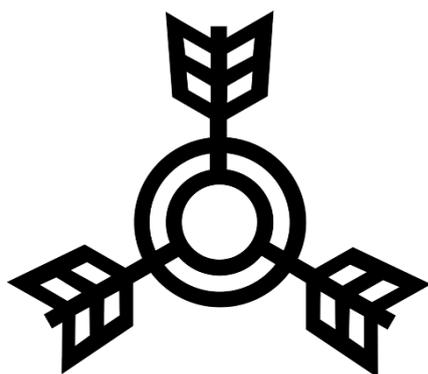


第3期
都城市国民健康保険
保健事業実施計画

令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度）



令和6年3月策定
令和9年3月 中間評価
令和12年3月 最終評価
都城市

目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1 背景・目的	
2 計画の位置付け	
3 計画期間	
4 関係者が果たすべき役割と連携	
第2章 第2期計画に係る評価及び考察と 第3期計画における健康課題の明確化	6
1 都城市の特性	
2 第2期計画に係る評価及び考察	
3 第3期計画における健康課題の明確化	
第3章 特定健康診査等実施計画	37
1 計画の趣旨と位置付け	
2 第3期特定健康診査等計画の取組	
3 第4期特定健診の実施計画	
4 特定保健指導の実施	
5 特定保健指導対象者以外の保健指導	
6 特定健診等の目標値及び対象者の見込み	
7 特定健診等の実践スケジュールと評価	
8 個人情報保護	
9 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	48
1 保健事業の方向性	
2 生活習慣病対策の取組	
3 重症化予防の取組	
4 その他の保健事業	
5 評価	
第5章 地域包括ケアに係る取組	70
第6章 計画の評価・見直し	71
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	72
巻末資料	73

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景・目的

近年、特定健康診査（以下「特定健診」という。）の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国民健康保険（以下「国保」という）データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が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んでいます。

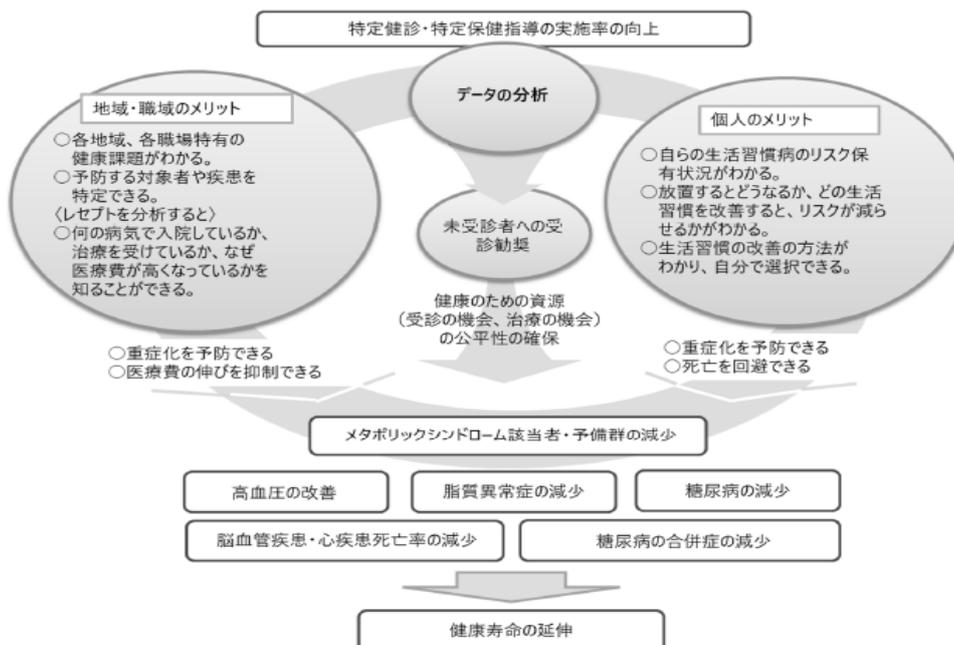
こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされています。さらに、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）」の一部を改正し、保険者は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、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、保健事業の実施及び評価を行うものとされています。（図表1、2）

都城市においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「第3期特定健康診査等実施計画」及び「第2期保健事業実施計画」を策定し、保健事業を実施してきました。第3期計画となる本計画では、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、県として保有しているデータを活用しながら、比較可能な標準的指標を設けることで他市町村との比較、好事例の横展開による県全体の保健事業の発展を図り、医療費の適正化及び被保険者のQOLの維持向上を目指すことを目的とします。

【図表1】

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

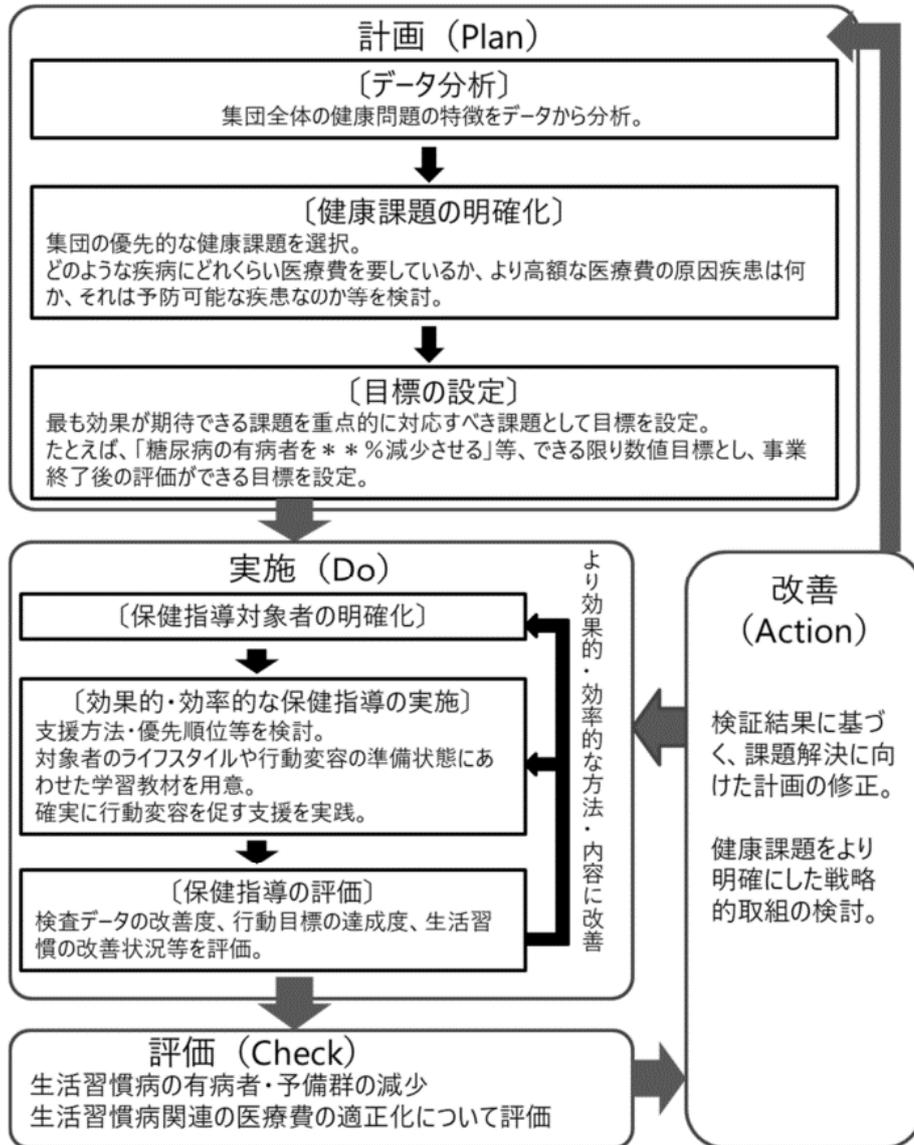
—特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進—



標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】より抜粋

【図表 2】

保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】より抜粋

2 計画の位置付け

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDC Aサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「宮崎県健康増進計画」や「みやこのじょう健康づくり計画21」、「宮崎県医療費適正化計画」、「第9期都城市介護保険事業計画」と調和のとれたものとする必要があります。（図表3）

【図表3】

令和6年度に向けての法定計画等						
	健康日本21 健康増進計画	特定健康診査等実施計画	データヘルス計画	介護保険事業計画	医療費適正化計画	医療計画
	法律	健康増進法 第8条、第9条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 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の一部改正	厚生労働省 保険局 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 老健局 医療費適正化に関する施策について基本指針	厚生労働省 医政局 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 令和6～17年（第3次）	法定 令和6～11年（第4期）	指針 令和6～11年（第3期）	法定 令和6～8年（第9期）	法定 令和6～11年（第4期）	法定 令和6～11年（第8次）
計画策定者	都道府県：義務 市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	都道府県：義務 市町村：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図っていく。	機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。

3 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としています。また、国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（厚生労働省保険局国民健康保険課）において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが令和6年度から令和11年度までを次期計画期間としています。そのため、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を令和6年度から令和11年度の6年間とします。また、計画実施期間にあたる令和8年度に中間評価見直しを行い、前期の振り返りと課題の把握、後期に向けた取組の修正等を行います。

4 関係者が果たすべき役割と連携

(1) 都城市国保保険者である本市の役割

本市においては、健康部健康課が主体となり第3期保健事業の実施計画（以下、「計画」という。）を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、関係各課と連携をして計画策定を進めていきます。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化します。

(2) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自ら健康状態を把握し、主体的かつ積極的に健康づくりに取り組みます。

(3) 外部有識者等との連携

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

そのため、本市は計画素案について、宮崎県福祉保健部国民健康保険課、都城保健所、宮崎県国民健康保険団体連合会及び都城市国民健康保険運営協議会等と意見交換を行い、外部有識者等との連携に努めます。

また、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めます。このためには、保健事業支援・評価委員会と保険者協議会等を活用します。

(4) 国からの支援

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では保険者努力支援制度が創設され、平成30年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して実施されています。

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価しています。（図表4）

【図表4】

保険者努力支援制度(評価指標:市町村分)

評価指標			令和3年度 得点		令和4年度 得点		令和5年度 得点	
			都城市	配点	都城市	配点	都城市	配点
交付額(万円)			9080	配点	7906	配点	7712	配点
全国順位(1741市町村中)			282		657		628	
共通 の 指 標	①	(1)特定健康診査受診率	45	70	20	70	20	70
		(2)特定保健指導実施率	10	70	10	70	10	70
		(3)メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	50	15	50	15	50
	②	(1)がん検診受診率等	5	40	5	40	5	40
		(2)歯科健診受診率等	15	30	15	30	15	35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	90	120	70	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	35	45	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供	20	20	5	15	10	20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	25	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組	105	130	105	130	80	130
(2)後発医薬品の使用割合								
固有 の 指 標	①	保険料(税)収納率	50	100	85	100	85	100
	②	データヘルス計画の実施状況	35	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	20	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	34	40	24	50	36	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	80	95	78	100	74	100
合計点			674	1000	602	960	595	940

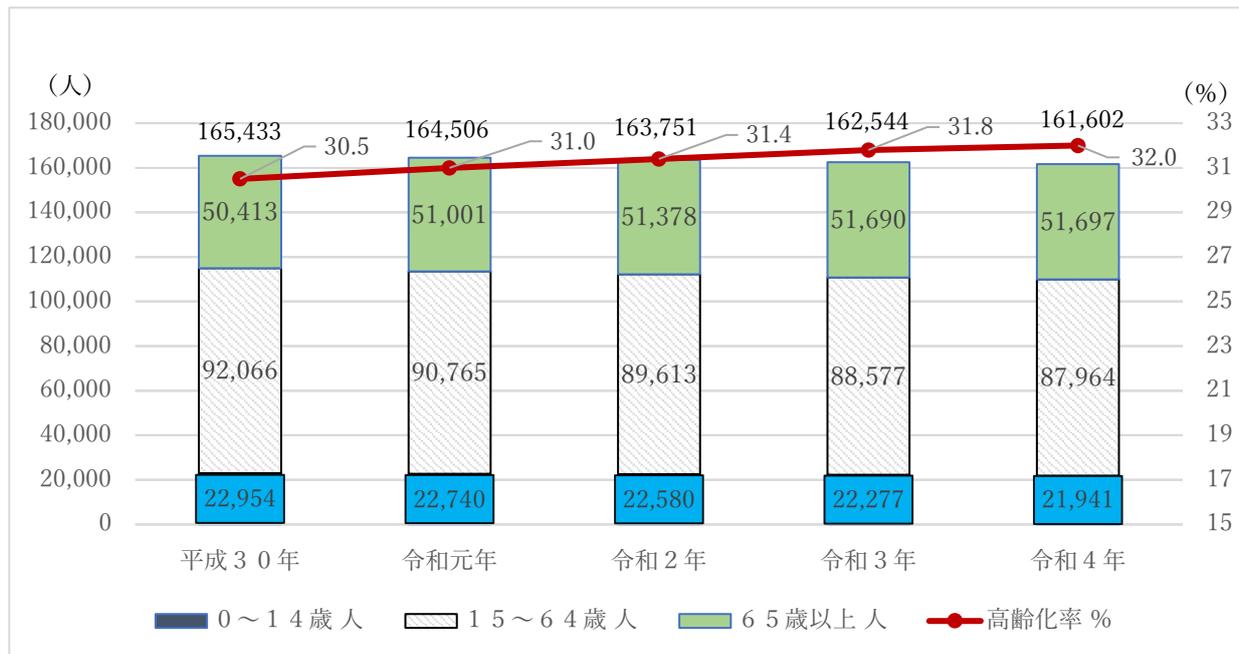
第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1 都城市の特性

(1) 都城市の人口

【図表5】住民基本台帳に基づく人口動態（各年度の1月1日時点）に示すとおり、高齢化率は平成30年が30.5%、令和4年が32.0%でした。高齢者人口は増加傾向にあり、特に前期高齢者（65～74歳）が増加しています。

【図表5】住民基本台帳に基づく人口動態（各年度の1月1日時点）



(出典:情報政策課資料)

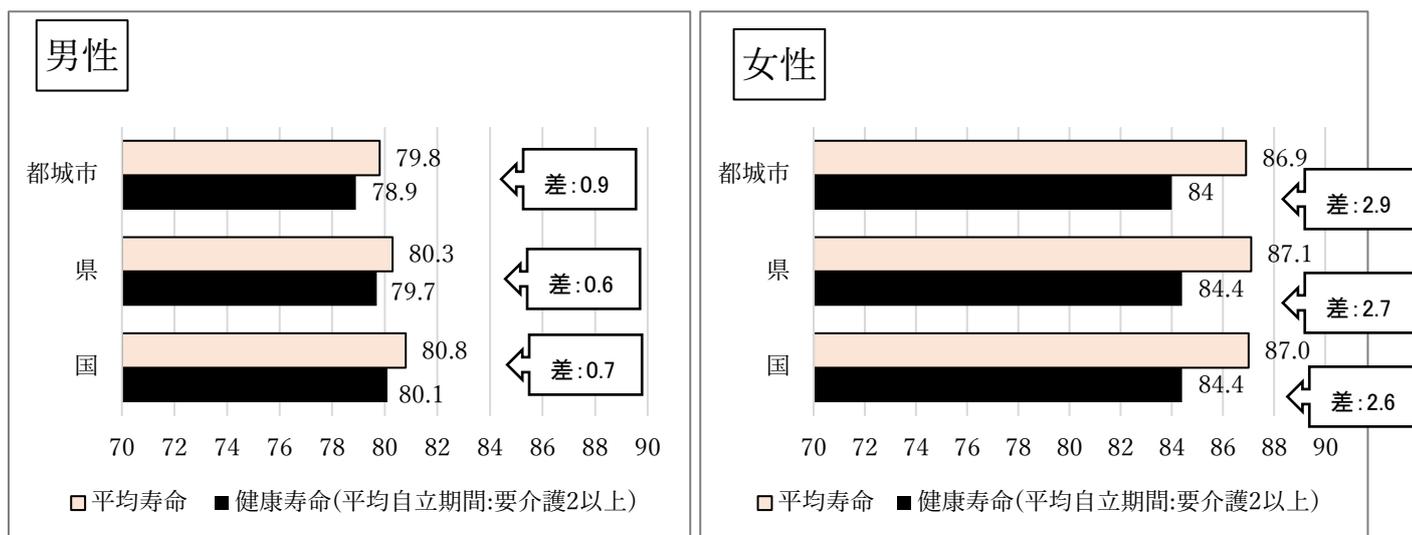
(2) 都城市の平均寿命と健康寿命

健康寿命とは、「日常生活に制限のない期間の平均」のことです。平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味します。

本市の平均寿命は、男性が79.8年、女性が86.9年であり、健康寿命（令和4年度）は男性が78.9年、女性が84.0年です。

また、日常生活に制限のある「不健康な期間」は、男性が0.9年、女性が2.9年です。女性の場合、「不健康な期間」が男性よりも長い傾向にあります。（図表6）。

【図表6】 都城市の平均寿命と健康寿命



(資料: 国保データベース(KDB)システム)

※健康寿命と平均寿命

健康寿命に関する主な指標(厚生労働科学研究による)は、3種類あります。

- (1) 日常生活に制限がない期間の平均
- (2) 自分が健康であると自覚している期間の平均
- (3) 日常生活動作が自立している期間の平均

市町村単位のデータが確認できるものは「(3)日常生活動作が自立している期間の平均」(介護保険の要介護2~5の認定者を「不健康」、それ以外を「健康」として算出したもの)です。

平均寿命は、0歳の子どもが何年生きられるかを示すものであり、厚生労働省が5年ごとに算出したデータが公表されています。

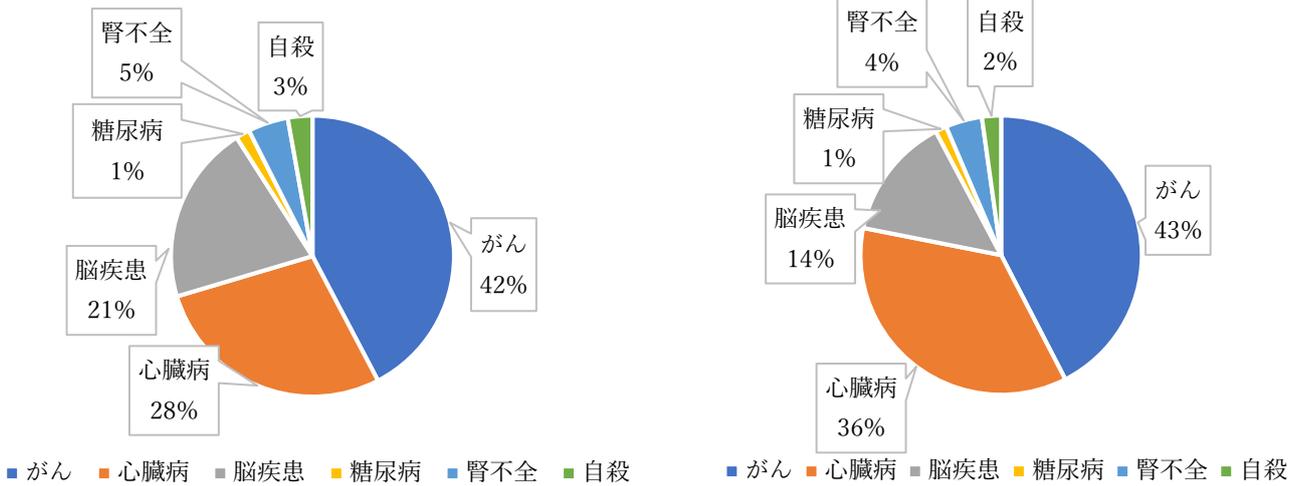
(3) 都城市の死因割合

【図表7】は、都城市の死因割合について、平成30年度と令和4年度を比較したものです。心臓病と脳疾患を合わせると、どちらの年度も約50%を占めていました。心臓病は8ポイント増加し、脳疾患は7ポイント減少しました。

【図表7】 死因割合

平成30年度

令和4年度

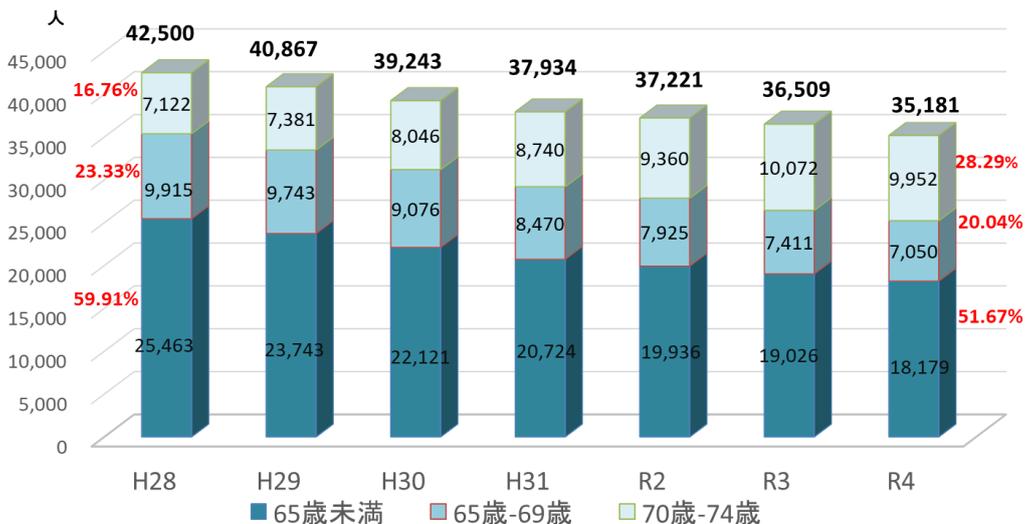


(出典：国保データベース (KDB) システム「地域の全体像の把握 (厚生労働省 人口動態統計)」)

(4) 国保被保険者の状況

【図表8】被保険者数(年齢階層別)の推移をみると、平成28年度から令和4年度の65歳未満の割合は59.91%から51.67%に低下し、65歳以上74歳未満の占める割合は40.09%から48.33%に上昇しています。

【図表8】 被保険者数(年齢階層別)推移



(出典：保険年金課)

※数値は各年度平均被保険者数

2 第2期計画に係る評価及び考察

(1) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を2つに分類しました。

1つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費（医療費・介護費）の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を設定しました。

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームを設定しました。

① 介護給付費の状況【図表9、10】

令和4年度の介護給付費は平成30年度と比べると、7,872万7,161円増額となっています。一件あたりの給付費についても、1,251円増額となっており、同規模自治体（※1）（以下、「同規模」という。）、全国と比べると高い金額となっています。高齢化率については、2.8ポイント上昇していますが、2号認定者は0.07ポイント、1号認定者は2.0ポイント低下しています。

【図表9】介護給付費の変化

	都城市		同規模	県	全国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
介護給付費（円）	15,238,382,862	15,317,110,023			
1件あたり給付費（円） （全体）	65,593	66,844	56,840	70,156	59,662
居宅サービス	49,098	50,651	39,970	50,961	41,272
施設サービス	290,062	292,933	297,263	294,840	296,364

（※1）同規模自治体…人口150,000人以上の一般市（政令市、中核市、特別区、特例市を除く）
（出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」）

【図表10】介護保険認定者（率）の状況

	都城市				同規模	県	全国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	47,626人	29.0%	50,665人	31.8%	27.3%	32.7%	28.7%
2号認定者	263人	0.50%	215人	0.43%	0.40%	0.33%	0.38%
新規認定者	49人		45人				
1号認定者	9,039人	19.1%	8,635人	17.1%	19.1%	16.8%	19.4%
新規認定者	1,071人		1,141人				
再掲	65～74歳		961人	4.30%	943人	3.80%	
		新規認定者	188人		190人		
	75歳以上		8,078人	31.6%	7,692人	29.4%	
		新規認定者	883人		951人		

（出典：国保データベース（KDB）システム「地域の全体像の把握」）

② 医療費の状況（図表 1 1）

令和 4 年度の国民健康保険の医療費総額は、平成 3 0 年度と比べると 1 億 5, 2 5 1 万円減少していますが、一人当たり医療費は 2, 7 8 3 円増加しています。

