

東伊豆町第4期特定健診・特定保健指導等実施計画

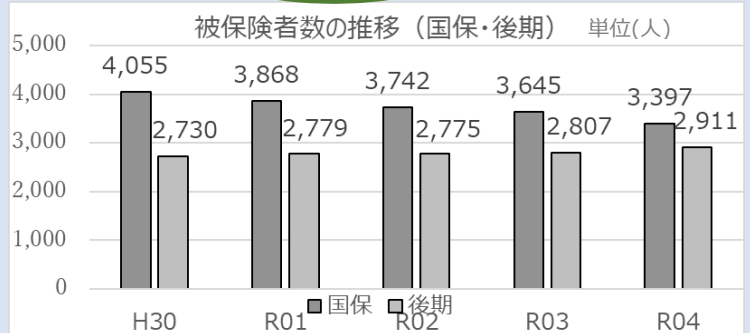
本計画の大きな目的には『健康寿命の延伸』があります。その目的の達成のために、健康・医療の様々な情報を活用して、効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定しました。データヘルス計画では、保健事業の実施・評価・改善について定めたものになります。

●東伊豆町の状況●

町の様々な統計データを分析してみました。そこから見えてきたものとは・・・

～被保険者数の減少～

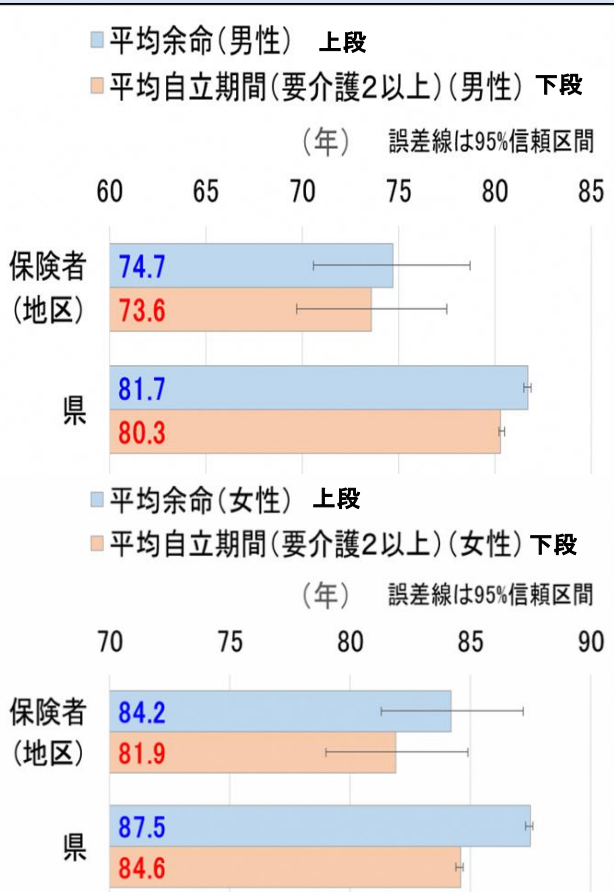
団塊の世代が75歳以上の後期高齢者医療に移行に伴い国保被保険者数は年々減少し、後期高齢者は徐々に増加しています。(資料 KDB システム)



～健康寿命の延伸～

健康寿命とは、健康上の問題で日常生活が制限されることなく過ごせる期間で、寿命との差を短くすることが大切です。この健康寿命の考え方の指標として平均自立期間があります。男女ともに、平均余命、平均自立期間が県よりも下回っています。

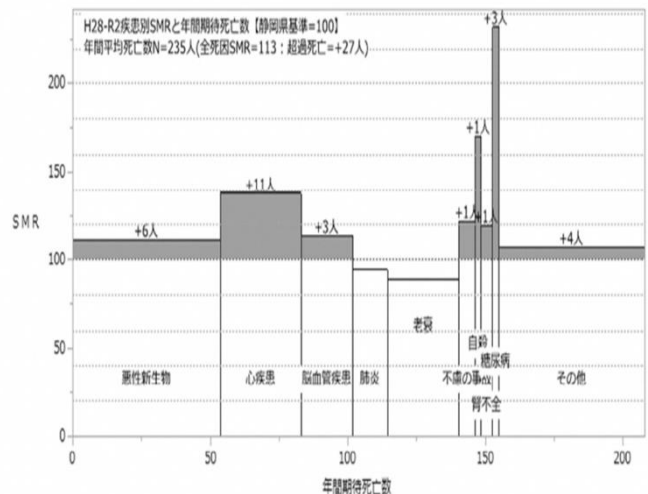
特に男性は県の平均自立期間 80.3 歳に対して町は 73.6 歳と 6.7 歳大きく下回っています。また、女性は県の平均自立期間 84.6 歳に対して町の 81.9 歳と 2.7 歳下回っています。



～死亡の原因を調べてみました～

町の死亡原因の様子を県と比較すると、悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患で亡くなる方が多いことが分かります。(100 を超えると県と比べて多く、色が付いています。)

