県平均(11.4%)より高い ・食べる速度が速い者30.0%で、県平均(28.8%)より高い ・20歳時体重から10kg以上増加した者30.9%で、県平均(30.8%)より高い ・1日1時間以上運動なしの者43.4%で、県平均(43.0%)より高い ・飲酒頻度(毎日)の者34.6%で県平均(41.7%)より低い、1日の飲酒量3合以上の者4.0%で県平均(3.2%)より高い ・生活習慣改善意欲なしの者25.8%で県平均(24.9%)より高く、改善意欲ありの者15.4%と県平均(17.1%)より低い ・生活習慣改善意欲ありの者は、男性15.6%、女性15.3%で、ともに県平均(男性17.1%、女性17.0%)より低い <p>【その他】 ～令和5年度保健計画に関するアンケート調査から～ ・健診を受けない理由として、健診を受けることが面倒20.5%・時間に余裕がない14.5% ・乗り物やエレベーターを使わず歩く頻度として、ほとんどしていない23.8%・まったくしてない7.9% ・直近1カ月の1日あたりの平均的な歩数として、約3,000歩未満28.7%・約3,000～5,000歩未満28.4% ・健康づくりを意識した運動をする頻度として、ほとんどしてない22.7%・まったくしてない12.1% ・運動をあまりしていない理由として、時間がとれないから36.6%・面倒だから28.7% ・睡眠における十分な休養の確保について、あまりとれていない23.8%・まったくとれていない2.4% ～令和5年度食育に関するアンケート調査から～ ・朝食を毎日食べている20～39歳代の割合63.9%で、一般市民80.0%と比べて低い ・週3回朝食を抜く30～39歳代の割合は、女性25.3%より男性38.9%が高い(甲府市基本健康診査結果) ・バランスの良い食生活を毎日送っている20～39歳代の割合31.3%で、一般市民48.1%と比べて低い ・野菜を毎日摂取する20～39歳代の割合62.1%で、一般市民71.8%と比べて低い</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> <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率 22.1% 年々減少傾向であり県平均(48.2%)より低い ・特定保健指導の県との比較(性・年齢別)では、男女共に前年年齢別において実施率が県平均より低く、特に40・50代が低い ＜健診有所見者状況＞ ・HbA1c(71.4%)は、県平均(68.0%)より高い ・性・年齢階級別にみると、男性は65歳代以上、女性は60歳以上で有所見者の割合が高くなる ・随時血糖(1.2%)は、県平均(0.6%)より高い ・尿酸値7.0以上(5.1%)は、県平均(0.6%)より高く、特に40歳代(9.9%)・50歳代(7.4%)が非常に高い男性が割合を上げている ・空腹時血糖(32.3%)は、県平均(37.5%)より低い、国平均(24.8%)より高い ・男性はメタボ該当者30.2%(県28.7%)、メタボ予備軍17.3%(県16.5%)、腹囲51.9%(県49.6%)より高い ・脂質24%(県20.0%)、血糖・脂質0.8%(県0.7%)、血糖・血圧・脂質6.0%(県5.7%)より高い ・健診未受診かつ医療機関での治療のない人(健康状態不明者)が14.7%いる <p>【その他】 ・R4年度 消防団員健康診断受診者のうち要検査(経過観察)41.9%であり、全体的に肥満者43.0%が多く、併せて脂質代謝異常36.0%や高血圧18.6%、糖代謝異常17.4%が多い</p> <p>～医療分析から～ ・健診検査項目で男性の有所見者割合が高いが、HbA1cだけは女性の有所見割合が高い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧・HbA1c・LDLコレステロール値が高値で医療機関を受診への受診が必要だとしても受診していない人が多い <p>～R5年保健計画に関するアンケート調査から～ ・受けた健診結果の確認の有無について、結果を確認したのみ19.4%・結果を確認していない0.8%</p>	<p>C 生活習慣病発症</p> <p>(医療費の状況、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨者 55.9% ・医療機関受診率 728.4(千人あたり) ・医科の受診率728.4 県平均(714.5)より高いが、1件あたり点数3,722点 県平均(3,917点)より低い ・特に男性の60～64歳における1件あたり点数(医科)6,214点が県平均(5,601点)より高い ・歯科の受診率155.4(千人あたり) 県平均(160.9)より低く、1件あたり点数1,381点 県平均(1,322点)より高い 男女共に受診率は県平均より低く、1件あたりの点数は県平均より高い ・外来の受診率は71.2%と県平均(69.6%)より高い ・医療費分析 生活習慣病に占める割合 精神 16.9%、筋・骨格 17.9% ・医療費：1件当たり費用額 入院 腎不全 4位、糖尿病・脂質異常症 6位 脳血管疾患 7位 ・医療費：1件当たり費用額 外来 腎不全 13位、脂質異常症 15位 脳血管疾患 16位 ・健診未受診者の1人当たり医療費 37,933円で、健診受診者の1人当たり医療費 12,732円に比べてかなり高い ＜生活習慣病対象者＞ ・服薬の状況 糖尿病 9.5% 脂質異常 26.8% 高血圧 33.7% <p>【その他】 ・消防団員健康診断受診者のうち要医療5.8%・要精検20.9%・治療継続36.0% ・生活習慣病治療中断者24.7%</p> <p>～医療分析より～ ・50歳以上の上位5疾病から50～64歳は男女ともに精神及び行動の障害が第1位 ・高血圧性疾患や糖尿病、脂質異常症は患者1人当たりの医療費は低いものの、患者数が多く、医療費全体を押し上げている ・高血圧性疾患の医療費割合は全体の20.8%を占め、有病率は年齢共に高くなり、65歳以上では30%を超える </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> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関受診率 728.4(千人あたり) ・疾病分類別医療費の割合は、がん30%、筋・骨格17.9%、精神16.9%の順に多い ・外来費用の割合61.5% 県平均(60.6%)より高く、外来件数の割合97.7% 県平均(97.4%)より高い ・1件当たり在院日数16.7日 県平均(16.5日)より多い ・1件当たりの入院費用額 腎不全 4位、糖尿病・脂質異常症・精神 6位、脳血管疾患 7位 腎不全814,267円、心疾患765,379円、悪性新生物750,771円、脳血管疾患724,235円の順に高い ・1件当たりの外来費用額 腎不全 13位、脂質異常症 15位 脳血管疾患・精神 16位 腎不全132,201円、悪性新生物65,038円、心疾患49,304円の順に高い 近年、腎不全、糖尿病の医療費が上昇傾向 ・1保険者当たり疾病別外来医療費点数高い順 慢性腎臓病(透析あり)、糖尿病、高血圧症 ・人工透析患者数(人口千人あたり)7.700が国より多い ・1件当たり医療費点数が比較対象より高い疾病 脳梗塞、脳出血、肝がん <p>【その他】 ～医療分析から～ ・ロコモティブシンドローム関連疾患の医療費割合は、年齢とともに高くなり、70～74歳の間では14.5%となっている ・疾病大分類別医療費の割合は新生物(腫瘍)が最も高く、循環器の疾患、精神及び行動の障害と続いている ・疾病中分類別医療費による患者1人当たり医療費は人工透析患者を含む腎不全が1位となっており、知的障害、統合失調症、気管、気管支及び肺の悪性新生物と続いている ・人工透析患者の併発疾患では高血圧症、糖尿病の順で割合が多い </p>	<p>E 要介護状態・死亡</p> <p>(平均寿命、平均余命、標準化死亡率、介護認定・給付の状況、等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平均寿命 男性80.9歳、女性87.2歳 男女とも県平均と同水準 ・平均余命 男性81.6歳、女性88.0歳 男女とも県平均(男性81.8歳、女性88.2歳)より低い ・標準化死亡率(SMR) 男性96.4歳、女性95.8歳 平均自立期間(要支援・要介護)男性78.7歳(79.3歳)、女性82.0歳(82.8歳) 男女とも県平均より低い ・死因 がん50.7%(48.1%)・糖尿病2.8%(2.1%)・腎不全4.7%(4.0%)が県平均より高い ・介護保険1号認定率20.5% 県平均(16.9%)より高い ・介護認定者の有病状況として 心臓病61.8%、筋・骨格 54.3%、精神(認知症含む)38.0%が多く、基礎疾患として糖尿病25.5%、高血圧症54.2% 脂質異常症32.3%が多い ・1件当たり介護給付費(全体)64,717円 県平均(67,719円)よりわずかにだが、居宅サービス費47,697円 県平均(44,773円)、施設サービス費 298,363円 県平均(293,634円)に比べ高い
1 現状		<p>質的データ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公共の交通機関が少ないため、自家用車がないと不便 ・お茶菓子や漬物を食べる習慣がある ・天候に左右されず運動できる場所が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・運動する習慣がない人が多い ・塩分の濃い物を好んで食べる傾向にある ・無尽の文化がある ・買い物には駐車場が整備されている所へ行くことが多いため殆ど歩くことがない ・飲酒頻度が50～60歳代で高い傾向にある 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診は受けるが受けた事で満足する人が多い ・精密検査であっても受診しない人が多い ・40～60歳代の男性の傾向として、健診結果の総合判定は見るが、検査項目の詳細まで確認していない、もしくは健診結果の見方が分からない ・健診後の保健指導を受けようと思う人が少ない ・指導後に実行と継続するまでに至らない ・改善者の殆どは減量したことによるものである ・「治療が必要である」と記載されていても自覚症状がないため、「忙しくて」と受診していない 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関が比較的多いため受診しやすい環境にあるが、病院に受診することで安心と考えている人が多い ・糖尿病重症化プログラム参加辞退理由として、「医療機関に管理してもらっているから」が圧倒的に多く、次に「忙しいから」と重症化への危機感が低い 	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染拡大の影響もあり、以前より外出する機会が減り、歩行時間が短くなっている人が多い ・高齢者の孤独化・孤立化が進むことで、心身の健康・機能状態が低くなっている傾向にある ・治療中の疾病がある人が多い

地域特性	①変遷、面積、気候風土	②産業	③交通機関	④医療機関	⑤住民との協働活動	⑥その他（健康に関する活動を協働できる社会資源）	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）
	<ul style="list-style-type: none"> 山梨県のほぼ中央に位置 面積212.47km²、県面積の約5%を占める 暖候期には風が弱く降水量が多く、寒候期は北西の季節風が強く降水量が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> 地場産業として宝石加工が盛ん 自然を生かして多くの作物を作られている 農業や製造業の規模が小さく、サービス産業が生産額の8割近くを占める主要産業 	<ul style="list-style-type: none"> 自家用車での移動が主 中央自動車道と中部横断自動車道が接続する交通環境 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関数が多い 休日・夜間の診療体制の整備など、救急医療の体制整備に取り組んでいる 	<ul style="list-style-type: none"> 「甲府市甲府市協働のまちづくり推進行動計画」に基づき、協働の基盤づくりを行う中で、協働のまちづくりを積極的に推進 各地区に組織された保健計画推進協議会や愛育会、食生活改善推進委員会等によって地域ぐるみの健康づくりが推進されている 	<ul style="list-style-type: none"> 自治会活動による健診受診勧奨 	

2 健康問題	上記の「Ⅰ現状」から健康上の問題と考えられることを住民を主語として整理。（年齢別や疾病別、地区別等の分析などを加えるなど、具体的に記載）
<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率・特定保健指導実施率が県・国より低く、特に40～50歳代男性の健診受診率が低率である。 生活習慣の状況は、朝食の欠食・毎日の食後間食・食べる速度が速い・運動不足・3合以上の飲酒の割合が県・国平均より高い。喫煙や睡眠不足の割合は県平均より低いが、国平均より高い。 公共交通機関が少ないため車での移動が中心であり歩く機会が少ない。1日30分以上の運動習慣がある者の割合が県平均より低い。運動習慣がない人が多い。天候に左右されず運動できる場所が少ないことや、買い物等の外出先では駐車場が整備されているところが多いことから歩数も伸びない。 20歳時の体重より10kg以上増加した人の割合が県平均より高いことと、子供の肥満が多い傾向にあることから、学童期からの食事や運動の生活習慣が長年に渡って継続した結果、成人後に高血圧・高血糖・脂質異常をきたし、生活習慣病を発症し進行していることが推測される。その上、生活習慣の改善意欲なし(25.8%)・保健指導の希望なし(77.0%)の割合が高いことから、生活習慣改善に繋がりにくい状況であると考えられる。特に、男性の生活習慣改善意欲なしの者が高く(29.6%)、県平均(28.6%)より高い。 特定健診有所見者割合は、HbA1c・尿酸が県と比べ高い。HbA1cの年代別有所見者割合では年齢が上がるごとに増加する傾向があり、60歳代以降の年代では男女とも6割以上が該当している。尿酸の有所見者割合は、男性は40～50歳代、女性は50歳代が高い。 40歳～50歳代男性の健診受診者(消防団健診受診者)のうち5.8%要指導・20.9%要医療・36.0%治療継続であることから、40～50歳代健診未受診者のメタボ該当者・予備群の保有リスクが高い可能性がある。 メタボ該当者、メタボ予備群、腹囲基準値以上の男性割合が、県平均より高い。 メタボ該当者・予備群の保有リスクとして、「脂質のみ」「血糖・脂質」「血糖・血圧・脂質」が県平均より高い。共通して「脂質」が含まれていることから、脂質のリスクを保有している人が多い。 男性のメタボ予備群(17.3%)・メタボ該当者(30.2%)の割合が県(予備群：16.5% 該当者：28.7%)より高い。予備群は40歳代～50歳代の割合が高く、該当者は70歳代の割合が高い。 生活習慣病で受診勧奨レベルにも拘らず医療機関未受診が多い。 歯科の受診率(15.5%)は、県平均(16.1%)より低く、1件あたり点数1,381点は、県平均(1,322点)より高い。男女共に受診率は県平均より低く、1件あたりの点数は県平均より高い。 レセプト1件当たりの費用額は、全体的に入院外よりも入院のほうの順位が高く、悪化してから治療開始となるために1件当たりの医療費が高額になっていると推測される。 疾病別の医療費割合(入院＋外来)の第1位は、慢性腎臓病(透析あり)であり近年上昇傾向である。レセプト1件当たりの費用額は、腎不全(入院)が県内4位と高い。慢性腎臓病(透析あり)の被保険者千人当たりレセプト件数(外来)は2,994件で、県(3,135件)より少ないが、国(2,339件)より多い。また、腎不全による死因の割合は、県及び国より高率である。 人工透析患者数(患者千人当たり)も県よりは少ないものの国より多く、人工透析患者の併発疾患では高血圧症、糖尿病の順で割合が多い。血糖の有所見者割合は男女共に県平均より高い。 生活習慣病医療費のうち糖尿病が9.7%占め、糖尿病1件当たり入院費用額は県内6位である。 生活習慣病の治療中断者が24.7%いる。 1件当たりの入院費用額は、腎不全・糖尿病・脂質異常症・精神・脳血管疾患が県内で上位で、腎不全、心疾患、悪性新生物、脳血管疾患の順に高い。 糖尿病は、疾病別の医療費割合(入院＋外来)の第3位である。レセプト1件当たりの費用額は、入院が県内6位。特定健診受診者のうち、糖尿病治療薬を服用中の割合は9.5%で、国より高率で県と同率である。介護認定者の有病状況で糖尿病を有している人の割合・死因が糖尿病の割合が、県及び国より高率である。 高血圧は、疾病別の医療費割合(入院＋外来)の第5位である。レセプト1件当たりの費用額は、入院が県内10位。介護認定者の有病状況で高血圧を有している人の割合は54.2%と、県及び国より高率である。 脂質異常症は、疾病別の医療費割合(入院＋外来)の第10位である。レセプト1件当たりの費用額は、入院が県内6位。特定健診受診者のうち、脂質異常症治療薬を服用中の割合は26.8%で、国より低いが県より高い割合である。介護認定者の有病状況で脂質異常症を有している人の割合は32.3%で、国より低いが県より高い割合である。 悪性新生物は、レセプト1件当たりの費用額において入院が県内7位。死因ががんの割合が、県・国より高率である。 被保険者の要介護認定率が20.5%と県平均より高く、有病状況の心臓病、筋・骨格、高血圧症の順となっている。 介護認定率は県平均より低いが、平均要介護度および1件あたり介護給付費は県平均より高い。 重複受診が最も多い疾患は睡眠障害で、ついで胃炎及び十二指腸炎と続き、3番目は詳細不明の糖尿病である。重複服薬のうち、割合が最も多いのはマイスリー(睡眠鎮痛剤、抗不安薬)である。頻回受診の疾患のうち、最も多いのは脊椎症で、次いでその他の椎間板障害、統合失調症と続く。 	



