

# 伊東市国民健康保険

## 第3期データヘルス計画 第4期特定健康診査等実施計画



令和6年3月  
伊東市

## 第3期データヘルス計画策定用 データヘルス計画標準化ツール<sup>®</sup> 利用規約

### ■データヘルス計画標準化ツール<sup>®</sup>の目的

本ツールは、国民健康保険の保険者におけるデータヘルス計画の標準化を進めることで、保険者のデータヘルス計画の策定及び保健事業の運営の負担を軽減し、保健事業の質向上に資することを目的として東京大学が提供するものです。

### ■免責・目的外利用について

#### (1) 免責事項について

本ツールは上記目的のために保険者に提供するものです。本ツールの利用に関連して利用者又は第三者が損害を被った場合において、東京大学は一切の責任を負うものではありません。

#### (2) 著作権について

本ツールのレイアウト、デザイン、構造に関する著作権は、東京大学に帰属します。

利用者は、これら自己が著作権者ではない著作物について営利目的での複製・頒布等の利用行為をしないことに同意するものとします。

#### (3) 改変利用について

標準化の観点から、都道府県に提出する本ツールに、セルの追加・削除、見出しの変更等の改変を加えることは控えてください。

ただし、自市町村のデータヘルス計画書として公表・掲載するものにおいて、本ツールのシートやセルの追加・削除等の編集を行うことは差し支えありません。

#### (4) 本ツールの掲載について

本ツールの転載は、公序良俗に反する目的、内容でない限り、また著作権法上の適正を欠く方法によらない限り、自由です。ただし、次の各号についてご協力をお願いいたします。

①データヘルス計画書の公表・掲載に用いる場合を除き、本ツールの引用であることを明記して

ください。((例) 出典：東京大学「データヘルス計画標準化ツール<sup>®</sup>」)

②データヘルス計画書以外への掲載等をいただく際は、団体(個人)名、掲載先媒体、連絡先を明記して、掲載に関する情報を dh-jimu@ifi.u-tokyo.ac.jp まで、ご連絡ください。(なお、「@ (全角)」を「@ (半角)」に変換してお送りください。)

凡例 本計画では、以下の語句を略して表記します。

語句	略語等
伊東市国民健康保険データヘルス計画	データヘルス計画
伊東市国民健康保険特定健康診査等実施計画	特定健診等実施計画
伊東市国民健康保険	国保
後期高齢者医療制度	後期高齢者医療
国民健康保険特定健康診査	特定健診
後期高齢者健康診査	後期高齢者健診
国保データベースシステム	KDB

# 目 次

## 第1章 伊東市国民健康保険 第3期データヘルス計画

第1節 計画の概要	1
1 背景と目的	
2 計画の位置づけ	
3 計画期間	
4 実施体制・関係者連携	
第2節 伊東市の国保の現状	3
1 健康・医療情報等の分析と課題	
2 被保険者の特徴	
3 平均余命・平均自立期間・標準化死亡比	
4 医療費の分析	
5 特定健診・特定保健指導の分析	
6 レセプト・特定健診結果等を組み合わせた分析	
7 介護費関係の分析	
8 その他	
第3節 計画全体	20
健康課題	
計画全体の目的／評価指標／指標の定義／計画策定時実績／目標値	
個別保健事業	
第4節 個別事業計画	21
事業1 特定健診事業	
事業2 特定保健指導事業	
事業3 糖尿病性腎症重症化予防事業（受診勧奨・保健指導）	
事業4 生活習慣病重症化予防事業（受診勧奨・保健指導）	
事業5 健康づくり習慣普及・啓発事業（喫煙・アルコール・食生活・運動）	
事業6 医療受診行動適正化事業	
事業7 ジェネリック医薬品利用普及事業	
事業8 フレイル予防事業（高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業）	
第5節 その他	37
1 データヘルス計画の評価・見直し	
2 データヘルス計画の公表・周知	
3 個人情報の取扱い	
4 地域包括ケアに係る取組	

## 第2章 伊東市国民健康保険 第4期特定健康診査等実施計画

第1節 策定の趣旨	38
1 背景と目的	
2 第4期特定健診等実施計画の性格	
3 生活習慣病対策の必要性	
4 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目する意義	
5 特定健診・特定保健指導の基本的な考え方	
6 計画期間	
第2節 特定健診の実施状況	40
1 特定健診の受診率	
2 結果の分析	
3 取組と評価	
第3節 特定保健指導の実施状況	46
1 特定保健指導の実施率	
2 結果の分析	
3 取組と評価	
第4節 実施計画	52
1 対象者数推計と目標	
2 実施方法	
3 特定健診・特定保健指導の見直しについて	
第5節 その他	59
1 特定健診等実施計画の評価・見直し	
2 特定健診等実施計画の公表・周知	
3 個人情報の取扱い	
4 留意事項	
資料 伊東市国民健康保険 第2期データヘルス計画の評価	60



# 第1章 伊東市国民健康保険 第3期データヘルス計画

## 第1節 計画の概要

### 1 背景と目的

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。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た。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に依じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、「健康寿命の延伸」が図られ、結果として、「医療費の適正化」を実現させるため、第3期データヘルス計画を策定する。

### 2 計画の位置づけ

国が策定する「健康日本21」及び県が策定する「第4次静岡県健康増進計画」を踏まえるとともに、「伊東市総合計画」「伊東市地域福祉計画」「伊東市保健計画」「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」等の既存の計画との整合性を図りながら保健事業の目標を定め、実施方法等の事項を定めるものとする。

### 3 計画期間

令和6年度～令和11年度

H25～H29	H30～R5	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)	R12～R17 (2030～2035)
第1期	第2期	第3期						第4期

### 4 実施体制・関係者連携

#### (1) 庁内組織との連携

本計画の策定及び保健事業の運営においては、健康推進課が主体となり、保険年金課、高齢者福祉課等の関係部局と連携して進める。

#### (2) 地域の関係機関との連携

本計画の策定及び保健事業の運営においては、伊東市医師会、伊東市歯科医師会、伊東熱海薬剤師会、伊東市国保運営協議会、熱海健康福祉センター等と情報を共有し、助言を受けながら進めていく。

地域の関係機関	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、重症化予防事業等の各事業について、伊東市医師会、伊東市歯科医師会、伊東熱海薬剤師会、伊東市民病院等と連携する。
静岡県国保連合会・ 国保中央会	特定健診・特定保健指導等のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携及び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、伊東商工会議所、富士伊豆農業協同組合、伊東市保健委員連絡協議会等と連携して実施する。

## 第2節 伊東市の国保の現状

### 1 健康・医療情報等の分析と課題

分類		健康・医療情報等のデータ分析から見た内容	対応する健康課題 No.
被 保 険 者 の 特 徴	被保険者数の推移	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度の被保険者は18,692人であり、平成30年度の22,105人から年々減少傾向にある。特に年金制度改正法の施行により、社会保険適用要件が段階的に拡大され、令和4年度の被保険者数は前年と比べ1,424人減少した。《図表①》</li> </ul>	A B
	年齢別被保険者構成割合	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度の本市の人口構成は、39歳以下が24.5%、40～64歳が32.0%、65～74歳が20.0%である。県平均や同規模の地域の年齢構成と比べ、39歳以下が約12%低く、65～74歳が約5%多くなっている。《図表②》</li> <li>本市の被保険者年齢構成は、平成30年度から大きく変わっていない。《図表③》</li> </ul>	
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和2（2020）年10月時点では、静岡県内35市町中8番目に高齢化率が高い。</li> <li>推計値では、今後更に高齢化が進み、令和27（2045）年には高齢化率が55%を超えるとされている。《図表④》</li> </ul>	
平均余命*・平均自立期間*・標準化死亡比等	<ul style="list-style-type: none"> <li>平均余命は、男性79.7歳、女性87歳。男性は県・国・同規模市と比べ約2歳短く、女性は約0.5歳短い。（令和4年度）《図表⑤》</li> <li>平均自立期間は、男性78.4歳、女性84.1歳。男性は県・国・同規模市と比べ約1.8歳短く、女性は約0.4歳短い。（令和4年度）《図表⑥》</li> <li>男女ともに、県・国・同規模と比べ、平均余命と平均自立期間の差が少なく、かつ平均余命が短いことから、介護状態になってから比較的短期間で死亡する傾向がみられる。《図表⑤⑥》</li> <li>65歳以上の高齢化率は43.5%であり、県や同規模市より約13%高い。《図表②》</li> <li>全死亡のSMR*は男性109.4、女性107.0と県よりやや高い。《図表⑦》</li> <li>疾患別対県SMRでは、男性は脳血管疾患、腎不全、心疾患、女性は大動脈瘤及び解離、血管性及び詳細不明の認知症、悪性新生物の順に高い。《図表⑦》</li> <li>超過死亡者数では、悪性新生物48人、心疾患19人、脳血管疾患23人と県を上回っている。《図表⑧》</li> </ul>		

\*平均余命…平均自立期間と要介護期間の和

\*平均自立期間…0歳を基準とした、日常生活動作が自立している期間の平均

\*SMR…標準化死亡比 年齢構成の異なる地域間の死亡状況を比較するため、年齢構成の差異を調整して算出した死亡率のこと

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見た内容	対応する健康課題 No.
医療費のボリューム (性・年齢階層別の医療の受診率等)  医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>本市の国保加入者数は、減少傾向にある。《図表①》</li> <li>令和4年度の入院一日当たりのレセプト点数は、県の1.08倍だが、受診率は県の0.94倍になっている。歯科は、一人当たりのレセプト点数・受診率ともに県よりも低い。《図表⑨》</li> <li>レーダーチャートから、国保、後期高齢者医療ともに、入院では受診率及び一人当たりの医療費点数が低いが、一件当たりの医療点数及び一日当たりの医療点数は県を上回っており、高度な治療や検査が必要になるほど点数が高い医療を伴う入院となっている。《図表⑩》</li> <li>性別や年代階層別医療受診率では、65歳以上の男女はともに県を下回っている。64歳以下でも県より下回っているが、男性は県受診率に近づいている。《図表⑪》</li> <li>国保医療費では、「慢性腎臓病(透析あり)」「糖尿病」が医療費の10%を占めている。《図表⑫》</li> <li>本市国保における人工透析患者数は年々減少している。新規人工透析導入者の内、糖尿病性腎症を有する人の割合は、令和3年度では50.0%であったが、令和4年度は0%であった。しかし、身体障害者手帳申請における糖尿病性腎症を原疾病としている人は7人おり、後期高齢者医療や被用者保険等の国保以外の方が人工透析導入となっている。また、令和4年度の人工透析患者の有病状態では、糖尿病を有する人は64.1%、高血圧症を有する人は93.6%と、糖尿病以外が原疾病となっている人が多い。《図表⑬》</li> </ul>	C D
疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾病分類別の医療費(入院・外来合計)割合では、慢性腎臓病(透析あり)5.2%、糖尿病4.9%、関節疾患4.4%、高血圧症4.1%の順に多い。標準化比*では、男女ともに高血圧症が県を上回る。性別では、男性は大腸がんの標準化比が122.3、女性は肺がんの標準化比が118.9と県を上回っている。《図表⑭》</li> <li>疾病分類別医療費(入院)は、統合失調症6.1%、骨折6.1%、関節疾患4.6%、脳梗塞4.0%の順に多い。標準化比では、男性の大動脈瘤は130.0、女性は肺がんが140.1、大動脈瘤が135.4と県を上回っている。《図表⑮》</li> <li>疾病分類別医療費(外来)は、糖尿病7.4%、慢性腎臓病(透析あり)6.7%、高血圧症6.5%の順に多い。対県標準化比では、男性の骨粗しょう症が106.7、女性の統合失調症が124.9、骨粗しょう症が115.6と県を上回っている。《図表⑯》</li> </ul>	C D

\*標準化比…年齢調整した上での対県比(県=100)を表す。例えば、医療費の標準化比が120であれば、市が県より1.2倍医療費がかかっていることを意味する。

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見た内容	対応する健康課題 No.	
医療費の分析	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>後期高齢者医療では、入院の医療費負担の割合では、骨折が11.1%と最も高いが、標準化比では県を下回っている。《図表⑭》</li> <li>国保から後期高齢者医療にかけて、医療費負担が大きくなると予測されるものとして、骨折や脳梗塞、不整脈、関節疾患、高血圧症、肺炎等であるが、高齢化に伴いさらに医療費が増大する見通しである。《図表⑯》</li> <li>疾患細小分類の標準化医療費の差では、男性は糖尿病と慢性腎臓病（透析あり）において、女性では慢性腎臓病（透析あり）、うつ病、糖尿病、乳がんにおいて、それぞれ県を大きく下回っている。《図表⑰》</li> </ul>	C D
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品の使用割合は、令和3年度までは順調に増加した。後発医薬品の出荷停止や出荷調整が続いており、医療機関及び薬局において、必要な量の医薬品を入手することが困難になっていることから、後発医薬品を希望していても処方を受けられない場合があるため、今後の使用割合に影響してくると思われる。《図表⑱》</li> </ul>	-
	重複・頻回受診重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> <li>静岡県国保連合会「茶っどシステム」から対象者を抽出し、重複服薬等対策会議において指導の対象となった人に対して、通知、電話、面接等により、適正受診や適正服薬についての保健指導を行っている。</li> <li>令和4年度は対象者6人のうち、保健指導実施者の2人については、服薬状況を把握できたが改善はされなかった。服用している薬剤は、催眠鎮静剤や抗不安剤、解熱鎮痛消炎剤が多い。</li> <li>多剤投薬該当者は減少傾向にある。</li> </ul> 《図表⑲》	-
特定健診・特定保健指導の分析	特定健診特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率は、県より高い状態を継続している。しかし、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で低下し、回復傾向であるが、新型コロナウイルス感染症流行前の受診率までには達していない。性・年代別では、どの年代においても女性の方が男性より受診率が高い傾向があり、男女ともに70歳台の受診率が最も高く、年齢が上がる程受診率が上昇している一方、40歳台が男女ともに低く、特に男性が低い。《図表⑳㉑㉒》</li> <li>特定保健指導の実施率は、県平均よりも低く推移しており、さらに新型コロナウイルス感染症拡大の影響により低下している状態である。年齢階層別では、40～59歳の特定保健指導実施率は低い状態が続いている。性別では、女性の方が男性より実施率が低い。《図表㉓㉔㉕》</li> </ul>	E F G

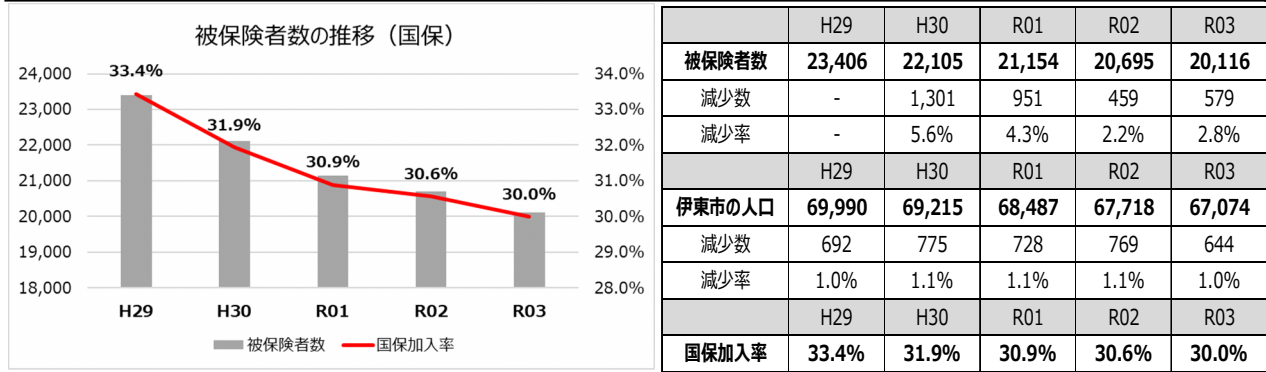


分類	健康・医療情報等のデータ分析から見た内容	対応する健康課題 No.
特定健診・特定保健指導の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 女性のメタボリックシンドローム該当率は県より低いが、男性の該当者は県より高い。《図表②⑥》</li> <li>• 特定健診検査値から、中性脂肪・血清クレアチニン・尿酸・HDL コレステロール・血糖等、多くの項目において標準化比が県を上回っている。男性は、BMI 及び腹囲の標準化比が県よりやや高めであることから、メタボリックシンドロームを要因とする疾患に加え、肝臓や腎臓等の臓器障害を起こしやすい傾向がある。女性は、血糖、LDL コレステロール、ALT の標準化比が県を上回っているが、BMI、腹囲の標準化比は県より低いことから、肥満を伴わない動脈硬化による疾患や、臓器障害を起こす傾向がみられる。《図表②⑦》</li> <li>• 後期高齢者健診は、原則、生活習慣病で治療中の人は対象外であるため、医療によるコントロールの影響が特定健診より少ない。しかし、健診検査値（後期）でも、中性脂肪、尿酸、LDL コレステロール、ALT の標準化比が高く、心疾患や脳血管疾患等のリスクが高い。《図表②⑦》</li> </ul>	G
質問票調査の状況（生活習慣）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「1日に1時間以上の運動なし」と回答した人の割合が、県と比べて多い。</li> <li>• 咀嚼について「かみにくい」「ほとんどかめない」の項目の標準化比が県より高く、特に女性は「ほとんどかめない」では150.2となっている。</li> <li>• 喫煙の標準化比が男女とも高い。特に女性では227.3と非常に高くなっている。</li> <li>• 「毎日飲酒する」と回答した人の標準化比では女性が184.0と高く、また、「飲酒日の一日当たりの飲酒量が3合以上になる人」についても182.6と非常に高い。</li> <li>• 食生活については「週3日以上朝食を抜く」「週3日以上就寝前に夕食をとる」の項目の標準化比が高く、この項目についても男性より女性が高い。</li> <li>• 生活習慣の改善意欲は低く、特に女性が低い傾向にある。</li> <li>• 脳卒中・腎臓病等の既往歴がある者の割合は県と比べて高いが、内服している者の割合は低くなっている。</li> </ul> <p style="text-align: right;">《図表②⑧》</p>	D E F
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 特定健診受診者の一人当たりの医療費は、糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患、心筋梗塞、がん等で県より高く、未受診者においても同様の傾向となっている。特に脳出血、心筋梗塞で高くなっている。《図表②⑨》</li> </ul>	E

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見た内容	対応する健康課題 No.
特定健診・特定保健指導の分析  レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<p>【令和4年度 医療・健診・介護データ分析に関する浜松医科大学との共同研究事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・男性喫煙者は非喫煙者に比べ、がんのオッズ比が約 1.6 倍高い。</li> <li>・男性喫煙者は非喫煙者に比べ、肺がんのオッズ比は約 4 倍高い。</li> <li>・喫煙者は非喫煙者に比べ、心筋梗塞のオッズ比は約 2.6 倍高い。</li> </ul> <p>これらのことから、喫煙者は、非喫煙者に比べて、がんや心筋梗塞になりやすい傾向にあると言える。            ≪図表⑩≫</p> <p>【医療・健診データを用いた回顧的コホート研究】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・静岡県立大学の指導のもと、標準化死亡比が男女ともに突出して高い急性心筋梗塞について、平成 27 年度から、令和元年度までの 5 年間の医療及び健診データを用いて分析を行った。以下に分析結果を記述する。</li> <li>・心筋梗塞発症者は、非発症者に比べ、HDL コレステロール値が低い傾向にある。(p=0.07) ≪図表⑪≫</li> </ul>	E
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本市の令和3年度の要介護認定率は、県内の同規模市より低いが県より 0.6%高い。年次推移では、要支援1・要介護1を除いて上昇傾向である。</li> <li>・介護認定者の有病状況では、心臓病と筋・骨格の疾患を持つ人の割合が多い。</li> <li>・男女ともに2号被保険者の認定割合が高い傾向にある。1件当たり介護給付費は、令和4年度60,740円であり、県(62,506円)よりも低い。</li> </ul> <p style="text-align: right;">≪図表⑫≫</p>	A B
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診の受診率が県平均より低い傾向にある。</li> <li>・本市では、高齢者福祉課が後期高齢者健診結果及び健康課題に基づき、令和5年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組んでいる。後期高齢者健診結果により、血糖リスク保有者の増加、透析が占める医療費割合が高いことからハイリスクアプローチとして糖尿病性腎症重症化予防事業を令和5年9月から開始した。また、後期高齢者健診質問票及び基本チェックリストの分析から、口腔状態や栄養状態、こころの問題等へのポピュレーションアプローチとして、フレイル予防の普及啓発事業を開始した。しかし、まだ本市では対象者のごく一部に実施するに留まっている。</li> </ul> <p style="text-align: right;">≪図表⑬≫</p>	A B

## 2 被保険者の特徴

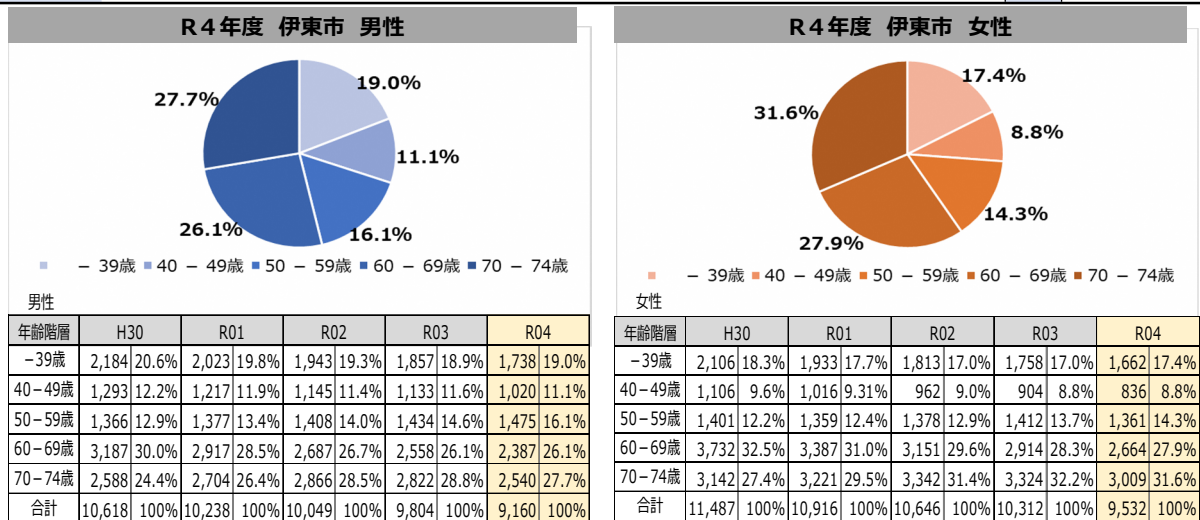
図表①	被保険者（国保）数（平成29～令和3年度の経年推移）	出典	KDB
データ分析の結果	毎年、被保険者は減少している。人口推移よりも減少率は大きい。		



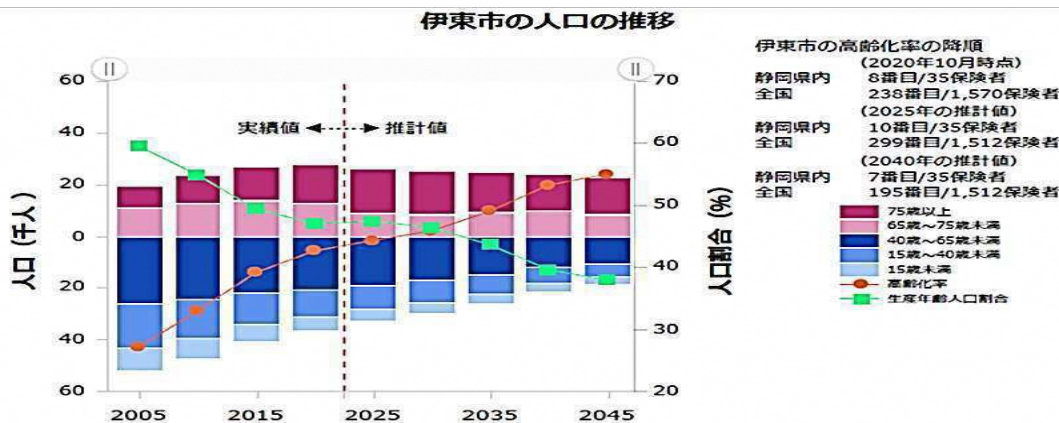
図表②	令和4年度の人口構成（構成割合の比較）	出典	KDB
データ分析の結果	同規模や国・県と比べ、65歳以上の高齢化率が10%以上高く、39歳以下の割合も10%以上少なく、高齢化が進んでいる。		

	伊東市	県	同規模	国
計	64,307	3,594,263	67,878	123,214,261
39歳以下	24.5%	36.1%	36.4%	37.6%
40～64歳	32.0%	33.7%	33.2%	33.7%
65～74歳	20.0%	14.5%	14.9%	13.9%
75歳以上	23.5%	15.6%	15.5%	14.8%
65歳以上の高齢化率	43.5%	30.1%	30.4%	28.7%

図表③	被保険者（国保）の人口構成の推移	出典	KDB
データ分析の結果	伊東市国保の被保険者年齢構成は、平成30年度から大きく変わっていない。		

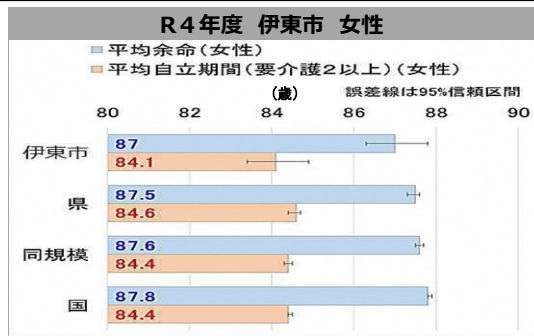
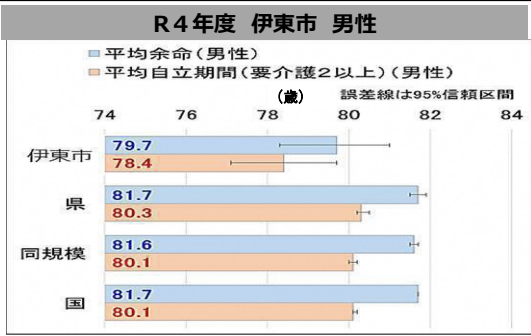


図表④	伊東市の人口の推移	出典	KDB
データ分析の結果	令和2(2020)年10月時点では、静岡県内35市町中8番目に高齢化率が高い。推計値では、今後更に高齢化が進み、令和27(2045)年には高齢化率が55%を超えると考えられている。		

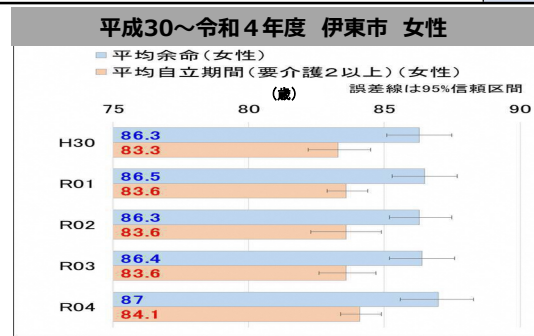
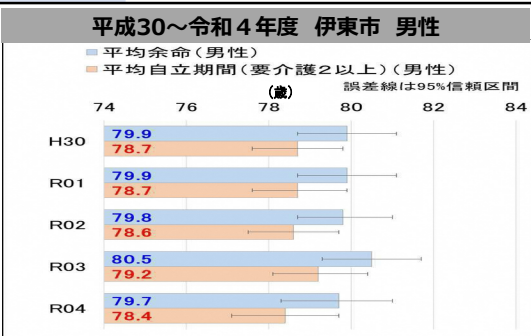


### 3 平均余命・平均自立期間・標準化死亡比

図表⑤	令和4年度 平均余命・平均自立期間（単年）	出典	KDB
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・国と比べて短くなっている。また、平均余命と平均自立期間との差（介護状態）の期間は短いことから、要介護状態になってから比較的短い期間で死亡する傾向がみられる。		

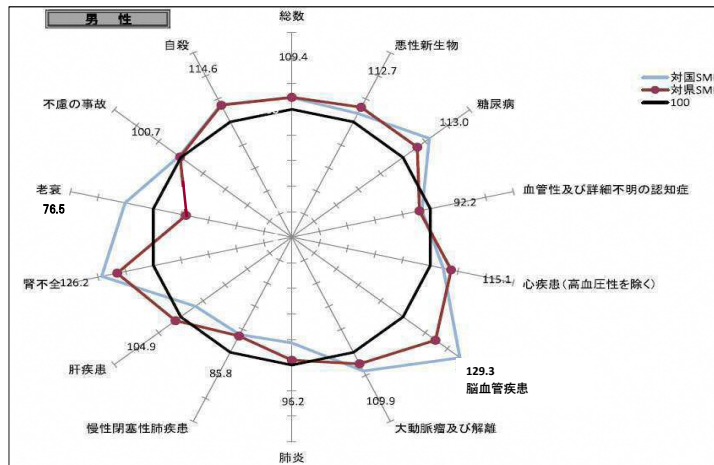


図表⑥	平成30～令和4年 平均余命・平均自立期間（経年推移）	出典	KDB
データ分析の結果	5年間の平均余命は、男性79.96歳 女性86.5歳で、平均自立期間は男性78.72歳 女性83.64歳だった。平均自立期間との差（介護状態）は、男性1.24歳 女性2.86歳だった。		

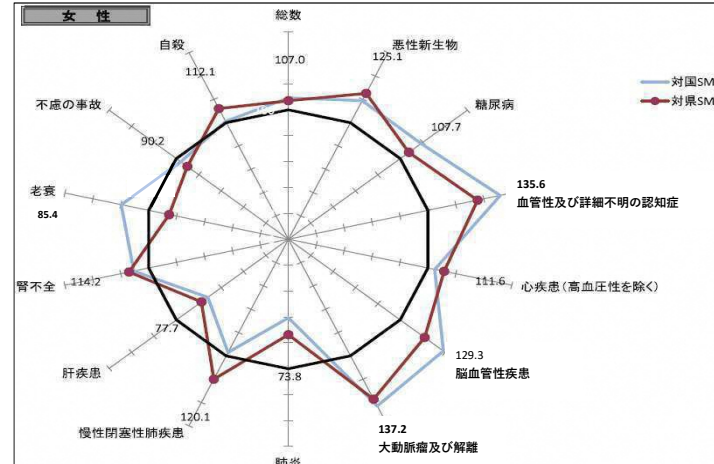


図表⑦	伊東市SMR（標準化死亡比）	出典	静岡県市町別健康指標（市町別・傷病分類別SMR）
データ分析の結果	男女ともに、脳血管疾患・大動脈瘤及び解離・腎不全のSMRが100を超えている。		

