

7 既存事業の評価

(1) 特定健診

ストラクチャ

担当者数：専門職 3 人、事務職 2 人

対象者数：平成 28 年度 41,165 人（40～64 歳 16,933 人、65～74 歳 24,232 人）

巡回型集団健診の実施：無

プロセス

周知活動

広報紙等への掲載：市広報（毎月 1 回）に 3 回掲載、ホームページ、自治会に回覧板、ポスター掲示依頼、医療機関にポスター掲示依頼、SNS、庁内モニター

受診勧奨の強化対象：40 歳・保険切替時（退職を含む）40～50 歳代

費用負担：無

結果返却方法：保険者が取りまとめてすべて返却

結果説明会の開催：無

未受診者への受診勧奨

方 法：①電話勧奨 ②圧着ハガキ発送

時 期：①平成 28 年 11 月 15 日～12 月 5 日 ②平成 28 年 11 月 15 日

対象者：①平成 28 年 10 月末、未受診で 55～74 歳の電話番号のわかる方

②平成 28 年 10 月末、未受診で 40～54 歳の方

対象者数（カバー率）：23,652 人（49.8%）

アウトプット

未受診者への受診勧奨

実施者数（実施率）：17,755 人（75.1%）

受診率：実施者 7.6%、未実施者 29.3%

アウトカム

月別受診率の推移（再掲）

年間受診率の推移（再掲）

事業課題

- 治療者と未治療者の経年的健診結果と医療費比較
- 医療費抑制効果と事業の費用対効果
- 継続治療・生活習慣改善の必要性の周知

対策

- 未受診者に対する受診勧奨の徹底
- 特定健診とがん検診の同時実施の促進

(2) 特定保健指導

ストラクチャ

担当者数：専門職 3 人、事務職 2 人

保健指導対象者数：平成 28 年度 1,684 人（動機づけ支援 1,315 人、積極的支援 369 人）

保健指導実施体制：直営

プロセス

保健指導実施方法（特定健診受診後）：

初回面接・個別面接・集団面接・手紙・電話・Eメール・その他（面談）

周知活動：広報紙等への掲載、リーフレットの配布、市のホームページ

利用勧奨

特定健診受診時の利用案内：無

特定健診受診時のプレ指導：無

（肥満未治療者で血圧、喫煙の少なくともいずれかに該当する者への短時間での利用勧奨および簡易保健指導）

特定健診当日の初回面接実施：無

結果説明会の開催：無

未利用者への利用勧奨

方 法：再度ハガキ・電話にて案内

時 期：欠席の 2 ヶ月後

対象者：969 人

対象者数（カバー率）：969 人（76.5%）

アウトプット

未利用への利用勧奨

実施者数（実施率）：969 人／969 人（100%）

利用率：実施者 8.7%、未実施者 0 %

アウトカム

特定保健指導利用率・実施率の推移（再掲）

実施者・非実施者における改善率の推移

メタボリックシンドローム該当率の推移

事業課題

- 治療者と未治療者の経年的健診結果と医療費比較
- 医療費抑制効果と事業の費用対効果
- 継続治療・生活習慣改善の必要性の周知

対策

- 特定保健指導参加率増加に向けての周知の徹底
- セット検診時に初回面接の実施

(3) 高血圧重症化予防対策

未治療者への受療勧奨（平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月）

ストラクチャ

担当者数：専門職 3 人、事務職 2 人
重症度別未治療高血圧者数（再掲）

プロセス・アウトプット

周知活動：広報紙等への掲載、リーフレットの配布、市のホームページ、市の健康プログラム

特定健診時の取り組み

リーフレット配布：無

保健指導：無

受療勧奨対象者数（カバー率）：平成 28 年度 383 人／383 人（100%）

選定基準：“Ⅱ度高血圧以上”であり、“血圧の服薬なし”であること

特定健診時勧奨：実施していない

特定健診後勧奨：

勧奨方法：郵送・電話

実施人数 174 人（45.4%）

受療確認

本人確認：有 ⇒ 受療者数 151 人（39.4%）

レセプト確認：無

服薬開始（レセプト）：無

アウトカム

未治療者に占める重症度別高血圧者数の推移

事業課題

- 治療者と未治療者の経年的健診結果と医療費比較
- 医療費抑制効果と事業の費用対効果
- 継続治療・生活習慣改善の必要性の周知

対策

- KDB システムを活用してレセプトを確認し、受診・内服状況の確認
- 個別支援の充実
- 医療機関未受診者や治療中断者への受診勧奨の徹底

(4) 糖尿病重症化予防対策

未治療者への受療勧奨

ストラクチャ

担当者数：専門職 3 人、事務職 2 人

重症度別未治療糖尿病患者数：HbA1c 6.5%以上→458 人

HbA1c 7.0%以上→179 人

HbA1c 8.0%以上→66 人

プロセス・アウトプット

周知活動：広報紙等への掲載、リーフレットの配布、市のホームページ、市の健康プログラムの掲載

対象者数（カバー率）：平成 28 年度 458 人（100%）

受療勧奨対象者数（カバー率）：平成 28 年度 458 人（100%）

選定基準：平成 27～28 年度の特定健診受診者の中で、HbA1c 6.5%以上かつ問診表で血糖の内服をしていないと回答した人（特定保健指導対象者を除く）

勧奨方法：封書の郵送・電話・教室・訪問

実施人数（カバー率）：82 人（17.9%）

受療確認

本人確認：有 ⇒ 受療者数 113 人（24.7%）

レセプト確認：無

服薬開始（レセプト）：無

アウトカム

未治療者に占める重症度別糖尿病患者数の推移

事業課題

- 治療者と未治療者の経年的健診結果と医療費比較
- 医療費抑制効果と事業の費用対効果
- 継続治療・生活習慣改善の必要性の周知

対策

- KDB システムを活用してレセプトを確認し、受診・内服状況の確認
- 個別支援の充実
- 医療機関未受診者や治療中断者への受診勧奨の徹底

(5) 糖尿病性腎症重症化予防対策

ストラクチャ

担当者数：専門職 3 人、事務職 2 人

糖尿病性腎症疑い者数 合計 1,948 人

糖尿病疑い・未治療者		
尿蛋白±以下かつ eGFR 30 以上 (2 期以下)	629 人	⇒ 糖尿病治療のための受療勧奨
尿蛋白+以上かつ eGFR 30 以上 (3 期)	131 人	⇒ 糖尿病治療・腎症予防のための受療勧奨
eGFR 30 未満：4 期	1 人	⇒ 強力な受療勧奨
糖尿病治療中		
尿蛋白±以下かつ eGFR 30 以上 (2 期以下)	825 人	⇒ 治療継続支援
尿蛋白+以上かつ eGFR 30 以上 (3 期)	176 人	⇒ 医療と連携した腎症予防の保健指導
eGFR 30 未満：4 期	2 人	⇒ 腎症対策強化について連携

プロセス・アウトプット

周知活動：広報紙等への掲載、リーフレットの配布、市のホームページ、市の健康プログラムの掲載

対策対象者数（カバー率）：平成 28 年度 627 人（66.3%）

選定方法：①高血糖教室

- 特定健診受診者（平成 27～28 年度）の中で、HbA1c 6.5%以上かつ尿蛋白+以上もしくは微量アルブミン尿 30 以上
- 糖尿病治療歴がない者
- 微量アルブミン尿検査後に病期を確定

②腎機能低下者の教室

- 特定健診受診者（平成 27～28 年度）の中で、e-GFR 60 未満（70 歳以上 50 未満）かつ尿蛋白+以上もしくは微量アルブミン尿 30 以上
- 糖尿病治療歴がある者
- 微量アルブミン尿検査後に病期を確定

実施内容：次ページ参照

未治療者（受診未確認の人数）：330 人

治療者（受診が確認できた数）：297 人

実施人数：46 人（実施率 7.3%）

実施内容

①高血糖教室

時 期	内 容
結果通知後 1 週間以内	対象者の選定・教室の案内送付
教室 1 週間前	電話による保健指導プログラムへの参加勧奨
1 回目教室	＜初回グループ支援（120 分）＞ 初回アンケートの実施、糖尿病の病態・糖尿病性腎症を含めた合併症の説明、二次検査（頸部血管エコーと微量アルブミン尿検査）の申請、血糖をコントロールするための食事ポイントの説明
2 回目教室 （初回より 2 週間後）	＜2 回目グループ支援（120 分）＞ アンケート実施、実習（食事カードを使用し、摂取エネルギーとバランスについて）、自宅でできる運動の実習、目標の設定、セルフモニタリングの説明
3 回目教室 （初回より 2 か月後）	＜3 回目個別支援・二次検査結果返却（30～60 分）＞ 3 か月後アンケート実施、ガイドラインに基づく栄養指導、血管の変化・腎機能について説明し、必要に応じて受診勧奨
初回より 3～5 か月後	＜4 回目個別支援（電話か手紙）＞ セルフモニタリングに基づく支援
4 回目教室 （初回より 6 か月後）	＜5 回目グループ支援（120 分）＞ 6 か月後アンケートの実施、実践状況の振り返りと目標の修正、K J 法でのグループワーク
平成 29 年～ 平成 34 年 3 月	平成 28～33 年度 各年度のデータの登録

②腎機能低下者の教室

時 期	内 容
結果通知後 1 週間以内	対象者の選定・教室案内の送付
教室 1 週間前	電話による保健指導プログラムへの参加勧奨
1 回目教室	< 初回グループ支援 (120 分) > 初回アンケートの実施、腎臓の機能について説明、糖尿病性腎症を含め血管の変化に伴う腎機能の低下説明、二次検査（頸部血管エコーと微量アルブミン尿検査）の申請、腎機能を維持するための食事・生活ポイントの説明
2 回目教室 (初回より 2 週間後)	< 2 回目個別支援・二次検査返却 (30～60 分) > 3 か月後アンケート実施、血管の変化・腎機能について説明、必要に応じて受診勧奨、ガイドラインに基づく栄養指導、腎機能を維持するための生活ポイントの説明、目標の設定、セルフモニタリングの説明
3 回目教室 (初回より 3 か月後)	< 3 回目個別支援 (電話か手紙) > セルフモニタリングに基づく支援
4 回目教室 (初回 6 か月後)	< 4 回目個別支援 (60 分) > 6 か月後アンケートの実施、実践状況の振り返りと目標の修正
平成 29 年～ 平成 34 年 3 月	平成 28～33 年度 各年度のデータの登録

人工透析有病率の推移、新規透析導入率の推移

事業課題

- 治療中の対象者に対する医療と連携した保健指導
- 市の糖尿病性腎症への取り組みや介入に対する市内医療機関への周知不足
- 保健指導で使用する媒体や資料の見直し後の評価
- 保健指導中断者への現状把握や追跡調査
- 個人背景に着目した分析（行動変容評価など）

対策

- 医師会の会議等に参加させていただき、寝屋川市の糖尿病性腎症への取り組みや事業報告を積極的に周知する
- 健診情報連絡票を作成し、文書で市内医療機関へ受診勧奨し連携を図る
- 保健指導中断者への生活状況に応じたアプローチ

（６）たばこ対策

対象者：特定健診受診者の中で、喫煙の習慣を問う質問票で「はい」と回答した人

実施方法：特定保健指導時に生活習慣病対策における禁煙の意義の説明

呼吸器疾患との関連性の説明

禁煙希望者に対しての禁煙支援

アウトカム：性・年齢階級別喫煙率の推移

事業課題

- 禁煙指導の充実

対策

- 喫煙率を低下させるための禁煙や節煙指導の徹底

(7) ポピュレーションアプローチ

ア どこでも健康教室

対象者：市民

実施方法：①保健師より血管病とそれを防ぐための食事について講義

②健康運動指導士より運動についての講義と実技

アウトカム：市民の健康意識の高揚、各種健診の受診率の向上

事業課題

- 参加者数が年々低迷しており、受講者の確保が必要となる

対策

- 啓発活動の工夫と、若年層を含めた幅広い世代の市民が受講意欲を持てるような教室内容を検討し、受講者の増加を目指す。

イ 健康づくり実践講座

対象者：市民

実施方法：4回1コースで実施。保育付き

(1日目) 食事バランスについての講義と食品カードを使用した実技

(2日目) 計測値の意味やメタボリックシンドロームについての講義

(3日目) 体力チェックと健康運動指導士による体操 本講座修了者による
自主グループ「健康の会 2006」の活動紹介

(4回目) 血圧についての講義

アウトカム：受講者の健康に関する意識の変化

事業課題

- 参加者数の低迷

対策

- 啓発活動の工夫と、教室内容の見直しをし、新規の受講者の獲得を目指す

(8) がん検診

対象者：市民

実施方法：(集団検診) 申込者に検診日等の案内が記載されている受診券を送付

胃・肺・大腸・乳・子宮・前立腺

(個別検診) 申込者が直接、市内取扱医療機関に申し込み

大腸・子宮

アウトカム：がん検診受診率の推移

事業課題

- 受診率の向上
近年、受診率は上昇傾向にあるが、依然として低い状況にある。
- 事業の周知、啓発
市民に対し有効な周知、啓発が実施できていない可能性がある。
- 利便性の向上
保健福祉センターを健診会場とする集団検診が主であるため、利便性の向上が望まれる。

対策

- 個別受診勧奨の実施
特定の年齢の市民に対し、ちらしや申込はがきを送付し受診を促進する。
- 乳がんグローブの配布
特定の年齢の市民に対し、乳がんグローブを送付し受診意識の向上を図る。
- 無料クーポン券の送付
特定の年齢の市民に対し、無料で受診できるクーポン券を送付し受診を促進する。
- 個別検診の充実
大腸、子宮がん検診以外にも個別検診が可能となるよう検討を実施する。

(9) 歯科検診

対象者：30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70 歳の市民

実施方法：4～9 月生まれの人には4 月末に、10～3 月生まれの人には9 月末に受診券を送付
市内取扱医療機関に申し込み

アウトカム：成人歯科健康診査受診率の推移

事業課題

- 受診率の向上
本市の受診率は府下では上位に位置するが、更なる受診率の向上が望まれる。
- 事業の周知、啓発
市民に対し有効な周知、啓発が実施できていない可能性がある。
- 要精検者の受診状況の把握

対策

- 受診券のデザインの変更
従来ははがきサイズで一色刷りの受診券を送付していたが、デザイン等を変更し、より市民に受診を促す形態とする。
- 要精検者に対する追跡調査の実施
成人歯科健康診査を受診し、要精検となった市民の結果把握のため、その後の経過を医療機関に問い合わせる。

(10) ワガヤネヤガワ健康ポイント事業

対象者：15 歳以上の市民

実施方法：健康教室などの登録事業に参加しポイントシールを集めて応募すると、参加賞（クオカード）と交換できる。また、抽選で豪華賞品が当たる。

アウトカム：応募者数の推移

事業課題

- 応募者数の増加
平成 24 年度の事業開始以来、応募数は増加しているが、目標人数とは隔たりがある。
- 事業の周知、啓発
市民に対し有効な周知、啓発が実施できていない可能性があるため、地域との連携を促進、強化する必要がある。
- 効果の検証
事業効果を明確に示し、事業評価とすることが難しい。

対策

- インセンティブの充実
応募者数の増加を図るため、より魅力的な賞品を設定する。
- 広報の充実
自治会と連携し、自治会掲示板に事業ポスターを掲示してもらうなど広報の強化に努める。
- 応募者アンケートの実施
事業効果を検証し、事業評価を実施するため、応募者にアンケートを行い、事業の改善に活用する。

(11) 骨粗しょう症予防教室

対象者：①20歳からおおむね45歳：全2回実施 保育付き
②40歳以上：全4回実施

実施方法：①骨粗鬆症の病態生理について説明
②骨粗鬆症を防ぐための食事と運動についての講義
③健康運動指導士による骨粗鬆症予防と関連させた体操
アウトカム：骨粗鬆症検診精密検査受診率の推移

事業課題

- 予防の観点から更年期前の若年層へのアプローチが必要であるが、現状、骨密度検診受診者、教室受講者の多くは高齢者である

対策

- 平成29年度より年齢階層別（若年世代を対象とした）に教室を開始した。その結果、受講者も増えてつある。今後、開催日を増やすなどの更なる対策を講じていく

(12) 後発医薬品の利用普及

対象者：被保険者（後発医薬品切替可能な先発医薬品を利用されている方）

実施方法：後発医薬品差額通知の送付、お願いカードの配布、各種広報

アウトカム：後発医薬品利用率（国目標に準ずる）

事業課題

- 比較的早期（平成 21 年度）から後発医薬品差額通知の送付を実施していることから、後発医薬品についての周知は進みつつあり、概ね平成 29 年度に 70%の使用率という国目標に到達しつつあるが、平成 32 年 9 月に 80%の使用率という目標とはなお隔たりがある。
- 現在差額通知について、公費該当者や 15 歳未満、精神疾患等に該当する方には送付していないため、これらの被保険者については情報提供が十分でない。
- 後発医薬品を使いたくないという意思を明確にする被保険者が一定程度存在し、今後利用率向上が頭打ちとなる可能性がある。

対策

- 国の示す平成 32 年 9 月に 80%の使用率という目標に向けて差額通知等の実施を行い、周知啓発に努める。
- 後発医薬品の利用普及にあたり、差額通知の対象者については個別に検討の上で可能な限り広げていくこととする。
- 後発医薬品への信頼性確保のため、厚生労働省作成のパンフレットなどを設置・配布し広報に努める。

8 健康課題

現状分析を表2にまとめています。これらより、以下の通り、健康課題が明らかになり、特に1～4については重点的に対策を行っていくことが必要です。

1. 新規透析導入患者数の減少

本市の人工透析医療費は、府や国と比べて高い状態が続いています。新規透析患者数を減少させ、医療費の増加を抑制することが課題です。透析患者は糖尿病を合併している対象者が多いので、糖尿病性腎症にターゲットを絞り重症化予防の取り組みを進めていきます。