3 健康課題	左記の「Ⅱ健康問題」の中から解決可能で、施策として取り組むべき課題を抽出し、優先度をつける。	
	健康課題の内容	優先する健康課題
A	特定健診受診者の血糖や尿酸値の有所見率が高く、男性のメタボ予備群及び該当者の割合が高い。また、特定保健指導実施率が低く、食生活・運動習慣・生活習慣の改善意欲に課題がある者が多いため、生活習慣病の発症や重症化が高まる可能性がある。	✓
B	特定健診受診率が低く、特に40～50歳代男性の健診未受診者が多いことから、生活習慣病の早期発見ができない可能性がある。	✓
C	医療費が高額となる慢性腎臓病(透析あり)の原因となる疾患の多くは糖尿病であり、糖尿病の有病率割合が高い。また、糖尿病に対する医療機関未受診者や治療中断者が多く、死因の糖尿病割合が高率であることから、糖尿病が重症化している可能性がある。	✓
D	重複する検査や投薬、多剤投与は、身体に悪影響を与えてしまう可能性がある。また、これらは頻回受診も含め、医療費増加に繋がる可能性がある。	
E	歯周病は全身疾患(糖尿病や心筋梗塞、肺炎など)に影響があるが、成人歯周疾患健診の利用者は少ない。国保の歯科受診率は、男女共に県や国より低いが、1件当たり医療費が高いことから、歯科疾患の症状が進行し重症化している可能性がある。	

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9月)

図表1 令和4年度 関連データ全体

Table with columns: 項目, 甲府市 (実数, 割合%), 県 (実数, 割合), 国 (実数, 割合), データ元 (CSV). Rows include: 1 全体像 (人口構成, 産業構成, 平均寿命, 平均余命), 2 死亡 (死亡の状況), 3 介護 (介護保険, 介護認定者の有病状況, 介護給付費, 医療費等), 4 医療 (国保の状況, 医療の概況, 医療費の状況, 医療費分析, 健診・レセ)

Table with columns: 項目, 甲府市 (実数, 割合), 県 (実数, 割合), 国 (実数, 割合), データ元 (CSV). Rows include: 4 医療 (費用額, 入院), 5 健診 (特定健診の状況), 6 健診の質問票 (服薬, 既往歴, 生活習慣の状況, 一日飲酒量, 生活習慣)

※ 県の数値と比較し値の大きい場合は赤字にて表記

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年度の特定健診受診率は35.5%で、年々微増傾向であるが県平均(46.6%)より低くなっています。男女共に全年齢において県平均より受診率は低く、特に男性の40代（21.1%）50代（23.5%）が低くなっています。		

【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	2,014	425	21.1%	30.5%
	50～59歳	2,514	592	23.5%	33.3%
	60～69歳	3,711	1,340	36.1%	47.3%
	70～74歳	3,939	1,565	39.7%	50.8%
	計	12,178	3,935	32.3%	43.7%

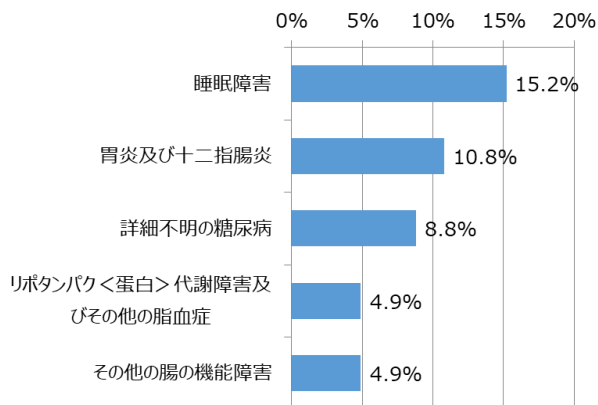
【女性】

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	1,582	422	26.7%	36.3%
	50～59歳	2,181	697	32.0%	41.5%
	60～69歳	4,647	1,984	42.7%	54.2%
	70～74歳	4,881	2,112	43.3%	53.8%
	計	13,291	5,215	39.2%	50.3%

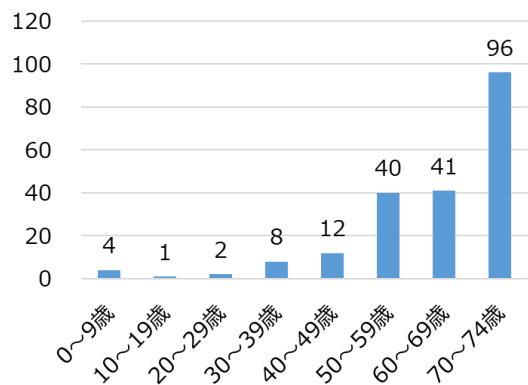
図表3	○ 重複・頻回受診、重複服薬・多剤投与者の状況 ○ 後発医薬品の使用状況	出典	レセプトデータ (医科、調剤)
データ分析の結果	<p>○ 重複・頻回受診、重複服薬・多剤投与者の状況</p> <p>重複受診疾患は、睡眠障害が高く、次に胃炎及び十二指腸炎である。重複受診者数で最も多いのは70～74歳であり、次に60～69歳、50～59歳と続いています。重複服薬では、割合が最も多いのはレバミピド(消化性潰瘍剤)となっています。頻回受診疾患では、最も多いのが脊椎症であり、次に膝関節症(膝の関節症)であり、疾病割合をみると整形外科系の疾患が多く含まれます。多剤服薬者では、6種類以上服薬している者が3,561人存在します。</p> <p>○ 後発医薬品の使用状況</p> <p>後発医薬品の使用状況は、増加傾向にあり、厚生労働省が示す目標値(80%)に近づいています。</p>		

【重複受診の現状】

重複受診*の疾病割合



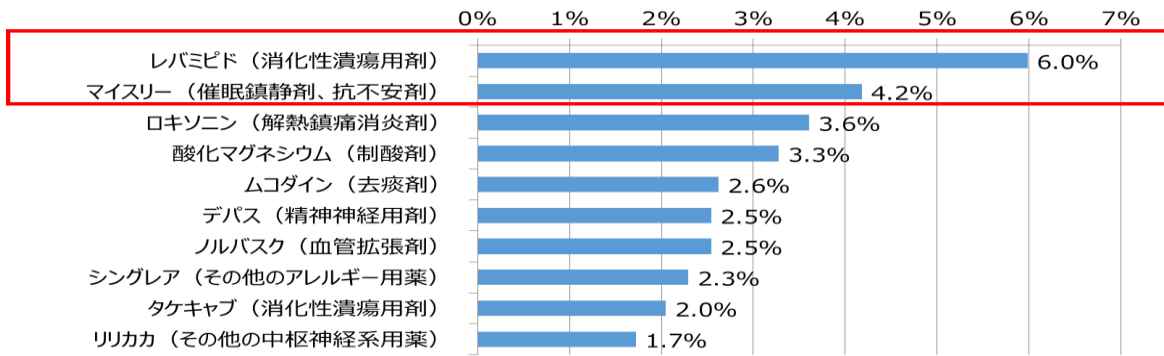
重複受診の年齢階級別人数



*1ヶ月のうち、3件以上の複数医療機関から同疾患コード(ICD10コード3行の一致)の通院レセプトが2ヶ月以上発生している状態(人工透析患者は除く)

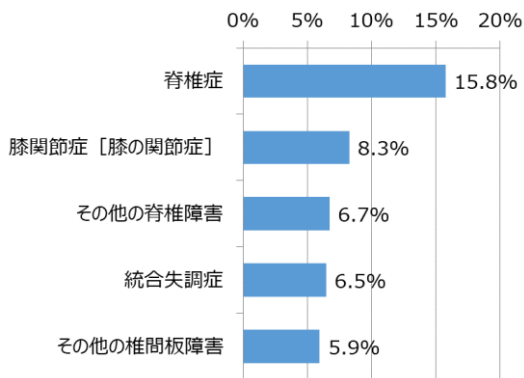
【重複服薬(投与)の現状】

重複服薬の医薬品名(上位10位)

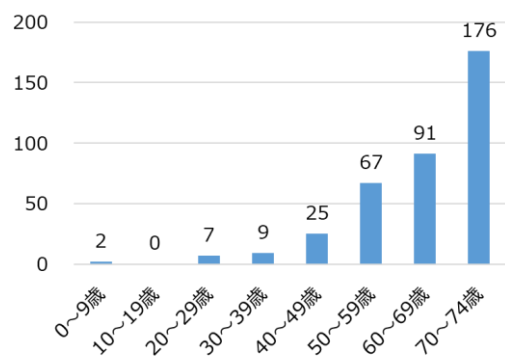


【頻回受診の現状】

頻回受診*の疾病割合



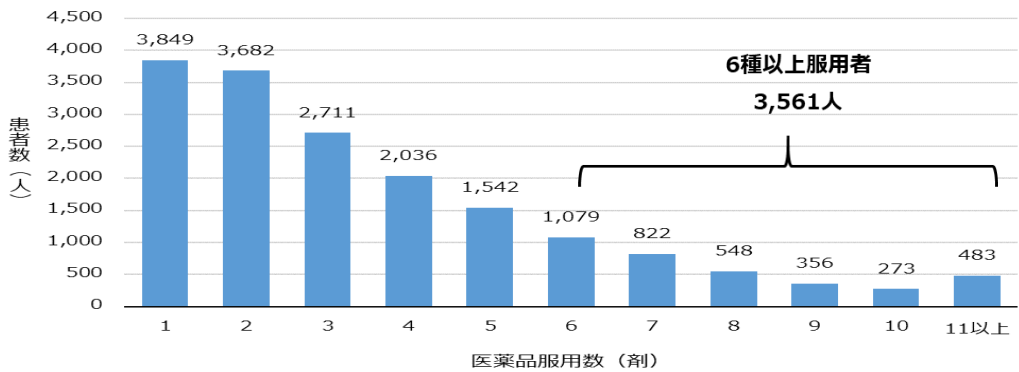
頻回受診の年齢階級別人数



*1ヶ月のうち、同疾患コード(ICD10コード3行の一致)の通院レセプトが10回以上発生することが2ヶ月以上継続している(人工透析患者は除く)

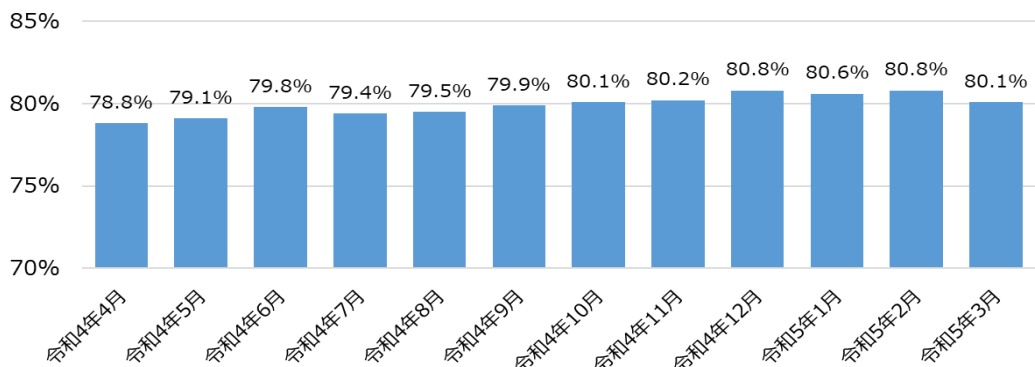
【多剤投与者の現状】

服薬種類数ごとの人数



【後発医薬品の現状】

後発医薬品の使用状況(診療月別)



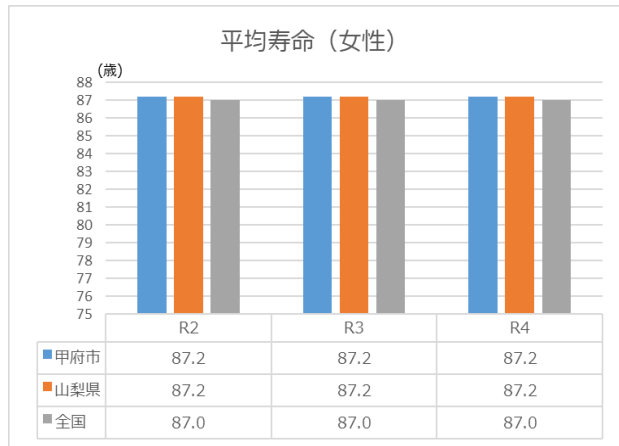
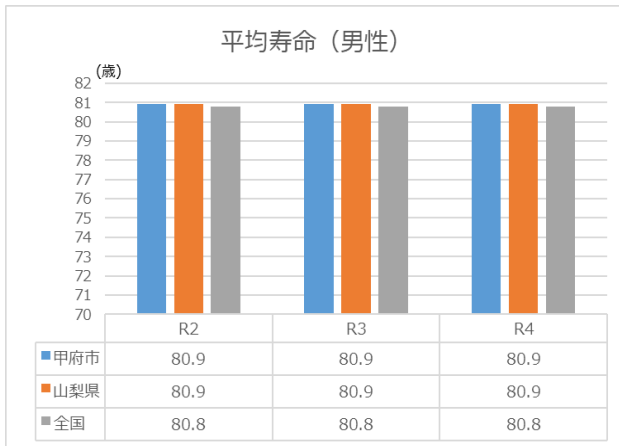
図表4 ○平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比

出典 国保データベースシステム (KDB)

