

第3期南伊豆町国民健康保険データヘルス計画

第4期南伊豆町特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

南伊豆町国民健康保険

目次

I 基本的事項	1
背景と目的	
計画の位置づけ	
計画期間	
実施体制・関係者連携	
基本情報	
現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析と課題	3
平均寿命等	
医療費の分析	
特定健康診査・特定保健指導の分析	
介護費の分析	
その他	
データ資料	
III 計画全体	22
健康課題	
計画全体の目的／評価指標／現状値／目標値	
保健事業一覧	
IV 個別事業計画	23
1 特定健康診査	
2 特定保健指導	
3 生活習慣病対策事業（ハイリスクアプローチ）	
4 生活習慣病対策事業（ポピュレーションアプローチ）	
5 糖尿病等重層化予防事業	
6 歯科保健事業（歯科健康教室、歯科相談）	
7 禁煙促進事業	
8 骨粗鬆症対策事業	
V その他	31
データヘルス計画の評価・見直し	
データヘルス計画の公表・周知	
個人情報の取扱い	
地域包括ケアに係る取組	
その他留意事項	
VI 特定健康診査等実施計画（補足）	32

第3期南伊豆町国民健康保険データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	<p>令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられた。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。</p> <p>なお、同様に計画期間が終了する「第3期特定健康診査等実施計画」についても、保健事業の中核をなす特定健診等の実施方法を定めるものであるため、「第4期南伊豆町特定健康診査等実施計画」を、「第3期南伊豆町国民健康保険データヘルス計画」と一体的に策定する。</p>
	計画の位置づけ	<p>(1) データヘルス計画 「第3期南伊豆町国民健康保険データヘルス計画」は南伊豆町国民健康保険の被保険者の健康増進を目的に、健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努める。なお、当該データヘルス計画は、町の総合計画を上位計画とし、地域福祉計画、健康増進計画、介護保険事業計画などの関連計画と調和している。また、静岡県、後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っている。</p> <p>(2) 特定健康診査等実施計画 「第4期南伊豆町特定健康診査等実施計画」は高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等基本指針に即した特定健康診査（以下、「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施について定める。</p>
計画期間		2024年度から2029年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定および保健事業の運営においては、健康増進課が主体となり関係機関と連携して実施する。
	地域の関係機関	本計画の策定および保健事業の運営においては、賀茂3師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）所属を含む町内保健医療機関の医師等外部有識者や被保険者等が参画する「南伊豆町国民健康保険運営協議会」において意見聴取を行う。またその他地域の関係団体の協力を得ながら連携に努める。

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(2023年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		7,871		3,719		4,152	
国保加入者数(人) 合計		2,475	100%	1,288	100%	1,187	100%
0~39歳(人)		388	16%	200	16%	188	16%
40~64歳(人)		781	32%	445	35%	336	28%
65~74歳(人)		1,306	53%	643	50%	663	56%
平均年齢(歳)		57歳		57歳		58歳	

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	賀茂医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して、また、賀茂3師会とは糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診等の周知広報及び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ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、商工会、自治会等と連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は2,475人であり、平成30年度の2,923人から年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が15.7%、40-64歳が31.6%、65-74歳が52.8%であり、県平均よりも39歳以下の割合が低く、65-74歳の割合が高い。(令和4年度)
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年度からいわゆる団塊の世代と呼ばれる年代が後期高齢者医療へ加入したため、被保険者数が1年間に約200人減少した。 65歳以上の高齢化率が49.2%で県平均より1.5倍以上となっている。また、人口千人当たりの死亡率は県平均の約2倍となっている。
前期計画等に係る考察	第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施した。しかし重症化予防事業は参加率が極めて低く、目標も未達であった。また令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受け特定健診受診率が低下し、特に若い世代や男性の受診率の低下が顕著であった。令和3年度以降徐々に向上しているものの、コロナ禍前の受診率には届かず、また目標達成には至っていない。特定保健指導については、実施率は県の平均を超えているものの、特定保健指導対象者の減少率が県平均より低いため、第3期は改めて特定健診を起点に事業を設計し、関係機関との連携や各保健事業間を連動させ、地域及び保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。	

Ⅱ 健康・医療情報等の分析と課題

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見た内容	参照データ	対応する健康課題 No.	
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡率等	<ul style="list-style-type: none"> ●平均自立期間は、男性77.4歳、女性81.5歳 ●平均余命は、男子78.6歳、女性84.1歳 男女とも国平均、県平均を下回っている。 ●平均自立期間、平均余命の経年推移は、男性は縮小、女性は延伸している。(令和4年度) ●死亡数でみると、悪性新生物が最も多く、次いで老衰、心疾患が多い。(超過死亡疾患別SMR：心疾患+8人) ●SMR(H29~R3) ●男性：腎不全、認知症、自殺、慢性閉塞性肺疾患 ●女性：肝疾患、大動脈瘤及び解離、自殺、糖尿病が県より高い 	【図表6】 【図表7】 【図表8】 ※SMRは県公表データ	E	
医療費の分析	医療費のボリューム(経年比較・性年齢階級別等)	<ul style="list-style-type: none"> ●国保医療費は、外来で1件当たり点数は県に比べ若干高いが受診率が低い。1人当たり点数は県より低い。一方、入院では、1件当たり点数は低い受診率が高く、1人当たり点数は高い。 ●年齢階級別の 	【図表9】 【図表10】 【図表11】	D
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> ●国保の疾病分類別医療費割合は、入院では統合失調症、関節性疾患、骨折の順に高い。外来では糖尿病、慢性腎臓病、高血圧症の順に高い。標準化比では男女とも統合失調症、高血圧、肺がん、骨折が高い。入院で女性が骨折、認知症が高い。 ●後期の疾病別医療費割合は、入院では骨折、関節性疾患、統合失調症、脳梗塞の順に高く、外来では、高血圧症、糖尿病、不整脈が高い。標準化比では入院で関節性疾患、統合失調症が男女とも高い。男性の入院でパーキンソン病、女性の入院で認知症、不整脈が高い。 ●慢性腎臓病は標準化比でみると、国保・後期とも低いが、性別で見ると女性の割合の方が高い。 	【図表12】 【図表13】 【図表14】 【図表15】 【図表16】 【図表17】 【図表18】	B,D,E,H
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> ●後発医薬品の使用割合は79.2% (令和4年度実績)。 ●目標値を80%として、達成を目指す。 	国公表データ (令和4年9月)	
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> ●重複・多剤服薬、頻回受診者が被保険者全体の3.15% (96人) いる。(令和4年度) 	【図表19】 保健事業介入支援管理/重複・多剤処方状況	
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ●特定健診受診率 ●コロナ前は県平均を上回る受診率であったが、令和2年度に受診率が大幅に下がり、回復しきれていない。特に60代の受診率が回復していない。40代、50代の受診率が以前から低い。 ●特定保健指導率 ●県平均を大きく上回っており、コロナ禍で若干下がったが高い実施率をキープしている。 	【図表20】 【図表21】 【図表22】 【図表23】 【図表24】	
	特定健診結果の状況(有所見率・健康状態)	<ul style="list-style-type: none"> ●内臓脂肪症候群及び内臓脂肪症候群予備軍の割合が県よりも若干高い。 ●特定健診結果では国保では男女とも血圧、中性脂肪が県より高い。 	【図表25】 【図表26】 【図表27】	A,B,C
	質問票調査の状況(生活習慣)	男女共通して県より高い項目としては、咀嚼(ほとんど噛めない・噛みにくい)、毎日飲酒、就寝前に夕食、間食毎日、運動習慣なし。※改善意欲なし さらに女性は、「脳卒中の既往」「喫煙」「朝食を抜く」が高い。	【図表28】	G,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"> ●健診未受診かつ医療機関での治療のない人(健康状態不明者)が21.1%いる。 ●生活習慣病におけるコントロール不良者が26.3%いる。 ●糖尿病の治療中断者が5.1%いる。 	(KDB) 厚生労働省様式5-5		
介護費関係の分析	<ul style="list-style-type: none"> ●介護認定状況：高齢化率は高いが、認定率が県平均より低い。国、同規模保険者との比較しても低く、特に要支援の認定率が低い。 ●介護給付費：要介護3の給付費が最も高い。 ●介護認定者の有病状況は、脳疾患、筋・骨格、アルツハイマー病が県・同規模・国よりやや高い。 	【図表29】 【図表30】	E	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ●女性のがん検診の受診率が目標値に達していない。 ●乳がん検診24.2% (目標値45%) 子宮頸がん検診27.8% (30%) ●40歳未満の若年者への健康診査の結果、脂質異常症や貧血が検査基準値以上となる対象者が多い。(令和4年度受診者22人のうち10人) 	第4次南伊豆町健康増進計画		

参照データ

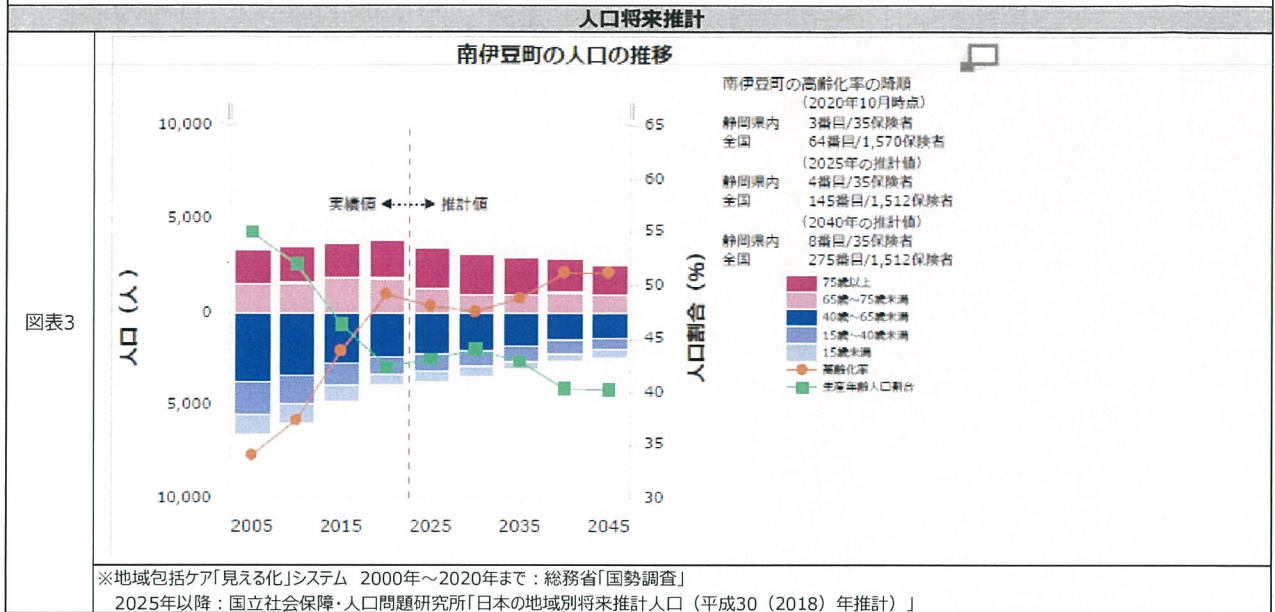
図表1	人口構成 (構成割合の比較)	出典	KDBシステム_S21_001 地域の全体像の把握_転記 (R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査)		
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 令和3年度 高齢化率 49.2% 令和5年4月1現在 (住民台帳に基づく) 高齢化率48.1% (県内5位)、後期高齢化率27.1% 人口構成は65歳以下の人口が県平均を下回り、65歳以上の高齢者の人口が県平均を上回っている。				
人口構成 (構成割合の比較)					
図表1		保険者	県	同規模	国
	計	7,871	3,594,263	6,774	123,214,261
	-39歳	21.0%	36.1%	29.1%	37.6%
	40-64歳	29.8%	33.7%	31.5%	33.7%
	65-74歳	23.2%	14.5%	18.1%	13.9%
	75歳	26.0%	15.6%	21.3%	14.8%
	65歳以上 高齢化率	49.2%	30.1%	39.4%	28.7%
※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握_転記 (R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査)					

図表2	人口構成 (性・年齢階層)	出典	KDBシステム_S21_006 人口構成 (R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査)		
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 人口構成で20代がいちばん少ない。 →進学や就職で町外へ流出している。 				
人口構成 (性・年齢階層)					
図表2		男	女	総計	
	-9歳	184	208	392	
	10代	244	248	492	
	20代	141	145	286	
	30代	245	234	479	
	40代	455	419	874	
	50代	465	445	910	
	60代	703	709	1,412	
	70代	849	899	1,748	
	80代	347	587	934	
	90代	86	248	334	
	100歳-	0	10	10	
	計	3,719	4,152	7,871	
	割合	47.2%	52.8%	100.0%	
	※KDBシステム_S21_006_人口構成 (R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査)				

図表3	人口将来推計	出典	※地域包括ケア「見える化」システム 2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」 2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
-----	--------	----	--

