

東伊豆町
第3期データヘルス計画
第4期特定健診・特定保健指導等実施計画
令和6年度～令和11年度

令和6年3月
東伊豆町国民健康保険

目 次

I 基本的事項	1
背景と目的	
計画の位置づけ	
計画期間	
実施体制・関係者連携	
基本情報	
現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析と課題	3
平均寿命等	
医療費の分析	
特定健康診査・特定保健指導の分析	
介護費の分析	
その他	
統計資料によるグラフ	
III 計画全体	23
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	24
1 特定健康診査(第4期特定健診・特定保健指導等実施計画)	
2 特定保健指導(第4期特定健診・特定保健指導等実施計画)	
3 重症化予防事業（受診勧奨）	
4 重症化予防事業（保健指導：糖尿病性腎症等）	
5 重症化予防事業（保健指導：高血圧）	
6 後発医薬品利用促進	
7 重複・頻回受診、重複服薬者対策	
8 各種健康教育、健康相談事業	
9～11 その他（がん検診、若年者生活習慣病予防健診、 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）	
V その他	33
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	全国の高齢化率は2023年には29.1%と過去最高を更新し、超高齢社会となった我が国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化への取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げた。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。
	計画の位置づけ	東伊豆町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期東伊豆町データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関係部署や地域の関係機関などと協力して健康課題の解決に努める。 なお、東伊豆町国民健康保険「データヘルス計画」は、東伊豆町まちづくり総合指針を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画などの関連計画と整合性を図り策定する。また、静岡県・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る。
計画期間		令和6年度～令和11年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定および保健事業の運営においては、健康づくり課が主体となって進める。
	地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、賀茂医師会・賀茂歯科医師会・賀茂薬剤師会、また県国民健康保険団体連合会などその他地域の関係団体との連携により進める。

(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)		11,479		5,434		6,045		
国保加入者数(人)	合計	3,220	100%	1,719	100%	1,501	100%	
	0～39歳(人)	503	16%	249	14%	254	17%	
	40～64歳(人)	952	30%	618	36%	334	22%	
	65～74歳(人)	1,765	55%	852	50%	913	61%	
	平均年齢(歳)	57.8		58.3		58.1		

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	特定健診・特定保健指導では賀茂医師会や健診実施機関と連携し実施する。糖尿病腎症重症化予防事業をはじめとする生活習慣病重症化予防では、賀茂医師会、賀茂歯科医師会、賀茂薬剤師会などと連携を図る。歯周疾患においては、生活習慣病の関連に着目して賀茂歯科医師会と連携を深めていく。その他の保健事業においては、健康づくり食生活推進協議会の協力を得ながら食習慣などの正しい健康知識の啓発に取り組んでいく。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータ、医療情報（KDBシステム、茶っとシステム）や事業実施における評価に係る助言で連携する。
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、商工会、農協、漁協、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	令和4年度の被保険者数は3,397人であり、平成30年度の4,055人から年々減少傾向にある。（KDB：地域の全体像の把握）
	年齢別被保険者構成割合	令和4年度では、39歳以下が14.8%、40-64歳が33.2%、65-74歳が52.0%であり、県平均よりも39歳以下の割合が低く、65-74歳の割合が高い。（KDB：地域の全体像の把握）
	その他	令和4年の一年間に加入者600人、脱退者840人であり、被保険者数3,323人に占める割合は30%を超え、被保険者の流入が多い。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、「特定健診受診率向上」を目指し、国保ヘルスアップ事業（補助金）を活用した未受診者対策に取り組んだ。また、保健事業においても国保ヘルスアップ事業（補助金）を活用し医療勧奨事業や重症化予防事業に取り組んだ。 「目標1 糖尿病要医療者の減少」は目標を達成し、「目標2 減塩への意識の向上」のアウトカム評価の「Ⅰ度高血圧者の割合」は減少しており、効果が出ている。「目標3 特定健診受診率・特定保健指導実施率は目標には達していないが向上している。第3期は引き続き補助金を活用して、特定健診受診率の向上及び重症化予防事業の効果が上がるように事業設計を行う必要がある。 また、医師会をはじめとした関係機関との連携が進んだ一方、各保健事業間の関係が十分でなかったため、保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。

II 健康・医療情報等の分析と課題

※Ⅲ計画全体（26ページ）

分類		健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題※No.
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比 等		SMR・超過死亡疾患 超過死亡疾患数は、心疾患（+11人）、悪性新生物（+6人）、脳血管疾患および糖尿病（各+3人）と県を上回っている。 平均余命および平均自立期間 男性 平均余命74.7歳、平均自立期間73.6歳（差1.1歳） 女性 平均余命84.2歳、平均自立期間81.9歳（差2.3歳） 県と比較して男女ともどちらの期間も短く推移している。また、H30-R04年の推移をみると、男女とも平均余命と平均自立期間は横ばいである。	図表6「死因」、 図表7「平均寿命・平均自立期間」 図表8「平均寿命・平均自立期間（経年推移）」	A、B
医療費の分析	医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）	国保の医療費レーダーチャートは、入院において「費用の割合」、「受診率」、「1人当たり医療費点数」が県を上回っている。外来では、「1日当たり医療費点数」が県を上回っているが、「受診率」および「1人当たり医療費点数」は県を下回っている。 年齢階級別の医療費の受診率では、65歳以上で男女ともに県平均より低い。64歳以下の男性では、県平均とほぼ同様で、64歳以下の女性は県平均よりもやや低い。平成30年から令和4年の変化を見ると、県平均と比較して大きな変化はない。	図表9「国保レーダーチャート」 図表10「性・年齢階級別の医療の受診率」	C、D
	疾病分類別の医療費	国保_医療費の負担が大きい疾患、標準化比分析 医療費の負担が大きい疾患は、統合失調症、慢性腎臓病（透析あり）、糖尿病、関節疾患、高血圧症の順で高く、特に統合失調症、関節疾患については男女ともに県に比べ標準化比が高くなっている。 後期高齢者医療 入院・入院外の合計では、骨折、関節疾患、不整脈が上位であり、腎臓病、糖尿病、脳梗塞が続いている。 入院医療費では、骨折、脳梗塞にかかっており、標準化で見ても男性女性ともに骨折は県よりも高くなっている。女性では、脳梗塞も高くなっている。 入院外では、不整脈、糖尿病、高血圧に医療費がかかっているが、標準化では男性の不整脈が県よりも高くなっている。 国保・後期の医療費から骨折・脳梗塞・関節疾患への対応が必要と考えられる。	図表11「国保_医療費の負担が大きい疾患、標準化比」 図表12「後期_医療費の負担が大きい疾患、標準化比」	A、B、C、D、J
	後発医薬品の使用割合	後発医薬品の数量ベースでの利用率は58%（令和5年9月調剤分）で国の目標である80%よりも大幅に低い。	図表14「後発医薬品の割合」	A
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	重複・頻回受診者の状況を見ると、1か月に10日以上受診している人が21人いる。 重複処方者の状況を見ると、同じ薬剤（または薬効）を2医療機関から処方されている人は66人いる。	図表15「重複・頻回受診者、多剤服用者の状況」	A
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	コロナ禍において、R02年度の特定健康診査受診率は低下したが、R03-R04年度にかけて上昇に転じており、継続して県よりも高く推移している。 60代、70代の受診者数は受診者全体の80%以上を占める。40代の受診率は男女とも低い状況である。 特定保健指導 分割実施や委託等により実施率は上傾向であり、令和4年度は45%となっている。	図表16「特定健診受診率」 図表17「特定健診受診率（性・年齢階層）」 図表18「特定健康診査受診者年齢構成率（経年推移）」 図表19「特定保健指導実施率」 図表20「特定保健指導実施率（年齢構成率（経年推移）」	E、F、G、H、I
	特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	健診検査値については、HDLコレステロール、拡張期血圧、収縮期血圧等の標準化比が県を上回っている。また、収縮期血圧、LDLコレステロールの有所見者数は多くなっている。	図表21「メタボリックシンドローム・予備群・非肥満高血糖」 図表22「健診検査値（国保）」	E、F、G、H、I
	質問票調査の状況（生活習慣）	質問票の状況は、2合以上の飲酒項目、喫煙、就寝前夕食、毎日の飲酒、運動習慣がない等の項目が、男女ともに標準化比が県を上回っている。	図表23「質問票の分析」	H、I
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析		生活習慣病1件当たり医療費を見ると、ほとんどの疾患で健診受診者の方が医療費が少ない。 脳梗塞、心筋梗塞で差が大きくなっていることから、健診を受診することが、生活習慣病の早期発見・早期治療に繋がっていると考えられる。	図表13「レセプト・健診結果等を組み合わせた分析」	E、F、G、H、I
介護費関係の分析		介護認定率は県に比べ低くなっているが、認定率は増加傾向である。介護給付率では要介護4が最も高く、続いて、介護5、介護2の順で高くなっている。	図表24「介護認定の状況」 図表25「介護給付費の状況・介護認定者の有病状況」	A、B、C
その他				

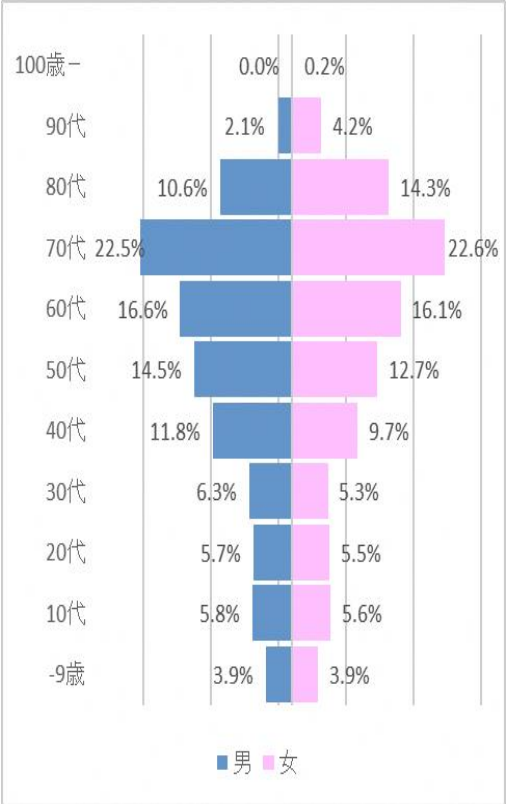
基本情報			
------	--	--	--

図表 1	人口構成（構成割合の比較）	出典	※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握_転記（R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査）
データ分析の結果	人口構成は、県、同規模、国と比較して64歳以下の割合が少なく、65歳以上の割合が10％以上多い。		

	保険者	県	同規模	国
計(人数)	11,479人	3,594,263人	11,448人	123,214,261人
－ 39歳	21.0%	36.1%	31.0%	37.6%
40-64歳	31.0%	33.7%	32.1%	33.7%
65-74歳	21.9%	14.5%	17.6%	13.9%
75歳	26.2%	15.6%	19.3%	14.8%
65歳以上 高齢化率	48.1%	30.1%	36.9%	28.7%

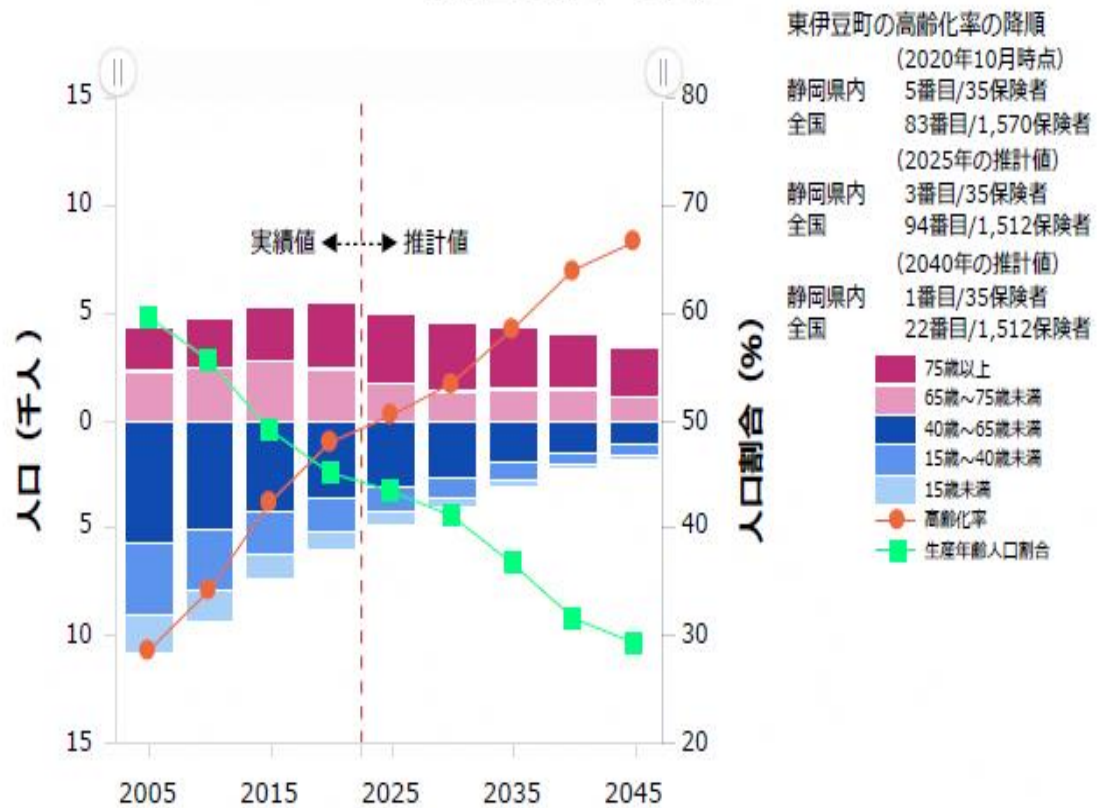
図表 2	人口構成（性・年齢階層）	出典	KDBシステム_S21_006_人口構成（R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査）
データ分析の結果	女性の割合が男性よりも5.4％多い。70歳代が1 番多く、70歳以上が38.5％を占めている。		

