

第2期
都城市国民健康保険
保健事業実施計画

2018年（平成30年）3月

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1期計画に係る評価及び考察と 第2期計画における健康課題の明確化	6
1 第1期計画に係る評価及び考察	
2 第2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	14
1 計画の趣旨と計画期間	
2 計画の位置づけ	
3 第二期の取組	
4 第三期特定健診の実施計画	
5 特定保健指導の実施	
6 特定保健指導対象者以外の保健指導	
7 特定健診等の対象者の見込み及び目標値	
8 特定健診等の実践スケジュールと評価	
第4章 保健事業の内容	31
1 保健事業の方向性	
2 重症化予防の取組	
3 その他の保健事業	
第5章 地域包括ケアに係る取組	50
第6章 計画の評価・見直し	52
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	53
卷末資料	54

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、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国民健康保険、国民健康保険組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）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る。

こうした中、2013年（平成25年）6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

2015年（平成27年）5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険（以下「国保」という。）については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国保制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、2018年（平成30年）度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、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「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）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した。

本市においては、国指針に基づき、第2期計画を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、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を目的とする。

2 計画の位置付け

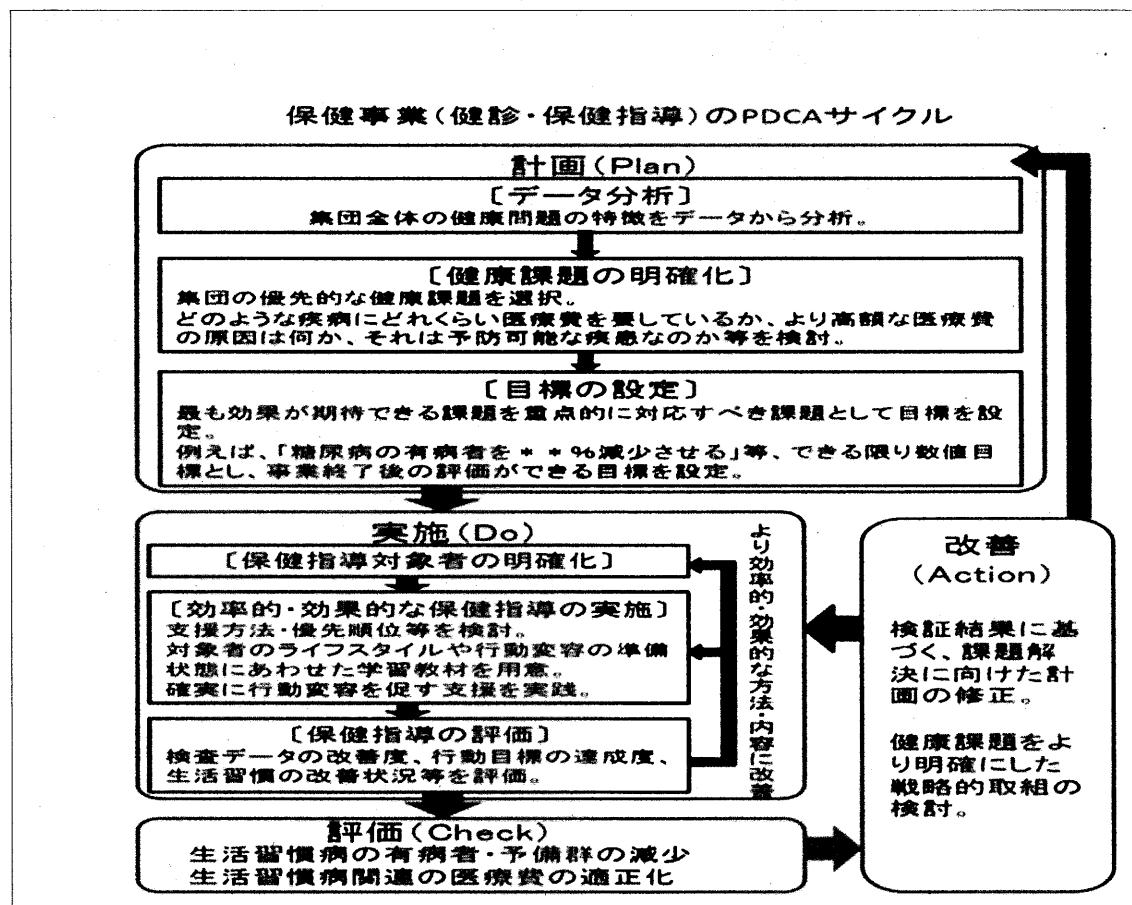
第2期計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである【図表1】。

計画は健康増進法に基づく基本方針を踏まえるとともに、健康みやざき行動計画 21

や宮崎県医療費適正化計画、みやこのじょう健康づくり計画21及び介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。

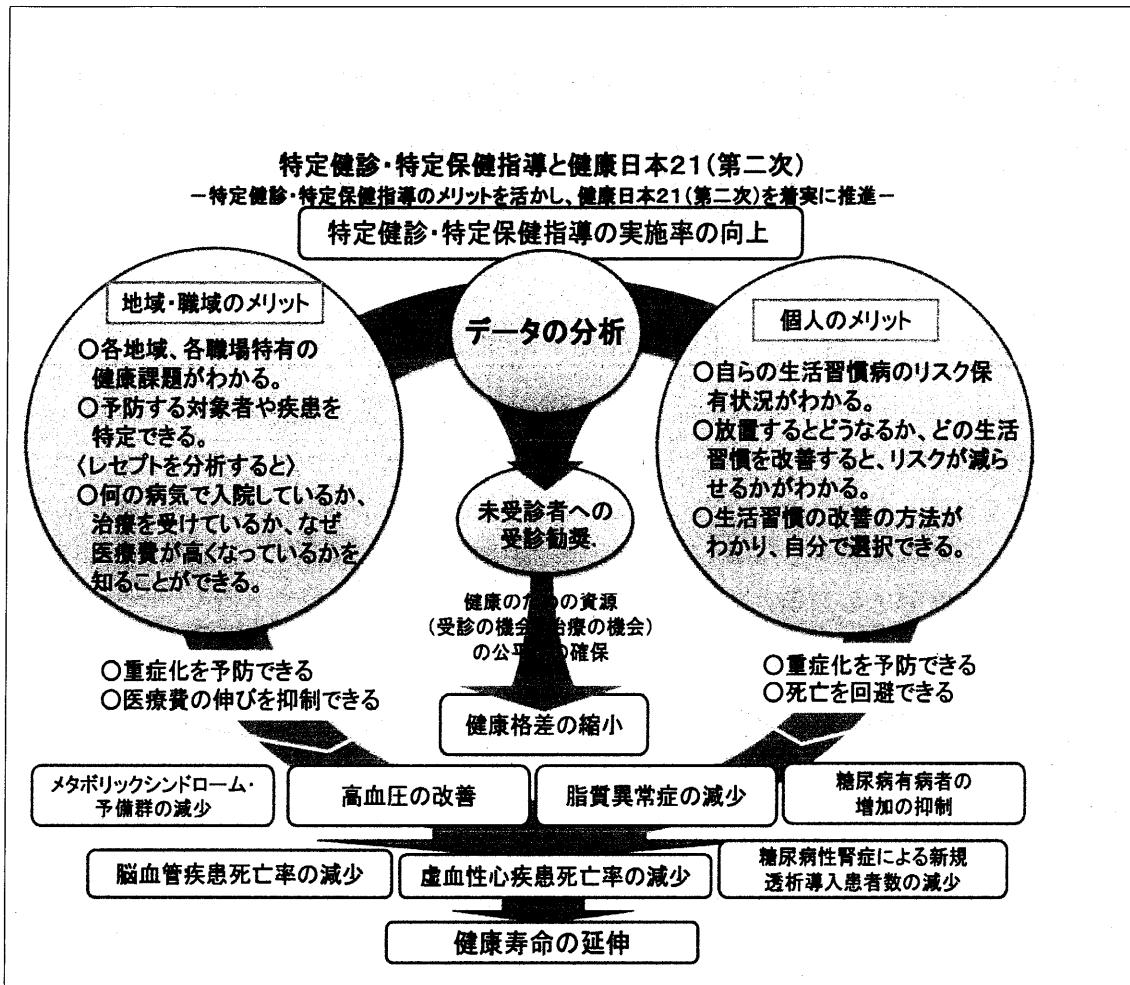
また、【図表2】に示すとおり、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、データの分析に基づく取組を実施していくことは、健康日本21（第二次）を着実に推進し、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするために重要である。特にデータの分析を行うことで、個人や各地域・職域において、解決すべき課題や取組が明確となり、それにメリットが生じる。得られたメリットを生かし、未受診者に対する受診勧奨等を行うことで、健康格差の縮小に結び付けていくことも可能である。また、メタボリックシンドローム及び予備群の減少、高血圧の改善、脂質異常症の減少、糖尿病有病者の増加の抑制に取り組むことにより、脳血管疾患、虚血性心疾患・糖尿病性腎症の重症化予防を図ることで健康寿命の延伸を目指す。

【図表1】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3 計画期間

計画期間については、国指針において、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、また、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮することとしている。宮崎県における医療費適正化計画や医療計画が2018年（平成30年）度から2023年（平成35年）度までを次期計画期間としており、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を2018年（平成30年）度から2023年（平成35年）度の6年間とする。

4 関係者が果たすべき役割と連携

（1）本市の役割

本市においては、健康部保険年金課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、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く。

さらに、計画期間を通じてP D C A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する。

(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、主体的に積極的に健康づくりに取り組む。

(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・協力が重要となる。

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、宮崎県国保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る。

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る。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する。

(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、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、2016年（平成28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前倒しで実施している（2018年（平成30年）度から本格実施）。

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る。

【図表3】 保険者努力支援制度の評価指標

評価指標	2017年度 配点	2018年度 配点
特定健診受診率	35	50
特定保健指導実施率	35	50
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	35	50
がん検診受診率	20	30
歯周疾患（病）検診の実施状況	15	25
糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	70	<u>100</u>

保健事業実施計画（データヘルス計画）策定状況	30	40
個人への分かりやすい情報提供の実施状況	15	25
個人へのインセンティブ提供の実施状況	45	70
重複服薬者に対する取組の実施状況	25	35
後発医薬品の促進の取組の実施状況	25	35
後発医薬品の使用割合	30	40
収納率向上に関する取組の実施状況	70	<u>100</u>
医療費通知の取組の実施状況	15	25
地域包括ケアの推進の取組状況	15	25
第三者求償の取組状況	30	40
適正かつ健全な事業運営の実施状況		50
体制構築加点	70	60
総得点	580	850

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

健康課題を明確化するために、国保データベース（以下「KDB」という。）システムの以下の帳票から情報を把握した。

- (ア) 地域全体像の把握
- (イ) 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
- (ウ) 人口及び被保険者の情報
- (エ) 高額になる疾患 様式1-1
- (オ) 長期入院 様式2-1
- (カ) 人工透析患者 様式2-2
- (キ) 生活習慣病レセプト 様式3-1から3-7
- (ク) 健診有所見状況 様式6-2から6-7
- (ケ) メタボリック該当者・予備群の把握 様式6-8

1 第1期計画に係る評価及び考察

(1) 第1期計画に係る評価

① 全体の経年変化

【図表4】に示すとおり、2013年（平成25年）度と2016年（平成28年）度の経年変化を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少していたが、死因別にがん・心臓病・腎不全による死亡割合は増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護保険の1号認定率は増加していたが、40～64歳の2号認定率は減少していた。国、県と比べると、1号、2号ともに認定率は高い。

医療においては一人当たりの医療費が増加している。また、入院費用の割合が国と県は減少しているが、本市は増加している【巻末資料1】。

【図表4】 国・県と比べた都城市の位置

		都城市		国		県	
		2013年度	2016年度	2013年度	2016年度	2013年度	2016年度
早世予防からみた死亡率(%) (65歳未満)		11.0	8.6	12.6	10.5	11.9	10.0
死亡の状況	がんによる死亡率(%)	39.3	41.7	48.3	49.6	44.7	45.2
	心臓病による死亡率(%)	29.2	30.2	26.6	27.0	28.2	29.2
	腎不全による死亡率(%)	3.3	3.9	3.4	3.4	3.5	3.6
介護保険の 状況	1号認定率(%)	21.3	22.1	19.4	21.0	19.0	20.4
	2号認定率(%)	0.6	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
医療費の 状況	一人当たり医療費(円)	25,618	28,289	23,013	24,343	24,415	26,707
	入院費用の割合(%)	47.7	47.8	41.1	38.7	45.2	44.9

② 介護給付費の状況

【図表 5】に示すとおり、介護給付費の変化について、2013年（平成25年）度と2016年（平成28年）度の経年変化をみると、1人当たりの介護給付費及び全体の給付費が増えている。また、1件あたりの給付費では、居宅サービスが増え、施設サービスが減っている。

【図表 5】 介護給付費の変化

年度	都城市				同規模平均		
	介護給付費	1人当たり 給付費	1件当たり給付費		1人当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
2013年度	144億357万円	327,875円	45,679円	284,143円	278,600円	39,509円	288,308円
2016年度	148億7520万円	338,611円	46,398円	279,211円	300,281円	38,459円	281,539円

③ 医療費の状況

【図表 6】に示すとおり、医療費の変化については、総医療費は減っており特に入院外の医療費の減少率が大きい。一人当たり医療費は入院、入院外ともに増えている。

【図表 6】 一人当たり医療費の変化

項目	総医療費(円)								
	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	2013年度	145億8,259万円		69億5,874万円			76億2,384万円		
	2016年度	144億7,038万円	-1億1,220万円	-0.8	69億1,976万円	-3,898万円	-0.6	75億5,062万円	-7,322万円
一人当たり 医療費(*)	2013年度	25,840円		12,330円			13,510円		
	2016年度	28,290円	2,450円	9.5	13,530円	1,200円	9.7	14,760円	1,250円

(*) 一人当たり医療費は月平均額での表示

④ 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

【図表 7】に示すとおり、中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全(人工透析)にかかる医療費の割合は減少しているものの、国と比較すると高い。

短期目標疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病にかかる医療費の割合は高血圧と脂質異常症は減少、糖尿病は増加している。

【図表 7】 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

同規 模区分	市町村名	総医療費(円)	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(円)	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患				
			順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症								
				金額(円)	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)											
2013年度	都城市	14,582,585,870	25,840	11位	6.98%	0.17%	3.11%	2.22%	5.06%	6.23%	1.97%	3754922410	2575%	10.98%	14.23%	8.30%		
		14,470,383,540	28,289	11位	6.72%	0.20%	2.64%	2.11%	5.35%	5.21%	1.82%	3479758470	24.05%	12.84%	13.94%	8.58%		
		98,623,616,320	26,707	—	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23044446330	23.7%	12.64%	12.82%	8.43%		
2016年度	宮崎県	98,623,616,320	26,707	—	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23044446330	23.7%	12.64%	12.82%	8.43%		
	全国	9,687,968,260,190	24,253	—	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2303704535700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%		