2. 若年者の肥満対策

40～50代の若い世代から、虚血性心疾患等の発症が確認されました。内臓脂肪蓄積を伴う肥満から代謝異常が進み、生活習慣病の重症化につながっていると考えられます。将来の発症予防のために、メタボに着目して若年層から肥満の改善に取り組んでいきます。

3. 高血糖、高血圧対策

特定健診の結果から、HbA1c（血糖値）と収縮期血圧の有所見率はわずかに増加していることが確認されました。生活習慣病の重症化予防のため基礎疾患の改善が必要で、高血糖と高血圧は減少していないので対策を講じていきます。

4. 未受診者対策

平成24年度から28年度までの5年間の健診受診者を分析すると、65歳以上の人は継続して受診する人が多い傾向にありますが、他の年代は単年度健診受診者が多い結果でした。そのため、周知広報の工夫や受診しやすい環境整備など、継続して特定健診を受診してもらうことができる効果的な受診勧奨を重点的に行う必要があります。

死亡、介護、医療、健診結果情報を分析した結果、動脈硬化の基礎疾患が重症化して高額な医療費や介護が必要になっていることがわかりました。また、人工透析のレセプト件数が多く、医療費増加の要因の一つとなっています。

介護（レセプト）からの課題

40～64歳で要介護になった対象者のレセプトを確認すると、脳卒中・虚血性心疾患・腎不全が上がっていました。基礎疾患は高血圧・脂質異常症・糖尿病であり、重症化を予防することが介護予防のための課題といえます。年齢が上がると筋骨格系や認知症の割合も上昇することから、ロコモティブシンドロームや認知症の進行を予防する運動習慣への啓

蒙活動も進める必要があります。ポピュレーションアプローチでも、運動習慣への啓もう活動を進めます。

医療（レセプト）からの課題

本市の新規透析導入患者数は増加していませんが、依然として人工透析のレセプト件数が全国や府と比べて多く、医療費に占める割合は高いです。

また、40～50代の虚血性心疾患レセプト件数は全国や府より多く、若い年代の発症が多いことが分かります。

標準化死亡比から、男女ともに心疾患の死亡が増加しています。基礎疾患である脂質異常症や高血圧・糖尿病のレセプト件数が国や府と比べて多くないことから、重症化してから受診に至っていることが考えられます。人工透析も虚血性心疾患も動脈硬化が重症化した結果なので、基礎疾患の発症予防や重症化予防の取り組みが重要です。

健診結果の分析からの課題

本市の血圧と血糖値の有所見率は、高い状態が続いています。

40歳代は腹囲や中性脂肪・ALTが高く、エネルギー収支が正になることから内臓脂肪の蓄積につながっていました。

65～74歳になると肥満は下がりますが腹囲の有所見率は上がり、内臓脂肪から血糖や血圧が上昇しています。

メタボ該当者は全国や大阪府と比べて高く、特定健診のデータから原因となっている内臓脂肪型肥満が健康課題とわかります。腹囲該当や肥満が多い若い年齢層への早期介入が、高血圧や糖尿病など基礎疾患の発症予防のためには重要です。

9 保健事業の実施内容

健康課題と保健事業の対応は、表 2 にまとめている。各保健事業計画については、表 3 にまとめている。

10 計画の目的・目標

健康課題・保健事業と目標値の対応は、表 2 にまとめたとおりである。

11 計画の評価方法

計画の評価方法は、表 3 にまとめたとおりである。

表 2. 健康課題・保健事業・目標のまとめ

項目	健康課題	優先 順位
特定健診	特定健康診査受診率は平成 28 年度□□で、全国平均と同水準だが目標値に達していない。性年代別には男女とも 40 歳代は受診率が 10%代と低い。医療機関と健診共に未受診者が全体で 37.0%いるため、健康状態把握のためにも受診率を上げることが課題である。	
特定保健指導	保健指導実施率は平成 28 年度□□で、実施率が伸びていない。特定保健指導を受けた対象者は改善していることから、実施率を上げることが課題である。	
脳卒中、心疾患	虚血性心疾患の医療費総額は増加している。高額レセプト件数と費用額は減少、長期入院レセプト対象者人数は横ばいだがレセプト件数は増加し費用額が増えている。長期化している重症者がいると推測される。虚血性心疾患のレセプト件数は 40～50 歳代の件数が国や府と比べて多めだが 60～74 歳は低いため、レセプト件数全体として多いとはいえない。 脳血管疾患の医療費総額は横ばい。高額レセプトは横ばいで、長期入院レセプトの対象者と費用額は減少している。年齢階級別レセプト件数は 60～69 歳のみ府と同じくらいだが、他の年代は少ない。介護保険の 2 号認定者が国や府と比べると高いため、65 歳未満の発症で日常生活に支障が出た対象者は医療保険から介護保険へ移行している可能性はある。	
人工透析	医療費は国や府と比べて高く、総医療費に占める割合が高い。年齢階級別レセプト件数は国や府と比べて高く、透析患者が多いことが考えられる。 透析患者のレセプトでは糖尿病が□□%であるため、糖尿病性腎症が課題である。	
高血圧	レセプト件数と医療費総額は減少している。健診データでは未治療でⅡ度高血圧以上の人が 6 %前後いた。高血圧も腎機能低下に関連するため、未治療者を減らすことは課題である。	
糖尿病	レセプト件数と糖尿病の医療費総額は減少している。健診受診者の 3%代（年間 550 人前後）が未治療で糖尿病域。長期的に高血糖が続くと合併症発症リスクが上がるため、重症化予防のため未治療者を減らすことは課題である。	
脂質異常症	医療費総額は横ばい、レセプト件数は 40～50 歳代は国や府より少なく、60～74 歳は府平均である。健診受診者で数値が高く未治療という対象者は減っている。	
がん		
要介護		
後発医薬品使用 促進		

表 2. 健康課題・保健事業・目標のまとめ（つづき）

保健事業	目標値（平成 34 年度）	
	アウトプット	アウトカム
未受診者への受診勧奨など	未受診者への受診勧奨実施者の累積カバー率	特定健診受診率
未利用者への利用勧奨など	未利用者への利用勧奨実施者の累積カバー率	特定保健指導利用率・実施率
重症化予防対策 （高血圧、糖尿病、脂質異常症） たばこ対策	未治療者への受療勧奨実施者の 5 年累積カバー率	メタボ該当者・予備群有病率 未治療者・治療者に占める割合 Ⅱ度高血圧 HbA1c 6.5%以上（未治療） HbA1c 8.0%以上（治療中） 喫煙率 脳卒中、心疾患 有病率、SMR
重症化予防対策 （高血圧、糖尿病、糖尿病性腎症）	未治療者への受療勧奨実施者の 5 年累積カバー率 糖尿病性腎症疑い者への保健指導実施率	未治療者・治療者に占める割合 Ⅱ度高血圧 HbA1c 6.5%以上（未治療） HbA1c 8.0%以上（治療中） 人工透析患者 有病率、新規発生率
ポピュレーションアプローチ （減塩、節酒、肥満）	各取り組みの実施実績〇件以上、イベント参加者〇人以上など	高血圧有病率
ポピュレーションアプローチ （肥満、運動）	各取り組みの実施実績〇件以上、イベント参加者〇人以上など	肥満有病率 メタボ該当者・予備群有病率 糖尿病有病率
ポピュレーションアプローチ （肥満、食事）	各取り組みの実施実績〇件以上、イベント参加者〇人以上など	脂質異常症有病率
がん検診 たばこ対策	各取り組みの実施実績〇件以上、イベント参加者〇人以上など	がん検診受診率 喫煙率
運動 歯科	各取り組みの実施実績〇件以上、イベント参加者〇人以上など	要介護度別要介護認定率
後発医薬品使用の啓発 医療費差額通知	通知発送者数 通知者における後発医薬品への代替者数・割合	後発医薬品利用率（数量ベース）

表 3. 保健事業計画のまとめ

		特定健診 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
計画の概要	目的	健診未受診者の受診を促す	新規対象者は制度に慣れな可能性があるため、健診受診につなげるため案内を強化する	「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、特定健診を受診した後に階層化により特定保健指導対象者となったものに対し、自ら健診結果から健康状態を理解し、生活習慣改善のための行動目標を自ら設定・実施できるようにする。
	対象者	前年度の未受診者で健診受診歴がある者 (国保加入年期間が短い者は健診受診歴にかかわらず含める)	対象年齢で国保加入期間が短い者	「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、特定健診を受診した後に階層化により特定保健指導対象者となった者
	方法	電話または郵送	郵送	集団教室及び個別指導を実施
各年度の方向性	平成 30 年度	上記の通り実施	上記の通り実施	従来の保健指導から積極的支援対象者の集団指導も考慮する。
	平成 31 年度	上記の通り実施	上記の通り実施	上記の通り実施
	平成 32 年度	上記の通り実施	上記の通り実施	上記の通り実施
	平成 33 年度	上記の通り実施	上記の通り実施	上記の通り実施
	平成 34 年度	上記の通り実施	上記の通り実施	上記の通り実施
目標値 (平成 34 年度)	アウトプット			保健指導率 55%
	アウトカム			特定保健指導対象者の推移 特定保健指導対象者の健診結果の推移 特定保健指導率の推移

表3. 保健事業計画のまとめ（つづき）

		重症化予防対策	
		高血圧	糖尿病
計画の概要	目的	特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導対象者に限らず、血圧高値者の受診勧奨を行うことによって、被保険者の脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病等の疾病を予防する。また、生活習慣病の重症化による高額レセプト（虚血性心疾患、新規透析患者等）の件数を減少する。	特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導対象者に限らず、血糖高値者の受診勧奨を行うことによって、被保険者の脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病等の疾病を予防する。また、医療費適正化を図り、保険財政の健全化に寄与する。
	内容	対象者に、医療機関への受診勧奨と高血圧教室もしくは高血糖教室の案内リーフレットを送付し、その後電話による受診勧奨や教室参加の確認を行う。教室参加者に対しては、重症化予防のための保健指導を4回1コース実施し、希望に応じて二次検査（頸部血管エコー・尿アルブミン定量精密測定）の申込みを行う。ハイリスク者に対しては、レセプトで受診履歴を確認し、受診がない者に対しては再度電話や訪問等で受診勧奨する。	
	対象者	特定健診の結果で、Ⅱ度高血圧（収縮期血圧 160mmHg または拡張期血圧 100mmHg）以上のもので当該疾患未治療者	特定健診の結果で、HbA1c 6.5%以上のもので当該疾患未治療者
各年度の方向性	平成 30 年度	従来の高血圧対策に加え、心電図所見も考慮した保健指導を実施	上記の通り実施
	平成 31 年度	上記の通り実施	上記の通り実施
	平成 32 年度	上記の通り実施	上記の通り実施
	平成 33 年度	上記の通り実施	上記の通り実施
	平成 34 年度	上記の通り実施	上記の通り実施
目標値（平成 34 年度）	アウトプット	・教室参加者 30%以上 ・教室参加者の受診率 50%以上 ・カバー率 90%	・教室参加者 30%以上 ・教室参加者の受診率 50%以上 ・カバー率 90%
	アウトカム	・教室終了時、参加者の 10%の対象者がⅡ度高血圧未満になる。 ・未治療者に占める重症化別高血圧者数の推移	・教室終了時、参加者の 10%が HbA1c 6.5%未満になる。 ・生活習慣病の重症化による高額レセプト（虚血性心疾患・新規透析患者等）の件数が減少する。 ・未治療者に占める重症化別糖尿病者数の推移

表 3. 保健事業計画のまとめ（つづき）

		重症化予防対策
		糖尿病性腎症
計画の概要	目的	特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導対象者に限らず、重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対して受診勧奨・保健指導を行い治療につなげる。また、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して、対象者を選定し保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。
	内容	対象者に、医療機関への受診勧奨と糖尿病性腎症教室の案内リーフレットを送付し、その後電話による受診勧奨や教室参加の確認を行う。ハイリスク者に対しては、レセプトで受診履歴を確認し、受診がない者に対しては再度電話や訪問等で受診勧奨する。教室参加者には、重症化予防のための保健指導を実施し、希望に応じて二次検査（頸部血管エコー・尿アルブミン定量精密測定）の申込みを行う。二次検査の結果に基づき、糖尿病性腎症の病期確定を行い、病期に応じた生活習慣改善のための保健指導を個別で行う。その後、セルフモニタリングに基づく電話や手紙の支援を実施し、教室参加 6 か月後に実践状況の振り返りと目標の修正を行う。前回の二次検査から 6 か月後に再度、二次検査を実施し、自身の血管や腎機能の変化を認識してもらい、生活習慣の改善等につなげる。
	対象者	HbA1c 6.5%以上もしくは糖尿病治療歴ありかつ尿蛋白±以上の人
各年度の方向性	平成 30 年度	上記の通り実施
	平成 31 年度	上記の通り実施
	平成 32 年度	上記の通り実施
	平成 33 年度	上記の通り実施
	平成 34 年度	上記の通り実施
目標値（平成 34 年度）	アウトプット	・ 未治療者（受診未確認の人数） ・ 治療者（受診が確認できた人数） ・ 保健指導実施人数 ・ 教室参加者 30%以上 ・ 教室参加者の受診率 50%以上
	アウトカム	・ 人工透析有病率の推移 ・ 新規透析導入率の推移 ・ 教室二次検査 ・ 生活習慣病の重症化による高額レセプト（虚血性心疾患・新規透析患者等）の件数が減少する。 ・ 教室終了時の参加者の 10%が HbA1c 6.5%未満になる。

表 3. 保健事業計画のまとめ（つづき）

		ポピュレーションアプローチ		
		肥満・糖尿病予防	高血圧予防	運動促進（介護予防）
計画の概要	目的			
	内容			
	対象者			
各年度の方向性	平成 30 年度			
	平成 31 年度			
	平成 32 年度			
	平成 33 年度			
	平成 34 年度			
目標値（平成 34 年度）	アウトプット			
	アウトカム			

表 3. 保健事業計画のまとめ（つづき）

		がん検診	歯科検診	後発医薬品普及
計画の概要	目的			
	内容			
	対象者			
各年度の方向性	平成 30 年度			
	平成 31 年度			
	平成 32 年度			
	平成 33 年度			
	平成 34 年度			
目標値（平成 34 年度）	アウトプット			
	アウトカム			

12 計画の見直し

この計画は最終年度となる平成 35 年度に計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行い、目標の設定・取り組み内容・方法等について見直しを行います。

KDB システムに毎月健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は定期的に確認します。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特に、直ちにに取り組むべき課題の解決として重症化予防事業の実施状況は毎年とりまとめ、国保連合会に設置する保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

13 計画の公表・周知に関する事項

(1) 特定健診実施計画の公表・周知

策定した計画は、ホームページ等に掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行い、評価・見直しに活用するために報告書を作成します。

14 事業運営上の留意事項

本市は平成 20 年度の特定健診開始時から国保部門に保健師等が配置されており、特定健診・特定保健指導の実施については国保直営方式で実施してきました。データヘルス計画に基づく事業の実施については、必要に応じて衛生部門との連携を強化するとともに、介護部門等関係部署と共通認識をもって、課題解決に取り組むものとします。

15 個人情報保護に関する事項

本市における個人情報の取り扱いは、寝屋川市個人情報保護条例（平成 12 年 4 月 1 日寝屋川市条例第 5 号）によるものとします。

16 その他計画策定にあたっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に事業運営に関わる担当者（国保、衛生、介護部門等）が積極的に参加すると共に、事業推進に向けて協議する場を設けるものとします。

第3章 寝屋川市第3期特定健診等実施計画

1 計画策定に向けた整理（第2期実施計画の評価等）

（1）特定健診受診率

市町村国保は平成28年度において、40歳から74歳までの対象者の60%が特定健診を受診することを目標として定められています。

直近5年における本市の特定健診受診率は、平成24年度の36.3%から翌年約2.5ポイント低下したものの、徐々に上昇し、28年度には同程度まで回復しました。しかしながら目標値には及びませんでした（表●）。

平成27年度の実績は、全国42位の大阪府の中では29位でしたが、同規模市町村（特定健診対象者が5千人以上10万人未満）国保平均の36.0%を下回る35.4%でした。（表●）。

【表●】 特定健診受診率 国保目標値および本市実績（平成24～28年度）

年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
目標値	65.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%
実績	36.3%	34.7%	35.0%	35.4%	36.2%