単位（人）			
（人数）	男	女	総計
－ 9 歳	213	233	446
10代	317	340	657
20代	312	330	642
30代	344	320	664
40代	640	584	1,224
50代	790	765	1,555
60代	901	972	1,873
70代	1,225	1,368	2,593
80代	576	865	1,441
90代	114	256	370
100歳－	2	12	14
計	5,434	6,045	11,479
割合	47.3%	52.7%	100.0%



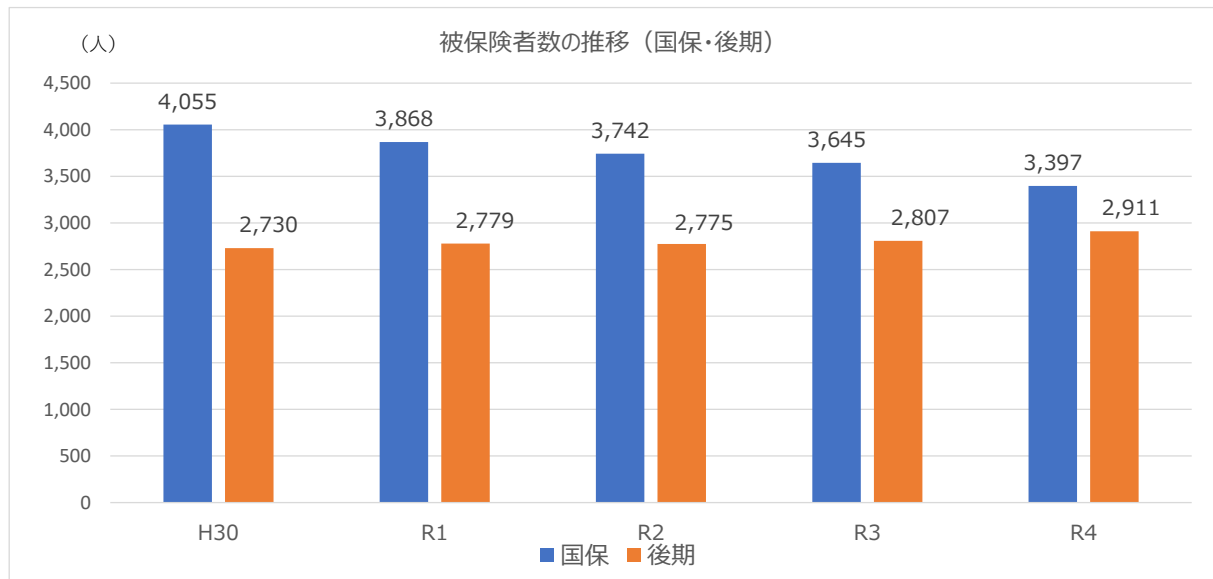
図表 3	人口将来推計	出典	KDBシステム_S21_006_人口構成（R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査）
データ分析の結果	2020年時点で県内3番目の高齢化率だが、2040年には、県内で一番高齢化率が高くなると推計されている。生産年齢人口割合の減少も顕著である。		

東伊豆町の人口の推移



図表 4	被保険者数（経年推移）	出典	KDBシステム_S21_001_地域全体像の把握（H30-R04年度分）
データ分析の結果	高齢化に伴い国保被保険者数は年々減少し、後期高齢者は徐々に増加している。		

(人数)	H30	R1	R2	R3	R4	傾向
国保	4,055	3,868	3,742	3,645	3,397	
後期	2,730	2,779	2,775	2,807	2,911	



図表 5	被保険者数 (性・年齢階層/経年推移)	出典	S21_006_被保険者構成 (H30-R04年度分)
データ分析の結果	ほとんどの年代で減少しており、特に39歳以下の減少が著しい。70～74歳のみ令和3年度まで増加傾向が見られた。		

男性（人数）

単位（人）

年齢階層	H30	R01	R02	R03	R04	傾向
－ 39歳	362	323	284	272	249	
40－44歳	83	73	70	81	78	
45－49歳	128	134	127	123	104	
50－54歳	132	134	137	137	125	
55－59歳	133	118	129	132	130	
60－64歳	206	183	173	186	181	
65－69歳	457	419	385	348	322	
70－74歳	500	546	585	576	530	

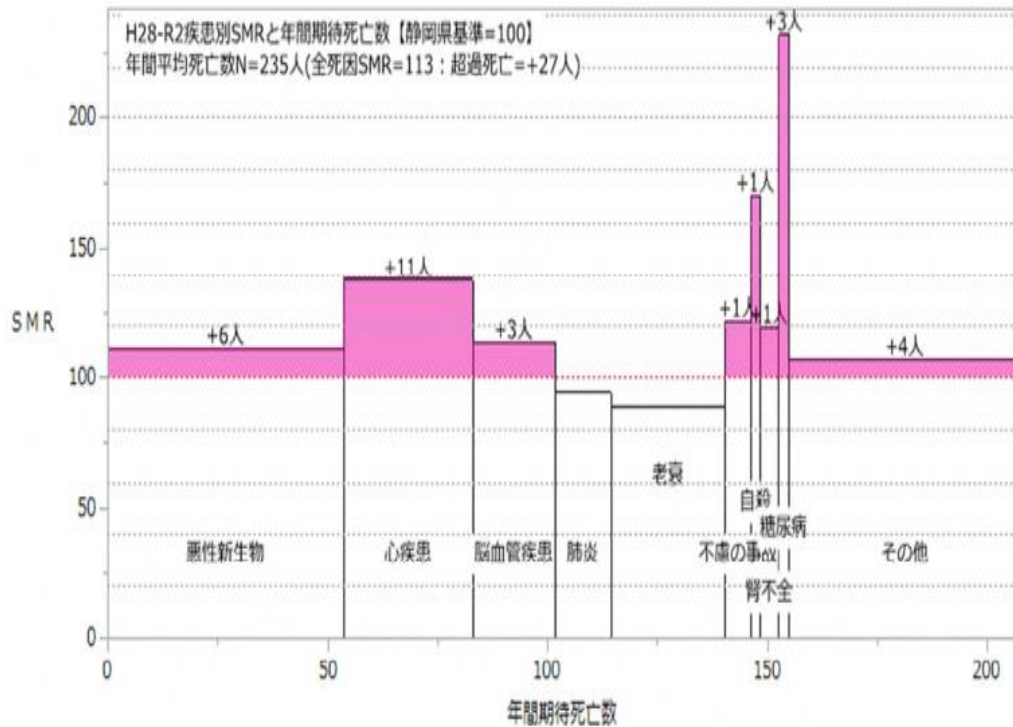
女性（人数）

単位（人）

年齢階層	H30	R01	R02	R03	R04	傾向
－ 39歳	340	314	278	245	254	
40－44歳	73	65	52	50	46	
45－49歳	80	89	79	79	79	
50－54歳	112	101	105	100	97	
55－59歳	130	113	114	114	112	
60－64歳	240	243	209	200	177	
65－69歳	504	446	423	387	356	
70－74歳	575	567	592	615	557	

図表 6	死因	出典	静岡県—標準化比SMR 超過死亡疾患別SMR（平成28年～令和2年）と年間期待死亡数
データ分析の結果	超過死亡疾患別SMRでは、心疾患11人、脳血管疾患 3 人と循環器疾患が多い。		

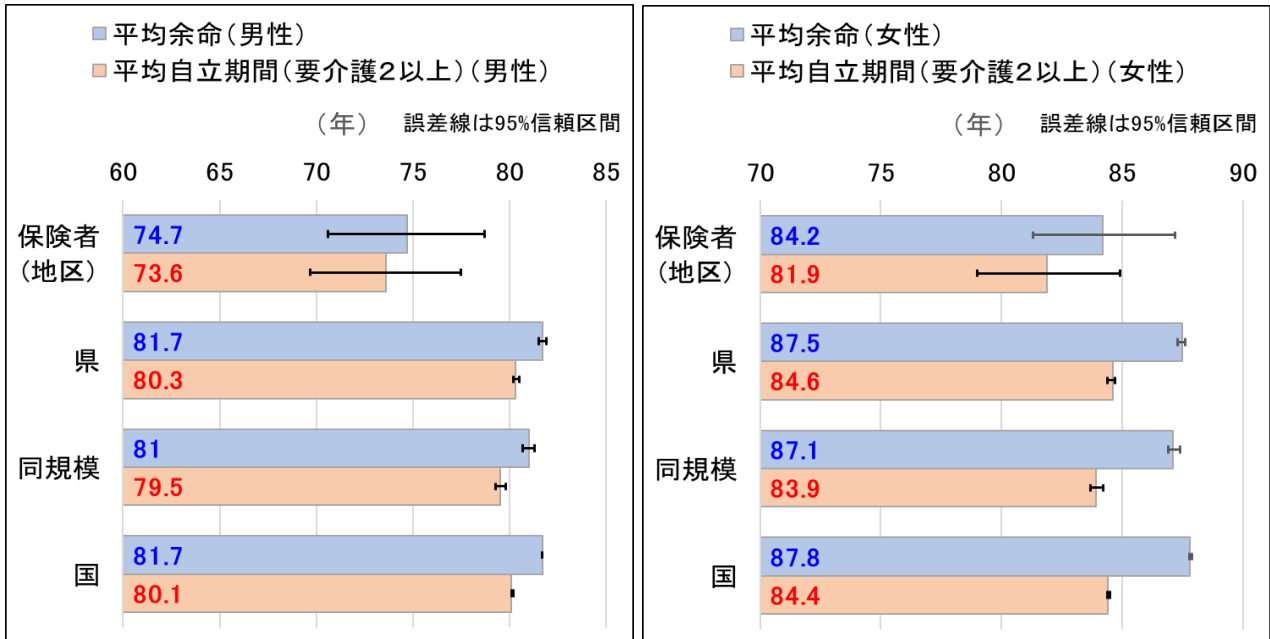
東伊豆町（男女計）



SMR（平成28年～令和2年）静岡県基準 = 100

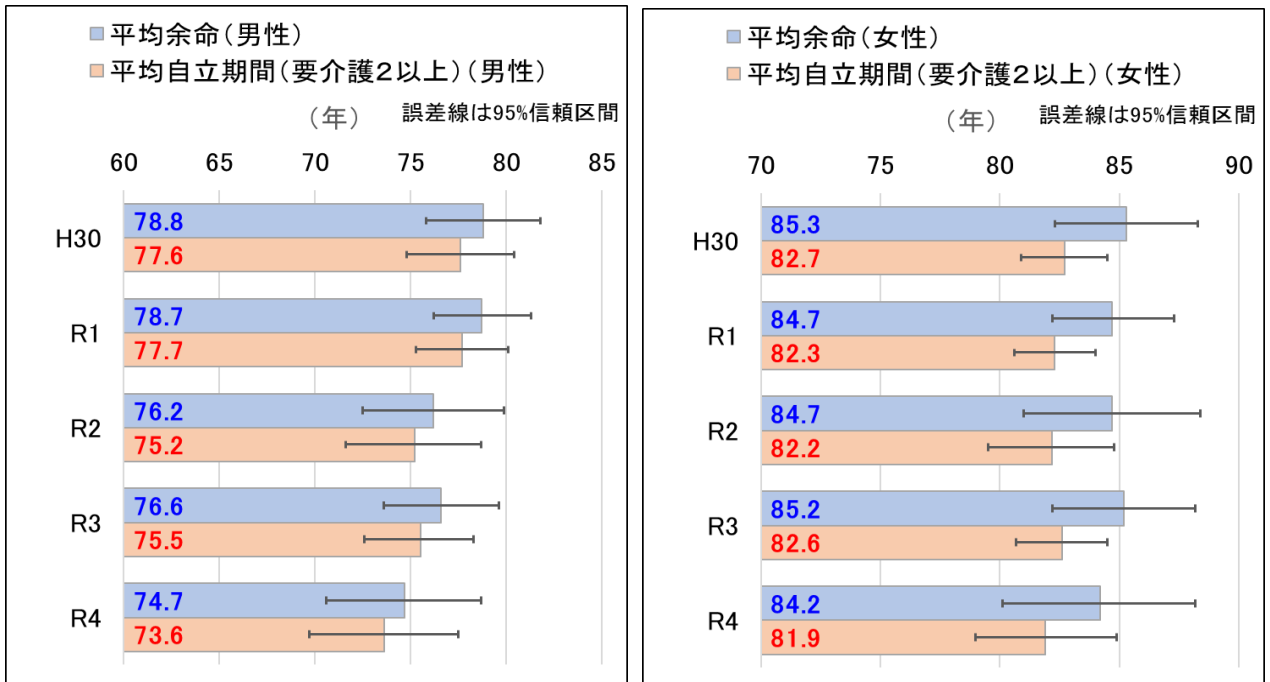
死因	男女計	男性	女性
悪性新生物	111.7	113.1	109.7
心疾患	137.8	131	144.1
脳血管疾患	113.8	126.7	101.5
肺炎	94.2	89.6	100.4
老衰	89.1	77.4	93.8
不慮の事故	122.1	103.4	145.6
自殺	170.5	156.7	203.3
腎不全	119.7	141.8	93.7
糖尿病	232.3	230.2	234.7

