東伊豆町第２期データヘルス計画・
東伊豆町第３期特定健康診査等実施計画

2018 年（平成 30 年）3 月

東 伊 豆 町

目　　次

第１章　計画策定にあたって

１．計画策定の趣旨 …… 1
２．計画の位置づけ …… 2
３．計画の期間 …… 3
４．計画の推進 …… 3

第２章　東伊豆町の現状

１．東伊豆町の現状 …… 4
（１）概況 …… 4
（２）人口の現状 …… 4
（３）国保加入者の現状 …… 5
（４）医療機関の現状 …… 7
（５）主要死因の現状 …… 8
２．医療費の分析 …… 9
（１）医療費の概要 …… 9
（２）入院・外来医療費 …… 11
（３）疾病別医療費 …… 11
（４）主要な生活習慣病関連の医療費 …… 15
（５）レセプト１件当たりの医療費 …… 18
（６）受診率の状況 …… 19
（７）高額医療費の状況 …… 20
（８）人工透析の状況 …… 20
３．特定健康診査の実施の状況 …… 21
（１）受診者数と受診率 …… 21
（２）男女・年齢別の受診者数と受診率 …… 22
（３）特定健診未受診者の生活習慣病医療費の状況 …… 23
（４）メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況 …… 24
４．特定健診結果の分析 …… 26
（１）有所見者の状況 …… 26
（２）肥満（BMI）の状況 …… 27
（３）血圧の状況 …… 28
（４）コレステロールの状況 …… 31
（５）HbA1c（ヘモグロビン・エーワンシー）の状況 …… 33
（６）クレアチニンの状況 …… 35
（７）質問票調査の状況 …… 36

５．特定保健指導の実施状況 ･･････････････････････････････････････ 38
（１）対象者数と実施率 ･･････････････････････････････････････ 38
（２）利用者の状況 ･･ 39
６．介護保険の現状 ･･ 40
（１）認定率の現状 ･･ 40
（２）要介護認定者の有病状況 ･･････････････････････････････････ 40
７．保健事業の現状 ･･ 41
（１）保健事業の実施状況 ･･････････････････････････････････････ 41
８．東伊豆町の分析結果 ･･････････････････････････････････････ 43
（１）概況 ･･ 43
（２）医療費 ･･ 43
（３）特定健康診査・特定保健指導 ･･････････････････････････････ 44

第３章　計画の達成状況
１．第１期データヘルス計画 ･･････････････････････････････････ 45
２．第２期特定健診等実施計画 ････････････････････････････････ 47

第４章　健康課題と取組みの方向
１．健康課題 ･･ 48
（１）糖尿病の入院費用額が高い ･･････････････････････････････ 48
（２）高血圧者の割合が多い ･･････････････････････････････････ 48
（３）LDL コレステロール値が高い方が多い･･････････････････････ 48
（４）腎不全の外来医療費が高い ･･････････････････････････････ 49
２．取組みの方向 ･･ 50
（１）特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上 ･･････････････ 50
（２）生活習慣病の重症化予防 ････････････････････････････････ 50
（３）若年層からの生活習慣病対策 ････････････････････････････ 50

第５章　計画の目的・目標
１．目的 ･･ 51
２．目的を達成するための目標 ････････････････････････････････ 51

第６章　第２期データヘルス計画

１．保健事業の取組み ･･ 52
２．その他の保健事業の取組み ･･････････････････････････････････ 54
（１）生活習慣病対策 ･･ 54
（２）その他の保健事業 ･･ 54
３．その他 ･･ 56
（１）計画の公表・周知 ･･ 56
（２）計画の見直し ･･ 56
（３）事業運営上の留意事項 ････････････････････････････････････ 56
（４）地域包括ケアシステムとの連携 ････････････････････････････ 57
（５）個人情報の取扱い ･･ 57

第７章　第３期特定健康診査等実施計画

１．目的 ･･ 58
２．基本的考え方 ･･ 58
（１）特定健康診査 ･･ 58
（２）特定保健指導 ･･ 58
３．計画の目標 ･･ 59
（１）目標設定の考え方 ･･ 59
（２）目標値の設定 ･･ 59
４．目標達成に向けた実施方法 ･･････････････････････････････････ 61
（１）特定健康診査 ･･ 61
（２）特定健康診査の事業展開 ･･････････････････････････････････ 64
（３）特定保健指導 ･･ 65
（４）特定保健指導の事業展開 ･･････････････････････････････････ 70
（５）実施スケジュール ･･ 71
（６）実施計画の推進と評価 ････････････････････････････････････ 72
５．その他 ･･ 74
（１）個人情報保護 ･･ 74
（２）記録の保存方法等 ･･ 74
（３）特定健康診査等実施計画の公表・周知 ･･････････････････････ 74

第１章　計画策定にあたって

１．計画策定の趣旨

急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化の中で、国民皆保険や医療制度を将来にわたり持続可能なものにしていくためには、その構造改革が急務となっています。

このような状況に対応するため、国民誰もが願う健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制にも資することから、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視した医療制度改革が行われ、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。）に基づいて、保険者は被保険者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査及び健康診査の結果により、健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導を実施することが義務付けられました。

東伊豆町においても、平成 20 年に「第１期特定健康診査等実施計画」を、平成 25 年に第２期の計画をそれぞれ策定し、特定健康診査（※1）及び特定保健指導（※2）に取り組んできました。

一方、診療報酬明細書（※3）（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベースシステム（※4）（以下「KDB システム」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成 25 年６月 14 日閣議決定）において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画としてデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価などの取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する。」とされ、市町村国保保険者においても健康・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な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定することとなりました。

東伊豆町においても平成 28 年に「東伊豆町データヘルス計画」を策定し、健康・医療情報等のデータ分析に基づいた、被保険者の健康保持増進と医療費適正化の二つの目標に向けて取り組んできました。

このたび両計画が見直しの時期を迎えたことに伴い、これまでの取組みを評価し、改めて特定健康診査、レセプト等のデータを活用し、両計画の整合性を図り、一体的な策定と運用を求めた国の通知に基づき、ここに「東伊豆町第２期データヘルス計画」と「東伊豆町第３期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

※１　特定健康診査

厚生労働省により、平成 20 年から国民健康保険や健康保険組合などの保険者の実施が義務づけられました。40 歳から 74 歳が対象で、生活習慣病の発症や重症化を予防することが目的で、メタボリックシンドロームの該当者や予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする方を把握するための健康診査です。

※２　特定保健指導

特定健康診査の結果、厚生労働省が定める基準値に該当する方を対象に行われます。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方に対して、医師・保健師・管理栄養士が生活習慣を見直すサポートを行います。

※３　診療報酬明細書（レセプト）

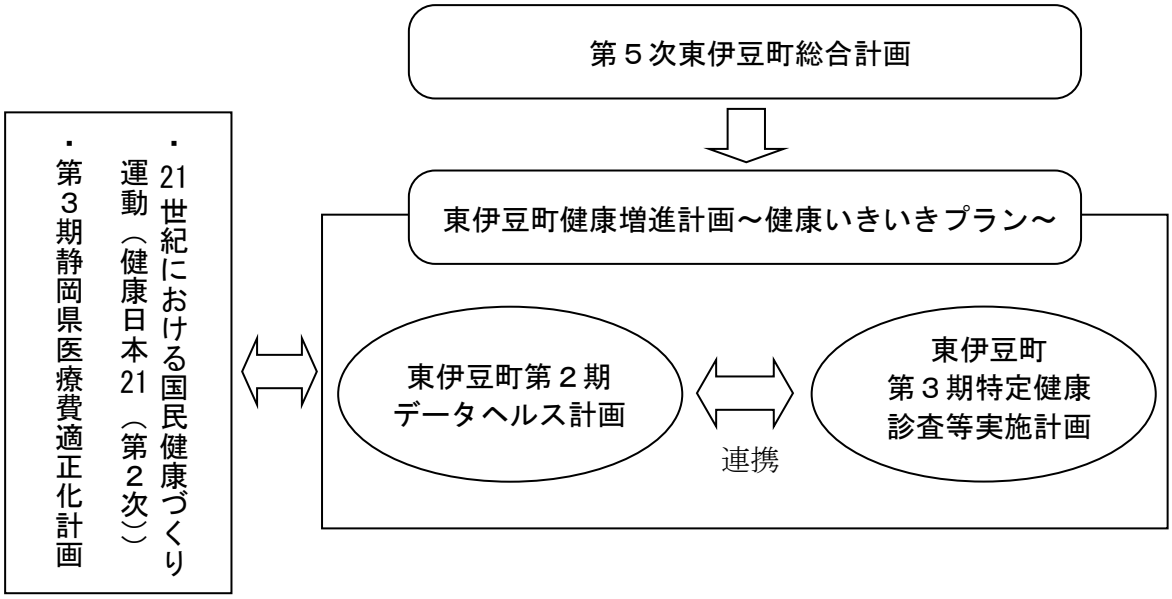
保険医療機関等が診療を行ったときの医療費を、保険者に対して請求する診療報酬請求書に添付する書類です。

※４　国保データベースシステム（KDB システム）

国保連合会が「健診・保健指導」「医療」等のデータを利活用して、「統計情報」や「個人の健康に関するデータ」を作成するシステムです。

２．計画の位置づけ

この計画は、医療保険者である東伊豆町国民健康保険が策定し、「第５次東伊豆町総合計画」、「東伊豆町健康増進計画」及び「第３次ふじのくに健康増進計画」、「第３期静岡県医療費適正化計画」などの諸計画と整合性を図り策定します。



３．計画の期間

計画期間は、国の指針に基づき平成 30 年度から平成 35 年度までの６年間とし、効果の検証に取り組むとともに、社会経済情勢の変化や国の動向等、必要に応じて見直しを行うものとします。

計画期間

	平成28年度	29	30	31	32	33	34	35
第５次東伊豆町総合計画	→	→	→	→	→	→		
東伊豆町健康増進計画 ～健康いきいきプラン～	→	→	→	→	→	→	→	
東伊豆町第２期データヘルス計画	第1期 →	→	→		第2期 →	→	→	→
東伊豆町第３期特定健康診査等実施計画	第2期 →	→	→		第3期 →	→	→	→
第３期静岡県医療費適正化計画	第2期 →	→	→		第3期 →	→	→	→

４．計画の推進

国保担当部門は、健康づくり部門をはじめ関係部門と連携、情報共有を図りながら効率的、効果的に計画を推進します。

また、医師会等の外部有識者や被保険者が議論に参画できる協議の場として、国民健康保険運営協議会・健康づくり推進協議会を活用し事業を運営します。

第２章　東伊豆町の現状

１．東伊豆町の現状

（１）概況

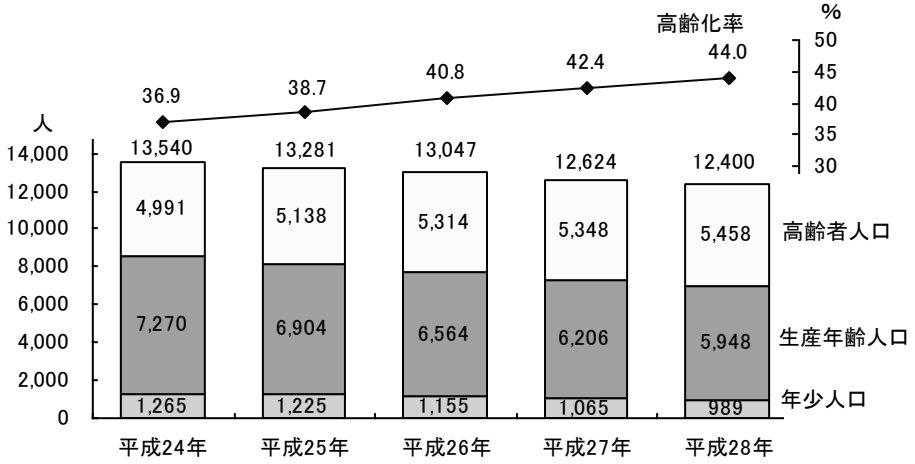
東伊豆町は、伊豆半島東海岸の中央に位置し、東西 15.04km、南北 13.78km、総面積は 77.83ｋ㎡です。地形は山地や丘陵地が海岸近くまで迫っており、この丘陵地に６つの地域が形成され、川沿いの平地や丘陵斜面に沿って、住宅地や農地が形成されています。また、漁港や温泉街の周辺に集中して発展してきた地区は、路地状の狭小な土地に家屋が密集しています。

（２）人口の現状

人口は減少が続いており、平成 28 年 10 月 1 日現在の人口は 12,400 人となっています。高齢化率は 44.0％と、増加が続いています。

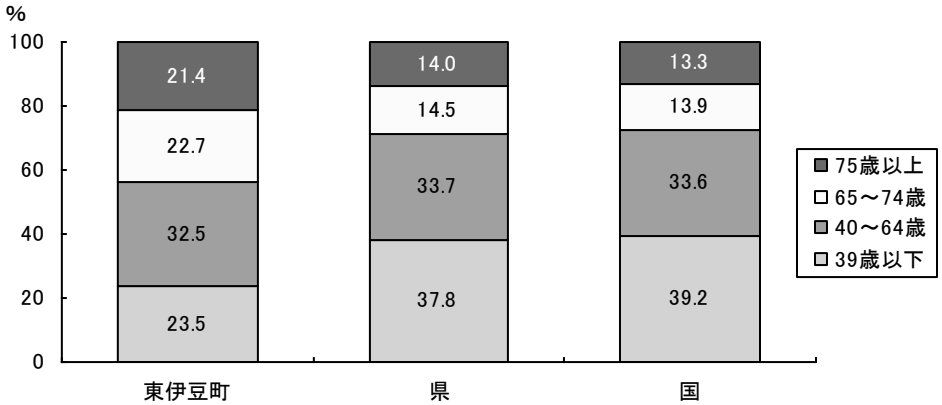
４区分による年齢構成を国・県と比べると、東伊豆町の 65～74 歳及び 75 歳以上の割合が高いことがわかります。

人口の推移と高齢化率



資料：静岡県年齢別人口推計（各年10月１日現在、平成27年は国勢調査）
注：総数には年齢不詳者を含むため、年齢3区分別人口の合計とは一致しない
高齢化率は不詳人口を除いて算出

人口構成の比較（平成 28 年）



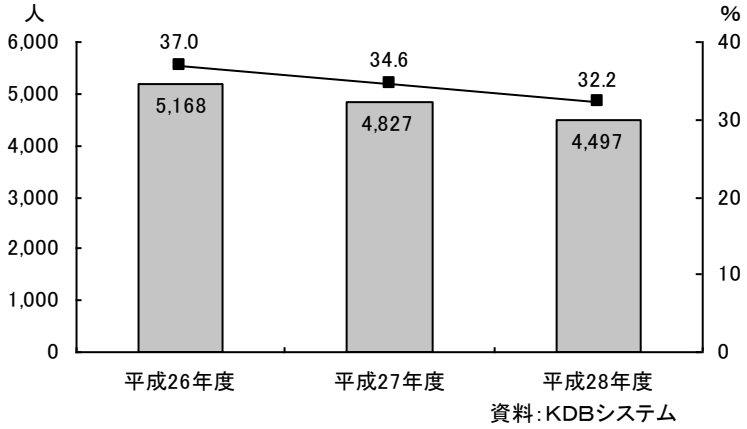
資料：静岡県年齢別人口推計、総務省人口推計（10月１日現在）

（３）国保加入者の現状

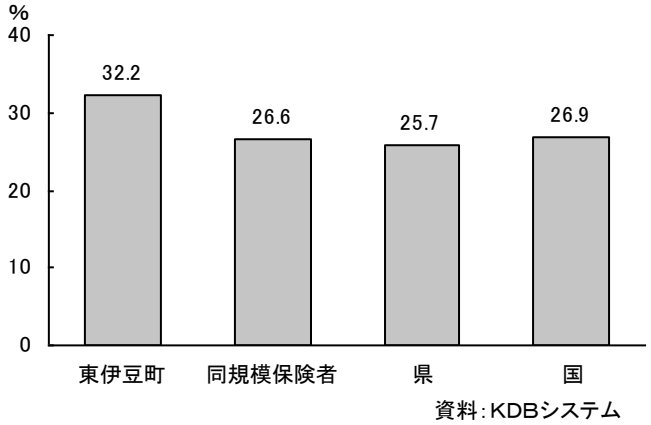
国民健康保険加入者の推移は、減少を続けており、平成 28 年度 4,497 人となっています。

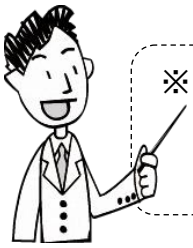
国保加入率は、次第に減少しつつあり、平成 28 年 32.2%となっていますが、国・県・同規模保険者（※5）との比較では、東伊豆町は高い割合となっています。

国保加入者の推移



国保加入率の比較（平成 28 年度）





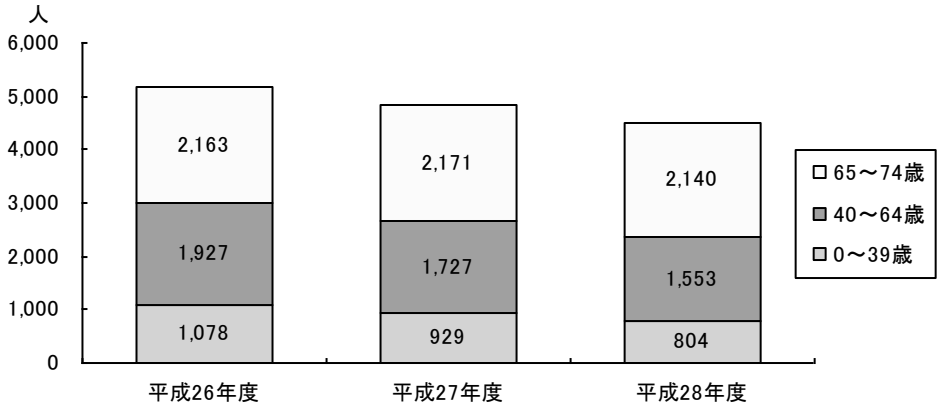
※５　同規模保険者

KDB システムを導入している東伊豆町と同規模の自治体のこと。東伊豆町は、人口 10,000～15,000 人の町村に区分されています。

国保加入者の３区分による年齢構成は、０～39 歳、40～64 歳、65～74 歳いずれも減少しつつあり、平成 28 年度の０～39 歳は 804 人、40～64 歳は 1,553 人、65～74 歳は 2,140 人となっています。また、５歳階級ごとの人口ピラミッドでは、男性・女性いずれも 65～69 歳の構成比が最も高くなっています。

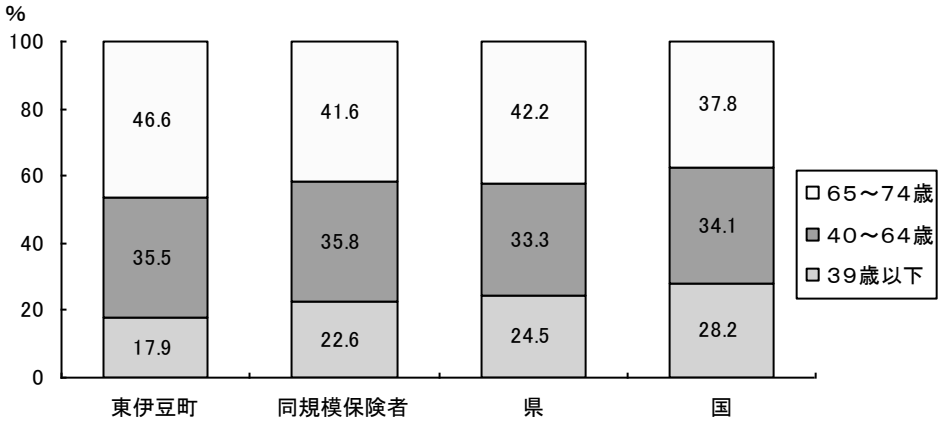
こうした年齢構成を国・県・同規模保険者と比べると、65～74 歳の 46.6%は国・県・同規模保険者を大きく上回り、東伊豆町の高齢化が反映されています。

国保加入者の年齢別被保険者の推移



資料：KDBシステム

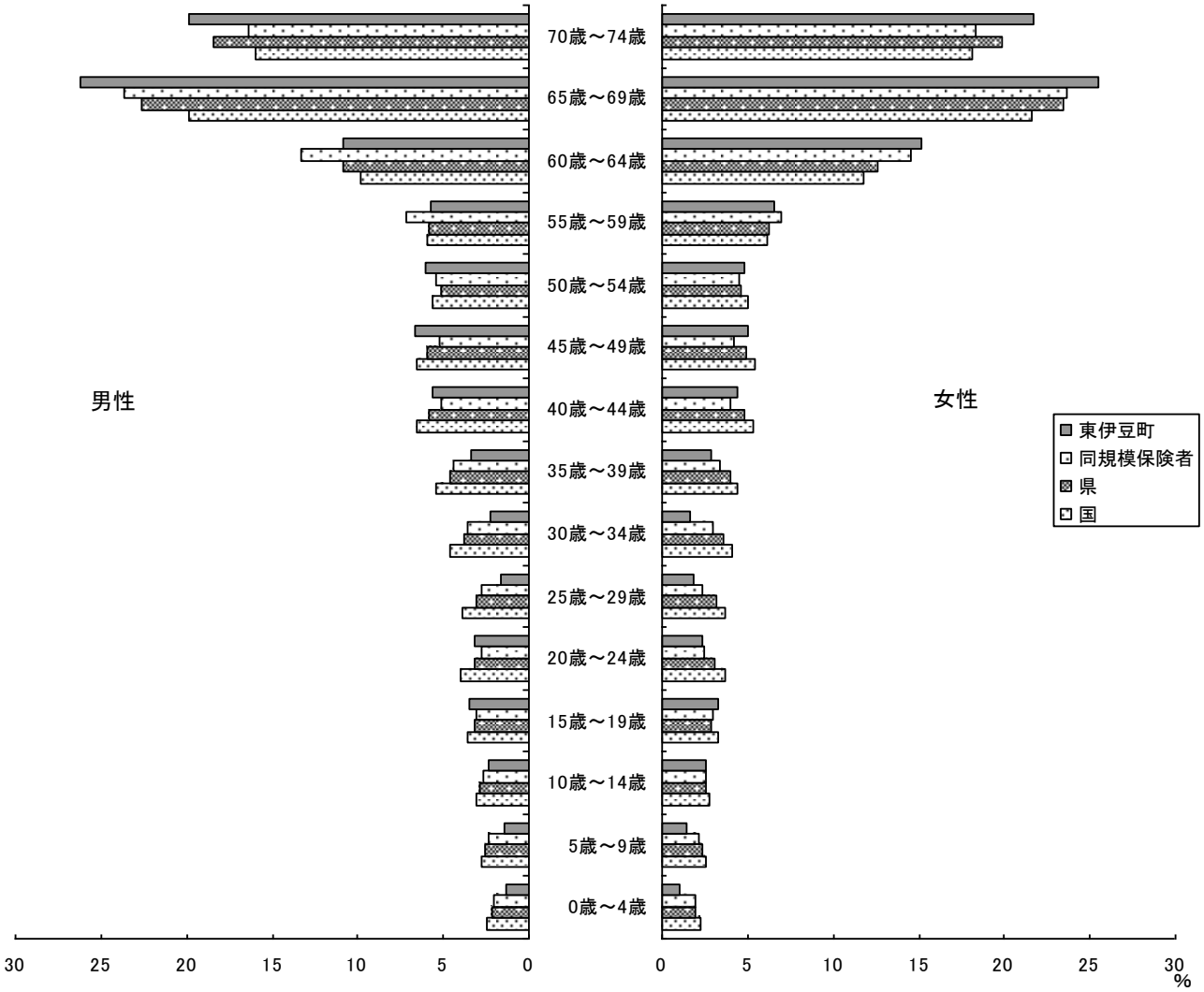
国保加入者の年齢別構成比の比較（平成 28 年度）



注）出典が異なるため、上記被保険者数の推移から出る構成費とは若干異なる。

資料：KDBシステム

国民健康保険加入者構成比（平成 28 年度）



（４）医療機関の現状

町内の医療機関の状況は、病院数２、診療所数８となっていますが、人口千人当たりを国・県・同規模保険者と比較すると、診療所数の割合が低いことがわかります。

医療機関の状況（平成 28 年度）

項目	東伊豆町		同規模保険者	県	国
	実数	割合	割合	割合	割合
医療の状況（人口千人対）					
病院数	2	0.4	0.2	0.2	0.3
診療所数	8	1.8	2.2	2.8	3.0
病床数	359	79.8	33.8	41.0	46.8
医師数	17	3.8	3.8	7.9	9.2
外来患者数	648.1		682.6	701.4	668.3
入院患者数	19.9		22.4	16.4	18.2

