



熊取町国民健康保険 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画) 第4期特定健康診査等実施計画 概要版(案)

令和6年3月15日
議員全員協議会資料
健康福祉部

計画の趣旨

熊取町国民健康保険においては、被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸、その結果としての医療費適正化に資することを目的とし「第1期及び第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」及び「特定健康診査等実施計画」(第1期～第3期)を策定し、計画に定める保健事業を推進してきました。

「データヘルス計画」はデータ分析に基づく保健事業の実施内容やその目的・目標を、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査・特定保健指導の実施方法や目標等をそれぞれ定めたもので、このたび令和5年度に両計画が最終年度を迎えることから、過去の取り組みの成果・課題を踏まえ、より効果的・効率的に保健事業を実施するために、「第3期データヘルス計画」と「第4期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定します。

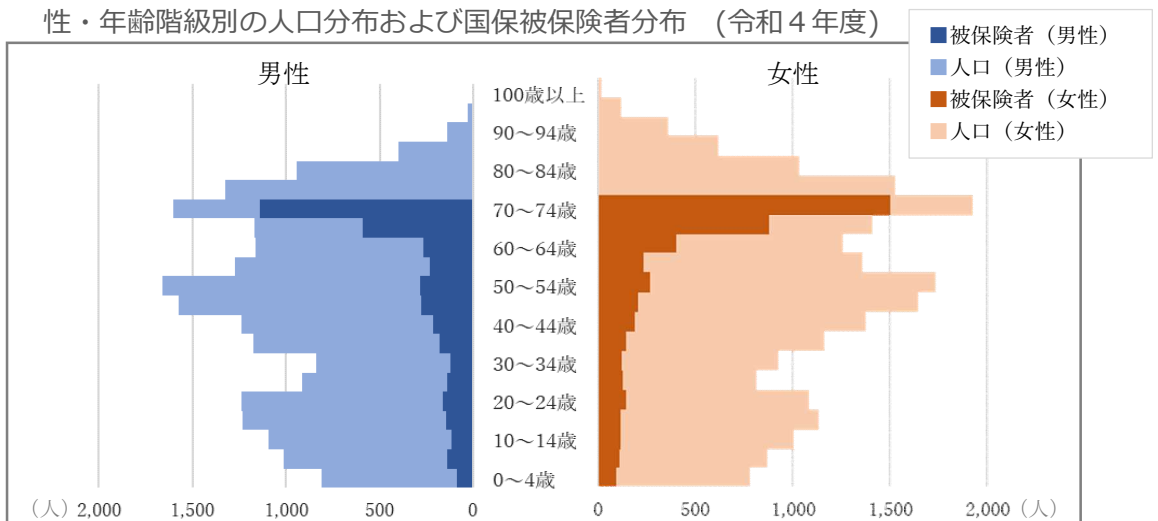
計画期間

「第4期大阪府医療費適正化計画」や「第4期特定健康診査等実施計画」などの計画との整合性を図るため、令和6年度～11年度までの6年間とします。

	H20～24	H25～29	H30～R5	R6～R11	R12
データヘルス計画		第1期	第2期	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)	次期
特定健康診査等実施計画	第1期	第2期	第3期		
大阪府医療費適正化計画	第1期	第2期	第3期	第4期大阪府医療費適正化計画	次期

人口・被保険者の状況

人口分布では、男女ともに70～74歳の年齢階層が多く、国保被保険者分布では男女ともに65歳以上が多くを占めています。



出典: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

平均寿命・健康寿命

平均寿命は、ある年齢の人々がその後何年生かれるかという期待値を指し、ここでは0歳時点の平均寿命を示しています。

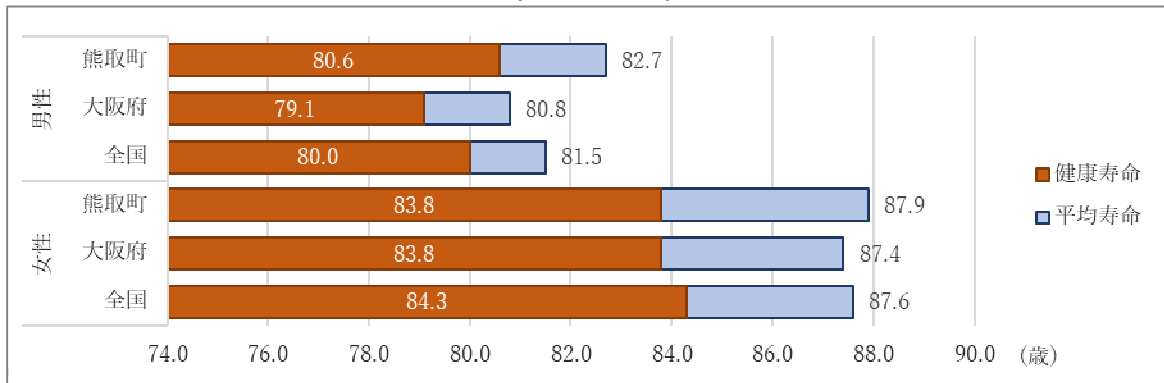
また、健康寿命は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したものです。

平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

男性の平均寿命は82.7歳、健康寿命は80.6歳です。日常生活に制限がある期間の平均は2.1年で、国の1.5年よりも長い傾向にあります。

女性の平均寿命は87.9歳、健康寿命は83.8歳です。日常生活に制限がある期間の平均は4.1年で、国の3.3年よりも長い傾向にあります。

男女別の平均寿命及び健康寿命の比較（令和3年度）



出典：大阪府健康推進室健康づくり課提供データ参照

特定健康診査実施状況

特定健診の受診率は平成20年度の25.9%より改善し、平成25年度よりほぼ全国と同等の受診率となり、令和元年度は全国及び大阪府を上回り、40.4%となりました。令和2年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、33.6%に減少しましたが、令和4年度は37.9%となり、大阪府より高い水準にあります。

特定健診受診率の推移



出典：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

特定保健指導対象者の利用率は、全国及び大阪府よりも高い水準にあり、令和元年度に落ち込んだものの全国及び大阪府を上回っています。

特定保健指導実施率は令和元年度及び令和4年度に落ち込みがみられますが、平成20年度の23.8%から令和3年度の36.5%は全国及び大阪府を上回っています。

特定保健指導利用率の推移



出典:特定健康診査・特定保健指導 法定報告

特定保健指導実施率の推移



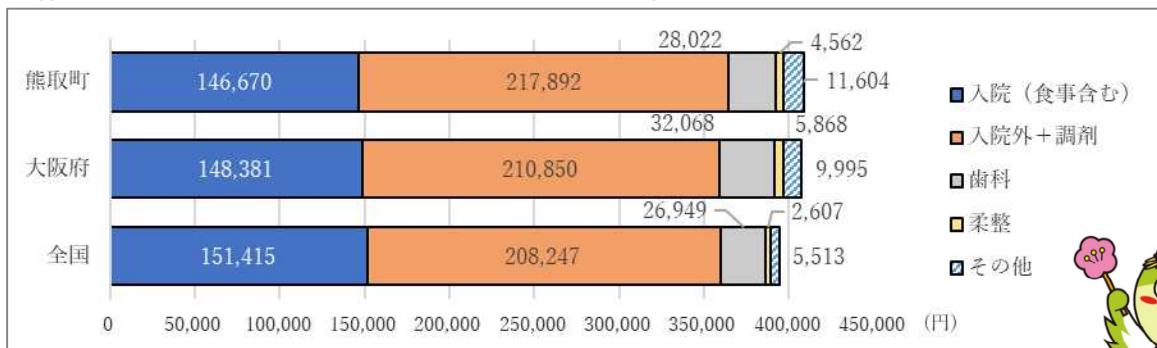
出典:特定健康診査・特定保健指導 法定報告



令和3年度における国民健康保険医療費の状況は、被保険者一人当たり年間医療費は全国・大阪府平均と比較して上回っています。費用区分別では、「入院（食事含む）」が大阪府より低い一方で、「入院外+調剤」が全国及び大阪府よりも上回っています。

また、令和4年度の年齢階級別の一人当たりの総医療費を全国・大阪府平均と比較すると、0～9歳、30～49歳で高く、50～74歳では大阪府より低くなっています。

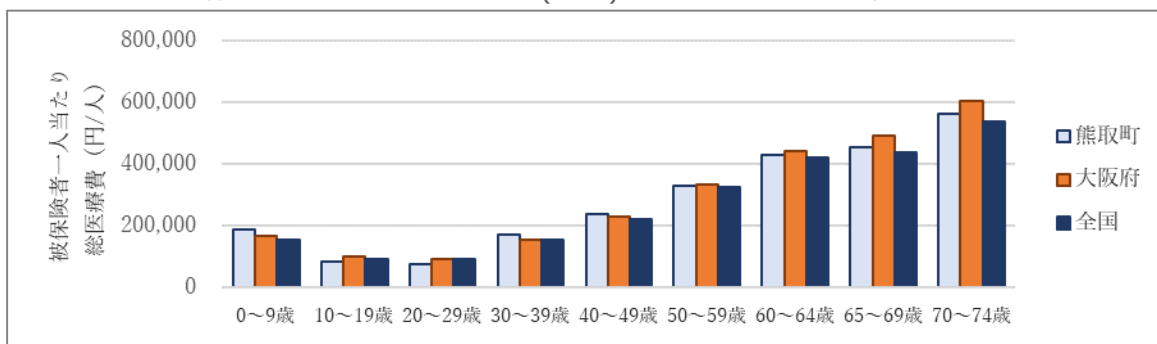
被保険者一人当たり年間医療費の比較（令和3年度）



出典:大阪府国民健康保険事業状況・国民健康保険事業年報



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4年度）

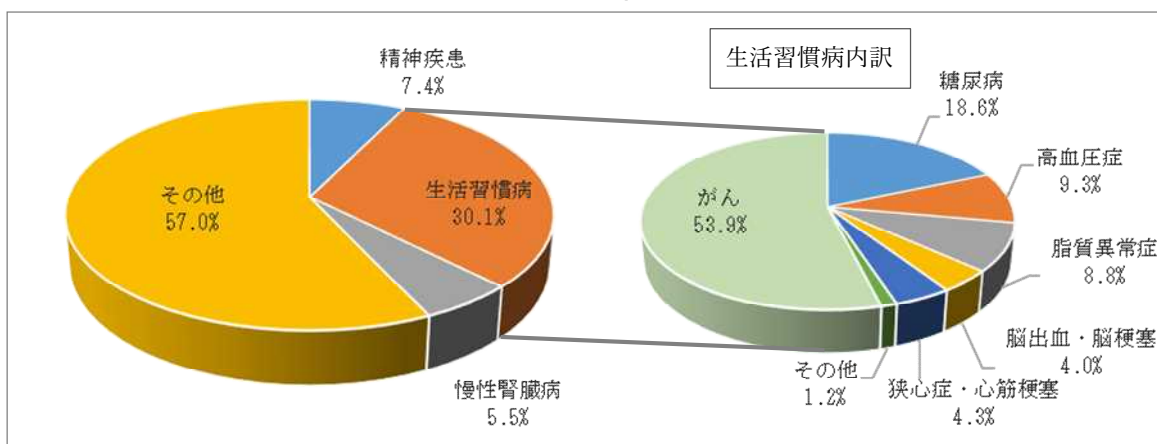


出典: KDBシステム 疾病別医療費分析 から算出

総医療費に占める生活習慣病の割合

総医療費に占める生活習慣病の割合は30.1%となっており、その内訳は、がんが53.9%と半数以上を占め、糖尿病18.6%、高血圧症9.3%、脂質異常症8.8%と続いています。また、高血圧や糖尿病との関連が深い慢性腎臓病の総医療費に占める割合は5.5%となっており、生活習慣病と合わせて注目すべき疾病となっています。

総医療費に占める生活習慣病の割合（令和4年度）



出典: KDBシステム 疾病医療費分析

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第3期特定健診等実施計画に基づき実施した主な事業について実施状況をまとめました。

項目	事業名	事業目的	アウトカム			
			評価指標	策定時実績 平成28年度	目標値 令和5年度	達成度 令和4年度
特定健康診査	(1)受診率の向上	生活習慣病を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出することに加え、その他生活習慣病予備群や要医療者を把握し、生活習慣病の発症や重症化を予防する。	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診（全体）受診率 3年累計受診率 	38.8% 51.7%	46.0% 58.0%	37.9% 51.6%
	(2)未受診者対策	個々に応じたきめ細かな案内を行うことで、受診率向上をめざす。				
	(3)継続受診対策	経年の健診結果を把握することにより、傾向を把握し、保健指導に活かす。				
特定保健指導	(1)特定保健指導の実施	健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとし、心疾患や脳血管疾患などの発症の前段階であるメタボリックシンドロームを改善し、重症化や合併症を予防する。	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導利用率 特定保健指導実施率 内臓脂肪症候群該当者割合 内臓脂肪症候群予備群割合 	40.4% 32.3% 14.3% 11.0%	50.0% 45.0% 13.0% 10.8%	39.4% 27.5% 19.9% 11.5%
	(2)特定保健指導未利用者対策	特定保健指導利用率の向上及び実施率の向上				
重症化予防	受診勧奨判定値を超えている者への取組	高血圧・糖尿病・脂質異常症からの動脈硬化を予防し、脳卒中・虚血性心疾患・人工透析などの重症化を予防する。 (1)高血圧受療勧奨 (2)糖尿病受療勧奨 (3)LDLコレステロール要医療者受療勧奨 (4)腎機能要医療者受療勧奨 (5)不整脈・心電図要医療者受療勧奨	<ul style="list-style-type: none"> 収縮期160mmHg以上または拡張期100mmHg以上該当者数減少 HbA1c8.0%以上該当者数減少 LDLコレステロール180mg/dl以上該当者減少 	7.8% 0.9% 6.2%	10.15% 0.9% 5.1%	
	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症の者に対して保健指導をすることで、人工透析につながることを予防または導入の時期を遅らせる。				
適正化	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及啓発	後発医薬品に切り替えた場合の具体的なメリットを示すことで、後発医薬品への切り替えを促進	<ul style="list-style-type: none"> 数量シェア 	67.8%	80.0%以上	81.7%
健康増進	がん検診推進事業	がん検診（肺・胃・大腸・子宮・乳）の実施により、がん検診及び精密検査を確実に受けることができる機会を設けがんの早期発見・早期治療につなげる。また、医療機関と連携し、がん発見率の向上をめざす。	がん検診受診率 ・肺がん ・胃がん ・大腸がん ・乳がん ・子宮頸がん	<ul style="list-style-type: none"> 14.7% 5.9% 15.2% 20.3% 24.2% 		13.1% 5.6% 11.7% 21.3% 24.6%

健康増進を目的として「成人歯科健診」「インセンティブを活用した取組」「禁煙推進」「地域包括ケア」などの取組を行っています。



本計画の趣旨である被保険者の生活の質(QOL)の維持・向上、健康寿命の延伸及び医療費適正化に向け、生活習慣病の予防と早期発見、重症化予防が重要です。

これまでの分析結果から、主な重点課題と今後の取組内容をまとめました。

項目	課題	対策（保健事業）	評価指標	目標値
特定健康診査	受診率は、向上しているが目標に届いていない。一部の年齢層の底上げが必要となり、引き続きの取組が必要である。	特定健康診査の実施・受診率の向上 特定健康診査未受診者対策 特定健康診査継続受診対策	・特定健診受診率 ・3年累積受診率	60% 60%
特定保健指導	特定保健指導の利用率及び実施率は、全国及び大阪府より高い状況にあるが、伸び悩んでいる。	特定保健指導の実施 特定保健指導未利用者対策	・特定保健指導利用率 ・特定保健指導実施率 ・特定保健指導による対象者の減少率 ・内臓脂肪症候群該当者割合 ・内臓脂肪症候群予備群割合	70% 60% 30% 15% 11%
重症化予防	受療勧奨対象者への受療勧奨は概ね、良好であるものの収縮期血圧160mmHg以上または拡張期100mmHg以上該当者の割合が増加傾向である。	生活習慣病の1次予防への取組 受診勧奨判定値を超過者への取組	・収縮期160以上または拡張期110以上該当者数減少 ・HbA1c8.0以上該当者数減少 ・LDLコレステロール180以上該当者数減少	7.8% 0.9% 5.1%
	糖尿病性腎症重症化予防事業において、優先度が高い対象者が参加につながるよう参加勧奨方法を検討する必要がある。	糖尿病性腎症重症化予防対策	・糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者からの新規透析導入者数	0人
健康増進	<ul style="list-style-type: none"> がん検診のさらなる受診率の向上が必要。 成人歯科健診は、受診者数が低迷している。 熊取ぴんぴん元気ポイントアップ事業を見直し、大阪府の健康サポートアプリ「アスマイル」の活用が重要である。 たばこについては、引き続き健（検）診時の禁煙指導が重要である。 地域包括ケアについては、医療及び介護関係機関との情報共有や連携した取組が重要である。 	がん検診推進事業 成人歯科健診 インセンティブを活用した取組 たばこ対策 地域包括ケアの推進	※健康増進計画で定める目標値 ・特定健診受診者のうち喫煙者の割合 ・後期高齢者医療健診有所見者割合心電図異常 ・収縮期血圧140以上	10%維持 19% 35.6%
医療費適正化	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の目標値の80%は上回っている。	後発医薬品（ジェネリック医薬品）差額通知	・数量シェア	80%以上
	重複服薬対象者への電話による健康相談の実施で改善がみられることから、継続して取り組む必要がある。	・対象者数	・健康相談実施率	10%減少

その他課題と対策として、「ポピュレーションアプローチ」「高齢者の特性を踏まえた健康支援の実施」などの取組を行っています。



課題に対する対策（保健事業）について「特定健康診査の実施・受診率の向上」及び「特定保健指導の実施」「ポピュレーションアプローチとして生活習慣病の1次予防に重点をおいた取組」さらに「重症化予防として受診判定値を超えている者への取組」について今後の取組内容をまとめました。

特定健康診査の実施・受診率の向上

		特定健診の実施						
計画の概要	目的	メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出することに加え、その他生活習慣病予備群や要医療者を把握し、生活習慣病の発症や重症化を予防する。						
	対象者	熊取町国民健康保険被保険者のうち年度末年齢30歳～74歳（年度途中加入者を含む）及び年度途中75歳到達者（75歳誕生日前日まで）を対象とする。なお、妊産婦その他厚生労働大臣が定める者（刑務所入所、海外在住、長期入院など）は、対象外とする。						
		電話勧奨（40歳以上）	ハガキ勧奨（40歳以上）					
	目的	・個々に応じたきめ細かな案内を行うことで受診意識を高め、行動に導く。 ・受診率の低い40歳代、50歳代へ集中的に実施することで、疾病の早期発見・早期治療につなげ、将来的な医療費抑制をめざす。	当該年度未受診者全員					
	対象者	当該年度未受診者のうち、過去の受診状況及び年代を考慮して実施	・勧奨文を対象者の特性に合わせたものとする ことにより“健診の自分事化”を促し、受診行動につなげる。					
		土日健診	継続受診対策					
目的	平日仕事などで受診しにくい方なども、受診しやすくする。	継続して受診することで、受診率の維持向上を図るとともに、経年の健診結果を把握することにより、改善または悪化傾向にあるのか早期に把握し、保健指導に活かす。						
対象者	特定健診対象者全員	集団特定健診受診者全員						
アウトカム（成果）指標		令和4年度（実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間目標）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終目標）
特定健康診査実施率（受診率）		37.9%	45%	48%	51%	54%	57%	60%

特定保健指導の実施

		特定保健指導の実施						
計画の概要	目的	対象者が、健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとし、心疾患や脳血管疾患などの発症の前段階であるメタボリックシンドロームを改善し、重症化や合併症を予防する。						
	対象者	特定健康診査または助成を受けて人間ドックを受診した結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る人のうち、糖尿病・高血圧症・脂質異常症の治療に係る薬剤を服用しているものを除く人とする。						
		特定保健指導未利用者対策						
	目的	特定保健指導利用率の向上及び実施率の向上						
対象者	特定保健指導利用券を送付後、指定した初回面接日時に来所がなかった対象者及び個別特定健診受診者で特定保健指導対象者全員							
アウトカム（成果）指標		令和4年度（実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間目標）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終目標）
特定健康診査実施率（受診率）		37.9%	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率		27.5%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率		18.6%	20%	22%	24%	26%	28%	30%
内臓脂肪症候群該当者割合		19.9%	20%	19%	18%	17%	16%	15%
内臓脂肪症候群予備群割合		11.5%	11%	11%	11%	11%	11%	11%



ポピュレーションアプローチとして生活習慣病の1次予防に重点をおいた取組

		30歳代の健診受診機会の提供	40歳以上の生活習慣病の1次予防
計画の概要	目的	特定健診の対象となる前に、若いうちから健康・健診意識を醸成することで、将来的な受診率の向上及び医療費抑制をめざす。	特定保健指導対象者以外の生活習慣病予備群に対して保健指導を行うことで、生活習慣病への発展を予防し、さらには重症化予防を図る。
	対象者	30歳代の被保険者全員	40歳以上で特定保健指導対象者以外の生活習慣病予備群
	方法	・はがきによる受診案内を行う。 ・集団特定健診への受入を行う。	集団特定健診の結果を返却する結果説明会において、医師・保健師・管理栄養士による健康相談コーナーを設け、生活習慣病予防の保健指導を行う。
	特定保健指導未利用者対策		
	目的	特定保健指導利用率の向上及び実施率の向上	
対象者	特定保健指導利用券を送付後、指定した初回面接日時に来所がなかった対象者及び個別特定健診受診者で特定保健指導対象者全員。		

アウトカム（成果）指標	令和4年度 （実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度 （中間目標）	令和9年度	令和10年度	令和11年度 （最終目標）
30歳代受診率	3.2%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
有所見割合（男性・収縮期血圧130以上）	62.1%	60%	58%	56%	54%	52%	50.6%
有所見割合（女性・収縮期血圧130以上）	52.7%	52%	50.5%	49%	47.5%	46%	44.9%
有所見割合（男性・LDLコレステロール120以上）	47.1%	46.8%	46.6%	46.4%	46.2%	46%	45.8%
有所見割合（女性・LDLコレステロール120以上）	58.8%	57.9%	57.3%	56.7%	56.1%	55.5%	54.9%

重症化予防：受診勧奨判定値を超えている者への取組

		高血圧受療勧奨	糖尿病受療勧奨
計画の概要	目的	高血圧・糖尿病・脂質異常症からの動脈硬化を予防し、脳卒中・虚血性心疾患・人工透析などの重症化を予防する。	
	対象者	特定健診の結果、 ①180mm/Hg以上または110mm/Hg以上 ②非肥満（BMI25未満）で160 mm/Hg以上 または100 mm/Hg以上	特定健診の結果、 ①空腹時血糖200以上または尿糖3+ またはHbA1c8.0%以上 ②非肥満（BMI25未満）未治療高血糖（HbA1c6.5%以上）
	方法	集団受診者で①②対象者には、受療が必要な旨と、後日受療確認する旨を記載した文書を同封して、結果説明会または郵送・訪問にて特定健診結果を返却する。受療勧奨対象者には、必要に応じて連絡票及び紹介状を発行する。後日、保健師または管理栄養士より受療確認の電話をかける。また、受療勧奨の結果を健康管理システムにて管理する。②集団健診受診当日にリーフレット配布及び結果説明会時にシート作成。	
	特定保健指導未利用者対策		
	目的	特定保健指導利用率の向上及び実施率の向上	
対象者	特定保健指導利用券を送付後、指定した初回面接日時に来所がなかった対象者及び個別特定健診受診者で特定保健指導対象者全員。		

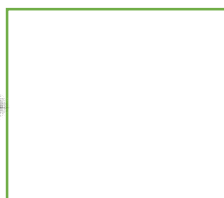
アウトカム（成果）指標	令和4年度 （実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度 （中間目標）	令和9年度	令和10年度	令和11年度 （最終目標）
収縮期160以上または拡張期100以上該当者数減少	10.2%	9.8%	9.4%	9.0%	8.6%	8.2%	7.8%
HbA1c8.0以上該当者数減少	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%
LDLコレステロール180以上該当者減少	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%

糖尿病性腎症重症化予防事業

		高血圧受療勧奨	糖尿病受療勧奨				
計画の概要	目的	糖尿病性腎症の者に対して保健指導をすることで、人工透析につながることを予防または導入の時期を遅らせる。					
	対象者	特定健診または人間ドック受診の結果、下記該当者 HbA1c6.5%以上（または空腹時血糖126mg/ml以上）かつ e-GFR60以下または尿たんぱく2+以上 ただし、過去に当事業を利用した被保険者を除く。					
	方法	保険者が保健指導を業者委託し、医療機関と連携して保健指導を実施する。					
アウトカム（成果）指標	令和4年度 （実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度 （中間目標）	令和9年度	令和10年度	令和11年度 （最終目標）
糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者からの新規透析導入者数	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人



第3期データヘルス計画
くわしくはこちらへ



(案)

熊取町国民健康保険
第3期保健事業実施計画
(データヘルス計画) 及び
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年3月
熊取町

目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本事項	
1. 計画策定の背景	6
2. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置づけ	7
3. 計画期間	7
4. 実施体制・関係者連携	8
5. 計画の推進	8
第2章 熊取町の概況	
1. 熊取町の現状	
(1) 地理的・社会的背景	9
(2) 医療アクセスの状況	9
(3) 人口・被保険者の状況及び高齢化率	10
(4) 平均寿命・健康寿命の状況	12
(5) 死亡の状況	13
(6) 要介護認定状況	15
2. 国民健康保険における医療費等の状況	
(1) 費用区分別医療費（入院、入院外+調剤、歯科、柔整、その他）	17
(2) 医療費順位の主要疾病別医療費	18
(3) 性別・年齢階層別の主要疾患患者数	
① 虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析	19
② 高血圧性疾患・糖尿病・脂質異常症	21
③ 肺炎・骨折	22
(4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用状況	23
3. 健康増進事業の実施状況	
(1) がん検診実施状況	24
(2) 骨粗しょう検診実施状況	25
(3) 成人歯科健診実施状況	25
4. 咀嚼機能、嚥下機能及び食べる速さの状況	26
5. 特定健康診査の実施状況	
(1) 特定健康診査の実施状況	27

目次

(2) 特定健康診査受診者における健康・生活習慣の状況	
① 高血圧症	3 0
② 糖尿病	3 1
③ 脂質異常症	3 3
④ 喫煙	3 4
⑤ 肥満・メタボリックシンドローム	3 5
6. 特定保健指導実施状況	3 7
第3章 前期計画の評価（第2期計画における各事業の達成状況）	
1. 特定健康診査の推進	3 8
2. 特定保健指導の推進	4 2
3. 国保保健事業の推進	4 5
4. 健康増進法に基づく健康増進事業等との連携	5 7
第4章 健康課題	6 2
第5章 保健事業の実施計画	
1. 特定健康診査の推進（第4期特定健康診査等実施計画）	
(1) 特定健康診査の実施・受診率の向上	6 4
(2) 特定健康診査未受診者対策	6 6
(3) 特定健康診査継続受診対策	6 7
2. 特定保健指導の推進（第4期特定健康診査等実施計画）	
(1) 特定保健指導の実施	6 8
(2) 特定保健指導未利用者対策	7 1
3. 国保保健事業の推進	
(1) ポピュレーションアプローチ：生活習慣病の1次予防に重点をおいた取組	7 2
(2) 重症化予防：受診勧奨判定値を超えている者への取組	7 4
(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業	7 8
(4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及啓発	7 9
(5) 重複・多剤服薬者等への保健指導	8 0
4. 健康増進法に基づく健康増進事業等との連携	
(1) がん検診推進事業	8 1

目次

(2) 成人歯科健診	8 2
(3) インセンティブを活用した取組	8 2
(4) たばこ対策	8 3
(5) 地域包括ケアの推進	8 4
5. 高齢者の特性を踏まえた健康支援の実施	
(1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	8 5
第6章 計画の推進について	
1. 計画の評価及び見直し	
(1) 個別の保健事業の評価・見直し	8 6
(2) データヘルス計画全体の評価・見直し	8 6
2. 計画の公表・周知	8 6
3. 個人情報の取扱い	8 6
4. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項	8 7
用語集	8 8
資料：データ集	9 1

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 計画策定の背景

「日本再興戦略」（平成25年6月閣議決定）において、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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。」と掲げられました。また、これを受け、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第11項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」（平成16年厚生労働省告示第307号）の一部が改正され、保険者は健康・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の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと」と定められました。

その後、平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」（令和2年7月閣議決定）において、データヘルス計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス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の方針が示されました。

このように、すべての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組や評価指標の設定が進められています。

熊取町においては、第1期及び第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）を通じて、生活習慣病予防をはじめとする被保険者の健康増進や医療費適正化に関する保健事業を展開してきました。このたび新たに第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、これまでの実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその評価指標等を定め、さらなる被保険者の健康増進及び医療費の削減に向け、より効果的な保健事業を実施していきます。

※KPI…Key Performance Indicator の略称。重要業績評価指標

2. 保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置づけ

国民健康保険法第82条第11項の規定に基づき厚生労働大臣が定める「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、「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

なお、この計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者が効果的・効率的な保健事業を実施するため、特定健康診査・特定保健指導の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿って運用するもので、「熊取町健康増進計画」との整合性も図っています。

また、「高齢者の医療の確保に関する法律」の規定に基づく「第4期熊取町特定健康診査等実施計画」については、保健事業の中心となる特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めていることから、本計画の中に位置づけることにより、一体的に保健事業を推進します。

3. 計画期間

「第4期大阪府医療費適正化計画」や「第4期特定健康診査等実施計画」など関係する計画との整合性を図るため、令和6年度から令和11年度までの6年間で計画期間とします。

なお社会動向や目標の達成状況、事業の実施状況等、必要に応じて計画の見直しを行うこととします。

	H20～24	H25～29	H30～R5	R6～R11	R12
データヘルス計画		第1期	第2期	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)	次期
特定健康診査等実施計画	第1期	第2期	第3期		
大阪府医療費適正化計画	第1期	第2期	第3期	第4期大阪府医療費適正化計画	次期