データ分析の結果

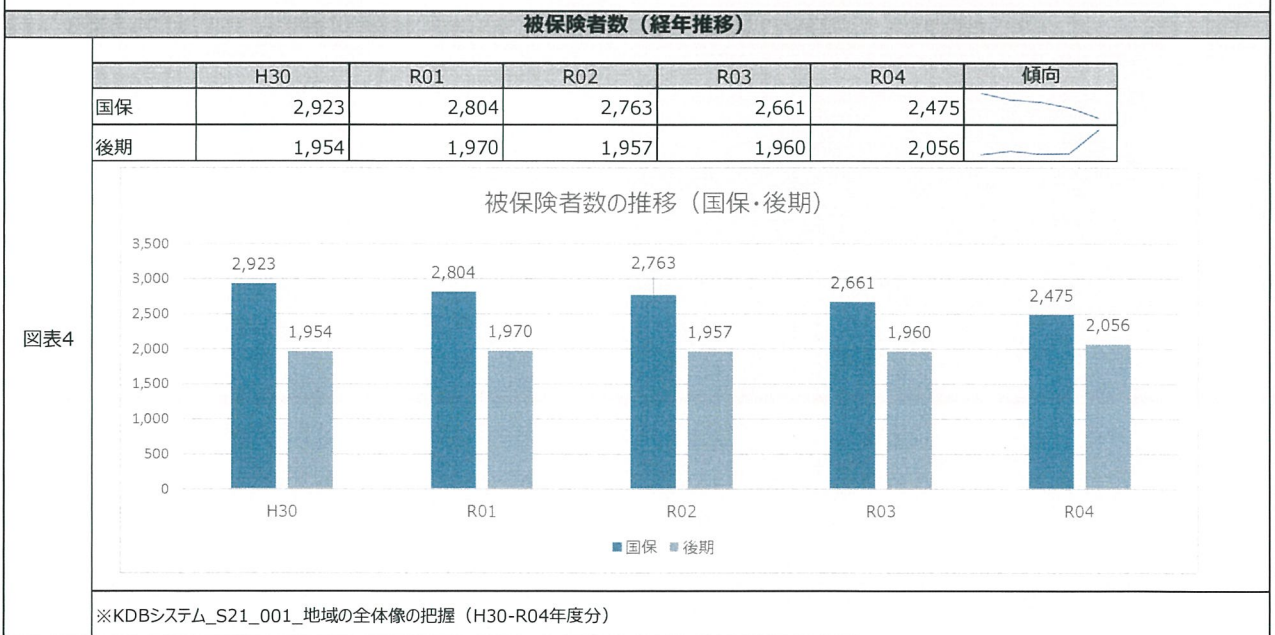
- 人口推計：高齢化率は2030年まで下降するが再び上昇し、2040年には50%を超える。
- 国保被保険者数は年々減少、後期高齢者の増加は横ばい。



図表4	被保険者数 (経年推移)	出典	KDBシステム_S21_001 地域の全体像の把握（H30-R04年度分）
-----	-----------------	----	--

データ分析の結果

- 被保険者数は町全体の人口減と共に年々減少している。
- いわゆる団塊の世代が75歳に到達していくことから、後期高齢者医療の被保険者が増加している。



図表5	被保険者数 (性・年齢階層/経年推移)	出典	KDBシステム_S21_006 被保険者構成 (H30-R04年度分)
-----	------------------------	----	--

データ分析の結果

- 50歳から54歳のみ被保険者数が増えている。
- 70歳から74歳の被保険者数は令和3年度まで増加を続けていたが、令和4年度は減少傾向した。

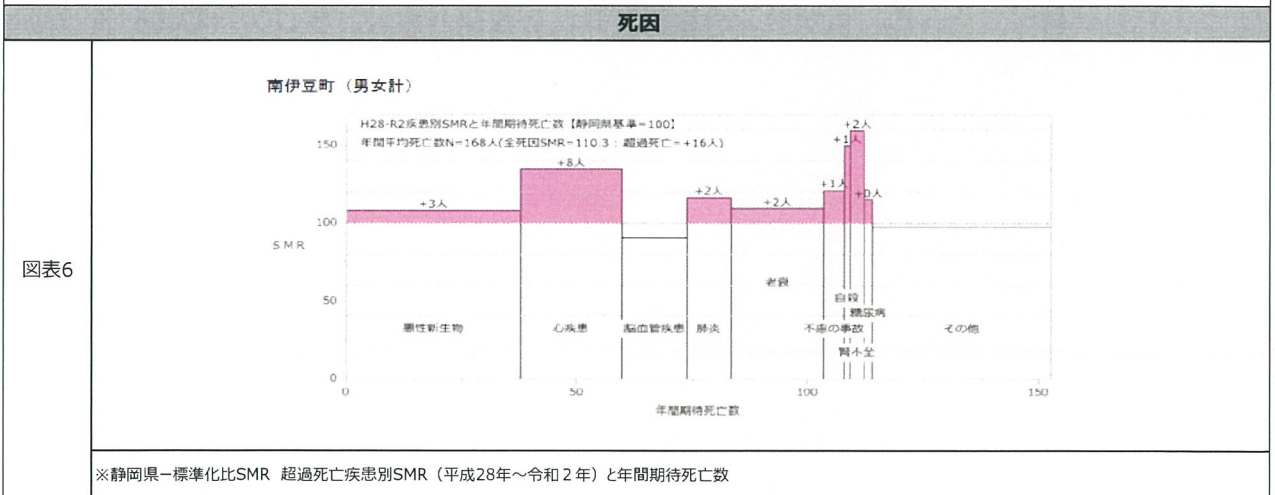
被保険者数 (性・年齢階層/経年推移)						
年齢階層	男性					傾向
	H30	R01	R02	R03	R04	
- 39歳	246	234	233	213	200	
40 - 44歳	63	59	60	60	52	
45 - 49歳	95	98	97	92	80	
50 - 54歳	91	89	89	88	98	
55 - 59歳	104	91	90	92	87	
60 - 64歳	175	151	150	132	128	
65 - 69歳	368	327	296	260	234	
70 - 74歳	357	393	433	455	409	
年齢階層	女性					傾向
	H30	R01	R02	R03	R04	
- 39歳	227	206	200	185	188	
40 - 44歳	54	53	45	45	37	
45 - 49歳	74	74	63	57	54	
50 - 54歳	69	63	65	71	70	
55 - 59歳	80	89	84	74	69	
60 - 64歳	185	156	141	126	106	
65 - 69歳	372	348	307	277	257	
70 - 74歳	363	373	410	434	406	

※S21_006_被保険者構成 (H30-R04年度分)

図表6	死因	出典	※静岡県一標準化比SMR 超過死亡疾患別SMR (平成28年~令和2年) と年間期待死亡数
-----	----	----	---

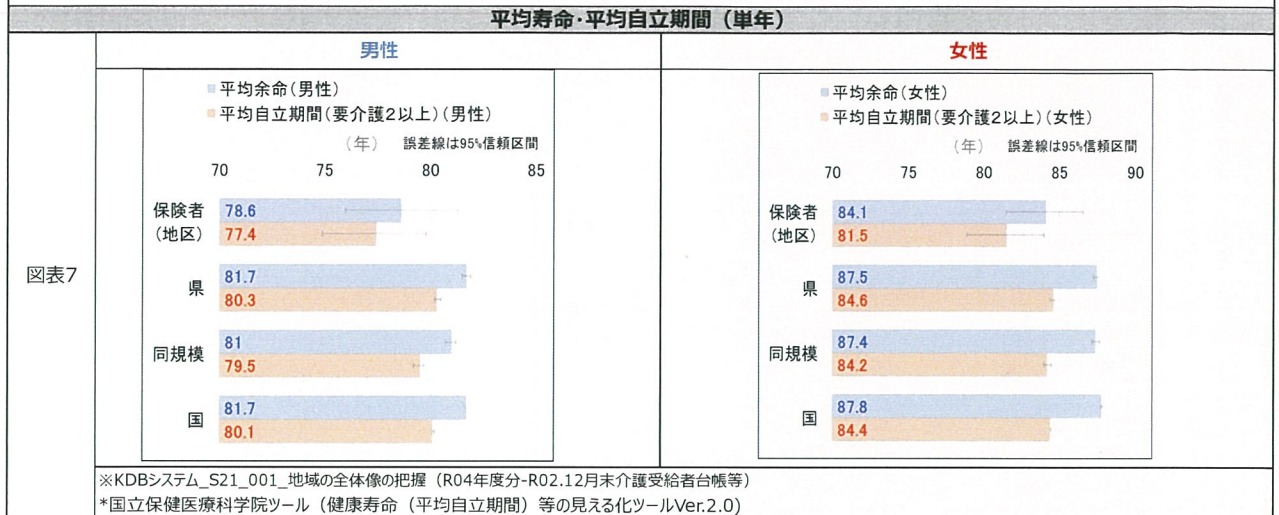
データ分析の結果

超過死亡疾患別SMR: 心疾患+8人
 死亡率で見ると、悪性新生物が最も多く、次いで老衰、心疾患が多い。
 男性: 腎不全、認知症、自殺、慢性閉塞性肺疾患
 女性: 肝疾患、大動脈瘤及び解離、自殺、糖尿病
 が県より高い。



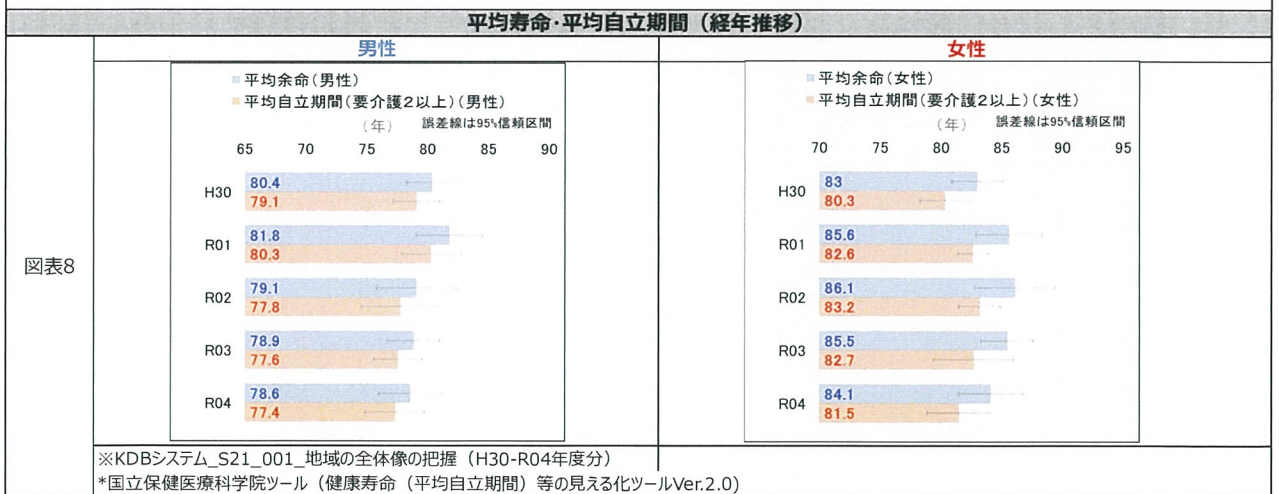
図表7	平均寿命・平均自立期間（単年）	出典	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04年度分-R02.12月末介護受給者台帳等） ・国立保健医療科学院ツール（健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツールVer.2.0）
-----	-----------------	----	--

データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・平均自立期間は、男性77.4歳、女性81.5歳 ・平均余命は、男性78.6歳、女性84.1歳、男女とも国平均、県平均を下回っている。 ・平均自立期間、平均余命の経年推移は、男性は縮小、女性は延伸している。 		
----------	---	--	--

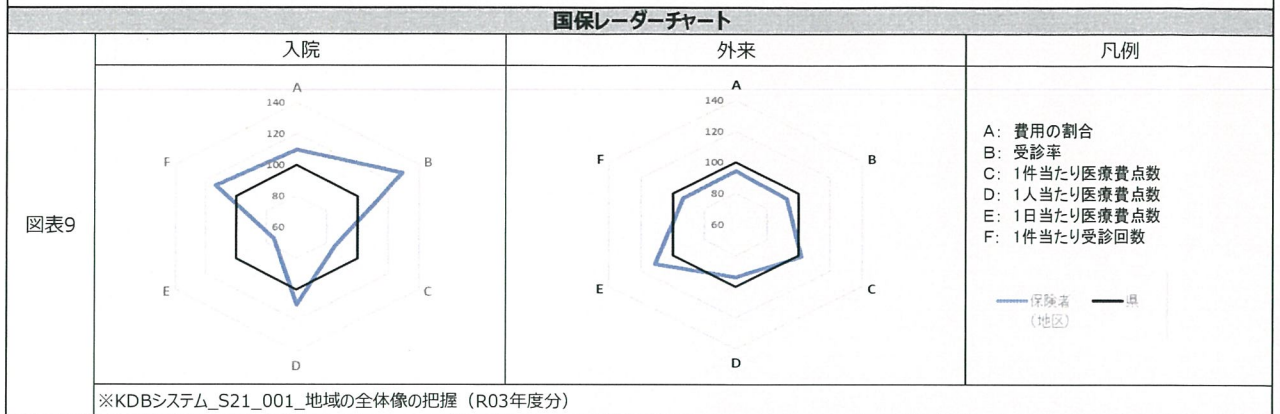


図表8	平均寿命・平均自立期間（経年推移）	出典	<ul style="list-style-type: none"> ・KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（H30-R04年度分） ・国立保健医療科学院ツール（健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツールVer.2.0）
-----	-------------------	----	---

