

# 袋井市国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画)

第3期計画 令和6年度～令和11年度

# 袋井市国民健康保険 特定健康診査等実施計画

第4期計画 令和6年度～令和11年度



袋井市キャラクター フッピー  
©袋井市

令和6年3月

袋 井 市

# 目 次



※ **特** の欄の「○」印は、特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

章	内容		特	ページ	
<b>序</b>	<b>計画の趣旨</b>				
	1	背景と目的			
		(1) 背景	○	4	
		(2) 目的	○	4	
	2	計画の位置づけ			
		(1) データヘルス計画		6	
		(2) 特定健診等実施計画	○	6	
		(3) 両計画を一体的に策定する理由	○	6	
3	計画の策定方法		○	7	
<b>I</b>	<b>基本的事項</b>				
	1	計画期間	○	8	
	2	実施体制・関係者連携			
		(1) 庁内組織	○	8	
		(2) 地域の関係機関	○	8	
	3	基本情報			
		(1) 人口・被保険者（被保険者等に関する基本情報）		9	
(2) 地域の関係機関（計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係団体の情報）			9		
<b>II</b>	<b>現状の整理</b>				
	1	本市の特性			
		(1) 被保険者数の推移（年齢別被保険者構成割合）		10	
		(2) 国保資格異動の状況		10	
<b>III</b>	<b>前期計画等に係る考察</b>				
	1	指標の評価基準		11	
	2	計画の目的を達成するための目標			
		(1) 目標Ⅰ	メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群） 該当者及び予備群者の減少	12	
		(2) 目標Ⅱ	糖尿病要医療者の減少	14	
		(3) 目標Ⅲ	脂質異常症者の減少	16	
		(4) 目標Ⅳ	新規人工透析導入者の減少	17	






章	内容	特	ページ
3	<b>特定健康診査等実施計画（第3期計画）の取組</b>		
	(1) 特定健康診査の実施	○	18
	(2) 特定保健指導の実施	○	19
	(3) 特定保健指導以外の要指導者への保健指導の実施（重症化予防事業）		20
	(4) 生活習慣病予防のための啓発		23
	(5) 子育て世代への健康教育		24
	(6) 健康経営に関する取組との連携		24
	(7) 重複・頻回受診、重複服薬者指導		24
	(8) 人間ドック等受診費用助成		24
	(9) 医療費通知の送付		24
	(10) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進		24
<b>IV</b>	<b>健康・医療情報の分析と課題（健康・医療情報等のデータ分析から見た内容）</b>		
1	<b>平均寿命・平均自立期間・標準化死亡率</b>		
	(1) 平均寿命・平均自立期間		25
	(2) 標準化死亡率		26
2	<b>医療費の分析</b>		
	(1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）		27
	(2) 疾病分類別の医療費		30
	(3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合		33
	(4) 重複・頻回受診、重複服薬者割合		33
3	<b>特定健康診査・特定保健指導の分析</b>		
	(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況		34
	(2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）		36
	(3) 質問票調査の状況（生活習慣）		37
4	<b>レセプト・健診結果等を組み合わせた分析</b>		
5	<b>介護費関係の分析</b>		
	(1) 被保険者数、要支援・要介護認定者数及び認定率の状況		39
	(2) 介護サービス等給付費の推移		39
6	<b>健康課題の抽出</b>		
	(1) 医療費の分析から見た健康課題		40
	(2) 特定健康診査等の分析から見た健康課題		40
<b>V</b>	<b>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）</b>		
1	<b>健康課題</b>		
			42

章	内容	特	ページ
	2 計画全体の目的、目標、評価指標等		
	(1) 計画全体の目的		43
	(2) 計画全体の目標	○	43
	(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	○	44
	3 事業分類（事業名）	○	46
<b>VI</b>	<b>事業（個別事業）</b>		
	1 特定健康診査事業	○	48
	2 特定保健指導事業	○	51
	3 重症化予防事業		54
	4 その他事業		58
<b>VII</b>	<b>計画の推進</b>		
	1 計画の公表・周知	○	61
	2 個人情報の取扱い	○	61
	3 計画の評価・見直し		
	(1) 評価	○	61
	(2) 見直し	○	61

## 序章 計画の趣旨

- 1 背景と目的 ※ 計画期間の  は、保健事業実施計画、  
 (1) 背景 (表①)  は、特定健康診査等実施計画における計画期間を表している。

表① 関連する制度及び動向

年度	国の動向	計画期間		
H20	保険者の特定健診実施を義務づけ			
H21				
H22				
H23				
H24				
H25	内閣府「日本再興戦略」 健康・医療情報の電子的管理の進展に伴い、健康・医療情報を活用した「データヘルス計画」の導入を決定			
H26	厚生労働省「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」一部改正 保険者のデータヘルス計画の策定を義務づけ			
H27				
H28				
H29				
H30	都道府県が財政運営の責任主体として、市町との共同保険者となる			
R1				
R2	内閣府「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）2020」 データヘルス計画第3期計画の標準化等の取組の推進を決定			
R3				
R4	経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」 第3期計画での、保険者の評価指標等の標準化の推進を決定			
R5				

### (2) 目的

#### ア 袋井市国民健康保険保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という。）

データヘルス計画は、幅広い年代の国民健康保険（以下「国保」という。）被保険者に係る身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、被保険者の健康寿命の延伸、及び生涯にわたる生活の質（QOL）の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化を目指すことを目的としている。

#### イ 袋井市国民健康保険特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）

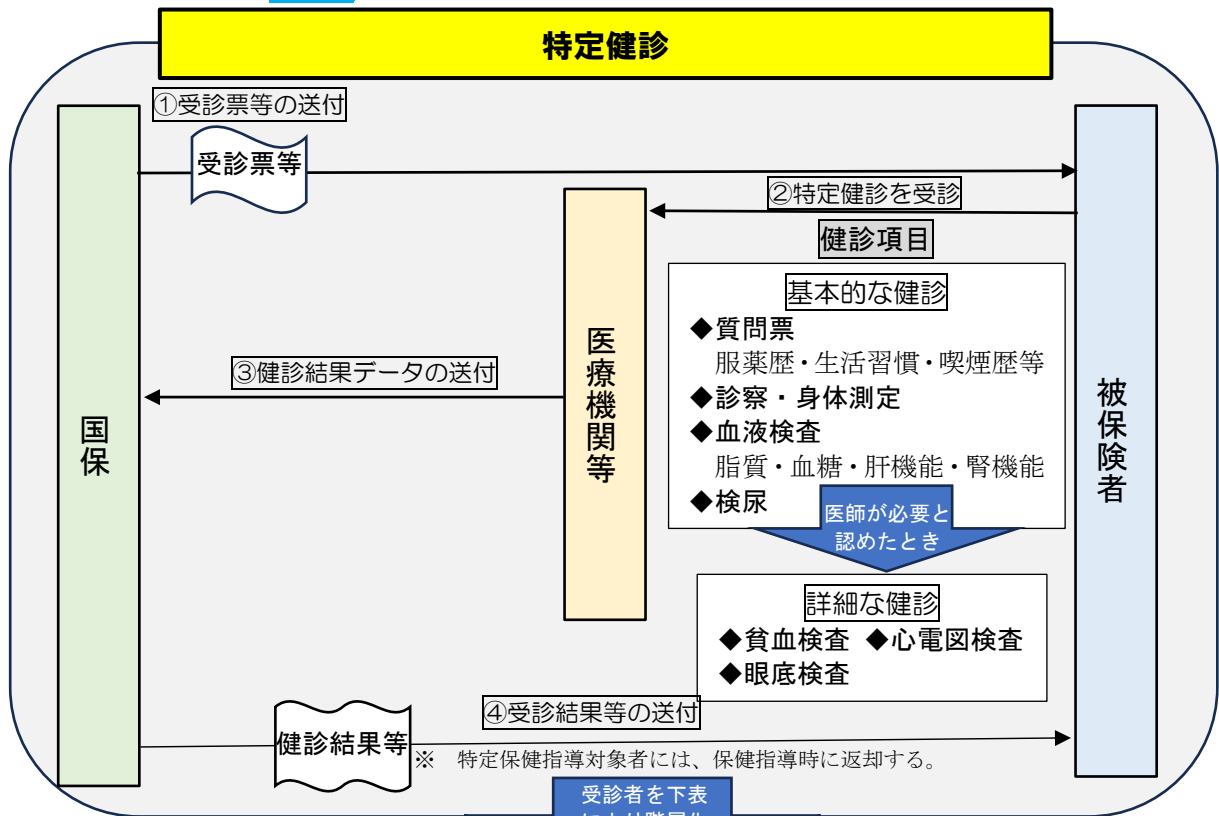
特定健診等実施計画は、糖尿病等の生活習慣病を中心とした疾病予防のための特定健康診査<sup>1</sup>（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導<sup>2</sup>を実施するにあたり、国保としての目標及び内容を定め、被保険者の健康増進を図ることを目的としている。

1 「特定健康診査（特定健診）」 高齢者の医療の確保に関する法律により、平成 20 年 4 月から保険者に対し、40～74 歳の加入者を対象として実施することが義務づけられた。メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする人を的確に抽出するために行う。

2 「特定保健指導」 保険者が、特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある人に対し、対象者の生活を基盤とし、対象者が自ら生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自ら導き出せるように、医師、保健師又は管理栄養士の面談等による指導のもとに、生活習慣の改善のための取組に係る支援を行う。

※ 特定健診及び特定保健指導の流れは、図①のとおり。

図① 特定健診及び特定保健指導の流れ



下表

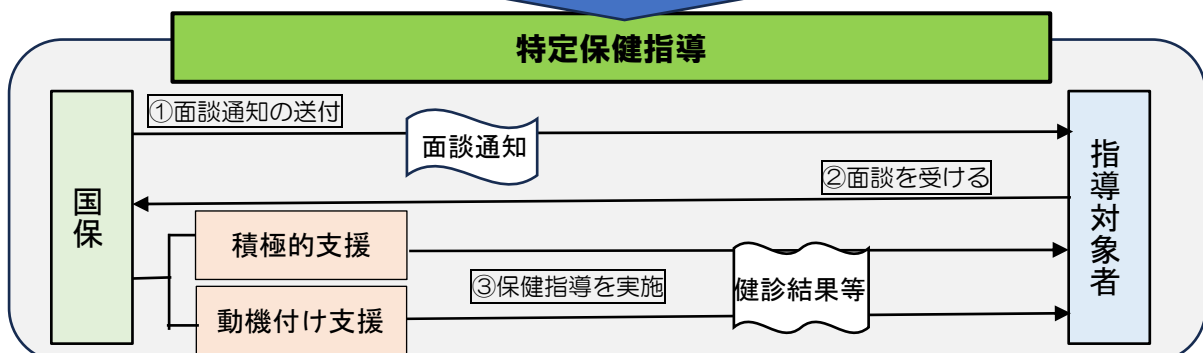
	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	喫煙歴	対象	
			40～64 歳	65～74 歳
腹囲が、 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	2つ以上該当	—	積極的支援 <sup>3</sup>	動機付け支援 <sup>4</sup>
	1つ該当	あり なし		
上記以外で、 BMI <sup>5</sup> が、 25 以上	3つ該当	—	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	—		

3 「積極的支援」 初回面接後、面接又は電話等により 3 か月間の継続支援し、その後には評価をする保健指導の手法。

4 「動機付け支援」 初回面接から 3 か月後に評価をする保健指導の手法。

5 「BMI」 「体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)」により、求めることができる指標。BMI は、18.5 以上 25 未満が標準的とされる。

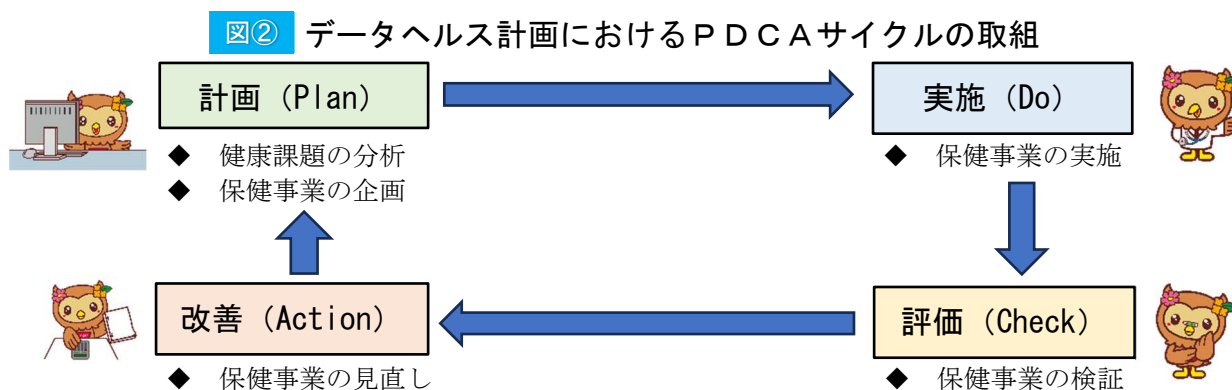
対象者を選定



## 2 計画の位置づけ

### (1) データヘルス計画

データヘルス計画は、厚生労働大臣が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき、市国保が効果的かつ効率的な保健事業を実施するため、特定健診及び特定保健指導の結果や、レセプト<sup>6</sup>データ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って取り組む計画である。(図②)



### (2) 特定健診等実施計画

特定健診等実施計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条の規定に基づき、国保の特定健診及び特定保健指導の実施に関して定めた計画である。

### (3) 両計画を一体的に策定する理由

データヘルス計画においても、特定健診等実施計画で定める特定健診及び特定保健指導は、保健事業の中核をなす事業であり、今後の保健事業の効果的かつ効率的な実施のためには、相互に連携して策定する必要がある。

また、データヘルス計画に記載すべき事項の中に、特定健診等実施計画の記載すべき事項は、すべて包含でき、両計画の計画期間も6年間と一致している。

さらには、データヘルス計画の策定について規定した「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の中で、「可能な限り実施計画と特定健康診査等実施計画を一体的に策定することが望ましい」とされていることから、両計画を一体的に策定する。

---

6 「レセプト」 患者が受けた保険診療等について、医療機関等が保険者に医療報酬を請求する際に用いられる明細書のこと。医科・歯科では診療報酬明細書、薬局では調剤報酬明細書という。

現在は、レセプトの電子的管理が進んでいるため、レセプトに記載されている診療点数等や病名等を、医療費分析等に活用している。

### 3 計画の策定方法

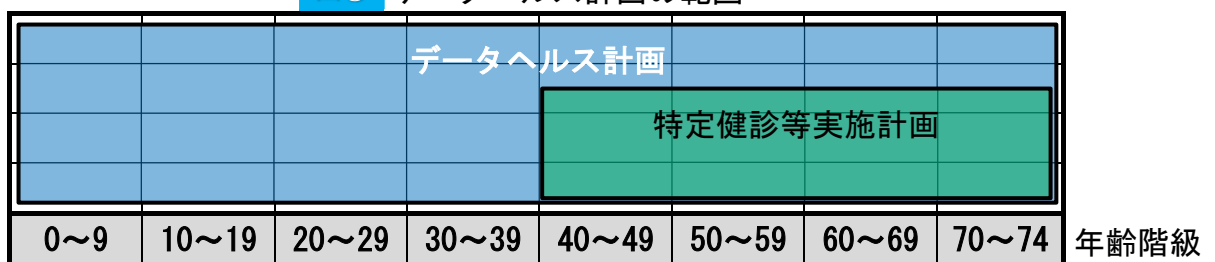
データヘルス計画は、厚生労働省「国民健康保険保健事業計画（データヘルス計画）の策定の手引き（令和5年5月18日改定）」（以下「国手引き」という。）に基づき、策定する。

特定健診等実施計画は、厚生労働大臣の定める「特定健康診査等基本方針」（以下「基本方針」という。）に基づき、策定する。

また、データヘルス計画は、特定健診等実施計画よりも対象範囲が広く、内容も一部共通しているとともに、記載すべき事項がすべて包含できる。（図③・表②）

以上のことから、特定健診等計画においては、データヘルス計画の内容と重複する箇所に、特定健診等実施計画と兼ねる旨を記載する。

図③ データヘルス計画の範囲



表② 国手引きと基本方針の記載すべき事項対照表

国手引きに示された記載すべき事項	基本方針に定められた記載すべき事項
(1) 基本的事項	7 その他特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項
① 計画の趣旨	
② 計画期間	
③ 実施体制・関係者連携等の基本事項	
(2) 現状の整理	
① 保険者の特性	
② 前期計画等に係る考察等	
(3) 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出	
(4) データヘルス計画（保健事業全体）の目的等	
① 目的	
② 目標	1 達成しようとする目標 2 特定健康診査等の対象者数に関する事項
③ 目標を達成するための戦略	
(5) 健康課題を解決するための個別の保健事業	3 特定健康診査等の実施方法に関する事項
(6) データヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し	6 特定健康診査等実施計画の評価及び見直しに関する事項
(7) 計画の公表・周知	5 特定健康診査等実施計画の公表及び周知に関する事項
(8) 個人情報の取扱い	4 個人情報の保護に関する事項
(9) 地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項	

※ 対照表内の番号表示は、それぞれ国手引き及び基本方針に記載された項目番号等を示す。



## I 基本的事項

### 1 計画期間

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

令和6年度から令和11年度まで（令和8年度中間見直し）

### 2 実施体制・関係者連携

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

#### (1) 庁内組織

##### ア 実施体制

国保の医療費給付を担当する市民生活部保険課（以下「保険課」という。）において、レセプト等の情報を基に、性別、年齢別の受診率や入院・外来別での医療費の高い疾病の状況や傾向等から分析した。

一方、特定健診等の保健事業を担当する総合健康センター保健予防課（以下「保健予防課」という。）においては、前期計画を検証するとともに、特定健診の受診結果等を分析した。

そのうえで、両課で構成するワーキンググループにおいて、健康課題を抽出し、計画全体の目標等の検討を行い、データヘルス計画及び特定健診等実施計画を立案した。

##### イ 庁内組織との連携

上記アに加え、市民生活部長、総合健康センター長及び関係課長で組織する「袋井市国民健康保険保健事業実施計画及び袋井市国民健康保険特定健康診査等実施計画策定検討会」に諮り、計画内容を検討した。

#### (2) 地域の関係機関

被保険者、保険医、保険薬剤師、公益及び被用者保険代表の14人で構成する「袋井市国民健康保険運営協議会」に計画の策定、保健事業の実施及び評価等、進捗状況を諮った。

また、本計画策定にあたり、効果的かつ効率的な策定のため、県国保団体連合会の支援により、保健事業支援・評価委員会に出席し、大学教授等の有識者からの意見を反映するとともに、県内市町との情報交換を行った。

### 3 基本情報

#### (1) 人口・被保険者（被保険者等に関する基本情報）（表③）

表③ 本市の人口・被保険者数（令和5年3月31日時点）

（単位：人、％）

	全体	割合	男性	割合	女性	割合
人口	88,278		44,851		43,427	
国保加入者数 合計	15,945 (18.1)	100.0	8,060 (18.0)	100.0	7,885 (18.2)	100.0
0～39歳	3,375	21.2	1,768	21.9	1,607	20.4
40～64歳	4,550	28.5	2,333	29.0	2,217	28.1
65～69歳	3,292	20.6	1,611	20.0	1,681	21.3
70～74歳	4,728	29.7	2,348	29.1	2,380	30.2
平均年齢	55.3		54.7		55.8	

※ 国保加入者数合計の下部に記載の（ ）は、人口に占める国保加入者の割合。

資料：県国保団体連合会「地域の分析レポート」

#### (2) 地域の関係機関（計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係団体の情報）

##### ア 保健医療関係団体

地元医師会である「一般社団法人 磐周医師会」等（以下「磐周医師会等」という。）と特定健診及び後期高齢者の健康診査事業の委託契約を締結するとともに、連携し、保健事業を展開している。

また、掛川市と企業団として運営している「中東遠総合医療センター」をはじめとした5医療機関と国保加入者及び後期高齢者の人間ドック等受診者への費用助成事業に関する委託契約を結び、地域の医療機関と積極的に連携を図っている。

##### イ 県国保団体連合会・国保中央会

円滑な保健事業を推進するため、特定健診結果のデータ管理や分析等の支援を受けている。

##### ウ 県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者の健康診査事業を本市が受託し、さらに、本市が磐周医師会等と委託契約したうえで、事業を実施している。

## II 現状の整理

### 1 本市の特性

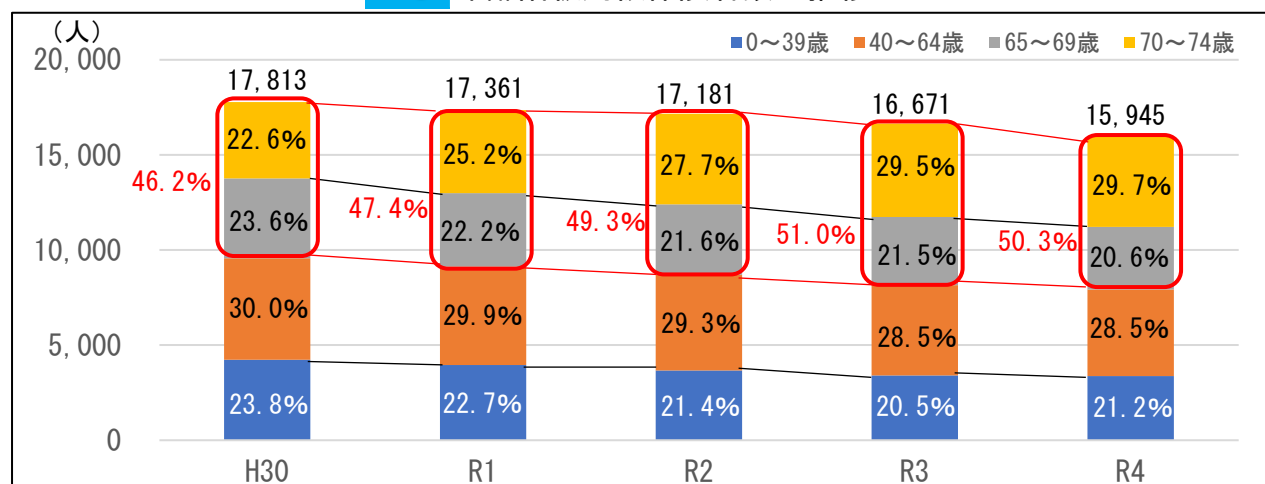
#### (1) 被保険者数の推移（年齢別被保険者構成割合）（図④）

令和4年度末現在の国保被保険者数は、15,945人であり、平成30年度末の17,813人から1,868人減少しており、年々減少傾向にある。

また、令和4年度末の年齢階級別構成割合は、0歳から39歳までが21.2%、40歳から64歳までが28.5%、65歳から69歳までが20.6%、70歳から74歳までが29.7%である。

