

令和5年度 第1回

茨木市国民健康保険運営協議会

- 日 時 令和5年12月21日（木）
午後2時から
- 場 所 茨木市役所 南館3階 防災会議室

《次 第》

1 報 告

- ・ 第3期茨木市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）等の素案について
- ・ 産前産後の国民健康保険料減免措置について

資料1 [素案]第3期茨木市 国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）・茨木市特定健康診査等実施計画（第4期）

資料2 産前産後の国民健康保険料減免措置について

令和5年12月21日時点

第3期茨木市国民健康保険保健事業実施計画 (データヘルス計画)

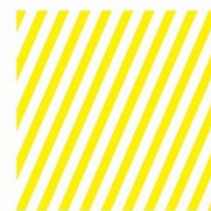
茨木市特定健康診査等実施計画 (第4期)

素案

- ・未確定、未受領データあり
- ・注釈、用語集、データ集は後日追加

令和6年(2024年)3月
茨木市

次なる
茨木へ。



茨木には、次がある。

※本計画は、「第3期茨木市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「茨木市特定健康診査等実施計画（第4期）」を一体として策定するものですが、特定健康診査等実施計画のみに係る事項は、「第4章 第3節 特定健康診査等の実施に関する事項」に記載しています。

目次

第1章 基本的事項	●
第1節 計画の趣旨	●
第2節 基本方針	●
第3節 計画の位置付けと法的根拠	●
1 データヘルス計画	●
2 特定健康診査等実施計画	●
3 他計画との関係	●
第4節 計画期間	●
第5節 実施体制・関係者連携等	●
第2章 茨木市の現状	●
第1節 データに基づく現状分析	●
1 茨木市の周辺環境等	●
2 医療費分析	●
第2節 既存事業の実施状況	●
1 がん検診等実施状況	●
2 特定健診実施状況	●
3 特定保健指導実施状況	●
第3章 前期計画の評価	●
第1節 保健事業の評価	●
1 特定健診	●
2 特定保健指導	●
3 高血圧重症化予防対策	●
4 糖尿病重症化予防対策	●
5 糖尿病性腎症重症化予防対策	●
6 たばこ対策	●
7 ポピュレーションアプローチ	●
8 その他の保健事業	●
9 前期計画目標値達成状況	●
第2節 健康課題	●

第4章 保健事業実施計画	●
第1節 計画の目的・目標	●
第2節 保健事業の実施内容	●
第3節 特定健康診査等の実施に関する事項	●
1 目標	●
2 対象者の特徴・分布	●
3 実施体制	●
4 実施時期・年間スケジュール	●
5 周知・案内の方法	●
6 他の法令等に基づく健診結果の受領（受診者本人からの受領）	●
7 その他の事項	●
第4節 計画の評価	●
1 評価の時期	●
2 評価の方法	●
第5節 計画の見直し	●
第6節 計画の公表・周知	●
1 計画の公表・周知	●
2 保健事業の普及啓発	●
第5章 その他	
第1節 事業運営上の留意事項	●
第2節 計画策定・推進に当たっての留意事項	●
第3節 地域包括ケアに係る取組	●
第4節 個人情報の取り扱い	●
用語集	●
データ集	●

第1章 基本的事項

第1節 計画の趣旨

近年、高齢化の急速な進展により、認知症や介護を必要とする人の大幅な増加が見込まれ、また、人々のライフスタイルの変化による食生活の偏りや運動不足等によって、生活習慣病有病者数は増加の一途をたどり、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となるなど、持続可能な医療体制の維持が大きな課題となっています。

このような状況に対応するため、国では、平成20年度（2008年度）には生活習慣病に着目した特定健康診査（以下、「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施が医療保険者に義務付けられました。

また、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、平成26年3月には、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）において、市町村国保及び国民健康保険組合は、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実施計画（以下、「データヘルス計画」という。）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されました。

さらに、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表2022」では、「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。」と示されています。

こうした背景を受け、本市では平成20年（2008年）3月に「茨木市特定健康診査等実施計画（第1期）」を、平成25年（2013年）3月に「茨木市特定健康診査等実施計画（第2期）」を策定し、特定健康診査及び特定保健指導（以下、「特定健診・保健指導」という。）を実施するとともに、平成28年（2016年）3月に「第1期茨木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、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、重症化予防等の保健事業に取り組んできました。

平成30年（2018年）3月からは、データ分析に基づいて被保険者の健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、より実効性のある計画とするため、「第2期茨木市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」と「茨木市特定健康診査等実施計画（第3

期)」を一体的に策定しています。

次期計画においても、「第3期茨木市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下、「第3期データヘルス計画」という。）と「茨木市特定健康診査等実施計画（第4期）」（以下、「第4期特定健診等実施計画」という。）を一体的に策定し、これまでの取組の成果や課題を踏まえ、より効果的・効率的な保健事業の展開を図ります。

第2節 基本方針

被保険者の健康を保持増進し、健康寿命の延伸・健康格差の縮小を図るとともに、医療費の適正化に資することを目指します。

被保険者の健康・医療情報（健診結果やレセプト情報）の活用により健康課題を明確にし、予防可能な疾患に対して、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します。

第3節 計画の位置付けと法的根拠

1 データヘルス計画

本計画は、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づき、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、保健事業実施計画です。

令和6年（2024年）3月に第2期データヘルス計画の計画期間が終了することから、最新のデータに基づいて事業を評価し、よりの確な事業を展開できるよう、第2期データヘルス計画の後継計画として、「第3期茨木市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下「第3期データヘルス計画」という。）を策定します。

2 特定健康診査等実施計画

本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条に基づき、「特定健康診査等基本指針」に即して、特定健診等の実施に関する内容を定めた「特定健康診査等実施計画」です。

令和6年（2024年）3月に茨木市特定健康診査等実施計画（第3期）（以下、「第3期特定健診等実施計画」という。）が終了することから、これまでの取組を評価し、医療費適正化に向けて特定健診・保健指導をさらに有効なものとするため、「茨木市特定健康診査等実施計画（第4期）（以下、「第4期特定健診等実施計画」という。）」を策定します。

3 他計画との関係

本計画は、本市のまちづくりの基本的な指針である「茨木市総合計画」に基づき策定された「茨木市総合保健福祉計画」と、その分野別計画である「健康いばらき 21・食育推進計画」等の保健福祉分野に関する各種計画と調和がとれたものとして策定します。

また、大阪府医療費適正化計画や高齢者保健事業実施計画（以下、「後期高齢者データヘルス計画」という。）との整合にも留意します。

表1 各保健事業計画の位置付け

	第3期データヘルス計画	第4期特定健康診査等 実施計画	健康いばらき21・食育 推進計画（第4次）
根拠法	国民健康保険法 第82条（厚労省指針）	高齢者の医療の確保に 関する法律第19条	健康増進法第8条
計画策定者	医療保険者 （指針）	医療保険者 （法定：義務）	市町村 （法定：努力義務）
対象期間	令和6～11年度 （2024～2030年度） （第3期）	令和6～11年度 （2024～2030年度） （第4期）	令和6～11年度 （2024～2030年度） （第4次）
対象者	被保険者	被保険者（40～74歳）	市民
共通の考え方	健康寿命の延伸及び健康格差縮小に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図りつつ、医療費適正化を通して社会保障制度の維持をめざす		
概要	特定健診・保健指導の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用し、PDCAサイクルに沿って運用することで、各保健事業を効果的・効率的に実施する。	特定健診・保健指導の実施に当たり、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効果的・効率的に実施する。	健康寿命延伸と健康格差縮小を目的として、健康増進法に基づく保健事業を実施する。

第4節 計画期間

第3期データヘルス計画及び第4期特定健診等実施計画の期間は、令和6年(2024年)4月1日から令和12年(2030年)3月31日までの6年間とします。

(年度)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)	R12 (2030)
データヘルス 計画	第2期						第3期データヘルス計画						次期
特定健康診査等 実施計画													
健康いばらき21・ 食育推進計画	第3次						第4次 健康いばらき21・食育推進計画						次期

第5節 実施体制・関係者連携等

健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、大阪府や国民健康保険団体連合会等の協力を得て、健康医療部健康づくり課が主体となって行います。

国民健康保険には幅広い年代の被保険者が属し、その健康課題も様々であることから、介護保険部局や国民健康保険・後期高齢者医療部局等と連携して、それぞれの健康課題を共有し保健事業を展開します。

本計画の推進に当たり、大阪府の助言や大阪府国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会を活用するとともに、関係部局と連携・情報共有を図りながら、外部有識者や被保険者等が委員を務める茨木市国民健康保険運営協議会において、進捗状況の報告や内容の検討・評価を行います。

第2章 茨木市の現状

第1節 データに基づく現状分析

1 茨木市の周辺環境等

(1) 地理的環境

本市は、淀川の北、大阪府の北部にあり、丹波高原の一部をなす北摂山地の麓に位置し、東西10.07km、南北17.05km、面積は76.49km²です。

北は京都府亀岡市に、東は高槻市に、南は摂津市に、西は吹田市・箕面市・豊能郡豊能町に隣接しています。その地形は南北に長く、東西に短い形で、およそ北半分は北摂山地、南半分は大阪平野の一部をなす三島平野です。河川は北部に源を発し、安威川、佐保川、茨木川、勝尾寺川が南に流れています。

(茨木市統計書令和4年度版から抜粋)

(2) 医療アクセス

本市の病院数は人口10万対比では大阪府及び全国と比較するとやや少ないですが、病床数では上回っています。一般診療所数は全国と同程度で、歯科診療所数は大阪府及び全国を下回っています。

医療機関の所在については、人口の多い市中部から南部にかけて多く、医療機関数に応じて診療科も広く設置されています。

隣接市には、救命救急センターにあたる大阪大学医学部附属病院(吹田市)、大阪医科大学薬科大学病院(高槻市)、小児救命救急センターにあたる高槻病院(高槻市)が設置されているほか、国立循環器病研究センター(吹田市)等の高度な医療を提供する医療機関があります。

表2. 医療提供体制等の比較(令和2年10月1日現在)

	自保険者		大阪府	全国
	実数	人口10万対	人口10万対	人口10万対
病院数	14	4.9	5.8	6.5
病床数	3,832	1,331.8	1,183.1	1,195.1
一般診療所数	234	81.3	96.6	81.3
歯科診療所数	149	51.8	61.5	53.8

※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

(3) 人口・被保険者の状況

本市の総人口は、令和5年(2023年)3月31日現在で285,224人です。また、市国民健康保険(以下、「市国保」という。)の被保険者数は、45,968人です。

図1に、性・年齢階級別の人口及び市国保被保険者の分布を示しました。定年退職後に市国保に加入する人が多いと考えられ、75歳以降は後期高齢者医療制度に加入することから、60歳から74歳にかけて、人口に対する被保険者数が多くなっています。

効果的かつ効率的に保健事業を展開するにあたり、この年齢層を主なターゲットとすることが有効であると考えられます。

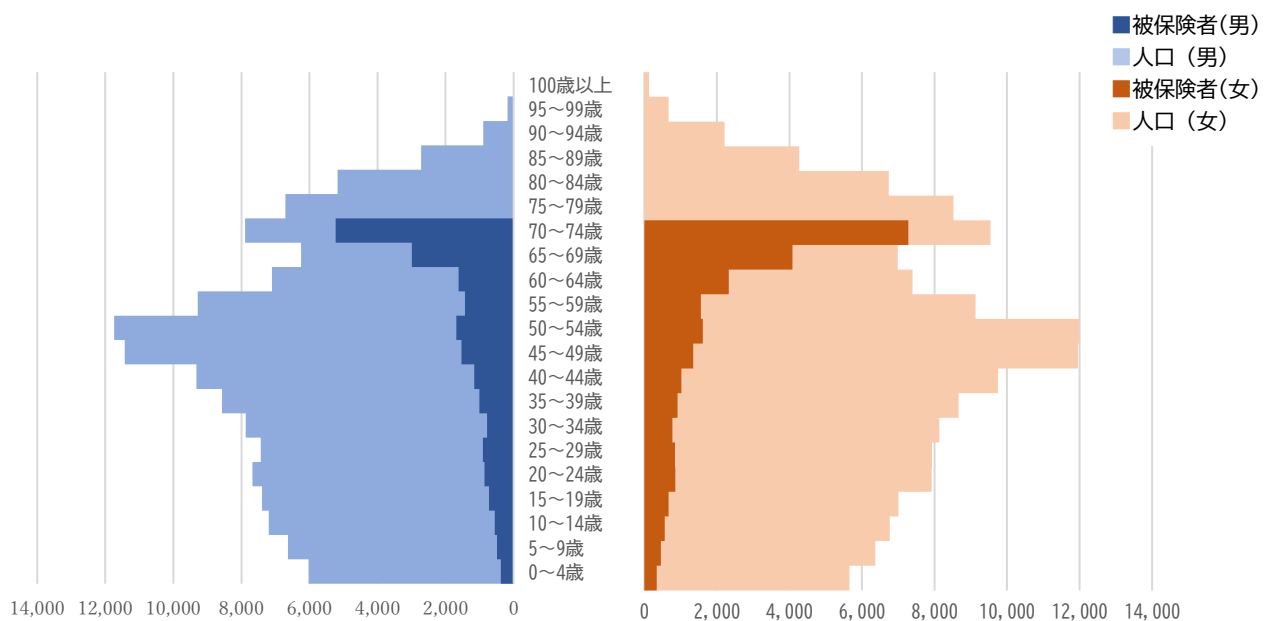
図2で市全体の、図3で市国保被保険者における年齢階級別の人口分布及び人口に占める65歳以上の人の割合である高齢化率(市国保では高齢者割合)を示しました。

市全体の高齢化率は24.2%(令和2年度(2020年度))で、市国保における高齢者割合は45.0%(令和2年(2020年))です。平成22年度(2010年度)からの10年間の傾向では、市民全体で約1.3倍、市国保被保険者は約1.4倍に増加しています。

高齢化が進行している状況においては、生活習慣病の予防だけでは不十分であり、生活習慣病を発症しやすい高齢層に対する早期発見・早期治療を保健事業の1つの軸とすることがより効果的であると考えられます。

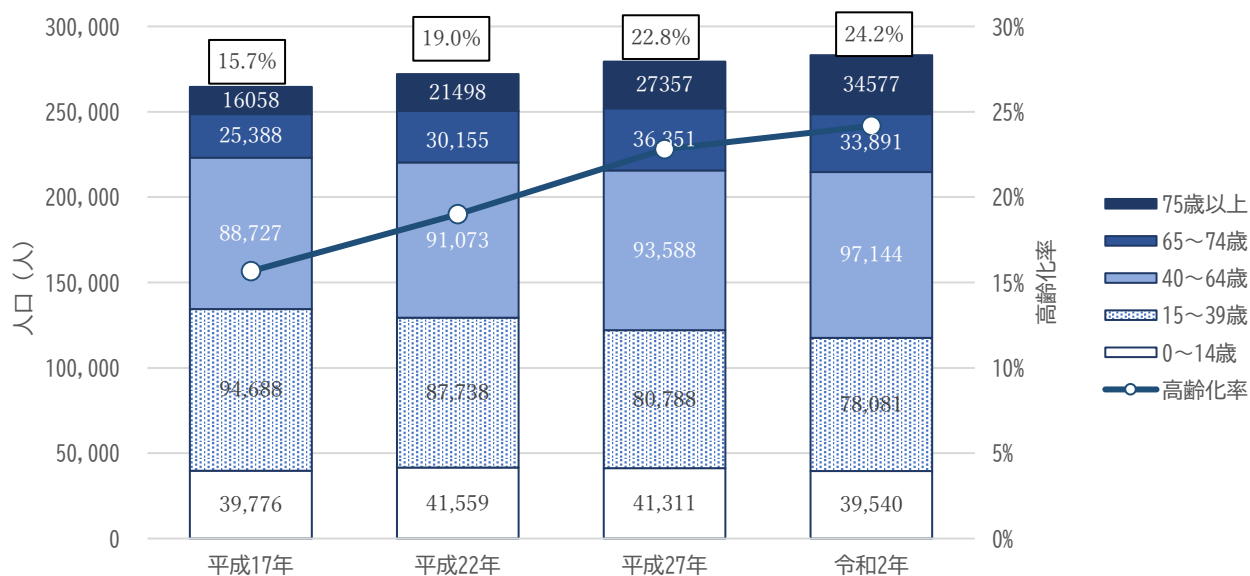
ただし、人口比率の高い40歳代から50歳代が近い将来に市国保に加入する可能性が高いことを考えると、50歳代以下の層への保健事業の展開も一定程度必要となります。

図1. 性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布



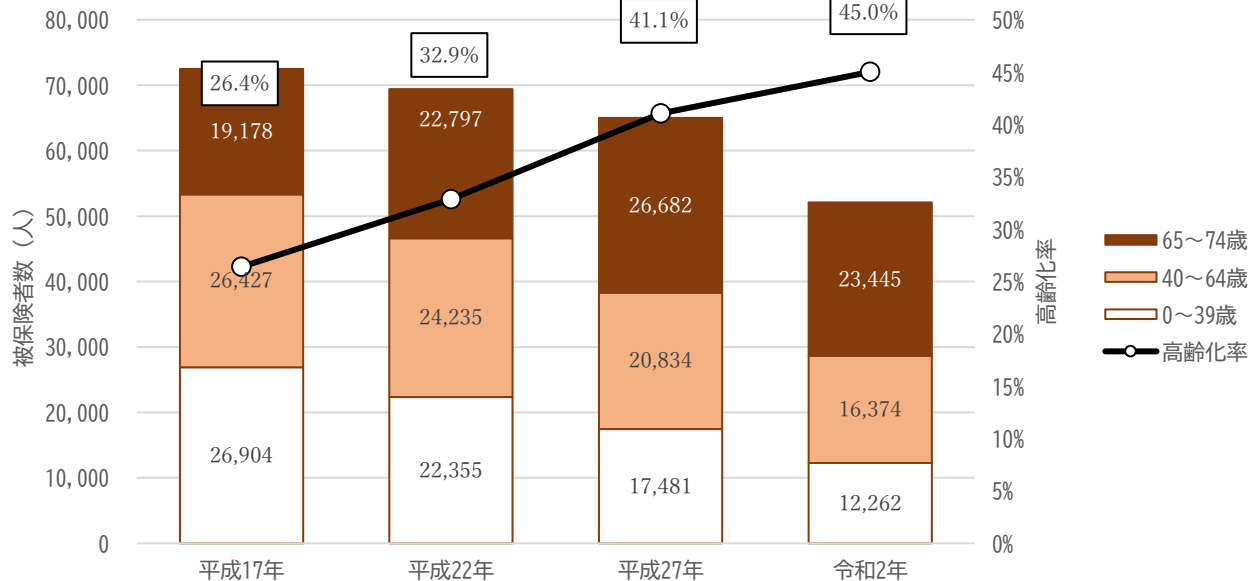
資料：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査および KDB システム被保険者構成

図 2. 年齢階級別の人口分布および高齢化率の推移



資料：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

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

(4) 平均余命・健康寿命

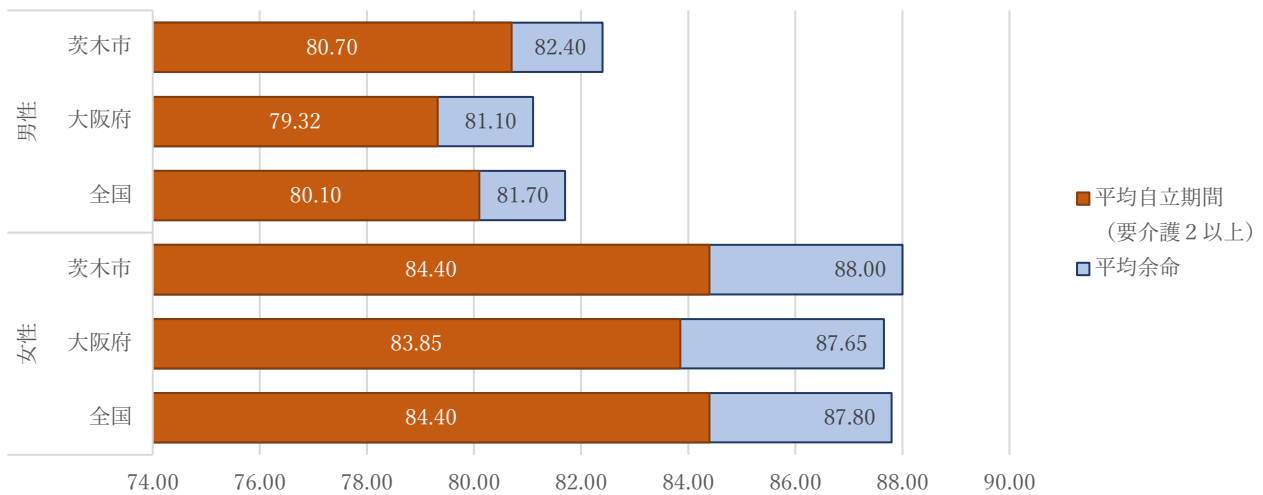
平均寿命及び健康寿命について、大阪府及び全国との比較を図4で示しました。

本市の平均寿命は男性が女性よりも5.6歳短く、健康寿命は男性が女性よりも3.7歳短くなっており、大阪府および全国と比較すると同程度になっています。

この図表では、平均寿命と健康寿命の差が大きいほど、健康に生きられる期間が短いことを意味しますが、本市は、男女とも国・大阪府と比較し平均寿命・健康寿命とも長い状況です。