H29～R3年度 伊東市 男性



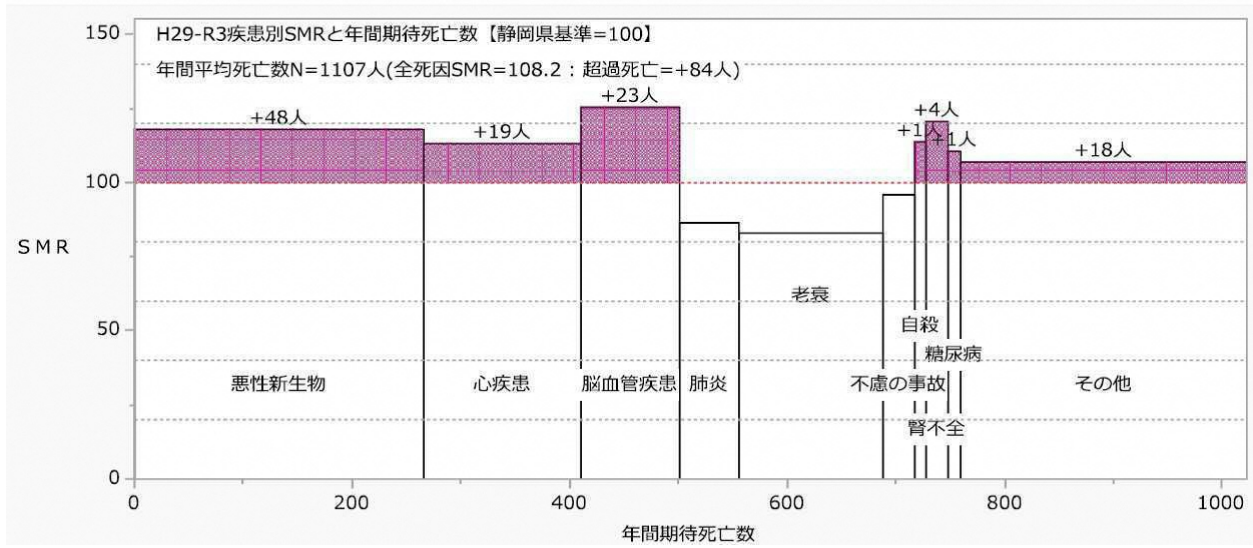
H29～R3年度 伊東市 女性





図表⑧	平成29～令和3年疾患別SMRと年間期待死亡数	出典	静岡県市町別健康指標 (超過死亡)
データ分析の結果	県と比べて、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の死亡者が多くなっている。		

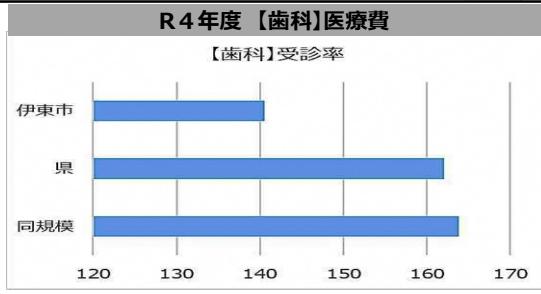
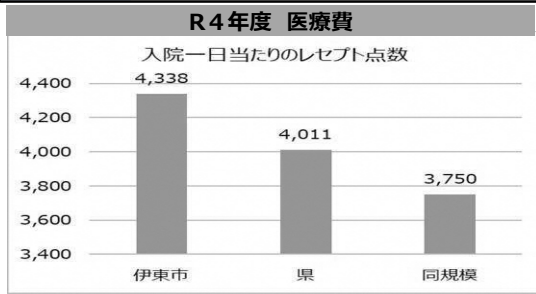
### 伊東市(男女計)





## 4 医療費の分析

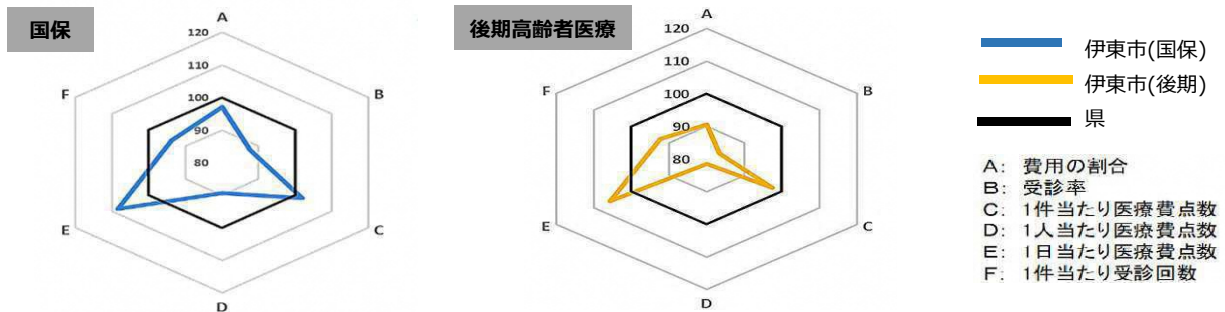
図表⑨	令和4年度伊東市国保加入者の医療費（医科・歯科）	出典	KDB
データ分析の結果	医科・歯科ともに、受診率は県・同規模と比べて低い。一方、医科は入院一日当たり・一件当たりレセプト点数は高く、歯科は一人当たり・一件当たりのレセプト点数は低い。		



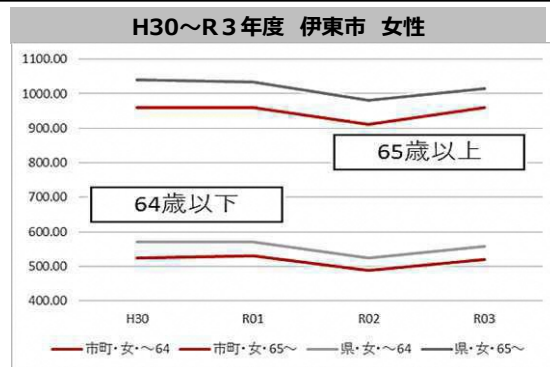
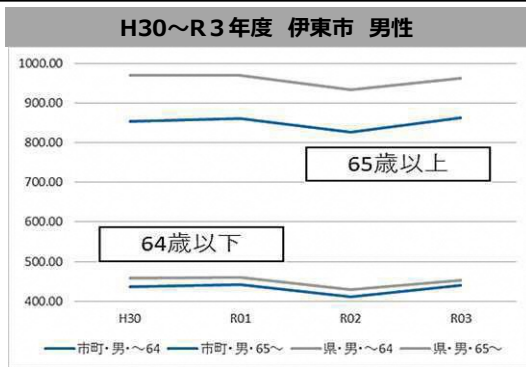
	令和4年度 外来受診率	入院率	入院一日当たりの レセプト点数	入院一件当たりの レセプト点数
伊東市	691.801	14.865	4,338	64,767
県	735.331	16.522	4,011	63,304
同規模	719.869	19.633	3,750	61,016

	令和4年度歯科受診率	一人当たりの点数	一件当たりの点数
伊東市	140.512	170	1,210
県	162.074	199	1,227
同規模	163.826	217	1,324

図表⑩	伊東市の入院医療費	出典	KDB
データ分析の結果	受診率・一人当たりの医療費点数は低いが、一日当たり医療費・一件当たり医療費が県を上回っていることから、普段医療受診はしないが、入院が必要な状況になると、医療費点数の高い医療（＝高度な治療や検査が必要な医療）を受けている可能性がある。		



図表⑪	性・年齢階層別の医療の受診率	出典	KDB
データ分析の結果	男女ともに、64歳以下・65歳以上いずれも、医療の受診率は、県平均を下回っている。特に65歳以上の男性は県平均との差が大きく、必要な医療受診ができていない可能性がある。		



図表⑫	医療費の負担が大きい疾患、標準化比（入院・外来合計）	出典	KDB
データ分析の結果	入院・外来合計の医療費では、「慢性腎臓病(透析あり)」「糖尿病」が医療費の10%を占めている。標準化比では、男女ともに「高血圧症」が県を上回っている。男性は「大腸がん」女性は「肺がん」の医療費の標準化比が高い。		

内外区分	R3年度 国保			標準化比/対県 H30-R3(4年平均)	
	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	慢性腎臓病 (透析あり)	327,654,470	5.2	80.3	89.5
	糖尿病	306,519,380	4.9	76.8	78.1
	関節疾患	275,422,330	4.4	94.4	109.4
	高血圧症	258,301,590	4.1	102.1	107.6
	統合失調症	224,076,250	3.6	89.1	95.6
	肺がん	203,339,120	3.3	93.0	118.9
	不整脈	161,748,900	2.6	83.0	89.8
	骨折	159,668,270	2.6	110.5	86.8
	脂質異常症	147,805,820	2.4	72.6	73.6
	大腸がん	137,230,130	2.2	122.3	91.6
内外区分	R3年度 後期高齢者医療			標準化比/対県 H30-R3(4年平均)	
	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	骨折	523,146,680	5.0	81.8	91.7
	不整脈	480,849,880	4.6	99.3	101.3
	関節疾患	455,611,220	4.4	100.9	105.4
	高血圧症	421,688,050	4.1	103.8	105.5
	慢性腎臓病 (透析あり)	412,142,180	4.0	74.3	58.1
	糖尿病	406,664,860	3.9	83.9	87.8
	骨粗しょう症	300,690,510	2.9	76.1	94.8
	脳梗塞	288,763,430	2.8	81.4	92.4
	前立腺がん	233,763,120	2.3	117.1	0.0
	大腸がん	184,626,330	1.8	147.7	107.4

図表⑬	伊東市国保の透析患者の状況	出典	茶っどシステム
データ分析の結果	人工透析患者数は、国保被保険者の減少と同様に減っている。そのうち糖尿病性腎症を有する人の割合は、令和3年度までは増加していたが、令和4年度は減少した。新規人工透析導入患者数は、令和2年度に急激に減少したがその後は横ばい状態である。令和4年度新規透析導入者には、糖尿病性腎症の診断名を持つ人はいなかった。		

年度	人工透析患者数	(再)左記のうち糖尿病性腎症を有する者		(再)新規人工透析導入者数		(再)新規のうち糖尿病性腎症を有する者		(再)人工透析患者のうち糖尿病を有する者		(再)人工透析患者のうち高血圧症を有する者	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		H30	94	17	18.1%	8	8.5%	4	50.0%	54	57.4%
R1	91	22	24.2%	12	13.2%	6	50.0%	55	60.4%	94	103.3%
R2	82	20	24.4%	3	3.7%	2	66.7%	48	58.5%	82	100.0%
R3	80	22	27.5%	4	5.0%	2	50.0%	55	68.8%	79	98.8%
R4	78	20	25.6%	4	5.1%	0	0.0%	50	64.1%	73	93.6%

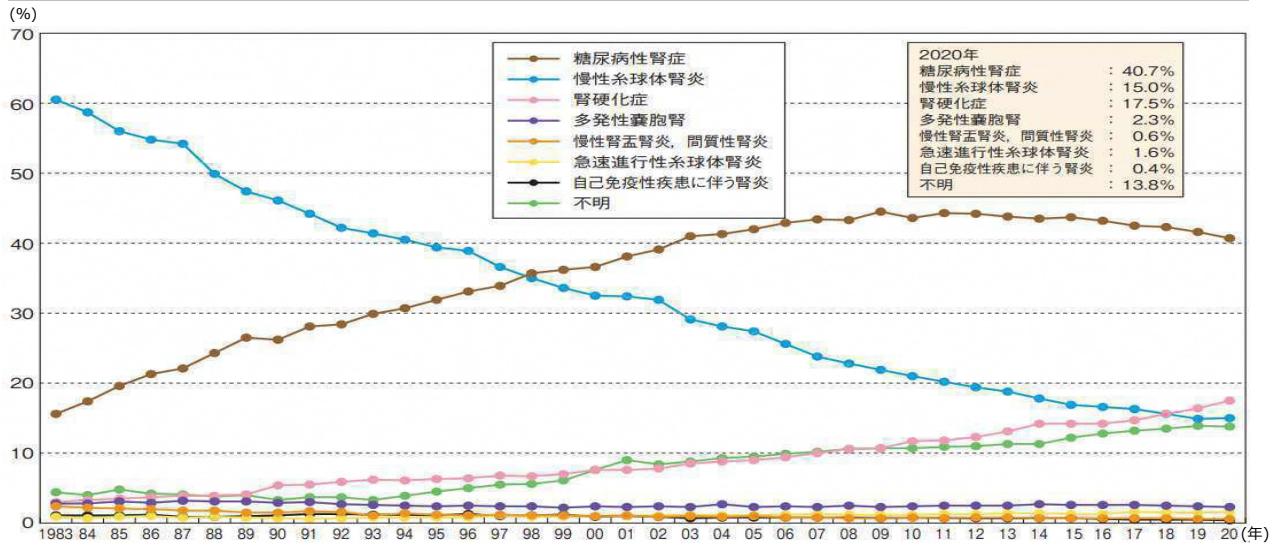
糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の経年変化（国保被保険者以外を含む全市民）

年度	H30	R1	R2	R3	R4
人数(人)	7	13	8	14	7

糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の経年変化（国保被保険者以外を含む全市民）

人工透析患者 原疾患割合の推移（厚生労働省 第1回腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会資料より）

一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現状（令和2（2020）年12月31日現在）



図表⑭	医療費の負担が大きい疾患、標準化比（入院）	出典	KDB
データ分析の結果	入院の疾病別医療費は「統合失調症」「骨折」が多い。県と比べて、男女ともに「大動脈瘤」、女性は「肺がん」の入院医療費が1.3～1.4倍になっている。		

入外区分	R3年度 国保				標準化比/対果 H30-R3(4年平均)		R3年度 後期高齢者医療				標準化比/対果 H30-R3(4年平均)	
	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性	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	140,259,560	6.1	91.4	81.7	骨折	487,766,680	11.1	81.1	91.5	
	骨折	138,222,770	6.1	112.7	86.3	脳梗塞	250,537,180	5.7	81.5	97.2		
	関節疾患	104,075,140	4.6	106.6	128.8	肺炎	159,917,820	3.6	94.2	96.7		
	脳梗塞	90,251,770	4.0	105.5	101.8	不整脈	146,698,040	3.3	92.2	102.8		
	肺がん	81,043,610	3.6	88.0	140.1	関節疾患	124,365,860	2.9	81.1	88.1		
	慢性腎臓病（透析あり）	63,037,930	2.8	75.8	78.6	大腸がん	117,662,920	2.6	141.6	124.4		
	不整脈	59,833,260	2.6	73.2	88.8	慢性腎臓病（透析あり）	106,438,720	2.4	73.8	58.7		
	大動脈瘤	58,539,910	2.6	130.0	135.4	統合失調症	103,423,440	2.3	132.0	127.8		
	大腸がん	54,347,200	2.3	114.4	87.8	狭心症	78,964,750	1.8	106.3	87.5		
	狭心症	42,728,650	1.9	95.2	116.4	大動脈瘤	78,852,540	1.8	96.8	90.8		

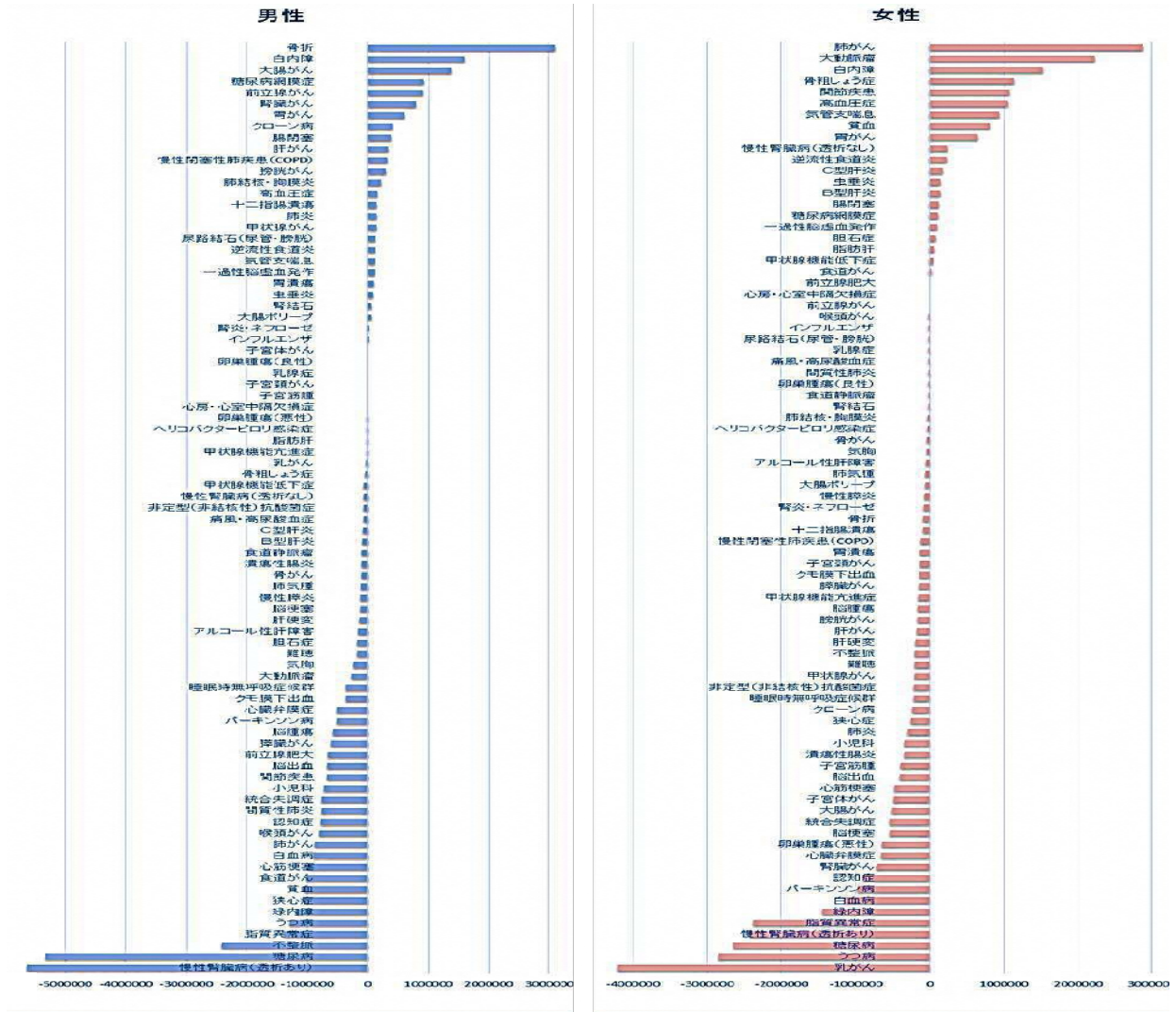
図表⑮	医療費の負担が大きい疾患、標準化比（外来）	出典	KDB
データ分析の結果	外来の疾患別医療費は「糖尿病」「慢性腎臓病（透析あり）」「高血圧症」が約20%を占めている。県と比べて、男性は「骨粗しょう症」が1.06倍、女性は「統合失調症」が1.24倍、外来医療費が高くなっている。		

入外区分	R3年度 国保				標準化比/対果 H30-R3(4年平均)		R3年度 後期高齢者医療				標準化比/対果 H30-R3(4年平均)	
	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性		
	外来	糖尿病	293,057,290	7.4	77.0	77.3	高血圧症	398,645,460	6.7	101.2	100.7	
	慢性腎臓病（透析あり）	264,616,540	6.7	81.4	92.1	糖尿病	379,604,890	6.4	83.8	83.8		
	高血圧症	255,998,010	6.5	101.7	106.8	不整脈	334,151,840	5.6	102.7	100.5		
	関節疾患	171,347,190	4.3	89.9	100.0	関節疾患	331,245,360	5.5	110.4	116.9		
	脂質異常症	146,338,830	3.7	72.4	73.1	慢性腎臓病（透析あり）	305,703,460	5.1	74.5	57.8		
	肺がん	122,295,510	3.1	96.4	108.1	骨粗しょう症	273,448,160	4.6	97.5	112.1		
	不整脈	101,915,640	2.6	90.7	90.6	前立腺がん	218,998,920	3.7	122.6	0.0		
	骨粗しょう症	88,271,800	2.2	106.7	115.6	脂質異常症	169,332,020	2.8	71.5	71.7		
	統合失調症	83,816,690	2.1	84.2	124.9	白内障	134,955,770	2.3	206.3	212.2		
	小児科	83,343,620	2.1	86.3	91.5	緑内障	113,456,230	1.9	87.3	85.6		

図表⑩	将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患（後期高齢者医療-国保の医療費の差）	出典	KDB
データ分析の結果	国保から後期高齢者医療にかけて、医療費負担が大きくなると予測されるものとして、骨折や脳梗塞、不整脈、関節疾患、高血圧症、肺炎などがあるが、高齢化に伴いさらに医療費が増大する見通しである。		

入院	細小分類	疾病別医療費	外来	細小分類	疾病別医療費
	骨折	349,543,910		不整脈	232,236,200
脳梗塞	160,285,410	関節疾患	159,898,170		
肺炎	133,323,820	高血圧症	142,647,450		
不整脈	86,864,780	糖尿病	86,547,600		
大腸がん	63,315,720	慢性腎臓病（透析あり）	41,086,920		

図表⑪	細小分類 標準化医療費の差（対県）（国保）男女	出典	KDB
データ分析の結果	疾患細小分類の標準化医療費の差では、男性は糖尿病と慢性腎臓病（透析あり）が、女性では慢性腎臓病（透析あり）、糖尿病、うつ病、乳がんが県を大きく下回っている。		



図表⑫	後発医薬品（ジェネリック医薬品）実施普及率の推移	出典	KDB
データ分析の結果	後発医薬品の出荷停止や出荷調整が続いており、医療機関及び薬局において、必要な量の医薬品を入手することが困難になっていることから、後発医薬品を希望していても、処方を受けられない場合があるため、普及率が伸び悩んだと考えられる。		

年度	H30	R1	R2	R3
後発医薬品（ジェネリック医薬品）普及率	69.8%	74.0%	76.8%	77.5%

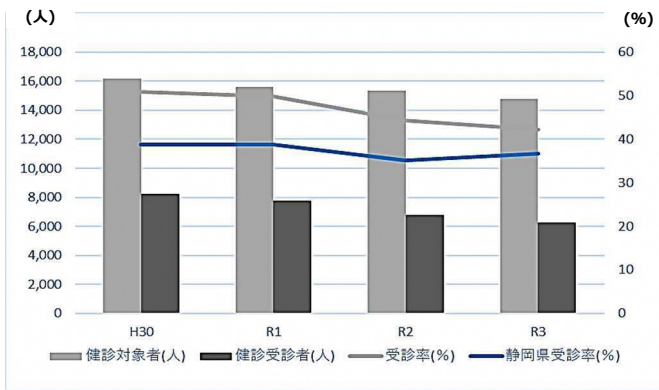
図表⑬	多剤投薬者該当者数及び割合の推移	出典	KDB
データ分析の結果	同一診療月に、15剤以上の薬剤を処方された人数は減少傾向にあるが、割合では横ばいに近い。令和2年度については、新型コロナウイルス感染症拡大による医療受診控えの影響が考えられる。		

	H30		R1		R2		R3	
	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)	該当者数(人)	割合(%)
静岡県(市町計)	28,710	3.47	27,417	3.43	20,480	2.61	21,948	2.88
伊東市	753	3.41	684	3.23	533	2.58	577	2.87



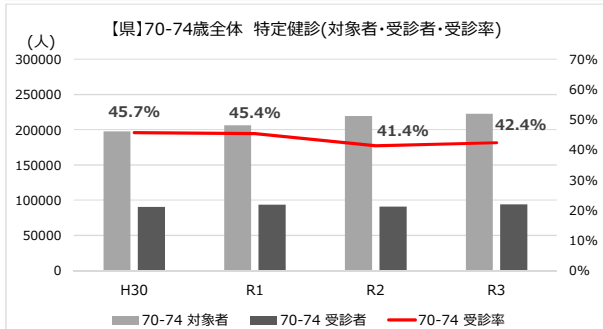
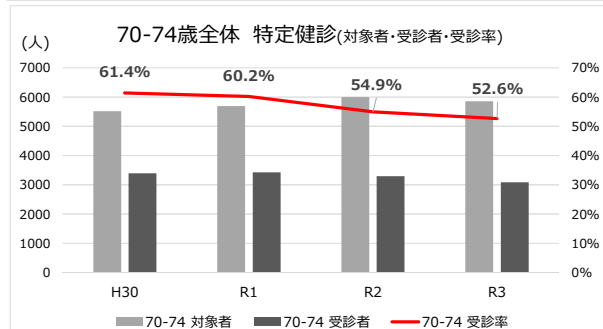
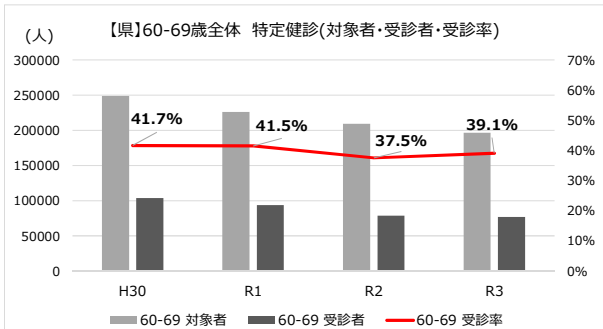
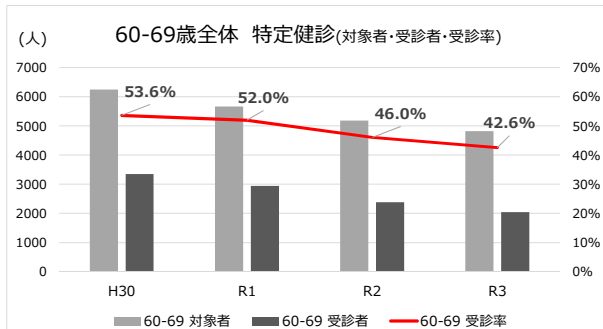
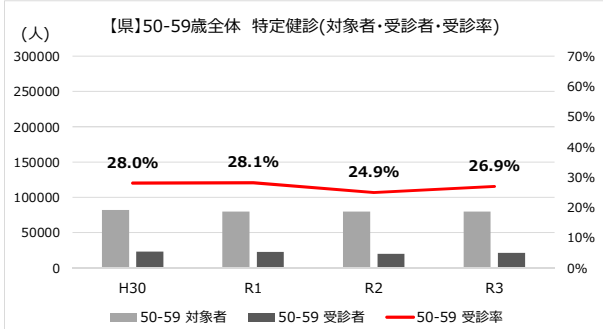
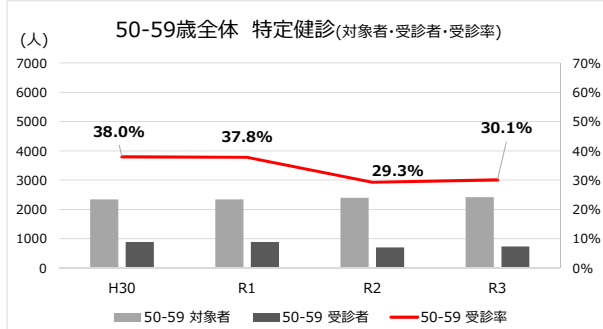
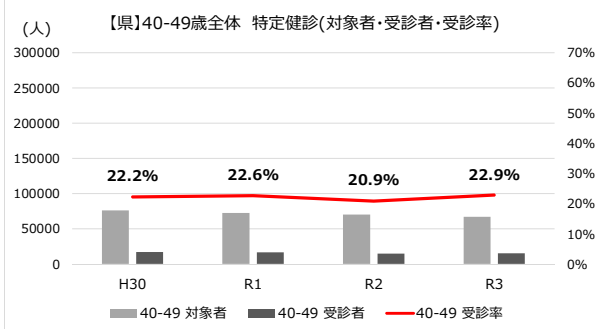
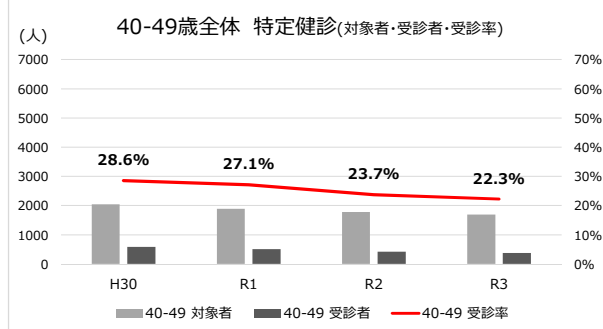
## 5 特定健診・特定保健指導の分析

図表⑳	特定健診受診率（経年推移）	出典	法定報告
データ分析の結果	特定健診受診率は、県より高い状態を継続しているが、コロナ禍の影響で低下し、回復傾向であるがコロナ前の受診率までには回復していない。		



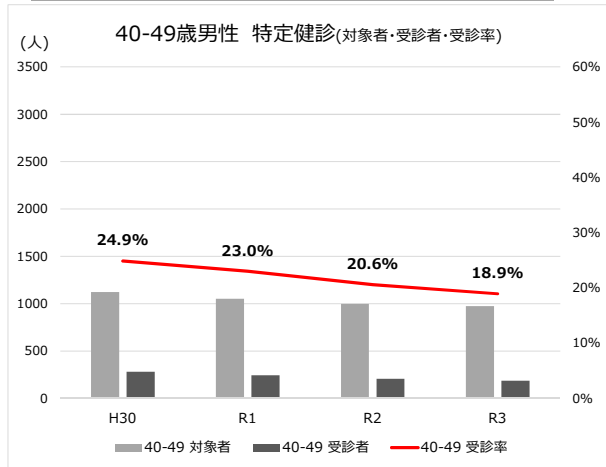
	H30	R1	R2	R3
健診対象者(人)	16,154	15,594	15,346	14,787
健診受診者(人)	8,213	7,768	6,800	6,239
受診率(%)	50.8	49.8	44.3	42.2
静岡県受診率(%)	38.7	38.7	35.2	36.7

