三島町国民健康保険
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

福島県大沼郡三島町

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） 基本的な考え方
　2） 健康課題の明確化
　3） 目標の設定

第 3 章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)　・・・・・・・・・・・・・・・・・35

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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42

1．保健事業の方向性
2．重症化予防の取組
　1） 糖尿病性腎症重症化予防
　2） 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防
　3） 虚血性心疾患重症化予防
　4） 脳血管疾患重症化予防
3．高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
4．発症予防
5．ポピュレーションアプローチ

第 5 章　計画の評価・見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・75

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　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・76

1．計画の公表・周知
2．個人情報の取扱い

参考資料　・・・77

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三島町の課題等を踏まえ、三島町では、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)

三島町では、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。

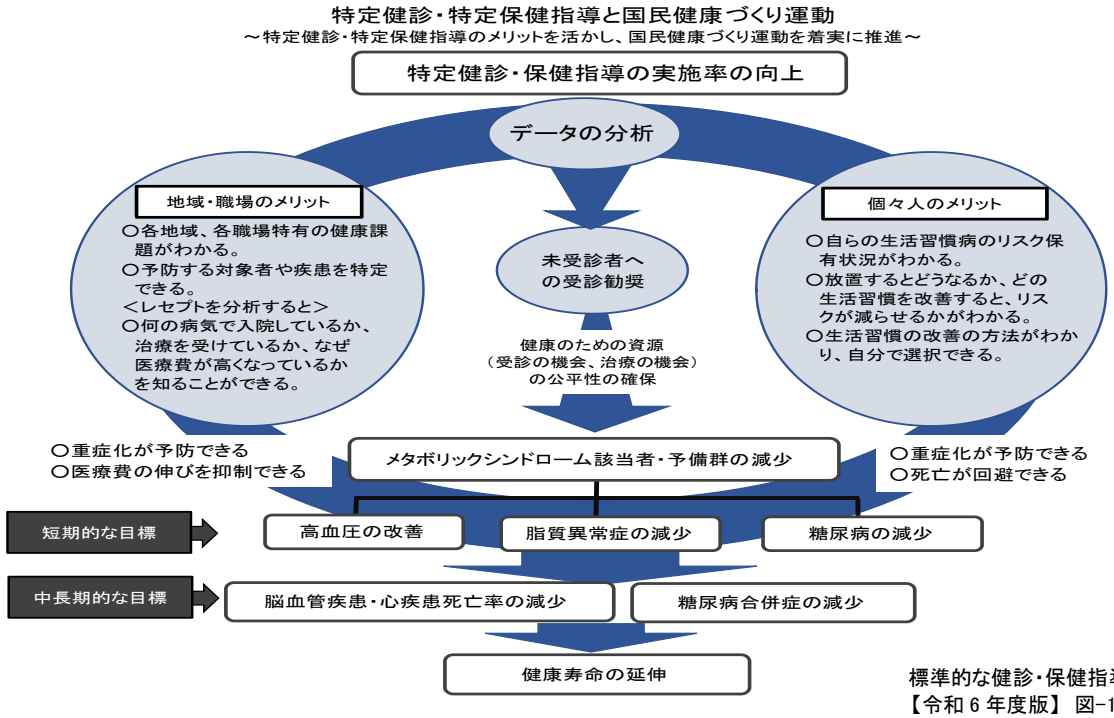
※6 KDB：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

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

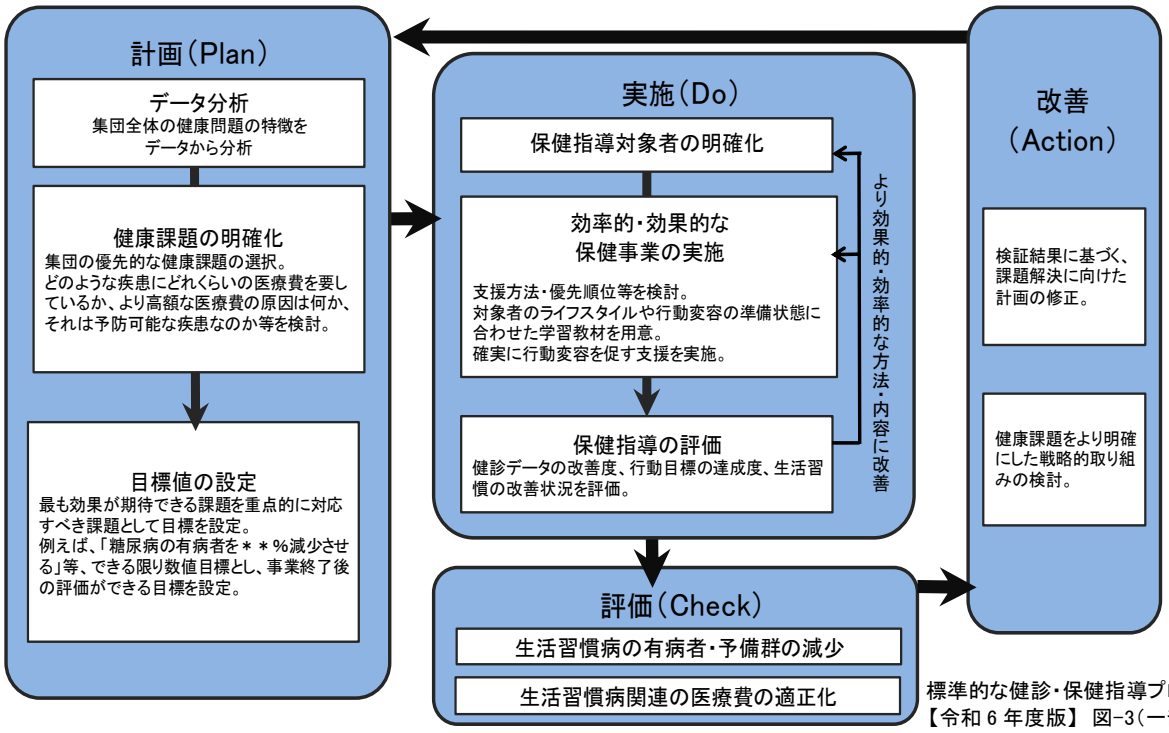
図表 2　特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



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。

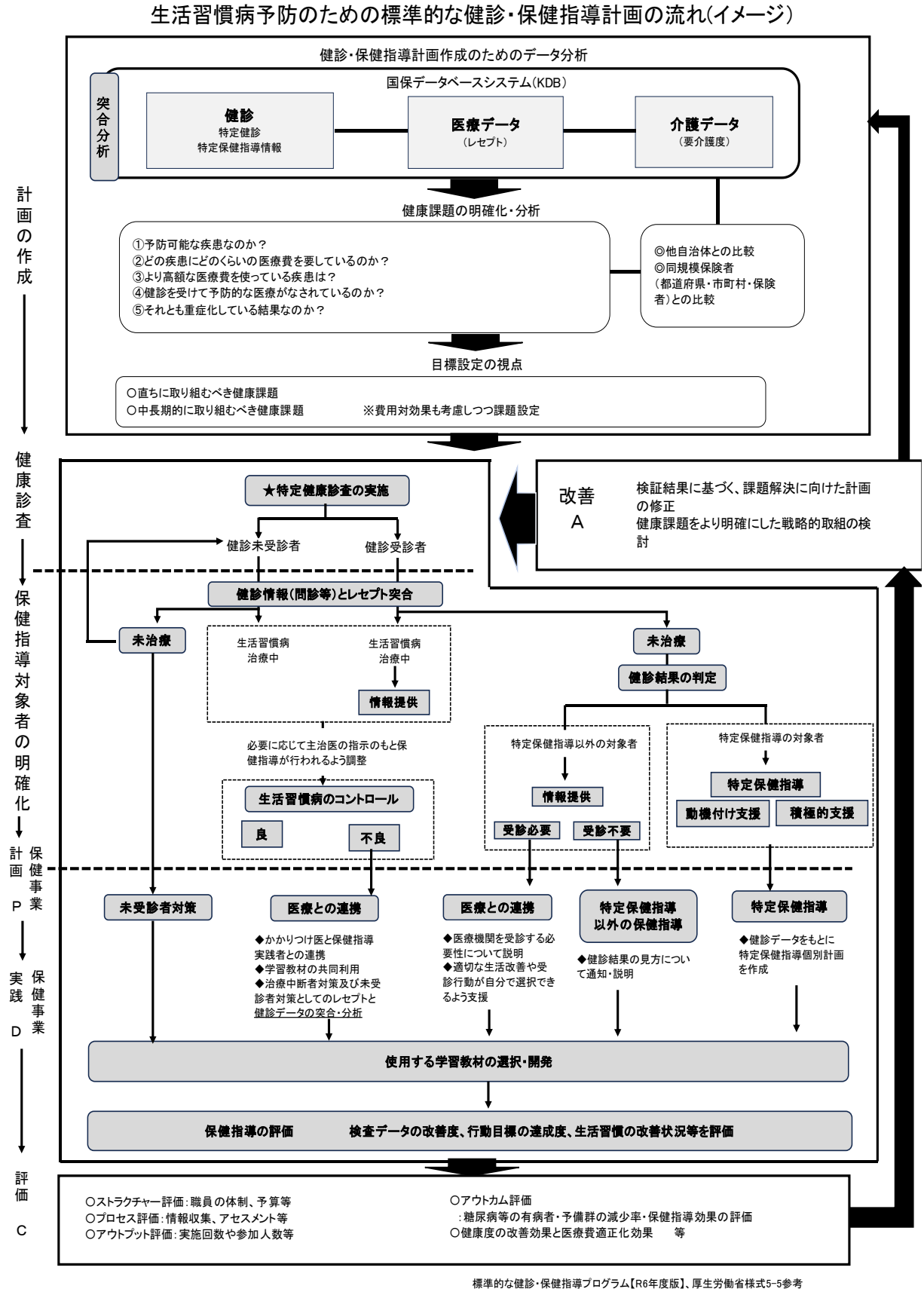
図表 3　保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル



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）

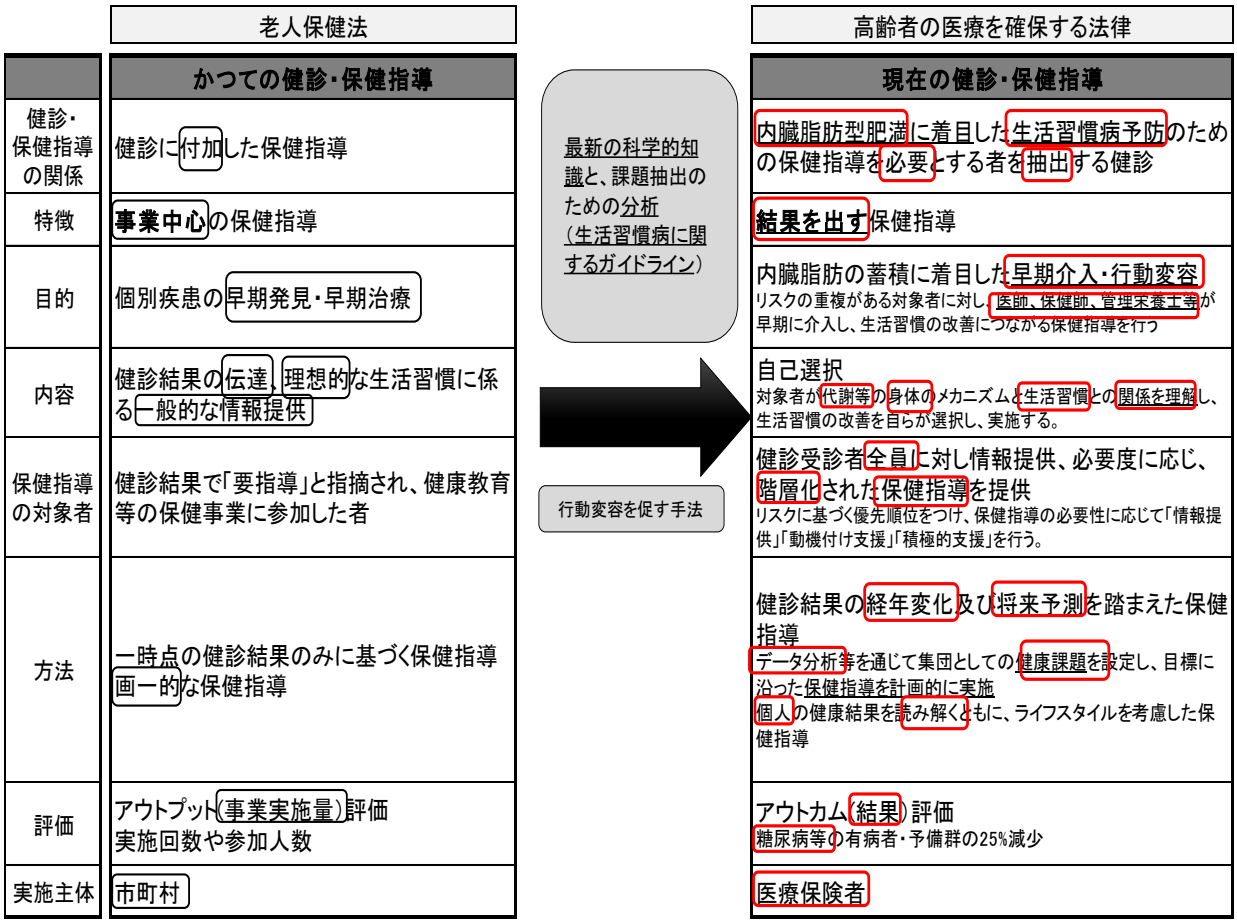
注）生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA（計画（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、改善（Actin））サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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（一部改変）



注）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(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

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） 三島町国保の役割

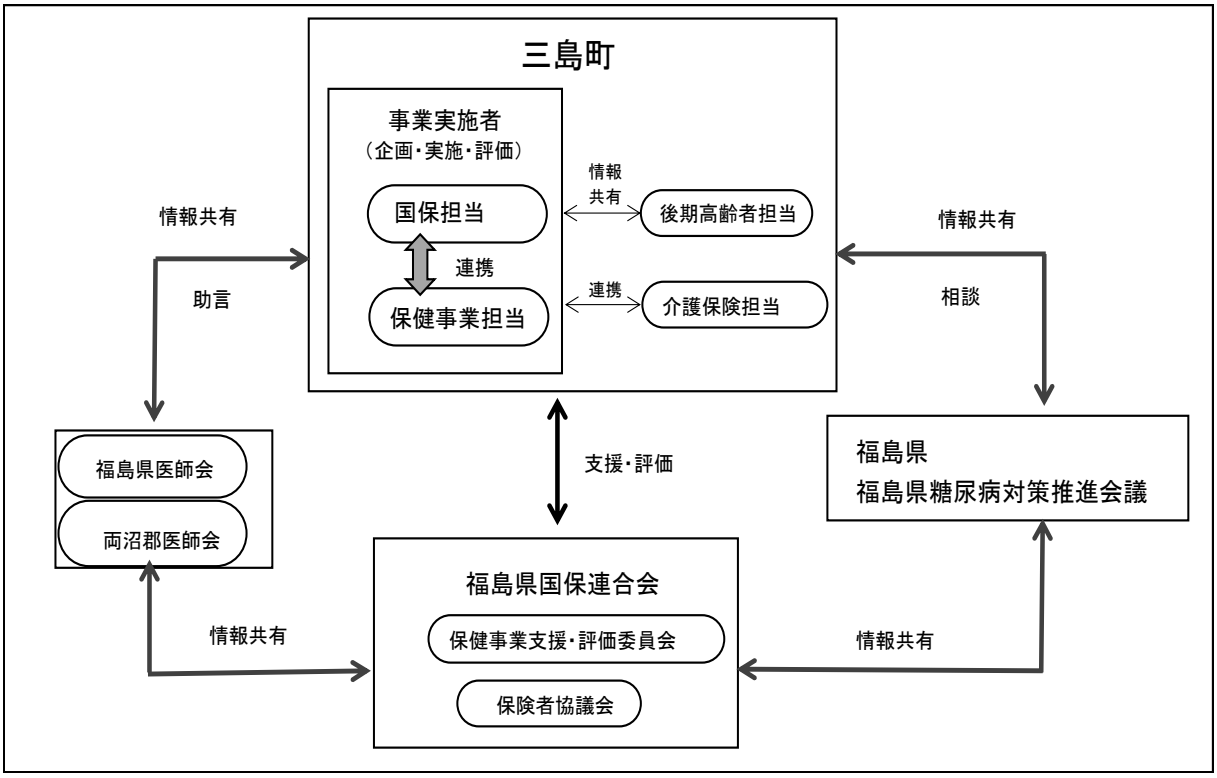
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国民健康保険担当が中心となって、保健事業担当等住民の健康の保持増進に関係する担当者に協力を求

め、保険者の健康課題を分析し、三島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、国民健康保険担当、保健事業担当の保健師等の専門職、高齢者医療、保健衛生、介護保険、生活保護担当者等様々な担当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　三島町の実施体制図



図表 7　保健事業体制と主な保健事業の分担

◎･･･主担当　　○･･･副担当

	主任保健師	保健師	管理栄養士	看護師（会計年度任用職員）	事務
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			◎	○	

2） 関係機関との連携

国民健康保険連合会（以下「国保連」という。）や国保連に設置された支援・評価委員会、都道府県等と連携・協力し、計画の策定から評価までの一連のプロセスにおいて幅広い専門知識を活用して、本町の課題抽出や事業実施後の評価分析などを行い計画の実効性を高めます。

また、保険者協議会等を活用して、他の医療保険者との連携・協力、健康・医療情報の分析結果や保険事業等の情報を共有し、郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携の推進など保健事業の展開に努めます。

＜参考＞手引きより抜粋

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となる。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、地域の医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。

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る。

さらに、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者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ある。

国保連と都道府県は、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に努める。

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、市町村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たりすることに努める。

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	
			三島町	配点	三島町	配点	三島町	配点
交付額(万円)			337		507			
全国順位(1,741市町村中)			99位		56位		397位	
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	120	70	160	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	25	40	35	40	42	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	120	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	100	90	60	45	65	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	45	50	50	50	30	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	110	130	70	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	75	100	60	100	60	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	28	40	15	50	7	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	52	95	57	100	49	100
合計点			735	1,000	757	960	638	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

本町は、人口約 1,400 人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 53.9%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合が高く、被保険者の平均年齢も 61 歳と同規模と比べて高い状況です。財政指数は県、国と比較して低く、出生率も低く、死亡率が高い町となっています。産業においては、第 3 次産業が 61.4%と同規模と比較して高く、サービス業の割合が多いため、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ことが考えられます。（図表 9）

本町では若い世代の人口が少ないため、高齢になっても様々な役割を1人の人が担うことが多く、また農業やものづくりをするなど暇を持て余すという方は少ないように見受けられます。

国保加入率は 23.4%で、加入率及び被保険者数は横ばいで推移しており、年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 68%を占めています。（図表 10）

また本町には公的医療機関（県立病院）があり、診療科として内科、外科があり、医師の派遣により整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、心身医療・物忘れ外来があります。同規模と比較して病床数は多く、管理栄養士が常駐しており人口規模にしては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が同規模と比較して高い傾向にあります。（図表 11）

町内公的医療機関外の医療機関への受診が必要となった場合、自家用車か電車を利用するしかなく、通院に1日がかりとなり、医療機関受診の敬遠の要因であると考えられます。

地域資源として運動できる環境は、気軽に利用できるような運動施設が少ないことや、人口が少ないため限られた運動サークルしかないこと、冬期間に積雪があることなど、運動の継続に影響を与える可能性があると考えられます。

図表 9　同規模・県・国と比較した三島町の特性

	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
三島町	1,452	53.9	335（23.1）	61.4	2.1	30.3	0.2	13.8	24.8	61.4
同規模	--	41.4	27.1	54.5	4.9	18.9	0.2	22.3	20.6	57.2
県	--	31.8	21.2	56.0	6.2	13.6	0.5	6.7	30.6	62.6
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、三島町と同規模保険者（274市町村）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	423		398		395		361		340	
65～74歳	253	59.8	254	63.8	259	65.6	244	67.6	232	68.2
40～64歳	124	29.3	102	25.6	88	22.3	73	20.2	66	19.4
39歳以下	46	10.9	42	10.6	48	12.2	44	12.2	42	12.4
加入率	25.4		23.9		23.7		21.6		23.4	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

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	2.4	1	2.5	1	2.5	1	2.8	1	2.9	0.3	0.3
診療所数	1	2.4	1	2.5	1	2.5	1	2.8	1	2.9	3.6	3.5
病床数	32	75.7	32	80.4	32	81.0	32	88.6	32	94.1	22.0	63.6
医師数	5	11.8	5	12.6	4	10.1	4	11.1	2	5.9	3.3	10.3
外来患者数	704.2		674.1		623.4		658.5		660.9		650.2	732.7
入院患者数	28.7		19.4		21.2		27.8		25.0		22.7	19.5

出典：KDBシステム_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

本町の令和 4 年度の要介護認定者は、2 号（40～64 歳）被保険者で 2 人（認定率 0.55%）、1 号（65 歳以上）被保険者で 175 人（認定率 22.3%）と同規模・県・国と比較すると高くなっていますが、平成 30 年度と比べて減少傾向であり、新規認定者も 1 号認定者 21 人と平成 30 年度に比べ減少しています。（図表 12）

また、介護給付費は約 4 億円から約 3.6 億円に減少し、一人当たり給付費も約 2 万円減少していますが、同規模、県、国と比較して高い状況です。（図表 13）

要介護認定状況と生活習慣病の関連として血管疾患の視点で有病状況を見ると、全年齢で虚血性心疾患、脳血管疾患が 3 割以上の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

			三島町				同規模	県	国
			H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率			844人	50.6%	783人	53.9%	41.4%	31.8%	28.7%
2号認定者			3人	0.65%	2人	0.55%	0.38%	0.48%	0.38%
	新規認定者		1人		1人		--	--	--
1号認定者			221人	26.2%	175人	22.3%	20.0%	20.1%	19.4%
	新規認定者		49人		21人		--	--	--
再掲	65～74歳		12人	3.9%	14人	4.2%	--	--	--
		新規認定者	7人		6人		--	--	--
	75歳以上		209人	39.1%	161人	35.9%	--	--	--
		新規認定者	42人		15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

		三島町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費		4億0992万円	3億6465万円	--	--	--
一人あたり給付費（円）		485,690	465,709	323,222	301,499	290,668
1件あたり給付費（円）全体		107,281	124,157	80,543	65,863	59,662
	居宅サービス	45,310	45,540	42,864	42,089	41,272
	施設サービス	284,254	282,847	288,059	294,067	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）			2	14		161		175		177	
再）国保・後期			1	13		143		156		157	
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	1 100.0%	脳卒中	7 53.8%	虚血性心疾患	55 38.5%	虚血性心疾患	58 37.2%	虚血性心疾患	58 36.9%
		2	腎不全	1 100.0%	虚血性心疾患	3 23.1%	脳卒中	46 32.2%	脳卒中	53 34.0%	脳卒中	54 34.4%
		3	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	3 23.1%	腎不全	16 11.2%	腎不全	19 12.2%	腎不全	20 12.7%
	合併症	4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	1 7.7%	糖尿病合併症	9 6.3%	糖尿病合併症	10 6.4%	糖尿病合併症	10 6.4%
	基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）			1 100.0%	基礎疾患	12 92.3%	基礎疾患	135 94.4%	基礎疾患	147 94.2%	基礎疾患	148 94.3%
	血管疾患合計			1 100.0%	合計	13 100.0%	合計	135 94.4%	合計	148 94.9%	合計	149 94.9%
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	3 23.1%	認知症	78 54.5%	認知症	81 51.9%	認知症	81 51.6%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	1 100.0%	筋骨格系	9 69.2%	筋骨格系	140 97.9%	筋骨格系	149 95.5%	筋骨格系	150 95.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

②　医療費の状況

本町の医療費は、国保加入者の減少に伴い総医療費も減少しています。一人当たり医療費は同規模保険者と比べて約 2 万円高くなっていますが、平成 30 年度と比較して 1.5 万円減少しています。入院医療費は、件数の割合が 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 48%を占めており、1 件当たりの入院医療費は同規模と比較して 2.7 万円高くなっています。(図表 15)

年齢調整をした地域差指数をみると、県平均よりも低く、入院・外来共に地域差指数は平成 30 年度よりも低下しています。(図表 16)

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り、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

			三島町		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)			423人	340人	--	--	--
前期高齢者割合			253人 (59.8%)	232人 (68.2%)	--		
総医療費			1億5784万円	1億3205万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)			373,141 県内7位 同規模81位	358,517 県内14位 同規模110位	336,706	322,276	309,237
入院	1件あたり費用額(円)		529,210	615,130	588,220	580,970	617,950
入院		費用の割合	49.0	47.8	44.9	39.7	39.6
入院		件数の割合	3.9	3.6	3.4	2.6	2.5
外来	1件あたり費用額		22,520	25,100	25,290	23,470	24,220
外来		費用の割合	51.0	52.2	55.1	60.3	60.4
外来		件数の割合	96.1	96.4	96.6	97.4	97.5
受診率			732.927	685.907	672.987	752.186	701.615

※同規模順位は三島町と同規模保険者274市町村の平均値を表す

出典：ヘルスサポートラボツール

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		
		三島町 (県内市町村中)		県 (47県中)	三島町 (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	0.940	0.852	0.961	0.742	0.731	0.864
		(36位)	(55位)	(36位)	(51位)	(50位)	(44位)
	入院	1.156	0.945	0.954	0.749	0.687	0.818
		(10位)	(33位)	(35位)	(37位)	(49位)	(43位)
	外来	0.812	0.796	0.974	0.752	0.788	0.924
		(55位)	(55位)	(35位)	(56位)	(50位)	(38位)

出典：地域差分析(厚労省)

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は平成 30 年度と比較すると増加しています。脳血管疾患については平成 30 年度より 2 ポイント減少していますが、中長期目標疾患全て同規模、県、国よりも高い状況です。(図表 17)

次に患者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、虚血性心疾患は減少しましたが、脳血管疾患・人工透析(腎不全)が患者数及び割合が増加しています。(図表 18)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護

