

下田市国民健康保険  
第3期保健事業実施計画  
(データヘルス計画)

令和6年度～令和11年度

令和6年3月  
下 田 市

# 目次

I 基本的事項	1
計画の趣旨	
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
基本情報	
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	
健康課題の抽出	
III 計画全体	30
健康課題	
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値	
保健事業一覧	
IV 個別事業計画	31
1 特定健康診査（第4期特定健康診査等実施計画）	
2 特定保健指導（第4期特定健康診査等実施計画）	
3 重症化予防事業（受診勧奨）	
4 重症化予防事業（保健指導）	
5 健康教育・健康相談	
6 重複・頻回受診、重複服薬者対策	
7 後発医薬品利用促進	
8 その他（啓発事業）	
V その他	46
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 第4期特定健康診査等実施計画	47
用語解説	53

# 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29%を超え、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ます。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、保険者に対し、レセプト・健診データの分析に基づく「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価などの取組みが求められることとなりました。</p> <p>また、厚生労働省は平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部を改正し、保険者は、健康・医療情報（健診・レセプトデータ）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を実施するため、保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施および評価を行うこととなりました。</p> <p>平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府が推進する保険者共通の評価指標の設定により、地域の健康管理の解決を目指しています。下田市国民健康保険においては、被保険者の健康増進、重症化予防等のための保健事業の実施および評価を目的に、これまでの取組み実績やその評価等を踏まえ、第3期データヘルス計画を策定しました。</p>
	計画の位置づけ	<p>下田市国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期データヘルス計画」を策定し、保健事業を実施します。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連携して健康課題の解決に努めます。</p> <p>下田市国民健康保険「データヘルス計画」は、市の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画などの関連計画と調和しています。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ます。</p>
計画期間		令和6年度～令和11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、市民保健課が主体となって進めます。
	地域の関係機関	計画の策定および保健事業の運営においては、地域の関係機関として、三師会、その他地域の関係団体等との連携により進めます。

## (1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(令和5年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		20,106		9,625		10,481	
国保加入者数(人) 合計		5,714	100%	2,879	100%	2,835	100%
0~39歳(人)		1,005	17.6%	516	17.9%	489	17.3%
40~64歳(人)		2,016	35.3%	1,091	37.9%	925	32.6%
65~74歳(人)		2,693	47.1%	1,272	44.2%	1,421	50.1%
平均年齢(歳)		56歳		55歳		57歳	

※KDBシステム\_S21\_006\_人口構成(令和4年度分-令和2年国勢調査人口等基本調査)

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	賀茂地域三師会(医師会、歯科医師会及び薬剤師会)とは、特定健康診査(特定健診)・特定保健指導、重症化予防並びに糖尿病性腎症重症化予防事業に関して連携を図ります。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携します。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者に係る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します。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、商工団体、地区組織等と連携して実施します。

## (2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	被保険者数は年々減少しており、令和4年度は平成30年度(6,812人)に比べ16.1%減の5,714人となっています。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が17.6%、40~64歳が35.3%、65~74歳が47.1%であり、65~74歳の割合が高くなっています。
	その他	団塊の世代と呼ばれる年齢層が、後期高齢者医療制度に移行していることが、国保被保険者数の減少に影響しています。
前期計画等に係る考察		<p>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ました。</p> <p>計画期間後半は新型コロナウイルス感染症の影響で特定健診の受診率が大幅に低下した一方で、特定保健指導を重点的に実施した結果、実施率が向上しました。生活習慣病重症化予防については、補助金を活用し個別保健指導に力を入れました。</p> <p>第3期は、特定保健指導の起点となり長年受診率が低迷している特定健診について、実施方法、年齢層、重症化の要因となる疾病等を踏まえた事業設計を行います。</p> <p>また、第2期は医師会をはじめとした関係機関との連携や、庁内横断的な事業連携の体制が構築されていなかったため、第3期は連携を進め、効果的・効率的な実施を図ります。</p>

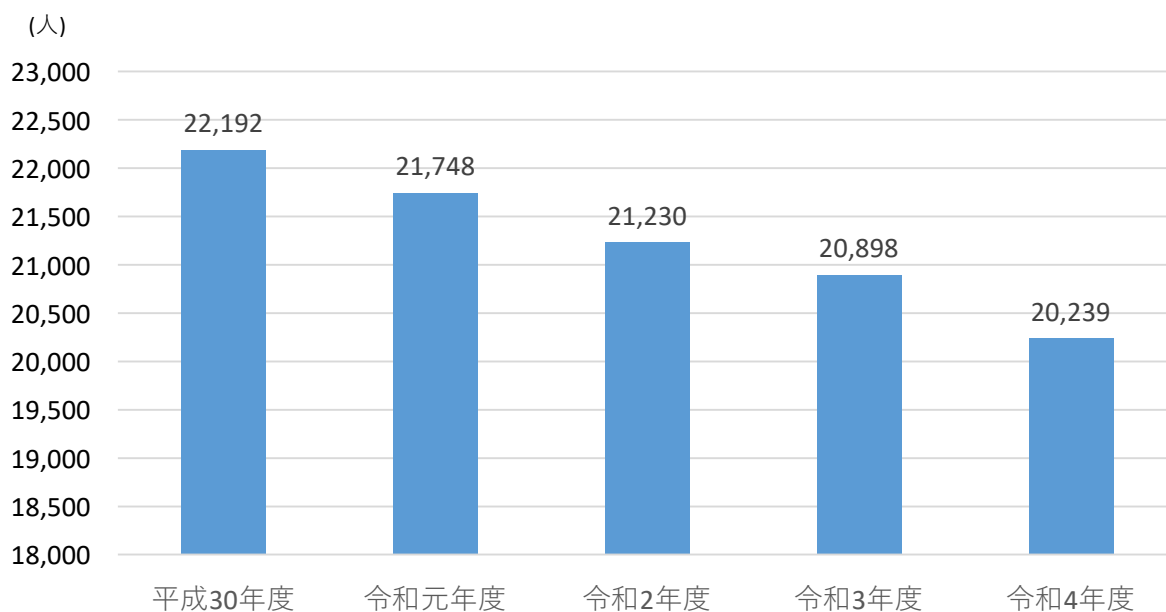
## II 健康・医療情報等の分析と課題

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.
平均余命・平均自立期間・標準化死亡率等		<ul style="list-style-type: none"> <li>●平均余命は、男性80.5歳、女性85.6歳。平均自立期間は、男性79.1歳、女性82.6歳。男女とも県平均を下回っています。(令和4年度)</li> <li>●平均余命、平均自立期間の経年推移は男性は延伸、女性は横ばいの状態となっています。</li> <li>●超過死亡疾患別SMRでは老衰が17人、心疾患が10人、悪性新生物が8人と県の死亡数より多くなっています。</li> <li>●県のH29-R3市町別SMR分析では、男性が糖尿病、自殺、心疾患、女性は自殺、肝疾患、老衰が県より高くなっています。</li> </ul>	図表6. 7. 8. 9. 10	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"> <li>●加入者は減少傾向にあるが、医療費は横ばいの状態にあります。令和4年度の一人あたり医療費をみると外来169,843円で県平均(182,427円)よりも低い水準である一方、入院は(156,930円)で県平均(106,832円)より大幅に高い水準にあります。</li> <li>●レーダーチャートでは、外来で1件当たりの点数は高いものの受診率が低いため一人当たりの点数は県より低く、入院は1件当たりの点数が低いものの受診率が高いため、一人当たりの点数が高くなっています。症状が悪化してから受診し、入院が長引く人が多いことが推測できます。</li> <li>●年齢階層別の医療受診率では、男女ともに65歳以上の受診率が県と比較し、大幅に低くなっています。</li> </ul>	図表11. 12. 13. 14	D,E
	疾病分類別の医療費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入院は統合失調症、骨折の医療費が高く、対県の標準化比では男女ともに骨折、関節疾患、狭心症が高くなっています。外来は糖尿病、高血圧症、慢性腎臓病の医療費が高く、高血圧症が男女ともに県より高くなっています。</li> <li>●疾病別の医療費割合は、糖尿病・高血圧症がともに国、県、同規模自治体と比較して高いが、悪性新生物は低くなっています。</li> </ul>	図表15. 16. 18. 19	A,B,D
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> <li>●後発医薬品の利用率は57.7%(令和4年度実績)で、国の目標値である80%より大幅に低くなっています。</li> </ul>	図表20	—
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> <li>●令和4年度の重複・頻回受診者割合は全体の0.14%、平成30年度(0.09%)と比較して増加しています。</li> </ul>	図表21	—

分類		健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題No.
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"> <li>●令和4年度の特定健診受診率はコロナ禍前の水準まで回復したものの、国、県の平均と比較して6%ほど低くなっています。</li> <li>●特定保健指導率は令和元年度に国・県平均を大きく上回りました。令和2年度から令和3年度はコロナ禍により指導率が下がりましたが、令和4年度は国・県平均より高くなっています。</li> </ul>	図表22. 23. 24. 25. 26	C,D,E
	特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	<ul style="list-style-type: none"> <li>●健診結果は男女ともに血圧、腹囲で正常値を超えている者の割合が県より高くなっています。</li> <li>●メタボリックシンドローム該当者（19.5%）、予備群（12.9%）は県平均（メタボ該当：19.0%、予備群：10.3%）より高くなっています。</li> </ul>	図表27. 28	A,C, D,E
	質問票調査の状況（生活習慣）	<ul style="list-style-type: none"> <li>●生活習慣は男女共通で咀嚼（噛みにくい）、飲酒、脳卒中（既往歴）の該当者割合が高くなっています。</li> <li>●女性の喫煙率、食習慣リスクが高くなっています。</li> </ul>	図表29	C,D
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析		<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療費は年々増加していますが、健診受診者と健診未受診者の1人当たりの医療費を比べると、健診受診者の方が低くなっています。</li> </ul>	図表17	
介護費関係の分析		<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護認定率は県平均より低く、特に要支援と要介護1の認定率が低くなっています。</li> <li>●要介護3の給付費がもっとも高くなっています。</li> <li>●介護認定者の有病状況は脳疾患、アルツハイマー病が国・県平均より高くなっています。また、筋・骨格の有病者の割合が50.7%を占めています。</li> </ul>	図表30. 31	E
その他		<ul style="list-style-type: none"> <li>●がん検診の受診率が県平均より低い傾向にあります。（胃がん検診（4.9%）肺がん検診（13.1%）大腸がん検診（14.6%）乳がん検診（27.1%）子宮頸がん検診（24.0%））</li> <li>●本市では令和4年度から保健事業と介護予防の一体的実施に取り組んでいますが、静岡県後期高齢者医療広域連合の分析によると、県内市町では後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防事業が進捗しているのに対し、本市では潜在的な対象者のごく一部に実施するに留まっています。</li> </ul>		—

## 基本情報

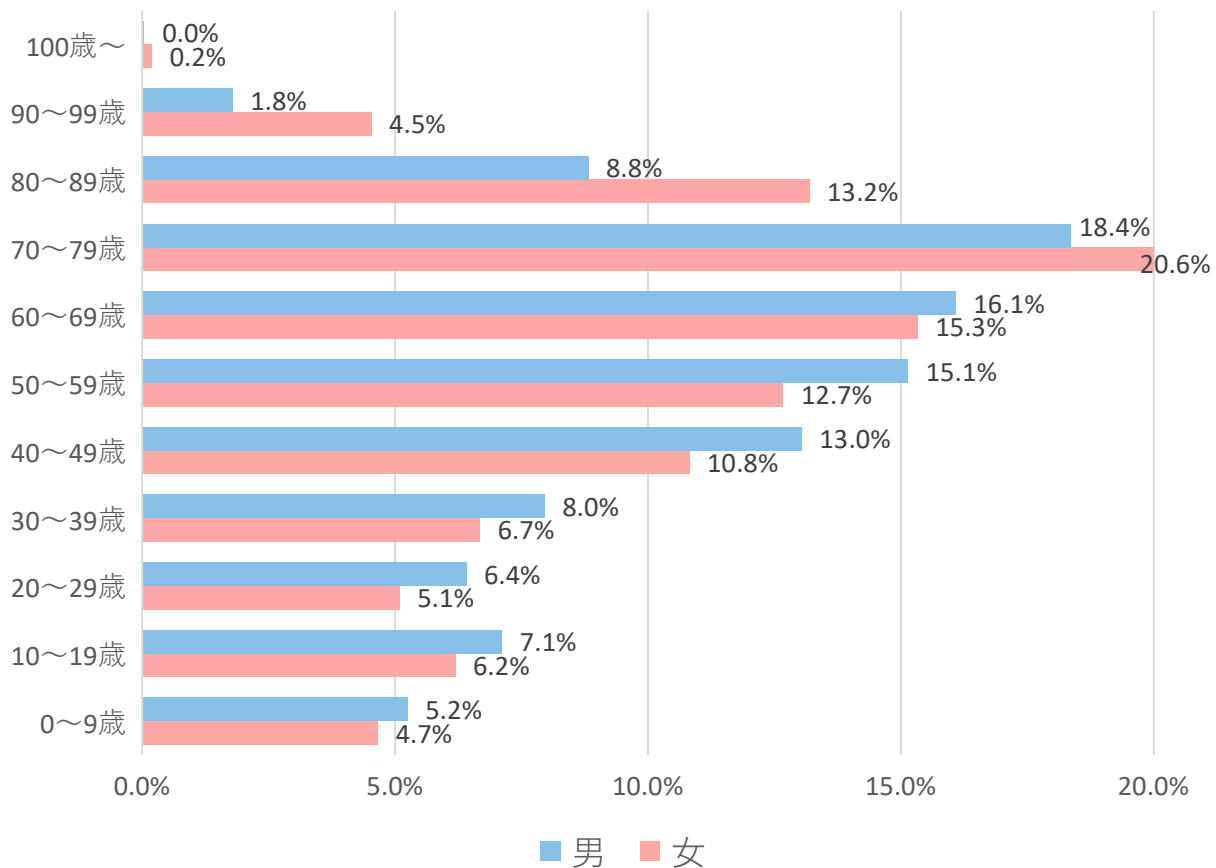
図表 1	下田市人口の推移	出典	住民基本台帳年報（1.1現在）
データ分析の結果	下田市の人口は年々減少を続けており、令和4年度は20,239人となりました。平成30年度から令和4年度の5年間で9.4%減少しています。		



図表 2	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（令和4年度時点-令和2年国勢調査人口等基本調査）
データ分析の結果	人口構成は64歳以下が県平均を下回り、65歳以上の高齢者割合人口が県平均を上回っています。		

	下田市	静岡県	同規模自治体	国
人数	20,106人	3,594,263人	32,195人	123,214,261人
~39歳	24.5%	36.2%	31.7%	37.6%
40~64歳	33.0%	33.7%	32.1%	33.7%
65~74歳	19.1%	14.5%	17.0%	13.9%
75歳~	23.4%	15.6%	19.2%	14.8%
65歳以上 高齢化率	42.5%	30.1%	36.2%	28.7%

図表 3	人口構成（性別・年齢階層別）	出典	KDBシステム_S21_006_人口構成 （令和4年度時点-令和2年国勢調査 人口等基本調査）
データ分析 の結果	60歳以上が約半数を占め、令和4年度から団塊の世代が後期高齢者に移行するなど高齢化が顕著となっています。		

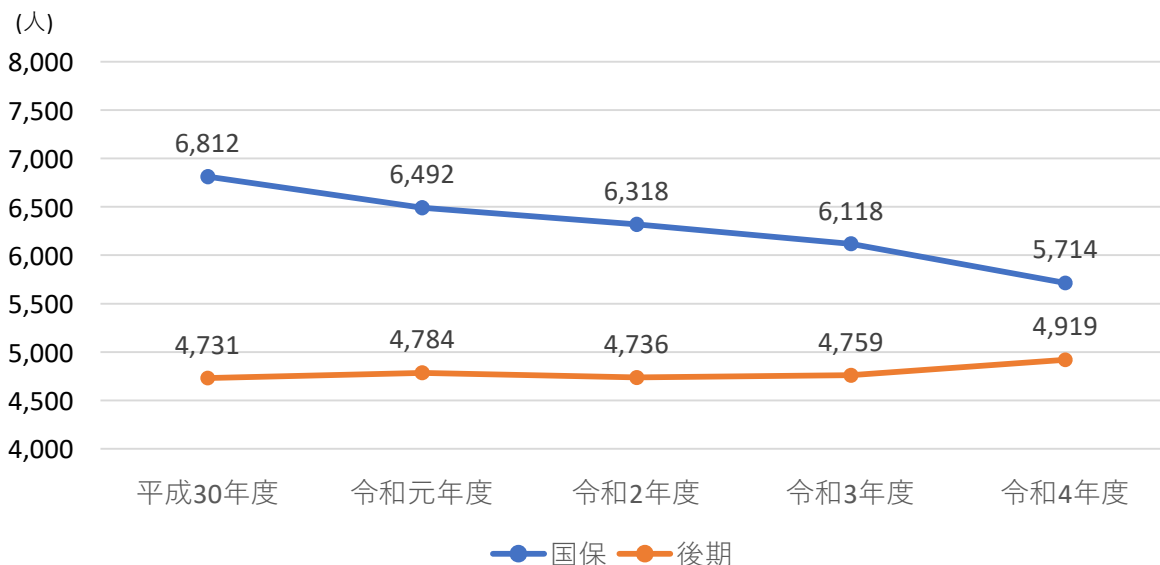


（単位：人）

	男	女	総計	割合
0～9歳	505	488	993	4.9%
10～19歳	685	649	1,334	6.6%
20～29歳	617	534	1,151	5.7%
30～39歳	766	700	1,466	7.3%
40～49歳	1,255	1,134	2,389	11.9%
50～59歳	1,457	1,328	2,785	13.9%
60～69歳	1,548	1,607	3,155	15.7%
70～79歳	1,767	2,163	3,930	19.6%
80～89歳	849	1,383	2,232	11.1%
90～99歳	172	475	647	3.2%
100歳～	4	20	24	0.1%
計	9,625	10,481	20,106	100.0%
割合	47.9%	52.1%	100.0%	



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（平成30～令和4年度分）
データ分析の結果	国民健康保険被保険者数は年々減少、後期高齢者は横ばいから緩やかに増加しています。		



図表 5	被保険者数 （性別・年齢階層別/経年推移）	出典	S21_006_被保険者構成 （平成30～令和4年度分）
データ分析の結果	ほとんどの年代で被保険者が減少していますが、男女ともに50-54歳は被保険者が増加しています。		

