

1 計画の目的（計画冊子：P. 4）

（1）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。）

【根拠法令：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】

「袋井市国民健康保険保健事業実施計画」は、幅広い年代の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）の維持や向上が図られ、結果として、医療費適正
 化を目指すことを目的としている。

（2）袋井市国民健康保険特定健康診査等実施計画

【根拠法令：高齢者の医療の確保に関する法律】

「袋井市国民健康保険特定健康診査等実施計画」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¹（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導²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。

2 両計画を一体的に策定する理由（計画冊子：P. 6）

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に記載すべき事項は、
 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。

計画の範囲

データヘルス計画							
				特定健康診査等実施計画			
0～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～74

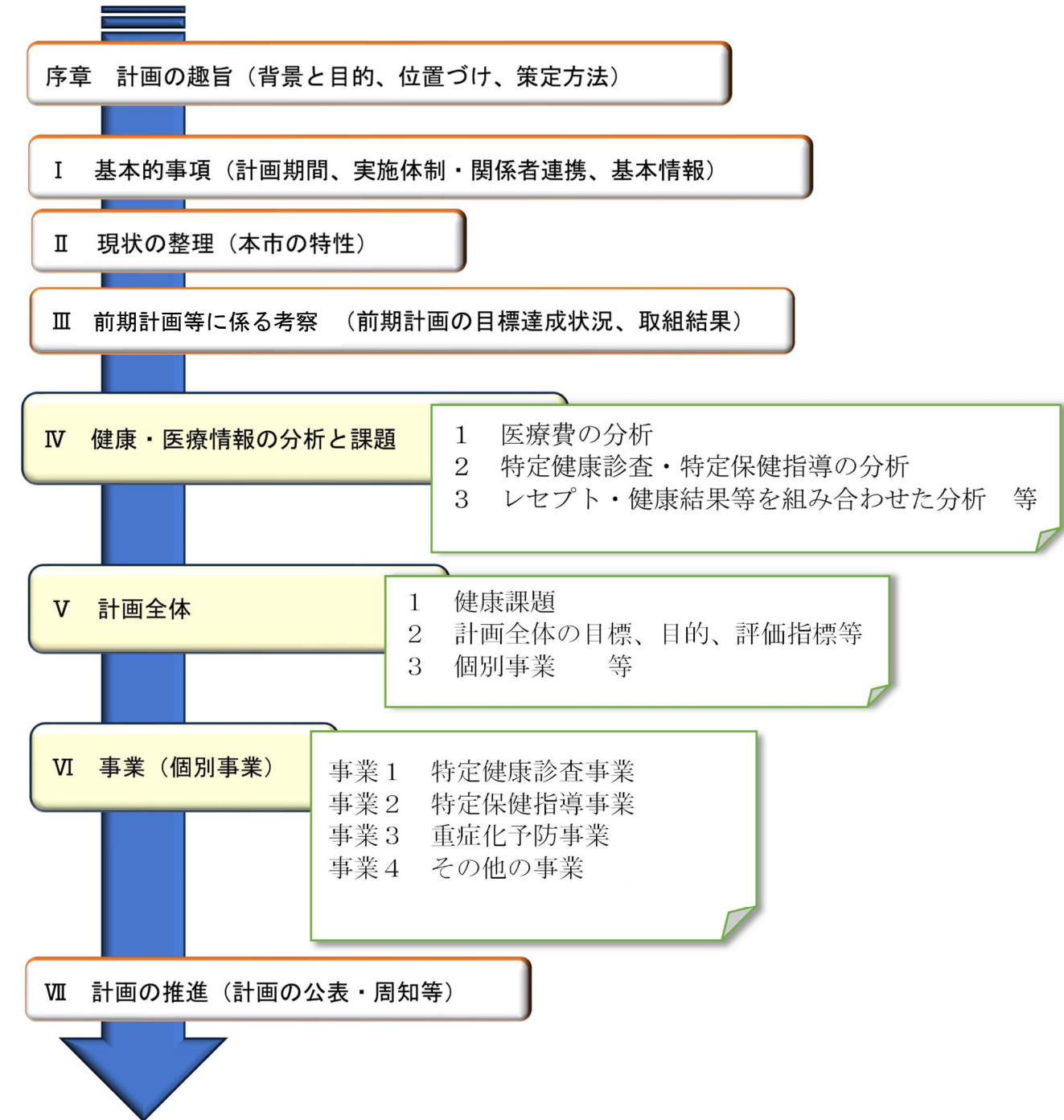
年齢階級

3 計画期間（計画冊子：P. 8）

令和6年度から令和11年度まで（令和8年度中間見直し）

4 計画の構成（計画冊子：P. 1～3）

本計画は、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）策定の手引き」及び
 「特定健康診査等基本方針」に基づき、次のとおりの構成とする。前期計画の評価や考察を踏ま
 え、現状での本市の健康・医療情報の分析から健康課題を抽出する。その健康課題を解決するた
 めの目標を掲げたうえで、その目標を達成するための各種事業を定め、生活習慣病予防による健康
 の保持増進を目指していく。