⑤ 中長期目標の達成状況

第1期計画において、中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、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た。

【図表8】に示すとおり、虚血性心疾患は2013年（平成25年）5月診療分の生活習慣病レセプト分析にて1,843人であったため、減少目標人数は92人である。2017年（平成29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1,625人であり、218人減少しているため、目標を達成した。

脳血管疾患は2013年（平成25年）5月診療分の生活習慣病レセプト分析にて2,211人であったため、減少目標人数は111人である。2017年（平成29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2,094人であり、117人減少しているため、目標を達成した。

人工透析は2013年（平成25年）5月診療分の生活習慣病レセプト分析にて192人であったため、目標減少人数は10人である。2017年（平成29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167人であり、25人減少しているため、目標を達成した。

【図表8】 中長期目標の達成状況

	2013年5月 診療分	減少目標人数	2017年5月 診療分	減少人数
虚血性心疾患	1,843人	92人	1,625人	218人
脳血管疾患	2,211人	111人	2,094人	117人
人工透析	192人	10人	167人	25人

⑥ 短期目標の達成状況

第1期計画において、虚血性心疾患、脳血管疾患、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、糖尿病をそれぞれ毎年3%ずつ減らしていくことを目標としていた。

【図表9】に示すとおり、高血圧症治療者は2013年（平成25年）6月診療分の生活習慣病レセプト分析にて9,928人であった。2014年（平成26年）5月診療分では前年度比で1%増加し、2015年（平成27年）5月診療分では前年度比で0.8%減少、2016年（平成28年）5月診療分では前年度比で0.1%減少、2017年（平成29年）5月診療分では前年度比で1.6%減少した。

脂質異常症治療者は、2013年（平成25年）6月診療分の生活習慣病レセプト分析にて6,421人であった。2014年（平成26年）5月診療分では前年度比で3.3%増加し、2015年（平成27年）5月診療分では前年度比で1.9%増加、2016年（平成28年）5月診療分では前年度比で2.4%減少、2017年（平成29年）5月診療分では前年度比で2.2%減少した。

糖尿病治療者は、2013年（平成25年）6月診療分の生活習慣病レセプト分析にて4,598人であった。2014年（平成26年）5月診療分では前年度比で2.5%増加し、2015年（平成27年）5月診療分では前年度比で2.7%増加、2016年（平成28年）5月診療分では前年度比で0.4%増加、2017年（平成29年）5月診療分では前年度比で2.3%減少した。

【図表9】 短期目標の達成状況

	2013年 6月診療分	2014年 5月診療分	2015年 5月診療分	2016年 5月診療分	2017年 5月診療分
高血圧	9,928人	10,073人	9,990人	9,985人	9,829人
脂質異常症	6,421人	6,633人	6,762人	6,602人	6,460人
糖尿病	4,598人	4,713人	4,840人	4,860人	4,747人

（2）第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）に係る考察

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た。

しかし、短期目標疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病を毎年3%ずつ減らす目標は達成することができなかった。短期目標疾患は長期目標疾患の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ある。

また、【図表4】より介護認定率の増加及び入院費用の増加など新たな課題も見えてきた。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ある。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ある。

2 第2期計画における健康課題の明確化

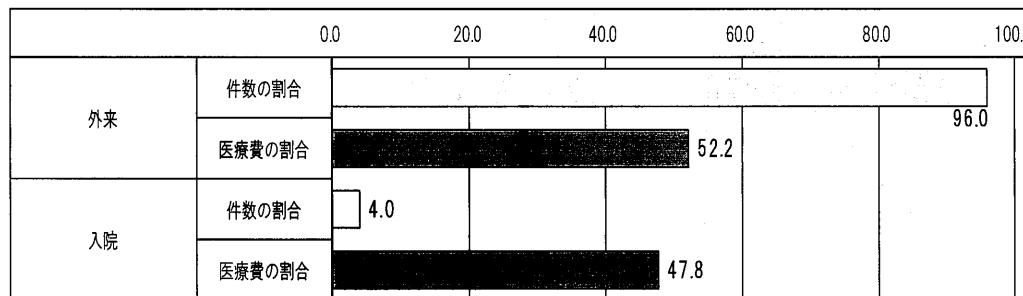
(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

① 入院と入院外の件数・医療費の割合の比較

【図表 10】に示すとおり、都城市の入院件数割合は 4.0%で、医療費全体の 47.8%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 10】 入院と入院外の件数・医療費の割合の比較

一人あたり医療費	保険者	県	同規模平均	国
	28,289円	26,707円	24,343円	24,245円



② 医療費が高額になる疾患

【図表 11】に示すとおり、本市において、医療費が高額になる疾患は虚血性心疾患、長期入院になる疾患は脳血管疾患、治療が長期化する疾患は糖尿病性腎症である。虚血性疾患の基礎疾患は高血圧、脳血管疾患の基礎疾患は高血圧と脂質異常症、糖尿病性腎症の基礎疾患は糖尿病が多い。

【図表 11】 医療費が高額になる疾患

厚労省様式	対象レセプト(H28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)	件数	1,522件	99件 6.5%	157件 10.3%
		費用額	24億6922万円	1億2962万円 5.2%	2億9894万円 12.1%
様式2-1	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	5,058件	578件 11.4%	328件 6.5%
		費用額	19億5371万円	2億3493万円 12.0%	1億4642万円 7.5%
様式2-2	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	2,457件	555件 22.6%	731件 29.8%
		費用額	10億9370万円	2億3727万円 21.7%	3億4625万円 47.5%
					5億3861万円 49.2%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5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	16,313人	2,085人	1,686人	382人
			12.8%	10.3%	2.3%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	1,655人	1,357人
			高血圧	79.4%	80.5%
			糖尿病	778人	724人
			糖尿病	37.3%	42.9%
			脂質異常症	1,034人	1,091人
			脂質異常症	49.6%	64.7%
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		9,829人	4,747人	6,460人	1,670人
		60.3%	29.1%	39.6%	10.2%

③ 介護認定状況及び介護認定者の有病状況

【図表 12】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 94.9%であり、筋・骨格疾患の 92.9%を上回っていた。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る。

【図表 12】 介護認定状況及び介護認定者の有病状況

要介護認定状況	受給者区分		年齢		性別		障害		合計	
	被保険者数	認定者数	40~64歳	65~74歳	75歳以上	男	女	障害	障害	合計
	56,208人	262人	19,792人	24,138人	43,930人	100,138人				
	262人	1,042人	8,489人	9,531人	9,793人					
	0.47%	5.3%	35.2%	21.7%	9.8%					
	4人	26人	144人	170人	174人					
介護度別 別人数	要支援1・2	48	18.3%	296	28.4%	1,884	22.2%	2,180	22.9%	2,228
	要介護1・2	121	46.2%	385	36.9%	3,104	36.6%	3,489	36.6%	3,610
	要介護3~5	93	35.5%	361	34.6%	3,501	41.2%	3,862	40.5%	3,955
要介護 突合状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	件数	性別	疾患	性別	疾患	性別	疾患	性別	疾患
	疾患	件数	性別	疾患	性別	疾患	性別	疾患	性別	疾患
	件数	206		791		3		794		1000
	循環器疾患	1	脳卒中	150	脳卒中	522	脳卒中	525	脳卒中	675
				72.8%		66.0%		66.1%		67.5%
	循環器疾患	2	虚血性心疾患	36	虚血性心疾患	210	虚血性心疾患	212	虚血性心疾患	248
				17.5%		26.5%		26.7%		24.8%
	循環器疾患	3	腎不全	33	腎不全	112	腎不全	112	腎不全	145
				16.0%		14.2%		14.1%		14.5%
	基礎疾患	4	糖尿病等	197	糖尿病等	710	糖尿病等	713	糖尿病等	910
				95.6%		89.8%		89.8%		91.0%
	血管疾患合計	5	合計	197	合計	749	合計	752	合計	949
				95.6%		94.7%		94.7%		94.9%
	認知症	6	認知症	9	認知症	136	認知症	136	認知症	145
				4.4%		17.2%		17.1%		14.5%
	筋・骨格疾患	7	筋骨格系	198	筋骨格系	729	筋骨格系	731	筋骨格系	929
				96.1%		92.2%		92.1%		92.9%

介護認定の有無別医療費

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)				7,371	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)		4,152			

(2) 目標の設定

① 中長期的な目標の設定

特定健康診査の対象者（40歳から74歳の国保被保険者）の虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全（人工透析）について、2023年（平成35年）度に2017年（平成29年）と比較して、それぞれ5%減らしていくことを目標とする。

【図表13】生活習慣病レセプト分析にて、虚血性心疾患1,625人、脳血管疾患2,094人、人工透析167人であることから、減少目標人数は、虚血性心疾患81人、脳血管疾患105人、人工透析8人となる。

医療費の分析等によって、本市では、脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全による医療費が国と比べて高いことが分かった。早期の適切な受診を促すことによって外来受診者を増やし、重症化してから入院に至る状況を防ぐことにより医療費の伸びの抑制につなげる。

慢性腎臓病（CKD）は、心血管疾患（CVD）の強い危険因子と考えられていることから、糖尿病性腎症重症化予防と連動したCKD重症化予防を切り口として保健指導を行い、高血圧や糖尿病等の血管を傷める因子を減少させることによって、脳血管疾患や虚血性心疾患の減少も期待できる。

【図表13】 生活習慣病全体のレセプト分析 2017（平成29年）5月診療分
(厚生労働省様式3-1より一部抜粋)

総数	被保険者数	生活習慣病対象者	脳血管疾患	虚血性心疾患	人工透析
20歳代以下	7,012	327 (4.7%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)	2 (0.6%)
30歳代	3,274	471 (14.4%)	7 (1.5%)	5 (1.1%)	8 (1.7%)
40歳代	3,766	887 (23.6%)	43 (4.8%)	32 (3.6%)	14 (1.6%)
50歳代	4,829	1,727 (35.8%)	167 (9.7%)	130 (7.5%)	45 (2.6%)
60～64歳	5,414	2,478 (45.8%)	274 (11.1%)	224 (9.0%)	60 (2.4%)
65～69歳	9,909	5,441 (54.9%)	748 (13.7%)	582 (10.7%)	27 (0.5%)
70～74歳	7,303	4,862 (66.6%)	862 (17.7%)	657 (13.5%)	21 (0.4%)
合計	41,507	16,193 (39.0%)	2,101 (13.0%)	1,632 (10.1%)	177 (1.1%)

再掲) 40～74 歳	31, 221	15, 395 (49. 3%)	2, 094 (13. 6%)	1, 625 (10. 6%)	167 (1. 1%)
再掲) 65～74 歳	17, 212	10, 303 (59. 9%)	1, 610 (15. 6%)	1, 239 (12. 0%)	48 (0. 5%)

② 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）の血管変化における共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、毎年、高血圧（Ⅱ度以上）を 30 人、脂質異常症（LDL コレステロール値 160 以上）を 90 人、糖尿病を 100 人、メタボリックシンドローム該当者を 60 人減らしていくことを目標とする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。特定健診及び特定保健指導等の目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健康診査等実施計画

1 計画の趣旨と位置づけ

この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ある。

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た。

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」の実施も義務つけられている。

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ある。

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する。

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康診査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、具体的な事項及び実施と成果の目標値を示す。

※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 100mg/dl以上、またはHbA1c5.6%以上

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

③血圧 収縮期 130mmHg以上、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す。

2 第二期特定健康診査等計画の取組

第二期特定健康診査等実施計画の期間は、2013年（平成25年）度から2017年（平成29年）度であった。

（1）特定健康診査の状況

① 検査項目

特定健康診査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、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」）いう。）が定められている。

貧血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る。また、本市独自の追加項目として、腎機能血清クレアチニン検査、尿酸、尿潜血検査も全員に実施している。さらに、2016年（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た。

② 実施方法

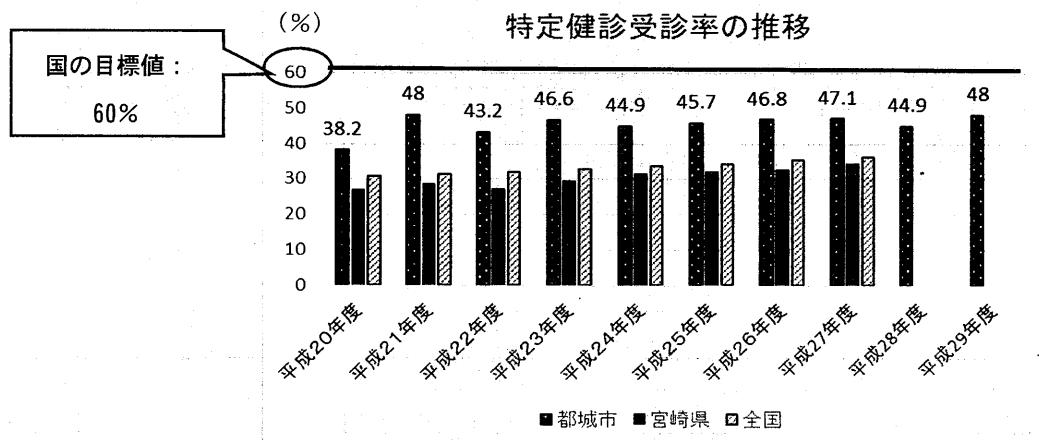
本市では、個別健診を都城市北諸県郡医師会に委託し、毎年6月から10月まで実施している。また、2016年（平成28年）度からは、宮崎県健康づくり協会に委託し、公民館等で集団健診を実施した。集団健診は、平日や土曜日に医療機関での受診が困難な人に配慮して日曜日に実施し、一部日程はがん検診も同時に行つた。さらに、特定健診の項目にがん検診等の検査を加えた人間ドックを都城健康サービスセンターで通年実施した。

③ 特定健診受診率

本市の2015年度（平成27年度）特定健診受診率は【図表14】に示すとおり、47.1%であり、全国受診率36.3%及び県平均受診率34.3%よりも高い状況である。しかし、2008年（平成20年）度から受診率の伸びは停滞しており、国の目標値である60%は達成していない。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つており、女性よりも男性の受診率が低い【図表15】。

