

令和7年度 藤井寺市国民健康保険の保健事業計画



1. 計画の目標

藤井寺市では、「第三期保健事業実施計画(データヘルス計画)・第四期特定健康診査等実施計画(令和6年度～令和11年度)¹」をR6年3月31日に策定、それに基づき、個別の保健事業プロセス計画を策定します。

「健康寿命の延伸」「QOLの向上」「医療費の適正化」に向けて ～藤井寺市の目標～

～特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進～

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

データの分析

未受診者への受診勧奨

藤井寺市の目標	R4実績	R5実績	R7目標	R10目標
特定健診受診率60%以上	48.8%	48.0%	52.5%	57.5%
後期高齢者医療の健診の受診率向上	39.56%	40.64%	40.0%	40.0%以上

藤井寺市の目標	R4実績	R5実績	R7目標	R10目標
特定保健指導実施率60%以上	35.2%	35.1%	42.5%	55.0%
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25.8%	19.3%	27.0%	28.0%

- 重症化を予防できる
- 医療費の伸びを抑制できる

健康のための資源
(受診の機会、治療の機会)
の公平性の確保

- 重症化を予防できる
- 死亡を回避できる

メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少

藤井寺市の目標	R4実績	R5実績	R7目標	R10目標
メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	32.4%	32.2%	32.0%	32.0%

短期的な目標

高血圧の改善

脂質異常症の減少

糖尿病の減少

藤井寺市の目標	R4実績	R5実績	R6実績	R7目標	R10目標
健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合減少	6.7%	5.6%	5.5%	6.5%	6.0%
健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)の割合減少	10.1%	11.6%	10.5%	10.0%	10.0%

藤井寺市の目標	R4実績	R5実績	R6実績	R7目標	R10目標
健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)の割合の減少	10.4%	10.8%	10.1%	10.0%	10.0%
健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者割合の減少	0.63%	0.59%	0.53%	0.60%	0.60%

中長期的な目標

脳血管疾患・心疾患死亡率の減少

糖尿病合併症の減少

藤井寺市の目標	R4実績	R5実績	R6実績	R7目標	R10目標
脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	1.8%	1.7%	2.2%	2.2%
虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.2%	1.3%	1.3%	1.2%	1.2%

藤井寺市の目標	R4実績	R5実績	R6実績	R7目標	R10目標
慢性腎不全(透析有)総医療費に占める割合の維持	4.8%	5.2%	5.5%	4.8%	4.8%
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	50.9%	52.0%	-	50.5%	50.0%

健康寿命の延伸

QOLの向上※

医療費の適正化※

厚生労働省
「標準的な健診・保健指導プログラム令和6年度版」
図1 変更

※藤井寺市の目標

¹ 厚生労働省「健康局「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」の中で、中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。なお、心疾患には健康づくりにより、予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指す。そのため、保健事業実施(データヘルス)計画では、第二期同様、虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病性腎症に着目した。

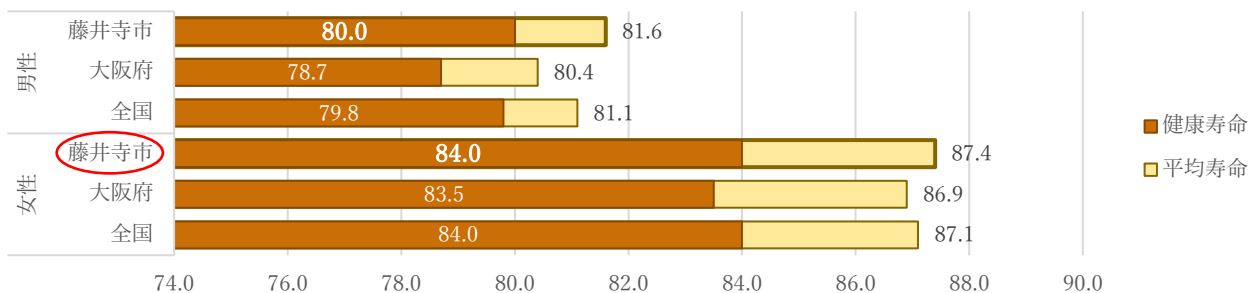


2. 藤井寺市の現状と課題

当市の健康寿命と平均寿命は、大阪府や国より、高い水準です。

■ 男女別の平均寿命及び健康寿命の比較(R4)

出典：人口動態統計特殊報告

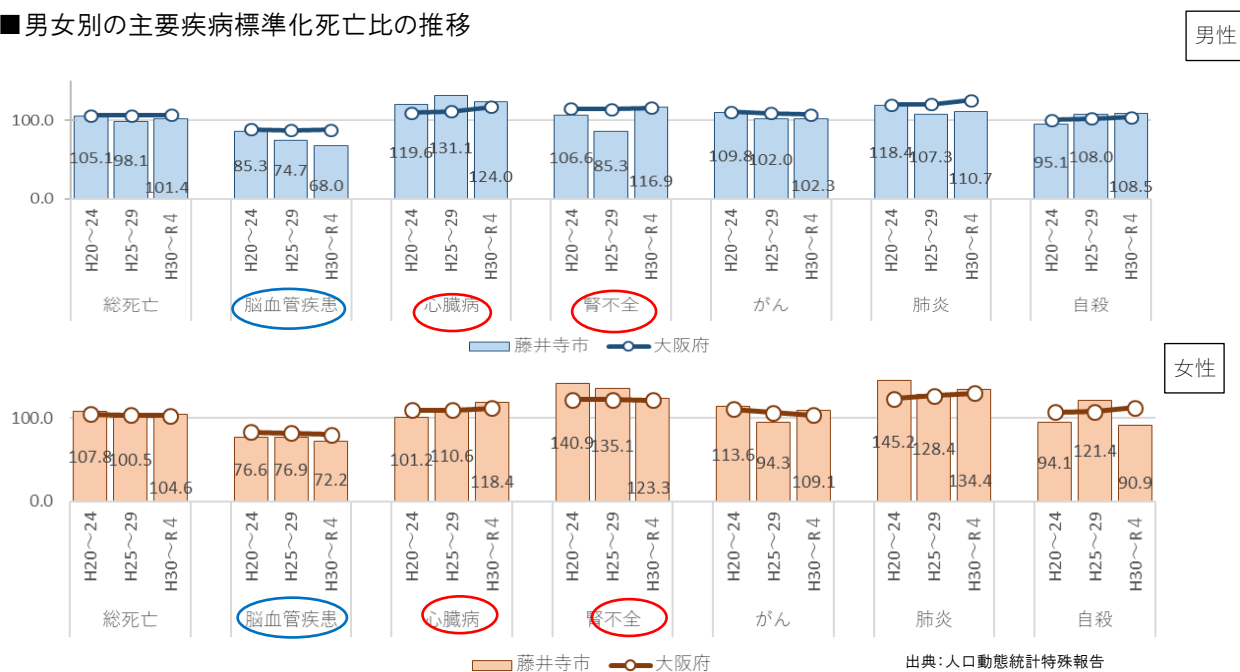


標準化死亡比²を見ると、生活習慣病に関連した疾患では、

出典：大阪府健康推進室健康づくり課提供データ参照

- ・男性：脳血管疾患は減っていますが、腎不全が増えています。
- ・女性：腎不全は減ってはいますが、高いままです。心臓病は増えています。

■ 男女別の主要疾病標準化死亡比の推移



R3とR4に比較して、R5の新規人工透析の方は減ってはいます。年齢階級別に比較すると国保³から後期⁴になられた75-79歳に新規人工透析になられた方が多くいらっしゃいます。被用者保険から直接、後期になられた方もいらっしゃいますが、国保のうちの重症化予防が必要です。

■ 年齢階級別新規人工透析患者数

	00～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	合計	国保	後期
R3	1	1	1	1	1	2	0	5	2	5	19	63.2%
R4	1	0	2	2	1	3	0	6	3	0	18	50.0%
R5	0	1	0	1	0	2	0	1	2	2	9	55.6%

出典：国保中央会

² 全国100に対する年齢を考慮した死亡率の比

³ 藤井寺市国民健康保険被保険者

⁴ 後期高齢者医療制度の被保険者

■ 中長期的な目標疾患の患者数と生活習慣病の治療者数構成割合(R6)

全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
4,410人		486人 11.0%	385人 8.7%	206人 4.7%
の基礎 重なり 疾患	高血圧	361人 74.3%	298人 77.4%	148人 71.8%
	糖尿病	214人 44.0%	213人 55.3%	206人 100.0%
	脂質異常症	348人 71.6%	282人 73.2%	154人 74.8%
	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
2,285人 51.8%		1,311人 29.7%	2,031人 46.1%	445人 10.1%

ヘルスサポートラボツール：データヘルズ帳票(国保)

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見るため、心血管疾患と生活習慣病の重なり⁵をみました。ほとんどの方が基礎疾患をお持ちで、また、重なっています。

また要介護(要支援)認定者と生活習慣病の関連として、心血管疾患の視点で有病状況を見る⁶と、どの年代でも脳卒中(脳血管疾患)が上位を占めています。

基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で 90%前後と非常に高い割合となっているため、生活習慣病対策は介護給付費適正化でも重要な位置づけであると言えます。

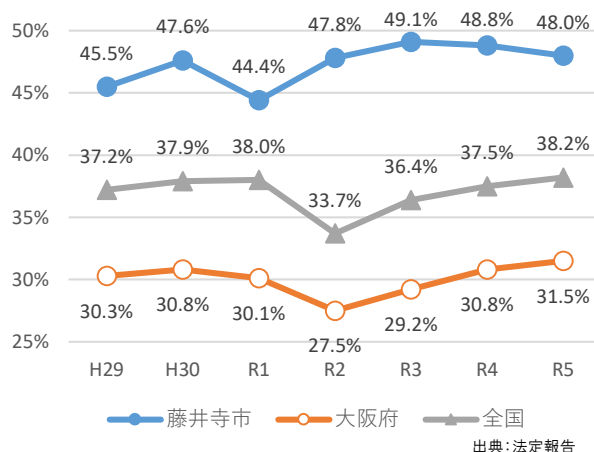
■ 血管疾患の視点でみた要介護(要支援)認定者の有病状況(R6)

受給者区分			2号		1号						合計		
年齢			40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(国保・後期)			42		215		3,291		3,506		3,548		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器疾患	1	脳血管疾患	21 50.0%	脳血管疾患	93 43.3%	脳血管疾患	1,349 41.0%	脳血管疾患	1,442 41.1%	脳血管疾患	1,463 41.2%	
		2	腎不全	10 23.8%	虚血性心疾患	61 28.4%	虚血性心疾患	1,215 36.9%	虚血性心疾患	1,276 36.4%	虚血性心疾患	1,285 36.2%	
		3	虚血性心疾患	9 21.4%	腎不全	42 19.5%	腎不全	721 21.9%	腎不全	763 21.8%	腎不全	773 21.8%	
	合併症	4	糖尿病合併症	6 14.3%	糖尿病合併症	38 17.7%	糖尿病合併症	451 13.7%	糖尿病合併症	489 13.9%	糖尿病合併症	495 14.0%	
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		37 88.1%	基礎疾患	193 89.8%	基礎疾患	3,150 95.7%	基礎疾患	3,343 95.4%	基礎疾患	3,380 95.3%	
	血管疾患合計		38 90.5%	合計	201 93.5%	合計	3,185 96.8%	合計	3,386 96.6%	合計	3,424 96.5%		
	認知症		7 16.7%	認知症	54 25.1%	認知症	1,407 42.8%	認知症	1,461 41.7%	認知症	1,468 41.4%		
	筋・骨格疾患		36 85.7%	筋骨格系	197 91.6%	筋骨格系	3,179 96.6%	筋骨格系	3,376 96.3%	筋骨格系	3,412 96.2%		

ヘルスサポートラボツール：データヘルズ帳票(国保)

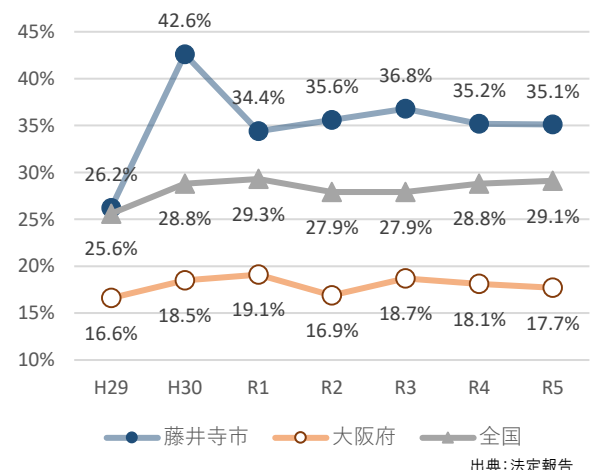
【特定健診受診率】

■ 国・府の平均より高く、R5 年度は、府内 2 位(府内 43 市町村の順位)



【特定保健指導実施率】

■ 国・府の平均より高く、R5 年度は、府内 12 位(府内 43 市町村の順位)



⁵ KDB 厚生労働省様式 様式 3★NO.13～18(帳票)R06 年 5 月診療分

⁶ KDB★NO.49(帳票)R06 年度 国保・後期の要介護認定者のレセプトから有病状況を集計

3. 令和6年度の評価

R5 年度健診の結果、血圧、血糖、LDL コレステロールで受診勧奨判定値（巻末参照）以上の方が、R6 年度健診結果がどうであったか、集団での比較⁷をしました。

- ・血圧：改善している方は 43%（R5_39.2%）で、改善効果が他と比較して高いことがうかがえます。
- ・血糖：改善している方は 27%（R5_21.2%）と血圧・脂質に比べて少なかったです。血糖マネジメントの難しさがうかがえます。
- ・脂質：改善している方は、39%（R5_35.8%）でした。

リスク減少の評価（受診勧奨判定値以上）

改善 悪化

血圧

R05年度の結果		R06年度の結果をみる					
		継続受診者 910人 79.6%				未受診 (中断)	75歳 到達者
Ⅰ度高血圧以上 1,143 人		高値血圧 以下	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度		
		423	345	119	23	233	37
		37.0%	30.2%	10.4%	2.0%	20.4%	3.2%
Ⅰ度	898	371	280	74	4	169	26
		41.3%	31.2%	8.2%	0.4%	18.8%	2.9%
Ⅱ度	197	46	59	33	10	49	9
		23.4%	29.9%	16.8%	5.1%	24.9%	4.6%
Ⅲ度	48	6	6	12	9	15	2
		12.5%	12.5%	25.0%	18.8%	31.3%	4.2%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	500 43.7%	322 28.2%	88 7.7%	233 20.4%
Ⅰ度	371 41.3%	280 31.2%	78 8.7%	169 18.8%
	41.3%	31.2%	8.7%	18.8%
Ⅱ度	105 53.3%	33 16.8%	10 5.1%	49 24.9%
	53.3%	16.8%	5.1%	24.9%
Ⅲ度	24 50.0%	9 18.8%		15 31.3%
	50.0%	18.8%		31.3%