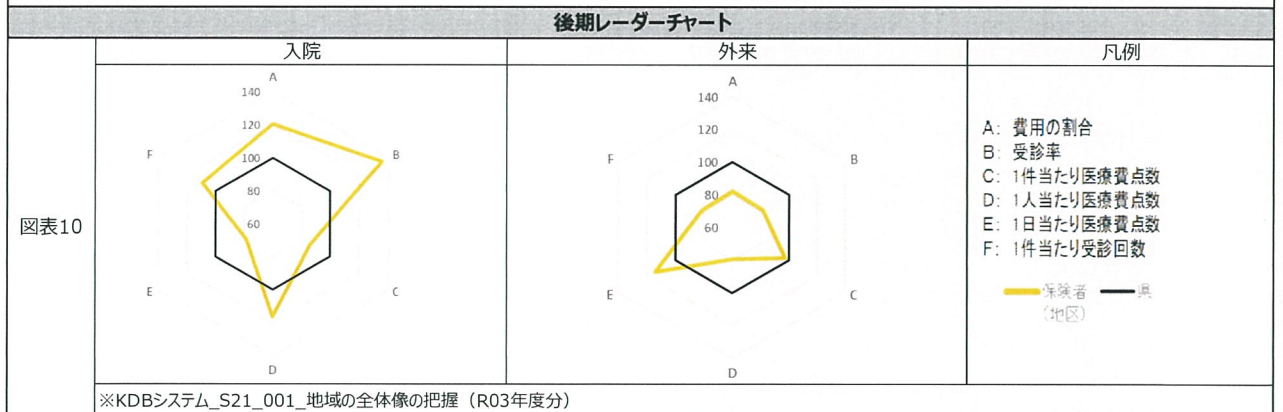
データ分析の結果	平均自立期間、平均余命の経年推移は、男性は縮小、女性は延伸している。		
----------	------------------------------------	--	--



図表9	国保レーダーチャート	出典	KDBシステム_S21_001 地域の全体像の把握 (R03年度分)
データ分析の結果	国保医療費は、外来で1件当たり点数は県に比べ若干高いが受診率が低いため、1人当たり点数は県より低い。一方、入院では、1件当たり点数は低いを受診率が高く、1人当たり点数は高い。		



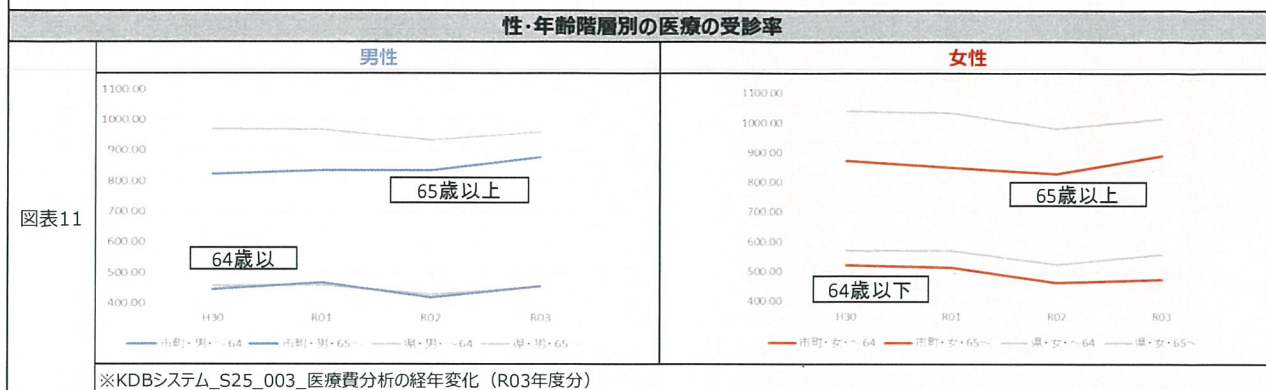
図表10	後期レーダーチャート	出典	KDBシステム_S21_001 地域の全体像の把握 (R03年度分)
データ分析の結果	後期の医療費も国保と同じ傾向にあり、外来で1件当たり点数は県に比べ若干高いが受診率が低いため、1人あたり点数は県より低い。一方、入院では、1件当たり点数は低いを受診率が高く、1人当たり点数は高い。		



図表11	性・年齢階層別の医療の受診率	出典	KDBシステム_S25_003 医療費分析の経年変化 (R03年度分)
------	----------------	----	--

データ分析の結果

- 男性の64歳以下の医療の受診率は県とほぼ同等だが、女性は県より低い。
- 男性より女性の方が受診率が高い。



図表12	国保_医療費の負担が大きい疾患、標準化比	出典	<ul style="list-style-type: none"> • 医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析 (2) 大、中、細小分類 (R03年度分) • 標準化比：KDBシステム_S23_005_細小分類 (H30-R03年度) *国立保健医療科学院ツール *国立保健医療科学院ツール (医療費の疾患別内訳見える化ツールKDB細小82分類 Ver1.7)
------	----------------------	----	---

データ分析の結果

- 入院では統合失調症、関節性疾患、骨折の順に高い。外来では糖尿病、慢性腎臓病、高血圧症の順に高い。
- 標準化比では男女とも統合失調症、高血圧、肺がん、骨折が高い。入院で女性が骨折、認知症が高い。
- 標準化比では入院で関節性疾患、統合失調症が男女とも高い。男性の入院でパーキンソン病、女性の入院で認知症、不整脈が高い。

国保_医療費の負担が大きい疾患、標準化比

医療費分析 (2) 細小分類					
R03年度				標準化比/対県	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	統合失調症	87,009,980	9.6	310.6	233.2
	糖尿病	50,766,060	5.6	94.0	76.5
	関節疾患	48,145,050	5.3	59.6	117.7
	慢性腎臓病 (透析あり)	40,071,660	4.4	76.0	103.7
	高血圧症	36,629,360	4.0	105.8	102.5
	不整脈	29,162,830	3.2	81.1	97.9
	脂質異常症	28,463,150	3.1	86.1	97.1
	肺がん	25,512,300	2.8	122.4	121.8
	骨折	20,595,170	2.3	116.0	150.5
	大腸がん	18,307,070	2.0	129.9	45.5
入院	統合失調症	76,727,920	20.6	402.4	285.6
	関節疾患	20,244,440	5.5	108.6	124.7
	骨折	17,042,030	4.6	114.9	149.0
	不整脈	14,814,810	4.0	73.1	112.9
	脳梗塞	11,327,480	3.0	68.8	95.6
	認知症	10,713,940	2.9	32.9	464.3
	大腸がん	10,486,970	2.8	118.1	60.7
	肺がん	8,981,580	2.4	110.7	120.3
	白内障	6,044,980	1.6	81.2	118.6
	腸閉塞	4,873,330	1.3	108.7	95.0
外来	糖尿病	49,424,900	9.3	96.5	77.3
	慢性腎臓病 (透析あり)	36,792,880	6.9	80.3	60.0
	高血圧症	36,588,800	6.9	105.9	101.0
	脂質異常症	28,463,150	5.3	86.7	97.4
	関節疾患	27,900,610	5.2	41.5	114.3
	肺がん	16,530,720	3.1	130.5	122.5
	不整脈	14,348,020	2.7	87.3	86.4
	緑内障	10,464,050	2.0	86.0	101.3
	統合失調症	10,282,060	1.9	102.5	117.0
	うつ病	9,233,820	1.7	84.7	98.5

※医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析 (2) 大、中、細小分類 (R03年度分)
 ※標準化比：KDBシステム_S23_005_細小分類 (H30-R03年度) *国立保健医療科学院ツール
 *国立保健医療科学院ツール (医療費の疾患別内訳見える化ツールKDB細小82分類Ver1.7)

図表13	後期_医療費の負担が大きい疾患、標準化比	出典	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析（2）大、中、細小分類（R03年度分） ・標準化比：KDBシステム_S23_005_細小分類（H30-R03年度）*国立保健医療科学院ツール *国立保健医療科学院ツール（医療費の疾患別内訳見える化ツールKDB細小82分類Ver1.7）
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・入院では骨折、関節性疾患、統合失調症、脳梗塞の順に高く、外来では、高血圧症、糖尿病、不整脈が高い。標準化比では入院で関節性疾患、統合失調症が男女とも高い。男性の入院でパーキンソン病、女性の入院で認知症、不整脈が高い。 ・慢性腎臓病は標準化比で見ると、国保・後期とも低いが、性別で見ると女性の割合の方が高い。 		

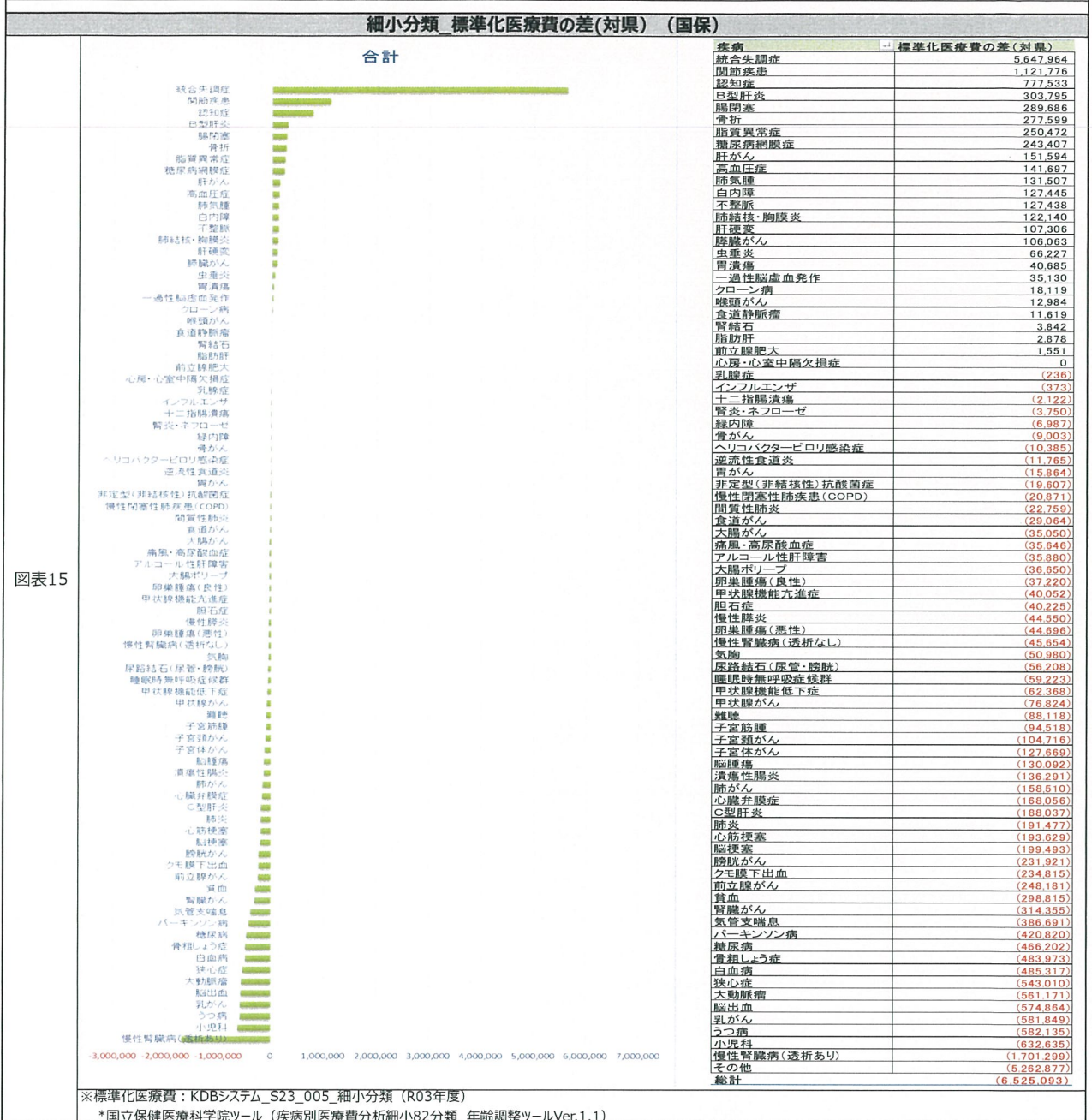
後期_医療費の負担が大きい疾患、標準化比					
医療費分析（2）細小分類				標準化比/対果	
R03年度				H30-R03（4年平均）	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	関節疾患	70,733,190	5.0	117.6	93.0
	不整脈	61,204,830	4.4	97.0	100.4
	高血圧症	54,043,380	3.8	108.6	102.9
	骨折	53,367,880	3.8	52.0	106.2
	糖尿病	50,845,670	3.6	86.2	83.1
	慢性腎臓病（透析あり）	47,450,580	3.4	56.6	99.9
	脳梗塞	44,245,220	3.2	104.0	65.0
	統合失調症	42,794,850	3.0	555.7	432.4
	前立腺がん	38,003,820	2.7	140.3	0.0
	骨粗しょう症	30,120,470	2.1	44.1	67.2
入院	骨折	49,425,210	6.2	51.4	106.6
入院	関節疾患	48,221,690	6.2	195.1	137.7
入院	統合失調症	40,920,080	5.2	621.9	484.9
入院	脳梗塞	39,211,110	4.9	104.9	65.0
入院	不整脈	21,767,940	2.7	70.8	119.8
入院	肺炎	16,474,280	2.1	104.2	56.9
入院	慢性腎臓病（透析あり）	15,451,940	1.9	80.7	108.4
入院	パーキンソン病	12,268,010	1.5	130.0	67.5
入院	認知症	11,875,200	1.5	69.3	123.9
入院	骨粗しょう症	11,740,570	1.5	24.5	91.4
外来	高血圧症	50,877,090	8.3	107.3	103.4
外来	糖尿病	48,415,630	7.9	87.6	85.8
外来	不整脈	39,436,890	6.5	109.7	90.5
外来	前立腺がん	33,560,240	5.5	127.7	0.0
外来	慢性腎臓病（透析あり）	31,998,640	5.2	47.2	95.3
外来	脂質異常症	28,327,040	4.6	72.0	100.5
外来	関節疾患	22,511,500	3.6	78.8	62.3
外来	骨粗しょう症	18,379,900	3.0	53.9	59.0
外来	緑内障	15,273,600	2.5	98.1	101.1
外来	逆流性食道炎	9,966,080	1.6	85.5	83.5