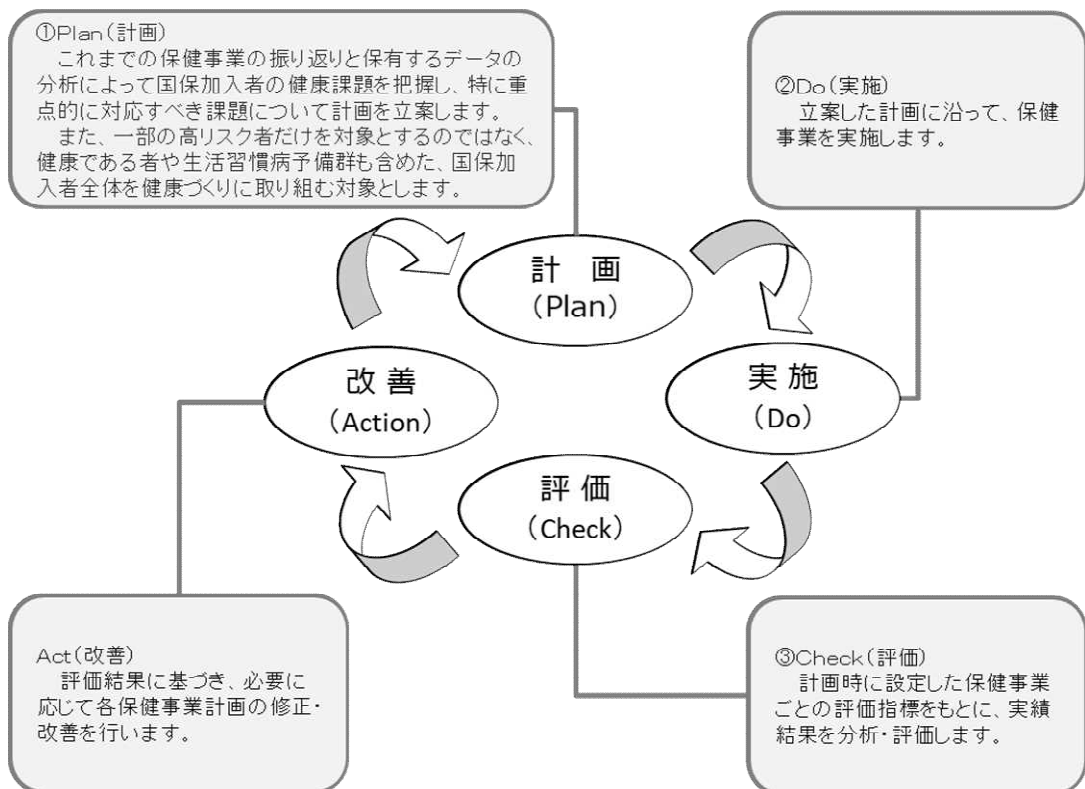
4. 実施体制・関係者連携

熊取町国民健康保険における健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等に際しては、庁内関係課や大阪府（保健所を含む）、大阪府国民健康保険団体連合会等の関係機関の協力を得て、国保担当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、その健康課題もさまざまであることから、後期高齢者医療や介護保険、生活保護担当課等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。

また、地域の医師会・歯科医師会・薬剤師会等の保健医療関係者、大阪府後期高齢者医療広域連合及び健康保険組合等の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と健康課題を共有するとともに、医療介護分野における連携強化や地域包括ケアの充実・強化に努めます。

5. 計画の推進

データヘルス計画は、健康・医療情報等のデータ分析に基づき、P D C Aサイクル（P：計画、D：実施、C：評価、A：改善）に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ります。



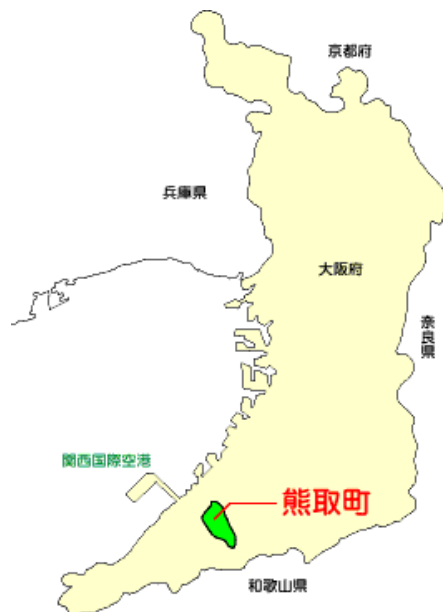
第2章 熊取町の概況

1. 熊取町の現状

(1) 地理的・社会的背景

熊取町は、大阪都心部から30キロメートルの距離で、大阪府の南部・泉南郡にあり、JR阪和線で大阪市内から約30分、関西国際空港から約15分の場所に位置しています。

面積は東西約4.8キロメートル、南北約7.8キロメートルの総面積17.24平方キロメートルで、約4万3千人の人々が暮らしています。地勢は、本町の南方には和泉山脈の一部である雨山（奥山雨山自然公園）や永楽ゆめの森公園があり、風光明媚で和泉平野、大阪湾を隔て淡路島も眺覧できます。



(2) 医療アクセスの状況

熊取町の医療提供体制（人口10万対）は病床数が大阪府、全国と比較して大幅に多くなっていますが、病院数実数2のうち1か所は精神科系の大規模病院となっています。

表1 医療提供体制等の比較(令和4年度) 10月1日時点

	熊取町		大阪府	国
	実数	人口10万対	人口10万対	人口10万対
病院数	2	4.6	5.8	6.5
病床数	843	1959.9	1184.0	1194.9
一般診療所数	33	76.7	100.4	84.2
歯科診療所数	18	41.8	62.2	54.2

※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

※保険者人口及び大阪府人口は翌1月1日時点

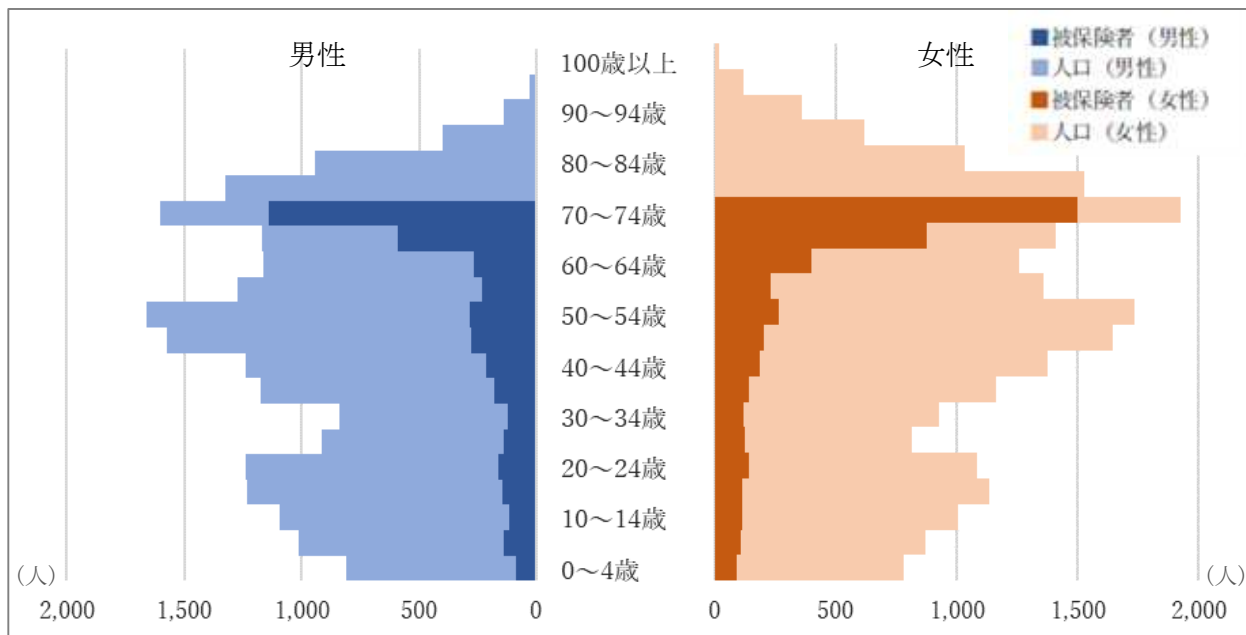
出典大阪府医療施設調査

(3) 人口・被保険者の状況及び高齢化率

以下は、本町の令和4年度における人口分布及び国保被保険者分布を示したものです。

本町の人口分布では、男女ともに70～74歳の年齢階層が多く、国保被保険者分布では男女ともに65歳以上が多くを占めています。高齢化率の推移は、年々上昇傾向にあり、令和2年度の町全体の高齢化率は28.8%です。令和4年度以降、後期高齢者（75歳以上）が前期高齢者を上回って推移していきます。

図1. 性・年齢階級別の人口分布及び国保被保険者分布(令和4年度)



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

図2. 年齢階級別の人口分布及び高齢化率の推移

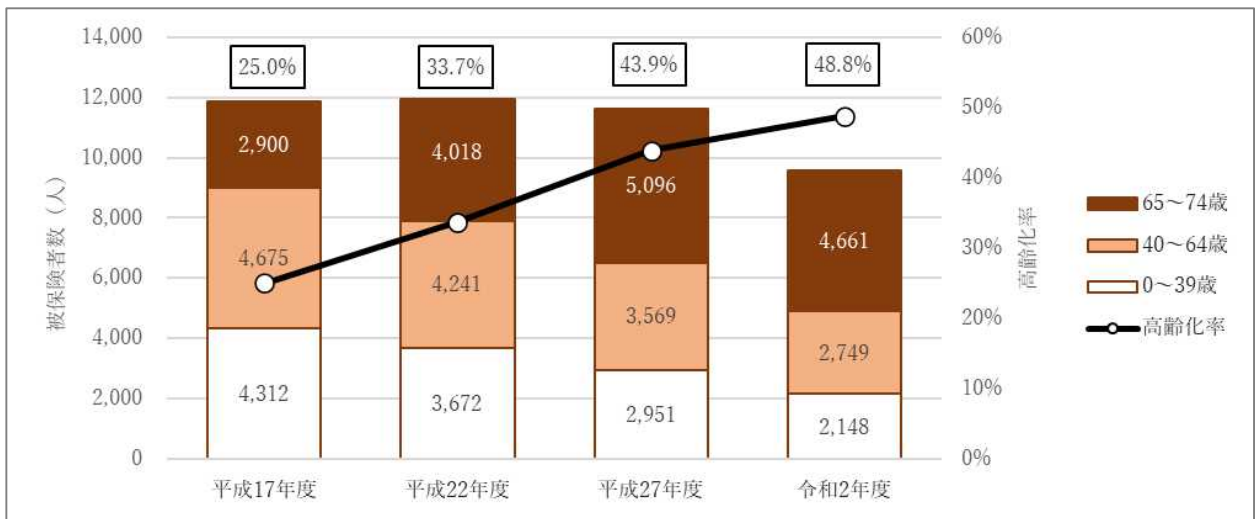


出典:住民基本台帳に基づく、人口動態及び世帯数調査

以下は、本町の年齢階級別の国保被保険者分布及び高齢者割合の推移を示したものです。

本町の年齢階級別では、平成22年度から令和2年度までの10年間で0～64歳の被保険者数の減少が著しく、令和2年度には0～39歳、40～64歳のどちらも3,000人を下回っています。反対に高齢化率は年々上昇傾向にあり、令和2年度は48.8%まで上昇しているため、被保険者数のおよそ半数近くが高齢者で占められています。

図3. 年齢階級別の国保被保険者分布及び高齢者割合の推移



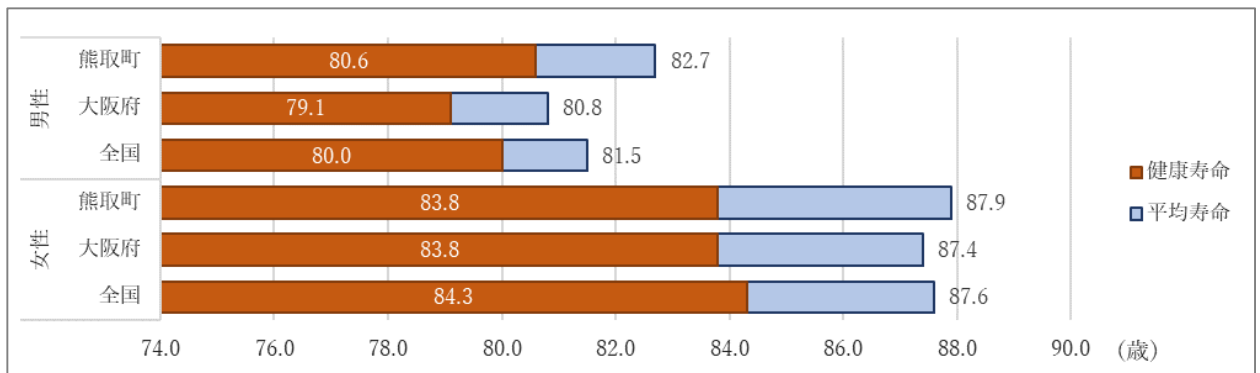
出典：大阪府国民健康保険事業状況

(4) 平均寿命・健康寿命の状況

本町の平均寿命（※注釈）は、男性が82.7歳、女性が87.9歳となっています。また、健康寿命（※注釈）は、男性が80.6歳、女性が83.8歳となっています。平均寿命及び健康寿命は、男性女性ともに大阪府・全国と比較して長くなっています。

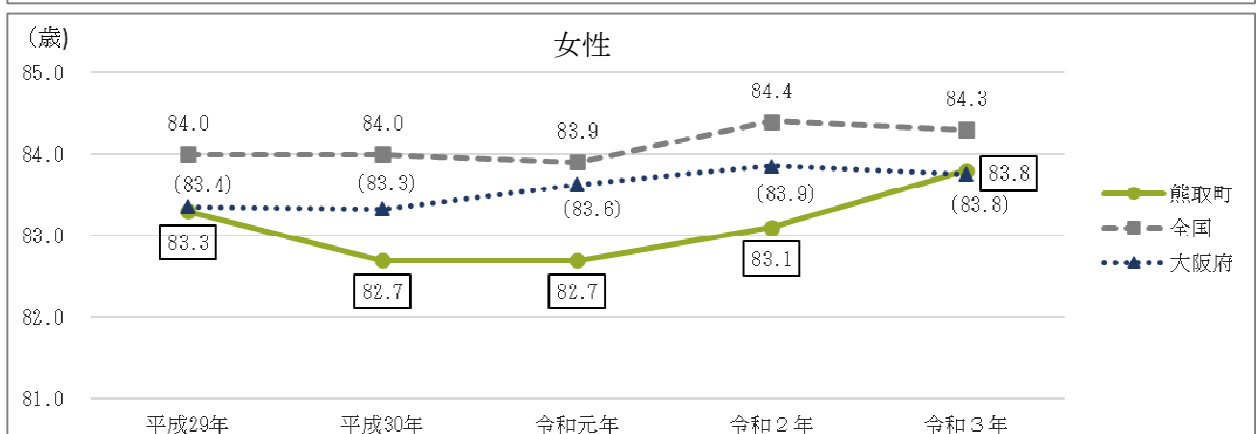
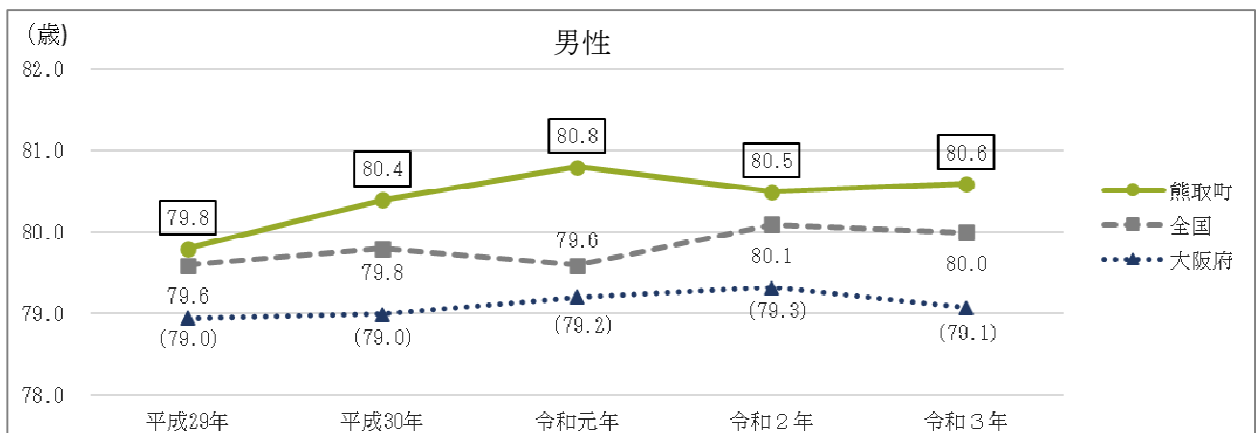
※平均寿命は、0歳時点の人々がその後何年生きられるかという期待値を指します。また、健康寿命は、要介護2以上になるまでの期間を「日常生活動作が自立している期間」としてその平均を算出したものです。平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限がある期間を意味しています。

図4. 男女別の平均寿命及び健康寿命の比較（令和3年度）



出典：大阪府健康推進室健康づくり課提供データ参照

図5. 健康寿命の推移



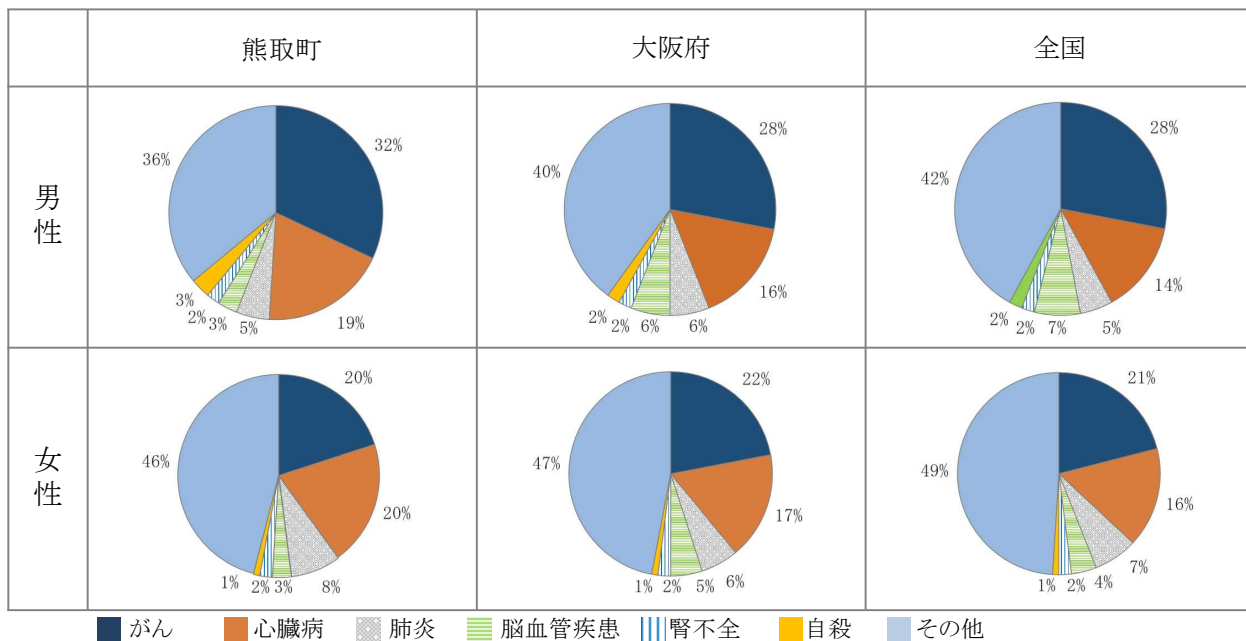
出典：介護保険の要介護認定者数から算出 要介護2～5⇒不健康な状態、それ以外⇒健康な状態
H29-R2・・・KDBの平均自立期間（要介護2以上）及び平均余命の値を活用、又は、KDBと同様の方法により大阪府健康づくり課が算出(カッコの値)

(5) 死亡の状況

以下は、男女別の死因割合を示したものです。

男女とも、心臓病の死因割合が全国・大阪府より高い割合となっています。

図6. 男女別の死因割合（令和4年度）

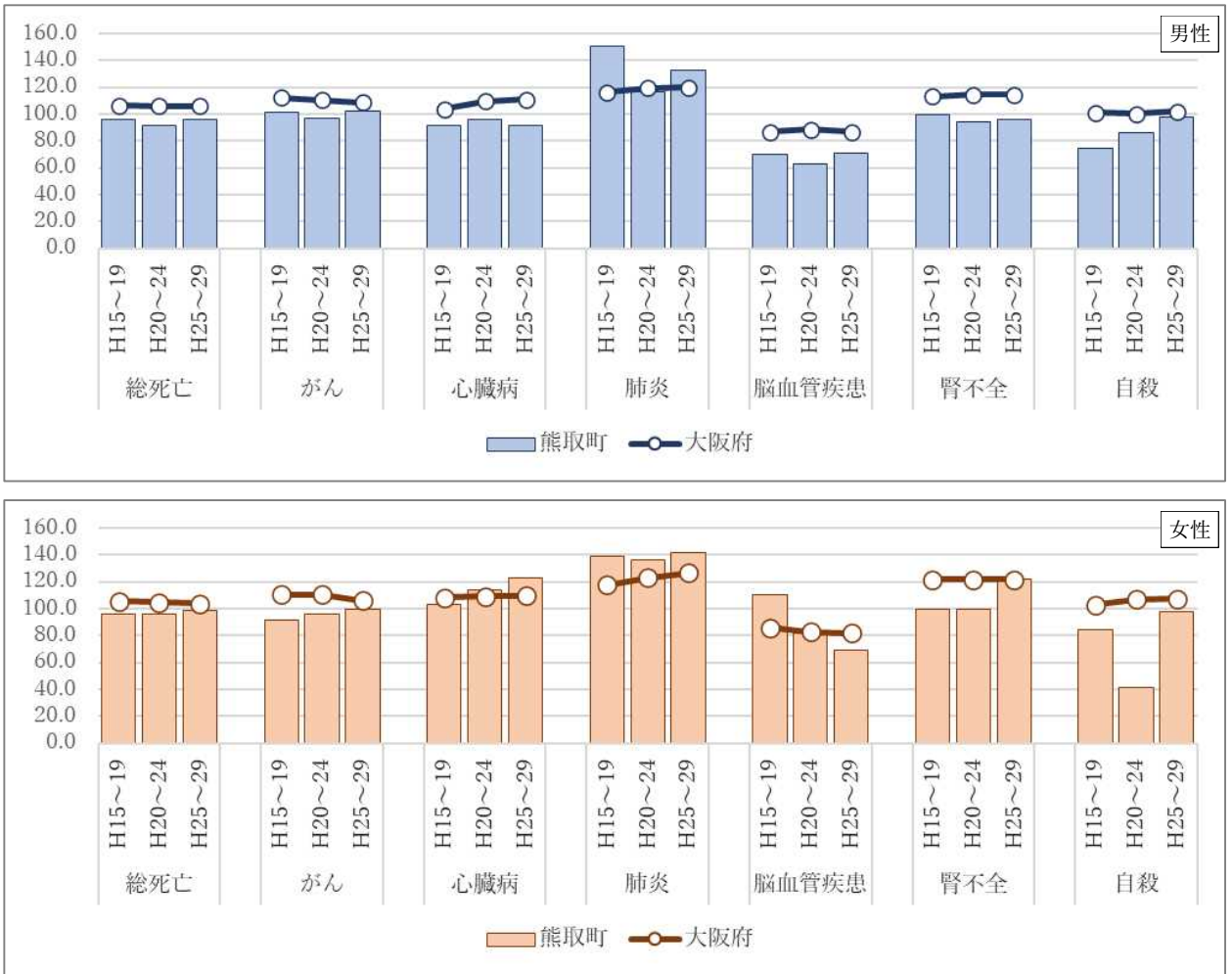


出典：人口動態統計

以下は、主要疾病における標準化死亡比の推移を示したものです。

「肺炎」の死亡比が男女ともに全国及び大阪府を上回っていますが、それ以外の疾病では男女ともに死亡比が100を下回っています。ただし、一部の疾病で増加傾向がみられます。女性は「心臓病」で大阪府を上回っており、また、「腎不全」の平成25～29年では大阪府と同程度の死亡比となっています。

図7. 性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



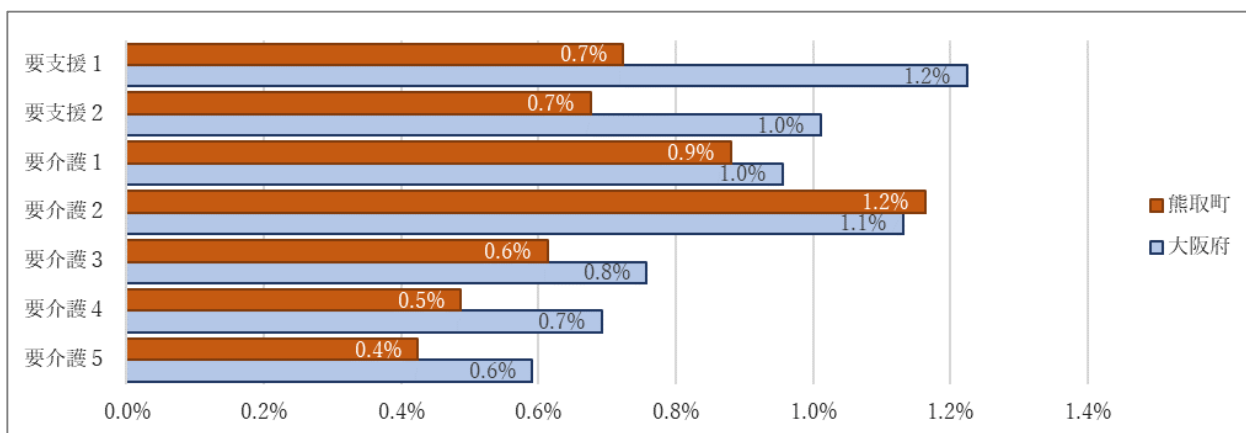
出典：人口動態統計特殊報告

(6) 要介護認定状況

以下は、要介護認定状況を示したものです。

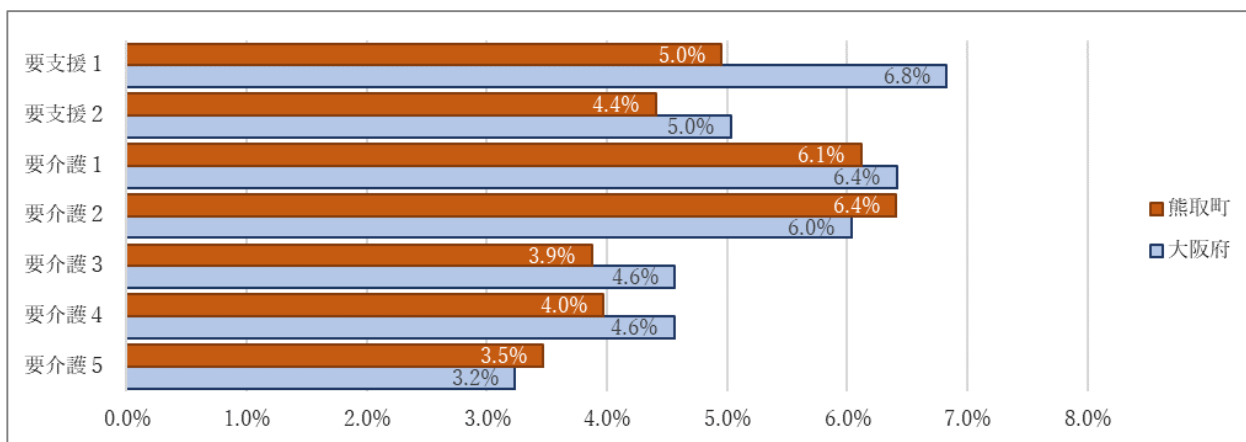
前期高齢は要介護2を除く、すべての介護度で大阪府の割合を下回っています。また、後期高齢における認定割合も全体的に大阪府の割合を下回っていますが、要介護2及び要介護5の認定割合は大阪府を上回っています。

図8. 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3年度)



出典:介護保険事業状況報告

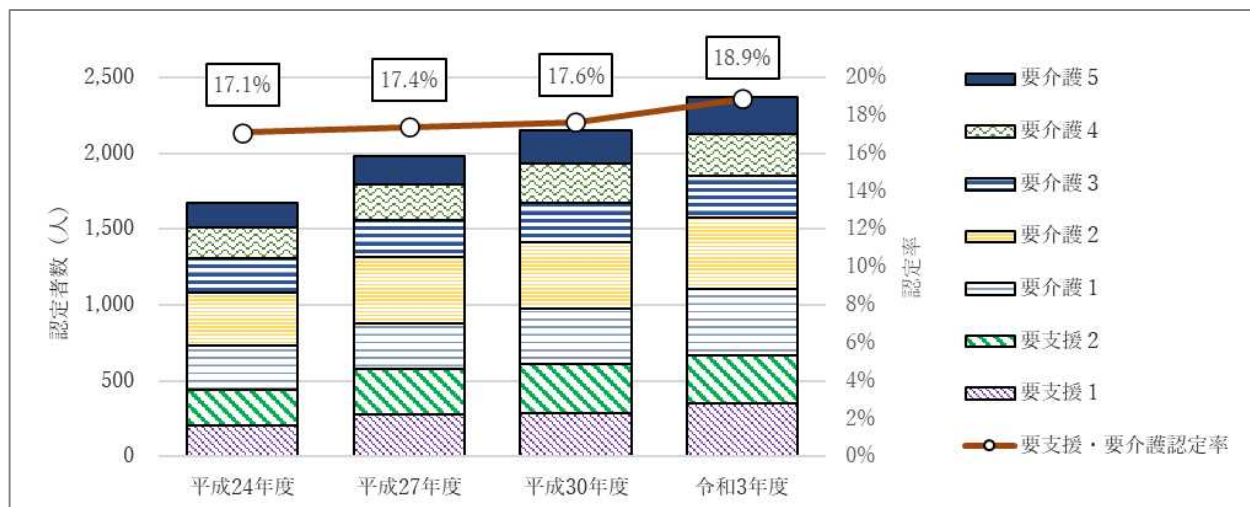
図9. 第1号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合
(後期高齢) (令和3年度)