図表㉑	特定健診受診率（年代別）	出典	法定報告
データ分析の結果	伊東市・県ともに、年齢が低いほど健診受診率が低い。		

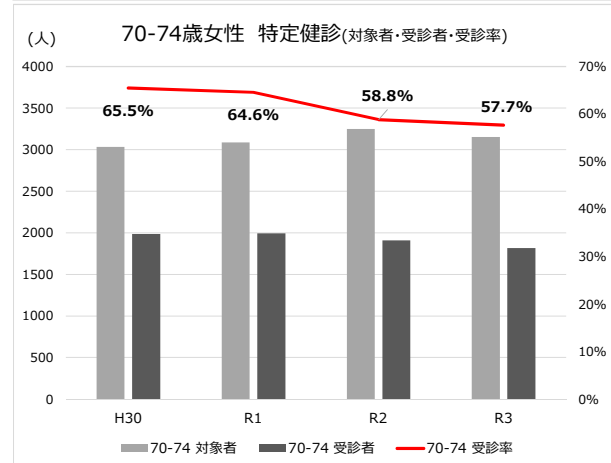
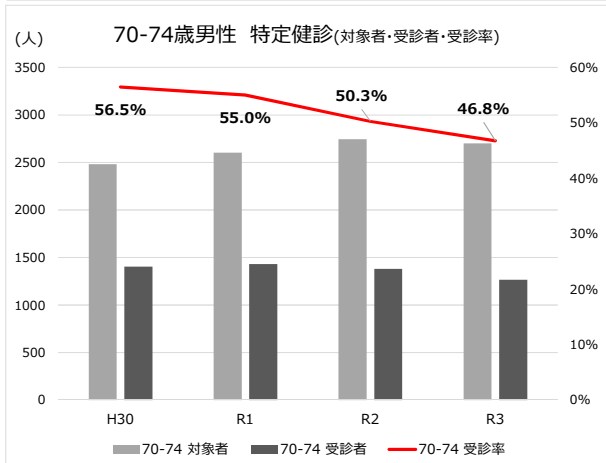
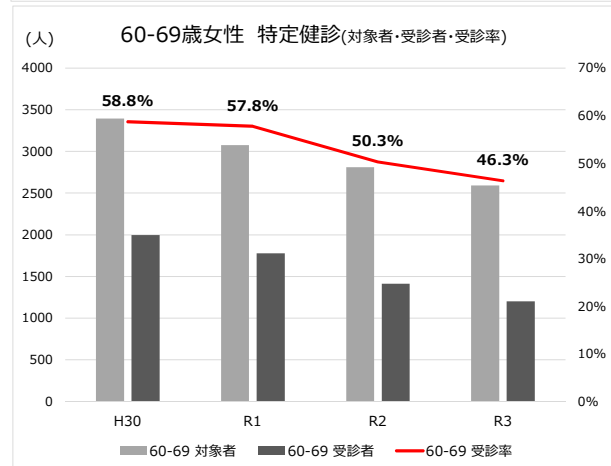
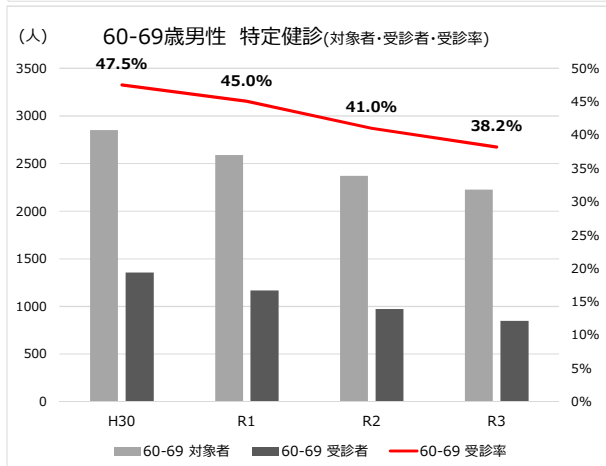
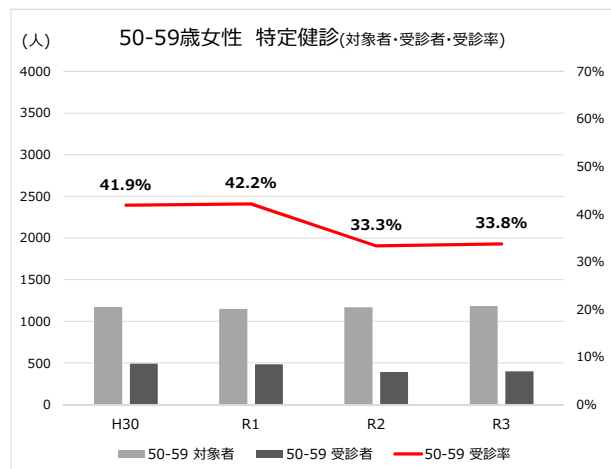
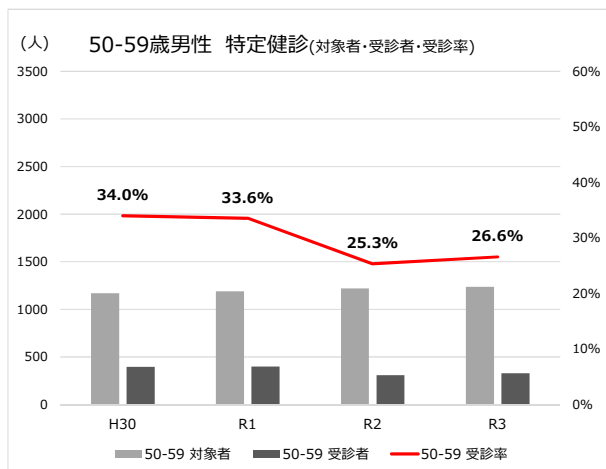
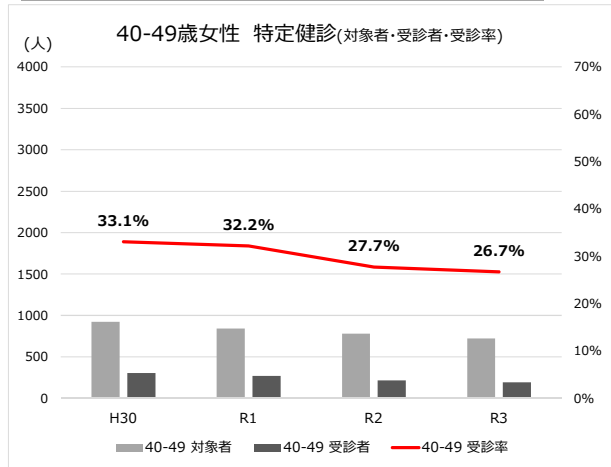


図表②	特定健診受診率（性・年代別）	出典	法定報告
データ分析の結果	どの年代も、女性と比べて男性の健診受診率が低い。		

### H30～R3年度 伊東市 男性

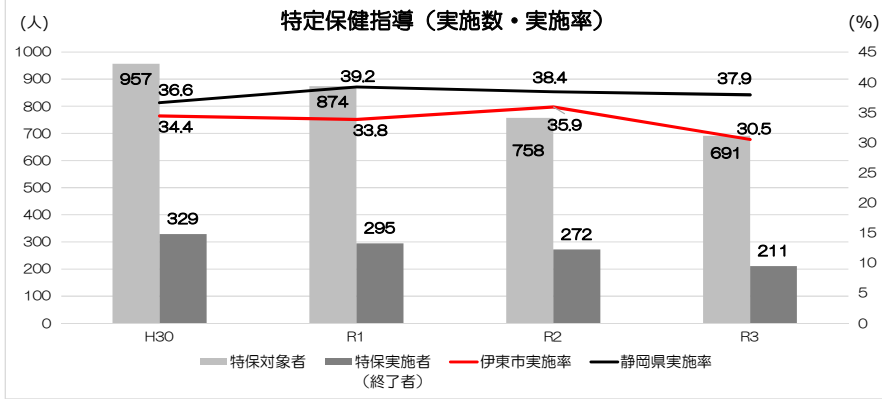


### H30～R3年度 伊東市 女性

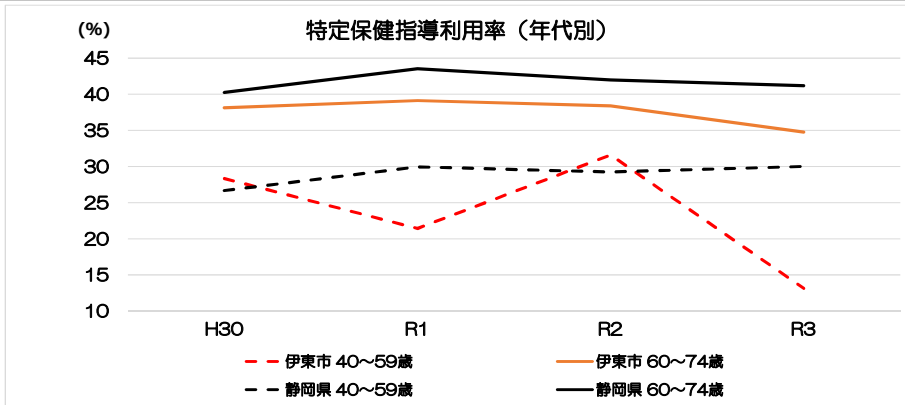




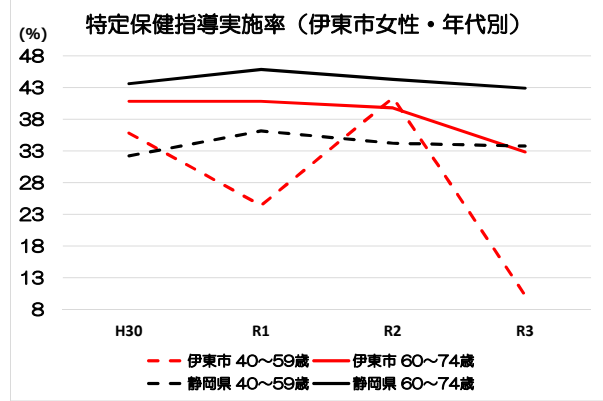
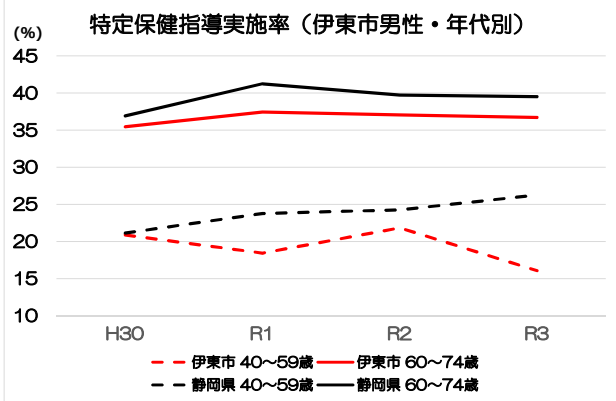
図表㉓	特定保健指導（実施数・実施率）	出典	法定報告
データ分析の結果	特定保健指導の対象者は被保険者数の減少とともに減っており、実施者数も減少に転じている。また、実施率は県平均よりも低い状況が続いている。		



図表㉔	特定保健指導実施率（年代別）	出典	法定報告
データ分析の結果	特定保健指導の実施率については、年代別では、60～74歳の実施率は40～59歳と比較すると高い水準で推移している。一方で県平均と比較すると、60～74歳は県平均よりも低いが、40～59歳では平成30年度、令和2年度で県平均を超えている。		



図表㉕	特定保健指導実施率（性・年代別）	出典	法定報告
データ分析の結果	特定保健指導の実施率については、男女別・年代別では、女性の40～59歳を除き、県平均よりも低い状況にある。女性の40～59歳は県平均を上回る年度もあるが、実施率の変動が年度ごとに大きい特徴がある。実施率の変動は女性ほど顕著ではないが、男性の40～59歳でも確認できる。		



図表㉖	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）・予備群・非肥満高血糖の状況	出典	KDB
データ分析の結果	女性のメタボリックシンドローム該当率は県より低いが、男性の該当率は県より高い。		

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）等			男性	女性	合計
メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）	人数		855	353	1208
	割合	保険者	32.0	9.7	19.1
		静岡県	30.5	10.1	19.0
予備群	人数		433	173	606
	割合	保険者	16.2	4.7	9.6
		静岡県	16.7	5.3	10.3
非肥満高血糖	割合	保険者	9.9		
		静岡県	10.1		

図表⑦		健診検査値（国保・後期高齢者医療）						出典	KDB				
データ分析の結果	男女ともに、ほとんどの検査項目（「中性脂肪」「クレアチニン」「尿酸」「HDLコレステロール」「血糖」「ALT(肝機能)」）において有所見者割合が県を上回っている。												
健診検査値（国保）							健診検査値（後期高齢者医療）						
	R3		H30-R3(4年平均)					R3		H30-R3(4年平均)			
	人数		該当者割合		標準化比/対県			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		男性	女性	男性	女性	男性	女性
中性脂肪 ≥150	939	707	33.8%	19.5%	129.5	136.4	中性脂肪 ≥300	54	57	3.1%	2.1%	170.9	199.0
クレアチニン ≥1.3	102	17	3.6%	0.5%	127.3	196.4	尿酸 ≥80	73	28	4.6%	1.3%	140.0	122.4
尿酸 ≥7.0	467	96	19.0%	2.8%	124.9	125.8	LDL ≥140	298	754	19.0%	32.8%	121.2	147.2
HDL <40	239	71	8.8%	1.8%	114.5	123.1	ALT(GPT) ≥51	24	37	2.2%	1.2%	111.5	105.6
BMI ≥25	875	650	31.2%	17.5%	104.8	90.4	HDL <35	64	19	3.6%	0.7%	107.5	92.8
腹囲 ≥85≥90	1,437	593	52.6%	15.6%	103.9	91.9	BMI ≥25	390	506	23.4%	19.2%	101.1	93.6
血糖 ≥100	770	699	28.9%	18.7%	102.6	110.9	クレアチニン ≥1.3	143	32	7.7%	1.4%	97.0	91.7
収縮期血圧 ≥130	1,331	1,593	48.7%	41.6%	101.5	96.0	収縮期血圧 ≥140	423	749	24.1%	27.6%	82.5	84.7
ALT(GPT) ≥31	555	340	19.9%	8.5%	100.8	101.0	血糖 ≥126	83	65	4.6%	2.5%	82.0	80.2
LDL ≥120	1,294	2,194	49.6%	61.4%	99.1	106.0	HbA1c ≥6.5	216	201	11.1%	6.4%	81.0	74.1
HbA1c ≥5.6	1,455	1,843	52.3%	48.3%	87.1	82.5	拡張期血圧 ≥90	86	119	4.9%	4.5%	75.8	82.4
拡張期血圧 ≥85	507	484	19.2%	12.7%	85.4	90.7	腹囲 ≥85≥90	176	146	7.9%	3.8%	32.3	33.9

図表⑧		特定健診の質問票（生活習慣の状況）						出典	KDB
データ分析の結果	男女ともに、喫煙・飲酒の習慣がある者が県と比べてとても多い。食事習慣・咀嚼に課題を抱える人が多い。								

特定健診質問票の回答						
	R03		H30-R03(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
1日1時間以上運動なし	1,343	1,882	51.0%	52.0%	102.4	103.5
1回30分以上の運動習慣なし	1,421	2,125	53.9%	58.7%	97.5	97.0
歩行速度遅い	1,232	1,655	46.9%	46.0%	95.0	89.0
咀嚼_かみにくい	660	784	25.0%	21.6%	115.4	120.0
咀嚼_ほとんどかめない	30	20	1.2%	0.6%	111.8	150.2
喫煙	642	405	24.0%	11.1%	118.7	227.3
毎日飲酒	1,190	579	44.7%	16.0%	111.7	184.0
1日飲酒量（3合以上）	113	31	4.9%	1.2%	126.6	182.6
週3回以上朝食を抜く	321	336	12.2%	9.3%	134.0	168.6
週3回以上就寝前夕食	498	379	18.9%	10.5%	117.3	131.8
既往歴_慢性腎臓病・腎不全	41	26	1.5%	0.7%	152.7	137.2
既往歴_貧血	178	664	6.7%	18.4%	127.5	127.1
既往歴_脳卒中	138	105	5.2%	2.9%	113.5	124.8
既往歴_心臓病	214	111	8.1%	3.1%	107.3	88.0
服薬_糖尿病	298	211	11.2%	5.8%	99.2	100.0
服薬_高血圧症	1,075	1,132	40.3%	31.0%	97.2	97.7
服薬_脂質異常症	573	957	21.5%	26.2%	88.4	80.3
改善意欲なし	853	965	32.6%	26.9%	107.2	115.3

## 6 レセプト・特定健診結果等を組み合わせた分析

図表⑲	生活習慣病1件当たり医療費(健診受診の有無)	出典	茶っシステム
データ分析の結果	特定健診受診者の一人当たりの医療費は、糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患、心筋梗塞、がんなどで県より高く、未受診者においても同様の傾向となっている。特に脳出血、心筋梗塞で高くなっている。		

R4年度 生活習慣病1件当たり医療費(健診受診の有無)

疾患名	伊東市		県	
	特定健診受診者(円)	特定健診未受診者(円)	特定健診受診者(円)	特定健診未受診者(円)
糖尿病	23,646	30,382	23,048	29,439
高血圧症	11,918	13,400	11,213	12,618
脂質異常症	12,139	13,673	11,439	13,639
高尿酸血症	6,782	8,222	7,790	9,951
脂肪肝	17,092	18,768	17,497	20,841
動脈硬化症	20,082	44,687	23,563	72,062
脳出血	249,929	554,093	183,559	488,906
脳梗塞	38,847	160,997	36,094	113,631
狭心症	47,955	59,259	37,500	69,139
心筋梗塞	192,591	353,471	157,074	231,627
がん	142,382	254,985	115,152	227,235
筋・骨格	20,756	30,521	22,432	37,388
精神	23,781	66,700	22,110	66,615

※赤字は、県より一件当たり医療費が多いものを示す。

図表⑳	がん及び心疾患を発症するリスク因子	出典	令和4年度 医療・健診・介護データ分析に関する大学との共同研究事業最終報告書
データ分析の結果	男性喫煙者は非喫煙者と比較し、がんのオッズ比が1.6倍高く、特に肺がんは4倍となる。喫煙者は非喫煙者と比較し、心筋梗塞のオッズ比は2.6倍高い。		

※平成24年度時点でがんを発症していない人を対象に、令和3年度までのがん発症状況を調査した分析結果

### ■ ロジスティック回帰分析

目的変数 (従属変数)	説明変数 (独立変数)	有意確率 (P値) χ2検定	オッズ比	95% 区間 下限	95% 区間 上限
がん n=3,823	喫煙	0.032 ※有意確率 (P値) χ2検定	1.322 P<0.05が望ましい	1.024	1.708
	性別 (男性)	0.001	1.474	1.171	1.857
	年齢 (60歳以上)	<0.001	2.914	2.298	3.695
消化器がん (胃・結腸・直腸・肝) n=3,823	喫煙	0.272	1.245	0.842	1.839
	性別 (男性)	0.001	1.850	1.298	2.637
	年齢 (60歳以上)	<0.001	3.634	2.472	5.343
肺がん (気管・気管支・肺) n=3,823	喫煙	0.001	2.938	1.561	5.532
	性別 (男性)	0.016	2.238	1.161	4.313
	年齢 (60歳以上)	<0.001	4.055	2.021	8.138
がん 男性 n=1,564	喫煙	0.004	1.620 約1.6倍	1.163	2.256
	年齢 (60歳以上)	<0.001	3.582	2.541	5.048
肺がん 男性 n=1,564	喫煙	0.001	4.050 約4倍	1.798	9.123
	年齢 (60歳以上)	0.005	3.195	1.418	7.201

※平成24年度時点で心疾患を発症していない人を対象に、令和3年度までの心疾患発症状況を調査した分析結果

### ■ ロジスティック回帰分析

目的変数 (従属変数)	説明変数 (独立変数)	有意確率 (P値) χ2検定	オッズ比	95% 区間 下限	95% 区間 上限
狭心症 n=3,833	喫煙	0.969 ※有意確率 (P値) χ2検定	0.994 P<0.05が望ましい	0.731	1.351
	性別 (男性)	0.392	1.123	0.861	1.465
	年齢 (60歳以上)	<0.001	1.694	1.308	2.193
心筋梗塞 n=3,833	喫煙	0.011	2.571 約2.6倍	1.243	5.321
	性別 (男性)	<0.001	8.604	2.957	25.035
	年齢 (60歳以上)	0.201	1.594	0.780	3.259
心疾患 (虚血性心疾患+その他の心疾患) n=3,677	喫煙	0.582	1.058	0.865	1.293
	性別 (男性)	0.010	1.265	1.057	1.515
	年齢 (60歳以上)	<0.001	2.339	1.971	2.775
	飲酒量 (2合以上)	0.016	1.367	1.060	1.764
心筋梗塞 女性 n=2,305	喫煙	0.014	17.550 約18倍	1.803	170.816
	年齢 (60歳以上)	0.198	0.198	0.458	43.520

図表⑪	心筋梗塞発症群と非発症群の健診項目の差	出典	田中 克弥、田辺 百合香、栗木 清典、伊東市の心筋梗塞発症者における特定健診結果の特徴について、東海公衆衛生雑誌、2022、10巻、1号、p.121-125、(一部改変)
データ分析の結果	心筋梗塞発症群(症例群、A群)と非発症群(対照群、B1群)を比較すると、心筋梗塞発症群はLDLコレステロールが低い傾向にある。(p<0.1)		

		BMI	腹囲	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL	LDL
A群	Ave.	23.98	84.33	133.94	75.94	158.56	51.94	123.31
	SD	2.74	7.62	17.53	15.29	84.17	10.96	33.71
B1群	Ave.	22.44	83.06	126.63	75.98	143.04	59.85	125.94
	SD	3.46	8.52	17.82	12.11	83.88	15.53	31.37
p値		0.12	0.60	0.17	0.99	0.53	0.07*	0.78
オッズ比		2.3	0.6	1.2	0.9	1.1	3.1	0.6
CI		0.7-7.8	0.2-2.1	0.4-3.7	0.2-3.7	0.3-3.5	0.2-52.1	0.2-2
		GOT	GPT	γ-GTP	HbA1c	尿酸	血清Cre	eGFR
A群	Ave.	23.50	21.56	49.88	5.84	5.53	0.93	64.75
	SD	7.20	10.71	71.16	0.53	0.91	0.21	13.21
B1群	Ave.	23.56	20.60	36.28	5.90	5.26	0.89	67.03
	SD	11.56	13.91	29.16	1.14	1.08	0.15	12.49
p値		0.98	0.81	0.48	0.80	0.42	0.45	0.55
オッズ比		1.4	1	1	2.8	3.6	1.9	2.5
CI		0.3-6	0.2-5.5	0.2-5.4	0.7-11.4	0.2-61.6	0.5-6.7	0.7-9.3

A群は心筋梗塞発症群(症例群)  
B1群は非発症群(対照群)

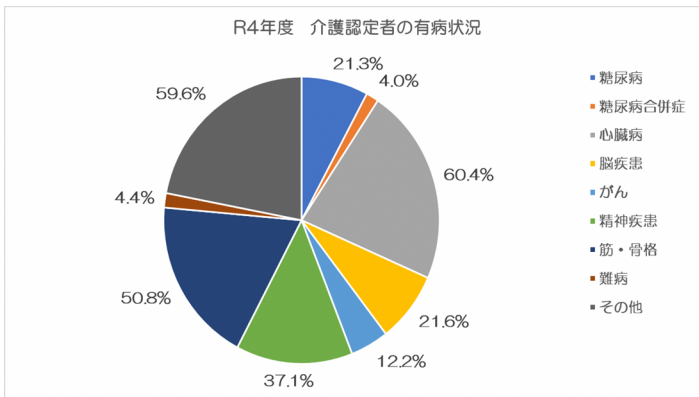
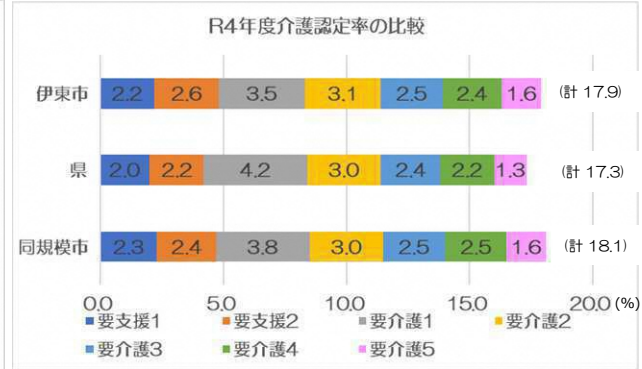
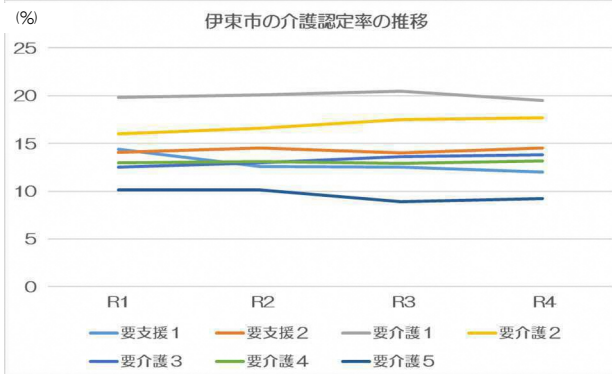
心筋梗塞発症群は平成26年度までに心筋梗塞による治療歴がレセプト上でない人を対象に、令和元年度までの発症状況を調査分析した。

\*p<0.1

注)検定は対応のない検定

## 7 介護費関係の分析

図表⑫	介護認定率と介護給付費	出典	KDB
データ分析の結果	男女ともに2号被保険者の認定割合が高い傾向にある。1件あたり介護給付費は令和4年度60,740円であり、県平均(62,506円)よりも低い。		



### 1号被保険者介護認定率 (%)

	H30	R1	R2	R3
伊東市	16.8	17.1	17.6	18.3
県	16.9	17.2	17.6	18.0
同規模	18.1	18.4	18.7	19.0
国	19.2	19.6	19.9	20.2

### 2号被保険者介護認定率 (%)

	H30	R1	R2	R3
伊東市	50	50	50	50
県	40	40	40	40
同規模	40	40	30	40
国	40	40	40	40

### R4年度介護給付費 (円)

	介護給付費	居宅給付費	施設給付費
伊東市	60,740	42,546	287,660
県	62,506	41,803	288,195
同規模	63,298	41,822	292,502

## 8 その他

図表⑬	がん検診の受診率	出典	静岡県
データ分析の結果	がん検診の受診率が県平均より低い傾向にある。		

	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	県平均 R2 (2020)	(%)
胃がん (30~69歳)	7.3	11.3	14.8	12.7	12.9	12.8	12.8	22.6	
肺がん (40~69歳)	9.3	15.4	11.7	12.2	11.4	36.2	22.6	28.2	
大腸がん (30~69歳)	25.1	33	27	26.3	25.4	25.9	24.9	28.1	
乳がん (女性40~69歳)	36.2	49	48.2	52.1	57.4	56.4	60	53.7	
子宮頸がん (女性20~69歳)	35.8	52.4	56.9	49.1	45	43.3	48.5	54.9	



第3節 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		対応する保健事業番号
A	男女ともに、平均余命が県に比べて短い。また平均自立期間が県に比べて短いことから、健康で自立した生活を送ることができる期間が短い。	1.2.3.4.5
B	全死因 SMR は 108.1 と県よりもやや高い。また、疾患別 SMR・超過死亡者数においては、脳血管疾患、心疾患、悪性新生物が県より高い。特に急性心筋梗塞においては、対県比 SMR が男女ともに 200 を超えているが、その発症者のうち特定健診又は医療機関を受診している者が少ない。	1.2.3.4.5
C	国保疾病分類別の医療費「入院・外来合計」割合では、慢性腎臓病（透析あり）、糖尿病、高血圧症が多く、標準化比においては、男女ともに高血圧症が県を上回っており、高血圧による脳血管疾患や心疾患等の循環器病が増加する傾向にある。また、高齢化率が上昇することによって、加齢による高血圧も増加するため、血圧の管理が重要となる。	1.2.3.4.5
D	特定健診結果から、男性はメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）及び肝臓・腎臓障害が多く、女性は肥満を伴わない高脂質、高血糖による動脈硬化、肝臓・腎臓障害が多い傾向にある。一方、入院外来を合わせた疾患別医療費割合において慢性腎臓病、糖尿病、高血圧症は高いが脂質異常症は低いことから、コレステロールや中性脂肪等の脂質異常があっても放置している人が多い。また、脳卒中・腎臓病等の既往歴がある者の割合は県と比べて高いが、内服している者の割合は低くなっており、病気が再発する危険性がある。	1.2.3.4.5
E	本市の生活習慣の特徴である過剰飲酒や喫煙習慣は、心疾患及びがん発症との関連性が高い。また、運動習慣者が少ないことや朝食の欠食や食生活が夜型であることは高血圧や高血糖、高脂質の要因となる。飲酒、喫煙とともに改善が必要である。	1.2.3.4.5
F	国保の医療受診率は低い反面、一日当たりの医療費点数は県を超えており、疾患が悪化してから受診する傾向がある。この傾向は後期高齢者の医療費においても同様の傾向がみられ介護の要因ともなるため、適正な時期からの医療受診を勧める等の、医療・保健・介護との連携が必要である。	1.2.3.4.5
G	特定健診質問票から、咀嚼について「かみにくい」「ほとんどかめない」人が多く、特に女性は「ほとんどかめない」人が県より多い。咀嚼がうまくできないと、野菜等の食物繊維が多いものや肉等の動物性タンパク質がとりにくくなり、糖尿病や高血圧に影響するほか、後期高齢者では必要な栄養素が不足し、低栄養状態の要因となる。	8

