有田町国民健康保険
第 3 期保健事業実施計画
（データヘルス計画）

（第 4 期特定健康診査等実施計画）
令和 6 年度～令和 11 年度

有田町国民健康保険

保健事業実施計画（データヘルス計画）目次

第 1 章　保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方　・・・・・・・・1

1．背景・目的
2．計画の位置付けと基本的な考え方
3．計画期間
4．関係者が果たすべき役割と連携
　1）市町村国保の役割
　2）関係機関との連携
　3）被保険者の役割
5．保険者努力支援制度

第 2 章　第 2 期計画にかかる考察及び第 3 期における健康課題の明確化　・・・・10

1．保険者の特性
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
　2）主な個別事業の評価と課題
3．第 3 期における健康課題の明確化
　1）健康課題の明確化
　2）目標の設定
　3)目標値の設定

第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)　・・・・・・・・・・・・・・・・・・34

1．第四期特定健康診査等実施計画について
2．目標値の設定
3．対象者の見込み
4．特定健診の実施
5．特定保健指導の実施
6．個人情報の保護
7．結果の報告
8．特定健康診査等実施計画の公表・周知

第 4 章　課題解決するための個別保健事業　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41

Ⅰ．保健事業の方向性

Ⅱ. 重症化予防の取組
1. 糖尿病性腎症重症化予防
2. 虚血性心疾患重症化予防
3. 脳血管疾患重症化予防

Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

Ⅳ. 発症予防

Ⅴ. ポピュレーションアプローチ

第 5 章　計画の評価・見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第 6 章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・65

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料　・・66

第 1 章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的な考え方

1．背景・目的

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略※1」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。」とされました。平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル※2 に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和 2 年 7 月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020(骨太方針 2020)※3」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画　改革行程表※4 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

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

このような国の動きや本町の課題等を踏まえ、本町では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

※1　日本再興戦略：我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと（H25.6 閣議決定）

※2　PDCA サイクル：P（計画）→D（実施）→C（評価）→A（改善）を繰り返し行うこと

※3　経済財政運営と改革の基本方針：政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4　新経済・財政再生計画　改革行程表：新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI（重要業績評価指標）、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第 3 期保健事業の実施計画（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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表 1）

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画（データヘルス計画）の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版)※5」（以下「プログラム」という。）は、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という）に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表 2･3･4･5)

本町では、以上の事も踏まえ、国保データベース（KDB※6）を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。（図表 2 参照）

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施（データヘルス）計画においては、第 2 期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に

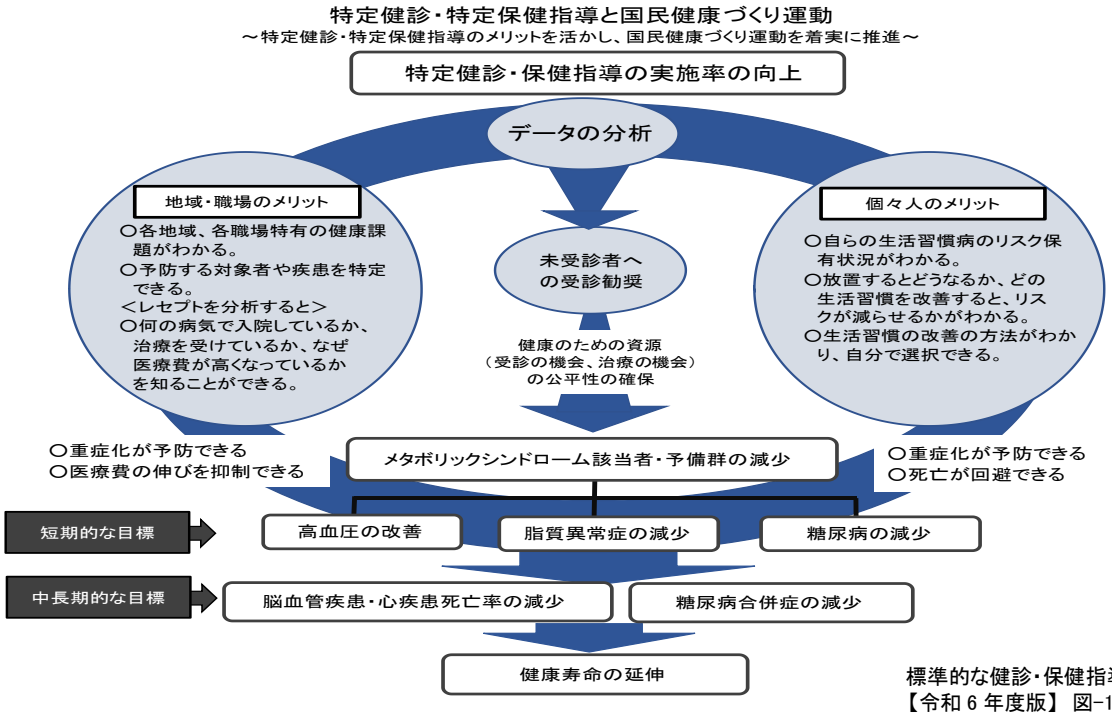
係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表１　データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

	健康増進計画	※健康増進事業実施者とは　健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法 データヘルス計画 （保健事業実施計画）	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 （地域医療構想含む）	介護保険事業 （支援）計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条　健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法　第82条 健康保険法　第150条 高確法　第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な指針	厚生労働省　健康局 令和5年4月改正 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 令和5年9月改正 「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 令和5年3月改正 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 令和5年7月改正 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 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省　老健局 令和5年改正予定 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
根拠・期間	法定　令和6～17年（12年） 2024年～2035年	指針　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～11年（6年） 2024～2029年	法定　令和6～8年（3年） 2024～2026年
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：義務	都道府県：義務	都道府県：義務	市町村：義務 都道府県：義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用し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を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進を通じ、地域で切れ目のない医療の提供、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 保険者機能強化 高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ （乳幼児期、青壮年期、高齢期） ライフコースアプローチ （胎児期から老齢期まで継時的）	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳～74歳	すべて	すべて	1号被保険者　65歳以上 2号被保険者　40～64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病合併症 （糖尿病性腎症） 循環器病　高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病性腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖　尿　病 糖尿病性腎症 高　血　圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖　尿　病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳　卒　中	要介護状態となることの予防 要介護状態の軽減・悪化防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患（COPD） が　ん ロコモ―ティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康（うつ・不安）				がん 精神疾患	認　知　症 フレイル 口腔機能低下、低栄養
評　価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 **51目標項目** ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	①事業全体の目標 中長期目標／短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標／短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 ＜アウトカム＞ メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 ＜アウトプット＞ 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少	（住民の健康の保持推進） ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 （医療の効率的な提供の推進） ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的な活用 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 （地域の実状に応じて設定） 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時の医療	①PDCAサイクルを活用にする保険者機能強化に向けた体制等（地域介護保険事業） ②自立支援・重度化防止等（在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連） ③介護保険運営の安定化（介護給付の適正化、人材の確保）
補助金等		保健事業支援・評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援 保険者努力支援制度（事業費・事業費連動分）交付金		保険者協議会（事務局：県、国保連合会）を通じて、保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

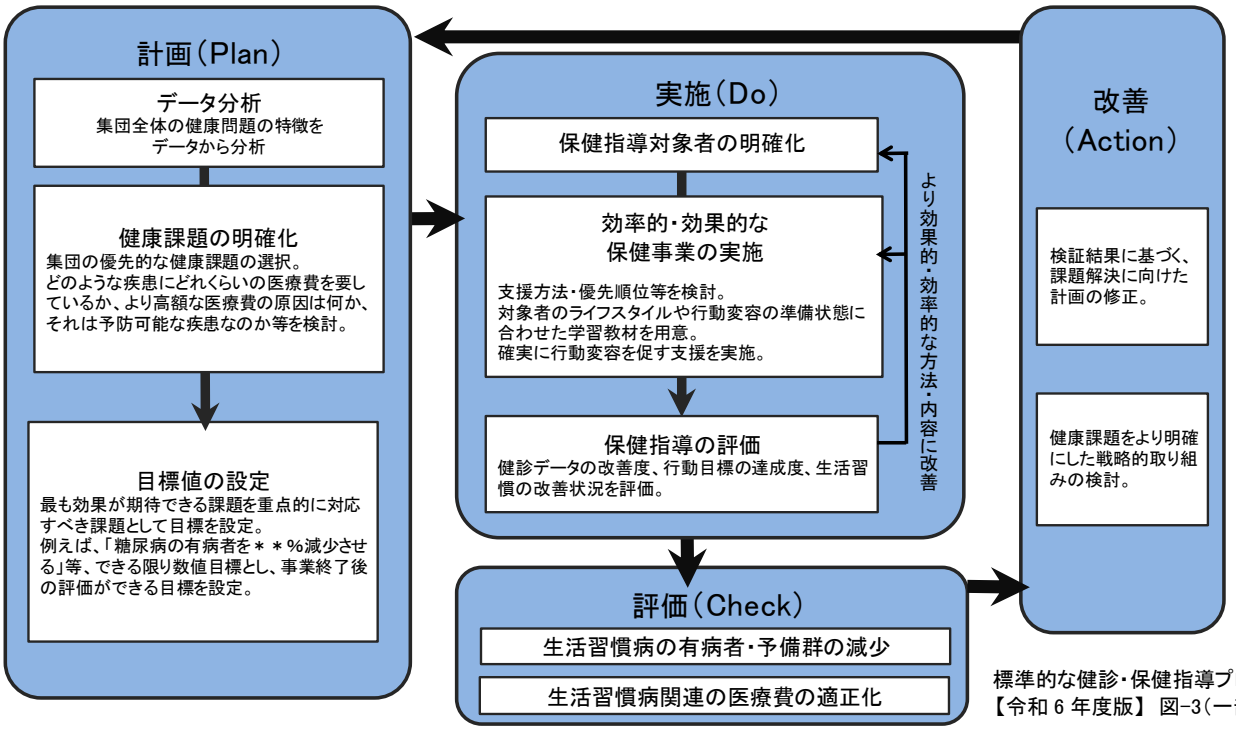
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-1（一部改変）

注）プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取り組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとすることにつながる。

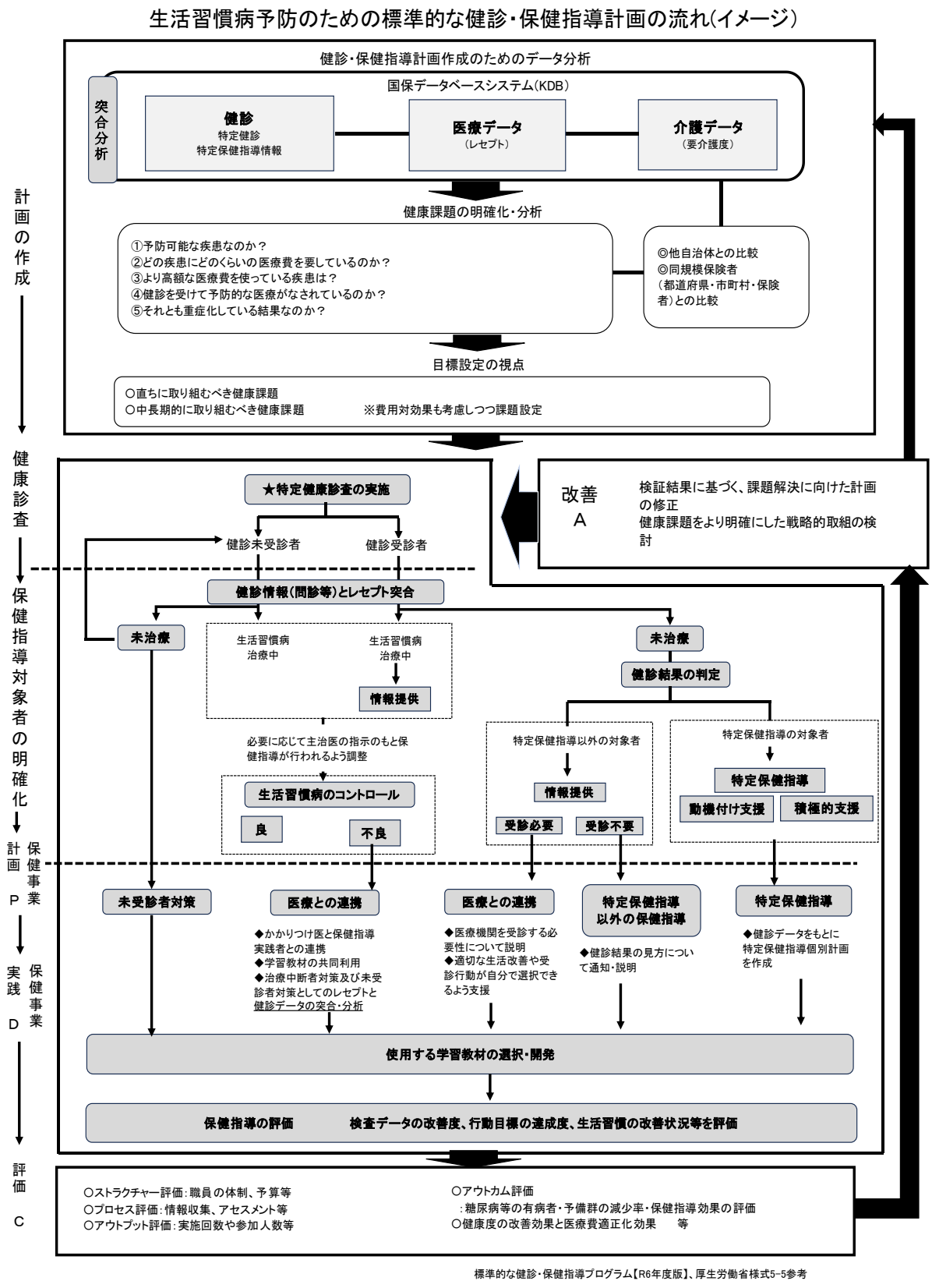
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



標準的な健診・保健指導プログラム
【令和 6 年度版】 図-3（一部改変）

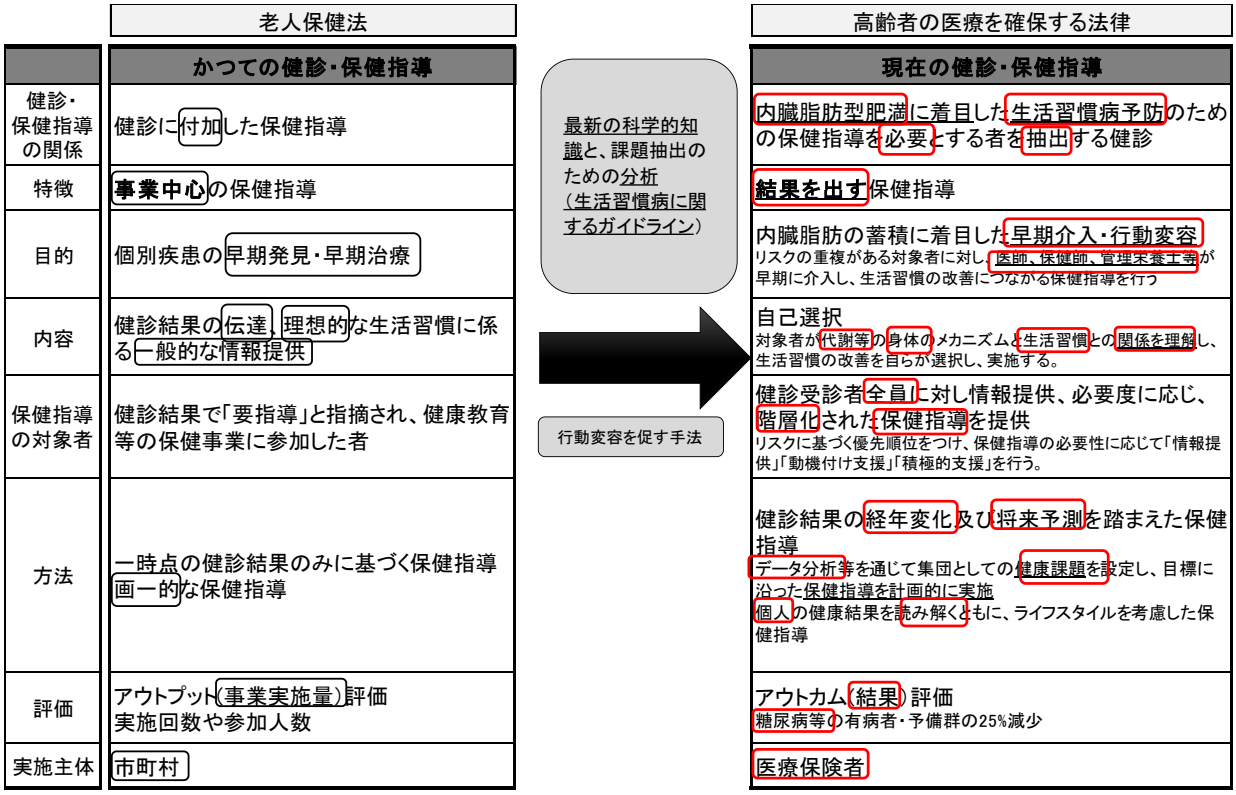
注）生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA（計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Actin））サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表 4　生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ



標準的な健診・保健指導プログラム【R6年度版】、厚生労働省様式5-5参考

図表 5　標準的な健診・保健指導プログラム（H30 年度版）における基本的な考え方（一部改変）



注）内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
（令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示）

3. 計画期間

この計画の期間は、令和 6 年度から令和 11 年度までの 6 年間とします。

＜参考＞計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第 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」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、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、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが 6 年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1）　町国保の役割

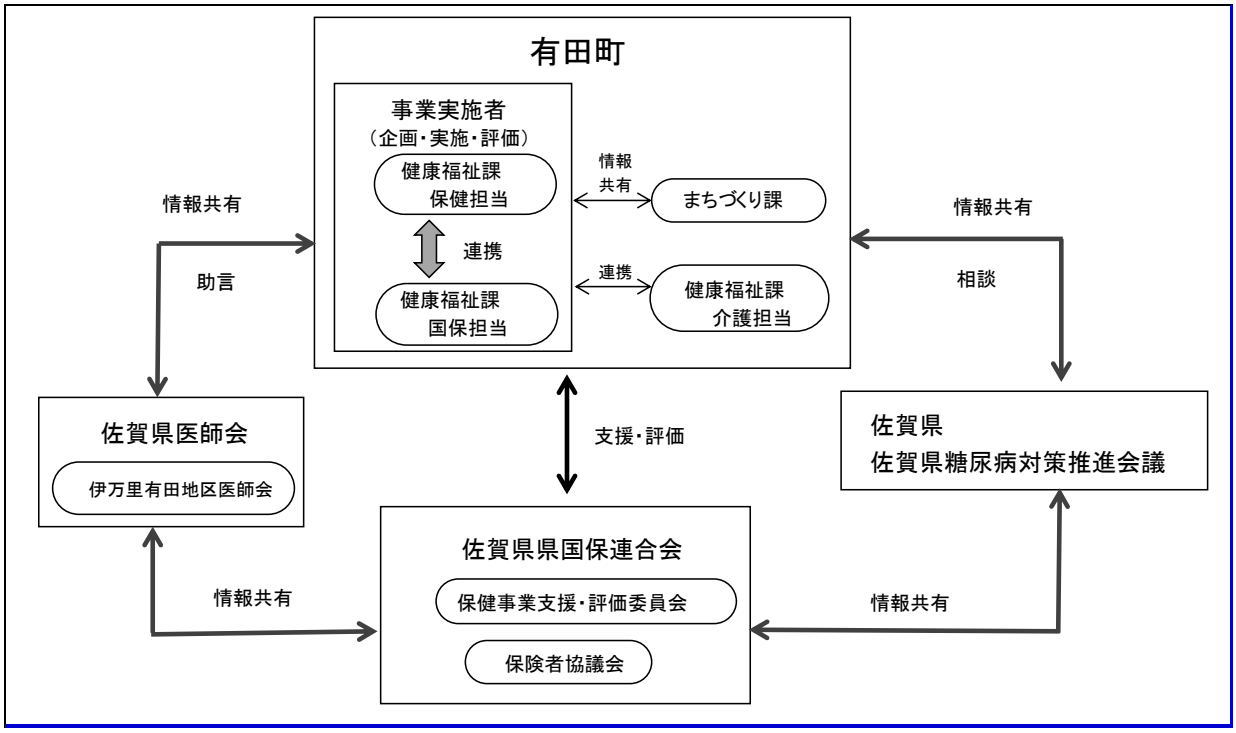
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保担当が中心となって、保健担当等住民の健康の保持増進に関係する担当に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、町一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に

反映させます。

具体的には、健康福祉課の保健担当と国保担当、介護担当、まちづくり課とも十分連携を図ることとします。

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・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6・7）

図表 6　有田町の実施体制図



図表 7　保健事業体制と主な保健事業の分担

保・・・保健師　管栄・・・管理栄養士　事・・・事務(注:支払い事務、受診券送付等)　◎・・・主担当　◎…副担当

	保 （保健監）	保	保	保	保	保	保	保	管栄	事	事 （副課長）	事
国保事務											○	◎
健康診断 保健指導	○	◎	○	○	◎	○	○	○	○	◎		○
がん検診							◎	○		◎		
予防接種	○					◎		◎		◎		
母子保健		○		◎	○	◎	○	○	○	○		
精神保健		◎										
歯科保健							◎	◎				
一体的実施		◎	◎								◎	

2） 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等一連のプロセスにおいて、外部の関係機関との連携・協力が重要です。計画の策定等を進めるにあたっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連合会（以下「連合会」という）や連合会に設置される保健事業支援・評価委員会、地区医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合やその他の医療保険者、大学等の社会資源等と連携・協力を図ります。

また、都道府県は市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となります。さらに、保険者や地区医師会等との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

連合会と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携を図ります。市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、町国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開していくよう努めます。

3） 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、計画策定にあたっては、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行ってきました。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成 30 年度より本格的に実施されています。（図表8）

令和 2 年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表 8　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	
			有田町	配点	有田町	配点	有田町	配点
交付額(万円)								
全国順位(1,741市町村中)			78位		5位		45位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	120	70	140	70	140	70
		(2)特定保健指導実施率		70		70		70
		(3)ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	48	40	70	40	67	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	105	90	50	45	55	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50	50	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	80	130	105	130	70	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	50	100	85	100	70	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	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	25	30	40	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	40	40	45	50	50	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	74	95	69	100	78	100
合計点			747	1,000	824	960	755	940

第2章　第 2 期計画にかかる考察及び第 3 期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

有田町は、人口約 2 万人で、令和 2 年度の国勢調査での高齢化率は 35.4%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も 56.2 歳と高い状況です。一方、出生率は同規模に比べ高いものの、国や県に比べると低い状況です。産業においては、サービス業などの第 3 次産業が 61.2%と高く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代を含めた健康課題を明確にすることが重要です。(図表 9)

国保加入率は 20.4%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向が見られます。年齢構成については、65～74 歳の前期高齢者が約 52%を占めています。(図表 10)

また町内には 1 つの病院、17 の診療所があります。診療所は同規模と比較すると2倍近く多く、病床数も多いことから、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。(図表 11)

図表 9　同規模・県・国と比較した有田町の特性(R02 年度)

	人口（人）	高齢化率（%）	被保険者数（加入率）	被保険者平均年齢（歳）	出生率（人口千対）	死亡率（人口千対）	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
有田町	18,991	35.4	3,881（20.4）	56.2	6.0	14.3	0.4	4.0	34.8	61.2
同規模	--	36.0	23.2	55.9	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9
県	--	30.8	21.7	53.4	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDB システムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、有田町と同規模保険者(117 町村)の平均値を表す

出典:KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 10　国保の加入状況

		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数		4,445		4,299		4,219		4,091		3,881	
	65～74歳	2121	47.7	2105	49.0	2148	50.9	2113	51.6	1999	51.5
	40～64歳	1388	31.2	1304	30.3	1240	29.4	1197	29.3	1141	29.4
	39歳以下	936	21.1	890	20.7	831	19.7	781	19.1	741	19.1
加入率		22.1		21.3		20.9		20.3		20.4	

出典:KDB システム帳票　地域の全体像の把握

図表 11　医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
											同規模	県
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
病院数	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.3	0.3	0.6
診療所数	20	4.5	19	4.4	19	4.5	19	4.6	17	4.4	2.8	4.0
病床数	206	46.3	206	47.9	206	48.8	206	50.4	206	53.1	45.4	83.5
医師数	37	8.3	37	8.6	35	8.3	35	8.6	34	8.8	6.6	14.1
外来患者数	805.3		809.5		782.4		825.1		847.3		721.7	784.4
入院患者数	27.3		30.2		29.2		32.6		32.8		21.9	27.7

出典:KDB システム帳票　地域の全体像の把握

2. 第 2 期計画にかかる評価及び考察

1）第 2 期データヘルス計画の評価

第 2 期計画において、目標の設定を以下の 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（人工透析）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、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。（図表 2 参照）

（1）中長期的な疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析）の達成状況

① 介護給付費の状況

本町の要介護認定者は、2 号（40～64 歳）被保険者で 15 人（認定率 0.25%）、1 号（65 歳以上）被保険者で 1,076 人（認定率 16.1%）と、同規模・県・国と比較すると低く、H30 年度と比べても低くなっています。しかし、新規認定者が増加しており、介護給費費は約 16 億円から約 17 億円に伸びています。（図表 12、13）

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連について血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が上位を占めており、第 2 号被保険者で 4 割、第 1 号被保険者では約 5 割を超える有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約 9 割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。（図表 14）

図表 12　要介護認定者（率）の状況

			有田町				同規模	県	国
			H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率			6,347人	31.5%	6,717人	35.4%	36.0%	30.8%	28.7%
2号認定者			21人	0.32%	15人	0.25%	0.40%	0.33%	0.38%
	新規認定者		6人		5人		--	--	--
1号認定者			1,063人	16.7%	1,076人	16.1%	18.8%	18.6%	19.4%
	新規認定者		136人		150人		--	--	--
再掲	65～74歳		81人	2.7%	108人	3.4%	--	--	--
		新規認定者	20人		29人		--	--	--
	75歳以上		982人	29.0%	968人	27.3%	--	--	--
		新規認定者	116人		121人		--	--	--

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13　介護給付費の変化

		有田町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		16億3203万円	17億1333万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）		257,134	255,073	297,567	286,277	290,668
1件あたり給付費（円）	全体	74,648	76,824	70,292	69,755	59,662
	居宅サービス	52,753	55,818	43,991	50,348	41,272
	施設サービス	274,065	279,220	291,264	290,902	296,364

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 14　血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（R04 年度）

