

大 阪 狭 山 市 国 民 健 康 保 険
第 3 期 保 健 事 業 実 施 計 画（データヘルス計画）
及 び 第 4 期 特 定 健 康 診 査 等 実 施 計 画
（素案）

令和 6 年（2024 年）〇月
大 阪 狭 山 市

はじめに

令和6年（2024年）〇月

大阪狭山市長 古川 照人

目 次

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画の趣旨.....	1
2 計画の位置づけ	2
3 計画期間.....	2
第2章 大阪狭山市の現状	3
1 大阪狭山市の概況	3
2 医療費分析.....	9
3 特定健康診査	23
4 特定保健指導	40
第3章 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）	44
1 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）における事業の評価	44
2 健康課題.....	56
3 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の目標	57
4 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）における保健事業の実施内容.....	58
第4章 第4期特定健康診査等実施計画.....	71
1 特定健康診査・特定保健指導実施の基本的な考え方	71
2 目標値の設定	71
3 特定健康診査の実施	74
4 特定保健指導の実施	76
5 実施スケジュール	79
6 標準的な健診・保健指導プログラムの主な変更点（抜粋）	80

第5章 計画の推進.....	8 2
1 計画の見直し	8 2
2 計画の公表・周知	8 2
3 個人情報の保護	8 2
4 地域包括ケアに係る取組み.....	8 2
5 関係課、関係機関との連携.....	8 2
用語集	8 3

第Ⅰ章 計画策定にあたって

Ⅰ 計画の趣旨

本市においては、「高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律80号)」及び「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(平成26年3月厚生労働省告示)」の規定に基づき、平成20年(2008年)4月に「大阪狭山市特定健康診査等実施計画」、平成27年(2015年)3月に「大阪狭山市国民健康保険保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、以降、定期的に計画の見直しを行い、被保険者の健康課題の分析や特定健康診査等の各保健事業に取り組んできました。

その中で、「新経済・財政再生計画改革工程表2022(令和4年(2022年)12月経済財政諮問会議)」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の設定を推進する。」と示され、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みや評価指標の設定の推進が進められました。

また、特定健康診査及び特定保健指導については、基本的な健診の項目や標準的な質問票の変更、特定保健指導の実績評価におけるアウトカム評価の導入などの見直しが行われ、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」及び「標準的な健診・保健指導プログラム」が令和5年(2023年)3月に改訂され、令和6年(2024年)4月より適用されます。

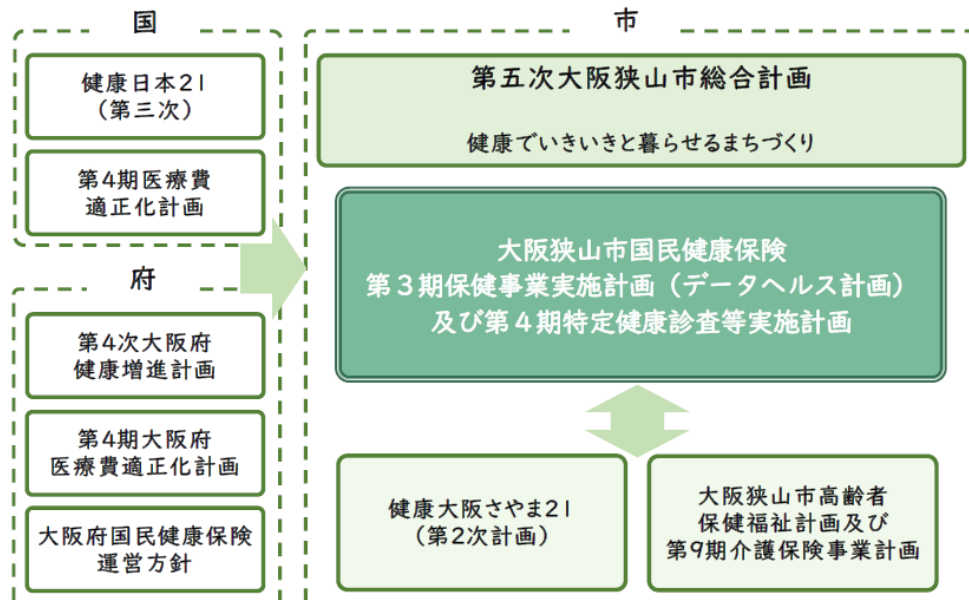
本市においても、これまでの特定健康診査等の各保健事業の実績を分析・評価するとともに、被保険者の健康課題を的確に捉え、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化及び健康寿命の延伸に資することを目指し、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」及び「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

2 計画の位置づけ

「大阪狭山市国民健康保険第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第4期特定健康診査等実施計画（以下「本計画」という。）」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第5及び高齢者の医療の確保に関する法律第19条の規定に基づき策定します。

策定にあたり、国の「健康日本21（第三次）」及び「第4期医療費適正化計画」や大阪府の「第4次大阪府健康増進計画」、「第4期医療費適正化計画」及び「大阪府国民健康保険運営方針」に対応し、これらと整合するものとします。また、「第五次大阪狭山市総合計画」を上位計画とし、「健康大阪さやま21」及び「大阪狭山市高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画」など関連する計画との整合性も図ります。

図表1 計画の位置づけ



3 計画期間

本計画は令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6か年計画とします。また、令和8年度（2026年度）には中間評価を実施します。

図表2 計画期間

平成30年度（2018年度） ～令和5年度（2023年度）	令和6年度 （2024年度）	令和7年度 （2025年度）	令和8年度 （2026年度）	令和9年度 （2027年度）	令和10年度 （2028年度）	令和11年度 （2029年度）
第2期大阪狭山市国民健康保険 保健事業実施計画	大阪狭山市国民健康保険 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画） 及び第4期特定健康診査等実施計画					
第3期大阪狭山市国民健康保険 特定健康診査等実施計画						
			中間評価			

第2章 大阪狭山市の現状

Ⅰ 大阪狭山市の概況

(1) 地理的・社会的環境

本市は、大阪平野の東南部に位置し、東は富田林市、西及び北は堺市、南は河内長野市に接しており、面積は11.92km²となっています。

また、大阪市中心部から直線距離で20km圏に位置し、市内を縦貫している南海電気鉄道高野線の3つの駅があり、大阪市中心部とは約25分で結ばれています。

本市の地形は、丘陵、高位・中位・低位の3面からなる段丘、谷底の低地、開析谷などからなり、市の南西部一帯に広がる丘陵は、「狭山丘陵」とも呼ばれ、泉北丘陵の東部にあたります。

本市は瀬戸内気候で、冬季に降水量が少なく、平均気温は17度前後で推移しており、比較的温暖な気候となっています。

(2) 医療アクセス

本市には病院が7か所、病床が2,415床、一般診療所が52か所、歯科診療所が40か所あり、本市の人口10万対病院数、病床数、歯科診療所数はともに大阪府、全国と比較して多くなっていますが、一般診療所数は大阪府よりも少なくなっています。

図表3 医療提供体制等の比較

	大阪狭山市		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	7	12.0	5.8	6.5
病床数	2,415	4,128.5	1,182.6	1,262.0
一般診療所数	52	88.9	98.6	83.1
歯科診療所数	40	68.4	61.8	54.1

※病院:病床数が20床以上の医療機関

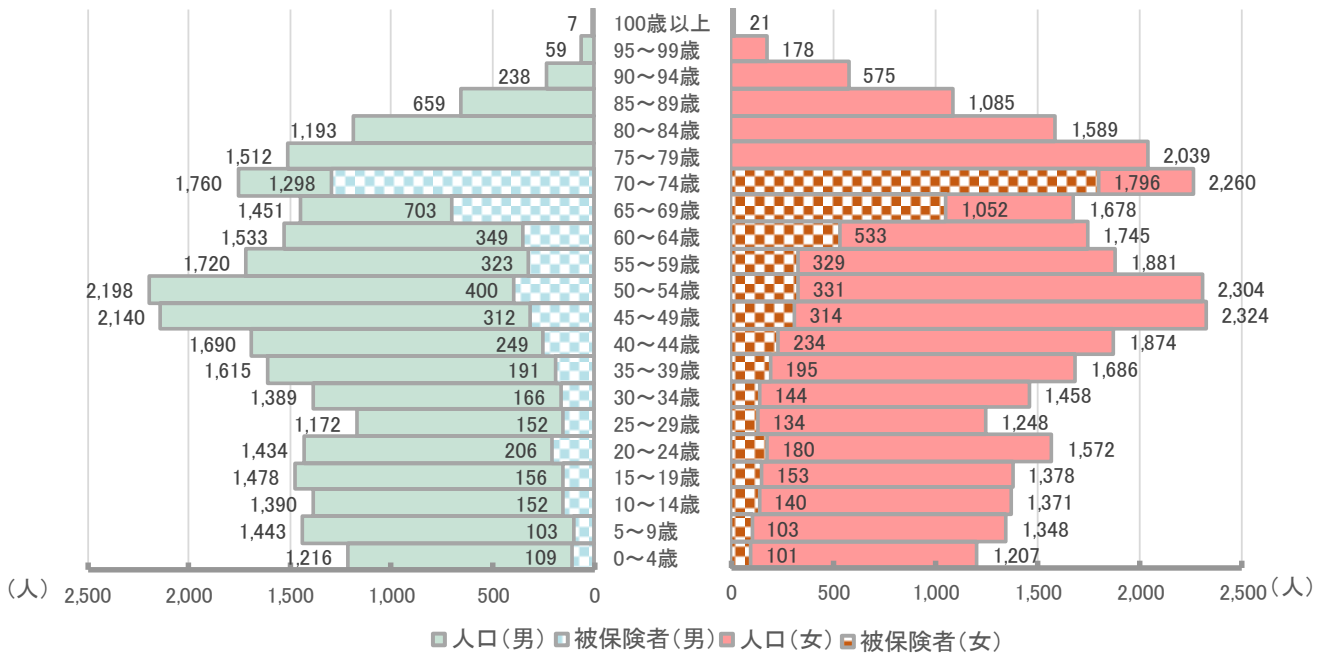
診療所:入院できる施設がないか、病床数19床以下の医療機関

資料:大阪府医療施設調査(令和4年(2022年)10月1日現在)

(3) 大阪狭山市の人口・被保険者数の推移

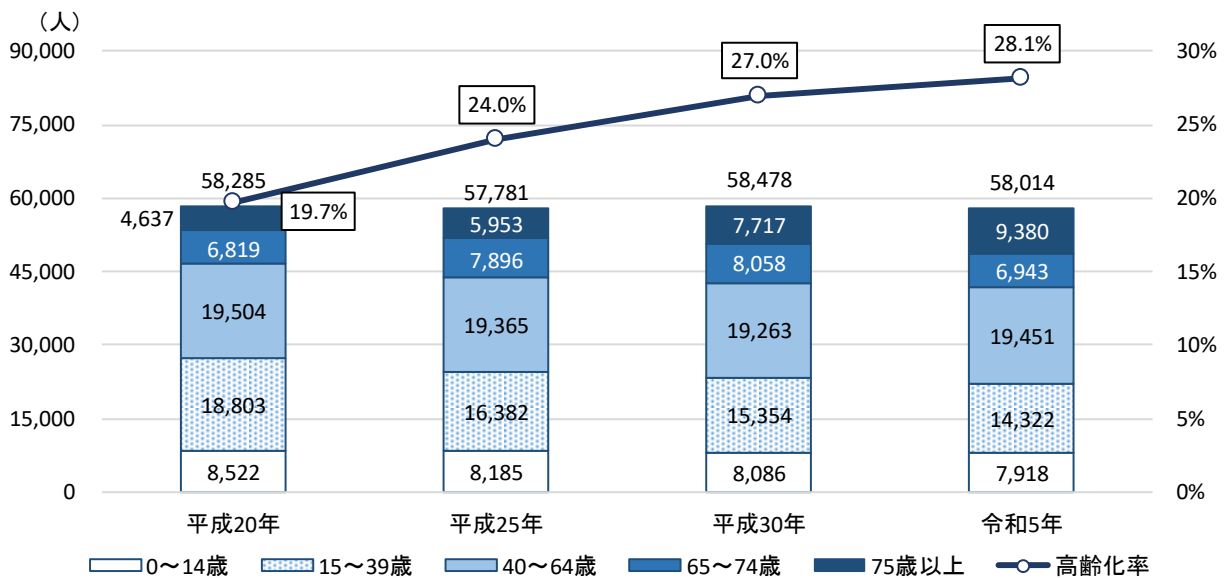
総人口は令和5年（2023年）3月末現在で58,118人であり、65歳以上の高齢者人口が多く15歳未満の年少人口が少ないつば型になっています。また、本市国民健康保険の被保険者数は10,608人で、加入率は18.3%となっています。高齢化率の推移をみると平成20年（2008年）から令和5年（2023年）にかけて約8%増加しています。

図表4 性・年齢階級別の人口分布及び国保被保険者分布



資料：住民基本台帳及び被保険者台帳（令和5年（2023年）3月末現在）

図表5 年齢階級別の人口分布及び高齢化率の推移

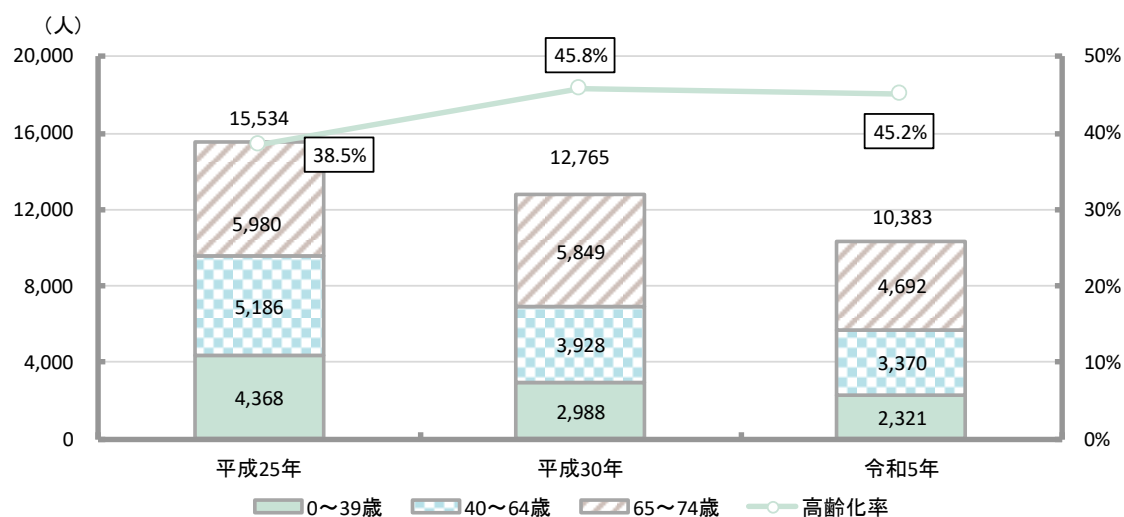


資料：住民基本台帳（各年9月末現在）

被保険者数は年々減少傾向にあり、令和5年（2023年）の被保険者数は10,383人で、平成25年（2013年）と比較して5,151人の減少となっています。

また、高齢化率は45.2%で、平成25年（2013年）から約7%増加しています。

図表6 年齢階級別の国民健康保険被保険者分布及び高齢化率の推移

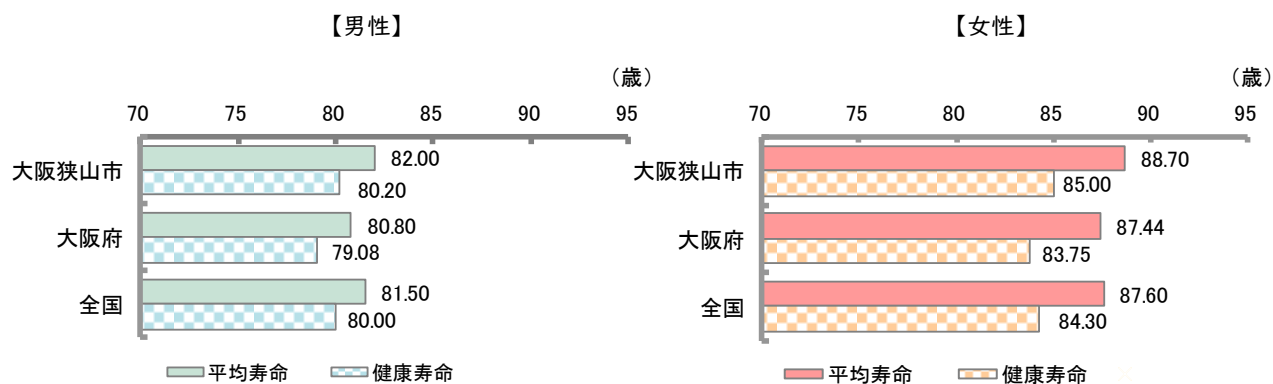


資料：被保険者台帳（各年9月末現在）

（4）平均寿命・健康寿命

本市における平均寿命と健康寿命は男女ともに大阪府、全国よりも長いものの、その差をみると、男女ともに全国よりも差が大きくなっています。

図表7 性別の平均寿命及び健康寿命の比較（令和3年（2021年））



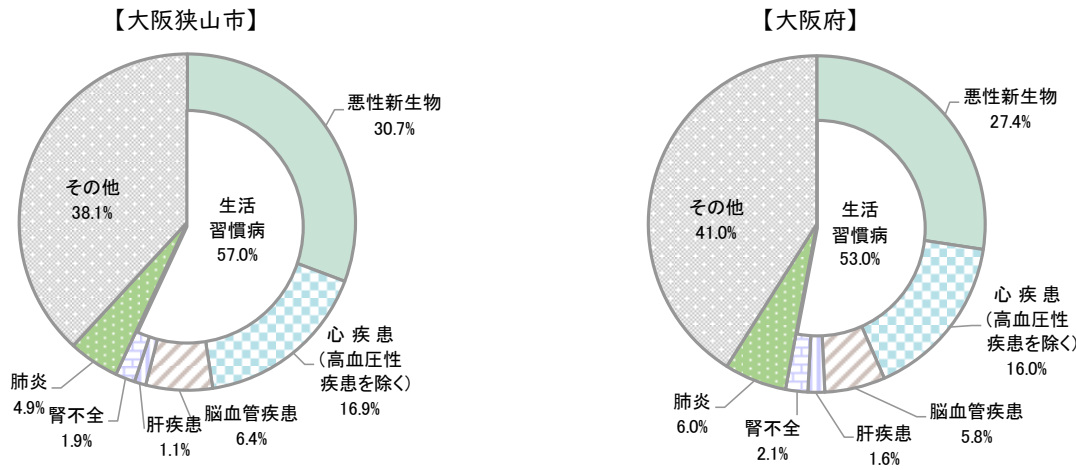
資料：大阪府保健医療室健康づくり課資料

(5) 死因の状況

① 死因別死亡割合

死因別死亡割合は、生活習慣病によるものが57%であり、大阪府よりも高くなっています。

図表8 死因別死亡者数の割合



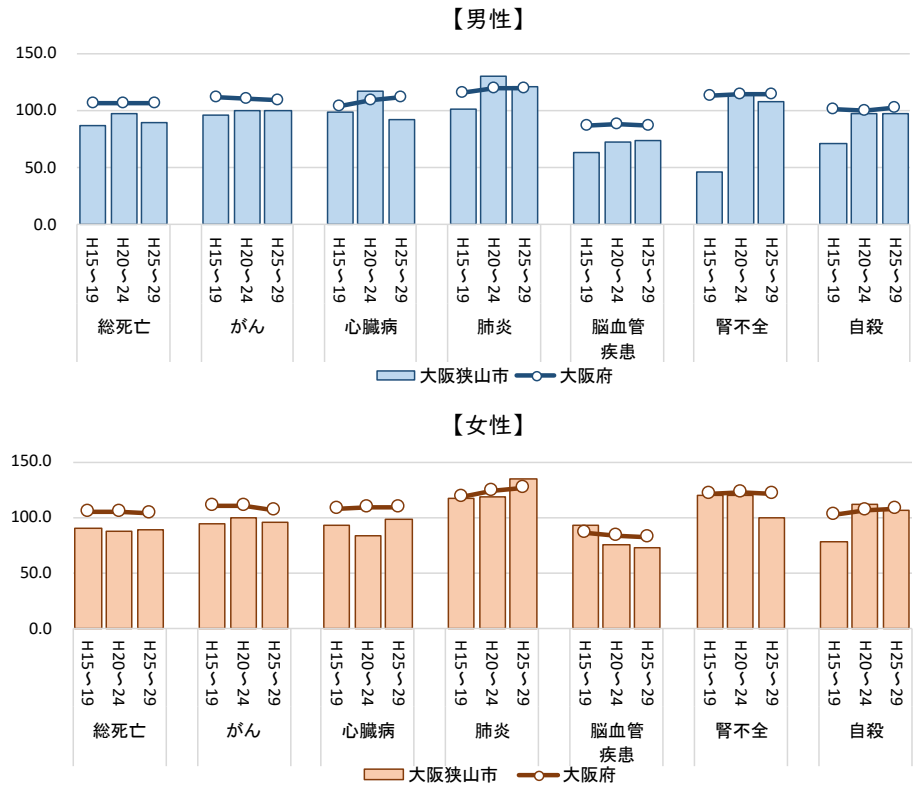
※端数処理のため、割合の合計が一致しない場合があります。

資料：大阪府衛生年報（令和3年（2021年）人口動態）

② 標準化死亡比

本市の標準化死亡比は、男女ともに「肺炎」で高いほか、「腎不全」でも高い傾向がみられます。

図表9 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

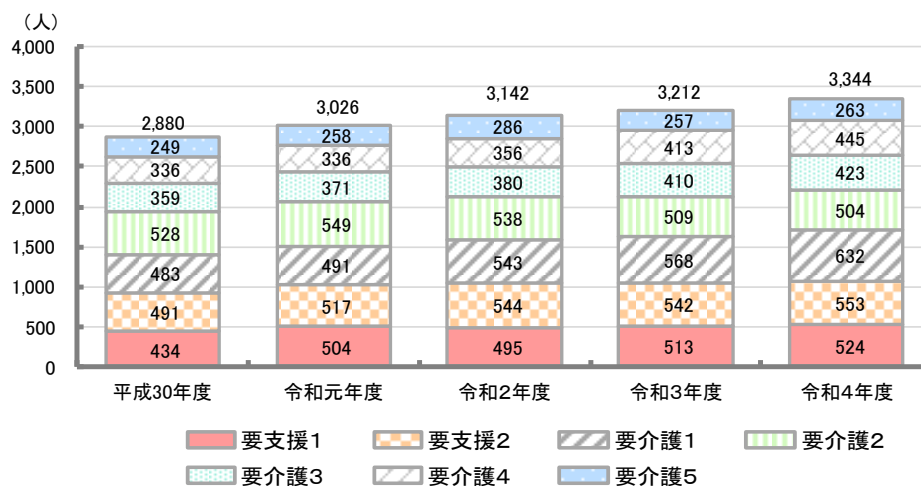


資料：人口動態統計特殊報告

(6) 要介護認定者の状況

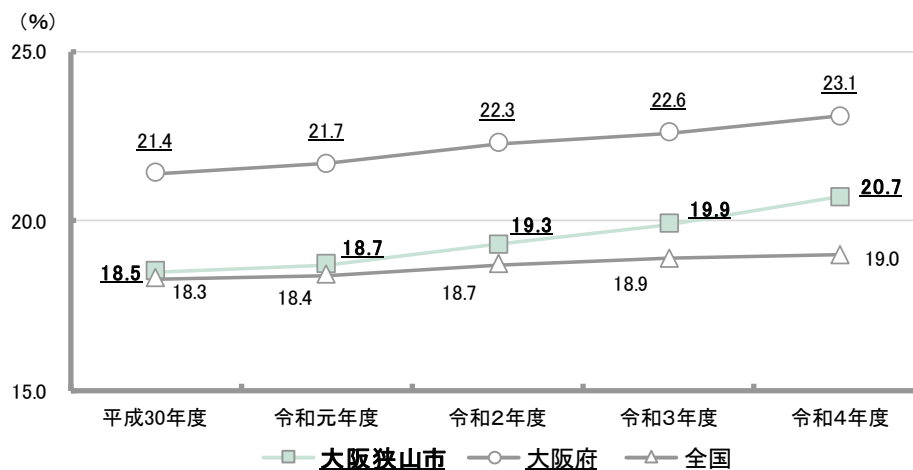
要介護認定者数は年々増加傾向となっています。令和4年度（2022年度）における要介護認定率は20.7%で、大阪府より低いものの、全国よりも高くなっています。

図表10 要支援・要介護認定者数の推移（1号被保険者）



資料：厚生労働省 介護保険事業状況報告月報（各年度9月末現在）

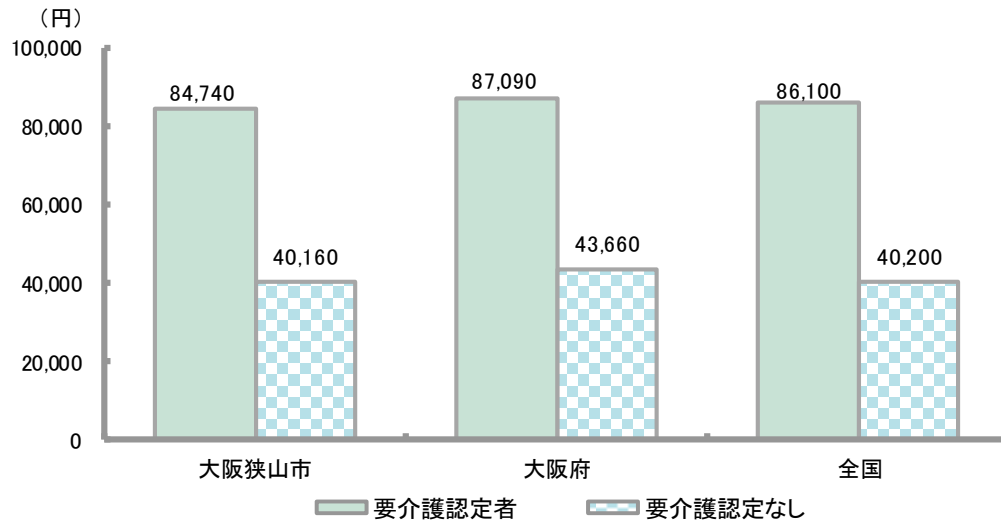
図表11 要介護認定率の推移（1号被保険者）



資料：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム（各年度3月末現在）

40歳以上の人における要介護認定状況別の医科レセプト1件当たりの医療費を示しています。要介護認定者と要介護認定なしのいずれも大阪府や全国と比べて低くなっていますが、要介護認定者と要介護認定なしの差は約2倍となっています。