出典:介護保険事業状況報告

以下は、本町の要介護認定状況の推移を示したものです。
 要支援認定者数及び要介護認定率は増加傾向にあります。

図10. 要介護認定状況の推移



出典:介護保険事業状況報告

2. 国民健康保険における医療費等の状況

(1) 費用区分別医療費

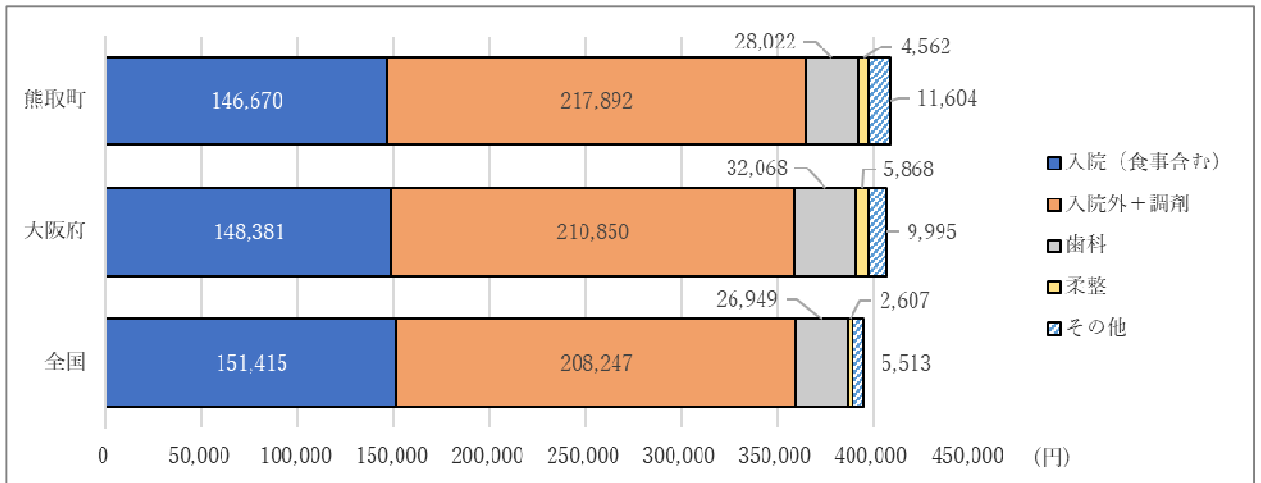
(入院、入院外+調剤、歯科、柔整、その他)

以下は、被保険者一人当たり年間医療費について、全国及び大阪府と比較したものです。

本町の被保険者一人当たり年間医療費は408,749円で、全国394,729円、大阪府407,162円を上回っており、費用区分別では、「入院外+調剤」区分で全国及び大阪府よりも高くなっています。

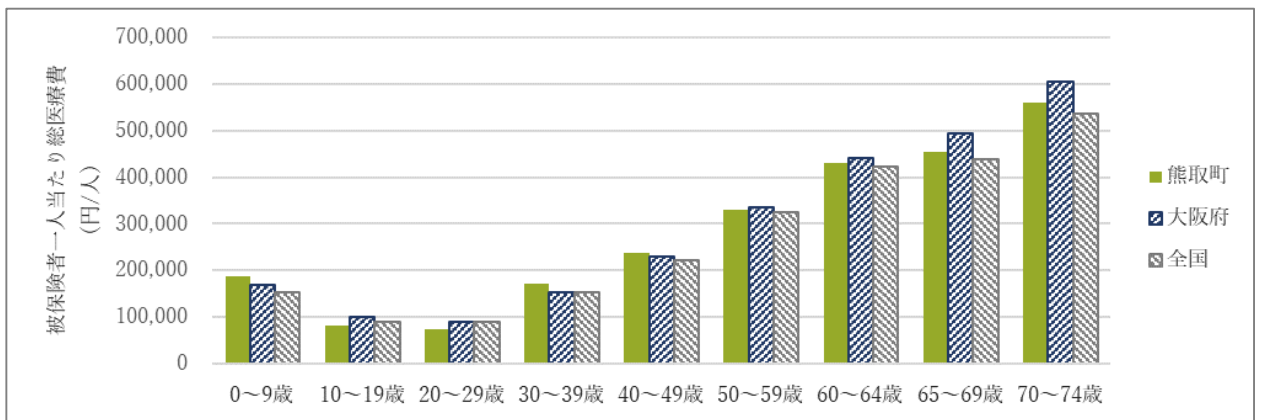
年齢階層別で見ると、30歳以上の年齢階層において全国及び大阪府の両方もしくはどちらか一方よりも医療費は高い状況です。その一方で10歳代、20歳代は全国及び大阪府より一人当たりの総医療費が低い状況です。

図11. 被保険者一人当たり年間医療費の比較 (令和3年度)



出典:大阪府国民健康保険事業状況・国民健康保険事業年報

図12. 年齢階層別の被保険者一人当たり総医療費(医科)の比較 (令和4年度)



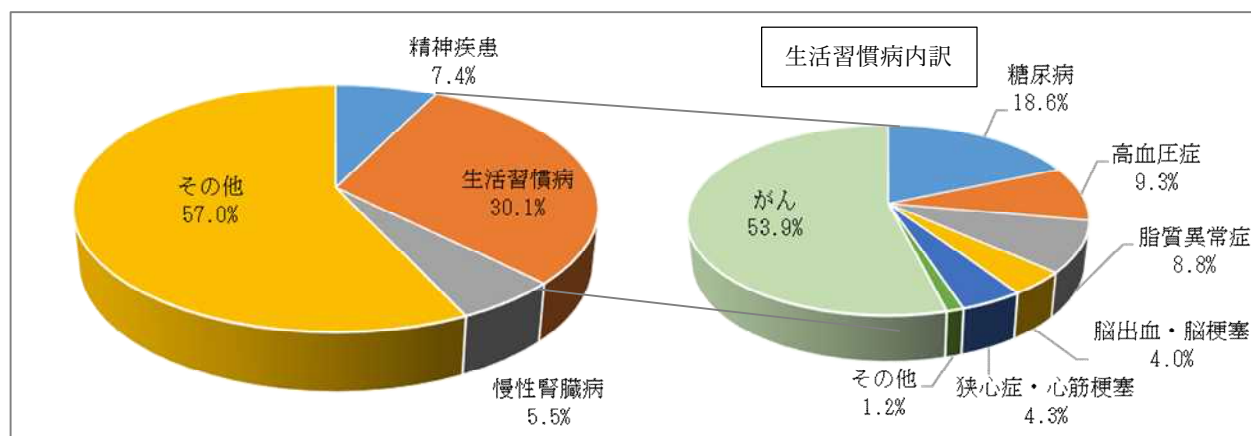
出典:KDBシステム 疾病別医療費分析 から算出

(2) 医療費順位の主要疾病別医療費

以下は、総医療費に占める生活習慣病の割合を示したものです。

総医療費の30.1%は生活習慣病が占めており、そのなかでも最も多いのは「がん」で、次いで「糖尿病」「高血圧症」となっています。

図13. 総医療費に占める生活習慣病の割合（令和4年度）



出典：KDBシステム 疾病医療費分析

表2. 疾病別医療費順位（令和4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	腎不全	6.30%	204,458,220	55,327,080	149,131,140
2	その他の心疾患	6.10%	195,991,240	122,022,490	73,968,750
3	糖尿病	5.70%	184,954,290	5,443,210	179,511,080
4	その他の悪性新生物<腫瘍>	4.90%	158,813,750	78,894,550	79,919,200
5	その他の眼及び付属器の疾患	4.20%	134,556,150	7,662,430	126,893,720
6	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.10%	100,704,300	56,627,950	44,076,350
7	高血圧性疾患	2.80%	90,206,820	798,930	89,407,890
8	その他の神経系の疾患	2.70%	87,552,670	42,789,900	44,762,770
9	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.70%	85,952,300	29,211,600	56,740,700
10	脂質異常症	2.60%	85,400,720	638,040	84,762,680

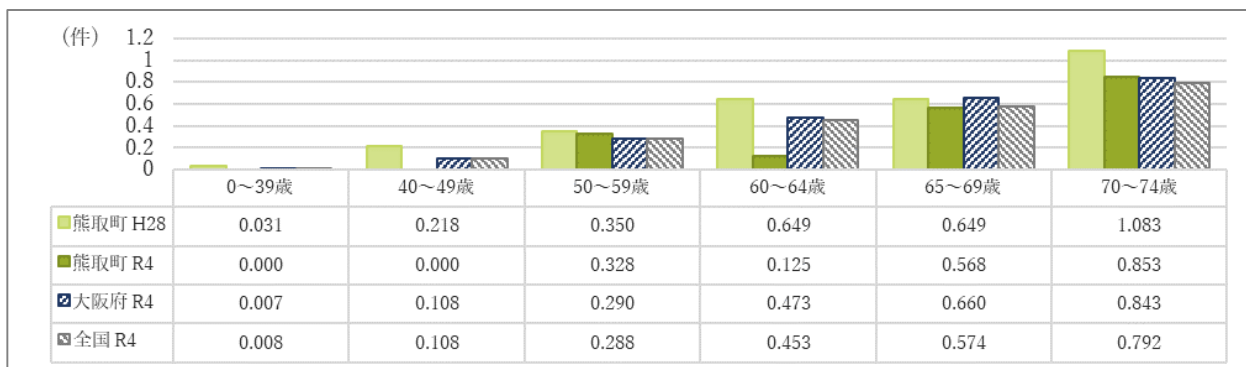
(3) 性別・年齢階層別の主要疾患患者数

① 虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析

以下は、虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析に係るレセプト発生状況を年齢階層別に示したものです。

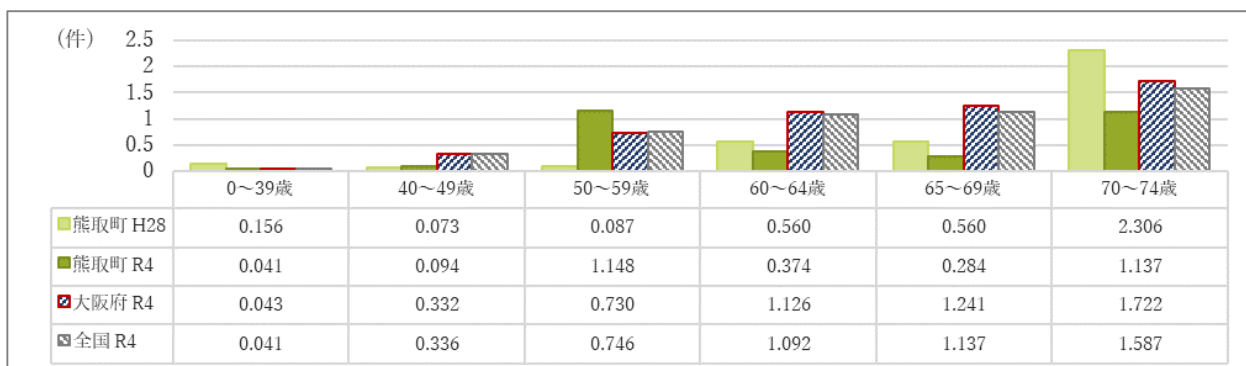
レセプトの発生状況は、虚血性心疾患（入院）は40歳代、60～64歳の年齢階層では全国及び大阪府より少ない状況ですが、50歳以上で全国及び大阪府より多いもしくは同等の状況です。脳血管疾患（入院）は50歳代で全国及び大阪府より多い状況です。人工透析は全体的に全国及び大阪府よりも多いもしくは同等で、50～59歳多さが顕著です。

図14. 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4年度)



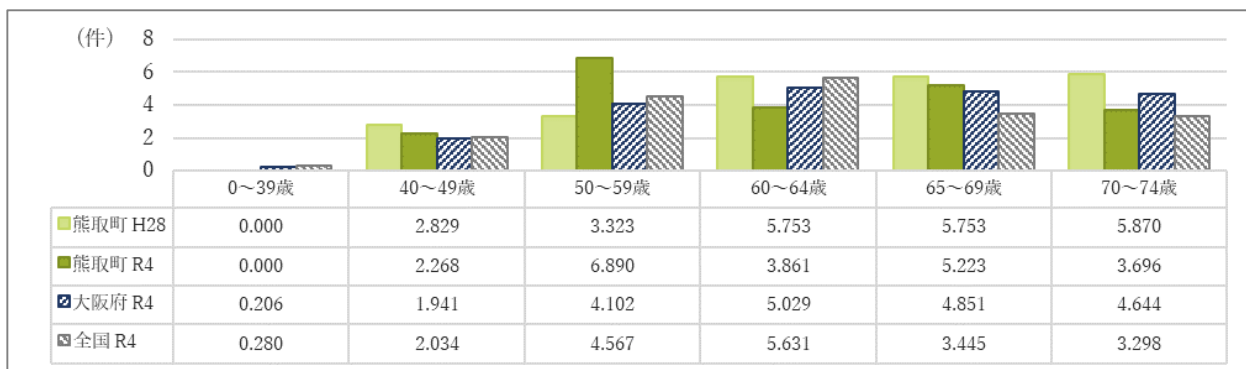
出典:KDBシステム 疾病別医療費分析(中分類)

図15. 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4年度)



出典:KDBシステム 疾病別医療費分析(中分類)

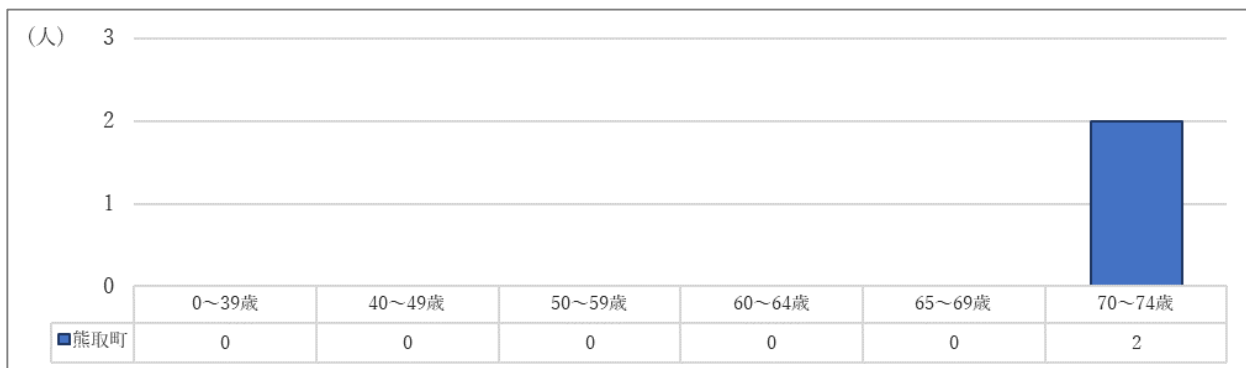
図16. 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数
(人工透析・入院+外来) (令和4年度)



出典:KDBシステム 疾病医療費分析(細小82分類)

以下は、年齢階級別新規人工透析患者数を示したものです。
新規人工透析患者数は、70~74歳で2人となっています。

図17. 年齢階級別新規人工透析患者数 (令和4年度)



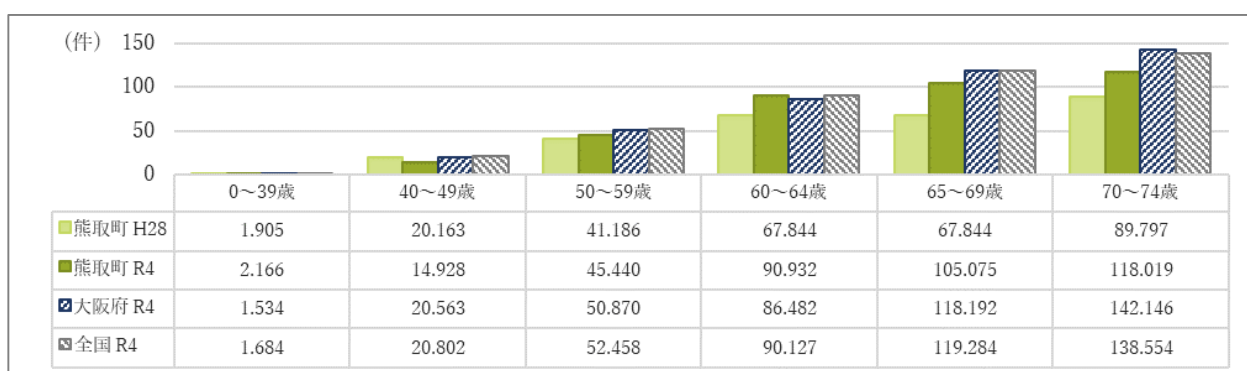
※国保中央会集計

② 高血圧性疾患・糖尿病・脂質異常症

以下は、高血圧性疾患・糖尿病・脂質異常症に係るレセプト発生状況を年齢階層別に示したものです。

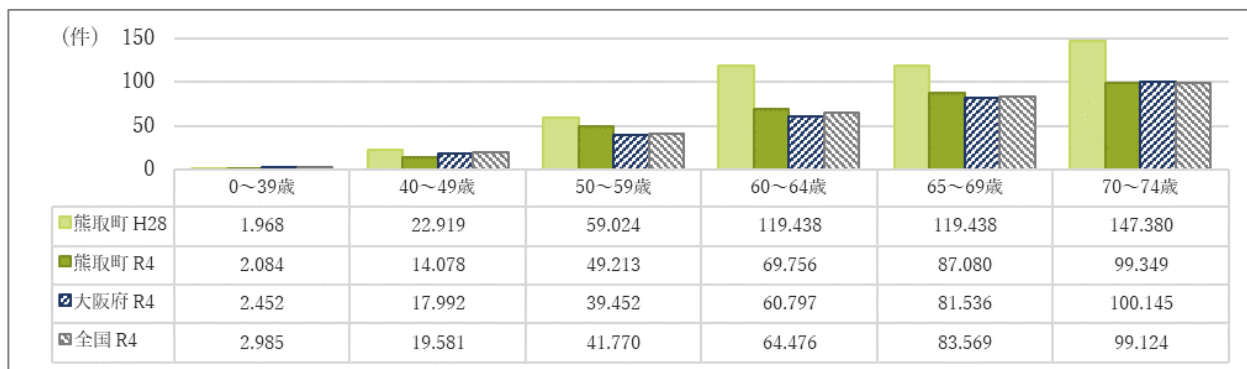
レセプトの発生状況は、高血圧性疾患（外来）は40歳以上では60～64歳を除き少なく、糖尿病（外来）は50歳以上の年齢層で多いもしくは同等となっています。脂質異常症（外来）はほぼすべての年齢階層において全国及び大阪府より多いもしくは同等のレセプトが発生しています。特に65～69歳の年齢階層での発生の多さが目立ちます。

図18. 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4年度）



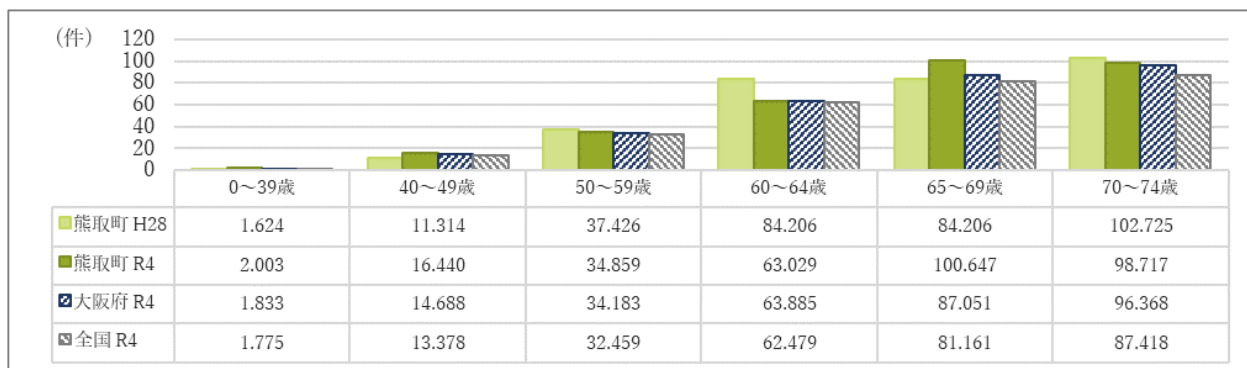
出典:KDBシステム 疾病医療費分析（生活習慣病）

図19. 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4年度）



出典:KDBシステム 疾病医療費分析（生活習慣病）

図20. 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4年度）



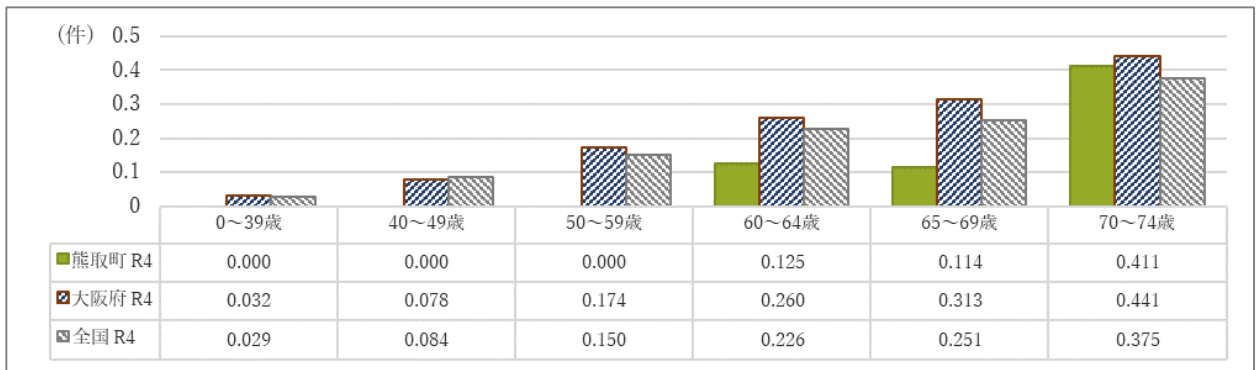
出典:KDBシステム 疾病医療費分析（生活習慣病）

③ 肺炎・骨折

以下は、肺炎・骨折・骨粗しょう症に係るレセプト発生状況を年齢階層別に示したもので、骨折及び骨折との相関が高いといわれる骨粗しょう症については女性のみでの結果になります。

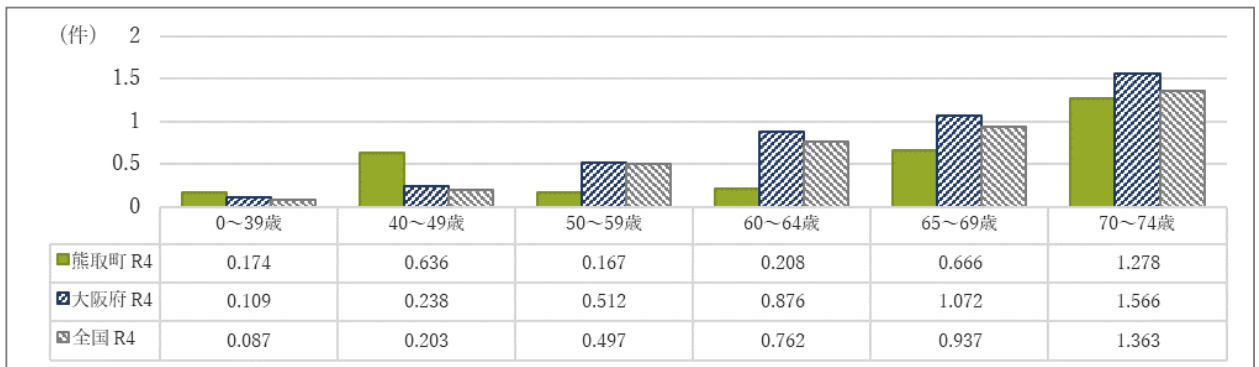
レセプトの発生状況は、肺炎はすべての年齢層で大阪府より少なくなっています。骨折は40～49歳で全国及び大阪府より多くなっています。その一方で、骨粗しょう症は骨折の多い年齢階層を含むすべての年齢階層で全国及び大阪府よりもレセプトの発生が少ない状況です。

図21. 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4年度）



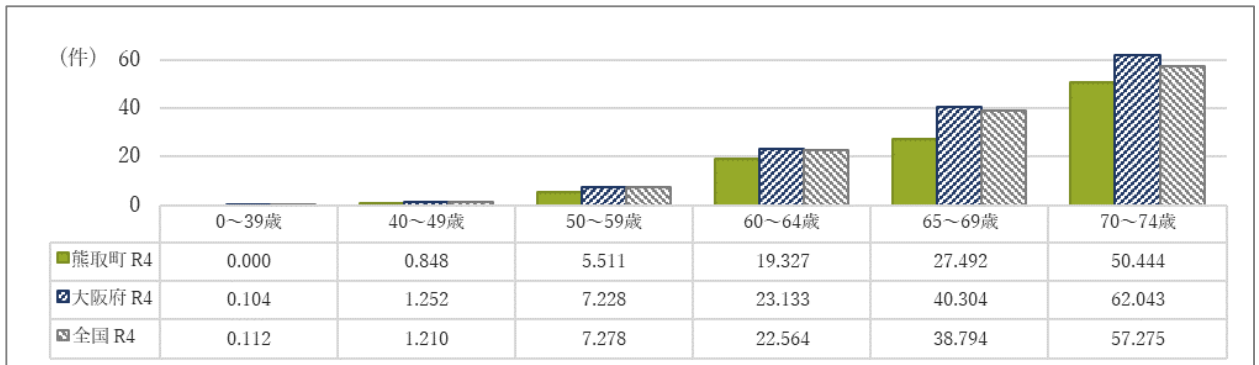
出典:KDBシステム 疾病医療費分析（細小82分類）

図22. 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4年度）



出典:KDBシステム 疾病医療費分析（細小82分類）

図23. 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4年度）



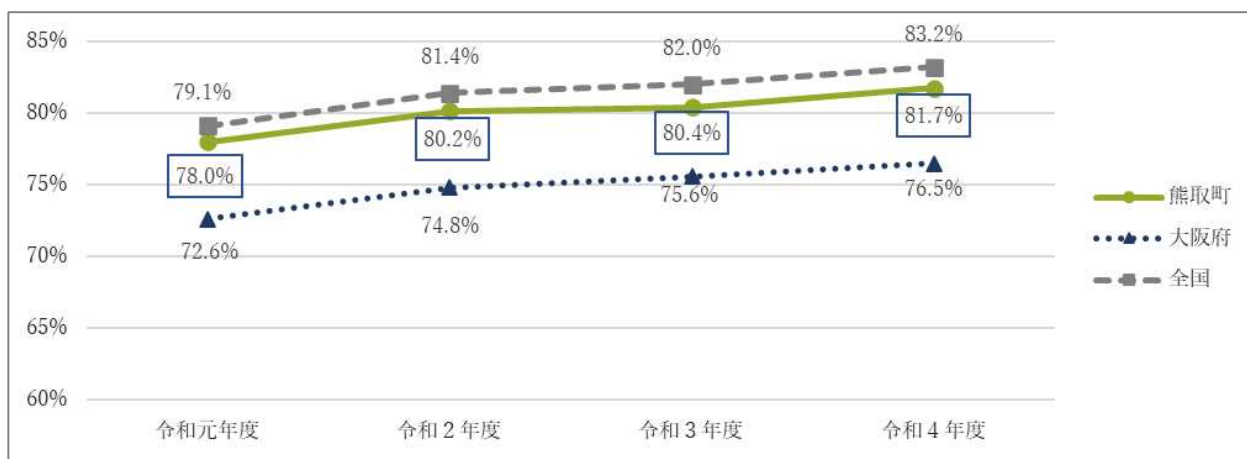
出典:KDBシステム 疾病医療費分析（細小82分類）

(4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の利用状況

以下は、令和元年度から令和4年度までの後発医薬品使用割合の推移です。

全国及び大阪府とともに、本町における後発医薬品の使用割合は上昇していますが、令和4年度実績81.7%は、全国の83.2%より低くなっています。

図24. 後発医薬品使用割合の推移（数量シェア）



出典：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・熊取町）

3. 健康増進事業の実施状況

(1) がん検診実施状況

以下は、がん検診の実施状況を示したものです。

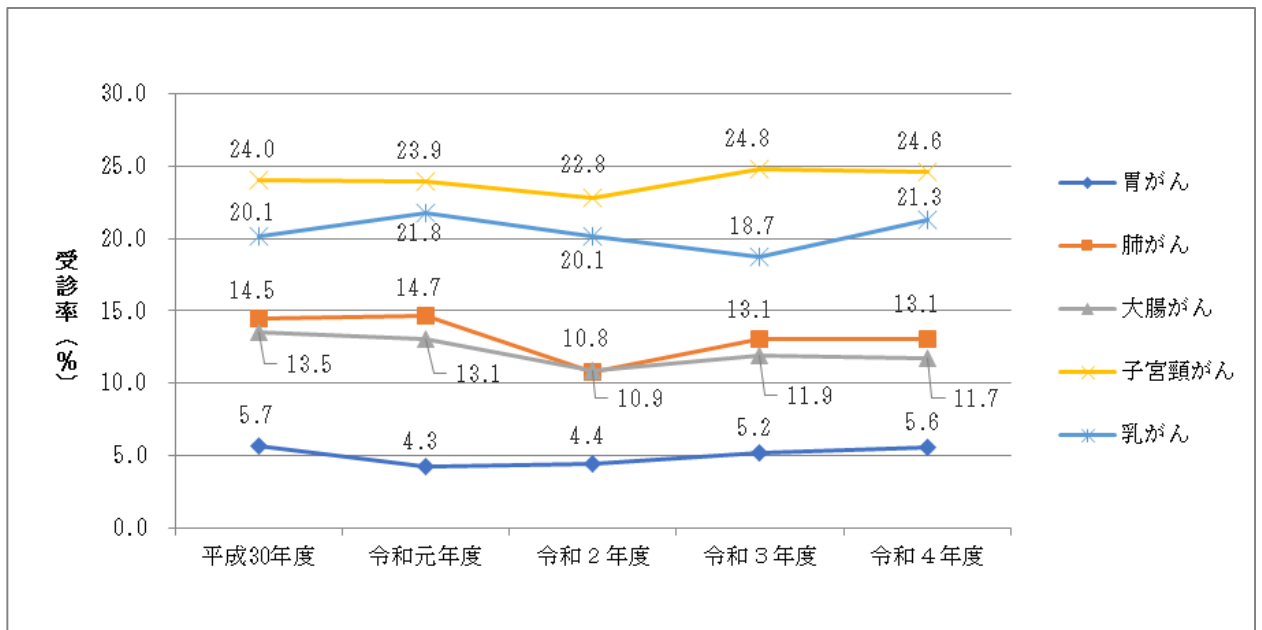
検診受診率は、ほぼ横ばいの傾向です。

表3. 被保険者におけるがん検診受診率（令和3年度）

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
集計対象年齢	50～69歳	40～69歳	40～69歳	20～69歳	40～69歳
熊取町	9.1%	17.4%	12.6%	14.5%	15.7%
大阪府	4.0%	4.7%	5.2%	15.7%	13.0%
全国	6.5%	6.0%	7.0%	15.4%	15.4%

