# 寝屋川市第３期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

# 寝屋川市第４期特定健康診査等実施計画

《令和６(2024)年度～令和 11(2029)年度》

# はじめに

我が国では少子高齢化が急速に進んでおり、本市においても人口に占める高齢者の割合が年々大きくなっています。また、近代化による食生活の偏りや運動不足などの生活習慣の変化に伴い、生活習慣病を発症する人が増えています。特に近年は、新型コロナウイルス感染症感染拡大を受け、多くの人々の生活習慣が大きく変化したため、健康に与える影響が懸念されます。

そのような中、本市におきましても、国民健康保険に加入している皆様の健康寿命の延伸・生活の質（ＱＯＬ）の維持および向上のために、また、国民健康保険制度を始め、今後も社会保障制度が維持可能なものとなるよう医療費の適正化を進めるためには、積極的に生活習慣病の発症予防や重症化予防の取組を進める必要があります。

本市では、医療・介護・健（検）診のデータを分析し、計画的かつきめ細かく各保健事業を推進できるよう、令和６年度から令和 11 年度までの６年間を計画期間とする「寝屋川市第３期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び寝屋川市第４期特定健康診査等実施計画」を策定いたしました。

生活習慣病の発症を防ぐには、日常生活においてバランスの取れた食事や適度な運動をするなど、発症する前のリスクに気づき、生活習慣を改善することが重要です。本計画に基づき、国民健康保険に加入している方々が健康に過ごせるよう、より一層保健事業に取り組んでまいります。

結びに、本計画の策定にあたり、貴重な御意見や御指導をいただきました国民健康保険運営協議会委員並びに関係各位の皆様方に、厚く御礼申し上げます。

令和６年３月

寝屋川市長　広 瀬　慶 輔

# 目　　次

はじめに

第１章　計画策定の背景 ..... 1
　１　事業の目的と背景 ..... 1
　２　本計画の基本的事項 ..... 2
　　⑴　本計画の位置づけ ..... 2
　　⑵　保健事業の実施体制 ..... 3
　３　保険者努力支援制度 ..... 4

第２章　寝屋川市第３期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画） ..... 5
　１　保険者の現状（国保被保険者を取り巻く地理的・社会的背景） ..... 5
　　⑴　保険者の周辺環境 ..... 5
　　　ア　地理的・社会的背景の特徴 ..... 5
　　　イ　医療アクセスの特徴 ..... 6
　　⑵　人口・国保被保険者の状況 ..... 7
　　⑶　平均寿命・健康寿命（要介護１以下） ..... 9
　　⑷　標準化死亡比（ＳＭＲ） ..... 10
　　⑸　要介護認定状況 ..... 11
　２　医療費分析 ..... 12
　　⑴　費用区分別医療費 ..... 12
　　⑵　医療費順位の主要疾患別医療費 ..... 13
　　⑶　高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症にかかる医療費 ..... 14
　　⑷　年齢階級別 虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析にかかる医療費 ..... 15
　　⑸　高額レセプトの状況 ..... 17
　　⑹　がんにかかる医療費 ..... 19
　　⑺　肺炎・骨折にかかる医療費 ..... 21
　　⑻　後発医薬品の使用割合の状況 ..... 22
　　⑼　がん検診等実施状況 ..... 23
　　⑽　骨粗しょう症検診実施状況 ..... 23
　　⑾　成人歯科健康診査実施状況 ..... 23

第３章　保健事業の現状 ..... 24
　１　特定健康診査 ..... 24
　　⑴　実施状況 ..... 24
　　⑵　特定健康診査の結果 ..... 30
　　　ア　健診結果の有所見率 ..... 30
　　　イ　心電図有所見の内訳 ..... 32
　　　ウ　喫煙率の結果 ..... 33
　　　エ　咀嚼機能と嚥下機能の状況 ..... 33
　２　特定保健指導 ..... 34
　　⑴　実施状況 ..... 35

３　生活習慣病にかかる重症化予防 ..... 39
⑴　実施状況 ..... 39
ア　高血圧 ..... 41
イ　高血糖（HbA1c） ..... 43
ウ　脂質異常 ..... 44
エ　慢性腎臓病 ..... 45
４　健康課題の整理 ..... 49
５　各保健事業の実施状況と最終評価 ..... 50
⑴　特定健康診査 ..... 51
⑵　特定保健指導 ..... 55
⑶　重症化予防対策 ..... 57
⑷　ポピュレーションアプローチ ..... 64
⑸　がん検診 ..... 65
⑹　成人歯科健康診査 ..... 67
⑺　健康インセンティブ ..... 68
⑻　後発医薬品の普及 ..... 69

第４章　今後の保健事業の展開 ..... 70
１　保健事業計画 ..... 70
⑴　特定健康診査 ..... 71
⑵　特定保健指導 ..... 75
⑶　重症化予防対策 ..... 77
⑷　ポピュレーションアプローチ ..... 81
⑸　がん検診 ..... 82
⑹　成人歯科健康診査 ..... 84
⑺　健康インセンティブ ..... 85
⑻　後発医薬品の普及 ..... 86
２　年間・月次計画 ..... 87
３　計画の評価方法 ..... 88
⑴　「国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び特定健康診査等実施計画」の評価方法 ..... 88
⑵　計画の見直し ..... 89
４　個人情報の取扱い ..... 89
５　地域包括ケアにかかる取組 ..... 90
６　事業運営上の留意事項 ..... 90

第５章　参考資料 ..... 91
１　用語集 ..... 91
２　資料集 ..... 94
⑴　血糖コントロールの目標 ..... 94
⑵　高齢者における血糖コントロールの目標 ..... 94
⑶　分析・調査に使用した各種データ ..... 94
⑷　分析に使用した各種データの集計方法 ..... 95

囲み箇所…「高齢者の医療の確保に関する法律」に定める特定健康診査等実施計画とします。

# 第１章　計画策定の背景

## １　事業の目的と背景

わが国では、高齢化の急速な進展にともない、疾患全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加しています。本市においても同様の懸念から、引き続き生活習慣病の発症予防や重症化予防の取組を進め、健康寿命の延伸・生活の質（ＱＯＬ）の維持および向上を図ることで、医療費の適正化につなげていく必要があります。

平成25年度に閣議決定された「日本再興戦略」において、レセプト等の健康および医療データの分析と国保被保険者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」を推進し、翌年度の平成26 年度には「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」において、保険者（市町村）は、健康および医療データを活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（＝データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施、評価および改善等を行うものとされました。このように、すべての医療保険者（市町村）にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組や評価指標の設定の推進が取り組まれています。

その後、平成30年４月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和２年７月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020)」において、保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和４年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。

こうした国の見直しに基づき、本計画は、それぞれの計画の目標値や事業の評価を踏まえて、さらに実効性のある計画にするため、「寝屋川市第３期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）および寝屋川市第４期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

# ２　本計画の基本的事項

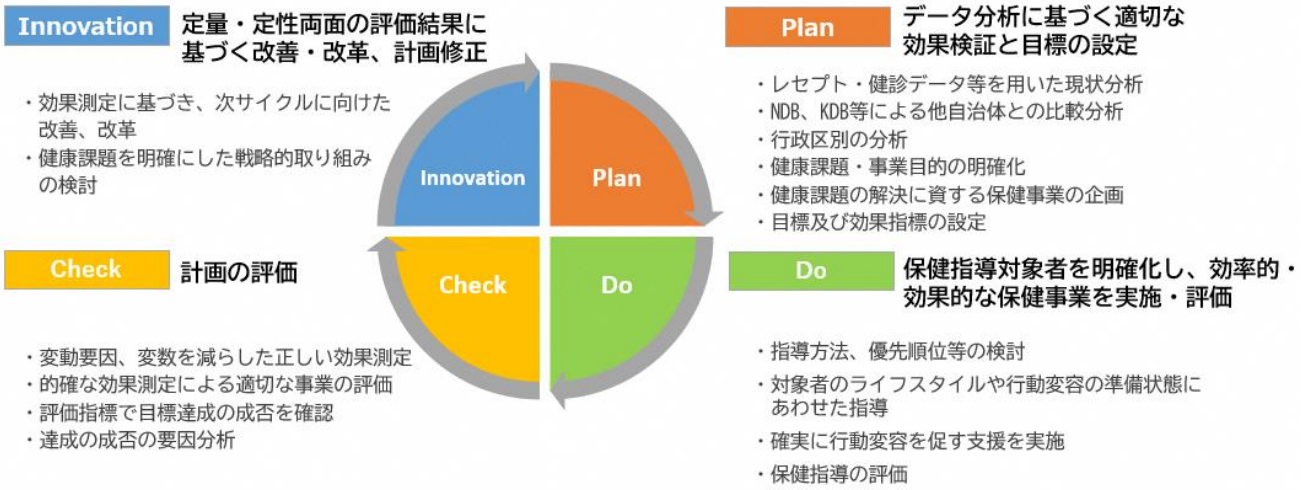
## ⑴　本計画の位置づけ

本計画は、保険者（市町村）が効果的かつ効率的な保健事業を実施するために、国民健康保険（以下「国保」といいます。）被保険者のレセプト（診療報酬明細）や、特定健康診査・特定保健指導の記録データなどの健康・医療情報を分析し、その分析結果と紐づけながら、ＰＤＣＩサイクルに沿って運用します （図表 1-1）。

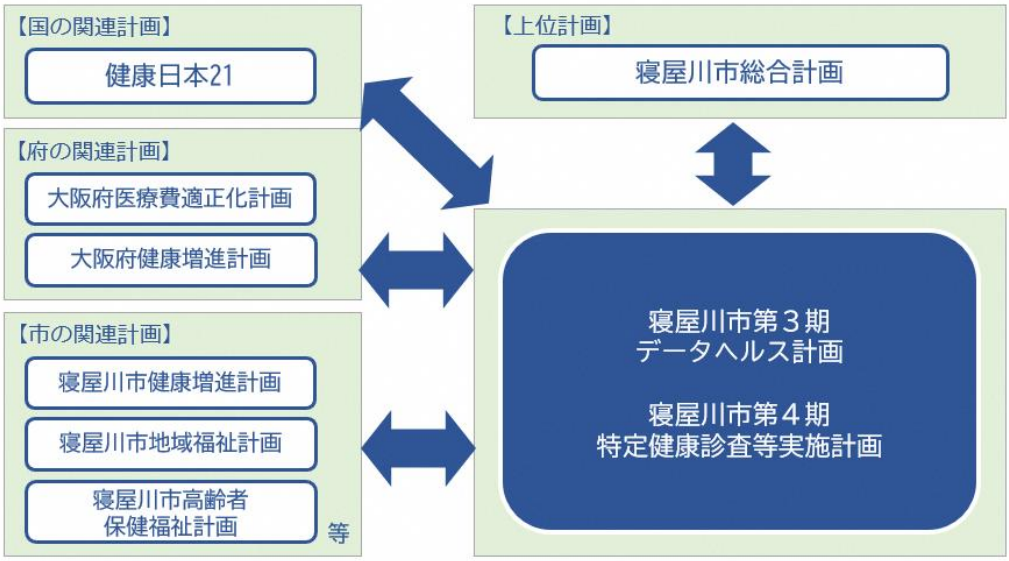
また、本計画の策定にあたっては、国の「健康日本 21」や大阪府の「医療費適正化計画」、「健康増進計画」などの内容を踏まえるとともに、市の総合計画を上位計画として、その他の関連計画と調和を図りながら、令和６(2024)年度から令和 11(2029)年度までの６年間を計画期間として策定します（図表 1-2、1-3）。

※ 国の指針では ＰＤＣＡサイクル（Plan･Do･Check･Act）としていますが、本市では総合計画等の各種施策においてＰＤＣＩ（Plan･Do･Check･Innovation）とし、改善をより明確にするために Innovation（改善・改革）を用いています。

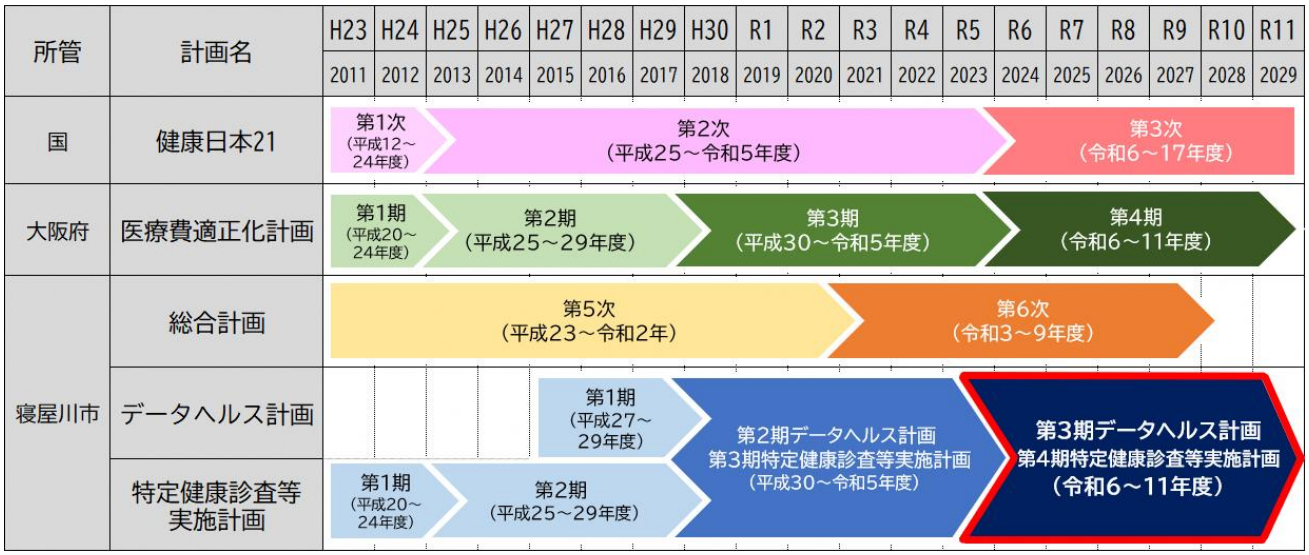
図表 1-1　本市のＰＤＣＩサイクル




図表 1-2　本計画と関連計画の位置づけ



図表 1-3　計画期間




## ⑵　保健事業の実施体制

本計画に掲載している各保健事業は、関係部局と連携および情報共有を図りながら、本市の「寝屋川市国民健康保険運営協議会」や、大阪府国民健康保険団体連合会が主催する「保健事業支援・評価委員会」などの外部の有識者が委員を務める第三者委員会で、定期的に進捗状況を報告し、事業の検討・評価を行います。

また、各保健事業の実施にあたっては、各種連携協定を締結している寝屋川市医師会、寝屋川市歯科医師会、寝屋川市薬剤師会と関西医科大学香里病院および大阪大学などの関係機関と連携し、効果的かつ効率的に推進してまいります。

## ３　保険者努力支援制度

保険者努力支援制度は、国保の保険者（市町村）が、国保被保険者の健康づくりや生活習慣病の重症化予防などの取組を行うことにより、国がその取組状況や実績を点数化して評価し、獲得した点数によって保険者へ交付金を交付することで、医療費の適正化に向けた取組を支援する制度のことです。

評価指標を踏まえながら国保事業を実施することにより、医療費の適正化を図るとともに、各事業にかかる財源を確保することで、今後においても国保にかかる財政の安定的な運営に努めることができます。

令和４(2022)年度時点の保険者努力支援制度の評価指標と、本市の獲得点数は以下のとおりです。

図表 1-4　保険者努力支援制度　〔令和４年(2022)年度〕

【寝屋川市　　551 点／960 点中】

| 評価指標 | 配点 | 寝屋川市 |
|---|---|---|
| 特定健康診査受診率 | 190 | 100 |
| 特定保健指導実施率 | | |
| メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 | | |
| がん検診受診率・歯科健診受診率 | 70 | 25 |
| 生活習慣病の発症予防・糖尿病等の重症化予防・<br>特定健診受診率向上の取組み状況 | 120 | 120 |
| 個人インセンティブ・分かりやすい情報提供 | 60 | 40 |
| 重複・多剤投与者に対する取組の実施状況 | 50 | 50 |
| 後発医薬品の促進の取組・使用割合 | 130 | 5 |
| 保険料（税）収納率 | 100 | 10 |
| データヘルス計画の実施状況 | 30 | 30 |
| 医療費通知の取組の実施状況 | 20 | 20 |
| 地域包括ケア推進・一体的実施の取組状況 | 40 | 35 |
| 第三者求償の取組の実施状況 | 50 | 31 |
| 適切かつ健全な事業運営の実施状況 | 100 | 85 |

# 第２章　寝屋川市第３期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

## １　保険者の現状（国保被保険者を取り巻く地理的・社会的背景）

### ⑴　保険者の周辺環境

#### ア　地理的・社会的背景の特徴

寝屋川市は、大阪府の東北部、淀川左岸（上流から下流を見て左側）に位置し、大阪市域の中心から 15 キロメートル、京都市域の中心から 35 キロメートルの距離にあります。

本市は、高度経済成長期に、急激な人口増加を背景に大阪都心のベッドタウンとして発展してきました。加えて、同時期に住宅地の開発が進められ、公共建築物や道路・上下水道などのインフラ資産の整備が進められました。

しかし現在は、平成７(1995)年度をピークに人口は減少傾向に転じ、人口増加時期に転入した市民はシルバー世代を迎え、少子高齢化が進行している状況です。

産業面においては、農業規模は減少傾向にあるものの、中小企業によるものづくりや小売業を中心とした商業が盛んで、商業施設は主に京阪寝屋川市駅前や香里園駅周辺、主要幹線道路沿いなどに立地しています。

また、交通面においては、京阪電気鉄道京阪本線が市の中心部を、ＪＲ片町線（学研都市線）が市の東部を走り、路線バスは京阪バスが運行をしています。

平成 31(2019)年度に中核市へ移行し、行政機能の拡充を行うとともに、将来にわたって持続可能なまちづくりを行い、本市に住みたい、住み続けたいと感じてもらえる「選ばれるまちづくり」を推進しています。

図表 2-1　寝屋川市の位置

## イ　医療アクセスの特徴

本市の医療体制は、全国や大阪府と比較すると病院数は全国より少なく、病床数および一般診療所数、歯科診療所数においては、全国と大阪府よりも少ない状況です(図表 2-2)。

しかし、各地域の診療所数には若干偏りがあるものの、市内４駅周辺には大学病院をはじめとした病院が複数あり、きめ細かく必要な医療サービスを受けることができます。

また、本市は寝屋川市医師会等の関係機関を通じて、行政と病院・診療所との連携を強化するなど、良質な地域医療サービスの充実および地域福祉の向上を図っています。

図表 2-2　医療提供体制等の比較〔令和３年(2021)10 月１日現在〕

| | 寝屋川市 | | 大阪府 | 全国 |
|---|---|---|---|---|
| | 実数 | 人口 10 万対 | 人口 10 万対 | 人口 10 万対 |
| 病院数 | 14 施設 | 6.1 施設 | 5.8 施設 | 6.5 施設 |
| 病床数 | 1,869 床 | 815.5 床 | 1,182.6 床 | 1262.0 床 |
| 一般診療所数 | 179 施設 | 78.1 施設 | 98.6 施設 | 83.1 施設 |
| 歯科診療所数 | 119 施設 | 51.9 施設 | 61.8 施設 | 54.1 施設 |

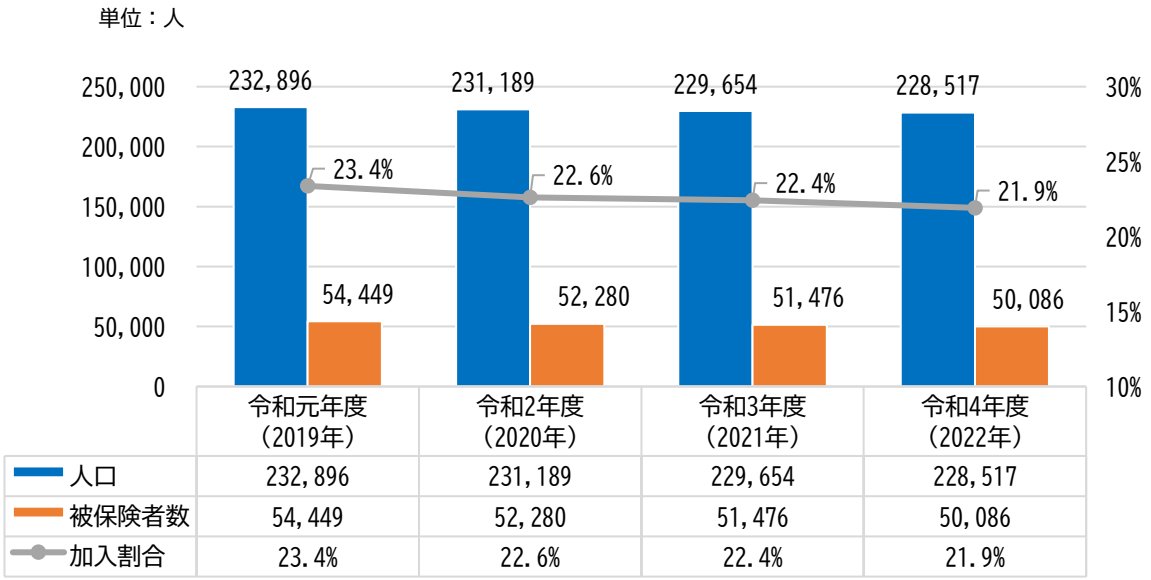
資料：e-Stat「令和 3 年医療施設（動態）調査」

## ⑵　人口・国保被保険者の状況

本市の人口は令和４(2022)年４月１日現在で 228,517 人です。そのうち国保被保険者数は 50,086 人で人口に占める割合（国保加入率）は 21.9%です(図表 2-3)。人口の年齢構造をピラミッドに表すと、高年齢層の増加や出生数の減少が特徴的であり、国保被保険者においても同様の傾向がみられます(図表 2-4)。

また、本市の人口に占める高齢化率は令和２(2020)年度時点で 29.9%を占め、徐々に割合が増えています(図表 2-5)。さらに国保被保険者の高齢者化率も 42.5%を占めており、人口と同様に増え続けています　(図表 2-6)。

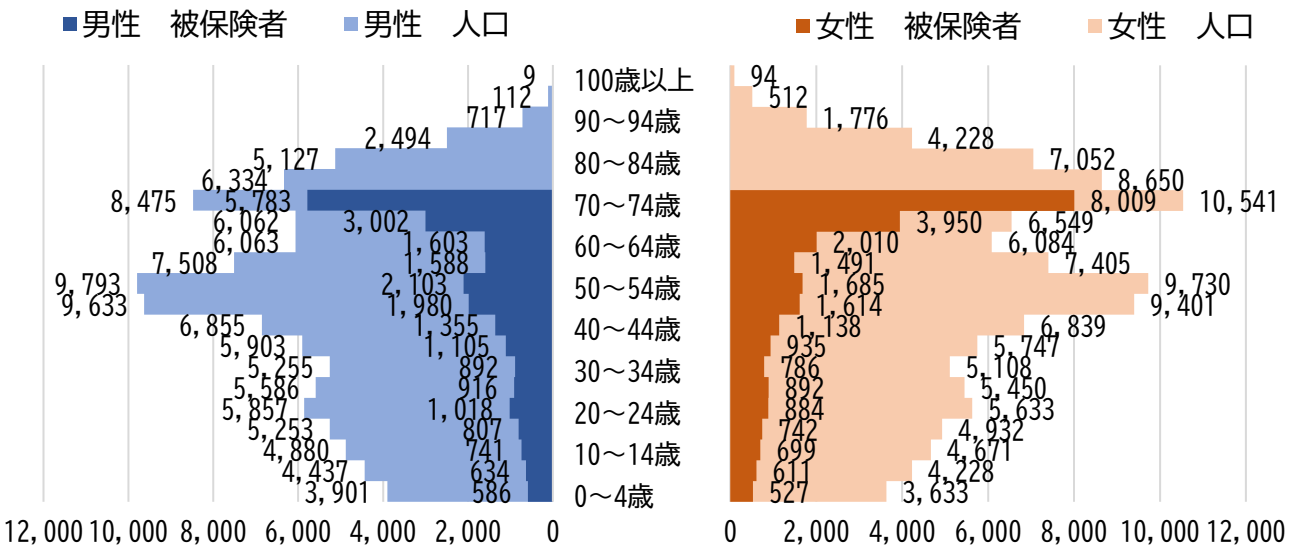
図表 2-3　人口・国保被保険者数・加入割合




| | 令和元年度（2019年） | 令和2年度（2020年） | 令和3年度（2021年） | 令和4年度（2022年） |
|---|---|---|---|---|
| 人口 | 232,896 | 231,189 | 229,654 | 228,517 |
| 被保険者数 | 54,449 | 52,280 | 51,476 | 50,086 |
| 加入割合 | 23.4% | 22.6% | 22.4% | 21.9% |

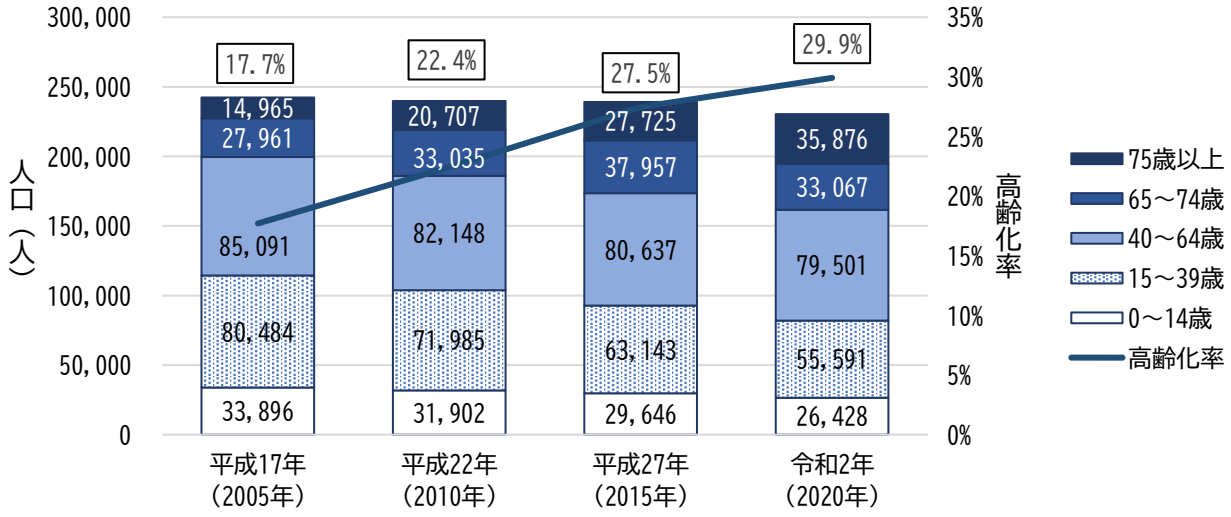
出典：ＫＤＢシステム「人口および被保険者の状況」

図表 2-4　性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布〔令和４(2022)年４月１日現在〕



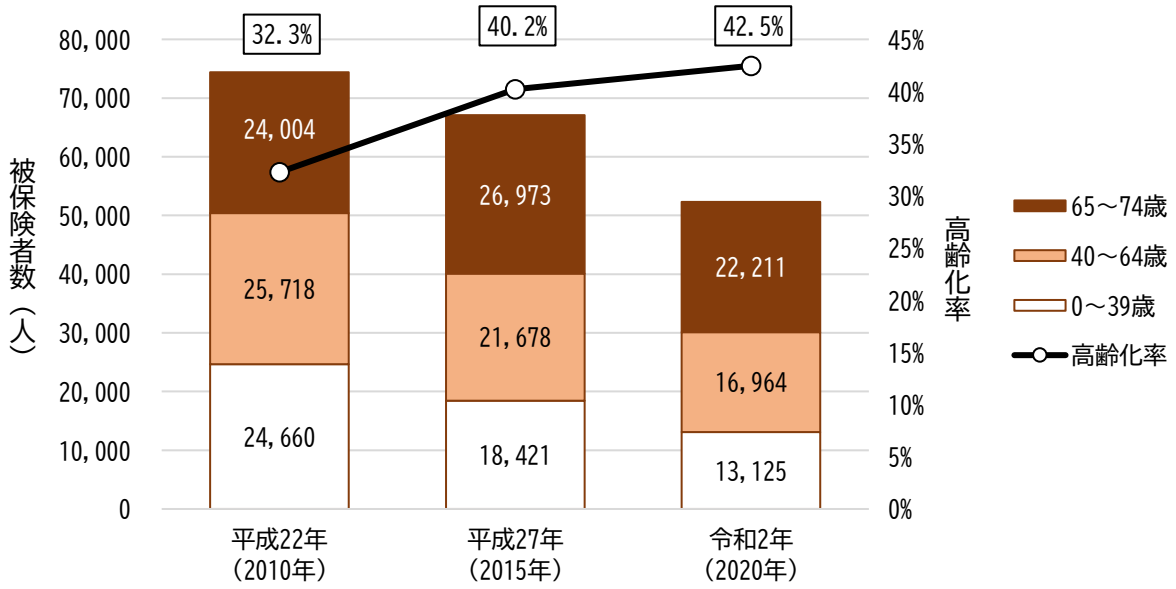

出典：e-Stat【総計】市区町村別年齢階級別人口、ＫＤＢシステム「人口および被保険者の構成」

図表 2-5　市民の年齢階級別の人口および 65 歳以上の高齢化率の推移




出典：e-Stat【総計】市区町村別年齢階級別人口

図表 2-6　国保被保険者における年齢階級別分布および、高齢化率の推移




出典：大阪府国民健康保険事業状況

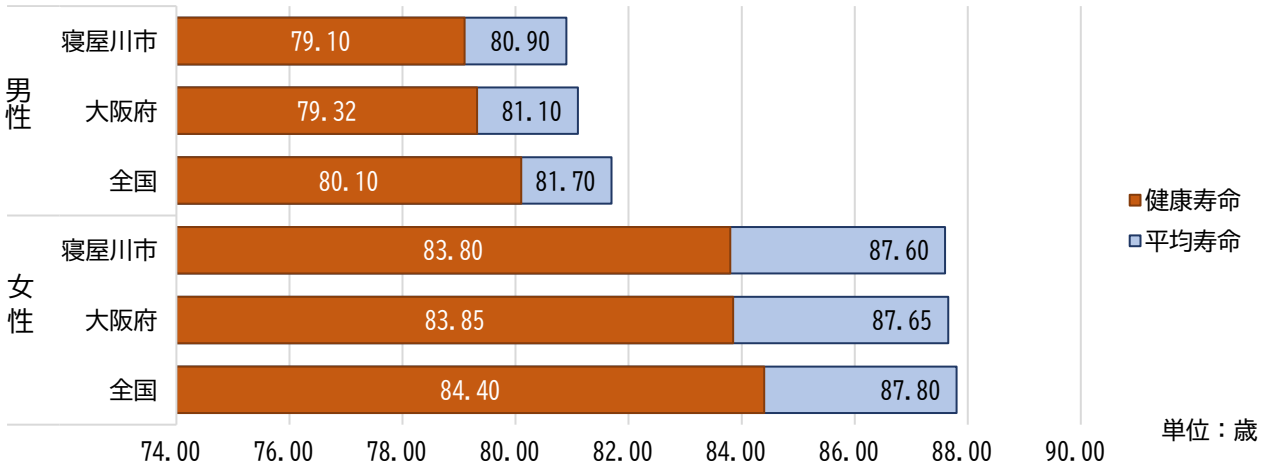
## ⑶　平均寿命・健康寿命（要介護１以下）

「平均寿命」とは０歳における平均余命のことをいい、「健康寿命」とは健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間を指し、要介護１以下の状態をいいます。また、平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を指しています。

本市の平均寿命と健康寿命は、男女ともに大阪府と比較するとほぼ同じ長さですが、全国と比較するとやや短くなっています(図表２－７)。

高齢化が急速に進むなか、一人ひとりの生活の質（ＱＯＬ）を維持および向上させ、社会保障制度を維持可能にするためにも、健康寿命の延伸を目指すとともに平均寿命との差の縮小を図る必要があります。

図表 2-7　性別平均寿命および健康寿命の比較〔令和２(2020)年度〕



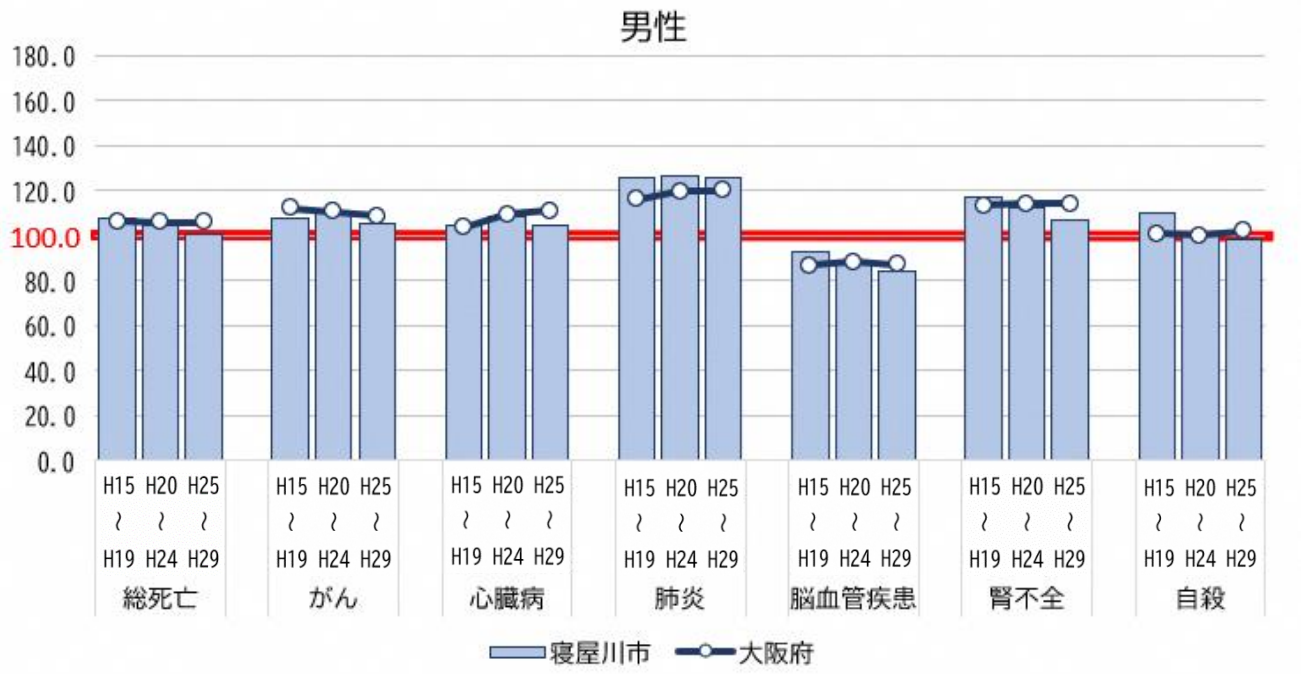

出典：大阪府提供資料

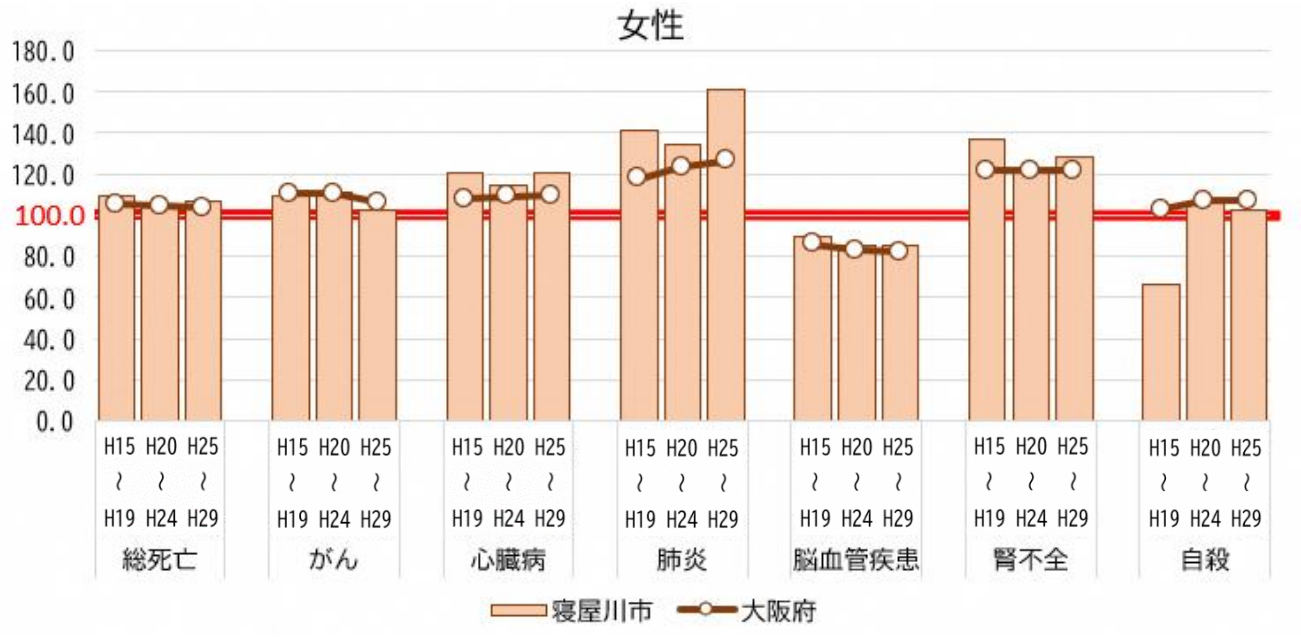
## ⑷　標準化死亡比（ＳＭＲ）

「標準化死亡比（ＳＭＲ）」とは、基準となる集団（全国）と比べて、地域（本市）における各疾病の死亡率がどの程度高いかを示す指標であり、標準化死亡比が基準値(100)より大きい場合は、その疾病の死亡率が高く、基準値より小さい場合は、その疾病の死亡率が低いということを意味します。