血糖

R05年度の結果		R06年度の結果をみる					
		継続受診者 367人 78.3%				未受診 (中断)	75歳 到達者
HbA1c6.5以上 469 人		6.4以下	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上		
		66	113	139	49	102	10
		14.1%	24.1%	29.6%	10.4%	21.7%	2.1%
6.5～6.9	193	38	70	38	11	36	4
		19.7%	36.3%	19.7%	5.7%	18.7%	2.1%
7.0～7.9	208	20	39	84	22	43	2
		9.6%	18.8%	40.4%	10.6%	20.7%	1.0%
8.0以上	68	8	4	17	16	23	4
		11.8%	5.9%	25.0%	23.5%	33.8%	5.9%

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	126 26.9%	170 36.2%	77 16.4%	63 13.4%	71 15.1%	102 21.7%
6.5～6.9	38 19.7%	70 36.3%	31 16.1%	24 12.4%	49 25.4%	36 18.7%
	19.7%	36.3%	16.1%	12.4%	25.4%	18.7%
7.0～7.9	59 28.4%	84 40.4%	35 16.8%	35 16.8%	22 10.6%	43 20.7%
	28.4%	40.4%	16.8%	16.8%	10.6%	20.7%
8.0以上	29 42.6%	16 23.5%	11 16.2%	4 5.9%		23 33.8%
	42.6%	23.5%	16.2%	5.9%		33.8%

脂質

R05年度の結果		R06年度の結果をみる					
		継続受診者 930人 78.3%				未受診 (中断)	75歳 到達者
140以上 1,187 人		140未満	140～159	160～179	180以上		
		337	321	181	91	257	25
		28.4%	27.0%	15.2%	7.7%	21.7%	2.1%
140～159	682	237	218	77	22	128	11
		34.8%	32.0%	11.3%	3.2%	18.8%	1.6%
160～179	335	66	81	81	27	80	8
		19.7%	24.2%	24.2%	8.1%	23.9%	2.4%
180以上	170	34	22	23	42	49	6
		20.0%	12.9%	13.5%	24.7%	28.8%	3.5%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	463 39.0%	341 28.7%	126 10.6%	257 21.7%
140～159	237 34.8%	218 32.0%	99 14.5%	128 18.8%
160～179	147 43.9%	81 24.2%	27 8.1%	80 23.9%
180以上	79 46.5%	42 24.7%		49 28.8%

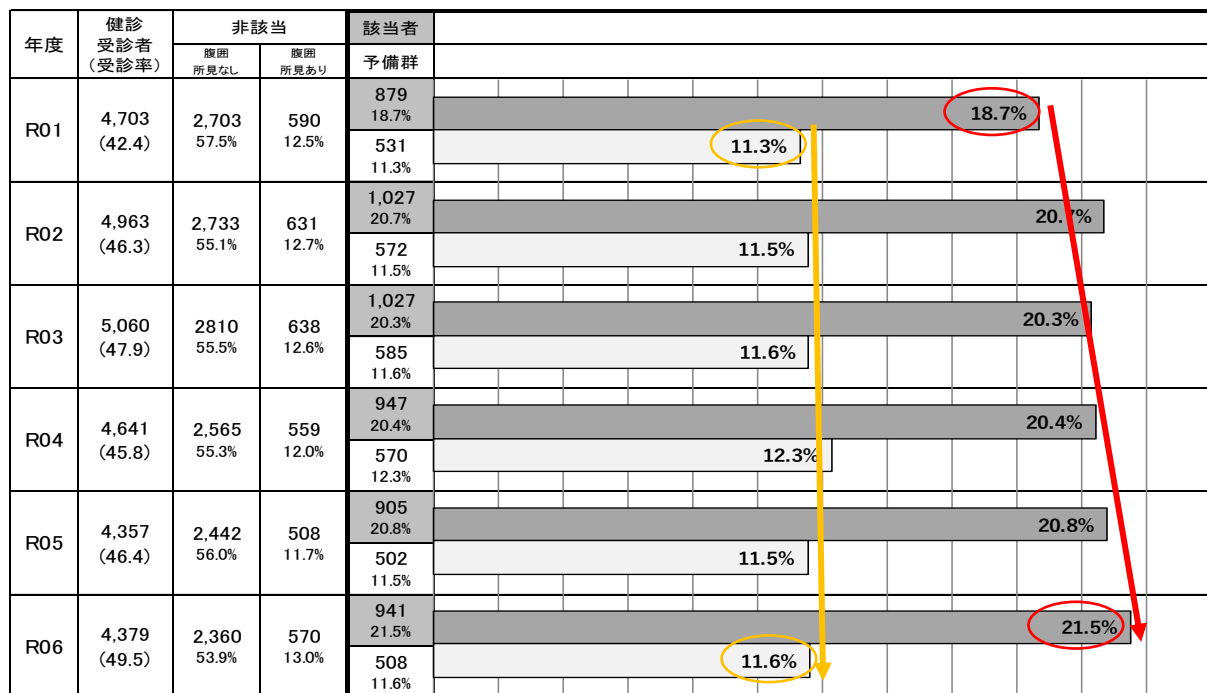
ヘルスサポートラボツール：③-2 経年比較ツール

⁷ ヘルスサポートラボツール：③経年比較ツール（前年度と今年度の比較：前年度は、40 歳～74 歳、今年度は 40 歳～74 歳と 75 歳の継続受診者を含んで計上）④評価ツール（過去 6 年間の評価で、最終年度の年度末年齢 40～74 歳で計上）②健診結果集計ツール：単年度健診受診者（30 歳～74 歳で計上）

また、中長期的評価として、過去 6 年間の推移を見ました。

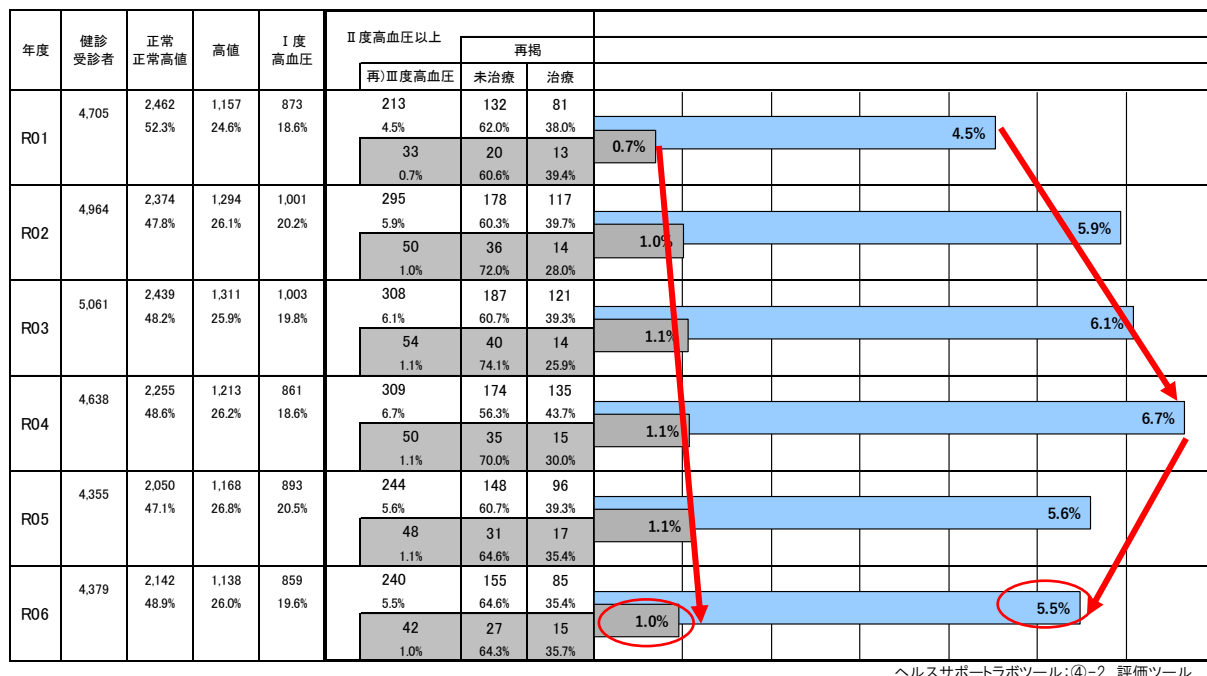
国のアウトカム(結果)評価である、「糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の 25%減少」を目指すため、重点課題であるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の経年変化を見ました。

■メタボリックシンドローム該当者の健診受診者全体(R1-R6 年度)の有所見者割合⁸



メタボリックシンドロームの方は、増加していました。

■Ⅱ度高血圧以上の健診受診者全体(R1-R6 年度)の有所見者割合⁹

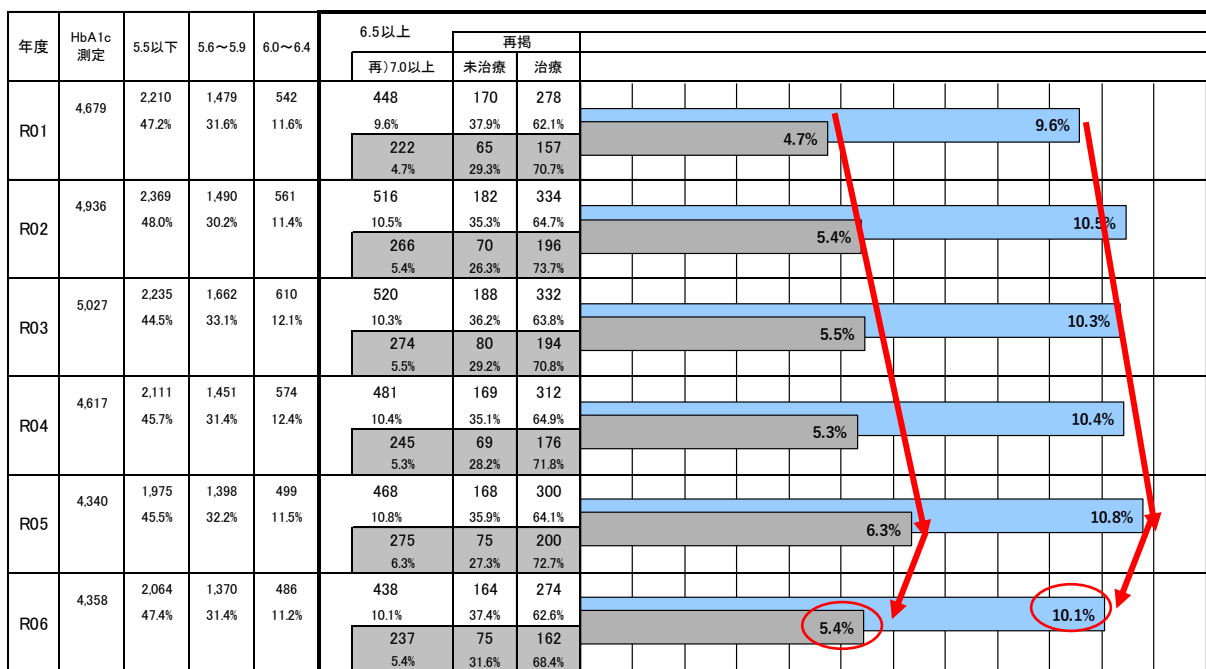


Ⅲ度高血圧以上の方は同じですが、Ⅱ度高血圧以上の方は、増えていました。

⁸ 有所見者割合は、R7.7 月時点の健診結果提出者から集計(以下、Ⅱ度高血圧以上、HbA1c6.5 以上、LDL コレステロール 160 以上も同様の集計)。8 学会から示されたメタボリックシンドローム判定ではなく、特定健診の制度で、国から示されているメタボリックシンドローム判定のロジックに基づいて判定。(8 学会の基準に加えて、HbA1c・随時中性脂肪でもリスクを判定する) また非該当については、腹囲の所見有無に分けて表示する。

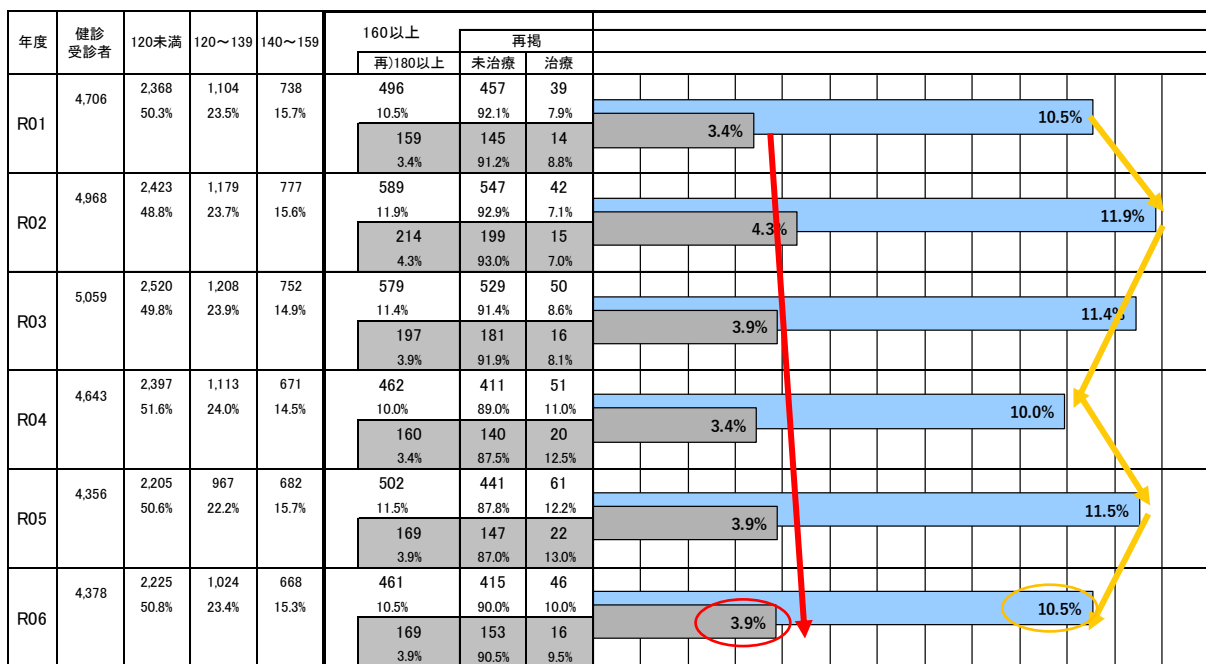
⁹ Ⅱ度高血圧以上(Ⅲ度高血圧を含む)の割合を水色の棒グラフで表示する。また再掲として、Ⅲ度高血圧(収縮期 180 以上または拡張期 110 以上)はグレーの棒グラフで表示する。高血圧の内服があると問診で回答した方を「治療中」、それ以外を「治療なし」に分類して該当者を表示する。

