

交野市国民健康保険
第4期特定健康診査等実施計画
及び第3期データヘルス計画

令和6年3月

交野市

目次

第1章 基本的事項	1
1. 計画策定の背景・趣旨	1
2. 計画の位置付け	2
3. 計画期間	3
4. 実施体制	3
第2章 既存事業の評価	4
1. 特定健診受診促進事業	4
(1) 特定健診未受診者対策	4
(2) がん検診の実施（セット検診）	5
(3) 地区健診実施	6
(4) 特定健診継続受診への対策	7
(5) 人間ドック補助金交付制度	8
(6) 特定保健指導対象者への対策	9
(7) 生活習慣改善教室	10
2. 重症化予防事業	11
(1) 受診勧奨判定値を超えている者への対策	11
(2) 早期介入保健指導事業	12
(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業	13
(4) 重複多剤服薬予防事業	15
3. ジェネリック医薬品使用促進事業	16
(1) ジェネリック医薬品差額通知	16
4. その他の保健事業	17
(1) 健康マイレージ事業	17
第3章 データに基づいた保険者の現状分析	18
1. 保険者の周辺環境	18
(1) 地理的・社会的背景、医療アクセスの特徴	18
(2) 人口・国保被保険者の状況	19
(3) 平均寿命・健康寿命	21
(4) 標準化死亡比	21
(5) 要介護認定状況	24
2. 医療費分析	26
(1) 費用区分別医療費（入院、入院外+調剤、歯科、柔整など）	26

(2) 医療費順位の主要疾患別医療費	27
(3) 性別・年齢階級別の主要疾患患者数	28
(4) ジェネリック医薬品の使用状況	36
3. がん検診等実施状況	36
(1) 国保被保険者におけるがん検診受診率	36
(2) 成人歯科健診受診率	37
(3) 質問票調査結果による咀嚼（そしゃく）機能	37
4. 特定健診実施状況	38
(1) 特定健診受診の状況	38
(2) 特定健診受診者における健康・生活習慣の状況	41
5. 特定保健指導実施状況	45
(1) 特定保健指導利用率および実施率	45
第4章 健康課題	46
第5章 保健事業の目的・目標・実施内容	48
第6章 特定健康診査等の実施に関する事項（★）	52
1. 目標	52
(1) 特定健康診査の対象者数および実施率の推計	52
(2) 特定保健指導の対象者数および実施率の推計	53
2. 対象者の特徴・分布	54
3. 実施体制	54
(1) 特定健康診査	54
(2) 特定保健指導	56
第7章 個別の保健事業及びデータヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し	59
第8章 計画の公表・周知（★）	59
第9章 個人情報取り扱い（★）	60
第10章 地域包括ケアに係る取組	60
用語集	61

★は特定健康診査等実施計画に関する項目・内容を含む

第1章 基本的事項

1. 計画策定の背景・趣旨

わが国では、近年の急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化などの社会環境に変化に応じた健康課題に取り組むことで、今後も医療制度を持続していくための構造改革が急務となっています。このような状況に対応するため、国は平成20年度に生活習慣病に着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施を医療保険者に義務付け、平成26年度には健康医療情報を活用した保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うよう定めました。この政策を受け、本市においても平成20年度に「特定健康診査等実施計画」、平成25年度に「第2期特定健康診査等実施計画」、平成29年度には「第3期特定健康診査等実施計画」を策定し、特にメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び特定保健指導の実施に取り組んできました。

また、「データヘルス計画」策定に関しては、厚生労働省より平成26年3月、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、市町村国保及び国保組合は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル（図表1-1-1）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実施計画として「データヘルス計画」を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものと告示しています。本市においても、保険者として医療費データや健診データの分析に基づき、平成27年度には「データヘルス計画」、平成29年度には「第2期データヘルス計画」を策定し、PDCAサイクルで効果的かつ効率的な保健事業を展開してきました。

この度、前期計画の計画期間満了に伴い、「第4期特定健康診査等実施計画」と「第3期データヘルス計画」を策定します。当計画では、引き続き、国保被保険者の健康寿命の延伸や、医療費適正化を目指します。また、両計画の、計画策定期間が同一であり、「データヘルス計画」において各保健事業の効果検証等を踏まえたデータ分析結果から健康課題の抽出を行い、その結果を「特定健康診査等実施計画」にも反映させていくことから、データヘルス計画を軸として包括的に策定します。

図表 1-1-1 データヘルス計画のPDCAサイクル

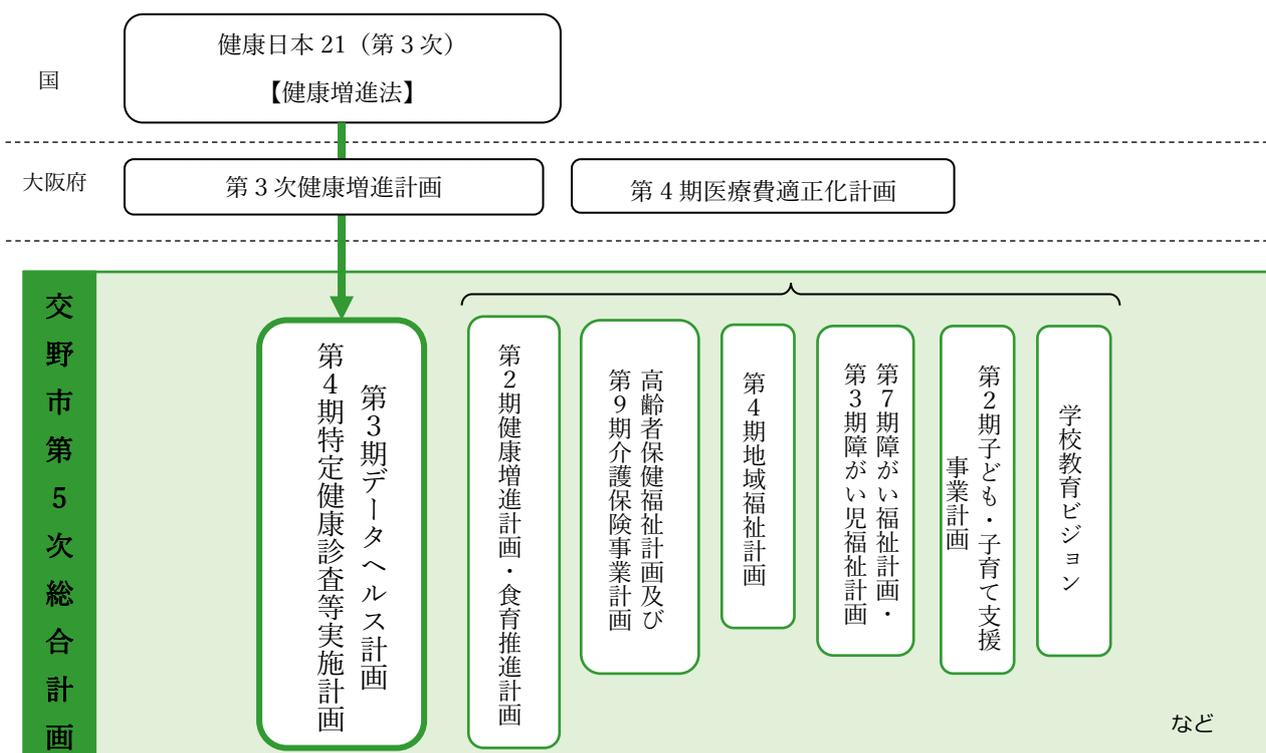


2. 計画の位置付け

「特定健康診査等実施計画」は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条第1項に基づき、本市が国民健康保険の保険者として、厚生労働大臣が定める特定健康診査等基本指針に即し、保健事業の中核である特定健診及び特定保健指導の実施に関する事項を定める計画です。一方、「データヘルス計画」は、健康・医療情報を活用してPDC A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ことを趣旨とした計画です。前期計画に引き続き、それぞれの計画をより一体的に策定することで、効果的かつ効率的な保健事業の実施に努めます。当計画は、国保被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、特定健康診査・特定保健指導の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して課題の抽出を行い、PDC Aサイクルに沿って保健事業を実施する計画書として策定します。

なお、当計画は、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく基本方針（健康日本21（第3次））を踏まえるとともに、大阪府の「第3次健康増進計画」、「第4期医療費適正化計画」、本市の「第5次総合計画」を上位計画とし、「第2期健康増進計画・食育推進計画」「高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画」等との整合性を図るものとします。

図表 1-2-1 計画の位置づけ



3. 計画期間

本計画期間は、令和6年度～令和11年度までの6年間とします。(図表 1-3-1)

図表 1-3-1 計画期間

年度/所管		2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
		R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17
国	厚労省	健康日本21(第3次)											
大阪府		第3次健康増進計画											
交野市		第4期特定健康診査等実施計画											
		第3期データヘルス計画											

4. 実施体制

本計画では、本市医療保険課が主体となり、「国民健康保険特定健康診査等実施計画及びデータヘルス計画推進審議会条例」に基づき審議会を設置し、計画の課題や評価について、調査及び審議するほか、保健事業の実施状況や健診結果及び保険者データに関する意見交換を行い、進捗管理を行います。

審議会は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、関係行政機関、市民(団体)の代表者から構成され、計画内容に対し助言を行います。

また、関係各課の計画と整合性を図りながら、情報共有・連携を行い、各種保健事業を推進します。

第2章 既存事業の評価

第2期データヘルス計画における課題や目標（令和5年度）を踏まえ、平成29年度から令和4年度までの期間の実績値をもとに評価を実施しました。

1. 特定健診受診促進事業

(1) 特定健診未受診者対策

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：委託（個別医療機関・区長会等の連携業務は直営） 対象者数：40～74歳までの国保被保険者 令和4年度 9,259人（うち40～59歳 2,777人）					
実施方法 (プロセス)	費用負担：無(集団健診は、心電図希望者のみ500円) 結果返却方法：個別健診⇒市から返却 集団健診⇒健診実施機関から返却 未受診者への受診勧奨方法： ・委託先医療機関と連携し、受診勧奨ポスター掲示 ・ハガキの送付や電話・SMSによる勧奨 令和4年度 勧奨実人数7,872人のうち受診者1,854人（受診率23.6%） ・地区での特定健診実施（地区組織である区長会・自治会と連携し、勧奨チラシの回覧やポスターの掲示、案内ハガキの送付）					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 (アウトプット) 対象者への通知率 (目標値100%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
未受診者への受診勧奨の べ件数	電話 4587件	電話 4282件	ハガキ 7000通	ハガキ 13071通 SMS 400件	ハガキ 12363通 SMS 842件	ハガキ 12363通 SMS 1000件
成果(アウトカム) 特定健診受診率 (目標値45.0%)	33.9%	34.0%	32.3%	27.9%	29.1%	33.0%
前期計画での課題	<ul style="list-style-type: none"> 令和2～3年度に低迷していた受診率は回復傾向だが、目標には達していない 令和3年度被保険者において健診・医療ともに未受診の人は14.7%であり、受診につなげる必要がある 					
今期計画での対応	<ul style="list-style-type: none"> 健診未受診者が自身の健康管理を意識し、受診行動につながるような健診実施体制や周知方法を検討する 健診受診定着を目指し、対象者に応じた案内の周知啓発を検討する 健診・医療未受診者、または過去健診結果にて保健指導になった人等は、検査値の把握や経年での経過観察が重要であることから、継続受診の啓発を強化する 					

(2) がん検診の実施（セット検診）

実施体制 （ストラクチャ）	実施体制：委託 対象者数：40～74歳までの国保被保険者 令和4年度 9,259人					
実施方法 （プロセス）	集団健診：委託医療機関により保健センターにて実施 （全がん検診との同時受診が可能） 個別健診：特定健診契約医療機関にて実施 （各医療機関にて実施可能ながん検診との同時受診が可能）					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 （アウトプット） 対象者への通知率 （目標値100%）	100%	100%	100%	100%	100%	100%
成果（アウトカム） 特定健診受診率 （目標値：45.0%）	33.9%	34.0%	32.3%	27.9%	29.1%	33.0%
成果（アウトカム） がん検診受診率* （目標値50.0%）						
胃がん	6.0%	5.6%	4.7%	3.6%	2.3%	2.4%
肺がん	8.4%	7.6%	6.9%	6.2%	4.8%	6.1%
大腸がん	8.5%	7.7%	6.7%	5.8%	4.2%	5.7%
乳がん	9.8%	9.7%	8.9%	7.6%	5.7%	6.3%
子宮頸がん	10.8%	11.8%	12.0%	10.5%	8.6%	9.4%
（参考）前立腺がん	23.2%	20.0%	17.7%	15.1%	9.5%	17.3%
前期計画での課題	・令和2～3年度は新型コロナウイルス感染拡大に伴い、集団健診でのセット検診を中止したため、特定健診とがん検診の受診率がともに低下した（令和4年10月よりセット検診を再開）					
今期計画での対応	・集団健診では、受診者が特定健診と全てのがん検診を半日で受診できるセット検診を継続することで、がん検診と共に受診率の向上を図る ・個別健診では一部のがん検診は同時受診が可能な医療機関もあるため、健康増進課とも連携し、周知啓発を強化する					

※がん検診受診率は、市全体の受診率を記載

(3) 地区健診実施

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：委託（巡回型集団健診） 対象者数：40～74歳までの国保被保険者 令和4年度 9,259人					
実施方法 (プロセス)	保健センター健診と同じ委託業者により、地域の集会所等で特定健診を実施する。 勧奨方法： ・地区組織である区長会・自治会と連携し地区健診、受診勧奨チラシの回覧やポスターの掲示 ・地区健診案内ハガキの送付					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 (アウトプット) 年間実施回数 (目標値：4回)	3回	4回	3回	3回	3回	3回
実績評価 (アウトプット) 受診人数/定員枠 (目標値：60人/回)	149人 /180人	172人 /240人	106人 /180人	87人 /180人	139人 /180人	141人 /180人
成果 (アウトカム) 地区健診受診率 (目標値 100%)	82.8%	71.7%	58.9%	48.3%	77.2%	78.3%
前期計画での課題	・開催地区により受診者にばらつきがあり、令和4年度で受診者数は141人と目標値の240人には達していない					
今期計画での対応	・開催地域や他課等の協力を得て、周知方法を工夫することで受診者増加につなげる ・被保険者のニーズに応じた開催方法や時期、場所等を検討する					

(4) 特定健診継続受診への対策

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：直営 対象者数：40～74歳までの国保被保険者 令和4年度 9,259人					
実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導実施時に、継続受診の勧奨を実施 ・教室等参加者に継続受診勧奨を通知 ・受診勧奨の電話・訪問の際に、継続受診の勧奨を実施 					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 (アウトプット) 対象者への通知率 (目標値：100%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
成果 (アウトカム) 特定健診受診率 (目標値：45.0%)	33.9%	34.0%	32.3%	27.9%	29.1%	33.0%
前期計画での課題	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍においても、受診勧奨ハガキやホームページにて受診啓発を継続的に実施したことで、受診率は回復傾向ではあるが目標には達していない 					
今期計画での対応	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診時に、継続受診の重要性の周知を実施する ・継続受診者増加に向け、健診受診及び保健指導実施時の啓発方法を工夫する必要がある ・過去の健診結果で指導対象になった人等は、生活習慣病発症のリスクが高いことから継続受診の啓発を強化し健診受診を習慣化させる 					

(5) 人間ドック補助金交付制度

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：直営 対象者：国保加入者で特定健診対象者かつ人間ドック受診者					
実施方法 (プロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドックにて特定健診必須項目の検査を実施した場合に費用助成を行う ・1人当たり補助上限額は平成29年度は10,000円、平成30年度からは13,000円、令和2年度からは20,000円とし、令和5年度は13,000円とした。 ・令和4年度より脳ドック（頭部CTまたはMRI等）受診者への費用助成（上限15,000円）を開始した（令和4年度47件） ・令和5年度からは人間ドックのオプションで受診したがん検診においても補助（1項目500円）を開始した 					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 (アウトプット) 申請件数 (目標：向上)	180件	195件	187件	158件	222件	264件
成果（アウトカム） 人間ドック受診者割合 (目標値：10.0%)	4.6%	5.2%	5.5%	5.5%	7.6%	8.6%
前期計画での課題	<ul style="list-style-type: none"> ・受診券発送時に勧奨案内の同封やホームページへの掲載等周知に努めたことで、申請者数・受診者割合ともに年々増加傾向であるが、目標には達していない 					
今期計画での対応	<ul style="list-style-type: none"> ・引き続き事業の周知を行い、健診結果データの把握に努める 					

(6) 特定保健指導対象者への対策

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：直営（令和4年度より導入したICTを活用した保健指導のみ委託） 対象者：40～74歳までの国保被保険者の特定健診受診者のうち、内臓脂肪蓄積とリスク要因数により、抽出された保健指導対象者 令和4年度 413人					
実施方法 (プロセス)	健診結果とともに、面接の日時を指定した案内文を個人へ通知し保健指導を実施 実施者数：令和4年度291人 うちICT利用者1名 ・未利用者への電話、郵送、訪問による利用勧奨 ・来所困難者への訪問、郵送、ICTによる特定保健指導の実施					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 (アウトプット) 初回面接実施率 (目標値：60.0%)	41.5%	41.2%	50.2%	40.4%	38.7%	62.2%
成果（アウトカム） 特定保健指導実施率 (目標値：70.0%)	68.8%	59.6%	56.2%	57.3%	58.6%	70.6%
成果（アウトカム） 特定保健指導対象者の減少率 (目標値：25.0%)	19.9%	22.8%	24.0%	14.1%	20.3%	30.1%
前期計画での課題	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率は国や大阪府と比較して高い水準で推移しており、令和4年度においては実施率が70.6%と目標値を達成したが、引き続き実施率向上に向けた取り組みが必要である ・休日・夜間での保健指導の実施体制を確保するため、ICTでの保健指導を導入したが利用者数が少ない 					
今期計画での対応	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導対象者が利用しやすいよう現状を見直し、実施体制の選択肢を増やす ・効果的な特定保健指導により対象者が自身の行動目標を設定し、生活習慣の振り返りや改善に取り組むことを促す必要がある ・健診受診時に保健指導の必要性を伝え、受診者への意識づけを行うことで、結果送付後の保健指導につながりやすいよう、個別医療機関とも連携し、利用勧奨を行う ・ICTでの保健指導の周知方法を工夫し、働く世代等の保健指導実施率の向上を図る 					

(7) 生活習慣改善教室

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：直営 対象者：特定保健指導グループ支援対象者及び保健指導判定値以上の人					
実施方法 (プロセス)	・運動、栄養等に関するグループ支援を2ヶ月に1度開催 勸奨方法： ・特定健診結果郵送時に教室案内を同封 ・広報や個別支援の中で教室参加勸奨					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 (アウトプット) 教室参加人数 (目標値：14人より増加)	25人	14人	—	—	—	—
成果(アウトカム) 特定保健指導実施率 (目標値：70.0%)	68.8%	59.6%	56.2%	57.3%	58.6%	70.6%
成果(アウトカム) 特定保健指導対象者の減少率 (目標値：25.0%)	19.9%	22.8%	24.0%	14.1%	20.3%	30.1%
前期計画での課題	・健康増進課と連携し、特定保健指導対象者に対する教室を実施していたが、参加人数が伸びず、グループ支援の機会としての集団教室は平成30年度に終了 ・令和元年度より個別での保健指導の対応に変更したため、各個人が指導を受けやすい体制づくりの工夫が必要					
今期計画での対応	・個人の課題に沿った個別指導の充実を図る必要がある					

2. 重症化予防事業

(1) 受診勧奨判定値を超えている者への対策

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：直営 対象者：特定健診の内臓脂肪リスクがない下記受診勧奨値を超える人 令和4年度 301人 ・ 血圧：収縮期血圧 160mmHg/拡張期血圧 100mmHg 以上 ・ 血糖：HbA1c6.5%以上 ・ 脂質：LDL コレステロール 180mg/dl 以上 ※令和4年度より血圧は収縮期血圧 140mmHg/拡張期血圧 90mmHg 以上の人にも支援を開始					
実施方法 (プロセス)	受診者数：令和4年度 184人 ・ 受診勧奨判定となった値には印をつけ受診結果を郵送 ・ パンフレットによる受診勧奨 ・ 集団健診では、血圧で受診勧奨値を超えている人に健診当日に受診勧奨、保健指導を実施 ・ 電話による受診確認と受診勧奨、生活改善の保健指導を実施 ・ レセプトにて受診・内服確認					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 (アウトプット) 受診確認率 (目標値：50.0%)	48.0%	60.7%	60.5%	72.5%	62.2%	61.1%
成果 (アウトカム) 受診勧奨判定値以上の未治療者 (目標：血圧 3.5% HbA1c 1.1% LDL 3.3%)						
血圧 160/100mmHg 以上	5.2%	4.8%	4.0%	4.2%	4.7%	7.8%
HbA1c 6.5% 以上	2.6%	2.4%	3.4%	2.6%	2.5%	2.5%
LDL180mg/dl 以上	4.4%	4.4%	3.5%	3.9%	3.8%	4.0%
前期計画での課題	・ 令和4年度の対象者受診確認率は 61.1%と目標に達しているが、特定健診受診者未治療割合で高血圧者は増加傾向にあり、高血糖や脂質異常はほぼ横ばいで推移 ・ 引き続き、未治療者減少を目指し、受診勧奨の働きかけが必要					
今期計画での対応	・ 受診勧奨値以上の人へ介入しやすいよう、健診受診時の体制づくりを工夫する ・ レセプトや本人からの聞き取りによる受診確認に加えて、医療機関と連携した受診把握体制や連絡方法を検討する ・ 脂質異常症の対象者に関しては、中性脂肪の検査項目も対象要件として検討する					

(2) 早期介入保健指導事業

<p>実施体制 (ストラクチャ)</p>	<p>実施体制：委託 対象者：令和4年度 2759人 ・ 血圧：収縮期血圧 130mmHg/拡張期血圧 85mmHg 以上 ・ 血糖：HbA1c5.6%以上 または 空腹時血糖 100mg/dl 以上 ※血圧・血糖においては保健指導対象者は除く ・ 介護予防：特定健診の問診表や結果またはフレイルチェックリストの結果よりフレイルのリスクが高い人</p>					
<p>実施方法 (プロセス)</p>	<p>・ 参加人数：令和4年度 105人 (参加率 3.8%) ・ 対象者に対し教室案内を郵送 ・ 実施期間は6カ月間とし、1コース4回 (運動・栄養などの講座、グループワーク、体重測定、血液検査等) 実施 ・ 令和2年度より早期からのフレイル予防を目的とした教室を開始</p>					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
<p>実績評価 (アウトプット) 教室参加人数 (目標値：200人/年)</p>	90人	92人	50人	174人	137人	105人
<p>成果 (アウトカム) 特定健診検査結果の有所見割合 (目標：血圧 52.5%以下 HbA1c 44.7%以下 LDL 59.3%以下)</p>						
<p>前期計画での課題</p>	<p>・ 令和4年度は高血圧・高血糖・フレイルの保健指導対象者 2,759人への事業案内発送及び電話での利用勧奨を実施したが、参加人数は105人、参加率は3.8%と目標の参加人数に達していない ・ 特定健診受診者のうち有所見割合において、血圧、脂質は減少傾向ではあるが、全体的に約5割を占めており、引き続き減少を目指した取り組みが必要 ・ 現在対象者に脂質異常症の人を含めていないが、有所見者割合では LDL 高値者が最も高いため、指導体制の検討が必要</p>					
<p>今期計画での対応</p>	<p>・ 脂質異常症の人を教室対象者に含めるよう、対象要件を検討する ・ 保健指導域の人が受診勧奨域に移行しないよう早期に保健指導を行い、生活習慣改善が行えるよう特定健診の結果に基づいて支援を継続する</p>					