費がかかるなど、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。

また、腎疾患の一つである糖尿病性腎症について考えると、糖尿病性腎症罹患時点で全身に動脈硬化が及んでいるとみられており、脳血管疾患・心疾患死亡の危険があると言われています。透析は一種のエリート疾病と言われ、多くは透析になる以前に心不全等により死亡してしまうため、それを免れた方が透析となると考えると、脳血管疾患・心疾患の死亡が減少することにより、今後も透析実施者の増加が懸念されます。

これらのことから、原因となる高血圧、糖尿病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

			三島町		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）			1億5784万円	1億3205万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			2565万円	2887万円	--	--	--
			16.25%	21.86%	7.24%	6.94%	8.03%
中長期目標疾患	脳	脳梗塞・脳出血	7.85%	5.05%	2.12%	2.05%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.24%	3.06%	1.46%	1.38%	1.45%
	腎	慢性腎不全（透析有）	6.71%	11.74%	3.29%	3.22%	4.26%
		慢性腎不全（透析無）	0.45%	2.01%	0.37%	0.28%	0.29%
その他の疾患		悪性新生物	16.22%	20.27%	17.57%	17.73%	16.69%
		筋・骨疾患	7.11%	10.03%	9.33%	8.28%	8.68%
		精神疾患	8.87%	7.54%	7.82%	8.61%	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	423	340	a	21	20	41	28	2	3
					a/A	5.0%	5.9%	9.7%	8.2%	0.5%	0.9%
40歳以上		B	377	298	b	21	20	41	28	2	3
		B/A	89.1%	87.6%	b/B	5.6%	6.7%	10.9%	9.4%	0.5%	1.0%
再掲	40～64歳	C	124	66	c	1	3	10	6	1	0
		C/A	29.3%	19.4%	c/C	0.8%	4.5%	8.1%	9.1%	0.8%	0.0%
	65～74歳	D	253	232	d	20	17	31	22	1	3
		D/A	59.8%	68.2%	d/D	7.9%	7.3%	12.3%	9.5%	0.4%	1.3%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧（脳卒中・虚血性心疾患）、地域の全体像の把握
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患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、治療者の割合が増加しました。これ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機関受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施した結果、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療者の割合が増加したと考えられます。

また、短期目標疾患の合併症（重症化）でもある虚血性心疾患の割合は減少しましたが、脳血管疾患・人工透析の割合は増加傾向にあります。これは、医療機関受診後のコントロール不良等により脳血管疾患や人工透析など合併症（重症化）を引き起こしていると考えられます。これらのことから、住民が主体となり適切な治療や生活習慣の改善など自己管理に取り組めるよう、受診勧奨後も継続した保健指導を実施し重症化予防につなげることが重要であると考えます。（図表 19、20、21）

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	173	151	33	20	140	131
		A/被保険数	45.9%	50.7%	26.6%	30.3%	55.3%	56.5%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	13	13	1	1	12	12
		B/A	7.5%	8.6%	3.0%	5.0%	8.6%	9.2%
	虚血性心疾患	C	26	20	5	4	21	16
		C/A	15.0%	13.2%	15.2%	20.0%	15.0%	12.2%
	人工透析	D	2	3	1	0	1	3
		D/A	1.2%	2.0%	3.0%	0.0%	0.7%	2.3%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧（高血圧症）、地域の全体像の把握、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	71	61	17	13	54	48
		A/被保険数	18.8%	20.5%	13.7%	19.7%	21.3%	20.7%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	4	8	0	0	4	8
		B/A	5.6%	13.1%	0.0%	0.0%	7.4%	16.7%
	虚血性心疾患	C	13	8	2	2	11	6
		C/A	18.3%	13.1%	11.8%	15.4%	20.4%	12.5%
	人工透析	D	2	2	1	0	1	2
		D/A	2.8%	3.3%	5.9%	0.0%	1.9%	4.2%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	5	2	2	0	3	2
		E/A	7.0%	3.3%	11.8%	0.0%	5.6%	4.2%
	糖尿病性網膜症	F	6	2	0	0	6	2
		F/A	8.5%	3.3%	0.0%	0.0%	11.1%	4.2%
	糖尿病性神経障害	G	2	2	0	0	2	2
		G/A	2.8%	3.3%	0.0%	0.0%	3.7%	4.2%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧（糖尿病）、地域の全体像の把握、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	151	128	38	16	113	112
		A/被保数	40.1%	43.0%	30.6%	24.2%	44.7%	48.3%
合併症（中長期目標疾患）	脳血管疾患	B	9	12	0	1	9	11
		B/A	6.0%	9.4%	0.0%	6.3%	8.0%	9.8%
	虚血性心疾患	C	23	20	4	2	19	18
		C/A	15.2%	15.6%	10.5%	12.5%	16.8%	16.1%
	人工透析	D	0	1	0	0	0	1
		D/A	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%

出典：KDBシステム_疾病管理一覧（脂質異常症）、地域の全体像の把握、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 以上を平成 30 年度と令和 3 年度で比較すると、有所見者の割合が伸びました。これは健診受診者の受診勧奨判定値の方に対して、医療機関受診勧奨を行ったことによる適正な医療受診行動の結果と考えられます。また未治療者について健診後、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が高血圧で 5 人（30%）、糖尿病で 1 人（8%）であり、同規模と比較すると低い状況です。しかし、生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。（図表 22）

図表 22　結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧＿Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移（結果の改善）								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）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	受診者A	受診率	受診者B	受診率	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E
三島町	220	59.3	206	64.0	7	3.2	4	57.1	17	8.3	5	29.4	5	29.4	0	0.0
同規模市町村	25,420	56.0	22,990	54.5	1,484	5.8	794	53.5	1,520	6.6	803	52.8	487	32.0	85	5.6

	健診受診率				糖尿病＿HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移（結果の改善）								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）			
							未治療（内服なし）				未治療（内服なし）		未治療		治療中断	
	HbA1c実施者A	実施率	HbA1c実施者B	実施率	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K
三島町	216	98.2	206	100.0	8	3.7	0	0.0	12	5.8	2	16.7	1	8.3	0	0.0
同規模市町村	25,420	56.0	22,990	54.5	25,593	4.9	286	22.7	1,252	5.5	250	20.0	83	6.6	41	3.3

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

出典：ヘルスサポートラボツール

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。三島町の特定健診結果において、平成30 年度と令和 4 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、3.6 ポイントも伸びており、その中でも 2 項目の危険因子が重なっている割合が増加しています。（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、いずれも増加しており、HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上では改善率が低下しています。特にHbA1c6.5 以上については悪化している割合が増加しており、高血圧と脂質異常症は服薬により数値のコントロールがしやすい疾病ですが、糖尿病は食事の改善等がなされなければコントロールできないという疾病特性があり、生活改善がなされていない実態がうかがわれます。また、翌年度健診を受診しておらず結果が把握できていない方がいるため、重症化予防対象者から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	220（59.3%）	48（21.8%）	22（10.0%）	26（11.8%）	22（10.0%）
R04年度	201（67.0%）	51（25.4%）	20（10.0%）	31（15.4%）	22（10.9%）

出典：ヘルスサポートラボツール

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	17（7.9%）	5（29.4%）	8（47.1%）	2（11.8%）	2（11.8%）
R03→R04	24（11.7%）	5（20.8%）	12（50.0%）	6（25.0%）	1（4.2%）

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 25　Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（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	7（3.2%）	5（71.4%）	0（0.0%）	2（28.6%）	0（0.0%）
R03→R04	17（8.3%）	10（58.8%）	2（11.8%）	1（5.9%）	4（23.5%）

出典：ヘルスサポートラボツール

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	7（3.2%）	3（42.9%）	1（14.3%）	1（14.3%）	2（28.6%）	
R03→R04	13（6.3%）	9（69.2%）	2（15.4%）	0（0.0%）	2（15.4%）

出典：ヘルスサポートラボツール

④　健診受診率及び保健指導実施率の推移

三島町の特定健診受診率は、受診率向上施策の確実な遂行により、国の目標値である 60%を超えており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成しています。（図表 27）

しかし、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は低い状況が続いています。（図表 28）

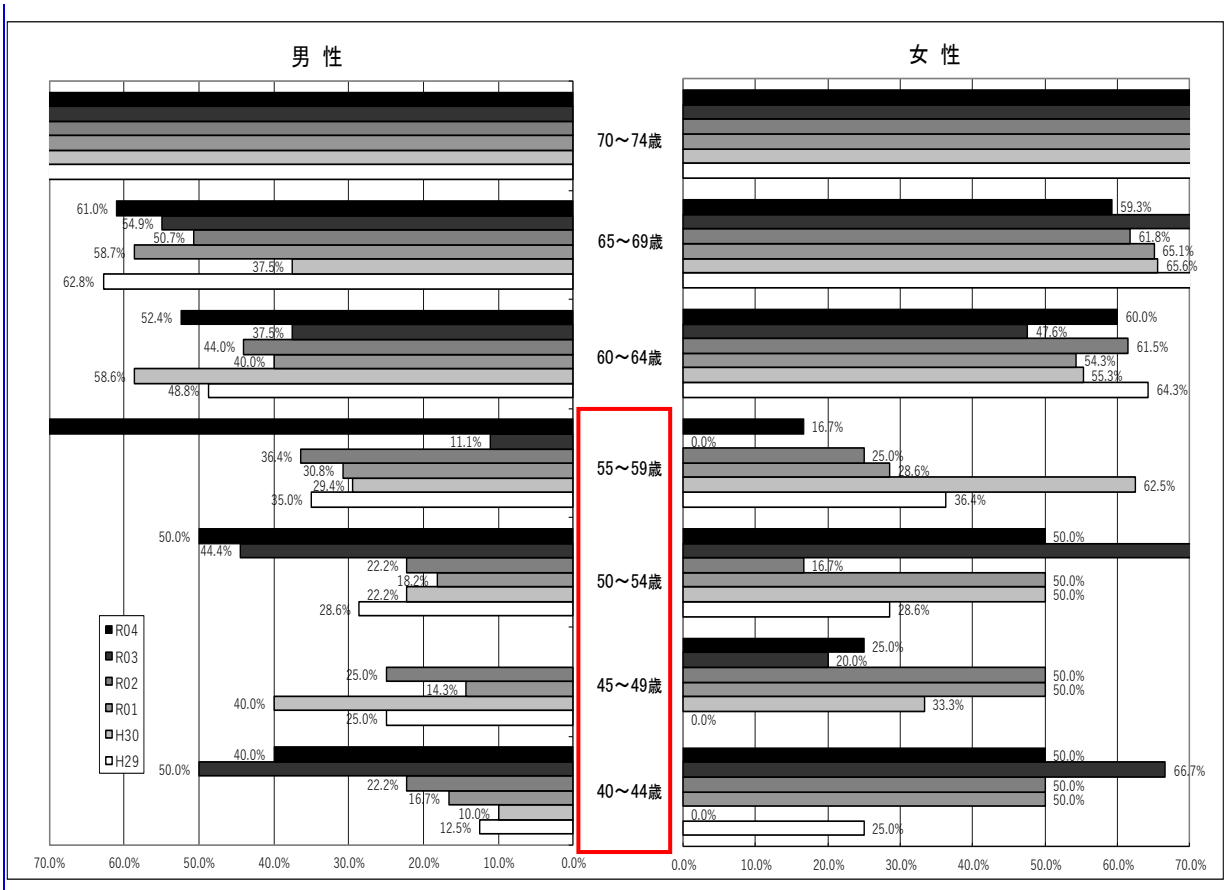
特定保健指導については、新型コロナウイルス感染症に係る事務量の増加によりマンパワーが不足し令和 2 年度に大きく低迷しましたが、令和 3 年度以降は保健師、管理栄養士の増員により改善することができました。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

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	219	235	214	200	194	健診受診率 60%
	受診率	64.4%	73.0%	67.1%	68.3%	72.1%	
特定保健指導	該当者数	26	30	35	23	18	特定保健 指導実施率 60%
	割合	11.9%	12.8%	16.4%	11.5%	9.2%	
	実施者数	23	30	13	15	14	
	実施率	88.5%	100.0%	37.1%	65.2%	77.8%	

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

健診受診者は国保人口の減少とともに減っていますが、血糖値有所見者の割合は年々増加傾向です。（例示表 1）

血糖値有所見者の未治療・治療中断者の割合が令和 2 年度、令和 3 年度には 50%台になりましたが、令和 4 年度は改善につながりました。しかし、受診しても治療につながった方は少なく、生活習慣の改善に向けた保健指導が必要と考えます。（例示表 2）

血糖値有所見者のうち未治療者は、令和 2 年度の HbA1c7.0 以上では 5 人と血糖値有所見者の 20%を占めていましたが、翌年には 1 人に改善しています。HbA1c8.0 以上の未治療者は、令和3年度は数値改善により治療中断した方であり、令和4年度は新規受診者でしたが、どちらも受診勧奨により内服開始となりました。受診勧奨や治療中断とならないよう、今後も継続した保健指導を実施します。（例示表 3）

また、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、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

例示表 1 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)	216	240	221	206	198
血糖値有所見者 ＊1	人(b)	17	21	25	24	24
	(b/a)	7.9%	8.8%	11.3%	11.7%	12.1%
保健指導実施者＊2	人(c)	14	21	10	18	15
	(c/b)	82.4%	100.0%	40.0%	75.0%	62.5%

＊1 HbA1c6.5%以上のもの
＊2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

例示表 2 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 ＊1	人(a)	17	21	25	24	24
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者＊3	人(b)	7	7	14	13	8
	(b/a)	41.2%	33.3%	56.0%	54.2%	33.3%
受診した者	人(c)	6	7	8	5	7
	(c/b)	85.7%	100.0%	57.1%	38.5%	87.5%
治療開始した者	人(c)	6	3	3	1	1
	(c/b)	85.7%	42.9%	21.4%	7.7%	12.5%

＊3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

例示表 3　HbA1c6.5 以上の状況（アウトカム評価）

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	216	240	221	206	198
HbA1c6.5%以上	人(b)	17	21	25	24	24
	(b/a)	7.9%	8.8%	11.3%	11.7%	12.1%
保健指導実施	人(c)	14	21	10	18	15
	(c/b)	82.4%	100.0%	40.0%	75.0%	62.5%
HbA1c7.0%以上7.9%以下の未治療者	人(d)	0	1	5	1	2
	(d/a)	0.0%	4.8%	20.0%	4.2%	8.3%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(e)	0	0	0	1	1
	(e/a)	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	4.2%

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、心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は約 9 割実施できています。

有所見の割合は 20%前後で推移しており、心房細動や ST 異常があるにも関わらず専門医への受診をしていない方がいるので、心電図における心房細動や ST 異常とはどのような状態であるのかを伝え、医療機関への受診勧奨を確実に行う必要があります。また、治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、健診データと合わせて個別のリスク(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。

例示表 4　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（人）	a	220	246	226	206	201
心電図受診者（人）	b	218	235	212	201	192
心電図実施率	b/a	99.1%	95.5%	93.8%	97.6%	95.5%
有所見者（人）	d	43	69	50	41	36
有所見率	d/b	19.7%	29.4%	23.6%	20.4%	18.8%
心房細動（人）	e	1	2	2	2	2
心房細動有所見率	e/b	0.5%	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%
e　のうち専門医受診なし		0	0	0	0	1
ST異常所見（人）	f	2	4	3	4	1
ST異常有所見率	f/b	0.9%	1.7%	1.4%	2.0%	0.5%
要精査者（人）		1	0	1	0	0
f　のうち専門医受診なし		1	2	2	3	1

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、平成 30 年度以降増加傾向にあり令和 2 年度には約 8%でしたが、令和 4 年度には約 3%と改善しています。しかし、未治療者の割合が令和 4 年度には約 4 割であり、治療の必要な方が治療につながっていないことが分かっています。

高血圧は、脳心血管において最大の危険因子です。要介護認定の原因の一つでもあり、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。例示表 6 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を継続し、適切な受診勧奨に取り組んでいきます。血圧高値の者においても、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者が 57%いました。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。

例示表 5　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		人（a）	220	246	226	206	201
血圧Ⅱ度以上の者		人（b）	7	14	19	17	7
		（b/a）	3.2%	5.7%	8.4%	8.3%	3.5%
	治療あり	人（c）	3	3	8	12	4
		（c/b）	42.9%	23.1%	42.1%	70.6%	57.1%
	治療なし	人（d）	4	8	11	5	3
		（d/b）	57.1%	57.1%	57.9%	29.4%	42.9%
（再掲）	血圧Ⅲ度の者	人（f）	1	3	3	4	1
		（f/a）	0.5%	1.2%	1.3%	1.9%	0.5%
	治療あり	人	0	2	1	3	1
	治療なし	人	1	1	2	1	0

例示表 6　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）

血圧分類（mmHg） / 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
	62	36	23	3	0
		58.1%	37.1%	4.8%	0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	0	C 0	B 0	B 0	A 0
	0.0%	0.0%	0.0%	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	34	C 20	B 12	A 2	A 0
	54.8%	55.6%	52.2%	66.7%	--
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	28	B 16	A 11	A 1	A 0
	45.2%	44.4%	47.8%	33.3%	--

…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	14
		22.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	28
		45.2%
C	概ね3ヵ月後に再評価	20
		32.3%

※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。

三島町においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの町民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、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きます。

取組内容としては、広報などを活用し、住民が自身の健康に関心が持てるようメタボリックシンドロームや三島町の医療費の状況など周知を実施してきました。

【取組内容】

〇特定健診、生活習慣病に関する啓発事業（ケーブルテレビ、広報）

〇活動量支援事業、教室、健康に関するイベント（健康フォーラム等）への参加、健（検）診などよるポイント付与（健康ポイント制度）

〇活動量支援事業、トレーニングルーム、運動教室の開催などによる運動習慣定着の支援

〇区長会や保健推進員会等で町の健康状態と健診等について周知を行い、地区住民への声掛け、伝達を推進

〇各地区組織等での健康情報の提供

〇町内病院出前講座など健康講座の地区開催支援

（3）第 2 期計画目標の達成状況一覧

図表 29　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）
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維持	7.9%	2.8%	5.5%	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	1.2%	6.3%	3.2%	
			慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	6.7%	11.3%	11.6%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	100.0%	100.0%	100.0%	
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	0.0%	50.0%	50.0%	三島町調べ
	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	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	10.0%	14.2%	10.9%	三島町 町民課
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	2.6%	7.2%	3.4%	
			健診受診者の脂質異常者の割合の減少(LDL160以上）	3.6%	6.2%	5.8%	
			健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上）	7.0%	11.1%	12.4%	
			健診受診者のHbA1C8.0以上の未治療者の割合減少	0.0%	0.00%	1.30%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	66.7%	66.7%	50.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合	59.0%	35.0%	84.6%	
		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	64.4	67.1	72.1	法定報告値
			特定保健指導実施率60%以上	88.5	37.1	77.8	
			特定保健指導対象者の割合の減少	11.9	16.4	50.0	
努力支援制度	その他	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診者の増加	3.0	5.7	28.9	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）
			肺がん検診受診者の増加	36.1	35.2	38.4	
			大腸がん検診受診者の増加	28.6	25.9	31.1	
			子宮がん検診受診者の増加	15.4	5.6	16.5	
			乳がん検診受診者の増加	32.2	9.0	23.6	
			5つのがん検診の平均受診率の増加	23.1	16.3	27.7	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合　80%以上	78.1%	81.9%	86.4%	厚生労働省

3） 第 2 期データヘルス計画に係る考察

【考察】

◆留意点：考察にあたっては、保険者の健康課題のうち、現在実施している保健事業で対応できていること、対応できていないこと等対応状況も明らかにして記載するよう努める。（手引書より）

糖尿病性腎症重症化予防事業では、血糖値有所見者の未治療者・治療中断者へ受診勧奨を行い、医療に繋げることができています。しかし、治療中であっても血糖値有所見の方が多くみられます。糖尿病は食事の改善等がなされないと血糖値のコントロールが難しいという疾病特性があるため、生活の改善がなされていない実態であると考えます。このことから、服薬とならなかった方やコントロール不良の方へは、生活実態を明らかにした上で、個人に応じたわかりやすく的確な保健指導を実施することが必要です。また、糖尿病連携手帳の活用や、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの連絡票を活用しながら、医療機関と連携し、治療方針の確認や保健指導の内容について相互に情報交換を行っていくことが重要です。

心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防事業では、心臓病を発見する入り口である心電図検査は約 9 割実施できていますが、医療機関等のデータをいただき、見なし健診とした方の多くが心電図検査を実施していない状況です。今後も心電図検査全数実施を目指し、二次健診等での実施も検討が必要です。また心房細動や ST 異常などの所見を認めた場合、心不全の可能性を含めて専門医への受診が必要となるため、確実に受診勧奨を行うことが重要となります。その他の所見を認めた場合、血管内皮細胞が障害された結果、心筋等に異常を来たし心電図異常が出現したと考えられます。心電図有所見者が重症化しないよう、また心電図所見が「異常なし」の場合は新たな所見が出現しないよう、他の検査と合わせて保健指導を実施していく必要があります。

町内の病院には循環器専門医の診療はなく、専門医への受診は近隣自治体医療機関の利用となります。心電図検査のみで心臓の状態や病気が全てわかるわけではないため、専門医受診の必要性について住民に教育していく必要があります。

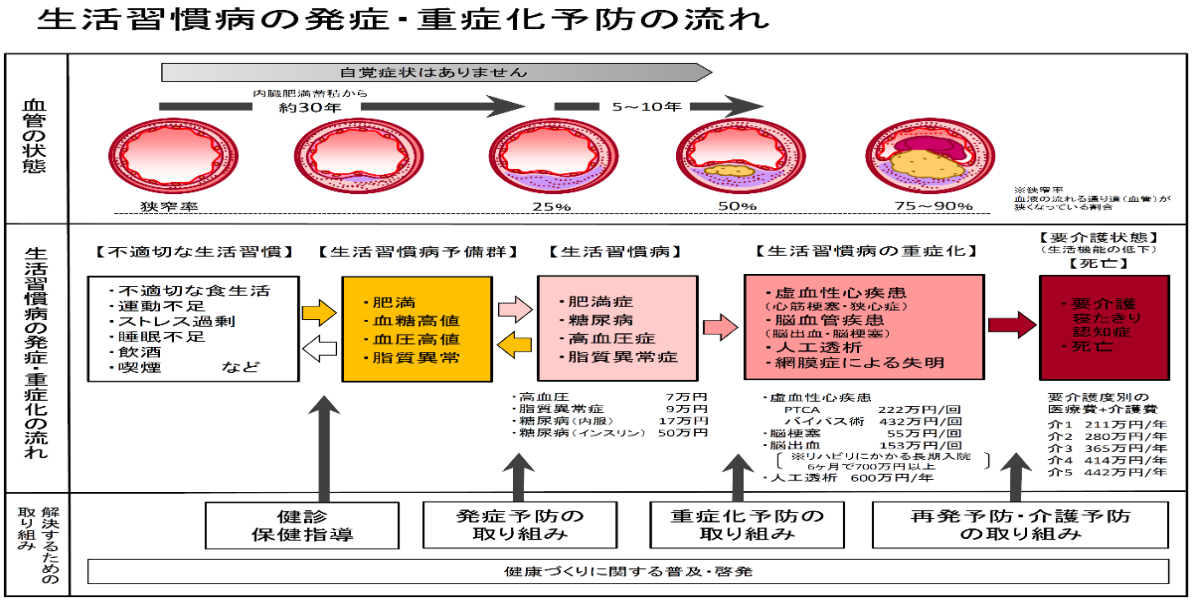
脳血管疾患重症化予防対策事業ではⅡ度高血圧以上の対象者が多く、また医療機関未受診の場合が多い状況です。医療機関の受診が必要な血圧値である方についてはガイドライン等を用いながら保健指導を実施しています。しかし、医療機関受診につながっても「薬を飲まなくてもいいと言われた」という場合もあり、医療機関と連携しながら血圧高値の方へ保健指導を実施していかなければなりません。血圧高値の方には血圧手帳を配布し家庭での血圧測定が習慣化できるよう支援し、家庭血圧を参考にしながら、病院受診ができるよう支援していく必要があります。

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 30　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。

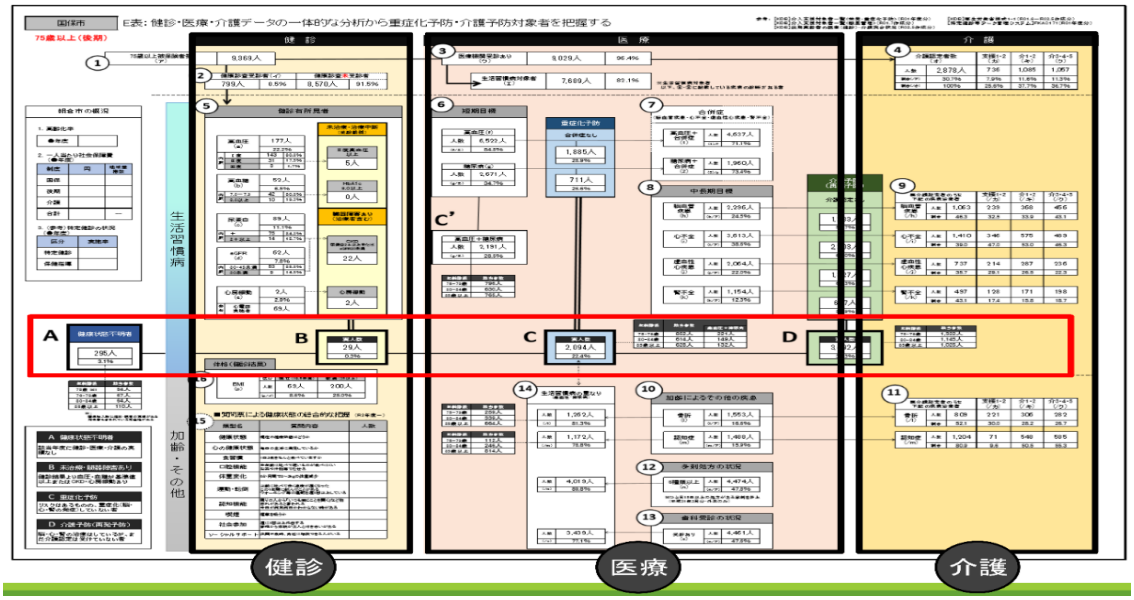
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