5 現状の整理

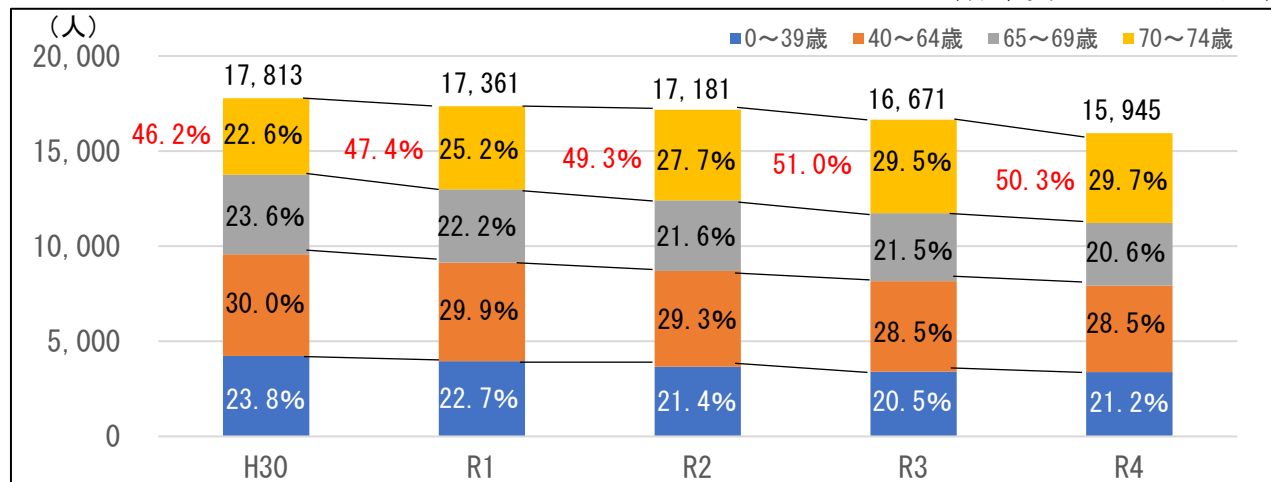
(1) 人口・被保険者（被保険者等に関する基本情報）（令和5年3月31日時点）
（計画冊子：P. 9）（単位：人、歳、%）

	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) 被保険者数等の推移（年齢別被保険者構成割合）（計画冊子：P. 10）

年齢階級別被保険者数の推移（各年度3月31日時点）



※ 赤字は、(65歳～74歳)が占める割合。資料：袋井市「市政報告書」

(3) 国保資格異動の状況（計画冊子：P. 10）

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」

6 前期計画に係る考察等

(1) 評価基準（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」）（計画冊子：P. 11）

区分	基準
S 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）。
A 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 現状維持	現状値が基準年とほぼ同値である。
C 低調	現状値が基準年の数値より下回っている。
D 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。

(2) データヘルス計画の目的を達成するための目標（計画冊子：P. 12～17）

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	C
結果	【低調】目標は未達成で、評価指標は悪化している。 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群） ³ （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。

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（P4表11）

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

- ◆ 目標値に達成しなかった要因として、該当者及び予備群者の分析結果から、日常的に運動に取り組んでいない人の割合が、増加していることが挙げられる。
- ◆ 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とともに、正しい食習慣等の啓発を図ることが重要である。

目標 II 糖尿病要医療者の減少

達成度	結果
C	【低調】目標は未達成で、評価指標は悪化している。 特定健診での糖尿病要医療者 ⁴ 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。


評価指標 特定健康診査での糖尿病要医療者の割合（P4表13）

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

- ◆ 令和4年度に糖尿病要医療者の割合が増加したのは、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。今後も特定健診の継続的な受診勧奨や保健指導を通じて、医療機関への定期受診や生活改善を促し、重症化予防に取り組んでいく。

目標Ⅲ 脂質異常症者の減少	
達成度	結果 【達成】令和4年度に、目標値を達成した。
S 	特定健診での脂質異常症者(LDLコレステロール ⁵ 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。


評価指標 特定健康診査での脂質異常症者の割合 (P4表12)

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

- ◆ 脂質異常症者の減少傾向の要因として、脂質異常症者に占める間食の習慣がある人の割合が、特に、減少していることが挙げられる。
なお、間食の習慣がある人の割合の減少は、特定保健指導を通じて、正しい食習慣等の啓発が、ひとつの要因として考えられる。

目標Ⅳ 新規人工透析導入者の減少	
達成度	結果 【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 	国保加入後5年以上で人工透析 ⁶ 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～平成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。

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数

第1期計画期間(H25～29)	第2期計画期間(H30～R4)	目標値
24人	23人	22人


資料：国保データベース(KDB)システム

※ 第2期計画は、本来は平成30年度から令和5年度までであるが、第1期計画期間は5年間、第2期計画期間は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

- ◆ 前期計画期間での新規導入者は、主に60歳以上の糖尿病に起因する人である。
- ◆ 今後、新たな導入を予防するためには、より積極的に特定健診の受診を勧奨し、継続的な保健指導につなげ、早期に生活習慣の改善や医療機関の定期受診等に結び付けていくことが重要である。

(3) 特定健康診査等実施計画の実施状況 (計画冊子：P.18・19)

取組Ⅰ 特定健康診査	
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 	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、目標値に達成していない。


評価指標 特定健康診査の実施率

H30	R1	R2	R3	R4	目標値
50.7%	50.8%	43.8%	42.1%	46.0%	60.0%

資料：法定報告

現状の考察

- ◆ 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。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症拡大により、総合検診(特定健診とがん検診の同時受診)を中止したこと等が影響していると考えられる。
- ◆ 新規国保加入者では、国保資格取得時での周知が不十分である等の理由から、受診率が10%程度に留まっている。

取組Ⅱ 特定保健指導	
達成度	結果 【達成】すでに目標を達成している。
S 	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。