・対象者として経年上がってくるが不参加者への支援方法を検討する

(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：委託（令和4年度からの家庭尿検査推進事業は直営） 教室対象者：令和4年度 教室対象者 188人 ・空腹時血糖 126mg/dl 以上 ・随時血糖 200mg/dl 以上 ・HbA1c6.5%以上 ・糖尿病治療中 ・過去に糖尿病薬使用歴 または 糖尿病治療歴あり ・腎機能が低下している人 ・主治医が糖尿病性腎症のハイリスク者と判断する人等 家庭尿検査対象者：295人 ・国保被保険者の40歳到達者または健診受診者のうち、尿糖・尿たん白が陽性の人					
実施方法 (プロセス)	・対象者に対し教室案内を主治医より参加勧奨、または市から送付 ・実施期間は5か月間とし、主治医の指導のもと、教室、個別面接、電話支援、検査によって生活習慣改善を実施する ・支援状況は保健指導実施ごとに文書にて主治医へ報告をしている ・令和4年度より市外医療機関への通院者も事業対象者として、参加勧奨を行い、教室実施後のフォロー体制を開始した ・令和4年度より関連事業として「家庭尿検査推進事業」を実施。健診や医療機関受診のきっかけづくりとして家庭での尿試験紙による検査を勧奨し、アンケート返送者95人のうち53人(55.8%)が尿試験紙を使用した					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 (アウトプット)・ 成果(アウトカム) 教室参加人数 (目標値：20人/年)	20人	11人	29人	18人	27人	17人
成果(アウトカム) 新規透析患者 (目標：減少)	8人	7人	5人	4人	6人	5人*
前期計画での課題	・経年教室対象者に計上されるが、参加希望がない人への対策が必要である ・令和3年度新規人工透析患者の主要疾患割合では、高血圧に次いで糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症が占めている。 ・尿試験紙の使用割合が55.8%であり、自己管理の促しが必要					
今期計画での対応	・事業の実施体制を含め、参加者のさらなる増加に向け体制を検討する ・事業の短期評価としては参加者の検査数値等の改善を目標に、長期評価としては人工透析					

	<p>新規患者数の減少に努め、引き続き医療費の適正化につなげていく必要がある</p> <ul style="list-style-type: none">・参加希望がない人に対するアプローチ手段の検討・血糖値は正常だが高血圧を起因とした腎症ハイリスク者の支援体制の検討・自己管理につながるよう、尿試験紙の使用割合増加のための工夫が必要
--	---

*の値は国保連合会ひな形での算出方法に基づき、KDB データより市で算出

(4) 重複多剤服薬予防事業

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：委託 対象者：令和4年度重複対象者 52 人、多剤対象者 654 人 レセプトより、下記要件の人が対象 重複：複数医療機関から同種同効薬剤が処方されている人 多剤：8 剤以上の薬剤を 2 医療機関以上から定期的に処方されている人					
実施方法 (プロセス)	・令和元年度より事業開始 ・レセプト抽出データを薬剤師が目検で精査し、 重複：服薬通知レターを発送、薬剤師による電話、面接、訪問による指導を行う 通知送付者のうち評価時点での国保加入者 50 人 うち重複解消者数 27 人（解消率 54.0%） 多剤：服薬通知レターを発送にて受診勧奨を促す ※令和5年度より多剤投薬者への電話等による介入を開始					
	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
実績評価 (アウトプット) 重複投与者通知者数 (目標値：60 人以下)	—	—	43 人	55 人	62 人	52 人
実績評価 (アウトプット) 多剤投与者通知者数 (目標値：800 人以下)	—	—	931 人	701 人	720 人	654 人
成果 (アウトカム) 重複対象者の重複投 与解消率 (目標値：人数ベー スで 60.0%)	—	—	63.1%	71.7%	56.4%	54.0%
成果 (アウトカム) 多剤対象者の薬剤費 削減率 (目標値：13.0%)	—	—	7.8%	12.6%	12.3%	6.1%
前期計画での課題	・令和4年度において薬剤費削減率、重複投薬解消率ともに目標を達成できていない					
今期計画での対応	・引き続き医療費適正化のためにも、医療機関や薬局との連携を踏まえ服薬の見直し 勧奨を行う ・経年対象者に計上されるが、服薬変更を希望しない人への対応の検討					

3. ジェネリック医薬品使用促進事業

(1) ジェネリック医薬品差額通知

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：委託 対象者：国保被保険者のうち血圧降下剤、血管拡張剤、高脂血症用剤の調剤レセプトが14日以上のある人のうち、ジェネリック医薬品へ切り替えることで薬剤費が削減する人 対象者数：令和4年度 393人					
実施方法 (プロセス)	・対象者にジェネリック医薬品差額通知を送付 ジェネリック医薬品に切り替えた人数：令和4年度 64人					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 (アウトプット) 差額通知回数 (目標値：3回/年)	2回	1回	2回	3回	3回	3回
成果 (アウトカム) ジェネリック医薬品 使用割合 (数量シェア) (目標値：80.0%)	66.3%	70.8%	73.5%	76.4%	76.7%	77.7%
前期計画での課題	・使用割合(数量シェア)は令和4年度で77.7%と増加傾向であるが、目標値80.0%に達していない					
今期計画での対応	・医療費適正化にもつながるため、引き続きジェネリック医薬品差額通知を送付し、普及を図る					

4. その他の保健事業

(1) 健康マイレージ事業

実施体制 (ストラクチャ)	実施体制：健康アプリの運用は大阪府で実施、普及啓発を市で実施 対象者：令和4年度18歳以上市民65,195人（18歳以上国保加入者数12,260人） ・府民会員：18歳以上の市民（令和4年度2,943人：参加率4.5%） ・国保会員及び市町村会員：40歳以上の交野市国保加入者（国保会員は大阪府にて、市町村会員は市において国保加入状況を確認）					
実施方法 (プロセス)	・各個人で自主的に取り組める健康啓発として、平成29～30年度においては市町村独自のおりひめ健康ポイント事業を実施していたが、令和元年10月より、大阪府の健康アプリアスマイルを活用し、アプリ（または歩数計）を用いた健康啓発に変更した ・特定健診受診等の健康づくり活動実績に対してポイントを付与し、獲得ポイントに応じた抽選への参加や特典を提供 ・令和4年度より市町村ポイントの導入により特定健診受診者へ3,000円相当の電子マネーを付与					
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
実績評価 (アウトプット) 国保被保険者の健康マイレージ事業参加者数 (目標値：向上)	311人	339人	188人	485人	681人	1,090人
成果(アウトカム) 国保被保険者の健康マイレージ事業参加率 (目標値：0.7ポイント/年向上)	1.8%	2.1%	1.4%	3.7%	5.3%	8.9%
前期計画での課題	・国保被保険者の事業参加者数は増加傾向にあるが、健康無関心層を参加へつなげるには工夫が必要 ・アプリの会員登録の操作が煩雑であり、苦手意識がある人の利用につながりにくい					
今期計画での対応	・受診券発送時のチラシに加え、保険証切り替え時のチラシ、ホームページや広報等周知に努めたことで、参加者数は増加傾向にあるが、引き続き国保被保険者へ利用啓発を勧奨する必要がある ・イベント実施等と絡めて、健康無関心層への健康管理のきっかけづくりとしての利用促進を促し、参加率の増加に努める ・会員登録が難しい人には、登録サポート体制の検討が必要					

第3章 データに基づいた保険者の現状分析

1. 保険者の周辺環境

(1) 地理的・社会的背景、医療アクセスの特徴

① 地理的・社会的環境

本市は大阪府北東部の北河内地域内に位置し、北部は枚方市、西部は寝屋川市、南部は四條畷市、東部は奈良県生駒市に隣接しています。市の面積の半分は山林が占め、中央を南北に天野川が流れており良好な自然環境が整っています。

市内には JR 学研都市線と京阪電鉄交野線の 2 路線があり、大阪市、京都市及び奈良市のいずれの都市からも概ね 20 km と近く、都心へのアクセスが良いことからベッドタウンとなっています。また第二京阪道路の整備により交通の利便性が向上しました。

② 医療アクセス

本市には、病院が 2 施設、一般診療所が 51 施設、歯科診療所が 35 施設あります。人口 10 万人当たりの医療機関数を大阪府や全国と比較するといずれも少ないですが、北河内医療圏内には特定機能病院や地域の基幹病院が複数あり、高度な医療を受診しやすい環境下にあります。また、令和 5 年 4 月時点では市内医療機関のうち、特定健康診査を受診できるのは 24 施設となっています。

表 1. 医療提供体制等の比較（令和 3 年 10 月 1 日現在）

	交野市		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	2	2.6	5.8	6.5
病床数	268	346.1	1182.6	1262
一般診療所数	51	65.9	98.6	83.1
歯科診療所数	35	45.2	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、または病床数 19 床以下の医療機関

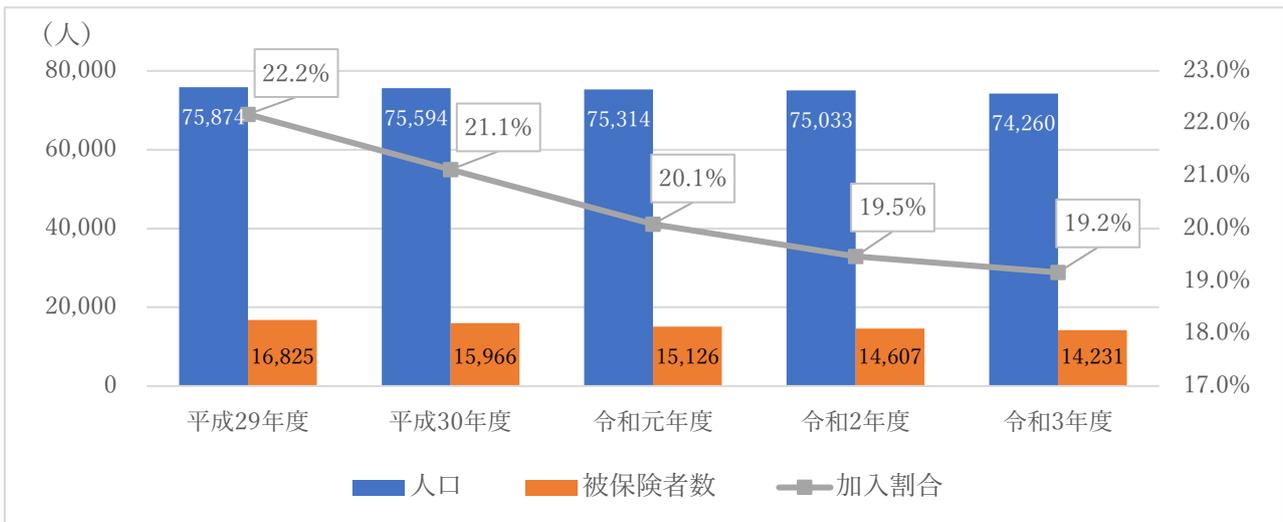
資料：医療施設調査

(2) 人口・国保被保険者の状況

本市の人口は、令和3年度で74,260人です。国民健康保険加入者数は14,231人、市の人口に占める国保被保険者割合は19.2%です。後期高齢者医療への切り替えや社会保険適用の緩和により、国保加入割合は減少傾向にあります。なお、定年後の国保被保険者が多く、令和4年3月31日時点での65歳以上75歳未満の国保被保険者数は6,638人となっており、この年齢層は国保被保険者の約半数を占めています。

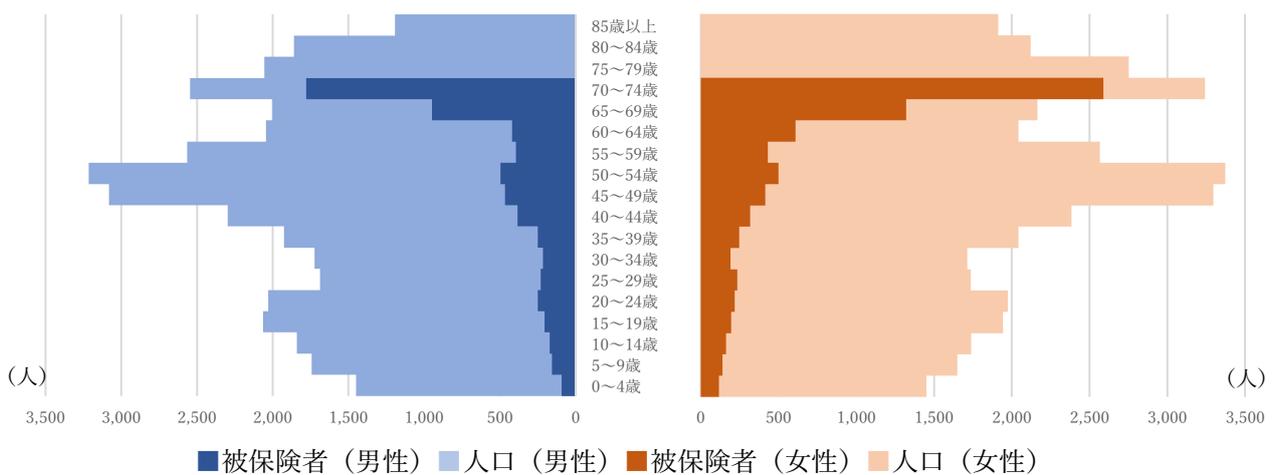
本市の人口における高齢化率は平成22年度の21.4%から令和2年度には28.1%となり、国保被保険者における高齢化率は平成22年度の36.6%から令和2年度には48.1%と大幅に増加しています。

図1-1. 人口、国保被保険者、加入割合



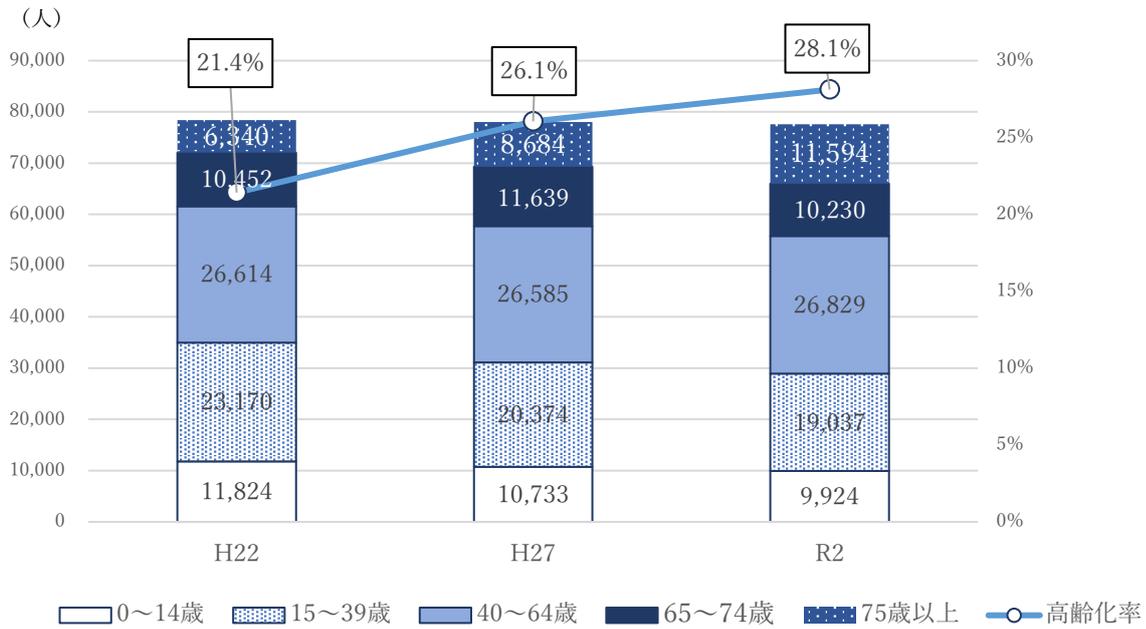
資料：国民健康保険事業状況報告書

図1-2. 性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布(令和4年3月31日現在)



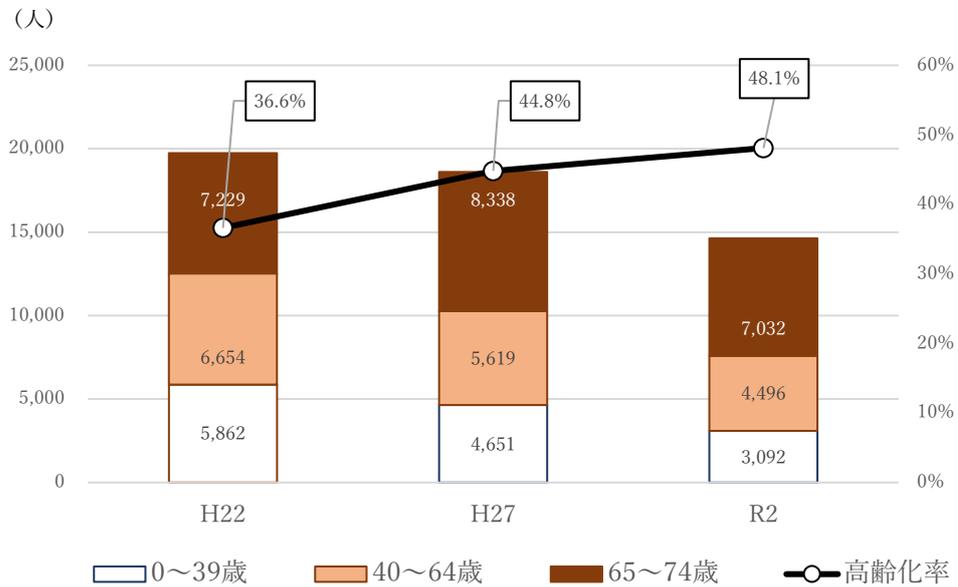
資料：年齢別推計人口およびKDBシステム被保険者構成

図 2. 年齢階級別の人口分布および高齢化率の推移



資料：国勢調査主要統計（総務省統計局）

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

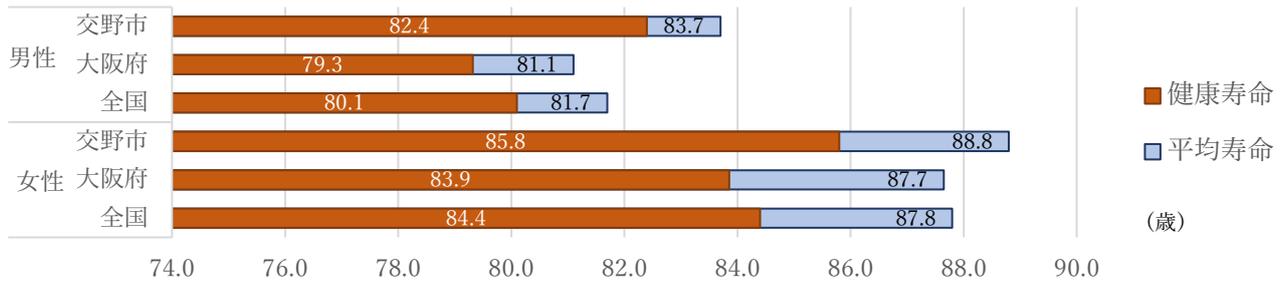


資料：大阪府国民健康保険事業状況

(3) 平均寿命・健康寿命

平均寿命とは0歳平均余命であり、健康寿命とは日常生活動作が自立している期間のことです。この差が日常生活の制限を受ける不健康な期間を指しています。本市では国や大阪府と比較して平均寿命及び健康寿命は男女ともに長く、介護等が必要な期間が短いと考えられます。今後も健康寿命を伸ばすために、生活習慣病の発症予防と重症化予防を図り、さらなる健康づくりに取り組む必要があります。

図4. 男女別の平均寿命および健康寿命の比較（令和2年度）

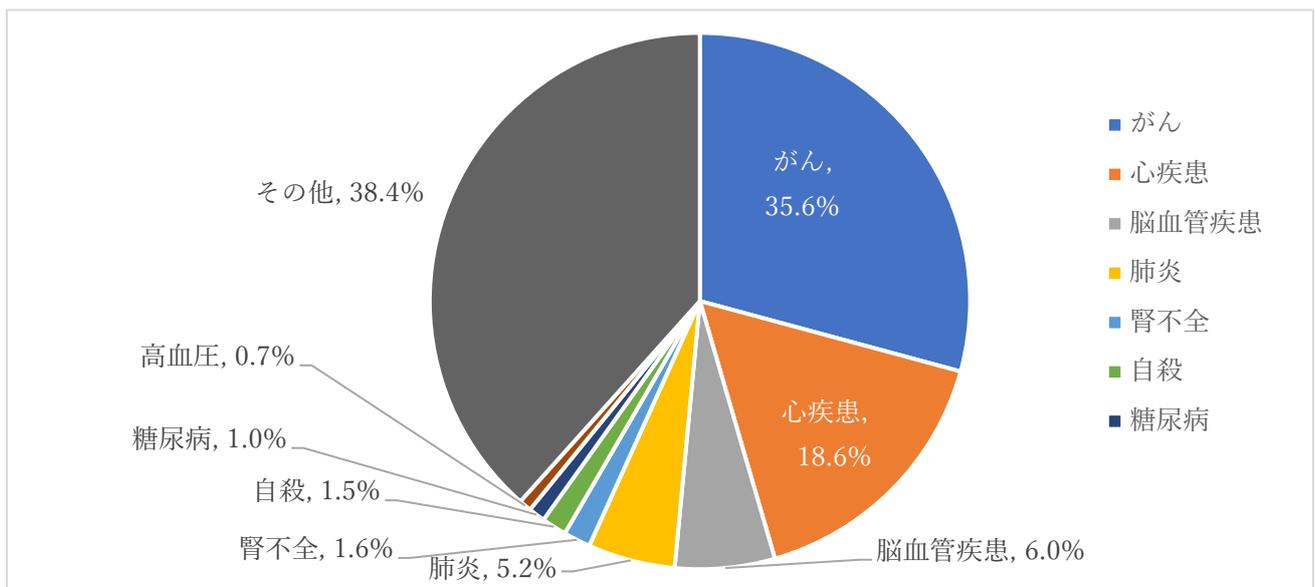


資料：大阪府健康推進室健康づくり課提供データ参照

(4) 標準化死亡比

令和3年度本市の疾患別死因割合をみると、死因で最も多いのは「がん」で全体の35.6%を占めています。次いで「心疾患」、「脳血管疾患」、「自殺」、「腎不全」、「糖尿病」の順となっており、府・全国と順位はほぼ同一の結果となっていますが、交野市の特徴として「がん」と「心疾患」の死亡割合が府・全国と比較して高く、「腎不全」「糖尿病」の割合が僅かに低いことがわかります。