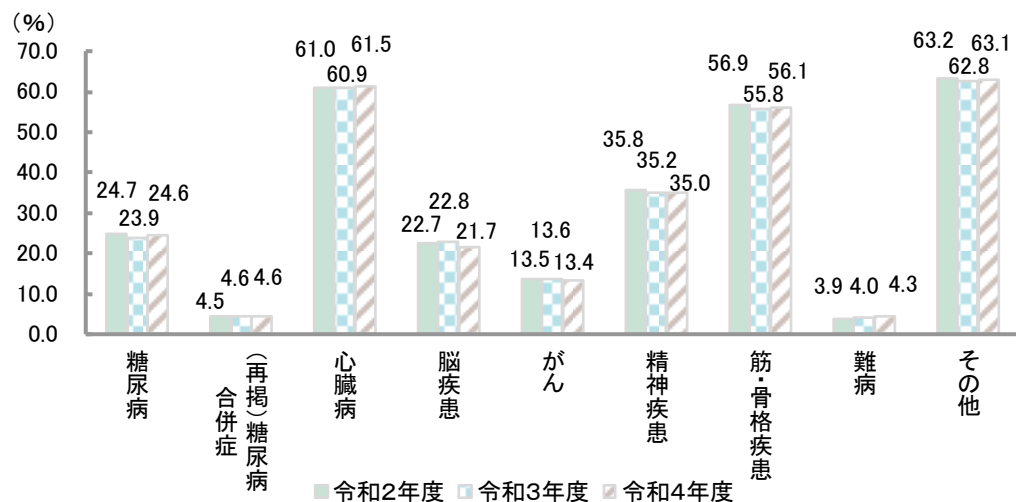
図表12 要介護認定状況別の医科レセプト1件当たりの医療費（40歳以上）



資料：KDBシステム（以下「KDB」という。）（地域の全体像の把握：令和4年度（2022年度））

要介護認定者の有病者割合を疾病別にみると、「その他」以外では「心臓病」が最も高く、次に「筋・骨格疾患」が続きます。

図表13 疾病別 要介護認定者の有病者割合



※同一人物が複数の疾患を有する場合があるため、合計は100%になりません

資料：KDB（要介護（支援）者有病状況）

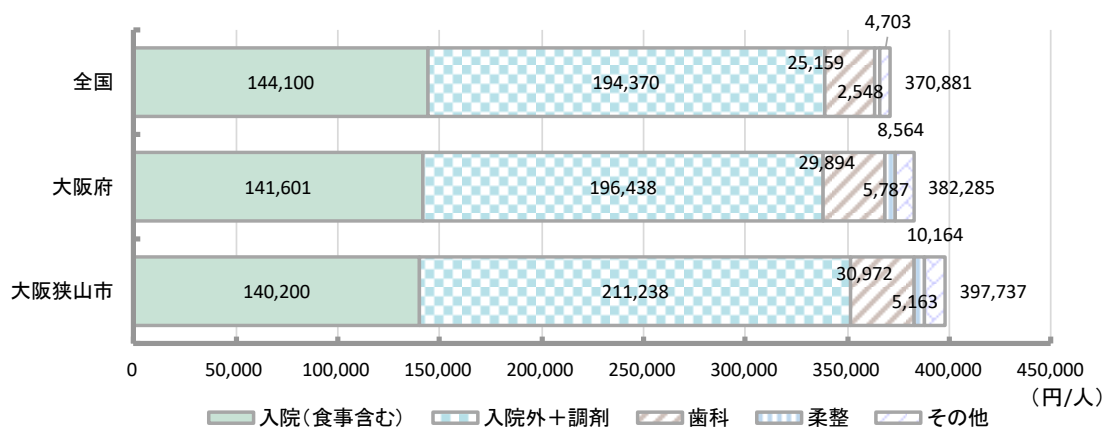
2 医療費分析

(1) 医療費全体の状況

① 費用区分別医療費の比較

本市の国民健康保険の被保険者にかかる1人当たり年間医療費は、大阪府や全国と比べて高く397,737円になっており、特に「入院外+調剤」で1.5万円ほど高くなっています。一方で、「入院（食事を含む）」は大阪府や全国より低くなっています。

図表1-4 被保険者1人当たり年間医療費の比較



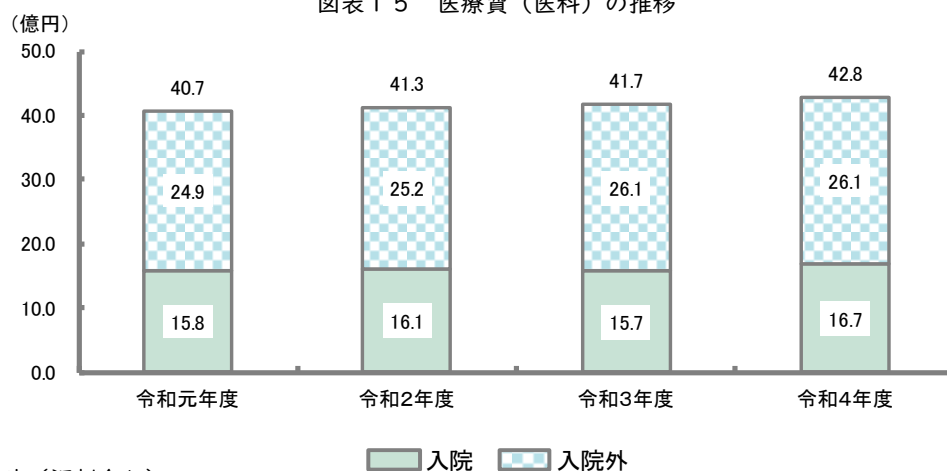
※端数処理のため、各費用区分の医療費の合計が一致しない場合があります。

資料：大阪府国民健康保険事業状況・国民健康保険事業年報（令和2年度（2020年度））

② 医療費（医科）の推移

医療費（医科）の推移は年々増加傾向にあり、令和4年度（2022年度）で約43億円となっています。

図表1-5 医療費（医科）の推移



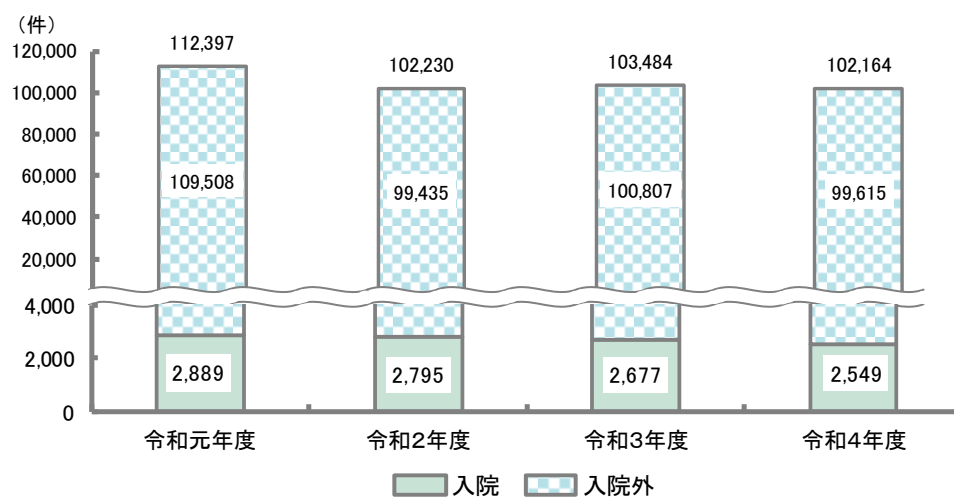
※入院外（調剤含む）

※端数処理のため、医療費の合計が一致しない場合があります。

資料：KDB（地域の全体像の把握）

レセプト件数（医科）の推移をみると、令和2年度（2020年度）以降、横ばい状態で推移しており、令和4年度（2022年度）は入院外が99,615件、入院が2,549件で件数全体は102,164件となり、令和元年度（2019年度）よりも全体で10,233件の減少となっています。

図表16 レセプト件数（医科）の推移

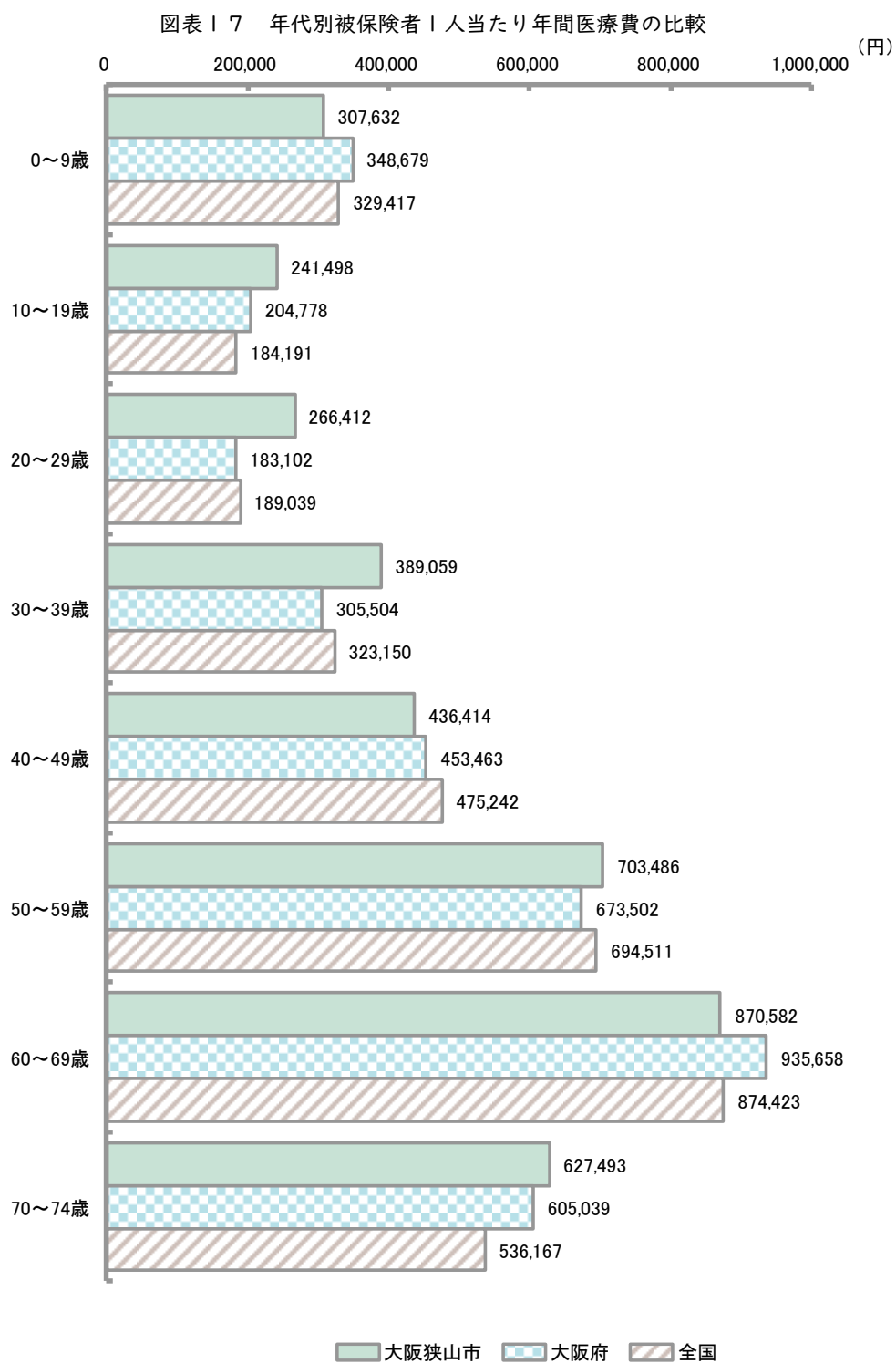


※入院外（調剤含む）

資料：KDB（地域の全体像の把握）

③ 被保険者1人当たり年間医療費（医科）

令和4年度（2022年度）の年代別被保険者1人当たり年間医療費（医科）をみると、年齢とともに医療費が高くなる傾向があります。



※医科のみ

資料：KDB（疾病別医療費分析（生活習慣病）：令和4年度（2022年度））

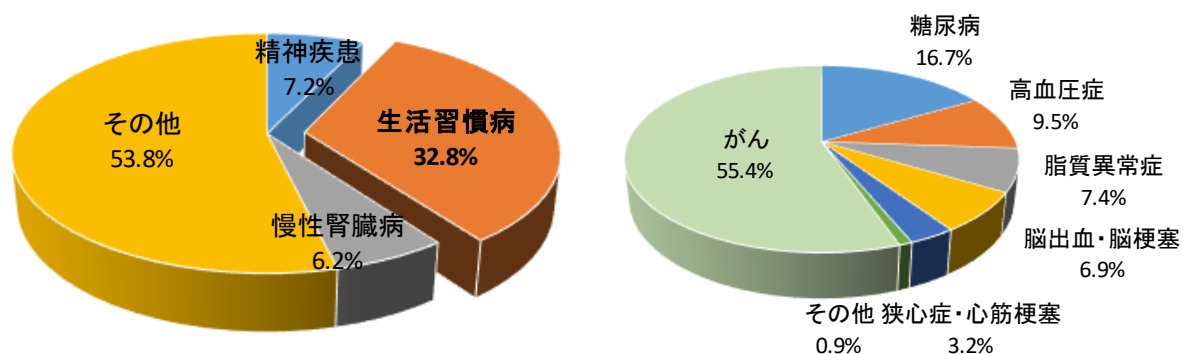
(2) 主要疾患別医療費の状況

① 総医療費に占める生活習慣病の割合

令和3年度（2021年度）の総医療費に占める生活習慣病の割合は32.8%でした。

生活習慣病のうち「がん」を除くと、「糖尿病」が16.7%と最も多く、次いで、「高血圧症」が9.5%、「脂質異常症」が7.4%となっています。

図表18 総医療費に占める生活習慣病の割合

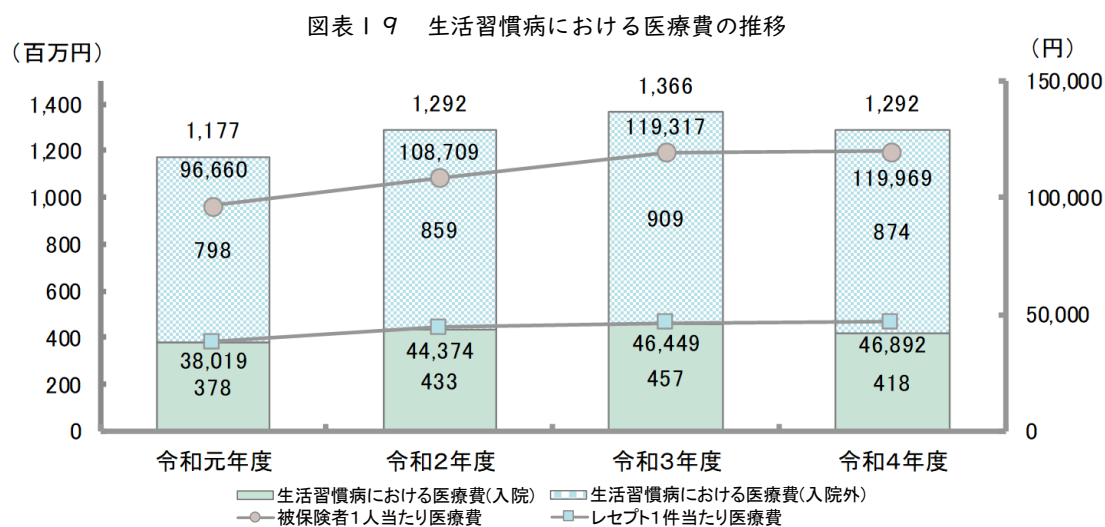


順位	傷病名	総医療費に占める割合 (%)	総医療費 (円)	入院医療費 (円)	入院外医療費 (円)
1	腎不全	7.2	298,552,820	37,546,300	261,006,520
2	その他の悪性新生物<腫瘍>	6.1	253,415,590	126,007,600	127,407,990
3	糖尿病	5.7	236,640,160	19,792,130	216,848,030
4	その他の心疾患	4.6	192,193,440	96,679,670	95,513,770
5	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.8	157,778,750	116,210,770	41,567,980
6	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	3.7	154,440,470	42,338,110	112,102,360
7	その他の消化器系の疾患	3.6	149,446,240	52,963,850	96,482,390
8	その他の神経系の疾患	3.3	135,703,210	60,287,970	75,415,240
9	高血圧性疾患	3.1	129,415,180	10,333,560	119,081,620
10	その他の眼及び付属器の疾患	2.9	121,705,510	19,903,910	101,801,600

資料：KDB（疾病別医療費分析：令和3年度（2021年度））

② 生活習慣病における医療費の推移

生活習慣病における医療費総額は上昇傾向にあり、令和4年度（2022年度）で約13億円となっています。令和4年度（2022年度）の入院医療費に占める割合をみると、約60%をがんが占めており、脳血管疾患（脳梗塞、脳出血）や虚血性心疾患（心筋梗塞、狭心症）の割合も高くなっています。また、入院外医療費は、がんに次いで糖尿病、高血圧症、脂質異常症の割合が高くなっています。



資料：KDB（疾病別医療費分析（生活習慣病））
ただし、筋・骨格、精神を除く

図表20 生活習慣病における各疾病の医療費の割合

疾病名	生活習慣病 総医療費に 占める割合 (%)	総医療費(円)	入院		入院外	
			医療費(円)	レセプト 件数(件)	医療費(円)	レセプト 件数(件)
がん	58.9	760,611,010	311,505,230	321	449,105,780	3,441
糖尿病	16.6	214,413,250	13,751,950	36	200,661,300	6,651
高血圧症	8.7	112,182,880	6,349,880	20	105,833,000	8,622
脂質異常症	7.0	90,732,410	1,484,670	4	89,247,740	6,821
脳梗塞	3.9	49,799,340	40,296,000	62	9,503,340	507
狭心症	1.9	24,079,380	15,396,230	17	8,683,150	392
心筋梗塞	1.5	19,232,770	17,741,310	19	1,491,460	31
脳出血	0.8	10,921,860	10,381,820	17	540,040	22
動脈硬化症	0.3	4,402,810	1,171,820	2	3,230,990	164
脂肪肝	0.3	3,809,520	0	0	3,809,520	193
高尿酸血症	0.2	2,244,150	0	0	2,244,150	220
合計	100.0	1,292,429,380	418,078,910	498	874,350,470	27,064

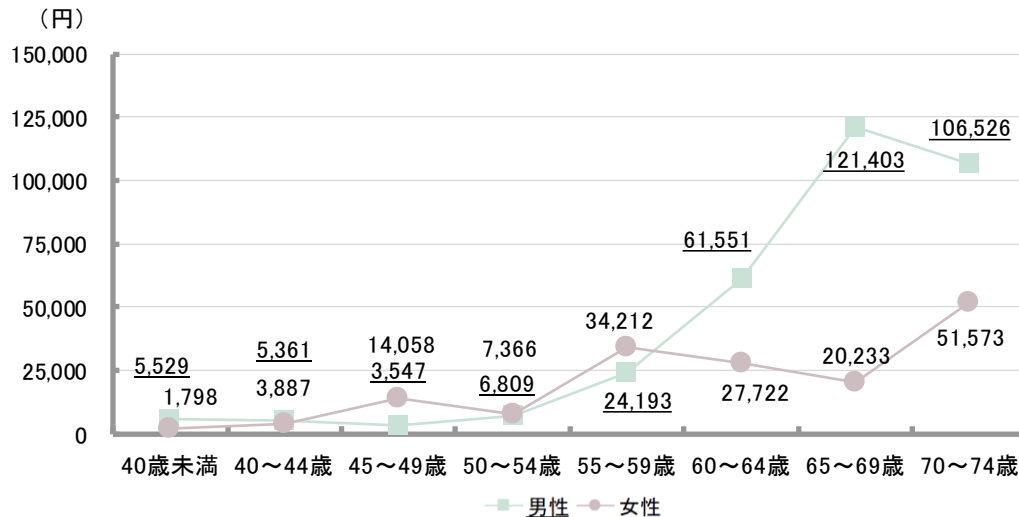
※端数処理のため、割合の合計は100%になりません。

資料：KDB（疾病別医療費分析（生活習慣病）：令和4年度（2022年度））
ただし、筋・骨格、精神を除く

③ 入院・入院外別の状況

令和4年度（2022年度）の入院の生活習慣病における被保険者1人当たりの医療費をみると、特に男性で年齢が増すにつれて増加していく傾向がみられます。男性では70～74歳で106,526円、女性では70～74歳で51,573円となっており、男性では女性よりも2倍程度高くなっています。

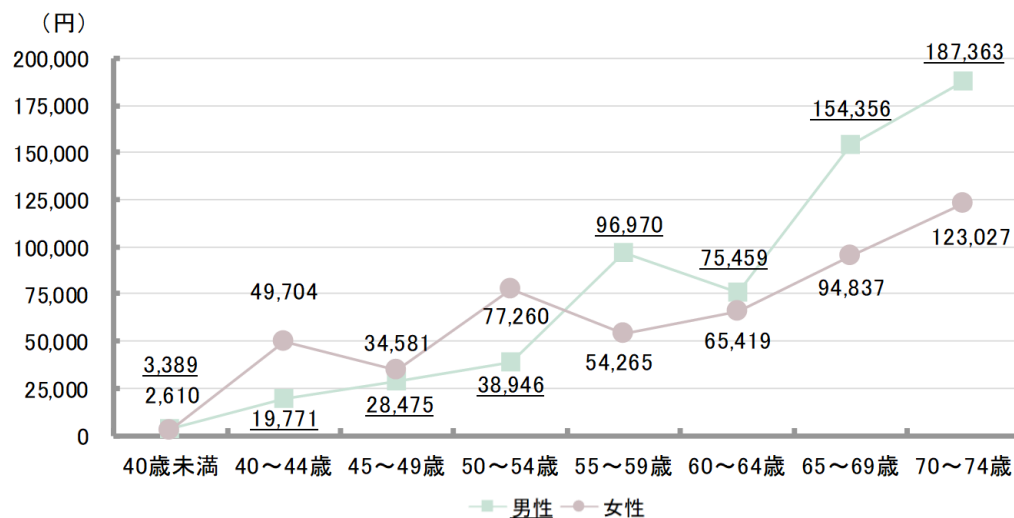
図表2-1 性年代別生活習慣病における被保険者1人当たり医療費（入院）



資料：KDB（疾病別医療費分析（生活習慣病）：令和4年度（2022年度））
ただし、筋・骨格、精神を除く

入院外の生活習慣病における被保険者1人当たりの医療費をみると、男女ともに、年齢が増すにつれて増加していく傾向がみられ、男性では70～74歳で187,363円、女性では123,027円となっており、男性のほうが高くなっています。

図表2-2 性年代別生活習慣病における被保険者1人当たり医療費（入院外）



資料：KDB（疾病別医療費分析（生活習慣病）：令和4年度（2022年度））
ただし、筋・骨格、精神を除く

(3) 生活習慣病における疾病別受診状況

令和4年度（2022年度）の生活習慣病における疾病別受診状況を被保険者千人当たりのレセプト件数でみると、「高血圧症」で最も多く、千人当たり66.8件となっています。また、「脂質異常症」、「がん」、「脳梗塞」、「高尿酸血症」、「脂肪肝」、「動脈硬化症」の受診件数は、大阪府、全国よりも多くなっています。

図表2-3 生活習慣病における疾病別被保険者千人当たりレセプト件数の比較 (件)

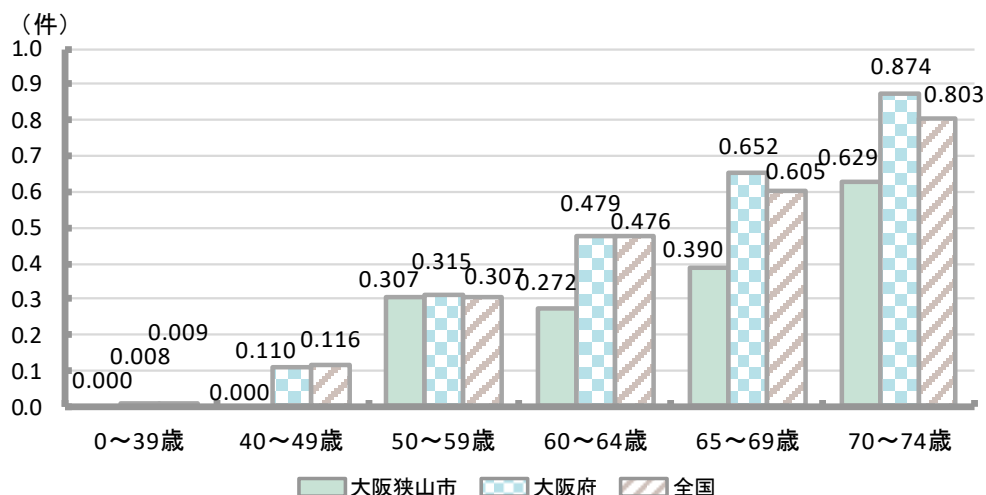
疾病名	大阪狭山市	大阪府	全国
高血圧症	66.8	67.5	74.5
脂質異常症	52.8	47.4	48.9
糖尿病	51.7	49.4	55.3
がん	29.1	26.9	27.0
脳梗塞	4.4	3.7	4.2
狭心症	3.2	4.5	5.4
高尿酸血症	1.7	1.3	1.4
脂肪肝	1.5	1.4	1.3
動脈硬化症	1.3	0.7	0.6
心筋梗塞	0.4	0.4	0.4
脳出血	0.3	0.5	0.5

資料：KDB（疾病別医療費分析（生活習慣病）：令和4年度（2022年度））
ただし、筋・骨格、精神を除く

① 虚血性心疾患

虚血性心疾患の千人当たりレセプト件数は全年齢で大阪府、全国より少なくなっています。

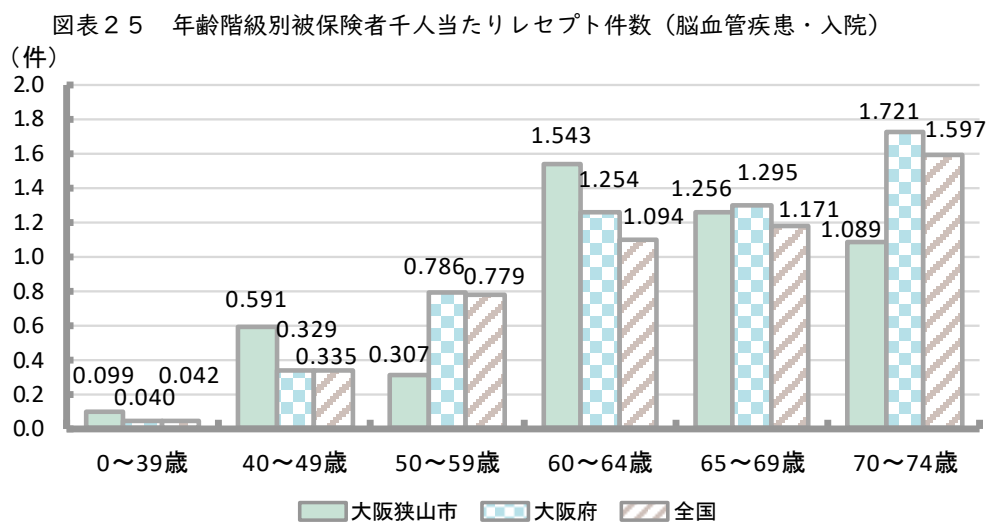
図表2-4 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（虚血性心疾患・入院）



資料：KDB（疾病別医療費分析（中分類）：令和3年度（2021年度））

② 脳血管疾患

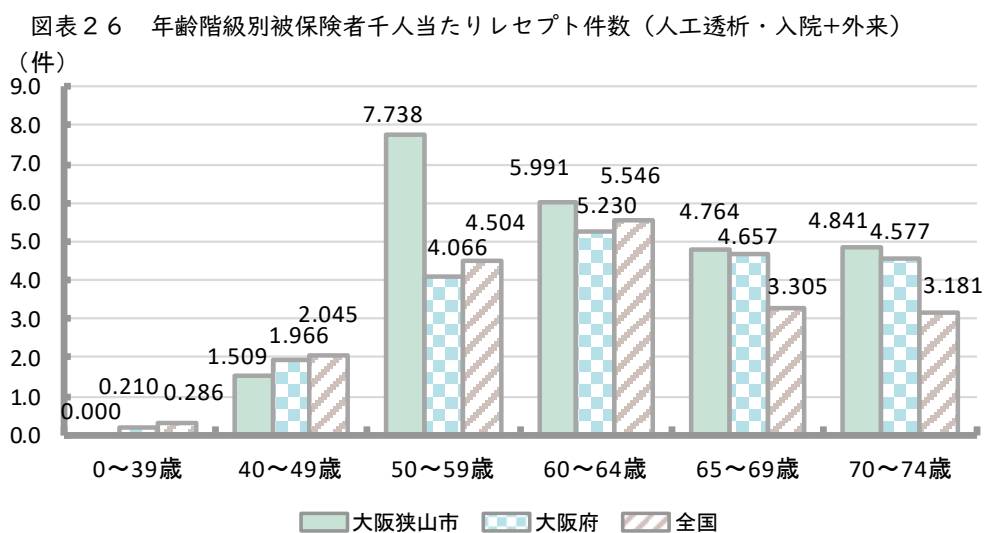
脳血管疾患の千人当たりレセプト件数は40～49歳、60～64歳で大阪府、全国より多くなっています。



資料：KDB（疾病別医療費分析（中分類）：令和3年度（2021年度））

③ 人工透析

人工透析の千人当たりレセプト件数は50～59歳で大阪府、全国より特に多くなっており、60歳以降でも多くなっています。



資料：KDB（疾病別医療費分析（中分類）：令和3年度（2021年度））

本市国民健康保険における人工透析患者の総数は増加傾向で、令和4年度（2022年度）には49人となっています。女性に比べて男性で多く、60歳以降で特に多い状況です。

新規透析患者数は0～1人で推移しており、他の健康保険加入中に透析導入済みの患者が本市国民健康保険に加入したことが患者数の増加要因と考えられます。

図表27 新規透析患者数と人工透析患者数の推移 (人)

	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
新規透析患者数	0	1	0	0
透析継続患者数	44	47	46	49
透析患者総数	44	48	46	49