※医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析（2）大、中、細小分類（R03年度分）
※標準化比：KDBシステム_S23_005_細小分類（H30-R03年度）
*国立保健医療科学院ツール（医療費の疾患別内訳見える化ツールKDB細小82分類Ver1.7）

図表14	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-国保の医療費の差）	出典	医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析（2）大、中、細小分類（R03年度分）			
データ分析の結果	入院は骨折、関節疾患の医療費が増加する。また、外来は前立腺がんに加え、不整脈や高血圧症が増加すると予測される。					
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-国保の医療費の差）						
図表14	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	32,383,180		前立腺がん	27,563,260
		関節疾患	27,977,250		不整脈	25,088,870
		脳梗塞	27,883,630		高血圧症	14,288,290
		肺炎	14,032,710		骨粗しょう症	12,647,090
		慢性腎臓病（透析あり）	12,173,160		緑内障	4,809,550
		※医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析（2）大、中、細小分類（R03年度分）				

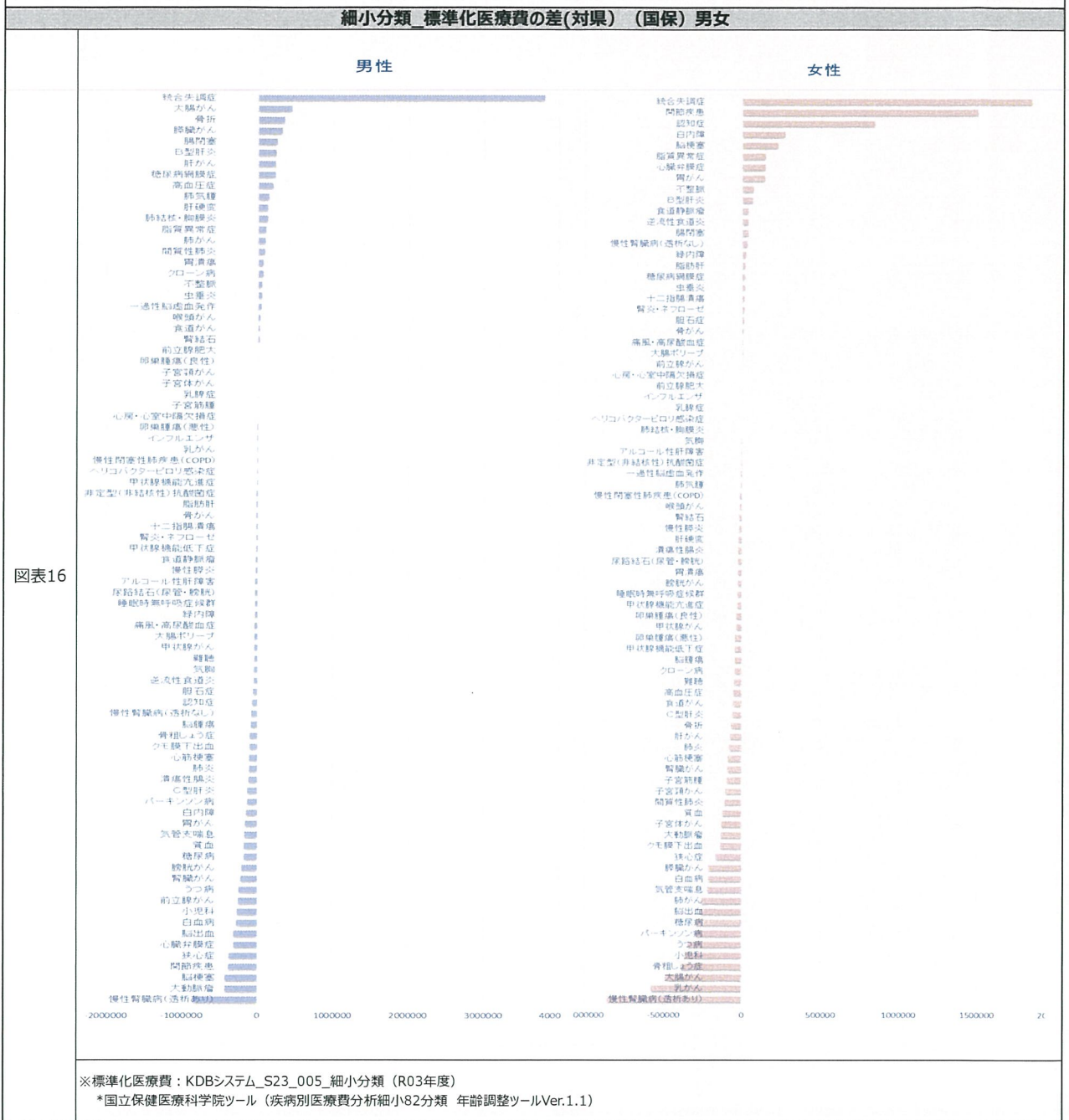
図表15	細小分類_標準化医療費の差(対県)(国保)	出典	標準化医療費：KDBシステム_S23_005_細小分類(R03年度)*国立保健医療科学院ツール(疾病別医療費分析細小82分類_年齢調整ツール Ver.1.1)
------	-----------------------	----	---

データ分析の結果 町内に精神科の医療機関があるため、精神疾患の医療費が高く医療費割合が最も高い。



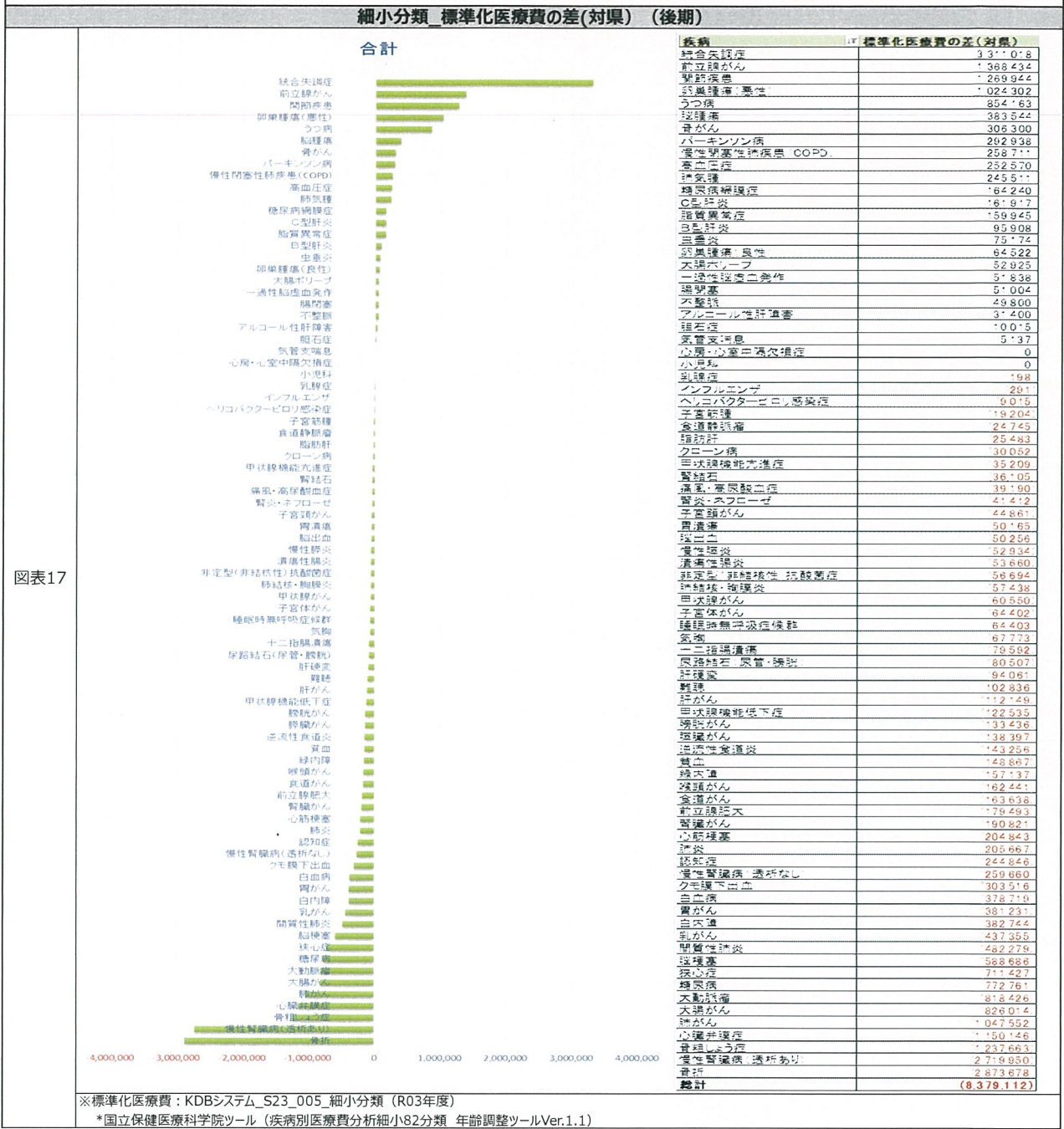
図表16	細小分類_標準化医療費の差(対県) (国保) 男女	出典	※標準化医療費：KDBシステム_S23_005_細小分類（R03年度）*国立保健医療科学院ツール（疾病別医療費分析細小82分類 年齢調整ツール Ver.1.1）
------	------------------------------	----	--

データ分析の結果 男女ともに精神疾患の医療費が高く医療費割合が最も高い。



図表17	細小分類_標準化医療費の差(対県) (後期)	出典	※標準化医療費：KDBシステム_S23_005_細小分類 (R03年度) *国立保健医療科学院ツール (疾病別医療費分析細小82分類_年齢調整ツール Ver.1.1)
------	---------------------------	----	---

データ分析の結果 町内に精神科の医療機関があるため、精神疾患の医療費が高く医療費割合が最も高い。

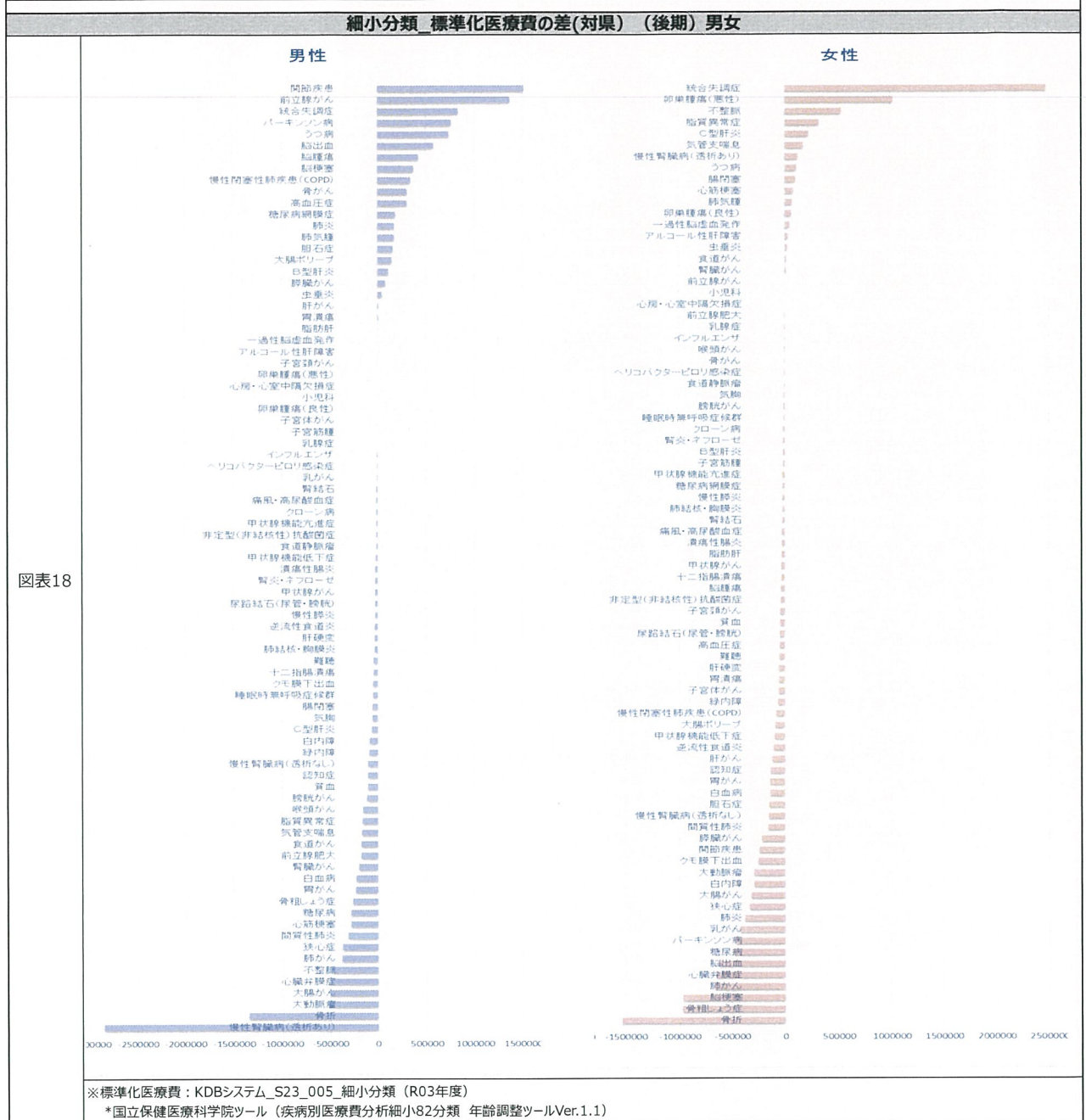


図表17

※標準化医療費：KDBシステム_S23_005_細小分類 (R03年度)
*国立保健医療科学院ツール (疾病別医療費分析細小82分類_年齢調整ツールVer.1.1)