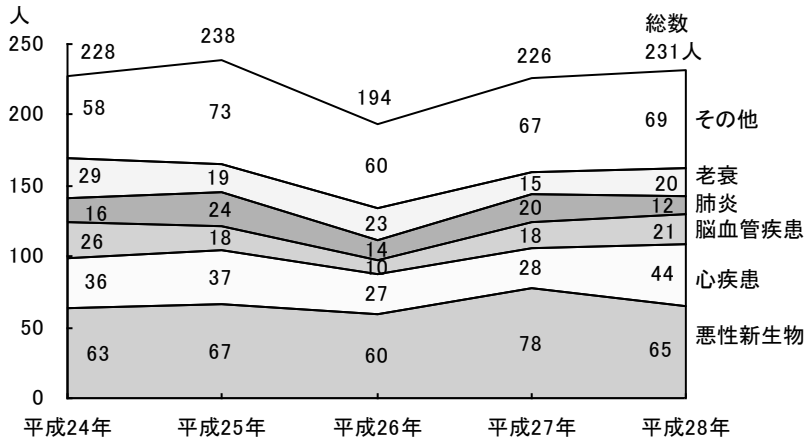
資料：KDBシステム

（５）主要死因の現状

①主要死因の推移

主要死因別死亡者数は、生活習慣病に関する疾病が多く、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患が上位で推移しています。生活習慣病での平成 28 年の死亡者数は 56.3％と半数を超えています。

主要死因の推移

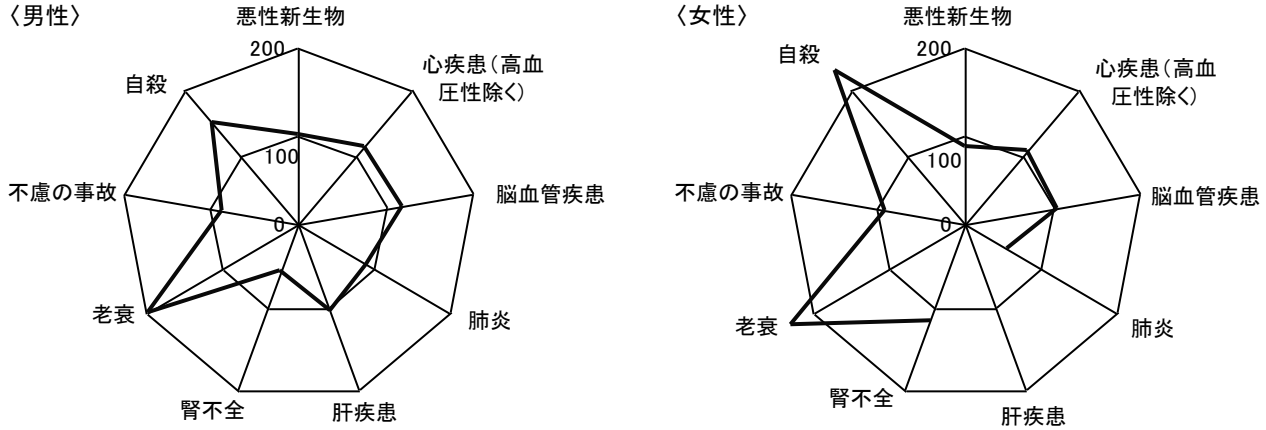


資料：厚生労働省人口動態調査

②標準化死亡比（※６）

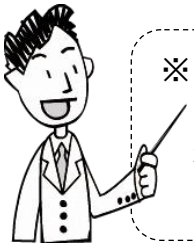
死因を標準化死亡比（全国を基準値 100 とする）でみると、東伊豆町は男女とも老衰及び自殺が高く、また、男性の心疾患や脳血管疾患、女性の腎不全もやや高くなっています。これに対し、男性の腎不全、女性の肺炎が低くなっています。

標準化死亡比の比較（平成 20～24 年）



資料：人口動態保健所・市区町村別統計

注）女性の肝疾患は統計上「表章することが不適当な場合」として数値が掲載されていない



※６　標準化死亡比

異なった年齢構成を持つ地域間での死亡率の比較をする際に用いられる指標。標準化死亡比が基準値（100）より大きい場合、その地域の死亡状況は全国より悪いことを意味し、小さい場合、全国より良いことを意味します。

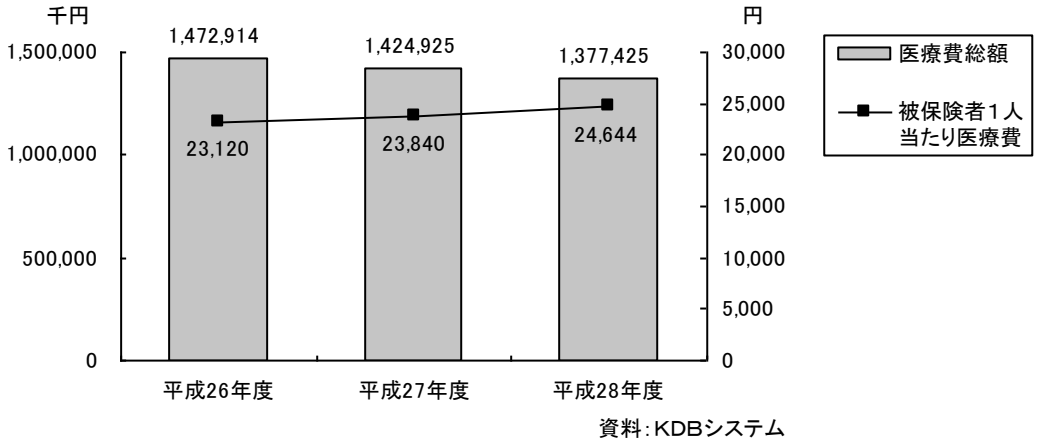
２．医療費の分析

（１）医療費の概要

医療費総額は、平成 26 年度 14 億 7,291 万円、平成 27 年度 14 億 2,492 万円から、平成 28 年度 13 億 7,742 万円とやや減少となっています。しかし、被保険者１人当たり医療費は、平成 26 年度 23,120 円から徐々に上昇を続け、平成 28 年度 24,644 円となっています。

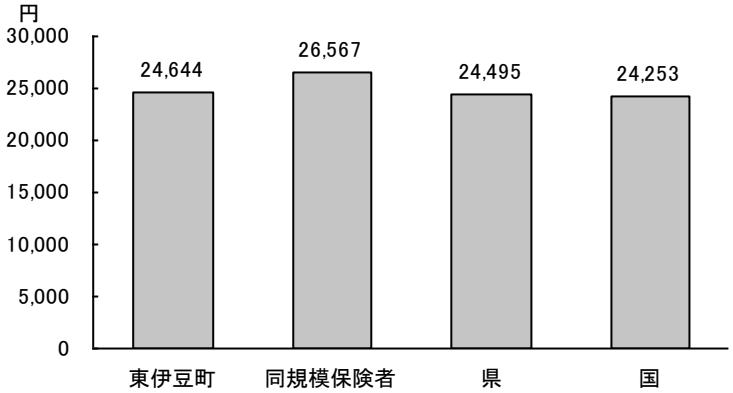
平成 28 年度の被保険者１人当たり医療費について国・県・同規模保険者と比べると、東伊豆町は同規模保険者の 26,567 円をやや下回りますが、国の 24,495 円、県の 24,253 円は上回ります。

医療費総額及び被保険者１人当たり医療費の推移（医科と調剤）



資料：KDBシステム

被保険者１人当たり医療費の比較（平成 28 年度）



資料：KDBシステム

また、東伊豆町の１人当たり医療費の県内順位は、入院が高く（８位）、外来は低く（32 位）なっています。

１人当たり医療費（入院）の県内順位
（平成 28 年度）

順位	保険者名	１人当たりの医療費（入院）（円）
1	南伊豆町	11,844
2	河津町	11,531
3	松崎町	11,244
4	下田市	10,498
5	西伊豆町	10,233
6	伊豆市	10,144
7	熱海市	10,070
8	東伊豆町	10,062
9	函南町	10,044
10	吉田町	9,891
11	御前崎市	9,375
12	小山町	9,346
13	掛川市	9,331
14	浜松市	9,326
15	森町	9,317
16	三島市	9,275
17	沼津市	9,266
18	湖西市	9,242
19	焼津市	9,205
20	袋井市	9,153
21	富士宮市	9,117
22	富士市	8,970
23	長泉町	8,952
24	静岡市	8,944
25	伊豆の国市	8,904
26	裾野市	8,891
27	磐田市	8,863
28	川根本町	8,813
29	御殿場市	8,698
30	藤枝市	8,565
31	牧之原市	8,538
32	島田市	8,437
33	清水町	8,378
34	伊東市	8,330
35	菊川市	8,079
県	静岡県	9,116

資料：KDBシステム

１人当たり医療費（外来）の県内順位
（平成 28 年度）

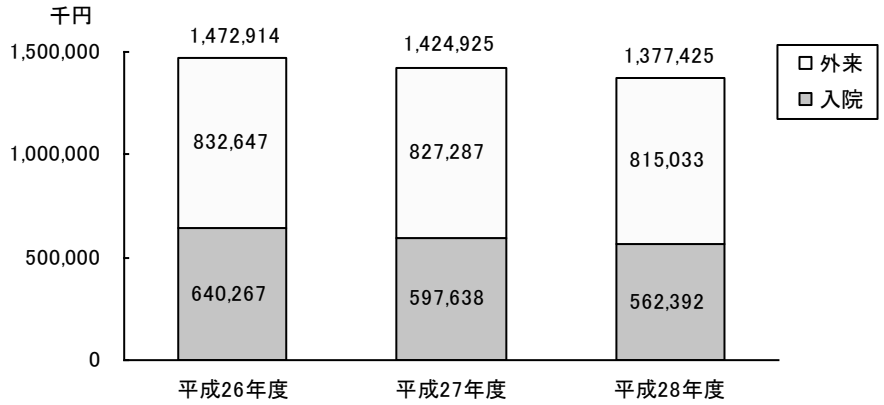
順位	保険者名	１人当たりの医療費（外来）（円）
1	小山町	17,562
2	河津町	17,008
3	長泉町	16,794
4	三島市	16,660
5	島田市	16,657
6	裾野市	16,632
7	伊豆市	16,492
8	静岡市	16,467
9	熱海市	16,402
10	御前崎市	16,383
11	富士市	16,209
12	沼津市	15,906
13	西伊豆町	15,830
14	菊川市	15,743
15	川根本町	15,718
16	磐田市	15,712
17	伊豆の国市	15,612
18	掛川市	15,589
19	御殿場市	15,571
20	浜松市	15,525
21	藤枝市	15,466
22	焼津市	15,381
23	富士宮市	15,276
24	南伊豆町	15,192
25	森町	15,114
26	湖西市	14,877
27	伊東市	14,855
28	函南町	14,670
29	吉田町	14,620
30	袋井市	14,611
31	下田市	14,596
32	東伊豆町	14,582
33	松崎町	14,356
34	清水町	14,356
35	牧之原市	14,348
県	静岡県	15,790

資料：KDBシステム

（２）入院・外来医療費

平成 28 年度入院・外来医療費は、減少しつつあります。入院医療費は、５億 6,239 万円、外来医療費は８億 1,503 万円であり、入院が約４割、外来が約６割となっています。

入院・外来別医療費の推移



資料：KDBシステム

（３）疾病別医療費

疾病大分類による平成 28 年度の医療費は、「循環器系疾患（高血圧性心疾患、心不全、脳梗塞など）」が 16.3%で最も多く、次いで「新生物（悪性新生物、白血病など）」14.0%、「腎尿路生殖器系の疾患（慢性腎不全、膀胱炎など）」10.1%、「筋骨格系及び結合組織の疾患」9.1%、「精神及び行動の障害」9.0%と続いていますが、上位３位は生活習慣病に関連する疾病であり、生活習慣病に関連する疾患の医療費は約５割を占めます。被保険者１人当たりの医療費も同様の順位となっています。

入院・外来別にみると、入院医療費の上位は「新生物」「精神及び行動の障害」「循環器系の疾患」ですが、これら３疾患で平成 28 年度、入院医療費の 51.6%を占めています。

外来医療費の上位は、「循環器系の疾患」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「腎尿路生殖器系の疾患」「新生物」と生活習慣病関連で 52.9%を占めます。

疾病大分類別医療費の上位 10 位（平成 28 年度）（入院・外来）

順位	疾病項目（大分類）	医療費（円）	構成比（%）	被保険者1人当たり医療費（円）
1	循環器系の疾患	224,346,240	16.3	49,888
2	新生物	192,639,580	14.0	42,837
3	腎尿路生殖器系の疾患	139,002,680	10.1	30,910
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	125,503,640	9.1	27,908
5	精神及び行動の障害	124,104,230	9.0	27,597
6	内分泌，栄養及び代謝疾患	120,921,870	8.8	26,889
7	呼吸器系の疾患	76,649,910	5.6	17,045
8	消化器系の疾患	64,806,160	4.7	14,411
9	感染症及び寄生虫症	57,357,640	4.2	12,755
10	眼及び付属器の疾患	54,788,740	4.0	12,183

は生活習慣病に係わる疾患　　資料：KDBシステム

疾病大分類別入院医療費の上位 10 位（平成 28 年度）

順位	大分類名	医療費（円）	構成比（%）
1	新生物	106,786,070	19.0
2	精神及び行動の障害	91,630,450	16.3
3	循環器系の疾患	91,560,490	16.3
4	筋骨格系及び結合組織の疾患	48,186,690	8.6
5	腎尿路生殖器系の疾患	40,676,870	7.2
6	損傷，中毒及びその他の外因の影響	28,645,320	5.1
7	呼吸器系の疾患	24,094,300	4.3
8	消化器系の疾患	22,441,450	4.0
9	眼及び付属器の疾患	15,709,240	2.8
10	神経系の疾患	15,669,460	2.8

は生活習慣病に係わる疾患

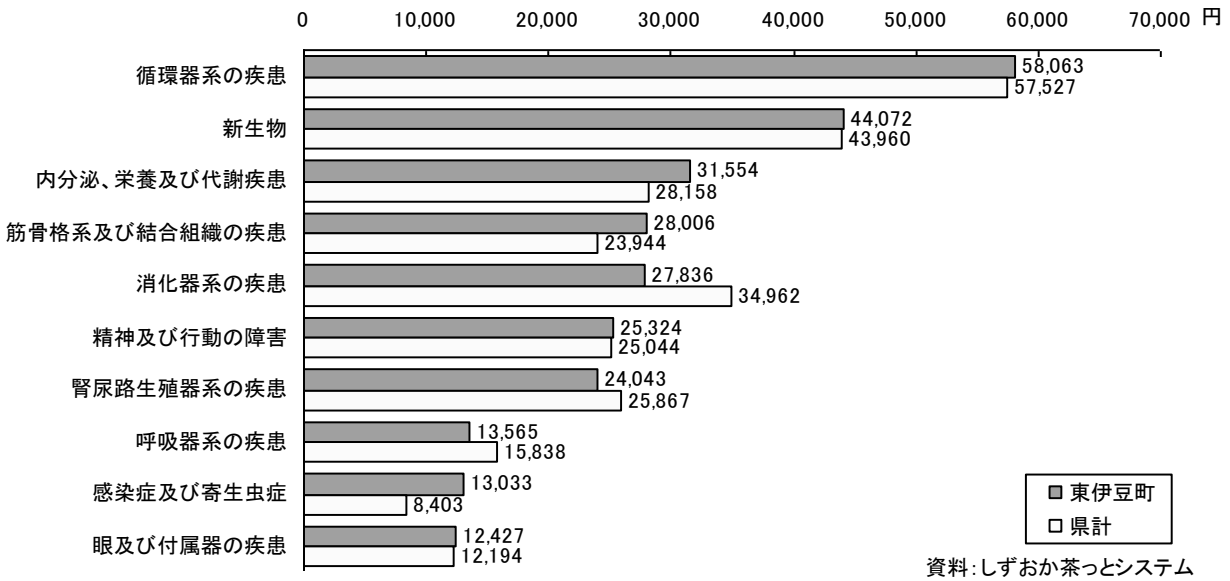
疾病大分類別外来医療費の上位 10 位（平成 28 年度）

順位	大分類名	医療費（円）	構成比（%）
1	循環器系の疾患	132,785,750	16.3
2	内分泌，栄養及び代謝疾患	113,721,740	14.0
3	腎尿路生殖器系の疾患	98,325,810	12.1
4	新生物	85,853,510	10.5
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	77,316,950	9.5
6	呼吸器系の疾患	52,555,610	6.4
7	感染症及び寄生虫症	47,619,570	5.8
8	消化器系の疾患	42,364,710	5.2
9	眼及び付属器の疾患	39,079,500	4.8
10	神経系の疾患	33,496,500	4.1

は生活習慣病に係わる疾患　　資料：KDBシステム

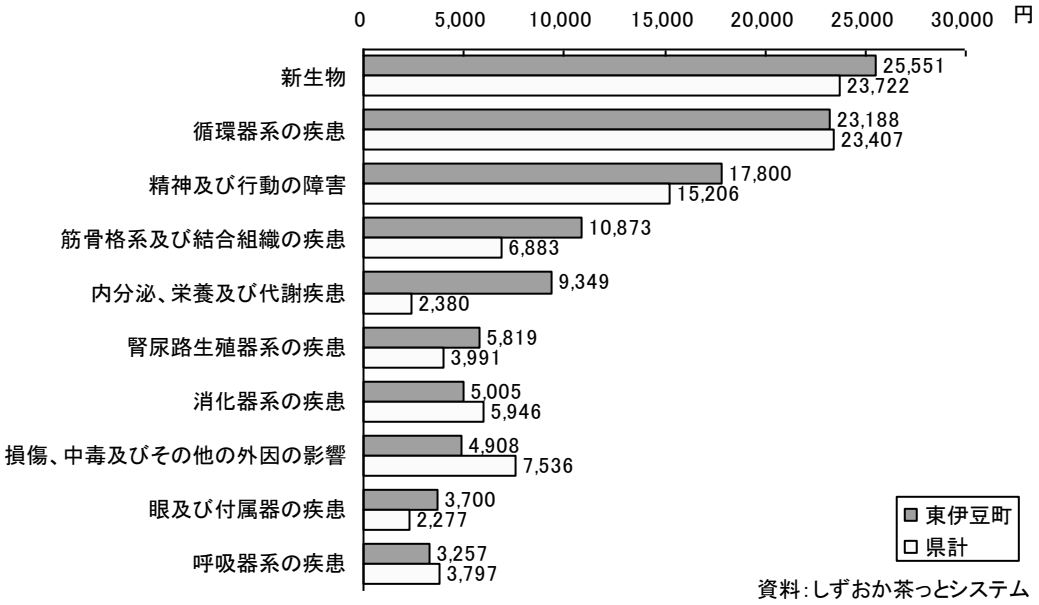
１人当たり医療費及び入院１人当たり医療費を県と比較すると、県を大きく上回るのは、１人当たり医療費では「内分泌、栄養及び代謝疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「感染症及び寄生虫症」です。入院１人当たり医療費になると、「新生物」「精神及び行動の障害」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「腎尿路生殖器系の疾患」となります。

疾病大分類別入院・入院外1人当たり費用額の上位 10 位（平成 28 年度）（歯科分を含む・調剤金額を含む）



資料：しずおか茶っとシステム

疾病大分類別入院１人当たり費用額の上位 10 位（平成 28 年度）（歯科分を含む）



資料：しずおか茶っとシステム

疾病別中分類による平成 28 年度の医療費に占める割合は、「腎不全」8.2%が最も多く、次いで「その他の悪性新生物」6.3%、「糖尿病」及び「高血圧性疾患」ともに 5.7%と続き、いずれも生活習慣病関連です。

入院・外来別にみると、平成 28 年度の入院医療費に占める割合の上位は、「統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害」9.6%、「その他の悪性新生物」8.2%、「虚血性心疾患」6.2%となっています。

外来医療費に占める割合の上位は、「腎不全」10.1%、「高血圧性疾患」9.5%、「糖尿病」9.0%、「その他の悪性新生物」5.0%など、生活習慣病関連が上位を占めています。

疾病中分類別医療費の上位 10 位（平成 28 年度）

順位	中分類名	医療費（円）	構成比（%）
1	腎不全	113,085,690	8.2
2	その他の悪性新生物	86,939,130	6.3
3	糖尿病	79,114,240	5.7
4	高血圧性疾患	78,581,900	5.7
5	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	71,430,410	5.2
6	その他の心疾患	52,169,000	3.8
7	虚血性心疾患	46,740,270	3.4
8	その他（上記以外のもの）	43,279,820	3.1
9	ウイルス肝炎	40,393,170	2.9
10	脊椎障害（脊椎症を含む）	39,708,200	2.9

は生活習慣病に係わる疾患　　資料：KDBシステム

疾病中分類別入院医療費の上位 10 位（平成 28 年度）

順位	中分類名	医療費（円）	構成比（%）
1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	54,021,460	9.6
2	その他の悪性新生物	46,287,160	8.2
3	虚血性心疾患	34,953,120	6.2
4	その他（上記以外のもの）	32,553,620	5.8
5	腎不全	31,144,000	5.5
6	その他の心疾患	24,215,490	4.3
7	脊椎障害（脊椎症を含む）	20,915,000	3.7
8	脳梗塞	18,976,810	3.4
9	骨折	17,234,190	3.1
10	気分（感情）障害（躁うつ病を含む）	17,092,250	3.0

は生活習慣病に係わる疾患　　資料：KDBシステム

疾病中分類別外来医療費の上位 10 位（平成 28 年度）

順位	中分類名	医療費（円）	構成比（%）
1	腎不全	81,941,690	10.1
2	高血圧性疾患	77,368,450	9.5
3	糖尿病	73,247,390	9.0
4	その他の悪性新生物	40,651,970	5.0
5	ウイルス肝炎	37,020,940	4.5
6	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	36,253,270	4.4
7	その他の心疾患	27,953,510	3.4
8	その他の眼及び付属器の疾患	25,031,930	3.1
9	脊椎障害（脊椎症を含む）	18,793,200	2.3
10	その他の神経系の疾患	17,881,840	2.2

は生活習慣病に係わる疾患　　資料：KDBシステム

（４）主要な生活習慣病関連の医療費

主要な生活習慣病別の医療費と年齢との状況をみると、年齢とともに１人当たりの医療費は高くなる傾向にあり、特に 50 歳代及び 60 歳代で顕著になっており、加齢に伴い発症リスクが高くなっています。また、１人当たり医療費の最も高い「循環器疾患」では、70～74 歳の１人当たり医療費は 10 万円を超えています。

これら疾病を合計した１人当たり医療費は、70～74 歳が約 24 万円、60 歳代が約 20 万円、50 歳代が約 14 万円、40 歳代で約４万円となっています。

循環器疾患の医療費の状況（平成 28 年度）

	被保険者数（人）	医療費（円）	１人当たり医療費（円）
29歳以下	578	196,010	339
30～39歳	226	1,394,490	6,170
40～49歳	470	7,750,010	16,489
50～59歳	519	13,740,220	26,474
60～69歳	1,755	105,118,940	59,897
70～74歳	949	96,146,570	101,314
計	4,497	224,346,240	49,888

資料：KDBシステム

新生物の医療費の状況（平成 28 年度）

	被保険者数（人）	医療費（円）	１人当たり医療費（円）
29歳以下	578	1,179,850	2,041
30～39歳	226	763,320	3,378
40～49歳	470	1,150,880	2,449
50～59歳	519	21,459,520	41,348
60～69歳	1,755	109,538,330	62,415
70～74歳	949	58,547,680	61,694
計	4,497	192,639,580	42,837

資料：KDBシステム

内分泌、栄養及び代謝疾患の状況（平成 28 年度）

	被保険者数（人）	医療費（円）	１人当たり医療費（円）
29歳以下	578	1,158,650	2,005
30～39歳	226	1,094,980	4,845
40～49歳	470	7,717,850	16,421
50～59歳	519	10,907,850	21,017
60～69歳	1,755	61,421,830	34,998
70～74歳	949	38,612,480	40,688
計	4,497	120,913,640	26,888