【図表 1 1】医療費の状況

項目		都城市								
		全体			入院			入院外		
		費用額	増減	伸び率	費用額	増減	伸び率	費用額	増減	伸び率
総医療費	H 3 0	139億1,946万円			66億249万円			73億1,697万円		
	R 4	137億6,695万円	-1億5,251万円	-1.1	64億8,469万円	-2億1,780万円	-3.3	73億8,226万円	6,529万円	0.9
一人当たり 医療費(*)	H 3 0	29,306円			13,901円			15,405円		
	R 4	32,089円	2,783円	9.5	14,882円	981円	7.1	17,207円	1,802円	11.7

(*) 一人当たり医療費は月平均額での表示

(出典：国保データベース（KDB）システム【市区町村別データ】)

③ 中長期的目標疾患（※ 1）の医療費の変化（図表 1 2）

【図表 1 2】に示すとおり、中長期目標疾患の医療費の割合は、令和 4 年度と平成 3 0 年度を比べると虚血性心疾患については 0. 0 9 ポイント低下、脳血管疾患は 0. 2 5 ポイント低下しています。一方で、慢性腎不全（人工透析）にかかる医療費の割合は増加しています。

短期目標疾患（※ 2）である高血圧、脂質異常症、糖尿病にかかる医療費の割合については、高血圧は 0. 0 1 ポイント低下、脂質異常症は 0. 2 4 ポイント低下、糖尿病は 0. 0 1 ポイント低下しています。

その他の疾患として、新生物は令和 4 年度と平成 3 0 年度を比べると 0. 9 3 ポイント上昇しています。筋・骨疾患は 0. 1 ポイント低下しています。また、精神疾患についても 0. 5 ポイント低下しています。

令和 4 年度の中長期・短期目標疾患の医療費が総医療費に占める割合は 1 9. 3 6 % と同規模平均、県、国よりも高い状況にあります。

【用語】

(※ 1) 中長期目標疾患…計画の最終年度までに達成を目指す目標を設定している疾患のこと。
虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全（人工透析）を指す。

(※ 2) 短期目標疾患 …原則として年度ごとに、中長期目標疾患を達成するために目標を設定している疾患のこと。中長期目標疾患の基礎疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病を指す。

【図表 1 2】

H30年度 中長期目標疾患及び短期目標疾患が医療費に占める割合

【出典】

KDBシステム：健診・医療介護データから見る地域の健康課題

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
			同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
都城市	13,919,463,730	29,306	6位	14位	4.37%	0.25%	2.46%	1.55%	5.73%	4.25%	1.68%	2,824,477,370	20.29%	14.16%	10.44%	8.65%
同規模平均	782,269,889,490	25,685	--	--	4.53%	0.30%	2.15%	1.92%	5.49%	3.76%	2.68%	163,063,212,250	20.84%	15.53%	8.25%	8.74%
県	95,837,816,120	28,273	--	--	4.99%	0.26%	2.26%	1.82%	5.16%	4.05%	1.89%	19,572,255,310	20.42%	13.40%	10.42%	8.73%
国	9,595,718,284,460	25,437	--	--	4.42%	0.31%	2.15%	1.81%	5.40%	3.78%	2.63%	1,967,667,869,980	20.51%	15.28%	8.10%	8.77%

R04年度 中長期目標疾患及び短期目標疾患が医療費に占める割合

【出典】

KDBシステム：健診・医療介護データから見る地域の健康課題

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
			同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
都城市	13,766,951,020	32,089	5位	14位	4.80%	0.28%	2.21%	1.46%	5.72%	3.45%	1.44%	2,664,775,980	19.36%	15.09%	9.94%	8.55%
同規模平均	715,579,391,380	27,969	--	--	4.51%	0.28%	2.11%	1.50%	5.49%	2.99%	2.13%	136,039,610,720	19.01%	16.92%	7.83%	8.71%
県	93,000,733,620	30,988	--	--	4.61%	0.24%	2.04%	1.43%	5.28%	3.33%	1.54%	17,163,788,960	18.46%	15.01%	9.23%	8.73%
国	9,337,411,479,190	27,570	--	--	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	1,737,066,709,990	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%

(出典：KDBシステム)

④ 特定健診・特定保健指導の実施状況の経年変化（図表13）

特定健診受診率は、年々減少傾向となっています。特に40～50代の受診率が低い状況です。

特定保健指導率が令和2～3年度に減少したのは、新型コロナウイルス感染拡大による訪問等を自粛した期間があったためと考えられます。令和4年度は39.6%と実施率が上がりました。

【図表13】 特定健診・特定保健指導の実施状況の経年変化

		H30	R1	R2	R3	R4
特定健診対象者 (人)		26,918	26,430	26,717	25,469	24,163
特定健診受診者数 (人)		12,977	13,024	12,836	11,856	11,055
特定健診受診率 (%)		48.2	49.3	48	46.6	45.8
再掲	40代 (%)	21.8	22.7	21.7	21.9	22.2
	50代 (%)	30.8	30.5	30	28.6	28.7
	60代 (%)	49.8	50.9	49	47	46.6
	70-74歳 (%)	63.1	63.5	61.4	59.2	57.6
特定保健指導該当者数 (人)		1,272	1,238	1,262	1,117	956
特定保健指導該当者率 (%)		9.8	9.5	9.8	9.4	8.6
特定保健指導実施者数 (人)		538	567	450	316	379
再掲	積極的支援 (人)	62	80	62	47	43
	動機付け支援 (人)	476	487	388	269	336
特定保健指導実施者率 (%)		42.3	45.8	35.7	28.3	39.6

⑤ 中長期目標の達成状況

第2期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）をそれぞれ5%減らすことを目標としていました。

【図表14】に示すとおり、脳血管疾患は平成29年5月診療分の生活習慣病レセプト分析にて2,094人であったため、減少目標人数は105人でした。令和5年5月診療分の生活習慣病レセプト分析にて、脳血管疾患は1,669人であり、425人減少しているため、目標を達成しました。

虚血性心疾患は平成29年5月診療分の生活習慣病レセプト分析にて1,625人であったため、減少目標人数は81人でした。令和5年5月診療分の生活習慣病レセプト分析にて、虚血性心疾患は1,368人であり、257人減少しているため、目標を達成しました。

人工透析は平成29年5月診療分の生活習慣病レセプト分析にて167人であったため、目標減少人数は8人でした。令和5年5月診療分の生活習慣病レセプト分析にて、人工透析は154人であり、13人減少しているため、目標を達成しました。

【図表 1 4】 中長期目標の達成状況

	H29 5月診療分	R2 5月診療分	R5	
			目標	5月診療分
被保険者数	31,221人	29,147人	—	26,999人
生活習慣病対象者数	15,395人 (49.3%)	14,542人 (49.9%)	—	13,808人 (51.1%)
脳血管疾患	2,094人 (13.6%)	1,830人 (12.6%)	1,989人	1,669人 (12.1%)
虚血性心疾患	1,625人 (10.6%)	1,447人 (10.0%)	1,544人	1,368人 (9.9%)
人工透析	167人 (1.1%)	143人 (1.0%)	159人	154人 (1.1%)

(出典：KDBシステム「厚生労働省様式3-1」)

⑥ 短期目標の達成状況

第2期計画において、脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の血管変化の共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病を減少させることを目標としていました。

中間評価において、特定健康診査の有所見者率を目標値とし、毎年、高血圧（Ⅱ度以上）を0.2ポイント、脂質異常症（LDLコレステロール値160以上）を0.7ポイント、糖尿病（HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上）を0.7ポイント、メタボリックシンドローム該当者を0.4ポイント減少させることとしました。

【図表 1 5】に示すとおり、特定健康診査の有所見者率は、高血圧（Ⅱ度以上）（※1）、脂質異常症（LDLコレステロール値160以上）、糖尿病及びメタボリックシンドローム該当者それぞれが増減を繰り返しています。高血圧は、令和5年度は4.2%で、目標値3.1%に対し、1.1ポイント上昇しました。脂質異常症は、令和5年度は7.9%で、目標値4.1%に対し、3.8ポイント上昇しました。糖尿病は、令和5年度は14.9%で、目標値12.3%に対し、2.6ポイント上昇しました。メタボリックシンドローム該当者は、令和5年度は24.0%で、目標値19.2%に対し、4.8ポイント上昇し、目標を達成することはできませんでした。

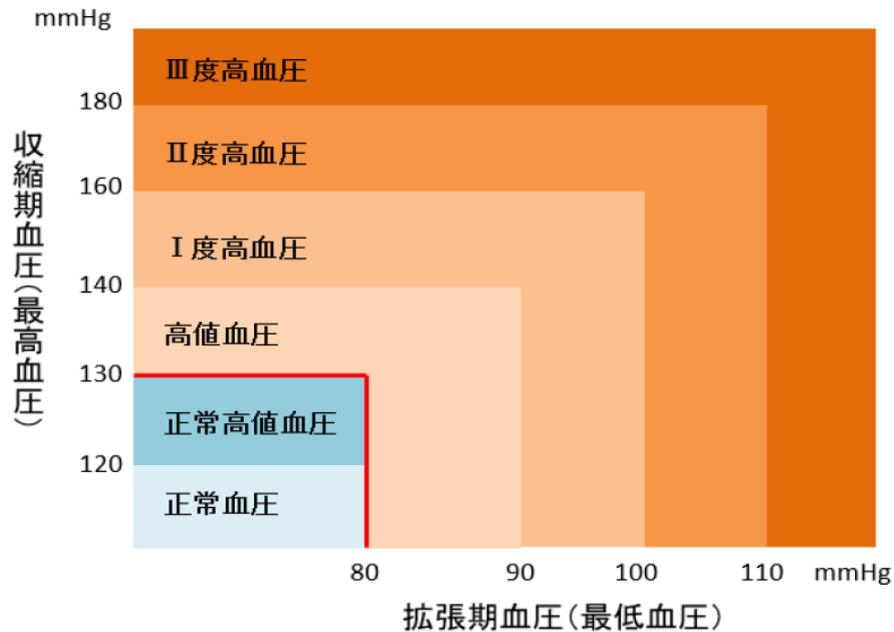
【図表 1 5】 短期目標の達成状況

特定健康診査受診者のうちの有所見者数 ※（ ）内は有所見者率

年度	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
						目標(率)	現状値
健診実施年度	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	
高血圧 (Ⅱ度以上)	540人 (4.1%)	521人 (3.9%)	504人 (3.8%)	601人 (4.6%)	556人 (4.6%)	3.1%	452人 (4.2%)
脂質異常症 (LDL160以上)	1,012人 (7.6%)	1,163人 (8.7%)	927人 (6.9%)	1,155人 (8.9%)	996人 (8.3%)	4.1%	862人 (7.9%)
糖尿病 (HbA1c6.5%以上または 空腹時血糖126mg/dl以上)	2,093人 (15.8%)	1,782人 (13.4%)	1,894人 (14.2%)	2,027人 (15.5%)	1,749人 (14.6%)	12.3%	1,627人 (14.9%)
メタボリックシンドローム 該当者	2,820人 (21.2%)	2,972人 (22.4%)	3,065人 (23.0%)	3,211人 (24.6%)	2,888人 (24.0%)	19.2%	2,616人 (24.0%)

(出典：KDB補助システム)

(※1) 成人における血圧値の分類 (日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン2019より)



(2) 第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画) に係る考察

計画の評価にあたっては、保険者努力支援制度においても下記の通り4つの指標での評価が求められています。4つの指標をもとに評価をしました。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

① ストラクチャー評価

優先的に取組をした、糖尿病性腎症重症化予防、糖尿病以外のCKD重症化予防の目標については、【新規透析導入者の減少】を除き、すべて達成もしくはベースラインから改善していました。一方で、脳心血管重症化予防の目標についてはすべて悪化していることから、保健指導を行う人材の不足が課題として挙げられます。組織内で現状を共有し、人材を確保するなど、検討が必要です。

② プロセス評価

保健指導の手順については、第2期計画に記載している通り実施し、対象者については台帳にて管理をしました。レセプトや服薬情報等必要なデータについては、KDBで入手するなどして情報収集を行いました。目標が未達成の項目については、新型コロナウイルス拡大により訪問を自粛した期間があったため、スケジュール通りの訪問が行えなかったことが原因として考えられます。

③ アウトプット・アウトカム評価

第2期計画の達成状況について、【図表16】にまとめました。全体を通して、目標達成は9項目、ベースラインからの改善は4項目、悪化は11項目でした。

中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全（人工透析）をそれぞれ5%減らす目標は達成しました。しかし、短期目標疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム該当者の特定健康診査の有所見者率を毎年減少させる目標は達成することができませんでした。短期目標疾患は中長期目標疾患の発症要因となる基礎疾患であることから、引き続き重症化予防に取り組むことが重要です。

糖尿病性腎症重症化予防においては、【HbA1c 8.0%以上の未治療者の割合】【治療中かつHbA1c 7.0%以上の者の減少】【未治療かつ尿蛋白異常のない者のうち、尿中微量アルブミン検査を受けた者】は目標を達成しました。【前年度の特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者および治療中断者の減少】【糖尿病性腎症病期分類3期(顕性腎症期)の減少】は目標未達成ですが、ベースラインからは改善しました。【新規透析導入者】については増加傾向にあることから、引き続き、糖尿病の重症化予防ならびに糖尿病性腎症の早期発見のための尿中微量アルブミン検査の取組を推進します。

糖尿病以外のCKD(慢性腎臓病)重症化予防においては、【尿蛋白有所見者の減少〔蛋白尿(+)以上治療中〕】、【CKDステージG3~G5該当者の減少〔CKD重症度分類 未治療〕】、【CKDステージG3~G5該当者の減少〔CKD重症度分類 治療中〕】は目標を達成しました。【尿蛋白有所見者の減少〔蛋白尿(+)以上未治療〕】、【かかりつけ医等への受診勧奨実施率】については、ベースラインより改善したものの、目標未達成でした。腎機能の低下速度やCKD(慢性腎臓病)の進行を遅らせるために、保健指導及び啓発、CKD予防連携システムを推進します。

脳心血管重症化予防においては、【心電図検査有所見者の受診勧奨実施率】、【Ⅲ度高血圧未治療者の減少】、【Ⅱ度高血圧未治療者の減少】すべての指標において目標未達成でした。Ⅱ度およびⅢ度高血圧者に対し、かかりつけ医と連携を図り受診勧奨の実施、高血圧予防のための減塩指導や啓発に努めていきます。

また、【図表9】より介護給付費の増加及び入院費用の増加など課題もあります。重症化してから入院に至る状況を防ぐため、重症化予防の視点から医療機関の早期受診を促していくことが重要です。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上のための取組が必要です。

【図表16】第2期計画の達成状況

		○：達成 △：ベースラインから改善 ×：悪化					
達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標	達成状況	
		初年度 H30 (ベースライン)	中間評価 R2	最終評価 R5	R5		
		(H28)	(R元)	(R4)		(活用データ年度)	
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の減少(脳血管疾患/生活習慣病対象者)	2094人 (13.6%)	1830人 (12.6%)	1669人 (12.1%)	1989人	○
		虚血性心疾患の減少(虚血性心疾患/生活習慣病対象者)	1625人 (10.6%)	1447人 (10.0%)	1368人 (9.9%)	1544人	○
		人工透析の減少(人工透析/生活習慣病対象者)	167人 (1.1%)	143人 (1.0%)	154人 (1.1%)	159人	○
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	特定健康診査受診者における高血圧Ⅱ度以上(160/100以上)の有所見率の減少	540人 (4.1%)	504人 (3.8%)	452人 (4.2%)	3.10%	×
		特定健康診査受診者における脂質異常症(LDL160以上)の有所見率の減少	1012人 (7.6%)	927人 (6.9%)	862人 (7.9%)	4.10%	×
		特定健康診査受診者における糖尿病(HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上)の有所見率の減少	2093人 (15.8%)	1894人 (14.2%)	1627人 (14.9%)	12.30%	×
		特定健康診査受診者におけるメタボリックシンドローム該当者の減少	2820人 (21.2%)	3065人 (23.0%)	2616人 (24.0%)	19.20%	×
特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	48.2	49.3	45.8	60%	×	
	特定保健指導実施率60%以上	42.3	45.8	39.6	60%	×	
その他	糖尿病性腎症重症化予防	前年度の特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者および治療中断者の減少	38.20%	27.50%	27.50%	27.30%	△
		HbA1c8.0%以上の未治療者の割合	0.60%	0.40%	0.50%	減少	○
		未治療かつ尿蛋白異常のない者のうち、尿中微量アルブミン検査を受けた者	—	37.00%	63.80%	40.00%	○
		治療中かつHbA1c7.0%以上の者の減少	57.10%	47.60%	44.80%	47.00%	○
		糖尿病性腎症病期分類3期(顕性腎症期)の減少	13.70%	12.50%	13.40%	12.30%	△
		新規透析導入者の減少	30人	29人	37人	29人	×
	糖尿病以外のCKD(慢性腎臓病)重症化予防	尿蛋白有所見者の減少〔蛋白尿(+)以上未治療〕	4.40%	3.60%	4.02%	3.50%	△
		尿蛋白有所見者の減少〔蛋白尿(+)以上治療中〕	9.40%	8.80%	8.59%	8.60%	○
		CKDステージG3～G5該当者の減少〔CKD重症度分類 未治療〕	10.30%	10.80%	8.50%	10.70%	○
		CKDステージG3～G5該当者の減少〔CKD重症度分類 治療中〕	19.70%	20.10%	18.90%	19.80%	○
		かかりつけ医等への受診勧奨実施率	60.20%	66.10%	66.4%	68%	△
	脳心血管重症化予防	心電図検査有所見者の受診勧奨実施率	100.00%	100.00%	33.30%	100.00%	×
		Ⅲ度高血圧未治療者の減少	3.80%	3.40%	4.00%	3.20%	×
Ⅱ度高血圧未治療者の減少		14.40%	15.70%	17.20%	15.60%	×	

3 第3期計画における健康課題の明確化

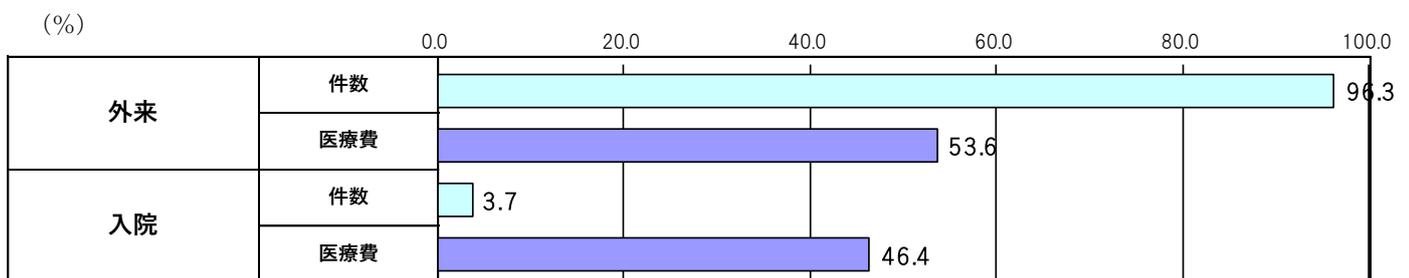
(1) 医療費適正化の状況

① 入院と入院外の件数・医療費の割合の比較

【図表17】に示すとおり、本市の入院件数割合は3.7%で、医療費全体の46.4%を占めています。入院を減らしていくことは費用対効果の面からも効率がよいと考えます。

【図表17】入院と入院外の件数・医療費の割合の比較（令和4年度）

一人当たり医療費	都城市	同規模平均	県	国
		32,089円	27,969円	30,988円



(出典：データヘルス計画作成・評価支援ツール)

② 医療費が高額になる疾患

【図表18】に示すとおり、本市において、医療費が高額になる疾患は脳血管疾患、長期入院になる疾患も脳血管疾患、治療が長期化する疾患は糖尿病性腎症です。脳血管疾患の基礎疾患は高血圧、虚血性心疾患の基礎疾患は高血圧、糖尿病性腎症の基礎疾患は糖尿病が多くなっています。

【図表18】医療費が高額になる疾患（令和4年度）

厚労省様式	対象レセプト(R4年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1	高額になる疾患 (100万円以上レセプト)	件数	363件	29件 8.0%	15件 4.1%	-
		費用額	5億9767万円	4062万円 6.8%	2784万円 4.7%	-
様式2-1	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	453人	59人 13.0%	33人 7.3%	-
		件数	4,276件	414件 9.7%	253件 5.9%	-
		費用額	18億4544万円	1億9170万円 10.4%	1億0659万円 5.8%	-
様式2-2	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	2,105件	526件 25.0%	642件 30.5%	1,110件 52.7%
		費用額	9億2750万円	2億1782万円 23.5%	2億8103万円 30.3%	4億9414万円 53.3%

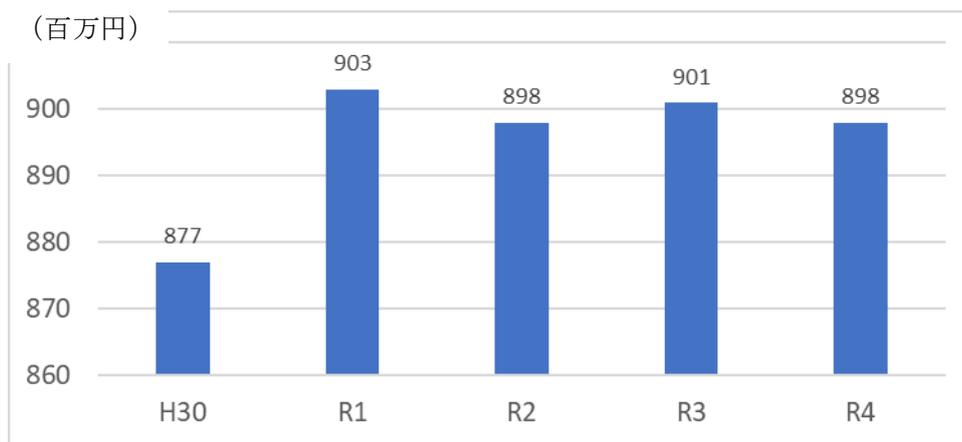
厚労省様式	対象レセプト(R4年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3	生活習慣病の治療者数 構成割合	15,002人	1,734人 11.6%	1,434人 9.6%	474人 3.2%	
		の基礎的な疾患	高血圧	1,402人 80.9%	1,217人 84.9%	366人 77.2%
			糖尿病	703人 40.5%	705人 49.2%	474人 100.0%
			脂質異常症	906人 52.2%	1,030人 71.8%	308人 65.0%
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
		9,174人 61.2%	4,782人 31.9%	6,405人 42.7%	1,784人 11.9%	

(出典：データヘルス計画作成・評価支援ツール)

③ 歯科医療費の状況

歯科医療費は令和4年度に約8億9,800万円で、令和元年度からほぼ横ばいとなっています。

【図表19】歯科医療費の推移



(出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」)

歯科医療費の状況【図表20】をみると被保険者一人当たり歯科医療費、受診率では、県、国に比べ低くなっています。1件当たり歯科医療費では県、国に比べ高くなっています。

【図表20】 歯科医療費の状況

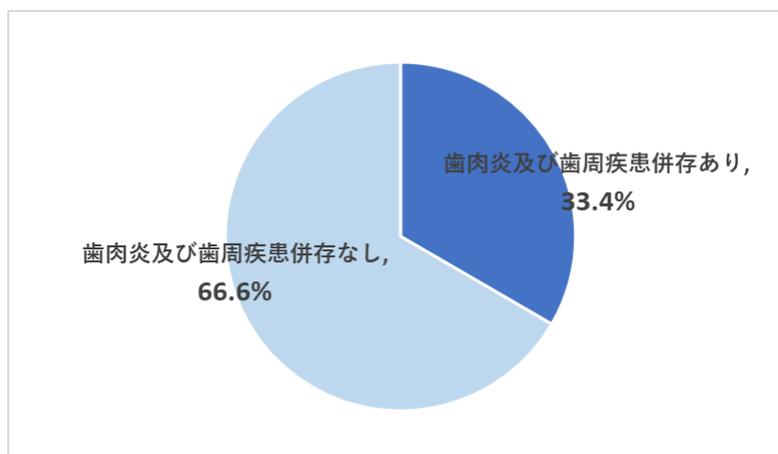
	被保険者一人当たり 歯科医療費（円）	1件当たり 歯科医療費（円）	受診率 （千人当たり件数）
都城市	2,090	15,390	136
県	2,040	14,470	141
国	2,160	13,350	161