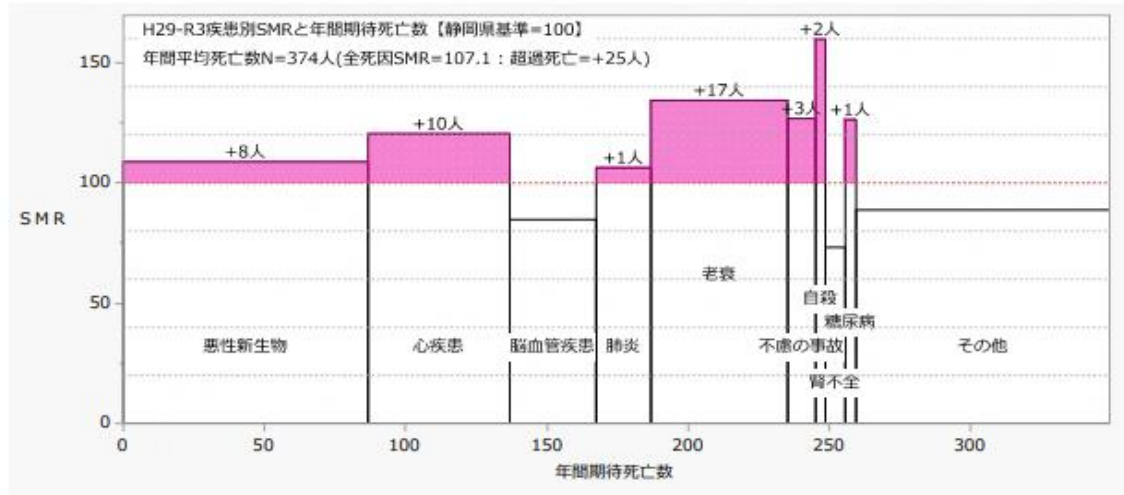
(単位：人)

年齢階層(男性)	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	傾向
～39歳	634	580	558	527	516	↓
40～44歳	190	175	149	128	129	↓
45～49歳	232	220	216	217	194	↓
50～54歳	200	213	220	227	230	↑
55～59歳	251	234	248	213	214	↑
60～64歳	368	344	336	331	324	↓
65～69歳	683	628	565	517	512	↓
70～74歳	803	821	860	863	760	↑

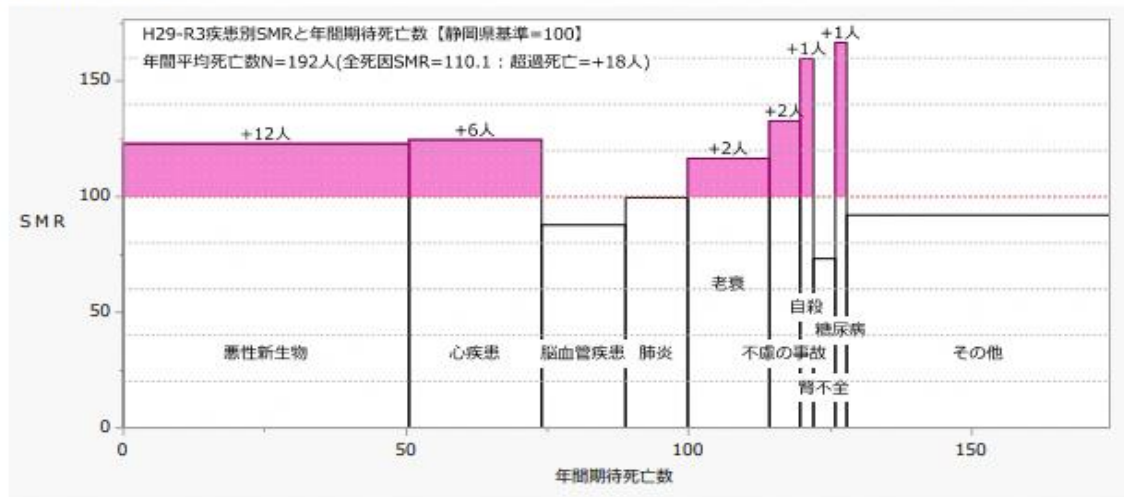
年齢階層(女性)	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	傾向
～39歳	604	545	514	510	489	↓
40～44歳	140	110	101	103	106	↓
45～49歳	184	181	171	168	141	↓
50～54歳	185	178	177	173	185	↑
55～59歳	214	223	227	216	189	↑
60～64歳	397	371	338	330	304	↓
65～69歳	781	714	662	593	534	↓
70～74歳	946	955	976	1,002	887	↑

図表 6	死因	出典	静岡県標準化比SMR 超過死亡疾患別SMR (平成29~令和3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では老衰17人、心疾患10人、悪性新生物8人と県の期待死亡数より多くなっています。		

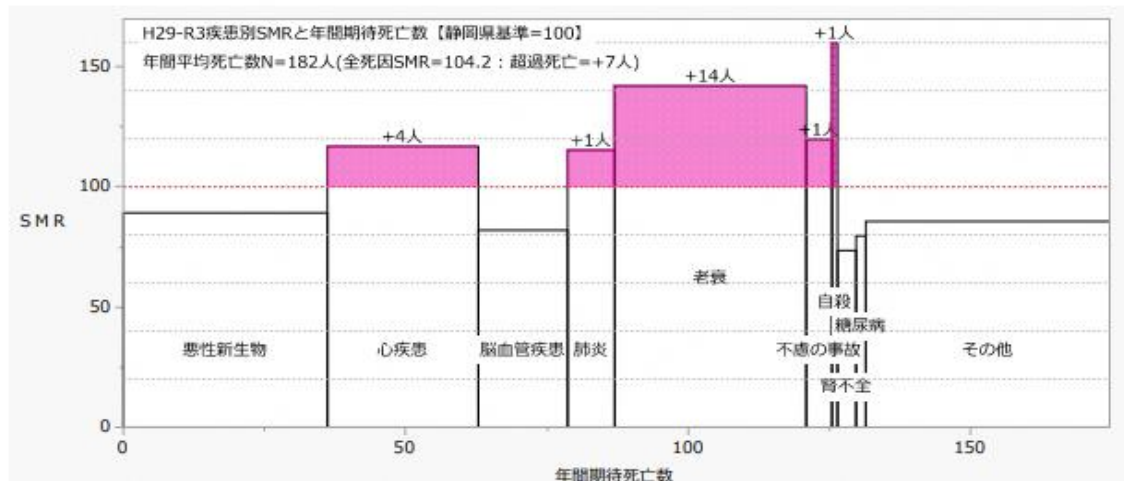
### 下田市(男女計)



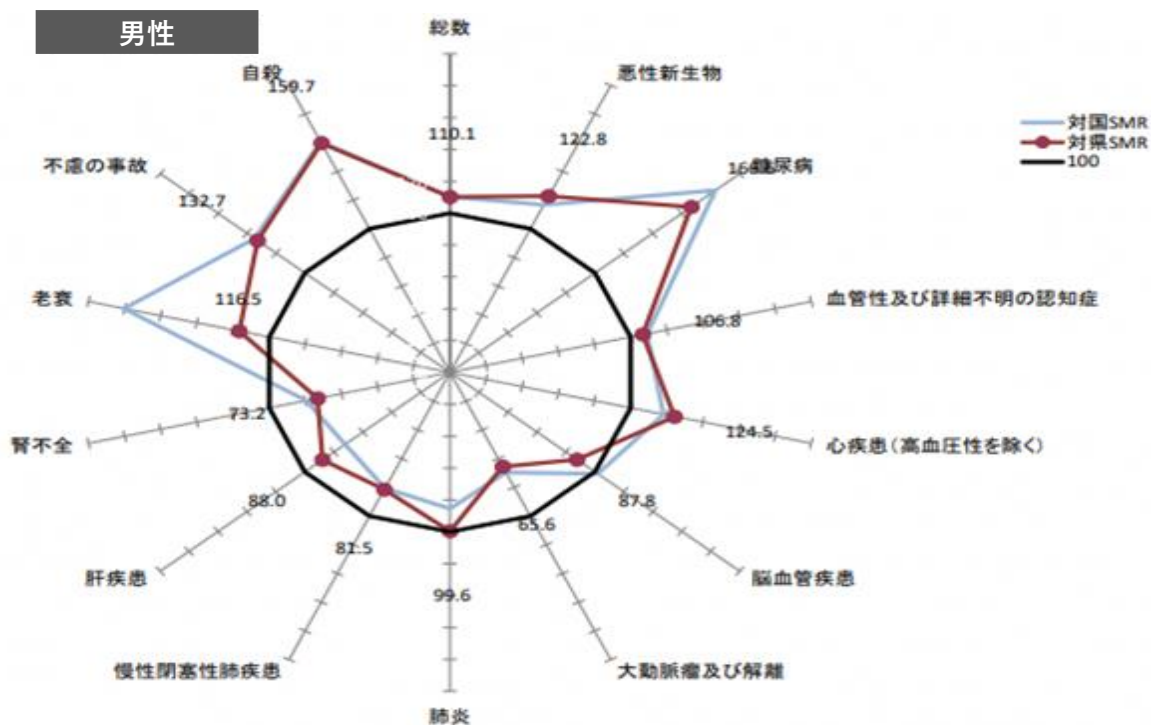
### 下田市(男性)



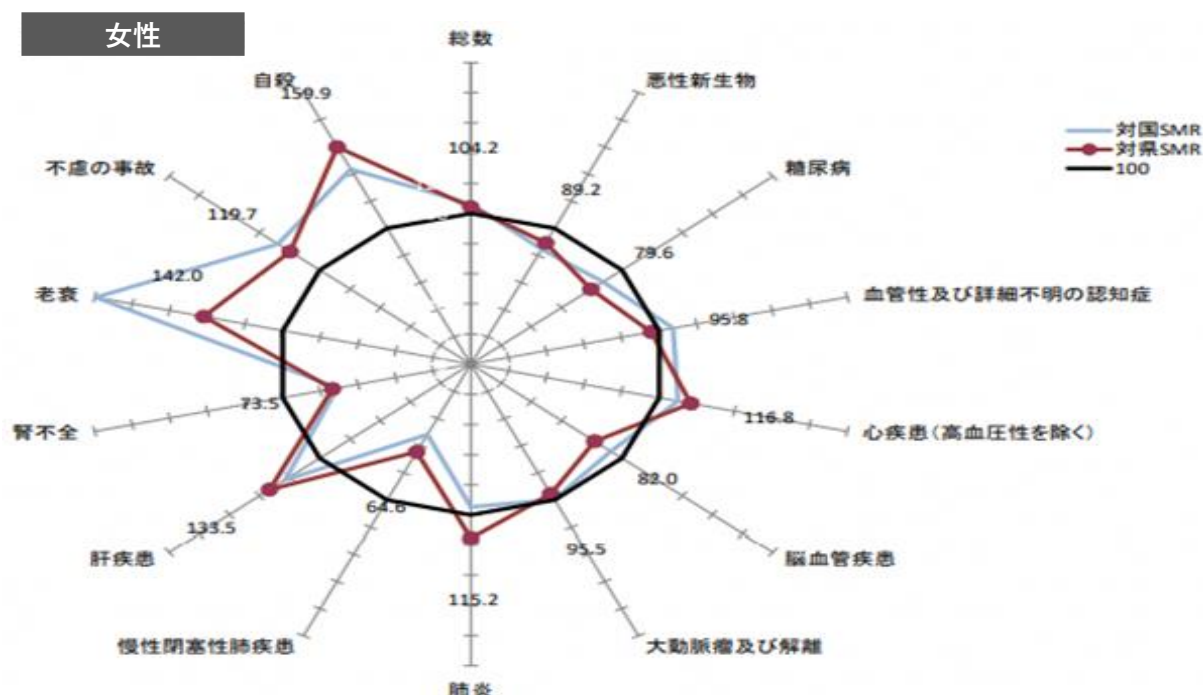
### 下田市(女性)



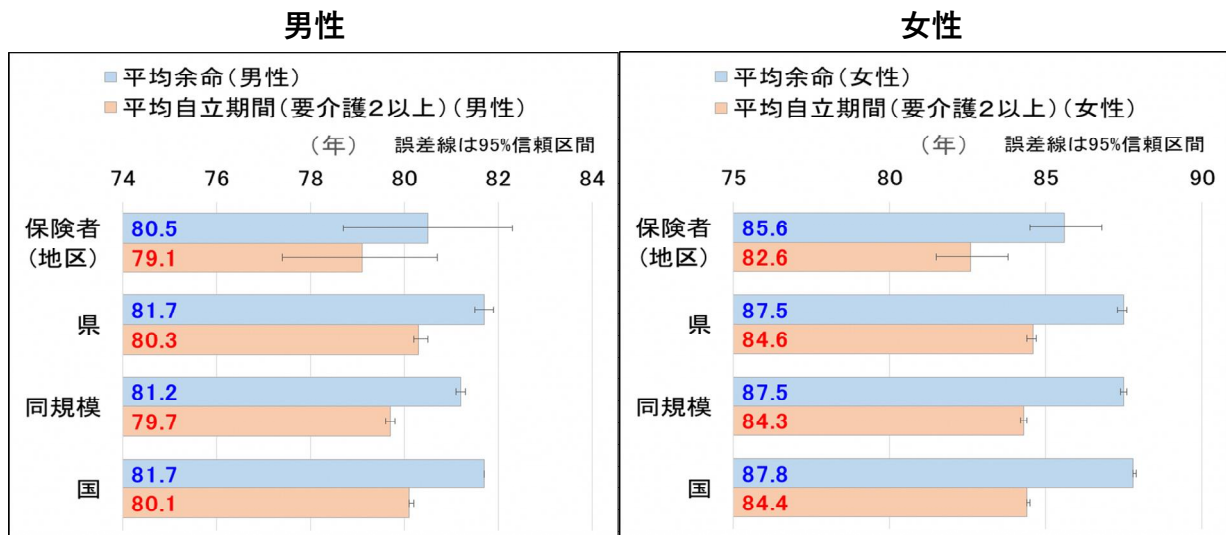
図表 7	死因（男性）	出典	静岡県標準化比SMR 超過死亡疾患別SMR（平成29～令和3年）
データ分析の結果	男性では糖尿病、自殺、心疾患が県と比較して高くなっています。		



図表 8	死因（女性）	出典	静岡県標準化比SMR 超過死亡疾患別SMR（平成29～令和3年）
データ分析の結果	女性では自殺、肝疾患、老衰が県と比較して高くなっています。		



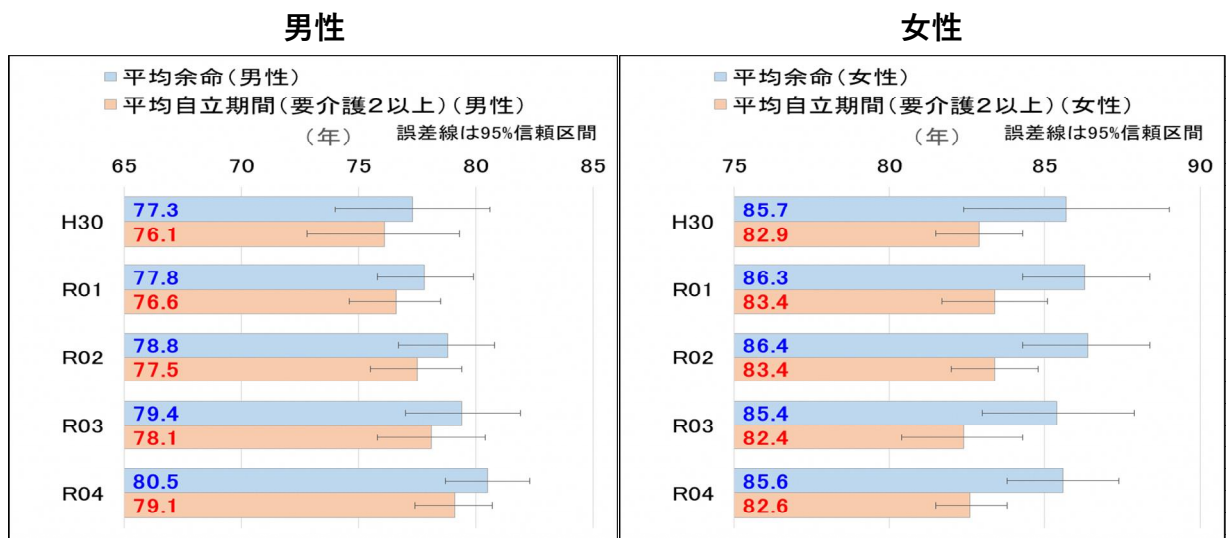
図表 9	平均余命・平均自立期間（単年）	出典	KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（令和4年度時点-令和2年12月末介護受給者台帳等）
データ分析の結果	平均余命は、男性80.5歳、女性85.6歳。平均自立期間は、男性79.1歳、女性82.6歳。男女とも国・県・同規模自治体をいずれも下回っています。		



※令和4年度

※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）

図表10	平均余命・平均自立期間（経年推移）	出典	KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（平成30～令和4年度分）
データ分析の結果	平均余命、平均自立期間の経年推移は男性は延伸、女性は横ばいの状態となっています。		