健康寿命を伸ばすために、生活習慣病の発症予防・重症化予防だけでなく、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：健康寿命算出方法の指針（大阪府保健医療室健康づくり課提供）

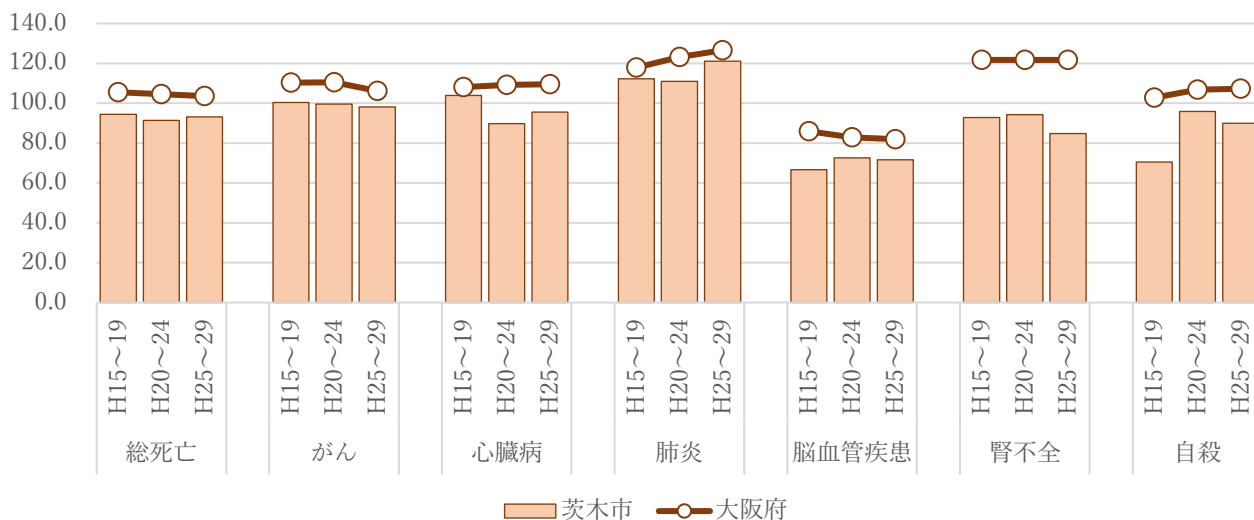
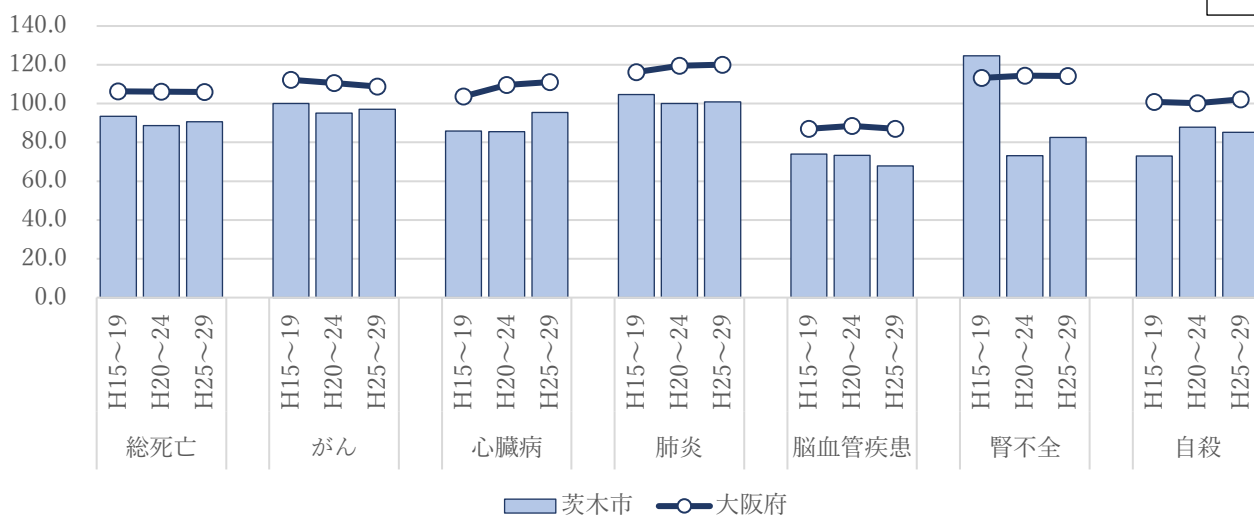
(5) 標準化死亡比

図5は標準化死亡比について大阪府及び全国と比較したものです。標準化死亡比とは、年齢構成の違いを考慮して主要疾病による死亡頻度を算出するもので、100 の場合に全国と同程度の死亡率であることを意味し、100 以上であると全国よりも死亡率が高いことを示します。

本市の主要な疾病による死亡頻度は、全国と比べると肺炎で男性・女性ともに高い傾向にあります。大阪府と比べると、H15～19(男性)の腎不全を除く全ての死因で本市の方が低くなっています。

図5. 男女別の主要疾病標準化死亡比（全国 100 に対する年齢を考慮した死亡率の比）の推移

男性



資料：人口動態統計特殊報告

(6) 要介護認定状況

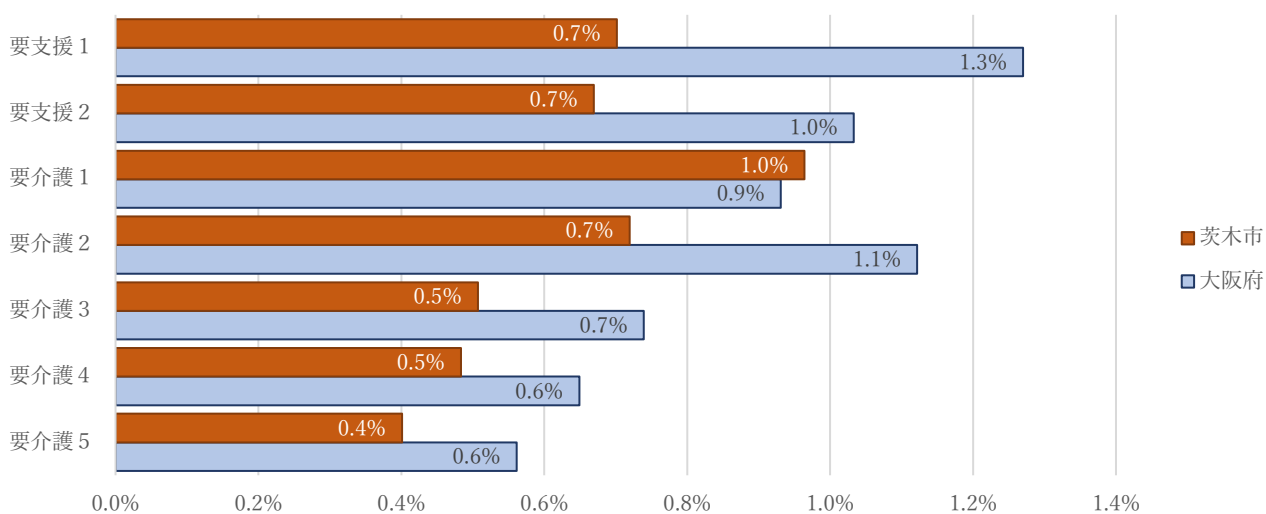
介護保険制度における65歳以上の被保険者である第1号被保険者について、図6a(前期高齢者)及び図6b(後期高齢者)は、要介護度の認定割合を大阪府と比較したもので、要介護度1以外の各要介護度において、本市が大阪府を下回っています。

令和4年度(2020年度)国民生活基礎調査(厚生労働省)によると、介護が必要となった主な原因の総数や高い要介護度の原因は脳卒中や認知症が多く、反対に要支援や低い要介護度の原因は、関節疾患や骨折・転倒等の整形外科疾患や、加齢に伴う衰弱が多くなっています。

本市では、図7によると介護認定をされている人のうち要支援や要介護1・2が比較的多いことから、骨折・転倒等の整形外科疾患や、加齢に伴う衰弱等に対する対策として、身体活動の促進が必要である可能性があります。

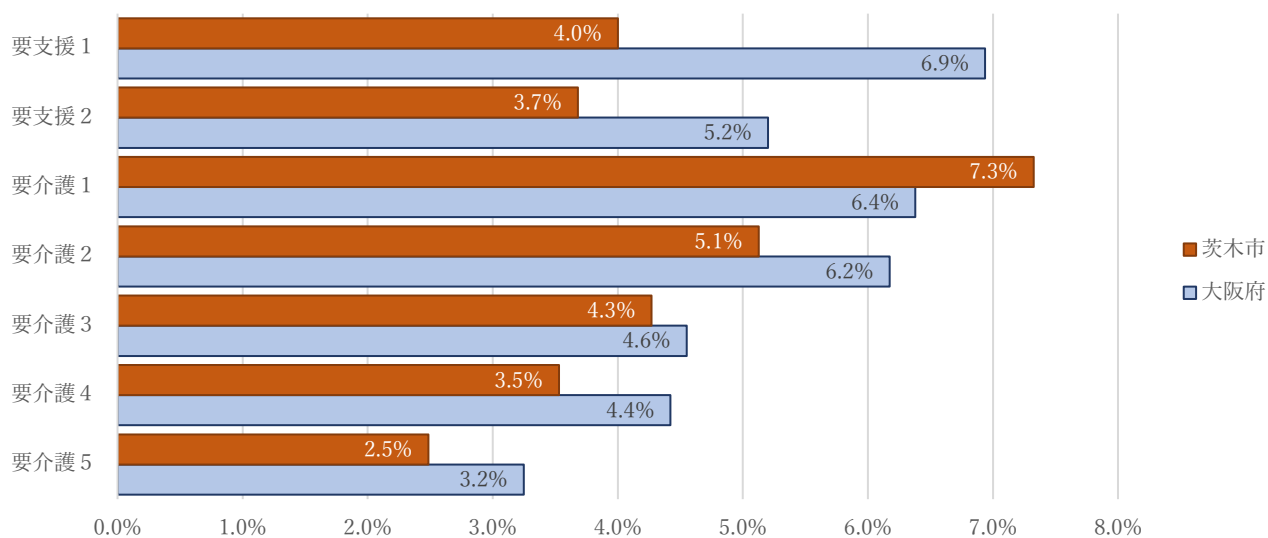
ただし、図7をみると、高齢者の増加に伴い要介護1~4も増加傾向にあり、前述の国民生活基礎調査の結果を踏まえると、脳卒中の対策も検討をしていく必要があります。

図6a. 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)(令和2年度)



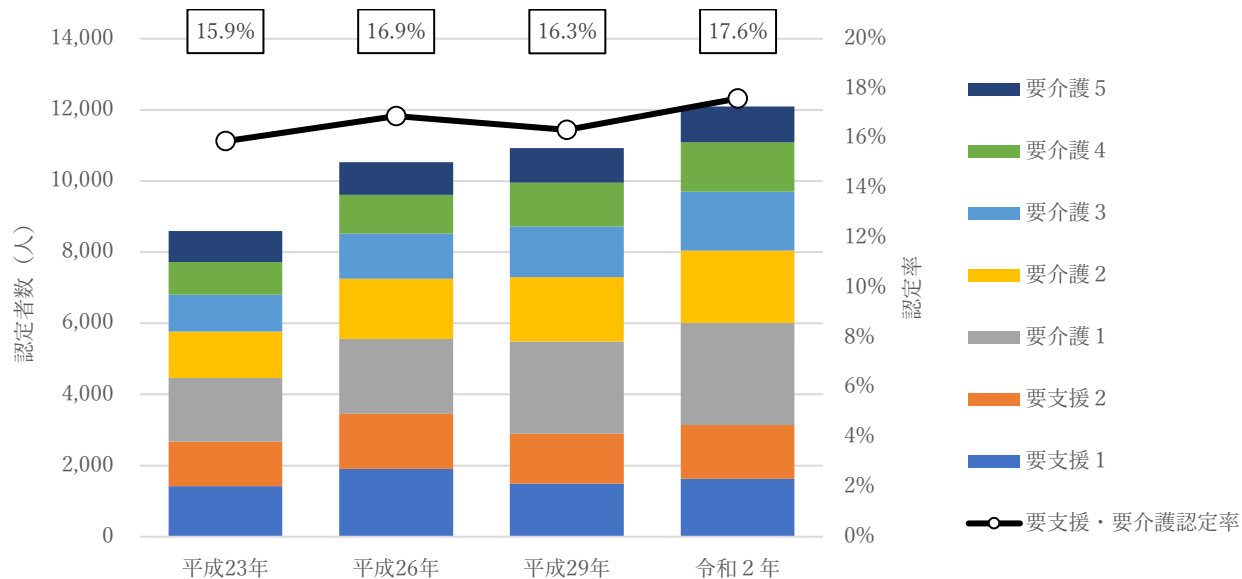
資料：介護保険事業状況報告

図 6b. 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）（令和 2 年度）



資料：介護保険事業状況報告

図 7. 要介護認定状況の推移



資料：介護保険事業状況報告

2 医療費分析

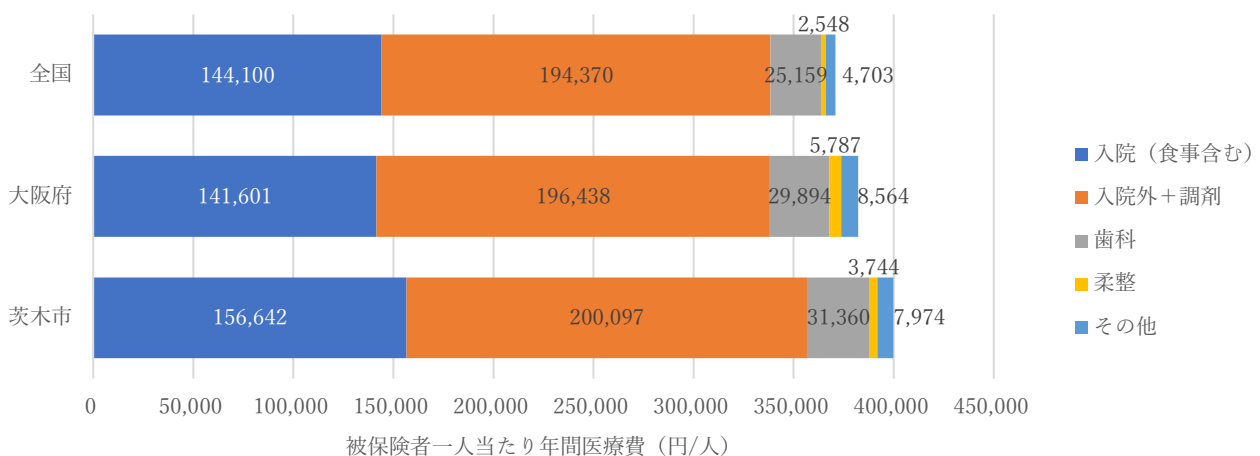
(1) 費用区分別医療費（入院、入院外+調剤、歯科、柔整など）

医療費について、費用区分別に分析します。なお、ここでは調剤医療費は入院外医療費と合わせた区分としています。これは、院外・院内処方報酬請求が分けられておらず、調剤医療費の高低比較は院外処方の普及状況の影響を避けられないことから、入院外医療費と足し合わせて評価することが妥当であるからです。

図8は、令和2年度(2020年度)における市国保被保険者1人当たりの費用区分別の年間医療費を、大阪府及び全国の国民健康保険被保険者と比較したものです。

大阪府は国よりも入院外医療費・歯科が多く、医療費の多い要因となっています。本市の入院外・歯科医療費は大阪府よりもやや多く、さらに入院医療費が国、大阪府と比較して一人当たり15,000円程度多く、総医療費の多い主な要因となっています。

図8. 被保険者一人当たり年間医療費の比較（令和2年度）

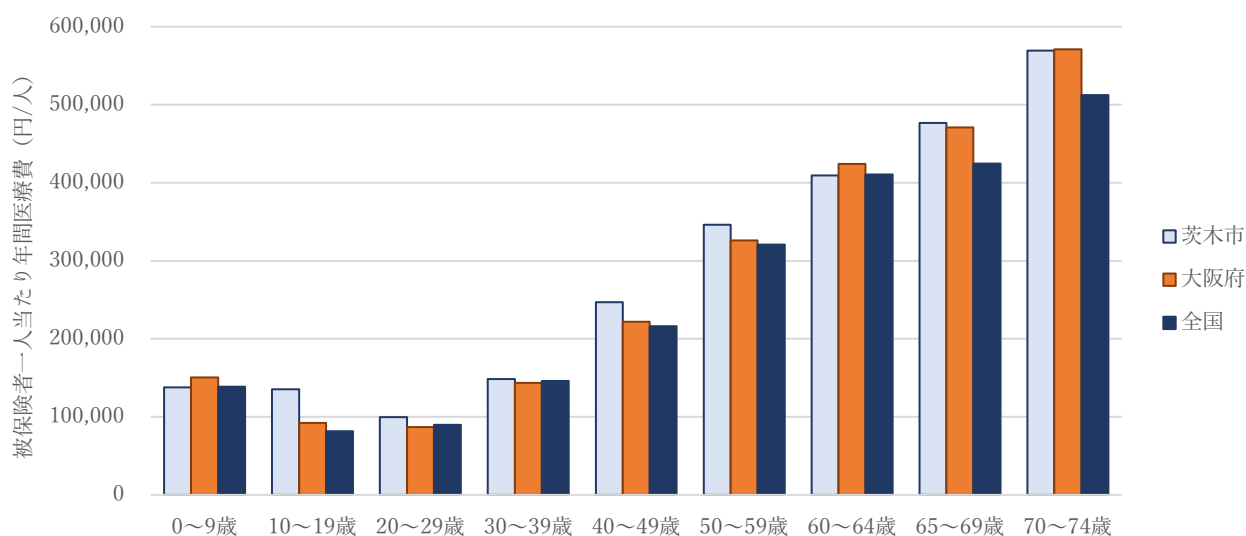


資料：大阪府国民健康保険事業状況・国民健康保険事業年報

図9は、年間の医科医療費（外来・入院の診療費及び調剤費用）について、年齢階級別1人当たりの金額を本市、大阪府及び全国の国民健康保険で比較したものです。本市では、0～9歳代、60～64歳代以外のほぼすべての年代において、大阪府及び全国よりも高額となっています。

なお、人工透析をはじめとする一定の障害を持つ65歳から74歳の人には、後期高齢者医療制度に任意で加入できる仕組みがあり、これを利用した場合は、医療費が国保ではなく後期高齢者医療制度で負担され、集計することとなります。

図9. 年齢階級別の被保険者一人当たり総医療費(医科)の比較（令和3年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析から算出

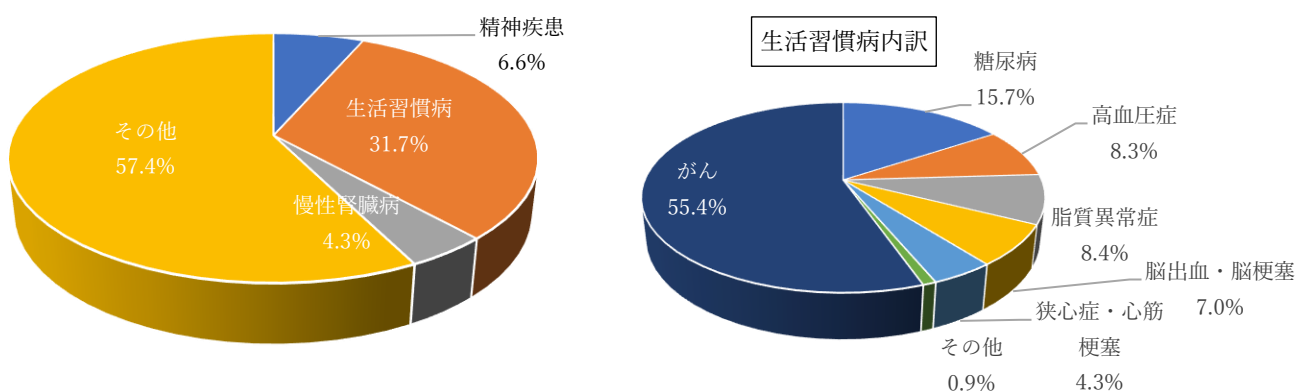
(2) 医療費順位の主要疾患別医療費

図10で、本市の総医療費に占める生活習慣病の割合とその内訳、及び全医療費に占める傷病名を示します。

総医療費において、生活習慣病は約3分の1を占めています。生活習慣病のなかでは、がんが最も多くの割合を占め、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、狭心症・心筋梗塞がこれに続いています。