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）				15		108		968		1,076		1,091	
	再）国保・後期			10		78		938		1,016		1,026	
有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	4 40.0%	脳卒中	42 53.8%	脳卒中	546 58.2%	脳卒中	588 57.9%	脳卒中	592 57.7%
			2	虚血性心疾患	1 10.0%	虚血性心疾患	26 33.3%	虚血性心疾患	356 38.0%	虚血性心疾患	382 37.6%	虚血性心疾患	383 37.3%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	17 21.8%	腎不全	175 18.7%	腎不全	192 18.9%	腎不全	192 18.7%
		合併症	4	糖尿病合併症	3 30.0%	糖尿病合併症	18 23.1%	糖尿病合併症	110 11.7%	糖尿病合併症	128 12.6%	糖尿病合併症	131 12.8%
		基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			7 70.0%	基礎疾患	70 89.7%	基礎疾患	905 96.5%	基礎疾患	975 96.0%	基礎疾患	982 95.7%
		血管疾患合計			7 70.0%	合計	71 91.0%	合計	917 97.8%	合計	988 97.2%	合計	995 97.0%
	認知症			認知症	1 10.0%	認知症	18 23.1%	認知症	482 51.4%	認知症	500 49.2%	認知症	501 48.8%
	筋・骨格疾患			筋骨格系	9 90.0%	筋骨格系	69 88.5%	筋骨格系	906 96.6%	筋骨格系	975 96.0%	筋骨格系	984 95.9%

出典：ヘルスサポートラボツール

② 医療費の状況

本町の総医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず増加しており、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約 10 万円高く、H30 年度と比較しても 10 万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 4%程度にも関わらず、医療費全体の約 48%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較しても 9 万円高くなっています。年齢調整をした地域差指数でみても、全国平均の 1 を大きく超えており、全国 1 位の県平均より低い状況ではありますが、入院の地域差指数はH30 年度よりも伸びています。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であるため、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 15　医療費の推移

			有田町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数（人）			4,445人	3,881人	--	--	--
	前期高齢者割合		2,121人　（47.7%）	1,999人　（51.5%）	--		
総医療費			17億3153万円	18億7749万円↑	--	--	--
一人あたり医療費（円）			389,547　県内15位 同規模10位	483,765↑　県内6位 同規模3位	382,035	431,999	339,680
	入院	1件あたり費用額(円)	483,240	574,110↑	601,790	585,050	617,950
		費用の割合	41.8	48.2	42.6	46.2	39.6
		件数の割合	3.3	3.7	2.9	3.4	2.5
	外来	1件あたり費用額	22,800	23,880	24,640	24,060	24,220
		費用の割合	58.2	51.8	57.4	53.8	60.4
		件数の割合	96.7	96.3	97.1	96.6	97.5
受診率			832.671	880.06	743.593	812.114	705.439

※同規模保険者数：117

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 16　一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		有田町（県内20市町中）		県（47県中）	有田町（県内市町村中）		県（47県中）
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	1.121	1.176↑	1.218	1.086	1.131	1.144
		（19位）	（16位）	（1位）	（13位）	（12位）	（6位）
	入院	1.167	1.335↑	1.398	1.213	1.251	1.232
		（19位）	（15位）	（2位）	（10位）	（11位）	（9位）
	外来	1.111	1.090	1.108	0.958	1.015	1.057
		（8位）	（10位）	（2位）	（18位）	（13位）	（6位）

出典：厚労省「地域差分析」

③　中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費合計が、総医療費に占める割合については、H30 年度と比較すると 3 ポイント増加しています。特に、腎疾患のうち慢性腎不全（透析有）については、H30 年度より約1ポイントも伸びており、同規模、県よりも高くなっています。（図表 17）

次に治療者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を H30 年度と比較してみると、脳血管疾患・虚血性心疾患の患者数は減少していますが、被保険者に対する割合は増加しています。また、人工透析（腎疾患）については、患者数及び割合共に増加しています。（図表 18）

人工透析は、導入時だけでなく定期的な治療のための通院が必要になり、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患です。そのため、原因となる糖尿病や高血圧等の生活習慣の発症予防、及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 17　中長期目標疾患の医療費の推移

			有田町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費（円）			17億3153万円	18億7749万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			1億8143万円	2億5462万円	--	--	--
			10.48%	13.56%	7.88%	8.86%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.80%	3.42% ↑	2.17%	2.15%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.70%	1.50% ↑	1.42%	1.04%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	7.48%	8.43% ↑	4.00%	5.37%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.50%	0.21%	0.29%	0.29%	0.29%
その他の疾患	悪性新生物		14.80%	14.40%	17.02%	14.40%	16.69%
	筋・骨疾患		8.52%	8.97%	8.86%	8.87%	8.68%
	精神疾患		9.85%	10.96%	8.15%	10.73%	7.63%

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注）最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果
（最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名）
注）KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 18　中長期目標疾患の治療状況

年齢区分			被保険者数		中長期目標の疾患						
					疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析	
			H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
治療者（人）0～74歳		A	4,445	3,881	a	346	309	265	256	32	38
					a/A	7.8%	8.0%	6.0%	6.6%	0.7%	1.0%
40歳以上		B	3,509	3,140	b	346	309	265	255	32	37
		B/A	78.9%	80.9%	b/B	9.9%	9.8%	7.6%	8.1%	0.9%	1.2%
再掲	40～64歳	C	1,388	1,141	c	66	50	48	47	5	11
		C/A	31.2%	29.4%	c/C	4.8%	4.4%	3.5%	4.1%	0.4%	1.0%
	65～74歳	D	2,121	1,999	d	280	259	217	208	27	26
		D/A	47.7%	51.5%	d/D	13.2%	13.0%	10.2%	10.4%	1.3%	1.3%

出典：KDB システム_疾病管理一覧（脳卒中・虚血性心疾患）
介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

(2)短期的な目標疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の達成状況

①　短期的な目標疾患の治療者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は増加しています。また、合併症（重症化）でもある脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合も増加しており、特に人工透析の割合は高血圧・糖尿病・脂質異常症すべてにおいて増加しています。

本町は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しており、適切な治療につながっているものの、コントロールが十分に行えておらず、重症化予防ができていないと考えられます。

図表 19　高血圧症治療者の経年変化

高血圧症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)		A	1,515	1,369	336	273	1,179	1,096
		A/被保数	43.2%	43.6%	24.2%	23.9%	55.6%	54.8%
（中長期目標疾患）合併症	脳血管疾患	B	211	200	31	29	180	171
		B/A	13.9%	14.6%	9.2%	10.6%	15.3%	15.6%
	虚血性心疾患	C	212	190	29	31	183	159
		C/A	14.0%	13.9%	8.6%	11.4%	15.5%	14.5%
	人工透析	D	32	34	5	10	27	24
		D/A	2.1%	2.5%	1.5%	3.7%	2.3%	2.2%

出典：KDB システム_疾病管理一覧（高血圧症）
介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

図表 20　糖尿病治療者の経年変化

糖尿病（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
糖尿病治療者(人)		A	779	769	180	159	599	610
		A/被保数	22.2%	24.5%	13.0%	13.9%	28.2%	30.5%
（中長期目標疾患）合併症	脳血管疾患	B	118	117	15	19	103	98
		B/A	15.1%	15.2%	8.3%	11.9%	17.2%	16.1%
	虚血性心疾患	C	122	125	19	22	103	103
		C/A	15.7%	16.3%	10.6%	13.8%	17.2%	16.9%
	人工透析	D	19	23	2	5	17	18
		D/A	2.4%	3.0%	1.1%	3.1%	2.8%	3.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	87	77	21	15	66	62
		E/A	11.2%	10.0%	11.7%	9.4%	11.0%	10.2%
	糖尿病性網膜症	F	131	109	31	22	100	87
		F/A	16.8%	14.2%	17.2%	13.8%	16.7%	14.3%
	糖尿病性神経障害	G	27	19	6	6	21	13
		G/A	3.5%	2.5%	3.3%	3.8%	3.5%	2.1%

出典：KDB システム_疾病管理一覧（糖尿病）
介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

図表 21　脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症（疾病管理一覧）			40歳以上		再掲			
					40～64歳		65～74歳	
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
脂質異常症治療者(人)		A	1,449	1,328	360	286	1,089	1,042
		A/被保数	41.3%	42.3%	25.9%	25.1%	51.3%	52.1%
（中長期目標疾患）合併症	脳血管疾患	B	187	163	29	22	158	141
		B/A	12.9%	12.3%	8.1%	7.7%	14.5%	13.5%
	虚血性心疾患	C	192	188	31	28	161	160
		C/A	13.3%	14.2%	8.6%	9.8%	14.8%	15.4%
	人工透析	D	17	21	3	7	14	14
		D/A	1.2%	1.6%	0.8%	2.4%	1.3%	1.3%

出典：KDB システム_疾病管理一覧（脂質異常症）
介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0 以上を H30 年度と R3 年度を比較してみたところ、有所見者の割合は減少しています。また、未治療者について健診後に医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方は高血圧で約 32%、糖尿病では 3%ほどで、その割合は全国の市町村と比較して低く、医療につながっている状況が見られます。一方、糖尿病については、治療中断者の割合が全国の市町村に比べ高い状況です。（図表 22）

前述した通り、基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の合併症の割合が増加しているため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域と治療中断の方への受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 22　結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧											
					結果の改善　Ⅱ度高血圧の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報（R03.4～R04.3）			
	受診者A	受診率	受診者B	受診率			未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
					C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
有田町	1,962	61.4	1,648	55.2	95	4.8	50	52.6	54	3.3	35	64.8	17	31.5	2	3.7
448市町村合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病											
					結果の改善　HbA1c7.0%以上の推移								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報（R03.4～R04.3）			
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率			未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
					I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
有田町	1,919	97.8	1,615	98.0	96	5.0	21	21.9	76	4.7	16	21.1	2	2.6	5	6.6
448市町村合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典：ヘルスサポートラボツール

①未治療…12ヶ月間、全く高血圧（または糖尿病）のレセプトがない者
②中断…高血圧（または糖尿病）のレセプトがある者のうち、直近（年度末の3月を基点として）3ヶ月以上レセプトがない者

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、H30 年度とR4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は約1ポイント減少しており、予備群も 1.5 ポイント減少しています。(図表 23)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160 以上の有所見割合を見ると、LDL-C160 以上の有所見者割合以外は改善しており、翌年度の結果を見ると、全て改善率が上昇しています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも 2 割程度存在し、結果が把握できていません。今後も、結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者へ継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 24・25・26)

図表 23　メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者（受診率）	該当者			予備群
			3項目	2項目	
H30年度	1,962（61.4%）	393（20.0%）	138（7.0%）	255（13.0%）	254（12.9%）
R04年度	1,622（57.4%）	313（19.3%）	107（6.6%）	206（12.7%）	185（11.4%）

出典：ヘルスサポートラボツール （特定健診結果）

図表 24　HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	197（10.3%）	48（24.4%）	70（35.5%）	30（15.2%）	49（24.9%）
R03→R04	145（9.0%）	39（26.9%）	59（40.7%）	16（11.0%）	31（21.4%）

出典：ヘルスサポートラボツール （特定健診結果）

図表 25　Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	95（4.8%）	40（42.1%）	24（25.3%）	5（5.3%）	26（27.4%）
R03→R04	54（3.3%）	35（64.8%）	6（11.1%）	2（3.7%）	11（20.4%）

出典：ヘルスサポートラボツール （特定健診結果）

図表 26　LDL160 以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	144 （7.3%）	71 （49.3%）	31 （21.5%）	15 （10.4%）	27 （18.8%）
R03→R04	139 （8.4%）	76 （54.7%）	26 （18.7%）	11 （7.9%）	26 （18.7%）

出典：ヘルスサポートラボツール （特定健診結果）

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本町の特定健診受診率は R1 年度には 59.3%まで伸びましたが、新型コロナ感染症の影響で、R1 年度以降は受診率が低迷しており、第 2 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。（図表 27）特定健診の年代別の受診率の中で、40～50 代は少しずつ増加しているもののほかの年代に比べ低い状況が続いています。（図表 29）

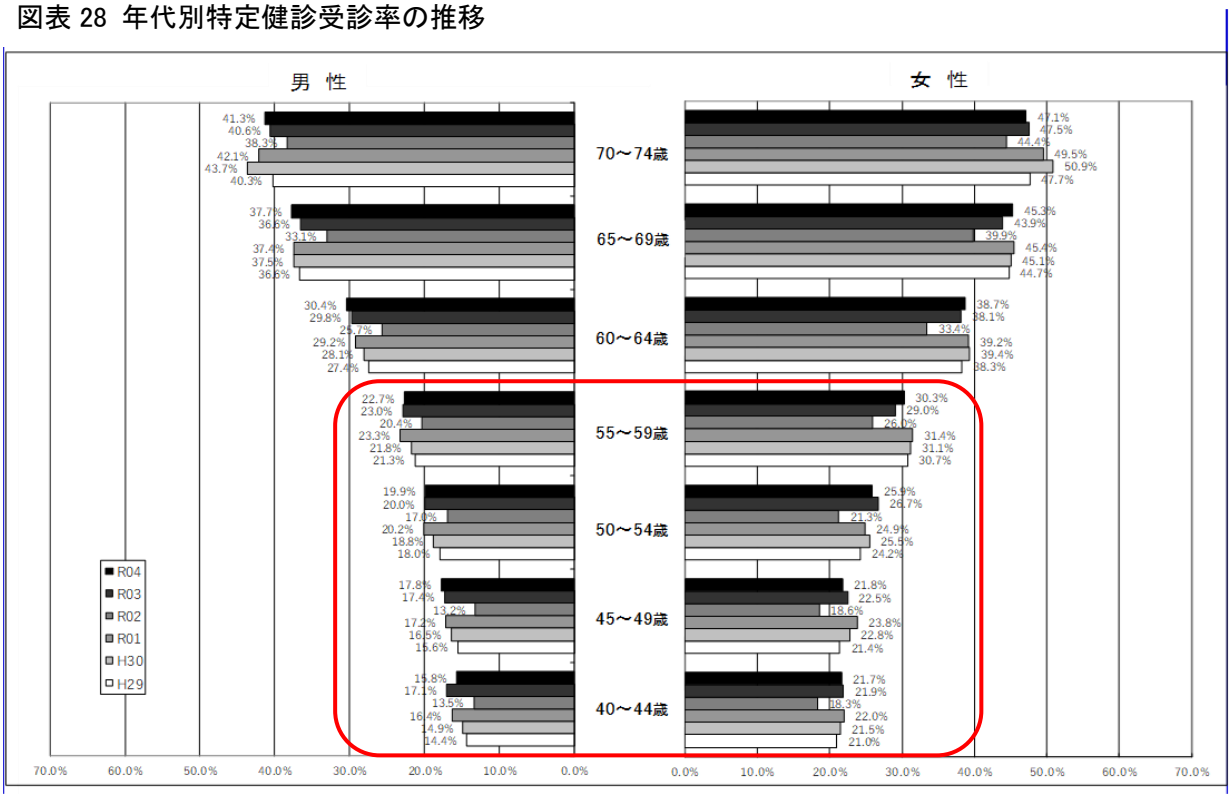
特定保健指導についても、R1 年に実施率は上昇したものの、R2 年度以降低下しています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

図表 27　特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	1,879	1,805	1,662	1,606	1,565	健診受診率 60%
	受診率	59.1%	59.3%	54.2%	54.3%	55.8%	
特定保健指導	該当者数	176	191	158	131	149	特定保健指導実施率 60%
	割合	9.4%	10.6%	9.5%	8.2%	9.5%	
	実施者数	124	121	73	74	98	
	実施率	70.5%	63.4%	46.2%	56.5%	54.4%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 28 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

2）主な個別事業の評価と課題

（1）重症化予防の取組み

①糖尿病性腎症重症化予防

HbA1c6.5 以上の者への保健指導実施率は 50%程度で、HbA1c6.5 以上の者の未治療者の割合は R3 年度以降 10%を超えている状況です。H30 年度からは、HbA1c7.0%以上の者を優先対象者とし重点的に支援してきた結果、R4 年度の HbA1c7.0%以上の治療中断者は 1 人となっています。（図表 29・30・31）

今後も、未治療の方には継続して保健指導を実施するように体制を強化し、また治療中の方が治療中断にならないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行っていきます。また、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし高血糖の原因となるため、保健指導・栄養指導を行い、肥満・血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※1 インスリン抵抗性：血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

図表 29　糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人（a）	1,962	1,864	1,725	1,648	1,622
HbA1c6.5以上の者	人（b）	197	194	182	145	168
	（b/a）	10.0%	10.4%	10.6%	8.8%	10.4%
保健指導実施者*1	人（c）	96	115	89	75	85
	（c/b）	48.7%	59.3%	48.9%	51.7%	50.6%

＊1　保健指導は集団特定健診受診者のうち、訪問・来所等による面談実施者を計上

図表 30　治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
HbA1c6.5以上の者	人（a）	197	194	182	145	168
HbA1c6.5以上の者での未治療者*2	人（b）	20	13	11	16	18
	（b/a）	10.2%	6.7%	6.0%	11.0%	10.7%
保健指導実施者	人（c）	13	5	8	8	12
	（c/b）	65.0%	38.5%	72.7%	50.0%	66.7%
受診した者	人（d）	7	3	3	2	7
	（d/b）	35.0%	23.1%	27.3%	12.5%	38.9%
治療開始した者	人（e）	3	1	2	0	2
	（e/b）	15.0%	7.7%	18.2%	0.0%	11.1%

＊2　内服はないが、医療機関で定期的に糖の検査を実施している者を除く

図表 31　HbA1c7.0 以上の状況

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人（a）	1,879	1,805	1,662	1,606	1,565
HbA1c7.0以上またHbA1c7.0未満の者で糖尿病性腎症病期分類第3期以上のコントロール不良者	人（b）	136	108	78	61	65
	（b/a）	7.2%	6.0%	4.7%	3.8%	4.2%
保健指導実施者	人（c）	75	71	57	22	39
	（c/b）	55.1%	65.7%	73.1%	36.1%	60.0%
改善した者	人（d）	32	37	25	9	17
	（d/b）	23.5%	34.3%	32.1%	14.8%	26.2%
HbA1c7.0以上の治療中断者	人（e）	2	5	2	0	1
	（e/b）	1.5%	4.6%	2.6%	0.0%	1.5%
受診した者	人（f）	1	2	1	0	0
	（f/b）	0.7%	1.9%	1.3%	0.0%	0.0%

②心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、詳細検査該当者だけでなく 60 歳以上の集団健診受診者に対し心電図検査を行っており、特定健診受診者の約 7 割が心電図検査を実施しています。

心電図検査実施者のうち約半数に何らかの所見が認められ、ST 所見は約 3%を占めています。また、心房細動については 1%前後で、ほとんどが医療機関への定期受診を行っていました。ただ未治療者が一定数いるため、保健指導及び受診勧奨を行っています。有所見者に対する保健指導は100%近い実施率で、未治療者だけでなく治療中の者に対しても、治療中断を防ぎ個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行っていきます。(図表 32・33・34)

図表 32　特定健診心電図検査の結果　有所見者の状況

			H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者数		人（a）	1,962	1,864	1,725	1,648	1,622
心電図受診者		人（b）	1,330	1,304	912	1,104	1,088
心電図実施率		%（b/a）	67.8%	70.0%	52.9%	67.0%	67.1%
	有所見率	人（d）	732	665	486	577	574
		（c/b）	55.0%	51.0%	53.3%	52.3%	52.8%

図表 33 心電図受診者のうち、ST 所見の状況

			H30	R1	R2	R3	R4
心電図実施者		人（a）	1,146	1,154	806	1,032	1,088
ST異常所見		人（b）	37	37	32	34	36
有所見率		人（c）	3.2%	3.2%	4.0%	3.3%	3.3%
	保健指導実施者	人（d）	30	37	32	33	35
		%（d/b）	81.1%	100.0%	100.0%	97.1%	97.2%

表 34 心房細動有所見者のうち、未治療者の状況

			H30	R1	R2	R3	R4
心電図実施者		人（a）	1,146	1,154	806	1,032	1,088
心房細動有所見者		人（b）	14	12	7	5	10
心房細動有所見率		%（b/a）	1.1%	0.9%	0.8%	0.5%	0.9%
	心房細動未治療者	人（c）	3	2	1	1	3
	保健指導実施者	人（d）	12	11	6	4	10
	保健指導実施率	%（d/b）	85.7%	91.7%	85.7%	80.0%	100.0%

③ 脳血管疾患重症化予防対策

血圧Ⅱ度以上の者の割合は、約 4%前後で推移しており、そのうち約 6 割が未治療者です。R4 年度において血圧Ⅱ度以上の未治療者 45 人のうち、保健指導後に治療につながった方は 18 名（40%）でした。 血圧Ⅲ度以上の者においては、58 人のうち 32 人が未治療者でした。（図表 35）

高血圧は、脳心血管疾患において最大の危険因子であり、要介護認定の原因の一つです。また、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳、心、腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。

図表 36 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（降圧薬治療者を除く）です。①高リスクの未治療者、②中等リスクで第 3 層（糖尿病、尿蛋白等のリスクあり）の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援に取り組んでいきます。高値血圧の者においても、家庭血圧測定をすすめ、血圧手帳の活用を促していきます。また、高血圧の治療をしているにもかかわらず、高血圧Ⅱ度以上のコントロール不良の者が約 42%いるため、服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

図表 35 高血圧Ⅱ度以上の者のうち、未治療者の状況

			H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者数		人（a）	1,962	1,864	1,725	1,648	1,622
血圧Ⅱ度以上の者		人（b）	95	130	70	54	77
		（b/a）	4.8%	7.0%	4.1%	3.3%	4.7%
	治療あり	人（c）	45	54	26	19	32
		（c/b）	47.4%	41.5%	37.1%	35.2%	41.6%
	治療なし	人（d）	50	76	44	35	45
		（d/b）	52.6%	58.5%	62.9%	64.8%	58.4%
	治療開始	人（e）	22	26	16	18	18
		（e/b）	44.0%	34.2%	36.4%	51.4%	40.0%
（再掲）	血圧Ⅲ度以上の者	人（f）	79	116	61	46	58
		（f/b）	83.2%	89.2%	87.1%	85.2%	75.3%
	治療あり	人（g）	38	51	24	17	26
	治療なし	人（h）	41	65	37	29	32

図表 36 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

（参考）高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

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）		高値血圧 130～139/80～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
	441	257	139	32	13
		58.3%	31.5%	7.3%	2.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	26	C 17	B 8	B 1	A 0
	5.9%	6.6%	5.8%	3.1%	0.0%
リスク第2層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	235	C 147	B 71	A 11	A 6
	53.3%	57.2%	51.1%	34.4%	46.2%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	180	B 93	A 60	A 20	A 7
	40.8%	36.2%	43.2%	62.5%	53.8%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	104
		23.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	173
		39.2%
C	概ね3ヵ月後に再評価	164
		37.2%

※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。

（2）ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導（令和 6 年度版）によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。

有田町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの住民が自分の住む地域の実情を知り、自身の体の状態を知るために健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援しています。取組内容としては、生活習慣病重症化による医療費をはじめとした社会保障費の増大に繋がっている実態と食生活などの生活背景との関連について、広報誌や各種団体等への健康教育の中で周知を行いました。今後も健康教育等を積極的に実施し、継続的に町の実態を広く周知していきます。

(3)第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 37　第 2 期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画		達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法
				初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	
				(H30)	(R2)	(R4)	(活用ﾃﾞｰﾀ年度)
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.8%	2.5%	3.4%	KDB システム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	0.7%	0.5%	1.5%	
			慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の減少	7.5%	7.8%	8.4%	
			糖尿病レセプトのうち人工透析割合の減少	2.2%	2.8%	3.6%	有田町調べ
		医療費の適正化を目指して、総医療費を増やさない	1人当たり医療費を県平均を下回る　目標医療費差額　0円	-572円	700円	2,837円	KDB システム
			1人当たりの入院医療費の伸び率を横ばいにする	13,208円	15,729円	18,821円	
	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、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	男性メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	48.8%	50.1%	46.5%	有田町調べ
			女性メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	19.4%	23.3%	18.0%	
			Ⅱ度以上高血圧者割合減少	4.8%	4.1%	4.7%	
			LDL180以上の脂質以上者割合減少	2.1%	2.7%	2.3%	
			HbA1c6.5以上の糖尿病者割合減少	5.0%	10.8%	10.4%	
			HbA1c7.0以上の糖尿病者割合減少	5.0%	5.0%	4.8%	
			糖尿病未治療者の減少	21.4%	25.7%	22.2%	
			重症化予防対象者割合の減少　目標24%	28.9%	29.4%	31.5%	
		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	59.1%	54.2%	55.8%	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	70.5%	46.2%	54.4%	
			40、50歳代の健診受診率の向上　目標24%	42.0%	33.5%	42.1%	有田町調べ
			特定保健指導対象者の割合の減少　目標25%	16.2%	21.2%	11.5%	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	がん検受診率 胃がん検診　12%以上	18.4%	15.9%	14.9%	地域保健事業報告 (R04年度データがないため,R03年度を記載)
			肺がん検診　12%以上	18.4%	14.0%	13.4%	
			大腸がん検診　12%以上	21.8%	16.1%	19.2%	
			子宮がん検診　15%以上	25.1%	22.0%	20.1%	
			乳がん検診　25%以上	34.2%	30.0%	26.0%	
		自分自身の健康に関心を持つ住民を増やす	健康ポイントの取り組みを行う実施者　国保住民割合　10%	28.5%	13.5%	18.5%	有田町調べ

3） 第 2 期データヘルス計画に係る考察

中長期目標の総医療費に占める割合において、虚血性心疾患は目標を達成しているものの、H30 年に比べ脳、心、腎疾患の全てが上昇しているため、今後を注視していかなければならないところです。慢性腎不全（透析有）の総医療費の割合は微増ですが、県内他市町と比べても一番高い状況になっています。また、脳血管疾患と虚血性心疾患は、2 倍に増加しています。その背景には、短期目標であるⅡ度高血圧者以上や LDL180 以上の脂質異常症の減少、HbA1c6.5 以上の糖尿病有病者の増加の抑制には至っていない状況があります。特に、糖尿病については HbA1c7.0 以上の者の割合は減少しているものの、糖尿病治療中の者で人工透析を行っている割合や HbA1c6.5 以上の者の割合が増加していることから、重症化予防・発症予防の結果が出せていないことが明らかです。そのため、主治医や基幹病院の専門医等と連携を図り、より優先度を高く取り組んでいく必要があります。

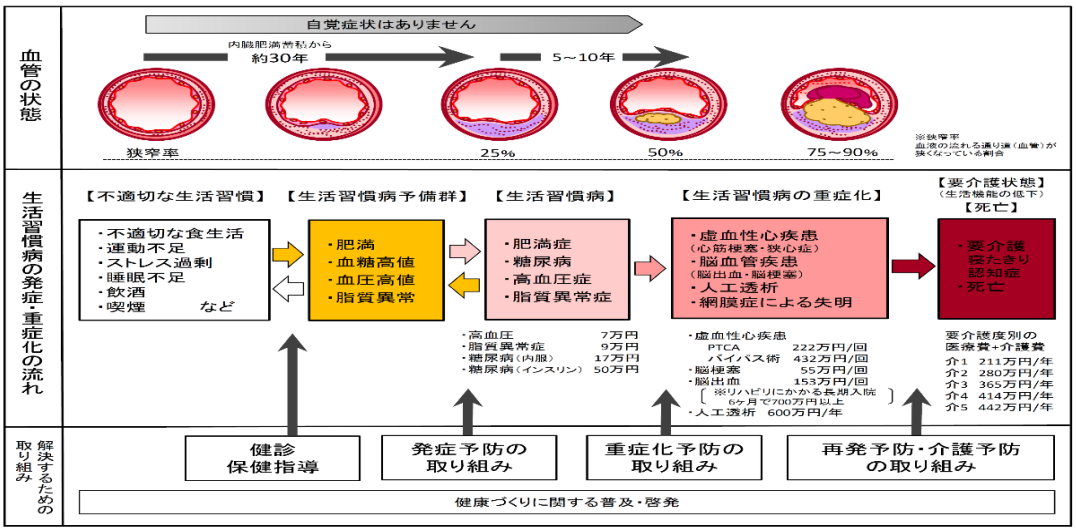
健診受診率は 60%に至らなかったものの、コロナ禍で受診率の低下が懸念される中 50%以上を維持しています。特に 40～50 歳代の受診率は目標を達成しています。社会保障費の安定に向け、まずは健診を受け、自身の体の状況を把握していただくことが第一歩となるため、今後も全年齢層の受診率向上に取り組む必要があります。