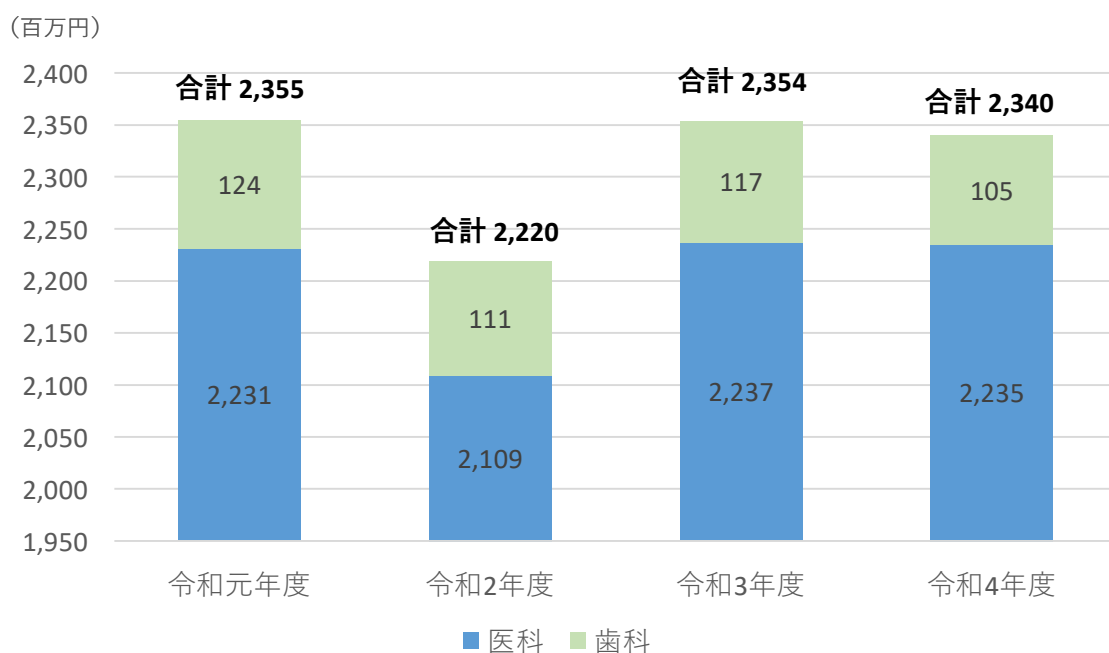


※令和4年度

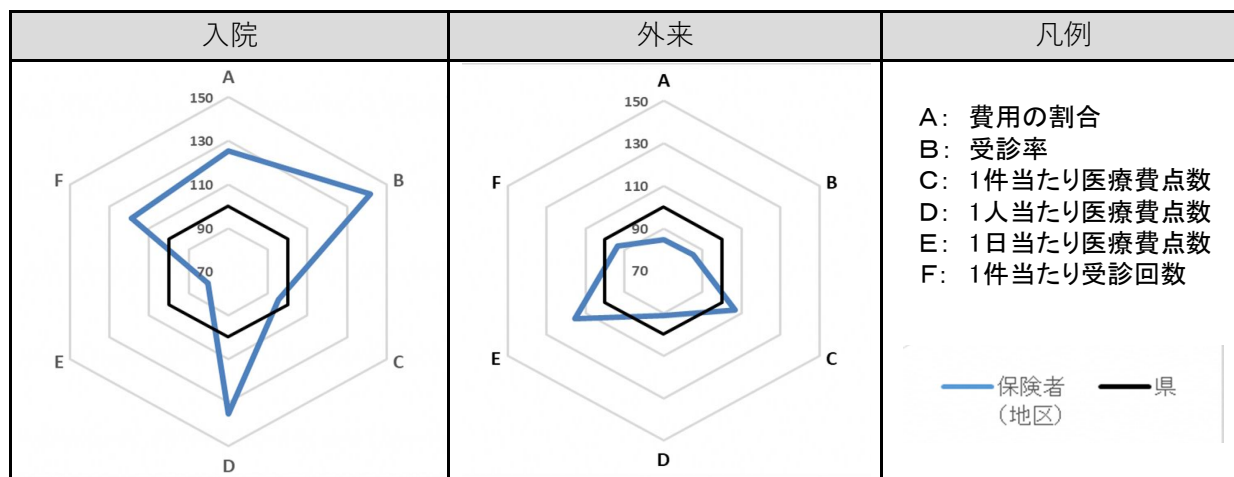
※国立保健医療科学院ツール（健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツールVer.2.0）

## 医療費の分析

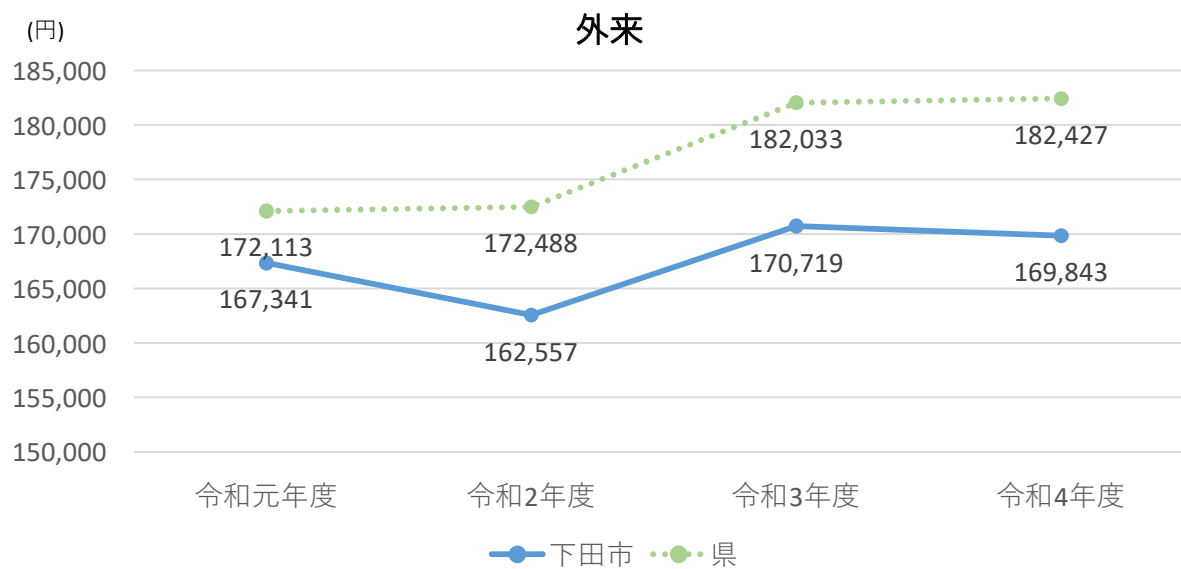
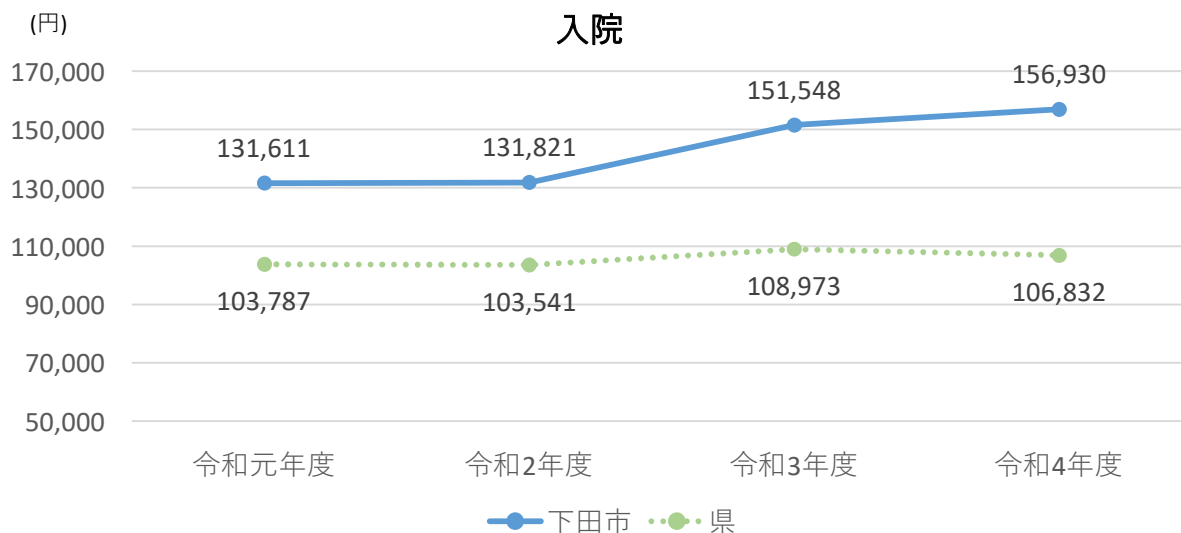
図表11	医療費の推移	出典	KDBシステム_市区町村別データ (平成30~令和4年度分)
データ分析の結果	被保険者が減少していますが、医療費総額は横ばいの状態となっています。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で一時的に医療費が減少したと思われる。		



図表12	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(令和3年度分)
データ分析の結果	外来は1件当たりの点数は高いが受診率が低いため、一人当たりの点数は県より低くなっています。入院は、1件当たりの点数は低いを受診率が高いため、一人当たりの点数は県より高くなっています。症状が悪化してから受診し、入院が長引くことが推測できます。		



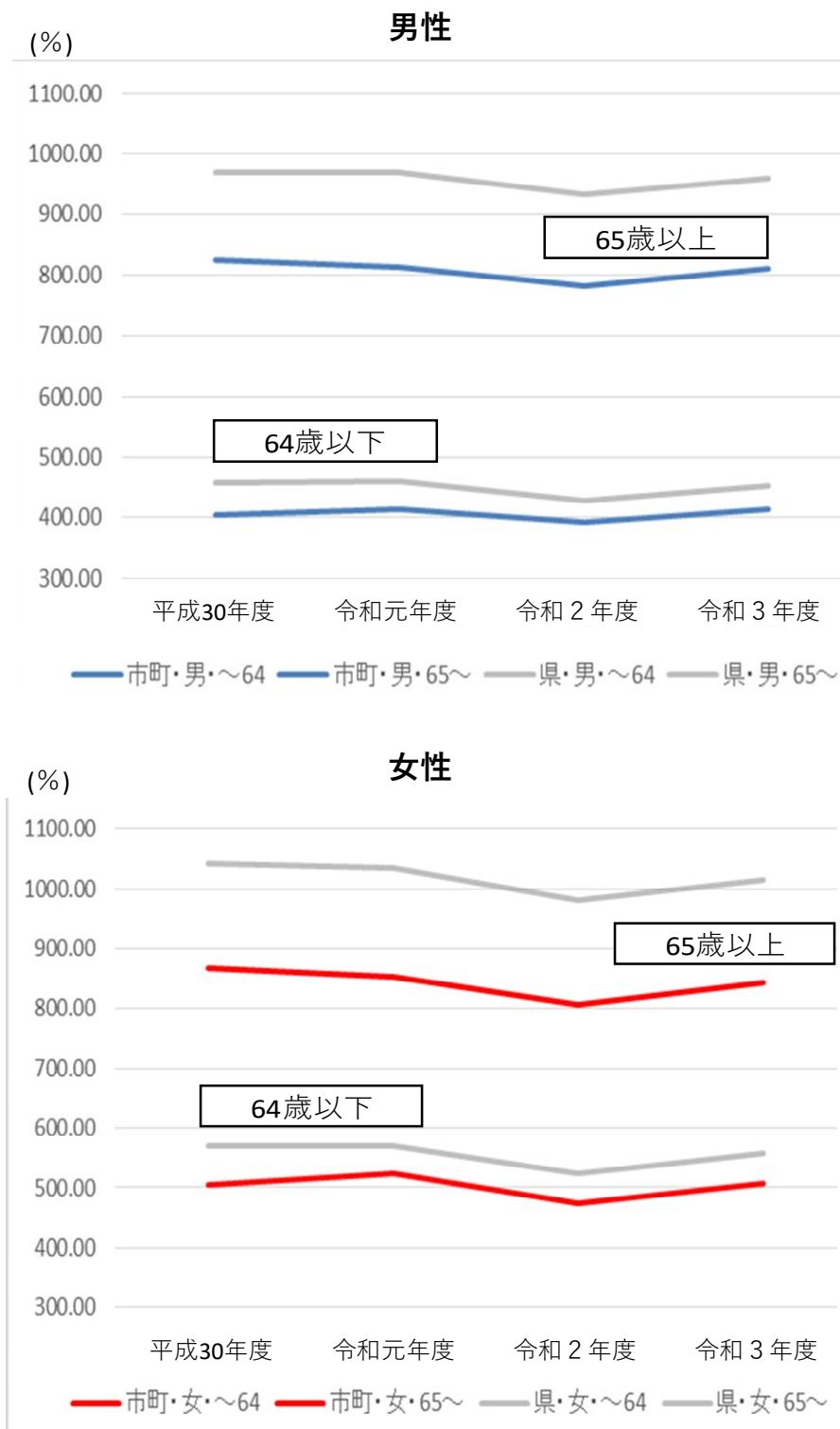
図表13	1人当たり医療費の推移	出典	KDBシステム_健康スコアリング (平成30~令和4年度分)
データ分析の結果	1人当たり医療費の推移をみると、外来は県と比較して低い、入院は県より高くなっています。どちらも緩やかに増加傾向となっています。		



(単位：円)

	入院		外来	
	下田市	県	下田市	県
令和元年度	131,611	103,787	167,341	172,113
令和2年度	131,821	103,541	162,557	172,488
令和3年度	151,548	108,973	170,719	182,033
令和4年度	156,930	106,832	169,843	182,427

図表14	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（令和3年度分）
データ分析の結果	年齢階層別の医療受診率では、男女ともに65歳以上の受診率が県と比較して大幅に低くなっています。		



※受診率 = 受診件数（医科+歯科）÷ 年間平均被保険者数

図表15	国保_医療費の負担が大きい疾患、標準化比	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(令和3年度分)
データ分析の結果	入院は統合失調症、骨折、うつ病の医療費が高く、対県の標準化比では男女ともに骨折、関節疾患、狭心症が高くなっています。外来は糖尿病、高血圧症、慢性腎臓病が高く、標準化比は高血圧症が男女ともに県より高くなっています。全体でみると糖尿病(5.1%)は下田市の医療費上位第2位、高血圧症(3.7%)が第4位であり、糖尿病性腎症を引き起こし、人工透析に至る可能性が高い傾向がうかがえます。		

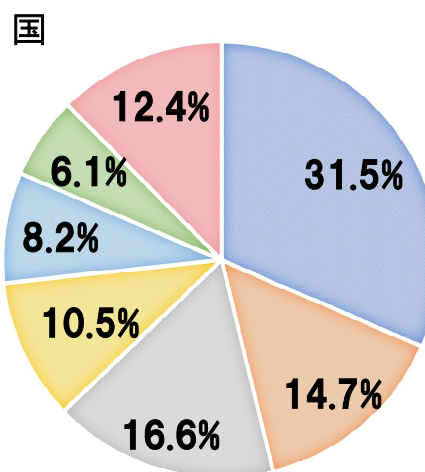
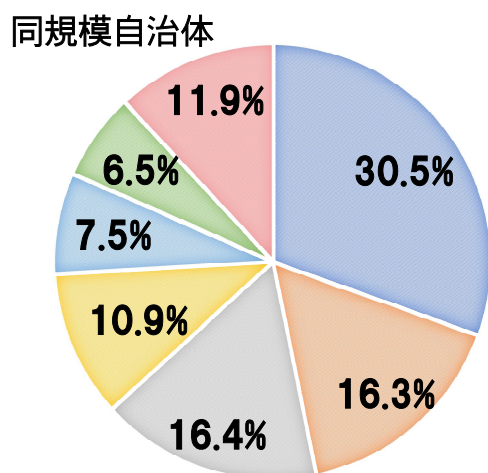
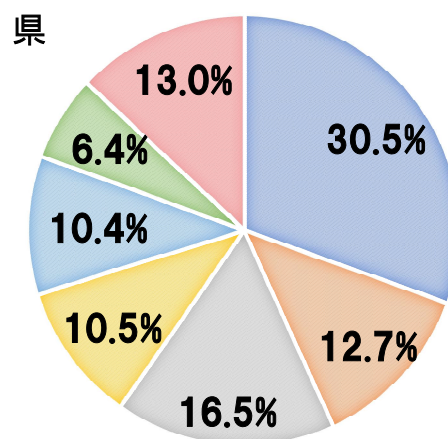
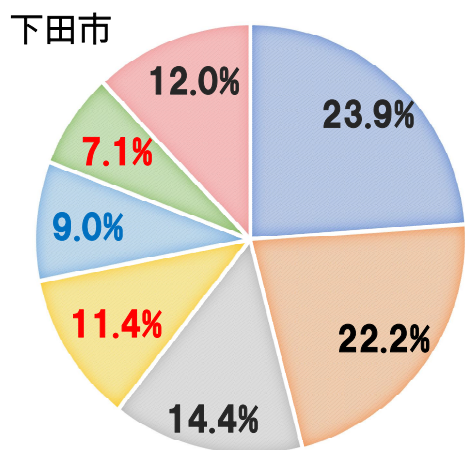
細小分類 令和3年度				標準化比/対県 平成30~令和3年度(4年平均)	
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
合計	統合失調症	182,759,620	8.2	219.0	243.3
	糖尿病	114,180,080	5.1	88.6	99.2
	慢性腎臓病(透析あり)	105,829,320	4.7	76.2	39.9
	高血圧症	83,342,730	3.7	106.0	104.3
	関節疾患	77,587,420	3.5	120.7	95.2
	不整脈	61,838,910	2.8	114.2	90.6
	骨折	55,919,140	2.5	149.6	116.7
	うつ病	46,843,940	2.1	120.1	96.1
	脂質異常症	46,222,260	2.1	77.1	78.2
	肺がん	43,528,880	2.0	58.3	87.5
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
入院	統合失調症	161,951,550	15.4	290.3	290.9
	骨折	50,356,330	4.8	157.2	121.1
	うつ病	29,006,520	2.8	173.0	106.5
	脳出血	27,474,480	2.6	92.0	87.0
	関節疾患	27,197,520	2.5	134.2	132.1
	不整脈	26,232,090	2.5	109.2	78.8
	慢性腎臓病(透析あり)	25,898,070	2.5	53.1	76.5
	肺がん	21,742,810	2.1	71.7	109.6
	脳梗塞	20,899,530	2.0	86.9	89.3
	狭心症	14,354,940	1.4	117.3	126.3
入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
外来	糖尿病	109,741,870	9.3	91.1	101.1
	高血圧症	80,975,600	6.9	105.1	103.7
	慢性腎臓病(透析あり)	79,931,250	6.8	81.9	31.1
	関節疾患	50,389,900	4.3	115.7	77.3
	脂質異常症	45,659,290	3.9	77.4	78.4
	不整脈	35,606,820	3.0	118.2	99.6
	前立腺がん	25,081,640	2.1	107.9	0.0
	緑内障	24,653,160	2.1	98.2	117.1
	小児科	24,601,830	2.1	91.2	85.4
	大腸がん	23,504,890	2.0	100.3	140.9

※標準化比：KDBシステム\_S23\_005\_細小分類(平成30~令和3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16	医療費の割合	出典	KDBシステム_健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
データ分析 の結果	疾病別の医療費を国、県、同規模自治体と比較して糖尿病、高血圧症がともに高くなっています。慢性腎臓病（透析有）は県より低く、同規模自治体及び国より高くなっています。		



■ 悪性新生物 ■ 精神 ■ 筋・骨格 ■ 糖尿病 ■ 慢性腎臓病(透析有) ■ 高血圧症 ■ その他

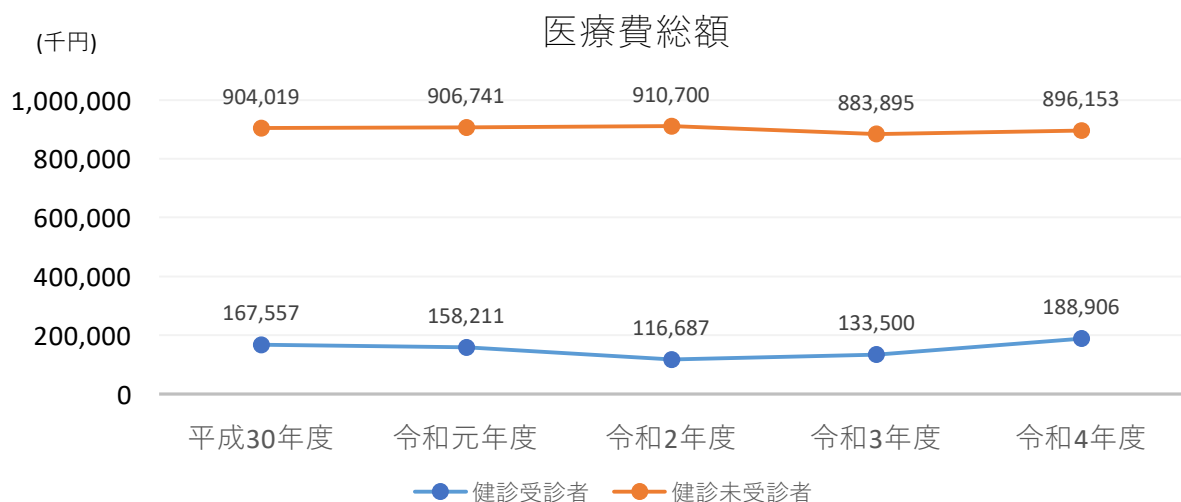
※令和3年度

※最大医療資源病名による、調剤報酬を含む

(単位：千円)