なお、本集計における人工透析医療費の取扱いについては、糖尿病を基礎疾患として持つ人の費用は糖尿病性合併症群に含まれますが、その他の人の費用については「その他」に含まれています。

図10. 総医療費に占める生活習慣病の割合（令和3年度）



順位	傷病名	全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	その他の悪性新生物（腫瘍）	6.6%	123,353,584	56,252,391	67,101,193
2	糖尿病	5.1%	95,628,263	8,801,391	86,826,872
3	腎不全	5.1%	94,820,045	20,651,683	74,168,362
4	その他の心疾患	5.1%	94,810,207	53,465,498	41,344,709
5	その他の消化器系の疾患	3.8%	71,015,624	30,182,453	40,833,171
6	その他の神経系の疾患	3.2%	59,234,581	31,109,927	28,124,654
7	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.1%	58,340,689	37,952,511	20,388,178
8	気管、気管支及び肺の悪性新生物（腫瘍）	2.7%	51,157,151	22,213,005	28,944,146
9	脂質異常症	2.6%	49,433,993	560,068	48,873,925
10	高血圧性疾患	2.6%	49,262,225	1,358,480	47,903,745

資料：KDB 疾病別医療費分析

(3) 性別・年齢階級別の主要疾患患者数

①脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析

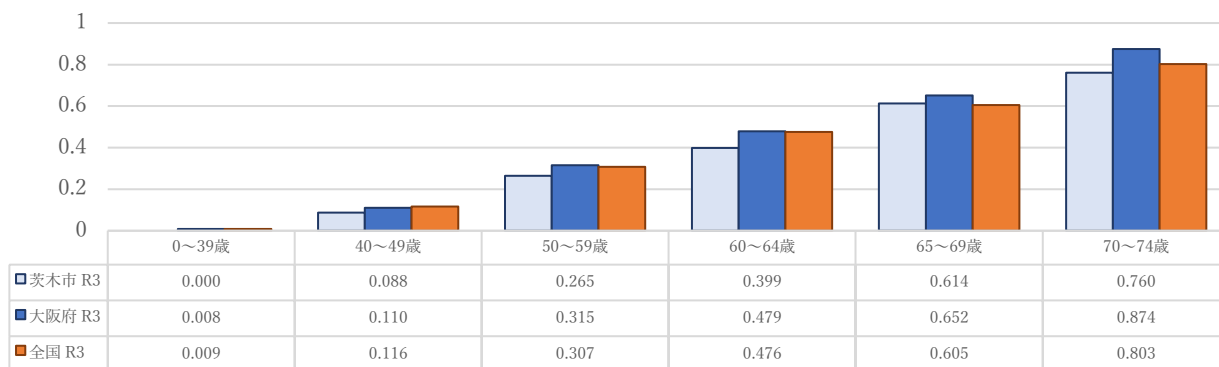
図 11 の虚血性心疾患では、65～69 歳以外の年齢階級で大阪府及び全国よりも、本市の千人当たりのレセプト件数(入院)は少ないことが分かります。

図 12 の脳血管疾患では、40～49 歳、65～69 歳、70～74 歳の年齢階級で、大阪府及び全国よりも、千人当たりのレセプト件数(入院)は多いことがわかります。

図 13 の人工透析では、40～64 歳の年齢階級で大阪府及び全国よりも、本市の千人当たりのレセプト件数は少ないことがわかります。ただし、大阪府および全国と同様に 50～59 歳でレセプト件数が顕著に増加し、本市でも 70～74 歳では全国を大きく上回ります。

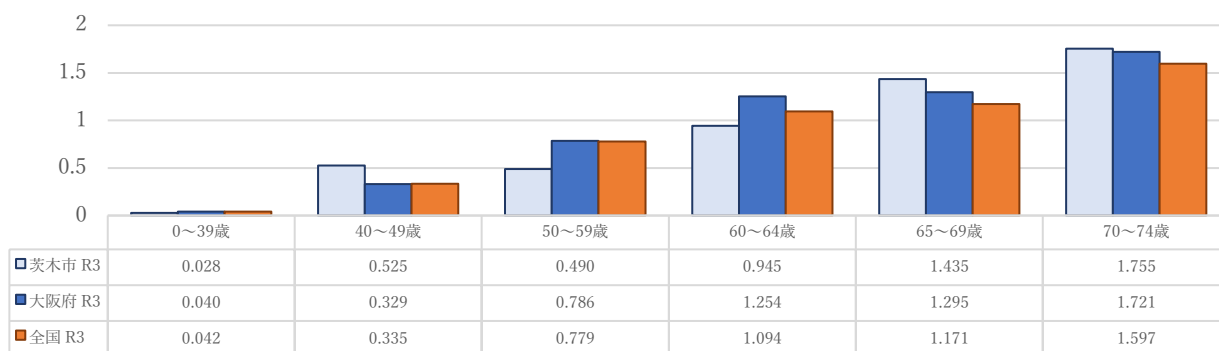
図 14 の新規人口透析患者数では、70 歳以上が多い状況ですが、若い世代からも一定数発生しているため、透析に至らないように、また透析を必要とする時期を遅らせるように、糖尿病等の基礎疾患を予防・コントロールすることが重要です。

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



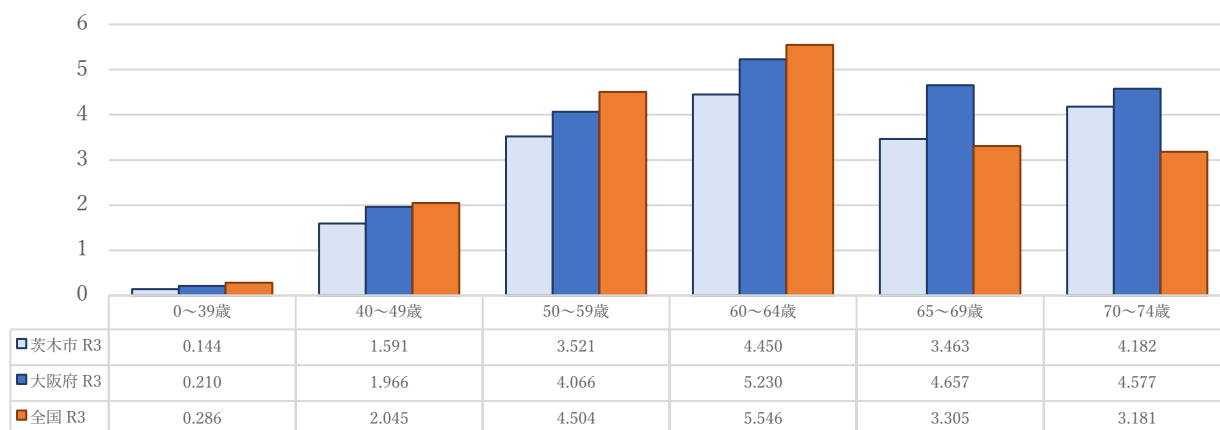
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）

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



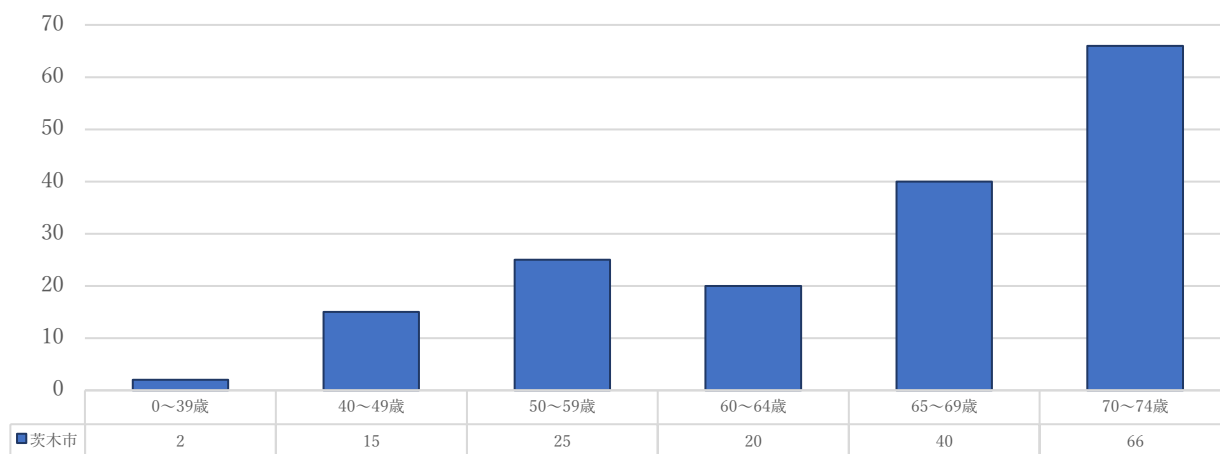
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）

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



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

図 14. 年齢階級別新規人工透析患者数（令和3年度）



資料：国保中央会集計

②高血圧・糖尿病・脂質異常症

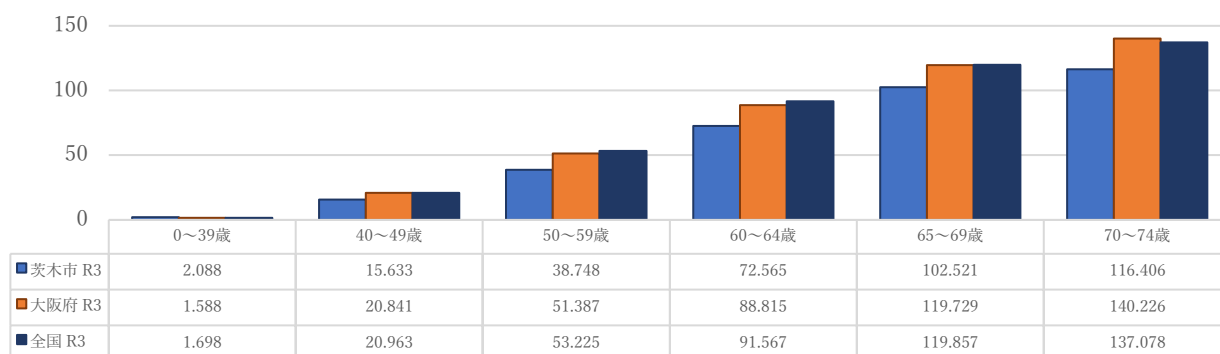
図 15、図 16、図 17 は、生活習慣病にあたる高血圧性疾患、糖尿病、脂質異常症の年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（外来）について記載しており、これらのほとんどは、大阪府及び国と比較して少なくなっていますが、脂質異常症は 60 歳代以降において大阪府及び全国よりも多くなっています。

しかし、図 12 において、脳血管疾患による入院の千人当たりレセプト件数は大阪府および国と比較して高い年代が多いことから、未治療の高血圧症患者が多い可能性があります。

また、図 17a～図 17b によると、男性は生活習慣病での入院が、大阪府および全国と比較してどの年齢階級においても高額で、なおかつ循環器疾患の入院医療費においても同程度または高額であることがわかります。さらに、女性では生活習慣病の入院医療費が 40～64 歳では大阪府および全国と比べて低額ですが、65～74 歳では高額となり、循環器疾患の入院医療費ではすべての年齢階級において高額に転じます。

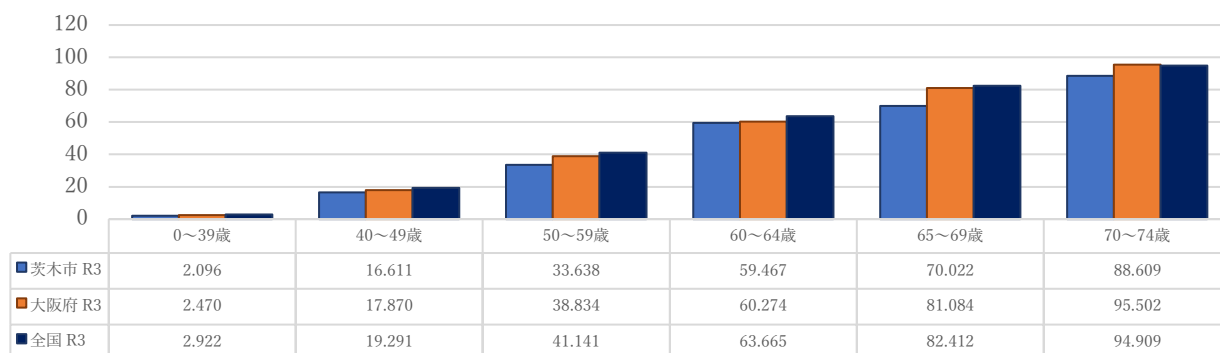
高血圧や糖尿病などの生活習慣病に関する医療費は、高額医療の抑止につながる経費です。これらが大阪府および国と比較して少ないことは、脳出血・脳梗塞、狭心症、心筋梗塞等の発症抑止には不十分である可能性があります。

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



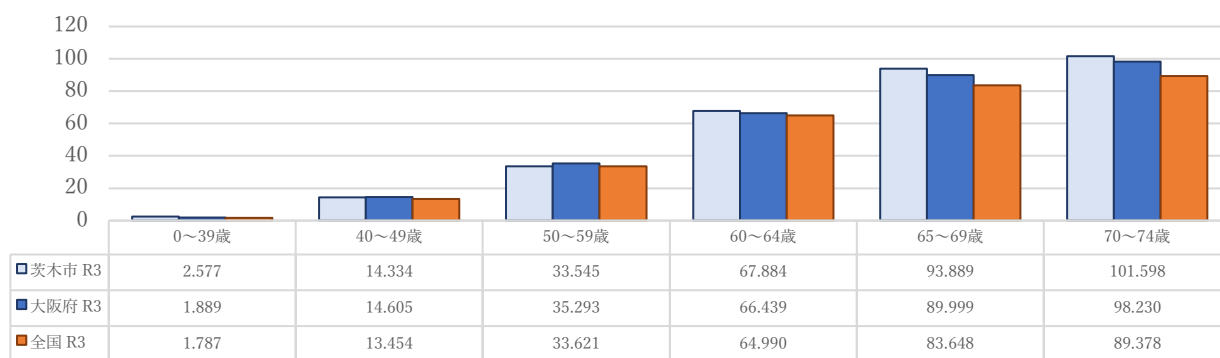
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）

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）



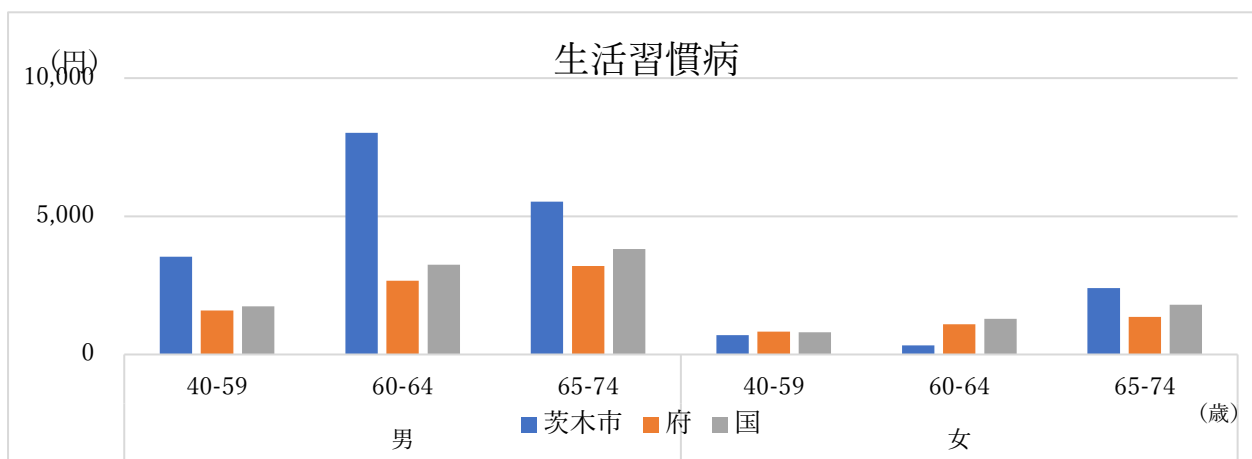
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）

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）

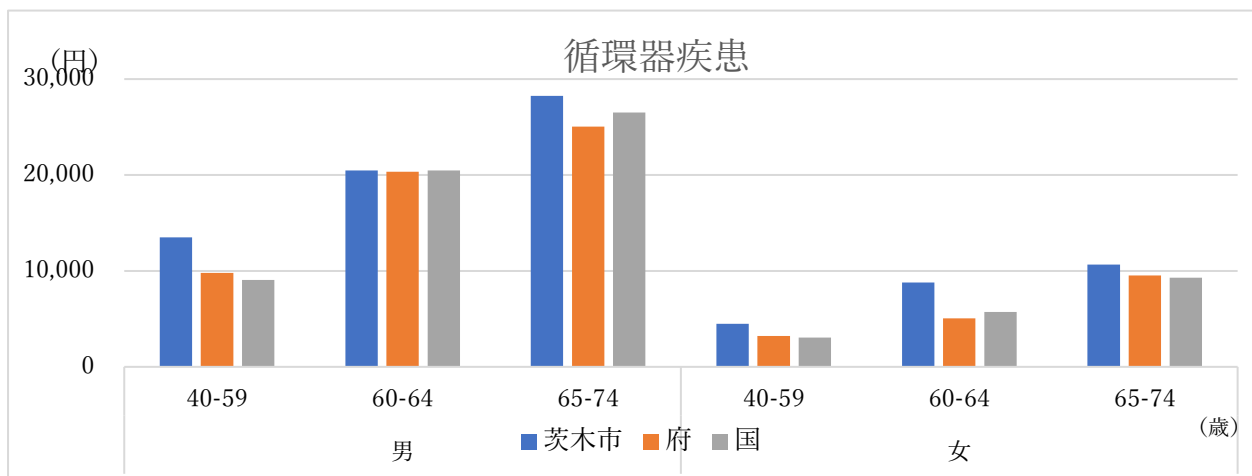
図 17a. 年齢階級別の入院医療費（1人当たり）の状況【生活習慣病】



※生活習慣病：糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症

資料：

図 17b. 年齢階級別の入院医療費（1人当たり）の状況【循環器疾患】



※循環器疾患：脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞

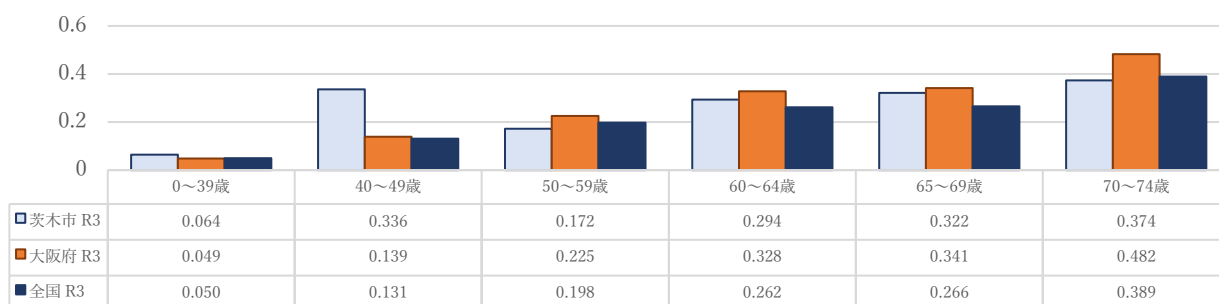
資料：

③肺炎・骨折

図 18 において、40～49 歳の肺炎による入院の千人当たりレセプト件数が、大阪府及び全国と比較して多くなっています。

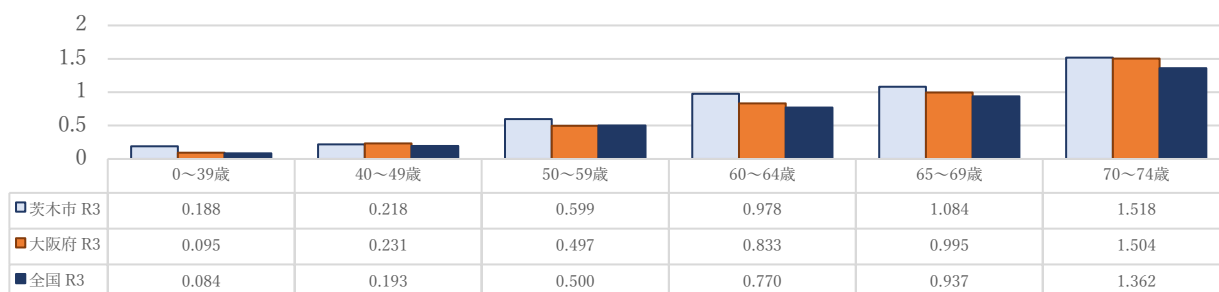
図 19 では、本市が大阪府及び全国と比較して、ほとんどの年代で骨折による千人当たりレセプト件数が多いです。また、図 20 も合わせて見ると、骨粗しょう症に対する外来治療に関しては千人当たりレセプト件数が同程度または少ないことから、適切に受療することができていない可能性があります。