※H28年度は見込み数

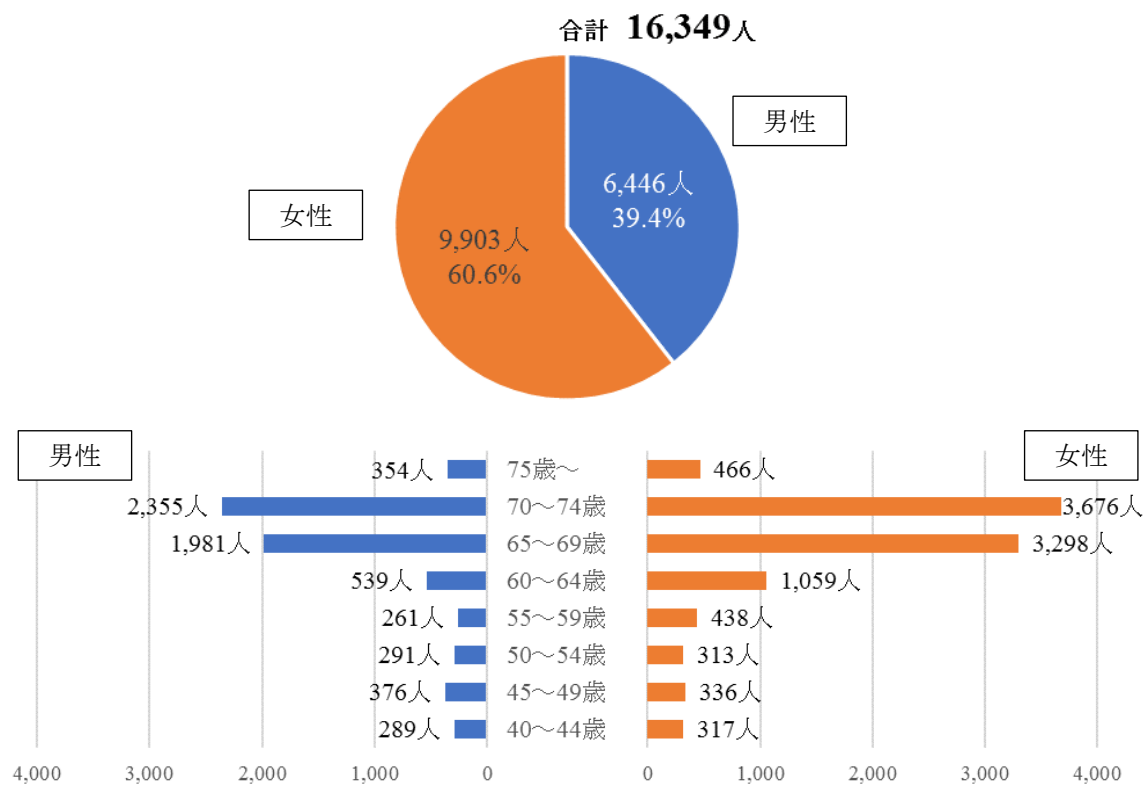
【表●】 保険者種類別 特定健診受診者数および受診率（平成27年度）

		寝屋川市		同規模平均		大阪府		全国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
健診受診者		15,321		600,600		440,245		8,025,996	
	受診率	34.5	県内29位 同規模21位	36.0		30.0	全国42位	36.0	

平成 28 年度の特定健診受診者数を性別でみると、男性は 6,446 人、女性は 9,903 人で、女性の受診者数は男性の 1.5 倍となっています。

また、年齢階級別では 65 歳以上の受診者が全体のおよそ 75%を占めています。

【図●】 特定健診受診者 性・年齢階級別内訳（平成 28 年度）



性・5歳ごとの年齢階級別の受診率を確認しました。最も受診率が低い年齢区分は40～44歳で、平成28年度は男性13.6%、女性18.2%でした。40歳代は10%台、50歳代は20%台、60～64歳は30%台で、65～74歳は40%台と年齢が上がると健診受診率も上がっていました。性別でみると、どの年齢階級も女性は男性よりも受診率は高く、男女の差は3～10ポイントありました。

【表●】 性年代別 特定健診受診率比較表（平成24～28年度）

年代		※受診率(%) = 受診者数 ÷ 対象者数 × 100				
		H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
40～44	男	15.4	11.7	13.9	14.9	13.6
	女	19.6	14.7	17.7	18.5	18.2
	計	17.2	13.0	15.5	16.5	15.5
45～49	男	16.6	14.3	15.4	16.1	16.5
	女	20.3	19.2	18.4	18.8	19.6
	計	18.2	16.4	16.7	17.3	17.8
50～54	男	17.5	16.2	17.2	17.8	18.7
	女	25.0	24.3	22.2	24.4	24.7
	計	21.1	19.9	19.5	20.8	21.3
55～59	男	20.6	19.3	19.7	20.0	18.8
	女	30.3	28.7	28.2	27.7	29.2
	計	25.6	24.2	24.0	23.8	24.1
60～64	男	27.7	27.6	25.2	26.5	26.2
	女	40.3	37.8	35.4	36.2	38.2
	計	35.1	33.4	31.1	32.1	33.2
65～69	男	40.4	37.8	35.4	36.2	37.2
	女	49.4	48.5	46.1	46.6	46.3
	計	45.6	44.0	41.5	42.2	42.4
70～74	男	42.9	41.9	43.9	44.4	44.1
	女	49.5	47.4	50.3	49.1	51.9
	計	46.5	44.9	47.4	47.0	48.5
75～ (参考値)	男	75.0	0.0	57.1	60.0	50.0
	女	60.0	50.0	100.0	100.0	75.0
	計	66.7	20.0	66.7	71.4	66.7
40～64 (再掲)	男	20.4	18.4	18.4	19.1	18.6
	女	30.7	27.7	26.4	26.7	27.7
	計	25.6	23.0	22.3	22.8	23.0
65～74 (再掲)	男	41.8	40.1	40.1	40.5	40.8
	女	49.4	47.9	48.3	47.8	49.1
	計	46.1	44.5	44.7	44.6	45.5
合計	男	31.0	29.4	29.8	30.5	30.6
	女	40.9	39.3	39.5	39.6	41.2
	計	36.3	34.7	35.0	35.4	36.2

性・年齢階級別の受診率を、平成 26 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況の調査結果と比較します。

本市と同規模の市町村国保の実施率と比較すると、70～74 歳の受診率は高めですが、40～50 歳代の受診率が低い水準でした。

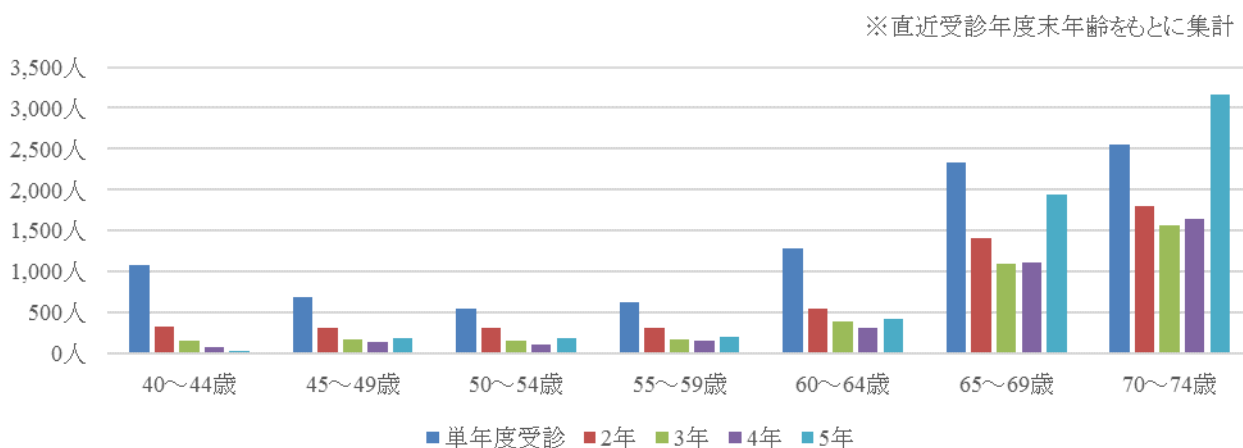
【表●】 保険者の種類・性・年齢階級別 特定健診実施率（平成 26 年度）

保険者の種類	全体	性別	年齢階級別							
			40～74歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
市町村国保（中）	36.8%	男性	32.7%	17.0%	18.5%	21.2%	23.3%	29.9%	38.7%	43.4%
		女性	40.6%	21.9%	23.1%	27.9%	32.9%	40.3%	46.1%	48.3%
寝屋川市	35.0%	男性	29.8%	13.9%	15.4%	17.2%	19.7%	25.2%	35.4%	43.9%
		女性	39.5%	17.7%	18.4%	22.2%	28.2%	35.4%	46.1%	50.3%

平成 24 年度から 28 年度までの 5 年間の健診受診者について、年齢階級別に健診受診回数を集計してみました。

65 歳以上は 5 年間続けて健診を受診する人が多くなりますが、他の年代は単年度健診受診者が多い結果でした。

【図●】 年齢階級別 健診受診回数（平成 24～28 年度集計）



単年度受診の理由として資格喪失が多いかどうか、受診券発行の有無で調べてみました。

健診受診の翌年に受診券が発行されていない場合は国保資格喪失とし、健診受診者を母数にして資格喪失者の割合をみました。平成 24 年度は健診受診者の 5.7%が翌年度資格喪失者でしたが、その他の年は 0.4～1.4%と割合は低い結果でした。

年齢階級別にみると、若い世代は国保から異動する対象が多い傾向ではありますが、その年齢階級の 5 %に満たない年がほとんどでした。

【表●】 翌年度 国保資格喪失者の割合（平成 24～28 年度）

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
40～44歳	5.2%	1.3%	4.4%	4.2%	2.3%
45～49歳	5.4%	1.0%	3.8%	2.6%	1.1%
50～54歳	2.6%	1.0%	2.8%	1.8%	0.8%
55～59歳	3.0%	1.2%	1.2%	1.7%	2.4%
60～64歳	1.0%	0.4%	0.5%	0.5%	2.8%
65～69歳	0.8%	0.2%	0.4%	0.1%	1.2%
70～74歳	3.2%	0.1%	0.5%	0.4%	0.6%
全体	5.7%	0.4%	1.4%	1.2%	1.2%

※74歳でも受診券発行時点で75歳になっていない場合は国保資格有で受診券は発行される。
一律資格喪失にはなっていなかったため、このままの集計とする。

(2) 特定保健指導実施率

特定保健指導の実施率の目標は、直近の実績では第2期の目標値とかい離がありますが、引き続き実施率の向上に向けて取り組みを進めていく必要があるため、45%以上を維持することを目標として定められています。

【表●】 性・年齢階級別 特定保健指導実施率（平成24～28年度）

（単位％）

		40～74歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
H28年度 ※法定報告前	全体	7.0	0.0	3.5	3.4	3.1	5.3	9.7	8.6
	男性	7.2	0.0	3.8	4.1	3.4	6.1	9.6	9.8
	女性	6.6	0.0	2.6	0.0	2.6	4.5	9.9	6.7
H27年度	全体	20.9	8.3	8.5	12.2	17.9	22.1	27.3	23.6
	男性	18.7	8.9	7.1	7.7	14.5	22.7	24.9	23.0
	女性	24.9	6.1	12.9	25.0	26.7	20.6	30.0	24.7
H26年度	全体	24.3	5.4	5.8	15.3	21.2	24.7	31.2	28.6
	男性	21.9	4.8	4.5	11.7	13.2	21.4	30.0	28.2
	女性	28.5	8.0	9.4	23.5	33.3	29.0	33.0	29.3
H25年度	全体	21.0	6.4	10.1	6.4	12.6	20.2	27.1	26.1
	男性	21.6	4.5	8.3	4.2	9.9	20.0	30.8	29.5
	女性	19.8	14.3	14.3	10.3	18.8	20.5	22.2	20.7
H24年度	全体	20.1	5.7	10.3	3.9	11.8	18.3	24.6	28.0
	男性	19.7	7.3	10.4	2.2	9.3	14.5	23.9	31.4
	女性	20.8	0.0	9.5	7.9	17.1	22.2	25.7	22.4

本市における特定保健指導の実施率は平成27年度20.9%で、大阪府や同規模平均と比較すると高く、全国平均レベルと同程度です（表●）。

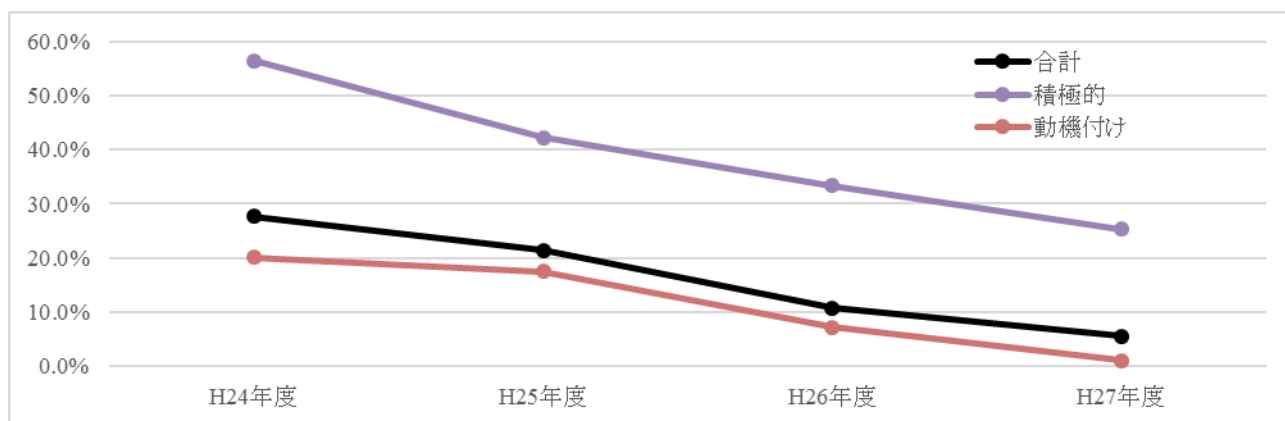
特定保健指導を受けた人の中断率*は低下しています（図●）。

$$* \text{中断率} = \frac{\text{初回面談実施人数} - \text{支援終了者人数}}{\text{初回面談実施人数}}$$

【表●】 保険者種類別 特定保健指導終了者数および実施率（平成27年度）

	寝屋川市		同規模平均		大阪府		全国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
特定保健指導終了者 （実施率）	363	20.9	10,003	14.9	4,792	9.1	193,885	20.2

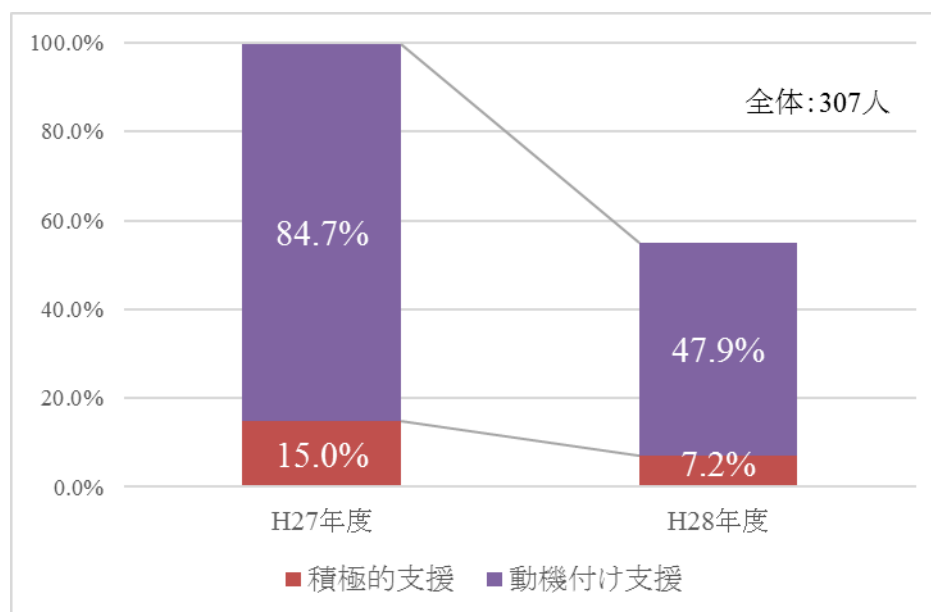
【図●】 特定保健指導中断率の推移（平成 24～27 年度）



(3) 特定保健指導による改善率

平成 27 年度特定保健指導実施対象者は積極的支援 71 人・動機付け支援 313 人・合計 384 人で、最終評価ができたのは 94.5%の 363 人でした。そのうち翌 28 年度に健診を受診した方 307 人について階層化の変化を見ると、積極的支援は半数が、動機付け支援は 1/3 が改善していました。