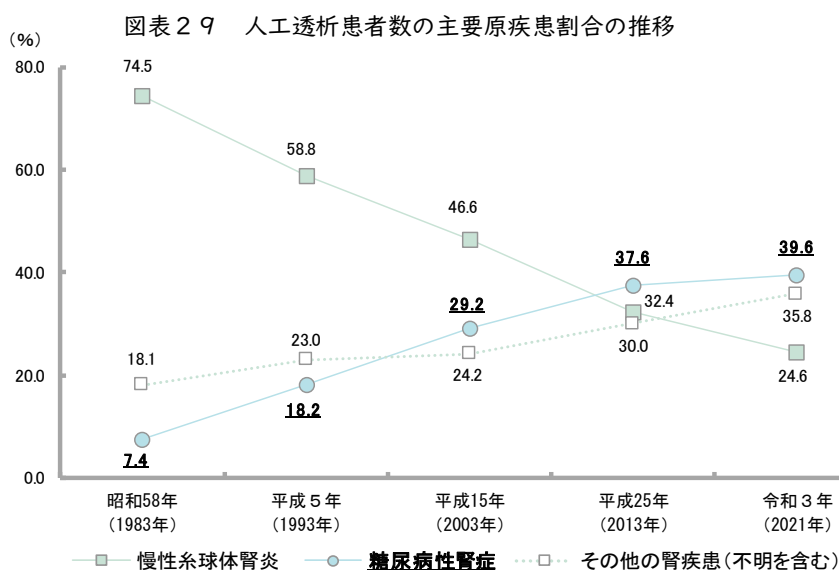
資料：KDB（疾病別医療費分析（細小分類））

図表28 性年代別人工透析患者数 (人)

	男性	女性	総計
50歳未満	0	0	0
50歳代	6	5	11
60歳代	10	7	17
70～74歳	14	7	21
合計	30	19	49

資料：KDB（疾病別医療費分析（細小分類））：令和4年度（2022年度）

人工透析患者の主要原疾患割合における糖尿病性腎症の割合は増加傾向にあり、令和3年（2021年）には主要原疾患の中で最も多くなっています。人工透析導入の抑制を図るためにも、糖尿病合併を引き起こす前からの対策が重要となっています。

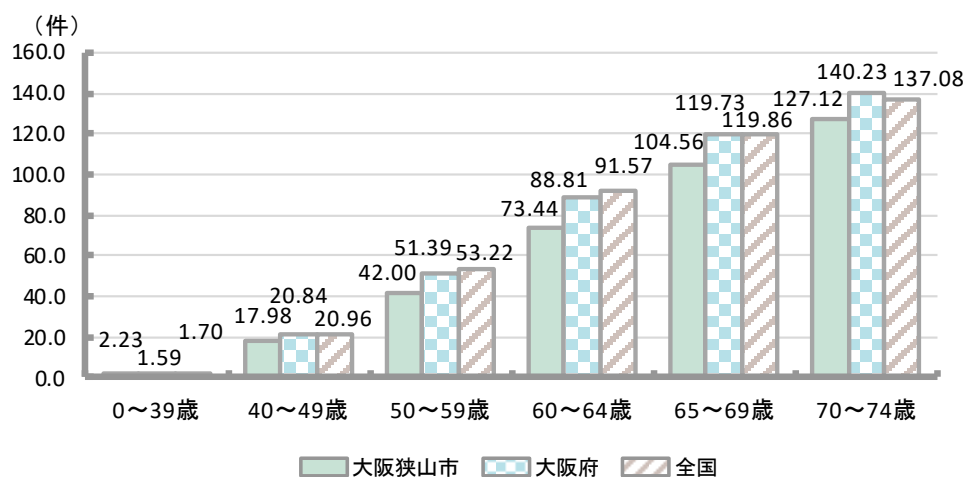


資料：一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2021年12月31日現在）」図10を改変

④ 高血圧性疾患

高血圧性疾患の千人当たりレセプト件数は年齢が高くなるにつれ多くなっていますが、0～39歳を除いた全ての年代で大阪府や全国より少なくなっています。

図表30 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）

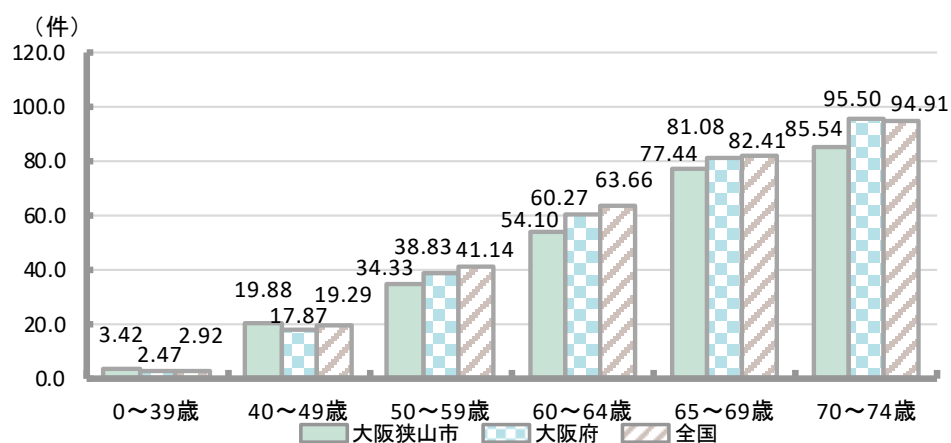


資料：KDB（疾病別医療費分析（中分類）：令和3年度（2021年度））

⑤ 糖尿病

糖尿病の千人当たりレセプト件数は年齢が高くなるにつれ多くなっていますが、ほとんどの年代で大阪府や全国より少なくなっています。

図表31 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）

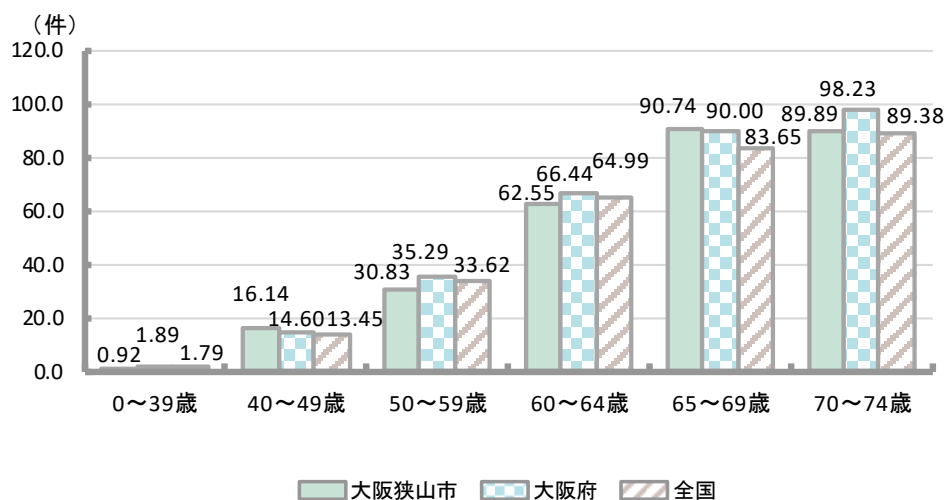


資料：KDB（疾病別医療費分析（中分類）：令和3年度（2021年度））

⑥ 脂質異常症

脂質異常症の千人当たりレセプト件数は一部の年代で大阪府や全国より多くなっています。

図表3-2 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）



資料：KDB（疾病別医療費分析（中分類）：令和3年度（2021年度））

⑦ がん（新生物）

「気管、気管支及び肺」及び「乳房」のがんの割合が高くなっています。がんの医療費は高額であることから、がん検診受診率を向上させ、医療費の適正化を図る必要があります。

図表3-3 がん（新生物）の医療費

疾病分類	大阪狭山市		大阪府	
	医療費 (円)	医療費 割合 (%)	医療費 (円)	医療費 割合 (%)
気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	109,839,530	14.4	16,174,342,550	15.6
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	80,669,080	10.6	10,406,665,110	10.1
結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	66,167,730	8.7	6,449,912,970	6.2
悪性リンパ腫	49,512,460	6.5	5,133,970,430	5.0
胃の悪性新生物＜腫瘍＞	49,377,070	6.5	5,871,979,830	5.7
良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞	47,698,740	6.3	8,054,263,970	7.8
白血病	38,974,060	5.1	4,093,143,240	4.0
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	30,772,590	4.0	4,518,266,360	4.4
子宮の悪性新生物＜腫瘍＞	22,607,040	3.0	2,096,687,420	2.0
肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞	2,329,600	0.3	2,915,046,820	2.8
その他の悪性新生物＜腫瘍＞	262,663,110	34.5	37,755,064,820	36.5
合計	760,611,010	100.0	103,469,343,520	100.0

※端数処理のため、割合の合計は100%になりません。

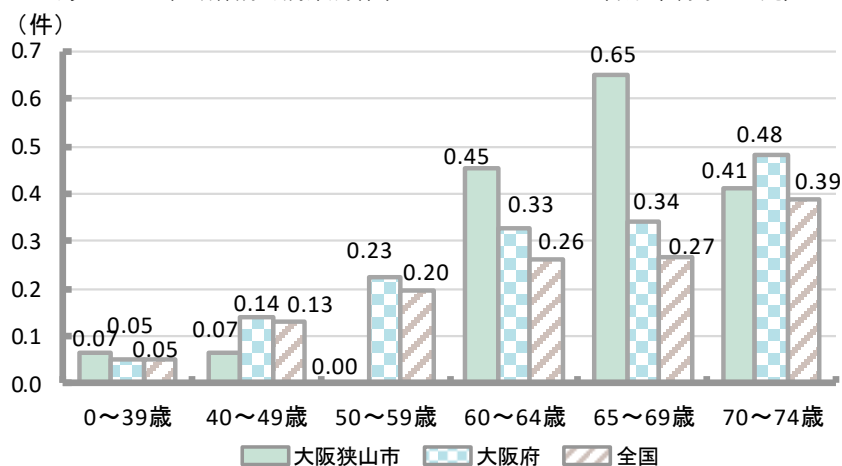
資料：KDB（疾病別医療費分析（中分類）：令和4年度（2022年度））

⑧ 肺炎・骨折等

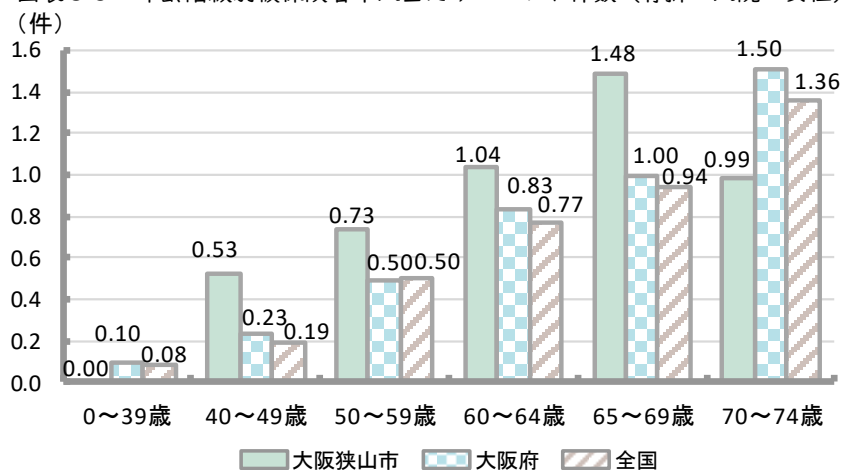
肺炎の千人当たりレセプト件数は60歳代で大阪府、全国と比べて特になくなっています。

また、骨折と骨粗しょう症は、ほとんどの年代で大阪府、全国より多くなっています。

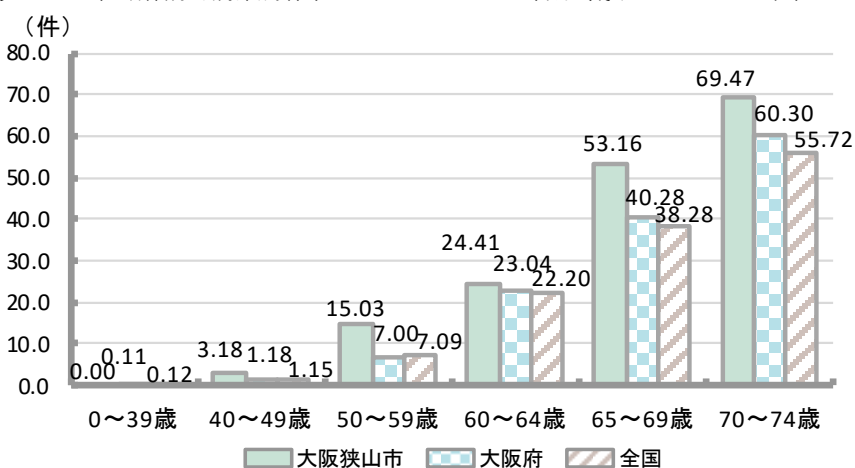
図表34 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（肺炎・入院）



図表35 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（骨折・入院・女性）



図表36 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・外来・女性）

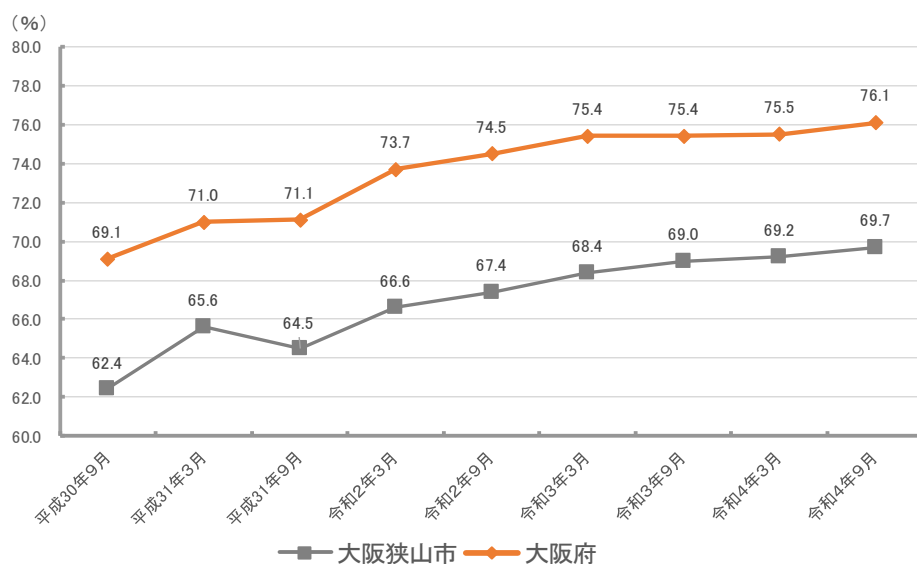


資料：KDB（疾病別医療費分析（中分類）：令和3年度（2021年度））

(4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況

後発医薬品の使用割合（数量シェア）の推移をみると、年々上昇しているものの、大阪府よりも低く推移しています。令和4年（2022年）9月の数量シェアは目標とする80%以上には達しておらず、大阪府と比較して6.4ポイント低くなっています。

図表37 後発医薬品使用割合の推移（数量シェア）

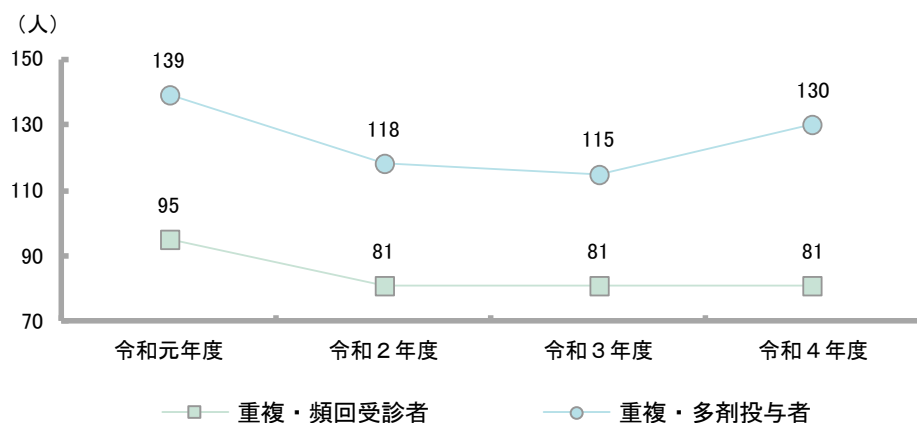


資料：厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合」

(5) 重複・頻回受診及び重複・多剤服薬の状況

新型コロナウイルス感染症流行による受診控えの影響もあり、一時期は該当者が減少したものの、重複・多剤投与者は令和4年度（2022年度）には元の水準まで増加しています。

図表38 重複・頻回受診及び重複・多剤服薬の状況



資料：KDB（重複・頻回受診の状況、重複・多剤処方状況）

(6) がん検診等実施状況

がん検診受診率の状況をみると、大阪府と比べて乳がんや子宮頸がん検診の受診率が高くなっていますが、胃がん検診は大阪府や全国の受診率よりも低くなっています。

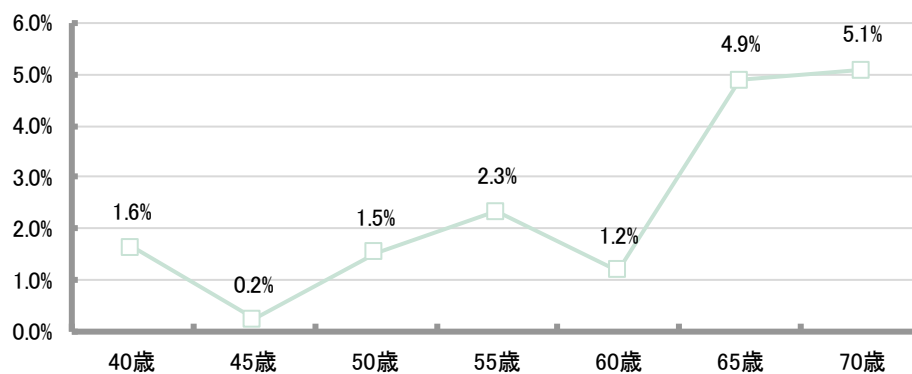
骨粗しょう症検診と歯科健診の受診率を年代別でみると、骨粗しょう症検診は65歳以上で高く、歯科健診は60歳で高くなっていますが、どちらも若年層の受診率が低い状況です。

図表39 がん検診受診率 (%)

	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	50～69歳	40～69歳	40～69歳	40～69歳	20～69歳	
大阪狭山市	2.9	5.6	5.5	15.1	21.3	10.08
大阪府	4.0	5.2	4.7	13.0	15.7	8.52
全国	6.5	7.0	6.0	15.4	15.4	10.06

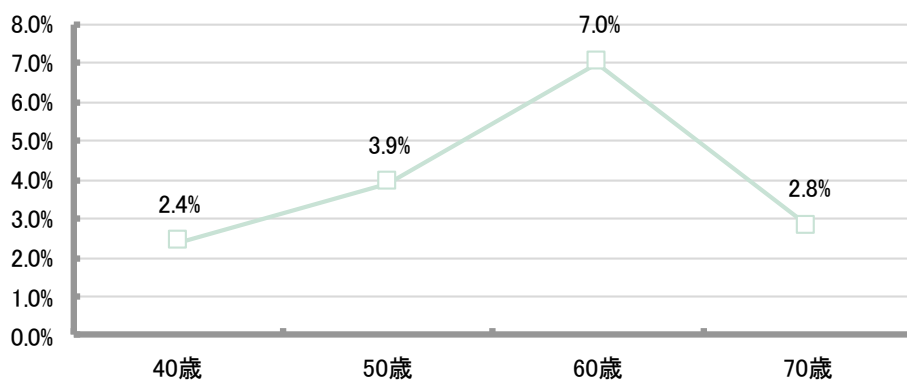
資料：令和3年度（2021年度）地域保健・健康増進事業報告

図表40 大阪狭山市における骨粗しょう症検診の受診率



資料：令和3年度（2021年度）地域保健・健康増進事業報告

図表41 大阪狭山市における歯科健診の受診率



資料：令和3年度（2021年度）地域保健・健康増進事業報告

3 特定健康診査

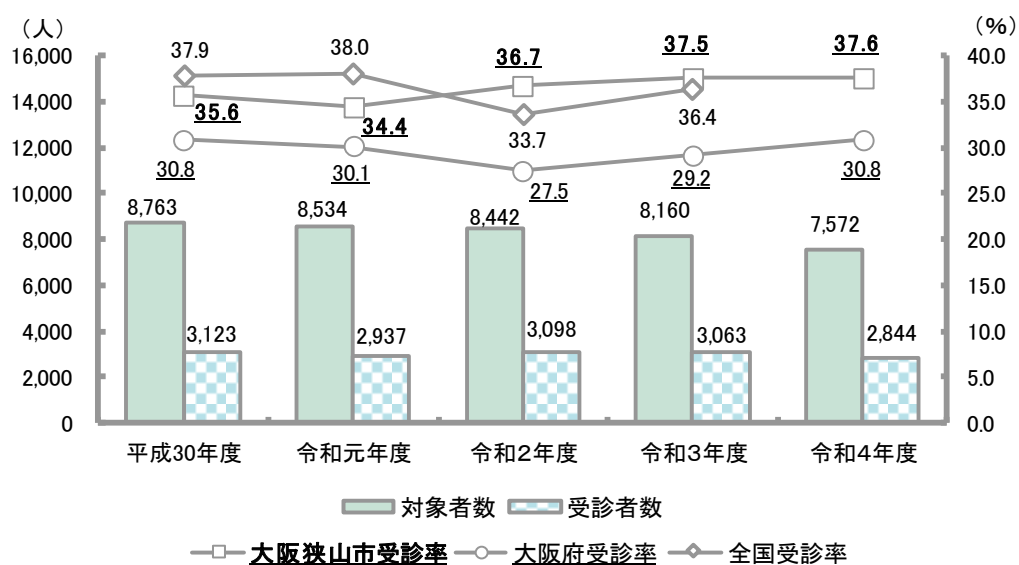
(1) 特定健康診査の実施状況

① 特定健康診査の受診率の推移

特定健診の受診率をみると、令和元年度（2019年度）以降上昇傾向で全国、大阪府の受診率よりも高く推移し、令和4年度（2022年度）は37.6%となっています。

今後、目標とする60%を達成するための対策が必要となっています。

図表4-2 特定健診の受診率の推移



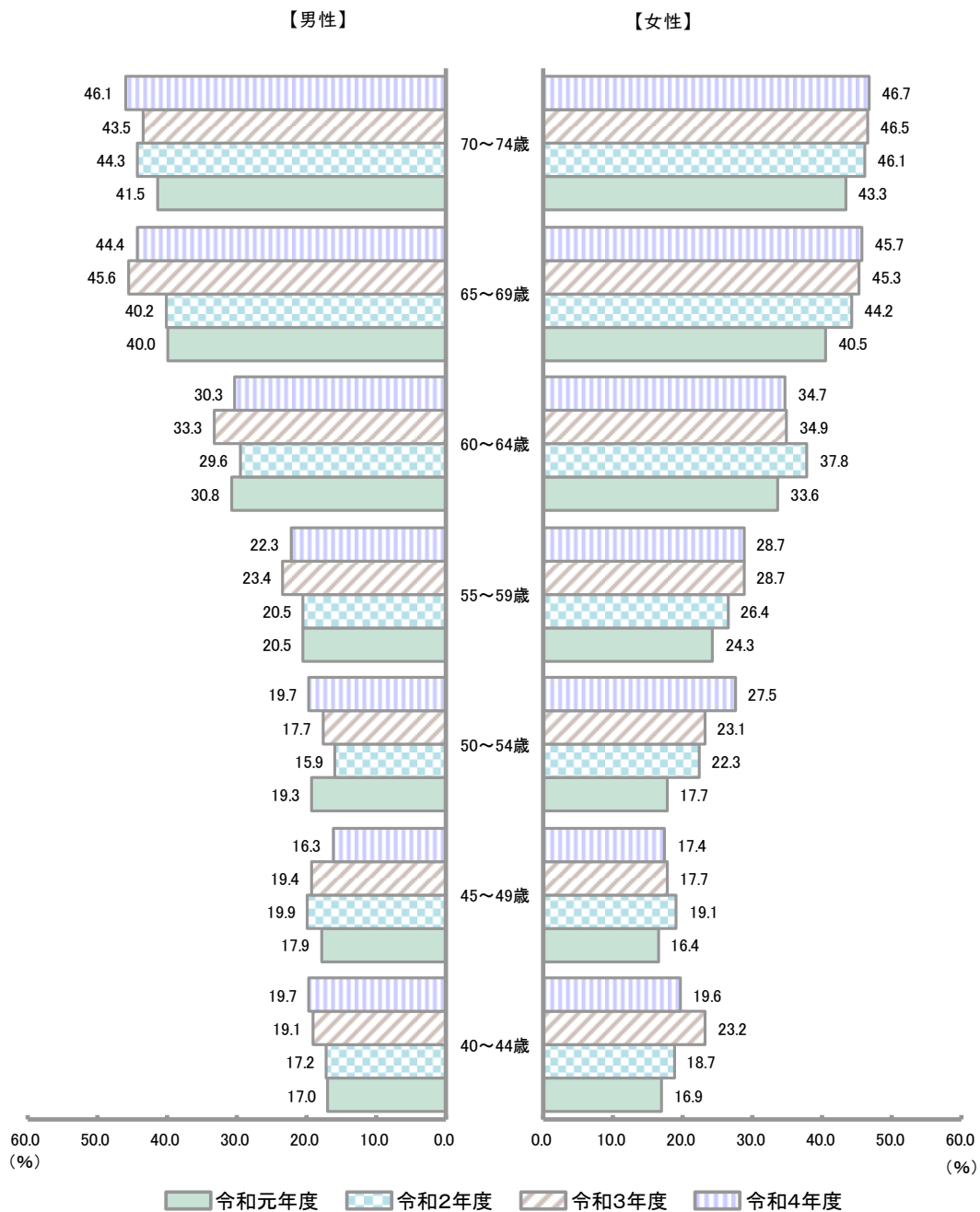
資料：特定健診・特定保健指導実施結果 法定報告（以下「法定報告」という。）

② 特定健康診査の性年代別受診状況

性年代別に特定健診の受診状況を見ると、年齢が高くなるにつれ受診率が高くなり、令和4年度（2022年度）は、70～74歳の男性で46.1%、70～74歳の女性で46.7%となっています。一方で、40～50歳代は20%前後と低い状況で推移しています。

また、多くの年代において、男性よりも女性の受診率が高い傾向があります。

図表4-3 性年代別特定健診受診率の推移

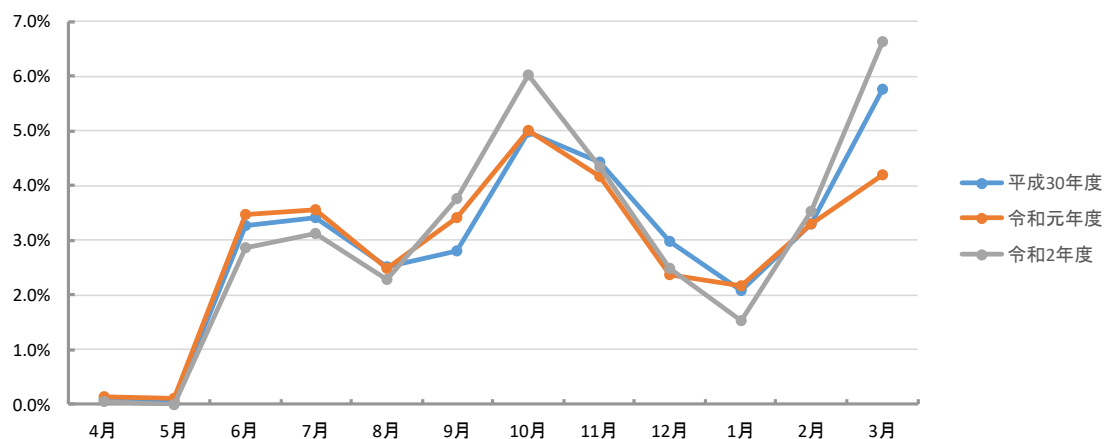


資料：法定報告

③ 月別特定健康診査受診状況

月別特定健診受診状況については、どの年度も同じように推移しており、9月以降に上昇し、10月に高くなっています。また、受診期間が終了する3月についても高くなっています。

