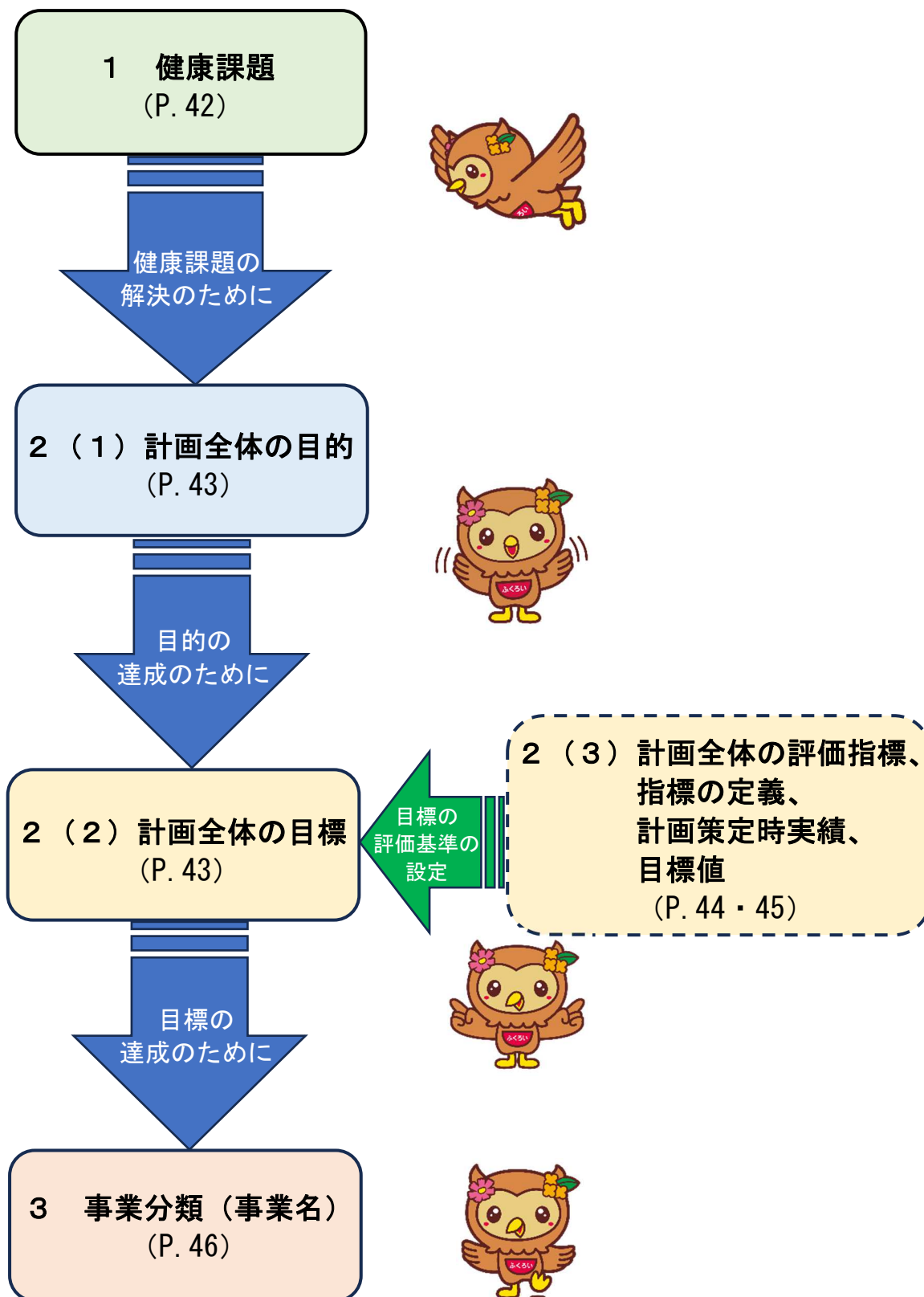


## V 計画全体（分析結果に基づく健康課題の抽出と計画（保健事業全体）の目的・目標・目標を達成するための戦略）

### 【計画全体の体系図】


計画全体は、次の体系図のとおり、構成する。



## 1 健康課題

健康・医療情報等の分析の結果、特定健診の受診の有無によって医療費に違いが生じることから、重症化する前に生活習慣の改善や医療機関の受診につながるよう、年1回の健診受診を推進することが重要である。

また、被保険者の健康、生命、生活の質、医療費に影響を与える腎機能低下や脳血管疾患、心疾患等の重症化を予防するため、その基盤となるメタボリックシンドロームへの対策をはじめ、糖尿病や高血圧対策等にも重点的に取り組んでいく必要がある。