70歳から74歳は、平成30年度の22.6%に比べ、令和4年度は29.7%と、7.1ポイント増加している。この影響で、前期高齢者（65歳から74歳までの被保険者）が、令和3年度以降、全体の過半数を占めている。

図④ 年齢階級別被保険者数の推移（各年度3月31日時点）



※ 46.2% は、前期高齢者を表す。赤字は、前期高齢者が占める割合。資料：袋井市「市政報告書」

#### (2) 国保資格異動の状況（表④）

令和4年度では、後期高齢者医療制度への加入による国保被保険者数の減少が、増減数の中で最も多く、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により、国保被保険者数に影響を与えている。

表④ 令和4年度国保資格異動者の状況

資格取得 (①)		資格喪失 (②)		増減 (①-②)
転入	1,085人	転出	584人	501人
社保離脱	2,505人	社保加入	2,403人	102人
出生	49人	死亡	133人	△84人
後期高齢者離脱	0人	後期高齢者加入	1,053人	△1,053人
その他	37人	その他	229人	△192人
合計	3,676人	合計	4,402人	△726人

資料：袋井市「市政報告書」

### Ⅲ 前期計画等に係る考察

#### 1 指標の評価基準

前期計画の評価は、次の国保中央会「国保・後期高齢者ヘルスサポートガイドライン」の基準に基づいて行う。(表⑤)

表⑤ 指標の評価基準

区分	基準
<b>S</b> 達成 	現状値が目標値を達成している（達成する見込みである）。
<b>A</b> 順調 	順調に推移しているが、現状値が目標に未達成である。
<b>B</b> 現状維持 	現状値が基準年とほぼ同値である。
<b>C</b> 低調 	現状値が基準年の数値より下回っている。
<b>D</b> 評価困難 	期間が短い等の理由により、実績値取得が困難な場合等。


※ 原則として、現状値は、令和4年度時点の評価指標の数値とし、基準年は、第2期計画の初年度である平成30年度とする。

※ 国手引きでは、医療費等の分析は、原則として、国民健康保険法施行規則第32条の32の3に規定される健康・医療情報のデータベースである国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という。）を使用することとされている。

KDBシステムは、当年度を含む過去5年度分以前のデータは、削除される仕組みとなっているため、本計画策定時点で、KDBシステムには、平成30年度以前のデータが保存されていない。

このことから、これ以降では、KDBシステムからデータを抽出した考察や分析は、令和元年度から令和4年度までの期間で行う。

## 2 計画の目的を達成するための目標

目標 I		メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)該当者及び予備群者の減少	
達成度		結果	【低調】目標は未達成で、評価指標は悪化している。
C		メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群) <sup>7</sup> (以下「メタボリックシンドローム」という。)該当者及び予備群者は、年々増加傾向である。(表⑥)	

表⑥ 評価指標 特定健康診査でのメタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合

H30	R1	R2	R3	R4	目標値
24.0%	25.1%	27.8%	27.8%	28.0%	22.0%

資料：県国保団体連合会「特定健康診査・特定保健指導法定報告」(以下「法定報告」という。)

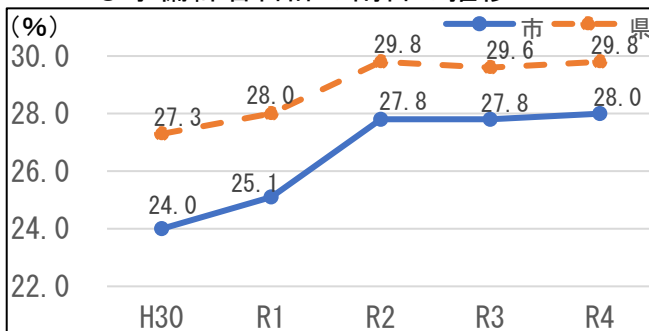
### 現状の考察

メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合は、県平均より低いのが、増加傾向である。(図⑤) 内訳では、該当者が増加しており、予備群者は平成30年度から微増である。(図⑥)

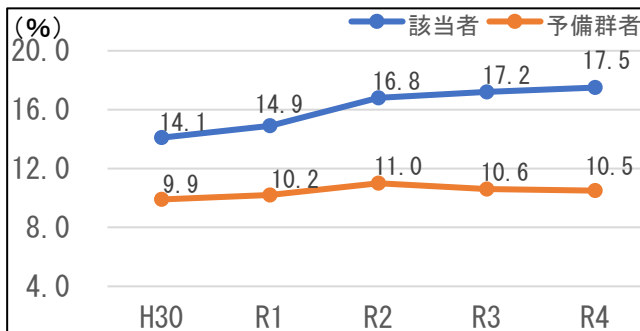
特定健診質問票の結果から、該当者及び予備群者のうち日常的に運動に取り組んでいない人の割合の増加が、目標値に達しなかった要因の一つと考えられる。(図⑦)

このことから、今後は、予備群者の段階から、運動習慣の定着に向けて、継続できる運動等を紹介していく。また、メタボリックシンドロームは、運動習慣だけでなく、食習慣にも起因するため、正しい食習慣の啓発も併せて図っていく必要がある。

図⑤ メタボリックシンドローム該当者及び予備群者合計の割合の推移

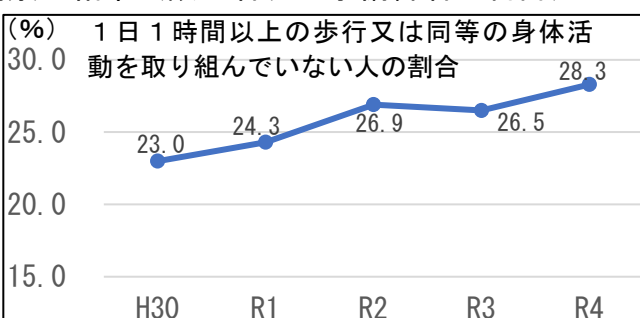
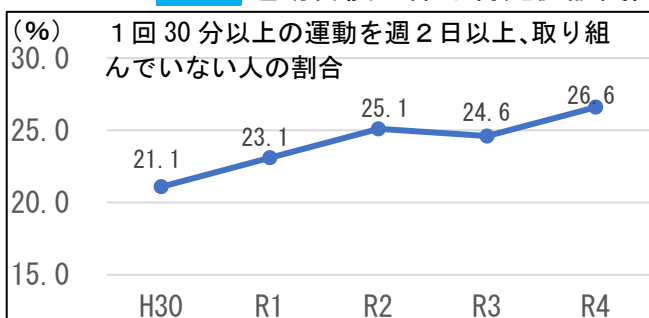


図⑥ メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合の推移(内訳)



資料：法定報告

図⑦ 運動習慣に係る特定健診質問票の結果(該当者及び予備群者の合計)



資料：市健康管理システム「健康かるて」

7「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」内臓に脂肪が蓄積するタイプの肥満に、高血糖・高血圧・脂質異常という3つの要素が重なった状態をいう。（図⑧）

それぞれの危険因子がまだ軽い状態であっても、重なることで命にかかわる心疾患や脳血管疾患を引き起こす危険性が高くなる。（図⑨）

図⑧ メタボリックシンドローム判定基準

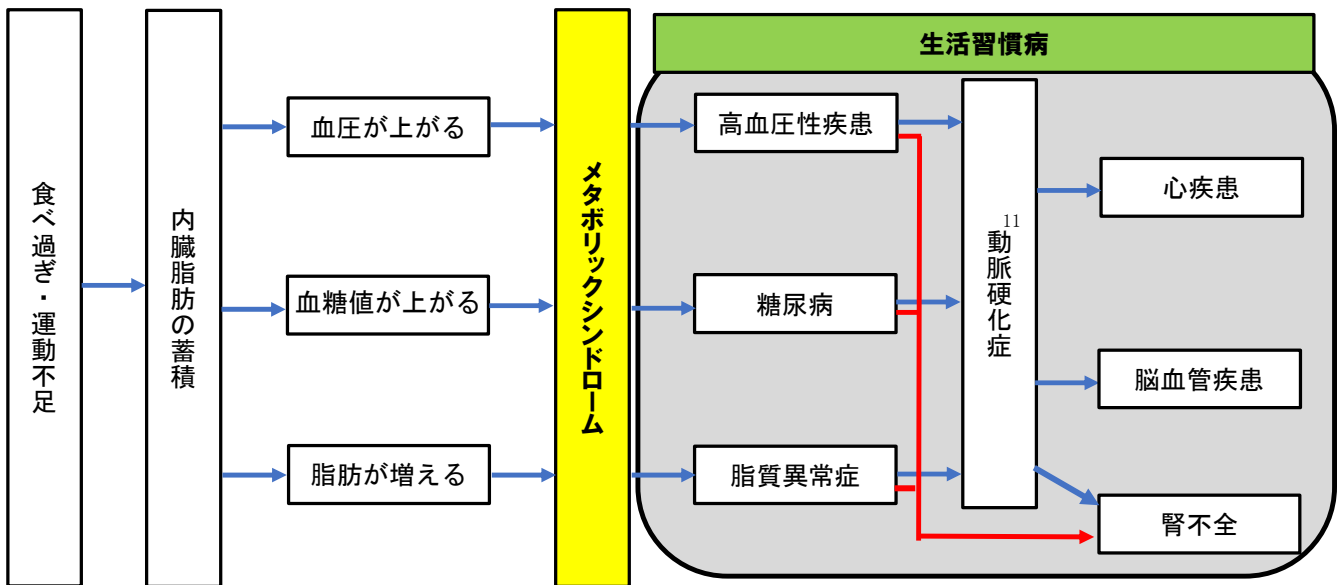
内臓脂肪型肥満	腹囲 男性：85cm以上、女性90cm以上
---------	-----------------------

高血糖	高血圧	脂質異常症
空腹時血糖 <sup>8</sup> 110mg/dl以上	収縮期血圧 130mmHg 以上 又は 拡張期血圧 85mmHg 以上	中性脂肪 <sup>9</sup> 150mg/dl以上 又は HDL コレステロール <sup>10</sup> 40mg/dl未満

  +   2項目以上該当 = メタボリックシンドローム該当者

  +   1項目以上該当 = メタボリックシンドローム予備群者

図⑨ メタボリックシンドロームが起こる仕組みとつながる疾病




8「空腹時血糖」 10時間以上、食事を摂らない状態で測定する血糖値のこと。109mg/dlまでが正常値、100～109mg/dlは正常高値とされ、血糖値が高い状態が続くことで、将来、糖尿病等に移行する危険性がある。

9「中性脂肪」 体脂肪の大部分を占める物質であり、体を動かすエネルギー源であるが、食べ過ぎや運動不足等により、エネルギーが消費しきれないと、体脂肪として蓄積される。149mg/dlまでが、正常値。

10「HDLコレステロール」 血液中の善玉コレステロールのこと。余分なコレステロールを回収して、動脈硬化を抑える。40mg/dl以上が、正常値。

11「動脈硬化症」 心臓から血液を全身に送り出す動脈の血管が硬くなって、弾力性が失われた状態。血管内にドロドロの粥状物質（プラーク）が付着したり、血栓が生じたりして、血管が詰まりやすくなる。



<b>目標Ⅱ 糖尿病要医療者の減少</b>	
達成度	結果 <b>【低調】目標は未達成で、評価指標は悪化している。</b>
C 	特定健診での糖尿病要医療者（ヘモグロビンA1c <sup>12</sup> （以下「HbA1c」という。）6.5%以上の該当者）の割合は、令和4年度に増加に転じ、平成30年度よりも0.1ポイント悪化した。（表⑦）

表⑦ 評価指標 特定健康診査でのHbA1c6.5%以上の人の割合

H30	R1	R2	R3	R4	目標値
10.5%	10.5%	10.3%	9.8%	10.6%	9.0%

資料：法定報告

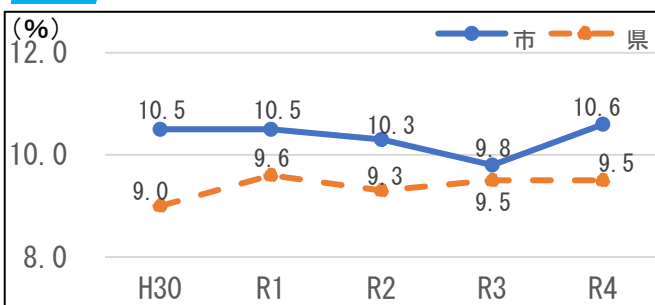
**現状の考察**

糖尿病要医療者は、令和4年度は増加に転じた。（図⑩）これは次年度に数値が悪化している人の割合が増加していることや、新規国保加入の健診受診者の約1割が、要医療者であること等が要因と考えられる。（図⑪・図⑫）

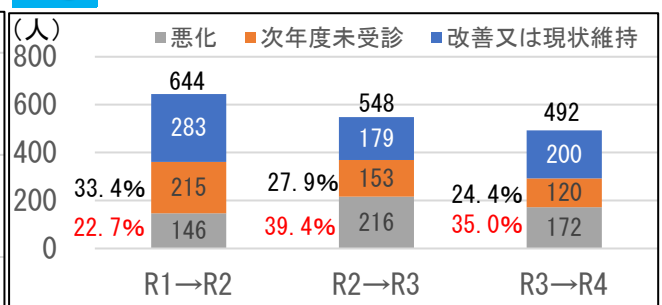
一方で、特定健診4年連続受診者の約半数は、検査数値の改善又は現状維持につながっていることから、今後も特定健診の継続的な受診を勧奨するとともに、保健指導を通じて、医療機関への定期受診や生活改善を促すことで、重症化予防に取り組んでいく必要がある。（図⑬）

また、糖尿病要医療者の3割程度で、翌年度の特定健診が未受診である。未受診者のレセプトを確認したところ、ほぼ全てで医療機関の受診が確認できているが、今後、重症化予防に取り組むためにも、医療機関への定期受診と併せて、特定健診受診を勧奨していく。（図⑭）

図⑩ 糖尿病要医療者の割合の推移（県比較）

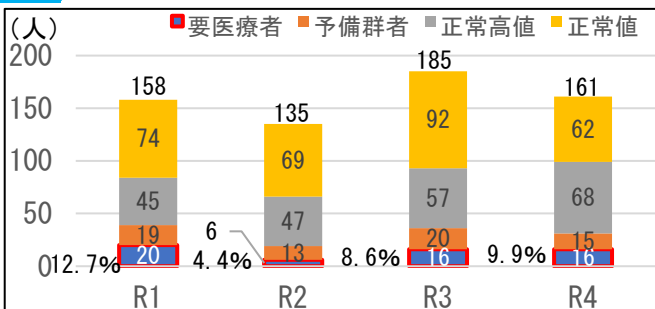


図⑪ 糖尿病要医療者の次年度の糖尿病の改善度



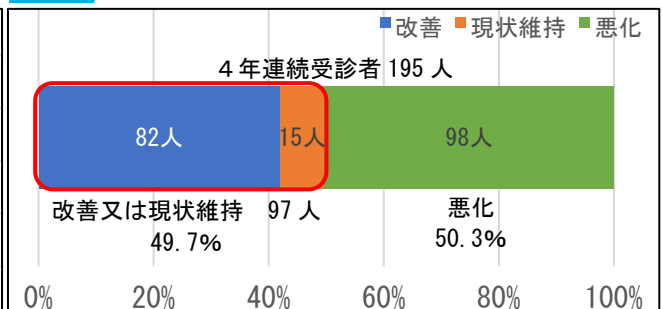
資料：法定報告 ※ 市独自で集計。赤字は、悪化の割合、黒字は、次年度未受診者の割合。

図⑫ 新規国保加入の特定健診受診者の糖尿病の判定



※ 市独自で集計。割合は、要医療者の割合。

図⑬ 特定健診4年連続受診者の糖尿病の改善度



資料：KDBシステム

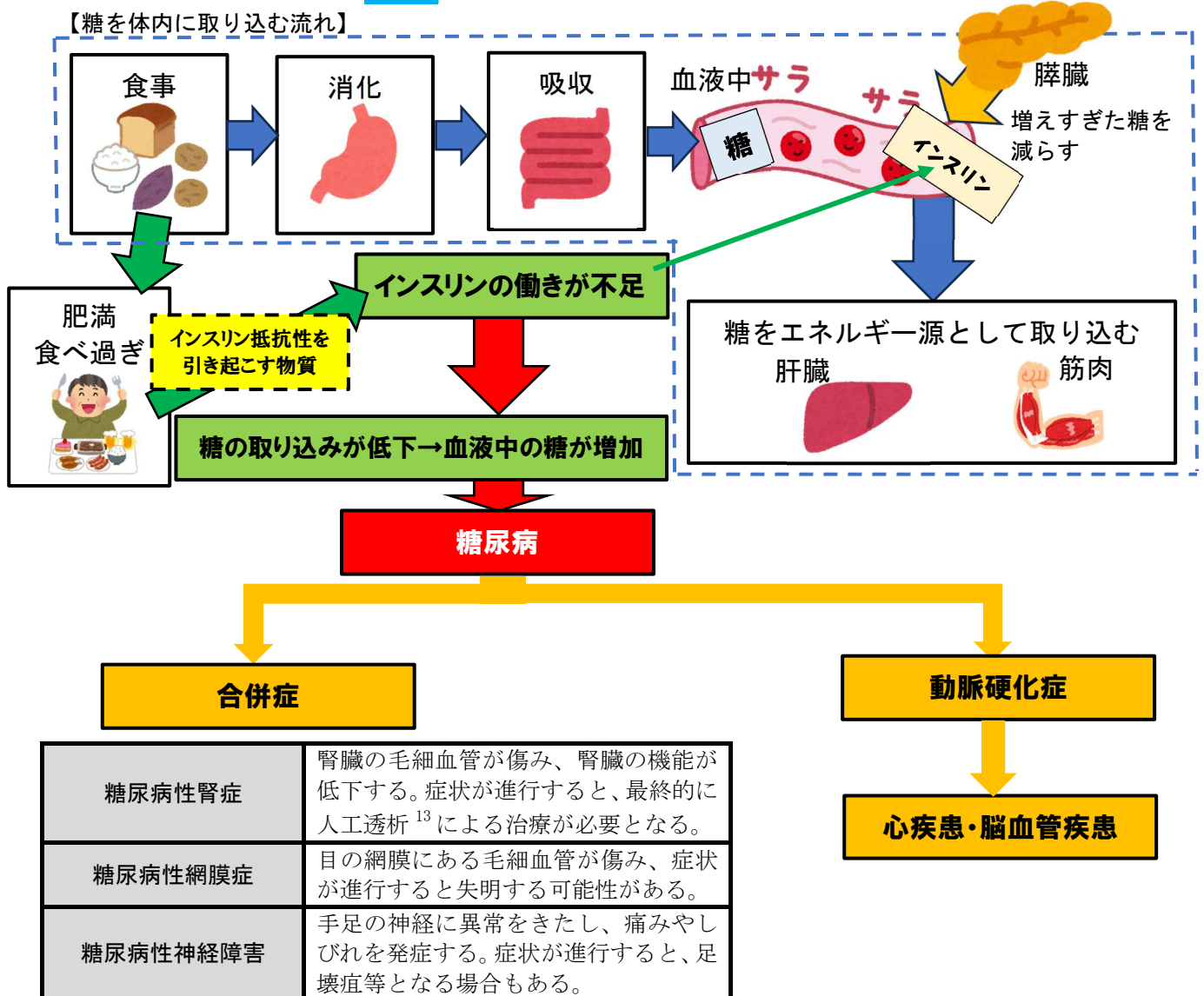
12「ヘモグロビンA1c (HbA1c)」 血液中の血糖を計る指標で、糖尿病の過去1～2か月のコントロール状態の評価を行ううえで重要なもの。(HbA1cによる糖尿病判定基準は、表⑧のとおり)

表⑧ HbA1cによる糖尿病判定基準

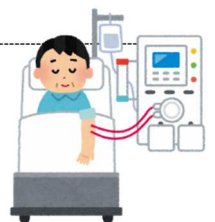
判定区分	正常値	正常高値	糖尿病予備群者	糖尿病要医療者
検査数値	5.5%以下	5.6～5.9%	6.0～6.4%	6.5%以上

※ 糖尿病発症の仕組みとつながる疾病は、図⑭のとおり。


図⑭ 糖尿病発症の仕組みとつながる疾病



13「人工透析」 腎臓が血液から老廃物を十分にろ過できなくなる慢性腎不全等が原因で、正常に機能しなくなった腎臓の役目を担う。血液透析は、体外で人工腎臓を使って血液中にたまった老廃物を取り除いて、人工的にろ過された血液を体内に戻す。1回3～5時間、週3回程度の時間を要する。治療には非常に高額な医療費を要し、被保険者が負担する一定額以外は、保険者が負担している。





<b>目標Ⅲ</b>	<b>脂質異常症者の減少</b>				
達成度	<b>結果 【達成】 令和4年度に、目標値を達成した。</b>				
<div style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: #5cb85c;">S</div> 	特定健診での脂質異常症者（LDLコレステロール <sup>14</sup> が120mg/dl以上の人）の割合は、令和4年度に目標値を達成した。（表⑨）				

