

第3期データヘルス計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

伊豆市国民健康保険

目次

I 基本的事項	1
背景と目的	
計画の位置づけ	
計画期間	
実施体制・関係者連携	
基本情報	
現状の整理	
II 健康・医療情報等の分析と課題	3
平均寿命等	
医療費の分析	
特定健康診査・特定保健指導の分析	
介護費の分析	
その他	
健康課題の抽出	
III 計画全体	4
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	5
1 特定健康診査	
2 特定保健指導	
3 重症化予防事業	
4 その他事業	
V その他	16
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	
参照データ	17

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	令和3年に高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換している。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。平成30年には都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられた。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。
	計画の位置づけ	伊豆市国民健康保険では、被保険者の健康の保持増進を目的に、「第3期伊豆市データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関係部署や地域の関係機関などと協創して健康課題の解決に努める。なお、伊豆市国民健康保険「データヘルス計画」は、市の総合計画を上位計画とし、「健康いず21計画」「伊豆市高齢者保健福祉計画」、「特定健康診査等実施計画」などの関連計画と調和している。また、静岡県、後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っている。
計画期間		令和6年～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健康福祉部健康長寿課が主体となって進めるが、国民健康保険の主体課である市民環境部市民課と連携して行う。
	地域の関係機関	田方医師会、田方医師会伊豆市支部 田方薬剤師会伊豆市支部 伊豆市健康づくり推進協議会 静岡県国民健康保険団体連合会 静岡県国民健康保険課

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(2023年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）		28,188		13,340		14,848	
国保加入者数（人）	合計	7,633	100%	3,898	100%	3,735	100%
	0～39歳（人）	1,225	16%	651	17%	574	15%
	40～64歳（人）	2,387	31%	1,304	33%	1,083	29%
	65～74歳（人）	4,021	53%	1,943	50%	2,078	56%
	平均年齢（歳）						

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
	連携先・連携内容
保健医療関係団体	田方医師会とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して連携を図る。
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する。
後期高齢者医療広域連合	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、商工会、自治会等と連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和4年度の被保険者数は7,633人であり、平成30年の8,949人から年々減少している。 後期高齢者は増加傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が16.0%、40-64歳が31.3%、65-74歳が52.7%。54歳以下の割合は減少傾向にあるが、65歳以上の割合は増加傾向で、被保険者の半数以上を占めている。
	その他	令和2年度の高齢化率は42.5%。国より13.8%、県より12.4%上回っている。 生産年齢人口割合は年々減少し、高齢化率は年々増加しており、2025年を境に生産年齢人口割合と高齢化率が逆転してしまう。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、医療費適正化を重視し、重症化予防事業を重点的に実施した。しかし、重症化予防事業は参加率が極めて低い状況であった。特定健診受診率・保健指導実施率は目標に向かい、年々増加していたが、令和2年度以降、特定健診受診率・特定保健指導実施率がいずれも低下し、特に若い世代や男性の受診率の伸び悩みが顕著であったため、第3期は改めて特定健診を起点に事業を設計する。また、地域および保健事業全体で効果的・効率的な実施を図る必要がある。

II 健康・医療情報等の分析と課題

分類		健康・医療情報等のデータ分析から見た内容	参照データ	対応する健康課題No.
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比等		●令和4年度の平均寿命は、男性は男性80.5歳、女性87.5歳。女性は県平均と同水準だが、男性はやや低い。 ●令和4年度の平均自立期間は、男性79.5歳、女性84.5歳。女性は県平均と同水準だが、男性はやや低い。 ●男性より女性の方が平均寿命と平均自立期間の差が大きい。 ●平成28-令和2のSMRでは、自殺、脳血管疾患、不慮の事故、悪性新生物による死因が県平均より高い。	【図表6】標準化比SMRと年間期待死亡数 【図表7】平均寿命・平均自立期間（単年）、 【図表8】平均寿命・平均自立期間（経年推移）	I
医療費の分析	医療費のパリウム（経年比較・性年齢階級別等）	●国保医療費入院は県と比べて1件当たり受診回数が少ないが、受診率、1人当たり医療費や1日当たり医療費が高い。 ●外来は県と比べて受診率が低い、1件当たり医療費、1人当たり医療費、1日当たり医療費が高い。 ●性・年齢階級別の医療費の受診率は、男女ともに県に比べて受診率が低い。	【図表9】、【図表11】	D
	疾病分類別の医療費	●R4年度の医療費負担が大きい疾患で入院は統合失調症で医療費割合は6.5、次いで慢性腎臓病（透析あり）で医療費割合は4.1。外来では糖尿病が多く、医療費割合は9.0。次いで慢性腎臓病（透析あり）で医療費割合は7.0。 ●令和1年～4年度の平均の標準化比対県で見ると入院では、統合失調症の女性、関節疾患の男女、骨折の男性、心臓弁膜症、脳出血の男性、脳梗塞、狭心症の女性が有意に高く、外来では、慢性腎臓病の女性、関節疾患の男女が有意に高い。	【図表12】	A
	後発医薬品の使用割合	●後発医薬品の普及率は72.2%（令和3年度医療費分析より）。国の目標値80%よりやや低い。	令和3年度のレセプトよりポテンシャル分析	
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	●重複受診者33人、頻回受診者53人、重複服薬対象者141人いる。 ●多剤投薬者の割合は3.0%で県と同等の推移となっている。	令和3年度のレセプトよりポテンシャル分析 【静岡県共通評価指標】	
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	●令和3年度の特定健診受診率43.9%。令和2年度に落ち込んだが、やや回復。過去5年間の特定健康診査受診率の推移では、国・県に比べると高い。 ●性・年齢階層でみると40～50歳代の受診者が男女ともに少なく、65歳以上の受診が男女ともに多い。年齢層が増すごとに多い。 ●特定保健指導実施率の経年推移は平成30年度、令和元年までは高かったが、令和2年に激減し、マンパワー不足により実施率が伸びない。	図表19、図表20、図表21	H
	特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	男女ともにメタボ者は県より多く、特に男性が多い。 非肥満の高血糖が県より多い。 HbA1c5.6以上者が男女ともに多く、該当者割合は6割を超える。 収縮期血圧が130以上者が男女ともに多い。 尿酸、BMI、尿酸、HbA1c、ALT、収縮期血圧、拡張期血圧は男女ともに県と比べ標準化比が高い。また女性の腹囲、中性脂肪、HDLは県より標準化比が高い。	【図表24】、【図表25】	C
	質問票調査の状況（生活習慣）	●腎疾患、貧血、脳卒中の既往歴の標準化比が県より高い。 ●1日30分以上の運動習慣なし、喫煙、咀嚼「ほとんど噛めない」の標準化比が県より高い。	【図表27】	E
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析		●健診未受診かつ生活習慣病での治療のない人（健康不明者）が、2,057人（30%）いる。 ●健診結果で受診勧奨対象者が1,589人（57%）のうち異常値放置者が458人（28.8%）いる。	令和3年度のレセプトよりポテンシャル分析	H
介護費関係の分析		●要介護認定率は16.2%。国や県よりも低いが、年々増加傾向にある。 ●介護給付費の状況は要介護4が最も高く、次いで要介護3が多い。 ●介護認定者の有病状況は国や県、同規模市町とほぼ同じで筋・骨格による認定者が多い。	【図表28】、【図表29】	
その他		●国保の医療費分析では統合失調症による入院医療費の割合が高く、6割を超えている。標準化比も県対より女性が有意に高い。 ●国保および後期高齢者の医療費分析で、骨折や関節疾患による医療費が高い。令和3年度のロコモの原因疾患の医療費分析では骨粗鬆症が35%、変形性膝関節症が27%、変形性脊柱症が16%を占める。	【図表12】国保医療費野負担が大きい疾患、標準化比 令和3年度のレセプトよりポテンシャル分析	I

Ⅲ 計画全体（分析結果に基づく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	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	医療費分析では国保・後期ともに慢性腎臓病、糖尿病、高血圧症などの生活習慣病の医療費割合が高く、後期では骨折、脳梗塞の割合が高い。また、循環器系の疾患の医療費が悪性新生物に次いで多く全体の15.8%を占める。	✓	3,4,5,6,7
B	メタボリックシンドロームや生活習慣病該当者や予備群、高血圧症の有所見者が男女ともに県内でも多い。令和4年度健診結果では受診者の62.2%が高血圧治療中である。高血圧Ⅰ度以上の該当者の割合は61.5で静岡県の52.1より9.4ポイント多い。また、未治療者の10.6%がⅡ度以上の高血圧該当者であり、生活習慣病重症化予防対策が課題となっている。	✓	3,4,5,6,7
C	メタボリックシンドロームや生活習慣病該当者や予備群、糖尿病の有所見者が男女ともに県内でも多い。令和4年度健診受診者のうち糖尿病の脱薬者は13.6%で県の8.3%より高い。HbA1c6.5%以上者は男性が17.3%、女性が9.7%で男女共に県内ワースト1である。また、HbA1c8.0以上の割合は2.2で、静岡県の1.2より1ポイント多く、生活習慣病重症化予防対策が課題となっている。	✓	3,4,5,6,7
D	医療費分析の国保リーダーチャートの入院は受診率と1人当たり医療費点数、1日当たり医療費点数が県よりやや高く、外来は1件当たり医療費点数、1日当たり医療費点数が県より突出して高い。また、一人当たり医療費点数も高いことから悪くなって受診するケースが多いことが考えられる。	✓	3
E	質問票から1回30分以上の運動習慣なし者が65%。日常生活で1日1時間以上の運動なし者が51.8%と運動習慣が定着していない。また、令和4年度の運動習慣のある者の割合が35.9、静岡県の41.2より5.3ポイント低い。	✓	2,6,7
F	質問票で、喫煙率が男女ともに多い。		5
G	質問票で「改善意欲なし」と回答した割合が男女ともに3割を超える。また、「保健指導を利用しない」と回答した割合が男女ともに60%を超えており、令和4年度の特定保健指導実施率が29.9、静岡県の36.4より6.5ポイント低い。	✓	2,6,7
H	特定健診受診率は41.9%で県より上回っているが目標の60%には達していない。受診者数は60代、70代が80%以上を占め、40代、50代の受診者数が少ないことが課題となっている。		1
I	国保・後期高齢者の医療費分析で骨折や関節疾患の医療費が上位を占め、標準化比では対県と比べて高いため、骨粗鬆症やフレイル予防対策が必要。		8,9
J	死亡数は、悪性新生物、心疾患の順に多く、超過死亡数は、脳血管疾患、悪性新生物、不慮の事故、自殺と県を上回っている。老衰のSMRが特に低くなっている。平均自立期間および平均余命は、男性が県をやや下回り、女性は同水準。		1
K	介護認定率全体を見ると県より下回っているが、近年、全体の認定率が上昇傾向にある。各要介護の認定割合も増加傾向。介護給付費は、介護4、介護3の順で高くなっている。		8,9

計画全体の目的		生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、医療費適正化を目指す									
対応する健康課題	計画全体の目的	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値						
				2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)	
A・B・C	生活習慣病の重症化予防する	高血圧症有病者の割合 (高血圧Ⅰ度以上)	特定健康診査受診者で以下を満たす者の割合 収縮期血圧が140mmHg以上または拡張期血圧が90mmHg以上の者　もしくは、血圧を下げる薬服用者	33.50%	33.50%	33.49%	33.48%	33.47%	33.46%	33.45%	
A・B・C・D		高血圧予備群の割合	血圧を下げる薬服用者以外で ①収縮期血圧が130～mmHg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未満である者の割合	12.4	12.3	12.2	12.1	12	11.9	11.8	
A・B・C・D		HbA1c8.0以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0%以上の者の割合	2.20%	2.20%	2.20%	2%	2%	2%	1.90%	
B・C	若い年代から健康意識を高め、特定健診につなげる。また、生活習慣を見直し改善する	内臓脂肪症候群該当者の割合	特定健康診査受診者における内臓脂肪症候群該当者の割合	21.70%	21.50%	21.40%	21.20%	21%	20.90%	20.60%	
B・C・F		運動習慣のある者の割合	特定保健指導対象者のうち、特定保健指導の終了した者の割合	35.90%	35.80%	35.90%	36.00%	36.10%	36.50%	37%	
B・C・F		保健指導実施率	特定保健指導対象者のうち、特定保健指導の終了した者の割合	29.90%	33.00%	34.00%	35.00%	36.00%	37.00%	40.00%	
E		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導利用者のうち、今年度特定保健指導の対象者でなくなった者の割合	18.80%	21.70%	21%	21%	20%	20%	20%	
F		喫煙率	質問票回答者数のうち、「はい」と回答した者の割合	男性20.3% 女性　6.1%	男性20.1% 女性　5.9%	男性19.8% 女性　5.8%	男性19.6% 女性　5.7%	男性19.4% 女性　5.5%	男性19.3% 女性　5.4%	男性19.2% 女性　5.3%	
G・H		特定健康診査受診率	特定健康診査対象者40歳～74歳の受診した者の割合	41.90%	43.00%	43.50%	45.00%	45.50%	47.00%	48.00%	
I	平均自立期間の延伸を目指す。	平均自立期間	KDBシステム「地域の全体像の把握」の値	男性79.5歳 女性84.5歳	男性79.5歳 女性84.5歳	男性79.6歳 女性84.6歳	男性79.7歳 女性84.7歳	男性79.8歳 女性84.8歳	男性79.9歳 女性84.9歳	男性80.0歳 女性85.0歳	