3. 第 3 期における健康課題の明確化

1）基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

図表 38　生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

医療保険制度においては、75 歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

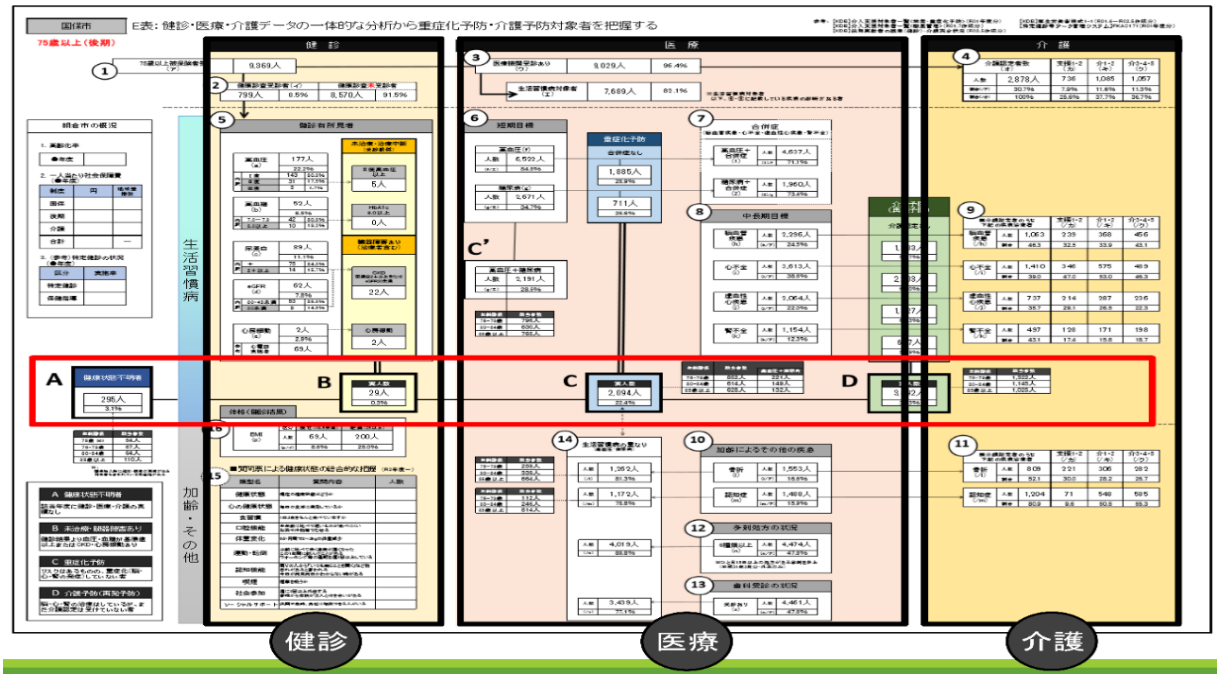
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

一方、国保では被保険者のうち、65 歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、図表 39 に基づいて健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第 2 期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため 30 歳代国保のわかば健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20 歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40 歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 39　健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



（1）医療費分析

図表 40　被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		4,445人	4,299人	4,219人	4,091人	3,881人	3,634人
総件数及び総費用額	件数	45,667件	43,818件	41,616件	42,833件	42,308件	67,950件
	費用額	17億3153万円	18億1510万円	17億5167万円	18億0493万円	18億7749万円	35億6754万円
一人あたり医療費		39.0万円	42.2万円	41.5万円	44.1万円	48.4万円	98.2万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41　データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（R4 年度）

市町村名		総医療費	一人あたり医療費（月額）	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
				腎		脳	心								
				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	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
①国保	有田町	18億7749万円	39,054	8.43%	0.21%	3.42%	1.50%	4.69%	3.20%	2.04%	4億4108万円	23.49%	14.40%	10.96%	8.97%
	同規模	--	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	--	19.30%	17.02%	8.15%	8.86%
	県	--	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	--	18.67%	14.40%	10.73%	8.87%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
②後期	有田町	35億6754万円	82,810	5.71%	0.49%	5.42%	0.73%	3.65%	3.55%	1.74%	7億5959万円	21.29%	8.58%	4.22%	15.56%
	同規模	--	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	--	18.86%	10.99%	3.74%	12.25%
	県	--	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	--	18.28%	9.23%	4.85%	13.57%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

出典：KDB システム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 42　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移

対象年度			H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
高額レセプト（80万円以上/件）	人数	A	149人	160人	173人	164人	175人	445人
	件数	B	260件	312件	321件	296件	327件	819件
		B/総件数	0.57%	0.71%	0.77%	0.69%	0.77%	1.21%
	費用額	C	3億2938万円	4億0626万円	4億0734万円	3億8310万円	4億4679万円	9億7564万円
		C/総費用	19.0%	22.4%	23.3%	21.2%	23.8%	27.3%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 43　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（脳血管疾患）

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
脳血管疾患	人数	D	6人		12人		13人		7人		12人		38人		
		D/A	4.0%		7.5%		7.5%		4.3%		6.9%		8.5%		
	件数	E	12件		20件		22件		16件		26件		90件		
		E/B	4.6%		6.4%		6.9%		5.4%		8.0%		11.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.8%	65-69歳	0	0.0%
		40代	4	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	5	25.0%	0	0.0%	1	6.3%	5	19.2%	75-80歳	8	8.9%
		60代	1	8.3%	7	35.0%	11	50.0%	5	31.3%	6	23.1%	80代	68	75.6%
		70-74歳	7	58.3%	8	40.0%	11	50.0%	10	62.5%	14	53.8%	90歳以上	14	15.6%
	費用額	F	1574万円		2373万円		2391万円		2096万円		3673万円		1億0008万円		
		F/C	4.8%		5.8%		5.9%		5.5%		8.2%		10.3%		

出典：ヘルスサポートラボツール

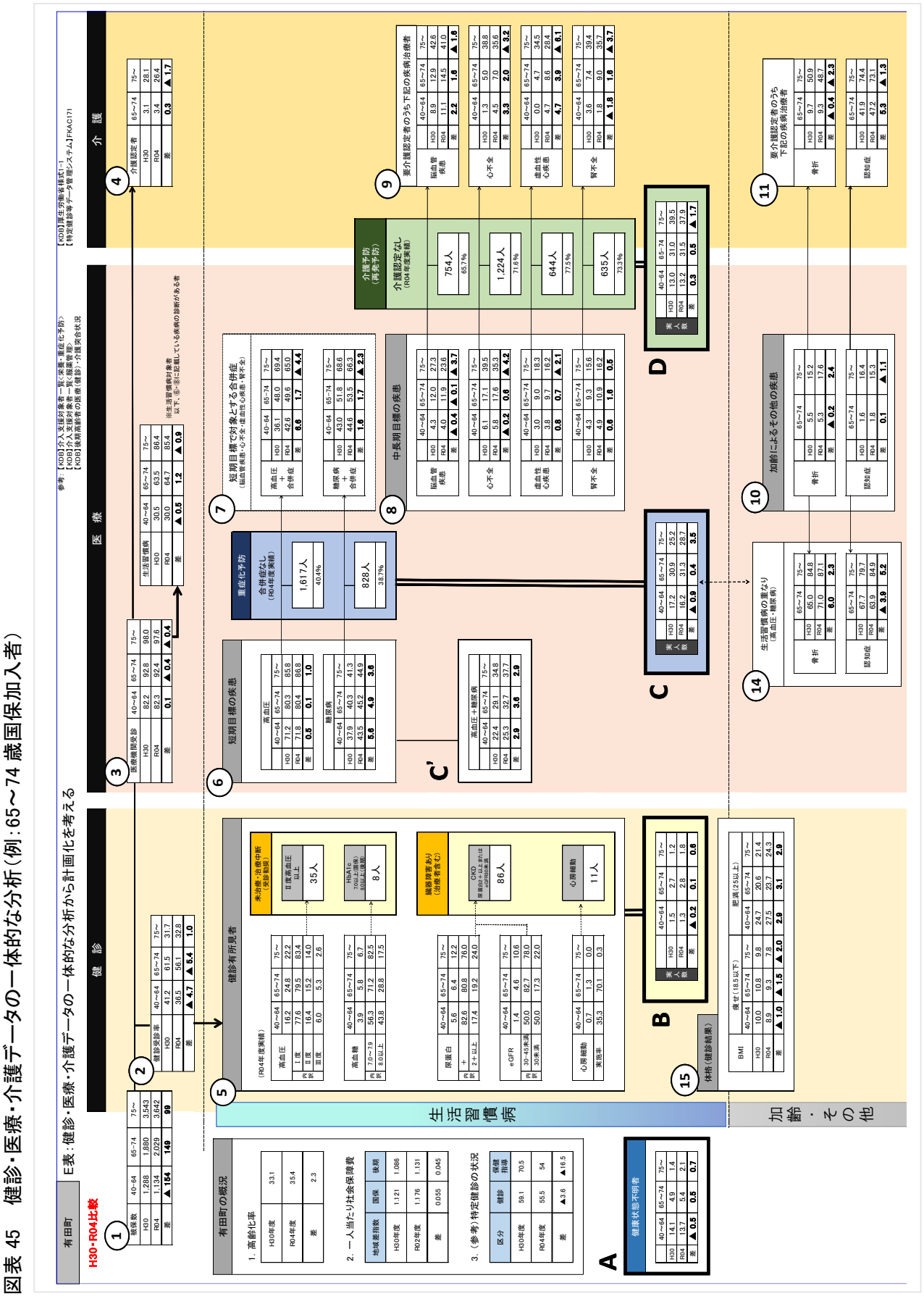
図表 44　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

対象年度			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度		
虚血性心疾患	人数	G	3人		3人		2人		9人		9人		8人		
		G/A	2.0%		1.9%		1.2%		5.5%		5.1%		1.8%		
	件数	H	3件		4件		2件		11件		11件		8件		
		H/B	1.2%		1.3%		0.6%		3.7%		3.4%		1.0%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	3	37.5%
		60代	0	0.0%	4	100.0%	0	0.0%	4	36.4%	2	18.2%	80代	3	37.5%
		70-74歳	2	66.7%	0	0.0%	1	50.0%	7	63.6%	9	81.8%	90歳以上	2	25.0%
	費用額	I	413万円		1000万円		168万円		1450万円		2068万円		1051万円		
		I/C	1.3%		2.5%		0.4%		3.8%		4.6%		1.1%		

出典：ヘルスサポートラボツール

（2）健診・医療・介護の一体的分析

図表 45　健診・医療・介護データの一体的な分析（例：65～74 歳国保加入者）



図表 46　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	認定率 介護	被保険者数			健診受診率			体格（健診結果）					
					特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	28.1	1,288	1,880	3,543	41.2	61.5	31.7	10.0	10.8	9.8	24.7	20.6	21.4
R04	26.4	1,134	2,029	3,642	36.5	56.1	32.8	8.9	9.3	7.8	27.5	23.7	24.3

図表 47　健診有所見状況

E表	⑤																											
年度	Ⅱ度高血圧以上（未治療・治療中断者）									HbA1c7.0以上（未治療・治療中断者）※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満						心房細動					
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			40-64			65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	27	5.1	(13)	52	4.5	(16)	17	1.5	(1)	20	3.8	(3)	53	4.6	(3)	7	0.6	(0)	5	0.9	23	2.0	40	3.6	0	--	11	1.0	1	0.1
R04	15	3.6	(6)	58	5.1	(20)	44	3.7	(9)	16	3.9	(2)	66	5.8	(6)	14	1.2	(0)	7	1.7	22	1.9	57	4.8	1	0.2	10	0.9	0	--

図表 48　短期目標疾患（高血圧・糖尿病）と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦					
年度	医療機関受診			生活習慣病対象者（生活習慣病の医療機関受診者）			短期目標の疾患（生活習慣病受診者のうち）									短期目標の疾患とする合併症					
							高血圧			糖尿病			C' 糖尿病+高血圧			高血圧＋合併症			糖尿病＋合併症		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	82.2	92.8	98.0	30.5	63.5	86.4	71.2	80.3	85.8	37.9	40.3	41.3	22.4	29.1	34.8	36.1	48.0	69.4	43.0	51.8	68.6
R04	82.3	92.4	97.6	30.0	64.7	85.4	71.8	80.4	86.8	43.5	45.2	44.9	25.3	32.7	37.7	42.6	49.6	65.0	44.6	53.5	66.3

注）合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 49　中長期目標疾患（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
年度	中長期目標の疾患(被保数割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.3	12.0	27.3	3.0	9.0	18.3	6.1	17.1	39.5	4.3	9.3	15.6	8.9	12.9	42.6	0.0	4.7	34.5	1.3	5.0	38.8	3.6	7.4	39.4
R04	4.0	11.9	23.6	3.8	9.7	16.2	5.8	17.6	35.3	4.9	10.9	16.2	11.1	14.5	41.0	4.7	8.6	28.4	4.5	7.0	35.6	1.8	9.0	35.7

図表 50　骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
年度	生活習慣病との重なり（高血圧・糖尿病）				加齢による その他の疾患（被保数割）				加齢による疾患のうち要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	65.0	84.8	67.7	79.7	5.5	15.2	1.6	16.4	9.7	50.9	41.9	74.4
R04	71.0	87.1	63.9	84.9	5.3	17.6	1.8	15.3	9.3	48.7	47.2	73.1

（3）健康課題の明確化（図表 40～50）

国保の被保険者数は年々減少している一方、一人あたり医療費は新型コロナウイルス感染症の影響か、R2 年度に減少が見られたものの、R3 年度に急増し年々増加しています。また、後期高齢者になると、一人あたり医療費は 100 万円近くになり、国保の 2 倍も高い状況です。（図表 40）

有田町は、これまで糖尿病に重点をおいて保健事業に取り組んできたため、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて 1 ポイント以上低い状況です。しかし、腎不全（透析有）の医療費に占める割合は、国保及び後期高齢において同規模、県、国と比べて高く、医療費の抑制には至っていない状況です。（図表 41）

高額レセプトについては、国保においては毎年 300 件前後のレセプトが発生していますが、後期高齢になると 2.5 倍に増えることがわかります。高額における疾病を見てみると、脳血管疾患で高額になったレセプトは国保では R1 年度に急増して以降 20 件前後で推移し、R4 年度には 26 件と一番多く3500 万円以上の費用がかかっています。後期高齢においては 90 件と国保の 3.5 倍発生し、1 億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。（図表 42、43）

健診・医療・介護のデータを H30 年度と R4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 45 の①被保険者数は、40～64 歳は減少し、65 歳～74 歳、75 歳以上と増加しています。特に 75 歳以上は 100 名増え、団塊の世代が徐々に後期高齢者へ移行していることで増加していることが分かります。⑮の体格をみると、すべての年齢層で BMI25 以上の率が3ポイントずつ高くなってきています。また、図表 47 健診有所見の状況をみるとⅡ度高血圧以上を除き、すべての年齢層で対象人数が増えており、さらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 48 の短期目標疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症をみると、75 歳以上では若干割合が減っていますが、他の年齢層では高血圧・糖尿病ともに高くなっています。特に高血圧の 40～64 歳における割合は 6 ポイント増加しており、若い年代における血圧コントロールが重要となってくると思われます。図表 49 の中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全・腎不全）において、H30 年度と R4 年度を比較すると脳血管疾患・虚血性心疾患・心不全は各年齢層で減少が見られるが、腎不全においては全ての年齢層で増加しており、医療費においても課題となっている腎不全が一体的分析においても課題であることが分かります。

（4）優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）に共通した基礎疾患には、糖尿病、高血圧の重なりがあります。糖尿病や高血圧の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、腎不全や脳血管疾患等の重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第 4 章に記載します。

2） 目標の設定

（1）成果目標

①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・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ことが求められており、年 1 回計画の見直し点検を行います。そして、改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果につながります。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしておくことが必要です。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 51)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

②中長期的な目標の設定

年齢が高くなるにつれて脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管が傷んでくることを考慮すると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しく、医療費の伸びを抑えることが重要となります。そのため、健診・医療情報を分析した結果をふまえ、医療費が高額となる疾患、6 か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。（図表 51）

また、基礎疾患の治療が必要な段階で通院することなく、重症化して入院する場合も多いことから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指すことが必要です。

③短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、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します。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少のためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療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ことが大切です。 また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられますが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準（2020 年版）の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに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健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により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す。この目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

4） 管理目標の設定

図表 51　第3期データヘルス計画目標管理一覧　　★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

達成すべき目的	課題を解決するための目標		実績			データの把握方法 (活用データ年度)
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)	
脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	データヘルス計画支援ツール（データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合）	3.4	3.2	3.0	KDB システム
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持		1.5	1.2	1.0	
	慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持		8.4	8.2	8.0	
	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	データヘルス計画支援ツール（集団の疾患特徴の把握）	60.6	60.0	58.0	
	糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	各市町村	0.4	0.3	0.2	有田町健康福祉課
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、メタボシックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	保健指導実践ツール（集計ツール）	30.7	29.0	28.5	
	健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）		4.7	4.5	4.3	
	健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)		7.0	6.7	6.4	
	健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)		10.4	10.2	10.0	
	★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値）以上の者の割合の減少		1.7	1.5	1.4	
	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	各市町村	41.2	45.0	50.0	
	HbA1c6.5以上の者のうち、糖尿病レセプトがない者の減少	S26_026 集計対象者一覧(S26_001健診ツリー図より遷移)	13.9	12.0	10.6	KDB システム
	運動習慣のある者の割合の増加	S21_007 質問票調査の状況	48.6	49.2	50.0	
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	法定報告値（特定健診等データ管理システム）	55.8	58.0	60.0	法定報告値
	★特定保健指導実施率60%以上		54.4	58.0	60.0	
	★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数	13.6	14.6	15.6	

第3章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1. 第四期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高確法第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。 なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 52　特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	55.8%	58.0%	58.5%	59.0%	60.0%	60%以上
特定保健指導実施率	54.4%	58.0%	58.5%	59.0%	60.0%	60%以上

3. 対象者の見込み

図表 53　特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6 年度	R7 年度	R8 年度	R9 年度	R10 年度	R11 年度
特定健診	対象者数	2,683 人	2,418 人	2,205 人	2,011 人	1,842 人	1,703 人
	受診者数	1,497 人	1,402 人	1,290 人	1,186 人	1,105 人	1,022 人
特定保健指導	対象者数	142 人	133 人	123 人	113 人	105 人	97 人
	受診者数	77 人	77 人	72 人	66 人	63 人	58 人

4. 特定健診の実施

（1）実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。個別特定健診については県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

① 集団健診（有田町福祉保健センター）

② 個別健診（委託医療機関）

（2）特定健診委託基準

高確法第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、佐賀県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

（参照）URL：https://www.sagakokuho.or.jp

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定にかえます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 54 特定健診検査項目

〇有田町特定健診検査項目

健診項目		有田町	国
身体測定	身長	〇	〇
	体重	〇	〇
	BMI	〇	〇
	腹囲	〇	〇
血圧	収縮期血圧	〇	〇
	拡張期血圧	〇	〇
肝機能検査	AST(GOT)	〇	〇
	ALT(GPT)	〇	〇
	γ -GT(γ -GTP)	〇	〇
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDLコレステロール	〇	〇
	LDLコレステロール (NON-HDLコレステロール	〇	〇
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1C	●	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	〇	〇
	尿蛋白	〇	〇
	尿潜血	〇	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	〇	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	〇	□
	尿酸	〇	

〇･･･必須項目、□･･･医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●･･･いずれの項目の実施で可

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

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えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。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、かかりつ

け医の協力及び連携を行います。

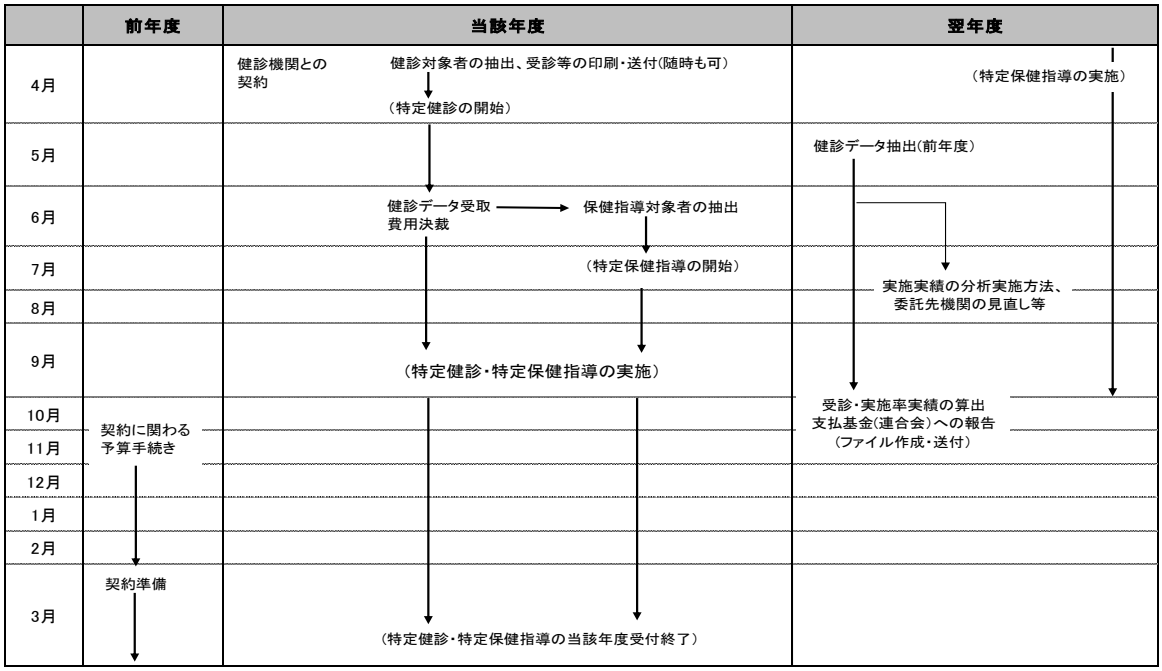
（7）代行機関

個別特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、佐賀県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

（8）健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 55　特定健診実施スケジュール



5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施の形態で行います。

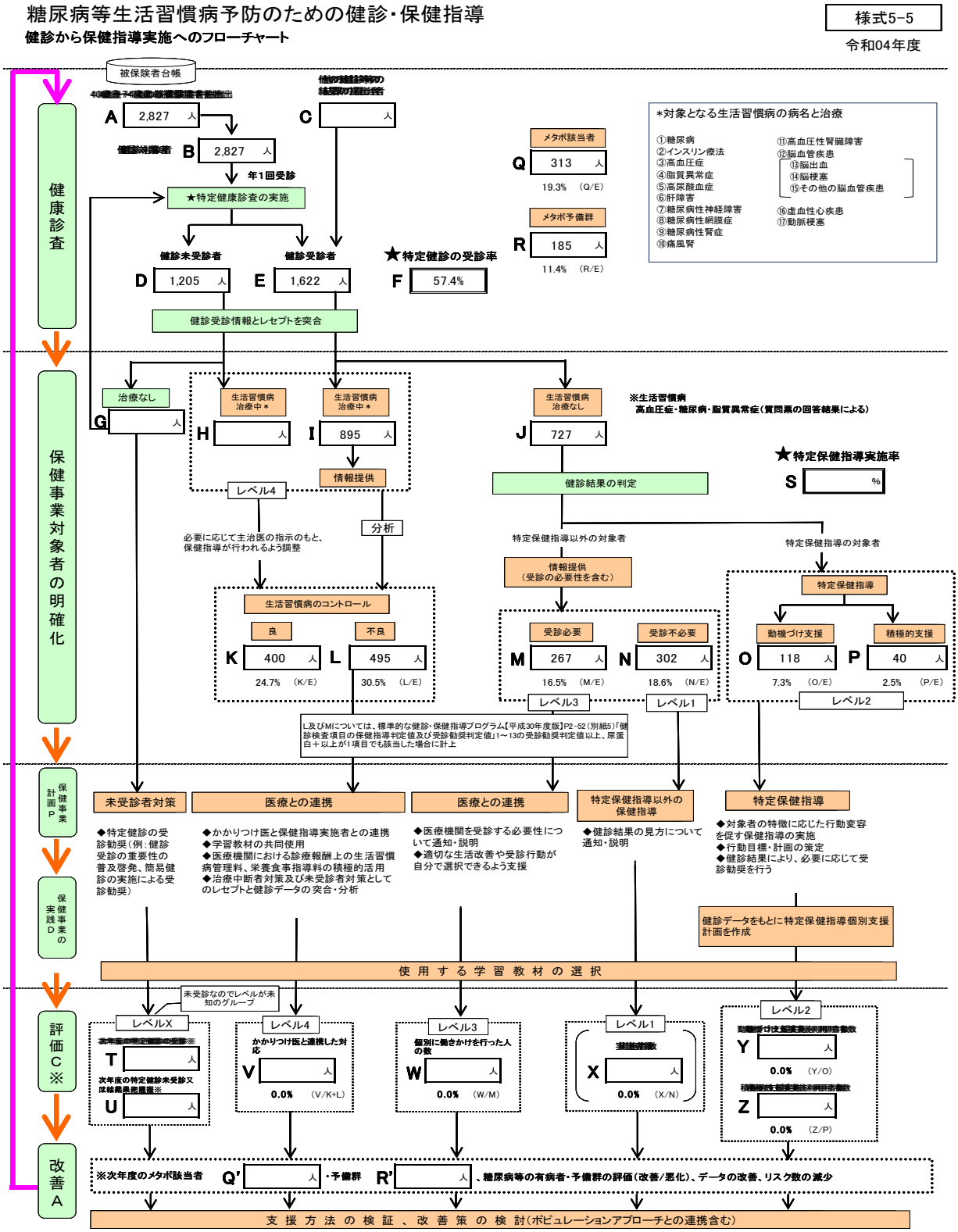
○第4期(2024年以降)における変更点　　特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

特定保健指導の見直し	（1）評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2)特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4)糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5)その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

（1）健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 56　健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）　R4 年度



出典：ヘルサポートラボツール

（2）要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 57　要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込（受診者の〇%）	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	158人 (9.7%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	267人 (16.5%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,205人 ※受診率目標達成までにあと〇〇人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	302人 (18.6%)	50%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆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 ◆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	895人 (55.2%)	55.3%