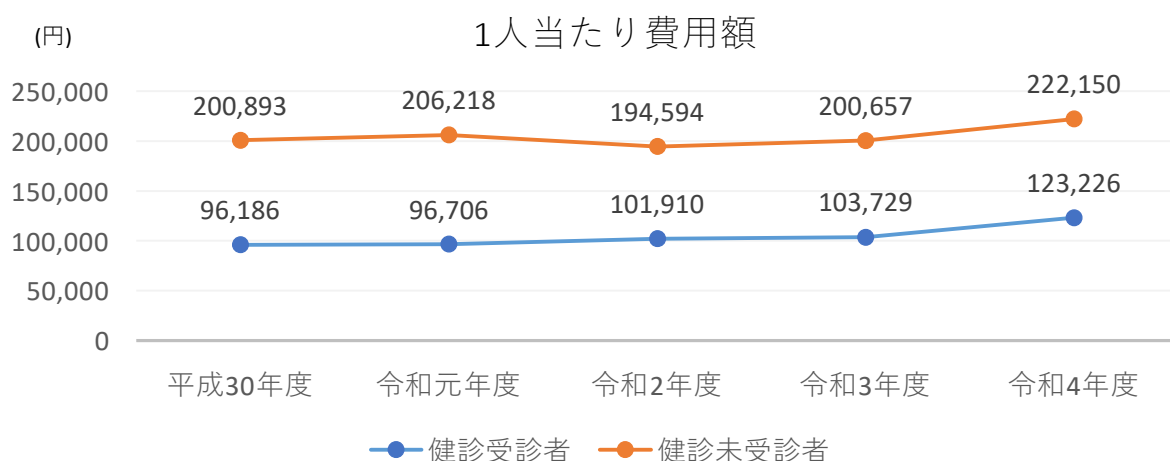
	下田市	県	同規模自治体	国
悪性新生物	279,854	44,801,463	133,966,310	1,577,576,384
精神	260,560	18,708,689	71,759,795	734,285,088
筋・骨格	169,010	24,236,542	72,364,891	831,159,353
糖尿病	133,340	15,496,601	47,850,752	524,081,259
慢性腎臓病（透析有）	105,829	15,254,779	33,078,525	413,362,531
高血圧症	83,343	9,408,490	28,596,753	308,091,151
その他	140,926	19,132,920	52,323,387	622,632,083

図表17	レセプト・健診結果等を 組み合わせた分析	出典	しずおか茶っとシステム
データ分析 の結果	医療費は年々増加していますが、健診受診者と健診未受診者の医療費総額及び1人当たりの医療費を比べると、健診受診者の方が低くなっています。		



(単位：円)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
健診受診者	167,556,820	158,210,510	116,686,550	133,499,710	188,905,980
健診未受診者	904,018,890	906,741,310	910,699,820	883,894,560	896,153,150
合計	1,071,575,710	1,064,951,820	1,027,386,370	1,017,394,270	1,085,059,130



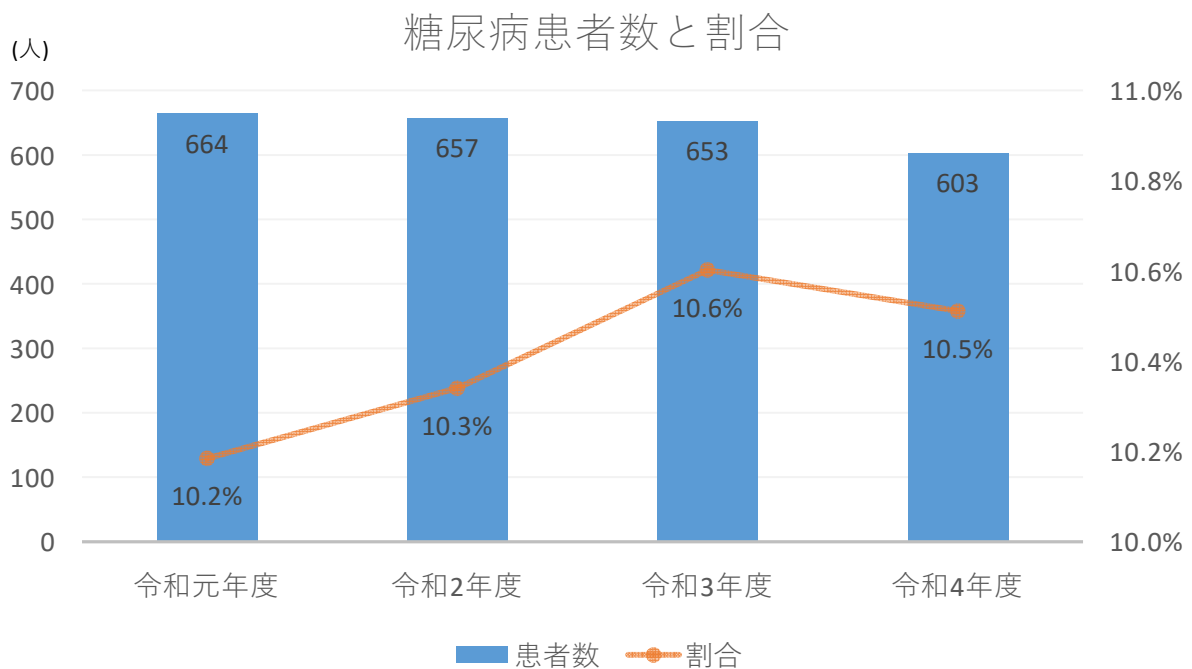
(単位：円)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
健診受診者	96,186	96,706	101,910	103,729	123,226
健診未受診者	200,893	206,218	194,594	200,657	222,150
全体状況	171,672	176,521	176,375	178,741	194,909

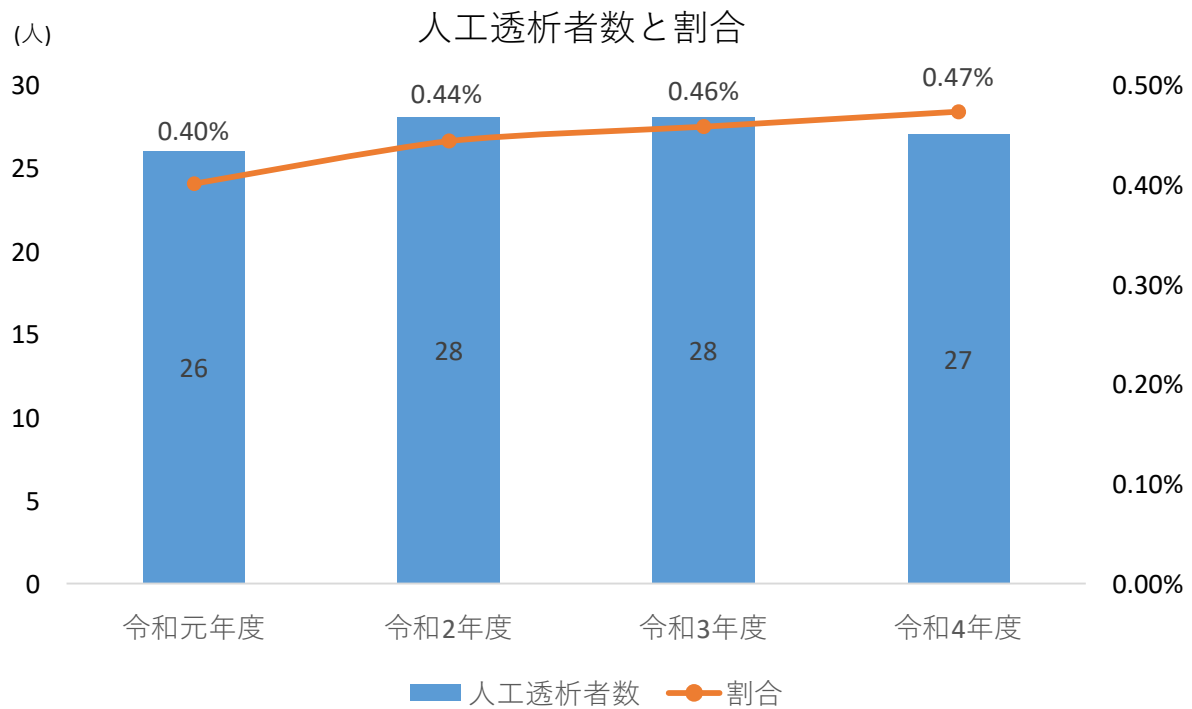
図表18	糖尿病のレセプト分析	出典	KDBシステム_S21_015_厚生労働省様式(様式3-2)
データ分析の結果	糖尿病の患者数は減少していますが、全被保険者に対する患者割合は横ばいとなっています。 糖尿病性腎症も患者数は減少していますが、糖尿病患者数に対する割合は増加しています。		

3月診療分	被保険者数(A)	1か月のレセプト数(B)	糖尿病(C)		(再掲) 糖尿病合併症							
			人数	% (C/A)	インスリン療法(D)		糖尿病性腎症(E)		糖尿病性網膜症(F)		糖尿病性精神障害(G)	
					人数	% (D/A)	人数	% (E/A)	人数	% (F/A)	人数	% (G/A)
令和2年	6,520	4,140	664	10.2%	53	8.0%	47	7.1%	86	13.0%	18	2.7%
令和3年	6,354	3,723	657	10.3%	49	7.5%	40	6.1%	64	9.7%	19	2.9%
令和4年	6,159	3,887	653	10.6%	42	6.4%	46	7.0%	74	11.3%	19	2.9%
令和5年	5,737	3,605	603	10.5%	44	7.3%	45	7.5%	67	11.1%	12	2.0%

3月診療分	大血管障害				人工透析(J)	糖尿病以外の血管を痛める因子						
	脳血管疾患(H)		虚血性心疾患(I)			高血圧症(K)		高尿酸血症(L)		脂質異常症(M)		
	人数	% (H/A)	人数	% (I/A)		人数	% (J/A)	人数	% (K/A)	人数	% (L/A)	人数
令和2年	126	19.0%	131	19.7%	16	2.4%	459	69.1%	122	18.4%	401	60.4%
令和3年	116	17.7%	126	19.2%	18	2.7%	453	68.9%	118	18.0%	422	64.2%
令和4年	111	17.0%	116	17.8%	16	2.5%	445	68.1%	116	17.8%	427	65.4%
令和5年	111	18.4%	111	18.4%	14	2.3%	420	69.7%	108	17.9%	413	68.5%



図表19	人工透析のレセプト分析	出典	KDBシステム_S21_020_厚生労働省様式(様式3-7) KDBシステム_S23_001_医療費分析(1)細小分類
データ分析の結果	人工透析患者数は年々横ばいとなっていますが、全被保険者に対する患者割合は増加しています。1件当たり人工透析点数は国、県、同規模自治体と比較して高く、患者千人当たりの人工透析新規患者数も多くなっています。		



※全被保険者数に占める割合

(単位：点、件、人)

	下田市	静岡県	同規模自治体	国
1件当たり人工透析点数	53,649	46,076	46,639	47,753
千人当たり人工透析レセ数	4,835	4,771	4,193	3,535
患者千人当たりの人工透析者数	9.266	8.617	7.205	6.640
患者千人当たり人工透析新規患者数(当月発症)	<b>0.203</b>	0.146	0.122	0.120

※令和4年度

図表20	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の割合	出典	国保総合システム_保険者別医薬品利用実態（令和4年1月～12月調剤分）
データ分析の結果	後発医薬品の利用率は57.7%で、国の目標値である80%より大幅に低くなっています。		

(単位：件)

データ件数			医薬品数			
レセプト	処方箋発行医療機関	調剤薬局数	全体	代替可能先発品	代替不可先発品	後発品
31,884	2,242	2,018	142,222	19,144	40,971	82,107

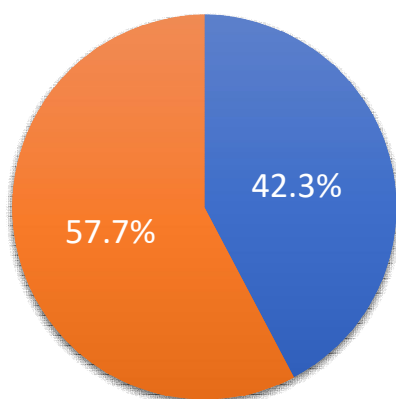
(単位：円)

薬剤料額			
全体	代替可能先発品	代替不可先発品	後発品
303,250,693	42,013,625	201,984,388	59,252,680

(単位：件、円)

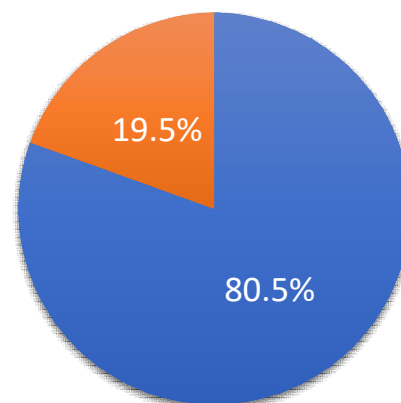
レセプト 1件当たり	処方箋薬品数	4.5	1件当たり代替 可能品薬剤料額	2,195
	後発品数	2.6		
	薬剤料額	9,511	後発利用率 (数量ベース)	57.7%
調剤薬局 1軒当たり	処方箋薬品数	70.5	後発利用率 (数量ベース)	19.5%
	後発品数	40.7		
	薬剤料額	150,273		

数量ベース利用率



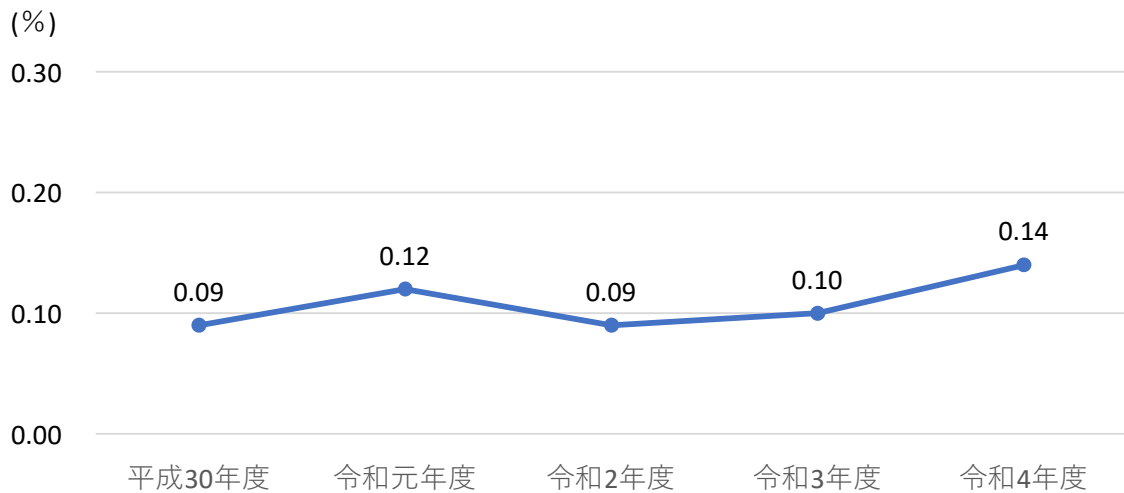
■ 先発品 ■ 後発品

金額ベース利用率



■ 先発品 ■ 後発品

図表21	重複・頻回受診者割合	出典	しずおか茶っとシステム
データ分析の結果	令和4年度の重複・頻回受診者は0.14%で、全被保険者に占める割合は平成30年度（0.09%）と比較して0.05ポイント増加しています。		

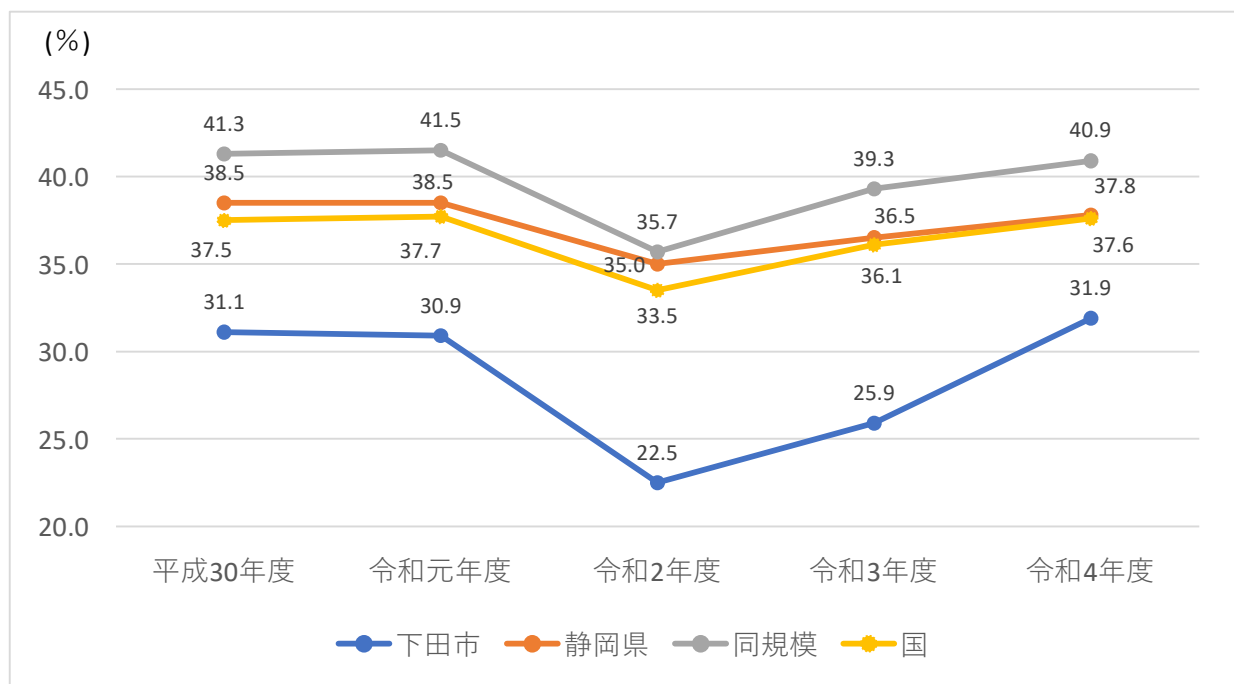


(単位：人、円)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
被保険者数	6,812	6,492	6,318	6,118	5,714
重複服薬者数	6	8	6	6	8
割合	0.09%	0.12%	0.09%	0.10%	0.14%