図5-1. 交野市主要疾患別死因割合（令和3年度）

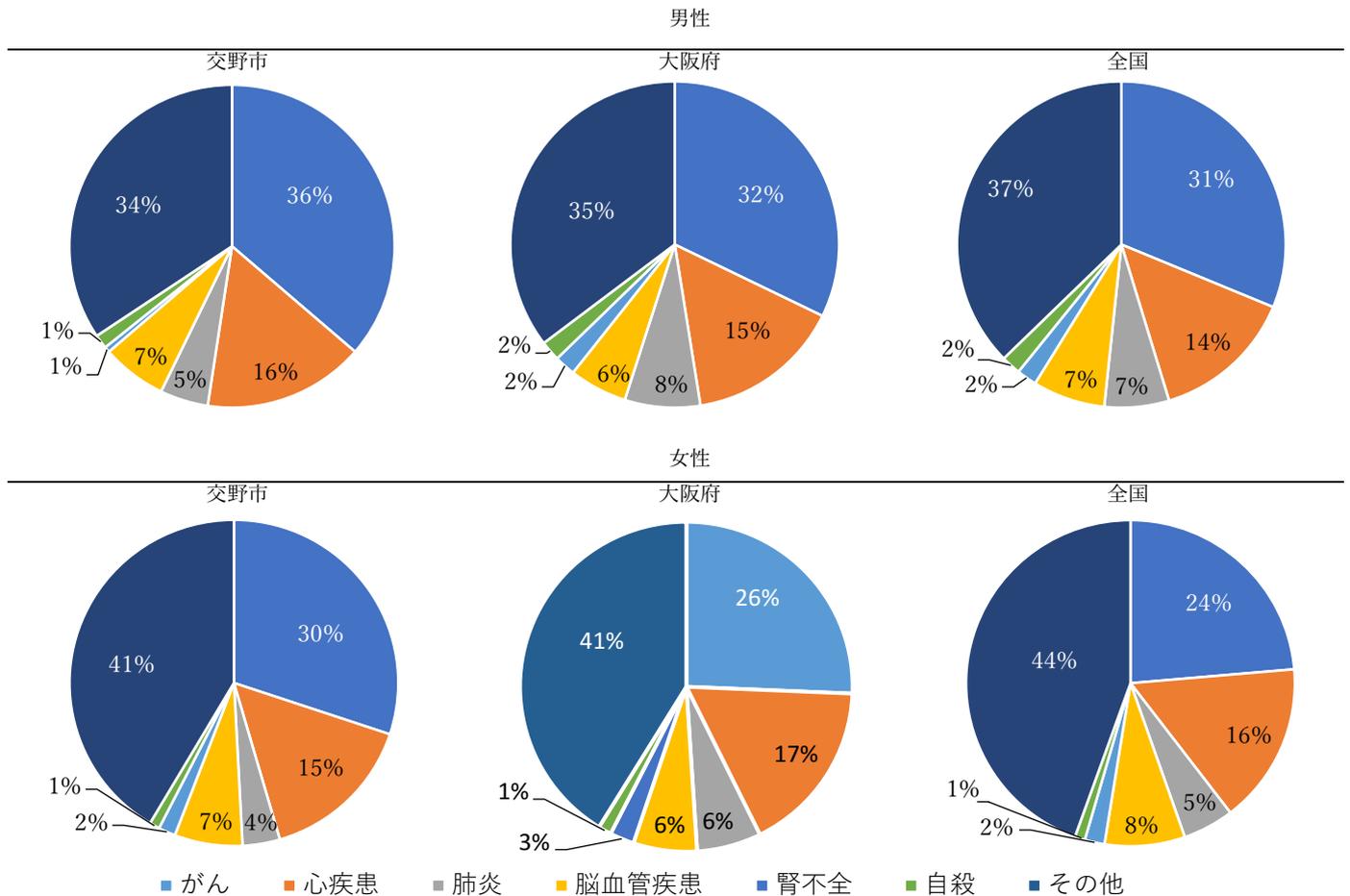


資料：人口動態統計

本市の死因割合を男女別にみると、男女ともに大阪府や全国とほぼ同様の傾向にあります。ただし男性で大阪府や全国と比べて死因割合が高いのは、「がん」、「心疾患」、女性では「がん」でした。また、男女ともに「脳血管疾患」の死亡割合は大阪府を上回っていました。

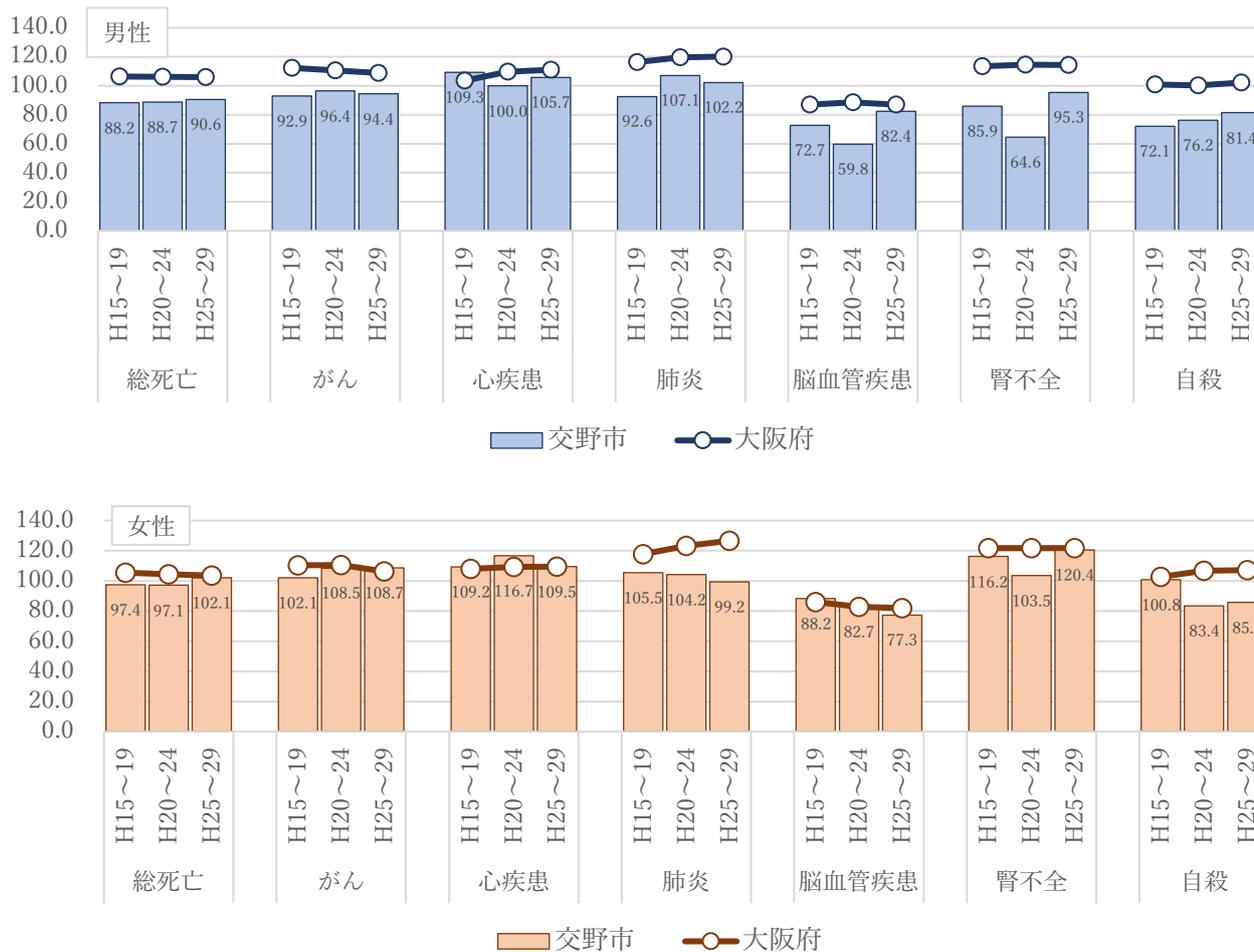
平成 25 年～29 年の標準化死亡比では、大阪府と比較すると男性はすべての疾患の死亡が下回っており、女性は「がん」の死亡が大阪府よりも上回っています。

図 5-2. 男女別の死因割合（令和 2 年度） 交野市、大阪府、全国の円グラフ



資料：人口動態統計

図 5-3. 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

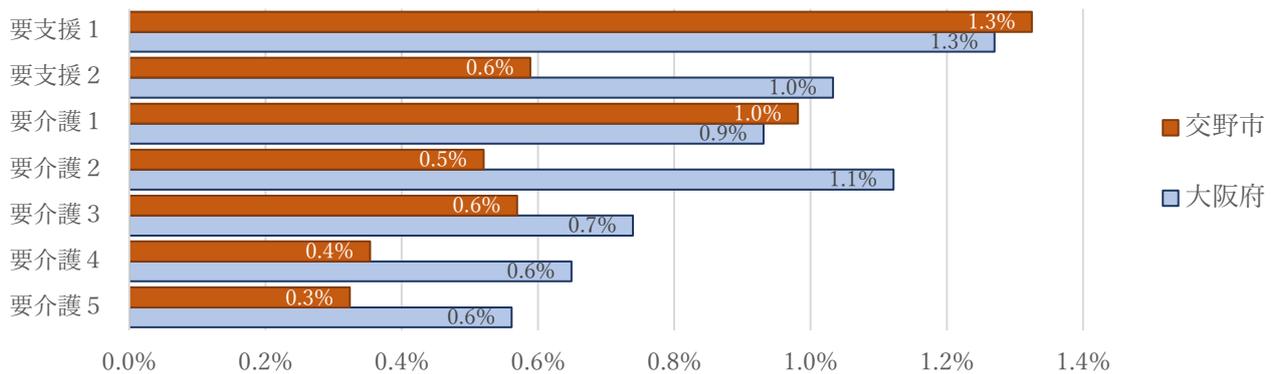
(5) 要介護認定状況

介護保険第1号被保険者全体に占める前期高齢者（65～74歳）の各要介護度の認定割合が最も多いのは、要支援認定者では要支援1の区分、要介護認定者は要介護1の区分認定で、共に大阪府よりも高くなっています。

後期高齢者（75歳以上）の各要介護度の認定割合も同様に最も多いのは、要支援認定者は要支援1の区分、要介護認定者は要介護1の区分認定で、共に大阪府よりも高くなっています。

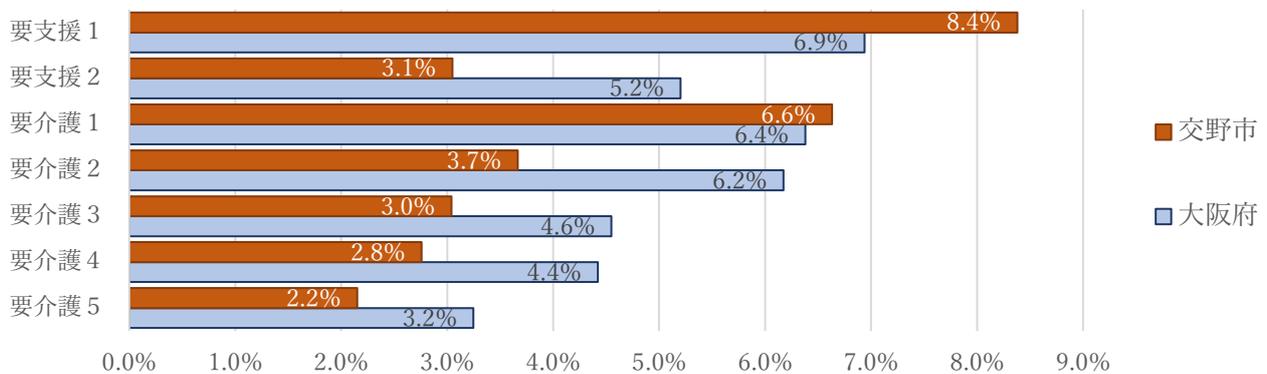
要支援・要介護認定率は、平成23年度14.5%から令和2年度は18.0%に増加しています。

図6-1. 第1号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合（前期高齢者）（令和3年度）



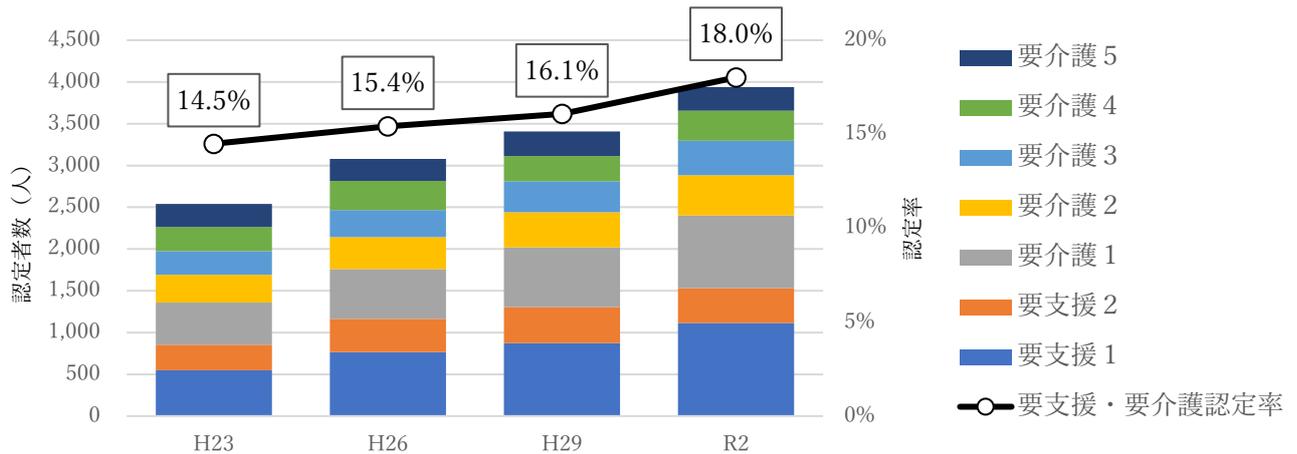
資料：介護保険事業状況報告

図6-2. 第1号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合（後期高齢者）（令和3年度）



資料：介護保険事業状況報告

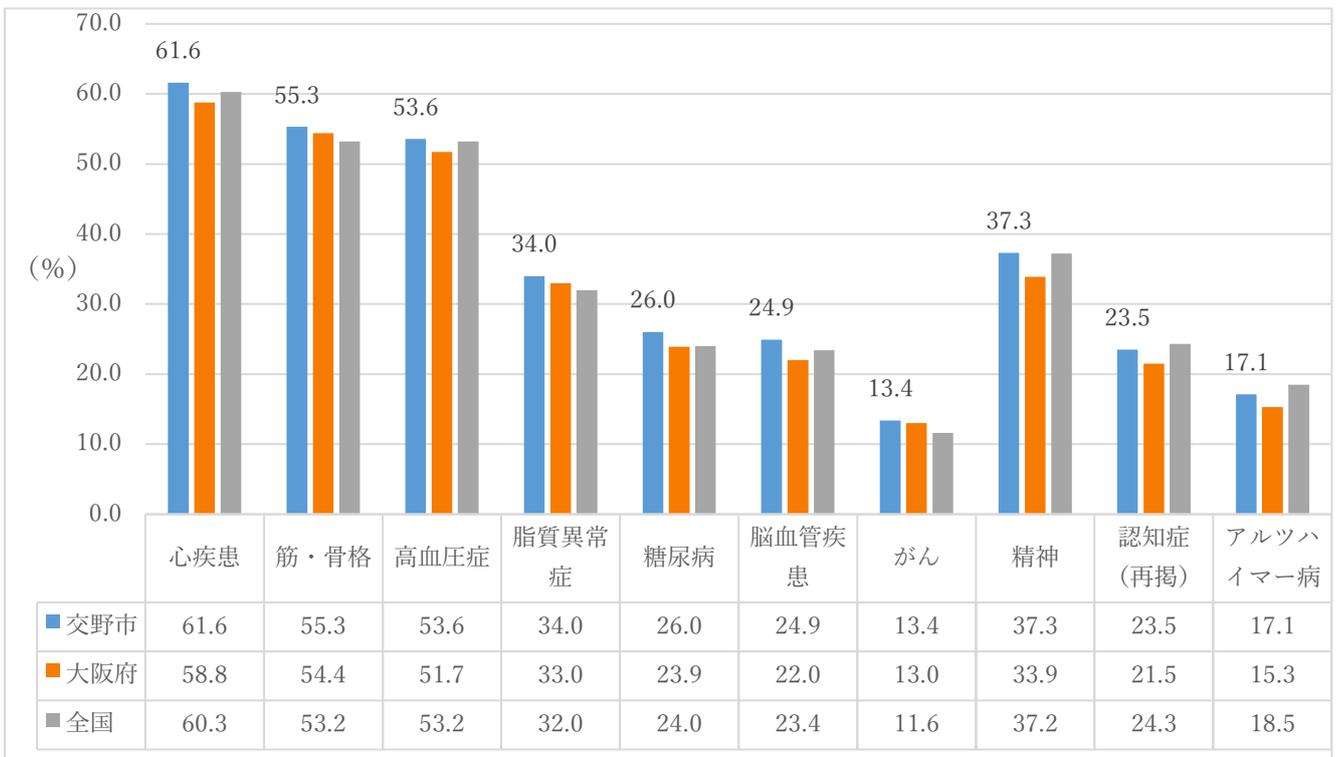
図 7-1. 要介護認定状況の推移



資料：介護保険事業状況報告

介護認定者の疾患別有病率をみると、「心疾患」「筋・骨格」「高血圧症」の順で高く、大阪府や全国と比較するとほぼ全ての項目において本市の有病割合が上回っています。生活習慣病への対策と併せて早期から身体活動を促進し、ロコモティブシンドロームやフレイルの対策を講じることが介護予防の対策として重要です。

図 7-2. 要支援、要介護認定者の疾病別有病の割合（令和 3 年度）



資料：KDB システム「地域の全体像の把握」

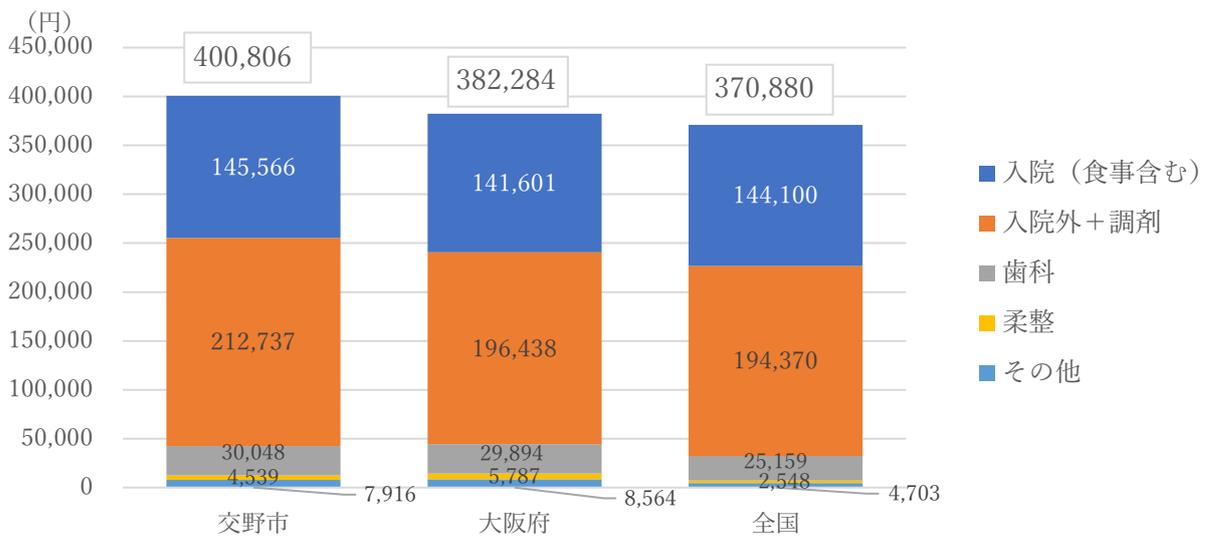
2. 医療費分析

(1) 費用区分別医療費（入院、入院外+調剤、歯科、柔整など）

本市の国保被保険者 1 人当たりの年間医療費（令和 2 年度）は、400,806 円で大阪府や全国と比較して高額です。費用区分別でみると、すべての項目において全国より高くなっています。

年齢階級別の国保被保険者 1 人当たりの総医療費を比較すると、年齢が上がるにつれ高くなる傾向にあります。人口の高齢化に伴い医療費の増大が見込まれる中、医療費の適正化を図るためにも、引き続き生活習慣病等の発症予防対策の充実やジェネリック医薬品の使用促進を行うことで医療費の抑制や適正化を図ることが必要です。