資料：KDBシステム

腎尿路性器系疾患の状況（平成 28 年度）

	被保険者数（人）	医療費（円）	1人当たり医療費（円）
29歳以下	578	398,170	689
30～39歳	226	508,020	2,248
40～49歳	470	1,968,770	4,189
50～59歳	519	26,693,150	51,432
60～69歳	1,755	77,732,330	44,292
70～74歳	949	31,702,240	33,406
計	4,497	139,002,680	30,910

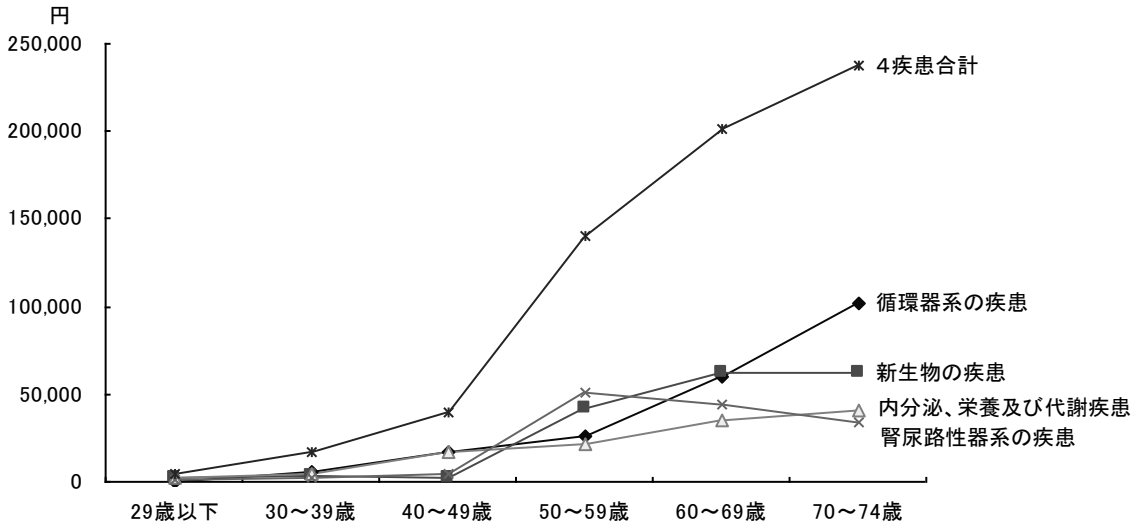
資料：KDBシステム

４疾患合計の状況（平成 28 年度）

	被保険者数（人）	医療費（円）	1人当たり医療費（円）
29歳以下	578	2,932,680	5,074
30～39歳	226	3,760,810	16,641
40～49歳	470	18,587,510	39,548
50～59歳	519	72,800,740	140,271
60～69歳	1,755	353,811,430	201,602
70～74歳	949	225,008,970	237,101
計	4,497	676,902,140	150,523

資料：KDBシステム

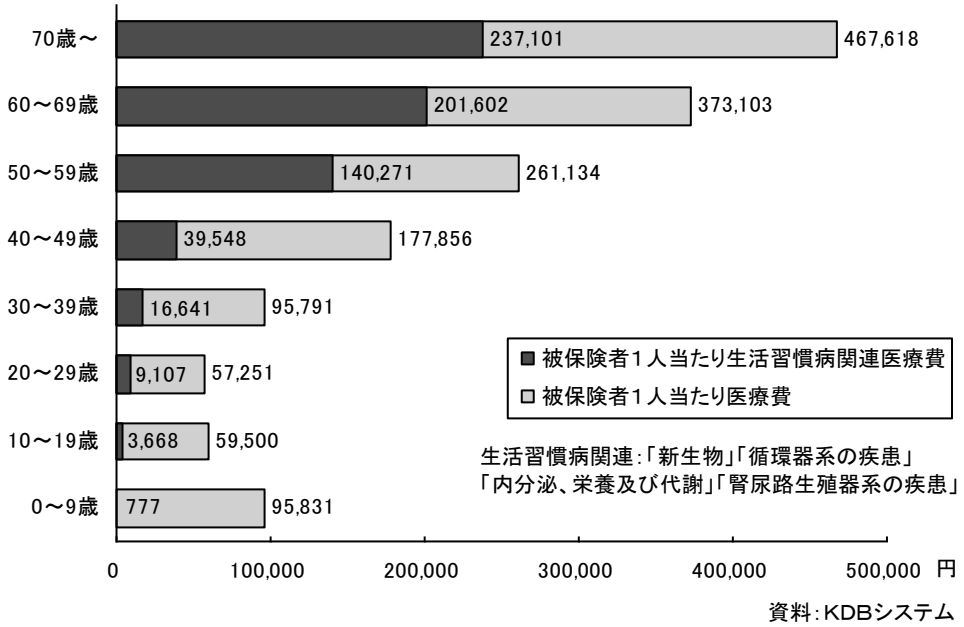
１人当たり医療費の状況（平成 28 年度）



資料：KDBシステム

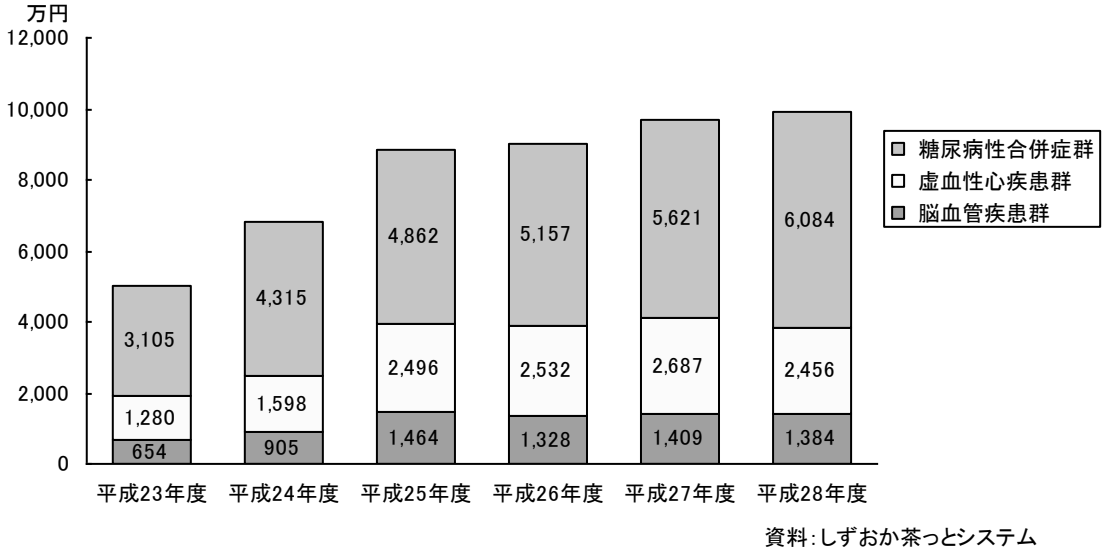
年齢別の被保険者１人当たり医療費では、40 歳代では約 17 万円ですが、60 歳代では約 37 万円と２倍を超え、70 歳以上では約 46 万円となっています。生活習慣病関連の医療費も年齢とともに増加し、50 歳代からは生活習慣病関連医療費が５割を超えています。

年齢別医療費（平成 28 年度）



糖尿病の合併症群の医療費は高く、虚血性心疾患群、脳血管疾患群を大きく上回ります。平成 23 年度から 28 年度にかけての増加率は、糖尿病性合併症群が最も高くなっています。

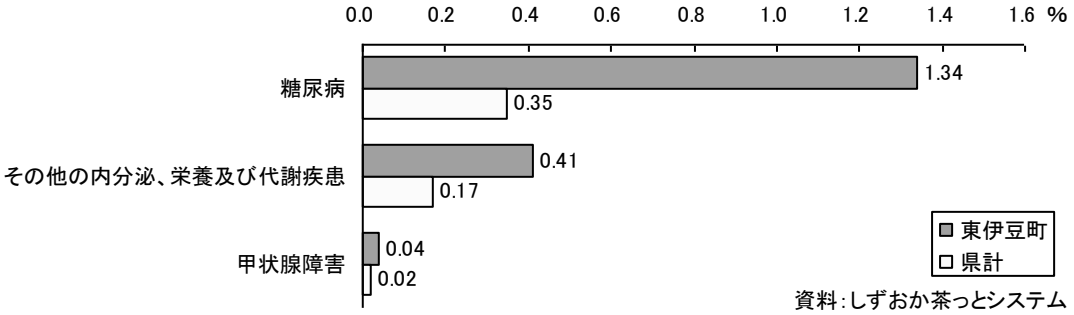
生活習慣病の重症化疾患群の医療費の推移（入院外）



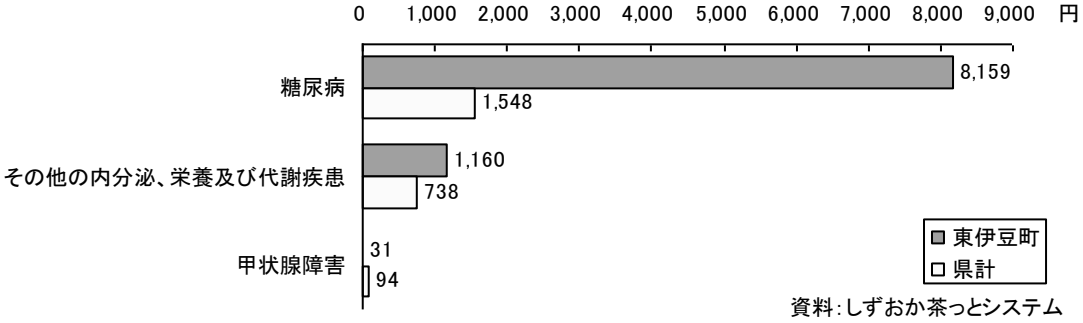
糖尿病性合併症群：糖尿病性腎症、網膜症、神経障害、潰瘍・壊疽など
虚血性心疾患群：心肥大、心不全、狭心症、心筋梗塞など
脳血管疾患群：脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など

「糖尿病」及び「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」受診率及び１人当たり入院費用額を県と比べると、いずれも東伊豆町が県を大きく上回ります。

内分泌、栄養及び代謝疾患入院受診率の比較（平成 28 年度）（歯科分を含む）



内分泌、栄養及び代謝疾患１人当たり入院費用額の比較（平成 28 年度）（歯科分を含む）



（５）レセプト１件当たりの医療費

レセプト１件当たりの医療費は、「腎不全」の約 32 万円が最も多く、次いで「頭蓋内損傷及び内臓の損傷」の 288,092 円、「白血病」の 233,438 円と続きます。

中分類による疾病別レセプト１件当たりの医療費（上位 10 疾病）（平成 28 年度）

順位	中分類名	医療費（円）	レセプト件数（件）	レセプト1件当たりの医療費（円）
1	腎不全	81,134,920	249	325,843
2	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	6,049,940	21	288,092
3	白血病	4,435,320	19	233,438
4	気管、気管支及び肺の悪性新生物	21,015,140	96	218,908
5	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	14,086,770	66	213,436
6	肝及び肝内胆管の悪性新生物	1,780,920	9	197,880
7	悪性リンパ腫	10,765,780	55	195,741
8	その他のウイルス疾患	2,054,560	11	186,778
9	ウイルス肝炎	42,241,740	228	185,271
10	その他の悪性新生物	86,071,820	516	166,806

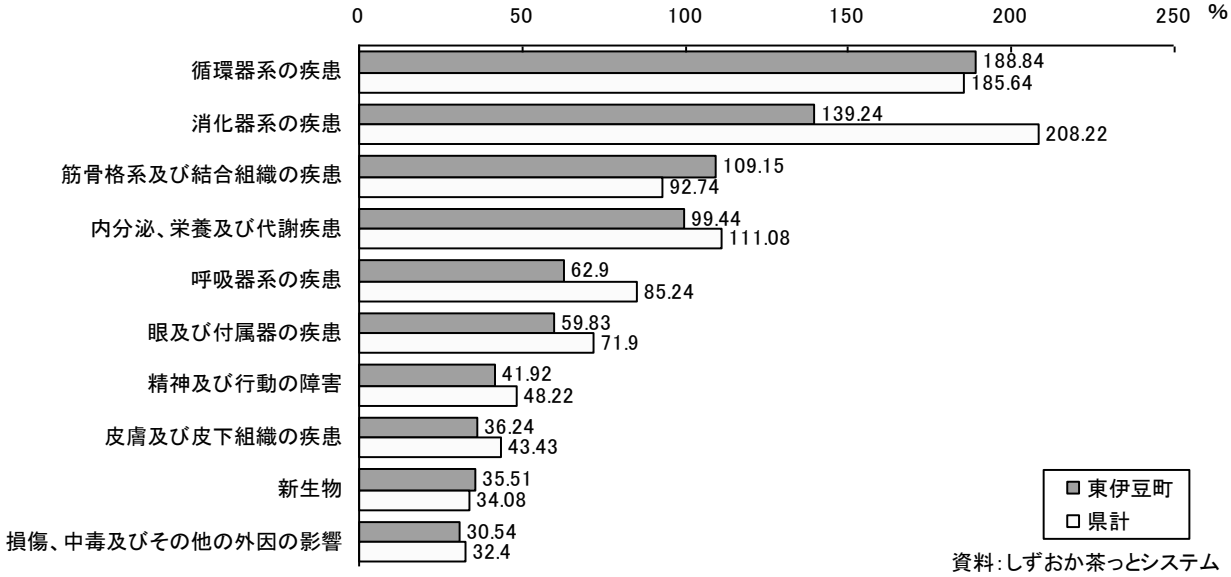
資料：疾病分類統計表

（６）受診率（※7）の状況

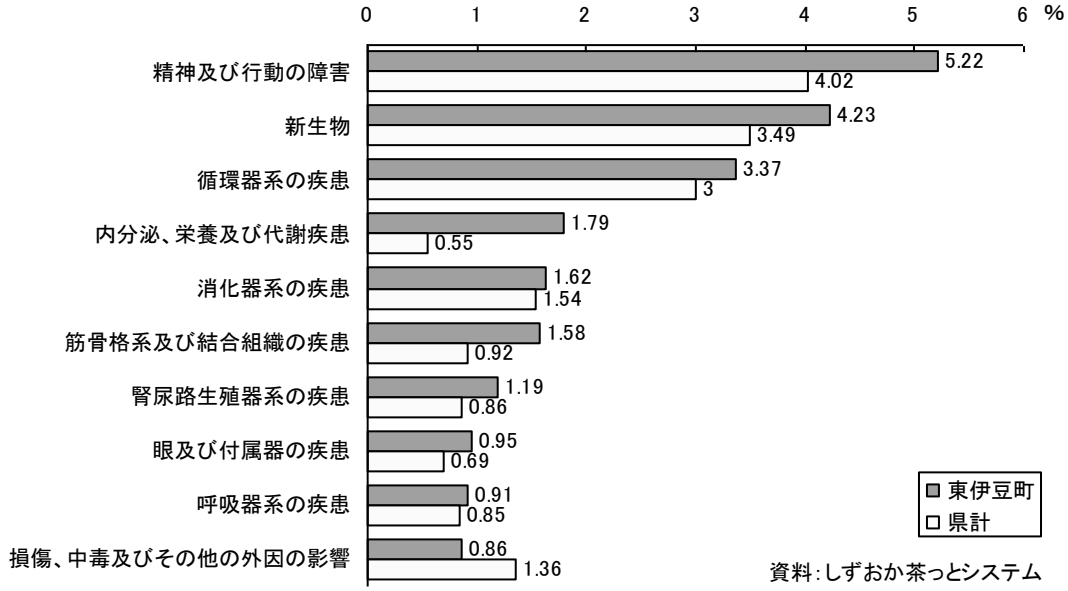
受診率が県より高い疾患は、「循環器系の疾患」及び「筋骨格系及び結合組織の疾患」をあげることができます。

これに対し、入院の受診率は「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで「新生物」、「循環器系の疾患」と続きますが、これら上位をはじめとした多くの疾患で県を上回ります。

疾病大分類別受診率の上位 10 位（平成 28 年度）（歯科分を含む）



疾病大分類別入院受診率の上位 10 位（平成 28 年度）（歯科分を含む）



※７　受診率

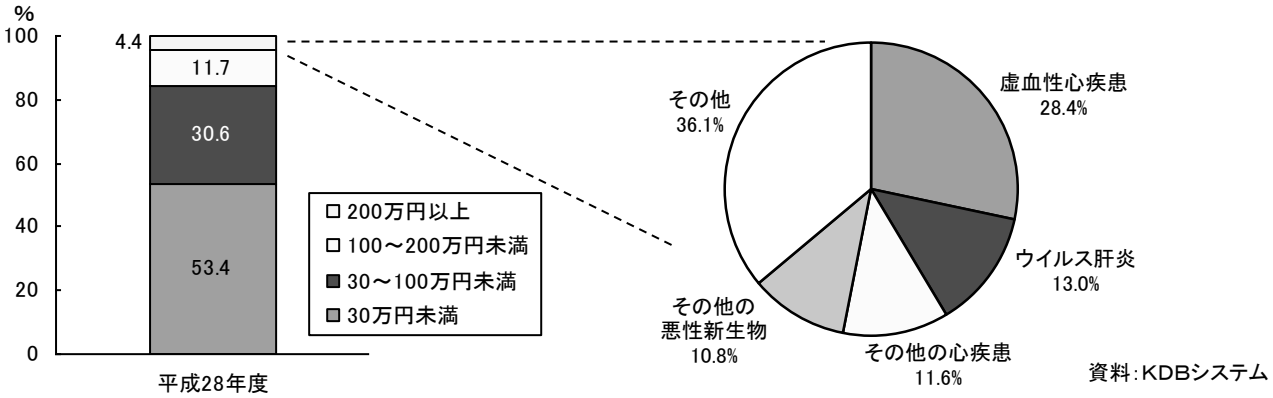
一定期間内に医療機関にかかった人の割合を表し、被保険者 1,000 人当たりのレセプト件数を示す。

（７）高額医療費の状況

200 万円以上の高額医療費は、平成 28 年度患者数は 20 人、医療費は 6,023 万円であり、医療費全体に占める割合は 4.4%となっています。

高額医療の要因となる主な疾病は「虚血性心疾患」であり、高額医療費に占める割合は 28.4%となっています。

費用額別医療費の構成比（平成 28 年度）　高額医療費に占める主な疾病割合（平成 28 年度）



（８）人工透析の状況

疾病別医療費が１位である「腎不全」は、重症化するとやがて人工透析が必要になり、負担する医療費が高額となります。

平成 28 年８月現在、人工透析患者数は 17 人であり、年齢別では 60～64 歳が９人と最も多く、次いで 50 歳代の４人、65～74 歳の４人となっています。

保有疾患では、高血圧症が最も多く 15 人、次いで糖尿病の 11 人、高尿酸血症の 10 人、脂質異常症の７人の順であり、複数の疾患を併せ持っていることがわかります。

人工透析（平成 28 年８月診療分）

被保険者数（人）		人工透析患者	糖尿病	高血圧症	高尿酸血症	脂質異常症	糖尿病性腎症
20歳代以下	614	0	0	0	0	0	0
30歳代	242	0	0	0	0	0	0
40歳代	531	0	0	0	0	0	0
50歳代	555	4	3	4	3	2	1
60～64歳	636	9	6	9	6	4	4
65～74歳※	2,193	4	2	2	1	1	0
総 計	4,771	17	11	15	10	7	5

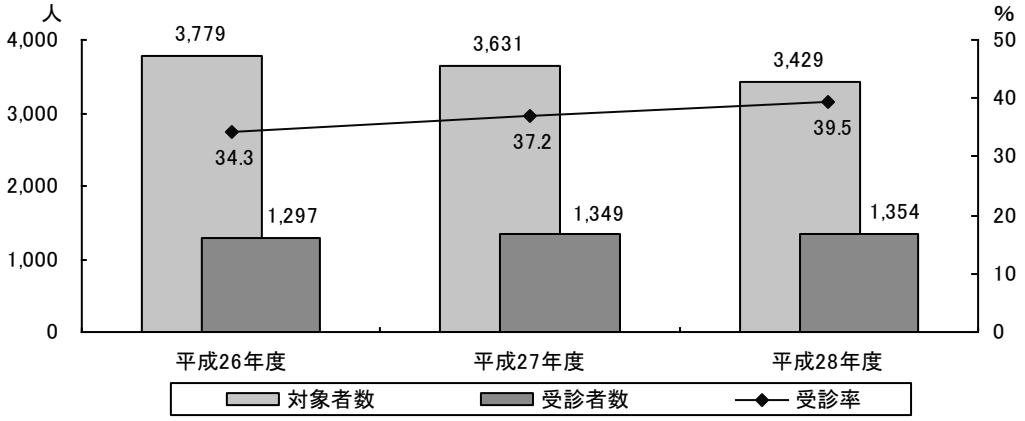
※65～74歳としたのは、個人が特定されないよう処理をしたため。　資料：KDBシステム

３．特定健康診査の実施の状況

（１）受診者数と受診率

特定健康診査の受診者数は、平成 26 年度から 27 年度に 52 人増加、平成 27 年度から 28 年度に５人増加となっています。受診率は次第に増加し、平成 28 年度 39.5%となっています。

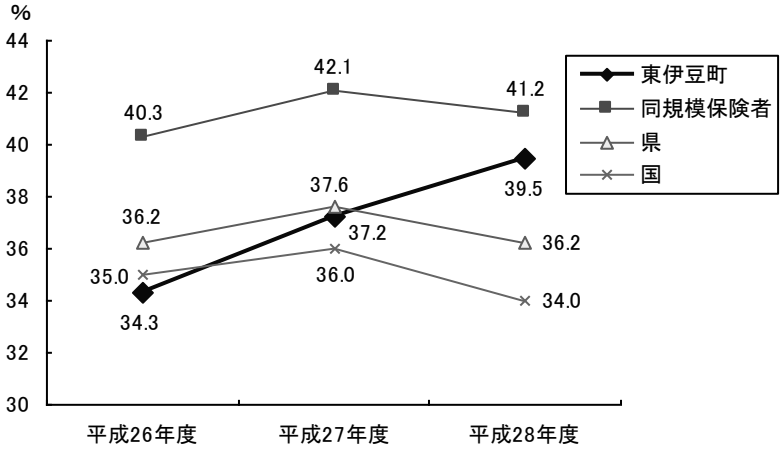
受診者数と受診率



資料：KDBシステム

受診率について、国・県・同規模保険者を比較すると、東伊豆町の平成 28 年度 39.5%は、同規模保険者よりはやや下回りますが、国・県より上回ります。

特定健康診査の受診率の推移

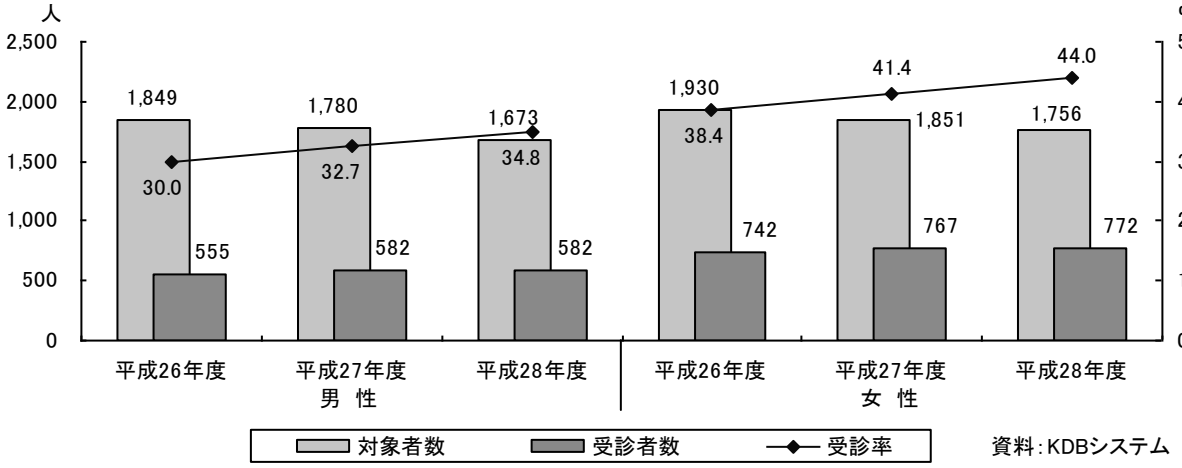


資料：KDBシステム

（２）男女・年齢別の受診者数と受診率

性別の受診者、受診率では、いずれも女性が男性を上回って推移しています。平成28年度の受診者数は、男性582人、女性772人、受診率は男性34.8%、女性44.0%となっています。