（3）生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 58　健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月			◎がん検診開始
6月	◎集団健診受診票送付及び予約受付 ◎集団特定健康診査実施		◎後期高齢者健診開始
7月	◎個別健診受診券送 ◎個別特定健診開始	◎対象者の抽出 ◎保健指導の開始	
8月			
9月			◎代行機関(国保連合会）を通じて費用決裁の開始 ◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

6. 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健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および有田町個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、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、委託先の契約状況を管理します。

（2）特定健診・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の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

７．結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

８．特定健康診査等実施計画の公表・周知

高確法第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、有田町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章　課題解決するための個別保健事業

Ⅰ．保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指し、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施いく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、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町民へ周知していきます。

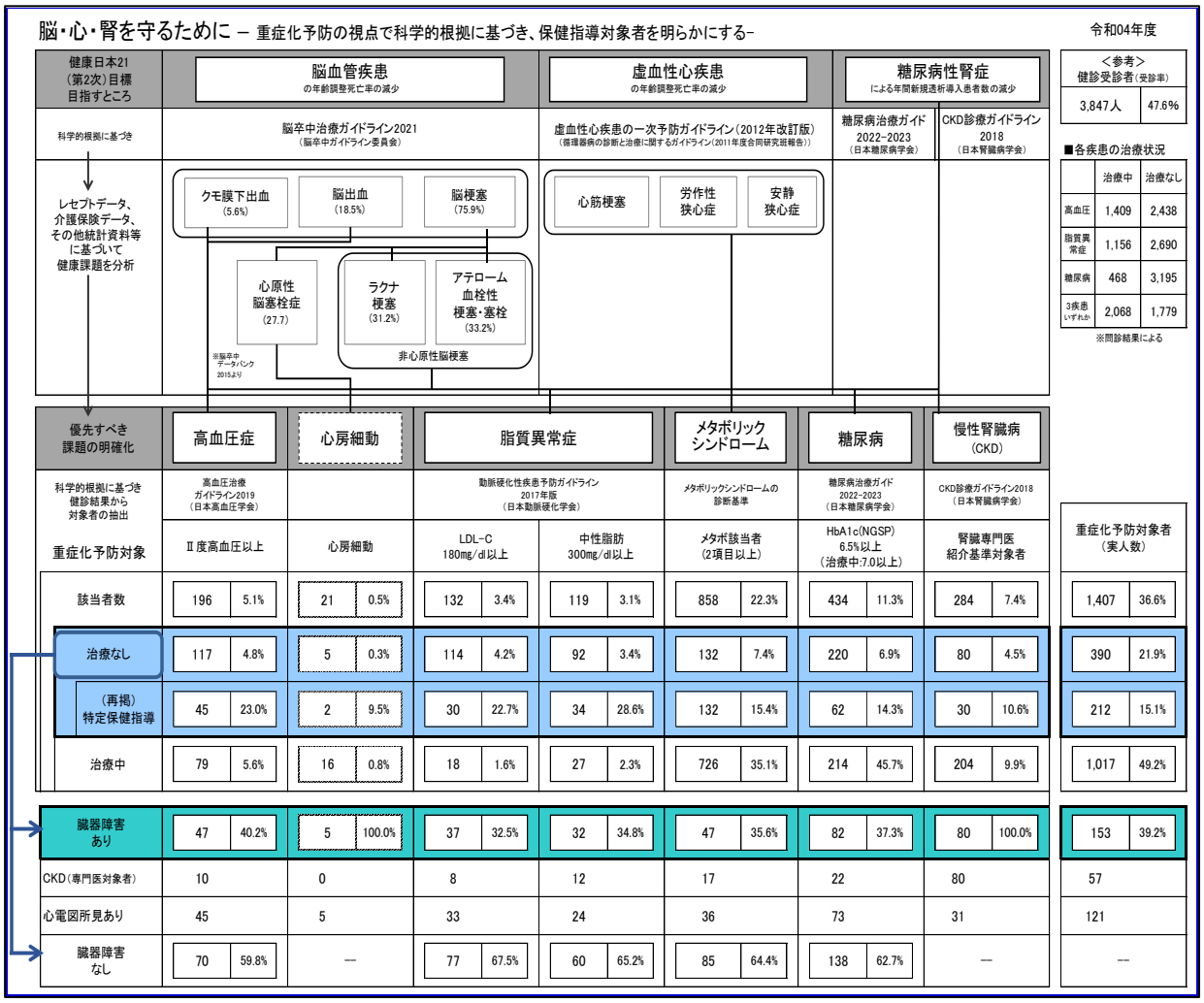
また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第 3 章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

Ⅱ. 重症化予防の取組

有田町の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、1,407 人(36.6%)です。そのうち治療なしが 390 人(21.9%)を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき対象者が 153 人です。

また、有田町においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、390 人中 212 人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 59　脳・心・腎を守るために



出典:ヘルサポートラボツール

1．糖尿病性腎症重症化予防

1） 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成 31 年 4 月 25 日改定　日本医師会　日本糖尿病推進会議　厚生労働省）及び有田町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

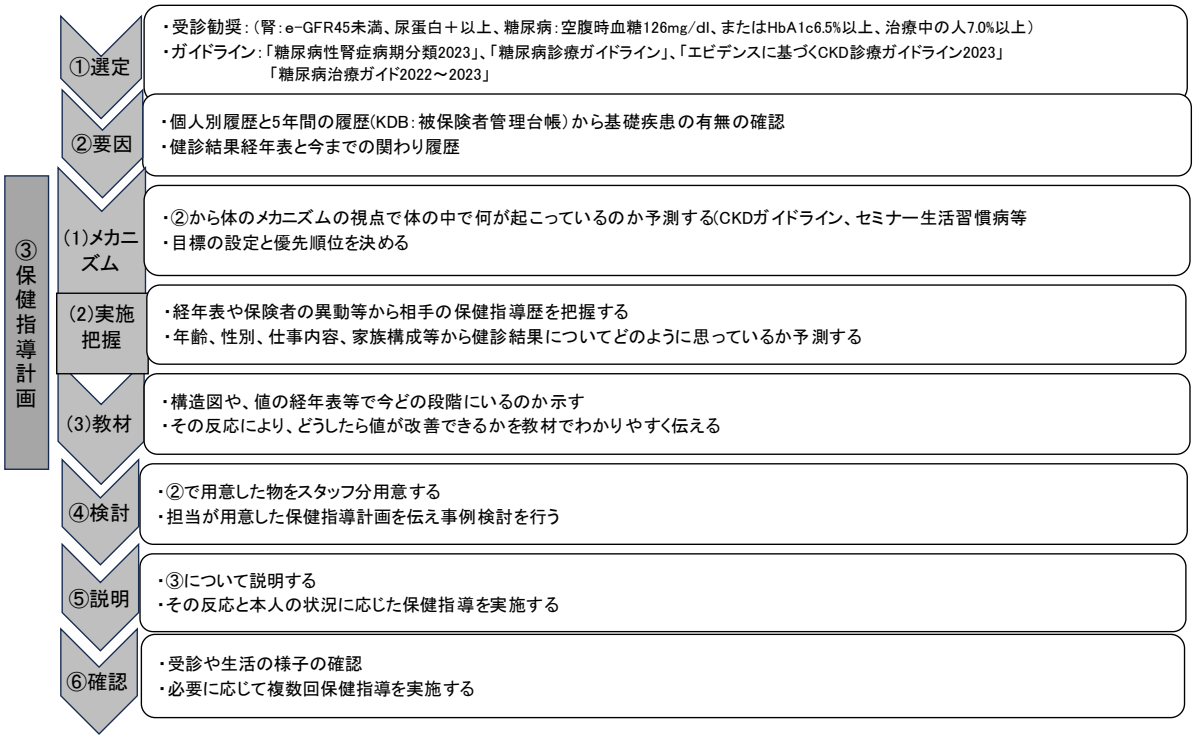
なお、取組にあたっては図表 60 に沿って実施します。

（1）健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

（2）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

（3）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 60　糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



2）対象者の明確化

（1）対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、有田町糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

① 医療機関未受診者

② 医療機関受診中断者

③ 糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2)選定基準に基づく該当者の把握

①対象者の抽出

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は、「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症病期分類改定ワーキンググループ)を基盤とします。

図表 61 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類 2023 注1

病 期	尿中アルブミン・クレアチニン比(UACR、mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(UPCR、g/g)	推算糸球体濾過量 注3 (eGFR、ml/分/1.73㎡)
正常アルブミン尿期(第1期) 注2	UACR30未満	30以上
微量アルブミン尿期(第2期) 注4	UACR30～299	30以上
顕性アルブミン尿期(第3期) 注5	UACR300以上あるいはUPCR0.5以上	30以上
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない	30未満
腎代替療法期(第5期)	透析療法中あるいは腎移植後	

注1: 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、慢性腎臓病(CKD)重症度分類も併記することが望ましい。

注2: 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。

注3: eGFR60mL/分/1.73㎡未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外のCKDが存在しうるため、他のCKDとの鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づくeGFRの低下を認めた場合、血清シスチンCに基づくeGFRを算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。

注4: 微量アルブミン尿を認めた患者では、糖尿病性腎症早期診断基準にしたがって鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。微量アルブミン尿は糖尿病性腎症の早期診断に必須のバイオマーカーであるのみならず、顕性アルブミン尿への移行及び大血管障害のリスクである。GFR60mL/分/1.73㎡以上であっても微量アルブミン尿の早期発見が重要である。

注5: 顕性アルブミン尿の患者では、eGFR60mL/分/1.73㎡未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

糖尿病性腎症病期分類 2023 では、尿中アルブミン・クレアチニン比（第 3 期では尿中蛋白・クレアチニン比） 及び推算糸球体濾過量(eGFR)で把握していきます。

有田町においては、特定健診にて血清クレアチンニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため、腎機能（ｅGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい状況です。しかし、ＣＫＤ診療ガイド 2012 では、尿アルブミン定量（mg/dl）に対する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（－)、微量アルブミン尿と尿蛋白（±)、顕性アルブミン尿（＋）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

③ 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い、医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 62)

有田町において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は、66 人(26.2%・Ｆ)でした。
また、40～74 歳における糖尿病治療者 841 人のうち、特定健診受診者が 186 人(73.8%・Ｇ)であった。糖尿病治療者で特定健診未受診者 655 人（77.9%・Ⅰ）については、治療中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってきます。

④ 介入方法と優先順位

図表 62 より有田町においての介入方法を以下のとおりとします。

優先順位１

【受診勧奨】

・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（Ｆ）・・・66 人

優先順位２

【保健指導】

・糖尿病で治療する患者のうち重症化するリスクの高い者（Ｊ）・・・81 人
　治療中断しない（継続受診）のための保健指導

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位３

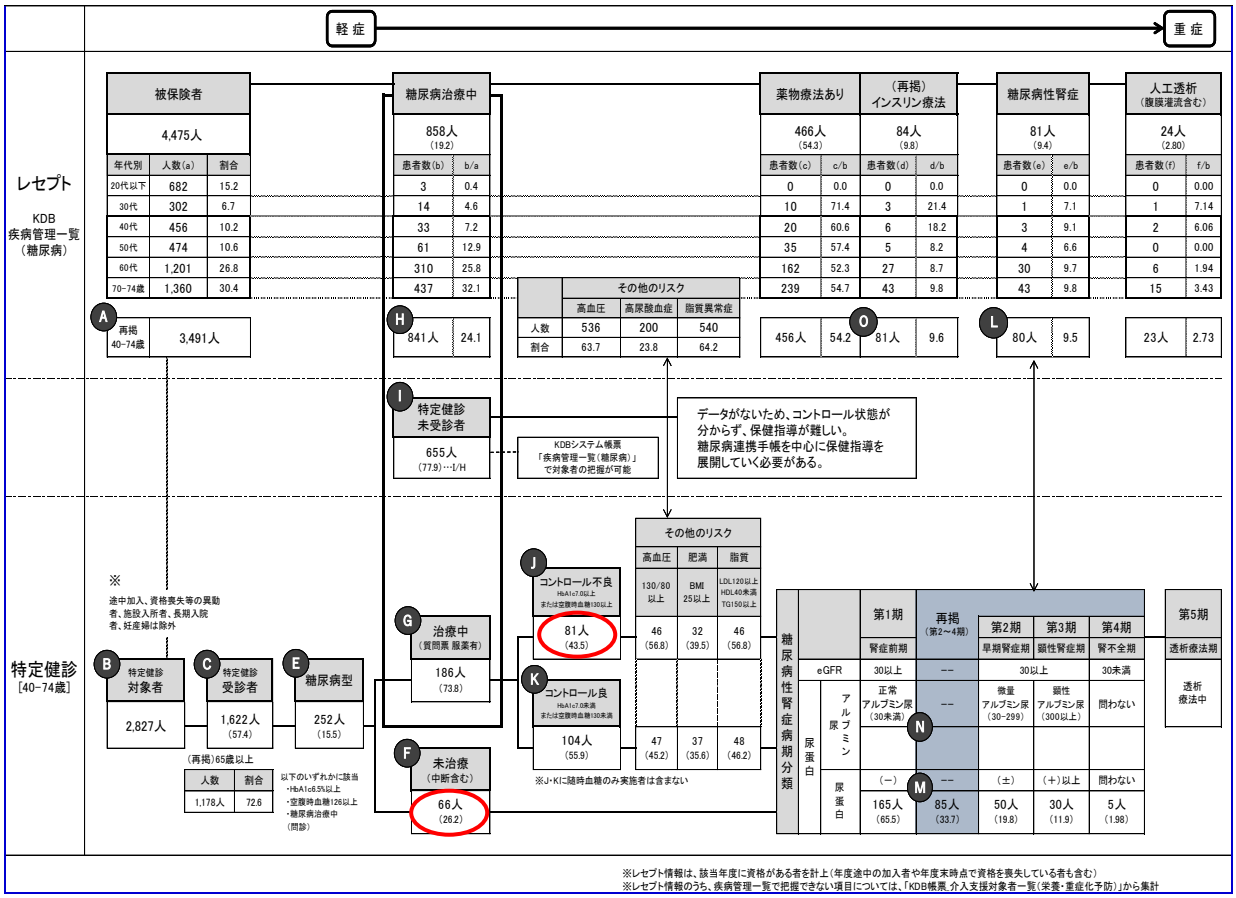
【保健指導】

・Ｉの中から、過去に特定健診歴のある糖尿病治療者を把握→管理台帳

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

図表 62　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：ヘルスサポートラボツール

3） 保健指導の実施

（1） 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、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。有田町においては、特定健診受診者を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考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていきます。

図表 63 糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける（保健指導教材）

糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断力をつける

もくじ

1 健診結果から食の解決に意識が向かうための支援

1－1 健診経年結果一覧
1－2 糖尿病タイプ
1－3 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か
1－4 ヘモグロビンA1cは…
1－5 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか
1－6 糖に関する健診結果に変化はありませんか？
1－7 75グラム糖負荷検査結果
1－8 私はどのパターン？
1－9 健診データで、体の中で何が起きているか見てみましょう
1－10 Zさん(男性)から教えていただきました
1－11 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか？
1－12 糖尿病による網膜症
1－13 眼(網膜症)
1－14 高血糖と肥満は　腎臓をどのように傷めるのでしょうか
1－15 64歳以下　HbA1cとeGFRの経年変化
1－16 64歳以上　HbA1cとeGFRの経年変化
1－17 　さんの腎臓の機能の結果をみていきます
1－18 腎臓の働きが落ちてきたが　動いて大丈夫なのか!！！
1－19 糖尿病性神経障害の症状とすすみ方
1－20 認知症予防には、糖尿病予防が大切です
1－21 糖尿病治療の進め方
1－22 高齢者糖尿病において合併症予防のための目標は成人と同じく7.0未満です
1－23 HbA1cは、なんで7%以下が目標か
1－24 64歳以下　HbA1cと体重の推移
1－25 64歳以上　HbA1cと体重の推移
1－26 HbA1cが阿なる要因はタイプによって違います
1－27 健診データの推移と生活・食の変化
1－28 食べ方を変えて良くなった人の事例

2 高血糖を解決するための食

1 健診結果と日常食べている食品
2 生活は住民の方しかわかりません 伺うことから始まります
3 今、増えてきた食品等の新しい資料を作りました
4 制限される内容ばかりなので食べてほしいものを入れ込みました
5 自分の食べている食品をみてみます
6 糖尿病性腎症食事療法

3 薬物療法

3－1 住民の方々に「薬は1回飲んだらやめられないと聞くけど？」と質問されます
3－2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか
3－3 薬は「インスリンの仕事ができるように」考えられています
3－4 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています
3－5 その薬はもしかして「α グリコシダーゼ阻害薬」ですか
3－6 イメグリミンってどんな薬？
3－7 もしかしてそれは「GLP-1受容体作動薬」
3－8 ビグアナイド薬とは
3－9 チアゾリジン薬とは？
3－10 薬のみに頼ったら、体の中で何がおこるのでしょう

4 参考資料

4－1 糖尿病治療ガイド2022食事療法の整理と各学会のガイドラインの整理
4－2 日本人の食事摂取基準(2020年版)
4－3 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法
4－4 ライフステージごとの食品の目安量
4－5 さかえ2022年10月号「食後血糖への対策」を素直に読んでメモする
4－6 安全な血糖管理達成のための糖尿病治療薬の血糖降下作用・低血糖リスク・禁忌・服薬継続率・コストのまとめ
4－7 都道府県別自家用乗用車数と歩数(男性・女性)

（2） 二次健診等を活用した重症化予防対策

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（±）へは、二次健診等で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

4） 医療との連携

（1） 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

（2） 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては佐賀県のプログラムに準じて行っていきます。

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

6） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画の評価と合わせ年 1 回は見直し点検を行います。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 64 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行っていきます。

短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア．受診勧奨対象者への介入率

イ．医療機関受診率

ウ．医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア．保健指導実施率

イ．糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

〇HbA1ｃの変化

〇eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で５ml/1.73 ㎡以上低下）
〇尿蛋白の変化
〇服薬状況の変化

図表 64 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目						突合表	有田町										同規模保険者（平均）	
							H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度	
							実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
1	①	被保険者数				A	4,689人		4,466人		4,325人		4,236人		4,137人			
	②		（再掲）40-74歳				3,684人		3,517人		3,443人		3,420人		3,340人			
2	①	特定健診	対象者数			B	3,205人		3,088人		3,093人		2,984人		2,827人			
	②		受診者数			C	1,963人		1,864人		1,725人		1,664人		1,640人			
	③		受診率				61.2%		60.4%		55.8%		55.8%		58.0%			
3	①	特定保健指導	対象者数				176人		191人		158人		131人		149人			
	②		実施率				70.5%		63.4%		46.2%		56.5%		54.4%			
4	①	健診データ	糖尿病型			E	291人	14.8%	273人	14.6%	273人	15.8%	234人	14.1%	254人	15.5%		
	②			未治療・中断者（質問票 服薬なし）		F	74人	25.4%	83人	30.4%	80人	29.3%	62人	26.5%	66人	26.0%		
	③			治療中（質問票 服薬あり）		G	217人	74.6%	190人	69.6%	193人	70.7%	172人	73.5%	188人	74.0%		
	④				コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		102人	47.0%	103人	54.2%	90人	46.6%	76人	44.2%	82人	43.6%		
	⑤					血圧 130/80以上	56人	54.9%	66人	64.1%	47人	52.2%	40人	52.6%	47人	57.3%		
	⑥					肥満 BMI25以上	37人	36.3%	38人	36.9%	30人	33.3%	25人	32.9%	33人	40.2%		
	⑦				コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		115人	53.0%	87人	45.8%	103人	53.4%	96人	55.8%	106人	56.4%		
	⑧			第1期	尿蛋白（－）		207人	71.1%	210人	76.9%	207人	75.8%	192人	82.1%	165人	65.0%		
	⑨			第2期	尿蛋白（±）		18人	6.2%	37人	13.6%	45人	16.5%	29人	12.4%	50人	19.7%		
	⑩			第3期	尿蛋白（＋）以上		39人	13.4%	22人	8.1%	17人	6.2%	10人	4.3%	31人	12.2%		
	⑪			第4期	eGFR30未満		5人	1.7%	3人	1.1%	4人	1.5%	2人	0.9%	6人	2.4%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保険者千対）				117.9人		116.9人		115.6人		130.5人		133.9人			
	②		（再掲）40-74歳（被保険者千対）				149.0人		148.1人		143.8人		159.4人		164.7人			
	③		レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保険者千対	入院外（件数）			3,437件	(979.5)	3,266件	(958.1)	3,310件	(977.0)	3,355件	(1013.6)	3,233件	(1029.6)	319,390件	(944.1)
	④			入院（件数）			24件	(6.8)	11件	(3.2)	31件	(9.1)	22件	(6.6)	21件	(6.7)	1,366件	(4.0)
	⑤		糖尿病治療中			H	553人	11.8%	522人	11.7%	500人	11.6%	553人	13.1%	554人	13.4%		
	⑥		（再掲）40-74歳				549人	14.9%	521人	14.8%	495人	14.4%	545人	15.9%	550人	16.5%		
	⑦			健診未受診者		I	332人	60.5%	304人	58.3%	302人	61.0%	373人	68.4%	362人	65.8%		
	⑧		インスリン治療			O	61人	11.0%	58人	11.1%	64人	12.8%	60人	10.8%	54人	9.7%		
	⑨		（再掲）40-74歳				60人	10.9%	57人	10.9%	63人	12.7%	59人	10.8%	53人	9.6%		
	⑩		糖尿病性腎症			L	55人	9.9%	50人	9.6%	49人	9.8%	48人	8.7%	48人	8.7%		
	⑪		（再掲）40-74歳				55人	10.0%	50人	9.6%	48人	9.7%	47人	8.6%	48人	8.7%		
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）				12人	2.2%	15人	2.9%	14人	2.8%	16人	2.9%	20人	3.6%		
	⑬		（再掲）40-74歳				12人	2.2%	15人	2.9%	14人	2.8%	16人	2.9%	20人	3.6%		
	⑭		新規透析患者数				4	0.7%	1	0.2%	2	0.4%	5	0.9%	3	0.5%		
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症				2	0.4%	0	0%	0	0%	4	0.7%	2	0.4%		
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）				14人	1.6%	17人	1.9%	18人	2.0%	14人	1.6%	14人	1.5%		
6	①	医療費	総医療費				17億3153万円		18億1510万円		17億5167万円		18億0493万円		18億7749万円		14億4496万円	
	②			生活習慣病総医療費			9億6865万円		10億3669万円		10億4584万円		10億8805万円		10億9148万円		7億7425万円	
	③			（総医療費に占める割合）			55.9%		57.1%		59.7%		60.3%		58.1%		53.6%	
	④			生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		12,236円		14,571円		13,587円		12,036円		12,467円		7,560円	
	⑤				健診未受診者		24,277円		27,302円		28,673円		28,053円		29,127円		37,805円	
	⑥		糖尿病医療費				9179万円		8454万円		9718万円		9443万円		8811万円		8603万円	
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）				9.5%		8.2%		9.3%		8.7%		8.1%		11.1%	
	⑧		糖尿病入院外総医療費				2億9372万円		2億8100万円		2億8035万円		3億1207万円		3億1108万円			
	⑨			1件あたり			39,531円		39,110円		38,096円		40,549円		41,716円			
	⑩		糖尿病入院総医療費				1億4114万円		1億7612万円		1億4714万円		1億7878万円		2億1066万円			
	⑪			1件あたり			526,644円		601,092円		577,022円		584,263円		596,774円			
	⑫			在院日数			16日		16日		17日		16日		18日			
	⑬		慢性腎不全医療費				1億3824万円		1億6161万円		1億3878万円		1億6739万円		1億6211万円		6202万円	
	⑭			透析有り			1億2960万円		1億5430万円		1億3613万円		1億6269万円		1億5819万円		5785万円	
	⑮			透析なし			863万円		731万円		265万円		470万円		392万円		418万円	
7	①	介護	介護給付費				16億3203万円		16億1969万円		16億5939万円		16億9810万円		17億1333万円		17億4718万円	
	②			（2号認定者）糖尿病合併症			3件	21.4%	3件	23.1%	3件	30.0%	3件	33.3%	3件	30.0%		
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）				2人	0.7%	3人	1.1%	1人	0.4%	6人	2.1%	4人	1.5%	564人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

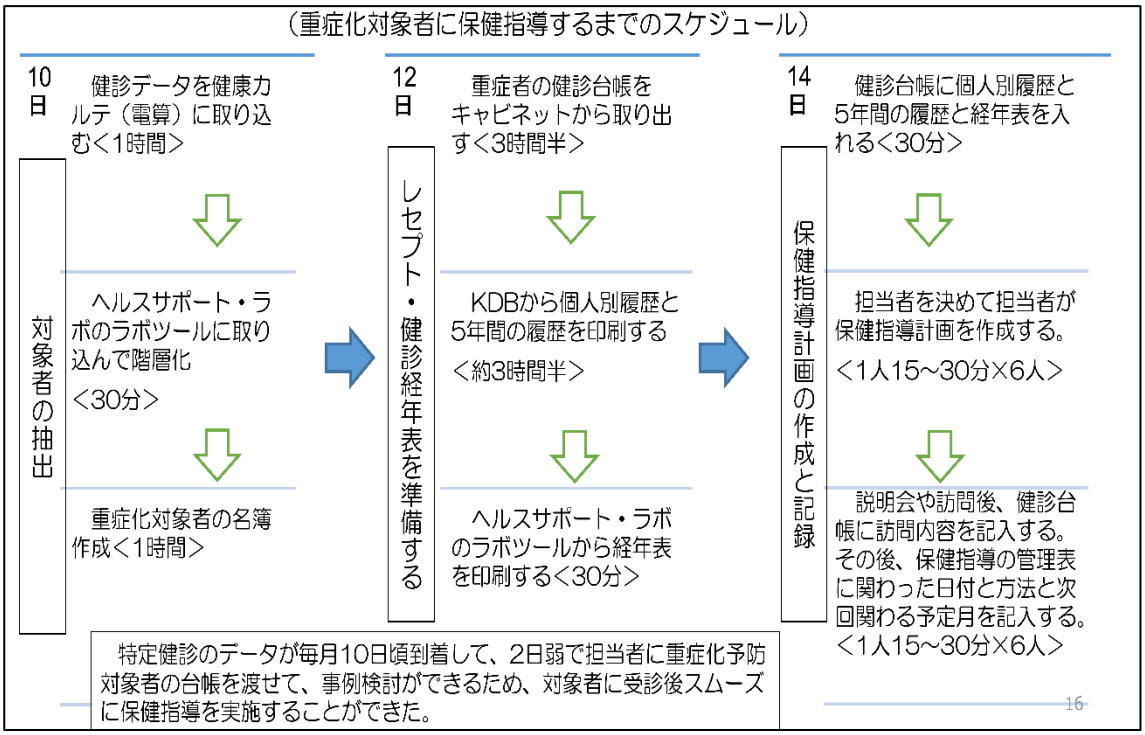
7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