出典：地域保健・健康増進事業報告

図25. 各種がん検診受診率の推移



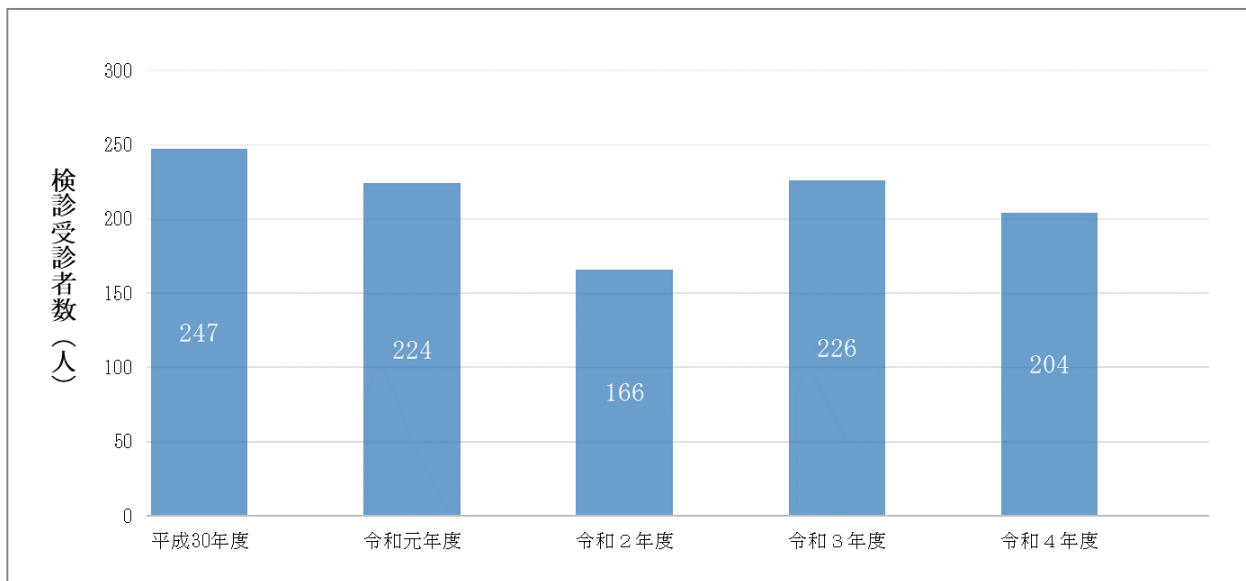
出典：保健事業実施状況報告

(2) 骨粗しょう症検診実施状況

以下は、骨粗しょう症検診の実施状況を示したものです。

検診受診者数は、平成30年度から令和4年度の5か年では横ばい傾向です。

図26. 骨粗しょう症検診受診者数の推移



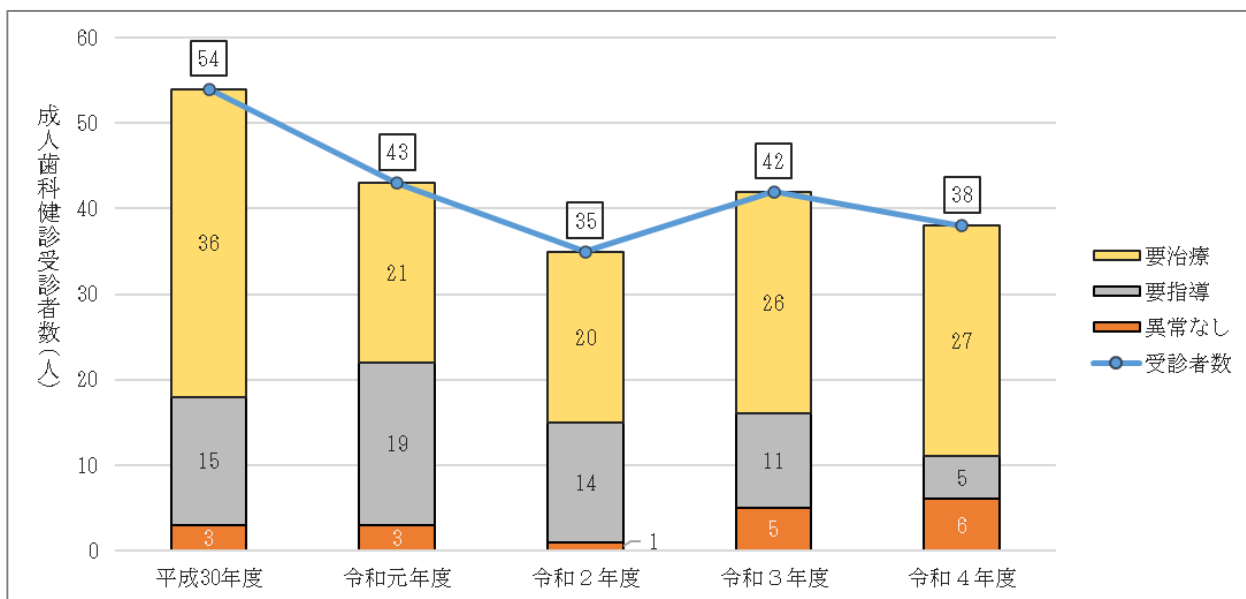
出典:保健事業実施状況報告

(3) 成人歯科健診実施状況

以下は、成人歯科健診の実施状況を示したものです。

成人歯科健診受診者数は減少傾向にあります。

図27. 成人歯科健診受診者数の推移



出典:保健事業実施状況報告

4. 咀嚼機能、嚥下機能及び食べる速さの状況

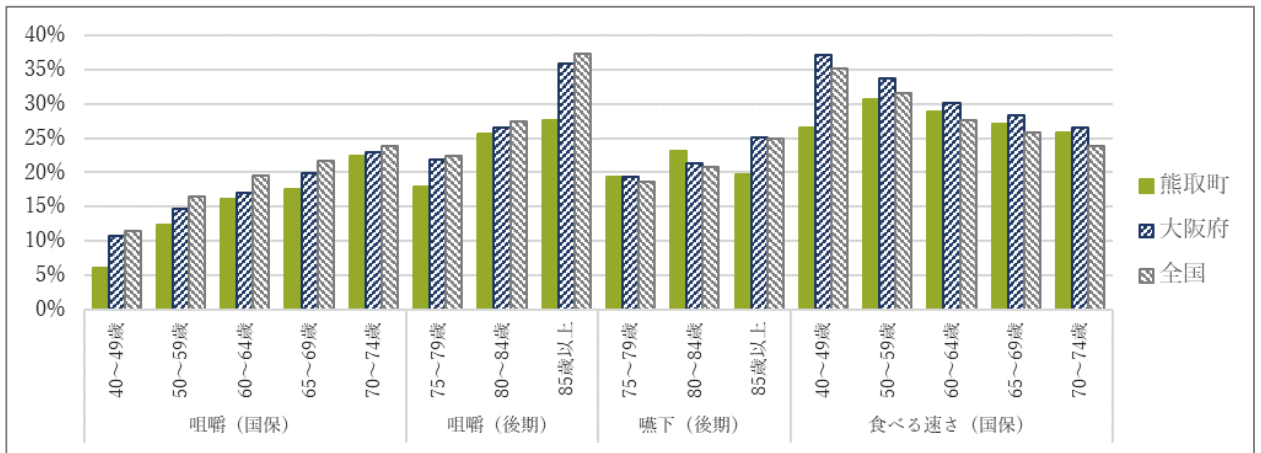
以下は、咀嚼機能、嚥下機能及び食べる速さの状況を示したものです。

「咀嚼機能」に問題があると回答した人の割合は、国保においてすべての年齢階層で全国及び大阪府を下回っており、後期においてはすべての年齢階層で全国及び大阪府より低くなっています。

「嚥下機能」に問題があると回答した人の割合は、80～84歳の年齢階層において全国及び大阪府より上回っています。

「食べる速さ」が速いと回答した人の割合は、60歳以降において全国より高く、大阪府より低くなっています。

図28. 咀嚼機能、嚥下機能及び食べる早さの状況（令和4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

出典: KDBシステム 質問票調査の経年比較

5. 特定健康診査の実施状況

(1) 特定健康診査の実施状況

以下は、特定健康診査受診率の推移について、全国及び大阪府と比較したものです。

本町の受診率は、大阪府より高い状況です。新型コロナウイルス感染症の影響があった令和2年度においては全国と同等となり、令和3年度も同様となっているものの、大阪府の受診率を上回っています。

図29. 特定健診受診率の推移

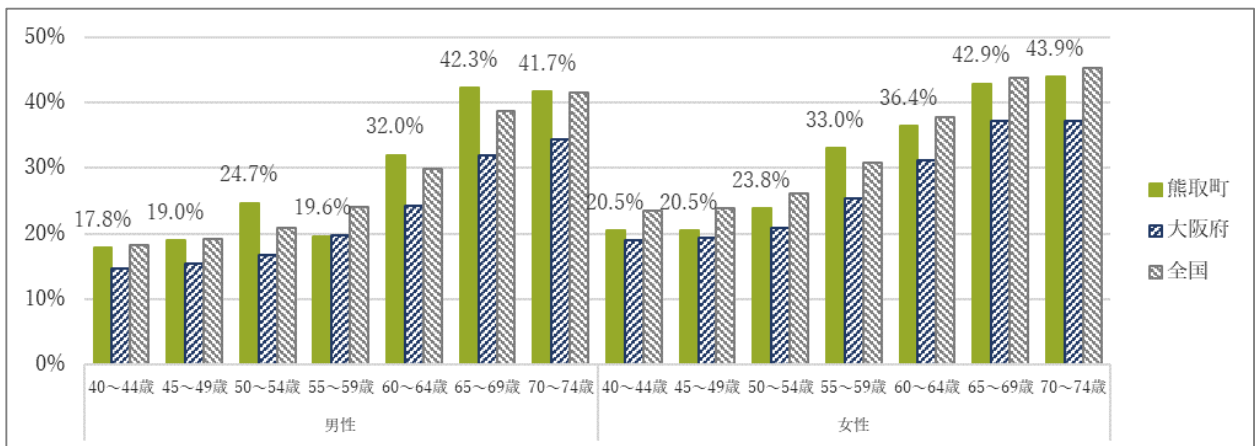


出典：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

以下は、性別・年齢階層別の特定健康診査受診率について、全国及び大阪府と比較したものです。

加齢に伴い、受診率は高くなる傾向にありますが、本町における受診率は、男性の55～59歳を除き男女ともにすべての年齢階層で大阪府を上回っています。また、男性の60歳以上は全国の上回っています。

図30. 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3年度）

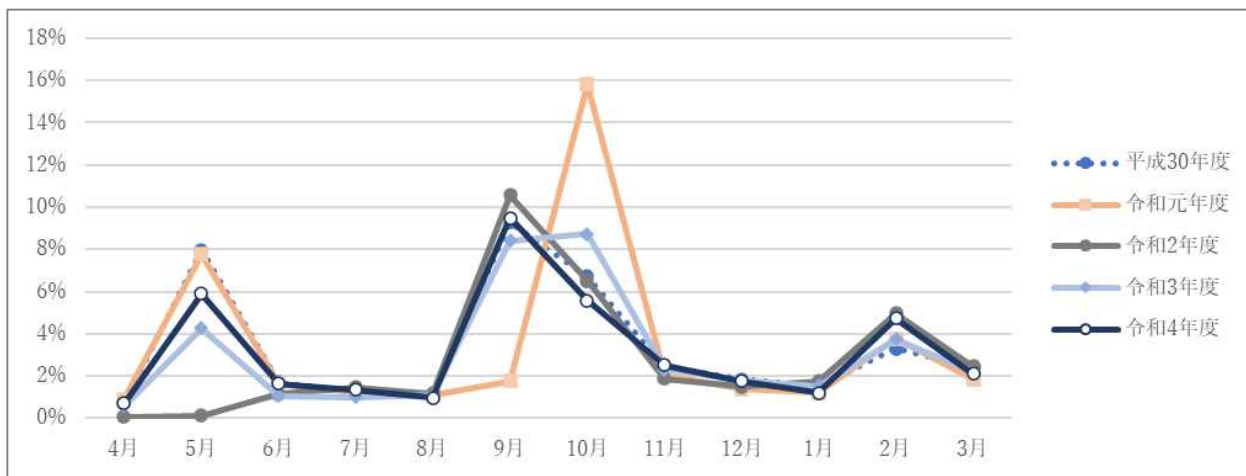


出典：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

以下は、月別の特定健康診査受診率の推移です。

本町では、集団健診を実施している5月、9～10月及び2月の受診率が高く、6～8月、11～1月の受診率が低くなる傾向にあります。

図31. 月別特定健診受診率の推移

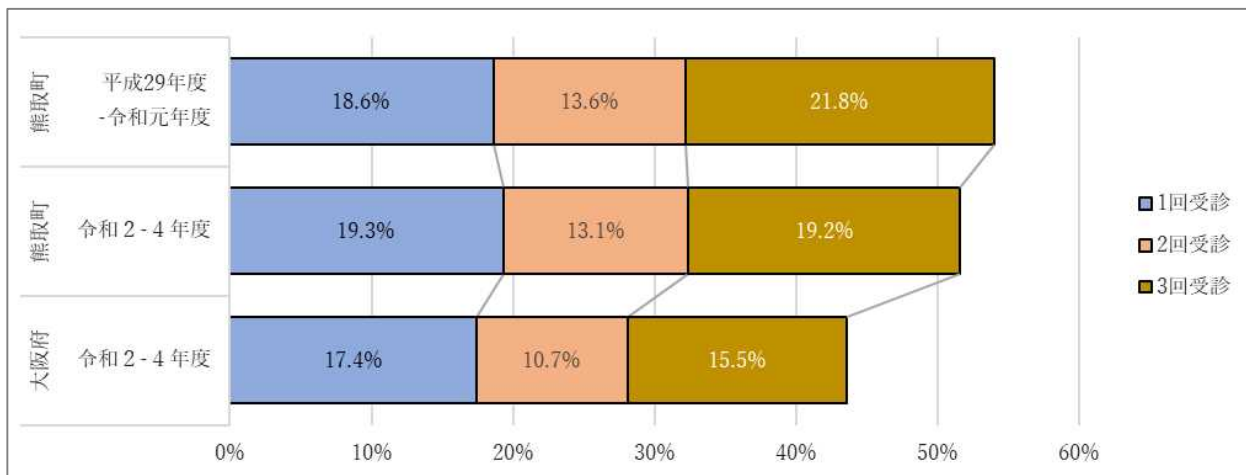


出典:特定健診等データ管理システム TKAC020 特定健診・特定保健指導進捗実績管理表

以下は、3年間で特定健康診査の受診状況について、大阪府と比較したものです。

令和2年度から令和4年度の3年間に於いて、3年連続で受診している割合は19.2%で、大阪府の15.5%より高くなっており、1回受診及び2回受診も高くなっています。

図32. 3年累積特定健診受診率

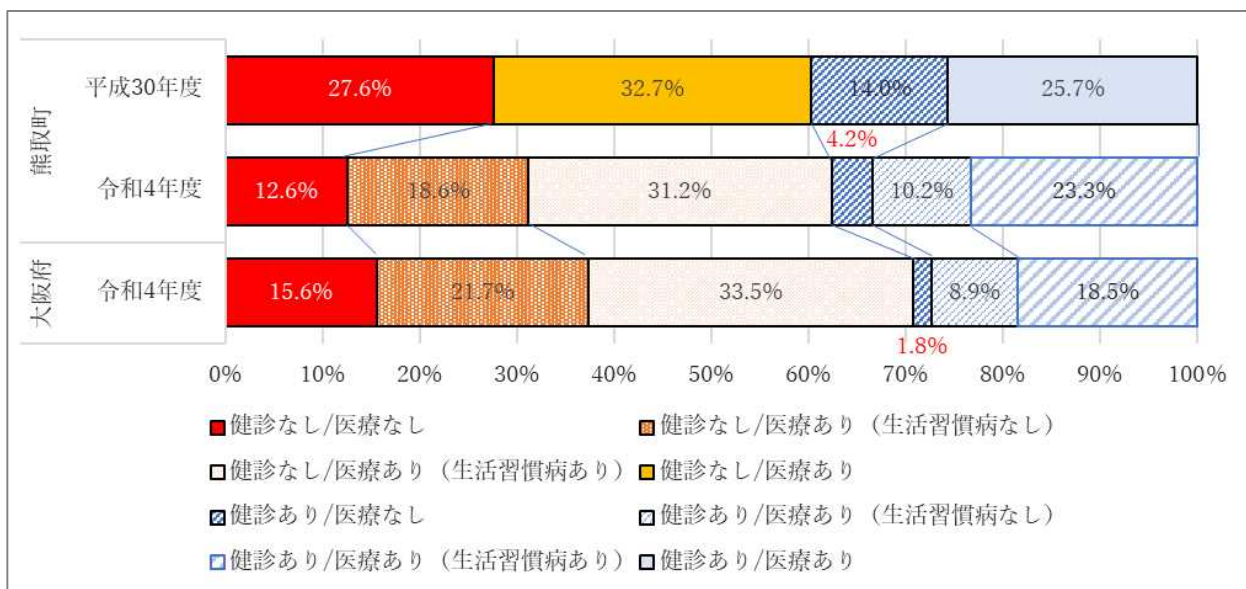


出典:KDBシステム 被保険者管理台帳

以下は、特定健康診査受診状況と医療利用状況について、大阪府と比較した結果です。

特定健康診査の受診により健康状態を把握している割合が大阪府より高く「健診なし/医療なし」の健康状態不明者の割合は、本町12.6%で大阪府15.6%よりも少ない状況です。また、「健診あり/医療あり（生活習慣病あり）」の割合は23.3%であり、大阪府18.5%と比較して高い状況にあります。

図33. 特定健診受診状況と医療利用状況



出典：KDBシステム 医療機関受診と健診受診の関係表

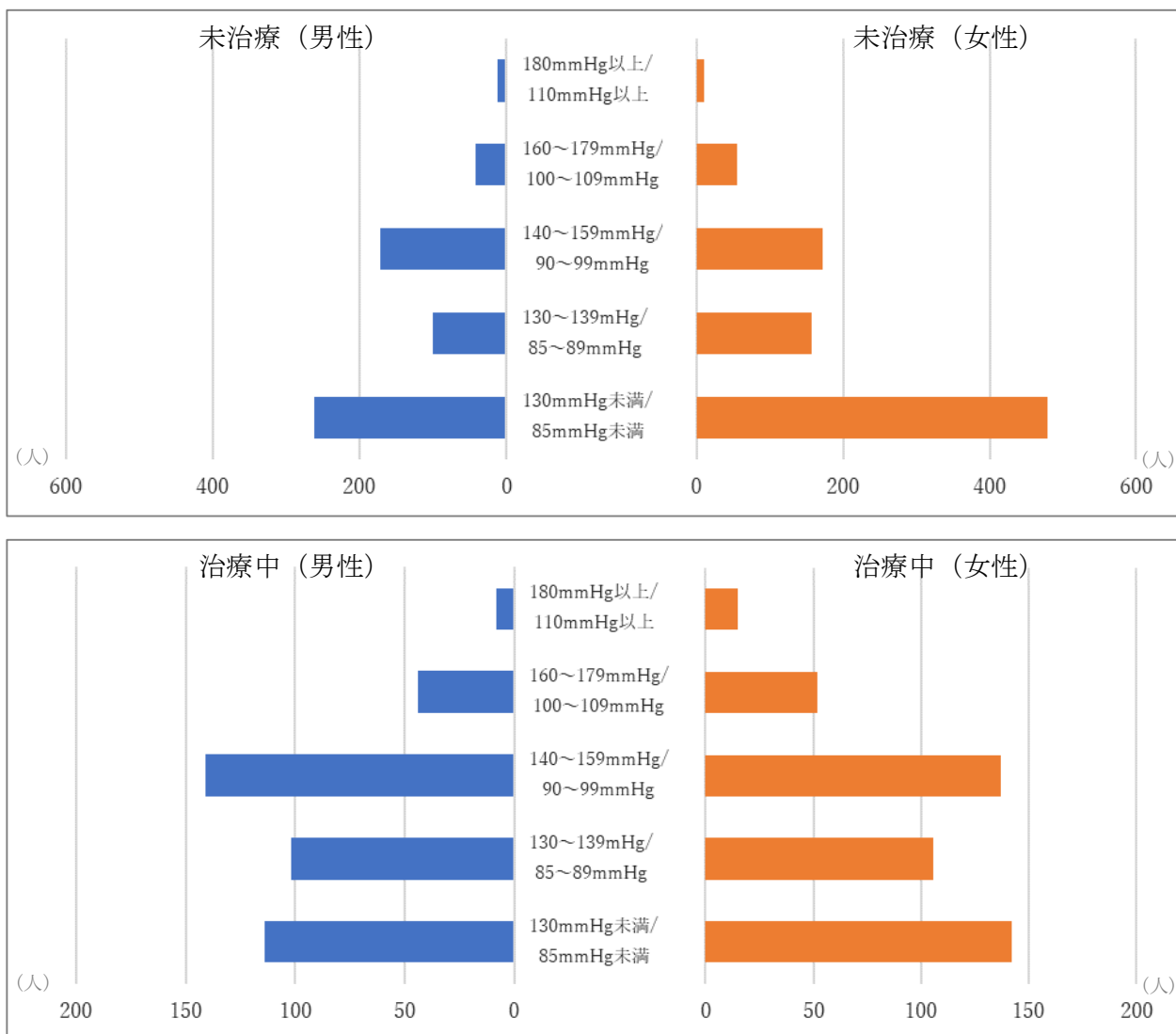
(2) 特定健康診査受診者における健康・生活習慣の状況

① 高血圧症

以下は、特定健康診査の血圧の検査結果と医療利用状況を示したものです。

受診勧奨判定値である収縮期血圧140mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上でありながら、医療機関未受診者が一定数存在します。

図34. 治療状況別の高血圧重症度別該当者数（令和4年度）



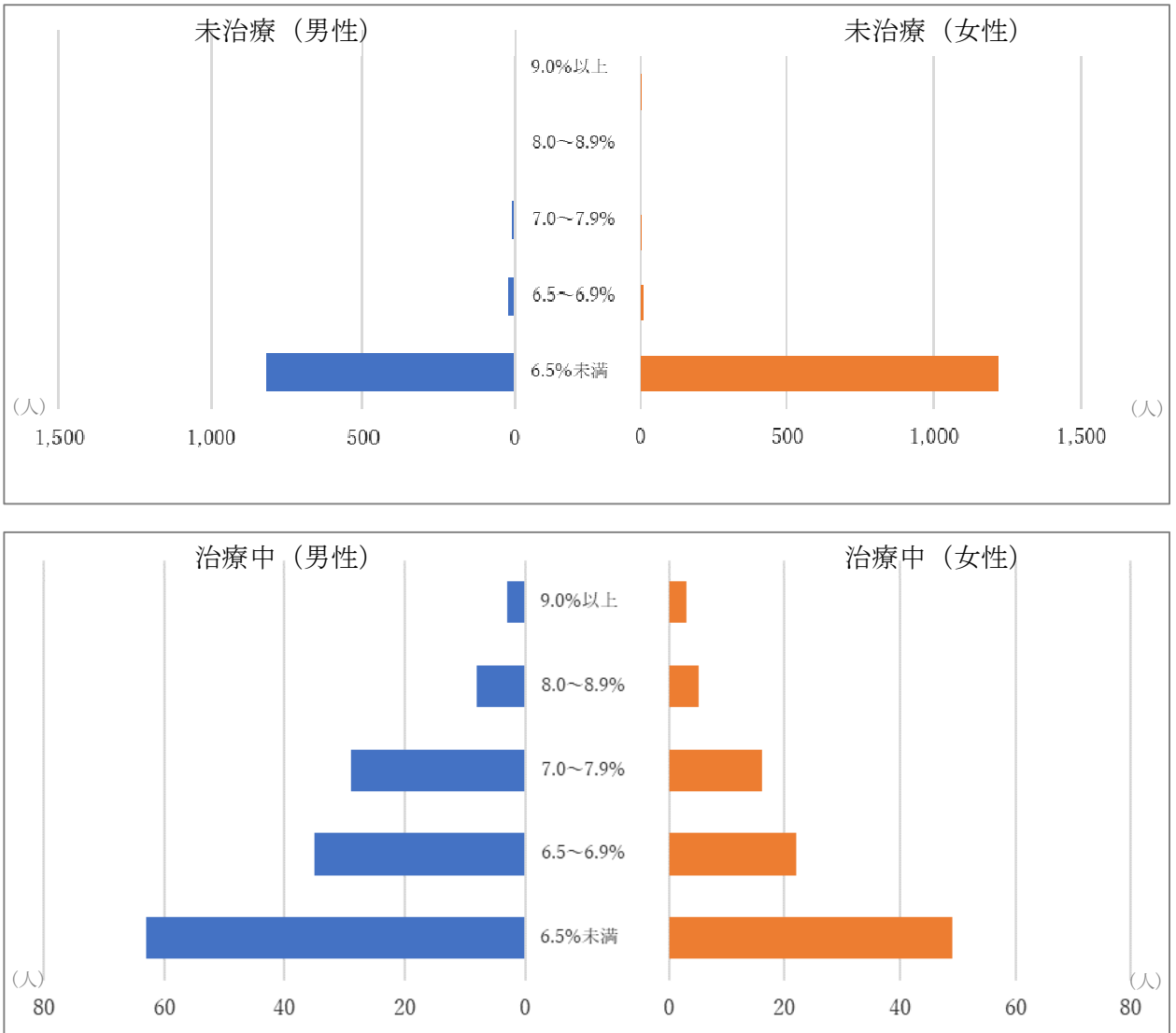
出典:KDBシステム 保健指導対象者一覧 大阪府国保連合会独自集計

② 糖尿病

以下は、特定健康診査のHbA1cの検査結果と医療利用状況を示したものです。

受診勧奨判定値であるHbA1c（NGSP）6.5%以上でありながら、医療機関未受診者が一定数存在しますが、多くの特定健診受診者は医療利用しています。

図35. 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数（令和4年度）

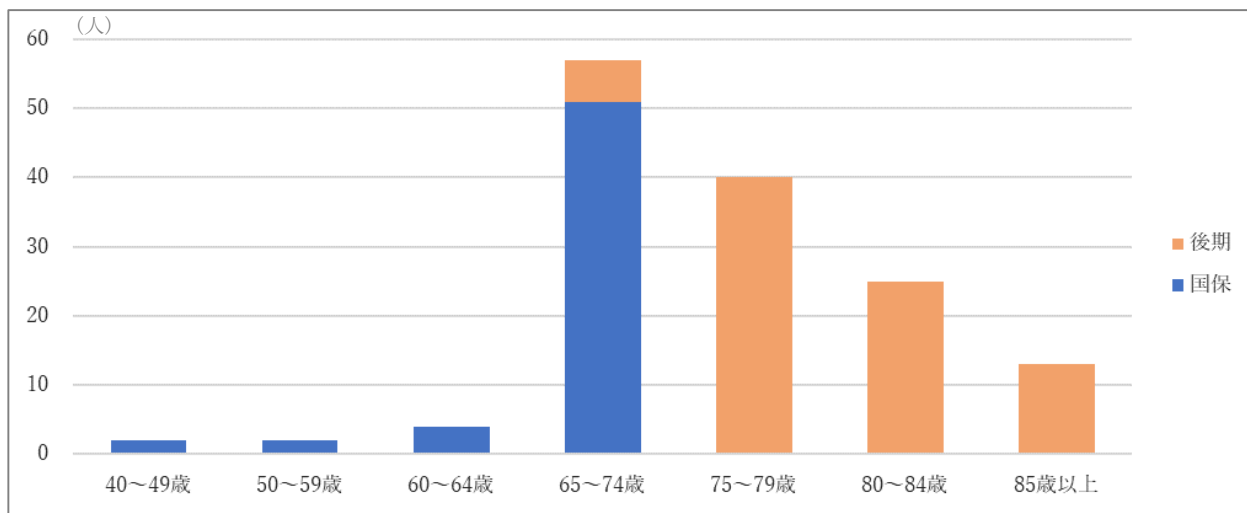


出典：KDBシステム 保健指導対象者一覧 独自集計

以下は、本町の糖尿病性腎症重症化予防対象者数を示したものです。

国保被保険者のうち65～74歳の年齢階級で対象者数が多くなっており、全体では65～74歳の年齢階級で対象者数が最も多くなっています。

図36. 糖尿病性腎症重症化予防対象者数（令和4年度）



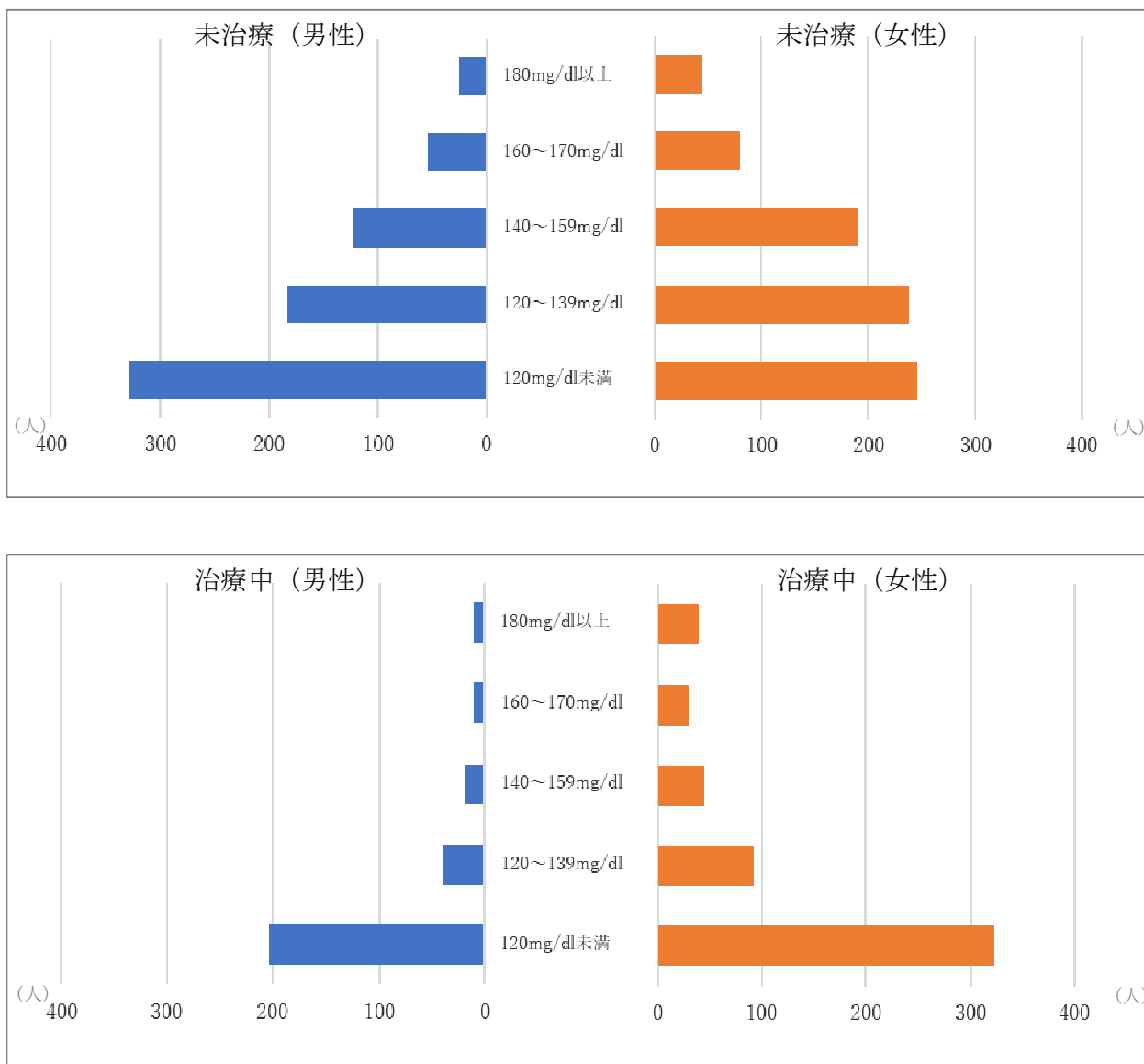
出典：KDBシステム介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