本市の標準化死亡比（総死亡比）は、平成 15(2003)年から平成 29(2017)年にかけて男女ともに徐々に下がっています。疾患別にみると、男女ともに「脳血管疾患」の死亡比が低い一方で、「肺炎」と「腎不全」は高い推移を続けています。また女性においては「心臓病」が依然として高い状態が続いています(図表 2-8)。

図表 2-8　性別主要疾病標準化死亡比（全国 100 に対する年齢を考慮した死亡率の比）の推移



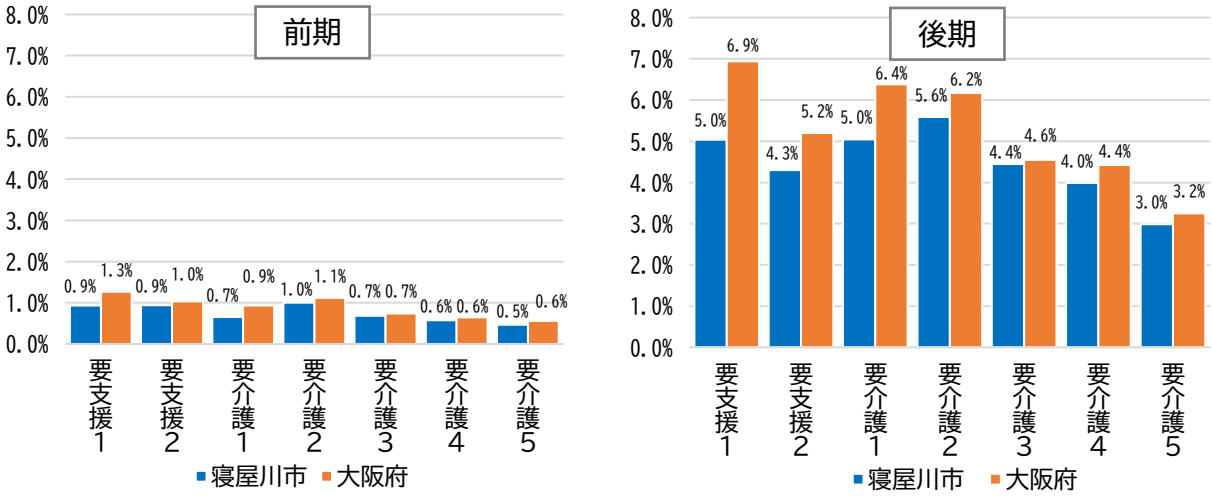

出典：e-Stat 標準化死亡比　主要死因・性・都道府県・保健所・市区町村別

## ⑸　要介護認定状況

本市の各要介護度の認定者割合は、前期高齢者(65 歳から 74 歳)の割合は低いものの、後期高齢者(75 歳以上)になると認定割合が高くなり、高齢になるほど介護を必要とする人が多くなります（図表 2-9)。

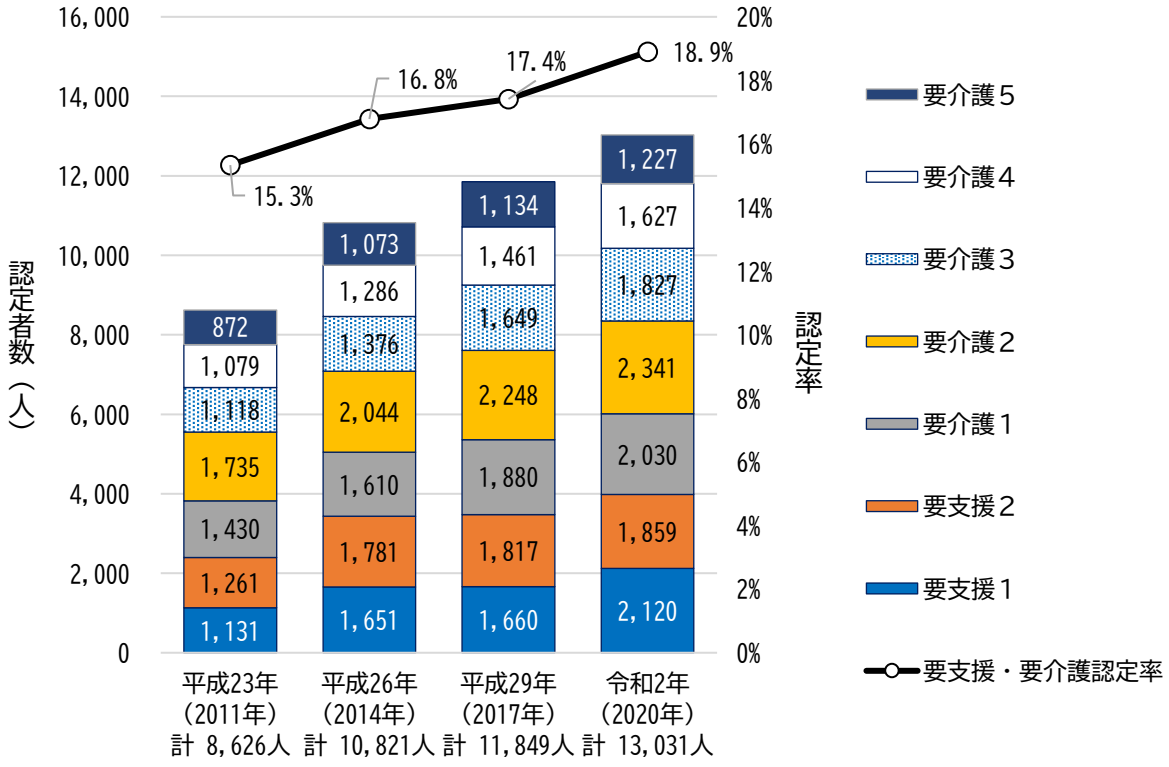
本市は年々高齢化が進行しており（８ページ　図表 2-5)、伴って介護認定を受ける人が増加していることからも早期からのフレイル（虚弱）予防が重要です（図表 2-10)。

図表 2-9　第１号保険者全体に占める各要介護度の認定割合〔令和２(2020)年度〕




出典：e-Stat 介護保険事業状況報告

図表 2-10　要介護認定状況の推移




出典：e-Stat 介護保険事業状況報告

# 2　医療費分析

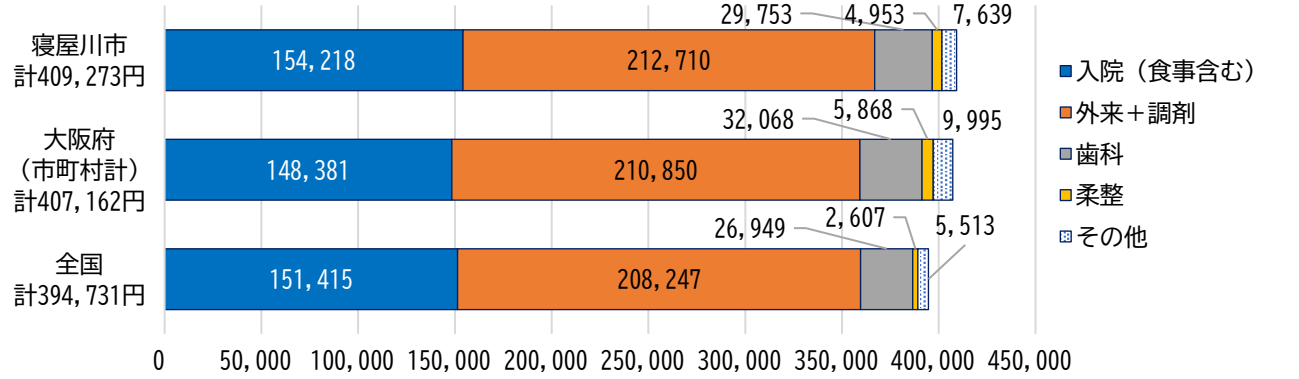
## (1)　費用区分別医療費

令和３(2021)年度における本市の国保被保険者一人当たりの年間医療費は 409,273 円で、全国に比べて高額です。費用区分別にみると、入院や外来、歯科などすべてにおいて全国より高く、大阪府と比較しても入院（食事含む）や外来と調剤の医療費が高くなっています（図表 2-11）。

年齢階級別の国保被保険者一人当たりの総医療費を比較すると、20 歳から 29 歳が最も低く、年齢層が上がるにつれ高くなり、特に本市では 65 歳から 74 歳の医療費が全国に比べて高くなっています（図表 2-12）。

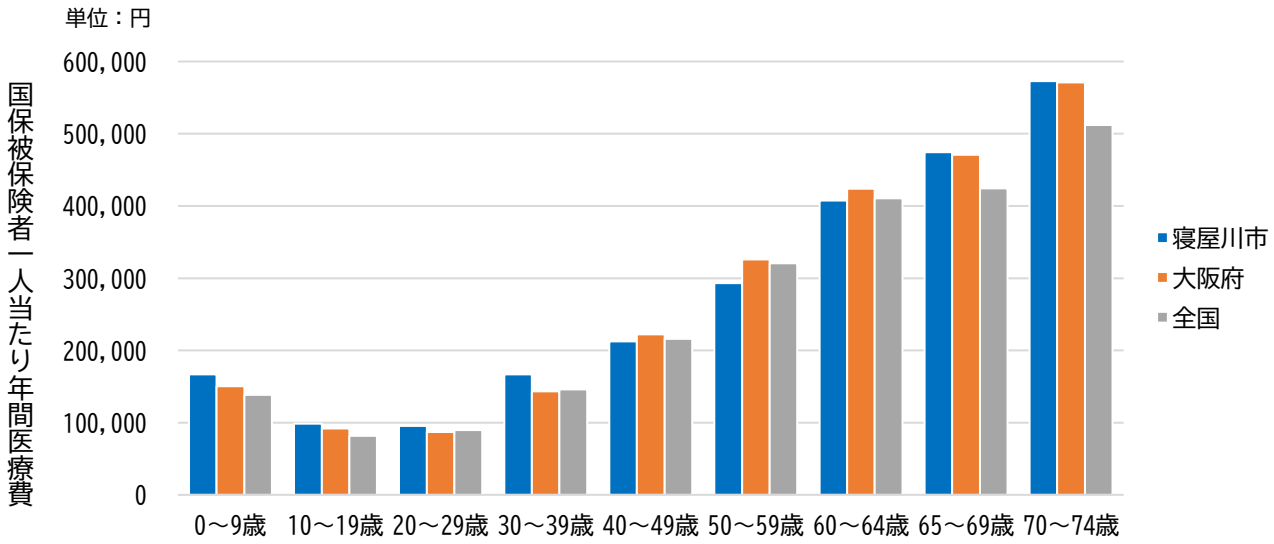
人口の高齢化に伴い医療費の高騰が見込まれるなか、引き続き生活習慣病等の発症予防対策に取り組み、後発医薬品の使用促進を続けるなど、医療費の抑制や適正化を図ることが必要です。

図表 2-11　国保被保険者一人当たり年間医療費の比較〔令和３(2021)年度〕




出典：大阪府国民健康保険事業状況、e-Stat 国民健康保険事業年報

図表 2-12 - ①　年齢階級別の国保被保険者一人当たり総医療費の比較〔令和３(2021)年度〕



図表 2-12-②　年齢階級別の国保被保険者一人当たりの総医療費の比較表〔令和３(2021)年度〕

| | 寝屋川市 | 大阪府 | 全国 |
|---|---|---|---|
| 0～ 9 歳 | 166,706 円 | 150,311 円 | 138,574 円 |
| 10～19 歳 | 98,743 円 | 92,073 円 | 81,694 円 |
| 20～29 歳 | 95,510 円 | 86,982 円 | 89,701 円 |
| 30～39 歳 | 166,751 円 | 143,527 円 | 146,097 円 |
| 40～49 歳 | 212,657 円 | 222,063 円 | 215,924 円 |
| 50～59 歳 | 293,153 円 | 326,108 円 | 320,725 円 |
| 60～64 歳 | 407,531 円 | 424,009 円 | 410,464 円 |
| 65～69 歳 | 474,350 円 | 470,990 円 | 424,347 円 |
| 70～74 歳 | 572,626 円 | 571,024 円 | 512,119 円 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（大分類）」

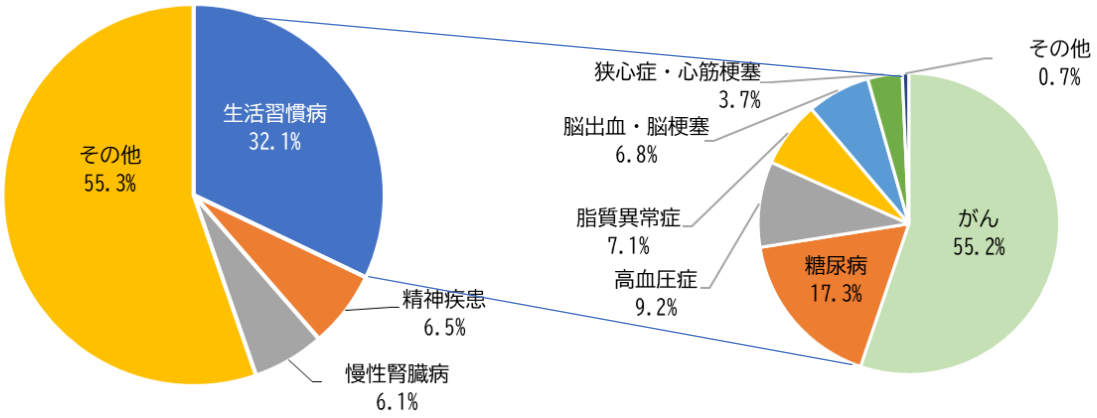
## ⑵　医療費順位の主要疾患別医療費

令和３(2021)年度の本市の総医療費を疾病分類別に分析した結果、左円グラフ「疾患別医療費」のうち生活習慣病とみられる疾患の医療費割合は 32.1%を占めました。生活習慣病とみられる疾患の詳細は右円グラフ「生活習慣病内訳」のとおりで、がんが最も多く（55.2%）、糖尿病（17.3%）、高血圧症（9.2%）、脂質異常症（7.1%）の順に割合を占めています(図表 2－13)。

図表 2-13　総医療費に占める生活習慣病の割合〔令和３(2021)年度〕

【疾患別医療費】
(計 17,928,744,270 円)

【生活習慣病内訳】
(計 5,762,654,510 円)




出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（生活習慣病、大分類、細小分類）」

## ⑶　高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症にかかる医療費

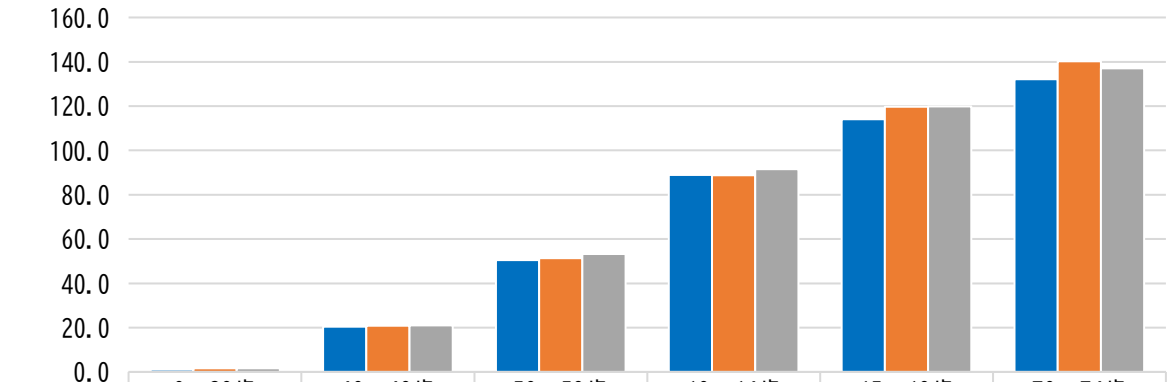
レセプトとは医療機関が各保険者に医療費を請求するために、治療の内容や使用した薬剤などを記載した診療報酬明細書のことをいいます。

令和３(2021)年度の各疾患の年齢階級別にレセプト件数をみると、いずれも年齢が高くなるにつれ増加傾向にあり、特に 50 歳を超えてから大きく増加しています（図表 2-14、2-15、2-16）。

レセプト件数の増加は、自覚症状が表れて医療機関へ定期的に受診するようになったことが要因の一つと考えられますが、なかでも高血圧症のレセプト件数は、ほかの疾患と比較して件数が多くなっています。

図表 2-14　年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（高血圧性疾患・外来）〔令和３(2021)年度〕

単位：件

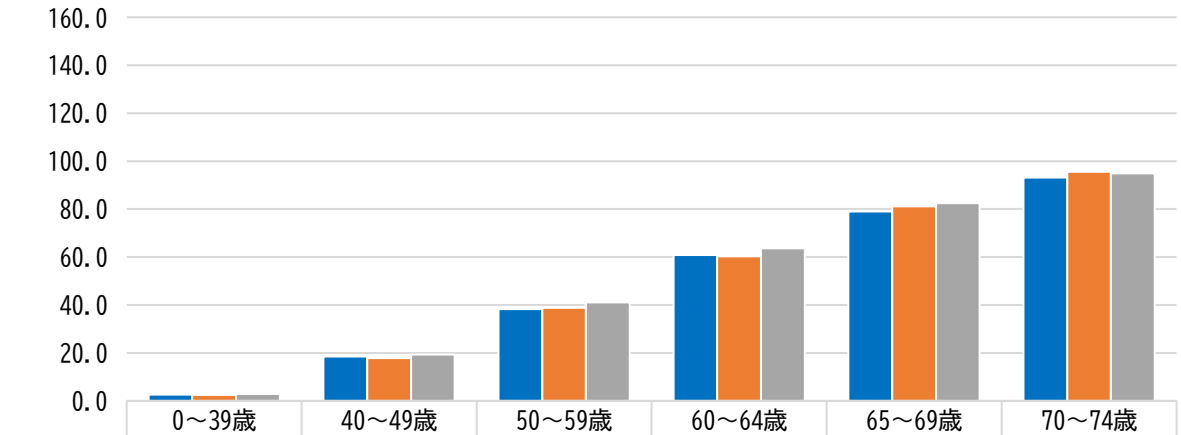



| | 0～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 1.074 | 20.442 | 50.489 | 88.883 | 114.038 | 132.163 |
| 大阪府 | 1.588 | 20.841 | 51.387 | 88.815 | 119.729 | 140.226 |
| 全国 | 1.698 | 20.963 | 53.225 | 91.567 | 119.857 | 137.078 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（生活習慣病）」

図表 2-15　年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（糖尿病・外来）〔令和３(2021)年度〕

単位：件

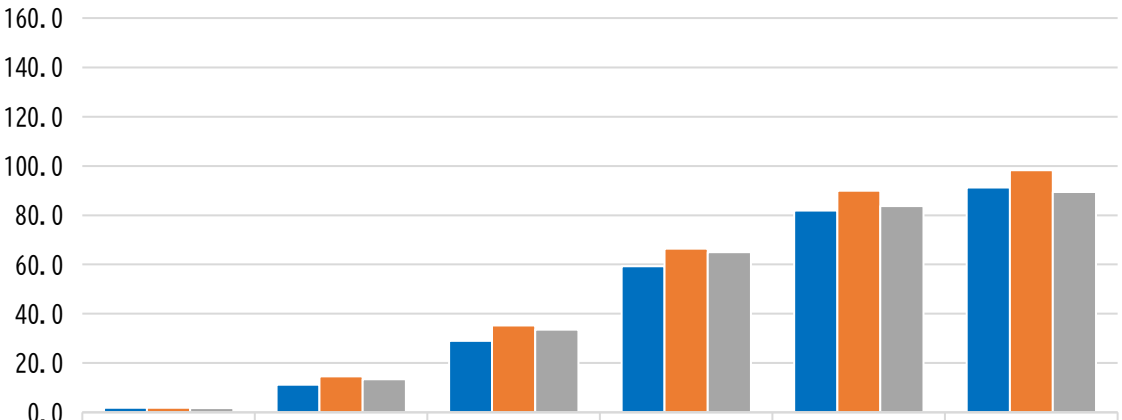



| | 0～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 2.593 | 18.566 | 38.235 | 60.771 | 78.984 | 93.110 |
| 大阪府 | 2.470 | 17.870 | 38.834 | 60.274 | 81.084 | 95.502 |
| 全国 | 2.922 | 19.291 | 41.141 | 63.665 | 82.412 | 94.909 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（生活習慣病）」

図表 2-16　年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（脂質異常症・外来）〔令和３(2021)年度〕

単位：件




| | 0～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 1.909 | 11.266 | 29.056 | 59.248 | 81.824 | 91.268 |
| 大阪府 | 1.889 | 14.605 | 35.293 | 66.439 | 89.999 | 98.230 |
| 全国 | 1.787 | 13.454 | 33.621 | 64.990 | 83.648 | 89.378 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（生活習慣病）」

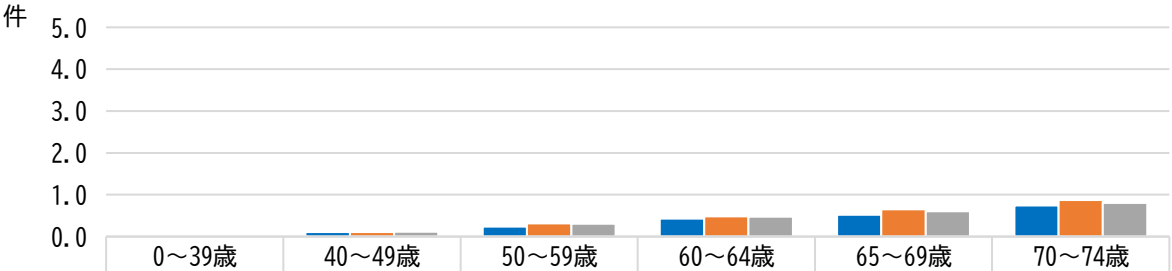
## ⑷　年齢階級別 虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析にかかる医療費

令和３(2021)年度の虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析の国保被保険者千人当たりのレセプト件数をみると、虚血性心疾患と脳血管疾患のレセプト件数は、全国と大阪府と比較して大きな差は見られません（図表 2-17、2-18）。

一方で、人工透析の 60 歳から 74 歳のレセプト件数は全国と大阪府に比べて高い状況にあります（図表 2-19）。

図表 2-17　年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（虚血性心疾患・入院）〔令和３(2021)年度〕

単位：件

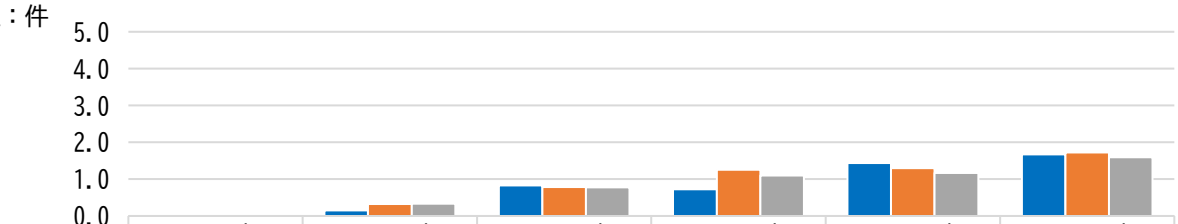



| | 0～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 0.013 | 0.107 | 0.237 | 0.432 | 0.523 | 0.739 |
| 大阪府 | 0.008 | 0.110 | 0.315 | 0.479 | 0.652 | 0.874 |
| 全国 | 0.009 | 0.116 | 0.307 | 0.476 | 0.605 | 0.803 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（中分類）」

図表 2-18　年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（脳血管疾患・入院）〔令和３(2021)年度〕

単位：件

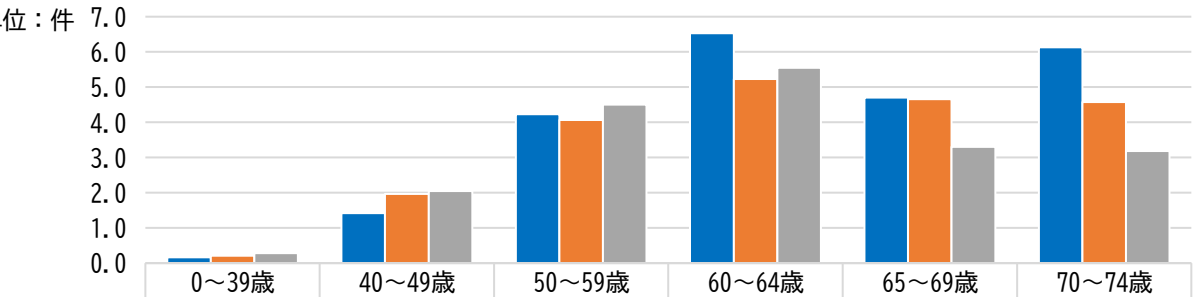



| | 0～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 0.044 | 0.147 | 0.831 | 0.728 | 1.438 | 1.669 |
| 大阪府 | 0.040 | 0.329 | 0.786 | 1.254 | 1.295 | 1.721 |
| 全国 | 0.042 | 0.335 | 0.779 | 1.094 | 1.171 | 1.597 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（中分類）」

図表 2-19　年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（人工透析・入院＋外来）〔令和３(2021)年度〕

単位：件



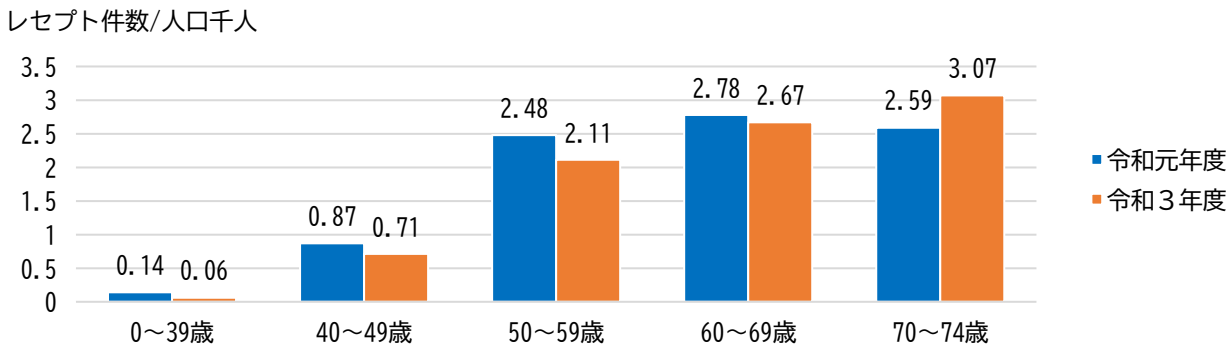

| | 0～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 0.168 | 1.420 | 4.227 | 6.527 | 4.706 | 6.134 |
| 大阪府 | 0.210 | 1.966 | 4.066 | 5.230 | 4.657 | 4.577 |
| 全国 | 0.286 | 2.045 | 4.504 | 5.546 | 3.305 | 3.181 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（細小 82 分類）」

人工透析のレセプト件数を年齢階級別・被保険者千人当たりで令和元(2019)年度と令和３(2021)年度で比較すると、40 歳から 69 歳までの年齢階級では減少しているものの、70 歳以上は件数が増えています（図表 2-20）。また、新規人工透析患者数を年齢階級別に集計すると、70 歳から 74 歳が 16 人と全体の半数以上を占めています（図表 2-21）。

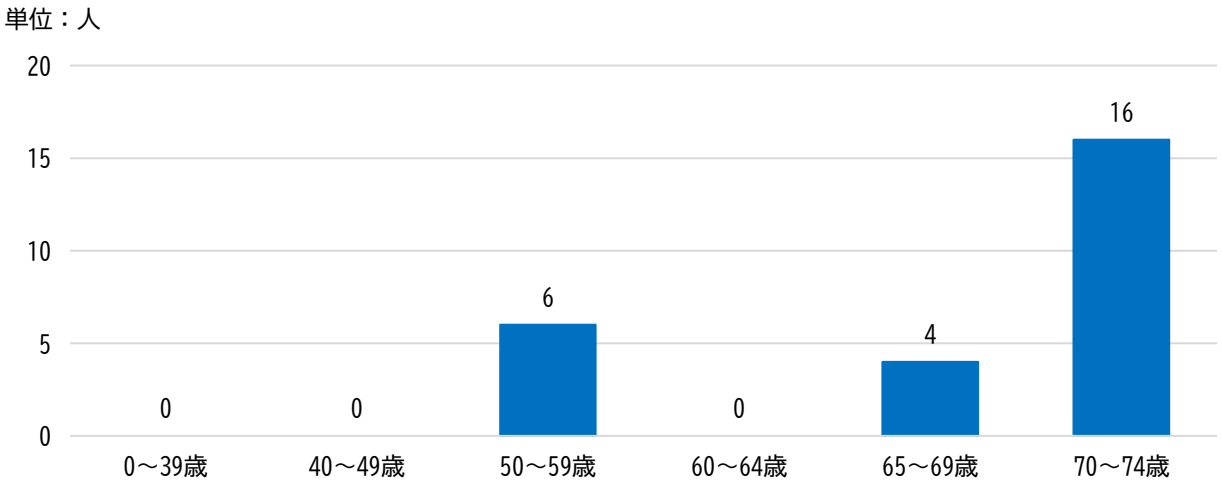
高血圧や糖尿病などから人工透析導入にいたる人が多いことから、生活習慣病の発症予防をするとともに、高血圧、糖尿病および腎疾患など生活習慣病の重症化を予防することが重要です。

図表 2-20　年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（人工透析）の比較
〔令和元(2019)年度⇔令和３(2021)年度〕




出典：ＫＤＢシステム「医療費分析（１）細小分類」

図表 2-21　年齢階級別新規人工透析患者数〔令和４(2022)年度〕



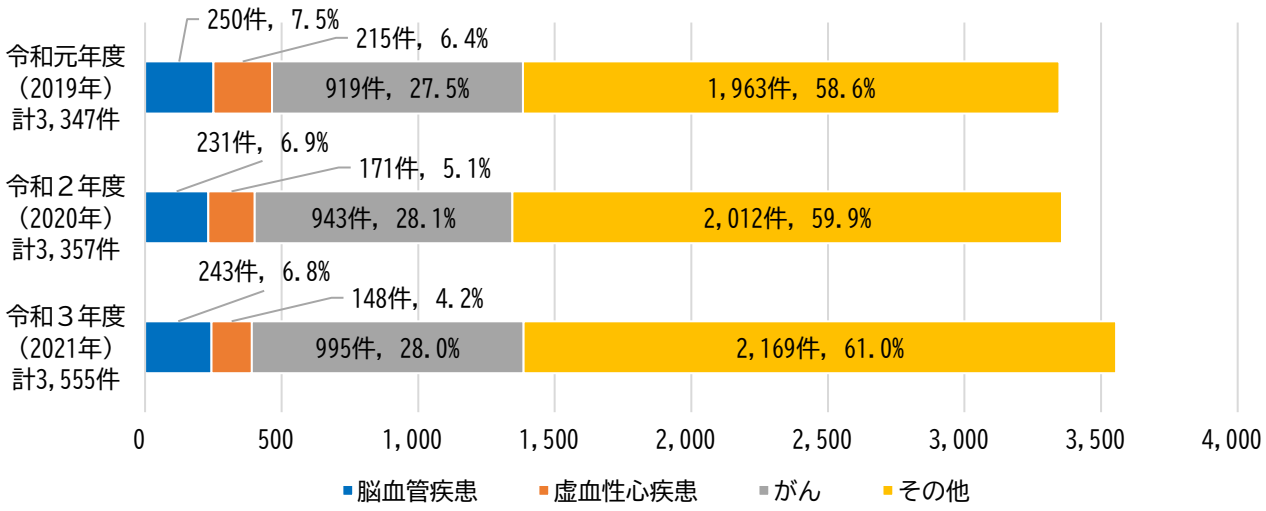

出典：国保・後期保険者の医科レセプト（ＤＰＣ含む）

## ⑸　高額レセプトの状況

令和元(2019)年度から令和３(2021)年度までの１件当たり 80 万円以上のレセプトを高額レセプトとして集計した結果、年間で 3,300 件から 3,500 件で推移しています。

高額レセプトのうち虚血性心疾患は減少傾向で、がんは横ばい傾向です。

図表 2-22　高額レセプト件数の推移




出典：ＫＤＢシステム「基準額以上となったレセプト一覧」

脳血管疾患および虚血性心疾患における１件当たり 80 万円以上の高額レセプトを令和元(2019)年度から令和３(2021)年度まで集計した結果、脳血管疾患のレセプト件数および医療費に大きな変化はないものの、虚血性心疾患は人数、レセプト件数および医療費ともに減少傾向がみられます（図表 2-23)。

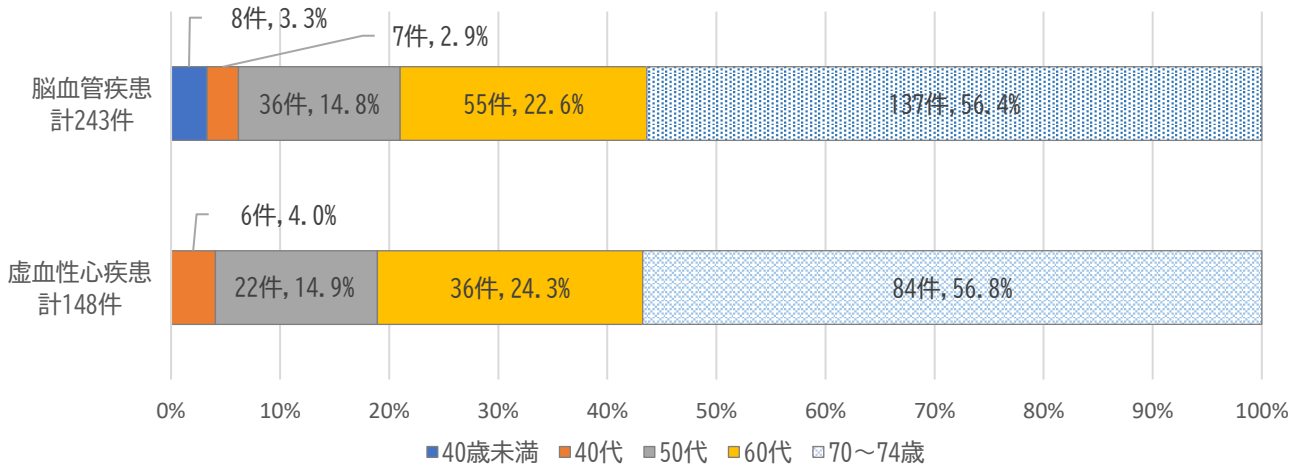
また、令和３(2021)年度の脳血管疾患および虚血性心疾患の高額レセプト件数は、70 歳から 74 歳が全体の半数以上を占めています（図表 2-24)。