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



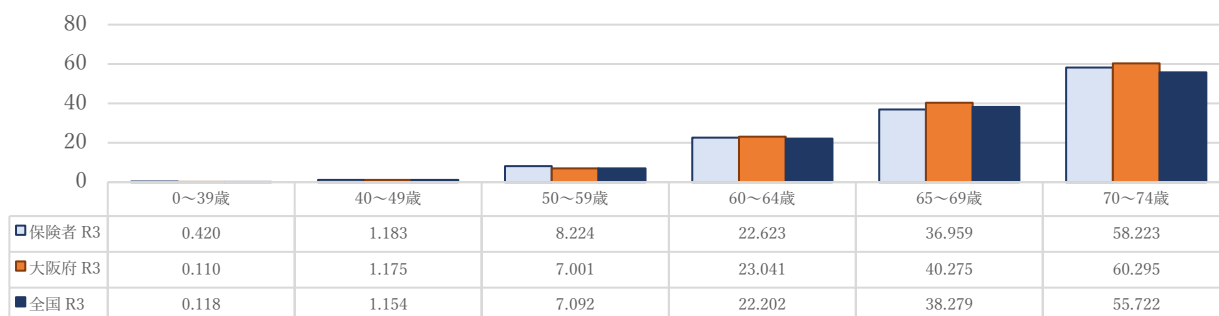
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

図 19. 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）（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）

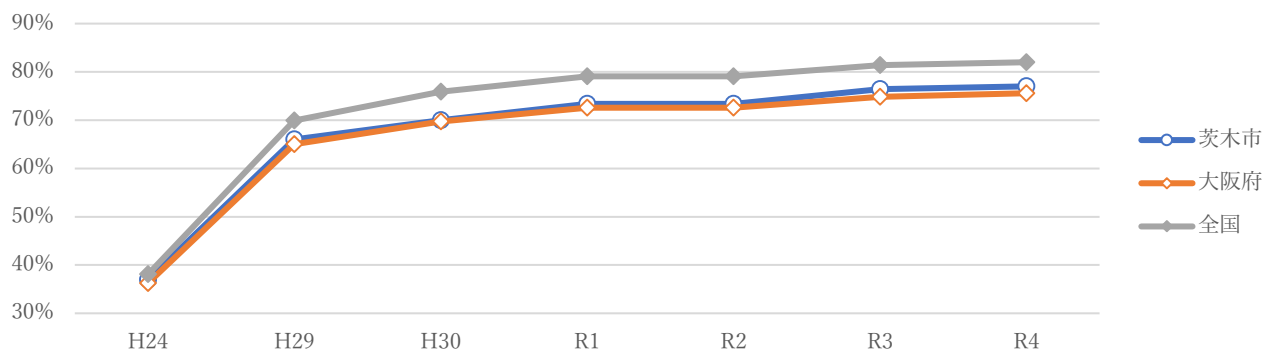


資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

④ 後発医薬品の利用状況

図 21 については、本市は全国と比較すると下回っているものの、大阪府と同程度に推移しており、増加傾向であることが分かります。ただし、国の提示する目標値 80.0%以上を満たしておらず、今後も該当者への通知を継続して行う必要があります。

図 21. 後発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）・国保総合システム（後期）

第2節 既存事業の実施状況

1 がん検診等実施状況

表2において、本市の胃がん・乳がん検診受診率は大阪府よりも低い状況です。

本市の胃がん検診受診率が低い要因として、市保健医療センター（バリウム検査）での実施が主であることが考えられます。受診率の向上のため、実施体制等の見直しが必要です。

図 22 の骨粗しょう症検診の受診率は、大阪府及び全国と比較したところ、すべての年代で受診率が下回っていることが分かります。また、図 19 から、ほとんどの年代で骨折による入院の千人当たりレセプト件数が、大阪府及び全国と比較して多いことから、骨粗しょう症の発見と適切な治療ができていない可能性があります。

図 23 では、歯科健診の受診率について、大阪府及び全国と比較し、40 歳を除き概ね高い受診率であることが分かります。

図 24 において、オーラルフレイルの観点から咀嚼機能、嚥下機能および食べる速さの状況を確認すると、64 歳以下では大阪府及び全国と比べ、「何でもかんで食べることができる」と回答した割合が高いですが、65 歳以降の年代では低くなっています。その他の項目では同程度または低くなっています。

また、食べる速さについても、「人と比較して食べる速度が速い」の割合が、大阪府及び全国と比べて同程度または低くなっています。

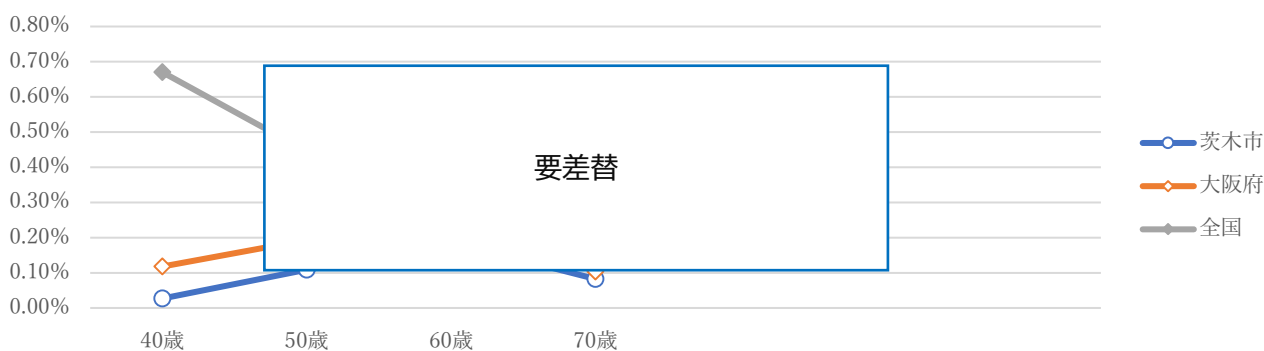
咀嚼機能、嚥下機能の低下は要介護の原因となりうるため、機能低下を予防する取組が必要となります。

表3. 被保険者におけるがん検診受診率（令和3年）

	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	平均
集計対象年齢	40～69 歳	40～69 歳	40～69 歳	40～69 歳	20～69 歳	
茨木市	2.0%	7.1%	7.4%	12.4%	16.5%	9.08%
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年度地域保健・健康増進事業報告

図 22. 骨粗しょう症検診の受診率



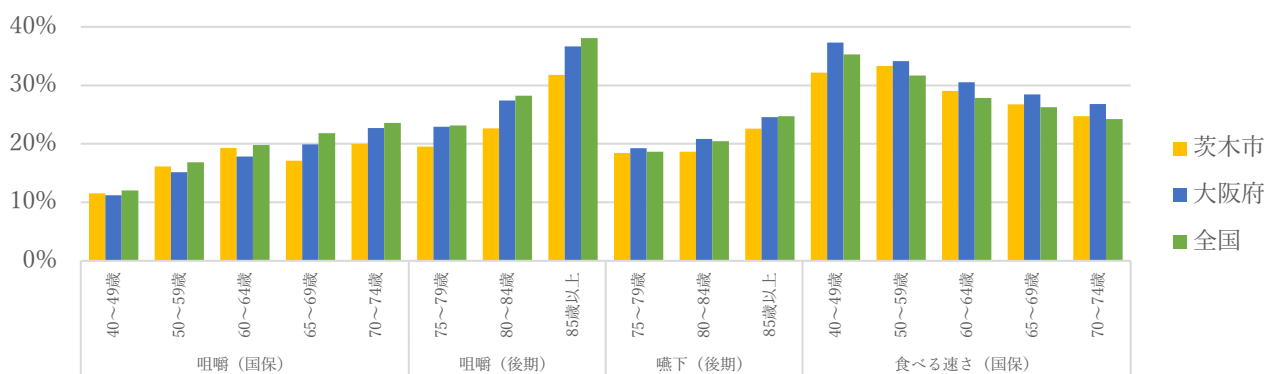
資料：令和3年度地域保健・健康増進事業報告

図 23. 歯科健診の受診率



資料：

図 24. 咀嚼機能、嚥下機能および食べる速さの状況（令和3年度）



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

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

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

食べる速さ (国保)：「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

2 特定健診実施状況

(1) 特定健診受診の状況

メタボリックシンドロームによる高血圧、脂質代謝異常、糖尿病、動脈硬化といった生活習慣病から、脳出血・脳梗塞、心筋梗塞等の命に関わるまたは後遺症が心配されるような深刻な病気を予防するためには、特定健診を受診し、自身の健康状態を把握することが必要不可欠です。

特定健診受診率の向上は、健康寿命の延伸にもつながることから、最も重要な施策のひとつであると言えます。

図25で本市の受診率の推移をみると、令和2年度に、新型コロナウイルス感染症の影響等から受診率が大幅に減少しましたが、少しずつ戻りつつあります。

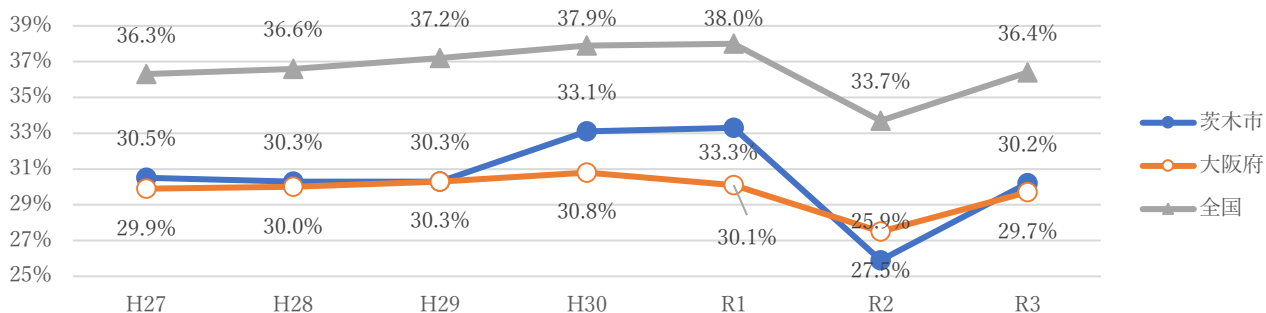
本市と大阪府の受診率を比較すると、令和2年度を除く他年度すべてで、大阪府の受診率と同程度または上回っていますが、差は徐々に縮小しています。今後受診率向上の取り組みが重要と考えられます。

受診率向上を図るため、令和元年度からは「いばらき健活マイレージ アスマイル」において特定健診受診者へのインセンティブ付与を開始しました。

また、令和4年度は地区保健福祉センター等での巡回特定健診を実施し、いばらき健診予約システムでの健診予約を開始する等、受診者の利便性向上に努めてきました。

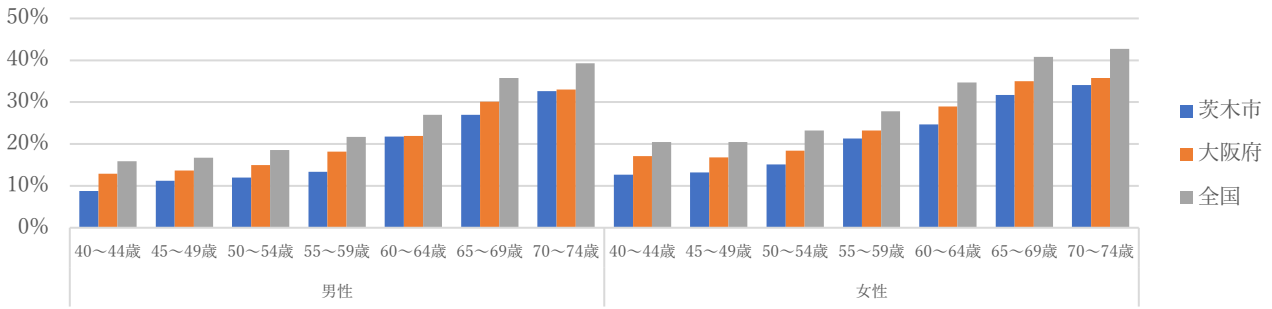
図26で令和2年度の性・年齢階級別特定健診受診率をみると、ほとんどすべての項目で大阪府および全国を下回っていますが、大阪府および全国も同様の傾向がみられます。

図 25. 特定健診受診率の推移（平成 27～令和 2 年度分）



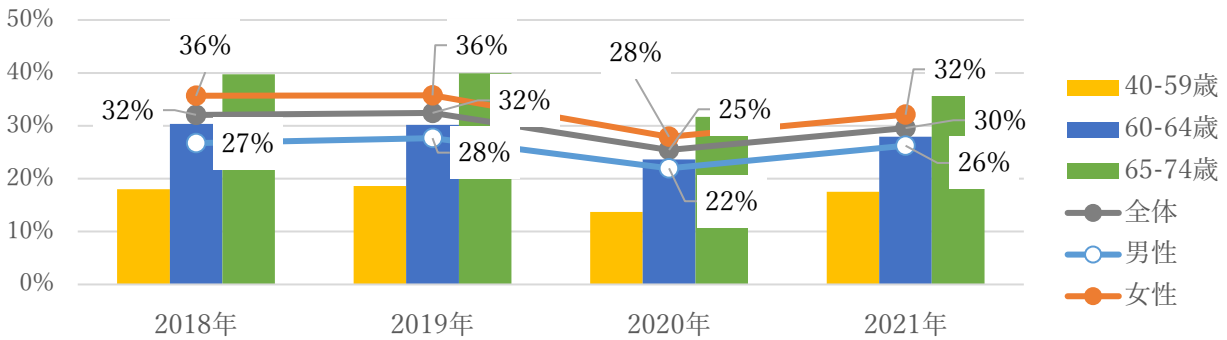
資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告(平成 27～令和 2 年度)

図 26. 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 26a. 茨木市特定健診受診率の推移

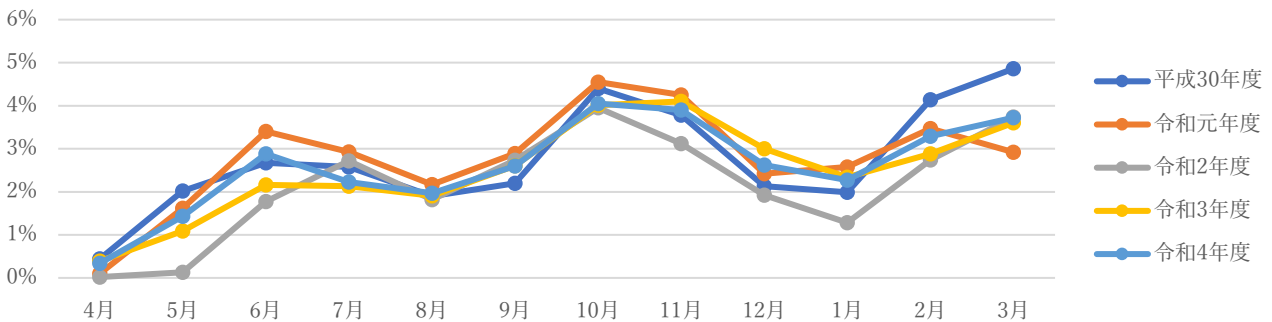


資料：

図 27 の月別の受診率をみると、6 月と 10 月にピークがあり年度末に再度ピークがみられます。集団健診の開始時期や受診勧奨通知の送付時期により、受診率に偏りが生じている可能性があります。

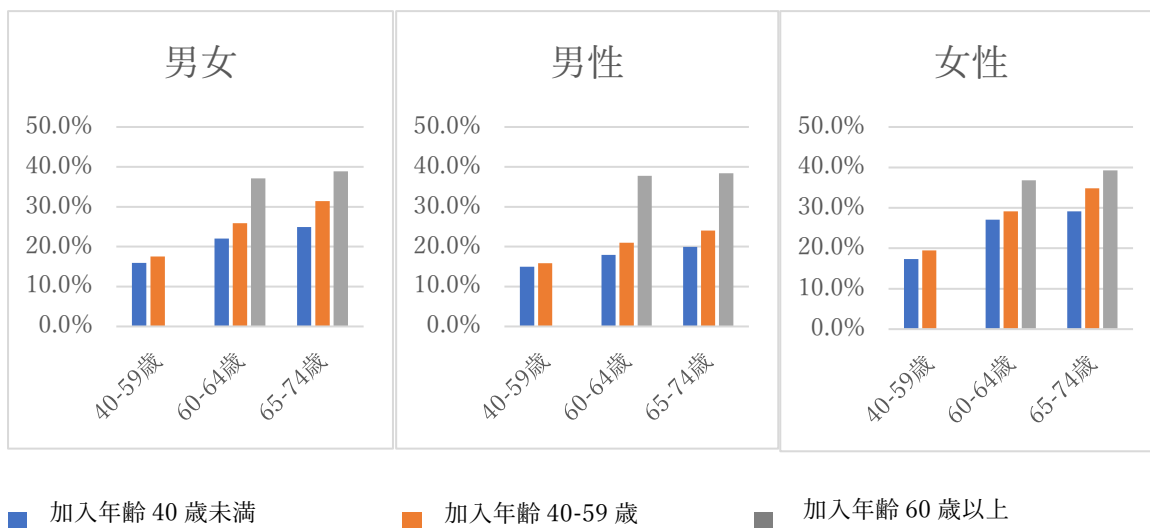
医療機関の診療の繁閑を考えると 5-9 月に受診時期を前倒しする方策を検討する必要があります。

図 27. 月別特定健診受診率の推移



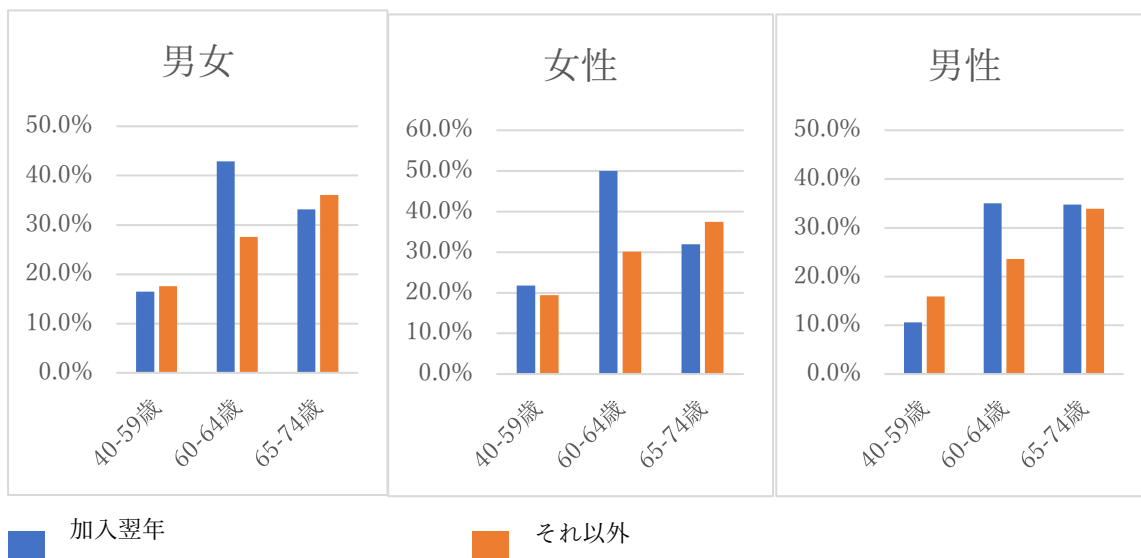
資料：特定健診等データ管理システム TKAC020 特定健診・特定保健指導進捗実績管理表