課 題	健康課題	
<b>課題1</b>	<b>特定健診受診率が低下している。</b>	 <b>優先</b>
	<p>特定健診の受診者と未受診者では、医療費に大きな差が生じていることから、特定健診の受診が、被保険者の健康の保持増進や生活の質の維持又は向上、ひいては、医療費の適正化につながる。このため、特定健診の受診率向上を最優先課題とする。</p> <p>なお、令和2年度以降、受診率は減少傾向であったが、令和4年度には増加に転じたため、受診勧奨をより強化し、増加傾向を継続させていく必要がある。</p>	
<b>課題2</b>	<b>メタボリックシンドローム該当者及び予備群者が増加している。</b>	
	<p>メタボリックシンドロームを改善することで、日常生活の質に著しい影響を与える腎不全、心疾患、脳血管疾患等の予防につながる。</p> <p>また、メタボリックシンドローム該当者は、年々増加傾向であることから、適切な運動習慣や食習慣を啓発していくことで、生活習慣病の重症化を予防する必要がある。</p>	
<b>課題3</b>	<b>腎不全及び糖尿病の医療費が生活習慣病の医療費の中で最も高い。</b>	
	<p>従来から、本市では、糖尿病対策に取り組んできたが、生活習慣病の医療費の中で、腎不全及び糖尿病の順で、医療費が最も高い。</p> <p>また、糖尿病要医療者の割合は、依然として県平均よりも高い状況にある。糖尿病が悪化することで、腎不全を引き起こし、人工透析導入の危険性が高まるとともに、日常生活に大きく影響を与えることから、引き続き対策が必要である。</p>	
<b>課題4</b>	<b>脳血管疾患の重症化予防への対策が必要である。</b>	
	<p>本市の脳血管疾患に係る医療費は、生活習慣病の中で3番目に高い。</p> <p>また、介護保険の側面から、要介護の原因疾患をみると、脳血管疾患は、認知症に次ぐ第2位で、生活習慣病の中では最も多く、要介護度4及び5において、有病率が高くなる傾向にある。</p> <p>このことから、平均自立期間の延伸や、高齢者の保健事業及び介護予防の一体的取組の実施の観点からも、高血圧等への対策により、脳血管疾患の重症化予防を図る必要がある。</p>	

## 2 計画全体の目的、目標、評価指標等

### (1) 計画全体の目的 ～健康課題の解決のために～

#### 生活習慣病予防による“活力あふれる生活”の実現



生活習慣病は、食生活や運動習慣等といった日常の生活習慣に留意することで、発症を未然に防いだり、進行を遅らせたりすることができる。また、生活習慣病と診断された人であっても、生活習慣を見直すことで、改善が見られる可能性がある。

一方、生活習慣病は、本人には、明確な自覚症状がないまま、症状が悪化する危険性が高く、自らの生活習慣や健康への関心を持つことへの働きかけが効果的である。生活習慣病予防の第一歩として、「1年に1回の特定健診の受診」を促すことで、被保険者の生活の質の向上や健康寿命の延伸を目指していく。

被保険者が生涯にわたり心豊かに暮らせることで、“活力あふれる生活”を維持できると捉え、このことが医療費の適正化にも資するため、計画全体の目的と定める。

### (2) 計画全体の目標 ～目的の達成のために～

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目。

目標 1	被保険者の健康に関する意識の向上	対応する健康課題
		課題 1・2・3・4

#### 評価指標

- 1-1 特定健康診査受診率（国共通評価指標①）
- 1-2 特定保健指導実施率（国共通評価指標②）

目標 2	生活習慣病の重症化予防	対応する健康課題
		課題 2・3・4

#### 評価指標

- 2-1 メタボリックシンドロームの該当者の割合（県共通評価指標②）
- 2-2 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（国共通評価指標③）
- 2-3 HbA1c8.0%以上の者の割合（国共通評価指標④）
- 2-4 HbA1c6.5%以上の者の割合（市独自評価指標）
- 2-5 高血圧症有病者の割合（高血圧Ⅰ度以上又は服薬者）（県共通評価指標③）
- 2-6 高血圧予備群の割合（服薬者除く）（県共通評価指標④）

目標 3	平均自立期間の延伸	対応する健康課題
		課題 2・3・4

#### 評価指標

- 3 平均自立期間（県共通評価指標①）

(3) 計画全体の評価指標、指標の定義、計画策定時実績、目標値

ア 被保険者数及び特定健診対象者数の推計

平成 30 年度から令和 4 年度までの実績の平均値から算出した自然増減（出生及び死亡）、社会増減（転入及び転出）、社会保険脱退及び加入等の増減と、令和 4 年度末時点の該当年齢の加入者数から算出した後期高齢者医療制度への移行者を基に、異動者数を推計した。

そのうえで、計画期間中の被保険者数（各年度末時点）及び特定健診対象者数（各年度 4 月 1 日現在の 40 歳以上被保険者数（年度内の資格喪失者を除く））を、表⑯のとおり推計した。この対象者数を前提として、評価指標の目標値を設定する。

表⑯ 計画期間中の被保険者数及び特定健診対象者数

	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
被保険者数	14,400 人	13,700 人	13,100 人	12,500 人	12,000 人	11,500 人
特定健診対象者数	10,250 人	9,800 人	9,350 人	8,950 人	8,600 人	8,300 人

イ 【目標 1】 被保険者の健康に関する意識の向上

健康づくり計画と共通指標

評価指標 1-1	計画策定時実績 (令和 4 年度)	中間目標値 (令和 8 年度)	最終目標値 (令和 11 年度)
特定健康診査受診率【向上】	46.0%	54.0%	60.0%
対象者数	11,341 人	9,350 人	8,300 人
受診者数	5,209 人	5,050 人	4,980 人