（出典：KDBシステム「地域の全体像の把握」）

糖尿病と歯肉炎及び歯周疾患の併存者数の状況【図表21】をみると、令和4年度の糖尿病患者7,677人のうち、2,565人（33.4%）が歯肉炎及び歯周疾患を併存しています。

【図表21】 糖尿病と歯肉炎及び歯周疾患の併存者数の状況

糖尿病患者数(人)	歯肉炎及び歯周疾患併存者数(人)	併存者割合
7,677	2,565	33.4%



（出典：KDBシステム「疾病管理一覧（糖尿病）」）

④ 人工透析患者の状況

本市の被保険者に占める人工透析患者の割合は、【図表 2 2】のとおり県と比較して同等の割合です。

【図表 2 3】をみると、令和 4 年度の人工透析患者数は 1 5 9 人、新規透析導入者数は 3 7 人と減少傾向とは言えない状況です。

【図表 2 2】

人工透析患者数及び被保険者に占める人工透析患者の割合（R 4 年度（累計））

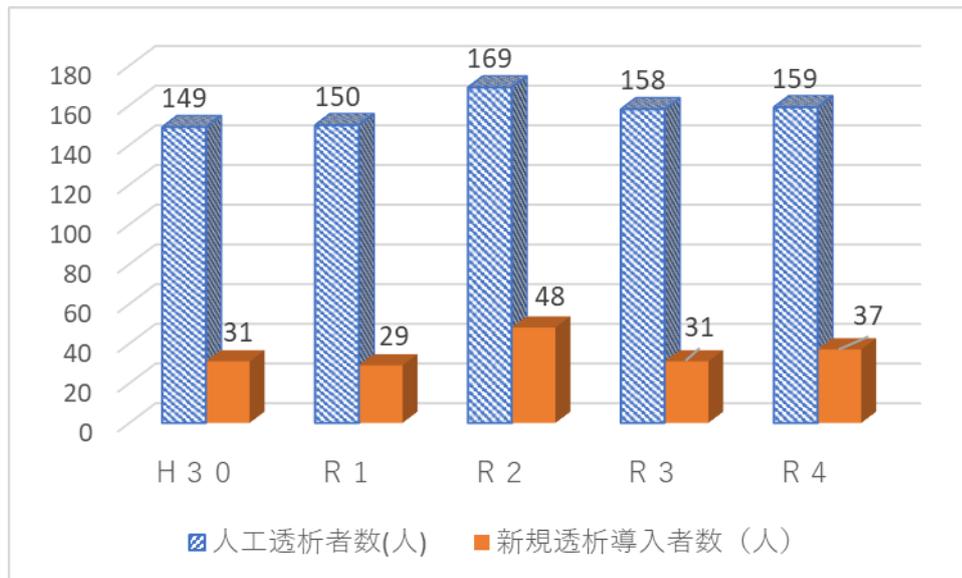
	被保険者数	人工透析者数	人工透析者率
都城市	34,870	159	0.46%
宮崎県	239,517	1,112	0.46%

出典:KDBシステム「市町村別データ」

※人工透析者人数:人工透析を判定したレセプトを持つ被保険者(累計時は直近月と同値)

※人工透析者割合:人工透析患者数÷被保険者数×100

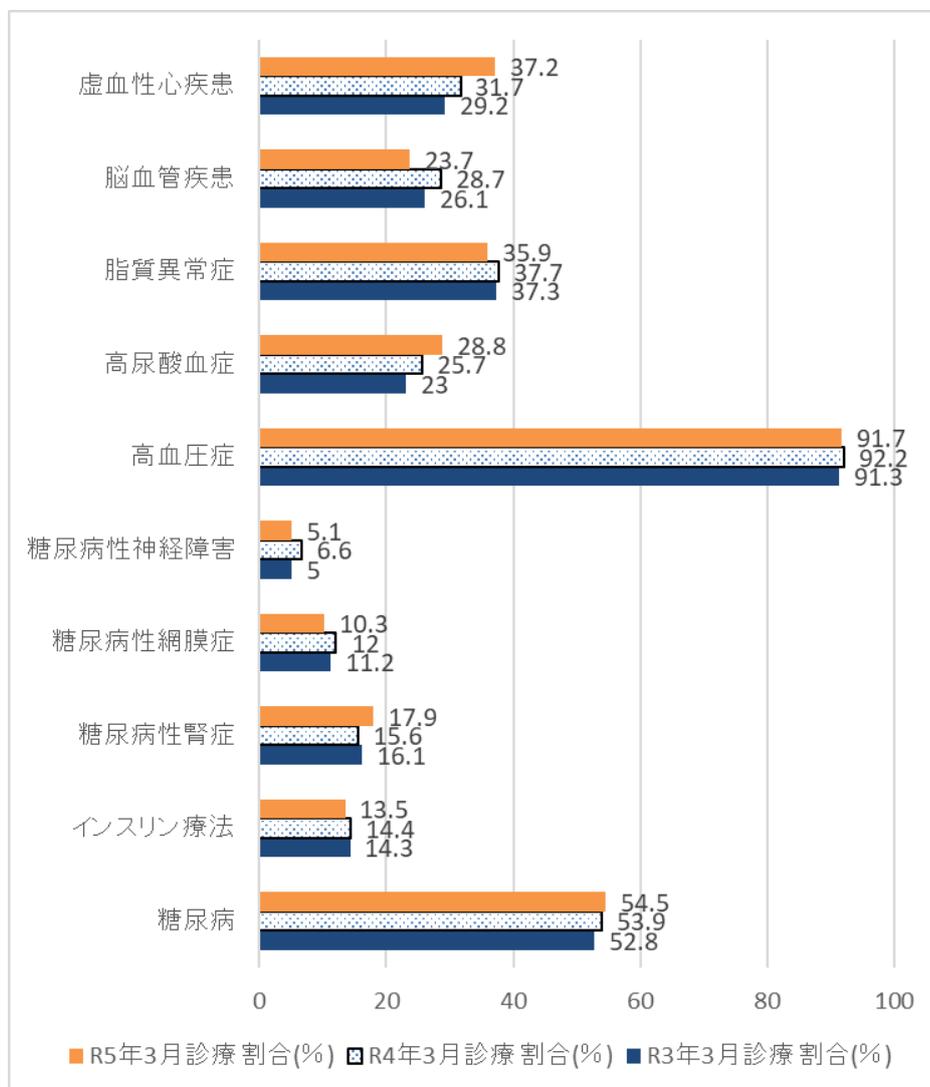
【図表 2 3】 年度別 人工透析患者数及び新規透析導入者数



(出典：KDBシステム「厚生労働省様式 人工透析のレセプト分析」)

人工透析患者に併存する疾患の状況は、【図表 2 4】のとおりです。高血圧症は人工透析患者の9割に併存しており、最も多いです。次いで糖尿病、脂質異常症の順に多い状況です。

【図表 2 4】人工透析患者に併存する疾患の状況



(出典：KDBシステム「厚生労働省様式 人工透析のレセプト分析」)

⑤ 介護認定状況及び介護認定者の有病状況

【図表 2 5】に示すとおり、介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが97.1%であり、筋・骨格疾患の96.2%を上回っています。血管疾患により介護認定を受けている件数が多いため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながります。

【図表 2 5】 介護認定状況及び介護認定者の有病状況（令和4年度）

要介護認定状況	受給者区分		2号				1号				合計					
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計							
	被保険者数		49,567人		24,539人		26,126人		50,665人		100,232人					
認定者数		215人		943人		7,692人		8,635人		8,850人						
認定率		0.43%		3.8%		29.4%		17.0%		8.8%						
新規認定者数		45人		190人		951人		1,141人		1,186人						
介護度別人数	要支援1・2		36	16.7%	212	22.5%	1,288	16.7%	1,500	17.4%	1,536	17.4%				
	要介護1・2		101	47.0%	380	40.3%	3,092	40.2%	3,472	40.2%	3,573	40.4%				
	要介護3~5		78	36.3%	351	37.2%	3,312	43.1%	3,663	42.4%	3,741	42.3%				
要介護突合状況	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(全体)		215		943		7,692		8,635		8,850					
	再)国保・後期		150		804		7,471		8,275		8,425					
	レセプトの診断名より重複して計上	血管疾患	循環器疾患	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合		
				脳卒中	1	脳卒中	100	66.7%	脳卒中	459	57.1%	脳卒中	4,972	66.6%	脳卒中	5,531
			腎不全	2	虚血性心疾患	30	20.0%	虚血性心疾患	217	27.0%	虚血性心疾患	3,106	41.6%	虚血性心疾患	3,323	39.8%
			虚血性心疾患	3	腎不全	29	19.3%	腎不全	152	18.9%	腎不全	2,094	28.0%	腎不全	2,246	27.0%
			糖尿病合併症	4	糖尿病合併症	25	16.7%	糖尿病合併症	120	14.9%	糖尿病合併症	744	10.0%	糖尿病合併症	864	10.6%
			基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)		118		78.7%		708		88.1%		7,177		96.1%	
基礎疾患			7,885		95.3%		8,052		97.3%		8,178		97.1%			
血管疾患合計			126		84.0%		725		90.2%		7,327		98.1%			
認知症		8		5.3%		181		22.5%		3,652		48.9%				
筋・骨格疾患		113		75.3%		699		86.9%		7,292		97.6%				

介護認定の有無別医療費

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	(円)
要介護認定者医療費(40歳以上)	7,711					
要介護認定なし医療費(40歳以上)	4,351					

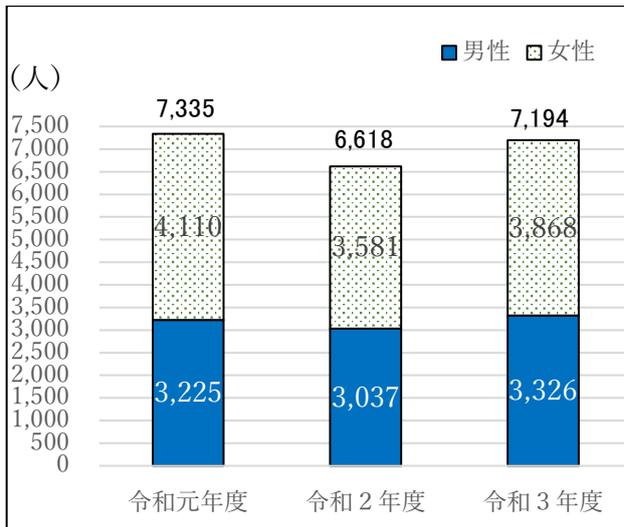
(出典：データヘルス計画作成・評価支援ツール)

⑥ 重複・頻回受診者の状況

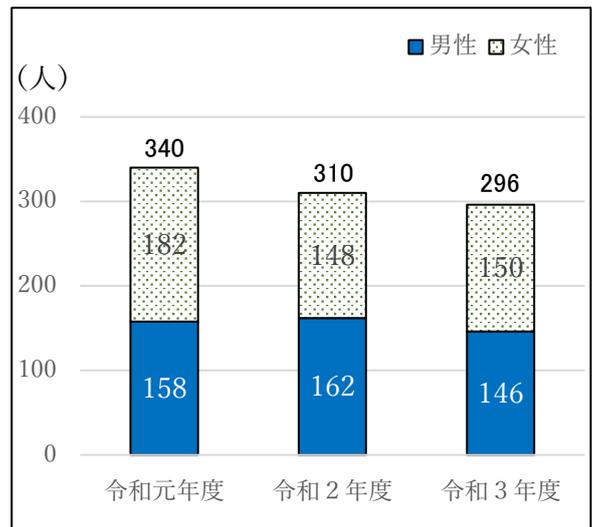
同月内に同じ傷病名（標準病名）で2医療機関以上に受診している重複受診者は、【図表26】に示すとおり、令和2年度に減少したが令和3年度で増加しています。

また、同月内に同一医療機関に15回以上受診している頻回受診者は、【図表27】に示すとおり、経年でみると減少傾向にあります。

【図表26】 重複受診者数の推移



【図表27】 頻回受診者数の推移

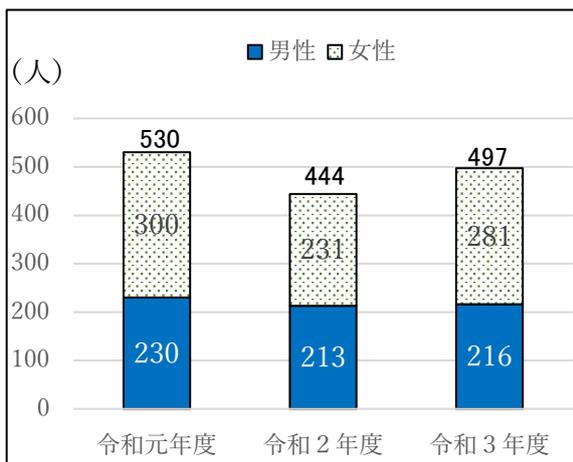


※対象レセプト：医科

(出典：データ分析による市町村国保データヘルス計画策定支援業務報告書【都城市版】 宮崎県)

同月内に同一成分で2種類以上の投薬がある重複服薬者は、【図表28】に示すとおり、令和2年度に減少したが、令和3年度で増加しています。

【図表28】 重複服薬者数の推移



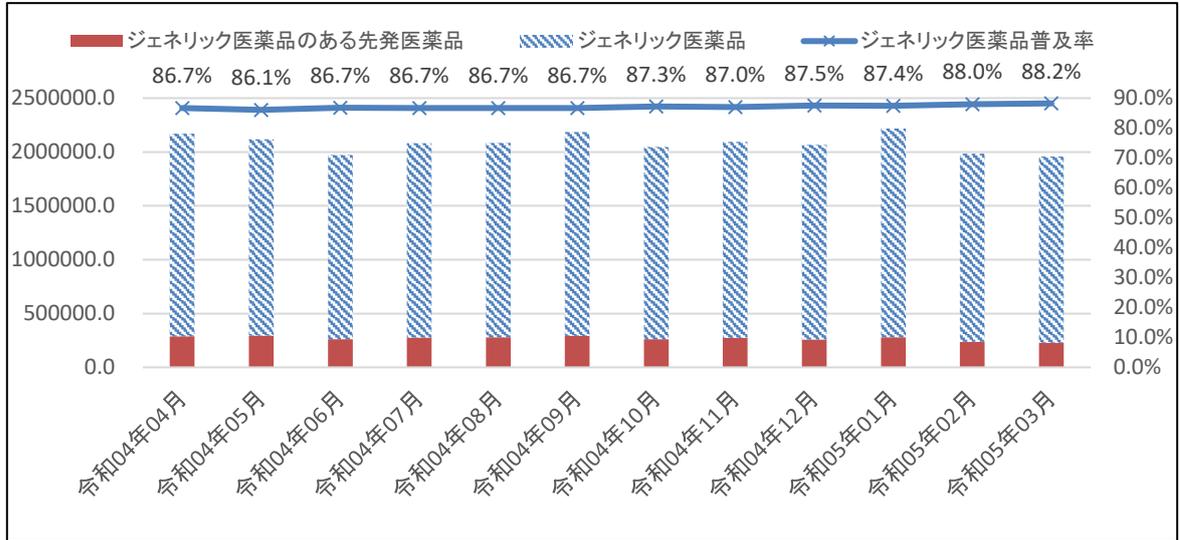
※対象レセプト：医科、調剤

(出典：データ分析による市町村国保データヘルス計画策定支援業務報告書【都城市版】 宮崎県)

⑦ ジェネリック医薬品（後発医薬品）の状況

令和4年4月から令和5年3月までのジェネリック医薬品の普及率は、【図表29】のとおり、86.1～88.2%を推移しています。

【図表29】ジェネリック医薬品普及率（数量ベース）



(出典:国保総合システムデータベース) データ化範囲:調剤レセプト

※後発医薬品数量シェア（置き換え率）＝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）
 ※後発医薬品のある先発医薬品＝後発医薬品と同額又は低額な先発医薬品を除く後発医薬品のある先発医薬品
 ※後発医薬品＝先発医薬品と同額又は高額な後発医薬品を除く後発医薬品

年度別のジェネリック医薬品の利用率推移をみると、【図表30】のとおり年々上昇し、令和4年度は88.2%で、国における目標値（令和5年度末までに80%以上）を達成しています。

【図表30】年度別 ジェネリック医薬品の利用率

	H30	R1	R2	R3	R4
ジェネリック医薬品の利用率(%)	77.7	81.8	83.4	86.3	88.2

(出典:国保総合システムデータベース)

⑧ 医療費適正化の状況における課題

(ア) 本市の外来件数割合96.3%に対し、入院件数割合は3.7%と少ないにも関わらず、医療費全体の46.4%を占めているため、高額になる疾患や治療が長期化する疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の予防が重要です。

(イ) 糖尿病患者の33.4%が歯肉炎及び歯周疾患を併存しており、糖尿病と歯周病は相互に悪い影響を及ぼすことから、糖尿病の改善だけでなく、歯周病の予防も重要です。

(ウ) 被保険者に占める人工透析患者の割合は、県と比較して同等の割合ではありますが、新規透析導入者数は減少傾向とは言えない状況であり、高血圧、糖尿病、脂質異常症を併存している割合が多いです。また、血管疾患により介護認定を受けている件数が多いことから、特定健診で高血圧、糖尿病、脂質異常症を早期に発見、改善していく必要があります。

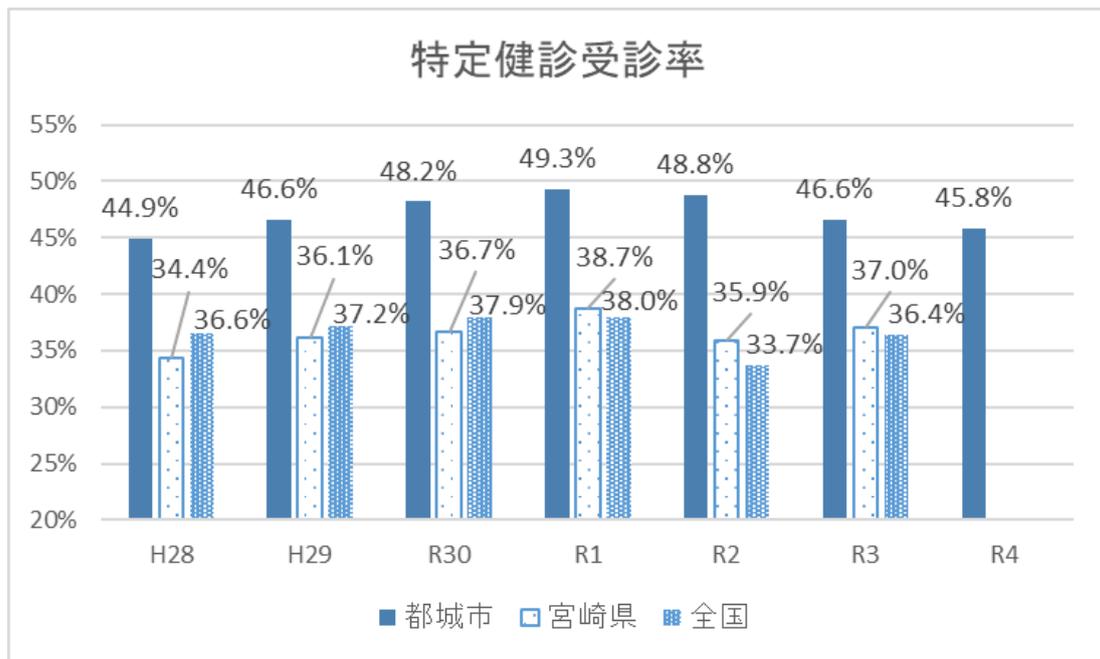
(2) 特定健診・特定保健指導の状況

① 特定健診の受診率

本市の令和3年度特定健診受診率は【図表31】に示すとおり、46.6%であり、全国受診率36.4%及び県平均受診率37.0%よりも高い状況です。令和元年度までは、毎年向上していましたが、令和2年度及び3年度は減少しています。原因として、新型コロナウイルス感染症により、対象者の受診控えや医療機関が発熱外来やワクチン接種に対応するために健診受入れ数が減少したことが考えられます。また、国の目標値である60%は達成していません。年代別受診率では、男女ともに年齢が下がるにつれて受診率が低くなっており、女性よりも男性の受診率が低いです。【図表32】

詳細な健診項目として実施する心電図検査と眼底検査の受診状況を【図表33】に示します。詳細な健診は、当該年度の健診結果を基準に医師の判断で実施するものです。ただし、眼底検査については、当該年度の特定健診の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度特定健診を元に医師が判断します。

【図表31】



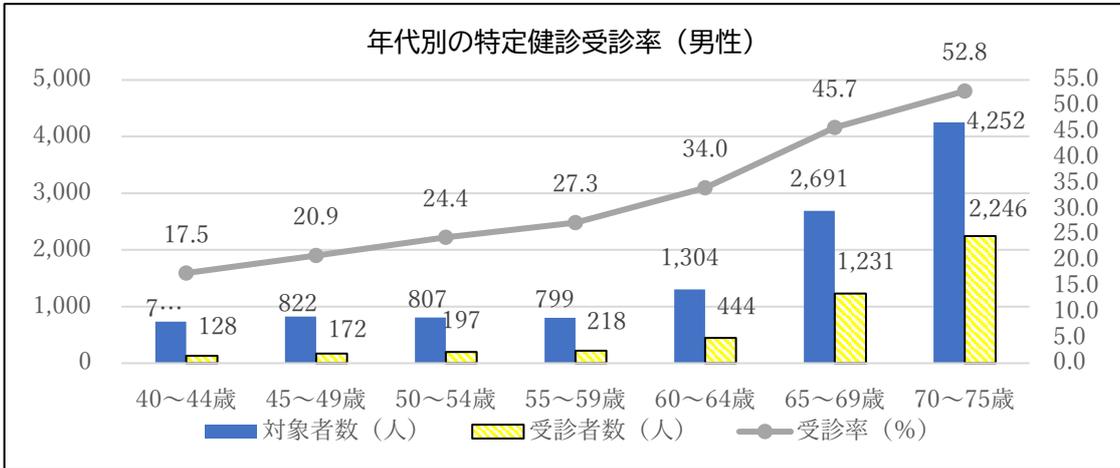
* 市データは法定報告*による。

(※法律第142条に基づき、保険者が社会保険診療報酬支払基金に対して行う報告。以下、同じ。)

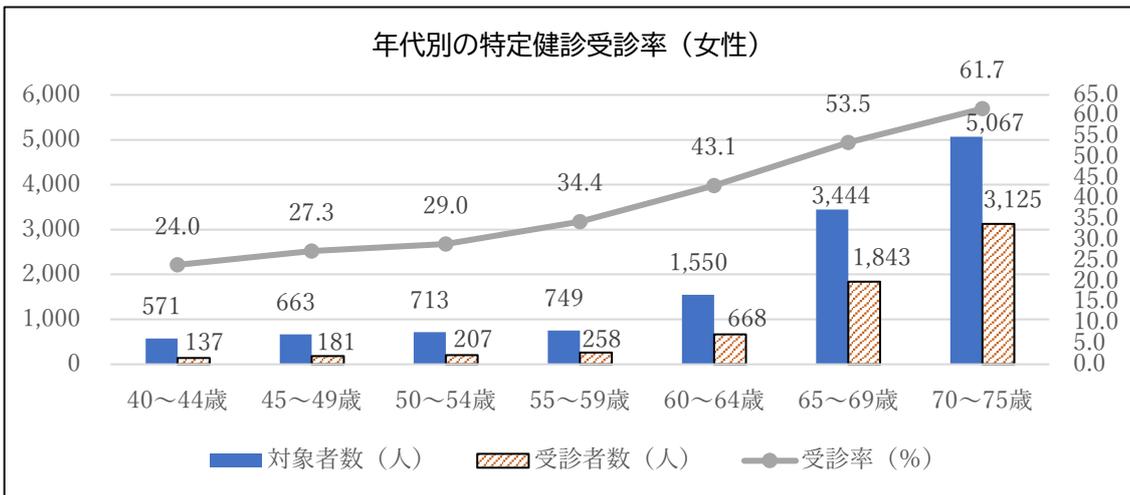
* 県及び全国データは、平成28年度～令和3年度市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書(国民健康保険中央会)より抜粋。令和4年度データは令和6年度に公表されるため未掲載