表⑨ 評価指標 特定健康診査でのLDLコレステロールが120mg/dl以上の人の割合

H30	R1	R2	R3	R4	目標値
57.2%	56.4%	58.6%	56.4%	52.2%	56.0%

資料：法定報告

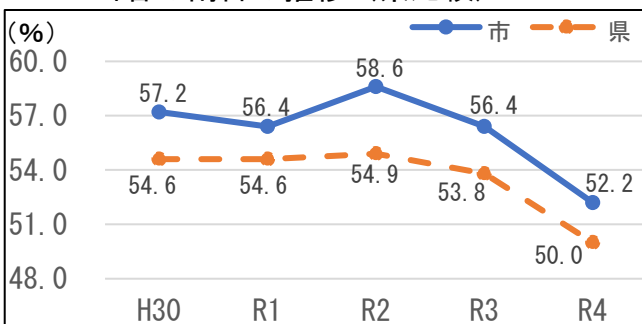
### 現状の考察

脂質異常症者は、令和2年度に一時的に増加したが、令和3年度は、減少傾向にあり、令和4年度には目標値を達成し、平成30年度に比べ、5.0ポイント減少した。（図⑮）

これは、特定健診質問票の結果から、脂質異常症者のうち、間食の習慣がある人の割合が、特に、減少していることから、保健指導等を通じて、正しい食習慣等の啓発を図ってきたことが、目標値を達成した要因の一つと考えられる。（図⑯）

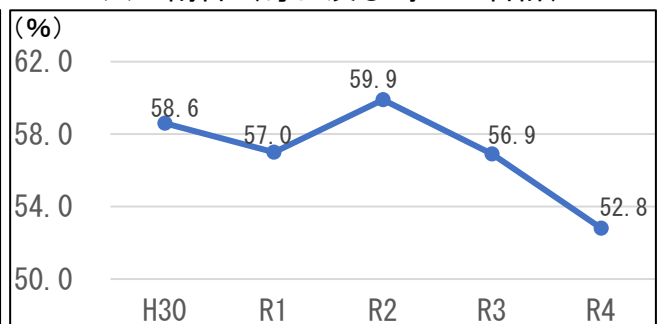
一方で、県平均と比べると依然として高い割合で推移しているため、引き続き保健指導による正しい食習慣等を促していくとともに、医療機関への受診勧奨等、重症化予防に取り組んでいく必要がある。（図⑮）

図⑮ LDLコレステロール 120mg/dlの該当者の割合の推移（県比較）




資料：法定報告

図⑯ 脂質異常者に占める間食の習慣のある人の割合（毎日及び時々合計）



資料：市健康管理システム「健康かるて」

14「LDLコレステロール」 血液中の悪玉コレステロールのこと。肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を引き起こす。119mg/dlまでが正常値とされている。

<b>目標Ⅳ 新規人工透析導入者の減少</b>	
達成度	結果 <b>【現状維持】目標は未達成だが、前期計画とほぼ同数である。</b>
<b>B</b> 	国保加入後5年以上で人工透析が新たに導入された合計人数を、第1期計画期間（平成25年度～29年度）と第2期計画期間（平成30年度～令和4年度）を比較した結果、ほぼ同数で推移している。（表⑩）

表⑩ 評価指標 新規人工透析導入者数 ※ 国保加入5年以上で人工透析導入となった人

第1期計画期間 (H25～H29)	第2期計画期間 (H30～R4)	目標値
24人	23人	22人

資料：県国保団体連合会「しずおか茶っとシステム」

※ 第1期計画期間は5年間、第2期計画は6年間であり、計画期間が異なることから、同じ条件で比較するため、第2期計画は平成30年度から令和4年度までの導入者としている。

### 現状の考察

前期計画期間での人工透析を新たに導入した人23人のうち、20人が糖尿病有病者であり、糖尿病が原因疾患である人が、約9割を占めている。（表⑪）加えて、17人が60歳以上で、約4分の3を占めている。以上のことから、新規導入者は、主に60歳以上で糖尿病が起因していると考えられる。（表⑫）

国保加入前や加入後1年未満での導入者は、国保加入時には腎機能が著しく低下している状況であり、国保加入後からの支援では、腎機能の改善につながらないことが多いため、導入を予防するには、重症化する前の段階から、生活習慣の改善などについて働きかけていく必要がある。

このことから、今後の新たな導入を予防するために、国保への新規加入の手続き時等において、より積極的に特定健診受診を勧奨し、継続的な保健指導につなげ、生活習慣の改善や定期的な医療機関への受診に結び付けていくことが重要であるといえる。

表⑪ 新規導入者導入年度別内訳

導入年度	H30	R1	R2	R3	R4	合計
新規導入者数	2人 (2人)	2人 (2人)	7人 (6人)	5人 (4人)	7人 (6人)	23人 (20人)

下段（ ）内の人数は、糖尿病有病者の人数

表⑫ 新規導入者導入当時年齢階級別内訳


導入年齢階級	0～39歳	40～59歳	60歳以上	合計
新規導入者数	1人	5人	17人	23人

資料：県国保団体連合会「しずおか茶っとシステム」

### 3 特定健康診査等実施計画（第3期計画）の取組

#### (1) 特定健康診査の実施

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

達成度	取組結果
C 	特定健診受診率が、目標値 60.0%に対し、令和4年度は、46.0%であり、目標値には達していない。(図17)

#### 現状の考察

特定健診受診率の傾向としては、県平均より高い水準にあるものの、令和2年度及び3年度は受診率が低下し、令和4年度は回復したが、令和元年度の水準まで達していない。(図17・図18) 令和2年度及び3年度の低下は、新型コロナウイルス感染拡大による総合検診(特定健診とがん検診の同時実施)の中止等が影響していると考えられる。

特定健診受診者の傾向として、令和4年度では、約7割が前年度からの継続受診者、約3割が新規受診者である。(図19)

また、新規受診者の約1割を占める新規国保加入者では、受診率が10%程度に留まっていることから、受診率向上のため、継続的に特定健診を受診している人に、引き続きの受診を促しながら、新規受診者を増加させるための対策を講じていく必要がある。(図19・図20)

図17 特定健診受診率の推移(県比較)

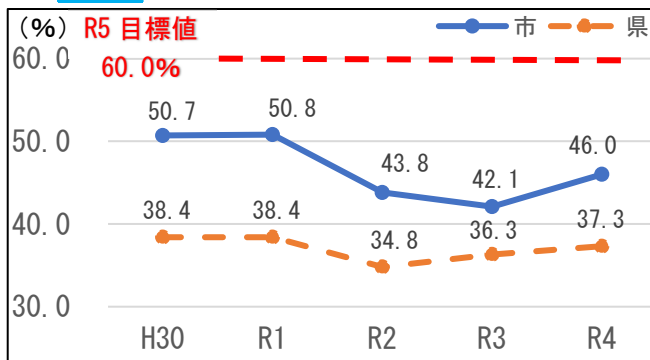
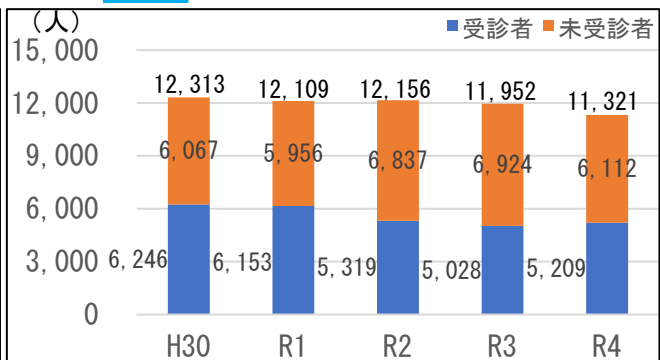


図18 特定健診対象者数の推移



※ 目標値は、第3期特定健診等実施計画における厚生労働省が設定した全国市町村国保の受診率の目標。

図19 特定健診受診者構成の推移

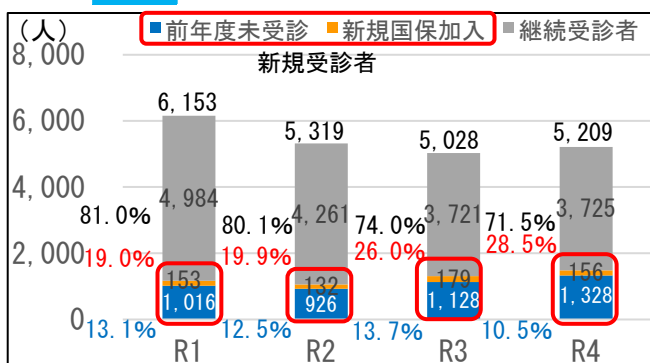
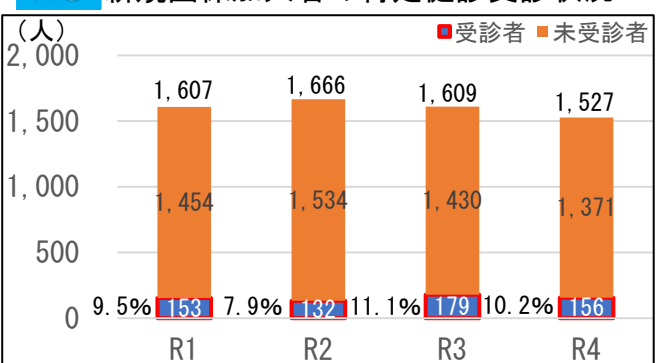


図20 新規国保加入者の特定健診受診状況




※ 市独自で集計。黒字が継続受診者(■)の割合、赤字が新規受診者の割合、青字が新規受診者に占める新規国保加入者(■)の割合。

※ 市独自で集計。新規国保加入者は、各年度中に国保加入し、年度末現在で資格を有している者。割合は、新規国保国保加入者の受診率。

(2) 特定保健指導の実施

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

達成度	取組結果
<div style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: yellow;">S</div> 	特定保健指導終了率が、目標値 76.0%に対し、令和4年度は、86.9%であり、目標値及び県平均ともに、大幅に上回っている。(図21)

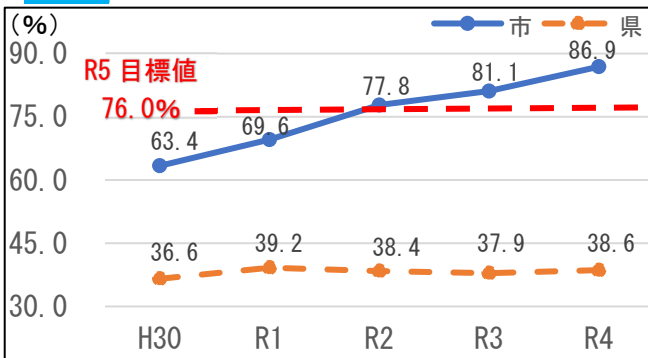
現状の考察

面談勧奨や保健指導の実施方法を工夫したことで、特定保健指導終了率は、目標値を大幅に上回り、令和4年度には県内第1位となった。(図21) 取組として電話が繋がらない対象者に向けて、夕方や夜間に訪問で対応する等、対象者の生活状況やニーズに合わせ、保健指導を実施することで、終了率向上につながったと考えられる。(図22)

特定保健指導対象者を分析すると、対象者の4分の1程度は、次年度の特定保健指導の対象から外れることができている。一方で、対象者の約半数は、次年度も継続して対象となっていることから、保健指導による生活習慣の改善を図り、内臓脂肪の減少や検査数値の改善を目指していく。(図23)

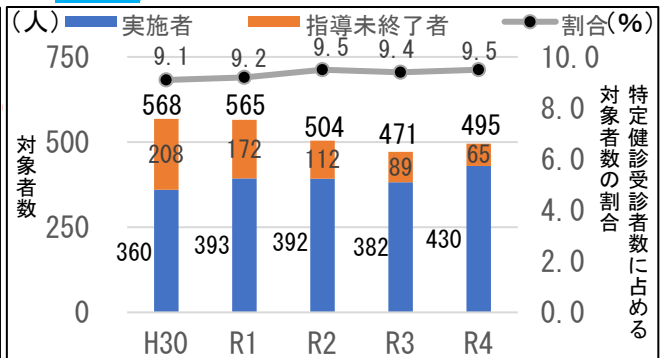
また、指導実施者の中で、医療機関への受診が必要な人の約6割は、次年度までに医療機関の受診につながっているため、特定保健指導の対象者に、さらなる医療機関への受診勧奨を実施していく。(図24)

図21 特定保健指導実施率の推移 (県比較)



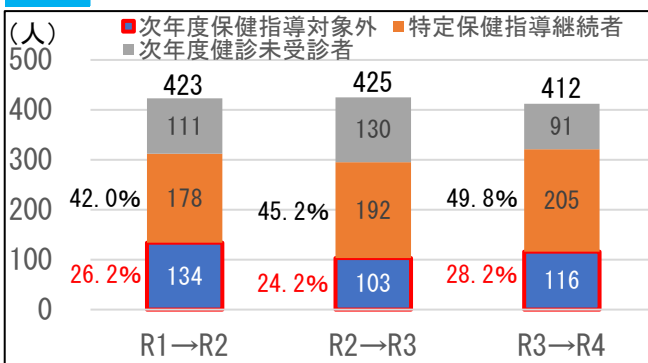
資料：法定報告

図22 特定保健指導対象者数等の推移



資料：法定報告

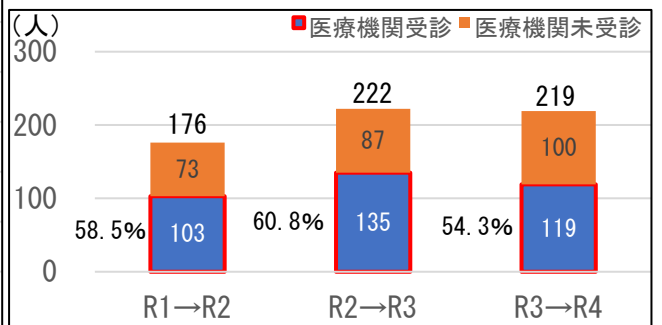
図23 指導実施者の次年度における指導対象の状況



※ 市独自で集計。割合は、黒字が次年度継続者の割合、赤字が次年度対象外の割合。

指導実施者数が、法定報告の実施者数と異なるのは、年度内の国保脱退者への実施者を含むため。

図24 指導実施者のうち、医療機関受診が必要とされる人の医療機関の受診状況



※ 市独自で集計。割合は、医療機関受診が必要とされる人に占める医療機関受診につながった人の割合。

### (3) 特定保健指導以外の要指導者への保健指導の実施（重症化予防事業）

本市の健康課題である糖尿病や腎不全等の重症化を予防するため、下表の対象者に対し、面談や電話等にて保健指導を実施した。

下表

対象者	該当条件
糖尿病性腎症者	「空腹時血糖 126mg/dl 以上又は、HbA1c6.5%以上」かつ「尿蛋白 <sup>15</sup> 2+以上又は、糸球体ろ過量 <sup>16</sup> 50歳未満で eGFR60ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満、50歳以上で eGFR50ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満」の人
腎機能低下者	糸球体ろ過量：eGFR50ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満又は、尿蛋白 2+以上の人
糖尿病予備群者	HbA1c6.0~6.4%で、服薬治療をしていない人
糖尿病未治療者	HbA1c6.5%以上又は、空腹時血糖 126mg/dl の条件に該当し、服薬治療をしていない人
糖尿病治療中者	HbA1c6.5%以上で、服薬治療をしている人
要医療者	上記以外に要医療者と判断された人

医療機関への受診が必要となる指導実施者の約7割は、治療につながっている。(図25)

また、対象者の半数以上は、次年度の健診結果についても、検査数値の改善又は現状維持に結び付いていることから、個々の健康状態に応じた保健指導を実施することで、医療機関への受診や生活習慣の改善等につながっていることが考えられる。(図26)

図25 医療機関の受診につながった割合

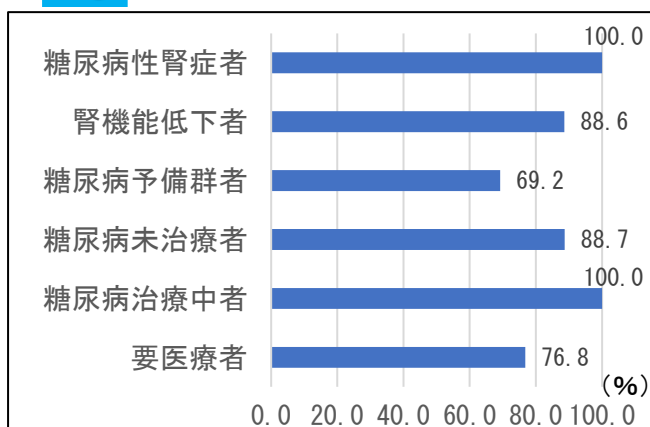
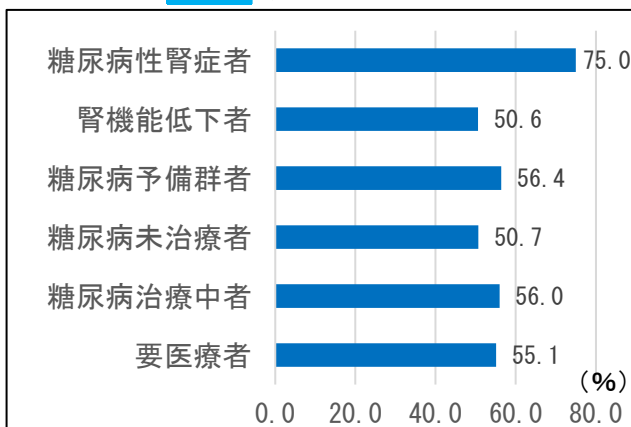


図26 改善率の状況



※ 市独自で集計。改善率については、保健指導を実施した翌年度の健診結果をもとに集計しているため、上記は、令和3年度の実績である。

15「尿蛋白」 通常、蛋白は排出されないが、腎臓等に何らかの障害が起こり、一定量以上のたんぱく質が尿中に排出されている状態。尿蛋白 (+) 以上が3ヶ月以上続くと、慢性腎臓病 (CKD) と判断される。


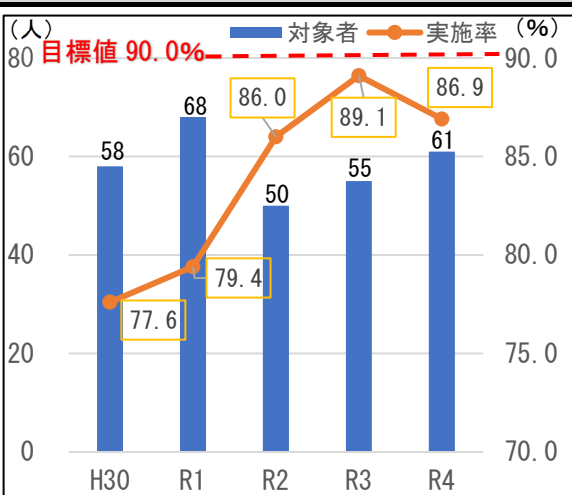

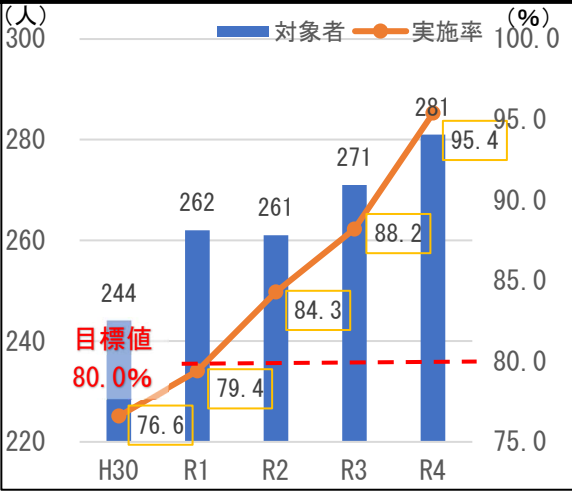

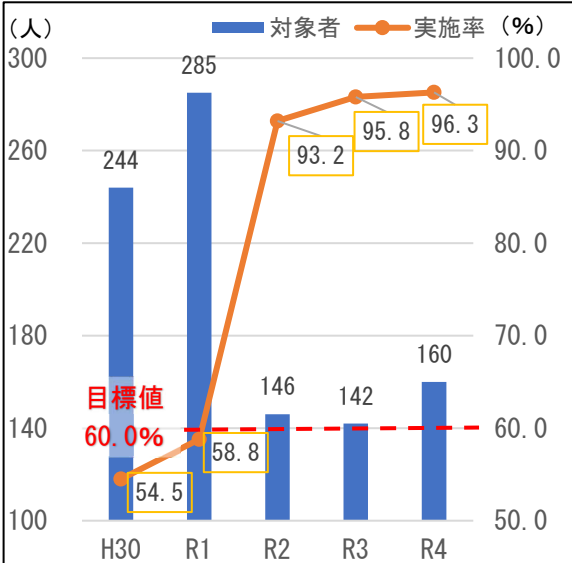
16「糸球体ろ過量」 単位時間あたりに腎臓でろ過される血しょう量。60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>以下が3ヶ月以上続くと、慢性腎臓病 (CKD) と判断される。