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16】に示す。詳細な健診は、前年度の健診結果を基準に医師の判断で実施するものである。心電図検査は対象者の約50%が受診しているのに対し、眼底検査の受診率は1%程度である。

【図表 14】



* 平成28年度は速報値であるため、県及び全国の受診率は掲載していない。平成29年度については見込値を掲載。

【図表 15】 年代別の特定健診受診率（平成28年度法定報告*値）

【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）	921	844	879	1,265	2,145	4,336	3,165	13,555
受診者数（人）	161	190	214	332	726	1,946	1,784	5,353
受診率（%）	17.5	22.5	24.3	26.2	33.8	44.9	56.4	39.5

【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）	746	797	771	1,310	2,651	4,899	3,855	15,029
受診者数（人）	159	184	228	441	1,200	2,810	2,447	7,469
受診率（%）	21.3	23.1	29.6	33.7	45.3	57.4	63.5	49.7

* 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。

【図表 16】 詳細な健診項目の受診状況推移

		2013年 H25	2014年 H26	2015年 H27	2016年 H28
前年度健診結果による 対象者(人)		1,025	974	1,068	999
心 電 図	受診者(人)	487	493	567	530
	対象者における 受診者割合(%)	47.5	50.6	53.1	53.1
眼 底 検 査	受診者(人)	17	7	11	7
	対象者における 受診者割合(%)	1.7	0.7	1.0	0.7

④ 特定健診受診者の実態

【図表 17】は、本市の平成 28 年（2016 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 5 % 以上有所見者が多い項目を抜粋したものである。（その他の健診項目の有所見状況は巻末資料を参照）

男女ともに空腹時血糖及び HbA1c 高値者の割合は、国や県と比較して 10 % 以上多い。

【図表 17】平成 28 年度特定健診結果（有所見者）

		BMI		空腹時血糖		HbA1c		収縮期血圧			
		40歳未満	40歳以上	40歳未満	40歳以上	40歳未満	40歳以上	40歳未満	40歳以上		
		人數	割合	人數	割合	人數	割合	人數	割合		
男性											
全国		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2	
県		3,236	10.7	11,486	38.0	16,848	55.7	6,819	22.5	15,844	52.4
都 城 市	合計	917	17.1	2,295	42.9	3,651	68.2	1,141	21.3	2,910	54.4
40-64		280	17.2	650	40.0	1,013	62.3	384	23.6	761	46.8
65-74		637	17.1	1,645	44.1	2,638	70.8	757	20.3	2,149	57.6
女性											
全国		20.6		17.3		16.8		55.2		42.7	
県		9,385	23.4	8,731	21.8	9,336	23.3	23,454	58.5	18,483	46.1
都 城 市	合計	2,034	27.2	1,804	24.1	2,057	27.5	5,413	72.4	3,692	49.4
40-64		532	24.0	443	20.0	511	23.0	1,403	63.3	860	38.8
65-74		1,502	28.6	1,361	25.9	1,546	29.4	4,010	76.3	2,832	53.9

また、【図表 18】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。該当者の割合は、男性では健診受診者の 3 割以上を占め、リスク因子では、血圧と脂質の重なったものと、血圧・脂質・血糖 3 項目全てが重なったものが多い。また、女性では、健診受診者の 1 割以上が該当者であり、リスク因子では、血圧と脂質の重なったものが多い。

【図表 18】メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

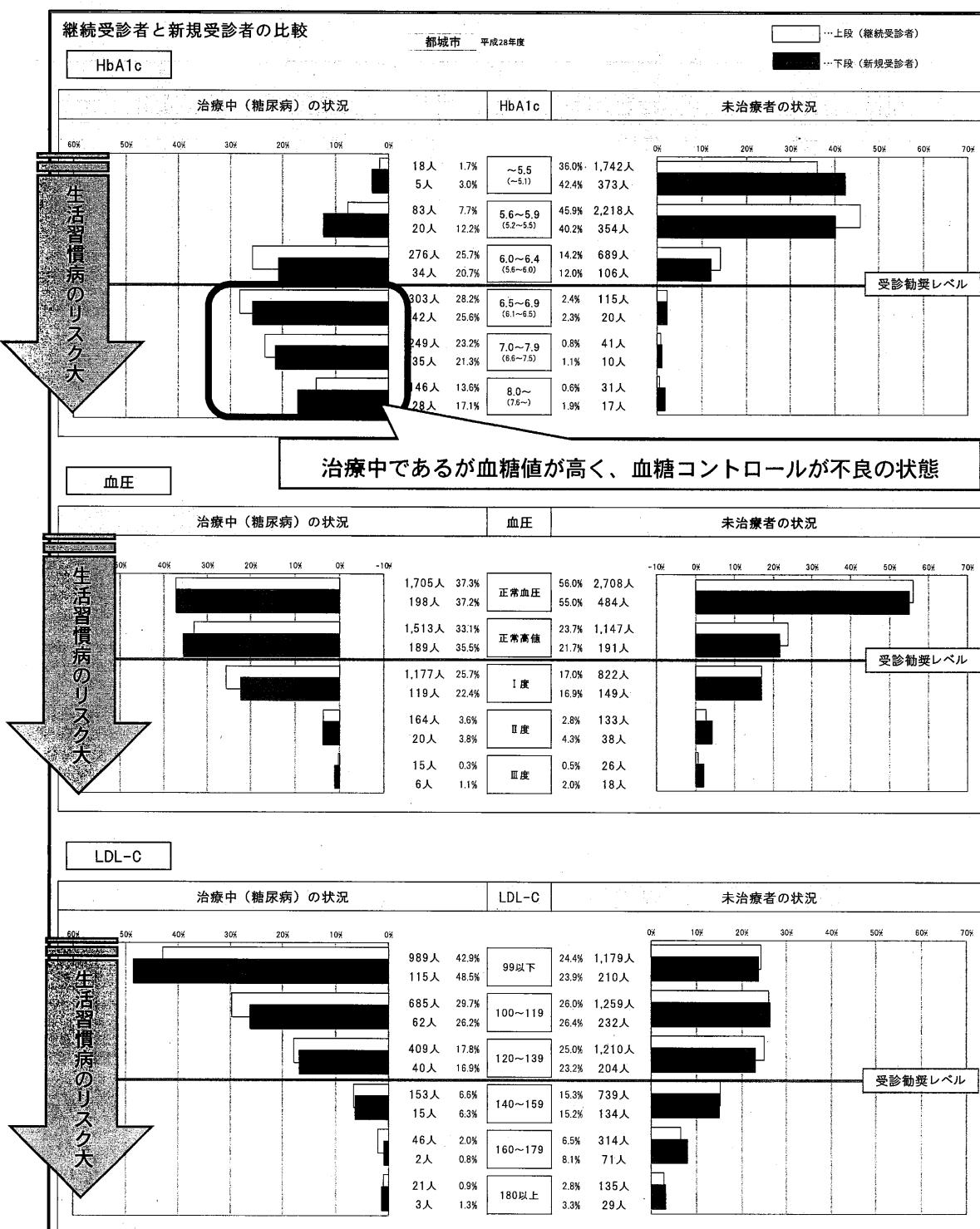
		健診受診者		予備群		該当者		該当者		該当者	
		割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合	割合
男性											
都 城 市	合計	39.6	16.7%	1.4%	11.8%	3.5%	31.7%	4.9%	1.6%	13.9%	11.3%
40-64		26.9	16.7%	2.0%	8.9%	5.8%	30.1%	3.7%	2.5%	13.9%	10.0%
65-74		49.9	16.8%	1.1%	13.1%	2.5%	32.4%	5.5%	1.2%	13.8%	11.9%
女性											
都 城 市	合計	49.7	8.0%	0.3%	6.5%	1.2%	13.5%	2.3%	0.6%	6.6%	4.0%
40-64		35.3	6.8%	0.6%	4.7%	1.5%	9.4%	1.9%	0.4%	4.6%	2.5%
65-74		60.1	8.5%	0.2%	7.2%	1.1%	15.3%	2.5%	0.8%	7.4%	4.6%

⑤ 糖尿病、血圧、LDLコレステロールのコントロール状況

【図表 19】は、HbA1c、血圧及びLDLコレステロールの各検査項目について、特定健診受診状況及び治療の有無の割合を示したものである。

血圧及びLDLコレステロールと比べて、HbA1cは治療中であっても受診勧奨レベル該当者が多く、血糖コントロール不良の者が多い。

【図表 19】特定健診継続受診者と新規受診者の比較



出典：保健指導支援ツール（H28 特定健診データ）

⑥ 特定健診未受診者の状況

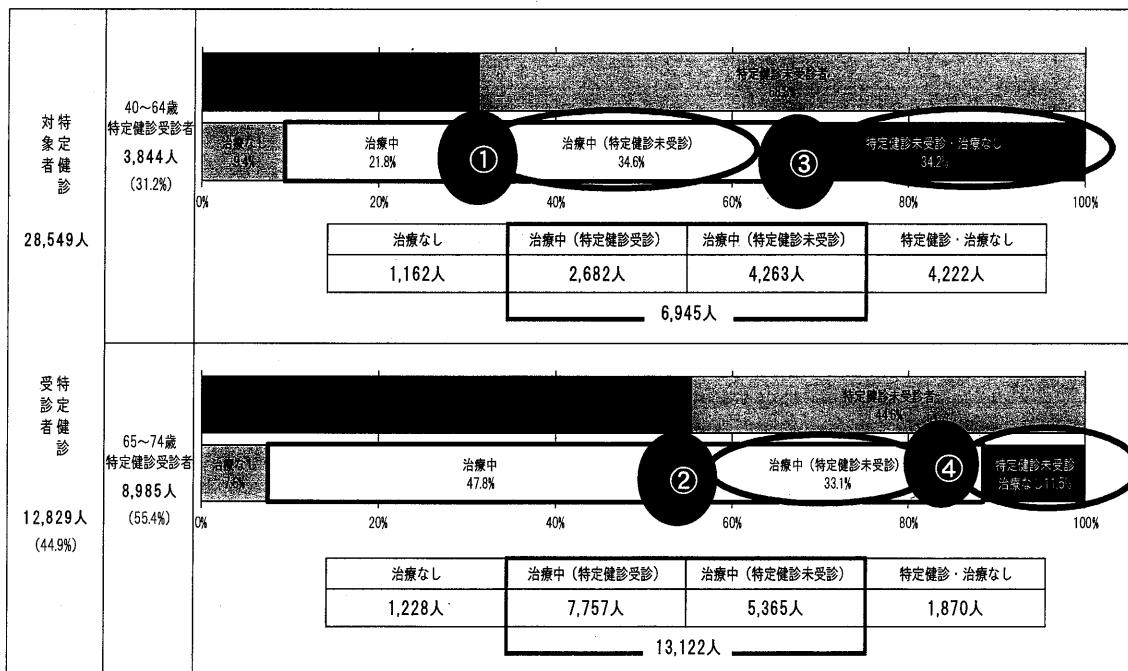
【図表 20】は、特定健診対象者を 40 歳～64 歳（上段）と 65 歳～74 歳（下段）に分け、特定健診受診状況及び生活習慣病の治療状況を示したものである。特定健診未受診者のうち生活習慣病治療中の者の割合は、40 歳～64 歳では 34.6% (①)、65 歳～74 歳では 33.1% (②) であった。

生活習慣病治療中の者は、本人同意のもとで医療保険者が医療機関より診療における検査結果の提供を受け、特定健診の結果データとして活用することが可能である。そこで、2017 年（平成 29 年）度から診療データ活用の取組を開始した。

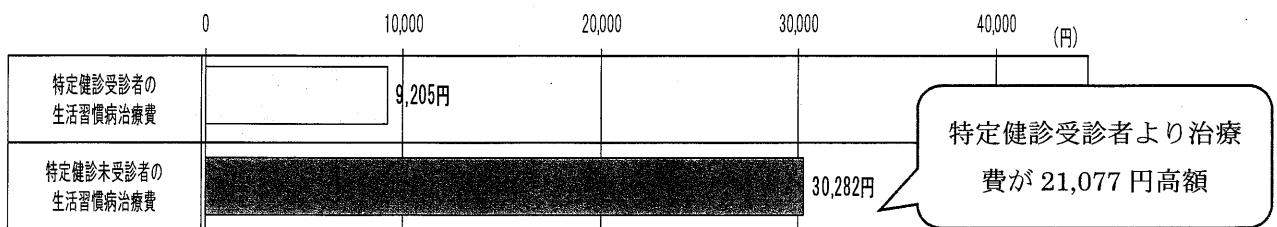
なお、特定健診未受診かつ生活習慣病未治療者は、40 歳～64 歳では 34.2% (③)、65 歳～74 歳では 11.5% (④) であった。

【図表 21】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 21,077 円高額となっている。

【図表 20】特定健診受診者及び特定健診未受診者の治療状況



【図表 21】平成 28 年度 特定健診受診者及び特定健診未受診者の生活習慣病治療費（年間医療費）の比較



(2) 特定保健指導

① 特定保健指導の実施状況

【図表 22】より、特定健康診査の受診者のうち、特定保健指導対象者の割合は年々減少している。特定保健指導を受けた人の約 25%は、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る。

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。そこで、実施率の向上を目指し、2017 年（平成 29 年）度は特定保健指導対象者には、原則として特定健診結果の郵送を行わず、直接手渡して結果説明を行った。対象者が自身の健診結果をより深く理解することで、特定保健指導初回面接の実施率向上につながっている。

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ある。2017 年（平成 29 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*16 箇所、積極的支援*10 箇所であった。

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

【図表 22】 特定保健指導の対象者数の推移

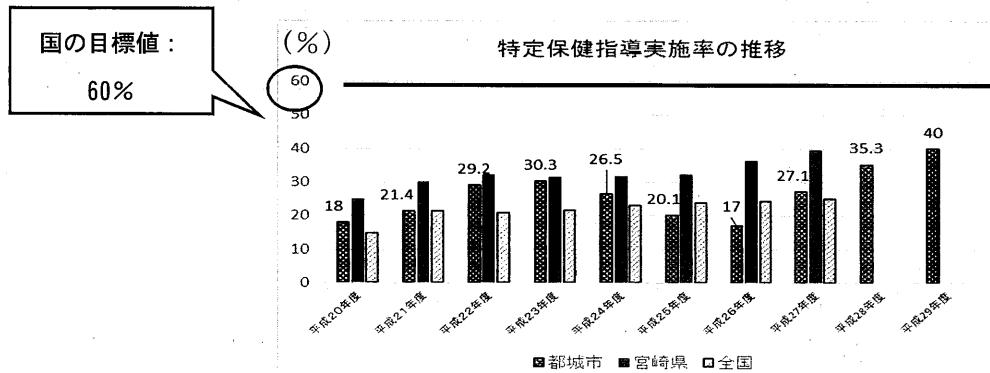
（法定報告値を元に作成）

	2013 年 平成 25 年度	2014 年 平成 26 年度	2015 年 平成 27 年度	2016 年 平成 28 年度	2017 年* 平成 29 年度
特定保健指導 対象者数（人）	1,834	1,778	1,698	1,447	1,400
特定健診受診者に 占める割合（%）	13.0	12.5	12.3	11.3	12.3
特定保健指導による対 象者の減少率（%）※	26.4	25.5	33.0	22.3	26.8