図 27a. 特定健診と国保加入年齢



資料：

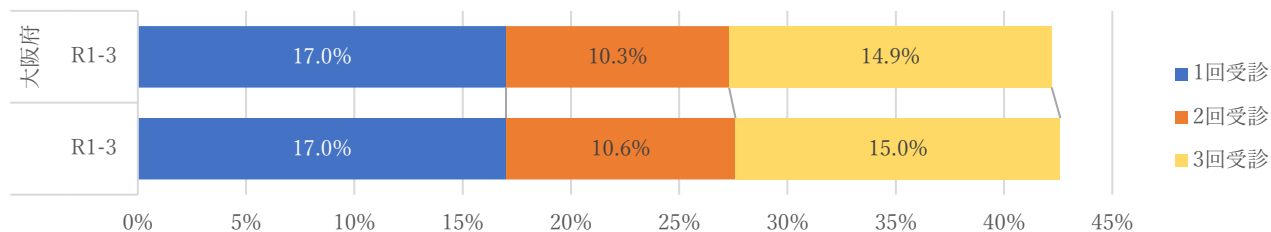
図 27b. 国民健康保険加入翌年受診状況（前 1 年度）



資料：

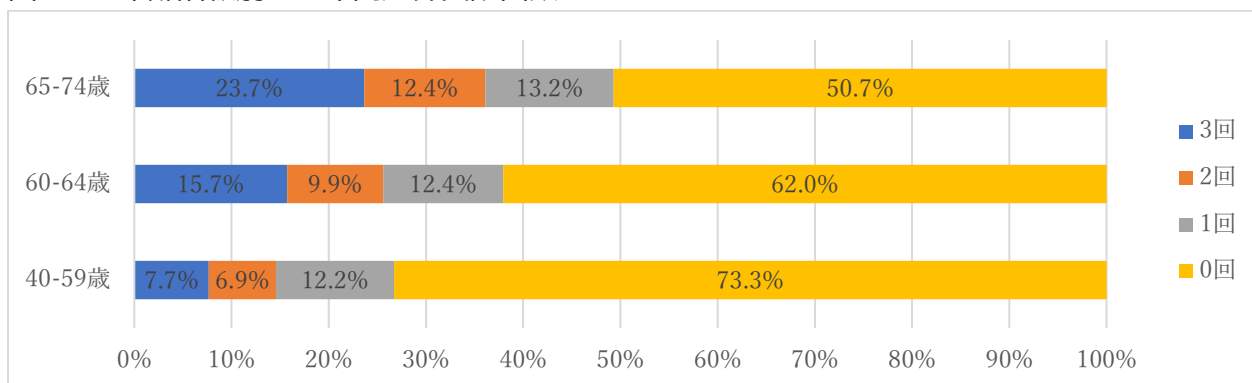
3年間の累積受診状況を見た図28では、受診者のうち連続受診者は15.0%にとどまっています。受診率向上のためには、不定期受診者に働きかけ、毎年受診に替えていく方策が求められています。

図28. 3年累積特定健診受診率



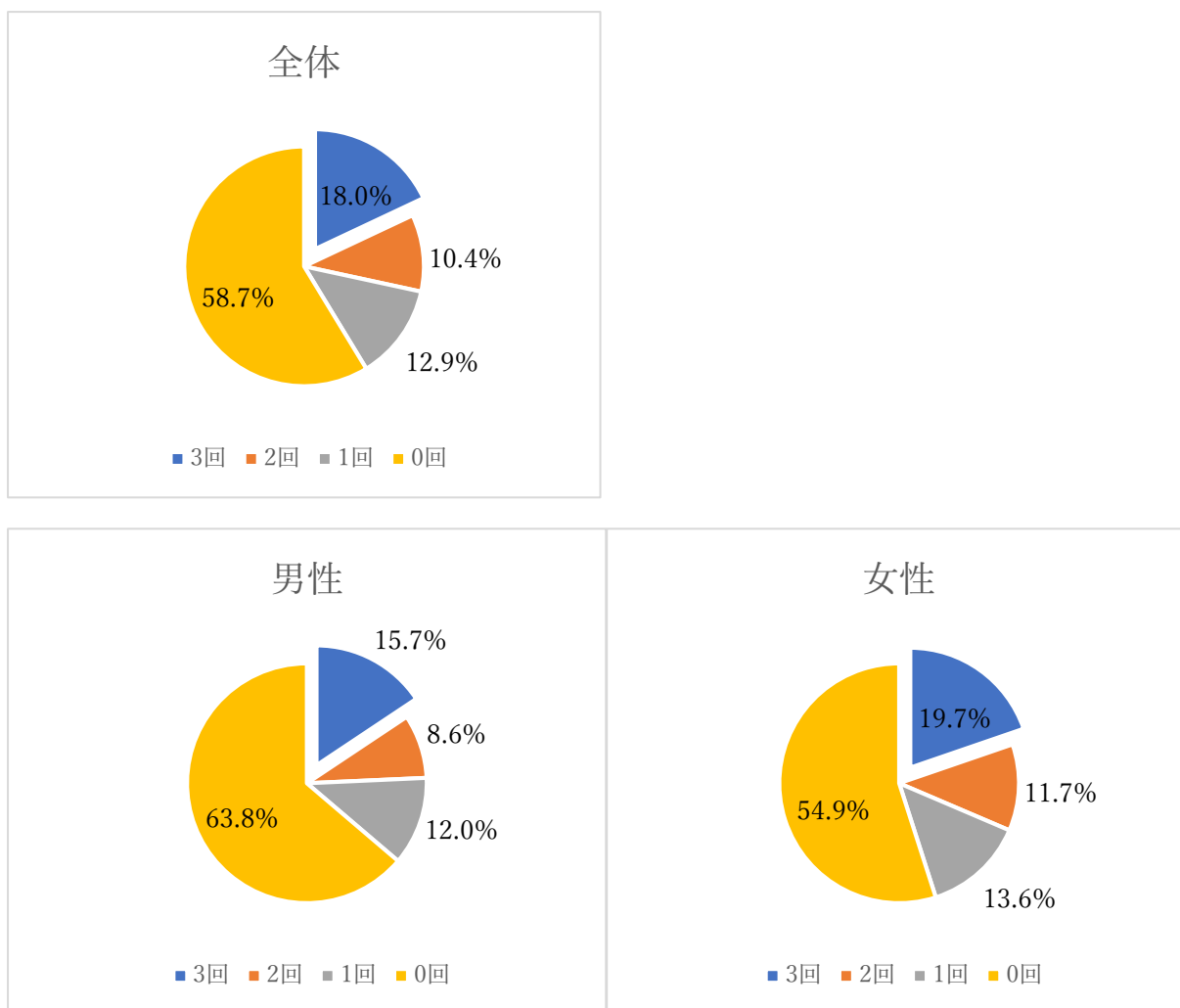
資料：KDB システム 被保険者管理台帳

図28a. 年齢階級別の3年間通算受診回数



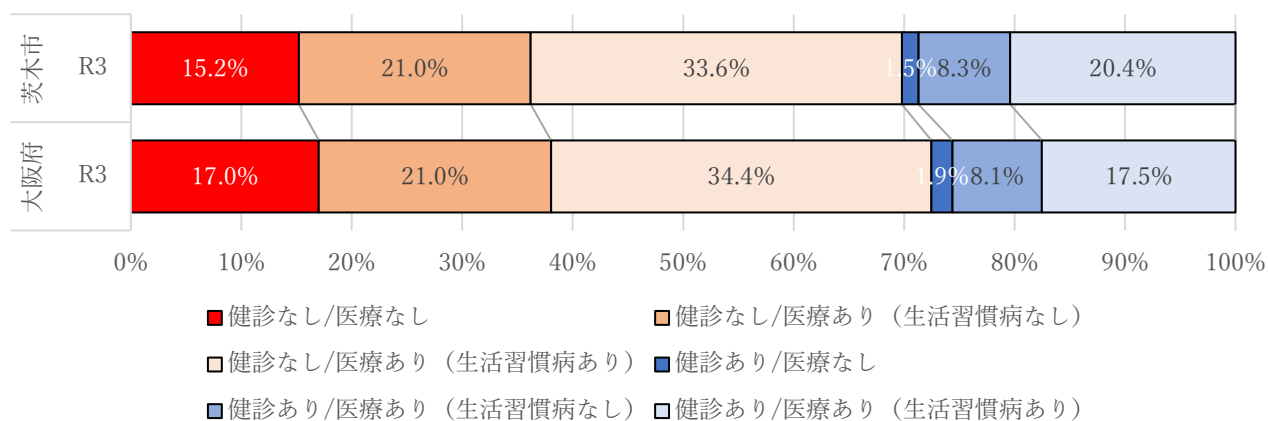
資料：

図 28b. 3年間の累積受診状況



資料：

図 29. 特定健診受診状況と医療利用状況



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

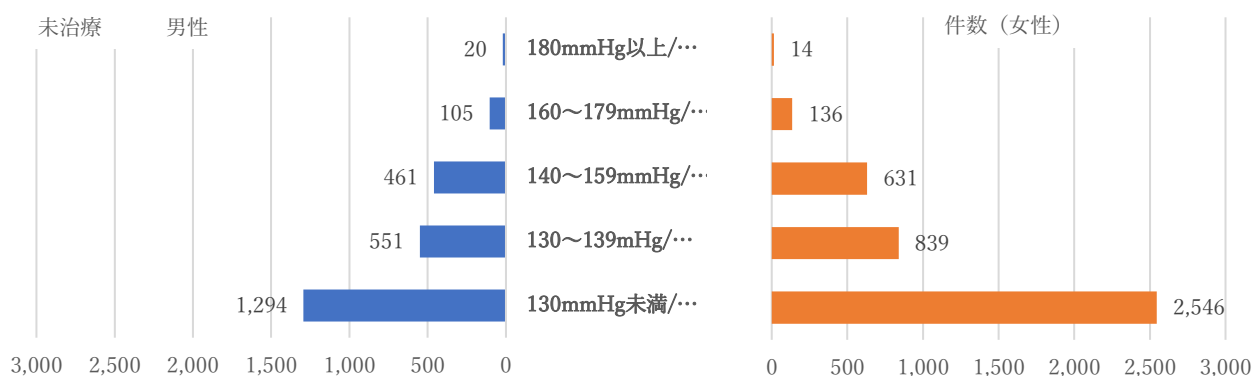
高血圧と診断される最大血圧値は 135-144mmHg 以上/最小血圧値 85-89 mmHg 以上(家庭血圧の診断基準)ですが、図 30 では未治療の 140 mmHg 以上/最小血圧値 90mmHg 以上の人数は、男性 586 人、女性 781 人がいることがわかります。

また、高血圧治療ガイドライン 2019 において、生活習慣の修正と共に直ちに服薬治療が開始されるⅢ度高血圧(最大血圧値 180mmHg 以上/最小血圧値 110mmHg 以上)にあたり、未治療の人数は、男性で 20 人、女性で 14 人いることがわかります。

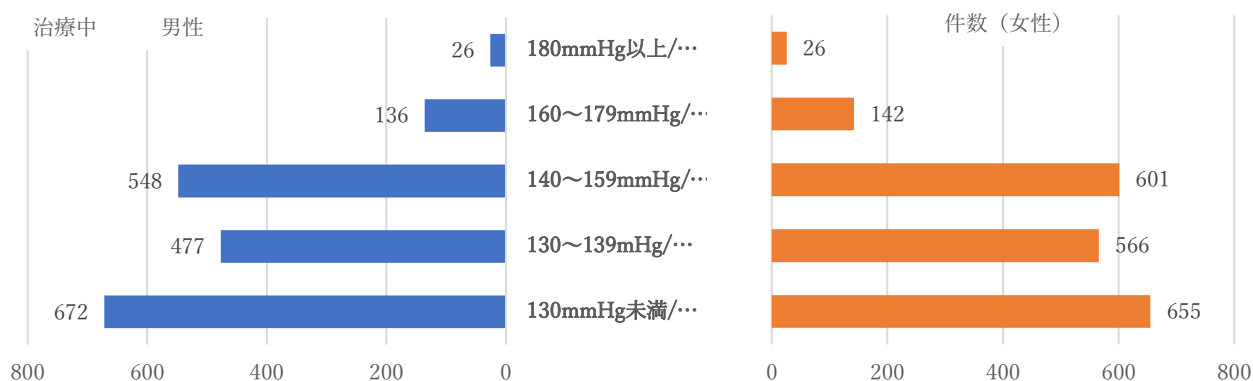
図 15 にあるように、本市では高血圧の外来治療が大阪府および全国と比較して少ないことから、受療勧奨を行う必要があります。

また、治療中で 140 mmHg 以上/最小血圧値 90mmHg 以上の人数は、男性で 710 人、女性が 769 人います。治療中でもⅡ度・Ⅲ度高血圧に相当する場合はコントロール不良であり、適切な服薬や生活習慣改善が行われていない可能性があるため、服薬状況の確認や保健指導等の検討が必要です。

図 30. 治療状況別の高血圧重症度別該当者数【未治療】



【治療中】



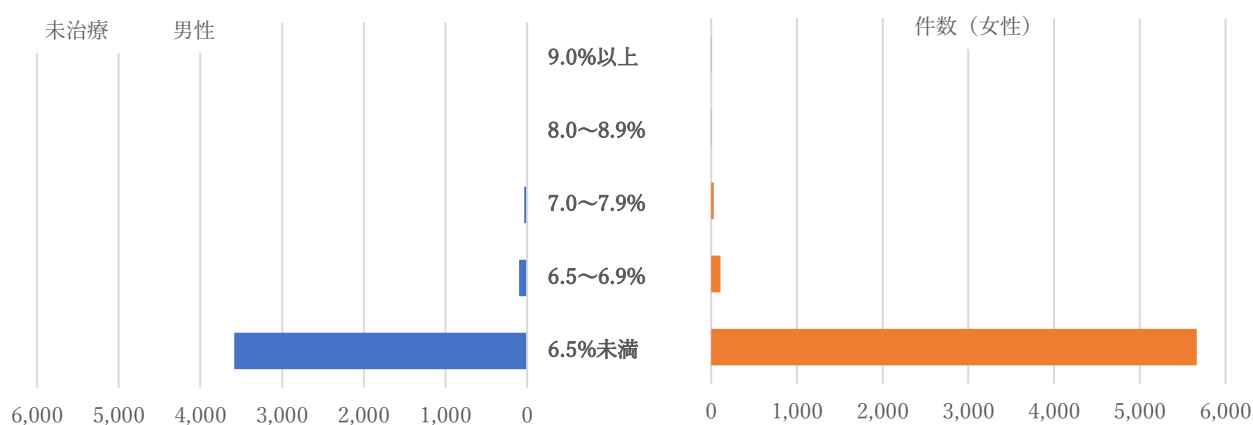
資料：[国保]KDB システム 保健指導対象者一覧 独自集計
[後期]KDB システム 後期高齢者の健診結果一覧

②糖尿病

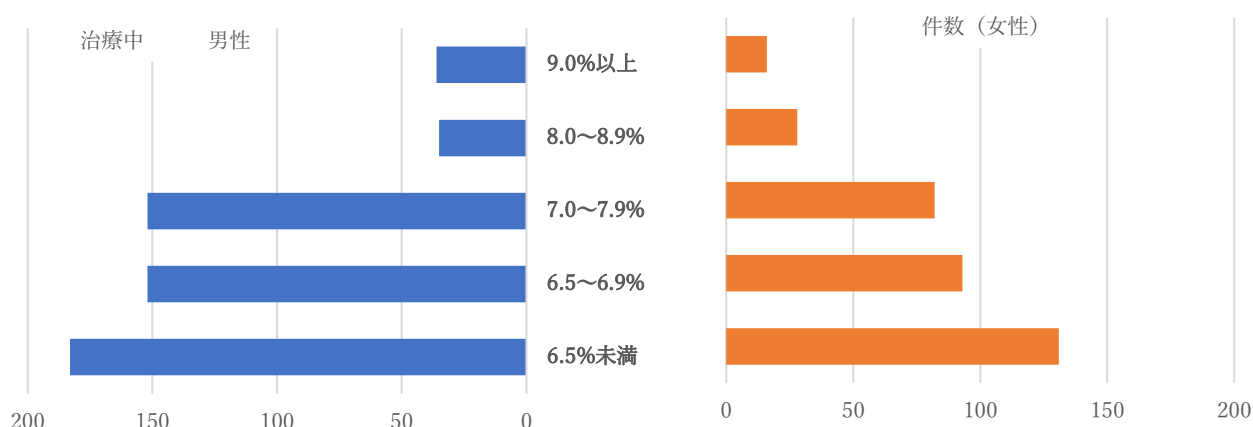
糖尿病治療ガイド2022-2023 から、空腹時血糖126mg/dl 以上、随時血糖200mg/dl 以上、HbA1c 6.5%以上のいずれかを満たす場合には糖尿病型の判定となります。図31において、未治療者のうち男性147人、女性142人がすでに糖尿病型の判定相当であることが分かります。糖尿病は自発的な生活習慣の改善のみによる治癒が難しく、糖尿病型と判定された未治療者を適切な治療と生活習慣の改善につなげることが重症化予防には必要です。

また、合併症予防のための目標値がHbA1c7.0%未満であるが、コントロール不良であるHbA1c8.0%以上に該当する人を対象に、保健指導による治療継続支援を行います。

図 31. 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数【未治療】

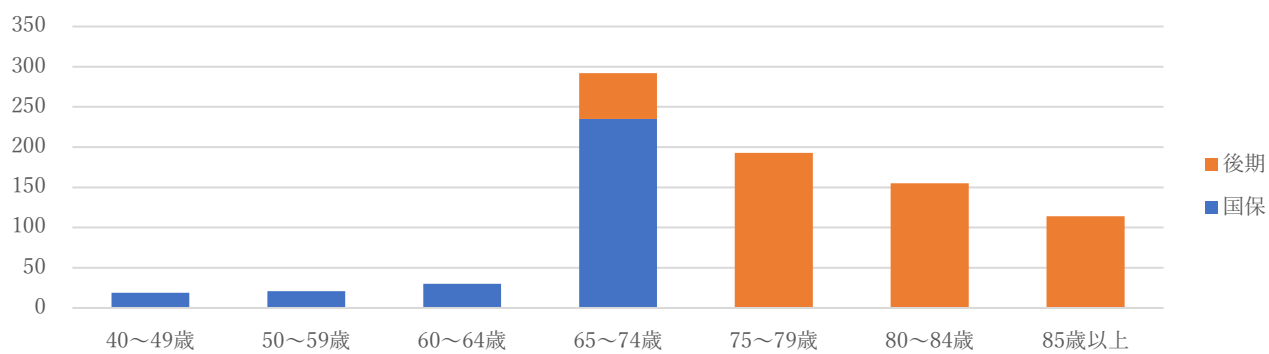


【治療中】



資料：[国保]KDB システム 保健指導対象者一覧 独自集計
[後期]KDB システム 後期高齢者の健診結果一覧

図 32. 糖尿病性腎症重症化予防対象者数（令和3年度）

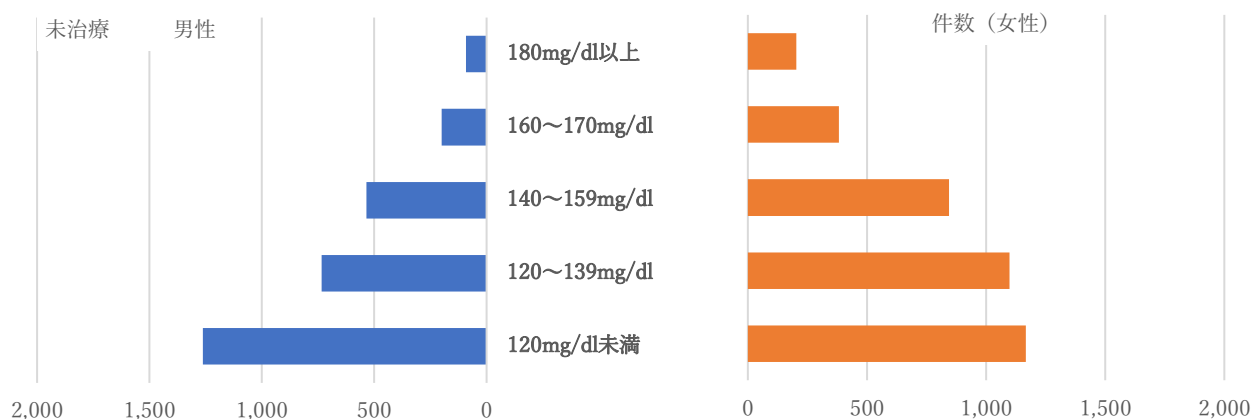


資料：KDB システム 介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

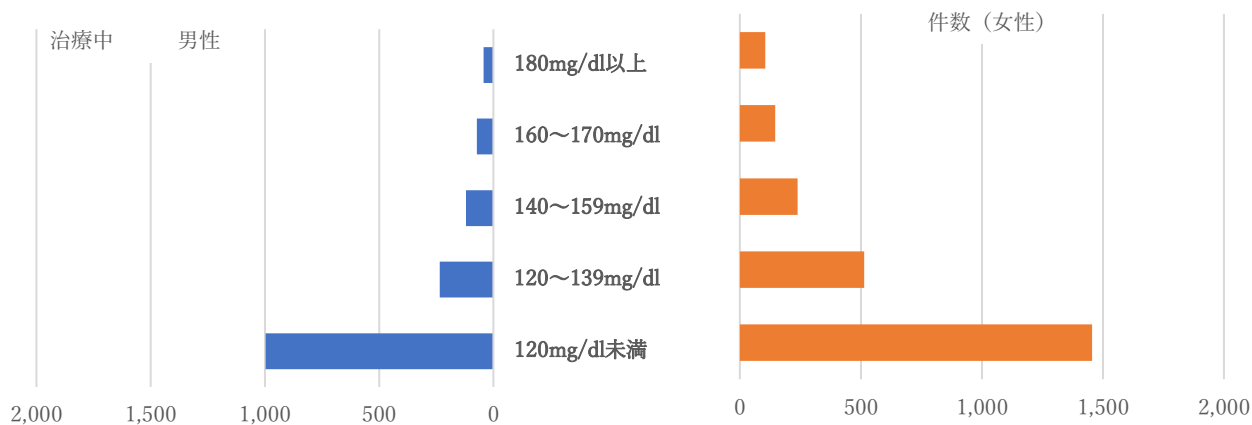
③脂質異常症

高 LDL コレステロール血症は虚血性心疾患に罹患しやすく、適切な生活習慣改善、治療を行う必要があります。動脈硬化性疾患予防ガイドライン（2022 版）による診断基準は LDL コレステロール値 140mg/dl 以上であるが、図 33 の未治療者では、男性 236 人、女性 490 人が診断基準相当にあたることが分かります。