計画全体の目的		健康寿命の延伸									
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						
				R3(2021)	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R9(2027)	R10(2028)	R11(2029)	
AB.G	平均自立期間を延伸する。	平均自立期間（要介護2以上）	KDB 帳票「地域の全体像の把握」の「平均自立期間」	男性 79.2 歳 女性 83.6 歳	男性 79.3 歳 女性 83.7 歳	男性 79.5 歳 女性 83.8 歳	男性 79.7 歳 女性 83.9 歳	男性 80.0 歳 女性 84.0 歳	男性 80.2 歳 女性 84.1 歳	男性 80.3 歳 女性 84.6 歳	
A	壮年期から健康意識を高める。	40 歳台、50 歳台の特定健診実施率	特定健診を受けた 40 歳台、50 歳台の人の割合	40 歳台 18.2% 50 歳台 26.8%	40 歳台 20.0% 50 歳台 29.0%	40 歳台 22.0% 50 歳台 32.0%	40 歳台 24.0% 50 歳台 35.0%	40 歳台 26.0% 50 歳台 38.0%	40 歳台 28.0% 50 歳台 42.0%	40 歳台 30.0% 50 歳台 45.0%	
AB	健康状態を把握し、早期から生活習慣病等を予防する。	特定健診実施率	特定健診対象者のうち健康診査を受診した者の割合	42.2%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%	
ABC.D.EF	生活習慣病の重症化を予防する。	高血圧症有病者の割合	高血圧Ⅰ度以上もしくは血圧を下げる薬服用者	50.8%	50.5%	50.0%	49.5%	49.0%	48.5%	48.0%	
ABC.D.EF	生活習慣病の重症化を予防する。	HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健診受診者で HbA1c の検査結果がある者のうち、HbA1c8.0%以上の人の割合	1.7%	1.6%	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	
ABC.D.EF	生活習慣病の重症化を予防する。	脂質異常者有病者の割合	特定健診受診者での内、LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合	14.3%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%	12.0%	
E	生活習慣を改善する。	喫煙率	特定健診受診者の喫煙率	男性 23.5% 女性 10.6%	男性 23.0% 女性 10.0%	男性 22.5% 女性 9.0%	男性 22.0% 女性 8.0%	男性 21.0% 女性 7.0%	男性 20.0% 女性 6.0%	男性 19.0% 女性 5.0%	
E	生活習慣を改善する。	毎日飲酒する者の割合	特定健診質問票から、お酒を飲む頻度が毎日の人の割合	男性 43.7% 女性 15.6%	男性 42.0% 女性 14.0%	男性 40.0% 女性 12.0%	男性 38.0% 女性 11.0%	男性 37.0% 女性 10.0%	男性 36.0% 女性 9.0%	男性 35.0% 女性 8.0%	
E	生活習慣を改善する。	運動習慣のある者の割合	特定健診質問票から、1 回 30 分以上の運動習慣がある人の割合	男性 45.4% 女性 40.3%	男性 46.0% 女性 40.5%	男性 46.5% 女性 41.0%	男性 47.0% 女性 42.0%	男性 48.0% 女性 43.0%	男性 49.0% 女性 44.0%	男性 50.0% 女性 45.0%	

◇モニター指標

◇モニター指標	指標	指標の定義	計画策定時 R3 実績	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)	R9(2027)	R10(2028)	R11(2029)
i	特定保健指導実施率(終了率)	特定保健指導の対象者のうち終了した者の割合	30.5%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
ii	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	前年度特定保健指導の対象者だった者のうち、当該年度は特定保健指導の対象ではなくなったものの割合	21.2%	23.0%	24.8%	26.6%	28.4%	30.2%	32.0%
iii	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者の割合	特定健診受診者における内臓脂肪症候群該当者の割合	19.1%	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%	14.5%	14.0%
iv	高血圧予備群の割合	特定健診受診者における血圧の検査結果が基準(※)に該当する者の割合	13.1%	13.0%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.0%

※収縮期 130～139 mm Hg かつ拡張期 90 mm Hg 未満  
又は収縮期 140 mm Hg 未満かつ拡張期 85～90 mm Hg、血圧を下げる薬の服用なし

事業番号	事業分類	個別保健事業
1	特定健診	特定健診事業
2	特定保健指導	特定保健指導事業
3	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病性腎症重症化予防事業(受診勧奨・保健指導)
4	重症化予防（保健指導）	生活習慣病重症化予防事業(受診勧奨・保健指導)
5	健康教育・健康相談	健康づくり習慣普及・啓発事業（喫煙・アルコール・食生活・運動）
6	重複・頻回受診、重複服薬者対策	医療受診行動適正化事業
7	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品利用普及事業
8	健康教育・健康相談	フレイル予防事業（高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業）



## 第4節 個別事業計画

事業 1		特定健診事業									
事業の目的		<ul style="list-style-type: none"> <li>40歳台から特定健診を継続して受けることにより、メタボリックシンドロームの予防・早期発見を実現し、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。</li> </ul>									
事業の概要		<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病の予防のために、40～74歳の国保加入者を対象として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健診を行う。</li> <li>健診項目は、基本的な項目として、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定、診察、尿検査、血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）、一定の基準に該当し、医師が必要と認めた場合に実施する詳細な項目（心電図、眼底検査、貧血検査）、追加項目（腎機能検査）等を行う。また、特定保健指導等、保健指導が必要な対象者を選定する。</li> </ul>									
対象者		40～74歳の国保被保険者									
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						
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)	
	1	特定健診受診率	法定報告	R3 42.2%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%	
2	40歳台・50歳台の特定健診受診率	KDB等法定報告	R3 40歳台 18.2% 50歳台 26.8%	40歳台 20.0% 50歳台 29.0%	40歳台 22.0% 50歳台 32.0%	40歳台 24.0% 50歳台 35.0%	40歳台 26.0% 50歳台 38.0%	40歳台 28.0% 50歳台 42.0%	40歳台 30.0% 50歳台 45.0%		
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						
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)	
1	受診勧奨率	健診受診対象者全員への受診勧奨	R3 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
プロセス（方法）	周知		<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診対象者全員に対し、受診券送付時に健診実施医療機関・実施期間を周知する。</li> <li>労働安全衛生法に基づく健康診断等を職場で受診した場合は、健診結果を市へ提供するよう周知する。</li> </ul>								
	勧奨		<ul style="list-style-type: none"> <li>40歳台、50歳台に対しては、特定健診未受診者（勧奨の効果が出にくいが必要な層）と継続受診者（勧奨の効果が出やすい層）等、全体を属性に分け、それに合わせた勧奨を全員へ漏れなく行っていく。また、それ以外の世代（60歳台以上）については、優先順位をつけ、受診率の維持・向上を実現させるとともに、未受診者（勧奨の効果が出にくいが必要な層）への勧奨も行う。</li> <li>医療専門職による受診勧奨、保健相談を行う。</li> </ul>								
	実	実施形態	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別健診</li> <li>健診結果の提供依頼：労働安全衛生法に基づく健康診断、個人で受診している健康診断等</li> </ul>								
		実施場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市医師会協力医療機関</li> <li>労働安全衛生法に基づく健康診断の実施会場（伊東食品衛生協会、富士伊豆農業協同組合、伊東商工会議所等）</li> <li>定期受診している医療機関等</li> </ul>								
		時期・期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>6～9月、11～12月</li> <li>労働安全衛生法に基づく健康診断：通年</li> <li>健診結果の提供依頼：通年</li> </ul>								
		データ取得	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市医師会から結果票控え（紙）が提出される</li> <li>労働安全衛生法に基づく健康診断の実施医療機関等から、データ又は結果票写し（紙）が提出される。</li> </ul>								
結果提供		<ul style="list-style-type: none"> <li>個人で受けた定期健診や医療受診等の結果は、本人から市へ提出される。</li> </ul>									
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病医療受診中断者に対しては、電話等で状況の確認と特定健診の受診勧奨、又は医療受診の再開に向け、個別支援を行う。</li> </ul>										

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康推進課が執行し、健康福祉部及び保険年金課への周知、協力依頼を行う。</li> </ul>
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市医師会：特定健診の受診勧奨への協力と、定期受診者等に対して、健診結果を市へ提供するよう協力を依頼する。</li> <li>伊東市歯科医師会、伊東熱海薬剤師会：特定健診の受診勧奨への協力を依頼する。</li> </ul>
	国民健康保険団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨等の優先度を定めるための健診結果や受診者属性等の分析について、助言を求める。</li> </ul>
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>労働安全衛生法に基づく健康診断の結果提供を依頼する。</li> </ul>
	その他の組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市保健委員連絡協議会を通して地区住民への健康診査に関する情報の周知を行う。</li> </ul>
	他事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>母子保健部門や学校教育部門等と連携し、対象者及びその家族への周知を行い、受診勧奨・受診率の向上を図る。</li> </ul>
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和5年度時点では、特定健診とがん検診の通知が別々になっているが、健(検)診対象者への分かりやすさと受診率の上昇を狙い、通知の一本化を検討する。</li> <li>全国健康保険協会静岡支部等との連携を強化する。</li> <li>対象者とその家族に対し、毎年健診を受け、自分自身の健康管理をすることで、生活習慣病予防ができるというポピュレーションアプローチを行うことで、対象者の特定健診の受診行動につなげる。</li> </ul>

事業 2		特定保健指導事業								
事業の目的		<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者が自身の健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるよう支援し、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）及びその予備群の減少を図る。</li> </ul>								
事業の概要		<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる者に対し、保健師、管理栄養士等が生活習慣の改善に向けた指導を行う。</li> </ul>								
対象者		<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診を受診し、特定保健指導（動機付け支援・積極的支援）に該当した者</li> </ul>								
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
	1	【長期】メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者の割合	KDB 法定報告	R3 19.1%	18.0%	17.0%	16.0%	15.0%	14.5%	14.0%
	2	【中長期】特定保健指導対象者の減少率	KDB 法定報告	R3 19.2%	19.9%	20.5%	21.1%	21.7%	22.4%	23.0%
3	【短期】特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 （前年度特定保健指導利用者のうち、当該年度特定保健指導の対象でなくなった人の割合）	KDB 法定報告	R3 21.2%	23.7%	25.0%	26.2%	27.5%	28.7%	30.0%	
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
	1	特定保健指導実施率 （動機付け支援・積極的支援）	KDB 法定報告	R3 30.5%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
	2	特定保健指導利用率 （動機付け支援）	KDB 法定報告	R3 40.3%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%
3	特定保健指導利用率 （積極的支援）	KDB 法定報告	R3 20.2%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	
4	特定保健指導利用 勧奨率	実施件数 のカウン ト	R4 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
プロセス（方法）	周知		<ul style="list-style-type: none"> <li>市広報紙や地元紙等に記事を掲載し、周知を図る。</li> </ul>							
	勧奨		<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診の実施医療機関での特定健診の結果を説明する時に、医療機関が利用勧奨を行う。</li> <li>医療専門職による特定健診結果を踏まえた電話での利用勧奨を行う。</li> <li>通知による利用勧奨を行う。</li> </ul>							
	実施及び実施後の支援	初回面接	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康推進課の他、特定健診の協力医療機関、伊東市民病院、民間企業等にも委託をし、利用者の利便性を図った初回面接を実施する。</li> </ul>							
実施場所		<ul style="list-style-type: none"> <li>市内公共施設、特定健診の協力医療機関、伊東市民病院ドック健診センター等の市内各所において対面式で実施する。また ICT を用いたオンライン型の特定保健指導を行い、自宅や職場等でも利用できる環境を整える。</li> </ul>								
実施内容		<ul style="list-style-type: none"> <li>利用勧奨の時点から対象者の行動変容に向けた支援を行えるよう医療専門職による利用勧奨を行う。</li> <li>利用者の途中脱落を防ぐため、対象者のニーズに合わせて対面や電話等での支援を実施する。</li> <li>利用者が楽しみながら行動変容ができるよう、市内スポーツ施設等に継続支援を委託して、運動による支援を行う。</li> </ul>								

プロセス（方法）	実施および実施後の支援	<p>時期・期間</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診結果が提出される7月から利用勧奨及び初回面談を開始する。</li> <li>・特定保健指導の評価は、次年度の特定健診の受診前までに終了する。</li> </ul>
	実施後のフォロー・継続支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康増進事業（運動教室や各種健康教室）への参加を積極的に勧め、支援が継続できるようにする。</li> <li>・特定保健指導終了後であっても、フォローが必要な人に対しては医療専門職が電話等で支援を継続する。</li> </ul>
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診後、速やかに特定保健指導が実施できるよう環境を整える。</li> <li>・進捗状況を委託業者から報告を受け、評価につなげられる環境を整える。</li> </ul>
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康推進課が執行し、健康福祉部及び保険年金課への周知・協力依頼を行う。</li> </ul>
	保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伊東市医師会：特定健診等説明会を開催し、業務委託及び周知、協力依頼を行う。</li> <li>・伊東市歯科医師会、伊東熱海薬剤師会：特定健診受診勧奨の協力依頼をする。</li> </ul>
	国民健康保険団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導の事業評価等の分析について、助言を得る。</li> </ul>
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ICTを活用した特定保健指導を実施する民間業者にオンライン型の特定保健指導を委託する。</li> <li>・継続支援の一環として、市内スポーツ施設に運動実践のための指導を委託する。</li> </ul>
	その他の組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伊東市民病院、中伊豆温泉病院等の医療機関に特定保健指導を委託する。</li> <li>・伊東商工会議所、伊東食品衛生協会、富士伊豆農業協同組合等の機関と連携をし、周知を図る。</li> </ul>
	他事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食生活教室や運動教室等の地域保健事業と連携し、生活習慣の改善を支援する。</li> </ul>
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託先の専門職も含め、特定保健指導従事者のスキルアップのため、定期的に従事者研修会を開催する。</li> <li>・特定健診当日に初回面談が実施できるよう、体制を整備する。</li> <li>・被用者保険から国保へ加入した人に対して適切な支援が継続的に行えるよう、全国健康保険協会静岡支部等の他保険者との連携を図る。</li> </ul>



事業3		糖尿病性腎症重症化予防事業(受診勧奨・保健指導)								
事業の目的		<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病性腎症の危険因子を有する人に、適切な受診勧奨や保健指導を行うことにより、治療に結び付けるとともに、生活習慣の改善を促し、腎不全や人工透析への移行を防止する。</li> </ul>								
事業の概要		<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診結果から、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき対象者を抽出し、対象者に適した方法で受診勧奨及び保健指導を行い、糖尿病の発症及び重症化を予防する。</li> <li>また、糖尿病の早期発見、早期介入のため、特定健診等の受診者を増やす。</li> </ul>								
対象者	選定方法	<p>【医療未受診者及びハイリスクアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>KDB 等により特定健診結果と医療情報を突合し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき対象者を抽出する。</li> </ul> <p>【治療中断者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>KDB 等を活用し、レセプトにおいて糖尿病受診歴がない人を抽出する。</li> </ul> <p>【ポピュレーションアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>過去3年間の特定健診結果から、血糖値又はHbA1cが保健指導域に該当し、糖尿病を治療していない人を抽出する。</li> </ul>								
	選定基準	<p>(医療受診勧奨者)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>過去3年間の特定健診において、空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又はHbA1c 6.5%以上が確認されている人で、当該年度に糖尿病の受診歴がない人</li> </ul> <p>【ハイリスクアプローチ：(糖尿病患者を含む)】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当該年度の健診受診者のうち、ア、イのいずれかに該当する人</li> </ul> <p>空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又はHbA1c 6.5%以上の人かつ①又は②に該当する人</p> <p>①検尿試験紙で尿蛋白1(+)以上</p> <p>②eGFR が次に該当する者</p> <p>eGFR60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満 (50 歳未満)</p> <p>eGFR50ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満 (50 歳以上 70 歳未満)</p> <p>eGFR40ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満 (70 歳以上)</p> <p>【ポピュレーションアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>過去3年間の特定健診において、空腹時血糖 100~125mg/dl (随時血糖 140~199mg/dl) 以上又はHbA1c 5.6~6.4% (保健指導域に該当) が確認されている人 (当該年度の特定健診未受診者を含む)</li> </ul>								
	特定健診結果による判定基準									
	レセプトによる判定基準	<p>【治療中断者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>過去において糖尿病治療歴があるものの、直近1年間にレセプトにおける糖尿病受診歴がない人</li> </ul>								
	その他の判定基準	<p>【特定健診の未受診者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>過去3年間の特定健診において、空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又はHbA1c 6.5%以上が確認されている人で、当該年度に特定健診を受診していない人</li> </ul>								
	除外基準	人工透析、悪性新生物、精神疾患、難病等で治療中の人								
重点対象者の基準	選定者の中で、高脂質や高血圧を併せ持つ人									
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
	1	【長期】特定健診結果からHbA1c6.5%以上の人の割合	法定報告	R3 9.1%	9.0%	8.8%	8.5%	8.0%	7.5%	7.0%
	2	【長期】特定健診結果からHbA1c5.6~6.4%の人の割合	法定報告	R3 43.4%	43.0%	42.5%	42.0%	41.5%	41.0%	40.0%
	3	【短期】特定健診結果からHbA1c6.5%以上の人の医療受診率(糖尿病のレセプトあり)	KDB等	R3 88.5%	89.0%	90.0%	92.0%	95.0%	98.0%	100%
4	【短期】保健指導介入者の検査値(血糖値、HbA1c、尿蛋白、eGFR)又は生活習慣が改善した人の割合	KDB等	R3 19.4%	20.0%	25.0%	30.0%	32.0%	35.0%	40.0%	

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
					アウトプット指標	1	医療未受診者への医療受診勧奨率	KDB等	R3 100%	100%
	2	受診勧奨域者への保健指導実施率	実績値	R4 28.2%	30.0%	32.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
	3	保健指導域者の健康教育・健康相談への参加率	実績値	R4 28.2%	30.0%	32.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%
プロセス（方法）	周知	・市広報紙や地元紙等に記事を掲載し、周知を図る。								
	勧奨	<p>【保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診者への情報提供時にチラシ等を配布する。また、対象者の検査値や生活状況に合わせて、集団・個別それぞれの機会を通知により知らせ、さらに看護師等の医療専門職から電話等による利用勧奨を行う。</li> </ul> <p>【ポピュレーションアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者への通知、メールマガジン等により利用勧奨を行う。</li> </ul>								
	利用申込	<p>【保健指導・ポピュレーションアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者自身が健康推進課へ電話等で申し込む。（医療機関等からの紹介による場合も申込みは対象者からとする。）</li> </ul>								
	実施内容	<p>【医療未受診者への受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者に対して、文書の送付又は看護師等の医療専門職からの電話等により医療機関への受診勧奨を行う。</li> </ul> <p>【保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・以下の①～④のいずれかの保健指導を行う。 ①健康講座（医師、歯科衛生士、薬剤師等）、②食生活教室、運動教室、③個別相談（家庭訪問、来所、電話等）、④血液検査（検体測定室の開設、検査機関への委託）また、「精密検査連絡票兼保健指導依頼書」を用いて、市とかかりつけ医等とが対象者の情報を共有し、保健指導又は医療受診につなげる。</li> </ul> <p>【医療中断者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通知及び医療専門職からの電話による医療受診又は特定健診の受診勧奨を行う。</li> </ul> <p>【ポピュレーションアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食生活教室や運動教室等の健康教育又は健康相談を開催し、糖尿病に関する健康情報を提供する。</li> <li>・保健指導や健康教育、健康相談の内容に、喫煙又は飲酒と糖尿病との関連を盛り込む。</li> </ul>								
	時期・期間	<p>【医療機関への受診勧奨・保健指導・ポピュレーションアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年9月以降に開始し、評価については、事業対象となった年度の翌年度までに行う。</li> </ul> <p>【医療中断者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年6月以降に開始し、評価については、年度末までに行う。</li> </ul>								
	場所	・市内公共施設、伊東市医師会協力医療機関、伊東市民病院、民間スポーツ施設、ICT等								
	実施後の評価	<p>【医療機関への受診勧奨・中断者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の受診の有無を通知、電話、訪問及びKDB等各种データベースからの情報等で確認する。</li> </ul> <p>【保健指導・ポピュレーションアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アンケートを行い、疾患等についての理解度や保健指導内容に対する満足度を把握する。</li> <li>・通知や電話、面談等により生活習慣の改善状態を把握する。</li> <li>・保健指導実施後の血液検査や本人からの受診結果の提供、次年度の特定健診結果等の空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査値を比較する。</li> </ul>								

プロセス (方法)	実施 及び 実施後 の支援	実施後のフ ォロー・継 続支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療未受診者に対しては更なる受診勧奨及び保健指導等を行う。</li> <li>・患者会や運動サークルを紹介する。</li> <li>・必要に応じて、介護予防担当課や福祉担当課と連携し、支援を継続する。</li> </ul>
	その他（事業実施 上の工夫・留意点・ 目標等）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者会や運動サークルについては、健康推進課が運営及び健康情報の提供等の支援を行う。</li> </ul>
ストラクチャー 体制	庁内担当部署		<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康推進課が執行し、健康福祉部等と連携を行う。</li> </ul>
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師 会・薬剤師会・栄養士 会等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・伊東市医師会、伊東市歯科医師会、伊東熱海薬剤師会、伊東市民病院等と健康課題を共有し、事業実施のための助言・指導を受けながら事業を展開する。</li> <li>・静岡県が行う事業従事者への研修へ参加する。</li> </ul>
	かかりつけ医・ 専門医		<ul style="list-style-type: none"> <li>・「精密検査連絡票兼保健指導依頼書」を用いて、市とかかりつけ医及び専門医が対象者の情報を共有し、治療の早期開始及び中断の防止を図る。</li> </ul>
	国民健康保険団体 連合会		<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の抽出・分析について助言を得る。</li> </ul>
	民間事業者		<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間のスポーツクラブへ運動教室を委託する。また、市内運動指導者や施設等の情報をまとめ、対象者へ発信する。</li> </ul>
	その他の組織		<ul style="list-style-type: none"> <li>・伊東市保健委員連絡協議会や伊東市健康づくり食生活推進協議会と連携し、望ましい食生活、運動習慣、健康教室等について、地域への情報発信の機会を増やす。</li> </ul>
	他事業		<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域保健事業の糖尿病対策や歯周病検診受診勧奨等、伊東市保健計画における生活習慣病予防事業と連携し事業を展開する。</li> <li>・保健事業と介護予防との一体的な実施計画におけるハイリスク者への支援事業と連携し、年齢や保険等によって途切れることのない支援を行う。</li> </ul>
その他 (事業実施上の工夫・ 留意点・目標等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導従事者に対して研修会等を開催し、スキルアップを図る。</li> </ul>	

事業 4		生活習慣病重症化予防事業(受診勧奨・保健指導)								
事業の目的		・高血圧や脂質異常、腎機能等の改善により、脳血管疾患や心疾患のリスクの減少を図る。								
事業の概要		<b>【ハイリスクアプローチ】</b> ・高血圧や脂質異常、腎機能低下等の危険因子を有する人に対して、適切な医療受診や保健指導を行い、生活習慣の改善を支援する。 <b>【ポピュレーションアプローチ】</b> ・高血圧症、脂質異常症、CKD の早期発見、早期介入のため、特定健診等の受診者を増やす。								
対象者	選定方法	KDB 等により、特定健診結果と医療データを突合し選定基準に基づき抽出する。								
	選定基準	健診結果による判定基準	<b>【ハイリスクアプローチ】</b> ・次の①～④のいずれかに該当する人 ①空腹時中性脂肪 200 mg/dl 以上（随時中性脂肪 300 以上）、又は LDL コレステロール 140 mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40 mg/dl 未満 ②収縮期血圧 140 mm Hg 以上又は拡張期血圧 90 mm Hg 以上 ③eGFR45ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満 又は尿蛋白（+）以上 ④肝機能の医師の診断が「要医療」  <b>【ポピュレーションアプローチ】</b> ・次の⑤～⑧のいずれかに該当する人 ⑤空腹時中性脂肪 150～199 mg/dl、LDL コレステロール 120～139 mg/dl ⑥収縮期血圧 130～139 mm Hg 又は拡張期血圧 85～89 mm Hg ⑦eGFR45～59ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ⑧BMI35 以上、腹囲 100 cm以上の人							
		レセプトによる判定基準	<b>【治療中断者】</b> ・脂質異常症、高血圧症の治療を 1 年間以上中断している人							
		その他の判定基準	<b>【特定健診未受診者】</b> ・過去の 3 年間の特定健診で上記の①～③のいずれかに該当し、当該年度に特定健診を受けていない人							
	除外基準	・人工透析、悪性新生物、精神疾患、難病等で治療中の人								
	重点対象者の基準	<b>【ハイリスクアプローチ】</b> ・上記の①～③を重複して持つ人から優先して事業を実施する。								
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
	1	【長期】高血圧症有病者の割合（高血圧Ⅰ度以上もしくは血圧を下げる薬服用者）	KDB 等	R3 50.8%	50.5%	50.0%	49.5%	49.0%	48.5%	48.0%
	2	【長期】脂質異常症有病者の割合（LDL コレステロール 160 mg/dl 以上）	KDB 等	R3 14.3%	14.0%	13.5%	13.0%	12.5%	12.0%	12.0%
	3	【中期】脂質検査値受診勧奨域者の割合（①中性脂肪 300 mg/dl 以上又は②HDL コレステロール 34 mg/dl 以下）	法定報告	R3① 3.6%	3.4%	3.2%	3.0%	2.8%	2.6%	2.4%
				R3② 1.5%	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%
4	【短期】医療受診勧奨域の人の医療受診率	KDB 等	R4 49.0%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	80.0%	
5	【短期】保健指導介入者の検査値又は生活習慣が改善した人の割合	KDB 等	R4 9.9%	10%	15%	20%	25%	30%	40%	



	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	R6 (2024)	目標値				
						R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
アウトプット指標	1	医療未受診者の医療受診勧奨率	KDB 等	R4 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	ハイリスクアプローチ対象者への保健指導実施率	KDB 等	R4 9.9%	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%
	3	ポピュレーションアプローチ対象者の健康教育等実施率	KDB 等	新規	5.0%	6.0%	7.0%	8.0%	9.0%	10.0%
プロセス（方法）	周知	・市広報紙や地元紙等に記事を掲載し、周知を図る。								
	勧奨	<b>【保健指導】</b> ・特定健診の受診者への情報提供時にチラシ等を配布する。また、対象者の検査値や生活状況に合わせて、集団教育や個別相談等の機会を通知し、さらに看護師等の医療専門職から電話等による利用勧奨を行う。 <b>【ポピュレーションアプローチ】</b> ・対象者への通知、メールマガジン等により利用勧奨を行う。								
	利用申込	<b>【ハイリスクアプローチ】【ポピュレーションアプローチ】</b> ・対象者自身が健康推進課へ電話等で申し込む。（医療機関等からの紹介による場合も申込みは対象者からとする。）								
	実施内容	<b>【ハイリスクアプローチ】</b> 重複してリスクを持っている人を優先する。 ・医療未受診者への受診勧奨：対象者に対して、文書の送付又は看護師等の医療専門職からの電話等により医療機関への受診勧奨を行う。 ・以下の①～④のいずれかの保健指導を行う。 ①健康講座（医師、歯科衛生士、薬剤師等）、②食生活教室、運動教室 ③個別相談（家庭訪問、来所、電話等）、④血液検査（検査機関への委託） また、「精密検査連絡票兼保健指導依頼書」を用いて、市とかかりつけ医等とが対象者の情報を共有し、保健指導又は医療受診につなげる。 ・家庭血圧の測定を勧める。  <b>【ポピュレーションアプローチ】</b> ・食生活や運動等の健康教室・健康相談を開催する。対象者には通知による利用勧奨を行う。通知は、対象者の特定健診結果に基づき、生活習慣改善の意義等を盛り込んだ内容とする。 ・公共施設や市内商業施設等で健康教育・健康相談等のイベントを開催し、家庭血圧の測定を勧める。								
	時期・期間	<b>【医療機関への受診勧奨・保健指導・ポピュレーションアプローチ】</b> ・毎年9月以降に開始し、評価については、翌年度までに行う。 <b>【医療中断者】</b> ・毎年6月以降に開始し、評価については、年度末までに行う。								
	場所	・市内公共施設、伊東市医師会協力医療機関、伊東市民病院、民間スポーツ施設、ICT等								
	実施後の評価	<b>【医療機関への受診勧奨・中断者】</b> ・対象者の受診の有無を通知、電話、訪問及びKDB等各種データベースからの情報等で確認する。 <b>【保健指導・ポピュレーションアプローチ】</b> ・アンケートを行い、疾患等についての理解度や保健指導内容に対する満足度を把握する。  ・通知や電話、面談等により生活習慣の改善状態を把握する。 ・保健指導実施後の血液検査や本人からの受診結果の提供、翌年度の特定健診結果等の空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査値を比較する。								
	実施後のフォロー・継続支援	・医療未受診者に対しては更なる受診勧奨及び保健指導等を行う。 ・運動サークルの紹介								

プロセス (仕組み)	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>運動サークルについては、運営及び健康情報の提供等の支援を行う。</li> </ul>
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康推進課が執行し、健康福祉部等と連携を行う。</li> </ul>
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市医師会、伊東市歯科医師会、伊東熱海薬剤師会、伊東市民病院等と健康課題を共有し、事業実施のための助言や指導を受けながら事業を展開する。</li> <li>静岡県が行う事業従事者への研修へ参加する。</li> </ul>
	かかりつけ医・ 専門医	<ul style="list-style-type: none"> <li>「精密検査連絡票兼保健指導依頼書」を用いて、市とかかりつけ医及び専門医が対象者の情報を共有し、治療の早期開始や中断の防止を図る。</li> </ul>
	国民健康保険団体 連合会	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の抽出・分析について助言を得る。</li> </ul>
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>民間のスポーツクラブへ運動教室を委託する。また、市内運動実施者や施設等の情報をまとめ、対象者へ発信する。</li> </ul>
	その他の組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市保健委員連絡協議会や伊東市健康づくり食生活推進協議会と連携し、地域への情報発信する機会を増やす。</li> </ul>
	他事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>家庭血圧の測定を促進するため、健康チェック事業等の地域保健事業と連携し、事業を展開する。</li> <li>地域保健事業の糖尿病対策や歯周病検診受診勧奨等、伊東市保健計画における生活習慣病予防事業と連携し、事業を展開する。</li> <li>保健事業と介護予防との一体的な実施計画におけるハイリスク者への支援事業と連携し、年齢や保険等によって途切れることのない支援を行う。</li> </ul>
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導従事者に対して研修会等を開催し、スキルアップを図る。</li> </ul>