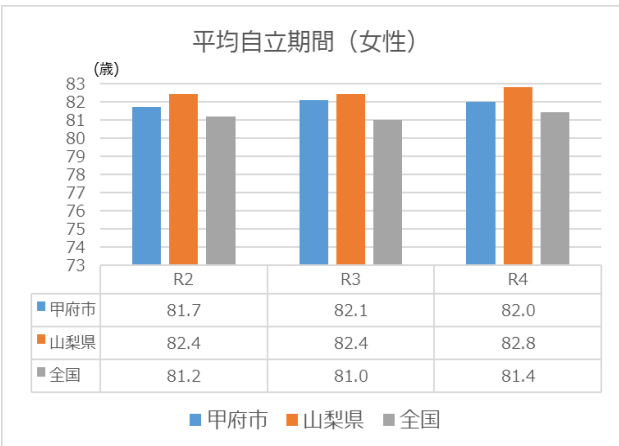
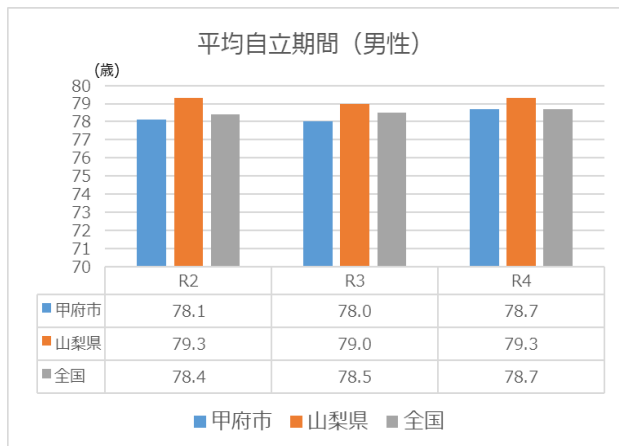
データ分析の結果

- 平均寿命
男性、女性ともに全国、山梨県の平均と比較しても同水準で推移しています。
- 平均自立期間
全国、山梨県の平均と比較すると男性は低い傾向であり、女性は全国より高いが、山梨県より低い傾向となっています。
- 標準化死亡比※
男性は、全国より低く、山梨県と同水準です。女性は、全国、山梨県と比較しても低い傾向が続いています。
※標準化死亡比は、基準死亡率（人口10万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数を比較するもの。国の平均を100としており、100以上の場合は国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

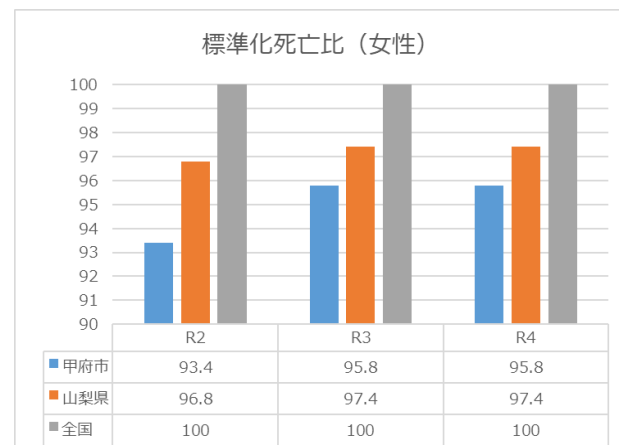
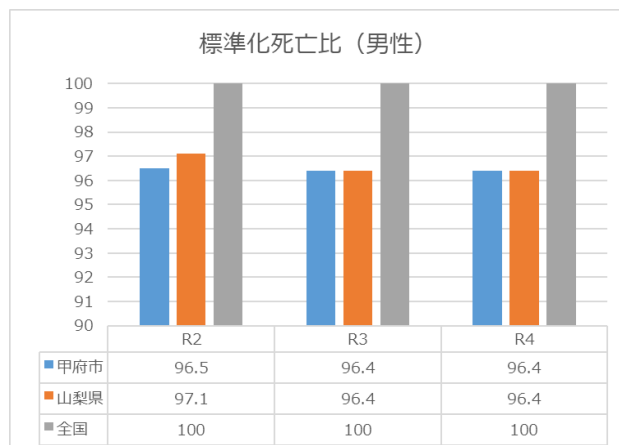
【平均寿命】



【平均自立期間（要支援・要介護）】



【標準化死亡比】

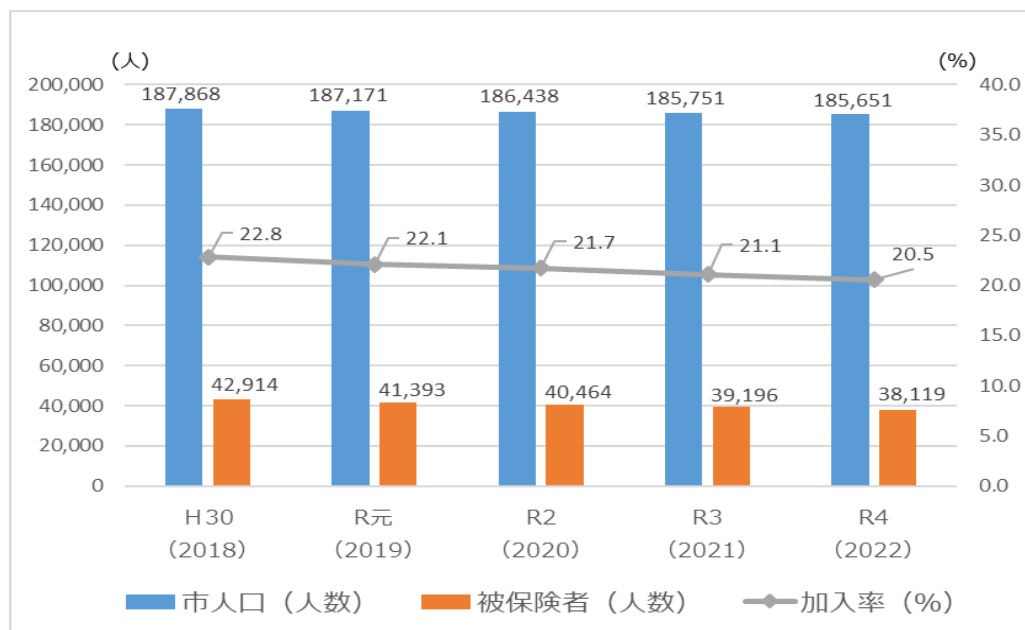


図表5 被保険者の状況

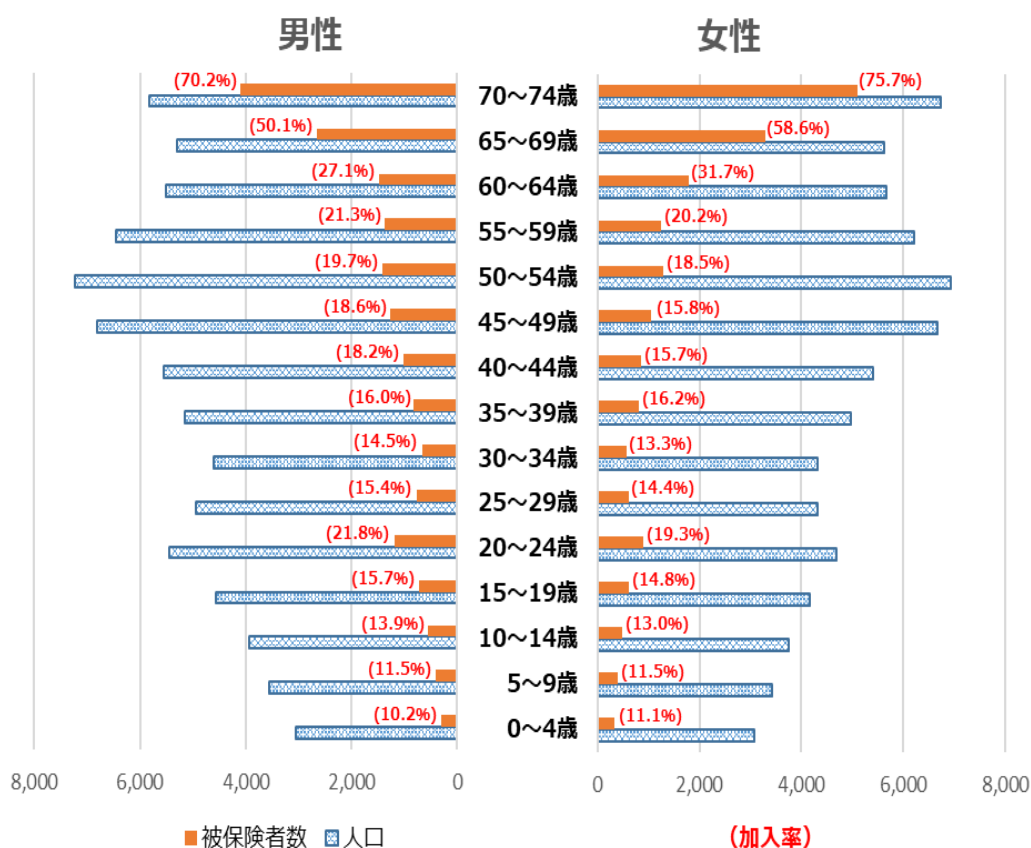
出典 国民健康保険の概要
(甲府市)

データ分析の結果
 ○ 加入者数及び加入率の推移
 加入者数及び加入率は、年々減少しています。
 ○ 性・年齢階級別の加入率
 年齢が上がるにつれて対象者数、受診率ともに高くなり、男女ともに65歳から5割を超えます。

【被保険者加入者数及び加入率の推移 (H30～R4)】



【性・年齢階級別の加入率 (R5)】

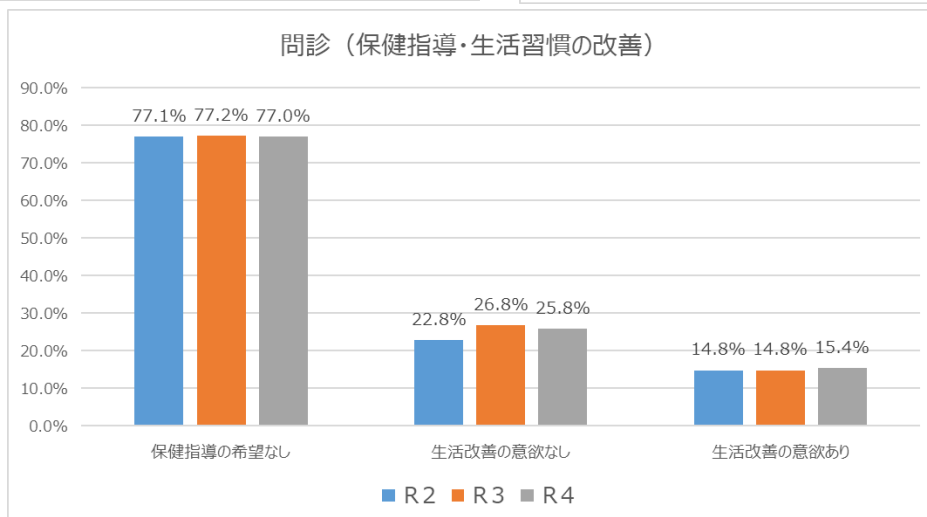
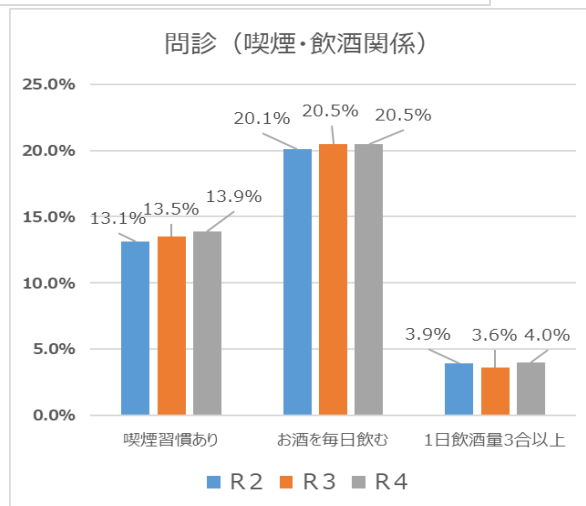
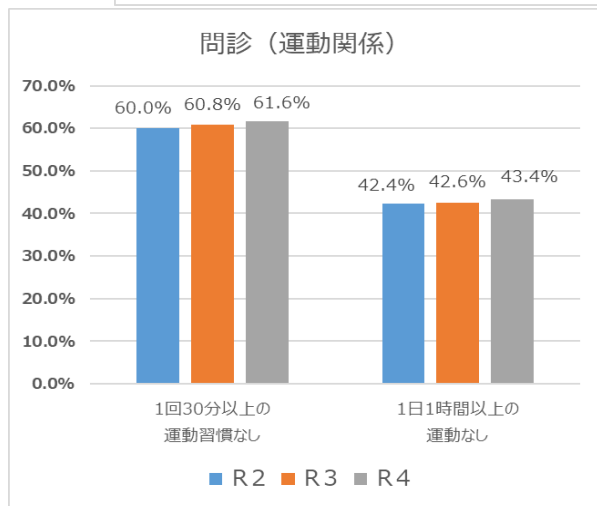
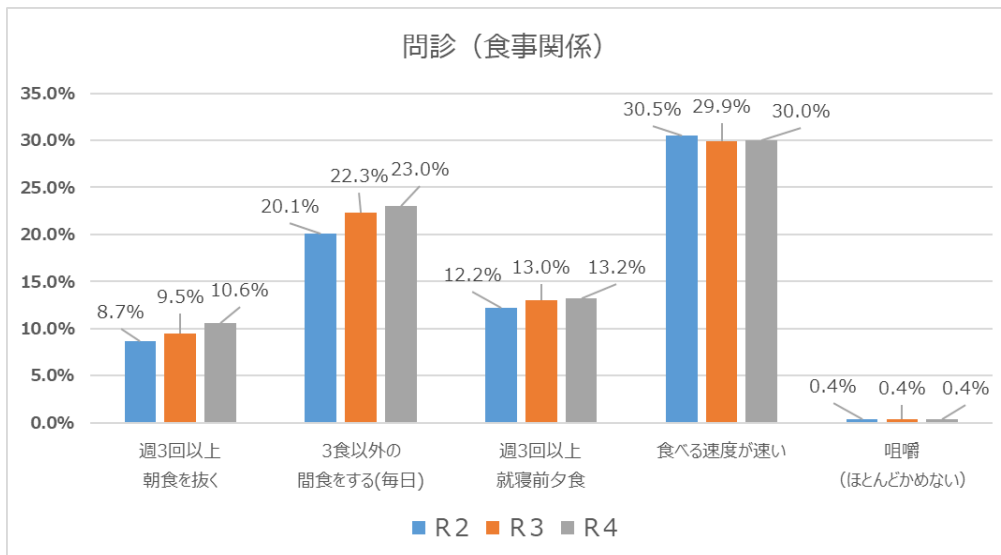


図表6 特定健診に係る問診の状況

出典 国保データベースシステム (KDB)

データ分析の結果

- 食事関係
「週3回以上朝食を抜く」、「毎日間食をする」、「就寝前に夕食」の方の割合が増加傾向にあります。
- 運動関係
健診受診者の6割は1回30分以上の運動習慣がなく、1日1時間以上の運動がない方も4割います。
- 喫煙・飲酒関係
喫煙・飲酒がある方は、近年横ばい傾向となっています。
- 保健指導・生活習慣の改善
保健指導の希望がない方の割合が高く、生活改善に意欲的な方も少ない傾向が続いています。