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【未治療】



【治療中】



資料：KDB 保健指導対象者一覧 独自集計

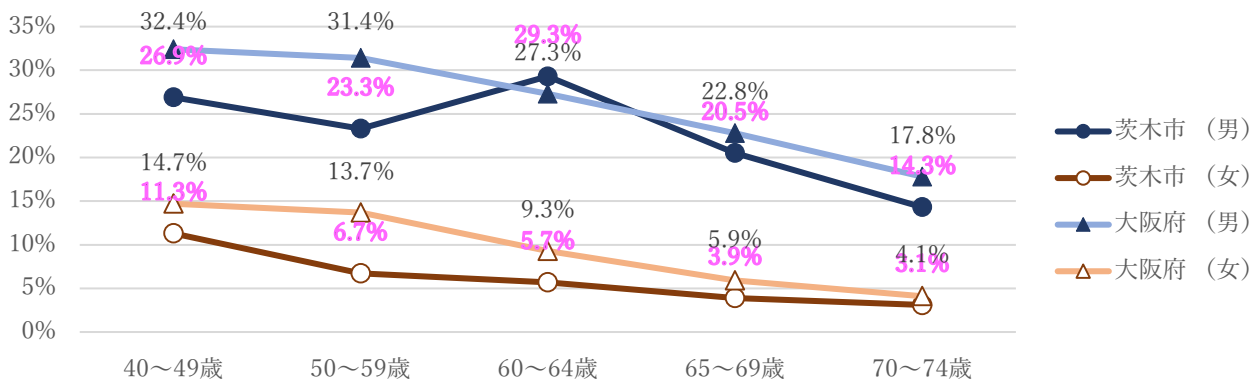
④喫煙

喫煙は、がんをはじめ、虚血性心疾患、脳卒中、糖尿病など多くの生活習慣病の原因であることが明らかとなっていることから、喫煙者への禁煙支援対策及び受動喫煙防止対策が重要です。

図 34 において大阪府の喫煙率と比較すると、本市では男女ともに概ね低率であることが分かります。

引き続き、禁煙相談やポピュレーションアプローチなどの取組を継続していく必要があります。

図 34. 性・年齢階級別喫煙率



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

⑤肥満・メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を基礎とする危険因子の重複した状態です。

図 38 において、60～69 歳にメタボ該当者・予備群高い傾向がみられます。定年退職のタイミングでの国民健康保険加入者が多いことから、60～69 歳への保健指導および啓発が必要です。また、60 歳未満への予防啓発についても、継続実施する必要があります。

図 35. BMI 区分別該当者数

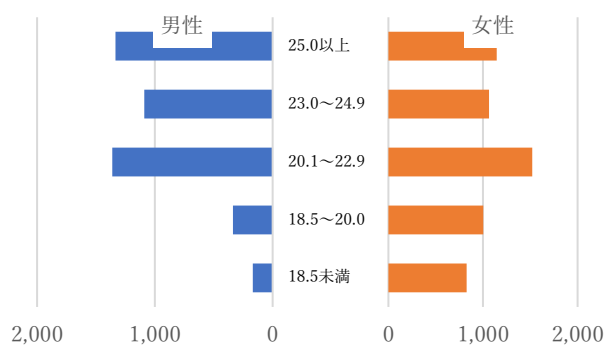
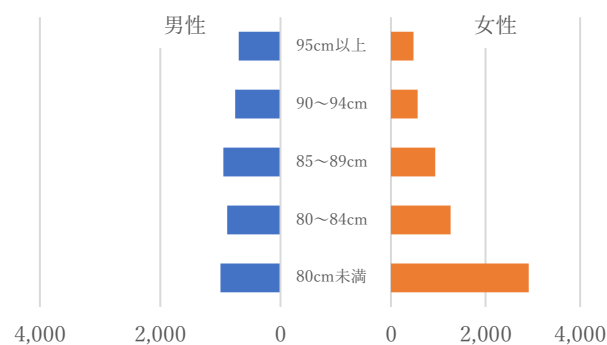
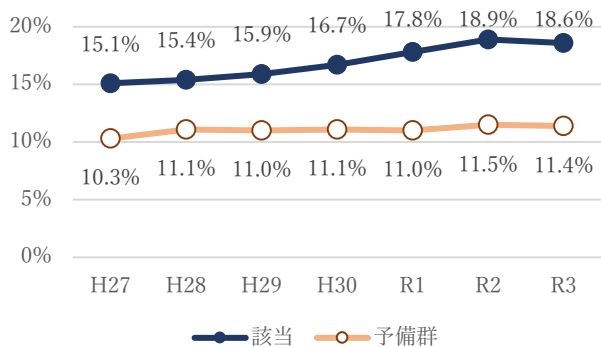


図 36. 腹囲区分別該当者数



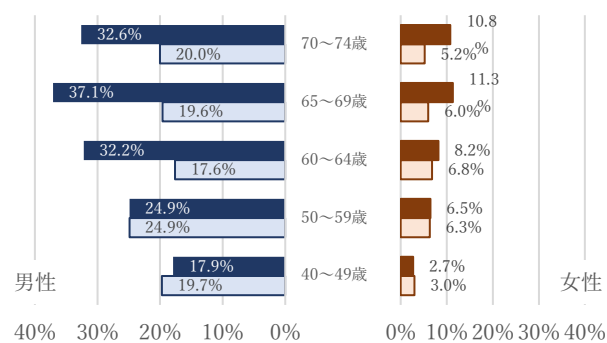
資料：KDB 保健指導対象者一覧 独自集計

図 37. メタボ該当者・予備群の出現率の推移



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

図 38. 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合



3 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

図 39 および図 40 で、大阪府および全国と比較すると、高い利用率および実施率で推移していることがわかります。

本市では専任保健師および管理栄養士の配置し、市保健医療センター等での面談だけでなく、家庭訪問を行うなど、対象者の都合・状況等にも合わせた対応ができていることが、高い利用率および実施率の要因と考えられる。

今後は、利用率および実施率の維持と、特定保健指導脱出率の向上を目的とした質の向上を図ることが重要です。

図 39. 特定保健指導利用率の推移

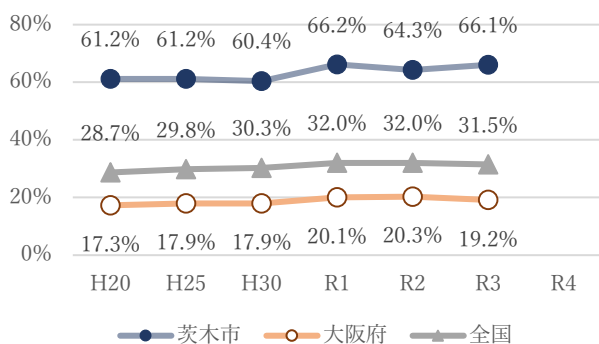
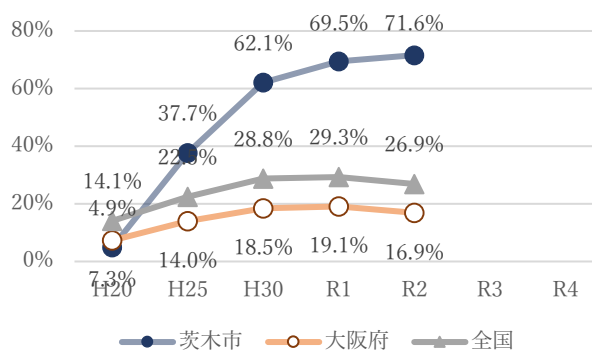


図 40. 特定保健指導実施率の推移



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

第3章 前期計画の評価

第1節 保健事業の評価

第2期データヘルス計画及び第3期特定健診等実施計画期間中に取り組んだ事業について整理し、評価を行います。

評価は、ストラクチャ、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの指標を用いて行います。それぞれの評価指標は、本計画では次のように規定します。

ストラクチャ評価 (構造)

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、事業に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）等があります。

プロセス評価 (過程)

事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況の評価するものです。具体的な評価指標としては、周知活動、保健指導の実施過程等があります。

アウトプット評価 (事業実施量)

目的・目標の達成のために行われる事業の実施量や業務量を評価するものです。具体的な評価指標としては、健診や保健指導の実施回数、イベントの開催回数等があります。

アウトカム評価 (結果)

事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標を評価するものです。具体的な評価指標としては、受診勧奨による受診率の向上、保健指導実施による肥満度や血液検査の健診結果の変化等があります。

アウトカムでは、医療費や健康寿命等を評価項目とすることには注意が必要です。なぜなら、医療費については、健診受診勧奨や受療勧奨を推進した結果、受療者が増えることとなり短期的には医療費が増大することや、高額な新しい医薬品の開発等の周辺環境にも左右されることもあるためです。健康寿命等については、非常に長期的な評価にならざるを得ないことや、医療技術の発展と切り離せないこと等から、事業の取組結果との関連性を見出すことは難しいためです。

以上のことを考慮し、アウトカムの評価項目は、市で実施する保健事業のプロセスやアウトプットとの相関が強いと考えられるものを設定します。

1 特定健診

ストラクチャ

担当者数	専門職1人、事務職4人
対象者数	令和4年度 32,247人(40～64歳 人、64～74歳 人)
実施体制	<p>集団健診：市保健医療センターで実施 予約受付等は一般財団法人茨木市保健医療センターが指定管理 健診実施を外部事業者へ委託</p> <p>個別健診：市内100か所以上の医療機関で実施</p> <p>巡回型集団健診：東・西・南保健福祉センターを健診会場とし、年2回ずつの計6回実施している。</p>

プロセス

周知活動	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年4月の受診券送付の際にリーフレット「特定健診のご案内」を同封 ・市広報誌への掲載 ・受診勧奨の強化対象：保険切替時（退職を含む）
実施時期	通年
費用負担	無料
結果返却方法	健診実施機関から直接返却（保険者実施分は健診実施委託先から返却）
未受診者への受診勧奨	<p>方法：年3回</p> <p>時期：7月、10月、1月にはがきを送付。</p> <p>対象者：茨木市国保加入者で、特定健診対象者のうち未受診者の方</p> <p>対象者数（カバー率）：32,247人</p>
人間ドック助成事業	<p>概要：全国の医療機関で、特定健診検査項目を全て検査する人間ドックを受診した被保険者に、20,000円を上限として助成する。助成を受ける者から受診結果の提出を受け、特定健診実施とみなす</p> <p>対象者：以下の条件を全て満たす人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・40～74歳の被保険者 ・申請時に6月以上継続して被保険者である人 ・市国保保険料の完納世帯に属する人 ・年度内に特定健診を受診していない人 ・人間ドック受診の結果、特定保健指導等の対象となった場合に当該指導等を受けることに同意する人 <p>備考：頭部MRI・MRA検査を含む脳ドック受診に対する助成も実施</p>
結果説明会の開催	<p>対象：特定保健指導対象者のみ</p> <p>回数・時期：28回</p>

アウトプット

未受診者勸 奨実施率	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)	令和5年度 (2023年度)
	74.2%	59.6%	60.2%	63.7%	76.5%	実施中

アウトカム

受診率	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)	令和5年度 (2023年度)
	33.1%	33.3%	25.9%	30.2%	31.4%	実施中

課題と対応

事業成果	ハガキ、電話勧奨等事業では、一定の受診率向上効果を得られた。
事業課題	受診率は上昇傾向にあるが、上昇幅はわずかである また、ハガキ送付等を行わない場合の、基礎となる受診率の伸びもわずかであると 考えられる。
今後の対応	引き続き受診勧奨を行い受診率向上につなげ、若年層にも積極的に勧奨を行う

2 特定保健指導

ストラクチャ

担当者数	専門職5人、事務職1人
対象者数	令和4年度 941人（動機づけ支援 761人、積極的支援 180人）
実施体制	直営（範囲：利用勧奨・初回面接・継続支援・最終評価）

プロセス

保健指導実施方法	個別面接・集団面接・健康教室型 （継続支援・評価：手紙・電話・Eメール）
周知活動	特定健診結果送付時の同封資料・市広報誌への掲載
利用勧奨	有り：全員を対象
特定健診受診時のプレ指導	無し（肥満未治療者で血圧、喫煙の少なくともいずれかに該当する者への短時間での利用勧奨および簡易保健指導）
特定健診当日初回面接実施	無し
結果説明会の開催	有り（集団健診受診者に開催日通知）
結果説明会での初回面接実施	有り：実施者数 266人（カバー率 28.3%）
未利用者への利用勧奨	方法：手紙 電話 訪問 時期：結果発送時 対象者：未利用者 対象者数（カバー率）：675人（71.7%）

アウトプット

未利用者への利用勧奨実施率	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)	令和5年度 (2023年度)
	100%	100%	100%	100%	100%	実施中

アウトカム

特定保健指導実施率	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)	令和5年度 (2023年度)
	62.1%	69.5%	71.6%	66.7%	67.3%	実施中
特定保健指導改善率	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)	令和5年度 (2023年度)
	21.0%	19.1%	18.7%	18.1%	-	-

課題と対応

事業成果	高い特定保健指導実施率で推移している。
事業課題	特定健診受診率が低く、特定健診対象者からの特定保健指導対象者抽出が限定的である。 特定保健指導対象者の減少率が低く、特定保健指導の繰り返し利用者が多い。
今後の対応	改善率の向上に向けて、保健指導の質の向上等に取り組む。

3 高血圧重症化予防対策

(1) 未治療者への受療勧奨

ストラクチャ

担当者数	専門職 15 人、事務職 1 人
対象者数	重症度別未治療高血圧者数（再掲）R4 年度 I 度 人 II 度 人 III 度 人

プロセス

周知活動	重症化予防事業対象者に対し、特定健診結果説明会への来所勧奨や訪問・面接・電話、又は文書を送付するなど直接周知を行う
特定健診時の取組	リーフレット配布：有 ⇒ 実施人数 147 人（％） 保健指導：有 ⇒ 対象者数：371 人（選定基準：Ⅱ度以上）実施人数 147 人（39.6％） 受療勧奨対象者数（カバー率）：令和 4 年度 371 人（％） 選定基準：Ⅱ度高血圧以上 特定健診時勧奨：実施人数 147 人（39.6％）
特定健診後勧奨	勧奨方法：郵送・電話・訪問・面接 実施人数 371 人（100％） 受療確認 本人確認：有 ⇒ 受療者数 37 人（10％） レセプト確認：有 ⇒ 受療者数 168 人（45.3％） 服薬開始（レセプト）：有 ⇒ 服薬開始者数 168 人（45.3％）

アウトプット

受療勧奨実施率	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)	令和 5 年度 (2023 年度)
	100%	100%	100%	100%	100%	実施中

アウトカム

未治療者に占める割合	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)	令和 5 年度 (2023 年度)
						実施中
I 度	75.2%	77.3%	77.2%	76.8%	74.4%	実施中
II 度	20.1%	18.5%	18.9%	19.3%	21.6%	実施中
III 度	4.6%	4.2%	3.9%	3.9%	4.0%	実施中

課題と対応

事業成果	
事業課題	受療率が低い。
今後の対応	受療率の向上に向けて、効果的な支援方法を検討する。

(2) コントロール不良治療者への服薬状況確認・保健指導

ストラクチャ

担当者数	専門職5人、事務職0人
対象者数	重症度別治療高血圧者数（再掲）R4年度 I度 人II度 人III度 人

プロセス

周知活動	重症化予防事業対象者に対し、特定健診結果説明会への来所勧奨や訪問・面接・電話、又は文書を送付するなど直接周知を行う
実施方法	<p>服薬状況の確認：有り</p> <p>⇒ 対象者数：14人（カバー率 %）</p> <p>選定基準：Ⅱ度高血圧以上</p> <p>特定健診時：実施人数14人（100%）看護師からリーフレット配布</p> <p>特定健診後：実施人数9人（64.3%）結果説明会にて面接</p> <p>保健指導：有 ⇒ 実施人数9人（64.3%）</p>

アウトプット

	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)	令和5年度 (2023年度)
保健指導等実施率	対象：1/7 14.3%	対象：6/10 60.0%	対象：2/4 50.0%	対象：2/2 100%	対象：8/13 61.5%	実施中

アウトカム

	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)	令和5年度 (2023年度)
治療者に占める割合（受診者のうち高血圧治療者）	4,615人	4,487人	3,673人	3,973人	3,855人	実施中
Ⅰ度	0.04% (2人)	0.04% (2人)	0% (0人)	0% (0人)	0.02% (1人)	実施中
Ⅱ度	0.1% (5人)	0.2% (7人)	0.1% (4人)	0.02% (1人)	0.3% (12人)	実施中
Ⅲ度	0% (0人)	0.02% (1人)	0% (0人)	0.02% (1人)	0% (0人)	実施中

課題と対応

事業成果	
事業課題	受療率が低い。
今後の対応	受療率の向上に向けて、効果的な支援方法を検討する。

4 糖尿病重症化予防対策

(1) 未治療者への受療勧奨

ストラクチャ

担当者数	専門職 15 人、事務職 1 人
対象者数	重症度別未治療糖尿病患者数（再掲）

プロセス

周知活動	重症化予防事業対象者に対し、特定健診結果説明会への来所勧奨や訪問・面接・電話、又は文書を送付するなど直接周知を行う
実施方法	対象者数（カバー率）：令和 4 年度 69 人（ %） 特定健診時の取り組み 受療勧奨対象者数（カバー率）：令和 4 年度 69 人（100%） 選定基準： 勧奨方法：結果返却時・郵送・電話・訪問 実施人数 69 人（100%） 受療確認 本人確認：受療者数 2 人（2.9%） レセプト確認：受療者数 47 人（68.1%） 服薬開始（レセプト）：服薬開始者数 47 人（68.1%）

アウトプット

受療勧奨実施率	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)	令和 5 年度 (2023 年度)
	100%	100%	100%	100%	100%	実施中

アウトカム

未治療者に占める割合	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)	令和 5 年度 (2023 年度)
						実施中
HbA1c 6.5-6.9%	62.6%	61.0%	68.0%	65.4%	63.5%	実施中
HbA1c 7.0-7.9%	25.3%	27.2%	24.2%	24.4%	25.6%	実施中
HbA1c 8.0%以上	12.0%	11.8%	7.8%	10.2%	11.0%	実施中

課題と対応

事業成果	
事業課題	受療率が低い。
今後の対応	受療率の向上に向けて、効果的な支援方法を検討する。

(2) コントロール不良治療者への服薬状況確認・保健指導

ストラクチャ

担当者数	専門職 15 人、事務職 1 人
対象者数	重症度別治療糖尿病患者数（再掲）

プロセス

周知活動	重症化予防事業対象者に対し、特定健診結果説明会への来所勧奨や訪問・面接・電話、又は文書を送付するなど直接周知を行う
実施方法	<p>服薬状況の確認：有</p> <p>⇒ 対象者数：60 人（カバー率 %）</p> <p>選定基準：前年度特定健康診査受診者、前年度末年齢が 70 歳未満、市内医療機関にて糖尿病治療者、HbA1c7.0%以上、精神疾患治療者を除く</p> <p>実施人数 9 人（15%）</p> <p>保健指導：有 ⇒ 実施人数 8 人（ %）</p>

アウトプット

受療勧奨実施率	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)	令和 5 年度 (2023 年度)
	1 人	7 人	8 人	6 人	9 人	実施中

アウトカム

治療者に占める割合	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)	令和 5 年度 (2023 年度)
						実施中
HbA1c 6.5-6.9%	28.0%	28.4%	28.3%	27.8%	27.7%	実施中
HbA1c 7.0-7.9%	26.0%	25.2%	25.6%	25.0%	24.3%	実施中
HbA1c 8.0%以上	11.0%	11.8%	10.9%	9.7%	9.4%	実施中

課題と対応

事業成果	
事業課題	参加者数が少ない。
今後の対応	効果的な取り組みとするため、糖尿病性腎症重症化予防対策に一本化していくとともに、健診結果発送時や健診結果説明会等の機会を通し、保健指導が利用しやすい環境づくりに努めていく。