◇モニター指標

指標		指標の定義	計画 策定時 実績
i	重複・頻回受診者、重複服薬者数	重複・頻回受診者、重複服薬者の減少	
ii	ジェネリック医薬品利用率	ジェネリック医薬品利用者を増やす	

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	
2	特定保健指導	特定保健指導事業	
3	重症化予防（受診勧奨）	生活習慣病重症化予防受診勧奨事業（高血圧・糖尿病・腎機能）	重点
4	重症化予防（保健指導）	【高血圧・腎症重症化予防】CKD教室・CKDフォローアップ教室	重点
5・6	重症化予防（保健指導）	【糖尿病性腎症重症化予防】糖尿病施設腎症重症化予防プログラム、糖尿病予防セミナー	重点
7	重症化予防（保健指導）	特定保健指導、生活習慣病重症化予防教室	重点
8・9	重症化予防（保健指導）	禁煙支援教室（卒煙講座）、骨粗鬆症・フレイル予防教室	重点
10	重複・頻回受診、重複服薬者対策	受診行動適正化訪問指導	
11	後発医薬品利用促進	ジェネリック医薬品差額通知事業	

事業 1			特定健康診査事業							
事業の目的			特定健康診査受診率を高め、生活習慣病の予防および早期発見・早期治療に努める。							
事業の概要			医療機関と連携し、特定健康診査を実施する。							
対象者			40歳～74歳の国民健康保険被保険者							
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定健診受診率	法定報告	41.90%	43.00%	43.50%	45.00%	45.50%	47.00%	48.00%
	2	40歳代、50歳代の特定健康診査受診率	法定報告	23%	23.80%	24.50%	25.20%	26%	26.70%	27.50%
	3									
	4									
	5									
項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	受診勧奨通知	実績数	4200通	4200通	4200通	4200通	4000通	4000通	4000通
	2									
	3									
	4									
	5									
プロセス (方法)	周知		20歳以上の全市民に健診まるわかりガイド、受診券シール、質問票を郵送。その他に、広報誌、ホームページ、情報メールにて周知。庁舎内、各医療機関、スーパー等にポスターを掲示							
	勧奨		広報、情報メール、対象者本人へ受診勧奨通知を郵送し受診勧奨							
	実施および実施後の支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施。							
		実施場所	個別健診：市内および田方医師会管内の委託医療機関 集団健診：市内の公民館・保健センター等 10か所							
		時期・期間	個別健診：6月～9月、12月 集団健診：7月～11月、1月のうちの23日間							
		データ取得	個別健診・集団健診・国保の人間ドックは医療機関から提出。結果入力を外部に委託 電子データ使用は2医療機関のみ。							
		結果提供	個人で受けた人間ドックや健診の結果は提供してもらえるよう健診案内や受診勧奨通知に記載し提供を依頼。							
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		集団健診では期間中に23日間、10か所の会場を回って実施し、胃・肺がん・大腸がん検診と同時実施。子宮がん・乳がん検診は1日のみ同時に実施。土・日の開催日を設けている。いくつもの健診を効率よく実施するために総合受付を設け、振り分けている。							
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		健康長寿課 国保資格に関することは市民課							
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)		個別健診・がん検診を医師会に委託。集団健診・人間ドックは実施医療機関にそれぞれ委託。							
	国民健康保険団体連合会		電子データ請求、データ処理、受診率向上のためのPR (ポスター作製、テレビCM等)							
	民間事業者		健診結果入力、未受診者に対する受診勧奨							
	その他の組織									
	他事業		がん検診と同時実施							
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)									

事業 2		特定保健指導事業
事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の発症及び重症化を予防を図る。	
事業の概要	保健指導を実施する。	
対象者	特定保健指導基準該当者	

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	法定報告値	18.80%	18.80%	18.90%	18.90%	19.00%	19.00%	19.10%
	2	メタボリックシンドローム該当者の割合【男性】	特定健診・特定保健指導に係る健診データ報告書	35.20%	34.70%	34.30%	33.80%	33.30%	32.80%	32.30%
	3	メタボリックシンドローム該当者の割合【女性】	特定健診・特定保健指導に係る健診データ報告書	11.40%	11.10%	10.70%	10.30%	9.90%	9.50%	9.20%
	4	BMI25以上の者の減少率【男性】	特定健診・特定保健指導に係る健診データ報告書	34.80%	36.20%	35.80%	35.30%	34.80%	34.30%	33.90%
	5	BMI25以上の者の減少率【女性】	特定健診・特定保健指導に係る健診データ報告書	25.20%	23.70%	23.30%	22.90%	22.60%	22.20%	21.80%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	積極的支援実施率	特定保健指導対象者のうち、特定保健指導を実施した者の割合	35.60%	37.70%	40%	42.20%	44.40%	46.60%	48.80%
	2	動機付け支援実施率	特定保健指導対象者のうち、特定保健指導を実施した者の割合	52.50%	54.30%	56.20%	58.10%	60%	61.90%	65.60%
	3	積極的支援終了率	特定保健指導対象者のうち、特定保健指導の終了した者の割合	26.70%	28.20%	29.20%	30%	30.80%	31.50%	32.10%
	4	動機付け支援終了率	特定保健指導対象者のうち、特定保健指導の終了した者の割合	50.60%	52.50%	54.30%	56.30%	58.10%	60%	61%
	5									

プロセス (方法)	周知		対象者には個別に日時を指定した案内通知を郵送する。 集団健診受診者の場合は結果報告会の場で対象者に口頭で伝える。		
	勧奨		結果報告会、個別通知、電話フォローにて利用勧奨をする。		
	実施および 実施後の支援	初回面接	集団健診結果報告会、来所、訪問のいずれかで実施。		
		実施場所	対象者自宅、保健センター、各支所、結果報告会会場		
		実施内容	健診結果、対象者の特徴に応じた効果的な指導を実施する。 途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるため、電話や手紙によるフォローを行う。 来所の場合は、インボディ測定を行い、筋肉量や体脂肪の説明をする。		
		時期・期間	初回面接から3か月後に最終評価を順次実施する。		
		実施後のフォロー・継続支援			
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		対象者の都合により、夕方や休日にも行う。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		健康長寿課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)		特定健診を委託する医師会
	国民健康保険団体連合会		保健事業に関する研修会等
	民間事業者		集団健診・結果報告会を受託している医療機関にて特定保健指導を実施
	その他の組織		
	他事業		特定健診 集団健診結果報告会
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)		保健指導者のスキルアップとして研修会への参加

事業 3		生活習慣病重症化予防受診勧奨事業（高血圧・糖尿病・腎機能）									
事業の目的		ハイリスク者に対して受診勧奨および保健指導を行うことで、生活習慣病の重症化を予防する									
事業の概要		特定健診の結果で「要受診」と判定された対象者に受診の必要性を伝え、受診勧奨を行うと同時に必要に応じて保健指導を行う									
対象者	選定方法		当該年度の特定健診受診者の結果で下記①～③のいずれかに該当する者を選定								
	選定基準	健診結果による判定基準	①Ⅱ度高血圧（収縮期血圧160以上、または拡張期血圧100以上）であって高血圧に関して未治療の者 ②HbA1c6.5%以上であって糖尿病に関して未治療の者 ③eGFR45未満（70歳以上は40未満）、または尿蛋白2+以上であって腎疾患に関して未治療の者								
		レセプトによる判定基準	健診時には未受診であっても健診結果返却後に受診した者を確認。								
		その他の判定基準									
	除外基準		健診後、すでに受診し治療が開始となった対象者								
	重点対象者の基準		①収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上 ②HbA1c6.5%以上 ③eGFR45未満（70歳以上は40未満）または尿蛋白2+以上 基準値を大きく逸脱している者、経年で「要受診」と判定されている者								
アウトカム指標		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
						2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
		1	医療機関受診率	レセプトから確認	61.80%	80%	80%	90%	90%	100%	100%
		2	高血圧Ⅱ度の有病者の割合	茶っことで確認	6.70%	6.70%	6.65%	6.60%	6.55%	6.50%	6.45%
		3	高血圧予備群の割合	法定報告	26.50%	26.50%	26.50%	26.40%	26.40%	26.00%	25.50%
		4	HbA1c8.0以上の者の割合	茶っことで確認	2.20%	2.20%	2.18%	2.15%	2.13%	2.10%	2.00%
アウトプット指標		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
						2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
		1	受診勧奨率	訪問や電話にて指導した割合	98、9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2	保健指導実施率	訪問や電話にて指導した割合	98、9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3									
		4									
プロセス（方法）	周知		特定健診後実施後、個別通知。結果報告会にて対象者に説明								
	勧奨		対象者には個別に通知、電話または訪問により受診勧奨								
	実施後の支援・評価		医療機関受診の有無								
	実施後のフォロー・継続支援		必要時、継続して保健・栄養指導を実施								
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		結果報告会で面談し、受診勧奨								
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署		健康長寿課								
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）		健診および保健指導に関する委託契約								
	かかりつけ医・専門医		健診実施期間前に各医療機関に説明								
	国民健康保険団体連合会		対象者抽出時、システム活用支援								
	民間事業者										
	その他の組織		健康づくり推進協議会で報告、静岡県国保課								
	他事業		特定健診、特定保健指導								
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		効率よく事業が実施できるよう健診担当や健康づくりスタッフが連携								

事業 4		【高血圧・腎症重症化予防】CKD教室・CKDフォローアップ教室									
事業の目的		必要な対象者に対して健康教育を行うことで腎不全の重症化を予防し、新たに透析導入となる時期を遅らせる									
事業の概要		CKD専門医師の講話と管理栄養士による食事指導、個別相談、減塩の試食									
対象者	選定方法		特定健診結果とKDBシステム、茶っとうシステムから対象者を抽出し、教室案内を郵送し参加者を募る								
	選定基準	健診結果による判定基準	CKD教室については前年度の健診結果から65歳以下：eGFR60ml/min未満 66歳以上：eGFR50ml/min未満								
		レセプトによる判定基準									
		その他の判定基準									
	除外基準		透析治療中の者								
	重点対象者の基準										
		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
						2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標		1	受診者の次年度のeGFR検査数値改善者の割合	特定健診結果データFKAC171	39.83%	40%	45%	45%	50%	50%	60%
		2									
		3									
		4									
		5									
		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
						2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標		1	保健指導率	対象者のうち指導した件数	77%	78%	80%	80%	90%	90%	100%
		2	教室の参加人数（フォローアップを含む）	実数	64人	70人	70人	80人	80人	100人	100人
		3	理解度	アンケートでよく理解できたと回答した割合	49.20%	60%	60%	80%	80%	90%	90%
		4									
		5									
プロセス（方法）	周知		対象者に個別通知、広報、情報メール、チラシの設置								
	勧奨		個別勧奨、通知や電話による勧奨								
	実施および実施後の支援	利用申込	メール、郵送、電話								
		実施内容	専門病院の専門医師による講義、市管理栄養士による食事指導								
		時期・期間	10月、11月頃								
		場所	市役所								
		実施後の評価	教室終了後のアンケート								
		実施後のフォロー・継続支援	CKD教室参加者には翌年にフォローアップ教室を案内する								
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		簡単に作れる減塩食の実演と試食								
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署		健康長寿課								
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）										
	かかりつけ医・専門医		腎臓専門医療機関に教室の講師依頼								
	国民健康保険団体連合会		対象者抽出時のシステム操作支援								
	民間事業者										
	その他の組織		静岡県国保課								
	他事業		特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防プログラム、ハイリスク者の受診勧奨事業								
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		専門医との連携、保健師、栄養士との連携								

事業 5			糖尿病重症化予防 糖尿病性腎症重症化予防プログラム									
事業の目的			糖尿病が重症化するリスクの高い者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防する。									
事業の概要			糖尿病性腎症のリスク保有者、治療しているが、血糖値のコントロール不良者の生活習慣改善・服薬指導を行う。									
対象者	選定方法		前年度の健診結果から対象者を抽出									
	選定基準	健診結果による判定基準	医療機関未受診者、糖尿病治療中断者、ハイリスク者。県が定めるプログラム対象基準で、医師が必要と認めた者。									
		レセプトによる判定基準	糖尿病、糖尿病性腎症の受診歴があり、糖尿病薬剤が処方されているかどうかを確認									
		その他の判定基準										
	除外基準		かかりつけ医が「プログラム参加の必要なし」と判定した場合、透析中の者									
	重点対象者の基準											
アウトカム指標		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
						2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
		1	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	糖尿病による新規透析者の数	9人	10人以下	10人以下	10人以下	10人以下	10人以下	10人以下	
		2	受診勧奨後の受診率	受診勧奨者のうち受診した者の数	58.50%	60%	65%	70%	75%	80%	100%	
		3	保健指導介入者のデータの改善した者の割合	保健実施者の結果を翌年度に比較	－	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		4										
		5										
アウトプット指標		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値						
						2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
		1	対象者に対する受診勧奨率	受診勧奨をした者が受診した割合	98.90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		2	対象者に対する保健指導実施率	対象者のうち保健指導を実施した人の割合	98.90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		3										
		4										
		5										
プロセス (方法)	周知		個別通知後に訪問									
	勧奨		訪問による勧奨									
	実施および実施後の支援	利用申込	電話または訪問等で確認									
		実施内容	かかりつけ医の指示書に基づき、訪問または来所などで面談にて保健・食事指導をおこなう。									
		時期・期間	6月～翌年の3月									
		場所	対象者の自宅または市役所（公共施設）									
		実施後の評価	生活習慣の改善状況、受診時の検査数値									
		実施後のフォロー・継続支援	1か月後、2か月後と定期的に食事状況、服薬状況、運動状況を確認し、必要時に保健指導・栄養指導を行う									
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		事業開始前に医師会長、支部長および健診医療機関に行き、説明して理解・協力を得る。									
ストラクチャー (体制)	庁内担当部署		健康長寿課									
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）		田方医師会、伊豆の国市、函南町 プログラム検討会									
	かかりつけ医・専門医		実施前に指示書を依頼。必要時、プログラム参加者の治療状況（血液結果）を共有									
	国民健康保険団体連合会		対象者の抽出が適切にできるようシステム活用支援。									
	民間事業者		必要時、運動教室への参加を勧める									
	その他の組織		健康づくり推進協議会、静岡県国保課									
	他事業											
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		医師、保健師、栄養士との連携 医師会管内の市町との連携									