■HbA1c6.5 以上の健診受診者全体(R1-R6 年度)の有所見者割合¹⁰



重症化しやすいHbA1c6.5 以上の方は、HbA1c7.0 以上の方とともに R5 は増加しましたが、R6 は、微増です。

■LDL コレステロール 160 以上の健診受診者全体(R1-R6 年度)の有所見者割合¹¹



重症化しやすいLDL コレステロール 160 以上の方は増減しています。
180 以上の方は微増しています。

¹⁰HbA1c6.5 以上の割合を水色の棒グラフで表示する。また再掲として、HbA1c7.0 以上はグレーの棒グラフで表示する。糖尿病の内服またはインスリンの使用があると問診で回答した方を「治療中」、それ以外を「治療なし」に分類して該当者を表示する。

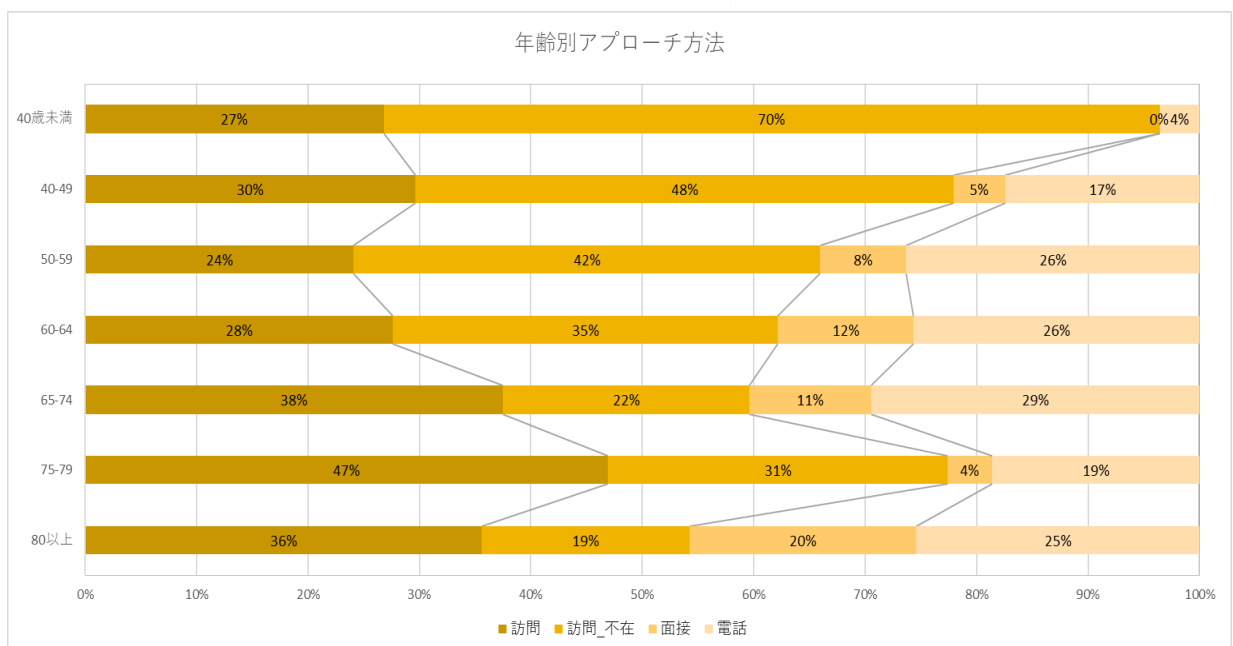
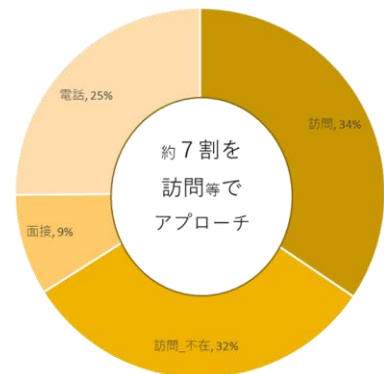
¹¹ LDL160 以上の割合を水色の棒グラフで表示する。また再掲として、LDL180 以上はグレーの棒グラフで表示する。脂質異常症の内服があると問診で回答した者を「治療中」、それ以外を「治療なし」に分類して該当者を表示する。

R6 年度の保健事業全体の年代別アプローチ別の集計¹²を行いました。

当市は、訪問でのアプローチを大切にしていますが、事前予告なしで訪問していますので、訪問しても半数くらいが不在です。

若い世代は、電話をしても取ってくださらない方も多く、また、訪問しても不在のことが多かったです。

年齢	訪問	訪問_不在	面接	電話	合計
40歳未満	15	39	0	2	56
40-49	102	166	16	60	344
50-59	116	202	37	127	482
60-64	84	105	37	78	304
65-74	495	292	144	389	1320
75-79	189	123	16	75	403
80歳以上	21	11	12	15	59
合計	1022	938	262	746	2968

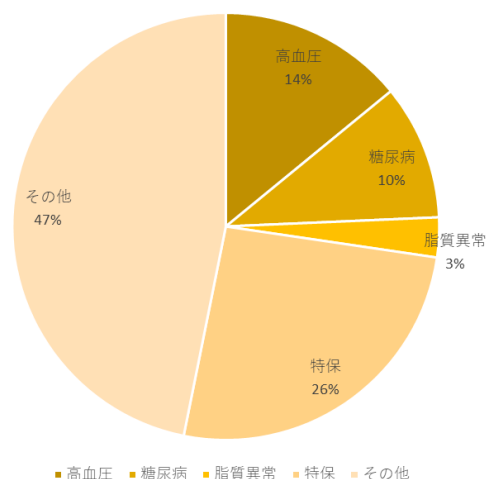


保健事業担当では、メタボリックシンドロームと脳血管疾患重症化予防を優先課題にしています。

保健事業担当が直営で事業¹³を行っていますので、国保の方全員にアプローチをすることは難しいため、ガイドライン等を踏まえて優先順位を決めています。

特保(特定保健指導と未利用者対策)、高血圧などの割合が高くなっており、優先順に対策を行えています。

どんな方にアプローチしたか(国保・後期)



¹² 保険年金課と委託業者(健診受診勧奨電話は除く)の保健指導の延べ人数(2,968人)で集計(通知と電話不在除く。健康かるて入力分のみ集計)

¹³ 保険年金課の保健指導の延べ人数(2,891人)で集計(通知と電話不在除く。健康かるて入力分のみ集計)。その他は、特定健診受診勧奨や一体的事業等

4. 健康課題を解決するために

R6 年度の健診結果を基に、どのようなリスクがある人か、各種学会のガイドラインに基づき集計しました。特にⅡ度高血圧以上の方は、未治療の方が65%で、そのうち半分近くの方に臓器障害がおこっている可能性があります。

■脳・心・腎を守るために — 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする—

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少	
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2024 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2023 (日本腎臓病学会)
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) ※脳卒中データバンク 2015より 非心原性脳梗塞			心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症				
優先すべき課題の明確化	①高血圧症	②心房細動	③脂質異常症	④メタボリックシンドローム	⑤糖尿病	⑥慢性腎臓病 (CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2024 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2023 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	243 5.5%	35 0.8%	169 3.8%	84 1.9%	942 21.4%	330 7.5%	865 19.6%	
治療なし	158 65.0%	7 20.0%	153 90.5%	56 66.7%	161 17.1%	168 50.9%	315 36.4%	
(再掲) 特定保健指導	61 25.1%	3 8.6%	48 28.4%	23 27.4%	161 17.1%	46 13.9%	99 11.4%	
治療中	85 35.0%	28 80.0%	16 9.5%	28 33.3%	781 82.9%	162 49.1%	550 63.6%	
臓器障害あり	72 45.6%	7 100.0%	55 35.9%	29 51.8%	66 41.0%	91 54.2%	315 100.0%	
CKD(専門医対象)	38	3	21	14	36	54	315	
心電図所見あり	49	7	38	20	43	58	97	
眼底所見あり	6	0	3	1	1	4	5	
臓器障害なし	86 54.4%	—	98 64.1%	27 48.2%	95 59.0%	77 45.8%	—	

ヘルスサポートラボツール:40歳未満対応版②-1 健診結果集計ツール:R6年度健診受診者(30歳~74歳)4,406人

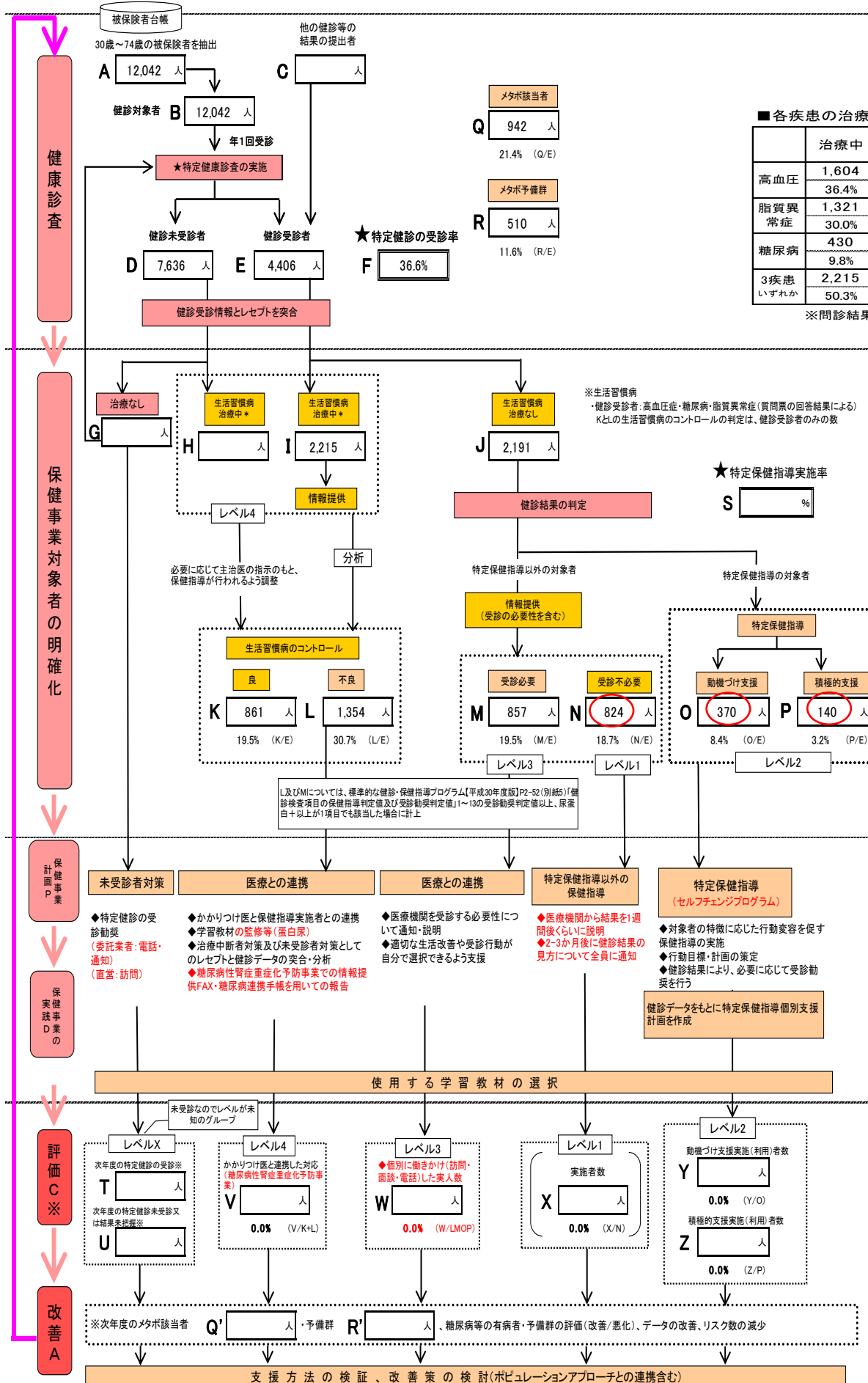
次に、プログラムの「様式 5-5」をもとに、R6 年度健診結果から保健指導が必要な方を階層化し、どのくらい対象者がいるか明確化しました。この様式 5-5 は、次年度の評価の際にも使用します。