※ 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

* 2017 年度は、見込値。

【図表 23】 特定保健指導実施率の推移



② 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。また、男女ともに50歳～54歳の実施率が低い傾向が見られる【図表24】。

【図表24】年代別の特定保健指導（動機付け支援）実施率（平成28年度法定報告値）

【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）	16	16	19	20	48	297	194	610
受診者に占める割合	9.9%	8.4%	8.9%	6.0%	6.6%	15.3%	10.9%	11.4%
実施者数（人）	6	5	4	6	15	113	79	228
実施率	37.5%	31.3%	21.1%	30.0%	31.3%	38.0%	40.7%	37.4%

【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）	4	11	16	24	61	219	160	495
受診者に占める割合	2.5%	6.0%	7.0%	5.4%	5.1%	7.8%	6.5%	6.6%
実施者数（人）	2	4	3	5	26	86	71	197
実施率	50.0%	36.4%	18.8%	20.8%	42.6%	39.3%	44.4%	39.8%

③ 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。2016（平成28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、40歳～44歳及び55歳～59歳、女性では55歳～59歳である【図表25】。

【図表25】年代別の特定保健指導（積極的支援）実施率（平成28年度法定報告値）

積極的支援

【男性】	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	計
対象者数（人）	40	36	42	58	93	269
受診者に占める割合（%）	24.8%	18.9%	19.6%	17.5%	12.8%	5.0%
実施者数（人）	6	9	14	11	26	66
実施率（%）	15.0%	25.0%	33.3%	19.0%	28.0%	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）	8	4	15	11	35	73
受診者に占める割合（%）	5.0%	2.2%	6.6%	2.5%	2.9%	1.0%
実施者数（人）	2	1	5	1	11	20
実施率（%）	25.0%	25.0%	33.3%	9.1%	31.4%	27.4%

(3) 課題

- (ア) 特定健診受診率の伸び率は停滞しており、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、受診しやすい工夫が必要である。
- (イ) 詳細な健診項目のうち、特に眼底検査の実施率が低い理由について研究し、対策を実施する必要がある。
- (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充実が必要である。
- (エ) 男性の有所見者が多いため、男性の健康意識を向上させる保健指導が求められる。
- (オ) HbA1c は治療中であっても受診勧奨レベル該当者が多いため、かかりつけ医と連携した重症化予防をより一層取り組む必要がある。
- (カ) 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る。
- (キ) 特定保健指導は一定の効果が見られているが、実施率が低いため、対象者が利用しやすい工夫が必要である。
- (ク) 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みが必要である。

3 第三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、特定健診を実施する。

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、人間ドック等、がんやその他の検診との同日健診を行う。

(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項を遵守する。

(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及び血清クレアチニン検査（eGFR値による腎機能評価を含む。）を受診者全員に実施する。さらに、尿酸、尿潜血検査を市独自に追加して、以下の項目で実施する。

- (ア) 問診（服薬歴、喫煙歴等）
- (イ) 身体測定（身長、体重、BMI、腹囲）
- (ウ) 血圧測定
- (エ) 血液検査
 - ・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値による腎機能の評価を含む
- (オ) 尿検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血）

② 詳細な健診項目

【図表26】に示す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する。

(4) 実施時期

人間ドックを除く個別健診は、6月から10月までの期間に実施する。

人間ドックは通年実施する。

集団健診は、年間4回程度実施する。

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う。

【図表 26】詳細な健診項目の実施基準

検査項目	基準	検査の時期
心電図 検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上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	当該年度の特定健康診査の結果等において、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 ヶ月以 内

(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する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、対象者への周知及びかかりつけ医との連携を図る。

(6) 情報提供（結果の通知）

全ての特定健診受診者に、文書で結果を通知する。

(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する。
- ② 広報都城やメディアを利用した特定健診の周知を図る。
- 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する。
- ④ 健診未受診者全員に受診勧奨のはがきを送付する。
- 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う。

4 特定保健指導の実施

(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、個別に実施する。

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する。

(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条を遵守する。

(4) 対象者

省令第4条に基づき、特定健診結果が【図表27】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する。

ただし、積極的支援の対象者のうち、2年連続して積極的支援に該当した場合及び1年目に比べて2年目の状態が一定以上改善している場合は、動機付け支援相当として取り扱うことができる。

(5) 実施者

① 直接実施

常勤または嘱託の保健師、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する。

【図表 27】 第三期特定保健指導の対象者

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

* 追加リスク

- ① 血糖 空腹時血糖 $100\text{mg}/\text{dl}$ 以上、または HbA1c 5.6% 以上
- ② 脂質 中性脂肪 $150\text{mg}/\text{dl}$ 以上、または HDL コレステロール $40\text{mg}/\text{dl}$ 未満
- ③ 血圧 収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上

(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 20 年厚生労働省告示第 91 号。以下「告示」という。)に基づき、下記のとおり実施する。

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う。
- (イ) 実績評価として、行動計画の策定日から 3 ヶ月以上経過した日に面接又は通信等（電話、手紙等）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する。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る。

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う。
- (イ) 3 ヶ月以上の継続的な支援として、【図表 28】のポイント制に基づき、支援 A のみの方法で 180 ポイント以上又は支援 A（最低 160 ポイント以上）と支援 B の方法による合計が 180 ポイント以上の支援を実施する。
- (ウ) 実績評価として、行動計画の策定日から 3 ヶ月以上経過した日に面接又は通信等（電話、手紙等）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する。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る。
- (エ) 告示第 2 の 1 (2) イに示された柔軟な運用によるモデル実施は当面実施せ

ず、社会的な状況等を考慮して開始の時期を決定する。

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する。

【図表 28】積極的支援のポイント構成

個別支援 (訪問)	A(積極的関与:目標設定、評価)	B(励まし)
	(5分=20ポイント)	(5分=10ポイント)
	10分: 40ポイント	5分: 10ポイント
	15分: 60ポイント	10分: 20ポイント
	20分: 80ポイント	10分以上: 20ポイント
	25分: 100ポイント	
	30分: 120ポイント	
	30分以上: 120ポイント	
電話	A(積極的関与:目標設定、評価)	B(励まし)
	(5分=15ポイント)	(5分: 10ポイント)
	5分: 15ポイント	5分: 10ポイント
	10分: 30ポイント	10分: 20ポイント
	15分: 45ポイント	10分以上: 20ポイント
	20分: 60ポイント	
手紙	A(積極的関与:目標設定、評価)	B(励まし)
	1往復: 40ポイント	1往復: 5ポイント

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、以下のとおり実施する。

(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）」及び第4章との整合性を図り、かかりつけ医との連携のもと、以下の内容を実施する。

- ① 医療機関と共に指導教材の使用
- ② 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
- ③ 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 特定健診等の対象者の見込み及び目標値

(1) 特定健診受診者・特定保健指導の終了者数

【図表 29】年度ごとの目標値

		2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
特定健診	対象者数 見込み（人）	30,779	30,047	28,271	26,056	24,403	22,969
	目標 受診者数（人）	15,390	15,624	15,266	14,591	14,154	13,781
	目標 受診率（%）	50	52	54	56	58	60
特定保健指導	対象者数 見込み（人）	1,893	1,922	1,878	1,795	1,741	1,695
	目標 終了者数（人）	663	769	845	897	958	1,017
	目標 実施率（%）	35	40	45	50	55	60

(2) 特定保健指導対象者以外の保健指導の目標

【図表 30】保健指導の目標実施率と年度ごとの健診受診者における割合減少

保健指導 目標 実施率	対象者数見込 (健診受診者における割合(%))						
		2016 年度 (基準年)	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
要受診者	50%	1,945 人	2,155 人	2,031 人	1,832 人	1,605 人	1,486 人
		15.2%	14.0%	13.0%	12.0%	11.0%	10.5%
生活習慣病のコントロール不良の者	50%	3,929 人	4,687 人	4,531 人	4,274 人	3,940 人	3,680 人
		30.6%	30.0%	29.0%	28.0%	27.0%	26.0%

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P D C Aサイクル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、実践する。

厚生労働省健康局発行「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」の様式 5-5 「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導 健診から保健指導実施へのフローチャート」（巻末資料）を活用し、対象者を明確にして、優先順位をつけて取り組む。実施の評価についても同様式を活用する。

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する。

8 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

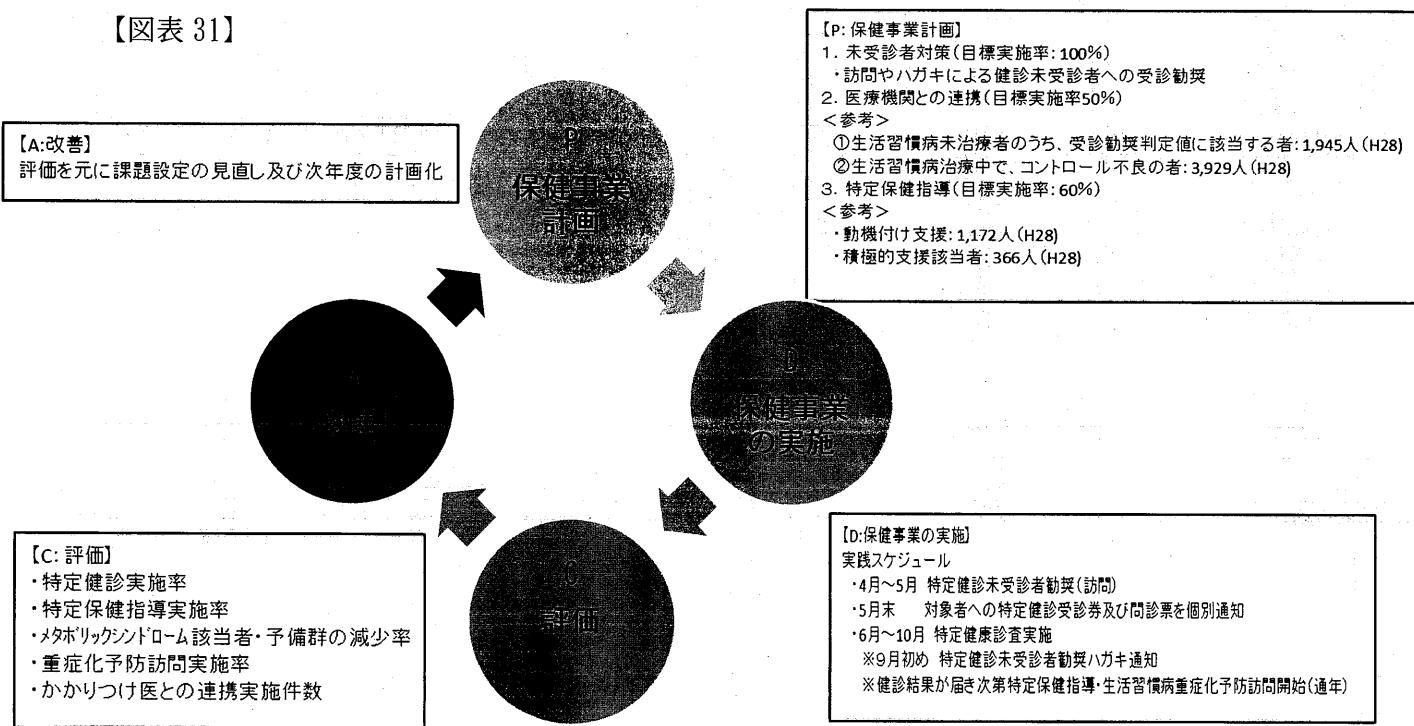
特定健康診査・特定保健指導で得られる個人情報の取扱については、「個人情報の保護に関する法律」（平成 15 年法律第 57 号）及び「都城市個人情報保護条例」（平成 18 年条例第 29 号）に則り、適切に行う。

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状況を管理する。

(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

特定健康診査・特定保健指導の記録は、電子データ又は紙データにて 5 年間保存する。

【図表 31】



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、周知する。

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う。

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する。

(2) ポピュレーションアプローチの方向性

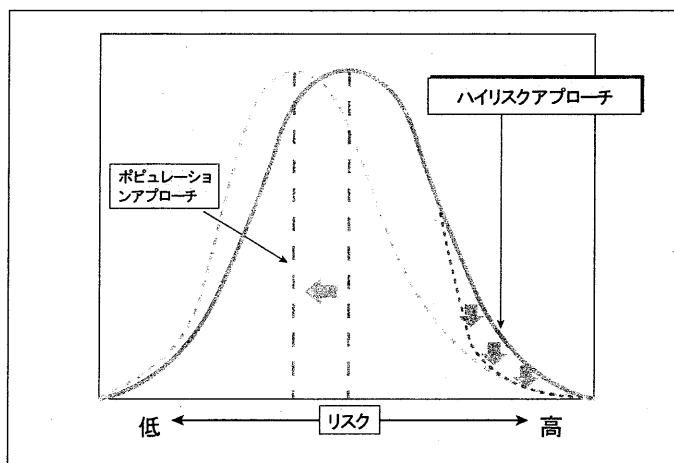
生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知とともに、「みやこのじょう健康づくり計画 21」に基づき、市民の健康意識の高め、健康づくりを推進する。

※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32】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づつ移動、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32】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 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）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。）に基づき実施する。

- (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う。
- (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う。
- (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う。

② 本市の現状と課題

【図表32】は、KDB及び保健指導支援ツールを用いて、2016年（平成28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ある。

本市における特定健診対象者29,370人（B）のうち、特定健診受診者は13,862人（47.2%-C）であり、「糖尿病型（※）」は、1,881人（13.6%-E）であった。そのうち、糖尿病未治療及び治療中断者は658人（35.0%-F）、糖尿病治療中の者は1,223人（65.0%-G）であった。