性別受診者数と受診率



資料：KDBシステム

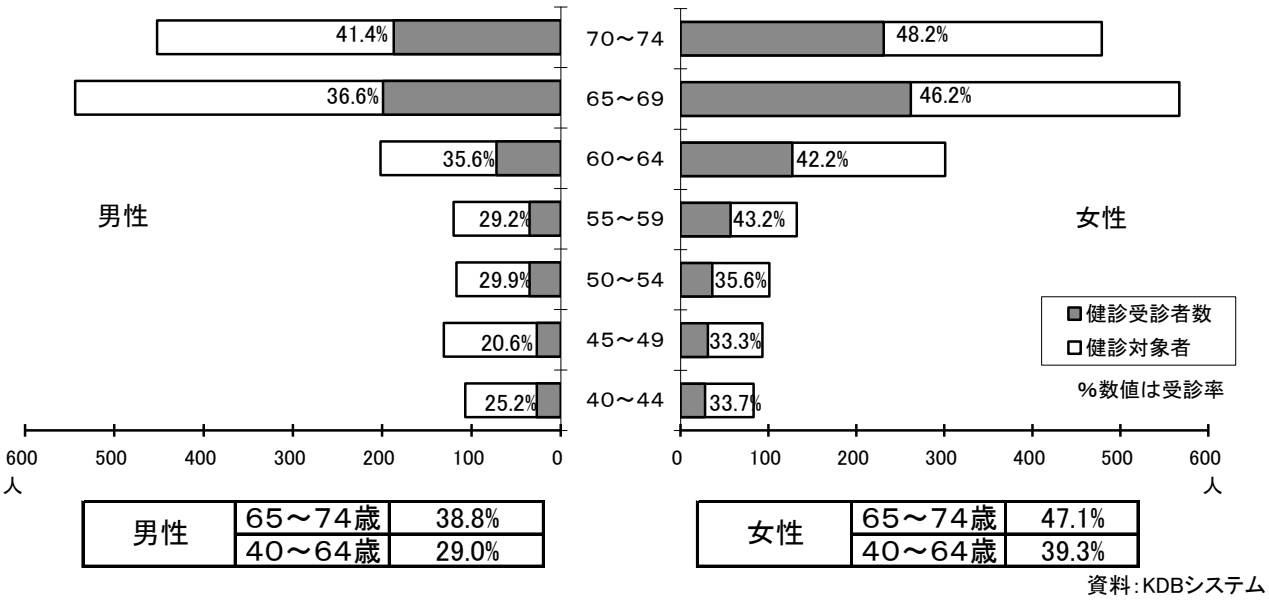
性・年齢別の受診者数は、多い順に女性の65～69歳の262人、70～74歳の231人、男性の65～69歳の199人と続きます。受診率の上位は、いずれも女性であり、70～74歳の48.2%、65～69歳の46.2%、55～59歳の43.2%、60～64歳の42.2%となっています。

性・年齢別の受診状況（平成28年度）

単位：人、%

性	年齢	健診受診者数	健診対象者数	受診者数/健診対象者数
男性	40～44	27	107	25.2
	45～49	27	131	20.6
	50～54	35	117	29.9
	55～59	35	120	29.2
	60～64	72	202	35.6
	65～69	199	544	36.6
	70～74	187	452	41.4
女性	40～44	28	83	33.7
	45～49	31	93	33.3
	50～54	36	101	35.6
	55～59	57	132	43.2
	60～64	127	301	42.2
	65～69	262	567	46.2
	70～74	231	479	48.2

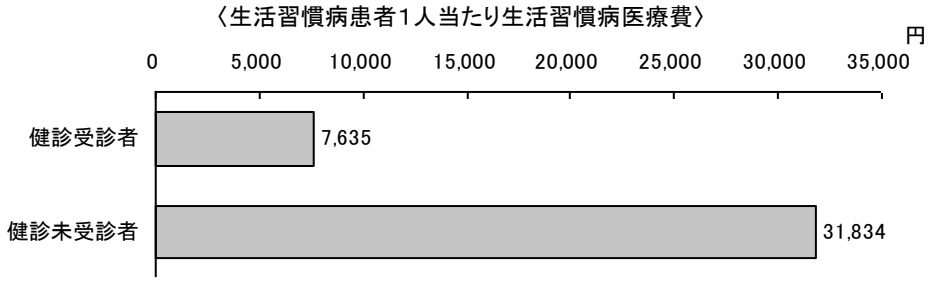
資料：KDBシステム



（３）特定健診未受診者の生活習慣病医療費の状況

特定健診の受診の有無と生活習慣病患者１人当たり生活習慣病医療費については、健診受診者が 7,635 円、未受診者が 31,834 円となっています。

特定健診の受診の有無と医療費（平成 28 年度）



（４）メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボリックシンドローム該当者・予備群の受診者数に対する割合は、平成 26 年度 24.1%、27 年度 24.4%、28 年度 26.4%と次第に増加しつつあります。

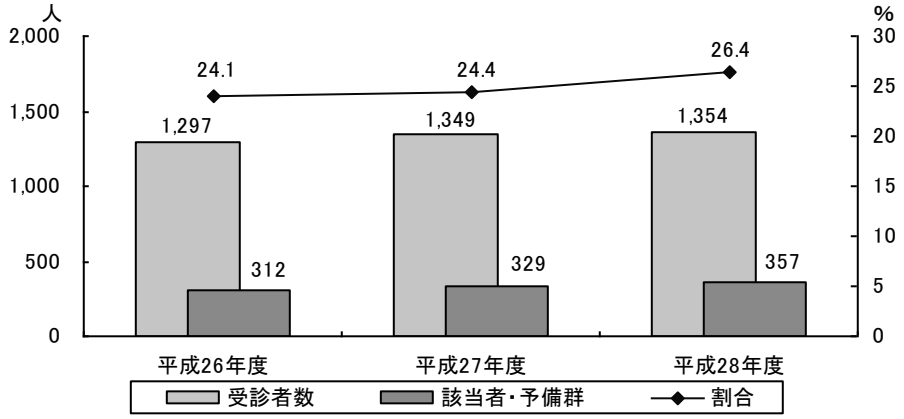
予備群は、平成 26 年度 9.6%、27 年度 10.2%、28 年度 9.8%とほぼ横ばいですが、該当者は、平成 26 年度 14.5%、27 年度 14.2%、28 年度 16.5%と増加しています。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

単位：人、%

区　分	平成26年度	平成27年度	平成28年度
受診者数	1,297	1,349	1,354
該当者・予備群	312	329	357
割合	24.1	24.4	26.4

資料：KDBシステム



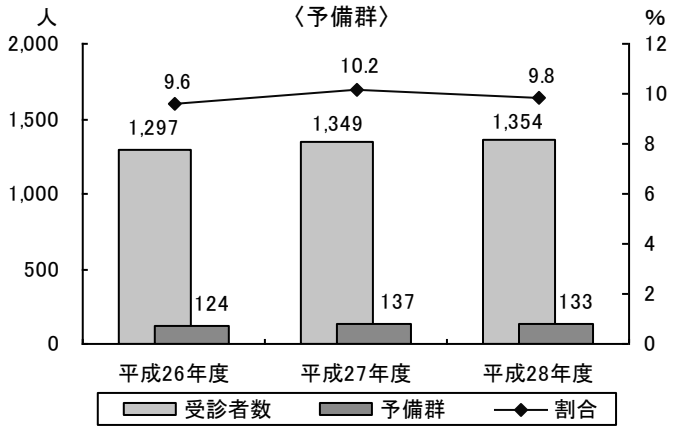
予備群　　単位：人、%

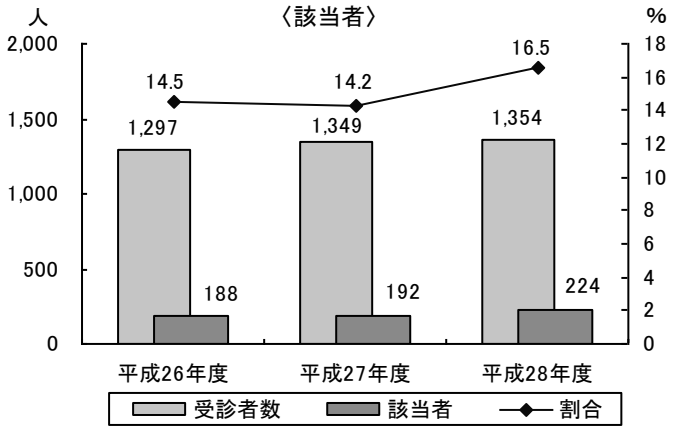
区　分	平成26年度	平成27年度	平成28年度
受診者数	1,297	1,349	1,354
予備群	124	137	133
割合	9.6	10.2	9.8

該当者　　単位：人、%

区　分	平成26年度	平成27年度	平成28年度
受診者数	1,297	1,349	1,354
該当者	188	192	224
割合	14.5	14.2	16.5

資料：KDBシステム

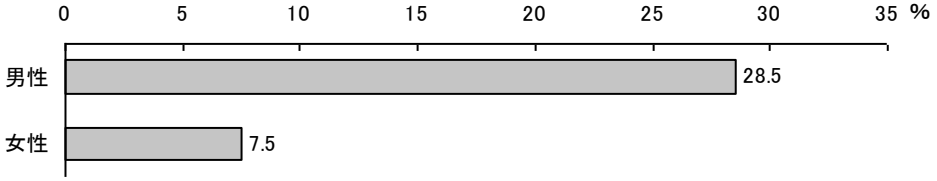




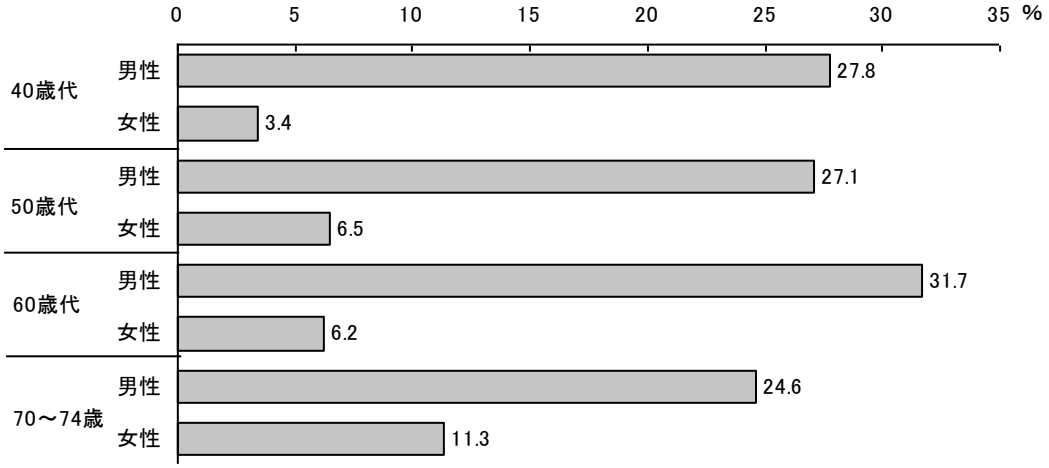
該当者は平成 28 年度 224 人、性別では男性 166 人、女性 58 人、受診者数に対する割合は男性 28.5%、女性 7.5%となっています。

性・年齢別では、どの年齢も男性が３割前後なのに対し、女性は１割以下にとどまっています。

性別メタボリックシンドローム該当者の割合（平成 28 年度）



性・年齢別メタボリックシンドローム該当者の割合（平成 28 年度）



４．特定健診結果の分析

（１）有所見者の状況

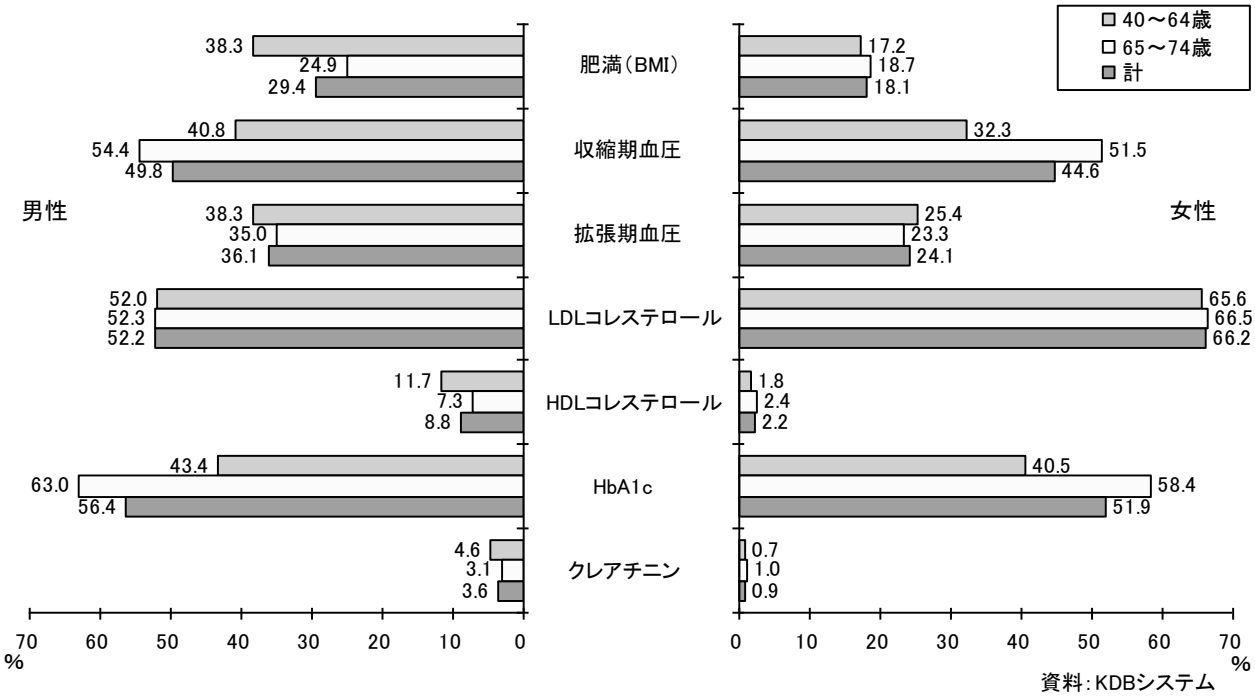
性・年齢別の割合は、次のとおりです。

「LDL コレステロール」を除いては、いずれの健診項目も男性が女性を上回ります。男性は、「HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）」が 56.4％と最も高く、次いで「LDL コレステロール」52.2％、「収縮期血圧」49.8％、「拡張期血圧」36.1％と続きます。

女性は、「LDL コレステロール」66.2％、「HbA1c」51.9％、「収縮期血圧」44.6％、「拡張期血圧」24.1％と続きます。

また、「HbA1c」は、男性、女性とも年齢が高まるとともに急増しています。

有所見者の割合（平成 28 年度）

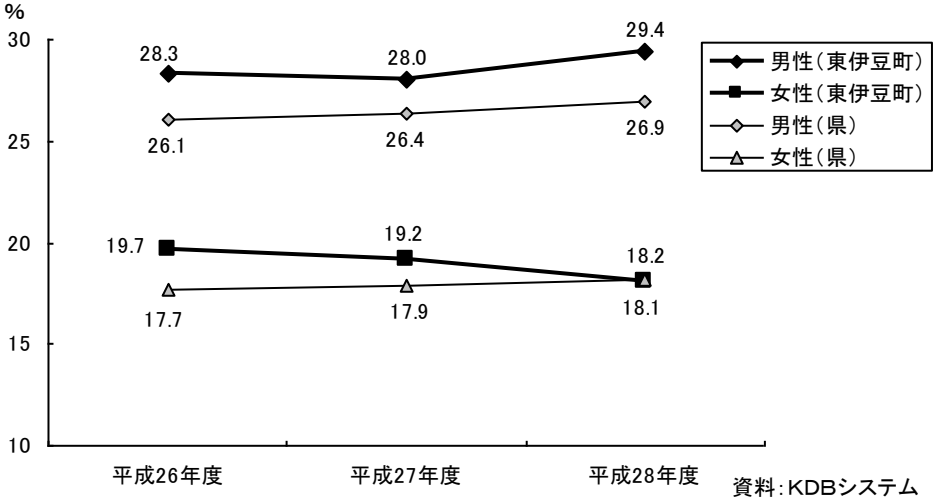


（２）肥満（BMI）の状況

「肥満」の基準値以上（25 以上）の割合をみると、男性が女性を上回って推移しており、平成 28 年度男性 29.4%、女性 18.1%となっています。

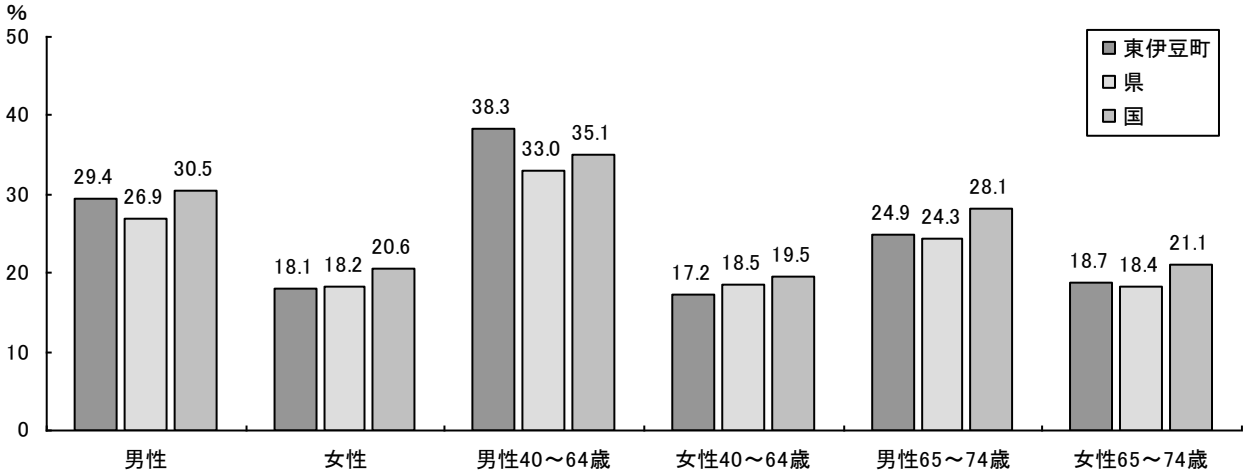
平成 28 年度の国･県との比較では､男性の 40～64 歳における東伊豆町の 38.3%は、国 35.1%、県 33.0%を上回ります。

ＢＭＩ有所見者（基準値以上）割合の推移



資料：KDBシステム

ＢＭＩ有所見者（基準値以上）割合の比較（平成 28 年度）



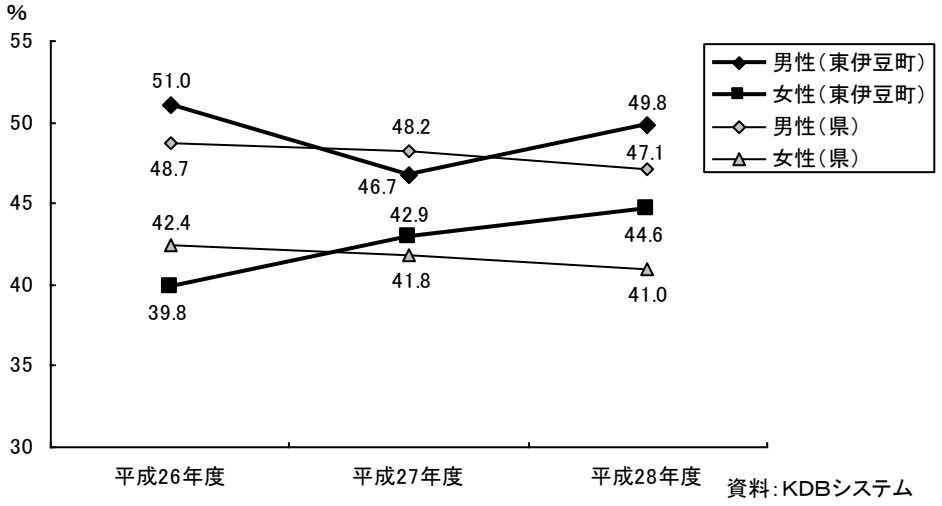
資料：KDBシステム

（３）血圧の状況

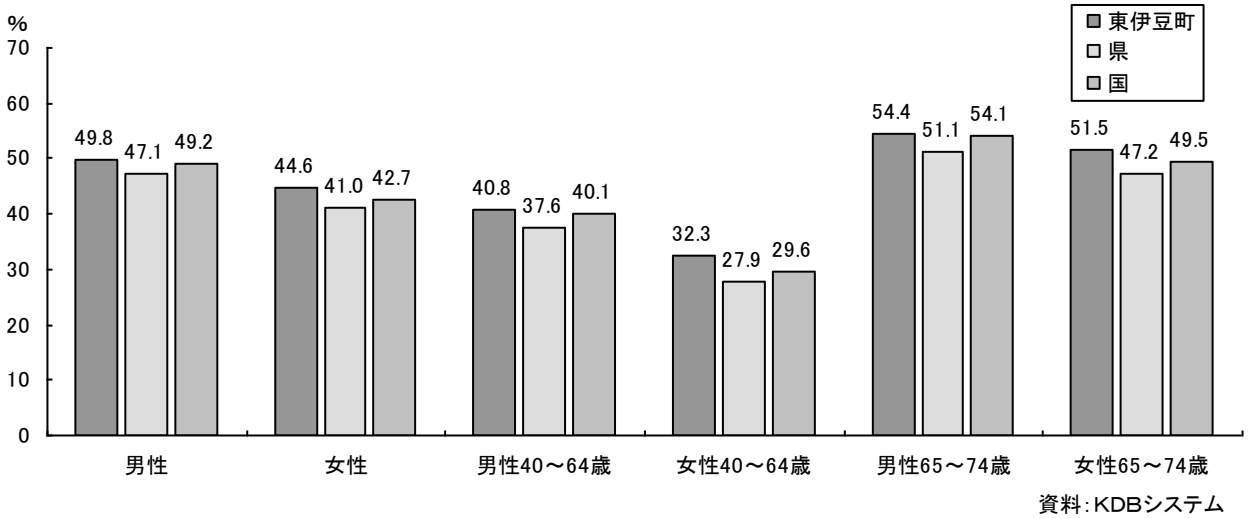
「収縮期血圧」の保健指導判定値（130mmHg 以上）の割合をみると、平成 28 年度男性 49.8%、女性 44.6%であり、いずれも県を上回ります。

平成 28 年度の国・県との比較では、男性、女性とも国・県を上回り、年齢別では 65～74 歳の男女とも半数を超えています。

収縮期血圧有所見者（保健指導判定値）割合の推移



収縮期血圧有所見（保健指導判定値）者割合の比較（平成 28 年度）

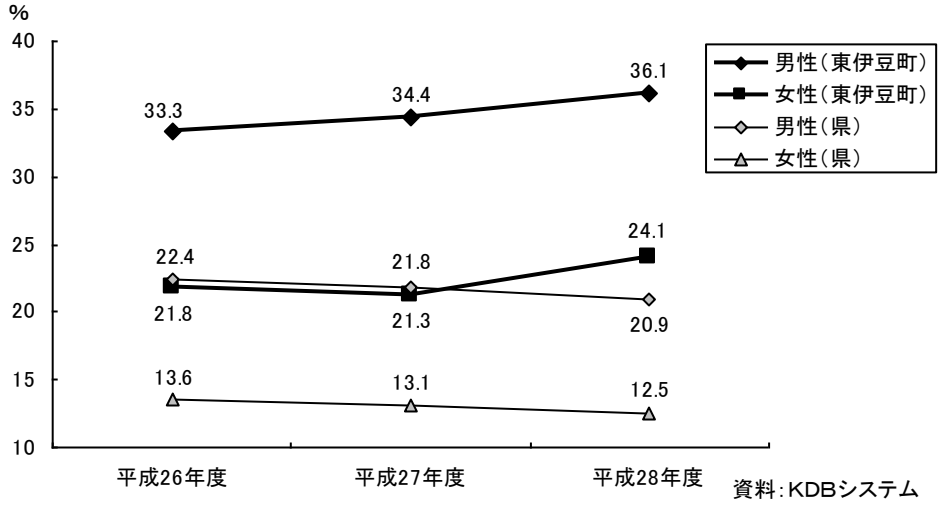


「収縮期血圧」とは、心臓が収縮し、血液が心臓から全身に送り出された状態ですが、血圧が最も高くなるため、最高血圧とも呼ばれます。140mmHg 以上で高血圧と診断されます。