図表7 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移

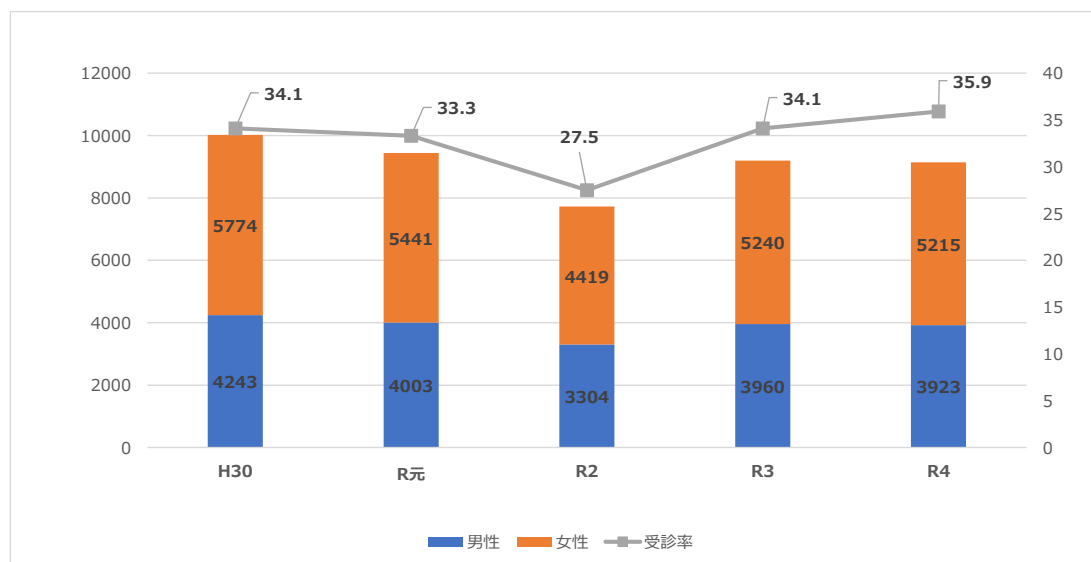
出典 法定報告

データ分析の結果

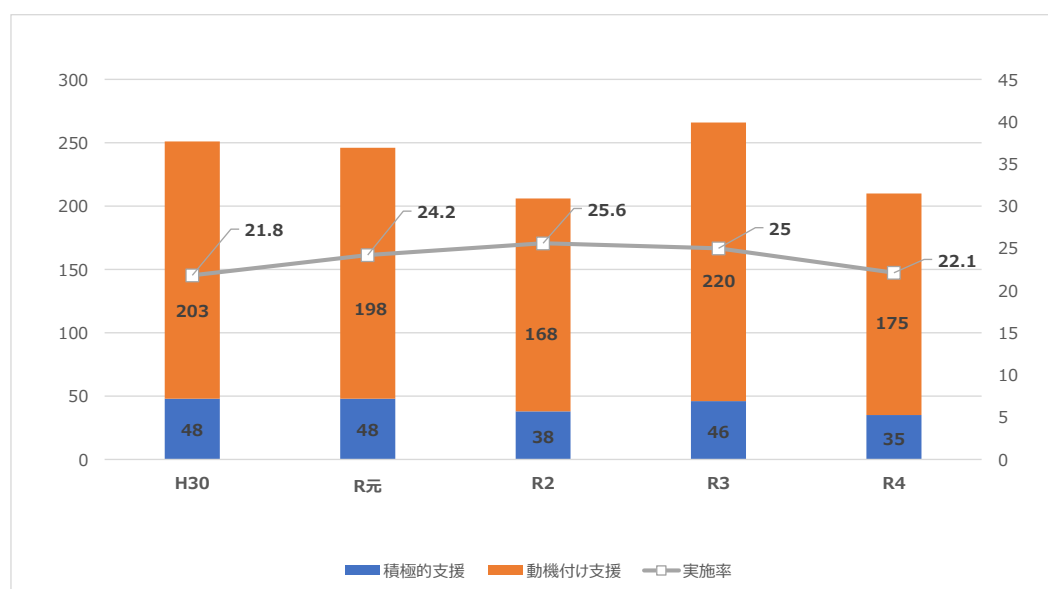
○ 特定健診
令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり、受診者数、受診率ともに低下したが、その後は向上傾向となっています。
男性より女性の受診者が多くなっています。

○ 特定保健指導
積極的支援の終了者は横ばいとなっており、動機付け支援の終了者は令和3年度から減少しています。実施率が横ばいであることから、引き続き対策が必要となっています。

【特定健診受診者数及び受診率（H30～R4）】



【特定保健指導終了者数及び実施率（H30～R4）】



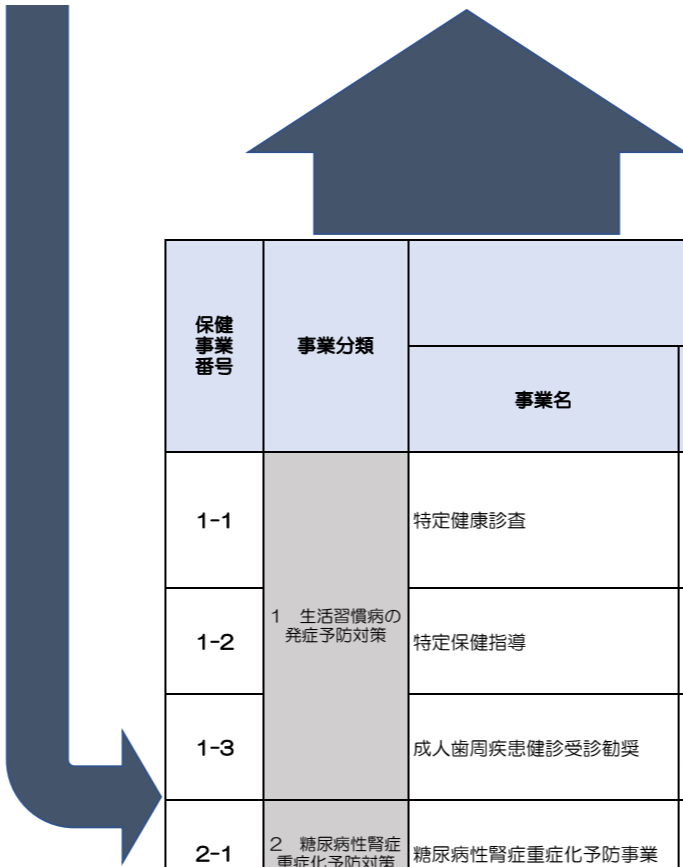
Ⅲ 計画全体（分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略）

健康課題	優先する健康課題
A 特定健診受診者の血糖や尿酸値の有所見率が高く、男性のメタボ予備群及び該当者の割合が高い。また、特定保健指導実施率が低く、食生活・運動習慣・生活習慣の改善意欲に課題がある者が多いため、生活習慣病の発症や重症化が高まる可能性がある。	✓
B 特定健診受診率が低く、特に40～50歳代男性の健診未受診者が多いことから、生活習慣病の早期発見ができない可能性がある。	✓
C 医療費が高額となる慢性腎臓病(透析あり)の原因となる疾患の多くは糖尿病であり、糖尿病の有病率割合が高い。また、糖尿病に対する医療機関未受診者や治療中断者が多く、死因の糖尿病割合が高率であることから、糖尿病が重症化している可能性がある。	✓
D 重複する検査や投薬、多剤投与は、身体に悪影響を与えてしまう可能性がある。また、これらは頻回受診も含め、医療費増加に繋がる可能性がある。	
E 歯周病は全身疾患(糖尿病や心筋梗塞、肺炎など)に影響があるが、成人歯周疾患健診の利用者は少ない。国保の歯科受診率は、男女共に県や国より低い。1件当たり医療費が高いことから、歯科疾患の症状が進行し重症化している可能性がある。	

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	内臓脂肪の蓄積に注目して、特定健診により保健指導対象者を抽出し、保健指導を行うことで生活習慣病の発症と重症化を防ぐ。	1-1 1-2
C	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 3-1
A,C	医療機関への受診勧奨を行うことで早期に治療し重症化を予防する。	3-1
A,B,E	40～50歳代の働き世代から、特定健診や歯周疾患健診等の受診率向上を図り、生活習慣病の予防を図る。	1-1 1-2 1-3
D	重複・頻回受診、重複服薬・多剤者への保健指導とジェネリックへの促進を図り適切な医療受診を促す。	4-1 4-2

計画全体の目的		生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費の適正化を目指す							
対応する健康課題	計画全体の目標	評価指標	計画策定時実績	目標値					
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
A,B,E	生活習慣病の発症を予防する	運動習慣のある者の割合	38.4%	38.7%	39.0%	39.3%	39.6%	39.9%	40.3%以上
		血圧が保健指導判定値以上の者の割合(※1)	47.2%	47.2%以下 (現状値より減少)	47.2%以下 (現状値より減少)	47.2%以下 (現状値より減少)	47.2%以下 (現状値より減少)	47.2%以下 (現状値より減少)	47.2%以下 (現状値より減少)
		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)	27.8%	26.2%	24.7%	23.1%	21.5%	20.0%	18.4%以下
A,B,C	糖尿病性腎症による透析導入を予防する	HbA1c 6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(※1)	10.1%	10.0%	9.9%	9.9%	9.8%	9.7%	9.6%以下
		糖尿病性腎症重病期分類悪化率(短期)(※1)	3.7% (R3→R4)	3.6% (R5→R6)	3.5% (R6→R7)	3.5% (R7→R8)	3.4% (R8→R9)	3.4% (R9→R10)	3.3% (R10→R11)
		糖尿病性腎症重病期分類悪化率(中長期)(※1)	5.8% (R1→R4)			5.1%以下 (R5→R8)			10.2%以下 (R5→R11)
A,B,C,E	生活習慣病等の重症化を予防する	HbA1c 8.0%以上の者の割合(血糖コントロール不良者の割合)	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%以下
		血圧が受診勧奨判定値以上の者の割合(I度高血圧)	20.6%	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)
		脂質が受診勧奨判定値以上の者の割合	20.0%	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)
D	医療費の適正化を目指す	重複・頻回受診者、重複服薬者における受診行動が改善された者の割合	70.0%	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)
		後発医薬品の使用割合	80.8%	81.0%	81.2%	81.4%	81.6%	81.8%	82.0%以上

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



保健事業番号	事業分類	事業概要			重点・優先度
		事業名	対象	主な内容・方法	
1-1	1 生活習慣病の発症予防対策	特定健康診査	40～74歳の被保険者	<ul style="list-style-type: none"> がん検診と同時実施、土日健診実施 健診のPR オンラインの活用、組織の活用、ポイント付与 健診未受診者への受診勧奨 自治会、消防団、情報提供等と連携 	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"> 保健師・管理栄養士による保健指導 	重点
1-3		成人歯周疾患健診受診勧奨	年度未到達年齢が30歳～39歳になる者 40～74歳の被保険者	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨通知の発送 	
2-1	2 糖尿病性腎症重症化予防対策	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病または糖尿病性腎症で医療機関の受診歴のある方、かつ糖尿病用剤が処方されている者	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医と連携した面談・電話による6か月間の保健指導 	重点
3-1	3 生活習慣病重症化予防対策	治療中断・異常値放置者の受診勧奨	生活習慣病(高血圧・脂質異常・糖尿病)の受診履歴があるが、その後の受診を中断している者	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨通知の発送 3か月後受診状況を確認し、未受診者への保健指導 	重点
			特定健診受診者のうち結果判定が「要医療」の者	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨通知の発送 	重点
4-1	4 医療費適正化対策	重複・頻回受診、重複服薬・多剤投与者の保健指導事業	重複・頻回受診、重複服薬・多剤投与対象者	<ul style="list-style-type: none"> 保健師による状況確認と電話指導 薬剤師との同席訪問指導(必要時) 	
4-2		後発医薬品普及促進事業	後発医薬品へ変更した場合の自己負担額に100円以上削減効果が認められる者	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品個別差額通知の発送 	

～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およびそれに伴う各種生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定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発症予防を図ります。また、全身疾患(糖尿病・脳卒中・心疾患等)と密接に関連する歯周病予防に努めます。
------	--

項目	No.	総合評価指標	計画策定時実績(R4)	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)	27.8%	26.2%	24.7%	23.1%	21.5%	20.0%	18.4%以下	
		男性	40～49歳	40.5%	39.5%	38.5%	37.5%	36.5%	35.5%	34.4%以下
			50～59歳	44.3%	42.3%	40.3%	38.3%	36.3%	34.3%	32.3%以下
			60～69歳	47.2%	44.2%	41.2%	38.2%	35.2%	32.2%	29.2%以下
			70～74歳	50.9%	48.4%	45.9%	43.4%	40.9%	38.4%	35.9%以下
		女性	40～49歳	9.0%	8.0%	7.0%	6.0%	5.0%	4.0%	3.0%以下
			50～59歳	10.0%	9.0%	8.0%	7.0%	6.0%	5.0%	4.0%以下
			60～69歳	12.5%	11.5%	10.5%	9.5%	8.5%	7.5%	6.5%以下
	70～74歳		15.3%	14.3%	13.3%	12.3%	11.3%	10.3%	9.3%以下	
	2	血圧が保健指導判定値以上の者の割合(全年齢)	47.2%	47.2%以下 (現状値より減少)	47.2%以下 (現状値より減少)	47.2%以下 (現状値より減少)	47.2%以下 (現状値より減少)	47.2%以下 (現状値より減少)	47.2%以下 (現状値より減少)	
		男性	40～49歳	39.5%	39.5%以下 (現状値より減少)	39.5%以下 (現状値より減少)	39.5%以下 (現状値より減少)	39.5%以下 (現状値より減少)	39.5%以下 (現状値より減少)	39.5%以下 (現状値より減少)
			50～59歳	46.5%	46.5%以下 (現状値より減少)	46.5%以下 (現状値より減少)	46.5%以下 (現状値より減少)	46.5%以下 (現状値より減少)	46.5%以下 (現状値より減少)	46.5%以下 (現状値より減少)
			60～69歳	56.0%	56.0%以下 (現状値より減少)	56.0%以下 (現状値より減少)	56.0%以下 (現状値より減少)	56.0%以下 (現状値より減少)	56.0%以下 (現状値より減少)	56.0%以下 (現状値より減少)
			70～74歳	57.7%	57.7%以下 (現状値より減少)	57.7%以下 (現状値より減少)	57.7%以下 (現状値より減少)	57.7%以下 (現状値より減少)	57.7%以下 (現状値より減少)	57.7%以下 (現状値より減少)
		女性	40～49歳	17.9%	17.9%以下 (現状値より減少)	17.9%以下 (現状値より減少)	17.9%以下 (現状値より減少)	17.9%以下 (現状値より減少)	17.9%以下 (現状値より減少)	17.9%以下 (現状値より減少)
			50～59歳	26.7%	26.7%以下 (現状値より減少)	26.7%以下 (現状値より減少)	26.7%以下 (現状値より減少)	26.7%以下 (現状値より減少)	26.7%以下 (現状値より減少)	26.7%以下 (現状値より減少)
			60～69歳	44.1%	44.1%以下 (現状値より減少)	44.1%以下 (現状値より減少)	44.1%以下 (現状値より減少)	44.1%以下 (現状値より減少)	44.1%以下 (現状値より減少)	44.1%以下 (現状値より減少)
	70～74歳		52.2%	52.2%以下 (現状値より減少)	52.2%以下 (現状値より減少)	52.2%以下 (現状値より減少)	52.2%以下 (現状値より減少)	52.2%以下 (現状値より減少)	52.2%以下 (現状値より減少)	
	3	HbA1c 6.5%以上の者の割合(高血糖者の割合)(全年齢)	10.1%	10.0%	9.9%	9.9%	9.8%	9.7%	9.6%以下	
		男性	40～49歳	5.1%	5.0%	4.9%	4.8%	4.7%	4.6%	4.5%以下
			50～59歳	7.4%	7.4%以下 (現状値より減少)	7.4%以下 (現状値より減少)	7.4%以下 (現状値より減少)	7.4%以下 (現状値より減少)	7.4%以下 (現状値より減少)	7.4%以下 (現状値より減少)
			60～69歳	15.3%	15.0%	14.8%	14.5%	14.2%	14.0%	13.7%
			70～74歳	18.5%	18.1%	17.6%	17.2%	16.7%	16.3%	15.8%
		女性	40～49歳	2.3%	2.2%	2.1%	2.0%	1.9%	1.8%	1.7%
50～59歳			2.5%	2.5%以下 (現状値より減少)	2.5%以下 (現状値より減少)	2.5%以下 (現状値より減少)	2.5%以下 (現状値より減少)	2.5%以下 (現状値より減少)	2.5%以下 (現状値より減少)	
60～69歳			7.0%	7.0%	6.9%	6.9%	6.8%	6.8%	6.7%	
70～74歳	9.5%		9.4%	9.3%	9.3%	9.2%	9.1%	9.0%		