事業 6			糖尿病予防セミナー							
事業の目的			糖尿病の発症や重症化を予防する							
事業の概要			医師の講話、管理栄養士の食事指導（試食）、運動指導士による運動指導と実践を行い、生活習慣を見直すきっかけとする							
対象者	選定方法		結果報告会で紹介。ポピュレーションアプローチとして実施							
	選定基準	健診結果による判定基準	前年度の健診結果でHbA1c5.6%以上、服薬をしていない人、保健指導対象者							
		レセプトによる判定基準								
		その他の判定基準								
	除外基準									
	重点対象者の基準									

アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
	1	健診結果のHbA1c値6.5以上の割合	翌年の健診結果	13%	13%	13%	13%	12%	12%	12%
	2									
	3									
	4									
アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
	1	生活習慣改善の継続	教室終了1か月後のアンケート	－	35%	40%	45%	50%	55%	60%
	2	自分の適正摂取量の理解度	教室終了後のアンケート	87%	90%	90%	100%	100%	100%	100%
	3									
	4									
プロセス（方法）	周知		結果報告会で紹介、広報、情報メールにて参加者を募る							
	勧奨		特定保健指導などで運動が必要な人に勧める							
	実施および実施後の支援	利用申込	電話、メール							
		実施内容	医師の講話、運動指導、食事指導							
		時期・期間	10月～12月頃							
		場所	市役所内							
		実施後の評価	教室の参加申込者数、アンケートにて評価							
		実施後のフォロー・継続支援	教室終了3か月後に生活習慣についてアンケートで確認							
その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）										

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	健康長寿課
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	医師会協力依頼
	かかりつけ医・専門医	糖尿病専門医による講義、かかりつけ医からの教室紹介
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	運動指導士の派遣
	その他の組織	静岡県国保課
	他事業	特定保健指導、糖尿病性腎症重症化予防プログラム、生活習慣病重症化予防教室
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）	医師、栄養士との連携、運動指導士との連携

事業 7		生活習慣病重症化予防教室（ボディメイク運動教室）									
事業の目的		生活習慣の改善により発症と重症化の抑制を図り、健康寿命の延伸を図る									
事業の概要		特定健診や人間ドックの結果、生活習慣病のハイリスク者を対象に運動教室を1クール10回（週1回）開催し、保健師に夜食事のアドバイスと運動指導士による運動を実施し、運動習慣の定着・生活改善を図る。									
対象者	選定方法		前年度の健診結果から対象者を抽出し、教室案内を個別に郵送し参加者を募る								
	選定基準	健診結果による判定基準	腹囲が基準該当以上								
		レセプトによる判定基準									
		その他の判定基準									
	除外基準		心臓疾患、透析実施者								
	重点対象者の基準		BMIが25以上								
		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
						2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標		1	教室参加者の体重減少	教室開始時と終了時の実数（参加者全体）	3か月で3.7kg減少	3kg減少	3kg減少	3.5kg減少	3.5kg減少	3.8kg減少	3.8kg減少
		2	教室参加者の体脂肪の減少率	教室開始時と終了時の実数（参加者全体）	3か月で1.7%減少	2kg減少	2kg減少	2kg減少	2%減少	2kg減少	2kg減少
		3	教室参加者の腹囲の減少	教室開始時と終了時の実数（参加者全体）	3か月で1.7cm減少	2cm減少	2cm減少	3cm減少	3cm減少	3.5cm減少	3cm減少
		4									
		5									
		No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
						2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標		1	教室参加率	参加者出席状況	71.10%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		2	生活改善率	参加者アンケート		70%	70%	70%	70%	70%	70%
		3									
		4									
		5									
プロセス（方法）	周知		対象者に個別通知								
	勧奨		保健指導対象者宅に訪問または電話にて参加勧奨								
	実施および実施後の支援	利用申込	電話、メール								
		実施内容	教室時に測定した体重、参加時の様子								
		時期・期間	6月～12月に2クール実施								
		場所	市役所								
		実施後の評価	自宅で週3回以上の運動実践をアンケートで確認								
		実施後のフォロー・継続支援									
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）										
ストラクチャー（体制）	庁内担当部署		健康長寿課								
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）										
	かかりつけ医・専門医										
	国民健康保険団体連合会										
	民間事業者		運動指導を民間会社に委託								
	その他の組織		教室関係者との打ち合わせ								
	他事業		特定健診、特定保健指導								
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		毎回、保健師が個別相談により変化を確認。必要時、保健指導を実施。								

事業 8			禁煙支援教室							
事業の目的			禁煙のきっかけづくりを行い、生活習慣病の重症化予防する							
事業の概要			禁煙教室を1回開催。教室終了後3日目、1週間、1か月、3か月、6か月の間隔で禁煙指導（モニタリング）をし、卒煙につなげる。							
対象者	選定方法		前年度の特定健診質問票の「習慣的喫煙」がある者を抽出し、個別案内し参加者を募る							
	選定基準	健診結果による判定基準	前年度の質問票の結果							
		レセプトによる判定基準								
		その他の判定基準	肺がん検診時の問診票でプリンクマン指数の多い人							
	除外基準									
	重点対象者の基準									

アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	習慣的な喫煙率の減少【男性】	法定報告	20.30%	20.10%	19.90%	19.70%	19.50%	19.30%	19.20%
	2	習慣的な喫煙率の減少【女性】	法定報告	6.10%	6.00%	5.90%	5.70%	5.50%	5.40%	5.30%
	3	参加者の禁煙率	参加者より確認	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
	4									
5										

アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
	1	教室参加率	対象者と参加者の割合	1.17%	1.50%	2.00%	2.50%	3.00%	3.50%	4.00%
	2	スモーカーライザー実施者数	実数	0	20人	30人	40人	50人	60人	80人
	3	呼気中一酸化炭素改善者数	スモーカーライザー検査	0	2人	3人	40人	5人	6人	8人
	4									
5										

プロセス（方法）	周知		個別通知、市の情報メールにて情報発信							
	勧奨		前年度の健診受診時の質問票から習慣的喫煙者を抽出し、個別に教室の受診勧奨通知を郵送。							
	実施および実施後の支援	利用申込	電話、メール							
		実施内容	教室終了後、5回の定期的モニタリング							
		時期・期間	8月頃							
		場所	市役所							
		実施後の評価	参加者に対して個別に							
		実施後のフォロー・継続支援	教室終了後3日目、1週間、1か月、3か月、6か月と電話または手紙にて定期フォローを実施							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）		教室参加者のうちの禁煙パッチの使い方を指導 令和6年度から喫煙状況の見える化としてスモーカーライザーを使用し支援する							

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署		健康長考課							
	保健医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）		各医療機関や薬局に禁煙教室のチラシを設置し、対象者への配布を依頼 教室参加者で禁煙パッチの使用を希望した場合、市内の薬局の薬剤師に協力してもらい、使い方を指導してもらう。							
	かかりつけ医・専門医		禁煙外来を実施している医療機関の情報提供							
	国民健康保険団体連合会									
	民間事業者									
	その他の組織									
	他事業		肺がん検診							
	その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）									

事業 9			骨粗鬆症・フレイル予防教室									
事業の目的			フレイル予防に努め、健康寿命と自立時間を延伸する									
事業の概要			骨密度健診後のハイリスク者、セカンドライフ講座の対象者に対して食事指導、運動指導を行う									
対象者	選定方法		健診後のハイリスク者には個別に通知									
	選定基準	健診結果による判定基準	骨密度健診結果									
		レセプトによる判定基準	関節疾患にて通院している人									
		その他の判定基準										
	除外基準		医師に運動を止められている人									
	重点対象者の基準											

アウトカム指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
	1	骨密度検診受診率	40.45.50.55.60.65.70歳の女性	9.70%	10%	11%	12%	13%	14%	15%
	2	健診事後フォロー率	要精密者	78%	80%	80%	80%	90%	90%	90%
	3	平均余命と平均自立期間の差	国保データベースと介護保険計画で確認	男1.0歳女3.0歳	男1.0歳女3.0歳	男1.0歳女3.0歳	男1.0歳女3.0歳	男1.0歳女3.0歳	男1.0歳女3.0歳	男1.0歳女3.0歳
	4									
5										

アウトプット指標	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
	1	セカンドライフ講座参加者数	74歳以上	69人	80人	80人	80人	80人	80人	80人
	2	フレイル啓発回数	広報、教室案内、情報メール回数	7回	8回	10回	10回	12回	12回	15回
	3									
	4									
5										

プロセス(方法)	周知		広報、情報メール									
	勧奨		対象者には個別通知にて受診勧奨									
	実施および実施後の支援	利用申込	電話、メール									
		実施内容	広報、情報メール、ホームページ、各運動教室等でフレイル予防啓発									
		時期・期間										
		場所	市役所または支所									
		実施後の評価	参加者のアンケート									
		実施後のフォロー・継続支援	市内にある運動サークルへの加入を勧め、運動の継続									
その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)												

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署		健康長寿課									
	保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)		県栄養士会に講師依頼									
	かかりつけ医・専門医											
	国民健康保険団体連合会											
	民間事業者		運動指導の事業所、県栄養士会									
	その他の組織											
	他事業		骨密度健診									
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)											

事業 10		重複・頻回受診、重複服薬者対策								
事業の目的		重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少								
事業の概要		レセプトから重複受診・頻回受診・重複寿福服薬者を特定し、医療機関への適正な受診を促すほか、医療機関へのかかり方について保健指導を行う。								
対象者		重複受診（1 か月間に同系の疾病を理由に3 医療機関以上受診）頻回受診（1 か月間に同一医療機関に12 回以上受診）、重複服薬（1 か月間に同系の医薬品が複数の医療機関で処方され、投与日数が60 日を超える）対象者								
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	重複・頻回受診者、重複服薬者数	実績数		5人以下	5人以下	5人以下	5人以下	5人以下	5人以下
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	指導実施率	実績値		100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス（方法）		レセプトより対象者を抽出し、保健指導を行う								
ストラクチャー（体制）		市民課レセプト情報共有								

事業 11		後発医薬品利用促進								
事業の目的		後発医薬品の普及率向上								
事業の概要		後発医薬品に切り替えることによる薬剤費軽減額を通知する								
対象者		切替可能な先発品を含む処方されている対象者								
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	後発医薬品普及率		84.6	85.00%	85.00%	85.00%	85.00%	85.00%	85.00%
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	通知率	実績値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
プロセス（方法）		レセプトより対象者を抽出し、切替勧奨通知を送付								
ストラクチャー（体制）		切替勧奨通知の送付と効果検証								

V その他

データヘルス計画の 評価・見直し	①評価の時期 - 各年度ごと - 中間時点の2026年度中（令和8年度）に進捗状況を確認し、軌道修正をする - 最終年度2029年度（令和11年度）の上半期に仮評価を行う ②評価方法・体制 - 短期評価としてアウトプット指標を用い、中長期の評価としてアウトカム指標を用いる。
データヘルス計画の 公表・周知	- 策定した計画は、ホームページへ掲載することで公表。 - 国民健康保険運営協議会にて公表。
個人情報の取扱い	- 保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、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取扱いが確保されるよう措置を講じる。 - 個人情報の取扱いについては、ガイドラインを参照 ※「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）（令和4年1月（令和4年9月一部改正）個人情報保護委員会） https://www.ppc.go.jp/files/pdf/230401_koutekibumon_guidelines.pdf
地域包括ケアに係る取組	①地域で被保険者を支える連携の推進 高齢者が要支援・要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で、安心して暮らすことができるよう医療・介護・住まい・生活支援・介護予防など暮らし全般を支えるため「地域包括ケアシステム」の深化・推進を重点施策として位置づけ、自立支援・重度化防止に向け地域包括支援センターや介護予防施設の関係職員と連携。必要時、地域ケア会議や個別ケア会議を開催し、将来のあるべき医療提供体制を目指す。 ②課題を抱える被保険者層の分析 KDBや茶っとシステムを活用してハイリスク群・予備軍等のターゲット層を性別・年齢階層・日常生活圏域に着目して抽出し、関係者と共有する。 ③地域で被保険者を支える事業の実施 ②により抽出されたターゲット層に保健師や栄養士の訪問等により働きかける。 - 地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導、フレイル予防の健康教室等を開催。 ④地域の公的病院やかかりつけ医との連携 ⑤地域包括ケアに係る事業をアセスメントし、継続。
その他留意事項	国保担当課と他の関係機関・関係団体との連携 - 健康づくり推進協議会、食育推進会議、歯科保健推進会議、いのち支える自殺対策推進協議会、 - 高齢者等の権利擁護及び虐待防止対策推進協議会、在宅医療・介護連携推進事業、認知症施策の推進、あんしん見守りネットワーク事業 - 生活支援体制整備、地域福祉委員会、社会福祉協議会