事業5		健康づくり習慣普及・啓発事業（喫煙・アルコール・食生活・運動）								
事業の目的		・喫煙や不適切な飲酒等によって健康が害されることや、運動を習慣化することで病気の予防ができることを知り、40歳台から自分の体の健康を自分でコントロールできるようになる。								
事業の概要		・自らの健康を維持増進できるよう、正しい知識の普及啓発を行う。								
対象者		・20歳以上の被保険者とその家族								
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
	1	<喫煙> タバコをやめた人の割合	法定報告	R4 男性 22% 女性 12%	男性 22.5% 女性 12.5%	男性 23% 女性 13.0%	男性 23.5% 女性 13.5%	男性 24% 女性 14.0%	男性 24.5% 女性 14.5%	男性 25% 女性 15.0%
	2	<飲酒> 毎日飲酒する人の割合	法定報告	R3 男性 43.7% 女性 15.6%	男性 42.0% 女性 14.0%	男性 40.0% 女性 12.0%	男性 38.0% 女性 11.0%	男性 37.0% 女性 10.0%	男性 36.0% 女性 9.0%	男性 35.0% 女性 8.0%
	3	飲酒日の一日当たりの飲酒量が3合以上になる人の割合	法定報告	R3 男性 4.0% 女性 0.8%	男性 3.8% 女性 0.7%	男性 3.5% 女性 0.7%	男性 3.0% 女性 0.6%	男性 2.8% 女性 0.6%	男性 2.6% 女性 0.5%	男性 2.5% 女性 0.4%
	4	<運動> 1回に30分以上の軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施している人の割合	法定報告	R3 男性 45.4% 女性 40.3%	男性 46.0% 女性 40.5%	男性 46.5% 女性 41.0%	男性 47.0% 女性 42.0%	男性 48.0% 女性 43.0%	男性 49.0% 女性 44.0%	男性 50.0% 女性 45.0%
	5	<食事>週3回以上朝食を抜く人の割合	法定報告	R3 10.7%	10.0%	9.4%	8.8%	8.2%	7.6%	7.0%
	6	週3回以上就寝前に夕食をとる人の割合	法定報告	R3 13.0%	12.5%	12.0%	11.5%	11.0%	10.5%	10.0%
	7	咀嚼について「①かみにくい」「②ほとんどかめない」人の割合	法定報告	R3① 男性 25.0% 女性 21.6%	①男性 24.0% 女性 21.0%	①男性 23.0% 女性 20.0%	①男性 22.0% 女性 19.0%	①男性 21.0% 女性 18.0%	①男性 20.0% 女性 17.0%	①男性 18.0% 女性 15.0%
			R3② 男性 1.2% 女性 0.6%	②男性 1.2% 女性 0.5%	②男性 1.2% 女性 0.5%	②男性 1.2% 女性 0.5%	②男性 1.1% 女性 0.4%	②男性 1.1% 女性 0.4%	②男性 1.0% 女性 0.4%	
8	生活改善をしようと思っている人の割合	法定報告	R3 28.1%	27.5%	27.0%	26.5%	26.0%	25.0%	24.0%	
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
	1	禁煙・受動喫煙防止に関する健康教育実施者（延べ人数）	実績値	R4 1,243人	1,300人	1,350人	1,400人	1,450人	1,500人	1,550人
	2	適正飲酒に関する健康教育実施者（延べ人数）	実績値	R4 158人	160人	165人	170人	180人	190人	200人
	3	食生活改善の健康教育実施者（延べ人数）	実績値	R4 127人	130人	135人	140人	145人	150人	160人
	4	運動教室等利用者（延べ人数）	実績値	R4 642人	650人	680人	710人	740人	770人	800人
5	運動支援協力施設又は団体の増加	実績値	R4 4か所	5か所	6か所	7か所	8か所	9か所	10か所	

<p>プロセス（方法）</p>	<p>【普及・啓発（ポピュレーションアプローチ）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 市広報紙や地元紙等に記事を掲載し、周知を図る。</li> <li>• メールマガジン、SNS 等を活用した情報発信を行う。</li> <li>• 伊東市保健委員連絡協議会や伊東市健康づくり食生活推進協議会と連携し、地域への情報発信する機会を増やす。</li> <li>• 講演会やイベントの開催（対象者及びその家族が参加でき、飲酒・運動・食事等の正しい生活習慣が実現できる内容とする。）</li> <li>• モニタリング調査を活用した情報発信を行う。</li> <li>• 喫煙については、歯科保健と連携し、小中学生の頃から、禁煙及び受動喫煙に関する教育を行う。</li> <li>• 民間運動施設や運動指導者と連携し、身近で運動ができる場所や機会を増やす。</li> </ul> <p>【教育（ハイリスクアプローチ）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 労働安全衛生法に基づく健康診断を実施する保険者等と協働し、行動変容ステージに応じた個別的、集団的アプローチを行う。</li> </ul>
<p>ストラクチャー（体制）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 伊東市医師会、伊東市歯科医師会、伊東熱海薬剤師会と本市の健康課題を共有する。</li> <li>• 事業主が、従業員の健康管理や健康経営の実践が行えるよう、本市の健康課題を共有し、協力し合える関係を構築する。</li> <li>• 被保険者の家族への普及・啓発を行うことで、被保険者の意識を変えられるよう、庁内関係機関（健康福祉部・教育機関）との連携及び熱海健康福祉センターとの連携を強化する</li> <li>• 地域住民へのアプローチとして、保健委員等への情報提供及び健康教育を行う。</li> <li>• 情報発信者（保健師・看護師・栄養士等）のスキルアップの機会を設ける。</li> </ul>



事業6		医療受診行動適正化事業								
事業の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>重複・頻回受診者及び重複・多剤服薬者に対して保健師や看護師等が適正な受診と服薬を促すことにより、対象者の健康状態の悪化を防ぐとともに医療費の適正化を図る。また、薬剤師会と連携し、薬に関する正しい知識の普及啓発を行う。</li> </ul>									
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>基準該当者をKDBや茶っどシステム等から抽出し、医療受診行動適正化対策会議にて保健指導を行う対象者を選定し、保健師等が家庭訪問等により保健指導を行う。また、市内商業施設や公共施設において薬剤師による薬の相談会を開催する。</li> </ul>									
対象者	<p>【ハイリスクアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>国保被保険者のうち、次の(1)から(4)のいずれかに該当した人のうち、医療受診行動適正化対策会議にて指導対象を選定された人</li> <li>(1) 頻回受診者：3か月以上、同一診療月に、同一医療機関で15日以上受診した人</li> <li>(2) 重複受診者：3か月以上、同一診療月に、同一疾病で3医療機関以上受診した人</li> <li>(3) 重複服薬者：同一月に3医療機関以上から同一の薬効の薬剤の投与を受け、同一の薬効の薬剤が計31日以上処方されている人</li> <li>(4) 多剤投与者：同一診療月内に15種類以上投与された人</li> </ul> <p>※医療受診行動適正化対策会議は、重複服薬等への対策を検討するため、3か月を目途に保険年金課及び健康推進課により開催する。</p> <p>【ポピュレーションアプローチ】</p> <p>生活習慣病等の薬を処方されている人又はその家族</p>									
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
	1	頻回・重複受診者該当者数の減少(実人数)	KDB等	R4 19人	18人	17人	17人	16人	16人	15人
	2	重複服薬者該当者数の減少(実人数)	KDB等	R4 18人	17人	17人	16人	16人	15人	15人
3	多剤投薬該当者数の減少(実人数)	KDB等	新規	600人	590人	580人	570人	560人	550人	
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
	1	該当者の状況把握	リストの作成	R4 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	頻回・重複受診者への通知、電話、家庭訪問等の保健指導実施率	実績値	新規	20.0%	30.0%	50.0%	70.0%	90.0%	100%
		重複服薬者への通知、電話、家庭訪問等の保健指導実施率	実績値	R4 18.2%	20.0%	30.0%	50.0%	70.0%	90.0%	100%
多剤投薬者への通知、電話、家庭訪問等の保健指導実施率		実績値	新規	20.0%	30.0%	50.0%	70.0%	90.0%	100%	
3	薬剤師による薬の相談会の開催	実施回数	新規	4回	4回	4回	6回	6回	6回	

<p>プロセス（方法）</p>	<p>【実施方法】</p> <p>①対象者抽出、医療等のデータの収集及び整理        KDB、茶っとシステム、レセプト等から基準該当者を抽出し、薬剤の処方状況のほか、病名や治療の状況、特定健診等の受診状況等を調査し、「重複・多受診者、重複服薬者基本情報」を作成する。</p> <p>②医療受診行動適正化対策会議にて、保健指導の対象者を選定し、指導内容について検討する。</p> <p>③保健指導対象者に通知・電話・家庭訪問等を行い、状況把握及び健康相談・保健指導を実施する。</p> <p>④必要に応じて、医療や介護、福祉サービス等との調整を行う。        主治医に連絡し、指導・助言を受ける。また、結果については適宜報告する。</p> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>指導効果を確認するため、KDB、茶っとシステム、レセプト及び本人への連絡等により受診、服薬等の状況確認を行う。</li> </ul>
<p>ストラクチャー（体制）</p>	<p>【庁内における連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>直接保健指導を実施している健康推進課と被保険者情報を管理する保険年金課において、定期的に医療受診行動適正化対策会議を開催し、対象者の情報共有及び支援内容の検討、報告等を行い、庁内で連携して事業を進める。</li> </ul> <p>【庁外との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重複服薬者の内、重篤な健康被害のほか薬物の不正譲渡や販売等の可能性があり、医療受診行動適正化対策会議で必要と判断された場合は、伊東市医師会へ情報提供を行う。</li> <li>生活習慣病の治療者等が、薬の不適切な服用による健康状態の悪化を予防するため、伊東熱海薬剤師会との連携を図る。</li> </ul>

事業7		ジェネリック医薬品利用普及事業								
事業の目的		<ul style="list-style-type: none"> <li>ジェネリック医薬品の利用を促進させることにより、患者の医療費の自己負担の軽減及び医療費の抑制を図る。</li> </ul>								
事業の概要		<ul style="list-style-type: none"> <li>ジェネリック医薬品差額通知書を静岡県国保連合会への委託により作成し、送付する。</li> </ul>								
対象者		<ul style="list-style-type: none"> <li>国保被保険者</li> </ul>								
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
	1	ジェネリック 医薬品普及率	実績値	R3 77.5%	78.0%	78.5%	79.0%	79.5%	80.0%	80.0%
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
	1	対象者への通知率	実績値	R3 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	通知対象者の 普及率 (数量ベース)	毎年1% 上昇	R3 0.7% 上昇	1.0%	2.0%	3.0%	4.0%	5.0%	6.0%	
プロセス（方法）		<p>【実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保険年金課において実施する。</li> <li>8月及び11月の調剤分について、対象者全員分のジェネリック医薬品差額通知書を静岡県国保連合会に委託して作成し、それぞれ11月及び2月に送付する。</li> </ul>								
ストラクチャー（体制）		<ul style="list-style-type: none"> <li>保険年金課が実施する。</li> </ul>								

事業 8		フレイル予防事業 (高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業)								
事業の目的		<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送るために、生活機能低下予防及び疾病の重症化予防の双方からフレイル（心身の機能が低下し、要介護状態になる可能性が高くなった状態）を予防する。</li> </ul>								
事業の概要		<ul style="list-style-type: none"> <li>医療レセプトや健康診査データ、介護データ等を統合させて糖尿病等生活習慣病のハイリスク者を把握し、健康相談や保健指導による重症化予防事業を行う。また、通いの場でのフレイル予防に関する知識の普及啓発を行う。事業を実施するに当たり、年齢や保険によって途切れることのないよう介護予防担当課と連携して実施する。</li> </ul>								
対象者		<ul style="list-style-type: none"> <li>後期高齢者医療被保険者及び 65 歳以上の市民</li> </ul>								
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
					1	ハイリスクアプローチ 対象者への保健指導率	実績値	新規	25.0%	27.0%
2	後期高齢者健診質問票 「固いものが食べにくい」人の割合	KDB 等	R3 30.3%	29.0%	28.0%	27.0%	26.0%	25.0%	24.0%	
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					
					R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
					1	ハイリスクアプローチ 対象者への利用勧奨率	実績値	新規	100%	100%
2	ポピュレーション アプローチ 専門職が関与した通いの場の開催数	実績値	新規	4回	8回	18回	18回	18回	18回	
プロセス（方法）		<p>【ハイリスクアプローチ】糖尿病性腎症重症化予防</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>周知：後期高齢者健診結果から対象者を抽出して個別相談の日程を通知し、利用勧奨を行う。また、要医療者に対しては、医療機関への受診勧奨も行う。</li> <li>実施内容：要医療者に医療機関への受診勧奨及び個別相談による保健指導</li> <li>期間：9月～3月</li> <li>場所：健康福祉センターや市内コミュニティセンター</li> </ul> <p>【ポピュレーションアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>周知：市広報紙や市ホームページ</li> <li>実施内容：通いの場等で、フレイル予防に関する栄養講話や歯科講話を実施する。</li> <li>評価：通いの場等での栄養講話及び歯科講話等の開催数</li> </ul>								
ストラクチャー（体制）		<ul style="list-style-type: none"> <li>保険年金課、健康推進課、高齢者福祉課が定期的に会議等を行い、健康課題や事業内容について協議する。</li> <li>伊東市医師会、伊東市歯科医師会、伊東熱海薬剤師会と本市の健康課題を共有し、事業内容等への助言及び指導を受ける。</li> <li>地域住民へのアプローチとして、保健委員等への情報提供及び健康教育を行う。</li> <li>事業従事者（保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士等）のスキルアップの機会を設ける。</li> </ul>								



## 第5節 その他

### 1 データヘルス計画の評価・見直し

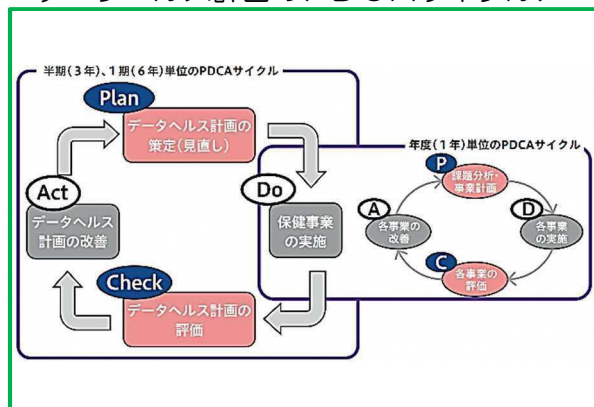
本計画の目的及び目標の達成状況については、毎年度評価を行うこととする。また、計画期間の途中で進捗確認、中間評価を行い、必要に応じて実施体制、目標値等の見直しを行う。計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。

個別保健事業の評価については、保健事業ごとの評価指標に基づき、年度ごとに効果や目標の達成状況を確認する。

評価方法については、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う。

また、市の関係部門及び伊東市医師会、伊東市歯科医師会、伊東熱海薬剤師会、静岡県、静岡県国民健康保険団体連合会等と連携し、指導・助言を受けるものとする。

#### <データヘルス計画のPDCAサイクル>



#### <評価の構造と内容>

評価の構造	評価の内容
アウトカム	事業の成果が達成されたか (検査値の改善率、特定保健指導の対象者割合、病気の発症率等)
アウトプット	事業の成果を上げるために立案した実施量に到達しているか (参加人数、実施率等)
プロセス	事業の目標を達成するための実施過程が適切であるか (データに基づく集団特性の把握、実施方法等)
ストラクチャー	保健事業を実施するための仕組みや体制が整っているか (事業構成、予算、関係機関との連携体制等)

データヘルス計画作成の手引き 第3期改訂版(厚生労働省保険局、健康保険組合連合会)から抜粋

### 2 データヘルス計画の公表・周知

本計画は、市広報紙、市ホームページ等で公表するとともに、本実施計画をあらゆる機会を通じて周知・啓発を図る。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとする。

### 3 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行い、役員・職員の義務(データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員の監督、委託先の監督)について周知を図る。また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に明示し、委託先の契約遵守状況を管理する。

### 4 地域包括ケアに係る取組

本市の人口は平成17年をピークに減少し、高齢化率は、44%(令和5年9月時点)となり、年々上昇し、超高齢社会が進んでいる。その中で、住み慣れた地域で継続して生活するための地域包括ケア体制構築に向け、医療・介護・福祉分野の関係組織との連携強化を図る。(高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業)

事業運営に関わる担当者(衛生、介護、国保部門等)間で協議する場を設けるとともに、伊東市医師会、熱海健康福祉センター、伊東市国保運営協議会等から助言を受け、事業を推進する。

本計画の保健事業を運営するに当たり、衛生、介護部門等の関係部署と健康課題を共有し、課題解決に取り組むものとする。

## 第2章 伊東市国民健康保険 第4期特定健康診査等実施計画

### 第1節 策定の趣旨

#### 1 背景と目的

急速に進展する少子高齢化、景気低迷による経済の低成長、国民生活や意識の変化等、わが国は大きな環境変化に直面しており、医療制度を今後も維持、継続していくための抜本的な構造改革が急務となっている。

そのため、健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にもつながることから、生活習慣病を中心とした疾病の発症及び重症化の予防に重点を置くことを目的とし、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)に基づき、保険者は被保険者に対し生活習慣病に関する健康診査及び保健指導を実施している。

伊東市国民健康保険においては、法第19条に基づき、特定健診等実施計画を策定し特定健診及び特定保健指導を実施してきた。このたび、前期計画の計画期間満了に伴い、令和6(2024)年度を初年度とする第4期特定健診等実施計画を策定する。

#### 2 第4期特定健診等実施計画の性格

法第18条を踏まえ、県が策定する「第4次静岡県健康増進計画」及び本市の策定する「伊東市保健計画」「データヘルス計画」の評価指標を用いて、それぞれの計画との整合性を図る。

また、本実施計画はデータヘルス計画との関連性が強いいため、これまで実施してきた目標達成状況や各保健事業の効果検証等を踏まえ、両計画を一体的に策定する。

#### 3 生活習慣病対策の必要性

少子高齢化の進展や生活スタイルの変化等により、生活習慣病が増加し、我が国の死亡原因の約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっている。健康寿命の延伸と健康的な生活の維持向上、そして、医療費の抑制を図るためには、生活習慣病対策が重要となっている。

また、平成29年から令和3年の対県SMR(標準化死亡比)では、本市は急性心筋梗塞のSMRが、男性は246.8、女性は251.1と突出して高い。次いで、男性の脳内出血の対県SMRは162.2、女性は142.0と高いことから、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症及び重症化予防のために、糖尿病、脂質異常症、高血圧症等の危険因子を減らしていく必要がある。

#### 4 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目する意義

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)とは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を引き起こす病態を指す。高血糖、脂質異常、高血圧がそれぞれ重複した場合、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが増大するが、内臓脂肪を減少させることで、発症リスクの低減が図られることが明らかとなっている。

すなわち、内臓脂肪型肥満を起因とする糖尿病、脂質異常症、高血圧症は生活習慣の改善により予防することができ、発症してしまった後でも、適度な運動やバランスのとれた食事等によって、内臓脂肪を減らし、血糖、脂質、血圧等をコントロールすることにより、虚血性心疾患、脳血管疾患及び人工透析を必要とする腎不全等の重症化を予防することができる。

特定健診は、このようなメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積や体重増加が、血糖や中性脂肪、血圧等の上昇をもたらし、その結果として動脈硬化が進行し、虚血性心疾患や脳血管疾患、腎不全等を引き起こす原因となることを詳細に示すことができるため、健診結果と生活習慣病の関係を理解しやすい。また、疾患の発症や重症化予防のために、生活習慣の改善の必要性を理解し、行動変容を起こすための動機付けとなる。

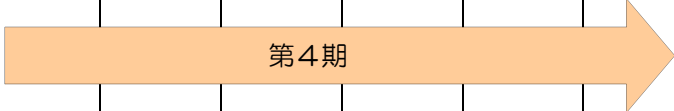
## 5 特定健診・特定保健指導の基本的な考え方

特定健診は、糖尿病、脂質異常症、高血圧症等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする人を的確に抽出するために実施する。

特定保健指導は、特定健診の結果、生活習慣の改善が必要とされた人に対して食生活や運動、喫煙等の危険因子に応じた保健指導を行うことを目的としている。対象者が自身の生活習慣を振り返り、改善することによって健康の自己管理を促し、健康的な生活を維持することを通して、生活習慣病の発症及び重症化を予防するために実施する。

## 6 計画期間

第1期及び第2期特定健診等実施計画は5年を一期としていたが、法に基づく第4期医療費適正化計画の計画期間が6年に見直されたことを踏まえ、第3期からは6年を一期として策定しており、本実施計画においても令和6（2024）年度から令和11（2029）年度を計画期間とする。

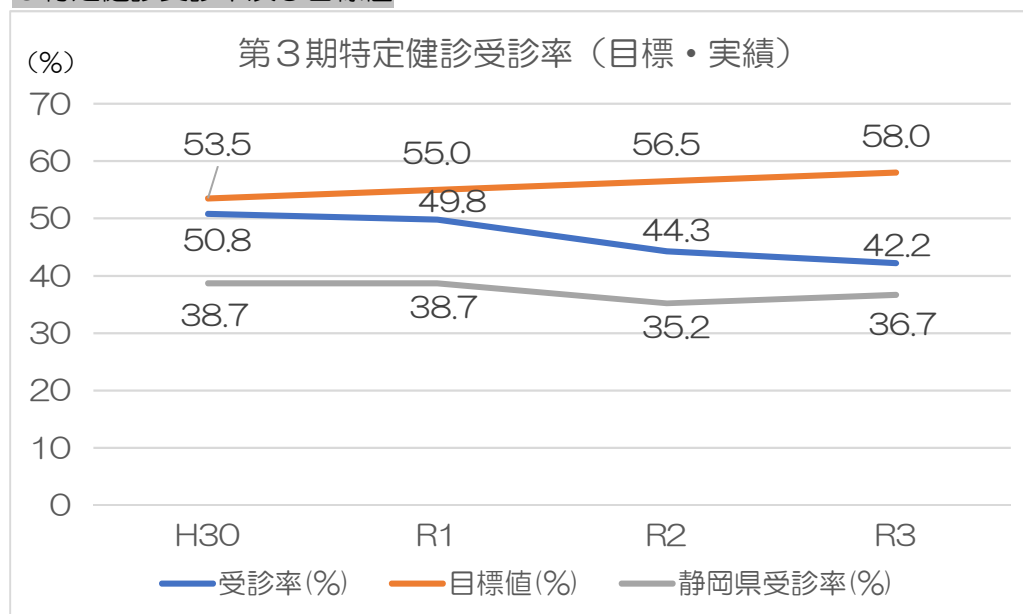
H20～ H24 (2008～ 2012)	H25～ H29 (2013～ 2017)	H30～ R5 (2018～ 2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)	R12～ R17 (2030～ 2035)
第1期	第2期	第3期							第5期

## 第2節 特定健診の実施状況

### 1 特定健診の受診率

第3期は目標受診率を達成できなかった。新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、令和2年度は受診率が大幅に減少し、令和3年度も回復していない。

#### ●特定健診受診率及び目標値

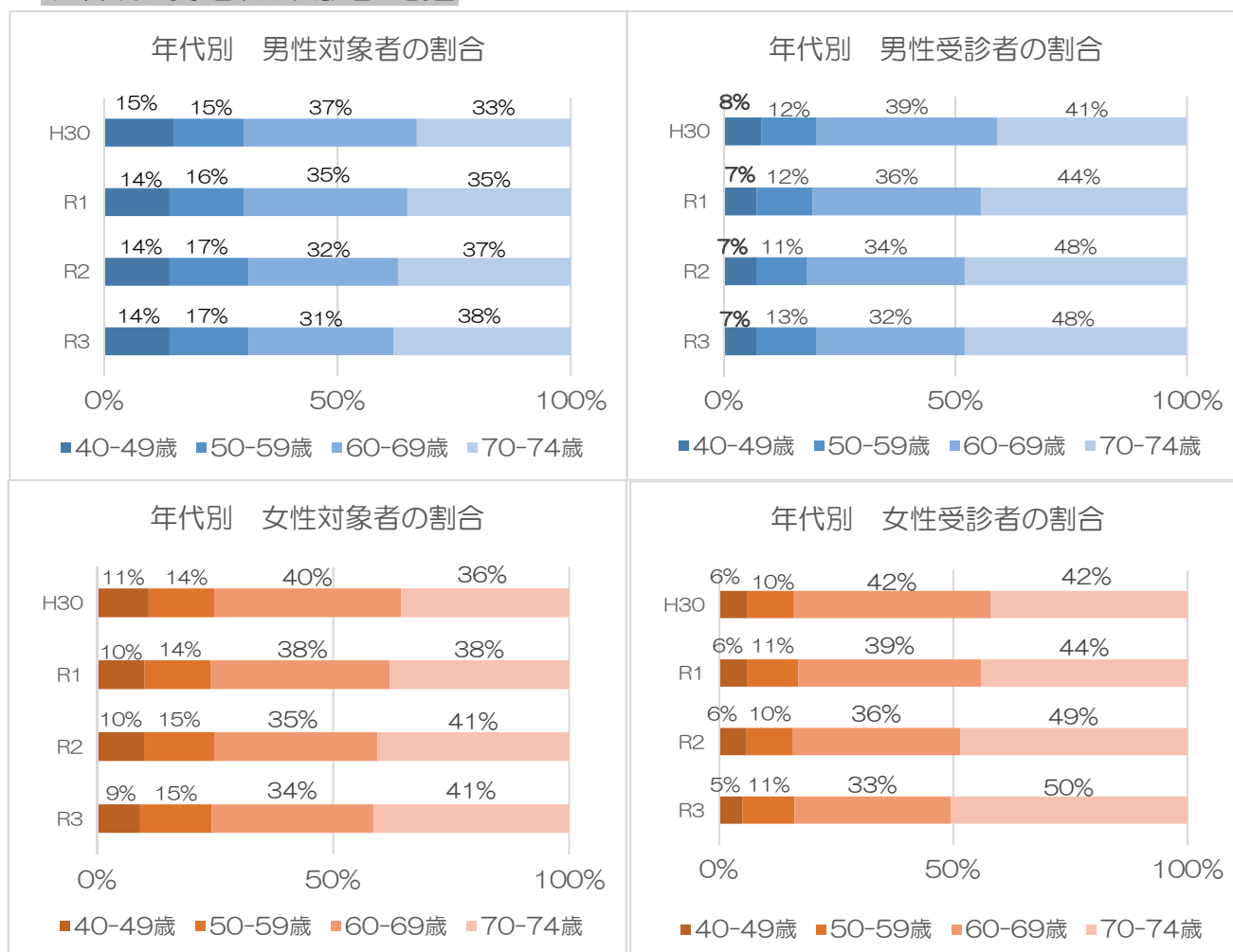


	H30	R1	R2	R3
【目標】受診率(%)	53.5	55.0	56.5	58.0
【実績】受診率(%)	50.8	49.8	44.3	42.2
静岡県受診率(%)	38.7	38.7	35.2	36.7
特定健診対象者数(人)	16,154	15,594	15,346	14,787
特定健診受診者数(人)	8,213	7,768	6,800	6,239

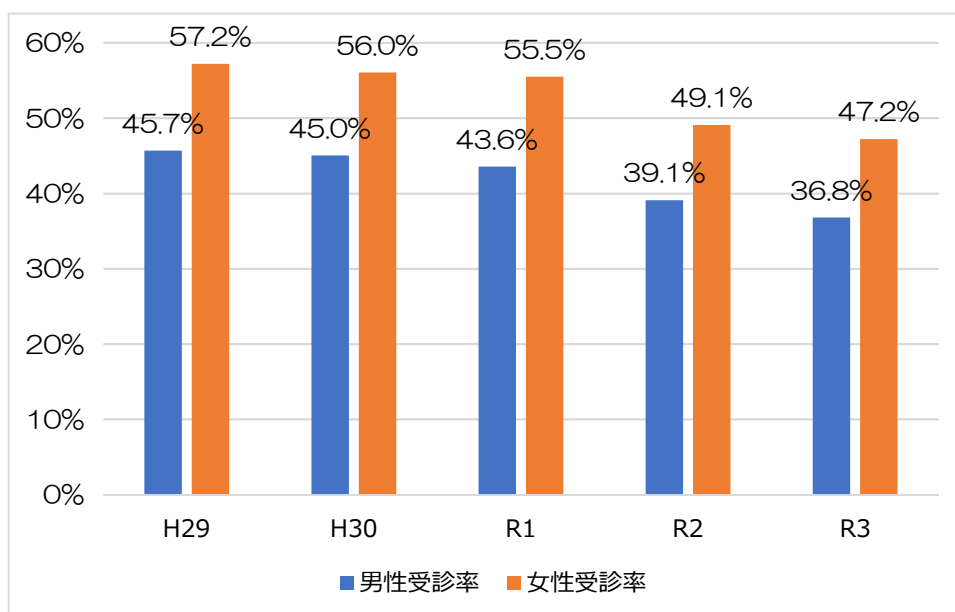
※特定健診の対象者数、受診者数、受診率は法定報告値  
 受診率…特定健診対象者数に対する特定健診受診者数の割合

特定健診の受診者は、年代が上がるごとに対象者・受診者ともに増加しており、若い世代の健診受診率の低さが課題である。また、男女ともに受診率は低下しているが、女性の低下率が男性の低下率よりも大きくなっている。