図表18	細小分類_標準化医療費の差(対県) (後期) 男女	出典	※標準化医療費：KDBシステム_S23_005_細小分類 (R03年度) *国立保健医療科学院ツール (疾病別医療費分析細小82分類 年齢調整ツール Ver.1.1)
------	------------------------------	----	---

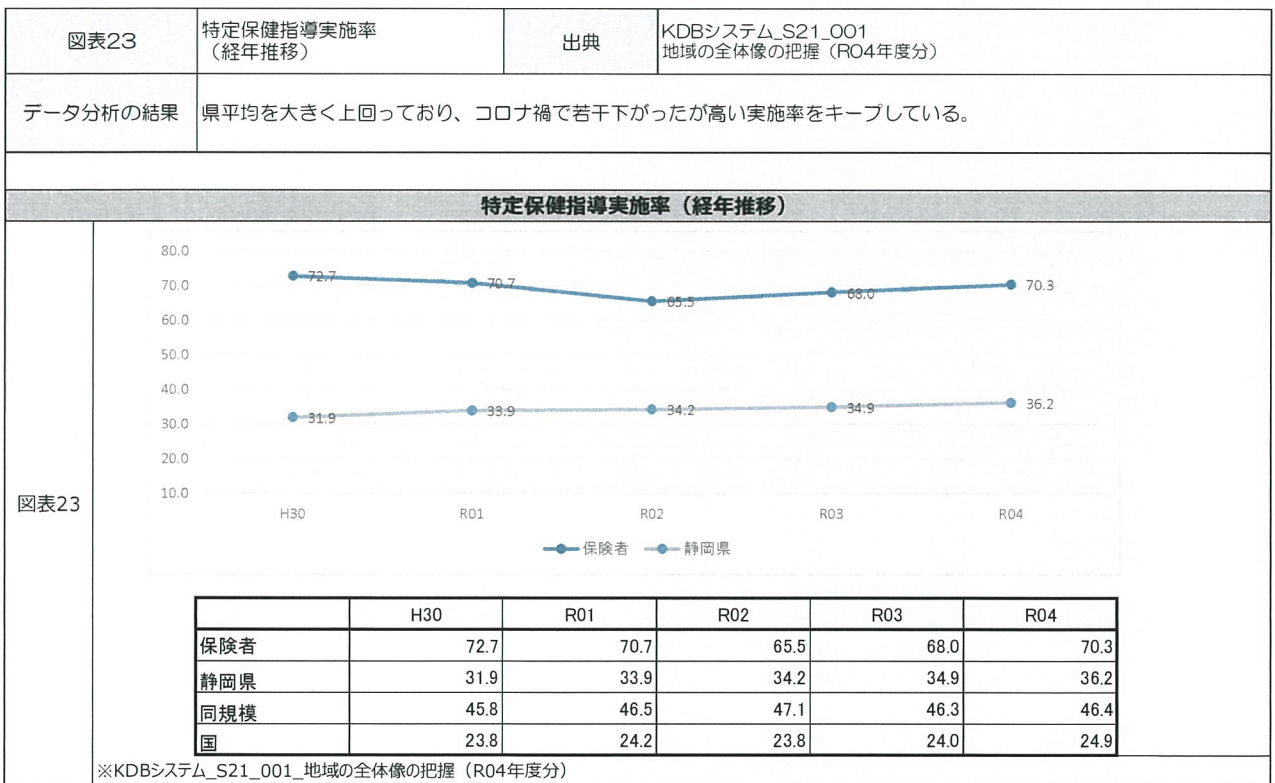
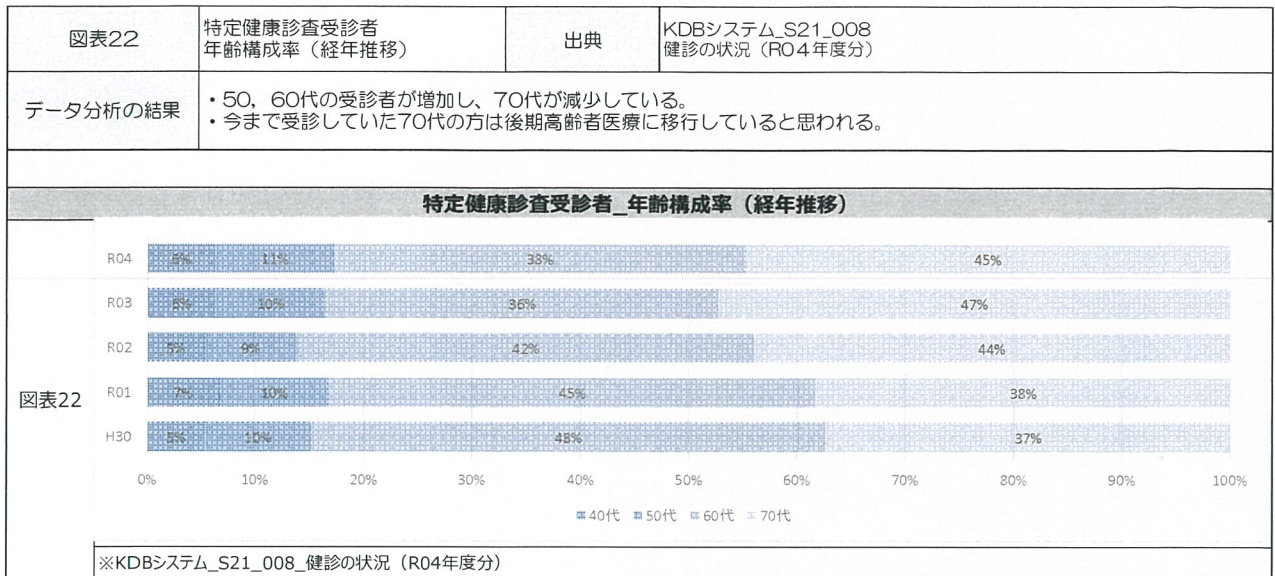
データ分析の結果 男女ともに精神疾患の医療費が高く医療費割合が最も高い。



図表19	重複・多剤投与者数	出典	KDBシステム_S27_013 (重複多剤処方者の状況) 国民健康保険毎月事業状況報告書 (事業月報) A表	
データ分析の結果	重複・多剤服薬、頻回受診者が被保険者全体の3.15% (96人) いる。(令和4年度)			
重複・多剤投与者数				
図表19	令和4年度	被保険者数	重複処方該当者数	多剤処方該当者数
	令和4年4月	2,626	24	3
	令和4年5月	2,598	21	2
	令和4年6月	2,596	17	4
	令和4年7月	2,589	22	6
	令和4年8月	2,586	14	5
	令和4年9月	2,563	17	5
	令和4年10月	2,543	19	7
	令和4年11月	2,523	27	3
	令和4年12月	2,491	17	6
	令和5年1月	2,468	16	5
	令和5年2月	2,450	14	4
	令和5年3月	2,431	29	6
	重複・多剤投与者数 (対被保険者1万人)		78	18
	<small>※KDBシステム_S27_013_重複・多剤処方者の状況 重複：①と②を足した数。 ①重複処方を受けた者(人)の【3医療期間以上】・複数の医療機関から東福諸法が発生した薬効数【1以上】 ②重複処方を受けた者(人)の【2医療期間以上】・複数の医療機関から東福諸法が発生した薬効数【2以上】 多剤：【絞り込み条件】を「薬効分類単位で集計」とし、【資格情報】は「選択した診療月報に資格を有する者を抽出」とした上で、同一薬剤に関する処方日数、処方を受けた者(人)の【1日以上】、処方薬剤数(同一月内)【15剤以上】に該当する人数を「多剤処方該当者数」とする。 ※被保険者数：国民健康保険毎月事業情報報告書(事業月報)A表</small>			

図表20	特定健康診査受診率 (経年推移)	出典	KDBシステム_S21_001 地域の全体像の把握 (R03年度分)																																										
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> もともとは県平均を上回る受診率であったが、令和2年度に新型コロナウイルス感染症の影響から受診率が大幅に下がった。 令和3年度から徐々に回復し令和4年度は県平均を上回った。 																																												
特定健康診査受診率 (経年推移)																																													
図表20	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>保険者 (%)</th> <th>静岡県 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H30</td> <td>42.7</td> <td>38.5</td> </tr> <tr> <td>R01</td> <td>40.6</td> <td>38.5</td> </tr> <tr> <td>R02</td> <td>23.7</td> <td>35.0</td> </tr> <tr> <td>R03</td> <td>29.7</td> <td>36.5</td> </tr> <tr> <td>R04</td> <td>41.0</td> <td>37.0</td> </tr> </tbody> </table>			年度	保険者 (%)	静岡県 (%)	H30	42.7	38.5	R01	40.6	38.5	R02	23.7	35.0	R03	29.7	36.5	R04	41.0	37.0																								
	年度	保険者 (%)	静岡県 (%)																																										
H30	42.7	38.5																																											
R01	40.6	38.5																																											
R02	23.7	35.0																																											
R03	29.7	36.5																																											
R04	41.0	37.0																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H30</th> <th>R01</th> <th>R02</th> <th>R03</th> <th>R04</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>健診受診者</td> <td>960</td> <td>888</td> <td>505</td> <td>614</td> <td>778</td> </tr> <tr> <td>健診対象者</td> <td>2,248</td> <td>2,188</td> <td>2,134</td> <td>2,066</td> <td>1,899</td> </tr> <tr> <td>保険者</td> <td>42.7</td> <td>40.6</td> <td>23.7</td> <td>29.7</td> <td>41.0</td> </tr> <tr> <td>静岡県</td> <td>38.5</td> <td>38.5</td> <td>35.0</td> <td>36.5</td> <td>37.0</td> </tr> <tr> <td>同規模</td> <td>45.5</td> <td>46.1</td> <td>40.7</td> <td>44.7</td> <td>46.4</td> </tr> <tr> <td>国</td> <td>37.5</td> <td>37.7</td> <td>33.5</td> <td>36.1</td> <td>37.6</td> </tr> </tbody> </table>					H30	R01	R02	R03	R04	健診受診者	960	888	505	614	778	健診対象者	2,248	2,188	2,134	2,066	1,899	保険者	42.7	40.6	23.7	29.7	41.0	静岡県	38.5	38.5	35.0	36.5	37.0	同規模	45.5	46.1	40.7	44.7	46.4	国	37.5	37.7	33.5	36.1	37.6
	H30	R01	R02	R03	R04																																								
健診受診者	960	888	505	614	778																																								
健診対象者	2,248	2,188	2,134	2,066	1,899																																								
保険者	42.7	40.6	23.7	29.7	41.0																																								
静岡県	38.5	38.5	35.0	36.5	37.0																																								
同規模	45.5	46.1	40.7	44.7	46.4																																								
国	37.5	37.7	33.5	36.1	37.6																																								
<small>※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握 (R04年度分)</small>																																													

図表21	特定健康診査受診率 (性・年齢階層)	出典	KDBシステム_S21_001 地域の全体像の把握 (R04年度分)
データ分析の結果	60代以上の受診率が高く、女性の割合が多い。令和3年度は19.6%だった女性の50～54歳の受診率が令和4年度は41.7%と向上している。		
特定健康診査受診率 (性・年齢階層)			
図表21	70～74歳	40.6%	49.7%
	65～69歳	40.9%	
	60～64歳	39.1%	45.4%
	55～59歳	26.1%	35.7%
	50～54歳	22.7%	41.7%
	45～49歳	27.0%	26.7%
	40～44歳	18.6%	26.7%
■ 男性女性 ■ 系列2			
※KDBシステム_S21_008_健診の状況 (R04年度分)			



図表24	特定保健指導実施者_年齢構成率 (経年推移)	出典	KDBシステム_S21_008 健診の状況 (R03年度分)																														
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年度は60代が最も多かったが、経年変化により減少し、令和3年度から70代の割合が最も多い。 令和3年度は50代、令和4年度は60代が増加している。 																																
特定保健指導実施者_年齢構成率 (経年推移)																																	
図表24	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>40代</th> <th>50代</th> <th>60代</th> <th>70代</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R04</td> <td>2%</td> <td>14%</td> <td>39%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>R03</td> <td>6%</td> <td>16%</td> <td>31%</td> <td>47%</td> </tr> <tr> <td>R02</td> <td>9%</td> <td>11%</td> <td>45%</td> <td>42%</td> </tr> <tr> <td>R01</td> <td>28%</td> <td>5%</td> <td>52%</td> <td>36%</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>8%</td> <td>11%</td> <td>55%</td> <td>29%</td> </tr> </tbody> </table>			年度	40代	50代	60代	70代	R04	2%	14%	39%	45%	R03	6%	16%	31%	47%	R02	9%	11%	45%	42%	R01	28%	5%	52%	36%	H30	8%	11%	55%	29%
年度	40代	50代	60代	70代																													
R04	2%	14%	39%	45%																													
R03	6%	16%	31%	47%																													
R02	9%	11%	45%	42%																													
R01	28%	5%	52%	36%																													
H30	8%	11%	55%	29%																													
※KDBシステム_S21_008_健診の状況 (R03年度分)																																	