図表 7	平均寿命・平均自立期間（単年）	出典	※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04年度分-R02.12月末介護受給者台帳等）
データ分析の結果	男女ともに、平均余命、平均自立期間が県、同規模、国を下回っている。特に男性が大きく下回っている。		



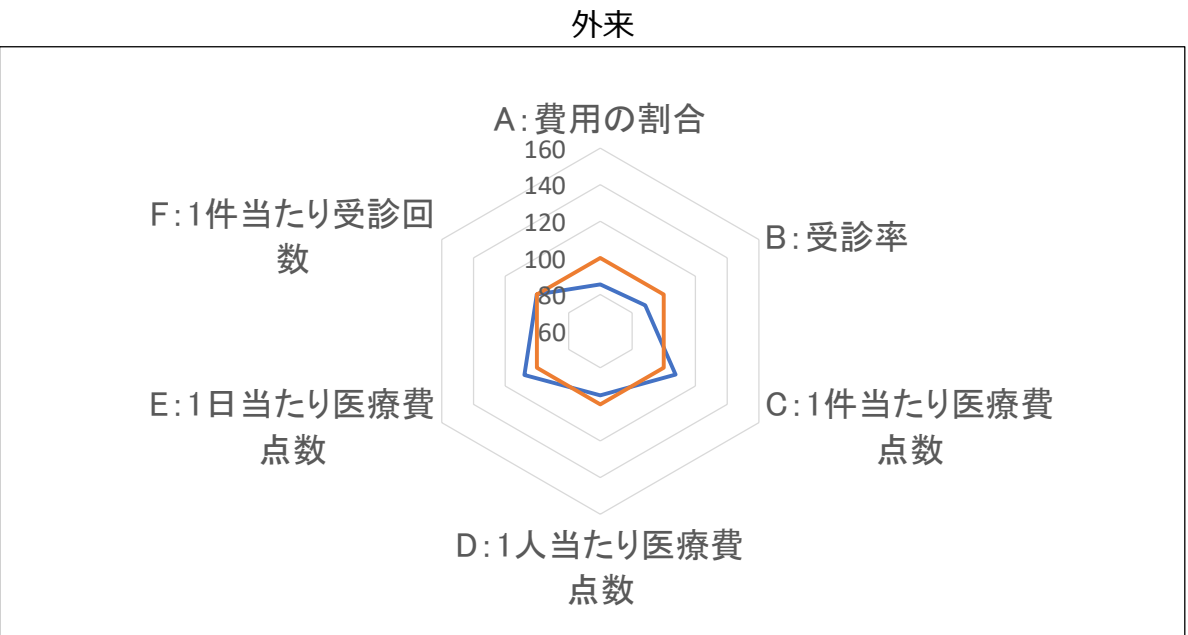
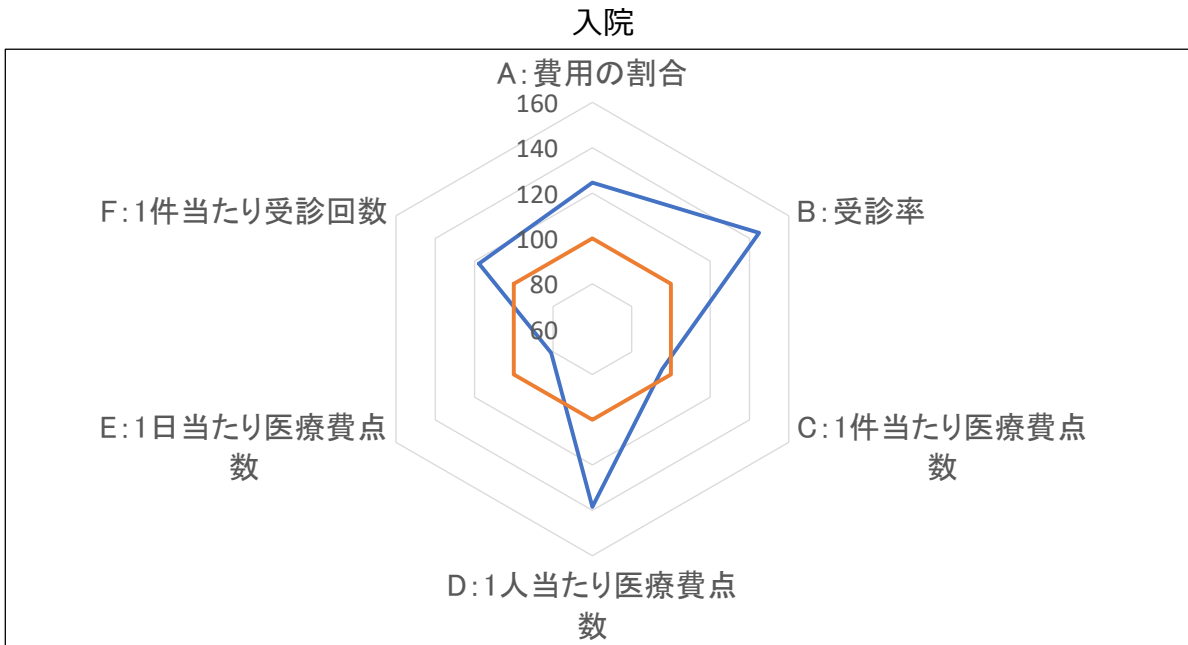
*国立保健医療科学院ツール（健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツールVer.2.0）

図表 8	平均寿命・平均自立期間（経年推移）	出典	※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（H30-R04年度分）
データ分析の結果	経年推移は、男性は年々減少、女性はほぼ横ばいである。		



*国立保健医療科学院ツール（健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツールVer.2.0）

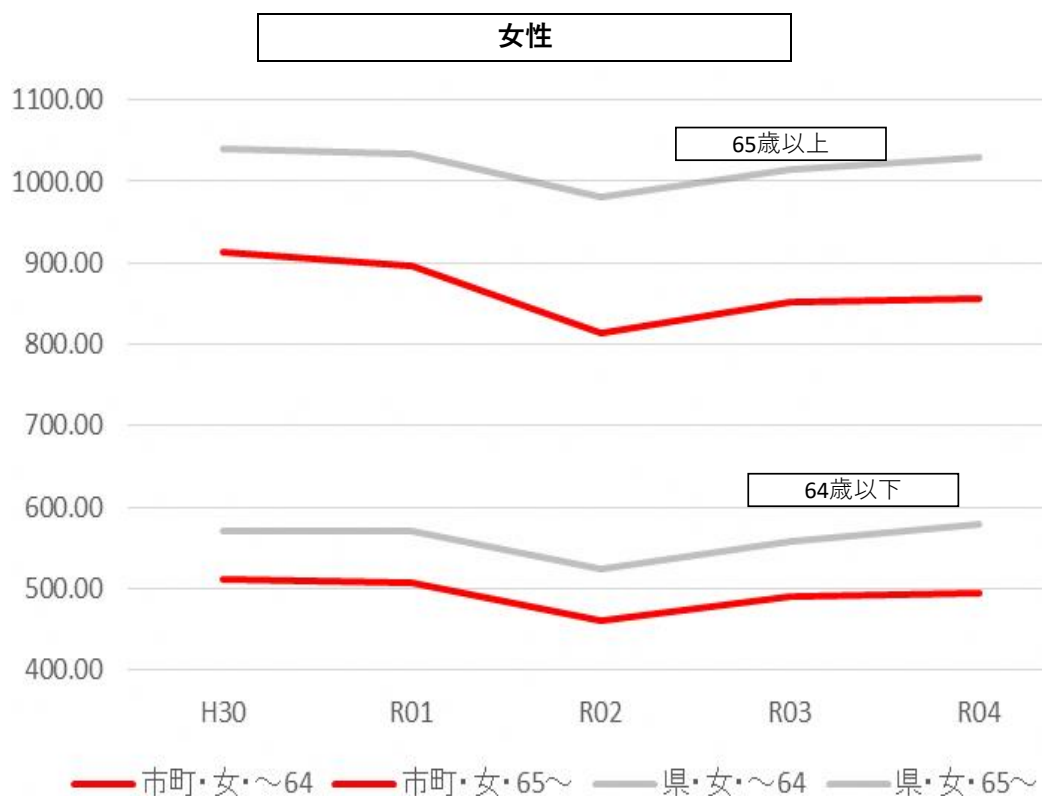
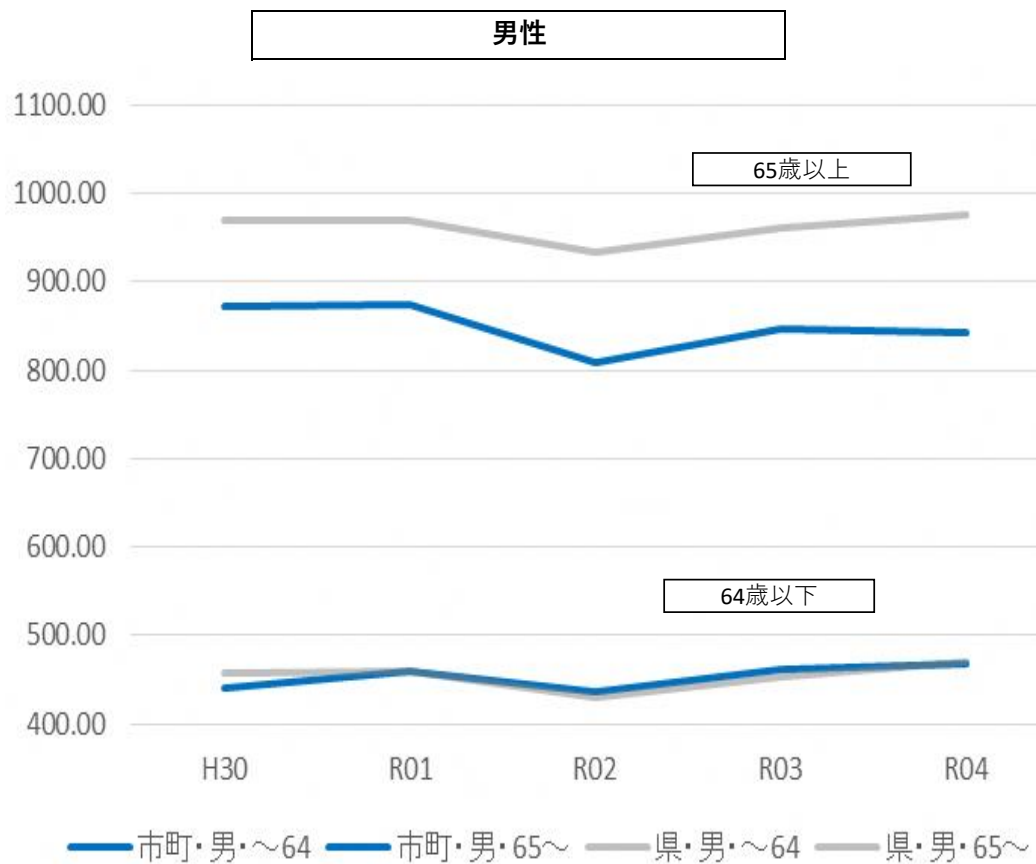
医療費の分析			
図表 9	国保レーダーチャート	出典	KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04年度分）
データ分析の結果	入院は受診率、一人当たり医療費点数が県と比較して140%と大きい。外来は費用の割合、受診率が低い。このことから病状が悪化してから受診し、入院の費用が高くなっていると考えられる。		



—— 町
 —— 県

	入院		外来	
	町	県	町	県
A : 費用の割合	46.10%	37.00%	53.9%	63.0%
B : 受診率	23.94	16.522	649.741	735.331
C : 1件当たり医療費点数	60477	63304	2608	2427
D : 1人当たり医療費点数	1448	1046	1695	1783
E : 1日当たり医療費点数	3246	4011	1781	1651
F : 1件当たり受診回数	18.6	15.8	1.5	1.5

図表10	性・年齢階層別の医療の受診率	出典	KDBシステム_S25_003_医療費分析の経年変化（R04年度）
データ分析の結果	65歳以上は男女ともに県より受診率が低い。64歳以下は女性が低い。		



図表11	国保_医療費の負担が大きい疾患、標準化比	出典	医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析（2）大、中、細小分類（R04度分）
データ分析の結果	合計では統合失調症が県と比較して医療費が多くなっている。		