アウトプット指標	4	特定健康診査受診率		35.9%	36.4%	39.2%	42.2%	46.9%	53.4%	60.0%
		男性	40～49歳	21.1%	21.6%	24.4%	27.4%	32.1%	38.6%	45.2%
			50～59歳	23.5%	24.0%	26.8%	29.8%	34.5%	41.0%	47.6%
		女性	40～49歳	26.7%	27.2%	30.0%	33.0%	37.7%	44.2%	50.8%
			50～59歳	32.0%	32.5%	35.3%	38.3%	43.0%	49.5%	56.1%
	5	特定保健指導実施率 (全体)		22.1%	27.9%	32.9%	37.9%	45.2%	52.6%	60.0%
		動機付け支援		26.9%	34.0%	40.0%	46.1%	55.0%	64.0%	73.0%
積極的支援		11.7%	14.8%	17.4%	20.1%	23.9%	27.8%	31.8%		
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		22.7%	22.7%以上 (現状値より増加)	22.7%以上 (現状値より増加)	22.7%以上 (現状値より増加)	22.7%以上 (現状値より増加)	22.7%以上 (現状値より増加)	22.7%以上 (現状値より増加)
	7	運動習慣のある者の割合		38.4%	38.7%	39.0%	39.3%	39.6%	39.9%	40.3%

事業の目的	特定健康診査の受診により、自らの健康状態を理解し、生活習慣の振り返りや健康的な生活習慣への改善、生活習慣病の予防、早期発見・早期治療に繋がられるよう受診率の向上を目指します。
事業の概要	メタボリックシンドロームおよびそれともなう生活習慣病の予防を目指した特定健康診査・特定保健指導を進めるため、広報、受診勧奨、再勧奨等の取組を行い、特定健康診査の受診率の向上を図ります。
現在までの事業結果（成果・課題）	特定健診は、その後の特定保健指導や保健事業の起点となることから、受診者の増加を図るため、健診未受診者に対するナッジ理論を活用した個別の受診勧奨や関係団体と連携した普及啓発等を推進するとともに、令和4年度からは節目年齢の方に対する自己負担額の無料化を実施し、健診受診のきっかけづくりを提供してきました。 受診率は、令和元年度に33.3%まで上昇したが、令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響もあり、受診率が一時低下した。その後、令和3年度は健診会場における感染症防止対策の徹底を図ることで34.1%まで回復し、令和4年度には過去最高の35.9%まで上昇しました。
対象者	40～74歳の被保険者

項目	No.	評価指標	計画策定時実績 (R4)	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	15.4%	15.5%	15.7%	15.8%	15.9%	16.1%	16.2%
	2	健診未受診者に対する受診勧奨後に受診に繋がった者の割合	27.4%	27.7%	31.1%	34.7%	40.3%	48.1%	55.9%

項目	No.	評価指標	計画策定時実績 (R4)	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	35.9%	36.4%	39.2%	42.2%	46.9%	53.4%	60.0%	
		男性	40～49歳	21.1%	21.4%	23.0%	24.8%	27.6%	31.4%	35.3%
			50～59歳	23.5%	23.8%	25.7%	27.6%	30.7%	35.0%	39.3%
		女性	40～49歳	26.7%	27.1%	29.2%	31.4%	34.9%	39.7%	44.6%
	50～59歳		32.0%	32.4%	34.9%	37.6%	41.8%	47.6%	53.5%	
	2	かかりつけ医による情報提供数	490	500	510	520	530	540	550	
3	職域との連携による提供数	82	85	88	91	94	97	100		

プロセス (方法)	周知	対象者には、受診券と案内パンフレットを送付する。そのほかに、市の広報誌やホームページを活用するとともに、全戸配布する「甲府市民健康ガイド」等で周知します。	
	勧奨	当年度健診未受診者へ受診勧奨ハガキを送付します。	
	実施および 実施後の 支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施します。
		実施場所	個別健診：市内の指定医療機関 集団健診：指定の健診実施機関及び一部の公共施設
		時期・期間	集団健診：6月～12月 個別健診：7月～1月
		データ取得	かかりつけ医からの診療情報提供や事業主健診の健診結果データ提供への働きかけ等
		結果提供	健診実施機関から受診者本人へ郵送または対面により結果を通知します。 集団健診受診者のうち特定保健指導対象者に対しては、結果説明会にて市から受診者へ通知します。
	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)	受診者の利便性向上のために、特定健診とがん検診を同時に受診できるよう一体的に実施するとともに、集団健診の土日祝日の開催や実施を増やし、被保険者が受診しやすい環境を提供している。さらに、40歳から5歳刻みの節目年齢者に対する自己負担額1,000円の無料化を実施し、健診受診のきっかけづくりを行っています。	

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康保険課にて実施
	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)	健診を甲府市医師会・厚生連健康管理センターに委託するほか、必要に応じて個々の医療機関へ委託します。
	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に管理・保管を委託します。
	民間事業者	外部委託事業者にて、受診券の印刷、同封物の封入封緘作業を委託します。
	その他の組織	自治会連合会と共同して、受診勧奨のためのチラシを作成し、各地域にて回覧を行います。
	他事業	地区の総会等の会議の場で、特定健診の周知や受診勧奨を行います。 がん検診との同時実施します。
	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)	地域保健課と健診業務について定期的な打ち合わせ会議を行うとともに、集団健診の運営業務を協力して実施しています。医師会等の健診実施機関とは、業務における課題を共有し、受診しやすい環境の整備に向けた改善を図ります。

事業の目的	特定保健指導対象者に対して、特定保健指導(積極的支援及び動機付け支援)を行うことで、メタボリックシンドロームの改善と、メタボリックシンドローム及び関連する生活習慣病の減少を図ります。
事業の概要	集団健診・個別健診・人間ドック・簡易脳ドック受診者における特定健診の結果特定保健指導に該当した方に対し特定保健指導を実施することで、自分の生活習慣を見直し改善を図ります。
現在までの事業結果(成果・課題)	特定保健指導の実施率は26.9%(令和4年度)であり、国が示した目標(60%)と実績は大きく乖離しています。しかし、特定保健指導の利用者では、翌年度対象ではなくなった者が8.9%あり、指導を受けることで改善の可能性があることから、初回面談利用率の向上に取組む必要があります。
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(R4)	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	22.7%	22.7%以上 (現状値より増加)	22.7%以上 (現状値より増加)	22.7%以上 (現状値より増加)	22.7%以上 (現状値より増加)	22.7%以上 (現状値より増加)	22.7%以上 (現状値より増加)	
	2	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合(全年齢)	27.9%	26.2%	24.7%	23.1%	21.5%	20.0%	18.4%以下	
		男性	40~49歳	40.5%	39.5%	38.5%	37.5%	36.5%	35.5%	34.4%以下
			50~59歳	44.3%	42.3%	40.3%	38.3%	36.3%	34.3%	32.3%以下
			60~69歳	47.3%	44.2%	41.2%	38.2%	35.2%	32.2%	29.2%以下
			70~74歳	50.9%	48.4%	45.9%	43.4%	40.9%	38.4%	35.9%以下
		女性	40~49歳	9.0%	8.0%	7.0%	6.0%	5.0%	4.0%	3.0%以下
			50~59歳	10.0%	9.0%	8.0%	7.0%	6.0%	5.0%	4.0%以下
60~69歳	12.5%		11.5%	10.5%	9.5%	8.5%	7.5%	6.5%以下		
70~74歳	15.3%	14.3%	13.3%	12.3%	11.3%	10.3%	9.3%以下			
3	特定保健指導参加者の生活習慣改善率	—	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加		

項目	No.	評価指標	計画策定時実績(R4)	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)【法定報告】	22.1%	27.9%	32.9%	37.9%	45.2%	52.6%	60.0%
		動機付け支援	26.9%	34.0%	40.0%	46.1%	55.0%	64.0%	73.0%
		積極的支援	11.7%	14.8%	17.4%	20.1%	23.9%	27.8%	31.8%
	2	結果説明会動員の参加率	33.6% (201人/599人)	42.4%	50.0%	50.0%	57.6%	72.5%	91.0%
		動機付け支援	36.7%	46.3%	54.6%	62.9%	75.1%	87.3%	99.6%
		積極的支援	26.6%	33.6%	39.6%	45.6%	54.4%	63.3%	72.2%
	3	腹囲2cm・体重2kg減少割合	—	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加

プロセス(方法)	周知	対象者には結果説明会の案内を送付する。そのほかに、市の広報誌およびホームページや、甲府市民健康ガイド、健診のご案内パンフレットを配布し周知します。
	勧奨	結果説明会、対面結果説明の際に初回面談の利用勧奨を行います。
	初回面接	集団健診における特定保健指導対象者は、健診実施2か月後に案内を送付し、申込みに基づいて実施します。個別健診・簡易脳ドックにおける特定保健指導対象者は、健診実施3か月後に案内を送付し、申込みに基づいて実施します。人間ドック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します。
	実施場所	健康支援センター、委託業者の設定する場所
	実施内容	特定保健指導対象者選定・階層化の方法を用いて抽出された者に対し結果説明会を行います。対象者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施します。結果説明会(初回面接)以後継続支援(初回面接から支援完了まで)を行い、6か月後に対象者自身が設定した行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたか等の評価を行います。
	時期・期間	集団健診後の初回面談：7月~2月に実施 個別健診後の初回面談：4月~3月に月1回実施 最終評価は、年度内に完了したものを終了とします
	実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導終了時に必要に応じて地区別等の健康教室につなげます。
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)	指導期間中のモニタリングの進捗及び結果は委託事業者から報告を受け、情報共有しながら必要な対策を検討します。	

ストラクチャー チャーター (体制)	庁内担当部署	地域保健課に執行委任
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	特定健診を委託する市医師会と会員向けに説明会を開催し、対象者への周知に協力を得ます。
	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に管理・保管を委託します。
	民間事業者	今後、外部委託事業者も視野に入れて検討し実施します。
	その他の組織	管理栄養士による食育SATシステムを使用した食事診断や、運動指導員による「運動教室」などによる集団指導を実施します。
	他事業	結果説明会(集団・個別)、対面結果説明(人間ドック)、電話フォローの際に初回面談の利用勧奨を行います。
	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)	集団形式の保健指導を継続実施とともに、個別対応を行い利用率の向上に努めます。併せて、特定保健指導実施の周知や保健指導参加の必要性について啓発活動を重視します。また、特定保健指導実施機関の拡大を図るとともに、利用率の向上として、働き世代へのICTを活用した特定保健指導を展開できる環境など整備していきます。さらに、効果的な保健指導が実施できるよう、対象者の健康課題や事業の評価指標を共有する等、委託機関との連携体制を構築していきます。

※参考資料

【甲府市保健計画における成果指標】

指標名	現状値	令和6 (2024) 年度目標	令和7 (2025) 年度目標	令和8 (2026) 年度目標	令和9 (2027) 年度目標	令和10 (2028) 年度目標	令和11 (2029) 年度目標
主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上ほぼ毎日食べている市民	48.1% (令和5年度)	—	—	—	—	—	50.0%以上
週2回以上意識的に身体活動をしている人の割合	48.6% (令和5年度)	—	—	—	—	—	53.5%以上
週2回以上意識的に運動やスポーツをしている人の割合	44.9% (令和5年度)	—	—	—	—	—	49.4%以上
1日あたり8,000歩以上歩いている人の割合	12.2% (令和5年度)	—	—	—	—	—	13.5%以上

事業の目的	歯周疾患の早期発見と治療により、歯周病が全身に及ぼすリスクを低減し生活習慣病を予防します。
事業の概要	歯科(歯周を含む)に関連する疾患及び歯科疾患が影響する全身疾患や糖尿病の発症やコントロール不良、心筋梗塞や脳梗塞のリスク低減等の生活習慣病を予防するため、保健衛生部門と連携し成人歯周疾患健診の受診率の向上を図ります。
現在までの事業結果(成果・課題)	衛生部門にて成人歯周疾患健診を実施しているが、健診受診率が低いことが現状にある。その反面、歯科医療費は年々増加傾向にあり、医療費の点からも対策が必要となっています。

対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・年度末到達年齢が30歳～39歳になる歯周疾患健診未受診の方 ・40～74歳の被保険者
-----	--

	No.	評価指標	計画策定時実績(R4)	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	特定健診受診者における何でも噛んで食べられると回答した者の割合	83.7%	83.7%以上 (現状値より増加)	83.7%以上 (現状値より増加)	83.7%以上 (現状値より増加)	83.7%以上 (現状値より増加)	83.7%以上 (現状値より増加)	83.7%以上 (現状値より増加)
	2	歯科健診受診勧奨における成人歯周疾患健診受診率	—	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加

	No.	評価指標	計画策定時実績(R4)	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	歯科健診受診勧奨対象者における成人歯周疾患健診勧奨通知発送割合	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス(方法)	周知	40～74歳の被保険者には、特定健康診査受診券に成人歯周疾患健診の案内チラシを同封し周知する。そのほかに、市の広報誌やホームページ、子育てガイドブックを活用するとともに、全戸配布する「甲府市民健康ガイド」等で周知します。	
	勧奨	年度末、到達年齢が30～39歳には、個別に通知文・案内チラシ・受診券を送付します。	
	実施および実施後の支援	実施形態	健診実施医療機関にて個別に実施
		実施場所	成人歯周疾患健診：市内の指定医療機関 124か所
		時期・期間	5月～3月末(医療機関の受診可能日まで)
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)	保険者として、被保険者の健康保持・増進のためには、デンタルヘルス事業の推進が必要と考え、R5年度から年度末到達年齢40歳以上の保険者に対して、特定健康診査受診券に成人歯周疾患健診(歯科健診)の案内チラシを同封し、歯科健診への受診勧奨を実施します。更に、健康意識の向上と口腔ケア推進を目的に、30歳世代の若い世代に対して、追加の受診勧奨を実施します。		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	地域保健課にて実施
	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)	健診を甲府市歯科医師会に委託します。
	他事業	健康づくり教室や集団健診の場で、成人歯周疾患健診の周知や受診勧奨を行います。
	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)	4・5歳児すくすく発育歯科健診時にて保護者の方も一緒に歯科健診(成人歯周疾患健診)を受けられる環境を整備します。

