

STEP1		データヘルス計画全体の目標					STEP4				
目標	指標	目標値	実績値				評価	達成につながる取組・要素	未達につながる背景・要因	今後の方向性	最終目標
			ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度					
健康意識の向上	—	—	—	—	—	—	評価困難		計画全体の目標が健康づくり普及・啓発事業の目的となっていた。健康意識の向上を評価する目標値が設定できていなかった。	データヘルス計画の目標を、伊東市が目指す健康状態を表すものとするため、「健康寿命の延伸」とし、指標は「お達者度」に変更する。これにより、伊東市第11次基本計画、伊東市保健計画との整合性を図る。	【目標】健康寿命の延伸 【指標】お達者度 男性18.65年以上 女性21.19年以上



STEP2		上記目標を達成するための個別保健事業					STEP3						
事業名	目的	実施計画	アウトカム		実績値				評価 (ベースラインとの比較)	成功要因	未達要因	事業の方向性	最終目標値
			指標	目標値	ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度					
①健康づくり普及・啓発事業	健康意識の向上 自分の健康状態を正しく理解する 生活習慣を改善する	健診の必要性和生活習慣病予防についての情報を提供する。生活習慣の改善を支援する。 ・禁煙及び受動喫煙防止等についてのチラシの作成 ・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。 ・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。 ・市役所や公的機関、職場での完全分煙又は禁煙を進める。 ・市広報紙や地元新聞への掲載 ・節目年齢到達者に健康管理ファイルを送る。 ・職場への健康相談、健康教室を行う。	①喫煙率 ②毎日飲酒する人の割合	前年度より減少 ①平成28年度県平均の男性21.5%、女性5.2%に近づける ②平成28年度県平均の男性37.8%、女性7.4%に近づける	①男性25.02% 女性15.3% ②男性45.8% 女性15.5%	①男性25.0% 女性11.8% ②男性45.2% 女性16.0%	①男性25.2% 女性11.5% ②男性44.9% 女性15.5%	①男性24.4% 女性11.3% ②男性44.6% 女性16.6%	改善しているが未達成		・喫煙や多量飲酒が自分の健康を害する要因であると、実感を持って理解している人が少ない。 ・喫煙・飲酒をしていても、健康に不安を感じていない人が多い。 ・喫煙や飲酒をしない人の意見が取り上げられる機会が少ない。 ・健康相談や教室へ参加している人に対しては、禁煙や飲酒に関する情報提供や指導・相談が実施できているが、周知は広報や地元新聞への掲載が主な活動となっており、チラシの作成も間に合わなかったため、伊東市の現状を伝える機会が不十分であった。 ・受動喫煙に関する情報提供をする場が少ない。	啓発チラシの作成や講演会等の実施など、まだ実施ができていないことを中心に、事業を継続する。	①喫煙率 男性23%以下 女性9.0%以下 ②毎日飲酒する人の割合 男性40%以下 女性10%以下
②特定健診受診勧奨事業	特定健診の受診率向上	・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。 ・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。 ・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。 ・終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。 ・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。 ・人間ドック、脳ドックを実施する。 ・受診勧奨後、対象者の健診受診状況を確認する。	40歳台の2年連続受診を70%に近づける。 特定健診受診率	70% 60% (達成時期：R5年度)	59.40% 50.7%	69.9% 51.8%	69.7% 50.8%	71.3% 49.8%	達成 改善しているが未達成	・通知、電話、広報紙や地元新聞等で年度内に繰り返し受診勧奨を行うことで、対象者への受診勧奨100%実施については、R1年度には99.9%達成している。 ・受診率が低い40代や、前年度未受診者などターゲットを決めて優先的に勧奨をするとともに、電話勧奨は看護職が行い、健康相談をすることで健診の必要性を理解してもらい、受診につながっている。 ・新たな受診方法を増やすため、地元医師会や市民病院と連携し、健診実施機関の確保、脳ドックの定員数の増加、がん検診との同時実施等を行った。 ・継続的な受診につなげるため、前年度の40代受診者への受診勧奨を重点的にを行い、目標70%は達成した。	対象者への受診勧奨を通知や電話等で全員に行ってきたが、受診率は横ばい状態である。健診未受診の理由としては、「受け忘れ」「何となく」といった理由が多くを占めているため、ナッジ理論等を活用した受診勧奨通知を作成していく。40代の連続受診率の目標は達成したため、今後は定着を目指す。これまでの受診状況から、3年連続で受診した場合、その後受診勧奨を強化しなくても7割以上の人が健診の習慣化に至る傾向があるため、3年連続の受診に至るよう支援をしていく。また受診勧奨が行っていない50代へ力を入れていく。 受診勧奨時に市民からの要望として、市民病院等での受診や、特定健診とがん検診等を一緒に受診できる総合的な健康診断の実施、休日・夜間の健診実施などがあるため、より受診しやすい健診を目指し、環境を整備していく。	受診勧奨実施率60% 40代50代の3年連続受診率を70%にする。	
③特定保健指導	メタボリックシンドロームの減少	・対象者全員に利用勧奨を行う。 ・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。 ・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。 ・伊東市医師会に動機付け支援の一部委託を継続する。 ・民間の保健事業専門業者に一部委託する。	特定保健指導実施率(終了率) 未利用者の状況把握 指導対象者の減少	60%以上 (達成時期：R5年度) 100% 0.7%減少(達成時期：R5年度)	24.7% 63.2% (H30) 該当率23.1%(976人)	22.6% — 該当率22.0%(920人) 前年度より1.1%減少	34.4% 63.2% 該当率18.2%(957人) 前年度より3.8%減少	33.8% 65.0% 該当率21.7%(874人) 前年度より3.5%増加	改善しているが未達成 改善しているが未達成 悪化未達成	・健診受診月から2か月以内に連絡し、初回面接日の予約を取る。 ・市直営の他に、特保の一部を医療機関と民間業者に委託し、対象者が選択できるようにした。 ・評価時期が初回面接から3か月になり、年度内に終了しやすくなった。 以上のことにより、H30年度は終了率が伸びたが、目標には達していない。	評価指標として特定保健指導対象者数の減少としていたが、特定保健指導対象者数は、特定健診対象者数の減少や医療受診者の増加に影響されるため、実施率(終了率)で評価していく。 また、未利用者の状況確認は継続し、利用しやすい体制を整備していく。 特定保健指導の効果については、メタボ改善者を増やすなど、評価指標の変更を検討していく。 委託先業者の実績効果を高めるための検討を重ねたい。	実施率(終了率)60%	

(4)糖尿病性腎症重症化予防事業（第2期から）	糖尿病性腎症の早期発見、早期介入	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果とレセプトデータを突合し、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。 ・糖尿病重症化予防教室の実施（栄養・運動指導、個別相談） ・糖尿病専門医による健康講座を開催する。 ※ 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。	新規透析患者数	前年度より減少	12人(H30)	—	12人	11人	変化なし
			受診勧奨率	100%	15.8%	28.0%	100.0%	100.0%	達成
			対象者の指導率	50%	11.0%	17.5%	24.6%	19.4%	改善しているが未達成
			指導実施者の生活習慣改善率（医療受診含む）	50%	13.4%	82.8%	87.4%	75.3%	達成
			指導実施者の検査値改善率	50%	42.1%(H30)	—	—	—	未実施
(5)生活習慣病重症化予防事業	生活習慣病の危険因子を減少させる	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。	指導実施者を前年より増やす	10人増加	343人(H30)	糖尿病と一緒に実施	343人	272人	未達成
			BMI25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%	改善しているが未達成
			中性脂肪300mg/dl以上の割合	2.7%以下	3.9%	4.0%	4.0%	3.6%	改善しているが未達成