図表 2-23　高額レセプト（１件当たり 80 万円以上）人数・レセプト件数・医療費の推移

| | 脳血管疾患 | | | 虚血性心疾患 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 令和元年度（2019 年） | 令和２年度（2020 年） | 令和３年度（2021 年） | 令和元年度（2019 年） | 令和２年度（2020 年） | 令和３年度（2021 年） |
| 人数 | 138 人 | 125 人 | 133 人 | 157 人 | 132 人 | 126 人 |
| レセプト件数 | 250 件 | 231 件 | 243 件 | 215 件 | 171 件 | 148 件 |
| 医療費 | 3 億 3,135 万円 | 3 億 2,251 万円 | 3 億 2,466 万円 | 3 億 4,155 万円 | 2 億 9,724 万円 | 2 億 2,951 万円 |

出典：ＫＤＢシステム「基準額以上となったレセプト一覧」

図表 2-24　脳血管疾患および虚血性心疾患　高額レセプト対象件数　年齢層比較〔令和３(2021)年度〕




出典：ＫＤＢシステム「基準額以上となったレセプト一覧」

脳血管疾患および虚血性心疾患の長期入院（６か月以上）の人数・レセプト件数・医療費を集計した結果、脳血管疾患は虚血性心疾患に対して約２倍の人数と件数でした。

令和元(2019)年度から令和３(2021)年度までの推移をみると、脳血管疾患は人数が横ばいですがレセプト件数は増加しており、令和３(2021)年度の１件当たりの医療費は 61 万円、１人当たりの医療費は３年平均で約 409 万円でした。虚血性心疾患は人数、レセプト件数ともに減少傾向にあり、医療費も減少しています。令和３(2021)年度の１件当たりの医療費は 71 万円、３年平均で約 630 万円でした(図表 2-25)。

図表 2-25　脳血管疾患および虚血性心疾患　長期入院（６か月以上の入院）レセプト（人数・レセプト件数・医療費の推移）

| | 脳血管疾患 | | | 虚血性心疾患 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 令和元年度（2019 年） | 令和２年度（2020 年） | 令和３年度（2021 年） | 令和元年度（2019 年） | 令和２年度（2020 年） | 令和３年度（2021 年） |
| 人数 | 47 人 | 36 人 | 45 人 | 24 人 | 16 人 | 19 人 |
| レセプト件数 | 289 件 | 269 件 | 322 件 | 171 件 | 152 件 | 126 件 |
| 医療費（計） | 1 億 6,959 万円 | 1 億 5,717 万円 | 1 億 9,700 万円 | 1 億 2,007 万円 | 1 億 4,977 万円 | 8,894 万円 |
| レセプト件数／１人 | 6.1 件 | 7.5 件 | 7.2 件 | 7.1 件 | 9.5 件 | 6.6 件 |
| 医療費／１人 | 361 万円 | 437 万円 | 438 万円 | 500 万円 | 936 万円 | 468 万円 |
| 医療費／１件 | 59 万円 | 58 万円 | 61 万円 | 70 万円 | 99 万円 | 71 万円 |

出典：ＫＤＢシステム「長期入院（６か月以上の入院）レセプト（各年度累計)」

## ⑹　がんにかかる医療費

がんのレセプト件数を外来と入院別で集計した結果、全体では外来が 10,430 件、入院が 1,297 件で、外来が約９割を占めました。年間医療費は外来で 1,471,682,500 円、入院で 1,171,425,790 円といずれも高額です。また、女性は男性に比べて外来のレセプト件数が多い傾向にあります。

図表 2-26　がんのレセプト件数と年間医療費〔令和３(2021)年度〕

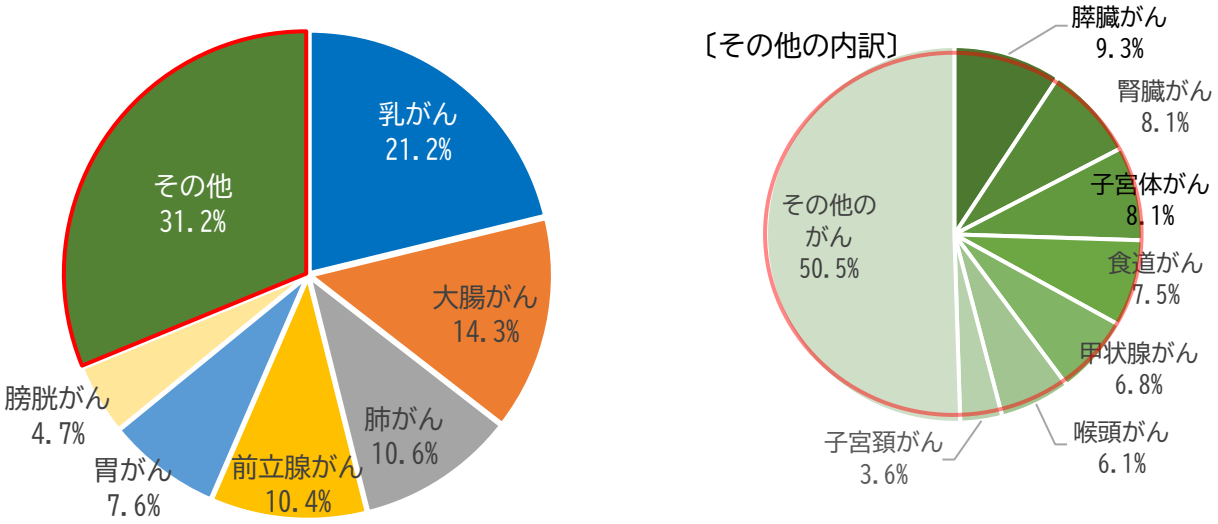
| | 外来 | | 入院 | |
|---|---|---|---|---|
| | レセプト（件） | 医療費（円） | レセプト（件） | 医療費（円） |
| 全体 | 10,430 件 | 1,471,682,500 円 | 1,297 件 | 1,171,425,790 円 |
| 男性 | 4,551 件 | 655,487,330 円 | 655 件 | 624,049,550 円 |
| 女性 | 5,879 件 | 816,195,170 円 | 642 件 | 547,376,240 円 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（中分類)」「医療費分析（１）細小分類」

令和３(2021)年度のがんの部位別レセプト件数は、上位から「乳がん」21.2%、「大腸がん」14.3%、「肺がん」10.6%、と続き、これら３つのがんで全体の約４割を占めます（図表 2-27)。性別にみると男性は「前立腺がん」22.5%、女性は「乳がん」38.0%が最も多く、次いで男女ともに「大腸がん」「肺がん」「胃がん」が多い傾向にあります（図表 2-28)。

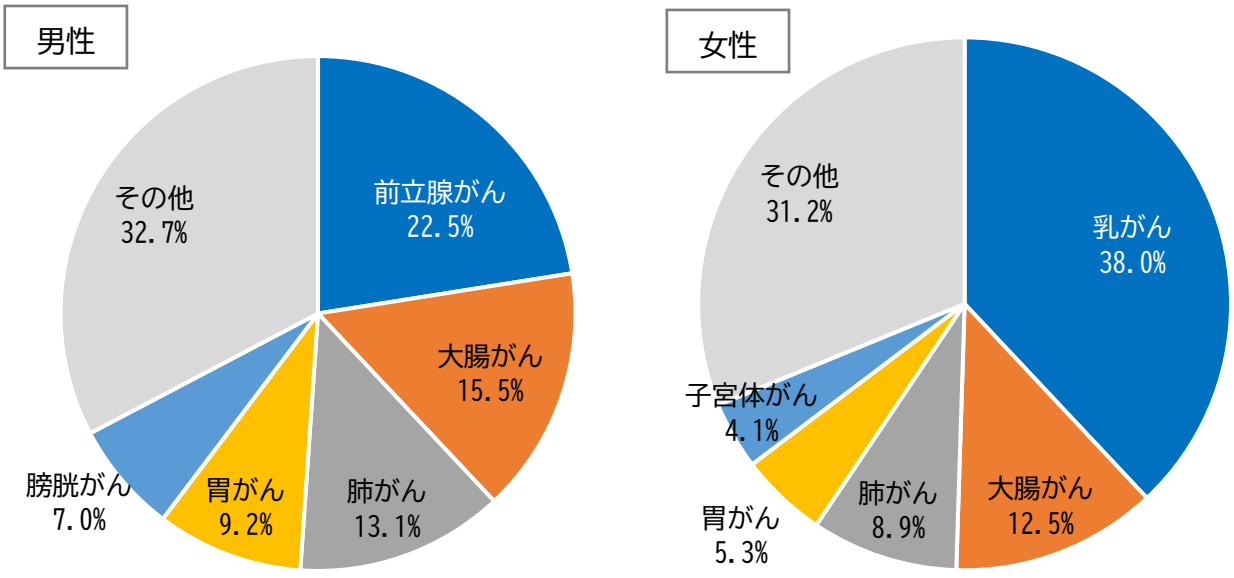
がんは早期発見により治癒率、生存率が高くなります。無自覚のうちの早期発見・早期治療のためにも、定期的ながん検診の受診が必要です。

図表 2-27　がんの部位別レセプト件数　全体〔令和３(2021)年度〕




出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（中分類)」「医療費分析（１）細小分類」

図表 2-28　がんの部位別レセプト件数　性別〔令和３(2021)年度〕




出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（中分類)」「医療費分析（１）細小分類」

## ⑺　肺炎・骨折にかかる医療費

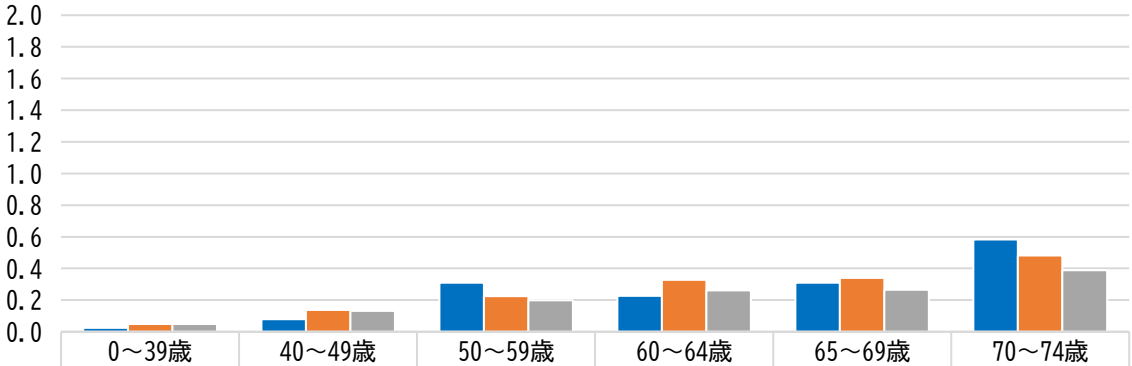
令和３(2021)年度の肺炎による入院にかかる年齢階級別国保被保険者千人当たりのレセプト件数は、50 歳代は大阪府や全国より増加し 60 歳代は大阪府より件数は減るものの 70 歳から 74 歳では大阪府、全国よりも多くなっています（図表 2-29)。

女性の骨折による入院に関しては年齢により多少のばらつきはあるものの、70 歳から 74 歳においては、おおむね全国なみの件数となっています（図表 2-30)。女性の骨粗しょう症・外来のレセプト件数も同様の傾向がみられます（図表 2-31)。

女性はライフステージの変化により、閉経後のエストロゲンの減少が骨密度の減少と大きく関わりがあります。骨密度が減少すると、転倒などにより骨折のリスクが高まります。

図表 2-29　年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（肺炎による入院）〔令和３(2021)年度〕

単位：件

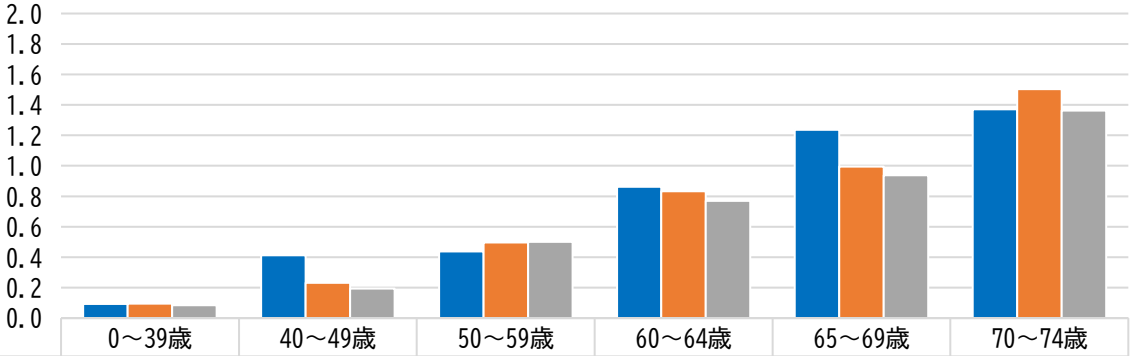



| | 0～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 0.025 | 0.080 | 0.309 | 0.227 | 0.309 | 0.584 |
| 大阪府 | 0.049 | 0.139 | 0.225 | 0.328 | 0.341 | 0.482 |
| 全国 | 0.050 | 0.131 | 0.198 | 0.262 | 0.266 | 0.389 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（細小 82 分類)」

図表 2-30　年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（骨折による入院・女性）〔令和３(2021)年度〕

単位：件

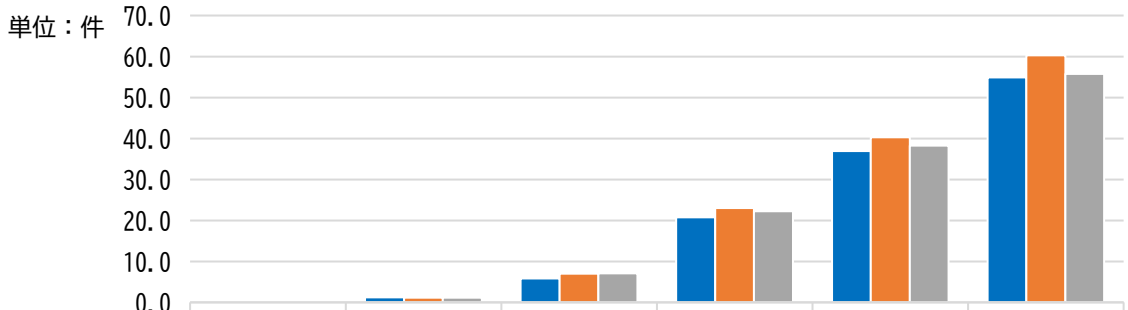



| | 0～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 0.092 | 0.413 | 0.437 | 0.862 | 1.236 | 1.371 |
| 大阪府 | 0.095 | 0.231 | 0.497 | 0.833 | 0.995 | 1.504 |
| 全国 | 0.084 | 0.193 | 0.500 | 0.770 | 0.937 | 1.362 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（細小 82 分類)」

図表 2-31　年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（骨粗しょう症による外来受診・女性）〔令和３(2021)年度〕

単位：件



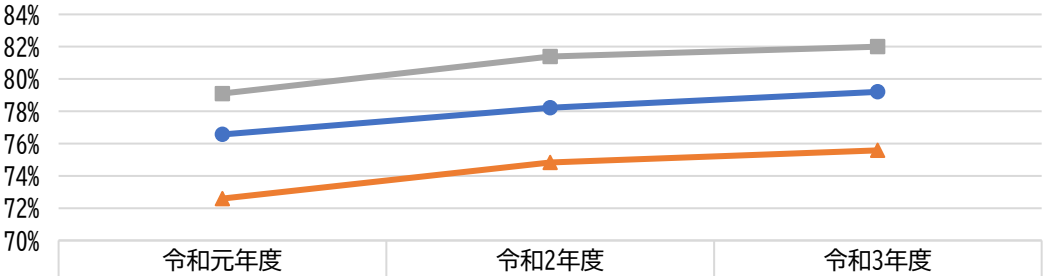

| | 0～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 0.053 | 1.209 | 5.837 | 20.772 | 36.902 | 54.911 |
| 大阪府 | 0.110 | 1.175 | 7.001 | 23.041 | 40.275 | 60.295 |
| 全国 | 0.118 | 1.154 | 7.092 | 22.202 | 38.279 | 55.722 |

出典：ＫＤＢシステム「疾病別医療費分析（細小 82 分類）」

## ⑻　後発医薬品の使用割合の状況

本市の後発医薬品の使用割合は、令和元(2019)年度 76.6%、令和３(2021)年度は 79.2%でした。令和３(2021)年度時点で大阪府よりも 3.6 ポイント高く、使用割合が上昇しています。

図表 2-32　後発医薬品使用割合の推移




| | 令和元年度（2019年） | 令和2年度（2020年） | 令和3年度（2021年） |
|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 76.6% | 78.2% | 79.2% |
| 大阪府 | 72.6% | 74.8% | 75.6% |
| 全国 | 79.1% | 81.4% | 82.0% |

出典：大阪府国保連合会調べ　「ジェネリック医薬品普及情報「後発品普及率」

厚生労働省「「年次報告」　調剤医療費（電算処理分）の動向（年度版）」

## ⑼　がん検診等実施状況

令和３(2021)年度における国保被保険者のがん検診受診率は、本市においては平均 11.4%で、全国・大阪府と比較すると受診率は低迷しています。検診種別でみると、乳がん検診は大阪府を上回り、子宮頸がん検診は全国を上回りましたが、胃がん検診、大腸がん検診および肺がん検診の受診率は全国より大きく下回っています。「がん対策推進基本計画（第４期)」においては 60%以上の達成が個別目標の一つに掲げられており、がん検診のさらなる受診率向上に向けた対策が必要です。

図表 2-33　国保被保険者におけるがん検診受診率〔令和３(2021)年度〕

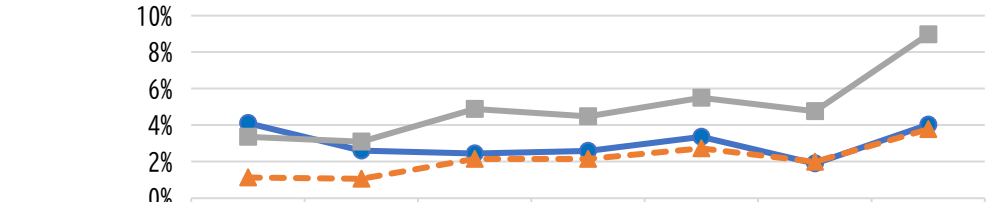
| | 胃がん | 大腸がん | 肺がん | 乳がん | 子宮頸がん | 平均 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 集計対象年齢 | 40～69 歳 | 40～69 歳 | 40～69 歳 | 40～69 歳 | 20～69 歳 | |
| 寝屋川市 | 7.9% | 8.0% | 7.8% | 15.7% | 17.5% | 11.4% |
| 大阪府 | 6.5% | 10.4% | 10.2% | 13.9% | 18.0% | 11.8% |
| 全国 | 12.1% | 16.0% | 15.2% | 18.2% | 16.2% | 15.5% |

出典：e-Stat 地域保健・健康増進事業報告

## ⑽　骨粗しょう症検診実施状況

骨粗しょう症検診の年齢別受診状況をみると、40 歳と 70 歳以外の年齢で４％を下回る結果となっており、大阪府とは同水準であるものの全国と比べて低い受診率となっています。

図表 2-34　骨粗しょう症検診の受診率〔令和３(2021)年度〕



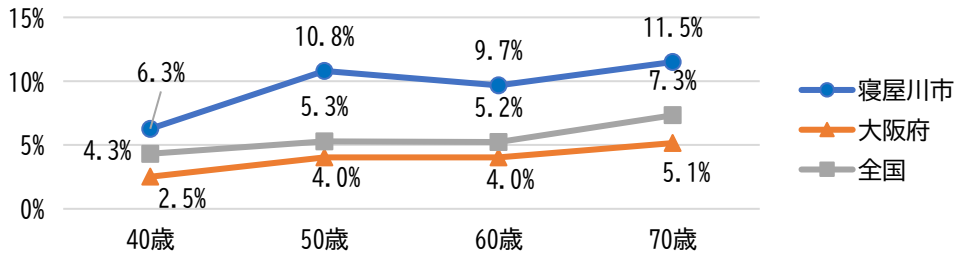

| | 40歳 | 45歳 | 50歳 | 55歳 | 60歳 | 65歳 | 70歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 4.1% | 2.6% | 2.4% | 2.6% | 3.4% | 1.9% | 4.0% |
| 大阪府 | 1.1% | 1.1% | 2.1% | 2.1% | 2.7% | 2.0% | 3.8% |
| 全国 | 3.4% | 3.1% | 4.9% | 4.5% | 5.5% | 4.8% | 9.0% |

出典：e-Stat 地域保健・健康増進事業報告（健康増進編）

## ⑾ 成人歯科健康診査実施状況

本市の令和３(2021)年度の成人歯科健康診査は、対象年齢すべてで全国および大阪府の実績を上回っています。引き続き定期的な歯科健診受診を勧めることで受診率の向上を図ります。

図表 2-35　歯科健診の受診率〔令和３(2021)年度〕




出典：e-Stat 地域保健・健康増進事業報告（健康増進編）

# 第３章　保健事業の現状

## １　特定健康診査

### ⑴　実施状況

特定健康診査（以下「特定健診」という。）は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）をはじめとする生活習慣病の早期発見、発症および重症化予防のために実施しており、平成20(2008)年度から事業を開始しました。

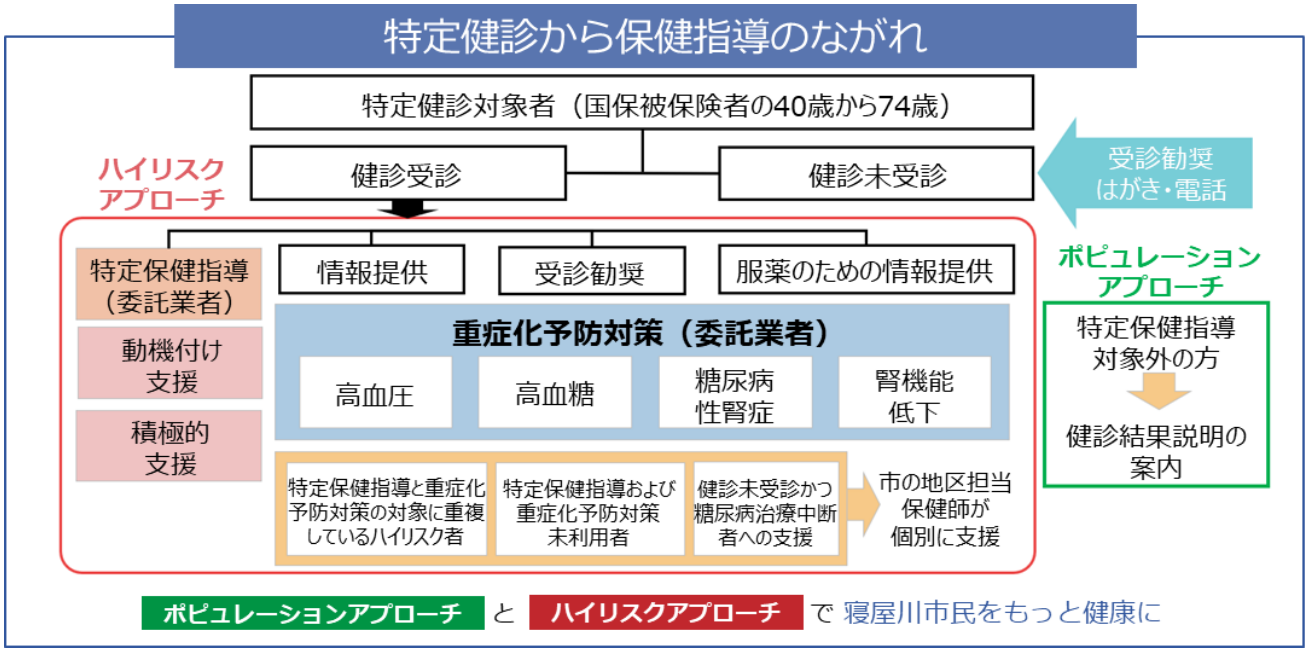
本市の特定健診は、市の国保に加入している 40 歳から 74 歳の市民が対象で、おおむね３万人から４万人がその対象となります（図表 3-1）。受診期間は、例年６月１日から翌年の３月 31 日までで、対象者は年に一度、無料で特定健診を受診することができます（令和２(2020)年度は新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により１か月遅れて７月１日から開始）。

特定健診をより多くの対象者に受診してもらうため、毎年度受診券を送付し、市広報誌への掲載や啓発ポスターの掲示などの受診啓発を行いながら健診を実施しています。また、未受診者へはがきを送付し、受診勧奨を行っています。

本市の特定健診の実施状況は、平成 28(2016)年度から令和３(2021)年度までの受診率が 35%程度で、各年度の目標値には及ばず、特に令和２(2020)年度は新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響による受診控えによって受診率が低下しました。その後も受診再開がみられないことにより、受診率は伸び悩んでいます（図表 3-2、3-3）。

対象者の受診傾向として、年齢が上がるにつれて受診率は高くなり、40 歳から 44 歳の受診率と 70 歳から 74 歳の受診率では大きく差があります（図表 3-4、3-5）。

図表 3-1　本市における特定健診から保健指導のながれ

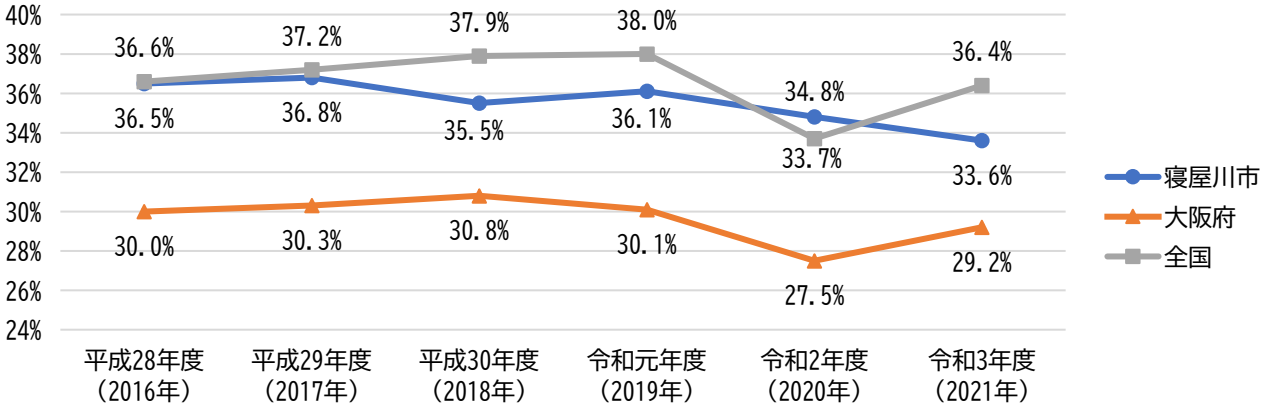


図表 3-2　特定健診対象者数および受診者数ならびに受診率

| 年度 | 平成 30 年度（2018 年） | 令和元年度（2019 年） | 令和２年度（2020 年） | 令和３年度（2021 年） |
|---|---|---|---|---|
| 対象者 | 37,874 人 | 36,041 人 | 35,363 人 | 34,115 人 |
| 受診者 | 13,454 人 | 12,999 人 | 12,308 人 | 11,460 人 |
| 受診率 | 35.5% | 36.1% | 34.8% | 33.6% |
| 目標値 | 45% | 48% | 50% | 53% |
| 目標との差 | △9.5% | △11.9% | △15.2% | △19.4% |

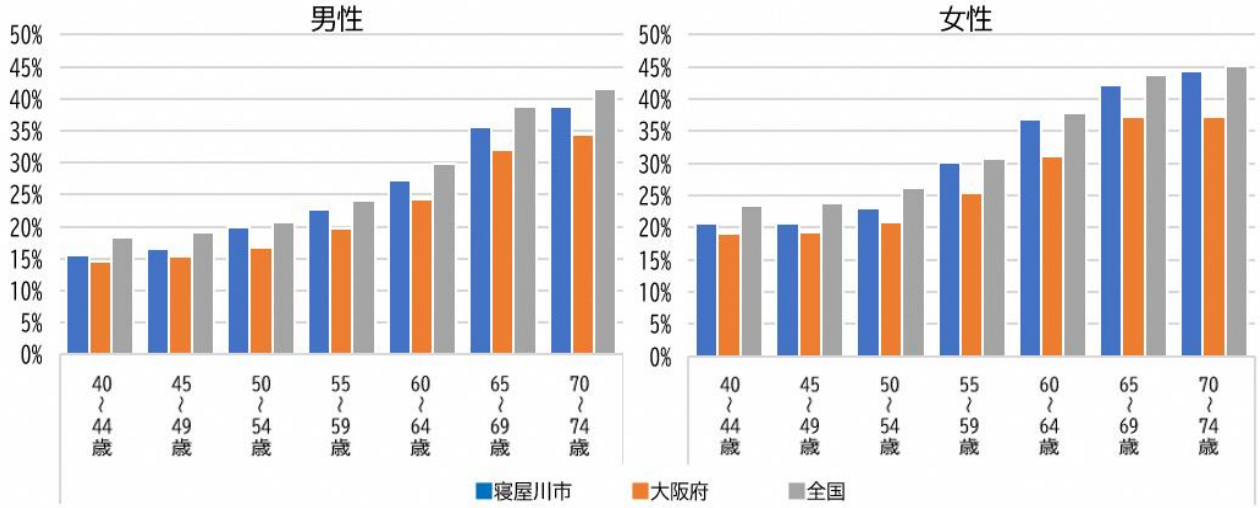
出典：特定健康診査等の実施状況に関する結果報告（法定報告）

図表 3-3　特定健診受診率の推移




出典：特定健診・特定保健指導実施結果報告、特定健診・特定保健指導の実施状況【全国・保険者種別】

図表 3-4　性・年齢階級別特定健診受診率〔令和３(2021)年度〕




出典：特定健診・特定保健指導実施結果報告、特定健診・特定保健指導の実施状況【全国・保険者種別】

図表 3-5　性・年齢階級別特定健診受診率の推移

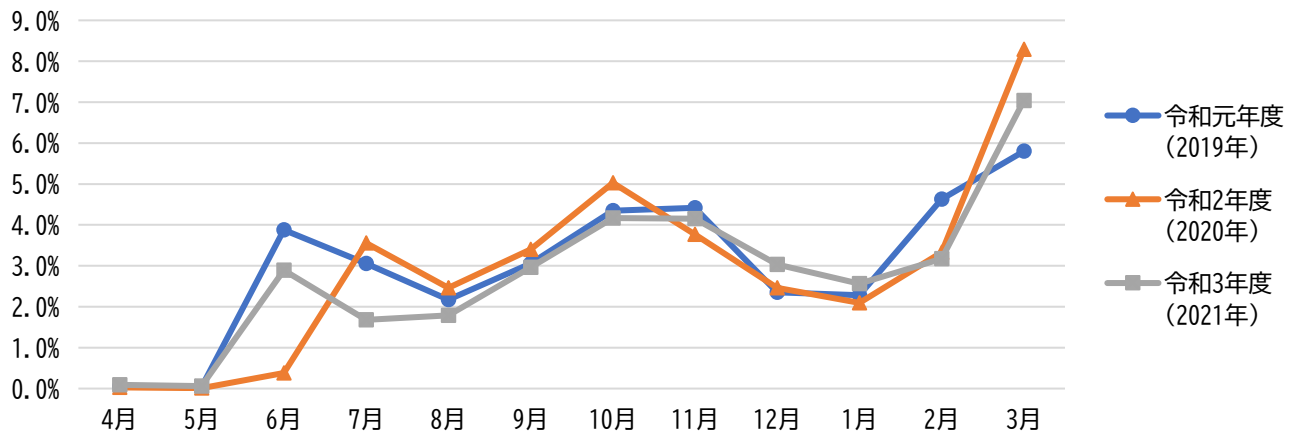
| 年齢階級 | 性別 | 令和元年度（2019 年） | 令和２年度（2020 年） | 令和３年度（2021 年） |
|---|---|---|---|---|
| 40～44 歳 | 男性 | 15.7% | 18.3% | 15.6% |
| | 女性 | 22.1% | 23.6% | 20.7% |
| 45～49 歳 | 男性 | 17.4% | 16.7% | 16.6% |
| | 女性 | 20.0% | 19.8% | 20.7% |
| 50～54 歳 | 男性 | 19.1% | 19.6% | 20.0% |
| | 女性 | 23.6% | 24.3% | 23.0% |
| 55～59 歳 | 男性 | 22.0% | 22.0% | 22.6% |
| | 女性 | 30.5% | 28.7% | 30.1% |
| 60～64 歳 | 男性 | 25.0% | 25.2% | 27.2% |
| | 女性 | 35.8% | 34.9% | 36.8% |
| 65～69 歳 | 男性 | 37.5% | 36.4% | 27.2% |
| | 女性 | 43.4% | 43.3% | 42.2% |
| 70～74 歳 | 男性 | 44.4% | 40.3% | 38.7% |
| | 女性 | 50.0% | 47.2% | 44.3% |
| 合計 | 男性 | 31.5% | 30.1% | 29.3% |
| | 女性 | 40.1% | 38.9% | 37.4% |
| | 計 | 36.1% | 34.8% | 33.6% |

出典：特定健康診査等の実施状況に関する結果報告（法定報告）

本市の特定健診は、大きく分けて年に三度、受診者が多くなる時期があります。特定健診が開始される６月（令和２(2020)年度は新型コロナ感染症感染拡大の影響により７月から開始)、市から未受診者へ受診勧奨はがき（１回目）を送付した後の 10 月から 11 月、市から未受診者へ受診勧奨はがき（２回目）を送付した後の特定健診終了月である３月に受診者が多くなっています。

このことから、受診勧奨は一定の効果があると考えられます。

図表 3-6　月別特定健診受診率の推移




出典：特定健診・特定保健指導進捗実績管理表

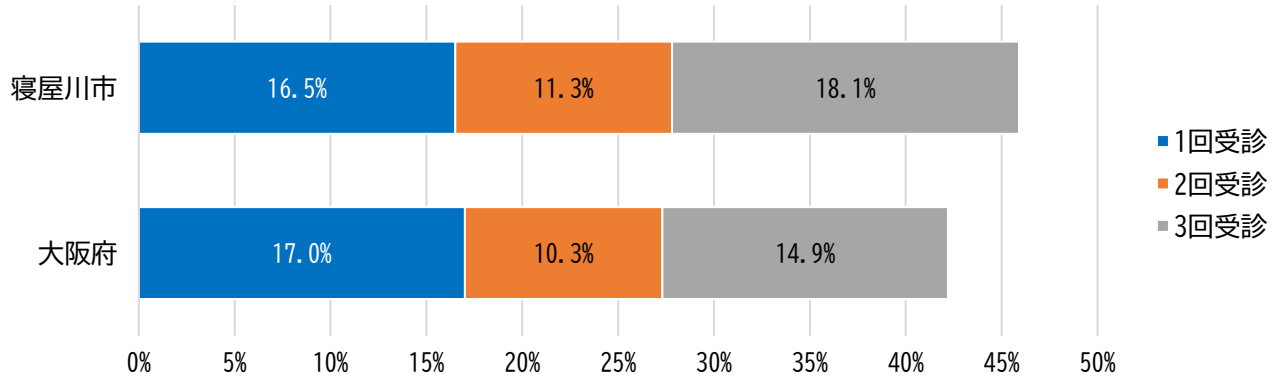
本市の特定健診受診者の令和元(2019)年度から令和３(2021)年度までの受診状況をみると、本市は３年間続けて年に一度特定健診を受診した人(３回受診)が 18.1%で最も多く、大阪府と比較しても高い割合です(図表 3-7)。

次に、３年間に１回以上、健診を受診した人を年齢階級別に集計すると、60 歳代から３回受診の割合が多くなります。しかしながら、40 歳代から 50 歳代は１回受診の割合が多い傾向です(図表 3-8)。

これらのことから、本市の健診対象者のうち 60 歳以降の人は年に一度、健診を受診するという健康意識が一定根付いていると考えれますが、40 歳代から 50 歳代は就労している人が多い年代であるなど、継続して受診をしている人が少ない傾向にあります。

引き続き、特定健診の受診啓発・勧奨をすすめるとともに、健診の受診機会を増やすために休日に健診を実施するなど、より一層健康意識が高まる環境を整えていく必要があります。