参照データ

伊豆市(令和4年度) I-1_【静岡県共通評価指標】

No	共通評価指標	県/保険者	H29	H30	R01	R02	R03	R04	傾向	傾き	抽出元
1	特定健康診査受診率	保険者	44.1	44.7	42.6	40.7	43.9	—		-0.4	法定報告
		静岡県	38.2	38.7	38.7	35.2	36.7	—		-0.7	法定報告
2	特定保健指導実施率	保険者	32.1	33.0	47.8	37.5	29.9	—		0.0	法定報告
		静岡県	35.7	35.4	37.8	36.8	36.4	—		0.3	法定報告
3	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	保険者	24.1	27.2	22.9	18.8	20.9	—		-1.5	法定報告
		静岡県	22.6	22.2	21.7	17.3	21.6	—		-0.7	法定報告
4	HbA1c8.0以上の者の割合	保険者	—	1.3	2.1	1.7	2.2	2.2		0.2	KDB
		静岡県	—	1.1	1.2	1.2	1.3	1.2		0.0	KDB
5	平均自立期間	保険者 男性	—	79.0	79.6	80.3	79.9	79.5		0.1	KDB
		女性	—	83.6	84.1	84.4	84.2	84.5		0.2	KDB
		静岡県 男性	—	80.0	80.0	80.1	80.2	80.3		0.1	KDB
		女性	—	84.4	84.4	84.4	84.4	84.6		0.0	KDB
6	内臓脂肪症候群の該当率の割合	保険者	19.0	18.7	20.1	22.5	22.4	—		1.1	法定報告
		静岡県	16.5	17.0	17.6	19.1	19.0	—		0.7	法定報告
7	高血圧症の該当者の割合 (高血圧Ⅰ度以上)	保険者	—	56.7	58.7	62.5	61.9	61.5		1.3	KDB
		静岡県	—	48.4	48.6	51.1	50.7	52.1		1.0	KDB
8	高血圧予備群の割合	保険者	—	12.1	10.9	10.8	10.2	12.4		0.0	KDB
		静岡県	—	11.9	11.8	12.3	12.1	12.9		0.2	KDB

No	参考指標	県/保険者	H29	H30	R01	R02	R03	R04	傾向	傾き	抽出元
2	運動習慣のある者の割合	保険者	—	35.0	34.8	35.2	34.6	35.9		0.1	KDB
		静岡県	—	42.0	41.6	41.0	40.8	41.2		-0.2	KDB
10	多剤投薬者の率	保険者	—	3.2	3.5	2.3	2.8	3.0		-0.1	KDB
		静岡県	—	3.4	3.4	2.6	2.8	3.2		-0.1	KDB

No	特定健診・特定保健指導に係る健診等データ	保険者	H29	H30	R01	R02	R03	R04	傾向	傾き	抽出元
1	高血圧症有病者	保険者 男性	115.9	114.4	120.5	121.6	—	—		2.3	県
		女性	114.8	119.5	121.5	123.9	—	—		2.9	県
2	糖尿病有病者	保険者 男性	115.0	113.8	108.4	113.2	—	—		-1.1	県
		女性	118.4	112.3	123.9	128.3	—	—		4.1	県
3	脂質異常症有病者	保険者 男性	101.2	101.2	102.4	100.9	—	—		0.0	県
		女性	102.1	102.5	103.1	102.9	—	—		0.3	県

I -2.基本情報

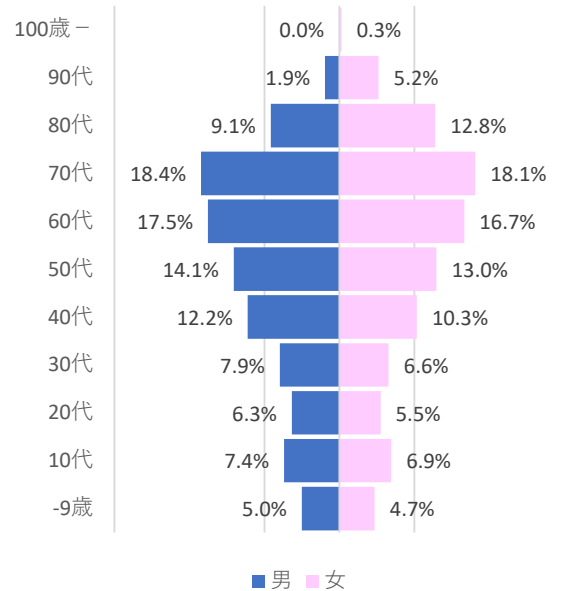
人口構成（構成割合の比較）

	保険者	県	同規模	国
計	28,188	3,594,263	32,195	123,214,261
－ 39歳	25.1%	36.1%	31.7%	37.6%
40-64歳	32.3%	33.7%	32.1%	33.7%
65-74歳	19.7%	14.5%	17.0%	13.9%
75歳	22.8%	15.6%	19.2%	14.8%
65歳以上 高齢化率	42.5%	30.1%	36.2%	28.7%

※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握_転記（R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査）

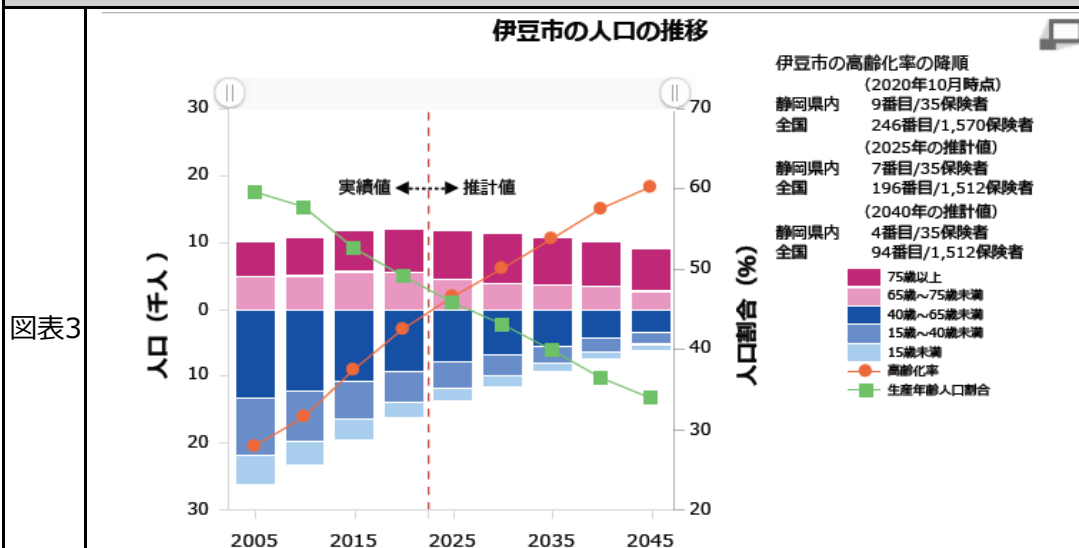
人口構成（性・年齢階層）

	男	女	総計
－ 9 歳	669	699	1,368
10代	984	1,026	2,010
20代	845	816	1,661
30代	1,059	975	2,034
40代	1,630	1,533	3,163
50代	1,879	1,923	3,802
60代	2,336	2,473	4,809
70代	2,459	2,689	5,148
80代	1,220	1,895	3,115
90代	253	778	1,031
100歳－	6	41	47
計	13,340	14,848	28,188
割合	47.3%	52.7%	100.0%



※KDBシステム_S21_006_人口構成（R04年度分-R02国勢調査人口等基本調査）

人口将来推計



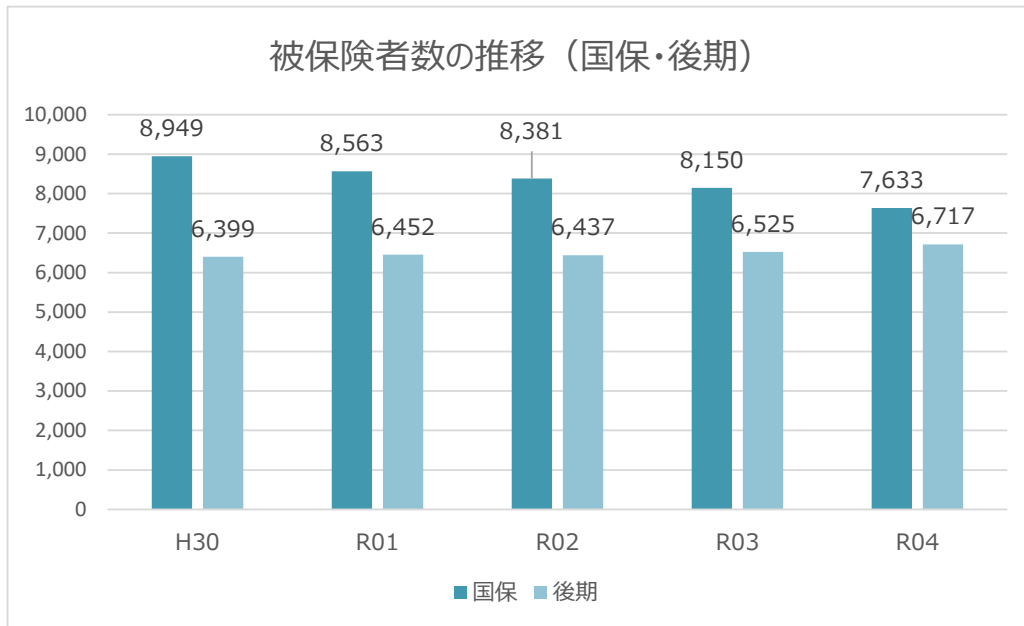
※地域包括ケア「見える化」システム 2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」

2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

被保険者数（経年推移）

図表4

	H30	R01	R02	R03	R04	傾向
国保	8,949	8,563	8,381	8,150	7,633	
後期	6,399	6,452	6,437	6,525	6,717	



※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（H30-R04年度分）

被保険者数（性・年齢階層/経年推移）

図表5

男性						
年齢階層	H30	R01	R02	R03	R04	傾向
－ 39歳	817	748	680	680	651	
40－44歳	194	172	179	166	153	
45－49歳	259	241	227	227	223	
50－54歳	284	297	284	280	258	
55－59歳	255	273	285	284	284	
60－64歳	505	456	424	395	386	
65－69歳	1,065	979	919	832	753	
70－74歳	1,172	1,215	1,284	1,308	1,190	
女性						
年齢階層	H30	R01	R02	R03	R04	傾向
－ 39歳	751	660	624	606	574	
40－44歳	157	142	145	135	130	
45－49歳	173	146	152	162	148	
50－54歳	196	216	195	169	164	
55－59歳	257	235	230	232	246	
60－64歳	558	508	473	422	395	
65－69歳	1,127	1,040	981	895	801	
70－74歳	1,179	1,235	1,299	1,357	1,277	