5 糖尿病性腎症重症化予防対策

コントロール不良治療者への服薬状況確認・保健指導

ストラクチャ

担当者数	専門職 0人、事務職 1人
対象者数	糖尿病性腎症疑い者数 合計 6,060人 糖尿病疑い・未治療者 尿蛋白陰性：1～2期 136人 ⇒ 糖尿病治療のための受療勧奨 尿蛋白陽性：3期 15人 ⇒ 糖尿病治療・腎症予防のための受療勧奨 eGFR 30未満：4期 1人 ⇒ 強力な受療勧奨 糖尿病治療中 尿蛋白陰性：1～2期 1,978人 ⇒ 治療継続支援 尿蛋白陽性：3期 158人 ⇒ 医療と連携した腎症予防の保健指導 eGFR 30未満：4期 15人 ⇒ 腎症対策強化について連携

プロセス

周知活動	広報誌等への掲載、医師会への協力依頼
対象者 (カバー率)	令和4年度 10人 (0.17%)
対象者の選定	KDBにて「糖尿病」「糖尿病性腎症」の病名が付いている40歳以上75歳未満の茨木市国民健康保険加入者を抽出し、その中から茨木市内医療機関で治療している患者（総合病院を除く）、かつ、市内の薬局を利用している方を対象として糖尿病性腎症第Ⅰ～Ⅲ期で通院治療している者を選定する。
実施方法	未治療者：無し 治療者：患者が設定する生活習慣改善のための行動目標を主治医の治療方針に沿いながら6か月間かけ、自己管理への行動変容を促す支援を実施する。薬局でのプログラムに対するオリエンテーションを受けた日からおおむね1ヵ月後より、薬剤師から6回の支援を受ける。特に、生活習慣改善のための行動目標は、「生活指導内容の確認書」と照らし合わせて目標内容が主治医の指示に則しているか、また設定の原則に基づいているかなどの適切性を毎月評価し、参加者の自己管理を促す。 実施人数： 8人（実施率 88%）

アウトプット

	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)	令和 5 年度 (2023 年度)
人工透析 有病率			0.28%	0.29%	0.29%	0.30%
新規透析 導入率				24.3%	21.0%	24.6%

アウトカム

治療者に占める割合	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)	令和 5 年度 (2023 年度)
						実施中
HbA1c 6.5-6.9%	28.0%	28.4%	28.3%	27.8%	27.7%	実施中
HbA1c 7.0-7.9%	26.0%	25.2%	25.6%	25.0%	24.3%	実施中
HbA1c 8.0%以上	11.0%	11.8%	10.9%	9.7%	9.4%	実施中

課題と対応

事業成果	
事業課題	主治医より、患者自身の自己管理を薬剤師等、多職種で支援を行うべきと判断された患者に対し本事業への勧奨が行われ、登録期間におけるプログラムへの参加登録を行うこととしているが、目標人数を 10 人としているが、達成できない年度があった。
今後の対応	関係機関との連絡や調整を円滑に行えるようにし、協力医療機関が偏っているので、協力してもらえる医療機関を広げることにより、参加者を 10 人に達するようにする。

6 たばこ対策

ストラクチャ

担当者数	
対象者数	令和4年度（2022年度）1,173人

プロセス

周知活動	
実施方法	

アウトプット

禁煙支援 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)	令和5年度 (2023年度)
		17.3%	19.8%	17.5%	23.6%	23.3%

アウトカム

喫煙率		40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	計
男 性	平成30年度 (2018)	99	144	85	220	627	1,175
	令和4年度 (2022)	101	129	105	224	305	864
女 性	平成30年度 (2018)	64	49	35	63	159	370
	令和4年度 (2022)	45	55	44	63	102	309

課題と対応

事業成果	
事業課題	医療機関で受診された方の禁煙支援について課題がある。
今後の対応	医療機関で受診された方への禁煙支援について、医療機関と連携しながら進めていく。

7 ポピュレーションアプローチ

(1) がん検診

ストラクチャ

担当者数	
対象者	胃がん、肺がん、大腸がん：年度中に 40 歳以上 乳がん：4月1日時点で 40 歳以上の女性 子宮頸がん：4月1日時点で 20 歳以上の女性

プロセス

周知活動	<ul style="list-style-type: none"> ・「各種がん検診等のお知らせ」ハガキを送付 ・広報誌に「特定健康診査 がん検診ガイド」を折込み全戸配布 ・市国保加入手続きの際に記入する受診券交付申請書に、「お知らせ」ハガキの交付可否を問う項目を用意 																				
実施時期	通年																				
費用負担	有料（検診により 100～500 円）																				
実施方法	集団健診：市保健医療センターで実施 予約受付・健診実施等は一般財団法人茨木市保健医療センターが指定管理 個別健診：市内 100 か所以上の医療機関で実施 ※実施する検診は医療機関により異なる （胃がんは個別健診のみ）																				
結果返却方法	集団健診：受診後 1 か月以内に市から郵送 個別健診：実施医療機関から別途受診結果を返却																				
未受診者への受診勧奨	対象者： 方法：受診勧奨ハガキの送付 時期：平 勧奨対象者中の受診者数（受診率） <table style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>対象者</th> <th>受診者</th> <th>受診率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肺がん検診</td> <td>：</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>大腸がん検診</td> <td>：</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>子宮がん検診</td> <td>：</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>乳がん検診</td> <td>：</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		対象者	受診者	受診率	肺がん検診	：			大腸がん検診	：			子宮がん検診	：			乳がん検診	：		
	対象者	受診者	受診率																		
肺がん検診	：																				
大腸がん検診	：																				
子宮がん検診	：																				
乳がん検診	：																				
無料クーポン券	対象者： 方法： 時期：																				

アウトプット

受診勧奨実施率	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)	令和 5 年度 (2023 年度)
	7.2%	7.4%	8.7%	7.6%	7.1%	実施中

アウトカム

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
がん検診受診率	10.7%	10.4%	8.7%	9.0%	9.7%	実施中
胃がん	3.2%	3.0%	2.5%	2.3%	3.5%	実施中
肺がん	8.9%	8.5%	6.5%	7.4%	7.3%	実施中
大腸がん	8.6%	8.2%	6.3%	7.1%	7.0%	実施中
乳がん	15.4%	15.3%	12.9%	12.4%	14.3%	実施中
子宮頸がん	18.4%	18.1%	16.5%	16.5%	18.1%	実施中

課題と対応

事業成果	
事業課題	
今後の対応	各がん検診の受診勧奨を引き続き実施し、若年層の受診率向上に向けて検討していく。

(2) 歯科健診

ストラクチャ

対象者数	①歯科健康診査：40～69歳は隔年、70歳～74歳は毎年 ②訪問歯科健康診査：40歳以上で寝たきりの方（要介護3～5）
------	--

プロセス

周知活動	市広報誌に掲載
実施方法	①通院、②訪問

アウトプット

受診勧奨 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)	令和5年度 (2023年度)
	該当なし	該当なし	該当なし	該当なし	4.8%	実施中

アウトカム

歯科健診 有病率	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)	令和5年度 (2023年度)
	78.7%	79%	79.2%	77.8%	77.8%	実施中
40歳	80.0%	73.1%	74.1%	64.5%	72.3%	実施中
50歳	76.1%	75.5%	77.7%	77.3%	77.5%	実施中
60歳	80.7%	80.8%	83.4%	81.4%	82.8%	実施中
70歳	79.0%	84.4%	79.7%	86.5%	78.3%	実施中

課題と対応

事業成果	
事業課題	
今後の対応	40歳への受診勧奨は引き続き実施し、該当以外の対象者への受診勧奨の方法を検討する。

8 その他の保健事業

(1) 後発医薬品の利用普及

ストラクチャ

対象者数	2,745人（令和4年度時点）
------	-----------------

プロセス

実施方法	年3回の差額通知発送、パンフレット等への掲載、ジェネリックシールの配布
------	-------------------------------------

アウトプット

差額通知 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)	令和5年度 (2023年度)
	11.47%	5.46%	5.23%	5.83%	5.87%	3.16% (R5.9時点)

アウトカム

後発医薬品 利用率	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)	令和5年度 (2023年度)
	70.05%	73.38%	75.62%	77.00%	77.71%	78.15%

課題と対応

事業成果	
事業課題	後発医薬品の普及促進について、利用率は上昇傾向にあるが、やや伸び率が低い。
今後の対応	引き続き差額通知の発送、パンフレット等での啓発、ジェネリックシールの配布を実施するとともに、他市の好事例等を参考に普及促進に努める。

9 前期計画目標値達成状況

第2期データヘルス計画及び第3期特定健診等実施計画では、大阪府及び全国と比較して実績が不足するものや今後も取組が必要なものについて健康課題として設定しました。

そのうち特に優先的に取り組むべき課題を重点課題として設定し、重点課題に対する取組を優先しつつ、各健康課題の目標達成をめざしました。

健康課題と、これに対する保健事業及び目標達成状況は表4のとおりです。

なお、両計画の最終年度である令和5年度（2023年度）の結果については確定していないため、令和4年度（2022年度）までの実績となります。

表4

健康課題	保健事業	指 標	令和4年度 (2022年度) 実績値	令和5年度 (2023年度) 目標値
【重点課題】 特定健診受診率の向上	特定健診	特定健診受診率	31.4%	35.9%
特定保健指導実施率の維持	特定保健指導	特定保健指導実施率	67.3%	60.0%
【重点課題】 特定保健指導対象者減少率 の向上		特定保健指導 対象者減少率	※未確定	30.0%
【重点課題】 生活習慣病の治療を要する 人の受療率向上	重症化予防	受療勧奨実施者の 医療機関受療率	※未確定	76.0%
後発医薬品利用率の向上	後発医薬品の 普及促進	後発医薬品利用率	77.7%	80.0%
糖尿病性合併症群の重症化 予防	糖尿病性腎症 等重症化予防	-	-	-
市民全体の生活習慣病リス クの低下	健康づくり	-	-	-

第2節 健康課題

表5において、第2章及び第3章第1節の現状・評価をもとに現状分析をまとめ、大阪府及び全国と比較して実績が不足するものや今後も取組が必要なものについて健康課題として設定しました。

特に優先的に取り組むべき課題を「重点課題」として設定し、重点課題に対する取組を優先しつつ、各健康課題の目標達成をめざします。

1. 【重点課題】 特定健診受診率の向上

《健康課題》 特定健診受診率の向上

○特定健診受診率は低位で推移し、伸び悩んでいる。

⇒受診率向上に向けた取組が必要。

2. 【重点課題】 特定保健指導減少率の向上

《健康課題》 特定保健指導減少率の向上

○特定保健指導対象者の減少率が低く、特定保健指導の繰り返し利用者が多い。

⇒改善率の向上に向けて、保健指導の質の向上等に取り組む。

3. 【重点課題】 生活習慣病の未治療者を減らす

《健康課題》 生活習慣病未治療者の減少

○高血圧や糖尿病などの生活習慣病に関する医療費は、高額医療の抑止につながる経費だが、これらが大阪府および国と比較して少なく、脳出血・脳梗塞、狭心症、心筋梗塞等の発症抑止には不十分である可能性がある。

⇒受療率の向上に向けて、効果的な支援方法を検討する必要がある。

表5 健康課題・保健事業の現状分析

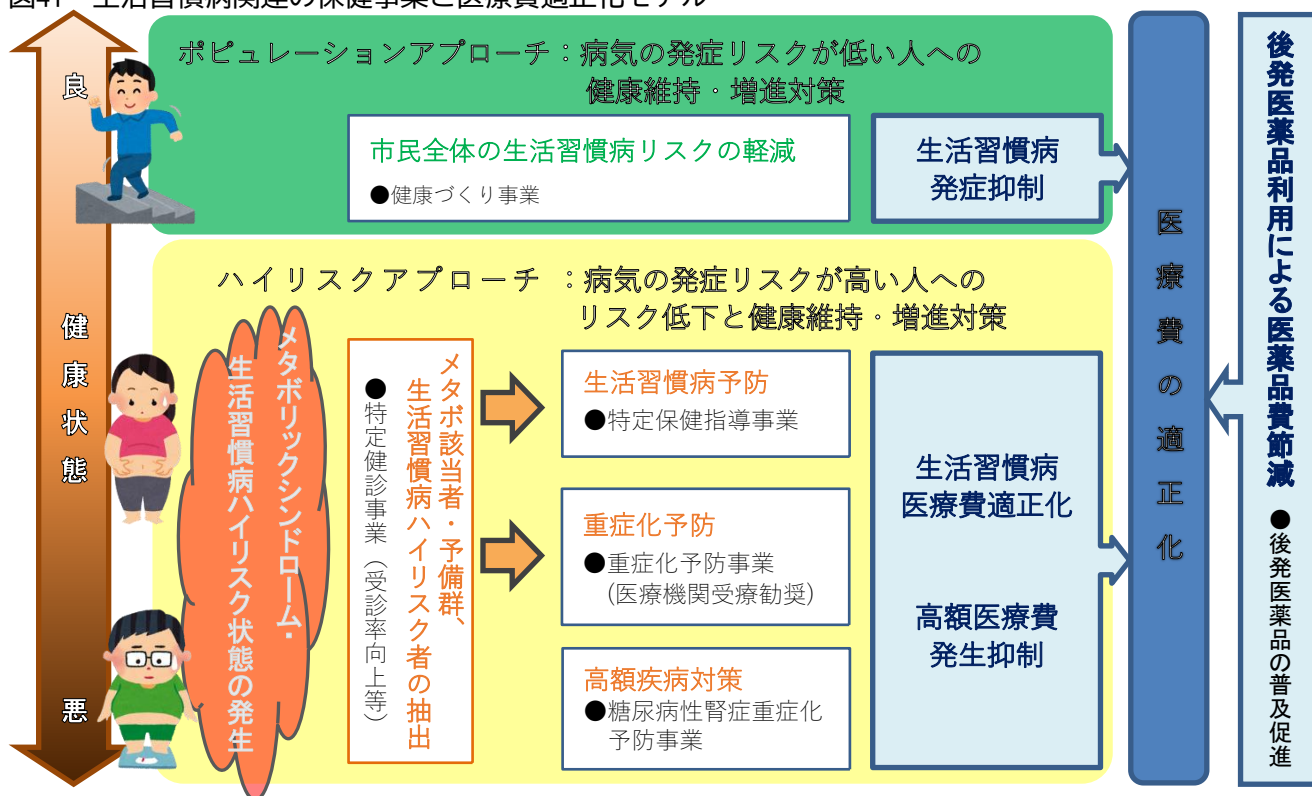
項目	健康課題	優先順位
【重点課題】 特定健診	受診率 31.4%(令和4年度)と大阪府の平均より高いが、国の平均より低く、受診率の向上が喫緊の課題である。受診者に占める毎年受診者が少なく、不定期受診者に翌年も受診するよう働きかけ、毎年受診する人を増加させる取り組みが必要である。	1
【重点課題】 特定保健指導	利用率及び実施率は目標を達成し、高水準にある。この利用率及び実施率の維持にかかる取組が必要。特定保健指導対象者の減少率が低く、特定保健指導の繰り返し利用者が多い。	2
脳卒中、心疾患	全死因の SMR(標準化死亡比、男性:91, 女性:93) は全国、大阪府(男性 106, 女性:104) より低く、悪性新生物(男性:97, 女性:98) はやや低めであった。心疾患(男性:95, 女性:96) はやや低めで、特に脳血管疾患(男性:68, 女性:72) が低い。脳血管疾患の内訳では、脳内出血、脳梗塞ともに国より低めであった。心疾患全体では男女ともに低めであったが、急性心筋梗塞(男性:203, 女性 195) は約 2 倍と著しく高かった。逆に心不全(男性:58, 女性 78) は大幅に低く、より明確な死亡診断を行う傾向が背景にある可能性がある。	
人工透析	人工透析の医療費割合(7.8%)は全国(8.2%)、大阪府(9.4%)と比較して低めである。	
【重点課題】 高血圧	高血圧の重点治療域の割合は H30 年に 3.3%であったが、R4 年には 3.5%とやや増加した。軽症高血圧者は 13.1%から 15.1%と増加していた。高血圧者の治療割合は 64.5%、コントロール率は 63.8%と高い水準であった。	3
【重点課題】 糖尿病	糖尿病の重点治療域の割合は H30 年の 1.1%から 1.2%とやや増加傾向で、軽症糖尿病患者も 2.7%から 3.1%とやや増加傾向にある。治療コントロール率は 81.2%と高い。治療割合は 63.5%と高血圧とほぼ同じ水準である。	3
【重点課題】 脂質異常症	脂質異常の重点治療域は H30 年度の 4.1%から R3 年度の 3.9%とほぼ横ばいである。治療割合は 67.7%と高血圧と同じ水準であり、コントロール率は 88.2%と高い。	3
がん	悪性新生物のなかでも胃がんの SMR が男性でやや高く(男性:106, 女性 100)、府(男性:111, 女性 106) よりやや低めであった。 大腸がん(男性:91, 女性:90) は男女ともに国より低めであった。	
要介護	I 度以上の介護認定状況を見ると 70~74 歳までは 3.6%と低い水準だが年齢とともに上昇し 85~89 歳では 41.4%に高まる。重症度別にみると軽症介護の伸びが大きい。 介護全体に占める介護度 III 以上の割合(25.1%)は国(24.1%)よりやや高く、大阪府(27.2%)より低い傾向にある。要支援割合(10.6%)は国(12.9%)や大阪府(12.1%)と比較して低めで、軽症区分の介護の割合(47.2%)は国(46.3%)よりやや高い。	
肺炎		
骨折		
後発医薬品 使用促進	後発医薬品の普及促進について、利用率は上昇傾向にあるが、やや伸び率が低い。	

第4章 保健事業実施計画

第1節 計画の目的・目標

本計画では、生活習慣病に関する医療費の適正化を最終的な目標としており、その実現を図るため、保健事業実施を通じた健康課題の解消をめざします。

図41 生活習慣病関連の保健事業と医療費適正化モデル



第3期データヘルス計画及び第4期特定健診等実施計画で実施する保健事業とその目標値については、表6のとおりです。

なお、数値設定が適さない項目については目標値を設定しませんが、各事業の実施を通じ、健康課題の解消をめざすこととします。

表6 保健事業・目標

保健事業	令和11年度（2029年度） 目標	
	アウトプット	アウトカム
未受診者への受診勧奨など	未受診者への受診勧奨実施者の累積カバー率【32.1%】	特定健診受診率【35.9%】
特定保健指導事業	特定保健指導終了率【60.0%】	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率【30.0%】
	積極的支援レベル終了者の割合【45.0%】	
	動機づけ支援レベル終了者の割合【75.0%】	
重症化予防対策 （高血圧、糖尿病、脂質異常症） たばこ対策	（高血圧） 介入率 受療勧奨後の受療率	Ⅱ度以上高血圧者（未治療）【3.0%未満】
	（糖尿病） 介入率 受療勧奨後の受療率	HbA1c7.0%以上（未治療）【0.5%未満】
	（脂質異常症） 介入率 受療勧奨後の受療率	LDL コレステロール 180mg/dL以上（男性のみ）（未治療）【1.0%未満】
	（たばこ対策） 禁煙指導	喫煙率【10%】
重症化予防対策 （糖尿病性腎症）	●糖尿病性腎症重症化予防 ・患者教育プログラム終了率：【100%】 ・目標内容設定による目標達成率：【95%】 ・服薬率：【100%】	●糖尿病性腎症重症化予防 ・健康管理とモニタリングによる行動変容率 95% ・糖尿病性腎症病期の維持100%
ポピュレーションアプローチ （内臓脂肪症候群）		内臓脂肪症候群該当者割合【15.0%】 内臓脂肪症候群予備群者割合【10.0%】

ポピュレーションアプローチ (高血圧症)	健康教育実績 40 件以上 特定健診結果説明会参加者 45 人/ 月以上	高血圧有病率 健診受診時の収縮期血圧 130mmHg 未満の者の割合【60.0%】 または拡張期血圧 85mmHg 未満の 者の割合【80.0%】
ポピュレーションアプローチ (脂質異常症)	健康教育実績 40 件以上 特定健診結果説明会参加者 45 人/ 月以上	健診受診時の LDL コレステロール 120mg/dL 未満の者の割合【50.0%】
ポピュレーションアプローチ (糖尿病)	健康教育実績 40 件以上 特定健診結果説明会参加者 45 人/ 月以上	健診受診時の HbA1c5.6%未満の者 の割合【50.0%】
禁煙指導 (禁煙相談、喫煙防止対策、 受動喫煙防止対策)	健診時の禁煙指導実績 (2,000 人/ 年以上)	喫煙率【10.0%】
精神保健福祉相談	こころの健康相談数 15 件/月以上 こころの健康相談窓口の周知・啓 発	市内自殺者数の減少傾向の維持 (自殺死亡率 13.0 以下)
栄養指導 適塩(減塩)の周知・啓発	適塩(減塩)イベント実施件数 1 件 /年以上	設定なし
歯科健診	新規対象者(40歳)に対するハガキ 勸奨実施	歯科健診受診率の上昇(令和4年 度:12.2%)
肺炎球菌ワクチン接種率向上		65歳のワクチン接種率:15%
骨粗しょう症(骨折)の罹患 率減少	骨粗しょう症予防の普及・啓発 骨粗しょう症検診の受診勸奨	40歳以上女性千人当たりの骨折 入院レセプト件数 0.7件以下
後発医薬品使用の啓発 医療費差額通知	通知発送者数 通知者における後発医薬品への切 替者数・割合	後発医薬品利用率(数量シェア)