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、市町村国保及び広域連合は、図表 31 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 40 歳未満の健診を実施し、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 31　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 32　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		423人	398人	395人	361人	340人	454人
総件数及び総費用額	件数	3,724件	3,360件	3,135件	3,155件	2,638件	4,689件
	費用額	1億5784万円	1億2720万円	1億3505万円	1億3149万円	1億2190万円	2億5558万円
一人あたり医療費		37.3万円	32.0万円	34.2万円	36.4万円	35.9万円	56.3万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 33　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

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	三島町	1億3205万円	31,584	11.74%	2.01%	5.05%	3.06%	5.96%	3.60%	1.77%	4382万円	33.2%	20.3%	7.54%	10.03%
	同規模	---	29,993	3.29%	0.37%	2.12%	1.46%	6.01%	3.48%	1.83%	---	18.6%	17.6%	7.82%	9.33%
	県	---	28,703	3.22%	0.28%	2.05%	1.38%	6.43%	3.81%	2.35%	---	19.5%	17.7%	8.61%	8.28%
	国	---	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	---	18.6%	16.7%	7.63%	8.68%
②後期	三島町	2億8000万円	51,254	3.07%	0.15%	0.78%	2.39%	2.98%	2.18%	0.61%	3407万円	12.2%	14.6%	0.33%	9.2%
	同規模	---	66,525	3.76%	0.64%	4.27%	1.56%	3.98%	3.49%	1.08%	---	18.8%	10.2%	3.61%	12.1%
	県	---	62,624	5.17%	0.46%	3.64%	1.60%	4.40%	3.51%	1.40%	---	20.2%	10.9%	3.40%	11.4%
	国	---	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	---	19.1%	11.2%	3.55%	12.4%

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

最大医療資源傷病（※1）による分類結果

※1「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費用を要した傷病名

図表 34　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	17人	11人	16人	12人	18人	32人
	件数	B	40件	34件	25件	26件	34件	54件
		B/総件数	1.07%	1.01%	0.80%	0.82%	1.29%	1.15%
	費用額	C	4668万円	4477万円	3236万円	2545万円	4093万円	7370万円
		C/総費用	29.6%	35.2%	24.0%	19.4%	33.6%	28.8%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 35　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	3人		0人		1人		1人		3人		2人		
		D/A	17.6%		0.0%		6.3%		8.3%		16.7%		6.3%		
	件数	E	9件		0件		2件		1件		5件		3件		
		E/B	22.5%		0.0%		8.0%		3.8%		14.7%		5.6%		
	年代別	40歳未満	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	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	0.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	3	60.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	9	100.0%	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	80代	2	66.7%
		70-74歳	0	0.0%	0	--	2	100.0%	1	100.0%	2	40.0%	90歳以上	1	33.3%
	費用額	F	1061万円				303万円		114万円		584万円		523万円		
		F/C	22.7%		#VALUE!		9.4%		4.5%		14.3%		7.1%		

出典：ヘルスサポートラボツール

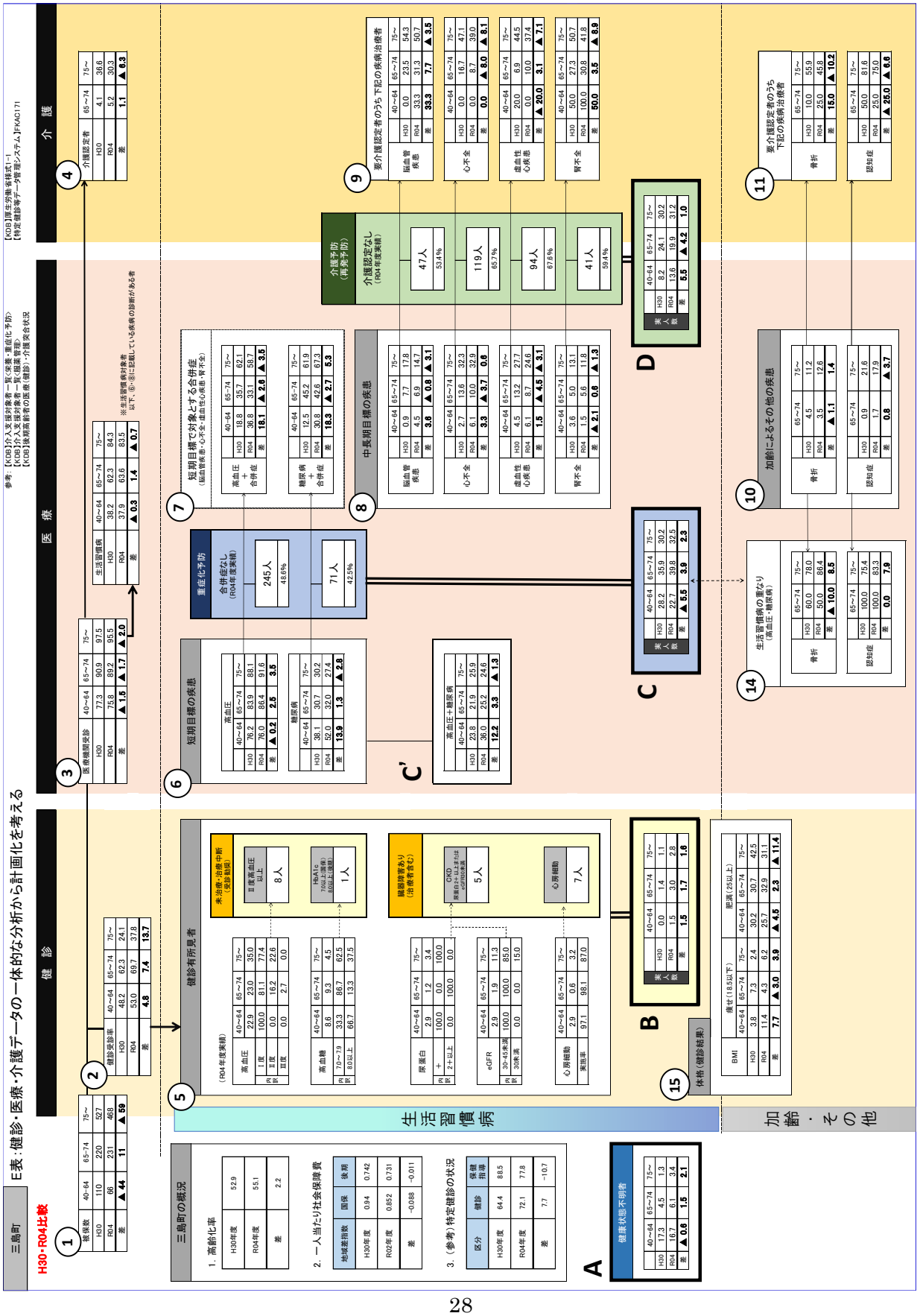
図表 36　高額レセプト（80 万円／件）以上の推移（虚血性心疾患）

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	0人		1人		2人		1人		1人		2人		
		G/A	0.0%		9.1%		12.5%		8.3%		5.6%		6.3%		
	件数	H	0件		2件		4件		1件		1件		2件		
		H/B	0.0%		5.9%		16.0%		3.8%		2.9%		3.7%		
	年代別	40歳未満	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	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	0	0.0%
		50代	0	--	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	75-80歳	0	0.0%
		60代	0	--	2	100.0%	2	50.0%	1	100.0%	0	0.0%	80代	2	100.0%
		70-74歳	0	--	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	1	100.0%	90歳以上	0	0.0%
	費用額	I			261万円		576万円		92万円		252万円		227万円		
		I/C	#VALUE!		5.8%		17.8%		3.6%		6.2%		3.1%		

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 37　健診・医療・介護データの一体的　※見開き1ページ



図表 38　被保険者数と健診受診状況

E表	④	①			②			⑮					
年度	介護認定率	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	36.6	110	220	527	48.2	62.3	24.1	3.8	7.3	2.4	30.2	30.7	42.5
R04	30.3	66	231	468	53.0	69.7	37.8	11.4	4.3	6.2	25.7	32.9	31.1

図表 39　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		75-		40-64		65-74		75-	
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H30	0	--	(0)	4	2.9	(2)	8	6.3	(4)	2	3.8	(0)	6	4.4	(0)	2	1.6	(0)	0	--	0	--	2	1.6	0	--	1	0.7	0	--
R04	0	--	(0)	7	4.3	(3)	14	7.9	(5)	3	8.6	(0)	15	9.3	(1)	3	1.7	(0)	0	--	2	1.2	3	1.7	1	2.9	1	0.6	5	2.8

図表 40　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	77.3	90.9	97.5	38.2	62.3	84.3	76.2	83.9	88.1	38.1	30.7	30.2	23.8	21.9	25.9	18.8	35.7	62.1	12.5	45.2	61.9
R04	75.8	89.2	95.5	37.9	63.6	83.5	76.0	86.4	91.6	52.0	32.0	27.4	36.0	25.2	24.6	36.8	33.1	58.7	30.8	42.6	67.3

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 41　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	0.9	7.7	17.8	4.5	13.2	27.7	2.7	13.6	32.3	3.6	5.0	13.1	0.0	23.5	54.3	20.0	6.9	44.5	0.0	16.7	47.1	50.0	27.3	50.7
R04	4.5	6.9	14.7	6.1	8.7	24.6	6.1	10.0	32.9	1.5	5.6	11.8	33.3	31.3	50.7	0.0	10.0	37.4	0.0	8.7	39.0	100.0	30.8	41.8

図表 42　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	60.0	78.0	100.0	75.4	4.5	11.2	0.9	21.6	10.0	55.9	50.0	81.6
R04	50.0	86.4	100.0	83.3	3.5	12.6	1.7	17.9	25.0	45.8	25.0	75.0

出典：ヘルスサポートラボツール

（3）健康課題の明確化（図表 32～42）

国保の被保険者数は年々減っていますが、一人あたり医療費においては減少することなく、横ばい傾向です。後期高齢者の一人あたりの医療費は 56.3 万円と、国保の約 1.5 倍となっています。レセプトが高額となる疾病を防ぎ医療費削減を図るため、保健指導や栄養指導を徹底し、初期の段階から適切な治療や生活習慣の改善に繋ぐことができるようサポートしていくことが重要です。また、国保被保険者の段階での適切な介入により、町民一人ひとりが健康の自己管理能力を習得することで様々な疾病予防ができ、後期高齢者の医療費についても削減が可能になると考えます。（図表 32）

短期的目標疾患の糖尿病、高血圧、脂質異常症の医療費については同規模と比較して同程度でした。しかし、中長期目標疾患の慢性腎不全、脳血管疾患、心疾患については同規模や県、国と比較すると 2 倍以上高くなっているため、一人当たりの月額医療費もそれに伴い高額となっています。中長期目標疾患は要介護度を高める要因となるため、継続した保健指導や栄養指導により短期目標疾患の重症化予防に努め、その先の様々な疾患に進行しないよう予防活動に力を入れていくことが今後も大切であると考えます。（図表 33）

高額レセプトについては、国保においては毎年約 30 件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約 1.5 倍に増えることがわかります。（図表 34）

脳血管疾患で高額になったレセプトは、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、件数・費用額についてはともに減少していますが、令和 4 年度の件数の 5 件中 3 件が 50 代の若年での発症でした。後期高齢の件数は 3 件と、国保の費用額が後期高齢の費用額を上回る結果となりました。（図表 35）

虚血性心疾患の費用額についても、件数の少ない国保（国保 1 件、後期 2 件）の方が後期高齢よりも高額であり、疾患の状態に重症度の差があることが予想できます。脳血管疾患や虚血性心疾患は、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、脳血管疾患や虚血性心疾患のリスクとなる短期目標疾患（高血圧・糖尿病等）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 36）

健診・医療・介護のデータを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳が半分程度に減少したのに対し、65 歳～74 歳、75 歳以上では大幅な変化はありませんでした。被保険者の年齢層についても徐々に上昇していることがわかります。②健診受診率は上昇傾向です。個別通知や訪問による未受診者対策、また、日々の保健活動で健

診受診の大切さについて伝えてきた効果であると考えます。⑮の体格をみると、65～74 歳の BMI25 以上の割合が増加し、反対に 40～64 歳の若年層や 75 歳以上の方については BMI18.5 未満の方の割合が増加しているため、個々の実情に合わせた保健指導が課題となります。

図表 39 の健診有所見の状況をみると、各年代で対象人数が増加しており、図表 40 の短期目標疾患（高血圧・糖尿病）とする合併症をみると、40～65 歳の若年層の割合が約 2 倍と大幅に増加しています。また、図表 41 の中長期疾患（脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全）においても、平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、40～65 歳で脳血管・虚血性心疾患・心不全の割合が増加しており、若い世代に対する健康管理意識向上のための介入の工夫が課題であることがわかります。

中長期目標疾患については、40～64 歳で脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全に増加がみられました。そのうちの介護認定者についても、65 歳以上では大幅な増減はありませんでしたが、40 歳～64 歳については脳血管疾患、腎不全で増加がみられました。本町は被保険者数が少ないため新規患者が1名発生するだけで、数値が大きく変わりやすい状況です。一人ひとりとのかかわりを大切にし、中長期目標疾患の原因となる背景を考え、適切な予防行動ができるようサポートしていくことが若年での発症と疾病の割合の増加を防ぐことにつながると考えます。（図表 41）

骨折・認知症と生活習慣病の重なりについて、平成 30 年度と令和 4 年度を比較して 65～74 歳ではどちらも認知症が 100%となっています。また、75 歳以上では令和 4 年度は骨折・認知症ともに増加しています。生活習慣病の悪化が骨折や認知症に大きく影響することについて周知し、健診の受診率や生活習慣病予防に対する意識の向上につなげられるよう保健活動を実施していきます。（図表 42）

（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）に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等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、脳血管疾患、虚血性心疾患等へ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 章に記載していきます。

3） 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、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

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ます。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 43)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にしておきます。

②　中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、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。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、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いことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、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します。

③　短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における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することを目指します。そのためには、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います。 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であるため、その目標値は、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。

（2）管理目標の設定

図表 43　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

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 初期値 R6 (R4)	実績 中間評価 R8 (R7)	実績 最終評価 R11 (R10)	データの把握方法 (活用データ年度)
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	5.5%	5.0%	4.5%	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	3.2%	2.7%	2.2%	
				慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	11.6%	11.1%	10.6%	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	100.0%	95.0%	90.0%	
				糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	50.0%	50.5%	51.0%	
	短期目標	アウトカム指標	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	メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少	10.9%	10.4%	9.9%	三島町町民課
				健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）	3.4%	2.9%	2.0%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	5.8%	5.3%	4.8%	
				健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1C6.5%以上)	12.4%	11.7%	11.2%	
				★健診受診者のHbA1C8.0%(NGSP値）以上の者の割合の減少	1.3%	0.8%	0.3%	
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	50.0%	50.5%	51.0%	
		アウトプット	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	72.1%	72.0%	73.0%	法定報告値
				★特定保健指導実施率60%以上	77.8%	100.0%	100.0%	
				★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	50.0%	50.0%	50.0%	

第3章　特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

1．第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 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 44　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	72.0%	72.0%	72.5%	72.5%	73.0%	73.0%
特定保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3．対象者の見込み

図表 45　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	220人	190人	165人	130人	115人	100人
	受診者数	155人	133人	116人	92人	82人	71人
特定保健指導	対象者数	25人	22人	19人	16人	13人	10人
	実施者数	25人	22人	19人	16人	13人	10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し、町民センターにおいて集団健診を中心に実施します。さらに集団健診未受診者や、希望者については個別健診として施設健診や人間ドックを実施します。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（三島町町民センター）

② 個別健診（委託医療機関）

（2）特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 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

特定健診実施機関については、町のホームページ、広報誌及び対象者への文書等にて周知します。

（4）特定健診実施項目

国が定めた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項目に加え、追加の検査（HbA1c、微量アルブミン尿、尿潜血、尿中塩分量、心電図、眼底検査、血清クレアチニン、尿酸）を実施します。※個別健診時の眼底検査については一部医療機関のみ実施

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られます。（実施基準第 1 条第 4 項）

図表 46 特定健診検査項目

〇三島町特定健診検査項目

健診項目		三島町	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	〇	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	〇	〇
	尿蛋白	〇	〇
	微量アルブミン尿	〇	
	尿潜血	〇	
	尿中塩分量	〇	
血液学検査 （貧血検査）	ヘマトクリット値	〇	□
	血色素量	〇	□
	赤血球数	〇	□
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
■・・・集団健診は全員、個別健診は一部医療機関のみ実施

（5）実施時期

6 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。

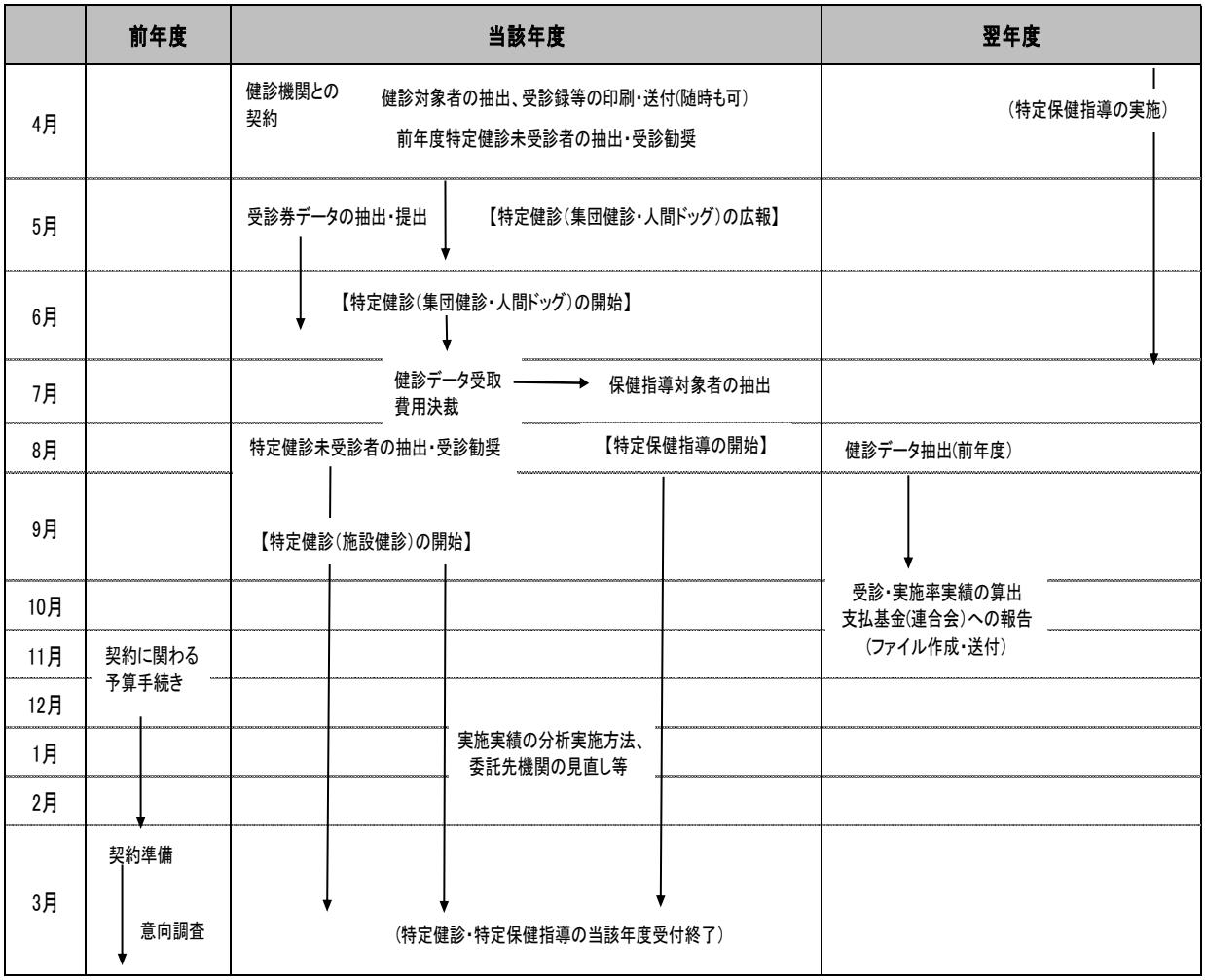
（7）代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、福島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 47　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、保険者による直接実施とし、同一係の保健師、管理栄養士と連携し実施します。

○第4期(2024年以降)における変更点

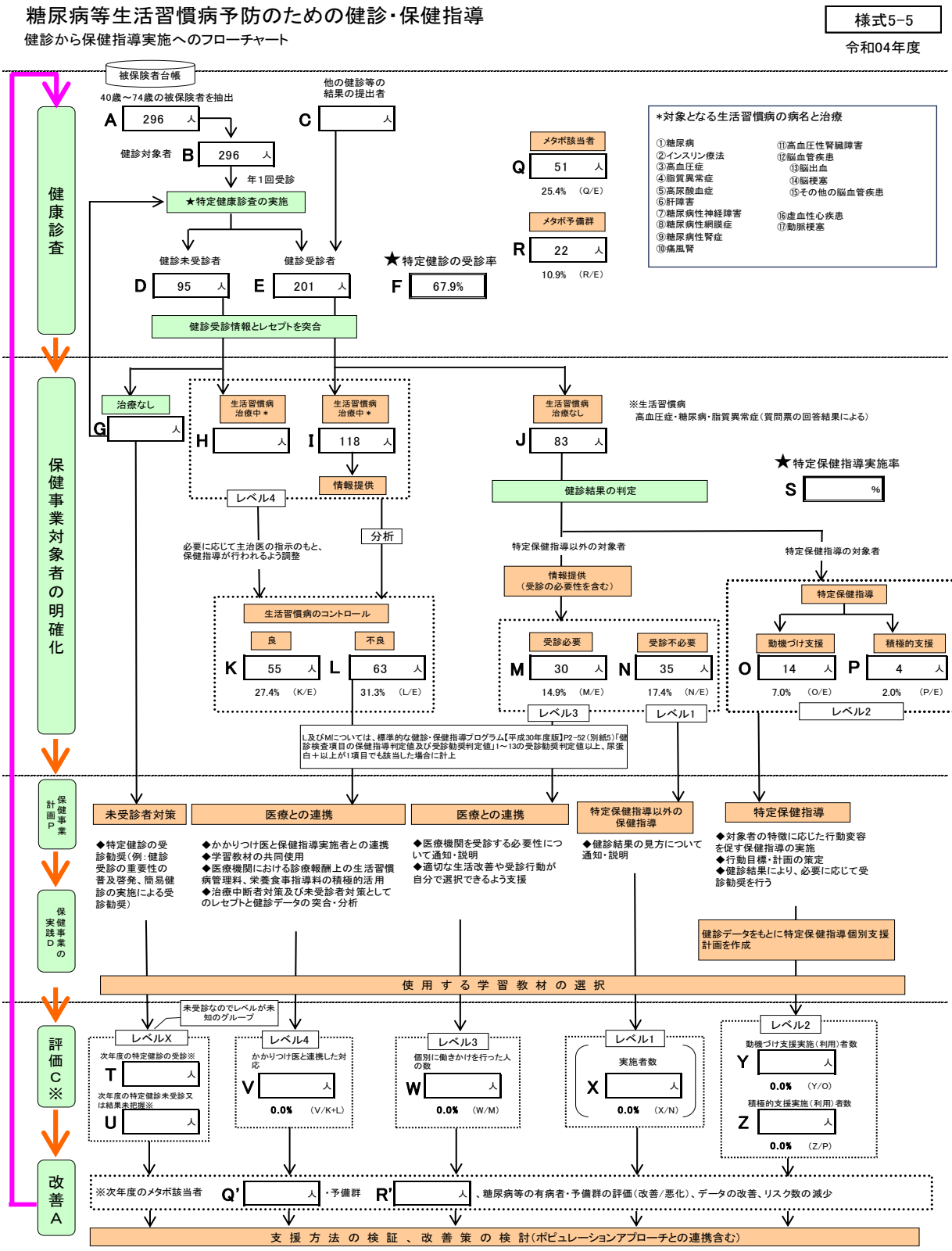
特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

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2㎝・体重2㎏減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1㎝・体重1㎏減をその他目標として設定した。
	⑵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。
	⑶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。
	⑷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。
	⑸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 48　健診から保健指導へのフローチャート（様式 5-5）



(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 49 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	18人 （9.0%）	100%
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	30人 （14.9%）	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）	95	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	35人 （17.4%）	100%
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	118人 （58.7%）	40%

(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 50 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 ◎診療情報提供の依頼		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報
5月	◎受診録、健診資材の送付		
6月	◎集団健診の実施 ◎個別健診（人間ドック）開始		◎総合健診、がん検診実施
7月		◎対象者抽出	◎代行機関(国保連合会）を通じて費用決裁の開始
8月	◎個別健康診査実施の依頼	◎保健指導開始	
9月	◎個別健診（委託医療機関）開始		◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月		◎利用券登録	◎個別健診（がん検診）開始
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診終了		

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三島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

高齢者の医療の確保に関する法律第 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、三島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

1．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すために、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り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。