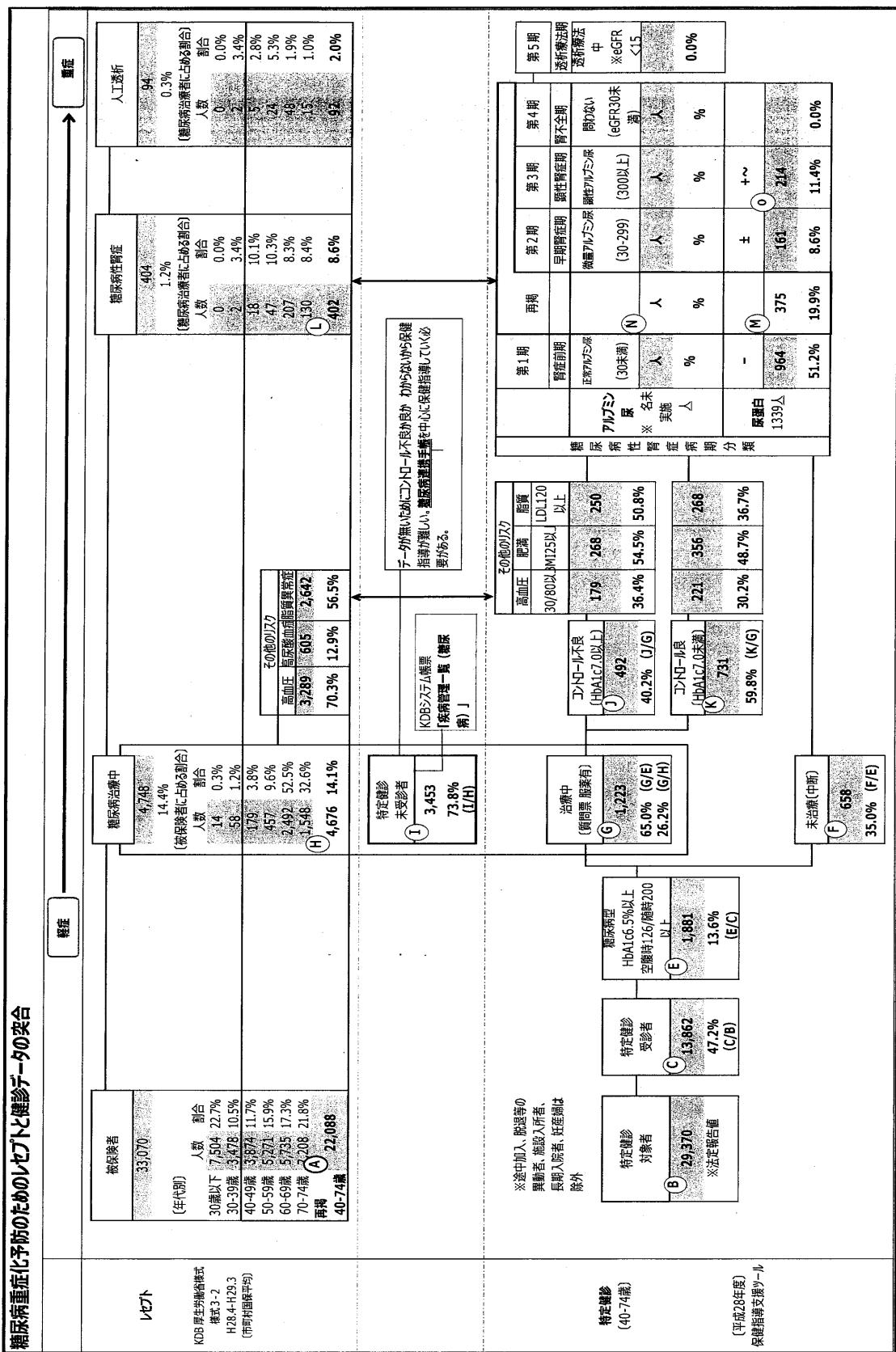
糖尿病未治療者・中断者（F）については、医療機関への速やかな受診勧奨を行う必要がある。また、糖尿病治療中でコントロール状況が不良の者492人（40.2%-J）は、かかりつけ医と連携を図り、重症化予防に努める必要がある。

なお、糖尿病治療者で特定健診未受診者は、3,453人（73.8%-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、保健指導が難しい。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る。

※「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 $\geq 126\text{mg/dl}$ 以上のいずれか
- HbA1c $\geq 6.5\%$

【図表 32】



③ 糖尿病性腎症重症化予防対象者の把握

過去5年間の健診データから、保健指導支援ツール（5年間評価ツール）にて居住地区（中学校区）別に以下のアからカの視点で対象者を抽出したものが【図表33】である。

ア 健診受診者数

イ HbA1c6.5%以上の人数

ウ 治療中でありHbA1c8.0%以上（コントロール不良）の人数

エ eGFR値45未満の人数

オ 尿蛋白2+以上の人数

カ 前年度よりeGFR値が25%以上低下した人の人数

【図表33】居住地区（中学校区）別対象者数

抽出基準	姫城	小松原	妻ヶ丘	祝吉	五十市	横市	沖水	志和池	庄内	西岳	中郷	山之口	高城	山田	高崎	合計
保健指導支援ツール（5年間評価ツール）にて抽出(H24～H28)																
A台帳該当者（過去5年間で1度でもHbA1c6.5%以上）	171	184	305	270	298	203	218	142	140	54	175	183	287	180	222	3032
ア H28健診受診者	119	125	221	179	198	135	136	85	98	34	118	136	213	131	160	2088
ア/A(%)	69.6%	67.9%	72.5%	66.3%	66.4%	66.5%	62.4%	59.9%	70.0%	63.0%	67.4%	74.3%	74.2%	72.8%	72.1%	66.9%
イ HbA1c6.5以上	87	92	170	138	147	98	84	61	79	23	75	98	149	90	114	1503
イ/ア(%)	73.1%	73.6%	76.9%	76.0%	74.2%	72.6%	61.8%	71.8%	80.6%	67.6%	63.6%	72.1%	70.0%	68.7%	71.3%	72.0%
ウ 治療中HbA1c8.0%以上	12	15	24	23	23	13	17	5	10	2	6	9	24	12	9	204
ウ/ア(%)	10.1%	12.0%	10.9%	12.8%	11.6%	9.0%	12.5%	5.9%	10.2%	5.9%	5.1%	6.6%	11.3%	9.2%	5.6%	9.8%
エ GFR45未満	8	6	11	10	11	13	9	4	8	1	6	6	20	1	10	124
エ/ア(%)	6.7%	4.8%	5.0%	5.6%	5.6%	9.6%	6.6%	4.7%	8.2%	2.9%	5.1%	4.4%	9.4%	0.8%	6.3%	5.9%
オ 尿蛋白2+以上	7	5	9	14	13	17	6	4	9	0	3	6	14	5	12	126
オ/ア(%)	5.9%	4.0%	4.1%	7.8%	6.6%	12.6%	4.4%	4.7%	9.2%	0.0%	2.5%	5.9%	6.6%	3.8%	7.5%	6.0%
カ H27からeGFR値25%以上低下	3	3	1	3	7	6	4	1	2	2	8	6	5	1	1	53
カ/ア(%)	2.5%	2.4%	0.5%	1.7%	3.5%	4.4%	2.9%	1.2%	2.0%	5.9%	6.6%	4.4%	2.3%	0.8%	0.6%	2.5%

また、糖尿病病期分類ごとの対象者を抽出したものが【図表34】【図表35】である。

【図表34】糖尿病性腎症病期分類と生活習慣病リスク（治療なし）

重症化予防 対象者	①糖尿病治療なし (HbA1c6.5以上)		尿 蛋白	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	問わない 20未満							
			健診結果	(一)	(±)	(+)	以上								
			GFR	30以上											
	糖尿病治療なし (6.5以上含む)	B'	糖尿病治療なし 6.5以上	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							
再掲	B' 11,763人		B 602人 (30.3) B/A	m	m/B	n	n/B	o/p							
	k	k/B'	I	I/B	q	q/m	r	r/n	s	s/o	t	t/p			
糖尿病のみ（その他リスクなし）			93	15.4	76	17.2	10	12.0	7	9.3	0	0.0			
糖尿病+その他リスクあり			509	84.6	366	82.8	73	88.0	68	90.7	2	100.0			
メタボリック シンドローム	該当者	2,075	17.6	299	49.7	208	47.1	42	50.6	47	62.7	2	100.0		
異常 脂質	中性脂肪 300以上	405	3.4	61	10.1	32	7.2	8	9.6	21	28.0	0	0.0		
	LDL-C 120以上	5,046	42.9	298	49.5	224	50.7	40	48.2	33	44.0	1	50.0		
高血圧症	I度以上	2,822	24.0	204	33.9	149	33.7	21	25.3	34	45.3	0	0.0		
高尿酸血症	7.1以上	1,096	9.3	83	13.8	52	11.8	12	14.5	17	22.7	2	100.0		

【図表 35】糖尿病性腎症病期分類と生活習慣病リスク（治療中）

②糖尿病治療中 (HbA1c7.0以上)		尿 蛋白 <small>区分 健診結果</small>	アルブミン尿	正常アルブミン尿	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	問わない								
			A1 (-)	A2 (±)	A3 (+) 以上										
			GFR	30以上			30未満								
重症化予防 対象者	糖尿病治療中 (7.0未満含む) C+D 1,383人	糖尿病治療中 7.0以上 C 520人 (26.2) C/A	糖尿病治療中 7.0以上	第1期 腎症前期 w w/c x x/c y y/c	第2期 早期腎症期 w w/c x x/c y y/c	第3期 顕性腎症期 w w/c x x/c y y/c	第4期 腎不全期 w w/c x x/c								
			u u/(C+D)	v v/w/c	aa aa/w ab ab/x	ac ac/y	ad ad/z								
糖尿病のみ（その他リスクなし）			106	20.4	79 21.8	8 18.6	19 17.4	0 0.0							
糖尿病+その他リスクあり			414	79.6	283 78.2	35 81.4	90 82.6	6 6 100.0							
再掲	メタボリック シンドローム	該当者	705	51.0	279 53.7	180 49.7	24 55.8	70 64.2	5 83.3						
	異常 脂質 異常	中性脂肪 LDL-C	300以上 120以上	86 439	6.2 31.7	46 205	8.8 39.4	25 140	6.9 38.7	4 15	9.3 34.9	16 50	14.7 45.9	1 0	16.7 0.0
	高血圧症	I度以上	379	27.4	161	31.0	99	27.3	18	41.9	41	37.6	3	50.0	
	高尿酸血症	7.1以上	147	10.6	44	8.5	27	7.5	2	4.7	12	11.0	3	50.0	

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ある。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ある。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する。保健指導については「糖尿病治療ガイド 2016-2017」（日本糖尿病学会）「CKD 診療ガイド 2012」（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う。

（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 32】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 126mg/dl 以上又は随時血糖 200mg/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 32・34・35】L

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 eGFR 45ml/分/1.73m²未満

d 前年度の特定健診の結果、eGFR 値が
前々年度に比べ、25%以上低下した者

糖尿病性腎症病期分類（改訂）注1		
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 (腎正常期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎変期)	微量アルブミン尿 (30～299) ^{注3}	30以上
第3期 (陽性腎変期)	陽性アルブミン尿 (300以上) あるいは 特異性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	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」

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む。また、「CKD 診療ガイド 2012」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（目標実施率：60%）

(b) 管理栄養士による栄養指導（目標実施率：60%）

※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 126mg/dl 以上又は随時血糖 200mg/dl 以上又は HbA1c 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を3か月に1回以上の頻度で、対象者1人4回以上実施する。(実施目標：90%)

(イ) 保健指導実施状況の管理

地区担当者へ振り分けた対象者を訪問記録台帳で年度管理するほか、居住地区（中学校区）別に作成した糖尿病管理台帳【参考資料1】で経年管理する。

【参考資料1】

番号	地区	追加年 度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	年度末年 齢	診療開始日 合併症の有無		項目	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	転出・ 死亡等	備考
									糖尿病	高血圧									
1								65	糖尿病		糖 以外	服薬							
									HbA1c										
									高血圧										
									虚血性心疾患		糖 以外	体重							
									脳血管疾患			BMI							
									糖尿病性腎症			血圧							
2								65	糖尿病		糖 以外	GFR							
									HbA1c			尿蛋白							
									高血圧										
									虚血性心疾患		糖 以外	体重							
									脳血管疾患			BMI							
									糖尿病性腎症			血圧							
								65	CKD		CKD	GFR							
									尿蛋白			尿蛋白							

【糖尿病管理台帳登載の対象者】

特定健診結果で以下の①、②のいずれかに該当する者

- ①HbA1c 6.5%以上の方
- ②空腹時血糖値 126mg/dl 以上または随時血糖値 200mg/dl 以上

【糖尿病管理台帳における対象者の管理方法】

- (1) 資格を確認する。(国保資格の有無、転出、死亡)
- (2) レセプトを確認し情報を記載する。

治療状況の把握

- * 特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認する。
- * 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認する。
- * 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無及び診療開始日を記入する。
- * がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載する。

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する。

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る。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2（1）に準じ行う。

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期を逃す恐れがある。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（±）へは尿アルブミン検査の実施をかかりつけ医へ促し、早期介入を行う。

⑧ 成果目標

各成果指標についての年度別の目標値は、2017年（平成29年）度を基準とした【図表36】のとおりとし、毎年度末に実施評価を行う。

【図表36】

成果指標	年度別目標値（基準：2017年（平成29年）度）						
	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
前年度の特定健診受診者のうち、糖尿病未治療者及び治療中断者の減少【図表32-F】	658人	625人	593人	564人	535人	509人	483人
治療中かつHbA1c 7.0%以上の者の減少【図表32-J】	492人	467人	444人	421人	400人	380人	361人
糖尿病性腎症病期分類3期（顕性腎症期）の減少【図表32-O】	214人	204人	194人	184人	174人	164人	154人
新規人工透析導入者の減少	38人	30人	28人	26人	24人	22人	20人

（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2012」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」※に基づいて実施する。

