

大阪市国民健康保険
保健事業実施計画・特定健康診査等実施計画
(データヘルス計画)
【令和 6 (2024) 年度～令和 11 (2029) 年度】

大阪市
令和 6 年 3 月

目次

第1章 計画の基本的事項	1～2
1 計画の趣旨	1
2 計画期間	1
3 実施体制及び関係者連携	1
第2章 大阪市及び大阪市国民健康保険の現状	3～9
1 大阪市人口と大阪市国保被保険者数	3
2 大阪市の世帯状況	4
3 大阪市の転入者・転出者による移動率	5
4 医療体制等の比較	5
5 平均寿命・健康寿命	6
6 標準化死亡比	7
7 要介護認定状況	8
第3章 前期計画の評価	10～18
1 目標の評価	10
2 評価指標に係る保健事業の評価	11
(1) 特定健康診査	11
(2) 特定保健指導	12
(3) 高血圧症・糖尿病重症化予防事業（ハイリスクアプローチ）	13
(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業	15
(5) 重複・頻回受診者健康教育啓発事業	16
(6) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進事業	18
第4章 健康・医療情報等の分析と健康課題	19～40
1 医療費の分析	19
(1) 費用区分別医療費	19
(2) 医療費順位の主要疾患別医療費	21
(3) 性別・年齢階級別の主要疾患患者数	24
(4) 重複・頻回受診者等の状況	28
(5) 後発医薬品の普及状況	28
2 特定健康診査・特定保健指導等実施状況	29
(1) 特定健康診査の実施状況	29
(2) 特定健康診査受診と医療機関受診の状況	30
(3) 特定健康診査受診者における健康・生活習慣の状況	32
(4) 特定保健指導の実施状況	36
3 データ分析と健康課題	37
4 健康課題に対応する保健事業及び目標値	40

第5章 保健事業計画	41～47
1 特定健康診査実施率向上事業	41
2 生活習慣病（メタボ）予防対策事業	42
3 高血圧症・糖尿病・腎機能低下者の重症化予防事業（ハイリスクアプローチ）	43
4 糖尿病性腎症重症化予防事業	44
5 女性の骨折予防対策事業	45
6 重複・頻回受診者等健康教育啓発事業	46
7 後発医薬品の普及促進事業	47
第6章 特定健康診査等の実施に関する事項	48～51
1 目標	48
2 実施体制	49
（1）特定健康診査	49
（2）特定保健指導	50
第7章 その他	52～53
1 計画の評価	52
2 計画の見直し	52
3 計画の公表・周知	52
4 事業運営上の留意事項	52
5 個人情報の取扱い	52
6 地域包括ケアに係る取組	53
7 その他計画策定にあたっての留意事項	53
第8章 資料編	54～59
1 用語の説明	54
2 疾患の分類	59
（1）高血圧症	59
（2）慢性腎臓病（CKD）	59

【データを見るうえでの留意点】

・本計画内で示している各種データの出典は各図表に記載しており、大阪府の数値は大阪市の数値も含むものである。

・「総医療費」としているものは医科および調剤レセプトを集計したものである。また、「KDB システム 疾病別医療費分析」を使用したデータでは最大医療資源※を集計しており、調剤レセプトは医科レセプトと突合したレセプトのみが合算対象で調剤レセプト単独は含まれない。

※最大医療資源：医療のレセプトデータから最も医療資源（診療行為、医薬品、特定器材）を要したもの。

計画の基本的事項

1 計画の趣旨

保険者は平成 20(2008)年 4 月から「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和 58 年法律第 80 号)により、40 歳～74 歳を対象にメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した特定健康診査・特定保健指導を実施するとともに、特定健康診査等実施計画を定めることとされました。

その後、保険者において、診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB システム」という。）等の活用により、健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進みました。

また、平成 26(2014)年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針において、市町村国保は、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）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

こうした背景を踏まえ、保険者においては、幅広い年代の被保険者の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質の維持及び向上を図ることが求められています。

大阪市国民健康保険においても、平成 20(2008)年度から「大阪市特定健康診査等実施計画」を策定するとともに、平成 28(2016)年度には「大阪市国民健康保険保健事業実施計画」を策定し、保健事業に取り組み、平成 30(2018)年度からは保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施するため、2つの計画を「大阪市国民健康保険保健事業実施計画・特定健康診査等実施計画(平成 30(2018)年度～令和 5(2023)年度)」として一体的に策定し、保健事業を進めてきました。

この度、現行計画の終了に伴い、新たに令和 6(2024)年度からの大阪市国民健康保険保健事業実施計画・特定健康診査等実施計画を策定します。今期においても計画に基づき、健康・医療情報を活用し、被保険者の生活習慣改善やヘルスリテラシー向上をめざしながら、PDCA サイクルに沿って効果的かつ効率的に保健事業を実施していきます。また、大阪府医療費適正化計画、大阪府国民健康保険運営方針及び、大阪市民の健康の保持増進にかかる計画である大阪市健康増進計画「すこやか大阪 21（第 3 次）」と密接に関連することから、本計画との調和・整合性を図りながら、被保険者の健康寿命の延伸と医療費適正化を推進していきます。

2 計画期間

計画期間は令和 6 (2024) 年度から令和 11 (2029) 年度までの 6 年間とします。

	H25	H26	H27	H28	H29	H30～R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
保健事業実施計画 (国民健康保険法: 保健事業の実施等に関する指針)				第1期保健事業実施計画		保健事業実施計画 ・特定健康診査等 実施計画 (平成30～35年度)	保健事業実施計画 ・特定健康診査等実施計画 (令和6～11年度)					
特定健康診査等実施計画 (高齢者の医療の確保に関する法律)	第二期特定健康診査等実施計画											

3 実施体制及び関係者連携

(1) 実施体制

計画の策定にあたっては、その実効性を高めるために、関係部署、有識者等で構成する協議の場において検討し、連携・協力を努めます。

事業運営にあたっては、福祉局が主となり、健康局及び各区役所保険年金業務担当、各区役所保健福祉センター等と連携し、医師会・歯科医師会・薬剤師会等の協力を得て進めます。

計画の評価・見直しにあたっては、関係部署、有識者等で構成する協議の場において検討し、連携・協力を努めます。

(2) 関係者との連携

計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて、関係部署や関係機関へ協力、支援を求めつつ、主体となって取り組みます。

① 大阪府

計画の策定・評価にあたり、府が示す標準化された指標を用いることで共通認識を持ち取組を進め、大阪市国保の健康課題等に対する客観的な視点での分析・評価を共有し、必要に応じて府が保有する健康・医療等に関するデータの提供を求めるなど積極的な連携に努めます。

② 国民健康保険団体連合会

計画の策定支援や個別の保健事業の実施支援等を行っており、多くの支援実績が蓄積されていることから、外部有識者で構成される同連合会の保健事業支援・評価委員会等の支援・評価を受けて計画の策定・推進に努めます。

③ 大阪府後期高齢者医療広域連合

地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握するために情報を共有し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の中で、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等、活用を図るよう努めます。

④ 保健医療関係者

計画の実効性を高めるためには連携が重要であり、保健事業の実施や評価で様々な保健医療関係者の協力を積極的に得られるよう、医師会・歯科医師会・薬剤師会等との意見交換や情報共有を行います。

⑤ 大阪市関係部局・区役所との関係

健康づくりに関係する施策は、健康局や福祉局等複数の部局が関係しているため、大阪市健康増進計画「すこやか大阪 21（第3次）」や「大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」等他計画との調和・整合性を図るとともに、健康課題や解決に向けた方策等を共有したうえで連携していきます。特に、各区役所とは特定健康診査の実施率向上に向けた取組を強化していきます。また、地域包括ケアにかかる取組については、前期高齢者が多いという本市国保被保険者の特徴から、高齢者の特性を踏まえた保健事業が展開できるよう福祉局高齢者施策部や各区役所との連携を図ります。

第 2 章

大阪市及び大阪市国民健康保険の現状

1 大阪市人口と大阪市国保被保険者数

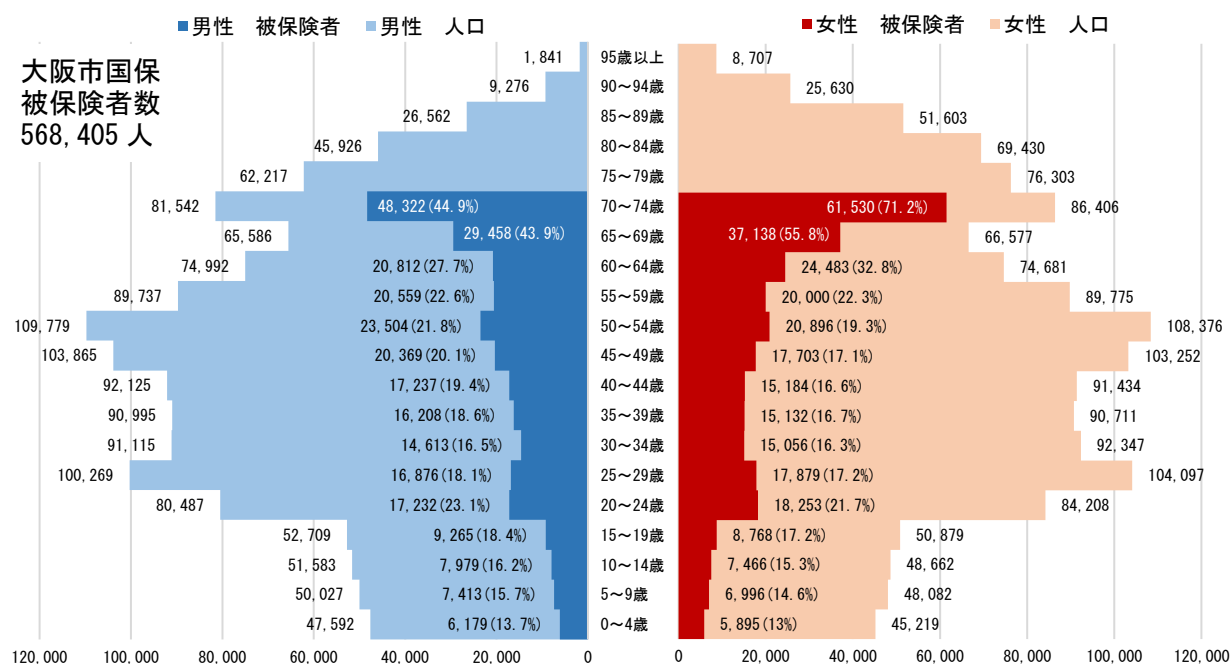
令和 5 (2023) 年 3 月末現在の大阪市の住民基本台帳人口は約 274 万人で全国の市町村の中で第 2 位の規模があり、大阪府人口の約 3 割を占めます。

大阪市国保被保険者は、約 57 万人で大阪市人口の約 20.7%を占めており、年齢階層で見ると、65 歳から 74 歳までの大阪市人口のうち、大阪市国保被保険者は 58.8%を占めています。(図 1) また、国保被保険者の割合は政令指定都市 20 市の中で第 1 位です。(図 2)

65 歳以上の高齢者が総人口に占める割合(高齢化率)については、令和 2 (2020) 年の全国平均が 28.6%、大阪市は 25.5%となっています。(図 3)

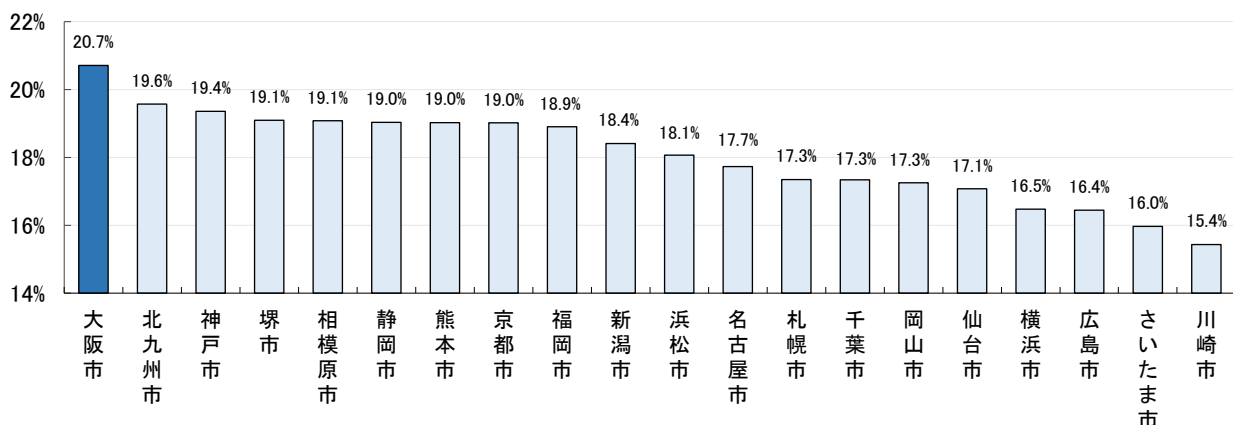
大阪市国保被保険者のうち、65 歳以上の前期高齢者の割合は、令和 2 (2020) 年で 32.4%と年々増加傾向にあり、今後も増加が見込まれます。(図 4)

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 5 年 3 月末現在)



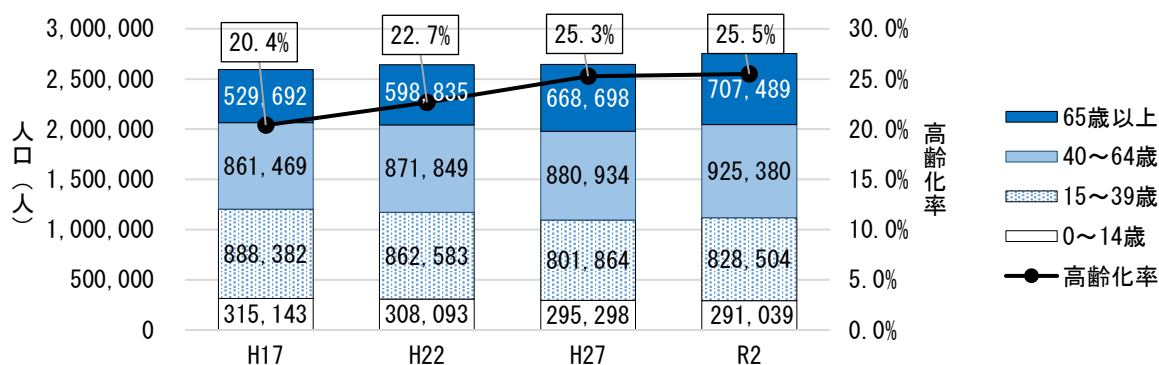
資料：大阪市住民基本台帳人口及び国民健康保険等システム

図 2 政令指定都市の国保被保険者割合(令和 5 年 3 月末現在)



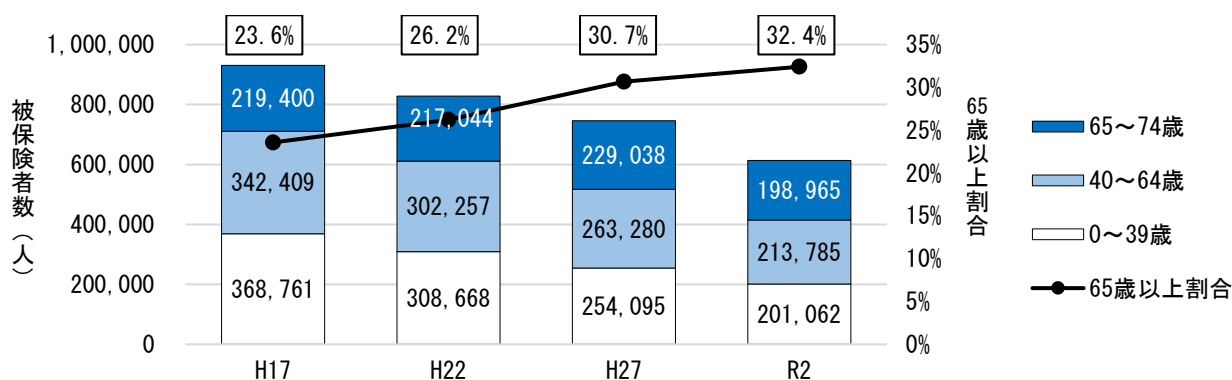
資料：令和 4 年度 国民健康保険事業状況報告書

図3 年齢階級別の大阪市の人口分布及び高齢化率の推移



資料：国勢調査主要統計（総務省統計局）

図4 年齢階級別の国保被保険者分布及び高齢者割合の推移



資料：大阪府国民健康保険事業状況

2 大阪市の世帯状況

大阪市の単独世帯割合は一般世帯の 53.6%を占め、この割合は大阪府・全国平均より高いです。また、65 歳以上単身者世帯割合は 65 歳以上世帯員のいる一般世帯の 45.0%を占め、この割合も大阪府・全国平均より高くなっています。（図5、6）

図5 単独世帯割合（単独世帯／一般世帯）

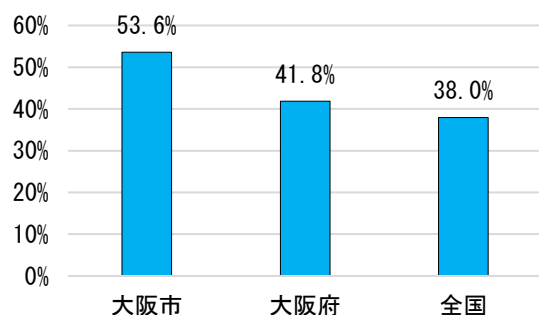
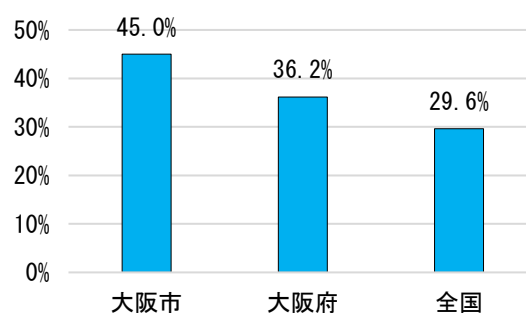


図6 65 歳以上単身者世帯割合

（65 歳以上単身者世帯／65 歳以上世帯員のいる一般世帯）



※単独世帯とは、世帯人員が1人の世帯

※高齢者単身世帯とは、65 歳以上の人1人のみの一般世帯をいいます。

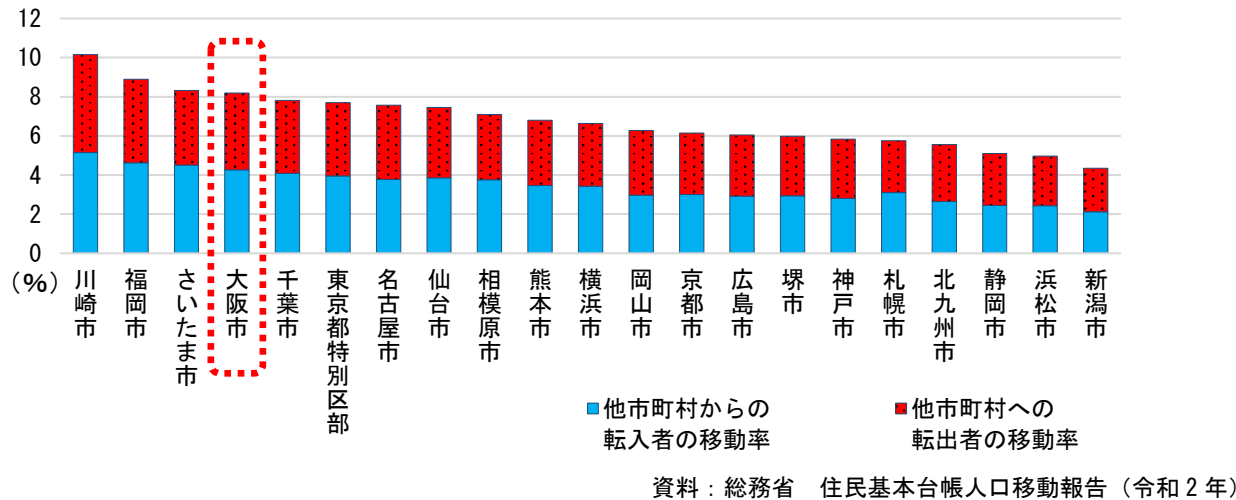
（「総務省 国勢調査 用語の説明」より）

資料：令和2年国勢調査結果 人口構成、単身者割合等

3 大阪市の転入者・転出者による移動率

他市町村からの転入者及び他市町村への転出者の移動率の合計は 8.19%で、これは 21 大都市の中で 4 番目に多く、住民の移動が多い都市であることがわかります。(図 7)

図 7 他市町村からの転入者の移動率及び他市町村への転出者の移動率 (21 大都市)



4 医療体制等の比較

人口 10 万人に対する一般診療所と歯科診療所の数は大阪府・全国平均よりも多いです。
一般診療所数は政令指定都市の中でも一番多く、医療アクセスの良い環境であるといえます。(表 1、図 8)

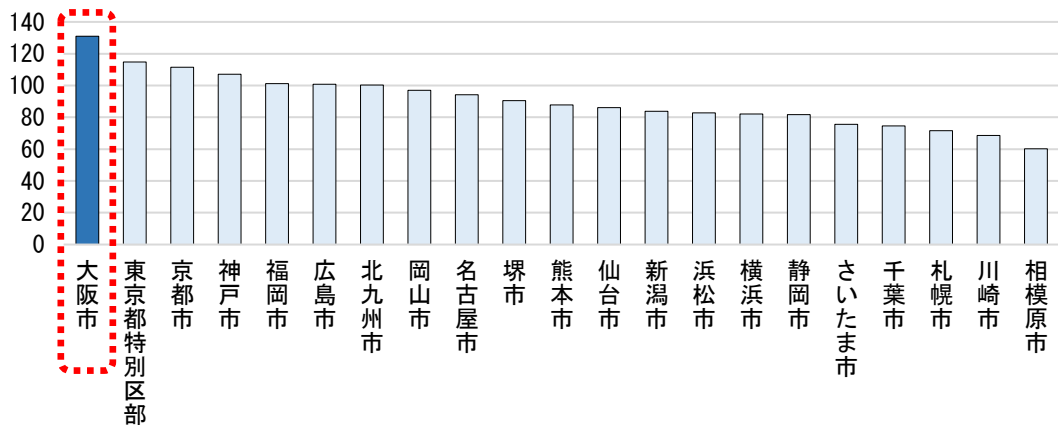
表 1 医療提供体制等の比較（令和 4 年 10 月 1 日現在）

	大阪市		大阪府	全国
	実数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
病院数	174	6.3	5.8	6.5
病床数	31,513	1,143	1,184.4	1,194.9
一般診療所数	3,697	134.1	100.4	84.3
歯科診療所数	2,197	79.7	62.3	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

資料：大阪府医療施設調査

図 8 人口 10 万人に対する一般診療所数 (21 大都市)