【図表 3 2】 年代別の特定健診受診率（令和 4 年度法定報告）

【男性】	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～75歳	計
対象者数(人)	731	822	807	799	1,304	2,691	4,252	11,406
受診者数(人)	128	172	197	218	444	1,231	2,246	4,636
受診率(%)	17.5	20.9	24.4	27.3	34.0	45.7	52.8	40.6



【女性】	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～75歳	計
対象者数(人)	571	663	713	749	1,550	3,444	5,067	12,757
受診者数(人)	137	181	207	258	668	1,843	3,125	6,419
受診率(%)	24.0	27.3	29.0	34.4	43.1	53.5	61.7	50.3



【図表 3 3】 詳細な健診項目の受診状況推移

	2017年 H29	2018年 H30	2019年 R1	2020年 R2	2021年 R3	2022年 R4
当該年度の健診受診者(人)	13,746	13,554	13,536	13,258	12,756	12,307
心電図検査受診者(人)	660	4,280	4,466	4,224	4,391	4,280
健診受診者における受診者割合(%)	4.8	31.6	33.0	31.9	34.4	34.8
眼底検査受診者(人)	2,844	3,106	3,139	2,904	3,014	3,063
健診受診者における受診者割合(%)	20.7	22.9	23.2	21.9	23.6	24.9

② 特定健診受診者における有所見者

【図表 3 4】は、本市の令和 4 年度特定健診結果について、異常所見があった者（有所見者）の割合を性別に国及び宮崎県全体と比較し、そのうち、全国平均と比較して 4 ポイント以上有所見者が多い項目を抜粋したものです。（その他の健診項目の有所見状況は【巻末資料 2】を参照）特に、HbA1c 高値者の割合は、男性では全国に比べ 20 ポイント、女性では 25 ポイント以上多いです。

さらに、本市の結果については 40 歳から 64 歳と、65 歳から 74 歳の高齢期に分けると、65 歳以上の高齢期は 64 歳以下に比べて、男性は血糖、HbA1c の異常所見が増加、女性は 4 項目全てで増加しており、特に HbA1c、収縮期血圧の増加が顕著です。

【図表 3 4】 令和 4 年度特定健診結果（有所見者）

	男性	HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸	
		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全国	7.1		34.9		57.8		12.4	
	県	2,291	8.3	11,203	40.4	16,548	59.7	4,961	17.9
保険者	合計	672	14.5	1,836	39.6	3,612	77.8	869	18.7
	40-64	183	15.7	379	32.6	828	71.1	262	22.5
	65-74	489	14.1	1,457	41.9	2,784	80.0	607	17.5

	女性	BMI		腹囲		HbA1c		収縮期血圧	
		25以上		90以上		5.6以上		130以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全国	21.4		18.8		56.5		45.3	
	県	8,589	23.8	8,145	22.6	21,868	60.6	17,022	47.2
保険者	合計	1,753	27.3	1,550	24.1	5,266	82.0	3,231	50.3
	40-64	363	25.0	311	21.4	994	68.4	524	36.1
	65-74	1,390	28.0	1,239	24.9	4,272	85.9	2,707	54.5

（出典：KDBシステム 厚生労働省様式 5-2）

また、【図表35】に示すとおり、男女ともにメタボリックシンドローム予備群（以下、「予備群」という。）と比較して、メタボリックシンドローム該当者（以下「該当者」という。）の割合が高いです。該当者の割合は、男性では健診受診者の3割以上を占めています。

男女共にリスク因子は、予備群では高血圧が多く、該当者では血圧と脂質の重なったもの、次いで、血圧・脂質・血糖3項目全てが重なったものが多いです。

【図表35】令和4年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

性別		健診受診者		予備群						該当者											
				高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	4,642	40.4	747	16.1%	37	0.8%	573	12.3%	137	3.0%	1,671	36.0%	266	5.7%	72	1.6%	727	15.7%	606	13.1%
	40-64	1,164	25.8	188	16.2%	9	0.8%	117	10.1%	62	5.3%	376	32.3%	42	3.6%	27	2.3%	172	14.8%	135	11.6%
	65-74	3,478	50.0	559	16.1%	28	0.8%	456	13.1%	75	2.2%	1,295	37.2%	224	6.4%	45	1.3%	555	16.0%	471	13.5%
女性	合計	6,424	49.8	466	7.3%	18	0.3%	367	5.7%	81	1.3%	958	14.9%	166	2.6%	27	0.4%	458	7.1%	307	4.8%
	40-64	1,453	33.7	101	7.0%	8	0.6%	71	4.9%	22	1.5%	155	10.7%	27	1.9%	4	0.3%	77	5.3%	47	3.2%
	65-74	4,971	57.8	365	7.3%	10	0.2%	296	6.0%	59	1.2%	803	16.2%	139	2.8%	23	0.5%	381	7.7%	260	5.2%

(出典：KDBシステム 厚生労働省様式5-3)

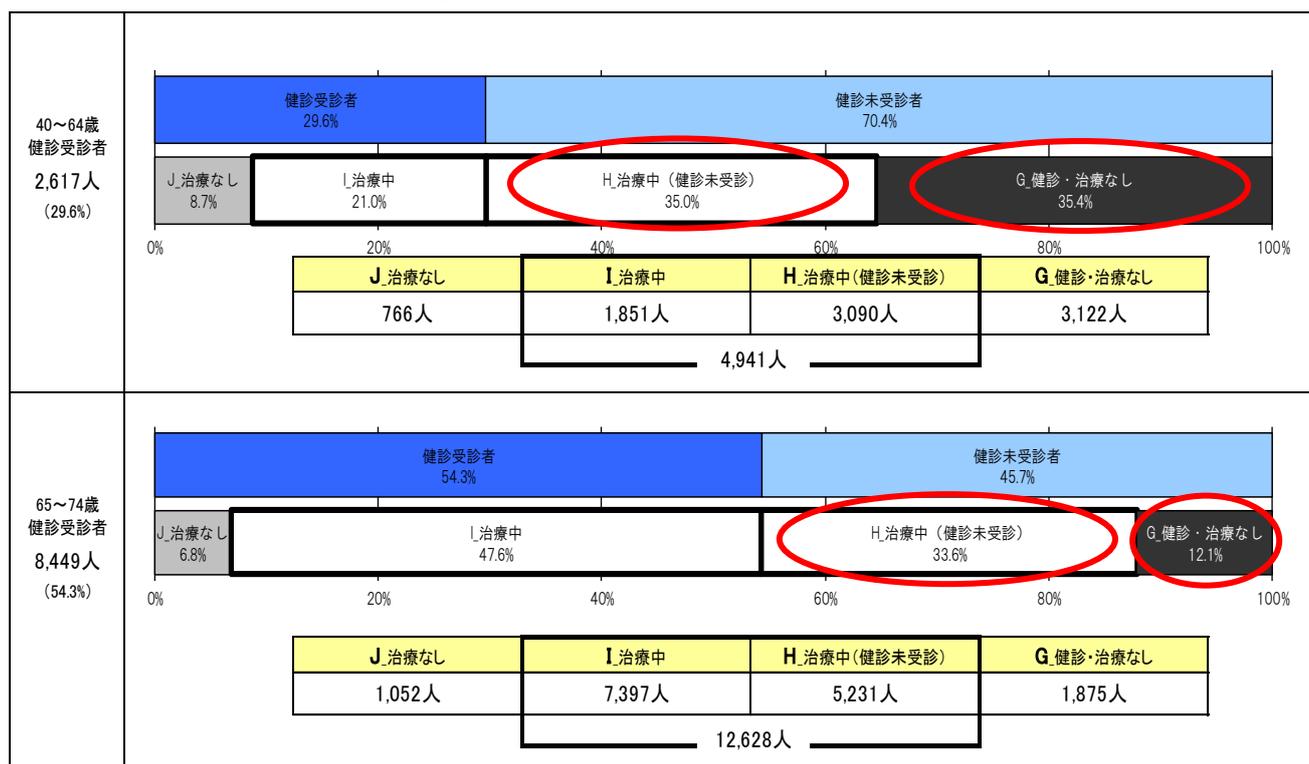
③ 特定健診未受診者の状況

【図表36】は、特定健診対象者を40歳～64歳（上段）と65歳～74歳（下段）に分け、特定健診受診状況及び生活習慣病の治療状況を示したものです。特定健診未受診者のうち生活習慣病治療中の者の割合は、40歳～64歳では35.0%、65歳～74歳では33.6%でした。

なお、特定健診未受診かつ生活習慣病未治療者は、40歳～64歳では35.4%、65歳～74歳では12.1%でした。

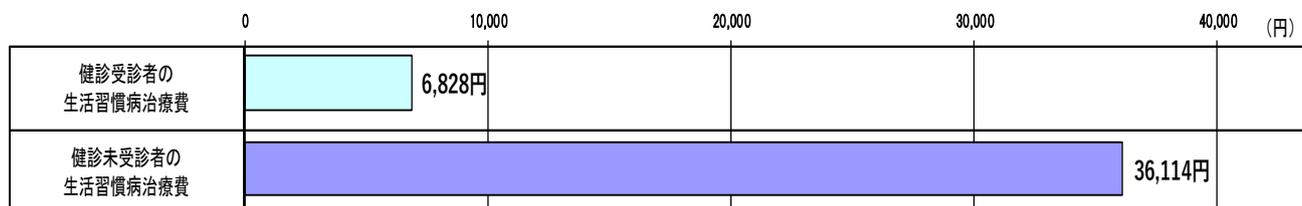
【図表37】に示すとおり、特定健診未受診者一人当たりの年間生活習慣病治療費は特定健診受診者と比較して29,286円高額となっています。

【図表 3 6】 令和 4 年度特定健診受診者及び特定健診未受診者の治療状況



(出典：KDBシステム 厚生労働省様式 5 - 5)

【図表 3 7】 令和 4 年度特定健診受診者及び未受診者の生活習慣病治療費（年間医療費）の比較



(出典：データヘルス計画作成・評価支援ツール)

④ 特定保健指導の実施状況

【図表 3 8】に示すとおり、特定健診の受診者のうち、特定保健指導対象者の割合は年々減少傾向ですが、令和 2 年度には増加しています。新型コロナウイルス感染症によって、身体活動の機会が少なくなった影響が考えられます。特定保健指導を受けた人のうち、2 割以上が翌年度は特定保健指導の対象ではなくなっており、特定保健指導は一定の効果が見られていると考えられます。

しかし、本市の特定保健指導実施率は、国や県の実施率と比較して低い状況です。

本市の特定保健指導の実施方法は、市による直接実施と、都城市北諸県郡医師会に委託実施です。令和 5 年度に委託による特定保健指導を実施する医療機関は、動機付け支援* 11 箇所、積極的支援* 8 箇所でした。

*「動機付け支援」及び「積極的支援」の具体的内容は、第 3 章の 4 特定保健指導の実施を参照。

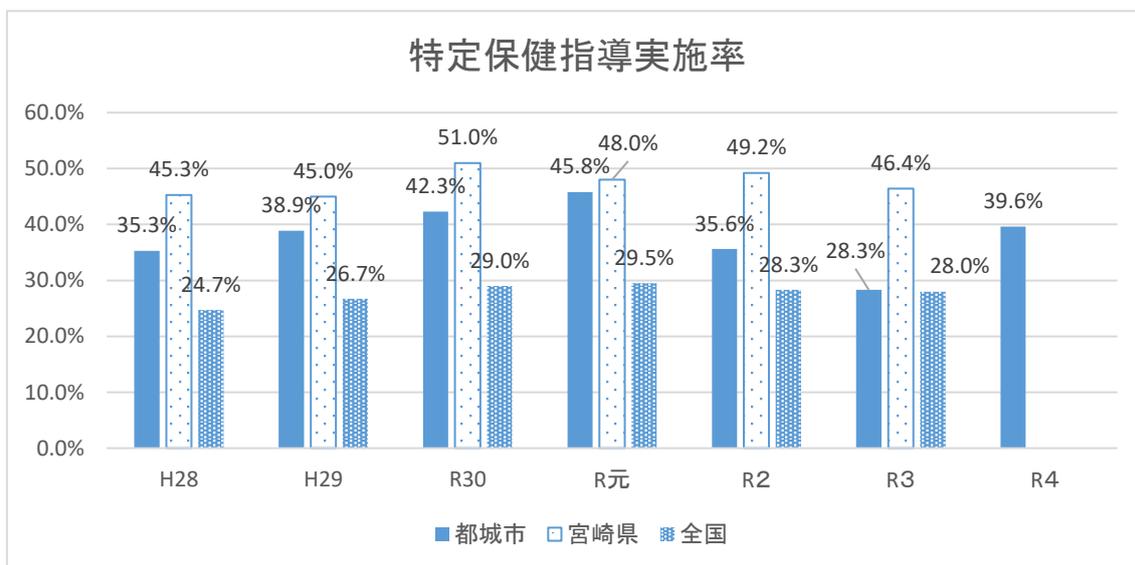
【図表 3 8】 特定保健指導の対象者数の推移

(法定報告を元に作成)

	H 2 8	H 2 9	H 3 0	R 1	R 2	R 3	R 4
特定保健指導 対象者数 (人)	1, 447	1, 322	1, 272	1, 238	1, 262	1, 117	956
特定健診受診者に 占める割合 (%)	11. 3	10. 3	9. 8	9. 5	9. 8	9. 4	8. 6
特定保健指導による 対象者の減少率 (%) ※	22. 3	26. 3	25. 7	27. 4	21. 5	22. 7	23. 6

※ 前年度特定保健指導を受け、当該年度に特定保健指導対象者ではなくなった人の割合

【図表 3 9】 特定保健指導実施率の推移



*市データは法定報告による。

*県及び全国データは、平成28年度～令和3年度市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書(国民健康保険中央会)より抜粋。令和4年度データは令和6年度に公表されるため未掲載

⑤ 動機付け支援

特定健診受診者に占める動機付け支援該当者の割合は、男性の方が女性よりも高いです。また、男女ともに50歳～54歳の実施率が低い傾向が見られます。【図表40】

【図表40】年代別の特定保健指導（動機付け支援）実施率（令和4年度法定報告）

【男性】	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	計
対象者数（人）	11	13	11	9	18	155	209	426
受診者に占める割合	8.6%	7.6%	5.6%	4.1%	4.1%	12.6%	9.3%	9.2%
実施者数（人）	5	8	3	4	7	66	84	177
実施率	45.5%	61.5%	27.3%	44.4%	38.9%	42.6%	40.2%	41.5%
【女性】	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	計
対象者数（人）	8	12	15	14	27	107	158	341
受診者に占める割合	5.8%	6.6%	7.2%	5.4%	4.0%	5.8%	5.1%	5.3%
実施者数（人）	2	7	3	6	16	57	65	156
実施率	25.0%	58.3%	20.0%	42.9%	59.3%	53.3%	41.1%	45.7%

⑥ 積極的支援

特定健診受診者に占める積極的支援対象者の割合は、男性の方が女性よりも高いです。

令和4年度の特定保健指導では、実施率が特に低い年代は、男性では、45歳～49歳及び55歳～59歳、女性では45歳～49歳でした。【図表41】

【図表41】年代別の特定保健指導（積極的支援）実施率（令和4年度法定報告）

【男性】	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	計
対象者数（人）	30	25	28	22	42	147
受診者に占める割合	23.4%	14.5%	14.2%	10.1%	9.5%	3.2%
実施者数（人）	11	4	7	4	7	33
実施率	36.7%	16.0%	28.6%	18.2%	21.4%	24.5%
【女性】	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	計
対象者数（人）	5	5	10	7	15	42
受診者に占める割合	3.6%	2.8%	4.8%	2.7%	2.2%	0.7%
実施者数（人）	1	0	4	2	3	10
実施率	20.0%	0.0%	40.0%	28.6%	20.0%	23.8%

⑦ 特定健診・特定保健指導における課題

- (ア) 特定健診受診率の伸びは停滞しており、若い世代ほど受診率が低いため、啓発活動に力を入れるとともに、受診しやすい環境づくりが必要です。
- (イ) 詳細な健診項目のうち、特に眼底検査は実施機会が限られており、実施率が低い状況です。受診者の利便性を高める対策を実施する必要があります。
- (ウ) 肥満やメタボリックシンドロームの解消のため、特定健診を生活習慣改善に生かせるような特定保健指導の質の向上が必要です。
- (エ) 男性の特定保健指導該当者が多いため、男性の健康意識を向上させる特定保健指導が求められます。
- (オ) 特定健診未受診者の年間医療費は、受診者に比べて高いため、特定健診受診や診療データの活用により、健康状態を把握する必要があります。
- (カ) 特定保健指導実施率が低いため、対象者が利用しやすい工夫が必要です。
- (キ) 特定保健指導の委託先が少ないため、医療機関の理解、協力が得られるような取組が必要です。

(3) 目標の設定

【図表 1 7、1 8】より、本市の入院・入院外の件数割合について、外来件数割合が 9 6. 3 %に対し、入院件数割合は 3. 7 %と少ないにも関わらず、医療費全体の 4 6. 4 %を占めているため、高額になる疾患や治療が長期化する疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の予防が重要です。また、慢性腎臓病（人工透析）の医療費が総医療費に占める割合は増加、脳血管疾患、虚血性心疾患の割合は減少していますが、いずれも国や県と比べると高い状況です。治療が長期化する人工透析患者の半数以上は、糖尿病性腎症であり、医療費の抑制のためにも糖尿病の重症化予防の取組を推進する必要があります。

【図表 1 5】より、特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者の割合は減少しておらず、横ばいで推移しており目標は未達成です。メタボリックシンドロームでは、心筋梗塞や脳梗塞など命にかかわる動脈硬化性疾患を引き起こすリスクが高くなり、本市の死因割合の半数は心臓病と脳疾患であることから、メタボリックシンドローム該当者・予備群を減少する取組が必要です。

【図表 1 8】より、脳心血管疾患の基礎疾患の重なりをみると、高血圧が 8 0 %を超え、脂質異常症も 5 0 %を超えています。また、【図表 2 5】から血管疾患により介護認定を受けている件数が多いことから、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を早期から防ぐことが重要です。本市の特定健診受診率及び特定保健指導実施率の伸びは停滞しており、生活習慣病の早期発見・予防のためには更なる特定健診の受診勧奨、特定保健指導の利用勧奨を推進する必要があります。

以上のことから、健康課題を以下の通り 3 つ挙げ、優先度を設定しました。個別の保健事業との対応の番号については、「●個別の保健事業」（3 7 ページ）に記載しています。

●保険者の健康課題

項目	健康課題	優先度	個別の保健事業との対応
B	糖尿病の重症化による医療費増大	1	1. 2. 3. 4
C	メタボリックシンドロームによる生活習慣病リスクの増大	2	1. 2
A	脳心血管疾患の発症・重症化による医療費・介護費用の増大	3	1. 2. 5

33ページ記載の健康課題を受けて、データヘルス計画全体における目的・目標を設定しました。

評価指標の★印は、宮崎県共通指標です。

●データヘルス計画全体における目的・目標

★宮崎県共通指標

項目	目的	評価指標	策定時	目標値 (%)						
			R4	R6	R7	R8	R9	R10	R11	
			(活用データ 年度)	(R5)	(R6)	(R7)	(R8)	(R9)	(R10)	
A	生活習慣病を早期発見・重症化を予防する	アウトプット	★特定健診実施率	45.8	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
			★特定健診実施率 (40～64歳)	30.0	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
			★特定健診実施率 (65～74歳)	54.6	55.5	56.4	57.3	58.2	59.1	60.0
			★特定保健指導実施率	39.6	43.0	46.0	49.0	52.0	55.0	60.0
			★特定保健指導実施率 (40～64歳)	32.7	37.2	41.7	46.2	50.8	55.4	60.0
			★特定保健指導実施率 (65～74歳)	43.2	46.0	48.8	51.6	54.4	57.2	60.0
		★血圧が保健指導判定 値以上の者の割合	53.2	52.8	52.4	51.9	51.5	51.1	50.7	
B	糖尿病患者の減少により医療費も減少する	アウトカム	★HbA1c 8.0%以上 の者の割合(全体)	2.0	1.9	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4
			★HbA1c 8.0%以上 の者の割合 (40～64歳)	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.4	1.3
			★HbA1c 8.0%以上 の者の割合 (65～74歳)	2.1	2.0	1.9	1.8	1.7	1.6	1.5
			★高血糖者の割合 (HbA1cが6.5% 以上)	13.9	13.6	13.3	13.0	12.7	12.4	12.0
			★HbA1c 6.5%以上 のうち、糖尿病レセ プトがない者の割合	11.5	11.3	11.0	10.8	10.5	10.3	10.0
			新規透析患者数の減少	37	37	37	36	36	36	36

項目	目的	評価指標	策定時	目標値 (%)						
			R4	R6	R7	R8	R9	R4	R6	
			(活用データ 年度)	(R5)	(R6)	(R7)	(R8)	(R9)	(R10)	
C	生活習慣の改善により肥満の割合が減少する	アウトカム	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	23.6	24.0	24.3	24.7	25.1	25.5	25.8
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (40～64歳)	27.3	27.7	28.1	28.4	28.8	29.2	29.6
			★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (65～74歳)	22.0	22.4	22.7	23.1	23.4	23.8	24.2
			★運動習慣のありの者の割合(男性)	48.2	48.6	49.0	49.5	49.9	50.3	50.7
			★運動習慣のありの者の割合(女性)	44.5	44.9	45.3	45.8	46.2	46.6	47.0

34、35ページに示したデータヘルス計画全体における目標を達成するため、下記の通り5つの保健事業を実施します。

●個別の保健事業

番号	事業名称	事業概要	優先度	詳細ページ
1	・特定健診受診率向上対策事業	・特定健診対象者への通知等による受診勧奨や、国保被保険者が多く加入する団体等との連携を図り啓発を行い、特定健診受診率の向上を図る。	1	49
2	・特定保健指導利用勧奨事業	・健診結果により生活習慣病のリスクのある指導対象者に対し、特定保健指導の利用勧奨を実施する。	2	50
3	・糖尿病重症化予防事業	・糖尿病の発症予防及び糖尿病性腎症の重症化予防の推進のために、糖尿病対策に関わる医療機関、関係者と連携し、効果的・効率的に連携する。	3	52
4	・CKD（慢性腎臓病）予防連携事業	・CKD（慢性腎臓病）重症化予防のため、CKD予防連携システムを推進する。	4	58
5	・脳心血管重症化予防	・脳心血管疾患の発症予防及び重症化予防のため、対象者への受診勧奨、保健指導等を実施する。	5	63
6	・その他の保健事業	<ul style="list-style-type: none"> ・日帰り人間ドック ・18歳から39歳の健康診査 ・歯周疾患検診 ・重複受診者及び重複服薬者への適切な受診指導 ・後発医薬品の使用促進 	6	69

第3章 特定健康診査等実施計画

1 計画の趣旨と位置付け

特定健康診査等実施計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号。以下「法律」という。）第19条に基づき策定するものです。

平成20年4月から、医療保険者は40歳以上75歳未満の被保険者を対象に、メタボリックシンドローム（※）に着目した「特定健康診査」（以下、「特定健診」という。）を実施することが義務づけられています。

更に、特定健診の結果を元に、保険者が糖尿病等のリスクが高い者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげられるよう、専門職が指導を行う「特定保健指導」の実施も義務づけられています。

こうした対象者の個別性を重視した効果的な保健指導の実施は、加入者の健康の保持・向上や医療費適正化等の観点から、保険者にとって極めて重要な保険者機能です。

そこで本市では、特定健康診査等実施計画を都城市国民健康保険保健事業実施計画に包含して作成します。

本章では、都城市国民健康保険被保険者を対象に実施する特定健診と特定保健指導及びそれらの実施について必要なこと（以下「特定健診等」という。）の実施について、具体的事項及び実施と成果の目標値を示します。

※メタボリックシンドローム（日本内科学会等8学会による診断基準）

腹囲 男性 85cm 以上、女性 90cm 以上 かつ 以下の①～③の2つ以上が該当するもの

①血糖 空腹時血糖 110mg/dl 以上

②脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上、かつ/または HDL コレステロール 40mg/dl 未満