「拡張期血圧」の保健指導判定値（85mmHg 以上）の割合をみると、平成 28 年度男性 36.1%、女性 24.1%となっています。

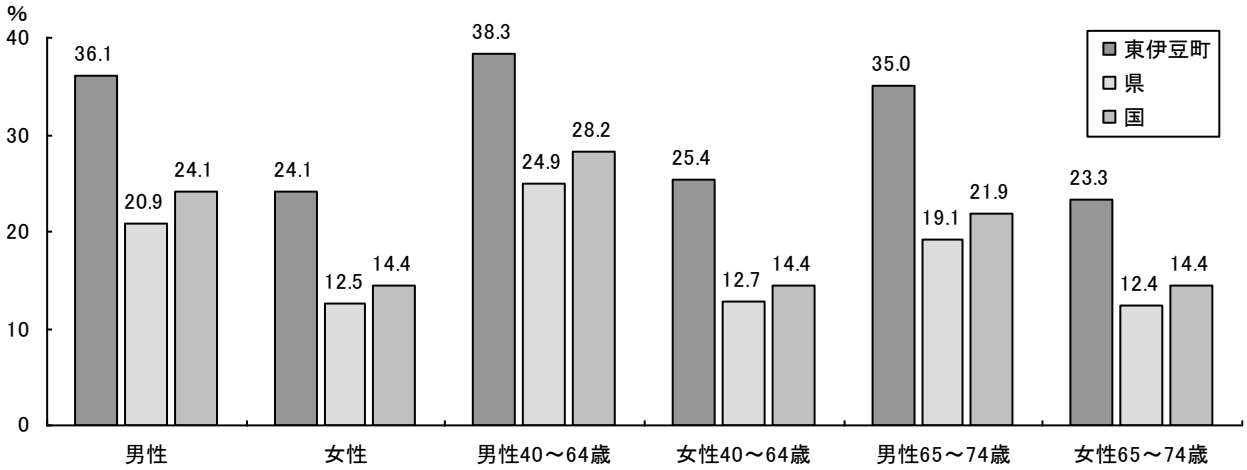
平成 28 年度の国・県との比較では、男性の平均、女性の平均とも国・県を大きく上回り、男性女性とも、いずれの年代でも国・県を上回ります。

拡張期血圧有所見者（保健指導判定値）割合の推移



資料：KDBシステム

拡張期血圧有所見者（保健指導判定値）割合の比較（平成 28 年度）



資料：KDBシステム

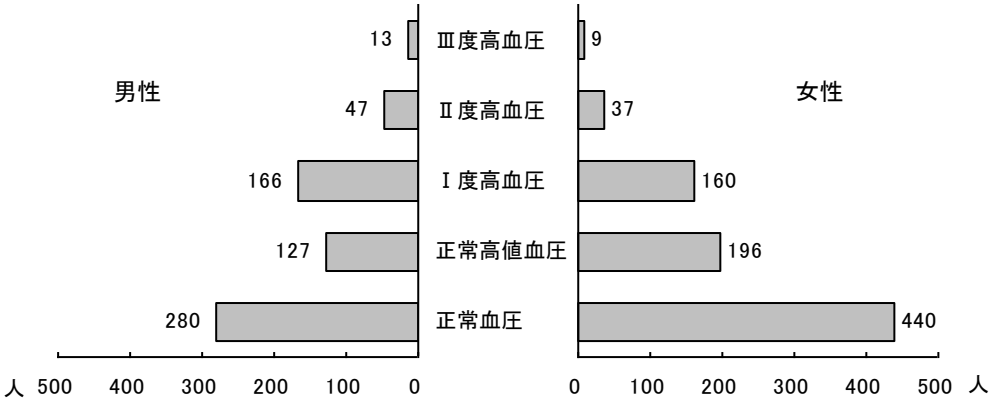
「拡張期血圧」とは、心臓が拡張し、血液が心臓へ戻った状態であり、血圧が最も低くなるため、最低血圧とも呼ばれます。90mmHg 以上で高血圧と診断されます。

血圧値が次の分類でⅠ度以上の人は高血圧とされますが、健診結果から東伊豆町では 432 人が高血圧と疑われ、その割合は受診者数の 29.3%、約３割です。性別では男性 226 人、35.9%、女性 206 人、24.5%となっています。

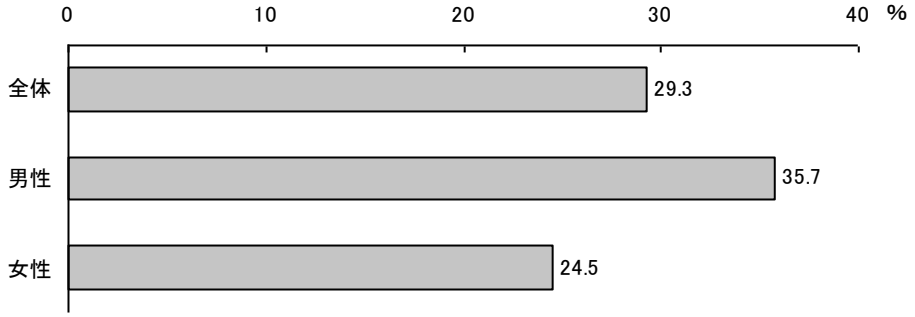
高血圧者の状況（平成 28 年度）

	収縮期(mmHg)	拡張期(mmHg)	全体(人)	男性(人)	女性(人)
Ⅲ度高血圧	≧180または	≧110	22	13	9
Ⅱ度高血圧	160～179または	100～109	84	47	37
Ⅰ度高血圧	140～159または	90～99	326	166	160
正常高値血圧	130～139または	85～89	323	127	196
正常血圧	＜130かつ	＜85	720	280	440
Ⅰ度以上高血圧者数			432	226	206
割合			29.3	35.7	24.5

資料:特定健診結果データ



Ⅰ度以上の割合（平成 28 年度）

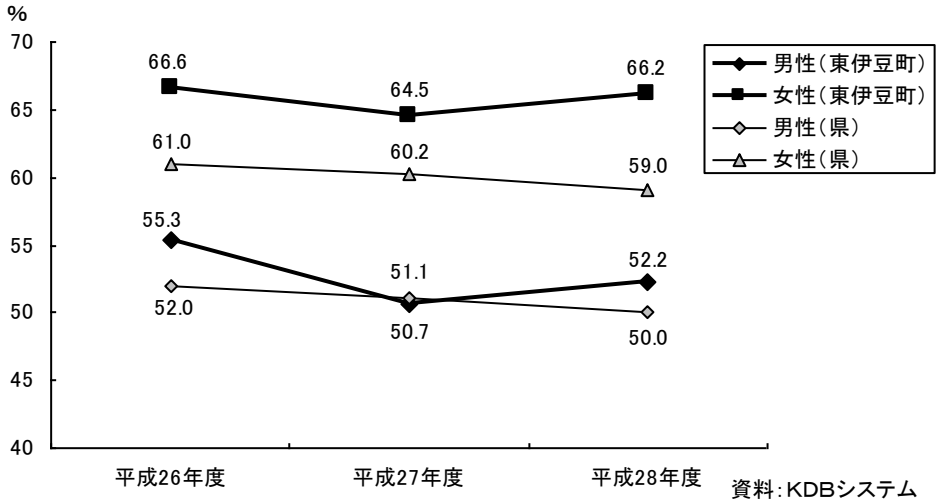


（４）コレステロールの状況

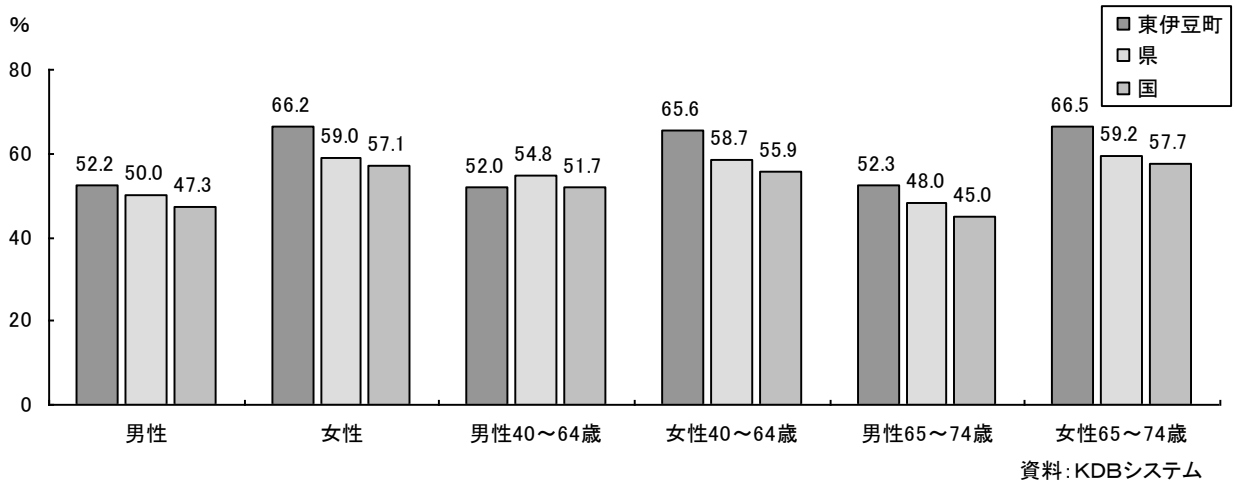
「LDL コレステロール」の保健指導判定値（120mg/dl 以上）の割合をみると、平成 28 年度男性 52.2%、女性 66.2%であり、女性が男性を上回ります。

平成 28 年度の国・県との比較では、男性、女性いずれも国・県を上回り、女性の 40～64 歳及び 65～74 歳いずれも国・県を上回ります。

LDL コレステロール有所見者（保健指導判定値）割合の推移

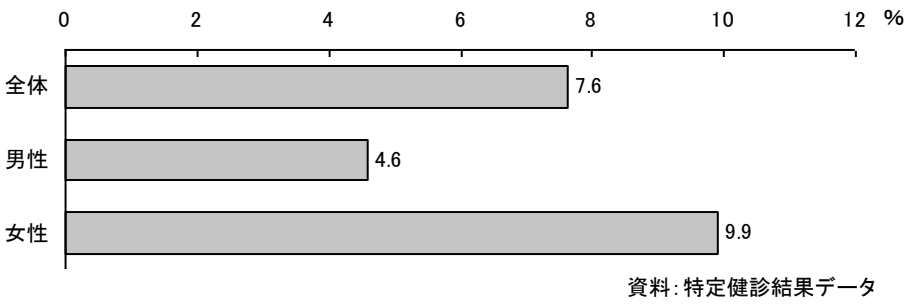


LDL コレステロール有所見者（保健指導判定値）割合の比較（平成 28 年度）



「LDL コレステロール」が高い場合には、動脈硬化が進行し、脳梗塞、心筋梗塞の原因になります。「LDL コレステロール」は加齢とともに増加しますが、対策が必要な 180mg/dl 以上の人は、東伊豆町では平成 28 年度 112 人、その割合は受診者数の 7.6%です。性別では、男性 29 人、4.6%、女性 83 人、9.9%と女性が多くなっています。

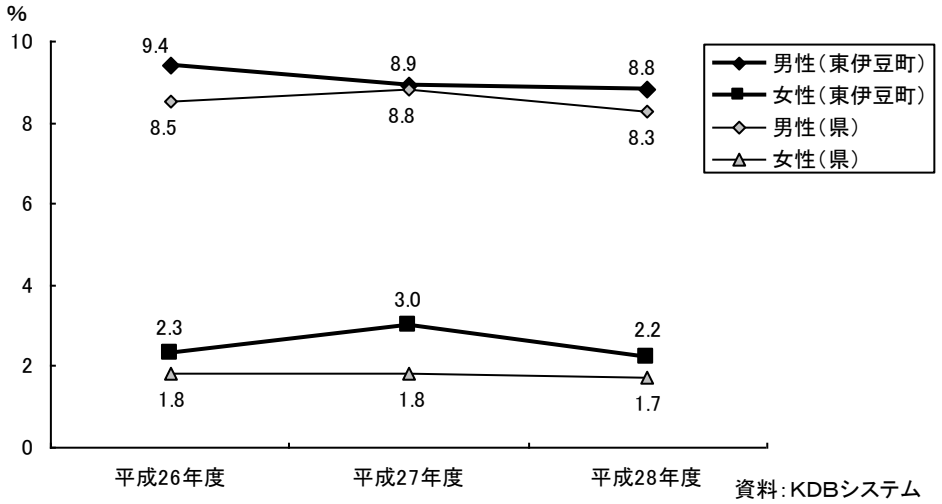
LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合（平成 28 年度）



「HDL コレステロール」の保健指導判定値（40mg/dl 未満）の割合をみると、平成28年度男性8.8%、女性2.2%であり、男性が女性を上回ります。

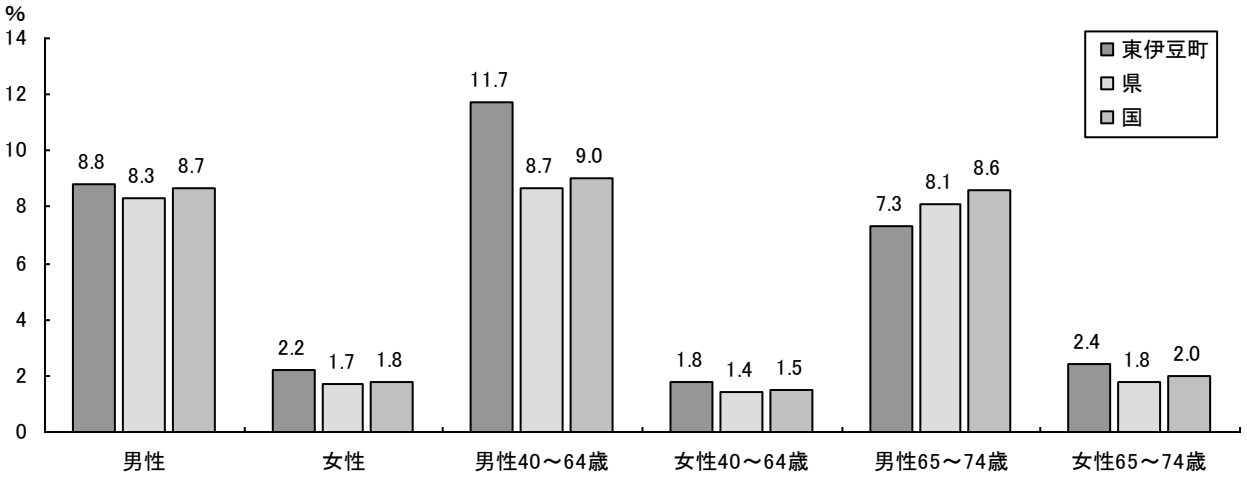
平成 28 年度の国・県との比較では、男性、女性とも国・県をやや上回り、男性の40～64歳及び女性の40～64歳、65～74歳いずれも国・県を上回ります。

HDL コレステロール有所見者（保健指導判定値）割合の推移



資料：KDBシステム

HDL コレステロール有所見者（保健指導判定値）割合の比較（平成 28 年度）



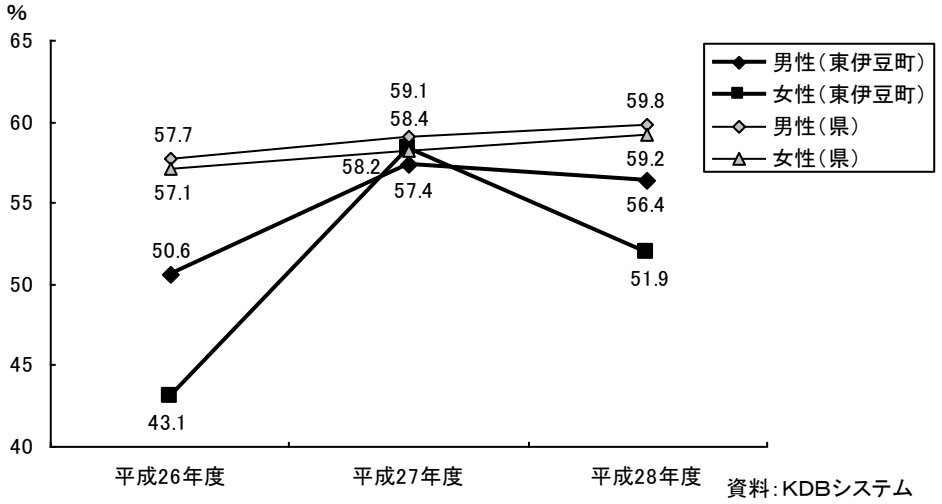
資料：KDBシステム

（５）HbA1c（ヘモグロビン・エーワンシー）の状況

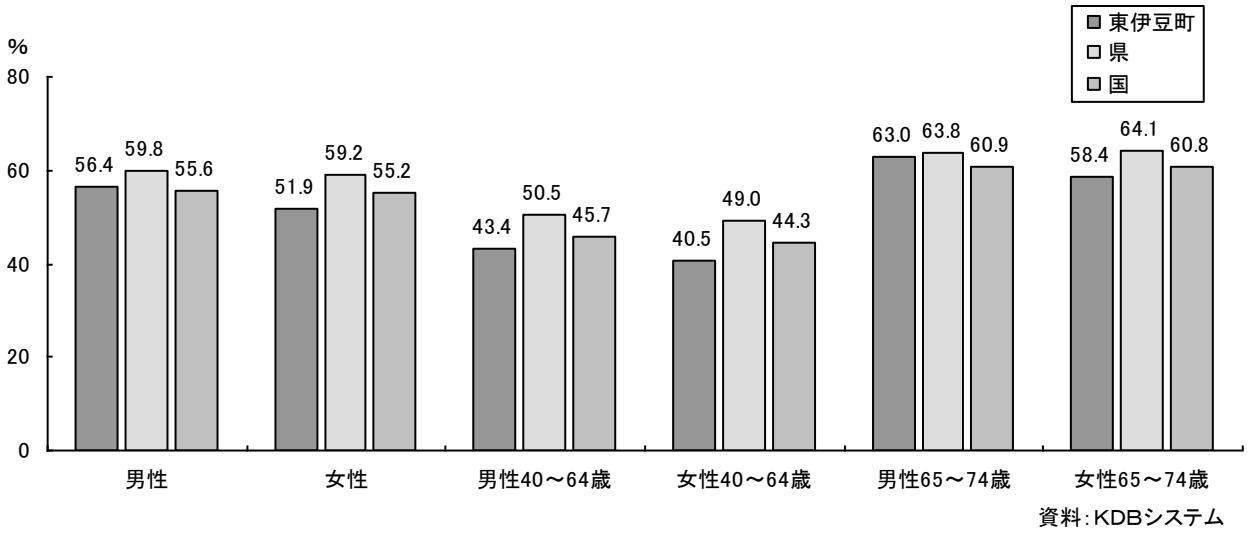
「HbA1c」の保健指導判定値(5.6%以上)の割合をみると、平成 28 年度男性 56.4%、女性 51.9%、いずれも半数を超えています。

平成 28 年度の国・県との比較では、男性は県を、女性は国・県を下回ります。また、40～64 歳は男性、女性いずれも国・県を下回り、65～74 歳では男性は県を、女性は国・県を下回ります。

HbA1c 有所見者（保健指導判定値）割合の推移



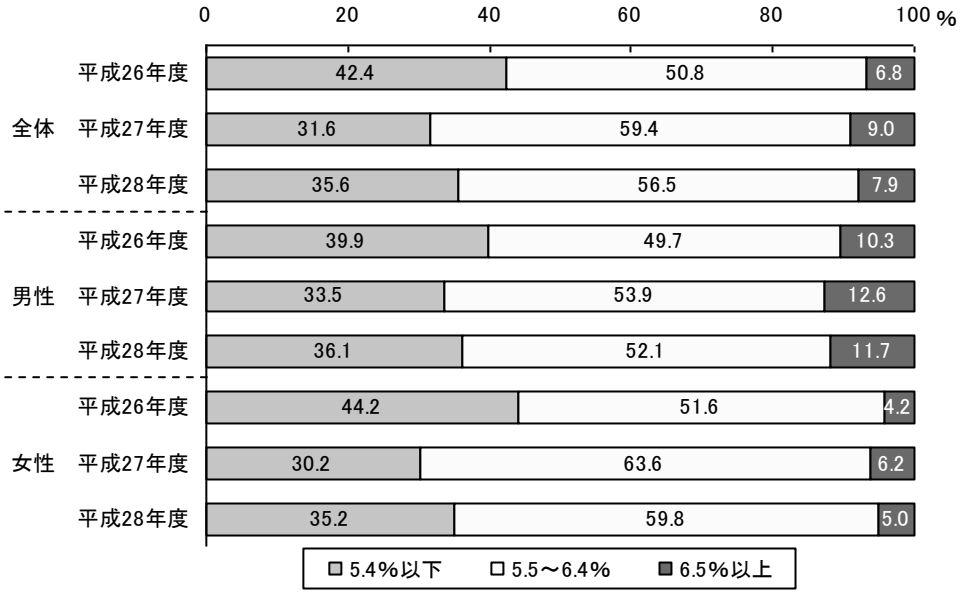
HbA1c 有所見者（保健指導判定値）割合の比較（平成 28 年度）

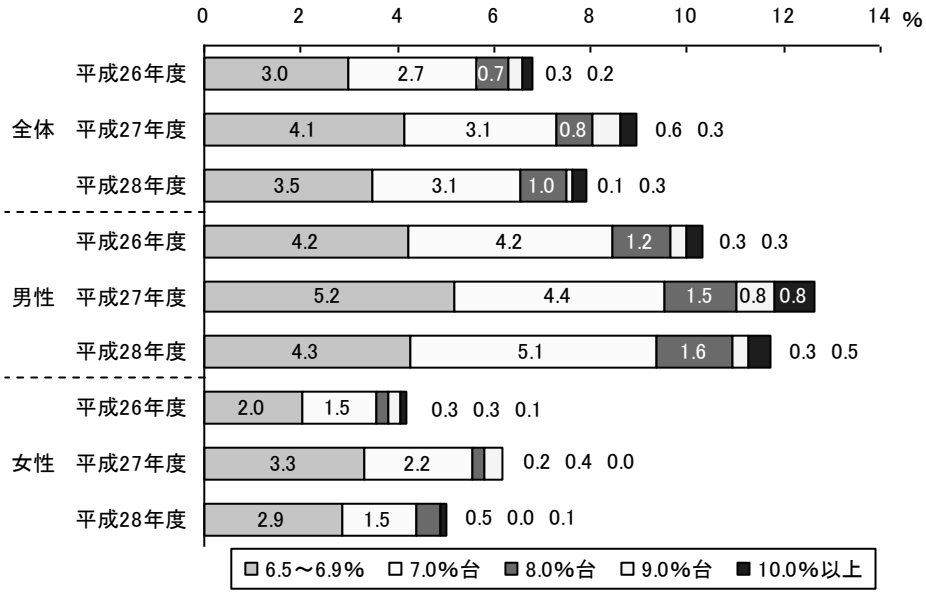


「HbA1c」は6.5%以上の場合、糖尿病の疑いが大きいとされますが、健診結果から東伊豆町では116人が糖尿病を疑われます。その割合は、平成28年度受診者数の7.9%です。性別では男性74人、11.7%、女性42人、5.0%となっています。男性は、平成26年度から28年度までの3年間10%台で推移しています。