医療費分析（2）細小分類			標準化比/対県		
R04年度			R01-R04年度(4年平均)		
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	統合失調症	108,121,620	8.2	187.9	261.8
	慢性腎臓病（透析あり）	76,466,040	5.8	89.2	105.1
	糖尿病	54,031,720	4.1	80.1	68.9
	関節疾患	48,166,330	3.7	143.7	104.7
	高血圧症	45,053,650	3.4	106.3	94.2
	肺がん	37,509,930	2.8	71.6	79.2
	大腸がん	36,137,210	2.7	91.7	145.7
	不整脈	30,598,270	2.3	90.5	118.9
	前立腺がん	21,524,850	1.6	132.5	0.0
	うつ病	21,236,340	1.6	91.2	73.6
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
入院	統合失調症	91,109,320	14.9	206.1	331.1
	肺がん	23,530,830	3.9	107.8	105.8
	関節疾患	19,076,770	3.2	230.0	118.6
	大腸がん	18,931,130	3.1	80.1	139.5
	脳梗塞	18,051,520	3.0	87.6	119.3
	大動脈瘤	16,830,530	2.8	202.6	285.7
	心臓弁膜症	16,375,720	2.7	31.7	233.4
	骨折	14,722,050	2.4	126.0	79.2
	慢性腎臓病（透析あり）	12,282,230	2.0	71.7	163.7
	不整脈	11,961,170	2.0	83.8	144.6
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
外来	慢性腎臓病（透析あり）	64,183,810	9.0	93.5	90.9
	糖尿病	52,060,290	7.3	80.3	68.6
	高血圧症	39,773,180	5.6	99.3	93.9
	関節疾患	29,089,560	4.1	108.6	97.7
	前立腺がん	21,524,850	3.0	149.9	0.0
	脂質異常症	20,350,750	2.9	68.2	70.6
	不整脈	18,637,100	2.6	95.9	99.2
	大腸がん	17,206,080	2.4	102.9	152.2
	統合失調症	17,012,300	2.4	146.0	107.2
	肺がん	13,979,100	2.0	47.2	67.0

※標準化比：KDBシステム_S23_005_細小分類（R01-R04）*国立保健医療科学院ツール

*国立保健医療科学院ツール（医療費の疾患別内訳見える化ツールKDB細小82分類Ver1.7）

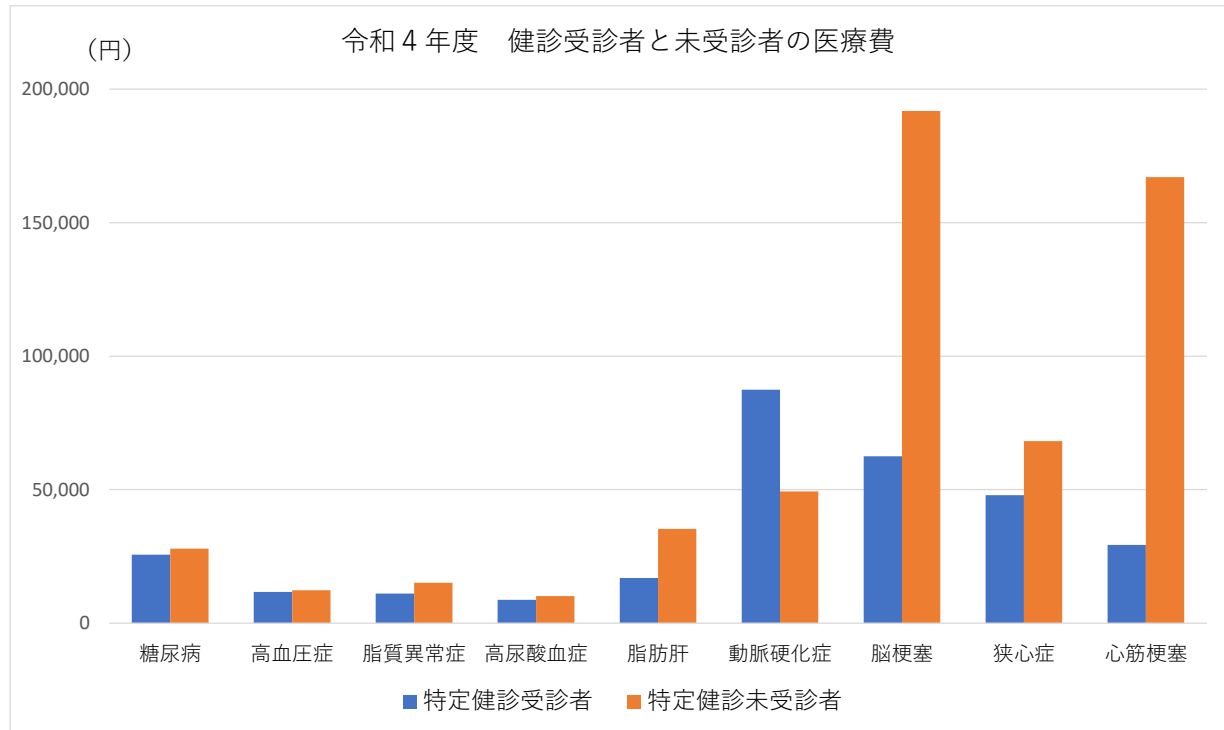
図表12	後期_医療費の負担が大きい疾患、標準化比	出典	医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析（2）大、中、細小分類（R04度分）
データ分析の結果	後期でも統合失調症が県と比較して大幅に高い。また骨折、肺がんが高くなっている。男性は不整脈、女性は慢性腎臓病、脳梗塞が高い。		

医療費分析（2）細小分類				標準化比/対県	
R04年度				R01-R04年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	骨折	123,231,890	5.8	136.4	140.9
	関節疾患	102,095,780	4.8	93.7	117.1
	不整脈	101,800,750	4.8	132.8	104.4
	慢性腎臓病（透析あり）	75,235,790	3.6	26.5	127.7
	糖尿病	73,103,210	3.5	82.9	94.0
	脳梗塞	71,456,710	3.4	84.3	124.3
	高血圧症	70,816,380	3.4	96.3	87.6
	肺がん	68,199,220	3.2	153.7	142.5
	統合失調症	61,655,070	2.9	479.7	299.2
	前立腺がん	45,086,160	2.1	103.1	0.0
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
入院	骨折	115,751,700	9.9	136.6	142.6
	脳梗塞	66,724,050	5.7	88.3	134.6
	統合失調症	58,629,370	5.0	520.8	339.4
	関節疾患	56,595,430	4.8	124.7	149.5
	不整脈	36,538,310	3.1	157.3	135.2
	大動脈瘤	33,281,830	2.8	149.3	109.7
	脳出血	32,890,170	2.8	208.7	77.8
	肺炎	28,142,950	2.4	88.1	97.4
	慢性腎臓病（透析あり）	27,077,390	2.3	35.2	139.1
	パーキンソン病	25,125,520	2.1	47.6	251.5
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
外来	不整脈	65,262,440	7.0	120.9	89.0
	糖尿病	63,894,300	6.8	80.2	83.5
	高血圧症	55,326,580	5.9	85.4	77.2
	肺がん	51,513,390	5.5	193.6	143.1
	慢性腎臓病（透析あり）	48,158,400	5.1	23.1	121.4
	関節疾患	45,500,350	4.9	77.8	94.5
	前立腺がん	34,330,930	3.7	101.2	0.0
	骨粗しょう症	32,282,030	3.5	79.4	87.0
	白内障	25,358,980	2.7	157.9	124.2
	脂質異常症	20,103,100	2.1	58.1	54.6

※標準化比：KDBシステム_S23_005_細小分類（R01-R04）

*国立保健医療科学院ツール（医療費の疾患別内訳見える化ツールKDB細小82分類Ver1.7）

図表13	レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	出典	しずおか茶っとシステム
データ分析の結果	生活習慣病1件当たり医療費を見ると、ほとんどの疾患で健診受診者の方が医療費が少ない。特に脳梗塞、心筋梗塞で差が大きくなっていることから、健診を受診することが、生活習慣病の早期発見・早期治療に繋がっていると考えられる。		



令和4年度 生活習慣病1件当たり医療費 (単位: 円)

	特定健診受診者	特定健診未受診者
糖尿病	25,653	27,934
高血圧症	11,666	12,351
脂質異常症	11,101	15,151
高尿酸血症	8,726	10,148
脂肪肝	16,925	35,300
動脈硬化症	87,433	49,366
脳梗塞	62,529	191,811
狭心症	47,907	68,190
心筋梗塞	29,345	167,020

図表14	後発医薬品の割合	出典	国保総合システム_保険者別医薬品利用実態（令和5年1～6月）
データ分析の結果	後発医薬品の数量シェア率は70後半から80%で、国の目標値である80%に届いていない月もある。		

	数量シェア	後発医薬品のある先発医薬品	後発医薬品	計
令和05年01月	78.9%	60564.7	220748.675	281313.375
令和05年02月	78.6%	66897.05	250168.315	317065.365
令和05年03月	77.4%	58592.35	215329.255	273921.605
令和05年04月	78.8%	60816.05	207792.1	268608.15
令和05年05月	78.9%	64541.96	239981.78	304523.74
令和05年06月	80.3%	58475.55	218695.88	277171.43
平均	78.8%			

※後発医薬品数量シェア（置き換え率）＝後発医薬品の数量/（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）

※後発医薬品のある先発医薬品＝後発医薬品と同額又は低額な先発医薬品を除く後発医薬品のある先発医薬品

※後発医薬品＝先発医薬品と同額又は高額な後発医薬品を除く後発医薬品

図表15	重複・頻回受診者、多剤服用者の状況	出典	国保総合システム_保険者別医薬品利用実態（令和4年6月、令和5年6月）
データ分析の結果	重複・頻回受診者、多剤処方の状況において、多剤処方が高齢化とともに増加しているため、適正受診、適正服薬についての啓発が重要である。		

重複・頻回受診者の状況（参考データ：令和4年6月分）

単位：件

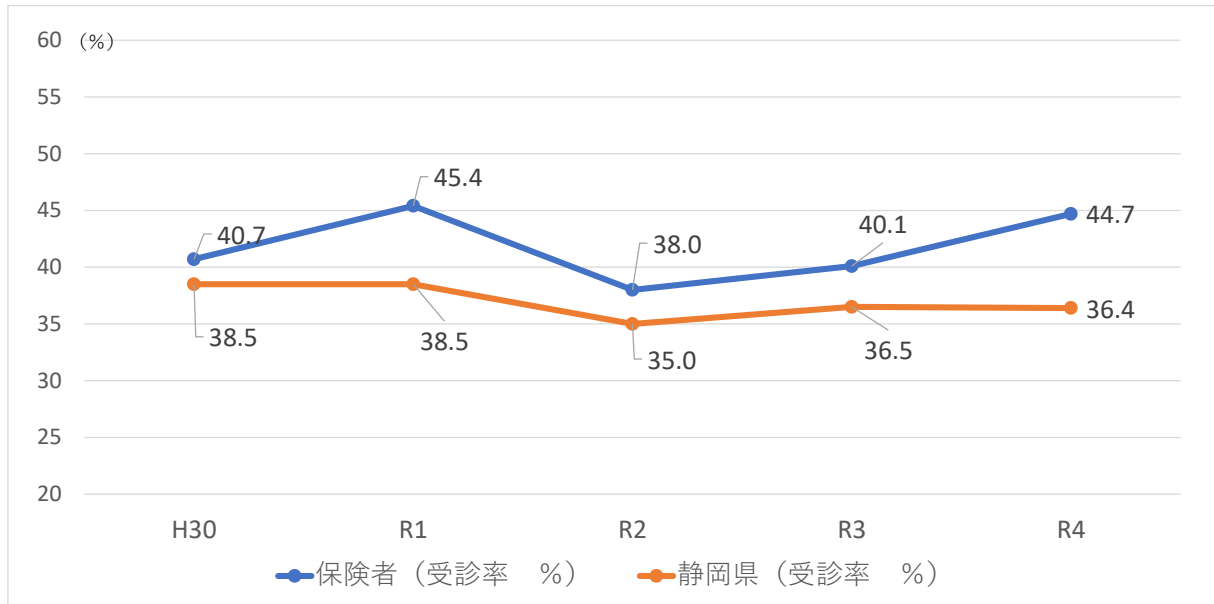
1か月の間の受診 日数	1か月の間の受診医療機関数				
	1医療機関以上	2医療機関以上	3医療機関以上	4医療機関以上	5医療機関以上
1日以上	1,925	630	144	30	8
2日以上	599	306	84	23	6
3日以上	248	133	37	8	2
4日以上	130	69	19	3	0
5日以上	130	31	11	2	0
6日以上	44	24	8	1	0
7日以上	31	18	5	1	0
8日以上	28	15	5	1	0
9日以上	22	10	3	1	0
10日以上	21	9	3	1	0
11日以上	21	9	3	1	0
12日以上	21	9	3	1	0
13日以上	18	8	3	1	0
14日以上	6	3	3	1	0
15日以上	3	2	2	1	0
16日以上	2	2	2	1	0
17日以上	2	2	2	1	0
18日以上	2	2	2	1	0
19日以上	2	2	2	1	0
20日以上	2	2	2	1	0