③ 脂質異常症

以下は、特定健康診査のLDLコレステロールの検査結果と医療利用状況を示したものです。

受診勧奨判定値であるLDLコレステロール140mg/dl以上でありながら、医療機関未受診者が一定数存在します。

図37. 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4年度）



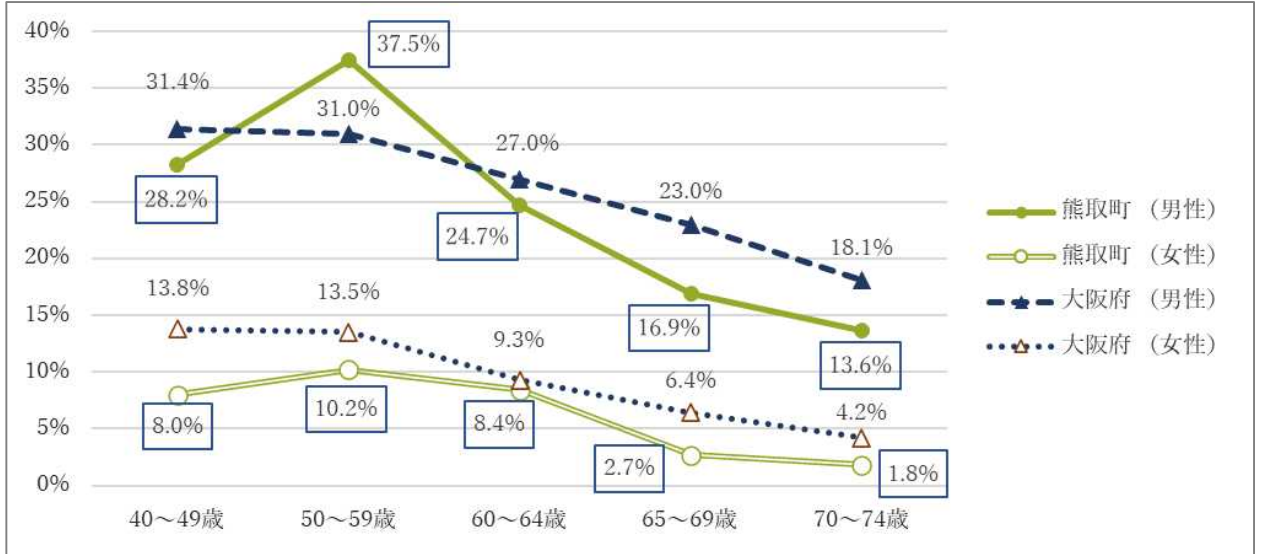
出典:KDB 保健指導対象者一覧 独自集計

④ 喫煙

以下は、年齢階層別の喫煙者割合について、大阪府と比較した結果です。

本町の喫煙者割合は、男女ともに大阪府よりも低い傾向にありますが、男性の50～59歳の割合は大阪府よりも高くなっています。

図38. 性・年齢階級別喫煙率（令和4年度）



出典：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

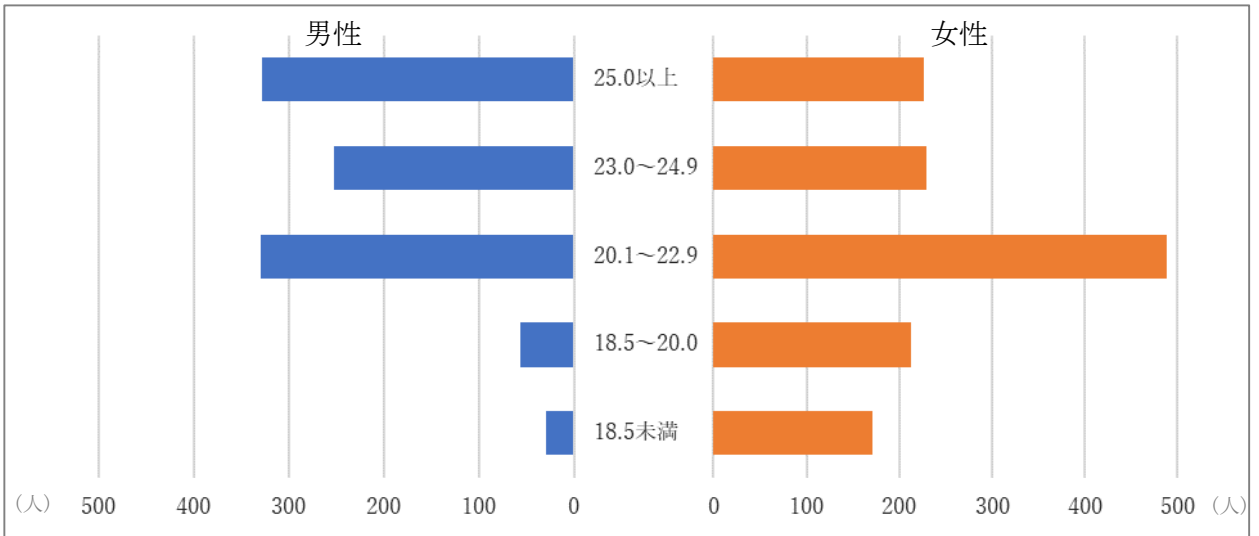
⑤ 肥満・メタボリックシンドローム

以下は、BMI及び腹囲の区分別該当者数を性別に示したものです。

BMIでは、日本肥満学会で基準が定められていますが、18.5未満の「低体重（やせ）」は女性で多く、25以上の「肥満」は男性で多い状況です。

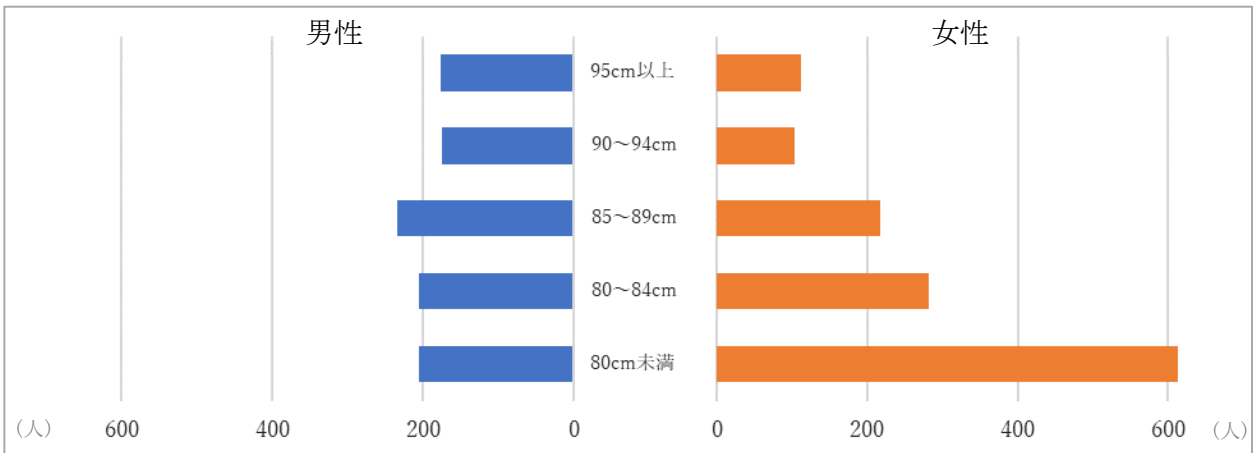
腹囲では、男性85cm未満、女性90cm未満が基準とされますが、男性は半数以上が85cm以上になっています。

図39. BMI区分別該当者数（令和4年度）



出典:KDB保健指導対象者一覧 大阪府国保連合会独自集計

図40. 腹囲区分別該当者数（令和4年度）



出典:KDB保健指導対象者一覧 大阪府国保連合会独自集計

以下は、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の出現率の推移を示したものです。

メタボリックシンドローム該当者の割合は、緩やかに上昇傾向にあり、予備群の割合においても同様に上昇しています。

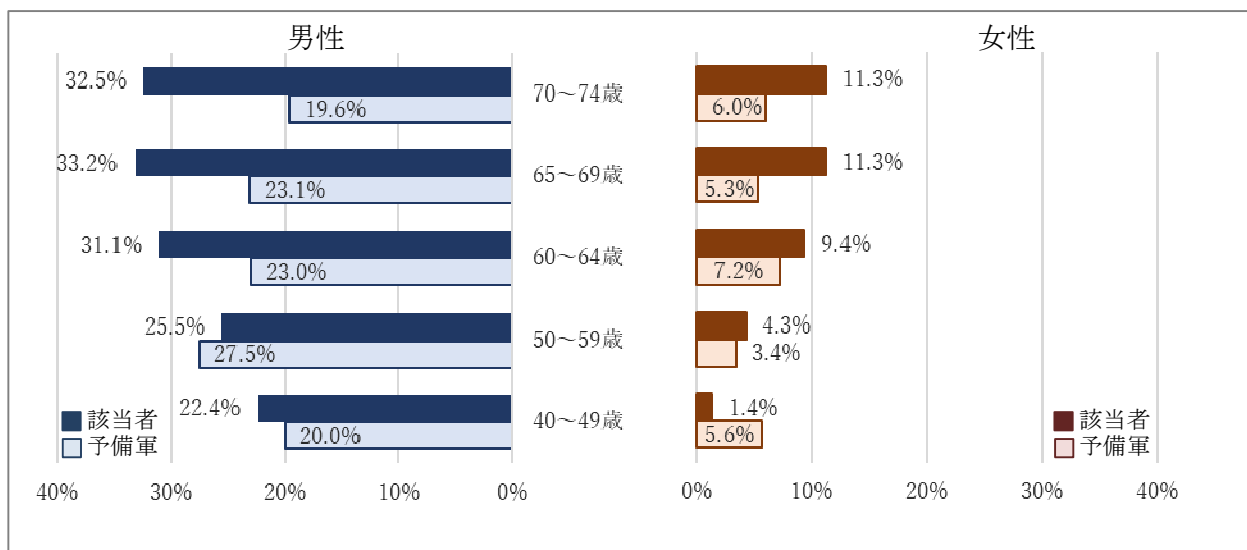
性別・年齢階層別では、男性側が全体の数値を大きく押し上げている状況であり、そのなかでも該当者は60歳以上、予備群は50～59歳の割合が高くなっています。

図41. メタボ該当者・予備群の出現率の推移



出典: 特定健康診査・特定保健指導 法定報告

図42. 性・年齢階層別メタボ該当者・予備群の割合 (令和3年度)



出典: 特定健康診査・特定保健指導 法定報告

6. 特定保健指導実施状況

以下は、特定保健指導利用率及び実施率の推移について、全国及び大阪府と比較したものです。

本町の特定保健指導利用率は、令和元年度に落ち込んだものの、令和2年度に上昇し、全国及び大阪府よりも高い水準にあります。

また、本町の特定保健指導実施率も全国及び大阪府よりも高い水準で推移しています。

図43. 特定保健指導利用率の推移



出典：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

図44. 特定保健指導実施率の推移



出典：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2期計画における各事業の達成状況）

以下は、第2期データヘルス計画に基づき実施した各事業についての達成状況を示したものです。

1. 特定健康診査の推進

事業目的	<p>(1) 受診率の向上 メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出することに加え、その他生活習慣病予備群や要医療者を把握し、保健指導を実施することで、糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化を予防する。また、健診を通じてリスクの状況や生活習慣改善の結果などを自ら確認し、健康増進につなげる機会とする。</p> <p>(2) 未受診者対策 ○電話勧奨（40歳以上） ・個々に応じたきめ細かな案内を行うことで、受診率向上をめざす。 ・受診率の低い40歳代、50歳代へ集中的に実施することで、疾病の早期発見・早期治療により医療費抑制をめざす。 ○ハガキ勧奨（40歳以上） ・勧奨文を特性に合わせたものとする事で“健診の自分事化”を促すことにより、受診率向上をめざす。 ○土日健診 ・平日仕事などで受診しにくい方なども受診しやすくする。</p> <p>(3) 継続受診対策 継続して受診することで、受診率の維持向上を図るとともに、経年の健診結果を把握することにより、改善または悪化傾向にあるのか早期に把握し、保健指導に活かす。また、町独自で創設している「健幸ががっちり賞」の周知により継続受診につなげる。</p>
対象者	<p>(1) 熊取町国民健康保険被保険者のうち、年度末年齢30～74歳（年度途中加入者含む）及び年度途中75歳到達者（75歳誕生日前日まで）。妊産婦その他厚生労働大臣が定める人（刑務所入所、海外在住、長期入院など）は対象外</p> <p>(2) 電話勧奨（40歳以上）： 当該年度未受診者のうち、過去の受診状況及び年代を考慮して実施 ハガキ勧奨（40歳以上）： 当該年度未受診者全員 土日健診： 特定健診対象者全員</p> <p>(3) 集団特定健診受診者全員</p>
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>(1) 受診率の向上 【実施項目】 高齢者の医療の確保に関する法律施行令等に規定する基本項目・詳細項目に加え、大阪府の方針として、ヘモグロビンA1c(HbA1c)・血清クレアチニン・血清尿酸を追加項目とする。 【方法】 周知方法：受診券送付時チラシ、広報、ホームページ、医療機関ポスター、個別はがき郵送 実施方法・時期・場所：集団健診・5.9.10.2月・熊取ふれあいセンター 個別健診・通年・大阪府内協力医療機関/人間ドック実施医療機関 【方向性】 心電図を独自の項目として追加する。 集団健診：がん検診とセット受診できる機会を増やせるよう調整する。 安心安全に受診できるよう事前予約制とする。 個別健診：引き続き治療中の方への受診勧奨をすすめるとともに、治療中の方のデータの活用について検討する。</p> <p>(2) 未受診者対策 ○電話勧奨 【時期】8月中旬～9月下旬：秋の集団健診前 【方向性】3年連続未受診者や40代・50代の不定期受診者など、主なターゲットを決めて実施する。 ○ハガキ勧奨 【時期】9月中旬（+2月中旬）：秋（+冬）の集団健診前 【方向性】過去の受診状況や年代等、特性に合わせた勧奨文を送付する。 ○土日健診 【方法】集団特定健診 【方向性】引き続き、春と秋に1回ずつ土日健診を実施する。</p>

実施内容	<p>(3) 継続受診対策</p> <p>【方法】 集団特定健診受診当日に、保健師または管理栄養士が面接し、継続して特定健診を受診するよう促す。</p> <p>【方向性】 ・集団特定健診受診者に対しては、今後も同様に実施する。 ・個別特定健診受診者に対しても、継続して特定健診を受診するよう促せる媒体作成及び医療機関に協力を依頼する。 ・町独自で創設している「健幸でがっちり賞」の周知により継続受診につなげる。</p> <p>○健康づくり推進奨励事業・めざせ！がっちり健幸</p> <p>【方法】 国民健康保険に加入している世帯の特定健診受診状況や医療機関受診状況、保険料納付状況をもとに、しっかりと健康管理を行っている世帯を表彰</p> <p>・健幸で始め賞：40歳から74歳の被保険者で、前年度に医療にかかっておらず、また、特定健診も受診していない者を対象に、特定健診を受診した場合に副賞（ＱＵＯカード500円分）を贈呈</p> <p>・健幸でがっちり賞：世帯全員（20歳以上の被保険者）が同年度に特定健診を受診し、医療を受診しておらず、保険料を完納している場合に、副賞1万円を贈呈</p> <p>【方向性】 事業の継続実施については、状況を見て判断する。</p>
------	--

【アウトプット・アウトカム評価】

(1) 受診率の向上

アウトプット：対象者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	－	8,001人	7,551人	7,190人	6,882人	6,437人	5,895人
達成状況	7,568人	7,127人	6,888人	6,789人	6,524人	6,127人	

アウトプット：受診者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	－	3,280人	3,171人	3,092人	3,028人	2,897人	2,712人
達成状況	2,939人	2,858人	2,907人	2,282人	2,400人	2,319人	

(2) 未受診者対策

○電話勧奨

アウトプット：累積カパー率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				100%			100%
達成状況	100% (6,360人)		100% (6,635人)			100% (5,798人)	

○ハガキ勧奨

アウトプット：累積カパー率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				100%			100%
達成状況	100% (7,675人)		100% (6,474人)			100% (4,601人)	

○土日健診

アウトプット：土日受診者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				180人			160人
達成状況	175人		157人			117人	

(3) 継続受診対策

アウトプット：継続受診者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				1,855人 ※集団受診は 全体受診者の 60.0%			1,627人 ※集団受診は 全体受診者の 60.0%
達成状況	1,795人 ※集団受診は 全体受診者の 61.1%		1,699人 ※集団受診は 全体受診者の 60.0%			1,311人 ※集団受診は 全体受診者の 56.4%	

アウトプット：健康で始めま賞受賞者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況 受賞者数/対象 者数		48人/758人	22人/692人	23人/694人	46人/733人	25人/682人	

アウトプット：健康でがっちり賞受賞世帯数（人数）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況			44世帯(45人)	50世帯(51人)	63世帯(675人)	45世帯(47人)	

(1) ～ (3) 共通

アウトカム：特定健診（全体）受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値		41%	42%	43%	44%	45%	46%
達成状況	38.8%	40.1%	40.4%	33.6%	36.8%	37.9%	

アウトカム：3年累積受診率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				55.0%			58.0%
達成状況	51.7%		54.0%			51.6%	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

●特定健康診査継続受診対策

【ストラクチャ】

- ・担当者：専門職 2～3人
- ・実施体制：直営

【プロセス】

- ・対象者：集団特定健診受診者全員、1,311人（R4）
- ・実施方法：集団特定健診受診当日に保健師または管理栄養士が面接し、継続受診を促す。

事業全体の 評価	5:目標達成
	4:改善している
	3:横ばい
	2:悪化している
	1:評価できない

考察 (成功・未達要因)	<p>目標値には満たなかったが、新型コロナウイルスによる受診控えも落ち着きつつあり、受診者数1,311人全員に健診当日に保健指導及び継続受診勧奨を実施することができた。また、未受診者への勧奨も対象者全員に実施できた。</p> <p>集団特定健診において、令和3年度より体組成計による筋肉量の測定と結果説明を実施し、継続受診対策の一つとなっている。</p>
-----------------	---

今後の方向性	引き続き実施していく。
--------	-------------

2. 特定保健指導の推進

事業目的	<p>(1) 特定保健指導の実施 対象者が健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとし、心疾患や脳血管疾患などの発症の前段階であるメタボリックシンドロームを改善し、重症化や合併症を予防する。</p> <p>(2) 特定保健指導未利用者対策 特定保健指導利用率の向上及び実施率の向上</p>
対象者	<p>(1) 特定健康診査または助成を受けて人間ドックを受診した結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る人のうち、糖尿病・高血圧症・脂質異常症の治療に係る薬剤を服用しているものを除く人 追加リスク等の数値等により、動機付け支援対象者と積極的支援対象者に振り分ける。</p> <p>(2) 特定保健指導利用券を送付後、指定した初回面接日時に来所がなかった対象者及び個別特定健診受診者で特定保健指導対象者全員</p>
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>(1) 特定保健指導の実施 【実施形態】保健師・管理栄養士による直営方式で実施 【実施期間】1ヶ-ル目：6月～9月、2ヶ-ル目：11月～2月、3ヶ-ル目：3月～翌年度6月 【実施内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●動機づけ支援対象者 <ul style="list-style-type: none"> ア) 「面接による支援（初回面接）」を結果説明会などで行う。 生活習慣と健診結果の関係性や生活習慣改善の必要性を説明、具体的な生活習慣改善の指導、行動目標設定を、1人当たり20分以上行う。 イ) 希望者には集団教室や個別相談などで支援を行う。 ウ) 「実績評価」は、3か月経過後とする。 面接や電話などにて、行動目標の達成状況、身体状況及び生活習慣の改善状況について評価する。また、評価結果を本人に提供する。 ●積極的支援対象者 <ul style="list-style-type: none"> ア) 「初回時に面接による支援（初回面接）」を結果説明会などで行う。 生活習慣と健診結果の関係性や生活習慣改善の必要性を説明、具体的な生活習慣改善の指導、行動目標設定を、1人当たり20分以上行う。 イ) 「3か月以上の継続的な支援」として、支援Aのみの方法で180ポイント以上または支援A（最低160ポイント以上）と支援Bの方法によるポイントの合計が180ポイント以上の支援を実施する。 <p>【方向性】 ●初回面接を分割実施できるよう、集団健診当日保健指導の体制を整える。 ●初回面接の人員については、専門職2人体制で実施する。</p> <p>(2) 特定保健指導未利用者対策 【方法】 ●特定保健指導の予備日を設け、電話等で利用を勧奨する。 ●個別特定健診受診者で特定保健指導対象者に対しては、面接日前に電話による利用勧奨も実施する。 【方向性】 ●特定保健指導利用勧奨時に特定保健指導未利用理由を把握し、未利用理由に対応した実施方法を検討する。 ●基本、面接した対象者を特定保健指導利用者とする。</p>

【アウトプット・アウトカム評価】

(2) 特定保健指導未利用者対策

アウトプット：利用勧奨対象者数

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				165人 ※特定保健指導対象者の 46%該当			134人 ※特定保健指導対象者の 43%該当
達成状況	171人 ※特定保健指導対象者の 49.8%該当		145人 ※特定保健指導対象者の 44.3%該当			187人 ※特定保健指導対象者の 69.5%該当	

アウトプット：利用勧奨実施者数

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				165人			134人
達成状況	144人		129人			187人	

アウトプット：特定保健指導利用者数

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				79人 ※利用勧奨実施者の48%			75人 ※利用勧奨実施者の56%
達成状況	55人 ※利用勧奨実施者の38.2%		55人 ※利用勧奨実施者の42.6%			106人 ※利用勧奨実施者56.7%	

(1) ~ (2) 共通

アウトカム：特定保健指導利用率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				45.0%			50.0%
達成状況	40.4%	51.2%	38.4%			39.4%	

アウトカム：特定保健指導実施率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				37.0%			45.0%
達成状況	32.3%	35.7%	29.3%			27.5%	

アウトカム：内臓脂肪症候群該当者割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				13.6%			13.0%
達成状況	14.3%		17.2%			19.9%	

アウトカム：内臓脂肪症候群予備群割合

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				10.9%			10.8%
達成状況	11.0%		11.9%			11.5%	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

<p>【ストラクチャ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当者：専門職（職員）2人 ・実施体制：直営 <p>【プロセス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者：特定健康診査受診者のうち、積極的支援及び動機づけ支援該当者269人（積極的：54人、動機付け：215人）（R4） ・実施方法：熊取ふれあいセンターにおいて、集団または個別で実施（初回面接）個別面接（継続支援）集団健康教育（R1～個別面接で対応）、個別面接、電話（評価）健康チェック、個別面接、電話 ・実施時期：5・9・10、2月（集団特定健診当日）6・11・3（H29～）月（集団特定健診の結果説明会時） ・周知方法： <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診券送付時に同封するチラシに記載 ・集団特定健診受診時に配布する結果説明会案内チラシに記載 ・集団特定健診受診時に肥満者を対象に利用勧奨実施
--

事業全体の評価	5:目標達成 4:改善している 3:横ばい 2:悪化している 1:評価できない	<p>考察 (成功・未達要因)</p> <p>特定保健指導の未利用者対策について、利用勧奨実施率は目標どおり実施できた。特定保健指導利用率は新型コロナも落ち着き増加傾向であり、特定保健指導実施率については脱落者もあり、目標達成には及ばず。</p>
		<p>今後の方向性</p> <p>特定保健指導利用及び実施者が増えるように実施方法について検討し、引き続き、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）も踏まえ実施していく。</p>

3. 国保保健事業の推進

3. 1 ポピュレーションアプローチ：生活習慣病の1次予防に重点をおいた取組

事業目的	(1) 30歳代の健診受診機会の提供 特定健診の対象となる前に、若いうちから健康・健診意識を醸成することで、将来的な受診率の向上及び医療費抑制をめざす。 (2) 40歳以上の生活習慣病の1次予防 特定保健指導対象者以外の生活習慣病予備群に対して保健指導を行うことで、生活習慣病への発展を予防し、さらには重症化予防を図る。
対象者	(1) 30歳代の被保険者全員 (2) 40歳以上で特定保健指導対象者以外の生活習慣病予備群
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	(1) 【方法・時期】 ●はがきによる受診案内：4月中旬及び9月中旬（春・秋の集団健診前） ●集団健診への受け入れ：5月、9～10月、2月 【方向性】 特定健診の概要や日程、受診の必要性等が分かるよう案内する。 （20歳代被保険者について郵送型簡易血液検査を実施する。）
	(2) 【方法】 集団特定健診の結果を返却する結果説明会において、医師・保健師・管理栄養士による健康相談コーナーを設け、生活習慣病予防の保健指導を行う。 【時期】 6、11、3月（集団特定健診の結果説明会開催時） 【方向性】 集団での保健指導を実施していたが、個々の状況に応じた個別の保健指導を中心に実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

○30歳代の健診受診機会の提供：

アウトプット：はがき発送カバー率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				100%			100%
達成状況			100%			100%	

○40歳以上の生活習慣病の1次予防：

アウトプット：一般相談コーナー利用者数/結果説明会来所者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				50.0%			50.0%
達成状況	48.2%		63.7%			92.5%	

○共通

アウトカム：30歳代受診者数（受診率）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				128人(16.0%)			144人(18.0%)
達成状況	29人(3.4%)		81人(10.9%)			42人(3.2%)	

アウトカム：有所見割合 男性・収縮期血圧130以上

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				53.0%			49.2%
達成状況	56.7%		57.5%			62.1%	

アウトカム：有所見割合 女性・収縮期血圧130以上

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				44.2%			42.7%
達成状況	45.7%		46.6%			52.7%	

アウトカム：有所見割合 男性・LDLコレステロール120以上

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				49.7%			47.3%
達成状況	52.1%		50.6%			47.1%	

アウトカム：有所見割合 女性・LDLコレステロール120以上

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				61.6%			57.1%
達成状況	66.1%		60.0%			58.8%	

ポピュレーションアプローチ・重症化予防 共通

アウトカム：収縮期160mmHg以上または拡張期100mmHg以上該当者数減少（該当者数／健診受診者数）

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				7.4%			7.0%
達成状況	7.8%		8.4%			10.2%	

アウトカム：HbA1c8.0%以上該当者数減少（該当者数／健診受診者数）

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				0.8%			0.7%
達成状況	0.9%		1.3%			0.9%	

アウトカム：LDLコレステロール180mg/dl以上該当者減少（該当者数／健診受診者数）

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				5.8%			5.4%
達成状況	6.2%		5.6%			5.1%	

アウトカム：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）減少

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				0.484件			0.463件
達成状況	0.505件		0.371件			0.391件	

アウトカム：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）（70～74歳）減少

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				2.1041件			1.9021件
達成状況	2.3061件		1.2375件			1,084件	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