			LDL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%	悪化
(6)健診結果要医療者受診勧奨事業	健診結果のうち受診勧奨を放置している対象者の医療機関受診	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 	対象者への受診勧奨	100%	74.2%	高血圧77.2% 高血糖57.1%	100.0%	100.0%	達成
			対象者の医療機関受診率	13%	7.7%(H30)	高血圧7.7% 高血糖0%	—	—	未実施
			健診結果要医療放置者の減少	10%減少	33.8%	—	—	—	未実施
(7)生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	生活習慣病治療中断者の減少	<ul style="list-style-type: none"> 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。 ・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。 ・職場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。 	対象者への受診勧奨	100% (達成時期：R5年度)	10.6%	—	—	10.6%	未達成
			中断者の把握	100%	100%	—	—	100%	達成
			糖尿病治療中断者の減少	20%減少	149人	—	—	519人(KDBより)	評価困難

	<ul style="list-style-type: none"> ・新規透析導入者の約半数は健診を受けているが、治療のため保健指導を受けない人が多い。 ・糖尿病を治療している人は約半数で、糖尿病重症化予防からのアプローチだけでは不十分であった。 ・特定健診未受診者や、被雇用者保険から国保に加入してきたため数値的なデータがない人へのアプローチが不十分であった。 	新規透析導入者の基礎疾患から、糖尿病より高血圧を持つ人が多いことがわかる。糖尿病重症化予防からのアプローチだけではなく、高血圧の重症化予防も合わせて行う必要があり、生活習慣病重症化予防事業との調整をしていく。 ・人員の確保、従事者のスキルアップを図りながら、事業は継続する。 ・新規透析導入者の傾向から、国保以外の人への働きかけについて、健康づくりの普及と合わせて検討していく。 法改正により、直前保険者における健診情報取得などを積極的に活用する。	新規透析患者数前年度より減少 指導実施者の検査値改善率50%
事業対象者全員に通知による医療受診勧奨を実施した。		対象者への受診勧奨100%と生活習慣の改善(医療受診を含む)50%については目標値に到達しているが、治療中断の予防のため、継続して実施する。 対面や電話等の保健相談や指導ができた人の多くが、医療受診や生活改善等に結びついたため、直接対話する方法での指導率のアップを目指す。	
	外部委託を開始したため上昇しているが、連絡が取れない人や拒否の人への働きかけが難しい。		
通知や面接のみの確認方法からレセプト等による受診確認を並行して行うようにした。			
	H30年度で保健指導ができた人のうち、空腹時血糖、HbA1c、eGFR、尿蛋白のいずれかの数値が受診勧奨領域から保健指導域に、又は保健指導域から基準値内に改善した人の割合は42.1%であった。指導実施前後で個人ごとの数値の変化は把握しているが、検査値の改善の基準を設定していなかったため、事業評価とならなかった。	医療受診や食生活や運動等の生活習慣の改善等の行動変容をしている人は増えているが、検査値による改善の確認ができていなかったため、検査項目及び改善の基準値を設定し、最終目標は指導を受けた人の検査値改善率とする。	
	<ul style="list-style-type: none"> ・H30は国保連合会の家庭訪問事業対象地域となったため訪問等が増えたが、R1は人員不足であった。 ・伊東市特定健診結果において有所見者が多い項目であることから、優先的に改善のための支援が必要であるが、糖尿病と比較すると対象者の関心が低い。症状が現れにくく、病気の直接的な関わりを実感しにくい。 ・生活習慣との関わり、特に喫煙や飲酒との関係が分析できていない。 	検査値と生活習慣の関連について分析し、伊東市の生活習慣病の特徴について情報提供を行う。事業の評価として、指導を受けた人の医療受診の有無や、生活習慣及び検査項目の改善状況を確認していく。 有所見率による評価は、R5年度に行う。	BMI25以上の割合 男25%以下、女15%以下 中性脂肪300mg/dl以上の割合 2.7%以下 LDLコレステロール140mg/dl以上の割合 30%以下