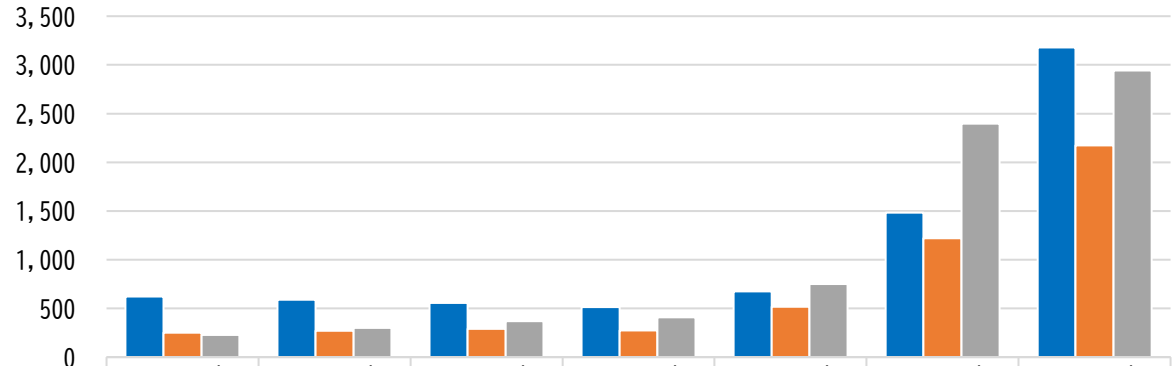
図表 3-7　３年間の特定健診受診回数割合〔令和元(2019)年度～令和３(2021)年度〕




出典：特定健診・特定保健指導実施結果報告、被保険者管理台帳

図表 3-8　３年間の年齢階級別受診回数〔令和元（2019）年度～令和３(2021)年度〕

単：位人




| | 40～44歳 | 45～49歳 | 50～54歳 | 55～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| １回 | 622 | 588 | 555 | 514 | 675 | 1,484 | 3,179 |
| ２回 | 250 | 271 | 289 | 273 | 516 | 1,222 | 2,175 |
| ３回 | 227 | 301 | 368 | 410 | 751 | 2,396 | 2,943 |

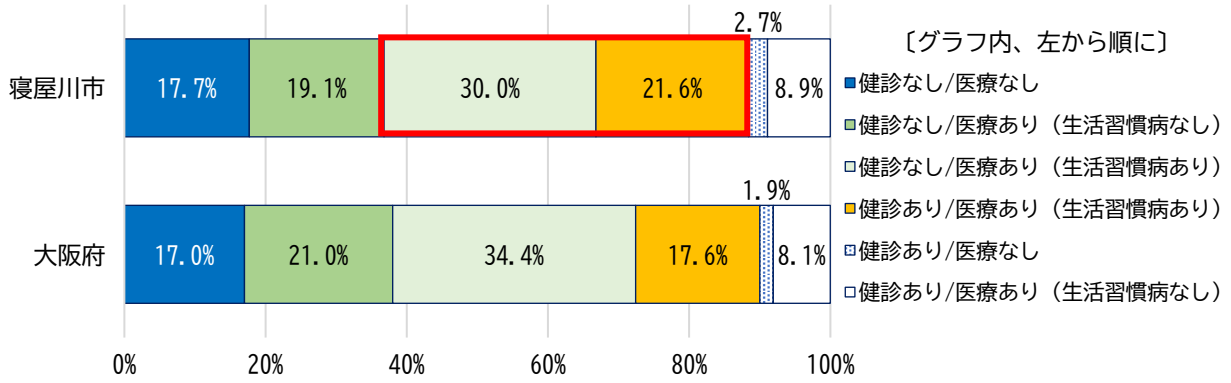
出典：「寝屋川市特定健診等データ管理システム」から再集計

本市の特定健診対象者の特定健診受診状況と医療機関受診状況（レセプト情報があった人を医療機関受診とする）を分析した結果を図表 3-9 のとおりまとめました。本グラフでは医療機関受診状況を生活習慣病と考えられる症状で受診をしているかどうかを含めて分析をしています。

グラフ（図表 3-9）の左から順に、「健診受診がなく医療機関の受診もない人」が 17.7%、「健診受診はないが医療機関を受診した人（ただし生活習慣病にかかる症状ではない（以下「生活習慣病なし」という）。」が 19.1%、「健診受診はないが医療機関を受診した人（ただし生活習慣病にかかる症状とみられる（以下「生活習慣病あり」という）。」が 30.0%、「健診を受診しており医療機関を受診した人（生活習慣病あり）」が 21.6%、「健診を受診しているが医療機関の受診はない人」が 2.7%、「健診を受診しており医療機関を受診した人（生活習慣病なし）」が 8.9%です。大阪府と比較すると「健診受診がなく医療機関の受診もない人」と、「健診を受診しており医療機関を受診した人」の割合が多い傾向にあります。

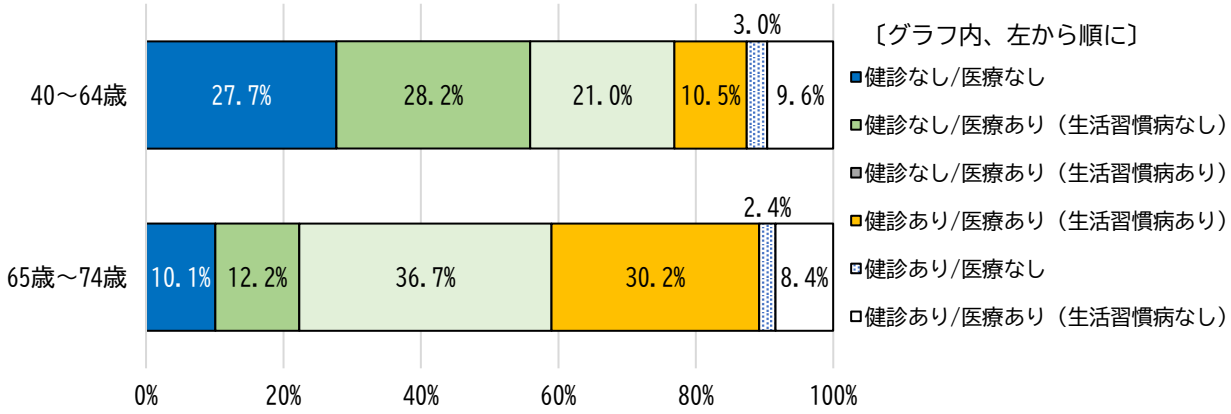
また、年齢階級別に各状況を分析した結果（図表 3-10）、40 歳から 64 歳は「健診受診がなく医療機関の受診もない人」が 27.7%を占めていることから、特定健診の受診啓発・勧奨や生活習慣病予防に関する啓発をより一層取り組んでいく必要があります。

図表 3-9　特定健診対象者の受診状況と医療利用状況〔令和３(2021)年度〕




出典：ＫＤＢシステム「医療機関受診と健診受診の関係表」

図表 3-10　年齢区分別特定健診対対象者の受診状況と医療利用状況〔令和３(2021)年度〕



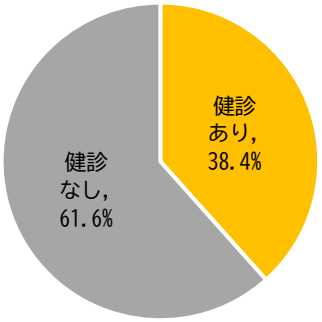

出典：ＫＤＢシステム「医療機関受診と健診受診の関係表」

令和３(2021)年度特定健診対象者の受診状況と医療利用状況（28 ページ　図表 3－9）から、生活習慣病で医療機関を受診している人は、特定健診対象者のうち、51.6%を占めています。

生活習慣病で医療機関を受診している人のうち、特定健診を受けているか確認すると特定健診を受けていない人は 61.6%を占めています。

このことから、治療中の人でも特定健診を勧めてもらえるよう医療機関も含めた周知啓発の継続が重要です。

図表 3-11　生活習慣病で通院している人の健診状況〔令和３(2021)年〕




※　本市の医療あり（生活習慣病あり）の割合 51.6%の人（図表 3-9 赤枠部分）を 100%として、健診を受けていない人は 61.6%と高い割合を占めています。

出典：ＫＤＢシステム「医療機関受診と健診受診の関係表」

## ⑵　特定健康診査の結果

### ア　健診結果の有所見率

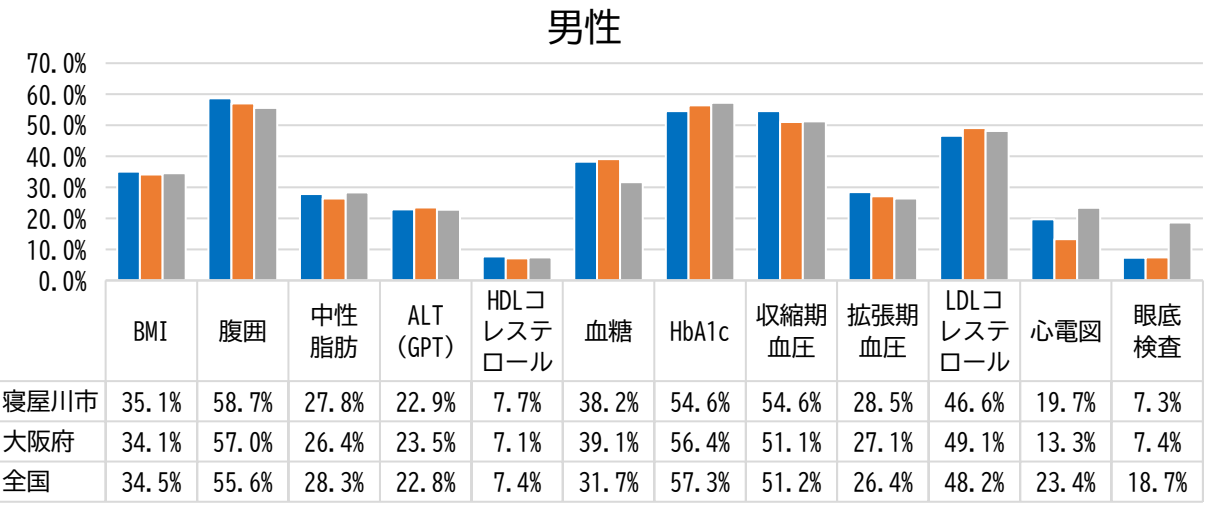
令和３(2021)年度の本市の特定健診受診者の健診結果をみると、HbA1c、収縮期血圧および LDL コレステロール（脂質異常）が男女ともに有所見率が高く、受診者の約２人に１人が有所見の結果でした(図表 3-12)。

また、男性は腹囲の有所見率が女性より２倍高く、女性はLDL コレステロールの有所見率が男性よりも高いという性差がみられます。

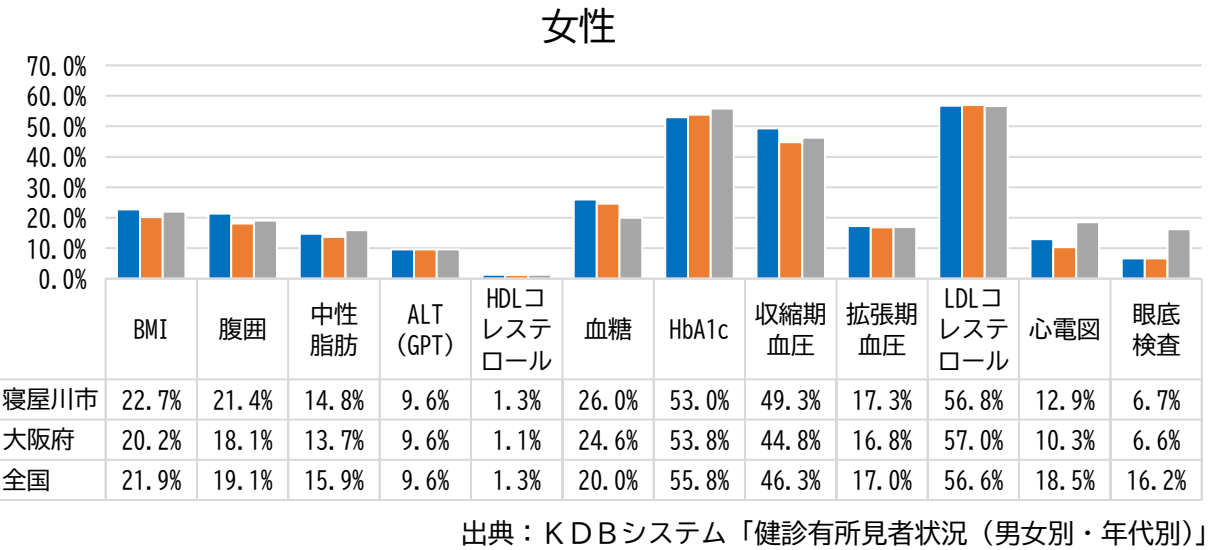
全体の有所見率と性差は、全国と大阪府にも同様の傾向がみられますが、本市は特に男性では腹囲が、女性では収縮期血圧の有所見率が高い傾向がみられます。

次に、受診者を前期高齢者（65 歳から 74 歳）とそれ以外（40 歳から 64 歳）に分けて健診結果をみると血糖、HbA1c および収縮期血圧の有所見率が、男女ともに前期高齢者になると顕著に高くなっています(図表 3-13)。

図表 3-12　性別健診結果有所見率〔令和３(2021)年度〕



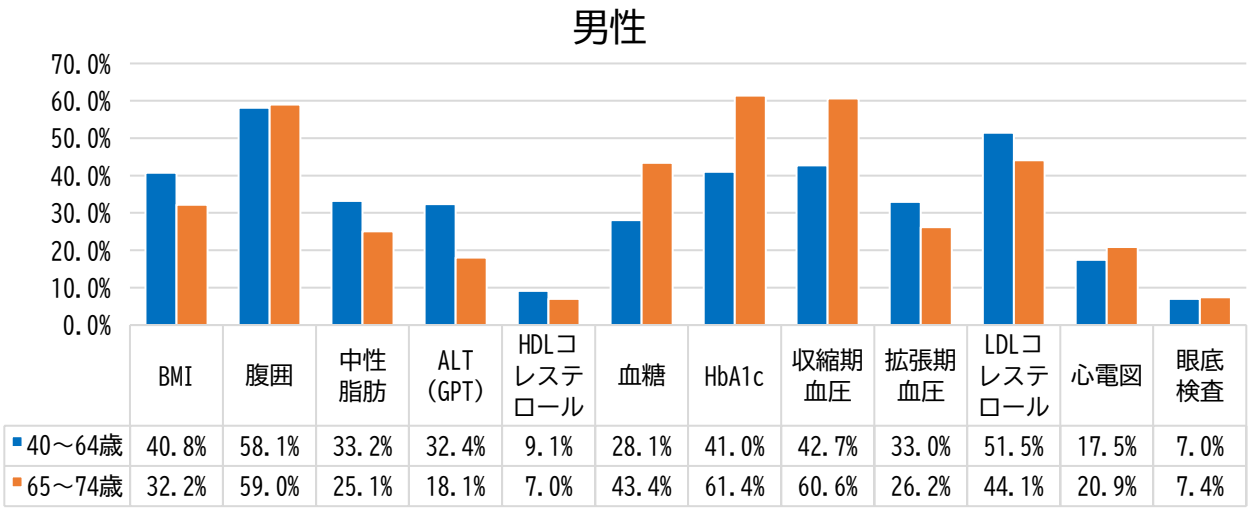

| | BMI | 腹囲 | 中性脂肪 | ALT(GPT) | HDLコレステロール | 血糖 | HbA1c | 収縮期血圧 | 拡張期血圧 | LDLコレステロール | 心電図 | 眼底検査 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 35.1% | 58.7% | 27.8% | 22.9% | 7.7% | 38.2% | 54.6% | 54.6% | 28.5% | 46.6% | 19.7% | 7.3% |
| 大阪府 | 34.1% | 57.0% | 26.4% | 23.5% | 7.1% | 39.1% | 56.4% | 51.1% | 27.1% | 49.1% | 13.3% | 7.4% |
| 全国 | 34.5% | 55.6% | 28.3% | 22.8% | 7.4% | 31.7% | 57.3% | 51.2% | 26.4% | 48.2% | 23.4% | 18.7% |



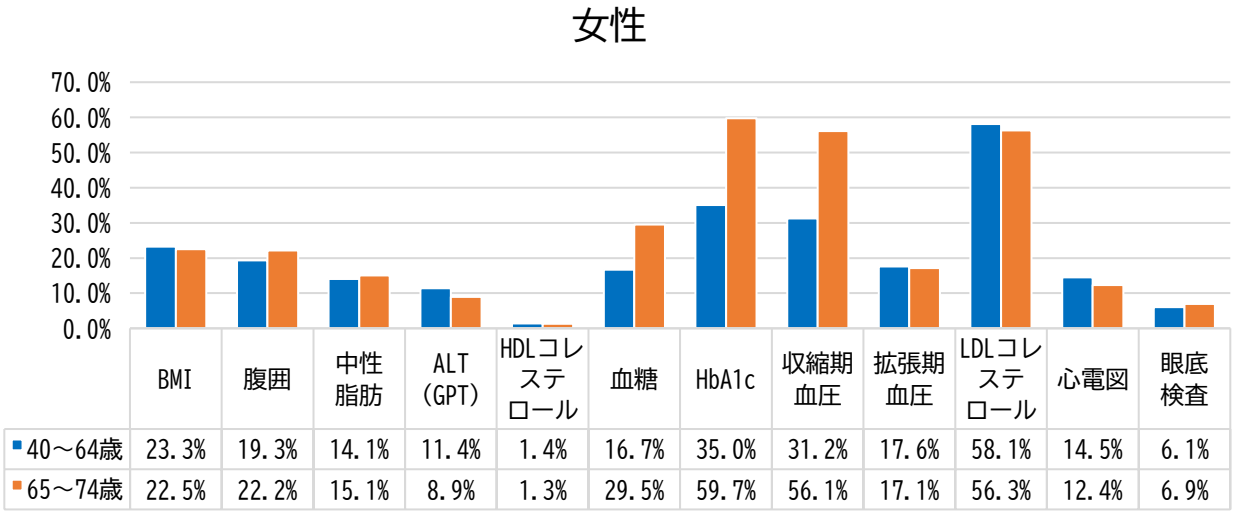

| | BMI | 腹囲 | 中性脂肪 | ALT(GPT) | HDLコレステロール | 血糖 | HbA1c | 収縮期血圧 | 拡張期血圧 | LDLコレステロール | 心電図 | 眼底検査 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 寝屋川市 | 22.7% | 21.4% | 14.8% | 9.6% | 1.3% | 26.0% | 53.0% | 49.3% | 17.3% | 56.8% | 12.9% | 6.7% |
| 大阪府 | 20.2% | 18.1% | 13.7% | 9.6% | 1.1% | 24.6% | 53.8% | 44.8% | 16.8% | 57.0% | 10.3% | 6.6% |
| 全国 | 21.9% | 19.1% | 15.9% | 9.6% | 1.3% | 20.0% | 55.8% | 46.3% | 17.0% | 56.6% | 18.5% | 16.2% |

出典：ＫＤＢシステム「健診有所見者状況（男女別・年代別）」

図表 3-13　性・年齢階級別　健診結果有所見率〔令和３(2021)年度〕




| | BMI | 腹囲 | 中性脂肪 | ALT(GPT) | HDLコレステロール | 血糖 | HbA1c | 収縮期血圧 | 拡張期血圧 | LDLコレステロール | 心電図 | 眼底検査 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40～64歳 | 40.8% | 58.1% | 33.2% | 32.4% | 9.1% | 28.1% | 41.0% | 42.7% | 33.0% | 51.5% | 17.5% | 7.0% |
| 65～74歳 | 32.2% | 59.0% | 25.1% | 18.1% | 7.0% | 43.4% | 61.4% | 60.6% | 26.2% | 44.1% | 20.9% | 7.4% |




| | BMI | 腹囲 | 中性脂肪 | ALT(GPT) | HDLコレステロール | 血糖 | HbA1c | 収縮期血圧 | 拡張期血圧 | LDLコレステロール | 心電図 | 眼底検査 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40～64歳 | 23.3% | 19.3% | 14.1% | 11.4% | 1.4% | 16.7% | 35.0% | 31.2% | 17.6% | 58.1% | 14.5% | 6.1% |
| 65～74歳 | 22.5% | 22.2% | 15.1% | 8.9% | 1.3% | 29.5% | 59.7% | 56.1% | 17.1% | 56.3% | 12.4% | 6.9% |

出典：ＫＤＢシステム「健診有所見者状況（男女別・年代別）」

## イ　心電図有所見の内訳

令和元(2019)年度から令和３(2021)年度の心電図有所見の内訳をみると、心筋虚血の割合が約半数を超えています（図表 3-14)。

心筋虚血は動脈硬化などで冠動脈が狭くなり、血液が十分に心筋にいきわたらない状態で、自覚症状が持ちにくく、進行すると狭心症や心筋梗塞につながります。

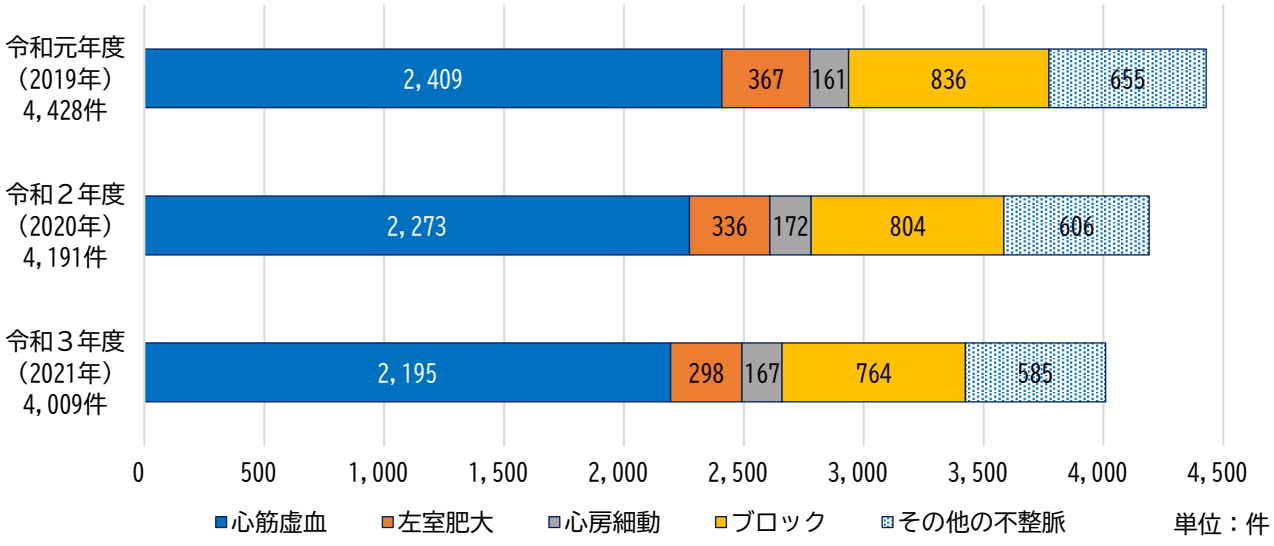
心電図検査の結果をもとに保健指導を行うことで、適切な医療機関への受診につなげることができ、重症化を未然に予防していくことができます。

このため、本市では国の基準※に該当する受診者だけではなく、市内取扱医療機関で健診を受診した全員へ心電図検査を実施しています。

※　心電図検査の国基準とは

（基準）当該年度の健診結果等で収縮期血圧 140ｍｍHg 以上もしくは拡張期血圧が 90ｍｍHg 以上
または問診等で不整脈の疑いがあり、医師が必要と認める人

図表 3-14　心電図有所見　内訳件数の推移




※ 所見内容は重複を含む

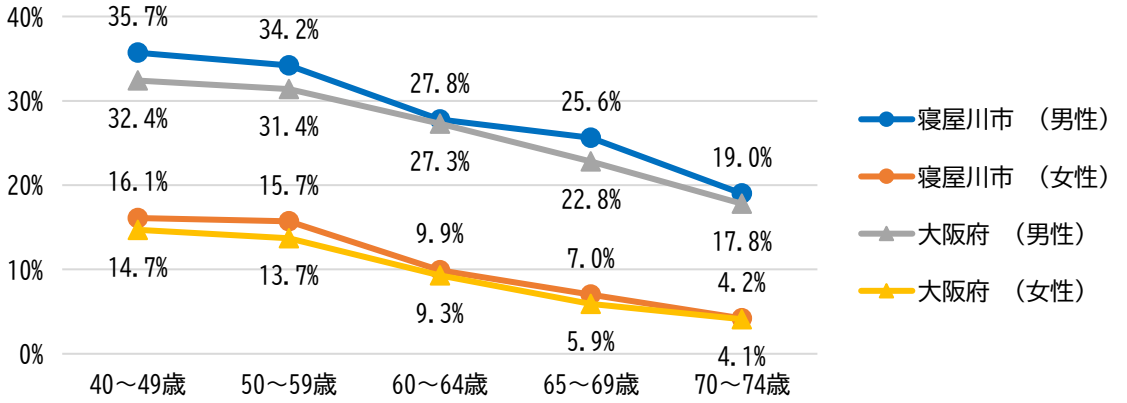
出典：「寝屋川市特定健診等データ管理システム」から再集計

## ウ　喫煙率の結果

喫煙は、COPD、呼吸器疾患、動脈硬化および、がんの発生などさまざまな非感染性疾患との関連があると言われています。

本市と大阪府の令和３(2021)年度　性・年齢階級別に喫煙率をみると、女性に比べて男性は喫煙率が高く、年齢層が上がるほど喫煙率は低下しているものの、各年齢階級別では男女ともに大阪府よりもやや高い傾向にあります。

図表 3-15　性・年齢階級別喫煙率〔令和３(2021)年度〕

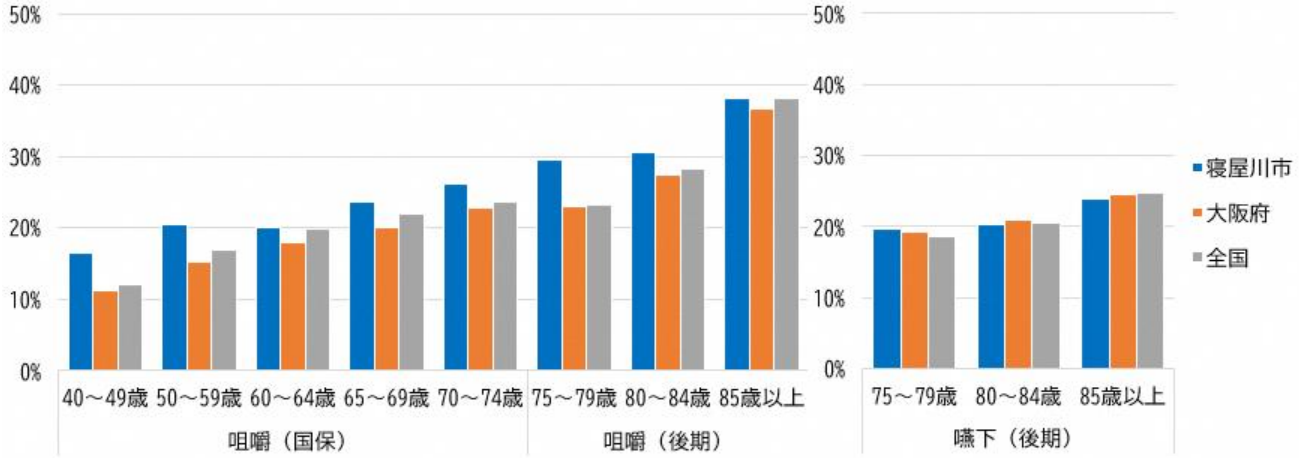



出典：特定健診・特定保健指導基礎資料「Ⅳ_内臓脂肪症候群・服薬、喫煙の状況」

## エ　咀嚼機能と嚥下機能の状況

令和３(2021)年度の咀嚼機能、嚥下機能の状況をみると、咀嚼機能、嚥下機能に関しては、年齢が上がるごとに機能低下を自覚している人の割合が増加しています。

図表 3-16　咀嚼機能と嚥下機能の状況〔令和３(2021)年度〕




咀嚼（国保）：「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか」に対する「何でもかんで食べることができる」以外の割合

咀嚼（後期）：「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」に対する「はい」の割合

嚥下（後期）：「お茶や汁物等でむせることがありますか」に対する「はい」の割合

出典：ＫＤＢシステム「質問票調査の経年比較」

## ２　特定保健指導

特定保健指導は、特定健診を受診した人のうち、腹囲または BMI が基準値を超え、血糖、脂質または、血圧のいずれかが基準に該当する人（各追加リスクの治療にかかる薬剤を服用している人は除く）を対象に実施しています。

特定保健指導では、指導を受けた人自身が健診結果を理解し、メタボリックシンドロームを改善できるよう、個人の状況に合わせた生活習慣改善の目標を立て、行動変容ができるように３か月間または６か月間の期間で支援をします(24 ページ　図表 3-1、図表 3-17)。

本市の特定保健指導の実施状況は、平成 28(2016)年度から令和元(2019)年度において上昇し、実施率 30.4%に達しましたが、令和２(2020)年度に新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響を受け減少に転じ、目標値と乖離した状況が続いています（図表 3-18)。

特定保健指導の実施については、市立保健福祉センター、市内各コミュニティセンター、市立東障害福祉センターで個別面談を実施しており、個別面談に来ることが困難な人には訪問や ICT を活用した遠隔面談を行っています。また、就労などにより平日の受診が難しい人でも参加できるよう一部の施設において休日および夜間の保健指導を実施しています。

図表 3-17　特定保健指導の対象者（階層化）

<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲</th><th>追加リスク</th><th rowspan="2">④喫煙</th><th colspan="2">対象</th></tr>
<tr><th>①血糖 ②脂質 ③血圧</th><th>～64 歳</th><th>65 歳～74 歳</th></tr>
<tr><td rowspan="3">≧男性 85 cm<br>≧女性 90 cm</td><td>２つ以上該当</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 rowspan="2">１つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記以外で<br>BMI≧25</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 rowspan="2">２つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>１つ該当</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

注）喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

【追加リスク】

① 血糖〔空腹時血糖 100 mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または随時血糖が 100 mg/dl 以上。空腹時血糖と HbA1c の両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を用いて、階層化を行います。やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c を測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とします。なお、空腹時とは絶食 10 時間以上、食直後とは食事開始時から 3.5 時間未満とします。〕

② 脂質（中性脂肪 150mg/dl 以上または、HDL コレステロール 40mg/dl 未満）

③ 血圧（収縮期血圧 130mmHg 以上または、拡張期血圧 85mmHg 以上）

図表 3-18　特定保健指導対象者および保健指導終了者数ならびに実施率

| 年度 | 平成 30 年度<br>(2018 年) | 令和元年度<br>(2019 年) | 令和２年度<br>(2020 年) | 令和３年度<br>(2021 年) |
|---|---|---|---|---|
| 対象者 | 1,561 人 | 1,551 人 | 1,537 人 | 1,350 人 |
| 終了者 | 396 人 | 472 人 | 282 人 | 229 人 |
| 実施率 | 25.4% | 30.4% | 18.3% | 17.0% |
| 目標値 | 35.0% | 40.0% | 45.0% | 50.0% |
| 目標との差 | △9.6% | △9.6% | △26.7% | △33.0% |

出典：特定健康診査等の実施状況に関する結果報告（法定報告）

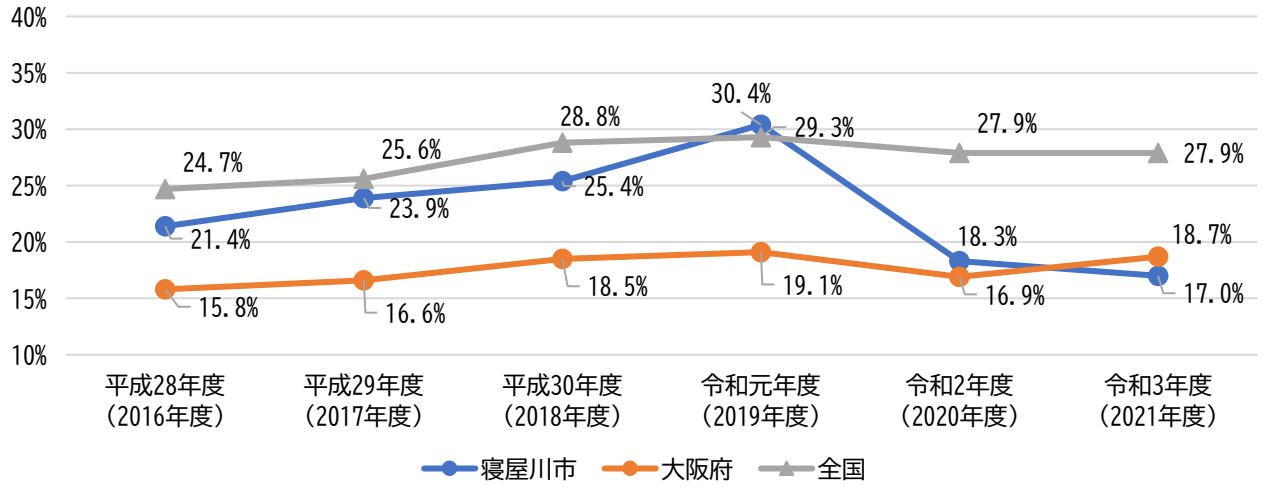
## (1) 実施状況

当該年度に特定保健指導を継続利用し終了した人の割合のことを特定保健指導実施率といいます。本市および大阪府と全国の特定保健指導実施率の推移をみると、新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により令和２(2020)年度以降、本市の実施率は減少しています（図表 3-19)。また本市の性・年齢階級別に特定保健指導実施率は、令和３(2021)年度は男性の 40 歳から 54 歳、女性の 45 歳から 59 歳で実施率が低い傾向にありました（図表 3-20)。

特定保健指導の実施率を向上するためには、特定保健指導の啓発や、保健指導を受けられた対象者が保健指導を受けることで生活習慣の改善の必要性を理解し行動変容に移せるよう働きかけを行っていくことが必要です。

特定保健指導の周知広報、個別性を重視した保健指導の工夫など一層の向上を図ることが重要です。

図表 3-19　特定保健指導実施率の推移




出典：特定健康診査等の実施状況に関する結果報告、特定健診・特定保健指導の実施状況【全国・保険者種別】

図表 3-20　性・年齢階級別　特定保健指導実施率

| 年度 | 全体 | 性別 | 40～74歳 | 40～44歳 | 45～49歳 | 50～54歳 | 55～59歳 | 60～64歳 | 65～69歳 | 70～74歳 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 令和元年度（2019年度） | 30.4% | 男性 | 27.4% | 9.5% | 17.2% | 12.1% | 11.9% | 24.1% | 38.3% | 36.6% |
| | | 女性 | 36.2% | 23.1% | 17.1% | 20.0% | 23.1% | 37.7% | 47.2% | 38.4% |
| 令和２年度（2020年度） | 18.3% | 男性 | 16.6% | 7.5% | 8.0% | 10.1% | 10.7% | 11.3% | 22.6% | 24.1% |
| | | 女性 | 21.4% | 5.0% | 12.0% | 20.0% | 8.3% | 17.9% | 22.7% | 26.1% |
| 令和３年度（2021年度） | 17.0% | 男性 | 14.7% | 7.0% | 4.5% | 9.3% | 12.8% | 10.1% | 16.4% | 22.2% |
| | | 女性 | 21.7% | 15.4% | 8.0% | 2.9% | 9.4% | 28.3% | 27.9% | 24.9% |