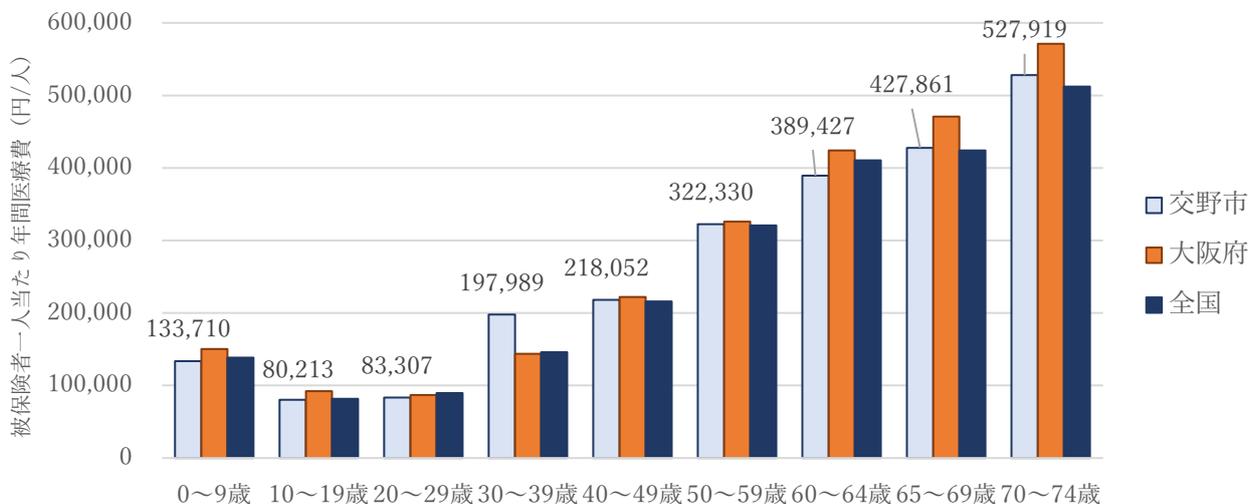
図 8. 国保被保険者 1 人当たり年間医療費の比較（令和 2 年度）



※その他の内訳は訪問看護、補装具、アロマ・マッサージ、リ・キョウ、移送費等

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

図 9. 年齢階級別の 1 人当たり総医療費の比較（令和 3 年度）

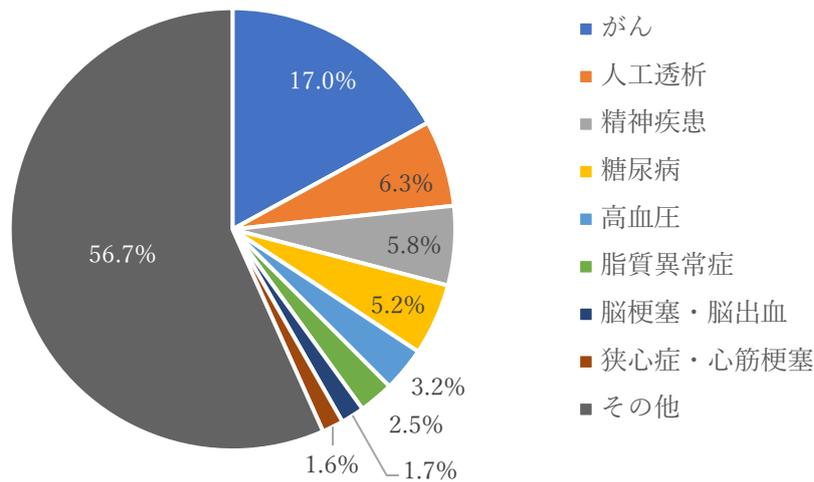


資料：KDB システム「疾病別医療費分析」

(2) 医療費順位の主要疾患別医療費

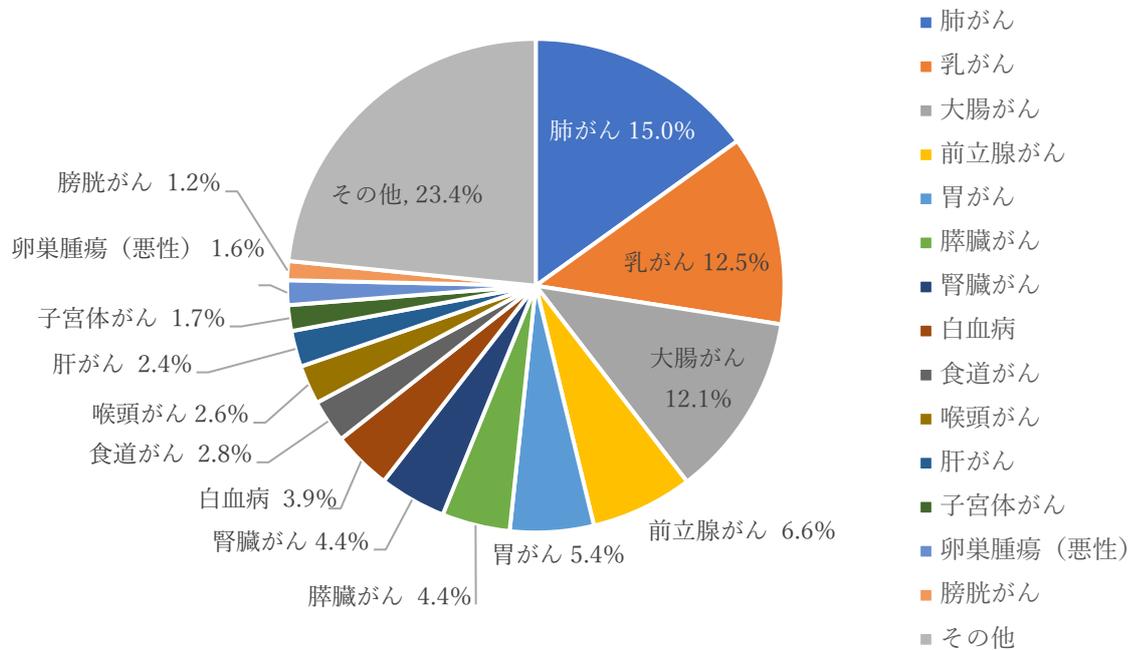
総医療費主要疾患別割合では、「がん」、「人工透析」、「精神疾患」の順で高くなっています。また、生活習慣により発症する糖尿病・高血圧症・脂質異常症の合計の医療費が全体の約10%を占めています。

図 10-1. 総医療費に占める主要疾患の割合（令和3年度）



資料：KDB システム疾病別医療費分析「医療費分析（1）細小分類（令和3年度）」

図 10-2. がん種別医療費割合（令和3年度）



資料：KDB システム疾病別医療費分析「医療費分析（1）細小分類（令和3年度）」

令和3年度の年間医療費総額は約59億円で、平成29年度と比較すると約8.1億円減少していますが、国保被保険者一人当たり医療費は増加傾向にあります。

図10-3. 年間医療費総額、一人当たり年間医療費



資料：医療保険課「国民健康保険事業状況報告書（年報）」

(3) 性別・年齢階級別の主要疾患患者数

①虚血性心疾患・脳血管疾患

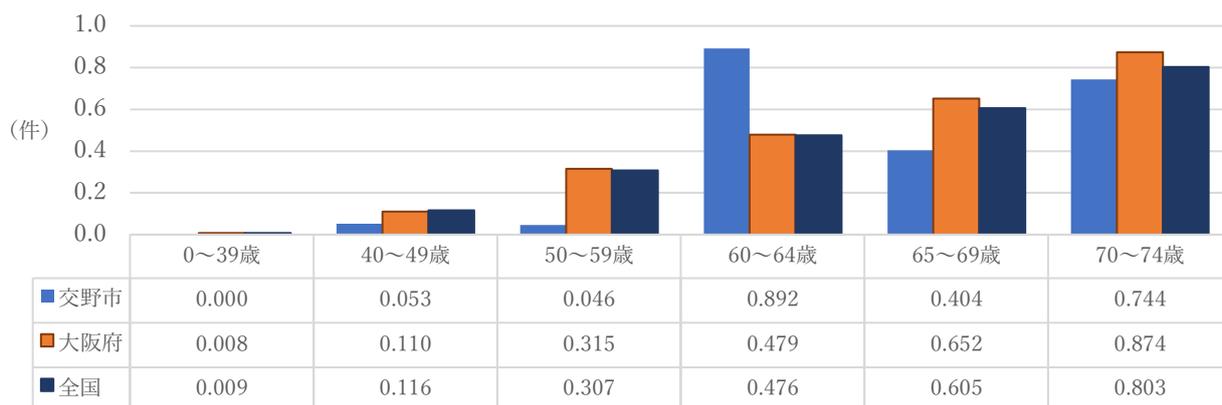
虚血性心疾患のレセプト件数をみると、60～64歳で国や大阪府と比較すると件数が多くなっています。

また、脳血管疾患のレセプト件数をみると、どの年齢階級も国や大阪府と比較すると件数が少なくなっています。

虚血性心疾患及び脳血管疾患の有病疾患割合はともに「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の項目が上位を占めています。

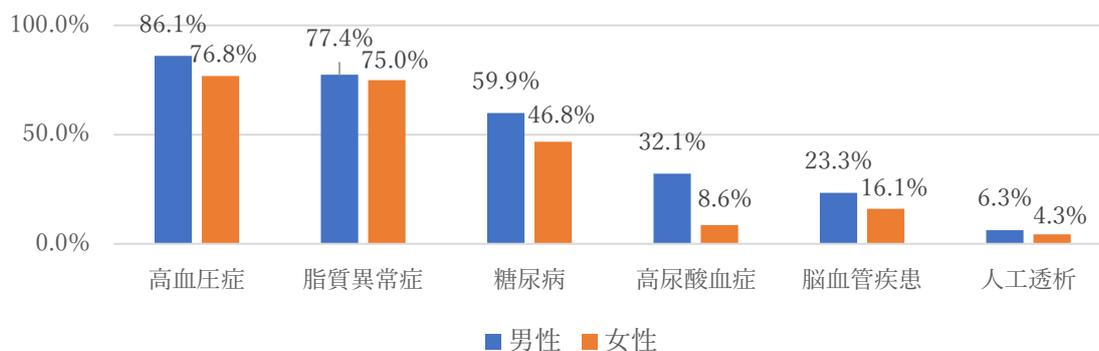
高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病は自覚症状に乏しく、発症初期には受診につながりにくく治療が遅れがちですが、特定健康診査により早期発見できるため、健診受診の必要性を引き続き周知することが重要です。また、虚血性心疾患や脳血管疾患の重症化を防ぐ対策においても検討が必要です。

図 11-1. 年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数（虚血性心疾患・入院）（令和 3 年度）



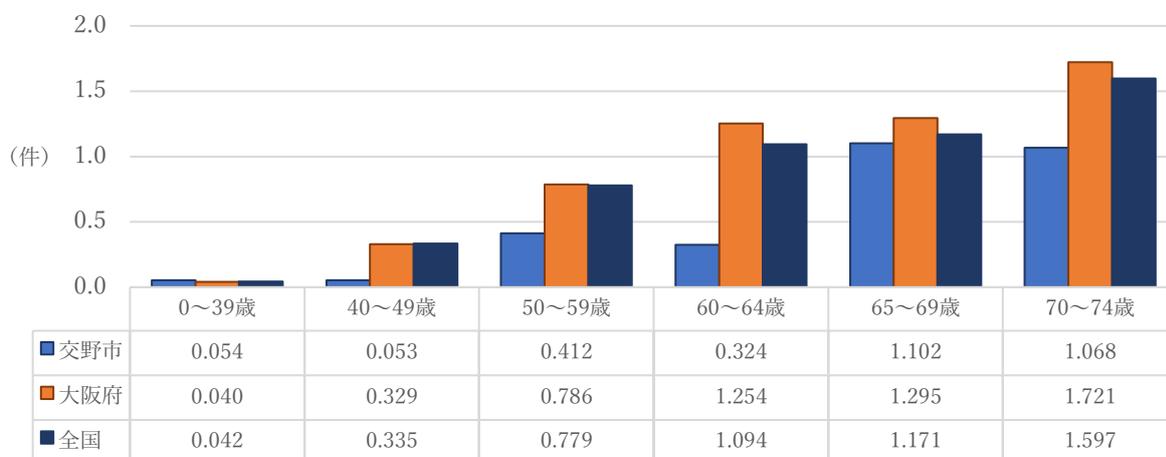
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）

図 11-2. 虚血性心疾患の有病疾患割合（令和 3 年度）



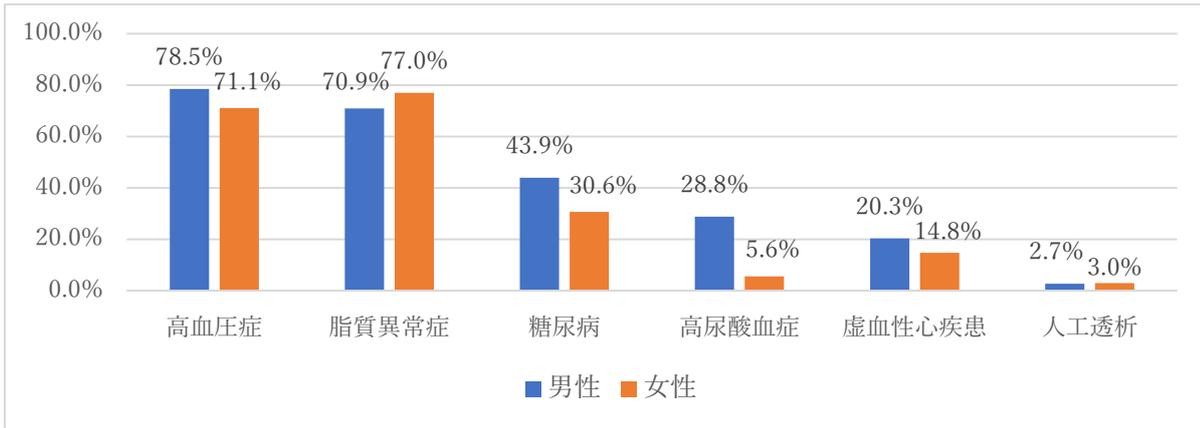
資料：KDB システム医療費分析（1）細小分類「虚血性心疾患のレセプト分析」

図 12-1. 年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数（脳血管疾患・入院）（令和 3 年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）

図 12-2. 脳血管疾患の有病疾患割合（令和3年度）



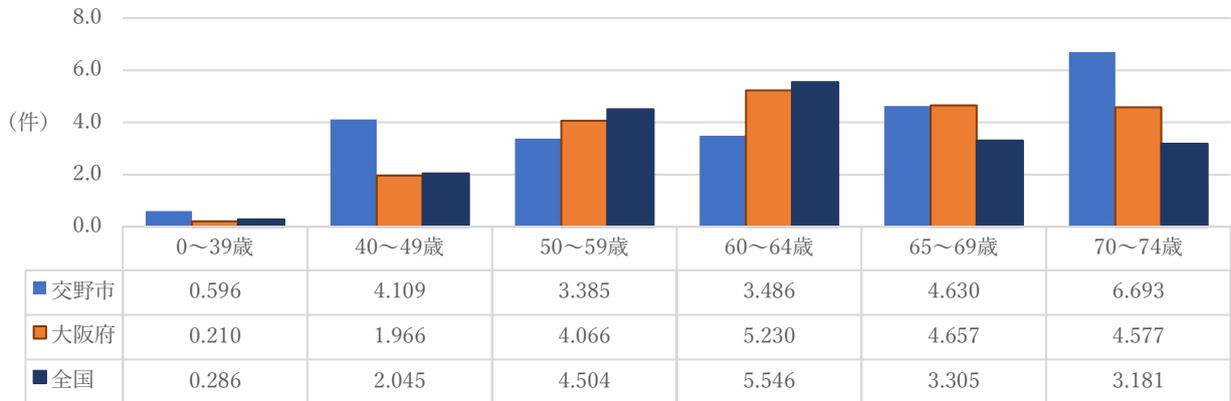
資料：KDB システム医療費分析（1）細小分類「脳血管疾患のレセプト分析」

②人工透析

人工透析のレセプト件数では、40～49歳、70～74歳で国や大阪府を上回っています。

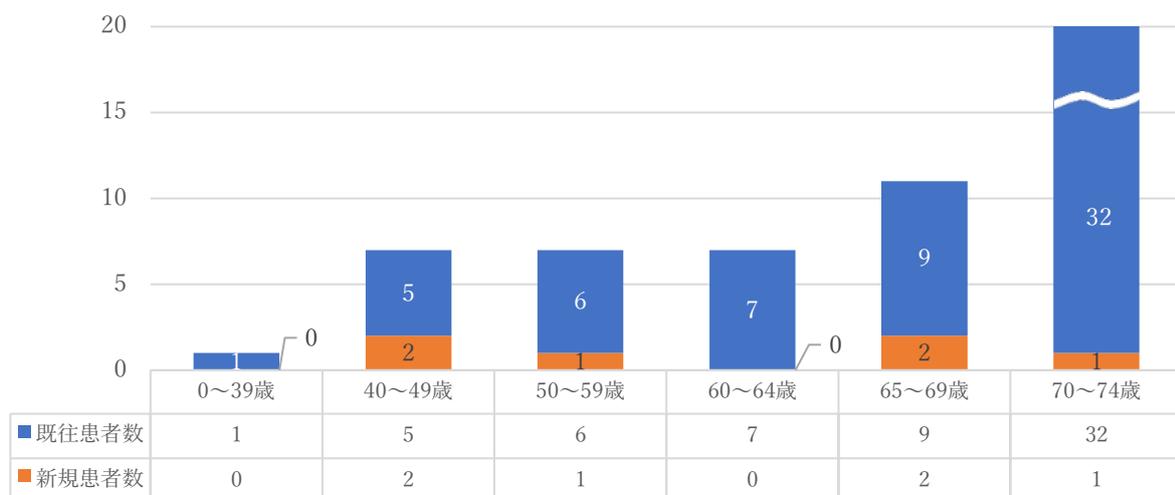
令和3年の新規人工透析患者の主要疾患割合では、高血圧症に次いで糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症と続いています。そのため、生活習慣病対策が新規人工透析導入予防の観点からも重要です。

図 13. 年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数（人工透析・入院+外来）（令和3年度）



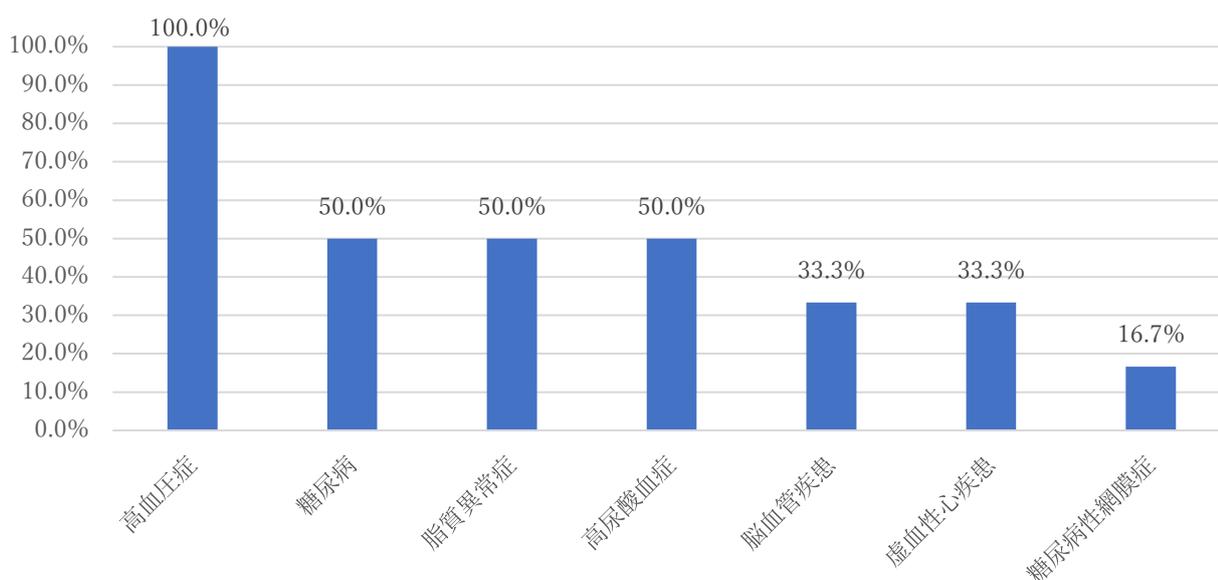
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

図 14-1. 年齢階級別人工透析患者数（令和 3 年度）



資料：国保中央会集計

図 14-2. 新規人工透析患者の主要疾患割合（令和 3 年度）



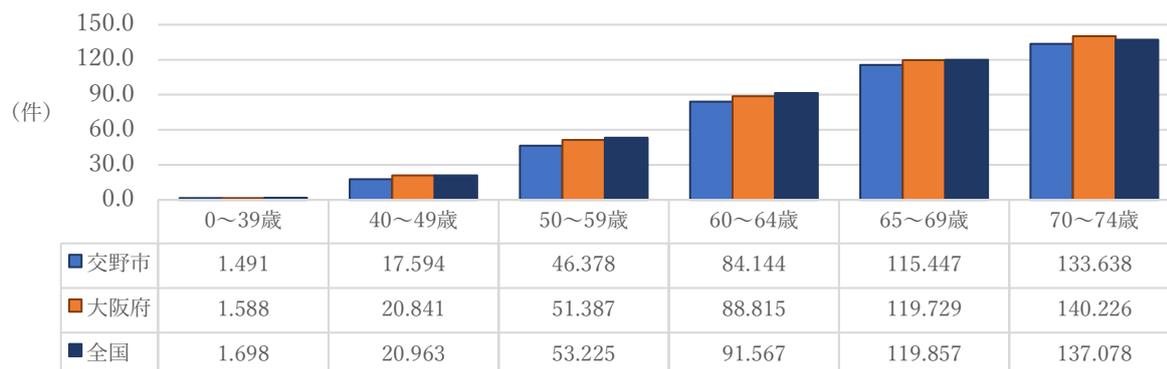
資料：KDB システム「人工透析のレセプト分析」

③高血圧・糖尿病・脂質異常症

各疾患の年齢階層別の主要疾患レセプト件数をみると、いずれの疾患においても、年齢が高くなるにつれ増加傾向ですが、60歳以上で急激に増加しています。

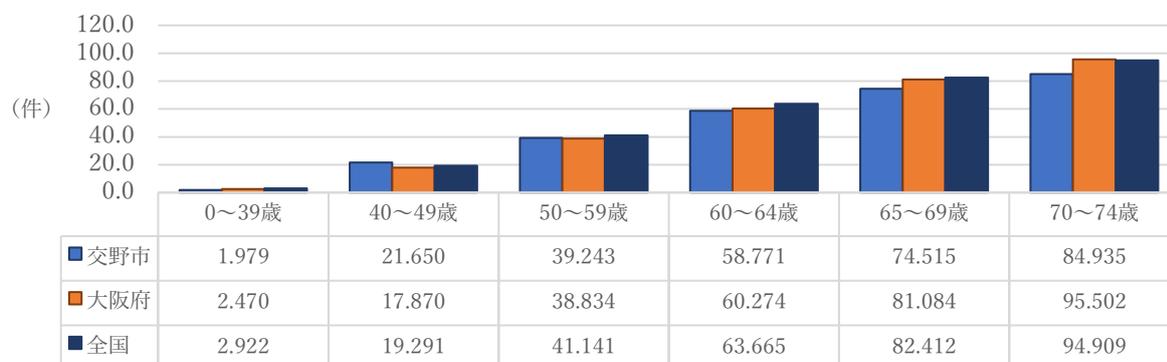
高血圧性疾患・糖尿病・脂質異常症等においては適切な受療行動につながることでレセプト件数が増加しますが、早期治療を行うことで虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全等の重症化疾患への予防につながります。そのため、レセプト件数が多いことが直ちに健康課題であると評価されるわけではありません。生活習慣病の発症予防、適切な医療機関の受診、重症化予防のすべての観点で保健事業を実施することが重要です。