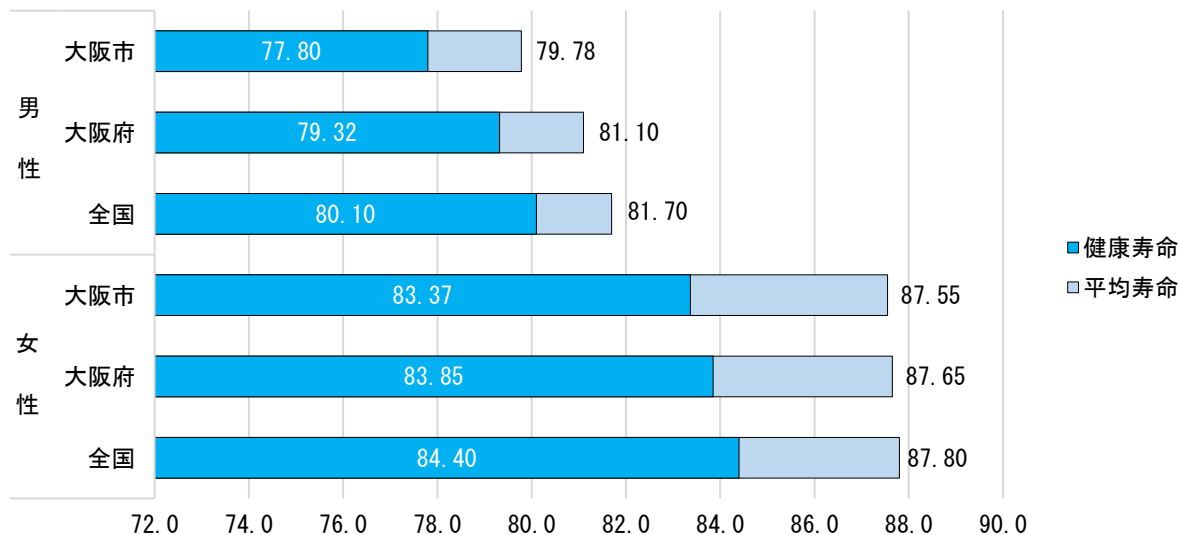


5 平均寿命・健康寿命

令和 2 (2020) 年の大阪市民の平均寿命・健康寿命は、男女とも大阪府・全国平均に比べて短い状況です。また、男性と比較して女性の方が不健康な期間は長いです。(図 9)

平成 27 (2015) 年から令和 3 (2021) 年の間で大阪市の平均寿命の増加は、男性が 0.70 年、女性が 0.89 年でしたが、健康寿命の増加は、男性が 0.46 年、女性が 0.54 年にとどまっています。(表 2)

図 9 男女別の平均寿命及び健康寿命の比較 (令和 2 年)



資料：健康寿命算出方法の指針（大阪府保健医療室健康づくり課提供）

「厚生労働科学 健康寿命研究『健康寿命算定プログラム』」により「日常生活動作が自立している期間の平均」の算定結果（大阪市保健所保健医療対策課算出）

表 2 平均寿命と健康寿命の延び

	大阪市の平均寿命		大阪市の健康寿命		H27年→R3年の増加分	
	平成27年度	令和3年度	平成27年度	令和3年度	平均寿命	健康寿命
男性	78.87	+0.70年→79.57	77.14	+0.46年→77.60	+0.70	> +0.46
女性	86.39	+0.89年→87.28	82.63	+0.54年→83.17	+0.89	> +0.54

6 標準化死亡比

男女別の死因割合では、男女ともがんが死因の1位で、大阪府・全国平均の割合と大きな差はありません。また男女別の主要疾患標準化死亡比では、心臓病を除くすべての疾患で、男女とも大阪府平均と比較して高い値となっています。(図10、11)

図10 男女別の死因割合（令和2年）

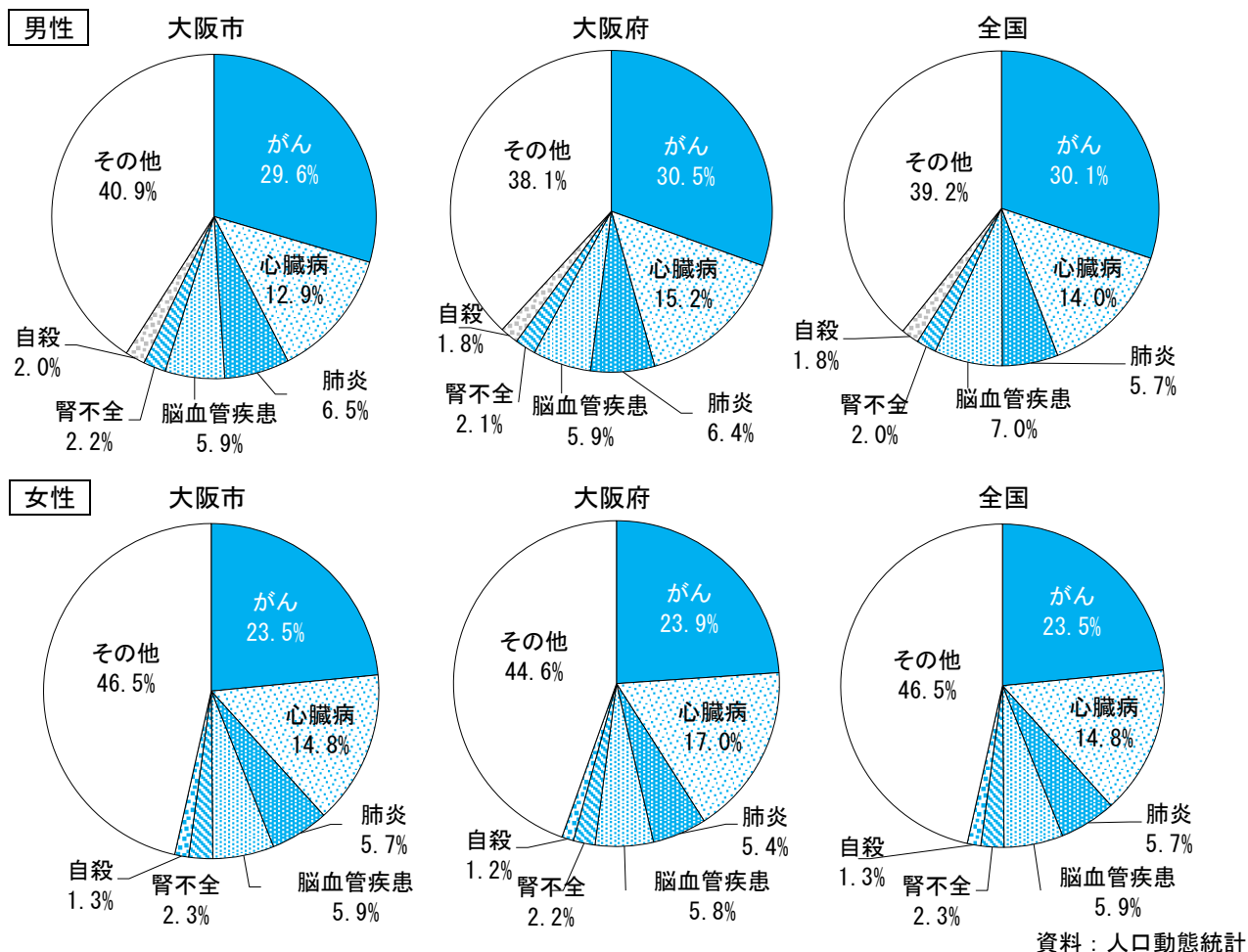
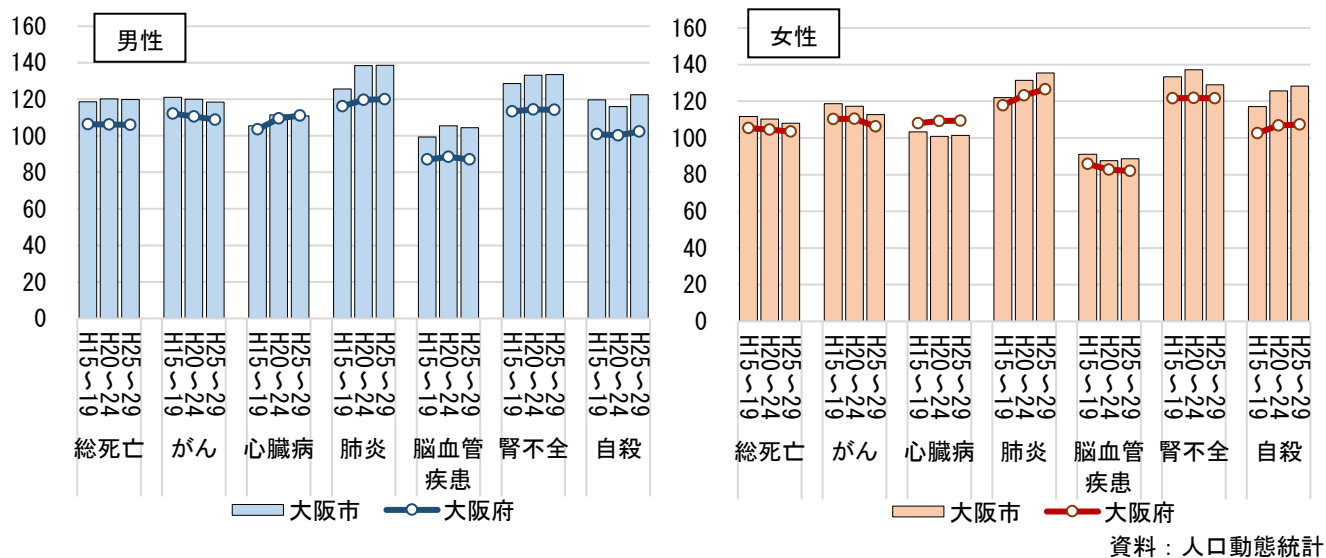


図11 男女別の主要疾病標準化死亡比（全国100に対する年齢を考慮した死亡率の比）の推移



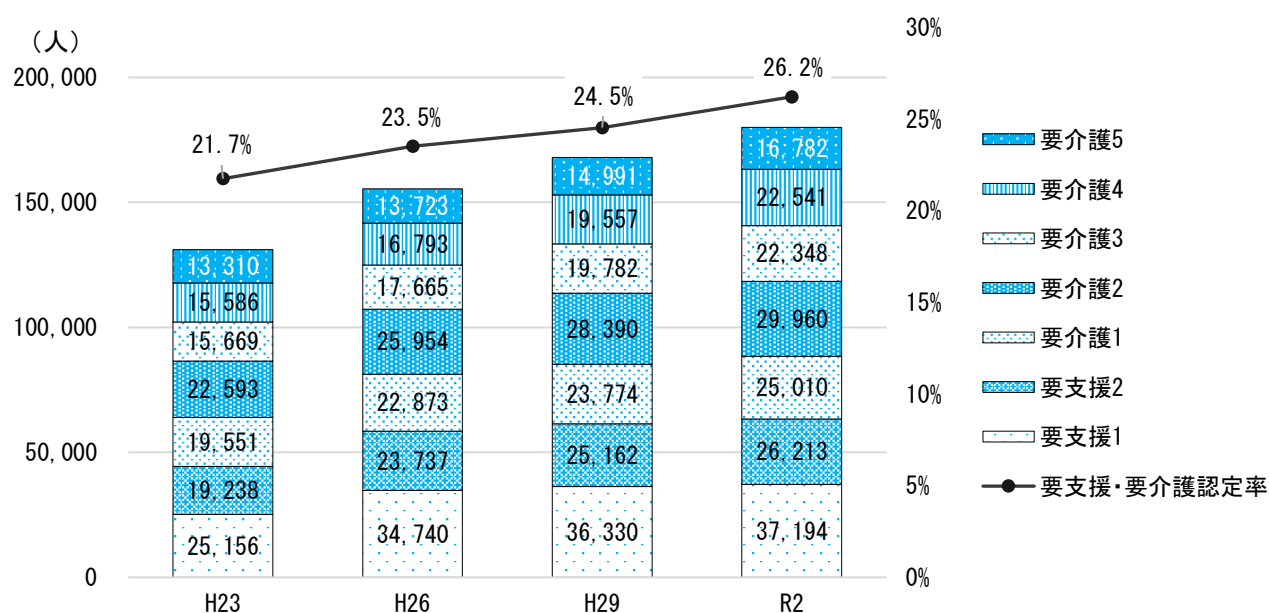
7 要介護認定状況

大阪市の要介護認定者数は増加傾向で、認定率は年々上昇しています。(図 12)

第 1 号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合は、要介護 1 以外すべての介護度で大阪府平均より高く、特に要支援 1 の認定割合が高いです。(図 13)

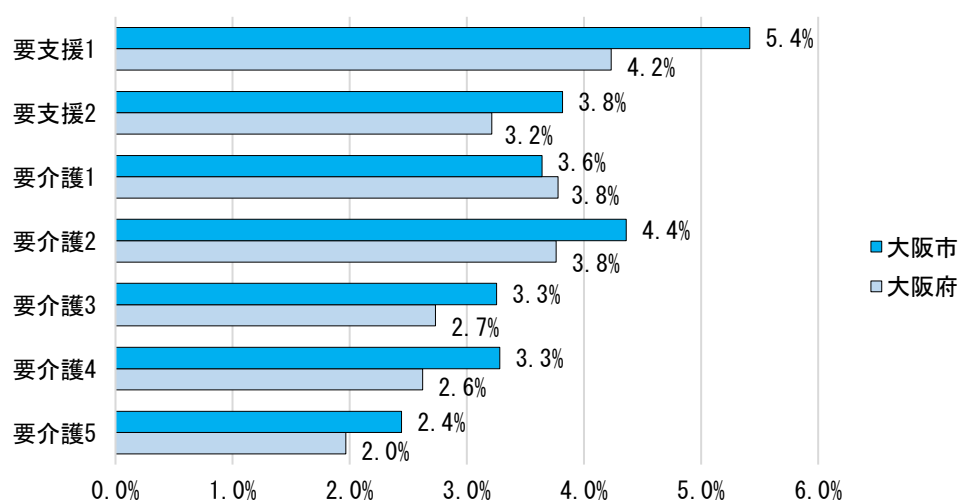
令和 4(2022)年 9 月に実施した「高齢者実態調査・介護保険サービス利用者調査」の結果によると、介護・介助が必要になった主な原因については、「骨折・転倒」が 22.0%で最も多く、次いで「高齢による衰弱」が 20.9%、「認知症」が 17.3%となっています。(図 14)

図 12 要介護認定状況の推移



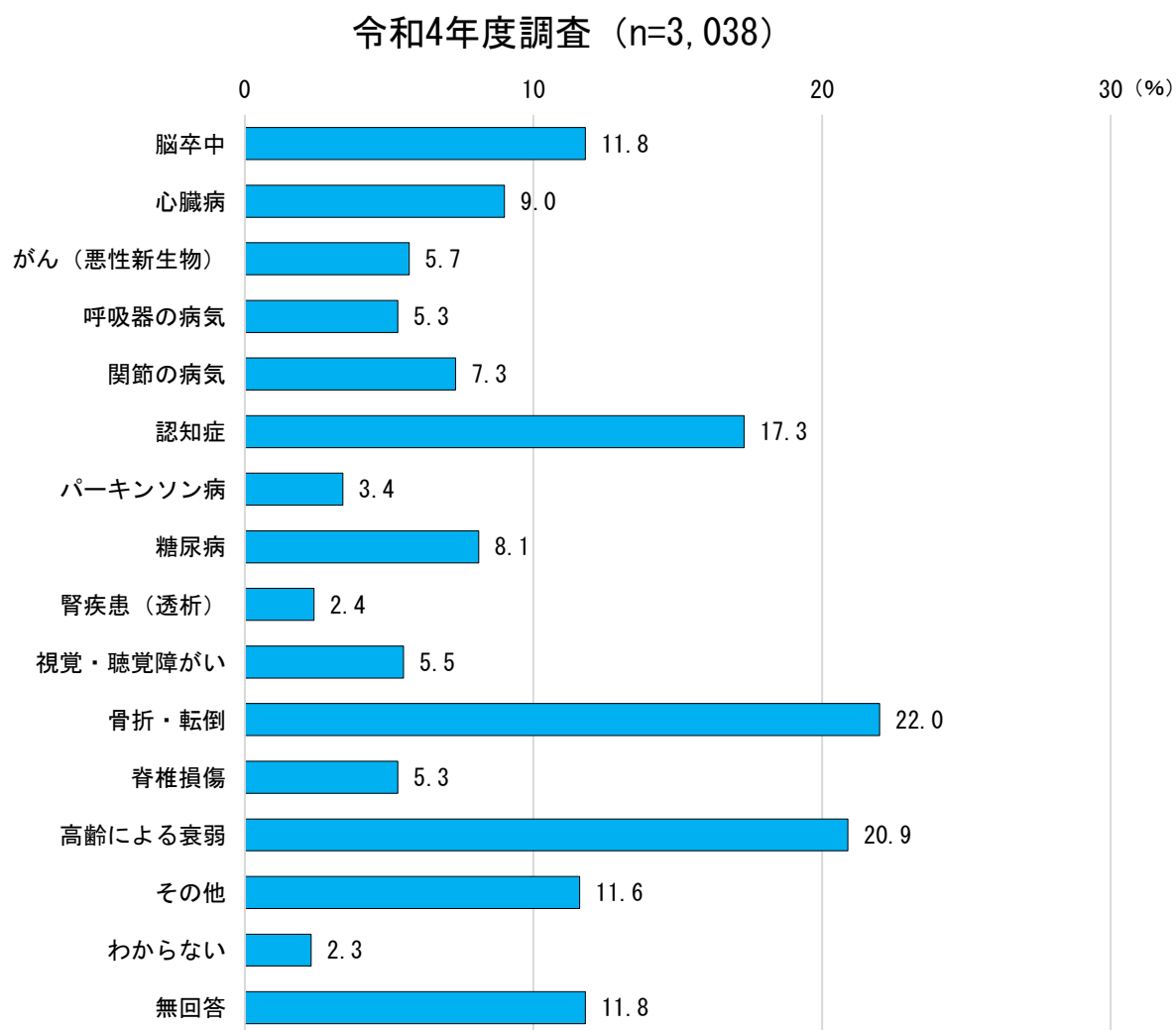
資料：介護保険事業状況報告

図 13 介護保険第 1 号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合（令和 2 年度）



資料：介護保険事業状況報告

図 14 介護・介助が必要になった原因（複数回答）



資料：大阪市 高齢者実態調査・介護保険サービス利用者調査

第3章

前期計画の評価

1 目標の評価

＜前期【平成30(2018)年度～令和5(2023)年度】目標＞

～健康保持増進及び生活習慣病の重症化予防のために～

評価指標	評価指標の詳細	現状値 (H28)	目標値 (R5)	実績値 (R4)	評価 区分
特定健康診査受診率の向上	特定健康診査受診率	22.0%	30%	24.2%	B
特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率	3.3%	10%	7.2%	B
メタボリックシンドローム 該当者及び予備群割合の減少	メタボリックシンドローム 該当者及び予備群※ 男性	45.8%	41%以下	50.0%	D
	メタボリックシンドローム 該当者及び予備群※ 女性	13.5%	12%以下	14.6%	D
＜ハイリスクアプローチ＞ 血圧コントロール不良者割合	収縮期血圧180mmHg以上または 拡張期血圧110mmHg以上の方※	0.98%	0.80%以下	1.07%	D
＜ハイリスクアプローチ＞ 血糖コントロール不良者割合	HbA1c8.4%以上の方※	1.07%	1.00%以下	1.01%	B
＜糖尿病性腎症重症化予防事業＞ 糖尿病受療率	事業対象者のうち糖尿病の受療に つながった方の割合	40.6%	50%	25.0%	D
＜糖尿病性腎症重症化予防事業＞ 生活習慣改善プログラム参加率	事業対象者のうち糖尿病の生活習慣 改善プログラム参加者の割合	6.6%	10%	6.6%	C

※特定健康診査結果から算出

～適正な治療の促進と医療費負担の軽減のために～

事業名		評価指標	評価指標の詳細	現状値 (H28)	目標値 (R5)	実績値 (R4)	評価 区分
重複・頻回受診者等 健康教育啓発事業	リーフレット 送付	送付基準対象者の 減少	※1 対象者の改善率	重複:75.3% 頻回:60.8% (H29年2月分)	現状値を 上回る 改善率	重複:60.1% 頻回:62.9%	D A
	訪問による 保健指導	訪問対象者の 医療費の減少	対象者の改善率	— ※4	75%	24.7%	評価 困難
ジェネリック(後発)医薬品の 普及促進事業		普及率の上昇	毎年度末の ※2 普及率	64.1%	80% ※3	77.9%	B

※1 改善率:対象者を6か月後に突合検証した結果、送付基準に該当しなくなった方の率(改善者数/対象者数)

※2 普及率:数量ベース[後発医薬品の数量]/([後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])

※3 厚生労働省の「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」や閣議決定の普及率(令和2年9月)の目標を踏まえ
設定します

※4 平成28年度時点では特定区においてモデル事業として実施していたため目標値に対するベースとなる現状値がない

＜評価区分の設定＞

A	目標値に達成した(達成見込み)
B	目標値に達していないが改善傾向にある
C	変わらない
D	悪化している

※B、Dの区分は、相対的に5%以上
の変化を目安とする

【例】 25%→28%の変化
(相対的に12%増加)

2 評価指標に係る保健事業の評価

(1) 特定健康診査

ストラクチャー					
担当部署	福祉局保険年金課、各区役所（保険年金業務担当、保健業務担当）				
対象者数	令和 4 (2022) 年度 345, 374 人				
実施方法	集団健診（業務委託）、個別健診（取扱医療機関）				
プロセス					
周知活動	受診券と利用案内を全件郵送、広報紙、ホームページ等				
健診費用負担	無				
結果返却方法	健診実施機関から本人へ直接返却				
個別受診勧奨事業 （委託）	主な勧奨方法と実施年度 電話（H29 年度～）、郵送（R3 年度～）、SMS（R4 年度～）、かかりつけ医から直接勧奨（R5 年度～） 令和 4 (2022) 年度実績 合計 245, 903 件				
評価	アウトプット	アウトカム		※全対象者のうち個別に 受診勧奨を実施した割合	
	受診勧奨実施率※	特定健診実施率	目標値		
計画策定時（H28）	－	22. 0%	－		
平成 30 年度	26. 5%	23. 1%	24%		
令和元年度	28. 2%	22. 3%	25%		
令和 2 年度	12. 2%	20. 6%	26%		
令和 3 年度	57. 8%	22. 8%	28%		
令和 4 年度	68. 8%	24. 2%	29%		
令和 5 年度	未集計	未集計	30%		
前期計画での課題	コロナ禍で一時的に受診勧奨事業を控え、実施率も落ち込みがみられたが、その後概ね緩やかに上昇している。しかし、実施率は目標値及び大阪府・全国平均には依然として届かない状況である。（P. 29） 40～50 歳代の実施率は 60 歳代以上と比較して低く、3 年間で一度も特定健康診査を受けていない者が 67. 2%いる。（P. 29、30）また、特定健康診査を受けない理由としては「定期的にかかりつけ医に受診」が 78. 6%であり、令和 5 (2023) 年度にはかかりつけ医による個別受診勧奨事業を開始したため、今後その効果検証をする必要がある。（P. 31）				
今期計画での対応	・ 受診勧奨事業の分析に基づいた、より効果的な受診勧奨方法とその対象者の検討 ・ 他機関と連携した受診啓発及び受診勧奨の強化 ・ 受診しやすい環境整備の検討 ・ インセンティブを活用した受診啓発の検討				