図表25	メタボリックシンドローム・予備群・非肥満高血糖	出典	KDBシステム_S21_001 地域の全体像の把握 (R04年度分)			
データ分析の結果	メタボリックシンドローム及び予備群ともに男性の割合が高い。					
メタボリックシンドローム・予備群・非肥満高血糖						
図表25	メタボ等	メタボ等		男性	女性	合計
		人数	71		29	100
	メタボ	割合	保険者	35.3	11.1	22.1
			静岡県	30.9	10.3	19.3
	予備群	人数	58		21	79
			割合	保険者	15.3	4.2
	非肥満高血糖	割合	保険者	8.1		
			静岡県	10.0		
※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握 (R04年度分)						

図表26	健診検査値（国保）	出典	KDBシステム_S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報（H30-R03年度）*国立保健医療科学院ツール（「厚生労働省様式5-2健康有所見者情報」年齢調整ツールVer.1.6）				
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 男女とも血圧、中性脂肪が県より高い。 女性のLDL,HDL値が高い。 						
健診検査値（国保）							
図表26		R03		H30-R03(4年平均)		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
	拡張期血圧 ≥85	107	97	42.0%	29.8%	186.2	212.3
	収縮期血圧 ≥130	172	203	58.5%	55.4%	120.8	129.0
	中性脂肪 ≥150	87	51	30.8%	16.9%	118.3	118.0
	BMI ≥25	99	55	33.0%	13.9%	111.2	71.9
	クレアチニン ≥1.3	6	0	2.9%	0.1%	101.4	23.7
	腹囲 ≥85,≥90	144	37	51.3%	12.5%	101.3	73.8
	ALT(GPT) ≥31	60	340	18.6%	5.1%	95.5	60.2
	LDL ≥120	132	218	45.4%	60.3%	91.0	103.3
	HbA1c ≥5.6	151	150	52.2%	42.2%	86.2	72.1
	尿酸 ≥7.0	20	5	9.9%	1.6%	65.7	72.3
HDL <40	11	4	4.5%	1.4%	59.2	101.5	
血糖 ≥100	21	9	6.0%	2.7%	21.0	15.9	
<small>※KDBシステム_S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報（H30-R03年度） *国立保健医療科学院ツール（「厚生労働省様式5-2健康有所見者情報」年齢調整ツールVer.1.6）</small>							

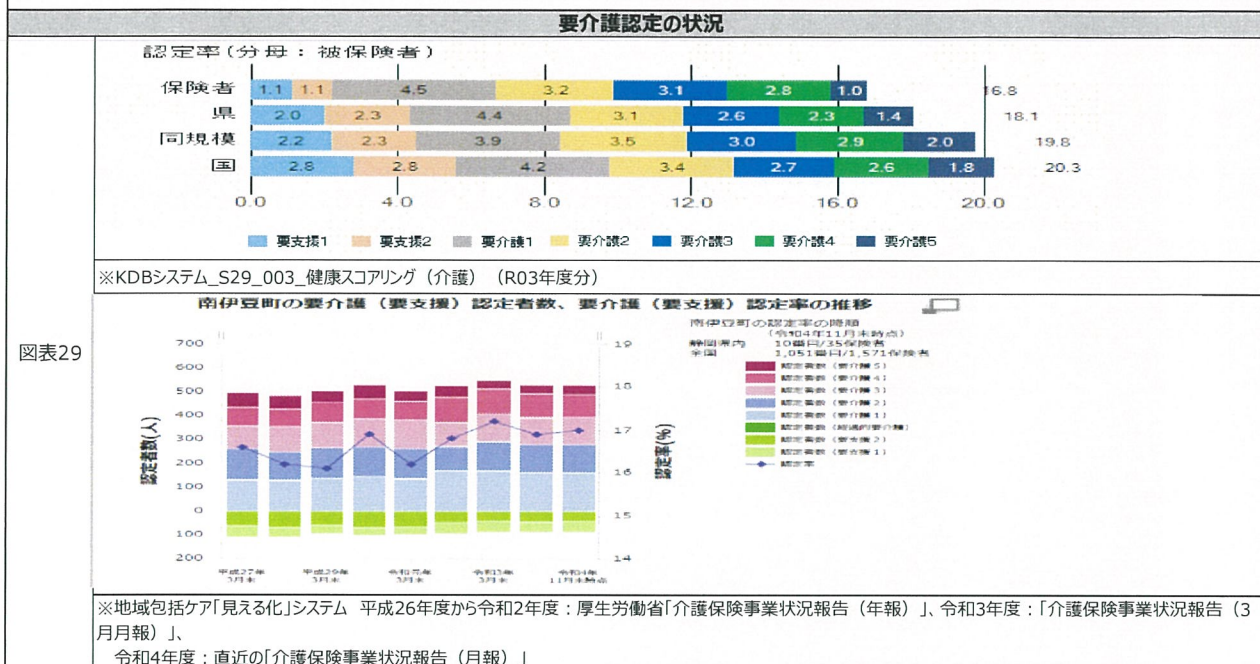
図表27	健診検査値（後期）	出典	KDBシステム_S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報（H30-R03年度）*国立保健医療科学院ツール（「厚生労働省様式5-2健康有所見者情報」年齢調整ツールVer.1.6）				
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 後期では男女とも血圧、中性脂肪、LDLが高い。 男性のALT（GPT）が女性よりかなり多いが、母数が少ないため。 						
健診検査値（後期）							
図表27		R03		H30-R03(4年平均)		標準化比/対県	
		人数		該当者割合		標準化比/対県	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性
	中性脂肪 ≥300	5	4	3.9%	2.5%	229.5	238.3
	拡張期血圧 ≥90	15	21	14.2%	16.1%	227	294
	収縮期血圧 ≥140	61	87	45.4%	53.8%	154	165.2
	ALT(GPT) ≥51	4	1	2.4%	0.1%	127.3	11.5
	LDL ≥140	26	35	19.0%	26.7%	125.0	120.2
	クレアチニン ≥1.3	7	2	7.2%	1.4%	85	94
	HbA1c ≥6.5	17	15	10.8%	9.3%	79.2	107.4
	BMI ≥25	20	21	18.3%	16.1%	80	79
	HDL <35	2	2	2.6%	0.9%	73.5	113.2
	腹囲 ≥85,≥90	0	0	0.0%	0.0%	0	0
血糖 ≥126	0	0	0.0%	0.0%	0	0	
尿酸 ≥8.0	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	
<small>※KDBシステム_S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報（H30-R03年度） *国立保健医療科学院ツール（「厚生労働省様式5-2健康有所見者情報」年齢調整ツールVer.1.6）</small>							

図表28	質問票	出典	KDBシステム_S21_007_質問票調査の状況健診有所見者情報（H30-R03年度）*国立保健医療科学院ツール（質問票調査の状況 年齢調整ツール Ver.3.6）
データ分析の結果	男女ともに、咀嚼（ほとんどかめない、かみにくい）、毎日飲酒、就寝前に夕食、間食毎日、運動習慣なしの割合が多く、改善意欲もない。		

質問票						
単位：%	R03		H30-R03(4年平均)		標準化比/対県	
	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
咀嚼_ほとんどかめない	7	2	2.5%	0.7%	242.9	198.7
改善意欲なし	109	99	40.5%	28.6%	133.4	124.4
咀嚼_かみにくい	76	91	28.0%	26.6%	128.2	148.3
既往歴_心臓病	26	8	9.5%	2.2%	125.5	65.1
毎日飲酒	134	47	49.6%	13.6%	123.0	154.9
既往歴_慢性腎臓病・腎不全	3	0	1.2%	0.1%	121.5	11.5
1日飲酒量（1合未満）	147	303	54.7%	88.2%	113.5	101.8
3食以外間食_毎日	35	87	12.9%	25.3%	110.4	118.3
食べる速度が遅い	22	32	8.2%	9.3%	107.4	128.7
歩行速度遅い	140	174	51.9%	50.7%	105.2	98.1
週3回以上就寝前夕食	44	32	16.2%	9.3%	102.4	118.5
1回30分以上の運動習慣なし	152	218	56.4%	63.4%	102.1	104.0
食べる速度が普通	172	238	63.9%	69.3%	101.6	98.2
3食以外間食_時々	155	211	57.5%	61.3%	101.6	99.0
保健指導利用しない	175	213	64.9%	62.1%	101.0	102.6
服薬_糖尿病	31	12	11.5%	3.4%	100.7	59.5
1日1時間以上運動なし	136	175	50.2%	50.9%	100.6	100.5
取り組み済み6ヶ月未満	22	34	8.0%	9.8%	99.3	98.3
改善意欲あり	70	110	26.0%	31.8%	98.9	111.1
3食以外間食_ほとんど摂取しない	80	46	29.5%	13.4%	98.1	90.3
睡眠不足	57	84	21.4%	24.3%	95.1	90.8
20歳時体重から10kg以上増加	107	64	39.6%	18.5%	94.9	75.6
食べる速度が速い	76	74	28.0%	21.4%	94.8	96.4
飲まない	91	223	33.9%	64.9%	94.8	91.2
既往歴_脳卒中	12	12	4.3%	3.4%	94.6	148.9
喫煙	51	21	18.8%	6.1%	93.8	125.8
週3回以上朝食を抜く	22	21	8.2%	6.1%	92.4	111.2
咀嚼_何でも	188	250	69.5%	72.7%	90.1	89.0
1日飲酒量（2～3合）	37	7	13.8%	2.1%	88.9	91.8
1日飲酒量（1～2合）	77	32	28.7%	9.2%	88.1	88.2
服薬_高血圧症	99	94	36.7%	27.5%	87.2	88.1
服薬_脂質異常症	54	83	20.1%	24.1%	81.5	74.3
改善意欲ありかつ始めている	25	45	9.3%	13.2%	77.5	87.6
1日飲酒量（3合以上）	8	2	2.8%	0.4%	75.7	77.7
取り組み済み6ヶ月以上	44	57	16.2%	16.5%	69.5	71.0
時々飲酒	45	74	16.5%	21.5%	69.0	107.4
既往歴_貧血	10	47	3.6%	13.6%	68.9	93.6
1年間で体重増減3kg以上	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0
週3回以上夕食後間食	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0

※KDBシステム_S21_007_質問票調査の状況健診有所見者情報（H30-R03年度）
*国立保健医療科学院ツール（質問票調査の状況 年齢調整ツール Ver.3.6）

図表29	要介護認定の状況	出典	KDBシステム_S29_003 健康スコアリング（介護）（R03年度分） 地域包括ケア「見える化」システム 平成26年度から令和2年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」 令和3年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」 令和4年度：直近の「介護保険事業状況報告（月報）」
データ分析の結果	高齢化は高いが、認定率が県平均より低い。国、同規模保険者と比較しても低く、特に要支援の認定率が低い。		



図表30	介護給付費の状況・要介護認定者の有病状況	出典	・KDBシステム_S24_002 要介護（支援）者有病状況（R03年度分） ・KDBシステム_S21_001 地域の全体像の把握（R03年度分）				
データ分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 脳疾患、筋・骨格、アルツハイマー病が県・国よりやや高い。筋・骨格のみ同規模より低い。 要介護3の介護給付費の金額が他の介護度と比較して高い。 						
介護給付費の状況・要介護認定者の有病状況							
介護給付費の状況（R04年度）							
要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
2,838,358	6,563,525	170,983,551	169,910,099	297,887,044	270,819,484	115,955,991	1,034,958,052
介護給付費の状況							
要介護認定者の有病状況（R04年度）							
要介護認定者全体の有病状況	有病状況	保険者	県	同規模	国		
	脳疾患	24.2%	23.3%	23.8%	22.6%		
	筋・骨格	53.6%	52.7%	54.1%	53.4%		
	アルツハイマー病	19.5%	18.3%	19.0%	18.1%		
※KDBシステム_S24_002_要介護（支援）者有病状況（R04年度分）							
※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R03年度分）							

Ⅲ. 計画全体（分析結果に基づく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）

課題課題	優先する保健事業番号	対応する保健事業番号
A 高血圧症有病者の割合が県と比較してかなり多い、特定健診結果より、血糖や脂質それぞれ別々の有病率の結果は低い、血圧と合わせた総の有病率が高くなっている。	✓	2・3・4・5
B 生活習慣病の医療費総額が国・県より高く、糖尿病、慢性腎臓病、高血圧症、脂質異常症が上位を占めている。	✓	2・3・4・5
C 男女とも骨折、関節疾患の割合が県より高く、医療費負担が大変な疾患に比べて関節疾患や骨折が上位にある。介護認定率も高くなる傾向が顕著で、介護認定率も高い。介護認定率も高い。介護認定率も高い。	✓	8
D 健診受診率が県内で低く、特に40歳から54歳までの受診率が低い。男女ともに生活習慣の改善意欲も低いことから、改善意欲の低さが課題である。	1	
E 特定保健指導の実施率は高いが特定保健指導対象者の減少率が低い。特定健診結果からの有病率では、メタボの該当者が県より多い。	2	
F 女性の喫煙率が高く、男女とも肺がんの医療費負担が多い。	7	
G 歯科の一人当たりの医療費は県より低いものの、男女とも歯科自費負担の割合が県平均よりかなり低い。	6	
H 平均自立期間が男女とも県平均より低く、また、経年変化を見ても年々年齢が短くなっていく。	3・5・8	
I 入浴の受診率が高く、1世帯当たりの受診回数が多い。即座に精神科の受診が必要となるため、総合失調症の医療費の割合が最も高く、入浴の医療費も総合失調症で長期入院している者が多いに考えらる。		