受診勧奨と共に、教室や相談会の案内も行い、直接会う機会も増やしている。	一人の受診者が複数の要医療の診断がされていることもあり、受診勧奨の通知作成に時間がかかる。 H28年度で要医療者となった4,984人からがんや難病治療を除く医療放置者1,550人(対象者)の医療受診状況が未確認であったため、ベースラインが設定できていなかったため、H30年度実施状況をベースとする。	要医療の早期受診のため、効果的な情報提供を行うよう、研修会等を活用し、検討していく。 受診勧奨100%は目標に到達したため、看護職との電話や面接など健康相談を実施し、受診率の増加を図る。 受診状況の確認は、時期を決めて、茶々とシステムやKDB、レセプトデータ等で行う。 事業の効果は、健診結果が要医療者の放置者の減少率で評価する。	受診勧奨実施者の医療受診状況の確認100% 健診結果要医療放置者を10%減少
	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBから6か月以上の治療中断者を抽出し、特定保健指導・重症化予防事業に該当する人から優先的に実施したため健診未受診者への対応が遅れ、受診勧奨100%の達成はできなかった。中断者の人数に対してのマンパワーが不足している。 ・職場への健康相談等で把握した糖尿病未治療者に対する受診勧奨及び保健指導は実施しているが、治療中断者であるかの確認がとれていない。受診勧奨後の医療開始については、社加入者もいるため、電話等による確認が主になっている。 	特定保健指導・重症化予防事業と対象者が重複するため、事業担当者間で相談し、支援や評価の時期を調整する。 糖尿病治療中断者は透析導入となるリスクが高いため、優先的に行う。 中断者の減少のベースラインは、H28年度特定健診未受診者のうち、糖尿病、高血圧、脂質異常症のレセプトデータがなかった人の人数となっており、R1年度対象者の抽出方法と異なるため、評価困難とした。今後はR1年度の対象者をベースとし、R5年度達成を目標とする。 支援時期を検討し、事業を継続する。中断の理由やその後の健康状態の確認、保健相談の実施のためのスタッフを確保していく。	受診勧奨実施者の医療受診状況の確認100% 糖尿病治療中断者の減少20%(R1年度実績をベースにする。)
		職場での健康相談による対象者については、本人からの情報提供に加え、KDB等から抽出した対象者との突合を行い、評価をしやすくする。	

⑧保健事業推進体制の向上	医師会や健診機関との連携を強化する。	・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。 ・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。 ・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。	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%)	未達成	従事者研修会は毎年開催し、内容や講師などに配慮し意欲的に参加できるよう工夫している。また、医療機関と行政の情報交換の場ともなっている。	・未返却者を減らすために、受診券送付時に説明文を入れたり、医療機関から受診者に連絡してもらうなどの対策をとっている。健康推進課からも電話や通知等で促しているが、結果説明を受けるまでの流れを理解していなかったり、必要ないと考えている人もいる。 ・実施医療機関からは、がん検診等との結果説明の時期がバラバラでわかりにくいとの意見もあり、未返却の要因となっている。 ・加療中の人の特定健診受診については、治療のための検査項目との違いや、かかりつけ医療機関が伊東市特定健診が受診できない等の理由により、一部の人はまだ受診できない状況がある。 ・がん検診との同時実施は、伊東市医師会等市内医療機関と連携し、伊東市民病院では乳・子宮がんの一部、胃がん、大腸がんとの同時受診が可能となり、R1年度から伊東市医師会で肺がん検診が開始されているが、休日、夜間の実施については検討段階である。	加療中の人の特定健診の受診動向については、引き続き伊東市医師会に依頼していくほか、対象者への説明にも力を入れていく。結果説明を受けない人を減らし、健診を健康づくりに役立ててもらえるよう健診の必要性や結果の重要性について市民への情報提供に力を入れ、健診の受診率の向上を目指す。その他、医療機関での結果返却時の煩雑さを軽減するため、がん検診等と調整する。	特定健診受診率60%