<p>【ストラクチャ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当者数：専門職5～6人、医師（業者委託）1人、事務職（①のみ）1・担当者：専門職5～6人、医師（業者委託）1人 ・実施体制：直営 <p>【プロセス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者：①30歳代の被保険者全員 561人 (R4) ②40歳以上で特定保健指導対象者以外の、生活習慣病予備群 ・実施方法：①集団健診にて30歳代の受診を受け入れる。 (H29～) 新規はがきによる特定健診受診案内を行う。受診券の発行はない。 ②集団特定健診の結果を返却する結果説明会において、医師・保健師・管理栄養士による健康相談コーナーを設け、生活習慣病予防の保健指導を行う。 ・実施時期：①健診：5月、9・10月、2月 (H29～)（集団特定健診） はがき：4月下旬（春の集団健診前） 案内チラシ送付：9月中旬（秋の集団健診前） ②6月、11月、3月 (H29～)（集団特定健診の結果説明会時）

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達要因) 30歳代の受診者数は減少傾向。 有所見者割合LDLコレステロール及びHbA1cは改善している。 一般相談利用者数は、新型コロナウイルスの感染予防対策で 集団指導をなくし、個別指導を案内することにより、利用者 数が大幅に増加。今までの結果説明会での集団指導による、 健診項目に関する情報提供は実施できなくなったが、個々の 健診結果に対して、丁寧に指導することができるようになった。
	4:改善している	
	3:横ばい	今後の方向性 引き続き、30歳代への受診勧奨に努め、結果説明会は同様の 方法で実施していく。
	2:悪化している	
	1:評価できない	

3. 2 重症化予防：受診勧奨判定値を超えている者への取組

事業目的	<p>高血圧・糖尿病・脂質異常症からの動脈硬化を予防し、脳卒中・虚血性心疾患・人工透析などの重症化を予防する。</p>
対象者	<p>(1) 高血圧受療勧奨 特定健診の結果：①180mm/Hg以上または110mm/Hg以上 ②非肥満（BMI25未満）で160mm/Hg以上または100mm/Hg以上</p> <p>(2) 糖尿病受療勧奨 特定健診の結果：①空腹時血糖200以上または尿糖3+またはHbA1c8.0%以上 ②非肥満（BMI25未満）未治療高血糖（HbA1c6.5%以上）</p> <p>(3) LDLコレステロール要医療者受療勧奨 特定健診の結果：LDLコレステロール180mg/dl以上</p> <p>(4) 腎機能要医療者受療勧奨 特定健診の結果：①血清クレアチニンから算出したeGFRが、40歳未満は60未満・40～69歳は50未満・70歳以上は40未満に該当 ②尿たんぱく3+</p> <p>(5) 不整脈・心電図要医療者受療勧奨 特定健診の結果：・不整脈 ・心電図要医療</p> <p>(6) その他項目の受療勧奨 集団特定健診の結果：・脂質（中性脂肪500mg/dl以上・HDL30mg/dl以下） ・肝機能（AST・ALT100U/I以上・γ-GT300U/I以上） ・貧血（血色素量8.0g/dl未満） ・尿酸代謝（血清尿酸）9.0mg/dl以上</p>
事業実施年度	<p>平成30年度～令和5年度</p>
実施内容	<p>(1) 高血圧受療勧奨 (2) 糖尿病受療勧奨</p> <p>【方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 集団受診者で対象者には受療が必要な旨と、後日受療確認する旨を記載した文書を同封して、結果説明会または郵送にて特定健診結果を返却する。 ● 糖尿病受療勧奨対象者には、必要に応じて紹介状も発行する。 ● 後日、保健師または管理栄養士より受療確認の電話をかける。 ● 個別受診者にも受療状況確認の電話をかける。 ● また、受療勧奨の結果を健康管理システムにて管理する。 ● 集団健診受診当日にリーフレットの配布及び結果説明会時にシート作成を行う。 <p>【時期】 集団特定健診の約1か月後</p> <p>【方向性】</p> <p>(1) 高血圧受療勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 集団健診受診者に加え、個別健診受診者の状況を把握する。また、KDBも活用し、対象者リストを整理する。 ● 家庭血圧の測定を勧めるとともに、集団教育や個別相談などで高血圧対策の重要性を伝える。 <p>(2) 糖尿病受療勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 糖尿病専門医への紹介状発行や受療勧奨とともに、治療中の方への保健指導を実施する。 ● 個別健診受診者の状況把握及びKDBを活用した対象者リストを作成する。 ● 糖尿病連携手帳の活用について、保健所や医師会と連携し、体制を整える。 <p>(3) LDLコレステロール要医療者受療勧奨 (4) 腎機能要医療者受療勧奨</p> <p>【方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 集団受診者で対象者には受療が必要な旨と、後日受療確認する旨を記載した文書を同封して、結果説明会または郵送にて特定健診結果を返却する。 ● 腎機能要医療者受療勧奨対象者には、必要に応じて紹介状も発行する。 ● 後日、保健師または管理栄養士より受療確認の電話をかける。 ● 個別受診者にも受療状況確認の電話をかける。 ● 受療勧奨の結果を健康管理システムにて管理する。 ● 集団健診受診当日にリーフレットの配布及び結果説明会時にシート作成を行う。 <p>【時期】 集団特定健診の約1か月後</p> <p>【方向性】</p> <p>(3) LDLコレステロール要医療者受療勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 引き続き、集団教育や個別相談などで高LDLコレステロール対策の重要性を伝える。 ● 個別受診者からも専門医につながるよう、保健所や医師会と連携し、体制を整える。

実施内容	<p>(4) 腎機能要医療者受療勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ●引き続き、受療勧奨と受療結果の管理を行い、管理台帳を作成する。 <p>(5) 不整脈・心電図要医療者受療勧奨</p> <p>(6) その他項目の受療勧奨</p> <p>【方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●集団受診者で対象者には受療が必要な旨と、後日受診確認する旨を記載した文書を同封して、結果説明会または郵送にて特定健診結果を返却する。 ●不整脈・心電図要医療者への受療勧奨にあたっては、医師会作成の医療機関リストを活用し、必要に応じて紹介状も発行する。 ●後日、保健師または管理栄養士より受療確認の電話をかける。 ●個別受診者で不整脈・心電図要医療者にも受療状況確認の電話をかける。 ●受療勧奨の結果を健康管理システムにて管理する。 ●集団健診受診当日にリーフレットの配布及び結果説明会時にシート作成を行う。 <p>【時期】</p> <p>集団特定健診の約1か月後</p> <p>【方向性】</p> <p>(5) 不整脈・心電図要医療者受療勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ●受療勧奨と受療結果の管理を行い、管理台帳を作成する。 ●不整脈や心房細動を早期に発見し治療につなげられるよう、自己検脈のPRを行う。 ●特定健診時に町独自追加項目として心電図測定を実施する。 <p>(6) その他項目の受療勧奨</p> <p>引き続きその他項目の受療勧奨を実施する。</p>
------	---

【アウトプット・アウトカム評価】

1. 高血圧受療勧奨 実施者数

アウトプット：確認者/対象者

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				98.0%			100%
達成状況	96.0%		100%			94.7%	

アウトプット：受診有/対象者

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				46.5%			50.0%
達成状況	43.0%		53.0%			49.7%	

2. 糖尿病受療勧奨 実施者数

アウトプット：確認者/対象者

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				90.7%			100%
達成状況	81.4%		95.4%			93.8%	

アウトプット：受診有/対象者

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				70.0%			80.0%
達成状況	60.5%		78.5%			77.1%	

3. LDLコレステロール要医療者受療勧奨 実施者数

アウトプット：確認者/対象者

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				90.0%			100%
達成状況	78.7%		93.3%			86.1%	

アウトプット：受診有/対象者

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				55.0%			60.0%
達成状況	51.1%		62.2%			50.0%	

4. 腎機能要医療者受療勧奨 実施者数

アウトプット：確認者/対象者

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				95.0%			100%
達成状況	88.9%		90.3%			93.5%	

アウトプット：受診有/対象者

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				80.0%			90.0%
達成状況	74.1%		64.5%			90.3%	

5. 不整脈・心電図要医療者受療勧奨 実施者数

アウトプット：確認者/対象者

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				脈：90.0% 心：100%			脈：100% 心：100%
達成状況	脈：80.8% 心：100%		脈：100% 心：98.2%			脈：93.9% 心：90%	

アウトプット：受診有/対象者

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				脈：88.5% 心：100%			脈：100% 心：100%
達成状況	脈：76.9% 心：100%		脈：63.2% 心：82.5%			脈：71.4% 心：72%	

ポピュレーションアプローチ・重症化予防 共通

アウトカム：収縮期160mmHg以上または拡張期100mmHg以上該当者数減少（該当者数/健診受診者数）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				7.4%			7.0%
達成状況	7.8%		8.4%			10.2%	

アウトカム：HbA1c8.0%以上該当者数減少（該当者数／健診受診者数）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				0.8%			0.7%
達成状況	0.9%		1.3%			0.9%	

アウトカム：LDLコレステロール180mg/dl以上該当者減少（該当者数／健診受診者数）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				5.8%			5.4%
達成状況	6.2%		5.6%			5.1%	

アウトカム：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）減少

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				0.484件			0.463件
達成状況	0.505件		0.371件			0.391件	

アウトカム：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）（70～74歳）減少

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				2.1041件			1.9021件
達成状況	2.3061件		1.2375件			1,084件	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

<p>【ストラクチャ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当者数：専門職2人 ・実施体制：直営 <p>【プロセス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者：集団特定健診の結果、要医療判定を示した者のうち、熊取町独自に設けた基準に該当した被保険者320人（R4） ・実施方法： <ul style="list-style-type: none"> ①対象者に受診が必要な旨と、後日受診確認する旨を記載した文書を同封し、結果説明会または郵送にて特定健診結果を返却する。後日、保健師または管理栄養士より受診確認の電話をかける。また、受診勧奨の結果を、健康管理システムにて管理する。 ②集団健診受診当日にリーフレット配布及びシート作成を行う。 ・実施時期：集団特定健診の約1か月後
--

事業全体の評価	<p>5:目標達成</p> <p>4:改善している</p> <p>3:横ばい</p> <p>2:悪化している</p> <p>1:評価できない</p>
---------	--

考察 (成功・未達要因)	受療勧奨対象者への受療勧奨実施は概ね良好で、LDLコレステロール180mg/dl以上該当者数及びHbA1c8.0%以上該当者は減少傾向だが、収縮期血圧160mmHg以上または拡張期100mmHg以上者の割合が増加のまま。受療勧奨の方法について検討が必要と考える。
-----------------	---

今後の方向性	高血圧対策として、令和4年度から特定健診時などで大阪公立大学が実施する尿中塩分測定を行い、減塩に関するPRコーナーを設置。また、令和5年度から医師連絡票の活用を開始。項目によっては、かかりつけ医だけではなく、一度は専門医の受診を勧める。引き続き実施し、効果について評価を行っていく。
--------	---

3. 3 ①糖尿病性腎症重症化予防事業 ②糖尿病重症化予防事業

事業目的	糖尿病性腎症の者に対して保健指導をすることで、人工透析につながることを予防または導入の時期を遅らせる。
対象者	特定健診または人間ドック受診の結果、下記該当者 ①HbA1c6.5%以上（または空腹時血糖 126mg/dl、または随時血糖 200mg/dl）かつ $15 \leq e\text{-GFR} < 60$ 以下または尿たんぱく+以上 ②HbA1c6.5%以上 及び 尿たんぱく-、±。ただし、過去に当事業を利用した被保険者を除く。
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	【方法】 ●保険者が保健指導を業者委託し、医療機関と連携して保健指導を実施する。 【時期】 ●9月～翌年2月頃の6か月間 【方向性】 ●糖尿病連携手帳を活用し、事業利用者が自身の現状をしっかりと把握することに活用してもらう。 ●事業利用者のフォローアップをし、事業評価に活用する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：①実施者

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				7人			7人
達成状況	7人		6人			5人	

アウトプット：②実施者

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				3人			3人
達成状況			10人			3人	

アウトカム：糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者からの新規透析導入者数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値				0人			0人
達成状況	0人		0人			0人	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

<p>【ストラクチャ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当者数：専門職1人 ・実施体制：業者委託 <p>【プロセス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者：特定健診受診の結果、 <ul style="list-style-type: none"> ①HbA1c6.5%以上（または空腹時血糖126mg/dl、200mg/dlかつe-GFR15以上60以下） または 尿たんぱく+以上 46人（R4） ②R1新規 HbA1c7.0%以上 及び 尿たんぱく-、± 39人（R4） （ただし、本事業を利用したことがある被保険者は、対象外） <p>【プロセス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施方法：糖尿病性腎症患者もしくは糖尿病重症患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される被保険者に対し、保険者が主治医と連携して委託業者による保健指導を行う。 ・実施時期：9月頃～翌年2月頃（6か月間） また、保健指導終了から6か月～1年後の状況を把握する。
--

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達要因)	糖尿病性腎症重症化予防事業について、予定していた保健指導対象者数が7人より少ない5人の参加となった。保健指導を行った対象者は、自分のからだのことを振り返りながら知ることで行動変容につながったと考える。
	4:改善している		
	3:横ばい		
	2:悪化している		
	1:評価できない	今後の方向性	参加者が予定より少なくなる傾向にあるため、優先度が高い対象者が参加につながるように、糖尿病重症化予防とあわせて、参加勧奨方法を検討し、引き続き実施していく。

3. 4 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及啓発

事業目的	後発医薬品に変更すると自己負担額がどの程度下がるかを通知し、被保険者にとっての具体的なメリットを示すことで、後発医薬品への切り替えを促進する。
対象者	(1) 差額通知 後発医薬品の存在する先発医薬品服薬者のうち、後発医薬品に切り替えた場合に200円以上の差額が発生する被保険者 (2) 切り替え効果の高い者への通知 ※新規 (1)のうち、切り替え効果額が高い被保険者 (3) その他普及啓発 被保険者全員
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	(1) 差額通知 【方法・方向性】 国保連合会に作成を委託し、本町より通知を発送する。 (2) 切り替え効果の高い者への通知 ※新規 【方法・方向性】 (1)の通知を発送する際、本町にて作成した医療機関への案内文及び切り換えない理由のアンケートを同封する。 (3) その他普及啓発 【方法】 啓発用品を作成し、被保険者に対し全戸配布や窓口設置などの方法により提供する。 【方向性】 希望カードや啓発パンフレットなどの作成

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：差額通知／カバー率

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—						100%
達成状況	—	1,266通/100%	1,119通/100%	1,583通/100%	1,792通/100%	1,464通/100%	

アウトプット：切り替え効果の高い者への通知／1回当たり20名以上×年3回実施

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							20名以上/年3回
達成状況						延べ142名 約47名/回	

アウトカム：数量シェア

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							80%以上
達成状況	67.8%		78.0%			81.7%	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

通知は年3回実施。
後発医薬品の数量シェアの状況により評価を行う。

事業全体の 評価	5:目標達成
	4:改善している
	3:横ばい
	2:悪化している
	1:評価できない

考察 (成功・未達要因)	対象者に通知することで後発医薬品への切替が促進され、 目標を達成することができた。
-----------------	--

今後の方向性	引き続き実施する。
--------	-----------

3. 5 重複服薬者等への保健指導

事業目的	(1) 重複服薬者への保健指導 複数の医療機関から同一薬効の薬剤の投与を受けている被保険者に対し、適切な受診行動を促し、重複服薬や併用禁忌による健康被害を防ぐ。 (2) 重複・頻回受診者への保健指導 同一診療科への複数医療機関を受診している被保険者、並びに同一医療機関にひと月で15日以上頻回受診が2か月以上ある被保険者に対し、適切な受診行動により、健康管理できるよう促す。
対象者	(1) 同一月に複数の医療機関より、同一薬効の薬剤の投与を受けている被保険者 (2) 重複受診者：重複受診者3か月連続で同一診療科を複数受診している被保険者 頻回受診者：同一医療機関でひと月15日以上頻回受診がある被保険者
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	(1) 重複服薬者への保健指導 【方法・方向性】 大阪府国保連合会へ委託し、保健師による電話健康相談を行う。 (2) 重複・頻回受診者への保健指導 【方法・方向性】 国保連合会帳票にて対象者を抽出し、保健師による健康相談を実施する。

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：対象者のうち健康相談実施率

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—						80.0%
達成状況	—	66.7%	57.1%	0.0%	100.0%	100.0%	

アウトカム：対象者数

	計画策定時点 2016年度 (H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値	—						事業開始時より減少
達成状況	—	重複服薬者：2人 重複受診者：5人 頻回受診者：2人	重複服薬者：4人 重複受診者：0人 頻回受診者：3人	重複服薬者：2人 重複受診者：0人 頻回受診者：0人	重複服薬者：2人 重複受診者：0人 頻回受診者：0人	重複服薬者：2人 重複受診者：0人 頻回受診者：0人	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

【抽出条件】 同一月に複数の医療機関から同じ薬効の薬剤の処方を受け、かつ3か月以上連続する者

【実施方法】 電話対象とする薬剤 ○生活習慣病関連（高血圧、糖尿病、脂質異常症）○睡眠鎮静剤・抗不安剤○解熱鎮痛剤

事業全体の評価	5: 目標達成	考察 (成功・未達要因)	<ul style="list-style-type: none"> 対象者が少なく、事業の対象を重複・頻回受診者から重複服薬者へ変更した。 対象者への電話による健康相談の実施で改善が見られた。
	4: 改善している 3: 横ばい 2: 悪化している 1: 評価できない		
		今後の方向性	重複服薬者への健康相談事業は、引き続き実施する。

4. 健康増進法に基づく健康増進事業等との連携

4. 1 がん検診推進事業

事業目的	<ul style="list-style-type: none"> がん検診（肺・胃・大腸・子宮・乳・前立腺）の実施により、がん検診及び精密検査を確実に受けることができる機会を設けがんの早期発見・早期治療につなげる。 医療機関と連携し、精密検査の受診率向上をはじめとした精度管理に努め、がん発見率の向上をめざす。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> 肺・胃・大腸がん検診：40歳以上の町民（1年度に1回） 乳がん検診：40歳以上の町民（女性のみ、2年度に1回） 子宮がん検診：20歳以上の町民（女性のみ、2年度に1回） 前立腺がん検診：50歳以上の町民（男性のみ、1年度に1回）
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>特定健診とがん検診の同時実施</p> <p>【方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●熊取ふれあいセンターでの集団検診及び協力医療機関における個別検診 <ul style="list-style-type: none"> ・肺・前立腺がん検診は、集団検診のみ ・胃・大腸・乳・子宮がん検診は、集団検診及び個別検診 ●乳・子宮がん検診の初診年齢を対象に無料クーポン券を送付 <p>【方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●胃がん検診については、平成30年度より胃内視鏡検査による検診を個別医療機関にて実施 ●特定健診とがん検診のセット検診の内容充実を検討

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトカム：がん検診受診率（肺がん）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況	14.7%		14.7%			13.1%	

アウトカム：がん検診受診率（胃がん）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況	5.9%		5.6%			5.6%	

アウトカム：がん検診受診率（大腸がん）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況	15.2%		13.1%			11.7%	

アウトカム：がん検診受診率（乳がん）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況	20.3%		21.8%			21.3%	

アウトカム：がん検診受診率（子宮頸がん）

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況	24.2%		23.9%			24.6%	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

- ・胃がん・大腸がん検診に加え、令和3年度から子宮頸がん・乳がん検診のセット検診も開始し、受診機会を増やした。
- ・令和5年度からがん検診等WEB予約システムの導入及び胃がん検診（胃内視鏡検査）と前立腺がん検診以外、自己負担費を無料とし実施した。

事業全体の評価	5: 目標達成	考察 (成功・未達要因)	セット検診の内容を増やしたことで、新型コロナウイルスによる受診控えによる受診率低下から、早期の受診率回復につながった。
	4: 改善している		
	3: 横ばい	今後の方向性	引き続き、特定健診とがん検診の同時実施など内容を充実し、受診率向上に努める。
	2: 悪化している		
	1: 評価できない		

4. 2 成人歯科健診

事業目的	むし歯及び歯周疾患を早期に発見することにより、歯の喪失を予防し、健康的な口腔環境を維持することで、適切な食事の摂取や、食べる楽しみを享受できることをめざす。
対象者	40歳以上の町民
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>【方法】 協力医療機関において、個別方式で実施</p> <p>【時期】 6月末から翌年3月末</p> <p>【方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●協力医療機関を町内のみから3市3町に拡大し、受診しやすい体制を整える。 ●引き続き、事業のPRに努める。
考察 (成功・未達要因)	様々な機会に啓発活動を実施しているが、受診者数は低迷している。
今後の方向性	協力医療機関と連携し、受診しやすい体制を整えていく。 また、引き続き事業の啓発も行っていく。

4. 3 インセンティブを活用した取組

事業目的	町民の自主的な健康づくりへの取組に対し、インセンティブを設け、楽しみながら取り組める環境づくりを提供することにより、まち全体の健康づくりの機運を醸成する。
対象者	熊取びんびん元気ポイントアップ事業：20歳以上の町民
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>熊取びんびん元気ポイントアップ事業</p> <p>【方法】 熊取町版の健康マイレージ事業として、「住民の健康づくりへの機運醸成と行動変容を一步促すこと」を目的に平成28年度より事業を開始 特定健康診査や各種がん検診の受診をはじめ、町の健康づくりグループが主催する活動への参加、自分で目標設定した健康づくりへの取組に対してポイントを設定し、一定貯まると賞品がもらえる制度。令和3年度からは、健康づくりへの取組は「健康づくりコース」（申請は1人1回）、ボランティア活動は「ボランティアコース」（申請は1人3回）の2コース制に拡充</p> <p>【方向性】 事業の継続実施については、状況を見て判断</p>

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトカム：熊取びんびん元気ポイントアップ事業

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							
達成状況	113人	560人	599人	519人	437人	401人	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

全戸配付に加え、各健（検）診や健康づくり事業開催時に周知に努めた。

事業全体の評価	5:目標達成	考察 (成功・未達要因)	<ul style="list-style-type: none"> 熊取びんびん元気ポイントアップ事業への参加者総数は令和3年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、前年度を下回り、広がりがみられない。
	4:改善している		
	3:横ばい	今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 熊取びんびん元気ポイントアップ事業の実施を見直し、引き続きがん検診無償化及び大阪府の健康サポートアプリ「アスマイル」の周知啓発を図り、各種健（健）診受診やウォーキング等の生活習慣への継続を促します。
	2:悪化している		
	1:評価できない		

4. 4 禁煙推進

対象者	町民
事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	<p>【方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●健（検）診時などで、問診により喫煙を把握した町民に、健診担当医など保導担当者より禁煙を勧め、希望者には禁煙外来を紹介する。 ●健康教育などで喫煙による体への悪影響を伝え、喫煙をしないようにする。 <p>【方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●引き続き、実施する。 ●母子保健・学校保健と連携して進める。

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

- ・肺がん検診時、喫煙者に対し喫煙についてパンフレットを配布する。特定健診時に、喫煙者に対し医師相談や保健師等により禁煙指導を実施する。
- ・第3次健康くまとり21（健康増進計画・食育推進計画）に準ずる。

考察 (成功・未達要因)	特定健診受診者については、喫煙者割合は大阪府と比べ少ない。
-----------------	-------------------------------

今後の方向性	健（検）診時、引き続き喫煙指導を行っていく。また、健康増進計画では、母子保健も含めて禁煙を推進していく。
--------	--

4. 5 地域包括ケア（高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施）

事業実施年度	平成30年度～令和5年度
実施内容	国民健康保険・後期高齢者医療主管課としての関わり 【方法・方向性】 ●地域包括ケアに係る会議へ、国民健康保険・後期高齢者医療主管課として参画 ●KDBシステムにより抽出したハイリスク群・予備群等のデータを関係部署（後期高齢者医療制度担当、介護保険担当）と共有 ●町内大学と連携した事業の検討、実施

【アウトプット・アウトカム評価】

アウトプット：会議への出席回数

	計画策定時点 2016年度(H28)	2018年度 (H30)	2019年度 (R1)	2020年度 (R2)	2021年度 (R3)	2022年度 (R4)	2023年度 (R5)
目標値							3回 (年3回中)
達成状況						1回 (年1回中)	

【ストラクチャー、プロセスによる評価】

地域包括ケアに係る会議へ参画し、情報共有や関係団体等と連携した事業の検討などを行う。

事業全体の 評価	5: 目標達成	考察 (成功・未達要因)	地域包括ケアに係る会議へ出席し、情報共有や関係団体等と連携した事業の検討などを行うことができています。
	4: 改善している		
	3: 横ばい		
	2: 悪化している		
	1: 評価できない	今後の方向性	地域包括ケア会議に引き続き参画する。

第4章 健康課題

項目	課題	対策(保健事業)
1. 特定健康診査	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率は、向上しているが、令和5年度目標値46%に届いていない。 ・40歳代、50歳代の受診率が低い傾向にあり、この課題に取り組むことで、受診率の底上げにつながる。 ・引き続き、受診勧奨や受診機会の確保の取組が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 特定健康診査の実施・受診率の向上 (2) 特定健康診査未受診者対策 (3) 特定健康診査継続受診対策
2. 特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の利用率及び実施率は、全国及び大阪府より高い状況にあるが、伸び悩んでいる。 ・引き続き、特定保健指導未利用者への勧奨が重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 特定保健指導の実施 (2) 特定保健指導未利用者対策
3. 国保保健事業 (1) ポピュレーションアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・個別通知による受診勧奨を行っているが、30歳代の特定健診受診者数が伸び悩んでいる。 ・生活習慣病予備群への保健指導による生活習慣病予防・重症化予防が重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組
(2) 重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ・受療勧奨対象者への受療勧奨は概ね、良好である。 ・LDLコレステロール180mg/dl以上該当者及びHbA1c8.0%以上該当者の割合は減少傾向であるが、収縮期血圧160mmHg以上または拡張期100mmHg以上該当者の割合が増加傾向である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨判定値を超えている者への取組
(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防事業において、参加者が予定より少なくなる傾向がある。 ・優先度が高い対象者が参加につながるよう、糖尿病重症化予防とあわせた参加勧奨方法を検討する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防事業の実施
(4) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・大阪府より高いが全国よりは低い状況であるが、目標値の80%は上回っている。 ・引き続き、差額通知や効果が高い被保険者への切替勧奨に取り組む必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・差額通知 ・切り替え効果が高い者への勧奨 ・その他普及啓発
(5) 重複服薬者への保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への電話による健康相談の実施で改善がみられることから、継続して取り組む必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会との連携
4. 健康増進法に基づく健康増進事業との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診は、特定健診と同時に実施するなど、内容を充実することが受診率の向上につながる。 ・成人歯科健診は、様々な機会に啓発活動を実施しているが、受診者数が低迷している。 ・熊取びんぴん元気ポイントアップ事業を見直し、大阪府の健康サポートアプリ「アスマイル」の活用が重要である。 ・たばこについては、特定健診受診者の喫煙者割合は府と比べ少ない。引き続き、健(検)診時の禁煙指導が重要である。 ・地域包括ケアについては、医療及び介護関係機関との情報共有や連携した取組が重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> (1) がん検診推進事業 (2) 成人歯科健診 (3) インセンティブを活用した取組 (4) たばこ対策 (5) 地域包括ケアの推進
5. 高齢者の特性を踏まえた健康支援の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療担当課及び介護保険関係部局との連携が重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

目標値(令和11年度)			
アウトプット(実施量)目標		アウトカム(成果)目標	
評価指標	目標値	評価指標	目標値
<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診者数(見込) ・未受診者への受診勧奨実施者の累積カバー率 ・実施者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・2,426人 ・100% ・120人(土日健診) 1,213人 (継続受診対策) 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率 ・3年累積受診率 	<ul style="list-style-type: none"> ・60% ・60%
<ul style="list-style-type: none"> ・利用勧奨対象者数 ・利用勧奨実施者数 ・特定保健指導利用者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・204人 ・204人 ・112人 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導利用率 ・特定保健指導実施率 ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ・内臓脂肪症候群該当者割合 ・内臓脂肪症候群予備群割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・70% ・60% ・30% ・15% ・11%
<ul style="list-style-type: none"> ・はがき発送カバー率 ・一般相談コーナー利用率 	<ul style="list-style-type: none"> ・100% ・90% 	<ul style="list-style-type: none"> ・30歳代受診率 ・有所見割合 (男性・収縮期血圧130以上) (女性・収縮期血圧130以上) (男性・LDLコレステロール120以上) (女性・LDLコレステロール120以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ・20% ・50.60% ・44.90% ・45.80% ・54.90%
<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧受療勧奨実施率 ・糖尿病受療勧奨実施率 ・LDLコレステロール要医療者受療勧奨実施率 ・腎臓機能要医療者受療勧奨実施率 ・不整脈・心電図要医療者受療勧奨実施率 	<ul style="list-style-type: none"> ・100%(53%) ・100%(80%) ・100%(60%) ・100%(95%) ・100%(100%) 	<ul style="list-style-type: none"> ・収縮期160以上または拡張期110以上該当者数減少 ・HbA1c8.0以上該当者数減少 ・LDLコレステロール180以上該当者数減少 ・年齢階層別被保険者千人当たりレセプト件数(虚血性心疾患・入院) ・年齢階層別被保険者千人当たりレセプト件数(脳血管疾患・入院) 	<ul style="list-style-type: none"> ・7.8% ・0.9% ・5.1% ・0.391件 ・1.084件
<ul style="list-style-type: none"> ・実施者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・7人 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者からの新規透析導入者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・0人
<ul style="list-style-type: none"> ・差額通知カバー率 	<ul style="list-style-type: none"> ・100% 	<ul style="list-style-type: none"> ・数量シェア 	<ul style="list-style-type: none"> ・80%以上
<ul style="list-style-type: none"> ・健康相談実施率 	<ul style="list-style-type: none"> ・80% 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・10%減少
		※健康増進計画で定める目標値	
		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診者のうち喫煙者の割合 ・会議への出席 	<ul style="list-style-type: none"> ・10%維持 ・年間1~2回
		<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療健診有所見者割合心電図異常 ・収縮期血圧140以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・19% ・35.6%