② 本市の現状と課題

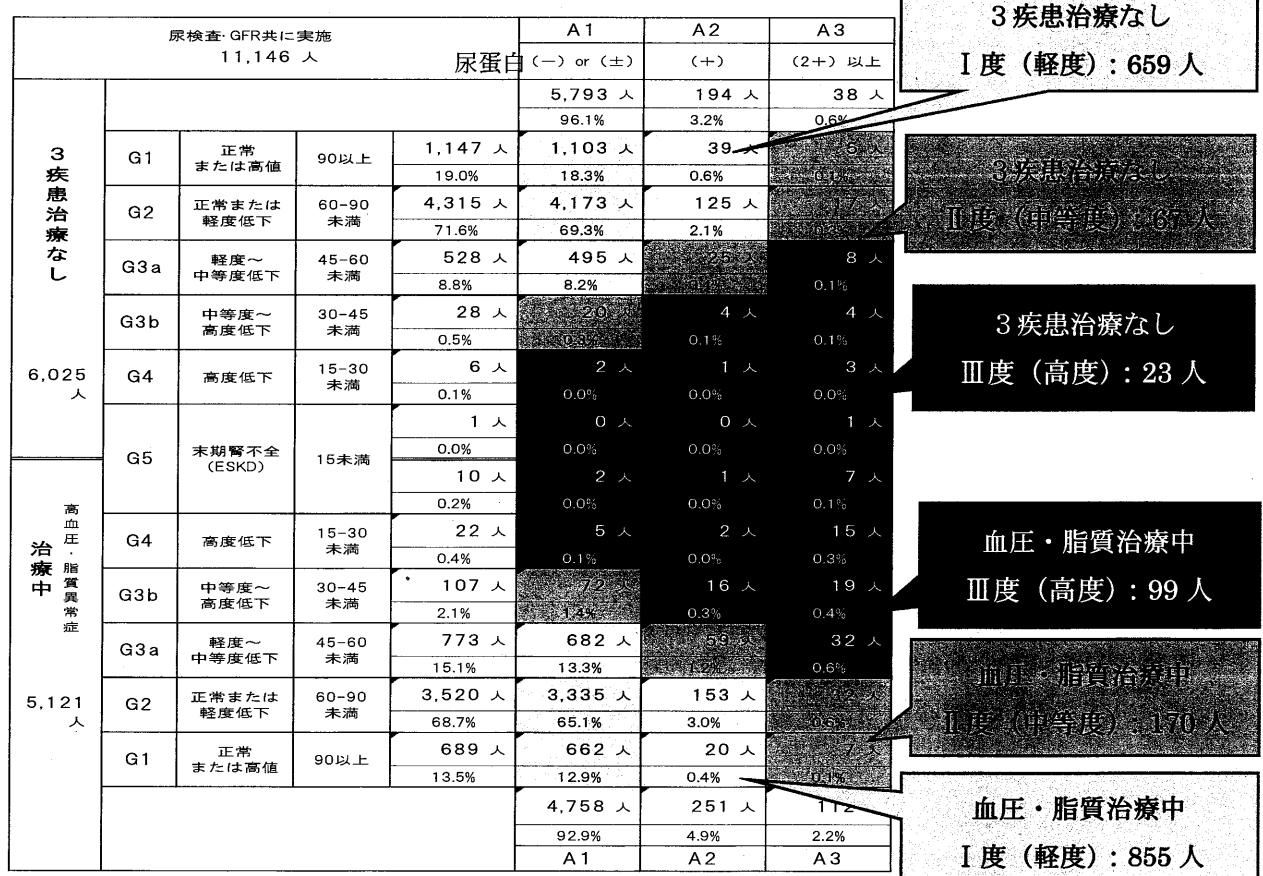
CKD の重症度は、死亡、末期腎不全、心血管死亡のリスクについて、【図表 37】

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る。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）とする。

2016 年（平成 28 年）度の特定健診受診者のうち、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 6,025 人であり、CKD の重症度リスク II 度は 67 人、III 度は 23 人であった。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る。

また、高血圧と脂質異常症では治療中であるが、糖尿病未治療のものは、5,121 人であり、重症度リスク II 度が 170 人、III 度が 99 人であった。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る。

【図表 37】



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る。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。

そのため、2017 年（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」を導入している。

「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」を交付する。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う。

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する。

a eGFR 値 $60 \text{ ml}/\text{分}/1.73 \text{ m}^2$ 未満（70 歳以上は eGFR 値 50 未満）

参考：2017 年（平成 29 年）度 1,231 人

b 尿蛋白（±）以上

参考：2017 年（平成 29 年）度 1,878 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、柔軟に対応する。

（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 4】を用いて実施する。

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 のように進める。

【紹介基準】

○eGFR 値による紹介基準

①eGFR 値 50 未満（70 歳以上では 40 未満）

※糖尿病がある場合は、60 未満（70 歳以上では 50 未満）

②3か月以内に 50% 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 2+ 以上

④尿蛋白/尿クレアチニン比 0.5 g/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】

- 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す。
- 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連携医へ紹介する場合は、「CKD連携医一覧」を対象者本人に渡し、本人が受診先を選択する。

ただし、上記アの対象者抽出基準によらず、3ヶ月以内に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する。

- 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する。
 - かかりつけ医にて継続治療
 - 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）
 - 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
- 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予防連携医へ助言する。

（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、参考資料2の管理台帳にて経過を管理する。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5】を用いて文書による回答を行う。

【参考資料2】

CKD(糖尿病以外) 管理台帳																				
番号	基本情報				治療の状況		2018年				2019年				2020年					
	地区名	担当	氏名	年齢	性別	診療日	健診受診日	eGFR値	蛋白尿	CKDステージ	治療状況	健診受診日	eGFR値	蛋白尿	CKDステージ	治療状況	健診受診日	eGFR値	蛋白尿	CKDステージ

(工) 成果目標

成果指標についての年度別の目標値は、2017年（平成29年）度を基準とした【図表38】のとおりとし、毎年度末に実施評価を行う。

【図表38】

成果指標	(参考) 2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
かかりつけ医等への受診勧奨 実施率	-	50%	55%	60%	65%	70%
蛋白尿有所見者の減少（人） 〔図表37 尿蛋白（+）以上未治療〕	232人	208人	188人	169人	152人	137人
蛋白尿有所見者の減少（人） 〔図表37 尿蛋白（+）以上治療中〕	363人	327人	294人	265人	238人	214人
CKDステージG3～G5該当者の 減少※ 〔図表37 CKD重症度分類 未治療〕	9.3%	9.0%	8.7%	8.4%	8.1%	7.8%
CKDステージG3～G5該当者の 減少※ 〔図表37 CKD重症度分類 治療中〕	2.7%	2.5%	2.3%	2.1%	1.9%	1.7%

(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

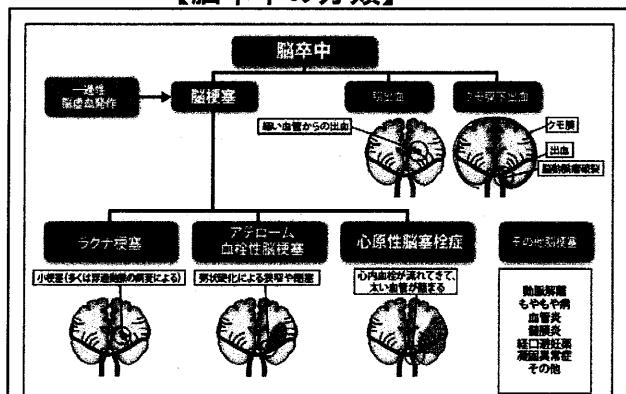
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015」(日本内科学会)【巻末資料 6】、「虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版」(日本循環器学会)、「血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン」(日本循環器学会)等に基づいて実施する。

(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)等に基づいて実施する。【図表 39】【図表 40】

【図表 39】

【脳卒中の分類】



(「脳卒中予防の提言」より引用)

【図表 40】

【脳血管疾患とリスク因子】

リスク因子 (0はハイリスク群)	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дроーム	慢性腎臓病 (CKD)
脳梗塞	●						0	0
アテローム性血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	0	0
心原性脳梗塞	●			●			0	0
脳出血	●							
（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る。

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。2016年(平成28年)度の特定健診で詳細健診該当となった者は834人であった。そのうち、心電図検査実施者は530人(63.5%)であり、そのうちST所見があったのは20人であった(【図表 41】)。ST所見あり20人中のうち6人は要精査であり、その後の受診状況をみると2人は未受診であった。

【図表 42】より都城市は同規模自治体と比較してメタボリックシンдроум該当

者及び予備群が多い。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す。

【図表41】 心電図検査結果 2016年（平成28）年度

特定健診受診者数：12,822人

	詳細健診 該当者		心電図検査							
	(人)	(%)	(人)	(%)	ST所見あり		その他の所見		異常なし	
					(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
2016年 H28	834	100	530	63.5	20	3.8	155	29.2	355	67.0



治療中：14人 要医療：6人

【図表42】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	2,708	21.1	111,379	17.0	12,737	18.1	1,272,714	17.3	
	男性	1,697	31.7	74,909	27.8	8,453	27.9	875,805	27.5	
	女性	1,011	13.5	36,470	9.5	4,284	10.7	396,909	9.5	
	予備群	1,495	11.7	67,903	10.4	8,801	12.5	790,096	10.7	
	男性	896	16.7	46,274	17.2	5,483	18.1	548,609	17.2	
	女性	599	8.0	21,629	5.6	3,318	8.3	241,487	5.8	
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	4,651	36.3	200,439	30.7	24,361	34.6	2,320,533	31.5
		男性	2,847	53.2	135,060	50.2	15,630	51.7	1,597,371	50.1
		女性	1,804	24.1	65,379	17.0	8,731	21.8	723,162	17.3
	BMI	総数	742	5.8	30,374	4.6	3,276	4.7	346,181	4.7
		男性	117	2.2	4,438	1.6	524	1.7	55,460	1.7
		女性	625	8.4	25,936	6.7	2,752	6.9	290,721	7.0
	血糖のみ	98	0.8	3,883	0.6	463	0.7	48,685	0.7	
	血圧のみ	1,118	8.7	47,625	7.3	6,610	9.4	546,667	7.4	
	脂質のみ	279	2.2	16,395	2.5	1,728	2.5	194,744	2.6	
	血糖・血圧	435	3.4	16,367	2.5	2,177	3.1	196,978	2.7	
	血糖・脂質	135	1.1	5,817	0.9	527	0.7	69,975	1.0	
	血圧・脂質	1,234	9.6	55,206	8.4	6,398	9.1	619,684	8.4	
	血糖・血圧・脂質	904	7.0	33,989	5.2	3,635	5.2	386,077	5.2	

（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ある。本市の2016年（平成28年）度特定健診受診者において、【図表43】より、Ⅱ度高血圧以上は498人（①-3.8%）であった。特定健診受診者のうち、262人（②-52.6%）は未治療者であった。また未治療者のうち26人（③-5.2%）は臓器障害の所見が見られた。また治療中であってもⅡ度高血圧である者は、236人（④-47.4%）であった。

【図表 43】特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	*				O		O
	アテローム血栓性脳梗塞*	●	●	●		O		O
	心原性脳梗塞*	●			●	O		O
脳出血	脳出血	●						
	くも膜下出血	●						
リスク因子	高血圧		糖尿病	脂質異常 (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	心房細動	メタボリックシンドローム	尿蛋白2+以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
(a)受診者数 13,146人	(b) 498人	(b)/(a)×100 (b)/(b)×100	(c) 1,122人 (c)/(a)×100	(d) 271人 (d)/(a)×100	(e) 5人 (e)/(a)×100	(f) 2,780人 (f)/(a)×100	(g) 273人 (g)/(a)×100	(h) 330人 (h)/(a)×100
1	498人	3.8%	1,122人	8.5%	271人	2.1%	5人	2.1%
4	236人	47.4%	520人	46.3%	25人	9.2%	5人	100.0%
4 治療あり	236人	47.4%	520人	46.3%	25人	9.2%	5人	100.0%
4 治療なし	262人	52.6%	602人	53.7%	246人	90.8%	0人	0.0%
3 (再掲)臓器障害あり	26人	5.2%	69人	6.1%	15人	5.5%	0人	0.0%
CKD(専門医対象)	26人		50人		10人		0人	
尿蛋白2+以上		16人		27人		4人		24人
尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)		5人		11人		4人		50人
eGFR50未満 (70歳以上40未満)		6人		15人		4人		7人
心電図所見あり		0人		23人		6人		0人
心電図所見なし		13,146人		12,847人		12,572人		12,243人
内訳								

<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に重要である。【図表 44】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ある。

【図表 44】 特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者			
			男性		女性	
	人	人	人	%	人	%
40歳代	16	3	0	0.0	0	0.0
50歳代	41	20	0	0.0	0	0.0
60歳代	149	118	5	3.4	0	0.0
70~74歳	86	97	2	2.3	1	1.0
合計	292	238	7	2.3	1	0.4

治療中

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要がある。第三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った。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・早期介入を行う。

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」である。2016年（平成28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1,532人である【図表45】。

【図表45】

		血圧に基づいた脳心血管リスク層別化								
		特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）								
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
7,568		2,257 29.8%	1,919 25.4%	1,860 24.6%	1,270 16.8%	211 2.8%	51 0.7%	74	638 8.4%	1
リスク第1層	884	410 11.7%	207 18.2%	173 10.8%	74 5.8%	16 2.1%	4 0.5%	74	16 2.0%	100%
リスク第2層	4,057	1,238 53.6%	1,097 54.9%	977 57.2%	3 2.9%	2 2.5%	1 1.3%	2	622 7.5%	--
リスク第3層	2,627	609 34.7%	615 27.0%	710 32.0%	1 1.3%	1 1.3%	1 1.3%	3	1 1.3%	--
糖尿病	942	209 35.9%	232 34.3%	268 37.7%	1 1.3%	1 1.3%	1 1.3%	この基準の他、問診等において不整脈が疑われる者は、医師の判断で心電図検査の実施可能となる。		
	1,011	273 38.5%	208 44.8%	247 33.8%	1 1.3%	1 1.3%	1 1.3%			
慢性腎臓病（CKD） 3個以上の危険因子	1,342	256 51.1%	308 42.0%	389 50.1%	1 1.3%	1 1.3%	1 1.3%			

（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(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する。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う。また、過去に治療中であっ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う。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う。

(c) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コリ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チャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017) によると、糖尿病、慢性腎臓病（CKD）は、虚血性心疾患のリスク因子である。

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台帳を作成し、経年的に対象者の管理を行う。

(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する。

(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する。

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う。また、過去に治療中であっ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う。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う。

(c) 対象者の管理

(ア) 高血圧者の管理台帳作成手順

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う。

【参考資料3】

【参考資料3】 血圧評価表

番号 記号	被保険者証 番号	氏名	性別	年齢	健診データ															
					過去5年間のうち直近						血圧									
					メタボ 判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	2018年		2019年		2020年		2021年		2022年	
											治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無

(イ) 心房細動の管理台帳作成手順

健診受診時的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、台帳を作成し経過を把握する【参考資料4】。

【参考資料4】

番号	基本情報						治療の状況		脳梗塞の有無	確認事項					
	地区名	担当	氏名	年齢	性別	診療日	診断名	医療機関	2018年		2019年		2020年		
									診療日	治療状況	健診受診日	心電図判定	治療状況	健診受診日	心電図判定