③血圧 収縮期 130mmHg 以上、かつ/または拡張期 85mmHg 以上

また、この計画に示す「メタボリックシンドローム予備群」とは、国の「健康日本21」の基準に準じ、上記腹囲+項目が1つ該当するものを指します。

メタボリックシンドロームの診断基準と特定保健指導の判定基準は異なります。

2 第3期特定健康診査等計画の取組

第3期特定健康診査等実施計画の期間は、平成30年度から令和5年度でした。

(1) 特定健診の状況

① 健診項目

特定健診で実施する検査の項目は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成19年厚生労働省令第157号。以下「省令」という。）第1条に、全ての受診者が受診しなければならない項目（以下、「基本的な健診項目」と）と、医師の判断により受診しなければならない項目（以下、「詳細な健診項目」という。）が定められています。【図表42】

貧血検査および血清クレアチニン検査は詳細な健診項目とされているが、本市では受診者全員に実施しています。また、本市独自の追加項目として、尿酸、尿潜血検査も全員に実施しています。さらに、平成28年度からは、eGFRによる腎機能評価も合わせて行い、健康状態がより詳しくわかる検査を行っています。

【図表42】 健診項目

○基本的な健診項目

(ア)	問診（服薬歴、喫煙歴等）
(イ)	身体診察
(ウ)	身体測定（身長、体重、BMI、腹囲）
(エ)	血圧測定
(オ)	血液検査 <ul style="list-style-type: none"> ・脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） ・血糖検査（空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c） ・肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP、アルブミン） ・貧血検査（赤血球、血色素量、ヘマトクリット値） ・腎機能検査（血清クレアチニン、尿酸）※eGFRによる腎機能の評価を含む
(カ)	尿検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血）

○詳細な健診項目の実施基準

検査項目	基準 (厚生労働省告示)	検査の時期 (本市規定)
心電図 検査	当該年度の特定健診の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は問診等で不整脈が疑われる者。	特定健診の実施日と同日
眼底検査	当該年度の特定健診の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者。 血圧：収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上 血糖：空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上	特定健診の実施日から1か月以内

② 実施方法

本市では、個別健診を都城市北諸県郡医師会に委託し、令和2年度は6月から10月まで、令和3年度はコロナ禍のため6月から2月まで、令和4年度は6月から10月まで、令和5年度は6月から12月まで実施しました。

また、平成28年度からは、宮崎県健康づくり協会に委託し、公民館等で集団健診を実施しました。集団健診は、平日に医療機関での受診が困難な人に配慮し、土曜日や日曜日に実施し、同時にがん検診も行いました。

さらに、特定健診の項目にがん検診等の検査を加えた日帰り人間ドックを都城健康サービスセンターで通年実施しました。

詳細な健診項目である心電図検査は、基本的な健診項目と同一医療機関で同日実施しました。眼底検査は、基本的な健診項目受診後、1か月以内に都城健康サービスセンターで実施しました。

3 第4期特定健診の実施計画

(1) 実施方法

個別健診及び集団健診を業務委託し、特定健診を実施します。

受診者の利便性を考慮し、委託医療機関の拡充や土曜日、日曜日の実施、日帰り人間ドック等、がんやその他の検診との同日健診を行います。

(2) 特定健診業務委託基準

業務委託にあたっては、法律第28条、及び省令第16条第1項を遵守します。

(3) 特定健診実施項目

①基本的な健診項目

省令第1条に基づく検査項目のほか、詳細な健診項目とされている貧血検査、血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）を受診者全員に実施します。さらに、尿酸、尿潜血検査を市独自に追加して、以下の項目で実施します。

(ア) 問診（服薬歴、喫煙歴等）

(イ) 身体診察

(ウ) 身体測定（身長、体重、BMI、腹囲）

(エ) 血圧測定

(オ) 血液検査

- ・脂質検査：空腹時中性脂肪、やむを得ない場合には随時中性脂肪（※1）、HDLコレステロール、LDLコレステロール
- ・血糖検査：空腹時血糖又は随時血糖、HbA1c
- ・肝機能検査：GOT、GPT、 γ -GTP、アルブミン
- ・貧血検査：赤血球、血色素量、ヘマトクリット値
- ・腎機能検査：血清クレアチニン、尿酸（eGFRによる腎機能の評価を含む）

(カ) 尿検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血）

（※1）第4期に変更となった項目

②詳細な健診項目

前述した【図表42】に示した厚生労働大臣が定める基準に該当する者のうち、医師が必要性を個別に判断し、心電図検査及び眼底検査を定められた期間に実施します。

(4) 実施時期

日帰り人間ドックを除く個別健診は、6月から12月までの期間に実施します。

日帰り人間ドックは通年実施します。

集団健診は、年間3回程度実施します。

なお、受診者の利便性等を勘案し実施期間の調整は柔軟に行います。

(5) 医療機関等との円滑な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

(6) 情報提供（結果の通知）

全ての特定健診受診者に、文書で結果を通知します。

(7) 特定健診の広報

- ① 対象者に、特定健診受診券、受診方法の案内及び実施医療機関リストを郵送します。
- ② 広報やメディアを利用した特定健診の周知を図ります。
- ③ 農業協同組合や商工会など、国保被保険者が多く加入する団体等に広報の協力を依頼します。
- ④ 健診未受診者全員に受診勧奨のはがきを送付します。
- ⑤ 未受診者の状況把握を行い、複数年に渡り未受診が続く人や生活習慣病重症化の危険性が高い人を重点的に、訪問や電話等による受診勧奨を行います。

4 第4期特定保健指導の実施計画

(1) 目的

① 動機付け支援

対象者への個別支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、健康保持のための行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることを目指します。

② 積極的支援

「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることを目指します。

(2) 実施方法

特定保健指導は、対象者に合わせ、個別に実施します。

直接実施のほか業務委託も行い、閉庁時にも対象者の都合に合わせて実施できるようにします。

また、対象者の利便性を高め、保健指導の実施率向上のため、ICTを積極的に活用します。

(3) 特定保健指導業務委託基準

業務委託にあたっては、法律第28条及び省令第16条を遵守します。

(4) 対象者

省令第4条に基づき、特定健診結果が【図表43】の基準にある者のうち、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の薬を服用していない者を対象とします。

ただし、積極的支援の対象者のうち、1年目に積極的支援の対象者に該当し、かつ積極的支援（3か月以上の継続的な支援の実施を含む）を終了した者であって、2年目も積極的支援対象者に該当し、1年目に比べ2年目の状態が改善している者は、動機付け支援相当とします。

なお、2年目に動機付け支援相当の支援を実施し、3年目も積極的支援に該当した者は、3年目は動機付け支援相当の支援の対象にはなりません。

また、状態が改善している者とは、特定健康診査の結果において、1年目と比べて2年目の腹囲及び体重の値が【図表44】のとおり一定程度減少していると認められる者としてします。

【図表 4 3】 第 4 期特定保健指導の対象者

腹囲	追加リスク*	喫煙歴※	対象者	
	①血糖②脂質③血圧		40-64歳	65-74歳
≥ 85 cm (男性) ≥ 90 cm (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25 kg/m ²	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	/		

※喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

*追加リスク

血糖	空腹時血糖 100 mg/dl 以上、HbA1c 5.6% 以上、 または随時血糖が 100 mg/dl 以上
脂質	空腹時中性脂肪 150 mg/dl 以上、または 随時中性脂肪 175 mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満
血圧	収縮期 130 mmHg 以上、または拡張期 85 mmHg 以上

【図表 4 4】

BMI < 30	腹囲 1.0 cm 以上かつ体重 1.0 kg 以上減少している者
BMI ≥ 30	腹囲 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 以上減少している者

(5) 実施者

①直接実施

常勤または会計年度任用の保健師、管理栄養士または保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師

②業務委託

医療機関に勤務する医師、保健師、管理栄養士または保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師

③実施者の研修

資質を向上し、効果的な保健指導を実施するため、定期的な実施者研修を実施します。

(6) 実施内容

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 7 条第 1 項及び第 8 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法」(平成 25 年厚生労働省告示第 91 号。以下「告示」という。)に基づき、次のとおり実施します。

① 動機付け支援及び動機付け支援相当

(ア) 初回支援として、利用者1人当たり20分以上の個別面接を行います。

(イ) 実績評価として、行動計画の策定日から3か月以上経過した日に面接又は通信等（電話、手紙、ICT等）を利用し、腹囲・体重・血圧・生活習慣の改善状況の評価を実施します。通信等を実施する場合は、指導対象者への一方向ではなく、双方向のやり取りを行い、評価に必要な情報を得ます。

② 積極的支援

(ア) 初回支援として、利用者1人当たり20分以上の個別面接を行います。

(イ) 3か月以上の継続的な支援として、【図表45】に示すアウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント（p）以上の支援を実施します。

継続的な支援は、個別面接、通信等（電話、手紙、電子メール等）のいずれか、もしくはいくつかを組み合わせで行います。

(ウ) 実績評価として、行動計画の策定日から3か月以上経過した日に面接又は通信等（電話、手紙、ICT等）を利用し、腹囲・体重・血圧・生活習慣の改善状況の評価を実施します。

③ 動機付け支援・積極的支援共通

市内のスポーツ施設等に委託し、対象者に生活習慣病予防のための効果的な運動方法の学習と運動習慣確立の機会を提供します。

【図表 4 5】 積極的支援のポイント構成

アウトカム評価	腹囲 2.0 cm 以上かつ 体重 2.0 kg 以上減少	180 p	
	腹囲 1.0 cm 以上かつ 体重 1.0 kg 以上減少	20 p	
	食習慣の改善	20 p	
	運動習慣の改善	20 p	
	喫煙習慣の改善 (禁煙)	30 p	
	休養習慣の改善	20 p	
	その他の生活習慣の 改善	20 p	
プロセス評価	支援種別	個別支援	支援 1 回当たり 70 p 支援 1 回当たり最低 10 分間以上
		グループ支援	支援 1 回当たり 70 p 支援 1 回当たり最低 40 分間以上
		電話	支援 1 回当たり 30 p 支援 1 回当たり最低 5 分間以上
		電子メール等	支援 1 往復当たり 30 p 1 往復 = 特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。
	早期実施	健診当日の 初回面接	20 p
		健診後 1 週間以 内の初回面接	10 p

5 特定保健指導対象者以外の保健指導

特定保健指導対象者以外の保健指導は、以下のとおり実施します。

(1) 要受診者

対象者 : 特定健診の結果、「受診が必要」と判断された者

実施方法 : ①医療機関を受診する必要性について通知・説明

②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

(2) 生活習慣病のコントロール不良の者

対象者：生活習慣病の治療中にも関わらず、血圧、血糖、脂質等の検査値が高値である者

実施方法：「宮崎県糖尿病発症予防糖尿病性腎症重症化予防指針（第1期改訂版）」及び本計画との整合性を図り、かかりつけ医との連携のもと、以下の内容を実施します。

- ① 医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用
- ② 治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析

6 特定健診等の目標値及び対象者の見込み

(1) 目標値の設置

【図表46】年度ごとの目標値

	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
特定健診受診率 (%)	50	52	54	56	58	60
特定保健指導実施率 (%)	43	46	49	52	55	60

(2) 対象者数の見込み

【図表47】特定健診の対象者数及び受診者数の見込み

		R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	
特定 健診	対象者数 (人)	40～64歳	8,576	8,514	8,455	8,397	8,312	8,240
		65～74歳	14,714	14,340	13,948	13,610	13,303	13,019
		合計	23,290	22,854	22,403	22,007	21,615	21,259
	受診者数 (人)	40～64歳	3,002	3,406	3,805	4,199	4,572	4,944
		65～74歳	8,643	8,478	8,293	8,125	7,965	7,811
		合計	11,645	11,884	12,098	12,324	12,537	12,755

【図表48】特定保健指導の対象者数及び実施者数の見込み

		R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	
特定 保健 指導	対象者数 (人)	40～64歳	399	408	415	423	430	437
		65～74歳	701	715	728	742	755	768
		合計	1,100	1,123	1,143	1,165	1,185	1,205
	実施者数 (人)	40～64歳	172	188	203	220	237	263
		65～74歳	301	329	357	386	415	461
		合計	473	517	560	606	652	723

7 特定健診等の実践スケジュールと評価

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクル【図表2】（2ページ）で実践していくため、年度当初に具体的な年間実施スケジュールを作成し、実践します。

評価の結果及び新たな医学的知見や社会状況の変化等に応じ、特定健診等の実施方法は柔軟に変更します。

8 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）及び「都城市個人情報保護条例」（平成18年条例第29号）に則り、適切に行います。

また、業務の委託に際しては、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の個人情報の取扱い状況を管理します。

(2) 特定健診・特定保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録は、電子または紙データにて5年間保存します。

9 特定健康診査等実施計画の公表・周知

法律第19条第3項に基づき、都城市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

(1) 重症化予防（ハイリスクアプローチ）の方向性

医療機関への受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行います。

また、治療中の患者に対しては、かかりつけ医と連携し重症化予防のための保健指導を実施します。

(2) ポピュレーションアプローチの方向性

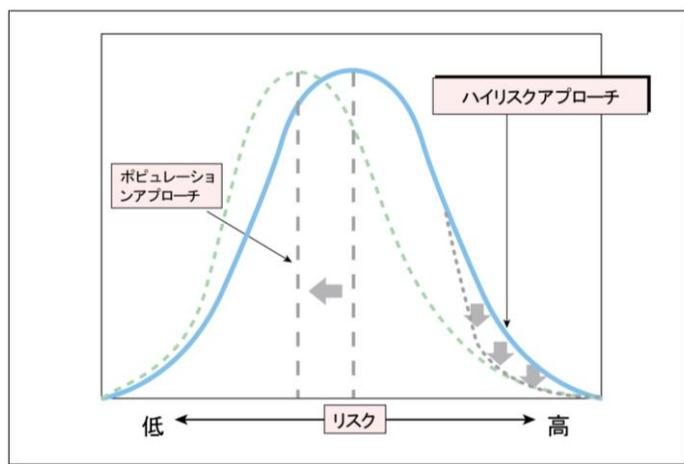
生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知するとともに、「みやこのじょう健康づくり計画21（第3次）」に基づき、市民の健康意識の高め、健康づくりを推進します。

※ハイリスクアプローチ及びポピュレーションアプローチについて（出典：日本看護協会）

生活習慣病対策では、高いリスクを持っている個人（ハイリスク者）とリスクがない個人（正常者）に2分することはできず、肥満度や血圧値、血糖値、コレステロール値等の指標の分布は、異常値（異常者の分布）と正常値（正常者の分布）がきれいに二分される二峰性ではなく、連続的な一峰性の分布を示すのが特徴である。

【図表50】の健康障害を起こす危険因子を持つ集団のうち、分布の右端であるより高いリスクを有する者に対する方法を「ハイリスクアプローチ」と呼び、集団全体、分布全体に働きかけて適切な方向に少しずつ移動、シフトする方法を「ポピュレーションアプローチ」と呼ぶ。

【図表50】 ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの関係性（日本看護協会）



2 生活習慣病対策の取組

(1) 特定健診受診率向上対策事業

① 事業の目的

特定健診の受診率を向上させ、特定保健指導や医療機関への受診につなげることで、メタボリックシンドローム及びそれに伴う生活習慣病のリスクの早期発見による予防を図ります。

② 対象者

国民健康保険加入者のうち40歳～74歳の者

③ 現在までの事業結果

(ア) 特定健診の受診率は、令和3年度は、46.6%であり、全国受診率36.4%及び県平均受診率37.0%よりも高い状況です。令和元年度までは、毎年向上していましたが、令和2年度及び3年度は減少しています。原因として、新型コロナウイルス感染症による対象者の受診控え等が考えられます。また、国の目標値である60%は達成していません。年代別受診率では、男女ともに年齢が下がるにつれて受診率が低くなっており、女性よりも男性の受診率が低いです。

(イ) 健診未受診者へ葉書等による受診勧奨を実施しています。

(ウ) 受診券の電子申請による再発行受付を実施しています。

④ 実施計画

(ア) 対象者に、特定健診受診券、受診方法の案内及び実施医療機関リストを郵送します。

(イ) 個別健診及び集団健診を業務委託し、特定健診を実施します。

(ウ) 受診者の利便性を考慮し、委託医療機関の拡充や土曜日、日曜日の実施、日帰り人間ドック等、がんやその他の検診との同日健診を行います。

(エ) 広報やメディアを利用した特定健診の周知を図ります。

(オ) 農業協同組合や商工会など、国保被保険者が多く加入する団体等に広報の協力を依頼します。

(カ) 健診未受診者全員に受診勧奨通知を送付します(年1～2回程度)。

(キ) 受診券の電子申請による再発行受付を実施します。

⑤ 今後の方向性

(ア) 市郡医師会への委託により、受診率向上の取組について連携すると共に、実施医療機関へ事業説明等を行い更なる受診勧奨の協力依頼をします。

(イ) 未受診者の状況把握を行い、受診率が低い層、複数年に渡り未受診が続く人や生活習慣病重症化の危険性が高い人等を重点的に、訪問や電話等による受診勧奨を検討します。

⑥ 今後の目標

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
		(活用デー タ年度)	(R 5)	(R 6)	(R 7)	(R 8)	(R 9)	(R 10)
アウトプット(実施量・率)	特定健診実施率 (%)	45.8	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
	特定健診実施率 (%) (40～64歳)	30.0	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0
	特定健診実施率 (%) (65～74歳)	54.6	55.5	56.4	57.3	58.2	59.1	60.0
アウトカム(成果)	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%)	23.6	24.0	24.3	24.7	25.1	25.5	25.8

(2) 特定保健指導利用勧奨事業

① 事業の目的

特定保健指導の実施率を向上させ、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、生活習慣病の発症予防を図ります。

② 対象者

特定健診の結果、特定保健指導に該当した者(生活習慣病発症のリスクがあると判定された者)

③ 現在までの事業結果

(ア) 特定健診の受診者のうち、特定保健指導対象者の割合は年々減少傾向ですが、令和2年度には増加しています。新型コロナウイルス感染症によって、身体活動の機会が少なくなった影響が考えられます。特定保健指導を受けた人のうち、2割以上が翌年度は特定保健指導の対象ではなくなっており、特定保健指導は一定の効果が見られていると考えられます。

(イ) 本市の特定保健指導実施率は、県の実施率と比較して低い状況です。

④ 実施計画

(ア) 特定保健指導は、対象者に合わせ個別に実施します。直接実施のほか業務委託も行き、閉庁時にも対象者の都合に合わせて実施できるようにします。

(イ) 対象者の利便性を高め、保健指導の実施率向上のため、ICTを積極的に活用します。

(ウ) 市内のスポーツ施設等に委託し、対象者に生活習慣病予防のための効果的な運動方法の学習と運動習慣確立の機会を提供します。

(エ) 指導対象者へは、健診結果の説明を直接行き、特定保健指導を実施します。

(オ) 直接結果を説明できない対象者に対しては、通知や電話等による保健指導の利用勧奨を行います。

(カ) 広報やメディアを利用した特定保健指導の周知を図ります。

⑤ 今後の方向性

委託による特定保健指導を実施する医療機関数の拡大やICTを活用した特定保健指導を推進します。

⑥ 今後の目標

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
		(活用データ 年度)	(R 5)	(R 6)	(R 7)	(R 8)	(R 9)	(R 10)
アウトプット (実施量・ 率)	特定保健指導実施率 (%)	39.6	43.0	46.0	49.0	52.0	55.0	60.0
	特定保健指導実施率 (%) (40～64歳)	32.7	37.2	41.7	46.2	50.8	55.4	60.0
	特定保健指導実施率 (%) (65～74歳)	43.2	46.0	48.8	51.6	54.4	57.2	60.0
アウトカム (成果)	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%)	23.6	24.0	24.3	24.7	25.1	25.5	25.8
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%) (40～64歳)	27.3	27.7	28.1	28.4	28.8	29.2	29.6
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%) (65～74歳)	22.0	22.4	22.7	23.1	23.4	23.8	24.2
	運動習慣のありの者の割合 (男性) (%)	48.2	48.6	49.0	49.5	49.9	50.3	50.7
	運動習慣のありの者の割合 (女性) (%)	44.5	44.9	45.3	45.8	46.2	46.6	47.0

3 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

① 基本的な考え方

この項は、「都城市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」として位置づけ、「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び「宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第1期改訂版）第4章」（以下、「宮崎県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」という。）に基づき実施します。

(ア) 特定健診・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対して、医療機関への速やかな受診を促すとともに、かかりつけ医と連携した保健指導を行います。

(イ) 治療中の患者に対しては、連携ツール等を活用し、かかりつけ医と連携を図りながら保健指導を行います。

(ウ) 糖尿病治療中断者や特定健診未受診者については、医療機関への継続受診勧奨や特定健診受診勧奨を行います。

② 本市の現状と課題

【図表51】は、KDB及び保健指導支援ツールを用いて、令和4年度のレセプトデータ及び特定健診データを突合し、糖尿病の状況を分析したものです。

本市における特定健診対象者24,433人（B）のうち、特定健診受診者は10,991人（45.0%-C）であり、「糖尿病型（※）」は、2,117人（19.3%-E）でした。そのうち、糖尿病未治療及び治療中断者は583人（27.5%-F）、糖尿病治療中の者は1,534人（72.5%-G）でした。

糖尿病未治療者・中断者（F）については、医療機関への速やかな受診勧奨を行う必要があります。また、糖尿病治療中でコントロール状況が不良の者687人（44.8%-J）は、かかりつけ医と連携を図り、重症化予防に努める必要があります。

なお、糖尿病治療者で特定健診未受診者は、5,909人（79.4%-I）であり、検査データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が困難です。そのため、糖尿病連携手帳等かかりつけ医との連携ツールを活用し、コントロール状況の把握及び重症化予防を行う必要があります。

※「糖尿病型」とは、血糖値またはHbA1cが次に該当するもの

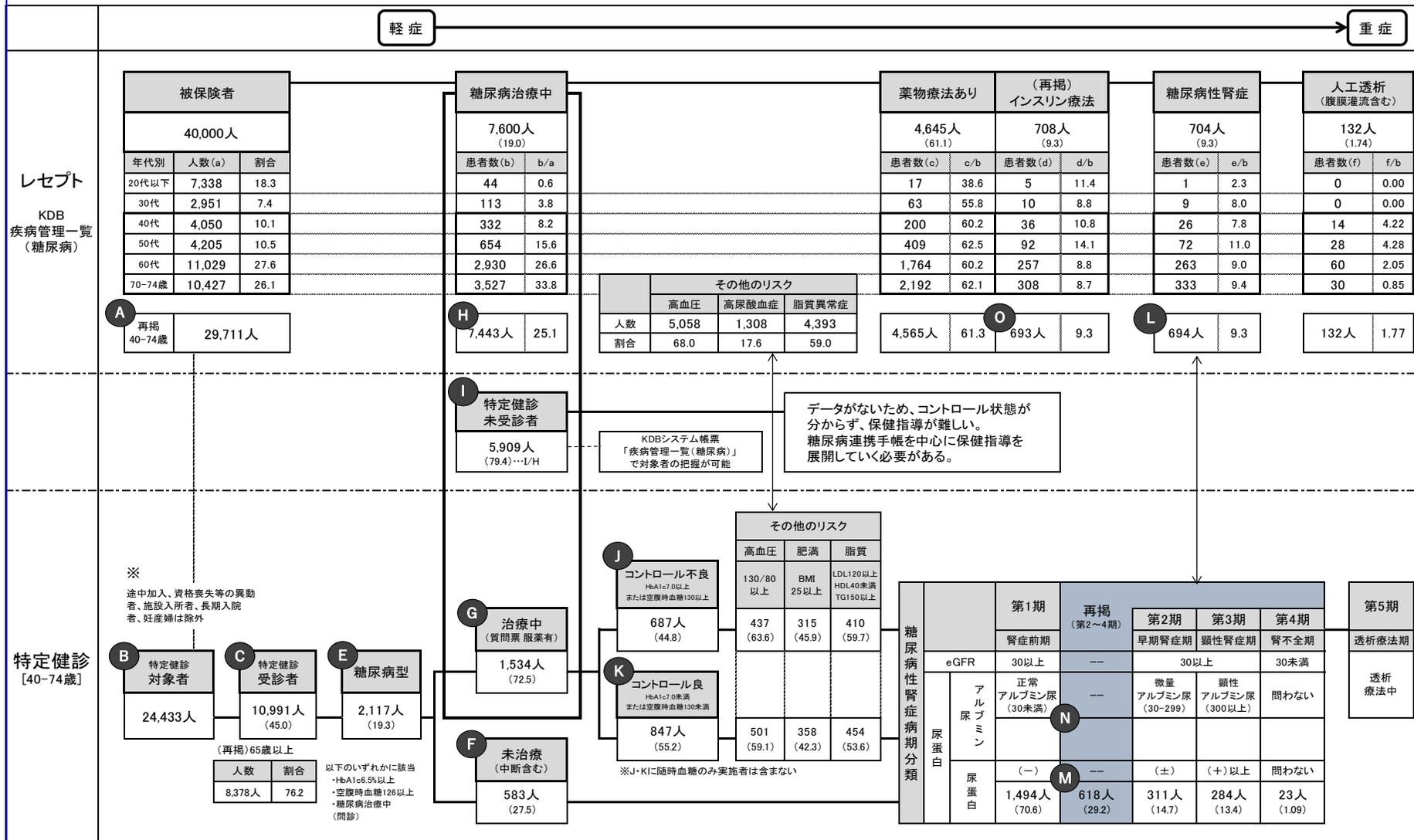
●血糖値（空腹時） $\geq 126\text{mg/dl}$ 以上、随時 $\geq 200\text{mg/dl}$ 以上のいずれか