計画全体の目的	計画全体の評価指標	指標の定義	計画の実績					目標年
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	
生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、健康寿命の延伸を目指す	計画全体の目的	特定健診受診者のうち、収縮血圧が140mmHg以上、拡張血圧が90mmHg以上の者、もしくは収縮血圧が130mmHg以上、拡張血圧が80mmHg以上の者、もしくは収縮血圧が140mmHg未満、拡張血圧が90mmHg以上の者、もしくは収縮血圧が130mmHg未満、拡張血圧が80mmHg以上の者、もしくは収縮血圧が140mmHg未満、拡張血圧が90mmHg未満である者の割合	56.3%		53%			52%
A B E 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1度以上、または糖尿病）	特定健診受診者で、1. 収縮血圧が140mmHg以上、拡張血圧が90mmHg以上の者、もしくは収縮血圧が130mmHg以上、拡張血圧が80mmHg以上の者、もしくは収縮血圧が140mmHg未満、拡張血圧が90mmHg以上の者、もしくは収縮血圧が130mmHg未満、拡張血圧が80mmHg以上の者の割合	12.7%		11%			10%
	HbA1c8.0以上の者の割合	特定健診受診者で、空腹血糖値が126mg/dL以上の者の割合	0.8%		0.7%			0.6%
	特定保健指導実施率	法定報告	64.0%		64.5%			65%
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	特定保健指導対象者のうち、特定保健指導による特定保健指導対象者が減少した者の割合	4.9%		10%			20%
D	健康意識を高める	法定報告	29.8%		50%			60%
	内臓脂肪症候群の該当者の割合	法定報告	17.9%		15.0%			12%
F-G	生活習慣を改善する	50歳以上74歳以下の特定健診受診者のうち、健康的な生活習慣（3つ以上）を有する者の割合	50歳以上74歳以下の特定健診受診者のうち、健康的な生活習慣（3つ以上）を有する者の割合	75.00%				82%
	喫煙率	特定健診受診者のうち喫煙者の割合	14.3%		12.0%			10%
C-H	平均自立期間を延伸する	平均自立期間	(男性) 77.4歳 (女性) 81.5歳		(男性) 79.1歳 (女性) 82.7歳			(男性) 80.3歳 (女性) 83.2歳

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健診受診率	特定健診受診率（第4期特定健診受診率等実施計画）	
2	特定保健指導	特定保健指導（第4期特定健診受診率等実施計画）	
3	重症化予防（受診勧奨）	生活習慣病対策事業（ハイリスクアプローチ）	
4	重症化予防（保健指導）	生活習慣病対策事業（ハイリスクアプローチ）	
5	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病重症化予防事業	
6	健康教育・健康相談	歯科保健事業（歯科健康教室、歯科相談）	
7	健康教育・健康相談	禁煙促進事業	
8	その他	骨粗鬆症対策事業	

事業の目的	特定健康診査を受診することの必要性を認識してもらい、自分の健康状態を確認しながら、生活習慣病・重症化予防に努めることにより、健康寿命の延伸を図ります。
事業の概要	本計画は、国の特定健康診査等基本方針（法第18条）に基づいて策定し、静岡県医療適正化計画と十分な整合性を図るものとする。
対象者	特定健診対象者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	若年層の受診率	40歳から59歳までの特定健康診査対象者のうち受診者	23.2% (R4)	26%	28%	30%	32%	34%	35%
	2	継続率	前年度特定健康診査受診者のうち今年度受診者	63.6% (R5)	70%	73%	80%	82%	83%	85%
	3									
	4									
	5									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	受診率	法定報告値	40.9%	41% (40%)	43% (45%)	45% (50%)	47% (55%)	49% (60%)	52% (60%)
	2	人間ドック助成利用者数	助成請求件数	59件	61件	63件	64件	65件	65件	65件
	3	医療機関からの特定健康診査項目の診療情報提供件数	提供件数	20件	26件	30件	37件	41件	45件	50件
	4	若年者健診（40歳未満）健診受診率	受診率	12.0%	12.5%	13.0%	13.5%	14.0%	14.5%	15.0%
	5									

プロセス (方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査実施期間の約1月前に対象者全員へ周知文及び受診券等の送付 町広報紙及びホームページへの掲載 	
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> 未受診者への特定健康診査受診個別勧奨通知の送付 新規国民健康保険加入者へ窓口手続き時に勧奨を実施 	
	実施および実施後の支援	実施形態	集団健診と個別健診を実施する。なお、個別健診は集団健診の未受診者を対象に実施する
		実施場所	集団健診：役場湯けむりホール 個別健診：町内契約医療機関
		時期・期間	集団健診：6月から9月の間で実施 個別健診：集団健診実施後から2月末まで
		データ取得	医療機関からの診療情報提供への協力依頼、事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法、人間ドックの結果提供への働きかけ等
		結果提供	集団健診：健診実施後約1か月後に健診結果を郵送、その後該当者には特定保健指導等を実施 個別健診：健診実施後約1か月後に健診結果を郵送
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果に情報提供についてのチラシ等を同封し、健康意識の向上を図る ブッジ理論や色彩、未受診者の特性に応じた周知文や勧奨通知の作成 		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康増進課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	<ul style="list-style-type: none"> 集団健診を医師会に委託（個別契約） 個別健診を町内医療機関に委託（個別契約） 保健医療機関関係団体の者を国民健康保険運営協議会委員に委嘱し、健診事業について理解を求める
	国民健康保険団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査のデータに関して連携する 各媒体を活用した健診の普及啓発を実施する
	民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> 地域事業所との健康寿命等に係る連携協定 各事業所で雇用する国民健康保険加入者の特定健康診査情報の提供 受診勧奨はがき等の作成を委託
	その他の組織	<ul style="list-style-type: none"> 健康づくり食生活推進員、保健協力委員等に健診の必要性について理解を求め、対象者への啓発活動について協力を求める 全国健康保険協会との連携 南伊豆町健康づくり推進協議会で事業の実施について評価、検討 南伊豆町国民健康保険運営協議会で毎年特定健康診査の実施に係る評価・検証を実施し、PDCAを回す
	他事業	<ul style="list-style-type: none"> がん検診等との同日実施及び他検診実施時の特定健康診査周知 健康イベント等における啓発品の配布
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診会場での高血圧指導 各地区会場での特定健康診査実施 予約方法の多様化

事業 2	特定保健事業（第4期特定健康診査等実施計画）
------	------------------------

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定保健指導を実施する。
対象者	特定保健指導基準該当者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	保健指導対象者の減少率	法定報告値	4.9% (R3)	6%	8%	9%	10%	11%	12%
	2	内臓脂肪症候群該当率の割合	法定報告値	17.9% (R3)	17%	16%	15%	14%	13%	12%
	3	運動習慣のある者の割合	標準的な質問票10で「はい」と回答した者の数/特定健診受診者のうち、当該回答がある者	41.2% (R4)	42.0%	42.5%	43.0%	43.0%	43.0%	43.0%
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	保健指導実施率	法定報告値	64% (R3)	65%	66%	67%	68%	69%	70%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	対象者へ個別面談日程を通知にて案内する。	
	勧奨	参加連絡の無い場合は電話で初回面談の利用勧奨を行う。	
	実施および 実施後の支援	初回面接	特定健診後、個別面談日を設定。その際特定健診結果を返却しながら結果について説明を行う。
		実施場所	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診会場 ・役場庁舎内又は健康福祉センター
		実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果の説明 ・生活習慣病のリスクや病態を説明 ・対象者の特徴や属性に応じた目標や行動計画を作成し、指導期間中の生活習慣や体重等の変化をモニタリングする。
		時期・期間	初回面談について <ul style="list-style-type: none"> ・集団健診：健診終了後、1～2か月以内に実施。（7月～11月） ・個別健診：健診結果を確認後に実施。（9月～翌年3月）
		実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導終了後、必要に応じて健康教室につなげる。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面談時に結果を手渡しすることで初回面談実施率の向上を図る。初回面談の参加が無い場合は訪問にて指導を実施。 ・体組成計を活用し、行動の成果を示すことで効果的な行動計画の立案につなげる。 		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康増進課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	賀茂三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）
	国民健康保険団体連合会	特定保健指導のデータに関して連携する。
	民間事業者	マンパワー不足を補うために外部事業者への委託も検討する。
	その他の組織	南伊豆町国民健康保険運営協議会 南伊豆町健康づくり推進協議会
	他事業	対象者の健康課題に応じて、歯科保健指導等の事業につなげる。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	特定保健指導のスタッフを確保し、事業を効率的に実施する。

事業 3	生活習慣病対策事業（ハイリスクアプローチ）
-------------	-----------------------

事業の目的	高血圧症又は脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）を有する者に対し受診勧奨を行い、重症化を予防する。		
事業の概要	特定健診結果で血圧やLDLコレステロールの値が受診勧奨値を超える被保険者に対し受診勧奨を行う。		
対象者	選定方法	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧：特定健診当日の血圧の値から選定する。 ・LDL：特定健診結果を確認し、LDLコレステロールの値から選定する。 	
	選定基準	健診結果による判定基準	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧：当年度の特定健診結果において160/100mmHg以上 ・LDL：当年度の特定健診結果において140mg/dl以上
		レセプトによる判定基準	血圧：保健指導後、レセプトによる受診履歴が確認できない者
		その他の判定基準	なし
	除外基準	後期高齢者医療制度へ移行した者（「高齢者の医療と介護予防の一体的実施事業」へつなげる）	
重点対象者の基準	血圧：未受診者、治療中断者		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム指標	1	高血圧症有病者割合	特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書	56.3%	55.3%	54.5%	54.0%	53.5%	53.0%	52.0%
	2	脂質異常症有病者割合	特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書	9.6%	9.4%	9.2%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトプット指標	1	実施率（高血圧）	保健指導利用者数/保健指導対象者	100.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	実施率（LDL）	保健指導利用者数/保健指導対象者	68.9%	69.0%	69.5%	70.0%	71.0%	72.0%	72.5%
	3									
	4									
	5									

プロセス（方法）	周知	特定健診会場にて事業の周知を行う。
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧：特定健診会場で直接受診勧奨を実施する。 ・LDL：個別通知で受診勧奨を実施する。
	実施後の支援・評価	指導後にレセプトを確認し、医療機関受診状況を確認する。受診が確認出来ない場合は電話による受診勧奨を実施。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧の受診勧奨や保健指導は健康意識が高まっている健診当日に実施する。また血圧計を貸出し、家庭血圧測定を促す。 ・LDLの受診勧奨は通知にアンケートを同封し、生活習慣の確認を行う。アンケート結果により、必要に応じて管理栄養士による保健指導を実施。

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	健康増進課
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	賀茂医師会
	かかりつけ医・専門医	町内医療機関
	国民健康保険団体連合会	なし
	民間事業者	LDL事業を外部事業者に委託し、通知による受診勧奨や電話による保健指導を実施する。
	その他の組織	賀茂健康福祉センター（賀茂保健所）、南伊豆町健康づくり推進協議会
	他事業	運動づくりや料理教室等の健康教室につなげる。
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	特定健診の委託先事業者に血圧測定の際で当日の血圧を用紙に記入してもらい、血圧指導に誘導してもらう。

事業 4	生活習慣病対策事業（ポピュレーションアプローチ）
------	--------------------------

事業の目的	高血圧症の予防・改善につなげる。		
事業の概要	特定健診受診者への血圧指導及び血圧改善のための健康教育を実施する。		
対象者	選定方法	特定健診を受診した被保険者	
	選定基準	健診結果による判定基準	なし
		レセプトによる判定基準	なし
		その他の判定基準	なし
	除外基準	後期高齢者医療制度へ移行した者（「高齢者の医療と介護予防の一体的実施事業」へつなげる）	
重点対象者の基準	血圧140/90mmHg以上の者にはより詳しく指導し、必要に応じて医療機関への受診を勧奨する。		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R4）	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトカム指標	1	高血圧予備群の割合	①130以上140mmHg未満/90mmHg未満または②140mmHg未満/85以上90mmHg未満の者（内服者除く）/特定健診受診者	12.70%	12.5%	12.4%	12.3%	12.2%	12.0%	11.8%
	2	高血圧有病者割合	特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書	56.3%	55.3%	54.5%	54.0%	53.5%	53.0%	52.0%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績（R5）	目標値					
					2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトプット指標	1	指導実施率	保健指導利用者/特定健診受診者	99.8%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	健康教室回数	開催回数	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	3									
	4									
	5									

プロセス（方法）	周知	特定健診会場や町内回覧により周知を行う。		
	勧奨	140/90mmHg以上の者には家庭血圧測定の促し、医療機関への受診勧奨を行う。高血圧（130/80mmHg以上）の者には健康教室への参加を勧奨する。		
	実施および実施後の支援	利用申込	電話申込（健康教室）	
		実施内容	特定健診会場にて当日の血圧の値を確認し、数値に応じて保健指導や生活習慣改善のアドバイスを行う。健康教室では血圧改善のための食事（減塩）と運動について講話等を実施。	
		時期・期間	9月～12月	
		場所	保健指導：特定健診会場 健康教室：健康福祉センター	
		実施後の評価	健康教室後のアンケートから対象者の意識改善を確認する。	
実施後のフォロー・継続支援	健康相談会の案内			
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	血圧の値に応じた配布資料を使用し、指導を実施する。正常血圧値の者にも現在の値が維持できるよう助言を行う。			