(2) 特定保健指導

ストラクチャー				
担当部署	福祉局保険年金課、各区役所（保険年金業務担当、保健業務担当）			
対象者数	令和 4 (2022) 年度 10, 232 人 (動機づけ支援 6, 940 人、積極的支援 3, 292 人)			
実施体制	委託（医師、保健師、管理栄養士等）			
プロセス				
保健指導実施方法	【初回面接】個別面接・集団面接・健康教室型 【継続支援・評価】手紙・電話・Eメール・その他（ICT）			
利用勧奨	特定健康診査実施時、肥満かつ高血圧の未治療者に勧奨 対象者に利用券及び利用案内を郵送			
未利用者への利用勧奨	電話による利用勧奨 令和 4 (2022) 年度実績 電話による利用勧奨対象者 5, 096 人/電話がつながった者 2, 283 人			
評価	アウトプット	アウトカム		※電話勧奨対象者のうち、 電話がつながった者の割合
	電話勧奨対象者の 着信率※	特定保健指導 実施率	目標値	
計画策定時（H28）	－	3. 3%	－	
平成 30 年度	59. 0%	5. 7%	8. 0%	
令和元年度	59. 3%	6. 1%	8. 4%	
令和 2 年度	32. 3%	6. 6%	8. 8%	
令和 3 年度	39. 8%	12. 4%	9. 2%	
令和 4 年度	44. 8%	7. 2%	9. 6%	
令和 5 年度	未集計	未集計	10. 0%	
前期計画での課題	実施率は令和 3 (2021) 年度には目標値を上回ったものの、令和 4 (2022) 年度は 7. 2%となり目標値は達成できていないが改善傾向である。しかし大阪府・全国平均と比較して極めて低い状況である。（P. 36） 特定保健指導を利用しない理由としては「かかりつけ医で診てもらっている」「自己管理する」が上位であったことから、さらなる利用促進のため、勧奨方法の見直しや医療機関との連携、特定保健指導の意義の周知が必要である。（P. 37）			
今期計画での対応	・ 利用勧奨方法の検討 ・ 特定健康診査当日における初回面接の同時実施の推進			

(3) 高血圧症・糖尿病重症化予防事業（ハイリスクアプローチ）

<高血圧症>

ストラクチャー				
担当部署 従事者 血圧が高値の者 実施体制	福祉局保険年金課、各区役所保健業務担当 専門職（保健師） 特定健康診査の結果、収縮期血圧 180mmHg 以上または拡張期血圧 110mmHg 以上（Ⅲ度高血圧）の者 令和 4(2022) 年度 1,050 人（うち投薬治療なしの者 771 人/73.4%） ※年度途中の資格取得・資格喪失者を含むため、法定報告対象者とは一致しない。 直営			
プロセス				
受診勧奨対象者数 対象者の選定基準 勧奨方法 使用媒体 実施人数 受診確認方法	令和 4(2022) 年度フォロー対象者 2,148 人（うちⅢ度高血圧 352 人） 特定保健指導等他事業対象者は除く 【R3 年 4 月まで】収縮期血圧 180mmHg 以上または拡張期血圧 110mmHg 以上（治療有無問わず） 【R3 年 5 月以降】収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上で、投薬治療なし ①保健師が電話・訪問・面接により 1 回目の受診勧奨及び保健指導を実施。 ②受診が確認できなかった場合、1～2 か月後に再度電話・訪問・面接により 2 回目の受診勧奨及び保健指導を実施。 ③不在等の場合は、リーフレットを郵送または自宅に投函。 汎用性の高い行動変容プログラムに基づくリーフレットを使用 2,136 人/99.4%（うちⅢ度高血圧 349 人/99.2%） 本人確認：受診者数 1,186 人/55.2%（うちⅢ度高血圧 192 人/54.5%）			
評価	アウトプット	アウトカム		※H28 年度特定健康診査実施者の年齢構成に年齢調整した値
	受診勧奨実施率	血圧 180/110 以上の割合※	目標値	
計画策定時（H28）	－	0.98%	－	
平成 30 年度	98.0%	0.96%	0.80%以下	
令和元年度	96.9%	0.91%		
令和 2 年度	99.3%	1.07%		
令和 3 年度	95.6%	1.04%		
令和 4 年度	99.4%	1.07%		
令和 5 年度	未集計	未集計		
前期計画での課題	高血圧者の割合は、令和 4(2022) 年度は 1.07%であり、目標値を達成できていない。令和 3(2021) 年度より対象者を変更し、基準値を下げて未治療者へアプローチをするようにしたが、収縮期血圧 180mmHg 以上または拡張期血圧 110mmHg 以上の者の割合は減少していない。			
今期計画での対応	・より効果的なリーフレットを作成し、有効活用する。			

<糖尿病>

ストラクチャー				
担当部署 従事者 血糖が高値の者 実施体制	福祉局保険年金課、各区役所保健業務担当 専門職（保健師） 特定健康診査の結果、HbA1c8.4%以上の者 令和4(2022)年度 972 人（うち投薬治療なしの者 442 人/45.5%） ※年度途中の資格取得・資格喪失者を含むため、法定報告対象者とは一致しない 直営			
プロセス				
受診勧奨対象者数 対象者の選定基準 勧奨方法 使用媒体 実施人数 受診確認方法	令和4(2022)年度フォロー対象者 988 人（うち HbA1c8.4%以上 223 人） 特定保健指導等他事業対象者は除く 【R3 年 4 月まで】HbA1c7.4%以上または空腹時血糖 250mg/dl 以上（治療有無問わず） 【R3 年 5 月以降】HbA1c7.0%以上（HbA1c 検査なしの場合は、空腹時血糖 130mg/dl 以上）で、投薬治療なし ①保健師が電話・訪問・面接により 1 回目の受診勧奨及び保健指導を実施。 ②受診が確認できなかった場合、1～2 か月後に再度電話・訪問・面接により 2 回目の受診勧奨及び保健指導を実施。 ③不在等の場合は、リーフレットを郵送または自宅に投函。 汎用性の高い行動変容プログラムに基づくリーフレットを使用 985 人/99.7%（うち HbA1c8.4%以上 232 人/99.6%） 本人確認:受診者数 672 人/68.0%(うち HbA1c8.4%以上 144 人/64.6%)			
評価	アウトプット	アウトカム		※H28 年度特定健康診査実施者の年齢構成に年齢調整した値
	受診勧奨実施率	HbA1c8.4%以上の割合※	目標値	
計画策定時（H28）	－	1.07%	－	
平成 30 年度	98.3%	1.01%	1.00% 以下	
令和元年度	97.5%	1.10%		
令和 2 年度	98.3%	1.11%		
令和 3 年度	93.9%	1.07%		
令和 4 年度	99.7%	1.01%		
令和 5 年度	未集計	未集計		
前期計画での課題	HbA1c 8.4%以上の者の割合は、目標値には達していないが令和 2(2020)年度をピークに減少傾向である。 令和 3(2021)年度より対象者を変更し、基準値を下げて未治療者へアプローチをしており、引き続き受診勧奨及び保健指導を実施する。			
今期計画での対応	・より効果的なリーフレットを作成し、有効活用する。			

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

ストラクチャー				
担当部署	福祉局保険年金課			
従事者	専門職（保健師・管理栄養士）、事務職			
糖尿病性腎症疑いの者	特定健康診査実施者のうち、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl 以上または糖尿病レセプトがある者			
	令和3(2021)年度 17,913 人→これより対象者を抽出			
実施体制	委託（保健師、管理栄養士等）			
プロセス				
事業対象者数	令和4(2022)年度 456 人（2.5%）			
選定方法	前年度の特定健康診査実施者のうち、以下の①～③を満たす者を抽出する。 ①HbA1c6.5%以上 または 空腹時血糖 126mg/dl 以上 ②尿蛋白(+)以上 または eGFR15 以上 60 未満 ③糖尿病未受診（直近3か月間のレセプトを確認）			
実施内容	受診勧奨及び6か月間の個別保健指導の実施			
参加人数	30 人（参加率 6.6%） 対象者の受診率（R4 年度中に糖尿病で受診した者の割合） HbA1c6.5%以上の者 29.3% HbA1c6.5%未満の者 16.7%			
評価	アウトプット		アウトカム	
	事業参加率	目標値	糖尿病受診率	目標値
計画策定時（H28）	6.6%	－	40.6%	－
平成30年度	5.2%	10%以上	27.7%	50%以上
令和元年度	4.7%		36.9%	
令和2年度	7.7%		28.3%	
令和3年度	8.6%		27.3%	
令和4年度	6.6%		25.0%	
令和5年度	未集計		未集計	
前期計画での課題	事業参加率は低迷しており目標値に達していない。 平成30(2018)年度から空腹時血糖による選定基準値を追加し対象者を拡大したが、HbA1c6.5%未満の者は糖尿病受診につながりにくく、糖尿病受診率は低迷している。			
今期計画での対応	・事業対象者の選定基準の検討 ・対象者にとって、より分かりやすい案内物を作成			

(5) 重複・頻回受診者等健康教育啓発事業

＜重複・頻回受診者等への啓発リーフレットの送付＞

ストラクチャー						
担当部署	福祉局保険年金課					
従事者	事務職					
該当者数	令和 4 (2022) 年度の年間延べ人数：重複受診者 1, 146 人、頻回受診者 535 人					
実施体制	委託					
プロセス						
事業実施者数	令和 4 (2022) 年度：重複受診者 1, 146 人、頻回受診者 535 人					
選定方法	＜重複受診＞ 18 歳以上 70 歳未満の被保険者で、直近 6 か月間に 2 か月連続で、5 か所以上の医療機関を受診した者 ＜頻回受診＞ 18 歳以上 70 歳未満の被保険者で、直近 6 か月間に 3 か月連続で、同一医療機関（医科外来・歯科）を 15 日以上受診した者					
実施内容	リーフレットを送付し、啓発を実施					
効果検証方法	送付後 6 か月間の受診状況を確認し、抽出条件に該当するか否か					
評価	アウトプット		アウトカム			
	実施件数		改善率			
	重複受診	頻回受診	重複受診	目標値	頻回受診	目標値
計画策定時（H28）	1, 649 人	972 人	75. 3%	－	60. 8%	－
平成 30 年度	1, 584 人	814 人	73. 9%	75. 3%	62. 0%	60. 8%
令和元年度	1, 672 人	718 人	74. 5%		66. 3%	
令和 2 年度	1, 380 人	592 人	62. 9%		65. 7%	
令和 3 年度	1, 243 人	897 人	58. 7%		59. 7%	
令和 4 年度	1, 146 人	535 人	60. 1%		62. 9%	
令和 5 年度	未集計	未集計	未集計		未集計	
前期計画での課題	・ 重複受診の改善率において、現状値と目標値に乖離がある。 ・ 頻回受診者の抽出においては、処置に数日間要する鎮痛消炎等の通院者等、機械的に判断できない受診詳細の確認が必要なケースが含まれてしまう。 ・ 重複・多剤服薬者を特定したリーフレットの送付が行えていない。					
今期計画での対応	・ リーフレットの送付時に、「受診服薬情報」を同封し訴求性を高め改善率の向上を図る。 ・ 頻回受診者の抽出時に、レセプトを確認し対象とするか否かを精査する。 ・ 重複・多剤服薬者を特定し、リーフレットによる啓発を行う。					

＜重複・頻回受診者等への保健指導の実施＞

ストラクチャー				
担当部署	福祉局保険年金課			
従事者	事務職			
事業対象者数	令和 4 (2022) 年度 679 人			
実施体制	委託（看護師、保健師等）			
プロセス				
事業実施者数	令和 4 (2022) 年度：73 人			
選定方法	＜重複受診＞ 18 歳以上 70 歳未満の被保険者で、3 か月連続して、同一月に同一疾病での受診医療機関が 3 か所以上 ＜頻回受診＞ 18 歳以上 70 歳未満の被保険者で、3 か月連続して、同一月に同一医療機関での受診が 15 日以上 ＜重複服薬＞ 18 歳以上 70 歳未満の被保険者で、3 か月以上、同一月に同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方 ＜多剤服薬＞ 18 歳以上 70 歳未満の被保険者で、3 か月以上、同一月に 10 剤以上を処方			
実施内容	訪問による保健指導を実施			
効果検証方法	実施前・後 3 か月の医療費総額（医科・調剤）と重複服薬数等を比較し、いずれも減少しているか否か			
評価	アウトプット	アウトカム		※平成 28 年度～平成 30 年度：モデル区のみで実施 ※令和元年度～：全市で実施
	実施者数	改善率	目標値	
計画策定時（H28）	—	—	—	
平成 30 年度	12 人	55.6%	75%	
令和元年度	39 人	28.2%		
令和 2 年度	77 人	27.3%		
令和 3 年度	51 人	52.9%		
令和 4 年度	73 人	24.7%		
令和 5 年度	未集計	未集計		
前期計画での課題	・現状値と目標値に乖離がある。 ・保健指導の対象者とリーフレットの送付対象者の選定をそれぞれで行っているため互いの利点を活かしていない。			
今期計画での対応	改善率向上の効果が高い「リーフレットの送付」と保健指導を連携させ、一体的に実施することで相乗効果による改善率の向上を図る。			

(6) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進事業

ストラクチャー				
担当部署	福祉局保険年金課			
従事者	事務職・看護師			
該当件数	令和 4 (2022) 年度通知書作成件数 99,453 件			
実施体制	直営（一部委託）			
プロセス				
対象者	投与期間が 7 日以上で、後発医薬品へ切り替えることにより自己負担額に 100 円以上の差額が発生する被保険者			
実施方法	対象者に差額通知として「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」（圧着はがき）を送付（業務委託）			
評価	アウトプット	アウトカム		※「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」や閣議決定の普及率の目標を踏まえ設定
	通知書作成件数	後発医薬品普及率※	目標値	
計画策定時（H28）	88,517 件	64.1%	－	
平成 30 年度	104,859 件	71.9%	80%※	
令和元年度	94,952 件	74.5%		
令和 2 年度	129,550 件	76.2%		
令和 3 年度	120,615 件	76.6%		
令和 4 年度	99,453 件	77.9%		
令和 5 年度	未集計	未集計		
前期計画での課題	対象者の基準を拡大するなど普及率向上に向けた取組を進め、普及率が上昇しているが、その伸び率が低下傾向にある。			
今期計画での対応	より効果的な啓発となるように「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」の表現をより分かりやすいものにレイアウトを変更し、普及率の向上を図る。			

※「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」や閣議決定の普及率の目標を踏まえ設定

※普及率：数量ベース

【後発医薬品の数量】 / (【後発医薬品のある先発医薬品の数量】 + 【後発医薬品の数量】)

1 医療費の分析

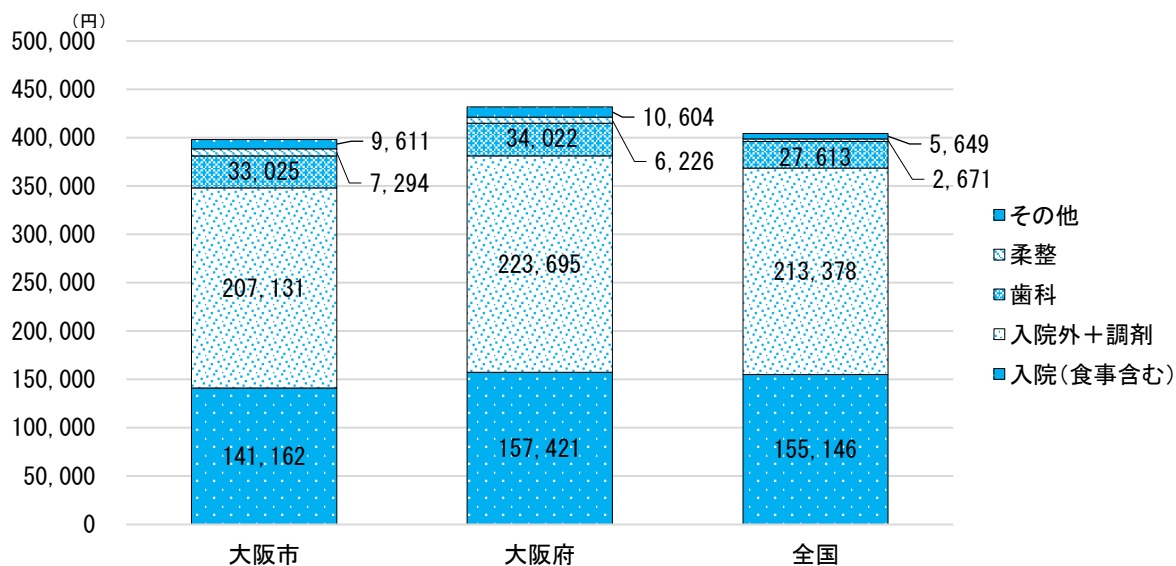
(1) 費用区分別医療費

被保険者一人当たり年間医療費の比較では、入院・外来ともに大阪府・全国平均より低くなっていますが、歯科医療費については全国よりも高い値となっています。(図15)

令和4(2022)年度の総医療費は前年度より減少していますが、一人当たり医療費は年々増加しています。(図16)

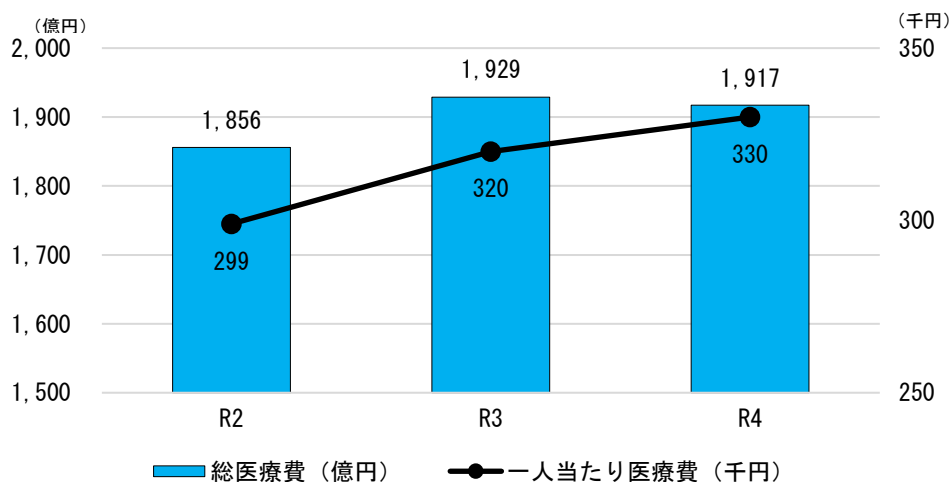
年齢階級別一人当たりの総医療費を見ると、被用者保険から国保に移行する者が増えてくる60歳以上から、大阪府・全国平均と比較して大阪市の医療費が高くなっています。(図17)

図15 被保険者一人当たりの年間医療費の比較(令和3年度)



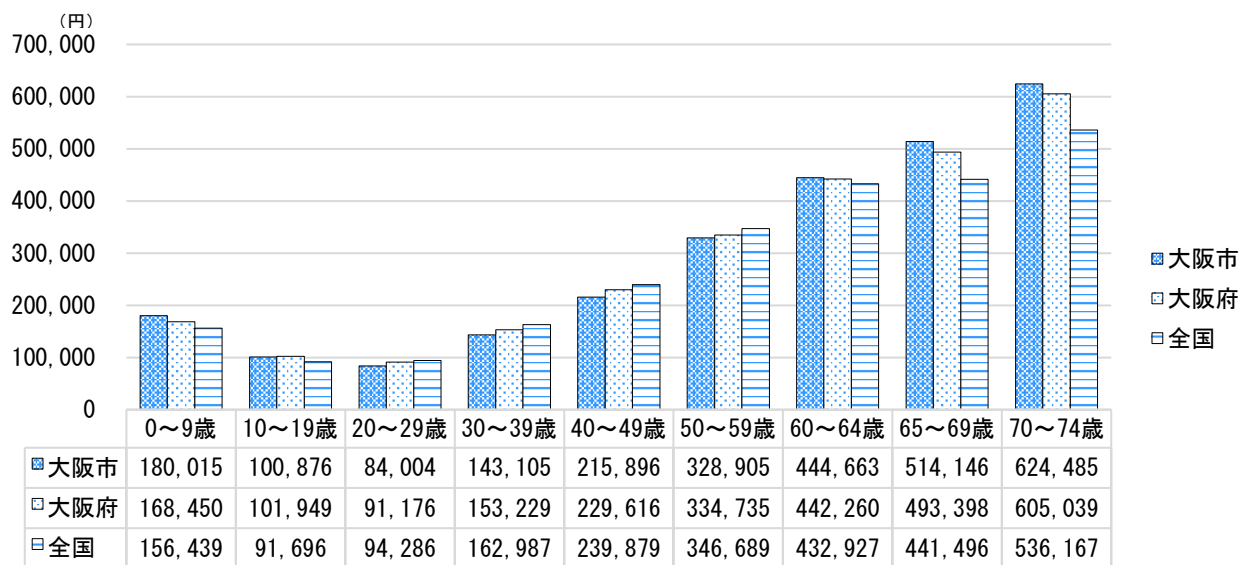
資料：大阪府国民健康保険事業状況・国民健康保険事業年報

図16 大阪市国保の総医療費年額と一人当たり医療費年額



資料：KDB システム疾病別医療費分析(細小82分類)(令和2~4年度)

図 17 年齢階級別の一人当たりの総医療費の比較（令和 4 年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析から算出（令和 5 年 6 月 5 日抽出）

(2) 医療費順位の主要疾患別医療費

被保険者の総医療費に占める生活習慣病の割合は 34.5%であり、その中でもがんが半数近くを占めており、続いて糖尿病・慢性腎臓病となっています。(図 18～20)

生活習慣病に限定した千人当たりのレセプト件数やレセプト 1 件当たりの医療費について全国と比較すると、レセプト件数は少ないですが、1 件当たりの医療費は高くなっています。(図 21、22)

疾病別の医療費をみると、上位 10 位のうち半数は生活習慣病が占めています。(表 3)

性・年代別医療費をみると男性では、40・50 歳代は精神疾患や慢性腎臓病(透析あり)・糖尿病の医療費が高く、60 歳以上になるとがんや脳梗塞が増えています。女性では、40・50 歳代は精神疾患と乳がん、60 歳代から関節疾患・糖尿病や高血圧の医療費が増加しており、骨粗しょう症や骨折も増加しています。(表 4)

図 18 総医療費に占める生活習慣病の割合(令和 4 年度)