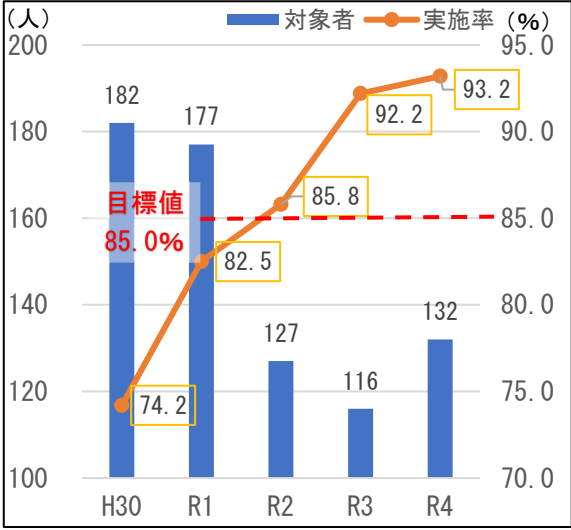

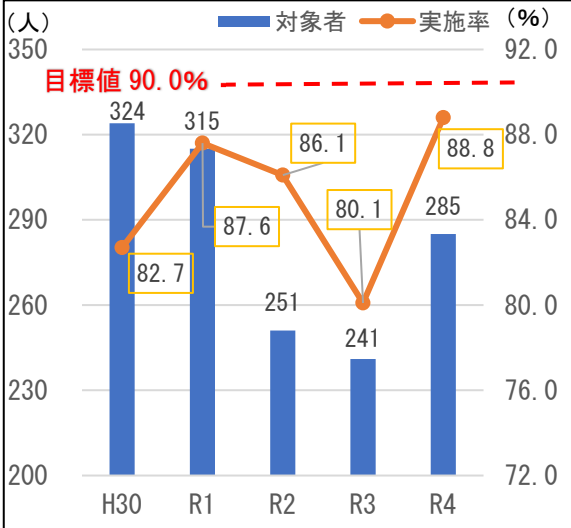

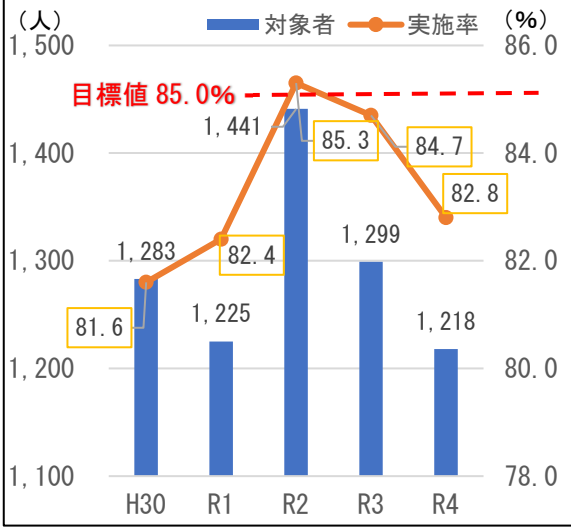


それぞれの要指導対象者への指導実施状況と現状の考察は、表⑬のとおりである。

表⑬ 特定保健指導以外の要指導者への保健指導の実施状況及び現状の考察

※ 「保健指導の実施状況」は、市独自集計。左軸が対象者数、右軸が実施率を表す。

対象者	保健指導の実施状況	現状の考察																		
糖尿病性腎症者 【達成度】 <b>A</b> 	 <table border="1"> <caption>糖尿病性腎症者 実施状況</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>対象者数 (人)</th> <th>実施率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H30</td> <td>58</td> <td>77.6</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>68</td> <td>79.4</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>50</td> <td>86.0</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>55</td> <td>89.1</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>61</td> <td>86.9</td> </tr> </tbody> </table>	年度	対象者数 (人)	実施率 (%)	H30	58	77.6	R1	68	79.4	R2	50	86.0	R3	55	89.1	R4	61	86.9	<p>目標値には達していないが、目標値に近い数値で推移している。</p> <p>年齢相応の検査数値の悪化はあるが、多くの対象者の症状の改善又は現状維持につなげることができていることから、引き続き個々の生活習慣に合わせた支援をしていく。</p>
年度	対象者数 (人)	実施率 (%)																		
H30	58	77.6																		
R1	68	79.4																		
R2	50	86.0																		
R3	55	89.1																		
R4	61	86.9																		
腎機能低下者 【達成度】 <b>S</b> 	 <table border="1"> <caption>腎機能低下者 実施状況</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>対象者数 (人)</th> <th>実施率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H30</td> <td>244</td> <td>76.6</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>262</td> <td>79.4</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>261</td> <td>84.3</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>271</td> <td>88.2</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>281</td> <td>95.4</td> </tr> </tbody> </table>	年度	対象者数 (人)	実施率 (%)	H30	244	76.6	R1	262	79.4	R2	261	84.3	R3	271	88.2	R4	281	95.4	<p>令和2年度以降、目標値を上回っている。</p> <p>年齢相応の数値悪化はあるが、対象者の半数は、検査数値の現状維持につながっている。</p> <p>ただし、腎機能低下者の腎機能は、大幅な改善が見込めないため、対象者が年々増加し続けていることが、課題である。</p>
年度	対象者数 (人)	実施率 (%)																		
H30	244	76.6																		
R1	262	79.4																		
R2	261	84.3																		
R3	271	88.2																		
R4	281	95.4																		
糖尿病予備群者 【達成度】 <b>S</b> 	 <table border="1"> <caption>糖尿病予備群者 実施状況</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>対象者数 (人)</th> <th>実施率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H30</td> <td>244</td> <td>54.5</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>285</td> <td>58.8</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>146</td> <td>93.2</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>142</td> <td>95.8</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>160</td> <td>96.3</td> </tr> </tbody> </table>	年度	対象者数 (人)	実施率 (%)	H30	244	54.5	R1	285	58.8	R2	146	93.2	R3	142	95.8	R4	160	96.3	<p>令和2年度以降、目標値を大幅に上回っているが、特定健診受診者減少に伴い、対象者が大幅に減少し、実施率が高くなっている。</p> <p>糖尿病予備群者を要医療者に移行させないためにも、積極的に特定健診の受診勧奨を行い、保健指導に結び付ける必要がある。</p>
年度	対象者数 (人)	実施率 (%)																		
H30	244	54.5																		
R1	285	58.8																		
R2	146	93.2																		
R3	142	95.8																		
R4	160	96.3																		

対象者	保健指導の実施状況	現状の考察																		
<p>糖尿病 未治療者</p> <p>【達成度】 <b>S</b></p> 	 <p>(人) 200 180 160 140 120 100</p> <p>実施率 (%) 95.0 90.0 85.0 80.0 75.0 70.0</p> <p>対象者 実施率 (%)</p> <p>目標値 85.0%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>時期</th> <th>対象者 (人)</th> <th>実施率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H30</td> <td>182</td> <td>74.2</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>177</td> <td>82.5</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>127</td> <td>85.8</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>116</td> <td>92.2</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>132</td> <td>93.2</td> </tr> </tbody> </table>	時期	対象者 (人)	実施率 (%)	H30	182	74.2	R1	177	82.5	R2	127	85.8	R3	116	92.2	R4	132	93.2	<p>令和2年度以降、目標値を上回っている。</p> <p>保健指導の際に、尿中微量アルブミン<sup>17</sup>尿検査等を勧奨することにより、自身の健康状態を認識する意識付けを図るとともに、医療機関受診の必要性を伝えることで、半数が医療機関受診につながっている。</p> <p>ただし、糖尿病要医療者でも、医師の判断により、服薬を開始しない場合もあるため、医療機関との連携を図りながら、保健指導を進めていく必要がある。</p>
時期	対象者 (人)	実施率 (%)																		
H30	182	74.2																		
R1	177	82.5																		
R2	127	85.8																		
R3	116	92.2																		
R4	132	93.2																		
<p>糖尿病 治療中者</p> <p>【達成度】 <b>A</b></p> 	 <p>(人) 350 320 290 260 230 200</p> <p>実施率 (%) 92.0 88.0 84.0 80.0 76.0 72.0</p> <p>対象者 実施率 (%)</p> <p>目標値 90.0%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>時期</th> <th>対象者 (人)</th> <th>実施率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H30</td> <td>324</td> <td>82.7</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>315</td> <td>87.6</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>251</td> <td>86.1</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>241</td> <td>80.1</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>285</td> <td>88.8</td> </tr> </tbody> </table>	時期	対象者 (人)	実施率 (%)	H30	324	82.7	R1	315	87.6	R2	251	86.1	R3	241	80.1	R4	285	88.8	<p>目標値には達していないが、目標値に近い数値で推移している。</p> <p>糖尿病治療中の方は、すでに医療機関を受診中であり、保健指導の必要性の理解を得られない場合もあるため、支援が難しい状況にある。</p> <p>また、医療機関で必要な指導等を実施している場合もあるため、医療機関と連携しながら、定期的な医療機関の受診等を促していく必要がある。</p>
時期	対象者 (人)	実施率 (%)																		
H30	324	82.7																		
R1	315	87.6																		
R2	251	86.1																		
R3	241	80.1																		
R4	285	88.8																		
<p>要医療者</p> <p>【達成度】 <b>B</b></p> 	 <p>(人) 1,500 1,400 1,300 1,200 1,100</p> <p>実施率 (%) 86.0 84.0 82.0 80.0 78.0</p> <p>対象者 実施率 (%)</p> <p>目標値 85.0%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>時期</th> <th>対象者 (人)</th> <th>実施率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H30</td> <td>1,283</td> <td>81.6</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>1,225</td> <td>82.4</td> </tr> <tr> <td>R2</td> <td>1,441</td> <td>85.3</td> </tr> <tr> <td>R3</td> <td>1,299</td> <td>84.7</td> </tr> <tr> <td>R4</td> <td>1,218</td> <td>82.8</td> </tr> </tbody> </table>	時期	対象者 (人)	実施率 (%)	H30	1,283	81.6	R1	1,225	82.4	R2	1,441	85.3	R3	1,299	84.7	R4	1,218	82.8	<p>令和2年度のみ目標値を達成したが、それ以降は目標値には達していない。</p> <p>要医療者は、保健指導の必要性を理解されない場合も多く、支援が難しい状況にある。</p> <p>連絡が困難な対象者には、時間を変えたり、医療機関への受診のきっかけづくりとして二次検査を勧奨したりする等、支援方法を工夫することで、保健指導につなげていく必要がある。</p>
時期	対象者 (人)	実施率 (%)																		
H30	1,283	81.6																		
R1	1,225	82.4																		
R2	1,441	85.3																		
R3	1,299	84.7																		
R4	1,218	82.8																		

17「アルブミン」 たんぱく質の一種で、血液中のたんぱく質の6割～7割を占めるが、尿ではほとんど検出されない。腎臓の老廃物のろ過機能が弱まると、尿中に排泄されるため、尿中に含まれる量で腎臓の状態を知ることができる。

#### (4) 生活習慣病予防のための啓発

##### ア 生活習慣病予防のための正しい知識の啓発

###### (ア) 自治会を対象とした啓発

自治会に男女各1人選任されている健康づくり推進員の活動の中で、生活習慣病予防についてのパンフレットの活用や特定健診受診啓発ポスターの掲示を促すとともに、自治会での会議等の際を活用して、自身の生活習慣を振り返り、今後の生活改善のきっかけとなるよう健康教育等を実施した。

###### (イ) 特定健診対象者への啓発

特定健診の健診結果の送付時に、健診結果等に合わせた生活習慣病に関するパンフレット等を同封し、特定健診を継続的に受診する意識付けを行った。

###### (ウ) 健康づくり事業と連携した啓発

地域のイベント等において、様々な媒体を活用しながら、糖の摂り方等の知識の普及啓発を図った。

##### イ 禁煙に関する啓発

健診結果の送付時に、医療機関の禁煙外来やCOPD（慢性閉塞性肺疾患）を周知し、禁煙を促した。

また、株式会社杏林堂薬局と連携して、禁煙相談を月1回開催しており、健診結果の送付時に周知を図った。

さらに、市内小中学校で喫煙防止講座を開催し、若い世代向けの啓発を実施した。

##### ウ 日常的な運動習慣の定着のための啓発

日常生活に取り入れやすい「日常ながら運動」や、運動習慣の定着のため「ふくろい元気アップ運動プログラム」のパンフレット及びDVD等を活用し、自宅で気軽にできる運動の普及促進を行った。令和4年度及び令和5年度は、新たに特定健診受診者に運動啓発グッズを配布し、メタボリックシンドローム予防の啓発を実施した。

さらに、特定健診結果郵送時に、歩数によりポイントが付与される「#2961ウオーク」を周知し、健診受診者の登録を促すことで、「#2961ウオーク」を利用しながら、継続的な運動習慣が定着するよう啓発を行った。

##### エ 歯周疾患の予防と改善のための啓発

正しい知識の啓発を目的に、健診結果の送付時に、歯周疾患と糖尿病の関係について周知するとともに、糖尿病治療者等の指導時には、歯周疾患についても個別に指導し、歯科検診を勧奨した。

これに加え、年度末時点で40歳、50歳、60歳及び70歳の人を対象に歯周疾患検診も実施し、早期予防及び治療に努めた。



#### **(5) 子育て世代への健康教育**

総合健康センターで月2回実施している7か月児相談の待ち時間を利用して、保健師、栄養士又は管理栄養士が、保護者に個別の健康教育を実施し、糖の摂り方について知識の普及啓発を実施した。

また、中学校就学時説明会等においては、保護者を対象に特定健診の受診勧奨等を実施した。

#### **(6) 健康経営に関する取組との連携**

袋井商工会議所、浅羽町商工会及び市内事業所に向けて、「袋井市健康経営チャレンジ事業所」の登録促進を勧め、事業所の健康経営の取組を推進した。

#### **(7) 重複・頻回受診、重複服薬者指導**

同一診療科で複数の医療機関に受診している人、1か月の受診回数が多い人及び同一医薬品の処方がある月に複数ある人を選定し、医療機関等と連携を図りながら、電話、訪問、面談等による指導を実施した。

#### **(8) 人間ドック等受診費用助成**

健康の保持及び疾病の予防、早期発見及び早期治療の推進を図るため、人間ドック、脳ドック及び心臓ドックを受診する被保険者への受診費用の7割相当額（3万円を限度）を助成した。

#### **(9) 医療費通知の送付**

国保事業の健全な運営に資するため、被保険者の健康に対する意識を深めることを目的として、年6回ずつ送付した。

#### **(10) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進**

患者負担の軽減や医療費適正化のため、後発医薬品の差額通知を年2回送付する等、使用促進に向けた取組を実施した。差額通知の抽出条件について、令和4年度から対象年齢を40歳から20歳に引き下げ、抽出対象薬剤を13種類から30種類まで拡大することで、より使用促進を強化した。

## IV 健康・医療情報の分析と課題

(健康・医療情報等のデータ分析から見た内容)



### 1 平均寿命・平均自立期間・標準化死亡比

#### (1) 平均寿命・平均自立期間

令和4年度発表(令和2年分)の平均寿命及び平均自立期間<sup>18</sup>は、男性は県平均を上回っているが、女性は同程度である。(図27)

経年比較では、男性は、平均寿命及び平均自立期間いずれも上昇傾向が見られるが、女性は、平均寿命及び平均自立期間ともに横ばい傾向が続いている。(図28)

図27 令和4年度発表(令和2年分)平均寿命・平均自立期間(県比較)

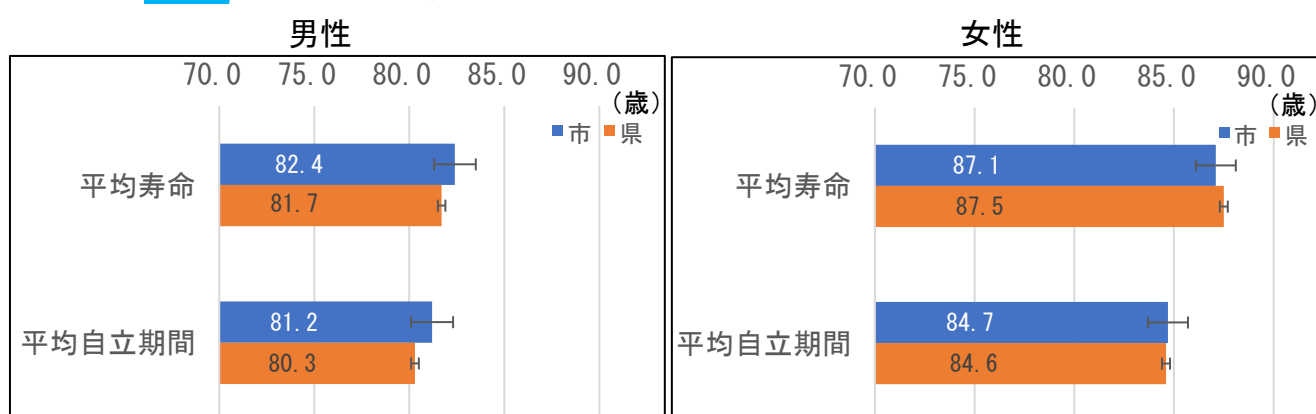
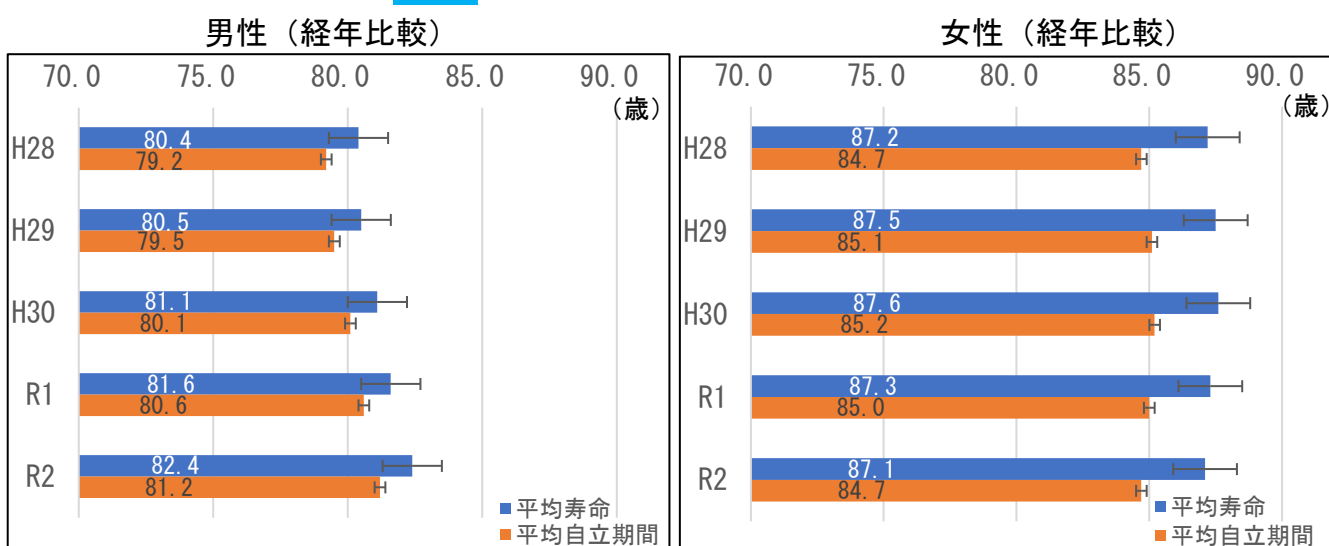


図28 平均寿命・平均自立期間の経年比較



※ 平均寿命及び平均自立期間の統計は、2年遅れで発表。資料：県国保団体連合会「地域の分析レポート」

※ 誤差線は、「95%信頼区間」を表す。「95%信頼区間」とは、母集団(ここでは、袋井市民又は静岡県民)から無作為抽出を、例えば100回繰り返し、そのつど、信頼区間(母平均(ここでは、平均寿命又は平均自立期間の値)がその区間の範囲内に含まれると推定された区間のこと)を計算したところ、95%程度の頻度で、その区間の範囲内に母平均が含まれるということを指す。

18「平均自立期間」 日常の動作に加え、食事や排せつ等の身の回りのことについても、部分的な介護が必要となる要介護2以上の介護認定を受けるまでの期間を、「健康」な状態の期間であると捉え、その認定を受けるまでの期間の平均値のことで、国民健康保険中央会から発表される。

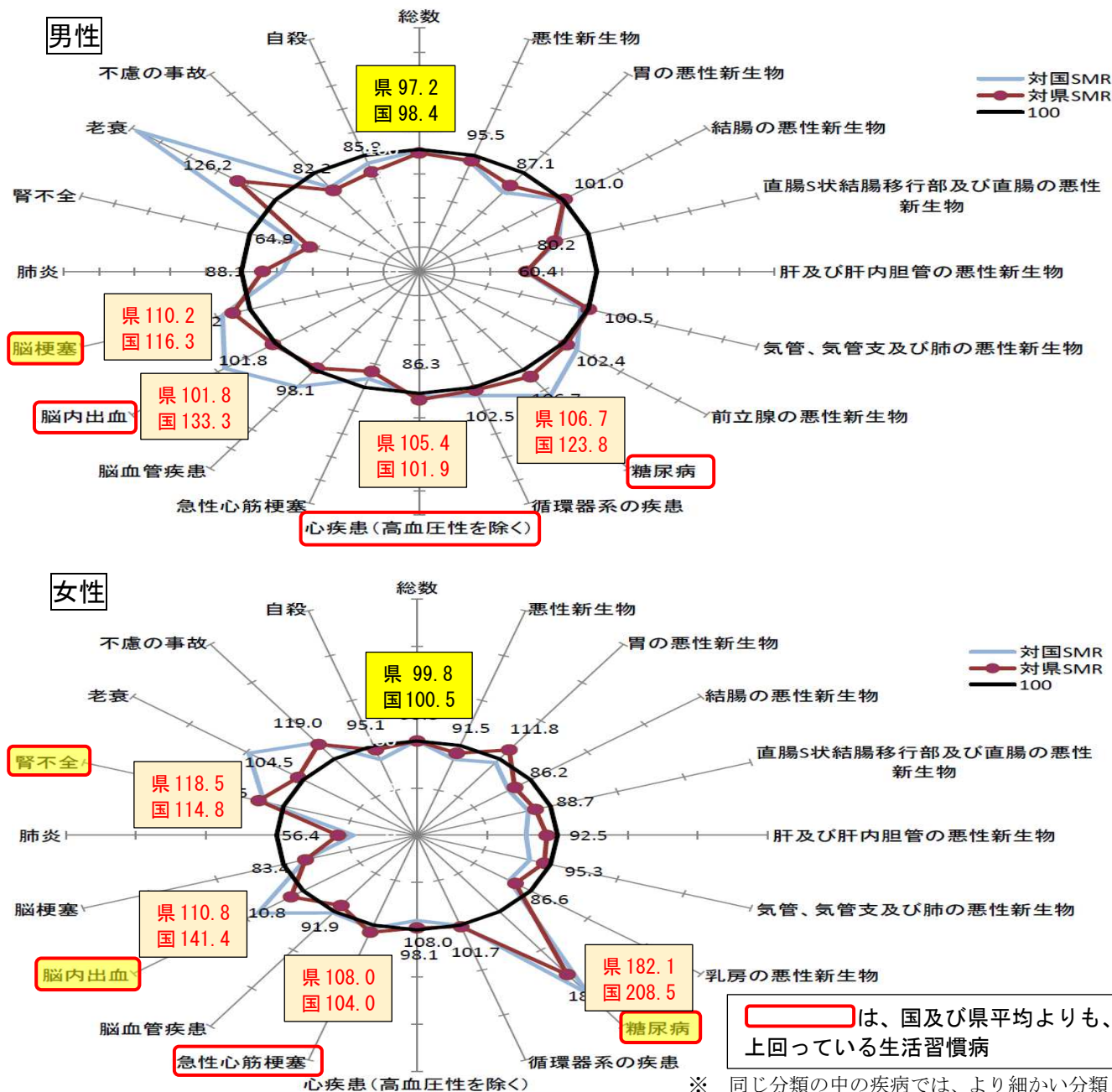
なお、県が発表している「お達者度」は、「65歳以上の健康寿命」を表しており、県が独自で算出したものではあるが、平均自立期間から65年を差し引いた値に近いものとなっている。