図 15. 年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数（高血圧性疾患・外来）（令和3年度）



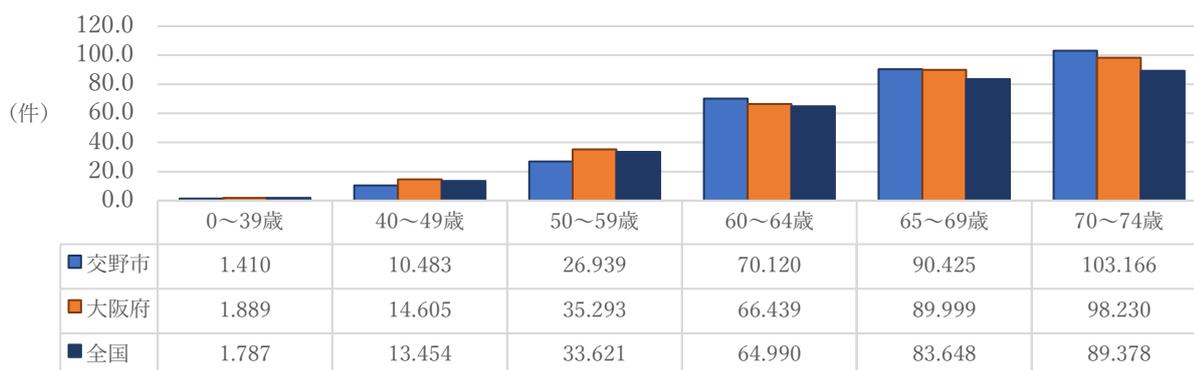
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）

図 16. 年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数（糖尿病・外来）（令和3年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）

図 17. 年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数（脂質異常症・外来）（令和3年度）



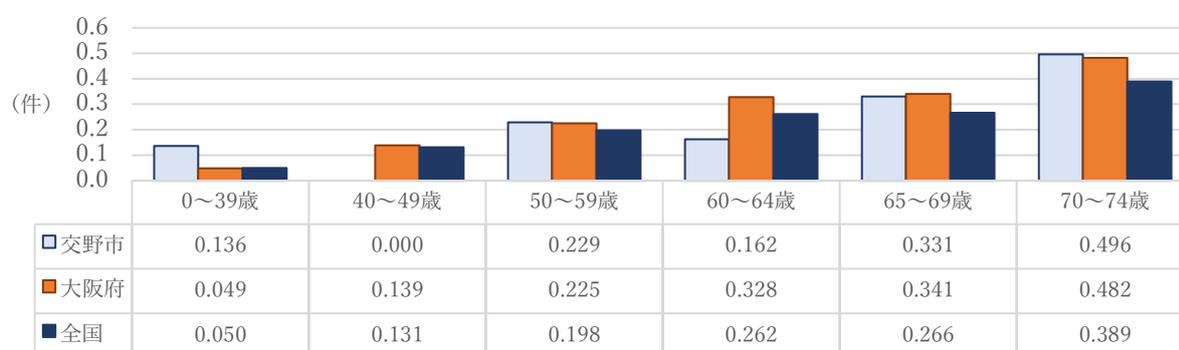
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）

④肺炎・骨折

肺炎・入院の年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数をみると、50歳代から増加しており、65歳以上では全国を超え、70～74歳では大阪府、全国を超えレセプト件数は多くなっています。

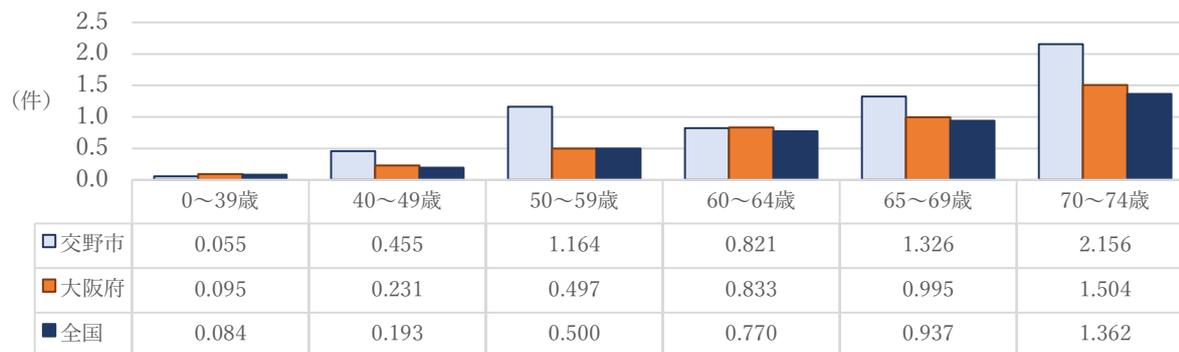
女性の骨折での入院に関しては40歳以上では全体的に大阪府や全国と比較してレセプト件数が多くなっていますが、骨粗しょう症での外来件数をみると40歳以上ではどの年代も国や大阪府を下回っていることから、骨粗しょう症の未治療者が多い可能性があります。特に女性は閉経による女性ホルモンの影響により骨密度が低下しやすく、骨折や転倒を防止し、寝たきりや介護状態に陥らないよう、筋力維持やフレイル対策等の啓発が必要です。また、骨密度低下の状況により、治療が必要な人には医療機関受診につなげることが重要です。

図 18. 年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数（肺炎・入院）（令和3年度）



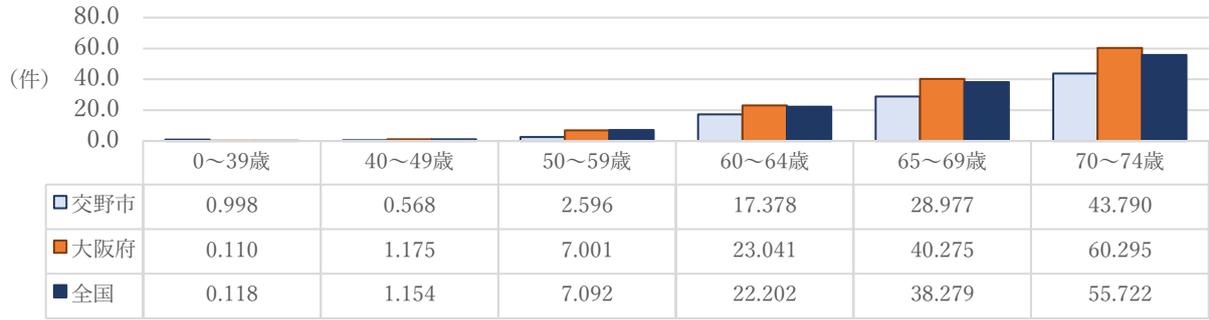
資料：KDB システム疾患別医療費分析（細小 82 分類）

図 19. 年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数（骨折・入院・女性）（令和3年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

図 20. 年齢階級別国保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）（令和 3 年度）

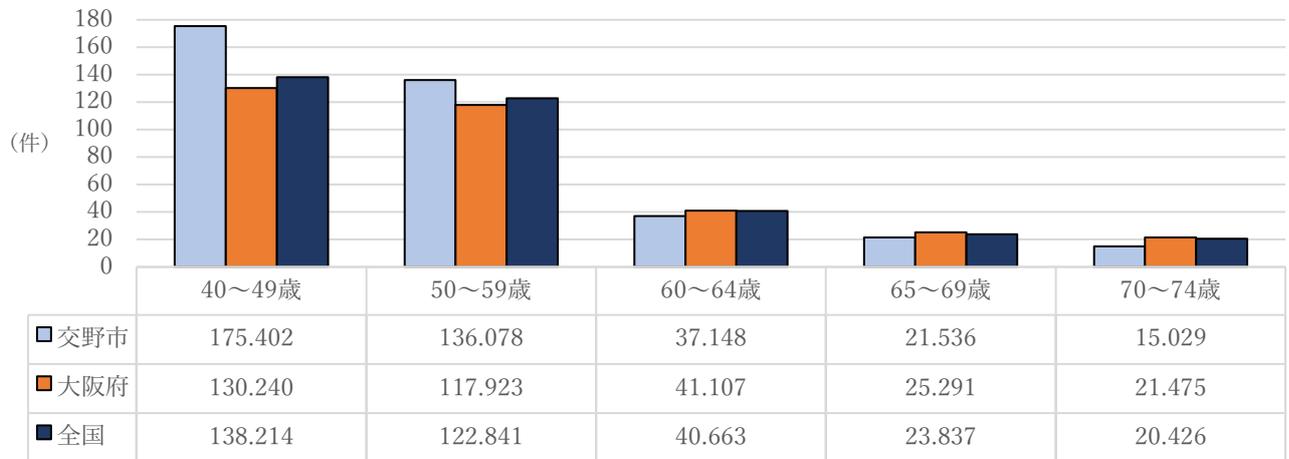


資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

⑤メンタル疾患、ロコモティブシンドローム

本市のメンタル疾患の年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数をみると、40～59 歳では大阪府、全国よりも件数が多いですが、60 歳以上では少なくなっています。メンタル疾患では、入院患者の平均在院日数が多い傾向にあり医療費が高額になりやすいことから、メンタル疾患発症予防のため正しい対処法や早期治療につなげる必要があります。

図 21. 年齢階級別国保被保険者千人当たりレセプト件数（メンタル疾患・入院+外来）（令和 3 年度）

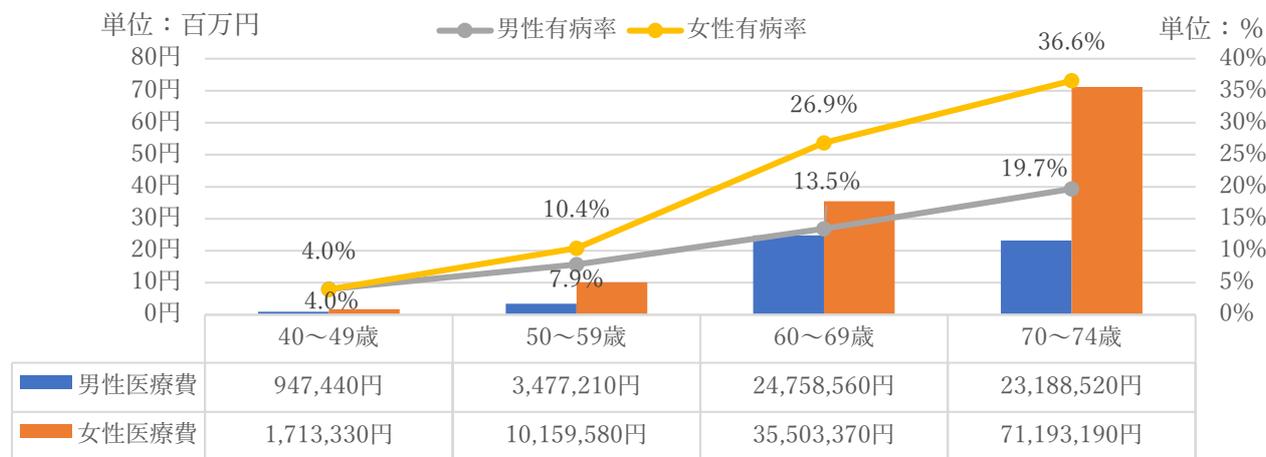


資料：KDB システム「疾病別医療費分析（中分類）（令和 3 年度）」

ロコモティブシンドロームの有病率をみると、男女ともに 60 歳代より増え始め 70 歳代では女性 36.6%、男性 19.7%で、女性は男性の有病率より高くなっています。

ロコモティブシンドローム患者の疾患別医療費の内訳を見ると、「腰部脊柱管狭窄症」「骨粗しょう症」「変形性膝関節症」の順で高く、これらは加齢に伴う疾患が多く、特に女性は男性と比べ筋肉量が少なく、女性ホルモンの影響により骨密度も低い傾向があるため、ロコモティブシンドロームを発症しやすく、早期からの運動習慣やバランスの良い食習慣等を図ることが大切です。

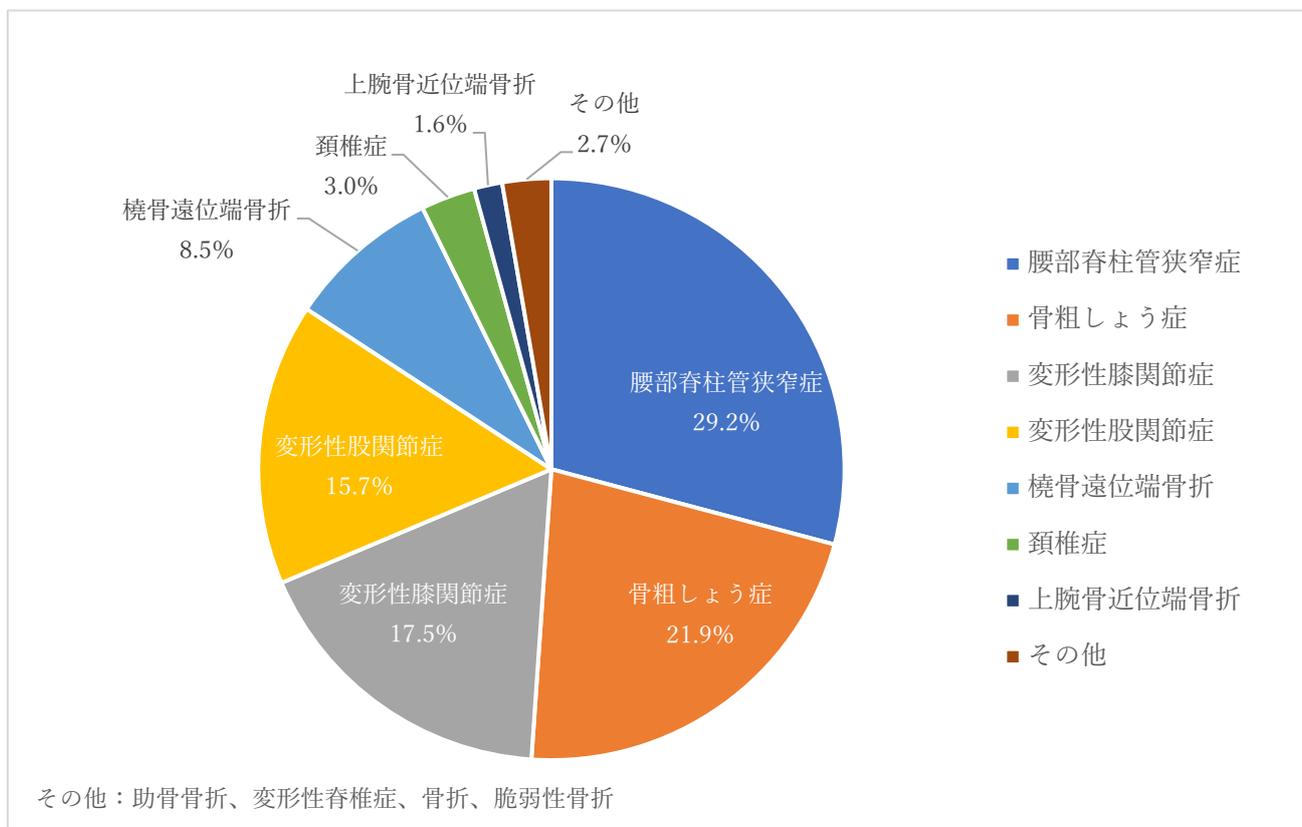
図 22-1. ロコモティブシンドロームの性年代別有病率と総医療費（令和 3 年度）



資料：KDB 突合 CSV データ「被保険者の状況」「医療管理レセプト（令和 3 年度累計）」

「医療傷病名（令和 3 年度累計）」「医療最大医療資源 ICD 別点数（令和 3 年度累計）」

図 22-2. ロコモティブシンドローム疾患別医療費の割合（令和 3 年度）



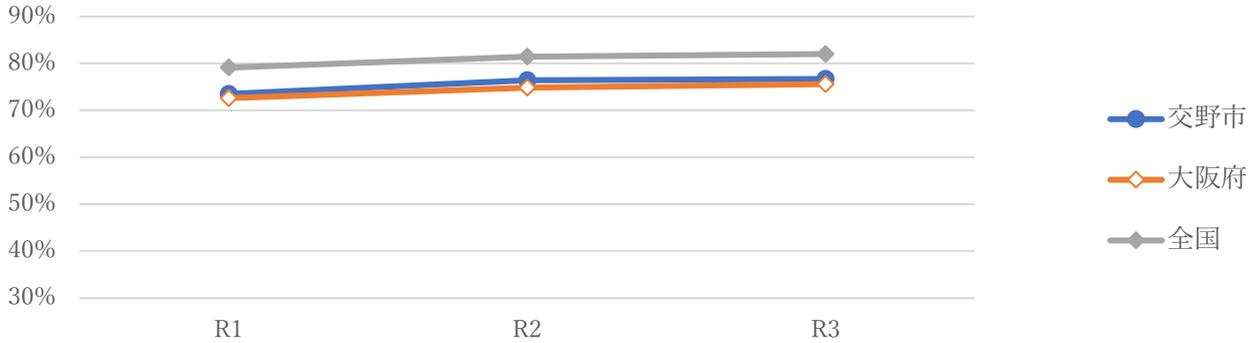
資料：KDB 突合 CSV データ「被保険者の状況」「医療管理レセプト（令和 3 年度累計）」

「医療傷病名（令和 3 年度累計）」「医療最大医療資源 ICD 別点数（令和 3 年度累計）」

(4)ジェネリック医薬品の使用状況

ジェネリック医薬品の使用割合は、令和元年度 73.5%、令和 3 年度 76.7%でした。ジェネリック医薬品の使用は、同等の効果を持ちつつ治療に要する費用を下げられることから、医療費適正化の観点より重要です。引き続き使用割合向上への取組が必要になります。

図 23. ジェネリック医薬品使用割合の推移（数量シェア）



資料：厚生労働省ホームページ（全国）・大阪府国保連合会独自集計（大阪府・保険者）

3. がん検診等実施状況

(1) 国保被保険者におけるがん検診受診率

国保被保険者のがん検診受診率の平均は 8.8%で、国や大阪府と比較すると受診率は下回っています。「第 4 期がん対策推進基本計画」においては 60%以上の達成が個別目標の一つに掲げられており、本市における死因第 1 位を占めているがんの対策として、がん検診のさらなる受診率向上に向けた対策が必要です。

表 2. 国保被保険者におけるがん検診受診率（令和 3 年度）

	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	前立腺がん	平均
集計対象年齢	50～69 歳	40～69 歳	40～69 歳	40～69 歳	20～69 歳	50～69 歳	
交野市	7.3%	6.7%	7.6%	11.8%	12.3%	7.0%	8.8%
大阪府	6.5%	10.4%	10.2%	13.9%	18.0%	—	11.8%
全国	12.1%	16.0%	15.2%	18.2%	16.2%	—	15.5%

※胃・前立腺がんは 50～69 歳、大腸・肺・乳がんは 40～69 歳、子宮頸がんは 20～69 歳を対象年齢としている

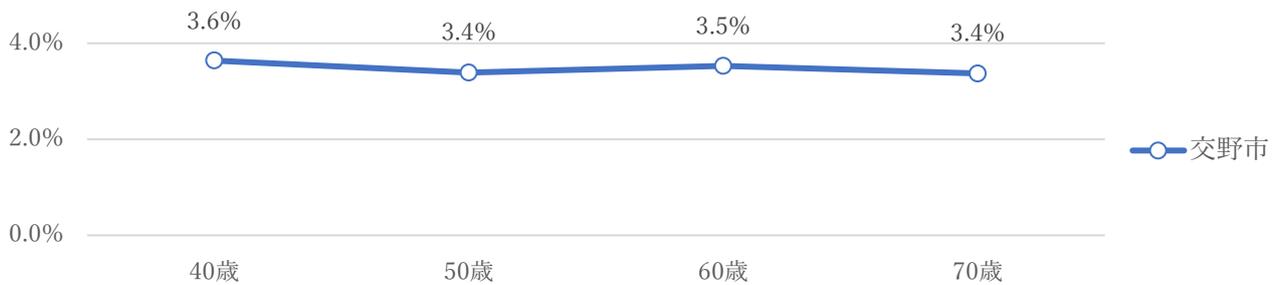
資料：令和 3 年度地域保健・健康増進事業報告

(2) 成人歯科健診受診率

令和3年度成人歯科検診受診率は、各年代とも3.5%前後となっています。

オーラルフレイルは、全体的なフレイル進行の前兆となり心身機能の低下につながることから、口腔機能の維持は重要であり成人歯科健診受診率向上対策が必要です。

図 24. 成人歯科検診の受診率（令和3年度）



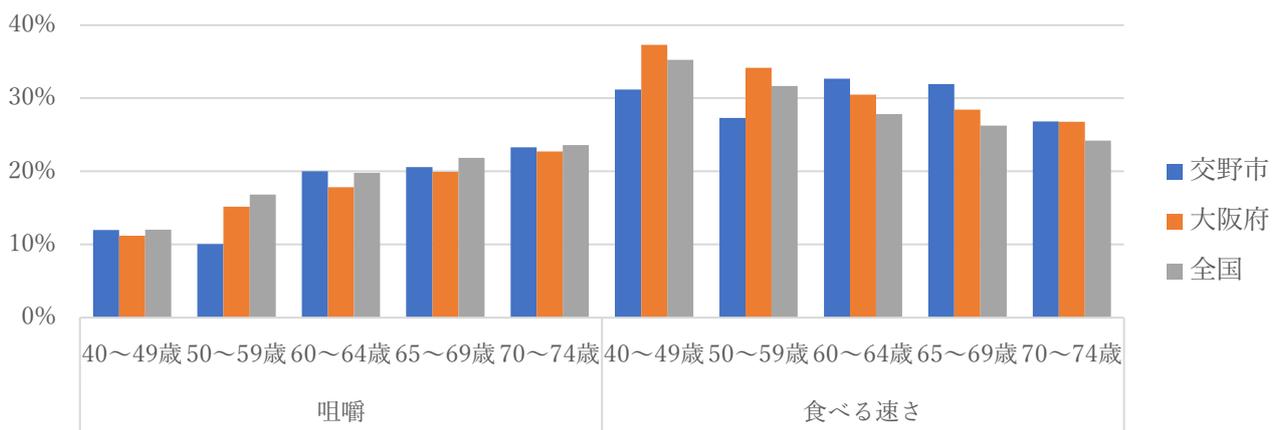
資料：令和3年度地域保健・健康増進事業報告

(3) 質問票調査結果による咀嚼（そしゃく）機能

咀嚼機能に関しては、年齢が上がるごとに機能低下を自覚している人の割合が増加しています。咀嚼機能の低下はオーラルフレイルにつながり、肺炎や摂取量低下による体重減少の原因ともなりうることから、口腔体操等の重要性を啓発し普及することが重要です。