◇年代別対象者及び受診者の割合



◇性別受診率

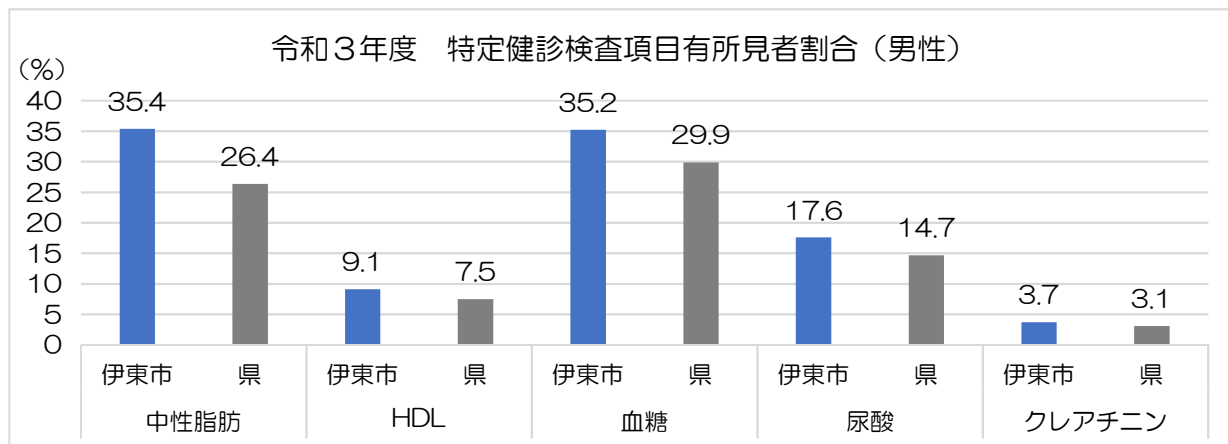




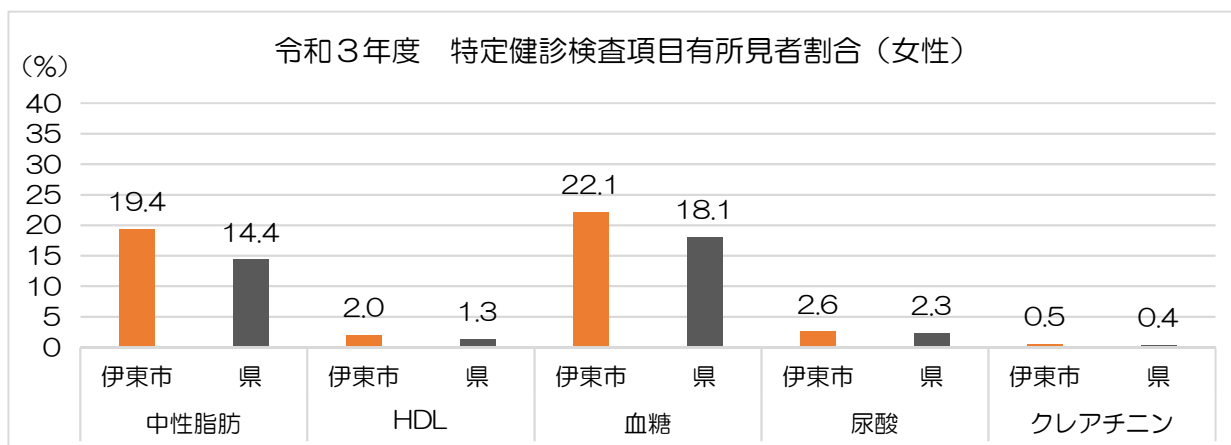
## 2 結果の分析

### (1) 有所見者の割合

男女ともに、県と比べて有所見者割合が高い項目が多い。また、女性と比べ男性は、有所見者割合が高い人が多い。



男性	中性脂肪		HDL コレステロール		血糖		尿酸		クレアチニン	
	伊東市	県	伊東市	県	伊東市	県	伊東市	県	伊東市	県
H30	33.7%	25.8%	9.4%	8.2%	34.2%	28.3%	19.9%	16.2%	3.4%	2.7%
R1	33.4%	25.8%	7.9%	7.7%	34.6%	28.1%	19.7%	15.9%	3.3%	2.8%
R2	33.7%	26.5%	8.9%	7.5%	37.3%	30.1%	18.8%	15.3%	3.7%	3.0%
R3	35.4%	26.4%	9.1%	7.5%	35.2%	29.9%	17.6%	14.7%	3.7%	3.1%

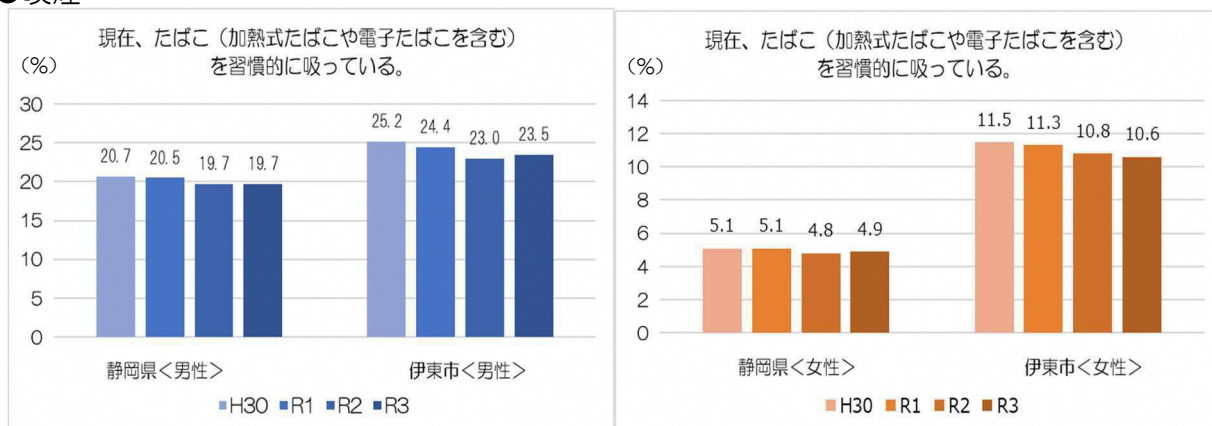


女性	中性脂肪		HDL コレステロール		血糖		尿酸		クレアチニン	
	伊東市	県	伊東市	県	伊東市	県	伊東市	県	伊東市	県
H30	19.1%	14.2%	1.7%	1.6%	19.6%	16.6%	2.8%	2.3%	0.8%	0.4%
R1	19.6%	14.3%	1.6%	1.5%	21.6%	16.5%	2.8%	2.3%	0.7%	0.4%
R2	19.8%	14.8%	2.0%	1.3%	22.8%	18.5%	3.1%	2.3%	0.7%	0.4%
R3	19.4%	14.4%	2.0%	1.3%	22.1%	18.1%	2.6%	2.3%	0.5%	0.4%

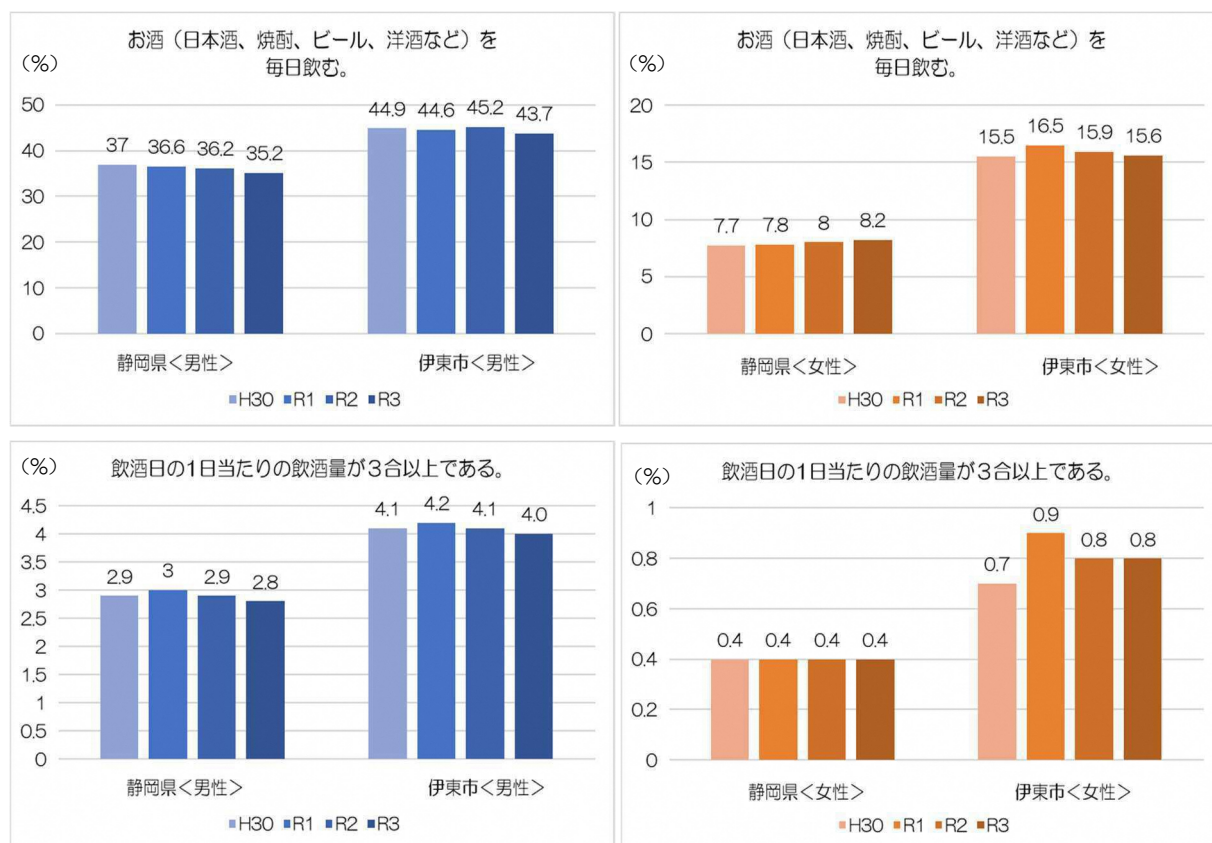
## (2) 質問票の回答状況

県と比べて、特に喫煙や飲酒について、生活習慣に問題がある人が多い。男性は、飲酒日の1日当たりの飲酒量が3合以上の人の割合が県と比べ約1.5倍になっている。また、女性は、喫煙する人の割合が県の約2倍になっている。

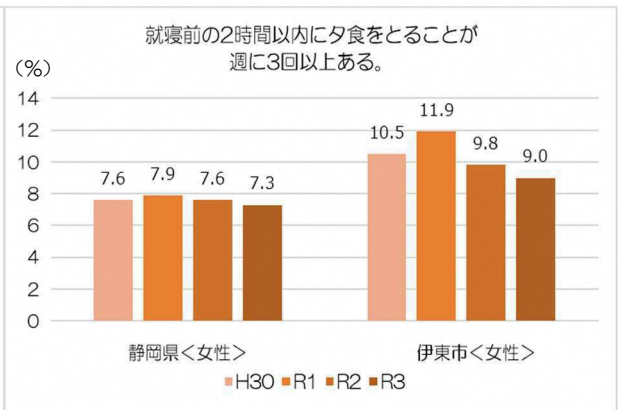
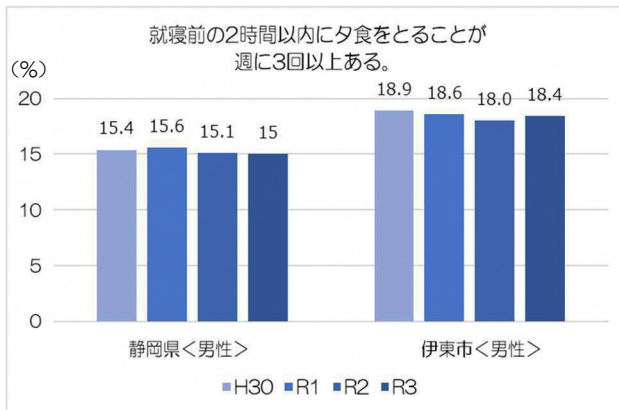
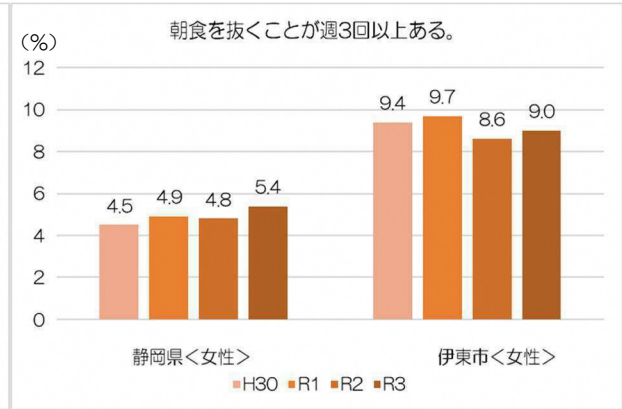
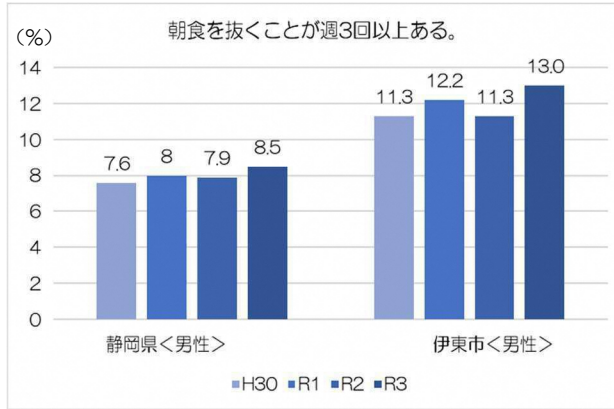
### ●喫煙



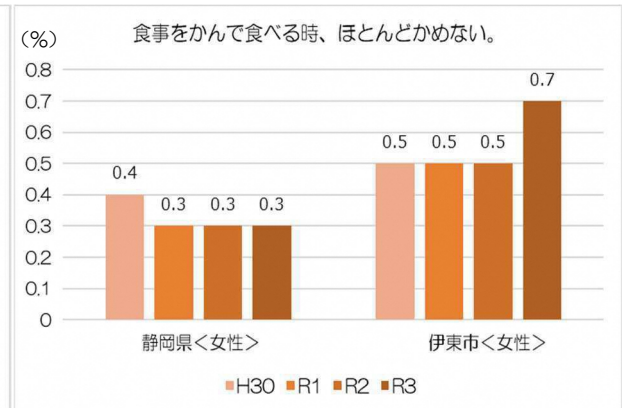
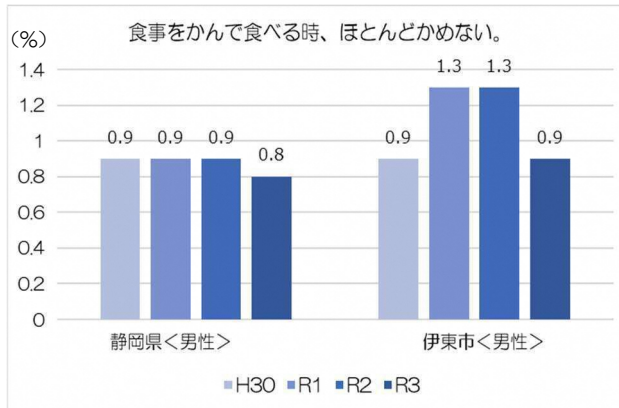
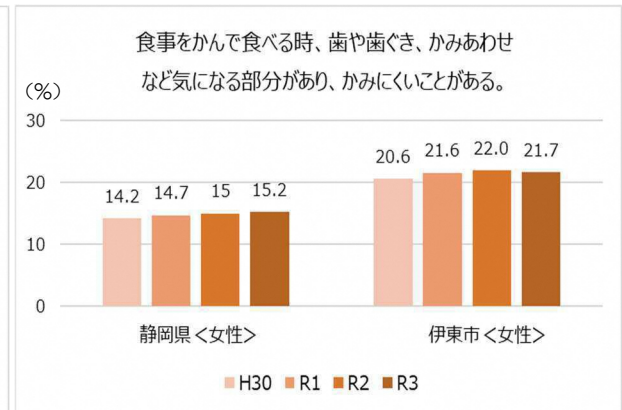
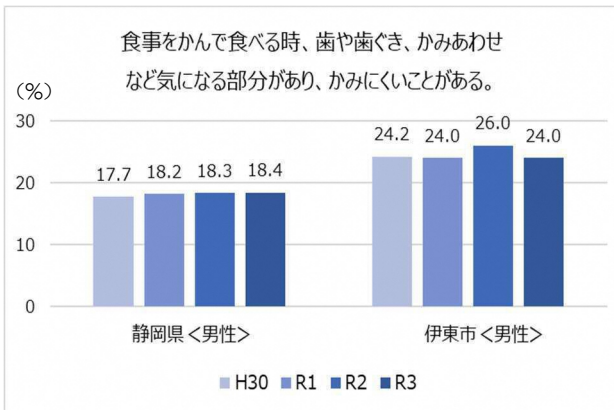
### ●飲酒



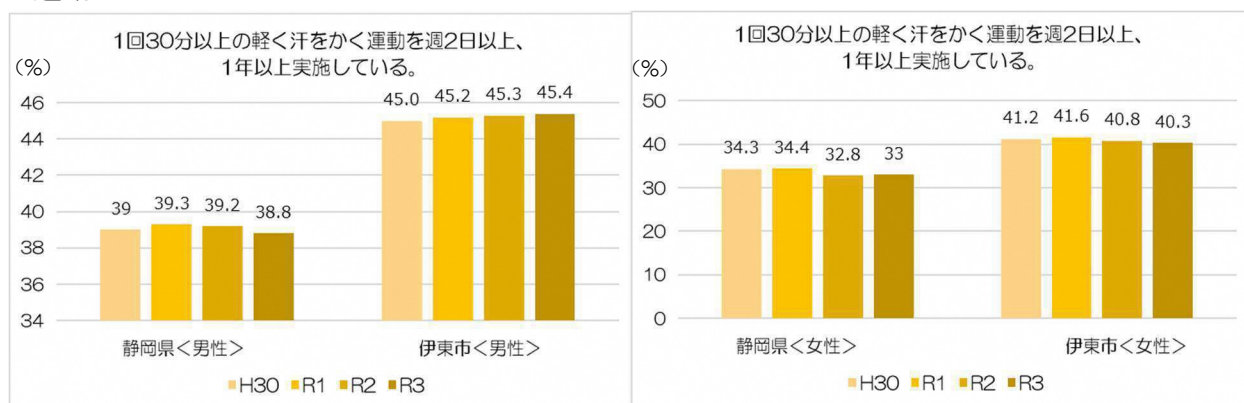
●食事



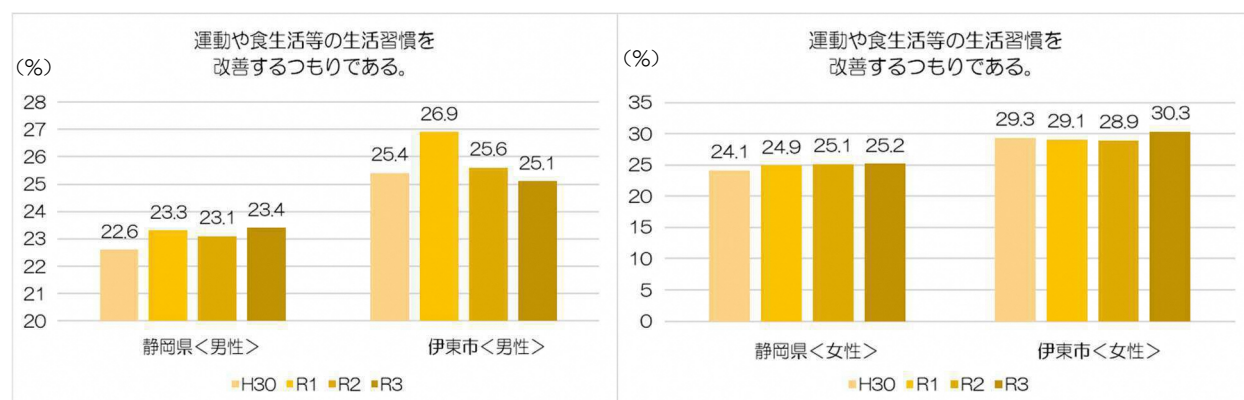
●咀嚼



## ●運動



## ●生活習慣改善意欲



## 3 取組と評価

### (1) 取組

- 受診率が低い40～59歳に向け、受診勧奨通知や地元新聞への寄稿を行った。
- 通知は、2年連続受診をしてもらえるよう、ナッジ理論を活かした通知を作成した。
- 節目年齢到達者へ、10年分の健診結果を保管できる健康管理ファイルと、特定健診を受診して10年後の理想の自分の姿をイメージしてもらえるようなパンフレットを送付した。
- 通知、電話等により、対象者全員に受診勧奨を行った。電話による受診勧奨は、看護師や栄養士等の医療専門職が行い、健康に関する情報提供が必要な人に対しては、健康相談を行いながら特定健診の必要性を説明した。
- 新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、特定健診の受診を控える人がいたことや、受診勧奨が十分にできなかったことから受診率が低下したが、令和3年度からは電話による受診勧奨を再開し、2,233人に実施した。
- 市内事業所等へ、国保被保険者の健康診断の結果の提供を依頼した。

### (2) 評価

- 新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、特定健診受診率が大きく減少し、目標には到達しなかった。しかし、受診率が低い40～59歳への受診勧奨及び単年受診者が2年連続して受診するように重点的に受診勧奨を行った結果、40歳台の継続受診者は増加した。

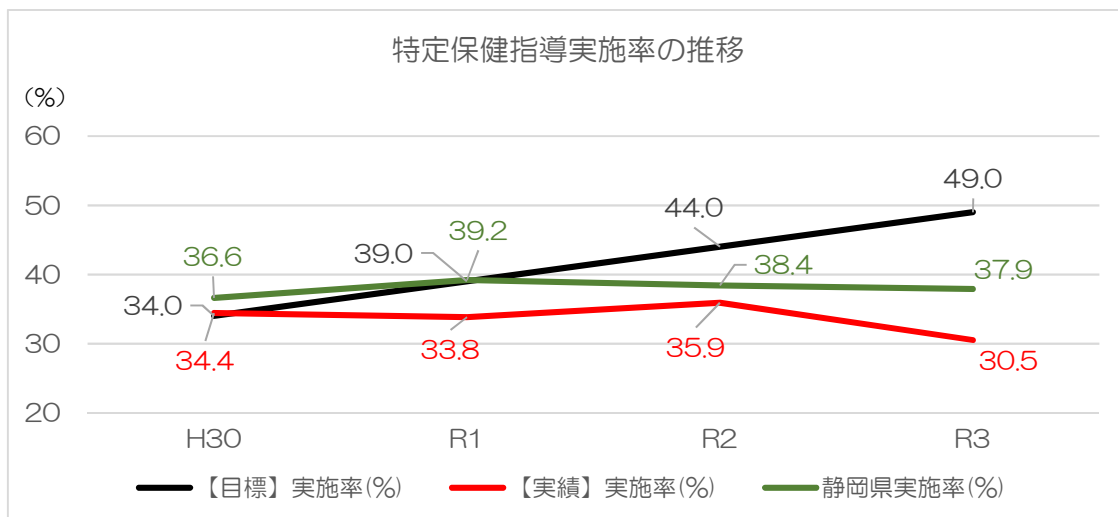


### 第3節 特定保健指導の実施状況

#### 1 特定保健指導の実施率

第3期は目標実施率を達成できなかった。新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、令和3年度は実施率が大幅に減少した。特定保健指導対象者の推移は以下のとおりである。積極的支援及び動機付け支援の対象者は減少傾向にあるが、対象者割合は大きく変化がみられないため、対象者の減少は被保険者数の減少によるものと考えられる。

#### ●特定保健指導の実施率及び目標値



	H30	R1	R2	R3
【目標】実施率(%)	34.0	39.0	44.0	49.0
【実績】実施率(%)	34.4	33.8	35.9	30.5
静岡県実施率(%)	36.6	39.2	38.4	37.9

※特定保健指導実施率は法定報告値

特定保健指導実施率…特定保健指導対象者に対する特定保健指導を終了した人の割合

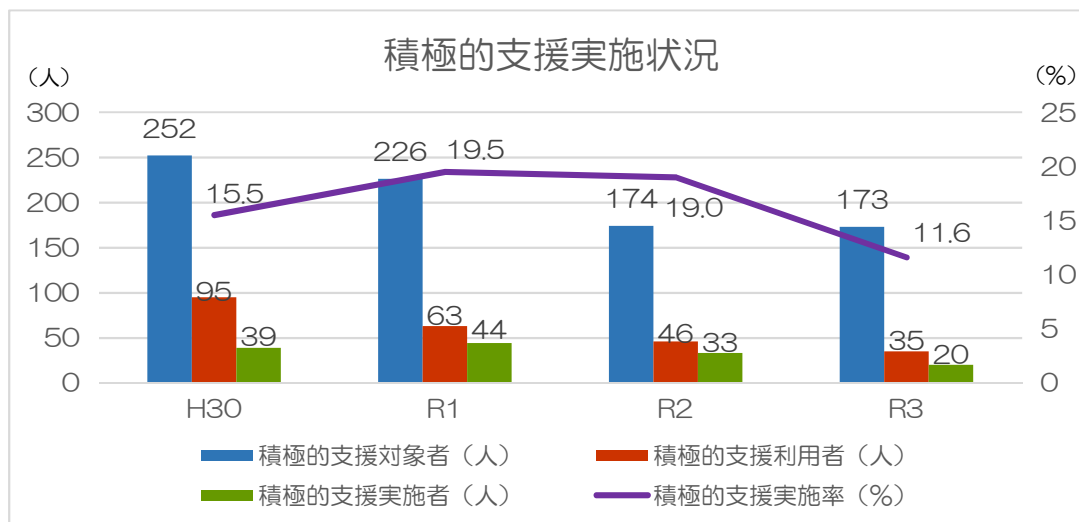


## 2 結果の分析

### (1) 積極的支援の実施状況

積極的支援の対象者は平成 30 年度をピークに減少している。積極的支援の実施率は令和元年度までは上昇傾向にあったが、令和 3 年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響で大きく低下している。実施者数、利用者数は低減傾向にあるものの、実施に至る者の割合は平成 30 年度と比べ増えている。

#### ●積極的支援の実施率



	H30	R1	R2	R3
積極的支援実施率 (%)	15.5	19.5	19.0	11.6
積極的支援実施者数 (人)	39	44	33	20
積極的支援利用者数 (人)	95	63	46	35
積極的支援対象者数 (人)	252	226	174	173

※積極的支援の対象者数、利用者数、実施者数、実施率は法定報告値

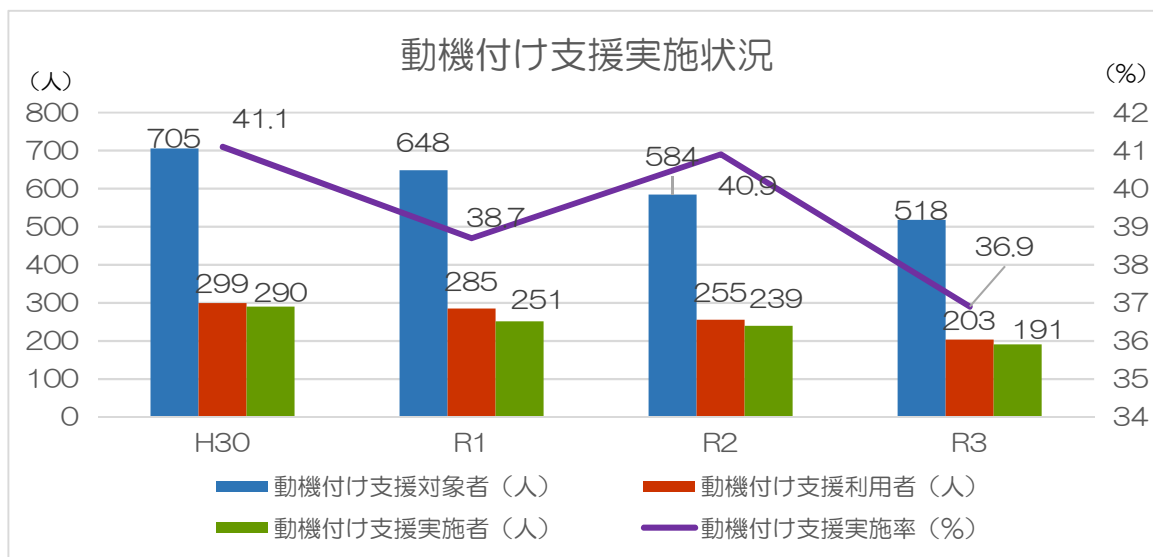
実施者数…積極的支援を終了した人数

実施率…積極的支援対象者に対する積極的支援実施者の割合

(2) 動機付け支援の実施状況

動機付け支援の対象者は、平成 30 年度をピークに減少している。動機付け支援の実施率は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、平成 30 年度をピークに減少傾向にあるが、動機付け支援の利用者の多くは終了しており、積極的支援ほどの影響ではなかった。

●動機付け支援実施率

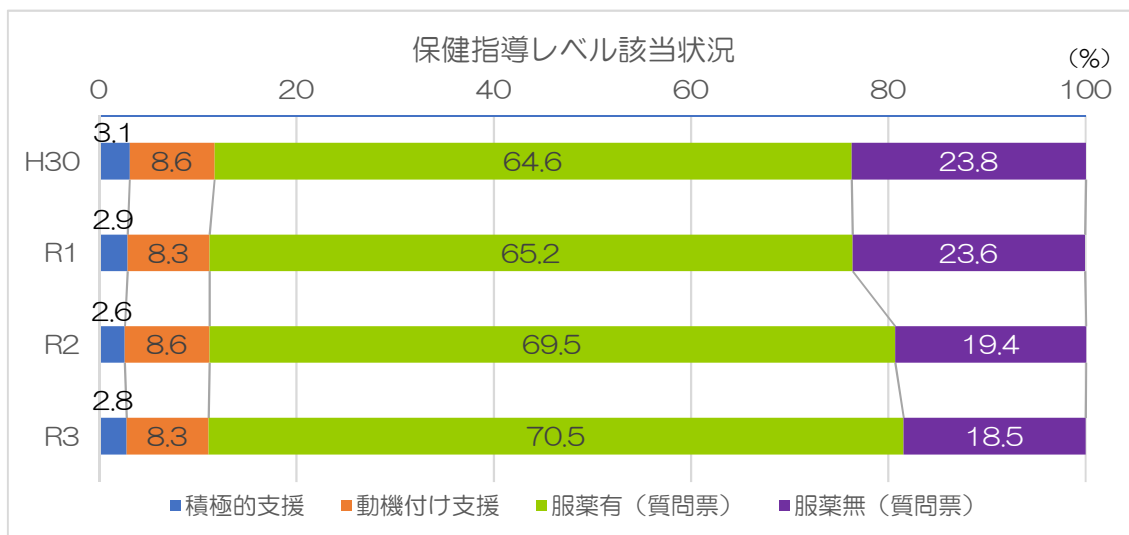


	H30	R1	R2	R3
動機付け支援実施率 (%)	41.1	38.7	40.9	36.9
動機付け支援実施者数 (人)	290	251	239	191
動機付け支援利用者数 (人)	299	285	255	203
動機付け支援対象者数 (人)	705	648	584	518