複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数（または薬効数）（参考データ：令和5年6月分）

	2医療機関以上	3医療機関以上	4医療機関以上	5医療機関以上
1薬剤以上	66	5	1	1
2薬剤以上	12	1	1	1
3薬剤以上	4	1	1	1

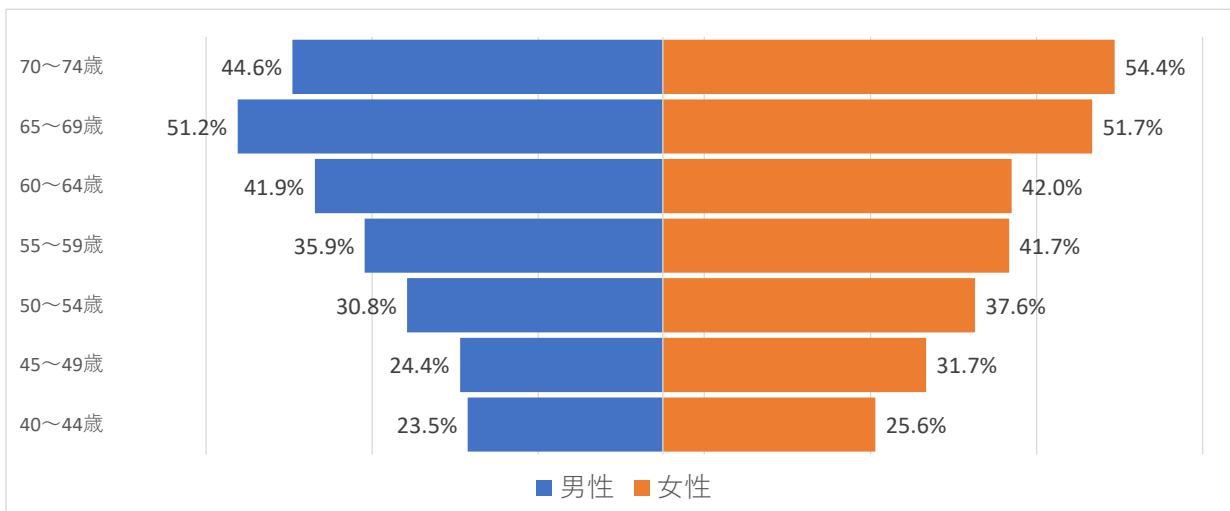
特定健診・特定保健指導の分析

図表16	特定健康診査受診率（経年推移）	出典	KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）
データ分析の結果	健診受診率は県、国平均を上回っている。令和4年度は同規模保険者平均も上回った。		

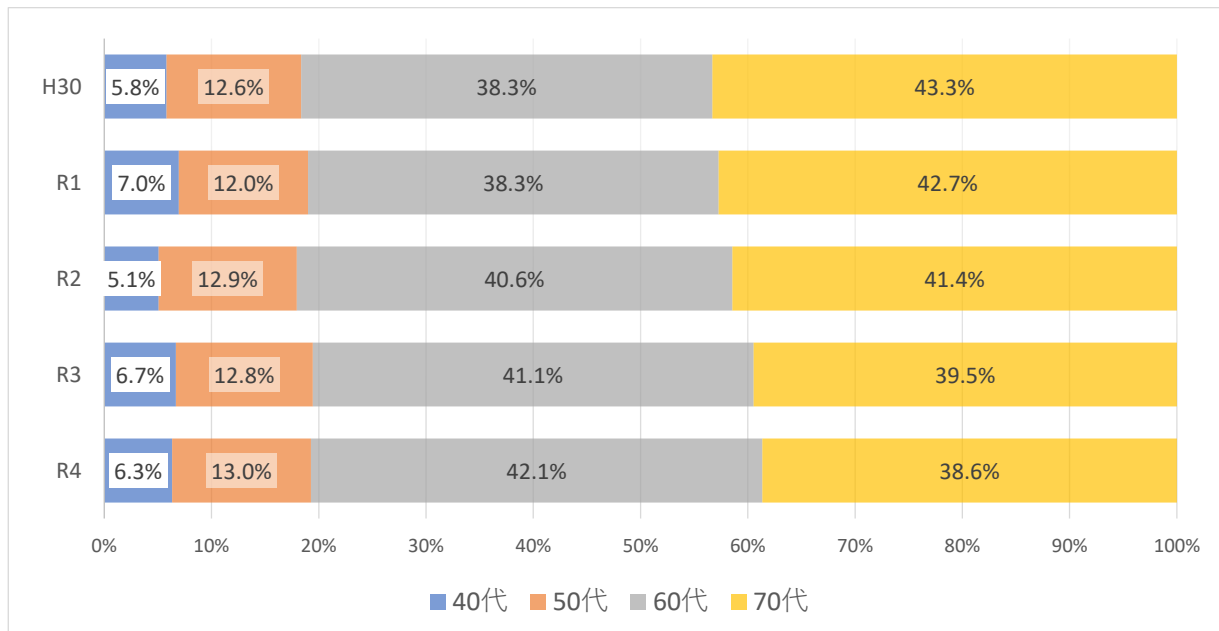


	H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者（人）	1,250	1,348	1,103	1,121	1,171
健診対象者(人)	3,072	2,972	2,904	2,799	2,618
保険者（受診率 %）	40.7	45.4	38.0	40.1	44.7
静岡県（受診率 %）	38.5	38.5	35.0	36.5	36.4
同規模（受診率 %）	45.1	46.0	40.7	44.0	43.8
国（受診率 %）	37.5	37.7	33.5	36.1	35.3

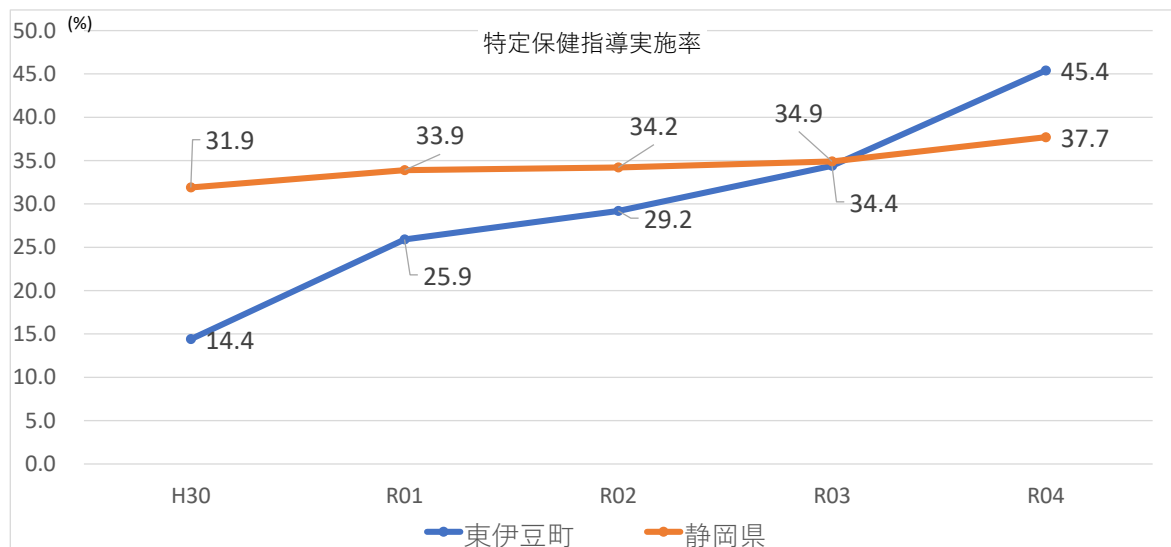
図表17	特定健康診査受診率（性・年齢階層）	出典	KDBシステム_S21_008_健診の状況（R04度分）
データ分析の結果	男女とも40歳代の受診率が低い。		



図表18	特定健康診査受診者 年齢構成率（経年推移）	出典	KDBシステム_S21_008_健診の状況（R04度分）
データ分析の結果	経年で大きな変化はないが、60歳代が増加し、70歳代が減少している。		



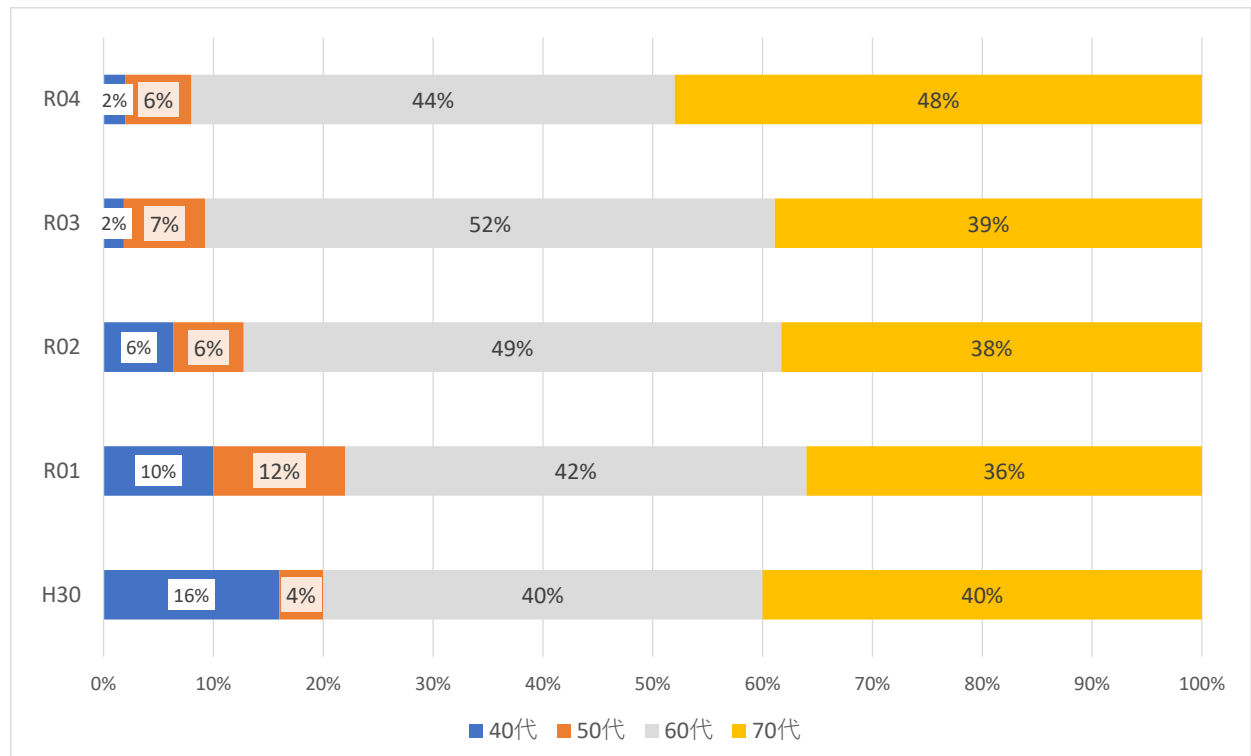
図表19	特定保健指導実施率（経年推移）	出典	KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）
データ分析の結果	特定保健指導実施率は年々上昇している。		



特定保健指導実施率(%)

	H30	R01	R02	R03	R04
東伊豆町	14.4	25.9	29.2	34.4	45.4
静岡県	31.9	33.9	34.2	34.9	37.7
同規模	44.6	43.6	43.5	43.6	45.1
国	23.8	24.2	23.8	24.0	37.6

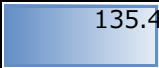
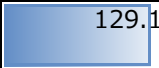
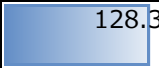
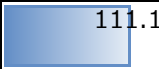
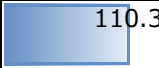
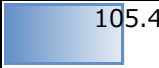
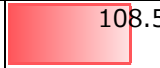
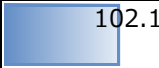
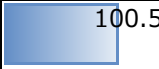
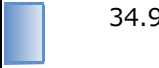
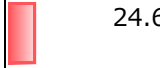
図表20	特定保健指導実施者 年齢構成率（経年推移）	出典	KDBシステム_S21_008_健診の状況（R04度分）
データ分析の結果	特定保健指導実施者を年代別でみると、40歳代、50歳代が低い。		



図表21	メタボリックシンドローム・予備群・非肥満高血糖	出典	KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）
データ分析の結果	メタボリックシンドローム・予備群・非肥満高血糖の割合が、3項目とも県平均よりも多い。		

メタボ等			男性	女性	合計
メタボ	人数（人）		175	62	237
	割合（%）	保険者	31.8	10.0	20.2
		静岡県	30.9	10.3	19.3
予備群	人数（人）		102	31	133
	割合（%）	保険者	18.5	5.0	11.4
		静岡県	16.6	5.2	10.2
非肥満高血糖	割合（%）	保険者	11.4		
		静岡県	10.0		

図表22	健診検査値（国保）	出典	KDBシステム_S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報（R01-R04年度）
データ分析の結果	県と比較すると、血圧、脂質、尿酸が高い。また特に女性のクレアチニンが県の2.7倍と高い。（中性脂肪、血糖については食後検査の人がいるため県との比較ができない。）		

	R04		R01-R04(4年平均)			
	該当人数		該当者割合		標準化比/対県	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
HDL<40	 41	 8	9.9%	1.8%	 135.4	 137.7
尿酸≥7.0	 91	 17	19.3%	3.3%	 129.1	 148.8
拡張期血圧 ≥85	 161	 118	30.5%	19.5%	 128.3	 132.1
腹囲 ≥85,≥90	 311	 101	57.2%	16.7%	 111.1	 97.4
中性脂肪 ≥150	 152	 73	29.1%	12.8%	 110.3	 90.1
収縮期血圧 ≥130	 292	 332	51.2%	48.0%	 105.4	 108.5
LDL ≥120	 255	 328	51.0%	61.6%	 103.2	 107.5
BMI ≥25	 178	 132	31.5%	19.3%	 102.1	 98.5
HbA1c ≥5.6	 380	 425	59.7%	55.6%	 100.5	 96.1
ALT(GPT) ≥31	 98	 340	19.1%	6.7%	 94.7	 79.3
クレアチニン ≥1.3	 12	 5	2.3%	0.7%	 82.5	 276.3
血糖 ≥100	 126	 82	9.9%	4.2%	 34.9	 24.6