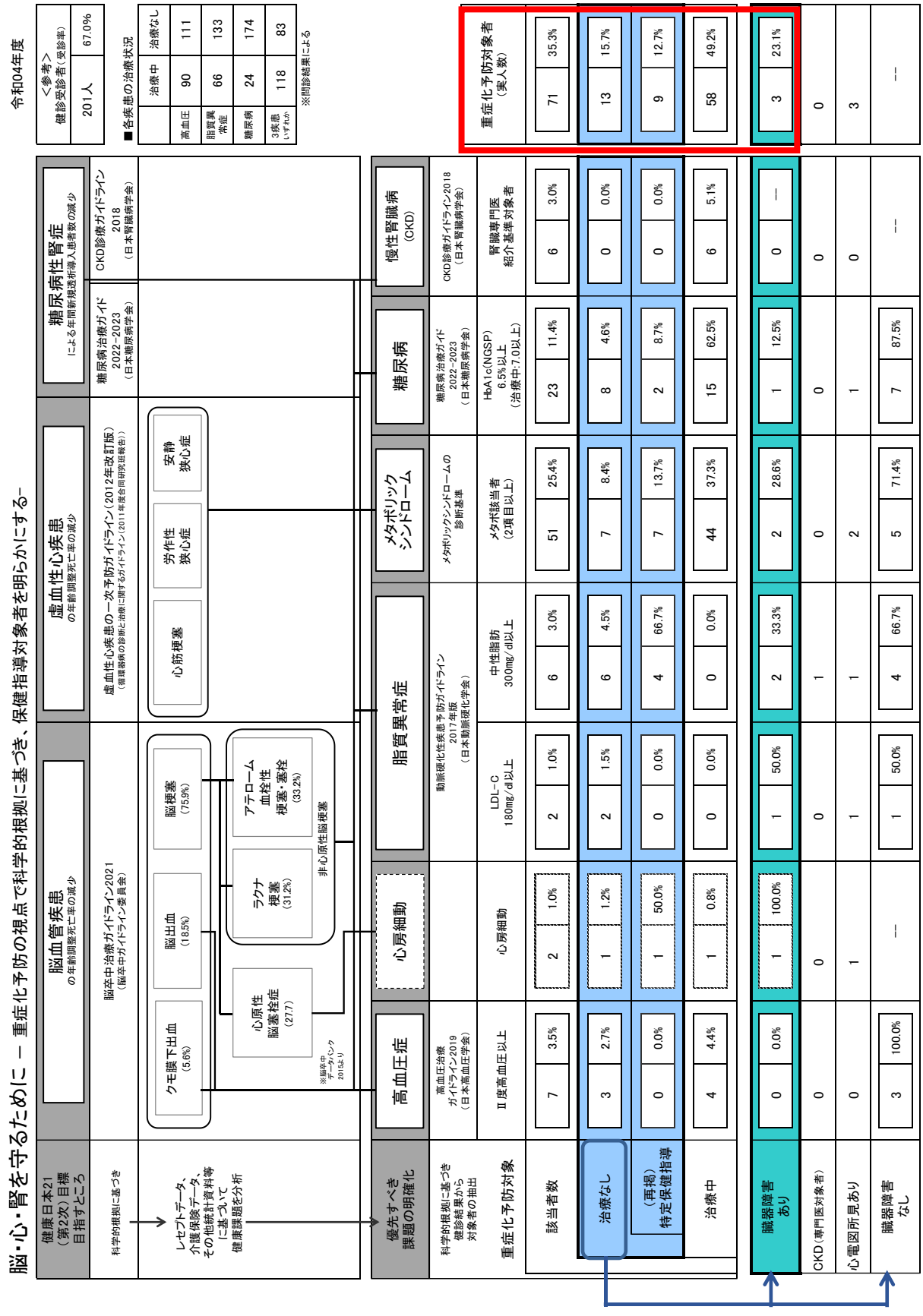
また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第 3 章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2．重症化予防の取組

三島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、71 人（35.3%）です。そのうち治療なしが 13 人（15.7%）、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が 3 人です。

また、三島町においては、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、13 人中 9 人と約7割であり、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 51）

図表 51　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）及び福島県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。

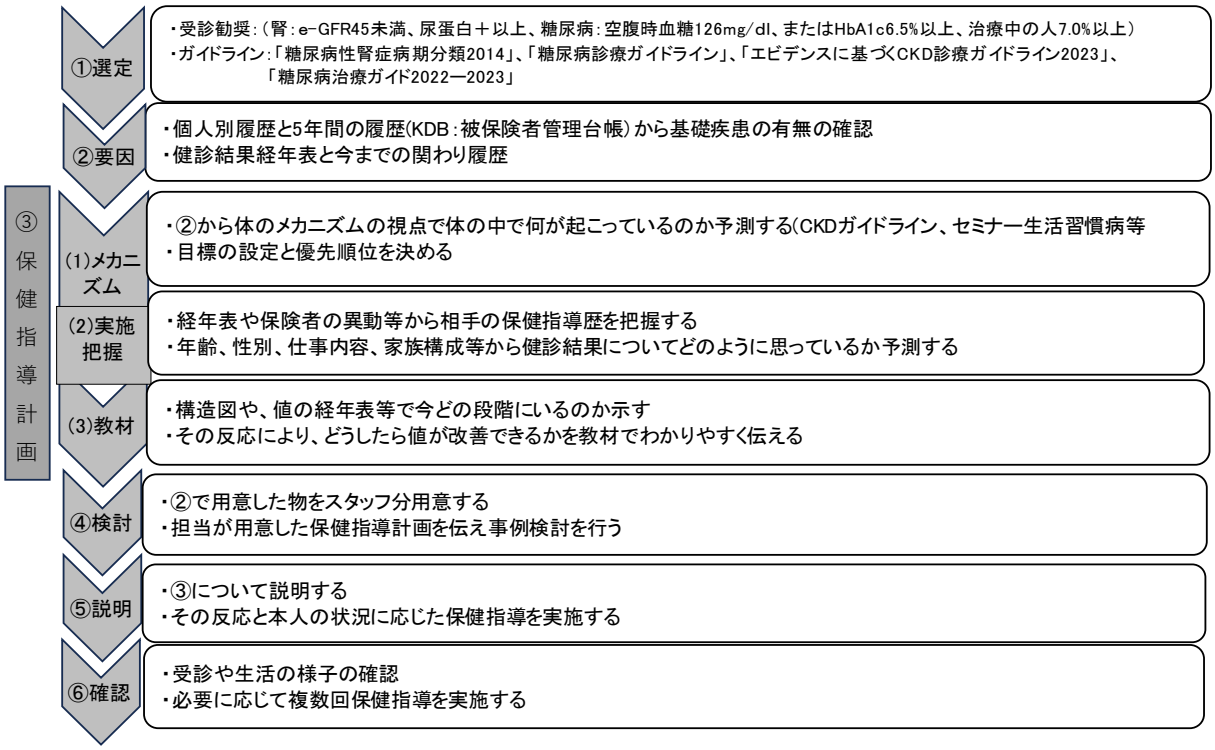
なお、取組にあたっては図表 52 に沿って実施します。

（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 52　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

イ）　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、福島県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

ロ） 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」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とします。

図表 53 糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性腎症病期分類（改訂）

病期	尿アルブミン値（mg/gCr） あるいは 尿蛋白値(g/fCr)	GFR（eGFR） （ml/分/1.73㎡）
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿（30～299）	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期(腎不全期)	問わない	30未満
第5期(透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきます。

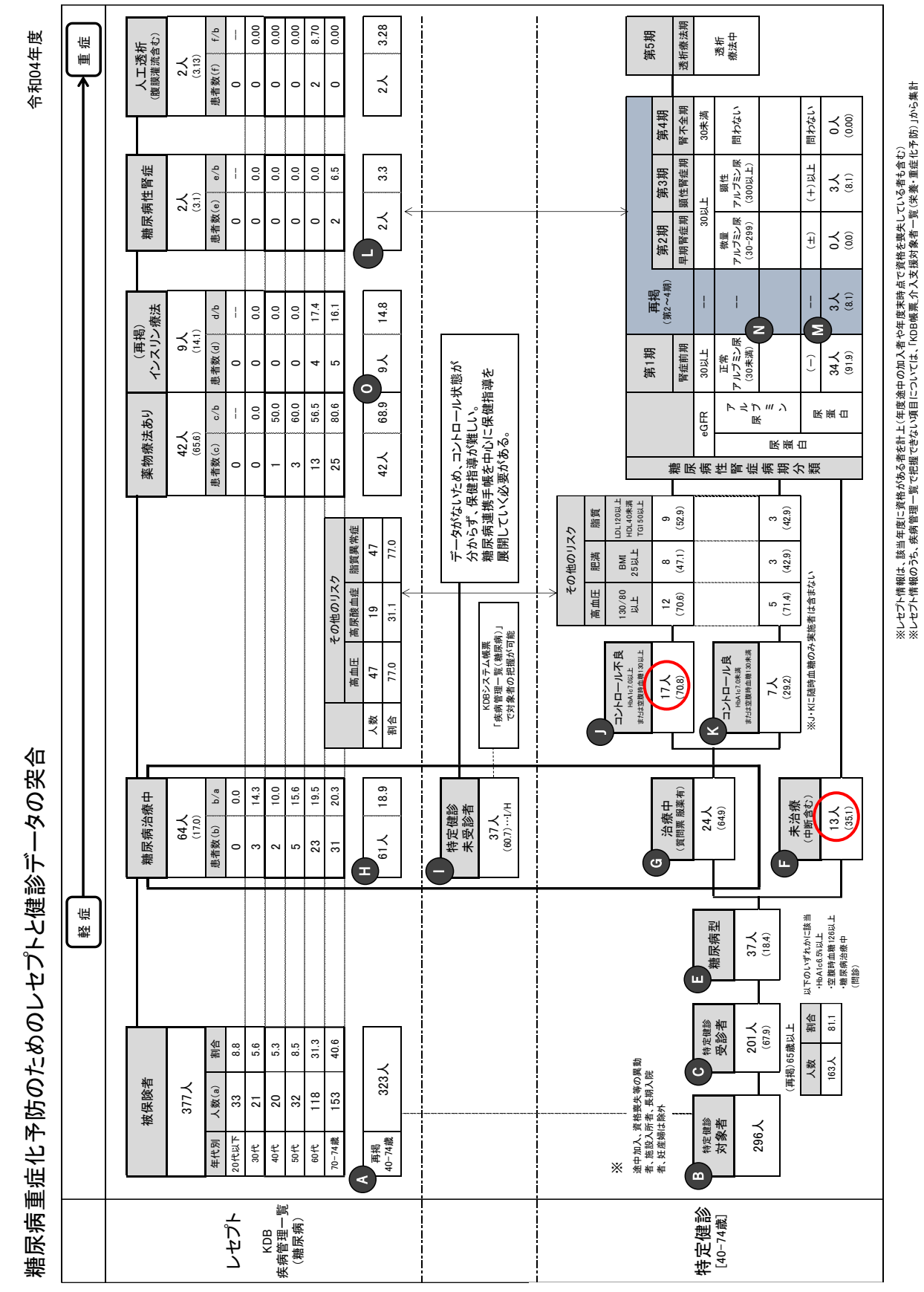
三島町においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査、微量アルブミン尿検査を必須項目として実施し、結果に基づき早期介入を行うことで可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を見逃さず重症化予防を目指します。

② 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。

三島町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 13 人(35.1%・F)であり、また、40～74 歳における糖尿病治療者 61 人のうち、特定健診受診者が 24 人(64.9%・G)でした。糖尿病治療者で特定健診未受診者 37 人（60.7%・I）については、治療中であるが、データが不明なため、特定健診受診勧奨と共に、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。

図表 54　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



出典：ヘルスサポートラボツール

③　介入方法と優先順位

図表 54 より三島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（中断者含む）（F）・・・13 人

・介入方法として個別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

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）・・・17 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

（3）保健指導の実施

イ）　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。三島町においては、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 55 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)

ロ） 二次健診等を活用した重症化予防対策

医療機関からデータを取得する場合、メタボリックシンドロームや血糖高値、腎機能低下者に対して二次健診として微量アルブミン尿検査を実施し、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

イ） 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連絡票等を使用します。

ロ） 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福島県プログラムに準じ行っていきます。

（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等と合わせ年 1 回行うものとします。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 56 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 56　糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目				突合表	三島町										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	425人		405人		406人		398人		361人			
	②	（再掲）40−74歳			378人		366人		356人		351人		317人			
2	①	特定健診	対象者数	B	340人		322人		319人		293人		269人			
	②		受診者数	C	220人		246人		226人		206人		201人			
	③		受診率		64.7%		76.4%		70.8%		70.3%		−−			
3	①	特定保健指導	対象者数		26人		30人		35人		23人		18人			
	②		実施率		88.5%		100.0%		37.1%		65.2%		77.8%			
4	①	健診データ	糖尿病型	E	31人	14.1%	34人	13.8%	35人	15.5%	35人	17.0%	37人	18.4%		
	②		未治療・中断者（質問票 服薬なし）	F	7人	22.6%	9人	26.5%	14人	40.0%	13人	37.1%	13人	35.1%		
	③		治療中（質問票 服薬あり）	G	24人	77.4%	25人	73.5%	21人	60.0%	22人	62.9%	24人	64.9%		
	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	14人	58.3%	16人	64.0%	13人	61.9%	13人	59.1%	17人	70.8%		
	⑤		血圧　130/80以上		11人	78.6%	9人	56.3%	8人	61.5%	9人	69.2%	12人	70.6%		
	⑥		肥満　BMI25以上		5人	35.7%	5人	31.3%	4人	30.8%	6人	46.2%	8人	47.1%		
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	10人	41.7%	9人	36.0%	8人	38.1%	9人	40.9%	7人	29.2%		
	⑧		第1期	尿蛋白（−）	M	29人	93.5%	30人	88.2%	30人	85.7%	28人	80.0%	34人	91.9%		
	⑨		第2期	尿蛋白（±）		1人	3.2%	1人	2.9%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%		
	⑩		第3期	尿蛋白（＋）以上		1人	3.2%	1人	2.9%	3人	8.6%	5人	14.3%	3人	8.1%		
	⑪		第4期	eGFR30未満		0人	0.0%	2人	5.9%	2人	5.7%	1人	2.9%	0人	0.0%		
5	①	レセプト	糖尿病受療率（被保数千対）			120.0人		103.7人		113.3人		118.1人		108.0人		
	②		（再掲）40−74歳（被保数千対）			132.3人		112.0人		126.4人		128.2人		119.9人		
	③		レセプト件数（40−74歳）（ ）内は被保数千対	入院外（件数）	246件	(652.5)	235件	(660.1)	230件	(662.8)	219件	(690.9)	209件	(710.9)	136,930件	(893.2)
	④			入院（件数）			2件	(5.6)	1件	(2.9)	1件	(3.2)	4件	(13.6)	658件	(4.3)
	⑤		糖尿病治療中		H	51人	12.0%	42人	10.4%	46人	11.3%	47人	11.8%	39人	10.8%		
	⑥		（再掲）40−74歳			50人	13.2%	41人	11.2%	45人	12.6%	45人	12.8%	38人	12.0%		
	⑦		健診未受診者		I	26人	52.0%	17人	41.5%	24人	53.3%	23人	51.1%	14人	36.8%		
	⑧		インスリン治療		O	3人	5.9%	2人	4.8%	1人	2.2%	2人	4.3%	3人	7.7%		
	⑨		（再掲）40−74歳			3人	6.0%	2人	4.9%	1人	2.2%	2人	4.4%	3人	7.9%		
	⑩		糖尿病性腎症		L	2人	3.9%	4人	9.5%	1人	2.2%	3人	6.4%	2人	5.1%		
	⑪		（再掲）40−74歳			2人	4.0%	4人	9.8%	1人	2.2%	3人	6.7%	2人	5.3%		
	⑫		慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）			1人	2.0%	2人	4.8%	2人	4.3%	2人	4.3%	2人	5.1%		
	⑬		（再掲）40−74歳			1人	2.0%	2人	4.9%	2人	4.4%	2人	4.4%	2人	5.3%		
	⑭		新規透析患者数			0人	0%	1人	2.40%	0人	0%	1人	2.60%	0人	0%		
	⑮		（再掲）糖尿病性腎症			0人	0%	1人	2.40%	0人	0%	1人	2.60%	0人	0%		
	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）			2人	2.0%	2人	2.0%	1人	1.2%	1人	1.5%	1人	1.4%		
6	①	医療費	総医療費			1億5784万円		1億2720万円		1億3505万円		1億3149万円		1億3205万円		2億6175万円
	②		生活習慣病総医療費			9449万円		7827万円		9224万円		8473万円		9410万円		1億4021万円
	③		（総医療費に占める割合）			59.9%		61.5%		68.3%		64.4%		71.3%		53.6%
	④		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者		12,606円		15,548円		6,762円		15,076円		19,582円		8,820円
	⑤			健診未受診者		33,770円		21,920円		43,678円		25,470円		30,119円		40,357円
	⑥		糖尿病医療費			669万円		751万円		723万円		709万円		787万円		1572万円
	⑦		（生活習慣病総医療費に占める割合）			7.1%		9.6%		7.8%		8.4%		8.4%		11.2%
	⑧		糖尿病入院外総医療費			2705万円		2107万円		2014万円		1835万円		2493万円		
	⑨		1件あたり			41,616円		37,964円		36,612円		33,127円		48,590円		
	⑩		糖尿病入院総医療費			2591万円		2035万円		2006万円		1817万円		2728万円		
	⑪		1件あたり			681,745円		753,685円		668,549円		649,067円		717,916円		
	⑫		在院日数			20日		20日		18日		17日		18日		
	⑬		慢性腎不全医療費			1130万円		1176万円		1588万円		1888万円		1815万円		957万円
	⑭		透析有り			1060万円		1153万円		1527万円		1758万円		1550万円		862万円
	⑮		透析なし			71万円		23万円		61万円		130万円		266万円		96万円
7	①	介護	介護給付費			4億0992万円		4億0819万円		3億9166万円		3億9313万円		3億6465万円		3億5514万円
	②		（2号認定者）糖尿病合併症			1件	50.0%	0件	#######	0件	#######	0件	#######	0件	0.0%		
8	①	死亡	糖尿病（死因別死亡数）			0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	267人	1.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

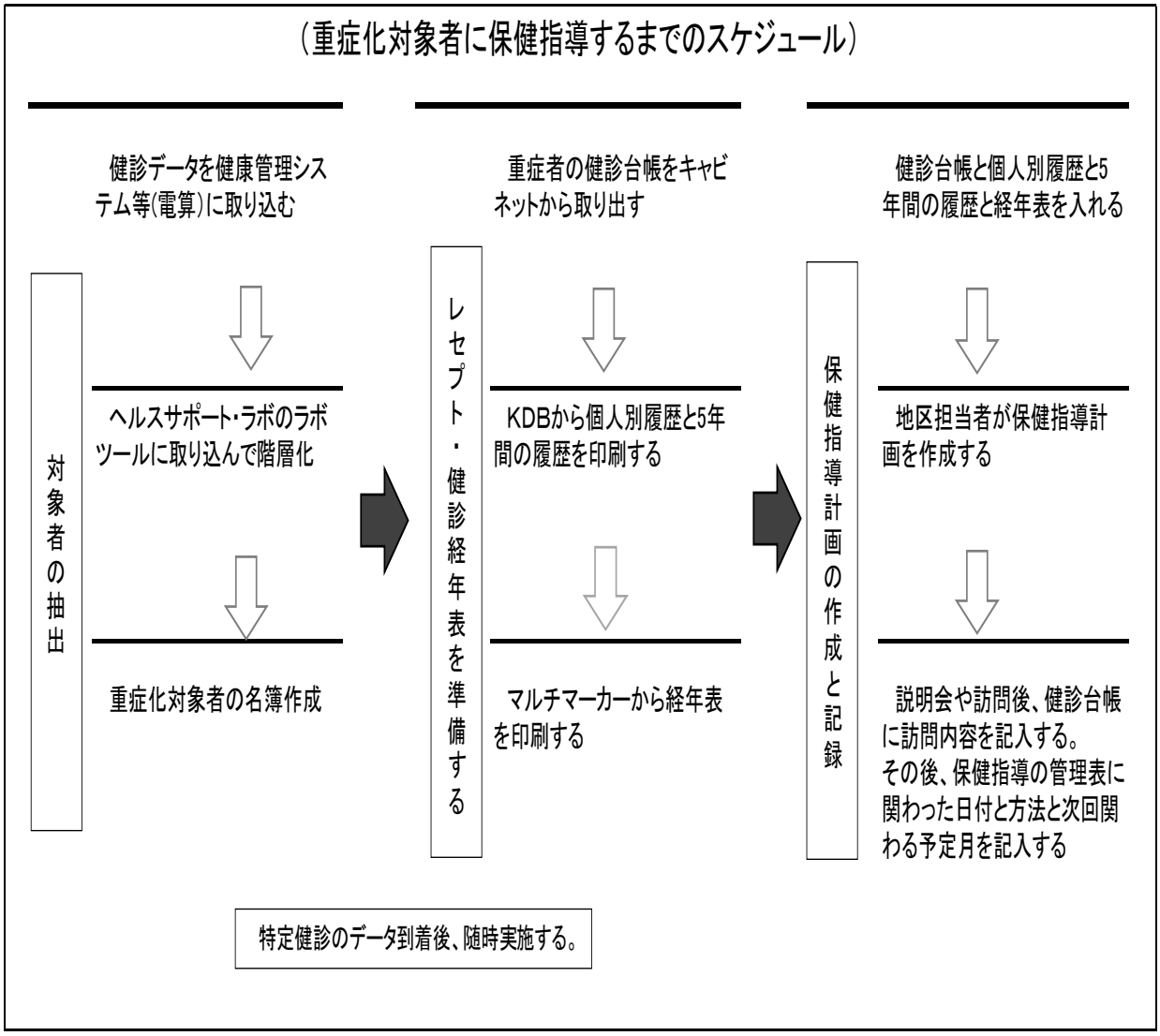
（7）実施期間及びスケジュール

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

7 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 57　重症化対象者に保健指導するまでのスケジュール



2）肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

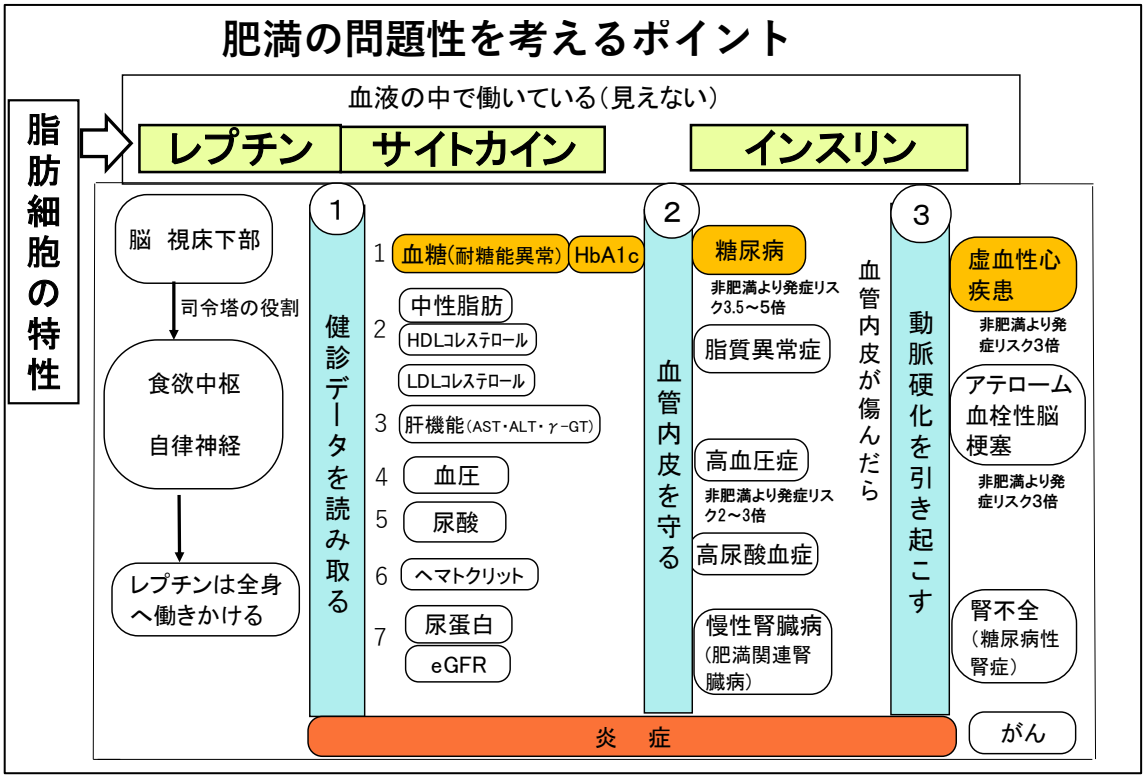
（1）基本的な考え方

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態であります。

「メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第 1 の臨床的帰結は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。また、メタボリックシンドロームは 2 型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している 2 型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。」（メタボリックシンドロームの定義と診断基準より）

なお、取組みにあたっては図表 58 に基づいて考えていきます。

図表 58　肥満の問題性を考えるポイント



（2）肥満の状況

イ） 肥満度分類に基づき、実態把握をします

図表 59　肥満度分類による実態

		受診者数		BMI25以上		（再掲）肥満度分類							
						肥満				高度肥満			
						肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上	
		40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
総数		38	163	9	53	7	45	2	8	0	0	0	0
				23.7%	32.5%	18.4%	27.6%	5.3%	4.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	男性	23	78	7	26	5	23	2	3	0	0	0	0
				30.4%	33.3%	21.7%	29.5%	8.7%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲	女性	15	85	2	27	2	22	0	5	0	0	0	0
				13.3%	31.8%	13.3%	25.9%	0.0%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