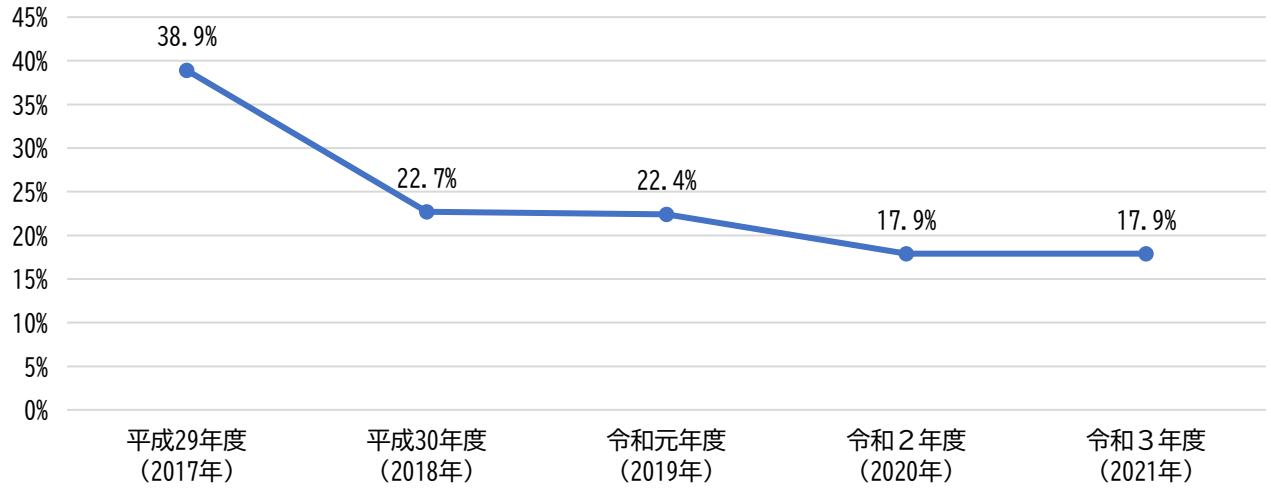
出典：特定健康診査等の実施状況に関する結果報告（法定報告）

特定保健指導対象者の減少率は、平成 29(2017)年度では 38.9%でした。その後、新型コロナウイルス感染症感染拡大による受診控えの影響などで、令和２(2020)年度、令和３(2021)年度は17.9%で推移し、保健指導を受けた人は一定の改善がみられています（図表 3-21)。

また、本市の令和２(2020)年度の特定保健指導終了者 282 人のうち、令和３(2021)年度に特定健診を受診した 241 人の階層化の変化をみると、積極的支援対象者、動機付け支援対象者ともに減少していました。特定保健指導利用後、高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれかの治療開始につながった人が 17.4%、検査値が改善しメタボリックシンドローム非該当となった人が 22.4%でした（図表 3-22)。

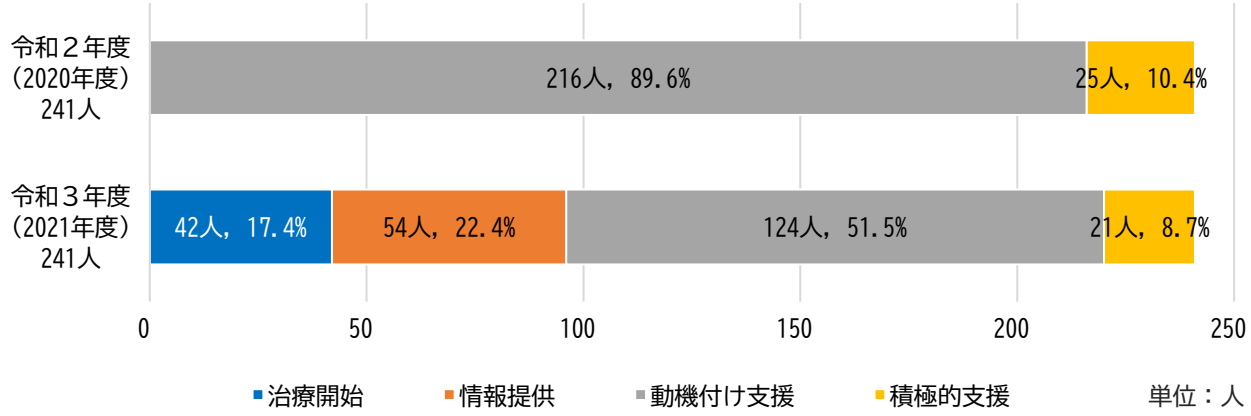
このことから特定保健指導の実施により、適切な治療や生活習慣の改善につながったことで、翌年の特定健診では検査値の改善がみられ、特定保健指導の対象外になるなど保健指導の効果があったと考えられます。

図表 3-21　特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率




出典：特定健康診査等の実施状況に関する結果報告（法定報告）

図表 3-22　特定保健指導利用後の階層化の変化



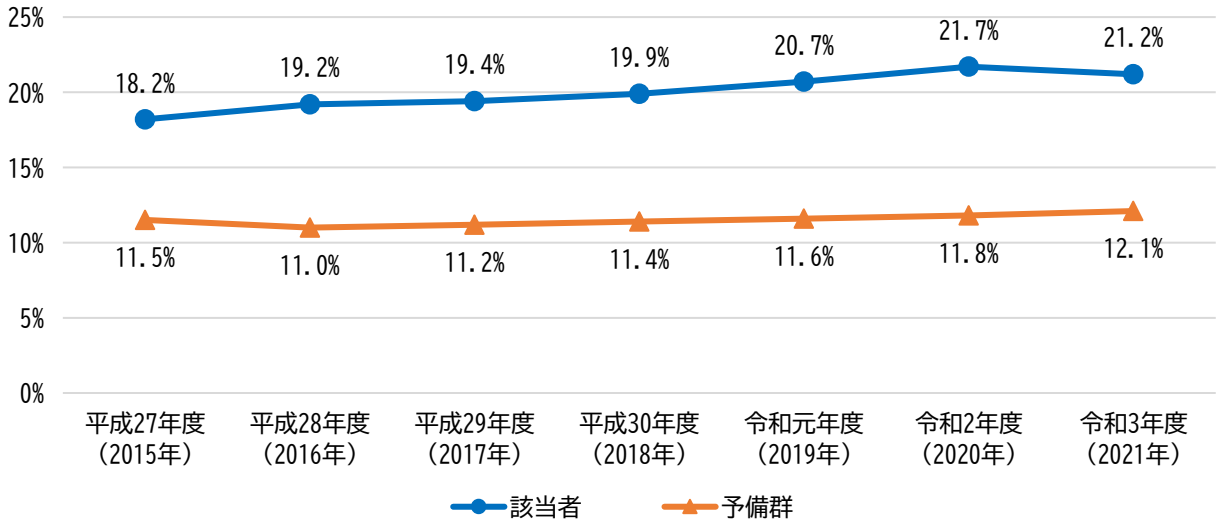

出典：「寝屋川市特定健診等データ管理システム」から再集計

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪の蓄積に加え、高血圧、高血糖、脂質異常のリスク因子をあわせ持つ状態をいいます。

特定健診受診者のうち腹囲または BMI およびそのほかの基準となる危険因子が有所見となった人は、メタボリックシンドロームの該当者とその予備群に分けられます。

本市の令和３(2021)年度特定健診受診者は、約５人に１人がメタボリックシンドロームに該当しており、その予備群も約８人に１人の割合でみられます(図表 3-23)。これらの割合は、全国や大阪府とほぼ同程度でした(図表 3-24)。

図表 3-23　メタボリックシンドローム該当者・予備群の出現率の推移




出典：特定健康診査等の実施状況に関する結果報告（法定報告）

図表 3-24　メタボリックシンドローム該当者および予備群率〔令和３（2021）年度〕

| メタボ | | 寝屋川市 | | 大阪府 | | 全国 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 |
| 該当者 | | 2,432 人 | 21.2% | 73,409 人 | 19.1% | 1,431,674 人 | 20.3% |
| | 男性 | 1,623 人 | 34.5% | 51,210 人 | 31.7% | 995,795 人 | 32.1% |
| | 女性 | 809 人 | 11.9% | 22,199 人 | 9.9% | 435,879 人 | 11.0% |
| 予備群 | | 1,389 人 | 12.1% | 44,708 人 | 11.6% | 803,204 人 | 11.4% |
| | 男性 | 899 人 | 19.1% | 31,049 人 | 19.2% | 562,548 人 | 18.1% |
| | 女性 | 490 人 | 7.2% | 13,659 人 | 6.1% | 240,656 人 | 6.1% |

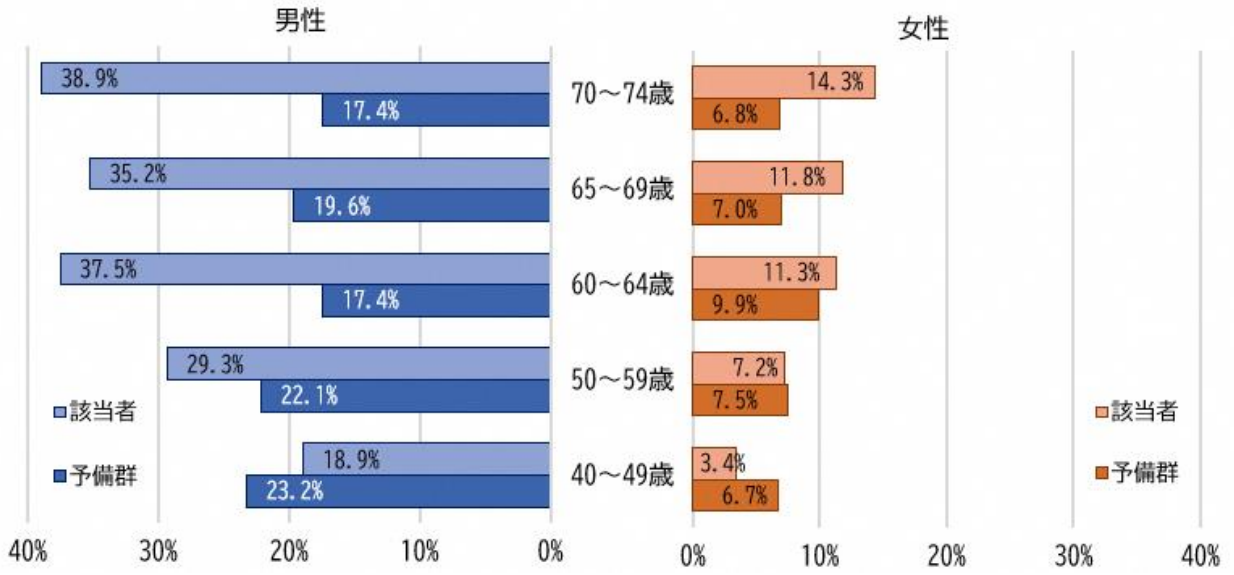
出典：ＫＤＢシステム「地域全体像の把握」

メタボリックシンドロームの該当基準は、腹囲または BMI が基準値以上かつ３つのリスク因子（血圧、血糖、脂質異常）のうち２項目以上が基準値以上の人がメタボリックシンドロームの該当者となり、１項目のみ基準値以上の人は予備群に分類されます。

該当者および予備群は、本市の場合、性別でみると顕著に男性が多く、男女ともに年齢を重ねるにつれ、該当者の割合が高くなる傾向にあります(図表 3-25)。

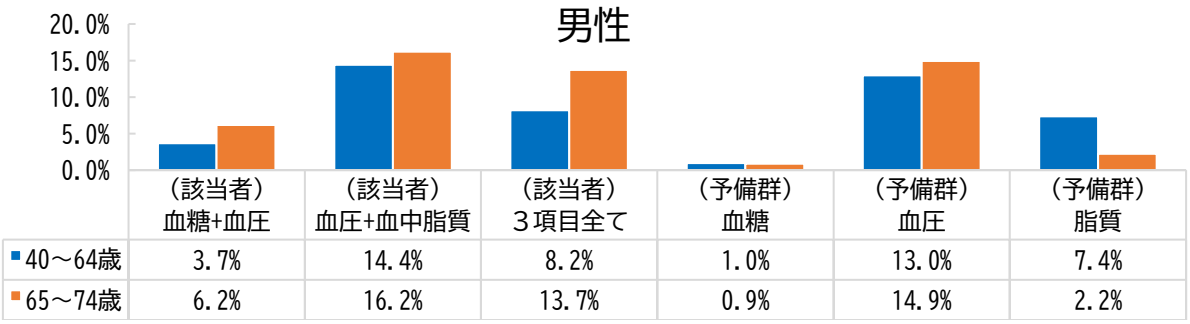
男女ともにメタボリックシンドロームの該当者は、リスク因子に高血圧を含む割合が高く、また、予備群においては血圧のリスク因子が高くなっています(図表 3-26)。

図表 3-25　性・年齢階級別メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合〔令和３(2021)年度〕

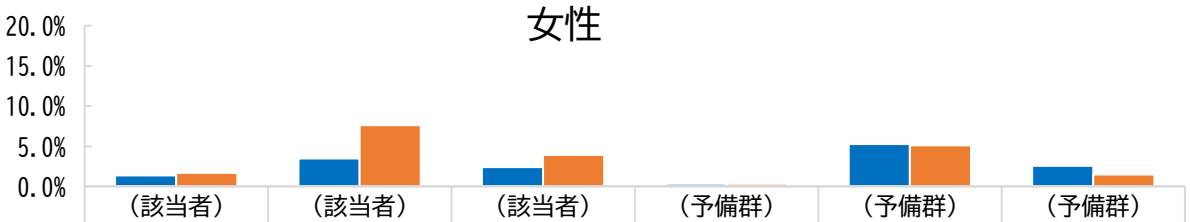



出典：特定健康診査等の実施状況に関する結果報告（法定報告）

図表 3-26　性・年齢階級別メタボリックシンドローム該当者・予備群リスク因子の割合〔令和３(2021)年度〕




| | (該当者) 血糖+血圧 | (該当者) 血圧+血中脂質 | (該当者) ３項目全て | (予備群) 血糖 | (予備群) 血圧 | (予備群) 脂質 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 40～64歳 | 3.7% | 14.4% | 8.2% | 1.0% | 13.0% | 7.4% |
| 65～74歳 | 6.2% | 16.2% | 13.7% | 0.9% | 14.9% | 2.2% |




| | (該当者) 血糖+血圧 | (該当者) 血圧+血中脂質 | (該当者) ３項目全て | (予備群) 血糖 | (予備群) 血圧 | (予備群) 脂質 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 40～64歳 | 1.4% | 3.5% | 2.4% | 0.3% | 5.2% | 2.5% |
| 65～74歳 | 1.7% | 7.6% | 3.9% | 0.3% | 5.1% | 1.5% |

出典：ＫＤＢシステム「メタボリックシンドローム該当者・予備群」

## 3　生活習慣病にかかる重症化予防

本市では、人工透析にかかる医療費が全国や大阪府より高く、平成 22（2010)年度には人工透析を受けている患者のうち了承を得られた人から、透析を受けるまでの健診の受診状況および病歴などの聴き取りを行いました。その結果、高血圧と糖尿病を原疾患として腎機能が低下した人や、健診結果を放置または治療を中断している人が多かったことがわかりました。

このことから、人工透析を受ける患者を減らしたいという思いで、平成 24(2012)年度から生活習慣病にかかる重症化予防と糖尿病性腎症にかかる重症化予防対策を開始しました。

高血圧・糖尿病などの生活習慣病は自覚症状がないため、気づかないうちに進行します。また、重症化すると脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病などの合併症を引き起こし、ＱＯＬを低下させます。そのため、本事業は生活習慣病の重症化予防、新規人工透析導入患者数の減少を目的とし、血圧、血糖、腎機能に着目して基準値を設定しています（図表 3-27)。

特定健診を受診した人のうち、特定保健指導の対象ではなく、健診結果が本対策の基準値に該当する人を対象とし、管理栄養士または地区担当保健師が保健指導を実施しています（24 ページ図表 3-1)。

図表 3-27　各重症化予防対策の対象となる基準値

| 対象項目 | 基準値 |
|---|---|
| 高血圧 | 収縮期血圧 160mmHg 以上、または拡張期血圧 100mmHg 以上(当該疾患未治療者) |
| 高血糖 | HbA1c 6.5%以上（当該疾患未治療者） |
| 腎機能低下 | eGFR 60 未満（60 歳以上 45 未満)、または尿蛋白＋＋以上 |
| 高血糖による腎機能低下 | ・HbA1c 6.5%以上かつ尿蛋白±以上<br>・糖尿病治療歴あり、かつ尿蛋白±以上 |
| 高度腎機能低下 | eGFR 30 未満 |

### (1)　実施状況

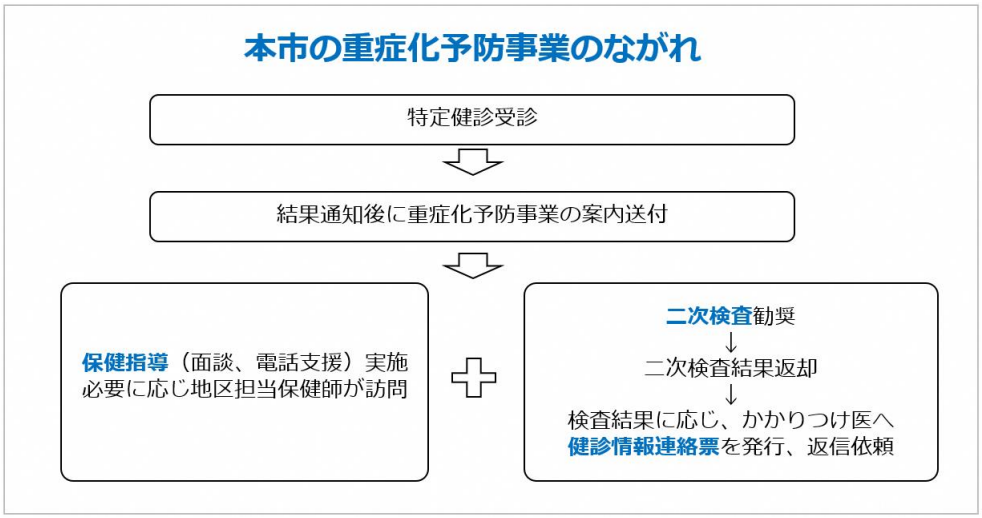
特定健診の結果通知後、対象者へ保健指導への利用勧奨チラシを送付しています。管理栄養士または地区担当保健師は、参加者が自身の健康課題に気づき、生活習慣を改善するための保健指導を面談や電話で実施するとともに、医療機関への受診勧奨や治療中断防止のための支援を行っています。また、二次検査として、頸部血管エコー検査、尿検査（アルブミン定量・ナトリウム・カリウム・クレアチニン）を実施しています（図表 3-28)。

二次検査の積極的な受検を勧奨するとともに、受検者には、二次検査の結果から全身の動脈硬化の状態、腎臓の血管の状態などを推測し、重症化リスクを正確に判断して、保健指導を実施することで早期に適切な治療行動につなげます。検査結果に応じて、健診情報連絡票を発行し、かかりつけ医や専門医と連携して本事業対象者の健康課題の共有を図っています（図表 3-29)。

令和３(2021)年度は、重症化予防事業対象者のうち、66.9%の対象者が保健指導を利用しています（図表 3-30)。

図表 3-28　二次検査（頸部血管エコー検査）の様子と内容

図表 3-29　本市における重症化予防事業のながれ




図表 3-30　重症化予防事業対象者および参加者数ならびに参加率〔令和３（2021）年度〕

| | 対象者数 | 参加者数 | 保健指導参加率 |
|---|---|---|---|
| 高血圧 | 258 人 | 180 人 | 69.8% |
| 高血糖 | 281 人 | 181 人 | 64.4% |
| 腎機能低下 | 397 人 | 266 人 | 67.0% |
| 糖尿病による腎機能低下 | 195 人 | 133 人 | 68.2% |
| 高度腎機能低下 | 37 人 | 22 人 | 59.5% |
| 合計 | 1,168 人 | 782 人 | 66.9% |

出典：「特定健診等データ管理システム」から再集計

本市では重症化予防として高血糖・高血圧・腎機能低下者に対し、医療機関への受診勧奨や医療機関との連携により、個別性の高い保健指導を実施するための重症化予防地域連携システムがあります（図表 3-31）。また、保健指導の効果検証を行い、保健指導の質の向上を図るため重症化予防対策に関する共同研究を大阪大学と実施しています（図表 3-32）。

図表 3-31　重症化予防地域連携システム

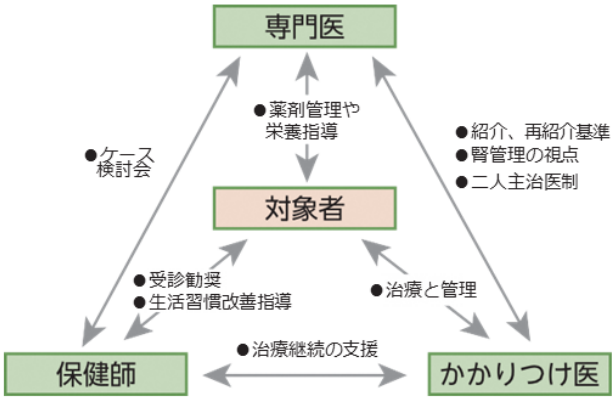
## 重症化予防地域連携システム

平成25(2013)年度に医師会・歯科医師会・薬剤師会・関西医科大学香里病院・本市の５者で生活習慣病重症化予防の地域連携協定を締結しました。

協定の締結に伴い、かかりつけ医と専門医の2人を主治医とし、生活習慣病の重症化を予防する２人主治医制を進めています。

また年に１回、市内医療従事者に対して糖尿病性腎臓病重症化予防ネットワーク研修会を５者で実施し、新規人工透析患者の減少を目指して取組を進めています。

ケース検討会を通して、医師会医師や専門医にケースの今後の見通しや保健指導の方向性の助言をもらい、保健指導に活かしています。




図表 3-32　大阪大学との共同研究の成果

## 重症化予防対策に関する共同研究を実施しています

令和元(2019)年度から、大阪大学と共同研究を実施し、令和３(2021)年10月に腎臓の検査と透析リスクの関連についての論文が国際科学誌「Scientific Reports」に掲載されました。

共同研究の成果：健診未受診で、医療機関でも腎臓の検査(尿検査や血清クレアチニン検査)を受けていない75歳以上の男性は、健診受診者に比べて、人工透析に至る **リスクが 2.72倍高い** ことが明らかになりました。

**健診や腎臓の検査を受けなければ、透析に至るリスクが高くなる！**

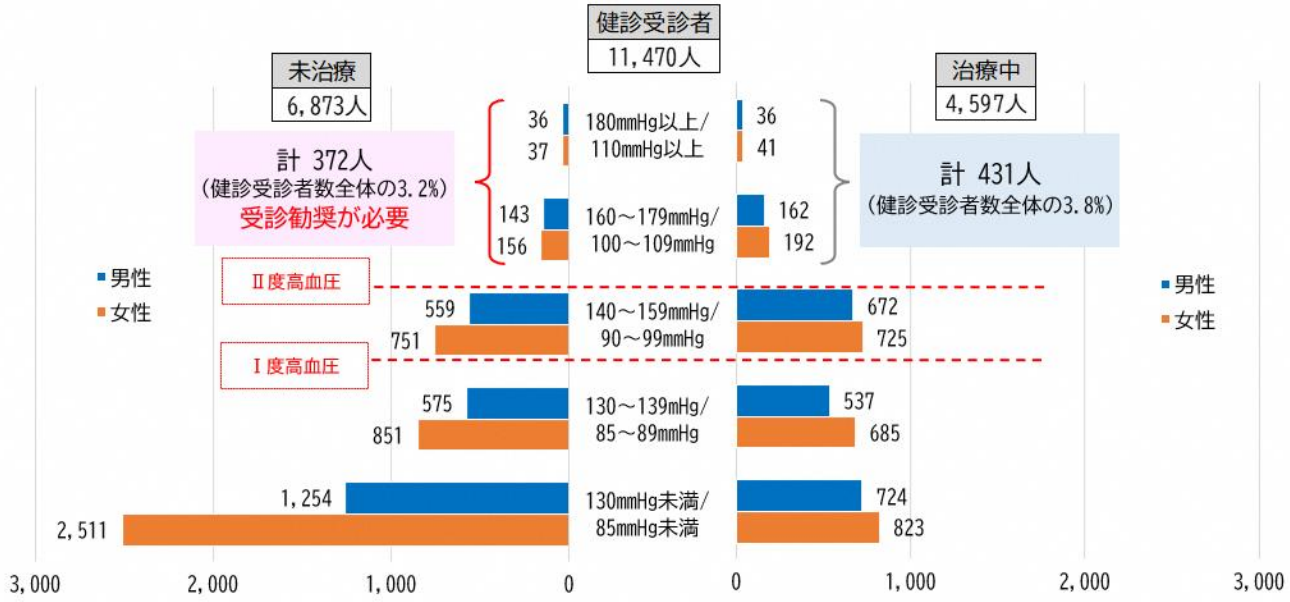
引き続き、本市が行う重症化予防への取組の効果検証を行っていきます。

## ア　高血圧

令和３(2021)年度の特定健診受診者の血圧の結果を重症度および治療状況別に集計すると、Ⅱ度高血圧以上の未治療の人は全体で 3.2%となりました。また、治療中の人でもⅡ度高血圧以上の人は 3.8%でした。

高血圧は、虚血性心疾患、脳血管疾患および腎疾患などさまざまな疾患の発症に関わるため、重症度に合わせた保健指導を行い、必要に応じて医療機関への受診勧奨をしていくことが重要です。

図表 3-33　治療状況別の高血圧重症度別該当者数〔令和３(2021)年度〕




出典：ＫＤＢシステム「保健指導対象者一覧（保健指導判定値の者、受診勧奨判定値の者)」

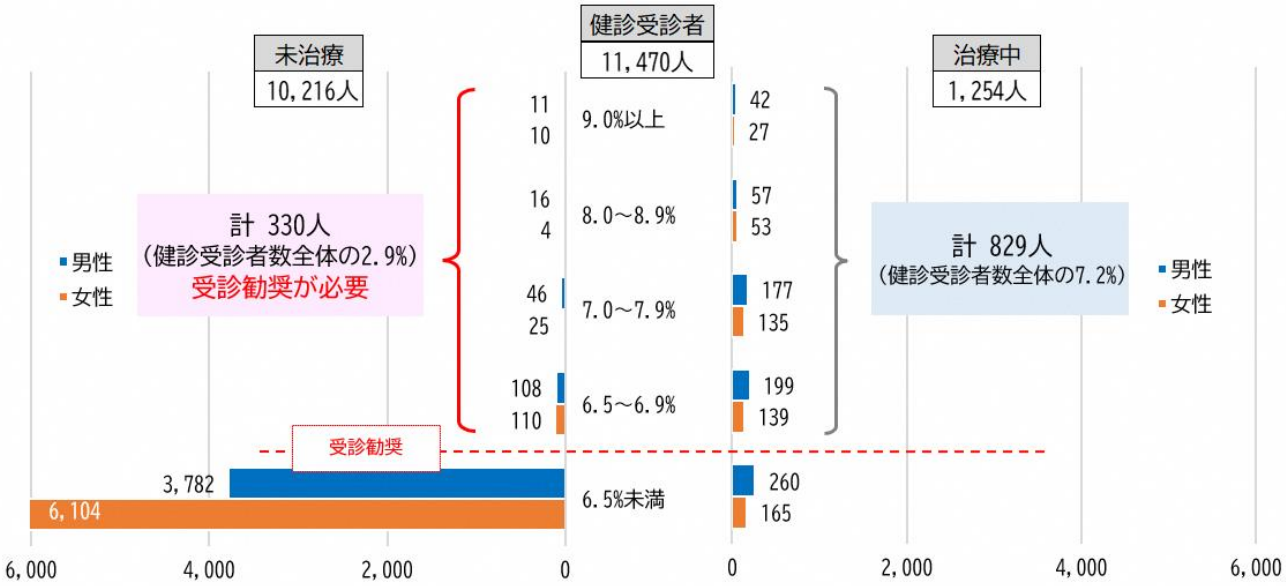
## イ　高血糖（HbA1c）

令和３(2021)年度の特定健診受診者の結果のうち過去１か月から２か月の血糖値の状況を反映する HbA1c をみると、HbA1c6.5%以上で未治療の人は 2.9%で、治療中の人は 7.2%でした。

高血糖の状態が続くと、血管壁を傷つけコレステロールが蓄積します。蓄積したコレステロールは血管内にプラークという塊を作り血管壁を硬くし、動脈硬化を引き起こします。また、動脈硬化だけでなく、長年経過すると糖尿病性の神経障害や網膜症、腎症などの合併症を発症します。

特定健診の結果をもとに保健指導を行い、必要に応じて医療機関への受診勧奨をしていくことが重要です。

図表 3-34　治療状況別の糖尿病重症度別該当者数〔令和３(2021)年度〕




出典：ＫＤＢシステム「保健指導対象者一覧（保健指導判定値の者、受診勧奨判定値の者）」

※　高血糖の数値は、対象者の年齢や既往歴などによってさまざまであるため、実際の保健指導では対象者に応じて保健指導を実施しています。(詳細は 94 ページ　資料集「（１）血糖コントロールの目標」および（２）高齢者における血糖コントロールの目標」に記載)

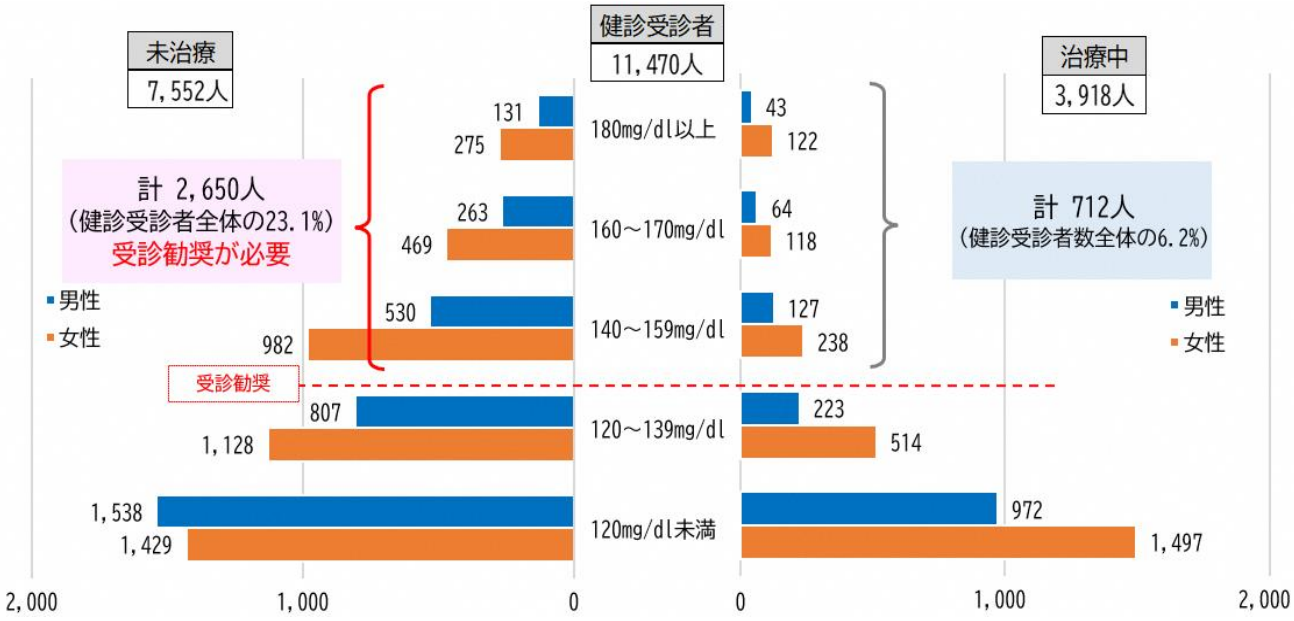
## ウ　脂質異常

LDL コレステロールは、肝臓から血中にコレステロールを運ぶ役割があり、血中濃度が高くなると、動脈硬化を進め、心筋梗塞や狭心症になりやすいと言われています。

令和３(2021)年度の特定健診受診者の結果から、治療状況別の高 LDL コレステロール血症重症度別該当者数では、受診の必要性が高い LDL コレステロール値 140mg/dl 以上の該当者は、特定健診受診者のうち、未治療の人で 23.1%、治療中の人で 6.2%でした。

未治療者に対して保健指導を行うとともに、医療機関への受診勧奨やかかりつけ医と連携し健康課題の共有を図ることが重要です。

図表 3-35　治療状況別の高 LDL コレステロール血症重症度別該当者数〔令和３(2021)年度〕




出典：　ＫＤＢシステム「保健指導対象者一覧（保健指導判定値の者/受診勧奨判定値の者)」

## エ　慢性腎臓病

慢性腎臓病（CKD）とは、尿蛋白と推算糸球体ろ過量で表される腎機能の障害が慢性的に３か月以上持続するものを指します。

本市の令和３(2021)年度の特定健診受診者のうち、eGFR（推算糸球体ろ過量）の有所見状況から、CKD 重症度分類で eGFR が 30 未満となるＧ４もしくはＧ５に該当する人には腎個別支援として腎臓専門医への受診勧奨を行っています（図表 3-36）。また、最も重いＧ５に該当する人は 11 人で年齢は 60 歳から 74 歳が占め、男性のほうが多い結果でした（図表 3-37）。

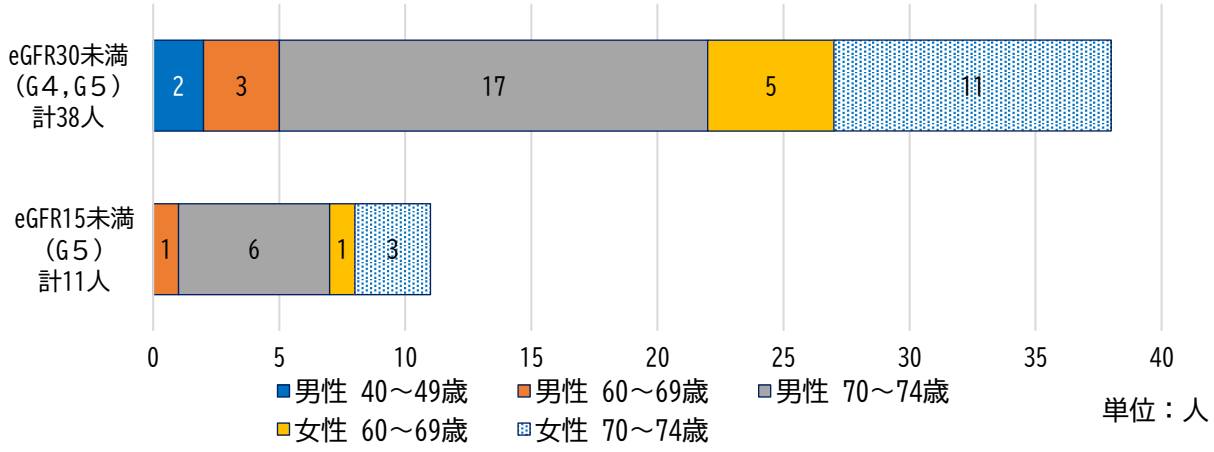
腎機能低下の要因と考えられる高血圧、糖尿病、脂質異常の未治療者への重症化予防のための保健指導、受診勧奨を行い、Ｇ３a 以上の対象者へは個人に合わせた栄養指導および腎専門医への受診勧奨などの積極的な取組が必要です。

図表 3-36　eGFR 有所見状況〔令和３(2021)年度〕

| eGFR | | ３疾患<br>高血圧／糖尿病／<br>脂質異常<br>治療の有無 | | 治療中<br>（服薬あり） | | 治療中<br>（服薬なし） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 健診受診者 | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| | | 12,610 | | 6,614 | 52.5% | 5,996 | 47.5% |
| 再）110 以上 | | 140 | 1.1% | 68 | 1.0% | 72 | 1.2% |
| G1 | 90 以上 | 1,194 | 9.5% | 525 | 7.9% | 669 | 11.2% |
| G2 | 60～90 未満 | 8,721 | 69.1% | 4,289 | 64.9% | 4,432 | 73.9% |
| G3a | 45～60 未満 | 2,360 | 18.7% | 1,524 | 23.0% | 836 | 13.9% |
| G3b | 30～45 未満 | 297 | 2.4% | 243 | 3.7% | 54 | 0.9% |
| G4 | 15～30 未満 | 27 | 0.2% | 23 | 0.3% | 4 | 0.1% |
| G5 | 15 未満 | 11 | 0.1% | 10 | 0.2% | 1 | 0.0% |
| 再）60 未満<br>60 歳以上は 45 未満 | | 491 | 3.9% | 329 | 5.0% | 162 | 2.7% |