## (2) 標準化死亡比 (図29)

標準化死亡比 (SMR)<sup>19</sup> は、総数では、県及び国平均比較で、男性は、県対比 97.2、国対比 98.4 で下回っており、女性は、県対比 99.8、国対比 100.5 で同程度である。

また、疾病別の死亡者数において、生活習慣病で県及び国平均ともに 10 ポイント以上上回っているのは、男性では「脳梗塞」、女性では「糖尿病」、「脳内出血」、「腎不全」である。

図29 標準化死亡比分析レーダーチャート (平成 28 年度から令和 2 年度までの 5 年間平均)



資料：静岡県

19「標準化死亡比 (SMR)」 基準死亡率 (人口 10 万人あたりの死亡者数) を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる死亡者数と実際の死亡者数を比較する指標。今回の場合、県及び国の基準を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合、県及び国平均よりも死亡率が高いと判断され、100 以下の場合には、県及び国平均よりも死亡率が低いと判断される。

## 2 医療費の分析

### (1) 医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）

#### ア 経年比較

本市医療費（歯科を除く）については、令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大による受診控え等により減少したが、令和3年度及び4年度には、受診控えの反動により増加している。一方、県の医療費は、令和3年度から令和4年度にかけて減少している。（図30）

また、1人あたり医療費については、令和4年度では、県平均よりもやや低いが、令和元年度対比での伸び率が、県平均が6.0%であるのに対し、市は12.2%であることから、医療費の増加傾向が県平均より高いことがわかる。（図31）

図30 医療費の推移（県比較）

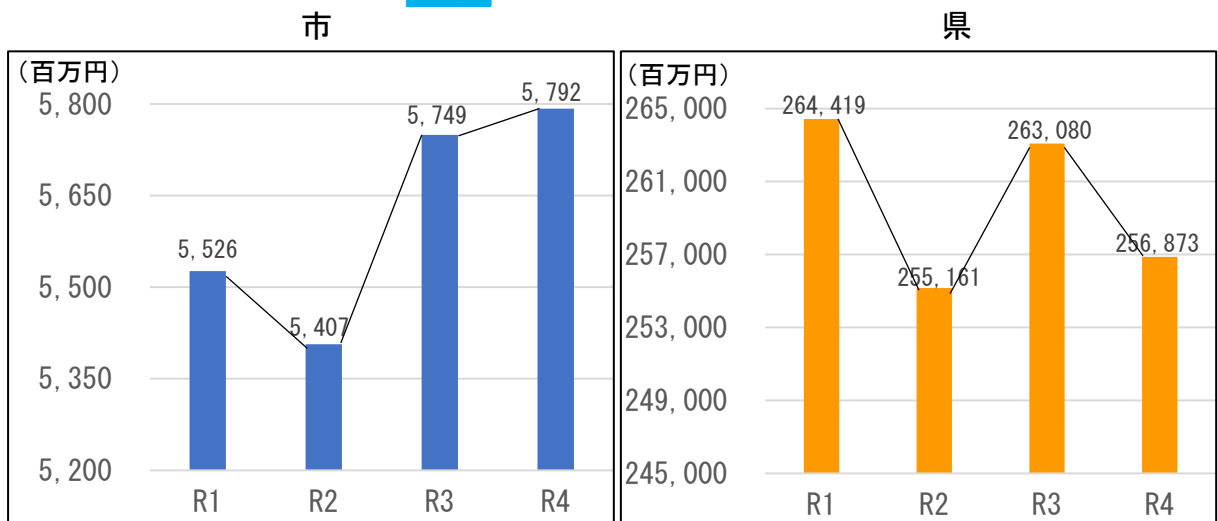
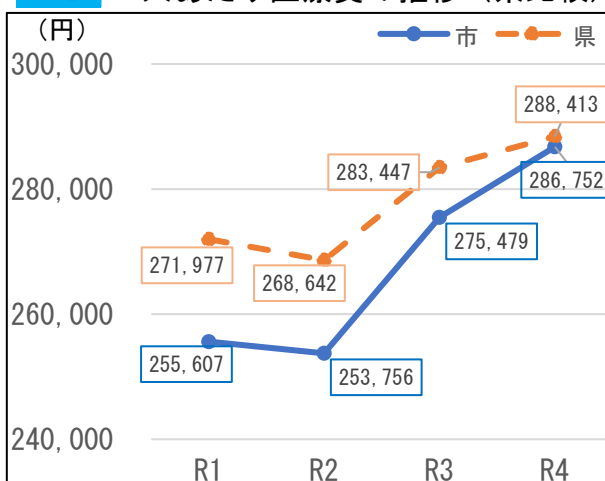


図31 1人あたり医療費の推移（県比較）



資料：KDBシステム

## イ 男女別比較

男女別で医療費の傾向を比較すると、令和4年度では、男性が女性を約5億3,100万円上回っている。(被保険者数割合 男：50.5%、女49.5%) (図32)

また、被保険者1,000人あたりのレセプトの出現割合である受診率では、女性が男性を上回っているが、レセプト1件あたり医療費では、男性が女性を上回っている。

(図33・図34)

男性の医療機関への受診頻度がより少ない中で、男性のレセプト1件あたり医療費がより高く、それが1人あたり医療費の開きにつながっていることから、男性が女性よりも比較的症状が重症化した段階で、医療機関等に受診していることが考えられる。

(図34・図35)

図32 男女別の医療費の推移

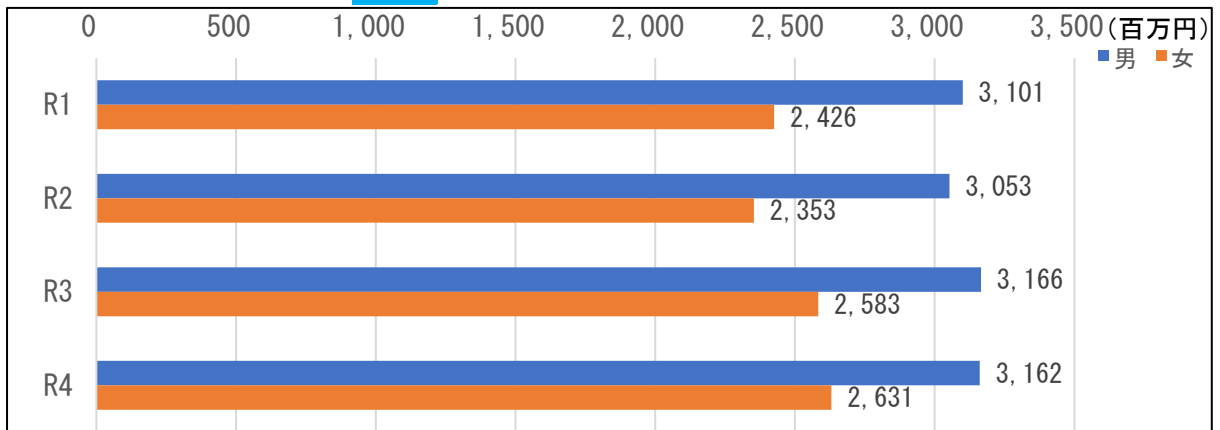


図33 男女別の受診率の推移

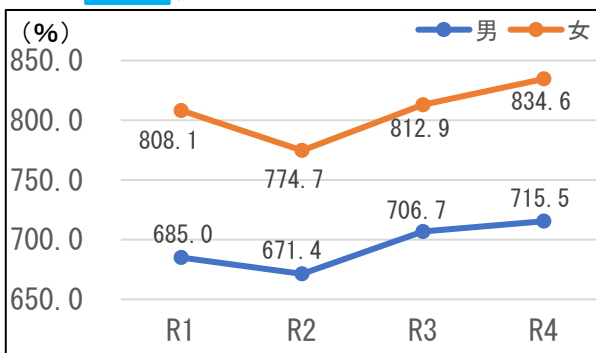


図34 男女別のレセプト1件あたり医療費の推移

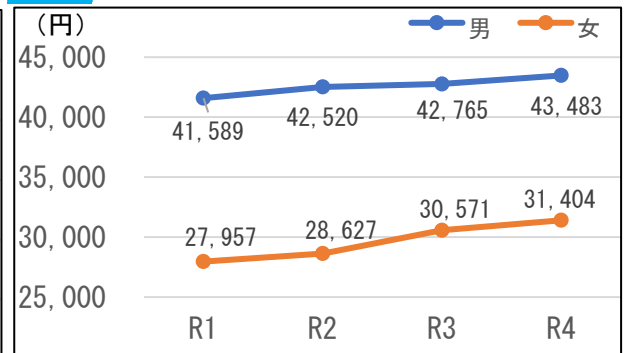
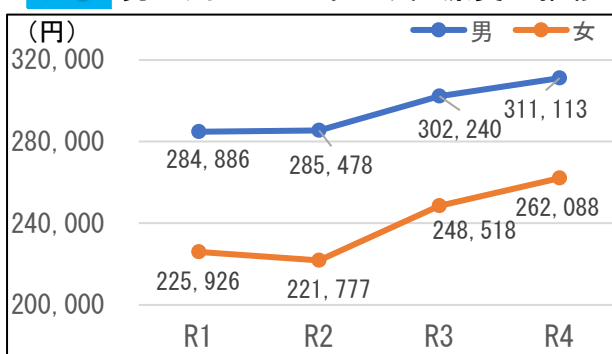


図35 男女別の1人あたり医療費の推移



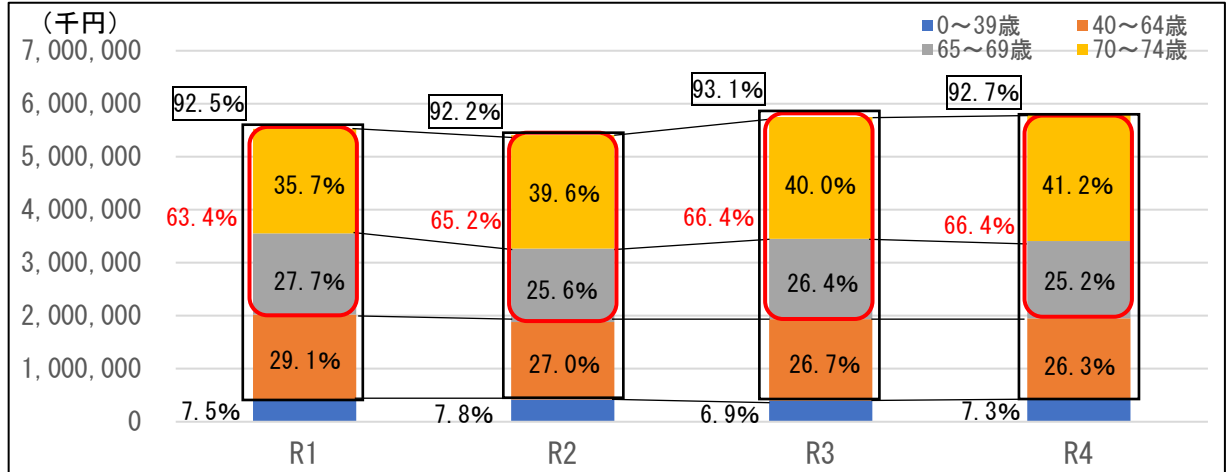
資料：KDBシステム

ウ 年齢階級別比較（図③⑥）

令和4年度における年齢階級別での医療費は、前期高齢者（65歳から74歳までの被保険者）が66.4%、特定健診の対象者である40歳以上が92.7%を占めている。

このため、医療費適正化の観点からも、特定健診の積極的な受診勧奨が必要である。

図③⑥ 年齢階級別の医療費の推移

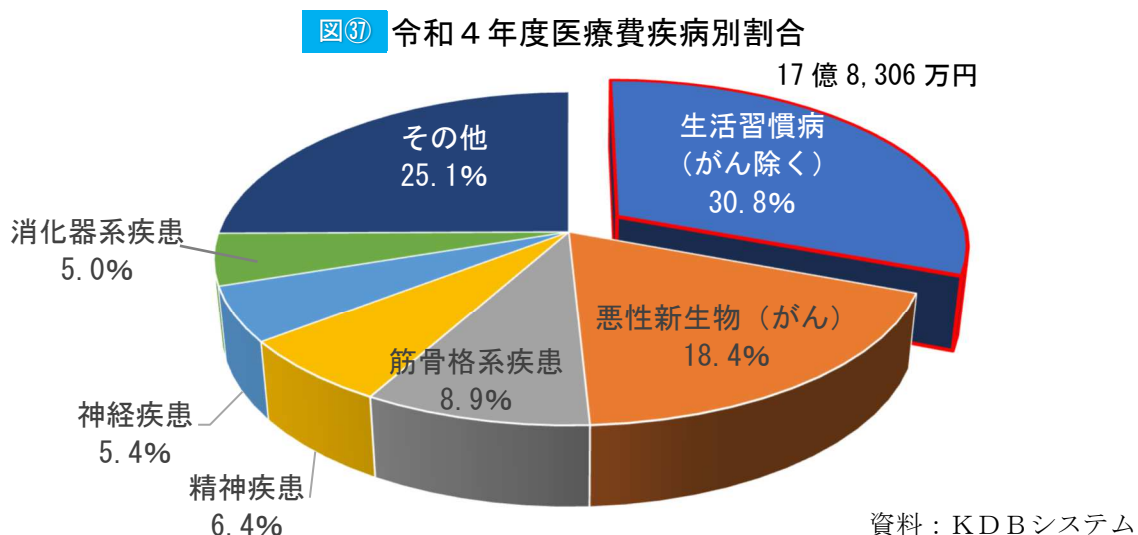


※  は、40～74歳、 は、前期高齢者を表す。黒字は、40～74歳、赤字は、前期高齢者が占める割合。  
資料：KDBシステム

## (2) 疾病分類別の医療費

### ア 疾病別の医療費比較 (図③⑦)

令和4年度の医療費のうち、「生活習慣病」(悪性新生物(がん)を除く)が、最も多く30.8%を占めており、その総額は、約17億8,306万円である。



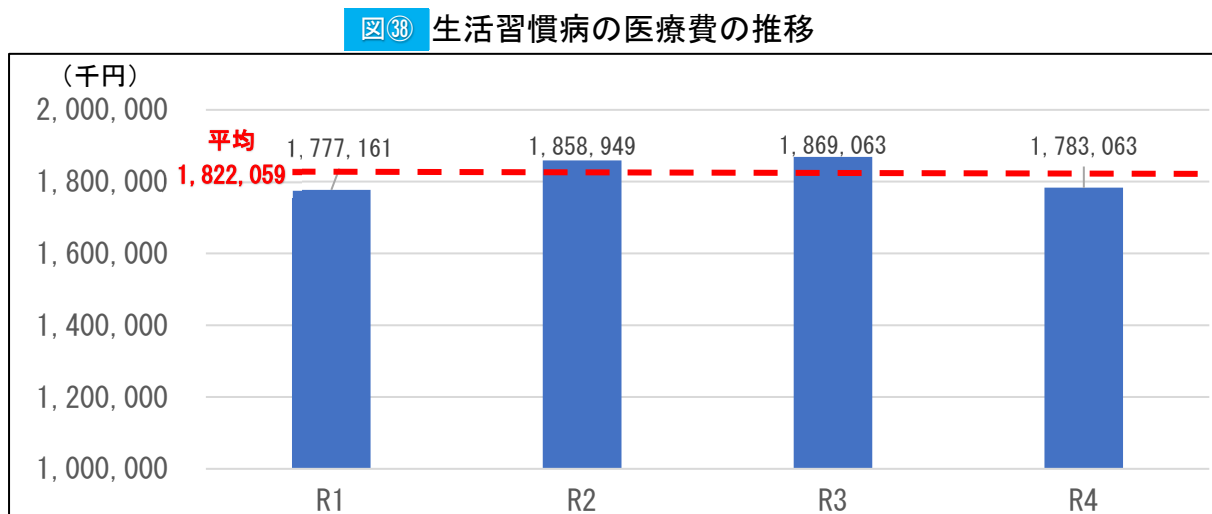
#### 【上記に含まれる主な生活習慣病】

腎不全、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血等)、高血圧性疾患、脂質異常症 等

### イ 生活習慣病の医療費

#### (ア) 生活習慣病の医療費の推移 (図③⑧)

令和元年度から令和4年度までの生活習慣病の医療費の経年推移は、ほぼ横ばいの傾向であり、4年間の平均金額は、約18億2,200万円である。





### (イ) 生活習慣病の疾病別の医療費傾向

生活習慣病の医療費において、最も多くの医療費を占める疾病は、「腎不全」であり、次いで「糖尿病」、「脳血管疾患」が続いているが、この3疾病で、51.3%（約9億1,500万円）を占めており、重点的な対策が必要である。（図39）

また、令和元年度から令和4年度までの平均金額では、「腎不全」が、約3億8,600万円、「糖尿病」は、約3億2,600万円であり、同程度で推移している。（図40）加えて、「標準化死亡率」においても、特に女性で「腎不全」及び「糖尿病」の死亡率は、県及び全国平均を上回っている。（P.26 図29）

今後も引き続き、「腎不全」、「脳血管疾患」及び「虚血性心疾患」<sup>20</sup>を予防するため、起因となる糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症等の重症化予防を図っていくことが重要である。

図39 令和4年度生活習慣病の医療費疾病別割合

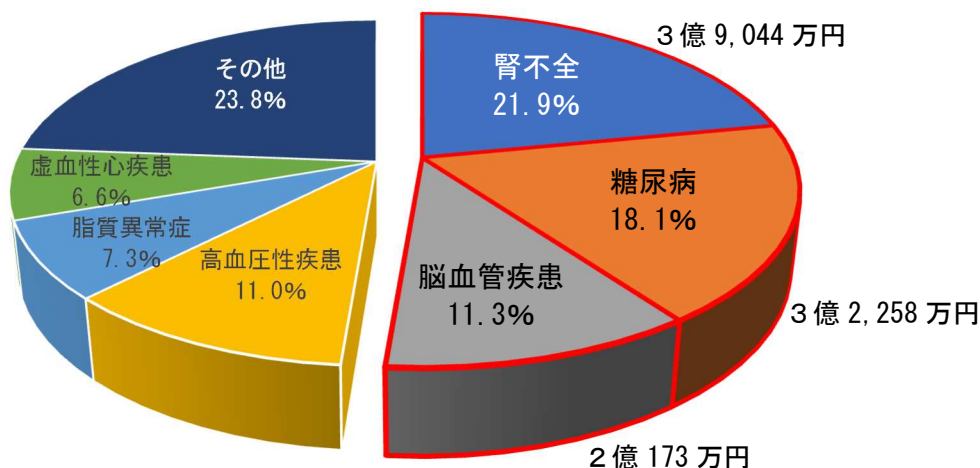
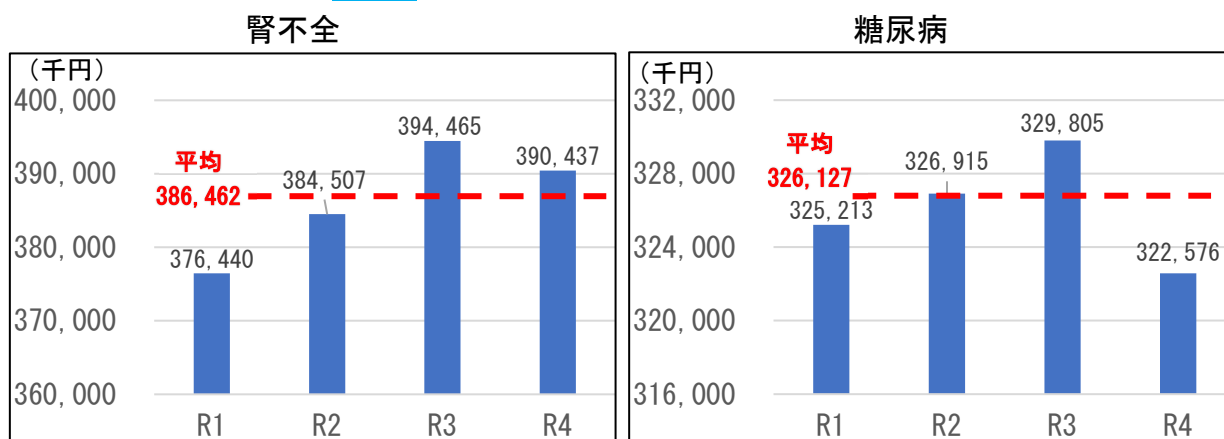


図40 腎不全及び糖尿病の医療費の推移



資料：KDBシステム

20 「虚血性心疾患」 心臓の血液を送る血管（冠動脈）が狭くなったり、詰まったりすることにより、心臓に十分に血液が行き渡らなくなる状態。冠動脈が狭くなり、血液の流れが少なくなる状態を「狭心症」、冠動脈が詰まって、流れが途絶える状態を「心筋梗塞」といい、この2種類が主な疾病である。