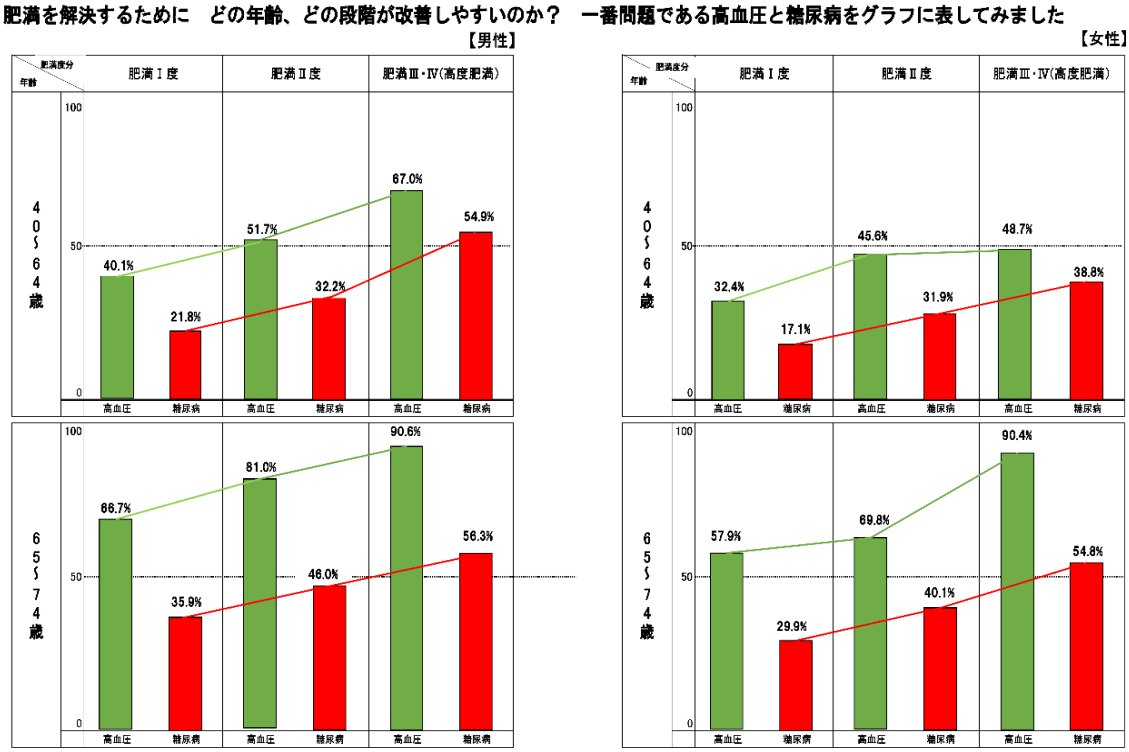
出典：ヘルスサポートラボツール

ロ） 優先順位をつけます

肥満を解決するためには、どの年齢・どの段階が改善しやすいのか、効率がいいのかを科学的な根拠（EBM）「肥満症診療ガイドライン 2022」に基づき、優先順位をつけます。

① 肥満を解決するためには、どの年代、どの段階が改善しやすいのかを考えます

図表 60　肥満を解決するために　どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？



② 保健指導を実施した時の住民の声(意識)から「日常生活」で困っていることを教えてもらいました。

図表 61 肥満になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

「肥満」になると、どんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる

生活＼肥満度 BMI		Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度	Ⅳ度
		25～29.9	30～34.9	35～39.9	40～
食事	食欲	・満腹感なく食べ過ぎてしまう。 ・心療内科の薬飲むと、食欲が抑えられない	・夕食にご飯を食べるとスイッチが入り、食欲が抑えられない	・食べ始めたら止まらない ・ストレスを感じると食べる ・お腹すいてなくても食べたくなる ・食べてしまうのは脳が支配されているのだと思う	・食欲が抑えられない ・夜中起きると食べてしまう ・食欲が止まらない ・食欲をコントロールできない
	胃腸	・食べるとお腹が張って苦しくなる		・太っているからか腸の痙攣もおこるよ	・逆流性食道炎になった。
排泄	排便			・便秘になって大変	・便器に座ると便座が割れる
	排尿	・横になるとトイレに行きたくなる	・尿意を感じて夜中に3回起きる	・トイレに何度も起きて寝た感じがしない ・むくみがあって5年間くらい夜間頻尿が続いている。 ・膀胱炎になりやすい	・尿漏れする ・起きてトイレに行くまで間に合わない
動作	歩行	・疲労感がある	・長く歩くと息切れがする ・階段を上るとき息切れする ・坂道は息が切れる ・運動するとすぐ息切れする	・体重で足裏が痛い ・階段を降りる時に体を支えられず転びそうになる ・ゆっくりしか歩けず、電話に間に合わない ・歩くと足がしびれる	・200m歩くのにも呼吸が苦しい ・歩いたら苦しくなるので横になっている ・だるくて寝ていることが多い
	日常動作		・屈めず、足の爪を切ることができない ・朝起きると体重で手がしびれて色が変わっている ・運動すると数日だるくなる ・身体が動かしづらい		・お腹が邪魔で前に屈めない ・シャワーがつらい ・手が届かないので排泄の後始末ができない
身体	胸	・2～3年前から胸の変な感じがある ・仕事中時々胸の息苦しさ ・1年前から動悸あり、休憩しながら仕事していた ・胸が痛くなることある。止まるんじゃないかとグッと	・動悸がする ・胸が締め付けられる感じ、8年前から時々起こる ・心臓が大きくなっているといわれた ・少し動いただけでも心臓がきつい	・仰向けになると左胸の下あたりが苦しくて目覚める ・仰向けには寝れないいつも横向きに寝ている ・心臓はスピードのある作業するとバクバクする	・左を向いて寝ると動悸が激しく寝れなかった ・心臓の圧迫感苦しさで10年前狭心症カテーテル ・今も段差上がったとき苦しくなる ・心臓、週1回圧迫される症状があるが、心臓の血管のつまりはないといわれている。
	免疫	・蜂窩織炎になる		・風邪をひきやすい	・よく風邪をひく ・よく体調を崩す
	皮膚	・背中がかゆい ・皮膚が赤くなる	・湿疹ができる ・痒い	・皮膚が赤く炎症を起こしてる ・炎症で体毛が生えなくなる	・足の皮膚が硬くなるので、よく皮を削っている。 ・全身の湿疹がつらい ・皮膚科に毎月通院している

まず、「肥満症診療ガイドライン 2022」によると、6 か月以上の内科的治療で体重減少や健康障害の改善が得られない高度肥満症(肥満 3 度・4 度)は、減量・代謝改善手術を検討し、適応があれば選択肢として提示、内科医、外科医、メンタルヘルスの専門職、麻酔科医、管理栄養士、看護師、理学療法士など多職種の医療者が連携してフォローアップを行う必要がある。そのことは、図表 61 の「日常生活」で困っている住民の声からも深刻です。

次に図表 60 をみると、肥満度毎及び年齢が高くなるほど、高血圧、糖尿病の合併する割合が高くなることより、未だ両疾患の発症が 50%に満たない肥満Ⅰ度で、若い年代(40～64 歳)を対象とすることが効率いいことがわかります。

③　心・脳血管疾患を発症した事例

図表 62　心・脳血管疾患を発症した事例（70 代　女性）　　三島町調べ

年		H20	H25	H30	R1	R2	R3	R4
健診結果	年齢	62	67	72	73	74	75	76
	BMI	23.8	24.5	25.6	25.5	26.00	26.2	25.3
	腹囲	93.2	102.7	95.5	94	99.8	102.4	96.3
	収縮期	126	124	122	146	134	132	治133
	拡張期	76	72	74	69	68	70	治75
	血糖	106	101	109	105	98	98	97
	HbA1c	5.5	5.8	5.8	6.1	6	6	6.1
	TG	53	68	47	87	66	49	45
	LDL	76	99	94	85	66	127	108
	HDL	77	73	64	59	64	71	68
	non-HDL			106	107	123	135	121
	AST	23	27	22	23	23	21	21
	ALT	14	16	16	17	15	13	13
	γ-GT	23	21	19	20	19	18	19
	心電図	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし

危険因子は重なっているが、薬物治療までには至らない段階で心疾患を発症した事例。平成20年から町健診受診、平成23年頃より保健指導を実施。令和3年度訪問時、「胸がどきどきし、脈拍1分間100回以上が1時間以上続くときがある」と話があり、専門医へ受診勧奨実施。精査の結果、冠動脈2本が75%の狭窄、カテーテル治療を行うこととなった。

(3) 対象者の明確化

メタボリックシンドローム該当者は、女性は 60 代からの該当者が増えている一方、男性では 40 代から該当者が増えています。（図表 63）

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男女とも治療中の割合は高いものの、メタボリックシンドローム該当者割合が増加していることから、治療だけでは解決できないことがわかります。（図表 64）

また、図表 62 心・脳血管疾患を発症した事例はメタボリックシンドローム該当者であり、脂肪細胞から分泌されるサイトカインは、内臓脂肪蓄積により分泌異常を起こし、それにより易炎症性状態、インスリン抵抗性となり動脈硬化を引き起こし、心血管病へ直接影響を与えた結果であると考えます。このようにメタボリックシンドロームは、生活習慣病が要治療であれば薬物療法と合わせて、食事療法や運動療法による生活改善も同時に必要となります。

図表 63　メタボリック該当者の状況の推移

			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	101	2	10	36	53	100	3	3	41	53
メタボ該当者		B	35	1	5	9	20	16	0	0	8	8
		B/A	34.7%	50.0%	50.0%	25.0%	37.7%	16.0%	0.0%	0.0%	19.5%	15.1%
再掲	①3項目全て	C	17	0	3	4	10	3	0	0	2	1
		C/B	48.6%	0.0%	60.0%	44.4%	50.0%	18.8%	---	---	25.0%	12.5%
	②血糖＋血圧	D	5	0	1	2	2	1	0	0	1	0
		D/B	14.3%	0.0%	20.0%	22.2%	10.0%	6.3%	---	---	12.5%	0.0%
	③血圧＋脂質	E	11	1	0	3	7	12	0	0	5	7
		E/B	31.4%	100.0%	0.0%	33.3%	35.0%	75.0%	---	---	62.5%	87.5%
	④血糖＋脂質	F	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0
		F/B	5.7%	0.0%	20.0%	0.0%	5.0%	0.0%	---	---	0.0%	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 64　メタボリック該当者の治療状況

	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	101	35	34.7%	28	80.0%	7	20.0%	100	16	16.0%	16	100.0%	0	0.0%
40代	2	1	50.0%	0	0.0%	1	100.0%	3	0	0.0%	0	---	0	---
50代	10	5	50.0%	3	60.0%	2	40.0%	3	0	0.0%	0	---	0	---
60代	36	9	25.0%	9	100.0%	0	0.0%	41	8	19.5%	8	100.0%	0	0.0%
70～74歳	53	20	37.7%	16	80.0%	4	20.0%	53	8	15.1%	8	100.0%	0	0.0%

出典：ヘルスサポートラボツール

イ）　対象者の選定基準の考え方

①　メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。

②　治療中の者へは、治療中断し心血管疾患を起こさないための保健指導と併せて減量のための保健指導（食事指導）を行います。

③　特定保健指導対象者の保健指導(食事指導)

ロ）　対象者の管理

対象者の進捗管理は管理台帳を作成し、担当地区ごとに管理します。

（4）保健指導の実施

イ）　最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 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 65　特定健診・特定保健指導　実践へ向けて（保健指導教材）

特定健診・特定保健指導　実践へ向けて
（保健指導教材）

もくじ

1 国の施策
- 1-1 科学的根拠に基づく健診・保健指導
- 1-2 特定健診・特定保健指導の基本的考え方
- 1-3 特定保健指導対象者
- 1-4 メタボリックシンドロームの解決に向けて
- 1-5 肥満症診療ガイドライン2022 第1章P1-P2、第3章P19から抜粋
- 1-6 メタボリックシンドローム ～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群～

2 保健指導対象者の明確化
- 2-1 内臓脂肪の蓄積に着目した健診結果経年表
- 2-2 おたずね
- 2-3 健診結果みる肥満のリスク
- 2-4 肥満がもたらすもの

3 肥満の症状
- 3-1 肥満がもたらす症状
- 3-2 肥満になるとどんなことに困るのか住民の声から「日常生活」の視点で整理してみる
- 3-3-1 睡眠のことで似たような症状はありますか？
- 3-3-2 「いびきがひどい」「いびきの後に息が止まっている」とよくいわれます
- 3-3-3 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの
- 3-3-4 睡眠時無呼吸の治療（CPAP）
- 3-4 喘息が治らない、寝ると咳が止まらなくて苦しい(気管支喘息)
- 3-5-1 膝が痛いとよく聞きますが、今この中に書かれている症状はありますか？
- 3-5-2 膝のどこが痛いですか？
- 3-5-3 膝に圧力がかからないトレーニング
- 3-6-1 たくさん背が出るので、いつも首にタオルをまかないと大変！
- 3-6-2 汗はなぜ出るの？(保健師・栄養士用)
- 3-7 新型コロナと肥満

4 高度肥満
- 4-1 外科手術という治療があります
- 4-2 肥満症外科手術のできる認定施設一覧
- 4-3 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合
- 4-4 外科手術による体重の変化で健康障害が改善したBさん

5 保健指導教材で減量できた事例
- 5-1 20歳から肥満が続いて、40歳代で糖尿病を発症した事例
- 5-2 住民の体重変化

6 脂肪細胞の特性
- 6-1 肥満の問題性を考えるポイント
- 6-2 脂肪細胞ってね①
- 6-3 脂肪細胞ってね②
- 6-4 脂肪細胞から分泌される物質
- 6-5 大型した脂肪細胞の時の血管の中
- 6-6 食欲が抑えられない
- 6-7 脳の変調を起こす原因は？
- 6-8 脂肪細胞が増え続けている間はレプチンが出ています

7 健診データ・検査
- 7-1 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
- 7-2 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
- 7-3 血管が傷むとは
- 7-4 体の中で起こっていることは？
- 7-5 脂肪細胞の中身は何だと思いますか？
- 7-6 新しい考えからの代謝異常関連脂肪肝
- 7-7 体重が増えると、なぜ血圧が高くなるのでしょうか
- 7-8 尿酸って聞いたことがありますか？
- 7-9 ヘマトクリットの値はいくつでしたか？
- 7-10 肥満や高血糖になると腎臓では何が起こっているのでしょうか？
- 7-11 肥満があると動脈硬化はしんこうします
- 7-12 労災保険二次健康診断給付制度
- 7-13 肥満(BMI25以上)になると、心臓はどうなるの？
- 7-14 肥満になるとがんが増えるといわれますが。。。

8 食事療法
- 8-1 栄養指導の基本
- 8-2 現在の摂取エネルギーより500Kcal減量する
- 8-3-1 短鎖脂肪酸
- 8-3-7 肥満の推移とその背景と原因

9 運動療法
- 9-1 肥満解消のために なぜ、運動するといいの？
- 9-2 体重測定

10 参考資料

ロ） 二次健診の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、社会保険においては、2001 年より労災保険二次健康診断給付事業が施行されています。

三島町においても国保ヘルスアップ事業を活用して、二次健診の実施を継続します。

◎動脈硬化の有無や進行の程度を見るための検査

（1） 頸動脈エコー検査(心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査)

（2） 微量アルブミン検査(尿で腎臓の状態を見る検査)

3）虚血性心疾患重症化予防

（1）基本的な考え方

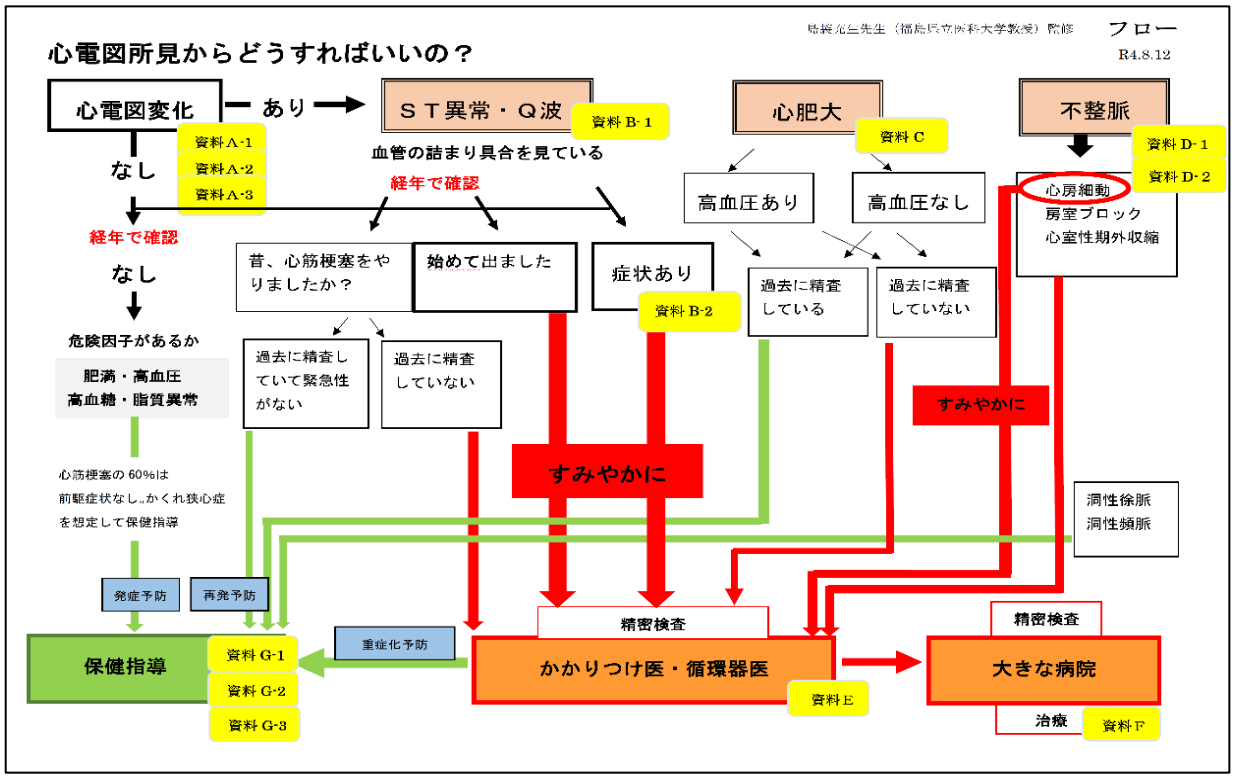
虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

（2）対象者の明確化

イ） 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）



ロ） 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。

三島町においては、心電図検査を 192 人(96.1%)に実施し、そのうち有所見者が 36 人(18.8%)でした。所見の中でも期外収縮が 12 人(33.3%)で、所見率が一番高いことがわかります。(図表 67)
また、有所見者のうち要精査が 11 人(30.6%)で、その後の受診状況をみると 4 人(36.4%)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。

また、本町はメタボリックシンドローム該当者割合および予備軍が多く、メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、心電図検査の全数実施を今後も望まれます。

図表 67 心電図検査結果

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		192	96.1	36	18.8	0	0.0	1	2.8	10	27.8	1	2.8	0	0.0	9	25.0	4	11.1	12	33.3
内訳	男性	94	93.1	23	24.5	0	0.0	0	0.0	7	30.4	1	4.3	0	0.0	7	30.4	4	17.2	4	17.4
内訳	女性	98	98.0	13	13.3	0	0.0	1	7.7	3	23.1	0	0.0	0	0.0	2	15.4	0	0.0	3	23.1

三島町調べ

図表 68 心電図有所見者の医療機関受診状況

	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	36	18.8	11	30.6	7	63.6	4	36.4
男性	23	24.5	9	39.1	7	77.8	2	22.2
女性	13	13.3	2	15.4	0	0.0	2	100.0

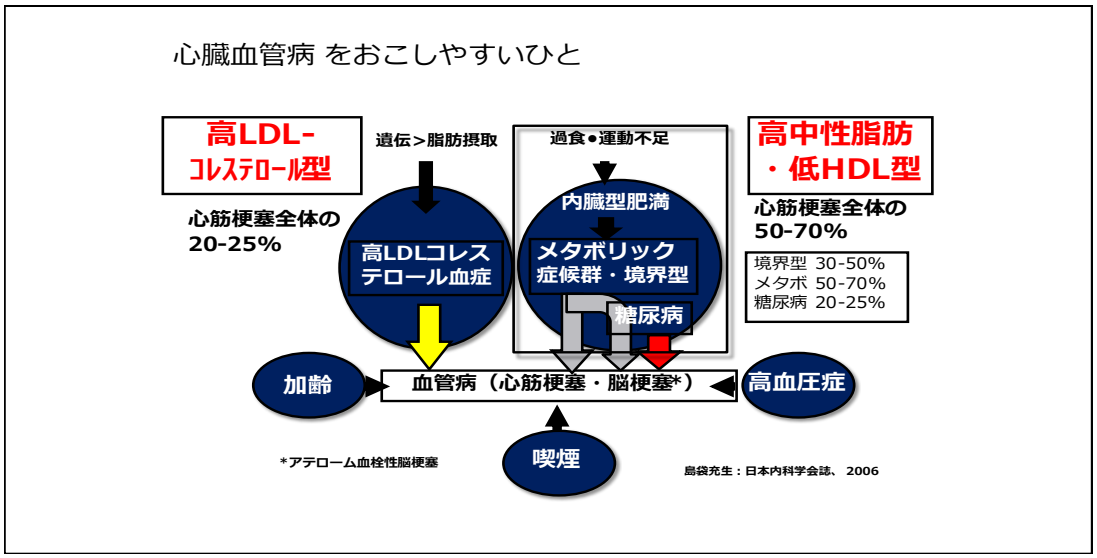
三島町調べ

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)

図表 69　心血管病をおこしやすいひと



図表 69 をもとにタイプ別に対象者を把握します。

A:メタボタイプについては、第 4 章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 63・64)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ゜(図表 70)

図表 70　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				健診結果(LDL-C)			
				120-139	140-159	160-179	180以上
			67	33	24	8	2
				49.3%	35.8%	11.9%	3.0%
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)	2	1	0	1	0
			3.0%	3.0%	0.0%	12.5%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	29	11	14	4	0
			43.3%	33.3%	58.3%	50.0%	0.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	32	18	9	3	2
			47.8%	54.5%	37.5%	37.5%	100.0%
		再掲 100未満 (130未満) ※1	0	0	0	0	0
			0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	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)	4	3	1	0	0
			6.0%	9.1%	4.2%	0.0%	0.0%

※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　糖尿病(服薬あり・健診結果で糖尿病型)、CKD(eGFR60未満、尿蛋白(±)以上)を考慮。
※4　※1～3に該当しない場合、動脈硬化性疾患の発症リスク(性別・収縮期血圧・糖代謝異常・LDL・HDL・喫煙)で判断

（3）保健指導の実施

イ） 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 71　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〇をしてみましょう
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？

ロ） 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。

「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）

本町では、対象者へ二次健診において頸動脈エコー検査、微量アルブミン尿検査を実施し、メタボリックシンドロームなどリスクが重なっている者へ保健指導を行い、重症化を予防します。また、その他の検査についても検討していきます。

ハ） 対象者の管理

久山町研究による「動脈硬化性疾患予防から見た脂質管理目標値設定のためのフローチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022）によると、糖尿病、慢性腎臓病（CKD）、末梢動脈疾患がある場合、高リスクとなることから、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は糖尿病管理台帳と合わせて行うこととします。なお、糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっており、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。

また、糖尿病管理台帳にはない、LDLコレステロール、メタボリックシンドローム、心電図異常者に関連する虚血性心疾患の管理台帳については、今後検討が必要です。

（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 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管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

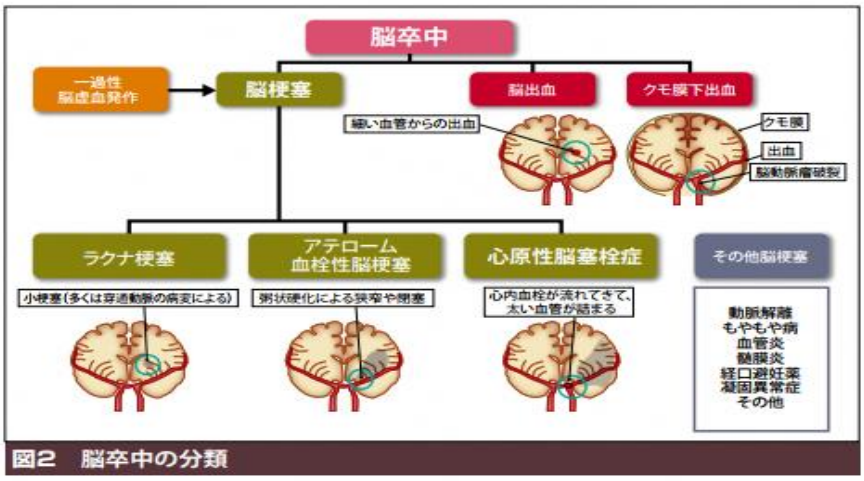
7 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳等に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

4）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 72,73）

図表 72　脳卒中の分類　（脳卒中予防の提言より引用）



図表 73　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

イ） 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 74 でみると、高血圧治療者 151 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 13 人(8.6%・O)でした。

健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が7人（16%）であり、そのうち 3 人（60%）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。