図表 65　重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

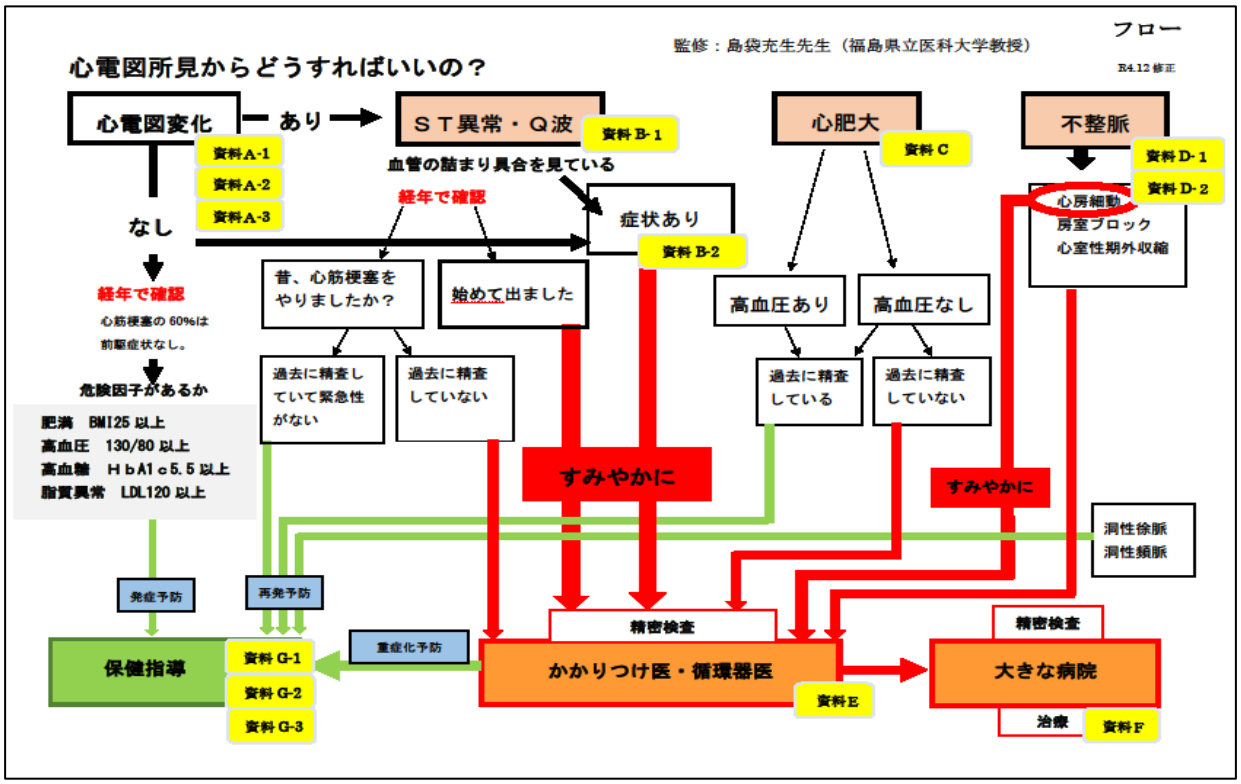
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、図表 66 に基づいて考えます。

図表 66 心電図所見からのフロー図 （保健指導教材）



（2） 重症化予防対象者の抽出

①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の 1 つであり、「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから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、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

有田町においては、心電図検査実を 1,088 人（67.1%）に実施し、そのうち有所見者が 574 人（52.8%）でした。所見の中でも心肥大の所見の 1 つである軸偏位が 112 人(19.5%)で、所見率が一番高いことがわかります。また、不整脈の所見である脚ブロックや期外収縮も 10%を超えています(図表 67)
有所見者のうち要精査が 62 人(10.8%)で、その後の受診状況をみると 32 人（51.6%）は未受診でした。（図表 68）。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じた受診勧奨を行う必要があります。

図表 67　心電図検査結果（R4 年度）

性別・年齢＼所見		心電図検査				所見内訳															
						ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈							
		実施者数 A	実施率	有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
						人数C	割合C/B	人数D	割合D/B	人数E	割合E/B	人数F	割合F/B	人数G	割合G/B	人数H	割合H/B	人数I	割合I/B	人数J	割合J/B
40~74歳		1,088	67.1%	574	52.8%	1	0.2%	36	6.3%	21	3.7%	112	19.5%	4	0.7%	91	15.9%	10	1.7%	59	10.3%
内訳	男性	472	64.9%	268	56.8%	0	0%	11	4.1%	12	4.5%	56	20.9%	3	1.1%	57	21.3%	8	3.0%	26	9.7%
内訳	女性	617	67.7%	306	49.6%	1	0.3%	25	8.2%	9	2.9%	56	18.3%	1	0.3%	34	11.1%	2	0.7%	33	10.8%

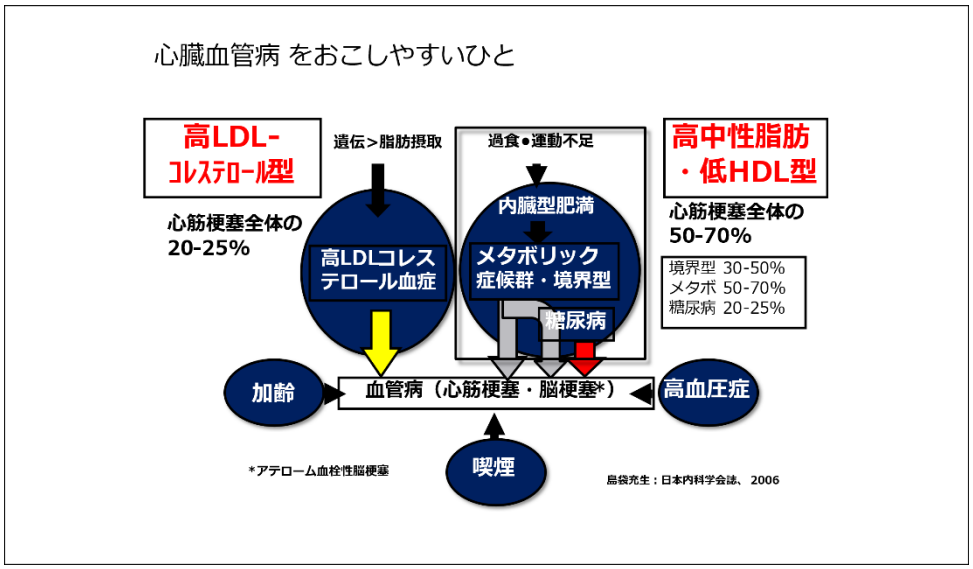
図表 68　心電図有所見者の医療機関受診状況（R4 年度）

	有所見者（a）		要精査（b）		医療機関受診あり（c）		受診なし（d）	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全体	574		62	10.8%	30	48.4%	32	51.6%
男性	268	56.8%	31	11.6%	15	48.4%	16	51.6%
女性	306	49.6%	31	10.1%	15	48.4%	16	51.6%

② 心電図以外からの把握

心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、隠れ狭心症を想定して（心筋梗塞の 60%は前駆症状ないため）積極的に保健指導を行う必要があります。また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。（図表 69、70、71）

図表 69　心血管病をおこしやすいひと



A：メタボリックシンドロームタイプ（図表 70、71）

図表 70　年代別メタボリックシンドローム該当者の状況（R4 年度）

			男性					女性				
			総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳
健診受診者		A	717	70	69	235	343	905	59	83	325	438
メタボ該当者		B	203	6	21	70	106	110	2	7	39	62
		B/A	28.3%	8.6%	30.4%	29.8%	30.9%	12.2%	3.4%	8.4%	12.0%	14.2%
再掲	①3項目全て	C	77	3	5	25	44	30	0	2	9	19
		C/B	37.9%	50.0%	23.8%	35.7%	41.5%	27.3%	0.0%	28.6%	23.1%	30.6%
	②血糖＋血圧	D	26	0	0	10	16	13	0	1	6	6
		D/B	12.8%	0.0%	0.0%	14.3%	15.1%	11.8%	0.0%	14.3%	15.4%	9.7%
	③血圧＋脂質	E	89	3	14	31	41	62	2	3	21	36
		E/B	43.8%	50.0%	66.7%	44.3%	38.7%	56.4%	100.0%	42.9%	53.8%	58.1%
	④血糖＋脂質	F	11	0	2	4	5	5	0	1	3	1
		F/B	5.4%	0.0%	9.5%	5.7%	4.7%	4.5%	0.0%	14.3%	7.7%	1.6%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 71　メタボリックシンドローム該当者の治療状況（R4 年度）

	男性							女性					
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無		
				あり		なし					あり		なし
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	717	203	28.3%	173	85.2%	30	14.8%	905	110	12.2%	96	87.3%	14	12.7%
40代	70	6	8.6%	3	50.0%	3	50.0%	59	2	3.4%	0	0.0%	2	100.0%
50代	69	21	30.4%	14	66.7%	7	33.3%	83	7	8.4%	3	42.9%	4	57.1%
60代	235	70	29.8%	60	85.7%	10	14.3%	325	39	12.0%	35	89.7%	4	10.3%
70～74歳	343	106	30.9%	96	90.6%	10	9.4%	438	62	14.2%	58	93.5%	4	6.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

B：LDL コレステロールタイプ（図表72）

図表 72　冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

特定健診受診結果より（脂質異常治療者（問診結果より服薬あり）を除く）

（参考）
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

管理区分及びLDL管理目標（ ）内はNon-HDL			572	健診結果（LDL-C） 120-139	140-159	160-179	180以上	（再掲）LDL160以上の年代別 40代	50代	60代	70～74歳
				281	193	66	32	12	11	39	36
				49.1%	33.7%	11.5%	5.6%	12.2%	11.2%	39.8%	36.7%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満（190未満）	70	40	18	6	6	4	8	0	0
			12.2%	14.2%	9.3%	9.1%	18.8%	33.3%	72.7%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満（170未満）	213	100	79	25	9	1	1	21	11
			37.2%	35.6%	40.9%	37.9%	28.1%	8.3%	9.1%	53.8%	30.6%
	高リスク	120未満（150未満）	257	119	89	32	17	7	2	16	24
			44.9%	42.3%	46.1%	48.5%	53.1%	58.3%	18.2%	41.0%	66.7%
		再掲 100未満（130未満）※1	20	13	6	0	1	0	0	1	0
			3.5%	4.6%	3.1%	0.0%	3.1%	0.0%	0.0%	2.6%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患または アテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満（130未満）	32	22	7	3	0	0	0	2	1
			5.6%	7.8%	3.6%	4.5%	0.0%	0.0%	0.0%	5.1%	2.8%

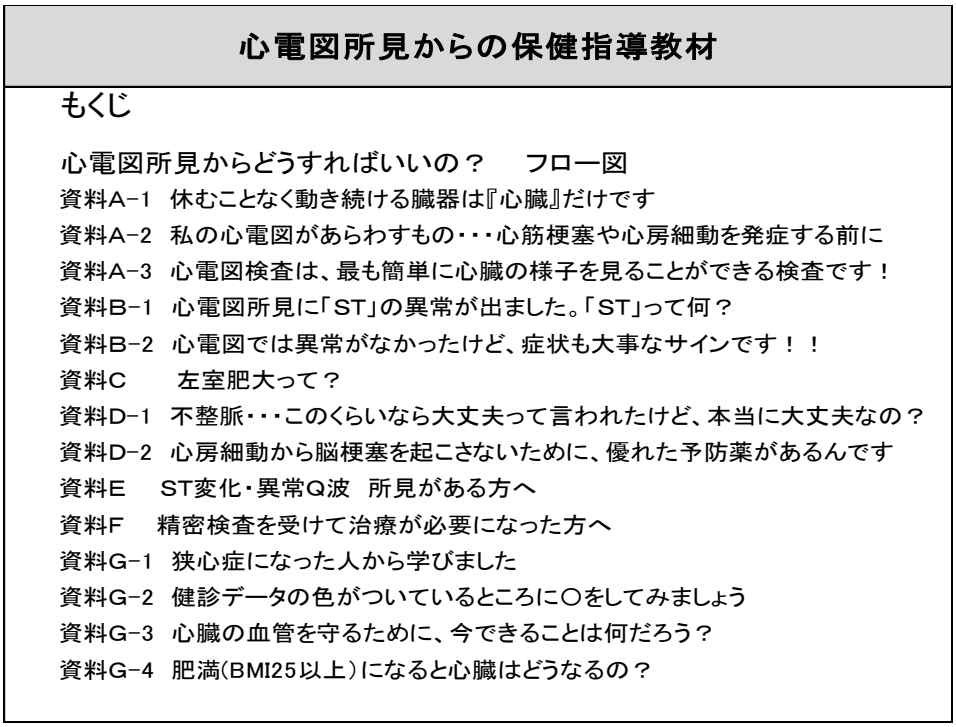
※1　糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮
※2　問診で脳卒中（脳出血、脳梗塞等）または心臓病（狭心症、心筋梗塞等）の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。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います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

図表 73 心電図所見からの保健指導教材



心電図所見からの保健指導教材

もくじ

心電図所見からどうすればいいの？　フロー図
資料A−1 休むことなく動き続ける臓器は『心臓』だけです
資料A−2 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞や心房細動を発症する前に
資料A−3 心電図検査は、最も簡単に心臓の様子を見ることができる検査です！
資料B−1 心電図所見に「ST」の異常が出ました。「ST」って何？
資料B−2 心電図では異常がなかったけど、症状も大事なサインです！！
資料C　左室肥大って？
資料D−1 不整脈・・・このくらいなら大丈夫って言われたけど、本当に大丈夫なの？
資料D−2 心房細動から脳梗塞を起こさないために、優れた予防薬があるんです
資料E　ST変化・異常Q波 所見がある方へ
資料F　精密検査を受けて治療が必要になった方へ
資料G−1 狭心症になった人から学びました
資料G−2 健診データの色がついているところに○をしてみましょう
資料G−3 心臓の血管を守るために、今できることは何だろう？
資料G−4 肥満(BMI25以上)になると心臓はどうなるの？

出典：ヘルスサポートラボツール

（2） 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診として検討していく必要があります。

なお、「冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 年改訂版」及び「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚（IMT）)、冠動脈CT（冠動脈石灰化）
②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比（ABI）、脈波伝搬速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、血管内皮機能（FMD）

（3） 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診及び治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、台帳を作成し経過を把握します。

4） 医療との連携

虚血性心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者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

6） 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては、他の糖尿病性腎症や脳血管疾患死亡率等の評価と合わせて行っていきます。

7） 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

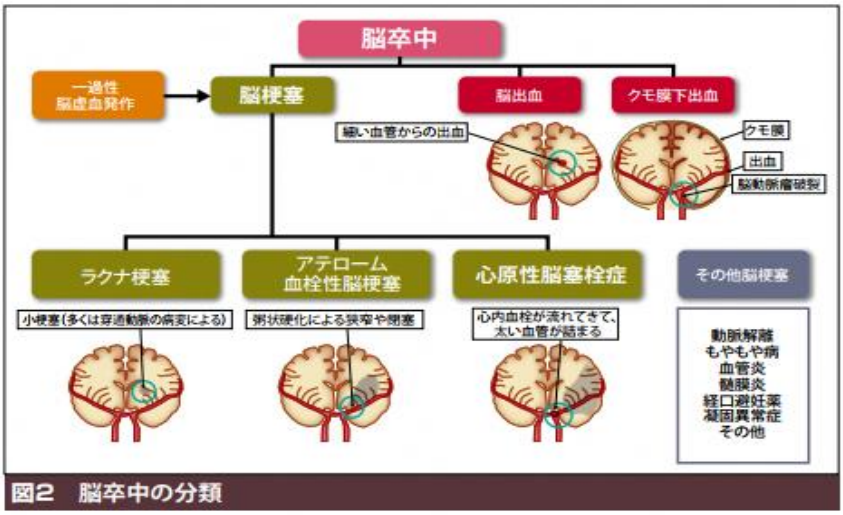
3.脳血管疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

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、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。（図表 74,75）

図表 74　脳卒中の分類

【脳卒中の分類】



（脳卒中予防の提言より引用）

図表 75　脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子（○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） 対象者の明確化

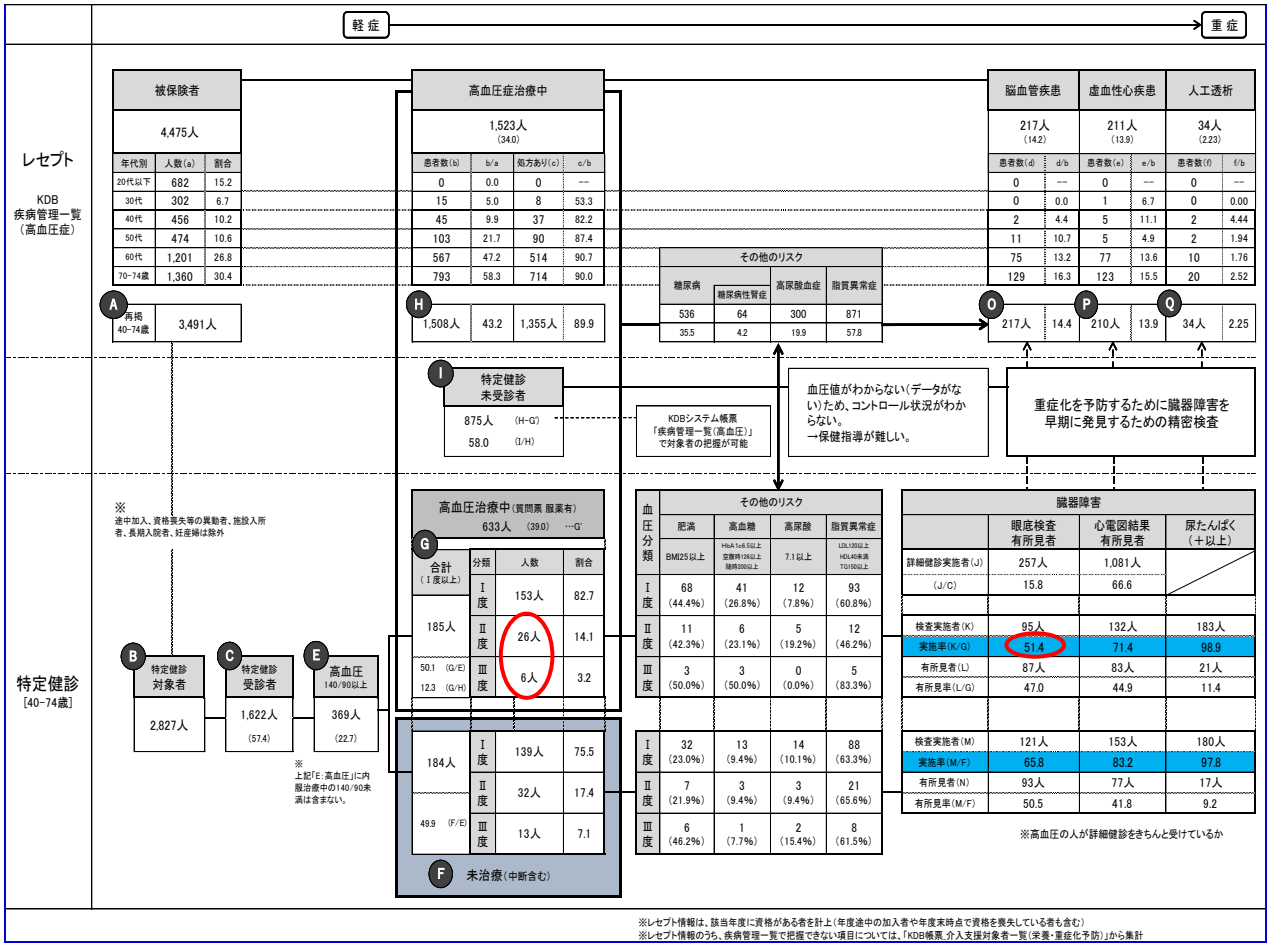
（1） 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 76 でみると、高血圧治療者 1,508 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 217 人(14.4%・O)でした。健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 77 人（4.7%）であり、そのうち 45 人(58.4%)は未治療者です。医療機関未受診者の中には

メタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 32 人(2%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査(詳細検査)は、わずか 257 人(15.8%)しか実施していない状況です。眼底検査(詳細検査)の条件は、Ⅰ度高血圧以上の場合となっていることから、369 人(22.7%・E)は、眼底検査を実施する必要がありますが、実際は重症化予防の検査がされていません。第 3 期計画期間中に、眼底検査(詳細検査)の必要な方への実施について、関係機関と実態を共有し働きかけをしていく必要があります。

図表 76 高血圧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:ヘルスサポートラボツール

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。

図表 77　血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

令和04年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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）

（参考）高血圧治療ガイドライン2019　日本高血圧学会
p49　表3-1　脳心血管病に対する予後影響因子
p50　表3-2　診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
p51　図3-1　初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

リスク層（血圧以外のリスク因子）		高値血圧 130～139/80～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
	441	257	139	32	13
		58.3%	31.5%	7.3%	2.9%
リスク第1層 予後影響因子がない	26	C 17	B 8	B 1	A 0
	5.9%	6.6%	5.8%	3.1%	0.0%
リスク第2層 高齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	235	C 147	B 71	A 11	A 6
	53.3%	57.2%	51.1%	34.4%	46.2%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	180	B 93	A 60	A 20	A 7
	40.8%	36.2%	43.2%	62.5%	53.8%

…高リスク
…中等リスク
…低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	104
		23.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	173
		39.2%
C	概ね3ヵ月後に再評価	164
		37.2%

※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。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 77 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたるAについては、早急な受診勧奨が必要になってきます。

（3）心電図検査における心房細動の実態

図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 78 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況をみています。

図表 78　心房細動有所見状況（R4 年度）

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査（※1）	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	717	905	467	65.1%	614	67.8%	8	1.7%	1	0.2%	－－	－－
40代	70	59	11	15.7%	9	15.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	69	83	21	30.4%	15	18.1%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	235	325	172	73.2%	264	81.2%	3	1.7%	1	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	343	438	263	76.7%	326	74.4%	5	1.9%	0	0.0%	3.4%	1.1%

出典：ヘルスサポートラボツール

※1　日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有病率
　　日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

図表 79　心房細動有所見者の治療状況（R4 年度）

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
10	3	30.0	7	70.0

有田町調べ

心電図検査において 10 人に心房細動の所見がありました。有所見率をみるとわずかですが、年齢が高くなるにつれ増加しています。また、心電図有所見者 10 人のうち 7 人は既に治療が開始されていましたが 3 人はまだ治療につながっていません。

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り、そのような対象者を早期発見･早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。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います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

（2） 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次健診を検討していく必要があります。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」においては、一次予防における動脈硬化の評価法

は非侵襲的評価法が中心であると記載されており、下記の検査方法が用いられています。

①形態学的検査法・・・頸動脈エコー検査(頸動脈内膜中膜厚(IMT))、冠動脈CT(冠動脈石灰化)

②血管機能検査法・・・足関節上腕血圧比(ABI)、脈波伝搬速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、血管内皮機能(FMD)

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、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っていきます。

② 心房細動者の管理

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台帳を作成し経過を把握していきます。

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者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。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ていきます。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては，短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・心疾患等と合わせて行っていきます。

7) 実施期間及びスケジュール

4 月　対象者の選定基準の決定

5 月　対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ.　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1）基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

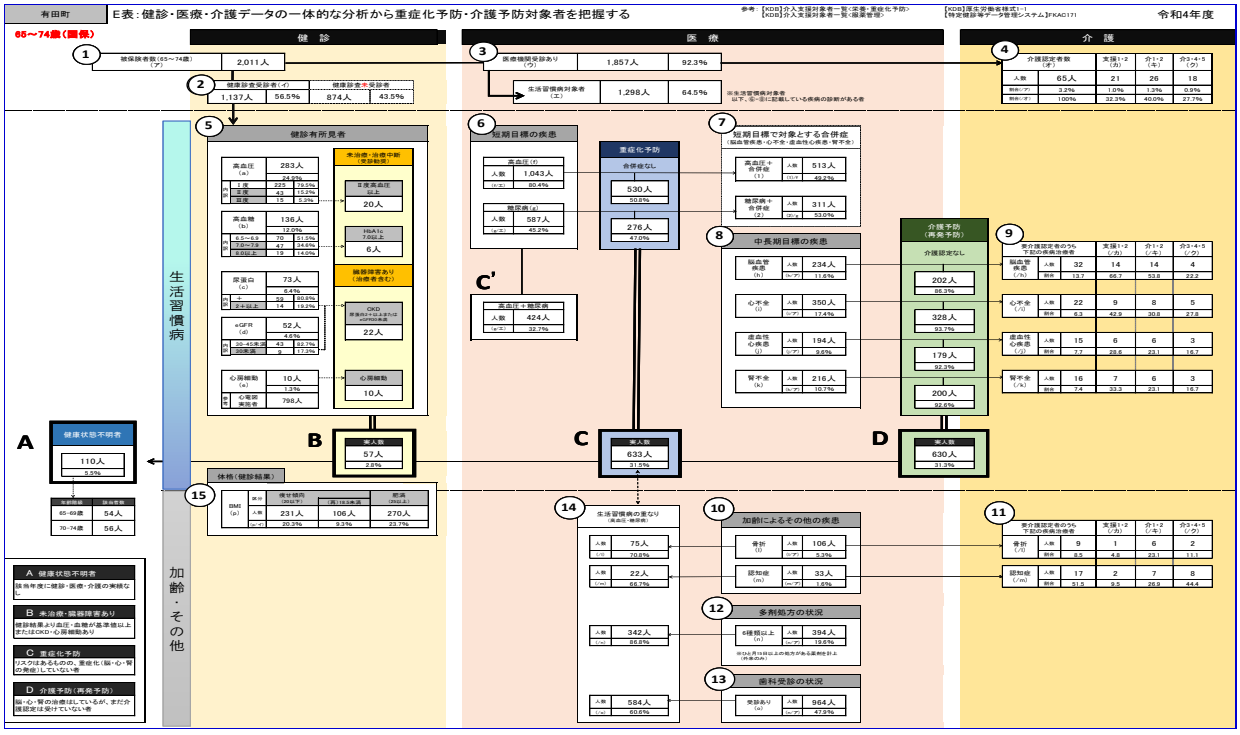
2）事業の実施

有田町は、R2 年度より佐賀県後期高齢者広域連合から、本町が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。R6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。
具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置
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。

② 企画・調整等を担当する保健師が地域を担当する保健師の業務を兼務し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 80　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