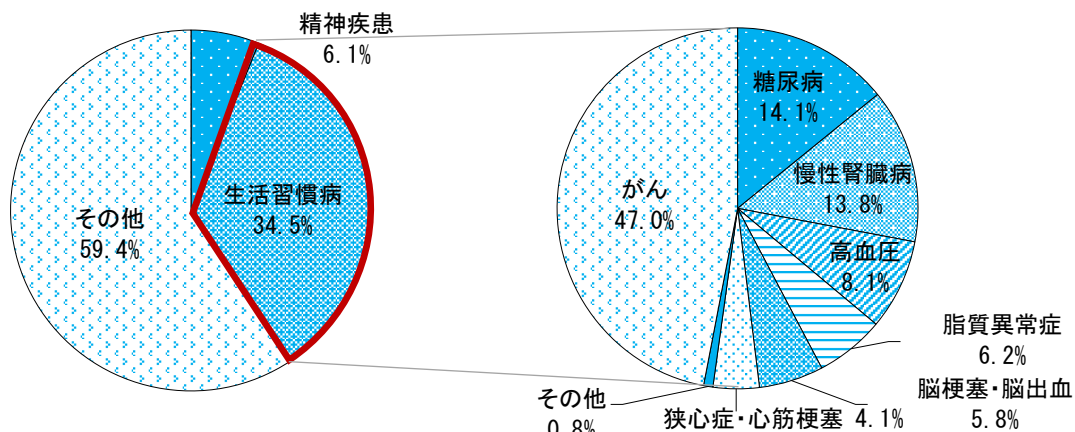


図 19 総医療費に占める生活習慣病の割合(入院)(令和 4 年度)

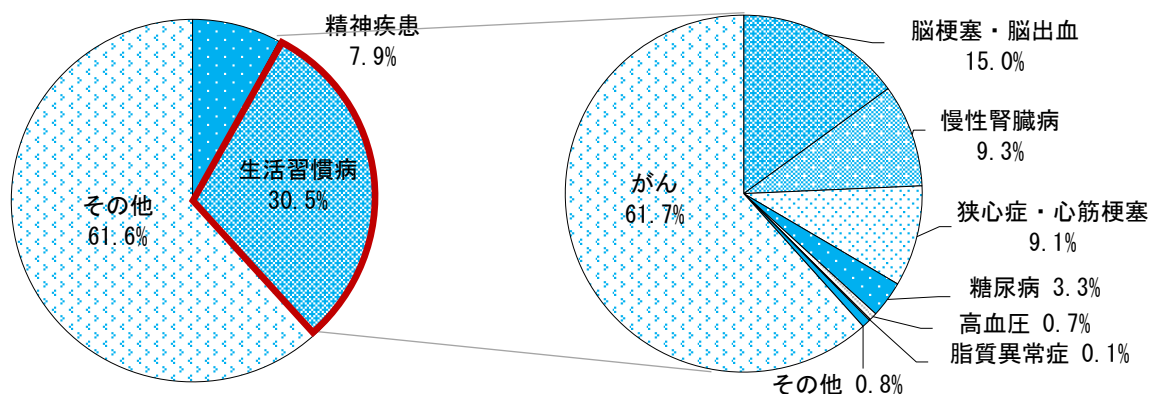
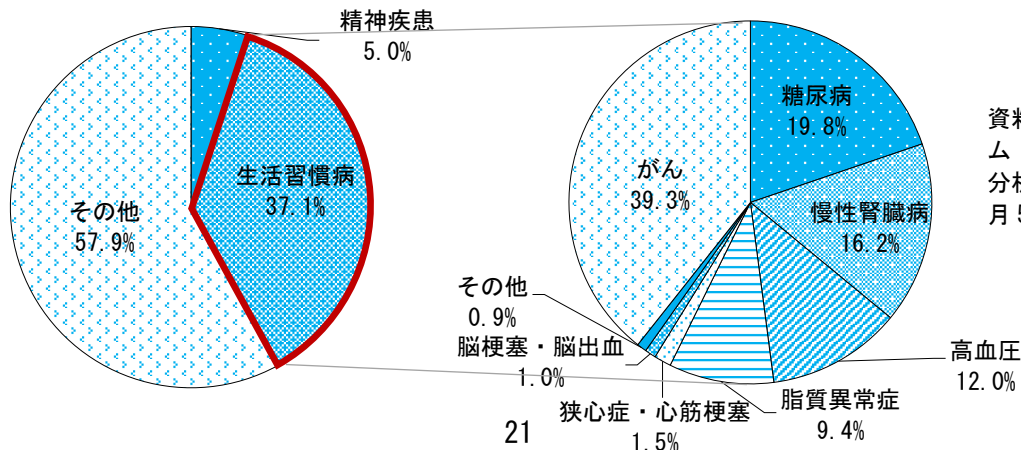
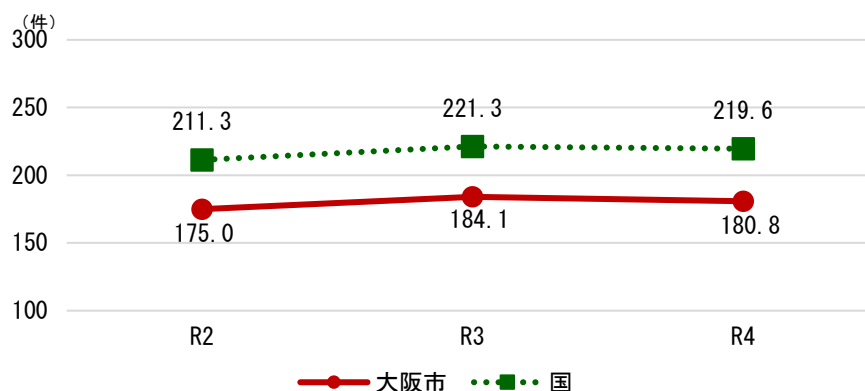


図 20 総医療費に占める生活習慣病の割合(外来)(令和 4 年度)



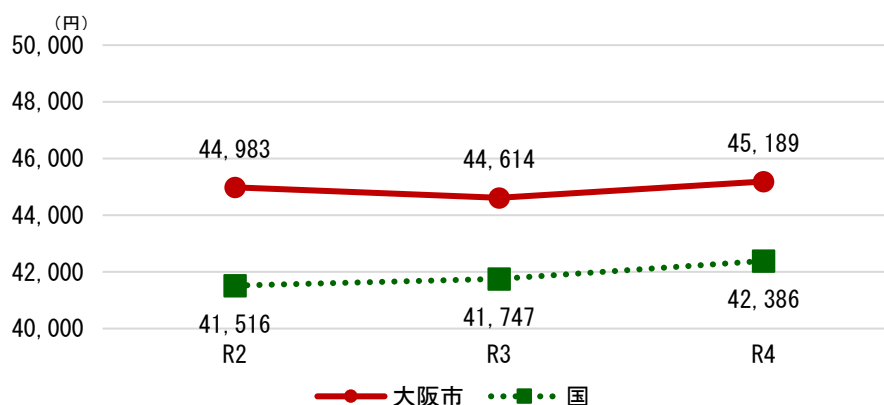
資料: KDB システム 疾病別医療費分析(令和 5 年 6 月 5 日抽出)

図 21 生活習慣病に限定した被保険者千人当たりのレセプト件数（月平均）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析 大・中・細小分類（令和 5 年 6 月 5 日抽出）

図 22 生活習慣病に限定したレセプト 1 件当たりの医療費（円）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析 大・中・細小分類（令和 5 年 6 月 5 日抽出）

表 3 大阪市国保の医療費に占める割合の高い 10 疾患（令和 4 年度）

（細小分類・入院＋外来を 100%として計算）

順位	最大医療資源傷病名		医療費（円）	割合	平成 28 年度		
					順位	医療費（円）	割合
1	◆	がん	31,079,970,650	16.2%	1	29,385,675,910	14.2%
2	◆	糖尿病（1 型糖尿病※も含む）	9,019,745,940	4.7%	2	10,922,906,530	5.3%
3	◆	慢性腎臓病（透析あり）	8,589,511,020	4.5%	3	10,825,024,210	5.2%
4		関節疾患	6,849,216,800	3.6%	5	7,485,010,410	3.6%
5	◆	高血圧症	5,364,638,910	2.8%	4	9,189,092,270	4.5%
6		統合失調症	4,952,359,660	2.6%	6	7,044,833,920	3.4%
7	◆	不整脈	4,377,523,500	2.3%	9	4,125,967,410	2.0%
8	◆	脂質異常症	4,096,061,670	2.1%	7	6,123,130,910	3.0%
9		うつ病	3,914,688,180	2.0%	8	4,386,518,510	2.1%
10		骨折	3,778,892,020	2.0%	10	3,384,923,030	1.6%

◆表示の疾病は、主に生活習慣病に分類される疾病

※1 型糖尿病：糖尿病のうち、生活習慣がきっかけとなり発症するのではなく、自己免疫に由来し発症するものの総称

資料：KDB システム疾病別医療費分析（細小 82 分類）（令和 5 年 6 月 5 日抽出）

表 4 性・年代別医療費上位 10 疾患（令和 4 年度）

年代	男			女		
	合計 / 総点数		レセプト1件 当たり点数	合計 / 総点数		レセプト1件 当たり点数
40	統合失調症	17,789,612	5,469	統合失調症	21,209,665	6,008
	慢性腎臓病(透析あり)	16,004,283	44,956	うつ病	17,149,448	2,482
	うつ病	13,356,497	2,511	乳がん	11,748,857	16,594
	糖尿病	10,416,788	3,319	関節疾患	7,532,510	2,704
	骨折	8,343,318	8,522	子宮筋腫	6,514,296	4,924
	高血圧症	4,661,968	1,300	気管支喘息	5,927,258	1,998
	脂質異常症	4,326,788	1,571	貧血	5,895,457	9,241
	脳出血	4,049,936	48,794	糖尿病	5,806,254	3,224
	関節疾患	3,988,527	2,220	慢性腎臓病(透析あり)	5,564,573	44,876
	潰瘍性腸炎	3,287,647	11,455	大腸がん	3,150,950	37,511
45	慢性腎臓病(透析あり)	37,286,263	45,638	乳がん	29,444,784	17,109
	統合失調症	28,577,354	6,387	統合失調症	25,701,026	6,030
	糖尿病	23,839,719	3,220	うつ病	21,425,448	2,471
	うつ病	20,046,366	3,023	関節疾患	14,370,499	3,285
	高血圧症	9,987,520	1,298	慢性腎臓病(透析あり)	12,028,759	48,897
	骨折	8,061,888	7,276	糖尿病	11,287,135	3,366
	脳出血	7,820,783	53,567	子宮筋腫	9,809,662	4,967
	脂質異常症	7,429,081	1,431	気管支喘息	7,986,693	2,265
	貧血	6,795,508	77,222	高血圧症	6,679,341	1,327
	肺がん	6,550,298	54,135	骨折	5,638,027	7,351
50	慢性腎臓病(透析あり)	64,923,158	46,374	統合失調症	35,239,579	6,931
	統合失調症	41,028,324	7,662	乳がん	32,792,426	12,740
	糖尿病	40,584,958	3,429	うつ病	25,975,364	2,799
	うつ病	21,054,965	2,829	関節疾患	21,911,444	3,183
	高血圧症	17,485,354	1,312	慢性腎臓病(透析あり)	20,241,015	47,851
	骨折	13,644,421	10,496	糖尿病	19,946,568	3,494
	不整脈	13,042,757	10,905	高血圧症	11,504,044	1,212
	脂質異常症	12,403,209	1,612	脂質異常症	10,775,815	1,439
	肺がん	11,675,575	43,083	気管支喘息	10,015,819	2,386
	大腸がん	11,617,426	25,932	大腸がん	8,829,816	26,596
55	慢性腎臓病(透析あり)	92,210,156	46,902	乳がん	38,477,133	13,916
	糖尿病	51,350,971	3,321	関節疾患	35,684,510	3,901
	統合失調症	35,113,593	8,477	統合失調症	33,819,024	7,352
	高血圧症	24,875,009	1,360	うつ病	25,986,828	3,103
	不整脈	20,144,423	9,643	慢性腎臓病(透析あり)	24,218,237	42,046
	うつ病	19,251,269	2,977	糖尿病	23,236,424	3,224
	大腸がん	17,048,808	29,193	脂質異常症	17,637,338	1,398
	脂質異常症	15,128,944	1,606	高血圧症	16,858,059	1,260
	関節疾患	14,641,939	3,385	骨折	13,839,728	8,093
	肺がん	14,217,417	36,362	大腸がん	11,537,288	21,131
60	慢性腎臓病(透析あり)	92,820,067	45,634	関節疾患	59,942,253	3,992
	糖尿病	65,873,396	3,174	慢性腎臓病(透析あり)	47,552,517	47,410
	高血圧症	32,486,011	1,314	乳がん	43,885,371	12,633
	大腸がん	28,546,474	28,014	糖尿病	38,643,258	3,059
	不整脈	27,932,742	7,657	脂質異常症	30,245,286	1,310
	統合失調症	26,396,560	7,917	統合失調症	28,329,183	7,487
	肺がん	25,625,511	37,410	高血圧症	27,148,913	1,221
	関節疾患	21,036,185	3,135	骨折	24,087,596	9,917
	脳梗塞	19,834,991	12,176	うつ病	23,621,090	2,931
	脂質異常症	19,288,675	1,614	肺がん	16,149,867	30,243
65	慢性腎臓病(透析あり)	124,299,716	45,481	関節疾患	118,229,516	4,121
	糖尿病	119,607,394	3,091	糖尿病	77,952,900	2,966
	肺がん	77,618,303	40,426	慢性腎臓病(透析あり)	65,869,719	46,095
	不整脈	64,021,683	7,325	脂質異常症	61,921,016	1,266
	高血圧症	61,428,775	1,296	高血圧症	59,852,358	1,223
	大腸がん	52,209,432	23,497	乳がん	59,376,939	11,636
	脳梗塞	38,130,956	11,762	骨折	43,682,279	11,658
	関節疾患	34,990,651	3,042	骨粗しょう症	40,795,553	2,136
	狭心症	33,486,359	9,114	肺がん	38,602,751	34,809
	脂質異常症	32,055,257	1,524	統合失調症	34,116,952	9,142
70	糖尿病	222,366,723	3,043	関節疾患	240,314,697	4,068
	不整脈	152,736,174	6,591	糖尿病	169,356,994	2,915
	慢性腎臓病(透析あり)	146,483,623	44,016	高血圧症	136,942,380	1,290
	肺がん	139,308,981	36,459	脂質異常症	122,285,254	1,340
	高血圧症	119,418,153	1,331	骨粗しょう症	119,390,944	2,334
	前立腺がん	106,356,701	14,648	骨折	108,225,650	13,939
	脳梗塞	90,266,345	12,528	肺がん	100,922,732	33,341
	大腸がん	89,145,751	19,801	乳がん	97,634,492	11,021
	関節疾患	76,059,452	3,384	慢性腎臓病(透析あり)	94,266,373	44,591
	胃がん	75,795,601	22,359	不整脈	88,779,933	5,395

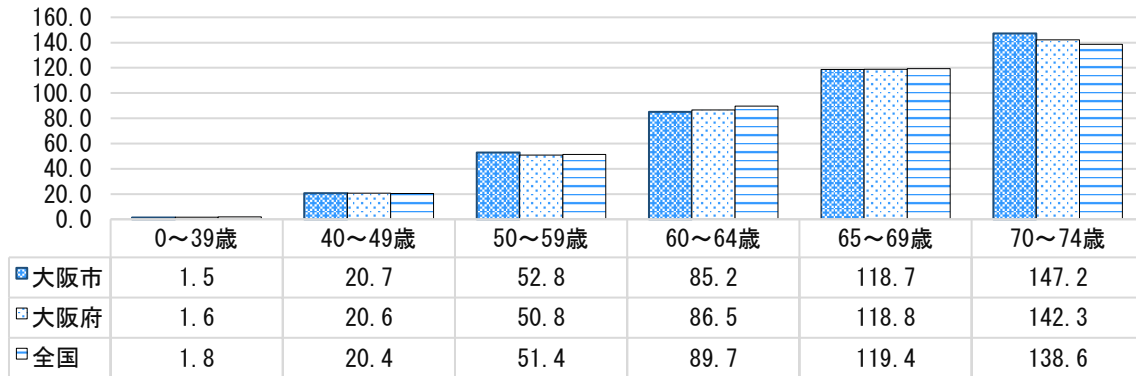
資料：KDB システム 疾病別医療費分析 細小分類（令和 5 年 6 月 5 日抽出）

(3) 性別・年齢階級別の主要疾患患者数

① 高血圧・糖尿病・脂質異常症

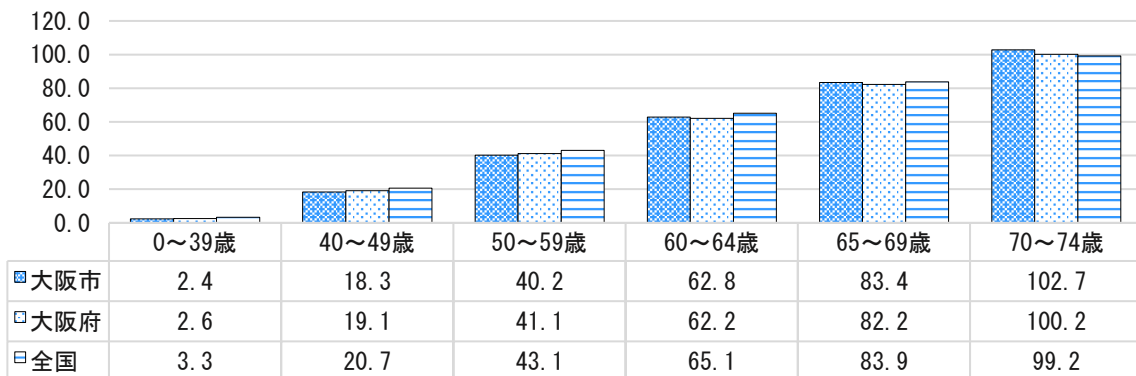
高血圧・糖尿病・脂質異常症の年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数は、年代が上がるほど増加しています。また、いずれの疾患も 70 歳代では大阪府・全国平均と比較して多くなっています。(図 23～25)

図 23 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）



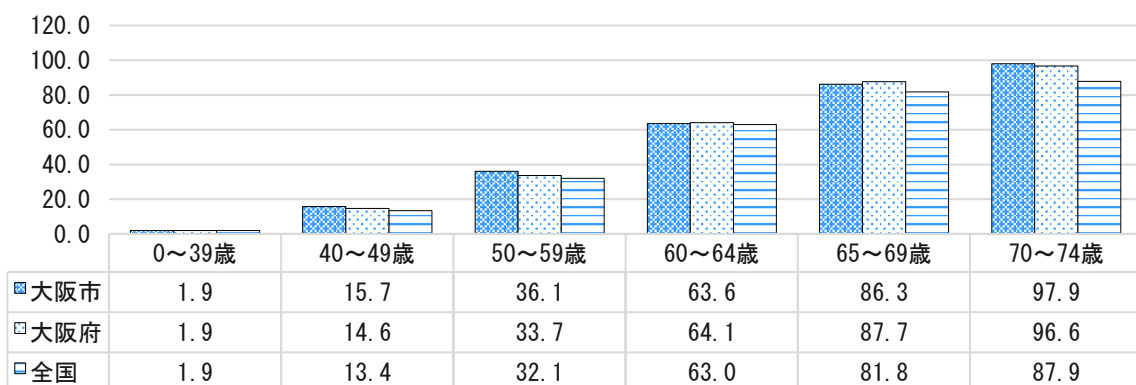
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）（令和 5 年 6 月 5 日抽出）

図 24 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）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）（令和 5 年 6 月 5 日抽出）

図 25 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）



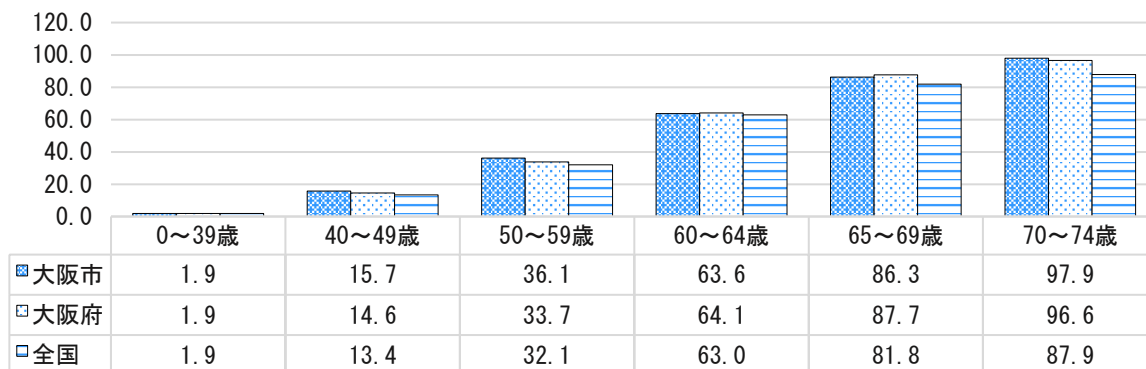
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）（令和 5 年 6 月 5 日抽出）

② 虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析

虚血性心疾患・脳血管疾患の年齢階級別被保険者千人当たりのレセプト件数では、総医療費と同様、60歳を過ぎると全国平均と比較して大阪市の値が多くなっています。(図26、27)

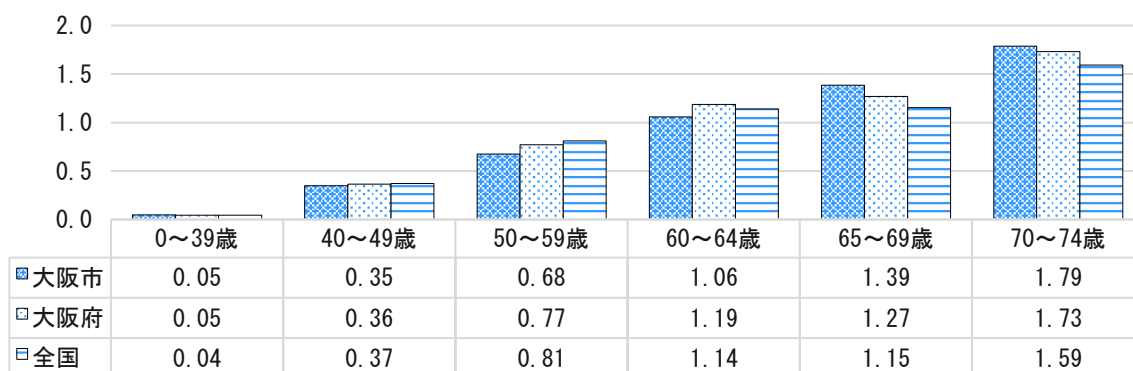
人工透析は、60歳代前半の千人当たりのレセプト件数が最も多くなっています。65歳以上では、人工透析新規患者数は増加しますが、障害認定により後期高齢者医療制度への加入が可能になるため、千人当たりのレセプト件数は減少しています。(図28、29) また、慢性腎臓病のうち、透析ありの医療費は透析なしと比較して6.4倍となっています。(表5)