評価指標 特定保健指導の終了率

H30	R1	R2	R3	R4	目標値
63.4%	69.6%	77.8%	81.1%	86.9%	76.0%

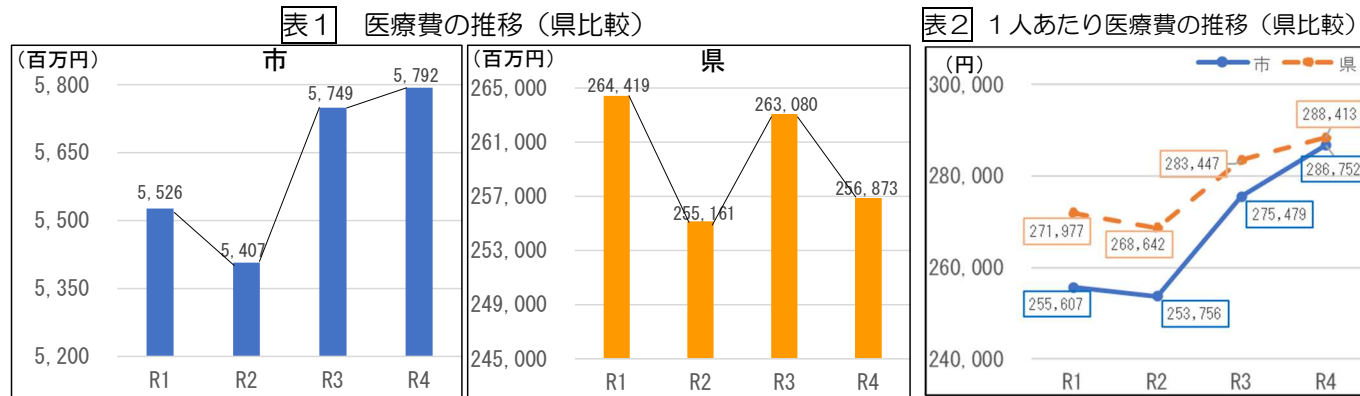
資料：法定報告

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、県内市町第1位となった。具体的な取組としては、日中の面談や訪問、電話連絡を基本とし、連絡が困難な対象者には、生活状況やニーズに合わせ、夕方や夜間等の時間帯に実施したことで、終了率向上につながったと考えられる。
- ◆ 対象者の約4分の1は、次年度の特定保健指導の対象者から外れることができおり、医療機関受診が必要とされる者の約6割は、医療機関の受診に結び付いている。

7 医療費及び特定健診・特定保健指導の分析におけるグラフ等 (計画冊子：P. 27～40)

(1) 医療費の分析



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拡大による受診控えからの反動により増加している一方で、県では令和4年度に減少に転じた。さらに、1人あたり医療費の増加傾向は、市が県平均より高い。

表3 令和4年度医療費疾病別割合

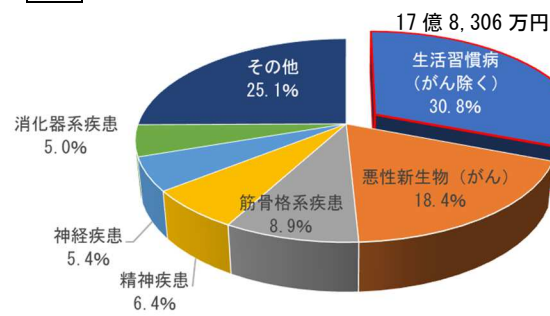


表5 令和4年度生活習慣病の医療費疾病別割合

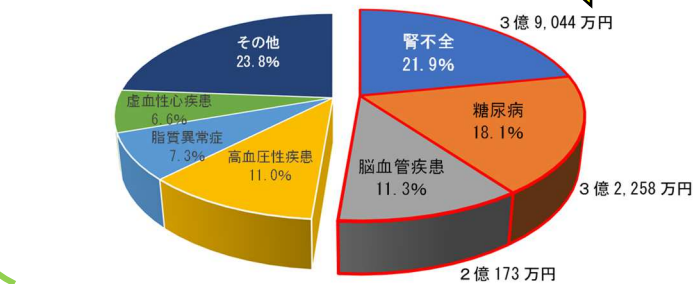
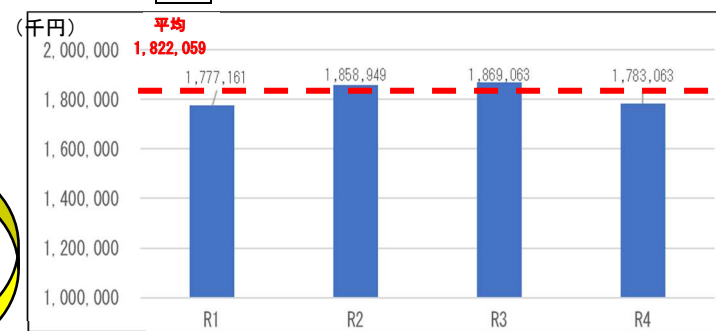


表4 生活習慣病の医療費の推移



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」の割合が高く、「脳血管疾患」に係る医療費は、3番目となっている。

【主な生活習慣病
腎不全、糖尿病、脳血管疾患、高血圧性疾患、
脂質異常症、虚血性心疾患 等】

表6 脳血管疾患の年齢階級別医療費の傾向

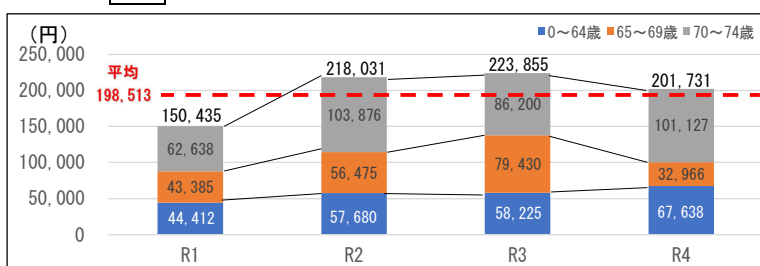


表8(参考) 要介護認定者における介護が必要となった主な原因(国全体)