●HbA1c $\geq 6.5\%$

【図表5 1】

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

R4年度



(出典：KDBシステム及び保健指導支援ツール)

③ 糖尿病性腎症重症化予防対象者の把握

糖尿病病期分類ごとの対象者を抽出したものが【図表52】【図表53】です。

【図表52】糖尿病性腎症病期分類と生活習慣病リスク（治療なし）

CKD(慢性腎臓病)重症度分類		尿蛋白		(-)		(±)以上		(±)以上		(尿検査結果に関わらずeGFRで判断)											
		eGFR								60		45		30		15					
重症化予防対象者	健診受診者	糖尿病なし		正常または高値				正常または軽度低下		軽度~中等度低下		中等度~高度低下		高度低下		末期腎不全					
	A 10,991人	C 8,864人 80.6 ...C/A		m	e/C	n	f/C	o	g/C	p	h/C	q	i/C	r	j/C	s	k/C				
	k	k/B'	l	l/B	t	q/m	u	r/n	v	s/o	w	t/p	x	x/q	y	y/r	z	z/s			
再掲	高血圧症	I度以上	2,531	23.0	364	4.1	250	3.9	12	5.2	41	4.2	49	4.7	10	5.7	1	3.8	1	8.3	
	メタボリックシンドローム	該当者	2,644	24.1	1,553	17.5	959	15.0	34	14.6	235	24.1	254	24.1	57	32.8	10	38.5	4	33.3	
	異常脂質	LDL-C	120以上	4,890	44.5	4,107	46.3	3,020	47.2	90	38.6	455	46.7	468	44.5	63	36.2	9	34.6	2	16.7
		中性脂肪	300以上	355	3.2	247	2.8	172	2.7	8	3.4	28	2.9	30	2.9	9	5.2	0	0.0	0	0.0
	高尿酸血症	7.1以上	1,015	9.2	829	9.4	448	7.0	21	9.0	106	10.9	178	16.9	64	36.8	8	30.8	4	33.3	

※尿蛋白・GFR共に実施した者を計上

(出典：保健指導実践ツール)

【図表53】糖尿病性腎症病期分類と生活習慣病リスク（治療中）

糖尿病性腎症病期分類		尿検査	尿蛋白		(-)		(±)		(+)以上		(尿検査結果に関わらずeGFRで判断)				
			アルブミン尿区分		正常アルブミン尿 A1		微量アルブミン尿 A2		顕性アルブミン尿 A3						
			eGFR		30										
重症化予防対象者	健診受診者	糖尿病あり		第1期腎症前期		第2期早期腎症期		第3期顕性腎症期		第4期腎不全期					
	A 10,991人	B 2,112人 19.2 ...B/A		c	a/B	d	d/B	e	c/B	f	d/B				
	a	a/A'	b	a/A	g	g/c	h	h/d	i	i/e	j	j/f			
糖尿病のみ (その他リスクなし)			478	22.6	379	25.4	61	19.6	34	12.0	4	17.4			
糖尿病+その他リスクあり			1,634	77.4	1,115	74.6	250	80.4	250	88.0	19	82.6			
再掲	メタボリックシンドローム	該当者	2,644	24.1	1,088	51.5	700	46.9	180	57.9	192	67.6	16	69.6	
	異常脂質	中性脂肪	300以上	355	3.2	107	5.1	60	4.0	16	5.1	28	9.9	3	13.0
		LDL-C	120以上	4,890	44.5	777	36.8	542	36.3	126	40.5	106	37.3	3	13.0
	高血圧症	I度以上	2,531	23.0	541	25.6	338	22.6	89	28.6	107	37.7	7	30.4	
	高尿酸血症	7.1以上	1,015	9.2	185	8.8	107	7.2	28	9.0	43	15.1	7	30.4	

(出典：保健指導実践ツール)

④ 保健指導の実施

糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの危険因子の管理も重要です。そこで、糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を実施します。保健指導については「糖尿病治療ガイド2022-2023」（日本糖尿病学会）「CKD診療ガイド2023」（日本腎臓学会）等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行います。

(ア) 対象者の抽出基準及び実施方法

対象者1

特定健診受診者のうち、糖尿病疑いの未治療者及び治療中断者・・・【図表51】F

以下のいずれも満たす者

- a 前年度等の特定健診の結果、空腹時血糖 126 mg/dl 以上又は随時血糖 200 mg/dl 以上又はHbA1c 6.5% 以上
- b 過去1年間の糖尿病による医療機関未受診者

<実施方法及び目標実施率>

- (a) 文書による受診勧奨（目標実施率：100%）
- (b) (a)で未受診が継続する場合、保健師、看護師による受診勧奨（目標実施率：60%）

※受診の有無は、医療機関から市へ文書で連絡を受ける。

対象者2

糖尿病治療中で血糖コントロール不良の者

HbA1c 8.0% 以上が3か月以上持続し、主治医が保健指導を必要と認めた者（本人の同意を得て、主治医から本市に情報提供を行う。）

<実施方法及び目標実施率>

- (a) 保健師・看護師による生活指導（面談）（目標実施率：60%）
- (b) 管理栄養士による栄養指導（面談）（目標実施率：60%）

※自分の検査データを把握し、HbA1c 7.0% 以下でコントロールできるようになることを目標に指導を行う。

対象者 3

糖尿病治療中で腎機能低下が疑われる者・・・【図表 5 1 ・ 5 2 ・ 5 3】

前年度の特定健診結果が、以下の a～d のいずれかに該当する者

- a 糖尿病性腎症病期分類（糖尿病性腎症合同委員会）第 3 期または第 4 期
- b 尿蛋白定性（2+）以上
- c e G F R 4 5 ml / 分 / 1. 7 3 m²未満
- d 前年度の特定健診の結果、e G F R 値が前々年度に比べ、2 5 % 以上低下した者

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30 未満)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300 以上)	30以上
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

出典：「糖尿病性腎症病期分類の改定について」を一部改変
糖尿病性腎症合同委員会

ただし、a については、特定健診ではアルブミン尿検査を実施しないため、主治医が必要と認め、本人の同意を得て、主治医から本市に情報提供を行う者を含みます。また、「CKD 診療ガイド 2 0 2 3」に基づき、特定健診の尿蛋白（定性）検査結果による把握を行います。

<実施方法及び目標実施率>

- (a) 保健師・看護師による生活指導（目標実施率：6 0 %）
- (b) 管理栄養士による栄養指導（目標実施率：6 0 %）

※血糖値のコントロールに加え、腎機能保護の観点から、家庭血圧の測定を勧める。

対象者 4

糖尿病治療中の者のうち、主治医が必要であると認めた者

直近 1 年間の糖尿病受診歴がある者で、前年度の特定健診の結果、以下の a、b のいずれも満たす者（本人の同意を得て、主治医から本市に情報提供を行う。）

- a 空腹時血糖 1 2 6 m g / d l 以上又は随時血糖 2 0 0 m g / d l 以上又は H b A 1 c 6. 5 % 以上
- b 尿蛋白定性（±）以上

なお、糖尿病透析予防指導管理料、生活習慣病管理料等が算定されている者は、基本的に医療機関の専門職で対応する。

また、上記に関わらず、以下に該当する者は対象としない。

- ・ 1 型糖尿病
- ・ 悪性新生物等で終末期にある者

<実施方法及び実施目標>

管理栄養士、保健師、看護師による食事及び生活指導（実施目標：9 0 %）

(イ) 保健指導実施状況の管理

糖尿病管理台帳を作成し、経年管理します。

⑤ 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨を行う場合、事前に都城市北諸県郡医師会等と協議した紹介様式等を使用します。

⑥ 治療中の患者への対応

治療中の場合は、「糖尿病連携手帳」（公益社団法人日本糖尿病協会編）等を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言を受けます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては「宮崎県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び3（1）に準じ行います。

⑦ 糖尿病性腎症重症化予防のための尿アルブミン検査の実施について

特定健診では、尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち「尿蛋白定性（-）もしくは（±）」かつ「HbA1c 6.5%以上」の者へは尿アルブミン検査の実施をかかりつけ医へ促し、早期介入を行います。

⑧ 成果目標

各成果指標についての年度別の目標値は、令和4年度を基準とした【図表54】のとおりとし、毎年度末に実施評価を行います。

【図表54】

指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値					
		R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
		(活用データ 年度)	(R 5)	(R 6)	(R 7)	(R 8)	(R 9)	(R 10)
アウトカム (成果)	★HbA1c 8.0%以上の者の割合 (全体) (%)	2.0	1.9	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4
	★HbA1c 8.0%以上の者の割合 (40～64歳) (%)	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.4	1.3
	★HbA1c 8.0%以上の者の割合 (65～74歳) (%)	2.1	2.0	1.9	1.8	1.7	1.6	1.5
	★高血糖者の割合 (HbA1cが6.5%以上) (%)	13.9	13.6	13.3	13.0	12.7	12.4	12.0
	★HbA1c 6.5%以上のうち、糖 尿病レセプトがない者の割合 (%)	11.5	11.3	11.0	10.8	10.5	10.3	10.0
	新規透析患者の減少 (人)	37	37	37	36	36	36	36
アウトプット (実施量・率)	未治療かつ尿蛋白異常のない者 のうち、尿中微量アルブミン検 査を受けた者の割合 (%)	63.8	64.4	65.0	65.5	66.2	66.8	67.4

(2) 糖尿病以外のCKD（慢性腎臓病）重症化予防

① 基本的な考え方

糖尿病以外のCKD（慢性腎臓病）重症化予防の取組にあたっては、「CKD診療ガイド2023」等日本腎臓学会のガイドライン、「都城市CKD予防連携システム実施要項」に基づいて実施します。

② 本市の現状と課題

CKDの重症度は、死亡、末期腎不全、心血管死亡のリスクについて、【図表53】のようにチャートの色が濃くなるほど、その発症リスクが上昇すると考えられています。ここでは、発症リスクの程度をⅠ度（軽度）、Ⅱ度（中等度）、Ⅲ度（高度）とします。

令和4年度の特健診受診者のうち、糖尿病・高血圧・脂質異常症3疾患の全てが未治療のものは4,198人であり、CKDの重症度リスクⅡ度は217人、Ⅲ度は40人でした。これらの該当者は、速やかに医療機関を受診するよう勧奨する必要があります。

また、糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療中のものは6,774人で、重症度リスクⅡ度は636人、Ⅲ度が283人でした。これらは、かかりつけ医と連携を図り、重症化予防に努める必要があります。

【図表 5 5】

① 治療なし

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
尿蛋白区分			A1		A2		A3
			GFR区分 (ml/分/1.73m ²)	尿検査・GFR 共に実施 4,198	(-)	(±)	【再掲】 尿潜血+以上
G1	正常 または高値	90以上			919人	784人	104人
			21.9%	18.7%	2.5%	19.2%	0.7%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	2,922人	2,471人	336人	63人	115人
			69.6%	58.9%	8.0%	18.8%	2.7%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	319人	260人	43人	9人	16人
			7.6%	6.2%	1.0%	20.9%	0.4%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	36人	19人	10人	4人	7人
			0.9%	0.5%	0.2%	40.0%	0.2%
G4	高度低下	15-30 未満	2人	0人	2人	1人	0人
			0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	0人	0人	0人	0人	0人
			0.0%	0.0%	0.0%	—	0.0%

3疾患治療なし
I度（軽度）：783人

3疾患治療なし
II度（中等度）：217人

3疾患治療なし
III度（高度）：40人

② 治療あり

原疾患			糖尿病	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
			高血圧・腎炎など	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
尿蛋白区分			A1		A2		A3
			GFR区分 (ml/分/1.73m ²)	尿検査・GFR 共に実施 6,774	(-)	(±)	【再掲】 尿潜血+以上
G1	正常 または高値	90以上			1,170人	954人	141人
			17.3%	14.1%	2.1%	11.3%	1.1%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	4,318人	3,471人	568人	91人	279人
			63.7%	51.2%	8.4%	16.0%	4.1%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	1,012人	746人	141人	21人	125人
			14.9%	11.0%	2.1%	14.9%	1.8%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	219人	120人	35人	4人	64人
			3.2%	1.8%	0.5%	11.4%	0.9%
G4	高度低下	15-30 未満	39人	12人	2人	0人	25人
			0.6%	0.2%	0.0%	0.0%	0.4%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	16人	2人	0人	0人	14人
			0.2%	0.0%	0.0%	—	0.2%

血圧・糖尿病・脂質治療中
I度（軽度）：1,562人

血圧・糖尿病・脂質治療中
II度（中等度）：636人

血圧・糖尿病・脂質治療中
III度（高度）：283人

(出典：保健指導実践ツール)

③ 都城市CKD予防連携システムについて

本市は、国や県、同規模人口の自治体と比較して、人工透析導入者の割合が高い傾向にあります。また、腎臓専門医が少なく、学会ガイドラインに定めるCKDの基準に該当する対象者の重症化予防を行う上で、かかりつけ医の果たす役割が大きいです。

そのため、平成29年度より、かかりつけ医及び腎臓専門医の円滑な診療連携を目的として、「都城市CKD予防連携システム」を導入しています。

「都城市CKD予防連携システム」では、市及び都城市北諸県郡医師会が年3回程度のCKD診療に関する研修会を開催し、受講した医師に「CKD予防連携医認定証」を交付します。CKD予防連携医は、かかりつけ医から腎臓専門医への紹介時期についての助言や、薬物調整等の役割を担います。

④ 保健指導の実施

(ア) 対象者抽出基準

前年度等の特定健診結果より、以下の基準に該当するものを抽出します。

a eGFR値60ml/分/1.73m²未満（70歳以上はeGFR値50未満）

参考：令和4年度 1, 126人

b 尿蛋白（±）以上

参考：令和4年度 1, 283人

※なお、学会ガイドライン基準に変更があった場合は、都城市北諸県郡医師会と情報共有を図り、柔軟に対応します。

(イ) 受診勧奨及び診療連携の流れ

受診勧奨は、「都城市慢性腎臓病予防連携システム運用実施要項」に基づき、別に定める連携様式【巻末資料3】を用いて実施します。

CKD予防連携システムにおける診療連携は、以下の【紹介基準】に基づいて【診療連携の流れ】aからcのように進めます。

【紹介基準】

◆ eGFR値による紹介基準

① eGFR値45未満（40歳未満では60未満）

※糖尿病がある場合は、60未満（70歳以上では50未満）

② 3か月以内に30%以上のeGFR値の低下

◆ 蛋白尿による紹介基準

③ 検尿の場合、尿蛋白+以上

④ 尿蛋白/尿クレアチニン比0.5g/g/creat以上

⑤ 糖尿病がある場合または血尿がある場合、程度は問わず蛋白尿を呈する者全て

（血尿のみの場合、泌尿器科紹介又は経過観察とし、経過観察にて症状・蛋白尿が出たら紹介）

【診療連携の流れ】

- a 対象者に対し、市からかかりつけ医またはCKD予防連携医への受診を促します。
- b かかりつけ医（健診実施機関）では、CKD予防連携医紹介の必要性を判断し、CKD予防連携医へ紹介する場合は、「CKD予防連携医一覧」を対象者本人に渡し、本人が受診先を選択します。

ただし、左記アの対象者抽出基準によらず、3か月以内に30%以上のeGFR低下など腎機能の急激な低下が見られる場合や、緊急を要する場合には、かかりつけの判断にて腎専門医への紹介を検討します。

- c CKD予防連携医は、以下より治療方針を選択し、かかりつけ医に助言します。
 - (a) かかりつけ医にて継続治療
 - (b) かかりつけ医とCKD連携医の併診（かかりつけ医が連携医を兼ねる場合も含む）
 - (c) 腎専門医（都城市及び三股町の医療機関）に相談または紹介
- d CKD予防連携医から相談を受けた腎専門医は、専門医療機関への紹介のタイミングを判断し、CKD予防連携医へ助言します。

（ウ）保健指導の実施及び実施状況の管理

保健指導は、対象者に応じた保健指導教材を活用し実施し、管理台帳で経過を管理します。なお、かかりつけ医より依頼のあったものについては、別に定める様式【巻末資料4】を用いて文書による回答を行います。

(エ) 成果目標

成果指標についての年度別の目標値は、令和4年度を基準とした【図表56】のとおりとし、毎年度末に実施評価を行います。

【図表56】

指標	評価指標	計画策定時 実績	目標値 (%)					
		R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11
		(活用データ 年度)	(R 5)	(R 6)	(R 7)	(R 8)	(R 9)	(R 10)
アウトカム (成果)	蛋白尿有所見者の減少 〔図表55 尿蛋白 (+) 以上未治療〕	4.0	3.9	3.7	3.6	3.4	3.3	3.2
	蛋白尿有所見者の減少 〔図表55 尿蛋白 (+) 以上治療中〕	8.6	8.4	8.2	7.9	7.7	7.5	7.3
	CKDステージG3～ G5該当者の減少 〔図表55 CKD重 症度分類 未治療〕	8.5	8.3	8.1	7.8	7.6	7.4	7.2
	CKDステージG3～ G5該当者の減少 〔図表55 CKD重 症度分類 治療中〕	18.9	18.6	18.3	17.9	17.6	17.3	17.0
アウトプット (実施量・率)	対象者への保健指導実 施率	66.4	100	100	100	100	100	100

(3) 脳心血管疾患重症化予防

① 基本的な考え方

(ア) 虚血性心疾患

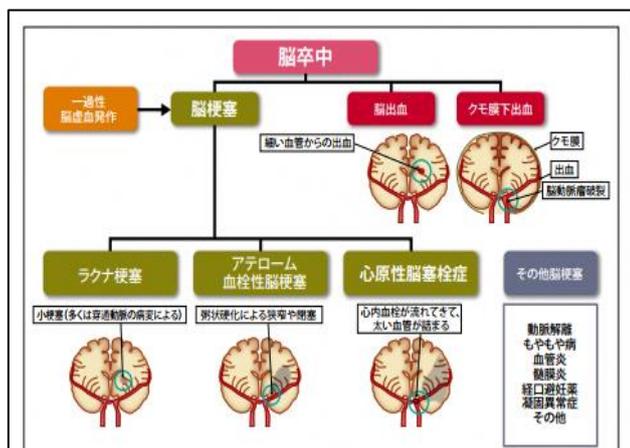
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019」(日本内科学会)【巻末資料5】、「虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版」(日本循環器学会)、「血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン」(日本循環器学会)等に基づいて実施します。

(イ) 脳血管疾患

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては、「脳卒中治療ガイドライン」(日本脳卒中学会)、「脳卒中予防への提言」(「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会)、「高血圧治療ガイドライン」(日本高血圧学会)等に基づいて実施します。【図表57】【図表58】

【図表57】

【脳卒中の分類】



(「脳卒中予防の提言」より引用)

【図表58】

【脳血管疾患とリスク因子】

リスク因子 (0はハリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳梗塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳出血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

② 本市の現状と課題

(ア) 虚血性心疾患

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、医療機関を受診する必要があります。

本市の特定健診では、心電図検査は詳細健診として実施している。令和4年度の特定健診で心電図検査実施者は4,280人であり、そのうちST所見があったのは155人でした(【図表59】)。ST所見あり155人中のうち10人は要精査であり、その後の受診状況を見ると3人は未受診でした。

【図表60】より都城市は同規模自治体、国及び県と比較してメタボリックシンドローム該当者の割合が高い状況です。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、第3章の特定健診等実施計画に基づき、国が示す基準に沿って対象者への心電図検査の確実な実施を目指します。

【図表 5 9】 心電図検査結果 令和 4 年度

特定健診受診者数：11,055人

	心電図検査		所見あり				異常なし	
	受診者数		ST所見あり		その他の所見		異常なし	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
R 4	4,280	100	155	3.6	891	20.8	3,234	75.6



治療中：116人 要医療：10人 要経過観察：29人

【図表 6 0】 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

項目	保険者		同規模平均		県		国			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
メタボ	該当者	2,568	24.1	106,189	20.3	13,297	21.0	1,321,197	20.3	
	男性	1,631	36.6	72,037	32.9	8,885	32.3	923,222	32.0	
	女性	937	15.1	34,152	11.2	4,412	12.3	397,975	11.0	
	予備群	1,183	11.1	57,915	11.1	7,995	12.6	730,607	11.2	
	男性	726	16.3	39,497	18.1	5,206	18.9	515,813	17.9	
	女性	457	7.4	18,418	6.0	2,789	7.8	214,794	5.9	
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	4,054	38.0	181,389	34.7	23,634	37.4	2,273,296	35.0
		男性	2,537	56.9	123,280	56.4	15,544	56.6	1,592,747	55.3
		女性	1,517	24.4	58,109	19.1	8,090	22.6	680,549	18.8
	BMI	総数	615	5.8	23,589	4.5	2,891	4.6	304,276	4.7
		男性	86	1.9	3,106	1.4	422	1.5	48,780	1.7
		女性	529	8.5	20,483	6.7	2,469	6.9	255,496	7.1
	血糖のみ	52	0.5	3,007	0.6	373	0.6	41,541	0.6	
	血圧のみ	916	8.6	40,877	7.8	6,073	9.6	514,593	7.9	
	脂質のみ	215	2.0	14,031	2.7	1,549	2.4	174,473	2.7	
	血糖・血圧	410	3.8	14,453	2.8	2,305	3.6	193,722	3.0	
血糖・脂質	97	0.9	5,277	1.0	558	0.9	67,212	1.0		
血圧・脂質	1,164	10.9	51,849	9.9	6,460	10.2	630,648	9.7		
血糖・血圧・脂質	897	8.4	34,610	6.6	3,974	6.3	429,615	6.6		

(イ) 脳血管疾患

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子です。本市の令和4年度特定健診受診者において、【図表 6 1】より、Ⅱ度高血圧以上は470人(①-4.3%)でした。特定健診受診者のうち、232人(②-49.4%)は未治療者でした。また未治療者のうち82人(③-17.4%)は臓器障害の所見が見られました。また治療中であってもⅡ度高血圧である者は、238人(④-50.6%)でした。

【図表 6 1】 特定健診受診者における重症化予防対象者（令和 4 年度）

リスク因子		高血圧		糖尿病		脂質異常症 (高LDL)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病 (CKD)	
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HBA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細胞		メタボ該当者 (2項目以上)		腎臓専門医紹介基準	
(a)受診者数 10,991人		(b)	(b)/(a)×100	(c)	(c)/(a)×100	(d)	(d)/(a)×100	(e)	(e)/(a)×100	(f)	(f)/(a)×100	(g)	(g)/(a)×100
脳梗塞	ラクナ梗塞	●								○			○
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●				○			○
	心原性脳梗塞	●						●		○			○
脳出血	脳出血	●											
	くも膜下出血	●											
	治療あり	470人	4.3%	1,085人	9.9%	285人	2.6%	50人	0.5%	2,644人	24.1%	1,333人	12.1%
	治療なし	238人	50.6%	503人	46.4%	30人	10.5%	44人	88.0%	2,333人	88.2%	1,007人	75.5%
	(再掲) 臓器障害あり	232人	49.4%	582人	53.6%	255人	89.5%	6人	12.0%	311人	11.8%	326人	24.5%
	(再掲) 臓器障害あり	82人	17.4%	112人	10.3%	40人	14.0%	6人	12.0%	60人	2.3%	326人	24.5%
臓器障害ありの内訳	CKD (専門医対象者)	30人		50		43		0		31		326	
	心電図所見有り	62人		23		23		6		33		30	