図26 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）



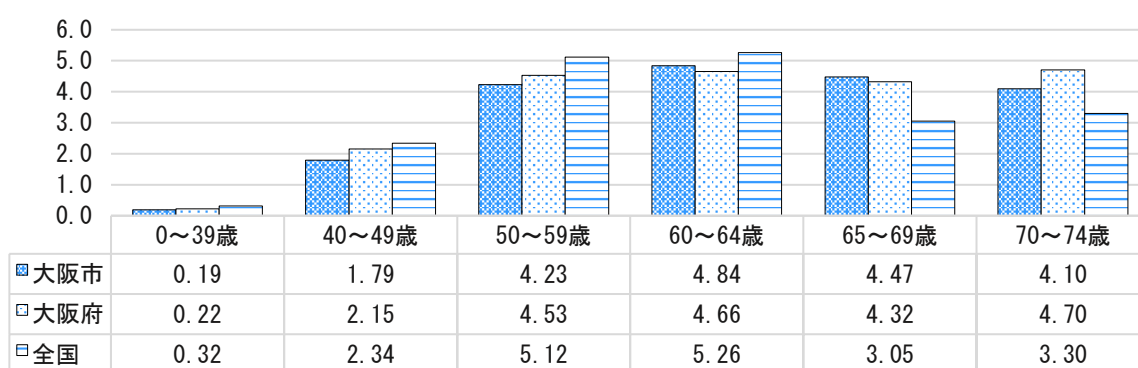
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）（令和5年6月5日抽出）

図27 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）



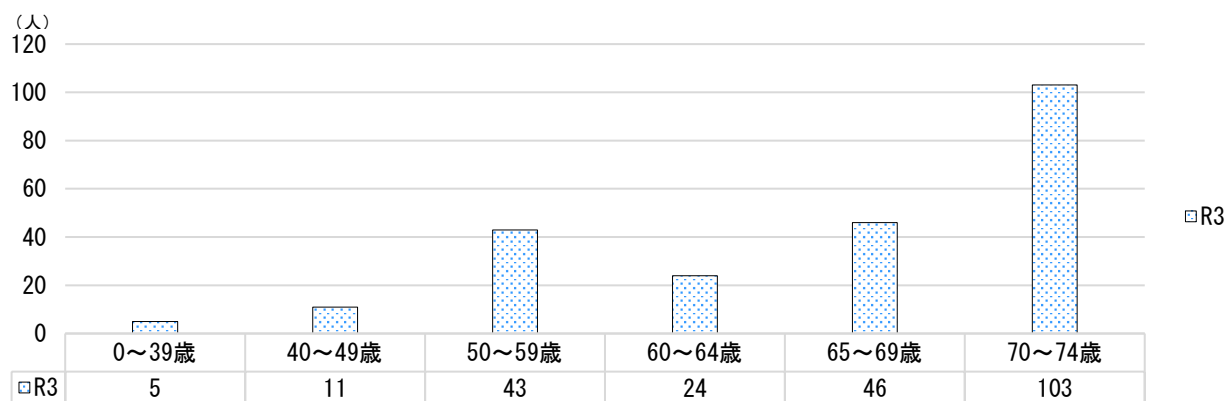
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）（令和5年6月5日抽出）

図28 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（人工透析・外来＋入院）（令和4年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小82分類）（令和5年6月5日抽出）

図 29 年齢階級別人工透析新規患者数（令和 3 年度）



資料：国保中央会集計

表 5 慢性腎臓病の透析の有無によるレセプト件数と 1 件当たり医療費の比較

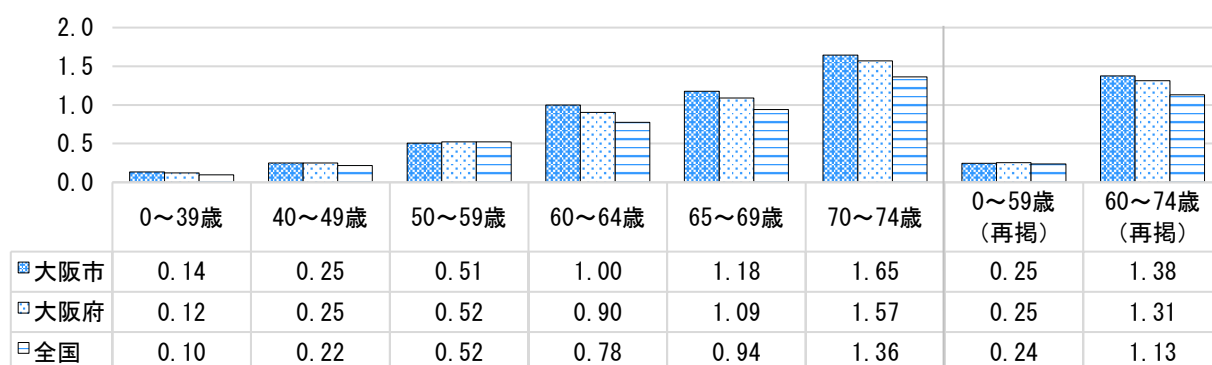
	レセプト件数 (件)	レセプト 1 件当たり 医療費 (円)
慢性腎臓病（透析あり）	18,901	454,447
慢性腎臓病（透析なし）	7,888	71,502

資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）（令和 5 年 6 月 5 日抽出）

③ 骨折

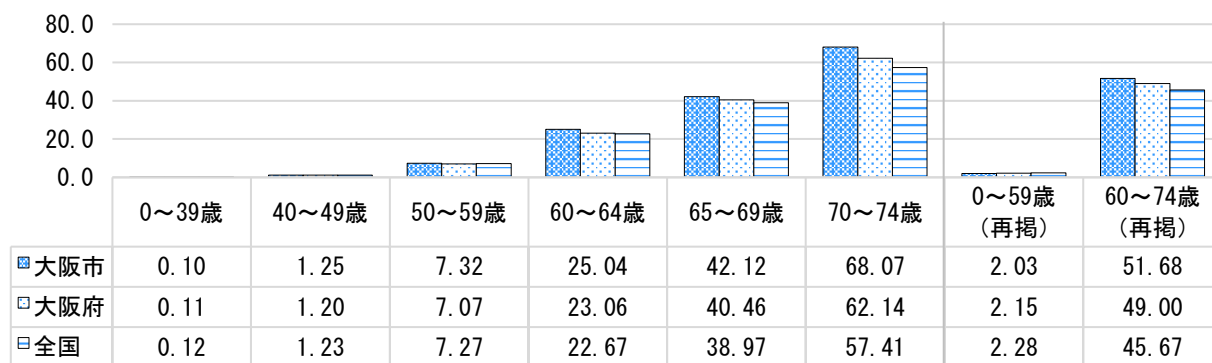
更年期以降の女性は、女性ホルモンの影響で骨粗しょう症になりやすく骨折のリスクが高くなります。女性の年齢階級別被保険者千人当たりのレセプト件数をみると、骨折（入院）、骨粗しょう症（外来）のいずれも 60 歳以上で増加し、大阪府・全国平均と比較して大阪市の値が多くなっています。（図 30、31）また、骨折及び骨粗しょう症の年齢階級別医療費は 60 歳代から急増しています。（図 32）

図 30 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）



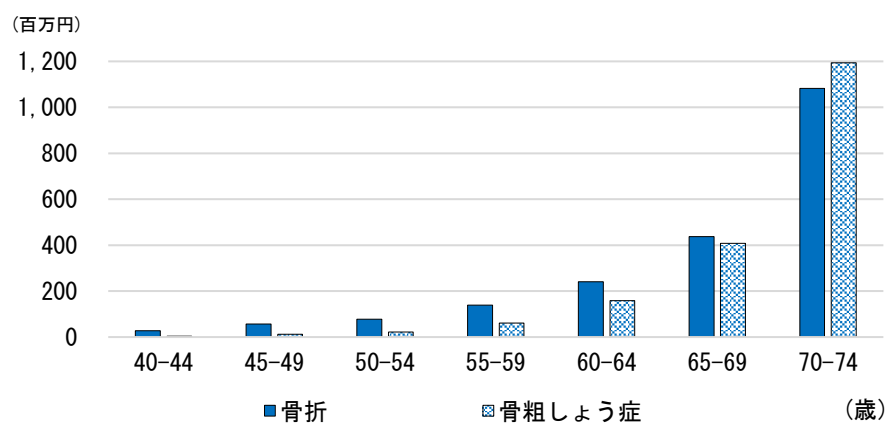
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

図 31 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）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

図 32 骨折及び骨粗しょう症の年齢階級別医療費（女性）（令和 4 年度）

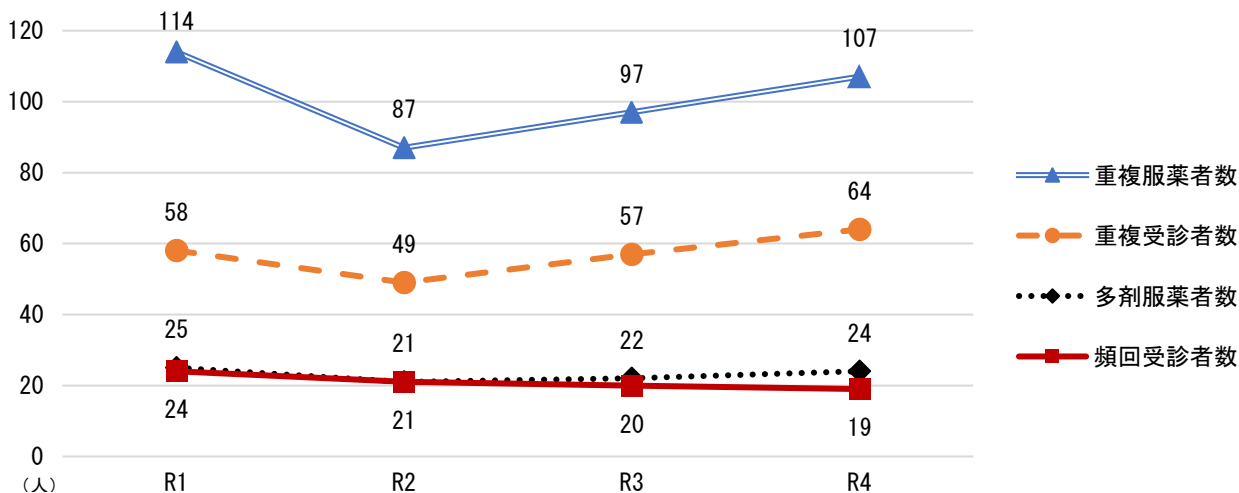


資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）

(4) 重複・頻回受診者等の状況

令和 2(2020) 年度は、新型コロナウイルス感染症拡大に伴う受診控え等の影響もあり該当者数は一旦減少しましたが、令和 3(2021) 年度以降、再度増加の傾向があります。(図 33)

図 33 被保険者 1 万人当たりの重複・頻回受診者等の該当者数



<抽出条件>

重複受診・・・同一月内に 5 医療機関以上 ※同一疾病とは限らない

頻回受診・・・同一月内、同一医療機関に 15 日以上

重複服薬・・・同一月内に「2 医療機関以上 2 薬剤以上」及び 「3 医療機関以上 1 薬剤以上」※同一薬効

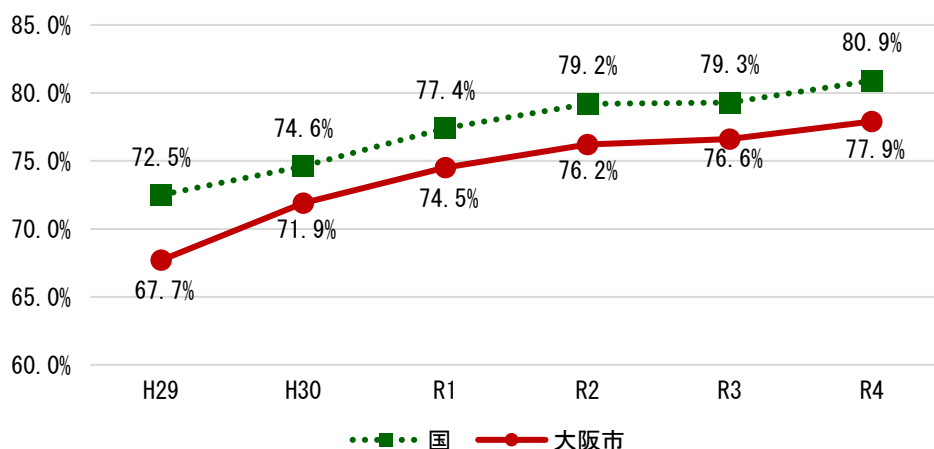
多剤服薬・・・同一月内に 15 剤以上

資料：KDB システム 重複・頻回受診の状況、重複・多剤処方の状況

(5) 後発医薬品の普及状況

後発医薬品の使用割合は全国平均を下回る状況が続いています。また、令和 3(2021) 年度以降は後発医薬品の供給不足の影響もあり伸びが鈍化しています。(図 34)

図 34 後発医薬品の使用割合（数量シェア）



※国においては、令和 5 年度末までに各都道府県で数量シェア 80%の達成を目標としている。

資料：(国) 厚生労働省「医療費のデータに関する見える化」、(大阪市) 国保連「保険者別統計資料」

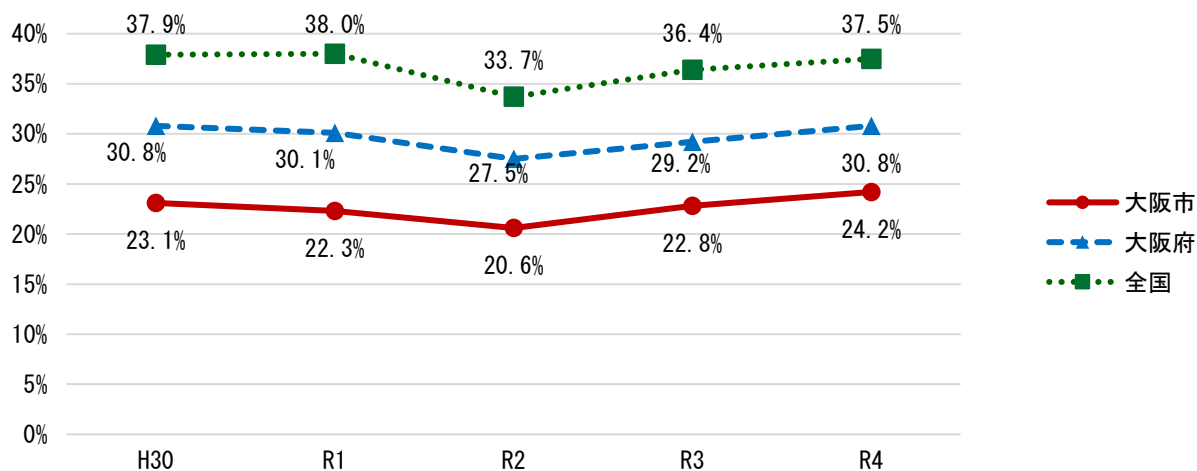
2 特定健康診査・特定保健指導等実施状況

(1) 特定健康診査の実施状況

大阪市の実施率は大阪府・全国平均と比較して依然として低い状況です。令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染症拡大に伴い全国的に実施率が低下しましたが、その後は回復傾向です。(図35)

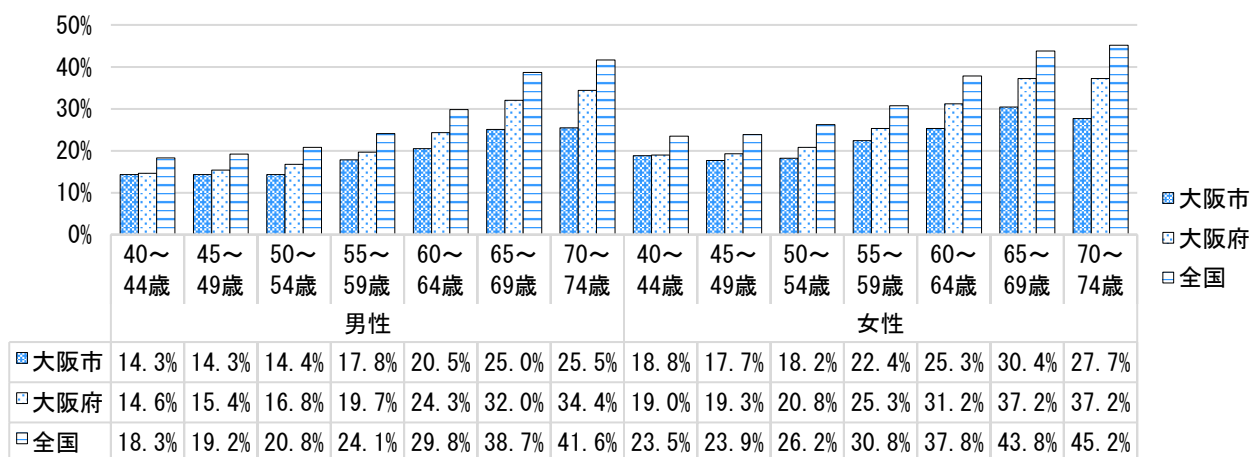
年齢階級別実施率でみると、すべての年代で大阪府・全国平均と比較して低いです。年代が上がるにつれてその差が大きくなっています。(図36)

図35 特定健康診査実施率の推移



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

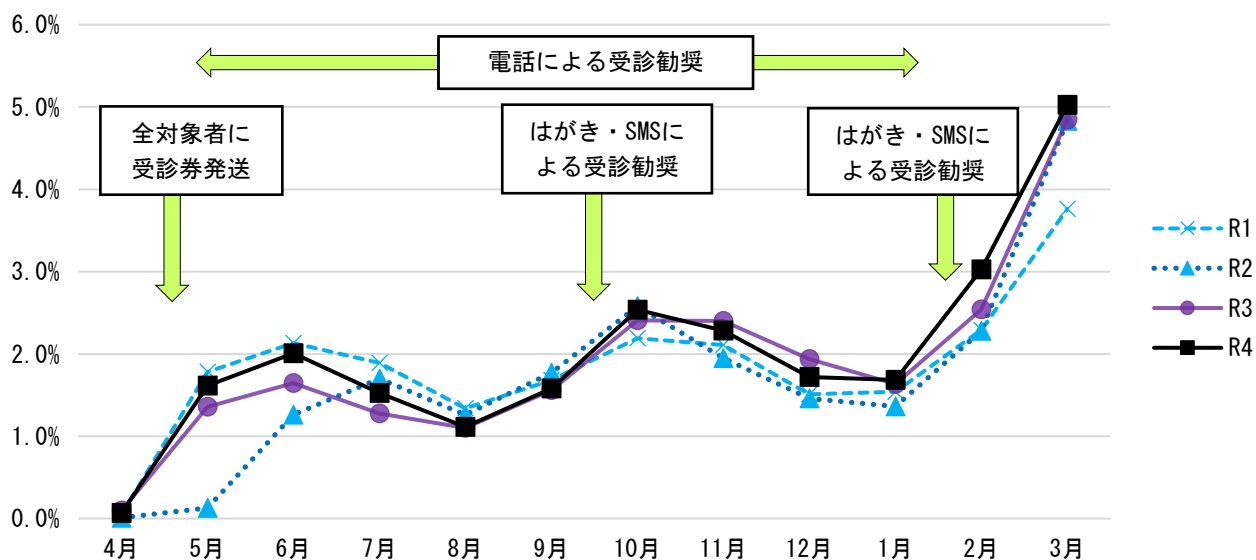
図36 性・年齢階級別特定健康診査実施率の全国、大阪府との比較（令和3年度）



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

月別の実施率は、8月と12月から1月にかけて実施率が落ち込み、3月が最も実施率が高くなっています。特定健康診査の個別受診勧奨では、5月～1月は電話による受診勧奨、9月と1月ははがき・SMS（ショートメッセージサービス）による受診勧奨（SMSは令和4(2022)年度より実施）、令和5(2023)年度からは12月にかかりつけ医からの受診勧奨を実施しています。（図37）

図37 月別特定健康診査実施率の推移



資料：特定健診等データ管理システム TKAC018 特定健診・特定保健指導進捗実績管理表

(2) 特定健康診査受診と医療機関受診の状況

令和元(2019)～令和3(2021)年度の3年間で、一度も特定健康診査を受けていない者は67.2%と高い割合になっています。（表6）このうち、医療機関を受診していない者は13.9%でした。（図38）

生活習慣病等1人当たり医療費をみると特定健康診査受診者より未受診者のほうが顕著に高くなっています。（表7）また、特定健康診査を受けない理由としては、「定期的にかかりつけ医に受診」が78.6%と最も多くなっています。（図39）

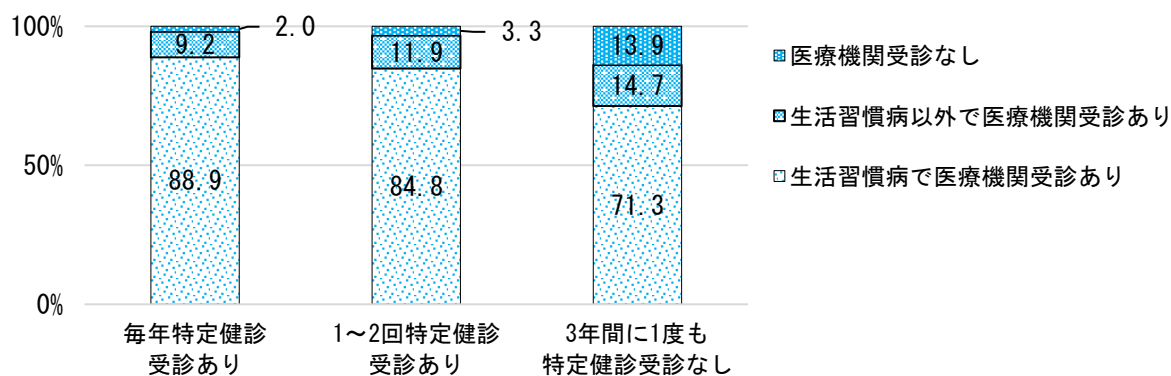
表6 大阪市国保被保険者の3年間の特定健康診査受診状況（令和元～3年度）

（単位：人）

	総 計		(内訳)					
			生活習慣病で医療機関受診あり		生活習慣病以外で医療機関受診あり		医療機関受診なし	
毎年特定健診受診あり	34,677	13.1%	30,820	88.9%	3,175	9.2%	682	2.0%
1～2回特定健診受診あり	52,523	19.8%	44,530	84.8%	6,273	11.9%	1,720	3.3%
3年間に1度も特定健診受診なし	178,360	67.2%	127,245	71.3%	26,263	14.7%	24,852	13.9%
総 計	265,560	100.0%	202,595	76.3%	35,711	13.4%	27,254	10.3%