また、6.5%以上の内訳をみると、平成28年度の男性は、7.0%台が6.5～6.9%を上回っています。

HbA1cの状況





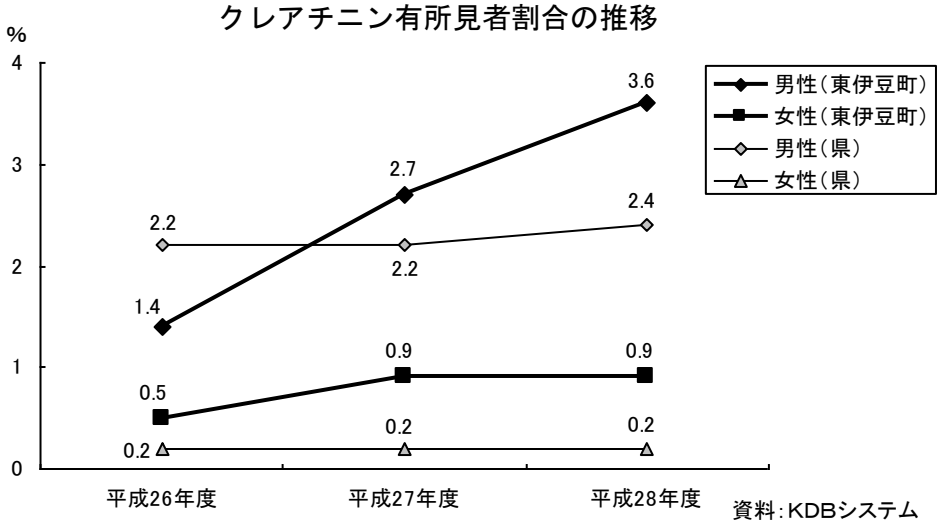
資料:特定健診結果データ

（６）クレアチニンの状況

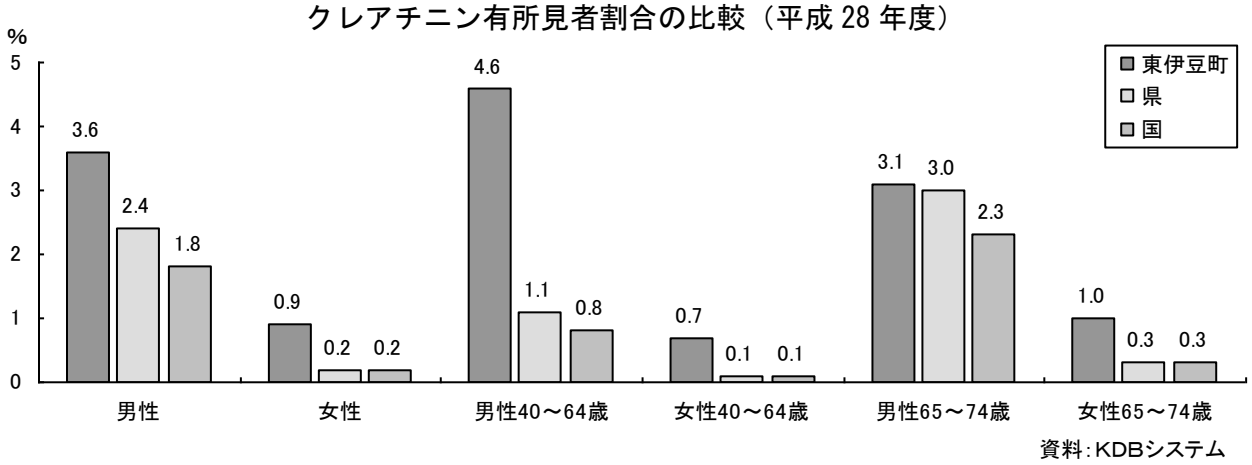
クレアチニンは、腎機能を調べる検査の一つです。「クレアチニン」の基準値レベル（1.3mg/dl 以上）の割合をみると、平成 28 年度男性 3.6%、女性 0.9%と男性が女性を上回ります。

平成 28 年度の国・県との比較では、男性、女性、いずれの年齢も国・県を上回り、特に男性の 40～64 歳の割合が高くなっています。

クレアチニン有所見者割合の推移



クレアチニン有所見者割合の比較（平成 28 年度）

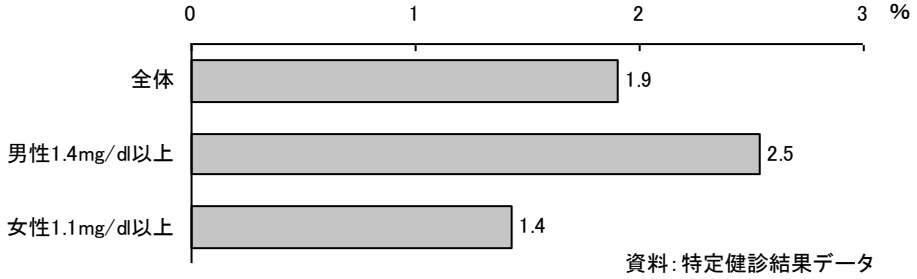


基準値 1.3mg/dl 以上は KDB システムより。

要医療の判定値は、男性で 1.4mg/dl 以上、女性で 1.1mg/dl 以上とされています。

東伊豆町では、男性 16 人、2.5%、女性 12 人、1.4%、合わせて 28 人、その割合は、受診者数の 1.9%です。

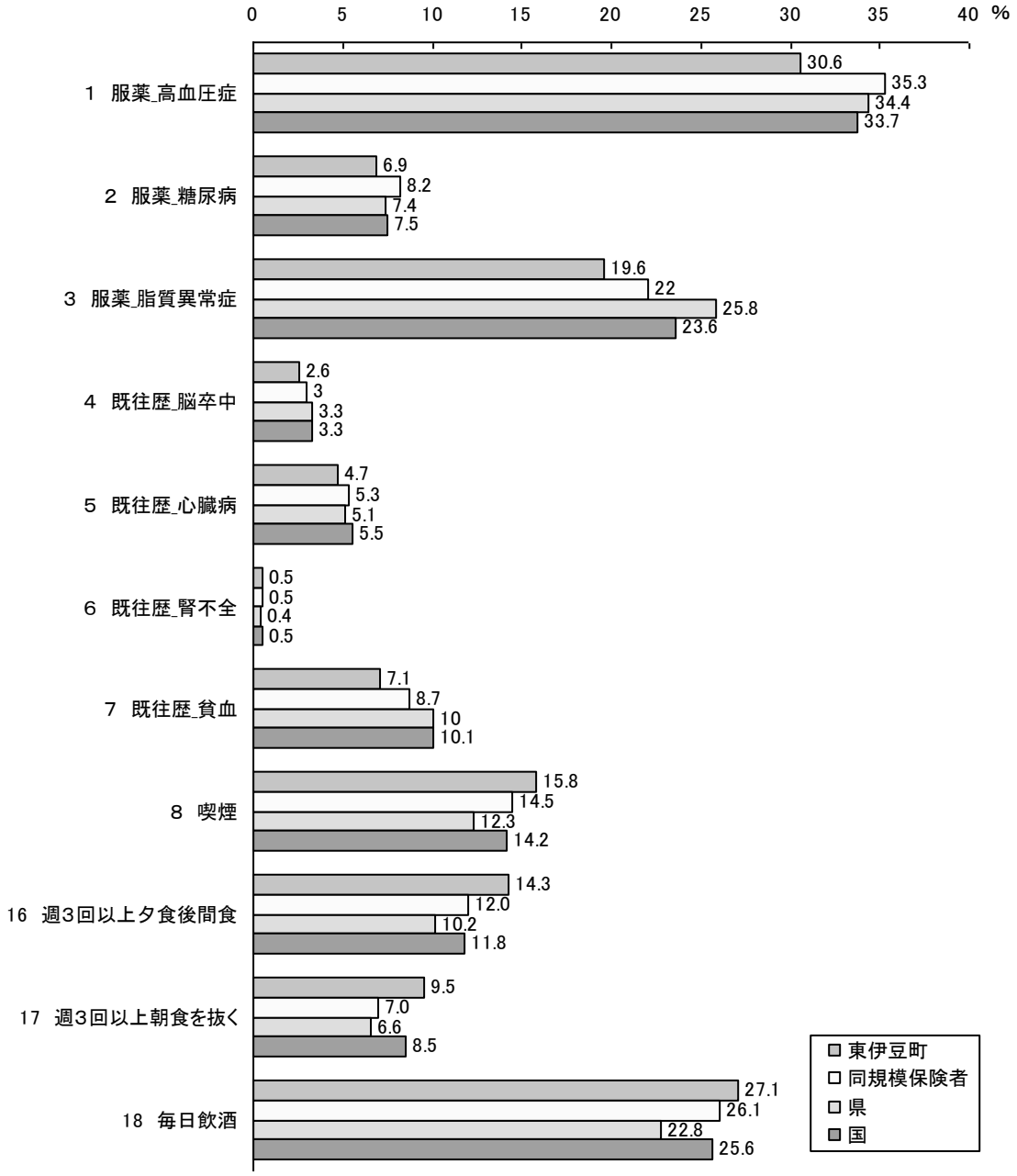
クレアチニン男性 1.4mg/dl 以上、女性 1.1mg/dl 以上の割合（平成 28 年度）



（７）質問票調査の状況

国・県・同規模保険者と比較すると、服薬している人、及び既往歴を持つ人いずれの割合も低くなっています。これに対し、「喫煙」や「週３回以上朝食を抜く」「週３回以上夕食後間食」「毎日飲酒」と回答した人の割合は高くなっています。

生活習慣の比較（平成 28 年度）



※質問票は、疾患・喫煙の状況と国・県などと比べ特徴的なものを抜粋してあります。質問票の原票は、次のページにあります。

質問票は、特定健診を受診する際に服薬歴及び生活習慣の状況をアンケート形式で記入してもらったものです。特定保健指導対象者の抽出や生活習慣の傾向の分析などに活用されます。

標準的な質問票

		質問項目	回答
1-3		現在、a から c の薬の使用の有無	
	1	a．血圧を下げる薬	①はい　②いいえ
	2	b．インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい　②いいえ
	3	c．コレステロールを下げる薬	①はい　②いいえ
4		医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい　②いいえ
5		医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい　②いいえ
6		医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	①はい　②いいえ
7		医師から、貧血といわれたことがある。	①はい　②いいえ
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 ヶ月間も吸っている者）	①はい　②いいえ
9		20 歳の時の体重から 10kg 以上増加している。	①はい ②いいえ
10		１回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週２日以上、1 年以上実施	①はい ②いいえ
11		日常生活において歩行又は同等の身体活動を１日１時間以上実施	①はい ②いいえ
12		ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13		この１年間で体重の増減が±３kg以上あった。	①はい ②いいえ
14		人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15		就寝前の２時間以内に夕食をとることが週に３回以上ある	①はい ②いいえ
16		夕食後に間食（３食以外の夜食）をとることが週に３回以上ある。	①はい　②いいえ
17		朝食を抜くことが週に３回以上ある。	①はい　②いいえ
18		お酒（清酒、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 清酒１合（180ｍｌ）の目安：ビール中瓶１本（約 500ｍｌ）、焼酎 35 度（80ｍｌ）、ウイスキーダブル一杯（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
20		睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
21		運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね６か月以内） ③近いうちに（概ね１か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（６か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（６か月以上）
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

５．特定保健指導の実施状況

（１）対象者数と実施率

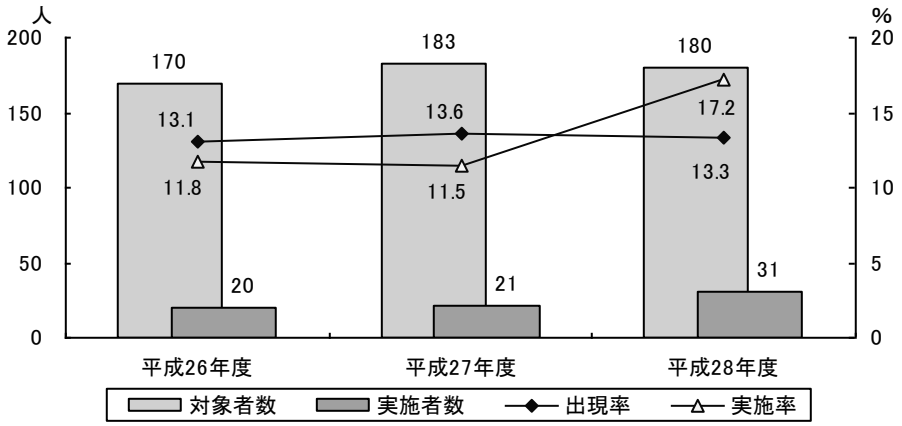
特定保健指導の対象者は、平成 26 年度 170 人、27 年度 183 人、28 年度 180 人、出現率は 13%台が続いています。実施率は、平成 26 年度 11.8%、27 年度 11.5%、28 年度 17.2%となっており、平成 28 年度の実施率が高くなっています。

特定保健指導の状況

単位：人、%

区　分	平成26年度	平成27年度	平成28年度
特定健診受診者数(A)	1,297	1,349	1,354
対象者数(B)	170	183	180
実施者数(C)	20	21	31
出現率(B/A)	13.1	13.6	13.3
実施率(C/B)	11.8	11.5	17.2

資料：KDBシステム



（２）利用者の状況

特定保健指導利用者の状況は、動機づけ支援は平成 26 年度 118 人、27 年度 126 人、28 年度 121 人、実施率は平成 26 年度 15.3%、27 年度 15.9%、28 年度 24.8%となっています。平成 28 年度の特定保健指導実施率の高まりは、動機づけ支援にみることができます。

積極的支援は、平成 26 年度 52 人、27 年度 57 人、28 年度 59 人、実施率は、平成 26 年度 3.8%、27 年度 1.8%、28 年度 1.7%と低下しています。

特定保健指導利用者の状況

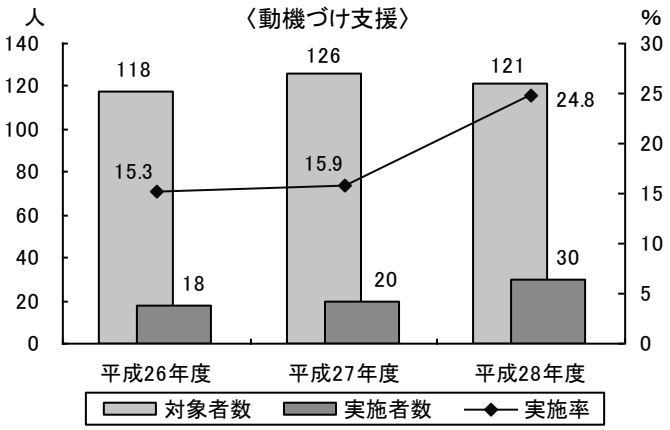
動機づけ支援

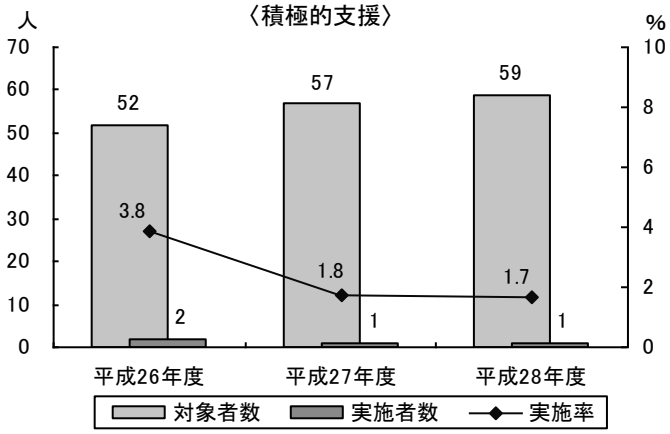
	平成26年度	平成27年度	平成28年度
対象者数	118	126	121
実施者数	18	20	30
実施率	15.3	15.9	24.8

積極的支援　単位：人、%

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
対象者数	52	57	59
実施者数	2	1	1
実施率	3.8	1.8	1.7

資料：KDBシステム



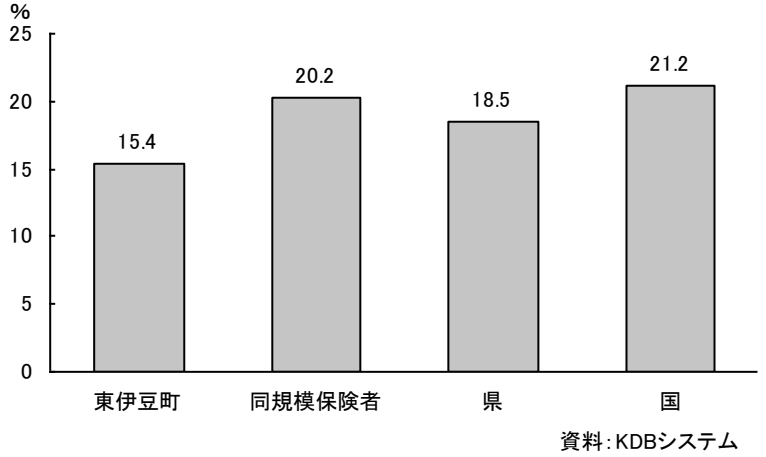


６．介護保険の現状

（１）認定率の現状

平成 28 年度の要介護認定者は、756 人となっています。１号保険者の要介護認定率は 15.4%であり、国 21.2%、県 18.5%、同規模保険者 20.2%と比較すると、東伊豆町の認定率は低くなっています。

１号保険者要介護認定率の比較（平成 28 年度）

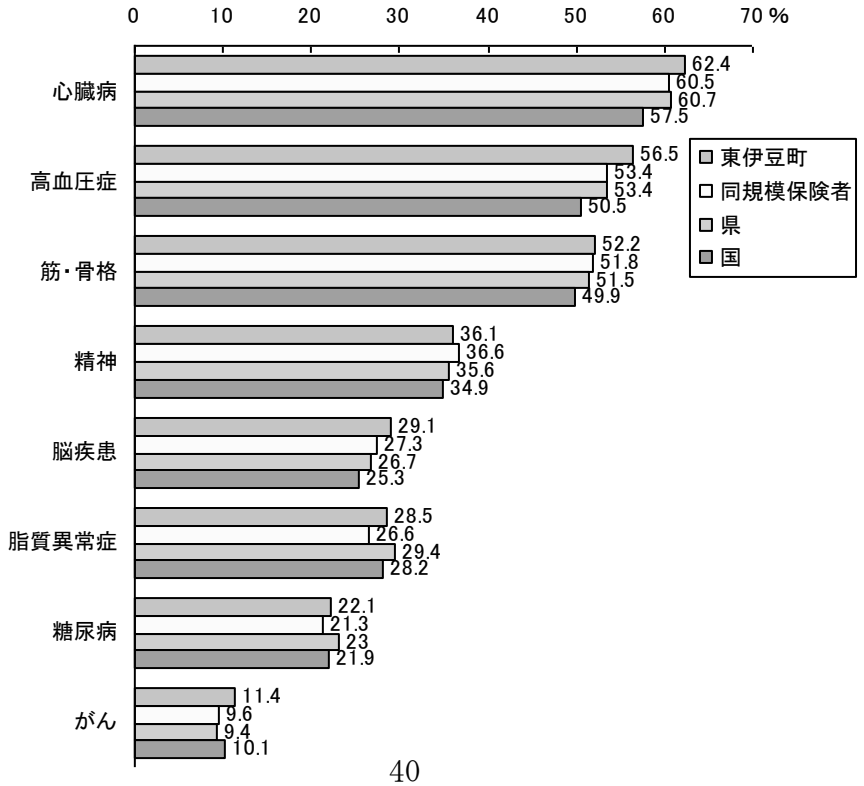


（２）要介護認定者の有病状況

要介護認定者は、複数の疾病を併せ持っている人が多い状況にありますが、疾病で最も多いのは「心臓病」の 62.4%、次いで「高血圧症」の 56.5%、「筋・骨格」の 52.2%と続きます。

国・県・同規模保険者と比べると、東伊豆町は、「心臓病」「高血圧症」「筋骨格」「脳疾患」で上回ります。

要介護認定者の疾病別有病割合（平成 28 年度）



７．保健事業の現状

（１）保健事業の実施状況

東伊豆町国民健康保険では、特定健康診査をはじめ、さまざまな生活習慣病予防事業に取り組んでいます。

	事業内容			実施状況
	事業名	内　容	対象者	
	特定健康診査	メタボリックシンドロームに着目し、自己の健康状態を把握し、保健指導対象者の把握を行う。	40～74 歳 東伊豆町国民健康保険加入者	詳細は、第３章２
	人間ドック助成	被保険者自身が全身的な健康状態の把握を行い、健康増進につなげる。	30～74 歳 東伊豆町国民健康保険加入者	100 名を超える方が毎年利用している。 今後は、利用者への保健指導に活用していく。
	がん検診	胃がん、大腸がん、肺がん、子宮頸がん、乳がん検診など早期発見・早期治療につなげる。	40 歳以上（20 歳以上も可能） 町民全員	受診率が、国の目標に届いていない。受診率を高め、早期発見につなげる必要がある。
	若年者生活習慣病予防健康診査	特定健診対象前の方の健康診査を実施して、生活習慣病予防に役立てる。	20～39 歳 町民全員	受診率は低いものの、40 歳以降の特定健診への意識付けには一定の効果があると考えられる。
	骨検診	自分の骨の状態を知り、生活習慣を見直すことで、骨粗鬆症予防、骨折予防につなげる。	40. 45. 50. 55. 60. 65. 70 歳の女性	平成 27 年度より実施。受診者数の増加はあるものの、受診率が低いのが現状である。
	歯周疾患検診	歯科医による歯周疾患検診/歯科指導を実施。歯周疾患の予防や早期治療、高齢期までの口腔衛生状態の確保、8020（ハチマルニイマル）を目指す。	40～70 歳の 10 歳刻みの方全員	個別検診の実施により、受診者数の増加はあるものの、受診率が低いのが現状である。 重症化予防の観点から、歯周病と生活習慣病との関連についても指導連携が必要

	事業内容			実施状況
	事業名	内　容	対象者	
	特定保健指導	メタボリックシンドロームに着目し、保健指導を実施することにより生活習慣病を予防する。	40～74 歳 腹囲及び血液検査で基準値に該当した方	詳細は、第３章２
	運動栄養教室	特定保健指導対象者や生活習慣病重症化予防が必要な方のための運動教室・栄養教室を行う。	40～74 歳 特定健診受診者で必要な方	特定保健指導対象者だけでなく、血圧や脂質の検査値が高い方にも対象を広げ、生活習慣の改善につなげる教室にしている。 但し、平日開催のため 60 歳以上の方の参加がほとんどである。
	ＣＫＤ重症化予防事業	保健師・栄養士による指導を行い、CKD による人工透析導入の時期の遅延を目指す。	40～74 歳 CKD 重症度分類等により対象者を抽出	詳細は、第 3 章 1
	出前健康教室	地域団体や町民同士の会合、定例相談会の中で健康教室を実施。健康チェック、健康講話、特定健診受診勧奨等を行う。	町民全員	現在 2～3 団体で年 1～2 回ずつ実施。 実施団体の増加に向け、広報、回覧等で周知が必要。
	禁煙教室	肺年齢検査を実施して、禁煙指導や COPD 予防につなげる。	20 歳以上 特定健診や肺がん検診で喫煙している方	賀茂地域は喫煙率が高く、特に女性が高い傾向がある。 引き続き取り組みが必要である。
	健康相談	心身の健康に関する個別の相談に応じ必要な指導及び助言を行い家庭における健康管理に資することを目的とする。 生活習慣病から、がんなど病態別に助言等を行う。	町民全員	イベントや事業での参加者は多い。随時、健康相談を行っているが、個別での来所者は少ない。 随時相談の周知やメール等の活用による健康相談等、若い世代の活用しやすい方法の検討が必要。
	母子保健事業	幼児健診、乳幼児相談・教室の場面で、保護者に向けた関わりを行っている。塩分チェック、血圧測定、具だくさん味噌汁の試食、若年者生活習慣病予防健康診査の勧めや、親と子それぞれに望ましい食事や生活習慣について保健指導を実施。	母子保健事業対象者	乳幼児から親、家族を含めた生活習慣病予防の知識啓発として継続して実施予定。

８．東伊豆町の分析結果

（１）概況

① 被保険者が減少傾向にある一方で、医療にかかる割合の高い 65～74 歳層が増加しています。また、加入率は、国・県・同規模保険者を上回っています。

② 主要死因は、「悪性新生物（がん）」、「心疾患」、「脳血管疾患」など生活習慣病に関する疾病の割合が高くなっていますが、標準化死亡比では男女とも老衰及び自殺が高くなっています。