※参考資料

【甲府市保健計画における成果指標】

指標名	現状値	令和6(2024)年度目標	令和7(2025)年度目標	令和8(2026)年度目標	令和9(2027)年度目標	令和10(2028)年度目標	令和11(2029)年度目標
年1回以上の歯科健診を受診した人の割合	55.9% (令和5年度)	—	—	—	—	—	61.5%以上
歯・口腔の健康を保つことへの関心を持っている人の割合	88.7% (令和5年度)	—	—	—	—	—	90.0%以上

～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予防し、糖尿病を起因とする新規透析導入を防止します。
------	--

項目	No.	総合評価指標	計画策定時 実績 (R4)	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 6.5%以上の者の割合 (高血糖者の割合) (全年齢)	10.1%	10.0%	9.9%	9.9%	9.8%	9.7%	9.6%以下	
		男性	40～49歳	5.1%	5.0%	4.9%	4.8%	4.7%	4.6%	4.5%以下
			50～59歳	7.4%	7.4%以下 (現状値より減少)	7.4%以下 (現状値より減少)	7.4%以下 (現状値より減少)	7.4%以下 (現状値より減少)	7.4%以下 (現状値より減少)	7.4%以下 (現状値より減少)
			60～69歳	15.3%	15.0%	14.8%	14.5%	14.2%	14.0%	13.7%
			70～74歳	18.5%	18.1%	17.6%	17.2%	16.7%	16.3%	15.8%
		女性	40～49歳	2.3%	2.2%	2.1%	2.0%	1.9%	1.8%	1.7%
			50～59歳	2.5%	2.5%以下 (現状値より減少)	2.5%以下 (現状値より減少)	2.5%以下 (現状値より減少)	2.5%以下 (現状値より減少)	2.5%以下 (現状値より減少)	2.5%以下 (現状値より減少)
			60～69歳	7.0%	7.0%	6.9%	6.9%	6.8%	6.8%	6.7%
	70～74歳		9.5%	9.4%	9.3%	9.3%	9.2%	9.1%	9.0%	
	2	HbA1c 8.0% (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)	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%以下	
		男性	40～49歳	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%以下
			50～59歳	1.7%	1.7%	1.7%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%以下
			60～69歳	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%以下
			70～74歳	1.9%	1.9%	1.9%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%以下
		女性	40～49歳	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%以下
			50～59歳	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%以下
			60～69歳	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%以下
	70～74歳		0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%以下	
	3	HbA1c 悪化率 (短期)	16.2% (R3→R4)	15.6% (R5→R6)	15.0% (R6→R7)	14.4% (R7→R8)	13.8% (R8→R9)	13.2% (R9→R10)	12.6% (R10→R11)	
		男性	40～49歳	10.6%	10.2%	9.8%	9.5%	9.1%	8.7%	8.3%以下
			50～59歳	19.6%	18.9%	18.2%	17.4%	16.7%	16.0%	15.3%以下
			60～69歳	16.8%	16.2%	15.6%	14.9%	14.3%	13.7%	13.1%以下
			70～74歳	19.3%	18.6%	17.9%	17.1%	16.4%	15.7%	15.0%以下
		女性	40～49歳	14.3%	13.8%	13.2%	12.7%	12.2%	11.7%	11.1%以下
			50～59歳	15.7%	15.1%	14.5%	14.0%	13.4%	12.8%	12.2%以下
			60～69歳	14.8%	14.3%	13.7%	13.2%	12.6%	12.1%	11.5%以下
			70～74歳	15.8%	15.2%	14.6%	14.1%	13.5%	13.0%	12.3%以下
		HbA1c 悪化率 (中長期)	19.5% (R1→R4)			12.5%以下 (R5→R8)			15.4%以下 (R5→R11)	
男性		40～49歳	16.4%			10.5%			12.9%	
		50～59歳	22.3%			14.3%			17.6%	
	60～69歳	20.3%			13.0%			16.0%		
	70～74歳	23.6%			15.2%			18.7%		

項目	No.	総合評価指標		計画策定時 実績 (R4)	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		女性	40～49歳	19.8%			12.7%			15.6%			
			50～59歳	20.6%			13.2%			16.2%			
			60～69歳	17.7%			11.4%			14.0%			
			70～74歳	19.0%			12.2%			15.0%			
	4	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率（短期）	3.7% (R3→R4)		3.6% (R5→R6)	3.5% (R6→R7)	3.5% (R7→R8)	3.4% (R8→R9)	3.4% (R9→R10)	3.3%以下 (R10→R11)			
			男性	40～49歳	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%		
				50～59歳	4.7%	4.6%	4.5%	4.5%	4.4%	4.3%	4.2%		
				60～69歳	4.3%	4.2%	4.1%	4.1%	4.0%	3.9%	3.8%		
				70～74歳	6.7%	6.6%	6.5%	6.3%	6.2%	6.1%	6.0%		
			女性	40～49歳	1.9%	1.9%	1.8%	1.8%	1.7%	1.7%	1.7%		
				50～59歳	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%		
				60～69歳	2.6%	2.6%	2.5%	2.5%	2.4%	2.4%	2.3%		
				70～74歳	4.1%	4.1%	3.9%	3.9%	3.8%	3.8%	3.7%		
			5	糖尿病性腎症重病期分類 悪化率（中長期）	5.8% (R1→R4)				5.1%以下 (R5→R8)			10.2%以下 (R5→R11)	
					男性	40～49歳	2.9%			2.5%			5.0%
						50～59歳	7.0%			6.1%			12.2%
	60～69歳	7.0%						6.1%			12.2%		
	70～74歳	10.9%						9.6%			19.2%		
	女性	40～49歳			0.4%			0.4%			0.8%		
		50～59歳			3.3%			2.9%			5.8%		
		60～69歳			4.9%			4.3%			8.6%		
		70～74歳	7.0%			6.1%			12.2%				
	5	HbA1c 6.5%（NGSP値）以上 の者のうち、糖尿病治療なしの者の 割合	11.8%		11.4%	11.0%	10.6%	10.2%	9.8%	9.4%以下			
			男性	40～49歳	22.7%	22.0%	21.2%	20.5%	19.7%	19.0%	18.2%以下		
				50～59歳	9.1%	8.8%	8.5%	8.2%	7.9%	7.6%	7.3%以下		
				60～69歳	15.1%	14.6%	14.1%	13.6%	13.1%	12.6%	12.1%以下		
70～74歳				8.8%	8.5%	8.2%	7.9%	7.6%	7.3%	7.0%以下			
女性			40～49歳	10.0%	9.7%	9.3%	9.0%	8.7%	8.4%	8.0%以下			
			50～59歳	22.2%	21.5%	20.7%	20.0%	19.3%	18.0%	17.8%以下			
			60～69歳	14.3%	13.8%	13.3%	12.9%	12.4%	11.9%	11.4%以下			
	70～74歳	9.5%	9.2%	8.9%	8.5%	8.2%	7.9%	7.6%以下					
6	健診未受診者のうち糖尿病治療中 断者の割合	1.4%	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%以下					

事業の目的	糖尿病の悪化および慢性腎臓病(CKD)に進行する可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防し、人工透析への移行を遅延または防止します。
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・服薬指導を行います。
現在までの事業結果(成果・課題)	対象者の選定において、かかりつけ医の判断(階層化)との乖離が見られます。また、対象者は既に医療機関にて治療中であることで安心して生活改善の必要性をあまり感じていないため、保健指導を受けるまでの時間を割くことに抵抗があり参加率が低くなっています。

対象者	選定方法	糖尿病または糖尿病性腎症で医療機関の受診歴がある方、かつ糖尿病用剤が処方されている方を市で選定	
	選定基準	健診結果による判定基準	前年度の健診でHbA1c7.0%以上もしくはe-GFR50mL/min/1.73m ² 以下もしくは空腹時血糖126mg/dl以上もしくは尿蛋白(+)以上の者
		レセプトによる判定基準	糖尿病、糖尿病性腎症で医療機関の受診歴がある者、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	透析治療中の者、1型糖尿病の者、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	尿蛋白(+)以上もしくは健診時の血圧(1度以上)140/90mmHg以上の者を優先し、40人を上限として選定		

項目	No.	評価指標	計画策定時実績(R4)	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	糖尿病重症化予防プログラム参加者のHbA1c(糖代謝)維持改善率	61.9% (13人/21人)	63%	64%	65%	66%	67%	68%
	2	糖尿病重症化予防プログラム参加者のeGFR維持改善率	19.0% (4人/21人)	20%	20%	20%	20%	20%	20%
	3	糖尿病重症化予防プログラム参加者における人工透析導入数	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	4	糖尿病重症化予防プログラム参加による生活習慣改善率	73.7%	75%	76%	77%	78%	79%	80%

項目	No.	評価指標	計画策定時実績(R4)	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	糖尿病重症化予防プログラムにおける保健指導実施率	55% (22人/40人)	100% (40人/40人)	100% (40人/40人)	100% (40人/40人)	100% (40人/40人)	100% (40人/40人)	100% (40人/40人)
	2	糖尿病重症化予防プログラム参加者の終了率	95.4% (21人/22人)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	高血糖者における事業の参加勧奨割合	23.5% (355人/1,511人)	25%	26%	27%	28%	29%	30%

プロセス(方法)	周知	対象者に対し、事業の概要を記載した案内文書にて周知します。また、かかりつけ医療機関への事業説明を行います。	
	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います。	
	実施および実施後の支援	利用申込	希望調査票にて申込、かかりつけ医より指示書を同封します。
		実施内容	委託事業者の保健師もしくは管理栄養士が月1回のICTによる個別面談もしくは電話にて保健指導を実施します。
		時期・期間	9月～2月
		場所	個別面談：市役所内会議室
		実施後の評価	指導終了後の医療機関で検査結果、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(指導終了後6ヶ月)のアンケートを送付し、内容により電話フォローを実施
その他(事業実施上の工夫・これまでの方法の改善点・留意点・目標等)	糖尿病重症化プログラム終了後アンケートを実施し、結果報告を委託事業者から得て必要な対策を検討します。(目標：報告率100%)		

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	健康保険課にて実施
	保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会には事業開始前(7月頃)の連絡会にて説明・周知を図ります。
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医からも利用勧奨をお願いする。かかりつけ医からの指示書に基づき指導のうえ、指導実施後の報告書を送付します。
	国民健康保険団体連合会	国保連合会よりレセプトデータを提供してもらい、委託業者に依頼します。
	民間事業者	委託事業者にて電話勧奨および指導を実施します。
	他事業	糖尿病発症・重症化予防として、高血糖状態者健康相談事業・糖尿病予防教室を地域保健課にて実施します。
	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)	指示書を得られる医療機関・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です。(目標：医療機関数の増加)効果的な保健指導が行えるよう、対象者の健康課題や事業の評価指標を共有する等、委託機関との連携体制を構築します。

～総合目的・総合評価指標～

総合目的	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重症化予防を図ります。
------	---

項目	No.	総合評価指標	計画策定時実績 (R4)	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	2	HbA1c 8.0% (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)	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%以下	
		男性	40～49歳	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%以下
			50～59歳	1.7%	1.7%	1.7%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%以下
			60～69歳	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%以下
			70～74歳	1.9%	1.9%	1.9%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%以下
		女性	40～49歳	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%以下
			50～59歳	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%以下
			60～69歳	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%以下
	70～74歳		0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%以下	
	2	血圧が受診勧奨判定値以上の者の割合 (I度高血圧)	20.6%	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)	20.6%以下 (現状値より減少)
		男性	40～49歳	25.9%	25.9%以下 (現状値より減少)	25.9%以下 (現状値より減少)	25.9%以下 (現状値より減少)	25.9%以下 (現状値より減少)	25.9%以下 (現状値より減少)	25.9%以下 (現状値より減少)
			50～59歳	32.3%	32.3%以下 (現状値より減少)	32.3%以下 (現状値より減少)	32.3%以下 (現状値より減少)	32.3%以下 (現状値より減少)	32.3%以下 (現状値より減少)	32.3%以下 (現状値より減少)
			60～69歳	36.6%	36.6%以下 (現状値より減少)	36.6%以下 (現状値より減少)	36.6%以下 (現状値より減少)	36.6%以下 (現状値より減少)	36.6%以下 (現状値より減少)	36.6%以下 (現状値より減少)
			70～74歳	35.4%	35.4%以下 (現状値より減少)	35.4%以下 (現状値より減少)	35.4%以下 (現状値より減少)	35.4%以下 (現状値より減少)	35.4%以下 (現状値より減少)	35.4%以下 (現状値より減少)
		女性	40～49歳	8.5%	8.5%以下 (現状値より減少)	8.5%以下 (現状値より減少)	8.5%以下 (現状値より減少)	8.5%以下 (現状値より減少)	8.5%以下 (現状値より減少)	8.5%以下 (現状値より減少)
			50～59歳	15.2%	15.2%以下 (現状値より減少)	15.2%以下 (現状値より減少)	15.2%以下 (現状値より減少)	15.2%以下 (現状値より減少)	15.2%以下 (現状値より減少)	15.2%以下 (現状値より減少)
			60～69歳	27.0%	27.0%以下 (現状値より減少)	27.0%以下 (現状値より減少)	27.0%以下 (現状値より減少)	27.0%以下 (現状値より減少)	27.0%以下 (現状値より減少)	27.0%以下 (現状値より減少)
	70～74歳		31.8%	31.8%以下 (現状値より減少)	31.8%以下 (現状値より減少)	31.8%以下 (現状値より減少)	31.8%以下 (現状値より減少)	31.8%以下 (現状値より減少)	31.8%以下 (現状値より減少)	
	2	脂質が受診勧奨判定値以上の者の割合	20.0%	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)	20.0%以下 (現状値より減少)
		男性	40～49歳	41.9%	41.9%以下 (現状値より減少)	41.9%以下 (現状値より減少)	41.9%以下 (現状値より減少)	41.9%以下 (現状値より減少)	41.9%以下 (現状値より減少)	41.9%以下 (現状値より減少)
			50～59歳	36.3%	36.3%以下 (現状値より減少)	36.3%以下 (現状値より減少)	36.3%以下 (現状値より減少)	36.3%以下 (現状値より減少)	36.3%以下 (現状値より減少)	36.3%以下 (現状値より減少)
			60～69歳	36.6%	36.6%以下 (現状値より減少)	36.6%以下 (現状値より減少)	36.6%以下 (現状値より減少)	36.6%以下 (現状値より減少)	36.6%以下 (現状値より減少)	36.6%以下 (現状値より減少)
			70～74歳	20.8%	57.7%以下 (現状値より減少)	57.7%以下 (現状値より減少)	57.7%以下 (現状値より減少)	57.7%以下 (現状値より減少)	57.7%以下 (現状値より減少)	57.7%以下 (現状値より減少)
		女性	40～49歳	22.7%	17.9%以下 (現状値より減少)	17.9%以下 (現状値より減少)	17.9%以下 (現状値より減少)	17.9%以下 (現状値より減少)	17.9%以下 (現状値より減少)	17.9%以下 (現状値より減少)
50～59歳			32.0%	26.7%以下 (現状値より減少)	26.7%以下 (現状値より減少)	26.7%以下 (現状値より減少)	26.7%以下 (現状値より減少)	26.7%以下 (現状値より減少)	26.7%以下 (現状値より減少)	
60～69歳			33.4%	44.1%以下 (現状値より減少)	44.1%以下 (現状値より減少)	44.1%以下 (現状値より減少)	44.1%以下 (現状値より減少)	44.1%以下 (現状値より減少)	44.1%以下 (現状値より減少)	
70～74歳	25.9%		52.2%以下 (現状値より減少)	52.2%以下 (現状値より減少)	52.2%以下 (現状値より減少)	52.2%以下 (現状値より減少)	52.2%以下 (現状値より減少)	52.2%以下 (現状値より減少)		
4	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合	1.4%	1.4%	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.1%以下		