### (ウ) 脳血管疾患の医療費等の傾向

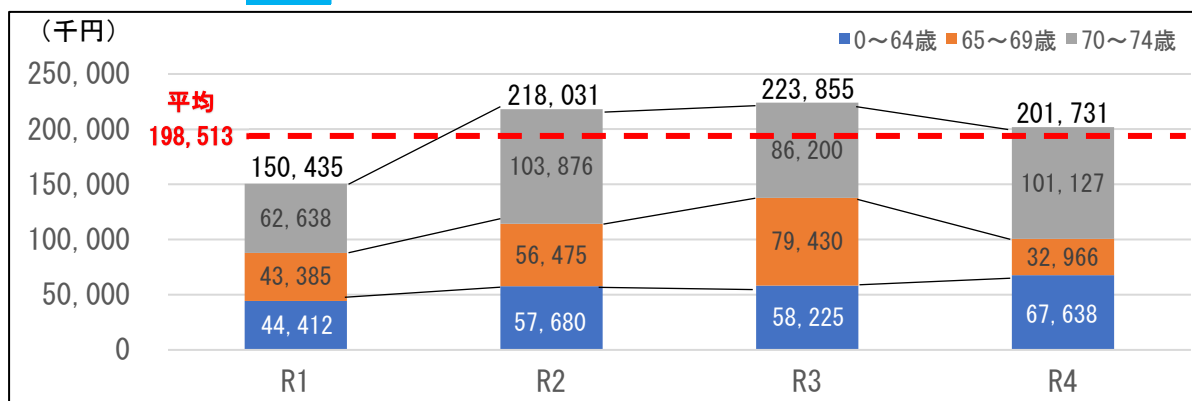
「脳血管疾患」の医療費の令和元年度から令和4年度までの平均金額は、約1億9,850万円である。令和元年度から令和2年度にかけて急激に増加し、以後、同水準で推移しており、令和4年度では、令和元年度に比べ、約5,130万円増加している。増加の要因は、70歳から74歳までの年齢階級で、約3,850万円増加したためである。(図④)

また、要介護認定者の介護が必要となった原因疾患のうち、生活習慣病の中で該当者数が最も多いのが、「脳血管疾患」であり、要介護4及び5（寝たきりで日常生活全般で介助が必要な状態）において、有病率が高い傾向にある。(表⑭・表⑮)

なお、「標準化死亡比」においても、男性では「脳梗塞」、女性では「脳内出血」の死亡率が、県及び全国平均を上回っている。(P.26 図29)

このことから、「脳血管疾患」が被保険者の生活の質に著しい影響を与えているため、対策を強化していく必要である。

図④ 脳血管疾患の年齢階級別医療費の傾向



資料：KDBシステム

表⑭ (参考) 要介護認定者における介護が必要となった主な原因 (国全体)

年度	第1位		第2位		第3位	
令和元年度	認知症	24.3%	脳血管疾患	19.2%	骨折・転倒	12.0%
令和4年度	認知症	23.6%	脳血管疾患	19.0%	骨折・転倒	13.0%

※ 介護に関する項目は、3年ごとの大規模調査時の調査項目であるため、大規模調査年である令和元年度及び令和4年度の結果のみ記載している。資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

表⑮ (参考) 本市の要介護度別の脳血管疾患有病率の推移

	R1	R2	R3	R4
要介護1	24.8%	24.2%	22.9%	23.9%
要介護2	26.2%	26.6%	26.7%	22.8%
要介護3	24.1%	27.2%	27.8%	22.4%
要介護4	35.1%	34.5%	29.7%	29.4%
要介護5	30.2%	33.0%	32.1%	37.6%

資料：KDBシステム

### (3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用割合は、年々増加傾向にあり、令和4年9月時点での使用割合は、83.0%である。

国の目標値である80.0%を、上回っている。

### (4) 重複・頻回受診、重複服薬者割合

県国保団体連合会から送付された情報を基に対象者を抽出し、対象者に適正受診・適正服薬のための啓発資料を送付するとともに、レセプト情報を確認したうえで、訪問指導を実施した。

その結果、令和4年度における被保険者に占める割合は、重複受診者が0.97%、頻回受診者が0.09%、重複服薬者が0.53%であり、ほぼ横ばいで推移しており、増加が抑えられている。

### 3 特定健康診査・特定保健指導の分析

#### (1) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

##### ア 特定健康診査の実施状況 (図42)

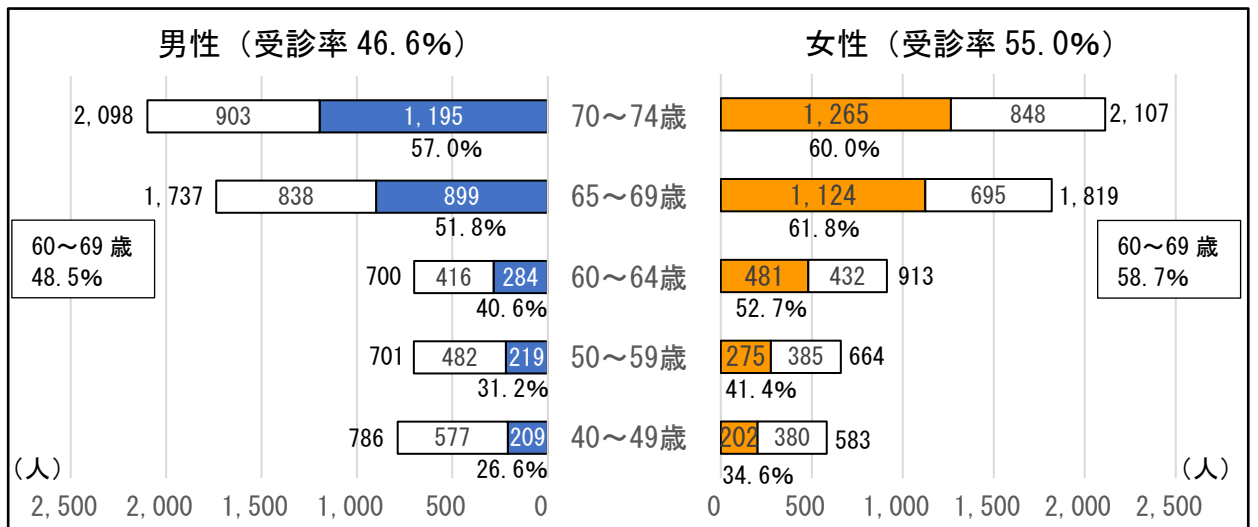
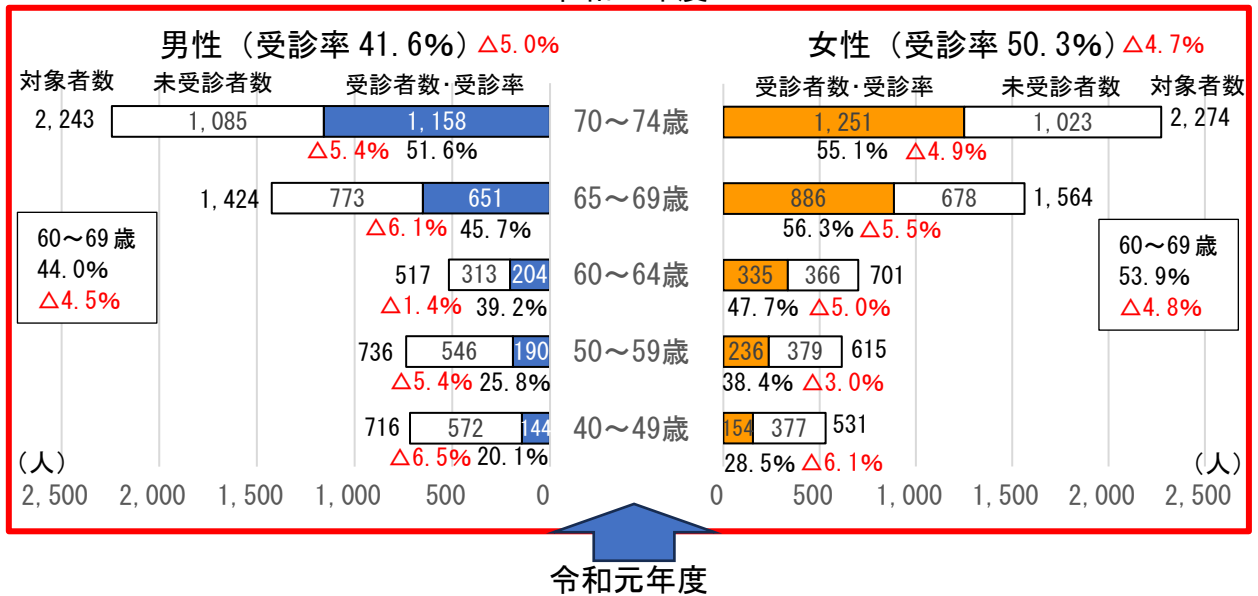
特定健診受診率の経年推移では、令和2年度及び3年度で受診率が低下し、令和4年度で回復しているが、どの年齢階級も、受診率が高かった令和元年度には、達しておらず、特定健診の受診習慣を戻すには、中長期的な期間を要すると考えられる。

特に、令和4年度受診者の86.1%を占めている60歳代及び70歳代では、男女ともに、令和元年度に比べて受診率が5ポイント前後低下しており、この年齢階級での受診率の変動が、受診率全体の減少に大きく影響を与えている。

なお、60歳代は、自身の健康状態への関心が高く、生活習慣病の有病率も高い階級であることから、今後は、若い世代への受診勧奨に加え、60歳代を中心とした特定健診の受診勧奨が重要である。

図42 男女・年齢階級別の特定健診受診状況

令和4年度 ※ 赤字は、R4-R1の受診率の経年変化。



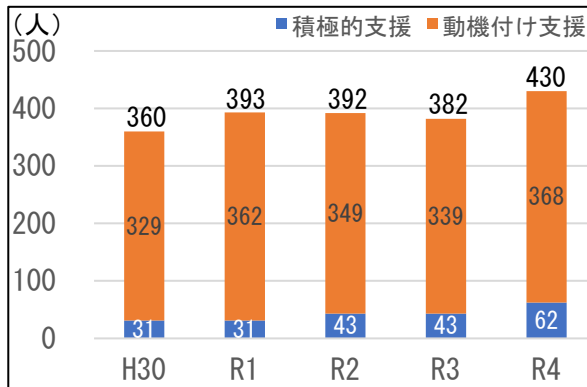
資料：法定報告

## イ 特定保健指導の実施状況

特定保健指導の指導方法別の実施率では、「積極的支援」及び「動機付け支援」ともに増加しているが、特に、「積極的支援」が平成30年度に比べ、令和4年度は、49.3ポイント増加している。(図43・図44)

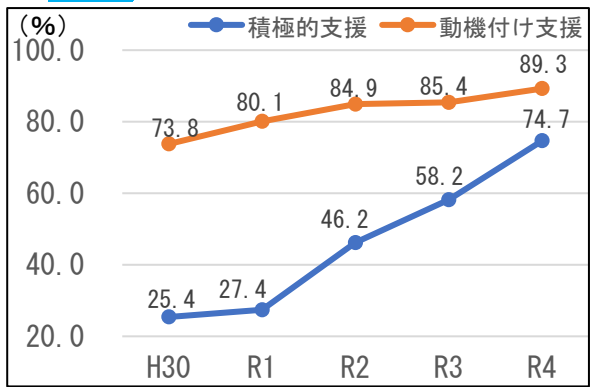
また、「積極的支援」の次年度での指導状況を分析したところ、令和3年度の対象者の38.6%が、「積極的支援」の対象から外れることができている。令和元年度及び令和2年度についても、同様の傾向が確認できることから、特定保健指導の実施が、次年度以降の検査数値の改善等に結び付いていると考えられる。(図45)

図43 指導実施者の指導方法別の推移



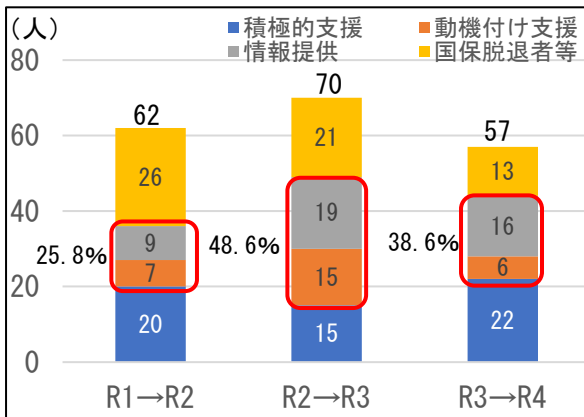
資料：法定報告

図44 指導方法別の実施率の推移



資料：法定報告

図45 積極的支援実施者の次年度での指導の状況



※ 市独自で集計。□ は、次年度に積極的支援以外となった人。割合は、前年度積極的支援対象者に占める対象外となった人の割合。

指導実施者数が、法定報告の実施者数と異なるのは、年度内の国保脱退者への実施者を含むため。

指導方法の判定基準は、下表のとおり。

下表に当てはまらない場合、特定保健指導の対象外となり、健診結果等の「情報提供」のみとなる。

情報提供→動機付け支援→積極的支援の順で、より重点的な対応となる。

下表

	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	喫煙歴	対象	
			40~64歳	65~74歳
腹囲が、 男性85cm以上 女性90cm以上	2つ以上該当	—	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が、 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	—		

## (2) 特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）

### ア 糖尿病予備群者（HbA1c6.0～6.4%）の割合

糖尿病予備群者の割合は、令和2年度に急激に減少しており、その後、徐々に増加傾向にある。（図46）令和2年度の急激な減少については、令和元年度該当者の約3割が、次年度の特定健診が未受診となったことが、要因の一つと考えられる。（図47）

一方で、糖尿病予備群者の7割程度で、次年度には検査数値の改善又は現状維持につながっているため、特定健診受診を積極的に勧奨するとともに、保健指導を実施することで、生活改善等に向けて取り組むことが重要である。（図47）

図46 糖尿病予備群の割合の推移（県比較）

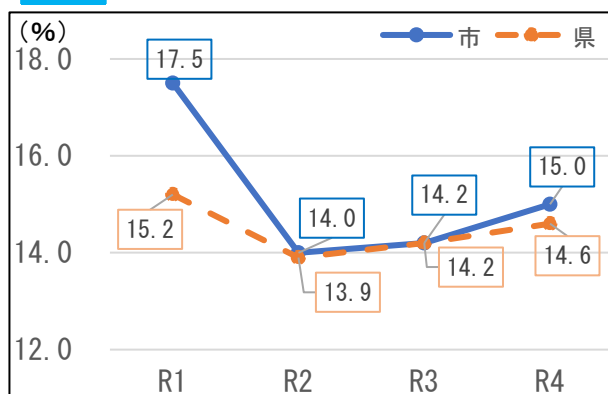
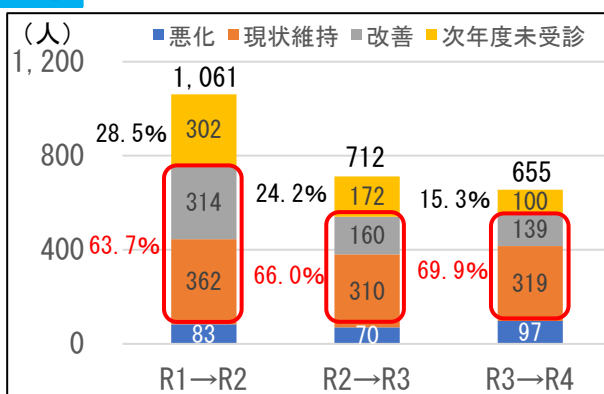


図47 糖尿病予備群者の次年度の検査数値の状況



資料：県国保団体連合会「しずおか茶っとシステム」

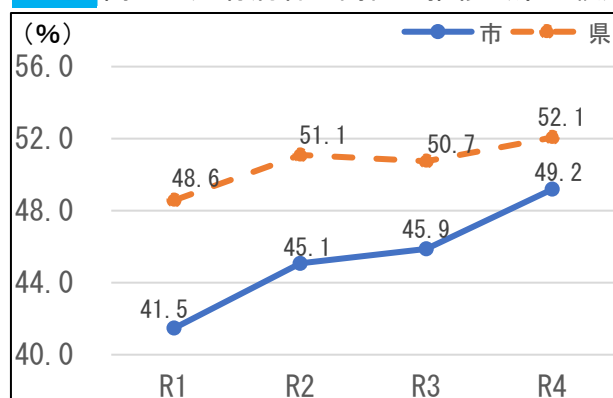
※ 市独自で集計。赤字は、改善又は現状維持の割合、黒字は、次年度未受診者の割合。

### イ 高血圧症有病者（高血圧Ⅰ度以上の該当者）の割合（図48）

高血圧症有病者<sup>21</sup>の割合は、県平均より低い、年々増加傾向である。

持続的に高血圧の状態が続くと、脳血管疾患や心疾患等の危険性を高めることから、保健指導等により、定期的な医療機関への受診につなげていく必要がある。

図48 高血圧症有病者の割合の推移（県比較）



資料：県国保団体連合会「地域の分析レポート」

21 「高血圧症有病者」 次の3つの重症度に該当する高血圧性疾患の有病者。（降圧剤の服薬者を含む。）

高血圧Ⅰ度…血圧が収縮期血圧140～159mmHg かつ/又は、拡張期血圧90～99mmHgの軽症の状態。

高血圧Ⅱ度…血圧が収縮期血圧160～179mmHg かつ/又は、拡張期血圧100～109mmHgの中等度の状態。

高血圧Ⅲ度…血圧が収縮期血圧180mmHg以上 かつ/又は、拡張期血圧110mmHg以上の重症の状態。

### ウ 高血圧予備群者の割合

高血圧予備群者<sup>22</sup>の割合は、県平均を上回っており、年々増加傾向である。(図49) 予備群者のうち約2割は、次年度の健診で数値が悪化している傾向が確認できることから、継続的な健診受診を勧奨するとともに、予備群者の段階から塩分の摂り方の啓発や家庭での血圧の測定方法を指導していくことが重要である。(図50)

図49 高血圧予備群者の割合（県比較）

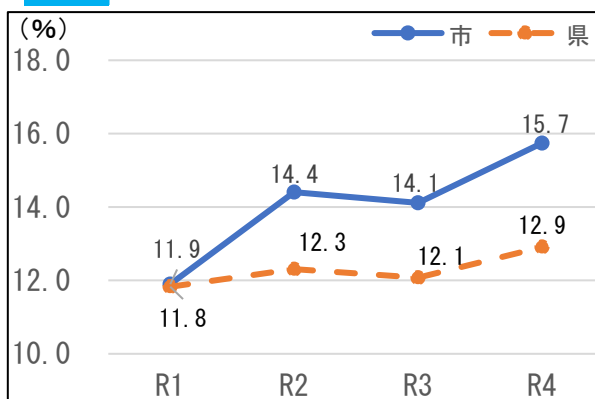
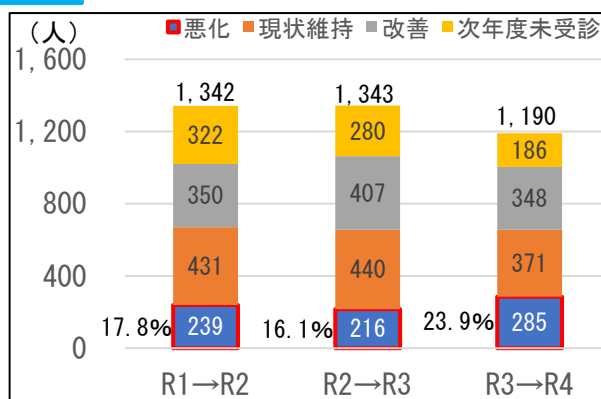


図50 高血圧予備群者等の次年度の検査数値の状況



資料：県国保団体連合会「地域の分析レポート」

※ 正常高値者（収縮期血圧 120～129mmHg、拡張期血圧 80mmHg 未満）を含む。割合は、検査数値が悪化した人。  
資料：KDBシステム

### (3) 質問票調査の状況（生活習慣）

1回30分以上の運動習慣がない人の割合及び毎日間食の習慣がある人の割合について、いずれも県平均より高い状況である。運動習慣のない人は女性に多く、間食の習慣については、男性と女性ともに多い傾向がみられている。(図51・図52)

生活習慣病の重症化を防ぐため、保健指導等を通じて、個々の生活状況に応じた運動習慣や正しい食習慣の啓発を行っていく必要がある。

図51 1回30分以上の運動習慣がない人の割合（県比較）

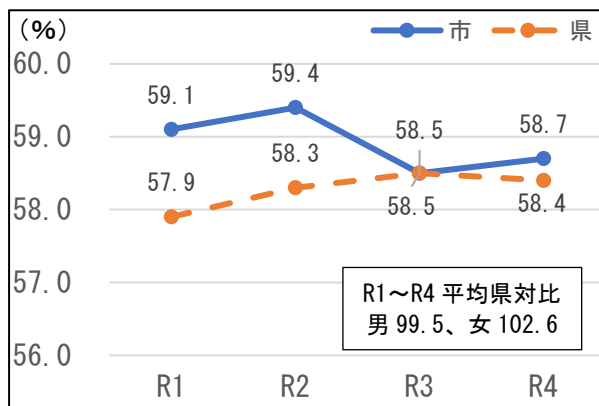
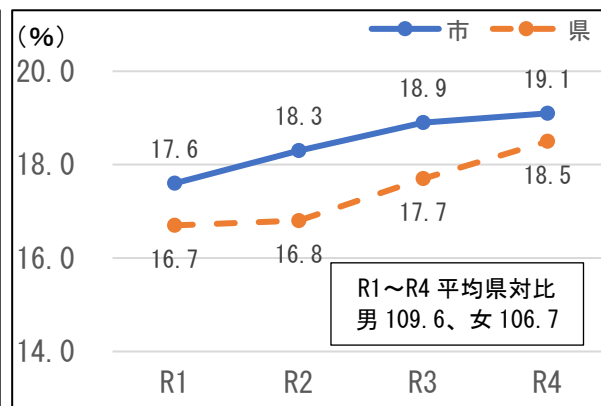