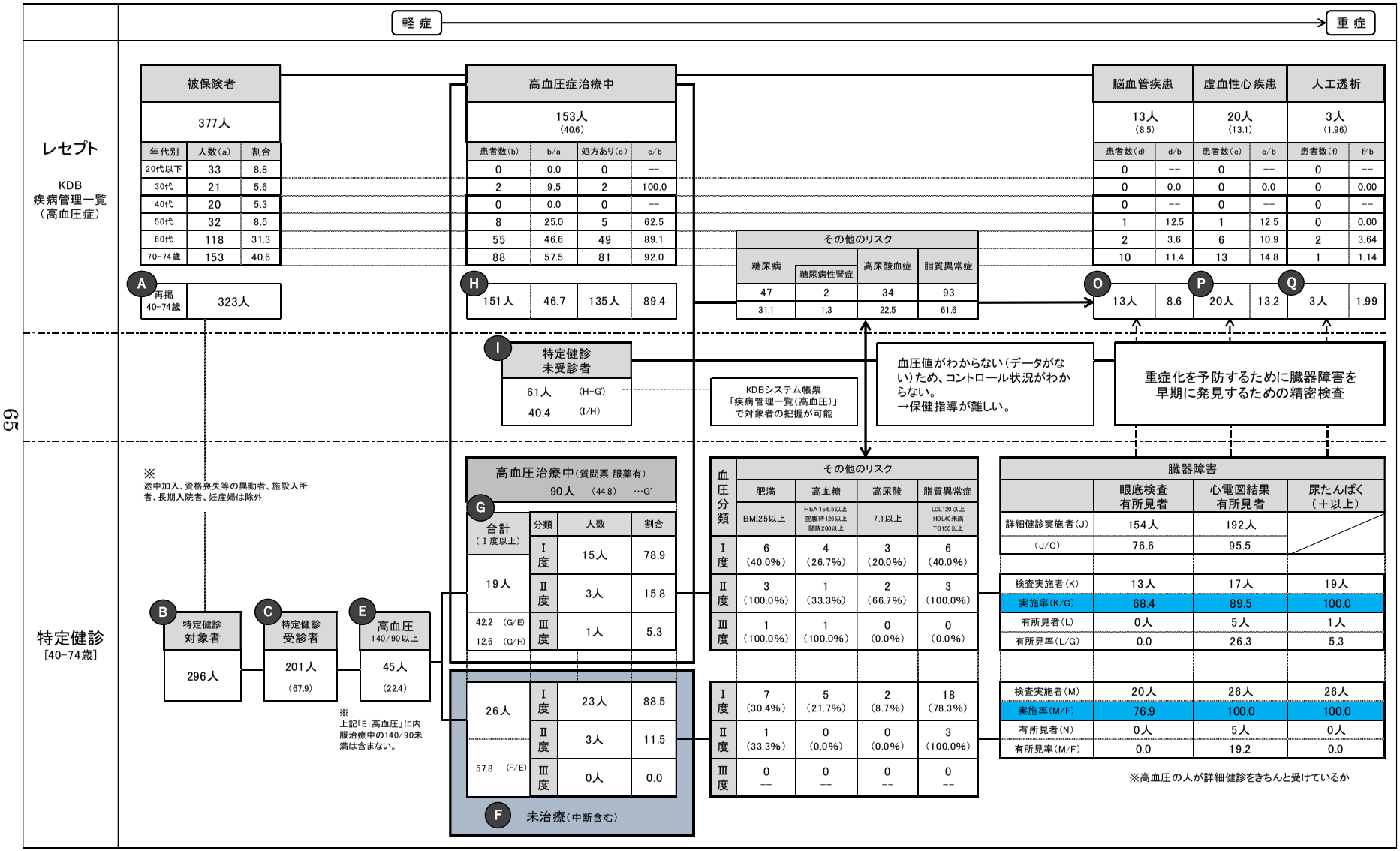
また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 4 人（5%）いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

本町では、臓器障害を早期に発見し重症化を予防するために、眼底検査（詳細検査）を集団健診及び、個別健診（一部医療機関）で実施しており、約 8 割の方が受診しています。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、今後も継続して眼底検査を実施していきます。

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、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のリスク因子で層別化し、対象者を明確にする必要があります。

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

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票_介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防）」から集計

ロ） 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 75 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。

図表 75　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

（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
	62	36	23	3	0
		58.1%	37.1%	4.8%	0.0%
リスク第1層 予後影響因子がない	0	C 0	B 0	B 0	A 0
	0.0%	0.0%	0.0%	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	34	C 20	B 12	A 2	A 0
	54.8%	55.6%	52.2%	66.7%	--
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	28	B 16	A 11	A 1	A 0
	45.2%	44.4%	47.8%	33.3%	--

…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	14
		22.6%
B	概ね1ヵ月後に再評価	28
		45.2%
C	概ね3ヵ月後に再評価	20
		32.3%

出典：ヘルスサポートツール

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

ハ） 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

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。しかし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 76 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。

（脳卒中予防の提言より引用）

図表 76 心房細動有所見状況

	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	101	100	94	93.1%	98	98.0%	2	2.1%	0	0.0%	--	--
40代	2	3	2	100.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.0%
50代	10	3	9	90.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	36	41	34	94.4%	40	97.6%	1	2.9%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	53	53	49	92.5%	52	98.1%	1	2.0%	0	0.0%	3.4%	1.1%

※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

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 77 心房細動有所見者の治療状況

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
2	1	50%	1	50%

三島町調べ

心電図検査において 2 人が心房細動の所見があります。未治療者は治療が開始されましたが、中断となり継続受診ができていません。

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今後も継続して心電図検査の全数実施が望まれます。

（3）保健指導の実施

イ） 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。

ロ） 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、二次健診として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)

本町では、対象者へ二次健診において頸動脈エコー検査、微量アルブミン尿検査を実施し、メタボリックシンドロームなどリスクが重なっている者へ保健指導を行います。また、その他の検査についても検討していきます。

ハ) 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・脳血管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
7 月～特定健診結果が届き次第管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

３．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

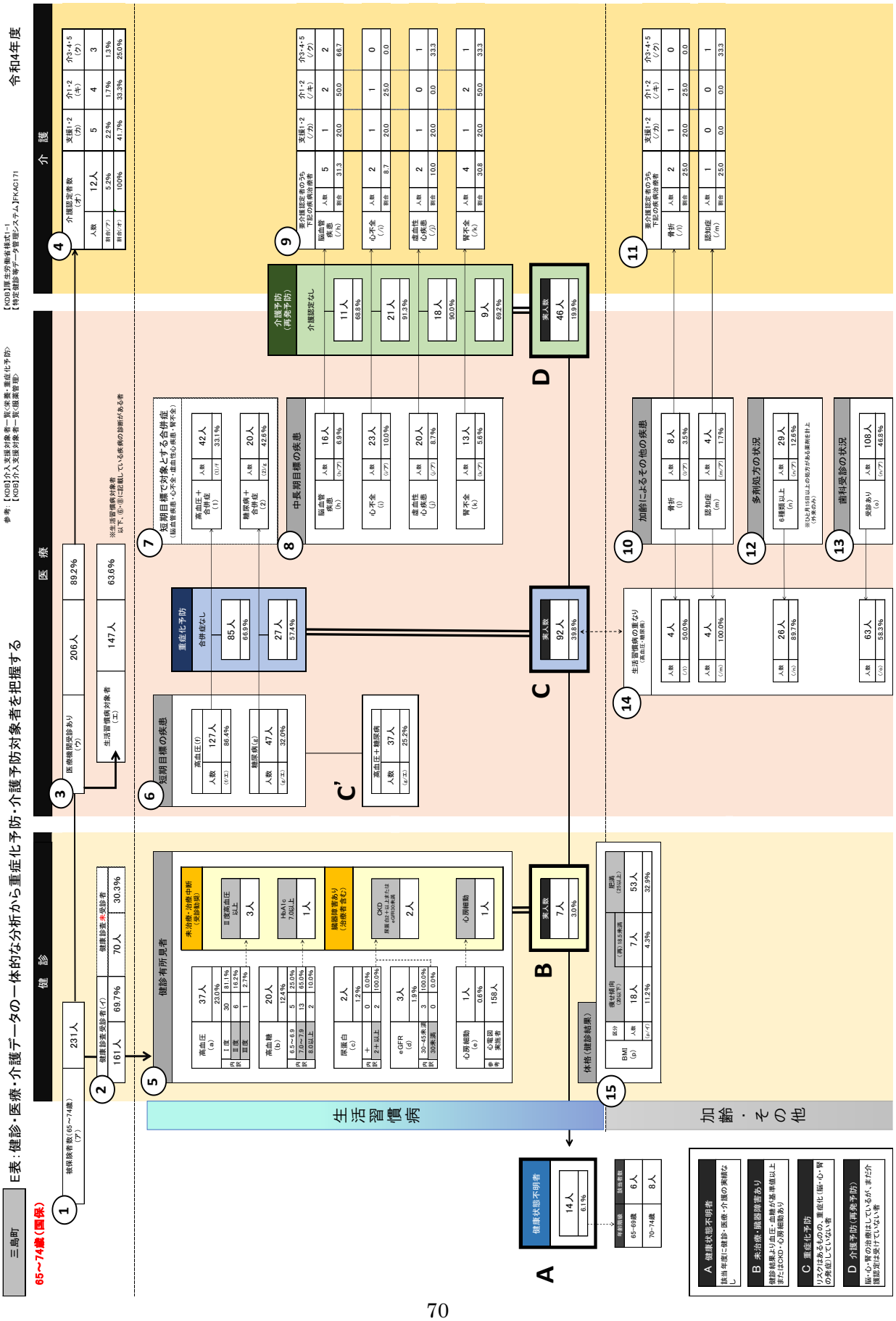
三島町は、令和 2 年度より福島県後期高齢者広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和 6 年度以降も引き続き事業を行っていきます。

具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し、KDB システム等の健診・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 看護師（会計年度任用職員）を配置し、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 78　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施　※見開き1ページ

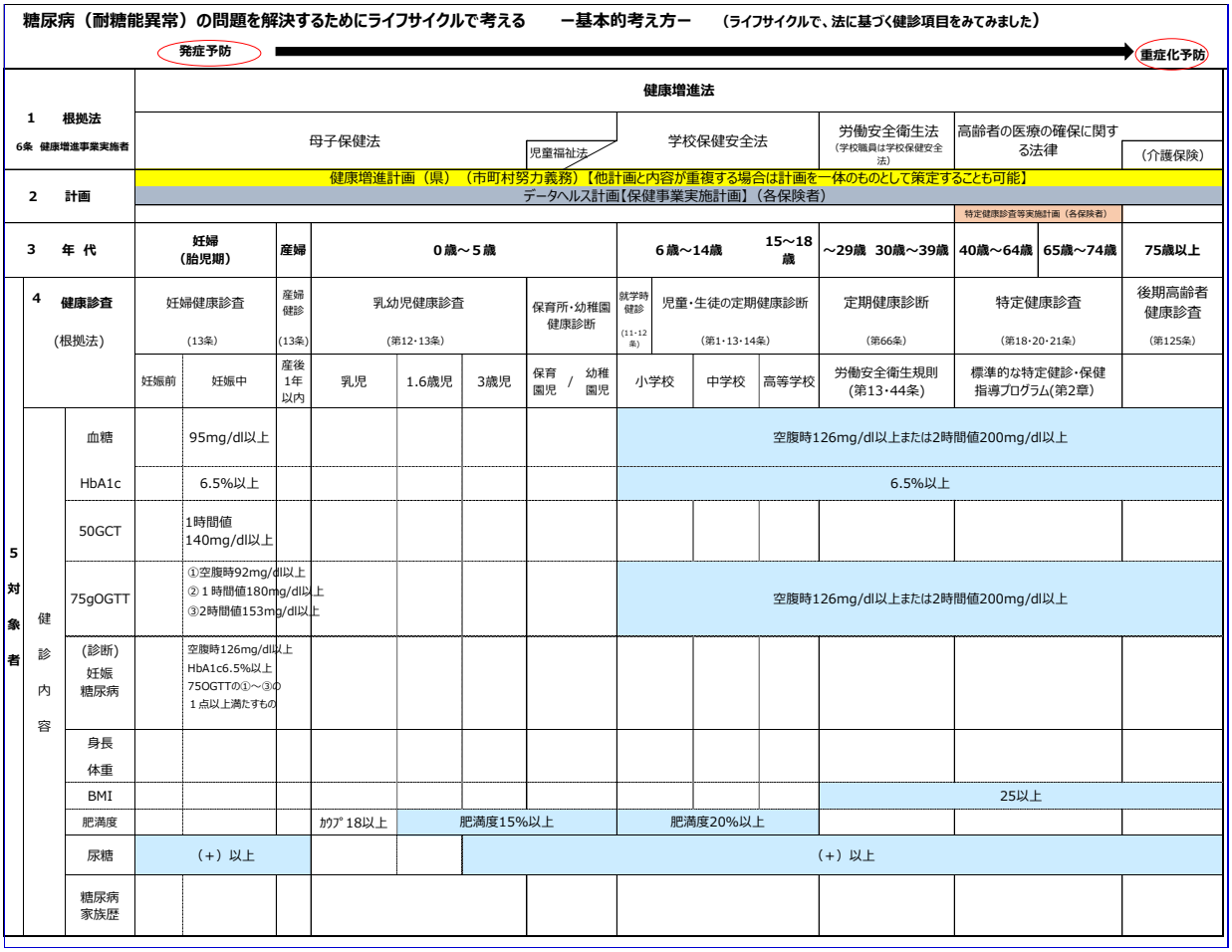


4．発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。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ますます注目されています。

三島町においては、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あります。

図表 79　生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える



5．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、広報や地区の集い等を利用し広く町民へ周知していきます。（図表 80、81）

○健診結果説明会を各地区で開催
・健診受診者が検査数値の見方や改善を図れるよう支援
・毎日の栄養が健康の基礎であることから「何をどれだけ食べれば生涯健康でいられるか」について知識の普及
○特定健診、生活習慣病に関する啓発事業
・町主催の健康に関する事業、広報、ケーブルテレビ等を通して、予防・健康づくりの知識の普及、意識啓発、実践を目指す
○教室・健康に関するイベントへの参加、健（検）診の受診によるポイント付与（健康ポイント制度）
○トレーニングルームの利用や運動教室の開催などによる運動習慣の定着の支援
○会議や広報等で町の健康状態と健（検）診等について周知を行い、地区住民への伝達を推進
○各地区組織での健康情報の提供
○町内病院出前講座など健康講座の地区開催支援

図表 80　統計からみえる三島町の食

統計から見える福島の食　～　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）
カップ麺	3位
他の麺（ギョウザ・シュウマイ等）	3位
乾うどん・そば	10位
納豆	1位
豆類（乾燥した豆）	2位
卵	1位
ヨーグルト（果肉入り含む）	1位
かつお	2位
塩干魚介	6位
豚肉	6位
ベーコン	8位
ハム	11位

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
生鮮果物	1位
まんじゅう	1位
アイスクリーム シャーベット	1位
せんべい	5位
ようかん	5位
チョコレート	7位
スポーツドリンク	2位
乳酸菌飲料	4位
乳飲料（コーヒー牛乳等）	5位
ビール	3位
清酒	4位

食品名	全国ランキング（購入量・購入金額）
食塩	1位
はくさい漬け	3位
酢	4位
マヨネーズ・マヨネーズ風調味料	4位
ハンバーグ	4位
そうざい材料セット	4位
コロッケ	7位

店舗・種別	店舗数（人口10万人対）
中華そば	7位
すし（外食）	5位
和食	16位
学校給食	10位

三島町の社会保障費健全化に向けて　医療費・介護費の適正化　～三島町の位置～

三島町の実態を入れてみました

ー特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21（第二次）を着実に推進ー

厚生労働省　健康局
「標準的な健診・保健指導プログラム 30年度版」図1　改変

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

❶ 一人あたり 医療費・介護費

	町 H30	町 R4	R4全国	全国差
国保	31,064円	31,694円	27，347円	4347円
後期	55,339円	50,703円	70,255円	△19,552円
介護	107,81円	123,262円	59537円	63725円

様式5−1

○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

データの分析

未受診者への受診勧奨

健康のための資源（受診の機会、治療の機会）の公平性の確保

健康格差の縮小

❷ 特定健診等の受診率

	H30	R4
受診率	70.3%	72.1%
特定保健指導	95.2%	77.8%

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる

メタボ該当者割合

H30	R1	R2	R3	R4
21.8%	22.0%	28.8%	24.3%	25.4%

❸ メタボリックシンドローム

短期目標

❹ 高血圧

140以上　18.9%　90以上　18.8%

	収縮期血圧 140以上	拡張期血圧 90以上
腹囲あり	16.3%	18.8%
腹囲なし	20.7%	0.0%

2型糖尿病

HbA1c6.5以上　12.1%

	正常 5.5以下	正常高地 5.6～5.9	境界型 6.0～6.4	糖尿病型 6.5以上
腹囲あり	23.4%	40.3%	16.9%	19.5%
腹囲なし	41.3%	31.4%	19.8%	7.4%

尿蛋白

尿蛋白+以上　1.5%

	尿蛋白 +以上
腹囲あり	1.3%
腹囲なし	1.7%

❺ 中長期目標

健診受診者のうち 脳血管疾患　3．5%

腹囲あり	42.9%
腹囲なし	57.1%

健診受診者のうち 虚血性心疾患　7．6%

		正常 5.5以下	正常高地 5.6～5.9	境界型 6.0～6.4	糖尿病型 6.5以上
HbA1c		26.7%	40%	20%	13.3%
内訳	腹囲あり	50.0%	33.3%	0.0%	50.0%
	腹囲なし	50.0%	66.7%	100.0%	50.0%

健診受診者のうち 糖尿病性腎症　0%

腹囲あり	0.0%
腹囲なし	0.0%

第5章　計画の評価・見直し

1．評価の時期

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

2．評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用して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・管理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三島町の位置（H30～R04）

参考資料２　何が原因で介護になっているのか？

参考資料３　健診・医療・介護の一体的な分析　①～④

参考資料４　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５　HbA1c の年次比較

参考資料６　血圧の年次比較

参考資料７　LDL-C の年次比較

参考資料８　特定健診受診率の推移

参考資料９　有所見状況

参考資料１０ リスク減少の評価（R03・R04）

参考資料１１ 特定健診結果からみた糖尿病性腎症病気分類の評価（R03・R04）

参考資料１２ CKD_重症度分類別の評価（R03・R04）

参考資料１３ 糖尿病管理台帳

参考資料１４ 血圧管理台帳

参考資料１５ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム　連絡票

参考資料1　様式5-1　国・県・同規模と比べてみた三島町の位置（H30～R04）

項目						三島町										同規模平均		福島県		国	
						H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04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	実数	割合	実数	割合
1 概況	①	人口構成	総人口			1,668		1,668		1,668		1,668		1,452		727,328		1,799,218		123,214,261	
				65歳以上（高齢化率）		844	50.6	844	50.6	844	50.6	844	50.6	783	53.9	301,058	41.4	572,825	31.8	35,335,805	28.7
				75歳以上		534	32.0	534	32.0	534	32.0	534	32.0	449	30.9	--	--	291,055	16.2	18,248,742	14.8
				65～74歳		310	18.6	310	18.6	310	18.6	310	18.6	334	23.0	--	--	281,770	15.7	17,087,063	13.9
				40～64歳		461	27.6	461	27.6	461	27.6	461	27.6	365	25.1	--	--	603,355	33.5	41,545,893	33.7
				39歳以下		363	21.8	363	21.8	363	21.8	363	21.8	304	20.9	--	--	623,038	34.6	46,332,563	37.6
	②	産業構成	第1次産業			13.8		13.8		13.8		13.8		13.8		22.3		6.7		4.0	
			第2次産業			24.8		24.8		24.8		24.8		24.8		20.6		30.6		25.0	
			第3次産業			61.4		61.4		61.4		61.4		61.4		57.2		62.6		71.0	
	③	平均寿命	男性			80.4		80.4		80.4		80.4		80.4		80.5		80.1		80.8	
			女性			86.7		86.7		86.7		86.7		86.7		87.0		86.4		87.0	
	④	平均自立期間（要介護2以上）	男性			80.1		80.3		73.0		73.2		72.6		79.3		79.1		80.1	
			女性			83.9		83.9		84.5		84.5		84.0		84.2		83.6		84.4	
2 死亡	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）		男性	91.2		91.2		91.2		103.7		103.7		101.6		105.4		100.0	
					女性	82.5		82.5		82.5		101.9		101.9		99.9		106.2		100.0	
			死因	がん		19	70.4	3	25.0	11	64.7	10	41.7	8	40.0	3,423	47.4	6,259	46.8	378,272	50.6
				心臓病		7	25.9	1	8.3	3	17.6	7	29.2	6	30.0	2,064	28.6	3,839	28.7	205,485	27.5
				脳疾患		1	3.7	7	58.3	3	17.6	6	25.0	5	25.0	1,188	16.4	2,164	16.2	102,900	13.8
				糖尿病		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	138	1.9	309	2.3	13,896	1.9
				腎不全		0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	267	3.7	457	3.4	26,946	3.6
				自殺		0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.2	1	5.0	146	2.0	357	2.7	20,171	2.7
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計																		
				男性																	
				女性																	
3 介護	①	介護保険	1号認定者数（認定率）			221	24.9	203	25.0	192	22.9	179	21.5	173	22.6	59,244	20.0	114,147	20.1	6,705,390	19.4
				新規認定者		0	0.5	2	0.2	4	0.1	5	0.2	3	0.2	798	0.3	1,691	0.3	97,010	0.3
				介護度別総件数	要支援1.2	2	0.1	33	0.8	49	1.4	52	1.6	86	3.2	149,094	13.5	257,202	10.7	19,947,863	12.9
					要介護1.2	1,008	26.4	1,218	30.9	1,108	32.6	1,079	33.6	1,037	38.2	521,902	47.1	1,098,445	45.7	71,557,272	46.3
					要介護3以上	2,811	73.6	2,696	68.3	2,246	66.0	2,082	64.8	1,595	58.7	437,311	39.5	1,048,669	43.6	63,129,222	40.8
			2号認定者			3	0.7	1	0.2	2	0.4	1	0.2	2	0.5	856	0.4	2,884	0.5	155,709	0.4
	②	有病状況	糖尿病			43	19.0	35	17.6	35	15.3	26	14.8	23	13.0	12,753	21.6	23,000	20.1	1,630,799	24.2
			高血圧症			129	52.1	111	54.6	105	49.8	104	51.4	91	53.8	32,094	54.2	60,662	53.3	3,584,707	53.2
			脂質異常症			67	28.0	55	28.1	57	26.1	48	25.9	50	27.1	17,582	29.6	33,895	29.7	2,194,035	32.5
			心臓病			146	59.9	124	61.0	116	55.1	112	55.5	98	57.9	35,844	60.7	67,462	59.3	4,051,848	60.2
			脳疾患			44	19.9	37	19.0	38	17.4	30	16.6	31	16.0	12,931	22.1	24,086	21.7	1,498,592	22.6
			がん			26	10.7	21	10.0	24	10.4	22	12.7	21	12.7	6,007	10.3	11,518	10.3	784,700	11.8
			筋・骨格			121	47.8	92	48.4	88	42.4	82	44.2	78	47.9	32,122	54.5	57,624	50.6	3,596,968	53.3
			精神			98	43.8	80	40.5	74	34.8	66	35.6	64	35.5	22,076	37.4	41,108	36.2	2,472,603	36.8
	③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費			485,690	409,922,249	483,640	408,191,850	464,052	391,660,297	465,792	393,128,280	427,875	335,026,130	295,745		275,821		265,628	
			1件当たり給付費（全体）			107,281		103,418		115,093		122,356		123,262		80,335		65,714		59,537	
				居宅サービス		45,310		42,405		48,109		52,943		45,549		42,723		41,980		41,165	
				施設サービス		284,254		287,388		283,105		284,775		281,818		287,535		293,636		295,813	
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）		認定あり	9,075		9,374		8,405		8,539		8,008		9,065		7,630		8,567	
					認定なし	3,801		3,973		4,305		3,950		4,364		4,530		3,768		4,002	

項目					三島町										同規模平均		福島県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04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	実数	割合	実数	割合
4 医療	①	国保の状況	被保険者数		423		398		395		361		340		194,268		382,631		27,519,654	
				65～74歳	253	59.8	254	63.8	259	65.6	244	67.6	232	68.2	--	--	191,885	50.1	11,204,121	40.7
				40～64歳	124	29.3	102	25.6	88	22.3	73	20.2	66	19.4	--	--	116,764	30.5	9,103,171	33.1
				39歳以下	46	10.9	42	10.6	48	12.2	44	12.2	42	12.4	--	--	73,982	19.3	7,212,362	26.2
			加入率		25.4		23.9		23.7		21.6		23.4		27.0		21.3		22.3	
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		1	2.4	1	2.5	1	2.5	1	2.8	1	2.9	54	0.3	125	0.3	8,237	0.3
			診療所数		1	2.4	1	2.5	1	2.5	1	2.8	1	2.9	703	3.6	1,325	3.5	102,599	3.7
			病床数		32	75.7	32	80.4	32	81.0	32	88.6	32	94.1	4,267	22.0	24,328	63.6	1,507,471	54.8
			医師数		5	11.8	5	12.6	4	10.1	4	11.1	2	5.9	641	3.3	3,958	10.3	339,611	12.3
			外来患者数		704.2		674.1		623.4		658.5		660.9		650.2		732.7		684.1	
			入院患者数		28.7		19.4		21.2		27.8		25.0		22.7		19.5		17.6	
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		373,141	県内7位 同規模81位	319,609	県内46位 同規模189位	341,905	県内24位 同規模144位	364,232	県内30位 同規模143位	358,517	県内14位 同規模110位	336,706		322,276		309,237	
			受診率		732.9		693.498		644.531		686.317		685.907		672.987		752.186		701.615	
			外来	費用の割合	51.0		56.4		53.6		53.0		52.2		55.1		60.3		60.4	
			外来	件数の割合	96.1		97.2		96.7		95.9		96.4		96.6		97.4		97.5	
			入院	費用の割合	49.0		43.6		46.4		47.0		47.8		44.9		39.7		39.6	
			入院	件数の割合	3.9		2.8		3.3		4.1		3.6		3.4		2.6		2.5	
			1件あたり在院日数		13.8日		16.8日		14.9日		14.8日		15.3日		16.2日		15.9日		15.7日	
	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		25,605,990	27.1	11,901,100	15.2	12,771,190	13.8	10,472,560	12.4	24,070,930	27.6	32.8		32.5		32.1	
			慢性腎不全（透析あり）		10,595,640	11.2	11,527,820	14.7	15,272,690	16.6	17,577,520	20.7	14,085,890	16.2	6.1		5.9		8.2	
			糖尿病		6,685,950	7.1	7,509,520	9.6	7,225,280	7.8	7,094,350	8.4	7,242,250	8.3	11.2		11.8		10.5	
			高血圧症		7,320,030	7.7	6,704,360	8.6	6,959,890	7.5	6,540,940	7.7	4,309,040	4.9	6.5		7.0		5.9	
			脂質異常症		3,523,300	3.7	3,084,130	3.9	2,635,450	2.9	3,373,100	4.0	2,084,790	2.4	3.4		4.3		4.1	
			脳梗塞・脳出血		12,392,180	13.1	2,461,890	3.1	3,733,990	4.1	2,749,340	3.2	6,658,200	7.7	4.0		3.8		3.9	
			狭心症・心筋梗塞		1,954,410	2.0	3,912,830	5.0	8,450,260	9.2	3,711,880	4.4	3,950,170	4.5	2.8		2.5		2.8	
			精神		14,004,410	14.8	12,551,630	16.0	14,401,370	15.6	19,669,280	23.2	9,385,770	10.8	14.6		15.9		14.7	
			筋・骨格		11,229,430	11.9	17,847,440	22.8	19,785,420	21.4	11,734,050	13.8	12,411,880	14.3	17.4		15.2		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	265	0.1	--	--	--	--	206	0.1	--	--	331	0.2	250	0.2	233	0.2
			入院	糖尿病	--	--	949	0.7	601	0.4	181	0.1	4,519	2.6	1,243	0.8	963	0.8	1,034	0.8
			入院	脂質異常症	--	--	--	--	25	0.0	--	--	--	--	69	0.0	50	0.0	48	0.0
			入院	脳梗塞・脳出血	28,886	15.8	5,726	4.1	8,727	5.5	6,826	4.0	18,469	10.8	6,256	4.1	5,764	4.5	5,454	4.5
			入院	虚血性心疾患	1,632	0.9	6,414	4.6	18,542	11.7	7,555	4.4	8,747	5.1	4,167	2.8	3,239	2.5	3,587	2.9
			入院	腎不全	25,646	14.0	24,701	17.7	26,187	16.5	45,000	26.3	31,916	18.6	3,952	2.6	3,021	2.4	3,683	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	17,040	8.9	16,845	9.3	17,620	9.6	17,913	9.3	12,674	6.8	11,386	6.1	12,060	6.2	9,268	5.0
			外来	糖尿病	15,806	8.3	17,919	9.9	17,691	9.7	19,471	10.1	16,782	9.0	19,452	10.5	20,218	10.4	16,197	8.7
			外来	脂質異常症	8,329	4.4	7,749	4.3	6,647	3.6	9,344	4.8	6,132	3.3	6,111	3.3	7,558	3.9	6,492	3.5
			外来	脳梗塞・脳出血	410	0.2	460	0.3	726	0.4	790	0.4	1,114	0.6	857	0.5	841	0.4	754	0.4
			外来	虚血性心疾患	3,207	1.7	3,683	2.0	4,100	2.2	2,790	1.4	3,053	1.6	1,703	0.9	1,829	0.9	1,573	0.8
			外来	腎不全	7,253	3.8	14,164	7.9	15,546	8.5	11,914	6.2	21,036	11.2	12,894	7.0	13,386	6.9	14,427	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	4,779		5,410		2,262		5,063		5,483		2,624		2,519		1,779	
			健診対象者一人当たり	健診未受診者	12,802		7,627		14,611		8,555		10,035		13,479		13,210		13,379	
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	12,606		15,548		6,762		15,076		17,454		7,986		6,777		5,401	
			生活習慣病対象者一人当たり	健診未受診者	33,770		21,920		43,678		25,470		31,943		41,017		35,531		40,628	
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		104	47.5	117	49.2	138	63.3	112	55.4	103	52.8	34,149	58.0	64,026	54.2	3,451,551	56.7
			医療機関受診率		94	42.9	112	47.1	122	56.0	100	49.5	86	44.1	30,171	51.3	58,018	49.1	3,128,259	51.4
			医療機関非受診率		10	4.6	5	2.1	16	7.3	12	5.9	17	8.7	3,978	6.8	6,008	5.1	323,292	5.3