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	健康増進課
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	賀茂医師会
	かかりつけ医・専門医	なし
	国民健康保険団体連合会	なし
	民間事業者	血圧改善のための運動づくりについて民間事業所のインストラクターに依頼。
	その他の組織	南豆味会（食生活推進協議会）、南伊豆町健康づくり推進協議会
	他事業	健康相談会等につなげる。
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	賀茂医師会と連携し、特定健診会場内で保健指導を実施する。健康教室では実際に体感してもらうことで、高血圧に関する理解を深めていく。	

事業の目的		糖尿病性腎症等による新規透析患者の減少	
事業の概要		糖尿病性腎症等人工透析リスクを保有する被保険者に対し、医療機関への受診勧奨を行う。	
対象者	選定方法	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診結果からCKD分類を用いて選定。 糖尿病未受診者、治療中断者はシステムを用いて選定。 	
	選定基準	健診結果による判定基準	CKD診療ガイドラインにおける「赤」「オレンジ」に該当する者
		レセプトによる判定基準	静岡糖尿病性腎症重症化予防プログラムで示す対象者のうち、下記いずれかに該当する者。 <ul style="list-style-type: none"> 医療機関未受診者：過去3年間のうち直近の健診において、空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c6.5%以上が確認されているものの、過去1年間にレセプトにおける糖尿病受療歴がない者 糖尿病治療中断者：過去に治療歴があるものの、最近1年間にレセプトにおける糖尿病受療歴がない者。
		その他の判定基準	なし
	除外基準	<ul style="list-style-type: none"> CKD診療ガイドラインにおける高度低下、末期腎不全の者 精神疾患、がんなど生活習慣に起因しない疾患で専門医による治療を受けている者 	
重点対象者の基準			

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	HbA1c8.0以上の者の割合	HbA1c8.0%以上の者/特定健診受診者	0.81%	0.80%	0.80%	0.80%	0.75%	0.75%	0.75%
	2	医療機関受診率	医療機関受診者/保健指導利用者	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	新規透析患者数	保健指導利用者の中で身体障害者手帳（腎機能障害）1級交付された者	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	保健指導実施率	保健指導終了者/事業対象者	95.5% (R4)	96.0%	96.0%	97.0%	97.5%	98.0%	98.0%
	2	講演会開催回数	開催回数	1回 (R5)	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上	1回以上
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	対象者へ個別に通知して案内。講演会等はチラシによる回覧や保健指導利用者への個別案内で周知を行う。	
	勧奨	対象者には通知、電話にて勧奨を行う。	
	実施および実施後の支援	利用申込	電話
		実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診結果の返却と併せ、保健指導及び受診勧奨を行う。 講演会を実施し、糖尿病等生活習慣病の重症化予防につながる知識や情報を普及啓発する。
		時期・期間	特定健診実施から概ね3か月の間。
		場所	役場庁舎内又は健康福祉センター
		実施後の評価	保健指導から3か月後の電話連絡により受診状況や健康目標の達成状況を確認する。
実施後のフォロー・継続支援	健康相談会等への案内。		
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	前回の特定健診からeGFRの値が維持できている者並びに医療機関で腎機能低下に係る診察を受けている者（レセプト等で確認）に対しては、手紙による生活状況と医療機関への受診状況の確認を行う。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康増進課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	賀茂医師会、賀茂管内市町と共同・連携して実施する。
	かかりつけ医・専門医	かかりつけ医への受診を促し、必要に応じてかかりつけ医から専門医を紹介していただく。
	国民健康保険団体連合会	なし
	民間事業者	マンパワー不足を補うために外部事業者への委託を検討。
	その他の組織	賀茂健康福祉センター（賀茂保健所）、重症化予防連絡会
	他事業	講演会開催時等に健康相談会等の他事業を併せて実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	賀茂管内市町と共同して、賀茂管内医療機関との連携を進め事業の体制を整える。

事業 6	歯科保健事業（歯科健康教室、歯科相談）
-------------	---------------------

事業の目的	咀嚼良好者の割合の増加
事業の概要	特定健診会場や特定保健指導時・町内事業所での健康教育や保健指導により口腔に関する疾患の予防や口腔環境の維持・改善を図る
対象者	被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	咀嚼良好者の割合	特定健診受診者・特定健診質問票	男・女 69.2%	72%	74%	76%	78%	79%	80%
	2	歯周疾患検診受診者の割合	歯周疾患検診対象者・受診率	男・女 19.3%	20%	21%	22%	23%	24%	25%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	健康教育実施率	特定健診受診者のうち40・50・60歳実施率	/	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	保健指導実施率	特定保健指導対象者のうち咀嚼不良者	/	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	行動変容率	健康教育参加者に対するアンケート(事前・事後)	/	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査や特定保健指導の案内時にチラシ等で事業を周知する。 事業所の健康管理担当者から職員に周知してもらう
	勧奨	事業所職員への健康教育の際に歯周疾患検診の受診勧奨を行う
	実施および実施後の支援	町内の高齢者の咀嚼不良者の実態等を示し、口腔ケアや歯科受診の必要性を自覚して行動変容できるよう支援する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> より多くの対象者に効果的に介入するため、国民健康保険加入者対象の健診や保健指導の際に事業を実施する。 町内の事業所に向向き、これまでに関わることが困難であった現役世代の方への健康教育を実施することにより、町全体の歯科に関する健康増進を図る。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康増進課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	賀茂医師会、賀茂歯科医師会
	国民健康保険団体連合会	なし
	民間事業者	町内事業所3か所程度
	その他の組織	町内医療機関、南伊豆町健康づくり推進協議会
	他事業	高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	歯科衛生士(会計年度任用職員)に従事してもらい、専門的な内容にする。

事業 7	禁煙促進事業
事業の目的	喫煙者の割合の減少
事業の概要	禁煙に関する健康教育、禁煙相談窓口の設置
対象者	被保険者のうち喫煙者及びその家族等

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	喫煙率	特定健診質問票	男) 22.5% 女) 6.3%				男) 22.0% 女) 6.0%		男) 20.0% 女) 5.0%
	2									
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	禁煙外来利用率	利用者/初回面談実施者		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	健康教育開催回数	開催回数		6回以上	6回以上	6回以上	6回以上	6回以上	6回以上
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	ホームページや広報紙への掲載 特に禁煙週間においては、相談窓口等の周知について取り組みを強化する。
	勧奨	特定健診会場等にて禁煙相談窓口への利用勧奨を行う
	実施および実施後の支援	(相談窓口) 役場庁舎内に相談窓口を設置し、相談希望者には随時、禁煙方法に関する助言や禁煙外来への受診勧奨を行う。相談から3か月後、禁煙外来への受診状況や禁煙の取り組みについて確認し、禁煙が完了するよう支援を行う。 (健康教育) 両親学級等において健康教育をし、必要に応じて相談窓口や禁煙外来につなげる。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	両親学級等の場を活用することで、子育て世代の禁煙を推進し、子どもがタバコの煙に触れない環境を目指す。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康増進課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	賀茂医師会
	国民健康保険団体連合会	なし
	民間事業者	なし
	その他の組織	賀茂健康福祉センター(賀茂保健所)、町内医療機関
	他事業	なし
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	特定健康診査時、当日の担当医師等から喫煙者に対して、助言等を行っていただけるよう依頼する。 県の事業と連携し、取組を強化する。

事業 8

骨粗鬆症対策事業

事業の目的	医療・介護費の負担となる骨粗鬆症・骨折の減少を目指す。
事業の概要	骨粗鬆症の予防などについて住民への普及を図るために、骨粗鬆症検診や骨粗鬆症をテーマとした健康教育を実施する。
対象者	骨粗鬆症検診：被保険者のうち40・45・50・55・60・65・70歳になる女性 健康教育：骨粗鬆症受診者ほか被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	骨折の医療費（後期千件当たり）	KDBシステム細小分類（医療費）にて抽出	5.0件 (R2)	5件	5件	5件	4件	4件	4件
	2	要介護要支援者の筋骨格有病率	KDBシステム介護突合（有病状況）などから抽出	53.6 (R4)	53%	53%	53%	53%	52%	52%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	骨粗鬆症検診受診率	検診対象者中の受診者数を集計	-						30.0%
	2	骨粗鬆症検診要精検率	健診受診者中の要精検者を集計。地域保健・健康増進事業報告と比較	-						15.0%
	3	健康教育参加者数（延べ人数）	参加者を集計	-	120人	180人	240人	300人	360人	420人
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> 骨粗鬆症検診：対象者への個別通知、回覧板・広報での周知 健康教育：検診受診者への個別通知、回覧板・広報での周知
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> 骨粗鬆症検診：精密検査対象者への受診勧奨（個別通知・電話連絡）
	実施および実施後の支援	<ul style="list-style-type: none"> 骨粗鬆症検診：要精密検査者の状態悪化を防ぐために受診勧奨を行う。 健康教育：骨粗鬆症や食の健康にかかわる健康ブースを抱き合わせて行い、食の健康に関する意識向上と集客を図る。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> 検診および教室の受診者を増やすためにナッジ理論等を活用したチラシを作成する。 医療機関等で検診の周知を行う。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	健康増進課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	骨粗鬆症検診：4医療機関（町内3か所、町外1か所）
	国民健康保険団体連合会	なし
	民間事業者	管理栄養士を講師として健康教育を実施する。
	その他の組織	南豆会（食生活改善推進協議会）、健康づくり推進協議会
	他事業	なし
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価はKDBデータ等の健康・医療費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。 計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定を見据えて最終評価を行う。評価にあたっては、町の関係機関及び広域連事連携を図る。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知するほか、必要に応じて県、国保連、その他関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>南伊豆町国民健康保険における個人情報の取扱いは、次の各種法令、ガイドライン等に基づき適正に管理し、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●南伊豆町個人情報の保護に関する法律施行条例（令和5年3月15日条例第17号） ●南伊豆町情報セキュリティポリシー」（令和2年3月18日改定版） ●医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日厚生労働省） ●健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日厚生労働省） ●匿名データの作成・提供に係るガイドライン（平成21年2月17日総務省） ●医療情報システムの管理安全に関するガイドライン 第6.0版（令和5年5月厚生労働省）
<p>地域包括ケアに係る取 組</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについて議論（地域ケア会議等）に保険者として参加する。 ●KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係者と共有する。これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行う。 ●地域住民の健康寿命延伸のため、寝たきり予防や閉じこもり予防等フレイル予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催、自主組織の育成を行う。
<p>その他留意事項</p>	

VI 特定健康診査等実施計画

1 特定健康診査

(1) 特定健康診査の年次目標

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数（推計）	2,060人	1,970人	1,880人	1,860人	1,840人	1,820人
受診者数	906人	906人	902人	930人	1,012人	1,092人
受診率	44.0%	46.0%	48.0%	50.0%	55.0%	60.0%

(2) 特定健康診査の検査項目

○ 糖尿病や脳・心血管疾患（脳卒中や虚血性心疾患等）等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させることができるよう、保健指導が必要な者を的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。

①基本的な健診項目

- ア) 質問項目
- イ) 身体測定（身長、体重、BMI、腹囲）
- ウ) 理学的検査（身体診察）
- エ) 血圧測定
- オ) 血中脂質検査（空腹時中性脂肪やむを得ない場合には随時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）
- カ) 肝機能検査（AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)）
- キ) 血糖検査（原則HbA1c検査、必要に応じて空腹時血糖）
- ク) 尿検査（尿糖、尿蛋白）

②詳細な健診項目

一定の基準の下、医師が必要と判断したものを選択。

- ア) 心電図検査
- イ) 眼底検査
- ウ) 貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）
- エ) 血清クレアチニン及びeGFR

③追加項目

- ア) 血清クレアチニン（医師が必要と判断したもの以外）
- イ) 尿酸（受診者全員）

2 特定保健指導

(1) 特定保健指導の年次目標

	R6	R7	R8	R9	R10	R11
対象者数（推計）	80人	80人	80人	78人	77人	75人
指導者数	52人	53人	54人	53人	53人	52人
実施率	65.0%	66.0%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%

(2) 特定保健指導の対象者の抽出（階層化）

○内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・脂質異常・血糖高値等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなる。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、特定保健指導対象者の階層化を行う。

腹囲	追加リスク			④喫煙※	対象	
	①血圧	②脂質	③血糖		40-64歳	65-74歳
≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2つ以上該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当					
上記以外で BMI≥25kg/m ²	3つ該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当					
	1つ該当					

（注）喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

※質問票において「以前は吸っていたが最低1か月は吸っていない」は、「喫煙なし」として扱う。

①血圧：収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上又は（やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上）

③血糖：空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dl以上またはHbA1c5.6%以上

(3) 特定保健指導周知・実施方法

- ・特定健康診査結果の返却を兼ねて特定保健指導を実施する。指導期間は数日を設け、対象者が電話等で予約を申し込む。
- ・対象者に案内通知を送付し、予約を促すが、申し込みが無かった場合は、電話での勧奨を行い、参加が難しい場合は訪問等を検討する。
- ・指導の中では対象者の個別性を尊重した目標を立案し、目標達成に向けて支援を行う。

(3) 特定健康診査・特定保健指導の年間スケジュール

実施時期	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
健診の周知・案内	←→											
健診実施			←→									
結果の通知				←→								
保健指導の周知・案内				←→								
保健指導実施				←→								
事業評価								←→				
次年度準備							←→					
運営協議会報告等									←→			