図52 毎日間食の習慣がある人の割合（県比較）



資料：KDBシステム

22 「高血圧予備群者」 血圧が収縮期血圧 130～139mmHg かつ/又は、拡張期血圧が 85～89mmHg の状態の人。

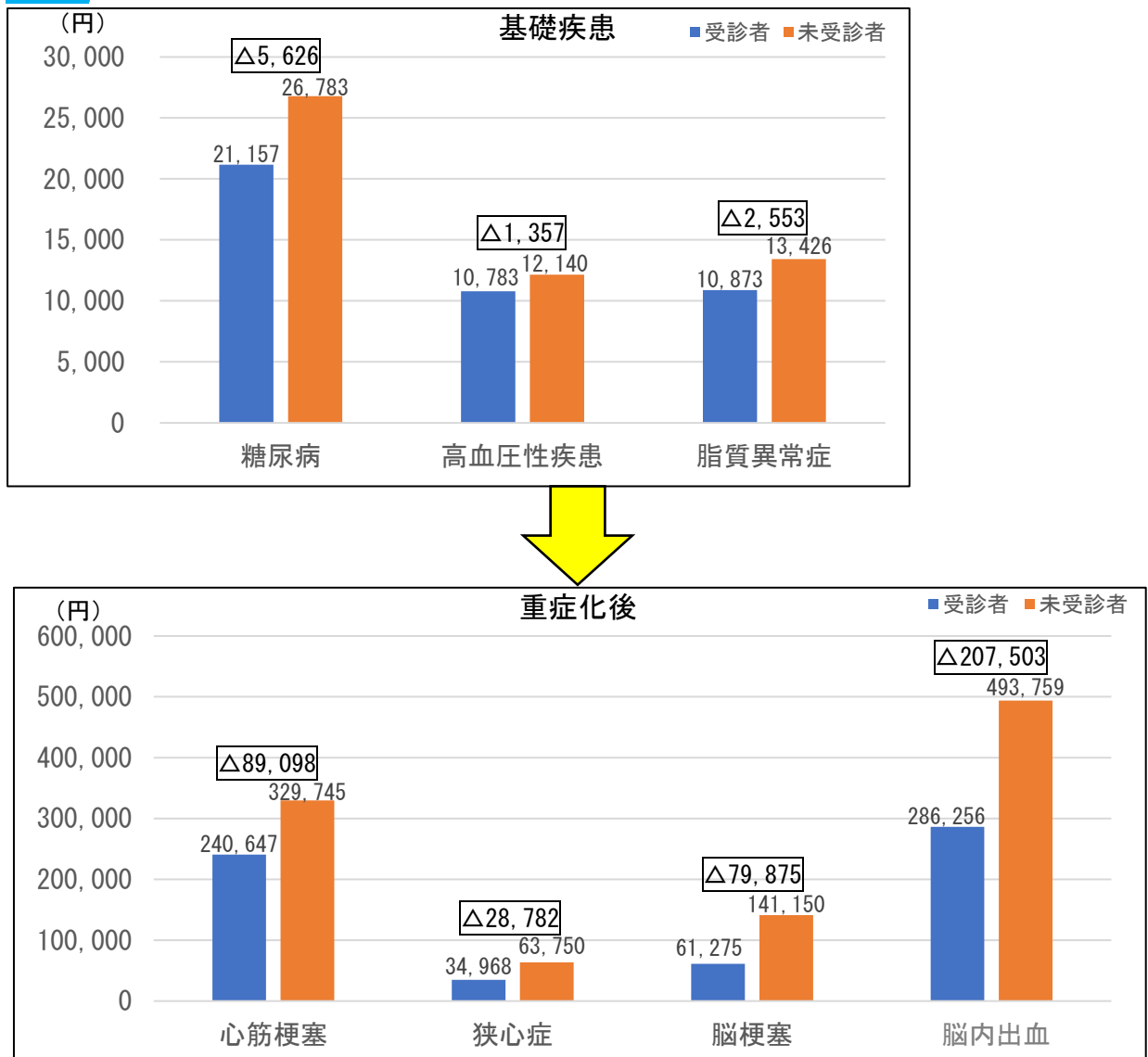
#### 4 レセプト・健診結果等を組み合わせた分析（図⑤③）

令和4年度の主な生活習慣病のレセプト1件あたり医療費について、特定健診受診者と未受診者を比較したところ、受診者の方が、未受診者よりも医療費が低い傾向にあることがわかる。

さらに、重症化後の生活習慣病につながる基礎疾患の段階では、医療費の差は小さいが、症状が重症化した場合に、その差は格段に大きくなっている。

そのため、特定健診を継続的に受診し、生活習慣病を早期に発見し、重症化予防を図っていく必要がある。

図⑤③ 令和4年度特定健診受診者と未受診者の主な生活習慣病の1件あたり医療費の比較



資料：県国保団体連合会「しずおか茶っとシステム」



## 5 介護費関係の分析

### (1) 被保険者数、要支援・要介護認定者数及び認定率の状況

65歳以上の1号被保険者数は、年々増加しており、平成30年度に比べ、令和4年度は7.1%増加している。令和4年度の要支援・要介護認定率は15.4%であり、県平均の16.7%よりも低くなっている。認定率は、15%前後で推移しており、ほぼ横ばいの状況である。(図54)

また、1号被保険者の要支援・要介護認定者の人数も、年々増加しており、平成30年度に比べ、令和4年度は10.1%増加している。(図55) 認定者数の増加率が、被保険者数の増加率を上回っている。

図54 1号被保険者数及び要支援・要介護認定率の推移 (各年度3月31日現在)

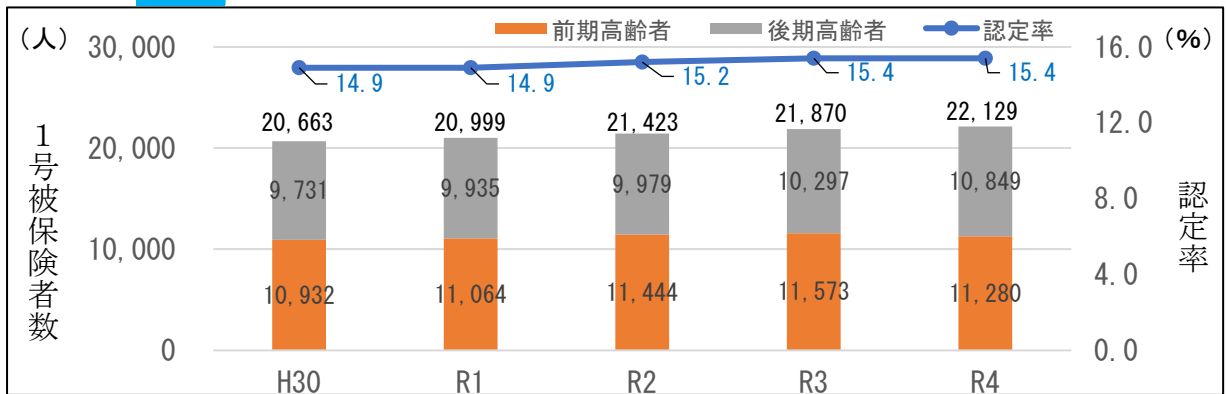
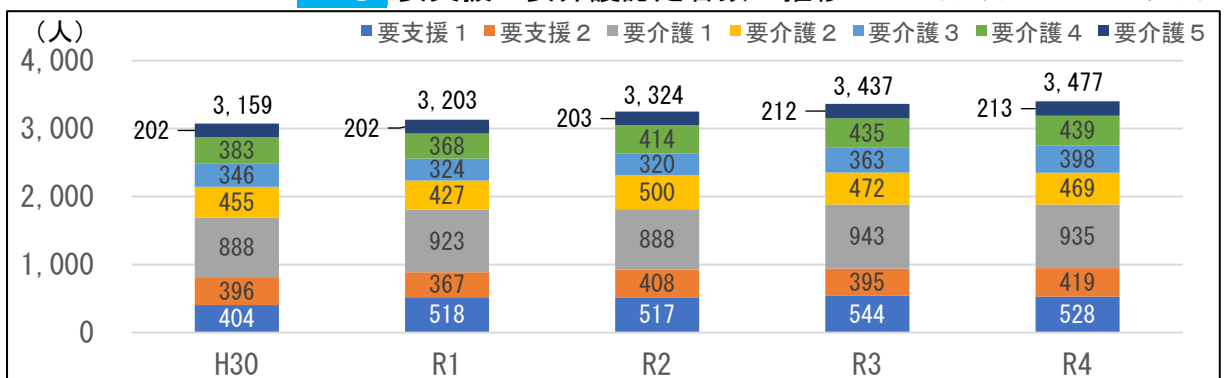


図55 要支援・要介護認定者数の推移 (各年度3月31日現在)

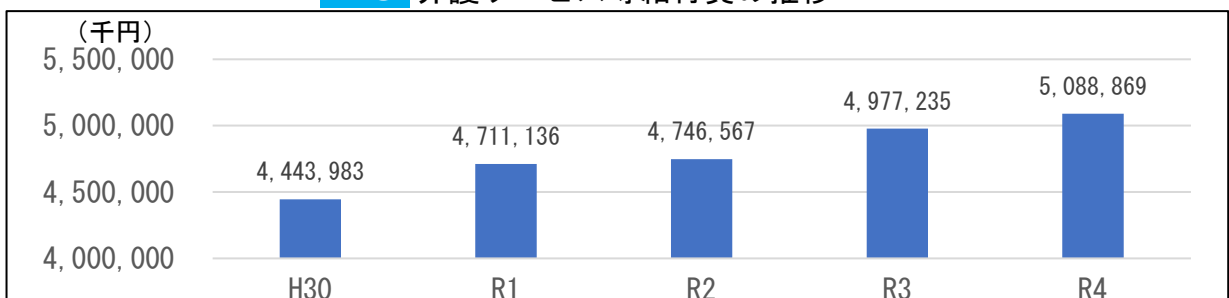


資料：袋井市「市政報告書」

### (2) 介護サービス等給付費の推移 (図56)

介護サービス等給付費は増加しており、平成30年度に比べ、令和4年度は約6億4,500万円増加している。この最大の要因は、要支援及び要介護度の全てにおいて、認定者数が増加していることが考えられる。

図56 介護サービス等給付費の推移



資料：袋井市「市政報告書」





## 6 健康課題の抽出

### (1) 医療費の分析から見た健康課題

本市の医療費は、令和2年度からの新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えからの反動により増加しているが、県においては、令和4年度に減少に転じている。  
また、1人あたり医療費の伸び率において、県平均を上回った。(P.27)

生活習慣病の医療費が、医療費全体の3割を占めており、最も高い。その中でも、「腎不全」及び「糖尿病」の割合が高い。(P.30・31)

「脳血管疾患」にかかる医療費が、生活習慣病の医療費において、「腎不全」及び「糖尿病」に次ぎ、高い順で3番目となっている。「脳血管疾患」は、介護が必要となった原因として、生活習慣病の中で最も多く、要介護4及び5の要介護認定者に多い傾向があり、生活の質に大きく影響を与えている。(P.31・32)

男女比較では、男性の医療費が高く、特定健診の受診・未受診の比較では、未受診者の医療費が高い傾向がある。このことから、症状の重症化後での医療機関への受診が、医療費の増加につながっている要因の一つであるといえる。(P.28・38)

### (2) 特定健康診査等の分析から見た健康課題

特定健診受診率が、令和3年度まで低下傾向が続いており、令和4年度は、回復に転じたが、令和元年度の水準にまで達していない。今後は若い世代に加え、健康状態への関心が高い60歳代を中心に、受診勧奨に力を入れていく必要がある。(P.18・34)

メタボリックシンドローム該当者及び予備群者は、増加傾向であることから、予備群者の段階から、運動習慣や食習慣の見直しの啓発を図っていく必要がある。(P.12)

糖尿病要医療者(HbA1c6.5%以上)の該当率は、依然として県平均を上回っている。新規国保加入の特定健診受診者の約1割は、すでに加入時点で要医療者であることから、重症化予防のために医療機関への定期受診と併せて、特定健診の受診を勧奨し、保健指導を実施していく必要がある。(P.14)

脂質異常症者(LDLコレステロール120mg/dℓ以上)の割合は、依然として県平均を上回っており、動脈硬化を発症する要因となることから、保健指導による正しい食習慣の啓発や医療機関への受診勧奨等を促していく必要がある。(P.16)

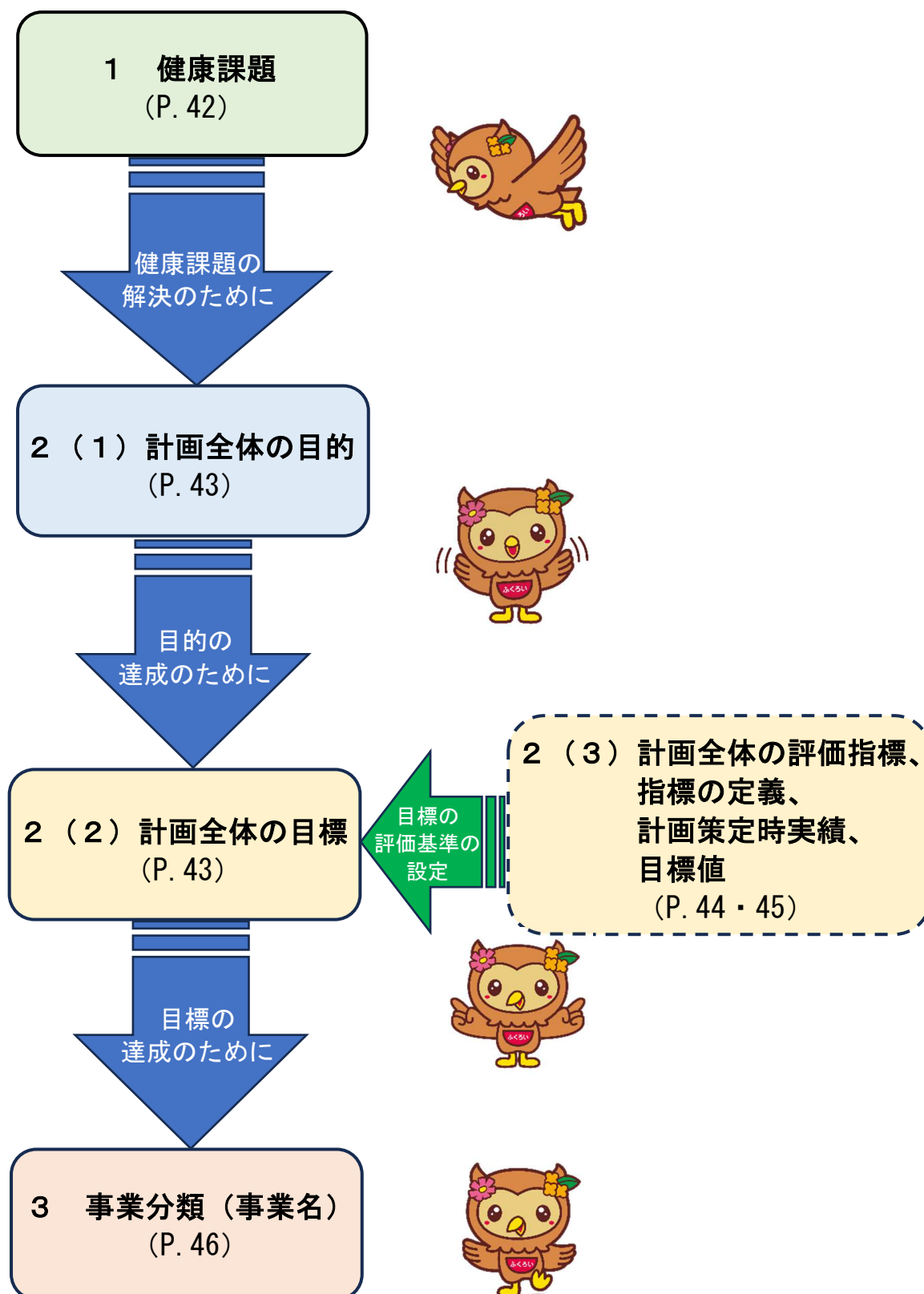
高血圧症有病者の割合は、年々増加傾向であり、脳血管疾患や心疾患等の重症化予防を図るため、医療機関の受診を促していく必要がある。

高血圧予備群者の割合についても増加傾向であり、県平均を上回っていることから、継続的に健診受診を促すとともに、塩分の摂り方や家庭での血圧の測定方法等を啓発していく必要がある。(P.36・37)

## 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



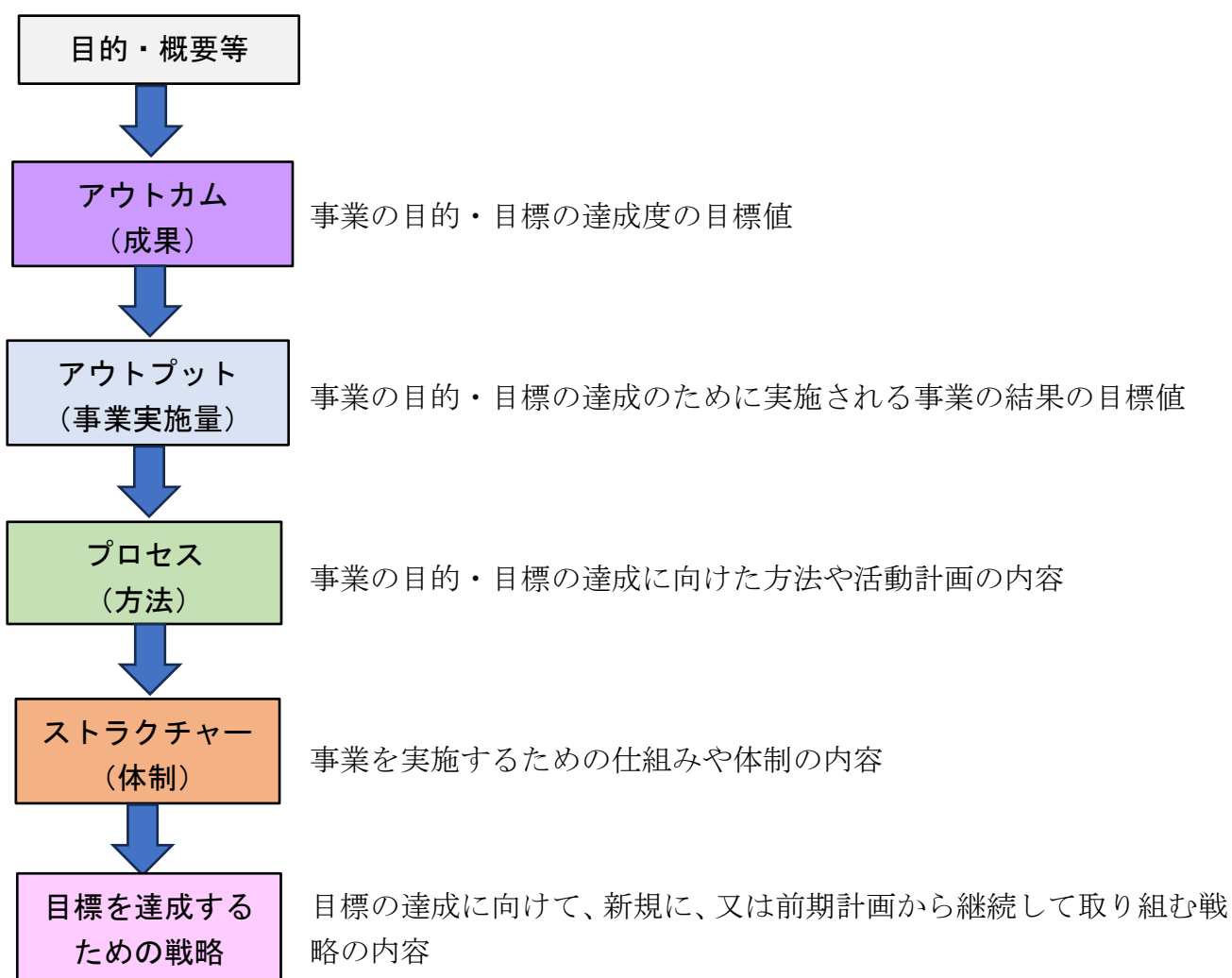
## VI 事業（個別事業）



Do  
(P. 47~P. 60)

### 【重点事業の個別事業計画の構成】

重点事業の個別事業計画は、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」の保健事業の評価の観点を参考にし、次のとおり構成する。



1 特定健康診査事業

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

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

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することで、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
-------	---

事業の概要	国保被保険者を対象に、特定健診を実施する。
-------	-----------------------

対象者	40歳から74歳までの国保被保険者
-----	-------------------

【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 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	メタボリックシンドロームの該当者の割合	割合の減少	17.5%	17.4%	17.3%
2	メタボリックシンドロームの予備群者の割合	割合の減少	10.5%	10.2%	10.0%

【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 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	特定健康診査受診率	受診率の向上	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

※ 指標のうち、太字表記は、計画全体の目標での評価指標と共通の指標。

【プロセス（方法）】

周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 対象者全員に対し、受診票等を封入した案内を送付する。</li> <li>◆ 市のホームページやSNS等において、周知する。</li> <li>◆ 自治会向けに特定健診の必要性を周知し、各自治会でのポスター掲示等を依頼する。</li> <li>◆ 地域のイベント等において、特定健診チラシ等を配布する。</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、受診行動につながりやすい時期や方法で受診勧奨を実施する。</li> </ul>