図表4-4 月別特定健診受診状況の推移

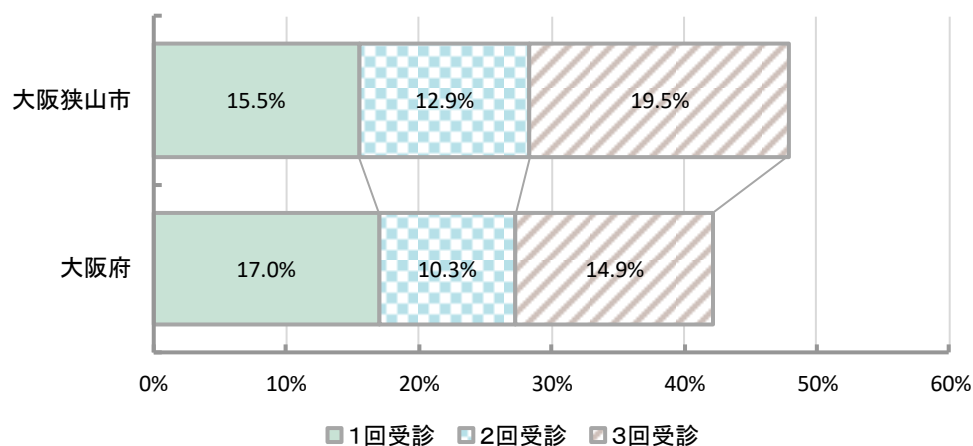


資料：特定健診等データ管理システム TKAC020 特定健診・特定保健指導進捗実績管理表

④ 特定健康診査継続受診状況

3年累積特定健診受診率をみると、19.5%が3年連続受診者であり、大阪府と比べて多くなっています。

図表4-5 3年累積特定健診受診率

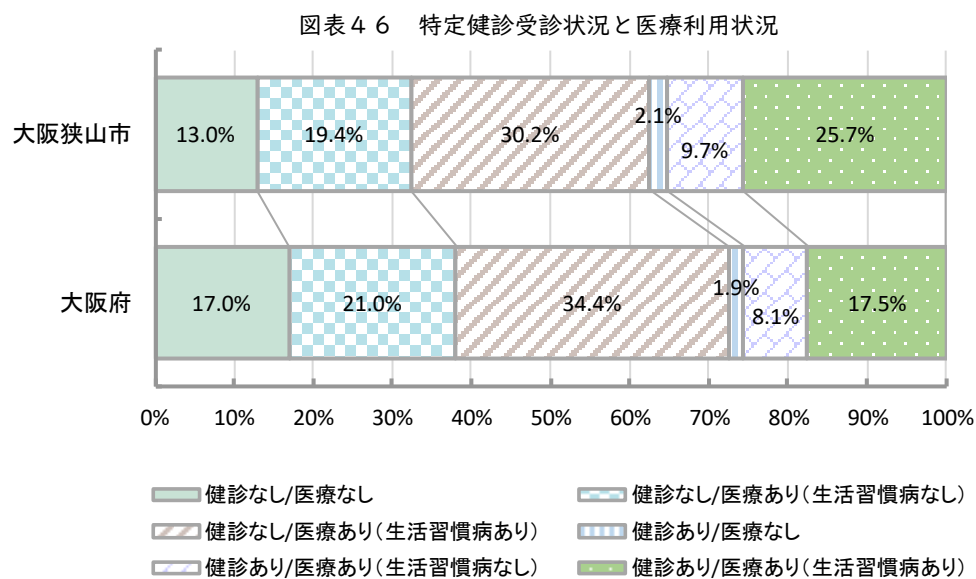


資料：KDB 被保険者管理台帳（令和元年度（2019年度）～令和3年度（2021年度））

⑤ 特定健康診査受診状況と医療利用状況

特定健診未受診者のうち、約半数は生活習慣病で医療機関を受診しています。

なお、健診も医療も未受診である健康状態未把握者が特定健診対象者全体の13%となっています。



※端数処理のため、割合の合計は100%になりません。

資料：KDB 医療機関受診と健診受診の関係表（令和3年度（2021年度））

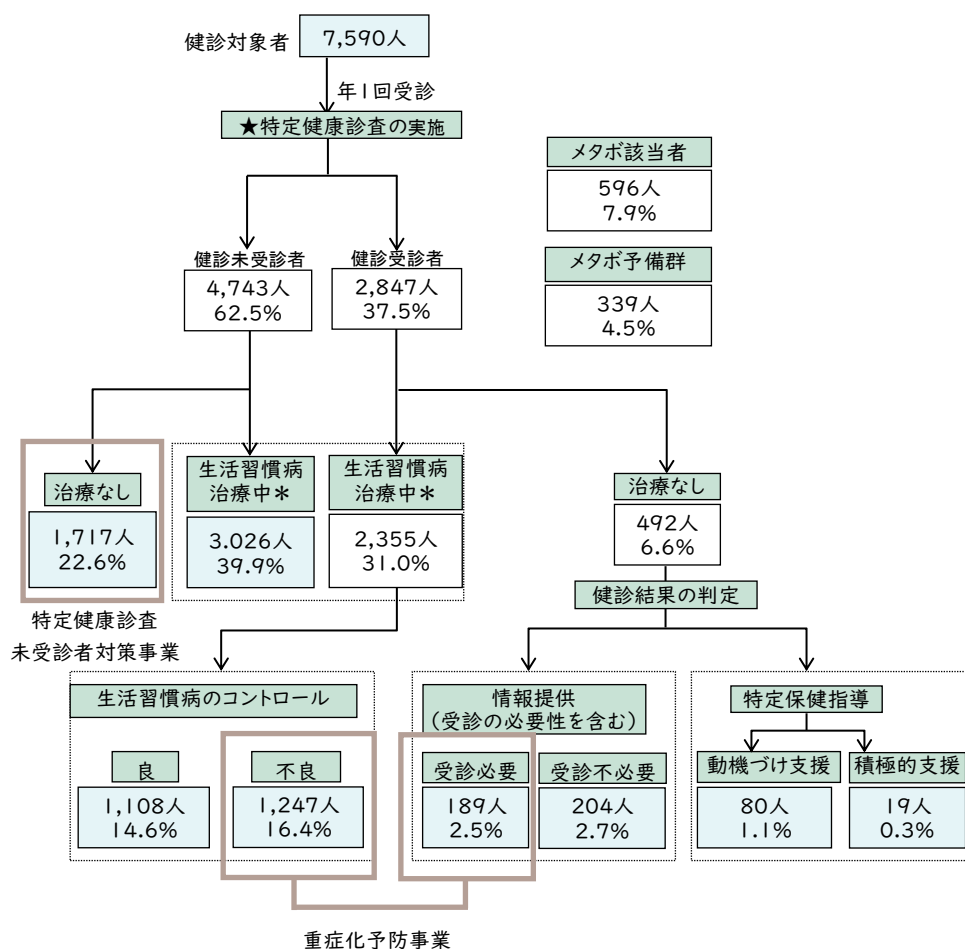
⑥ 特定健康診査対象者の状況

令和4年度における特定健診の対象者の状況をみると、健診未受診者で生活習慣病の治療中の人は3,026人（健診対象者の39.9%）となっています

また、健診受診者で生活習慣病の治療中の人は2,355人（健診対象者の31.0%）となっています。

健診受診者で生活習慣病の治療中であるものの、コントロール不良の人は1,247人（健診対象者の16.4%）となっています。また、健診受診者の情報提供者のうち、医療受診の必要な人は189人（健診対象者の2.5%）となっており、コントロール不良者と合わせた重症化予防事業対象者人数は1,436人（健診対象者の18.9%）となっています。

図表4-7 特定健診対象者の状況



※KDBによる独自集計値のため、法定報告の数値とは一致しません。

資料：KDB（厚生労働省様式（様式5-5）：令和4年度（2022年度））

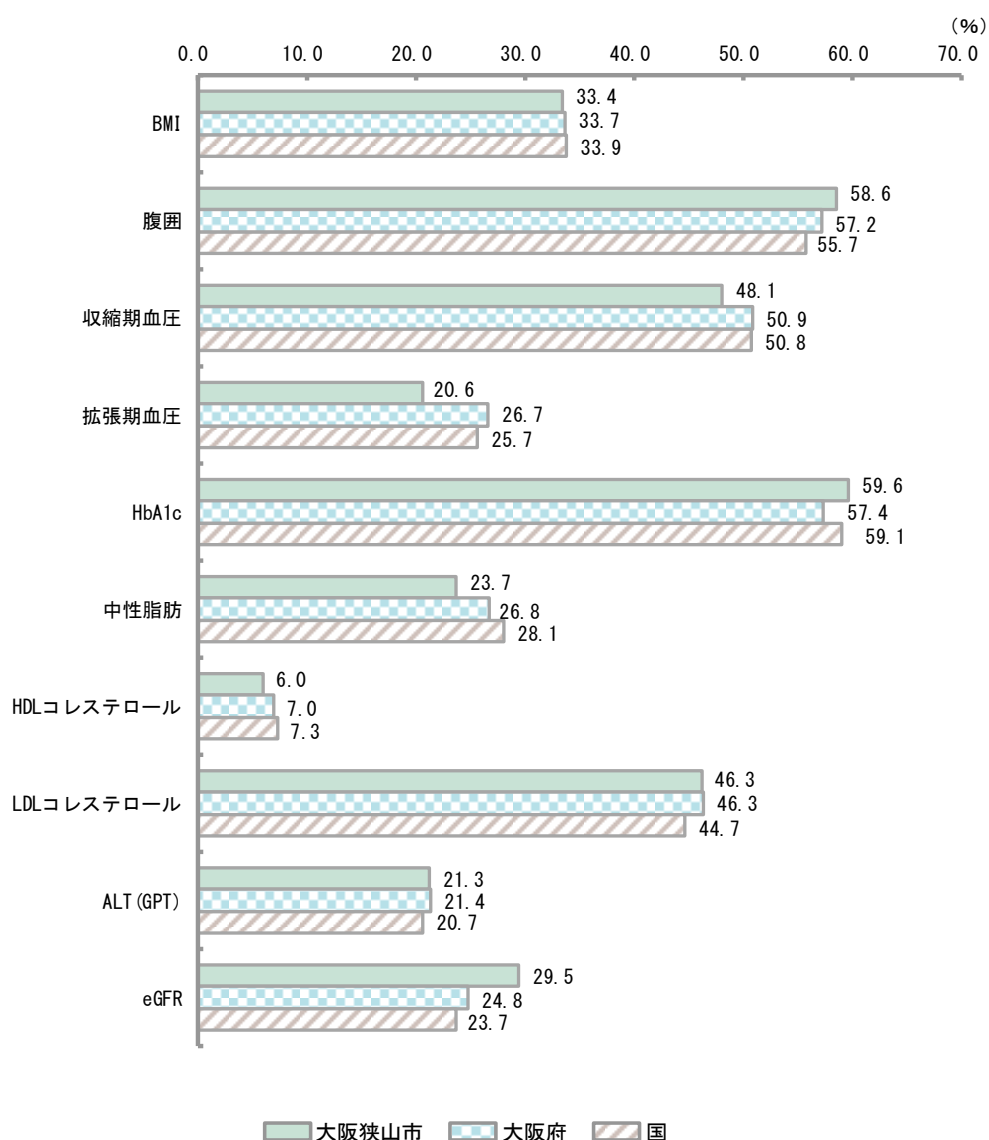
(2) 特定健康診査結果の状況

① 特定健康診査における有所見者割合の比較

令和4年度(2022年度)の特定健診における男性の有所見者割合の状況を大阪府、国と比較すると、大阪狭山市では、腹囲、HbA1c、eGFRの有所見者割合が高くなっています。

一方、BMI、収縮期血圧、拡張期血圧、中性脂肪、HDLコレステロールの有所見者割合は低くなっています。

図表4-8 男性の有所見状況の比較

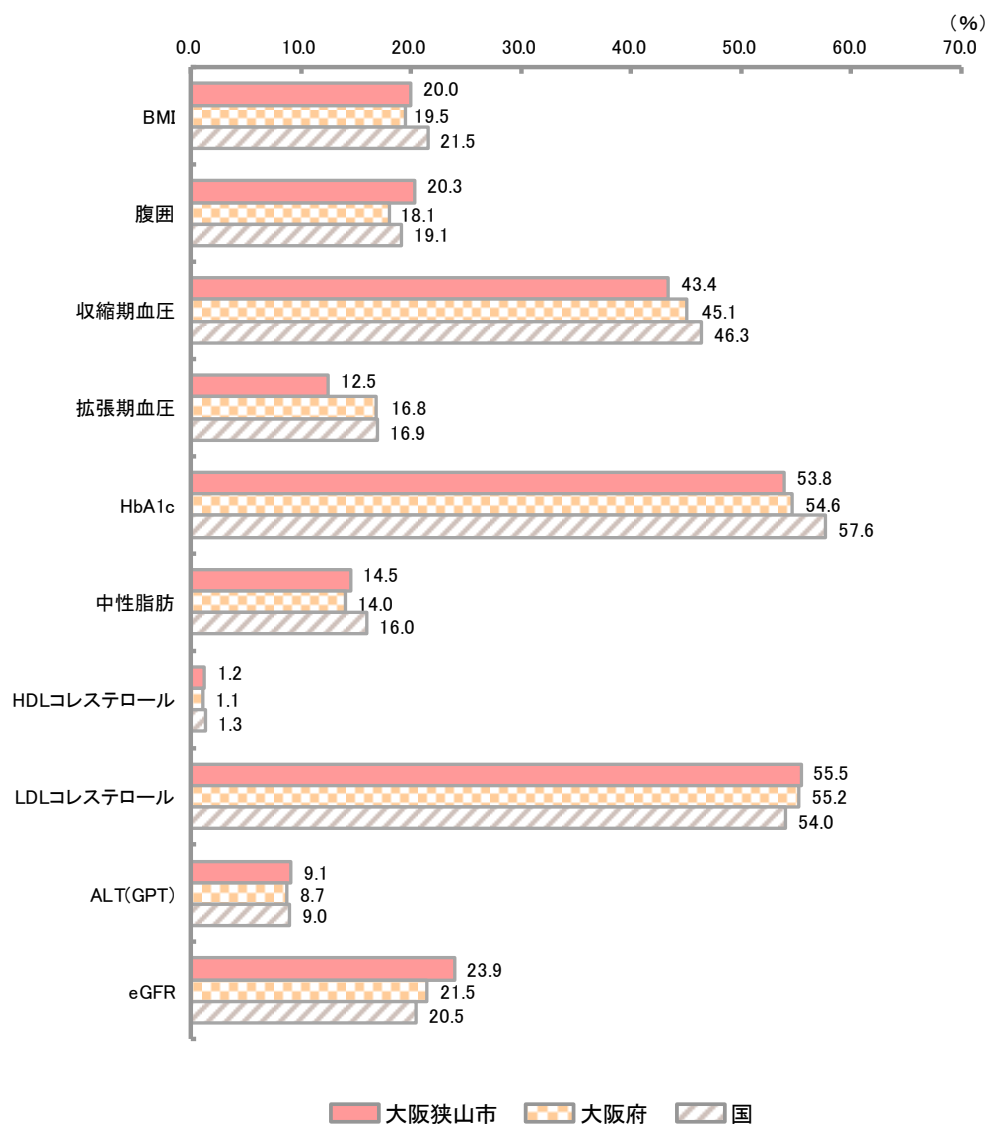


資料：KDB（厚生労働省様式（様式5-2）：令和4年度（2022年度））

令和4年度（2022年度）の特定健診における女性の有所見者割合の状況を大阪府、国と比較すると、大阪狭山市では、腹囲、LDLコレステロール、ALT（GPT）、eGFRの有所見者割合が高くなっています。

一方、収縮期血圧、拡張期血圧、HbA1cの有所見者割合は低くなっています。

図表4-9 女性の有所見状況の比較



資料：KDB（厚生労働省様式（様式5-2）：令和4年度（2022年度））

② 肥満・メタボリックシンドローム等の状況

(ア) BMIの状況の推移

BMIの状況の推移をみると、肥満（BMI 25以上）の割合は、令和2年度（2020年度）に最も高く26.7%となっており、令和4年度（2022年度）では25.3%になっています。

図表50 BMIの状況の推移

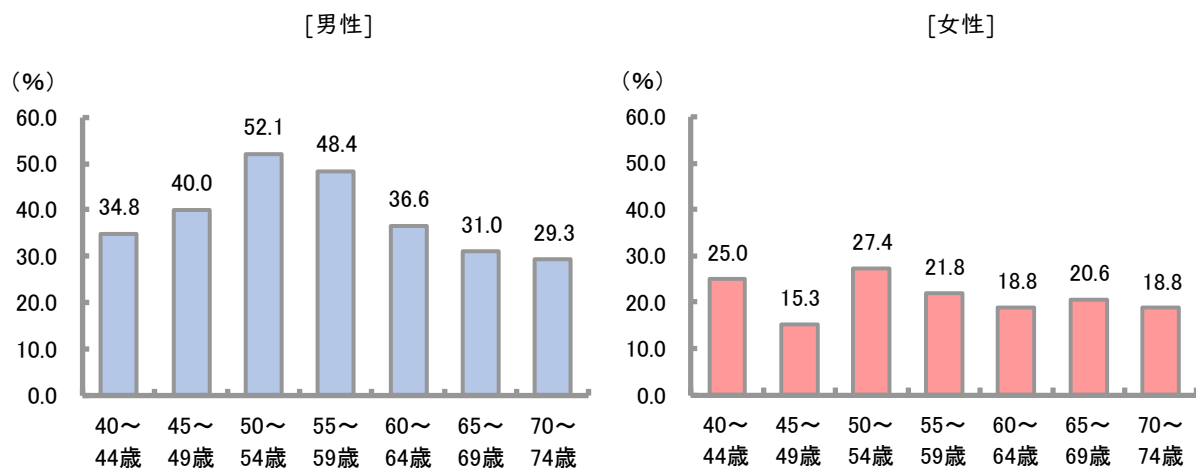
	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
低体重(やせ) 18.5未満	6.7%	7.2%	7.5%
普通体重 18.5以上25未満	66.6%	68.2%	67.2%
肥満 25以上	26.7%	24.6%	25.3%

資料：特定健診等データ管理システム FKACI7I 特定健診結果等情報作成抽出
(全健診結果情報(横展開)ファイル)(以下「FKACI7I」という。)

(イ) 性年代別有所見者（BMI 25以上）

性年代別に有所見者の割合をみると、女性に比べ男性の有所見者割合が高い傾向にあります。また、男女ともに50～54歳で他の年代に比べて高くなっています。

図表51 性年代別BMIの有所見者割合



資料：FKACI7I（令和4年度（2022年度））

(ウ) 前期高齢者（65歳以上74歳以下）のBMIの状況の推移

前期高齢者の低体重（やせ）傾向の人の割合はやや増加傾向にあります。

図表5-2 前期高齢者のBMIの状況の推移

	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
低体重(やせ)傾向 20.0未満	16.7%	17.7%	18.7%

資料：FKAC171

(エ) 腹囲の状況の推移

腹囲の有所見者（男性：腹囲85cm以上、女性：腹囲90cm以上）の割合は、男女ともに横ばいで推移しています。

図表5-3 腹囲の状況の推移

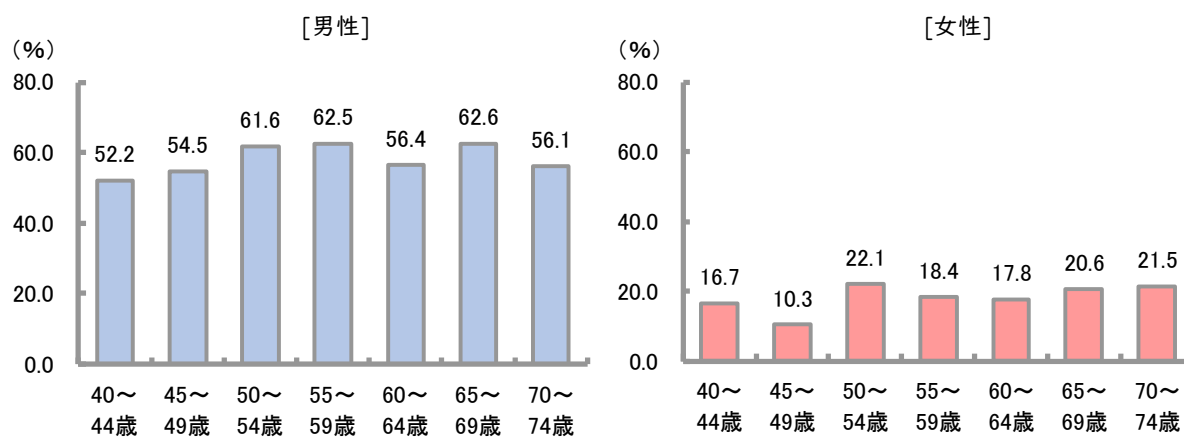
	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
男性 腹囲85cm以上	60.8%	60.7%	58.2%
女性 腹囲90cm以上	21.4%	19.7%	20.3%

資料：FKAC171

(オ) 性年代別有所見者（男性：腹囲85cm以上、女性：腹囲90cm以上）

性年代別に有所見者の割合をみると、女性に比べ男性の有所見者割合が高い傾向にあります。

図表5-4 性年代別腹囲の有所見者割合



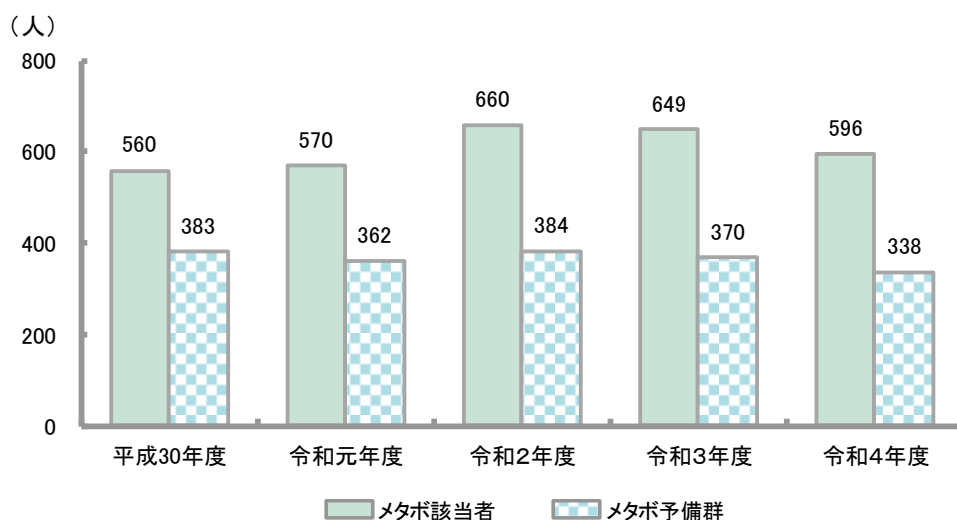
資料：FKAC171（令和4年度（2022年度））

(カ) メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボリックシンドローム該当者・予備群は令和3年度(2021年度)以降減少しており、令和4年度(2022年度)の該当者数は596人、予備群者数338人となっています。

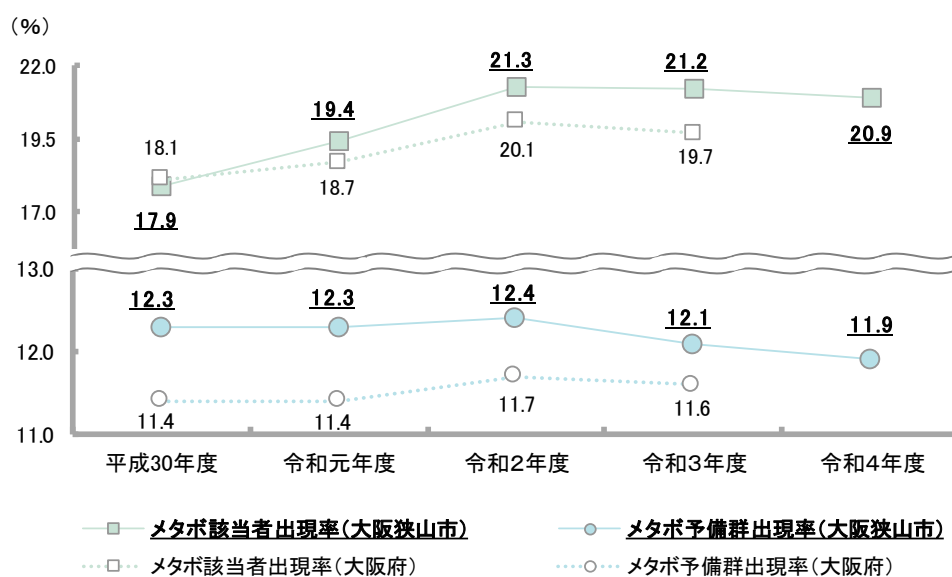
また、メタボリックシンドローム該当者の出現率は令和4年度(2022年度)で20.9%、予備群出現率は11.9%となっています。

図表55 メタボリックシンドローム該当者・予備群者数の推移



資料：法定報告

図表56 メタボリックシンドローム該当者・予備群出現率の推移



資料：法定報告

③ 血圧の状況

(ア) 血圧の状況の推移

血圧の状況の推移をみると、有所見者（保健指導判定値以上）の割合は50%前後で推移しており、令和4年度（2022年度）で47.8%となっています。

図表5-7 血圧の状況の推移

	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
基準範囲内	49.8%	49.2%	52.2%
有所見率	50.2%	50.8%	47.8%
保健指導判定値	22.6%	23.8%	23.1%
受診勧奨判定値	21.1%	20.4%	19.4%
受診勧奨判定値 (緊急)	6.5%	6.6%	5.3%