（２）医療費

① １人当たりの医療費の県内順位は、入院が高く（８位）、外来は低く（32 位）なっています。

② 疾病大分類別の医療費（入院・外来）は、平成 28 年度「循環器系の疾患」「新生物」「腎尿路生殖器系の疾患」「内分泌・栄養及び代謝疾患」といった生活習慣病関連が上位であり、これらで医療費の約５割を占めます。

③ 疾病大分類別１人当たりの医療費（入院・入院外）では、「内分泌・栄養及び代謝疾患」及び「筋骨格系及び結合組織の疾患」で県よりも高くなっています。特に、１人当たりの医療費（入院）では、「内分泌・栄養及び代謝疾患」が際立って高く目立っています。

④ 疾病中分類別入院医療費の１位は、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」ですが、２位以下は「その他の悪性新生物」「虚血性心疾患」など生活習慣病関連が上位を占めます。外来医療費についても、「腎不全」「高血圧性疾患」「糖尿病」「その他の悪性新生物」といった生活習慣病関連が上位を占めます。

⑤ 疾病中分類別の医療費では、「腎不全」「その他の悪性新生物」「糖尿病」「高血圧性疾患」が上位となっています。

⑥ 生活習慣病関連の１人当たり医療費は、50 歳代から高額となり、60 歳代からは 20 万円を超えます。また、生活習慣病重症化疾患群の医療費は増加傾向にあり、平成 28 年度の糖尿病性合併症群の医療費は６割を超えます。

⑦ 200 万円以上の高額医療の要因となる疾病は、「虚血性心疾患」の割合が高く、約３割を占めます。

⑧ レセプト１件当たりの医療費が最も多いのは「腎不全」であり、「腎不全」が悪化すれば人工透析治療になります。平成 28 年８月診療では 17 人の方が人工透析治療を行っています。腎不全の原因には糖尿病や高血圧があり、対策が重要となります。

⑨ 介護保険認定者の有病状況は、「心臓病」が６割を超え、「高血圧症」「筋・骨格」が５割を超えています。

（３）特定健康診査・特定保健指導

① 受診率は増加傾向にありますが、女性に比べ男性の受診率が低く、女性は４割台、男性は３割台にとどまっています。特に男性の 40 歳代及び 50 歳代は２割台となっています。

② 特定健診未受診者の生活習慣病医療費は、健診受診者の４倍超となっています。

③ メタボリックシンドローム該当者は年々増加していますが、平成 28 年度の該当者は 16.5%、性・年齢別では 40 歳代から 60 歳代いずれも男性が３割前後に対し、女性は１割以下にとどまっています。

④ 健診による有所見の状況は、「肥満（BMI)」については、男性の 40～64 歳の割合が高く、４割近くになります。また、全体に血圧、脂質、血糖のリスクが高い割合がみられます。

⑤ 「収縮期血圧」及び「拡張期血圧」の保健指導判定値の割合は、男性、女性いずれも国・県を上回りますが、男性で高く、高血圧を疑われる受診者は約３割となっています。血圧が高くなるほど高額医療の要因で最も多い「虚血性心疾患」のリスクが高まります。

⑥ 「LDL コレステロール」は加齢とともに増加しますが、保健指導判定値以上の割合は、女性は６割を超え、男性も５割を超えています。対策が必要な受診者は 7.6%となっています。「内分泌、栄養及び代謝疾患」の入院受診率・医療費とも県よりも高くなっています。

⑦ 「HbA1c」の保健指導判定値以上は、男性、女性いずれも５割を超えますが、特に 65～74 歳では 60%前後となっています。「糖尿病」を疑われる受診者は 7.9%となっています。

⑧ 特定保健指導の出現率は 13%台で推移していますが、実施率は増加しています。
実施率の増加は、動機づけ支援の実施率の高まりであり、積極的支援は低下しています。

第３章　計画の達成状況

１．第１期データヘルス計画の達成状況

現行計画である「東伊豆町データヘルス計画」で掲げた中長期目標（２～５年）及び短期目標（２年未満）の成果は、次の通りです。

中長期目標については、第１期計画策定からの経過年数が 2 年のため、次期計画で評価予定です。

短期目標について、①保健指導実施者数については、H29 年度分を実施中のため、H28 年度単年での現状で評価を行いました。保健指導実施率は 25.8%、検査データの改善率は 50.0%、②保健指導後の医療機関受診者の率は 55.6%でした。

保健指導実施率は全体の 1/4 のため、実施率の増加に向けて改善が必要な状況です。検査データの改善状況から、受診につながった方に改善者が多く、受診勧奨による効果が見られました。

今後に向け、保健指導実施率を上げ、受診勧奨対象者には、確実な受診につながるような継続した関わりが必要と考えられます。

■中・長期目標

指　標	目標値	現　状	データ出所
①心疾患・脳血管疾患の発症・入院医療費	減少		
・心疾患の標準化死亡比（静岡県＝100）	100 以下	114.5	H22-H26 人口動態統計
・脳血管疾患の標準化死亡比（静岡県＝100）	90 以下	92.9	H22-H26 人口動態統計
②特定健康診査受診率	60.0%	37.2%	H27 特定健診結果
③人工透析導入者、慢性腎不全患者	減少・抑制		
・新規透析患者数	０人/年	４人/年	H28 国保医療費統計

■短期目標

指　標	目標値	現　状	データ出所
①受診勧奨値以上で医療機関未受診者(重症化予防対象者)への保健指導実施者、または保健指導実施者の検査データ ②高血圧症等、重症化予防該当者の医療機関受診、継続治療者 ★国保保険者努力支援制度等で糖尿病対策が推進される現状に合わせ、下記対象者を追加して実施した。 ・ＨｂA1c　6.5%以上　かつ　CKD重症度分類　赤・オレンジ該当者 ・ＨｂA1c　8.0%以上（血糖コントロール「不良」段階該当者）	①保健指導実施者数増加、または検査データ改善 ②医療機関受診、継続治療者の増加	① ・保健指導実施率：25.8%（93人中24人） ※H29 年度：保健指導実施途中のため、H28 単年の現状 ・検査データ改善率：50.0%（H28,H29 継続受診している対象者 18 人中、9人） ②医療機関受診者：55.6%（治療対象の疾患で未受診 18 人中10人受診）	H28、H29 特定健診結果、国保レセプト ※判断基準 血圧：Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ度区分の改善・悪化 LDL：120～139、140 以上の区分変化。140 以上は 20 単位の改善・悪化 HbA1c ： 5.5 ～6.4、6.5 以上の区分変化。6.5 以上は 0.5 単位の改善・悪化
・高血圧有病率（140/90）標準化該当比（静岡県＝100）	100 以下	次期計画で評価	
・脂質異常症(LDL コレステロール有所見者(160mg/dl)以上の割合	男性 96.4 以下 女性 100 以下	次期計画で評価	

２．第２期特定健診等実施計画

特定健康診査は、糖尿病・高血圧等の生活習慣病の発症や重症化を予防することが目的であり、特定保健指導を必要とする者を、的確に把握するために行う健康診査です。

特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、該当した者が自らの健康管理に取り組め、健康的な生活を維持することができるよう保健師や管理栄養士が援助することです。第２期計画の評価は次の通りです。

（１）特定健診受診率・特定保健指導実施率

先の現状分析でも記述していますが､受診率は目標の60％には達していないものの、わずかではありますが受診率の上昇を維持することができました。一方、特定保健指導実施率は低調となっています。

（２）実施体制等

２期計画では、個別健診の検討がされ、がん検診と同時実施できる２つの医療機関で追加健診として平成27年度より始まりました。利用者は多くありませんが、今後も特定健診の受けやすい環境づくりが必要となっています。

保健指導の実施率が低調であり、直営での特定保健指導や地域資源の限界があるため、委託等を活用した方法の検討が必要となっています。また、引き続き保健師・管理栄養士の指導技術の向上に努めていきますが、その時には、研修等に積極的に参加するとともに、事務職の研修・連絡会の開催を行っていくことが大切となります。

（３）その他

特定健診未受診者への対応として、平成29年度に委託して「圧着ハガキ」による再通知を行いました。通常の封書による案内よりも反応が多くあり、引き続き、通知内容・方法の検討を行い、対象者へのわかりやすい案内に努めていく必要があります。

特定健康診査未受診者には、医療機関受診者や医療機関も未受診者など、それぞれの対象に合った健診受診方法を考えるため、各種アンケートや調査等の実施の検討も必要と考えます。

第４章　健康課題と取組みの方向

１．健康課題

（１）糖尿病の入院費用額が高い

健診結果によると、「糖尿病」になると数値が高くなるヘモグロビン A1c の有所見者は、男性、女性いずれも５割を超え、65～70 歳では６割前後となっています。また、「糖尿病」の疑いが大きいとされる 6.5%以上では 116 人、受診者の約８％であり、男性が女性の倍となっています。

「糖尿病」は、人工透析の最大の原因疾患であるとともに、「心筋梗塞」や「脳卒中」のリスクを増加させると言われます。40 歳代からの糖尿病対策が重要であるとともに、「糖尿病」の可能性のある人への生活習慣病予防に努める必要があります。さらに、医療機関への受診勧奨及び治療の継続を促す必要があります。生活習慣病の重症化疾患群の中で、糖尿病性合併症群の医療費の伸びは高く、また、「糖尿病」の１人当たり入院費用額は、県の５倍以上であるなど、重症化予防に取り組む必要があります。

（２）高血圧者の割合が多い

血圧が高くなるほど「脳血管疾患」や「虚血性心疾患」など循環器疾患の危険が増すと言われています。

健診結果から高血圧治療ガイドラインが定めた基準値による高血圧と疑われるⅠ度以上高血圧者は 432 人、受診者の約３割となっています。血圧が高くなるほど、東伊豆町の高額医療の要因となる主な疾病である「虚血性心疾患」など循環器疾患のリスクが高まります。Ⅰ度以上高血圧者を増加させないよう生活習慣改善のための適切な保健指導を行うとともに、医療機関への受診勧奨による重症化予防などに努める必要があります。

（３）LDL コレステロール値が高い方が多い

LDL コレステロールは、動脈硬化の直接の原因となる悪玉コレステロールであり、高くなると「脳梗塞」、「心筋梗塞」の原因となります。

健診結果から、LDL コレステロールの有所見者は、女性が 66.2%、男性が 55.2%といずれも５割を超えています。特に女性では、40～64 歳及び 65～74 歳いずれも６割を超えています。また、脂質異常症を疑われる LDL コレステロール 180mg/dl 以上の人は 112 人、7.6%であり、脂質異常症では糖尿病とは逆に女性が男性の倍となっています。

対象者の状況に合わせた適切な保健指導を行い、医療機関への受診勧奨など重症化予防のための効果的な取組みを強める必要があります。

（４）腎不全の外来医療費が高い

東伊豆町で疾病別医療費が最も高いのは「腎不全」であり、重症化すると透析療法により高額な医療費が必要となります。このため、新たな人工透析患者数を増やさないことが重要となります。

人工透析の要因となる主な疾病に、「糖尿病性腎症」が考えられます。「糖尿病性腎症」は、生活習慣の改善によって病期の進行を遅らせることが可能であり、保健指導を行い生活習慣を改善することで、人工透析導入の予防に取り組む必要があります。

また、人工透析患者の 7 割を 60 歳代が占めており、若い世代からの生活習慣病予防の意識を高める必要があります。

２．取組みの方向

（１）特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上

特定健診の受診率は増加しつつあり、県平均を上回ります。性・年齢別の受診率では、女性が 44.0%と男性の 34.8%を 10 ポイント近く上回ります。男性の 40 歳代は 22.7%、50 歳代は 29.5%と受診率は低い状況です。

生活習慣病関連の医療費は、50 歳代及び 60 歳代から高額になることから、早期発見・早期治療につなげていくためにも、若い世代からの特定健診の受診習慣が定着するよう推進します。

特定保健指導の実施率は、平成 28 年度に動機づけ支援の実施率は向上していますが、積極的支援は低下しています。特定保健指導の利用勧奨を行い、早期発見・早期治療につなげます。

（２）生活習慣病の重症化予防

町民の医療機関の受診率は低く、１人当たりの医療費は高くありませんが、入院医療費は、県内自治体と比較すると高くなっています。

予防の観点から、特定健診の受診結果に対する対応を行います。また、有所見者の状況では、血圧や脂質、血糖に関する割合が高く、重症化しやすいため、積極的な働きかけが必要です。生活習慣病が重症化し、入院することがないよう、特定保健指導や医療機関への受診が必要な人や、治療を中断している人への医療受診勧奨を行います。

（３）若年層からの生活習慣病対策

若年層からの生活習慣病対策が必要となっています。生活習慣病は、自覚症状がないため、食生活や運動、喫煙、飲酒など、生活習慣を改善することで危険因子を減らし、生活習慣病の発症を予防します。また、特定健康診査では、血圧、脂質、血糖のリスクが高い割合がみられ、これらとの因果関係が指摘されている肥満などの知識について普及を図ります。

第５章　計画の目的・目標

１．目的

「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき、レセプトデータと健診実施データを突合・分析し、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に進め、被保険者の健康保持増進と医療費の適正化に寄与することを目的とします。

２．目的を達成するための目標（中長期目標）

本計画の目標を次のように掲げ、取り組みます。

目標１　糖尿病要医療者の減少

指　標	現状 （平成 28 年度）	目標値 （平成 35 年度）
特定健康診査でのヘモグロビン A1c 6.5%以上の人の割合	7.9%	7.0%

しずおか茶っとシステム

目標２　減塩への意識の向上

指　標	現状 （平成 28 年度）	目標値 （平成 34 年度※）
普段食べている食事が外食の味付けと比べてうす味と感じる人の割合	48.0%	60.0%

第２次東伊豆町食育推進計画

目標３　特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

指　標	現状 （平成 28 年度）	目標値 （平成 35 年度）
特定健康診査受診率	39.4%	50.0%
特定保健指導実施率	14.4%	40.0%

法定報告

第６章　第２期データヘルス計画

１．保健事業の取組み

目　標	① 糖尿病重症化予防 糖尿病医療勧奨者において、食事療法、運動療法および定期的な受診の継続を支援することで、慢性腎不全、脳血管疾患、心疾患等の合併症を防ぐ。	
対象者	・40 歳～74 歳の特定健診対象者のうち糖尿病治療中または、糖尿病が疑われる方（ヘモグロビン A1c6.5%以上の者） ・静岡県糖尿病等重症化予防プログラム対象者等 ・被保険者のうち、特定健診未受診者を含む町民全体	
実施方法	ハイリスクアプローチ ・個別面談若しくは家庭訪問により、受診勧奨を行う。継続フォローする場合は、一人一人にあわせた食生活改善のポイントを助言するとともに、必要に応じた治療を確実に受けられるよう、医療機関と連携し、連絡票等を活用しながら支援していく。 ・CKD 重症化予防事業（共同化）対象者への指導の実施。 ポピュレーションアプローチ ・日頃から自分の健康に関心を持つよう出前健康教育を実施し、特定健診受診者への呼びかけを行う。（糖尿病の特徴や合併症について） ・乳幼児健診等において、保護者向けに主食・副菜・主菜を組み合わせた食事のバランスに関する情報等の普及啓発を図る。 ・糖尿病や、生活習慣病を予防するための健康教室を実施していく。（運動栄養教室、食育セミナー等） ・糖尿病重症化予防事業の展開を周知していく。 ・商工会や商店等と協力しチラシ等を通じた普及啓発を実施。	
		評価時期
	アウトプット（実施量）	
	・HbA1c6.5%以上の方への指導実施者数（通知・面接）	年度末
	・糖尿病についての講話の実施回数	年度末
	アウトカム（成果）	
	・糖尿病未治療者数（HbA1c6.5%以上）	年度末
	・新規透析導入者数	年度末
	・検査数値改善者数（指導実施）	翌年の健診時
	ストラクチャー（実施体制） ・賀茂地域の共同化事業への参加 ・保健師・管理栄養士の取組み、指導力の向上 ・医療機関や専門医との連携状況	
	プロセス（実施経過） ・事業実施スケジュールの適正管理 ・医療機関受診勧奨の対象者、通知時期・通知内容の適切さ等評価指標の設定及び達成状況を踏まえた評価の実施	

目標	**② 減塩への意識の向上** 塩分の取りすぎは、高血圧症や動脈硬化を引き起こし、「虚血性心疾患」など循環器疾患のリスクが高まります。減塩への意識の向上により動脈硬化のリスクを下げる。
対象者	・被保険者全年齢層および町民全体
実施方法	ハイリスクアプローチ ・高血圧患者でコントロールが不良な者（治療中でⅡ度以上）や、心疾患や脳血管疾患の既往を有する方へ「お塩の取り方チェック表」を活用して指導を行う。また、医療機関との連携を図る。 ポピュレーションアプローチ ・日頃から自分の血圧に関心を持つよう出前健康教育を実施し、減塩の効果の周知（高血圧と塩分の関係など）を行う。 ・乳幼児相談、食育歯みがき教室において保護者向けに具だくさん味噌汁の提供をし、減塩の方法について学ぶ機会とする。（食育活動との連携） ・乳幼児相談、健診における塩分チェックアンケート及び各種イベントにおける味覚チェックを実施し、自分自身の食事のとり方について考える機会とする。 ・野菜摂取の効果を周知し、野菜を 1 日 350ｇ摂取することを目指す。（簡単野菜レシピなどの紹介や食育活動との連携） ・自動血圧計を様々な場所に配置することにより、自分自身の血圧に関心を持てる機会を増やす。 ・商工会や商店等と協力し、チラシ等を通じた普及啓発を実施していく。 ・スーパー等の食品関連産業との共同事業を進める。

	評価時期
アウトプット（実施量）	
・ハイリスク者への指導実施者数	年度末
・健康教室での減塩テーマの講話の回数	年度末
・具だくさん味噌汁の提供回数	年度末
アウトカム（成果）	
・お塩の取り方チェック前後比較での改善率	事業単位
・Ⅰ度高血圧者数（特定健診における）	翌年健診
ストラクチャー（実施体制） ・東伊豆町健康づくり食生活推進協議会や病院栄養士との連携強化 ・健康教室における減塩の講話 ・食育事業との連携	
プロセス（実施経過） ・事業実施回数などの評価の実施 ・講話の内容や対象者の検討	

２．その他の保健事業の取組み

（１）生活習慣病対策

《実施する事業》

①がん検診の充実

各種がん検診の実施により、早期発見早期治療を目指します。また、国等の動向を見ながら、検査方法について検討をしていきます。

②重症化予防の啓発

血糖値・血圧・脂質異常のハイリスク者へのアプローチだけでなく、肝機能や尿酸値など項目にも着目し、優先順位をつけて関わっていくことを検討します。

また、被保険者への全体に啓発を行い、健康意識の向上を目指します。

③若年者生活習慣病予防健診の実施

40 歳未満対象の健康診査を実施し、被保険者の健診受診意識や健康意識を深めていきます。また、普及啓発を行います。

④健康マイレージ事業との連携

個人へのインセンティブを考慮しながら、マイレージ事業等と連携を図っていきます。

（２）その他の保健事業

《実施する事業》

①人間ドック助成事業

助成により、健康意識や早期発見早期治療にとどまらず、助成者への健康管理アドバイスの実施を検討していきます。

②ロコモティブシンドローム予防・骨粗しょう症予防対策

食事・運動などの教室や骨検診などを通じて、早期からの予防事業を健康増進係や介護係と連携し実施していきます。

③禁煙・COPD 予防対策

喫煙による健康への負担を啓発し、禁煙に取り組める環境づくりを目指します。また、肺年齢検査等を通じて COPD の予防・早期発見に努めます。

④歯周疾患重症化予防

歯の健康について啓発を行い、8020 運動の推進に努めます。

⑤ジェネリック医薬品の利用促進

ジェネリックの啓発や通知を通して、利用促進を図っていきます。

⑥重複多受診・重複薬剤への対策

しずおか茶っとシステムなどを活用し、対象者の抽出を行い必要に応じて電話・訪問等で確認を行っていきます。

⑦医療費通知・第３者求償の実施

国保連に委託し実施していき、医療費適正化に努めていきます。

３．その他

（１）計画の公表・周知

本計画は、町ホームページで公表するとともに、広報誌等により、被保険者への周知を図ります。

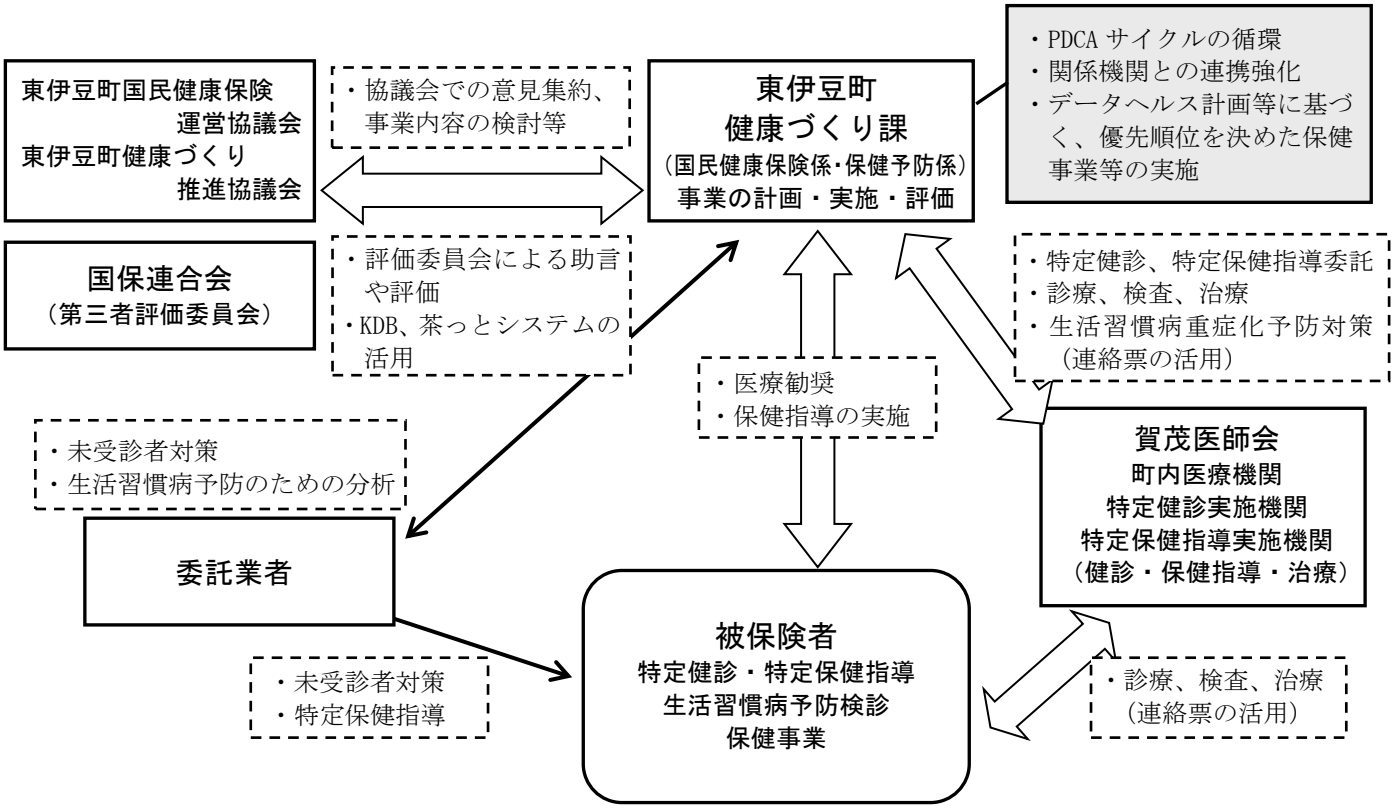
（２）計画の見直し

本計画は、計画期間の終了時の前年度において、KDB 等のデータを用いたアウトカムによる評価を実施し、計画の見直しにつなげます。

（３）計画の運営体制

本計画の推進にあたっては、国保担当部門が主体となりますが、計画の実施にあたっての取り組みは、関係部門が必要となります。特に、保健指導に関しては、健康づくりの部門の保健師・管理栄養士の取り組みが重要となり共同事業を推進します。