なお、食べる速さにおいては、60歳代以降で国や大阪府と比較して速いことが分かります。早食いは肥満につながりやすく、メタボリックシンドロームの予防において早食い習慣の改善が必要です。

図 25. 咀嚼機能および食べる速さの状況（令和3年度）



咀嚼：「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか」に対する「何でもかんで食べることができる」以外の割合
 食べる速さ：「人と比較して食べる速度が速い」に対する「速い」の割合

資料：KDB システム 質問票調査の経年比較（S25_001）

4. 特定健診実施状況

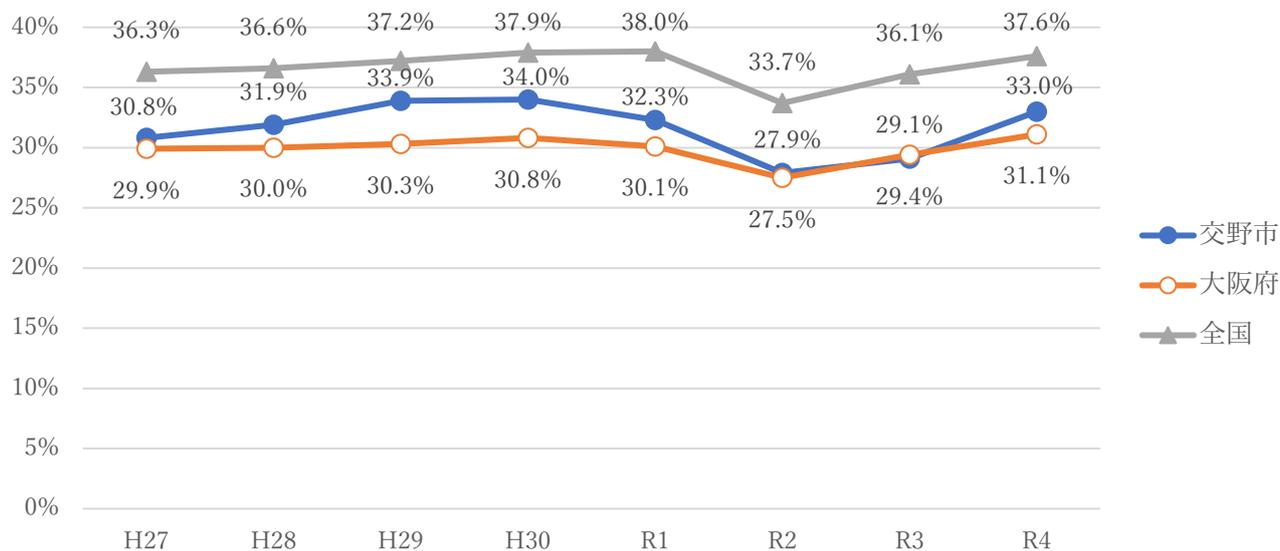
(1) 特定健診受診の状況

特定健康診査受診率は令和元年度から令和2年度にかけて、新型コロナウイルス感染拡大に伴い、集団健診の実施体制を変更したことや健診の受診控えなどにより、落ち込みましたが、令和4年度にはコロナ以前の受診率まで回復しています。また、令和3年度からは大阪府の受診率を上回っていますが、国の受診率には達しておらず、さらなる受診率向上に向けた対策が必要です。

令和2年度の性・年齢別受診率では国や大阪府と同様、65歳以上の受診率が高くなっています。男女ともに40～59歳の受診率は低くなっています。

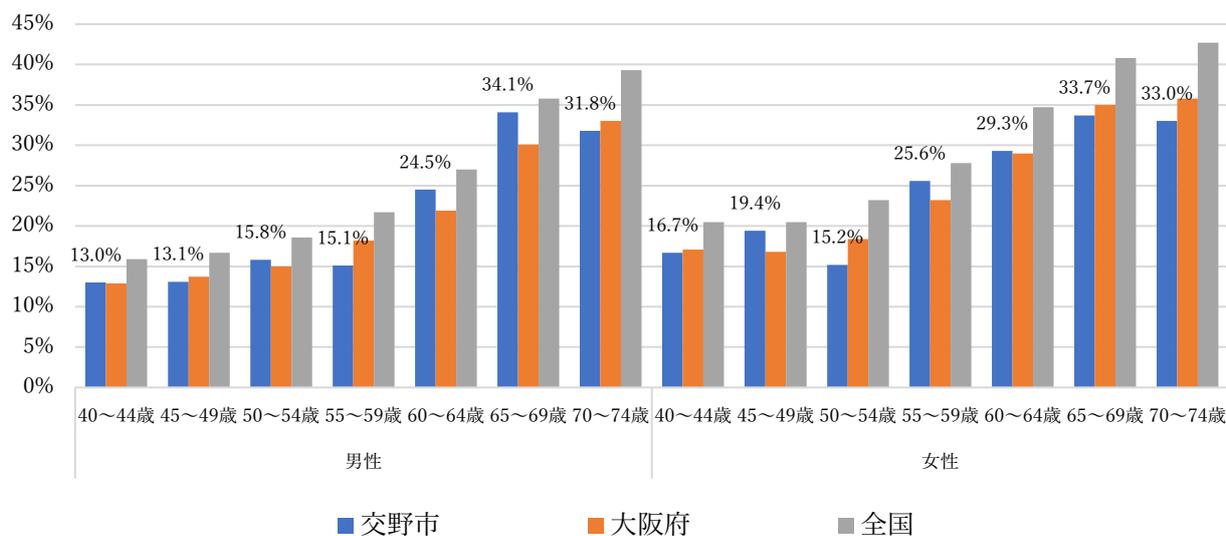
月別受診率では10～11月の受診率が最多であり、次に5月や3月の受診率が高い傾向があります。受診率が高い月は、受診券が届く時期や締め切り前の駆け込み受診などのきっかけ、また受診しやすい季節などが考えられます。また、受診率が落ち込みやすい8月や1～2月の前に受診勧奨強化の時期を設定し、年間通して受診率が維持向上できるような体制の確保を検討していきます。

図 26. 特定健診受診率の推移



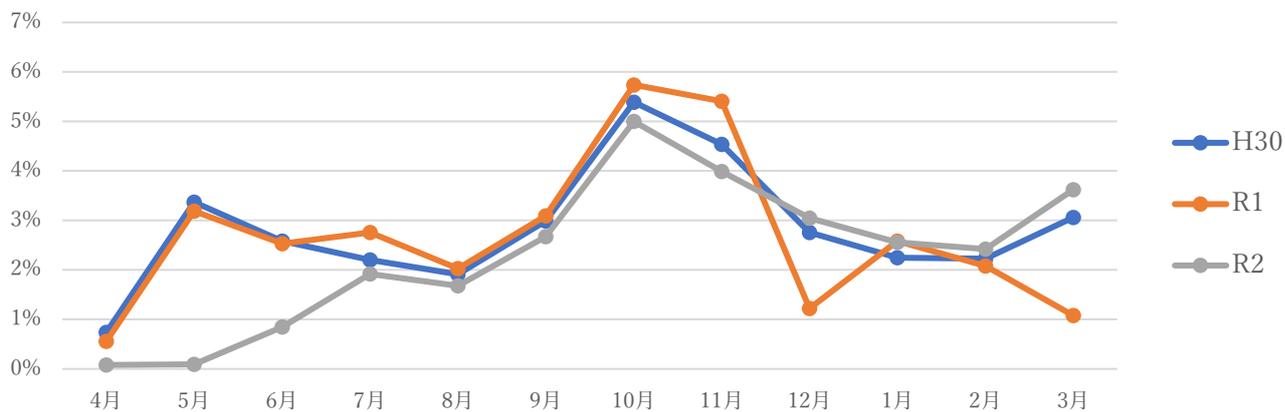
資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

図 27. 性・年齢階級別特定健診受診率の全国、大阪府との比較（令和 2 年度）



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

図 28. 月別特定健診受診率の推移

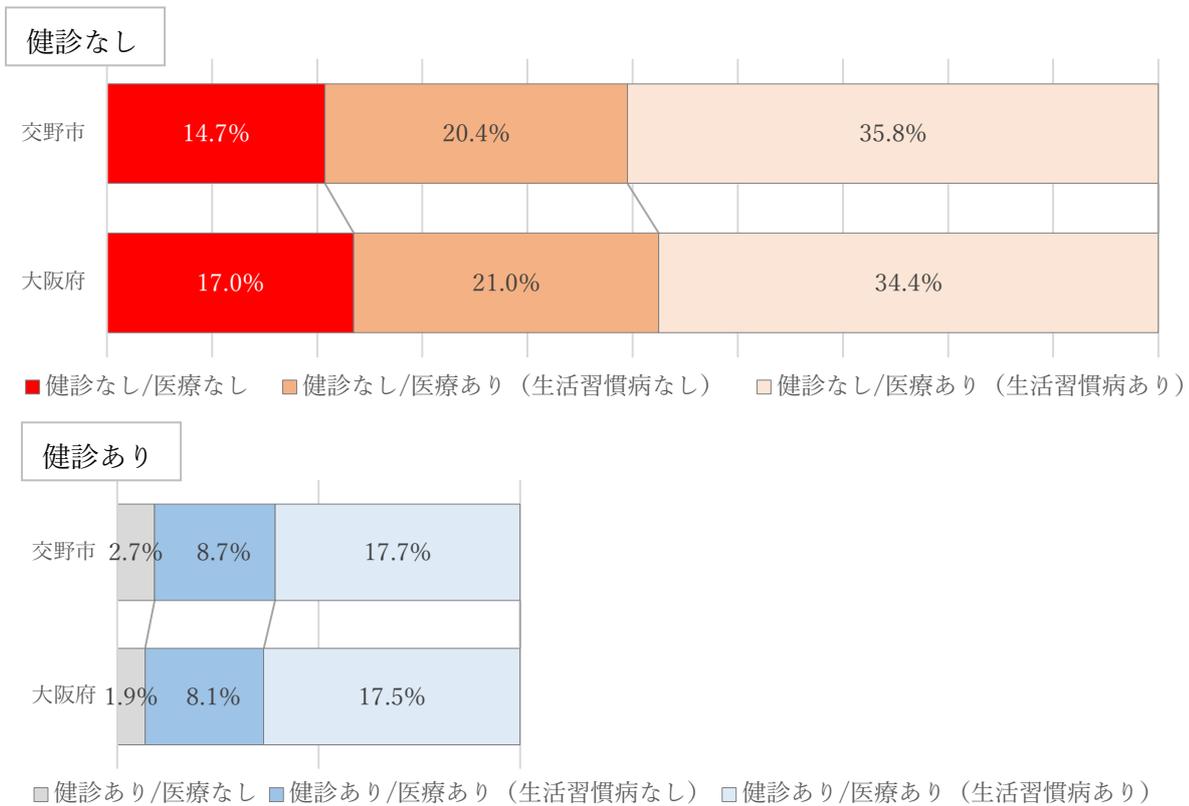


資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

令和3年度、特定健診受診状況と医療利用状況を見ると、健診なしのうち、医療あり（生活習慣病あり）の方が35.8%と最も多く、ついで医療あり（生活習慣病なし）の方が20.4%と続き、生活習慣病をはじめ何らかの疾患で医療機関を受診している方の割合が多くなっております。通院中の医療機関と連携し、主治医からも特定健診を勧奨してもらうことで、さらなる受診率の向上が見込まれます。

また、14.7%の方は健診なし・医療なしの未受診であり、大阪府の17.0%よりは低いものの、健康状態把握するために健診受診につなげる必要があります。個人の健康管理や重症化予防の観点からも健診受診勧奨の優先度が高いグループであると考えられます。

図 29. 特定健診受診状況と医療利用状況（令和3年度）



※ 「健診なし」と「健診あり」のデータを合わせて100%となります

資料：KDB システム 医療機関受診と健診受診の関係表

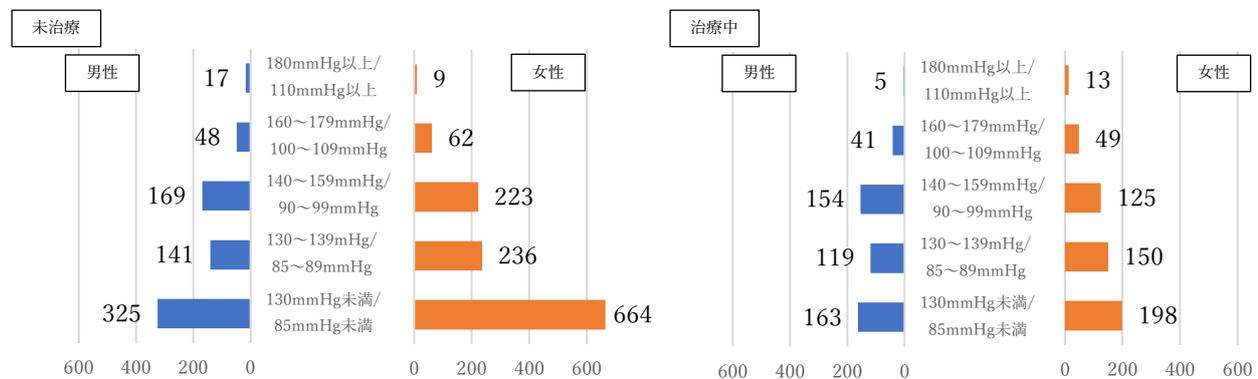
(2) 特定健診受診者における健康・生活習慣の状況

①高血圧

治療の有無別に血圧の重症度を分類し、該当者数をみると、未治療者（1,894人）のうち受診の必要性が高い「140mmHg/90mmHg以上」の該当者が528人（27.9%）を占めています。その中でも治療の必要性が高い「160mmHg/100mmHg以上」の該当者が136人（7.2%）でした。また、治療中者（1,017人）のうち387人（38.1%）は血圧が140mmHg/90mmHg未満にコントロールできていない現状です。

心疾患や脳血管疾患、腎疾患などの重症化を予防し、また要介護状態への移行を予防し、健康寿命延伸の観点からも、医療機関への受診勧奨、継続受診の促進、個々の状態に応じた生活習慣の改善を行う保健指導が重要です。

図 30. 治療状況別の高血圧重症度別該当者数（令和3年度）

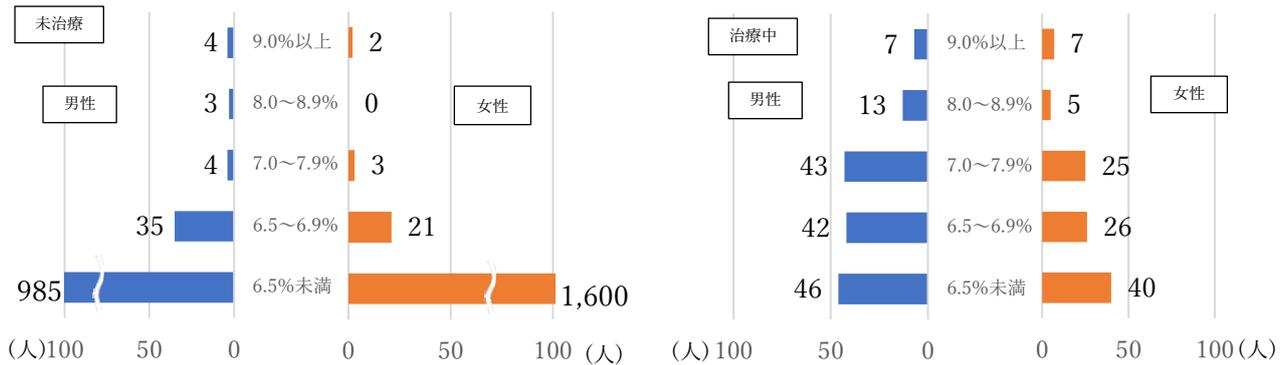


資料：KDB システム 保健指導対象者一覧(保健指導判定値の者・受診勧奨判定値の者)

②糖尿病

未治療者（2,657人）のうち糖尿病型と診断される HbA1c6.5%以上の人は72人（2.7%）を占めており、そのうち合併症発症リスクが高いとされる HbA1c8.0以上の該当者は9人（0.3%）でした。HbA1c8.0以上では生活習慣改善の取組だけでは血糖コントロールが難しいため、未治療者は専門医の受診につなげる必要があります。治療中者（254人）においては、合併症予防の為に HbA1c7.0%未満を目標としますが、治療中で HbA1c7.0%以上の該当者は100人（39.4%）でした。糖尿病治療中者の血糖コントロール不良者を減らし、糖尿病の合併症や重症化予防のため、患者本人はもちろん、家族、主治医をはじめ医療関係諸機関、行政を含めた地域での連携が重要となります。

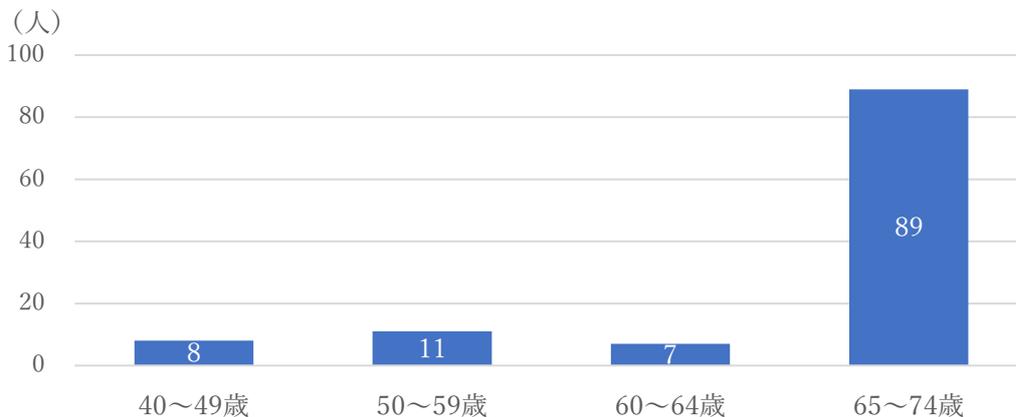
図 31. 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数（令和 3 年度）



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

糖尿病性腎症重症化予防対象者数を年代別で見ると、65 歳以上から重症化予防対象者が急増していることが分かります。糖尿病は自覚症状に乏しく慢性的に経過するため、治療中断に陥る可能性があります。重症化予防のため、早期からの適切な生活指導や服薬管理、定期受診による管理などが必要です。

図 32. 糖尿病性腎症重症化予防対象者数（令和 3 年度）



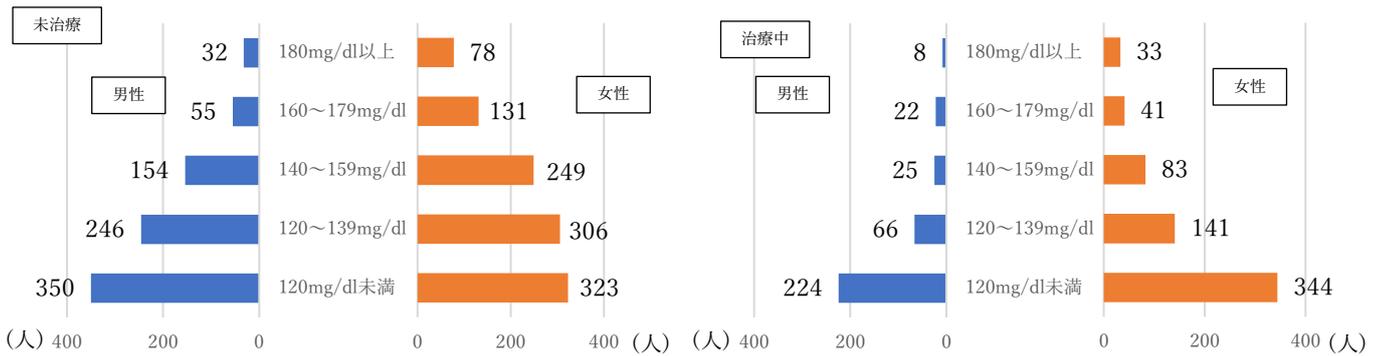
資料：KDB システム 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)S27_009

③脂質異常症

脂質異常症の中でも、高 LDL コレステロール血症は単独で動脈硬化との関連が指摘され、虚血性心疾患のリスクがあるとされています。未治療者（1,924 人）のうち受診の必要性が高い 140mg/dl 以上の該当者が 699 人（36.3%）を占めています。その中でも治療の必要性が高い 180mg/dl の該当者が 110 人（5.7%）でした。

50 歳代以降の女性は LDL コレステロールが上昇しやすく、動脈硬化性疾患のリスクに大きく影響することから、早期からの生活習慣改善、医療機関への受診勧奨が重要です。

図 33. 治療状況別の高 LDL コレステロール血症重症度別該当者数（令和 3 年度）

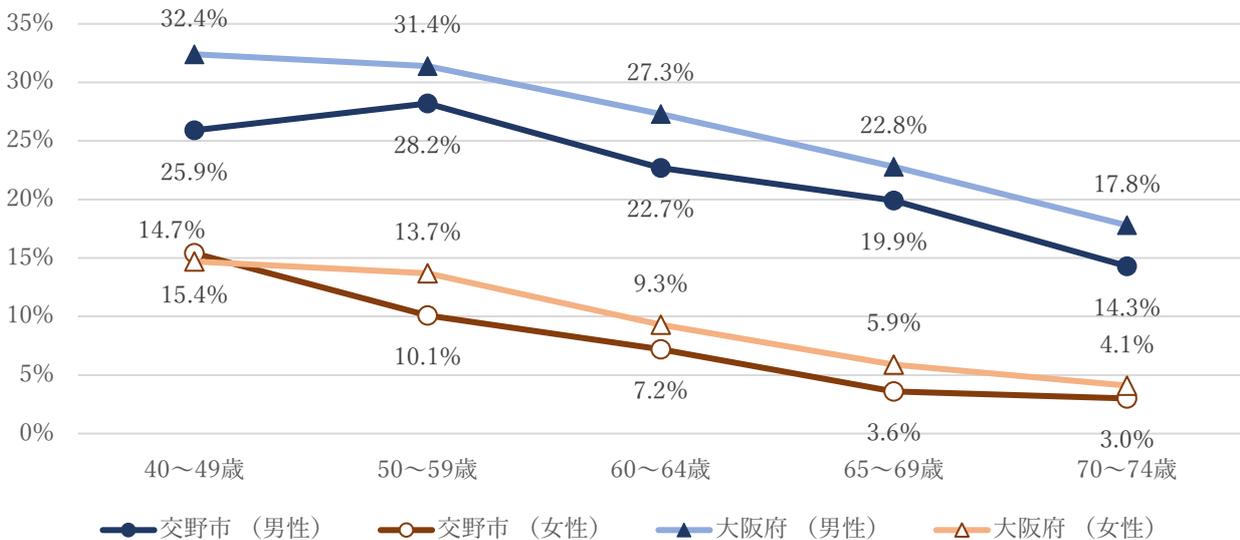


資料：KDB システム 保健指導対象者一覧(保健指導判定値の者・受診勧奨判定値の者)