## 特定健診・特定保健指導の分析

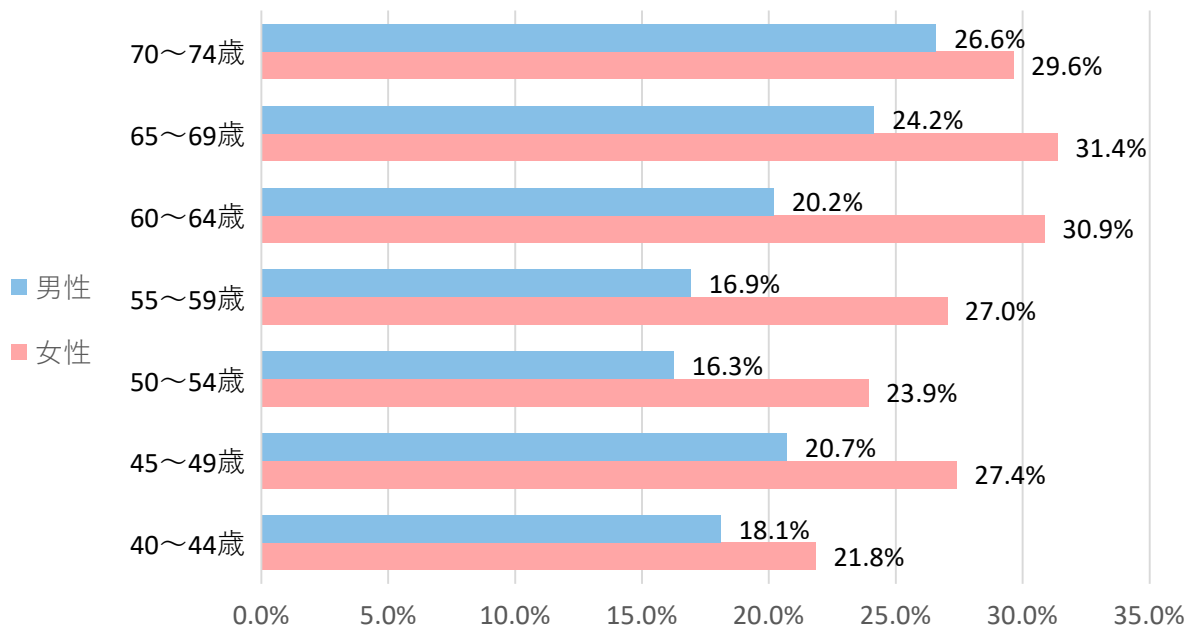
図表22	特定健康診査受診率 (経年推移)	出典	KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握(平成30~令和4年度分)
データ分析の結果	令和4年度の特定健診受診率は31.9%と県・国の平均と比較して6.0%ほど低くなっています。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で大幅に受診率が減少しましたが、徐々に回復傾向にあります。		



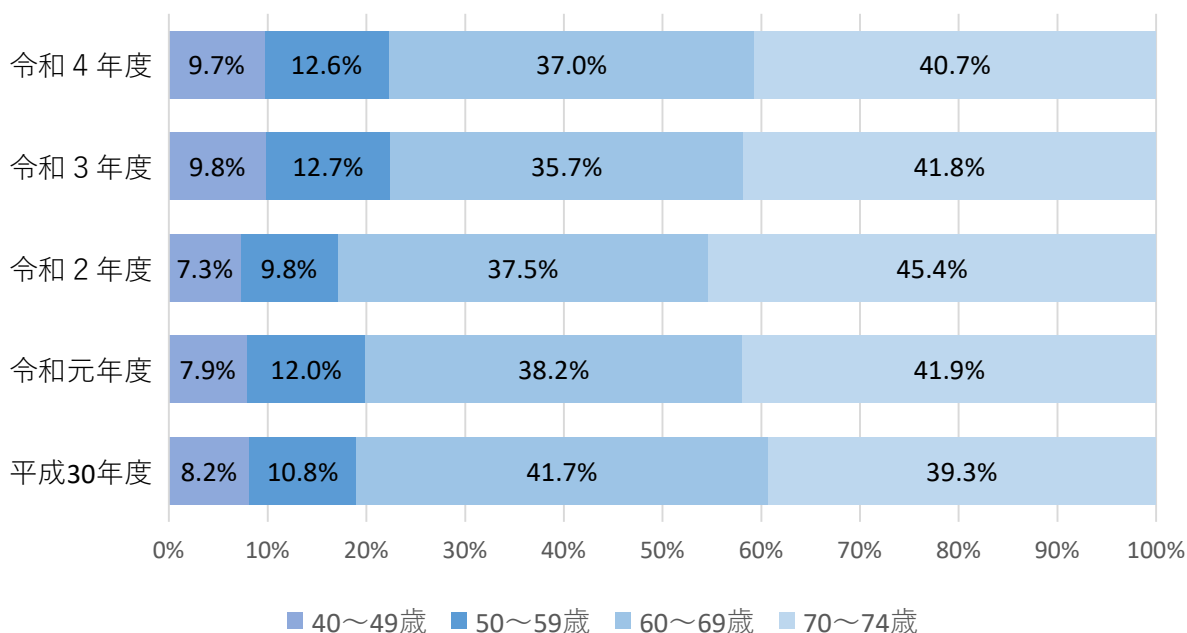
(単位: 人、%)

受診率	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
下田市	31.1	30.9	22.5	25.9	31.9
静岡県	38.5	38.5	35.0	36.5	37.8
同規模自治体	41.3	41.5	35.7	39.3	40.9
国	37.5	37.7	33.5	36.1	37.6

図表23	特定健康診査受診率 (性・年齢階層)	出典	KDBシステム_S21_008_健診の状況(令和3年度分)
データ分析の結果	特定健診受診者を性・年齢階層別で比較すると、女性よりも男性の受診率が低く、男女ともに60歳未満の受診率が低くなっています。		

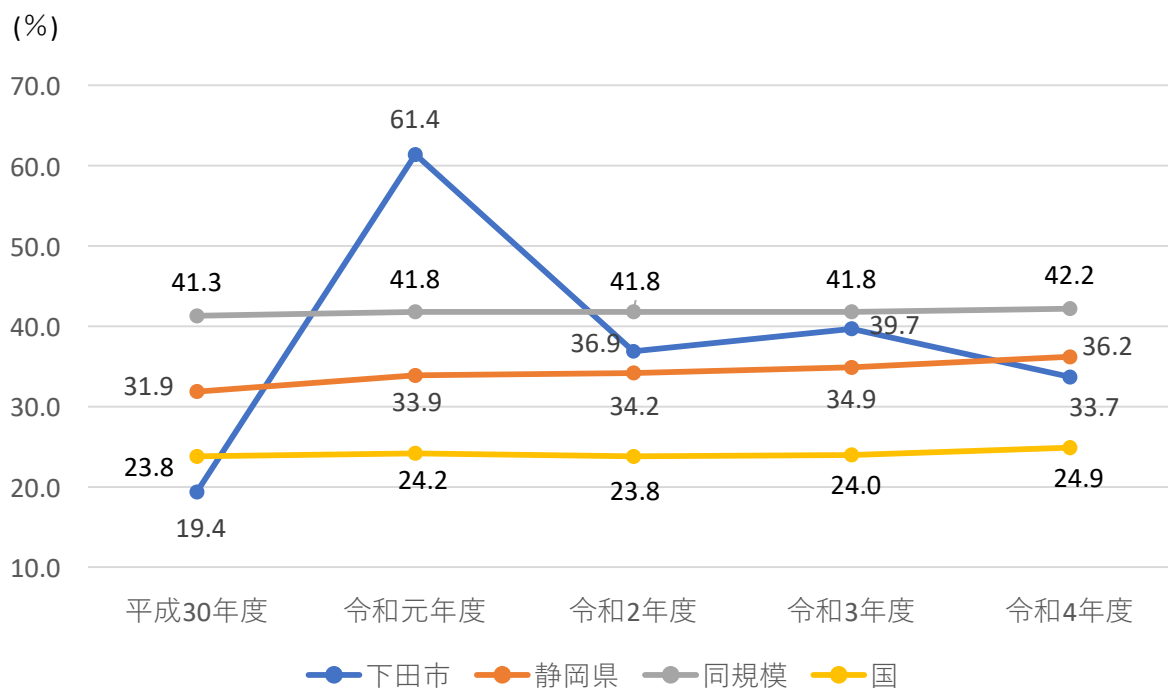


図表24	特定健康診査受診者_年齢構成率 (経年推移)	出典	KDBシステム_S21_008_健診の状況(令和3年度分)
データ分析の結果	令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で受診率が減少しています。60代の受診率がコロナ禍前の水準まで回復していません。		



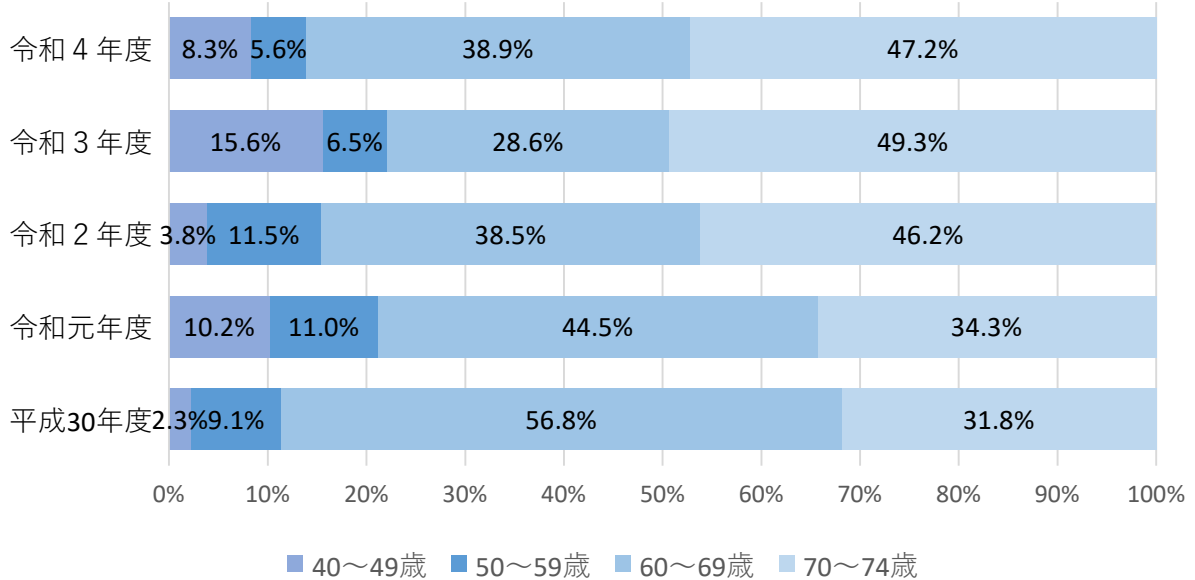


図表25	特定保健指導実施率 (経年推移)	出典	KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握(平成30~令和4年度分)
データ分析の結果	特定保健指導率は令和元年度に国・県平均を大きく上回りましたが、令和2年度からコロナ禍により指導率が下がっています。		



	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
下田市	19.4%	61.4%	36.9%	39.7%	33.7%
静岡県	31.9%	33.9%	34.2%	34.9%	36.2%
同規模自治体	41.3%	41.8%	41.8%	41.8%	42.2%
国	23.8%	24.2%	23.8%	24.0%	24.9%

図表26	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(令和3年度分)
データ分析の結果	特定保健指導実施者を年齢階層別で比較すると、60歳未満の実施者が少なく、毎年実施者数に偏りがあります。		



図表27	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(令和3年度分)
データ分析の結果	メタボリックシンドローム該当者(19.5%)、予備群(12.9%)は県平均(メタボ該当:19.0%、予備群:10.3%)より多くなっています。		

(単位:人、%)

メタボ該当別			男性	女性	合計
メタボ 該当	人数		166	73	239
	割合	下田市	31.8	10.4	19.5
		静岡県	30.5	10.1	19.0
メタボ 予備群	人数		107	51	158
	割合	下田市	20.5	7.3	12.9
		静岡県	16.7	5.3	10.3
非肥満 高血糖	割合	下田市	6.8		
		静岡県	10.1		

図表28	健康診査検査値（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（平成30～令和3年度）
データ分析の結果	健診結果は男女ともに血圧、腹囲について所定の値を上回る割合が県より高くなっています。 中性脂肪は下田市のデータが随時中性脂肪の検査値が含まれているため、県との比較ができません。		

	令和3年度		平成30～令和3年度(4年平均)			
	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	229	195	42.9%	28.2%	189.2	202.5
中性脂肪 ≥150	183	139	34.7%	19.9%	131.3	140.3
収縮期血圧 ≥130	312	386	57.5%	53.5%	122.0	125.8
腹囲 ≥85, ≥90	297	140	55.6%	19.3%	110.0	114.2
BMI ≥25	175	151	32.0%	19.1%	105.7	98.7
HDL <40	34	11	7.9%	1.3%	103.0	94.3
LDL ≥120	256	394	50.7%	60.2%	100.5	103.7
ALT(GPT) ≥31	109	340	20.2%	9.2%	98.8	108.0
クレアチニン ≥1.3	14	1	2.4%	0.2%	89.0	88.3
HbA1c ≥5.6	269	344	48.5%	48.2%	82.0	83.2
尿酸 ≥7.0	70	10	11.8%	1.3%	76.3	58.5

※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）

図表29	健康診査に係る質問票の分析	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（平成30～令和3年度）
データ分析の結果	生活習慣は男女共通で咀嚼（噛みにくい）、飲酒、脳卒中（既往歴）の該当者割合が高くなっています。女性の喫煙率、食習慣リスクが高いのが特徴です。		

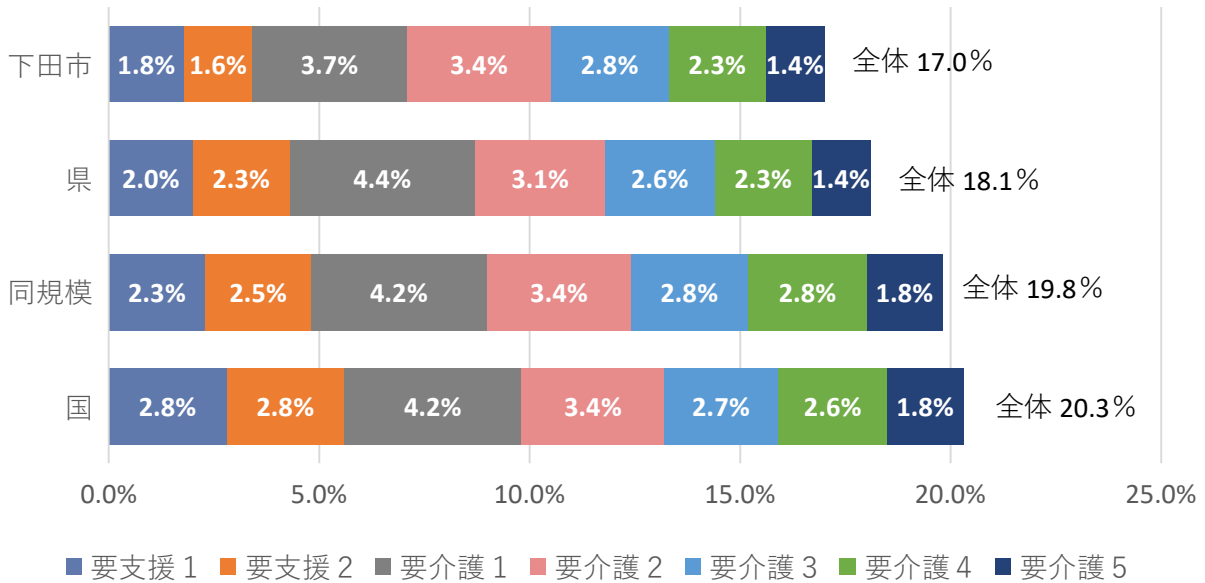
単位：％	令和3年度 該当人数		平成30～令和3年度(4年平均) 該当者割合			
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
咀嚼_かみにくい	141	147	28.0%	22.7%	132.1	127.9
1日飲酒量（3合以上）	27	4	5.4%	0.7%	130.4	111.6
改善意欲ありかつ始めている	80	113	15.8%	17.5%	130.1	115.9
毎日飲酒	256	86	50.8%	13.3%	128.0	150.8
既往歴_脳卒中	29	23	5.5%	3.2%	123.9	142.6
1日飲酒量（2～3合）	92	20	18.4%	3.1%	117.7	129.9
週3回以上就寝前夕食	97	65	19.2%	10.0%	113.6	122.8
3食以外間食_毎日	67	160	13.2%	24.7%	109.3	115.1
週3回以上朝食を抜く	55	51	10.9%	7.8%	109.0	136.1
既往歴_心臓病	41	24	7.9%	3.5%	108.9	102.3
食べる速度が速い	163	162	32.3%	25.1%	106.6	112.7
改善意欲あり	145	204	28.7%	31.5%	106.4	109.4
改善意欲なし	160	158	31.8%	24.4%	106.0	105.9
1日飲酒量（1合未満）	250	562	50.2%	88.5%	104.3	102.5
保健指導利用しない	331	416	65.8%	64.4%	102.7	106.2
20歳時体重から10kg以上増加	212	148	42.1%	22.9%	99.9	93.4
喫煙	108	58	20.7%	8.2%	99.2	162.9
3食以外間食_ほとんど摂取しない	164	114	32.5%	17.7%	98.1	90.3
食べる速度が普通	307	434	61.0%	67.0%	98.0	95.2

	令和3年度		平成30～令和3年度(4年平均)			
	該当人数		該当者割合		標準化比/対県	
単位：%	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1日1時間以上運動なし	244	330	48.4%	50.9%	96.7	100.8
服薬_高血圧症	202	209	38.6%	29.7%	96.3	96.3
3食以外間食_時々	273	373	54.2%	57.6%	95.8	93.2
1回30分以上の運動習慣なし	267	398	53.0%	61.5%	94.2	100.5
歩行速度遅い	235	298	46.7%	46.0%	93.9	88.6
睡眠不足	106	154	21.1%	23.9%	92.4	88.8
咀嚼_何でも	360	497	71.4%	76.9%	91.8	93.9
食べる速度が遅い	34	51	6.7%	7.9%	89.7	107.8
飲まない	159	435	31.6%	67.3%	87.6	94.8
取り組み済み6か月未満	36	57	7.1%	8.8%	86.8	88.9
既往歴_貧血	22	85	4.3%	12.2%	83.2	82.1
1日飲酒量(1～2合)	130	48	26.0%	7.6%	81.1	71.9
服薬_糖尿病	46	33	8.8%	4.7%	80.6	83.6
服薬_脂質異常症	99	196	19.0%	27.9%	80.4	87.7
既往歴_慢性腎臓病・腎不全	4	2	0.8%	0.3%	79.9	61.1
取り組み済み6か月以上	84	114	16.6%	17.7%	73.1	76.7
時々飲酒	89	125	17.7%	19.4%	72.7	96.1
咀嚼_ほとんどかめない	3	3	0.6%	0.4%	60.7	106.3