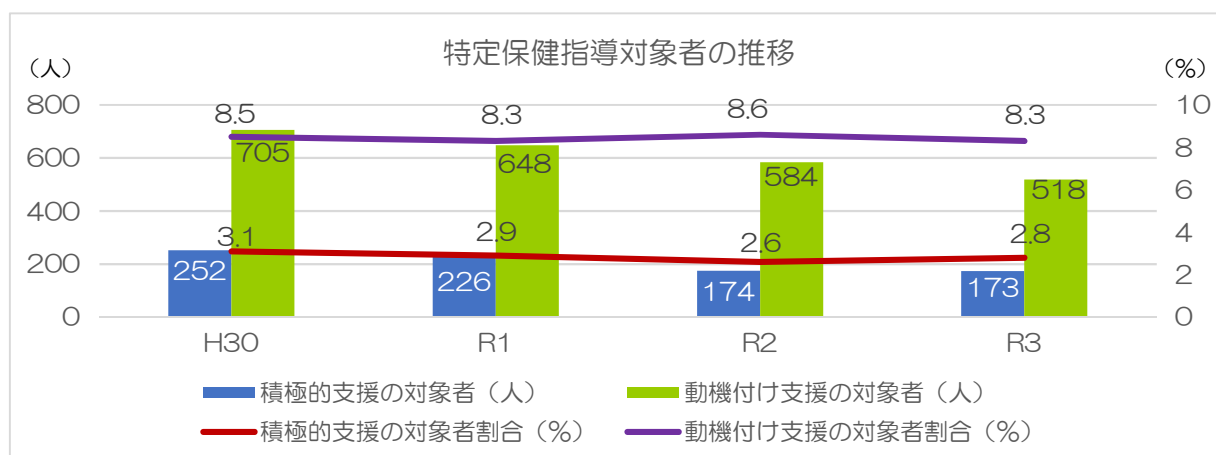
※動機付け支援の対象者数、利用者数、実施者数、実施率は法定報告値  
 実施者数…動機付け支援を終了した人数  
 実施率…動機付け支援対象者に対する動機付け支援実施者の割合

### (3) 保健指導レベル（階層化）の状況

積極的支援及び動機付け支援の対象者数は減少傾向にあるが、特定健診受診者に対するそれぞれの割合に大きな変化はみられず、被保険者数の減少によるものが大きいと考えられ、特定保健指導の効果とは言い切れない。情報提供レベル（特定保健指導に該当しない人）のうち、生活習慣病に係る服薬をしている人の割合は増加傾向にあり、医療や薬を利用しながら、健康を管理している人が多い。

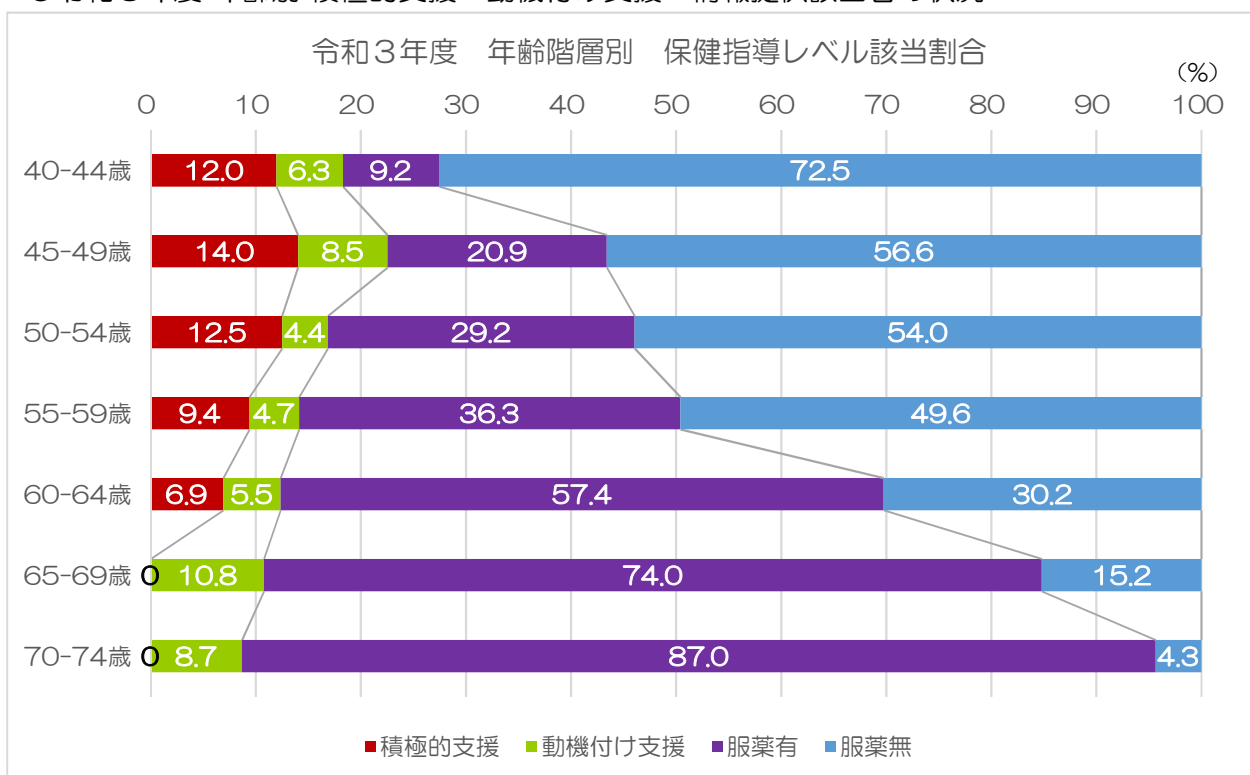


		健診 受診者数	該当レベル				
			特定保健指導対象者		情報提供		
			積極的 支援	動機付け 支援	服薬有 (質問票)	服薬無 (質問票)	
H30	対象者 (人)	8,213	957	252	705	5,305	1,951
	割合 (%)		11.7	3.1	8.6	64.6	23.8
R1	対象者 (人)	7,768	874	226	648	5,063	1,831
	割合 (%)		11.3	2.9	8.3	65.2	23.6
R2	対象者 (人)	6,800	758	174	584	4,726	1,316
	割合 (%)		11.1	2.6	8.6	69.5	19.4
R3	対象者 (人)	6,239	691	173	518	4,396	1,152
	割合 (%)		11.1	2.8	8.3	70.5	18.5



40～64 歳のうち、45～49 歳は積極的支援又は動機付け支援に該当する人の割合が高い。また、情報提供に該当する人のうち、生活習慣病に係る服薬がある人の割合が45歳から急増している。服薬に至らないようにするためには、44 歳以下からの生活習慣病の予防が肝要である。

●令和3年度 年齢別 積極的支援・動機付け支援・情報提供該当者の状況



R3 年齢階層	受診者数	特定保健指導対象者				情報提供				
		積極的支援		動機付け支援		服薬有 (質問票)		服薬無 (質問票)		
		対象者数 (人)	割合 (%)	対象者数 (人)	割合 (%)	対象者数 (人)	割合 (%)	対象者数 (人)	割合 (%)	
40-44 歳	142	26	17	12.0	9	6.3	13	9.2	103	72.5
45-49 歳	235	53	33	14.0	20	8.5	49	20.9	133	56.6
50-54 歳	367	62	46	12.5	16	4.4	107	29.2	198	54.0
55-59 歳	361	51	34	9.4	17	4.7	131	36.3	179	49.6
60-64 歳	622	77	43	6.9	34	5.5	357	57.4	188	30.2
65-69 歳	1,429	154	0	0	154	10.8	1,058	74.0	217	15.2
70-74 歳	3,083	268	0	0	268	8.7	2,681	87.0	134	4.3
合計	6,239	691	173	2.8	518	8.3	4,396	70.5	1,152	18.5

3 取組と評価

(1) 取組

- ・特定保健指導対象者に対し、健診結果説明時に医師から利用勧奨がされるほか、予約がない人に対し、改めて電話や通知によって行う。電話による利用勧奨を行う際は、看護師や栄養士等の医療専門職が実施し、健診結果を踏まえた個別具体的な勧奨を行った。
- ・伊東市医師会や伊東市民病院へ特定保健指導を委託し、様々な機関で特定保健指導を利用できるよう利便性の向上を図る。
- ・ICT を用いた特定保健指導を導入し、自宅や職場等で特定保健指導が実施できる環境を整備した。

- 途中脱落防止のため、食生活講座や運動教室等の体験型の保健指導を取り入れている。運動の指導については、市内運動施設と連携し、健康運動指導士が行っている。
- 特定保健指導の質の向上を図るため、定期的に従事者研修会を開催している。

## (2) 評価

- 利用勧奨を最低 1 回以上は確実に実施しているため、これを引き続き実施していくとともに、さらなる利便性の向上や特定保健指導の質の向上に努め、利用に至るようにしていく必要がある。
- 特定保健指導を利用しない人の理由の多くは、「忙しい」「必要ない」「自分で努力する」「過去に利用した」等であったため、ICT の活用や新しい知識の提供等、対象者に合わせた保健指導を実施していく。
- 特定保健指導の該当者の年齢別の評価から、45 歳以上の方は生活習慣病に係る服薬をする人の割合が大きくなることから、44 歳以下の人への生活習慣病の予防にも力を入れていく。



## 第4節 実施計画

### 1 対象者数推計と目標

特定健診と特定保健指導の対象者は、伊東市に住民票のある国保被保険者が基本となることから、伊東市の人口は令和5年4月1日時点の人口を基準として、平成29年度から令和5年度までの平均人口減少率1.2%で推計して算出を行った。

#### (1) 特定健診対象者数及び受診者数の見込み

伊東市の人口・被保険者数・健診対象者は年々減少することが予測される。

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
伊東市の人口(人)	64,328	63,556	62,793	62,040	61,295	60,560
被保険者(人)	19,298	19,067	18,838	18,612	18,389	18,168
健診対象者(人)	14,840	14,663	14,486	14,313	14,141	13,971

※被保険者数は、伊東市の人口の30%と推計して算出

※健診対象者は、被保険者数の76.9%と推計して算出

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
【目標】受診率	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
受診者(人)	6,678	7,038	7,388	7,729	8,060	8,383

#### (2) 特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

令和6(2024)年度から令和11(2029)年度までの特定保健指導対象者数及び実施者数について、各年度の見込みを示す。

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
特定保健指導対象者(人)	741	781	820	858	895	931
【目標】実施率	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
実施者(人)	259	312	369	429	492	559

#### ●支援レベル別特定保健指導対象者数及び実施者数の見込み

		R6	R7	R8	R9	R10	R11
積極的支援	対象者数(人)	185	195	205	215	224	233
	実施者数(人)	68	78	92	108	123	140
動機付け支援	対象者数(人)	556	586	615	643	671	698
	実施者数(人)	191	234	277	321	369	419

## 2 実施方法

### (1) 特定健診

#### 【対象者】

実施年度中に 40～74 歳になる被保険者(実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む。)ただし、妊産婦、刑務所入所者、海外在住、長期入院等法に定める除外規定に該当する者は対象者から除くものとする。

#### 【実施場所】

市内実施医療機関（医師会委託）

なお、休日・夜間実施やがん検診との同時実施等の受けやすい健診体制（集団健診等）を随時検討する。

#### 【実施時期】

6月から9月までを実施期間とする。（個別健診等）

実施年度の途中で国保に加入した人の健診は、別途実施時期を設定する。

#### 【実施項目】

国が定める対象者全員に実施する「基本的な健診項目」と、医師が必要と判断した場合に実施する「詳細な健診項目」に基づき実施する。

なお、生活習慣病の発生予防、重症化予防に効果的な健診・保健指導を実施するため健診項目は、国の基準変更や本市の特性等に合わせ、有効性や必要性について費用対効果等を踏まえて随時検討するものとする。

<b>■ 基本的な健診項目(全員に実施)</b>
○質問票(服薬歴、喫煙歴等) ○身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ○血圧測定 ○理学的検査(身体診察) ○尿検査(尿糖、尿蛋白) ○血液検査・脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール) ・血糖検査(空腹時血糖又は随時血糖※1、HbA1c : NGSP 値※2) ・肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP))
<b>■ 追加項目 (基本的な健診項目に追加して実施)</b>
○血清尿酸検査 ○血清クレアチニン検査(eGFR による腎機能の評価を含む)
<b>■ 詳細な健診項目 (医師が必要と判断した場合に実施)</b>
○心電図 ○眼底検査 ○貧血検査(赤血球、血色素量、ヘマトクリット値)

※1 空腹時血糖が測定できない場合に実施する。

※2 空腹時血糖又は随時血糖を測定した場合においても必須とする。

<詳細な健診を実施する判定基準>

検査項目	判定基準
○貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる人
○心電図検査	当該年度の健診結果等において、 収縮期血圧が 140 mmHg 以上若しくは 拡張期血圧が 90 mmHg 以上の者 又は問診等において不整脈が疑われる人
○眼底検査	当該年度の健診結果等において、①血圧が次の a、b のうちいずれかの基準又は②血糖値が a、b、c のいずれかの基準に該当した人 ①血圧 a 収縮期血圧 140 mmHg 以上 b 拡張期血圧 90 mmHg 以上 ②血糖 a 空腹時血糖 126 mg/dl 以上 b HbA1c (NGSP 値) 6.5 %以上 c 随時血糖 126 mg/dl 以上 ただし、当該年度の健診結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の健診結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。

【案内方法】

対象者に、特定健診受診券と受診案内を個別に発送する。また、市広報紙や市ホームページ、市内各所へのポスター掲示等で周知を図る。

【自己負担額】

40～64歳：1,000円 65～74歳：500円

※市県民税非課税世帯については自己負担額なし

【特定健診結果の説明及び情報提供】

特定健診の結果やその他必要な情報の提供は、特定健診を実施した医療機関において医師が実施する。

【留意点】

健診受診者に対して、「特定健診の意義」「検査前の注意事項」について通知する。

※標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

【後期高齢者健診】

静岡県後期高齢者医療広域連合が行う 75 歳以上の後期高齢者健診についても特定健診とあわせて実施する。

(2) 特定保健指導

【対象者】

国が定める「特定保健指導対象者の選定基準」に基づき、次のように特定健診の結果を踏まえ、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数による階層化を行い、対象者を抽出する。

ただし、質問票により服薬中と判断された者は、医療機関における継続的な医学的管理のもとでの指導が適当であるため、対象者から除かれる。また、65歳以上75歳未満の者については、追加リスクの個数に限らず動機付け支援のみを実施する。

【特定保健指導対象者の選定基準】

腹囲/BMI	追加リスク（注 1）	喫煙歴（注 2）	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64 歳	65-74 歳
≥85 cm（男性） ≥90 cm（女性）	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

（注 1）追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上、又は HbA1c5.6%以上

②脂質：空腹時中性脂肪 150mg/dl 以上、又は随時中性脂肪 175mg/dl 以上、又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満

③血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上、又は拡張期血圧 85mmHg 以上

（注 2）喫煙歴の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者は除く。

※65～74 歳の者はリスクの個数に限らず、動機付け支援のみを実施する。

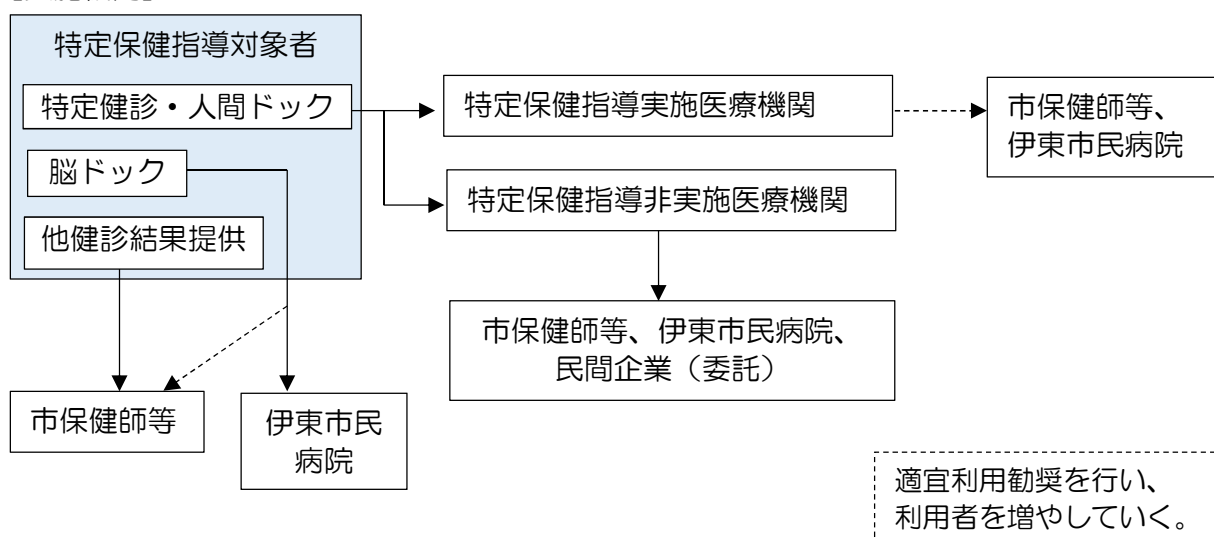
【実施場所】

市保健師等による特定保健指導のほか、市内実施医療機関（医師会委託）、伊東市民病院  
ドック健診センター等で実施する。また、一部の対象者には、ICT を用いた特定保健指導を  
民間企業に委託し、自宅や職場等で利用できる環境を整備する。

【保健指導の内容】

	支援形態	支援内容
積極的支援	<p>a.初回面接 一人当たり 20 分以上の個別支援、又は 1 グループ当たりおおむね 80 分以上のグループ支援。</p> <p>b.3 か月以上の継続支援 個別支援、グループ支援の他、電話、e-mail、手紙等の通信手段を組み合わせで行う。</p> <p>c.3 か月以降経過後の評価 面接又は電話、e-mail、手紙等の通信手段を利用して行う。</p>	<p>特定健診の結果から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化を理解し、生活習慣改善の必要性を実感できるような働きかけを行う。また、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。</p> <p>支援者は目標達成のために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。</p>
2年連続して積極的支援に該当した者への2年目の特定保健指導	<p>2年連続して積極的支援に該当した者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、2年目の特定保健指導は動機付け支援に相当する支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したとみなされる。支援形態は動機付け支援に準ずる。</p>	<p>これまでの生活習慣や行動計画の実施状況を踏まえ、必要性に応じた支援を行う。</p>
動機付け支援	<p>a.初回面接 一人当たり 20 分以上の個別支援、又は 1 グループ当たりおおむね 80 分以上のグループ支援。</p> <p>b.評価 3 か月以降経過後の評価面接又は通信手段を利用して行う。</p>	<p>対象者自らが、自分の生活習慣の改善すべき点を自覚することで行動目標を設定し、目標達成に向けた取組が継続できるように動機付け支援を行う。</p>

【実施機関】






### 3 特定健診・特定保健指導の見直しについて

#### (1) 特定健診の保健指導判定値

血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。

#### 【血中脂質検査 中性脂肪】

R5 (2023) 年度まで		R6 (2024) 年度から
150 mg/dl		随時採血時の基準値 (175 mg/dl)

#### (2) 特定健診の標準的な質問項目

喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。

#### 【R5 (2023) 年度までの質問項目】

※標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】標準的な質問票から抜粋

	質問項目	回答
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者とは「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 カ月間も吸っている者	①はい ②いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日の 1 日当たりの飲酒量 日本酒 1 合（180ml）の目安：ビール 500ml、焼酎（25 度（110ml）、ウイスキーダブル 1 杯（60ml）、ワイン 2 杯（240ml）	①1 合未満 ②1～2 合未満 ③2～3 合未満 ④3 合以上
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

#### 【R6 (2024) 年度から変更となる質問項目】

※標準的な健診・保健指導プログラム【令和 6 年度版】標準的な質問票から抜粋

	質問項目	回答
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件 1 と条件 2 を両方満たすものである。 条件 1：最近 1 カ月間吸っている者 条件 2：生涯で 6 ヶ月間以上吸っている、又は合計 100 本以上吸っている。)	①はい（条件 1 と条件 2 を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近 1 か月間は吸っていない（条件 2 のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。(※「やめた」とは、過去に月 1 回以上の習慣的に飲酒歴が) あった者のうち、最近 1 年以上酒類を摂取していない者)	①毎日 ②週 5～6 日 ③週 3～4 日 ④週 1～2 日 ⑤月に 1～3 日 ⑥月に 1 日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）
19	飲酒日の 1 日当たりの飲酒量 日本酒 1 合（アルコール度数 15 度・180ml）の目安： ビール（同 5 度・500ml）、 焼酎（同 25 度・約 110ml）、 ワイン（同 14 度・約 180ml）、 ウイスキー（同 43 度・60ml）、 缶チューハイ（同 5 度・約 500ml、同 7 度・約 350ml）	①1 合未満 ②1～2 合未満 ③2～3 合未満 ④3～5 合未満 ⑤5 合以上
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

(3) 特定保健指導の見直しについて

第4期からの特定保健指導の変更点は以下のとおりである。特に大きな変更点は、「(1)評価体系の見直し」に係る部分であり、腹囲や体重の減少や行動変容の達成の指標がアウトカム評価として導入され、一段と特定保健指導の質の向上が求められるものとなった。

特定保健指導 の見直し	<p>(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。 プロセス評価は、介入方法により個別支援（ICT含む）、グループ支援（ICT含む）、電話、電子メール等とし、時間に比例したポイント設定ではなく、介入1回ごとの評価とした。支援Aと支援Bの区別は廃止した。また、ICTを活用した場合も同水準の評価とした。 特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価することとした。 また、モデル実施は廃止とした。</p>
	<p>(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。</p>
	<p>(3) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導開始後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導の対象者として、分母に含めないことを可能とした。</p>
	<p>(4) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認の手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても、対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。</p>
	<p>(5) その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。</p>

※「特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」から抜粋

## 第5節 その他

### 1 特定健診等実施計画の評価・見直し

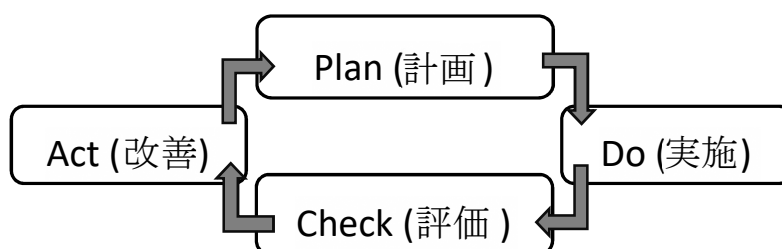
本実施計画の評価・見直しについては、PDCA マネジメントサイクルに沿って実施する。

#### (1) 評価

特定健診の受診率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者及び予備群の減少率等について、評価方法については、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う。

#### (2) 見直し

本実施計画の見直しについては、毎年度目標の達成状況を評価し、必要に応じて見直しを行う。また、市の関係部門及び伊東市医師会、伊東市歯科医師会、伊東熱海薬剤師会、静岡県、静岡県国民健康保険団体連合会等と連携し、指導・助言を受ける。



### 2 特定健診等実施計画の公表・周知

法第 19 条第 3 項において、「保険者は、特定健診等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。」とあり、市広報紙、市ホームページ等で公表するとともに、本実施計画をあらゆる機会を通じて周知・啓発を図る。また、目標の達成状況等の公表に努め、本実施計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとする。

### 3 個人情報の取扱い

#### (1) 個人情報保護関係規定の遵守

個人情報の保護に関する法律及び同法に基づくガイドライン等に準じて、厳格な運用管理を行い、役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業員の監督、委託先の監督）について周知を図る。また、外部委託を行う場合は個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に明示し、委託先の契約遵守状況を管理する。

#### (2) データの管理

特定健診・特定保健指導等の結果に関するデータの保存年限は原則 5 年とし、保存期間経過後適切に破棄する。また、他の医療保険に異動する等で被保険者でなくなった場合は、異動年度の翌年度末まで保管し、その後適切に破棄する。

### 4 留意事項

#### (1) 各種検(健)診等との連携

特定健診の実施に当たっては、健康増進法に基づいて実施する検(健)診等についても可能な限り連携して実施するものとする。

#### (2) 健康づくり事業及び介護予防事業との連携

特定健診・特定保健指導の対象となる年代だけでなく、40 歳より若い世代へ働きかけ、生活習慣病のリスクの周知や日々の生活スタイルを見直していくことが重要となる。また、生活習慣病の重症化により介護が必要な状態に陥ることを予防し、自立した生活を送るために、保健事業及び介護予防事業と連携して生活習慣病予防を推進していく。

資料 伊東市国民健康保険 第2期データヘルス計画の評価

データヘルス計画全体の目標											
目標		実績値							評価	前期計画等に係る考察	
指標	目標値	ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度			
【R2年度中間評価後変更】健康寿命の延伸	お達者度	H28年度 男性17.48歳 (県内28位) 女性20.30歳 (県内31位)	男性17.58歳 (県内28位) 女性20.43歳 (県内29位)	男性17.67歳 (県内27位) 女性20.47歳 (県内32位)	男性17.70歳 (県内29位) 女性20.74歳 (県内32位)	男性18.06歳 (県内25位) 女性21.12歳 (県内28位)	未発表	未発表	達成	本市の令和2年の「お達者度」は、H28年度と比べ男性は0.58歳、女性は0.82歳延伸した。県全体では男性は0.45歳、女性は0.37歳の延伸であり、男女ともに県を上回っている。県内でのお達者度の順位では、女性が一時下がったが、R2年度には男女ともに上昇した。	第2期データヘルス計画では、短期的に取り組むべき対策と、中長期的に取り組むべき対策について、それぞれの段階にあった事業を行った。また、潜在する課題を明確にするため、疾病ごとの医療費比較、高額シブトの発生状況や発生元となる疾病の把握を行い、PDCAサイクルを意識した継続的な事業を実施した。その結果、多くの課題と個別保健事業があり、評価や分析が十分にできな状況であった。

事業名	実施計画	指標	目標値	実績値						評価 達成 未達成 評価困難	実施内容	成功要因	未達要因	今後の方向性
				ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度					
1)健康づくり普及・啓発事業	<p>健康の必要性と生活習慣病予防についての情報を提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>市広報紙や地元新聞への掲載</li> <li>節目年齢到達者に健康管理ファイルを送る。</li> <li>職場への健康相談、健康教室を行う。</li> </ul> <p>生活習慣の改善を支援する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙及び受動喫煙防止等についてのチラシの作成</li> <li>医師会、熱海健康福祉センターと連携し講演会等を開催する。</li> <li>女性を対象とした禁煙等健康づくりに関する情報提供の場を検討する。</li> <li>市役所や公的機関、職場での完全分煙又は禁煙を進める。</li> </ul>	<p>*アアウトプット ○アウトカム(短期) ●アウトカム(長中期)</p> <p>*禁煙・適正飲酒についての啓発チラシを作成する。</p>	作成	作成なし	作成なし	作成なし	作成なし	作成なし	禁煙・受動喫煙防止パンフレット作成	禁煙・受動喫煙防止パンフレット作成	達成	<p>職場での健診時、禁煙・受動喫煙防止のパンフレットを配付し啓発した。</p> <p>【予防】 広報紙や地元新聞への掲載により、広く情報発信することができた。また、職場の健診等では、作成したチラシを用いて、個別に「禁煙・副流煙のリスク」について普及啓発することができた。</p> <p>【改善支援】 普及啓発の中で、禁煙に興味をもち、禁煙外来について問い合わせがあったり、個別相談がきっかけで禁煙できたという声が多く聞かれた。①②ともに、前年度よりも減少した。</p>	<p>【予防】 ターゲットへ届いているか、どの程度の効果があったか把握ができなかった。</p> <p>【改善支援】 特定健診対象者が減少している。医師会や熱海健康福祉センターとの講演会は未実施だった。</p>	<p>普及・啓発するターゲット毎の打ち手と、その方法が効果的に行えているか定量的な評価を行っていく。例えば、 (◇)対象者：手段 / 評価指標)</p> <p>◇対喫煙者 →職場健診受診者：個別保健相談/行動変容ステージの把握・喫煙率</p> <p>◇対非喫煙者 →子ども：未就学児・就学時への啓発(副流煙から身を守る・喫煙する家族も含めた啓発)/禁煙の必要性・受動喫煙についての理解度の把握</p> <p>◆ハイリスクアプローチ ：個別保健指導・職場と連携して講演会を行う</p> <p>◆ポピュレーションアプローチ ：市民向けの講演会を行う・チラシ作成&amp;配布・広報紙への掲載 ：ハード面の調査/完全分煙・禁煙施設数 ：喫煙施設の調査/禁煙啓発ポスターの掲示数</p>
2)特定健診受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> <li>市広報紙や地元新聞へ、特定健診の意義や生活習慣病のリスク及び継続受診の重要性について掲載する。</li> <li>受診率が低い40歳台、50歳台の受診勧奨を優先的に実施する。</li> <li>節目年齢到達者に、健康管理ファイルと生活習慣病予防についてのパンフレットを送付する。</li> <li>経年未受診者及び当該年度未受診者に、個別通知や看護職による個別電話等で受診勧奨や保健相談を行う。この時未受診の理由を把握する。</li> <li>休日、夜間実施やがん検診との同時実施等受けやすい健診体制を整備する。</li> <li>人間ドック、脳ドックを実施する。</li> <li>受診勧奨後、対象者の健診受診状況を確認する。</li> </ul>	<p>*①対象者への受診勧奨実施率</p>	100%実施	99.8% (H30)	—	99.8%	99.9%	100.0%	100.0%	100.0%	達成	<p>受診率が低い40-50歳台に向け、受診勧奨通知や地元新聞への寄稿を行った。また、節目年齢到達者へ、10年分の健診結果を保管できる健康管理ファイルと、健診受診して10年後の理想の自分の姿をイメージしてもらえようパンフレットを送付した。</p> <p>電話での勧奨ができない(連絡先が分からない・不通)者に対しては、通知での受診勧奨を行った。また、送付する通知も、受診状況に応じて文言を変え、受診行動につながるよう工夫した。通知は、前月までの未受診者へ8月に送付し、さらに未受診者に対しては、11月にも再度通知を行った。</p>	<p>R4の受診勧奨と受診率は下記の通り。 40歳台の受診率：21.7% (通知による勧奨：全40歳台のうち73.6%) 50歳台の受診率：29.6% (通知による勧奨：全50歳台のうち63.2%) 60歳台の受診率：44.4% (通知による勧奨：全60歳台のうち43.1%) 70歳台の受診率：54.3% (通知による勧奨：全70歳台のうち41.7%)</p>	<p>◆ハイリスクアプローチ ：連続未受診者への勧奨(電話・通知)</p> <p>◆ポピュレーションアプローチ ：特定健診の意義について情報発信を行う(広報紙・地元新聞・講演会等)</p> <p>◇全体の受診率を上げる ：単年受診者が2年連続受診者になる割合を上げる</p> <p>◇未来への投資 ：40・50歳台の健診受診率を引き上げる</p>
		<p>*②新たな受診方法を増やす</p>	受診の選択肢を1つ以上増やす。	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市医師会協力医療機関数(27)</li> <li>特定健診の検査項目を各んだ人間ドックの定員350人</li> <li>脳ドックの定員30人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人間ドックの定員を50人増やし、計400人にした。</li> <li>脳ドックの定員を20人増やし、計50人にした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市医師会協力医療機関が2機関増え、計29機関で実施</li> <li>脳ドックの定員を50人増やし、計70人にした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市医師会協力機関の一部で、肺がん検診との同時受診を可能にした。</li> <li>脳ドックの定員を50人増やし、120人にした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳ドックの定員を30人増やし、150人にした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市医師会協力医療機関が2機関増え、計28医療機関で実施</li> <li>脳ドックの定員を50人増やし、200人にした。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>伊東市医師会協力医療機関が1機関増え、計29医療機関で実施</li> <li>脳ドックの定員を50人増やし、250人にした。</li> </ul>	達成	<p>主に、透析患者を受け入れる診療所での特定健診実施が開始となった。特定健診受診勧奨を行う上で、「受診しない」意向がある方へ聞き取りでアンケートを行ったところ、日曜日に健診を受けたいという声が多くあった。</p>	<p>医療機関が特定健診を実施しやすいよう、医師会を通じてヒアリングを行い、実施方法等の見直しを行っている。</p>	<p>健診実施曜日・時間の拡大ができなかった。</p>
		<p>○アウトカム 40歳台の2年連続受診を70%に近づける。</p>	70%	59.40%	69.9% 735人中514人が受診	69.7% 657人中458人が受診	71.3% 585人中417人が受診	60.5% 504人中305人が受診	75.1% 329人中247人が受診	64.2% 352人中226人が受診	達成	<p>通知・電話による受診勧奨を行った。また、通知は、2年連続受診をもらえるよう、ナッジ理論を活かした通知を行った。</p>	<p>他の年代よりも電話・通知による受診勧奨を強化して実施した。</p>	<p>受診勧奨の方法(頻度・メッセージ等)に加え、健診を受けやすい体制づくりも必要と思われる。</p>
		<p>●受診率 (達成時期：R5年度)</p>	60% (H28)	50.7% (H28)	51.8%	50.8%	49.8%	44.3%	42.2%	45.3%	達成	<p>令和元年から3年まで実施できなかった、電話による受診勧奨(2,233人へ実施)を再開した。</p>	<p>健診期間が終了した後、毎年みなし健診結果の提出をしてくれる対象者へ提供の依頼を行った。</p>	<p>健診受診率が50%を超えた年度と比べ、電話による受診勧奨の件数が少なかった。</p>