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%

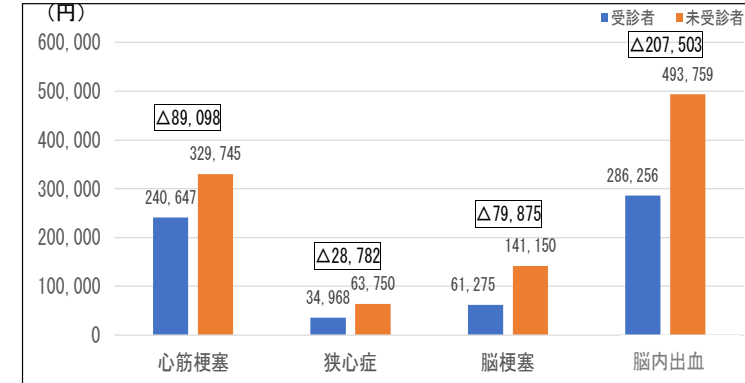
表7(参考) 本市の要介護度別の脳血管疾患有病率

	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%

「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(寝たきりで、日常生活全般に介助が必要)に多い傾向があり、生活の質に大きく影響を与えている。

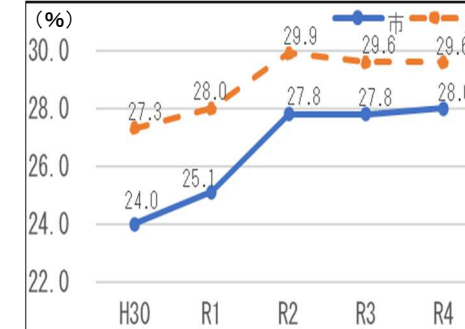
(3) レセプト・健診結果等を合わせた分析

表9 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人あたり医療費の比較



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。

表11 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(県比較)



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啓発を図っていく必要がある。

表13 糖尿病要医療者の割合の推移(県比較)

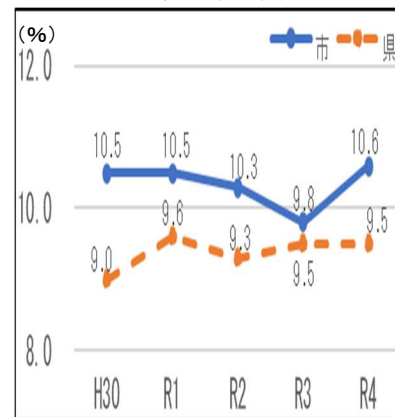
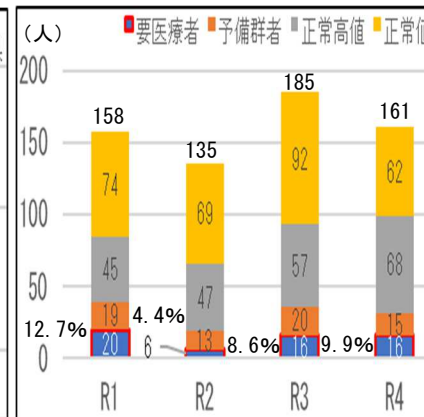


表14 新規国保加入の特定健診受診者の糖尿病の症状

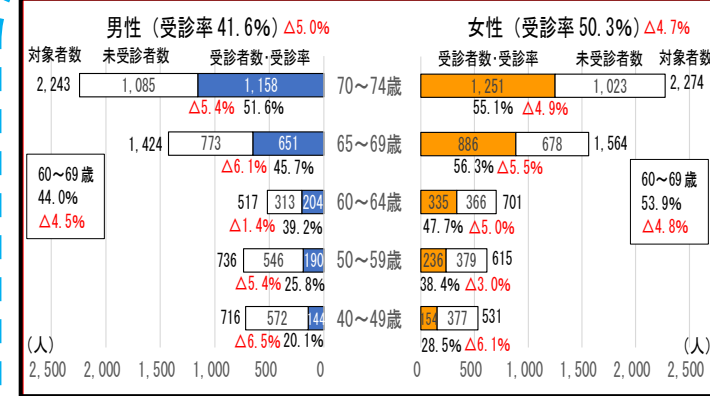


※ グラフの割合は、要医療者の割合。

糖尿病要医療者の割合は、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、加入時点ですでに要医療者であることから、重症化予防のために特定健診の受診を勧奨し、保健指導していく必要がある。

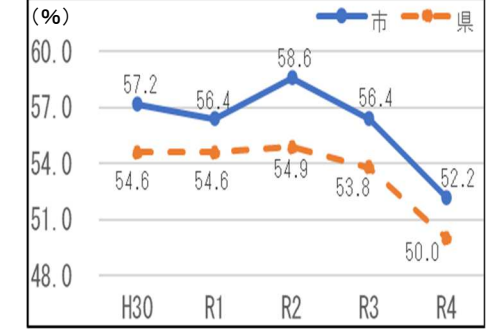
(2) 特定健診・特定保健指導の分析

表10 男女・年齢階級別の特定健診受診状況 令和4年度



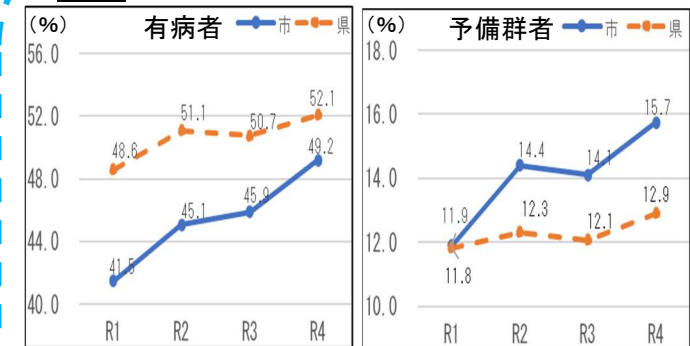
※ 赤字は、R4-R1の受診率の経年変化。
60歳代及び70歳代の男女ともに、令和元年度に比べ、受診率が5ポイント前後低下しており、この年齢階級の低下が、全体での低下に大きく影響を与えている。