【指標の定義】 国保被保険者 40 歳から 74 歳までのうち、特定健診受診者の割合（法定報告）

健康づくり計画と共通指標

評価指標 1-2	計画策定時実績 (令和 4 年度)	中間目標値 (令和 8 年度)	最終目標値 (令和 11 年度)
特定保健指導実施率【向上】	86.9%	90.0%	92.0%
対象者数	495 人	470 人	465 人
受診者数	430 人	423 人	428 人

【指標の定義】 特定保健指導の対象者のうち、積極的支援又は動機付け支援が終了した人の割合（法定報告）

ウ 【目標 2】 生活習慣病の重症化予防

健康づくり計画と共通指標

評価指標 2-1	計画策定時実績 (令和 4 年度)	中間目標値 (令和 8 年度)	最終目標値 (令和 11 年度)
メタボリックシンドロームの該当率の割合【減少】	17.5%	17.4%	17.3%

【指標の定義】 特定健診受診者のうち、メタボリックシンドロームの該当者の割合（法定報告）

評価指標 2-2	計画策定時実績 (令和4年度)	中間目標値 (令和8年度)	最終目標値 (令和11年度)
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【増加】	22.0%	22.8%	23.5%

【指標の定義】前年度の特定保健指導対象者のうち、本年度に対象外となった人の割合（法定報告）

評価指標 2-3	計画策定時実績 (令和4年度)	中間目標値 (令和8年度)	最終目標値 (令和11年度)
HbA1c8.0%以上の該当者の割合【減少】	1.50%	1.45%	1.40%

【指標の定義】特定健診受診者のうち、HbA1c8.0%以上の該当者の割合（KDBシステム）

健康づくり計画と共通指標

評価指標 2-4	計画策定時実績 (令和4年度)	中間目標値 (令和8年度)	最終目標値 (令和11年度)
HbA1c6.5%以上の該当者の割合【減少】	10.6%	10.2%	9.8%

【指標の定義】特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上の該当者の割合（法定報告）

※ 評価指標 2-4 は、6.5%以上が糖尿病要医療者を判断する指標であり、本市のこれまでの実績との経年比較に必要であるため、市独自指標として設定する。

健康づくり計画と共通指標

評価指標 2-5	計画策定時実績 (令和4年度)	中間目標値 (令和8年度)	最終目標値 (令和11年度)
高血圧症有病者の割合（高血圧症Ⅰ度以上又は服薬者）【減少】	49.2%	46.8%	45.0%

【指標の定義】特定健診受診者のうち、収縮期血圧が140mmHg以上又は拡張期血圧が90mmHg以上の該当者（又は降圧薬を服用している人）の割合（KDBシステム）

評価指標 2-6	計画策定時実績 (令和4年度)	中間目標値 (令和8年度)	最終目標値 (令和11年度)
高血圧予備群者の割合【減少】	15.7%	14.5%	13.5%

【指標の定義】特定健診受診者のうち、収縮期血圧130～139mmHgかつ拡張期血圧90mmHg未満、収縮期血圧140mmHg未満かつ拡張期血圧が85～89mmHgの該当者。（降圧薬を服用している人を除く）（KDBシステム）

### エ 【目標3】 平均自立期間の延伸

健康づくり計画と共通指標


評価指標 3		計画策定時実績 (令和4年度)	中間目標値 (令和8年度)	最終目標値 (令和11年度)
平均自立期間【延伸】	男性	81.2歳	82.0歳	82.5歳
	女性	84.7歳	85.5歳	86.0歳

【指標の定義】平均自立期間（KDBシステム）

### 3 事業分類（事業名） ～目標の達成のために～

「2 計画全体の目的、目標、評価指標等」の「(2) 計画全体の目標」で掲げた目標を達成するため、実施する事業は、次の4事業とする。これらの4事業のうち、生活習慣病の予防及び重症化予防に直結する事業である

「特定健康診査事業」、「特定保健指導事業」及び「重症化予防事業」の3事業を、重点的に実施する事業とする。

事業1	特定健康診査事業			対応する目標	対応する健康課題
				目標1・2	課題1・2

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

事業2	特定保健指導事業			対応する目標	対応する健康課題
				目標1・2・3	課題2

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

事業3	重症化予防事業			対応する目標	対応する健康課題
				目標2・3	課題3・4

事業4	その他事業	対応する目標	対応する健康課題
4-1	生活習慣病予防のための啓発事業	目標2・3	課題2・3・4
4-2	重複・頻回受診者、重複服薬者指導事業	目標1・3	課題3・4
4-3	後発医薬品の使用促進事業	目標1・3	課題3・4
4-4	健康経営に関する取組との連携事業	目標2・3	課題3・4
4-5	人間ドック等受診費用助成事業	目標1・3	課題1・2
4-6	医療費通知の送付事業	目標1・3	課題3・4
4-7	地域包括ケアに係る取組（事業）	目標3	課題4