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5

令和06年度



ヘルスサポートラボツール：40歳未満対応版_②-1 健診結果集計ツール

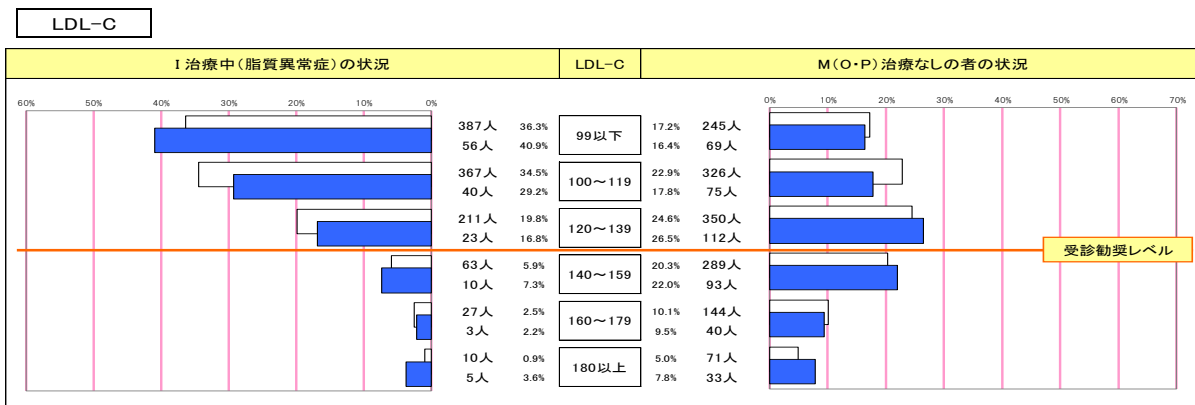
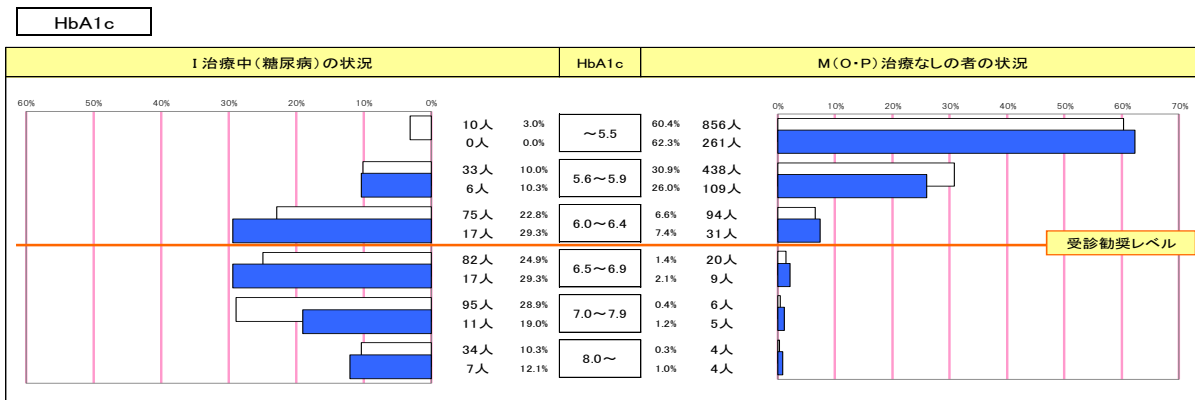
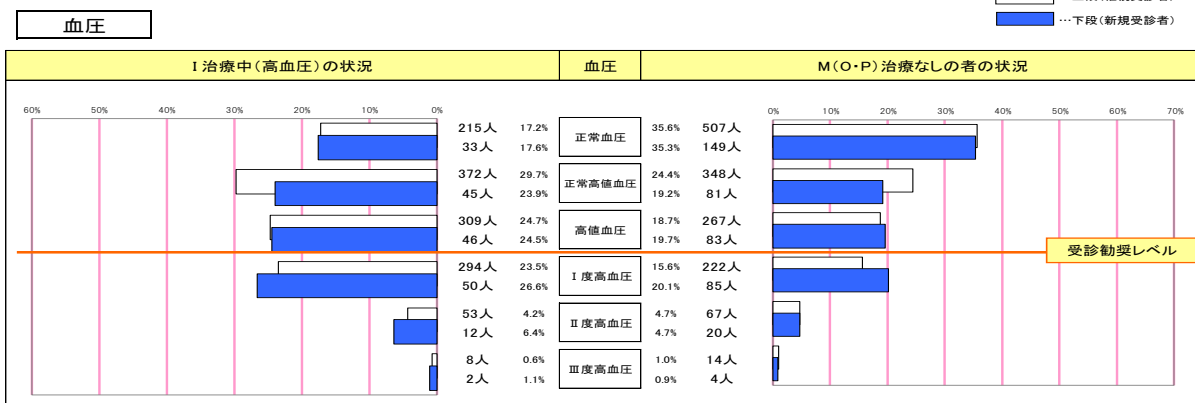
受診回数別結果では、R5 年度の新規受診者割合は 13.5%で、R6 年度は 15.3%に増えました。
また、R5 年度の健診継続者と新規受診者の割合¹⁴と比較すると、受診勧奨が必要な方も多かったです。

R6年度 特定健康診査受診者の受診回数別結果				全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数				4,388 人	100.0%	3,715 人	84.7%	673 人	15.3%	
項目			基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI	25以上	1,276 人	29.1%	1,038 人	27.9%	238 人	35.4%	
		腹囲	男性85以上 女性90以上	1,621 人	36.9%	1,352 人	36.4%	269 人	40.0%	
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪		300以上	83 人	1.9%	65 人	1.7%	18 人	2.7%
	インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	441 人	10.1%	383 人	10.4%	58 人	8.7%
			(再掲) 7.0以上	238 人	5.4%	208 人	5.6%	30 人	4.5%	
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	200 人	4.6%	170 人	4.6%	30 人	4.5%
			拡張期	100以上	87 人	2.0%	66 人	1.8%	21 人	3.1%
			計		242 人	5.5%	201 人	5.4%	41 人	6.1%
	その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	461 人	10.5%	368 人	9.9%	93 人	13.8%
腎機能		尿蛋白	(+)以上	495 人	11.3%	412 人	11.1%	83 人	12.3%	
		eGFR	45未満	129 人	3.0%	110 人	3.0%	19 人	2.9%	
		尿酸	8.0以上	93 人	2.1%	69 人	1.9%	24 人	3.6%	

※HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出
ヘルスサポートラボツール：③-2 経年比較ツール

継続受診者と新規受診者の比較

R05・R06年度の比較



ヘルスサポートラボツール：③-2 経年比較ツール

¹⁴ 継続受診者と新規受診者の比較のため、R6年度の健診を中断された方の数は含まない

次に、保健指導が必要な方の数を R6 年度の健診受診者を基に R7 年度の保健事業対象者を見込みました。

重複したリスクをお持ちの方もいらっしゃいますので、優先順位が高い順に行っていきます。

次のページからは、具体的な実施方法です。

優先 順位	様式 5-5	脳・心・腎を守る ために	保健指導レベル	支援方法	対象者数 見込	R7目標実施 率
1	O P	④メタボリック クシンドローム	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆電話で、管理栄養士あるいは保健師が電話で利用勧奨を実施。 ・電話で利用を拒否された場合でも、可能な範囲で本人からの健康状態等の情報収集や、食事・生活習慣等に関するアドバイスをを行う。 ◆来庁での特定保健指導の利用がなかった方には、訪問特定保健指導を行う。 ◆特定保健指導終了後、フォローアップ教室（ヘルスアップFujiiidera）を行う。	④510人	④訪問・面談・電話 100% （アウトカム：特定保健指導実施率42.5%） 、 フォローアップ教室16人
2	M	①Ⅱ度以上 高血圧 ②心房細動 ⑤HbA1c7% 以上	情報提供 (受診必要) 健診受診者のうち、受診必要者	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 ・自転車で、専門職が二人体制で訪問し、受診勧奨を含めた保健指導を行う。 ・不在時は手紙を同封し、ポストに投函あるいは郵送している。 ・その後、改めて受診確認をし未受診だった人には、日数をおいて再度架電または訪問を行う。 ・高血圧の方には血圧計を持参し、玄関先で測定し、血圧手帳を渡し、家庭血圧を推奨する。	①243人 ②7人 ⑤未治療 HbA1c7以上77 人+治療中A1c8 以上45人	①訪問100% ②訪問100% ⑤電話または 訪問100%
3	L	①Ⅱ度以上 高血圧 ⑤HbA1c8% 以上	情報提供 (生活習慣病治療 中) 健診受診者のうち コントロール不良			
4	D	-	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(健診の重要性の普及啓発、訪問、電話、通知による勧奨) ◆個別健康教育(ポピュレーションアプローチ) 訪問時「脳卒中を予防したい」(藤井寺市独自で作成)を本人または家族に渡し、普段の血圧を聞き取り、自分のカラダに何が起こっているかを知ってもらい、普段の血圧を知らないという方には、その場で血圧測定を行い、血圧手帳に記載して渡す。家庭血圧の習慣をつけ、健診や受診時に医療機関に持参するように伝える。	5,000人	訪問又は電話又は通知 100% （アウトカム：特定健診受診率52.5%）
5	I	⑥慢性腎臓 病	情報提供 (生活習慣病治療 中)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共有等(蛋白尿) ◆糖尿病性腎症重症化予防事業での情報提供FAX・糖尿病連携手帳を用いての報告	⑥550人	⑥糖尿病性 腎症重症化 予防事業 10人
6	G	①高血圧Ⅲ 度以上※ ⑤HbA1c8% 以上	特定健診未受診 で生活習慣病の 治療なし(治療・健 診中断)	◆R6年度Ⅲ度高血圧となり、その後の健診でも改善が見られない又は、治療中断者は訪問し、受診勧奨を行う。 ◆R6年度A1c8以上となり、糖尿病治療中断者で、健診未受診の方に訪問し、受診勧奨を行う。	①20人 ⑤10人	①⑤訪問 100%
7	M	①Ⅰ度高血 圧 ③脂質異常 症 ⑤HbA1c6.5% 以上	情報提供 (健診受診者のうち、 受診必要者)	◆個別の健康教育(ポピュレーションアプローチ) 昨年度初めて健診を受けられた方には、昨年度の健診結果を個別に作成、健診結果から、自分のカラダに何が起こっているかを知ってもらう。	①85人 ③93+40+33人 ⑤9人	①③⑤訪問 100%
8	N	-	情報提供	◆健診結果の見方について通知(受診2-3か月後に、健診結果に関わらず、過去3年分の表と過去5年分のグラフを郵送)	824人	④通知100%

※脳・心・腎表の人数には計上されていないが、課題の明確化のため記載

1. 特定保健指導未利用者対策(優先 1)

① 架電

◎ 実施方法

・R3 年度より、保険年金課職員が行っています。

◎ 実施内容

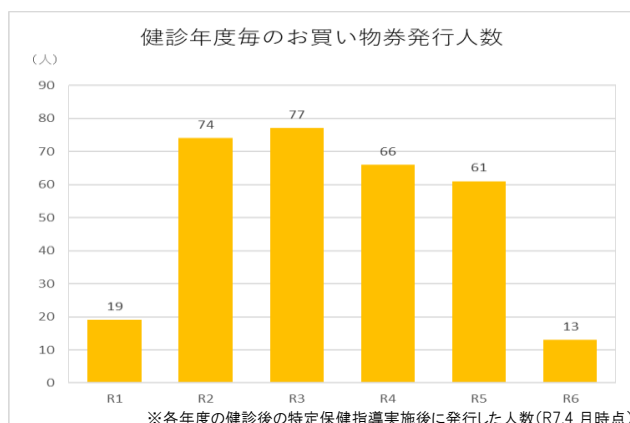
- ・健診結果を送付する際に、特定保健指導の日時をあらかじめ指定したリーフレットを同封し、後日保健師・管理栄養士により電話で通知が届いたかの確認と利用のお勧めをします。(毎月)
- ・勧奨の電話で利用を拒否された場合でも、可能な範囲で健康状態を確認し、生活習慣等に関するアドバイスをを行います。

2. インセンティブを活用した特定保健指導

① 藤井寺市商工会ためとくくんの活用(R2 年度～)

◎ 実施内容

- ・案内通知送付時と訪問型特定保健指導実施時にためとくくんチラシを配布します。
 - ・利用者に粗品と 1 万 2 千円分のポイントを付与したためとくくんポイントカードを配布。
 - ・3 か月後の評価時に、健康指標(腹囲 1 cm かつ体重 1 kg の減少)が改善した方へ、ためとくくんカード会加盟店で利用できる 500 円の商品券を交付します。(R7 年度目標 60 人)
- (健康指標改善への意欲向上)



3. 対象者に合わせた特定保健指導「セルフチェンジプログラム」

H20 年度からの健診データと、ご本人が測定している血圧・体重・食事・運動・服薬等の健康状態等に関する電子データ(PHR)を見せていただきながら、ご自分の身体に何がおこっているかをお伝えし、ご自分の身体を大事に思っただけのようにサポートします。

① 来庁型

◎ 実施方法

- ・初回は個別面談、2 回目以降は個別面談および電話や手紙で、保険年金課の職員が行います。
- ・場所は市役所 1 階相談室で行います。
- ・開催は、平日のみ¹⁵です。
- ・予約変更等は、オンラインで行えるようにしています。

方法	R4	R5	R6	R7(計画)
オンラインでの予約変更等	1	7	2	2

¹⁵ R5 年度に日曜開催し、4 人利用されましたが、社保加入等により、終了者 0 人でした。

②訪問型

◎実施方法

- ・保険年金課の職員が自宅に訪問します。(二人体制)
- ・玄関先での保健指導となるため、気温や気候に配慮します。

③オンライン型

◎実施方法

- ・希望者には、オンラインでの予約等で、Zoomにより遠隔で面談をします。

方法	R6	R7(計画)
オンラインでの特定保健指導	1	2

◎実施内容

- ・来庁での特定保健指導の利用がなかった方には、事前予告なしで訪問し、自宅で特定保健指導を行います。
- ・訪問不在時には再勧奨文書を自宅ポストに直接投函し、表札がない場合は郵送します。

●計画数と実施状況(1①、3②)

方法	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
訪問	17	73	70	76	92	61※	39※	40
訪問時不在(ポストに通知等)	21	105	73	38	66	50	51	50
電話	431	190	315	433	333	326	301	300

※内訪問での特保実施 38 16

出典:健康かるて

④普及・啓発(ポピュレーションアプローチ)

- ・かかりつけ医より、健診結果説明時に特定保健指導のお勧めリーフレットを手渡しで配布
(藤井寺市医師会事務局を通じて各医療機関に依頼(10月頃))

●計画数と実施状況

年度	R7(計画)
配布数(枚)	2,000

健康寿命の延伸等を図るため、心血管系疾患の対策を行います。

1. 脳血管疾患重症化予防（優先 2・3・6）

① 高血圧者への保健指導

◎実施方法

・健診の結果等で選定した対象者に保険年金課の職員が行います。

【対象者選定に使用する項目】

高血圧	①血圧(収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上、未治療者・コントロール不良者、特定保健指導以外の方) 《今年度健診 毎月抽出》 ②受療状況(収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上の未治療者、治療中断・不定期受診者等) 《前年度健診等 年 2 回抽出》
-----	---

・国保の手続きで窓口に来られた方に、健康相談の希望を尋ね、窓口で保険年金課の職員が行います。(12 月等に実施予定)

◎実施内容

・複数回訪問で、保健師・管理栄養士が健診結果・生活習慣(食事・運動)の改善点、自宅での血圧測定の必要性等を説明し、その場で血圧手帳を記載してお渡しします。

・受診及び継続受診のお勧めを行うとともに、保健指導も行います。

・医療機関への受診のお勧め後、受診状況をレセプトで確認し、未受診者には再度、架電や訪問で受診のお勧めを行います。

・尿たんぱく+以上の方は、受診者全体の 11.3%と高い割合です。さらにⅠ度高血圧以上で尿たんぱく+以上の方は、14.7%(高血圧ではない方は 10.1%)と高いため、腎臓を守ることの大切さも合わせてお伝えします。