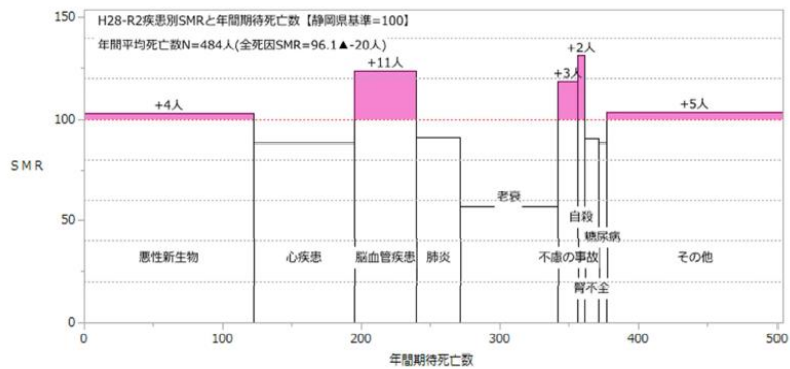
※S21_006_被保険者構成（H30-R04年度分）

Ⅱ-1.健康医療情報等の分析と課題

死因

図表6

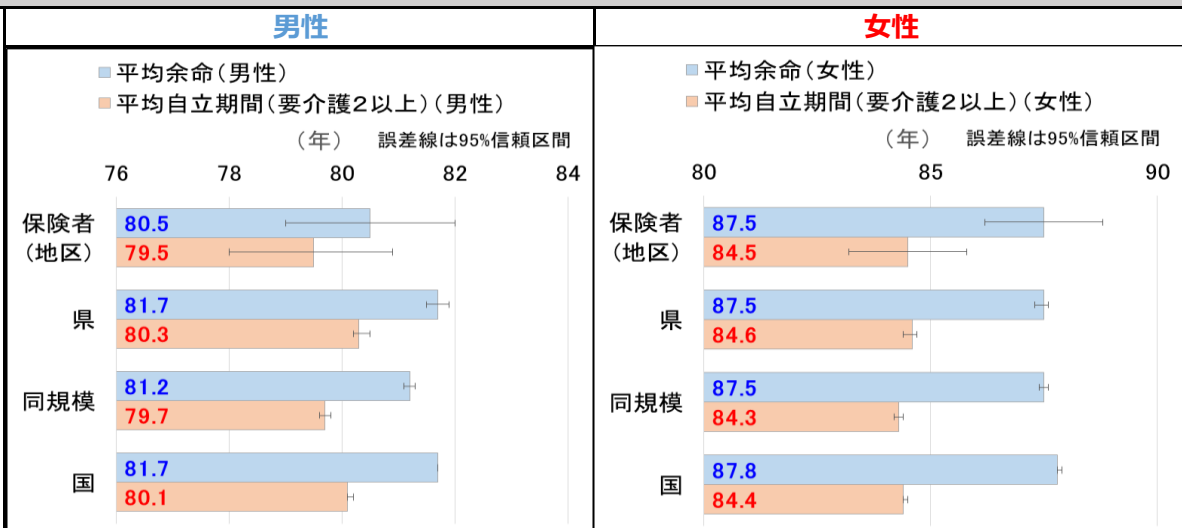
伊豆市（男女計）



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

平均寿命・平均自立期間（単年）

図表7

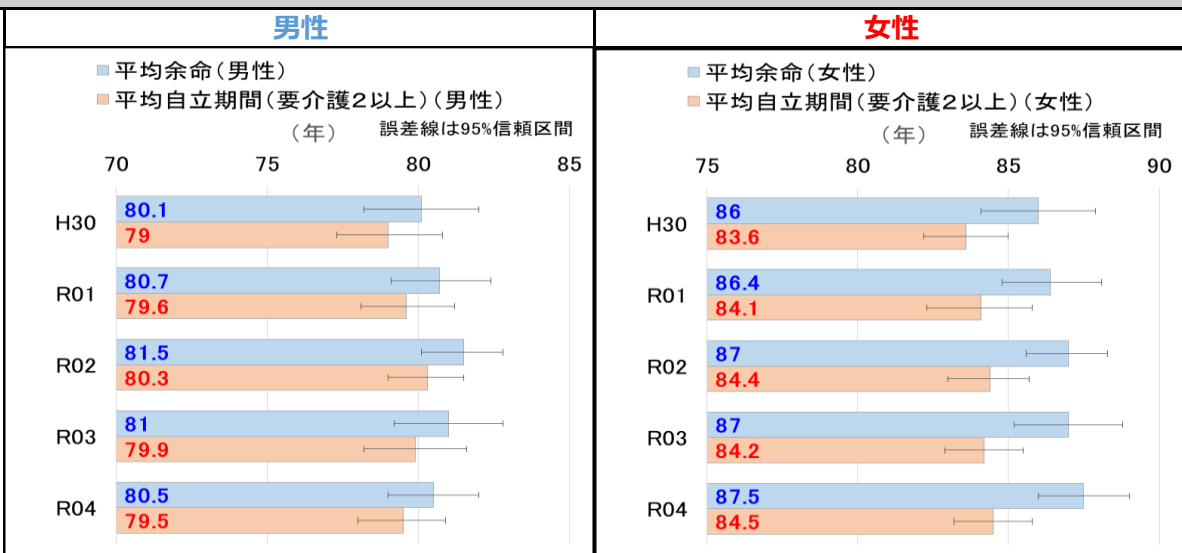


※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04年度分-R02.12月末介護受給者台帳等）

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

平均寿命・平均自立期間（経年推移）

図表8

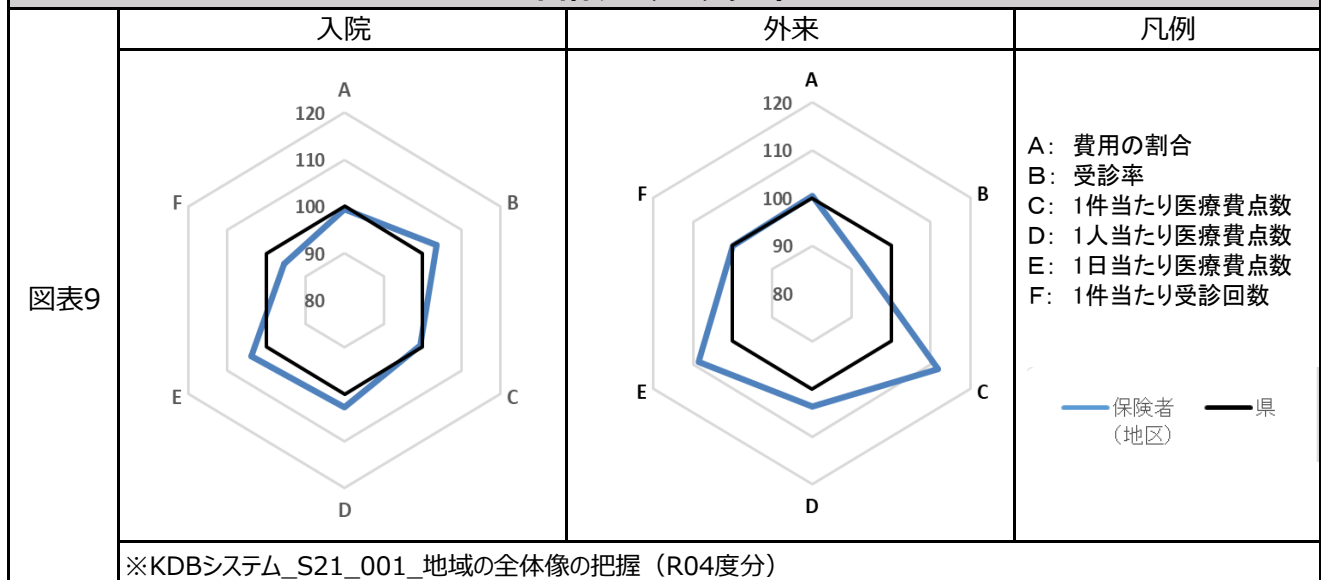


※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（H30-R04年度分）

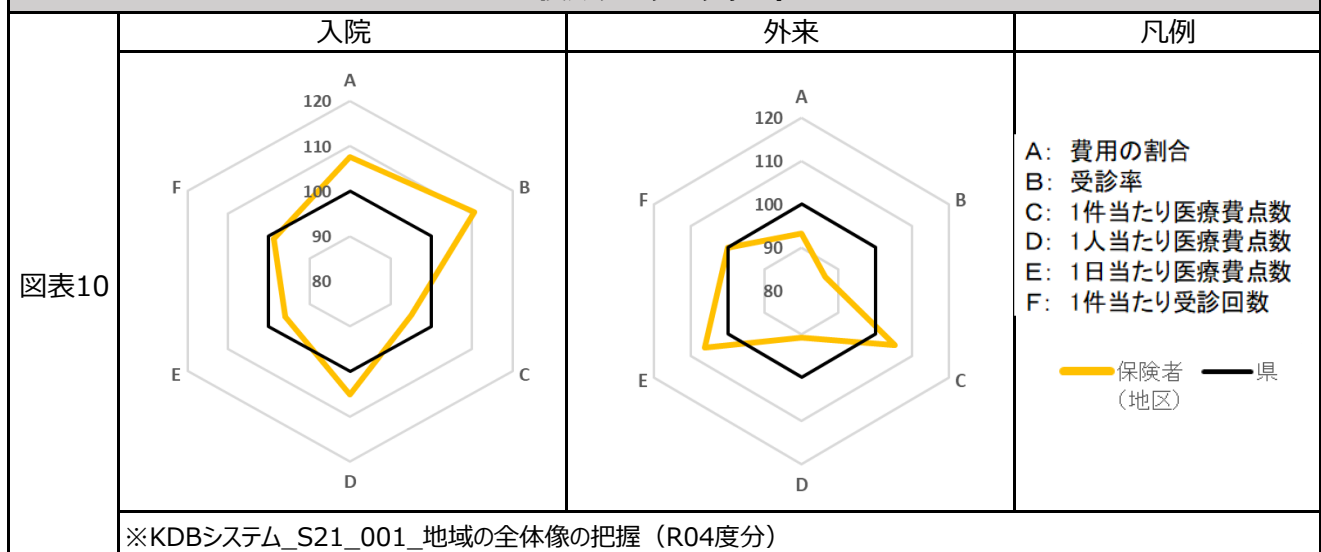
*国立保健医療科学院ツール（健康寿命（平均自立期間）等の見える化ツールVer.2.0）

Ⅱ-2.医療費の分析

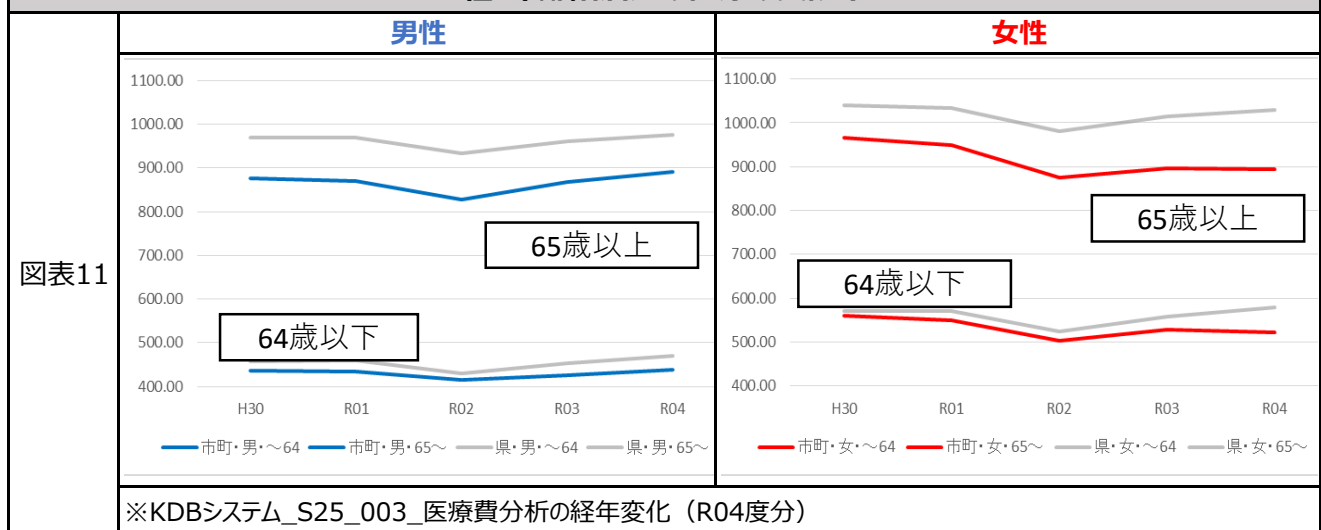
国保レーダーチャート



後期レーダーチャート



性・年齢階層別の医療の受診率



図表12

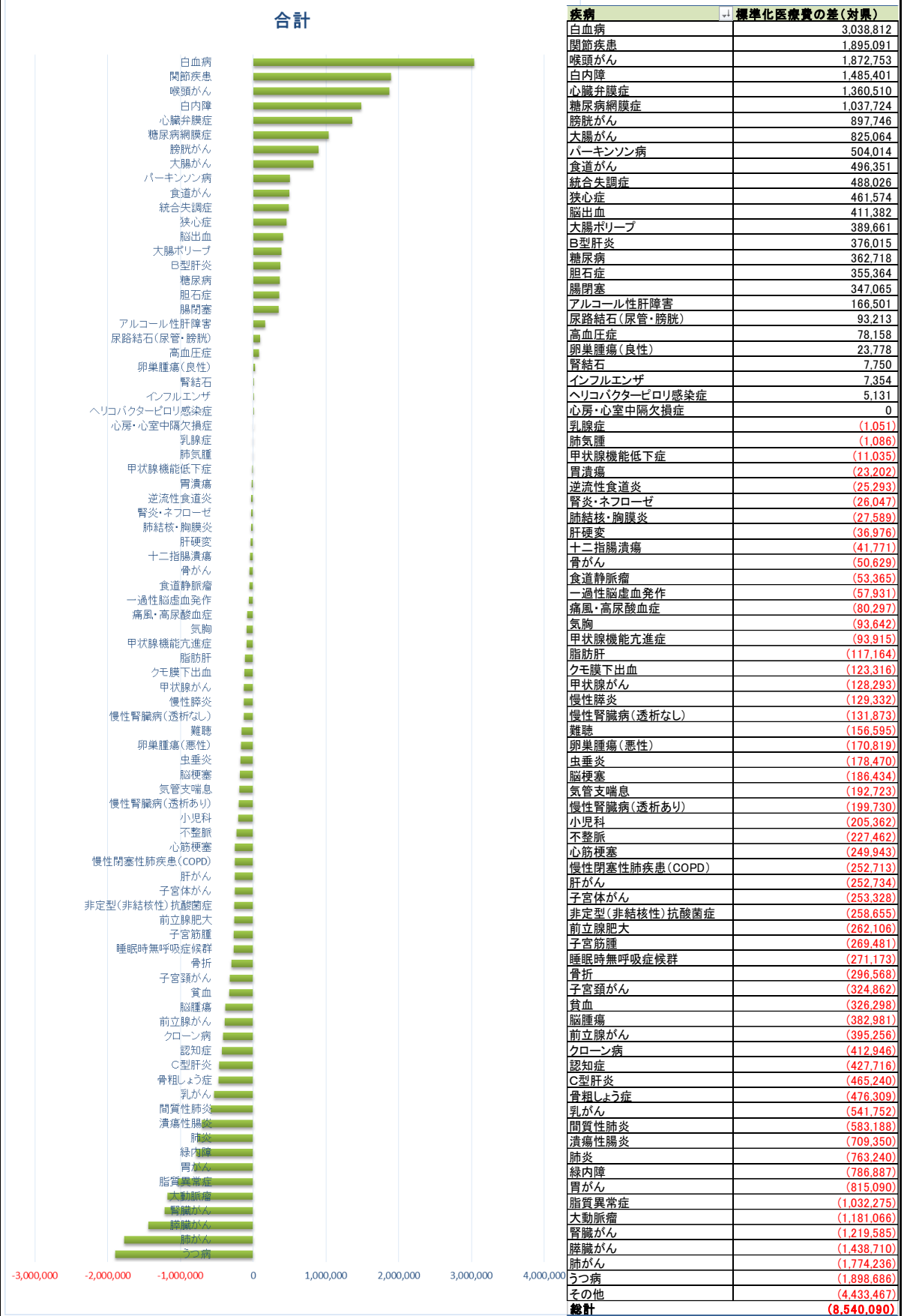
国保_医療費の負担が大きい疾患、標準化比						
	医療費分析（２）細小分類				標準化比/対県	
	R04年度				R01-R04年度(4年平均)	
	入外区分	細小分類	疾病別医療費	医療費割合	男性	女性
	合計	慢性腎臓病（透析あり）	164,868,130	6.0	84.0	115.1
		糖尿病	164,550,700	5.9	101.2	102.8
		関節疾患	126,780,660	4.6	122.6	132.7
		高血圧症	100,673,570	3.6	100.0	99.7
		統合失調症	92,614,060	3.3	96.6	126.2
		不整脈	80,282,000	2.9	98.9	89.4
		大腸がん	61,207,890	2.2	94.0	93.9
		脂質異常症	59,811,410	2.2	96.6	90.1
		肺がん	56,643,570	2.0	63.5	66.8
		白血病	50,890,770	1.8	109.4	148.5
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	66,597,930	6.5	100.4	134.2	
	慢性腎臓病（透析あり）	42,339,110	4.1	93.4	73.7	
	関節疾患	41,321,930	4.1	127.4	144.6	
	骨折	39,068,610	3.8	140.1	97.9	
	不整脈	35,658,490	3.5	91.3	95.0	
	脳梗塞	35,431,390	3.5	101.5	137.7	
	心臓弁膜症	25,480,630	2.5	174.3	114.6	
	狭心症	25,422,480	2.5	86.2	172.6	
	脳出血	24,382,730	2.4	149.8	94.0	
	大腸がん	22,703,660	2.2	85.1	93.4	
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	157,137,820	9.0	100.7	103.7	
	慢性腎臓病（透析あり）	122,529,020	7.0	81.6	125.2	
	高血圧症	97,620,840	5.6	99.1	97.4	
	関節疾患	85,458,730	4.8	120.6	126.6	
	脂質異常症	59,265,680	3.4	96.6	89.8	
	不整脈	44,623,510	2.6	105.0	85.0	
	大腸がん	38,504,230	2.2	102.5	94.5	
	肺がん	36,893,970	2.1	65.4	86.2	
	白血病	36,471,610	2.1	165.3	237.3	
	白内障	32,414,160	1.9	191.9	177.3	
※医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析（２）大、中、細小分類（R04度分）						
※標準化比：KDBシステム_S23_005_細小分類（R01-R04）*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）						