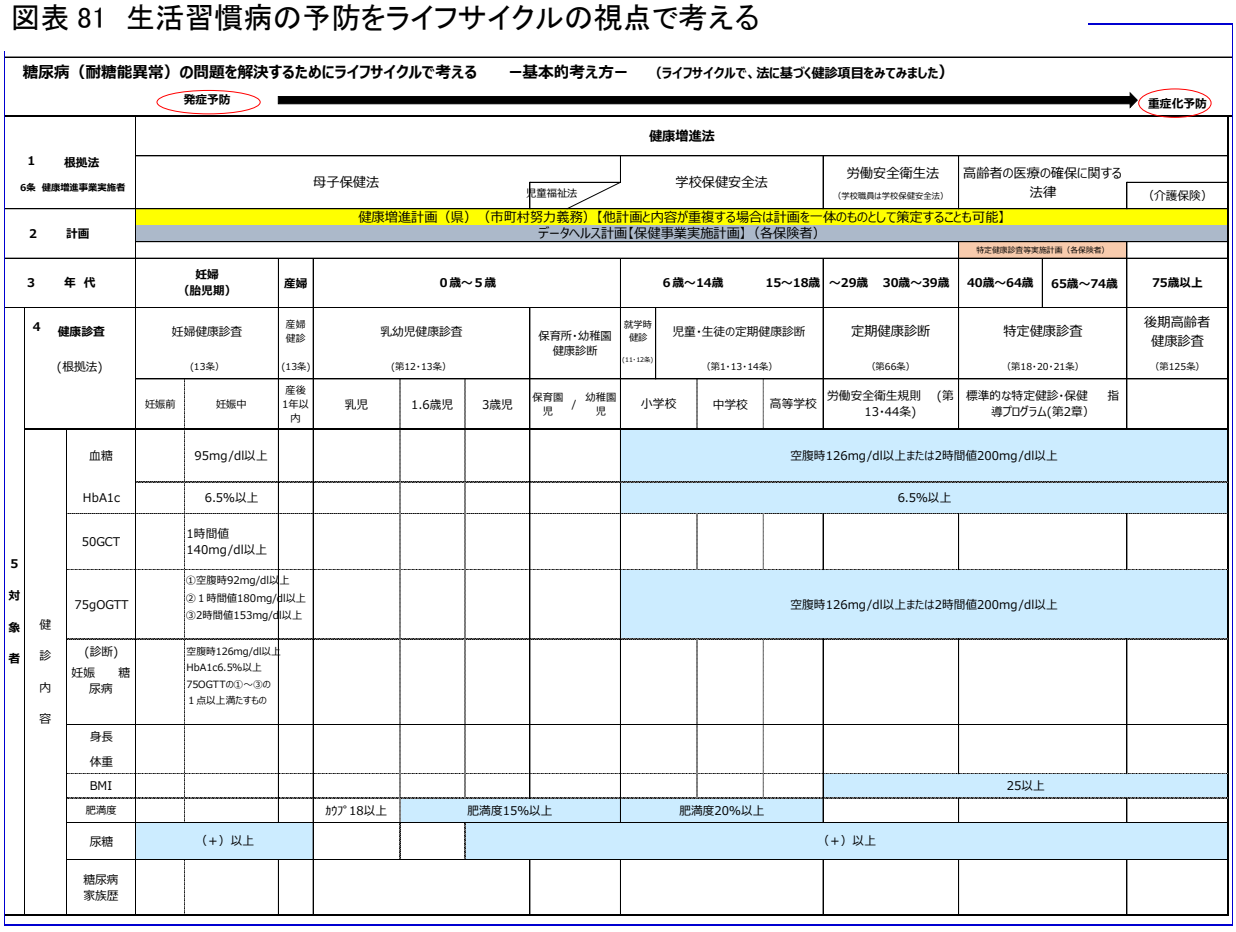


Ⅳ.　発症予防

生活習慣病は成人の死亡と深く関わることから、その予防は重要な健康課題といえます。生活習慣の確立が小児期に端を発することを考えれば、小児における生活習慣病対策、特に肥満の予防の重要性は容易に想起されます。小児の肥満は、子どもたちの健康と深く関わるのみならず、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の予防の視点からも注目されています。

有田町においては、健康増進法のもと妊産婦及び乳幼児期、成人のデータを保有しており、またデータヘルス計画の対象者は、被保険者全員であることから、データをライフサイクルの視点で見ていくことが必要です。

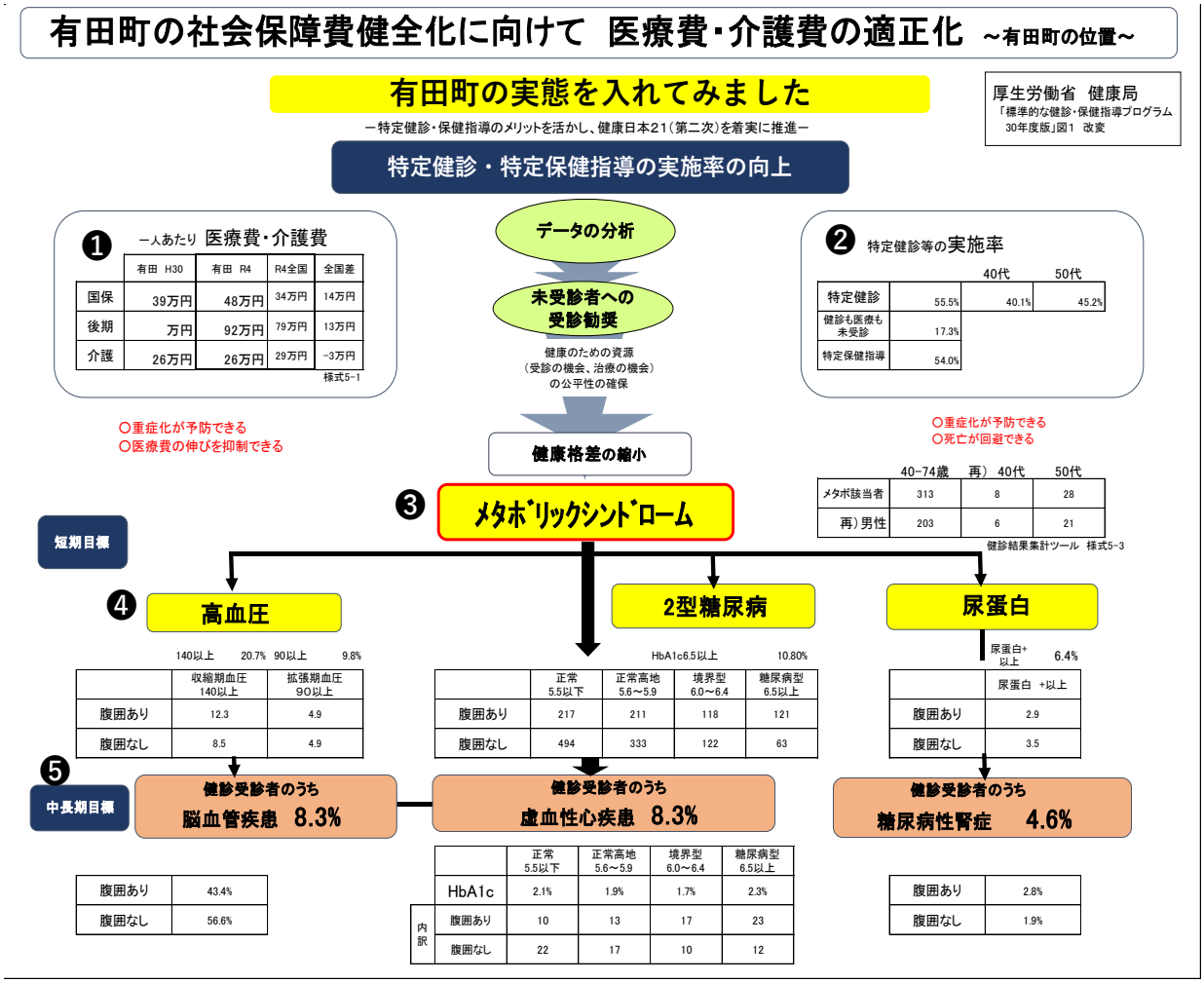
図表 81　生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える



Ⅴ．　ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していきます。（図表 82、83）

図表 82　社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



図表 83　統計からみえる佐賀の食

統計からみえる佐賀の食　～　総務省統計局　家計調査　2020～2022年平均　～

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
マヨネーズ・マヨネーズ風調味料	5位
合いびき肉	5位
揚げかまぼこ・ちくわ	4位
即席めん	2位
冷凍調理食品	3位

店舗・種別	店舗数（人口10万対）
飲食店総数	20位
ハンバーガー店	5位
すし・日本料理店	12位
バー・キャバレー	9位

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
れんこん	1位
ごぼう	4位
ブロッコリー	49位
にんじん	48位
小松菜・豆苗・大葉等	48位
豆腐	47位
ようかん	2位
カステラ	5位
キャンデー	9位
酢	10位

第5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 R8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 R11 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）	・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）	・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）	・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）	・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、国保データベース（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・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。
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ていきます。

第6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、地域の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。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2．個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

参考資料１　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた○○市の位置

参考資料2　健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4　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

参考資料5　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6　脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7　HbA1c の年次比較

参考資料8　血圧の年次比較

参考資料9　LDL-C の年次比較

参考資料1　様式 5-1　国・県・同規模と比べてみた有田町の位置

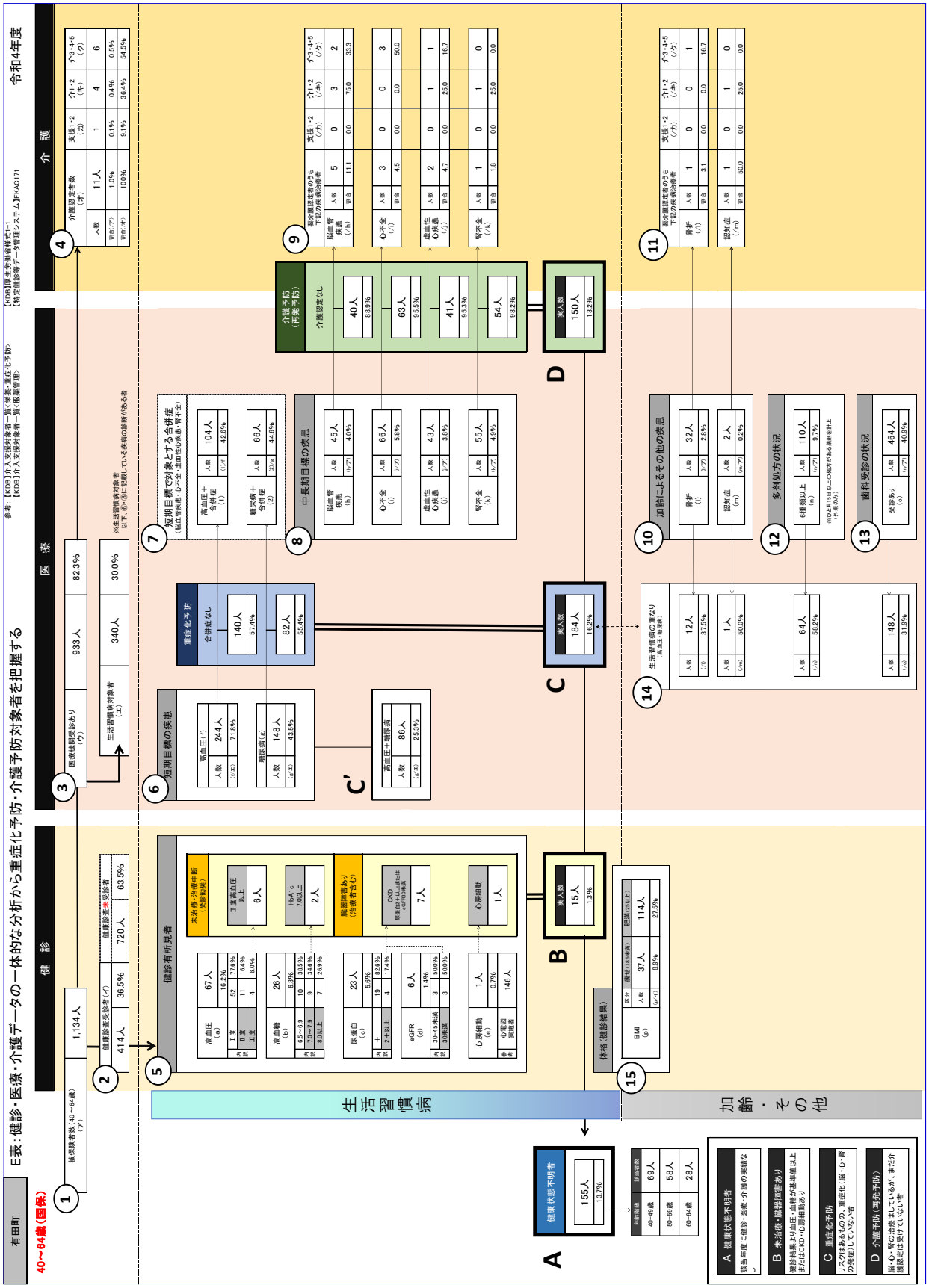
様式5-1　国・県・同規模平均と比べてみた有田町の位置　R04年度

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			総人口		18,991		1,810,851		797,881		123,214,261		
	①	人口構成		65歳以上（高齢化率）	6,717	35.4	651,740	36.0	246,061	30.8	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	3,540	18.6	--	--	125,245	15.7	18,248,742	14.8	
				65～74歳	3,177	16.7	--	--	120,816	15.1	17,087,063	13.9	
				40～64歳	6,058	31.9	--	--	253,839	31.8	41,545,893	33.7	
				39歳以下	6,216	32.7	--	--	297,981	37.3	46,332,563	37.6	
	②	産業構成	第1次産業		4.0		10.9		8.7		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		34.8		27.1		24.2		25.0		
			第3次産業		61.2		61.9		67.1		71.0		
	③	平均寿命	男性		80.8		80.5		80.7		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		87.5		86.9		87.1		87.0		
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ		79.1		79.7		80.1		80.1		
			女性 ※保険者欄は二次医療圏データ		84.8		84.3		85.2		84.4		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	99.2		103.0		102.0		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	95.0		100.8		99.1		100		
			死因	がん	76	46.6	6,844	47.1	2,689	51.1	378,272	50.6	
				心臓病	60	36.8	4,468	30.7	1,488	28.3	205,485	27.5	
				脳疾患	12	7.4	2,073	14.3	687	13.0	102,900	13.8	
				糖尿病	4	2.5	271	1.9	95	1.8	13,896	1.9	
				腎不全	10	6.1	564	3.9	198	3.8	26,946	3.6	
				自殺	1	0.6	317	2.2	108	2.1	20,171	2.7	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計										厚労省HP 人口動態調査
				男性									
				女性									
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		1,076	16.1	121,841	18.8	45,455	18.6	6,724,030	19.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者		18	0.2	1,946	0.3	831	0.3	110,289	0.3	
			介護度別総件数	要支援1.2	3,563	16.0	382,007	13.8	192,586	19.1	21,785,044	12.9	
				要介護1.2	12,323	55.3	1,277,829	46.3	500,432	49.6	78,107,378	46.3	
				要介護3以上	6,416	28.8	1,099,163	39.8	316,821	31.4	68,963,503	40.8	
			2号認定者		15	0.25	2,304	0.40	825	0.33	156,107	0.38	
	②	有病状況	糖尿病		272	25.8	29,183	22.8	11,160	23.4	1,712,613	24.3	
			高血圧症		698	64.1	67,451	53.3	28,610	60.7	3,744,672	53.3	
			脂質異常症		445	39.7	38,328	30.0	16,120	33.7	2,308,216	32.6	
			心臓病		775	71.7	76,143	60.3	32,225	68.4	4,224,628	60.3	
			脳疾患		319	28.1	29,057	23.1	13,290	28.7	1,568,292	22.6	
			がん		104	9.8	14,184	11.0	6,572	14.0	837,410	11.8	
			筋・骨格		696	61.2	66,665	52.7	28,736	61.0	3,748,372	53.4	
			精神		501	46.5	46,518	36.9	21,641	46.2	2,569,149	36.8	
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		255,073	1,713,325,983	297,567	193,936,445,825	286,277	70,441,691,145	290,668	10,074,274,226,869	
			1件当たり給付費（全体）		76,824		70,292		69,755		59,662		
				居宅サービス	55,818		43,991		50,348		41,272		
				施設サービス	279,220		291,264		290,902		296,364		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	9,074		9,041		9,309		8,610		
				認定なし	4,201		4,224		4,328		4,020		
4	①	国保の状況	被保険者数		3,881		419,832		172,974		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	1,999	51.5			78,402	45.3	11,129,271	40.5	
				40～64歳	1,141	29.4			53,309	30.8	9,088,015	33.1	
				39歳以下	741	19.1			41,263	23.9	7,271,596	26.5	
			加入率		20.4		23.2		21.7		22.3		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		1	0.3	141	0.3	100	0.6	8,237	0.3	
			診療所数		17	4.4	1,172	2.8	691	4.0	102,599	3.7	
			病床数		206	53.1	19,041	45.4	14,451	83.5	1,507,471	54.8	
			医師数		34	8.8	2,768	6.6	2,445	14.1	339,611	12.4	
			外来患者数		847.3		721.7		784.4		687.8		
			入院患者数		32.8		21.9		27.7		17.7		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		483,765	県内6位 同規模3位	382,035		431,999		339,680		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		880.06		743.593		812.114		705.439		
			外来	費用の割合	51.8		57.4		53.8		60.4		
				件数の割合	96.3		97.1		96.6		97.5		
			入院	費用の割合	48.2		42.6		46.2		39.6		
				件数の割合	3.7		2.9		3.4		2.5		
			1件あたり在院日数		18.1日		16.6日		17.9日		15.7日		

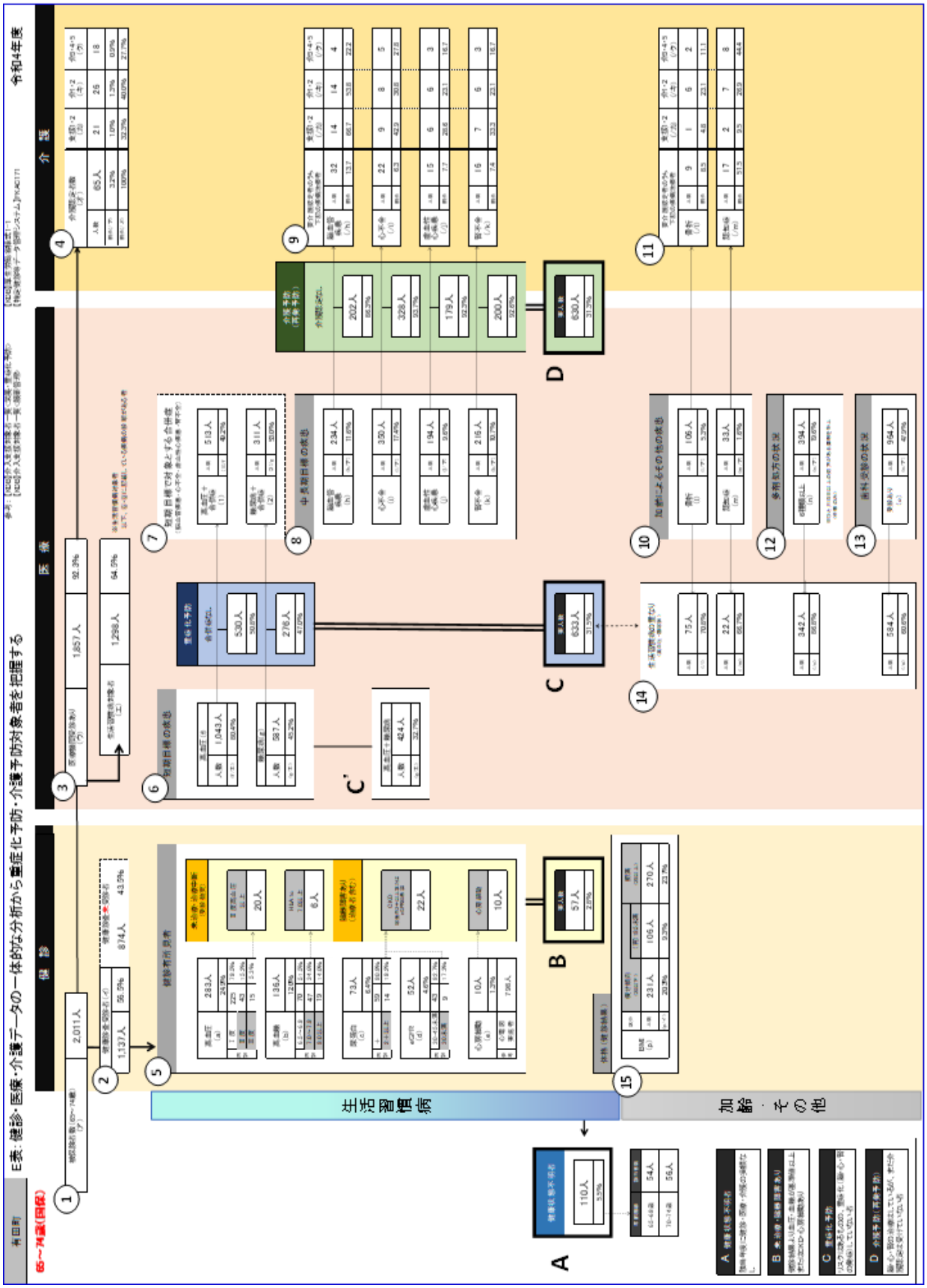
4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名（調剤含む）	がん			270,267,420	24.8	31.8		27.2		32.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
			慢性腎不全（透析あり）			158,191,780	14.5	7.5		10.2		8.2		
			糖尿病			88,108,740	8.1	11.1		9.2		10.4		
			高血圧症			60,073,250	5.5	6.4		5.6		5.9		
			脂質異常症			38,276,750	3.5	3.8		3.7		4.1		
			脳梗塞・脳出血			64,285,490	5.9	4.0		4.0		3.9		
			狭心症・心筋梗塞			28,226,860	2.5	2.6		2.0		2.8		
			精神			205,769,790	18.9	15.2		20.3		14.7		
			筋・骨格			168,348,800	15.4	16.5		16.8		16.7		
	⑤	医療費分析 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		301	0.1	329	0.2	370	0.2	256	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)
				糖尿病		2,107	0.9	1,391	0.9	1,416	0.7	1,144	0.9	
				脂質異常症		--	--	65	0.0	64	0.0	53	0.0	
				脳梗塞・脳出血		15,448	6.6	7,229	4.4	8,250	4.1	5,993	4.5	
				虚血性心疾患		6,494	2.8	4,422	2.7	3,573	1.8	3,942	2.9	
				腎不全		13,320	5.7	4,564	2.8	6,245	3.1	4,051	3.0	
		医療費分析 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		15,178	6.1	12,709	5.8	12,536	5.4	10,143	4.9	
				糖尿病		21,405	8.5	21,886	10.0	20,303	8.7	17,720	8.6	
				脂質異常症		9,863	3.9	7,778	3.5	8,279	3.6	7,092	3.5	
				脳梗塞・脳出血		1,117	0.4	1,013	0.5	1,022	0.4	825	0.4	
				虚血性心疾患		2,109	0.8	2,004	0.9	1,800	0.8	1,722	0.8	
				腎不全		39,649	15.8	17,654	8.0	23,024	9.9	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		5,181		2,690		3,014		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		12,105		13,453		14,170		13,295		
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者		12,467		7,560		7,990		6,142		
				健診未受診者		29,127		37,805		37,560		40,210		
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者			810	51.7	75,309	58.3	26,357	55.3	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			医療機関受診率			722	46.0	67,899	52.6	23,928	50.2	3,543,116	52.0	
			医療機関非受診率			88	5.6	7,410	5.7	2,429	5.1	337,939	5.0	
5	①	特定健診の状況 県内市町村数 23市町村 同規模市区町村数 111市町村	健診受診者			1,568		129,182		47,628		6,812,842		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②		受診率			55.5	県内3位 同規模5位	42.0		40.2	全国16位	37.1		
	③		特定保健指導終了者（実施率）			81	54.0	3687	24.2	1,441	26.4	107,925	13.4	
	④		非肥満高血糖			135	8.6	13,125	10.2	4,601	9.7	615,549	9.0	
	⑤		メタボ	該当者		305	19.5	27,581	21.4	10,418	21.9	1,382,506	20.3	
				男性		198	28.5	19,114	32.5	7,076	33.0	965,486	32.0	
				女性		107	12.3	8,467	12.0	3,342	12.8	417,020	11.0	
	⑥			予備群		178	11.4	14,639	11.3	5,819	12.2	765,405	11.2	
				男性		130	18.7	10,319	17.6	3,965	18.5	539,738	17.9	
				女性		48	5.5	4,320	6.1	1,854	7.1	225,667	5.9	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	544	34.7	46,429	35.9	18,383	38.6	2,380,778	34.9	
	⑧				男性	369	53.1	32,340	55.0	12,433	58.0	1,666,592	55.3	
	⑨				女性	175	20.0	14,089	20.0	5,950	22.7	714,186	18.8	
	⑩			BMI	総数	77	4.9	6,672	5.2	1,829	3.8	320,038	4.7	
	⑪				男性	13	1.9	1,017	1.7	262	1.2	51,248	1.7	
	⑫				女性	64	7.3	5,655	8.0	1,567	6.0	268,790	7.1	
	⑬			血糖のみ		18	1.1	902	0.7	493	1.0	43,519	0.6	
	⑭			血圧のみ		130	8.3	10,532	8.2	3,885	8.2	539,490	7.9	
	⑮			脂質のみ		30	1.9	3,205	2.5	1,441	3.0	182,396	2.7	
	⑯			血糖・血圧		38	2.4	4,461	3.5	1,815	3.8	203,072	3.0	
	⑰			血糖・脂質		15	1.0	1,311	1.0	750	1.6	70,267	1.0	
	⑱			血圧・脂質		147	9.4	12,691	9.8	4,425	9.3	659,446	9.7	
	⑲			血糖・血圧・脂質		105	6.7	9,118	7.1	3,428	7.2	449,721	6.6	
6	①	問診の状況	服薬	高血圧		620	39.5	49,799	38.6	17,872	37.5	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病		184	11.7	13,039	10.1	5,451	11.4	589,470	8.7	
				脂質異常症		483	30.8	36,804	28.5	13,864	29.1	1,899,637	27.9	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）		59	3.8	4,180	3.3	767	1.8	207,385	3.1	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）		94	6.0	7,699	6.2	1,109	2.5	365,407	5.5	
				腎不全		21	1.3	1,060	0.8	330	0.8	53,898	0.8	
				貧血		231	14.7	11,963	9.6	3,966	9.1	702,088	10.7	
6	③	生活習慣の状況	喫煙			219	14.0	17,549	13.6	6,552	13.8	939,212	13.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	④		週3回以上朝食を抜く			149	9.5	9,629	8.1	4,660	10.1	642,886	10.4	
	⑤		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～）			172	11.0	18,189	15.2	6,353	13.8	976,348	15.7	
	⑥		週3回以上就寝前夕食			172	11.0	18,189	15.2	6,353	13.8	976,348	15.7	
	⑦		食べる速度が速い			380	24.2	31,129	26.0	12,460	27.2	1,659,705	26.8	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加			511	32.6	41,961	35.1	16,526	36.0	2,175,065	35.0	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし			806	51.4	73,980	61.8	26,671	57.9	3,749,069	60.4	
	⑩		1日1時間以上運動なし			328	20.9	56,527	47.3	20,946	45.6	2,982,100	48.0	
	⑪		睡眠不足			337	21.5	29,904	25.1	10,910	23.7	1,587,311	25.6	
	⑫		毎日飲酒			420	26.8	31,623	25.2	11,833	25.5	1,658,999	25.5	
	⑬		時々飲酒			343	21.9	25,821	20.6	9,431	20.4	1,463,468	22.5	
	⑭		一日飲酒量	1合未満		382	48.1	45,881	60.4	12,259	52.4	2,978,351	64.1	
				1～2合		300	37.7	20,169	26.6	7,608	32.5	1,101,465	23.7	
				2～3合		86	10.8	7,800	10.3	2,834	12.1	434,461	9.4	
				3合以上		27	3.4	2,070	2.7	677	2.9	128,716	2.8	