番号	基本情報						治療の状況		2018年			2019年			2020年		
	地区名	担当	氏名	年齢	性別	診療日	健診受診日	心電図判定	治療状況	健診受診日	心電図判定	治療状況	健診受診日	心電図判定	治療状況		
									診療日	治療状況	健診受診日	心電図判定	治療状況	健診受診日	心電図判定	治療状況	

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する。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する。

⑤ 成果目標

成果指標についての年度別の目標値は、【図表46】のとおりとし、毎年度末に実施評価を行う。

【図表46】

成果目標	現状	年度別目標値					
		2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
心電図検査有所見者の受診勧奨率	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ⅲ度高血圧未治療者の減少	51人	41人	31人	21人	11人	10人	10人未満
Ⅱ度高血圧未治療者の減少	211人	191人	171人	151人	131人	111人	91人

3 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する。また、特定健診と同様に対象者には保健指導を実施する。

(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する。

(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、保健指導を実施する。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く。

(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う。

4 評価

評価は、データヘルス計画評価等と合わせ年1回行う短期的評価、2020年（平成32年）度に行う中期的評価及び計画期間終了時に行う長期的評価を行う。

(1) 短期的評価の指標

高血圧・糖尿病・脂質異常症等の重症化予防対象者の減少

(2) 中長期的評価の指標

- (ア) 糖尿病性腎症重症化予防の成果目標及び実施状況
- (イ) 糖尿病以外の腎症重症化予防の成果目標及び実施状況
- (ウ) 脳心血管疾患重症化予防の成果目標及び実施状況

第5章 地域包括ケアに係る取組

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

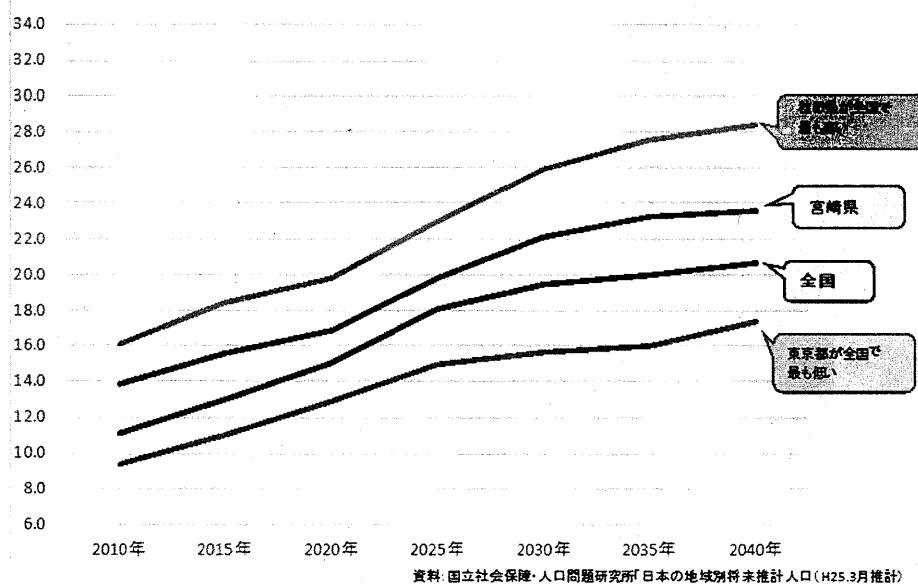
都城市において、重度の要介護状態となる原因是【図表15】に示すとおり、糖尿病や脳卒中によるものが多くを占めている。生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ国保データベース(KDB)・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する必要がある。つまり、第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県の75歳以上人口の将来推計は、2040年で全国平均を上回る23.6%と推計されている【図表47】。

国保では被保険者のうち、65歳以上の割合が高い。地域で元気に暮らす高齢者を増やすためにその育成やサポート体制づくりを実施するとともに、最小限でかつ質の高い医療サービスを提供することは、国保にとって非常に重要である。

【図表47】

75歳以上人口割合の将来推計



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げていくためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。まずは健康部内（健康課、介護保険課及び保険年金課）で定期的に情報共有の場を設け、かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みを構築する。地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。

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2020年（平成32年）度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の2023年（平成35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る。

2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してP D C 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る。

※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、K D B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う。

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する。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する。

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ことが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

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する。

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)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、適切に行う。

卷末資料

卷末資料1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた都城市の位置

卷末資料2 2016年（平成28年）度特定健診結果（有所見者）

卷末資料3 厚生労働省様式5－5「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導 健診から保健指導実施へのフローチャート」

卷末資料4 CKD 予防連携システム受診勧奨様式及び保健指導実施報告様式

卷末資料5 保健指導・栄養指導実施報告書

卷末資料6 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015

【卷末資料 1】

国・県・同規模平均と比べてみた都城市の位置									2016年(平成28年)度		
項目			保険者		県		同規模平均		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	168,149		1,125,360		11,143,865		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題
			65歳以上(高齢化率)	26.1	290,839	25.8	2,453,977	22.0	29,020,766	23.2	
			75歳以上	14.4	156,418	13.9			13,989,864	11.2	
			65~74歳	11.8	134,421	11.9			15,030,902	12.0	
			40~64歳	33.4	383,847	34.1			42,411,922	34.0	
			39歳以下	40.4	450,674	40.0			53,420,287	42.8	
2	② 産業構成	第1次産業		10.4		11.8		2.8		4.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題
		第2次産業		24.9		21.6		26.1		25.2	
		第3次産業		64.6		66.6		71.1		70.6	
		③ 平均寿命	男性	79.2		79.7		79.9		79.6	
		女性		86.1		86.6		86.3		86.4	
		④ 健康寿命	男性	65.1		65.2		65.4		65.2	
3	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	104.6		99.7		96.5		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		女性		101.2		96.2		100.0		100	
		死因	がん	518	41.7	3,469	45.2	30,805	49.7	367,905	
		心臓病		375	30.2	2,242	29.2	16,718	27.0	196,768	
		脳疾患		242	19.5	1,301	16.9	9,163	14.8	114,122	
		糖尿病		18	1.5	128	1.7	1,073	1.7	13,658	
4	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	腎不全		49	3.9	276	3.6	2,080	3.4	24,763	厚労省HP 人口動態調査
		自殺		39	3.1	265	3.5	2,156	3.5	24,294	
		合計		184	8.62	1,363	9.95			136,944	
		男性		117	11.22	915	13.52			91,123	
		女性		67	6.14	448	6.46			45,821	
		③ 介護保険	新規認定者								
3	② 有病状況	1号認定者数(認定率)		9,531	22.1	59,315	20.4	520,873	21.0	5,885,270	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		2号認定者		170	0.3	1,066	0.3	9,587	0.3	105,636	
		糖尿病		262	0.5	1,424	0.4	14,469	0.4	151,813	
		高血圧症		2437	24.8	12,987	21.1	126,326	23.3	1,350,152	
		脂質異常症		6039	61.7	35,357	57.9	280,075	51.8	3,101,200	
		心臓病		2773	27.8	16,825	27.4	160,725	29.5	1,741,866	
4	④ 医療費等	脳疾患		6851	69.9	40,235	65.9	318,134	58.8	3,529,682	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん		3532	35.8	19,122	31.4	139,940	26.1	1,538,683	
		筋・骨格		982	9.8	5,852	9.4	58,806	10.8	631,950	
		精神		6060	61.8	35,171	57.7	275,593	50.9	3,067,196	
		1件当たり給付費(全体)		4131	41.0	25,297	40.9	192,686	35.4	2,154,214	
		③ 介護給付費	居宅サービス								
3	④ 医療費等	施設サービス		62,142		66,242		55,577		58,284	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		要介護認定別	認定あり	46,398		47,239		38,459		39,662	
		医療費(40歳以上)	認定なし	279,211		282,096		281,539		281,186	
		① 国保の状況	被保険者数	7,371		7,149		7,687		7,980	
		65~74歳		4,152		3,962		3,578		3,816	
		40~64歳		10,635	25.5	77,053	25.7				
4	② 医療の概況 (人口千対)	39歳以下		41,674		300,107		2,692,073		32,587,866	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		加入率		17,043	40.9	119,981	40.0			12,461,613	
		病院数		13,996	33.6	103,073	34.3			10,946,712	
		診療所数		3,315	79.5	19,245	64.1	134,006	49.8	1,524,378	
		病床数		343	8.2	2,730	9.1	25,810	9.6	299,792	
		医師数		689.3		677.3		683.8		668.1	
4	② 医療の概況 (人口千対)	外来患者数		28.7		24.7		17.5		18.2	
		入院患者数									

4	③	医療費の状況	一人当たり医療費	28,289	県内11位 同規模5位	26,707	24,343	24,245	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	717,939		702,012	701,285	686,286			
			外 来 件数の割合	52.2		55.1	61.3	60.1			
			入 院 件数の割合	96.0		96.5	97.5	97.4			
			1件あたり在院日数	47.8		44.9	38.7	39.9			
	④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源病名(調剤含む)	新生物	4.0		3.5	2.5	2.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			慢性腎不全(透析あり)	18.6日		17.8日	15.5日	15.6日			
			糖尿病	21.5		22.0	26.0	25.6			
			高血圧症	11.2		11.2	9.7	9.7			
			精神	9.0		8.6	9.7	9.7			
	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数28	筋・骨疾患	8.7		8.7	8.4	8.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			入 院 件数の割合	23.3		22.3	16.9	16.9			
			1件あたり在院日数	14.4		14.6	15.0	15.2			
			悪性新生物	522,073	12位 (18)	523,027	18位 (18)	485,661			
			高血圧	485,661	15位 (19)	550,772	12位 (21)	607,979			
			脂質異常症	607,979	14位 (16)	649,767	11位 (19)	391,284			
			脳血管疾患	391,284	26位 (27)	608,896	15位 (13)	悪性新生物			
			心疾患	34,857	12位	27,804	17位	25,447			
			腎不全	25,447	17位	34,825	16位	37,764			
			精神	37,764	20位	171,438	20位	27,400			
			悪性新生物	55,498	12位						
	⑥	健診有無 一人当たり 点数	健診受診者	5,357		3,164	2,489	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			健診未受診者	9,229		11,427	12,107	12,339			
			生活習慣病対象者	14,039		8,696	7,078	6,742			
	⑦	健診・レセ 受診・レセ 突合	健診未受診者	24,186		31,410	34,421	35,459	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診勧奨者	6,856	53.5	38,800	54.9	402,215			
			医療機関受診率	6,509	50.8	36,267	51.4	377,292			
			医療機関非受診率	347	2.7	2,533	3.6	24,923			
								357,742			
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲	特定健診の 状況 県内順位 順位総数28	健診受診者	12,824		70,610	711,818	7,898,427	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	44.9	県内12位 同規模14位	34.5	全国32位	38.9			
			特定保健指導終了者(実施率)	490	32.6	3,465	40.8	120,424			
			非肥満高血糖	1,294	10.1	5,442	7.7	66,320			
			該当者	2,707	21.1	12,794	18.1	120,876			
			男性	1,696	31.7	8,493	27.9	81,575			
			女性	1,011	13.5	4,301	10.7	39,301			
			予備群	1,494	11.7	8,838	12.5	74,299			
			男性	896	16.7	5,505	18.1	50,639			
			女性	598	8.0	3,333	8.3	23,660			
			メタボ	総数	2,707	18.1	120,876	17.0	1,365,855		
				男性	1,696	27.9	81,575	27.8	940,335		
				女性	1,011	10.7	39,301	9.4	425,520		
				予備群	1,494	12.5	74,299	10.4	847,733		
				男性	896	18.1	50,639	17.3	588,308		
				女性	598	8.3	23,660	5.7	259,425		
			腹囲	総数	2,707	17.0	120,876	17.0	5,8	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	
				男性	1,696	27.8	81,575	27.8	940,335		
				女性	1,011	10.7	39,301	9.4	425,520		
			BMI	総数	1,494	10.4	74,299	10.4	847,733		
				男性	896	18.1	50,639	17.3	588,308		
				女性	598	8.3	23,660	5.7	259,425		
			該当・予 備 群 レベ ル	総数	1,494	10.7	74,299	10.7	3,130,700		
				男性	896	18.1	50,639	17.3	588,308		
				女性	598	8.3	23,660	5.7	259,425		
			血糖のみ	98	0.8	467	0.7	4,212	0.6	52,296	
			血圧のみ	1,117	8.7	6,643	9.4	52,402	7.4	587,214	7.4
			脂質のみ	279	2.2	1,728	2.4	17,685	2.5	208,214	2.6
			血糖・血圧	435	3.4	2,194	3.1	17,978	2.5	212,002	2.7
			血糖・脂質	135	1.1	528	0.7	6,241	0.9	75,032	0.9
			血圧・脂質	1,234	9.6	6,424	9.1	59,782	8.4	663,512	8.4
			血糖・血圧・脂質	903	7.0	3,648	5.2	36,875	5.2	415,310	5.3