資料：FKAC171

基準範囲内：収縮期血圧<130mmHgかつ拡張期血圧<85mmHg

保健指導判定値：130mmHg≦収縮期血圧<140mmHg

又は85mmHg≦拡張期血圧<90mmHg

受診勧奨判定値：140mmHg≦収縮期血圧<160mmHg

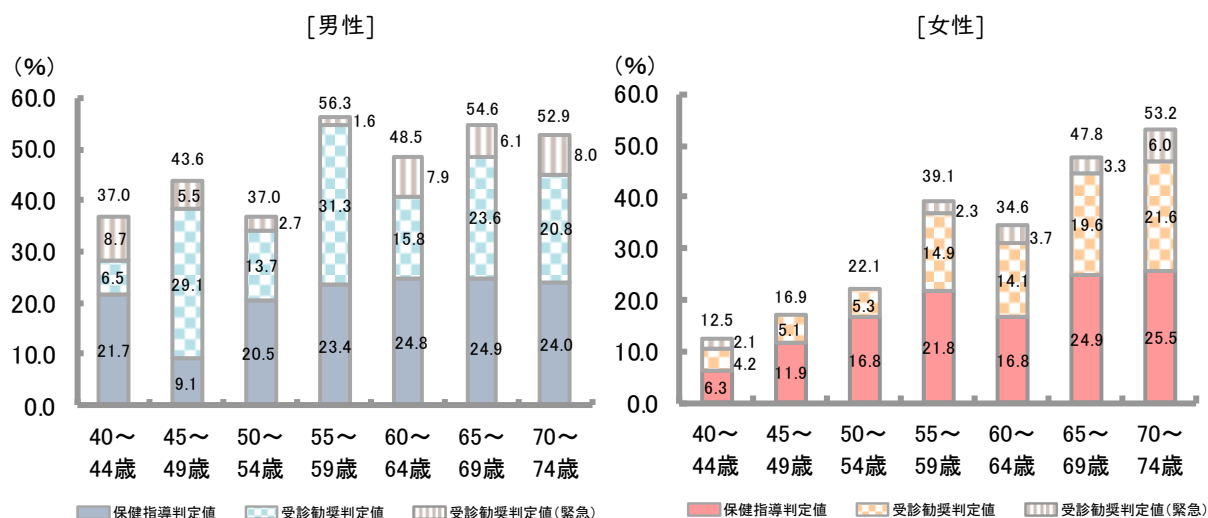
又は90mmHg≦拡張期血圧<100mmHg

受診勧奨判定値（緊急）：160mmHg≦収縮期血圧又は100mmHg≦拡張期血圧

(イ) 性年代別有所見者

性年代別に有所見者の割合をみると、女性に比べ男性の有所見者割合が高く、男女ともに年代が高くなるにつれて有所見者の割合が高くなる傾向があります。

図表5-8 性年代別血圧の有所見者割合

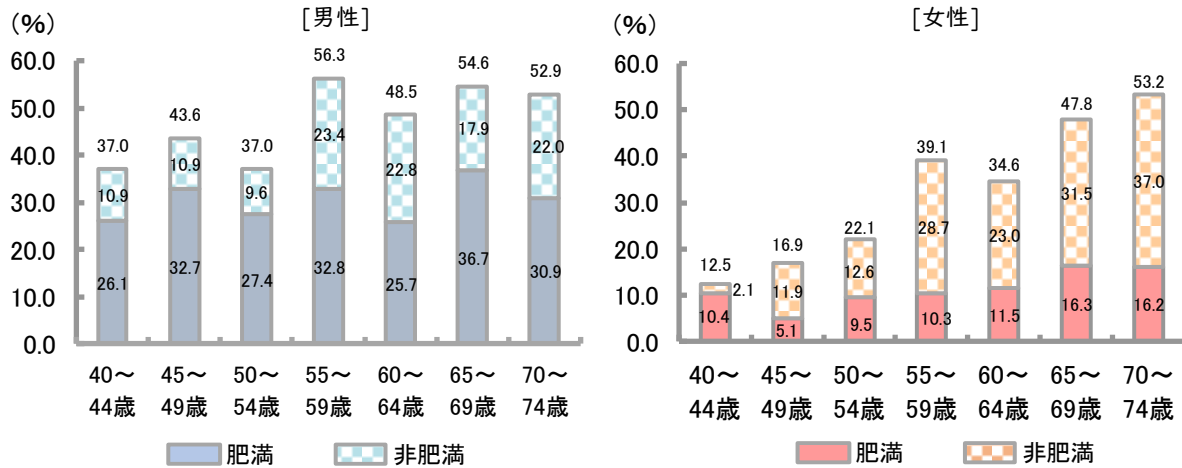


資料：FKAC171（令和4年度（2022年度））

(ウ) 肥満・非肥満別有所見者

肥満・非肥満別に有所見者の割合をみると、男性では、肥満者における有所見者割合が高く、女性では、40～44歳を除き非肥満者における有所見者割合が高くなっています。

図表59 肥満・非肥満別血圧の有所見者割合



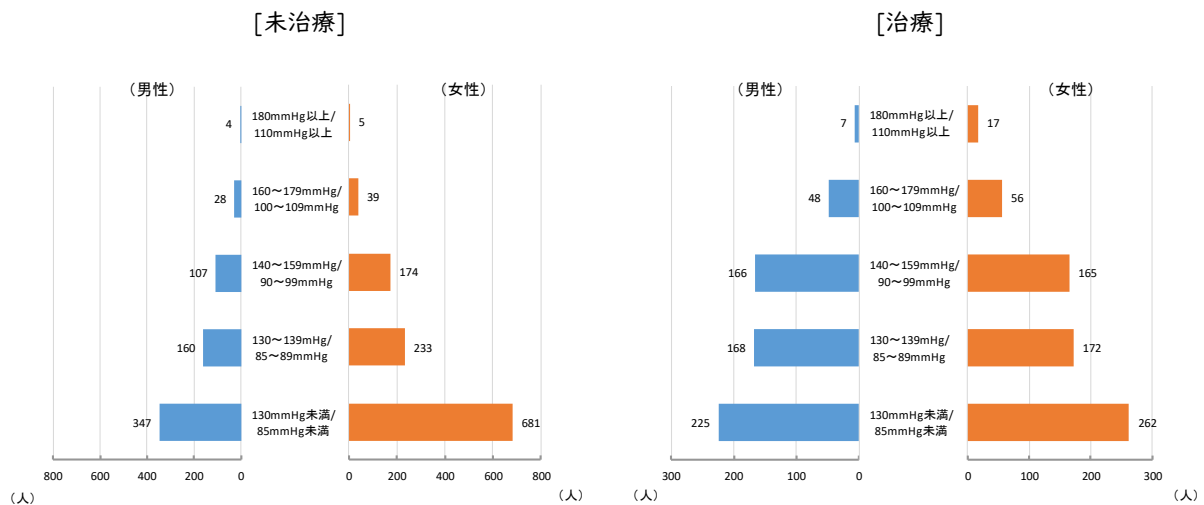
※端数処理のため、割合の合計が一致しない場合があります。

資料：FKAC171（令和4年度（2022年度））

(エ) 治療状況別の高血圧重症度別該当者数

Ⅱ度高血圧（160～179mmHg／100～109mmHg）以上にもかかわらず未治療（服薬なし）は、男性で32人、女性で44人となっています。また、治療中（服薬あり）でⅡ度高血圧以上となっているのは、男性55人、女性73人となっています。

図表60 治療状況別の高血圧重症度別該当者数



資料：KDB 保健指導対象者一覧 独自集計

④ 脂質の状況

(ア) 脂質の状況の推移

脂質の状況の推移をみると、有所見者（保健指導判定値以上）の割合は約60%で推移しており、令和4年度（2022年度）で60.2%となっています。

図表6-1 脂質異常の状況の推移

	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
基準範囲内	37.5%	37.6%	39.8%
有所見率	62.5%	62.4%	60.2%
保健指導判定値	32.2%	32.8%	33.5%
受診勧奨判定値	26.2%	26.1%	23.4%
受診勧奨判定値 (緊急)	4.1%	3.5%	3.3%

資料：FKAC171

基準範囲内：LDL<120mg/dl かつ中性脂肪<150mg/dl かつHDL $\geq$ 40mg/dl

保健指導判定値：120mg/dl $\leq$ LDL<140mg/dl

又は150mg/dl $\leq$ 中性脂肪<300mg/dl 又はHDL<40mg/dl

受診勧奨判定値：140mg/dl $\leq$ LDL<180mg/dl

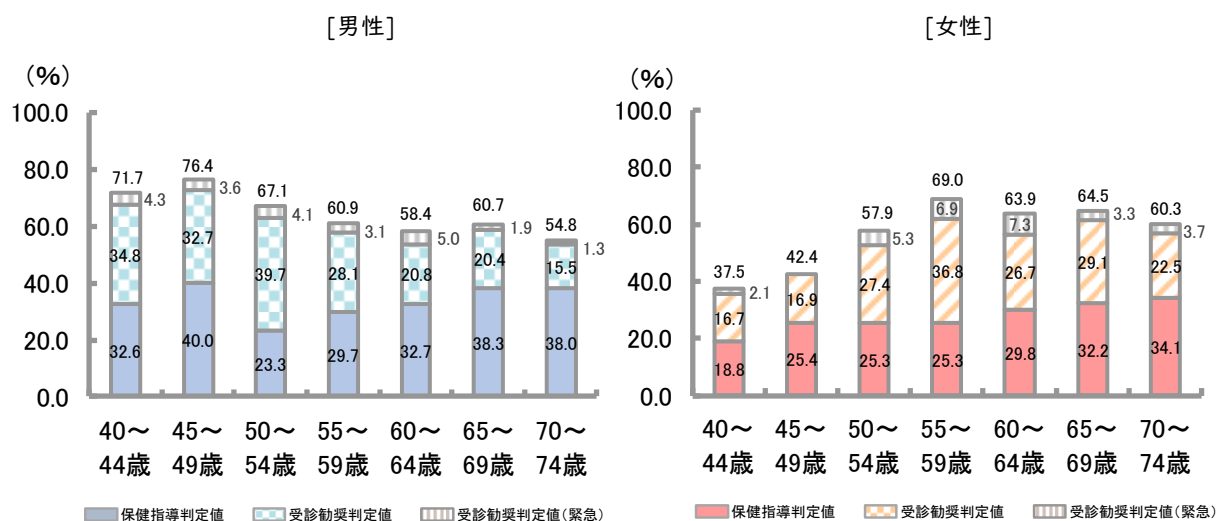
又は300mg/dl $\leq$ 中性脂肪<1,000mg/dl

受診勧奨判定値（緊急）：180mg/dl $\leq$ LDL又は1,000mg/dl $\leq$ 中性脂肪

(イ) 性年代別有所見者

性年代別に有所見者の割合をみると、男性では45～49歳で最も高く、女性では55～59歳で最も高くなっています。

図表6-2 性年代別脂質の有所見者割合

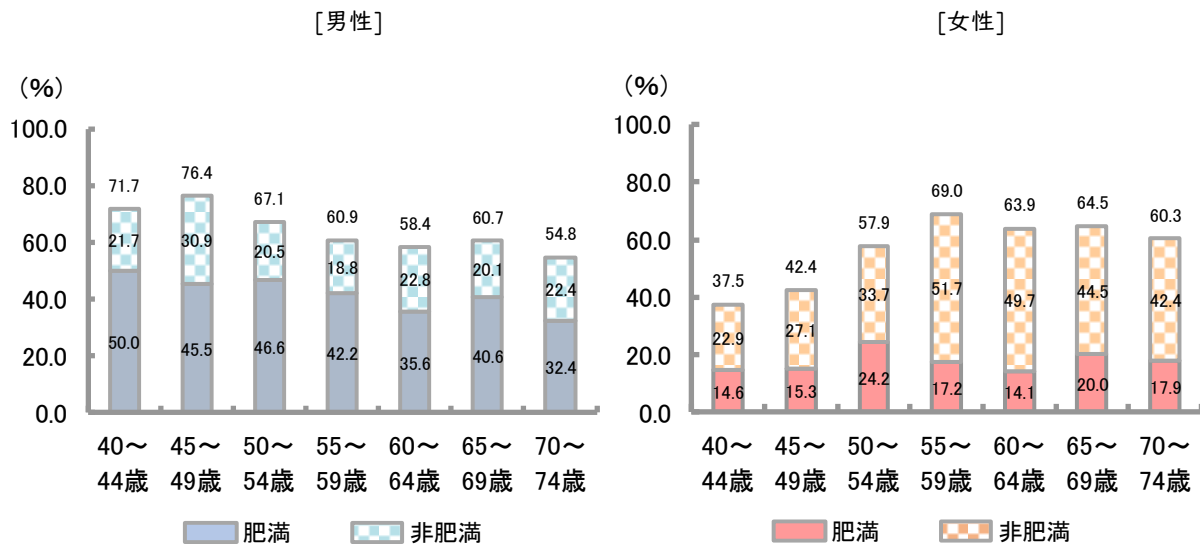


資料：FKAC171（令和4年度（2022年度））

(ウ) 肥満・非肥満別有所見者

肥満・非肥満別に有所見者の割合をみると、男性では、肥満者における有所見者割合が高く、女性では、非肥満者における有所見者割合が高くなっています。

図表6-3 肥満・非肥満別脂質の有所見者割合

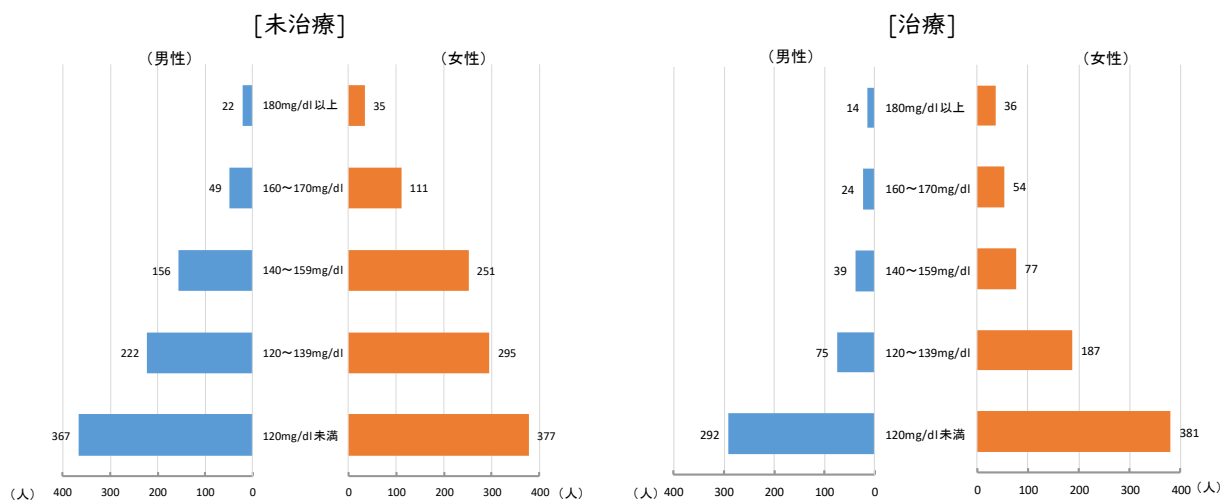


資料：FKAC171（令和4年度（2022年度））

(エ) 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

LDLコレステロールが180mg/dl以上にもかかわらず未治療（服薬なし）は、男性22人、女性35人となっています。また、治療中（服薬あり）で180mg/dl以上は男性14人、女性36人となっています。

図表6-4 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



資料：KDB 保健指導対象者一覧 独自集計

⑤ 血糖の状況

(ア) 血糖の状況の推移

血糖の状況の推移をみると、有所見者（保健指導判定値以上）の割合は60%前後で推移しており、令和4年度（2022年度）で61.5%となっています。

図表65 血糖の状況の推移

	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
基準範囲内	39.8%	36.2%	38.5%
有所見率	60.2%	63.8%	61.5%
保健指導判定値	49.5%	52.3%	51.0%
受診勧奨判定値	10.7%	11.5%	10.5%

資料：FKAC171

基準範囲内：空腹時血糖<100mg/dl 又は HbA1c<5.6%

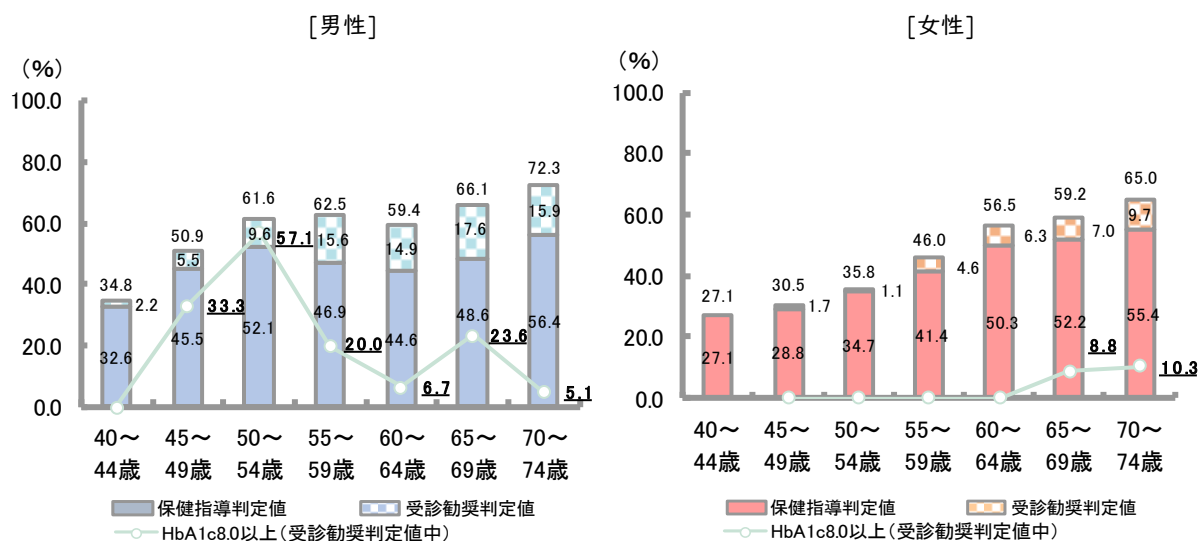
保健指導判定値：100mg/dl≦空腹時血糖<126mg/dl 又は 5.6%≦HbA1c<6.5%

受診勧奨判定値：空腹時血糖≧126mg/dl 又は HbA1c≧6.5%以上

(イ) 性年代別有所見者

性年代別に有所見者の割合をみると、男女ともに年代が高くなるにつれて有所見者の割合が高くなる傾向にあります。男性では、女性に比べて有所見率が高く、特に55歳以上で受診勧奨判定値の割合が高くなっています。また受診勧奨判定値の人のうちHbA1cが8.0%以上の人の割合は男性が高く、50～54歳では57.1%になっています。

図表66 性年代別血糖の有所見者割合

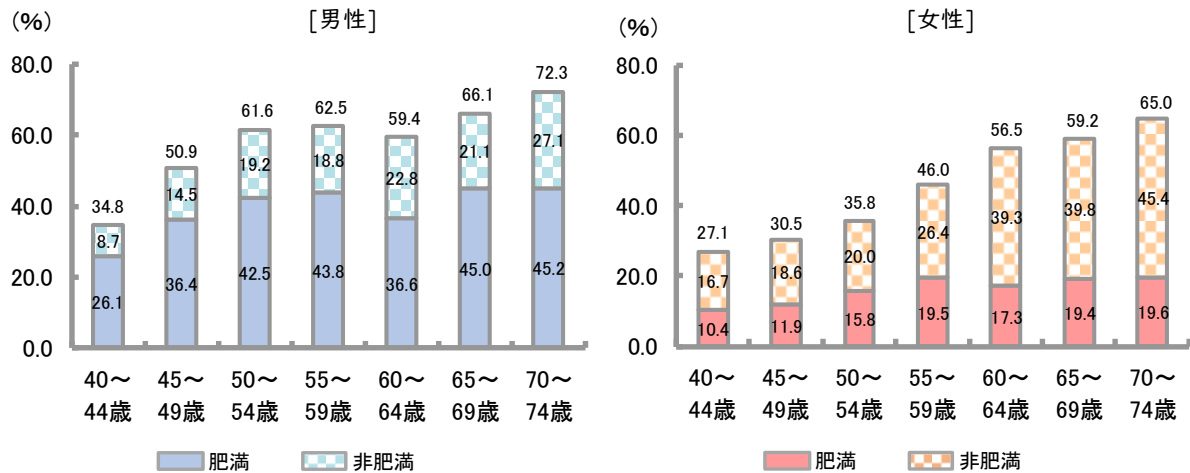


資料：FKAC171（令和4年度（2022年度））

(ウ) 肥満・非肥満別有所見者

肥満・非肥満別に有所見者の割合をみると、男性では、肥満者における有所見者割合が高く、女性では、非肥満者における有所見者割合が高くなっています。

図表6-7 肥満・非肥満別血糖の有所見者割合

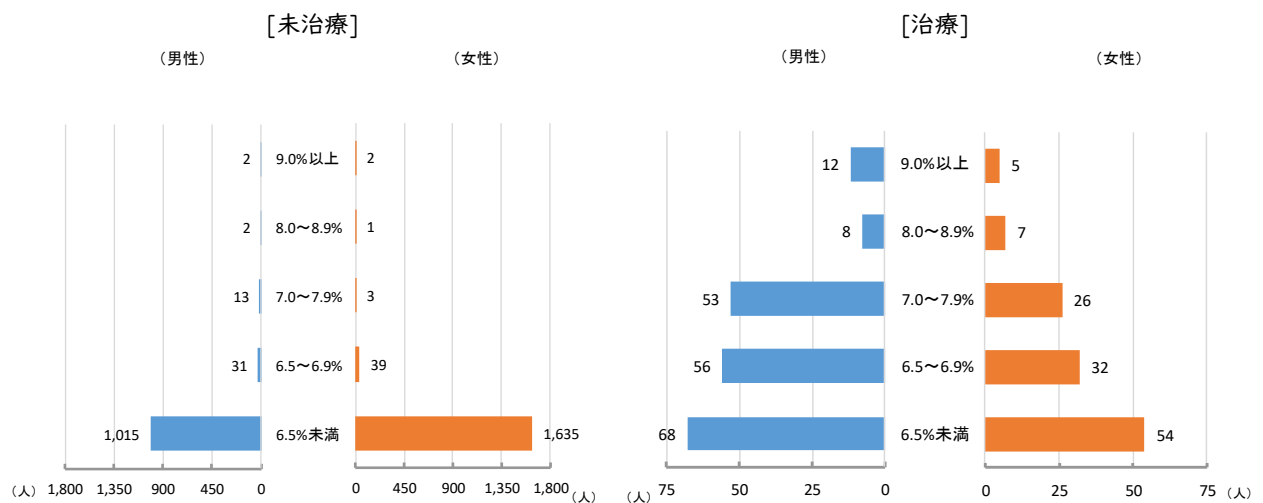


資料：FKAC171（令和4年度（2022年度））

(エ) 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数

HbA1cが6.5%以上で未治療（服薬なし）は男性で48人、女性で45人となっています。治療中（服薬あり）でHbA1cが6.5%以上の人は男性129人、女性で70人、そのうちHbA1cが8.0%以上の人は男性で20人、女性で12人となっています。

図表6-8 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数



資料：KDB 保健指導対象者一覧 独自集計

(3) 質問票調査結果（生活習慣）

令和4年度（2022年度）の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況を大阪府、国と比べると、飲酒量が少なく、生活習慣の改善意欲のある人の割合は高いものの、既に6か月以上改善に取り組んでいる人の割合は低くなっています。

また、運動や食べ方に課題のある人や20歳時から体重が10kg以上増加している人の割合が高くなっています。

そして、特定健診受診者の多くが生活習慣病の治療中であり、既往歴のある人の割合が高くなっています。

図表69 生活習慣の比較

質問票の項目			質問票回答者に占める割合(%)		
			大阪狭山市	大阪府	国
服薬	高血圧症		39.5	34.9	36.9
	糖尿病		9.0	8.3	8.9
	脂質異常症		33.3	28.0	29.2
既往歴	脳卒中		3.6	3.1	3.3
	心臓病		5.7	5.3	5.7
	腎不全		1.3	0.8	0.8
喫煙	たばこを習慣的に吸っている		11.2	13.8	12.7
体重	20歳時体重から10kg以上増加		35.9	35.1	34.5
運動	1回30分以上の運動なし		54.6	57.5	59.2
	1日1時間以上運動なし		50.9	48.2	47.4
咀嚼	かみにくい		19.6	19.0	20.2
	ほとんどかめない		0.5	0.7	0.8
食事	食べ方	食べる速度が速い	30.6	29.2	26.4
	食習慣	週3回以上就寝前に夕食を摂る	12.0	14.5	14.7
		週3回以上朝食を抜く	8.9	9.9	9.6
飲酒	習慣	お酒を毎日飲む	25.5	26.7	24.6
		お酒を時々飲む	21.6	21.5	22.2
	1回の量	1合未満	83.0	66.8	65.6
		1～2合未満	11.1	21.1	23.1
		2～3合未満	4.9	8.8	8.8
		3合以上	1.1	3.3	2.5
改善意欲	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う	改善するつもりはない	22.6	25.7	27.6
		改善するつもりである	34.7	29.6	27.9
		改善意欲があり始めている	12.6	12.7	13.9
		既に改善に取り組んでいる(6か月未満)	9.4	9.5	9.0
		既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	20.8	22.6	21.6

資料：KDB（地域の全体像の把握：令和4年度（2022年度））

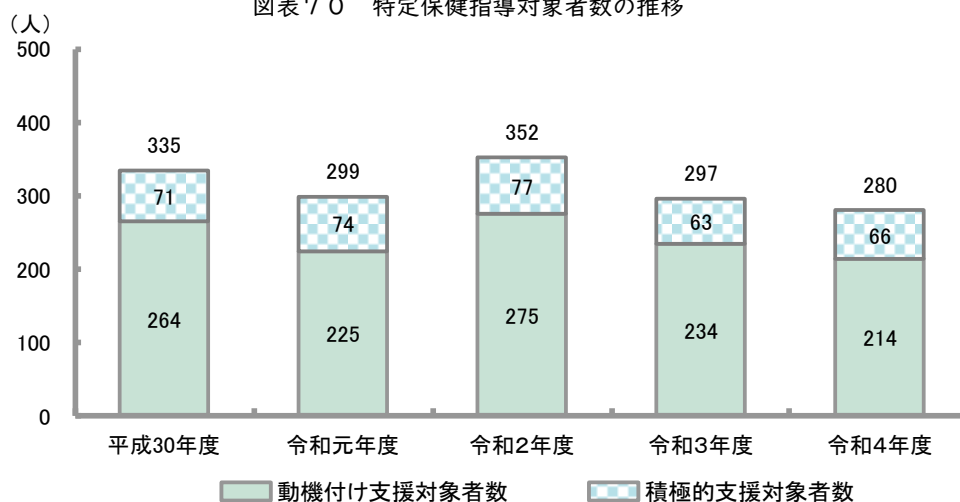
4 特定保健指導

(1) 特定保健指導対象者の状況

特定保健指導対象者数の推移をみると、動機付け支援は令和3年度（2021年度）から減少しており、令和4年度（2022年度）には214人になっています。積極的支援については令和4年度（2022年度）に66人となっています。

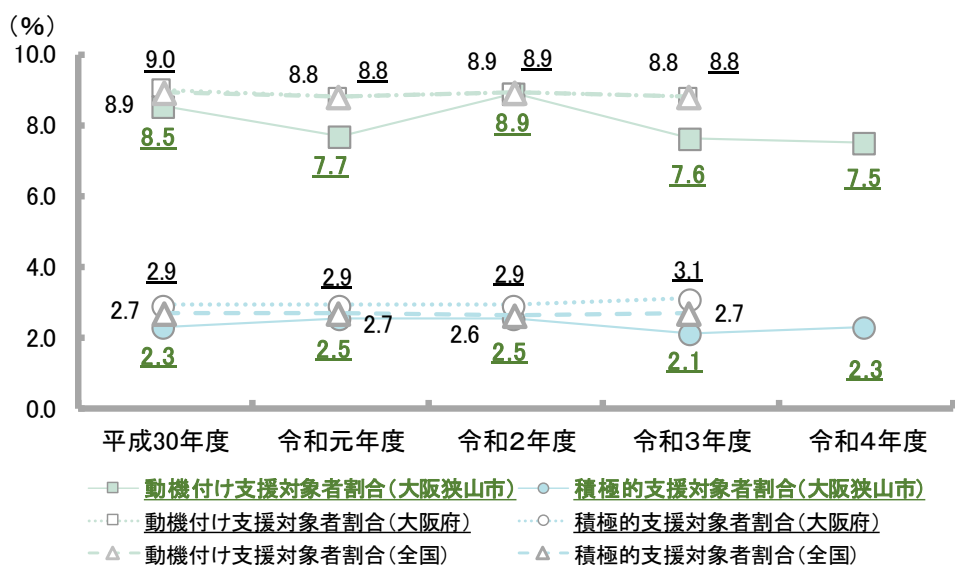
また、令和4年度（2022年度）の保健指導対象者割合は、動機付け支援が7.5%、積極的支援が2.3%となっています。

図表70 特定保健指導対象者数の推移



資料：法定報告

図表71 特定保健指導対象者割合の推移



資料：法定報告

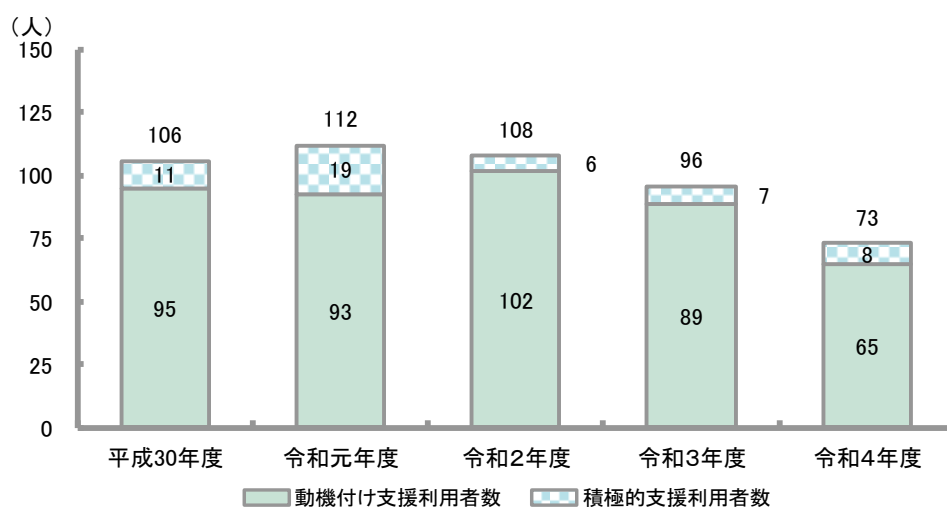
(2) 特定保健指導利用状況

① 特定保健指導利用者の推移

特定保健指導利用者数・利用率（特定保健指導対象者のうち、特定保健指導を利用した人数・割合）の推移をみると、動機付け支援の利用者数は令和4年度（2022年度）に大きく減少し65人となっており、令和3年度（2021年度）と比べて24人少なくなっています。

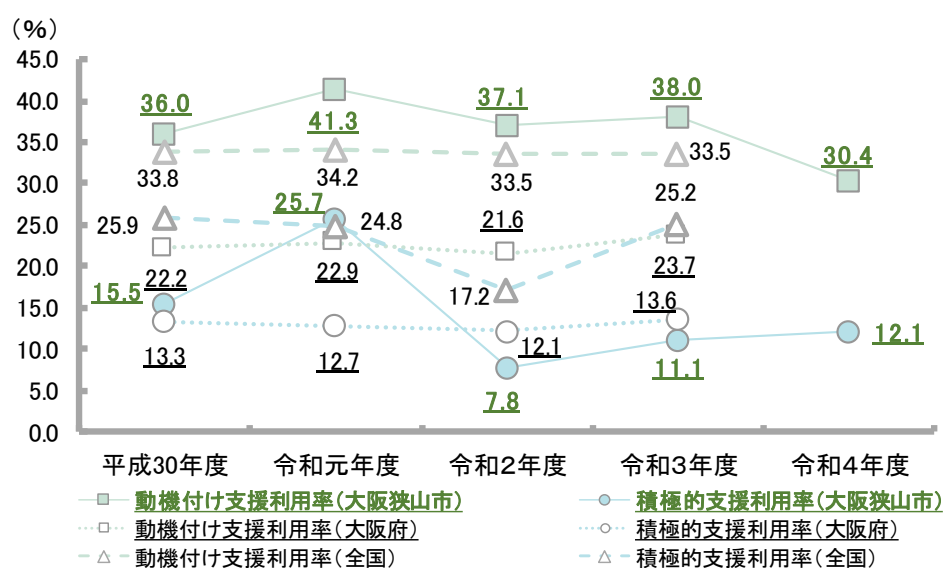
また、積極的支援についても減少傾向にあり、令和4年度（2022年度）の利用者は8人、利用率は12.1%となっています。