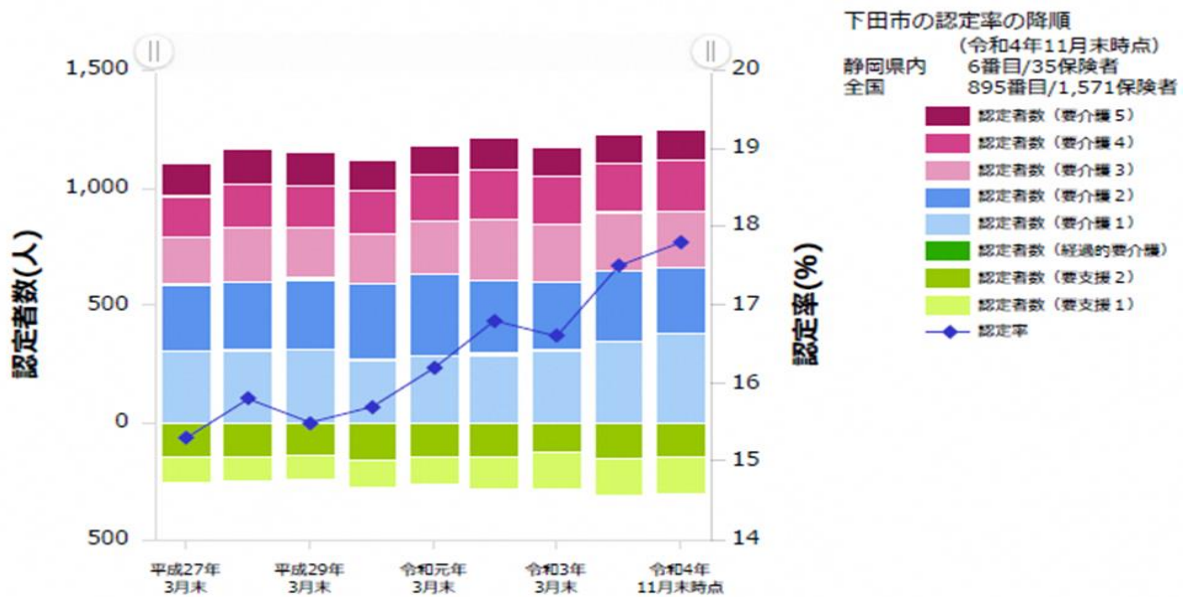
※国立保健医療科学院ツール（質問票調査の状況 年齢調整ツール Ver.3.6）

# 介護の分析

図表30	介護認定の状況	出典	地域包括ケア「見える化」システム
データ分析の結果	介護認定率は国・県の平均より低く、国・県・同規模自治体と比較すると特に要支援と要介護1の認定率が低くなっています。		

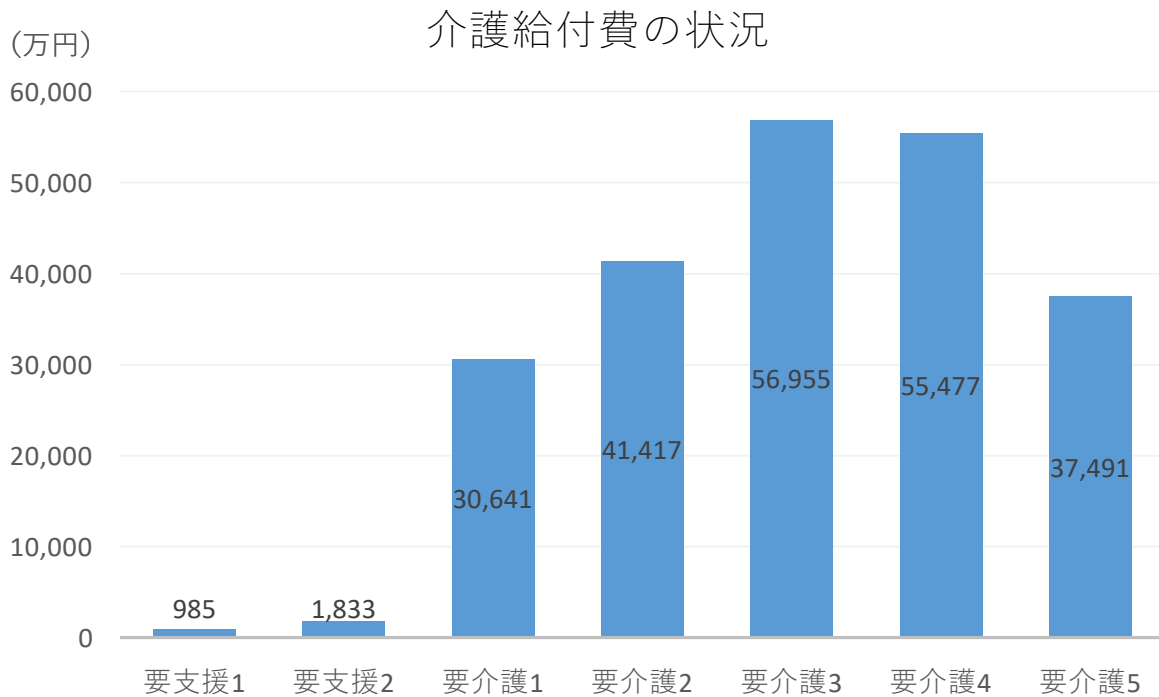


下田市の要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移



※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）」

図表31	介護給付費の状況・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（令和3年度分）、KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（令和3年度分）
データ分析の結果	要介護3の給付費が最も高く、介護認定者の有病状況は脳疾患、アルツハイマー病が国・県平均より高くなっています。		



(単位：円)

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
9,846,184	18,327,252	306,408,529	414,166,300	569,546,895	554,765,505	374,913,415

介護認定者の有病状況（令和3年度）					
介護認定者全体の有病状況	有病状況	下田市	県	同規模	国
	脳疾患	25.7%	23.9%	24.7%	23.4%
	筋・骨格	50.7%	52.4%	54.3%	53.2%
	アルツハイマー病	20.5%	18.7%	19.8%	18.5%

Ⅲ 計画全体（分析結果に基づき健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略）

健康課題		知照する保健事業番号	計画全体の目的	計画全体の評価指標	指標の定義	計画特定時期	目標値					
対応する健康課題						令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	令和7年度 (2025)	令和8年度 (2026)	令和9年度 (2027)	令和10年度 (2028)	令和11年度 (2029)
A	<b>高血圧症</b> 高血圧症の有病者は男女とも増加傾向である。また、医療費に占める割合も高く、県と比較してものその割合が高い状況。	12,3,5	生活習慣病の発症を予防する。	特定健康診査受診率	法定報告	31.9%	33.0% (60.0%)	34.5% (60.0%)	35.9% (60.0%)	37.3% (60.0%)	38.7% (60.0%)	40.0% (60.0%)
B	<b>糖尿病</b> 糖尿病（慢性腎臓病（透析あり））の医療費は県と比較して低い。また、下市の医療費の第2位と3位である。人工透析者の人数は横ばいだが、全被保険者に対する割合は増加傾向。	1,2,4	特定健康診査による特定保健指導対象者の減少率	特定保健指導実施率	法定報告	35.1%	36.0% (60.0%)	38.0% (60.0%)	40.0% (60.0%)	43.0% (60.0%)	45.0% (60.0%)	48.0% (60.0%)
C	<b>健康意識の向上（特定健康診査）</b> 県の目標値(60%)にも届いていない。特定健康診査の受診率が県と比較して大きく低い。特に60歳未満の若い世代の受診率が低く、健康課題を把握できていないままに生活習慣病リスクが多い。	1,2,5	高血圧症の該当者の割合（高血圧1度以上）	特定健康診査受診者のうち、いずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧が140mmHg以上 ②拡張期血圧が90mmHg以上	特定健康診査受診者のうち、いずれかを満たす者の割合 ①収縮期血圧が130mmHg以上140mmHg未満、かつ拡張期血圧が90mmHg未満 ②収縮期血圧が140mmHg未満、かつ拡張期血圧が85mmHg以上90mmHg未満	11.8%	11.7%	11.6%	11.5%	11.4%	11.3%	11.2%
D	<b>生活習慣病の重症化予防</b> 健康診査から高血圧など項目で基準値を超えた者の割合が県と比較して高い。また、飲酒率や喫煙率が高く、運動習慣がある者の割合は減少傾向であり、特に女性でその割合が高いため、生活習慣の改善を促す働きかけが必要。	1,2,3,4,5	HbA1c8.0以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0%以上の者の数	特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0%以上の者の数	0.96%	0.98%	0.98%	0.98%	0.98%	0.98%	0.98%
E	<b>健康寿命の延伸</b> 平均余命、平均自立期間が男女とも県、県、同僚確保者との短い。また、介護認定率は県より低いが、介護認定者の割合は市・身体系疾患であり、入居の医療費も県と比較してその割合が高い状況。介護予防の観点から、も、運動や茶室に係る保健指導等の重症化予防の取組みが必要。	1,2,3,4,5	内臓脂肪症候群の該当者の割合	法定報告	法定報告	19.5%	19.5%	19.4%	19.3%	19.2%	19.1%	19.0%
			65歳未満の特定健康診査受診率の向上	法定報告	法定報告	27.6%	28.0%	28.2%	28.4%	28.6%	28.8%	29.0%
			女性の生活習慣改善	特定健康診査の質問項目該当者の割合（飲酒、喫煙、欠食）※しずおか茶々システム	特定健康診査の質問項目該当者の割合（飲酒、喫煙、欠食）※しずおか茶々システム	33.9% 9.7% 9.6%	33.5% 9.5% 9.0%	33.4% 9.4% 8.8%	33.3% 9.3% 8.6%	33.2% 9.2% 8.4%	33.1% 9.1% 8.2%	33.0% 9.0% 8.0%
◇モニター指標			指標	指標の定義	指標の定義							
	i		平均自立期間	KDBS21_001_地域の全体像の把握 【平均自立期間】								
事業番号		事業分類		事業名		重点・優先度						
1	特定健康診査	特定健康診査	特定健康診査（第4期特定健康診査等実施計画）/ 特定健康診査受診率向上事業	重点								
2	特定保健指導	特定保健指導	特定保健指導事業（第4期特定健康診査等実施計画）	重点								
3	重症化予防（受診勧奨）	重症化予防（受診勧奨）	生活習慣病重症化予防・高血圧症対策事業	重点								
4	重症化予防（保健指導）	重症化予防（保健指導）	糖尿病性腎症重症化予防事業	重点								
5	健康教育・健康相談	健康教育・健康相談	生活習慣病・フレイル予防のための健康教育、健康相談									
6	重複・頻回受診、重複服薬者対策	重複・頻回受診、重複服薬者対策	医療費適正化に関する啓発事業（重複検回受診・重複多剤服薬の防止）									
7	後発医薬品利用促進	後発医薬品利用促進	後発医薬品利用促進									
8	その他	その他	啓発事業 ① 健康意識向上のための啓発事業（しもだ健康マイレージ・しもだ川柳）									
9	その他	その他	② 健康づくりのための啓発事業（運動習慣定着、正しい食習慣・食育）									
10	その他	その他	③ 生活習慣病予防のための啓発事業（歯科保健、禁煙）									



#### IV 個別事業計画

事業 1		特定健康診査（第4期特定健康診査等実施計画） /特定健診受診率向上事業	
事業の目的	特定健診の実施率向上を通して、健康の保持増進及び疾病の発症予防・早期発見・早期治療を図る。		
事業の概要	国保被保険者を対象に特定健診を実施。未受診者には勧奨通知を送付し、受診率向上を目指す。		
対象者	40-74歳の被保険者		

項目	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定 時実績 (令和4 年度)	目標値					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトカム指標	1	メタボリックシンドロームの該当者の割合	法定報告値	19.5%	19.5%	19.4%	19.3%	19.2%	19.1%	19.0%
	2	メタボリックシンドロームの予備群者の割合	法定報告値	11.1%	11.0%	10.8%	10.6%	10.4%	10.2%	10.0%
	3	新規加入者（40歳）受診率	当該年度健診対象者40歳のうち、当該年度受診した40歳の割合	18.3%	21.5%	23.0%	25.0%	26.5%	28.5%	30.0%

項目	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画策定 時実績 (令和4 年度)	目標値					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトプット指標	1	特定健診受診率	法定報告値	31.9%	33.0%	34.5%	35.9%	37.3%	38.7%	40.0%
	2	人間ドック受診者	結果提供者数	139人	150人	160人	170人	180人	190人	200人
	3	前年度継続受診者	前年度健診受診者のうち、当該年度受診した人の割合（茶っどシステム：特定健診履歴（2カ年継続受診者状況））	69.9%	70.0%	71.0%	72.0%	73.0%	74.0%	75.0%
	4	WEB予約率	全予約者のうちWEB予約者数の割合	33.4%	34.0%	35.2%	36.4%	37.6%	38.8%	40.0%

プロセス (方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者に特定健診実施案内を送付する。</li> <li>市の広報誌およびホームページでの周知や、自治会、医療機関等にチラシを配布・掲示を依頼する。</li> </ul>	
	勧奨	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診未受診者について分析（性別、年齢、過去の健診受診状況等）し、対象者個別の背景に合わせた通知で受診勧奨を行う。</li> <li>集団健診実施機関終了後、未受診者に対して人間ドック助成利用促進のため勧奨通知を送付する。</li> </ul>	
	実施 および 実施後の 支援	実施形態	集団健診
		実施場所	下田市庁舎及び市内各所
		時期・期間	特定健診（集団健診）：6月～11月 人間ドック：通年
		データ取得	人間ドックの結果提供、市内医療機関から診療情報データ提供
結果提供	受診後、1か月から1.5か月後に結果を郵送。動機付け支援、積極的支援対象者には対面で返却・結果説明。		
その他 (事業実施上の 工夫・留意点・ 目標等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>第4期特定健康診査等実施計画に基づいて実施する。</li> <li>他事業や健康教室等の際、特定健診受診勧奨の声かけをする。</li> <li>国保新規加入者の手続き時、窓口において、特定健診への受診を積極的に案内する。</li> </ul>		
ストラク チャー (体制)	庁内担当部署	市民保健課国保年金係	
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医 師会・薬剤師会・ 栄養士会等)	賀茂医師会に委託	
	国民健康保険 団体連合会	データ管理を委託	
	民間事業者	受診勧奨通知の作成・発送を委託	
	その他の組織	市内医療機関に対しみなし健診の周知、協力依頼を実施。 職域健診結果の提供依頼。	
	他事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん検診と同時実施</li> <li>人間ドック助成事業、40歳未満健診の実施</li> </ul>	
その他 (事業実施上の 工夫・留意点・ 目標等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>各地区会場での特定健康診査実施</li> <li>特定健診受診予約、人間ドックの助成券発行申請のICT活用。（インターネット予約・申請の整備）</li> <li>健診受診の習慣づけを目的に40歳未満健診の導入を検討。</li> <li>被保険者の利便性向上のため、個別健診の導入を検討。</li> </ul>		

事業 2

特定保健指導（第4期特定健康診査等実施計画）

事業の目的	対象者が自分の健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことを目的に保健指導を実施。 特定保健指導実施率向上により、メタボリックシンドロームの予防を図る。
事業の概要	特定保健指導の実施
対象者	特定保健指導対象者（動機付け支援・積極的支援の区分）となった者

	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトカム指標	1	メタボ該当者及び予備軍率（減少を目指す）	当該年度における該当者・予備軍者割合（法定報告）	過去4年平均 32.5%	32.0%	32.0%	31.0%	31.0%	30.0%	30.0%
	2	保健指導対象者率	当該年度における保健指導（※積極的支援）対象者率（法定報告）	4.3%	4.0%	3.8%	3.6%	3.4%	3.2%	3.0%

	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトプット指標	1	保健指導初回面接実施率	実績値	55.0%	55.0%	57.0%	59.0%	※初回面接分割実施状況と併せて評価、目標値検討		
	2	保健指導実施率（修了率）	法定報告値	35.1%	36.0%	38.0%	40.0%	43.0%	45.0%	48.0%
	3	ICTの活用	実績値	なし	実施検討・開始	実施・拡充	実施・拡充	※ICTの活用を数値的、質的評価し、拡充		
	4	初回面接分割実施率	実績値	なし	実施検討・開始	実施・拡充	実施・拡充	※初回面接分割実施率を数値的に評価、目標値検討		

プロセス (方法)	周知	特定健診会場にて『結果等通知の時期』『特定保健指導対象者となったら結果説明会（特定保健指導）を受けてほしい』旨のチラシを配布。広報等での周知。	
	勧奨	特定保健指導対象者には結果を送付せず、「結果説明会のお知らせ（特定保健指導の日程）」と特定保健指導についてのパンフレットを送付し、初回面談の予約を促す。初回面談予約につながらない対象者へ、電話等でアプローチ。	
	実施および実施後の支援	初回面接	結果説明会（予約制）にて、保健師・栄養士等直営にて実施。
		実施場所	下田市庁舎
		実施内容	健診結果は、過去3回分を記載したものを使用。初回面談、電話での支援、支援往復レター等。
		時期・期間	基本的には、毎月25日頃、次月中旬に保健指導日程を送付（予約制）、中下旬に特定保健指導を実施。（月下旬の健診日の場合、一月後ろ倒し）
		実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導プログラムにより、対象者によって適宜媒体を変え、継続的に支援し、修了を目指す。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>第4期特定健康診査等実施計画に基づいて実施する。</li> <li>対象者の希望により、時間外（早朝や夕刻）の面談希望にも応じる。</li> <li>保健指導に携わる者が、保険者協議会等が実施する指導者研修会に参加できるよう調整し、保健指導の質向上を目指す。</li> </ul>		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民保健課健康づくり係
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等)	直営（同課国保年金係と連携） 医師会（市内医療機関等適宜連携）
	国民健康保険 団体連合会	データ等情報提供
	民間事業者	指導媒体（パンフレットや資料）
	その他の組織	（適宜）在宅栄養士等
	他事業	糖尿病性腎症重症化予防事業及び生活習慣病重症化予防・高血圧症対策事業（一部連動）
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第4期特定健康診査等実施計画時期となりプロセス等変更事項あり、単年度評価も行いながらPDCAサイクルを展開していく。</li> <li>・被保険者の利便性向上のため、特定保健指導の委託について検討。</li> <li>・新庁舎移転時期には、複数会場での実施も検討。</li> </ul>