事業の目的	ハイリスク者が生活習慣病を放置せず、適切に受診や治療を継続することで、動脈硬化の進行した脳血管疾患や虚血性心疾患・高血圧症・糖尿病等の生活習慣病の重症化予防を図ります。
事業の概要	生活習慣病のリスク保有者のうち、健診後未受診および治療中断者に受診勧奨通知の送付を行い、早期の受診を促します。
現在までの事業結果（成果・課題）	健診異常値放置者のうち、勧奨後の生活習慣病による医療機関受診者数は21.5%となっています。また、生活習慣病治療中断者のうち、勧奨後の生活習慣病による医療機関受診者数は47.9%であり、勧奨後の医療機関受診率が低くなっています。

対象者	選定方法	対象者の選定基準は市で決定します。当該前年度の健診結果および当該前年度のレセプトを元に判定します。	
	選定基準	健診結果による判定基準	当該前年度の健診受診後に、一度も医療機関受診履歴がない者の中から、「血圧」「脂質」「血糖」に関するいずれかの検査値で基準値以上の者
		レセプトによる判定基準	当該前年度に「糖尿病」・「高血圧症」・「脂質異常症」での受診履歴があるが、当該年度に受診履歴がない者
	除外基準	透析中の者、1型糖尿病の者、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	基準値以上の検査項目が重なっている者		

項目	No.	評価指標	計画策定時実績 (R4)	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	健診結果異常値による受診勧奨通知対象者における医療機関に受診した者の割合	21.5%	22%	23%	24%	25%	26%	27%
	2	生活習慣病治療中断による受診勧奨通知者における医療機関に受診した者の割合	47.9%	47.9% (現状維持)	47.9% (現状維持)	47.9% (現状維持)	47.9% (現状維持)	47.9% (現状維持)	47.9% (現状維持)

項目	No.	評価指標	計画策定時実績 (R4)	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	特定健診異常値放置者の受診勧奨通知発送割合	100% (427通)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	生活習慣病治療中断者の受診勧奨通知発送割合	100% (261通)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	3か月後未受診者に対する保健指導実施率	—	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加

プロセス (方法)	周知	対象者に対し、個別受診勧奨通知にて周知します。
	勧奨	健診結果の要医療域の者、受診を中断している者を対象に受診勧奨通知を送付します。3か月後の受診状況を把握し、未受診者には電話で勧奨します。
	実施後の支援・評価	通知発送の1～3か月後、電話勧奨の1～3か月後に、それぞれレセプトで受診状況を確認します。
	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)	経年対象者をチェックし、対策を検討する。(目標：対象者リストを経年で作成)

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康保険課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会には年度初めの連絡会にて説明・周知を図り、対象者の選定基準は毎年度合意を得る体制をとります。
	国民健康保険団体連合会	KDBシステム等の活用に係る支援を受けます。
	かかりつけ医・専門医	必要時、専門医への受診に繋がります。
	民間事業者	委託事業者にてレセプト・健診結果から対象者抽出します。勧奨通知後の受診状況をレセプトで確認をします。
	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)	効果的な事業実施のため、対象者の選定基準と医療機関への受診率に関しては医師会と共有し、基準検討などのその後の対策に生かす体制がとれるよう連携体制を検討します。委託事業者と効果検証結果を共有し、受診勧奨の質の向上に努めます。

～総合目的・総合評価指標～

総合目的	被保険者の健康保持・増進と医療の効果的な提供の取り組みを推進します。
------	------------------------------------

項目	No.	総合評価指標	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	重複・頻回受診者、重複服薬者における受診行動が改善された者の割合	70.0%	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)
	2	多剤投与者における投与行動が改善された者の割合	—	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加
	3	後発医薬品の使用割合	80.8%	81.0%	81.2%	81.4%	81.6%	81.8%	82.0%以上

事業4-1

重複・頻回受診、重複服薬・多剤投与者の保健指導事業

事業の目的	重複・頻回受診者、重複服薬・多剤投与者への適正受診勧奨を通じて、被保険者の健康保持・増進を図ります。
事業の概要	重複受診、頻回受診、重複服薬、多剤投与している者に対して、通知や保健指導等を行い適正化を目指します。また、不適切と考えられる受診や服薬を減少できるようにします。
現在までの事業結果（成果・課題）	H28年度より、適正受診・適正服薬の促進に向けて、対象者への通知と希望者に対する保健指導を行っていますが、訪問指導を希望する者が少なく、保健指導する機会が難しい状況です。保険給付費や被保険者1人当たりの医療給付費は増大しています。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 重複受診者：同一月に同一疾病(レセプトの主病名ICD10の中分類)で複数の医療機関を受診している者 頻回受診者：同一疾病(レセプトの主病名ICD10の中分類)で同一医療機関を月10回以上受診している者 重複服薬者：ひと月に同一成分の薬が複数医療機関(2医療機関以上)で処方されている者 多剤投与者：同一月に薬剤を複数機関から一定数処方されている者

項目	No.	評価指標	計画策定時実績 (R4)	目標値					
				2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	重複・頻回受診者、重複服薬者における受診行動が改善された者の割合	70.0%	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)	70.0% (現状維持)
	2	多剤投与者における投与行動が改善された者の割合	—	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加

項目	No.	評価指標	計画策定時実績 (R4)	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	重複・頻回受診者、重複服薬者の案内書通知発送割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	重複・頻回受診者、重複服薬者への保健指導実施率	18人 8.9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%
	3	多剤投与(6剤以上)者の案内書通知発送割合	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4	多剤投与者への保健指導実施率	—	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加	前年度より増加

プロセス (方法)	周知	対象者へ個別に受診行動適正化指導案内書にて周知します。
	勧奨	重複・頻回受診者、重複服薬者・多剤投与者を対象に受診行動適正化案内書を発送します。健康被害等リスクの高い対象者で、希望する者には専門職が保健指導を実施します。
	実施後の支援・評価	通知後3か月間の効果測定期間において、抽出時と同じ条件で、重複・頻回受診・重複服薬・多剤投与の対象者を抽出し、行動変容の有無を調査します。
	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)	経年対象者を確認し、対策を検討します。(目標：対象者リストを経年で作成)

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康保健課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	医師会や薬剤師会へ、事業開始前に連絡会等にて説明・周知を図る。また、効果的・効率的な事業を行うため、薬剤師会との連携体制を構築し保健指導を行っていきます。
	国民健康保険団体連合会	国保連合会からレセプトデータを提供してもらい、委託業者に依頼します。
	民間事業者	委託事業者にてレセプトから対象者抽出し、市がリストから選定した対象者へ受診行動適正化指導案内書を郵送します。送付した対象者に電話にて詳しい内容を説明し、保健指導の同意を得る。同意の得られた者に対し、専門職による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)	効果的な保健指導が実施できるよう、甲府市医師会・甲府市薬剤師会との連携体制を検討します。

事業4-2

後発医薬品普及促進事業

事業の目的	後発医薬品個別差額通知を通じて、被保険者の医療の効果的な提供の取り組みを推進します。
事業の概要	薬剤費の伸びを抑制するため、差額通知及び普及啓発等の取組を通じて、後発医薬品の利用を促進し、その利用率を高めます。
現在までの事業結果（成果・課題）	差額通知などにより、後発医薬品利用促進を進めており、R4年度には80.8%で、国の目標に近づいています。
対象者	後発医薬品へ変更した場合の自己負担額に100円以上削減効果が認められる者

項目	No.	評価指標	計画策定時実績 (R4)	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	後発医薬品の使用割合	80.8%	81.0%	81.2%	81.4%	81.6%	81.8%	82.0%以上

項目	No.	評価指標	計画策定時実績 (R4)	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	後発医薬品個別差額案内通知発送割合	99.2% (13,364件)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	後発医薬品個別差額案内通知発送回数	6回	6回	6回	6回	6回	6回	6回

プロセス (方法)	周知	対象者へ個別に利用を促進する通知にて周知します。
	勧奨	先発医薬品から一般的な後発医薬品への切り替えた場合に100円以上の削減効果が認められる者へ切替案内通知を発送します。
	実施後の支援・評価	後発医薬品利用による効果額の算定根拠となる4つ項目により効果検証します。 (1) 後発医薬品切替率（一般被保険者分と退職被保険者分） (2) 個人別削減効果額算出書 (3) 先発品薬価比算出書 (4) 後発医薬品普及率（金額・数量ベース）
	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）	後発医薬品差額通知の発送や被保険者証発送時に後発医薬品希望シール等を同封することで被保険者に対し普及啓発を図っています。 また、医療費の削減に寄与するとともに、医療費通知書を毎年延滞なく対象者に発送しています。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康保健課にて実施
	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）	甲府市医師会や甲府市薬剤師会へ事業に対して理解を得ます。 また、薬剤師会と連携体制を構築し後発医薬品の普及啓発に努めます。
	国民健康保険団体連合会	国保連合会からレセプトデータを提供してもらい、委託業者に依頼します。
	民間事業者	委託事業者にてレセプトから対象者抽出し、市がリストから選定した対象者へ受診行動適正化指導案内書を郵送します。
	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）	医療費の削減効果が大きく、削減効果も多額である後発医薬品へ切替の勧奨を継続します。

V その他の保健事業

健康保険課では、当計画の保健事業に加え、被保険者の更なる健康意識の向上や健康増進、医療費適正化を目的として、以下の保健事業について他課と連携していきます。

<p>乳幼児健康診査 (集団乳幼児健康診査)</p>	<p>乳幼児健診の中で実施している歯科健診を通して、口腔内の異常や歯科疾患の有無を早期に発見し適切な指導を行います。また、乳幼児期から定期的な健診受診の必要性について周知します。</p> <p>乳幼児の健康の保持増進、疾病や異常の早期発見、健全な親子関係の支援を行うため、発達段階に合わせて健康診査を実施します。</p> <p>また、健診を通じた児童虐待の早期発見や育児困難感等に対する相談支援を通じた児童虐待の予防に努めます。</p> <p>健診未受診者については、電話又は訪問等により複数回の受診勧奨をするとともに、発育・発達及び育児状況を確認し、必要に応じた助言、情報提供及び相談等を行い、乳幼児の健全な発育・発達を支援します。</p>
<p>4・5歳児すくすく 発育歯科健診</p>	<p>甲府市国民健康保険の4歳・5歳の被保険者を対象とした、むし歯の有無、噛み合わせ、歯並び、舌・唇の状態、発育異常、燕下法、呼吸法などの口腔機能全般の検査、総合的な生活習慣指導を行い、健康管理の推進を図ります。また、同時に希望する保護者の歯科健診(成人歯周疾患健診)を実施します。</p>
<p>がん検診 (胃・子宮・肺・乳・ 大腸・肝・前立腺)</p>	<p>受診者の利便性向上のために、特定健診とがん検診を同時に受診できるよう一体的に実施します。</p> <p>がんの早期発見や重症化予防のため、各種がん検診を実施するとともに、周知徹底と受診しやすい健診体制の整備を行い、がん検診の受診向上に努める。健診内容については、国の動向を注視し、また、県や医療機関との連携を図り、より精度の高い検診を提供できるよう努めます。</p> <p>また、検診後の支援体制においても、引き続き強化を図り精密検査の受診率の向上に努めます。</p>
<p>生活習慣病の予防及び 改善に向けた支援</p>	<p>高血糖状態の人に対しては、内臓肥満の有無に関係なく、生活習慣の改善と適切な医療が受けられるように健康相談等を実施し、重症化の予防に努めます。</p> <p>また、慢性腎臓病(CKD)を予防し、将来、人工透析にならないよう、健診の結果、腎機能が精密検査の対象となった人への受診勧奨や予防に関する情報提供等を行います。</p>
<p>健康教育</p>	<p>地域の健康課題や対象者に合わせ、高血糖状態の改善や糖尿病など生活習慣病予防、健康の維持増進、がん予防、介護予防、歯周疾患予防等を目的とした健康教育を、健康支援センターや身近な公民館等で実施します。地域の健康づくり組織や関係団体とも連携を図り、正しい知識の普及・啓発を図ります。</p> <p>また、広報やホームページなど市の広報媒体を活用した健康づくりに関する情報提供により、市民への幅広い普及啓発に努めます。</p>
<p>健康相談</p>	<p>健康づくりや健康管理のため、健康支援センターや公民館等、市民が幅広く相談できる窓口を整備し、生活習慣病の予防・改善や禁煙、栄養など心身の健康に関する個別の相談に応じ、必要な指導及び助言を行います。</p> <p>また、相談後の健康教室や健康診査等の活用についても呼びかけを行います。</p>
<p>アプリを活用した健康 づくり支援事業</p>	<p>身近なスマートフォンを用いて手軽に健康管理ができる健康アプリの利用を促進し、マイナポータルとの情報連携や健康ポイントのデジタル化などの機能を活用する中で、壮年期層など健康無関心層を含むより多くの市民の「健康意識の醸成」、「行動変容」及び「健康行動の習慣化」に繋げていきます。</p>
<p>ウォーキングの推進</p>	<p>各地区の保健計画推進協議会が作成したウォーキングマップの更新を適宜行うとともに、地域へのウォーキングマップや、健康教室等による正しい方法の普及により、多くの市民がウォーキングにより健康の維持増進が図れるよう、ウォーキングの推進に努めます。</p>
<p>高齢者の保健事業と介護 予防の一体的な 実施</p>	<p>高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業について国民健康保険の保健事業から後期高齢者医療保険へ繋がります。</p> <p>① ハイリスクアプローチ 保健師、看護師、管理栄養士などが、糖尿病(疑いのある方含む)の方に対し、生活習慣の改善や様々な合併症、人工透析にならないようにアウトリーチによる重症化予防の支援をするとともに、健康状態未把握者に対し、それぞれの健康状態に応じた情報をお届けし、健康づくりや介護予防を一層推進します。</p> <p>② ポピュレーションアプローチ 通いの場等において、保健師、看護師、管理栄養士などが健康意識の高揚を促し、生活習慣の改善や健診の受診に繋げるために、保険制度の説明や健康づくり、フレイル予防・介護予防などについて講義し、市民の疑問に答える。また、後期高齢者健診の受付や身体計測などを行います。</p>