資料：KDB システム被保険者管理台帳 令和元～3年度

図 38 特定健康診査受診回数別の医療機関受診状況



資料：KDB システム 介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）令和元～3 年度

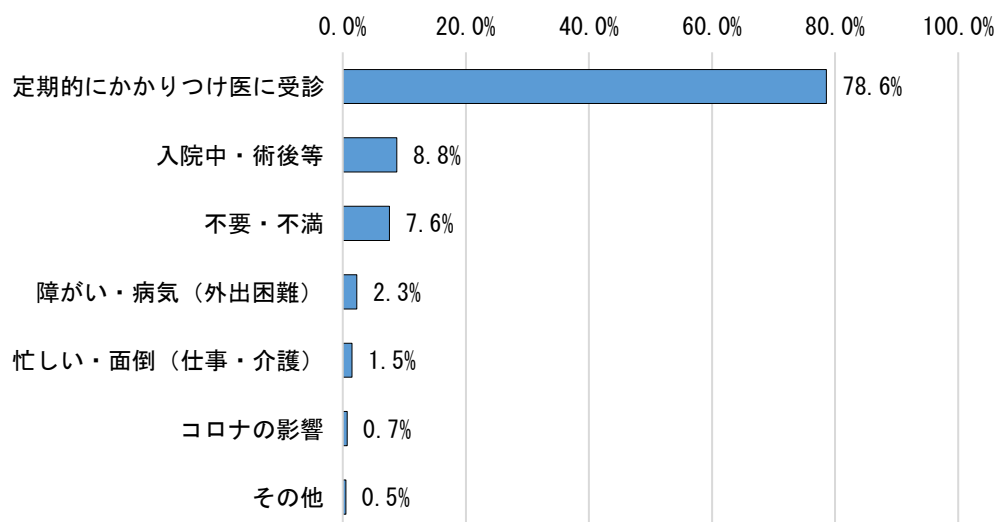
表 7 令和 4 年度 特定健康診査の受診者、未受診者における生活習慣病等 1 人当たり医療費（単位：円）

生活習慣病等 1 人当たり医療費 （入院＋外来）	特定健康診査受診者			特定健康診査未受診者		
	大阪市	大阪府	国	大阪市	大阪府	国
	3,361	4,439	6,142	45,584	43,964	40,210

※特定健康診査受診者・未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者（生活習慣病患者数）

資料：KDB システム 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和 5 年 7 月 21 日抽出）

図 39 令和 4 年度 特定健康診査未受診の理由（電話による受診勧奨対象者の受診拒否理由）



資料：特定健診受診勧奨 終了報告書

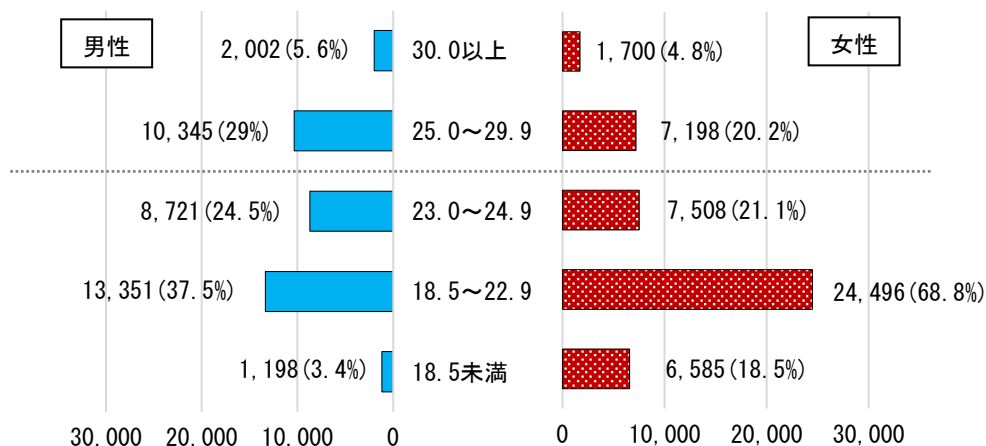
(3) 特定健康診査受診者における健康・生活習慣の状況

① 肥満・メタボリックシンドローム

BMI・腹囲の該当者は、女性よりも男性が多い状況です。(図 40、41)

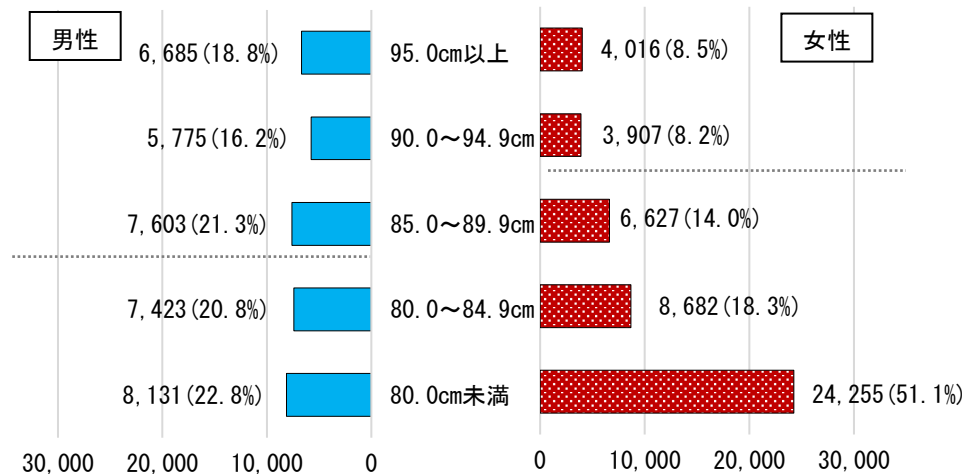
男女どちらも年齢とともにメタボ該当者の割合が増え、男性のメタボ該当者・予備群の出現率は約 50%です。(図 42、43)

図 40 BMI 区分別該当者数（令和 4 年度）（男性：n=35,617、女性：n=47,487、計：n=83,104）



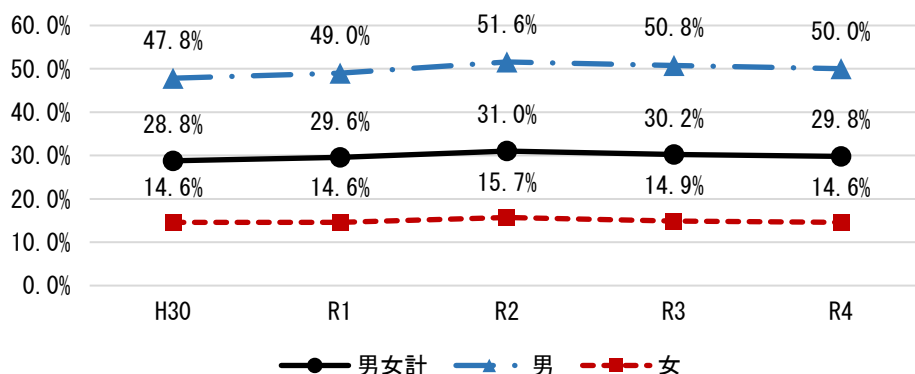
資料：KDB システム保健指導対象者一覧（令和 5 年 10 月 17 日抽出）独自集計

図 41 腹囲区分別該当者数（令和 4 年度）（男性：n=35,617、女性：n=47,487、計：n=83,104）



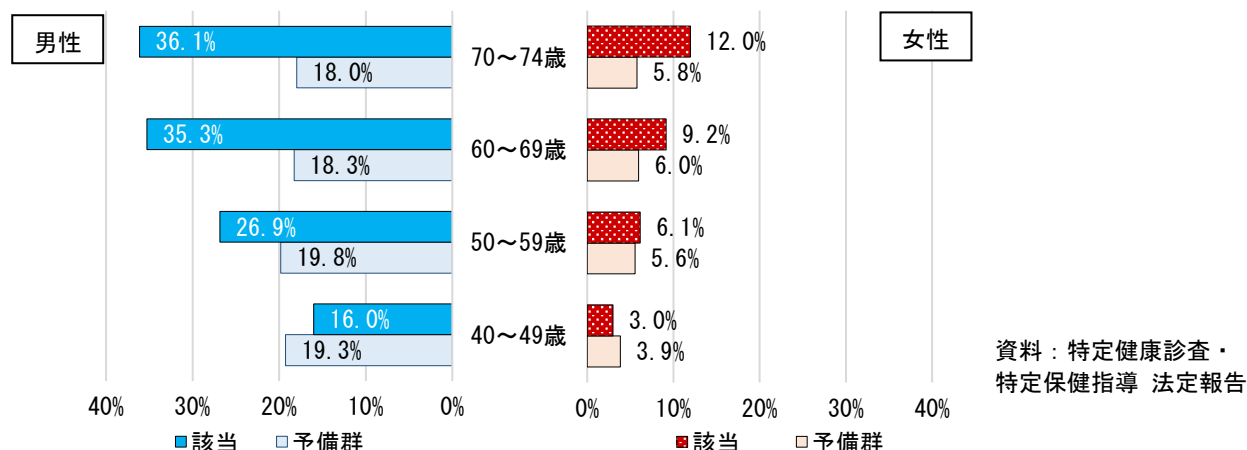
資料：KDB システム保健指導対象者一覧（令和 5 年 10 月 17 日抽出）独自集計

図 42 メタボ該当者・予備群の出現率の推移



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

図 43 性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合（令和 4 年度）



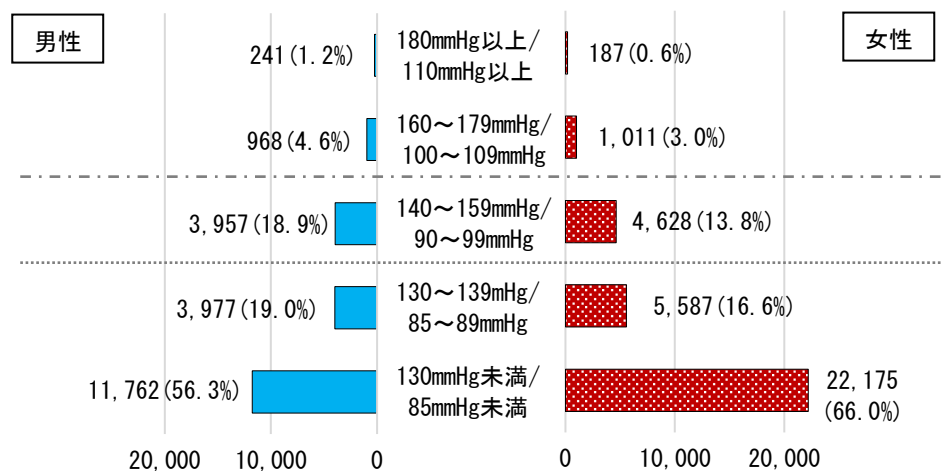
② 高血圧症

治療状況別の高血圧重症度別該当者数は、治療中の者で収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上のⅡ度高血圧以上に該当する者が、未治療者とほぼ同数程度存在しています。また、収縮期血圧 180mmHg 以上または拡張期血圧 110mmHg 以上のⅢ度高血圧で未治療の者が 45.9%存在しています。（図 44）

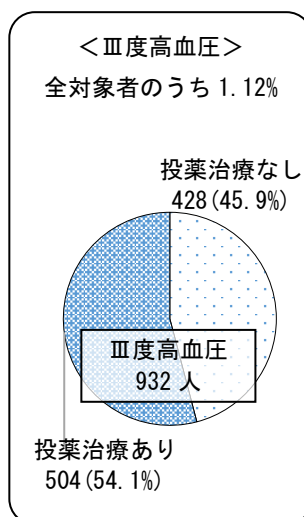
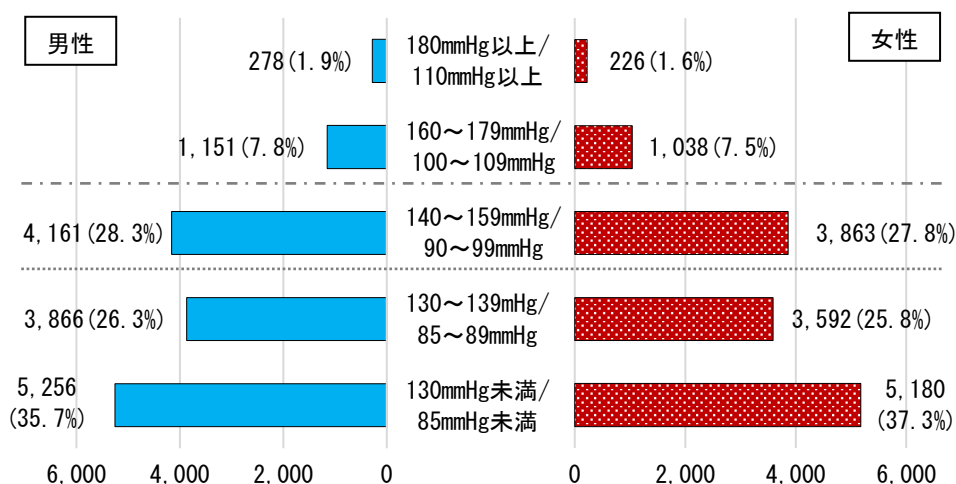
参考：血圧値の分類については P. 59 参照

図 44 治療状況別の高血圧重症度別該当者数（令和 4 年度）

<投薬治療なし>（男性：n=20,905、女性：n=33,588、計：n=54,493）



<投薬治療あり>（男性：n=14,712、女性：n=13,899、計：n=28,611）



資料：KDB システム保健指導対象者一覧（令和 5 年 10 月 17 日抽出）独自集計

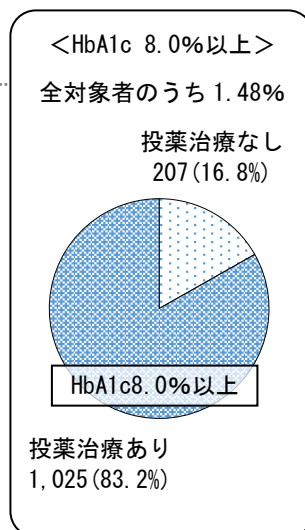
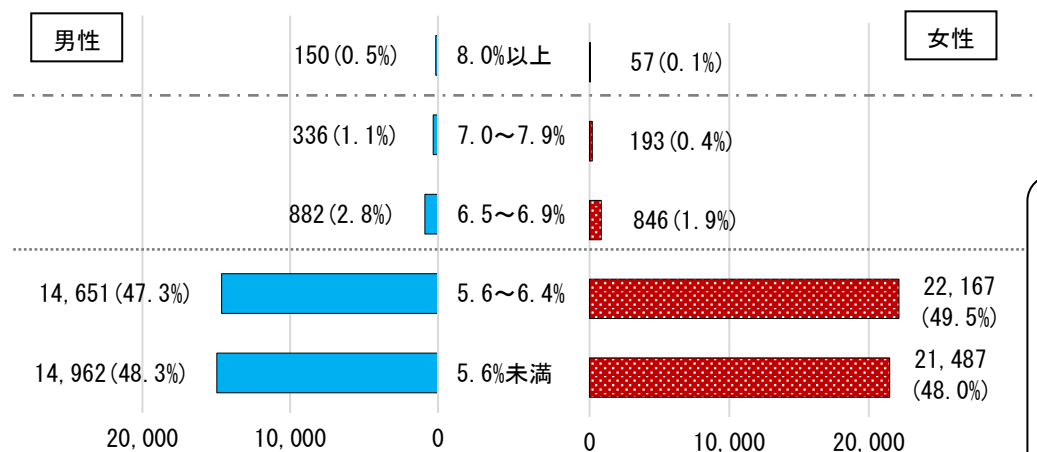
③ 糖尿病

HbA1c8.0%以上の者は全体で 1.48%となっており、投薬治療中の者では男性 14.8%、女性 11.1%と、女性より男性の方が多くなっています。(図 45、46)

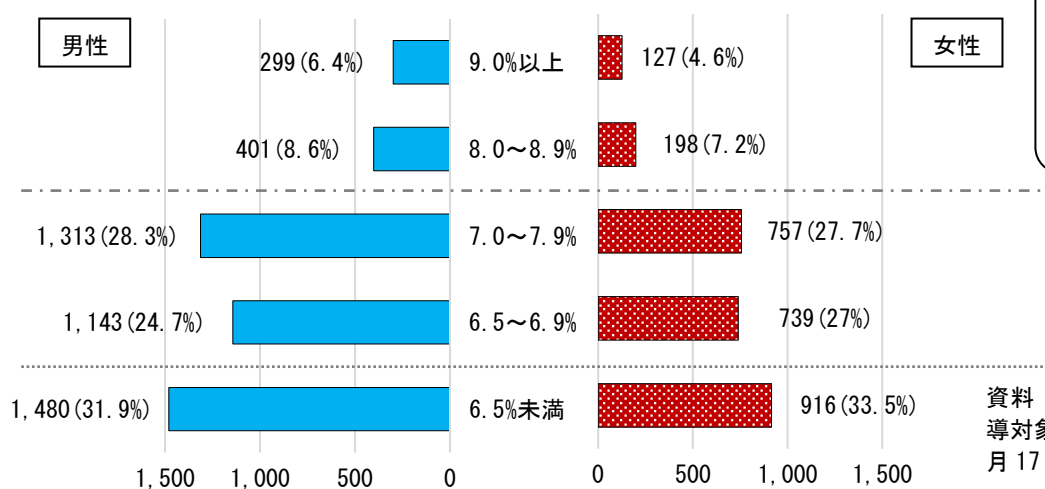
心血管疾患のリスクが急激に上昇する HbA1c6.5%以上では、糖尿病のレセプトがなく未受診の者が 17.5%存在します。(図 47、表 8)

図 45 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数（令和 4 年度）

<投薬治療なし>（男性：n=30,981、女性：n=44,750、計：n=75,731）

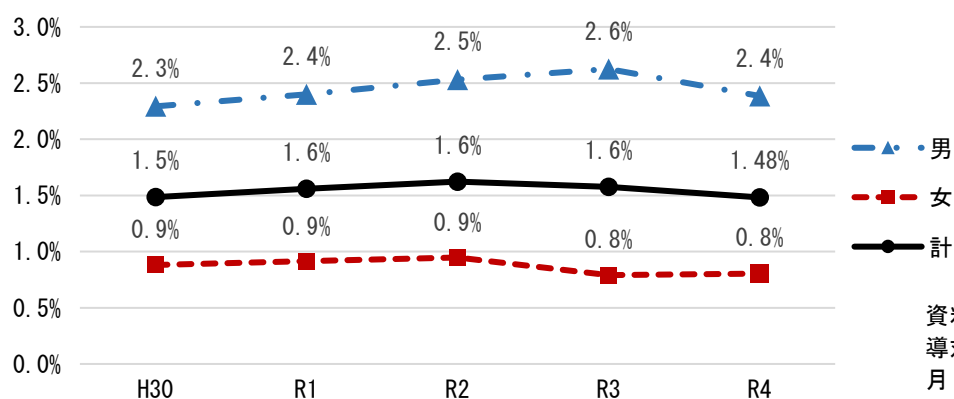


<投薬治療あり>（男性：n=4,636、女性：n=2,737、計：n=7,373）



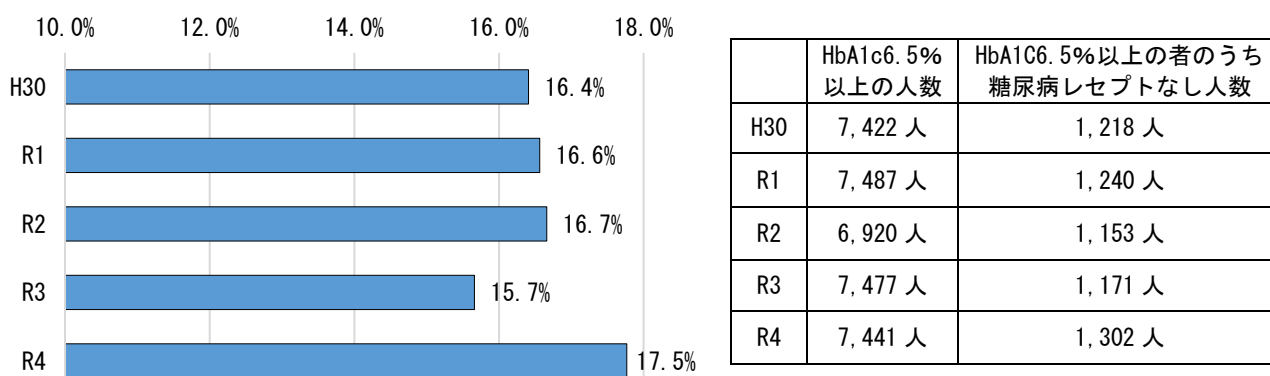
資料：KDB システム保健指導対象者一覧（令和 5 年 10 月 17 日抽出）独自集計

図 46 HbA1c : 8.0%以上の者の割合



資料：KDB システム保健指導対象者一覧（令和 5 年 10 月 17 日抽出）独自集計

図 47・表 8 HbA1c 6.5%以上の者のうち糖尿病レセプトがない者の割合及び人数



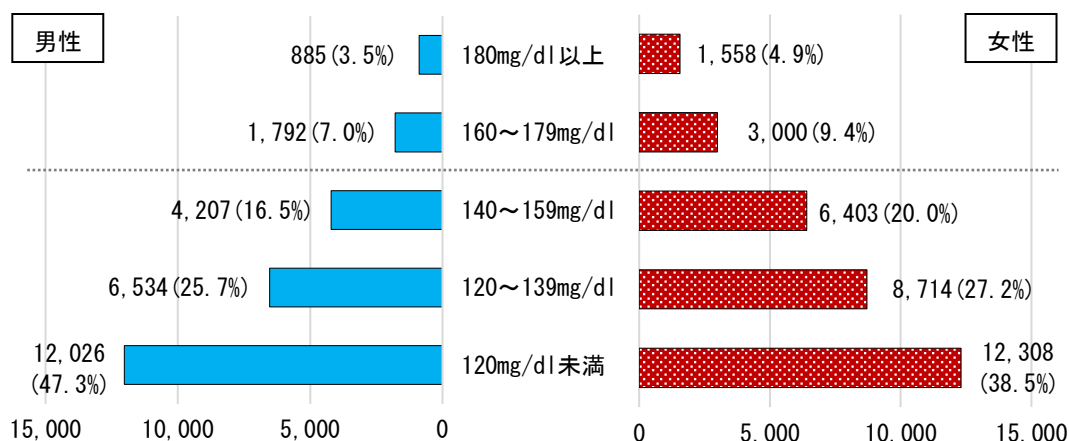
資料：KDB システム 集計対象者一覧（平成 30～令和 4 年度）

④ 脂質異常症

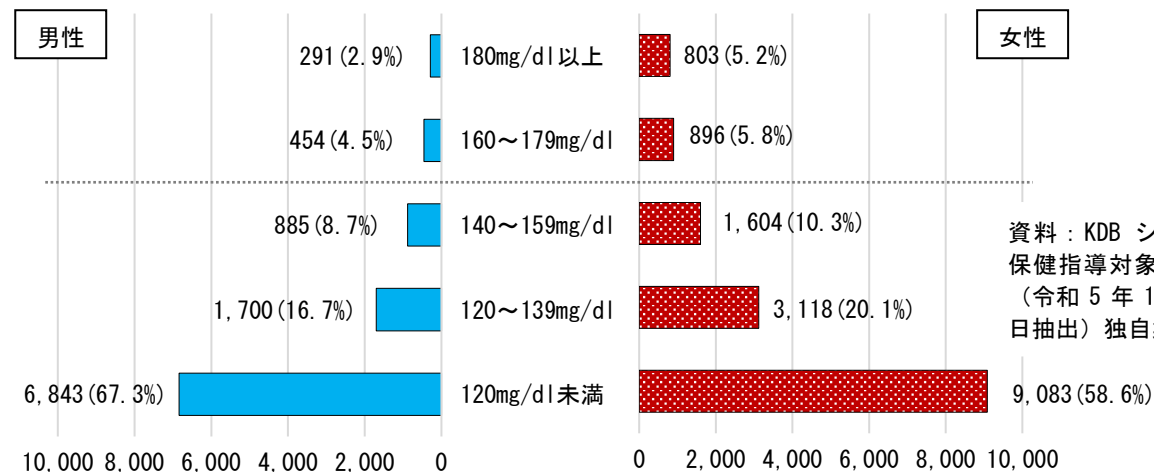
治療状況別の高 LDL コレステロール血症重症度別該当者は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022」の低リスクのコントロール目標である 160 mg/dl を超えている者が治療中、未治療ともに 10%前後存在し、いずれも女性の方が多くなっています。（図 48）