表12 LDLコレステロール120mg/dℓの該当者の割合の推移(県比較)



脂質異常症者の割合は、依然として県平均を上回っており、動脈硬化⁷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等を促していく必要がある。

表15 高血圧症有病者及び予備群者の割合の推移




高血圧症有病者⁸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、特に、未治療者に対し、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⁹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、継続的に特定健診の受診を促すとともに、家庭での血圧の測定方法等の啓発を図っていく必要がある。

8 健康課題（計画冊子：P.42）

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	優先
課題1	特定健診受診率が低下している。	
特定健診の受診者と未受診者では、生活習慣病の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とから、特定健診の受診率向上を最優先課題とする。 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。		
課題2	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。	
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。 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。		
課題3	腎不全及び糖尿病の医療費が生活習慣病の中で最も高い。	
従来から、本市では、糖尿病対策に取り組んできたが、現状、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。 また、糖尿病要医療者の割合は、徐々に減少しているが、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。		
課題4	脳血管疾患の重症化予防への対策が必要である。	
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。 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。 このことから、平均自立期間 ¹⁰ 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。		

9 計画の概要

(1) 計画全体の目的（計画冊子：P.43）

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。

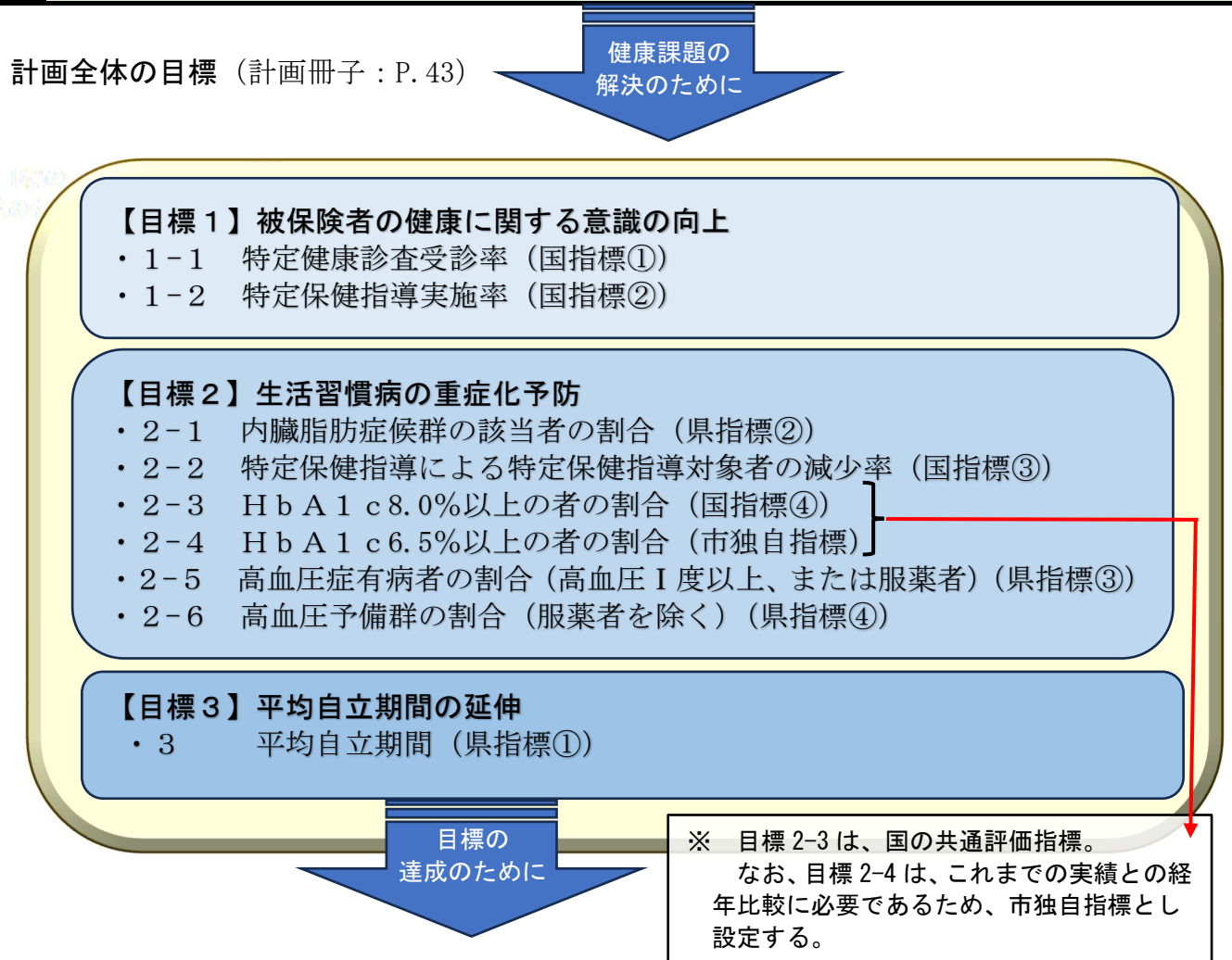
一方、生活習慣病は、本人には、明確な自覚症状がないまま、症状が悪化する危険性が高く、自らの生活習慣や健康への関心を持つことへの働きかけが効果的である。生活習慣病予防の第一歩として、「1年に1回の特定健診の受診」を促すことで、被保険者の生活の質の向上や健康寿命の延伸を目指していく。