評価指標一覧

○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	<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\geq130mmHg ②拡張期血圧\geq85mmHg 	<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。 	<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
		4	HbA1c 6.5%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"> ・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：R4年度→R7年度 6年後変化：R4年度→R10年度
		6	HbA1c 8.0%（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"> ・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

甲府市独自評価指標	計画全体	7	血圧が受診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 140mmHg ②拡張期血圧 \geq 90mmHg	<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。 ・1保険者当たり疾病別外来医療費点数が高い疾病の一つが高血圧症となっている。 ・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。 	<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
		8	脂質が受診判定値以上の割合 ※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、脂質の検査結果がある者の数	①、②、③のいずれかを満たす者の数 ①中性脂肪300mg/dl以上 ②HDLコレステロール34mg/dl以下 ③LDLコレステロール140mg/dl以上	<ul style="list-style-type: none"> ・脂質異常症の1件当たりの入院費用額と外来費用額が高い。 	<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。 	<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
		9	重複・頻回受診者、重複服薬者における受診行動が改善された者の割合	重複・頻回受診、重複服薬受診の対象者における勧奨通知を発送した者の数	重複・服薬受診、重複服薬受診の対象者における行動変容(改善)された者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも需要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータ ・多受診者指導業務効果分析資料(委託業者) 	<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
		10	後発医薬品の使用割合	後発医薬品のある先発医薬品の数量+後発医薬品の数量	後発医薬品の数量	<ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品の使用促進は、被保険者負担の軽減や国民健康保険財政の改善に資するものであること。 ・山梨県におけるジェネリック医薬品の使用割合目標については、山梨県医療費適正化計画（第3期）にて「平成35（2023）年度の後発医薬品の使用割合を80%以上」と設定していること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・山梨県国民健康保険国保連合会がレセプトデータを基に算出 	<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

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：生活習慣病の発症予防対策

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。 	<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	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な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"> ・アウトプット指標 ・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"> ・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

山梨県共通評価指標	事業分類 総合	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"> ・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
		7	(再掲) 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
		8	(再掲) 特定健康診査受診率	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
甲府市独自評価指標	事業1-1	9	生活習慣改善意欲がある者の割合	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(運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか)で「意志あり」と回答した者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・全国と比較し山梨県は生活習慣改善意欲ありの者の割合が低い。 	<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
		10	健診未受診者に対する受診勧奨後に受診に繋がった者の割合	健診未受診者で受診勧奨通知を発送した者の数	受診勧奨後に健診受診に繋がった者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・効果的な受診勧奨により、健診受診率の向上に繋がっているかを評価する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診等データ管理システム 	<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
		11	かかりつけ医による情報提供数	健診未受診者のうち、定期的な通院が見込まれる者の数	診療情報の提供に同意があり、医療機関から提供があった者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・提供データから健康課題の分析や地域特性を把握することで、効果的な保健事業を展開する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診等データ管理システム 	<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
		12	職域との連携による提供数	事業主健診や消防団健診等の健診を受診した者の数	健診結果の提供があった者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・提供データから健康課題の分析や地域特性を把握することで、効果的な保健事業を展開する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診等データ管理システム 	<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

山梨県共通評価指標	事業1-2	13	(再掲) 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"> ・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
		14	(再掲) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	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
		15	(再掲) 特定保健指導実施率	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
甲府市独自評価指標	事業	16	特定保健指導参加者の生活習慣改善率	特定保健指導参加者数	特定保健指導参加により生活習慣が改善された者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者自身の生活習慣を改善するための行動変容が特定保健指導の目的であるため。 ・行動変容については、生活習慣の改善が2ヶ月以上継続した場合に評価する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・衛生統計 ・特定保健指導実施報告書 	<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
		17	結果説明会勧奨者の参加率	結果説明会への勧奨者数	結果説明会へ参加勧奨した者のうち参加した者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防に対する保健指導の第1の目的は、生活習慣病に移行しないことである。そのための保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気付き、自らの生活習慣病を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア(自己管理)ができるようになることを目的としている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・衛生統計 	<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
		18	腹囲2cm・体重2kg減少割合	特定保健指導参加者数	特定保健指導参加により腹囲2cm・体重2kg減少した者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の実施にあたっては、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導を終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直しされたため。 	<ul style="list-style-type: none"> ・衛生統計 ・特定保健指導実施報告書 	<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
甲府市独自	事業	19	特定健診受診者における何でもかんで食べられると回答した者の割合	特定健診受診者のうち、当該回答がある者の数	食事を何でもかんで食べる事ができると回答した者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・う歯および歯周病に代表される歯科疾患は、食生活や社会生活等に支障をきたし、全身の健康さらに、食事や会話等の生活の質への影響があるため、歯の状態を把握する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステム「生活習慣の状況」 	<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

評価指標	1-3	20	歯科健診受診勧奨における成人歯周疾患健診受診率	40～74歳の被保険者、年度末到達年齢が30～39歳になる歯周疾患健診未受診者数	30歳以上の成人歯周疾患健診を受診した被保険者数	<ul style="list-style-type: none"> 健康日本21(第3次)の歯・口腔の健康の目標の1つとして「歯科検診受診者の増加」があり、指標は「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合」、目標値95%(令和14年度)となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 衛生統計 成人歯周疾患健診結果票 	<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
		21	歯科健診受診勧奨者における成人歯周疾患健診勧奨通知発送割合	40～74歳の被保険者、年度末到達年齢が30～40歳になる歯周疾患健診未受診者数	40～74歳の被保険者、年度末到達年齢が30～41歳になる歯周疾患健診未受診者における勧奨通知発送数		<ul style="list-style-type: none"> 歯科レセプトデータ 	<ul style="list-style-type: none"> アウトプット指標 単年ごとの推移をモニタリング

○事業分類2：糖尿病性腎症重症化予防対策

		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) HbA1c 6.5% (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"> 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
		2	(再掲) HbA1c 8.0% (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3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	(再掲) 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：R4年度→R7年度 6年後変化：R4年度→R10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"> 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：R4年度→R7年度 6年後変化：R4年度→R10年度

山梨県共通評価指標	事業分類 総合	5	(再掲) HbA1c 6.5% (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 HbA1c 6.5% 以上の者の数	HbA1c 6.5% 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と、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"> 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
		6	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合	特定健診未受診者の数	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
甲府市独自評価指標	事業 2-1	7	糖尿病重症化予防プログラム参加者のHbA1c(糖代謝)維持改善率	糖尿病重症化予防プログラム参加者の数	糖尿病重症化予防プログラム参加者のうち、HbA1c(糖代謝)の維持改善した者の数	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施による事業の成果評価として設定。 	<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム指導業務効果分析資料 (委託業者) 	<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
		8	糖尿病重症化予防プログラム参加者のeGFR維持改善率	糖尿病重症化予防プログラム参加者の数	糖尿病重症化予防プログラム参加者のうち、eGFRの維持改善した者の数			<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
		9	糖尿病重症化予防プログラム参加者における人工透析導入者数	糖尿病重症化予防プログラム参加者の数	糖尿病重症化予防プログラム参加者のうち、人工透析導入者の数			<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
		10	糖尿病重症化予防プログラム参加者による生活習慣改善率	糖尿病重症化予防プログラム参加者の数	糖尿病重症化予防プログラム参加者のうち、生活習慣が改善した者の数			<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

甲府市独自評価指標	事業2-1	11	糖尿病重症化予防プログラムにおける保健指導実施率	糖尿病重症化予防プログラムにおける保健指導実施可能数 (R元年～R5 40人)	糖尿病重症化予防プログラム参加者の数			・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング		
		12	糖尿病重症化予防プログラム参加者の終了率	糖尿病重症化予防プログラム参加者の数	糖尿病重症化予防プログラム参加者のうち、プログラムを終了した者の数			・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施による事業の成果評価として設定。	・糖尿病性腎症重症化予防プログラム指導業務効果分析資料（委託業者）	・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		13	高血糖者における事業の参加勧奨割合	糖尿病または糖尿病性腎症で医療機関の受診歴がある者でかつ糖尿病用剤が処方されている者の数	糖尿病の悪化及び慢性腎臓病に進行する可能性がある者の数					・アウトプット指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

○事業分類3：生活習慣病重症化予防対策

		指標	分母	分子	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	1	(再掲) HbA1c 8.0% (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。	・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	(再掲) 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
甲府市独自評価指標	総合	3	(再掲) 血圧が受診勧奨判定値以上の者の割合 (I度高血圧) ※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 ≥ 140mmHg ②拡張期血圧 ≥ 90mmHg	・全国に比較し山梨県は血圧の有所見者割合が高い。 ・1保険者当たり疾病別外来医療費点数が高い疾病の一つが高血圧症となっている。 ・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。	・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。	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング
		4	(再掲) 脂質が受診勧奨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、脂質の検査結果がある者の数	①、②、③のいずれかを満たす者の数 ①中性脂肪300mg/dl以上 ②HDLコレステロール34mg/dl以下 ③LDLコレステロール140mg/dl以上	・脂質異常症の1件当たりの入院費用額と外来費用額が高い。	・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。	・アウトカム指標 ・単年ごとの推移をモニタリング

甲府市独自評価指標	事業3-1	5	健診結果異常値による受診勧奨通知対象者における医療機関を受診した者の割合	健診結果異常値による受診勧奨通知を発送した者の数	健診結果異常値による受診勧奨通知対象者が医療機関を受診した者の数	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病で受診勧奨レベルにも拘らず医療機関未受診の割合が高い。 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"> レセプトデータ 受診勧奨事業効果分析資料（委託業者） 	<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	生活習慣病治療中断による受診勧奨通知における医療機関を受診した者の割合	生活習慣病中断による受診勧奨通知を発送した者の数	生活習慣病中断による受診勧奨通知対象者が医療機関を受診した者の数		<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 受診勧奨事業効果分析資料（委託業者） 	<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
		7	特定健診異常値放置者の受診勧奨通知発送割合	健診結果異常値放置者の数	健診結果異常値による受診勧奨通知対象者における受診した者の数		<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 受診勧奨事業効果分析資料（委託業者） 	<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
		8	生活習慣病治療中断者の受診勧奨通知発送割合	生活習慣病治療中断者の数	生活習慣病中断による受診勧奨通知を発送した者の数		<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 受診勧奨事業効果分析資料（委託業者） 	<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
		9	3か月後の未受診者に対する保健指導実施率	3か月後も医療機関未受診者の数	未受診者に対する保健指導実施した者の数		<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 受診勧奨事業効果分析資料（委託業者） 	<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4：医療費適正化対策

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	
甲府市独自評価指標	事業分類 総合	1	(再掲)重複・頻回受診者、重複服薬者における受診行動が改善された者の割合	重複・頻回受診、重複服薬受診の対象者への案内書通知発送数	重複・服薬受診、重複服薬受診対象者の行動変容(改善)をされた者の数	<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 多受診者指導業務効果分析資料(委託業者) 	<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	多剤投与者における投与行動が改善された者の割合	多剤投与者への案内書通知発送数	多剤投与者の行動変容(改善)をされた者の数	<ul style="list-style-type: none"> 医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも需要である。 	<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 多受診者指導業務効果分析資料(委託業者)

甲府市独自評価指標	事業分類 総合	3	(再掲) 後発医薬品の使用割合	後発医薬品のある先発医薬品の数量+後発医薬品の数量	後発医薬品の数量	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の使用促進は、被保険者負担の軽減や国民健康保険財政の改善に資するものであること。 山梨県におけるジェネリック医薬品の使用割合目標については、山梨県医療費適正化計画(第3期)にて「平成35(2023)年度の後発医薬品の使用割合を80%以上」と設定していること。 	<ul style="list-style-type: none"> 山梨県国民健康保険国保連合会がレセプトデータを基に算出 	<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
	事業4-1-1	4	(再掲) 重複・頻回受診、重複服薬者における受診行動が改善された者の割合	重複・頻回受診、重複服薬受診の対象者への案内書通知発送数	重複・服薬受診、重複服薬受診対象者の行動変容(改善)をされた者の数	<ul style="list-style-type: none"> 医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも需要である。 	<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 多受診者指導業務効果分析資料(委託業者) 	<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	(再掲) 多剤投与者における投与行動が改善された者の割合	多剤投与者への案内書通知発送数	多剤投与者の行動変容(改善)をされた者の数		<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 多受診者指導業務効果分析資料(委託業者) 	<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	重複・頻回、重複服薬者の案内書通知発送割合	重複・頻回受診、重複服薬受診者の数	重複・頻回受診、重複服薬受診の対象者への案内通知発送数		<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 多受診者指導業務効果分析資料(委託業者) 	<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
		7	重複・頻回、重複服薬者への保健指導実施率	重複・頻回受診、重複服薬受診の対象者への案内書通知発送数	重複・頻回、重複服薬者への保健指導実施数		<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 多受診者指導業務効果分析資料(委託業者) 	<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
甲府市独自評価指標	事業4-1-1	8	多剤投与(6剤以上)者の案内書通知発送割合	多剤投与者の数	多剤投与者への案内書通知発送数	<ul style="list-style-type: none"> 医療費適正化の観点だけでなく、薬の副作用を予防する点からも需要である。 	<ul style="list-style-type: none"> レセプトデータ 多剤投与者指導業務効果分析資料(委託業者) 	<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
		9	多剤投与者への保健指導実施率	多剤投与者への案内書通知発送数	多剤投与者への保健指導実施数		<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 	

甲府市独自評価指標	事業4-2	10	(再掲) 後発医薬品の使用割合	後発医薬品のある先発医薬品の数量+後発医薬品の数量	後発医薬品の数量		<ul style="list-style-type: none"> 山梨県国民健康保険国保連合会がレセプトデータを基に算出 	<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
		11	後発医薬品個別差額案内通知発送割合	後発医薬品へ変更した場合の自己負担額に100円以上削減効果が認められる者の数	後発医薬品個別差額案内通知発送数	<ul style="list-style-type: none"> ジェネリック医薬品の使用促進は、被保険者負担の軽減や国民健康保険財政の改善に資するものであること。 山梨県におけるジェネリック医薬品の使用割合目標については、山梨県医療費適正化計画(第3期)にて「平成35(2023)年度の後発医薬品の使用割合を80%以上」と設定していること。 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品個別差額通知効果分析資料(委託業者) 	<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
		12	後発医薬品個別差額案内通知発送回数	後発医薬品個別差額案内通知発送の年間予定回数	後発医薬品個別差額案内通知発送回数			<ul style="list-style-type: none"> アウトプット指標 単年ごとの推移をモニタリング

VI その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行います。</p> <p>計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行います。評価に当たっては、市の関係機関および広域連合と連携を図ります。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図ります。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。</p>
<p>地域包括ケアに係る 取組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加します。</p> <p>KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係者と共有します。</p> <p>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繋ぎ、働きかけを行い、国保直診施設等を拠点とした取組をはじめ、医療・介護関係機関の連携による地域包括ケアの推進に向けた取組を検討します。</p>