・窓口来庁時には、自動血圧計で血圧測定し、その場で血圧手帳を記載して渡し、保健師・管理栄養士が血圧に関する個別の健康教育を行います。(P18 訪問での個別の健康教育と同じ内容) (12 月等の予定)

② 心房細動者への保健指導

◎実施方法

・健診の心電図結果で選定した対象者に保険年金課の職員が行います。

◎実施内容

・国保と後期(80 歳未満)の健診受診者の心電図結果から「心房細動」と判定された方のレセプトを確認し、未受診・中断の方に対して電話または訪問で医療機関への受診のお勧めを行います。

・医療機関への受診のお勧め後、受診状況をレセプトで確認し、未受診者には再度、架電や訪問で受診のお勧めを行います。

2. 糖尿病性腎症重症化予防(優先 2・3・5・7)

① 糖尿病の方への保健指導

◎実施方法

- ・健診の結果等で選定した対象者に保険年金課の職員が行います。

【対象者選定に使用する項目】

糖尿病	①HbA1c(HbA1c7.0%以上の未治療者、特定保健指導以外の方) 《今年度健診 毎月抽出》
	②受療状況(HbA1c7.0%以上の未治療者、治療中断・不定期受診者等) 《前年度健診等 年 2 回抽出》

◎実施内容

- ・ 電話で、保健師・管理栄養士が健診結果・生活習慣(食事・運動)の改善点等を説明し、受診のお勧め及び継続受診のお勧めを行うとともに保健指導も行います。
- ・ 電話不通者には、保健師・管理栄養士が自宅に訪問し、架電時と同様に受診のお勧め及び継続受診のお勧めを行います。場合により、その場で保健指導を行います。
- ・ 医療機関への受診のお勧め後、受診状況をレセプトで確認し、未受診者には再度、架電や訪問で受診のお勧めを行います。

② 糖尿病性腎症の方への保健指導

◎実施方法

- ・ 健診結果や受療状況により選定した対象者、また医療機関からの紹介者に対し、保険年金課の職員が行います。(通年)

【対象者選定に使用する項目】

- ①年齢(国保:30 歳以上、後期:75~79 歳)
- ②HbA1c(空腹時血糖値 126mg/dl または HbA1c6.5%以上等)
- ③eGFR(eGFR44~59)G3a
- ④尿蛋白(±以上)A2・A3
- ⑤その他(BMI25 以上、または、腹囲該当者等)

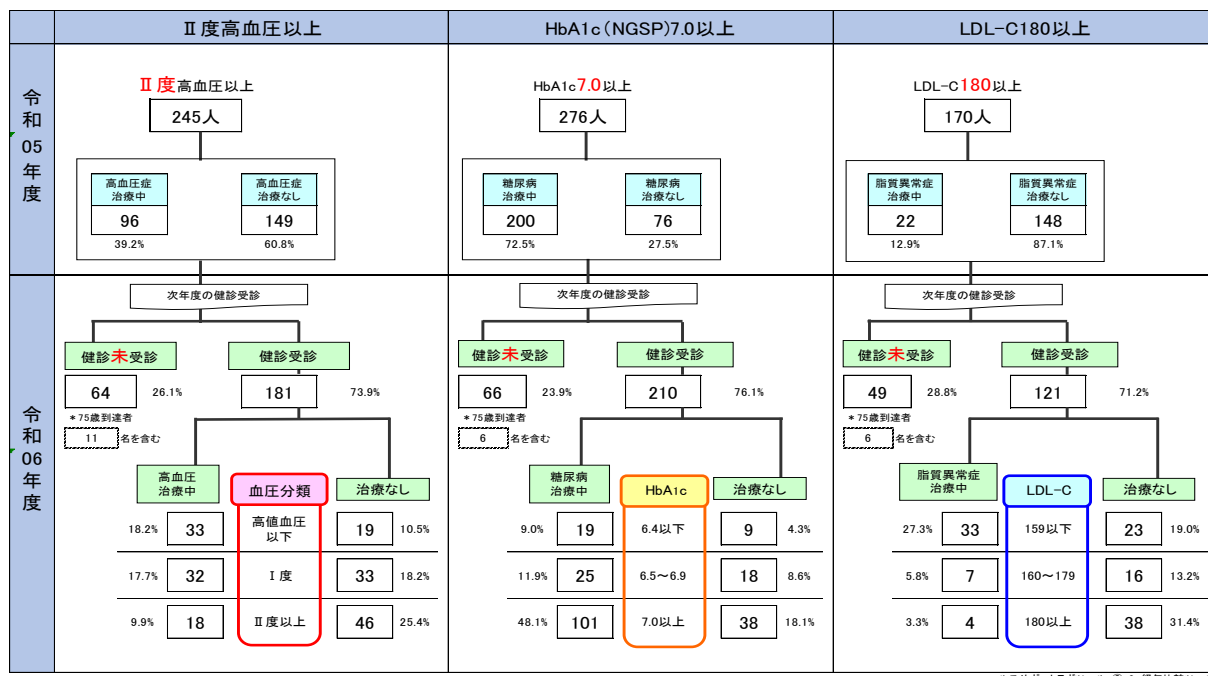
◎実施内容

- ・ 事業案内は、架電、訪問等で行います。
- ・ 電話による事業案内では、保健師・管理栄養士が健診結果・糖尿病性腎症の病態や治療の必要性・生活上(食事・運動)の留意事項等を説明し、受診のお勧め及び継続受診勧奨を行います。
- ・ 電話不通者には、保健師・管理栄養士が自宅に訪問し、架電時と同様に受診のお勧め及び継続受診のお勧めを行います。場合により、その場で保健指導を行います。
- ・ 医療機関への受診のお勧め後、受診状況をレセプトで確認し、未受診者には再度、架電や訪問で受診のお勧めを行います。
- ・ 医療機関からの紹介者や事業案内からの来庁者には、管理栄養士が個別面談または電話や手紙などを利用し、6 か以上の継続支援を行います。
- ・ 継続支援では、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医との連携を図ります。

③ 健診を中断される方への切れ目のない保健指導

受診勧奨判定値(重症)以上の方で、健診を中断(健診未受診)されている方は、血圧・HbA1c・LDL の項目で約 25%いらっしゃるため、単年度だけで対象者を抽出した場合、アプローチの機会を逃す場合があることが考えられます。

●重症化予防対象者の評価



また、集団での評価に加えて、ご本人の結果がどのように変化したのか個人の結果を見ていくことも大切なため、個人の評価もしています。

R5年度の健診を受けていて、R6年度は未受診(健診中断)だった方にも切れ目がないよう、さらに、治療の中断等、医療情報も見ながら、必要な方にアプローチしていきます。

■R5年度Ⅱ度高血圧以上の方のR6年度健診の結果の一覧表(血圧高い方から10人抜粋)

健診データ																			
R5年度										R6年度									
氏名	性別	年齢	身長	体重	BMI	血圧	血糖	脂質	尿酸	血圧	血糖	脂質	尿酸	血圧	血糖	脂質	尿酸	血圧	血糖
山田 太郎	男	75	175	85	27.8	180/110	180	200	10.0	170/100	170	190	9.5	160/90	160	180	9.0	150/80	150
山田 太郎	男	75	175	85	27.8	180/110	180	200	10.0	170/100	170	190	9.5	160/90	160	180	9.0	150/80	150
山田 太郎	男	75	175	85	27.8	180/110	180	200	10.0	170/100	170	190	9.5	160/90	160	180	9.0	150/80	150
山田 太郎	男	75	175	85	27.8	180/110	180	200	10.0	170/100	170	190	9.5	160/90	160	180	9.0	150/80	150
山田 太郎	男	75	175	85	27.8	180/110	180	200	10.0	170/100	170	190	9.5	160/90	160	180	9.0	150/80	150
山田 太郎	男	75	175	85	27.8	180/110	180	200	10.0	170/100	170	190	9.5	160/90	160	180	9.0	150/80	150
山田 太郎	男	75	175	85	27.8	180/110	180	200	10.0	170/100	170	190	9.5	160/90	160	180	9.0	150/80	150
山田 太郎	男	75	175	85	27.8	180/110	180	200	10.0	170/100	170	190	9.5	160/90	160	180	9.0	150/80	150
山田 太郎	男	75	175	85	27.8	180/110	180	200	10.0	170/100	170	190	9.5	160/90	160	180	9.0	150/80	150
山田 太郎	男	75	175	85	27.8	180/110	180	200	10.0	170/100	170	190	9.5	160/90	160	180	9.0	150/80	150

(優先 2・3・5・6)のアウトプット

●計画数と実施状況

方法	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7 (計画)
6 か月間継続支援 (実人数)	19	26	34	23	19	14	7	11	6	10

出典: 藤井寺市糖尿病性腎症重症化予防事業名簿

●計画数と実施状況

分類・方法	H30 2018	R1 2019	R2 2020	R3 2021	R4 2022	R5 2023	R6 2024	R7 (計画) 2025
高血圧								
訪問	10	9	117	162	121	179	192	150
訪問時不在（ポストに通知等）	16	10	58	82	51	148	146	150
電話	163	116	104	236	169	187	32	40
面談	0	3	2	3	6	21	10	3
糖尿病								
訪問	1	7	23	27	61	20	40	50
訪問時不在（ポストに通知等）	0	1	9	25	36	10	43	30
電話	228	186	47	85	110	136	23	15
面談	1	2	5	10	17	34	9	15
脂質異常								
訪問	0	9	0	1	6	2	2	0
訪問時不在（ポストに通知等）	0	5	0	1	1	0	6	0
電話	0	32	75	96	36	0	0	0
面談	3	0	2	0	3	0	6	0
心房細動等心電図異常								
訪問	0	0	0	2	10	7	1	3
訪問時不在（ポストに通知等）	0	0	0	0	3	3	0	3
電話	0	0	0	16	4	0	2	5
面談	0	0	0	0	0	0	0	0

※リスクが重複している方は、心房細動＞高血圧＞糖尿病＞脂質異常症 の順に計上
出典：健康かるて

3. 若い世代からの、健康への意識向上と重症化予防

◎実施方法

- ・ホームページの利用や人間ドック費用の補助など、若い世代が受け入れやすい方法を周知します。アプローチが必要な方へは、保険年金課の職員が行います。

◎実施内容

- ・30 歳代の国保に対し、健康意識の向上と健診等の受診について、ホームページに掲載し、周知を図ります。
- ・人間ドック費用の補助¹⁶として健診費用を運用し、7 割助成(30,000 円を上限)を行います。
- ・健診結果から、生活習慣の改善が特に必要と認められる方に対しては、案内を送付し、40 歳以上の方と同様にセルフチェンジプログラムを行います。
- ・健診結果から、医療機関を受診する必要があると判断された方に対しては、電話で医療機関の受診のお勧めを行います。

●計画数と実施状況

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
健診受診者数	7	6	5	4	5

出典：健康かるて

¹⁶ 人間ドックの補助は、30 歳～74 歳の国保の方が対象

1. 特定健診未受診者対策(優先 4)

- ・藤井寺市と羽曳野市等の医療機関から「予約・駐車場・女医の有無」「受診可能日時」「外国語対応(対応の可否・条件付対応[対応可能言語・通訳者の同伴の必要性])」等の情報提供をいただき、受診のお勧めを円滑に案内できるような一覧表を作成します。(4月)
- ・医師会の健診担当医と、受診のお勧め時期やリーフレット・ポスター内容等について助言を受ける等、医師会と定期的に連携・調整を図ります。(随時)

①訪問(個別の健康教育)

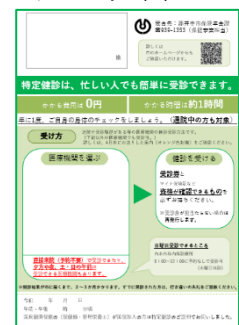
◎実施方法

- ・保険年金課の職員が訪問します。

◎実施内容

- ・40歳になられる方や国保に新規に加入された方には、優先的に健診をお勧めします。
- ・レセプトや住所等の情報から対象者が受診しやすい2医療機関を選定し、医療機関の最新の情報を記載したリーフレット(1)を作成します。保健師と管理栄養士が訪問時に手渡ししながら、受診のお勧めを行います。
- ・訪問不在時には、リーフレット(1)を自宅ポストに直接投函し、表札がない場合は郵送します。
- ・電話番号不明者には、次年度の電話受診のお勧め等に活用するため、訪問時に電話番号を伺います。

リーフレット(1)



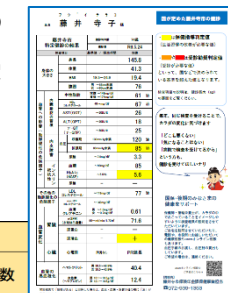
- ・個別の健康教育(ポピュレーションアプローチ)として、「脳卒中を予防したい」(藤井寺市独自で作成リーフレット(2))を本人または家族に手渡ししながら、普段の血圧を伺い、普段の血圧を知らないという方には、その場で血圧測定を行います。
- ・測定した血圧は、手帳に記録してお渡しします。家庭で血圧測定の習慣をつけていただき、健診受診時等に医療機関に手帳をお持ちいただくようお願いいたします。
- ・JSH減塩食品の企業から協力をいただいたサンプルを提供し、調味料等で簡単に減塩ができることを体験していただき、減塩に関心を持っていただくよう啓発します。

リーフレット(2)



- ・継続受診対策として、過去5年間に健診を受けたことがなく、R6年度に初めて受診された方(新規受診者)には、リーフレット(3)を個別に作成し、継続受診の大切さをお伝えします。

リーフレット(3)



参考:①R6の受診勧奨訪問時の個別の健康教育の内訳

個別の健康教育(訪問)	eGFR		高血圧		脂質異常症		糖尿病		新規等		合計		
	訪問	訪問不在	訪問	訪問不在	訪問	訪問不在	訪問	訪問不在	訪問	訪問不在	小計	重複	実人数
実人数(手段別集計※)	15	11	5	2	33	33	73	43	414	448	1,077	14	1,063
延べ人数	15	11	5	2	33	33	75	54	414	458			1,100

※訪問1+不在1だと手段が違うので2で集計、訪問2回等手段が同じだと1で集計 (R7.3.31時点)