参考資料1　様式5-1　国・県・同規模と比べてみた三島町の位置（H30～R04）

項目					三島町										同規模平均		福島県		国	
					H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04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	実数	割合	実数	割合
5 健診	①	特定健診の状況	健診受診者		219		238		218		202		195		58,859		118,140		6,091,755	
	②		受診率		65.0	県内6位 同規模31位	74.4	県内4位 同規模7位	68.8	県内2位 同規模9位	68.9	県内5位 同規模13位	72.2	県内2位 同規模5位	42.4		41.9	全国9位	32.9	
	③		特定保健指導終了者（実施率）		24	92.3	30	96.8	14	40.0	18	82.6	0	0.0	890	12.1	410	3.2	47,946	6.7
	④		非肥満高血糖		27	12.3	28	11.8	22	10.1	24	11.9	28	14.4	5,588	9.5	10,757	9.1	549,654	9.0
	⑤		メタボ	該当者	48	21.9	51	21.4	62	28.4	50	24.8	51	26.2	12,964	22.0	27,247	23.1	1,236,725	20.3
				男性	33	31.7	32	29.4	44	40.7	38	38.4	35	35.7	9,079	32.1	18,365	34.7	865,159	32.0
				女性	15	13.0	19	14.7	18	16.4	12	11.7	16	16.5	3,885	12.7	8,882	13.6	371,566	11.0
	⑥			予備群	22	10.0	25	10.5	32	14.7	22	10.9	19	9.7	7,307	12.4	14,515	12.3	684,578	11.2
				男性	19	18.3	17	15.6	20	18.5	16	16.2	14	14.3	5,191	18.3	9,720	18.4	484,365	17.9
		県内市町村数		女性	3	2.6	8	6.2	12	10.9	6	5.8	5	5.2	2,116	6.9	4,795	7.4	200,213	5.9
	⑦	61市町村	メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	75	34.2	80	33.6	100	45.9	77	38.1	78	40.0	22,442	38.1	45,559	38.6	2,128,725	34.9
	⑧			腹囲 男性	55	52.9	53	48.6	68	63.0	57	57.6	52	53.1	15,753	55.6	30,540	57.7	1,493,753	55.2
	⑨			腹囲 女性	20	17.4	27	20.9	32	29.1	20	19.4	26	26.8	6,689	21.9	15,019	23.0	634,972	18.8
	⑩			BMI 総数	15	6.8	21	8.8	7	3.2	15	7.4	12	6.2	3,446	5.9	6,496	5.5	282,296	4.6
	⑪	同規模市区町村数		BMI 男性	0	0.0	5	4.6	0	0.0	2	2.0	3	3.1	645	2.3	898	1.7	45,165	1.7
	⑫	274市町村		BMI 女性	15	13.0	16	12.4	7	6.4	13	12.6	9	9.3	2,801	9.2	5,598	8.6	237,131	7.0
	⑬			血糖のみ	1	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	396	0.7	803	0.7	38,857	0.6
	⑭			血圧のみ	17	7.8	20	8.4	22	10.1	19	9.4	16	8.2	5,339	9.1	10,547	8.9	481,192	7.9
	⑮			脂質のみ	4	1.8	5	2.1	10	4.6	3	1.5	3	1.5	1,572	2.7	3,165	2.7	164,529	2.7
	⑯			血糖・血圧	5	2.3	9	3.8	15	6.9	9	4.5	6	3.1	2,157	3.7	4,447	3.8	180,015	3.0
	⑰			血糖・脂質	0	0.0	1	0.4	1	0.5	2	1.0	2	1.0	663	1.1	1,180	1.0	63,221	1.0
	⑱			血圧・脂質	21	9.6	21	8.8	27	12.4	24	11.9	23	11.8	5,800	9.9	13,020	11.0	592,133	9.7
	⑲			血糖・血圧・脂質	22	10.0	20	8.4	19	8.7	15	7.4	20	10.3	4,344	7.4	8,600	7.3	401,356	6.6
6 問診	①	問診の状況	服薬	高血圧	93	42.5	108	45.4	96	44.0	92	45.5	89	45.6	22,966	39.0	50,300	42.6	2,181,720	35.8
				糖尿病	24	11.0	25	10.5	21	9.6	22	10.9	24	12.3	6,294	10.7	12,994	11.0	529,868	8.7
				脂質異常症	80	36.5	81	34.0	67	30.7	73	36.1	66	33.8	15,945	27.1	37,428	31.7	1,704,963	28.0
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	4	1.8	4	1.7	7	3.2	8	4.0	6	3.1	1,899	3.3	3,646	3.1	186,631	3.2
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	12	5.5	17	7.1	15	6.9	17	8.4	14	7.2	3,419	5.9	7,114	6.1	327,973	5.5
				腎不全	2	0.9	1	0.4	2	0.9	4	2.0	4	2.1	526	0.9	964	0.8	48,394	0.8
				貧血	3	1.4	11	4.6	12	5.5	10	5.0	9	4.6	5,026	8.7	7,678	6.6	627,726	10.6
	③	生活習慣の状況	喫煙		42	19.2	40	16.8	38	17.4	32	15.8	31	15.9	9,640	16.4	15,950	13.5	840,997	13.8
	④		週3回以上朝食を抜く		12	5.5	7	2.9	9	4.1	10	5.0	8	4.1	5,156	9.3	9,135	7.9	564,019	10.1
	⑤		週3回以上食後間食（～H29）		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
			週3回以上就寝前夕食（H30～）		27	12.3	34	14.4	22	10.1	23	11.5	33	16.9	9,557	17.1	17,061	14.8	870,197	15.6
	⑥		週3回以上就寝前夕食		27	12.3	34	14.4	22	10.1	23	11.5	33	16.9	9,557	17.1	17,061	14.8	870,197	15.6
	⑦		食べる速度が速い		50	22.8	56	23.5	52	23.9	51	25.4	45	23.1	15,505	27.8	28,975	25.1	1,490,472	26.8
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		77	35.2	80	33.6	80	36.7	70	34.7	71	36.4	20,378	36.4	42,244	36.6	1,950,108	34.8
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		159	72.6	176	73.9	158	72.5	140	69.7	138	70.8	37,969	67.4	72,055	62.4	3,359,534	60.1
	⑩		1日1時間以上運動なし		132	60.3	126	53.2	126	57.8	107	53.2	108	55.7	26,622	47.4	62,552	54.2	2,679,664	47.9
	⑪		睡眠不足		41	18.7	46	19.3	41	18.8	43	21.4	43	22.1	13,697	24.6	26,939	23.4	1,430,357	25.6
	⑫		毎日飲酒		64	29.2	68	28.6	69	31.7	58	28.9	58	29.7	15,071	26.5	29,687	25.4	1,486,537	25.5
	⑬		時々飲酒		59	26.9	68	28.6	54	24.8	49	24.4	46	23.6	12,984	22.8	27,541	23.6	1,299,707	22.3
	⑭		一日飲酒量	1合未満	62	46.6	81	50.9	63	45.3	54	47.0	46	41.1	20,131	54.8	43,737	58.3	2,667,130	64.2
				1～2合	45	33.8	57	35.8	51	36.7	40	34.8	49	43.8	10,372	28.2	22,229	29.6	984,523	23.7
				2～3合	25	18.8	19	11.9	24	17.3	16	13.9	14	12.5	4,647	12.6	7,598	10.1	386,917	9.3
				3合以上	1	0.8	2	1.3	1	0.7	5	4.3	3	2.7	1,601	4.4	1,512	2.0	113,054	2.7

参考資料2　何が原因で介護になっているのか？

何が原因で介護になっているのか？ ～介護度別に疾病をみてみました～

後期高齢者医療加入者(65歳以上)　令和4年度

介護度	疾病	認定者数		心不全		認知症								脳						その他							
	被保険者数(A)			その他の心疾患		認知症		アルツハイマー病※1		血管性等の認知症		その他の認知症系疾患		脳血管疾患		脳出血		脳梗塞		低栄養等		歯肉炎・歯周病		うつ病		COPD	
	468	人数 a	割合 a/A	人数 b	割合 b/a	人数 c	割合 c/a	人数 f	割合 f/a	人数 d	割合 d/a	人数 e	割合 e/a	人数 g	割合 g/a	人数 h	割合 h/a	人数 i	割合 i/a	人数 j	割合 j/a	人数 k	割合 k/a	人数 l	割合 l/a	人数 m	割合 m/a
要支援	要支援1	13	2.8%	5	38.5%	3	23.1%	3	23.1%	1	7.7%	1	7.7%	2	15.4%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	2	15.4%	4	30.8%	2	15.4%
	要支援2	13	2.8%	5	38.5%	1	7.7%	1	7.7%	1	7.7%	0	0.0%	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	2	15.4%	1	7.7%	1	7.7%
	小計	26	5.6%	10	38.5%	4	15.4%	4	15.4%	2	7.7%	1	3.8%	4	15.4%	0	0.0%	1	3.8%	2	7.7%	4	15.4%	5	19.2%	3	11.5%
要介護	要介護1	15	3.2%	6	40.0%	6	40.0%	5	33.3%	1	6.7%	0	0.0%	3	20.0%	0	0.0%	2	13.3%	2	13.3%	1	6.7%	3	20.0%	4	26.7%
	要介護2	30	6.4%	8	26.7%	10	33.3%	9	30.0%	3	10.0%	0	0.0%	5	16.7%	1	3.3%	3	10.0%	2	6.7%	5	16.7%	4	13.3%	2	6.7%
	小計	45	9.6%	14	31.1%	16	35.6%	14	31.1%	4	8.9%	0	0.0%	8	17.8%	1	2.2%	5	11.1%	4	8.9%	6	13.3%	7	15.6%	6	13.3%
	要介護3	30	6.4%	16	53.3%	17	56.7%	11	36.7%	4	13.3%	0	0.0%	7	23.3%	0	0.0%	5	16.7%	5	16.7%	3	10.0%	6	20.0%	2	6.7%
	要介護4	20	4.3%	6	30.0%	13	65.0%	7	35.0%	6	30.0%	0	0.0%	4	20.0%	0	0.0%	3	15.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	15.0%
	要介護5	21	4.5%	14	66.7%	13	61.9%	9	42.9%	5	23.8%	0	0.0%	12	57.1%	1	4.8%	7	33.3%	3	14.3%	0	0.0%	3	14.3%	5	23.8%
	小計	71	15.2%	36	50.7%	43	60.6%	27	38.0%	15	21.1%	0	0.0%	23	32.4%	1	1.4%	15	21.1%	8	11.3%	3	4.2%	9	12.7%	10	14.1%
合計		142	30.3%	60	42.3%	63	44.4%	45	31.7%	21	14.8%	1	0.7%	35	24.6%	2	1.4%	21	14.8%	14	9.9%	13	9.2%	21	14.8%	19	13.4%

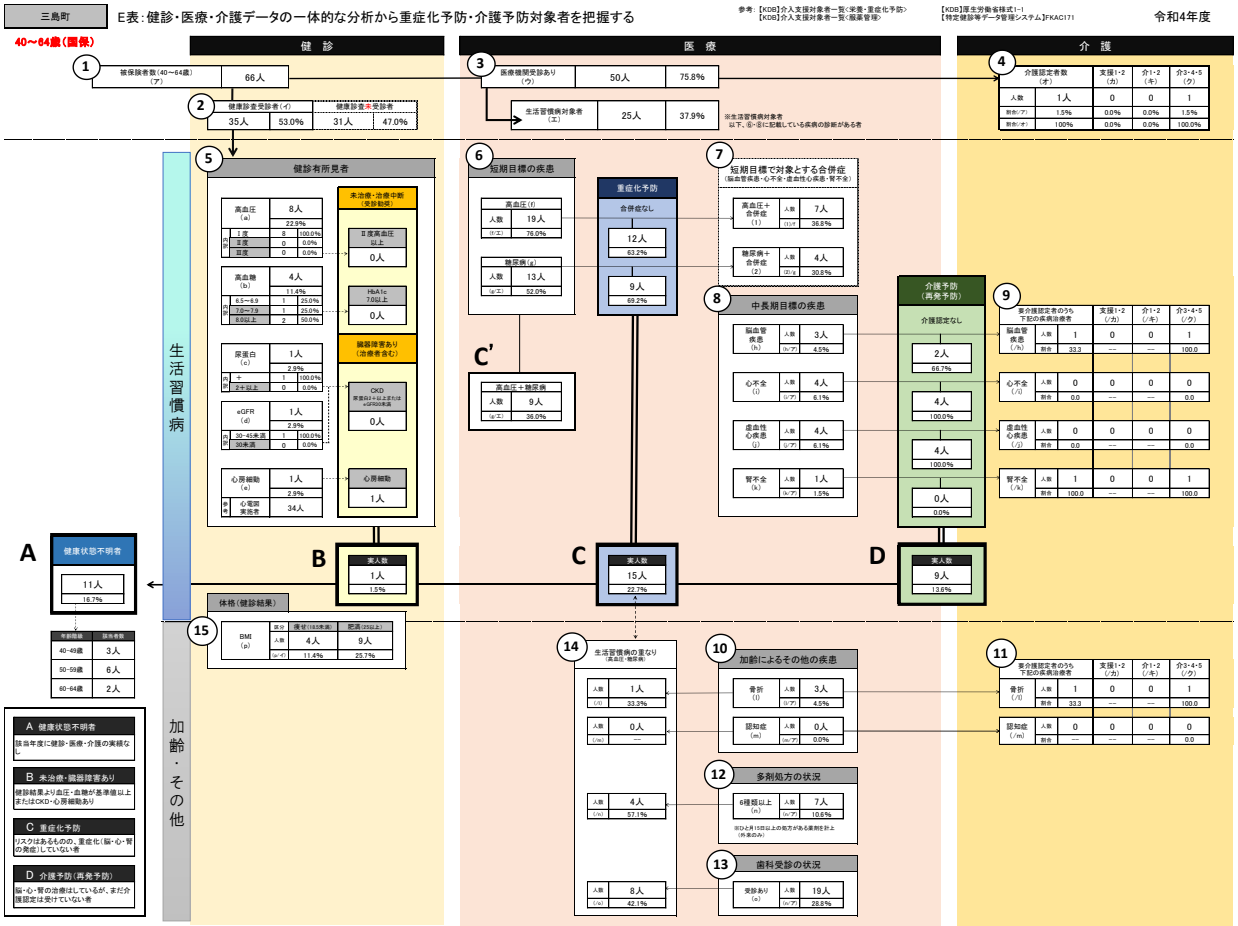
介護度	疾病	筋・骨格								心		腎						血管内皮		基礎疾患					
	被保険者数(A)	骨折		骨粗鬆症		脊椎障害		関節症		虚血性心疾患		腎疾患		慢性腎不全		糖尿病性腎症		人工透析(腹膜灌流含む)		動脈硬化症		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	468	人数 n	割合 n/a	人数 o	割合 o/a	人数 p	割合 p/a	人数 q	割合 q/a	人数 r	割合 r/a	人数 s	割合 s/a	人数 u	割合 u/a	人数 v	割合 v/a	人数 t	割合 t/a	人数 w	割合 w/a	人数 y	割合 y/a	人数 x	割合 x/a	人数 z	割合 z/a
要支援	要支援1	3	23.1%	7	53.8%	4	30.8%	8	61.5%	3	23.1%	2	15.4%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	11	84.6%	7	53.8%	7	53.8%
	要支援2	3	23.1%	6	46.2%	3	23.1%	4	30.8%	3	23.1%	3	23.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	84.6%	3	23.1%	5	38.5%
	小計	6	23.1%	13	50.0%	7	26.9%	12	46.2%	6	23.1%	5	19.2%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	22	84.6%	10	38.5%	12	46.2%
要介護	要介護1	2	13.3%	5	33.3%	4	26.7%	12	80.0%	6	40.0%	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	12	80.0%	5	33.3%	9	60.0%
	要介護2	7	23.3%	16	53.3%	6	20.0%	18	60.0%	8	26.7%	5	16.7%	3	10.0%	1	3.3%	1	3.3%	0	0.0%	26	86.7%	4	13.3%	9	30.0%
	小計	9	20.0%	21	46.7%	10	22.2%	30	66.7%	14	31.1%	6	13.3%	3	6.7%	1	2.2%	2	4.4%	0	0.0%	38	84.4%	9	20.0%	18	40.0%
	要介護3	4	13.3%	8	26.7%	5	16.7%	9	30.0%	11	36.7%	6	20.0%	3	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	23	76.7%	2	6.7%	12	40.0%
	要介護4	6	30.0%	9	45.0%	3	15.0%	11	55.0%	8	40.0%	2	10.0%	2	10.0%	1	5.0%	0	0.0%	1	5.0%	18	90.0%	3	15.0%	8	40.0%
	要介護5	2	9.5%	6	28.6%	1	4.8%	2	9.5%	4	19.0%	4	19.0%	1	4.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%	19	90.5%	3	14.3%	10	47.6%
	小計	12	16.9%	23	32.4%	9	12.7%	22	31.0%	23	32.4%	12	16.9%	6	8.5%	1	1.4%	0	0.0%	3	4.2%	60	84.5%	8	11.3%	30	42.3%
合計		27	19.0%	57	40.1%	26	18.3%	64	45.1%	43	30.3%	23	16.2%	9	6.3%	3	2.1%	2	1.4%	3	2.1%	120	84.5%	27	19.0%	60	42.3%

※1…認知症の症状がないアルツハイマー病は除く

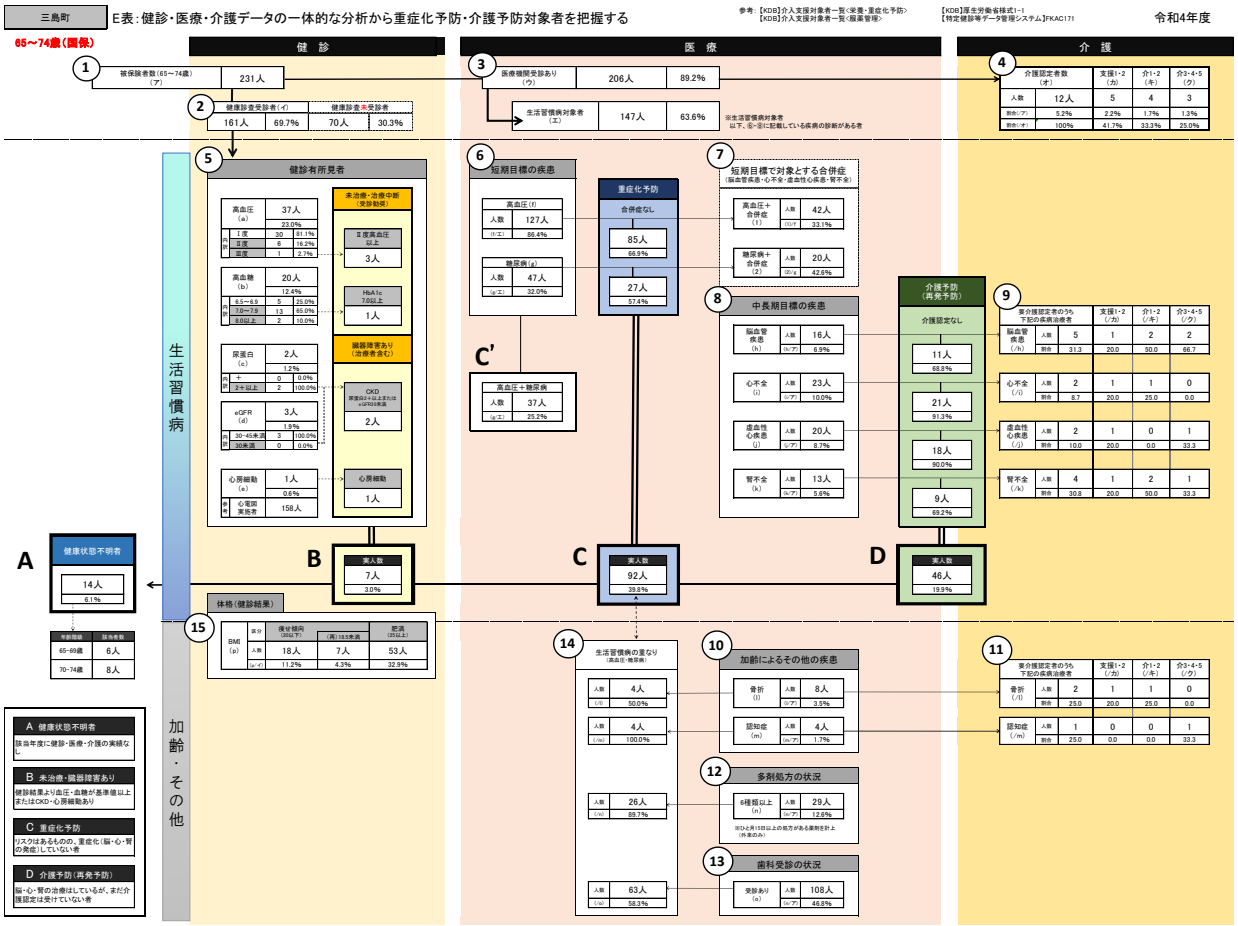
【出典】KDBシステム　NO.71 後期高齢者の医療(健診)・介護突合状況
NO.76 介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)
NO.10 厚生労働省様式1－1(基準金額以上となったレセプト一覧)