※国立保健医療科学院ツール（「厚生労働省様式5-2健康有所見者情報」年齢調整ツールVer.1.6）

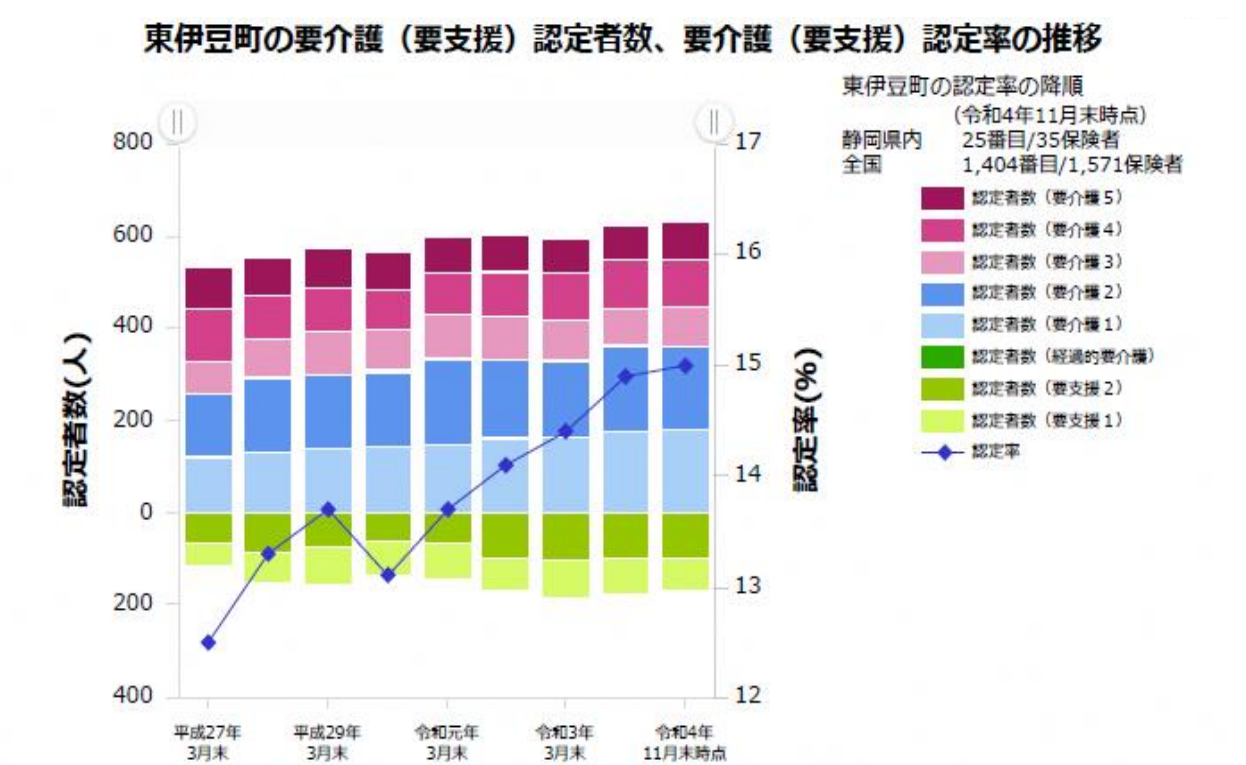
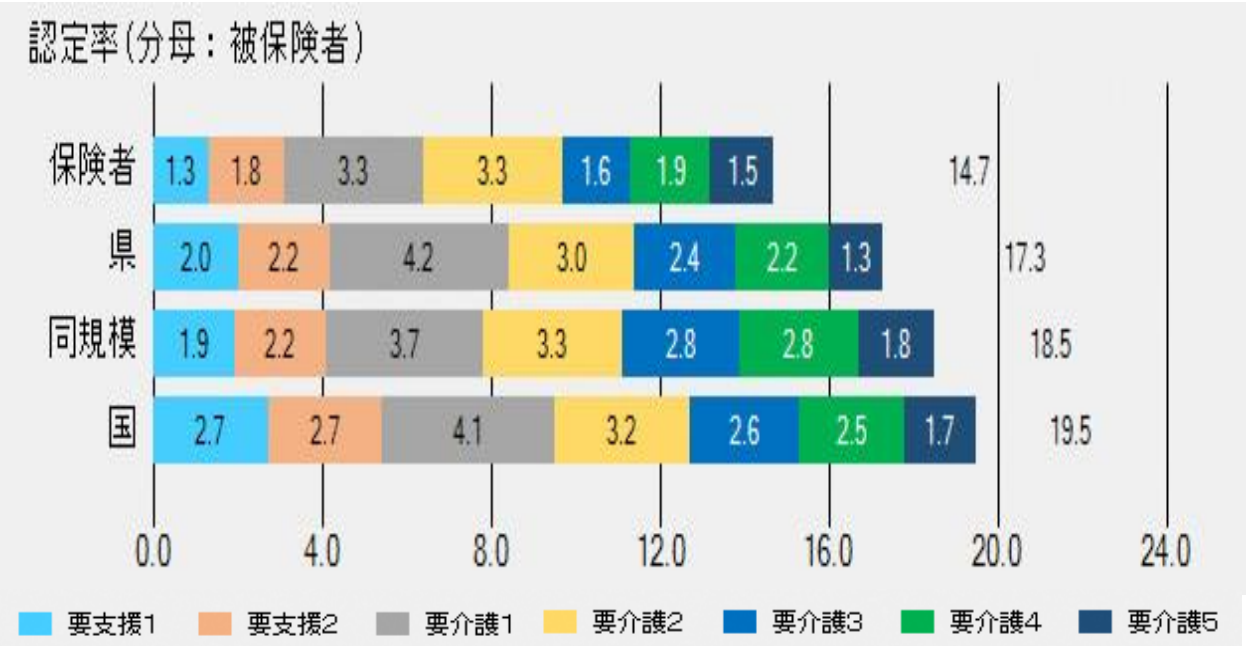
図表23	質問票の分析	出典	KDBシステム_S21_007_質問票調査の状況健診有所見者情報（R01-R04年度）
データ分析の結果	食生活に関する質問項目で県よりも悪い項目が多い。		

	R04		R01-R04(4年平均)			
	該当人数		該当者割合		標準化比/対県	
単位：％	男性	女性	男性	女性	男性	女性
咀嚼_ほとんどかめない	10	1	1.8%	0.2%	172.5	67.3
改善意欲なし	206	151	38.0%	24.6%	129.0	109.0
1日飲酒量（3合以上）	20	4	5.2%	1.3%	128.5	196.7
1日飲酒量（2～3合）	77	12	20.0%	4.6%	126.6	172.7
喫煙	137	49	25.0%	8.0%	122.4	161.3
3食以外間食_毎日	80	139	14.6%	22.7%	121.3	104.7
週3回以上朝食を抜く	66	45	12.1%	7.3%	121.2	126.1
咀嚼_かみにくい	141	131	26.0%	21.2%	120.0	116.9
週3回以上就寝前夕食	107	60	19.7%	9.9%	119.5	125.6
保健指導利用しない	399	398	73.6%	64.9%	113.4	105.7
毎日飲酒	242	69	44.6%	11.2%	113.2	123.8
1日飲酒量（1～2合）	139	47	36.0%	17.6%	112.7	156.2
取り組み済み6ヶ月未満	50	78	9.2%	12.8%	109.8	125.3
食べる速度が速い	175	142	32.1%	23.1%	107.3	105.1
服薬_糖尿病	65	24	11.8%	3.9%	105.2	67.2
20歳時体重から10kg以上増加	244	157	44.9%	25.5%	105.1	103.4
1回30分間分以上の運動習慣無	320	395	58.8%	64.3%	104.7	104.9

	R04		R01-R04(4年平均)			
	該当人数		該当者割合		標準化比/対県	
単位：％	男性	女性	男性	女性	男性	女性
歩行速度遅い	 285	 310	52.5%	50.5%	 103.0	 94.6
1日1時間以上運動なし	 275	 327	50.7%	53.3%	 100.9	 105.5
3食以外間食ほとんど摂取しない	 167	 90	30.7%	14.6%	 98.8	 88.9
服薬_高血圧症	 220	 185	40.2%	29.9%	 97.5	 95.7
食べる速度が普通	 330	 424	60.7%	69.0%	 97.0	 97.6
3食以外間食_時々	 297	 385	54.7%	62.7%	 96.2	 101.3
食べる速度が遅い	 39	 48	7.1%	7.8%	 95.6	 107.6
飲まない	 188	 421	34.6%	68.5%	 95.0	 96.6
咀嚼_何でも	 393	 483	72.2%	78.5%	 93.4	 96.4
改善意欲あり	 134	 163	24.8%	26.6%	 91.8	 91.9
既往歴_脳卒中	 21	 7	3.8%	1.1%	 87.8	 48.6
時々飲酒	 113	 125	20.8%	20.4%	 86.0	 101.3
取り組み済み 6ヶ月以上	 104	 146	19.2%	23.8%	 83.5	 102.4
睡眠不足	 110	 144	20.4%	23.3%	 83.0	 82.0
1日飲酒量 (1合未満)	 150	 204	38.8%	76.5%	 80.5	 89.6
服薬_脂質異常症	 106	 171	19.4%	27.6%	 78.0	 84.0
改善意欲ありかつ 始めている	 47	 75	8.8%	12.2%	 72.4	 81.2
既往歴_慢性腎臓病・腎不全	 4	 2	0.7%	0.3%	 70.8	 50.1
既往歴_心臓病	 28	 15	5.2%	2.4%	 70.1	 70.1
既往歴_貧血	 7	 44	1.2%	7.2%	 24.7	 48.0

※国立保健医療科学院ツール（質問票調査の状況 年齢調整ツール Ver.3.6）

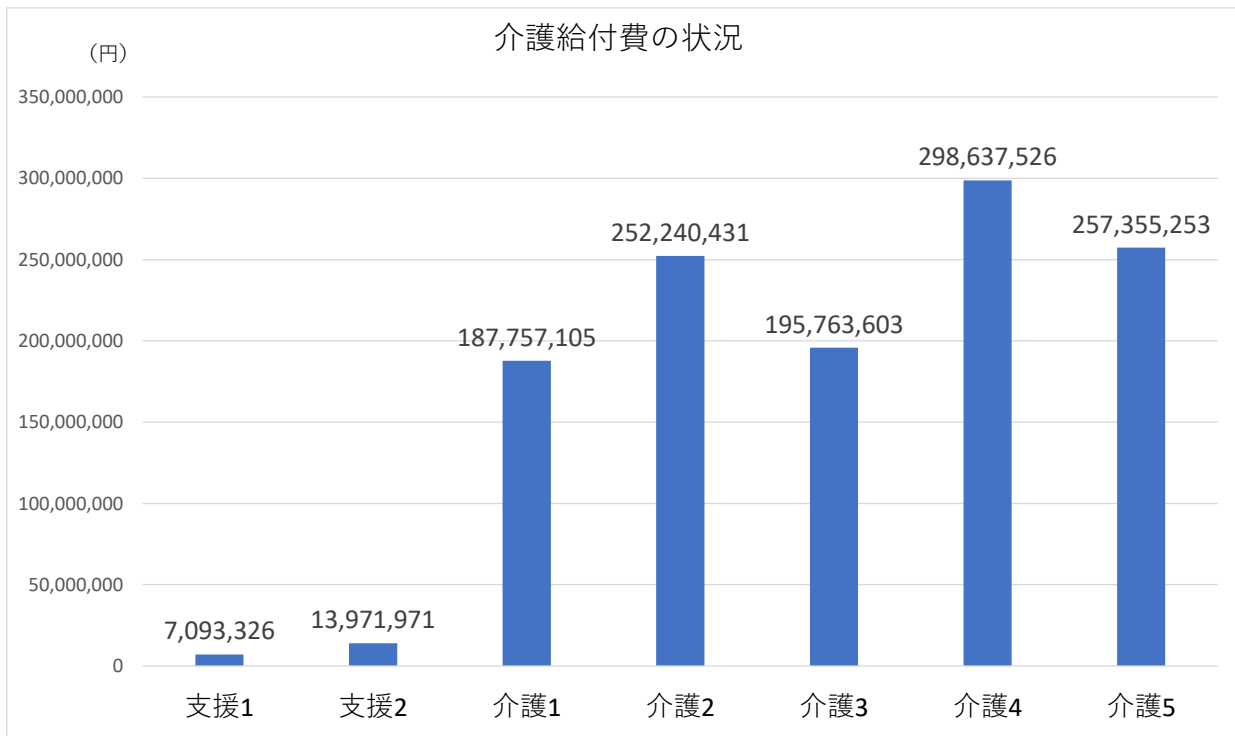
介護の分析			
図表24	介護認定の状況	出典	地域包括ケア「見える化システム」
データ分析の結果	介護認定率は、県、同規模保険者、国よりも低く、特に要支援1、2が低い。要介護2、5は県よりも高い。認定率は平成27年から7年間で約2.5%上昇している。		



※地域包括ケア「見える化」システム 平成26年度から令和2年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和3年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」、令和4年度：直近の「介護保険事業状況報告（月報）」

図表25	介護給付費の状況・介護認定者の有病状況	出典	KDBシステム_S24_002_要介護（支援）者有病状況（R04年度分）、 KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04年度分）
データ分析の結果	要介護4の介護給付費が最も高く、続いて、介護5、介護2の順で高くなっている。介護認定者の有病状況は、脳疾患、筋・骨格系、アルツハイマー病すべてで、県、同規模保険者、国よりも低い		

介護給付費の状況（R04年度） 単位（円）				合計 1,212,819,215円		
支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
7,093,326	13,971,971	187,757,105	252,240,431	195,763,603	298,637,526	257,355,253



介護認定者の有病状況（R04年度）					
介護認定者全体の有病状況	有病状況	保険者	県	同規模	国
	脳疾患	22.0%	23.3%	23.5%	22.6%
	筋・骨格	51.0%	52.7%	53.1%	53.4%
	アルツハイマー病	17.6%	18.3%	19.0%	18.1%