④喫煙

喫煙率について性年代別に見ると、ほぼ全ての性別年代において交野市は喫煙率が大阪府より低くなっています。若い世代ほど喫煙率が高く、大阪府同様、男女ともに年代が進むにつれて喫煙率は低下しています。喫煙はがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の多くの生活習慣病に影響があるとされており、喫煙率を下げるための取り組みが必要となります。

図 34. 性・年齢階級別喫煙率（令和 3 年度）



資料：特定健康診査・特定保健指導基礎資料

⑤肥満・メタボリックシンドローム

BMI 区分別該当者数を男女別で見ると、肥満とされる BMI 25 以上の男性の割合が高いです。腹囲は体格差の影響を受け、またメタボリックシンドロームの基準値も男女で異なるため、性別比較には注意する必要がありますが、腹囲や BMI とともに、女性の方が低い傾向にあります。BMI 該当者数よりも腹囲該当者数が多く、内臓脂肪型肥満の人が多くと考えられます。

また健診受診者が増加することで、特定保健指導対象者や治療中の方も健診受診者として把握できる

ようになり、メタボ該当者・予備群の出現率も増加する可能性があります。保健指導対象者や治療中の人においても、生活習慣や治療状況が維持できるよう継続した働きかけが必要です。

図 35. BMI 区分別該当者数（令和 3 年度）

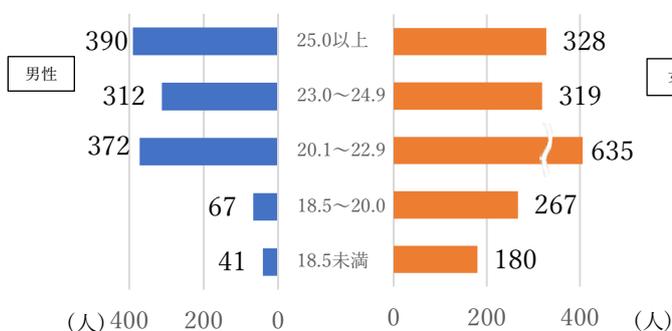
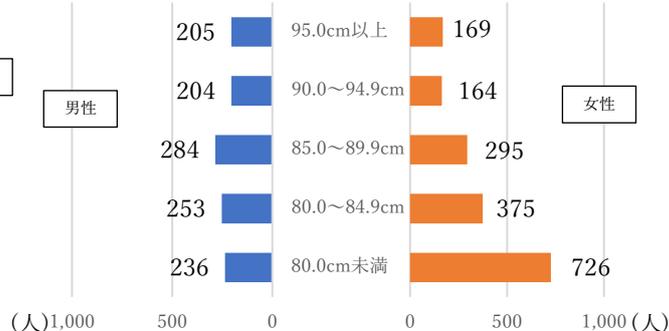


図 36. 腹囲区分別該当者数（令和 3 年度）



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

図 37. メタボ該当者・予備群の出現率の推移

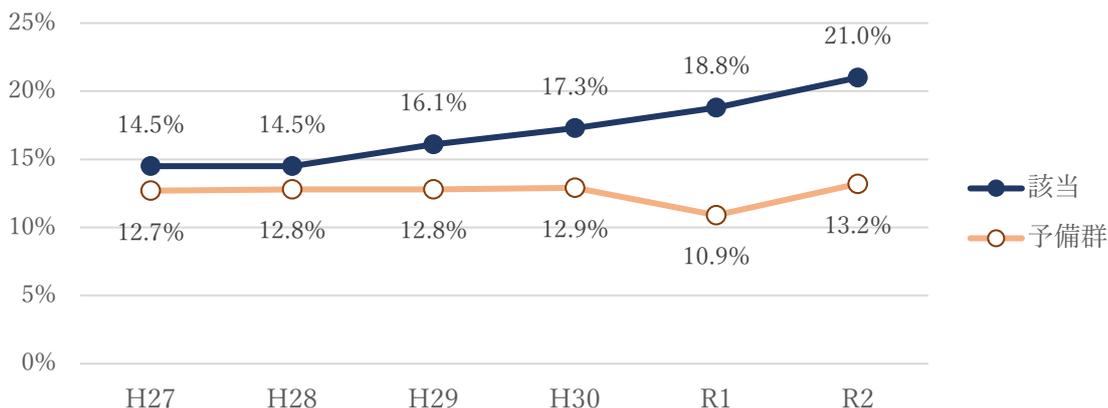
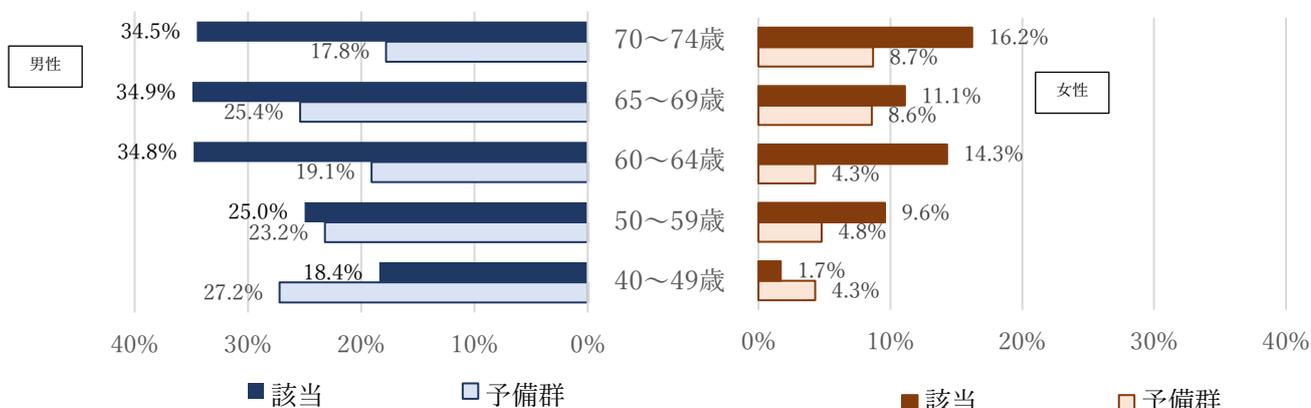


図 38. 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合



資料：特定健診等データ管理システム 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告（TKCA001）

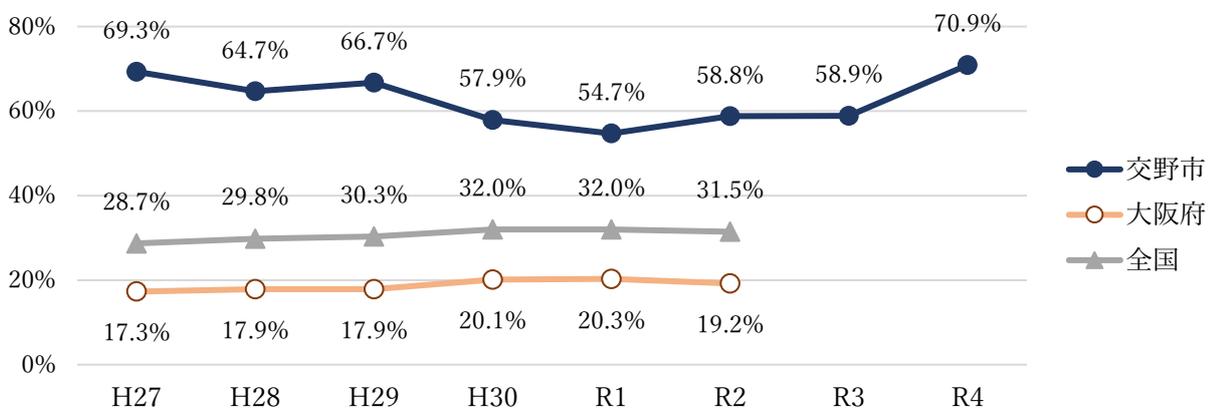
5. 特定保健指導実施状況

(1) 特定保健指導利用率および実施率

本市の特定保健指導利用率（1回でも指導を利用した割合）、保健指導実施率（最終評価まで実施した割合）の差が少なく、指導につながった場合はほとんどのの方に継続支援が行えており、最終評価まで実施ができていますと考えられます。

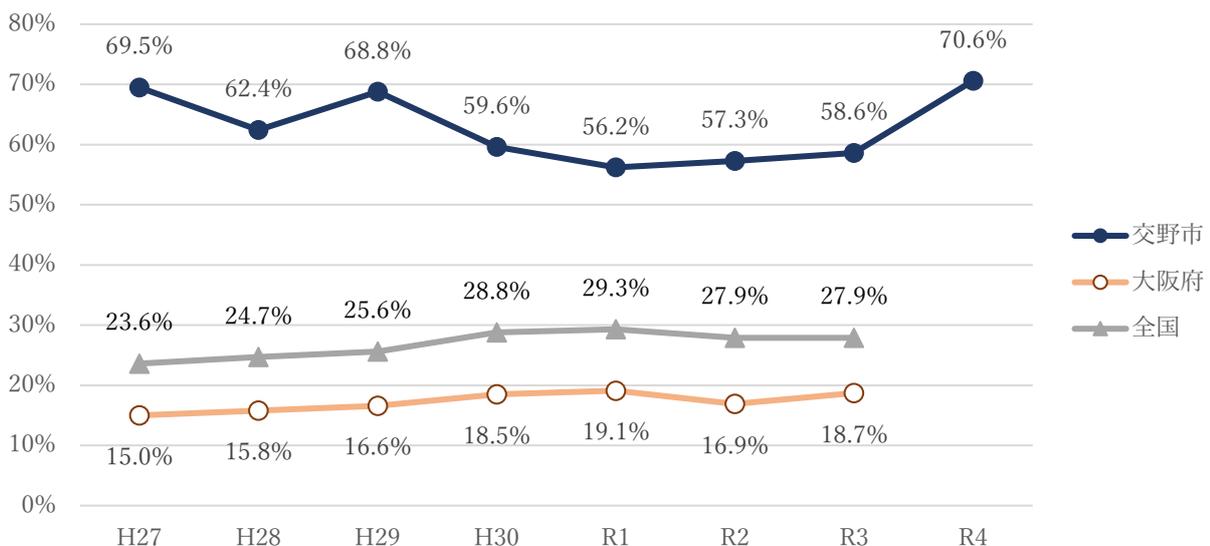
また、健診受診率同様、新型コロナウイルス感染拡大に伴い、一時は利用率・実施率ともに落ち込んだものの、令和4年度には回復しており、大阪府や全国と比較しても高い水準で推移しています。さらなる実施率の向上対策として、健診結果を視覚的に理解できるような啓発資材等の工夫とともに、各個人の特性に応じた支援方法を検討し、より効果的な保健指導を実施することが重要です。

図 39. 特定保健指導利用率の推移



※大阪府及び全国の令和3年・令和4年度の利用率は確定数が算出されていないため、交野市のみ記載

図 40. 特定保健指導実施率の推移



※大阪府及び全国の令和4年度の指導率は確定数が算出されていないため、交野市のみ記載

資料：特定健診等データ管理システム 特定健康診査・特定保健指導実施結果報告（TKCA001）

第4章 健康課題

第2章の事業評価、第3章のデータ分析より健康課題を抽出し、表3-1にまとめています。また、複数の課題に関連する項目を重点課題として以下の4点に絞り込みました。これらの重点課題に取り組むことで、医療費の適正化や健康寿命の延伸を目指します。

【重点課題】

1. 特定健診受診率の低迷
2. 生活習慣病の重症化
3. 40～50歳代への早期からの生活習慣病予防の必要性
4. 医療費の増大

表3-1. 健康課題

項目	健康課題	記載箇所	重点課題
特定健診	<ul style="list-style-type: none"> ・ 令和2年度の各年齢別受診率では60歳以上と比較し、40～59歳の受診率が10～20%台と低い ・ 7～9月及び12～2月の受診率が低い傾向がある ・ 令和3年度被保険者のうち、健診・医療ともに未受診の人が14.7%であり、受診につなげる必要がある。 	P.39 図27 P.39 図28 P.40 図29	1,3
特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨判定値以上の未治療者割合は血圧が最多の7.8%である ・ 特定健診検査結果の有所見者割合は減少傾向ではあるが約5割を占めている 	P.11 2(1) P.12 2(2)	2
要介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢化に伴い、要支援・要介護認定率は増加傾向である ・ 要支援・要介護認定者の有病割合では、心疾患(61.6%)、筋骨格系(55.3%)、高血圧症(53.6%)の有病率が高い 	P.25 図7-1 P.25 図7-2	2
心疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・ 男性の心疾患の死因割合は国や大阪府と比較して高い ・ 要支援・要介護認定者の有病割合は心疾患が61.6%で最も高く、国や大阪府と比較して高い ・ 虚血性心疾患のレセプト件数は、60～64歳では国や大阪府の約2倍である 	P.22 図5-2 P.25 図7-2 P.29 図11-1	2,3,4
脳血管疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳血管疾患の死因割合は男女ともに大阪府よりわずかに高い ・ 脳血管疾患のレセプト件数は65歳以上から増加傾向である 	P.22 図5-2 P.29 図12-1	2,3,4
人工透析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 総医療費の内訳では、がんに続き上位を占めている ・ 40～49歳及び70～74歳のレセプト件数は国や大阪府と比較して多い 	P.27 図10-1 P.30 図13	2,3,4

表 3-1. 健康課題（つづき）

項目	健康課題	記載箇所	重点課題
高血圧	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診検査結果のうち血圧の有所見者は約 50%を占める ・ 虚血性心疾患及び脳血管疾患の有病疾患割合ともに、高血圧症の合併症がある人が最も多い 	P.12 2(2) P.29 図 11-2 P.30 図 12-2	2,3,4
糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病・高血圧症・脂質異常症のうち総医療費に占める割合は糖尿病が最も高い 	P.27 図 10-1	2,3,4
脂質異常症	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診検査結果の有所見割合のうち血圧や血糖と比べ脂質が 53.9%と高い ・ レセプト件数は 60～74 歳で国や大阪府と比較してわずかに多い 	P.12 2(2) P.32 図 17	2,3,4
肺炎	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院でのレセプト件数は 60～64 歳では国や大阪府と比較して少なく、65 歳以上からは国や大阪府と同様に増加傾向である 	P.33 図 18	4
骨折	<ul style="list-style-type: none"> ・ 骨折の入院レセプト件数は、ほぼ全ての年齢にて国や大阪府より多い ・ 女性の骨粗しょう症の外来レセプト件数は少ないが骨折での入院レセプト件数は多いことから、骨粗しょう症未治療者が多い可能性がある 	P.33 図 19 P.34 図 20	4
がん	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死因に占めるがんの割合は男女ともに国や大阪府よりもやや高い ・ がんの医療費割合が最も高く、総医療費全体の 17%を占めている ・ 国保被保険者のがん検診受診率の平均は国や大阪府よりも低い 	P.22 図 5-2 P.27 図 10-1 P.36 表 2	4
ジェネリック医薬品使用促進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 令和 4 年度の使用割合（数量シェア）は 77.7%と目標の 80%に達していない 	P.16 3(1)	4

第5章 保健事業の目的・目標・実施内容

保健事業の目標値一覧は表3-2に、各保健事業計画については表4にまとめています。

表3-2. 保健事業の目標値一覧

保健事業		目標値（令和11年度）		現状値 （令和4年度）	目標値 （令和11年度）	
		アウトプット （実績評価）	アウトカム（成果）	アウトカム（成果）		
事業	特定健診	・対象者への通知率の維持	・特定健診受診率の向上	33.0%	60%	
	特定保健指導	・初回面接実施率の向上	・特定保健指導実施率の向上	70.6%	80%	
・特定保健指導対象者の減少率の増加			30.1%	40%		
重症化予防事業	受診勧奨判定値を超えている者への対策	・受診確認率の増加	・受診勧奨判定値以上の未治療者割合の減少	血圧	7.8%	7.8%以下
				血糖	2.5%	2.5%以下
				脂質	4.0%	4.0%以下
	早期介入保健指導事業	・教室参加率の増加	・特定健診結果の有所見者割合の減少	血圧	50.3%	45%
				血糖	45.7%	40%
				脂質	53.9%	50%
	糖尿病性腎症重症化予防事業	・教室参加人数の増加	・教室参加人数の増加	17人	20人以上	
・尿試験紙使用割合の向上		・新規人工透析患者数の減少	5人*	5人以下		
重複多剤服薬予防事業	・重複投与者通知者数の減少	・重複対象者の重複投与解消率の向上	54.0%	60%		
	・多剤投与者通知者数の減少	・多剤対象者の薬剤費削減率の向上	6.1%	10%		
ジェネリック医薬品差額通知		・差額通知回数の維持	・ジェネリック医薬品使用割合（数量シェア）の向上	77.7%	80%	
健康マイレージ事業		・府民会員参加率の増加	・国保被保険者の健康マイレージ事業参加率の増加	8.9%	20%	

※の値は国保連合会ひな形での算出方法に基づき、KDBデータにて市で算出

表 4. 保健事業計画のまとめ

		特定健診受診促進事業		重症化予防事業	
		特定健診	特定保健指導	受診勧奨判定値を超えている者への対策	早期介入保健指導事業
計画の概要	目的	特定健診受診率の向上	特定保健指導実施率向上	特定健診の結果、受診勧奨判定値以上の対象者について、医療機関への適切な受診勧奨を実施する	特定健診の結果に基づき、特定保健指導対象者に限らず、血圧・血糖・脂質高値者へ保健指導を行うことで、生活習慣病の重症化及びフレイル発症を予防する
	対象者	40～74 歳までの国保被保険者のうち当該年度特定健診未受診者	40～74 歳までの国保被保険者の特定健診受診者のうち内臓脂肪蓄積とリスク要因数により抽出された保健指導対象者	特定健診の内臓脂肪リスクがない下記受診勧奨判定値を超えている人 ① 血圧： 収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上 ② 血糖：HbA1c6.5%以上 ③ 脂質： LDL コレステロール 180mg/dl 以上または中性脂肪 500mg/dl 以上 ※ 血圧は収縮期血圧 160mmHg/ 拡張期血圧 90mmHg 以上の人にも支援を実施	① 生活習慣病予防： 血圧・血糖・脂質において保健指導判定値以上であるが、保健指導対象外の人 ② フレイル予防： 特定健診の問診票の結果やフレイルチェックリスト等より、フレイルのリスクが高い人
	方法	① 電話予約に加え、メールやインターネットを活用した予約の対応 ② がん検診と特定健診の同時受診の促進 ③ 地区での特定健診実施（地区組織である区長会・自治会と連携し、勧奨チラシの回覧やポスターの掲示、案内ハガキの送付） ④ 受診機会を増やすための健診体制構築 ⑤ ハガキの送付や電話・SMS による勧奨 ⑥ 委託先医療機関と連携し、受診勧奨ポスター掲示 ⑦ 健診受診者へ継続受診の啓発 ⑧ 職場健診や人間ドック等の費用助成 ⑨ 40～59 歳への受診啓発強化	① 健診受診時に保健指導の利用案内を促し、特定保健指導につなげる ② 未利用者への電話、郵送、訪問による利用勧奨 ③ 来所困難者への訪問、郵送、ICT による特定保健指導の実施 ④ 休日・夜間でも自宅から保健指導を利用できるよう、ICT を活用した保健指導の実施 ⑤ 保健指導利用者が健康上の問題を自ら認識し、主体的に解決できる効果的な保健指導の実施	① 受診勧奨判定となった値には印をつけ受診結果を郵送 ② パンフレットによる受診勧奨 ③ 電話による受診確認と受診勧奨、生活改善の保健指導を実施 ④ レセプトにて受診・内服確認 ⑤ 医療機関と連携し、対象者への両アプローチを実施	① 対象者に対して教室案内を郵送 ② 専門職による各対象者の特性に応じた生活習慣改善のための保健指導を実施
	計画期間の方向性	・ 40～59 歳の未受診者へ、受診日時を指定しやすい個別健診を案内する啓発資料の作成や、自覚症状がなくても健診を受診することの重要性の啓発等、年代の特性に応じた案内の強化を実施 ・ 健診・医療未受診者や過去の健診結果で指導対象になった人等は生活習慣病のリスクが高いため、継続受診の啓発を強化 ・ 健診の受診時もしくは結果発送時に継続受診の重要性を記載した案内を配布 ・ 保健指導対象者や受診勧奨対象者へは、専門職より継続受診の重要性を説明し、次年度の受診に確実につなげる ・ 年間を通して健診受診率が低い月にあわせて受診勧奨の強化を図る	・ 保健指導対象者が利用しやすいよう現状を見直し、実施体制の選択肢を増やす ・ 保健指導の利用機会を増やすため、ICT での保健指導の周知啓発を促す ・ 健診受診時に保健指導の必要性を伝え、結果送付後の利用につながりやすいよう、個別医療機関とも連携し、保健指導の利用を勧奨	・ 個別医療機関とも連携し、対象者の受診状況の把握を強化する ・ 脂質異常症の項目に中性脂肪の項目を追加し実施する	・ 脂質異常症も教室対象要件に含めて実施する ・ 指導対象者の個々の特性に応じた保健指導を行い、生活習慣改善を促す ・ 前年度も事業対象者として抽出された不参加者へ、電話にて参加勧奨を実施 ・ 不参加者には対象者の特性に応じた啓発資料を送付し、健康意識のきっかけづくりとする
(令和11年度)目標値	実績評価 (アウトプット)	対象者への通知率の維持 (令和 4 年度 100%→令和 11 年度 100%)	初回面接実施率の向上 (令和 4 年度 62.2%→令和 11 年度 80%)	受診確認率の増加 (令和 4 年度 61.1%→令和 11 年度 80%)	教室参加率の増加 (令和 4 年度 3.8%→令和 11 年 7%)
	成果 (アウトカム)	特定健診受診率の向上 60%	特定保健指導実施率の向上 80% 特定保健指導対象者の減少率の増加 40%	受診勧奨判定値以上の未治療者割合の減少 血圧 7.8%以下、血糖 2.5%以下、脂質 4.0%以下	特定健診結果の有所見者割合の減少 血圧 45%、血糖 40%、脂質 50%