後期_医療費の負担が大きい疾患、標準化比						
図表13	医療費分析（２）細小分類				標準化比/対県	
	R04年度				R01-R04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	骨折	230,667,230	4.7	107.0	97.6
		慢性腎臓病（透析あり）	228,466,050	4.7	100.5	76.5
		関節疾患	222,589,150	4.6	119.6	127.1
		不整脈	211,624,960	4.4	107.0	102.9
		糖尿病	189,078,870	3.9	91.7	94.4
		脳梗塞	180,524,520	3.7	120.1	115.8
		高血圧症	167,578,260	3.4	111.1	97.7
		骨粗しょう症	127,018,200	2.6	83.1	106.4
		前立腺がん	87,681,690	1.8	100.6	0.0
		心臓弁膜症	85,344,460	1.8	121.9	110.4
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	骨折	211,419,520	8.5	107.0	96.8	
	脳梗塞	166,482,740	6.7	129.2	122.6	
	関節疾患	80,312,030	3.3	109.1	126.4	
	心臓弁膜症	79,847,600	3.2	129.2	113.9	
	慢性腎臓病（透析あり）	78,159,160	3.2	120.5	57.0	
	不整脈	63,764,680	2.6	103.4	92.8	
	肺炎	59,417,090	2.4	104.3	73.4	
	脳出血	46,579,570	1.9	105.3	115.6	
	認知症	46,133,900	1.9	51.4	85.1	
	骨粗しょう症	38,305,900	1.5	83.6	114.2	
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	167,915,020	7.0	88.8	87.0	
	高血圧症	158,899,670	6.6	102.7	95.1	
	慢性腎臓病（透析あり）	150,306,890	6.3	92.9	87.4	
	不整脈	147,860,280	6.2	108.8	108.0	
	関節疾患	142,277,120	6.0	125.1	127.5	
	骨粗しょう症	88,712,300	3.7	82.9	103.5	
	前立腺がん	77,669,890	3.2	96.3	0.0	
	脂質異常症	67,024,640	2.8	88.9	80.8	
	白内障	58,918,670	2.5	191.1	194.6	
	逆流性食道炎	44,619,840	1.9	121.6	132.1	
※医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析（２）大、中、細小分類（R04度分）						
※標準化比：KDBシステム_S23_005_細小分類（R01-R04）						
*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）						

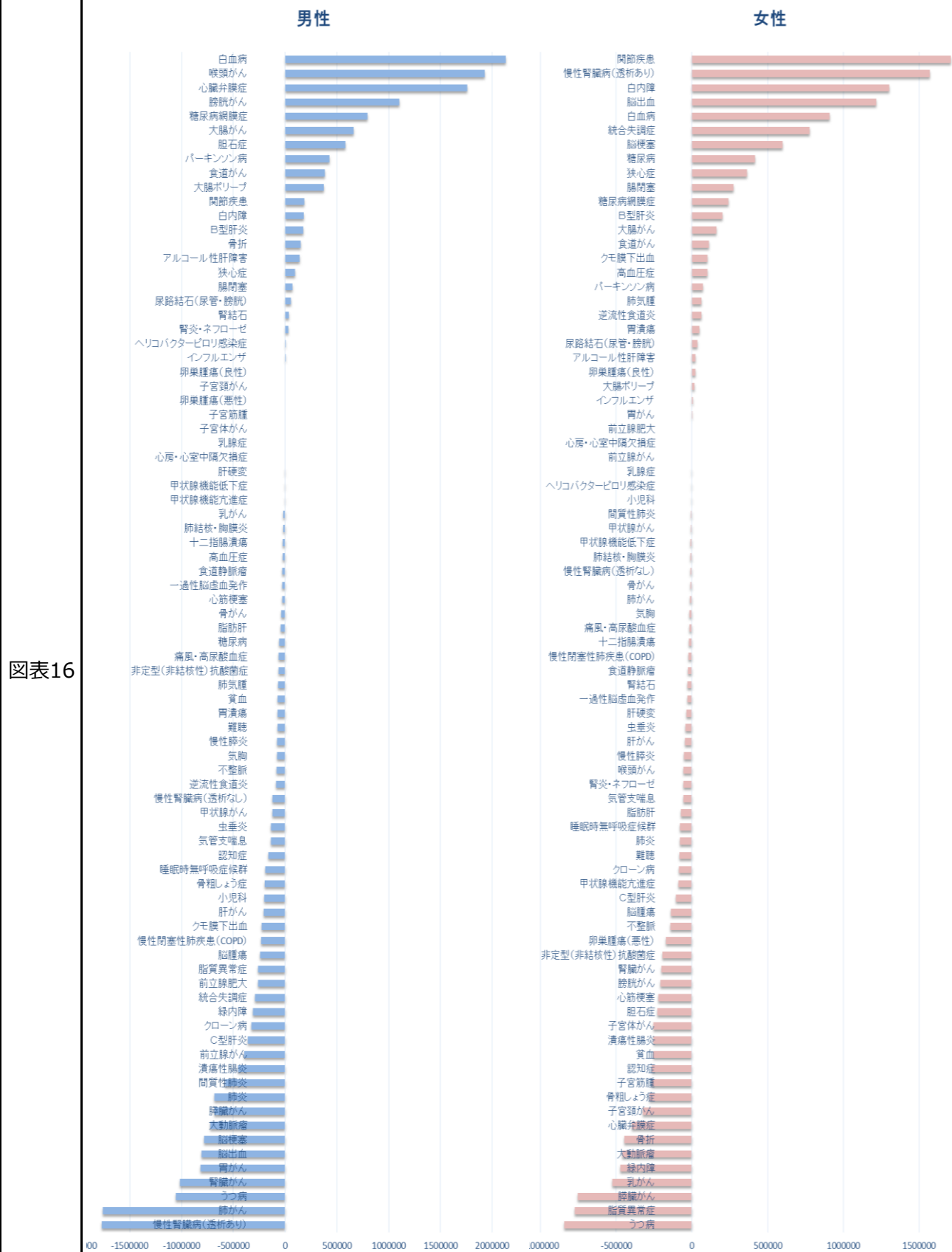
将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患						
図表14	入院	細小分類	後期-国保の医療費の差	外来	細小分類	後期-国保の医療費の差
		骨折	172,350,910		不整脈	103,236,770
		脳梗塞	131,051,350		骨粗しょう症	62,130,210
		肺炎	55,869,560		高血圧症	61,278,830
		心臓弁膜症	54,366,970		関節疾患	56,818,390
		認知症	42,997,120		前立腺がん	53,649,870
		※医療費・割合：KDBシステム_S23_002_医療費分析（２）大、中、細小分類（R04度分）				

細小分類 標準化医療費の差(対県) (国保)

図表15



細小分類 標準化医療費の差(対県) (国保) 男女

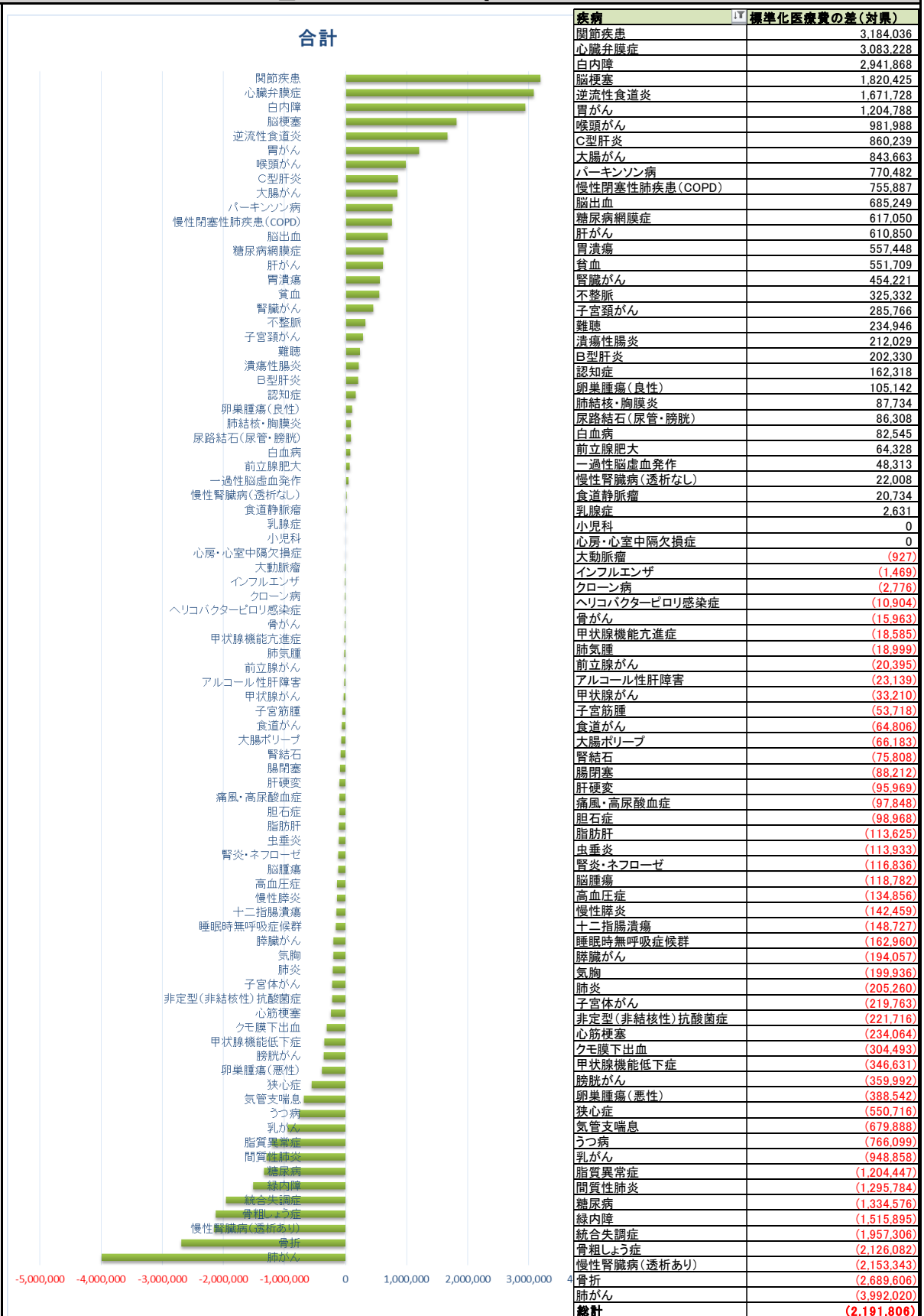


※標準化医療費：KDBシステム_S23_005_細小分類（R04）

*国立保健医療科学院ツール（疾病別医療費分析細小82分類 年齢調整ツールVer.1.1）

細小分類_標準化医療費の差(対県) (後期)