事業 3

生活習慣病重症化予防・高血圧症対策事業

事業の目的	生活習慣病重症化予防のために受診勧奨判定値を超えている者へ適切な受診勧奨を実施することにより、被保険者の健康の保持、増進、QOL の維持を図り、あわせて医療費の適正化を図ることを目的とする。		
事業の概要	対象者へ、疾病リスクが高い項目への受診勧奨通知・受診状況と日常生活状況のアンケート・参考資料等を送付し、受診勧奨及び評価を行う。下田市は高血圧有病者率が高いため、主な健康課題として高血圧者・高血圧予備軍層に働きかけると共に、予防のためのポピュレーションアプローチに取り組む。		
対象者	選定方法	当該年度の健診データから抽出。	
	選定基準	健診結果による判定基準	血圧値・HbA1c 値・血中脂質値・肝機能値等各項目の、保健指導判定値または受診勧奨基準値に該当する者、複数項目が該当する者を抽出。（医療受診の有無を問わない）
		レセプトによる判定基準	適宜レセプト等確認し正確な医療状況を把握、指導対象者の優先判定に活用。
		その他の判定基準	対象者のアンケート返信の有無や内容により、指導対象者の優先判定に活用。
	除外基準	特定保健指導対象者などは除く。	
重点対象者の基準	血圧値・HbA1c 値・血中脂質値・肝機能値等の重症度リスク高値のものを優先。また重複する項目等によりリスクが高い者を優先。		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム指標	1	高血圧Ⅱ度以上者割合	法定報告	(令和4年度) 9.7%	9.5%	9.0%	8.8%	8.5%	8.3%	8.0%
	2	高血圧にて受診勧奨者の内科受診率(継続含む)	受診者数/受診勧奨者	(令和4年度) 70.3%	73.0%	75.0%	78.0%	80.0%	83.0%	85.0%
	3	医師の判定が「要治療」「要精密検査」である者の割合	該当者数/受診者数	32.0%	32.0%	30.0%	30.0%	28.0%	28.0%	28.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトプット指標	1	受診勧奨実施率	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	対象者からアンケート回収率	返信者数/送付者数(対象別)	70.0%	70.8%	71.7%	72.4%	73.2%	74.1%	75.0%
	3	高血圧対策ポピュレーションアプローチ(教室、普及啓発等)の実施	実施実績	実施	実施・拡充	実施・拡充	実施・拡充	実施・拡充	※実施状況について数値的及び内容を評価、改善拡充	

プロセス (方法)	周知	健診結果に受診勧奨チラシ等を同封して郵送。広報、ホームページ、市民メール等の活用。
	勧奨	対象者へ受診勧奨通知、アンケート、疾病リスクのある項目についての参考資料・パンフレット等を同封して郵送。
	実施後の支援 ・評価	アンケート内容、受診の有無、レセプト確認等により評価。アンケート内容に気になる点やリスクの高い者等、適宜電話などで個別支援を実施。次年度の健診結果等、継続して確認・支援し評価に活用。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	直営実施及び事業委託を想定。委託事業者と情報共有し、連携を図る。個人情報の授受に配慮する。
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民保健課健康づくり係
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等)	直営（同課国保年金係と連携） 賀茂健康福祉センター健康増進課 三師会と適宜連携
	かかりつけ医 ・専門医	適宜の情報共有
	国民健康保険 団体連合会	レセプト確認、データ等情報提供、KDBシステム等の活用への助言
	民間事業者	受診勧奨通知、アンケートの送付、個別支援対応等の業務委託。 健康意識向上のためのポピュレーションアプローチを、市内販売店等と協働実施。
	その他の組織	食習慣の改善や健康意識向上の普及啓発について、下田市健康づくり食生活推進協議会等
	他事業	賀茂地域高血圧症対策事業、血圧測定習慣化促進事業、糖尿病性腎症重症化予防事業（一部連動）
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	・広報、ホームページ、市民メール等を活用し、ポピュレーションアプローチに取り組む。

事業 4

糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的		糖尿病等重症化予防対策の推進及び指導力の向上を目的に、市町において共同実施チームを設置し、医療機関や薬局等と連携しながら、高リスク者が継続して医療受診ができる体制づくりと生活習慣の改善が継続できるよう支援し、慢性腎臓病（CKD）及び人工透析新規導入の抑制を図る。	
事業の概要		対象者へ適切な受療を勧め、生活習慣改善や服薬指導など、三師会と連携しながら取り組む。	
対象者	選定方法	健診結果及びレセプト確認による。	
	選定基準	健診結果による判定基準	CKD診療ガイドライン2018（日本腎臓学会）のCKD重症度分類の「赤」「オレンジ」に該当する者（「赤」は、高度低下・末期腎不全を除く）。過去3年間のうち直近の健診においてはHbA1c 6.5%以上が確認されているものの、最近1年間にレセプトにおける糖尿病受療歴がない者。
		レセプトによる判定基準	過去に糖尿病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診歴がない者。（治療中断者支援）
		その他の判定基準	KDBシステムでの抽出（介入支援対象者の絞り込み：重症化予防等、疾病管理：糖尿病）も活用。
	除外基準	精神疾患、がん等で専門医による治療を受けている者については、生活習慣改善による事業目的に合わないため除外。CKD重症度分類の赤のうち4・5の者は医療優先のため除く。	
重点対象者の基準	腎症重症度の高い者、HbA1c値の高い者から優先。		

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム指標	1	主治医・歯科医師の連絡票活用率	連絡票発行数とFAX返信数の割合	70.0%	73.0%	73.0%	74.0%	74.0%	75.0%	75.0%
	2	医療機関受診率（全対象）	医療機関受診者数／受診勧奨者数	85.0% （過去4年平均）	80.0%	80.0%	85.0%	85.0%	85.0%	85.0%
	3	腎検査値（eGFR）改善者割合	個人の検査データの推移（対前年度）	40.0%	42.0%	45.0%	45.0%	50.0%	50.0%	52.0%
	4	HbA1c値維持改善者の割合	個人の検査データの推移（対前年度）	60.0% （過去3年平均）	65.0%	65.0%	68.0%	68.0%	70.0%	70.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトプット指標	1	対象者（受診勧奨者）継続支援率	継続支援者数／対象者数	76.0% （過去4年平均）	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%	80.0%
	2	受診勧奨率（腎対象者）※面談	受診勧奨者数／対象者数（対象別）	約70.0% （過去4年平均）	70.0%	70.0%	72.0%	72.0%	75.0%	75.0%
	3	受診勧奨率（DM未受診者）※面談	受診勧奨者数／対象者数（対象別）	約75.0% （過去4年平均）	75.0%	75.0%	78.0%	78.0%	78.0%	78.0%
	4	受診勧奨率（DM治療中断者）※通知による	受診勧奨者数／対象者数（対象別）	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス (方法)	周知	特定健診会場にて『結果等通知の時期』『特定保健指導・重症化予防事業対象者となったら結果説明会（保健指導）を受けてほしい』旨のチラシを配布。	
	勧奨	対象者には結果を送付せず、「結果説明会のお知らせ（保健指導の日程）」と重症化予防事業についての通知を送付し、食事記録の記入依頼も同封して初回面談の予約を促す。初回面談予約につながらない対象者へ、電話等でアプローチ。糖尿病における「治療中断者」「未治療者」対象者には、受診勧奨及び健康状況確認のアンケートを送付。	
	実施および 実施後の 支援	利用申込	健診結果による対象者は電話等にて保健指導予約。 糖尿病治療中断者、未治療者はアンケート返信により状況確認、適宜レセプト確認。
		実施内容	健診結果は、過去3回分を記載したものを使用。初回面談、主治医連絡票の発行、電話での支援等。HbA1c該当での対象者へ歯科医師連絡票も発行し、歯科検診受診を促す。受診後には主治医・歯科医師より市へ受診後連絡のFAX返信をいただく。腎シールの取組もあり、適宜薬剤師会とも連携。
		時期・期間	基本的には、毎月25日×、次月中旬に保健指導日程を送付（予約制）、中下旬に特定保健指導を実施。（月下旬の健診日の場合、一月後ろ倒し）
		場所	下田市庁舎
		実施後の評価	評価指標により適宜評価し、その後の事業取組に活かす。
		実施後のフォロー・継続支援	支援後も未受診者、データ悪化者等、レセプトの確認や次年度健診結果確認にて適宜継続支援。
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	対象者へのアプローチ等は各市町だが、賀茂地域広域実施の取組もあり、県・三師会等との連携について共同で取り組めるメリットを活かしていく。		
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民保健課健康づくり係	
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等）	直営（同課国保年金係と連携） 賀茂健康福祉センター健康増進課 三師会と適宜連携	
	かかりつけ医・専門医	主治医連絡票の往復（FAX）にて連携。主治医から糖尿病・腎臓専門医などへの紹介等の連携。	
	国民健康保険団体連合会	<ul style="list-style-type: none"> <li>レセプト確認、医療費データ等の情報提供。</li> <li>KDBシステム・しずおか茶っとシステムの提供。</li> <li>データ分析及び活用のサポート。</li> </ul>	
	民間事業者	指導媒体（パンフレットや資料）	
	その他の組織	賀茂地域広域にて共同実施の取組。南伊豆町とのブロック体制での取組。	
	他事業	特定保健指導事業及び生活習慣病重症化予防・高血圧症対策事業（一部連動）	
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>市内医療機関の医師へ、適宜協力依頼を声かけしていく。</li> <li>下田市・南伊豆町の賀茂南ブロックにて、隔年担当にてセミナー・講演会等を実施し、普及啓発に努める。</li> <li>広報、ホームページ、市民メール等を活用し、ポピュレーションアプローチに取り組む。</li> </ul>	



事業 5

生活習慣病・フレイル予防のための健康教育、健康相談

事業の目的	生活習慣病及び骨折予防のための正しい知識を普及し、医療給付や脳梗塞等を起因とする介護保険給付の減少。また、フレイル予防により自立した生活を送る高齢者を増やし、住民全体の健康寿命延伸を図る。
事業の概要	<p>生活習慣病予防と、医療費の中で県平均よりも多い骨折についての健康教育に重点的に取り組む。骨折は要介護状態になる原因にもなり、高齢期に多いフレイルのきっかけにもなる。フレイルを予防するためにも医療費が県平均よりも高い骨折予防に重点的に取り組んでいく。</p> <p>高血圧の改善と予防のための正しい知識の普及を目的とした健康教室を開催するほか、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の事業とも連携し、運動機能低下、低栄養、口腔機能低下等の改善を図る地域ごとの教室を開催し、行動変容を促すとともに継続した支援を行う。</p> <p>健康相談は市民が気軽に相談できるように随時対応する。</p>
対象者	生活習慣病予防：被保険者 フレイル予防：後期高齢者医療保険加入者及び65歳以上の市民

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム指標	1	口腔の項目該当率(75歳以上)	健康診査受診者のうち、質問票(食べにくい)の該当者の割合	27.8%	27.7%	27.5%	27.3%	27.2%	27.1%	27.0%
	2	筋・骨格の項目該当率(75歳以上)	健康診査受診者のうち、質問票(転倒)の該当者の割合	15.5%	15.5%	15.5%	15.2%	15.2%	15.0%	15.0%
	3	要介護認定率	KDB(要介護者有病者状況)	18.3%	18.1%	17.9%	17.7%	17.5%	17.3%	17.1%
	4	要介護者の脳疾患有病率	KDB(要介護者有病者状況)	24.8%	24.5%	24.2%	23.9%	23.6%	23.3%	23.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトプット指標	1	実施回数(生活習慣病予防)	年2回	2回	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	実施回数(フレイル)	教室参加者・測定問診	48回	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	3	教室参加率(生活習慣病予防)	個別通知した対象者のうち教室に参加した人の割合	8.5%	10.0%	10.5%	11.0%	11.5%	12.0%	12.5%
	4	教室参加率(フレイル)	利用者/75歳人口	5.9%	6.3%	6.7%	7.1%	7.5%	7.9%	8.3%

プロセス (方法)	周知	チラシの配布、報道機関、市の広報媒体や市の郵送物、通いの場等の機会を活用して周知を図る。
	勧奨	【生活習慣病予防】 生活習慣病予防の健康教育は受診勧奨通知にチラシを同封し、必要な者には電話での保健指導とあわせて勧奨する。 【フレイル予防】 一般＋質問票から筋・骨格、口腔の項目該当者に通知する。
	実施および実施後の支援	【生活習慣病予防】 ・講座終了後に行動変容を促すためのアンケートを行う。 ・希望者に電池式血圧計貸し出す。 【フレイル予防】 ・KDB等を活用してレセプト情報、介護情報、健診受診歴等を把握して健康課題の分析、対象者抽出を行う。 ・参加者の満足度、意見、参加状況などを評価する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	・参加者の気づきを促すため、実習を多くし、考える時間を織り交ぜ、受け身ではなく能動的に参加できるように働きかける。 ・健康教育終了後に、希望者や必要な人には個別指導を行う。 ・年齢等による対象者の抽出を工夫する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	市民保健課国保年金係、健康づくり係、地域包括支援センター
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等)	医師会、歯科医師会、薬剤師会、静岡県後期高齢者医療広域連合
	国民健康保険 団体連合会	KDBやしずおか茶っとシステムを活用した分析を行うためのサポート
	民間事業者	委託先事業者と事業の目的・方法などを協議し、チラシの作成、個別通知、講師派遣等を委託
	その他の組織	健康づくり食生活推進協議会に協力してもらい、健康教育の内容の普及をする
	他事業	高血圧症対策事業、血圧測定習慣化促進事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	市の健康増進計画や介護保険計画と整合をとり、医療の検査値の変化や介護予防サービス等との連携を目指し、関係団体に情報を提供する。 通いの場等での二重調査を行い、関心のある分野からの行動変容を促す。

## 事業 6

### 医療費適正化に関する啓発事業（重複頻回受診・重複多剤服薬の防止）

事業の目的	重複・頻回受診者数、重複服薬者数を減少させ、医療費の適正化を図る。
事業の概要	レセプトデータ等から、医療機関への不適切な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、通知を行う。また適正な医療受診について、専門職による指導を行う。
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	目標値					
					令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトカム指標	1	<設定なし>								
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					令和6年度(2024)	令和7年度(2025)	令和8年度(2026)	令和9年度(2027)	令和10年度(2028)	令和11年度(2029)
アウトプット指標	1	頻回・重複受診者への通知、電話、家庭訪問等の保健指導実施率	実績値	新規	初年度(令和6年度)の実績値より目標を設定する					
アウトプット指標	2	対象者への通知回数	年1回	1回	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス（方法）	KDBシステム等より重複多剤服用者、重複頻回受診者を抽出。服薬内容から改善が見込める対象者を選定し、受診状況等を確認するとともに、適正な受診方法等について、通知・指導を行う。									
ストラクチャー（体制）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民保健課国保年金係及び健康づくり係で実施</li> <li>・民間業者（委託）の活用</li> <li>・三師会</li> </ul>									

事業 7

後発医薬品（ジェネリック医薬品）利用促進

事業の目的	後発医薬品の利用を促進させることにより、患者の医療費の自己負担の軽減及び医療費の抑制を図る。
事業の概要	後発医薬品差額通知書を静岡県国保連合会への委託により作成し、郵送する。
対象者	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					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトカム指標	1	後発医薬品利用率 (数量ベース・ 現状)	保険者別医薬品 利用実態 (1月調剤分)	57.1%	第4期静岡県医療費適正化計画に準ずる 令和6年度目標80%					

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策 定時 実績	目標値					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトプット指標	1	対象者への 通知回数	年2回	2回	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページ、国保だより等による被保険者への情報提供</li> <li>・後発医薬品利用シールの配布</li> <li>・切替により自己負担額の差額が生じる人へ後発医薬品差額通知の送付（10月と3月に送付）</li> <li>・調剤費や使用数量等の利用実態の把握・分析</li> </ul>
----------	---

ストラクチャー（体制）	市民保健課国保年金係が実施。 通知作成は、静岡県国保連合会へ委託する。
-------------	--

事業 8		その他 啓発事業① 健康意識向上のための啓発事業 (しもだ健康マイレージ・しもだ健康川柳)								
事業の目的	市民の健康意識の向上									
事業の概要	地域の方の健康寿命延伸を目的に、地域を挙げた健康意識の啓発や余暇の場の取組として健康マイレージ事業、しもだ健康川柳コンクールを実施。 川柳の応募作品は市ホームページ、広報しもだ、新聞紙面、特定健診・健康診査案内通知などに使用し、健康意識の啓発のために活用する。									
対象者	下田市民、下田市内に通勤・通学している方									
	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトカム指標	1	<設定なし>								
アウトプット指標	1	実施率 (健康マイレージ)	年1回	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実施率 (しもだ健康川柳)	年1回	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2									
プロセス (方法)	<p>【健康マイレージ事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広報誌およびホームページでの周知。</li> <li>・ 下田市庁舎及び市内の8か所でポイントシートを配布。</li> </ul> <p>【しもだ健康川柳】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広報誌およびホームページでの周知</li> <li>・ 市内の金融機関、医療機関、学校、スーパー等にチラシを掲示依頼。</li> <li>・ 応募箱は市役所、市民文化会館、学校等に設置。</li> <li>・ 応募方法は、はがき、メール、インターネット、応募箱を用意し、参加しやすい環境を整備。</li> </ul>									
ストラクチャー (体制)	<p>【健康マイレージ事業】</p> <p>健康づくり係で実施。静岡県「ふじのくに健康マイレージ」との連携。</p> <p>【しもだ健康川柳】</p> <p>国保年金係で実施。市内団体、企業に協賛及び後援依頼。</p>									

事業 9		その他 啓発事業② 健康づくりのための啓発事業 (運動習慣定着、正しい食習慣・食育)								
事業の目的	健康づくりのための、食生活等に関する正しい知識の普及・啓発を行う。									
事業の概要	健康づくりのため、下田市健康づくり食生活推進協議会等の実施する食育教室等を通して、正しい食習慣・食育について知識の普及啓発を行う。									
対象者	下田市内在住者									
	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトカム指標	1	<設定なし>								
	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトプット指標	1	食育教室開催回数	年1回以上 (関係機関の希望調整にて)	4回	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス (方法)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広報誌およびホームページ等を活用し、食生活等に関する正しい知識等の普及・啓発。</li> <li>・食育教室等の事業を通して、正しい食習慣・食育についての啓発</li> <li>・下田市健康づくり食生活推進協議会会員と連携し、幼少期から高齢期までの幅広い年代への食生活に関する知識の普及啓発に努めると共に、会員の増員についても進めていく。</li> </ul>									
ストラクチャー (体制)	市民保健課健康づくり係が、下田市健康づくり食生活推進協議会の事務局となり、その他適宜関係機関と連携して実施。									

事業 10

その他 啓発事業③ 生活習慣病予防のための啓発事業（歯科保健、禁煙）

事業の目的	市民の生活習慣病予防（特に歯科保健衛生面及び禁煙）に関する正しい知識の普及
事業の概要	生活習慣病予防に関連する歯科保健衛生面及び喫煙について、正しい知識の普及や健康づくりの意識付けのため、健康増進事業・健康づくり事業と連携し、幅広い年代に対し普及啓発に務める。特に生活習慣病予防に効果が高い歯科保健と禁煙について重点的に取り組む。
対象者	下田市民