参考資料2　健診・医療・介護の一体的な分析

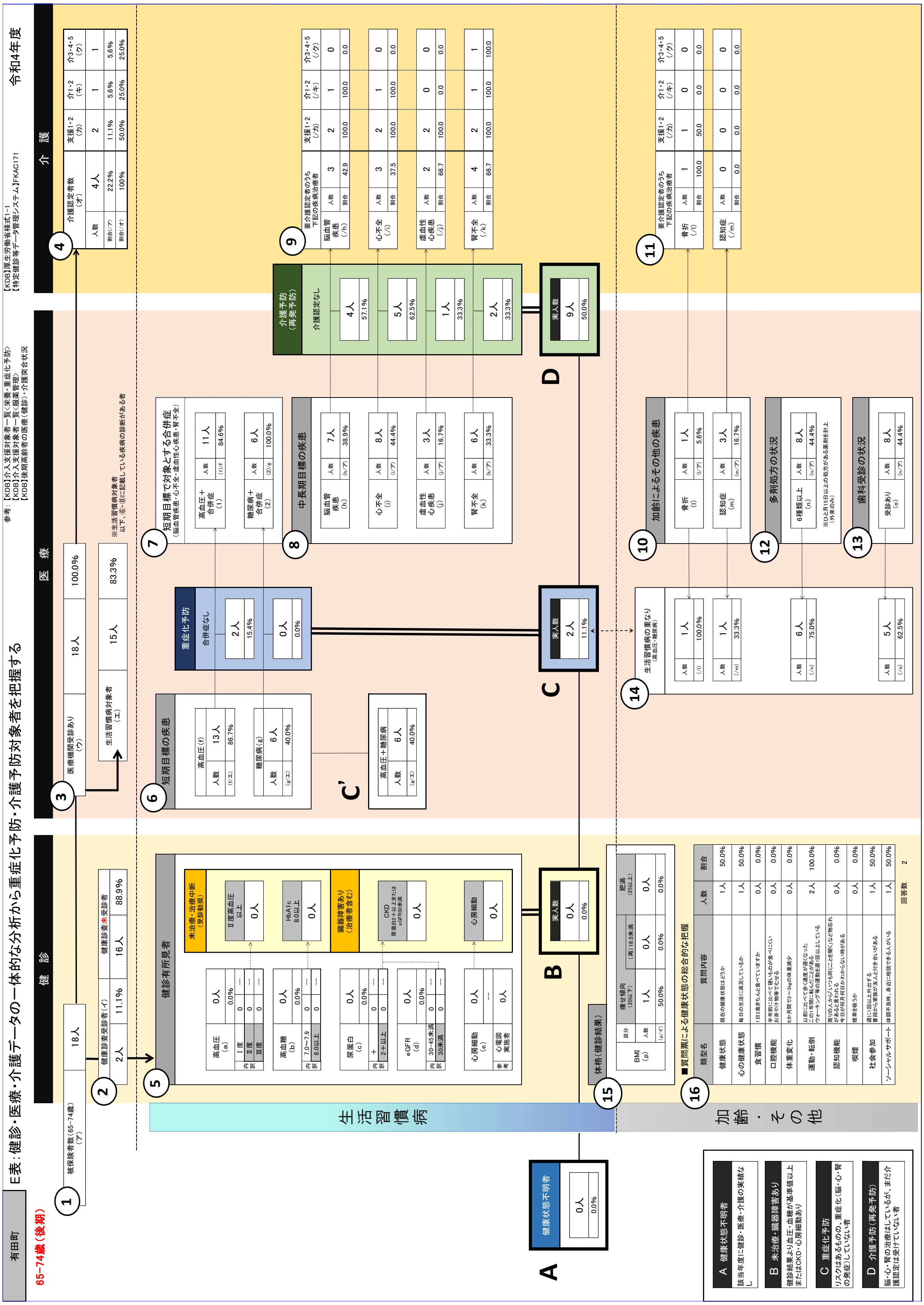
①40～64 歳(国保)



②65～74 歳(国保)


有田町
E表：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する
令和4年度
65～74歳(国保)
健診
医療
介護
生活習慣病
加齢・その他
A
B
C
C'
D

③ 65～74歳(後期)


有田町
E表：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する
参考：【KDB】介入支援対象者一覧＜栄養・重症化予防＞
【KDB】介入支援対象者一覧＜服薬管理＞
【KDB】後期高齢者の医療（健診）・介護突合状況
【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171
令和4年度
65-74歳（後期）
健診
医療
介護
① 被保険者数（65-74歳）（ア） 18人
② 健康診査受診者（イ） 2人 11.1%
健康診査未受診者 16人 88.9%
③ 医療機関受診あり（ウ） 18人 100.0%
生活習慣病対象者（エ） 15人 83.3%
※生活習慣病対象者 以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者
④ 介護認定者数（オ） 人数 4人 割合(/ア) 22.2% 割合(/オ) 100%
支援1・2（カ） 2 11.1% 50.0%
介1・2（キ） 1 5.6% 25.0%
介3・4・5（ク） 1 5.6% 25.0%
⑤ 健診有所見者
高血圧(a) 0人 0.0% Ⅰ度 0 Ⅱ度 0 Ⅲ度 0
高血糖(b) 0人 0.0% 7.0～7.9 0 8.0以上 0
尿蛋白(c) 0人 0.0% + 0 2+以上 0
eGFR(d) 0人 0.0% 30-45未満 0 30未満 0
心房細動(e) 0人 心電図実施者 0人
未治療・治療中断（受診勧奨）
Ⅱ度高血圧以上 0人
HbA1c 8.0以上 0人
臓器障害あり（治療者含む）
CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満 0人
心房細動 0人
⑥ 短期目標の疾患
高血圧(f) 人数 13人 (f/エ) 86.7%
糖尿病(g) 人数 6人 (g/エ) 40.0%
C'
高血圧＋糖尿病 人数 6人 (g/エ) 40.0%
重症化予防 合併症なし 2人 15.4% 0人 0.0%
⑦ 短期目標で対象とする合併症（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）
高血圧＋合併症(1) 人数 11人 (1)/f 84.6%
糖尿病＋合併症(2) 人数 6人 (2)/g 100.0%
⑧ 中長期目標の疾患
脳血管疾患(h) 人数 7人 (h/ア) 38.9%
心不全(i) 人数 8人 (i/ア) 44.4%
虚血性心疾患(j) 人数 3人 (j/ア) 16.7%
腎不全(k) 人数 6人 (k/ア) 33.3%
介護予防（再発予防） 介護認定なし
4人 57.1%
5人 62.5%
1人 33.3%
2人 33.3%
⑨ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者
脳血管疾患(/h) 人数 3 割合 42.9 支援1・2 2 100.0 介1・2 1 100.0 介3・4・5 0 0.0
心不全(/i) 人数 3 割合 37.5 支援1・2 2 100.0 介1・2 1 100.0 介3・4・5 0 0.0
虚血性心疾患(/j) 人数 2 割合 66.7 支援1・2 2 100.0 介1・2 0 0.0 介3・4・5 0 0.0
腎不全(/k) 人数 4 割合 66.7 支援1・2 2 100.0 介1・2 1 100.0 介3・4・5 1 100.0
A 健康状態不明者 0人 0.0%
B 実人数 0人 0.0%
C 実人数 2人 11.1%
D 実人数 9人 50.0%
生活習慣病
加齢・その他
⑮ 体格（健診結果）
BMI(p) 痩せ傾向（20以下） 1人 50.0% （再）18.5未満 0人 0.0% 肥満（25以上） 0人 0.0%
⑯ ■質問票による健康状態の総合的な把握
類型名 質問内容 人数 割合
健康状態 現在の健康状態はどうか 1人 50.0%
心の健康状態 毎日の生活に満足しているか 1人 50.0%
食習慣 1日3食きちんと食べていますか 0人 0.0%
口腔機能 半年前に比べて硬いものが食べにくい お茶や汁物等でむせる 0人 0.0%
体重変化 6か月間で2～3kgの体重減少 0人 0.0%
運動・転倒 以前に比べて歩く速度が遅くなった この1年間に転んだことがある ウォーキング等の運動を週1回以上している 2人 100.0%
認知機能 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われる 今日が何月何日かわからない時がある 0人 0.0%
喫煙 煙草を吸うか 0人 0.0%
社会参加 週に1回以上外出する 普段から家族や友人と付き合いがある 1人 50.0%
ソーシャルサポート 体調不良時、身近に相談できる人がいる 1人 50.0%
回答数 2
⑭ 生活習慣病の重なり（高血圧・糖尿病）
人数 1人 (/l) 100.0%
人数 1人 (/m) 33.3%
人数 6人 (/n) 75.0%
人数 5人 (/o) 62.5%
⑩ 加齢によるその他の疾患
骨折(l) 人数 1人 (l/ア) 5.6%
認知症(m) 人数 3人 (m/ア) 16.7%
⑫ 多剤処方の状況
6種類以上(n) 人数 8人 (n/ア) 44.4%
※ひと月15日以上の処方がある薬剤を計上（外来のみ）
⑬ 歯科受診の状況
受診あり(o) 人数 8人 (n/ア) 44.4%
⑪ 要介護認定者のうち下記の疾病治療者
骨折(/l) 人数 1 割合 100.0 支援1・2 1 50.0 介1・2 0 0.0 介3・4・5 0 0.0
認知症(/m) 人数 0 割合 0.0 支援1・2 0 0.0 介1・2 0 0.0 介3・4・5 0 0.0
A 健康状態不明者 該当年度に健診・医療・介護の実績なし
B 未治療・臓器障害あり 健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり
C 重症化予防 リスクはあるものの、重症化（脳・心・腎の発症）していない者
D 介護予防（再発予防） 脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

④ 75歳以上(後期)

有田町 E表：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する

参考：【KDB】介入支援対象者一覧<栄養・重症化予防>
【KDB】介入支援対象者一覧<服薬管理>
【KDB】後期高齢者の医療(健診)・介護突合状況
【KDB】厚生労働省様式1-1
【特定健診等データ管理システム】FKAC171

令和4年度

75歳以上(後期)

何も表示されません。
必要事項を入力してください。

有田町の概況

1. 高齢化率

●年度	

2. 一人当たり社会保障費（●年度）

制度	円	地域差指数
国保		
後期		
介護		
合計		

3. (参考)特定健診の状況（●年度）

区分	実施率
特定健診	
保健指導	

健診

① 被保険者数(75歳以上)(ア)：3,642人

②

健康診査受診者(イ)		健康診査未受診者	
1,193人	32.8%	2,449人	67.2%

医療

③

医療機関受診あり(ウ)	3,553人	97.6%
生活習慣病対象者(エ)	3,112人	85.4%

※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者

介護

④

介護認定者数(オ)		支援1・2(カ)	介1・2(キ)	介3・4・5(ク)
人数	963人	256	385	322
割合(/ア)	26.4%	7.0%	10.6%	8.8%
割合(/オ)	100%	26.6%	40.0%	33.4%

生活習慣病

⑤ 健診有所見者

高血圧(a)		265人
		22.2%
内訳	Ⅰ度	221 / 83.4%
	Ⅱ度	37 / 14.0%
	Ⅲ度	7 / 2.6%

高血糖(b)		80人
		6.7%
内訳	7.0～7.9	66 / 82.5%
	8.0以上	14 / 17.5%

尿蛋白(c)		146人
		12.2%
内訳	＋	111 / 76.0%
	2＋以上	35 / 24.0%

eGFR(d)		127人
		10.6%
内訳	30-45未満	99 / 78.0%
	30未満	28 / 22.0%

心房細動(e)		0人
		0.0%
参考	心電図実施者	3人

未治療・治療中断(受診勧奨)

Ⅱ度高血圧以上	9人
HbA1c 8.0以上	0人

臓器障害あり(治療者含む)

CKD 尿蛋白2＋以上またはeGFR30未満	57人
心房細動	0人

⑥ 短期目標の疾患

高血圧(f)	
人数	2,702人
(f/エ)	86.8%

糖尿病(g)	
人数	1,396人
(g/エ)	44.9%

C'

高血圧＋糖尿病	
人数	1,173人
(g/エ)	37.7%

年齢階級	該当者数
75-79歳	346人
80-84歳	344人
85歳以上	483人

重症化予防

合併症なし

945人	35.0%
470人	33.7%

⑦ 短期目標で対象とする合併症
（脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全）

高血圧＋合併症(1)	人数	1,757人
	(1)/f	65.0%
糖尿病＋合併症(2)	人数	926人
	(2)/g	66.3%

⑧ 中長期目標の疾患

脳血管疾患(h)	人数	861人
	(h/ア)	23.6%
心不全(i)	人数	1,286人
	(i/ア)	35.3%
虚血性心疾患(j)	人数	591人
	(j/ア)	16.2%
腎不全(k)	人数	589人
	(k/ア)	16.2%

介護予防（再発予防）

介護認定なし

508人	59.0%
828人	64.4%
423人	71.6%
379人	64.3%

⑨

要介護認定者のうち下記の疾病治療者			支援1・2(/カ)	介1・2(/キ)	介3・4・5(/ク)
脳血管疾患(/h)	人数	353	81	136	136
	割合	41.0	31.6	35.3	42.2
心不全(/i)	人数	458	113	185	160
	割合	35.6	44.1	48.1	49.7
虚血性心疾患(/j)	人数	168	55	61	52
	割合	28.4	21.5	15.8	16.1
腎不全(/k)	人数	210	50	79	81
	割合	35.7	19.5	20.5	25.2

A 健康状態不明者

77人
2.1%

年齢階級	該当者数
75歳 ※1	10人
76-79歳	15人
80-84歳	20人
85歳以上	32人

※1
国保加入時に健診・医療の実績がある対象者も含まれている可能性がある

B 実人数

65人
1.8%

C 実人数

1,044人
28.7%

年齢階級	該当者数	高血圧＋糖尿病
75-79歳	408人	137人
80-84歳	298人	112人
85歳以上	338人	122人

D 実人数

1,380人
37.9%

年齢階級	該当者数
75-79歳	451人
80-84歳	468人
85歳以上	461人

加齢・その他

⑮ 体格(健診結果)

BMI(p)	区分	痩せ傾向(20以下)	(再)18.5未満	肥満(25以上)
	人数	229人	93人	290人
	(p/イ)	19.2%	7.8%	24.3%

⑯ ■質問票による健康状態の総合的な把握

類型名	質問内容	人数	割合
健康状態	現在の健康状態はどうか	99人	8.8%
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	92人	8.1%
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	47人	4.2%
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくい お茶や汁物等でむせる	478人	42.3%
体重変化	6か月間で2～3kgの体重減少	124人	11.0%
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなった この1年間に転んだことがある ウォーキング等の運動を週1回以上している	808人	71.5%
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあると言われる 今日が何月何日かわからない時がある	335人	29.6%
喫煙	煙草を吸うか	45人	4.0%
社会参加	週に1回以上外出する 普段から家族が友人と付き合いがある	114人	10.1%
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	39人	3.5%

回答数 1,130

⑭ 生活習慣病の重なり
（高血圧・糖尿病）

人数	558人
(/l)	87.1%
人数	473人
(/m)	84.9%
人数	1,494人
(/n)	93.3%
人数	1,395人
(/o)	81.9%

年齢階級	該当者数
75-79歳	105人
80-84歳	140人
85歳以上	313人

年齢階級	該当者数
75-79歳	43人
80-84歳	97人
85歳以上	333人

⑩ 加齢によるその他の疾患

骨折(l)	人数	641人
	(l/ア)	17.6%
認知症(m)	人数	557人
	(m/ア)	15.3%

⑫ 多剤処方の状況

6種類以上(n)	人数	1,602人
	(n/ア)	44.0%

※ひと月15日以上の処方がある薬剤を計上（外来のみ）

⑬ 歯科受診の状況

受診あり(o)	人数	1,703人
	(n/ア)	46.8%

⑪

要介護認定者のうち下記の疾病治療者			支援1・2(/カ)	介1・2(/キ)	介3・4・5(/ク)
骨折(/l)	人数	312	82	132	98
	割合	48.7	32.0	34.3	30.4
認知症(/m)	人数	407	32	197	178
	割合	73.1	12.5	51.2	55.3

A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

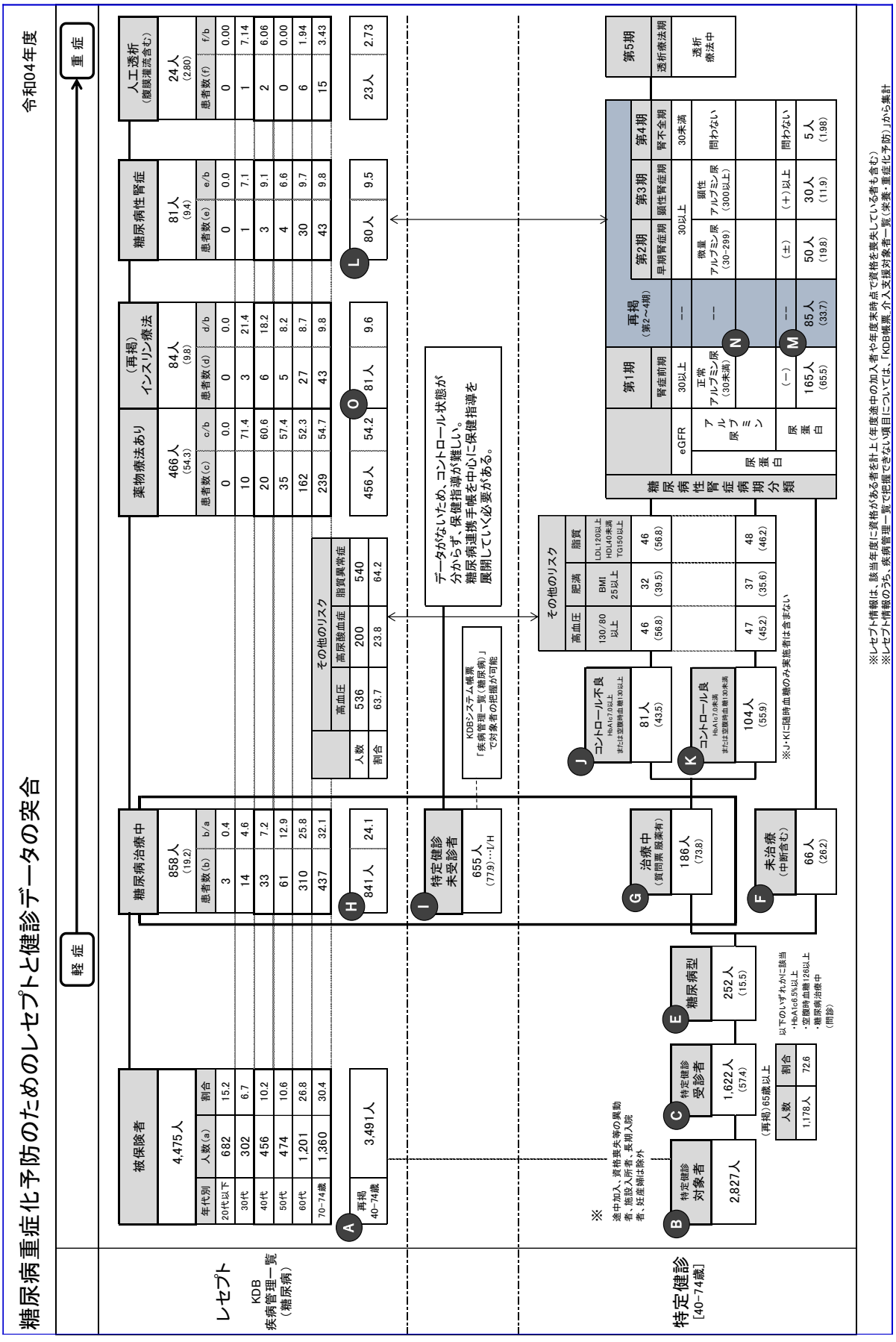
C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者

D 介護予防(再発予防)
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

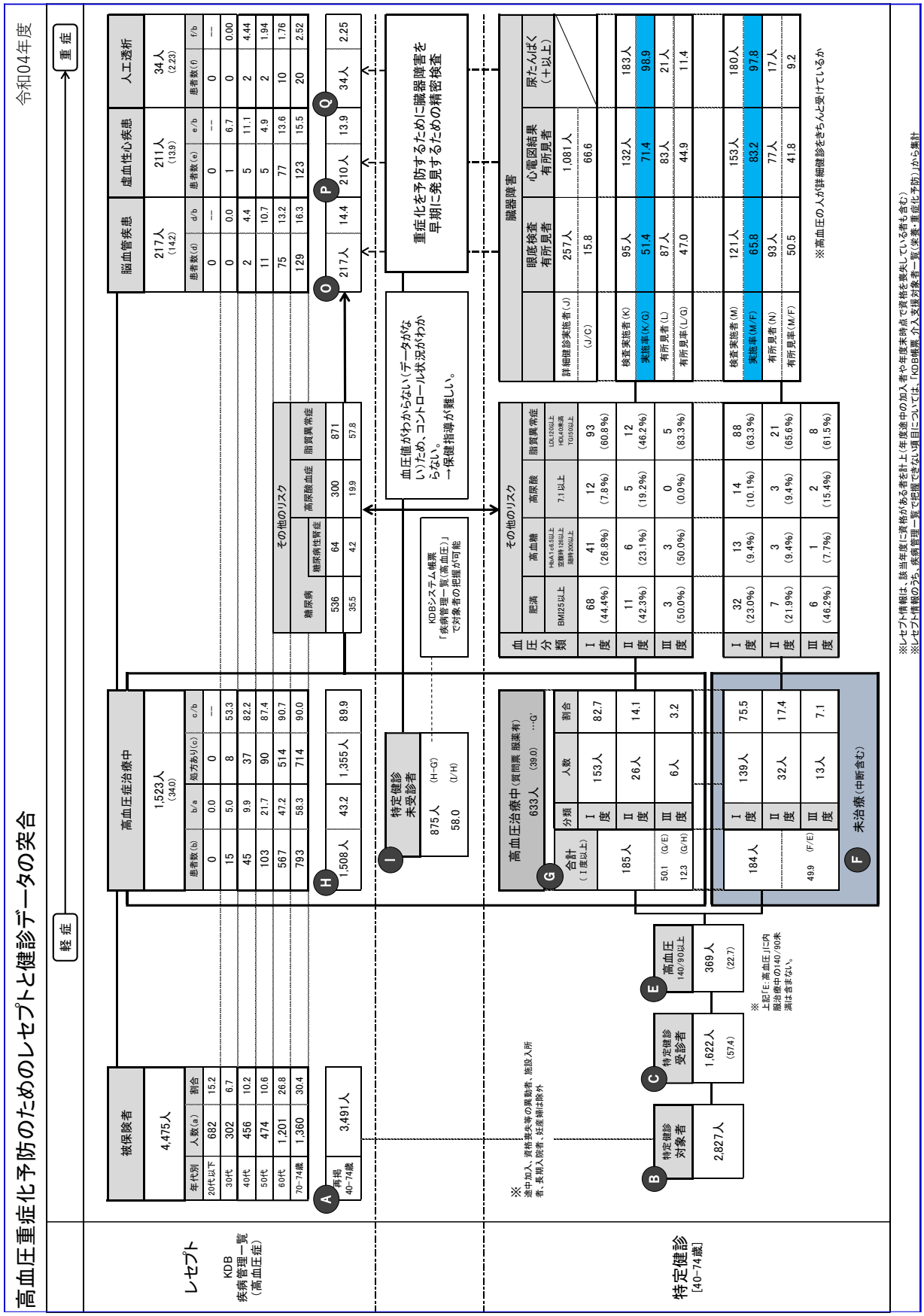
参考資料3　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