図表17

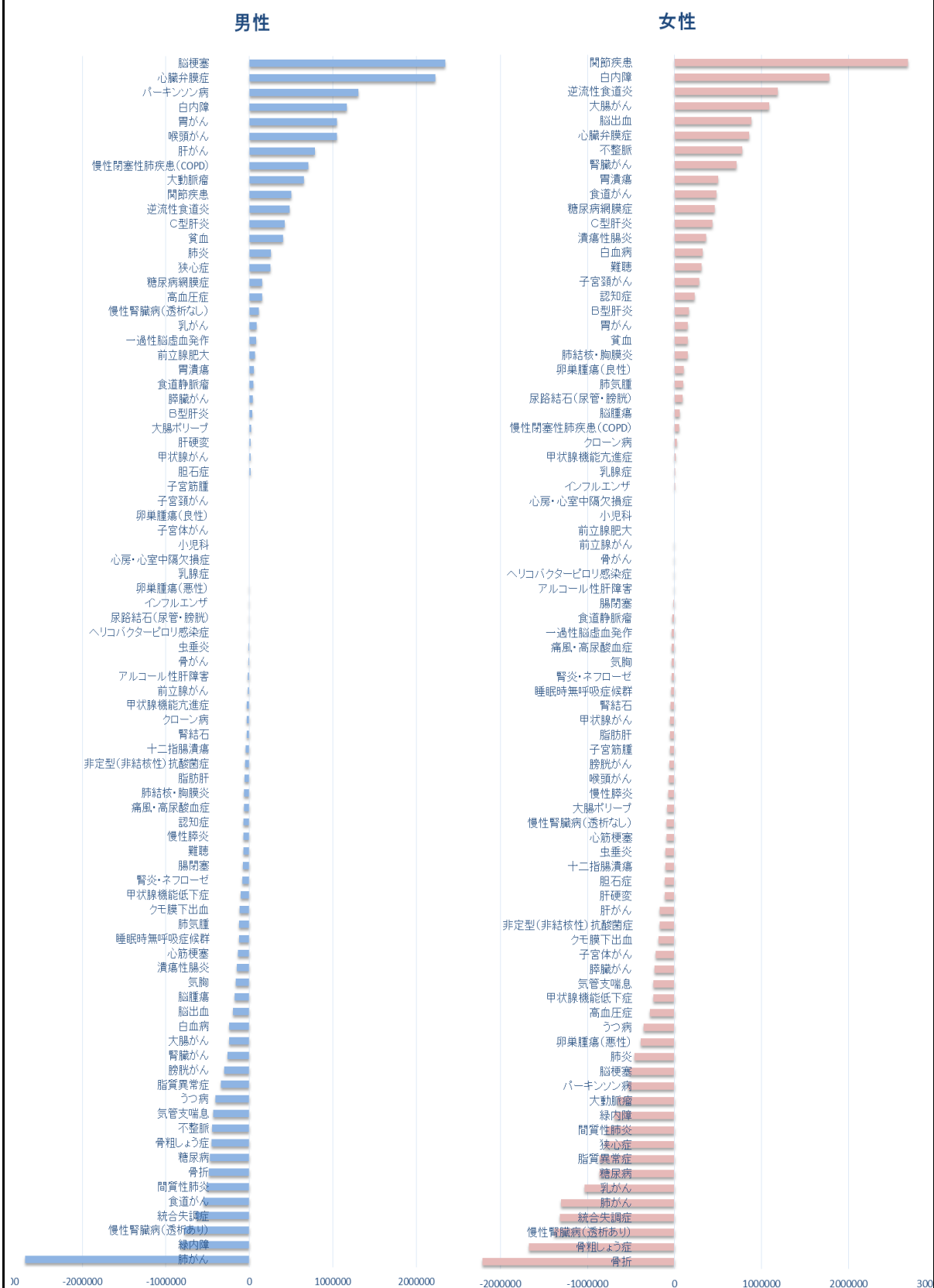


※標準化医療費：KDBシステム_S23_005_細小分類(R04)

*国立保健医療科学院ツール(疾病別医療費分析細小82分類 年齢調整ツールVer.1.1)

細小分類 標準化医療費の差(対県) (後期) 男女

図表18



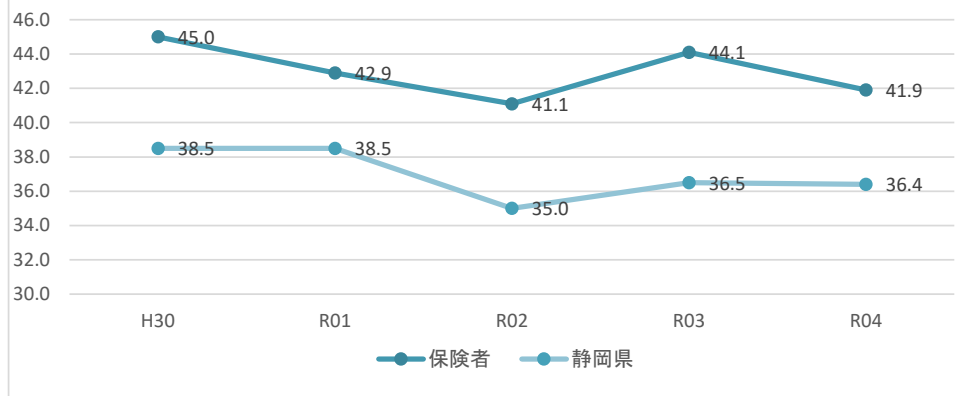
※標準化医療費：KDBシステム_S23_005_細小分類 (R04)

*国立保健医療科学院ツール (疾病別医療費分析細小82分類 年齢調整ツールVer.1.1)

Ⅱ-3.特定健診・特定保健指導

特定健康診査受診率（経年推移）

図表19

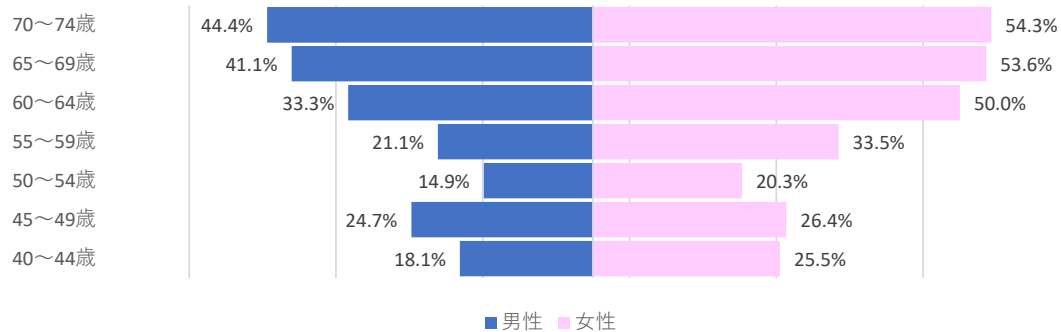


	H30	R01	R02	R03	R04
健診受診者	3,029	2,798	2,655	2,751	2,430
健診対象者	6,737	6,523	6,462	6,238	5,797
保険者	45.0	42.9	41.1	44.1	41.9
静岡県	38.5	38.5	35.0	36.5	36.4
同規模	41.3	41.5	35.7	39.3	39.7
国	37.5	37.7	33.5	36.1	35.3

※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）

特定健康診査受診率（性・年齢階層）

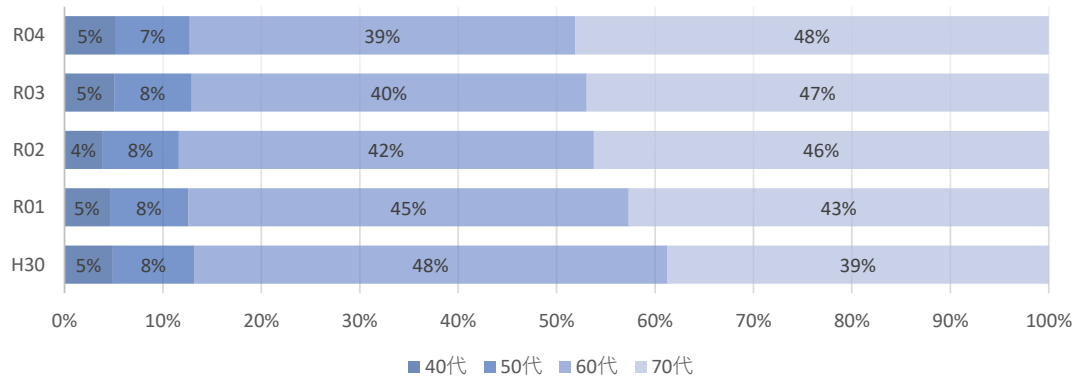
図表20



※KDBシステム_S21_008_健診の状況（R04度分）

特定健康診査受診者_年齢構成率（経年推移）

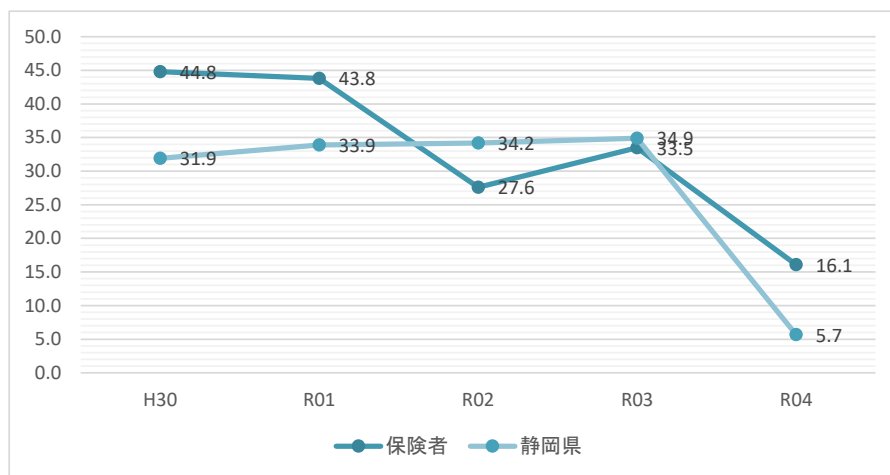
図表21



※KDBシステム_S21_008_健診の状況（R04度分）

特定保健指導実施率（経年推移）

図表22

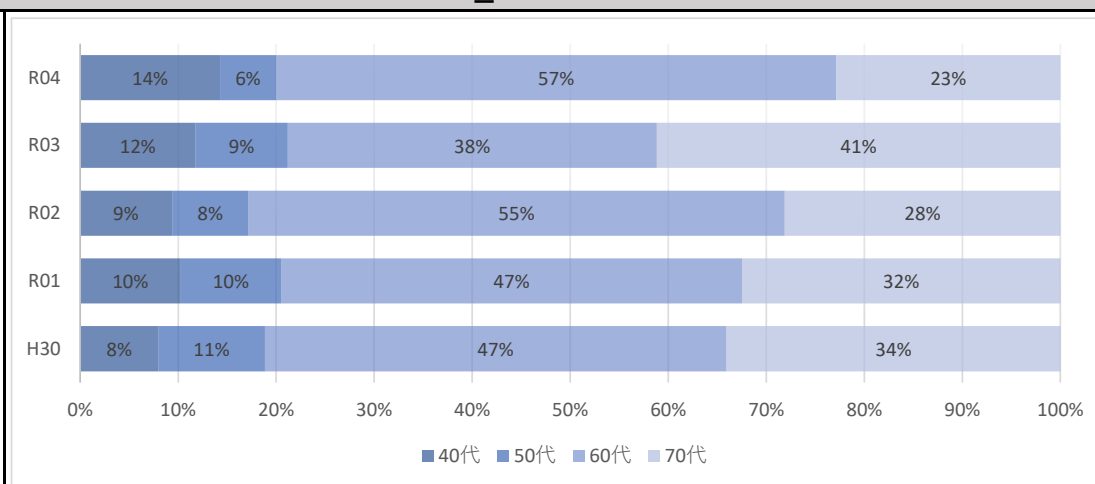


	H30	R01	R02	R03	R04
保険者	44.8	43.8	27.6	33.5	16.1
静岡県	31.9	33.9	34.2	34.9	5.7
同規模	41.3	41.8	41.8	41.8	16.7
国	23.8	24.2	23.8	24.0	9.0

※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）

特定保健指導実施者_年齢構成率（経年推移）

図表23



※KDBシステム_S21_008_健診の状況（R04度分）

メタボリックシンドローム・予備群・非肥満高血糖

図表24

メタボ等				男性	女性	合計
メタボ	人数			371	156	527
	割合	保険者		35.1	11.4	21.7
		静岡県		30.9	10.3	19.3
予備群	人数			158	57	215
	割合	保険者		15.0	4.1	8.8
		静岡県		16.6	5.2	10.2
非肥満高血糖	割合	保険者				16.1
		静岡県				10.0