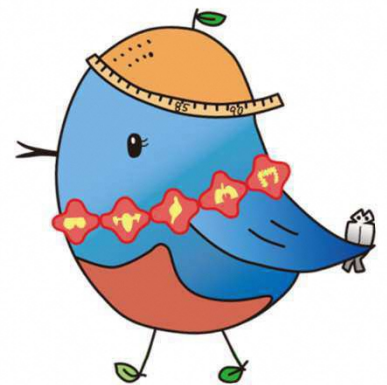
事業名	実施計画	指標	目標値	実績値							評価 達成 未達成 評価困難	実施内容	成功要因	未達要因	今後の方向性
				ベース ライン	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度					
③特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者全員に利用勧奨を行う。</li> <li>特定保健指導プログラムに基づき、市保健師及び栄養士、雇上げ看護師・栄養士等で、個別面接及びグループ支援を行う。</li> <li>運動教室や栄養教室、糖尿病予防教室等の一般衛生部門の保健事業を活用して継続的支援を充実し、脱落者を減らす。</li> <li>伊東市医師会に動機付け支援の一部委託を継続する。</li> <li>民間の保健事業専門業者に一部委託する。</li> </ul>	*実施率（終了率）	60%以上 （達成時期：R5年度）	24.7% (H28)	22.6%	34.4%	33.8%	35.9%	30.5%	26.3%	未達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>各健診実施機関において、結果説明時に特定保健指導のチラシを配付し、利用勧奨を依頼</li> <li>直営で、電話での利用勧奨を随時実施</li> <li>ICT型特保の委託先による利用勧奨を随時実施</li> <li>特保の利用先は、直営に加え、医師会健診実施機関、伊東市民病院トック健診センター、ICT型特保実施の民間企業で行った。（半数以上は直営で実施しており、R4年度は伊東市民病院での実施数が増加した。医師会、ICT型特保は減少傾向にある。）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>直営により電話勧奨は、対象者に対し早急に架電することができていることや、健診結果を踏まえた個別性のある内容で勧奨できているため、予約率の向上に寄与していると考えられる。</li> <li>医師会健診実施機関で特定健診を受診した人が、市民病院で特保を利用できるよう、R3年度から体制を整備したが、直営での利用勧奨時にも周知を行ってきたため、認知度が徐々に上り、利用者は増加傾向にある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>年度により多少の増減はみられるものの、終了率自体はやや低下傾向と見受けられる。特定保健指導の委託先として、コロナ禍の影響を考慮してICTによる遠隔型特保をR3年度から委託実施しているが、利用者数は伸び悩んでいる状況にある。委託先にはICT特保の利用勧奨のため、通知の発送と架電をお願いしていたが、架電については対象者の半数が不在のため話ができず、残りの半数は利用の辞退に至っていた。直営での電話勧奨も不在者が多く、効果的かつ効率的に利用勧奨を行っていくことが課題となっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>効果的かつ効率的な利用勧奨の模索</li> <li>利用満足度を高め、（減量等の）効果をより実感できるよう、内容の質を高める。</li> </ul>
		○未利用者の状況把握	100%	—	—	63.2%	65.0%	57.4%	61.6%	基準変更に伴い、算出不可	未達成	例年同様、電話での利用勧奨時に利用を辞退した人について可能な限りその理由を聴取している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用勧奨の架電時に辞退理由を把握しているため、ある程度の把握は可能となる。</li> </ul>	R4年度は算出不可だが、例年同様の把握率になっていると考えられる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>R4年度はヘルスアップでの評価指標を変更したため算出できず。未利用理由は概ね、「忙しい」「必要ない」「自分で努力している」「過去に利用したから利用しない」といったものが例年多く存在しているため、把握率を算出していくよりも、それらの層に対して有効な策をつくり、利用率（終了率）を向上させられるようなアプローチを考えていきたい。</li> </ul>
		●指導対象者の減少	0.7%減少（達成時期：R5年度）	該当率23.1% (976人)	該当率22.0% (920人) 前年度より1.1%減	該当率18.2% (957人) 前年度より3.8%減	該当率21.7% (874人) 前年度より3.5%増	該当率21.5% (758人) 前年度より0.2%減	該当率21.2% (691人) 前年度より0.3%減	該当率21.0% (684人) 前年度より0.2%減	達成	特定保健指導（個別相談や健康教室等）	特定保健指導利用者は、途中脱落がないよう丁寧な支援を心掛けたため、質の向上に繋がりが、指導対象者の減少に繋がったのではないかと考えられる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>目標である0.7%減を大幅に超える2.1%減を達成できた。引き続き、特定保健指導の質の向上に努め、指導効果を最大限に発揮できるようにしていく。</li> </ul>	
④糖尿病性腎症重症化予防（第2期から）	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診結果としてFデータを突合し、医療機関未受診者へ電話、通知、家庭訪問等で受診勧奨を行う。</li> <li>糖尿病重症化予防教室の実施（栄養・運動指導、個別相談）</li> <li>糖尿病専門医による健康講座を開催する。</li> <li>※ 対象者は、静岡県糖尿病性腎症予防プログラムの基準及びKDBデータから選定する。</li> </ul>	*新規透析患者数	前年度より減少	12人 (H30からの指標)	—	8人	12人	3人 (再掲：糖尿病性腎症2人)	4人 (再掲：糖尿病性腎症2人)	4人 (再掲：糖尿病性腎症0人)	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診者中、HbA1c6.5以上又は空腹時血糖126mg/dl以上（随時血糖200mg/dl以上）で糖尿病の服薬なし又は現病歴がない人に対して、健康推進課から直接通知や個別相談によって受診勧奨を行った。また、対象者中、茶っとうシステム等により糖尿病の治療歴がない人（対象疾患がない人）を抽出し、日本システム技術株式会社に委託し、医療機関への受診勧奨を行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新規透析患者数は減少しているが、国保加入者の減少や後期高齢者になってからの透析導入が増えているなど、要因が考えられる。福祉部局と連携し、障がい者手帳の発行状況の把握などから、伊東市全体の透析患者の状況を確認する必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>透析導入者の基礎疾患を把握し、透析に至るまでの経過の分析を行う。その結果をパンフレット等にまとめ、健診の受診勧奨や健康教室・健康相談等で周知していく。</li> </ul>	
		○①受診勧奨率	100%	15.8%	28.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>全員に通知し、その後電話や個別相談による受診勧奨を行い、1人に2回以上のアプローチを行っている。委託することにより、保健師からの対象者へのアプローチ回数を増やすことができた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨率は目標に達している。第3期計画では、本事業のアウトプットとして設定する。</li> </ul>	
		②対象者の指導率	50%	11.0%	17.5%	24.6%	19.4%	20.8% (57人/274人)	55.0% 144人/262人	28.2% 88人/312人	未達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康推進課直営の、栄養士や健康運動指導士による健康講座や個別相談など保健指導及び健康相談を行った。毎年、事業対象になる人の中には、通知や電話による受診勧奨や健康相談を拒否する人もあるため、医療機関に全く受診していない人から優先的に健康相談及び保健指導を行った。</li> <li>【健康講座・個別相談の内容】 食生活教室・薬剤師講話、検体測定室開設、運動教室、血液検査</li> <li>R3-R4年度は、対象者に対して業者委託による受診勧奨とともに電話による個別相談を行い、指導後の受診を含む生活習慣の状況を確認した。</li> <li>相談未利用者に対して看護師や栄養士などが電話による健康相談を行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病やその他生活習慣病の長期加療中の人は、血糖値の管理を医師や薬剤に頼る傾向が高く、行動変容による予防意識の低さが見られる。</li> <li>検査値の悪化はないが毎年対象となる人の中には、もう連絡しないでほしいと言う人もあり、結果提供や健診受診をやめてしまう人も見られるため、アプローチの頻度をどうしていくが課題。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の選定について、評価委員会では重症度が高い人からのアプローチをアドバイスされたため、ハイリスク者の基準を見直す。見直しにあたり、透析患者の基礎疾患に高血圧が多いこと考慮し、糖尿病性腎症重症化予防事業と腎硬化症などからのCKD重症化事業を計画する。</li> <li>第3期計画では、保健指導率は、受診勧奨率と同様に、本事業のアウトプットとして設定する。</li> </ul>	



事業名	実施計画	*アウトプット ○アウトカム（短期） ●アウトカム（長中期）		実績値							評価 達成 未達成 評価困難	実施内容	成功要因	未達要因	今後の方向性
		指標	目標値	ベース ライン	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度					
4)糖尿病性腎症重症化予防（第2期から）	<p>(続き)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診結果としてデータを突合し、医療機関未受診者へ電話、通知、家庭訪問等で受診勧奨を行う。</li> <li>・糖尿病重症化予防教室の実施（栄養・運動指導、個別相談）</li> <li>・糖尿病専門医による健康講座を開催する。</li> </ul> <p>※ 対象者は、静岡県糖尿病性腎症予防プログラムの基準及びKDBデータから選定する。</p>	①指導実施者の生活習慣改善率（医療受診含む）	50% （達成時期：R5年度）	13.4%	82.8%	87.4%	75.3%	45.6% 26人/57人	81.9% 118人/144人	52.0% 46人/88人	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託による医療受診状況把握の実施率は高く、多くの人が勧奨の通知や電話をした時点で、自ら医療受診行動を行っていることがわかったが、食生活や身体活動などの生活習慣の改善をしている人は少なかった。</li> <li>・脂質異常症や高血圧などの疾患で治療中と答えた人では、医療機関で血液検査を受けているが治療が必要だと言われていないが多く、合併症や循環器病など生活に支障が出る病気のリスクについて認識不足や医師任せの人が多く見られた。</li> <li>・自己管理するので、市からの連絡や健康相談は必要ないという人もあった。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症予防のため、医療機関への受診を控えたという人もあり、基礎疾患の管理の重要性が理解できていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託による医療受診状況把握の実施率は高く、多くの人が勧奨の通知や電話をした時点で、自ら医療受診行動を行っていることがわかったが、食生活や身体活動などの生活習慣の改善をしている人は少なかった。</li> <li>・脂質異常症や高血圧などの疾患で治療中と答えた人では、医療機関で血液検査を受けているが治療が必要だと言われていないが多く、合併症や循環器病など生活に支障が出る病気のリスクについて認識不足や医師任せの人が多く見られた。</li> <li>・自己管理するので、市からの連絡や健康相談は必要ないという人もあった。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症予防のため、医療機関への受診を控えたという人もあり、基礎疾患の管理の重要性が理解できていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関受診についての説明は、結果票からでは詳細が不明のため、今後も聞き取りによる確認が必要である。予防の必要性を理解してもらうために、医療専門職からの連絡や健康相談は継続する。</li> <li>・健診結果説明時に、医師から重症化予防講座や健康相談の紹介をしてもらえるように、依頼票び活用方法について医師会と検討していく。</li> </ul>	
		②指導実施者の検査値改善率	50%	—	—	—	—	24.6% 14人/57人	19.4% 28人/144人	R5特定健診終了後確認する	未達成				<ul style="list-style-type: none"> <li>・検査値の改善率は、当該年度内に比較することは難しいため、今後は、該年度の検査値及び次年度の健診結果と比較する。</li> <li>・受診は血糖値を自己管理していく入口であるため、これからの医療受診継続の必要性や生活習慣による自己管理の重症性を理解してもらえるよう、丁寧で的確なアドバイスを行う必要がある。事業効果の向上の方法として相談者のスキルアップも行っていく。</li> </ul>
5)生活習慣病重症化予防	<p>BMIや脂質等の検査項目に基準値を設定し、優先順位をつけて家庭訪問や来所相談、健康教室等で保健指導を行う。</p>	*指導実施者を前年より増やす	前年度より増やす	343人 (H30)	糖尿病と一緒に実施	343人	272人	268人/727人 (36.9%)	117人/597人 (19.6%)	38人/540人 (8.0%)	未達成	<p>特定保健指導又は糖尿病性腎症重症化予防事業の対象に該当しない人で、特定健診の結果が、以下の項目のいずれかに該当する人に対して、通知や個別相談、健康教室等による受診勧奨及び保健指導を行った。健康教室参加者は看護師の指導のもと自己血圧測定を行い、正しい測定方法を習得し家庭血圧測定を推進した。</p> <p>①脂質 中性脂質 空腹200mg/dL以上（食後300以上） LDLコレステロール 140mg/dL以上 HDLコレステロール 40mg/dL未満 医師の診断が「要医療」</p> <p>②血圧 収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上 医師の診断が「要医療」</p> <p>③腎機能 eGFR50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満 尿蛋白(2+)以上 医師の診断が「要医療」</p> <p>④肝機能 医師の診断が「要医療」</p> <p>⑤肥満 BMIが35以上の人 腹囲100以上の人</p> <p>⑥脂質異常症、高血圧症の治療を6か月以上中断している人</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性的にマンパワーが不足しているため、心疾患や脳血管疾患などのリスクを見極め、ハイリスク者からアプローチするための基準の見直しをする必要がある。</li> <li>・精密検査などが必要な人を確実に医療受診へつなげるため、精密検査兼保健指導依頼書を作成する必要がある。</li> <li>・腎機能が低下していることについて説明を受けているが、腎臓の精密検査を受けている人は少なかった。</li> <li>・今回、eGFR値が20ml/min/1.73m<sup>2</sup>台の人にも、治療状況について聞き取りを行ったが、医師から「これ以上数値が悪くなったら透析になる」と聞いてはいるが、減塩等の具体的な行動をしている人は少なかった。透析は、治療方法の一つであるが、導入することによるデメリットを理解し、できるだけ導入を遅らせるために、腎機能低下が軽度であるうちから食生活等への支援が必要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでは脂質異常、腎機能、高血圧などそれぞれの検査項目で重症度の高い人を対象としてきたが、加齢による身体的変化も検査値に大きな影響を与えており、1人でいくつもの生活習慣病を持っている人が多く、脳血管疾患や心疾患のSMRや超過死亡を高くしていると考えられる。重症化のリスクの見直しを行い、ハイリスクアプローチとボリュレーションアプローチを、それぞれの対象者にあつた支援方法での実施を検討する。</li> <li>・健康推進課で実施する運動教室の利用者は生活習慣改善につながりやすいが、参加できる人数が少ないため、民間施設や運動指導者と連携し、運動できる場所を増やしていく。また、保健委員等と連携しウォーキングコースの紹介など身近に運動できる環境を整えていく。</li> </ul>	
		①BMI25以上の割合	男25%以下 女15%以下	男29.1% 女17.9%	男29.9% 女17.3%	男30.0% 女17.1%	男30.9% 女17.2%	男32.1% 女18.1%	男33.0% 女17.4%	R6年1月以降把握	R3年度まで未達成				<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期間であるものの、血圧測定に慣れたこともあり、初回の測定に比べ収縮期血圧の急激な上昇は少なくなったが、拡張期血圧を下げるまでの効果は得られなかった。しかし、運動することにより、体が楽になったと感じることができ、自宅でも運動を継続することができた。</li> <li>・これまでは、エネルギーの消費や筋肉量低下予防を目的とした運動が多かったが、対象者の多くが60歳以上であることから、無理のない運動で、動脈硬化を予防できる内容を取り入れていきたい。</li> </ul>
		②中性脂質300mg/dL以上の割合	2.7%以下	3.9%	4.0%	4.0%	3.6%	4.3%	3.8%	R6年2月以降把握	R4年度まで未達成				
		③LDLコレステロール140mg/dL以上の割合	30%以下	32.1%	31.0%	32.6%	32.4%	33.0%	31.2%	R6年3月以降把握	R5年度まで未達成				

事業名	実施計画	指標	目標値	実績値							評価 達成 未達成 評価困難	実施内容	成功要因	未達要因	今後の方向性		
				ベース ライン	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度							
6)健診結果要医療者受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診結果説明時、医療受診は、対象者に結果説明と共に受診勧奨を行う。</li> <li>健診結果要医療者の受診状況をKDB及びレセプトデータ等で確認し、未受診者には電話や通知、面接で状況の把握及び医療機関への受診勧奨を行う。受診勧奨後に医療機関受診があるかレセプトデータ等で確認し、受診がない場合は、再勧奨を行う。</li> </ul>	*対象者への受診勧奨	100% (達成時期：R5年度)	100.0% (H30)	—	100.0%	100.0%	100.0%	41.9%	58.5%	未達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診結果から、糖尿病性腎症又は生活習慣病重症化予防事業対象者を除いた要医療者に対して、通知による医療受診勧奨を行う。</li> <li>早急に医療受診が必要と保健師等が判断した人に対しては電話による医療受診勧奨及び健康相談、保健指導を行う。</li> <li>評価は、医療受診の有無について、対象者本人からの聞き取りやKDB又は茶っどシステムなどで確認する。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>電話は、医療受診がない人、次に健診結果の検査直前において早急に医療が必要と思われる人を優先的にやっているが、医療が必要と説明をされていない人が多く、結果票を見ていない人が多い。このことが対象者が自ら医療受診をすることにはつながらない理由の大きな要因となっている。</li> <li>マンパワー不足により、要医療者と診断された全員に対しての受診勧奨は実施できていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診の結果票は入力票を兼ねているため、健診受診者にとっては結果がわかりにくいと思われる。検査直の意味がはっきりわかるような結果票を検討していく。</li> <li>要医療者と重症化予防事業対象者は重複するため、重症化予防事業として実施する。その他要医療者は通知を主体とした受診勧奨を行う。</li> <li>受診勧奨率はアウトプットとし、医療受診率をアウトカムとする。</li> </ul>		
		対象者の医療機関受診率	13%	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握					未達成	医療受診率で表せるため、指標から削除する。
		健診結果要医療放置者の減少	10%減少	9.20%	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握					未達成	
7)生活習慣病治療中断者受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病の定期受診を6か月間を中断した人に対し状況確認を確認し、受診勧奨や保健指導を行う。</li> <li>KDBデータから、糖尿病治療中断者を選定し、治療中断に理由の確認と、受診勧奨及び保健指導を行う。</li> <li>圏域での健康相談の結果、糖尿病や重症高血圧等の治療を中断している人に対し、受診勧奨及び保健指導を行う。受診勧奨後に医療機関受診があるかレセプトデータ等で確認し、受診がない場合は、再勧奨を行う。</li> </ul>	*対象者への受診勧奨	100% (達成時期：R5年度)	10.6% (R1+H30)は未実施のため)	—	—	10.6%	15.2% 87人/574人	未実施	未実施	未達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>茶っどシステムから、糖尿病を6か月以上医療受診をしていない人を抽出し、通知や電話等で受診勧奨及び、食生活や運動教室への参加勧奨を行った。電話は看護師や栄養士などの医療専門職が行い、中断となった理由を把握するとともに健康相談や保健指導を行った。指導後の医療受診については本人からの聞き取りやKDBや茶っどシステム等で確認した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>マンパワー不足のため、糖尿病治療中断者を中心に受診勧奨を行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病、脂質異常症、高血圧症の医療中断者については、特定健診受診勧奨の対象者とし、健診又は医療受診を勧める。</li> </ul>			
		○中断者の把握	100%	—	—	—	100.0%	100.0%	未実施	未実施	未達成						
		●糖尿病治療中断者の減少	20%減少	633人	503人	518人	519人	574人	475人	562人 71人減少 11.2%減少	未達成						
8)保健事業推進体制の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師会、健診実施機関へ特定健診等説明会を開催し、留意点を説明する。伊東市医師会と連携し、かかりつけ医から特定健診の受診を促す。</li> <li>特定保健指導等従事者研修会を熱海健康福祉センターや医師会と連携して行う。</li> <li>特定健診の休日、夜間実施やがん検診との同時実施等を検討する。</li> </ul>	*従事者研修会の開催	年1回	2回	1回	1回	2回	感染症の影響で実施できず	1回	2回	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎年、特定健診実施期間前に医療機関に対して説明会を開催して特定健診・特定保健指導の内容を説明するとともに、受診率などの情報を提供し協力を求めている。また、健診意向調査を毎年行い、健診結果票や特定保健指導従事者研修会で題材にしたいことなど意見を提供してもらい、健診の体制づくりを行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新型コロナウイルス感染症の影響により、特定保健指導等従事者研修会を実施できない時期もあったが、webによる研修会を開催した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R6年度から特定健診・特定保健指導の内容が一部変更となるため、医師会への事前説明及び医療機関への説明会等で情報提供を行う。また、医療機関が使いやすいマニュアルを作成する。</li> </ul>			
		○特定健診結果説明を受けない人0%に近づける	0人 (0%)	0人 (0%)	7人 (0.08%)	1人 (0.01%)	4人 (0.05%)	2人	4人	未達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん検診と特定健診の同時実施、休日、夜間の実施については、市民からの要望も多いことから、今後も医師会、伊東市民病院などと検討していく。</li> <li>健診対象者の対して、受診券と一緒に健診の受け方のパンフレットを送付し、結果説明を必ず受けるようお知らせしている。また、健診結果の説明を受けない人に対しては、特定健診実施機関と連携して、医療機関と市健康推進課の両方から、電話や通知で連絡しているが、連絡が取れない人がいる。</li> <li>生活習慣病等で加療中の人は、血液検査などの医療データを市健康推進課へ提供し特定健診は受診しない人が多いが、特定健診の検査項目が網羅できないことが多い。</li> </ul>						
		●特定健診受診率	60% (達成時期：R5年度)	50.7% (H28)	51.8%	50.8%	49.8%	44.3%	42.2%	45.3%					未達成		
9)健康マイレージ	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診受診者等にポイントを付与し、年間のポイント数に応じて特典を設ける。</li> <li>健康づくりの情報提供の場や特定健康診査の周知と共に、健康マイレージを周知する。</li> </ul>	*○参加者数の増加	前年度より増やす	18,403人 (H30)	—	18,403人	17,550人 (853人減)	14,687人 (2,863人減)	16,302人 (1,615人増)	16,701人 (399人増)	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に、事業主健診の提供や、みなし健診の提供依頼をする案内チラシに、健康マイレージについて情報掲載を行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新型コロナウイルス感染症の影響で中止していた市の教室が再開され、健康マイレージへの参加者が増えた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>広報紙等の他、健康教室等への参加者への周知を図る。</li> <li>若い世代の新たな参加者を増やすため、メールマガジンやSNSを活用し、周知する。</li> </ul>			
		●特定健診実施率60%	60%以上 (達成時期：R5年度)	50.8%(H30)	-	50.8%	49.8%	44.3%	42.2%	45.3%	未達成						
10)受診行動適正化指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>レセプトデータから、対象者を選定し、訪問や電話で保健指導を行う。必要に応じて、伊東市医師会に情報提供を行い、協力を求める。指導後に受診や服薬行動の改善状況をレセプトデータ等で確認する。</li> </ul>	○指導対象者の状況把握100%	100%	100%	重複服薬該当者の把握100%	重複服薬該当者の把握100%	重複服薬該当者の把握100%	重複服薬該当者の把握100%	重複服薬該当者の把握100%	重複服薬該当者の把握100%	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>茶っどシステムから対象者を抽出し、重複服薬等対策会議において指導の対象となった人に対して通知、電話、面接等で適正受診、適正服薬について保健指導を行った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導対象者へ電話や通知での保健指導はできたが、家庭訪問は拒否された。服薬している薬剤は、催眠鎮静剤や抗不安剤、解熱鎮痛消炎剤が多く、解熱鎮痛消炎剤は多量に服用するリスクを説明すると改善することが多いが、催眠鎮静剤や抗不安剤は、対象者に保健師からリスクの説明をしても医師も了承しているとの回答が多い。令和4年度は対象者6人に対して保健指導実施者は2人、服薬状況は把握できたが改善はされなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>多量投薬の場合は医師会へ情報を提供し、協力を求める。面接や電話等での保健指導を中心に行っているが、通知による改善支援を行っている。通知の内容については先駆的な活動をしている市町を参考に検討する。</li> </ul>			
		*●指導実施者数	前年度より増やす	R1年度を基準にする。	-	適正服薬9人 (通知・電話等)	適正服薬2人 (面接・電話)	適正服薬2人 (面接・電話)	適正服薬1人 (面接・電話)	適正服薬2人 (面接・電話)	未達成						
11)高齢者の健康づくり推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>KDB、健診結果から対象者を抽出し、水中運動教室や歯科教室を実施する。必要に応じて個別相談を行い、医療、介護、福祉分野とのコーディネートを行う。</li> </ul>	*対象者への通知率	100% (達成時期：R5年度)	100% (H30)	—	100.0%	100.0%	未実施	未実施	未実施	未達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防と保健事業の一体的な実施のため、高齢者福祉課、保険年金課、健康推進課で話し合いを重ね、ポピュレーションアプローチを対島圏域の一般介護予防教室で、ハイリクスアプローチを後期高齢者健診受診者に対する糖尿病性腎症重症化予防事業でR5年度から開始することを決定した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者福祉課保健師、対島地域包括支援センター、健康推進課管理栄養士及び保健師等が連携して実施する。</li> </ul>				
		○教室参加者数の増加	前年度より増やす	47人	51人	41人	未実施	未実施	未実施	未実施	未達成						
		●対象者の教室参加率	20%	(公募のため対象者数不明)	48.1% (106人に通知、公募あり)	11.6% (355人に通知、公募あり)	(305人に通知、公募あり)	—	—	—	未達成						
	保健委員等と連携し、住民主体の地域活動を支援する。	—	—	—	実施	実施	—	—	—	実施	評価困難	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健委員は、地区で開設している居場所に参加し、運営の補助を行っている。また、地区のコミセンまつり等で保健委員コーナーを設置し、市保健師とともに健康相談を行ったり、年1回の保健委員ウィークや、保健委員だよりの発行したり、地区住民へ健康情報の発信を行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>評価方法や指標を設定しなかったため、評価困難となった。また、新型コロナウイルス感染症の影響により、保健委員活動ができない時期があった。</li> </ul>				
ジェネリック医薬品差額通知	<ul style="list-style-type: none"> <li>ジェネリック医薬品差額通知書を静岡県医薬品差額通知書を作成し、郵送する。</li> </ul>	*対象者への通知率	100% (達成時期：R5年度)	100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>静岡県医薬品差額通知書を静岡県医薬品差額通知書を作成し、郵送する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>静岡県医薬品差額通知書を作成し、それぞれ11月、2月に送付した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施後の効果を検証したうえで、今後も対象者への通知を継続して行う。</li> </ul>			
		○通知対象者の普及率(数量ベース)	毎年1%上昇	—	3.8%上昇	4.8%上昇	4.2%上昇	2.8%上昇	0.7%上昇	0.0%	未達成						
		ジェネリック医薬品普及率	80%以上 (達成時期：2020年度末)	61.20%	65%	69.80%	74%	76.8%	77.5%	77.5%	未達成						





発行日：令和6年3月

発行：伊東市 健康福祉部 健康推進課 健康増進係  
市民部 保険年金課 国民健康保険係



〒414-8555 静岡県伊東市大原二丁目1番1号  
電話 0557-52-3051(健康推進課)  
0557-32-1621(保険年金課)