【図●】 階層化別 有所見者率の推移（平成 27 年度⇔平成 28 年度）



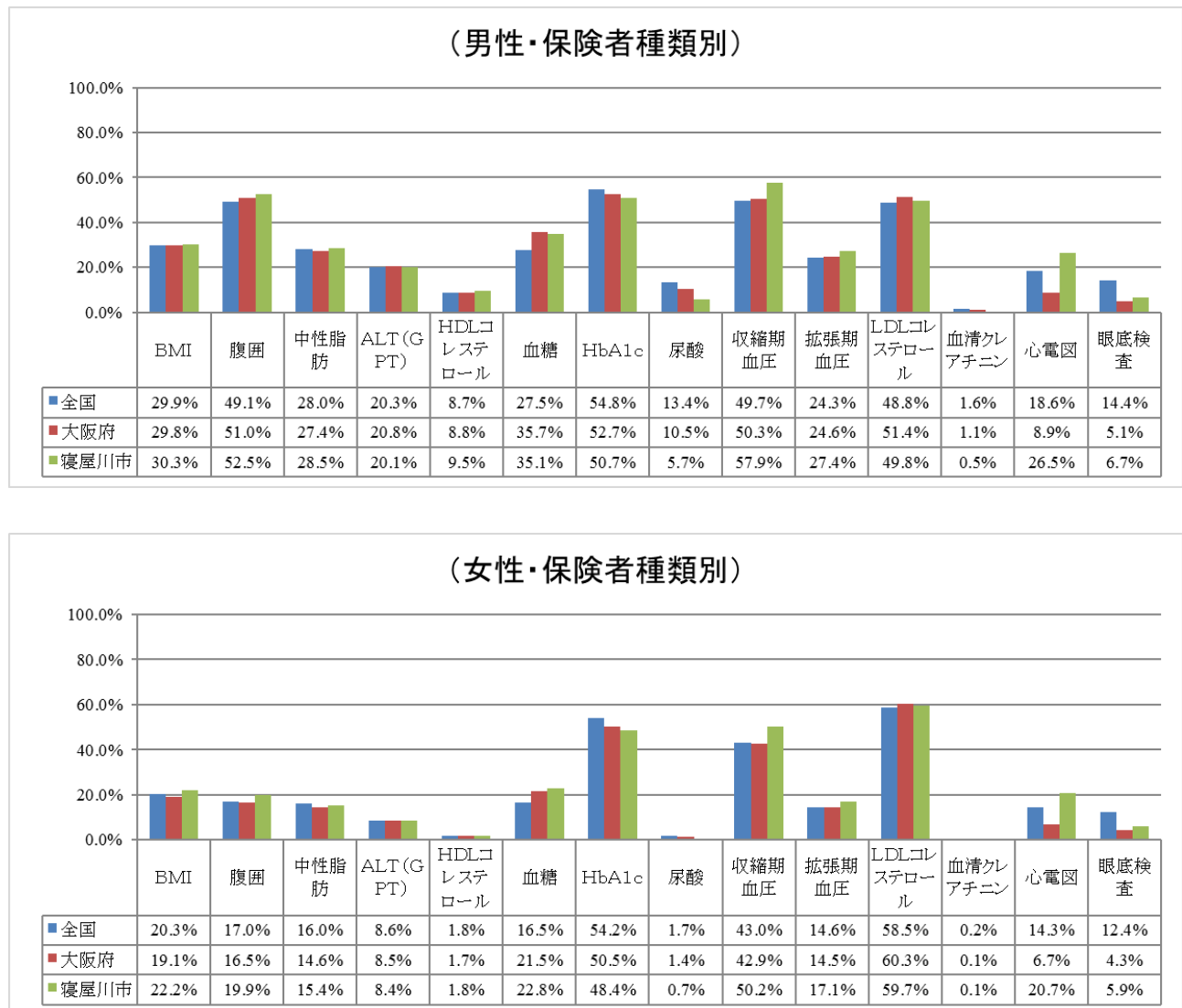
2 特定健診対象者の現状

(1) 健診結果の有所見状況

第2期の特定健診データから、平成27年度の有所見率を全国・大阪府・本市ごとに集計し、男女別にグラフにまとめました。

男性は腹囲と収縮期血圧・心電図の有所見率が全国や大阪府と比べて高く、女性も同じような傾向に加えて、BMI・血糖値も有所見率がやや高めでした。

【図●】 保険者種類別 有所見率（平成27年度）

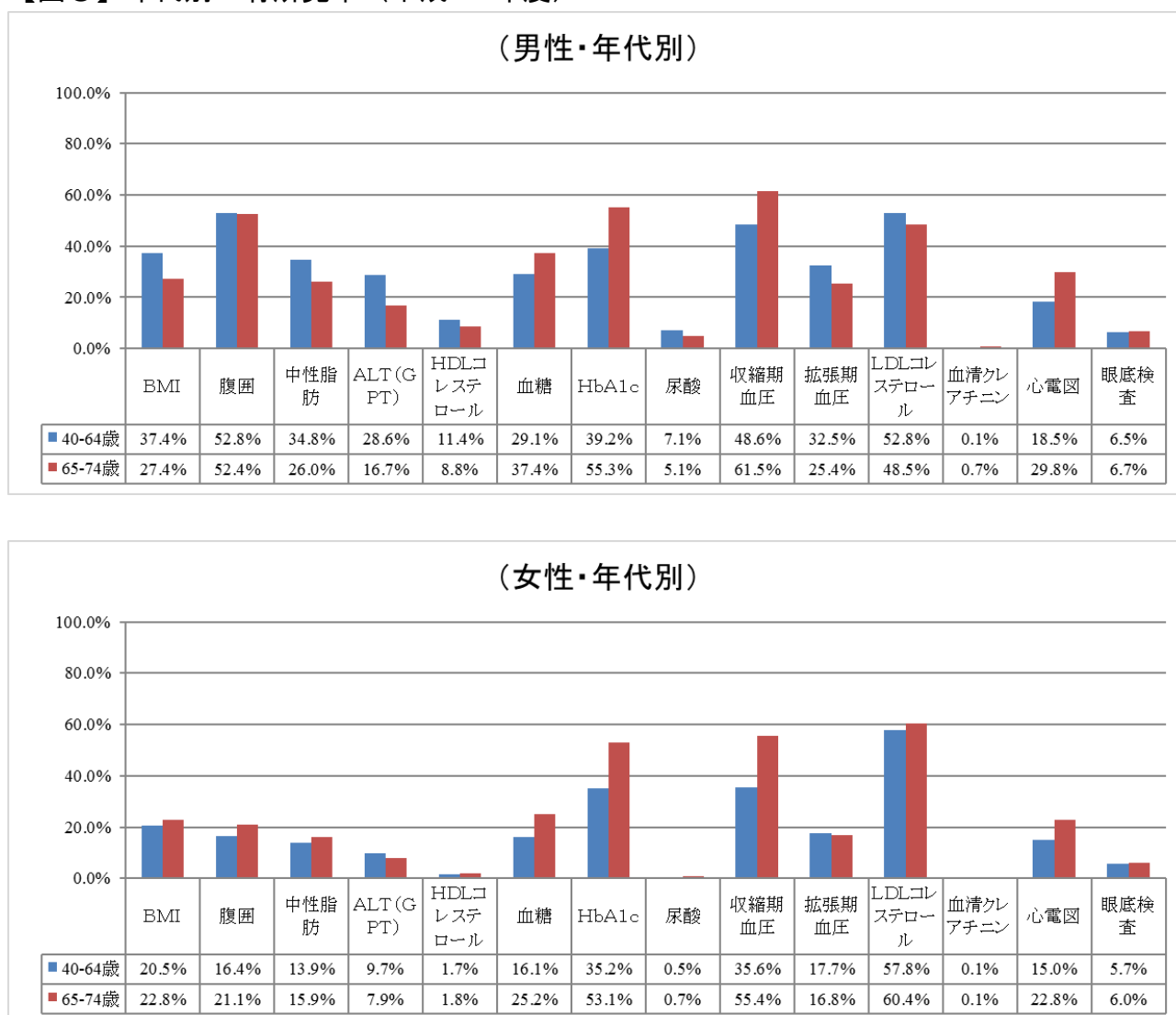


次に、40～64歳と65～74歳の年齢ごとに集計して、男女別にグラフにまとめました。

男性の肥満は40～64歳に多く、中性脂肪・ALT・HDL・LDL コレステロールと、メタボリックシンドロームで上昇する検査項目の有所見率が高いです。腹囲の有所見率は男性全体において高く、65～74歳以上では血糖・HbA1c・収縮期血圧・心電図の有所見率が高いです。

女性はBMI・腹囲共に65～74歳の有所見率が40～64歳と比べて高く、血糖・血圧・LDL コレステロール・心電図の有所見率も同様に65～74歳のほうが高いです。

【図●】年代別 有所見率（平成27年度）



(2) 内臓脂肪型肥満に関する分析

内臓脂肪症候群の人数および率を確認します。

平成 24 年度から 28 年度の内臓脂肪症候群 予備群の率は、横ばいでした。該当者は平成 28 年度でわずかに増加していました（表●）。

同規模市町村平均・大阪府・全国と比較すると、該当者率も予備群率も高い結果となりました（表●）。

【表●】内臓脂肪症候群 該当者数および予備群数の推移（平成 24～28 年度）

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
該当者	3,074人	2,957人	2,934人	2,892人	2,891人
	18.2%	18.3%	18.2%	18.3%	19.3%
予備群	1,879人	1,680人	1,754人	1,802人	1,642人
	11.1%	10.4%	10.9%	11.4%	10.9%

【表●】保険者種類別 メタボリックシンドローム該当者および予備群率（平成 28 年度）
※再掲

		寝屋川市		同規模平均		大阪府		全国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
メ タ ボ	該当者	2,891	19.3%	97,692	17.7%	61,892	16.8%	1,272,714	17.3%
	男性	1,849	31.5%	65,588	28.5%	43,152	27.8%	875,805	27.5%
	女性	1,042	11.4%	32,104	10.0%	18,740	8.8%	396,909	9.5%
	予備群	1,642	10.9%	57,274	10.4%	40,540	11.0%	790,096	10.7%
	男性	1,021	17.4%	38,813	16.9%	28,322	18.3%	548,609	17.2%
	女性	621	6.8%	18,461	5.7%	12,218	5.8%	241,487	5.8%

(3) 高血圧に関する分析

日本高血圧学会は『高血圧治療ガイドライン 2014』において、成人における血圧値の分類を表●のように定めています。

【表●】 成人における血圧値の分類（mmHg）

分類	収縮期血圧		拡張期血圧
至適血圧	<120	かつ	<80
正常血圧	<130	かつ	<85
正常高値血圧	130－139	または	85-89
I 度高血圧	140－159	または	90-99
Ⅱ 度高血圧	160－179	または	100-109
Ⅲ 度高血圧	≥180	または	≥110

受診
勧奨
領域

治療を受けている人を除いて、血圧に基づく脳血管リスク階層化を確認します。

Ⅲ 度高血圧の該当者はわずかに減少していますが、Ⅱ 度高血圧の対象者数が平成 26 年度から 28 年度にかけて増加しています。Ⅰ 度高血圧で血圧以外のリスク因子を持つ対象者数は減少していました。

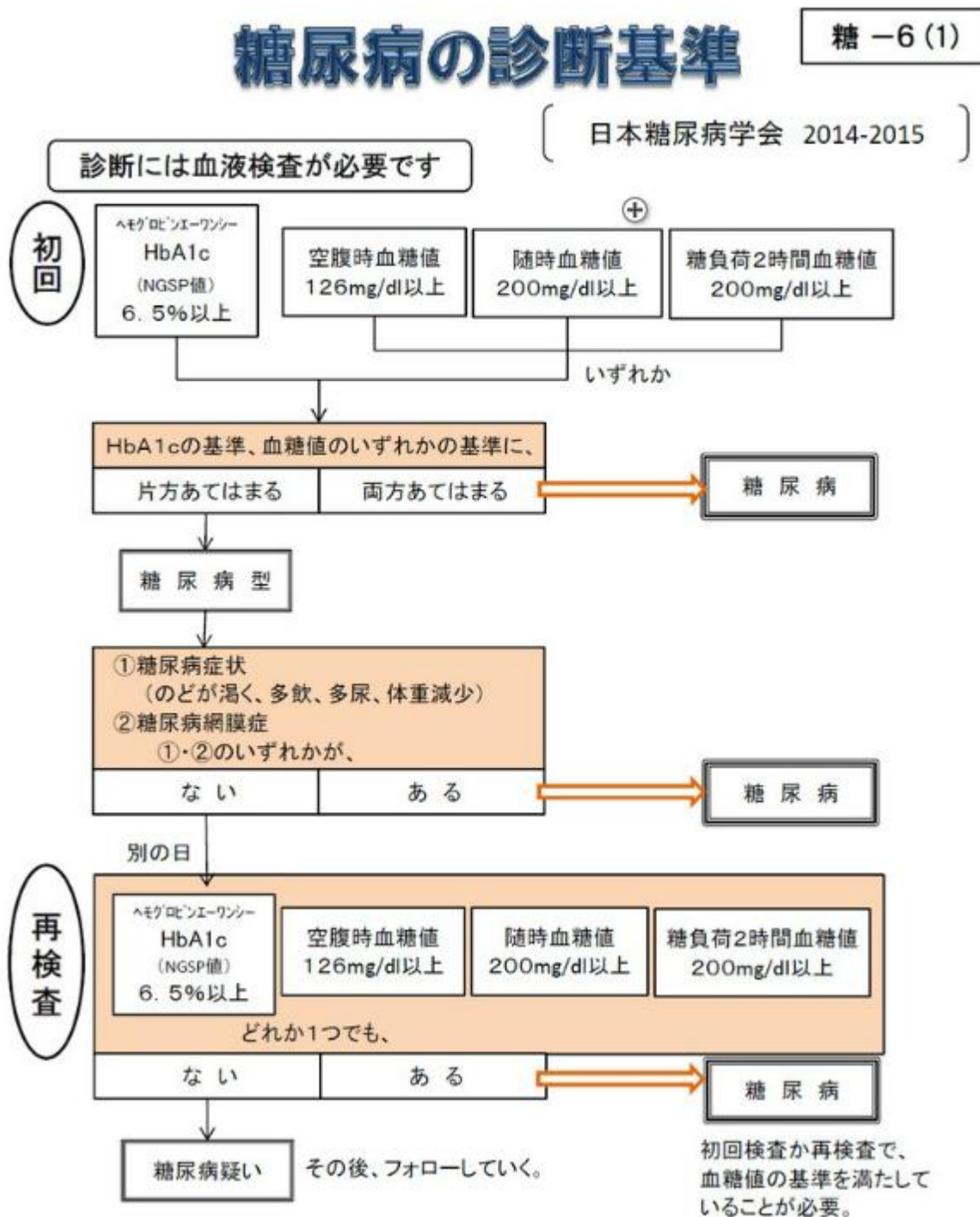
【表●】 分類別高血圧該当者割合の推移（平成 26～28 年度）

		I 度 高血圧 140～159 /90～99	Ⅱ 度 高血圧 160～179 /100～109	Ⅲ 度 高血圧 180以上 /110以上
H26年度	人数	2,021人	469人	149人
	割合	20.0%	4.6%	1.5%
H27年度	人数	1,947人	489人	121人
	割合	19.6%	4.9%	1.2%
H28年度	人数	1,887人	487人	126人
	割合	19.4%	5.0%	1.3%

(4) 高血糖に関する分析 HbA1c 8 以上

日本糖尿病学会では、糖尿病の診断基準を下記のように設定しています。

【図●】 糖尿病の診断基準



出典：日本糖尿病学会 2014-2015

糖尿病と診断される HbA1c 6.5 以上の対象者から治療中の方を除き、コントロールの基準に基づいて確認します。合併症リスクが上がるといわれている HbA1c 7.0 以上の対象者は、平成 26 年度は 243 人、平成 27 年度は 236 人、平成 28 年度は 221 人でした。健診受診者に占める率は横ばいですが、HbA1c 8.0 以上の方が占める率は減っていません。

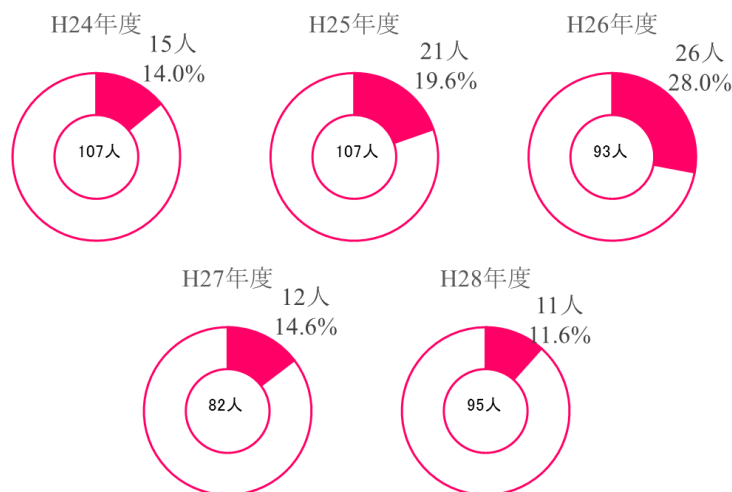
【図●】 HbA1c 値別 糖尿病未治療者の推移（平成 26～28 年度）

		6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上
H26年度	人数	308人	153人	90人
	割合	1.9%	1.0%	0.6%
H27年度	人数	311人	156人	80人
	割合	2.0%	1.0%	0.5%
H28年度	人数	328人	130人	91人
	割合	2.1%	0.8%	0.6%

高血糖による合併症のリスクは HbA1c 7.0 以上で上がりますが、近年、厳格な治療に伴う低血糖の害が問題視され、高齢者、殊に認知機能に問題を抱える対象者は血糖コントロールの指標は緩やかにすべきであるとガイドラインが発表されました（日本老年医学会・日本糖尿病学会『高齢者糖尿病診療ガイドライン』）。

平成 28 年度の、糖尿病域である HbA1c 6.5 以上の未治療者は 549 人ですが、そのうち 8.0 以上の対象者は 95 人でした。平成 24 年度から 28 年度の特健健診で HbA1c 8.0 以上かつ糖尿病の未治療者は、毎年 100 人前後です。これらの対象は合併症ハイリスクであると、二次健診を勧めています。実際に二次健診の実施に至った対象者の割合をまとめたものが、図●です。

【図●】 HbA1c 8.0 以上かつ糖尿病未治療者数および二次健診受診者内訳（H24～28 年度）



(5) 脂質異常に関する分析 LDL 180 以上 二次検査対象者の確認 傾向集計

脂質異常症は日本動脈硬化学会がスクリーニングのため、下記のとおり診断基準を示しました。

【表●】 脂質異常の診断基準 ※再掲

LDLコレステロール	140mg/dL以上	高LDLコレステロール血症
	120～139mg/dL	境界域高LDLコレステロール血症
HDLコレステロール	40mg/dL未満	低HDLコレステロール血症
トリグリセライド	150mg/dL以上	高トリグリセライド血症

出典：日本動脈硬化学会（編）「動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症治療ガイド 2013 年版」

【表●】 リスク区分別脂質管理目標値 ※再掲

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適用を考慮する	低リスク	<160	<190	<150	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120	<150		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の既往	<100 (<70)*	<130 (<100)*		

※家族性高コレステロール血症、急性冠症候群の時に考慮する。糖尿病でも他の高リスク病態を合併する時にはこれに準ずる。

出典：日本動脈硬化学会（編）「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 年版」

脂質異常症の中でも単独で動脈硬化と関連が指摘されている LDL コレステロールの値が高く、治療中ではない対象者を確認します。個々のリスク因子は把握困難なので、冠動脈疾患のリスクが高いとされる LDL コレステロール 140mg/dl 以上から分類しました。