		項目			突合表	有田町										同規模保険者（平均）		データ基
						H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度		
						実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数			A	4,689人		4,466人		4,325人		4,236人		4,137人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		（再掲）40-74歳			3,684人		3,517人		3,443人		3,420人		3,340人				
2	①	特定健診	対象者数		B	3,205人		3,088人		3,093人		2,984人		2,827人				市町村国保特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書
	②		受診者数		C	1,963人		1,864人		1,725人		1,664人		1,640人				
	③		受診率			61.2%		60.4%		55.8%		55.8%		58.0%				
3	①	特定保健指導	対象者数			176人		191人		158人		131人		149人				
	②		実施率			70.5%		63.4%		46.2%		56.5%		54.4%				
4	①	健診データ	糖尿病型		E	291人	14.8%	273人	14.6%	273人	15.8%	234人	14.1%	254人	15.5%			特定健診結果
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）		F	74人	25.4%	83人	30.4%	80人	29.3%	62人	26.5%	66人	26.0%			
	③		治療中（質問票 服薬あり）		G	217人	74.6%	190人	69.6%	193人	70.7%	172人	73.5%	188人	74.0%			
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		J	102人	47.0%	103人	54.2%	90人	46.6%	76人	44.2%	82人	43.6%			
	⑤			血圧　130/80以上		56人	54.9%	66人	64.1%	47人	52.2%	40人	52.6%	47人	57.3%			
	⑥			肥満　BMI25以上		37人	36.3%	38人	36.9%	30人	33.3%	25人	32.9%	33人	40.2%			
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	115人	53.0%	87人	45.8%	103人	53.4%	96人	55.8%	106人	56.4%			
	⑧		第1期	尿蛋白（－）	M	207人	71.1%	210人	76.9%	207人	75.8%	192人	82.1%	165人	65.0%			
	⑨		第2期	尿蛋白（±）		18人	6.2%	37人	13.6%	45人	16.5%	29人	12.4%	50人	19.7%			
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上		39人	13.4%	22人	8.1%	17人	6.2%	10人	4.3%	31人	12.2%			
	⑪		第4期	eGFR30未満		5人	1.7%	3人	1.1%	4人	1.5%	2人	0.9%	6人	2.4%			
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）			117.9人		116.9人		115.6人		130.5人		133.9人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②		（再掲）40-74歳（被保数千対）			149.0人		148.1人		143.8人		159.4人		164.7人				
	③		レセプト件数（40-74歳）（ ）内は被保数千対	入院外（件数）		3,437件	(979.5)	3,266件	(958.1)	3,310件	(977.0)	3,355件	(1013.6)	3,233件	(1029.6)	319,390件	(944.1)	KDB_疾病別医療費分析（生活習慣病）
	④			入院（件数）		24件	(6.8)	11件	(3.2)	31件	(9.1)	22件	(6.6)	21件	(6.7)	1,366件	(4.0)	
	⑤		糖尿病治療中		H	553人	11.8%	522人	11.7%	500人	11.6%	553人	13.1%	554人	13.4%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥		（再掲）40-74歳			549人	14.9%	521人	14.8%	495人	14.4%	545人	15.9%	550人	16.5%			
	⑦		健診未受診者		I	332人	60.5%	304人	58.3%	302人	61.0%	373人	68.4%	362人	65.8%			
	⑧		インスリン治療		O	61人	11.0%	58人	11.1%	64人	12.8%	60人	10.8%	54人	9.7%			
	⑨		（再掲）40-74歳			60人	10.9%	57人	10.9%	63人	12.7%	59人	10.8%	53人	9.6%			
	⑩		糖尿病性腎症		L	55人	9.9%	50人	9.6%	49人	9.8%	48人	8.7%	48人	8.7%			
	⑪		（再掲）40-74歳			55人	10.0%	50人	9.6%	48人	9.7%	47人	8.6%	48人	8.7%			
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			12人	2.2%	15人	2.9%	14人	2.8%	16人	2.9%	20人	3.6%			
	⑬		（再掲）40-74歳			12人	2.2%	15人	2.9%	14人	2.8%	16人	2.9%	20人	3.6%			
	⑭		新規透析患者数			4	0.7%	1	0.2%	2	0.4%	5	0.9%	3	0.5%			
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症			2	0.4%	0	0%	0	0%	4	0.7%	2	0.4%			
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			14人	1.6%	17人	1.9%	18人	2.0%	14人	1.6%	14人	1.5%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期
6	①	医療費	総医療費			17億3153万円		18億1510万円		17億5167万円		18億0493万円		18億7749万円		14億4496万円		KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題
	②		生活習慣病総医療費			9億6865万円		10億3669万円		10億4584万円		10億8805万円		10億9148万円		7億7425万円		
	③		（総医療費に占める割合）			55.9%		57.1%		59.7%		60.3%		58.1%		53.6%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		12,236円		14,571円		13,587円		12,036円		12,467円		7,560円		
	⑤			健診未受診者		24,277円		27,302円		28,673円		28,053円		29,127円		37,805円		
	⑥		糖尿病医療費			9179万円		8454万円		9718万円		9443万円		8811万円		8603万円		
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			9.5%		8.2%		9.3%		8.7%		8.1%		11.1%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費			2億9372万円		2億8100万円		2億8035万円		3億1207万円		3億1108万円				
	⑨		1件あたり			39,531円		39,110円		38,096円		40,549円		41,716円				
	⑩		糖尿病入院総医療費			1億4114万円		1億7612万円		1億4714万円		1億7878万円		2億1066万円				
	⑪		1件あたり			526,644円		601,092円		577,022円		584,263円		596,774円				
	⑫		在院日数			16日		16日		17日		16日		18日				
	⑬		慢性腎不全医療費			1億3824万円		1億6161万円		1億3878万円		1億6739万円		1億6211万円		6202万円		
	⑭		透析有り			1億2960万円		1億5430万円		1億3613万円		1億6269万円		1億5819万円		5785万円		
	⑮		透析なし			863万円		731万円		265万円		470万円		392万円		418万円		
7	①	介護	介護給付費			16億3203万円		16億1969万円		16億5939万円		16億9810万円		17億1333万円		17億4718万円		
	②		（2号認定者）糖尿病合併症			3件	21.4%	3件	23.1%	3件	30.0%	3件	33.3%	3件	30.0%			
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）			2人	0.7%	3人	1.1%	1人	0.4%	6人	2.1%	4人	1.5%	564人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

参考資料4　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



参考資料5　高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



年代別	人数(a)	割合
20代以下	682	15.2
30代	302	6.7
40代	456	10.2
50代	474	10.6
60代	1,201	26.8
70~74歳	1,360	30.4

	患者数(b)	b/a	処方あり(c)	c/b
20代以下	0	0.0	0	—
30代	15	5.0	8	53.3
40代	45	9.9	37	82.2
50代	103	21.7	90	87.4
60代	567	47.2	514	90.7
70~74歳	793	58.3	714	90.0

	糖尿病	糖尿病性腎症	高尿酸血症	脂質異常症
糖尿病	536	64	300	871
	35.5	4.2	19.9	57.8

	患者数(d)	d/b	患者数(e)	e/b	患者数(f)	f/b
20代以下	0	—	0	—	0	—
30代	0	0.0	1	6.7	0	0.00
40代	2	4.4	5	11.1	2	4.44
50代	11	10.7	5	4.9	2	1.94
60代	75	13.2	77	13.6	10	1.76
70~74歳	129	16.3	123	15.5	20	2.52

血圧分類	肥満 BMI25以上	高血糖 HbA1c≧6.5%以上 空腹時≧126mg/dL 随時≧200mg/dL	高尿酸 7.1以上	脂質異常症 LDL≧120mg/dL HDL<40mg/dL TG≧150mg/dL
Ⅰ度	68（44.4%）	41（26.8%）	12（7.8%）	93（60.8%）
Ⅱ度	11（42.3%）	6（23.1%）	5（19.2%）	12（46.2%）
Ⅲ度	3（50.0%）	3（50.0%）	0（0.0%）	5（83.3%）

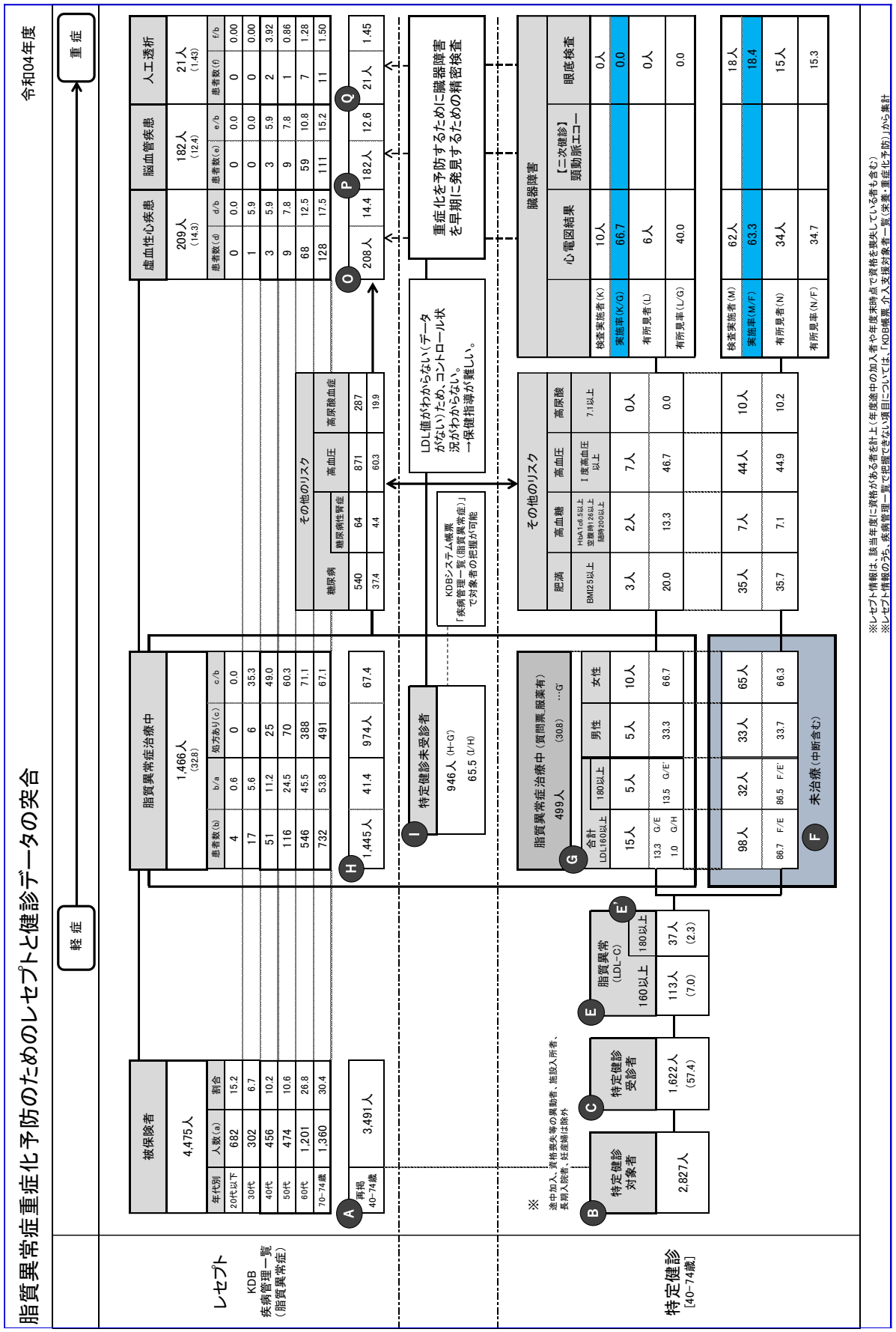
分類	人数	割合
Ⅰ度	153人	82.7
Ⅱ度	26人	14.1
Ⅲ度	6人	3.2

血圧分類	肥満 BMI25以上	高血糖 HbA1c≧6.5%以上 空腹時≧126mg/dL 随時≧200mg/dL	高尿酸 7.1以上	脂質異常症 LDL≧120mg/dL HDL<40mg/dL TG≧150mg/dL
Ⅰ度	32（23.0%）	13（9.4%）	14（10.1%）	88（63.3%）
Ⅱ度	7（21.9%）	3（9.4%）	3（9.4%）	21（65.6%）
Ⅲ度	6（46.2%）	1（7.7%）	2（15.4%）	8（61.5%）

分類	人数	割合
Ⅰ度	139人	75.5
Ⅱ度	32人	17.4
Ⅲ度	13人	7.1

	眼底検査有所見者	心電図結果有所見者	尿たんぱく（+以上）
詳細健診実施者(J)	257人	1,081人	
(J/C)	15.8	66.6	
検査実施者(K)	95人	132人	183人
実施率(K/G)	51.4	71.4	98.9
有所見者(L)	87人	83人	21人
有所見率(L/G)	47.0	44.9	11.4
検査実施者(M)	121人	153人	180人
実施率(M/F)	65.8	83.2	97.8
有所見者(N)	93人	77人	17人
有所見率(M/F)	50.5	41.8	9.2

参考資料6　脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料7　HbA1C の年次比較

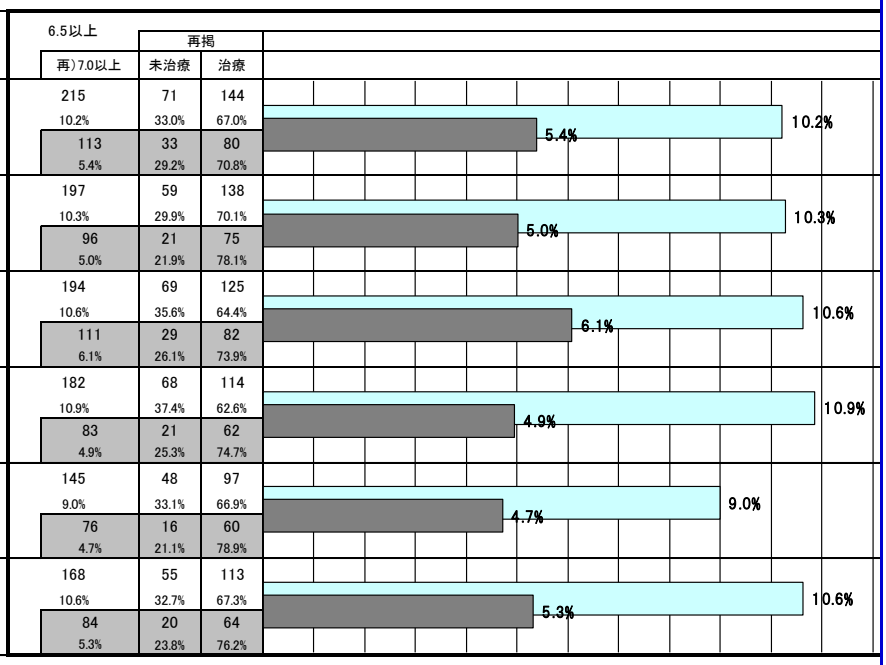
HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
								合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4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
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	2,104	1,029	48.9%	609	28.9%	251	11.9%	102	4.8%	81	3.8%	32	1.5%	66	3.1%	26	1.2%
H30	1,919	925	48.2%	561	29.2%	236	12.3%	101	5.3%	65	3.4%	31	1.6%	55	2.9%	20	1.0%
R01	1,825	705	38.6%	649	35.6%	277	15.2%	83	4.5%	79	4.3%	32	1.8%	58	3.2%	24	1.3%
R02	1,677	711	42.4%	544	32.4%	240	14.3%	99	5.9%	63	3.8%	20	1.2%	51	3.0%	15	0.9%
R03	1,615	746	46.2%	507	31.4%	217	13.4%	69	4.3%	57	3.5%	19	1.2%	39	2.4%	13	0.8%
R04	1,582	753	47.6%	436	27.6%	225	14.2%	84	5.3%	57	3.6%	27	1.7%	43	2.7%	20	1.3%

アウトカム（結果）評価　糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲	
					再）7.0以上	未治療	治療
H29	2,104	1,029 48.9%	609 28.9%	251 11.9%	215 10.2%	71 33.0%	144 67.0%
					113 5.4%	33 29.2%	80 70.8%
H30	1,919	925 48.2%	561 29.2%	236 12.3%	197 10.3%	59 29.9%	138 70.1%
					96 5.0%	21 21.9%	75 78.1%
R01	1,825	705 38.6%	649 35.6%	277 15.2%	194 10.6%	69 35.6%	125 64.4%
					111 6.1%	29 26.1%	82 73.9%
R02	1,677	711 42.4%	544 32.4%	240 14.3%	182 10.9%	68 37.4%	114 62.6%
					83 4.9%	21 25.3%	62 74.7%
R03	1,615	746 46.2%	507 31.4%	217 13.4%	145 9.0%	48 33.1%	97 66.9%
					76 4.7%	16 21.1%	60 78.9%
R04	1,582	753 47.6%	436 27.6%	225 14.2%	168 10.6%	55 32.7%	113 67.3%
					84 5.3%	20 23.8%	64 76.2%



治療と未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる					
				5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4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
		A		B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	214	10.2%	4	1.9%	24	11.2%	42	19.6%	64	29.9%	57	26.6%	23	10.7%	51	23.8%	18	8.4%
	H30	217	11.3%	5	2.3%	24	11.1%	50	23.0%	63	29.0%	51	23.5%	24	11.1%	45	20.7%	15	6.9%
	R01	189	10.4%	2	1.1%	15	7.9%	47	24.9%	43	22.8%	57	30.2%	25	13.2%	44	23.3%	18	9.5%
	R02	191	11.4%	5	2.6%	19	9.9%	53	27.7%	52	27.2%	47	24.6%	15	7.9%	41	21.5%	11	5.8%
	R03	168	10.4%	5	3.0%	17	10.1%	49	29.2%	37	22.0%	45	26.8%	15	8.9%	34	20.2%	11	6.5%
	R04	184	11.6%	10	5.4%	17	9.2%	44	23.9%	49	26.6%	44	23.9%	20	10.9%	31	16.8%	14	7.6%
治療なし	H29	1,890	89.8%	1,025	54.2%	585	31.0%	209	11.1%	38	2.0%	24	1.3%	9	0.5%	15	0.8%	8	0.4%
	H30	1,702	88.7%	920	54.1%	537	31.6%	186	10.9%	38	2.2%	14	0.8%	7	0.4%	10	0.6%	5	0.3%
	R01	1,636	89.6%	703	43.0%	634	38.8%	230	14.1%	40	2.4%	22	1.3%	7	0.4%	14	0.9%	6	0.4%
	R02	1,486	88.6%	706	47.5%	525	35.3%	187	12.6%	47	3.2%	16	1.1%	5	0.3%	10	0.7%	4	0.3%
	R03	1,447	89.6%	741	51.2%	490	33.9%	168	11.6%	32	2.2%	12	0.8%	4	0.3%	5	0.3%	2	0.1%
	R04	1,398	88.4%	743	53.1%	419	30.0%	181	12.9%	35	2.5%	13	0.9%	7	0.5%	12	0.9%	6	0.4%

参考資料8　血圧の年次比較

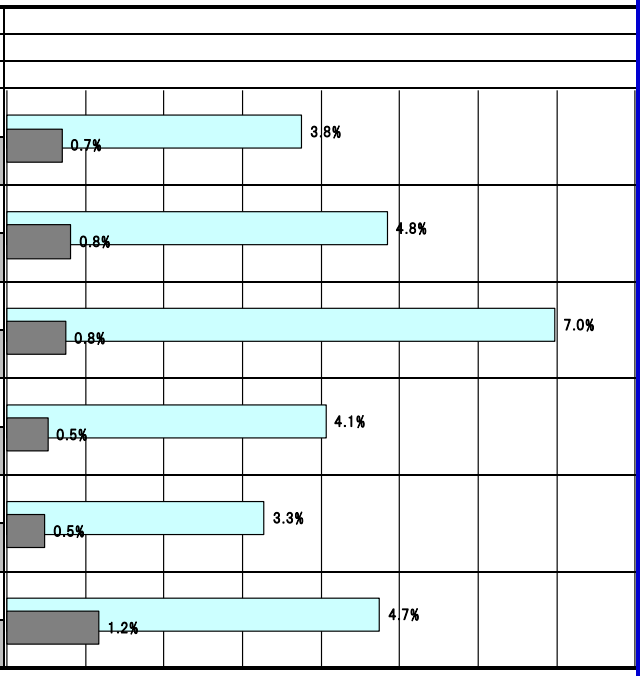
血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	2,132	610	28.6%	424	19.9%	631	29.6%	387	18.2%	65	3.0%	15	0.7%
H30	1,962	518	26.4%	338	17.2%	622	31.7%	389	19.8%	79	4.0%	16	0.8%
R01	1,864	442	23.7%	317	17.0%	560	30.0%	415	22.3%	116	6.2%	14	0.8%
R02	1,725	422	24.5%	402	23.3%	542	31.4%	289	16.8%	61	3.5%	9	0.5%
R03	1,648	455	27.6%	298	18.1%	555	33.7%	286	17.4%	46	2.8%	8	0.5%
R04	1,622	483	29.8%	314	19.4%	456	28.1%	292	18.0%	58	3.6%	19	1.2%

アウトカム（結果）評価　糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常正常高値	高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上	再掲	
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療
H29	2,132	1,034 48.5%	631 29.6%	387 18.2%	80 3.8%	37 46.3%	43 53.8%
					15 0.7%	8 53.3%	7 46.7%
H30	1,962	856 43.6%	622 31.7%	389 19.8%	95 4.8%	50 52.6%	45 47.4%
					16 0.8%	9 56.3%	7 43.8%
R01	1,864	759 40.7%	560 30.0%	415 22.3%	130 7.0%	76 58.5%	54 41.5%
					14 0.8%	11 78.6%	3 21.4%
R02	1,725	824 47.8%	542 31.4%	289 16.8%	70 4.1%	44 62.9%	26 37.1%
					9 0.5%	7 77.8%	2 22.2%
R03	1,648	753 45.7%	555 33.7%	286 17.4%	54 3.3%	35 64.8%	19 35.2%
					8 0.5%	6 75.0%	2 25.0%
R04	1,622	797 49.1%	456 28.1%	292 18.0%	77 4.7%	45 58.4%	32 41.6%
					19 1.2%	13 68.4%	6 31.6%



治療と未治療の状況

		血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	825	38.7%	132	16.0%	180	21.8%	282	34.2%	188	22.8%	36	4.4%	7	0.8%
	H30	775	39.5%	113	14.6%	149	19.2%	267	34.5%	201	25.9%	38	4.9%	7	0.9%
	R01	727	39.0%	84	11.6%	127	17.5%	250	34.4%	212	29.2%	51	7.0%	3	0.4%
	R02	707	41.0%	87	12.3%	177	25.0%	274	38.8%	143	20.2%	24	3.4%	2	0.3%
	R03	657	39.9%	94	14.3%	120	18.3%	283	43.1%	141	21.5%	17	2.6%	2	0.3%
	R04	633	39.0%	106	16.7%	143	22.6%	199	31.4%	153	24.2%	26	4.1%	6	0.9%
治療なし	H29	1,307	61.3%	478	36.6%	244	18.7%	349	26.7%	199	15.2%	29	2.2%	8	0.6%
	H30	1,187	60.5%	405	34.1%	189	15.9%	355	29.9%	188	15.8%	41	3.5%	9	0.8%
	R01	1,137	61.0%	358	31.5%	190	16.7%	310	27.3%	203	17.9%	65	5.7%	11	1.0%
	R02	1,018	59.0%	335	32.9%	225	22.1%	268	26.3%	146	14.3%	37	3.6%	7	0.7%
	R03	991	60.1%	361	36.4%	178	18.0%	272	27.4%	145	14.6%	29	2.9%	6	0.6%
	R04	989	61.0%	377	38.1%	171	17.3%	257	26.0%	139	14.1%	32	3.2%	13	1.3%

参考資料9　LDL－Cの年次比較

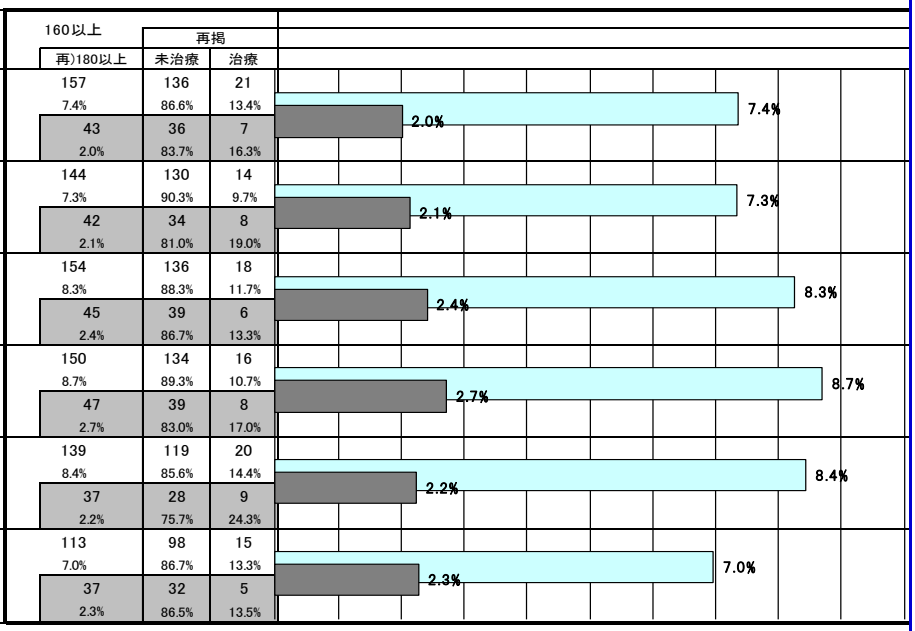
LDL-Cの年次比較

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	2,132	1,175	55.1%	530	24.9%	270	12.7%	114	5.3%	43	2.0%
	H30	1,961	1,096	55.9%	476	24.3%	245	12.5%	102	5.2%	42	2.1%
	R01	1,864	978	52.5%	440	23.6%	292	15.7%	109	5.8%	45	2.4%
	R02	1,725	926	53.7%	364	21.1%	285	16.5%	103	6.0%	47	2.7%
	R03	1,648	910	55.2%	378	22.9%	221	13.4%	102	6.2%	37	2.2%
	R04	1,622	917	56.5%	372	22.9%	220	13.6%	76	4.7%	37	2.3%
男性	H29	958	596	62.2%	222	23.2%	91	9.5%	34	3.5%	15	1.6%
	H30	904	546	60.4%	211	23.3%	97	10.7%	35	3.9%	15	1.7%
	R01	850	514	60.5%	173	20.4%	109	12.8%	42	4.9%	12	1.4%
	R02	772	458	59.3%	160	20.7%	104	13.5%	36	4.7%	14	1.8%
	R03	735	442	60.1%	173	23.5%	73	9.9%	33	4.5%	14	1.9%
	R04	717	440	61.4%	163	22.7%	76	10.6%	21	2.9%	17	2.4%
女性	H29	1,174	579	49.3%	308	26.2%	179	15.2%	80	6.8%	28	2.4%
	H30	1,057	550	52.0%	265	25.1%	148	14.0%	67	6.3%	27	2.6%
	R01	1,014	464	45.8%	267	26.3%	183	18.0%	67	6.6%	33	3.3%
	R02	953	468	49.1%	204	21.4%	181	19.0%	67	7.0%	33	3.5%
	R03	913	468	51.3%	205	22.5%	148	16.2%	69	7.6%	23	2.5%
	R04	905	477	52.7%	209	23.1%	144	15.9%	55	6.1%	20	2.2%

アウトカム（結果）評価　糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上	再掲		
					再)180以上	未治療	治療
H29	2,132	1,175 55.1%	530 24.9%	270 12.7%	157 7.4%	136 86.6%	21 13.4%
					43 2.0%	36 83.7%	7 16.3%
H30	1,961	1,096 55.9%	476 24.3%	245 12.5%	144 7.3%	130 90.3%	14 9.7%
					42 2.1%	34 81.0%	8 19.0%
R01	1,864	978 52.5%	440 23.6%	292 15.7%	154 8.3%	136 88.3%	18 11.7%
					45 2.4%	39 86.7%	6 13.3%
R02	1,725	926 53.7%	364 21.1%	285 16.5%	150 8.7%	134 89.3%	16 10.7%
					47 2.7%	39 83.0%	8 17.0%
R03	1,648	910 55.2%	378 22.9%	221 13.4%	139 8.4%	119 85.6%	20 14.4%
					37 2.2%	28 75.7%	9 24.3%
R04	1,622	917 56.5%	372 22.9%	220 13.6%	113 7.0%	98 86.7%	15 13.3%
					37 2.3%	32 86.5%	5 13.5%



治療と未治療の状況

		LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	593	27.8%	432	72.8%	101	17.0%	39	6.6%	14	2.4%	7	1.2%
	H30	563	28.7%	415	73.7%	114	20.2%	20	3.6%	6	1.1%	8	1.4%
	R01	546	29.3%	381	69.8%	109	20.0%	38	7.0%	12	2.2%	6	1.1%
	R02	538	31.2%	390	72.5%	91	16.9%	41	7.6%	8	1.5%	8	1.5%
	R03	503	30.5%	370	73.6%	84	16.7%	29	5.8%	11	2.2%	9	1.8%
	R04	499	30.8%	366	73.3%	91	18.2%	27	5.4%	10	2.0%	5	1.0%
治療なし	H29	1,539	72.2%	743	48.3%	429	27.9%	231	15.0%	100	6.5%	36	2.3%
	H30	1,398	71.3%	681	48.7%	362	25.9%	225	16.1%	96	6.9%	34	2.4%
	R01	1,318	70.7%	597	45.3%	331	25.1%	254	19.3%	97	7.4%	39	3.0%
	R02	1,187	68.8%	536	45.2%	273	23.0%	244	20.6%	95	8.0%	39	3.3%
	R03	1,145	69.5%	540	47.2%	294	25.7%	192	16.8%	91	7.9%	28	2.4%
	R04	1,123	69.2%	551	49.1%	281	25.0%	193	17.2%	66	5.9%	32	2.8%