第5章 保健事業の実施計画

1. 特定健康診査の推進（第4期特定健康診査等実施計画）

(1) 特定健康診査の実施・受診率の向上

		特定健康診査の実施			
計画の概要	目的	メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出することに加え、その他生活習慣病予備群や要医療者を把握し、保健指導を実施することで、糖尿病などの生活習慣病の発症や重症化を予防する。また、健診を通じてリスクの状況や生活習慣改善の結果などを自ら確認し、健康増進につなげる機会とする。			
	対象者	熊取町国民健康保険被保険者のうち年度末年齢30歳～74歳（年度途中加入者を含む）及び年度途中75歳到達者（75歳誕生日前日まで）を対象とする。 なお、妊産婦その他厚生労働大臣が定める者（刑務所入所、海外在住、長期入院など）は、対象外とする。			
実施項目	高年齢者の医療の確保に関する法律施行令等に規定する基本項目・詳細項目に加え、大阪府の方針として、ヘモグロビンA1c(HbA1c)・血清クレアチニン・血清尿酸を追加項目とする。	区分	検査区分	検査項目	
		基本	問診	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（標準的な質問票）を含む ※喫煙や飲酒については、より正確なリスクを把握	
			医師診察	自覚症状及び他覚症状の有無の検査（身体診察など理学的検査）	
			身体計測	身長、体重、BMI、腹囲	
			血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧	
			尿検査	尿糖、尿たんぱく	
			血液検査	脂質	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール ※食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とする。 ※中性脂肪が400mg/dl以上または食後採決の場合、LDLコレステロールに代えてnon-HDLコレステロールの測定でも可。
		肝機能		AST(GOT)、ALT (GRT)、γ-GT (γ-GPT)	
		血糖		空腹時血糖、HbA1c	
		追加	血液検査	腎機能	血清クレアチニン
				尿酸代謝	血清尿酸
		詳細	血液検査	貧血	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数
腎機能※	血清クレアチニン				
心電図検査	12誘導心電図検査				
眼底検査	眼底検査				
詳細項目要件					
●貧血検査：貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者					
●心電図検査：当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上または問診等で不整脈が疑われる者					
●眼底検査：当該年度の特定健康診査の結果等において血圧または血糖が次の基準に該当した者					
血圧	収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖が126mg/dl以上、Hb A1c6.5%以上または随時血糖が126mg/dl以上				
●血清クレアチニン検査：当該年度の特定健康診査の結果等において血圧または血糖が次の基準に該当した者					
血圧	収縮期血圧130mmHg以上もしくは拡張期血圧85mmHg以上				
血糖	空腹時血糖が100mg/dl以上、Hb A1c5.6%以上または随時血糖が100mg/dl以上				

	受診券送付	毎年4月に特定健康診査受診券を郵送により交付			
	方法	年度途中加入者に対しては随時交付			
	周知方法	受診券送付時にチラシ同封、医療機関でのポスター掲示、広報紙・ホームページ・SNS、個別はがき郵送			
計画の概要	実施方法	集団健診	個別健診		
	実施場所	熊取ふれあいセンター	大阪府内協力医療機関	人間ドック実施医療機関	
	契約形態	町国保と健診業者との個別業務委託契約。業者選定にあたり、基準を満たしていることを条件とする。	市町村代表幹事と大阪府医師会との集合契約 町独自追加項目は、泉佐野泉南医師会と個別契約	なし	
	実施時期	5月、9・10月、2月	通年	通年	
	費用負担	本人負担なし	本人負担なし	上限3万円の助成あり	
	階層化	健診委託業者にて実施	大阪府国保連合会にて実施		
	結果通知	結果説明会または郵送にて結果返却及び情報提供を行う。	受診した医療機関にて結果返却及び情報提供を行う。	受診した医療機関にて結果返却	
	健診データの受領方法	健診業者よりXML形式のデータをCDにて受領	医療機関より直接または代行機関を通して国保連合会に送付されたデータをシステムを通して受領	本人より結果を受領	
各年度の方角性	令和6年度	<p>【集団健診】がん検診などとセットで受診できる日や土日実施日などを設け、受診行動につながる環境整備に努める。また、Web予約システムを活用し、スムーズな受診で継続受診につなげる。</p> <p>【個別健診】医療機関との連携を深め、治療中の方も含めて受診勧奨を積極的に行っていただけるよう努める。</p>			
	令和7年度	<ul style="list-style-type: none"> 上記を継続 集団健診の受診率等を見直し、効果的・効率的な実施体制の整備を図る。 個別健診の実施について、実施医療機関との情報共有や意見交換などを行い、よりよい体制づくりと環境整備に努める。 			
	令和8年度	継続			
	令和9年度	継続			
	令和10年度	継続			
	令和11年度	継続			
(実施量) 目標		対象者数見込み		受診者数見込み(受診率)	
	令和4年度(実績)	6126人		2,323人(37.9%)	
	令和6年度	6158人		2,772人(45%)	
	令和7年度	5,611人		2,694人(48%)	
	令和8年度(中間目標)	5,145人		2,624人(51%)	
	令和9年度	4,765人		2,574人(54%)	
	令和10年度	4,401人		2,509人(57%)	
	令和11年度(最終目標)	4,042人		2,426人(60%)	

(2) 特定健康診査未受診者対策

		電話勧奨 (40歳以上)	ハガキ勧奨 (40歳以上)
計画の概要	目的	<ul style="list-style-type: none"> 個々に応じたきめ細かな案内を行うことで受診意識を高め、行動に導く。 受診率の低い40歳代、50歳代へ集中的に実施することで、疾病の早期発見・早期治療につなげ、将来的な医療費抑制をめざす。 	<ul style="list-style-type: none"> 勧奨文を対象者の特性に合わせたものとする。ことで“健診の自分事化”を促し、受診行動につなげる。
	対象者	当該年度未受診者のうち、過去の受診状況及び年代を考慮して実施	当該年度未受診者全員
	実施時期	8月中旬～9月下旬 【秋の集団健診実施前】	9月中旬 (+ 1月中旬) 【秋 (+ 冬) の集団健診実施前】
各年度の方向性	令和6年度	3年連続未受診者や40歳代・50歳代の不定期受診者など、主なターゲットを決めて実施する。	過去の受診状況や年代等、対象者の特性に合わせた勧奨文を送付する。
	令和7年度	継続	継続
	令和8年度	継続	継続
	令和9年度	継続	継続
	令和10年度	継続	継続
	令和11年度	継続	継続
(実施量) アウトプット目標		累積カバー率	累積カバー率
	令和4年度 (実績)	100%	100%
	令和6年度	100%	100%
	令和7年度	100%	100%
	令和8年度 (中間目標)	100%	100%
	令和9年度	100%	100%
	令和10年度	100%	100%
令和11年度 (最終目標)	100%	100%	

(2) 特定健康診査未受診者対策（続き）及び

(3) 特定健康診査継続受診対策

		土日健診	継続受診対策
計画の概要	目的	平日仕事などで受診しにくい方なども、受診しやすくする。	継続して受診することで、受診率の維持向上を図るとともに、経年の健診結果を把握することにより、改善または悪化傾向にあるのか早期に把握し、保健指導に活かす。
	対象者	特定健診対象者全員	集団特定健診受診者全員
	方法	集団特定健診	集団特定健診受診当日に保健師または管理栄養士が面接にて保健指導を実施。さらに、体組成計による筋肉量の測定と結果説明を行い、経過をみれるよう継続して特定健診を受診するよう促す。
各年度の方向性	令和6年度	●引き続き、春と秋に1回ずつ土日健診を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ●集団特定健診受診者に対しては、今後も同様に実施する。 ●個別特定健診受診者に対しても、継続して特定健診を受診するよう促せる媒体作成及び医療機関に協力を依頼する。 ●連続受診者に対してのインセンティブを検討する。 ●受診券送付時に「おおさか健活マイレージ・アスマイル」の周知用チラシを同封し、受診行動を促す。
	令和7年度	継続	継続
	令和8年度	継続	継続
	令和9年度	継続	継続
	令和10年度	継続	継続
	令和11年度	継続	継続
アウトプット（実施量）目標		実施者数	実施者数
	令和4年度（実績）	109人	1,311人 ※集団受診者は、全体受診者の56.4%
	令和6年度	130人	1,386人 ※集団受診者は、全体受診者の50%
	令和7年度	130人	1,347人 ※集団受診者は、全体受診者の50%
	令和8年度（中間目標）	130人	1,312人 ※集団受診者は、全体受診者の50%
	令和9年度	120人	1,287人 ※集団受診者は、全体受診者の50%
	令和10年度	120人	1,254人 ※集団受診者は、全体受診者の50%
	令和11年度（最終目標）	120人	1,213人 ※集団受診者は、全体受診者の50%

(1)～(3) 共通

アウトカム（成果）指標	令和4年度（実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度（中間目標）	令和9年度	令和10年度	令和11年度（最終目標）
特定健康診査実施率（受診率）	37.9%	45%	48%	51%	54%	57%	60%
3年累積受診率	51.6%	60%	60%	60%	60%	60%	60%

2. 特定保健指導の推進（第4期特定健康診査等実施計画）

(1) 特定保健指導の実施

		特定保健指導の実施				
計画の概要	目的	対象者が、健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとし、心疾患や脳血管疾患などの発症の前段階であるメタボリックシンドロームを改善し、重症化や合併症を予防する。				
	対象者	特定健康診査または助成を受けて人間ドックを受診した結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る人のうち、糖尿病・高血圧症・脂質異常症の治療に係る薬剤を服用しているものを除く人とする。				
		下記図表により、動機付け支援対象者と積極的支援対象者に振り分ける。				
		腹囲	追加リスク ①血糖②脂質③血圧	④喫煙歴	対象	
					40～64歳	65～74歳
		≥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		
		上記以外で BMI ≥25		なし	/	
			3つ該当	/	積極的支援	/
			2つ該当	あり		
		1つ該当	なし	動機付け支援		
	① 血糖：次のいずれかに該当 a 空腹時血糖が100mg/dl以上 b HbA1c（NGSP値）が5.6%以上 c 薬剤治療を受けている場合（質問票より） ② 脂質：次のいずれかに該当 a 中性脂肪が150mg/dl以上 b HDLが40mg/dl未満 c 薬剤治療を受けている場合（質問票より） ③ 血圧：次のいずれかに該当 a 収縮期が130mmHg以上 b 拡張期が85mmHg以上 c 薬剤治療を受けている場合（質問票より） ※ 血圧降下剤等を服薬中の者（質問票より）は、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。 （特定健康診査後または特定保健指導後に服薬を開始した者も含む） また、65歳以上75歳未満については、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOLの低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。					
利用券送付方法	初回面接日（1か月～2週間前）までに、健康・いきいき高齢課で初回面接日時を指定した利用券を作成し、郵送する。					
周知方法	対象者に個別通知					
実施形態	保健師・管理栄養士による直営方式で実施					
実施期間	1クール目：6月～9月、2クール目：11月～2月、3クール目：3月～翌年度6月					

(1) 動機づけ支援対象者

ア) 「面接による支援（初回面接）」を結果説明会などで行う。

内容は、生活習慣と健診結果の関係性や生活習慣改善の必要性を説明、具体的な生活習慣改善の指導、行動目標設定とし、1人当たり20分以上行う。

イ) 希望者には、集団教室や個別相談などで支援を行う。

ウ) 「実績評価」は、3か月経過後とする。

面接や電話などにより行い、行動目標の達成状況、身体状況及び生活習慣の改善状況について評価する。また、評価結果を本人に提供する。

(2) 積極的支援対象者

ア) 「初回時に面接による支援（初回面接）」を結果説明会などで行う。

内容は、生活習慣と健診結果の関係性や生活習慣改善の必要性を説明、具体的な生活習慣改善の指導、行動目標設定とし、1人当たり20分以上行う。

イ) アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施する。継続的な支援は、個別支援、グループ支援、電話、電子メール等のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行う。

アウトカム評価	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少	180ポイント	
	腹囲10cm以上かつ体重10kg以上減少	20ポイント	
	食習慣の改善	20ポイント	
	運動習慣の改善	20ポイント	
	喫煙習慣の改善（禁煙）	30ポイント	
	休養習慣の改善	20ポイント	
	その他の生活習慣の改善	20ポイント	
プロセス評価	支援種別	個別支援	支援1回当たり70ポイント 支援1回当たり最低10分以上
		グループ支援	支援1回当たり70ポイント 支援1回当たり最低40分以上
		電話	支援1回当たり30ポイント 支援1回当たり最低5分以上
		電子メール	支援1回当たり30ポイント 1往復：電子メール等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行う
	早期実施	健診当日の初回面談	20ポイント
		健診後1週間以内の初回面談	20ポイント

※2年連続して積極的支援に該当した対象者への対応

① 2年連続積極的支援に該当し、かつ、1年目に積極的支援を終了

② 特定健診の結果、1年目に比べ2年目の腹囲及び体重が下表に該当する者

BMI < 30	腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少
BMI ≥ 30	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少

以上、①かつ②に該当する者は、動機付け支援対象者相当の支援として180ポイント未満でも特定保健指導を実施したこととする。

（「動機付け支援相当」の利用券を発行する）

ウ) 「実績評価」は、3か月経過後とする。

面接や電話などにより行い、行動目標の達成状況、身体状況及び生活習慣の改善状況について評価する。また、評価結果を本人に提供する。

計画の概要	実施内容	<p>初回面接を分割実施する場合について</p> <p>① 初回面接1回目 特定健診当日に、特定保健指導対象者見込み者に、当日把握できる情報をもとに初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成する。</p> <p>② 初回面接2回目（1回目実施後、遅くとも3か月以内に実施） 全ての検査結果が揃った後に、医師が総合的な判断を行った上で、保健師または管理栄養士が本人に電話などを用いて、行動計画を完成させる。 なお、初回面接2回目実施時に、継続的な支援を実施することも可能とする。</p> <p>③ 実績評価は、初回面接2回目から3か月経過後とする。</p>
各年度の方向性	令和6年度	<ul style="list-style-type: none"> ●初回面接を分割実施できるよう、集団健診当日保健指導の体制を整える。 ●初回面接の人員について、専門職（保健師・管理栄養士）2人体制で実施する。 ●標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）の変更点を踏まえ、適正に運営し効果的な保健指導を実施する。 <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病、高血圧症、脂質異常症の生活習慣病に係る服薬中の者への取扱を考慮する。 ・動機付け支援相当の対象者を抽出し、支援を行う。 ●専門職指導者の知識・スキル向上に努め、効果的な保健指導の実施をめざす。
	令和7年度	継続
	令和8年度	継続
	令和9年度	継続
	令和10年度	継続
	令和11年度	継続

(2) 特定保健指導未利用者対策

		特定保健指導未利用者対策
計画の概要	目的	特定保健指導利用率の向上及び実施率の向上
	対象者	特定保健指導利用券を送付後、指定した初回面接日時に来所がなかった対象者及び個別特定健診受診者で特定保健指導対象者全員
	方法	特定保健指導の予備日を設け、電話等で利用を勧奨する。 個別特定健診受診者で特定保健指導対象者に対しては、面接日前に電話による利用勧奨も実施する。
各年度の方向性	令和6年度	特定保健指導利用勧奨時に、特定保健指導未利用理由を把握し、未利用理由に対応した実施方法を検討し実施していく。
	令和7年度	継続
	令和8年度	継続
	令和9年度	継続
	令和10年度	継続
	令和11年度	継続

(実施量) 目標		利用勧奨対象者数	利用勧奨実施者数	特定保健指導利用者数
	令和4年度(実績)	187人※特定保健指導対象者の69.5%該当	187人	106人※利用勧奨実施者の56.7%
	令和6年度	233人※特定保健指導対象者の70%該当	223人	128人※利用勧奨実施者の55%
	令和7年度	226人※特定保健指導対象者の70%該当	226人	124人※利用勧奨実施者の55%
	令和8年度(中間目標)	220人※特定保健指導対象者の70%該当	220人	121人※利用勧奨実施者の55%
	令和9年度	216人※特定保健指導対象者の70%該当	216人	119人※利用勧奨実施者の55%
	令和10年度	211人※特定保健指導対象者の70%該当	211人	116人※利用勧奨実施者の55%
	令和11年度(最終目標)	204人※特定保健指導対象者の70%該当	204人	112人※利用勧奨実施者の55%

(1)～(3) 共通

アウトカム(成果)指標	令和4年度(実績)	令和6年度	令和7年度	令和8年度(中間目標)	令和9年度	令和10年度	令和11年度(最終目標)
特定保健指導利用率	39.4%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
特定保健指導実施率	27.5%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	18.6%	20%	22%	24%	26%	28%	30%
内臓脂肪症候群該当者割合	19.9%	20%	19%	18%	17%	16%	15%
内臓脂肪症候群予備群割合	11.5%	11%	11%	11%	11%	11%	11%

3. 国保保健事業の推進

(1) ポピュレーションアプローチ：

生活習慣病の1次予防に重点をおいた取組

		30歳代の健診受診機会の提供	40歳以上の生活習慣病の1次予防
計画の概要	目的	特定健診の対象となる前に、若いうちから健康・健診意識を醸成することで、将来的な受診率の向上及び医療費抑制をめざす。	特定保健指導対象者以外の生活習慣病予備群に対して保健指導を行うことで、生活習慣病への発展を予防し、さらには重症化予防を図る。
	対象者	30歳代の被保険者全員	40歳以上で特定保健指導対象者以外の生活習慣病予備群
	方法	<ul style="list-style-type: none"> はがきによる受診案内を行う。 集団特定健診への受入を行う。 	集団特定健診の結果を返却する結果説明会において、医師・保健師・管理栄養士による健康相談コーナーを設け、生活習慣病予防の保健指導を行う。
	時期	はがき：4月中旬及び9月中旬 【春・秋の集団健診前】 健診：5月、9～10月、2月	6月、11月、3月（集団特定健診の結果説明会）
各年度の方向性	令和6年度	特定健診の概要や日程、受診の必要性等が分かるよう案内する。	<ul style="list-style-type: none"> (1) 結果説明会での健康相談利用に加え、生活習慣病予防についての健康教育への参加も促していく。 (2) 大阪公立大学により、特定健康診査受診者のうち希望者に、「尿中ナトリウム・カリウム比測定」及び結果説明会で結果説明を行い、高血圧対策として保健指導を活用していく。
	令和7年度	継続	<ul style="list-style-type: none"> (1) 継続 (2) 「尿中ナトリウム・カリウム比測定」の継続について、大阪公立大学の意見を踏まえ検討する。
	令和8年度	継続	(1)は継続
	令和9年度	継続	(1)は継続
	令和10年度	継続	(1)は継続
	令和11年度	継続	(1)は継続
(実施量) 目標		はがき発送カバー率	一般相談コーナー利用者数/結果説明会来所者数
	令和4年度(実績)	100%	92.50%
	令和6年度	100%	90.00%
	令和7年度	100%	90.00%
	令和8年度(中間目標)	100%	90.00%
	令和9年度	100%	90.00%
	令和10年度	100%	90.00%
	令和11年度(最終目標)	100%	90.00%

アウトカム（成果）指標	令和4年度 （実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度 （中間目標）	令和9年度	令和10年度	令和11年度 （最終目標）
30歳代受診率	3.20%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
有所見割合 （男性・収縮期血圧130以上）	62.10%	60%	58%	56.00%	54%	52%	50.60%
有所見割合 （女性・収縮期血圧130以上）	52.70%	52%	50.50%	49%	47.50%	46%	44.90%
有所見割合 （男性・LDLコレステロール120以上）	47.10%	46.80%	46.60%	46.40%	46.20%	46%	45.80%
有所見割合 （女性・LDLコレステロール120以上）	58.80%	57.90%	57.30%	56.70%	56.10%	55.50%	54.90%

(2) 重症化予防：受診勧奨判定値を超えている者への取組

		高血圧受療勧奨	糖尿病受療勧奨		
計画の概要	目的	高血圧・糖尿病・脂質異常症からの動脈硬化を予防し、脳卒中・虚血性心疾患・人工透析などの重症化を予防する。			
	対象者	特定健診の結果、 ①180mm/Hg以上または110mm/Hg以上 ②非肥満（BMI25未満）で160 mm/Hg以上 または100 mm/Hg以上	特定健診の結果、 ①空腹時血糖200以上または尿糖3＋ またはHbA1c8.0%以上 ②非肥満（BMI25未満）未治療高血糖 （HbA1c6.5%以上）		
	方法	集団受診者で①②対象者には、受療が必要な旨と、後日受療確認する旨を記載した文書を同封して、結果説明会または郵送・訪問にて特定健診結果を返却する。受療勧奨対象者には、必要に応じて連絡票及び紹介状を発行する。 後日、保健師または管理栄養士より受療確認の電話をかける。 また、受療勧奨の結果を健康管理システムにて管理する。 集団健診受診当日にリーフレット配布及び結果説明会時にシート作成を行う。			
	実施時期	集団特定健診の約1か月後			
各年度の方向性	令和6年度	<ul style="list-style-type: none"> ●集団健診受診者に加え、個別健診受診者の状況を把握する。また、KDBも活用し、対象者リストを整理する。 ●家庭血圧の測定を勧めるとともに、集団教育や個別相談などで高血圧対策の重要性を伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> ●受療勧奨とともに、治療中の方への保健指導の実施について検討する。 ●個別健診受診者の状況把握及びKDBを活用した対象者リストを作成する。 		
	令和7年度	継続	継続		
	令和8年度	継続	継続		
	令和9年度	継続	継続		
	令和10年度	継続	継続		
	令和11年度	継続	継続		
(実施量) アウトプット目標		実施率		実施率	
		確認者/対象者	受診有/対象者	確認者/対象者	受診有/対象者
	令和4年度(実績)	94.7%	94.7%	94.7%	77.1%
	令和6年度	95.5%	95.5%	95.5%	77.5%
	令和7年度	96.4%	96.4%	96.4%	78.0%
	令和8年度(中間目標)	97.3%	97.3%	97.3%	78.5%
	令和9年度	98.2%	52.0%	97.8%	79.0%
	令和10年度	99.1%	52.5%	98.9%	79.5%
令和11年度(最終目標)	100.0%	53.0%	100%	80.0%	

		LDLコレステロール要医療者受療勧奨	腎機能要医療者受療勧奨		
計画の概要	対象者	特定健診の結果、 LDLコレステロール180mg/dl以上	特定健診の結果、 ①血清クレアチニンから算出した e-GFRが、40歳未満は60未満・40～69歳は 50未満・70歳以上は40未満に該当 ②尿たんぱく3+		
	方法	<p>集団受診者で①②対象者には、受療が必要な旨と、後日受療確認する旨を記載した文書を同封して、結果説明会または郵送・訪問にて特定健診結果を返却する。</p> <p>腎機能受療勧奨対象者には、必要に応じて紹介状も発行する。</p> <p>後日、保健師または管理栄養士より受療確認の電話をかける。</p> <p>個別受診者にも受療状況確認の電話をかける。</p> <p>また、受療勧奨の結果を健康管理システムにて管理する。</p> <p>集団健診受診当日にリーフレット配布及び結果説明会時にシート作成を行う。</p>			
	実施時期	集団特定健診の約1か月後			
各年度の方向性	令和6年度	<ul style="list-style-type: none"> ●引き続き、集団教育や個別相談などで高LDLコレステロール対策の重要性を伝える。 ●個別健診受診者の状況把握及びKDBを活用した対象者リストを作成する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●引き続き、受療勧奨と受療結果の管理を続ける。 ●システムだけでなく紙ベースでの個人カルテ及び管理台帳を作成する。 		
	令和7年度	継続	継続		
	令和8年度	継続	継続		
	令和9年度	継続	継続		
	令和10年度	継続	継続		
	令和11年度	継続	継続		
(実施量) 目標		実施率		実施率	
		確認者/対象者	受診有/対象者	確認者/対象者	受診有/対象者
	令和4年度(実績)	86.1%	50.0%	93.5%	90.3%
	令和6年度	88.5%	52.0%	94.5%	91.0%
	令和7年度	90.8%	53.6%	95.6%	91.8%
	令和8年度(中間目標)	93.1%	55.2%	96.7%	92.6%
	令和9年度	95.4%	56.8%	97.8%	93.4%
	令和10年度	97.7%	58.4%	98.9%	94.2%
令和11年度(最終目標)	100.0%	60.0%	100%	95.0%	

		不整脈・心電図要医療者受療勧奨	その他項目の受療勧奨		
計画の概要	対象者	特定健診の結果 ・不整脈 ・心電図要医療	集団特定健診の結果、 ・脂質（中性脂肪500mg/dl以上・HDL30mg/dl以下） ・肝機能（AST・ALT100U/I以上・ γ -GT300U/I以上） ・貧血（血色素量8.0g/dl未満） ・尿酸代謝（血清尿酸）9.0mg/dl以上		
	方法	集団受診者で対象者には、受療が必要な旨と、後日受診確認する旨を記載した文書を同封して、結果説明会または郵送・訪問にて特定健診結果を返却する。 不整脈・心電図要医療者への受療勧奨にあたっては、医師会作成の医療機関リストを活用し、必要に応じて紹介状も発行する。 後日、保健師または管理栄養士より受療確認の電話をかける。 個別受診者で不整脈・心電図要医療者にも受療状況確認の電話をかける。 また、受療勧奨の結果を健康管理システムにて管理する。 集団健診受診当日にリーフレット配布及び結果説明会時にシート作成を行う。			
	実施時期	集団特定健診の約1か月後			
各年度の方向性	令和6年度	<ul style="list-style-type: none"> ●システムだけでなく紙ベースでの個人カルテ及び管理台帳を作成する。 ●個別健診受診者の状況把握及びKDBを活用した対象者リストを作成する。 ●不整脈や心房細動を早期に発見し治療につなげられるよう、自己検脈のPR及び心電図実施対象者の拡大を検討する。 	引き続き実施する。		
	令和7年度	継続	継続		
	令和8年度	継続	継続		
	令和9年度	継続	継続		
	令和10年度	継続	継続		
	令和11年度	継続	継続		
（実施量） アウトプット 目標		実施者数		実施者数	
		確認者/対象者	受診有/対象者	確認者/対象者	受診有/対象者
	令和4年度 (実績)	脈：93.9% 心：90.0%	脈：71.4% 心：72.0%		
	令和6年度	脈：94.5% 心：91.5%	脈：76.4% 心：76.4%		
	令和7年度	脈：95.6% 心：93.2%	脈：81.1% 心：81.1%		
	令和8年度 (中間目標)	脈：96.7% 心：94.9%	脈：85.8% 心：85.8%		
	令和9年度	脈：97.8% 心：96.6%	脈：90.5% 心：90.5%		
	令和10年度	脈：98.9% 心：98.3%	脈：95.2% 心：95.2%		
	令和11年度 (最終目標)	脈：100% 心：100%	脈：100% 心：100%		

(1) ~ (2) 共通

アウトカム（成果）指標	令和4年度 （実績）	令和6年度	令和7年度	令和8年度 （中間目標）	令和9年度	令和10年度	令和11年度 （最終目標）
収縮期160以上または 拡張期100以上該当者数減少 （該当者数／健診受診者数）	10.2%	9.8%	9.4%	9.0%	8.6%	8.2%	7.8%
HbA1c8.0以上該当者数減少 （該当者数／健診受診者数）	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%
LDLコレステロール180以上 該当者減少 （該当者数／健診受診者数）	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%	5.1%
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）減少	0.391件	0.391件	0.391件	0.391件	0.391件	0.391件	0.391件
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） （70～74歳）減少	1.084件	1.084件	1.084件	1.084件	1.084件	1.084件	1.084件

(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業

		糖尿病性腎症重症化予防事業
計画の概要	目的	糖尿病性腎症の者に対して保健指導をすることで、人工透析につながることを予防または導入の時期を遅らせる。
計画の概要	対象者	特定健診または人間ドック受診の結果、下記該当者 ・ HbA1c6.5%以上（または空腹時血糖126mg/ml以上）かつ ・ e-GFR60以下または尿たんぱく2+以上 ただし、過去に当事業を利用した被保険者を除く。
	方法	保険者が保健指導を業者委託し、医療機関と連携して保健指導を実施する。
	実施時期	9月～翌年2月頃の6か月間
各年度の方向性	令和6年度	糖尿病連携手帳を活用し、事業利用者が自身の現状をしっかりと把握することに活用してもらおう。また、事業利用者のフォローアップをし、事業評価に活用する。
	令和7年度	継続
	令和8年度	継続
	令和9年度	継続
	令和10年度	継続
	令和11年度	継続
(実施量) 目標	実施者	
	令和4年度 (実績)	5人
	令和6年度	7人
	令和7年度	7人
	令和8年度 (中間目標)	7人
	令和9年度	7人
	令和10年度	7人
	令和11年度 (最終目標)	7人

アウトカム（成果）指標	令和4年度 (実績)	令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間目標)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終目標)
糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者からの新規透析導入者数	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人

(4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及啓発

		差額通知	切り替え効果が高い者への 勸奨	その他普及啓発
計画の概要	目的	後発医薬品使用の理解を深める啓発と後発品への切り替えが可能な患者への使用勸奨（差額通知）を行い、自己負担額がどの程度下がるかなど被保険者にとっての具体的なメリットを示すことで後発医薬品への切り替えを促進する。		
計画の概要	対象者	後発医薬品が存在する先発医薬品の服薬者のうち、後発医薬品に切り替えた場合に200円以上の差額が発生する被保険者	左記のうち、切り替え効果額が高い被保険者	被保険者全員
	方法	国保連合会に差額通知書の作成を委託し、町より郵送する。	左記通知書を郵送する際、町で作成した勸奨用のリーフレットを同封する。	啓発品を作成し、窓口での配布や被保険者への郵送物に同封するなどの方法により普及啓発する。
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	上記のとおり実施
	令和7年度	継続	継続	継続
	令和8年度	継続	継続	継続
	令和9年度	継続	継続	継続
	令和10年度	継続	継続	継続
	令和11年度	継続	継続	継続
目標値（令和11年度）	アウトプット（実施量）	カバー率100%	1回当たり20名以上 ×年3回実施	毎年異なる種類の啓発用品を作成
	アウトカム（成果）	数量シェア 80%以上		

(5) 重複・多剤服薬者等への保健指導

		国保連合会へ委託	町直営
計画の概要	目的	複数の医療機関から同一薬効の薬剤の投与を受けている被保険者や必要以上に多種類の薬を服用している被保険者に対し、適切な服薬を指導し、重複・多剤服薬や併用禁忌による健康被害を防ぐ。	
	対象者	重複服薬者：同一月に複数の医療機関より、同一薬効の薬剤の投与を受けている被保険者 多剤服薬者：必要以上に多種類の薬を服用している被保険者	
	方法	大阪府国保連合会へ委託し、連合会在籍の保健師による電話健康相談を行う。	レセプトデータにて対象者を抽出し、薬のもらい方やかかりつけ薬剤師などの制度の案内を文書にて行う。
各年度の方向性	令和6年度	上記のとおり実施	(国保連合会へ委託できなかった場合) 上記のとおり実施
	令和7年度	継続	継続
	令和8年度	継続	継続
	令和9年度	継続	継続
	令和10年度	継続	継続
	令和11年度	継続	継続
目標値（令和11年度）	アウトプット（実施量）	対象者のうち健康相談実施率 80%	1回当たり10名×年6回実施
	アウトカム（成果）	対象者数 事業開始時より10%減	