<用語の解説>

*ラクナ梗塞：小梗塞（多くは穿通動脈の病変による）

*アテローム血栓性脳梗塞：粥状硬化による狭窄や閉塞により起こる脳梗塞。

*心原性脳塞栓症：心内血栓が流れてきて、太い血管が詰まる脳梗塞。

（「脳卒中予防の提言」より引用）

(ウ) 心電図検査における心房細動の実態

心電図検査において、心房細動の所見は「心原性脳塞栓症」のリスクを早期発見するために重要です。【図表 6 2】は、特定健診受診者における心房細動の有所見者の状況です。

【図表 6 2】 特定健診における心房細動有所見者状況 令和 4 年度

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者			
	男性	女性	男性		女性	
	(人)	(人)	(人)	(%)	(人)	(%)
40歳代	141	116	0	0.0	0	0.0
50歳代	144	172	3	2.1	0	0.0
60歳代	761	969	14	1.8	3	0.3
70～74歳	924	1053	32	3.5	11	1.0
合計	1,970	2,310	49	2.5	14	0.6

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。第3期の特定健診より詳細健診の実施基準が変更され、当該年度の血圧や不整脈の有無や医師の判断で実施が可能となりました。対象者への確実な心電図検査の実施を医療機関に啓発し、早期発見・早期介入を行います。

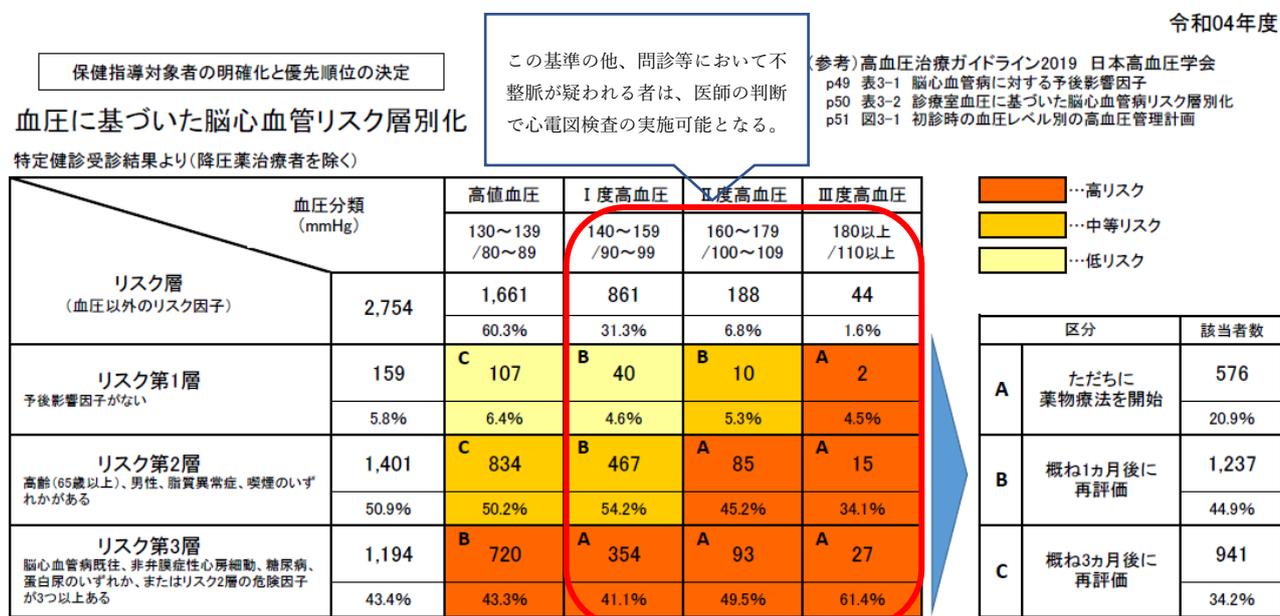
③ 保健指導の実施

(ア) 虚血性心疾患

(a) 対象者把握の方法：心電図検査有所見者の把握

心電図検査の実施基準は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」です。令和4年度特定健診結果より、降圧薬治療者を除くI度以上高血圧は1,093人でした【図表63】。

【図表63】保健指導実践ツール



※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(b) 受診勧奨及び保健指導

保健指導は対象者に応じた保健指導教材を活用し実施します。治療が必要にも関わらず、医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつたにも関わらず治療中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるが、脳心血管疾患発症リスクが高い場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(c) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022)によると、糖尿病、CKD(慢性腎臓病)は、虚血性心疾患のリスク因子です。

糖尿病の既往がある者については、糖尿病管理台帳を活用し、糖尿病以外で心電図異常がある者についても経年的に対象者の管理を行います。

(イ) 脳血管疾患

(a) 対象者把握の方法

対象者の把握は、脳梗塞及び脳出血のリスク因子である高血圧のうち、Ⅱ度高血圧以上の者を前年度特定健診結果より抽出します。

(b) 受診勧奨及び保健指導

保健指導は対象者に応じた保健指導教材を活用し実施します。

治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるが脳心血管疾患発症リスクが高い場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(c) 対象者の管理

管理台帳を作成し、過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行います。

また、健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように、対象者を把握します。

④ 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の場合は医療機関と連携した保健指導を実施します。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集します。

⑤ 成果目標

成果指標についての年度別の目標値は、【図表 6 4】のとおりとし、毎年度末に実施評価を行います。

【図表 6 4】

指標	評価指標	計画策定時	目標値 (%)					
		実績	R 4	R 6	R 7	R 8	R 9	R 1 0
アウトプット	★特定健診実施率	4 5.8	5 0.0	5 2.0	5 4.0	5 6.0	5 8.0	6 0.0
	★特定健診実施率 (4 0～6 4歳)	3 0.0	3 5.0	4 0.0	4 5.0	5 0.0	5 5.0	6 0.0
	★特定健診実施率 (6 5～7 4歳)	5 4.6	5 5.5	5 6.4	5 7.3	5 8.2	5 9.1	6 0.0
	★特定保健指導 実施率	3 9.6	4 3.0	4 6.0	4 9.0	5 2.0	5 5.0	6 0.0
	★特定保健指導 実施率 (4 0～6 4歳)	3 2.7	3 7.2	4 1.7	4 6.2	5 0.8	5 5.4	6 0.0
	★特定保健指導 実施率 (6 5～7 4歳)	4 3.2	4 6.0	4 8.8	5 1.6	5 4.4	5 7.2	6 0.0
	心電図検査有所見 者の受診勧奨率	3 3. 3	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0
アウトカム	★血圧が保健指導 判定値以上の者の 割合	5 3.2	5 2.8	5 2.4	5 1.9	5 1.5	5 1.1	5 0.7
	Ⅲ度高血圧未治療 者の減少	4.0	3.9	3.7	3.6	3.4	3.3	3.2
	Ⅱ度高血圧未治療 者の減少	1 7.2	1 6.9	1 6.6	1 6.3	1 6.0	1 5.7	1 5.4

4 その他の保健事業

(1) 日帰り人間ドック、18歳から39歳の健康診査

疾病の早期発見、早期治療を目的とし、40歳から74歳の国保被保険者を対象として人間ドック、18歳から39歳の国保被保険者を対象として健康診査を実施します。また、特定健診と同様に対象者には保健指導を実施します。

(2) 歯周疾患検診

日帰り人間ドック受診者を対象として、歯周疾患検診を実施します。

(3) 重複受診者及び重複服薬者への適切な受診指導

レセプト等情報を活用して、同一疾患での複数医療機関の重複受診者や重複服薬者に対し、保健指導を実施します。また、都城市北諸県郡医師会及び都城市北諸県郡薬剤師会等との連携についても検討を行っていきます。

(4) 後発医薬品の使用促進

レセプト等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行います。

5 評価

個別の保健事業の評価は、計画策定時に設定した保健事業毎の評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を年度毎に確認します。

第5章 地域包括ケアに係る取組

1 地域包括ケアシステムの深化・推進

国では、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）となる2025年を見据えて、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう医療・介護・介護予防・住まい・生活支援のサービスが一体的に提供できる地域包括ケアシステムの構築を進めてきました。2040年には団塊の世代がより高齢になることで死亡者数がピークを迎え、団塊ジュニア世代も65歳以上となることが予測されており、これからは地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組むことが重要です。本市では、市民や地域の関係機関と協力し、高齢者の生活を支える人材の育成や自立支援の推進など、地域包括ケアシステムの進化・推進に引き続き取り組んでいきます。

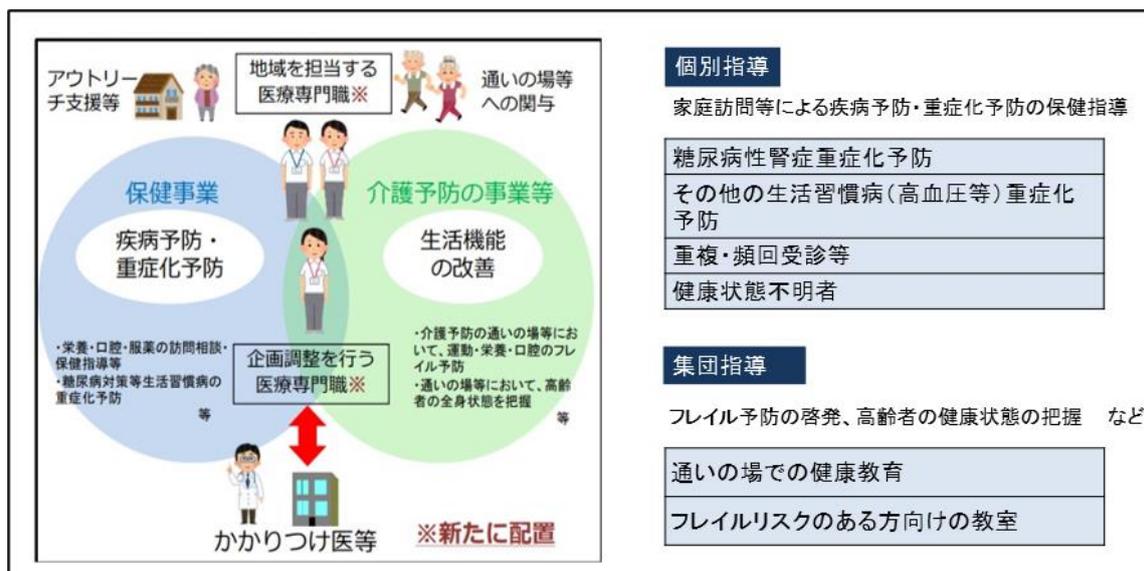
2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

国民健康保険では被保険者のうち、65歳以上の割合が高く、75歳になると後期高齢者医療制度に医療保険が切り替わります。また、医療保険による高齢者の保健事業と介護保険による介護予防事業は別々に実施されており、制度によって担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題がありました。高齢者の健康状態や生活機能の課題に一体的に対応するため、令和2年5月に法改正が行われ、本市では令和3年度から宮崎県後期高齢者広域連合からの委託を受け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に取り組んでおります。

具体的には、企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置し、KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

また、地域を担当する医療専門職（保健師や管理栄養士等）を配置し、生活習慣病の未治療者など、健康状態悪化の危険性の高い高齢者の保健指導を行う個別指導と、地域の通いの場を活用して高齢者の虚弱状態であるフレイルに関する啓発を行う集団指導を実施します。

【図表65】



第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDC Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか・スケジュールどおり行われているか
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、KDBシステムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、都城市北諸県郡医師会等の関係団体に報告し、指導・助言を受けるものとします。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、都城市北諸県郡医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

2 個人情報の取扱い

計画の策定にあたって得られる個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)、ガイドラインに則り、適切に行います。

巻末資料

- 巻末資料1 国・県・同規模平均と比べてみた都城市の位置
- 巻末資料2 R4年度特定健診結果（有所見者）
- 巻末資料3 都城市重症化予防連絡票（CKD・糖尿病）
- 巻末資料4 保健指導・栄養指導実施報告書
- 巻末資料5 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019

国・県・同規模平均と比べてみた都城市の位置

R4年度

項目		保険者		同規模平均		県		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		159,143		10,921,782		1,052,571		123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)		50,665	31.8	2,977,986	27.3	344,543	32.7	35,335,805	28.7	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	
		75歳以上		26,126	16.4	--	--	177,484	16.9	18,248,742	14.8		
		65～74歳		24,539	15.4	--	--	167,059	15.9	17,087,063	13.9		
		40～64歳		49,567	31.1	--	--	336,003	31.9	41,545,893	33.7		
	39歳以下		58,911	37.0	--	--	372,025	35.3	46,332,563	37.6			
	② 産業構成	第1次産業		9.7		2.6		11.0		4.0		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		24.7		26.1		21.1		25.0			
		第3次産業		65.6		71.3		67.9		71.0			
	③ 平均寿命	男性		79.8		81.1		80.3		80.8		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.9		87.1		87.1		87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		78.9		80.5		79.7		80.1				
	女性		84.0		84.6		84.4		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		107.9		96.9		100.4		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		男性		107.9		96.9		100.4		100			
		女性		102.3		99.9		97.6		100			
		死因	がん		528	42.5	31,268	51.3	3,564	46.1	378,272		50.6
			心臓病		443	35.7	16,605	27.3	2,325	30.1	205,485		27.5
			脳疾患		176	14.2	8,086	13.3	1,161	15.0	102,900		13.8
			糖尿病		16	1.3	1,145	1.9	156	2.0	13,896		1.9
			腎不全		52	4.2	2,085	3.4	305	3.9	26,946		3.6
			自殺		27	2.2	1,719	2.8	217	2.8	20,171		2.7
			1号認定者数(認定率)		8,635	17.1	570,931	19.1	57,611	16.8	6,724,030		19.4
新規認定者		127	0.2	9,768	0.3	1,057	0.3	110,289	0.3				
介護度別総件数		要支援1.2	26,384	11.5	1,733,575	11.9	154,815	10.8	21,785,044	12.9			
		要介護1.2	102,465	44.7	6,930,967	47.8	658,018	45.8	78,107,378	46.3			
		要介護3以上	100,299	43.8	5,843,130	40.3	622,868	43.4	68,963,503	40.8			
3	② 有病状況	2号認定者		215	0.43	14,870	0.40	1,124	0.33	156,107	0.38	KDB NO.1 地域全体像の把握	
		糖尿病		2,419	26.9	147,078	24.5	13,365	22.2	1,712,613	24.3		
		高血圧症		5,426	61.2	314,347	52.6	33,890	57.0	3,744,672	53.3		
		脂質異常症		2,757	29.8	195,916	32.6	17,626	29.0	2,308,216	32.6		
		心臓病		6,128	69.0	354,390	59.4	38,154	64.3	4,224,628	60.3		
		脳疾患		2,915	33.0	131,705	22.4	16,008	27.1	1,568,292	22.6		
		がん		930	10.4	71,771	11.9	6,328	10.5	837,410	11.8		
		筋・骨格		5,449	61.1	313,109	52.4	33,310	55.9	3,748,372	53.4		
		精神		3,634	40.7	211,177	35.6	24,991	42.2	2,569,149	36.8		
		一人当たり給付費/総給付費		302,321	15,317,110,023	276,906	824,622,155,299	292,336	100,722,414,805	290,668	1,007,424,228,889		
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)		66,844		56,840		70,156		59,662				
	居宅サービス		50,651		39,970		50,961		41,272				
	施設サービス		292,933		297,263		294,840		296,364				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		認定あり	7,711	8,326	8,010	8,610						
	認定なし		4,351	3,828	4,230	4,020							
4	① 国保の状況	被保険者数		34,870		2,070,965		243,434		27,488,882		KDB NO.1 地域全体像の把握 KDB NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳		16,721	48.0			113,577	46.7	11,129,271	40.5		
		40～64歳		10,278	29.5			74,851	30.7	9,088,015	33.1		
		39歳以下		7,871	22.6			55,006	22.6	7,271,596	26.5		
		加入率		21.9		19.0		23.1		22.3			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		27	0.8	646	0.3	137	0.6	8,237	0.3		
		診療所数		128	3.7	7,982	3.9	894	3.7	102,599	3.7		
		病床数		3,312	95.0	124,373	60.1	18,636	76.6	1,507,471	54.8		
		医師数		368	10.6	27,252	13.2	2,879	11.8	339,611	12.4		
		外来患者数		730.6		705.2		720.5		687.8			
入院患者数		28.2		17.3		24.5		17.7					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		394,808	県内14位 同規模5位	345,529		382,037		339,680				
	受診率		758.774		722.497		744.987		705.439				
	外来	費用の割合	53.6		61.3		56.3		60.4				
		件数の割合	96.3		97.6		96.7		97.5				
	入院	費用の割合	46.4		38.7		43.7		39.6				
		件数の割合	3.7		2.4		3.3		2.5				
1件あたり在院日数		18.5日		15.8日		17.7日		15.7日					

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源獲得病名 (調剤含む)	がん	2,077,572,060	28.4	32.1	29.0	32.2	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)	660,627,010	9.0	8.6	8.9	8.2						
				糖尿病	787,060,640	10.8	10.4	10.2	10.4						
				高血圧症	474,371,680	6.5	5.7	6.4	5.9						
				脂質異常症	197,918,230	2.7	4.0	3.0	4.1						
				脳梗塞・脳出血	304,903,330	4.2	4.0	3.9	3.9						
				狭心症・心筋梗塞	200,869,960	2.7	2.9	2.8	2.8						
				精神	1,368,733,260	18.7	14.8	17.8	14.7						
	筋・骨格	1,176,767,200	16.1	16.5	16.9	16.7									
	⑤	一人当たり医療 費/入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	323	0.2	223	0.2	428	0.3	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病	1,508	0.8	1,078	0.8	1,780	1.1	1,144	0.9			
				脂質異常症	48	0.0	52	0.0	58	0.0	53	0.0			
				脳梗塞・脳出血	7,121	3.9	6,347	4.7	6,583	3.9	5,993	4.5			
				虚血性心疾患	4,700	2.6	4,166	3.1	4,627	2.8	3,942	2.9			
				腎不全	5,140	2.8	4,343	3.2	4,620	2.8	4,051	3.0			
		一人当たり医療 費/外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症	13,280	6.3	10,105	4.8	12,284	5.7	10,143	4.9			
				糖尿病	21,574	10.2	18,377	8.7	19,018	8.8	17,720	8.6			
				脂質異常症	5,628	2.7	7,305	3.4	5,807	2.7	7,092	3.5			
				脳梗塞・脳出血	1,587	0.7	882	0.4	1,105	0.5	825	0.4			
虚血性心疾患				1,917	0.9	1,805	0.9	1,816	0.8	1,722	0.8				
腎不全	21,222	10.0	16,626	7.9	20,692	9.6	15,781	7.7							
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,556		2,038		2,110		2,031	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	13,518		13,409		14,044		13,295					
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,828		6,079		5,929		6,142					
			健診未受診者	36,114		40,006		39,471		40,210					
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	5,821	54.5	297,784	56.9	35,630	56.3	3,698,441	56.9	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	5,465	51.2	274,856	52.5	33,191	52.5	3,375,719	51.9					
		医療機関非受診率	356	3.3	22,928	4.4	2,439	3.9	322,722	5.0					
5	特定健診の 状況	県内市町村数 28市町村 同規模市区町村数 55市町村	メタボ メタボ該当・予 備群レベル	健診受診者	10,673		523,453		63,258		6,503,152	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			
				受診率	43.5	県内12位 同規模13位	36.6	36.7	全国24位	35.3					
				特定保健指導終了者(実施率)	121	13.3	3235	5.6	1,371	20.5	69,327		9.0		
				非肥満高血糖	1,085	10.2	46,010	8.8	5,026	7.9	588,083		9.0		
				メタボ	該当者	2,568	24.1	106,189	20.3	13,297	21.0		1,321,197	20.3	
					男性	1,631	36.6	72,037	32.9	8,885	32.3		923,222	32.0	
					女性	937	15.1	34,152	11.2	4,412	12.3		397,975	11.0	
					予備群	1,183	11.1	57,915	11.1	7,995	12.6		730,607	11.2	
				BMI	男性	726	16.3	39,497	18.1	5,206	18.9		515,813	17.9	
					女性	457	7.4	18,418	6.0	2,789	7.8		214,794	5.9	
					腹囲	総数	4,054	38.0	181,389	34.7	23,634		37.4	2,273,296	35.0
						男性	2,537	56.9	123,280	56.4	15,544		56.6	1,592,747	55.3
						女性	1,517	24.4	58,109	19.1	8,090		22.6	680,549	18.8
						総数	615	5.8	23,589	4.5	2,891		4.6	304,276	4.7
					男性	86	1.9	3,106	1.4	422	1.5		48,780	1.7	
					女性	529	8.5	20,483	6.7	2,469	6.9		255,496	7.1	
				血糖のみ 血圧のみ 脂質のみ 血糖・血圧 血糖・脂質 血圧・脂質 血糖・血圧・脂質	血糖のみ	52	0.5	3,007	0.6	373	0.6		41,541	0.6	
					血圧のみ	916	8.6	40,877	7.8	6,073	9.6		514,593	7.9	
					脂質のみ	215	2.0	14,031	2.7	1,549	2.4		174,473	2.7	
血糖・血圧	410	3.8	14,453		2.8	2,305	3.6	193,722	3.0						
血糖・脂質	97	0.9	5,277		1.0	558	0.9	67,212	1.0						
血圧・脂質	1,164	10.9	51,849		9.9	6,460	10.2	630,648	9.7						
血糖・血圧・脂質	897	8.4	34,610		6.6	3,974	6.3	429,615	6.6						
高血圧	5,313	49.8	189,629		36.2	26,669	42.2	2,324,538	35.8						
糖尿病	1,477	13.8	44,915		8.6	6,523	10.3	564,473	8.7						
脂質異常症	3,055	28.6	156,800		30.0	16,442	26.0	1,817,350	28.0						
① ②	服薬 既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	491		4.6	16,987	3.3	2,544	4.0	199,003	3.1	KDB NO.1 地域全体像の把握			
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	776	7.3	28,841	5.6	4,132	6.6	349,845	5.5					
③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	喫煙	1,349	12.6	62,650	12.0	7,720	12.2	896,676	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		週3回以上朝食を抜く	932	8.8	46,035	9.6	5,886	9.5	609,166	10.3					
		週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0					
		週3回以上就寝前夕食(H30～)	1,649	15.6	68,219	14.2	9,603	15.5	932,218	15.7					
		週3回以上就寝前夕食	1,649	15.6	68,219	14.2	9,603	15.5	932,218	15.7					
		食べる速度が遅い	2,562	24.1	125,478	26.1	16,630	26.8	1,590,713	26.8					
		20歳時体重から10kg以上増加	3,990	37.6	164,768	34.3	22,249	35.9	2,083,152	34.9					
		1回30分以上運動習慣なし	5,675	53.4	271,680	57.2	34,213	55.2	3,589,415	60.3					
		1日1時間以上運動なし	5,634	53.2	226,472	47.2	27,513	44.5	2,858,913	48.0					
		睡眠不足	2,070	19.6	112,473	23.5	13,607	22.0	1,521,685	25.6					
		毎日飲酒	2,739	25.7	117,331	23.3	17,001	27.3	1,585,206	25.5					
		時々飲酒	2,122	19.9	111,387	22.1	14,088	22.6	1,393,154	22.4					
		⑭	一 日 飲 酒 量	1合未満	2,408	49.9	249,568	68.4	19,764	56.0		2,851,798	64.2		
				1～2合	1,747	36.2	78,839	21.6	11,438	32.4		1,053,317	23.7		
2～3合	607			12.6	28,607	7.8	3,362	9.5	414,658	9.3					
3合以上	61			1.3	7,735	2.1	700	2.0	122,039	2.7					