出典：「寝屋川市特定健診等データ管理システム」から再集計

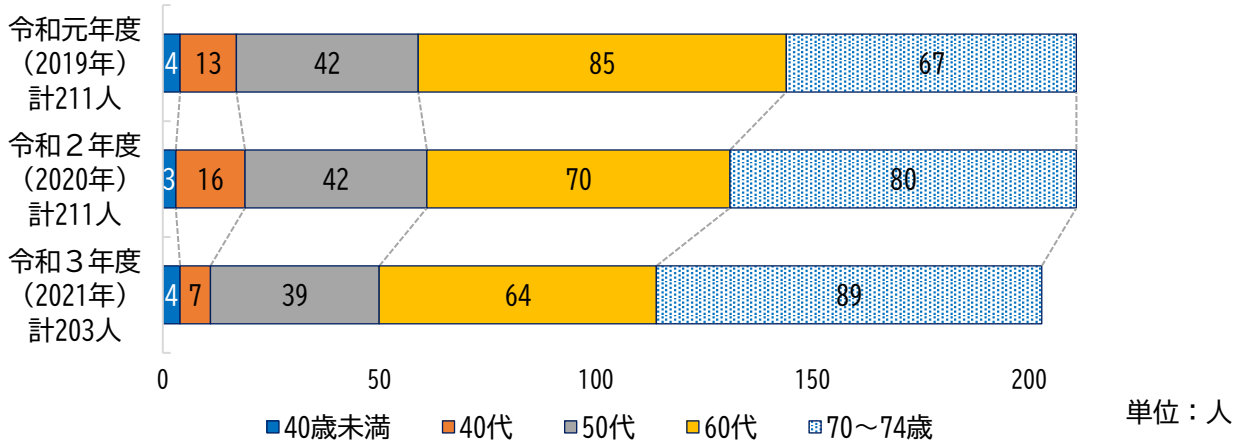
図表 3-37　腎個別支援（eGFR30 未満対象者と CKD ステージ５(eGFR15 未満)）対象者〔令和３(2021)年度〕




出典：「寝屋川市特定健診等データ管理システム」から再集計

本市の令和元(2019)年度から令和３(2021)年度の各年度６月時点の人工透析患者の年齢階級別推移をみると、令和元(2019)年度から令和３(2021)年度にかけて減少しているものの 200 人を超えている状況です。内訳をみると、60 歳代以上が多く占めており、70 歳から 74 歳が年々増加しています。

図表 3-38　人工透析患者　年齢階級別推移〔令和元（2019）年度～令和３（2021）年度〕




単位：人

出典：ＫＤＢシステム「人工透析患者一覧」

本市の人工透析患者レセプトを年代別の人数と主な現病歴（糖尿病、脳血管疾患、虚血性心疾患）別で集計を行いました（現病歴は重複回答を含みます）。その結果、３か年平均で全体のうち糖尿病は 62.1%、脳血管疾患は 36.0%で、虚血性心疾患は 44.3%が該当していました。

図表 3-39　人工透析患者　年齢階級別内訳と現病歴

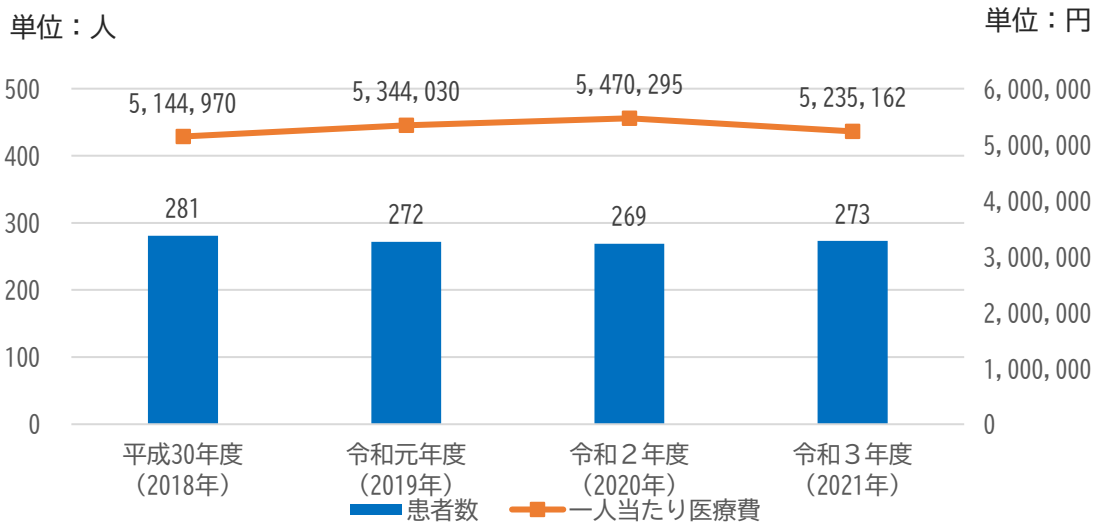
| 年度 | 年齢 | 人工透析 | 主な現病歴（延べ人数） | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 糖尿病 | 脳血管疾患 | 虚血性心疾患 |
| 令和元年度（2019 年） | 40 歳未満 | 4 人 | 1 人 | 0 人 | 2 人 |
| | 40 代 | 13 人 | 8 人 | 3 人 | 4 人 |
| | 50 代 | 42 人 | 24 人 | 11 人 | 19 人 |
| | 60 代 | 85 人 | 43 人 | 24 人 | 42 人 |
| | 70～74 歳 | 67 人 | 44 人 | 29 人 | 29 人 |
| | 全体 | 211 人 | 120 人 | 67 人 | 96 人 |
| | 構成比 | 100% | 56.9% | 31.8% | 45.5% |
| 令和２年度（2020 年） | 40 歳未満 | 3 人 | 1 人 | 0 人 | 0 人 |
| | 40 代 | 16 人 | 10 人 | 3 人 | 3 人 |
| | 50 代 | 42 人 | 25 人 | 11 人 | 23 人 |
| | 60 代 | 70 人 | 38 人 | 20 人 | 32 人 |
| | 70～74 歳 | 80 人 | 51 人 | 33 人 | 34 人 |
| | 全体 | 211 人 | 125 人 | 67 人 | 92 人 |
| | 構成比 | 100% | 59.2% | 31.8% | 43.6% |
| 令和３年度（2021 年） | 40 歳未満 | 4 人 | 2 人 | 0 人 | 0 人 |
| | 40 代 | 7 人 | 4 人 | 1 人 | 2 人 |
| | 50 代 | 39 人 | 26 人 | 12 人 | 23 人 |
| | 60 代 | 64 人 | 39 人 | 23 人 | 28 人 |
| | 70～74 歳 | 89 人 | 55 人 | 37 人 | 37 人 |
| | 全体 | 203 人 | 126 人 | 73 人 | 90 人 |
| | 構成比 | 100% | 62.1% | 36.0% | 44.3% |

出典：ＫＤＢシステム「人工透析のレセプト分析」

本市の人工透析患者数（年間の累積で集計）の一人当たり年間医療費について、平成 30(2018)年度から令和３(2021)年度の推移をみると、大きな増減はみられずおおむね横ばいです。また、人工透析の一人当たり年間医療費は約 510 万円となっています。

人工透析は一人当たりの医療費が高額なため、新規導入を防ぐことや、導入開始時期を遅らせるために早期からの生活習慣病の予防が医療費適正化の観点からも重要です。

図表 3-40　人工透析患者数と一人当たり年間医療費

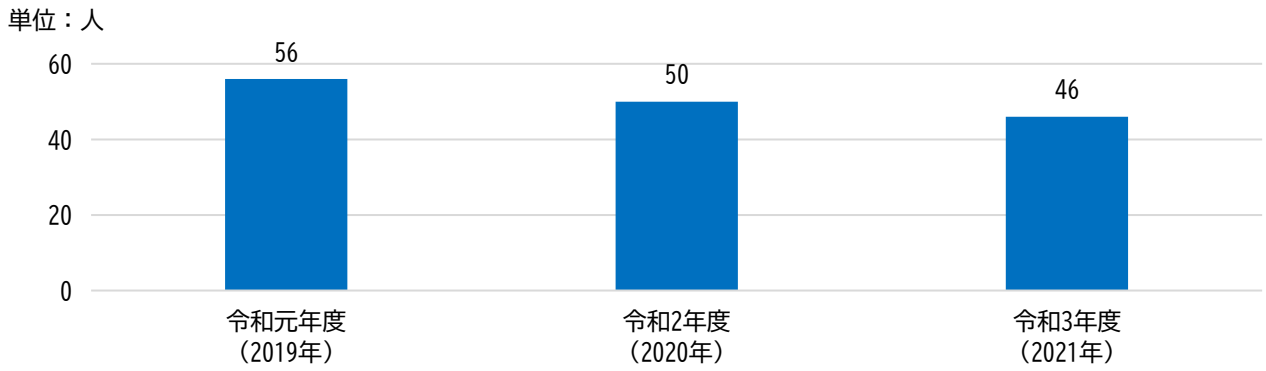



出典：ＫＤＢシステム「人工透析患者一覧」、「人口および被保険者の状況」

ＫＤＢシステムから「人工腎臓（導入期）加算」「導入期加算（腹膜還流）」が算定されているレセプトを計上し、本市の新規人工透析導入者数の推移を分析した結果、人数に大きな減少はみられずおおむね横ばいでした。。

人工透析の原因となる疾患の予防と重症化予防対策を引き続き行っていく必要があります。

図表 3-41　新規人工透析導入者数




出典：ＫＤＢシステム「医療費分析（１）細少分類」から再集計

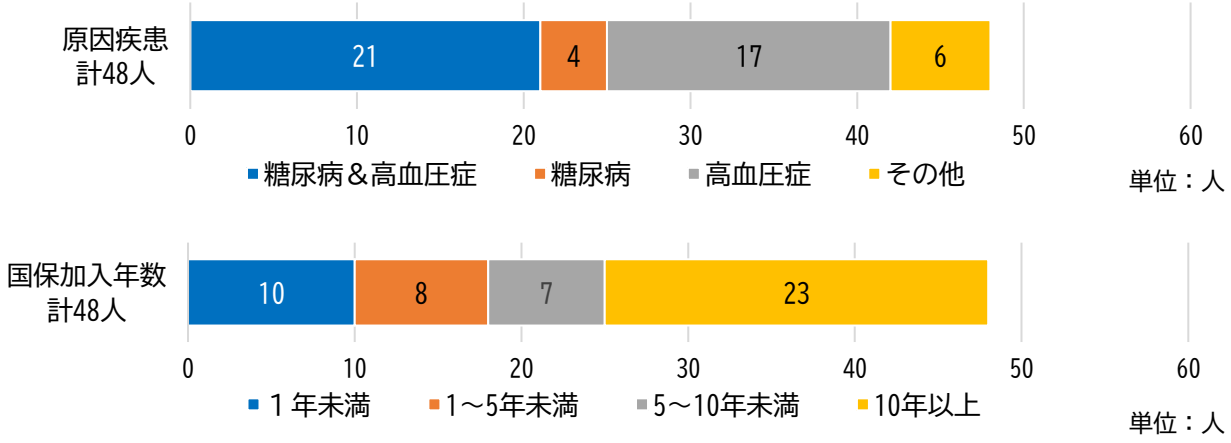
ＫＤＢシステムから令和４(2022)年度に新たに透析を開始した人を新規透析患者としました。これらのうちレセプトから「糖尿病」に該当する人は 25 人、「高血圧症」は 38 人が該当しています。このことから、本市では、高血圧症や糖尿病が原因で透析導入に至る人が多いことがわかります（図表 3-42 上）。

次に、本市の国保加入年数は令和４(2022)年度の新規透析患者 48 人について、レセプトをみると、48 人中 45 人は国保加入後に透析開始、３人は国保加入時には、すでに透析を受けている人でした。また、国保に加入してから透析導入に至る年数については、10 年以上が 23 人でした（図表 3-42 下）。

平成 28(2016)年度の第２期データヘルス計画では、国保加入時にすでに透析導入していた人は、約６割を占めていたのに対して、今回は加入後 10 年以上経過してから透析導入に至った人が約５割を占めました。

国においても治療と仕事の両立支援を進めており、疾患を持ちながらも就業することができる環境や制度が整いつつあると考えられます。引き続き他の保険者と連携しながら、健診の啓発や情報提供を進め、高血圧症や糖尿病などの早期発見・治療によって新たに透析導入となる人が減らせるよう取り組んでまいります。

図表 3-42 新規透析患者の内訳 人工透析導入の原因疾患および国保加入年数〔令和４(2022)年度〕




出典：ＫＤＢシステム「人工透析患者一覧」から再集計

# ４　健康課題の整理

| 項目 | 分析 |
|---|---|
| 特定健診 | ⑴　受診率は性年代別でみると男女とも 40 歳代で最も低く、特に男性は 10%台と低い。<br>⑵　特定健診、医療機関ともに未受診の人は、特定健診対象者全体の 17.7%を占めている。 |
| 特定保健指導 | ⑴　特定保健指導実施率は、17.0%で全国と大阪府に比べて低い。<br>⑵　メタボリックシンドローム該当者および予備群は全国と大阪府平均より高い。 |
| 高血圧 | ⑴　医療機関への受診が必要なⅡ度高血圧以上の人で未治療者は、特定健診受診者のうち 3.2%を占める。 |
| 糖尿病 | ⑴　医療機関への受診が必要な HbA1c が 6.5%以上の未治療者は、特定健診受診者のうち 2.9%を占める。<br>⑵　糖尿病・高血圧症・脂質異常症のうち総医療費に占める割合は糖尿病が最も高い。 |
| 脂質異常症 | ⑴　レセプト件数が 40 歳代以上のすべての年代において大阪府より少ない。<br>⑵　受診の必要性が高いと考えられる LDL コレステロール値が 140mg/dl 以上の未治療者は、特定健診受診者のうち、23.1%を占める。 |
| 人工透析 | ⑴　新規人工透析導入者数が横ばい傾向で減少していない。<br>⑵　年齢階級別人工透析のレセプト件数は 50 歳から 74 歳では大阪府と比べて高い。<br>⑶　人工透析患者を年代別人数に集計し、主な現病歴で集計すると、40 歳代以上の年代において約 60%が糖尿病に該当している。 |
| 脳血管疾患<br>虚血性心疾患 | 脳血管疾患<br>⑴　医療費総額、高額レセプト件数ともに横ばいである。<br>⑵　脳血管疾患の長期入院（６か月以上）の、レセプト件数と医療費が上昇している。<br>虚血性心疾患<br>⑴　標準化死亡比における女性の心臓病の死亡比が全国と比較して高い。 |
| がん | ⑴　５大がん検診の受診率が全国と大阪府と比べて低い。<br>⑵　医療費順位の主要疾患別医療費で生活習慣病内訳をみると、がんが最も多い（55.2%）。 |
| 要介護 | ⑴　高齢化率の上昇とともに、要支援・要介護認定率が上昇している。 |
| 後発医薬品の利用普及 | ⑴　後発医薬品の使用割合は 79.2%で国の目標値未達成。 |

※上記は令和3(2021)年度の分析結果を基にした健康課題となります。

# 5　各保健事業の実施状況と最終評価

第２期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）および第３期特定健康診査等実施計画（以下「前期計画」といいます。）において、国保被保険者に対する保健事業の計画を立て、計画に基づいて各保健事業を展開してまいりました。

本項目では、各保健事業の前期計画期間中(平成 30(2018)年度から令和５(2023)年度)の実施状況や目標に対する達成度を評価し、令和６(2024)年度以降の事業の見直しや改善を行います。事業評価は実績が確定している令和３(2021)年度を基に実施しています。

前期計画期間中は新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響を受けて、人が密になる可能性が高い事業は中止または縮小を行うなど、実施方法の変更を余儀なくされるなど、十分に事業実施ができない期間がありました。このため、一部の事業において評価できないものがあります。

特定健診、特定保健指導、生活習慣病にかかる重症化予防（以下「重症化予防」といいます。）のうち、重症化予防対策の保健指導参加率は目標に達成しましたが、特定健診の受診率と特定保健指導の実施率は目標に到達することができませんでした。

今後は、健診未受診者への受診勧奨や特定保健指導未利用者への利用勧奨を一層強化し、受診率および実施率の向上に努め、重症化予防対策においては、対象者の個別性に合わせた保健指導を引き続き実施していきます。

## ⑴ 特定健康診査

<table>
<tr><td rowspan="2">最終評価</td><td colspan="2">保健事業名：特定健康診査</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定健康診査</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td>市の国保に加入している 40 歳から 74 歳の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　39,035 人</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td>毎年６月１日から翌年３月末日<br>※ 令和２(2020)年度は、新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響で<br>７月１日から開始</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td>○職員体制<br>係長１名、保健師４名、管理栄養士１名、事務職１名、会計年度任用職員２名<br>〔令和３(2021)年度時点〕<br><br>○個別検診<br>外部委託（府内取扱医療機関で実施）<br>〔委託先〕一般社団法人 大阪府医師会　※随意契約<br><br>○集団検診<br>外部委託（市立保健福祉センターで実施）<br>〔委託先〕一般財団法人 大阪府結核予防会　※随意契約</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td>○受診券の送付<br>毎年５月末ごろに対象者へ受診券を送付<br><br>○健診項目<br>「特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号）」第１条に定められた項目に準じて実施<br>【基本項目】※受診者全員へ実施<br><br>
<table>
<tr><td rowspan="4">診察</td><td>質問（問診）</td><td>服薬歴、喫煙歴等</td></tr>
<tr><td>身体計測</td><td>身長、体重、BMI（体格指数）、腹囲</td></tr>
<tr><td>理学的所見</td><td>身体診察</td></tr>
<tr><td>血圧測定</td><td>収縮期血圧、拡張期血圧</td></tr>
<tr><td rowspan="4">血液検査</td><td>脂質検査</td><td>中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール</td></tr>
<tr><td>血糖検査</td><td>空腹時血糖、HbA1c</td></tr>
<tr><td>肝機能検査</td><td>AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）</td></tr>
<tr><td>腎機能検査</td><td>血清クレアチニン、血清尿酸、eGFR</td></tr>
<tr><td colspan="2">尿検査</td><td>尿糖、尿蛋白</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td>【詳細項目】※基準に該当する人へ実施<br>〔心電図検査〕<br>（基準）当該年度の健診結果等で収縮期血圧 140ｍｍHg 以上もしくは拡張期血圧が 90mmHg 以上<br>または問診等で不整脈の疑いがあり、医師が必要と認める人<br>※ただし、市内取扱医療機関で受診する人は全員に実施<br>〔眼底検査〕<br>（基準）当該年度の健診結果等において以下のいずれかに該当し、医師が必要と認める人<br>・血圧… 収縮期血圧 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上<br>・血糖… 空腹時血糖 126mg/dl 以上もしくは HbA1c（NGSP）6.5%以上<br>もしくは随時血糖 126mg/dl 以上の人<br>〔貧血検査〕赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値<br>（基準）貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血の疑いがあり、医師が必要と認める人<br>または前年度の健診結果等において以下のいずれかに該当する人<br>（市独自基準）<br>・血圧…収縮期血圧 130mmHg 以上もしくは拡張期血圧 85mmHg 以上<br>・血糖…空腹時血糖 100mg/dl 以上もしくは HbA1c（NGSP 値）5.6%以上<br>・脂質　中性脂肪 150mg/dl 以上もしくは HDL コレステロール 40mg/dl 未満<br><br>○個別健診<br>・実施場所<br>府内取扱医療機関<br>・健診までの流れ<br>対象者が直接取扱医療機関へ受診予約し、当日受診券と保険者証を持参して受診<br>・自己負担額<br>無料<br><br>○集団検診　※がん検診を同時に受診可能<br>・実施場所<br>市立保健福祉センター<br>・検診までの流れ<br>インターネット、郵送および窓口（健康づくり推進課）で受診申込み<br>後日、集団検診用の受診券を対象者へ郵送し、当日特定健診の受診券と保険者証とともに持参して受診<br>・自己負担額<br>無料　※ただし、がん検診は有料<br><br>○健診結果の送付<br>健診の結果から各項目の所見有無を判定し、本人へ郵送<br>郵送の際は、健診結果の見方や疾患のリスクなどをわかりやすく説明した資料を同封し、生活習慣の改善につなげる<br><br>○事業者健診等の検診受診者のデータ収集<br>国保加入者の人間ドックの受診にかかる費用助成の手続きの際に提出された健診結果を収集し、データ分析等に活用</td></tr>
<tr><td rowspan="3">アウトプット</td><td colspan="2">評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定健診受診率</td><td>53%</td><td>33.6%</td><td>未達成</td></tr>
<tr><td colspan="4">※　特定健診にかかる各取組と目標値は「未受診者への受診勧奨、新規対象者への案内」「特定保健指導」「高血圧教室」「高血糖教室・CKD 教室」「糖尿病性腎症教室」参照</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">最終評価</td><td colspan="5">保健事業名：特定健康診査</td></tr>
<tr><td colspan="5">未受診者への受診勧奨、新規対象者への案内</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td colspan="4">市の国保に加入している 40 歳から 74 歳の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　39,035 人</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td colspan="4">毎年６月１日から翌年３月末日<br>※ 令和２(2020)年度は新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響で<br>７月１日から開始</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td colspan="4">○職員体制<br>係長１名、保健師４名、管理栄養士１名、事務職１名〔令和３(2021)年度時点〕<br><br>○受診勧奨はがきの作成〔令和元(2019)年度から令和４(2022)年度〕<br>平成 30(2018)年度まで直営実施<br>令和元(2019)年度から令和４(2022)年度まで外部委託</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td colspan="4">○受診勧奨はがきの送付<br>・送付対象<br>当該年度特定健診未受診者<br>・実施内容<br>ナッジ理論を活用しながらデザインを作成し、年に２回以上送付<br>※外部委託時は AI 分析によって対象者の特性を数種類に分けて、特性に応じたデザインの受診勧奨はがきを送付<br><br>○受診勧奨電話<br>・架電対象<br>受診勧奨はがき送付者<br>・実施内容<br>受診勧奨はがきを送付後、市職員が架電して受診勧奨を実施<br><br>○周知啓発<br>広報掲載、ＳＮＳ発信、市役所本庁１階デジタルサイネージでの放映、取扱医療機関のかかりつけ医から患者への受診案内、各医療機関および市内商店街で受診啓発ポスターの掲示　ほか<br><br>○保険切替者（新規国保加入者）への受診啓発<br>保険者証送付時に受診啓発チラシを同封</td></tr>
<tr><td rowspan="3">アウトプット</td><td colspan="2">評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定健診受診率</td><td>53.0%</td><td>33.6%</td><td>未達成</td></tr>
<tr><td colspan="2">３年累積受診率</td><td>ベースライン値<br>から増加<br>平成 28(2016)年度<br>実績 19.0%</td><td>18.1%</td><td>未達成</td></tr>
</table>

| | 評価指標 | 目標値 | 実績<br>〔令和３年度〕 | 評価 |
|---|---|---|---|---|
| アウトカム | 特定健診受診状況と<br>医療利用状況のうち<br>健診なし／レセプトなしの人の割合 | ベースライン値<br>から減少<br>平成 28(2016)年度<br>実績 27.0% | 17.7% | 達成 |
| 前期計画での課題 | 対象者のうち受診率が高い 60 歳以上の人は今後、後期高齢者医療費制度へ移行するため、健診受診経験者が減少するため、受診率が低下する可能性があることから、40 歳代、不定期受診者および医療レセプトのある未受診者へのアプローチ強化が必要 | | | |
| 本計画での対応 | ・ナッジ理論を活用しながら受診勧奨はがきのデザインを作成し、効果的な受診勧奨をめざす<br>・引き続き医師会、歯科医師会および薬剤師会と連携して、かかりつけ医から患者へ健診の受診案内をしてもらうよう依頼する<br>・中長期的に受診率を向上させるため、地域と事業所や就労者の健康管理部門との連携、多様な媒体を用いた啓発を行う | | | |

## ⑵　特定保健指導

<table>
<tr><td rowspan="2">最終評価</td><td colspan="2">保健事業名：特定保健指導</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定保健指導</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td>○対象者<br>特定健診受診者のうち、以下の基準に該当する市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　1,350 人<br>うち 動機付け支援 988 人　積極的支援 362 人<br>○対象基準<br><table><tr><th rowspan="2">腹囲</th><th>追加リスク</th><th rowspan="2">④喫煙</th><th colspan="2">対象</th></tr><tr><th>①血糖 ②脂質 ③血圧</th><th>～64 歳</th><th>65 歳～74 歳</th></tr><tr><td rowspan="3">≧男性 85 cm<br>≧女性 90 cm</td><td>２つ以上該当</td><td></td><td rowspan="3">積極的支援</td><td rowspan="3">動機付け支援</td></tr><tr><td rowspan="2">１つ該当</td><td>あり</td></tr><tr><td>なし</td></tr><tr><td rowspan="3">上記以外で<br>BMI≧25</td><td>３つ該当</td><td></td><td rowspan="3">積極的支援</td><td rowspan="3">動機付け支援</td></tr><tr><td rowspan="2">２つ該当</td><td>あり</td></tr><tr><td>なし</td></tr><tr><td>１つ該当</td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td>通年実施<br>・支援期間<br>〔動機付け支援〕初回実施から３か月間<br>〔積極的支援〕　初回実施から６か月間</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td>○職員体制<br>係長１名　管理栄養士１名　〔令和３(2021)年度時点〕<br>（未利用者および重症化域と認められる対象者は、市の保健師で地区担当制を設けて対応）<br>○健診の結果から重症化域でない対象者への保健指導<br>標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）に基づいて、保健師または管理栄養士が実施<br>※ 令和２(2020)年度まで直営実施<br>※ 令和３(2021)年度から外部委託<br>○健診の結果から重症化域と認められる対象者への保健指導<br>（以下「特定保健指導ハイリスク者」という。）<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施）<br>※特定保健指導ハイリスク者とは<br>特定保健指導の対象基準に該当し、以下のいずれかに該当する人を指す<br>・血圧 160/100mmHg 以上<br>・HbA1c 6.5%以上<br>・eGFR 60 未満（ただし 60 歳以上は 45 未満）<br>・尿蛋白 ＋＋以上<br>○未利用者への利用勧奨<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施）</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td>○周知啓発<br>・市ホームページなどに保健指導の内容等を記載した紹介ページを掲載<br>・健診結果郵送時に保健指導の案内を同封<br>○保健指導までの流れ<br>対象者には特定健診の結果とともに、初回保健指導（面談）の日程を指定した案内文を通知し、面談日の約１週間前に再度電話で利用勧奨<br>○保健指導<br>標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)に基づき、保健指導を実施<br>○未利用者への利用勧奨<br>初回保健指導の予定日から約２か月後に、未利用者へはがきの送付、電話および訪問等で再度保健指導の利用勧奨を実施</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">アウトプット</td><td>評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td>特定保健指導実施率</td><td>50%</td><td>17.0%</td><td>未達成</td></tr>
<tr><td rowspan="4">アウトカム</td><td>評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td>メタボリックシンドローム該当者および予備群</td><td>ベースライン値から減少<br><br>〔平成 28 年度実績〕<br>該当者　19.2%<br>予備群　11.0%</td><td>該当者　21.2%<br>予備群　12.1%</td><td>未達成</td></tr>
<tr><td>特定保健指導による改善率の増加<br>※法定報告値における減少率を指す</td><td>ベースライン値から増加<br><br>〔平成 28 年度実績〕<br>35.7%</td><td>17.9%</td><td>未達成</td></tr>
<tr><td>特定保健指導対象者の健診結果有所見率の推移<br>（モニタリング指標）</td><td colspan="3">【抽出条件】<br>平成 28 年度の特定保健指導対象者のうち、平成 29 年度から令和３年度の各年度の健診受診者の有所見率を抽出<br>【結果】<br>平成 29 年度　59.2%　平成 30 年度　56.3%<br>令和元年度　53.7%　令和２年度　47.3%<br>令和３年度　39.9%<br>⇒減少傾向</td></tr>
<tr><td>前期計画での課題</td><td colspan="4">・特定保健指導実施率が低い<br>・メタボリックシンドローム該当者および予備群が大阪府平均より高い</td></tr>
<tr><td>本計画での対応</td><td colspan="4">・特定保健指導対象者の多くは、外部委託業者による保健指導を受けることから、スムーズに業者からの保健指導を受けられるようにするため、今後の保健指導の流れを分かりやすく文章に表すなど、対象者が混乱することのないよう工夫する<br>・特定保健指導の未利用者へ、訪問等で積極的に市の地区担当保健師が支援を行う<br>・特定保健指導ハイリスク者への保健指導時には、健診情報連絡票を活用して医療機関と連携し、治療方針などの今後の方針を把握する</td></tr>
</table>

## ⑶　重症化予防対策

| 最終評価 | 保健事業名：重症化予防対策 | |
|---|---|---|
| | 高血圧教室 | |
| ストラクチャ | 対象者 | ○対象者<br>特定健診受診者のうちⅡ度高血圧以上の市民<br>○対象基準<br>収縮期血圧 160mmHg 以上<br>または拡張期血圧 100mmHg 以上の当該疾患未治療者<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　258 人 |
| | 実施期間 | 通年実施 |
| | 実施体制 | ○高血圧教室対象者への保健指導<br>管理栄養士が実施<br>※　令和元(2019)年度までは集団教室を実施していたが、新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により、令和２(2020)年度から個別保健指導で実施。<br>※ 令和３(2021)年度まで管理栄養士（外部）の協力のもと直営実施<br>令和４(2022)年度から外部委託<br>○高血圧教室対象者かつ特定保健指導の対象者への保健指導<br>（以下「高血圧ハイリスク者」という。）<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施）<br>○未利用者への利用勧奨<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施） |
| プロセス | 実施方法 | ○保健指導までの流れ<br>対象者に特定健診の結果を郵送後、初回保健指導（面談）の日程を指定した案内文を個別に通知し、面談日の約１週間前に再度電話で利用勧奨<br>○保健指導<br>〔初回〕<br>・面談形式で実施<br>・対象者が自身の健康状態を正しく把握できるように健診の結果説明を行い、今後の生活改善に向けた行動目標を設定する<br>・希望制で頸部血管エコー検査と尿検査（アルブミン定量、ナトリウム、カリウム、クレアチニン）（以下「二次検査」という。）を後日、市内取扱医療機関で実施<br>〔初回以降〕<br>・対象者へ適宜連絡を取り、行動目標の達成度や生活の状況を踏まえて、保健指導を実施<br>・二次検査を受検した人には、面談や電話等で検査結果から腎機能および動脈硬化の状況を説明し、保健指導を実施<br>・対象者の受診状況や健康状態から、必要に応じて医療機関への受診勧奨を行い、市から書面（健診情報連絡票）等で医療機関と連携し、治療方針を確認して、より個別性の高い保健指導を実施できるようにする<br>○未利用者への利用勧奨<br>市の職員が電話や直接訪問をするなどして連絡を行い、健康状態を聞き取りながら保健指導の利用を勧める |

<table>
<tr><td rowspan="5">アウトプット</td><td>評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td>対象者の教室参加率</td><td>参加率<br>30%以上</td><td>〔参考値〕<br>個別保健指導参加率<br>69.8%</td><td>（達成）</td></tr>
<tr><td>教室参加者のうち<br>受診が確認できた割合</td><td>教室参加者のうち<br>50%以上</td><td>〔参考値〕<br>個別保健指導参加者のうち<br>55.0%</td><td>（達成）</td></tr>
<tr><td>対象者へのカバー率</td><td>90%以上</td><td>100.0%</td><td>達成</td></tr>
<tr><td colspan="4">※ 教室の開催は、新型コロナウイルス感染症感染拡大により令和２(2020)年度から中止し、個別保健指導へ切り替えたため、参考値として記載</td></tr>
<tr><td rowspan="5">アウトカム</td><td>評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td>教室終了時の参加者の改善率</td><td>Ⅱ度高血圧未満<br>10.0%</td><td>〔参考値〕<br>個別保健指導参加者の<br>翌年度特定健診結果が<br>Ⅱ度高血圧未満の割合<br>53.0%</td><td>（達成）</td></tr>
<tr><td>生活習慣病の重症化による高額レセプト（虚血性心疾患・脳血管疾患）の件数</td><td>ベースライン値から減少<br><br>平成 28 年度<br>・虚血性心疾患<br>175 件<br>・脳血管疾患<br>175 件</td><td>・虚血性心疾患<br>148 件<br>・脳血管疾患<br>243 件</td><td>・虚血性心疾患<br>達成<br>・脳血管疾患<br>未達成</td></tr>
<tr><td colspan="4">※ 教室開催については、新型コロナウイルス感染症感染拡大により令和２(2020)年度から中止し、個別面談へ切り替えたため、参考値として記載</td></tr>
<tr><td>特定健診受診者のうち<br>未治療者に占める重症化別高血圧者数（Ⅱ度高血圧以上）の推移<br>（モニタリング指標）</td><td colspan="3">【推移】<br>Ⅱ度高血圧(血圧 160/100mmHg 以上 179/109mmHg 以下)該当者<br>令和元年度　2.8%　令和２年度　2.8%　令和３年度　2.6%<br>Ⅲ度高血圧（血圧 180/110mmHg 以上）該当者<br>令和元年度　0.5%　令和２年度　0.7%　令和３年度　0.6%<br>⇒横ばい傾向</td></tr>
<tr><td>本計画での対応</td><td colspan="3">・高血圧ハイリスク者と未利用者は、生活習慣病が進行して重症化するリスクが高いため、積極的な利用勧奨と継続的な保健指導が引き続き必要</td></tr>
<tr><td>本計画での対応</td><td colspan="3">・二次検査の結果から腎機能および動脈硬化の状況を説明し、自身の身体への関心を高め、医療機関の受診が必要な場合は適切な医療につなげる<br>・高血圧ハイリスク者と未利用者には、市の地区担当保健師で、積極的な利用勧奨と継続的な保健指導を実施する<br>・保健指導の効果検証を行い、有効な保健指導の内容をとりまとめ、保健指導の質の向上を図る<br>・二次検査受検者数の推移や、保健指導参加者のうち受診が確認できた人の割合などを確認していく</td></tr>
</table>

| 最終評価 | 保健事業名： 重症化予防対策<br>高血糖教室・CKD 教室 | |
|---|---|---|
| ストラクチャ | 対象者 | ○対象者<br>特定健診受診者のうち高血糖または腎機能低下とみられる市民<br>○対象基準<br>・高血糖<br>HbA1c6.5%以上で当該疾患未治療者<br>・腎機能低下（以下「CKD」という。）<br>eGFR60 未満（60 歳以上 45 未満）、または尿蛋白＋＋以上<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　高血糖　281 人、CKD　397 人<br>※ 本事業で、CKD とは腎機能低下の人を対象とする |
| | 実施期間 | 通年実施 |
| | 実施体制 | ○高血糖または CKD 教室対象者への保健指導<br>管理栄養士が実施<br>※　令和元(2019)年度までは集団教室を実施していたが、新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により、令和２(2020)年度から個別保健指導で実施<br>※ 令和３(2021)年度まで管理栄養士（外部）の協力のもと直営実施<br>令和４(2022)年度から外部委託<br>○高血糖または CKD 対象者かつ特定保健指導の対象者への保健指導<br>（以下「高血糖または CKD ハイリスク者」という。）<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施）<br>○eGFR が 30 未満の対象者<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施）<br>○未利用者への利用勧奨<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施） |
| プロセス | 実施方法 | ○保健指導までの流れ<br>対象者に特定健診の結果を郵送後、初回保健指導（面談）の日程を指定した案内文を個別に通知し、面談日の約 1 週間前に再度電話で利用勧奨<br>○保健指導<br>〔初回〕<br>・面談形式で実施<br>・対象者が自身の健康状態を正しく把握できるように健診の結果説明を行い、今後の生活改善に向けた行動目標を設定する<br>・希望制で頸部血管エコー検査と尿検査（アルブミン定量、ナトリウム、カリウム、クレアチニン）（以下「二次検査」という。）を後日、市内取扱医療機関で実施<br>〔初回以降〕<br>・対象者へ適宜連絡を取り、行動目標の達成度や生活の状況を踏まえて、保健指導を実施<br>・二次検査を受検した人には、面談や電話等で検査結果から腎機能および動脈硬化の状況を説明し、保健指導を実施<br>・対象者の受診状況や健康状態から、必要に応じて医療機関への受診勧奨を行い、市から書面（健診情報連絡票）等で医療機関と連携し、治療方針を確認して、より個別性の高い保健指導を実施できるようにする<br>○未利用者への利用勧奨<br>市の職員が電話や直接訪問をするなどして連絡を行い、健康状態を聞き取りながら保健指導の利用を勧める |