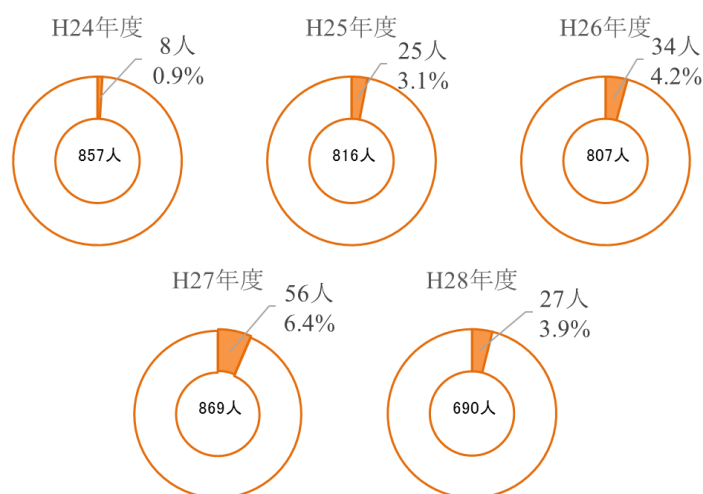
180mg/dl 以上に該当する人数は減少し、健診受診者に占める割合は平成 26 年度と 28 年度で比べると 0.6 ポイント減っていました。また 160 以上 180mg/dl 未満に該当する人も平成 26 年度から年々減少し平成 28 年度には平成 26 年度と比べて 1.1 ポイント減少していました。

【図●】 LDL コレステロール値別 未治療者の推移（平成 26～28 年度）

		140～159	160～179	180以上
H26年度	人数	2,232人	1,258人	793人
	割合	13.9%	7.8%	4.9%
H27年度	人数	2,170人	1,199人	841人
	割合	13.8%	7.6%	5.3%
H28年度	人数	2,108人	1,033人	669人
	割合	13.6%	6.7%	4.3%

脂質異常は二次検査抽出条件には含まれていません。実際にリスクの重なりで抽出された対象者がいるかどうかを、確認したものが図●です。

【図●】 LDL 180 以上かつ脂質異常未治療者数および二次健診受診者内訳（H24～28 年度）



（６）慢性腎臓病（CKD）の分析

慢性に経過する腎疾患を疾患分類とは別に腎障害と糸球体ろ過値（GFR）に基づいて、末期腎不全や心血管疾患のリスクとして包括的にとらえるのが慢性腎臓病（CKD）の概念です。

CKD は、尿蛋白と推定糸球体ろ過値で表される腎機能の障害が慢性的に３ヵ月以上持続するものと定義されています。成人の８人に１人と有病率が高いことから、将来増加する事が危惧されています。尿蛋白やクレアチニン検査によって早期発見が可能なので、ステージに応じて発症予防から重症化予防が可能です。

【表●】 CKD 診療ガイド 2012

eGFR			
CKDステージ1	G1	≥90	正常／高値
CKDステージ2	G2	60～89	正常または軽度低下
CKDステージ3a	G3a	45～59	軽度から中等度
CKDステージ3b	G3b	30～44	中等度から高度低下
CKDステージ4	G4	15～29	高度低下
CKDステージ5	G5	<15	末期腎不全

CKD 重症度分類で最も低いステージ５の該当者を確認します。平成 26 年度から 28 年度の有所見者は 36 人でしたが、８人の重複者がいたので実人数は 23 人でした。それぞれの経年結果を確認し、透析患者リストと突合せたところ、透析中に受診された方は 16 人でした。そのうち健診受診後に透析導入になった方は、４人でした。

３年分の健診に、透析導入に至っていない末期腎不全の方は 7 人含まれていました。

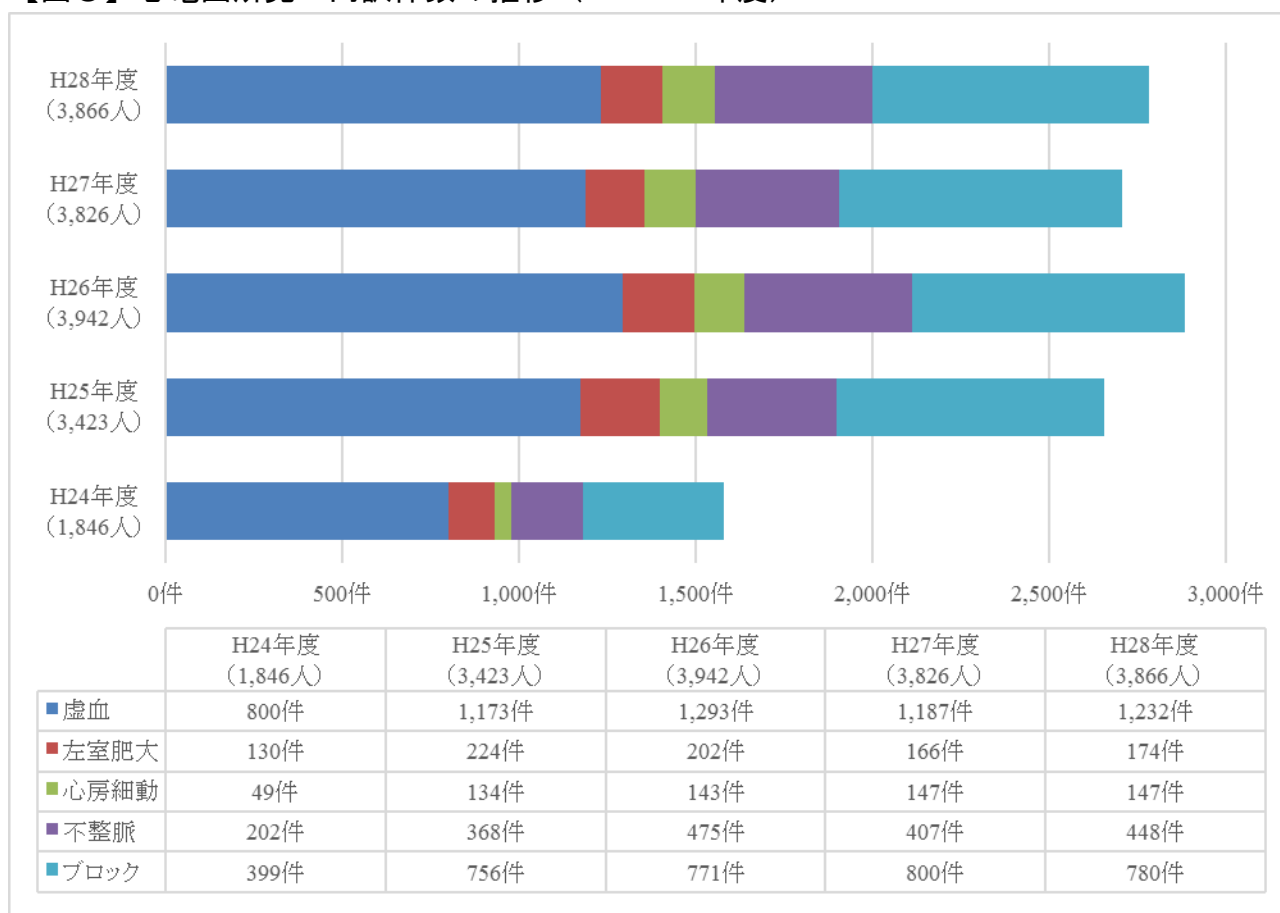
【表●】 CKD ステージ 5 対象者人数の推移（平成 26～28 年度）

年齢層	H26年度		H27年度		H28年度	
	受診者数	有所見者数	受診者数	有所見者数	受診者数	有所見者数
40～49歳	1,323人	0人	1,352人	0人	1,299人	0人
50～59歳	1,288人	1人	1,289人	1人	1,279人	0人
60～69歳	6,830人	10人	6,920人	5人	6,709人	5人
70～74歳	6,245人	3人	5,866人	2人	5,878人	6人

(7) 心電図の分析

心電図は特定健診において医師の指示に基づく追加項目ですが、寝屋川市では動脈硬化の評価として実施しています。それぞれ重複した所見もふまえてその内容を集計したのが、図●です。心筋虚血が疑われる所見が多くあがっています。心原性脳梗塞の原因と考えられる心房細動等もあり、健診で早期発見する事で重症化予防に役立つと考えられます。

【図●】 心電図所見 内訳件数の推移（H24～28年度）



対象者：前年度の特定健康診査の結果等において、血糖、脂質、血圧および肥満のすべてについて次の基準に該当する者

- (ア) 血糖 空腹時血糖値 100mg/dl 以上又は HbA1c 5.6%以上
- (イ) 脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- (ウ) 血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上

なお、下記 (a) (b) (c) については除外。

- (a) 他の医療機関において行った最近の結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者
- (b) 高血圧、心臓病等の疾患により医療機関において管理されている者
- (c) 健康診査の結果から、直ちに受診する必要がある者

(8) 健診データ分析のまとめ

1. メタボ該当者が国や府と比較して多い（若い頃からの肥満から内臓脂肪蓄積・生活習慣病の発症に至っている）
2. 血圧・脂質・血糖・腎臓 ハイリスク者は横ばいだが、未受診者がいる

第2期計画策定時にも指摘しているように、本市の健診データは血圧と血糖値の有所見率は高い状態が続いています。年齢区分別に詳しく確認すると、40～64歳は腹囲や中性脂肪・ALTが高く、エネルギー収支が正になることから内臓脂肪の蓄積につながっていました。65～74歳になると肥満は下がりますが腹囲の有所見率は上がり、内臓脂肪から血糖や血圧が上昇しています。メタボ該当者は国や府と比べて高く、特定健診のデータから原因となっている内臓脂肪型肥満が健康課題とわかります。腹囲該当や肥満が多い若い年齢層への早期介入が、高血圧や糖尿病など基礎疾患の発症予防のためには重要です。

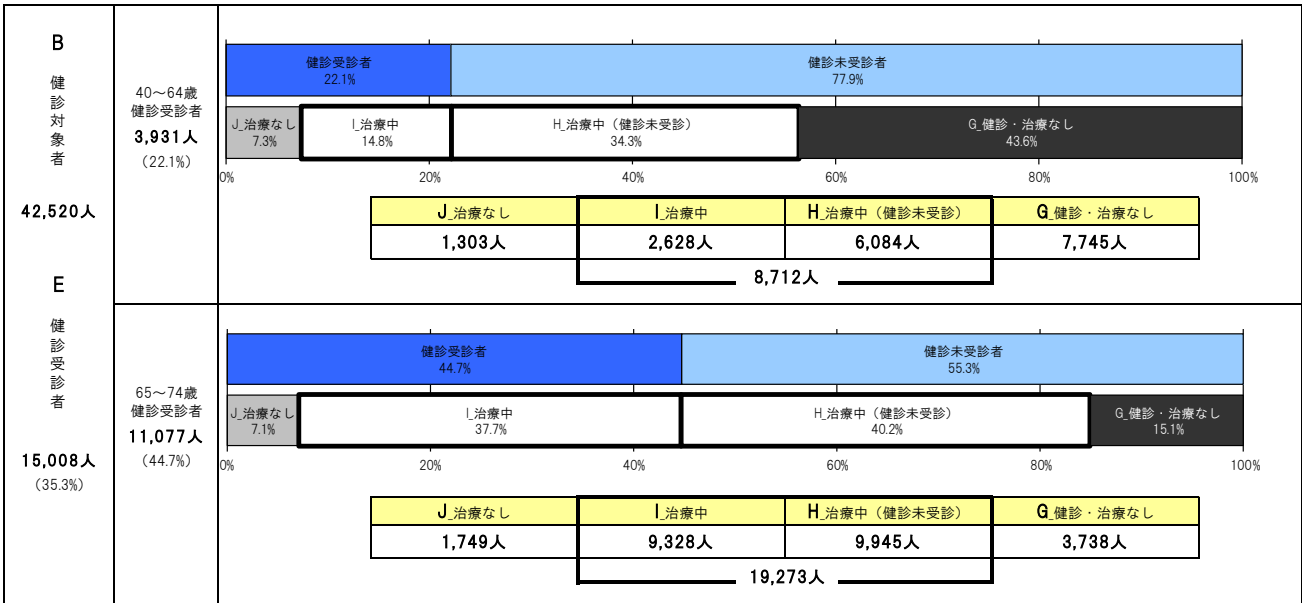
内臓脂肪等の影響から既に高血圧や脂質異常症・糖尿病など病的域に進んでいる対象者は、重症化させないことが課題です。本市の重症化予防該当者の率は横ばいで、該当者で未治療者は減少していました。適切な治療に結びついていない対象者には、引き続き医療受診勧奨などの取り組みが必要です。

3. 未受診者対策

生活習慣病の発症予防・重症化予防は、自分の体の状態を知ることから始まります。健診と医療の受診状況を確認すると、健診受診対象者の27%にあたる11,483人（40～64歳7,745人、65～74歳3,738人）は健診にも医療にもかかっていませんでした。40～64歳は健診対象者の43.6%を占め、この割合は減っていません。

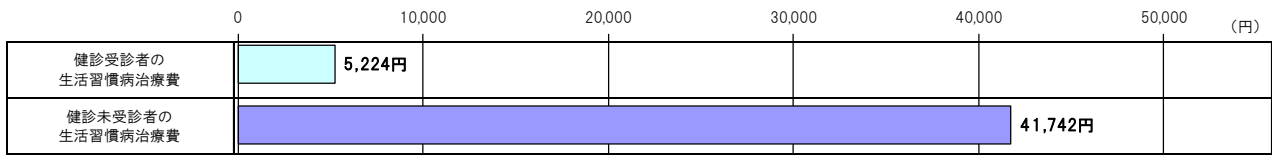
健診受診者と未受診者それぞれの生活習慣病医療費を、患者一人当たりで比較すると、健診受診者は5224円、未受診者は41,742円と36,518円の差がありました。健診を受けて健康状態を把握することが必要だとわかります。

【図●】 未受診者対策を考える（厚生労働省様式 6-10）



○G_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

【図●】 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



4 第3期特定健診等実施計画における健康課題

1. 内臓脂肪満が高く、血圧や血糖値の有所見率が高い
2. 健診受診率が低く、健診と医療機関に受診しておらず健康状態が把握できていない対象者が37.0%いる 特に若い世代は未受診者が多い
3. 特定保健指導の受診率が低く、肥満を始めとする内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）が改善されていない

健診データから、本市は血圧や血糖値の有所見率が高く、メタボ該当者が多いことが課題とわかりました。特定保健指導を受けた対象者は改善していますが、保健指導の実施率は伸び悩んでおり、全体として改善していません。また、特定健診の受診率も同様に伸び悩んでいます。

内臓脂肪型の肥満は、高血圧や脂質異常、高血糖等リスクが出現する前に改善を図ることが必要です。40歳代のリスク因子は少ないですが、この年代は健診受診率が低く介入ができていない状態です。

健診受診率および特定保健指導の実施率を上げることが、本市の課題です。

5 特定保健指導実施計画（目標の設定）

【表●】被保険者見込み数（人）

	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
0～39歳	14,809	13,839	12,969	12,141	11,355	10,607	9,898
40～64歳	18,706	17,393	16,162	15,018	13,955	12,968	12,051
65～74歳	25,269	24,434	23,683	22,955	22,249	21,565	20,901
小計	43,975	41,827	39,845	37,973	36,204	34,533	32,952
合計	58,784	55,666	52,814	50,114	47,559	45,140	42,850

【表●】特定健診の目標実施率と受診者見込み数（人）

	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
対象者数		41,827	39,845	37,973	36,204	34,533	32,952
受診率		45%	48%	50%	53%	56%	60%
受診者数		18,822	19,126	18,987	19,188	19,338	19,771

【表●】特定保健指導の目標実施率と利用者見込み数

	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
積極的支援		527	536	532	537	541	554
動機付け支援		1,713	1,740	1,728	1,746	1,760	1,799
対象者数		2,240	2,276	2,259	2,283	2,301	2,353
受診率		35%	40%	45%	50%	55%	60%
積極的支援		184	214	239	269	298	332
動機付け支援		599	696	777	873	968	1,080
受診者数		784	910	1,017	1,142	1,266	1,412

（１）特定健康診査の実施方法

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症・重症化を予防するための検診です。自覚症状がない市民に対し、1人でも多く受診してもらうことが大切であると考えます。

医師会では、健康管理のパートナーとして、「かかりつけ医」を持つことを推奨しており、普段から気軽に健康相談ができて身近な存在であるかかりつけ医での特定健診受診を推奨しています。また、平成29年度から開始した、がん検診と同時に受診できるセット検診（集団健診）は、生活習慣病だけではなくがんの早期発見にも寄与し、かつ効率的に実施できます。

○実施場所

個別健診：大阪府内の特定健診取扱い医療機関

集団健診：市立保健福祉センター

○実施項目

【表●】基本的な健診の項目

項 目	備 考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び 他覚症状の有無の 検査	理学的検査（身体診察）
身長・体重 及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI 20 未満の人、もしくは BMI 22 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した人）に基づき、医師が必要でないと認めるときは、省略可。腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可。
BMI の測定	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$
血圧の測定	
肝機能検査	AST (GOT) ・ ALT (GPT) ・ γ - GT (γ - GPT)
血中脂質検査	中性脂肪 ・ HDL コレステロール ・ LDL コレステロール 中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて、Non-HDL コレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖またはヘモグロビン A1c (HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