※疾患名は過去の健診結果で分類

出典:健康かるて

②架電

◎実施方法

年2回業者委託で行います。

◎実施内容

- ・受診のお勧めの架電目標者数を設定し、過去の経年受診状況や年齢等から電話勧奨対象者の優先順位付けを行います。
- ・電話勧奨は保健師・管理栄養士が行い、対象者に受診の必要性を説明するとともに、市が準備した医療機関情報の一覧表を確認しながら、情報提供を行います。
- ・土曜日や夜間に架電する等、働く世代でもつながりやすいよう工夫します。

③文書

◎実施方法

- ・4・10月の年2回受診のお勧め文書を送付します。
- ・受診券発送時、対象者全員に受診方法等のリーフレットを送付します。(4月末)
- ・優先順位をつけて、対象者の特性に合わせたはがき(2種類)を送付します。(10月)
- ・後期高齢者には、健診と歯科健診のはがき(各1種類)を送付します(9～10月)

●計画数と実施状況(①～③)

方法	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
訪問	1,303	1,307	1,133	611	552	408	542	500
訪問時不在(ポストに通知等)	1,178	1,201	1,091	650	564	451	558	500
電話	5,011	5,179	5,132	5,200	4,975	4,541	3,921	5,000
通知(封書・はがき)	7,369	7,006	5,869	11,434	5,748	5,291	4,818	5,000

※通知は、受診券送付時以外の国保勧奨通知のみの件数
出典:各年度の保健事業・支援評価委員会における報告値

④普及・啓発(ポピュレーションアプローチ)

●計画数と実施状況

- ・市のホームページ

【計画】【実績】通年(随時、更新)

- ・広報 Fujiidera 掲載

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
掲載月	5・6・9・10・1・3	5・6・9・10・1・3	4・5・6・3	5・6・1	5・6・10・1

- ・市の SNS 配信(LINE メッセージ配信)

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
配信月	10・1・2・3※ :5回/年	9・10・12・3※ :5回/年	9・10・1・3※ :5回/年	5・9・10・2・3※ :6回/年	6・9・10・1・3※ :年6回/年

※3月のみ月2回配信

- ・市の広報板:勧奨ポスターを掲示

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
掲示月	5・10	5	5	5	5

※R6までは市内137か所、R7からは重点化し、市内70か所にポスター掲示

- ・健康カレンダー配布(健康づくり 10 半ば～12)

(ロコモティブシンドロームやフレイル、サルコペニア予防等の啓発)

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
配布件数	949	950	900	900	800

⑤連携・協働(ポピュレーションアプローチ)

- ・市内の健診実施医療機関 40 か所に勧奨ポスターを掲示

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
掲示月	5・10	5	5・10	5.10	5

- ・かかりつけ医より患者に受診のお勧めリーフレットを手渡しで配布いただく

(藤井寺市医師会事務局を通じて各医療機関に依頼(10 月頃))

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
配布数(枚)	1,170	1,120	796	750	750

- ・近畿日本鉄道(土師ノ里駅・道明寺駅に A1、藤井寺駅に A3)勧奨ポスターを掲示いただく

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
掲示月	5・10	6	5	5	5

- ・イオングループ(イオン藤井寺店)デジタルサイネージに勧奨ポスターを掲示いただく

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
掲示月	5・10	6～9	6・9・11・2	5・10・1・3	6・10

- ・第一生命保険株式会社： 生命保険会社職員が、市民にがん検診案内
市国保加入の方に特定健診の案内を配布 いただく

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
配布数(枚)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

- ・住友生命保険株式会社： 生命保険会社職員が、市民にがん検診案内
市国保加入の方に特定健診の案内を配布 いただく
後期高齢者医療保険加入の方に、健診・歯科健診の案内を配布

年度	R6	R7(計画)
配布方法	電子データお渡し	電子データお渡し

- ・JSH 減塩食品企業(6 社):減塩への関心を高めるため、訪問時等に試供品を提供



地域コミュニティでの活性化と生涯続く健康づくりを目的に、地域包括ケアの視点から、健康に関する活動を行う自主グループの支援等を行います。

1.ヘルスアップFujiidera 事業

R4 年度から健康教室を開催し、市民全体の健康に対する意識の底上げを図っています。

R7 年度からは、国保の方に重点化します。(優先 1)

◎実施方法

- ・管理栄養士(委託)が行います。
- ・対象者に案内、または広報から募集します。

◎実施内容

- ・7 回コースを年 1 回行います。



2.自主グループ支援

◎実施方法

- ・保健師・管理栄養士(保険年金課の職員)が行います。

◎実施内容

- ・自主グループのリーダーと連携し、年間活動スケジュールや参加状況をはじめとする運営上の調整を図り、活動をサポートします。
- ・自主活動グループのメンバーの健診結果や受療状況を確認し、保健師・管理栄養士が活動の場に出向いて保健指導を行います。

3.後期高齢者保健事業と介護予防事業の一体的実施に向けた会議

(一体的地域ケア会議)

◎実施方法

- ・高齢介護課が事務局となり、市役所で開催します。

◎構成メンバー

- ・専門職…生活支援コーディネーター、作業療法士、理学療法士、ケアマネジャー
管理栄養士、歯科衛生士等(地域で活躍する専門職)等
- ・組織…市(高齢介護課、保険年金課、健康・医療連携課)、地域包括支援センター、
社会福祉協議会 等

◎実施内容

- ・国保と後期高齢者医療の KDB¹⁷等を活用したデータの提供を行い、現状や健康課題等を共有し、高齢者がなぜ健康課題を抱えるに至ったのかを分析しながら、対応策を検討していきます。

¹⁷ KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に関する統計情報。
KDB システムはその情報を保険者向けに提供するシステムのこと。

5 いつでも気軽に相談できる環境の整備

1.健康相談

◎実施方法

- ・管理栄養士または保健師(保険年金課の職員)を常時配置します。

◎実施内容

- ・健診受診後に市から送付する健診結果に、健康相談のリーフレットを同封します。
- ・健康相談の際は、健診結果の経年データ・レセプトを確認し、内服薬の有無や生活習慣等の情報をふまえて、市役所で個別面談または、Zoom での遠隔面談を行います。
- ・必要に応じて、継続サポートを行います。

●計画数と実施状況

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
相談延べ人数(実人数)	35(18)	17(11)	35(21)	22(15)	(20)

出典:健康かるて

6 その他保健事業

1.がん検診の受診率の向上

◎実施方法

- ・がん検診の受診方法のリーフレットを特定健診受診券に同封します。
- ・訪問でがん検診の受診方法を案内します。

◎実施内容

- ・4 月末に特定健診の受診券にがん検診の受診のお勧めリーフレットを同封し、周知を図ります。
- ・特定健診の受診のお勧め訪問時に、がん検診の受診方法等も合わせて説明します。
- ・女性のライフサイクルと健康の観点から、早期からの健診とともに子宮がん検診の啓発の通知を行います。

2.適正服薬を促す取り組み(重複投与、多剤投与対策)

◎実施方法

- ・文書・電話・面談・訪問など、対象に応じて保健師等(保険年金課の職員)が行います。

◎実施内容

- ・健診結果の経年データやレセプトを確認し、情報収集します。
- ・処方薬依存が疑われる方に、大阪府こころの健康総合センター等の健康相談のリーフレットを郵送します。
- ・レセプトデータを継続して確認し、変化が見られない方には、保健師・管理栄養士が再通知、電話または自宅に訪問し保健指導を行います。
- ・保健指導後、受診状況をレセプトで確認し、変化が見られない方には、再度架電や訪問で受診のお勧めを行います。
- ・必要に応じて、継続フォローを行います。

◎実施対象

重複投与

・R3 年度は、KDB システムより「3 医療機関以上」かつ「複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数 1 以上」かつ「睡眠鎮静剤抗不安薬」に該当する方が対象でしたが、R4・5・6 年度は「2 医療機関以上」かつ「複数の医療機関から重複処方が発生した薬剤数 1 以上」かつ「睡眠鎮静剤抗不安薬」に該当する方を対象としました。

R7 年度は、国保連合会提供の重複服薬(投与)対象データ等から、「睡眠鎮静剤抗不安薬」に該当する方を対象とします。

多剤投与

・R7 年度は、国保連合会提供の重複服薬(投与)対象データ等から、「血管拡張薬」3 剤以上かつ、過去の健診データでⅡ度高血圧以上の方を対象とします。

●計画数と実施状況

年度	R3	R4	R5	R6	R7(計画)
重複服薬(実人数)	3	2	3	4	5
多剤服薬(実人数)	—	—	—	1	1

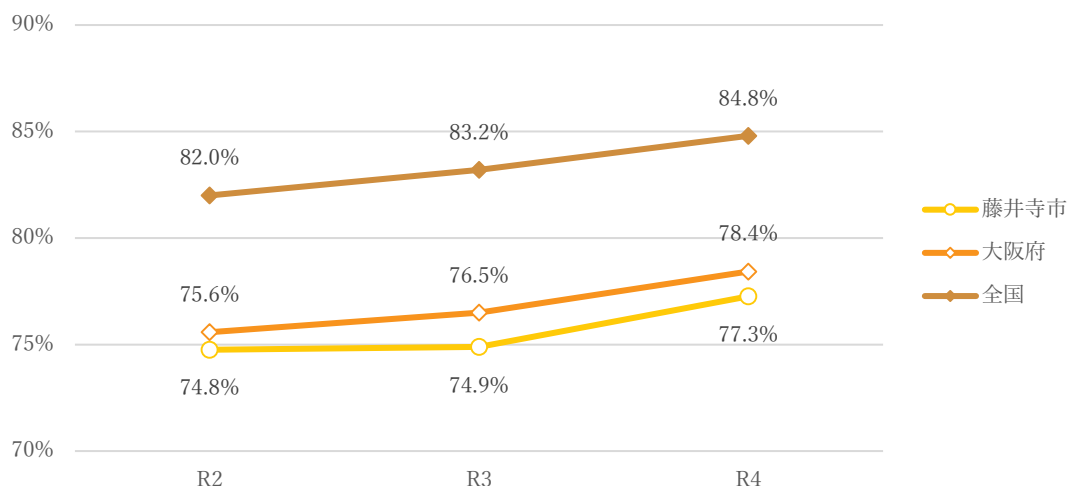
出典：藤井寺市

3. 後発医薬品の使用促進

◎実施方法・内容

- ・後発医薬品に切替えることにより 200 円以上の効果が見込める方に年 3 回、使用促進に向けた差額通知を郵送します。
- ・国保の資格確認証等の送付時に後発医薬品の希望シールを同封して郵送します。(10 月)
- ・国保の資格確認証等を窓口で受け取る場合は、後発医薬品の希望シールを配布します。
- ・後発医薬品使用割合 80%を目標にします。

■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・保険者)

卷末資料

参考資料 1 健診項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

項目			正常値	保健指導判定値	受診勧奨判定値	再掲	参考	
身体 の 大き さ	BMI		～24.9	25.0～			メタボリックシンドローム 診断基準検討委員会： メタボリックシンドローム 定義と診断基準	
	腹囲	男性 女性	～84.9 ～89.9	85～ 90～				
血管への影響（動脈硬化の危険因子）	内臓脂肪の蓄積	中性脂肪 ※（ ）内は随時の場合		～149 （～174）	150～299 （175～299）	300～	400～	日本動脈硬化学会： 動脈硬化性疾患 予防ガイドライン
		HDLコレステロール		40～	35～39	～34		
		AST(GOT)		～30	31～50	51～		日本消化器病学会： 肝機能研究班意見書
		ALT(GPT)		～30	31～50	51～		
		γ-GT(γ-GTP)		～50	51～100	101～		
	内皮障害	血圧	収縮期	～129	130～139	140～	160～	日本高血圧学会： 高血圧治療ガイドライン
			拡張期	～84	85～89	90～	100～	
			計	正常血圧	正常高値血圧	I 度高血圧以上	Ⅱ 度以上	
	尿酸		～7.0	7.1～7.9	8.0～	9.0～	日本痛風・核酸代謝学会： 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン	
	インスリン抵抗性	血糖		～99	100～125	126～		日本糖尿病学会： 糖尿病治療ガイド
		HbA1c		～5.5	5.6～6.4	6.5～	7.0～	
		尿糖		(－)or(±)	(＋)	(2＋)～		
	腎臓	クレアチニン	男性 女性	～1.00 ～0.70	1.01～1.29 0.71～0.99	1.3～ 1.0～		人間ドック学会： 判定区分
			GFR （糸球体濾過量）		60～	45～60未満	45未満	30未満
		尿蛋白		(－)	(±)	(＋)～		
		尿潜血		(－)or(±)	(＋)	(2＋)～		
その他の動脈硬化危険因子		LDL-C (non-HDL)	～119 （～149）	120～139 （150～169）	140～ （170～）	160～ （190～）	日本動脈硬化学会： 動脈硬化性疾患予防ガイドライン	

参考資料2 様式 5-1 国・府・同規模と比べてみた藤井寺市の位置¹⁸

参考資料3 健診・医療・介護の一体的な分析¹⁹

¹⁸ KDB の CSV データ 5 種類(国・府・同規模と比較するため、KDB データのみで作成)：数字は KDB 帳票番号

1 地域の全体像の把握
 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
 5 人口及び被保険者の状況_人口
 5 人口及び被保険者の状況_被保険者
 43 疾病別医療費分析(中分類)

¹⁹ KDB の CSV データ 4 種類(一体的に分析し、対象者名簿を作成)：数字は KDB 帳票番号

10 厚生労働省様式(様式1-1)(基準金額以上となったレセプト一覧)
 76 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)
 81 介入支援対象者一覧(服薬管理)：多剤処方の「日数＝15 日以上」、「薬剤数＝6 以上」
 71 後期高齢者の医療(健診)・介護突合状況【後期のみ】