図表7-2 特定保健指導利用者数の推移



資料：法定報告

図表7-3 特定保健指導利用率の推移



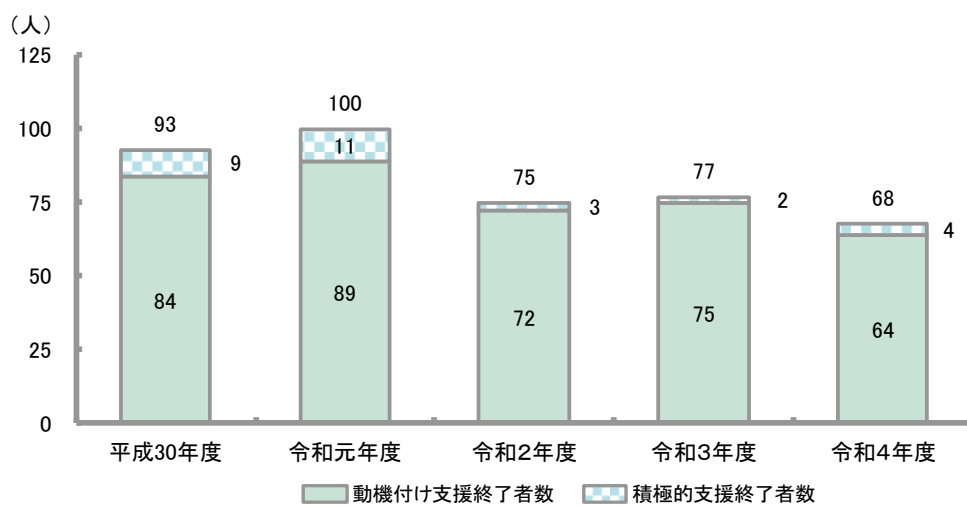
資料：法定報告

② 特定保健指導終了者の推移

特定保健指導終了者数・実施率（特定保健指導対象者のうち、特定保健指導を終了した人数・割合）の推移をみると、動機付け支援の令和4年度（2022年度）の終了者数は64人、実施率は29.9%となっています。

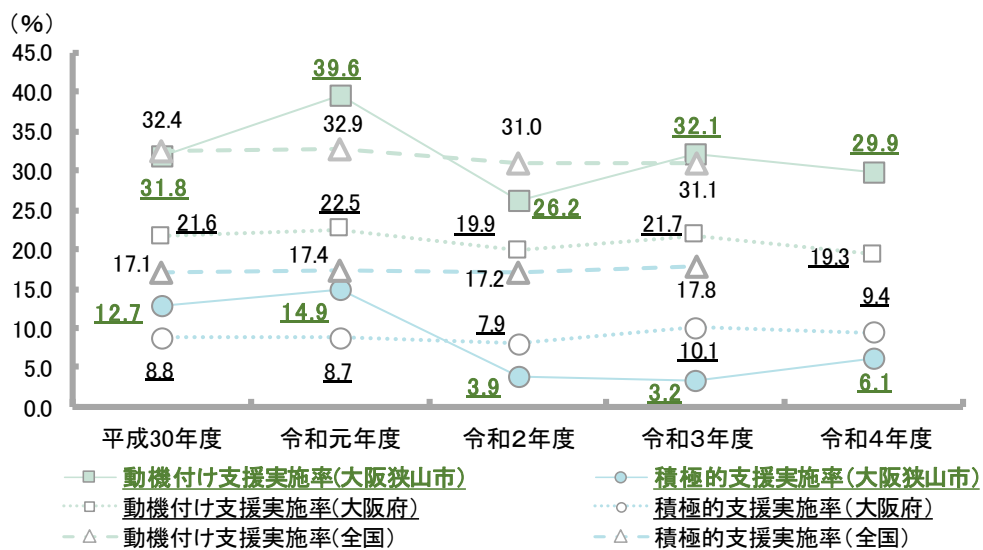
また、積極的支援の終了者数は4人、実施率は6.1%となっています。

図表7-4 特定保健指導終了者数の推移



資料：法定報告

図表7-5 特定保健指導実施率の推移



資料：法定報告

③ 特定保健指導対象者の減少率

令和4年度（2022年度）の特定健診の結果をみると、前年度の保健指導対象者であった264人のうち、特定保健指導対象者外となった人は44人（16.7%）となっています。

また、前年度の特定保健指導利用者であった84人のうち、特定保健指導対象外となった人は22人（26.2%）となっています。

平成20年度（2008年度）と比較したメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率は▲43.4%と増加しているものの、特定保健指導対象者の減少率は3.0%と減少しています。

図表76 特定保健指導対象者の減少率

	前年度の特定保健指導の 対象者数 (A)	(A)のうち特定保健指導の 対象ではなくなった者の数 (B)	特定保健指導対象者の 減少率 (B÷A)
令和2年度 (2020年度)	266人	39人	14.7%
令和3年度 (2021年度)	320人	72人	22.5%
令和4年度 (2022年度)	264人	44人	16.7%

資料：法定報告

図表77 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

	前年度の特定保健指導の 利用者数 (C)	(C)のうち特定保健指導の 対象ではなくなった者の数 (D)	特定保健指導対象者の 減少率 (D÷C)
令和2年度 (2020年度)	101人	18人	17.8%
令和3年度 (2021年度)	97人	29人	29.9%
令和4年度 (2022年度)	84人	22人	26.2%

資料：法定報告

図表78 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

	令和4年度(2022年度)実績値 (平成20年度(2008年度)比)
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	▲43.4%
特定保健指導対象者の減少率	3.0%

資料：法定報告及び被保険者台帳（平成20年度（2008年度）及び令和4年度（2022年度））

第3章 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

Ⅰ 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）における事業の評価

（Ⅰ） 特定健康診査

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した検査項目の健康診査を実施し、生活習慣病の早期発見と予防に努める。また、対象者の健康意識の向上を図るとともに、健康状態を把握し、有所見者を特定保健指導や生活習慣病重症化予防等の各事業へ繋げる。				
対象者	40歳以上74歳以下の国民健康保険被保険者				
ストラクチャー （実施体制）	大阪府医師会との委託契約により、指定医療機関において個別健診で実施。				
プロセス （実施方法）	【受診券発送】 4月1日時点で国民健康保険に加入している対象者へ5月下旬に受診券を発送。 がん検診のチラシを同封し、同時受診の啓発を実施。 【実施期間】 6月1日～翌年3月31日 【自己負担】 無料 【検査項目】 ●基本項目 問診、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、診察、血圧測定、血液検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、空腹時血糖又はHbA1c、AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)、尿酸、クレアチニン、eGFR)、尿検査（尿糖、尿蛋白） ●詳細項目 貧血検査（赤血球数、血色素、ヘマトクリット値）、心電図検査、眼底検査 ※国が定める一定基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施 ●独自項目 血液検査（総コレステロール、ALP、アミラーゼ、尿素窒素、アルブミン）、尿検査（尿潜血）、心電図検査、眼底検査 ※市内の指定医療機関で受診する場合に実施				
アウトプット （実施量・実施率）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
特定健康診査受診率 （目標：60%）	35.6%	34.4%	36.7%	37.5%	37.6%
アウトカム （成果指標）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
受診率の推移	+1.0%	▲1.2%	+2.3%	+0.8%	+0.1%
総合評価	特定健診受診率は目標未達成でした。一時期は新型コロナウイルス感染症流行の影響もありましたが、受診率は上昇傾向となっています。未受診者勧奨や継続受診勧奨を強化し、目標達成に繋げる必要があります。				

(2) 特定保健指導

事業の目的	メタボリックシンドロームに関する基礎知識、予防のための食事・運動指導を行う機会を設け、対象者が生活習慣病予備群の状態を改善するためのセルフケア（自己管理）が出来るように支援する。				
対象者	特定健診の結果、メタボリックシンドローム基準（腹囲が一定基準以上又はBMIが25以上で、血圧・脂質・血糖が一定基準以上）に該当した人（服薬中を除く）				
ストラクチャー（実施体制）	執行委任（健康推進グループ）及び業務委託				
プロセス（実施方法）	【階層化及び案内発送】 特定健診受診翌月に健診結果から対象者を選定・階層化し、案内を送付。 【支援内容】 ●動機付け支援 メタボリックシンドロームによる生活習慣病のリスクが出現し始めている人が対象。 保健師・管理栄養士が生活習慣改善に必要な実践的支援を提供。 ●積極的支援 メタボリックシンドロームによる生活習慣病のリスクが重なっている人が対象。 保健師・管理栄養士が3か月以上にわたって生活習慣改善に必要な継続的支援を提供。 【支援方法】 ●個別面接の実施 保健師・管理栄養士による1人20分以上の個別面接を実施。 ※令和4年度（2022年度）からオンライン方式も選択可 ●「血管若返り!からだメンテナンス塾」の開催（年4回） メタボリックシンドロームの改善や筋力アップの運動、バランスの良い食事についての講話、簡単ヘルシーメニューの調理実演と試食等を実施。 ※令和2年度（2020年度）からは新型コロナウイルス感染症流行により個別面接のみ実施				
アウトプット（実施量・実施率）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
特定保健指導利用率	31.6%	37.5%	30.7%	32.3%	26.1%
特定保健指導実施率 （目標：60%）	27.8%	33.4%	21.3%	25.9%	24.3%
アウトカム（成果指標）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	22.5%	23.2%	17.8%	29.9%	26.2%
総合評価	特定保健指導実施率は目標未達成でした。前年度特定保健指導利用者の改善状況※1は約24%で推移しています。 未利用者対策や保健指導中断者の減少、メタボリックシンドロームの解消に効果的な指導・支援に注力し、各目標の達成に繋げる必要があります。				

※前年度の特定保健指導利用者のうち、当該年度は対象者ではなくなった人の割合

(3) 特定健康診査未受診者対策

事業の目的	対象者の健康意識の向上を図るとともに、健康状態を把握し、有所見者を特定保健指導や生活習慣病重症化予防等の各事業へ繋げるため、特定健診の受診率向上を目指す。				
対象者	①前年度特定健診未受診者、40～50歳代の特定健診対象者、不定期受診者等 ②特定健診対象者全員				
ストラクチャー (実施体制)	業務委託及び保険年金グループ				
プロセス (実施方法)	①ハガキ又は電話による個別勧奨 受診勧奨のターゲットの明確化を行い、ソーシャルマーケティングの手法を活用し対象者の特性に合わせたハガキの送付又は電話による個別勧奨を実施。 ※令和4年度(2022年度)はハガキによる勧奨に代えて、当年度特定健診受診者1,850人に過去3年間の健診結果に基づく個別アドバイス冊子と景品を送付。 ②健診PRの拡充 ●市広報誌及び市ホームページへの記事掲載、国民健康保険料納付通知書等にチラシを同封して啓発。 ●市医師会の協力のもと、指定医療機関においてチラシやポスターの掲示、医師からの受診勧奨を実施。				
アウトプット (実施量・実施率)	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
勧奨実施者数 (ハガキ)	5,538人	3,452人	6,753人	6,000人	-
勧奨実施者数 (電話)	2,598人	1,589人	948人	1,565人	1,676人
アウトカム (成果指標)	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
特定健康診査受診率 (目標:60%)	35.6%	34.4%	36.7%	37.5%	37.6%
40～50歳代の特定健康診査受診率 (目標:20%)	20.0%	18.7%	20.1%	21.4%	21.5%
総合評価	各年度において個別勧奨を実施し、40～50歳代の受診率については目標を達成しました。 全体での特定健診受診率は目標未達成のため、引き続き未受診者対策を行い40～50歳代の受診率のさらなる引き上げを図るとともに、受診した人に対しても継続受診の重要性を啓発していく必要があります。				

（４） 特定保健指導未利用者対策

事業の目的	特定保健指導の案内送付後、電話による個別勧奨を実施することで利用率の向上を図る。また、「健康測定会」で自身の健康に関心を持ってもらうことで、利用率の向上と保健指導中断者の減少を図る。				
対象者	特定保健指導対象者				
ストラクチャー （実施体制）	執行委任（健康推進グループ）				
プロセス （実施方法）	【電話勧奨】 特定保健指導の案内送付後に保健師・管理栄養士による個別電話勧奨を実施。 【「健康測定会」の開催】（年2回） 特定保健指導対象者（未利用者も含む）に対し、「健康測定会」の案内を送付し、生活習慣改善の動機付けを行うとともに、特定保健指導未利用者については当日に初回面接を実施。 ※令和2年度（2020年度）と令和3年度（2021年度）は新型コロナウイルス感染症流行により年1回のみ実施				
アウトプット （実施量・実施率）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
勧奨実施者数	299人	281人	83人	66人	248人
健康測定会参加者数 （参加率）	41人 （13.7%）	43人 （15.3%）	19人 （22.9%）	19人 （28.8%）	30人 （12.1%）
アウトカム （成果指標）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
特定保健指導利用率	31.6%	37.5%	30.7%	32.3%	26.1%
特定保健指導実施率 （目標：60%）	27.8%	33.4%	21.3%	25.9%	24.3%
総合評価	特定保健指導実施率は目標未達成でしたが、特定保健指導対象者への個別電話勧奨や健康測定会への参加をきっかけに未利用者の初回面接実施に繋げることができ、利用率は約32%で推移しています。 利用率の向上及び保健指導中断者の減少による実施率向上に繋げるため、利用勧奨の工夫や健康測定会や特定保健指導の内容の充実を図る必要があります。				

（５）非肥満高血圧・高血糖重症化予防対策事業（医療機関への受診勧奨）

事業の目的	血圧値又は血糖値が高値にもかかわらず医療機関を受診していない人に対し、受診勧奨を実施し、生活習慣病の重症化予防を図る。				
対象者	特定健診の結果が、以下の①又は②に該当する非肥満の人（服薬中を除く） ①収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上 ②HbA1c6.5%以上				
ストラクチャー （実施体制）	執行委任（健康推進グループ）				
プロセス （実施方法）	特定健診受診翌月に抽出した対象者にリーフレットを送付し、医療機関への受診を促すとともに、保健センター（健康推進グループ）で実施する保健・栄養健康相談を案内。 その後、電話による医療機関への受診勧奨を実施。 初回の受診勧奨から一定期間経過後、受診の有無を再度電話により本人に確認。未受診であれば再度医療機関への受診を促す。				
アウトプット （実施量・実施率）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
リーフレット送付者数	53人	34人	47人	82人	54人
電話勧奨完了者数 （完了割合）	47人 （88.7%）	20人 （58.8%）	43人 （91.5%）	58人 （70.7%）	33人 （61.1%）
アウトカム （成果指標）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
収縮期血圧160mmHg 以上又は拡張期血圧 100mmHg以上の人に 占める未治療者の割合	42%	33.6%	34%	37.3%	●●.●%※
HbA1c6.5%以上の人 に占める未治療者の割 合	45.8%	44.1%	38.2%	31.8%	●●.●%※
総合評価	リーフレットを送付した対象者のうち平均で約70%の人に受診勧奨でき、本事業の対象となる健診 有所見者に占める未治療者の割合は減少傾向にあります。 令和6年度（2024年度）からは事業の整理を行い、前年度特定健診の結果で異常値があったにも 関わらず医療機関を受診していない人や生活習慣病の治療を中断している人に適切な治療を受け てもらうことを重点目標として、「健診異常値放置者・治療中断者への医療機関受診勧奨事業」を実 施し、健診有所見者に占める未治療者の割合のさらなる減少に努めます。				

※令和4年度（2022年度）実績値は大阪府国民健康保険団体連合会から後日提供される資料を基に記載予定

（6）健康教育（カラダすっきり運動教室）

事業の目的	「運動」に重点を置き、正しい運動方法の習得と同時に同じ目的の仲間と集う機会を設けることで生活改善意欲の向上及び継続を支援し、対象者の日常生活の中に運動習慣を定着させ、メタボリックシンドロームの解消や生活習慣病の予防・改善を図る。				
対象者	特定健診の結果より、運動指導が必要と認められた人				
ストラクチャー （実施体制）	執行委任（健康推進グループ）				
プロセス （実施方法）	特定保健指導利用者へ教室への参加勧奨を実施。 参加希望者に健康運動実践指導者による集団指導（ウォーキングやストレッチ、筋力トレーニングなど）を実施。（年12回） ※感染症流行により、令和2年度（2020年度）は年11回、令和3年度（2021年度）は年10回、令和4年度（2022年度）は年9回実施				
アウトプット （実施量・実施率）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
教室参加者数 （延べ人数）	213人	194人	148人	113人	142人
新規教室参加者数	11人	12人	9人	9人	10人
アウトカム （成果指標）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
特定保健指導実施率 （目標：60%）	27.8%	33.4%	21.3%	25.9%	24.3%
総合評価	教室参加者数のうち、約90%は継続参加者となりました。本教室をきっかけに、参加者が生活改善意欲を高め、意識的に運動に取り組み、運動習慣の定着ができたと評価しています。 一方で、特定保健指導実施率は目標未達成であることから、参加勧奨の工夫や教室メニューの充実を図るなどして新規及び継続参加者を増やし、特定保健指導実施率向上に繋げる必要があります。 また、特定保健指導終了者が引き続き運動習慣を継続できるように支援する場としても本教室を位置づけ、今後も事業を継続していきます。				

（7）生活習慣病（高血圧）重症化予防にかかる保健指導事業

事業の目的	高血圧によりさまざまな疾患が引き起こされることから、対象者が意識的に生活習慣の改善に取り組み、血圧値の改善や生活習慣病の発症・重症化を予防するための自己管理ができるよう支援する。				
対象者	前年度特定健診の結果が、収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上の非肥満の人（服薬中を除く）				
ストラクチャー（実施体制）	業務委託及び保険年金グループ				
プロセス（実施方法）	案内送付後に電話による参加勧奨を実施。 参加希望者に保健師・管理栄養士による個別の保健指導を実施。 ※令和3年度（2021年度）からはオンライン方式も選択可				
アウトプット（実施量・実施率）	平成30年度（2018年度）	令和元年度（2019年度）	令和2年度（2020年度）	令和3年度（2021年度）	令和4年度（2022年度）
保健指導実施者数	15人	22人	8人	6人	11人
アウトカム（成果指標）	平成30年度（2018年度）	令和元年度（2019年度）	令和2年度（2020年度）	令和3年度（2021年度）	令和4年度（2022年度）
収縮期血圧140mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上の人の割合	24.9%	24.5%	27.5%	26.6%	●●.●%※
総合評価	新型コロナウイルス感染症流行の影響により、対面での保健指導の希望者が少なくなったため、オンライン方式も選択可としましたが、保健指導実施者が少数にとどまっている状況です。 また、外出自粛による食事や運動などの生活習慣の変化が影響したためか、健診有所見者の割合は上昇傾向にあります。 令和6年度（2024年度）からは事業の整理を行い、前年度特定健診の結果で異常値があったにもかかわらず医療機関を受診していない人（血圧の場合は、すぐにもでも服薬が必要とされる収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上の人）や生活習慣病の治療を中断している人に適切な治療を受けてもらうことを重点目標として、「健診異常値放置者・治療中断者への医療機関受診勧奨事業」を実施し、健診有所見者に占める未治療者の割合の減少及び生活習慣病の重症化予防を図る必要があります。				

※令和4年度（2022年度）実績値は大阪府国民健康保険団体連合会から後日提供される資料を基に記載予定

（８）重複・頻回受診者への訪問保健指導事業

事業の目的	重複・頻回受診者及び重複・多剤服薬者に対して適正受診・適正服薬やセルフメディケーションについて指導し、医療費の適正化を図る。				
対象者	前年度のレセプトデータで以下の①～④に該当する人 ①重複受診者（同一の疾病で1か月間に3医療機関以上受診） ②頻回受診者（1か月間の診療実日数が15日以上） ③重複服薬者（1か月間に2医療機関以上から同一の薬効で2種類以上の内服薬の処方） ④多剤服薬者（1か月間に2医療機関以上から15種類以上の内服薬の処方） ※③・④は令和2年度（2020年度）から事業対象に追加				
ストラクチャー（実施体制）	業務委託及び保険年金グループ				
プロセス（実施方法）	案内送付後に電話による参加勧奨を実施。 参加希望者に保健師・管理栄養士による個別の保健指導を実施。 ※令和3年度（2021年度）からは電話又はオンライン方式も選択可				
アウトプット（実施量・実施率）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
保健指導実施者数	2人	3人	9人	20人	20人
アウトカム（成果指標）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
重複・頻回受診者数 （年度平均）	-	95人	81人	81人	81人
重複・多剤服薬者数 （年度平均）	-	139人	118人	115人	130人
総合評価	新型コロナウイルス感染症流行による受診控えの影響で、一時期は条件該当者が減少傾向でしたが、重複・多剤服薬者は令和4年度（2022年度）に元の水準になっています。 保健指導への参加希望者が少ないため、令和3年度（2021年度）から電話又はオンライン方式も選択可としたところ、参加者が増加しました。 ただし、参加者の多くは自身に重複・頻回受診（重複・多剤服薬）の傾向があることを認識していない状態であり、大半の人は生活改善には意欲的ではあるものの、受診（服薬）行動を見直すという人は少数でした。また、おくすり手帳を持っている人は参加者の半数程度であり、持っていない人も1冊にまとめず複数冊に分けているという人もいました。 市医師会及び市薬剤師会との連携を行いながら本事業を継続していくとともに、医療機関受診時のおくすり手帳の活用やマイナンバーカードを利用した薬剤情報等の提供への同意などについて広く国民健康保険被保険者に対して周知啓発を行うことで、適正受診・適正服薬を推進し、医療費の適正化を図ることが必要です。				

(9) 高血圧症予防対策啓発事業

事業の目的	高血圧予防のための減塩に関する知識を普及し、意識的に減塩に取り組む人を増加させる。				
対象者	全市民				
ストラクチャー (実施体制)	健康推進グループ				
プロセス (実施方法)	●健康まつり等のイベント時に高血圧症や減塩についての知識の普及を行う。 ●市ホームページに掲載中の「健康大阪さやま21×食育ひろば」に減塩についてのワンポイントアドバイスを追加し、様々な年代に対して減塩の重要性についてPRを行う。				
アウトプット (実施量・実施率)	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
イベント時の啓発活動 回数	2回	2回	-	-	-
健康大阪さやま21×食 育ひろばへの掲載回数	-	2回	1回	1回	1回
アウトカム (成果指標)	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
健診有所見者(血圧) 割合	47.2%	47.6%	50.2%	50.6%	●●.●%※
総合評価	新型コロナウイルス感染症流行の影響により、一時期においてはイベントが中止になりましたが、令和5年度からは順次再開しています。また、市ホームページの「健康大阪さやま21×食育ひろば」での減塩レシピ掲載によるPRも継続して実施しています。 ただし、外出自粛による食事や運動などの生活習慣の変化が影響したためか、国民健康保険での健診有所見者の割合は上昇しています。 今後も国民健康保険被保険者に限らず、市民全体に対して減塩などの健康づくりや疾病予防に関する知識の普及と啓発を図る必要があります。				

※令和4年度(2022年度)実績値は大阪府国民健康保険団体連合会から後日提供される資料を基に記載予定

（10）高血圧重症化予防対策事業（血圧改善教室）

事業の目的	高血圧の人に対し、血圧の基礎知識及び生活改善の重要性等を周知するとともに、日々の調理の工夫等を指導し、高血圧の重症化を予防する。				
対象者	前年度特定健診の結果が、以下の①又は②に該当する人 ①収縮期血圧が160mmHg以上又は拡張期血圧が100mmHg以上の人 ②収縮期血圧が140～159mmHg又は拡張期血圧が90～99mmHgの未治療者で保健指導利用意思がある人 （特定健診未受診であっても、医師より「高血圧」と指摘され重症化予防に関心のある人や国民健康保険被保険者以外の人でも一般公募により参加可）				
ストラクチャー（実施体制）	執行委任（健康推進グループ）				
プロセス（実施方法）	前年度特定健診の結果から抽出した対象者への案内送付と市広報誌での一般公募を実施。 2日間にわたって血圧の基礎知識及び生活改善のポイントについての集団指導、減塩野菜料理の調理体験と試食等を実施。（年1回）				
アウトプット（実施量・実施率）	平成30年度（2018年度）	令和元年度（2019年度）	令和2年度（2020年度）	令和3年度（2021年度）	令和4年度（2022年度）
参加者数	50人	45人	13人	11人	18人
アウトカム（成果指標）	平成30年度（2018年度）	令和元年度（2019年度）	令和2年度（2020年度）	令和3年度（2021年度）	令和4年度（2022年度）
教室アンケート結果（理解度）	70%	86.7%	83.3%	100%	85.7%
健診有所見者（血圧）割合	47.2%	47.6%	50.2%	50.6%	●●.●%※
総合評価	新型コロナウイルス感染症流行の影響により、令和2年度（2020年度）からは定員数を減らして実施しましたが、参加者の多くが内容を理解し、生活改善への意欲を高めることができたことと評価しています。 ただし、外出自粛による食事や運動などの生活習慣の変化が影響したためか、国民健康保険での健診有所見者の割合は上昇しています。 今後も国民健康保険被保険者に限らず、市民全体に対して健康づくりや疾病予防に関する知識の普及と啓発を図る必要があります。				

※令和4年度（2022年度）実績値は大阪府国民健康保険団体連合会から後日提供される資料を基に記載予定

(11) 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	主治医と連携した保健指導又は未治療者・治療中断者への受診勧奨による適切な介入を行うことで、腎機能低下の遅延、人工透析導入の予防又は導入時期の遅延に繋げ、対象者の生活の質の向上と医療費の適正化を図る。				
対象者	前年度特定健診の結果及びレセプトデータから以下の①又は②に該当する人 ①保健指導対象者 市医師会加入医療機関で糖尿病関連（糖尿病や糖尿病性腎症）の治療中の人（前年度特定健診結果がHbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上の人を優先） ②受診勧奨対象者 前年度特定健診結果がHbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上の未治療者、並びに治療を中断した人 ※②は令和4年度（2022年度）から事業対象に追加				
ストラクチャー（実施体制）	業務委託及び保険年金グループ				
プロセス（実施方法）	①保健指導対象者 案内送付後に電話による参加勧奨を実施。主治医から事業参加可と判断された参加希望者に対し、保健師・管理栄養士による個別の保健指導を実施。指導内容や対象者の取組状況等は定期的に主治医へ報告し、連携を行いながら進める。 ※令和3年度（2021年度）からはオンライン方式も選択可 ②受診勧奨対象者 案内送付後に電話による医療機関への受診勧奨を実施し、その後の受診の有無をレセプトデータで確認。				
アウトプット（実施量・実施率）	平成30年度（2018年度）	令和元年度（2019年度）	令和2年度（2020年度）	令和3年度（2021年度）	令和4年度（2022年度）
保健指導実施者数	11人	21人	-	12人	14人
受診勧奨実施者数	-	-	-	-	19人
アウトカム（成果指標）	平成30年度（2018年度）	令和元年度（2019年度）	令和2年度（2020年度）	令和3年度（2021年度）	令和4年度（2022年度）
治療中の人に占めるHbA1c8.0%以上の割合	2.8%	4.0%	3.4%	10%	●●.●%※
HbA1c6.5%以上の人に占める未治療者の割合	45.8%	44.1%	38.2%	31.8%	●●.●%※
新規人工透析患者数	2人	0人	1人	0人	0人
総合評価	新型コロナウイルス感染症流行の影響により、令和2年度（2020年度）は保健指導参加者が途中で辞退したため、翌年からオンライン方式も採用するなど工夫し、参加者確保と指導完了に繋がりました。主治医と連携した保健指導により、参加者の多くで行動変容や数値改善が見られました。新規人工透析患者数は年0～2人で推移しており、本事業の取組みによる一定の効果があったと評価しています。 ただし、治療中のコントロール不良とされるHbA1c8.0%以上の人の割合は令和3年度（2021年度）に上昇しており、外出自粛による食事や運動などの生活習慣の変化がその一因と考えられます。今後も本事業への参加を促し、主治医との連携を図りながら適切な指導を行うことで、重症化予防を図ることが必要です。 令和4年度（2022年度）から未治療者・治療中断者への受診勧奨を開始しましたが、先述の「非肥満高血圧・高血糖重症化予防対策事業」の対象者との重複があるため、事業を整理し、令和6年度（2024年度）からは健診有所見者（血糖）への受診勧奨は本事業に統合して実施します。				