⑨健康マイレージ事業	保健事業への関心を高める	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。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。	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)	未達成		・受診動向時にマイレージ事業のPRを効果的に実施できておらず、また一般的な認知度も十分でないため、健診未受診者層への受診動機の一つにはまだなり得ていない状況にある。 ・市が実施する健(検)診や各種教室参加者を自動登録するため、参加しているという感覚が少ない。	周知の強化及び特典の充実等を図りながら、健診受診動向時の周知を強化する。参加者数の増加で評価を行うが、より達成状況をわかりやすくするため目標人数を設定する。 ・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ことによって、健診受診率を増加させることが目的の一つであるため、事業目的に追加する。	参加者数の増加 17,600人以上 特定健診受診率60% 目的：健(検)診受診率の上昇
⑩受診行動適正化指導事業	重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少及び服薬の適正化	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。	指導対象者の状況把握	100%	100%	100.0%	100.0%	重複服薬支援対象者100%	達成	静岡県国保連合会のデータをもとに、伊東市の基準に該当する人のレセプトデータや茶っどシステムから受診状況の情報収集を行った。	これまで、重複・多受診、重複服薬者に対する支援には、時間がかかるが効果が持続しないことが多く、時間も人材も不足していることが問題であったため、令和元年度から定例会議を開催し、指導の実施が可能な人を優先することとした。そのため対象者数及び実施者数が減少した。	定例会議をすることにより、対象者の決定と支援方法、評価方法が明確になった。R1年度をベースとしてR5年度まで継続する。	指導実施者数を前年度より増やす
⑪高齢者の健康づくり推進事業	地域包括ケア体制の推進	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。	教室参加者数の増加	前年度より増やす	47人	51人	41人	46人	変化なし	65歳以上の運動習慣のない人及び重症化予防事業対象者全員に通知を行った。	R1年度に介護予防教室が高齢者福祉課に移ったため、生活習慣病重症化予防事業対象者に教室開催の通知を発送し、参加を勧めた。今後は、高齢者福祉課と連携した健康教室、健康相談の実施を検討していく必要がある。	介護予防事業として実施していた水中運動教室が、R1年度から高齢者福祉課で実施することになったため、水中運動教室の実施は事業計画から削除し、参加動向のみ継続。生活習慣病及びフレイル予防については、他の運動教室や健康講座を利用して実施する。また、保健事業と介護予防との一体的な実施に向けて、介護予防担当課と話しあい、実施内容を決めていく。	保健事業と介護予防との一体的な実施のための計画の作成
⑫ジェネリック医薬品差額通知事業	ジェネリック医薬品の普及率向上	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、郵送する。 対象者特定方法や効果検証方法、実施後の効果を考慮し、継続を検討する。	対象者への通知率	100% (達成時期：R5年度)	100%	100.0%	100.0%	100.0%	達成	静岡県国保連合会への委託により、年2回、8月調剤分及び11月調剤分について、対象者全員分の差額通知書を作成し、それぞれ11月、2月に送付した。	-	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。	ジェネリック医薬品普及率80%
			通知対象者の普及率(数量ベース)を	毎年1%上昇	61.2%	3.8%上昇	4.8%上昇	4.2%上昇	達成		普及率80%の目標には達しなかったが、毎年1%の上昇は達成している。	今後も差額通知書の送付や、ジェネリック医薬品についての案内を継続して行い、その品質や使用促進の意義について、更なる理解を促すことにより、普及率の向上を図る。	毎年1%の上昇は達成しているため、ジェネリック医薬品普及率の年次変化によって評価する。国の指標が、2020年度末までに普及率80%以上となっているため、今後も国の指標に合わせた目標値とする。
			ジェネリック医薬品普及率	80%以上 (達成時期：2020年度末)	61.2%	65.0%	69.8%	74.0%	未達成				