4. 健康増進法に基づく健康増進事業等との連携

(1) がん検診推進事業

		特定健診とがん検診の同時実施
計画の概要	目的	がん検診（肺・胃・大腸・子宮・乳・前立腺）の実施により、がん検診及び精密検査を確実に受けることができる機会を設け、がんの早期発見・早期治療につなげる。また、医療機関と連携し、精密検査の受診率向上をはじめとした精度管理に努め、がん発見率の向上をめざす。特定健康診査時にがん検診を同時実施することで、特定健康診査の受診率の向上をめざす。
	対象者	肺・胃・大腸がん検診は、40歳以上の町民（1年度に1回） 乳がん検診は、40歳以上の町民（女性のみ）（2年度に1回） 子宮がん検診は、20歳以上の町民（女性のみ）（2年度に1回） 前立腺がん検診は、50歳以上の町民（男性のみ）（1年度に1回）
	方法	熊取ふれあいセンターでの集団検診及び協力医療機関における個別検診（肺・前立腺がん検診は、集団検診のみ） （胃・大腸・乳・子宮がん検診は、集団検診及び個別検診） また、令和5年度からがん検診等WEBシステムの導入及び胃がん検診（胃内視鏡検査）と前立腺がん検診以外、自己負担費を無料とし実施
各年度の方向性	令和6年度	上記のとおり実施 ●集団検（健）診では、特定健康診査とがん検診のセット検（健）診の受診勧奨を行い、個別検（健）診では、医師より受診勧奨してもらえるように啓発していく。
	令和7年度	継続
	令和8年度	継続
	令和9年度	継続
	令和10年度	継続
	令和11年度	継続
目標値（令和11年度）	アウトカム（成果）	健康増進計画で定める目標値

(2) 成人歯科健診

計画の概要	目的	むし歯及び歯周疾患を早期に発見することにより、歯の喪失を予防し、健康的な口腔環境を維持することでの適切な食事の摂取や、食べる楽しみを享受できることをめざす。
	対象者	40歳以上の町民
	方法	協力医療機関において、個別方式で実施 実施期間は、6月末から翌年3月末 ●特定健康診査時にアンケートによるオーラルフレイルチェックを行い、対象者を歯科相談に案内し、歯科健診の受診勧奨を実施する。
目標値（令和11年度）	アウトカム（成果）	健康増進計画で定める目標値

(3) インセンティブを活用した取組

計画の概要	目的	町民の自主的な健康づくりへの取組に対し、インセンティブを設け、楽しみながら取り組める環境づくりを提供することにより、まち全体の健康づくりの機運を醸成します。
	対象者	18歳以上の町民
	方法	大阪府が提供する健康サポートアプリ「おおさか健活マイレージ アスマイル」の周知啓発を図り、健（検）診の受診をはじめ、自分で目標設定した健康づくりへの取組に対して、自分でポイントを貯め、得点と交換などを行う。
目標値（令和11年度）	アウトカム（成果）	健康増進計画で定める目標値

(4) たばこ対策

		禁煙推進
計画の概要	目的	たばこによる健康被害を防ぐため、喫煙者に対して意識啓発を行い、喫煙者の減少に努めるとともに、受動喫煙防止のための環境整備に取り組む。
	対象者	特定健康診査受診者
	方法	健（検）診時などで、問診により喫煙を把握した町民に、健診担当医など保健指導担当者より禁煙を勧め、希望者には禁煙外来を紹介する。また、健康教育などで喫煙による体への悪影響を伝え、喫煙をしないようにする。
各年度の方向性	令和6年度	上記のとおり実施 母子保健・学校保健とも連携して健康教育を進める。
	令和7年度	継続
	令和8年度	継続
	令和9年度	継続
	令和10年度	継続
	令和11年度	継続
目標値（令和11年度）	アウトカム（成果）	特定健康診査受診者のうち喫煙者の割合（20歳以上） R4年度：10.1% 目標値：10%維持

(5) 地域包括ケアの推進

		国民健康保険主管課としての関わり
計画の概要	目的	被保険者一人ひとりの暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現をめざすとともに、地域包括ケアシステムの充実・強化を推進する。
	対象者	40歳以上の被保険者
	方法	<ul style="list-style-type: none"> ● 庁内関係課をはじめ、地域において医療・介護などに関わる多様な専門職種や事業者、団体等が連携する地域包括ケアに係る会議へ国保保険者として参画し、効果的な保健事業の実施に役立つ情報の収集や分析、施策の検討などを行う。 ● KDBシステムにより抽出したハイリスク群・予備群等のデータを共有する。
各年度の方向性	令和6年度	上記のとおり実施
	令和7年度	継続
	令和8年度	継続
	令和9年度	継続
	令和10年度	継続
	令和11年度	継続
目標値（令和11年度）	アウトカム（成果）	会議への出席 年間1～2回程度

5. 高齢者の特性を踏まえた健康支援の実施

(1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

		高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
計画の概要	目的	在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加を目指し、生活習慣病予防とフレイル予防を一体的に実施する。
	対象者	主に、30歳以上74歳以上の熊取町国民健康保険加入者及び75歳以上後期高齢者医療保険加入者をはじめとした町民
	方法	<p>●後期高齢者医療広域連合から委託を受け、医療・介護データの分析を行い、地域の健康課題の明確化や対象者を把握し実施</p> <p>【ハイリスクアプローチ】</p> <p>◆重症化予防 : 集団後期高齢健診の結果、主に血圧180/110以上・HbA1C8.0%以上の者をはじめとした熊取町独自フォロー対象者に、書面を活用した受診勧奨および受診確認の実施</p> <p>◆健康状態不明者対策 : 介護保険課が実施するみまもりアンケートを活用し、アンケートの返送がなく、健診や医療・介護などの情報もない状態不明なものに対して、訪問や電話により健康状態を確認</p> <p>【ポピュレーションアプローチ】</p> <p>◆通いの場での健康教育・健康相談 : 管理栄養士や薬剤師等の専門職を派遣</p> <p>◆フレイル状態の把握・相談・フォロー</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集団特定健診および集団後期高齢健診等において、「体組成計」による体重・体脂肪・筋肉量の測定を実施する。 ・「後期高齢者の質問票」も活用し、フレイル予防フォロー該当者を把握する。 ・該当者はフレイル予防相談を行い、健康増進事業・介護予防事業など必要な事業につなげる。
各年度の方向性	令和6年度	上記のとおり実施
	令和7年度	継続
	令和8年度	継続
	令和9年度	継続
	令和10年度	継続
	令和11年度	継続

アウトカム（成果）指標	令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間目標)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終目標)
後期高齢者医療 検診有所見割合 (心電図)	29.0%	27.0%	25.0%	23.0%	21.0%	19.0%
後期高齢者医療 検診有所見割合 (収縮期血圧140以上)	38.6%	38.0%	37.4%	36.8%	36.2%	35.6%

第6章 計画の推進について

1. 計画の評価及び見直し

(1) 個別の保健事業の評価・見直し

個別の保健事業の評価は年度毎に行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認します。

目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させます。

(2) データヘルス計画全体の評価・見直し

① 評価の時期

最終評価のみならず、設定した評価指標に基づき、進捗確認のため令和8年度に中間評価を行い、次期計画の円滑な策定に向けて、計画の最終年度に評価を行います。

② 評価方法・体制

計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行います。また、評価に当たっては、後期高齢者医療広域連合と連携して行うなど、必要に応じ他保険者との連携・協力体制を整備します。

2. 計画の公表・周知

本計画は、広報、ホームページ等で公表するとともに、あらゆる機会を通じて周知・啓発を図ります。また、目標の達成状況等の公表に努め、本計画の円滑な実施等について広く意見を求めるものとします。

3. 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いに当たっては、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドラインに基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に取り扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じるものとします。

4. 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が本格施行となり、被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現をめざす、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援により、介護が必要な状態になっても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後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取組を実施していきます。

(1) 地域で被保険者を支える連携の促進

- ・医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

(2) 課題を抱える被保険者層の分析と地域で被保険者を支える事業の実施

- ・レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

(3) 国民健康保険診療施設・人材の活用

- ・医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取組を推進します。

用語集

用語		説明
か行	眼底検査	目の奥の状態を調べる検査。通常眼底写真にて検査する。 動脈硬化の程度、高血圧、糖尿病による眼の合併症や緑内障・白内障の有無などを調べるもの。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	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。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。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。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	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カ月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	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。初回の保健指導修了後、対象者は行動計画を実践し、3カ月経過後に面接、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。特定保健指導対象者の選定方法により「動機付け支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。

用語集

用語		説明
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は全国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	フレイル	フレイルとは、健康な状態と要介護状態の中間の段階をさす。年齢を重ねていくと、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していく。
ま行	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、心臓病や脳卒中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。
や行	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。
ら行	レセプト	診療報酬明細書の通称。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作れるかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	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カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	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。
	ICT	Information and Communications Technology(インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー／情報通信技術)の略。コンピュータやデータ通信に関する技術をまとめた呼び方。特定保健指導においてもその活用が推進されており、代表的なツールとしては、Web会議システムやスマートフォンアプリ、Webアプリ等が挙げられる。
	KDB	「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。

用語集

用語		説明
A～Z	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。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。 低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

資料: データ集

図1. 性・年齢階級別の人口分布及び国保被保険者分布(令和4年度)

人口：1月1日時点、被保険者：3月31日時点

	男性		女性	
	人口	被保険者数	人口	被保険者数
0～4歳	810	88	781	93
5～9歳	1,012	137	873	108
10～14歳	1,091	113	1,007	115
15～19歳	1,232	142	1,133	116
20～24歳	1,240	163	1,086	140
25～29歳	912	138	818	124
30～34歳	838	120	927	118
35～39歳	1,177	180	1,164	144
40～44歳	1,235	213	1,375	190
45～49歳	1,576	276	1,648	203
50～54歳	1,662	285	1,733	264
55～59歳	1,273	232	1,362	235
60～64歳	1,165	268	1,258	401
65～69歳	1,169	592	1,410	876
70～74歳	1,604	1,138	1,928	1,500
75～79歳	1,323		1,527	
80～84歳	940		1,035	
85～89歳	399		619	
90～94歳	140		359	
95～99歳	27		122	
100歳以上	2		21	

図2. 年齢階級別の人口分布及び高齢化率の推移

	0～14歳	15～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上	高齢化率
平成17年度	6,745	14,723	15,809	3,950	2,837	15.4%
平成22年度	6,814	13,375	15,485	5,282	3,578	19.9%
平成27年度	6,242	11,931	14,673	6,890	4,382	25.5%
令和2年度	5,814	10,878	14,235	6,588	5,892	28.8%

図3. 年齢階級別の国保被保険者分布及び高齢者割合の推移

	0～39歳	40～64歳	65～74歳	高齢化率
平成17年度	4,312	4,675	2,900	25.0%
平成22年度	3,672	4,241	4,018	33.7%
平成27年度	2,951	3,569	5,096	43.9%
令和2年度	2,148	2,749	4,661	48.8%

図4. 男女別の平均寿命及び健康寿命の比較(令和4年度)

	女性			男性		
	全国	大阪府	熊取町	全国	大阪府	熊取町
平均寿命	87.6	87.4	87.9	81.5	80.8	82.7
健康寿命	84.3	83.8	83.8	80.0	79.1	80.6

図5. 健康寿命の推移

	男性					女性				
	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
熊取町	79.8	80.4	80.8	80.5	80.6	83.3	82.7	82.7	83.1	83.8
全国	79.6	79.8	79.6	80.1	80.0	84.0	84.0	83.9	84.4	84.3
大阪府	(79.0)	(79.0)	(79.2)	(79.3)	(79.1)	(83.4)	(83.3)	(83.6)	(83.9)	(83.8)

図6. 男女別の死因割合（令和4年度）

		熊取町	大阪府	全国
男性	がん	32%	28%	28%
	心臓病	19%	16%	14%
	肺炎	5%	6%	5%
	脳血管疾患	3%	6%	7%
	腎不全	2%	2%	2%
	自殺	3%	2%	2%
	その他	36%	40%	42%
女性	がん	20%	22%	21%
	心臓病	20%	17%	16%
	肺炎	8%	6%	7%
	脳血管疾患	3%	5%	4%
	腎不全	2%	2%	2%
	自殺	1%	1%	1%
	その他	46%	47%	49%

図7. 性別の主要疾病標準化死亡比（全国100に対する年齢を考慮した死亡率の比）の推移

	男性			女性		
	年	熊取町	大阪府	年	熊取町	大阪府
総死亡	H15～19	95.7	106.4	H15～19	96.1	105.5
	H20～24	91.7	106.2	H20～24	96.3	104.5
	H25～29	96.0	105.9	H25～29	98.2	103.6
がん	H15～19	101.3	112.2	H15～19	91.2	110.3
	H20～24	97.1	110.6	H20～24	96.2	110.5
	H25～29	102.0	108.8	H25～29	99.4	106.2
心臓病	H15～19	91.1	103.6	H15～19	103.1	108.1
	H20～24	95.7	109.6	H20～24	113.5	109.2
	H25～29	91.8	111.1	H25～29	123.0	109.5
肺炎	H15～19	150.8	116.2	H15～19	138.8	117.8
	H20～24	116.2	119.6	H20～24	136.1	123.2
	H25～29	132.9	120.1	H25～29	142.0	126.6
脳血管疾患	H15～19	69.6	87.0	H15～19	110.1	85.9
	H20～24	63.0	88.5	H20～24	81.8	82.8
	H25～29	71.3	87.0	H25～29	68.7	82.0
腎不全	H15～19	99.2	113.3	H15～19	99.1	121.7
	H20～24	94.0	114.4	H20～24	99.4	121.8
	H25～29	96.4	114.3	H25～29	121.6	121.7
自殺	H15～19	74.8	100.9	H15～19	84.0	102.7
	H20～24	85.8	100.2	H20～24	41.3	106.8
	H25～29	98.1	102.2	H25～29	97.9	107.3

図8. 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3年度）

	人数		認定割合	
	大阪府	熊取町	大阪府	熊取町
第1号被保険者数	1,100,292	6,361	—	—
要支援1	13,468	46	1.2%	0.7%
要支援2	11,129	43	1.0%	0.7%
要介護1	10,509	56	1.0%	0.9%
要介護2	12,441	74	1.1%	1.2%
要介護3	8,339	39	0.8%	0.6%
要介護4	7,616	31	0.7%	0.5%
要介護5	6,502	27	0.6%	0.4%

図9. 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3年度）

	人数		認定割合	
	大阪府	熊取町	大阪府	熊取町
第1号被保険者数	1,276,253	6,198	—	—
要支援1	87,124	307	6.8%	5.0%
要支援2	64,185	273	5.0%	4.4%
要介護1	81,830	379	6.4%	6.1%
要介護2	76,982	397	6.0%	6.4%
要介護3	58,226	240	4.6%	3.9%
要介護4	58,196	246	4.6%	4.0%
要介護5	41,242	215	3.2%	3.5%

図10. 要介護認定状況の推移（平成24・27・30・令和3年度）

	平成24年度	平成27年度	平成30年度	令和3年度
第1号被保険者数	9,781	11,390	12,197	12,559
要支援1	206	278	288	353
要支援2	237	301	321	316
要介護1	290	300	368	435
要介護2	349	434	433	471
要介護3	229	248	260	279
要介護4	202	230	265	277
要介護5	160	188	216	242
要支援・要介護認定率	17.1%	17.4%	17.6%	18.9%

図11. 被保険者一人当たり年間医療費の比較（令和3年度）

	入院(食事含む)	入院外+調剤	歯科	柔整	その他
熊取町	¥146,670	¥217,892	¥28,022	¥4,562	¥11,604
大阪府	¥148,381	¥210,850	¥32,068	¥5,868	¥9,995
全国	¥151,415	¥208,247	¥26,949	¥2,607	¥5,513

図12. 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4年度）

	0～9歳	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	188,980	82,915	73,269	170,934	238,753	329,416	429,746	454,052	561,110
大阪府	168,450	101,949	91,176	153,229	229,616	334,735	442,260	493,398	605,039
全国	154,273	90,386	91,425	153,833	221,733	325,240	421,427	438,989	535,357

図13. 総医療費に占める生活習慣病の割合（令和4年度）

大分類		生活習慣病内訳	
精神疾患	238,794,430	糖尿病	181,179,490
生活習慣病	974,791,180	高血圧症	90,206,820
慢性腎臓病	178,607,240	脂質異常症	85,400,720
その他	1,845,595,910	脳出血・脳梗塞	38,877,680
		狭心症・心筋梗塞	41,708,650
		その他	11,555,690
		がん	525,862,130

図14. 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4年度）

		0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	平成28年度	0.031	0.218	0.350	0.649	0.649	1.083
	令和4年度	0.000	0.000	0.328	0.125	0.568	0.853
大阪府	令和4年度	0.007	0.108	0.290	0.473	0.660	0.843
全国	令和4年度	0.008	0.108	0.288	0.453	0.574	0.792

図15. 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4年度）

		0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	平成28年度	0.156	0.073	0.087	0.560	0.560	2.306
	令和4年度	0.041	0.094	1.148	0.374	0.284	1.137
大阪府	令和4年度	0.043	0.332	0.730	1.126	1.241	1.722
全国	令和4年度	0.041	0.336	0.746	1.092	1.137	1.587

図16. 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4年度）

		0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	平成28年度	0.000	2.829	3.323	5.753	5.753	5.870
	令和4年度	0.000	2.268	6.890	3.861	5.223	3.696
大阪府	令和4年度	0.206	1.941	4.102	5.029	4.851	4.644
全国	令和4年度	0.280	2.034	4.567	5.631	3.445	3.298

図17. 年齢階級別新規人工透析患者数（令和4年度）

	0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	0	0	0	0	0	2

図18. 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4年度）

		0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	平成28年度	1.905	20.163	41.186	67.844	67.844	89.797
	令和4年度	2.166	14.928	45.440	90.932	105.075	118.019
大阪府	令和4年度	1.534	20.563	50.870	86.482	118.192	142.146
全国	令和4年度	1.684	20.802	52.458	90.127	119.284	138.554

図19. 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4年度）

		0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	平成28年度	1.968	22.919	59.024	119.438	119.438	147.380
	令和4年度	2.084	14.078	49.213	69.756	87.080	99.349
大阪府	令和4年度	2.452	17.992	39.452	60.797	81.536	100.145
全国	令和4年度	2.985	19.581	41.770	64.476	83.569	99.124

図20. 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4年度）

		0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	平成28年度	1.624	11.314	37.426	84.206	84.206	102.725
	令和4年度	2.003	16.440	34.859	63.029	100.647	98.717
大阪府	令和4年度	1.833	14.688	34.183	63.885	87.051	96.368
全国	令和4年度	1.775	13.378	32.459	62.479	81.161	87.418

図21. 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4年度）

	0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	0.000	0.000	0.000	0.125	0.114	0.411
大阪府	0.032	0.078	0.174	0.260	0.313	0.441
全国	0.029	0.084	0.150	0.226	0.251	0.375

図22. 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4年度）

	0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	0.174	0.636	0.167	0.208	0.666	1.278
大阪府	0.109	0.238	0.512	0.876	1.072	1.566
全国	0.087	0.203	0.497	0.762	0.937	1.363

図23. 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4年度）

	0～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	0.000	0.848	5.511	19.327	27.492	50.444
大阪府	0.104	1.252	7.228	23.133	40.304	62.043
全国	0.112	1.210	7.278	22.564	38.794	57.275

図24. 後発医薬品使用割合の推移（数量シェア）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
熊取町	78.0%	80.2%	80.4%	81.7%
大阪府	72.6%	74.8%	75.6%	76.5%
全国	79.1%	81.4%	82.0%	83.2%

図25. 各種がん検診受診率の推移

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
平成30年度	5.7	14.5	13.5	24.0	20.1
令和元年度	4.3	14.7	13.1	23.9	21.8
令和2年度	4.4	10.8	10.9	22.8	20.1
令和3年度	5.2	13.1	11.9	24.8	18.7
令和4年度	5.6	13.1	11.7	24.6	21.3

図26. 骨粗しょう症検診受診者数推移

	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
受診者数	247	224	166	226	204

図27. 成人歯科健診受診者数の推移

	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
受診者数	54	43	35	42	38
異常なし	3	3	1	5	6
要指導	15	19	14	11	5
要治療	36	21	20	26	27

図28. 咀嚼機能、嚥下機能及び食べる早さの状況（令和4年度）

		割合			母数			回答数		
		熊取町	大阪府	全国	熊取町	大阪府	全国	熊取町	大阪府	全国
咀嚼 :国保	40～49歳	6.1%	10.8%	11.5%	147	29,520	591,486	9	3,176	68,164
	50～59歳	12.3%	14.6%	16.5%	219	38,767	799,865	27	5,679	131,634
	60～64歳	16.1%	17.1%	19.5%	218	25,534	674,439	35	4,362	131,777
	65～69歳	17.5%	19.9%	21.6%	588	51,434	1,523,053	103	10,213	329,263
	70～74歳	22.3%	22.9%	23.8%	1,137	91,772	2,637,046	254	21,052	628,081
咀嚼 :後期	75～79歳	18.0%	21.8%	22.5%	622	112,043	1,900,684	112	24,454	427,351
	80～84歳	25.7%	26.6%	27.5%	335	85,600	1,539,959	86	22,745	423,746
	85歳以上	27.6%	35.9%	37.3%	152	53,003	1,089,036	42	19,007	406,715
嚥下 :後期	75～79歳	19.4%	19.4%	18.6%	624	112,001	1,900,116	121	21,677	353,081
	80～84歳	23.2%	21.4%	20.8%	336	85,613	1,539,657	78	18,323	320,173
	85歳以上	19.7%	25.2%	24.9%	152	53,000	1,089,014	30	13,345	271,122
食べる 速さ: 国保	40～49歳	26.5%	37.2%	35.1%	147	29,343	591,319	39	10,908	207,431
	50～59歳	30.6%	33.6%	31.5%	219	38,493	799,739	67	12,949	252,140
	60～64歳	28.9%	30.1%	27.6%	218	25,306	675,143	63	7,619	186,075
	65～69歳	27.0%	28.3%	25.9%	588	50,995	1,525,385	159	14,455	394,875
	70～74歳	25.8%	26.5%	23.9%	1,133	91,016	2,639,088	292	24,077	631,647

図29. 特定健診受診率の推移

	平成20年度	平成25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
熊取町	25.9%	34.1%	40.1%	40.4%	33.6%	36.8%	37.9%
大阪府	24.9%	27.9%	30.8%	30.1%	27.5%	29.2%	30.8%
全国	30.9%	34.2%	37.9%	38.0%	33.7%	36.4%	

図30. 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3年度）

		熊取町	大阪府	全国
男性	40～44歳	17.8%	14.6%	18.3%
	45～49歳	19.0%	15.4%	19.2%
	50～54歳	24.7%	16.8%	20.8%
	55～59歳	19.6%	19.7%	24.1%
	60～64歳	32.0%	24.3%	29.8%
	65～69歳	42.3%	32.0%	38.7%
	70～74歳	41.7%	34.4%	41.6%
女性	40～44歳	20.5%	19.0%	23.5%
	45～49歳	20.5%	19.3%	23.9%
	50～54歳	23.8%	20.8%	26.2%
	55～59歳	33.0%	25.3%	30.8%
	60～64歳	36.4%	31.2%	37.8%
	65～69歳	42.9%	37.2%	43.8%
	70～74歳	43.9%	37.2%	45.2%

図31. 月別特定健診受診率の推移

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
平成30年度	0.7%	8.0%	1.7%	1.3%	1.1%	9.3%	6.7%	2.4%	1.8%	1.5%	3.3%	2.4%
令和元年度	0.9%	7.8%	1.6%	1.2%	1.1%	1.8%	15.8%	2.0%	1.4%	1.2%	3.8%	1.9%
令和2年度	0.1%	0.1%	1.2%	1.5%	1.2%	10.6%	6.5%	1.9%	1.5%	1.8%	5.0%	2.5%
令和3年度	0.6%	4.3%	1.1%	1.0%	1.1%	8.4%	8.7%	2.3%	1.8%	1.5%	3.7%	2.2%
令和4年度	0.7%	5.9%	1.6%	1.4%	1.0%	9.5%	5.6%	2.5%	1.8%	1.2%	4.7%	2.1%

図32. 3年累積特定健診受診率

		1回受診	2回受診	3回受診
熊取町	平成29～令和元年度	18.6%	13.6%	21.8%
	令和2～4年度	19.3%	13.1%	19.2%
大阪府	令和2～4年度	17.4%	10.7%	15.5%

図33. 特定健診受診状況と医療利用状況

健診受診		なし				あり			
		なし	生活習慣病 以外のみ	生活習慣病 あり	医療あり	なし	生活習慣病 以外のみ	生活習慣病 あり	医療あり
熊取町	平成30年度	27.6%	0.0%	0.0%	32.7%	14.0%	0.0%	0.0%	25.7%
	令和4年度	12.6%	18.6%	31.2%	0.0%	4.2%	10.2%	23.3%	0.0%
大阪府	令和4年度	15.6%	21.7%	33.5%	0.0%	1.8%	8.9%	18.5%	0.0%

図34. 治療状況別の高血圧重症度別該当者数（令和4年度）

高血圧 未治療者	正常 130mmHg未満/ 85mmHg未満	正常高値 (要保健指導) 130～139mmHg/ 85～89mmHg	高血圧(要受診勧奨)		
			I度 140～159mmHg/ 90～99mmHg	II度 160～179mmHg/ 100～109mmHg	III度 180mmHg以上/ 110mmHg以上
男性	262	100	172	41	11
女性	480	158	173	55	10
高血圧 治療者	正常相当 130mmHg未満/ 85mmHg未満	正常高値相当 130～139mmHg/ 85～89mmHg	I度高血圧相当 140～159mmHg/ 90～99mmHg	II度高血圧相当 160～179mmHg/ 100～109mmHg	III度高血圧相当 180mmHg以上/ 110mmHg以上
	男性	114	102	141	44
女性	142	106	137	52	15

図35. 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数（令和4年度）

糖尿病 未治療者	5.6%以上：要保健指導			8.0%以上：要受診勧奨	
	6.5%未満	6.5～6.9%	7.0～7.9%	8.0～8.9%	9.0%以上
男性	820	25	12	0	0
女性	1,220	9	3	0	1
糖尿病 治療者	コントロール良好			コントロール不良	
	6.5%未満	6.5～6.9%	7.0～7.9%	8.0～8.9%	9.0%以上
男性	63	35	29	8	3
女性	49	22	16	5	3

図36. 糖尿病性腎症重症化予防対象者数（令和4年度）

	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
国保	2	2	4	51			
後期				6	40	25	13

図37. 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4年度）

脂質異常症 未治療者	正常	要保健指導	高LDLコレステロール血症（要受診勧奨）			
	120mg/dl未満	120～139mg/dl	140～159mg/dl	160～170mg/dl	180mg/dl以上	
男性	328	183	123	54	26	
女性	246	238	191	80	44	
脂質異常症 治療者	高リスク群目標	中リスク群目標	低リスク群目標	コントロール不良		
	120mg/dl未満	120～139mg/dl	140～159mg/dl	160～170mg/dl	180mg/dl以上	
男性	203	39	18	11	10	
女性	323	92	45	30	39	

図38. 性・年齢階級別喫煙率（令和4年度）

		40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
熊取町	男性	28.2%	37.5%	24.7%	16.9%	13.6%
	女性	8.0%	10.2%	8.4%	2.7%	1.8%
大阪府	男性	31.4%	31.0%	27.0%	23.0%	18.1%
	女性	13.8%	13.5%	9.3%	6.4%	4.2%

図39. BMI区分別該当者数（令和4年度）

	18.5未満	18.5～22.9	23.0～24.9	25.0～29.9	30.0以上
男性	29	56	330	252	328
女性	171	213	488	229	227

図40. 腹囲区分別該当者数

	80cm未満	80～84cm	85～89cm	90～94cm	95cm以上
男性	205	205	234	175	176
女性	613	282	218	103	112

図41. メタボ該当者・予備群の出現率の推移

	平成27年度	平成28年度	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
該当	14.2%	14.3%	15.0%	17.1%	17.2%	20.2%	19.0%
予備群	11.1%	11.0%	11.5%	12.7%	11.9%	12.9%	12.4%

図42. 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合（令和3年度）

		40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
男性	予備群	20.0%	27.5%	23.0%	23.1%	19.6%
	該当	22.4%	25.5%	31.1%	33.2%	32.5%
女性	予備群	5.6%	3.4%	7.2%	5.3%	6.0%
	該当	1.4%	4.3%	9.4%	11.3%	11.3%

図43. 特定保健指導利用率の推移

	平成20年度	平成25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
熊取町	34.7%	39.2%	51.2%	38.5%	47.7%	49.8%	39.4%
大阪府	11.8%	15.5%	20.1%	20.3%	19.2%	21.1%	20.1%
全国		27.6%	32.0%	32.0%	31.5%	31.5%	

図44. 特定保健指導実施率の推移

	平成20年度	平成25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
熊取町	23.8%	31.9%	35.7%	29.4%	33.9%	36.5%	27.5%
大阪府	7.3%	14.0%	18.5%	19.1%	16.9%	18.7%	18.1%
全国	14.1%	22.5%	28.8%	29.3%	27.9%	27.9%	

第3期熊取町国民健康保険事業計画(データヘルス計画)
及び
第4期熊取町国民健康保険特定健康診査等実施計画

2024年度～2029年度
(令和6年度～令和11年度)

発行日 令和6年3月
発行 熊取町
住所 大阪府泉南郡熊取町野田1丁目1番1号
編集 健康福祉部保険年金課
健康福祉部健康・いきいき高齢課