<table>
<tr><td rowspan="5">アウトプット</td><td>評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td>対象者の教室参加率</td><td>30%以上</td><td>〔参考値〕<br>個別保健指導参加率<br>高血糖　64.4%<br>CKD　67.0%</td><td>（達成）</td></tr>
<tr><td>教室参加者のうち受診が確認できた割合</td><td>50%以上</td><td>〔参考値〕<br>個別保健指導参加者のうち<br>高血糖　71.3%<br>CKD　66.5%</td><td>（達成）</td></tr>
<tr><td>対象者へのカバー率</td><td>90%以上</td><td>高血糖　100%<br>CKD　100%</td><td>達成</td></tr>
<tr><td colspan="4">※　教室の開催は、新型コロナウイルス感染症感染拡大により令和２(2020)年度から中止し、個別保健指導へ切り替えたため、参考値として記載</td></tr>
<tr><td rowspan="4">アウトカム</td><td>評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td>教室終了時の参加者の改善率</td><td>高血糖教室参加者のうち<br>HbA1c6.5%未満<br>10%</td><td>〔参考値〕<br>個別保健指導参加者の<br>翌年度特定健診結果が<br>HbA1c6.5%未満の割合<br>19.3%</td><td>（達成）</td></tr>
<tr><td>生活習慣病の重症化による高額レセプト（虚血性心疾患・脳血管疾患）件数</td><td>ベースライン値から減少<br>平成 28 年度<br>・虚血性心疾患<br>175 件<br>・脳血管疾患<br>175 件</td><td>・虚血性心疾患<br>148 件<br>・脳血管疾患<br>243 件</td><td>・虚血性心疾患<br>達成<br>・脳血管疾患<br>未達成</td></tr>
<tr><td colspan="4">※　教室開催については、新型コロナウイルス感染症感染拡大により令和２（2020）年度から中止し、個別保健指導へ切り替えたため、参考値として記載</td></tr>
<tr><td>アウトカム<br>(モニタリング指標)</td><td>特定健診受診者のうち未治療者に占める重症度別糖尿病者（HbA1c6.5%以上）数の推移</td><td colspan="2">【推移】<br>HbA1c6.5%以上 HbA1c7.9%以下の該当者<br>令和元年度　2.7%　令和２年度　2.5%　令和３年度　2.5%<br>HbA1c8.0%以上の該当者<br>令和元年度　0.3%　令和２年度　0.3%　令和３年度　0.4%<br><u>⇒横ばい傾向</u></td></tr>
<tr><td>前期計画での課題</td><td colspan="3">・高血糖または CKD ハイリスク者と未利用者は、生活習慣病が進行して重症化するリスクが高いため、引き続き積極的な継続指導や利用勧奨が引き続き必要</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| 本計画での対応 | ・二次検査の結果から腎機能および動脈硬化の状況を説明し、自身の身体への関心を高め、医療機関の受診が必要な場合は適切な医療につなげる<br>・高血糖または CKD ハイリスク者と未利用者には、市の地区担当保健師で、積極的な利用勧奨と継続的な保健指導を実施する<br>・保健指導の効果検証を行い、有効な保健指導の内容をとりまとめ、保健指導の質の向上を図る<br>・二次検査受検者数の推移や、保健指導参加者のうち受診が確認できた人の割合などを確認していく |

| 最終評価 | 保健事業名： 重症化予防対策<br>糖尿病性腎症教室 | |
|---|---|---|
| ストラクチャ | 対象者 | ○対象者<br>特定健診受診者のうち糖尿病性腎症とみられる市民<br>○対象基準<br>・HbA1c 6.5%以上の当該疾患未治療者で尿蛋白±以上<br>・糖尿病の治療歴があり、尿蛋白±以上<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　195 人<br>※ 本事業で糖尿病性腎症は高血糖による腎機能低下と考えられる人を対象とする |
| | 実施期間 | 通年実施 |
| | 実施体制 | ○糖尿病性腎症教室対象者への保健指導<br>管理栄養士が実施<br>※ 令和元(2019)年度までは集団教室を実施していたが、新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により、令和２(2020)年度から個別保健指導で実施<br>※ 令和３(2021)年度まで管理栄養士（外部）の協力のもと直営実施<br>令和４(2022)年度から外部委託<br>○糖尿病性腎症教室対象者かつ特定保健指導の対象者への保健指導<br>（以下「DKD ハイリスク者」という。）<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施）<br>○未利用者への利用勧奨<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施） |

| | | |
|---|---|---|
| プロセス | 実施方法 | ○保健指導までの流れ<br>対象者に特定健診の結果を郵送後、初回保健指導（面談）の日程を指定した案内文を個別に通知し、面談日の約１週間前に再度電話で利用勧奨<br>○保健指導<br>〔初回〕<br>・面談形式で実施<br>・対象者が自身の健康状態を正しく把握できるように健診の結果説明を行い、今後の生活改善に向けた行動目標を設定する<br>・希望制で頸部血管エコー検査と尿検査（アルブミン定量、ナトリウム、カリウム、クレアチニン）（以下「二次検査」という。）を後日、市内取扱医療機関で実施<br>〔初回以降〕<br>・対象者へ適宜連絡を取り、行動目標の達成度や生活の状況を踏まえて、保健指導を実施<br>・二次検査を受検した人には、面談や電話等で検査結果から腎機能および動脈硬化の状況を説明し、保健指導を実施<br>・対象者の受診状況や健康状態から、必要に応じて医療機関への受診勧奨を行い、市から書面（健診情報連絡票）等で医療機関と連携し、治療方針を確認してより個別性の高い保健指導を実施できるようにする<br>○未利用者への利用勧奨<br>市の職員が電話や直接訪問をするなどして連絡を行い、健康状態を聞き取りながら保健指導の利用を勧める |

| | 評価指標 | 目標値 | 実績<br>〔令和３年度〕 | 評価 |
|---|---|---|---|---|
| アウトプット | 対象者の教室参加率 | 30%以上 | 〔参考値〕<br>個別保健指導参加率<br>68.2% | （達成） |
| | 保健指導参加率<br>（教室参加を含む） | 65%以上 | 〔参考値〕<br>個別保健指導参加率<br>68.2% | （達成） |
| | 教室参加者のうち受診が確認できた割合 | 50%以上 | 71.9% | 達成 |
| | ※　教室の開催は、新型コロナウイルス感染症感染拡大により令和２(2020)年度から中止し、個別保健指導へ切り替えたため、参考値として記載 | | | |
| | 評価指標 | 目標値 | 実績<br>〔令和３年度〕 | 評価 |
| アウトカム | 教室参加者の終了時の改善率 | 糖尿病性腎症教室参加者のうち<br>HbA1c6.5%未満<br>10% | 〔参考値〕<br>個別保健指導参加者の翌年度特定健診結果がHbA1c6.5%未満の割合<br>18.0% | （達成） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 生活習慣病の重症化による高額レセプト（虚血性心疾患・脳血管疾患）件数 | ベースライン値から減少<br>平成 28 年度<br>・虚血性心疾患<br>175 件<br>・脳血管疾患<br>175 件 | ・虚血性心疾患<br>148 件<br>・脳血管疾患<br>243 件 | ・虚血性心疾患<br>達成<br>・脳血管疾患<br>未達成 |
| | ※ 教室の開催は、新型コロナウイルス感染症感染拡大により令和２(2020)年度から中止し、個別保健指導へ切り替えたため、参考値として記載。 | | | |
| アウトカム<br>(モニタリング指標) | 人工透析有病数の推移 | 【推移】<br>令和元年度　272 人　令和２年度　269 人 令和３年度　273 人<br>⇒横ばい傾向 | | |
| | 新規人工透析患者数の推移 | 【推移】<br>令和元年度　56 人　令和２年度　50 人 令和３年度　46 人<br>⇒横ばい傾向 | | |
| 前期計画での課題 | ・DKD ハイリスク者と未利用者は、生活習慣病が進行して重症化するリスクが高いため、積極的な利用勧奨と継続的な保健指導が引き続き必要 | | | |
| 本計画での対応 | ・二次検査の結果から腎機能および動脈硬化の状況を説明し、自身の身体への関心を高め、医療機関の受診が必要な場合は適切な医療につなげる<br>・DKD ハイリスク者と未利用者には、市の保健師で、積極的な利用勧奨と継続的な保健指導を実施する<br>・保健指導の効果検証を行い、有効な保健指導の内容をとりまとめ、保健指導の質の向上を図る<br>・二次検査受検者数の推移や、保健指導参加者のうち受診が確認できた人の割合などを確認していく | | | |

## ⑷　ポピュレーションアプローチ

<table>
<tr><td rowspan="2">最終評価</td><td colspan="4">保健事業名：　ポピュレーションアプローチ</td></tr>
<tr><td colspan="4">ポピュレーションアプローチ</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td colspan="3">市民</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td colspan="3">通年実施</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td colspan="3">〇職員体制<br>係長１名、保健師２名〔令和３(2021)年度時点〕<br>〇実施体制<br>医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、健康運動指導士等、実施テーマに応じ、講師を招いて実施<br>〇実施場所<br>市立保健福祉センターほか<br>※ 実施するテーマに基づいて、実施場所を市内で選定</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td colspan="3">〇事業内容を毎年度見直しながら、講座を実施<br>〔終了講座〕<br>・健康づくり実践講座（～令和元年度）<br>・どこでも健康教室（～令和元年度）<br>・自分で健康プロデュース（～令和元年度）<br>⇒メタボリックシンドローム予防・改善のための運動指導の講座<br>〔継続実施中〕<br>・自分で健康プロデュース（令和２年度～実施中）<br>⇒糖尿病予防に関する講座、適塩に関する講座<br>・骨粗しょう症予防教室（実施中）<br>⇒骨粗しょう症予防のための啓発、食事および運動指導の講座<br>・ヘルスアップ教室（実施中）<br>⇒目の健康、乳がん、糖尿病、歯と口の健康づくり、薬との付き合い方、関節の痛み、心の健康の７テーマに関する講座</td></tr>
<tr><td rowspan="5">アウトプット</td><td colspan="2">評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td colspan="2">健康づくり実践講座<br>参加者数</td><td>174 人以上</td><td>事業終了</td><td>評価不能</td></tr>
<tr><td colspan="2">どこでも健康教室<br>参加者数</td><td>83 人以上</td><td>事業終了</td><td>評価不能</td></tr>
<tr><td colspan="2">骨粗しょう症予防教室<br>参加者数</td><td>102 人以上</td><td>〔参考値〕14 人<br>※事業中断・縮小</td><td>評価不能</td></tr>
<tr><td colspan="4">※　事業の見直しによる講座の終了や、新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により事業の中断・縮小が発生したため、評価不能</td></tr>
<tr><td rowspan="5">アウトカム</td><td colspan="2">評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td colspan="2">健康づくり実践講座</td><td>受講者の健康に関する意識の変化</td><td>事業終了</td><td>評価不能</td></tr>
<tr><td colspan="2">どこでも健康教室</td><td>健康意識の高揚<br>各検診の受診率向上</td><td>事業終了</td><td>評価不能</td></tr>
<tr><td colspan="2">骨粗しょう症予防教室</td><td>骨粗しょう症検診精密検査受診率の向上<br>(要精密検査対象者の医療機関受診率)</td><td>〔参考値〕44.3%</td><td>評価不能</td></tr>
<tr><td colspan="4">※　事業の見直しによる講座の終了や、新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響により事業の中断・縮小が発生したため、評価不能</td></tr>
</table>

## ⑸　がん検診

| 最終評価 | 保健事業名：　がん検診 | |
|---|---|---|
| | がん検診 | |
| ストラクチャ | 対象者 | ○胃・肺・大腸がん検診<br>40 歳以上の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　148,043 人<br>○乳がん検診<br>・エコー検査※市独自実施分<br>30 歳から 39 歳の女性の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　10,855 人<br>・マンモグラフィ検査<br>40 歳以上の女性の市民<br>〔参考〕令和３(2021) 年度対象者数　78,861 人<br>○子宮がん検診<br>20 歳以上の女性の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　100,799 人 |
| | 実施期間 | 通年実施<br>※　なお、令和２(2021)年度は新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響で６月１日から開始 |
| | 実施体制 | ○職員体制<br>係長１名、保健師２名、事務職１名、任期付職員１名<br>会計年度任用職員１名　〔令和３(2021)年度時点〕<br>○個別検診<br>外部委託（市内取扱医療機関で実施）<br>〔委託先〕一般社団法人　寝屋川市医師会　※随意契約<br>○集団検診<br>外部委託（市立保健福祉センターで実施）<br>〔委託先〕一般財団法人　大阪府結核予防会　※随意契約 |
| プロセス | 実施方法 | ○個別検診<br>・実施場所：市内取扱医療機関<br>・検診までの流れ：対象者が直接、取扱医療機関へ受診予約（受診券不要）<br>○集団検診<br>・実施場所：市立保健福祉センター<br>・検診までの流れ<br>インターネット、郵送および窓口（健康づくり推進課）で受診申込み。<br>後日、受診券を対象者へ郵送し、当日持参して受診<br>※がん検診と同時に、特定健診・骨密度検診・肝炎ウイルス検診・胃がんリスク（ＡＢＣ）検診が受診可能<br>※年に２回、休日に乳がん検診（マンモグラフィ検査）を実施<br>○出張健診<br>・実施場所：イオンモール四條畷<br>・検診までの流れ<br>健康づくり推進課へ電話で受診申込み<br>後日、受診券を対象者へ郵送し、当日持参して受診<br>○自己負担額<br>・胃がん検診 2,000 円　・肺がん検診 200 円　・大腸がん検診 300 円<br>・乳がん検診（エコーおよびマンモグラフィ検査）700 円<br>・子宮がん検診　700 円 |

| | 評価指標 | 目標値 | 実績<br>〔令和３年度〕 | 評価 |
|---|---|---|---|---|
| アウトプット | 乳がん検診受診率<br>（マンモグラフィ検査） | 4.0%以上 | 5.21% | 達成 |
| アウトカム | 評価指標 | 目標値 | 実績<br>〔令和３年度〕 | 評価 |
| | 検診受診率 | ベースライン値<br>から<br>0.39 ポイント増加<br>平成 28(2016)年度<br>3.91% | 4.23%<br>＋0.32 ポイント | 未達成 |

## ⑹ 成人歯科健康診査

<table>
<tr><td rowspan="2">最終評価</td><td colspan="5">保健事業名： 成人歯科健康診査</td></tr>
<tr><td colspan="5">成人歯科健康診査</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td colspan="4">実施年度の年度末年齢が 30.35.40.45.50.55.60.65.70 歳の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　25,087 人</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td colspan="4">毎年５月１日から翌年２月末日<br>※ なお、令和２(2021)年度は新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響で７月１日から開始</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td colspan="4">○職員体制<br>係長１名、事務職１名〔令和３(2021)年度時点〕<br><br>○歯科健康診査の実施<br>外部委託（市内取扱医療機関で実施）<br>〔委託先〕一般社団法人　寝屋川市歯科医師会　※随意契約</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td colspan="4">○受診券（はがき）の発送<br>対象者へ４月末ごろに送付〔令和３(2021)年度以降〕<br><br>○診査内容<br>国が示す「歯周疾患検診マニュアル」に従い実施<br>・問診　・口腔内の状況（う蝕歯）<br>・欠損補綴の状況　・歯周疾患の有無<br>・Ｘ線診査（パノラマ等）・歯面清掃<br>・歯科衛生実地指導　・歯科医師による口腔状況確認<br><br>○自己負担額<br>1,000 円<br>（ただし、寝屋川市各種がん健診等実施要綱第６条に基づき、生活保護世帯または市民税非課税世帯に属する人は免除（免除申請が必要）および 70 歳の人は無料）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アウトプット</td><td colspan="2">評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td colspan="2">健診受診率</td><td>10%以上</td><td>10.2%</td><td>達成</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アウトカム</td><td colspan="2">評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td colspan="2">健診受診率の増加</td><td>ベースライン値から 1.2 ポイント増加<br>平成 28(2016)年度 8.8%</td><td>10.2%<br>＋1.4 ポイント</td><td>達成</td></tr>
</table>

## ⑺ 健康インセンティブ

<table>
<tr><td rowspan="2">最終評価</td><td colspan="5">保健事業名： 健康インセンティブ</td></tr>
<tr><td colspan="5">健康インセンティブ（ワガヤネヤガワポイント事業）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td colspan="4">市民<br>※ なお、後述の「おおさか健活マイレージ　アスマイル」については、国保被保険者をはじめとした 18 歳以上の府民が対象</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td colspan="4">通年実施</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td colspan="4">〇職員体制<br>係長１名、事務職１名〔令和３(2021)年度時点〕</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td colspan="4">〇ワガヤネヤガワポイント事業〔～令和元(2019)年度〕※事業終了<br>・対象期間に市が開催する健康教室等の健康イベントへ参加した市民に健康ポイントシールを配布し、３ポイント集めた人にクオカードを進呈<br>・３ポイントを集めた人のうち、抽選で血圧計や自転車などの健康グッズを進呈<br><br>〇おおさか健活マイレージ　アスマイル〔令和元(2019)年度～実施中）<br>・市公式ホームページへ啓発記事を掲載。また、キャンペーン等が実施されたときは随時記事を更新する<br>・特定健診受診券の送付時に、啓発チラシを同封して国保被保険者へ通知</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アウトプット</td><td colspan="2">評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td colspan="2">ワガヤネヤガワポイント事業<br>応募者数 1,000 人以上</td><td>1,000 人以上</td><td>令和元年度で<br>事業終了</td><td>評価不能</td></tr>
<tr><td colspan="5">※　事業の見直しにより、ワガヤネヤガワポイント事業を終了したため評価不能。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アウトカム</td><td colspan="2">評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td colspan="2">ワガヤネヤガワポイント事業<br>応募者数 315 人増加</td><td>平成 28 年度比<br>（685 人）+315 人</td><td>令和元年度で<br>事業終了</td><td>評価不能</td></tr>
<tr><td colspan="5">※　事業の見直しにより、ワガヤネヤガワポイント事業を終了したため評価不能。</td></tr>
</table>

## ⑻　後発医薬品の普及

<table>
<tr><td rowspan="2">最終評価</td><td colspan="4">保健事業名：　後発医薬品の普及</td></tr>
<tr><td colspan="4">後発医薬品の普及</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td colspan="3">国保被保険者のうち、15 歳以上で後発医薬品へ切替えが可能な先発医薬品を利用している市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　13,912 人</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td colspan="3">通年実施</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td colspan="3">○職員体制<br>係長１名、事務職１名〔令和３(2021)年度時点〕</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td colspan="3">○周知啓発<br>・後発医薬品差額通知の送付（年３回）<br>・後発医薬品普及シールの配布（保険者証発送時（10 月)に同封）<br>・ホームページへの掲載</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アウトカム</td><td colspan="2">評価指標</td><td>目標値</td><td>実績<br>〔令和３年度〕</td><td>評価</td></tr>
<tr><td colspan="2">後発医薬品使用割合の推移（数量ベース）</td><td>80%以上</td><td>79.2%<br>〔参考値：令和４年度<br>実績　80.1%〕</td><td>未達成<br>〔令和４年度達成〕</td></tr>
</table>

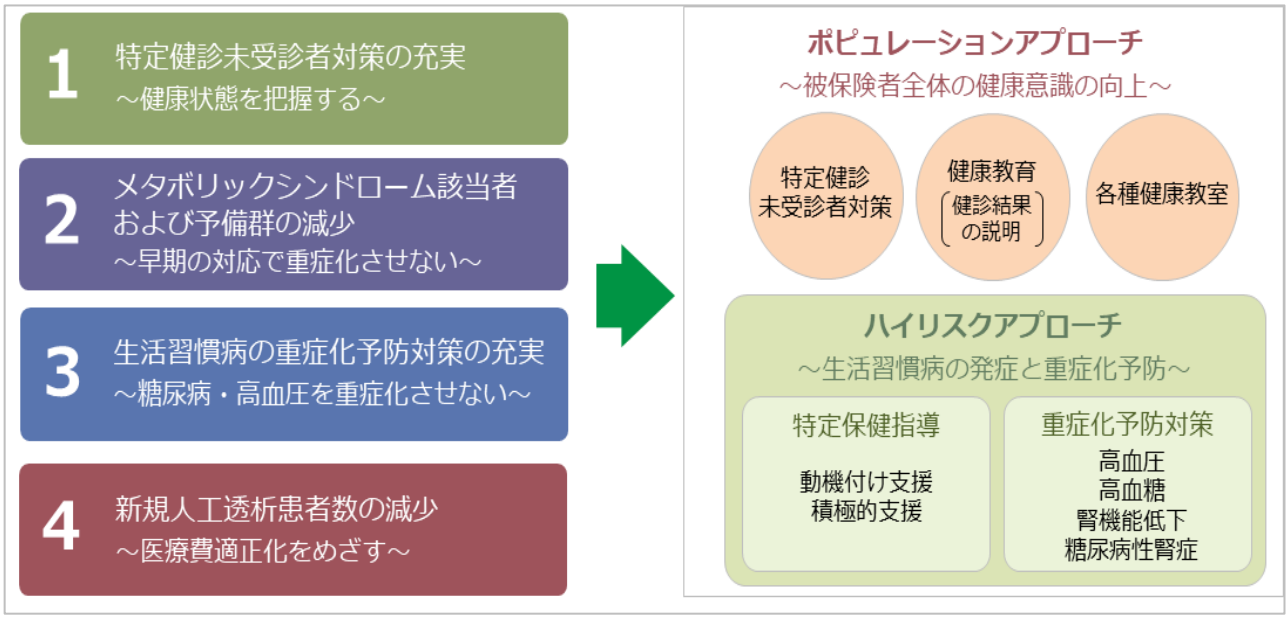
# 第４章　今後の保健事業の展開

## １　保健事業計画

本計画の第２章および第３章で医療費の分析、健康課題の整理および各保健事業の評価を行い、今後の保健事業について、見直しや改善が必要な点を整理し、次のように今後の対策と保健事業の内容について設定しました。保健事業においては、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両輪で取り組んでまいります（図表４－1）。

各事業の実施内容や評価方法については次頁以降の計画に示しています。

図表　4－1　今後の対策



## ⑴ 特定健康診査

<table>
<tr><td rowspan="2">計画</td><td colspan="2">保健事業名：特定健康診査</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定健康診査</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td>国保に加入している 40 歳から 74 歳の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　39,035 人<br><br><table><tr><th></th><th>令和６年度</th><th>令和７年度</th><th>令和８年度</th><th>令和９年度</th><th>令和10年度</th><th>令和11年度</th></tr><tr><td>想定対象者数</td><td>32,261人</td><td>30,562人</td><td>28,985人</td><td>27,516人</td><td>26,148人</td><td>24,874人</td></tr></table><br>※　想定対象者数は、令和３(2021)年度と令和４(2022)年度の過去２年における国保被保険者数の減少率を乗じて各年度を計算</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td>毎年６月１日から翌年３月末日</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td>○職員体制<br>係長１名、保健師４名、事務職１名、会計年度任用職員２名<br><br>○個別健診<br>外部委託（府内取扱医療機関で実施）<br>〔委託先〕一般社団法人 大阪府医師会　※随意契約<br><br>○集団検診<br>外部委託（市立保健福祉センターで実施）<br>〔委託先〕一般財団法人 大阪府結核予防会　※随意契約</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| プロセス | 実施方法 | ○受診券の送付<br>毎年５月末ごろに対象者へ受診券を送付<br><br>○健診項目<br>「特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号）」第１条に定められた項目に準じて実施。<br>【基本項目】※受診者全員へ実施 |

| | | |
|---|---|---|
| 診察 | 質問（問診） | 服薬歴、喫煙歴等 |
| | 身体計測 | 身長、体重、BMI（体格指数）、腹囲 |
| | 理学的所見 | 身体診察 |
| | 血圧測定 | 収縮期血圧、拡張期血圧 |
| 血液検査 | 脂質検査 | 中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール |
| | 血糖検査 | 空腹時血糖、HbA1c |
| | 肝機能検査 | AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP） |
| | 腎機能検査 | 血清クレアチニン、血清尿酸、eGFR |
| 尿検査 | | 尿糖、尿蛋白 |

【詳細項目】※基準に該当する人へ実施
〔心電図検査〕
（基準）当該年度の健診結果等で収縮期血圧 140ｍｍHg 以上もしくは拡張期血圧が 90mmHg 以上
または問診等で不整脈の疑いがあり、医師が必要と認める人
※ ただし、市内取扱医療機関で受診する人は全員に実施
〔眼底検査〕
（基準）当該年度の健診結果等において以下のいずれかに該当し、医師が必要と認める人
・血圧… 収縮期血圧 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上
・血糖… 空腹時血糖 126mg/dl 以上もしくは HbA1c（NGSP）6.5%以上
もしくは随時血糖 126mg/dl 以上の人
〔貧血検査〕　赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
（基準）貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑いがあり、医師が必要と認める人
または前年度の健診結果等において以下のいずれかに該当する人（市独自基準）
・血圧…収縮期血圧 130mmHg 以上もしくは拡張期血圧 85mmHg 以上
・血糖…空腹時血糖 100mg/dl 以上もしくは HbA1c（NGSP 値）5.6%以上
・脂質　中性脂肪 150mg/dl 以上もしくは HDL コレステロール 40mg/dl 未満

○個別健診
・実施場所
府内取扱医療機関
・健診までの流れ
対象者が直接取扱医療機関へ受診予約し、当日受診券と保険者証を持参して受診
・自己負担額
無料

<table>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td colspan="8">○集団検診　※がん検診を同時に受診可能<br>・実施場所<br>市立保健福祉センター<br>・検診までの流れ<br>インターネット、郵送および窓口（健康づくり推進課）で受診申込み<br>後日、集団検診用の受診券を対象者へ郵送し、当日特定健診の受診券と保険者証とともに持参して受診<br>・自己負担額<br>無料　※ただし、がん検診は自己負担あり<br><br>○出張健診<br>・実施場所<br>市内の健診受診率が低い地域で実施<br><br>○休日健診<br>・実施場所<br>市立保健福祉センター<br><br>○健診結果の送付<br>健診の結果から各項目の所見有無を判定し、本人へ郵送。<br>郵送の際は、健診結果の見方や疾患のリスクなどをわかりやすく説明した資料を同封し、生活習慣の改善につなげる<br><br>○事業者健診等の検診受診者のデータ収集<br>市の国保加入者の人間ドックの受診にかかる費用助成の手続きの際に提出された健診結果を収集し、データ分析等に活用</td></tr>
<tr><td rowspan="3">アウトプット</td><td>評価指標</td><td>ベースライン値<br>〔令和３年度〕</td><td>令和６<br>年度</td><td>令和７<br>年度</td><td>令和８<br>年度</td><td>令和９<br>年度</td><td>令和 10<br>年度</td><td>令和 11<br>年度</td></tr>
<tr><td rowspan="2">特定健診受診率<br>（想定受診者数）</td><td>33.6%</td><td>43.0%</td><td>46.0%</td><td>50.0%</td><td>53.0%</td><td>56.0%</td><td>60.0%</td></tr>
<tr><td></td><td>（13,872 人）</td><td>（14,059 人）</td><td>（14,493 人）</td><td>（14,583 人）</td><td>（14,643 人）</td><td>（14,924 人）</td></tr>
<tr><td colspan="8">※　特定健診にかかる各取組と目標値は「健診対象者の受診啓発、未受診者および新規対象者への受診勧奨」「特定保健指導」「生活習慣病にかかる重症化予防」「糖尿病性腎症にかかる重症化予防」参照</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">計画</td><td colspan="9">保健事業名：特定健康診査</td></tr>
<tr><td colspan="9">健診対象者の受診啓発、未受診者および新規対象者への受診勧奨</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td colspan="8">市の国保に加入している 40 歳から 74 歳の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　39,035 人</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td colspan="8">毎年６月１日から翌年３月末日</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td colspan="8">〇職員体制<br>係長１名、保健師２名、会計年度任用職員１名</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td colspan="8">〇受診勧奨はがきの送付<br>・送付対象<br>当該年度特定健診未受診者<br>（主に不定期受診者の連続受診をうながすために実施）<br>当該年度に 40 歳を迎える国保被保険者<br>（新しく健診対象者となる人の健診習慣定着のために実施）<br>・実施内容<br>ナッジ理論を活用しながらデザインを作成し、年に２回以上送付<br>〇受診勧奨電話<br>・架電対象<br>受診勧奨はがき送付者<br>・実施内容<br>受診勧奨はがきを送付後、市職員が架電して受診勧奨を実施<br>〇周知啓発<br>広報掲載、ＳＮＳ発信、市役所本庁１階デジタルサイネージでの放映、取扱医療機関のかかりつけ医から患者への受診案内、各医療機関および市内商店街や各種店舗での受診啓発ポスターの掲示　ほか<br>〇保険切替者（新規国保加入者）への受診啓発<br>保険者証送付時に受診啓発チラシを同封</td></tr>
<tr><td rowspan="5">アウトプット</td><td colspan="2">評価指標</td><td>ベースライン値<br>〔令和３年度〕</td><td>令和６年度</td><td>令和７年度</td><td>令和８年度</td><td>令和９年度</td><td>令和 10 年度</td><td>令和 11 年度</td></tr>
<tr><td colspan="2">庁内外の関係機関との打ち合わせおよび会議の開催</td><td>４回</td><td colspan="6">３回以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">通知勧奨の回数</td><td>３回</td><td colspan="6">２回以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">健診受診未経験者へのカバー率<br>※ただし送付辞退者を除く</td><td>65.0%</td><td colspan="6">100.0%</td></tr>
<tr><td colspan="2">不定期受診者へのカバー率<br>※ただし送付辞退者を除く</td><td>70.4%</td><td colspan="6">100.0%</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定健診未受診かつ医療受診（レセプト）の無い者の割合</td><td>17.7%</td><td colspan="3">17.0%以下</td><td colspan="3">16.0%以下</td></tr>
<tr><td rowspan="3">アウトカム</td><td colspan="2">評価指標</td><td>ベースライン値<br>〔令和３年度〕</td><td>令和６年度</td><td>令和７年度</td><td>令和８年度</td><td>令和９年度</td><td>令和 10 年度</td><td>令和 11 年度</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定健診受診率</td><td>33.6%</td><td>43.0%</td><td>46.0%</td><td>50.0%</td><td>53.0%</td><td>56.0%</td><td>60.0%</td></tr>
<tr><td colspan="2">３年連続受診者の割合</td><td>18.1%</td><td colspan="6">ベースライン値（令和３年度）から増加</td></tr>
</table>

## ⑵ 特定保健指導

<table>
<tr><td rowspan="2">計画</td><td colspan="2">保健事業名： 特定保健指導</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定保健指導</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td>
○対象者<br>
特定健診受診者のうち、以下の基準に該当する市民<br>
〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　1,350 人<br>
うち　動機付け支援　988 人　積極的支援　362 人<br><br>
○対象基準
<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲</th><th colspan="2">追加リスク</th><th rowspan="2">④喫煙</th><th colspan="2">対象</th></tr>
<tr><th colspan="2">①血糖 ②脂質 ③血圧</th><th>～64 歳</th><th>65 歳～74 歳</th></tr>
<tr><td rowspan="3">≧男性 85 cm<br>≧女性 90 cm</td><td colspan="2">２つ以上該当</td><td></td><td rowspan="3">積極的支援</td><td rowspan="3">動機付け支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">１つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記以外で<br>BMI≧25</td><td colspan="2">３つ該当</td><td></td><td rowspan="3">積極的支援</td><td rowspan="3">動機付け支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">２つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">１つ該当</td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td>
通年実施<br>
・支援期間<br>
〔動機付け支援〕初回実施から３か月間<br>
〔積極的支援〕　初回実施から６か月間
</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td>
○職員体制<br>
係長１名　保健師１名<br>
（未利用者および重症化域と認められる対象者は、市の保健師で地区担当制を設けて対応）<br>
○健診の結果から重症化域でない対象者への保健指導<br>
外部委託<br>
○健診の結果から重症化域と認められる対象者への保健指導<br>
（以下「特定保健指導ハイリスク者」という。）<br>
直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施）<br>
○未利用者への利用勧奨<br>
直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施）<br><br>
※特定保健指導ハイリスク者とは<br>
特定保健指導の対象基準に該当し、以下のいずれかに該当する人を指す<br>
・血圧 160/100mmHg 以上<br>
・HbA1c6.5%以上<br>
・eGFR60 未満（ただし 60 歳以上は 45 未満）<br>
・尿蛋白＋＋以上
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td colspan="7">○周知啓発<br>・市ホームページなどに保健指導の内容等を記載した紹介ページを掲載<br>・健診結果郵送時に保健指導の案内を同封<br>○保健指導までの流れ<br>対象者には特定健診の結果とともに、初回保健指導（面談）の日程を指定した案内文を通知し、面談日の約１週間前に再度電話で利用勧奨<br>○保健指導<br>標準的な健診・保健指導プログラム（令和６年度版）に基づき、保健指導を実施<br>○未利用者への利用勧奨<br>初回保健指導の予定日から約２か月後に、未利用者へはがきの送付、電話および訪問等で再度保健指導の利用勧奨を実施</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アウトプット</td><td colspan="2">評価指標</td><td>ベースライン値<br>〔令和３年度〕</td><td>令和６年度</td><td>令和７年度</td><td>令和８年度</td><td>令和９年度</td><td>令和 10 年度</td><td>令和 11 年度</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定保健指導実施率</td><td>17.0%</td><td>24.0%</td><td>31.0%</td><td>38.0%</td><td>45.0%</td><td>52.0%</td><td>60.0%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">アウトカム</td><td colspan="2">評価指標</td><td>ベースライン値<br>〔令和３年度〕</td><td>令和６年度</td><td>令和７年度</td><td>令和８年度</td><td>令和９年度</td><td>令和 10 年度</td><td>令和 11 年度</td></tr>
<tr><td colspan="2">メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合</td><td>該当者<br>21.2%<br>予備群<br>12.1%</td><td colspan="6">ベースライン値〔令和３年度〕から減少</td></tr>
<tr><td colspan="2">保健指導による特定保健指導対象者の割合</td><td>減少率<br>17.9%</td><td colspan="6">ベースライン値〔令和３年度〕から減少</td></tr>
</table>