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	対応する保健事業番号
A	平均寿命や平均自立期間が県と比べても短いため、平均自立期間の延伸が必要である。		1～5、9、11
B	脳血管疾患の年間期待死亡数が多い。（後期でも脳梗塞は高くなっている）そのため、重症化予防事業に取り組む。	✓	3、5
C	関節疾患の医療費が高く、骨折の入院費も多くなっている。（後期高齢でも骨折、関節疾患が上位にきている）介護予防やフレイルの予防が必要である。		8、11
D	腎不全の医療費が多いため、人工透析の導入の遅延を目指す。		4
E	特定健診の40・50代の受診率が低いため、健診による健康状態の把握ができていない。また、保健指導の実施率には波があり、生活習慣病の予防へのアプローチができていない対象がいる。特定健診受診率の向上や特定保健指導の実施率の向上に取り組む。	✓	1、2
F	健診結果から高血圧者が多いため、脳血管疾患、心疾患のリスクが高くなっている。生活習慣の改善や適正医療への取り組みが必要である。	✓	3～5、7
G	健診結果からコレステロール値の項目においても多い傾向が見られるため、動脈硬化のリスクが高い状況がある。そのため生活習慣病の重症化予防が必要である。		3、8
H	特定健診の質問項目から喫煙者多いため、禁煙対策が必要である。		2、5、8、9
I	特定健診の質問項目から飲酒、就寝前の夕食など望ましくない生活習慣がある方が多いので、生活習慣の改善が必要である。		2、8、10

計画全体の目的		生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目指す。									
対応する健康課題	計画全体の目的	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値						
				2022（R4）	2024（R6）	2025（R7）	2026（R8）	2027（R9）	2028（R10）	2029（R11）	
E	特定健診受診率の向上により健康状態の把握や生活習慣病の予防を目的とする。	特定健康診査受診率	特定健診法定報告	44.7%	48%	51%	54%	56%	58%	60%	
E	保健指導の利用者の増加を目指し、生活習慣病のリスクを下げることを目的とする。	特定保健指導実施率	特定健診法定報告	37.1%	41%	45%	49%	53%	56%	58%	
E	保健指導の効果を上げ、生活習慣病のリスクを下げることを目的とする。	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	特定健診法定報告	20.4%	24%	28%	31%	34%	37%	40%	
A	糖尿病性腎症等の重症化予防及び透析導入期間の延長を図ることを目的とする。	HbA1c8.0%以上の者の割合	KDBシステム S26_026_集計対象者一覧	11.37%	10.80%	10.20%	9.60%	9.00%	8.5%	8.00%	
AI	各種保険事業に取り組み、健康寿命の延伸を目的とする。	県）平均自立期間	KDBシステム	男性73.6歳 女性81.9歳	長期目標とし最終年度で評価						男性80.3歳 女性84.6歳
EFGHI	特定保健指導の実施率向上及び効果的な保健指導の実施により生活習慣病のリスクの軽減を図ることを目的とする。	県）内臓脂肪症候群の該当率の割合	特定健診法定報告	20.1%	18.2%	16.5%	14.8%	13.2%	11.6%	10.0%	
BF	高血圧予防・適切な治療につなげることで脳血管疾患等の発症を下げることを目的とする。	県）高血圧症有病者の割合（高血圧Ⅰ度以上、または服薬者）	KDBシステム S26_026_集計対象者一覧	55.50%	53%	50.50%	48%	45.50%	43%	40%	
		県）高血圧予備群の割合（服薬者除く）	KDBシステム	12.50%	12%	11.6%	11.2%	10.8%	10.4%	10%	
BFGH	脳血管疾患のリスク要因の改善を図り発症予防を目的とする。	脳血管疾患の死亡率	静岡県一標準化比SMR 超過死亡疾患別SMR（H28～R2）	113.8	長期目標とし最終年度で評価						100
		特定健康診査の検査値（LDL160以上）	KDBシステム _S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報	男性9.8% 女性12.9%	男性9.5% 女性12.7%	男性9.2% 女性12.4%	男性8.9% 女性12.1%	男性8.6% 女性11.8%	男性8.4% 女性11.6%	男性8.2% 女性11.4%	
C	フレイル予防に取り組み、医療費の適正化を図ることを目的とする。	筋骨格系及び結合組織の疾患	KDBシステム（疾病別医療費分析大分類、医療費総点数）	外来 5,690,689 入院 6,743,249	長期目標とし最終年度で評価						外来 5,690,000 入院 6,740,000
H	喫煙による生活習慣病のリスクを軽減させるため、禁煙指導を実施する。	喫煙率	特定健診結果（質問票）	男性25.0% 女性8.0% （R1～R4）	男性24% 女性7.0%	男性23% 女性6.0%	男性22% 女性5.5%	男性21% 女性5.0%	男性20% 女性4.5%	男性19% 女性4.0%	
D	人工透析は患者や医療費の負担であるため、透析導入までの期間を延長させることを目的とする。	新規透析導入者数	障害者手帳取得者	2人/年	人数が少ないため、直近3年平均値						1人/年

県）：静岡県内の共通指標

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査	重点
2	特定保健指導	特定保健指導	重点
3	重症化予防（受診勧奨）	受診判定値を超えている者への医療勧奨事業	
4	重症化予防（保健指導）	糖尿病性腎症等重症化予防事業（糖尿病未受診者対策、CKD対策）	
5	重症化予防（保健指導）	高血圧者対策	重点
6	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品利用促進	
7	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複頻回、重複多剤者への対応事業	
8	健康教育・健康相談	各種健康教育、健康相談事業	
9	その他	がん検診の充実	
10	その他	若年者生活習慣病予防対策事業	
11	その他	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	

事業 1			特定健康診査							
第4期特定健診・特定保健指導等実施計画										
事業の目的		特定健診によりメタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防対策を行い、発症及び重症化予防を目的とする。								
事業の概要		被保険者を対象とした特定健診を実施し、被保険者の健康増進につなげる。								
対象者		国民健康保険加入者で40～74歳								
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	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	特定健診受診率	年度末・法定報告	44.7% (R4)	48%	51%	54%	56%	58%	60%
		参考	上、受診人数 下、(対象者数)		1080 (2250)	1020 (2000)	972 (1800)	973 (1650)	892 (1538)	864 (1440)
	2	人間ドック等受診者数(人間ドック、データ提供など)	年度末	126件 (R5)	140	120	108	99	92	86
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定健診集団健診実施日数	年度当初	16 (R5)	16	16	15	15	15	15
	2	未受診者対象者への通知率	未受診者への通知数	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス (方法)	周知		年度当初の通知 町公式LINE、ハイキャット等からの情報配信 回覧等による周知							
	勧奨		委託により効果的な未受診者への通知 年度途中加入者への周知							
	実施および 実施後の支援	実施形態	集団健診は健診機関への委託 個別健診は町内医療機関（※町外医療機関への拡充を検討）							
		実施場所	集団健診（役場、保健センターの2会場） 個別健診（町内2）※町外医療機関への拡充を検討 人間ドック（任意の機関）							
		時期・期間	4月 案内通知発送 6月～12月 集団健診（主に6.7.9月） 9月～12月 個別健診 通年 人間ドック助成 ※推計受診者数の状況を把握（時期：8月、10月、12月）							
		データ取得	受診券の附番は特定健診データ管理システムより行う。 健診結果は健診機関より直接受け取る。 健診機関より受領した結果データを加工し、マルチマーカによる結果打ち出しを行う。							
		結果提供	データ提供事業の活用（みなし健診） 人間ドック結果・職場健診結果等のデータ提供について周知・啓発を行う。							
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・ 目標等）		健診受診から結果通知までの時間短縮を目指す。 健診の受けやすさなどの受診環境の改善をしていく。							
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		国保係、保健予防係							
	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）		賀茂医師会、集団健診実施機関（静岡県予防医学協会、聖隷福祉事業団）との連携 近隣医師会との調整を進めていく。							
	国民健康保険団体連合会		健診データ管理システムや未受診者・状態不明者へのアプローチについて助言を頂く。							
	民間事業者		特定健診実施医療機関数（集団健診、個別健診） 未受診者への受診勧奨業務委託							
	その他の組織		健康づくり食生活推進委員との協働 各地区総会等での健診や健康について周知を行う。 商工会、農協、漁協等の団体への周知依頼							
	他事業		国保人間ドック助成事業、若年者生活習慣病予防健診（20～30代の健診） 健診予約システムによる予約の簡便化							
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・ 目標等）		健診実施体制の強化（住民の受けやすい環境づくり） 各種介護予防教室等での健診の周知 がん検診の同時実施							

事業 2		特定保健指導
第4期特定健診・特定保健指導等実施計画		
事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、対象者の持つリスクに応じた個別の保健指導を行うことにより、生活習慣病の発症予防する。また、生活習慣病の重症化リスクの低下を目指す。	
事業の概要	特定健診等の受診者のうち特定保健指導が必要な方へ指導を実施。保健指導では健診機関等の委託による実施と保険者（健康づくり課）が実施の併用。	
対象者	健診受診結果により階層化を行い、特定保健指導対象者となった方。	

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	医科一人当たり医療費	KDB（データから見る地域の健康課題）	31,424 (R4)	長期目標					28,304
	2	特定保健指導の終了率（動機付け）	年度末・法定報告	46.6% (R4)	50%	53%	56%	59%	62%	65%
	3	特定保健指導の終了率（積極的）	年度末・法定報告	11.6% (R4)	17%	22%	27%	32%	36%	40%
	4	特定保健指導の終了率（全体）	法定報告	37.1% (R4)	41%	45%	49%	53%	56%	58%
	5	特定保健指導対象者の減少率	法定報告	20.4% (R4)	24%	28%	32%	35%	38%	40%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導の利用率（動機付け）	年度内にモニタリング	48.3% (R4)	53.0%	57.5%	62.0%	66.5%	71.0%	75.0%
	2	特定保健指導の利用率（積極的）	年度内にモニタリング	39.5% (R4)	43.0%	46.5%	50.0%	53.5%	57.0%	60.0%
	3	未利用者への勧奨割合	通知等による連絡状況	65.0% (R5)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知		健診会場における分割実施の周知 結果郵送時に特定保健指導の周知 未利用者へのアプローチ							
	勧奨		通知・電話による勧奨の実施 面接会場に來られない場合はICTを活用した方法を検討							
	実施および 実施後の支援	初回面接	分割実施での実施率の向上 健診結果と自らの状態を把握でき、生活習慣改善に向けて行動がとれるよう指導							
		実施場所	健診会場での分割実施体制の整備 後日実施では保健福祉センター（または役場） オンライン指導の検討（平日夜間、土日など実施の検討）							
		実施内容	保健指導プログラムに沿って実施（委託先とのプログラム内容の確認） 脱落防止対策について検討 効果的な指導方法について検討							
		時期・期間	分割実施は、健診受診時から最短3か月間の指導期間とする。 後日実施は結果郵送からできるだけ早い時期に初回面接を行い、最短3か月間の指導を行う。							
		実施後のフォロー・継続支援	途中支援では、手紙、電話だけでなくICTも活用した方法を取り入れていく。進捗管理等を行い、脱落防止の検討もしていく。							
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		採血の結果より抽出された対象者の実施率の向上を目指す。 未利用者へのアプローチが必要							

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		保健予防係							
	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)		健診機関での特定保健指導の実施、個別医療機関において特定保健指導の実施の検討							
	国民健康保険団体連合会		茶っとシステムや他保険者での特定保健指導の状況について情報共有を行っていく。							
	民間事業者		特定保健指導実施事業者への委託 (ICTの活用の検討)							
	その他の組織		保険者自身による保健指導の実施体制の見直し、様々なツールなどを活用しながら効果的効率的な保健指導を検討							
	他事業		未利用者への勧奨事業の委託実施について検討 特定保健指導対象者向けの運動教室の開催や栄養教室の実施方法の見直しを検討							
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		未利用者へのアプローチではヘルスアップ事業等の活用を検討 特定保健指導対象のうち、医療勧奨判定値がある者については医療機関につなげる。							

事業 3			受診判定値を超えている者への医療勧奨事業									
事業の目的			健診結果より治療が必要と判断された方が適切に医療機関にかかり、生活習慣病の重症化予防を防ぎ、健康寿命を延ばすことを目指す。									
事業の概要			健診結果より医療機関への受診が必要な方が適正に医療機関を受診しているか確認する。受診していない場合は医療機関受診を促す。									
対象者	選定方法		健診結果（血圧、脂質、糖代謝、肝機能など）により医療機関への受診が必要と判定された方（数値等については地域の実情に合わせて設定していく。）									
	選定基準	健診結果による判定基準	医師の判定から再検査、要精密検査、要受診の判定が行われた方を対象に優先順位をつけて行っていく。									
		レセプトによる判定基準	上記判定に加え、レセプトなど現在の治療状況を加味する。									
		その他の判定基準	がん治療中（フォロー中を除く）の方については、がん治療を優先とする。									
	除外基準											
	重点対象者の基準		重症度が高い方や複数の項目に該当する方を優先する。また若年者を優先する。									

アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	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)
	1	中性脂肪300以上	茶っどシステム（有所見率）	2.75%（R4）	2.60%	2.45%	2.30%	2.20%	2.10%	2.0%
	2	HbA1c6.5%以上	茶っどシステム（有所見率）	11.37%（R4）	10.8%	10.2%	9.6%	9.0%	8.5%	8.0%
	3	血圧Ⅰ度以上	茶っどシステム（有所見率）	34.5%（R4）	32.5%	30.5%	28.5%	27%	26%	25%
	4	医療機関を受診した割合	健診で医療が必要と判断された方のうち医療機関を受診した割合	45%（R4）	60%	70%	80%	90%	95%	100%

アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	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	結果通知の際に紹介状またはアンケートの同封	集団検診の結果通知	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	周知	結果返却時に分かりやすい通知（病態の理解を深めるための資料同封）									
	勧奨	健診機関が発行する紹介状の同封または健診後の医療機関受診状況のアンケートの送付									
	実施後の支援・評価	紹介状の返信やアンケートの返信状況からフォローの実施									
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	かかりつけがない方への医療機関の紹介を行う。受診後に生活習慣の改善のための教室案内などを行う。（服薬相談と運動教室・栄養教室）									

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保健予防係									
	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）	健診機関および賀茂医師会、賀茂歯科医師会、賀茂薬剤師会と連携を取っていく。									
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医への受診を勧める。かかりつけ医から必要に応じて専門医への紹介									
	国民健康保険団体連合会	医療勧奨において、検査値のカットオフ値設定などについて助言等を頂く。									
	民間事業者	ヘルスアップ事業の活用により、マンパワー不足を補う。									
	その他の組織										
	他事業	自己判断での治療中断の危険性について、周知を図っていく。									
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	効果的な事業を実施するために、優先順位や関わり方について検討を重ねていく。									

事業 4	糖尿病性腎症等重症化予防事業（糖尿病未受診者対策、CKD対策）
------	---------------------------------

事業の目的		健康寿命の延伸ため、人工透析導入までの期間の延伸を目指す。治療中断やコントロール不良による生活習慣病の重症化を防ぐ。
事業の概要		賀茂地域糖尿病性腎症等重症化予防事業プログラムに沿って実施
対象者	選定方法	賀茂地域糖尿病等重症化予防共同事業のプログラムに沿って抽出
	選定基準	健診結果による判定基準 腎機能低下者（CKD重症度分類の内赤・オレンジに該当、高度低下を除く） 当該年度の健診結果より糖尿病未治療者で糖尿病が疑われる者
		レセプトによる判定基準 糖尿病治療中断者（レセプトに前々年度に治療があるが、前年度に治療がない方の内、前年度健診で状況を把握できないもの）
		その他の判定基準
	除外基準	がん治療中や精神疾患を抱えた方などを除外する。
重点対象者の基準		リスクを合わせ持ったり、重症度が高い方、未治療者を優先していく。

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	医師一人当たり医療費	KDB（データから見る地域の健康課題）	31,424 (R4)	長期目標					28,304
	2	人工透析導入者	障がい者手帳申請より年度末に集計	2人/年 (R4)	人数が少ないため、直近3年平均値					1人/年
	3	対象者の状況把握率	治療中断者の治療状況生活状況の把握できたもの	未実施 (R4)	70%	80%	88%	95%	98%	100%

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	医療勧奨実施率	対象のうち勧奨を行った割合	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	周知		健診結果案内や広報による周知							
	勧奨		勧奨方法は、電話、面接などで行っていく。							
	実施および実施後の支援	利用申込								
		実施内容	健診結果から対象者へ、医療勧奨と該当疾患について説明 糖尿病治療中断者へ、治療状況や疾患への認識の確認							
		時期・期間	健診結果およびレセプトデータから抽出							
		場所	面接の場合は、対象者が希望する場所							
		実施後の評価	医療機関の受診状況、次年度健診での検査数値の変化							
		実施後のフォロー・継続支援	次年度健診結果から継続指導の判断をしていく。 生活習慣の改善のための教室案内を行っていく。							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		国や県プログラムの変更に合わせて見直していく。 事業の評価を行いながら、より効果的な事業展開ができるよう実施方法の検討							

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保健予防係
	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）	生活習慣病対策連絡会において実施方法や実施状況の報告、意見交換を実施
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医と連絡票等により連携をしていく。 かかりつけ医から専門医への紹介を行っていく。
	国民健康保険団体連合会	保険事業評価委員会等で他市町の状況を把握していく。
	民間事業者	ヘルスアップ事業の活用により、マンパワー不足を補う。
	その他の組織	
	他事業	
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	

事業 5		高血圧者対策
事業の目的	高血圧症の周知を図り、高血圧未治療者やコントロールができていない者を減らし高血圧の発症予防および重症化予防を目指す。	
事業の概要	ハイリスクアプローチ：健診結果より医療勧奨への取り組み。 ポピュレーション：各種教室等で高血圧について周知を図る。減塩への取り組みや家庭血圧測定との推進する。	
対象者	ハイリスク：健診結果より抽出（高血圧1度以上） ポピュレーション：住民全体を視野に入れて周知を図る。	

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	高血圧有病者	1度以上または高血圧服薬者	55% (R4)	54%	53%	52%	51%	50%	49%

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	高血圧者へのフォロー実施率	未治療者への医療勧奨	100% (R4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知	健診会場での高血圧に関するチラシ等の配布 血圧手帳の有効利用について周知								
	勧奨	医療が必要な方へ医療勧奨を実施								
	実施および実施後の支援	ハイリスク者については受診状況の確認								
	その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)									

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	保健予防係								
	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)	ポピュレーション：賀茂医師会の協力を得ながら、講演会の実施を検討								
	国民健康保険団体連合会									
	民間事業者	ヘルスアップ事業の活用によりハイリスクまたはポピュレーション事業の展開を進めていく。								
	その他の組織	健康づくり食生活推進協議会の協力を得ながら事業の展開を考える。								
	他事業	母子保健事業なども含めて減塩の周知啓発を行っていく。								
	その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)									

事業 6	ジェネリック医薬品利用促進
------	---------------

事業の目的	ジェネリック医薬品利用率を上昇させ、医療費適正化を図る。
事業の概要	年4回ジェネリック医薬品差額通知を発送する。 ジェネリック医薬品希望シールの配布
対象者	対象者：35歳以上 200円以上の差額のある者

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	ジェネリック医薬品利用率	国保連連合会作成・ 数量シェア集計表	78.8% (R5.1～ R5.6)	79.0%	79.2%	79.4%	79.6%	79.8%	80%以上

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	対象者への通知発送率	対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知	対象者にハガキで年4回通知する。
	勧奨	個別通知・ジェネリック医薬品希望シール配布
	実施および実施後の支援	ジェネリック医薬品を使用できない特別な理由等を把握するために、レセプト等を活用し、使用状況を把握するための抽出方法についての検討
	その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	ハガキの個別通知やジェネリック医薬品希望シール配布だけでは限界があり、医師会や薬剤師会との連携を検討

ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	国民保険係、保健予防係
	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)	賀茂医師会・賀茂薬剤師会・賀茂歯科医師会
	国民健康保険団体連合会	通知用ハガキ印刷
	民間事業者	
	その他の組織	国民健康保険団体連合会の主催する地域連絡会等で議題にあげ、各保険者の事業内容等の実施状況を把握
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	

事業 7		重複頻回、重複多剤者への対応事業
事業の目的	適切な医療にかかることで、被保険者の負担の軽減を図り、町全体の医療費適正化を進める。	
事業の概要	受診行動の確認と被保険者のヘルスリテラシーの確認 重複多剤ではポリファーマシーなど被保険者の身体的経済的負担が生じてないか確認	
対象者	KDBとレセプト情報から対象者を抽出し、訪問・手紙・電話で状況の把握を行う。	

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	重複頻回対象者（1日以上5機関以上または5日以上3機関以上）	KDB	17 (R4.6月)	15	13	11	10	9	8
	2	重複多剤対象者（人口10万対）	努力支援制度定義によるKDBからの抽出	67 (R3)	60	53	46	40	35	30

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	重複頻回・多受診者への指導実施率	対象者へのアプローチ率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	重複処方・多剤投与者への指導実施率	対象者へのアプローチ率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知	広報ひがしいずや被保険者への通知にチラシ等の同封								
	勧奨	対象者へ訪問・電話・アンケートによる保健指導の実施								
	実施および実施後の支援	指導実施後にレセプトの確認								
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	システムからの抽出だけでなく、レセプトの確認を行い、優先順位をつけて保健指導の実施								

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	国民健康保険係、保健予防係								
	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)	賀茂医師会（かかりつけ医）、賀茂薬剤師会、賀茂歯科医師会と連携を図り実施								
	国民健康保険団体連合会	対象者の抽出等について連携								
	民間事業者	ヘルスアップ事業の活用により、マンパワー不足を補う。								
	その他の組織									
	他事業									
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	精神疾患を抱えている方は、慎重に事業の展開をしていく。								

事業 8	各種健康教育、健康相談事業
------	---------------

事業の目的	町の健康課題等に対して、健康教育等を通じて正しい健康知識の普及と自ら健康づくりに取り組めるようにして、健康寿命の延伸を目指す。
事業の概要	健康課題に対して、運動教室や介護予防教室を通じて周知する。また講演などを行っていく。健康相談や健診後の結果説明会などの健康相談事業を展開していく。
対象者	被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	運動習慣のない物の割合	KDB（1回30分以上の運動）	61.4% (R4)	59%	57%	55%	53%	51%	50%
	2	特定健診受診率	年度末・法定報告	44.7% (R4)	48%	51%	54%	56%	58%	60%

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	結果説明会の開催回数	結果説明会実施回数	6回 (R4)	6回	6回	6回	6回	6回	6回
	2	広報ひがしいすでの啓発	広報ひがしいす掲載回数	2回 (R4)	2回	2回	2回	2回	2回	2回

プロセス（方法）	広報ひがしいすや町公式LINEでの情報発信に加え、SNSを活用した情報発信を検討 庁内関係部署が実施する各種教室等での周知を図る。
----------	--

ストラクチャー（体制）	庁内関係部署と連携して周知を図る。また、生活習慣病対策連絡会での情報共有を図る。
-------------	--

事業 9	がん検診の充実
------	---------

事業の目的	がん検診の実施により早期発見・早期治療により被保険者の健康を守る。
事業の概要	町で実施している各種がん検診等の受診により、早期発見・早期治療につなげる。 人間ドックの助成を行い、生活習慣病やがんの早期発見等を目指す。
対象者	被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	各種がん検診受診者率（胃がん、肺がん、大腸がんの平均）	住民全体の延べ受診者数（成果説明書）	25.2% (R4)	健康増進計画に準じる					
	2	婦人科がん検診受診者率（子宮がん、乳がんの平均）	住民全体の延べ受診者数（成果説明書）	29.5% (R4)	健康増進計画に準じる					

	No.	評価指標	評価対象・方法	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	各種がん検診受診者数（胃がん、肺がん、大腸がん）	住民全体の延べ受診者数（成果説明書）	4430人 (R4)	健康増進計画に準じる					
	2	婦人科がん検診受診者数（子宮がん、乳がん）	住民全体の延べ受診者数（成果説明書）	1599人 (R4)	健康増進計画に準じる					

プロセス（方法）	検診の案内を行い、予約制で実施
----------	-----------------

ストラクチャー（体制）	保健予防係が委託により集団及び個別で実施 国保係は人間ドック助成事務の実施
-------------	--

事業 10		若年者生活習慣病予防対策事業								
事業の目的		特定健診が始まる前から健診受診の習慣化及び健康意識の向上を目的とする。								
事業の概要		20から30代の健康診査を行い、生活習慣病の発症予防のために自らの身体の状態を知ってもらう。								
対象者		20から30代の被保険者								
	No.	評価指標	評価対象・方法	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	若年者生活習慣病予防健診受診率	成果説明書	5.5% (R4)	6.0%	6.5%	7.0%	7.4%	7.7%	8.0%
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	対象者へ健診の通知率		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス（方法）		健診の案内を行い、予約制で実施 ヘルスアップ事業の活用								
ストラクチャー（体制）		保健予防係が委託により集団及び個別で実施 国保係はヘルスアップ事業の活用								

事業 11		高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施									
事業の目的		高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施し、健康寿命の延伸を目指す。									
事業の概要		後期高齢者医療と連携し、介護予防事業等が効果的に行えるように協力して実施していく。 国保保健事業やKDBデータを活用していく。									
対象者		詳細な対象者は一体的実施計画による。									
	No.	評価指標	評価対象・方法	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	介護保険1号認定率	KDB	14.7% (R4)	介護計画と整合性を合わせる						
	No.	評価指標	評価対象・方法	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	健康課題抽出のための分析 回数	KDBを使った分 析回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	
プロセス（方法）		担当者会議、庁内連携会議で決定された方針に基づき実施									
ストラクチャー（体制）		健康づくり課各係と連携する。一体的実施の連携調整会議に参加									

V その他

データヘルス計画の 評価・見直し	本計画の個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、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、事業内容についても見直しをする。 本計画で設定した評価指標に基づき、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う。 評価の内容は、国民健康保険運営協議会または健康づくり推進協議会で報告する。
データヘルス計画の 公表・周知	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、必要に応じて保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。
個人情報の取扱い	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る。
地域包括ケアに係る取組	「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の事業とも連携し、年齢・保険などの制度等による切れ目がない事業展開を図り、より効果的に保健事業を実施できるように関係部署、関係機関と協力する。 KDBシステムや静岡茶っとう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抽出し、関係者と共有する。 また、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に保険者として参加する。
その他留意事項	実施にあたり健康増進計画や介護計画等の関係計画との整合性を図り実施していく。 随時必要に応じて、見直しを行っていく。