図 48 治療状況別の高 LDL コレステロール血症重症度別該当者（令和 4 年度）

<投薬治療なし>（男性：n=25,444、女性：n=31,983、計：n=57,427）



<投薬治療あり>（男性：n=10,173、女性：n=15,504、計：n=25,677）



資料：KDB システム
保健指導対象者一覧
（令和 5 年 10 月 17
日抽出）独自集計

⑤ 腎不全（慢性腎臓病）

慢性腎臓病（CKD）の重症度分類において、死亡・末期腎不全・心血管死亡発症のリスクが最も高いとされる赤いステージの者は1.0%前後で推移しています。（表9）

参考：CKDの重症度分類についてはP.59参照

表9 特定健康診査実施者のCKDの重症度分類

ステージの色分け	緑	黄	オレンジ	赤	未測定	総計
H30	68.4%	22.1%	7.1%	2.2%	0.2%	100.0%
R1	67.2%	22.9%	7.4%	2.3%	0.2%	100.0%
R2	66.8%	23.5%	7.2%	2.4%	0.2%	100.0%
R3	66.7%	23.2%	7.9%	2.0%	0.2%	100.0%
R4	65.5%	24.6%	7.4%	2.4%	0.1%	100.0%

資料：KDB システム 集計対象者一覧（平成30～令和4年度）

(4) 特定保健指導の実施状況

大阪市は、特定保健指導の利用率・実施率※ともに年々微増していますが、大阪府・全国平均と比較して極めて低い状況です。（図49、50）特定保健指導利用者のうち翌年度は特定保健指導対象者ではなくなった者の割合は令和4（2022）年度で22.5%でした。（図51）

また、特定保健指導を利用しない理由として「かかりつけ医に診てもらっている」「自己管理する」が上位となっています。（図52）

※利用率：特定保健指導の初回面接を利用した者の割合

実施率：特定保健指導の最終評価まですべて終了した者の割合

図49 特定保健指導の利用率の推移

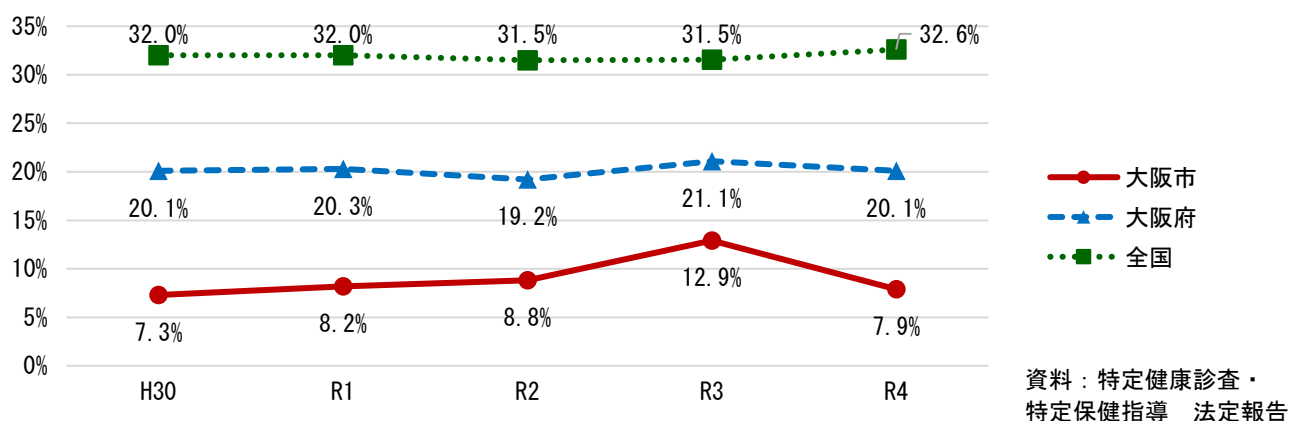


図50 特定保健指導実施率の推移

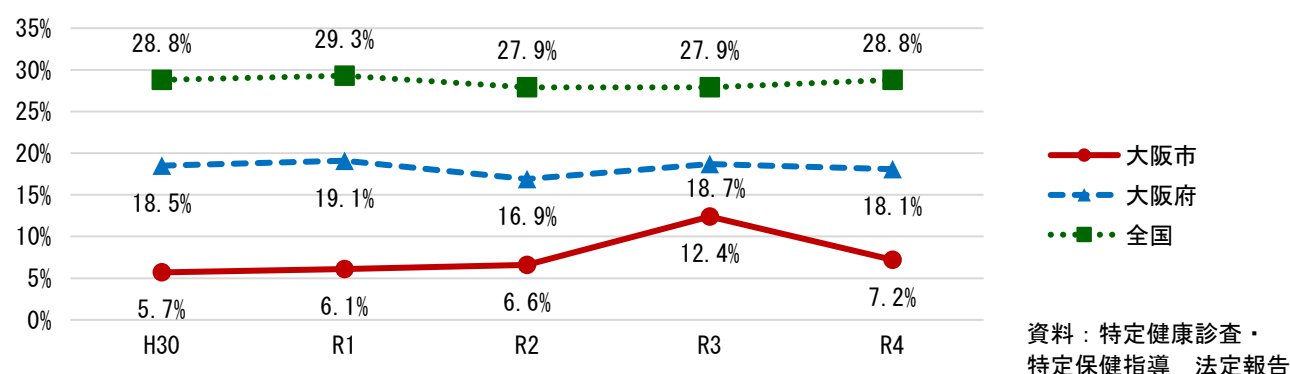
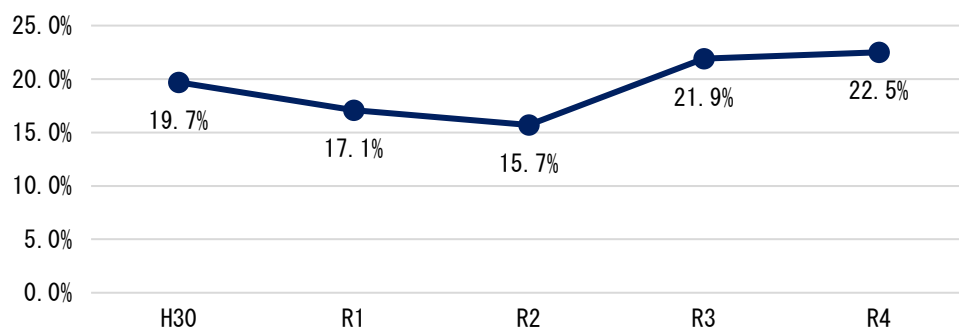
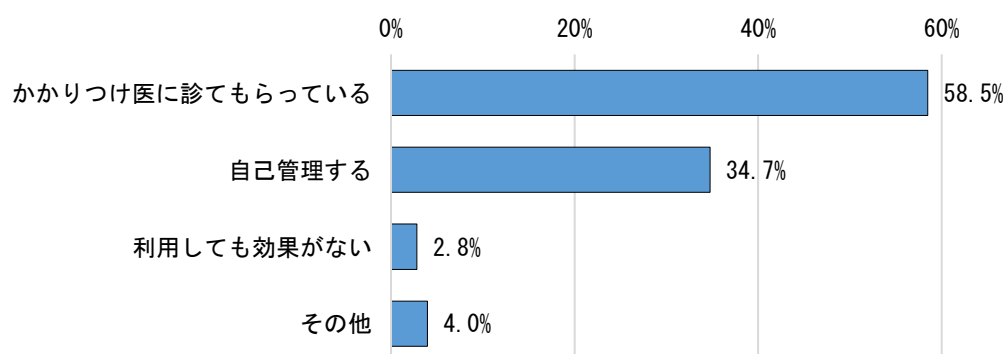


図 51 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の推移



資料：特定健康診査・
特定保健指導 法定報告

図 52 令和 4 年度 特定保健指導を利用しない理由（電話による利用勧奨対象者の利用拒否理由）



資料：特定保健指導利用勧奨 終了報告書

3 データ分析と健康課題

被保険者の健康の保持増進と疾病予防及び医療費適正化の観点から現状分析を行い、健康課題を次頁にまとめています。特に以下の A～D について、重点的に対策を行っていく必要があります。

- 【A】生活習慣病（メタボ）対策
- 【B】生活習慣病等重症化予防対策
- 【C】女性の骨折予防対策
- 【D】適正受診の促進と医療費負担の軽減対策

データ分析		健康課題	対策の方向性
特定健康診査 - 令和 4 (2022) 年度特定健康診査実施率は 24. 2%。(P. 29) 3 年間で一度も特定健康診査を受けていない者の割合は 67. 2%。(P. 30)	課題 1	生活習慣病の予防や早期発見の機会となる特定健康診査の実施率が低い。	A 生活習慣病（メタボ）対策
メタボリックシンドローム - 令和 4 (2022) 年度特定保健指導実施率 7. 2%。(P. 36) - 年齢とともにメタボ該当者が増加し、男性のメタボ該当者・予備群の出現率が約 50%。(P. 32、33)	課題 2	メタボ該当者が多数いるが、生活習慣の改善が必要な者への保健指導ができていない。	
生活習慣病 - 国保総医療費の 34. 5%を占める。(P. 21) - 千人当たりのレセプト件数は全国平均より少ないが、1 件当たりの医療費は全国平均より高い。(P. 22)	課題 3	生活習慣病 1 件当たりの医療費が高く、重症化してから医療にかかっている可能性がある。	B 生活習慣病等重症化予防対策
脳血管疾患・虚血性心疾患 入院レセプト件数は、60 歳を過ぎると全国平均より多くなっている。(P. 25)		生活習慣病の重症化が大きな原因となる脳血管疾患や虚血性心疾患の入院が 60 歳以降で多い。	
高血圧症 - 高血圧症は国保総医療費の第 5 位。(P. 22) Ⅲ度高血圧のうち 45. 9%が未治療。(P. 33)		高血圧症や糖尿病は未治療または未受診者が多数いる一方で、総医療費に占める割合が高い。	
糖尿病 - 糖尿病は国保総医療費の第 2 位。(P. 22) - HbA1c6. 5%以上のうち 17. 5%が未受診。(P. 35)			
慢性腎臓病（人工透析） - 大阪市の腎不全の標準化死亡比は、大阪府・全国平均より高い。(P. 7) - 慢性腎臓病（透析あり）は国保総医療費の第 3 位。(P. 22) - 慢性腎臓病のうち、透析ありのレセプト 1 件当たりの医療費は透析なしの 6. 4 倍。(P. 26)		人工透析に係る医療費が高額であり、腎不全の死亡率が高い。	

骨折

課題 5

- ・介護・介助が必要になった原因は骨折・転倒が最多。(P. 9)
- ・骨折は国保総医療費の第10位で、平成28(2016)年度と比較して総医療費が増加。(P. 22)
- ・千人当たりレセプト件数は、女性の骨折(入院)と骨粗しょう症(外来)のいずれも60歳以上で増加。(P. 26、27)
- ・女性は60歳代から骨折や骨粗しょう症の医療費が急増。(P. 27)

要介護状態になる大きな原因である骨折の医療費は、60歳以上の女性で急増している。

C
女性の骨折予防対策

重複・頻回受診等

課題 6

- ・令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染症流行に伴う受診控え等の影響もあり、該当者数は一旦低下したが、令和3(2021)年度以降、新型コロナウイルス感染症対策の緩和等に伴い、再度上昇する傾向がある。(P. 28)

重複・頻回受診者、重複・多剤服薬者の不適切な受診や服薬が医療費増加の一因となっている。

D
適正受診の促進と医療費負担の軽減対策

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及

- ・後発医薬品の使用割合は全国平均を下回る。
- ・令和3(2021)年度以降は後発医薬品の供給不足の影響もあり伸びが鈍化。(P. 28)

後発医薬品の供給不足も要因の一つとして挙げられるが、普及率が伸び悩んでいる。

4 健康課題に対応する保健事業及び目標値

対策の方向性		保健事業		目標値（令和11(2029)年度）	
		アウトプット		アウトカム	
生活習慣病（メタボ）対策	特定健康診査実施率向上事業	受診勧奨実施率	100%	特定健康診査実施率	33%
	生活習慣病（メタボ）予防対策事業	特定保健指導実施率	15%	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	男性 45%以下 女性 12%以下
				特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	25%以上
		39歳以下の健康づくり支援事業実施者数	100人以上		
生活習慣病等重症化予防対策	高血圧症・糖尿病・腎機能低下者の重症化予防事業（ハイリスクアプローチ）	受診勧奨実施率	100%	収縮期血圧 180mmHg 以上または拡張期血圧 110mmHg 以上の者の割合	0.8%以下
				HbA1c8.0%以上の者の割合	1.3%以下
				CKD の重症度分類において最重度ステージ【赤】の者の割合	2.0%以下
	糖尿病性腎症重症化予防事業	保健指導実施者数	60人以上	HbA1c6.5%以上で糖尿病のレセプトがない者の割合	15%以下
		事業対象者の糖尿病受診率	40%以上		
		治療中断者の糖尿病受診率	15%以上		
女性の骨折予防対策	女性の骨折予防対策事業	骨粗しょう症検診受診勧奨実施率	100%	60～74歳女性千人当たりの骨折入院レセプト件数	1.3件以下
医療費負担の軽減と適正受診の促進	重複・頻回受診者等健康教育啓発事業	リーフレットの送付及び保健指導の実施	2,000件	啓発による改善率	75%以上
	後発医薬品の普及促進事業	通知書作成件数	117,000件	後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及率（数量ベース）	80%以上

第5章

保健事業計画

健康課題の解決のために実施する事業の概要は以下のとおりです。

1 特定健康診査実施率向上事業		
目的	特定健康診査の実施率を向上させ、総医療費の上位を占める生活習慣病の早期発見や予防及び改善につなげる。	
対象者	40～74歳の被保険者	
実施計画	ア 周知啓発 ・対象者全員に特定健康診査受診券と利用案内等を送付 ・広報紙等の活用や他機関と連携した広報活動 イ 付加価値を高めた受診促進 ・がん検診との同時実施、<u>特定健康診査実施項目を含んだ1日人間ドック※1</u>及び健康づくり支援事業※2の利用促進（R6年度新規） ウ 受診行動の促進 ・健診費用の無償化を継続、おおさか健活マイレージ「アスマイル」の活用（独自ポイントの付与）（R6年度新規） エ 未受診者への受診勧奨（郵送・SMS） ・未受診者の特性に合わせた効果的・効率的な個別受診勧奨の強化（R6年度拡大）	
今後の方向性	・受診勧奨対象者に合わせたより効果的な勧奨方法の検討 ・よりよい受診環境の整備の検討	
評価指標	目標値	
	アウトプット	アウトカム
	未受診者への受診勧奨実施率	特定健康診査実施率
令和4年度 （計画策定時）	68.8%	24.2%
令和6年度	100%	28%
令和7年度	100%	29%
令和8年度	100%	30%
令和9年度	100%	31%
令和10年度	100%	32%
令和11年度	100%	33%

※1 1日人間ドック

特定健康診査と同等の検査項目のほか、がんや心臓病等を早期発見するための検査を実施する。

費用：30～39歳 14,000円、40～74歳 10,000円、無料対象年齢（40・45・55・65歳）

※2 健康づくり支援事業（次項参照）

2 生活習慣病（メタボ）予防対策事業					
目的	保健指導や運動指導等により生活習慣改善を促し、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させることで生活習慣病を予防する。				
対象者	ア 特定健康診査の結果、特定保健指導に該当した者 イ 18 歳以上の被保険者				
実施計画	ア 特定保健指導実施率向上対策 ・ 特定保健指導利用勧奨通知の送付（R6 年度新規） ・ 広報紙等を活用した周知啓発 ・ 特定健康診査当日における初回面接の同時実施を推進 イ 健康づくり支援事業※2 ・ 検査結果や体力測定の結果から個人に合わせた運動・栄養指導等実施				
今後の方向性	ア 特定保健指導実施率向上対策 ・ より効果的な利用勧奨方法の検討 イ 健康づくり支援事業 ・ 取扱医療機関の拡充 ・ 実施項目の検討				
評価指標	目標値				
	アウトプット		アウトカム		
	特定保健指導実施率	39 歳以下の健康づくり支援事業利用者数	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	
				男性	女性
令和 4 年度（計画策定時）	7.2%	61 人	22.5%	50.0%	14.6%
令和 6 年度	10%	100 人以上	25%以上	45%以下	12%以下
令和 7 年度	11%				
令和 8 年度	12%				
令和 9 年度	13%				
令和 10 年度	14%				
令和 11 年度	15%				

※ 前年度の特定保健指導利用者のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった人の割合

※2 健康づくり支援事業

若い世代から健康に対する意識を高めるため、18 歳以上を対象に特定健康診査と同等の検査項目や体力測定を実施し、個人に合わせた運動・栄養指導などを行う。費用：3,100 円

3 高血圧症・糖尿病・腎機能低下者の重症化予防事業（ハイリスクアプローチ）				
目的	早期受診が必要と思われる未治療者に対して受診勧奨を行い適切な治療に結び付けるとともに、保健指導により生活習慣の改善を促し生活習慣病の重症化を予防する。			
対象者 (R5年度の基準)	特定健康診査の結果、次のいずれかに該当する者（ただし、特定保健指導及び糖尿病性腎症重症化予防事業対象者は除く） <高血圧症> 収縮期血圧 160mmHg 以上または拡張期血圧 100mmHg 以上かつ問診項目において「血圧を下げる薬」の使用がないと回答した者 <糖尿病> HbA1c 7.0%以上かつ問診項目において「血糖を下げる薬」または「インスリン注射」の使用がないと回答した者 ※HbA1c 検査なしの場合は空腹時血糖 130mg/dl 以上 <腎機能低下> 服薬なしの者のうち eGFR（推算糸球体濾過量）60ml/分/1.73 m²未満かつ尿蛋白（+）以上の者			
実施計画	・保健師による個別受診勧奨及び保健指導の実施 ・受診が確認できない場合、1～2 か月後に 2 回目の受診勧奨実施 ・汎用性の高い行動変容プログラムに基づくリーフレットの活用			
今後の方向性	・より分かりやすいリーフレットの作成 ・対象者の選定基準の検討			
評価指標	目標値			
	アウトプット	アウトカム		
	受診率 (高血圧症、糖尿病、腎機能低下者の合算)	高血圧症	糖尿病	腎機能低下者
		収縮期血圧 180mmHg 以上または拡張期血圧 110mmHg 以上【Ⅲ度高血圧】の者の割合（内服者を含む）	HbA1c8.0%以上の者の割合（内服者を含む）	CKD の重症度分類において最重度ステージ【赤】の者の割合（内服者を含む）※
令和 4 年度 (計画策定時)	57.7%	1.12%	1.48%	2.4%
令和 6 年度 ～ 令和 11 年度	60%以上	0.8%以下	1.3%以下	2.0%以下

※「CKD の重症度分類において最重度ステージ【赤】の者（内服者を含む）」については、次項「糖尿病性腎症重症化予防事業」における共通の評価指標として用いる。

参考：血圧値の分類及び CKD の重症度分類については P. 59 参照

4 糖尿病性腎症重症化予防事業					
目的	糖尿病未治療者のうち糖尿病性腎症の疑いがある者に対して受診勧奨及び保健指導を行うこと及び、糖尿病治療中断の疑いがある者へ受診勧奨を行うことで腎不全や人工透析への移行を抑止し、被保険者の QOL の維持向上及び高額な医療費を抑制する。				
対象者 (R5 年度の基準)	ア 前年度の特健康診査実施者のうち、以下の①～③を満たす者 ①HbA1c6.5%以上 または 空腹時血糖 126mg/dl 以上 ②尿蛋白(+)以上 または eGFR15 以上 60 未満 ③糖尿病未受診(直近 3 か月間のレセプトを確認) イ 糖尿病治療を中断していると思われる者				
実施計画	ア 糖尿病受診勧奨及び個別保健指導(外部委託) ・対象者全員に案内を送付した後、電話により個別勧奨実施 ・かかりつけ医の指示のもと、生活習慣改善に向けた 6 か月間の保健指導を実施 イ 糖尿病治療中断者への受診勧奨(R5 年度開始) ・レセプト情報から糖尿病治療中断者を抽出し、受診勧奨リーフレットを送付				
今後の方向性	ア 糖尿病受診勧奨及び個別保健指導 ・事業対象者の選定基準の見直し ・受診や個別保健指導への参加につながる勧奨方法を検討 ・事業の質の向上のため、委託業者との連携内容や時期を検討 イ 糖尿病治療中断者への受診勧奨 ・対象者の抽出条件の見直し ・より分かりやすいリーフレットの作成				
評価指標	目標値				
	アウトプット			アウトカム	
	保健指導 実施者数 (終了者数)	事業対象者の 糖尿病 受診率	治療中断者の 糖尿病 受診率	HbA1c6.5%以上 で糖尿病のレセ プトがない者の 割合	CKD の重症度分類に おいて最重度ステージ 【赤】の者の割合 (内服者を含む)※
令和 4 年度 (計画策定時)	22 人	25.0%	—	17.5%	2.4%
令和 6 年度 ～ 令和 11 年度	60 人以上	40%以上	15%以上	15%以下	2.0%以下

※「CKD の重症度分類において最重度ステージ【赤】の者(内服者を含む)」については、前項「腎機能低下者の重症化予防事業(ハイリスクアプローチ)」における共通の評価指標として用いる。

参考：CKD の重症度分類については P. 59 参照

5 女性の骨折予防対策事業（R6 年度新規）			
目的	女性の骨粗しょう症検診受診を促し、要治療者を早期に見つけ治療につなげることで骨粗しょう症の悪化による骨折入院を減らし、健康寿命の延伸及び医療費の適正化を図る。		
対象者	40 歳以上の女性の被保険者		
実施計画	・ 骨粗しょう症検診の周知啓発（特定健康診査受診券発送時に受診勧奨文を同封） ・ 50 歳、55 歳女性への受診勧奨		
今後の方向性	・ より効果的な受診勧奨の対象者選定と勧奨方法の検討 ・ 対象者にとって分かりやすい受診勧奨文書の作成		
評価指標	目標値		
	アウトプット	アウトカム	
	骨粗しょう症検診 受診勧奨実施率	60-74 歳女性千人当たりの 骨折入院レセプト件数	
令和 4 年度 (計画策定時)	－	1.38 件	
令和 6 年度 と 令和 11 年度	100%	1.3 件以下	