【巻末資料2】

R4年度特定健診結果（有所見者）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	34.2		55.3		28.1		21.4		7.1		34.9		57.8		12.4		50.2		26.4		45.6		2.5		
県	9,422	34.0	15,661	56.5	6,952	25.1	5,811	21.0	2,291	8.3	11,203	40.4	16,548	59.7	4,961	17.9	14,287	51.5	5,944	21.4	12,241	44.1	812	2.9	
保険者	合計	1,715	36.9	2,606	56.1	1,318	28.4	989	21.3	672	14.5	1,836	39.6	3,612	77.8	869	18.7	2,497	53.8	777	16.7	1,793	38.6	159	3.4
	40-64	493	42.4	646	55.5	388	33.3	372	32.0	183	15.7	379	32.6	828	71.1	262	22.5	501	43.0	273	23.5	521	44.8	23	2.0
	65-74	1,222	35.1	1,960	56.4	930	26.7	617	17.7	489	14.1	1,457	41.9	2,784	80.0	607	17.5	1,996	57.4	504	14.5	1,272	36.6	136	3.9
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	21.4		18.8		15.6		9.0		1.2		22.0		56.5		1.8		45.3		16.9		54.1		0.3		
県	8,589	23.8	8,145	22.6	4,996	13.8	3,369	9.3	642	1.8	9,187	25.5	21,868	60.6	843	2.3	17,022	47.2	4,987	13.8	19,597	54.3	128	0.4	
保険者	合計	1,753	27.3	1,550	24.1	1,055	16.4	656	10.2	199	3.1	1,605	25.0	5,266	82.0	161	2.5	3,231	50.3	780	12.1	3,143	48.9	26	0.4
	40-64	363	25.0	311	21.4	223	15.3	189	13.0	35	2.4	278	19.1	994	68.4	43	3.0	524	36.1	216	14.9	708	48.7	6	0.4
	65-74	1,390	28.0	1,239	24.9	832	16.7	467	9.4	164	3.3	1,327	26.7	4,272	85.9	118	2.4	2,707	54.5	564	11.3	2,435	49.0	20	0.4

* 全国については、有所見割合のみ表示

【巻末資料3】

患者様から提出がありましたら、記入後、センター便で医師会事務局へ提出してください ⇒

都城市健康課宛

様式1

都城市重症化予防連絡票(CKD・糖尿病)

R6.3月 改定

特定健診結果等により、下記※の理由で訪問いたしました。情報共有に御協力をお願いします。

なお、本様式による情報提供は、文書料や診療情報提供料請求の適応にはなりませんので、御了承ください。

(フリガナ) 対象者名	生年月日	昭和 年 月 日		
	年齢・性別	歳 (男・女)		
住所	都城市			
健診受診日	年 月 日	市からの訪問	年 月 日	
※市からの訪問理由	<日本腎臓学会 専門医紹介基準>		<都城市糖尿病重症化予防プログラムによる基準>	
	<input type="checkbox"/> eGFR値45未満 <input type="checkbox"/> 尿蛋白1+以上 <input type="checkbox"/> 蛋白尿と血尿がともに陽性(1+以上)		<input type="checkbox"/> HbA1c6.5%以上未治療または治療中断 <input type="checkbox"/> 治療中でHbA1c8.0%以上が3か月以上持続 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<糖尿病連携手帳配布: 有・無>		いつもお世話になっております。上記の理由で市から訪問いたしました。お忙しいところ大変恐縮ですが、よろしくお願いたします。		
<添付資料: 有・無>		<患者様にお伝えしたこと>		
<input type="checkbox"/>	経年表	<input type="checkbox"/> 健診結果の見方や経年変化について <input type="checkbox"/> 腎臓の働きについて <input type="checkbox"/> 糖尿病合併症予防について		
<input type="checkbox"/>	eGFR値の推移グラフ	<input type="checkbox"/> 合併症予防の目標値 <input type="checkbox"/> 食事療法及び運動療法の重要性について <input type="checkbox"/> 継続治療の重要性について		
<input type="checkbox"/>	HbA1cと体重の推移グラフ	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/>		担当: (職種:)		

<表1>★印は健診結果の重症度分類です。尿試験紙法による検査結果で分類しています。

原疾患	尿蛋白区分	A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病	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
高血圧性腎硬化症 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
特定健診結果	尿試験紙法	(-)	(±)	(+)以上
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)	G1 正常または高値	≥90		
	G2 正常または軽度低下	60~89		
	G3a 軽度~中等度低下	45~59		
	G3b 中等度~高度低下	30~44		
	G4 高度低下	15~29		
	G5 高度低下~末期腎不全	<15		

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑、黄、オレンジ、赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

<表2>「日本人の食事摂取基準2020年版」等を参考にした食事の内容

No	1	2	3	4	5	6
GFR	90以上	60~90未満	45~60未満	30~45未満	15~30未満	15未満
GFR区分	G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
総エネルギー-kcal/日	健康人と同様の考え方でよい。25~35kcal/kg体重/日 基礎代謝基準値×標準体重(BMI22の体重)×生活活動強度					
たんぱく質標準体重 (kgあたりの量)(g/日)	糖尿病以外	0.8~1.0	0.8~1.0	0.8~1.0	0.6~0.8	0.6~0.8
	糖尿病	0.8~1.0 ※1.0~1.2でもよい	0.8~1.0 ※1.0~1.2でもよい	0.8~1.0 ※1.0~1.2でもよい	0.8~1.0	0.8~1.0
	高齢者 (70歳以上)	1.0	1.0	1.0		
塩分(g/日)	正常高値	正常高値	3~6未満	3~6未満	3~6未満	3~6未満
	高血圧	高血圧				
カリウム(mg/日)	男2,500・女2,000			2,000以下	1,500以下	

<医療機関記入欄>

1 CKD重症度分類：()

2 原因疾患 該当するものにチェックをつけてください。(複数選択可)

- 糖尿病 高血圧 脂質異常症 高尿酸血症 尿路結石
 不明 その他 ()

3 再検査結果 (検査実施日： 年 月 日)

検査項目	検査結果	検査項目	検査結果
1 血清クレアチニン またはシスタチンC	血清クレアチニン: mg/dl	5 尿沈渣	赤血球: /HPF 白血球: /HPF 扁平上皮:
	シスタチンC: mg/L	6 尿蛋白/クレアチニン比	
2 eGFR値		7 ※糖尿病の場合 尿中微量アルブミン	mg/g/cre
3 尿蛋白	(-) (±) (+) (2+) (3+) ~	8 ※糖尿病の場合 血糖値	空腹 mg/dl 随時 mg/dl
4 尿潜血	(-) (±) (+) (2+) (3+) ~	9 ※糖尿病の場合 HbA1c	%

<参考>尿中微量アルブミン検査 保険算定基準
 糖尿病または糖尿病性早期腎症患者であって、微量アルブミン尿を疑うもの(糖尿病性腎症第1期または第2期のものに限る)に
 対して行った場合に、3か月に1回に限り算定できる。

4 今後の方向性 (複数回答可)

- 1) 治療不要
 2) 経過観察 (次回受診: 年 月頃)
 3) 治療中または治療開始
 4) CKD連携医または専門医療機関を紹介
 紹介先:
 5) その他 ()

【糖尿病の場合】

◆眼科受診状況

◆歯科受診状況

5 市に依頼する指導内容 * 指導実施後は、報告書を送付いたします。

- 食事指導 服薬指導 運動指導 禁煙指導
 その他 () 継続指導を希望される場合は、頻度を記入ください。→()か月ごと

<対象者から栄養指導の希望がある場合のみ市記入>

栄養指導を希望されているため、「日本人の食事摂取基準2020年度版」「慢性腎臓病に対する食事療法基準2014」に基づき算出しました。以下の栄養指導を実施してよろしいでしょうか。

- 実施してよい Drから栄養指導指示あり 自院等で実施するため不要

特定健診結果によるCKD重症度分類: [] ...<表2> No:

標準体重 : 22 × [身長(m):] × [身長(m):] = ... (a)

1) 総エネルギー量 [] kcal ⇒変更がある場合 [] kcal

体重[(a)] × 活動強度[] × 基礎代謝基準値[]

2) たんぱく質 [] g ⇒変更がある場合 [] g

[0.6 / 0.7 / 0.8 / 0.9 / 1.0] × [(a)]

3) 塩分 [] g ⇒変更がある場合 [] g

4) カリウム [] mg ⇒変更がある場合 [] mg

5) その他 ()

診察日 : 令和 年 月 日
 医療機関:
 担当医師:

【巻末資料4】

様式5

保健指導・栄養指導実施報告書

健康課→医療機関

返信先	【医療機関名】			先生
(フリガナ) 対象者名	() 様	生年月日	S	年 月 日
		性別	男・女	
		電話番号		

実施日	年 月 日	指導をした人	本人・配偶者・家族()
現在の 生活状況	食生活	<input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則	
	間食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容・量 () 時間 ()時ごろ
	アルコール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容 () 量 ()ml×()日/週
	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	量 ()本/日
指導内容			
本人の 思いや 言動			
今後 につ いて			

報告年月日

<連絡先>

都城市健康部健康課 ()
電話: 0986-23-2765

脳心血管病 予防に関する 包括的リスク管理チャート 2019

本チャートは、脳心血管病の予防を目的とし、関連学会の診療ガイドライン等を総合的に活用するためのツールとして作成しました。
健診などで偶発的に脳心血管病リスクを指摘され来院する患者を主な対象としますが、すでにリスク因子加療中の患者に対しても管理状態の評価ツールとして活用が可能となるように作成しました。



Step 1a

スクリーニング (基本項目)

問診¹⁾: 年齢・性、自覚症状、家族歴、合併症・既往歴、服薬歴、生活習慣 (喫煙²⁾・アルコール)、運動習慣、睡眠、家庭血圧
身体所見: 身長、体重、BMI (体重[kg] / 身長[m]²)、診察室血圧、脈拍 / 分 (整・不整)、胸部聴診
基本検査項目: TC・HDL-C・non-HDL-C (TC - HDL-C)、eGFR (血清クレアチニン)、ALT、 γ -GT (空腹時採血が望ましい)、HbA1c³⁾、血糖³⁾、尿一般 (定性)、心電図⁴⁾

Step 1b

スクリーニング (追加項目: 1aと同時または1aで異常の場合に実施)

身体所見: 腹囲 (ウエスト周囲長)、起立時血圧 (立位 1~3分後)、足関節上腕血圧比 (ABI)、四肢 (動脈) 触知、頸部血管雑音、腹部血管雑音
追加検査項目: 血算、空腹時血糖³⁾、空腹時TG、LDL-C (TC - HDL-C - 0.2 × 空腹時TG)⁵⁾、尿酸、K、胸部X線、血漿アルドステロン濃度 / レニン活性比⁶⁾、尿たんぱく / Cr比 (随時スポット尿定量)⁷⁾

Step 1c

専門医等への紹介必要性の判断

- ①脳卒中 / 一過性脳虚血発作 (TIA)・冠動脈疾患・心房細動等の不整脈・大動脈疾患や末梢動脈疾患 (PAD) の既往や合併が疑われる場合
- ②高血圧: 二次性高血圧疑い (若年発症、急激な発症など)、妊娠高血圧症候群、高血圧緊急症・切迫症疑い (未治療で拡張期血圧 ≥ 120 mmHg)、治療中ではあるが $\geq 180/110$ mmHg または 3剤併用でも降圧目標未達成
- ③糖尿病: 1型糖尿病、HbA1c $\geq 8.0\%$ 、空腹時血糖 ≥ 200 mg/dL (または随時血糖 ≥ 300 mg/dL)、急性合併症 (高血糖緊急症)、妊娠糖尿病
- ④脂質異常症: LDL-C ≥ 180 mg/dL、HDL-C < 30 mg/dL、空腹時TG ≥ 500 mg/dL、non-HDL-C ≥ 210 mg/dL、原発性高脂血症疑い、二次性 (続発性) 脂質異常症疑い
- ⑤慢性腎臓病: たんぱく尿と血尿を両方認めるCKD患者 (CKD)、eGFR < 45 mL/min/1.73m² (G3b~5) またはたんぱく尿区分A3 (糖尿病では尿アルブミン / Cr比 300mg/gCr 以上の場合、それ以外では尿たんぱく / Cr比 0.50g / Cr 以上)、40歳未満やA2区分 (糖尿病では尿アルブミン / Cr比 30~299mg/gCr)、それ以外では尿たんぱく / Cr比 0.15~0.49g / Cr) では、eGFR 45~59でも紹介することが望ましい。
- ⑥肥満: 高度肥満 (BMI ≥ 35)、二次性肥満 (症候性肥満) 疑い

< 中面に続く >

Step 2

各リスク因子の診断と追加評価項目

- 2A 高血圧： 診察室血圧 $\geq 140/90$ mmHgまたは家庭血圧 $\geq 135/85$ mmHg
必要に応じて24時間血圧(夜間高血圧・職場高血圧の鑑別)を測定
- 2B 糖尿病：
 - 2B-1) 糖尿病の疑いが否定できない場合(HbA1c 5.6-6.4%・空腹時血糖100-125mg/dL・随時血糖140-199mg/dLのいずれか、または濃厚な糖尿病の家族歴や肥満が存在するもの)
→75gOGTTを実施(ただし明らかな糖尿病の症状が存在するものを除く)
 - 2B-2) 糖尿病と診断された場合⁸⁾→眼底検査、尿アルブミン/Cr比(随時スポット尿定量)を実施
- 2C 脂質異常症： LDL-C ≥ 140 mg/dL、HDL-C < 40 mg/dL、空腹時TG ≥ 150 mg/dL、non-HDL-C ≥ 170 mg/dLのいずれか
→角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無を確認
- 2D CKD： eGFR < 60 mL/min/1.73m²またはたんぱく尿が3か月以上持続
- 2E 代謝的リスク⁹⁾： 腹囲 ≥ 85 cm(男性)または ≥ 90 cm(女性)、かつ血清脂質異常(HDL-C < 40 mg/dLまたは空腹時TG ≥ 150 mg/dL)・血圧高値($\geq 130/85$ mmHg)・高血糖(空腹時血糖 ≥ 110 mg/dL)の2項目以上

Step 3

治療開始前に確認すべきリスク因子⁹⁾

- ①喫煙 ②高血圧 ③糖尿病(耐糖能異常を含む) ④脂質異常症 ⑤CKD ⑥肥満(特に内臓脂肪型肥満)
- ⑦加齢・性別(男性または閉経後女性) ⑧家族歴¹⁰⁾ *リスク因子の重積状態は厳格な管理を要することを常に念頭に置く

Step 4

リスク因子と個々の病態に応じた管理目標の設定¹¹⁾

4A 高血圧：

	診察室血圧(mmHg)	家庭血圧(mmHg)
75歳未満の成人 ^{*1} 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし) 冠動脈疾患患者 CKD患者(たんぱく尿陽性) ^{*2} 糖尿病患者 抗血栓薬服用中	<130/80	<125/75
75歳以上の高齢者 ^{*3} 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり、または未評価) CKD患者(たんぱく尿陽性) ^{*2}	<140/90	<135/85

*1 未治療で診察室血圧130-139/80-89 mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を開始または強化し、高リスク患者ではおおむね1ヵ月以上の生活習慣修正にて降圧しなければ、降圧薬治療の開始を含めて、最終的に130/80 mmHg未満を目指す。すでに降圧薬治療中で130-139/80-89 mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を強化し、高リスク患者では降圧薬治療の強化を含めて、最終的に130/80 mmHg未満を目指す。
*2 随時尿で0.15 g/gCr以上をたんぱく尿陽性とする。
*3 併存疾患などによって一般に降圧目標が130/80 mmHg未満とされる場合、75歳以上でも忍容性があれば個別に判断して130/80mmHg未満を目指す。
降圧目標を達成する過程ならびに達成後も過降圧の危険性に注意する。過降圧は、到達血圧のレベルだけでなく、降圧率や降圧速度、個人の病態によっても異なるので個別に判断する。

4B 糖尿病：

65歳以上の高齢者については「高齢者における留意点」を参照

- ①血糖正常化を目指す際のコントロール目標 HbA1c $< 6.0\%$
- ②合併症予防のためのコントロール目標 HbA1c $< 7.0\%$
- ③治療強化が困難な場合のコントロール目標 HbA1c $< 8.0\%$

4C 脂質異常症：下記に加え全てのリスクカテゴリーで、HDL-C ≥ 40 mg/dL、TG < 150 mg/dL

- ①カテゴリーI(低リスク)：LDL-C < 160 mg/dL(non-HDL-C < 190 mg/dL)
- ②カテゴリーII(中リスク)：LDL-C < 140 mg/dL(non-HDL-C < 170 mg/dL)
- ③カテゴリーIII(高リスク)：LDL-C < 120 mg/dL(non-HDL-C < 150 mg/dL)

カテゴリー(リスク)の簡易判断

	リスク因子	40-59歳	60-79歳 ¹¹⁾
男性	0個	低リスク	中リスク
	1個	中リスク	高リスク
	2個以上	高リスク	高リスク
女性	0個	低リスク	中リスク
	1個	低リスク	中リスク
	2個以上	中リスク	高リスク

*リスク因子：喫煙、高血圧、低HDL-C、家族歴、耐糖能異常
*糖尿病・CKD・脳梗塞やPADの既往や合併は、年齢や性別に関わらず高リスクである

冠動脈疾患発症予測アプリ Web版
URL: http://www.j-athero.org/publications/gl2017_app.html



4D 肥満：

体重3~5%減による高血圧、糖尿病、脂質異常症の改善

1) 特定健診の標準問診票や追加問診票を利用する。
2) 加熱式たばこを含む
3) HbA1c、血糖のいずれかのみが「糖尿病型」(HbA1c $\geq 6.5\%$ 、または空腹時血糖 ≥ 126 mg/dL、または随時血糖 ≥ 200 mg/dL)を示した場合には、別の日に再検査を実施する。
4) 異常の程度に応じて専門医に紹介する(心房細動などの場合)。
5) TC・HDL-C・TGを必ず空腹時に同時に測定した上で、Friedewaldの式(TC-HDL-C-0.2×TG)を用いて算出する(ただしTG < 400 mg/dLの場合)。
6) 測定すべき対象：低K血症、または40歳未満、または血圧 $\geq 160/100$ mmHg、判定：比 > 200 かつアルドステロン濃度 > 120 pg/mLの場合は専門医等へ紹介。
7) 尿一般(定性)検査にて異常があった場合に測定する。
8) 同一採血でHbA1cと血糖値がともに糖尿病型や、血糖値が糖尿病型で典型的な症状(口渇・多飲・多尿・体重減少)を有するか確定な糖尿病性網膜症を有する場合、または、別の日に行った検査で糖尿病型が再確認できた場合(ただし、初回検査と再検査の少なくとも一方で、必ず血糖値が糖尿病型であること)。

Step 5

生活習慣の改善

禁煙	体重管理	食事管理	身体活動・運動	飲酒
禁煙は必須 受動喫煙を 防止	定期的に体重を測定 する。BMI<25であ れば、適正体重を維 持する BMI≥25の場合は、 摂取エネルギーを消 費エネルギーより少 なくし、体重減少を 図る	減塩：食塩6g/日未満にする 適切なエネルギー量と、三大栄養素 (炭水化物・たんぱく質・脂肪)および ビタミン・ミネラルをバランス良く 摂取する 野菜や食物繊維、果物を適量摂取 する 3食を規則正しく、ゆっくりよく噛む コレステロールや飽和脂肪酸を過 剰に摂取しない、魚を積極的に摂取 する	中等度以上の強度 ¹²⁾ の有酸素運動を中心 に、定期的に(毎日合計30分以上を目標に) 行う。 日常生活の中で、座位行動 ¹³⁾ を減らし、少 しでも活動的な生活を送るようにする。 有酸素運動の他にレジスタンス運動や柔 軟運動も実施することが望ましい。 必ず現在の身体活動量・強度・運動習慣を 確認し、特に運動習慣がない者には、徐々 に軽い運動や短時間の運動から実施す るよう指導する。	アルコール はエタノール 換算で1日 25g ¹⁴⁾ 以下 にとどめる。 休肝(酒)日 を設ける。

Step 6

薬物療法¹⁵⁾

- *生活習慣の改善は継続し、薬物療法の開始や継続は、個々のリスクや病態に応じて慎重に行う¹⁶⁾
- *ただし、リスクが高い場合は厳格な薬物療法が必要である

高齢者における留意点

高齢者の生活習慣病を管理する際は脳心血管病の予防だけでなく、心身の機能や生活機能に応じ、それらが低下しない管理を目指す。具体的には、食事準備の状況、フレイル、栄養状態(体重変動)、認知機能、日常生活動作(基本的ADL、手段的ADL)、服薬状況(ポリファーマシーやアドヒアランス)を把握する。評価方法については日本老年医学会ホームページ「高齢者診療におけるお役立ちツール」<<https://jpn-geriat-soc.or.jp/tool/index.html>>を参照する。

- 糖尿病に関しては、図の高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)を用いて、ADLと認知機能の評価などに基づいてカテゴリー分類を行い、年齢、重症低血糖が危惧される薬剤の使用の有無によって、目標値または目標下限値を設定する。ADLと認知機能のスクリーニングとして、認知・生活機能質問票(DASC-8日本語版:上記ホームページを参照)を使用してもよい。
- 高血圧症と脂質異常症に関して、フレイル、認知症、要介護などの状態にある人では目標値を個別に判断する。
- 栄養については、肥満に注意が必要だが、厳格な食事制限や減塩は体重減少に伴いサルコペニアをきたす恐れがあるので、重度の腎機能障害がなければ少なくとも1.0~1.2g/kg標準体重/日の十分なたんぱくを摂取するよう指導する。特に後期高齢者においては、食事摂取量やQOLの維持に配慮して食事指導を行う。
- 高齢者は、脱水、摂食量低下、生活環境の変化などに伴い、減薬や薬剤中止(休薬を含む)が必要な場合がある。
- 運動については、個人の運動機能や転倒リスクに注意して、有酸素運動に加えてサルコペニア予防のために適度なレジスタンス運動を行うよう指導する。
- エンドオブライフの状態にある人に対する生活習慣病治療に関してはQOLを考慮しながら、薬物療法の中止についても積極的に検討する。

図 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}	カテゴリ-I	カテゴリ-II	カテゴリ-III
	①認知機能正常 かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～ 軽度認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害
重症低血糖 が危惧され る薬剤(イン スリン製 剤、SU薬、 グリニド薬 などの使用)	なし ^{注2)}	7.0%未満	7.0%未満
あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)
			8.5%未満 (下限7.5%)

注1: 認知機能や基本的ADL(着衣、移動、入浴、トイレの使用など)、手段的ADL(IADL:買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など)の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ(<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>)を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。
注2: 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標は6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標は8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリ-IIIに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。
注3: 糖尿病罹患初期も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定しても良い。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が表の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。
グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。
(日本老年医学会・日本糖尿病学会 編・著：高齢者糖尿病診療ガイドライン2017、P.46、南江堂、2017より引用)

9) 高尿酸血症や睡眠時無呼吸症候群も危険因子として考慮することが望ましい。

10) 実祖母・実父母・血縁の兄弟姉妹の、脳心血管病や生活習慣病(高血圧、糖尿病、脂質異常症)の既往や合併(特に若年発症例)。

11) 高齢者では独居や介護の状況などの生活環境、日常生活動作(ADL)、認知機能、QOLなど個々の事情を勘案し、管理目標を立てる。

12) 中等度以上の強度とは3METs以上の強度を意味する。METsは安静時代謝の何倍に相当するかを示す活動強度の単位。通常歩行は3METs、散歩は4METs、ジョギングは7METsに相当する。

13) 座位行動(sedentary behavior)とは座位および臥位(寝た状態)におけるエネルギー消費量が1.5METs以下のすべての覚醒行動。

14) およそ日本酒1合(180ml)、ビール中瓶1本、焼酎半合換算35度(80ml)、ウイスキー・ブランデーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)に相当する。

15) 薬物療法の詳細は、各疾患のガイドラインに従う。

16) 75歳以上の高齢者や腎機能障害を有する場合は、薬剤の副作用に特に注意する。