第2節 保健事業の実施内容

健康課題と保健事業の対応・現状分析は、表5（第3章第2節）にまとめています。

健康課題に対する各保健事業の実施内容については、表7にまとめています。

表7 保健事業計画のまとめ

		特定健診 未受診者勧奨		新規対象者への案内
計画の概要	目的	特定健診対象者に直接働きかけて受診率を向上させる	新規対象者は制度に不慣れな可能性があるため、健診受診につなげるため案内を強化する	
	対象者	対象年齢の者 過去3年間の特定健診受診歴の中で不定期受診者と未経験者	対象年齢であって、前年度に国保に加入した者	
	方法	受診勧奨ハガキの郵送	受診勧奨ハガキの郵送、訪問	
各年度の方向性	令和6年度	上記のとおり実施	上記のとおり実施	
	令和7年度		上記のとおり実施	
	令和8年度		上記のとおり実施	
	令和9年度		上記のとおり実施	
	令和10年度		上記のとおり実施	
	令和11年度		上記のとおり実施	
目標値 (令和11年度)	アウト プット	実施率 100% 実施者受診率 31.2%以上		
	アウト カム	特定健診受診率 35.9%		

表7 保健事業計画のまとめ（つづき）

		特定保健指導事業	たばこ対策
計画の概要	目的	保健指導や運動指導等により生活習慣改善を促し、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させることで生活習慣病を予防する。	禁煙相談や受動喫煙防止対策と COPD に関する認知度向上により発症を予防する。
	対象者	ア. 特定健康診査の結果、特定保健指導に該当した者 イ. 40 歳以上の被保険者	国民健康保険被保険者とその家族
	方法	面談、訪問、電話、文書等	面談、電話、広報誌、ホームページ等
各年度の方向性	令和6年度	ア. 特定保健指導終了率向上維持対策 ・ 若年者等への継続支援としての IT 活用	・ 行動変容を促すための媒体の充実
	令和7年度		
	令和8年度	イ. 特定保健指導減少率向上対策 ・ 行動変容を促すための媒体の充実 ・ 産官連携事業の利用を積極的に勧奨 ・ 保健師・栄養士等による介入方法の検討	
	令和9年度		
	令和10年度		
	令和11年度		
目標値（令和11年度）	アウトプット	・ 特定保健指導実施終了率（60%以上）	・ 健診時の禁煙指導実績
	アウトカム	・ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(30%)	・ 喫煙率（10.0%）

表7 保健事業計画のまとめ（つづき）

		重症化予防対策		
		高血圧	脂質異常	糖尿病
計画の概要	目的	早期受診が必要と思われる未治療者に対して受療の必要性を理解してもらい、適切な治療に結び付けるとともに、保健指導により生活習慣の改善点について、自らの気づきを促し、重症化を予防する。		
	方法	<ul style="list-style-type: none"> 保健師による個別受療勧奨及び保健指導の実施 3か月毎に2回目、3回目の受療確認及び生活習慣の確認、助言 健康行動をサポートする保健指導プログラムに基づくリーフレットの活用 		
	対象者	収縮期血圧 160mmHg 以上 または 拡張期血圧 100mmHg 以上 かつ問診項目において「血圧を下げる薬」の使用がないと回答した者	LDL コレステロール 180 mg/dL以上（男性のみ） かつ問診項目において「コレステロールを下げる薬」の使用がないと回答した者	HbA1c 7.0%以上かつ問診項目において「血糖を下げる薬」または「インスリン注射」の使用がないと回答した者
各年度の方向性	令和6年度	<ul style="list-style-type: none"> 蓄積されたデータの分析を行う 重症化予防事業の対象者の見直しを図る 保健師・栄養士等による介入方法検討 研修会や自己学習による、担当者の知識、技術の維持、向上を図る仕組みを作る 医師会等との連携を深め、重症化予防事業の効果を高める 対象者が継続して健診を受診できるよう、健診結果綴り等媒体の利用 		
	令和7年度			
	令和8年度			
	令和9年度			
	令和10年度			
	令和11年度			
目標値（令和11年度）	アウトプット	介入率 レセプト情報確認 受療勧奨後の受療率【65%】		
	アウトカム	未治療者・治療者に占める割合 Ⅱ度以上高血圧者（未治療）【3.0%未満】	LDL コレステロール 180mg/dL 以上（男性のみ）（未治療）【1.0%未満】	HbA1c7.0%以上（未治療）【0.5%未満】

表7 保健事業計画のまとめ（つづき）

		重症化予防対策
		糖尿病性腎症
計画の概要	目的	糖尿病性腎症は早期に適切な治療をうけることで、将来的に腎不全から人工透析に至る進展のリスクを下げる事が可能であり、糖尿病性腎症を原疾患とした透析導入患者を減少させる。
	内容	糖尿病性腎症患者のうち透析導入前段階にある患者に対し、患者の自己管理の実効性を高めるプログラムとなるべく、生活圏にある地域薬局の薬剤師が、患者が通院する医療機関と連携して6ヵ月間にわたり患者の自己管理を支援する。(外部委託)
	対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・茨木市国民健康保険加入 ・40歳以上75歳未満の方 ・Ⅱ型糖尿病性腎症2期～3期の方 ・腎症1期であっても主治医によって進行リスクが高いと判断された方 ・市内の薬局を利用している方
各年度の方向性	令和6年度	対象者数の確保に例年時間を要していることから、患者が利用する医療機関、薬局に関する基準を柔軟に見直しながら、目標人数の実施を目指す。
	令和7年度	上記のとおり実施
	令和8年度	上記のとおり実施
	令和9年度	上記のとおり実施
	令和10年度	上記のとおり実施
	令和11年度	上記のとおり実施
目標値 (令和11年度)	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・患者教育プログラム終了率 100% ・目標内容設定による目標達成率 95% ・服薬率 100%
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・健康管理とモニタリングによる行動変容率 95% ・糖尿病性腎症病期の維持 100%

表7 保健事業計画のまとめ（つづき）

		ポピュレーションアプローチ		
		高血圧症予防	脂質異常症予防	糖尿病予防
計画の概要	目的	自らの生活習慣を振り返ることを通して、現在の健康状態を自覚し、生活習慣病の発症を予防する。		
	方法	<ul style="list-style-type: none"> 健康教育 地域の企業や大学との連携によるイベント・講演会 広報誌、ホームページ等による啓発 		
	対象者	国民健康保険被保険者とその家族		
各年度の方向性	令和6年度	<ul style="list-style-type: none"> 蓄積されたデータの分析を行う より効果的な啓発方法の検討 医師会等との連携を深め、生活習慣病予防の効果を高める 多職種間による介入方法の検討 		
	令和7年度			
	令和8年度			
	令和9年度			
	令和10年度			
	令和11年度			
目標値（令和11年度）	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 健康教育実績 40件以上 特定健診結果説明会参加者 45人/月以上 		
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診時の収縮期血圧130mmHg未満の者の割合（60.0%） または拡張期血圧85mmHg未満の者の割合（80.0%） 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診時のLDLコレステロール120mg/dL未満の者の割合（50.0%） 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診時のHbA1c5.6%未満の者の割合（50.0%）

表7 保健事業計画のまとめ（つづき）

		がん検診	歯科検診
計画の概要	目的	がん検診を受診することで、早期発見、早期治療につなげ死亡者の減少につなげる。	歯科健康診査を受診することにより、う蝕、歯周病等の口腔疾患の予防と早期発見に努める。
	内容	・保健医療センター等で行う集団検診 ・委託医療機関で受診する個別検診	通院と訪問の個別健診
	対象者	胃がん検診：年度中に40歳以上 肺がん検診：年度中に40歳以上 大腸がん検診：年度中に40歳以上 乳がん検診：4月1日時点で40歳以上の女性 子宮がん検診：4月1日時点で20歳以上の女性	通院：40歳以上の市民 （40～69歳は隔年、70歳以上は毎年対象） 訪問：40歳以上（要介護3～5程度）
各年度の方向性	令和6年度	上記の通り実施	上記の通り実施
	令和7年度		
	令和8年度		
	令和9年度		
	令和10年度		
	令和11年度		
目標値（令和11年度）	アウトプット	・検診の継続的实施 ・ハガキ勸奨の実施	・健診の継続的实施 ・新規対象者(40歳)に対するハガキ勸奨実施
	アウトカム	受診率 胃がん検診：9.9% 肺がん検診：10.0% 大腸がん検診：9.9% 子宮がん検診：24.7% 乳がん検診：25.3%	歯科健診受診率の上昇 （令和4年度：12.2%）

表7 保健事業計画のまとめ（つづき）

		後発医薬品普及
計画の概	目的	
	内容	
	対象者	
各年度の方向性	令和6年度	
	令和7年度	
	令和8年度	
	令和9年度	
	令和10年度	
	令和11年度	
目標値 (令和11年度)	アウトプット	
	アウトカム	

表7 保健事業計画のまとめ（つづき）

		精神保健福祉相談（こころの健康づくり）		栄養指導
		こころの健康相談	相談窓口の周知・啓発	適塩（減塩）の周知・啓発
計画の概要	目的	悩みや不安がある人が気軽に相談できるように、こころの健康相談窓口を設置する	自殺予防週間や自殺対策強化月間に、重点的な周知・啓発を行う	適正な塩分量や減塩の必要性等について市民の知識を深め、生活習慣病の発症を予防する。
	対象者	市民	市民	市民
	方法	電話、面談、訪問	広報誌やホームページ等の活用 ポスター掲示 チラシ作成及び配布	適塩(減塩)料理教室等イベントの実施 チラシ作成及び配布
今後の方向性		・ 通年実施を継続 ・ 多機関との連携を深め、相談者の課題解決につなげる	加齢とともに精神保健の課題が生じやすい中高年世代を中心に、こころの健康づくりの周知・啓発をすすめる	市内スーパーや大学等の関係機関と連携し、適塩(減塩)に取り組みやすい環境づくりを進め、適塩(減塩)に取り組む市民を増やす
目標値（令和11年度）	アウトプット	こころの健康相談件数 15件/月以上	チラシ配布数 5,000部/年以上	適塩(減塩)イベント実施件数1件/年以上 チラシ配布数 2,000部/年以上
	アウトカム	相談件数 前年度比が連続して向上	市内自殺者数の減少傾向の維持（自殺死亡率13.0以下）	

第3節 特定健康診査等の実施に関する事項

1 目標

特定健康診査の対象者数および実施率の推計（2023年度：実績値、2024～2029年度：目標値）

	①全対象者数	②実施率	③想定実施者数 (①×②)	④他の法令に基づく 健診受診者数推計	⑤予定実施者数 (③-④)
2023年度	34,548	32.0%	11,055人		
2024年度	33,396	32.6%	10,887人		
2025年度	32,680	33.2%	10,850人		
2026年度	32,221	33.8%	10,891人		
2027年度	31,954	34.5%	11,024人		
2028年度	31,867	35.2%	11,217人		
2029年度	32,024	35.9%	11,497人		

特定保健指導の対象者数および実施率の推計（2023年度：実績値、2026・2029年度：目標値）

		特定健康診査 受診者数	動機づけ支援		積極的支援		計	
			実施者数	対象者数	実施者数	実施率	実施者数	実施率
個別健診	2023年度	8,667人						
	2026年度	8,539人						
	2029年度	9,014人						
集団健診	2023年度	2,388人	892人	636人	223人	89人	65.0%	25.0%
	2026年度	2,352人	887人	631人	222人	90人	65.0%	27.5%
	2029年度	2,483人	927人	660人	232人	93人	65.0%	30.0%
計	2023年度	11,055人						
	2026年度	10,891人						
	2029年度	11,497人						

2 対象者の特徴・分布

2023年3月時点における特定健診対象者の高齢者割合（65歳以上の者である割合）は56.9%である。半数以上が高齢者である状況は、今後も当面続くものと見込まれる。

3 実施体制

(1) 特定健康診査

①会場

集団健診：保健医療センター、各地区保健福祉センター、コミュニティセンター等

個別健診：集合契約加入医療機関及び個別契約医療機関

②実施項目

特定健康診査法定項目である特定健診の基本的な項目[問診(既往歴、服薬歴、喫煙習慣を含む)、自覚症状(理学的所見)、身長・体重・腹囲・BMI、血圧、血液検査(肝機能(AST、ALT、 γ -GTP)、脂質(トリグリセライド、HDL コレステロール、LDL コレステロールまたは Non HDL コレステロール)、血糖(空腹時血糖または HbA1c))、尿検査(糖・たんぱく)]、および詳細な健診の項目[心電図・眼底・貧血]を実施する。血液検査による腎機能検査として、クレアチニン測定を全受診者に実施する。

4 実施時期・年間スケジュール

(1) 特定健康診査

集団健診：6月～翌3月

個別健診：4月～翌3月

(2) 特定保健指導

①動機付け支援：初回面接から3か月後に最終評価を実施。

②積極的支援：初回面接終了後、中間評価として面接や電話等による行動計画の実施状況の確認や継続支援を実施。3か月後に最終評価を実施。

ただし、市の判断で、対象者の状況等に応じ、第3期特定健診等実施計画までと同様の6か月経過後に評価を実施することや、3か月経過後の実績評価の終了後にさらに独自のフォローアップを行うこと等がある。

5 周知・案内の方法

(1) 特定健康診査

毎年4月に全対象者に送付する「茨木市健診チケット」の封筒に特定健診受診券を同封して送付する。

(2) 特定保健指導

①集団健診：健診受診時の案内チラシ配布、電話

②個別健診：結果発送時に案内を同封。結果到着後に電話勧奨。

			初回面接	2回目以降
集団健診	動機づけ支援	約1か月後に電話勧奨	来所面談 家庭訪問	電話
	積極的支援			来所面談・家庭訪問・電話
個別健診	動機づけ支援	データが届き次第、文書による勧奨ののち、電話勧奨	来所面談 家庭訪問	電話
	積極的支援			来所面談・家庭訪問・電話

6 他の法令等に基づく健診結果の受領（受診者本人からの受領）

7 その他の事項

第4節 計画の評価

データヘルス計画及び特定健診等実施計画では、PDCAサイクルの考え方にに基づき定期的に計画の達成・進捗状況の評価・点検し、進行管理を行うことが求められます。

また、評価の結果、実態に即した効果的な取組を行う必要が生じた場合は、計画内容を見直すことも重要です。

1 評価の時期

各保健事業で定めている評価指標に係る評価や進行管理については、毎年度行うものとします。また、計画最終年度の令和11年度(2029年度)には、年度途中で、計画期間全体の仮評価を行います。

ただし、評価に要する主な情報源である特定健診受診率や特定保健指導実施率等のデータは、事業年度終了から数値が確定するまでに時間差が生じることには留意します。

2 評価の方法

評価指標の評価は、大阪府国民健康保険団体連合会(以下、「府国保連」という。)から月次等で定期的に提供される特定健診受診率及び特定保健指導利用率・実施率、レセプトデータ、健診結果データ等を用いて、健康管理システム、KDBシステム等により行います。

また、これらの評価は、可能な限り数値を用いて、定量的に行います。加えて、市独自の評価のみならず、府国保連等の外部機関とも連携して、第三者の視点を取り入れた評価の実施に努めます。

第5節 計画の見直し

第4節で定めた評価によって見直しが必要と考えられる場合、また国が定める基本指針や関係法令等の改正・変更があった場合に、本計画内容を見直します。

見直しは、健康医療部健康づくり課を主担当として実施します。

第6節 計画の公表・周知

1 計画の公表・周知

本計画は、市広報誌やホームページで公表するとともに、市役所情報ルーム等における計画書冊子の公開、地域の関係団体への配布等を通じて、周知に努めます。また、周知にあたっては、端的に計画の要旨をまとめた概要版を作成し、これを活用します。

2 保健事業の普及啓発

特定健診をはじめとする各保健事業の実施には市民や被保険者の理解が不可欠であることから、市広報誌やホームページ、イベント開催時等様々な方法・機会を通じて、普及啓発に努めます。

第5章 その他

第1節 事業運営上の留意事項

この計画に策定した事業の推進にあたっては、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく保健事業と関連する部分があることから、ポピュレーションアプローチ等については、市国保被保険者に限らず、対象年齢となる市民に対して実施することとします。

また、医療費分析の結果や健康課題について、関係部局等と共通認識を持って連携し、事業を推進していくよう努めます。

第2節 計画策定・推進にあたっての留意事項

データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定し、課題解決に向けた効果的な事業推進を図るため、事業運営に関わる担当者は国保連合会が実施するデータヘルスに関する研修等に積極的に参加することとします。

第3節 地域包括ケアに係る取組

令和7年（2025年）には団塊の世代が75歳以上となるなど、高齢化の急速な進展により生活への支援や介護を必要とする人の大幅な増加が見込まれています。

支援が必要な人が、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支える「地域包括ケアシステム」の強化が重要であり、この実現には、地域の実情や特性に合った保健事業や対策が必要となることが考えられます。

KDB等を活用し、ハイリスク群と予備軍等のターゲット層を明確化し、課題を抱える被保険者層の分析を行い、各関係者と共有することで、地域で被保険者を支える事業の実施等に繋がります。

本計画に定める保健事業の実施においては、必要に応じて地域の関係機関等とも連携し、住民の課題に合わせ、検討します。

第4節 個人情報の取り扱い

1 法令順守

本計画に基づく保健事業実施に係る個人情報については、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」、「高齢者の医療の確保に関する法律」等の関係法令、本市の条例・規則、茨木市個人情報の適正な取扱いに関する基本方針及び取扱指針に基づき、職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督）等について、周知徹底を図ります。

また、特定健診・保健指導データの電子媒体による保存及びデータの提供については、茨木市共通基盤システムの管理及び運用に関する要領及びガイドライン等を順守します。

2 記録の保管・保存

(1) 記録の保管体制

特定健診等のデータについては、本市が管理するシステム及び代行機関である府国保連が管理するシステムで電磁的に記録及び保管を行います。

また、特定保健指導等を記録した紙媒体に関しては、個人別に経年で整理し、実施担当部署において施錠可能なロッカー、書庫等で適切に保管します。

記録の管理責任者は、健康医療部健康づくり課長とします。

(2) 保存期間

特定健診・保健指導の記録の保存義務期間は、国の示す実施基準に基づき、記録の作成の日から5年間、又は市国保被保険者が他の保険者に加入した日の属する年度の翌年度の末日までとします。

保存期間の満了後は、5年分の記録を被保険者の求めに応じて提供するなど、被保険者が生涯にわたり自己の健康診査情報を活用し、健康づくりに役立てるための支援を行います。

3 外部委託

本計画に基づく保健事業については、特定健診等の実施やデータ分析等にあたって、一部を外部委託して行います。

外部へ委託する際には、委託先となる実施機関に対して関係法令等を十分理解させるとともに、個人情報の厳重な管理や目的外利用の禁止、法令順守等について契約書に明記し、個人情報の管理状況の確認を行い、その管理徹底を行います。

産前産後の国民健康保険料減免措置について

「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」により、子育て世帯の負担軽減や次世代育成支援等の観点から、国民健康保険法施行令において、出産する被保険者に係る産前産後期間の4か月間の均等割額及び所得割額を免除する措置が創設されます。

【制度内容】

出産する国保被保険者の出産予定月の前月から出産予定月の翌々月までの期間（4か月）にかかる均等割額及び所得割額を減免します。

また、多胎妊娠の場合は出産予定月の3か月前から6か月間の均等割額及び所得割額を減免します。

※出産とは妊娠85日（4か月）以降の出産（死産・流産・人工妊娠中絶含む）をいいます。

【施行期日】

令和6年1月1日

【減免対象期間】

・期間イメージ

	3か月前	前々月	前月	出産(予定)月	翌月	翌々月
単胎妊娠(出産)			○	●	○	○
多胎妊娠(出産)	○	○	○	●	○	○

 …減免期間

※令和5年11月に出産した場合、令和6年1月分の保険料を減免します。

【届出方法】

窓口または郵送及び電子申請（ぴったりサービス）にて届出

※出産後、一定期間が経過しても届出がない場合は、出産育児一時金の支給情報等により本市が出産の状況を把握できる場合には、職権による減免適用も可能としています。

【市民への周知】

「広報いばらき」及び「茨木市ホームページ」に掲載。
母子健康手帳発行時にチラシを配布。

【令和5年度における費用負担及び見込額】

費用負担

国庫負担 1/2、府負担 1/4、市負担 1/4

費用見込(令和6年1月から3か月分)

対象者数：37人（令和5年度出産育児一時金支給対象者見込 150人）

費用：1,239,000円（うち市負担分 310,000円）