【表●】 詳細な検査項目（医師の判断による追加項目：告示で規定）

追加項目	実施できる条件（判断基準）				
貧血検査 （ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する人または視診等で貧血が疑われる人				
心電図検査 （12誘導心電図）	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上もしくは収縮期血圧90mmHgまたは問診等で不整脈が疑われる人				
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した人 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 12mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）6.5%以上または随時血糖値が 126mg/dl 以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する人を含む。	血圧	収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 12mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）6.5%以上または随時血糖値が 126mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 12mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）6.5%以上または随時血糖値が 126mg/dl 以上				
血清クレアチニン検査（e-GFR による腎機能の評価を含む）	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した人 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 130mmHg 以上 または拡張期 85mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または随時血糖値が 100mg/dl 以上</td></tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上 または拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または随時血糖値が 100mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上 または拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または随時血糖値が 100mg/dl 以上				

【表●】 寝屋川市内の取扱い医療機関で受診した場合に実施

項 目	備 考
腎機能検査	血清クレアチニン・e-GFR・血清尿酸
心電図検査 （12誘導心電図）	

○実施時期

6月～3月

○委託先

個別健診：社団法人 大阪府医師会・寝屋川市医師会

契約に際しては寝屋川市独自の健診項目を除き大阪府医師会との集合契約となるため、大阪府内の取扱い医療機関での健診受診が可能である。

集団健診：結核予防会 大阪病院

がん検診の随意契約に伴い、がん検診との同時実施が可能ある。

○委託基準

特定健康診査受診率向上を図るため、被保険者の利便性を考慮しつつ健診の質の確保を維持するために、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」を遵守する。

○周知や案内の方法

周知：市ホームページで公表するほか、啓発ポスターの設置・広報誌等に掲載する。

案内方法：特定健康診査受診券、案内、がん検診申し込みはがき等を同封して、被保険者に個々に郵送する。

○事業者健診等の受領方法

事業者健診提出の申し出があった市民に対して提出用封筒と問診票を送付し、健診結果写しの提出を依頼する。

人間ドック受診者に対しては、保険事業室に受診費用の助成申請に来た際に、健診結果の提出同意が得られた場合のみ、目的外利用申請を行い、データを受領する。

○結果判定と通知

健診の結果は共通のデータ基準により判定し、寝屋川市健康推進室より本人に郵送する。また受信者全員に健診結果の見方や疾患のリスク等わかりやすく説明した情報提供を行い、生活習慣の改善につなげる。

（２）特定保健指導の実施方法

特定健診の結果、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常などのメタボリックシンドローム予備群及び該当者に対して、生活習慣の改善を支援するための特定保健指導を保健師・管理栄養士等により行います。内臓脂肪からの体の変化について理解してもらえるよう、具体的にイメージできる媒体（スライド・資料）を使用します。とくに、食事・運動等の生活習慣改善・継続につなげるため、特定保健指導参加者の個別性に応じた支援を行い、より効果的な保健指導を実施します。また、生活習慣病の発症や重症化予防につなげるため、保健指導の利用を促す取り組みも併せて行います。

○実施場所

市立保健福祉センター、各コミュニティセンター、東障害福祉センター

○実施時期

通年

○周知や案内の方法

面接日時を指定した案内（特定保健指導利用券）を結果通知に同封して郵送する。また、面接日時の約 1 週間前に電話勧奨を実施する。

○外部委託の方法

特定保健指導については、保険者が自ら実施するとともに、特定保健指導の対象者増加を勘案し、必要に応じて一部外部委託する。

○委託基準

保健指導の質の確保を維持するために、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（省令）を遵守する。

○特定保健指導の対象者

特定健診の結果、腹囲が男性 85cm 以上・女性 90cm 以上の人または、腹囲が男性 85cm 未満・女性 90cm 未満の人で BMI が 25 以上の人のうち、次の①～③のいずれかに該当する人（糖尿病・高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人は除く）を対象とする。

- ① 血糖（空腹時血糖 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP 値）5.6%以上または随時血糖が 100mg/dl 以上
- 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 130mmHg 以上または、拡張期 85mmHg 以上）

次の図表にあるように、追加リスクの多少と喫煙の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なる。

【表●】 特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40～64歳	65～74歳
$\geq$ 男性85cm $\geq$ 女性90cm	2つ以上該当		積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI $\geq$ 25	3つ該当		積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり		
		なし		
	1つ該当			

（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。

(3) 特定保健指導の対象者の抽出（重点化）の方法

特定保健指導の効果的な実施のために、保健指導の優先基準項目を参酌した優先順位をつけて、特に必要性の高い対象者を抽出する。優先基準は以下のようにする。

【表●】 保健指導の優先基準項目

<標準的な健診・保健指導プログラム 第3編 第2章>

2－3

(3) 特定保健指導の対象者の優先順位にかかる基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータを分析し、介入できる対象を選定して優先順位をつける。たとえば、特定保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、以下の方法が考えられる。

○年齢が比較的若い対象者

○健診結果に基づく保健指導レベルが動機付け支援レベルから積極的支援レベルに移行する等、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者

○第2編第2章別紙●標準的な質問票（8～20番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者

○これまでに、積極的支援及び動機付け支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

(4) 実施に関する毎年度の年間スケジュール

【年間計画】

	健康診査 保健指導 重症化予防	予算 決算等	その他
4 月	◇健診結果通知（月次処理） ◇教室案内通知（月次処理） ●受診券封入封緘契約準備 ●受診勧奨ポスター準備 ●受診券発送準備 ●セット検診受付開始	○国庫申請	●大阪府医師会 寝屋川市医師会 委託契約 ◇委託料支払（月次処理） ◇手数料支払（月次処理）
5 月	●ケース検討会開催 ◎受診券発送		●重症化予防事業イベント 講師依頼
6 月	◇特定健診（個別）開始 セット検診（集団）開始	●6月議会 ○国庫・府費報告	
7 月	●受診券再発行（随時）		
8 月	◇特定保健指導開始 ●未受診者対策契約準備	●国民健康保険 運営協議会	
9 月	●ケース検討会開催	●9月議会	
10月		●決算委員会 ○府費申請	
11月	○受診勧奨事業開始 （電話・はがき）	●予算編成	
12月	●イベントポスター準備	●12月議会	
1 月		●国民健康保険 運営協議会	
2 月	●ケース検討会開催	●国民健康保険 運営協議会	
3 月	●医療機関（市医師会）へ 次年度の受託確認 ●健診終了 ●事業起案準備（委託等） ○重症化予防イベント	●3月議会	●重症化予防事業イベント

【月次計画】

初旬	10日	市医師会より追加項目受理し、修正をかけ連合会と同じデータ作成
	10日	国保連合会より特定健診費用決済情報を受理、データを突合
	12日	健診（追加、二次検査含む）支払処理
中旬	20日	受診券情報を国保連合会にアップロード
下旬	25日	国保連合会より結果データ取り込みご発送
	25日	結果通知後対象者を選定し、案内状（利用券を同封）を送付
	月末	セット検診支払処理
	月末	保健指導（講師依頼）支払処理

5 計画の評価方法

6 実施計画の公表・周知

①特定健診等実施計画の公表・周知

計画の公表は、市ホームページで公表するほか、広報誌等に掲載して広く市民に周知する。計画の内容に変更が生じた場合は、これを公表する。

啓発ポスターの設置をするほか、被保険者に案内ガイドを郵送する。また、関係機関や、関係団体にも協力を得て普及啓発を図る。

7 事業運営上の留意事項

8 個人情報保護に関する事項

○記録の保存方法等

・記録の保存方法

国の通知「電磁的方法により作成された特定健診及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成 20 年 3 月 28 日健発第 0328024 号、保発第 0328003 号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付される。

受領したデータファイルは、特定健診等データ管理システムに保管される。特定保健指導の実績については、特定健診等データ管理システムへのデータ登録を行うこととする。

・保存体制

○管理ルールの制定

特定健診等の実施にあたり、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等）並びに寝屋川市個人情報保護条例を周知徹底するとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払う。

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行う。保存期間については、原則 5 年間とする。

○支払基金への報告

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示（平成 20 年厚生労働省告示第 380 号）及び通知で定められている。

実績報告については、特定健診等データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

第4章 重症化予防事業

1 基本的な考え方

糖尿病・高血圧・脂質異常症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・慢性腎臓病等の合併症を引き起こし、生活の質（QOL）を低下させます。これらの疾患を予防することは、健康寿命の延伸を図り、ひいては医療費の適正化につながることができると考えます。

被保険者の生活習慣病の発症予防・重症化予防を行うために、高血糖・高血圧・腎機能低下者に対して、健診結果に基づいた具体的な情報提供を行い、意欲的に生活習慣改善に取り組んでもらえる、効果的な事業を推進していきます。また、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相乗効果により、市民全体の生活習慣病の発症予防と、ハイリスク者への重症化予防に取り組みます（図1）。未治療者・治療中断者に対しては、適切な受診勧奨や保健指導等を行い治療へつなぎ、健康格差縮小の実現に向け取り組みます。

2 これまでの取り組みの評価

平成24年度の本市国保の総医療費に占める人工透析医療費の割合は●%でした（図2）。このような現状を踏まえ、人工透析治療を受けている患者を家庭訪問し、透析治療に至るまでの状況を聴き取りしました（図3）。その結果、糖尿病と高血圧を原疾患として腎機能が低下したものの、健診結果を放置また治療中断しているものが多くを占めました。糖尿病・高血圧それぞれの初回指摘から、人工透析治療に至るまでの期間は、糖尿病が平均13.4年・高血圧が平均19.8年であり、糖尿病患者への受診勧奨の優先順位をより高める必要があることがわかりました（図4）。

このような実態から、平成24年から重症化予防事業を開始し、特定健診の結果で重症化リスクが高い対象者に保健指導と受診勧奨を行っています。加えて、対象者には、頸部血管エコーと早期腎症期を的確に判断できるよう微量アルブミン尿検査を実施し、より詳しく血管の変化を確認しています（図5）。

○評価指標

①高血糖教室・高血圧教室・CKD教室対象者

特定健診・標準問診結果：経年の検査値推移、問診内容

レセプト情報：疾患名、薬剤名、医療費（総医療費・外来医療費・生活習慣病医療費）、透析導入の有無、受診状況、医療機関名、継続した受療率、介護状況
教室・面談時：指導前後にアンケートを実施（受診状況、行動変容ステージ、生活習慣）、セルフモニタリング、二次検査結果（糖尿病性腎症の病期の確定・プラークスコア）

②糖尿病性腎症対象者

特定健診・標準問診結果：経年の検査値推移、問診内容

レセプト情報：疾患名（心疾患発症の有無・脳卒中発症の有無・その他糖尿病に関連

した合併症の発症状況）薬剤名、医療費（総医療費・外来医療費・生活習慣病医療費）、透析導入の有無、受診状況、医療機関名、継続した受療率、介護状況

教室・面談時：指導前後にアンケートを実施（受診状況、行動変容ステージ、生活習慣）、セルフモニタリング、二次検査結果（糖尿病性腎症の病期の確定・プラークスコア）

図6に高血糖者の教室参加者状況（平成27年度）を示します。教室参加者のHbA1cの平均値は、保健指導開始前と比較し、6か月後には改善を認めました。また、翌年度健診でも合併症予防のHbA1c 7.0%未満を維持できています。

図7・図8に糖尿病性腎症対象者47人（平成28年度）の、保健指導時と保健指導終了後のHbA1cと尿アルブミン精密測定の結果を示しています。保健指導時と比較し、HbA1c 67.6% (23/34)・尿アルブミン精密測定 65.5% (19/29) と半数以上が改善を認めています。また、併せて糖尿病性腎症の病期の改善も認めました。

3 保健指導対象者の選定・介入方法

① 高血糖教室・高血圧教室・CKD教室対象者

平成29年度は、HbA1c 6.5%以上・高血圧Ⅱ度以上・腎機能（e-GFR 50未満70歳以上40未満もしくは尿たんぱく++以上）の人を対象に、高血糖教室4回1コース・高血圧教室4回1コース・CKD教室（2回1コース）で保健指導をしています。

② 糖尿病性腎症対象者

高血糖教室・CKD教室から選定し、HbA1c 6.5%以上もしくは糖尿病治療歴がある人でかつ尿たんぱく±以上もしくは微量アルブミン尿30以上の人を対象にしています。高血糖教室・CKD教室の内容に加えて、個別支援（電話・面談・レター）を実施しています。

教室では、講義や二次検査結果を通して、自分の体の中で何が起きているか自身の課題を知り、また、グループワークを通して自身の生活習慣変容の必要性に気付くことを大切にしています。教室内での実習やグループワークを通して仲間づくりを促し、楽しく学ぶことで、やる気と行動力と継続力を習得してもらうための支援を行っています。

4 かかりつけ医や専門医との連携

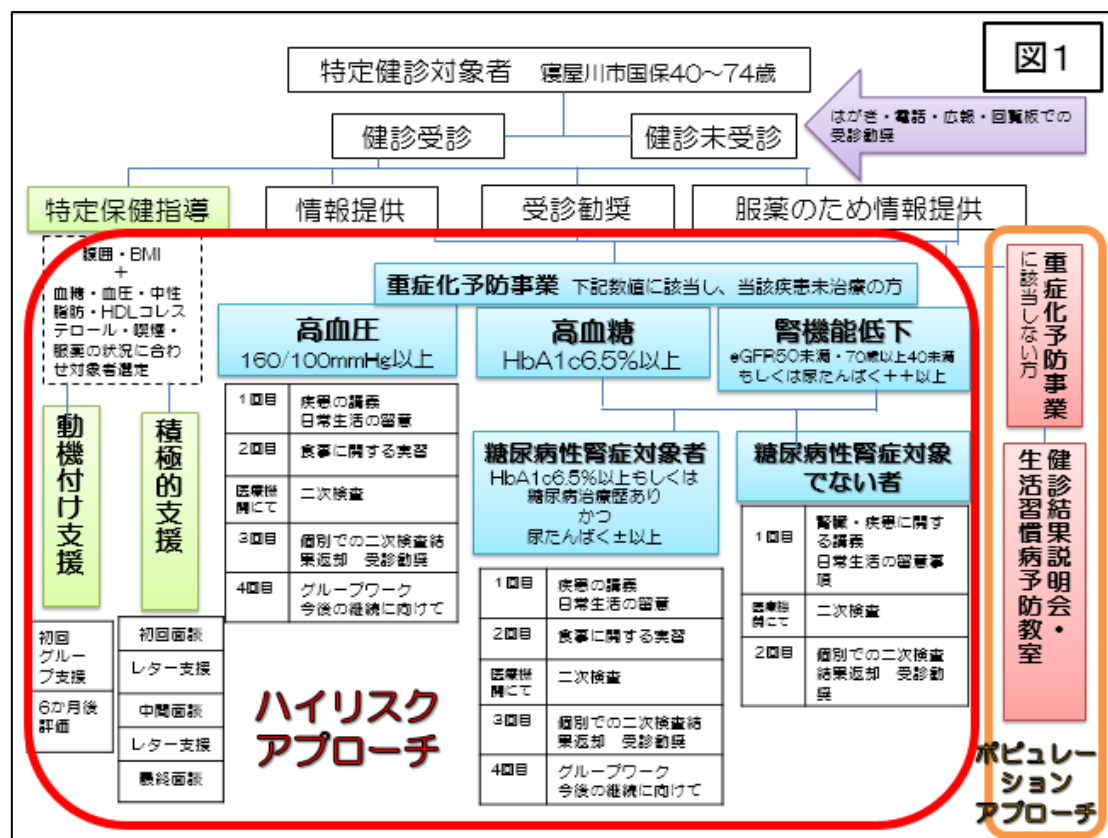
平成20年度当初より、医師会会長に事業・ケースの相談を定期的（月1回）に行い、平成22年度より腎専門医に対して事業に関する相談を開始しました。平成25年には、医師会・歯科医師会・薬剤師会・関西医科大学香里病院・寝屋川市の5者で生活習慣病重症化予防の地域連携協定を締結しました。それに伴い、本市では腎専門医とかかりつけ医との2人主治医制をすすめています（図9）。

重症化予防事業を実施する中での対応困難ケースは、ケース検討会（年4回）を通じて、

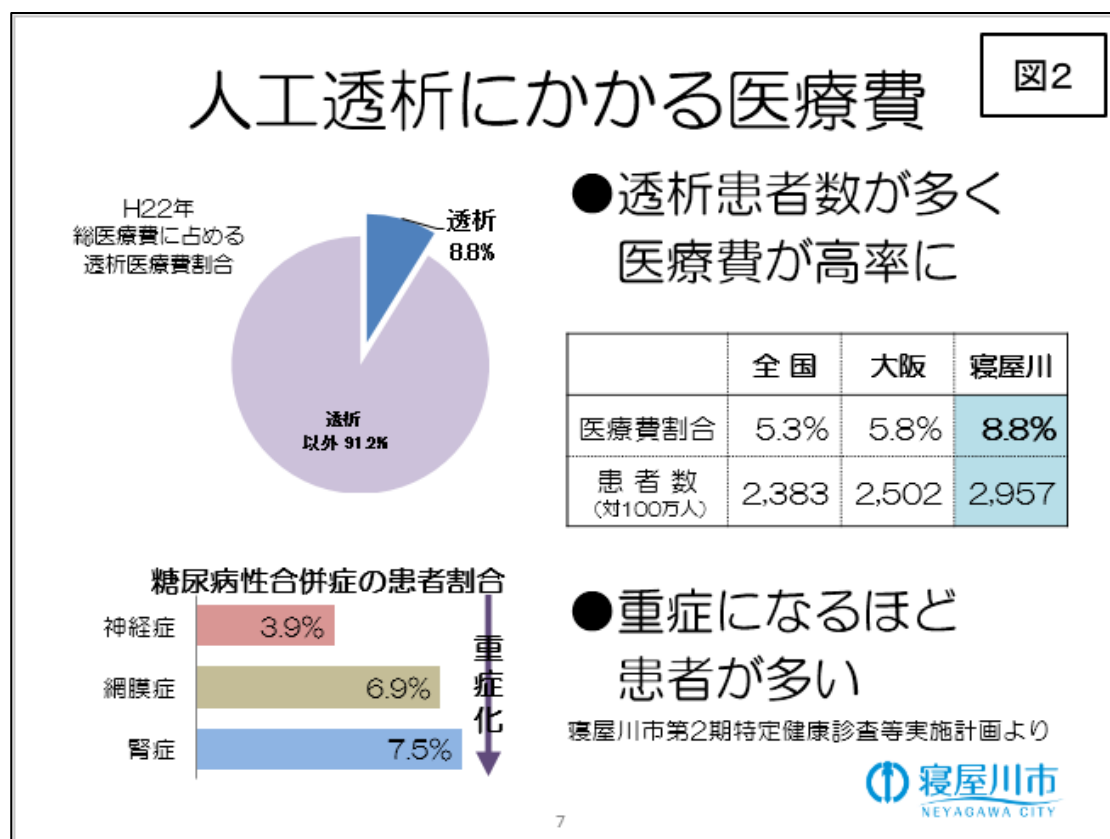
医師会理事や腎専門医に助言をいただき、今後必要な検査や治療等の具体的な方向性を導き出してもらい、さらに地域の課題を共有して透析導入時期の延伸に努めています。