※令和4年度（2022年度）実績値は大阪府国民健康保険団体連合会から後日提供される資料を基に記載予定

（１２）後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

事業の目的	後発医薬品の普及・啓発を行い、国民健康保険被保険者の負担の軽減と医療費の適正化を図る。				
対象者	①市が指定する生活習慣病関連の医薬品の処方期間が1か月間で28日以上あり、後発医薬品に切り替えた場合の財政効果が見込まれる人 ②国民健康保険被保険者全員				
ストラクチャー （実施体制）	業務委託及び保険年金グループ				
プロセス （実施方法）	①現在使用中の医薬品を後発医薬品に変えた場合の自己負担額（最低負担額）を情報提供するために差額通知を発送。（年3回） ②後発医薬品の品質や使用促進の意義に関する情報を記載したパンフレットの配布、市の広報誌及びホームページへの記事掲載、国民健康保険料納付通知書にチラシを同封して啓発を行う。				
アウトプット （実施量・実施率）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
差額通知発送件数	1,410件	1,205件	1,284件	1,059件	583件
アウトカム （成果指標）	平成30年度 （2018年度）	令和元年度 （2019年度）	令和2年度 （2020年度）	令和3年度 （2021年度）	令和4年度 （2022年度）
数量シェア （目標：80%）	62.8%	66.3%	68%	69.7%	70.4%
総合評価	差額通知の発送や各種媒体による周知啓発を実施したことにより後発医薬品への切り替えが進み、数量シェアは年々上昇傾向していますが、目標未達成でした。差額通知発送件数は数量シェアと反比例するため減少傾向にあります。 大阪府国民健康保険運営方針の規定に従い、適宜差額通知の条件設定の見直しを行うとともに、国民健康保険被保険者への周知啓発を継続するなど、さらなる使用促進の取組みを推進する必要があります。				

2 健康課題

健康課題		関連事業
特定健康診査	特定健診受診率は上昇傾向ですが、健診も医療も未受診である健康状態未把握者が特定健診対象者の13%を占めていることや40～50歳代の受診率が約20%と低いことから、未受診者対策を強化する必要があります。また、40歳未満の人にも健診を実施し、若いうちからの健康づくりの重要性を啓発することが必要です。健診受診者には継続受診を促すとともに、健康づくりや生活習慣の改善に向けた個別の情報提供を行い、有所見者には医療機関への受診勧奨や保健指導を実施するなど適切な支援・介入に繋げる必要があります。	●特定健康診査受診率向上対策 ●人間ドック費用助成事業
特定保健指導	特定保健指導の対象者割合は、大阪府と国よりも低い傾向があります。特定保健指導利用率及び実施率は、動機付け支援では大阪府と国よりも高くなっていますが、積極的支援では低くなっています。未利用者対策のほか、ICTの活用にも注力し、効果的・効率的な保健指導を実施することで、実施率の向上及び特定保健指導対象者の減少率の向上に繋げる必要があります。	●特定保健指導未利用者対策 ●健康教育（カラダすっきり運動教室）
人工透析	腎不全の標準比死亡率は大阪府よりも高い傾向にあります。また、人工透析のレセプト件数は50歳以上で多くなっています。ただし、糖尿病のレセプト件数はやや少ないことから、潜在的な未治療者が多い可能性があります。新規導入患者を増やさないう、引き続き未治療者・治療中断者への受診勧奨や治療中の人への主治医と連携した保健指導に取り組む必要があります。	●糖尿病性腎症重症化予防事業
糖尿病	血糖の健診有所見者割合は60%前後で推移しており、そのうち約10%が受診勧奨判定値以上です。女性に比べ、男性に有所見者が多く、男性では肥満者、女性では非肥満者に有所見者が多い傾向があります。	
心疾患 脳血管疾患	心疾患と脳血管疾患の標準比死亡率は大阪府よりも低くなっていますが、脳血管疾患の入院レセプト件数は一部の年齢で大阪府と全国よりも多くなっています。しかし、高血圧性疾患のレセプト件数はやや少ないことから、潜在的な未治療者が多い可能性があります。要介護認定者の有病者割合が最も多い疾患は心疾患であることから、健康づくり及び介護予防の双方の観点からも疾病予防・重症化予防の取組みが必要です。	●健診異常値放置者・治療中断者への医療機関受診勧奨事業 ●高血圧重症化予防対策事業（血圧改善教室） ●高血圧症予防対策啓発事業 ●脳ドック費用助成事業
高血圧性疾患	血圧の健診有所見者割合は50%前後で推移しており、そのうち半数が受診勧奨判定値以上です。女性に比べ、男性に有所見者が多く、男性では肥満者、女性では非肥満者に有所見者が多い傾向があります。高血圧性疾患のレセプト件数は年齢が上がる程多くなっていますが、大阪府と全国よりも少なくなっています。高血圧症の予防に関する知識の普及をはじめ、健診有所見者への受診勧奨により適切な治療に繋げる必要があります。	
脂質異常症	脂質の健診有所見者割合は60%前後で推移しており、そのうち約30%が受診勧奨判定値以上です。女性に比べ、男性に有所見者が多く、男性では肥満者、女性では非肥満者に有所見者が多い傾向があります。脂質異常症のレセプト件数は年齢が上がる程多くなっていますが、大阪府と全国よりも少なくなっています。有所見者への受診勧奨等、適切な介入が必要です。	
がん	がんの標準比死亡率は大阪府よりも低くなっていますが、生活習慣病に占めるがんの医療費の割合は約60%になっています。本市のがんの医療費のうち、「気管、気管支及び肺」と「乳房」のがんが25%を占めています。喫煙者は大阪府と全国と比べてやや少ないですが、禁煙について情報提供し、特定保健指導等の面談時には個別に禁煙を促す必要があります。また、がん検診の受診を広く周知啓発し、早期発見・早期治療に繋げる必要があります。	●がん検診の啓発 ●禁煙支援 ●肺がんドック費用助成事業
要介護	平均寿命は大阪府と全国よりも長いですが、健康寿命と平均寿命の差（不健康な期間）は男性で1.8年、女性で3.7年となっています。要介護認定率は大阪府より低いものの、全国よりやや高い傾向にあります。要介護認定者の有病者割合は心疾患と筋・骨格疾患が多くを占めています。特定健診質問票における咀嚼機能の状況では、「かみにくい」「ほとんどかめない」という人は20%にのぼります。また、半数以上が定期的な運動習慣がないと回答しています。「健康づくり＝介護予防」を広く普及・啓発し、介護予防の取組みを推進する必要があります。	●介護予防事業 ●歯科健診の啓発
肺炎・骨折	肺炎の標準比死亡率は大阪府よりもやや高く、60歳以上の肺炎の入院レセプト件数が多いため、肺炎球菌ワクチン接種の啓発など、肺炎の予防に繋げる必要があります。また、女性の骨折（入院）や骨粗しょう症（外来）のレセプト件数が大阪府と全国よりも多くなっているため、骨粗しょう症検診の啓発を行い、適切な治療に繋げる必要があります。	●肺炎球菌ワクチン接種の啓発 ●骨粗しょう症検診の啓発
後発医薬品	後発医薬品使用割合（数量シェア）は大阪府と全国に比べ、低く推移しています。後発医薬品についての更なる理解の促進を図るため、差額通知書の送付や各種媒体への記事掲載により、後発医薬品の品質や使用促進の意義等について周知啓発する必要があります。	●後発医薬品（ジェネリック医薬品）使用促進
受診・服薬	重複・頻回受診者数及び重複・多剤服薬者数は、新型コロナウイルス感染症流行前の水準に戻りつつあります。市医師会及び市薬剤師会との連携を行いながら基準該当者への保健指導を行うとともに、医療機関受診時のおくすり手帳の活用などについて広く周知啓発を行う必要があります。	●適正受診・適正服薬指導事業

3 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の目標

【第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の方向性】

生活習慣病を予防することは、将来的に生活の質（QOL）に直接的に影響していますが、生活習慣病の患者は年々増加傾向となっています。

被保険者が将来にわたって生活の質を維持し向上するためには、生活習慣病予防に対する意識の高揚が重要であることから、生活習慣病のリスク保有者に対して適切な保健事業を実施していくことが重要です。

そのため、特定健診受診者のうち非肥満者も含めた生活習慣病のリスクがある被保険者に対して、早期に介入し予防対策を講じることで、健康寿命の延伸及び医療費の抑制につなげることに重点を置いた取組みを実施していきます。

【中長期目標】

○個別保健事業及び短期目標に取り組むことにより、生活習慣病の発症予防と早期発見・早期治療を推進し、「健康寿命の延伸」を図ります。

○高血圧症、糖尿病及び脂質異常症などの重症化予防を促進することにより、脳血管疾患や虚血性心疾患の発症、腎不全による人工透析の導入の抑制を図ります。

【短期目標】

評価指標	現状値 (令和4年度)	目標値 (令和11年度)
特定健康診査受診率	37.6%	60%
特定保健指導実施率	24.3%	60%
健診異常値放置者(血圧)の割合 (収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上)	●●.●%※	20%
健診異常値放置者(血糖)の割合 (HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上)	●●.●%※	20%
健診異常値放置者(脂質)の割合 (LDLコレステロール180mg/dl以上)	●●.●%※	20%
治療の人に占めるHbA1c8.0以上の人の割合	●●.●%※	3%

※令和4年度(2022年度)実績値は大阪府国民健康保険団体連合会から後日提供される資料を基に記載予定

4 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）における保健事業の実施内容

(1) 特定健康診査

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した検査項目の健康診査を実施し、生活習慣病の早期発見と予防に努める。また、対象者の健康意識の向上を図るとともに、健康状態を把握し、有所見者を特定保健指導や生活習慣病重症化予防等の各事業へ繋げる。	
対象者	40歳以上74歳以下の国民健康保険被保険者	
ストラクチャー (実施体制)	大阪府医師会との委託契約により、指定医療機関において個別健診で実施。	
プロセス (実施方法)	【受診券発送】 4月1日時点で国民健康保険に加入している対象者へ5月下旬に受診券を発送。 がん検診等のチラシを同封し、同時受診の啓発を実施。 【実施期間】 6月1日～翌年3月31日 【自己負担】 無料 【検査項目】 ●基本項目 問診、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、診察、血圧測定、血液検査（空腹時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、空腹時血糖又はHbA1c、AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)、尿酸、クレアチニン、eGFR)、尿検査（尿糖、尿蛋白） ●詳細項目 貧血検査（赤血球数、血色素、ヘマトクリット値）、心電図検査、眼底検査 ※国が定める一定基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施 ●独自項目 血液検査（総コレステロール、ALP、アミラーゼ、尿素窒素、アルブミン）、尿検査（尿潜血）、心電図検査、眼底検査 ※市内の指定医療機関で受診する場合に実施	
アウトプット (実施量・実施率)	令和4年度(2022年度) (計画策定時実績)	令和11年度(2029年度) (計画最終年度目標値)
特定健康診査受診率	37.6%	60%
アウトカム (成果指標)	令和4年度(2022年度) (計画策定時実績)	令和11年度(2029年度) (計画最終年度目標値)
受診率の推移	+0.1%	+3.0%

（２）特定保健指導

事業の目的	メタボリックシンドロームに関する基礎知識、予防のための食事・運動指導を行う機会を設け、対象者が生活習慣病予備群の状態を改善するためのセルフケア（自己管理）が出来るように支援する。	
対象者	特定健診の結果、メタボリックシンドローム基準（腹囲が一定基準以上又はBMIが25以上で、血圧・脂質・血糖が一定基準以上）に該当した人（服薬中を除く）	
ストラクチャー（実施体制）	執行委任（健康推進グループ）及び業務委託	
プロセス（実施方法）	【階層化及び案内発送】 特定健診受診翌月に健診結果から対象者を選定・階層化し、案内を送付。 【支援内容】 ●動機付け支援 メタボリックシンドロームによる生活習慣病のリスクが出現し始めている人が対象。 保健師・管理栄養士が生活習慣改善に必要な実践的支援を提供。 ●積極的支援 メタボリックシンドロームによる生活習慣病のリスクが重なっている人が対象。 保健師・管理栄養士が3か月以上にわたって生活習慣改善に必要な継続的支援を提供。 【支援方法】 ●個別面接の実施 保健師・管理栄養士による1人20分以上の個別面接を実施。 ※保健センターへの来所、オンライン方式又は自宅への訪問から選択可 ●「筋活個別レッスン」の開催（年4回） 健康運動実践指導者による運動方法（筋力維持と動脈硬化予防のための運動、自宅でできる簡単筋力トレーニングなど）の個別指導を実施。 ●オンライン運動支援 スマートフォンで24時間いつでも利用できる運動支援アプリを提供。利用開始から3か月間限定で100タイトル以上の運動系動画コンテンツを視聴可。	
アウトプット（実施量・実施率）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
特定保健指導利用率	26.1%	60%
特定保健指導実施率	24.3%	60%
アウトカム（成果指標）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	26.2%	35%

※前年度の特定保健指導利用者のうち、当該年度は対象者ではなくなった人の割合

(3) 特定健康診査受診率向上対策

事業の目的	対象者の健康意識の向上を図るとともに、健康状態を把握し、有所見者を特定保健指導や生活習慣病重症化予防等の各事業へ繋げるため、未受診者受診勧奨と継続受診勧奨の両方を実施し、特定健診の受診率向上を目指す。	
対象者	①前年度特定健診未受診者、40～50歳代の特定健診対象者、不定期受診者等 ②当年度特定健診受診者 ③特定健診対象者全員	
ストラクチャー (実施体制)	業務委託及び保険年金グループ	
プロセス (実施方法)	①ハガキ又は電話による個別勧奨 未受診者受診勧奨のターゲットの明確化を行い、ソーシャルマーケティングの手法を活用し対象者の特性に合わせたハガキの送付又は電話による個別勧奨を実施。 ②継続受診勧奨 当年度特定健診受診者に過去3年間の健診結果に基づく個別アドバイス冊子と景品を送付。がん検診、骨粗しょう症検診、歯科健診等の受診率向上に繋がるよう関連記事を掲載し周知する。 ③健診PRの拡充 ●市広報誌及び市ホームページへの記事掲載、国民健康保険料納付通知書等にチラシを同封して啓発。 ●国民健康保険新規加入者に窓口で受診勧奨を行い、希望者には特定健診受診券を随時発行し郵送。 ●市ホームページに「特定健診受診券発行（再発行）申請フォーム」を掲載し、いつでも申請できる環境を整備。 ●市医師会の協力のもと、指定医療機関においてチラシやポスターの掲示、医師からの受診勧奨を実施。	
アウトプット (実施量・実施率)	令和4年度(2022年度) (計画策定時実績)	令和11年度(2029年度) (計画最終年度目標値)
未受診者勧奨実施者数 (ハガキ)	-	2,000人
未受診者勧奨実施者数 (電話)	1,676人	2,000人
継続受診勧奨実施者数	1,850人	3,000人
アウトカム (成果指標)	令和4年度(2022年度) (計画策定時実績)	令和11年度(2029年度) (計画最終年度目標値)
特定健康診査受診率	37.6%	60%
40～50歳代の特定健康診査受診率	21.5%	35%

（４）特定保健指導未利用者対策

事業の目的	特定保健指導の案内送付後、電話による個別勧奨を実施することで利用率の向上を図る。また、「健康測定会」で自身の健康に関心を持ってもらうことで、利用率の向上と保健指導中断者の減少を図る。	
対象者	特定保健指導対象者	
ストラクチャー （実施体制）	執行委任（健康推進グループ）	
プロセス （実施方法）	【電話勧奨】 特定保健指導の案内送付後に保健師・管理栄養士による個別電話勧奨又は訪問による勧奨を実施。 【「健康測定会」の開催】（年2回） 特定保健指導対象者（未利用者も含む）に対し、「健康測定会」の案内を送付し、生活習慣改善の動機付けを行うとともに、特定保健指導未利用者については当日に初回面接を実施。	
アウトプット （実施量・実施率）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
勧奨実施者数	248人	200人
健康測定会参加者数 （参加率）	30人 （12.1%）	40人 （20%）
アウトカム （成果指標）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
特定保健指導利用率	26.1%	60%
特定保健指導実施率	24.3%	60%

（５）健診異常値放置者・治療中断者への医療機関受診勧奨事業

事業の目的	前年度特定健診の結果で異常値があったにも関わらず医療機関を受診していない人や生活習慣病の治療を中断している人に適切な治療を受けてもらうことを重点目標として、受診勧奨を実施することで、健診有所見者に占める未治療者の割合のさらなる減少や生活習慣病の重症化予防を図る。	
対象者	●健診異常値放置者 前年度特定健診の結果が、以下の①又は②に該当する非肥満の人（服薬中を除く） ①収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上 ②LDLコレステロール180mg/dl以上 ●生活習慣病治療中断者 前年度レセプトデータから抽出した生活習慣病（高血圧症、脂質異常症等）の治療を中断している人 ※糖尿病関連の健診異常値放置者・治療中断者は、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象	
ストラクチャー （実施体制）	業務委託及び保険年金グループ	
プロセス （実施方法）	対象者に医療機関への受診を促す案内を送付後、保健師・管理栄養士が電話による医療機関への受診勧奨を実施。 その後の受診の有無をレセプトデータで確認。	
アウトプット （実施量・実施率）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
受診勧奨完了者数 （完了割合）	33人※ ¹ （61.1%）	50人
アウトカム （成果指標）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
収縮期血圧160mmHg 以上又は拡張期血圧 100mmHg以上の人に 占める未治療者の割合	●●.●%※ ²	20%
LDLコレステロール180 mg/dl以上の人に占め る未治療者の割合	●●.●%※ ²	20%

※¹収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上、並びにHbA1c6.5%以上の人に実施していた「非肥満高血圧・高血糖重症化予防対策事業」における実績

※²令和4年度（2022年度）実績値は大阪府国民健康保険団体連合会から後日提供される資料を基に記載予定

（6）健康教育（カラダすっきり運動教室）

事業の目的	「運動」に重点を置き、正しい運動方法の習得と同時に同じ目的の仲間と集う機会を設けることで生活改善意欲の向上及び継続を支援し、対象者の日常生活の中に運動習慣を定着させ、メタボリックシンドロームの解消や生活習慣病の予防・改善を図る。	
対象者	特定健診の結果より、運動指導が必要と認められた人 ※過去の参加者も国民健康保険加入中であれば継続参加可	
ストラクチャー （実施体制）	執行委任（健康推進グループ）	
プロセス （実施方法）	特定保健指導利用者へ教室への参加勧奨を実施。 参加希望者に健康運動実践指導者による集団指導（ウォーキングやストレッチ、筋力トレーニングなど）を実施。（年12回）	
アウトプット （実施量・実施率）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
教室参加者数 （延べ人数）	142人	200人
新規教室参加者数	10人	15人
アウトカム （成果指標）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
特定保健指導実施率	24.3%	60%

（7）適正受診・適正服薬指導事業

事業の目的	重複・頻回受診者及び重複・多剤服薬者に対して適正受診・適正服薬やセルフメディケーションについて指導し、医療費の適正化を図る。	
対象者	前年度のレセプトデータで以下の①～④に該当する人 ①重複受診者（同一の疾病で1か月間に3医療機関以上受診） ②頻回受診者（1か月間の診療実日数が15日以上） ③重複服薬者（1か月間に2医療機関以上から同一の薬効で2種類以上の内服薬の処方） ④多剤服薬者（1か月間に2医療機関以上から15種類以上の内服薬の処方）	
ストラクチャー （実施体制）	業務委託及び保険年金グループ	
プロセス （実施方法）	案内送付後に電話による参加勧奨を実施。 参加希望者に保健師・管理栄養士による個別の保健指導を実施。 ※電話又はオンライン方式も選択可	
アウトプット （実施量・実施率）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
保健指導実施者数	20人	20人
アウトカム （成果指標）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
重複・頻回受診者数 （年度平均）	81人	70人
重複・多剤服薬者数 （年度平均）	130人	100人

（8）高血圧症予防対策啓発事業

事業の目的	高血圧予防のための減塩に関する知識を普及し、意識的に減塩に取り組む人を増加させる。	
対象者	全市民	
ストラクチャー （実施体制）	健康推進グループ	
プロセス （実施方法）	●健康まつり等のイベント時に高血圧症や減塩についての知識の普及を行う。 ●市ホームページに掲載中の「健康大阪さやま21×食育ひろば」に減塩についてのワンポイントアドバイスを追加し、様々な年代に対して減塩の重要性についてPRを行う。	
アウトプット （実施量・実施率）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
イベント時の啓発活動 回数	-	1回
健康大阪さやま21×食 育ひろばへの掲載回数	1回	1回
アウトカム （成果指標）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
健診有所見者（血圧） 割合	●●.●%※	40%

※令和4年度（2022年度）実績値は大阪府国民健康保険団体連合会から後日提供される資料を基に記載予定

(9) 高血圧重症化予防対策事業（血圧改善教室）

事業の目的	高血圧の人に対し、血圧の基礎知識及び生活改善の重要性等を周知するとともに、日々の調理の工夫等を指導し、高血圧の重症化を予防する。	
対象者	前年度特定健診の結果が、以下の①又は②に該当する人 ①収縮期血圧が160mmHg以上又は拡張期血圧が100mmHg以上の人 ②収縮期血圧が140～159mmHg又は拡張期血圧が90～99mmHgの未治療者で保健指導利用意思がある人 （特定健診未受診であっても、医師より「高血圧」と指摘され重症化予防に関心のある人や国民健康保険被保険者以外の人も一般公募により参加可）	
ストラクチャー（実施体制）	執行委任（健康推進グループ）	
プロセス（実施方法）	前年度特定健診の結果から抽出した対象者への案内送付と市広報誌での一般公募を実施。2日間にわたって血圧の基礎知識及び生活改善のポイントについての集団指導、減塩野菜料理の調理体験と試食等を実施。（年1回）	
アウトプット（実施量・実施率）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
参加者数	18人	20人
アウトカム（成果指標）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
教室アンケート結果（理解度）	85.7%	90%
健診有所見者（血圧）割合	●●.●%※	40%

※令和4年度（2022年度）実績値は大阪府国民健康保険団体連合会から後日提供される資料を基に記載予定

（10）糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的	主治医と連携した保健指導又は未治療者・治療中断者への受診勧奨による適切な介入を行うことで、腎機能低下の遅延、人工透析導入の予防又は導入時期の遅延に繋げ、対象者の生活の質の向上と医療費の適正化を図る。	
対象者	前年度特定健診の結果及びレセプトデータから以下の①又は②に該当する人 ①保健指導対象者 市医師会加入医療機関で糖尿病関連（糖尿病や糖尿病性腎症）の治療中の人（前年度特定健診結果がHbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上の人を優先） ②受診勧奨対象者 前年度特定健診結果がHbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上の未治療者、並びに治療を中断した人	
ストラクチャー（実施体制）	業務委託及び保険年金グループ	
プロセス（実施方法）	①保健指導対象者 案内送付後に電話による参加勧奨を実施。主治医から事業参加可と判断された参加希望者に対し、保健師・管理栄養士による個別の保健指導を実施。指導内容や対象者の取組状況等は定期的に主治医へ報告し、連携を行いながら進める。 ※オンライン方式も選択可 ②受診勧奨対象者 案内送付後に電話による医療機関への受診勧奨を実施し、その後の受診の有無をレセプトデータで確認。	
アウトプット（実施量・実施率）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
保健指導実施者数	14人	20人
受診勧奨実施者数	19人	50人
アウトカム（成果指標）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
治療中の人に占めるHbA1c8.0%以上の割合	●●.●%※	3%
HbA1c6.5%以上の人に占める未治療者の割合	●●.●%※	20%
新規人工透析患者数	0人	0人

※令和4年度（2022年度）実績値は大阪府国民健康保険団体連合会から後日提供される資料を基に記載予定

（１１）後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

事業の目的	後発医薬品の普及・啓発を行い、国民健康保険被保険者の負担の軽減と医療費の適正化を図る。	
対象者	①市が指定する生活習慣病関連の医薬品の処方期間が1か月間で28日以上あり、後発医薬品に切り替えた場合の財政効果が見込まれる人 ②国民健康保険被保険者全員	
ストラクチャー （実施体制）	業務委託及び保険年金グループ	
プロセス （実施方法）	①現在使用中の医薬品を後発医薬品に変えた場合の自己負担額（最低負担額）を情報提供するために差額通知を発送。（年3回） ②後発医薬品の品質や使用促進の意義に関する情報を記載したパンフレットの配布、市の広報誌及びホームページへの記事掲載、国民健康保険料納付通知書にチラシを同封して啓発を行う。	
アウトプット （実施量・実施率）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
差額通知発送件数	583件	500件
アウトカム （成果指標）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
数量シェア	70.4%	80%

（12）人間ドック等費用助成事業

事業の目的	満30歳以上の国民健康保険被保険者を対象として人間ドック、脳ドック及び肺がんドック受診にかかる費用の一部助成を行うことで、健康の保持増進、疾病の予防、早期発見及び早期治療を推進する。30歳代の対象者には受診勧奨及び若いうちからの健診受診や健康づくりの重要性を周知する案内を個別に送付することで、健康意識の向上と特定健診の受診率向上を図る。また、人間ドック受診者のうち有所見者には受診勧奨や保健指導を実施するなど適切な介入を行う。		
対象者	国民健康保険被保険者資格を取得してから1年以上経過していて、国民健康保険料を完納している世帯に属している満30歳以上74歳以下の人		
ストラクチャー (実施体制)	市が指定する医療機関において個別健診で実施		
プロセス (実施方法)	【実施期間】 4月1日～翌年3月31日		
	【金額】		
	区分	市負担	自己負担
	人間ドック	健診費用から10,000円を差し引いた金額(上限30,000円)	健診費用から市負担額を差し引いた金額
	脳ドック※1	22,500円(16,500円)	22,500円(16,500円)
	肺がんドック※1	15,580円(11,440円)	15,580円(11,440円)
	※1 カッコ内は人間ドック併用の場合の金額		
	【検査項目】		
	区分	項目	
	人間ドック	公益社団法人日本人間ドック学会が定める一日ドック基本検査項目(40歳以上の人は特定健診項目を同時実施)	
脳ドック※2	問診・身体計測・胸部X線撮影・血圧測定・心電図・尿検査・血液検査・MRI・MRA・頸部動脈超音波検査・総合判定		
肺がんドック※2	問診・身体計測・胸部X線撮影・胸部CT撮影・血液検査(腫瘍マーカー)・喀痰細胞診検査・総合判定		
※2 人間ドック併用の場合、共通する検査項目は一部省略			
【制度周知】 ●市広報誌及び市ホームページへの記事掲載、国民健康保険料納付通知書等にチラシを同封して啓発。 ●30歳代の対象者には、個別に受診勧奨の案内を送付。			
【有所見者への介入】 人間ドック受診者のうち有所見者には受診勧奨や保健指導を実施。			
アウトプット (実施量・実施率)	令和4年度(2022年度) (計画策定時実績)	令和11年度(2029年度) (計画最終年度目標値)	
人間ドック受診者数	209人	240人	
脳ドック受診者数	15人	30人	
肺がんドック受診者数	13人	20人	
30歳代への受診勧奨カバー率	100%(710人)	100%	
アウトカム (成果指標)	令和4年度(2022年度) (計画策定時実績)	令和11年度(2029年度) (計画最終年度目標値)	
若年者の健康意識向上 (30歳代の人間ドック受診者数)	10人	20人	