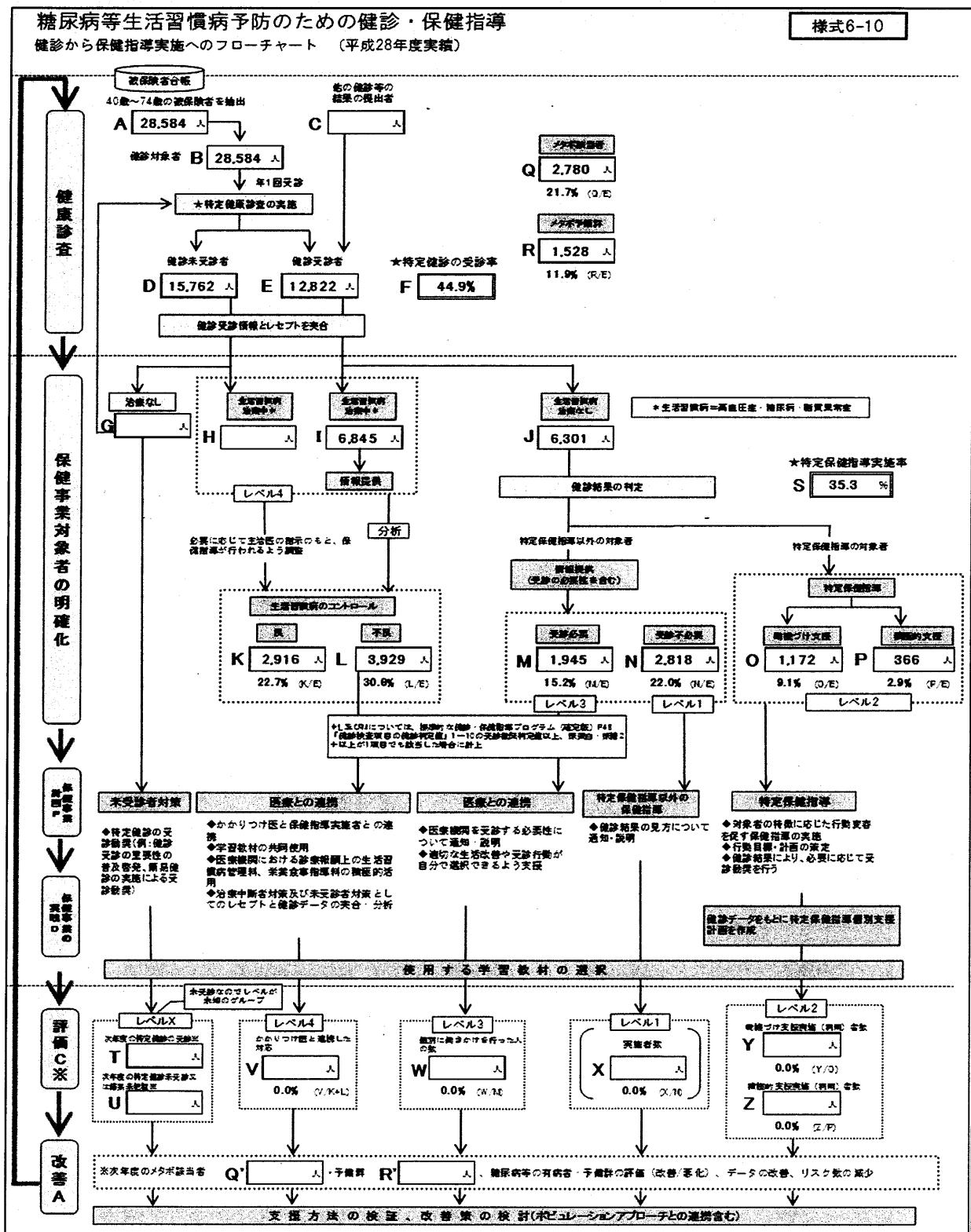
6	生活習慣の 状況	服薬	5,457	42.6	26,712	37.8	243,552	34.2	2,650,283	33.6	KDB NO.1 地域全体像の把握
		既往歴	1,346	10.5	5,470	7.7	52,261	7.3	589,711	7.5	
		喫煙	2,649	20.7	14,669	20.8	178,472	25.1	1,861,221	23.6	
		週3回以上朝食を抜く	576	4.5	2,695	3.9	24,392	3.5	246,252	3.3	
		週3回以上食後間食	809	6.4	3,636	5.3	39,642	5.7	417,378	5.5	
		週3回以上就寝前夕食	41	0.3	240	0.3	2,796	0.4	39,184	0.5	
		食べる速度が速い	907	7.2	7,036	10.3	74,202	10.7	761,573	10.2	
		20歳時体重から10kg以上増加	1,596	12.4	8,574	12.1	91,239	12.8	1,122,649	14.2	
		1回30分以上運動習慣なし	4,595	36.1	23,064	33.7	198,292	31.9	2,192,264	32.1	
		1日1時間以上運動なし	6,541	51.3	37,367	54.5	339,373	54.6	4,026,105	58.8	
		睡眠不足	6,932	54.5	32,220	47.0	278,605	44.8	3,209,187	47.0	
		毎日飲酒	5,788	45.6	32,998	48.3	285,511	47.2	3,387,102	50.3	
		時々飲酒	2,752	21.6	14,204	20.7	114,303	18.7	1,321,337	19.5	
		一日飲酒量	2,676	20.9	17,240	25.2	154,360	25.5	1,755,597	26.0	
		1合未満	9,033	70.7	45,922	67.0	403,542	66.6	4,425,971	65.6	
		1~2合	1,069	8.4	5,377	7.8	47,772	7.9	567,502	8.4	
		2~3合	1,953	15.3	10,362	15.1	88,653	14.4	1,054,516	15.5	
		3合以上									

【卷末資料 2】

2016年（平成28年）度特定健診結果（有所見者）

		BM	腰围	中央脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿糖	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	コレステロール		
		25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	70以上	130以上	85以上	120以上	130以上	140以上		
男性		人數	割合	人數	割合	人數	割合	人數	割合	人數	割合	人數	割合		
全国		30.5	50.1	28.2	20.4	8.7	27.9	55.6	13.9	49.2	24.1	47.3	1.8		
県	9,575	31.6	15,630	51.7	7,821	25.8	6,239	20.6	3,236	10.7	11,486	38.0	16,848	55.7	
都 城 市	合計	1,818	34.0	2,847	53.2	1,599	29.9	1,116	20.8	917	17.1	2,295	42.9	3,851	68.2
40-64	617	37.9	881	54.2	579	35.6	465	28.6	280	17.2	650	40.0	1,013	62.3	
65-74	1,201	32.2	1,966	52.7	1,020	27.4	651	17.5	637	17.1	1,645	44.1	2,638	70.8	
女性	BM	腰围	中央脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿糖	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	コレステロール			
25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	70以上	130以上	85以上	120以上	130以上	140以上				
人數	割合	人數	割合	人數	割合	人數	割合	人數	割合	人數	割合	人數	割合		
全国	20.6	17.3	16.3	8.7	1.8	16.8	55.2	1.8	42.7	14.4	57.1	0.2			
県	9,385	23.4	8,731	21.8	5,714	14.2	3,682	9.2	1,096	2.7	9,336	23.3	23,454	58.5	
都 城 市	合計	2,034	27.2	1,804	24.1	1,417	19.0	740	9.9	313	4.2	2,057	27.5	5,413	72.4
40-64	532	24.0	443	20.0	397	17.9	222	10.0	67	3.0	511	23.0	1,403	63.3	
65-74	1,502	28.6	1,361	25.9	1,020	19.4	518	9.9	246	4.7	1,546	29.4	4,010	76.3	

厚生労働省様式 5-5 「糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導 健診から保健指導実施へのフローチャート」



【巻末資料 4】

CKD 予防連携システム受診勧奨様式及び保健指導実施報告様式

様式1	都城市CKD重症化予防 連絡票		市→対象者→かかりつけ医→市		
<p>特定健診結果等により、下記のとおり受診勧奨値に該当するため、受診勧奨を行いました。</p> <p><input type="checkbox"/> の診察結果をご記入の上、医師会事務局へ提出ください。</p> <p>CKD重症化予防のため、情報共有にご協力をお願いします。</p>					
(フリガナ) 対象者名		生年月日	昭和 年 月 日		
		年齢	歳		
		性別	男 · 女		
健診受診日	平成 年 月 日				
健診結果	<input type="checkbox"/> eGFR値50未満 (70歳以上ではeGFR40未満) <input type="checkbox"/> 尿蛋白2+以上 <input type="checkbox"/> 蛋白尿と血尿がともに陽性(1+以上)				
	※「CKD診療ガイド2012」				
	<担当保健師・栄養士からの追記事項>		※別紙添付資料 無 · 有 ()		
<div style="border: 1px solid black; min-height: 100%;"></div>					
担当: (保健師 · 栄養士)					
<p><診察結果> ※該当するものにチェックをお願いします(複数回答可)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 治療の必要なし <input type="checkbox"/> 市の保健指導を勧める <input type="checkbox"/> 自院で保健指導・栄養指導を実施 <input type="checkbox"/> 経過観察(次回受診: 平成 年 月ごろ) <input type="checkbox"/> 医療機関定期受診(服薬含む) <input type="checkbox"/> CKD連携医または専門医療機関を紹介 <input type="checkbox"/> すでに治療中 <input type="checkbox"/> その他() 					
<p><栄養指導の指示事項></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 指示カロリー()kcal/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> アルコール指導 <input type="checkbox"/> その他() 		<p>【その他指示事項】</p> <div style="border: 1px solid black; min-height: 100px;"></div>			
診察日: 平成 年 月 日					
医療機関:					
担当医師:					

【卷末資料 5】

様式4		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				
(姓)(名) 対象者名	(様)	生年月日	S 年 月 日		
		性別	男・女		
		電話番号			
実施日	平成 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2015

Step 1a / スクリーニング(基本項目)

問診：
 年齢、性別、既往歴、家族歴、既往疾患、生活習慣(吸煙・アルコール)、運動習慣(健脚、適度運動)、既往血圧
身長体重：
 身長、体重、BMI(体质指数)(kg)/身長(m)²、腰臀比(腰囲/股関節部直径)
心電図検査：
 TC-HDL-C/HDL-C(=TC-HDL-C)、TC-HDL-C/TC-LDL-C(=TC-LDL-C)、HDL-C/
 LDL-C(TC-HDL-C)、HDL-C/(HDL-C+TG)、心電図

空腹時血糖値：
 HbA1c(=過去3ヶ月間の平均血糖値)、HbA1c<7.0%（女性）、心電図

Step 1b / スクリーニング(追加項目:1aと併用または1aで異常の場合に実施)

身長体重：
 既往のBMI(=過去3ヶ月)、既往血圧(=既往最高血圧)、四肢のむくち感、筋肉の痛み

追加検査項目：
 血液：空腹時血糖値、空腹時TG(=TC-HDL-C - 0.2 × 空腹時TG)、尿素、k-アセチル
 尿酸アルブミン尿管蛋白(尿中:尿中アルブミン尿管蛋白/尿中アルブミン尿管蛋白比)

Step 1c / 専門医等への紹介必要性的判断

(1)高血圧・一過性直立性頭痛(PAD)・既往糖尿病・小豆豆腎症の不規則・大動脈疾患や末梢血管疾患(PAD)の責任や合併が疑われる場合

②既往歴：
 二次性高血圧の既往歴。収縮期血圧、拡張期血圧まで既往最高血圧<210mmHg
③現状：
 血糖値<200mg/dl(=10mmol/L)または3ヶ月以内既往最高血圧
④既往歴：
 1回既往歴、HbA1c>8.0%、空腹時血糖200mg/dl(または既往最高300mg/dl)、既往合併症(3回以上記述)

⑤既往歴：
 HDL-C<210mg/dl、HDL-C/300mg/dl、空腹時TG<500mg/dl、non-HDL-C<210mg/dl、非喫煙者

⑥既往歴：
 出生年と出生地どちらにも出生(は出生地若しくなっただけ)、既往歴の記載した70歳以上では<2回> :DDI
 eGFR<50ml/min/1.73m²(=24時間尿中尿素<20.5g)、既往歴の記載した70歳以上では<1回>

⑦既往歴：
 非喫煙者(BMI<25)、二度性糖尿病(妊娠や肥満)歴なし

Step 2 / 各リスク因子の診断と追加検査項目

2a 既往歴：
 ①空腹時TG<140mg/dl(=既往最高血圧)、既往最高血圧(=過去6ヶ月)を記述
2b 雜既往：
 ②既往年既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述
 ③既往年既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述

2c 関連既往：
 ①既往年既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述

2d CKD：
 eGFR<60ml/min/1.73m²または本邦標準が月以上で空腹時TG<50mg/dl、空腹時HDL-C<40mg/dlまたは本邦標準が月以上で

空腹時TG<50mg/dl、血圧(Hg)<130/85mmHg(=過去6ヶ月)または空腹時TG<70mg/dlの2条件以上

1) 血糖値が既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。
2) HbA1c(=過去6ヶ月の平均血糖値)を記述するもの。
3) 過去6ヶ月に記載された既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。
4) TC-HDL-C/TG(=過去6ヶ月のTC-HDL-CとTGの割合)を記述するもの。
5) 血清アルブミン尿管蛋白(尿中:尿中アルブミン尿管蛋白/尿中アルブミン尿管蛋白比)を記述するもの。
6) 血清アルブミン尿管蛋白(尿中:尿中アルブミン尿管蛋白/尿中アルブミン尿管蛋白比)を記述するもの。

7) 既往年既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。

Step 3 / 治療開始前に確認すべきリスク因子

①既往：
 ②既往歴: ③既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。
 ④既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。

Step 4 / リスク因子と個々の問題に応じて管理目標の設定

4A 既往： ①既往未満<140/90mmHg(空腹時TG<135/85mmHg) (空腹時HDL-C<40mg/dlまたはTG<140/90mmHg) (既往既往未満<130/80mmHg) (既往既往未満<125/75mmHg)

4B 運動: ①空腹時TG未満<150/90mmHg(空腹時TG<145/85mmHg) (HbA1c<6.0%)
 リスク因子合併なしに既往既往未満<130/80mmHg (既往既往未満<125/75mmHg)
 ②空腹時TG未満<150/90mmHg(空腹時TG<145/85mmHg) (HbA1c<6.0%)
 リスク因子合併なしのためのコントロール目標
 ③空腹時TG未満<150/90mmHg(空腹時TG<145/85mmHg) (HbA1c<6.0%)

4C 運動既往: 下記にて設定までのリスクコントロール目標で、HDL-C<40mg/dl、TG<150mg/dl
 ①カテゴリーI(低リスク): LDL-C<160mg/dl (non-HDL-C<190mg/dl)
 ②カテゴリーII(中リスク): LDL-C<170mg/dl (non-HDL-C<210mg/dl)

カテゴリー(リスク)の切替判断

カテゴリー(リスク)	4A未満	4B未満	4C未満
リスク因子	<40.5%	<40.5%	<60.7%
1回	中リスク	中リスク	高リスク
2回以上	高リスク	高リスク	中リスク

4D 例: 体格による百分比、既往既往(既往記載せなかまし)既往既往の改善

Step 5 / 生活習慣の改善

項目	現状	目標	生活習慣
栄養状況	栄養: 未達成の日未満未満(未達成の日未満未満)を達成する。(BMI)>25を達成する。	栄養: 未達成の日未満未満(未達成の日未満未満)を達成する。(BMI)>25を達成する。	アプローチはエタノール飲酒を1日30分以上を目標に行なう。

Step 6 / 薬物療法①

*生活習慣の改善は原則、空腹時TGの10%以下を達成する。

ただし、リスクが高い場合、治療薬は個々のリスクや隔離に応じて選択に行なう。

- 8) 離乳食や乳児食等、乳幼児の飲食を除く他の飲食が可能な場合、採算料・調理料・食事料(手数料)が比較的高い場合に、食事料を算入する。
- 9) 既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。
- 10) 既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。
- 11) 既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。
- 12) 既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。
- 13) 既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。
- 14) 既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。

※リスクの内訳: ①既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。
 ②既往既往(既往記載せなかまし)既往(=過去6ヶ月)を記述するもの。

<印面に記入>