平成 29 年度から、健診結果で受診勧奨対象者に対して、「健診情報連絡票」を活用し、かかりつけ医と専門医への受診勧奨をすすめ医療機関との連携強化・対象者の受療行動の促進に努めています。

【図 1】



【図 2】



【図 3】

图3

透析歴：9ヵ月～31年(平均5.8年)

- 8

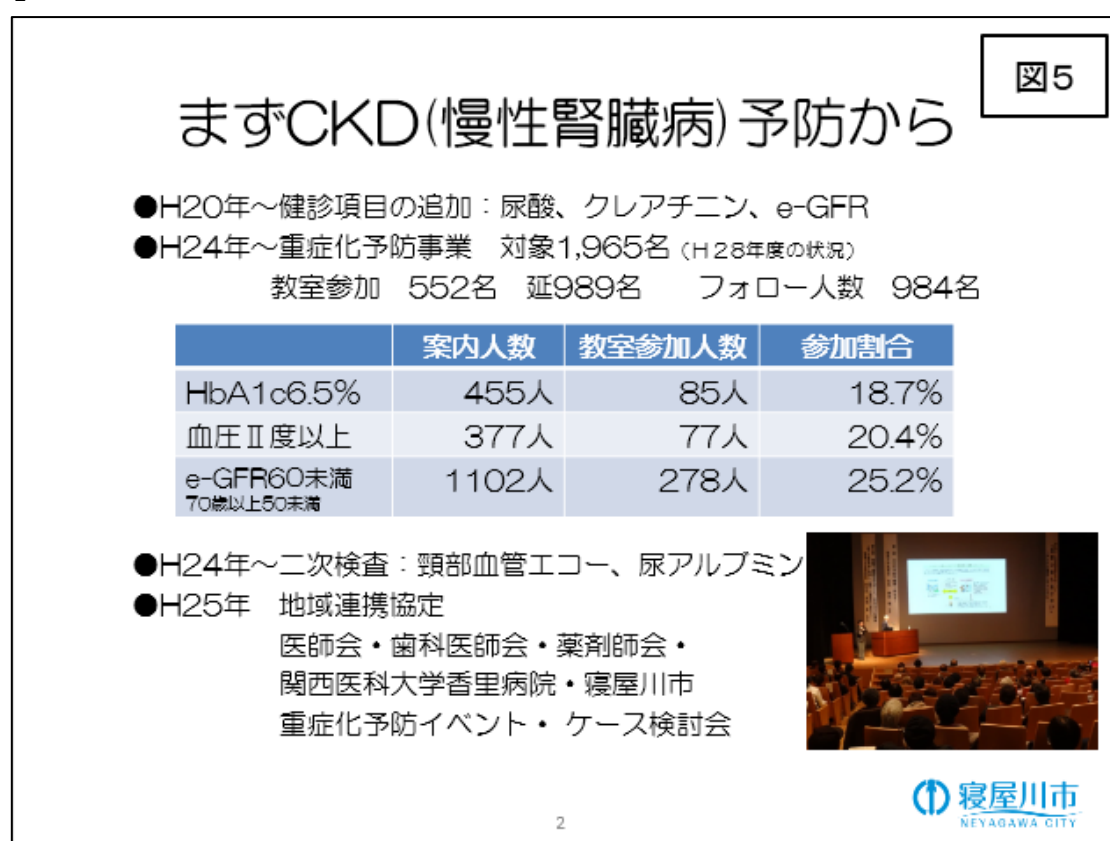


【图 4】

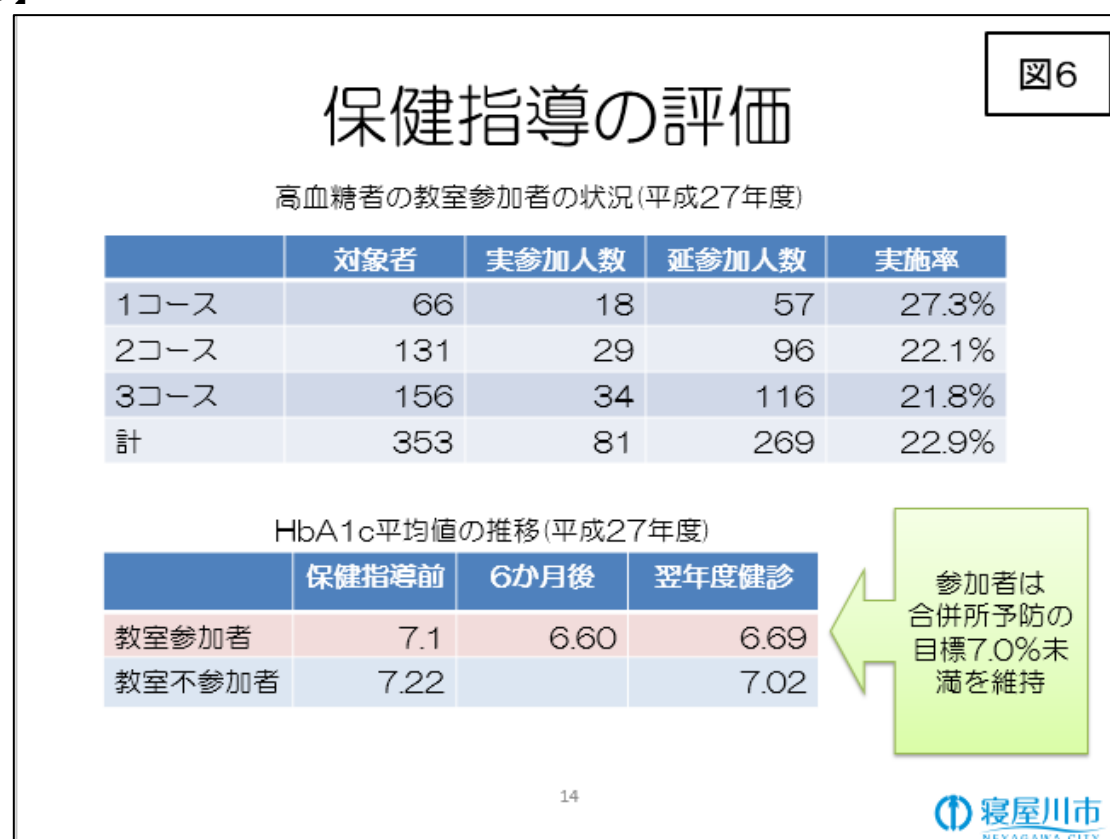
图4



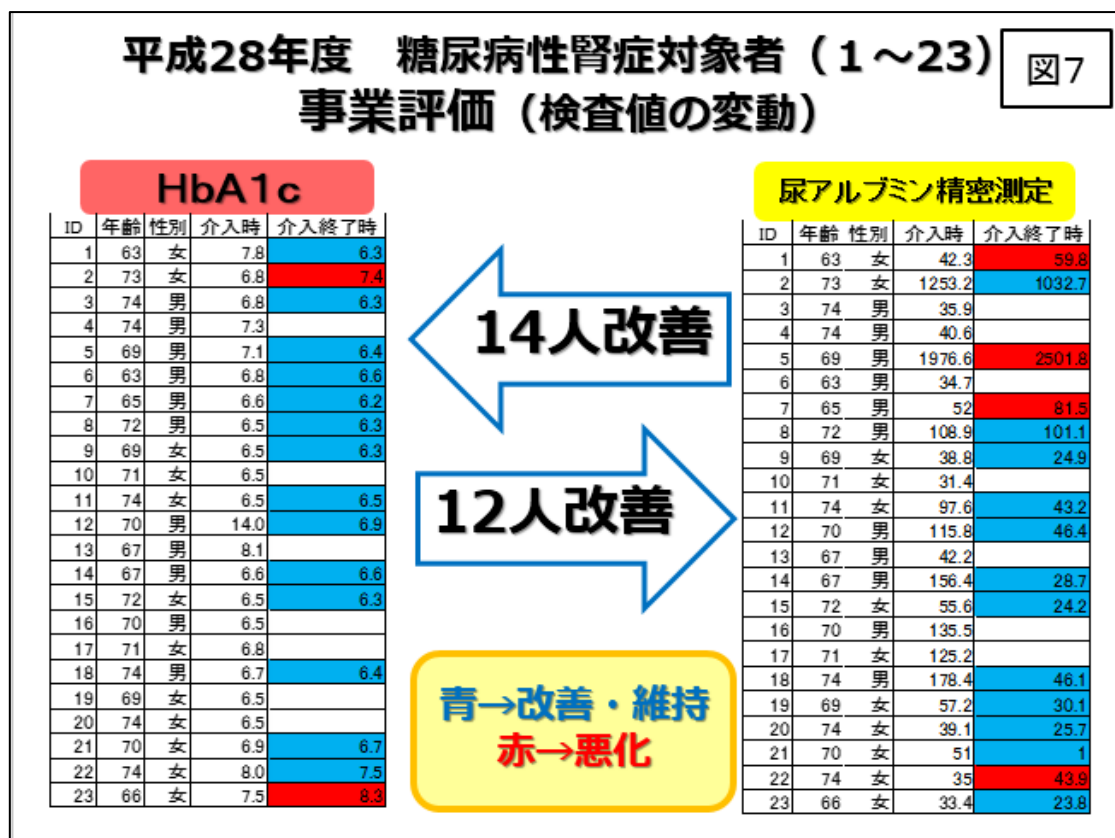
【図5】



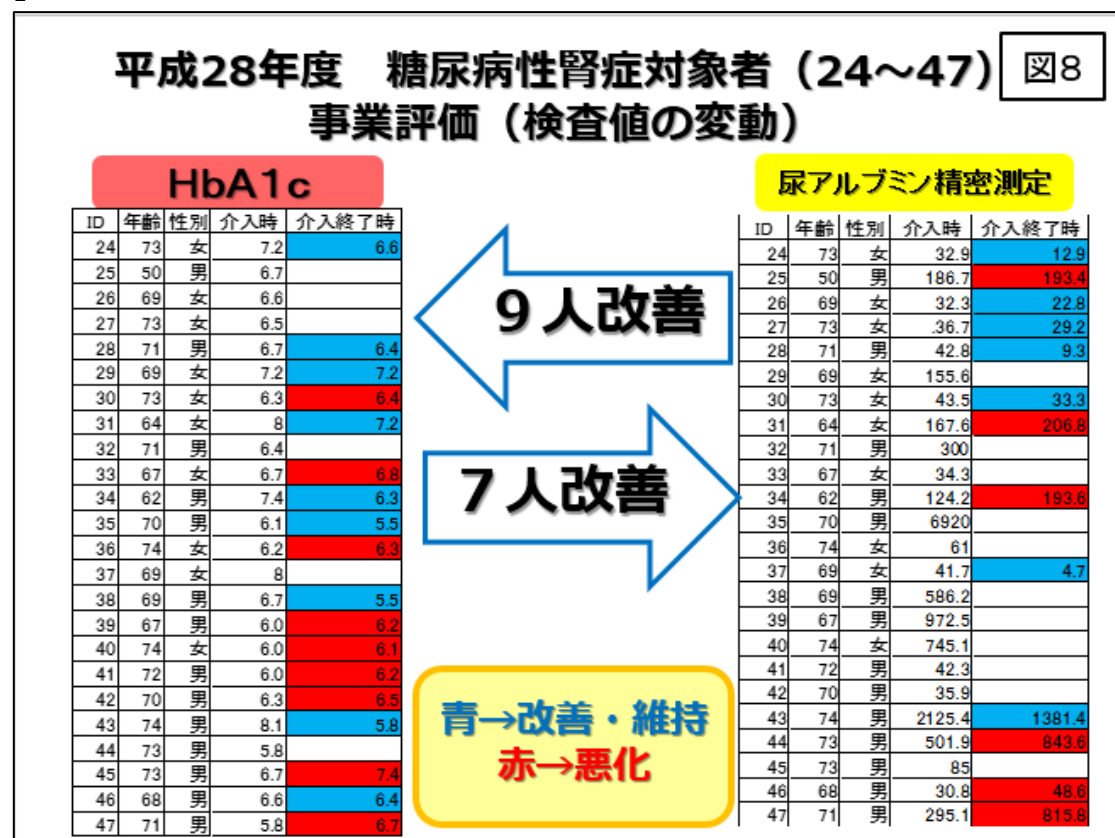
【図6】



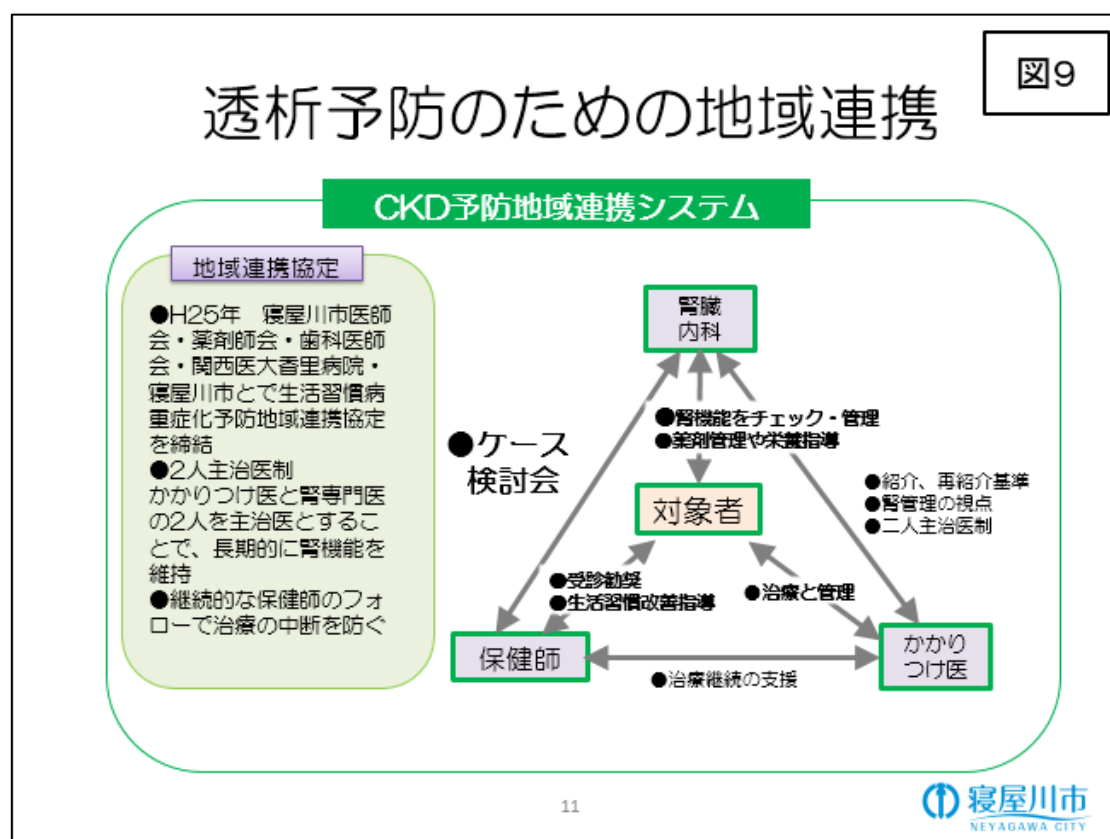
【図7】



【図8】



【図9】



○腎専門医の立場から（高橋先生）

5 今後の取り組む方策～更なる展開に向けて～

本市のデータ分析結果から、全国・大阪府と比較し、健診受診者の BMI（32.0%）や腹囲（53.3%）の有所見割合が高いことが明らかとなり、生活習慣が根底にある内臓脂肪症候群の観点により強化し、地域特性に応じた生活習慣の改善に取り組む必要があると考えます。とくに、若年者のライフスタイルの変化に伴う、肥満の未然防止を主軸とする健康教育を実施し、健康づくりへの意識を高めてもらうことが重要です。そのためには、まず周知広報の工夫や受診しやすい環境整備など効果的な特定健診受診勧奨を重点的にを行い、同時に未治療者・治療中断者へのアプローチも実施する必要があります。また、特定保健指導対象者には、食事や運動などの生活習慣改善を確実に実践できるよう、知識と行動力の向上にむけた支援方法の工夫をすすめ効果的な保健指導を行う必要があります。