6 重複・頻回受診者等健康教育啓発事業			
目的	重複・頻回受診者、重複・多剤服薬者にリーフレットの送付や保健指導を実施し、適正受診、適正服薬についての啓発の取組を行うことで、医療費の適正化に繋げる。		
対象者	重複受診者：3 か月連続して1 か月に同一疾病での受診医療機関が3 か所以上ある者 頻回受診者：3 か月連続して1 か月に同一医療機関での受診が15 日以上ある者 重複服薬者：3 か月連続して1 か月に同一診療科等を2 か所以上受診し、同じ効能効果を持つ医薬品を処方されている者 多剤服薬者：3 か月連続して1 か月に同一医療機関での処方が10 剤以上ある者		
実施計画	・改善に向けての啓発リーフレットを送付 ・より改善の必要性が高い者については電話による保健指導を実施		
今後の方向性	・リーフレットの送付と保健指導を一体的に実施 ・訴求性を高めるため、リーフレットに「受診服薬情報」を同封		
評価指標	目標値		※リーフレット送付及び保健指導の実施後において条件抽出の対象外となった割合
	アウトプット	アウトカム	
	実施者数	改善率※	
令和4年度 (計画策定時)	<リーフレット> 重複受診：1,146 人 頻回受診：535 人 <保健指導>73 人 合計 1,754 人	<リーフレット> 重複受診：57.5% 頻回受診：64.8% <保健指導>24.7% 合計 59.3%	
令和6年度 ～ 令和11年度	2,000 人	75%以上	

7 後発医薬品の普及促進事業			
目的	被保険者に後発医薬品の情報提供（切り替えによる自己負担額の差額、後発医薬品の品質や使用促進の意義等）を行うことにより、被保険者がより安価な後発医薬品を選択できるように促し、また、各種媒体を利用した普及促進を行うことで自己負担額や保険者負担額の軽減に繋げ、医療費の抑制を図る。		
対象者	ア 処方された医薬品（抗がん剤等を除く）において、投薬期間が7日以上で、後発医薬品に切り替えることにより100円以上の差額が生じる被保険者 イ 被保険者		
実施計画	ア 後発医薬品差額通知事業 ・「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」（差額通知）の送付 イ 後発医薬品の普及啓発 ・医療費通知に同封する広報物や国民健康保険制度案内パンフレットに、切り取りできる「ジェネリック医薬品希望カード」を掲載 ・大阪市ホームページや区広報紙等を活用		
今後の方向性	ア より分かりやすい表現やレイアウトを用いて差額通知を作成 イ より分かりやすい広報物の作成		
評価指標	目標値		※ 後発医薬品の数量／（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量） 令和6年度以降の作成件数については、後発医薬品の供給不足が解消されていくことを想定し、過去実績に基づき算定。 また、普及率は新たな政府目標（令和5年度中に見直し予定）を踏まえ設定することから、当面の間は数量ベースの80%を目標とする。
	アウトプット	アウトカム	
	通知書作成件数	後発医薬品普及率（数量ベース）※	
令和4年度 （計画策定時）	99,453 件	77.9%	
令和6年度 ～ 令和11年度	117,000 件	80%以上	

第6章

特定健康診査等の実施に関する事項

特定健康診査等は、主として内臓脂肪の蓄積に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクに応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病及び重症化予防を行うことを目的としています。

生活習慣病は、自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診を受けることで疾病予防や早期受診につながることを期待できます。対象者の個性を重視した効果的な保健指導の実施は、被保険者の健康の保持・向上や医療費適正化等の観点からも、保険者にとって極めて重要です。

1 目標

特定健康診査の対象者数及び実施率の推計

		①全対象者数※	②実施率	③実施者数 (①×②)
令和4(2022)年度	実績値	345,374人	24.2%	83,504人
令和5(2023)年度	見込値	336,394人	26.1%	87,799人
令和6(2024)年度	目標値	327,648人	28.0%	91,741人
令和7(2025)年度		319,129人	29.0%	92,547人
令和8(2026)年度		310,831人	30.0%	93,249人
令和9(2027)年度		302,750人	31.0%	93,853人
令和10(2028)年度		294,878人	32.0%	94,361人
令和11(2029)年度		287,212人	33.0%	94,780人

※令和6～11年度までの対象者数については、過去6年間の被保険者数から推計した。

特定保健指導の対象者数及び実施率の推計

(令和4年度：実績値、令和5年度：見込値、令和8・11年度：目標値)

		年度	特定健康診査 受診者数	動機付け支援		積極的支援		計
				① 対象者数	② 実施者数	③ 対象者数	④ 実施者数	実施率 ②+④/ ①+③
全体		令和4(2022)	83,504人	6,940人	602人	3,292人	130人	7.2%
		令和5(2023)	87,799人	7,639人	688人	3,512人	178人	7.8%
		令和8(2026)	93,249人	8,113人	1,132人	3,730人	294人	12.0%
		令和11(2029)	94,780人	8,246人	1,438人	3,791人	373人	15.0%
(内訳)	個別健診	令和4(2022)	75,686人	6,210人	301人	2,991人	73人	4.1%
		令和5(2023)	79,721人	6,936人	362人	3,189人	94人	4.5%
		令和8(2026)	84,670人	7,366人	743人	3,387人	193人	8.7%
		令和11(2029)	86,060人	7,487人	998人	3,442人	259人	11.5%
	集団健診	令和4(2022)	7,818人	730人	301人	301人	57人	34.7%
		令和5(2023)	8,078人	703人	326人	323人	84人	40.0%
		令和8(2026)	8,579人	747人	389人	343人	101人	45.0%
		令和11(2029)	8,720人	759人	440人	349人	114人	50.0%

2 実施体制

(1) 特定健康診査

ア 対象者

大阪市国保被保険者のうち、40～74 歳の方（実施年度中に 40 歳になる方を含む）を対象に、年 1 回実施します。ただし、実施年度の 4 月 1 日現在の加入者で、受診日現在も加入している者に限ります。（年度途中の資格取得者については、法定の特定健康診査対象者ではないが、被保険者の健康の保持増進のため特定健康診査実施対象としています。）

なお、次に該当する者は対象外となります。

(ア) 妊産婦

- (イ) 刑事施設・労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
- (ロ) 国内に住所を有しない者
- (ハ) 病院又は診療所に 6 か月以上継続して入院している者
- (ニ) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害者支援施設に入所している者
- (ホ) 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法に規定する独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する施設に入所している者
- (ヘ) 老人福祉法に規定する養護老人ホーム又は特別養護老人ホームに入所している者
- (コ) 介護保険法に規定する特定施設に入居又は介護保険施設に入所している者

イ 実施場所

集団健診：委託事業者により各区保健福祉センター、小学校等で実施

個別健診：大阪府内の取扱医療機関で実施（約 4,500 か所）

ウ 実施項目

	健診項目	
法定項目	基本的な健診	問診（既往歴、服薬歴、喫煙習慣を含む）、自覚症状（理学的所見）、身長・体重・腹囲・BMI、血圧、血液検査（肝機能（AST、ALT、 γ -GT）、脂質（トリグリセライド、HDL コレステロール、LDL コレステロールまたは Non-HDL コレステロール）、血糖（空腹時/随時血糖、HbA1c）、尿検査（糖・たんぱく）
	詳細な健診※	心電図・眼底・貧血
追加項目	血液検査による腎機能検査（血清クレアチニン、e-GFR、血清尿酸）を全受診者に実施	

※詳細な健診は実施基準に該当し医師が必要と判断した場合に実施する。

エ 実施期間

当該年度の 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日

オ 周知・案内の方法

- ・ 特定健康診査の対象者全員に特定健康診査受診券及び利用案内等を送付
- ・ 広報紙等を利用した周知啓発

カ 健診結果の通知

健診実施機関から受診者本人へ直接通知

キ 他の法令等に基づく健診結果の受領（受診者本人からの受領）

職場等で特定健康診査と同等の健診を受けた方の健診結果を受領する。

ク 外部委託にあたっての考え方

外部委託にあたっては、健診の精度管理が適切に行われるよう質の確保が必要となるため、国の定める委託基準に基づき事業者を選定・委託する。また、必要に応じて事業者より報告を求める等、その質の確保に努めます。

(2) 特定保健指導

ア 対象者

特定健康診査の結果から対象者の選定と保健指導レベルの階層化を行います。

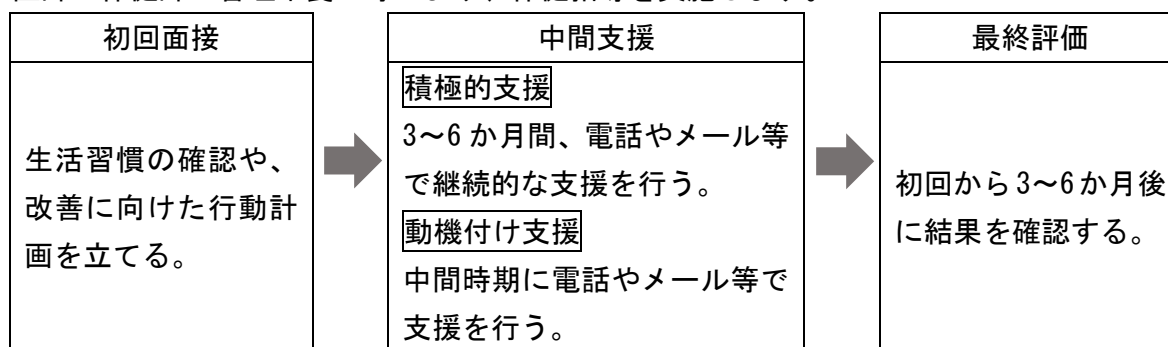
腹囲または BMI	追 加 リ ス ク		特定保健指導の対象者	
	①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	40～64 歳	65～74 歳
男性 85 cm以上 女性 90 cm以上	2 つ以上該当	－	積極的支援	動機付け 支援
	1 つ該当	あり		
			なし	
		該当なし	－	情報提供
上記以外で BMI が 25 以上	3 つ該当	－	積極的支援	動機付け 支援
	2 つ該当	あり		
		なし		
	1 つ該当	－		
		該当なし	－	情報提供

イ 実施方法

取扱医療機関または事業者（約 410 か所）により、面接・電話・メール・ICT 等の方法により実施します。

ウ 実施内容

医師・保健師・管理栄養士等により、保健指導を実施します。



エ 周知・案内の方法

- ・ 特定保健指導の対象者全員に特定保健指導利用券及び利用案内等を送付
- ・ 広報紙等を利用した周知啓発

オ 外部委託にあたっての考え方

外部委託にあたっては、「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】（厚生労働省健康局）」に基づき実施する機関に対し、厚生労働大臣が定める「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に規定する「特定保健指導の外部委託に関する基準」等により適正に委託します。また、必要に応じて事業者より報告を求める等、その質の確保に努めます。

1 計画の評価

本計画終了時に達成すべき重要な項目について、評価指標・目標値を設定し、設定した評価指標により取組を評価します。

2 計画の見直し

本計画の進捗管理は、KDB システム、特定健診等データ管理システムの情報等を活用して行います。

なお、本計画をより実行性の高いものとするため、令和 8(2026)年度の間時点において、進捗確認・評価を行い、データの分析結果や社会状況の変化等により、必要に応じて目標や取り組む事業等の見直しを行います。

また、最終年度となる令和 11(2029)年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況を点検・評価（総括）し、次期計画に活かしていきます。

3 計画の公表・周知

策定した計画は、大阪市ホームページへの掲載等により公表します。

4 事業運営上の留意事項

(1) 各種健診等の連携

健康増進法に基づき実施する健診及びその他健診等と可能な限り連携して実施します。

(2) 特定健康診査実施に関係する団体との連携

本市の特定健康診査実施において関連する大阪府、大阪府医師会、大阪府国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）、地区医師会、医療機関との関係を密にし、本計画を推進します。

(3) 庁内関係部署・区役所との連携

生活習慣病の予防・改善においては、庁内関係部署が課題解決のための共通認識を持ち、横断的に連携に取り組んでいきます。また、区役所・保健福祉センターと特定健康診査の実施率向上に向けた取組を強化していきます。

5 個人情報の取扱い

大阪市国保保健事業に係る個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及びこれに基づくガイダンス等（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」「国民健康保険団体連合会等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等）や大阪市個人情報の保護に関する法律の施行等に関する条例（令和 5 年条例第 5 号）に基づいて行います。また、各事業の委託事業者や国保連合会に対しても、これらの関係法令やガイダンス等を遵守するよう周知徹底を図り管理・指導を行います。

(1) 特定健康診査等の記録の保存方法

特定健康診査の結果・質問票及び特定保健指導の記録については、厚生労働省が定める標準的な仕様による電子データとして、国保連合会の共同システムを利用し、管理・保存します。

特定保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導内容、フォローの状況については、支援期間終了後、速やかに委託事業者から提出を受け、この記録等を適切に保存・管理します。

(2) 特定健康診査等の記録の利用

生活習慣病の対策や本事業の評価のため、特定健康診査等の結果や記録等を分析する場合は、個人が特定できないよう個人情報を匿名化するとともに、必要な情報の範囲に限定し、データの集計・分析を行います。

6 地域包括ケアに係る取組

介護保険サービスを利用する被保険者が相対的に多いという市町村国保の特性を踏まえて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組に参画し、KDB データ等を活用しながら庁内関係部署と健康課題の分析・共有・評価を行い、全市的に効果的に事業展開できるよう検討を進めます。各区（生活圏域）毎での健康課題の共有の場を設置するなど、引き続き庁内関係部署との積極的な連携に努めます。

7 その他計画策定にあたっての留意事項

関係部署、有識者等で構成する協議の場において計画案を検討し、本市「パブリック・コメント 手続に関する指針」に基づいて市民の意見を募集し、それを踏まえて計画を策定します。

1 用語の説明

【あ行】

アウトカム

施策・事業の実施により発生する効果・成果を表します。

アウトプット

目的・目標の達成のために行われる事業の結果を表します。

eGFR(イージーエフアール)

腎機能の指標となる検査数値の 1 つです。

【か行】

介護保険第 1 号被保険者

市町村または特別区の区域内に住所を有する 65 歳以上の人のことをいいます。介護保険法第 9 条第 1 号に規定されていることから、このように呼ばれています。

階層化

効果的・効率的な保健指導を実施するために予防効果が期待できる者を選定し、リスク要因の数によって保健指導レベルを設定することをさします。

拡張期血圧

全身を循環する血液が肺静脈から心臓に戻った状態で心臓が拡張した時の血圧をさします。血圧が最も低い状態となるため、「最低血圧」と呼ばれています。

眼底検査（詳細な健診）

瞳孔を通じて眼球内の網膜、視神経乳頭等の状態をみる検査です。直接的に血管を観察できることから、高血圧・糖尿病等による血管の変化を確認することができます。

QOL (quality of life クオリティー・オブ・ライフ)

生活の質、生命の質等と訳されます。

虚血性心疾患

心臓を構成する心筋へ栄養や酸素を供給する働きをしている動脈(冠状動脈)が動脈硬化のために細くなり、心臓を動かす心筋に酸素や栄養が十分に行き渡らなくなることで起こる心臓の病気です。心筋梗塞、狭心症がこれにあたります。

血圧コントロール不良者

服薬の有無にかかわらず、収縮期血圧 180mmHg 以上または拡張期血圧 110mmHg 以上である者をさします。

血清クレアチニン

血液中のクレアチニンの値のことです。クレアチニンとは、腎臓から排泄される老廃物の一種です。腎臓の働きが悪くなると尿からの排泄が減って、数値が高くなります。

血清尿酸

尿酸とは、細胞の新陳代謝によって生じる老廃物の一種です。血液中の濃度が高くなると結晶となり、痛風発作や腎障害を引き起こします。

血糖コントロール不良者

服薬の有無にかかわらず、HbA1c 8.0%以上である者をさします。

健康寿命

生存期間のうち健康な状態で生活することが期待される平均期間のことです。（本データは、要介護認定データを用い、日常生活動作が自立している期間の平均を表している）

後期高齢者

75 歳以上の人を後期高齢者といいます。

後期高齢者医療制度

公的医療保険制度の 1 つで、75 歳以上の人、そして 65 歳から 74 歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入する医療保険です。

高血圧症

血圧が高くなった状態です。具体的には 140/90mmHg 以上の状態をさします。

更年期

女性の性成熟期から老年期への移行期。月経周期が不規則になる頃から始まり月経停止後数年間に至るまでの期間です。

国民健康保険団体連合会

国民健康保険法に基づき国民健康保険の保険者が共同してその目的を達成するために設立された団体で、国民健康保険診療報酬・後期高齢者医療診療報酬・介護給付費等の審査支払事業をその主要業務とし、国民健康保険、後期高齢者医療制度及び介護保険に関する保険者事務の各種共同処理を行っています。

【さ行】

前期高齢者

65 歳以上の高齢者のうち 65 歳以上 75 歳未満の人を前期高齢者といいます。

CKD (Chronic Kidney Disease シー・ケー・ディ)

慢性腎臓病のことで、様々な原因によって腎臓の働きが徐々に低下していく状態のことです。腎機能が低下したり、尿蛋白が継続して出たりします。

脂質異常症

中性脂肪やコレステロールなどの脂質代謝に異常をきたした状態です。

実施率（特定保健指導）

特定保健指導の最終評価まですべて終了した者の割合です。

収縮期血圧

血液が心臓から全身へ送り出された状態で、心臓が収縮した時の血圧をさします。血圧が最も高い状態となるため「最高血圧」と呼ばれています。

診療報酬明細書（レセプト）

医療機関が医療費等を保険者に請求するための書類で、病名、薬剤名、検査等の医療費の明細が記載されています。患者ごと、受診する医療機関ごと、請求単位の1か月ごと、医科・歯科・調剤等の種類ごと、入院・外来ごとに発行されます。

すこやか大阪 21（第3次）

「全ての市民がすこやかで心豊かに生活できる活力あるまち・健康都市大阪の実現」を基本理念に、「健康寿命の延伸」を全体目標に掲げて策定している大阪市健康増進計画のことで、第3次の計画期間は令和6(2024)年度～令和17(2035)年度となっています。

ストラクチャー

構造、事業を実施するための仕組みや体制をさします。

生活圏域

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件等を考慮して設定した日常生活の圏域です。

生活習慣病

食生活・運動・休養・喫煙・飲酒等の生活習慣がその発症・進行に関与する疾患とされる高血圧症・糖尿病・脂質異常症等の総称です。

積極的支援

内臓脂肪型肥満に加え、生活習慣病のリスクが重なっている人が対象。専門家による初回面談で生活習慣の確認や改善に向けた計画を立て、電話やメール等で3か月以上の継続的なサポートがあります。6か月後の最終評価により、実践の振り返りと今後継続していくためのアドバイスが受けられます。

【た行】

地域包括ケア

高齢者ができる限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を安心して営むことができるよう医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保されることです。

動機付け支援

内臓脂肪型肥満に加え、生活習慣病のリスクが現れ始めた人が対象。専門家による初回面談で生活習慣の確認や改善にむけた行動計画を立て、開始から1～3か月後に電話やメール等で実践のためのサポートがあります。6か月後の最終評価により、実践の振り返りと今後継続していくためのアドバイスが受けられます。

糖尿病

インスリンの作用が十分でないためブドウ糖が有効に使われずに血糖値が普段より高くなっている状態をさします。

糖尿病性腎症

糖尿病の合併症で腎臓の機能が低下した病態をさします。

動脈硬化

動脈の血管が硬くなって弾力性が失われた状態です。また、血管内腔に悪玉コレステロール等が沈着して粥状物質がとどまり、血管が狭くなったり、血栓が生じて詰まりやすくなったりする状態をさします。

【な行】

脳血管疾患

脳の血管が詰まる、破れる等で、その先の細胞に栄養が届かなくなり、脳の機能が失われて全身に影響を与えます。「脳卒中」とも呼ばれ、血管が詰まるタイプ（脳梗塞）、血管が破れるタイプ（脳出血）に大きく分けられます。

【は行】

BMI（Body Mass Index ビーエムアイ）

肥満の判定に用いられる体格指数のことです。計算式は、 $BMI = \text{体重(kg)} \div [\text{身長(m)} \times \text{身長(m)}]$ で、18.5未満が「やせ」18.5～24.9が「ふつう」、25.0以上が「肥満」と分類されます。

PDCA サイクル（ピーディーシーエーサイクル）

施策・事業に必要な要素である企画（Plan）、運営（Do）、評価（Check）、改善（Action）を一貫した流れのものとしてとらえ、それらを循環させることで、以降の施策・事業の改善に結びつける手法です。

標準化死亡比

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す。

平均寿命

0歳における平均余命です。（ある年齢に達した集団が、それ以後生存し得る平均年数を統計的に算出したもの）

HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）

過去1～2か月の血糖の状態を示す検査で、糖尿病の経過を推測することができます。

ヘルスリテラシー

健康に関する正しい情報を入手し、理解し、活用する能力のことです。

法定報告

「高齢者の医療の確保に関する法律」第142条の規定により、毎年度、特定健康診査等の実施状況について社会保険診療支払基金に報告しているデータをさします。

保険者

保険事業を運営するものを保険者といいます。大阪市は国民健康保険の保険者として、保険の資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付、保健事業などの業務を行っています。

【ま行】

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）（略称：メタボ）

おなかまわりに内臓脂肪が蓄積した内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上を併せ持った状態をさします。

【ら行】

リスク

将来において、好ましくない事象が発生する可能性のことです。

利用率（特定保健指導）

特定保健指導の初回面接を利用した者の割合です。

レセプト（診療報酬明細書）

医療機関が医療費等を保険者に請求するための書類で、病名、薬剤名、検査等の医療費の明細が記載されています。患者ごと、受診する医療機関ごと、請求単位の1か月ごと、医科・歯科・調剤等の種類ごと、入院・外来ごとに発行されます。

レセプト1件あたり医療費

医療費をレセプト件数で除した値であり、レセプト1件あたりの平均医療費を表します。

2 疾患の分類

(1) 高血圧症

血圧値の分類（成人血圧、単位は mmHg）

分類	診察室血圧			家庭血圧		
	収縮期血圧		拡張期血圧	収縮期血圧		拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I 度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
II 度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
III 度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
（孤立性） 収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

資料：高血圧治療ガイドライン 2019

(2) 慢性腎臓病（CKD）

CKD の重症度分類 ※本市では尿試験紙法による尿蛋白区分を、A1：－、A2：±、A3：＋以上 として分類した。

原疾患		蛋白尿区分※		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)		30 未満	30～299	300 以上
高血圧、腎炎、 多発性嚢胞腎、 移植腎、不明、 その他		尿蛋白定量 (g/日)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)		0.15 未満	0.15～0.49	0.50 以上
GFR 区分 (ml/分/ 1.73m ²)	G1	正常または 高値	≥90	緑	黄	オレンジ
	G2	正常または 軽度低下	60～89	緑	黄	オレンジ
	G3a	軽度～ 中等度低下	45～59	黄	オレンジ	赤
	G3b	中等度～ 高度低下	30～44	オレンジ	赤	赤
	G4	高度低下	15～29	赤	赤	赤
	G5	末期腎不全	<15	赤	赤	赤

資料：エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023

大阪市国民健康保険

保健事業実施計画(データヘルス計画)・特定健康診査等実施計画

【令和 6(2024)年度～令和 11(2029)年度】

大阪市福祉局生活福祉部 保険年金課 保健事業グループ

〒530-8201 大阪市北区中之島 1 丁目 3 番 20 号

電話 : 06-6208-9876 FAX : 06-6202-4156