東伊豆町データヘルス計画事業実施体制図



（４）地域包括ケアシステムとの連携

地域の現状によって必要とされ保健事業や対策も異なることから、地域包括ケアの構築に向け、被保険者を含めた関係者間で課題を共有し、連携していく必要があります。

地域ケア会議に参加するなど保健・医療・介護・福祉との連携により課題を共有化し、できるだけ住みなれた地域で自立した生活を送れるよう、地域の包括的な支援サービス体制の構築に取組みます。

（５）個人情報の取扱い

本計画で得られる健康情報の取り扱いについては、対象者の利益を最大限に保障するため、個人情報の保護に十分配慮し、個人情報保護に関する法令に基づき管理します。

第７章　第３期特定健康診査等実施計画

１．目的

特定健康診査・特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発症や生活習慣病の重症化を予防し、生活習慣の改善を図ることを目的に、メタボリックシンドロームに着目した健康診査（特定健診）を行い、その結果から生活習慣病のリスクの高い者を抽出し、対象者に対して生活習慣の改善のための保健指導（特定保健指導）を行うものです。

生活習慣病は、自覚症状がないまま進行するため、特定健診は対象者個人が自らの健康状態を理解して、生活習慣を振り返る機会となります。

２．基本的考え方

（１）特定健康診査

特定健康診査は、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させるため、受診率の向上と、効果的、効率的な健診の実施により、特定保健指導の対象者を的確に抽出します。また、健診未受診者を確実に把握し、受診勧奨を行います。

東伊豆町の特定健診受診率は、平成 28 年度 39.5%と年々増加しつつありますが、女性の 44.0%に比べ、男性は 34.8%と低く、特に、男性の 40 歳代及び 50 歳代は２割台と低いのが現状です。

特定健康診査を受診することが、生活習慣病の予防、重症化の予防につながることを広く PR し、その啓発に努めます。特に、特定保健指導の利用により改善した人の効果事例や、改善に伴うメリットの周知に努めます。

（２）特定保健指導

特定保健指導は、対象者が自らの特定健康診査の結果を理解し、体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定し、それを実践できるように支援することにより、生活習慣病の予防につなげます。

対象者個人のリスクを分析し、対象者に応じた効果的・効率的な保健事業を行うことが求められています。

３．計画の目標

（１）目標設定の考え方

東伊豆町においては、2023（平成 35）年度までの目標値を国の示す基準（参酌標準）に即しつつ、医療費の動向や過去の健康診査結果など、町の実情を踏まえて設定し、目標達成に必要な実施体制の確保を図ることとします。

《国が示した市町村国保の参酌標準》

（１）特定健康診査の受診率	2023（平成 35）年度において、40～74 歳の被保険者の特定健康診査受診率を 60%とする。
（２）特定保健指導の実施率	2023（平成 35）年度において、当該年度に特定保健指導（動機づけ支援及び積極的支援）の対象とされた人に対する特定保健指導の実施率を 60%とする。
（３）メタボリックシンドローム の該当者及び予備群の減少率	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率については、目標は設定しない。 特定健診、保健指導の成果に関する目標は特定保健指導対象者数の減少とし、2023（平成 35）年度において、2008（平成 20）年度と比較した特定保健指導対象者減少率を 25%以上とする。

（２）目標値の設定

町の健診受診環境や保健指導委託機関などの社会資源等も考慮して、特定健康診査受診率を 50%、特定保健指導実施率を 40%とします。メタボリックシンドローム減少率については、国を参酌して 25%を目指します。

●保険者全体の目標について

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。）に基づく特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準等についての改正省令より抜粋

『第３期計画期間における保険者の実施目標

⑴ 特定健康診査及び特定保健指導の保険者全体の実施率の目標については、引き続き、実施率の向上に向けて取組を進めていく必要があるので、第２期特定健康診査等実施計画期間（平成 25 年度～平成 29 年度）（以下「第２期実施計画期間」という。）の目標値である特定健康診査実施率 70%以上、特定保健指導実施率 45%以上を維持することとする。』

①特定健康診査の受診率

2018（平成 30）年度の特定健康診査の受診者数を 1,235 人、受診率を 40%と定めます。2023（平成 35）年度の受診者数 1,323 人、受診率 50%を目指します。

特定健康診査の目標受診者数・受診率

単位：人・%

		2018（平成30）年度	2019（平成31）年度	2020（平成32）年度	2021（平成33）年度	2022（平成34）年度	2023（平成35）年度
	40～64 歳	1,539	1,490	1,441	1,392	1,343	1,294
	65～74 歳	1,549	1,510	1,470	1,431	1,391	1,352
	合　計	3,088	3,000	2,911	2,823	2,734	2,646
	40～64 歳	615	626	634	640	645	647
	65～74 歳	620	634	647	658	668	676
	合　計	1,235	1,260	1,281	1,298	1,313	1,323
受診率		40%	42%	44%	46%	48%	50%

②特定保健指導の実施率

2018（平成 30）年度の特定保健指導の実施者数を 32 人、実施率を 20%と定めます。2023（平成 35）年度の実施者数 69 人、実施率 40%を目指します。

特定保健指導の目標実施者数・実施率

単位：人・%

		2018（平成30）年度	2019（平成31）年度	2020（平成32）年度	2021（平成33）年度	2022（平成34）年度	2023（平成35）年度
	40～64 歳	80	81	82	83	84	84
	65～74 歳	81	82	84	86	87	88
	合　計	161	163	166	169	171	172
	40～64 歳	16	20	23	27	30	34
	65～74 歳	16	20	24	27	31	35
	合　計	32	40	47	54	61	69
実施率		20%	24%	28%	32%	36%	40%

③メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

2023（平成 35）年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群は、特定保健指導対象者の減少率を目標とし、2008（平成 20）年度と比べて、25%の減少を目指します。

４．目標達成に向けた実施方法

（１）特定健康診査

①受診率向上の取組み

ア　特定健康診査を受診することが、生活習慣病の予防、重症化の予防につながることを広く PR します。

イ　特定健康診査の受診期間を延長して実施し、受診しやすさにつなげます。

ウ　退職等に伴う年度途中加入や 40 歳到達といった新たな対象者へは、個別に周知します。

エ　特定健診の未受診者への受診勧奨を送付します。

オ　がん検診や各種検診との同時実施を継続実施します。

カ　レセプトデータ等を活用し、生活習慣病のリスクのある人を抽出し、かかりつけ医と連携し、特定健康診査の重要性について周知します。

キ　受診を継続していない人に、継続的に特定健康診査を受診することの重要性を啓発します。

ク　特定健康診査の代わりに特定健診の検査項目を含む事業主健診や、人間ドック等の結果提供については、インセンティブを検討します。

②実施方法

● 対象者

実施年度４月１日現在、東伊豆町国保の加入者で、当該年度に 40～75 歳（受診時に 75 歳未満に限る）になる方。

● 実施方法

・集団健康診査　賀茂医師会、静岡県予防医学協会

・個別健康診査　東伊豆町各医療機関並びに近隣市町のかかりつけ医で実施できるよう検討します。

● 実施時期

・集団健康診査（６月から７月のうち 20 日間程度、９月～12 月に数日間追加日程を設ける）

・個別健康診査（10 月１日～12 月 28 日）

● 実施場所

・集団健康診査

町内６箇所：役場１階会議室、保健福祉センター、大川公民館、奈良本公民館、水下公民館、北川地区防災センター

・個別健康診査

町内医療機関

● 自己負担額

・40～69 歳　1,000 円

・70～74 歳　500 円　　（今後、個別健診機関の増加により自己負担額は検討します。）

③健診項目

項　　目			備　　考
	診　　察		質問項目（標準的な質問票） 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） 血圧測定 診察（理学的検査、問診）
		脂質検査	中性脂肪、HDL コレステロール、 ＬＤＬコレステロール
		肝機能検査	ＡＳＴ（ＧＯＴ）、ＡＬＴ（ＧＰＴ）、γ-ＧＴ（γ-ＧＴＰ）
		血糖検査	ＨｂＡ1c
	尿検査		尿糖、尿蛋白
	心電図検査		
	眼底検査		
	貧血検査		赤血球、血色素、ヘマトクリット値
	血清クレアチニン検査		
	心電図検査		
	血液検査		血清尿酸、血清クレアチニン
	尿検査		尿潜血

④他の健診との同時実施について

各種健診やがん検診と可能な限り、同時実施に向け取組みます。

がん検診等の同時実施状況

健診・検診名	平成 29 年度の状況	方　　針
大腸がん検診	実施中	継続実施
肺がん検診	実施中（１会場のみ未実施）	継続実施
胃がん検診	実施中（40 代、50 代のみ）	実施日の拡大の検討
婦人科検診	別日程で実施	同時実施の検討
骨密度健診	別日程で実施	同時実施の検討
その他検診	未実施	必要に応じて検討

⑤周知・案内

対象者全員に健診予約表を郵送します。健診予約者には受診券を送付し、紛失等の申出があれば再発行を行っていきます。広報ひがしいず、ホームページ、町内有線テレビ等で周知を図ります。

未受診者には、圧着ハガキ等による追加案内を郵送で行います。

⑥外部委託

特定健康診査受診率向上を図るため、外部委託による利用者の利便性に配慮した健診を実施します。

委託者の決定にあたっては、厚生労働省による「特定健康診査の外部委託に関する基準」を満たす機関であることや、これまでの特定健康診査との連続性など健診の質の確保を図ります。

⑦結果の通知

健診終了後、２ヵ月程度で保健福祉センターより、特定健康診査結果通知表を送ります。健康管理は健診を受けて終わりではなく、結果を理解して日ごろの生活に活かすことが大切です。そのため、結果説明会または、それに代わる方法で健診を受けた方が結果を理解できるようにしていきます。また、保健師・管理栄養士等が個別相談を実施します。特定保健指導等の対象者には、個別通知等で案内を送ります。

⑧事業主健診等の健診受診者のデータ受領

被保険者が、事業主健診や人間ドック等を受診している場合は、年度内に受診した健診の結果を提出することにより、町の特定健康診査を受診したものとみなすことができることから、提供についてのＰＲを実施し、提供者にはインセンティブを検討します。

ただし、特定保健指導が必要な場合は、町が実施する特定保健指導を受ける必要があります。

データの授受にあたっては、重要な個人情報であることに配慮し、受領する方法を整備します。

（２）特定健康診査の事業展開

目　標	**特定健診受診率向上** 　特定健診受診率を向上させ、被保険者の健康維持・増進を図り、生活習慣病予防や適切な医療への行動がとれるようにする。	
対象者	・40 歳～74 歳の被保険者（施設入所者や長期入院者を除く）	
実施方法	・日頃から自分の健康に関心を持つよう出前健康教育等を実施し、特定健診受診への呼びかけを行う。 ・医療機関からの情報提供事業の実施、人間ドック結果や職場健診結果の受領の実施。 ・糖尿病や生活習慣病を予防するための健康教室等を実施し、健診の重要性を啓発していく。（食育セミナー、各種健康教室など） ・未受診者への再通知を行う。 ・未受診者の状況を把握していく。	
		評価時期
	アウトプット（実施量）	
	・啓発実施量	年度末
	・再通知の実施	年度末
	アウトカム（成果）	
	・特定健診受診率	法定報告
	・再通知後の反応率	年度末
	・人間ドックの情報提供数	年度末
	・医療機関からの情報提供数	年度末
	ストラクチャー（実施体制） ・賀茂地域の共同化事業（医療機関からの情報提供事業）への参加 ・人間ドック等の結果の受領体制 ・国保部門や衛生部門と連携した事業の実施	
	プロセス（実施経過） ・事業実施スケジュールの適正管理 ・医療機関受診勧奨の対象者、時期、内容の適切さ等評価指標の設定及び達成状況を踏まえた評価の実施 ・特定保健指導実施率向上 　また、メタボリックシンドロームに着目した特定保健指導を行うことにより、生活習慣病の重症化予防につなげる。	

（３）特定保健指導

①利用率向上の取組み

ア　国の実施基準の変更に基づき、保健指導期間を対象者に合わせ弾力的に実施します。

イ　運動教室・栄養教室を引き続き実施し、対象者の支援を図ります。

ウ　保健指導効果が期待できるよう、保健師等の力量形成を図るとともに、業務委託を実施します。

②実施方法

● **対象者**

特定健康診査の結果と質問票から、内臓脂肪の蓄積の程度（腹囲・BMI）と追加リスクの数と喫煙の有無により、保健指導の必要性（生活習慣病リスク）に応じて、「動機付け支援」と「積極的支援」に区分します。

保健指導対象の抽出

<table>
<tr><th>腹囲</th><th>追加リスク※1</th><th>喫煙※2</th><th>40～64 歳</th><th>65～74 歳</th></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>２つ以上該当</td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td>３つ該当</td><td></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>１つ該当</td><td></td></tr>
</table>

※１　追加リスク
・血糖：HbA1c（NGSP）5.6%以上　または、薬剤治療を受けている場合
・脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上　または、HDL コレステロール 40mg/dl 未満　または、薬剤治療を受けている場合
・血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上　または、拡張期血圧 85mgHg 以上　または、薬剤治療を受けている場合
※２　喫煙
最近６ヵ月以内に習慣的に吸っている者

● **案内方法**

対象者となる人に特定健康診査結果通知表に特定保健指導の支援レベル（動機付け支援・積極的支援）を記載します。

特定保健指導の案内を郵送し、結果返却時に保健師・管理栄養士等により特定保健指導初回面接を行います。また、委託実施時は、委託業者との連携を図り、効率的な事業を展開していきます。

● 実施方法

一部町直営とし、保健師・管理栄養士等で実施します。保健指導の一部（運動教室等）の業務を委託し、より効果的な保健指導を実施します。保健指導事業の企画及び評価は、町自らが行うこととします。

アウトソーシングの活用は、事業者の費用対効果を考慮して今後、検討していきます。

● 自己負担額

自己負担額は当分無料とし、採血は実費を徴収します。

③特定保健指導の流れ

初回面接から最終評価まで各教室・検査等を開催しながら、個別性にあわせた保健指導を行っていきます。

保健指導教室等一覧

内　容	回　数	目　的	内　容	会　場
栄養教室	全２回	栄養の知識を高め､バランスの良い食事が取れるようにする	管理栄養士による講話ならびに調理実習	保健福祉センター
運動教室	全１２回（月２回）	運動習慣の獲得の機会にする	運動講師のもと軽運動・筋トレなど参加者の状況に応じた運動強度で実施	保健福祉センター
採血・医師講話	２回	血液状況を確認して、生活習慣の改善の方向性を確認する	初期・中間・終了面接時期に採血を行い、評価等を行う	保健福祉センター

※教室内容・実施時期や回数については、保健指導の効果を高めるために、状況に応じて展開していく

④実施内容

● 情報提供

健診結果とともに、健診項目の説明やメタボリックシンドロームに関する情報を提供し、生活習慣病の予防について指導します。わかりやすい通知をめざし、ICT 技術を応用した方法を検討していきます。

● 動機づけ支援

利用者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取組みを継続的に行えるようになることを目的に、保健師・管理栄養士等が面接し、生活習慣改善のための行動計画を策定し、実施する支援を行います。

必要に応じて、行動計画の策定から３～６か月経過する前に評価時期を設定して、動機づけ支援対象者が自ら評価するとともに、医師、保健師・管理栄養士等による評価を行います。

≪具体的な内容≫

項　目	方　法	指 導 内 容
初回面接	一人20分以上の個別面接	○生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の方の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性の説明 ○生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのデメリットの説明 ○体重・腹囲の測定方法や栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援 ○対象者の方の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用を支援
３～６か月経過する前の評価	自らの評価	○取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント
３～６か月後の評価	個別面接、電話、手紙等	○身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて確認

● 積極的支援

利用者が自ら健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取組みを継続的に行えるようになることを目的に、保健師・管理栄養士等が面接し、生活習慣改善のための行動計画を策定し、対象者が主体的に取り組むことができるよう継続して支援を行うとともに、計画の進捗状況評価と実績評価を行います。

≪具体的な内容≫

項　目	方　法	指 導 内 容
初回面接	一人20分以上の個別面接	○生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者の方の生活が及ぼす影響及び生活習慣の改善の必要性の説明 ○生活習慣を改善するメリット及び現在の生活を継続することのデメリットの説明 ○体重・腹囲の測定方法や栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な目安等を具体的に支援 ○対象者の方の行動目標や評価時期の設定と必要な社会資源等の活用を支援
３か月以上の継続的な支援及び中間評価	個別面接、グループ面接、電話、手紙等	○初回面接以降の生活習慣の状況を確認 ○栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な支援をするとともに必要に応じて行動維持の推奨 ○３か月経過した時点で取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要に応じて改めて行動目標や計画の設定
３～６か月後の評価	個別面接、グループ面接、電話、手紙等	○身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて確認

⑤特定保健指導対象者数・実施者数の推計

● 特定保健指導の対象者

特定保健指導の対象者を以下の通り推計します。

特定保健指導対象者数の推計

単位：人

		2018（平成30）年度	2019（平成31）年度	2020（平成32）年度	2021（平成33）年度	2022（平成34）年度	2023（平成35）年度
	40～64歳	55	56	56	57	57	58
	65～74歳	81	82	84	86	87	88
	合　計	136	138	141	143	144	146
	40～64歳	25	26	26	26	26	26
	合　計	25	26	26	26	26	26
	40～64歳	80	82	82	83	83	84
	65～74歳	81	82	84	86	87	88
	合　計	161	164	166	169	170	172

● 特定保健指導の実施者・実施率

特定保健指導実施者・実施率を以下の通り推計します。実施率は、現状値や町の特徴を考慮した実施率40%を目指します。

特定保健指導実施者数・実施率の推計

単位：人・%

		2018（平成30）年度	2019（平成31）年度	2020（平成32）年度	2021（平成33）年度	2022（平成34）年度	2023（平成35）年度
	40～64歳	11	13	16	18	21	23
	65～74歳	16	20	24	27	31	35
	合　計	27	33	40	45	52	58
	40～64歳	5	6	7	8	10	11
	合　計	5	6	7	8	10	11
	40～64歳	16	19	23	26	31	34
	65～74歳	16	20	24	27	31	35
	合　計	32	39	47	53	62	69
実施率		20%	24%	28%	32%	36%	40%

（４）特定保健指導の事業展開

<table>
<tr><td>目標</td><td colspan="2">特定保健指導実施率向上
特定健診受診者で特定保健指導対象者となった者へ、保健師・管理栄養士が保健指導を行い、生活習慣病重症化予防・悪化を防ぐために、生活習慣の改善ができるよう、行動目標をたて支援を行う。</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td colspan="2">特定保健指導対象者で、CKD 重症化予防等の対象でない者（重症化予防を優先する）</td></tr>
<tr><td>実施方法</td><td colspan="2">特定保健指導対象者の内、優先順位をつけながら実施する。
保健指導は、直営ならびに委託を併用して実施していく。（委託の際には、委託先の評価を行い適切に検討していく）
未利用者への勧奨ならびに指導方法の検討を行う。</td></tr>
<tr><td rowspan="10"></td><td></td><td>評価時期</td></tr>
<tr><td>アウトプット（実施量）</td><td></td></tr>
<tr><td>・初回面接実施率</td><td>年度末</td></tr>
<tr><td>・未利用者への勧奨</td><td>年度末</td></tr>
<tr><td>・保健指導実施率</td><td>法定報告</td></tr>
<tr><td>アウトカム（成果）</td><td></td></tr>
<tr><td>・保健指導の効果（検査値の改善）</td><td>次年度健診</td></tr>
<tr><td>・保健指導の効果（指導区分の変化）</td><td>次年度健診</td></tr>
<tr><td colspan="2">ストラクチャー（実施体制）
・直営と委託など実施体制を整え、効率化を図る
・進捗状況の管理を行う</td></tr>
<tr><td colspan="2">プロセス（実施経過）
・委託機関の評価
・直営プログラムの内容</td></tr>
</table>

（５）実施スケジュール

特定健康診査・特定保健指導の実施については、以下のとおりとします。

	４月	５月	６月	７月	８月	９月	10月	11月	12月	１月	２月	３月
案内文発送	◎					●	追加健診案内 未受診者通知					
予約受付		◎					●					
受診票の発送			◎				●					
健診受診期間			集団健診				個別健診 追加健診					
健診結果の説明					◎				◎			
保健指導対象者の選定及び通知					◆動機付け支援 ◆積極的支援				◆動機付け支援 ◆積極的支援			
動機付け支援実施期間							→	→	→	→	→	→
積極的支援実施期間							→	→	→	→	→	→

（６）実施計画の推進と評価

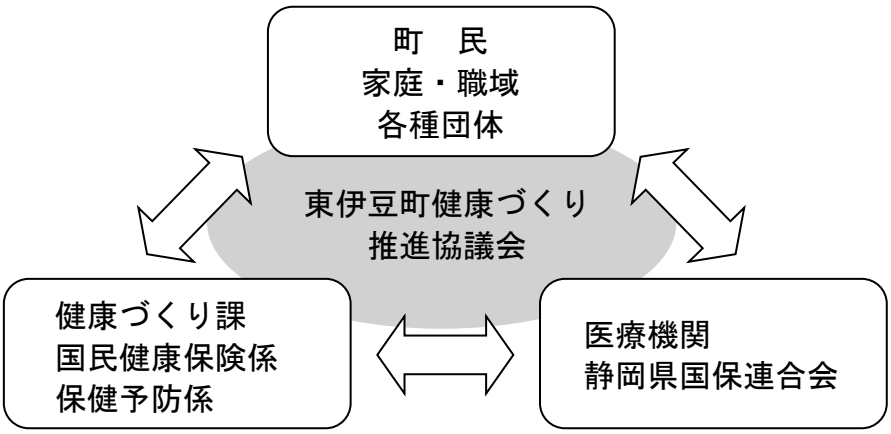
メタボリックシンドロームの該当者を減少させるには、計画的かつ着実に特定健康診査及び特定保健指導を実施し、その成果を検証する必要があります。

また、実施計画をより実効性の高いものとするためには、計画内容を実態に即した効果的なものに見直す必要があることから、東伊豆町健康づくり推進協議会に評価結果を毎年度報告し、意見をいただき計画に反映させていきます。

評価の責任は、医療保険者が実施責任者となり、各評価を行っています。

①推進体制

実施計画を推進するため、町民、行政、関係機関などが連携・協力して取り組みます。



②評価方法

● 毎年度評価

・特定健康診査受診率（性・年代別）
・特定保健指導実施率
・メタボリックシンドローム減少率ならびに保健指導の効果
・必要に応じて、標準的な健診・保健指導プログラムに準じた評価の実施

● 中間評価

必要に応じて、KDB やレセプトデータ、町の受療状況、特定健康診査・特定保健指導等の実施状況の評価もあわせて行い、総合的に評価を行います。

● 最終評価

最終年度 2023 年（平成 35 年度）に総合評価を行います。

● その他

必要に応じて受診者アンケート、未受診者アンケート等の実施により、特定健康診査実施期間の評価も行っていきます。

③計画の見直し

●中間評価により計画の修正を行います。また、毎年度の事業評価により、必要に応じて計画の見直しを実施します。その際には、東伊豆町健康づくり推進協議会で諮っていきます。

５．その他

（１）個人情報保護

特定健康診査等の実施にあたり、個人情報の取り扱いに関しては、個人の情報の保護に関する法律、同法に基づくガイドライン及び東伊豆町個人情報保護条例を遵守し適切に対応します。

また、東伊豆町が定める情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏洩に最新の注意を払います。

委託契約に際しては、個人情報の厳格な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定め、委託先の契約遵守状況を管理します。

（２）記録の保存方法等

国が示す標準様式に準じて、電子化して保存します。

（３）特定健康診査等実施計画の公表・周知

①公表や周知の方法

特定健康診査等実施計画については、町ホームページで公表するほか、町の広報で広く町民に周知します。

②啓発普及

特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発については、広報ひがしいずに記事を載せ、関係機関や事業所等にポスターの掲示を進めていきます。また、庁内の関係課と連携し、普及啓発のチラシを作成し、町内会回覧文書を利用して配布します。

東伊豆町第２期データヘルス計画・
東伊豆町第３期特定健康診査等実施計画

2018（平成 30）年 3 月発行

東伊豆町健康づくり課

〒413-0304
静岡県賀茂郡東伊豆町白田 306
電話　0557-22-2300