※KDBシステム_S21_001_地域の全体像の把握（R04度分）

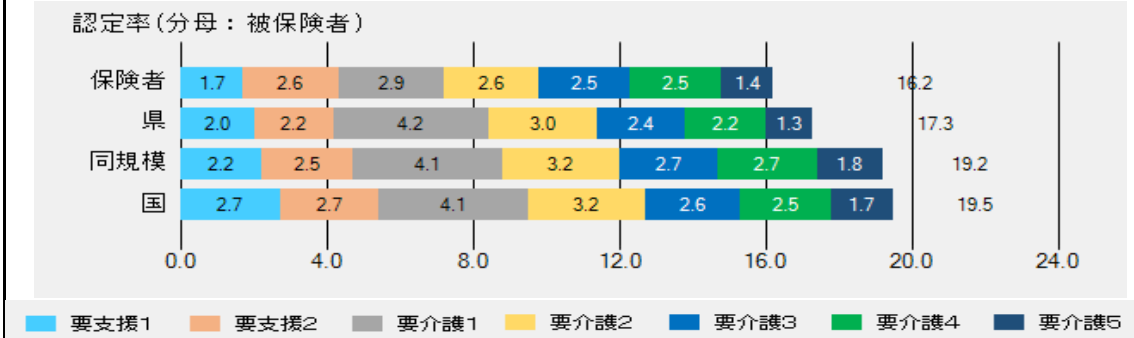
健診検査値（国保）							
図表25		R04		R01-R04(4年平均)			
		人数		該当者割合		標準化比/対県	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性
	クレアチニン ≥1.3	45	7	4.7%	0.4%	155.6	144.7
	BMI ≥25	392	334	34.5%	24.8%	114.4	127.1
	尿酸 ≥7.0	189	34	16.7%	2.3%	114.4	102.7
	HbA1c ≥5.6	725	930	67.6%	67.5%	111.5	113.7
	ALT(GPT) ≥31	230	340	21.3%	9.5%	111.1	113.4
	収縮期血圧 ≥130	611	706	53.5%	50.1%	107.5	108.9
	拡張期血圧 ≥85	266	211	24.4%	15.3%	104.7	103.0
	腹囲 ≥85,≥90	551	228	50.9%	18.3%	98.8	105.2
	中性脂肪 ≥150	261	196	25.4%	14.5%	98.1	100.4
	HDL <40	67	22	6.6%	1.5%	90.5	114.3
LDL ≥120	415	684	42.2%	52.5%	86.7	91.8	
血糖 ≥100	167	117	12.6%	7.7%	43.7	43.8	
※KDBシステム_S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報（R01-R04年度） *国立保健医療科学院ツール（「厚生労働省様式5-2健康有所見者情報」年齢調整ツールVer.1.6）							

健診検査値（後期）							
図表26		R04		R01-R04(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
	クレアチニン ≥1.3	98	39	11.8%	2.7%	127.6	130.2
	尿酸 ≥8.0	29	20	3.9%	1.1%	122.1	91.9
	HbA1c ≥6.5	135	133	16.8%	9.8%	121.5	111.2
	BMI ≥25	184	288	24.0%	21.7%	106.5	108.5
	ALT(GPT) ≥51	16	17	1.9%	1.0%	102.5	100.4
	収縮期血圧 ≥140	230	488	29.4%	37.8%	96.4	110.1
	拡張期血圧 ≥90	48	81	5.5%	5.2%	86.7	93.8
	HDL <35	19	10	2.8%	0.8%	85.1	91.7
	LDL ≥140	74	162	11.1%	16.7%	78.2	82.1
	中性脂肪 ≥300	6	9	1.2%	0.5%	69.7	51.4
血糖 ≥126	25	20	2.4%	1.1%	41.9	34.8	
腹囲 ≥85,≥90	19	1	3.0%	0.4%	13.2	3.8	
※KDBシステム_S21_024_厚生労働省様式5-2健診有所見者情報（R01-R04年度） *国立保健医療科学院ツール（「厚生労働省様式5-2健康有所見者情報」年齢調整ツールVer.1.6）							

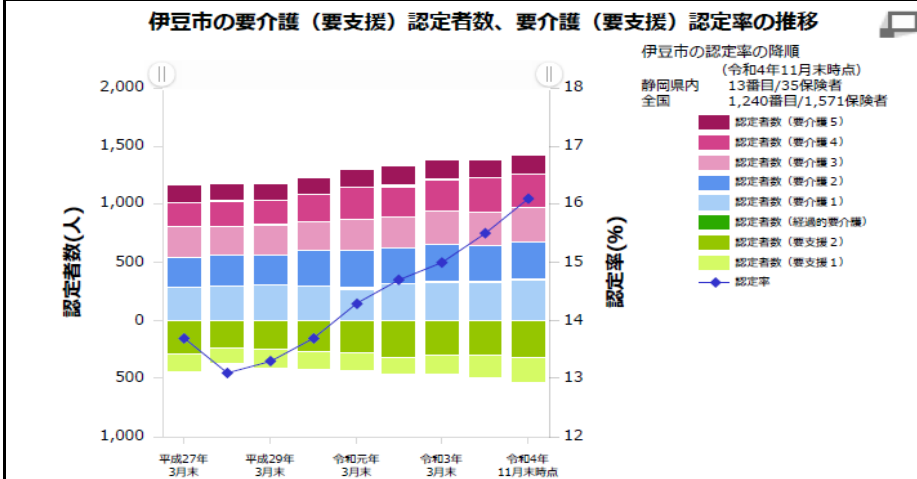
質問票							
		R04		R01-R04(4年平均)			
		該当人数		該当者割合		標準化比/対県	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性
図表27	単位：％						
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	25	17	2.4%	1.2%	220.3	217.5
	既往歴_貧血	87	233	8.3%	17.1%	159.5	121.1
	服薬_糖尿病	176	136	16.7%	9.9%	143.3	164.8
	咀嚼_ほとんどかめない	14	7	1.3%	0.5%	126.8	152.8
	服薬_脂質異常症	339	569	32.2%	41.5%	124.7	119.6
	改善意欲なし	387	408	37.0%	30.4%	123.1	132.1
	咀嚼_かみにくい	281	303	26.9%	22.1%	120.8	118.8
	服薬_高血圧症	541	564	51.4%	41.1%	119.0	124.8
	1回30分以上の運動習慣なし	655	911	62.6%	66.7%	113.7	110.8
	改善意欲あり	311	412	29.7%	30.7%	112.9	108.1
	週3回以上就寝前夕食	184	113	17.4%	8.2%	112.7	114.0
	喫煙	227	75	21.6%	5.5%	110.4	121.8
	毎日飲酒	463	118	44.1%	8.6%	110.3	99.6
	週3回以上朝食を抜く	103	79	9.8%	5.8%	109.2	112.7
	1日飲酒量（1合未満）	481	994	52.3%	92.0%	107.9	105.5
	保健指導利用しない	721	901	69.4%	66.7%	106.7	108.7
	歩行速度遅い	560	744	53.6%	55.1%	105.8	104.4
	既往歴_心臓病	87	54	8.2%	4.0%	105.1	111.6
	3食以外間食_時々	628	898	59.8%	65.7%	104.9	105.6
	食べる速度が遅い	84	82	8.0%	6.0%	104.4	83.7
	1日1時間以上運動なし	542	707	51.7%	51.8%	103.4	103.1
	20歳時体重から10kg以上増加	452	382	42.9%	27.9%	101.8	114.5
	食べる速度が普通	672	970	63.9%	70.8%	100.9	99.6
	既往歴_脳卒中	47	40	4.5%	2.9%	99.2	122.9
	1日飲酒量（1～2合）	295	71	32.1%	6.5%	98.8	164.4
	食べる速度が速い	296	318	28.2%	23.2%	96.8	106.7
	飲まない	365	983	34.7%	71.6%	95.8	99.8
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	314	184	29.9%	13.5%	95.5	81.4
	改善意欲ありかつ始めている	118	176	11.3%	13.1%	95.4	88.7
	睡眠不足	238	365	23.0%	27.0%	95.1	96.5
	咀嚼_何でも	753	1,057	71.8%	77.3%	93.6	95.4
	取り組み済み6ヶ月未満	78	114	7.5%	8.4%	90.2	83.3
	時々飲酒	224	271	21.3%	19.8%	89.1	101.0
	3食以外間食_毎日	109	285	10.3%	20.8%	88.0	98.0
	1日飲酒量（2～3合）	119	12	12.9%	1.1%	83.7	54.2
	1日飲酒量（3合以上）	25	3	2.7%	0.3%	74.7	60.8
	取り組み済み6ヶ月以上	153	234	14.6%	17.4%	61.9	73.4
	1年間で体重増減3kg以上	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0
	週3回以上夕食後間食	0	0	0.0%	0.0%	0.0	0.0
※KDBシステム_S21_007_質問票調査の状況健診有所見者情報（R01-R04年度）							
*国立保健医療科学院ツール（質問票調査の状況 年齢調整ツール Ver.3.6）							

Ⅱ-4.介護 介護認定の状況

図表28



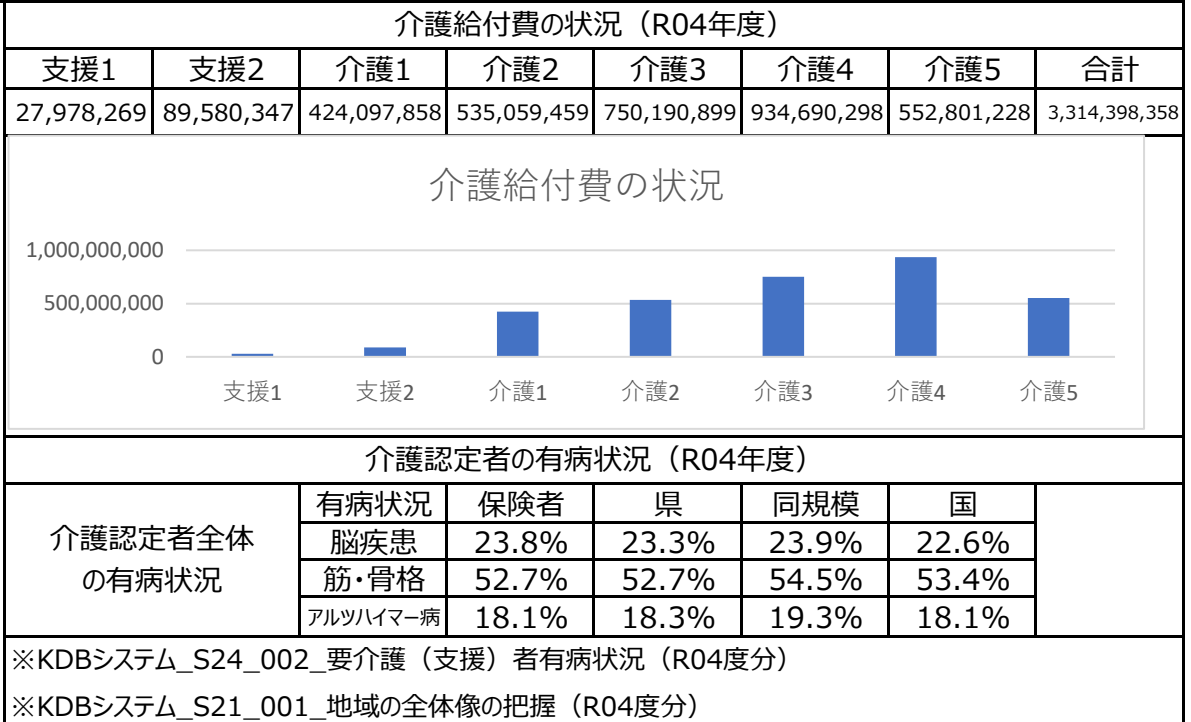
※KDBシステム_S29_003_健康スコアリング(介護) (R04年度分)



※地域包括ケア「見える化」システム 平成26年度から令和2年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」、令和3年度：「介護保険事業状況報告(3月月報)」、令和4年度：直近の「介護保険事業状況報告(月報)」

介護給付費の状況・介護認定者の有病状況

図表29



第3期データヘルス計画策定用 データヘルス計画標準化ツール[®] 利用規約

■データヘルス計画標準化ツール[®]の目的

本ツールは、国民健康保険の保険者におけるデータヘルス計画の標準化を進めることで、保険者のデータヘルス計画の策定及び保健事業の運営の負担を軽減し、保健事業の質向上に資することを目的として東京大学が提供するものです。

■免責・目的外利用について

（１）免責事項について

本ツールは上記目的のために保険者に提供するものです。本ツールの利用に関連して利用者又は第三者が損害を被った場合において、東京大学は一切の責任を負うものではありません。

（２）著作権について

本ツールのレイアウト、デザイン、構造に関する著作権は、東京大学に帰属します。利用者は、これら自己が著作権者ではない著作物について営利目的での複製・頒布等の利用行為をしないことに同意するものとします。

（３）改変利用について

標準化の観点から、都道府県に提出する本ツールに、セルの追加・削除、見出しの変更等の改変を加えることは控えてください。

ただし、自市町村のデータヘルス計画書として公表・掲載するものにおいて、本ツールのシートやセルの追加・削除等の編集を行うことは差し支えありません。

（４）本ツールの掲載について

本ツールの転載は、公序良俗に反する目的、内容でない限り、また著作権法上の適正を欠く方法によらない限り、自由です。ただし、次の各号についてご協力をお願いいたします。

①データヘルス計画書の公表・掲載に用いる場合を除き、本ツールの引用であることを明記してください。（（例）出典：東京大学「データヘルス計画標準化ツール[®]」）

②データヘルス計画書以外への掲載等をいただく際は、団体（個人）名、掲載先媒体、連絡先を明記して、掲載に関する情報をdh-jimu@ifi.u-tokyo.ac.jpまで、ご連絡ください。（なお、「@（全角）」を「@（半角）」に変換してお送りください。）