	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトカム指標	1	<設定なし>								

	No.	評価指標	評価対象 ・方法	計画 策定時 実績	目標値					
					令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	令和 9年度 (2027)	令和 10年度 (2028)	令和 11年度 (2029)
アウトプット指標	1	歯周疾患検診対象者個別通知及び受診勧奨メール配信	実施実績	それぞれ 1回	個別通知1回 受診勧奨は適宜			取組状況により 数字的及び手法を 評価検討		
	2	母子手帳交付時アンケート及び乳幼児健診時の禁煙に関する普及啓発	実施実績	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

プロセス（方法）	<p>○広報、ホームページ、市民メール等を活用した周知、普及啓発。</p> <p>○歯科保健事業における啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康増進事業、健康づくり事業と連携して実施していく。事業実施については、8020運動推進員を活用し、幅広い年代への普及啓発に努めると共に、推進員の増員についても進めていく。</li> <li>幼少期からの歯科衛生推進やむし歯予防のため、乳幼児期健康相談や健診の場でフッ素塗布を実施している。市内保育園でのフッ素洗口を継続実施、小学校での実施を目指し教育現場共に検討していく。市内保育園、小中学校でのむし歯予防教室を継続して実施し、幼少期からの口腔内の健康増進や家族等をふまえた意識付けも併せ、生活習慣病予防についての健康教育も提供していく。</li> <li>歯周疾患は、生活習慣病悪化や心疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患などの危険因子でもあるため、特定保健指導や健康教育の場を活用し、歯周疾患予防や歯周病健診の受診勧奨を推進する。</li> <li>母子保健事業や健康増進事業でのパンフレット配布や歯科検診の勧め、オーラルフレイル予防等、正しい知識の普及啓発に取り組む。</li> </ul> <p>○禁煙についての啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>喫煙は、がんや虚血性心疾患、脳血管疾患等多くの生活習慣病の危険因子であるため、継続して取り組む。特定保健指導や健康相談の場での禁煙の啓発や、庁舎・関連施設等での資料配付、ポスター展示等実施していく。</li> <li>下田市は女性の喫煙率が極めて高い。母子手帳交付時アンケートや乳幼児健診を活用し、禁煙や受動喫煙防止に関する啓発を行う。</li> </ul>
----------	--

ストラクチャー（体制）	市民保健課健康づくり係で実施。適宜、賀茂健康福祉センターや三師会等関係機関と連携。 8020推進員との連携。
-------------	---

## V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>本計画について、設定した評価指標に基づき、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して毎年度達成状況を確認します。中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行い、最終年度においては、本計画をより実効性の高いものとするための最終評価を行い、次期計画に反映させることとします。 評価や見直しは、市民保健課が主体となり関係部署と連携を図り行います。</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、市の広報誌やホームページを通じて周知するほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図ります。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の取り扱いについては個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に基づき、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管理体制を確保します。 また、対象者の利益を最大限に保証するため、個人情報の保護に十分配慮しつつ、収集された個人情報を有効に活用します。 個人情報の取扱いに関しては、法令を遵守し、下田市情報セキュリティポリシー等のルールに基づいてデータを管理するものとします。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>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の議論（地域ケア会議等）に保険者として参加します。 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、関係者と共有します。 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います。 地域住民の参加する介護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います。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>計画の効率的かつ効果的な推進のため、特定健診・特定保健指導を実施する衛生部門と密接に連携し、その他保健事業の実施においても、介護部門・福祉部門等との連携を図り、共通認識をもって課題解決に取り組みます。</p>



## 第4期特定健康診査等実施計画

特定健康診査及び特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として実施します。

第3期（平成30年度～令和5年度）の実績を検証するとともに、本市の健康課題に重点的に取り組み、被保険者の健康状態の改善や生活習慣病の予防について支援します。

計画期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

### 1 特定健診

#### （1）特定健診の年次別目標値と対象者数・受診者数

第4期特定健診計画の最終年度である令和11年度における目標値を以下のとおり設定します。

また、評価の指標とするため、各年度ごとに目標値を設定します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	国目標
目標受診率	33.0%	34.5%	35.9%	37.3%	38.7%	40.0%	60.0%
対象者数	3,983	3,692	3,388	3,157	2,928	2,715	—
受診者数	1,314	1,274	1,216	1,178	1,133	1,086	—

※第4期は計画値のため、年度途中の異動者を除外しない人数を計上。

#### （2）実施方法

特定健診実施機関に委託して集団健診を実施するほか、地域の医療機関に対し診療における検査データを活用するための提供を依頼します。

##### ア 実施場所・時期・機関

種類	場所	時期	外部委託又は実施機関
集団健診	市新庁舎及び市民文化会館のほか、市内7学区において実施可能な会場	5月頃～11月頃	健診実施事業者
人間ドック	指定健診機関又は県内健診機関	4月～翌年3月	指定健診機関又は県内健診機関
診療データ提供	賀茂地区委託医療機関	4月～翌年3月	賀茂地区委託医療機関
その他	上記のほか、被保険者数や受診率の推移、被保険者の利便性等を考慮し、健診の実施方法について単年度ごとに見直しを行います。		

## イ 健診の項目

特定健診の項目のうち、「健診対象者全員が受ける基本的な健診」と「医師の判断が必要と判断した場合、受ける詳細な健診」の項目は以下のとおりとします。

特定健診項目	基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 質問票（服薬歴、飲酒・喫煙歴、食習慣、咀嚼等）</li> <li>• 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）</li> <li>• 理学的検査（身体診察）、血圧測定</li> <li>• 血中脂質検査（空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール又は non-HDL コレステロール）</li> <li>• 血糖検査（HbA1c、空腹時血糖又は随時血糖）</li> <li>• 肝臓機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、<math>\gamma</math>-GT（<math>\gamma</math>-GTP））</li> <li>• 尿検査（尿糖、尿蛋白）</li> </ul>
	詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 心電図検査</li> <li>• 貧血検査</li> <li>• 眼底検査</li> <li>• 血清クレアチニン</li> </ul>
市独自項目	市独自の追加健診項目	<p>本市の健診の現状、生活習慣病の予防、保健指導対象者への重点化を踏まえ、下記の健診項目を追加します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 血清クレアチニン（詳細な健診項目に該当しない方も実施）</li> <li>• 尿酸</li> </ul>

## ウ 受診案内・周知方法

特定健診を実効性のあるものとするため、その目的や趣旨について被保険者の理解が不可欠であることから、広報誌や市ホームページにより周知するとともに、地区組織等を通じて、普及啓発に努めます。

(ア) 対象者には、前年度末から年度当初にかけて個別に受診案内を郵送し、申込のあった対象者に対し受診券等を送付します。

(イ) 広報しもだ、市ホームページ、SNSやモニター放映等を活用するほか、地区長会や通いの場など、地区組織等へ協力を依頼し周知を行います。

(ウ) 未受診者について、年齢階層や資格異動を考慮した取組による受診率向上の効果を踏まえ、より効果的な受診勧奨を行います。かかりつけ医

のある被保険者については、医師会・医療機関へ働きかけ、診療データ提供を依頼します。

## エ 集団健診以外の健診結果データの受領

対象者が人間ドック等その他の健診を受診した場合、本市が契約する医療機関で受診した場合は当該医療機関から健診結果データを収集します。

また、本市が契約する医療機関以外で受診した場合は、原則として本人から直接健診結果データを収集します。

## 2 特定保健指導

被保険者を生活習慣病に移行させないことを目的に、対象者が健診結果を正しく理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、改善するための行動目標を設定・実践できるように支援し、健康に関する自己管理ができるようになることを目的と実施します。

### (1) 特定保健指導の年次別目標値と対象者数・受診者数

第4期特定健診計画の最終年度である令和11年度における目標値を以下のとおり設定します。

また、評価の指標とするため、各年度ごとに目標値を設定します。

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度	国目標
目標実施率	36.0%	38.0%	40.0%	43.0%	45.0%	48.0%	60.0%
対象者数	197	191	182	177	170	163	—
実施者数	71	73	73	77	77	79	—

※動機付け支援、積極的支援の合計

### (2) 特定保健指導対象者の抽出方法

特定健診の結果、腹囲のほか血糖、脂質、血圧が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者が、特定保健指導の対象者となります（「円滑な実施に向けた手引き」参照）。また、次表のとおり、追加リスクの多少と喫煙の有無により、動機付け支援又は積極的支援に分類されます。

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40～64 歳	65～74 歳
男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	2 以上該当	—	積極的支援	動機付け支援
	1 つ該当	あり なし		
上記以外で BMI 25 以上	3 つ該当	—	積極的支援	動機付け支援
	2 つ該当	あり なし		
	1 つ該当	—		

### (3) 実施方法

#### ア 実施場所

下田市庁舎で結果説明会として実施し、対象者の希望により、時間外（早朝や夕刻）の面談希望にも応じます。

#### イ 実施時期

健診実施後、特定保健指導対象者の選定及び階層化後とし、初回面接は7月から翌年1月末までの間に実施します。

#### ウ 保健指導内容

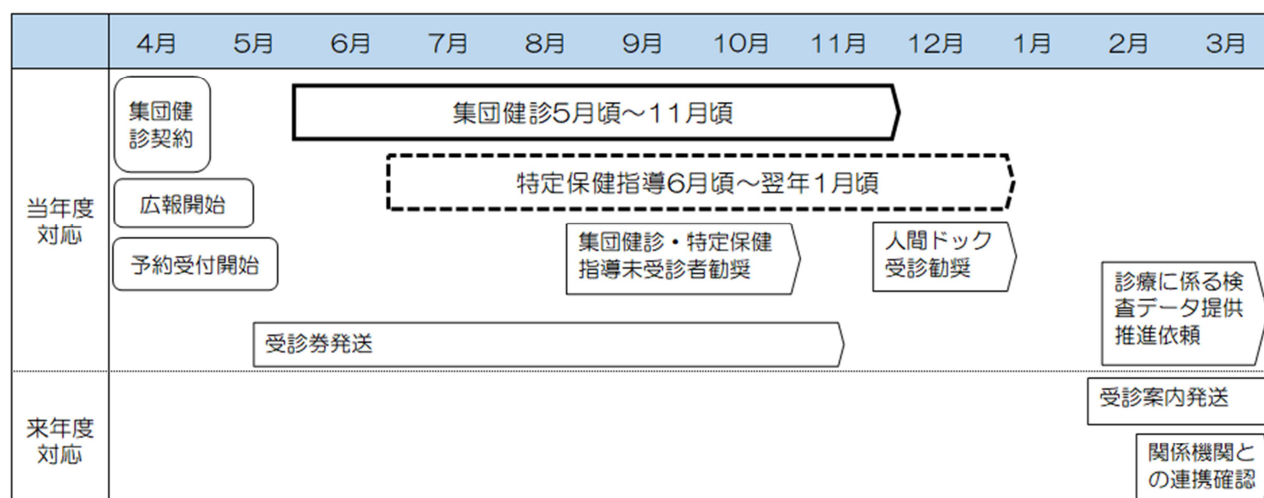
##### 動機付け支援

＜初回面接＞ 1人当たり30分程度の個別支援  
 ＜3か月経過後の評価＞ 面接又は通信手段等を利用し実施

##### 積極的支援

＜初回面接＞ 1人当たり30分程度の個別支援  
 ＜3か月以上の継続支援＞ 個別支援、電話等通信手段を利用し実施  
 ＜3か月経過後の評価＞ 面接又は通信手段等を利用し実施

### 3 年間スケジュール



### 4 個人情報の保護

個人情報の取扱いに関しては、個人情報の保護に関する法律及び下田市情報セキュリティポリシー等に基づき厳正に管理します。

#### (1) 記録の保存方法

特定健診・特定保健指導の実施結果は、電子ファイルの形態で登録された情報を、専用ネットワークの健診システムで保管します。保管期間は5年間とします。

#### (2) 保存体制、外部委託

特定健診・特定保健指導のデータの管理は、国保連合会の特定健診システムで管理し、管理責任者を市民保健課長、管理者を健診担当とします。

集団健診の実施に際し、また、健診データの管理や分析等を外部に委託する際には、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況の報告を求めます。

### 5 公表・周知

本計画の公表及び周知については、データヘルス計画に併せて実施します。特定健診の普及啓発については、以下の媒体を複合的に活用し、被保険者に対し分かりやすい情報提供を行います。

- ・ 県、国保連合会、他市町と連携・協働した同一媒体（テレビ、ポスター等）
- ・ 新聞や雑誌
- ・ 集会（地区ごとの集会や説明会、町内会等）、イベント（シンポジウムや会

議、健康教室等)

- ・リーフレット、ノベルティ等
- ・市の広報誌、ホームページ及びSNS等

## 6 評価・見直し

### (1) 特定健診等実施計画の評価方法

#### ア 実施及び成果に係る目標の達成状況

特定健診等の実施方法・内容・スケジュール等について、計画どおりに実施されたか、実施後に評価を行います。これに加え、実施後の成果（目標値の達成状況、加入者全体の経年変化の推移等）を検証します。

特定健診・特定保健指導の実施率については、前年度の実施率を翌年度に確認し、目標値の達成状況を把握します。

特定保健指導の取組の成果の検証のため、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率の推移を検証します。

#### イ 評価時期・年度の設定

実施計画の見直しについては、達成状況の点検・評価の結果に基づき、必要に応じて行います。毎年度、受診率や実施体制の評価を行い、評価結果を活用した実施計画の見直しを中間年度に行うこととします。

## 用語解説

	用 語	説 明
ア 行	アウトカム指標	事業実施による成果を表す指標です。 例：メタボリックシンドローム該当者の割合
	アウトプット指標	目的・目標達成のための事業実施の結果を表す指標です。 例：特定健診受診率
	悪性新生物	細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、周囲の正常な組織を破壊するもので、悪性腫瘍ともいいます。がんや肉腫が該当します。
	SMR(標準化死亡比)	それぞれの疾病等における死因について、地域間の人口規模や年齢構成の格差を補正し、比較するための指標です。静岡県や国を標準(100)とします。
	オーラルフレイル	歯や口の機能が衰えた状態のことで、「話しにくい・飲み込みにくい・むせる・こぼす」など、舌を含めた口の周囲の筋肉の衰えで起こります。
カ 行	QOL	クオリティ・オブ・ライフ (quality of life) の略です。 生活や人生の豊かさを示す際の指標となる概念です。
	KDB	国保データベースシステムの通称で、医療費や特定健診情報、介護認定情報等を蓄積し、データ分析等に活用します。
	健康づくり食生活推進協議会	「私たちの健康は私たちの手で」を合い言葉に、地域への食生活改善を中心とした健康づくりの普及啓発に取り組むボランティア組織です。
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品（新薬）の特許期間が満了後、厚生労働省の承認を得て製造・販売される薬のことです。先発医薬品と同じ有効成分、同じ効能・効果がありながら、価格を低く抑えることが可能です。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、社会参加支援を市町村が一体的に実施する取り組みです。
	国立保健医療科学院ツール	国立保健医療科学院が作成し、地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のために公表している参考データ・ツールです。
サ 行	CKD（慢性腎臓病）	尿蛋白（+）等の尿異常又は腎臓機能低下、血清クレアチニン値をもとにした（eGFR60ml/min/1.73m <sup>2</sup> 未満）がいずれか又は両方3か月以上続いている状態のことです。

	用語	説明
サ行	しずおか茶っとシステム	静岡県国民健康保険団体連合会が開発したデータ分析システムで、KDBシステムを補完するものです。医療費や特定健診等のデータを蓄積し、データ分析等に活用します。
	生活習慣病	高血圧、脂質異常、糖尿病、がん等の疾病のように、食習慣、運動習慣やストレスなどの生活習慣が原因となる病気です。
	積極的支援	特定健診の結果から、生活習慣の発症リスクがより高い人に対して医師、保健師、管理栄養士等が個別面接などで生活習慣改善のアドバイスをを行います。 行動目標をたて、3か月以上の継続的な支援終了後に実績を評価します。
	前期高齢者	65歳以上75歳未満の高齢者のことをいいます。
タ行	重複・頻回受診	重複：同じ病気で複数の医療機関を受診すること。 頻回：同じ病気で同じ医療機関を受診する回数が過度に多いこと。 重複・頻回受診を繰り返すと、同じような検査や処置が行われ、体への負担や副作用等の恐れがあります。
	動機付け支援	特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが出はじめた人に対して、医師、保健師、管理栄養士等が生活習慣改善のアドバイスを行い、自主的に実践できるように支援します。行動計画を立て、3か月経過後に実績評価します。
	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、生活習慣病を予防する観点で、平成20年4月から医療保険者に義務づけられた健診です。（対象者は40歳から74歳まで）
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のことです。 保健指導対象者の抽出方法により、「動機付け支援」「積極的支援」に分けられます。
ナ行	年間期待死亡数	その地域の死亡率が基準値（例：静岡県を100とする場合）と同等であると仮定したときに予測される死亡数のことをいいます。
ハ行	8020（ハチマルニイマル）推進員	「80歳になっても自分の歯を20本以上保ちましょう」という運動を通して、生涯の口腔の健康やオーラルフレイル対策を推進するボランティアです。
	フレイル	健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態のことをいいます。 適切な治療や予防を行うことで、要介護状態に進まずに済む可能性があります。



	用語	説明
八行	平均自立期間	「日常生活動作が自立している期間の平均」で、健康寿命の考え方に基づく指標です。要介護2以上（要介護2～要介護5）を自立していない期間とみなし、平均余命との開きが小さいほど、自立した健康な期間が長いことを示します。
	平均余命	ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値を指し、平均自立期間の比較対象として0歳時点の平均余命を示しています。
	法定報告	法律に基づき、特定健康診査・特定保健指導の結果について保険者が国へ報告するものです。対象者は、特定健康診査・特定保健指導の対象者から、当該年度中の資格喪失者及び厚生労働大臣が定める除外者を除いたもので、この報告を基に受診率や健診結果の比較等を行います。
マ行	みなし健診	特定健診と同項目の検査を受けている場合、その結果を被保険者等から提出いただくことで特定健診を受診したとみなすことができる仕組みです。例えば、個人で人間ドックを受けた場合や治療中の医療機関で検査を受けた等で、同項目を検査している場合が該当します。
	メタボリックシンドローム該当者及び予備軍	内臓に脂肪が蓄積する肥満（内臓脂肪型肥満）に加え、血中脂質、血圧、血糖の基準のうち2つ以上に該当する者をメタボリックシンドローム該当者、1つに該当する者を予備軍といいます。
ラ行	レセプト	診療報酬明細書の通称です。医療機関や保険薬局が患者に保険診療等を行った際にかかった費用を保険者に請求する医療費の明細書です。