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。

健康課題

課題1	特定健診受診率が低下している。
課題2	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。
課題3	腎不全及び糖尿病の医療費が生活習慣病の中で最も高い。
課題4	脳血管疾患の重症化予防への対策が必要である。

(2) 計画全体の目標（計画冊子：P.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 (計画冊子:P.44・45)

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。

	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)

事業1	特定健康診査事業		対応する目標
			目標 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】

40歳以上 75歳未満の被保険者を対象に、内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査を実施する。

【評価指標】

評価指標	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
特定健診受診率	46.0%	54.0%	60.0%
メタボリックシンドローム該当者の割合	17.5%	17.4%	17.3%
メタボリックシンドローム予備群者の割合	10.5%	10.2%	10.0%

【プロセス (方法)】

- ◆ 実施方法：個別健診（委託医療機関）及び集団健診（さわやかアリーナ等）
- ◆ 周知：対象者全員に受診票等の案内を送付、市ホームページやSNS等で周知 等
- ◆ 勧奨：未受診者の状況を分析のうえ勧奨、磐周医師会等との協力 等
- ◆ その他（事業実施上の工夫・留意点・目標等）
 - ・総合検診（特定健診とがん検診の同時実施）を実施する。
 - ・年度末時点で40・45・50・55・60・65・70歳の対象者は、自己負担金額を無料とする。
 - ・職場等で健康診断を受診した場合の健診結果の市への提出について、周知する。

【ストラクチャー (体制)】

- ◆ 保険課及び保健予防課が中心となり、事業に関する取組を実施する。
- ◆ 【個別健診】磐周医師会等に委託する。
- ◆ 【集団健診】厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する機関に委託する。

【目標を達成するための戦略】

- ◆ 実施体制の整備
 - ・総合検診の受け入れ人数や実施時期等を検討する。
 - ・自己負担金の軽減を実施する。
- ◆ 新規受診者の獲得
 - ・かかりつけ医への定期受診と併せて健診受診を勧奨する。
 - ・国保新規加入時の手続き時の窓口等にて、特定健診の受診を積極的に勧奨する。
 - ・全国健康保険協会等と連携し、国保加入前の社会保険の段階から、特定健診の周知を図る。
 - ・未受診者について分析し、受診行動につながりやすい時期や方法で、過去の健診結果を踏まえた保健指導を実施しながら、特定健診の受診を促す。

事業2	特定保健指導事業		対応する目標
			目標 1・2・3

【事業の目的】

対象者自身が身体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返るよう生活習慣の改善を支援することで、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】

特定健康診査の結果、特定保健指導に該当する人を対象に、生活習慣の見直しや改善に向けて保健指導を実施する。

【評価指標】

評価指標	計画策定時 実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
特定保健指導実施率	86.9%	90.0%	92.0%
メタボリックシンドローム該当者の割合	17.5%	17.4%	17.3%
メタボリックシンドローム予備群者の割合	10.5%	10.2%	10.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	22.0%	22.8%	23.5%

【プロセス (方法)】

- ◆ 実施方法
 - ・動機付け支援：初回面談を実施し、3か月後に電話等で評価を実施。
 - ・積極的支援：初回面談を実施し、電話や訪問等で3ヶ月以上の継続支援後、評価を実施。
- ◆ 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。
- ◆ 【ストラクチャー (体制)】
 - ◆ 保健予防課が中心となり、事業を実施する。
 - ◆ 民間事業者に特定保健指導の一部を委託し、休日や夜間等での指導を実施。
- ◆ 【目標を達成するための戦略】
 - ◆ 実施体制の整備
 - ・オンライン面談や民間事業者の委託等を活用し、対象者のニーズに応じて保健指導が受けられる体制を整える。
 - ・受診当日に初回面談が実施できるよう、人間ドック等費用助成の委託医療機関等と調整する。
 - ・ICTを活用した受付体制等、保健指導を利用しやすい体制を整える。
 - ・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。
 - ◆ 効果的な保健指導の実施
 - ・面談する中で、相手の理解を深めながら生活改善に向けて保健指導を行う。
 - ・様々な資料を用いながら、視覚的に分かりやすい保健指導を行う。
 - ・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。

事業3 重症化予防事業	重点 		対応する目標
			目標2・3

【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の予防を図る。

【事業の概要】

特定保健指導対象者以外で生活習慣病を発症する危険性が高く、医療機関への受診や生活習慣の見直しが必要と判断される人に対し、保健指導を実施する。

【評価指標】

評価指標	計画策定時実績 (R4)	中間目標値 (R8)	最終目標値 (R11)
糖尿病性腎症者への保健指導実施率	86.9%	87.0%	87.0%
高血圧症者への保健指導実施率(令和5年度から新規実施)	—	65.0%	80.0%
糖尿病未治療者への保健指導実施率	93.2%	94.0%	95.0%
糖尿病予備群者への保健指導実施率	96.3%	96.7%	97.0%
腎機能低下者への保健指導実施率	95.4%	95.7%	96.0%
要医療者への保健指導実施率	82.8%	85.0%	87.0%
平均自立期間(男性・女性)	男性	81.2歳	82.0歳
	女性	84.7歳	85.5歳
HbA1c8.0%以上の人の割合	1.50%	1.45%	1.40%
HbA1c6.5%以上の人の割合	10.6%	10.2%	9.8%
LDL コレステロール120mg/dl以上の該当者の割合	52.2%	51.0%	50.0%
高血圧症有病者の割合(高血圧Ⅰ度以上、又は服薬者)	49.2%	46.8%	45.0%
高血圧予備群者の割合(服薬者を除く)	15.7%	14.5%	13.5%
要医療者で医療機関の受診につながった人の割合	81.8%	83.5%	85.0%