様式5-1 国・府・同規模平均と比べてみた藤井寺市の位置

R06年度

項目					藤井寺市		同規模平均		府		国		データ元 (CSV)		
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	人口構成	総人口		62,781		16,519,144		8,590,726		123,214,261		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			65歳以上(高齢化率)		18,074	28.8	4,991,169	30.2	2,361,723	27.5	35,335,805	28.7			
			75歳以上		9,598	15.3	—	—	1,243,742	14.5	18,248,742	14.8			
			65～74歳		8,476	13.5	—	—	1,117,981	13.0	17,087,063	13.9			
			40～64歳		21,334	34.0	—	—	2,905,026	33.8	41,545,893	33.7			
	39歳以下		23,373	37.2	—	—	3,323,977	38.7	46,332,563	37.6					
	②	産業構成	第1次産業		0.5		4.9		0.5		3.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			第2次産業		25.5		28.0		22.5		23.4				
			第3次産業		74.0		67.1		77.0		73.4				
	③	平均寿命	男性		81.3		81.5		80.8		81.5		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性			87.5		87.6		87.4		87.6						
④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性		80.0		79.8		79.4		79.7					
		女性		84.0		84.1		83.8		84.0					
2	①	死亡の状況	標準化死亡比(SMR)		男性	101.4		99.8		106.6		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
					女性	104.6		101.3		102.7		100			
			死因	がん		208	47.3	53,080	47.7	26,901	48.6	385,717	48.6		
				心臓病		150	34.1	32,810	29.5	17,394	31.4	232,860	29.3		
				脳疾患		41	9.3	15,730	14.1	5,963	10.8	107,436	13.5		
				糖尿病		7	1.6	2,300	2.1	1095	2.0	15,923	2.0		
				腎不全		26	5.9	4,429	4.0	2334	4.2	30,729	3.9		
	自殺		8	1.8	2,846	2.6	1,626	2.9	21,185	2.7					
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		79	9.9			9804	9.3			厚労省HP 人口動態調査 (R5)		
			男性		50	12			6497	11.7					
女性			29	7.7			3307	6.7							
3	①	介護保険	1号認定者数(認定率) 3月末		4,038	22.3	936,150	18.7	388,195	22.9	7,022,881	20.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			新規認定者 3月分		55		0.4	19,477	0.3	5,981	0.3	144,089		0.3	
					介護度別 総件数 (年間)		要支援1.2		15,261	13.0	3,261,196	14.2		1,415,889	12.6
			要介護1.2				45,180	38.6	10,620,119	46.3	4,798,231	42.8		83,051,438	46.3
			要介護3以上				56,731	48.4	9,079,823	39.5	5,000,312	44.6		71,943,469	40.1
	2号認定者 3月末		95	0.45	20,100	0.37	8,678	0.43	160,737	0.40					
	②	有病状況	糖尿病		1,096	26.5	238,241	24.7	100,146	25.1	1,790,324	24.8			
			高血圧症		2,234	54.7	516,077	53.9	215,413	54.0	3,863,561	53.7			
			脂質異常症		1,440	34.7	319,790	33.2	142,201	35.4	2,451,966	33.9			
			心臓病		2,525	61.6	584,620	61.0	244,118	61.1	4,376,990	60.8			
			脳疾患		861	20.7	209,258	22.1	83,809	21.2	1,542,911	21.7			
			がん		573	13.8	114,928	11.9	55,438	13.9	891,527	12.3			
			筋・骨格		2,324	56.4	516,181	53.7	226,998	56.9	3,913,648	54.3			
			精神		1,379	34.0	347,445	36.4	135,584	34.1	2,608,973	36.5			
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		335,138	6,057,285,857	291,986	1,449,237,476,828	336,652	567,224,935,290	309,435	10,713,277,762,924			
			1件当たり給付費(全体)		51,696		63,117		50,580		59,725				
					居宅サービス		40,387		41,793		39,350			41,413	
					施設サービス		315,357		304,354		316,707			308,097	
④	医療費等	要介護認定別1件あたり 医療費点数(40歳以上)		認定あり	8,858		9,032		8,893		8,958				
				認定なし	3,990		4,123		4,480		4,137				
4	①	国保の状況	被保険者数		11,437		3,041,816		1,747,503		25,208,220		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
			65～74歳		4,348		38.0		570,897	32.7	9,732,538	38.6			
					40～64歳		3,927		34.3		629,724	36.0		8,629,168	34.2
					39歳以下		3,162		27.6		546,882	31.3		6,846,514	27.2
			加入率		18.2		18.4		20.3		20.5				
	②	医療の概況	病院数		4	0.3	1077	0.4	506	0.3	8,155	0.3			
			診療所数		70	6.1	12,346	4.1	8,821	5.0	105,168	4.2			
			病床数		300	26.2	196,342	64.5	104,010	59.5	1,492,902	59.2			
			医師数		125	10.9	35,061	11.5	26,518	15.2	343,263	13.6			
			受診率(被保険者千対)		733.9		757.3		717.3		722.7				
			外来患者数		715.2		736.6		700.0		704.1				
			入院患者数		18.7		20.7		17.3		18.6				
			③	医療費の状況	一人当たり医療費(年)		382,310	県内30位 同規模115位	383,247		351,601			354,331	
	外来	費用の割合			60.4		58.4		59.9		59.2				
		件数の割合			97.5		97.3		97.6		97.4				
入院	費用の割合				39.6		41.6		40.1		40.8				
	件数の割合				2.5		2.7		2.4		2.6				
1件あたり在院日数		13.8日			16.1日		14.5日		15.6日						

R06年度

項目				藤井寺市		同規模平均		府		国		データ元 (CSV)			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4	④	医療費分析 疾病別医療費/生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん		814,012,360	35.7	32.2		33.0		32.5		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題		
			慢性腎不全(透析あり)		238,817,220	10.5	8.1		9.6		8.4				
			糖尿病		212,152,880	9.3	10.7		9.5		10.2				
			高血圧症		105,177,800	4.6	5.3		4.5		5.0				
			脂質異常症		74,950,320	3.3	3.8		3.7		3.7				
			脳梗塞・脳出血		75,379,190	3.4	4.0		4.0		3.9				
			狭心症・心筋梗塞		54,956,950	2.4	2.6		2.7		2.8				
			精神		269,480,860	11.8	15.3		13.0		15.0				
			筋・骨格		406,631,460	17.8	17.0		18.7		17.3				
	⑤	医療費分析 一人当たり医療費(年)/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症		473	0.3	284	0.2	254	0.2	249	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)	
				糖尿病		1,233	0.8	1,330	0.8	1,348	1.0	1,206	0.8		
				脂質異常症		68	0.0	75	0.0	66	0.0	64	0.0		
				脳梗塞・脳出血		5,651	3.7	6,999	4.4	6,238	4.4	6,254	4.3		
				虚血性心疾患		3,613	2.4	4,288	2.7	3,982	2.8	3,902	2.7		
		腎不全		5,543	3.7	4,877	3.1	4,842	3.4	4,524	3.1				
		医療費分析 一人当たり医療費(年)/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症		8,724	3.8	10,346	4.6	7,592	3.6	8,884	4.2		
				糖尿病		18,101	7.8	20,706	9.3	15,678	7.4	17,889	8.5		
				脂質異常症		6,485	2.8	7,514	3.4	6,244	3.0	6,622	3.2		
				脳梗塞・脳出血		936	0.4	946	0.4	780	0.4	833	0.4		
	虚血性心疾患			1,576	0.7	1,939	0.9	1,594	0.8	1,755	0.8				
	腎不全		20,414	8.8	18,066	8.1	16,927	8.0	16,144	7.7					
	⑥	健診有無別 一人当たり医療費	健診対象者 一人当たり		健診受診者		2,532		2,565		1,500		2,156		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
					健診未受診者		15,102		13,740		14,830		13,720		
			生活習慣病対象者 一人当たり		健診受診者		7,932		7,491		4,723		6,618		
					健診未受診者		47,313		40,125		46,691		42,114		
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者 (受診勧奨判定値)		2,161	56.0	511,979	57.2	194,051	56.4	3,604,796	56.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
医療機関受診率			2,009	52.1	463,625	51.8	181,090	52.7	3,292,618	51.9					
医療機関非受診率			152	3.9	48,354	5.4	12,961	3.8	312,178	4.9					
5	①	特定健診の 状況 府内市町村数 57市町村 同規模市区町村数 237市町村	健診受診者		3,856		895,506		343,834		6,345,782		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	②			受診率		51.0	県内6位 同規模23位	41.9		31.5	全国46位	38.4			
				特定保健指導終了者(実施率)		63	14.3	21277	20.8	3,087	7.7	108,175		14.4	
	③		非肥満高血糖		280	7.3	86,313	9.6	22,975	6.7	534,671	8.4			
	④		メタボ	該当者	825		21.4	187,554	20.9	65,051	18.9	1,291,486		20.4	
					男性	583		35.9	129,417	32.9	45,592	31.5		903,266	32.0
						女性		242		10.8	58,137	11.6		19,459	9.8
	⑤		予備群	449		11.6	100,310	11.2	39,919	11.6	726,458	11.4			
				男性	288		17.7	69,675	17.7	27,758	19.2	512,261		18.2	
	女性		161		7.2	30,635	6.1	12,161	6.1	214,197	6.1				
			⑥	府内市町村数 57市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	1,425	37.0	317,125	35.4	118,703		34.5	2,247,581
	男性						965	59.4	219,218	55.7	82,785	57.1		1,574,922	55.9
							女性	460	20.6	97,907	19.5	35,918		18.1	672,659
	BMI					総数	204	5.3	41,888	4.7	14,424	4.2		286,668	4.5
						男性	33	2.0	6,056	1.5	2066	1.4		45,836	1.6
							女性	171	7.7	35,832	7.1	12,358		6.2	240,832
	⑦		同規模市区町村数 237市町村	メタボ該当・予備群レベル	血糖のみ		20	0.5	6,016	0.7	2,201	0.6		41,146	0.6
	血圧のみ				323	8.4	70,741	7.9	27,809	8.1	509,724	8.0			
	脂質のみ				106	2.7	23,553	2.6	9,909	2.9	175,587	2.8			
血糖・血圧		112			2.9	27,719	3.1	9,240	2.7	184,662	2.9				
血糖・脂質		34			0.9	9,742	1.1	3,235	0.9	67,644	1.1				
血圧・脂質		384			10.0	86,956	9.7	32,596	9.5	617,432	9.7				
⑧	同規模市区町村数 237市町村	メタボ該当・予備群レベル	血糖・血圧・脂質		295	7.7	63,137	7.1	19,980	5.8	421,748	6.6			
⑨			生活習慣の 状況	喫煙	575	14.9	115,220	12.9	48,045	14.0	889,371	14.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				週3回以上朝食を抜く	400	10.9	76,169	9.0	26,212	11.9	640,791	11.0			
				週3回以上就寝前夕食	572	15.5	123,140	14.5	37,901	17.1	952,481	16.2			
				3食以外間食・毎日	925	25.0	187,124	22.2	58,873	26.6	1,291,623	22.1			
				食べる速度が速い	1,058	28.6	219,848	26.0	67,987	30.5	1,584,125	27.0			
	20歳時体重から10kg以上増加	1,447		39.2	300,436	35.4	80,235	36.0	2,107,548	35.9					
	1回30分以上運動習慣なし	2,174		58.9	507,774	59.8	131,981	59.3	3,540,569	60.2					
	1日1時間以上運動なし	1,819		49.3	400,861	47.2	106,183	47.7	2,814,652	47.9					
	睡眠不足	963		26.3	231,115	27.3	70,055	31.6	1,634,259	27.8					
	毎日飲酒	775		20.8	162,901	18.6	65,724	20.5	1,177,129	19.3					
	時々飲酒	-		-	-	-	-	-	-	-					
	⑩	生活習慣の 状況		一日飲酒量	1合未満	1,638	62.2	373,742	62.2	103,307	61.1	2,662,922		60.5	
					1〜2合	637	24.2	151,337	25.2	40,309	23.8	1,123,054		25.5	
2〜3合			253		9.6	56,204	9.4	17,070	10.1	446,628	10.1				
3合以上			-		-	-	-	-	-	-	-				

護 介

介護認定者数 (オ)		支援1・2 (カ)	介1・2 (キ)	介3・4・5 (ク)
数	45人	12	17	16
割合(ア)	1.1%	0.3%	0.4%	0.4%
割合(オ)	100%	26.7%	37.8%	35.6%

加齢・その他

D

9

11

脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

BMI (p)	区分	痩せ (18.5未満)	肥満 (25以上)
	人数	139人	444人
	(p/イ)	10.1%	32.1%

高血圧＋糖尿病	
人数	332人
(C'/A)	8.5%
(C'/E)	28.3%

248人
47.0%

糖尿病十 合并症 (2)	人数	280人
	(2)/g	53.0%

腎不全 (k)	人数	268人
	(k/ア)	6.8%

95.9%

害人数

腎不全 (/k)	人数	11	4	4	3
	割合	4.1	33.3	23.5	18.8

認知症 (/m)	人数	7	0	2	5
	割合	77.8	0.0	11.8	31.3

認知症 (m)	人数	9人
	(m/ア)	0.2%

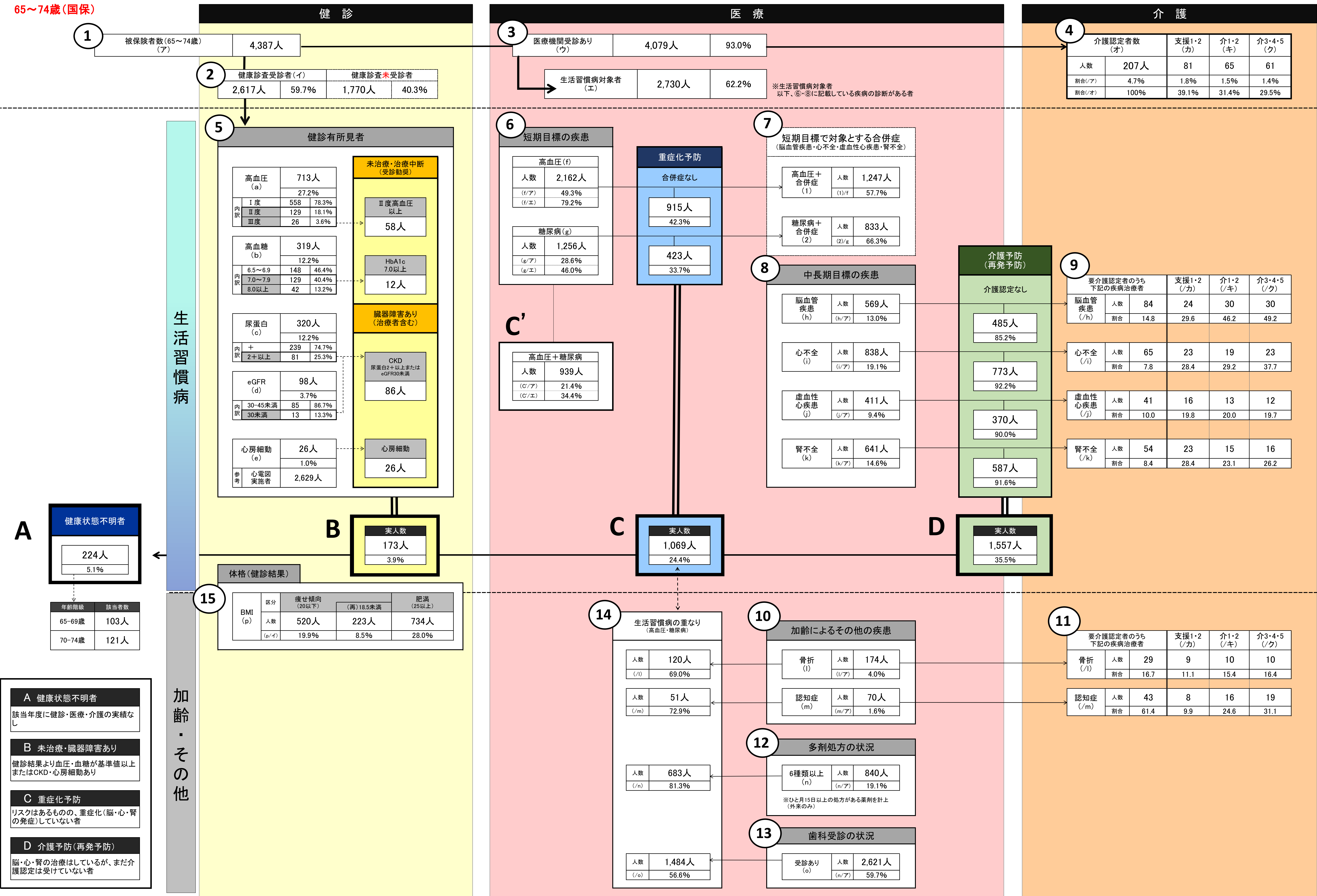
6種類以上 (n)	人数	425人
	(n/ア)	10.8%

3 歯科受診の状況

1. 姓名	5521
-------	------

受診あり (o)	人数	1,896人
	(n/A)	48.3%

65～74歳(国保)