勸奨		<p>電話連絡の際には、過去の面談対象者や60歳代を中心に過去の健診結果等を踏まえ、保健指導を実施しながら、継続的な特定健診の受診を促す。</p> <p>◆ 磐周医師会等、関係機関の協力を得ながら、年1回の特定健診の受診を促す。</p>	
実施及び 実施後の 支援	実施形態	個別健診	集団健診
	実施場所	委託医療機関	さわやかアリーナ等
	時期・期間	6～10月頃	【総合検診】5～10月頃 【追加健診】1月頃
	データ取得	事業者健診等の健診結果について、市への提出を求め、関係機関に働きかけを行う。	
	結果提供	健診実施後、2か月以内に健診結果もしくは、面談通知を郵送する。なお、面談対象者には、面談時に健診結果を返却する。ただし、緊急度が高い場合については、優先的に健診結果を返却するとともに、医療機関への早期受診を促す。	
その他 (事業実施上の工夫・ 留意点・目標等)		<p>◆ 総合検診（特定健診とがん検診の同時実施）を実施する。</p> <p>◆ 自己負担金額を、年度末時点で節目年齢（40・45・50・55・60・65・70歳）の対象者は、無料とする。</p> <p>◆ 職場等で健康診断を受診した場合は、その健診結果の市への提出について、周知を図る。</p>	

【ストラクチャー（体制）】

庁内担当部署	<p>◆ 保険課及び保健予防課が中心となり、それぞれに担う役割を明確にして、事業に関する取組を実施する。</p> <p>◆ 庁内の各部署が連携を図り、健診結果やレセプト情報、医療費の状況などのデータ分析を行い、本市における健康課題や対応策の共有を図る。</p> <p>◆ 定期的に連絡会議などを開催し、各部署の進捗状況や今後の課題等を共有するとともに、解決に向けて協議する。</p>
保健医療関係団体	<p>【個別健診】 磐周医師会等に委託する。</p> <p>【集団健診】 厚生労働省令である「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしている機関に委託する。</p>

【目標を達成するための戦略】

主な戦略	取組内容
保健医療機関との連携	<p><b>継続</b> 医療機関の協力を得ながら、医療機関への定期受診者についても特定健診の受診を勧奨する。</p>
職域との連携	<p><b>新規</b> 全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）等と連携し、国保加入前の社会保険の段階から、特定健診の必要性の周知を図る。</p> <p><b>新規</b> 関係機関（袋井商工会議所、浅羽町商工会等）において、特定健診の周知への協力を依頼する。</p>
その他創意工夫する取組等	<p><b>新規</b> 被保険者の自己負担金の軽減を実施する。</p> <p><b>継続</b> 総合検診の受け入れ人数や実施回数を調整する等、被保険者が受診しやすい体制を整備する。</p> <p><b>継続</b> 国保新規加入手続き時の窓口等において、特定健診の受診を積極的に勧奨する。</p>

## 2 特定保健指導事業

※ 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	重点 	対応する目標	対応する健康課題
			目標 1・2・3	課題 2

事業の目的	対象者が健診結果を理解し身体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返るとともに、設定した生活習慣を改善する個人目標を実践できるよう支援し、生活習慣病に移行させないことを目的とする。
-------	---

事業の概要	国保被保険者を対象に、特定保健指導を実施する。																							
対象者	健診結果を下表のとおり階層化し、特定保健指導に該当する人 下表																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧</th> <th rowspan="2">喫煙歴</th> <th colspan="2">対象</th> </tr> <tr> <th>40～64 歳</th> <th>65～74 歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">腹囲が、 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上</td> <td>2 つ以上該当</td> <td>—</td> <td rowspan="2">積極的支援</td> <td rowspan="2">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td>1 つ該当</td> <td>あり なし</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">上記以外で、 BMI が、 25 以上</td> <td>3 つ該当</td> <td>—</td> <td rowspan="2">積極的支援</td> <td rowspan="3">動機付け支援</td> </tr> <tr> <td>2 つ該当</td> <td>あり なし</td> </tr> <tr> <td>1 つ該当</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>		追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	喫煙歴	対象		40～64 歳	65～74 歳	腹囲が、 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	2 つ以上該当	—	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 が、 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	—
					追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	喫煙歴	対象																	
		40～64 歳	65～74 歳																					
	腹囲が、 男性 85cm 以上 女性 90cm 以上	2 つ以上該当	—	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 が、 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	—																						

### 【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 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	メタボリックシンドローム 該当者の割合	割合の減少	17.5%	17.4%	17.3%
2	メタボリックシンドローム 予備群者の割合	割合の減少	10.5%	10.2%	10.0%
3	特定保健指導による特定保 健指導対象者の減少率	減少率の増加	22.0%	22.8%	23.5%

### 【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 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	特定保健指導実施率	実施率の向上	86.9%	90.0%	92.0%
	対象者数	—	495 人	470 人	465 人
	実施者数	—	430 人	423 人	428 人

※ 指標のうち、太字表記は、計画全体の目標での評価指標と共通の指標。

【プロセス（方法）】

周知		対象者に向けて、面談通知を送付する。
勧奨		通知送付後、2週間以内に連絡がない人に、電話等で勧奨する。
実施及び 実施後の 支援	初回面接	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 健診結果返却の際、初回面談を実施する。ただし、緊急度が高い場合については、優先的に健診結果を返却するとともに、医療機関への早期受診を促す。</li> <li>◆ 人間ドック等費用助成の委託医療機関にて、受診当日に初回面談を実施する。</li> </ul>
	実施場所	総合健康センター等
	実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 【動機付け支援対象者】 初回面談後、3か月後に電話等で評価を実施する。</li> <li>◆ 【積極的支援対象者】 初回面談後、電話や訪問等で継続支援し、3か月以上の継続支援後、評価を実施する。</li> <li>◆ 聞き取りシート等を活用し、対象者から確実な情報収集を行ったうえで、対象者自身が健康状態を理解し、生活改善の必要性を実感できるよう保健指導を実施する。</li> <li>◆ カロリー計算や食事モデルを使用した適正なエネルギー摂取や間食の頻度等、対象者の生活リズムや健康状態に合わせた食習慣の見直しを図り、継続支援する。</li> <li>◆ ウォーキング等の継続できる有酸素運動を紹介し、内臓脂肪の減少につなげる。</li> <li>◆ 対象者自身が、達成可能な個人目標を設定し、継続して実践することで、生活習慣や健診結果の改善につながるよう対象者の状況に合わせて支援する。</li> </ul>
	時期・期間	通年
	実施後のフォロー ー・継続支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 保健指導実施時に、既存の運動教室を紹介する等、生活習慣病予防に向けた継続的な取組が実践できるよう支援する。</li> <li>◆ 保健指導評価等の際に、健診受診の必要性を説明し、次年度以降も継続して健診受診するよう勧奨する。</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>◆ 面談につながらなかった人に対しては、訪問やオンライン面談で対応する等、実施方法を工夫する。</li> <li>◆ 日中電話がつながりにくい人に対しては、民間事業者の委託を活用する等、夕方や夜間等の時間帯に電話や訪問による支援を実施する。</li> <li>◆ 健診結果等に合わせて、生活習慣病に関する資料等を用いながら、視覚的に分かりやすい指導を実施する。</li> </ul>

【ストラクチャー（体制）】

<p>庁内担当部署</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 保健予防課が中心となり、事業を実施する。</li> <li>◆ 保健指導実施者のスキルアップのため、年1回以上研修を実施する。</li> <li>◆ 定期的に連絡会議等を開催し、保健指導の進捗状況や今後の課題を共有するとともに、課題解決に向けて協議する。</li> </ul>
<p>保健医療関係団体</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 医療機関への早期受診が必要な対象者が、適切な治療につながるよう、医療機関との連携体制を構築する。</li> <li>◆ 人間ドック等費用助成の委託医療機関にて、受診当日に初回面談を実施できるような体制を整える。</li> </ul>
<p>民間事業者</p>	<p>民間事業者に特定保健指導の一部を委託し、休日や夜間等の指導の受け入れ体制を整備する。</p>

【目標を達成するための戦略】

<p>主な戦略</p>	<p>取組内容</p>
<p>情報通信技術の活用</p>	<p><b>継続</b> 被保険者の利便性の向上を図るため、ICTを活用したオンライン面談や保健指導の受付体制等を整備し、実施する。</p>
<p>民間事業者への委託の活用</p>	<p><b>新規</b> 民間事業者への委託により、休日や夜間での特定保健指導が受けられるよう、指導の受け入れ体制を整備する。</p>
<p>保健医療機関との連携</p>	<p><b>新規</b> 人間ドック等費用助成の委託医療機関にて、受診当日に初回面談を実施する。</p>
<p>その他創意工夫する取組等</p>	<p><b>継続</b> 面談による保健指導をすることで相手の理解を深めながら生活改善に向けて促していく。</p> <p><b>継続</b> 達成可能な個人目標を設定し、継続して実践できるよう支援する。</p>



### 3 重症化予防事業

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

事業の目的	糖尿病や新規人工透析導入者の増加、脳血管疾患等の予防対策に取り組むため、個々の対象者の生活状況に応じた保健指導を実施し、生活習慣病の重症化予防を図る。
-------	---

事業の概要	特定保健指導以外の要指導者（下表のとおり）に対し、保健指導を実施する。
-------	-------------------------------------

#### 下表

番号	対象者	判定基準
1	糖尿病性腎症者	「HbA1c6.5%以上又は、空腹時血糖 126mg/dl以上」かつ「尿蛋白+以上又は、糸球体ろ過量が次のいずれかに該当 ① 50歳未満で eGFR60ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満、 ② 50歳以上70歳未満で eGFR50ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満、 ③ 70歳以上で eGFR40ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満」の人
2	高血圧症者	高血圧Ⅱ度以上の人
3	糖尿病未治療者	HbA1c6.5%以上又は、空腹時血糖 126mg/dl以上の人
4	糖尿病予備群者	HbA1c6.0～6.4%の人
5	腎機能低下者	尿蛋白2+以上の人又は、糸球体ろ過量：eGFR50ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満の人
6	要医療者	1～5以外に、要医療者と判断された人

#### 【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 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	平均自立期間	男性	期間の延伸	81.2歳	82.0歳	82.5歳
		女性		84.7歳	85.5歳	86.0歳
2	HbA1c8.0%以上の人の割合		割合の減少	1.50%	1.45%	1.40%

No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
3	HbA1c6.5%以上の人の割合	割合の減少	10.6%	10.2%	9.8%
4	L D L コレステロール 120mg/dl以上の該当者の割合	割合の減少	52.2%	51.0%	50.0%
5	高血圧症有病者の割合（高 血圧Ⅰ度以上、または服薬者）	割合の減少	49.2%	46.8%	45.0%
6	高血圧予備群者の割合（服 薬者を除く）	割合の減少	15.7%	14.5%	13.5%
7	要医療者で医療機関の受診 につながった人の割合	割合の増加	81.8%	83.5%	85.0%

### 【アウトプット指標】

No.	評価指標 (すべて指導実施率)	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
1	糖尿病性腎症者への保健指 導実施率	実施率の向上	86.9%	87.0%	87.0%
2	高血圧症者への保健指導実 施率(令和6年度から新規実施)	実施率の向上	—	65.0%	80.0%
3	糖尿病未治療者への保健指 導実施率	実施率の向上	93.2%	94.0%	95.0%
4	糖尿病予備群者への保健指 導実施率	実施率の向上	96.3%	96.7%	97.0%
5	腎機能低下者への保健指導 実施率	実施率の向上	95.4%	95.7%	96.0%
6	要医療者への保健指導実施 率	実施率の向上	82.8%	85.0%	87.0%

※ 指標のうち、太字表記は、計画全体の目標での評価指標と共通の指標。

### 【プロセス（方法）】

周知		対象者に向けて、勧奨通知を送付する。
勧奨		通知送付後、2週間以内に連絡がない人に対し、電話等で勧奨を実施する。
実施及び 実施後の 支援	利用申込	電話又は電子申請等で、受付を行う。
	実施内容	◆ 健診結果返却の際、面談等を実施する。ただし、緊急度が 高い場合については、優先的に健診結果を返却するとともに、

実施及び 実施後の 支援	実施内容	<p>医療機関への早期受診を促す。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 聞き取りシート等を活用し、対象者から確実な情報収集を行ったうえで、対象者自身が健康状態を理解し、生活改善の必要性を実感できるよう保健指導を実施する。</li> <li>◆ 未治療者に向けて、医療機関への受診勧奨を実施する。</li> <li>◆ 検査数値の改善又は現状維持につながるよう、糖の摂り方の啓発等、適切な食習慣を促すとともに、運動習慣の定着化等、継続して実践できるよう指導する。</li> <li>◆ 血圧手帳を配布するとともに、家庭での血圧の測定方法、塩分の摂り方等について指導し、生活習慣の見直しを図る。</li> <li>◆ 二次検査等（尿中微量アルブミン尿検査、頸動脈エコー検査<sup>23</sup>等）を積極的に活用し、対象者自身に健康状態を認識してもらえよう働きかける。</li> <li>◆ 対象者自身が、達成可能な個人目標を設定し、継続して実践することで、生活習慣や検査数値の改善又は現状維持につながるよう対象者の状況に合わせて支援する。</li> </ul>
	時期・期間	通年
	場所	総合健康センター等
	実施後の評価	医療機関の受診の有無や次年度健診結果の改善度、個人目標の達成度等により評価する。
	実施後のフォロー ー・継続支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 保健指導実施時に、既存の運動教室を紹介する等、生活習慣病予防に向けた継続的な取組が実践できるよう支援する。</li> <li>◆ 保健指導評価等の際に、健診受診の必要性を説明し、次年度以降も継続して健診受診していただくよう勧奨する。</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>◆ 面談につながらなかった人に対しては、訪問やオンライン面談で対応する等、実施方法を工夫する。</li> <li>◆ 健診結果等に合わせて、生活習慣病に関する資料等を用いて、視覚的に分かりやすい指導を実施する。</li> </ul>

#### 【ストラクチャー（体制）】

庁内担当部署	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 保健予防課が中心となり、事業を実施する。</li> <li>◆ 保健指導実施者のスキルアップのため、年1回以上研修を実施する。</li> <li>◆ 定期的に連絡会議等を実施し、保健指導の進捗状況や今後の課題を共有するとともに、課題解決に向けて協議する。</li> <li>◆ 関係機関と連携し、地域のイベント等で、家庭での血圧の測定方法や糖及び塩分の摂り方等について啓発を図る。</li> </ul>
--------	--

保健医療関係団体	「袋井市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等に基づき、医療機関と連携を図りながら、適切な医療につながる体制を整備する。
----------	---

【目標を達成するための戦略】

主な戦略	取組内容
情報通信技術の活用	<b>新規</b> 被保険者の利便性の向上を図るため、ICTを活用したオンライン面談や保健指導の受付体制等を整備する。
保健医療機関との連携	<b>継続</b> 二次検査等を積極的に勧奨し、対象者自身に健康状態を認識してもらうとともに、必要に応じて医療機関への受診につながるよう体制を構築する。
その他創意工夫する取組等	<p><b>新規</b> 高血圧Ⅱ度以上の高血圧症者に対する保健指導を実施し、未治療者へ医療機関への受診を促すとともに、家庭での血圧の測定方法や塩分の摂り方等の周知・啓発を図る。</p> <p><b>新規</b> 保健指導実施者のスキルアップのため、年1回以上研修を実施する。</p> <p><b>継続</b> 袋井市糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づき、適切な治療に結び付けるとともに、糖の摂り方等の啓発を図ることで、検査数値の改善又は現状維持を目指す。</p> <p><b>継続</b> 保健指導実施時に、健診受診の必要性を説明し、次年度以降も継続的に特定健診を受診するよう勧奨する。</p>

23「頸動脈エコー検査」 首の血管の様子を超音波を使って、画像で見ることができる検査。動脈硬化の有無や進行の程度がわかる。

## 4 その他事業

事業4	その他事業
-----	-------

※ 事業IVは、重点事業以外の事業であるため、簡易的な記載としている。

4-1	生活習慣病予防のための啓発事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標2・3	課題2・3・4

### 1 適切な食習慣の啓発

生活習慣の改善の中でも、食習慣は極めて重要であり、生活習慣病の予防及び改善につながる食習慣の定着が必要である。そのため、特定健診の受診結果等から将来の生活習慣病等を予測し、自ら食を選択できるよう、重症化リスクが高い人を中心に保健指導や栄養相談を実施し、健康状態等に合った適正な食事（量、栄養バランス、時間等）について指導を行うとともに、必要に応じて医療機関と連携を図りながら、改善を促していく。

### 2 日常的な運動習慣の定着のための啓発

適度な運動は、生活習慣病の重症化を予防する効果が期待できることから、日常生活に取り入れやすいウォーキングや「日常ながら運動」等について、保健指導や健康教育を通じて啓発していく。

また、生活習慣病予防のためには運動習慣を定着化させることが重要であることから、効果のある運動を継続して実践できるような啓発方法を検討していく。

### 3 歯周疾患の予防と改善のための啓発

むし歯や歯周病が進行すると咀嚼機能が低下し、その結果、メタボリックシンドロームや糖尿病等を重症化させる要因となる。そのため、健診結果の送付時に、歯周病に関する正しい知識の啓発を図るとともに、保健指導実施時に必要な被保険者に対し、歯科受診を勧奨していく。

また、歯周疾患検診の対象年齢を検討し、より多くの人に受診していただき、生活習慣病予防を図るとともに、かかりつけ歯科医の定着に努めていく。

### 4 アルコール摂取の影響についての啓発

過度な飲酒は、生活習慣病やアルコール依存症など、心身に影響を及ぼす恐れがある。そのため、摂取量が多い人には保健指導を通じて、正しいお酒との付き合い方について啓発を図るとともに、必要に応じてアルコール依存症の会等の関係機関による支援に結び付けていく。

### 5 禁煙に関する啓発

喫煙は、がんや呼吸器疾患、循環器疾患など、多くの生活習慣病の危険要因であるため、

健診結果の送付時に、喫煙者全員に禁煙に関する知識の普及啓発を図る等、たばこによる健康への影響について指導を行っていく。

また、必要に応じて関係機関と連携し、禁煙相談や禁煙外来の紹介等を実施していく。

4-2	重複・頻回受診者、重複服薬者指導事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標1・3	課題3・4

同一診療科で複数の医療機関を受診している人、1か月の受診回数が多い人、同一医薬品の処方が同月複数ある人を抽出し、レセプトで不必要な受診等がないか確認したうえで、電話、訪問、面談等により、医療機関等への適切な受診について、指導していく。

4-3	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標1・3	課題3・4

被保険者負担の軽減や医療費の適正化に資するものと考えられることから、後発医薬品の使用促進に向けた取組を行う。

- 1 磐周医師会、小笠袋井薬剤師会等への普及促進の協力依頼
- 2 保険課窓口等での、後発医薬品希望シール等の配布
- 3 後発医薬品の差額通知（ジェネリック医薬品に関するお知らせ）の送付

4-4	健康経営に関する取組との連携事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標2・3	課題3・4

従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践する健康経営に関する取組を、社会保険の保険者のデータヘルス計画に盛り込むこととされている。

協会けんぽ等の健康経営の取組と連携しながら、特定健診受診率向上を目的とし、国保加入前からの意識付けを図るとともに、国保加入直後の段階で健診結果が既に要医療域に達している人も多いため、国保加入前の段階から協会けんぽ等と連携し、保健指導事業の必要性を伝えることで、重症化予防に取り組んでいく。

4-5	人間ドック等費用助成事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標1・3	課題1・2

被保険者の健康の保持増進及び疾病の予防、早期発見、早期治療の推進を図るため、人間ドック、脳ドック、心臓ドックを受診する被保険者に対して、受診費用の一部を助成する。

4-6	医療費通知の送付事業	対応する目標	対応する健康課題
		目標1・3	課題3・4

国保事業の健全な運営に資するため、被保険者の健康に対する意識を深めることを目的として、医療費通知を年6回送付する。

4-7	地域包括ケアに係る取組（事業）	対応する目標	対応する健康課題
		目標3	課題4

高齢化の進行により、要支援・要介護認定者が増加し、介護給付費も増加している。生活習慣病において、介護が必要となった原因疾患で最も多いものが、「脳血管疾患」であり、若い世代から高齢期にかけての生活習慣病の発症予防及び重症化予防は、医療費及び介護給付費の両面から重要な対策となっている。

被保険者が生涯にわたり、健康に過ごせるように、高齢者の保健事業と介護予防の一体的取組の実施に係る事業の取組と連携し、生活習慣病の予防啓発や保健指導を実施していく。



## Ⅶ 計画の推進

※ 特定健康診査等実施計画を兼ねる項目

### 1 計画の公表・周知

策定した計画は、市ホームページでの公表等、被保険者や関係機関に広く周知する。

### 2 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する法律等関係法令によるものとする。

### 3 計画の評価・見直し

#### (1) 評価



計画に掲げた目標を達成するため、計画的かつ着実に事業が実施されているか、毎年度設定した評価指標に対する達成度を、評価、検証（庁内評価）（評価の観点、下表のとおり）を行い、中間年度の令和8年度の評価結果については、袋井市国民健康保険運営協議会にて審議する。

また、評価は自己評価だけでなく、第三者による客観的な意見を取り入れるため、県国保団体連合会に設置されている大学教授等の有識者で構成された保健事業支援・評価委員会から助言を受けるものとする。

#### 下表

アウトカム評価	実施される事業の成果の目標数値（アウトカム指標）を、達成できたか。
アウトプット評価	実施される事業の結果の目標数値（アウトプット指標）を、達成できたか。
プロセス評価	事業の方法や活動内容が、効果的かつ効率的だったか。
ストラクチャー評価	事業を実施するための仕組みや体制が、適切だったか。



#### (2) 見直し

この計画をより実効性の高いものとするためには、計画内容を実態に即したより効果的なものに見直す必要があることから、令和8年度の間接評価の結果、必要に応じて見直しを行う。

計画の見直しは、県国保団体連合会による保健事業支援・評価委員会の支援を受けながら、「袋井市国民健康保険保健事業実施計画及び袋井市国民健康保険特定健康診査等実施計画策定検討会」において検討し、袋井市国民健康保険運営協議会の審議を経て行う。

袋井市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び  
袋井市国民健康保険特定健康診査等実施計画

担 当 袋井市市民生活部保険課

住 所 〒437-8666 静岡県袋井市新屋一丁目1番地の1

電話番号 0538-44-3191

F A X 0538-43-6285

E-mail [hoken@city.fukuroi.shizuoka.jp](mailto:hoken@city.fukuroi.shizuoka.jp)