（13）介護予防事業

事業の目的	「健康づくり＝介護予防」を広く普及・啓発し、より早期から介護予防の意義を浸透させるとともに、年齢や心身の状態などによることなく、誰もが利用しやすい効果的な介護予防への取組みを推進することで、健康寿命の延伸を目指す。	
対象者	大阪狭山市内に居住する高齢者等	
ストラクチャー （実施体制）	高齢介護グループ及び保険年金グループ	
プロセス （実施方法）	①介護予防普及啓発事業 心身機能の向上の場として実施している5事業（さやまエイジングエクササイズ、元気コミュニティ教室、水中運動教室、脳の健康教室、いきいき百歳体操）について、各事業のさらなる普及・啓発を図り、市民ニーズに対応した事業展開を図る。 （保険年金グループでは、国民健康保険被保険者のうち特定健診問診票から運動習慣のない65歳以上の人を抽出して本事業の案内を送付し、フレイル予防に対する意識付けや取組みを推進。） ②いきいき百歳体操事業 加齢に伴う運動機能の低下や転倒等による骨折の防止、健康増進の意識醸成を目的とし、全身の筋力アップにつながる介護予防体操を、各地区の誰もが気軽に通うことのできる身近な場所で、地域の住民により実施することを支援。 また、保健師、理学療法士による支援のほか、管理栄養士、歯科衛生士による講話や健康相談を実施。	
アウトプット （実施量・実施率）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
参加勧奨実施者数 （保険年金グループ）	163人	200人
いきいき百歳体操事業 実施か所数	28か所	45か所※
アウトカム （成果指標）	令和4年度（2022年度） （計画策定時実績）	令和11年度（2029年度） （計画最終年度目標値）
健康寿命	男性：80.2歳 女性：85歳	計画策定時実績より延伸

※「大阪狭山市高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画（計画期間：令和6年度（2024年度）～令和8年度（2026年度）」における令和8年度（2026年度）の目標値

第4章 第4期特定健康診査等実施計画

1 特定健康診査・特定保健指導実施の基本的な考え方

高血圧症・糖尿病や脂質異常症等の生活習慣病は、内臓脂肪の蓄積に起因するとされ、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患や脳疾患、腎不全等の発症リスクが高くなります。このため、メタボリックシンドロームの概念に基づき、その該当者及び予備群に対して、運動習慣の定着や重症化による虚血性心疾患や脳血管疾患、腎不全等の発症リスク低減を図ることが必要です。

特定健康診査及び特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、メタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させるために実施します。

また、参加者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取組みを継続的に行うことをめざします。

2 目標値の設定

(1) 目標値の考え方

国は「高齢者の医療の確保に関する法律」第18条の規定により定める特定健康診査等基本指針において、市町村国民健康保険における令和11年度(2029年度)の目標値について、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は60%以上、特定保健指導対象者の減少率は平成20年度(2008年度)と比較して25%以上とすることを掲げています。

(2) 大阪狭山市の目標値

本市の目標値の設定にあたっては、国が示す目標値を尊重し、令和11年度(2029年度)の特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の目標値を60%と設定します。

また、平成20年度(2008年度)と比較した特定保健指導対象者の減少率についても、国の目標値である25%以上減少と設定します。

第4期計画における国の目標値

目標値の項目	令和11年度(2029年度)の目標値
特定健康診査受診率	市町村国保の被保険者に係る受診率60%以上
特定保健指導実施率	特定保健指導対象者に係る実施率60%以上
特定保健指導対象者の減少率	平成20年度(2008年度)と比較し、25%以上減少

第4期計画における大阪狭山市の目標値

目標値の項目	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
特定健康診査受診率	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導対象者の減少率	平成20年度(2008年度)比25%以上減少					

目標値より算出した大阪狭山市の特定健康診査対象者・受診者数及び受診率の推計

項目			令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
40～ 64歳	男	対象者	1,515人	1,545人	1,524人	1,479人	1,473人	1,460人
		受診者	455人	517人	560人	589人	633人	675人
		受診率	30.0%	33.5%	36.8%	39.8%	43.0%	46.2%
	女	対象者	1,625人	1,579人	1,538人	1,468人	1,414人	1,385人
		受診者	575人	614人	649人	664人	685人	715人
		受診率	35.4%	38.9%	42.2%	45.2%	48.4%	51.6%
65～ 74歳	男	対象者	1,699人	1,597人	1,490人	1,411人	1,332人	1,265人
		受診者	912人	914人	901人	897人	888人	884人
		受診率	53.7%	57.2%	60.5%	63.6%	66.7%	69.9%
	女	対象者	2,477人	2,217人	2,058人	1,977人	1,903人	1,790人
		受診者	1,350人	1,286人	1,261人	1,272人	1,285人	1,266人
		受診率	54.5%	58.0%	61.3%	64.4%	67.5%	70.7%
合計	男	対象者	3,214人	3,143人	3,013人	2,891人	2,805人	2,725人
		受診者	1,367人	1,431人	1,461人	1,486人	1,521人	1,559人
		受診率	42.5%	45.5%	48.5%	51.4%	54.2%	57.2%
	女	対象者	4,102人	3,797人	3,597人	3,445人	3,317人	3,175人
		受診者	1,925人	1,900人	1,910人	1,936人	1,970人	1,981人
		受診率	46.9%	50.0%	53.1%	56.2%	59.4%	62.4%
	対象者		7,316人	6,939人	6,610人	6,336人	6,122人	5,900人
	受診者		3,292人	3,331人	3,371人	3,422人	3,491人	3,540人
	受診率		45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%

※端数処理のため、対象者数及び受診者数の合計や受診率が一致しない場合があります。

資料：法定報告、住民基本台帳及び被保険者台帳（令和元年度（2019年度）～令和4年度（2022年度））

目標値より算出した大阪狭山市の特定保健指導対象者・実施者数及び実施率の推計

項目			令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)	令和11年度 (2029年度)
40～ 64歳	動機付け 支援	対象者	18人	19人	21人	21人	23人	24人
		実施者	7人	8人	10人	11人	13人	15人
		実施率	38.9%	42.1%	47.6%	52.4%	56.5%	62.5%
	積極的 支援	対象者	23人	25人	27人	28人	29人	31人
		実施者	3人	5人	7人	8人	10人	13人
		実施率	13.0%	20.0%	25.9%	28.6%	34.5%	41.9%
65～ 74歳	動機付け 支援	対象者	80人	78人	77人	77人	77人	76人
		実施者	32人	36人	39人	44人	48人	51人
		実施率	40.0%	46.2%	50.6%	57.1%	62.3%	67.1%
合計	動機付け 支援	対象者	98人	97人	98人	98人	100人	100人
		実施者	39人	44人	49人	55人	61人	66人
		実施率	39.8%	45.4%	50.0%	56.1%	61.0%	66.0%
	積極的 支援	対象者	23人	25人	27人	28人	29人	31人
		実施者	3人	5人	7人	8人	10人	13人
		実施率	13.0%	20.0%	25.9%	28.6%	34.5%	41.9%
	対象者		121人	122人	125人	126人	129人	131人
	実施者		42人	49人	56人	63人	71人	79人
	実施率		34.7%	40.2%	44.8%	50.0%	55.0%	60.3%

※端数処理のため、対象者数及び実施者数の合計や実施率が一致しない場合があります。

資料：法定報告、住民基本台帳及び被保険者台帳（令和元年度（2019年度）～令和4年度（2022年度））

3 特定健康診査の実施

(1) 対象者

40歳～74歳（40歳に到達者を含む）の本市国民健康保険被保険者を対象とします。

(2) 特定健康診査の内容

【基本的な項目】

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・体重及び腹囲の測定	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
血圧測定	拡張期血圧、収縮期血圧
BMI の測定	$BMI = \text{「体重 (kg)」} \div \text{「身長 (m)」の2乗}$
血液検査	肝機能検査：AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP)
	血中脂質検査：空腹時中性脂肪（やむを得ない場合は随時中性脂肪）、HDL コレステロール、LDL コレステロール（空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロール（総コレステロールから HDL コレステロールを除いたもの）でも可）
	血糖検査：空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）又は HbA1c
	腎機能検査：血清クレアチニン（eGFR）
	尿酸
尿検査	尿糖、尿蛋白

【詳細な健診項目（一定基準のもと、医師が必要と認めた場合）】

追加項目	実施できる条件（判断基準）
血液検査	貧血検査（赤血球数、色素量、ヘマトクリット値）
心電図検査、眼底検査	

【独自追加項目（本市民を対象に市内の医療機関に限り実施）】

独自追加項目	実施できる条件（判断基準）
血液検査	血中脂質検査：総コレステロール
	肝機能検査：ALP
	膵機能検査：アミラーゼ
	腎機能検査：尿素窒素、アルブミン
尿検査	尿潜血
心電図検査、眼底検査	

（３）実施形態・実施場所

大阪府医師会との委託契約により、指定医療機関において個別健診で実施します。

（４）実施期間

各年６月１日から翌年３月末まで実施します。

（５）自己負担額

特定健診受診者の自己負担は無料とします。

（６）周知や案内の方法等

市広報誌及び市ホームページに掲載するとともに、国民健康保険料納付通知書送付時などの機会を通じて行います。

また、特定健診受診対象者に特定健診受診券を毎年５月下旬に一斉送付します。一斉送付後に加入した対象者には、窓口で案内をします。

受診券の紛失等による再発行の申請は、窓口、電話、市ホームページ上の申請フォームにて受付します。

（７）受診率向上に向けた取組み

対象者の特性を分析し、郵送やコールセンターからの電話による受診勧奨を実施します。

また、市医師会の協力のもと、指定医療機関においてチラシやポスターの掲示、医師からの受診勧奨を行います。

（８）結果の通知方法

特定健診結果は、受診した特定健診実施機関から渡します。特に、異常値を示している項目がある受診者については、医師から異常値の項目や程度等について受診者に説明するとともに、後日、保健センターから特定保健指導の利用案内を送付します。

4 特定保健指導の実施

(1) 特定保健指導対象者の選定と階層化

特定保健指導の対象者を明確にするために国の基準に基づき、情報提供、動機付け支援及び積極的支援の3つに階層化を行います。

腹囲	追加リスク		対象	
	① 血糖 ② 脂質 ③ 血圧	④ 喫煙歴※	40歳～64歳	65歳～74歳
85cm以上(男性) 90cm以上(女性)	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外かつ BMI $\geq$ 25kg/m ²	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

※④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します。

(追加リスク)

- ①血糖：空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dl 以上
又はHbA1c 5.6%（NGSP 値）以上
- ②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl 以上（随時中性脂肪175mg/dl 以上）
又はHDL コレステロール40mg/dl 未満
- ③血圧：収縮期130mmHg 以上又は拡張期85mmHg 以上

資料：厚生労働省（標準的な健診・保健指導プログラム）

(2) 特定保健指導の重点化の方法

階層化の基準に基づいて特定保健指導の対象を設定したのち、該当する人が多数にのぼる場合には、以下の条件によって優先順位を決め、対象者の絞り込みを行います。

- ・年齢が比較的若く、予防効果が大きく期待できる対象者
- ・特定健診結果の特定保健指導レベルが「情報提供レベル」から「動機付け支援レベル」、
「動機付け支援レベル」から「積極的支援レベル」に移行するなど、特定健診結果が前年度と比較して悪化し、特定保健指導レベルでより綿密な特定保健指導が必要になった対象者
- ・質問項目の回答により、生活習慣改善の必要が高い対象者
- ・前年度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、特定保健指導を受けなかった対象者
- ・リスク数が多く、生活習慣病に移行する可能性が高い対象者

(3) 特定保健指導の実施方法

支援レベル	内 容
情報提供	対象者が生活習慣病や特定健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すよう、特定健診結果の情報提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供します。
動機付け支援	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善にかかる自主的な取組みの継続的な実施に資することを目的として、行動計画を策定し、生活習慣改善のための動機付けに関する支援を行います。行動計画の実績に関する評価は、3～6か月以上経過後に行います。
積極的支援	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善にかかる自主的な取組みの継続的な実施に資することを目的として、行動計画を策定し、生活習慣改善のための取組みに関する働きかけを3か月以上の期間で継続的に行います。行動計画の実績に関する評価は、対象者の状況に応じて3～6か月以上経過後に行います。

① 動機付け支援

【対象者】

特定健診結果・質問票から生活習慣の改善が必要と判断された人を対象とします。

【支援頻度・期間】

原則1回の支援を実施します。

また、運動教室への参加を呼びかけるなど生活習慣改善が継続的に行われるよう支援します。

【支援内容】

(ア) 初回面接

- 1人20分以上の個別支援、又は1グループ（1グループ概ね8人以下）概ね80分以上のグループ支援を実施します。
- 生活習慣と特定健診結果の関係への理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活改善の必要性を説明します。
- 生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明します。
- 食事・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行います。
- 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援するとともに、必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援します。
- 体重及び腹囲の計測方法について説明します。
- 生活習慣を振り返るとともに、行動目標や評価時期について話し合います。
- 対象者とともに行動目標及び行動計画を作成します。

(イ) 実績評価

- 計画作成を指導した担当者が、対象者の状況に合わせ3～6か月経過後に面接又は通信等（電話、メール、FAX、手紙等）を利用し評価を行います。

○設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行います。

② 積極的支援

【対象者】

特定健診結果・質問票から生活習慣の改善が必要と判断された人を対象とします。

【支援頻度・期間】

3か月以上の継続的な支援を行います。

また、運動教室への参加を呼びかけるなど、継続的に支援ができるようにします。

ただし、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べて2年目の状態が改善した者※は動機付け支援相当の支援でも可とします。

※BMI 30未満の場合は腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少した者、BMI 30以上の場合は腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少した者をいう。

【支援内容】

（ア） 初回面接

○形態・内容等は動機付け支援と同様とします。

○3か月以上の継続的な支援は、アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施します。

（イ） 実績評価

○対象者の状況に合わせ、3～6か月経過後に実施します。

○アウトカム評価は、主要達成目標を腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少とし、生活習慣病予防に繋がる行動変容（食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣又はその他の生活習慣の改善）や腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少をその他目標として設定します。プロセス評価は、介入1回ごとの評価とします。

（４）実施形態・実施場所

健康推進グループに執行委任し、市立保健センターにおいて実施します。

なお、オンライン方式での特定保健指導は、業務委託で実施します。

（５）実施期間

通年で実施します。

対象者1人につき、初回から3～6か月間にわたり特定保健指導を行います。

(6) 周知や案内の方法

特定健診受診券送付時に特定保健指導についての案内を同封します。また、特定保健指導対象者に個別案内通知を行います。

(7) 実施率向上に向けた取組み

特定保健指導の実施率向上に向けて、勧奨チラシ内容の工夫、手紙や電話、訪問を組み合わせた勧奨の実施とともに、対象者の状況に合わせた個別指導を実施します。

(8) 特定保健指導実施者の人材確保と資質向上

特定保健指導に必要な保健師・管理栄養士等の適正人員の配置、運動指導士、在宅の専門職の活用を進めます。

また、研修への積極的な参加により、資質向上に努めます。

5 実施スケジュール

実施月	当該年度						翌年度		
	4月	5月	6月	7月	8月～ 翌年2月	3月末	4月	5月末	11月
事業内容	特定健診対象者を抽出し、代行機関（大阪府国民健康保険団体連合会）へ送付	代行機関で受診券等の印刷・送付	特定健診の開始	特定保健指導の初回面接・支援の開始		特定健診の終了	特定健診データ抽出（前年度分）	前年度特定保健指導の初回面接終了	・実施率、実績の算出等、社会保険診療報酬支払基金への報告 ・前年度特定保健指導の支援終了

6 標準的な健診・保健指導プログラムの主な変更点（抜粋）

（１）保健指導のプロセスと必要な保健指導技術

健診受診者全員に対して、必要な情報提供を行うことは重要である。特定健康診査・保健指導において「情報提供」は、高確法第24条に基づく特定保健指導には該当しないが、同法第23条により保険者が健診結果の通知を行う際には、対象者が生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、行動変容やセルフケア（自己管理）を目的として行うべきである。

（２）ＩＣＴを活用した保健指導とその留意事項

① 遠隔面接による保健指導の留意点

遠隔面接（情報通信技術を活用した面接をいう）は、ビデオ通話システムを使うことにより、顔が見えるだけでなく画面上で資料の提示も可能なため、対面に近い形で面接ができる。このため、対面での保健指導が困難であった対象者へのアプローチを広げる有効な手段である。

遠隔面接の実施に当たっては、実施体制、機器・通信環境を整備するとともに、資料・教材・器具等、対象者との情報共有、本人確認の方法について確立しておく必要がある。

また、遠隔面接等の実施時に交換される個人情報が外部に漏えいすることがないように、保健指導実施者は、個人情報の保護に十分配慮するとともに、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）に準拠した情報管理など、個人情報保護に必要な措置を講じる。

遠隔面接を実施する際に、保健指導実施者が留意すべき事項について、下記に示す。なお、保健指導実施者が、自宅等勤務先以外で遠隔面接を行う場合も、これらの事項に留意しなければならない。

② アプリケーション等を用いた効果的な特定保健指導の工夫

特定保健指導にアプリケーション等を導入することにより、これまで紙媒体の教材により行っていた情報提供やセルフモニタリング記録などを、アプリケーション等を用いて行うことができ、対象者の行動変容の一助となることが期待される。

一方、アプリケーション等の活用による生活習慣改善の効果が指摘されているが、全ての人にとって効果的というわけではない。対象者のアプリケーション等の利用の意向やＩＣＴリテラシーを確認し、アプリケーション等の利用が行動変容に効果的な対象者を見極めて導入することが重要である。

（３）保健指導の未実施者及び中断者への支援

保健指導の効果を高めるためには、保健指導実施者や保険者が連携し、全ての対象者が確実に保健指導を受けるように努力することが必要である。

（４）「無関心期」、「関心期」にある対象者への支援

行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」、「関心期」にある対象者については、保健指導に加えて行動変容につながりやすい環境整備を考慮する。

「無関心期」にある者でも、何かがきっかけとなって行動変容への意欲が向上することがある。そのため、ポピュレーションアプローチ（職域では、事業主と連携して）による、健康的な環境づくり（単に情報を提供するだけでなく、環境を整えて健康的な選択を誘導する等の取り組み）が重要である。

（５）２回目以降の対象者への支援

支援を実施しても、保健指導レベルが改善せず、繰り返し保健指導対象者となる場合がある。また、健診結果や生活習慣（行動変容ステージ）が改善したにもかかわらず、連続して保健指導対象者になる場合もあるので留意する。

（６）特定保健指導における情報提供・保健指導の実施内容

特定健診・保健指導の枠組以外においてもメタボリックシンドロームに関する保健指導についても活用が可能であるため、留意する。

なお、特定保健指導の運用の詳細は、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「２.特定保健指導」を参照する。

第5章 計画の推進

1 計画の見直し

アウトプット（目的や目標の達成のために行われる事業の結果）及びアウトカム（事業の目的や目標の達成度又は成果の数値目標）の2つの視点に沿ってKDB等を利用し、毎年度評価を行います。

また、PDCAサイクルに沿った保健事業を展開するため、目標の達成状況及びその経年変化の推移について把握し、中間評価及び必要に応じて計画の見直しを行い、次期計画の策定にも評価の内容を反映します。

2 計画の公表・周知

市ホームページにおいて公開します。

3 個人情報の保護

個人情報の取扱いに関しては、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」及びこれに基づく各種法令・ガイドライン、並びに「大阪狭山市個人情報の保護に関する法律施行条例（令和4年大阪狭山市条例第23号）」等の規定に基づき、適切に行います。

保健事業を外部に委託する際は、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、その取組状況について管理・監督を行います。

4 地域包括ケアに係る取組み

健康課題を解決するために実施する保健事業のほか、国民健康保険被保険者が住み慣れた地域である大阪狭山市で健康でいきいきと暮らせるまちづくりをめざし、地域包括ケアを推進するための基盤の構築に向け、高齢介護グループと連携し、事業を推進していきます。

5 関係課、関係機関との連携

計画の推進にあたっては、健康推進グループや高齢介護グループ等と密に連携を取りながら進めていきます。また、地域全体の健康課題を改善するために、関連機関・団体等と連携して取り組みます。

用語集

用語	解説
ABC	
ALT	アミノ酸の合成に必要な酵素で、肝臓に多く含まれます。脂肪肝など、肝臓の細胞に障害があると、数値が高くなります。AST とともに肝機能の評価に用います。特定健診では31U/l以上でリスクありと判定されます。 (AST…アミノ酸の合成に必要な酵素で、肝細胞、心臓、筋肉、腎臓に含まれます。これらの臓器の細胞が破壊されると値が高くなります。特定健診では、31U/l以上でリスクありと判定されます。)
BMI	ボディ・マス・インデックスの略語で、体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で算出されます。日本肥満学会では22を標準とし、18.5未満を痩せ、25以上を肥満としています。
eGFR	eGFR(推算糸球体濾過量)は、血液中のクレアチニン値と年齢・性別から計算式を用いて算出されます。直接腎臓の機能(GFR)を測定するのは、検査がとても複雑で時間を要するため、日常検査では、計算式によって算出されるこの数値を腎機能のスクリーニング検査として用います。
HDLコレステロール	善玉コレステロールとも呼ばれ、血液中にあって動脈硬化の原因となるコレステロールを取り除き、肝臓へ運ぶ働きをしています。特定健診では、40mg/dl 未満でリスクありと判定されます。
HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)	健康診査の血液検査項目の1つです。過去1～2か月の血糖値の平均を反映する指標で、糖尿病の診断に使われます。赤血球中のヘモグロビンとブドウ糖が結合したもので、血液中のブドウ糖が多いほど値が高くなります。健診直前などの食事の影響を受けないので値にばらつきが少なく、血糖値をコントロールするための重要な情報です。 【参考・特定健康診査における基準】 保健指導判定値:5.6～6.4%、受診勧奨判定値:6.5%以上
ICT	Information & Communications Technology の略です。情報通信技術のことで、ネットワークを利用して多様なコミュニケーションを行います。
KDB(国保データベース)システム	国民健康保険の保険者等から委託を受けて、都道府県国民健康保険団体連合会および国民健康保険中央会において、被保険者の特定健診やレセプト等のデータを共同処理するものです。
KPI	業績管理評価のための重要な指標です。KPI を正しく設定することは、組織の目標を達成する上で必要不可欠です。
LDLコレステロール	肝臓でつくられたコレステロールを各臓器に運ぶ働きをする低比重リポたんぱくのことです。細胞内に取り込まれなかった余剰なコレステロールを血管内に放置し、動脈硬化を引き起こす原因となります。
PDCAサイクル	業務プロセスの管理手法の一つで、計画(plan)→実行(do)→評価(check)→改善(action)という4段階の活動を繰り返し行うことで、継続的にプロセスを改善してゆく手法です。

用語	解説
【あ行】	
アウトカム	事業を実施し、「その結果どうなったか」といった成果のことです。例えば、健診結果の変化、合併症発生率の低下、医療費の変化などが用いられます。
アウトプット	事業を「どれだけやった」といった直接的に発生した結果、事業実施量のことです。例えば、健診の受診率や保健指導利用率、健康教室等の参加者数などが用いられます。
【か行】	
拡張期血圧	心臓が拡張したときの血圧のことです。全身を循環する血液が肺静脈から心臓へ戻った状態で血圧が最も低くなるため、最低血圧とも呼ばれています。
虚血性心疾患	心筋梗塞や狭心症など、心臓の筋肉（心筋）に栄養や酸素を運んでいる血管に動脈硬化が起これ、血流が悪くなって起こる障害で、狭心症は酸素不足の状態が一時的のため回復するのに対し、心筋梗塞は冠状動脈が完全に塞がって、その先の血流が途絶えて心筋が壊死してしまう病気です。
健康寿命	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のことです。
後発医薬品（ジェネリック医薬品）	先発医薬品（新薬）の有効成分そのものに対する特許である物質特許が切れた医薬品を他の製薬会社が製造・供給する医薬品で、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして承認されたものです。先発医薬品が研究や実験などの開発に膨大な費用を要するのに対し、後発医薬品は開発費が抑えられるため、一般的に低価格です。
【さ行】	
脂質異常症	従来、総コレステロール、LDLコレステロール又は中性脂肪のいずれかが基準より高いか、「善玉」とされるHDLコレステロール値が基準より低い場合を総称して「高脂血症」と呼んでいましたが、善玉コレステロール値が低い場合も「高脂血症」と呼ぶのは適当でないとして、平成19年4月に日本動脈硬化学会が病名を「高脂血症」から「脂質異常症」に変更しました。
疾病分類	異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関（WHO）が作成した分類です。我が国では、これに準拠した「疾病、傷害及び死因の統計分類」を作成しています。総務省告示により、部位、原因等で大きくまとめた大分類、共通項目を有する疾患でまとめた中分類、病態等の共通の性質を持った疾患でまとめた小分類に分類されています。
質問票	特定健診時に実施する問診票で「標準的な質問票」といいます。服薬や治療状況、喫煙や運動、食事などの生活習慣に関する項目があります。
収縮期血圧	心臓が収縮したときの血圧のことです。血液が心臓から全身に送り出された状態で、血圧が最も高くなるため、最高血圧とも呼ばれています。
人工透析	医療行為のひとつで、腎臓の機能を人工的に代替すること。正式には血液透析療法のことです。
ストラクチャー	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものです。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況などがあります。
生活習慣病	日常の生活習慣によって引き起こされる病気の総称で、その定義は「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症や進行に関与する症候群」とされています。脂質異常症、高血圧症、糖尿病、肥満、骨粗しょう症、がんなどが代表的です。最近は、成人だけの問題ではなく、子どもの時期からの発症が増えています。

用語	解説
【た行】	
中性脂肪	体内の中で最も多い脂肪で、糖質がエネルギーとして脂肪に変化したものです。
重複・多剤服薬者	1か月間に2医療機関以上から同一の薬効で2種類以上の内服薬の処方がある人や2医療機関以上から15種類以上の内服薬の処方がある人のことです。
重複・頻回受診者	同一の疾病で1か月間に3医療機関以上受診している人や1か月間の診療実日数が15日以上の人のことです。
特定健康診査（特定健診）	医療保険者が、40～74歳の被保険者を対象として、毎年度実施するメタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査のことです。
特定健康診査等実施計画	生活習慣病（糖尿病等）の発症・重症化予防を目的として、メタボリックシンドロームに着目して実施する特定健診・特定保健指導について、具体的な実施方法や成果に関する明確な目標等を定める計画のことです。
特定保健指導	医療保険者が、特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある人に対し、毎年度、計画的に実施する保健指導のことです。
【は行】	
腹囲	へそのある位置から水平に巻き尺をまいて計測するもので、内臓脂肪の蓄積状態を知るための目安です。メタボリックシンドロームの基準である男性85cm 以上、女性90cm 以上は内臓脂肪100cm ² に相当します。
フレイル	健常から要介護状態へ移行する中間の段階で、加齢に伴い筋力が衰え、疲れやすくなり、家に閉じこもりがちになるなど、年齢を重ねたことで生じやすい衰え全般のことを指します。また、歯や口の状態の悪化（口腔機能の低下）のことを「オーラルフレイル」といいます。
プロセス	事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況进行评估するものです。具体的な評価指標としては、保健指導の実施過程、すなわち情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段（コミュニケーション、教材を含む）、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度などがあります。
平均寿命	0歳児が平均して何年生きられるかという指標です。若年者の死亡が多いと、平均寿命は引き下げられます。寿命には、生活習慣や医療環境など様々な要素が影響するといわれています。
法定報告	特定健診等の実績を国に報告するもので、対象者は、特定健診等の実施年度中に40～74歳になる人で当該年度の1年間を通じて国民健康保険に加入していることが条件となります。
保健事業実施計画（データヘルス計画）	健康・医療情報を活用して 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のことです。
ポピュレーションアプローチ	集団全体に働きかけ全体のリスクの低下を図ることです。

用語	解説
【ま行】	
メタボリックシンドローム該当者	腹囲に脂肪がつく内臓脂肪型肥満に加えて、「高血圧」「高血糖」「脂質異常症」の危険因子のうちいずれか2つ以上を併せ持った状態のことです。これらの危険因子は1つだけでも動脈硬化を招きますが、複数の因子が重なることによって互いに影響しあい、動脈硬化が急速に進行します。「メタボリック」は「代謝」の意味です。
メタボリックシンドローム予備群	腹囲が基準値以上であり、「高血圧」「高血糖」「脂質異常症」の危険因子のうちいずれか1つに当てはまるとメタボリックシンドローム予備群と診断されます。
【や行】	
有所見	健診結果において、何らかの異常所見が見られる状態のことです。
要介護認定	介護サービスを利用するためには、「介護を要する状態にある」という認定を受ける必要があります。サービス利用希望者からの申請により、市町村が訪問調査結果等に基づき認定します。介護の必要度（要介護度）は「要支援1～2」「要介護1～5」に分かれます。
【ら行】	
レセプト（診療報酬明細書）	医療費の請求明細のことで、保険医療機関・保険薬局が医療保険者に医療費などを請求する際に使用するものです。病名、薬剤名、検査名などの医療費の明細が記載されています。

大阪狭山市国民健康保険
第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）
及び第4期特定健康診査等実施計画

発行日 令和6年（2024年）〇月

発 行 大阪狭山市（健康福祉部 保険年金グループ）

〒589-8501

大阪狭山市狭山一丁目2384番地の1

電話 072-366-0011（代表）