平成 28 年度までの健診受診者のデータ分析を行い、重症化予防のための保健指導の優先課題を検討した結果、糖尿病性腎症の病期が予測される群は非糖尿病群・尿蛋白(一)群と比較しても腎機能悪化の速度が速いことが示唆されました。このことから、糖尿病性腎症対象者への早期介入の重要性がいえると考えます。新規人工透析患者の削減のためには、糖尿病性腎症を進行させないために、病期の早期段階で生活習慣の改善や受診勧奨を行うことが必要です。既存の事業内容（高血糖教室・高血圧教室・CKD 教室）の評価を行い、さらには糖尿病性腎症教室等の開催検討を実施します。教室不参加者に対しては、訪問指導等の支援体制も検討しております。

課題としては、生活習慣から起因する新規透析患者の削減にむけて、重症化予防への高い意識をもち、成果のみえる指標づくりやスタッフ間でのスキルの共有を徹底する必要があると考えます。また、医療機関との連携強化をはじめ糖尿病対策推進会議などとの連携体制の整備にも取り組んでいきます。

今後とも関係機関等と協働して、1 人でも多くの市民の皆様が生活習慣を改善できるよう、心を通わせる保健指導を意識して実施し、QOL の維持・健康格差の縮小を目指します。

参考資料
用語集

図 1. 性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布（平成 xx 年 xx 月 xx 日現在）

	男性		女性	
	人口	被保険者数	人口	被保険者数
0～4 歳	4,583	816	4,387	827
5～9 歳	4,877	931	4,678	868
10～14 歳	5,155	999	4,896	866
15～19 歳	5,976	1,279	5,652	1,148
20～24 歳	5,844	1,260	5,684	1,270
25～29 歳	5,382	1,123	5,360	1,198
30～34 歳	6,180	1,333	6,016	1,160
35～39 歳	6,957	1,565	7,019	1,403
40～44 歳	9,699	2,365	9,411	1,918
45～49 歳	9,797	2,398	9,730	1,882
50～54 歳	7,579	1,737	7,454	1,426
55～59 歳	6,231	1,464	6,200	1,559
60～64 歳	6,367	2,214	6,756	3,028
65～69 歳	9,200	5,715	10,919	7,547
70～74 歳	7,298	5,423	9,168	7,314
75～79 歳	6,522	0	7,897	0
80～84 歳	3,837	0	5,209	0
85～89 歳	2,091	0	4,669	0
90～94 歳				
95～99 歳				
100 歳以上				

図 2. 年齢階級別の人口分布および高齢化率の推移

	0～14 歳	15～39 歳	40～64 歳	65 歳以上	高齢化率
平成 17 年	33,874	80,470	85,454	41,908	17.3%
平成 22 年	30,181	69,125	80,864	55,011	23.4%
平成 27 年	25,901	59,933	83,073	68,072	28.7%

図 3. 年齢階級別の国保被保険者分布および高齢者割合の推移

	0～39 歳	40～64 歳	65～74 歳	高齢化率
平成 17 年	30,827	30,601	20,567	25.1%
平成 22 年	24,660	25,718	24,004	32.3%
平成 27 年	18,421	21,678	26,973	40.2%

図 4. 男女別の平均寿命および健康寿命の比較（平成 xx 年 xx 月 xx 日現在）

	男性			女性		
	全国	大阪府	寝屋川市	全国	大阪府	寝屋川市
平均寿命	79.6	79.0	79.1	86.4	85.9	85.8
健康寿命	70.4	77.3	77.5	73.6	82.2	82.0

図 5. 男女別の死因割合（平成 xx 年） 寝屋川市、大阪府、全国の円グラフ

		人数			割合		
		寝屋川市	大阪府	全国	寝屋川市	大阪府	全国
男性	総死亡	1,226	44,779	666,707	100%	100%	100%
	がん	447	15,732	219,508	36.5%	35.1%	32.9%
	心臓病	182	6,272	92,142	14.8%	14.0%	13.8%
	肺炎	138	4,658	65,609	11.3%	10.4%	9.8%
	脳血管疾患	85	2,983	53,576	6.9%	6.7%	8.0%
	腎不全	25	818	11,908	2.0%	1.8%	1.8%
	自殺	22	1,126	16,202	1.8%	2.5%	2.4%
	その他	327	13,190	207,762	26.7%	29.5%	31.2%
女性	総死亡	972	38,798	623,737	100%	100%	100%
	がん	244	10,324	150,838	25.1%	26.6%	24.2%
	心臓病	164	6,637	103,971	16.9%	17.1%	16.7%
	肺炎	124	3,999	55,344	12.8%	10.3%	8.9%
	脳血管疾患	67	2,771	58,397	6.9%	7.1%	9.4%
	腎不全	21	934	12,652	2.2%	2.4%	2.0%
	自殺	15	498	6,950	1.5%	1.3%	1.1%
	その他	337	13,635	235,585	34.7%	35.1%	37.8%

図 6. 男女別の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

	男性			女性		
	年	寝屋川市	大阪府	年	寝屋川市	大阪府
総死亡	平成 12 年	107.4	107.7	平成 12 年	110.1	106.1
	平成 17 年	107.8	106.4	平成 17 年	109.2	105.5
	平成 22 年	105.0	106.2	平成 22 年	104.6	104.5
がん	平成 12 年	112.1	115.2	平成 12 年	111.7	112.9
	平成 17 年	107.7	112.2	平成 17 年	109.1	110.3
	平成 22 年	110.4	110.6	平成 22 年	110.9	110.5
心臓病	平成 12 年	100.3	102.5	平成 12 年	104.2	107.0
	平成 17 年	104.5	103.6	平成 17 年	120.6	108.1
	平成 22 年	108.8	109.6	平成 22 年	114.4	109.2
肺炎	平成 12 年			平成 12 年		
	平成 17 年	126.0	116.2	平成 17 年	141.2	117.8
	平成 22 年	126.6	119.6	平成 22 年	134.5	123.2
脳血管疾患	平成 12 年	81.0	86.0	平成 12 年	87.6	85.9
	平成 17 年	93.0	87.0	平成 17 年	89.7	85.9
	平成 22 年	87.6	88.5	平成 22 年	85.0	82.8
腎不全	平成 12 年			平成 12 年		
	平成 17 年	116.9	113.3	平成 17 年	136.8	121.7
	平成 22 年	112.2	114.4	平成 22 年	120.8	121.8
自殺	平成 12 年			平成 12 年		
	平成 17 年	110.0	100.9	平成 17 年	66.2	102.7
	平成 22 年	101.5	100.2	平成 22 年	106.1	106.8

図 7. 第 1 号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合 (平成 xx 年 xx 月 xx 日現在)

	人数		認定割合	
	大阪府	寝屋川市	大阪府	寝屋川市
第 1 号被保険者数	2,293,705	66,223	1.8%	1.6%
要支援 1	95,239	1,660	2.2%	2.0%
要支援 2	71,541	1,857	2.4%	2.2%
要介護 1	76,002	1,690	3.5%	3.1%
要介護 2	81,082	2,079	3.3%	2.6%
要介護 3	55,033	1,450	3.1%	2.8%
要介護 4	50,134	1,330	4.2%	2.5%
要介護 5	41,098	1,052	1.8%	1.6%

図 8. 要介護認定状況の推移

	平成 18 年	平成 21 年	平成 24 年	平成 27 年
第 1 号被保険者数	43, 303	51, 354	59, 215	66, 223
要支援 1	711	825	1, 272	1, 660
要支援 2	1, 157	1, 080	1, 420	1, 857
要介護 1	1, 195	1, 431	1, 465	1, 690
要介護 2	1, 191	1, 360	1, 981	2, 079
要介護 3	1, 009	1, 101	1, 176	1, 450
要介護 4	740	925	1, 141	1, 330
要介護 5	462	678	955	1, 052
要支援・要介護認定率	14. 9%	14. 4%	15. 9%	16. 8%

図 9. 被保険者一人当たり年間医療費の比較（平成 xx 年度）

	入院 (食事含む)	入院外+調剤	歯科	柔整	その他
寝屋川市	123, 504	181, 033	28, 623	6, 862	3, 141
大阪府	120, 758	175, 390	28, 757	8, 418	3, 759
全国	120, 528	171, 671	23, 861	3, 611	2, 214

図 10. 年齢階級別の一人当たり総医療費の比較（平成 xx 年度）

	0～9 歳	10～19 歳	20～29 歳	30～39 歳
寝屋川市	129, 942	72, 212	70, 617	132, 446
大阪府	152, 721	73, 194	74, 512	123, 771
全国	143, 333	71, 692	76, 113	131, 891

	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
寝屋川市	188, 602	286, 411	406, 946	561, 813
大阪府	186, 622	295, 907	422, 210	574, 062
全国	194, 252	300, 719	389, 243	509, 488

図 11. 総医療費に占める生活習慣病の割合（平成 xx 年度）

大分類	医療費	生活習慣病内訳	医療費
精神疾患	1, 350, 575, 840	糖尿病	1, 099, 336, 740
生活習慣病	6, 636, 081, 820	高血圧	890, 257, 660
慢性腎不全	1, 384, 282, 620	脂質異常症	625, 303, 630
その他	10, 524, 783, 750	脳梗塞・脳出血	468, 752, 010
		狭心症・心筋梗塞	400, 200, 840
		その他	66, 785, 050
		がん	3, 085, 445, 890

図 12. 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）（平成 xx 年度）

	0～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
寝屋川市	0. 0185	0. 2044	0. 4311	0. 7431	1. 1319
大阪府	0. 0095	0. 1486	0. 4022	0. 8046	1. 2278
全国	0. 0113	0. 1535	0. 3903	0. 7588	1. 1836

図 13. 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）（平成 xx 年度）

	0～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
寝屋川市	0. 0231	0. 3017	0. 6062	1. 3736	1. 6815
大阪府	0. 0498	0. 3681	0. 8701	1. 3614	1. 9021
全国	0. 0462	0. 3453	0. 8245	1. 2165	1. 7879

図 14. 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（人工透析）（平成 xx 年度）

	15～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
寝屋川市	0. 1986	2. 7249	6. 2372	6. 1743	5. 2668
大阪府	0. 2149	2. 0244	4. 6065	5. 3629	4. 7304
全国	0. 2733	2. 4999	5. 3050	4. 5744	3. 4652

図 15. 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）（平成 xx 年度）

	0～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
寝屋川市	1. 4546	20. 2908	59. 6104	127. 3644	152. 8356
大阪府	1. 5402	21. 4597	62. 9461	132. 3975	165. 4876
全国	1. 7347	22. 3606	66. 4819	133. 1055	162. 3815

図 16. 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（糖尿病）（平成 xx 年度）

	0～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
寝屋川市	1.7363	11.3862	36.6823	70.5613	80.9126
大阪府	1.8916	14.8301	35.3749	70.0238	87.4079
全国	2.2980	16.3119	37.9974	70.2419	84.6685

図 17. 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）（平成 xx 年度）

	0～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
寝屋川市	1.4731	10.7244	29.9197	82.4732	100.2133
大阪府	1.5832	13.0641	36.7559	84.0583	102.4962
全国	1.4978	12.3943	36.2818	79.6565	94.4334

図 18. 後発医薬品利用率の推移（数量ベース）

	27 年度	28 年度
寝屋川市	61.6%	67.3%
大阪府	56.8%	62.4%
全国	60.1%	66.7%

図 19. 特定健診受診率の推移

	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度
寝屋川市	33.4%	38.0%	38.1%	34.9%	36.6%
大阪府	23.2%	23.5%	25.1%	23.7%	25.8%
全国	30.9%	31.4%	32.0%	32.7%	33.7%

	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
寝屋川市	35.2%	35.5%	35.8%	
大阪府	26.4%	27.1%	28.0%	
全国	34.2%	35.3%	36.3%	

図 20. 性・年齢階級別特定健診受診率の全国、大阪府との比較（平成 xx 年度）

	男性			
	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
寝屋川市	14.8%	16.2%	18.0%	20.1%
大阪府	14.0%	15.4%	17.2%	19.1%
全国	17.2%	18.4%	21.2%	23.7%

	女性			
	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
寝屋川市	27.0%	36.9%	44.7%	18.8%
大阪府	24.2%	32.6%	35.8%	17.7%
全国	29.9%	38.4%	42.4%	22.1%

図 21. 月別特定健診受診率の推移

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
平成 25 年度	0.0%	0.0%	4.0%	2.9%	1.7%	2.6%
平成 27 年度	0.0%	0.0%	4.3%	3.1%	1.8%	2.7%
平成 28 年度						

	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
平成 25 年度	3.7%	3.4%	1.7%	1.6%	3.0%	9.6%
平成 27 年度	4.1%	4.2%	2.7%	1.6%	3.1%	7.1%
平成 28 年度						

図 22. 3 年累積特定健診受診率（平成 xx～xx 年度）

	1 回受診	2 回受診	3 回受診
寝屋川市	16.8%	12.7%	17.2%
大阪府	16.5%	11.2%	13.8%

図 23. 特定健診受診状況と医療利用状況（平成 xx 年度）

	健診受診/レセプト			
	なし/なし	なし/あり	あり/なし	あり/あり
大阪府	37.8%	34.1%	10.2%	17.9%
寝屋川市	37.0%	30.2%	11.2%	21.7%

図 24. 治療状況別の高血圧重症度別該当者数（平成 xx 年度）

	正常	正常高値 (要保健指導)	高血圧(要受診勧奨)		
			I 度	II 度	III 度
高血圧 未治療者	130mmHg 未満/ 85mmHg 未満	130～139mmHg/ 85～89mmHg	140～159 mmHg/ 90～99 mmHg	160～179 mmHg/ 100～109 mmHg	180mmHg 以上/ 110mmHg 以上
男性	1,335	603	632	134	34
女性	2,702	993	789	169	34
高血圧 治療者	正常相当	正常高値相当	I 度高血圧 相当	II 度高血圧 相当	III 度高血圧 相当
	130mmHg 未満/ 85mmHg 未満	130～139mmHg/ 85～89mmHg	140～159 mmHg/ 90～99 mmHg	160～179 mmHg/ 100～109 mmHg	180mmHg 以上/ 110mmHg 以上
男性	714	603	762	222	51
女性	970	787	894	203	45

図 25. 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数（平成 xx 年度）

糖尿病 未治療者	正常	要保健指導	糖尿病疑い(要受診勧奨)		
	5.6%未満	5.6～6.4%	6.5～6.9%	7.0～7.9%	8.0%以上
男性	1,603	1,345	88	39	20
女性	3,637	2,864	119	36	16
糖尿病 治療者	コントロール良好		コントロール不良		
	6.5%未満	6.5～6.9%	7.0～7.9%	8.0～8.9%	9.0%以上
男性	64	182	119	126	59
女性	100	145	73	77	46

図 26. 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（平成 xx 年度）

脂質異常症 未治療者	正常	要保健指 導	高 LDL コレステロール血症 (要受診勧奨)		
	120 mg/dl 未満	120～139 mg/dl	140～159 mg/dl	160～179 mg/dl	180 mg/dl 以上
男性	1,815	1,006	583	235	128
女性	1,761	1,361	1,012	478	272
脂質異常症 治療者	高リスク 群 目標	中リスク 群 目標	低リスク群 目標	コントロール 不良	
	120mg/dl 未満	120～139 mg/dl	140～159 mg/dl	160～179 mg/dl	180 mg/dl 以上
男性	602	190	83	56	37
女性	912	356	203	109	138

図 27. 性・年齢階級別喫煙率（平成 xx 年度）

		40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
寝屋川市	男性	41.1%	40.4%	29.7%	22.3%
	女性	21.4%	17.4%	6.9%	4.3%
大阪府	男性	36.9%	35.0%	25.7%	18.2%
	女性	18.3%	14.8%	6.2%	3.5%

図 28. BMI 区分別該当者数（平成 xx 年度）

	18.5 未満	18.5～22.9	23.0～24.9	25.0～29.9	30.0 以上
男性	206	2,016	1,267	1,380	218
女性	732	3,799	1,389	1,369	295

図 29. 腹囲区分別該当者数（平成 xx 年度）

	80cm 未満	80～84.9cm	85～89.9cm	90～94.9cm	95cm 以上
男性	1,248	1,135	1,129	774	802
女性	3,238	1,522	1,323	759	744

図 30. メタボ該当者・予備群の出現率の推移

	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
該当	18.2%	18.1%	18.2%	
予備群	10.3%	10.8%	11.5%	

図 31. 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合

		40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～74 歳
男性	予備群	19.1%	22.2%	16.8%	17.4%
	該当	20.8%	26.9%	32.4%	29.8%
女性	予備群	5.3%	7.7%	7.0%	8.1%
	該当	3.2%	6.1%	11.2%	12.1%

図 32. 特定保健指導利用率の推移

	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度
寝屋川市	13.8%	18.4%	20.3%	28.2%	24.5%
大阪府	11.8%	14.7%	14.5%	15.1%	15.5%
全国		25.7%	25.5%	26.0%	27.4%

	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
寝屋川市	25.3%	26.9%	22.3%	
大阪府	15.5%	16.7%	17.3%	
全国	27.6%	28.2%	28.7%	

図 33. 特定保健指導実施率の推移

	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度
寝屋川市	13.8%	18.4%	20.3%	28.2%	24.5%
大阪府	7.3%	11.6%	12.9%	12.5%	13.1%
全国	14.1%	19.5%	19.3%	19.4%	19.9%

	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
寝屋川市	25.3%	26.9%	22.3%	
大阪府	14.0%	13.9%	15.0%	
全国	22.5%	23.0%	23.6%	

図 34. 特定保健指導による改善率の推移

	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度
改善率	13.8%	13.8%	13.8%	13.8%	13.8%

	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
改善率	13.8%	13.8%	13.8%	