【プロセス(方法)】

- ◆ 健診結果返却の際、面談等を実施する。
- ◆ 面談につながらなかった人には、訪問やオンライン面談等、実施方法を工夫する。

【ストラクチャー(体制)】

- ◆ 保健予防課が中心となり、事業を実施する。
- ◆ 関係機関と連携し、家庭での血圧の測定方法や糖及び塩分の摂り方等の啓発を図る。

【目標を達成するための戦略】

- ◆ **二次検査等の活用**
数値を見える化し、対象者自身に健康状態を認識してもらう。
- ◆ **高血圧対策の強化**
 - ・高血圧Ⅱ度(中等度)以上の人への保健指導を実施し、未治療者に受診勧奨を行う。
 - ・血圧手帳の配布や保健指導を通じて、家庭での血圧測定や塩分の摂り方等について啓発し、生活習慣の見直しを図る。
- ◆ **糖尿病における重症化予防**
 - ・袋井市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、未治療者への保健指導及び受診勧奨を行う。
 - ・二次検査等で自身の健康状態を把握し、食事の摂り方や運動習慣の定着に向けて見直しを図る。
- ◆ **医療機関との連携**
 - ・袋井市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、適切な医療につながるよう連携体制を整備する。
 - ・定期的に医療機関との連絡会等を継続的に実施し、連携を図る。

事業4 その他の事業	対応する目標
	目標1・2・3

【事業の目的】

「特定健診事業」、「特定保健指導事業」、「重症化予防事業」以外で、医療費の適正化等に向けた各種事項を実施する。

【事業の概要】

- ・生活習慣病予防のための啓発事業
- ・重複・頻回受診者、重複服薬者指導事業
- ・後発医薬品の使用促進事業
- ・健康経営に関する取組との関連事業
- ・人間ドック等費用助成事業、
- ・医療費通知送付事業
- ・地域包括ケアに係る取組(事業)

10 計画の評価・見直し(計画冊子：P. 61)

(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)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。

(2) 見直し

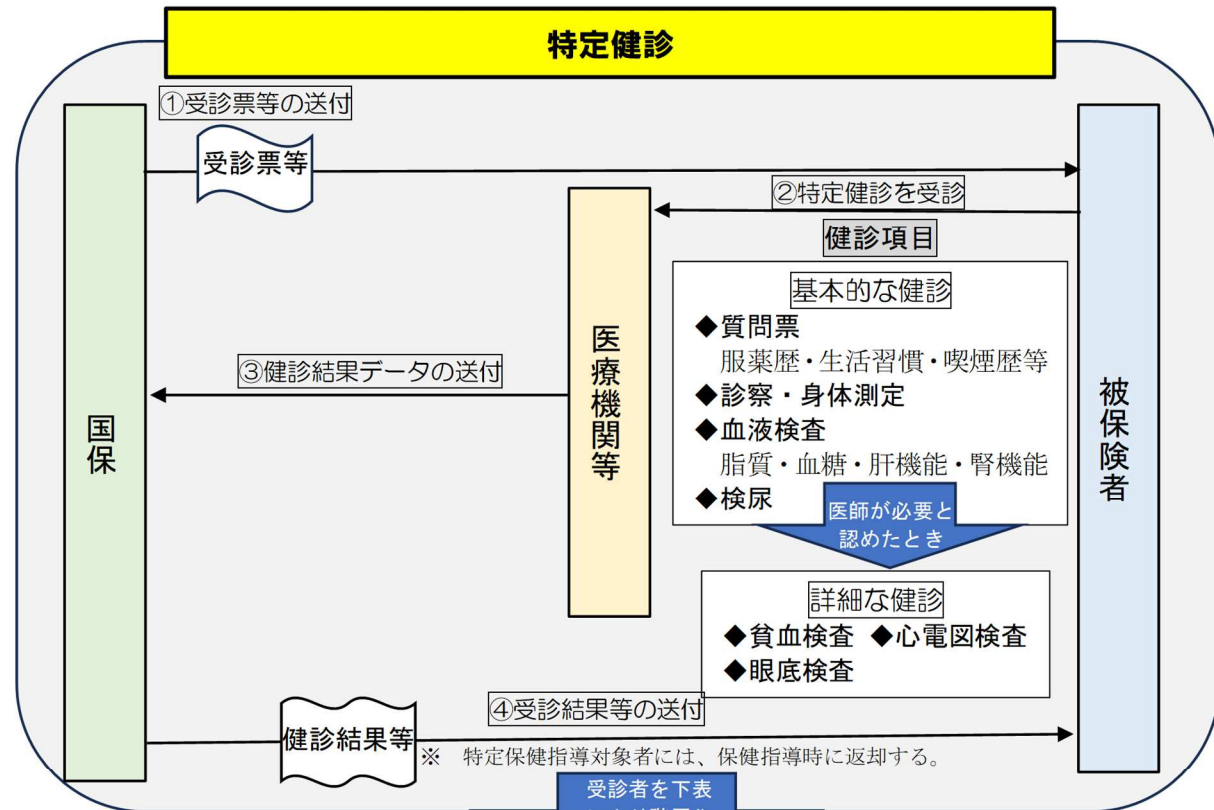
計画の見直しは、県国保団体連合会による保健事業支援・評価委員会の支援を受けながら、袋井市国民健康保険保健事業実施計画及び袋井市国民健康保険特定健康診査等実施計画策定検討会において検討し、袋井市国民健康保険運営協議会の審議を経て行う。