生活習慣病

加齢・その他

A

B

C

D

健康状態不明者

224人

5.1%

未治療・臓器障害あり

健康診査結果より血圧・血糖が基準値以上
またはCKD・心房細動あり

重症化予防

リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎
の発症)していない者

介護予防(再発予防)

脳・心・腎の治療はしているが、まだ介
護認定は受けていない者

実人数

173人

3.9%

実人数

1,069人

24.4%

実人数

1,557人

35.5%

体格(健診結果)

BMI(p)

区分

痩せ傾向
(20以下)

(再)18.5未満

肥満
(25以上)

人数

520人

223人

734人

(p/イ)

19.9%

8.5%

28.0%

65-74歳（後期）

健 診

医 療

介 護

1	被保険者数（65-74歳） （ア）	32人
2	健康診査受診者（イ）	健康診査未受診者
	10人 31.3%	22人 68.8%

3	医療機関受診あり （ウ）	32人	100.0%
	生活習慣病対象者 （エ）	26人	81.3%

※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者

4	介護認定者数 （オ）	支援1・2 （カ）	介1・2 （キ）	介3・4・5 （ク）
人数	10人	1	0	9
割合（/ア）	31.3%	3.1%	0.0%	28.1%
割合（/オ）	100%	10.0%	0.0%	90.0%

生活習慣病

健診有所見者			
高血圧（a）		3人	30.0%
内訳	I度	1	33.3%
	II度	2	66.7%
	III度	0	0.0%
高血糖（b）		1人	10.0%
内訳	7.0～7.9	0	0.0%
	8.0以上	1	100.0%
尿蛋白（c）		5人	50.0%
内訳	+	3	60.0%
	2+以上	2	40.0%
eGFR（d）		0人	0.0%
内訳	30-45未満	0	—
	30未満	0	—
心房細動（e）		1人	9.1%
参考	心電図実施者	11人	

未治療・治療中断 （受診勧奨）	
II度高血圧以上	2人
HbA1c 8.0以上	0人
臓器障害あり （治療者含む）	
CKD 尿蛋白2+以上または eGFR30未満	2人
心房細動	1人

6	短期目標の疾患
高血圧（f）	
人数	23人
（f/ア）	71.9%
（f/エ）	88.5%
糖尿病（g）	
人数	15人
（g/ア）	46.9%
（g/エ）	57.7%

7	短期目標で対象とする合併症 （脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）
高血圧＋合併症（1）	
人数	16人
（1）/f	69.6%
糖尿病＋合併症（2）	
人数	12人
（2）/g	80.0%

8	中長期目標の疾患
脳血管疾患（h）	
人数	6人
（h/ア）	18.8%
心不全（i）	
人数	11人
（i/ア）	34.4%
虚血性心疾患（j）	
人数	4人
（j/ア）	12.5%
腎不全（k）	
人数	9人
（k/ア）	28.1%

9	介護予防（再発予防）
介護認定なし	
人数	3人
割合	50.0%
人数	10人
割合	90.9%
人数	3人
割合	75.0%
人数	8人
割合	88.9%

9	要介護認定者のうち 下記の疾病治療者	支援1・2 （/カ）	介1・2 （/キ）	介3・4・5 （/ク）
脳血管疾患（/h）	人数	3	0	3
	割合	50.0	—	33.3
心不全（/i）	人数	1	1	0
	割合	9.1	100.0	—
虚血性心疾患（/j）	人数	1	1	0
	割合	25.0	100.0	—
腎不全（/k）	人数	1	0	1
	割合	11.1	0.0	11.1

A	健康状態不明者
人数	0人
割合	0.0%

B	実人数
人数	5人
割合	15.6%

C	実人数
人数	8人
割合	25.0%

D	実人数
人数	14人
割合	43.8%

15

体格（健診結果）

BMI (p)	区分	痩せ傾向 (20以下)	(再)18.5未満	肥満 (25以上)
	人数	2人	0人	4人
	(p/イ)	20.0%	0.0%	40.0%

16

■質問票による健康状態の総合的な把握

類型名	質問内容	人数	割合
健康状態	現在の健康状態はどうか	2人	20.0%
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	2人	20.0%
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	1人	10.0%
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくい お茶や汁物等でむせる	3人	30.0%
体重変化	6か月間で2〜3kgの体重減少	2人	20.0%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなった この1年間に転んだことがある ウォーキング等の運動を週1回以上している	4人	40.0%
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れ があると言われる 今日が何月何日かわからない時がある	5人	50.0%
喫煙	煙草を吸うか	1人	10.0%
社会参加	週に1回以上外出する 普段から家族が友人と付き合いがある	5人	50.0%
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	4人	40.0%
		回答数	10

A	健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし	
B	未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり	
C	重症化予防
リスクはあるものの、重症化（脳・心・腎の発症）していない者	
D	介護予防（再発予防）
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者	

加齢・その他

14	生活習慣病の重なり （高血圧・糖尿病）
人数	1人
（/i）	100.0%
人数	3人
（/m）	100.0%
人数	12人
（/n）	92.3%
人数	15人
（/o）	75.0%

10	加齢によるその他の疾患
骨折（l）	
人数	1人
（l/ア）	3.1%
認知症（m）	
人数	3人
（m/ア）	9.4%

12	多剤処方の状況
6種類以上（n）	
人数	13人
（n/ア）	40.6%
※ひと月15日以上処方がある薬剤を計上（外来のみ）	

13	歯科受診の状況
受診あり（o）	
人数	20人
（n/ア）	62.5%

11	要介護認定者のうち 下記の疾病治療者	支援1・2 （/カ）	介1・2 （/キ）	介3・4・5 （/ク）
骨折（/l）	人数	1	0	1
	割合	100.0	—	11.1
認知症（/m）	人数	2	0	2
	割合	66.7	0.0	22.2

75歳以上（後期）

藤井寺市の概況

1. 高齢化率

R6年度	28.8
------	------

2. 一人当たり社会保障費（R4年度）

制度	円	地域差指数
国保	405,682	1.059
後期	1,007,949	1.106
介護	-	
合計	1,413,631	

3. （参考）特定健診の状況（R5年度）

区分	実施率
特定健診	48.0
保健指導	35.1

生活習慣病

A 健康状態不明者

195人
1.8%

年齢階級	該当者数
75歳 ※1	39人
76～79歳	77人
80～84歳	44人
85歳以上	35人

※1 国保加入時に健診・医療の実績がある対象者も含まれている可能性がある

B 未治療・臓器障害あり

健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防

リスクはあるものの、重症化（脳・心・腎の発症）していない者

D 介護予防（再発予防）

脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

加齢・その他

健診

1 被保険者数（75歳以上）（ア）

10,604人

2 健康診査受診者（イ）

4,382人	41.3%	健康診査未受診者	6,222人	58.7%
--------	-------	----------	--------	-------

5 健診有所見者

高血圧（a）		1,456人	33.2%	
Ⅰ度	1,105	75.9%		
Ⅱ度	294	20.2%		
Ⅲ度	57	3.9%		
内訳				
7.0～7.9	235	79.1%		
8.0以上	62	20.9%		
高血糖（b）		297人	6.8%	
内訳				
7.0～7.9	235	79.1%		
8.0以上	62	20.9%		
尿蛋白（c）		743人	17.0%	
内訳				
+	567	76.3%		
2+以上	176	23.7%		
eGFR（d）		538人	12.3%	
内訳				
30～45未満	462	85.9%		
30未満	76	14.1%		
心房細動（e）		102人	2.6%	
参考	心電図実施者	3,889人		

未治療・治療中断（受診勧奨）

Ⅱ度高血圧以上

97人

HbA1c 8.0以上

0人

臓器障害あり（治療者含む）

CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満

240人

心房細動

102人

15 体格（健診結果）

BMI（p）	区分	痩せ傾向（20以下）	（再）18.5未満	肥満（25以上）
人数		923人	399人	967人
割合（p/イ）		21.1%	9.1%	22.1%

16 ■質問票による健康状態の総合的な把握

類型名	質問内容	人数	割合
健康状態	現在の健康状態はどうか	350人	8.5%
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	277人	6.7%
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	168人	4.1%
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくいお茶や汁物等でむせる	1,534人	37.2%
体重変化	6か月間で2～3kgの体重減少	510人	12.4%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなったこの1年間に転んだことがあるウォーキング等の運動を週1回以上している	2,956人	71.8%
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされる今日が何月何日かわからない時がある	1,285人	31.2%
喫煙	煙草を吸うか	241人	5.9%
社会参加	週に1回以上外出する普段から家族が友人と付き合いがある	467人	11.3%
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	203人	4.9%

回答数 4,119

医療

3 医療機関受診あり（ウ）

10,376人

97.8%

生活習慣病対象者（エ）

8,812人

83.1%

※生活習慣病対象者以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者

6 短期目標の疾患

高血圧（f）

人数	7,506人
割合（f/ア）	70.8%
割合（f/エ）	85.2%

糖尿病（g）

人数	4,245人
割合（g/ア）	40.0%
割合（g/エ）	48.2%

重症化予防

合併症なし

2,154人

28.7%

917人

21.6%

7 短期目標で対象とする合併症（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症（1）

人数	5,352人
割合（1/f）	71.3%

糖尿病＋合併症（2）

人数	3,328人
割合（2/g）	78.4%

8 中長期目標の疾患

脳血管疾患（h）

人数	2,671人
割合（h/ア）	25.2%

心不全（i）

人数	4,163人
割合（i/ア）	39.3%

虚血性心疾患（j）

人数	1,902人
割合（j/ア）	17.9%

腎不全（k）

人数	2,104人
割合（k/ア）	19.8%

9 介護予防（再発予防）

介護認定なし

1,471人

55.1%

2,389人

57.4%

1,146人

60.3%

1,280人

60.8%

10 加齢によるその他の疾患

骨折（l）

人数	1,431人
割合（l/ア）	13.5%

認知症（m）

人数	1,457人
割合（m/ア）	13.7%

12 多剤処方状況

6種類以上（n）

人数	4,162人
割合（n/ア）	39.2%

※ひと月15日以上処方がある薬剤を計上（外来のみ）

13 歯科受診状況

受診あり（o）

人数	6,602人
割合（o/ア）	62.3%

14 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）

高血圧＋糖尿病

人数	3,572人
割合（C/ア）	33.7%
割合（C/エ）	40.5%

年齢階級 該当者数

75～79歳	1,209人
80～84歳	1,197人
85歳以上	1,166人

年齢階級 該当者数

75～79歳	1,070人
80～84歳	713人
85歳以上	596人

高血圧＋糖尿病

75～79歳	316人
80～84歳	214人
85歳以上	162人

11 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

要介護認定者のうち下記の疾病治療者	支援1・2（/力）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）	
脳血管疾患（/h）	人数 1,200 割合 44.9	433 32.1	368 34.8	399 37.1
心不全（/i）	人数 1,774 割合 42.6	684 50.7	537 50.8	553 51.4
虚血性心疾患（/j）	人数 756 割合 39.7	310 23.0	239 22.6	207 19.2
腎不全（/k）	人数 824 割合 39.2	336 24.9	253 23.9	235 21.8

年齢階級 該当者数

75～79歳	1,702人
80～84歳	1,348人
85歳以上	822人

骨折（/l）

人数 901 割合 63.0	291 21.6	282 26.7	328 30.5
-------------------	-------------	-------------	-------------

認知症（/m）

人数 1,176 割合 80.7	146 10.8	471 44.5	559 52.0
---------------------	-------------	-------------	-------------

介護

4 介護認定者数（オ）

人数	3,484人
割合（/ア）	32.9%
割合（/オ）	100%

支援1・2（力）

1,350

12.7%

介1・2（キ）

1,058

10.0%

介3・4・5（ク）

1,076

10.1%

9 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

要介護認定者のうち下記の疾病治療者	支援1・2（/力）	介1・2（/キ）	介3・4・5（/ク）	
脳血管疾患（/h）	人数 1,200 割合 44.9	433 32.1	368 34.8	399 37.1
心不全（/i）	人数 1,774 割合 42.6	684 50.7	537 50.8	553 51.4
虚血性心疾患（/j）	人数 756 割合 39.7	310 23.0	239 22.6	207 19.2
腎不全（/k）	人数 824 割合 39.2	336 24.9	253 23.9	235 21.8

年齢階級 該当者数

75～79歳	1,702人
80～84歳	1,348人
85歳以上	822人

骨折（/l）

人数 901 割合 63.0	291 21.6	282 26.7	328 30.5
-------------------	-------------	-------------	-------------

認知症（/m）

人数 1,176 割合 80.7	146 10.8	471 44.5	559 52.0
---------------------	-------------	-------------	-------------