## ⑶　重症化予防対策

| 計画 | 保健事業名：重症化予防対策 | |
|---|---|---|
| | 生活習慣病にかかる重症化予防 | |
| ストラクチャ | 対象者 | ○対象者<br>特定健診受診者のうち、高血圧、高血糖および腎機能低下がみられる市民<br>○対象基準<br>特定健診受診者のうち、下記のいずれかに該当する人<br>・HbA1c6.5%以上で当該疾患未治療者<br>・収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上で当該疾患未治療者<br>・eGFR60 未満（60 歳以上は 45 未満）<br>・尿蛋白++以上<br>※ただし次ページの「糖尿病性腎症予防における保健指導」の対象者は除く |
| | 実施期間 | 通年実施 |
| | 実施体制 | ○職員体制<br>係長１名　保健師１名<br>○生活習慣病にかかる重症化予防における保健指導対象者（以下「重症化予防対象者」という。）への保健指導<br>外部委託（ただし、保健師および管理栄養士を有する業者に限る）<br>○重症化予防対象者かつ特定保健指導の対象者、eGFR30 未満への保健指導（以下「ハイリスク者」という。）<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施）<br>○未利用者への利用勧奨<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施） |
| プロセス | 実施方法 | ○保健指導までの流れ<br>対象者に特定健診の結果を郵送後、初回保健指導（面談）の日程を指定した案内文を個別に通知し、面談日の約１週間前に再度電話で利用勧奨<br><br>○保健指導<br>〔初回〕<br>・面談形式で実施<br>・対象者が自身の健康状態を正しく把握できるように健診の結果説明を行い、今後の生活改善に向けた行動目標を設定する<br>・希望制で頸部血管エコー検査と尿検査（アルブミン定量、ナトリウム、カリウム、クレアチニン）（以下「二次検査」という。）を後日、市内取扱医療機関で実施<br>〔初回以降〕<br>・対象者へ適宜連絡を取り、行動目標の達成度や生活の状況を踏まえて、保健指導を実施<br>・二次検査を受検した人には、面談や電話等で検査結果から腎機能および動脈硬化の状況を説明し、保健指導を実施<br>・対象者の受診状況や健康状態から、必要に応じて医療機関への受診勧奨を行い、市から書面（健診情報連絡票）等で医療機関と連携し、治療方針を確認して、より個別性の高い保健指導を実施できるようにする<br>○未利用者への利用勧奨<br>市の職員が電話や直接訪問をするなどして連絡を行い、健康状態を聞き取りながら保健指導の利用を勧める |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| アウトプット | 評価指標 | ベースライン値<br>〔令和３年度〕 | 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 |
| | 対象者へのカバー率 | 100.0% | 100.0%を維持 | | | | | |
| | 保健指導参加率（家庭訪問含む） | 66.7% | 65.0%以上を維持 | | | | | |
| | 健診情報連絡票返信率 | 78.0% | 75.0% | 76.0% | 77.0% | 78.0% | 79.0% | 80.0% |
| | 保健指導参加者の医療機関への受診が確認できた割合 | 59.0% | ベースライン値〔令和３年度〕から増加 | | | | | |
| アウトカム | 評価指標 | ベースライン値<br>〔令和３年度〕 | 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 |
| | 未治療者に占めるⅡ度以上高血圧者数の割合 | Ⅱ度高血圧該当<br>2.6%<br>（血圧 160/100mmHg 以上 179/109mmHg 以下）<br><br>Ⅲ度高血圧該当<br>0.6%<br>（血圧 180/110mmHg 以上） | ベースライン値〔令和３年度〕から減少 | | | | | |
| | 未治療者に占める重症化別糖尿病者（HbA1c6.5 以上）数の割合 | HbA1c6.5%以上 7.9%以下<br>2.5%<br><br>HbA1c8.0%以上<br>0.4% | ベースライン値〔令和３年度〕から減少 | | | | | |
| | 生活習慣病の重症化による高額レセプト件数 | 虚血性心疾患 148 件<br>脳血管疾患　243 件 | ベースライン値〔令和３年度〕から減少 | | | | | |

| 計画 | 保健事業名： 重症化予防対策<br>糖尿病性腎症にかかる重症化予防 | |
|---|---|---|
| ストラクチャ | 対象者 | ○対象者<br>特定健診受診者のうち高血糖による腎機能低下がみられる市民<br><br>○対象基準<br>・HbA1c 6.5%以上の当該疾患未治療者で尿蛋白±以上<br>・糖尿病の治療歴があり、尿蛋白±以上<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　195 人 |
| | 実施期間 | 通年実施 |
| | 実施体制 | ○職員体制<br>係長１名　保健師１名<br>○糖尿病性腎症における保健指導の対象者（以下「DKD 対象者」という。）への保健指導<br>外部委託（ただし、保健師および管理栄養士を有する業者に限る）<br><br>○糖尿病性腎症教室対象者かつ特定保健指導の対象者への保健指導<br>（以下「DKD ハイリスク者」という。）<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施）<br><br>○未利用者への利用勧奨<br>直営実施（市の保健師で地区担当制を設けて実施） |
| プロセス | 実施方法 | ○保健指導までの流れ<br>対象者に特定健診の結果を郵送後、初回保健指導（面談）の日程を指定した案内文を個別に通知し、面談日の約１週間前に再度電話で利用勧奨<br><br>○保健指導<br>〔初回〕<br>・面談形式で実施。<br>・対象者が自身の健康状態を正しく把握できるように健診の結果説明を行い、今後の生活改善に向けた行動目標を設定する<br>・希望制で頸部血管エコー検査と尿検査（アルブミン定量、ナトリウム、カリウム、クレアチニン）（以下「二次検査」という。）を後日、市内取扱医療機関で実施<br>〔初回以降〕<br>・対象者へ適宜連絡を取り、行動目標の達成度や生活の状況を踏まえて、保健指導を実施<br>・二次検査を受検した人には、面談や電話等で検査結果から腎機能および動脈硬化の状況を説明し、保健指導を実施<br>・対象者の受診状況や健康状態から、必要に応じて医療機関への受診勧奨を行い、市から書面（健診情報連絡票）等で医療機関と連携し、治療方針を確認して、より個別性の高い保健指導を実施できるようにする<br><br>○未利用者への利用勧奨<br>市の職員が電話や直接訪問をするなどして連絡を行い、健康状態を聞き取りながら保健指導の利用を勧める |

| | 評価指標 | ベースライン値<br>〔令和３年度〕 | 令和６<br>年度 | 令和７<br>年度 | 令和８<br>年度 | 令和９<br>年度 | 令和 10<br>年度 | 令和 11<br>年度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| アウトプット | 対象者へのカバー率 | 100.0% | 100.0%を維持 | | | | | |
| | 保健指導参加率<br>（家庭訪問含む） | 68.2% | 65.0%以上を維持 | | | | | |
| | 健診情報連絡票返信率 | 72.3% | 75.0% | 76.0% | 77.0% | 78.0% | 79.0% | 80.0% |
| | 保健指導実施者のうち、<br>受診が確認できた者の割合 | 71.9% | ベースライン値〔令和３年度〕から増加 | | | | | |
| | 評価指標 | ベースライン値<br>〔令和３年度〕 | 令和６<br>年度 | 令和７<br>年度 | 令和８<br>年度 | 令和９<br>年度 | 令和 10<br>年度 | 令和 11<br>年度 |
| アウトカム | 生活習慣病の重症化による高額レセプトの件数 | 虚血性心疾患<br>148 件<br>脳血管疾患<br>243 件 | ベースライン値〔令和３年度〕から減少 | | | | | |
| | 人工透析患者数の推移<br>（導入率）<br>※40～74 歳の国保被保険者 | 0.71% | モニタリング指標として設定 | | | | | |
| | 新規人工透析患者数の推移（発生率）<br>※40～74 歳の国保被保険者 | 0.14% | モニタリング指標として設定 | | | | | |

## ⑷　ポピュレーションアプローチ

<table>
<tr><td rowspan="2">計画</td><td colspan="8">保健事業名：　ポピュレーションアプローチ</td></tr>
<tr><td colspan="8">ポピュレーションアプローチ</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td colspan="7">市民</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td colspan="7">通年実施</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td colspan="7">○職員体制<br>係長１名、保健師１名、管理栄養士１名<br><br>○実施体制<br>・医師、歯科医師、薬剤師、健康運動指導士等実施テーマに応じ、講師を招いて実施<br><br>○実施場所<br>市立保健福祉センター　ほか<br>※ 実施するテーマに基づいて、実施場所を市内で選定</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td colspan="7">○健診結果説明会「知って得する血管の話」<br>健診項目や検査値について健診結果を正しく読み解き、自身の身体の状態を理解する<br><br>○成人保健教室<br>「自分で健康プロデュース」<br>⇒糖尿病に関する講座、適塩に関する講座<br>「骨粗しょう症予防教室」<br>⇒骨粗しょう症予防のための啓発、食事および運動指導の講座<br>「ヘルスアップ教室」<br>⇒目の健康、乳がん、フレイル、糖尿病、歯と口の健康づくり、薬との付き合い方、関節の痛み、心の健康の８テーマに関する講座</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アウトプット</td><td colspan="2">評価指標</td><td>ベースライン値<br>〔令和３年度〕</td><td>令和６<br>年度</td><td>令和７<br>年度</td><td>令和８<br>年度</td><td>令和９<br>年度</td><td>令和 10<br>年度</td><td>令和 11<br>年度</td></tr>
<tr><td colspan="8">未設定　※市民ニーズにあわせて事業内容を展開するため、アウトプットは設定しない</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アウトカム</td><td colspan="2">評価指標</td><td>ベースライン値<br>〔令和３年度〕</td><td>令和６<br>年度</td><td>令和７<br>年度</td><td>令和８<br>年度</td><td>令和９<br>年度</td><td>令和 10<br>年度</td><td>令和 11<br>年度</td></tr>
<tr><td colspan="2">説明会または各教室の内容が理解できた人の割合（平均値）</td><td>78.2%<br>（参考値）</td><td colspan="6">85.0%以上</td></tr>
</table>

## ⑸　がん検診

| 計画 | 保健事業名：　がん検診 | |
|---|---|---|
| | がん検診 | |
| ストラクチャ | 対象者 | ○胃・肺・大腸がん検診<br>40 歳以上の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　148,043 人<br><br>○乳がん検診<br>・エコー検査※市独自実施分<br>30 歳から 39 歳の女性の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　10,855 人<br>・マンモグラフィ検査<br>40 歳以上の女性の市民<br>〔参考〕令和３(2021) 年度対象者数　78,861 人<br><br>○子宮がん検診<br>20 歳以上の女性の市民<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　100,799 人 |
| | 実施期間 | 通年実施 |
| | 実施体制 | ○職員体制<br>係長１名、保健師２名、事務職１名、任期付職員１名、<br>会計年度任用職員１名<br><br>○個別検診<br>外部委託（市内取扱医療機関で実施）<br>〔委託先〕一般社団法人　寝屋川市医師会<br><br>○集団検診<br>外部委託（市立保健福祉センターで実施）<br>〔委託先〕一般財団法人　大阪府結核予防会　※随意契約 |

| | | |
|---|---|---|
| プロセス | 実施方法 | ○個別検診<br>・実施場所<br>市内取扱医療機関<br>・検診までの流れ<br>対象者が直接、取扱医療機関へ受診予約（受診券不要）<br>○集団検診<br>・実施場所<br>市立保健福祉センター<br>・検診までの流れ<br>インターネット、郵送および窓口（健康づくり推進課）で受診申込み<br>後日、受診券を対象者へ郵送し、当日持参して受診<br>※ がん検診と同時に、特定健診・骨密度検診・肝炎ウイルス検診が受診可能<br>※ 年に２回、休日に乳がん検診（マンモグラフィ検査）を実施<br>○出張健診<br>・実施場所<br>市内の商業施設 等<br>・検診までの流れ<br>健康づくり推進課へ電話で受診申込み<br>後日、受診券を対象者へ郵送し、当日持参して受診<br>○自己負担額<br>・胃がん検診　2,000円　・肺がん検診　200円　・大腸がん検診　300円<br>・乳がん検診（エコーおよびマンモグラフィ検査）　700円<br>・子宮がん検診　700円 |

| | 評価指標 | ベースライン値〔令和３年度〕 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| アウトプット | 市広報誌への掲載 | 年１回 | 年１回以上 | | | | | |
| | 不定期受診者への受診勧奨はがきの送付 | 年１回 | 年１回以上 | | | | | |
| | 評価指標 | ベースライン値〔令和３年度〕 | 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 |
| アウトカム | ５大がん受診率平均 | 4.23% | ベースライン値〔令和３年度〕から増加 | | | | | |

## ⑹ 成人歯科健康診査

| 計画 | 保健事業名： 成人歯科健康診査 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 成人歯科健康診査 | | | | | | | | |
| ストラクチャ | 対象者 | 実施年度の年度末年齢が 30.35.40.45.50.55.60.65.70 歳の人<br>〔参考〕令和３(2021)年度対象者数　25,087 人 | | | | | | | |
| | 実施期間 | 毎年５月１日から翌年３月末日 | | | | | | | |
| | 実施体制 | ○職員体制<br>係長１名、事務職１名<br><br>○歯科健康診査の実施<br>外部委託（市内取扱医療機関で実施）<br>〔委託先〕一般社団法人　寝屋川市歯科医師会　※随意契約 | | | | | | | |
| プロセス | 実施方法 | ○受診券（はがき）の発送<br>対象者へ４月末ごろに送付<br><br>○診査内容<br>国が示す「歯周疾患検診マニュアル」に従い実施<br>・問診　・口腔内の状況（う蝕歯）<br>・欠損補綴の状況　・歯周疾患の有無<br>・Ｘ線診査（パノラマ等）・歯面清掃<br>・歯科衛生実地指導　・歯科医師による口腔状況確認<br><br>○自己負担額<br>500 円<br>（ただし、寝屋川市各種がん健診等実施要綱第６条に基づき、生活保護世帯又は市民税非課税世帯に属する人は免除（免除申請が必要）および 70 歳の人は無料） | | | | | | | |
| アウトプット | 評価指標 | ベースライン値〔令和３年度〕 | 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 | |
| | 市広報誌への掲載 | 年１回 | 年１回以上 | | | | | | |
| | 対象者全員への受診券の送付 | 年１回 | 年１回 | | | | | | |
| アウトカム | 評価指標 | ベースライン値〔令和３年度〕 | 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 | |
| | 成人歯科健診受診率 | 10.2% | ベースライン値〔令和３年度〕から増加 | | | | | | |

## ⑺ 健康インセンティブ

<table>
<tr><td rowspan="2">計画</td><td colspan="9">保健事業名：健康インセンティブ</td></tr>
<tr><td colspan="9">おおさか健活マイレージ　アスマイル</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャ</td><td>対象者</td><td colspan="8">18 歳以上の市民<br>※当該事業全体の対象は府民</td></tr>
<tr><td>実施期間</td><td colspan="8">通年実施</td></tr>
<tr><td>実施体制</td><td colspan="8">〇職員体制<br>係長１名、事務職１名</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>実施方法</td><td colspan="8">〇概要<br>おおさか健活マイレージ「アスマイル」アプリをスマートフォンにダウンロードし、健診の記録や毎日の健康づくり活動を記録することでポイントを貯めて、貯めたポイントに応じて抽選に参加し、当選すると電子マネーなどの特典が進呈される<br>国保加入者においては、特定健診を受診すると必ず電子マネーと交換ができるポイントが進呈される　※府が主体となって実施<br><br>〇利用負担<br>無料<br><br>〇周知啓発<br>・新規登録キャンペーン実施期間に応じて市ホームページで啓発記事を掲載および更新<br>・特定健診対象者へ受診券の送付時に啓発チラシを同封</td></tr>
<tr><td rowspan="3">アウトプット</td><td colspan="2">評価指標</td><td>ベースライン値<br>〔令和３年度〕</td><td>令和６<br>年度</td><td>令和７<br>年度</td><td>令和８<br>年度</td><td>令和９<br>年度</td><td>令和 10<br>年度</td><td>令和 11<br>年度</td></tr>
<tr><td colspan="2">市ホームページへの啓発記事の掲載および更新</td><td>年２回</td><td colspan="6">年１回以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定健診対象者へ啓発チラシの送付</td><td>年１回</td><td colspan="6">年１回以上</td></tr>
<tr><td rowspan="3">アウトカム</td><td colspan="2">評価指標</td><td>ベースライン値<br>〔令和３年度〕</td><td>令和６<br>年度</td><td>令和７<br>年度</td><td>令和８<br>年度</td><td>令和９<br>年度</td><td>令和 10<br>年度</td><td>令和 11<br>年度</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者の割合<br>（府民会員）</td><td>2.07%</td><td colspan="6">ベースライン値〔令和３年度〕から増加</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者の割合<br>（国保会員）</td><td>4.19%</td><td colspan="6">ベースライン値〔令和３年度〕から増加</td></tr>
</table>

## ⑻ 後発医薬品の普及

| 計画 | 保健事業名： 後発医薬品の普及 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 後発医薬品の普及 | | | | | | | |
| ストラクチャ | 対象者 | 市の国保に加入している人のうち 15 歳以上で、後発医薬品へ切替えが可能な先発医薬品を利用している市民 | | | | | | |
| | 実施期間 | 通年実施 | | | | | | |
| | 実施体制 | 係長１名、事務職１名 | | | | | | |
| プロセス | 実施方法 | ・後発医薬品差額通知の送付（年３回）<br>・後発医薬品普及シールの配布<br>・ホームページへの掲載 | | | | | | |

| アウトプット | 評価指標 | ベースライン値〔令和３年度〕 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 差額通知と後発医薬品に関するチラシの送付 | ３回 | ３回 | | | | | |
| | 後発医薬品希望シールの配布 | 国保新規加入者全員と希望者に配布 | 国保新規加入者全員と希望者に配布 | | | | | |
| | 市広報誌への掲載 | １回 | １回 | | | | | |

| アウトカム | 評価指標 | ベースライン値〔令和３年度〕 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 後発医薬品の普及割合 | 79.2% | 82.0% | 83.0% | 84.0% | 85.0% | 86.0% | 87.0% |

# ２　年間・月次計画

## 特定健診、特定保健指導、重症化予防の年間計画〔令和５(2023)年度時点〕

| | 項目 | 実施体制 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | １０月 | １１月 | １２月 | １月 | ２月 | ３月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 特定健診 | 受診券発送 | | | | | | | | | | | | | |
| | 受診啓発 | | | 取扱医療機関や各組合等へポスター掲示、広報掲載、SNS発信　等 | | | | | | | | | | |
| | 特定健診実施<br>（個別、集団） | 委託 | | | | | | | | | | | | |
| | 受診勧奨（はがき郵送） | 直営 | | | | | | | | | | | | |
| | 受診勧奨（架電） | 直営 | | | | | | | | | | | | |
| | 健診結果説明会<br>（ポピュレーションアプローチ） | 直営 | | | | | | | | | | | | |
| 特定保健指導 | 特定保健指導実施 | 委託<br>直営 | 通年実施（対象者の受診時期・支援期間によって、年度をまたいで実施するため）<br>対象者の健診結果によって、動機付け支援（３か月間）と積極的支援（６か月間）に分けて実施 | | | | | | | | | | | |
| | 利用勧奨（案内通知郵送） | 委託<br>直営 | 通年実施（対象者の受診時期・支援期間によって、年度をまたいで実施するため）<br>対象者の健診結果によって、動機付け支援（３か月間）と積極的支援（６か月間）に分けて実施 | | | | | | | | | | | |
| | 利用勧奨（架電） | 委託<br>直営 | 通年実施（対象者の受診時期・支援期間によって、年度をまたいで実施するため） | | | | | | | | | | | |
| | ハイリスク者利用勧奨（訪問） | 直営 | 通年実施（対象者の受診時期・支援期間によって、年度をまたいで実施するため） | | | | | | | | | | | |
| 重症化予防 | 保健指導実施<br>（医療機関への受診勧奨を含む） | 委託<br>直営 | 通年実施（対象者の受診時期・支援期間によって、年度をまたいで実施するため） | | | | | | | | | | | |
| | 二次検査（頸部血管エコー検査、尿検査）実施 | 委託 | 通年実施（対象者の受診時期・支援期間によって、年度をまたいで実施するため） | | | | | | | | | | | |
| | 利用勧奨（案内通知郵送） | 委託<br>直営 | 通年実施（対象者の受診時期・支援期間によって、年度をまたいで実施するため） | | | | | | | | | | | |
| | 利用勧奨（架電） | 委託<br>直営 | 通年実施（対象者の受診時期・支援期間によって、年度をまたいで実施するため） | | | | | | | | | | | |
| | ハイリスク者利用勧奨（訪問） | 直営 | 通年実施（対象者の受診時期・支援期間によって、年度をまたいで実施するため） | | | | | | | | | | | |
| | ケース検討会<br>（医師からの保健指導に対する助言等） | 直営<br>医師（報償） | | | | | | | | | | | | |
| | 薬剤師の講話 | 薬剤師<br>（報償） | | | | | | | | | | | | |
| | 糖尿病性腎臓病重症化予防ネットワーク研修会（市内医療従事者向け研修会） | 市<br>三師会<br>関西医科大学<br>香里病院 | | | ６月からテーマ選定など打合せ開始 | | | | | | | | | |

## 特定健診、特定保健指導、重症化予防の月次計画〔令和５(2023)年度時点〕

| 随時 | | 初旬 | | | 中旬 | | | 下旬 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| （区分） | 内容 | （区分） | （日付） | 内容 | （区分） | （日付） | 内容 | （区分） | （日付） | 内容 |
| 特定保健指導 | 保健指導<br>（ハイリスク者含む） | 事務 | 1日ころ | 重症化予防事業委託の請求書の授受、支払 | 事務 | 15日ころ | 健診費用支払処理 | 特定健診 | 25日ころ | 健診結果通知前作業 |
| 重症化予防 | 保健指導<br>（ハイリスク者含む） | | | | 特定健診など保健事業 | 10日ころ | 月報作成 | 特定健診 | 28日ころ | 受診者へ健診結果を郵送 |
| 特定保健指導 | 利用勧奨 | 特定保健指導 | 5日ころ | 委託先との特定保健指導対象者及び特定保健指導結果データの授受 | 事務 | 10日ころ | 取扱医療機関からの各種費用請求書の授受<br>（心電図検査、二次検査） | 特定保健指導 | 25日ころ | 健診結果から対象者選定 |
| 重症化予防 | 利用勧奨 | | | | 事務 | 10日ころ | 特定保健指導委託の請求書の授受、支払 | 特定保健指導 | 28日ころ | 対象者へ事業案内を郵送 |
| 特定健診 | 受診勧奨（架電） | | | | 事務 | 15日ころ | 特定健診等費用の納付書の授受、支払 | 重症化予防 | 28日ころ | 健診結果から対象者選定 |
| 特定健診 | 受診券再発行受付 | | | | 事務 | 15日ころ | 集団検診医師派遣料の請求書の授受、支払 | 重症化予防 | 29日ころ | 対象者へ事業案内を郵送 |
| 事務 | 各種支払処理 | | | | 事務 | 10日ころ | 普通交付金月次報告 | | | |
| 特定健診 | 健診結果説明会<br>案内の準備 | | | | | | | | | |

# ３　計画の評価方法

## ⑴　「国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び特定健康診査等実施計画」の評価方法

本計画をもとに計画期間である令和６(2024)年度から令和 11(2029)年度の間、各保健事業に取り組み、事業内容の評価はアウトプット指標（事業実績）およびアウトカム指標（事業成果、効果検証など）で評価を行うものとします。

評価時期にあたっては、計画期間が中期的であることから令和８(2026)年度に中間評価を行い、令和11(2029)年度に最終評価を行います。

また、評価の際には、大阪府国民健康保険団体連合会が主催する「保健事業支援・評価委員会」をはじめ医師等の有識者の助言を得ながら適切に評価を行うものとします。

【特定健診・特定保健指導の実施率】

・特定健診の実施率

次の算定式に基づき、評価します。

| | |
|---|---|
| 算定式 | $\dfrac{\text{特定健診受診者数}}{\text{特定健診対象者数}}$ |
| 条件 | ○特定健診対象者数は、特定健診の対象者(特定健診の実施年度中に 40 歳以上 74 歳以下に達する、実施年度の４月１日時点での加入者)から次に掲げる者を除いた者<br>(1) 特定健康診査の実施年度途中における加入及び脱退等の異動者(ただし、年度末の3月 31 日付けで脱退した者は除外しないものとする)<br>(2) 特定健康診査の除外対象となる者(平成 20 年厚生労働省告示第3号)に規定する各号のいずれかに該当する者(妊産婦、長期入院患者等)と保険者が確認できたもの<br>○ 特定健診受診者数は、上記特定健診対象者数のうち、当該年度中に実施した特定健診の受診者(他の健康診断を受診した者の当該健康診断に関する記録の写しを保険者において保管している場合も含む) |

・特定保健指導の実施率

次の算定式に基づき、評価します。

| | |
|---|---|
| 算定式 | $\dfrac{\text{当該年度の動機付け支援終了者数＋当該年度の積極的支援終了}^{*1}\text{ 者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機付け支援の対象とされた者の数＋積極的支援の対象とされた者の数}^{*2}}$ |
| 条件 | ○階層化により積極的支援の対象とされたものが、動機づけ支援レベルの特定保健指導を利用した場合、動機付け支援終了者数には含めない。<br>○途中終了(脱落･資格喪失等)者は、分母には含め、分子からは除外。<br>○年度末(あるいは翌年４－５月)に保健指導を開始し、年度を越えて指導を受け、実績報告時までに完了している者は分子に算入。実績報告時に実施中だが未完了の場合は、次年度実績とするため、分母からは除外せず、分子からは除外(除外した分子は、その後完了した場合は次年度の実績における分子に算入)。 |

※1：省令・告示等で規定された要件を全て実施し終えた者のみならず、完了時の実績評価が、さまざまな手法（電話、手紙等）による度重なる呼びかけ等にもかかわらず、利用者からの返答がないために実施できず、呼びかけ等の回数のみを記録して打ち切った場合についても、完了したものと

して終了者数に含める。詳細は「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健診等の実施状況に関する結果について（令和５年３月 31 日 保発 0331 第４号)」を参照のこと。

※2：保健指導判定値以上の者は保健指導対象者であることから、保健指導判定値を上回る受診勧奨判定値以上の者も保健指導対象者に含まれる（「円滑な実施に向けた手引き」２－１を参照）ことに注意。

### ⑵ 計画の見直し

本計画は最終年度となる令和 11(2029)年度に計画に掲げた各保健事業の評価指標の達成状況を確認し、次期計画における各保健事業の評価指標、事業実施内容等について見直しを行い、再設定をします。

また、定期的にＫＤＢシステムで健診・医療・介護のデータを確認してそれぞれの動向を把握するとともに、市独自システムである「寝屋川市特定健診等データ管理システム」でも健診受診者の状況を確認していきます。

さらに毎年度、大阪府国民健康保険団体連合会が主催する「保健事業支援・評価委員会」において、医師等の有識者から各保健事業に対する助言を得て、事業の方向性を確認しながら必要に応じて事業の見直しを行います。

## ４ 個人情報の取扱い

### ⑴ 本計画策定にあたり使用した個人情報を含む分析データ等の取扱い

本計画の策定にあたっては、一部業務を事業者へ委託しており、委託契約締結の際には、個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じるための体制が整備されていることを確認しています。

また、個人情報を含む分析データ等は、個人情報の保護に関する法律に基づき適切に扱うものとし、原則 10 年間保管するものとします。

### ⑵ 保健事業の実施にあたり使用する個人情報の取扱い

事業実施にあたり、事業者へ委託する際は、「個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)」およびこれに基づく「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づき、個人情報の管理方法や目的外利用の禁止等を契約書に定めるとともに、個人情報の取扱い状況を定期的に確認するなど、厳格に管理を行います。

また、事業者において、健(検)診の結果やレセプト等に関する個人情報を保存する場合には、「個人情報の保護に関する法律」に加え、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守するよう指導と管理を行います。

### ⑶　特定健診結果および保健指導利用者の対応記録等

本市は特定健診、特定保健指導の円滑な実施のために独自で「寝屋川市特定健診等データ管理システム」を導入しています。

本システムでは特定健診の健診結果や保健指導の対応記録等の個人情報を保管・管理し、システムの保守業務を開発業者に委託して定例的に会議を開催するなど、個人情報が安全に管理されるよう運用しています。

## 5　地域包括ケアにかかる取組

保険者として地域ケア会議に参加し、医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための取組において直面する課題について共有・意見交換を行うなど、地域で国保被保険者を支えられるよう連携を図ります。また、地区担当制の導入により、地区担当保健師が地域包括支援センターと連携を図ります。高齢化が一層進むなか、国保被保険者の ＱＯＬ 向上に向け、地域包括ケアシステムにおける取組の充実および連携の強化が重要です。

## 6　事業運営上の留意事項

本計画をもとに各保健事業に取り組むにあたっては、成人保健事業を所管する健康部健康づくり推進課が主体となり、国民健康保険を所管する市民サービス部（国民健康保険担当）をはじめ、庁内関係各課と相互に連携して取り組みます。また、庁内関係各課だけでなく、寝屋川市医師会、寝屋川市歯科医師会および寝屋川市薬剤師会ならびに大阪府国民健康保険団体連合会、大阪府、国との連携を図りながら計画の推進を図ります。

# 第５章　参考資料

## １　用語集

| 用語 | | 説明 |
|---|---|---|
| ア行 | アウトカム | 事業の目的・目標の達成度、また、成果に対する評価。具体的な評価指標としては、肥満度や血液検査などの健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者や予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化などがある。 |
| | アウトプット | 目的・目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価。評価指標としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率などがある。 |
| | 悪性新生物 | 悪性腫瘍のこと。細胞が何らかの原因で異変して増殖を続け、周囲の正常な組織を破壊する腫瘍で、癌や肉腫などがある。 |
| | アミラーゼ | でんぷん（糖質）を分解して糖にする酵素。主に膵臓、唾液腺から分泌される。この酵素は血液に混じった状態で全身を回った後、腎臓でろ過され、尿に排泄される。 |
| | eGFR（イージーエフアール） | 推算糸球体ろ過量。健康診査の項目である血清クレアチニン、年齢、性別から算出される腎機能の状態を表す数値。GFR(糸球体濾過量)の実測は健康診査では困難であるため、推算値である eGFR を用いている。 |
| | HDL コレステロール | 余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。 |
| | LDL コレステロール | 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起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。 |
| | 嚥下（えんげ）機能 | 口の中の食べ物を飲み込み、胃まで送る機能を指す。 |
| カ行 | 空腹時血糖 | 空腹時に血液中にあるブドウ糖の量を示している。検査値が高いと糖尿病の疑いがある。 |
| | 血圧（収縮期･拡張期） | 血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す血圧を拡張期血圧という。 |
| | 血清クレアチニン（Cr） | 筋肉に含まれているたんぱく質の老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄されるが、腎機能が低下すると尿中に排泄できずに血液中に増加するので、血液中のクレアチニンを検査することで腎機能をみる指標となっている。 |
| | KPI（ケーピーアイ） | 重要業績評価指標。Key Performance Indicator（キー パフォーマンス インジケーター）の略。最終目標（ゴール）までのプロセスの達成状況を定点観測するための定量的な指標のこと。 |
| | 健康寿命 | 世界保健機関（WHO）が平成 12(2000)年に提唱した指標であり、一般に、健康状態で生活できる平均期間またはその総称を指す。「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義されている。 |
| | 高齢化率 | 65 歳以上の高齢者が総人口に占める割合。 |
| | 国保データベースシステム（ＫＤＢシステム） | 国民健康保険の保険者や後期高齢者医療広域連合が、保健事業の計画や実施を行うために、「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステム。国民健康保険中央会が開発。 |

| 用語 | | 説明 |
|---|---|---|
| サ行 | ジェネリック医薬品（後発医薬品） | 先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。 |
| | CKD（慢性腎臓病） | 腎臓の障害（蛋白尿など）、もしくは、推算糸球体ろ過量（eGFR）60未満の腎機能低下が３か月以上持続するもの。 |
| | 脂質異常症 | 中性脂肪やLDLコレステロール、HDLコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたし、血液中の値が正常域をはずれた状態。動脈硬化の主要な危険因子。従来は高脂血症と呼ばれていた。 |
| | 疾病分類 | 「疾病、損害および死因の統計分類」の「ICD-10（2013年版）準拠 疾病分類表」を使用。 |
| | 心疾患 | 心筋梗塞や狭心症のような虚血性心疾患、慢性リウマチ性心疾患、心不全などが含まれる。 |
| | 腎不全 | 腎臓の機能が低下し、老廃物を十分に排泄できなくなり、体内に不要なものや体にとって有害なものがたまっている状態。 |
| | 生活習慣病 | 食習慣、運動習慣、喫煙および飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾病のこと。主な生活習慣病には、がん、脳血管疾患、心疾患、糖尿病などがある。 |
| | 積極的支援 | 特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い人に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、３か月以上の定期的・継続的な支援を行う。 |
| | ストラクチャ | 保健事業を実施するための仕組みや体制。 |
| | 咀嚼（そしゃく）機能 | 歯で食物をかみ砕き、飲み込むまでの一連の動作。 |
| タ行 | 中性脂肪(TG:トリグリセリド) | 体内で最も多い脂肪のことで、体を動かすエネルギー源となる物質であるが、蓄積することにより、肥満の原因になる。 |
| | DKD（糖尿病性腎症） | 糖尿病による腎臓の障害で、腎臓の血管の変性、血流障害、血液成分の露出によって血管変化が起こる。進行すると、腎血管の破壊、機能障害が起こる。 |
| | 動機付け支援 | 特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い人に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実施し、３か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。 |
| | 特定健康診査 | 平成20(2008)年４月から開始された、生活習慣予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳から74歳の医療保険加入者を対象とする。 |
| | 特定保健指導 | 特定健診の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対して実施される。 |

| 用語 | | 説明 |
|---|---|---|
| ナ行 | 日本再興戦略 | 日本産業再興プラン・戦略市場創造プラン・国際展開戦略の３つのアクションプランを軸とする。データヘルス計画に関する内容は、戦略市場創造プランの【テーマ１：国民の「健康寿命」の延伸】の中に「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」の一つとして示されている。 |
| | ナッジ理論 | 行動経済学を実社会で役に立てる一つの方向性として示された理論。人間の行動を心理学、経済学の側面から研究する行動経済学の教授によって発表された。ナッジ（nudge）は「そっと後押しする」という意味の英語。 |
| | 脳血管疾患 | 脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなることが原因で起こる病気（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等）の総称。 脳血管障害ともいう。 |
| ハ行 | ハイリスクアプローチ | 疾病を発症しやすい高いリスクを持つ個人や集団を特定して働きかける方法。 |
| | BMI<br>（ビーエムアイ） | Body Mass Index の略で、体格指数のこと。体重(kg)÷[身長(m)×身長(m)]により算出する。BMI が 22 の場合が「標準」で、25 以上が「肥満」、18.5 未満を「低体重(やせ)」とする。 |
| | PDCI サイクル | 計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Innovation）を一連の流れで実施し、施策や活動やその成果を継続的に高めていくこと。 |
| | フレイル（虚弱） | 加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態で、要介護状態に至る前段階として位置づけられる。筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるというような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。 |
| | ヘマトクリット値 | 血液中に占める赤血球の割合。貧血を判断するのに用いられる。 |
| | HbAlc（ヘモグロビンエーワンシー） | ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去１～２か月の平均的な血糖値の状態を反映した指標。 |
| | ベースライン値 | ある事象の変化を観測する際の基準となる値 |
| | ポピュレーションアプローチ | 集団全体に広く働きかける方法。 |
| マ行 | メタボリックシンドローム | 内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心疾患や脳血管疾患などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち２つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、１つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。 |
| ヤ行 | 有所見 | 検査の結果、何らかの異常（検査基準値を上回っているなど）が認められたことをいう。 |
| ラ行 | レセプト | 診療報酬明細書の通称。 |
| | ロコモティブシンドローム | 運動器の障害のために移動機能の低下をきたした状態。自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態。運動器症候群。 |

# ２　資料集

## ⑴ 血糖コントロールの目標

| 目標 | 血糖正常化を目指す際の目標<br>注 1) | 合併症予防のための目標<br>注 2) | 治療強化が困難な際の目標<br>注 3) |
|---|---|---|---|
| HbA1c（%） | 6.0 未満 | 7.0 未満 | 8.0 未満 |

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注１）適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能 な場合の目標とする。

注２）合併症予防の観点から HbA1c の目標値を７％未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値 130mg/dL 未満、食後２ 時間血糖値 180mg/dL 未満をおおよその目安とする。

注３）低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。

注４）いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

出典：糖尿病診療ガイドライン 2019

## ⑵ 高齢者における血糖コントロールの目標

| | カテゴリーⅠ | カテゴリーⅡ | カテゴリーⅢ |
|---|---|---|---|
| 患者の特徴・健康状態 | ①認知機能正常<br>かつ<br>②ADL 自立 | ①軽度認知障害～軽度認知症<br>または<br>②手段的 ADL 低下、<br>基本的 ADL 自立 | ①中等度以上の認知症<br>または<br>②基本的 ADL 低下<br>または<br>③多くの併存疾患や機能障害 |

<table>
<tr><td rowspan="3">重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU 薬、グリニド薬など）の使用</td><td>なし</td><td colspan="2">7.0%未満</td><td>7.0%未満</td><td>8.0%未満</td></tr>
<tr><td rowspan="2">あり</td><td>65 歳以上<br>75 歳未満</td><td>75 歳以上</td><td rowspan="2">8.0%未満<br>（下限 7.0%）</td><td rowspan="2">8.5%未満<br>（下限 7.5%）</td></tr>
<tr><td>7.5%未満<br>（下限 6.5%）</td><td>8.0%未満<br>（下限 7.0%）</td></tr>
</table>

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

出典：高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023

## ⑶ 分析・調査に使用した各種データ

- KDB システム： 令和元(2019)年度、令和２(2020)年度（令和５年 10 月作成)、
  令和３(2021)年度、令和４(2022)年度（令和６年１月作成）
- 寝屋川市特定健診データ管理システム：令和元(2019)年度～令和４(2022)年度受診者分
- 特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告）：平成 28(2016)年度～令和３(2021)年度
- 寝屋川市の保健活動から把握している情報

## ⑷　分析に使用した各種データの集計方法

- 出典：「特定健診・特定保健指導実施結果報告（法定報告）」
  88 ページ　特定健診実施率参照
- 出典：「寝屋川市特定健診等データ管理システムから再集計」
  対象は年度内に受診したすべての人を含む

寝屋川市第３期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）
寝屋川市第４期特定健康診査等実施計画
令和６(2024)年　３月
発行：寝屋川市　健康部　健康づくり推進課
所在地：〒572-8533　大阪府寝屋川市池田西町 28 番 22 号
市立保健福祉センター１階
ＴＥＬ：072-812-2374（直通）
http://www.city.neyagawa.osaka.jp