参考資料 用語集

1 「特定健康診査」 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



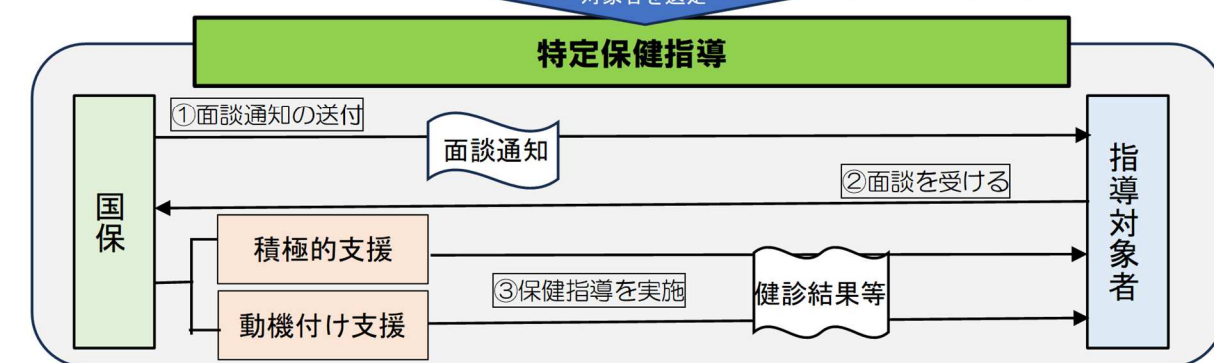
下表

	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	—		

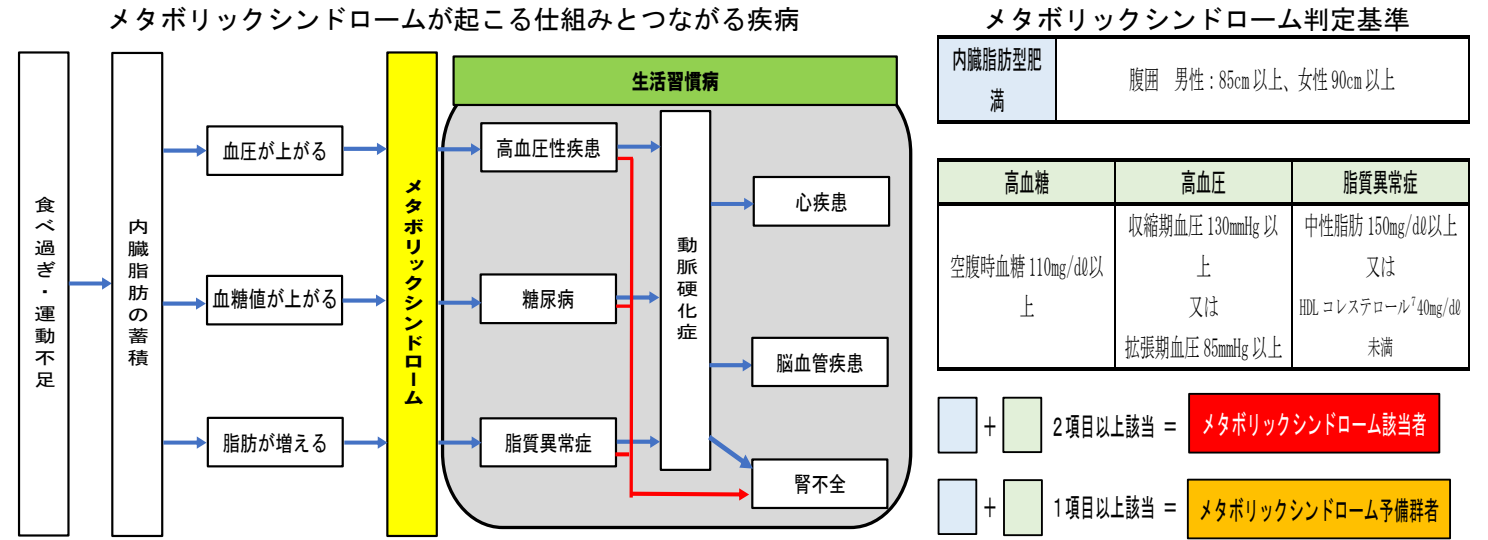
「積極的支援」 初回面接後、面接又は電話等により 3 か月間の継続支援し、その後には評価をする保健指導の手法。

「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。

「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。



3 「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。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筋梗塞や脳血管疾患を引き起こすリスクが高くなる。



4 「糖尿病要医療者」 過去 1～2 ヶ月の平均の「血糖のコントロールの状態」がわかる血液中の血糖値を測るヘモグロビン A 1 c (HbA1c) が 6.5% 以上の人をいう。5.5% 以下が正常値とされる。

5 「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全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化 (注 7 参照) を引き起こす。119mg/dl までが正常値とされている。

6 「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ことをいう。1 回 3～5 時間、週 3 回程度の時間を要する。

7 「動脈硬化」 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、弾力が失われた状態。血管内にドロドロの糊状物質 (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。

8 「高血圧有病者」 重症度により、3 つに分類された高血圧 I 度から III 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 の中等症の状態。
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。

9 「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。

10 「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。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だが、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。