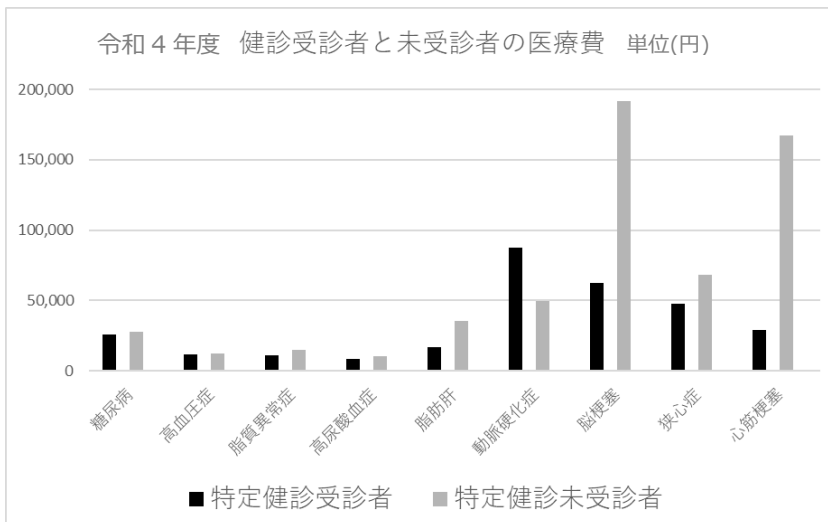
東伊豆町 (男女計)



～生活習慣病の医療費～

生活習慣病の医療費を特定健診の受診者と未受診者で分けてグラフにしました。

多くの疾患で健診未受診者で医療費が高くなっています。健診を受けて予防や適切に医療に係ることで医療費を抑えられることが考えられます。



～その他の病気(医療費)について分析しました～

① 関節疾患の医療費が高い

外来では関節疾患、入院では骨折の医療費が多くなっています。また、後期高齢者医療においても骨折や関節疾患の医療費が上位を占めており、町の課題です。また、介護が必要となる要因に筋骨格系の疾患もあります。

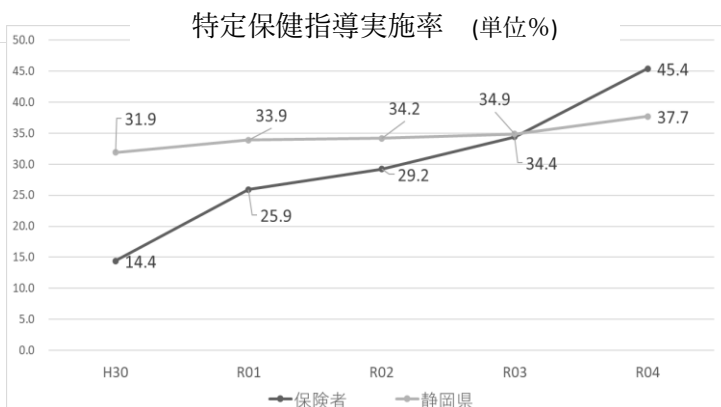
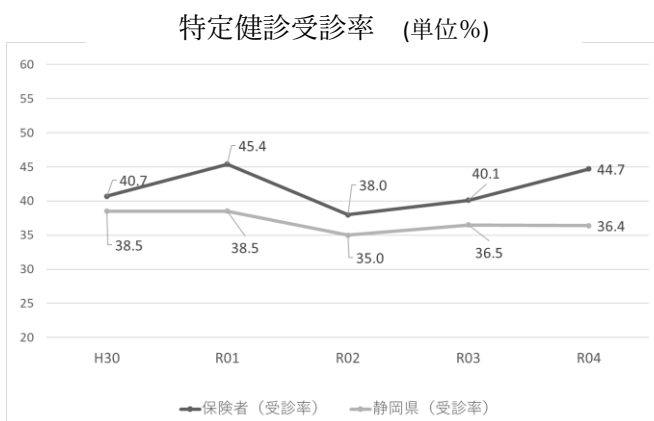
② 腎不全による人工透析

人工透析が始まると一人にかかる医療費が多だけでなく、患者さん自身にも通院等の負担が発生します。人工透析導入の期間をできるだけ遅らせることが重要です。

～特定健診・特定保健指導の実施率の変化～

特定健診の受診率は、令和元年に最高の45.4%に達し、その後コロナ感染症の流行により受診率が下がりました。その後回復しましたが、45.4%までには届いていません。引き続き未受診者対策が必要です。

特定保健指導の実施率は、平成30年度は県の31.9%に比べ、町は14.4%と低かったため、特定保健指導の委託や実施体制を見直すことにより実施率を向上させてきました。令和4年度には県平均を上回ることができたので引き続き向上を目指して行きます。



喫煙率

特定健診の質問票より喫煙者の割合は男性25%、女性8%であり県平均よりも高くなっています。

生活習慣

特定健診の質問票より飲酒や就寝前2時間以内に夕食を食べる方が多くなっています。

健診結果

特定健診の血圧や脂質の項目で基準値を超えた方の割合が県よりも多くなっています。

その他健診項目から分かったこと

特定保健指導

目的

メタボリックシンドロームに着目し、対象者の持つリスクに応じた個別の保健指導を行うことにより、生活習慣病の発症を予防を目指します。

実施内容

特定健診等の受診者のうち、健診結果より特定保健指導が必要な方へ指導を実施していきます。特定保健指導では健診機関等の委託による実施と保険者（健康づくり課）が実施する方法を取っていきます。

目的の達成に向けた目標

評価指標	目標値						
	2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
医科一人当たり医療費	31,424	長期目標					28,304
特定保健指導の終了率 (全体)	37.1%	41%	45%	49%	53%	56%	58%
未利用者への勧奨割合 (R5)	65.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

重症化予防（高血圧対策）

目的

高血圧症の周知を図り、高血圧の発症予防および脳卒中や心疾患の重症化予防を目指す。

実施内容

ハイリスクアプローチでは、医療機関の受診が必要な方へ勧奨を行います。

ポピュレーションアプローチでは、各種健康教室等で高血圧について周知を図るとともに減塩や家庭での血圧測定を推進します。

目的の達成に向けた目標

評価指標	目標値						
	2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
高血圧有病者	55%	54%	53%	52%	51%	50%	49%
高血圧者へのフォロー 一実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%