表 4. 保健事業計画のまとめ（つづき）

		重症化予防事業			ジェネリック医薬品差額通知	健康マイレージ事業
		糖尿病性腎症重症化予防事業		重複多剤服薬予防事業		
計画の概要	目的	(1) 糖尿病性腎症重症化予防事業 糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対し、医療機関と連携した腎不全、人工透析への移行を防止する	(2) 家庭尿検査推進事業 腎機能低下のリスクが高い者に対し、早期受診の促進、健康意識の向上を図る	リスク対象者へ服薬問題を解消することで、国保被保険者の安心・安全の担保及び医療費適正化を図る	ジェネリック医薬品の使用促進を図る	健康増進のために健康に対する取り組みを行う人の増加を図る
	対象者	① 空腹時血糖 126 mg/dl 以上 ② 随時血糖 200 mg/dl 以上 ③ HbA1c 6.5%以上 ④ 糖尿病治療中 ⑤ 過去に糖尿病薬使用歴または糖尿病治療歴あり ⑥ 腎機能が低下している人 主治医が糖尿病性腎症のハイリスク者と判断する人等	特定健診受診者のうち、40 歳到達者及び尿糖・尿たん白が陽性の人	多剤： 8 剤以上の薬剤を 2 医療機関以上から定期的に処方されている人 重複： 複数医療機関から同種同効薬剤が処方されている人	国保被保険者のうち血圧降下剤、血管拡張剤、高脂血症用剤の調剤レセプトが 14 日以上のある人のうち、ジェネリック医薬品へ切り替えることで薬剤費が削減する人	18 歳以上の市民
	方法	① 対象者に対し教室案内を主治医より参加勧奨、または市から送付 ② 実施期間は 5 か月間とし、主治医の指導のもと、教室、個別面接、電話支援、検査によって生活習慣改善を実施する ③ 支援状況は保健指導実施ごとに文書にて主治医へ報告 ④ 教室実施後のフォローを実施	① 健診結果より尿糖または尿たん白が陽性の人に尿試験紙と検査結果記録用紙を送付 ② 尿試験紙送付後、使用状況及び検査結果アンケートを実施 ③ アンケート結果より専門職による適切な介入を実施	① 対象者へ通知レターの発送 ② 重複・多剤服薬対象者ともに、レセプト抽出データを薬剤師が目検で精査し通知レターを発送、薬剤師による電話、面談、訪問による指導を行う	対象者にジェネリック医薬品差額通知を送付	① 広報やホームページ等にて、啓発普及を実施 ② 集団健診やイベント時にアプリの登録サポートの実施
計画期間の方向性		・事業の実施体制を含め、参加者のさらなる増加に向け体制を検討する ・前年度も事業対象者として抽出された不参加者へ、電話等での参加勧奨や、資材等を用いて支援の必要性を促す ・高血圧を起因とした腎症ハイリスク者の支援方法を検討する	・尿試験紙の使用状況及び検査結果を 1 人でも多く把握するため、紙のみでなく Web を活用したアンケートを実施	・医療機関や薬局とも連携しながら、服薬の見直し勧奨の継続 ・経年対象者に計上されるが重複処方が解消されていない人へは、年度内に再度通知を送付し、継続的支援を実施	・対象者への通知を継続し、使用割合の向上を図る	・イベントや健診会場にて周知啓発に努め、会員登録が難しい人には登録サポートを実施し、自主的に健康に対する取り組みを行う人の増加を図る
(令和 11 年度) 目標値	実績評価 (アウトプット)	教室参加人数の増加 (令和 4 年度 17 人→令和 11 年度 20 人以上)	尿試験紙使用割合の向上 (令和 4 年度 55.8%→令和 11 年度 60%)	重複投与者通知者数の減少 (令和 4 年度 52 人→令和 11 年度 50 人以下) 多剤投与者通知者数の減少 (令和 4 年度 654 人→令和 11 年度 650 人以下)	差額通知回数の維持 (令和 4 年度 3 回→令和 11 年度 3 回)	府民会員参加率の増加 (令和 4 年度 4.5%→令和 11 年度 12%)
	成果 (アウトカム)	教室参加人数の増加 20 人以上 新規人工透析患者数の減少 5 人以下		重複対象者の重複投与解消率の向上 60% 多剤対象者の薬剤費削減率の向上 10%	ジェネリック医薬品使用割合 (数量シェア) の向上 80%	国保被保険者の健康マイレージ事業参加率の増加 20%

第6章 特定健康診査等の実施に関する事項 (★)

1. 目標

(1) 特定健康診査の対象者数および実施率の推計

	①全対象者数	②実施率	③想定実施者数 (①×②)
令和5年度	8,560人	60%	5,136人
令和6年度	7,860人		4,716人
令和7年度	7,260人		4,356人
令和8年度	6,760人		4,056人
令和9年度	6,260人		3,756人
令和10年度	5,860人		3,516人
令和11年度	5,460人		3,276人

※令和4年度特定健診対象者数 9,259人

(特定健診の推計値算出方法)

全対象者数の推計では、下記に示すとおり、前年度の国保被保険者特定健診対象者数から当該年度の40歳年齢到達者及び75歳年齢到達者を加減することにより、算出しています。(10の位以下の数は切り捨て)

	40歳年齢到達者	75歳年齢到達者	推計増減者数
令和5年度	125人	900人	−700人
令和6年度	101人	895人	−700人
令和7年度	102人	738人	−600人
令和8年度	93人	688人	−500人
令和9年度	82人	619人	−500人
令和10年度	90人	537人	−400人
令和11年度	85人	493人	−400人

※令和5年11月時点 国保被保険者管理台帳より算出

(2) 特定保健指導の対象者数および実施率の推計

		①特定健康診査 受診者数	動機づけ支援		積極的支援		計 実施率
			②対象者数 (①×84.4%)	③実施者数 (②×70%)	④対象者数 (①×15.6%)	⑤実施者数 (④×70%)	
個別 健診	令和5年度	2,825人	286人	200人	53人	37人	70%
	令和8年度	2,028人	205人	144人	38人	27人	
	令和11年度	1,474人	149人	104人	28人	20人	
集団 健診	令和5年度	2,311人	234人	164	43人	30人	
	令和8年度	2,028人	205人	144人	38人	27人	
	令和11年度	1,802人	182人	127人	34人	24人	
計	令和5年度	5,136人	520人	364人	96人	67人	
	令和8年度	3,478人	410人	288人	76人	54人	
	令和11年度	3,563人	331人	231人	62人	44人	

※令和4年度 保健指導対象者のうち動機づけ支援該当者 84.4%、積極的支援 15.6%

(特定保健指導推計値の算出方法)

特定健康診査受診者数の個別健診と集団健診の推計では、下に示すとおり、「(1) 特定健康診査の対象者数および実施率の推計」にて算出した想定実施者数に、各年度の個別健診と集団健診の受診者数を乗じ、特定健康診査受診者数を算出しています。

特定健診の個別健診と集団健診の受診者比率

	個別	集団
平成29年度	43%	57%
令和2年度	52%	48%
令和4年度	59%	41%



令和5年度	55%	45%
令和8年度	50%	50%
令和11年度	45%	55%

平成29年度は集団健診の受診割合の方が高いですが、新型コロナウイルス感染拡大に伴う集団健診の中止や規模縮小により、令和2年度以降は個別健診の受診者割合が高くなりました。令和4年度の10月より集団健診を再開したため、令和5年度以降は、集団健診受診者割合が徐々に増加し、令和11年度には個別健診を集団健診の比率が上回ることを想定し、算出しています。

2. 対象者の特徴・分布

後期高齢者医療への切り替えや社会保険適用の緩和により、国保加入割合は減少傾向にあります。なお、定年後の国保被保険者が多く、60歳以上75歳未満の国保被保険者数は加入者の約半数を占めています。

3. 実施体制

(1) 特定健康診査

①対象者

40歳から74歳までの国保被保険者（年度途中での加入や脱退等、異動のない人）とします。

なお、妊産婦、刑務所入所中、海外在住、長期入院等、厚生労働省令で定める除外規定に該当する方は対象外となります。

②実施期間

4月から翌年3月まで

③利用者負担

- ・ 個別健診・・・無料
- ・ 集団健診・・・無料（心電図希望者のみ費用負担あり）

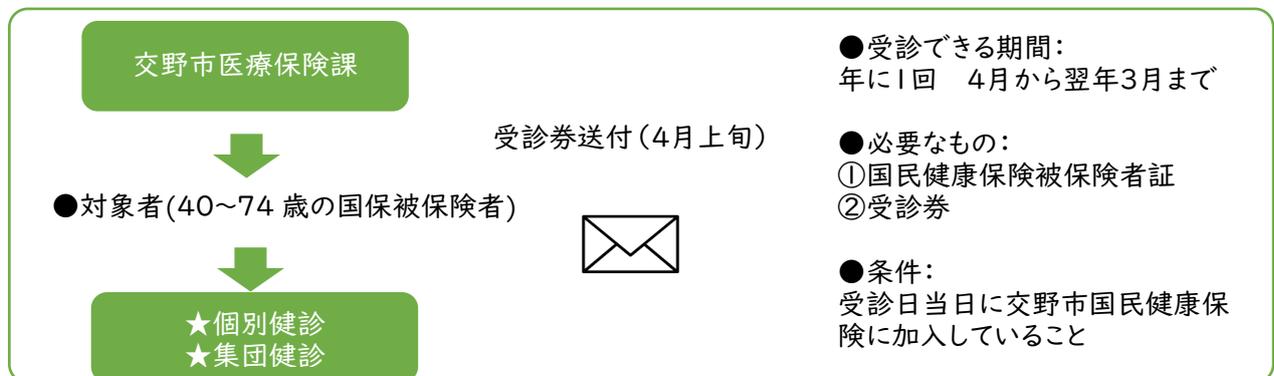
④案内方法

4月上旬に対象者へ特定健診受診券と受診案内を個別に発送します。
また、広報やホームページ等で周知を図ります。

⑤受診方法

かかりつけ医や各健診実施機関へ事前予約の上、保険証及び受診券を持参し、受診します。
受診券を紛失した場合は再発行を行います。

■受診までの流れ



⑥実施場所

I) 個別健診

大阪府医師会との委託契約書に記載された医療機関で実施。

II) 集団健診

公募により健診医療機関を決め、交野市立保健福祉総合センターで実施。

※本市が実施する全てのがん検診との同時受診が可能。

III) 地区健診

地区の施設（集会所等）にて集団健診の受託業者により実施。

⑦健診項目

第1期計画期間では、すべての対象者に国が定める「基本的な健診項目」を行い、集団健診においては医師が必要と判断した場合に行う「詳細な健診項目」に基づき実施してきました。

第2期計画期間では、集団健診において、人工透析の原因となる、慢性腎臓病の重症化予防の観点から血清クレアチニン・尿素窒素の検査項目及び、肝機能に関する疾患の早期発見の観点より肝機能検査・貧血検査・アミラーゼ等の検査項目を独自項目として追加しました。

第3期計画期間では、健診内容の一層の充実のため府の示す共通基準として血清クレアチニン検査・血清尿酸検査が集団・個別健診ともに追加し、実施しています。

■特定健診の検査項目

検査項目		集団健診	個別健診
身体診察	問診	●	●
	身体計測（身長・体重・BMI・腹囲）	●	●
	血圧測定	●	●
血液検査	脂質検査(中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール及び Non-HDL コレステロール)	●	●
	血糖検査（空腹時血糖、HbA1c）	●	●
	肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GPT）	●	●
	腎機能検査（血清クレアチニン、血清尿酸、eGFR（血清クレアチニン値より算出）	●	●
	* 腎機能検査（尿素窒素）	●	
	* 肝機能検査（LDH）	●	
	* 貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット）	●	★
* その他の検査（アミラーゼ、白血球数）	●		
尿検査	尿糖、尿蛋白	●	●
	* 尿潜血	●	
* 心電図検査		●	★
眼底検査		★	★

* の項目は、集団健診で実施している追加項目。ただし心電図検査は希望者のみに実施。

★印は、前年度の健診結果から医師が必要と判断した場合に、詳細な健診項目として実施。

⑧外部委託等について

- ・個別健診：市町村代表を通じて大阪府医師会と集合契約を行います。
- ・集団健診：公募等により、委託業者を選定し、単価契約を行います。

【委託基準】

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び同法の「特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしていることとします。その他、必要と思われる項目については仕様書に追加し設定を行います。

⑨人間ドック等の受診結果の取扱いについて

労働安全衛生法に基づく事業主健診・人間ドック健診等、他の法令に基づく健診を受けられている方は、健診結果の写しを本市医療保険課へ提出することで特定健診を受診したこととします。

※人間ドック（がん検診含む）及び脳ドック受診については「交野市国民健康保険人間ドック補助金交付要綱」、「交野市国民健康保険人間ドック受診者のがん検診相当分にかかる補助金交付要綱」、「交野市国民健康保険脳ドック補助金交付要綱」に基づき補助を行います。

(2) 特定保健指導

①対象者

内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因数により判定を行い、対象者の抽出を行います。

■特定保健指導対象者の選定基準

肥満	追加リスク		対象	
	①血糖②脂質③血圧	④喫煙	40～64 歳	65～74 歳
腹囲 ≧85cm（男性） ≧90cm（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		
上記以外で BMI≧25	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	/		

※①血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上、または HbA1c 5.6%以上

②脂質：空腹時中性脂肪 150mg/dl(随時 175 mg/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

なお、①～③のいずれかの薬の服薬者は除く

■メタボリックシンドロームの判定基準

腹囲	追加リスク	判定
	①血糖②脂質③血圧	
≧85cm (男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≧90cm (女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※①血糖：空腹時血糖 110mg/dl 以上または HbA1c6.0 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

※高中性脂肪血症、低 HDL-コレステロール血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

②実施時期

4月から翌年9月（法定報告〆切日）まで

③利用者負担

無料

④利用方法

健診受診時に保健指導の必要性を伝え、受診者への意識づけを行うことで、結果送付後の保健指導につながりやすいよう、利用勧奨を行います。特定保健指導対象者には、特定健診検査結果郵送時に初回面接の案内（日時・場所が記載されたもの）を同封します。

⑤実施場所

- ・交野市立保健福祉総合センター（ゆうゆうセンター）
- ・交野市役所 医療保険課
- ・特定保健指導対象者自宅（訪問による指導）

⑥実施内容

特定保健指導の階層化結果により、「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」に区分し、それぞれに応じ保健師・管理栄養士等がメタボリックシンドロームや、生活習慣病予防・改善に必要な食事や運動に関する情報を提供し、生活習慣改善の支援を行います。

■情報提供

項目	内容
目的	健診の結果から自らの身体状況を認識や生活習慣を見直すきっかけづくりとします。また、健診の必要性を伝え、継続受診を促します。
頻度	年に1回
支援方法	健診結果の通知と同時にリーフレットを送付します。
支援形態	健診結果郵送時にリーフレット、健康教室案内、検査結果の見方等を配布します。

■動機付け支援

項目	内容
目的	個別支援により対象者は自らの健康状態を自覚し、生活習慣変容のための行動目標を設定し、保健指導後には実践に移り、その生活が維持できることを目指します。
支援期間・頻度	原則1回の支援を行い、3カ月以上経過後に評価します。ただし、市の判断で対象者の状況に応じ6カ月経過後に評価を実施することや、3カ月経過後の実績評価の終了後に更に独自のフォローアップ等を行うことがあります。
支援方法	1人20分以上の個別支援を行います。
支援形態	①初回面接 ・ 血圧、腹囲、体重測定 ・ 個別面接、目標値及び行動計画策定の支援 ②評価（電話・面接、文章による評価） ・ 3カ月後（原則）に評価を実施 ・ 血圧、腹囲、体重測定 ・ 目標達成状況の確認

■積極的支援

項目	内容
目的	「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、自らの健康状態を自覚し生活習慣の改善が重要であることを認識し、生活習慣の変容のための行動目標を設定し、目標達成に向けた行動に取り組みます。保健指導終了後も、その生活が維持できることを目指します。
支援期間・頻度	3カ月以上の継続的な支援を実施し、その後評価を行います。ただし、市の判断で対象者の状況に応じ6カ月経過後に評価を実施することや、3カ月経過後の実績評価の終了後に更に独自のフォローアップ等を行うことがあります。 また2年連続して積極的支援に該当した場合は1年目に比べて2年目の状態が改善※していれば、2年目の保健指導は動機付け支援相当とします。 ※BMI 30未満：腹囲1cm以上かつ体重1kg以上減少 ※BMI 30以上：腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少

支援方法	1人20分以上の個別支援を行います。初回以降は個別支援、電話、手紙等による継続的な支援を行います。
支援形態	<p>①初回面接</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧、腹囲、体重測定 ・ 個別面接、目標値及び行動計画策定の支援 <p>②中間評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 面接、電話等による行動計画の実施状況の把握や継続支援を実施、目標修正等を促します。 <p>③最終評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3カ月後に最終評価を実施 ・ 血圧、腹囲、体重測定 ・ 目標達成状況の確認

⑦特定保健指導不参加者への対応

特定保健指導の不参加者については、電話、訪問、ポスティングなどを行い、参加への勧誘を行います。

⑧外部委託等について

保険者として、特定保健指導業務の部分委託が必要と判断し、業者委託を行う際には、高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び同法の「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしていることとします。

第7章 個別の保健事業及びデータヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し

計画の評価については、計画（Plan）に基づき、保健事業等を実施（Do）したことに対し、達成状況をはじめ、有効性、効率性等の観点から評価（Check）を行い、その評価結果をもとに保健事業等の見直しや改善を行う（Action）とともに、次期計画に反映させるPDCAサイクルに基づき実施していきます。

なお、計画を進めるにあたっては、国民健康保険特定健康診査等実施計画及びデータヘルス計画推進審議会において、医師会、歯科医師会、薬剤師会等への意見聴取を適宜行うこととします。

第8章 計画の公表・周知（★）

本計画は、市ホームページ等に掲載し、周知・啓発を図ります。また、国民健康保険特定健康診査等実施計画及びデータヘルス計画推進審議会での進捗報告を踏まえ、目標の達成状況等の公表に努めます。

第9章 個人情報の取り扱い（★）

データヘルス計画に基づく事業の実施に当たり取り扱う個人情報は、特定健康診査等の結果やレセプトデータなど一人ひとりの健康に係る最も個人的な情報であり、慎重かつ厳重な取扱いが求められます。

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）、これに基づくガイドライン及び個人情報保護条例等を踏まえて対応します。

また、保健事業等を外部委託する場合は、個人情報の厳格な管理や目的外利用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

第10章 地域包括ケアに係る取組

高齢化の状況、地理的条件など、地域のおかれた現状によって必要とされる保健事業や対策も異なると考えられることから、地域包括ケアの充実を図り、地域の実態把握・課題分析を国保被保険者も含めた関係者間で共有し、連携して事業に取り組みます。

用語集

用語		説明
ア 行	アミラーゼ	でんぷん（糖質）を分解して糖にする酵素。主に膵臓、唾液腺、耳下腺から分泌される。この酵素は血液に混じった状態で全身を回った後、腎臓でろ過され、尿に排泄される。
	eGFR（イージーエフアール）	推計糸球体濾過量。健康診査の項目である尿蛋白及びクレアチニンから算出される腎機能の状態を表す数値。GFR(糸球体濾過量)の実測は健康診査では困難であるため、推計値である eGFR を用いている。
	HDL コレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	LDL コレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
カ 行	空腹時血糖	空腹時に血液中にあるブドウ糖の量を示している。検査値が高いと糖尿病の疑いがある。
	血圧（収縮期・拡張期）	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血清クレアチニン（Cr）	筋肉で作られる老廃物の一つ。腎機能が低下するとクレアチニンが増加するので、血液中のクレアチニンを検査することで腎機能をみる指標となっている。
	健康寿命	世界保健機関（WHO）が平成 12 年（2000 年）に提唱した指標であり、一般に、健康状態で生活できる平均期間またはその総称を指す。健康日本 21（第 2 次）では、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定められている。
	高齢化率	65 歳以上の高齢者が総人口に占める割合。
	国保データベースシステム（KDB システム）	国民健康保険の保険者や後期高齢者医療広域連合が、保健事業の計画や実施を行うために、「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステム。国民健康保険中央会が開発。
サ 行	ジェネリック医薬品	先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	実施体制（ストラクチャ）	保健事業を実施するための仕組みや体制。
	脂質異常症	中性脂肪や LDL コレステロール、HDL コレステロールなどの脂質代謝に異常をきたし、血液中の値が正常域をはずれた状態。動脈硬化の主要な危険因子。従来は高脂血症と呼ばれていた。
	実施方法（プロセス）	保健事業の目的や目標の達成に向けた実施方法、手順のこと。
	実績評価（アウトプット）	目的・目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価。評価指標としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率などがある。
	疾病分類	「疾病、損害および死因の統計分類」の「ICD-10（2013 年版）準拠 疾病分類表」を使用。
	心疾患	心筋梗塞や狭心症のような虚血性心疾患、慢性リウマチ性心疾患、心不全などが含まれる。ただし、高血圧による心不全のような高血圧性心疾患は含まれない。
	腎不全	腎臓の機能が低下し、老廃物を十分排泄できなくなったり、体内に不要なものや体にとって有害なものがたまっている状態。
	成果（アウトカム）	事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標に対する評価。具体的な評価指標としては、肥満度や血液検査などの健診結果のの変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化などがある。
	生活習慣病	食習慣、運動習慣、喫煙及び飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾病のこと。主な生活習慣病には、がん、脳血管疾患、心疾患、糖尿病などがある。

	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機付け支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・継続的な支援を行う。
	咀嚼（そしゃく）機能	歯で食物を噛み砕き、飲み込むまでの一連の動作を指す。
タ行	中性脂肪（TG:トリグリセリド）	体を動かすエネルギー源となる物質であるが、蓄積することにより、肥満の原因になる。
	動機付け支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導終了後、対象者は行動計画を実施し、3か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。特定健診。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対して実施される。
ナ行	日本再興戦略	日本産業再興プラン・戦略市場創造プラン・国際展開戦略の3つのアクションプランを軸とする。データヘルス計画に関する内容は、戦略市場創造プランの【テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸】の中に「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」の一つとして示されている。
	脳血管疾患	脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなることが原因で起こる病気（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等）の総称。脳血管障害ともいう。
ハ行	BMI（ビーエムアイ）	Body Mass Index の略で、体格指数のこと。体重(kg)÷[身長(m)×身長(m)]により算出する。BMIが22の場合が「標準」で、25以上が「肥満」、18.5未満が「低体重(やせ)」とする。
	PDCA サイクル	計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Action）を一連の流れで実施し、施策や活動やその成果を継続的に高めていくこと。
	ヘマトクリット値	血液中に占める血球の体積の割合。赤血球の体積比とほぼ等しい。
	HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2か月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
マ行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心疾患や脳血管疾患などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
ヤ行	有所見	検査の結果、何らかの異常（検査基準値を上回っている等）が認められたことをいう。
ラ行	レセプト	診療報酬請求明細書の通称。
	ロコモティブシンドローム	運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態。運動器症候群。