参考資料3　健診・医療・介護の一体的な分析

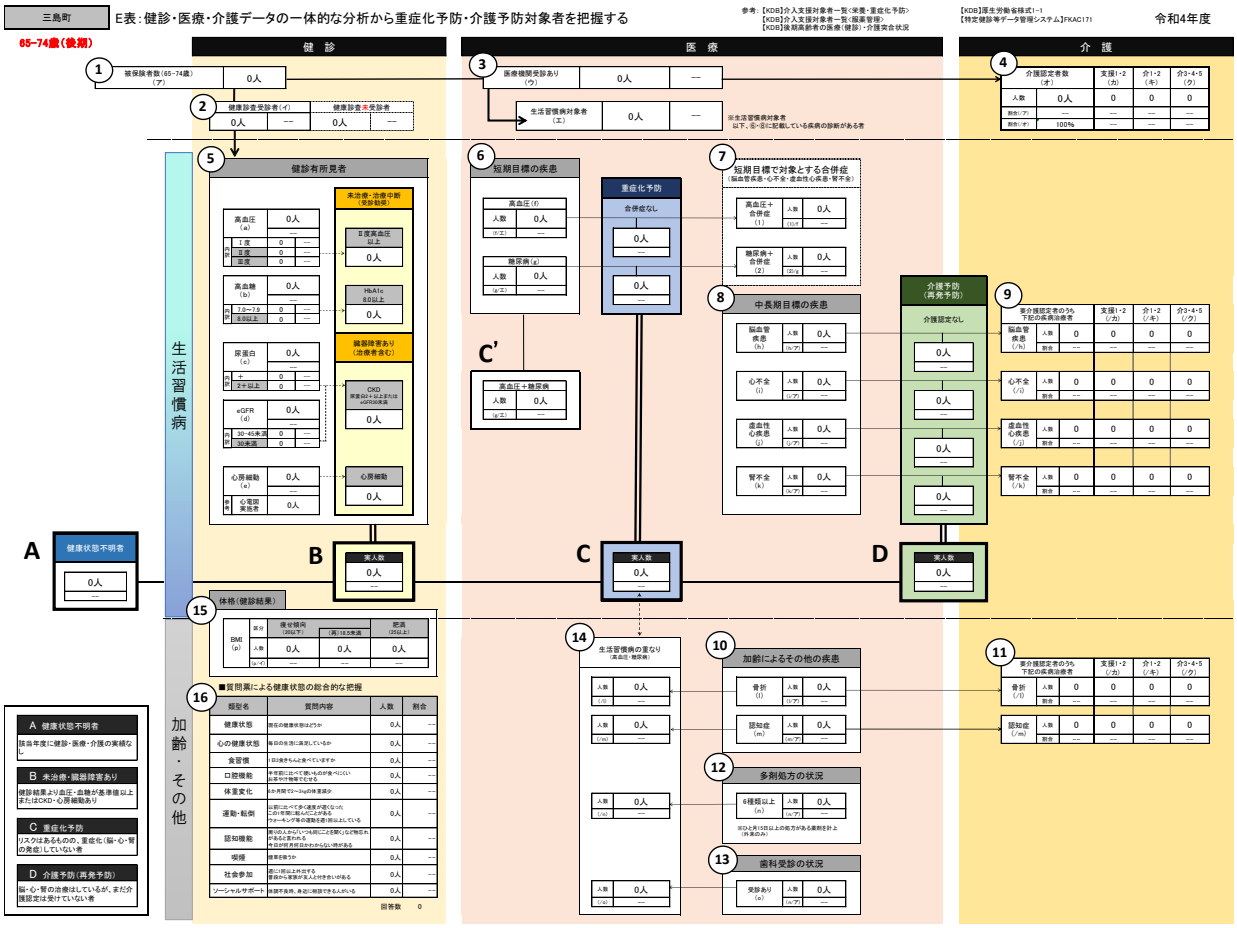
①40～64 歳(国保)　※見開き1ページ



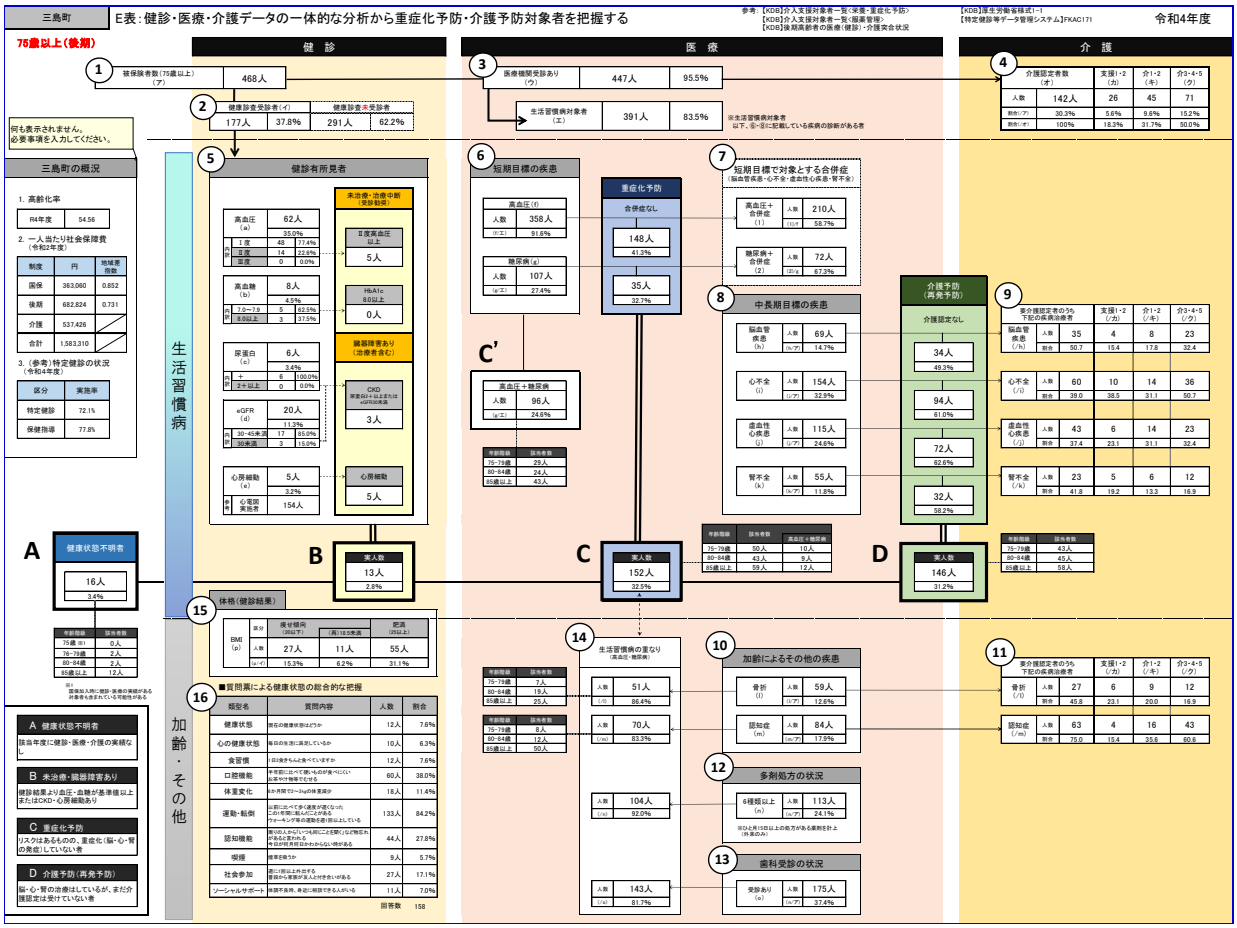
②65～74 歳(国保) ※見開き1ページ



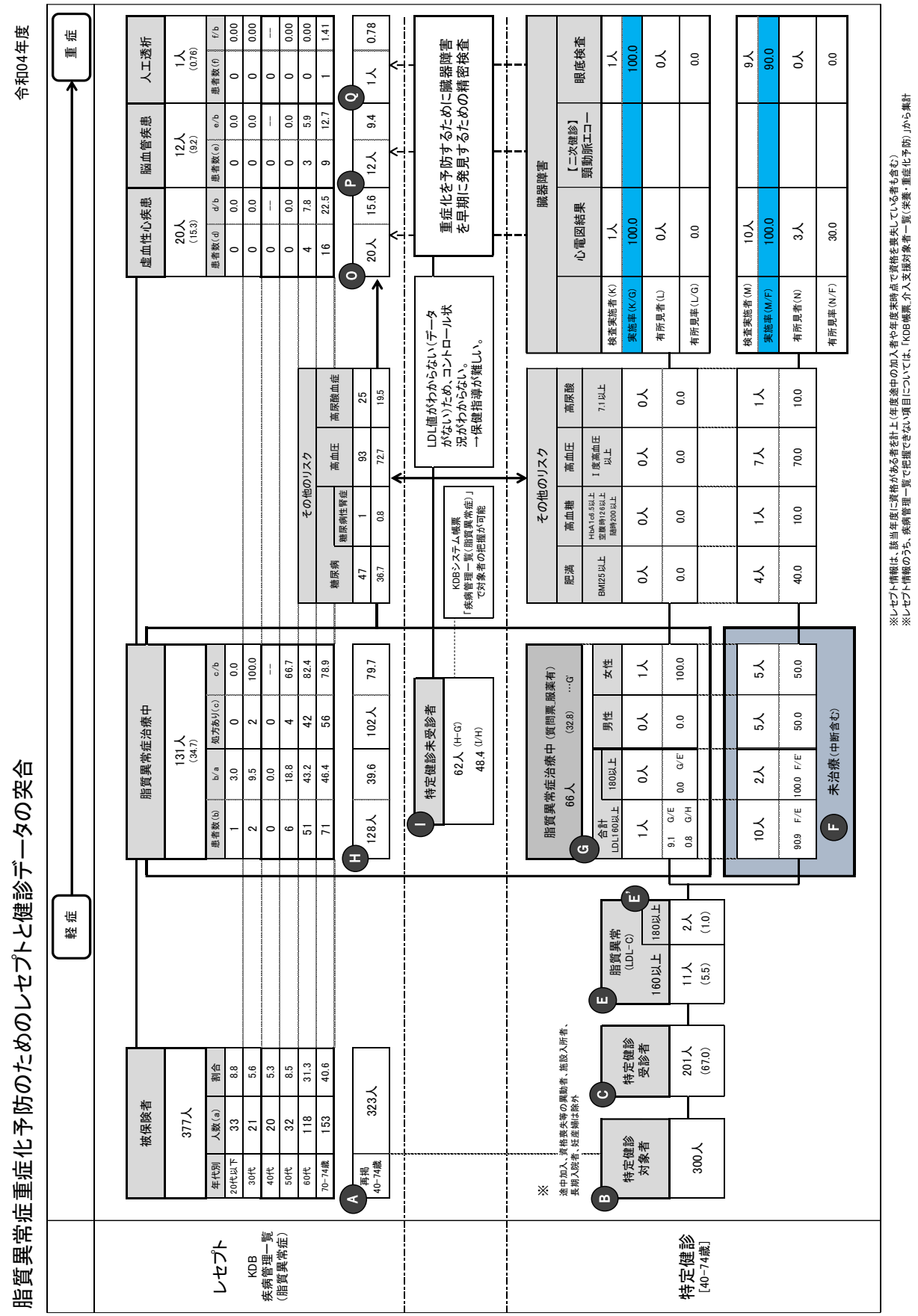
③65～74 歳（後期） ※見開き1ページ



④75 歳以上（後期） ※見開き1ページ



参考資料4　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



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上（年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む）
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票 介入支援対象者一覧（未受・重症化予防）」から集計

参考資料5　HbA1C の年次比較

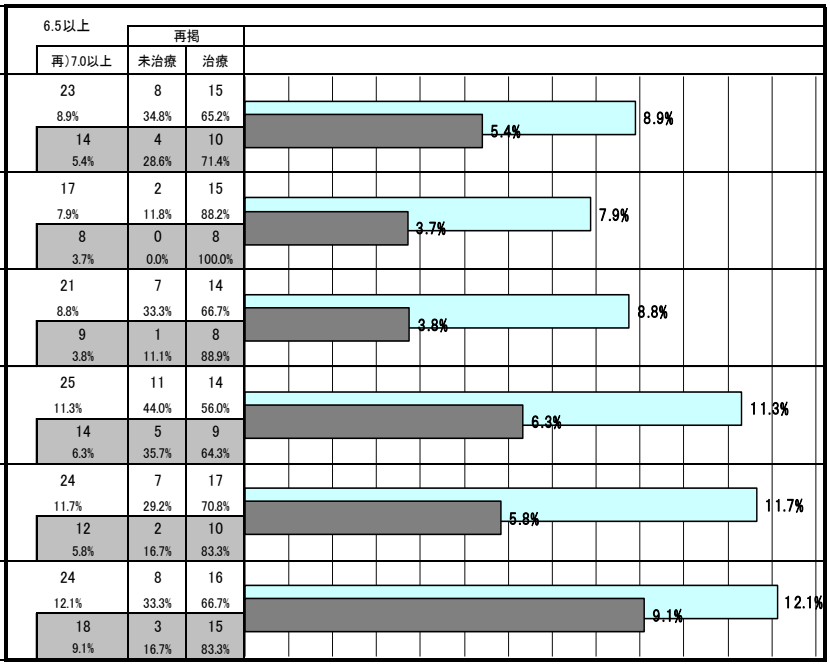
HbA1cの年次比較

	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	259	101	39.0%	91	35.1%	44	17.0%	9	3.5%	8	3.1%	6	2.3%	7	2.7%	6	2.3%
H30	216	85	39.4%	84	38.9%	30	13.9%	9	4.2%	6	2.8%	2	0.9%	4	1.9%	0	0.0%
R01	240	80	33.3%	92	38.3%	47	19.6%	12	5.0%	7	2.9%	2	0.8%	5	2.1%	2	0.8%
R02	221	90	40.7%	81	36.7%	25	11.3%	11	5.0%	11	5.0%	3	1.4%	8	3.6%	2	0.9%
R03	206	91	44.2%	64	31.1%	27	13.1%	12	5.8%	8	3.9%	4	1.9%	8	3.9%	2	1.0%
R04	198	68	34.3%	69	34.8%	37	18.7%	6	3.0%	14	7.1%	4	2.0%	10	5.1%	2	1.0%

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	259	101 39.0%	91 35.1%	44 17.0%	23 8.9%	8 34.8%	15 65.2%
					14 5.4%	4 28.6%	10 71.4%
H30	216	85 39.4%	84 38.9%	30 13.9%	17 7.9%	2 11.8%	15 88.2%
					8 3.7%	0 0.0%	8 100.0%
R01	240	80 33.3%	92 38.3%	47 19.6%	21 8.8%	7 33.3%	14 66.7%
					9 3.8%	1 11.1%	8 88.9%
R02	221	90 40.7%	81 36.7%	25 11.3%	25 11.3%	11 44.0%	14 56.0%
					14 6.3%	5 35.7%	9 64.3%
R03	206	91 44.2%	64 31.1%	27 13.1%	24 11.7%	7 29.2%	17 70.8%
					12 5.8%	2 16.7%	10 83.3%
R04	198	68 34.3%	69 34.8%	37 18.7%	24 12.1%	8 33.3%	16 66.7%
					18 9.1%	3 16.7%	15 83.3%



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	26	10.0%	1	3.8%	0	0.0%	10	38.5%	5	19.2%	6	23.1%	4	15.4%	5	19.2%	4	15.4%
	H30	23	10.6%	0	0.0%	2	8.7%	6	26.1%	7	30.4%	6	26.1%	2	8.7%	4	17.4%	0	0.0%
	R01	24	10.0%	0	0.0%	1	4.2%	9	37.5%	6	25.0%	6	25.0%	2	8.3%	5	20.8%	2	8.3%
	R02	21	9.5%	0	0.0%	1	4.8%	6	28.6%	5	23.8%	6	28.6%	3	14.3%	6	28.6%	2	9.5%
	R03	22	10.7%	0	0.0%	2	9.1%	3	13.6%	7	31.8%	7	31.8%	3	13.6%	6	27.3%	1	4.5%
	R04	24	12.1%	0	0.0%	1	4.2%	7	29.2%	1	4.2%	12	50.0%	3	12.5%	7	29.2%	1	4.2%
治療なし	H29	233	90.0%	100	42.9%	91	39.1%	34	14.6%	4	1.7%	2	0.9%	2	0.9%	2	0.9%	2	0.9%
	H30	193	89.4%	85	44.0%	82	42.5%	24	12.4%	2	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R01	216	90.0%	80	37.0%	91	42.1%	38	17.6%	6	2.8%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R02	200	90.5%	90	45.0%	80	40.0%	19	9.5%	6	3.0%	5	2.5%	0	0.0%	2	1.0%	0	0.0%
	R03	184	89.3%	91	49.5%	62	33.7%	24	13.0%	5	2.7%	1	0.5%	1	0.5%	2	1.1%	1	0.5%
	R04	174	87.9%	68	39.1%	68	39.1%	30	17.2%	5	2.9%	2	1.1%	1	0.6%	3	1.7%	1	0.6%

参考資料6　血圧の年次比較

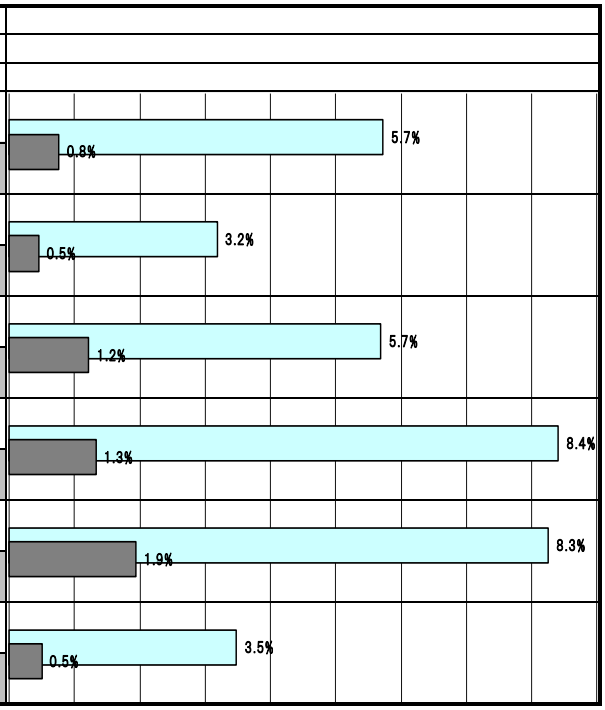
血圧の年次比較

	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	262	48	18.3%	36	13.7%	81	30.9%	82	31.3%	13	5.0%	2	0.8%
H30	220	54	24.5%	27	12.3%	76	34.5%	56	25.5%	6	2.7%	1	0.5%
R01	246	63	25.6%	39	15.9%	92	37.4%	38	15.4%	11	4.5%	3	1.2%
R02	226	33	14.6%	34	15.0%	60	26.5%	80	35.4%	16	7.1%	3	1.3%
R03	206	39	18.9%	30	14.6%	70	34.0%	50	24.3%	13	6.3%	4	1.9%
R04	201	45	22.4%	43	21.4%	68	33.8%	38	18.9%	6	3.0%	1	0.5%

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	262	84 32.1%	81 30.9%	82 31.3%	15 5.7%	7 46.7%	8 53.3%
					2 0.8%	2 100.0%	0 0.0%
H30	220	81 36.8%	76 34.5%	56 25.5%	7 3.2%	4 57.1%	3 42.9%
					1 0.5%	1 100.0%	0 0.0%
R01	246	102 41.5%	92 37.4%	38 15.4%	14 5.7%	9 64.3%	5 35.7%
					3 1.2%	1 33.3%	2 66.7%
R02	226	67 29.6%	60 26.5%	80 35.4%	19 8.4%	11 57.9%	8 42.1%
					3 1.3%	2 66.7%	1 33.3%
R03	206	69 33.5%	70 34.0%	50 24.3%	17 8.3%	5 29.4%	12 70.6%
					4 1.9%	1 25.0%	3 75.0%
R04	201	88 43.8%	68 33.8%	38 18.9%	7 3.5%	3 42.9%	4 57.1%
					1 0.5%	0 0.0%	1 100.0%



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	120	45.8%	13	10.8%	14	11.7%	43	35.8%	42	35.0%	8	6.7%	0	0.0%
	H30	93	42.3%	19	20.4%	9	9.7%	32	34.4%	30	32.3%	3	3.2%	0	0.0%
	R01	112	45.5%	21	18.8%	13	11.6%	54	48.2%	19	17.0%	3	2.7%	2	1.8%
	R02	99	43.8%	5	5.1%	17	17.2%	30	30.3%	39	39.4%	7	7.1%	1	1.0%
	R03	94	45.6%	12	12.8%	11	11.7%	33	35.1%	26	27.7%	9	9.6%	3	3.2%
	R04	90	44.8%	15	16.7%	24	26.7%	32	35.6%	15	16.7%	3	3.3%	1	1.1%
治療なし	H29	142	54.2%	35	24.6%	22	15.5%	38	26.8%	40	28.2%	5	3.5%	2	1.4%
	H30	127	57.7%	35	27.6%	18	14.2%	44	34.6%	26	20.5%	3	2.4%	1	0.8%
	R01	134	54.5%	42	31.3%	26	19.4%	38	28.4%	19	14.2%	8	6.0%	1	0.7%
	R02	127	56.2%	28	22.0%	17	13.4%	30	23.6%	41	32.3%	9	7.1%	2	1.6%
	R03	112	54.4%	27	24.1%	19	17.0%	37	33.0%	24	21.4%	4	3.6%	1	0.9%
	R04	111	55.2%	30	27.0%	19	17.1%	36	32.4%	23	20.7%	3	2.7%	0	0.0%

参考資料7　LDL－Cの年次比較

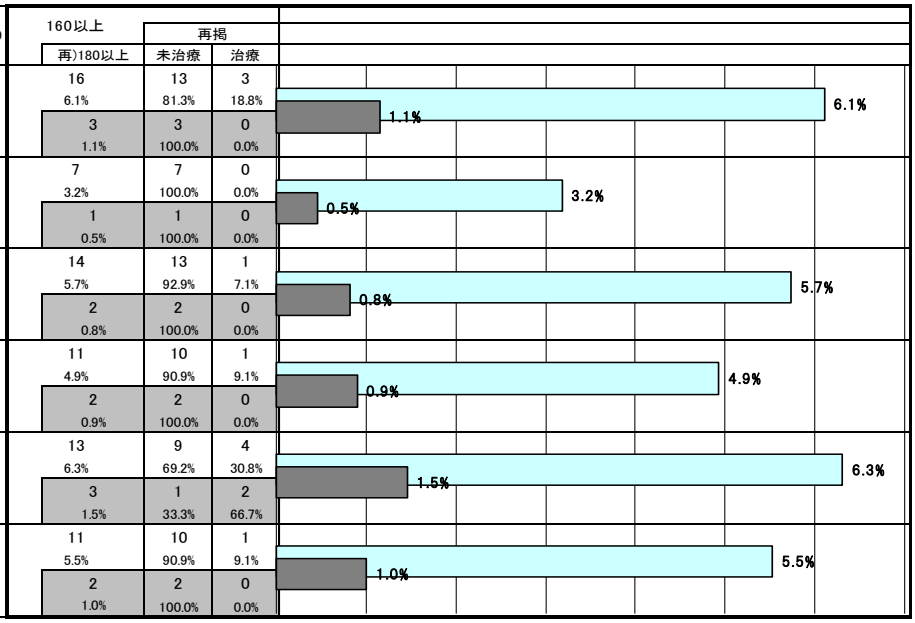
LDL-Cの年次比較

		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	262	143	54.6%	73	27.9%	30	11.5%	13	5.0%	3	1.1%
	H30	220	124	56.4%	62	28.2%	27	12.3%	6	2.7%	1	0.5%
	R01	244	142	58.2%	51	20.9%	37	15.2%	12	4.9%	2	0.8%
	R02	223	123	55.2%	62	27.8%	27	12.1%	9	4.0%	2	0.9%
	R03	206	104	50.5%	56	27.2%	33	16.0%	10	4.9%	3	1.5%
	R04	199	116	58.3%	43	21.6%	29	14.6%	9	4.5%	2	1.0%
男性	H29	131	74	56.5%	31	23.7%	15	11.5%	8	6.1%	3	2.3%
	H30	105	61	58.1%	27	25.7%	13	12.4%	4	3.8%	0	0.0%
	R01	113	67	59.3%	27	23.9%	15	13.3%	3	2.7%	1	0.9%
	R02	111	58	52.3%	31	27.9%	18	16.2%	4	3.6%	0	0.0%
	R03	102	54	52.9%	29	28.4%	16	15.7%	2	2.0%	1	1.0%
	R04	99	56	56.6%	25	25.3%	13	13.1%	4	4.0%	1	1.0%
女性	H29	131	69	52.7%	42	32.1%	15	11.5%	5	3.8%	0	0.0%
	H30	115	63	54.8%	35	30.4%	14	12.2%	2	1.7%	1	0.9%
	R01	131	75	57.3%	24	18.3%	22	16.8%	9	6.9%	1	0.8%
	R02	112	65	58.0%	31	27.7%	9	8.0%	5	4.5%	2	1.8%
	R03	104	50	48.1%	27	26.0%	17	16.3%	8	7.7%	2	1.9%
	R04	100	60	60.0%	18	18.0%	16	16.0%	5	5.0%	1	1.0%

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	262	143 54.6%	73 27.9%	30 11.5%	16 6.1%	13 81.3%	3 18.8%
					3 1.1%	3 100.0%	0 0.0%
H30	220	124 56.4%	62 28.2%	27 12.3%	7 3.2%	7 100.0%	0 0.0%
					1 0.5%	1 100.0%	0 0.0%
R01	244	142 58.2%	51 20.9%	37 15.2%	14 5.7%	13 92.9%	1 7.1%
					2 0.8%	2 100.0%	0 0.0%
R02	223	123 55.2%	62 27.8%	27 12.1%	11 4.9%	10 90.9%	1 9.1%
					2 0.9%	2 100.0%	0 0.0%
R03	206	104 50.5%	56 27.2%	33 16.0%	13 6.3%	9 69.2%	4 30.8%
					3 1.5%	1 33.3%	2 66.7%
R04	199	116 58.3%	43 21.6%	29 14.6%	11 5.5%	10 90.9%	1 9.1%
					2 1.0%	2 100.0%	0 0.0%



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	98	37.4%	70	71.4%	20	20.4%	5	5.1%	3	3.1%	0	0.0%
	H30	80	36.4%	54	67.5%	22	27.5%	4	5.0%	0	0.0%	0	0.0%
	R01	83	34.0%	59	71.1%	14	16.9%	9	10.8%	1	1.2%	0	0.0%
	R02	68	30.5%	50	73.5%	16	23.5%	1	1.5%	1	1.5%	0	0.0%
	R03	74	35.9%	48	64.9%	16	21.6%	6	8.1%	2	2.7%	2	2.7%
	R04	66	33.2%	50	75.8%	10	15.2%	5	7.6%	1	1.5%	0	0.0%
治療なし	H29	164	62.6%	73	44.5%	53	32.3%	25	15.2%	10	6.1%	3	1.8%
	H30	140	63.6%	70	50.0%	40	28.6%	23	16.4%	6	4.3%	1	0.7%
	R01	161	66.0%	83	51.6%	37	23.0%	28	17.4%	11	6.8%	2	1.2%
	R02	155	69.5%	73	47.1%	46	29.7%	26	16.8%	8	5.2%	2	1.3%
	R03	132	64.1%	56	42.4%	40	30.3%	27	20.5%	8	6.1%	1	0.8%
	R04	133	66.8%	66	49.6%	33	24.8%	24	18.0%	8	6.0%	2	1.5%

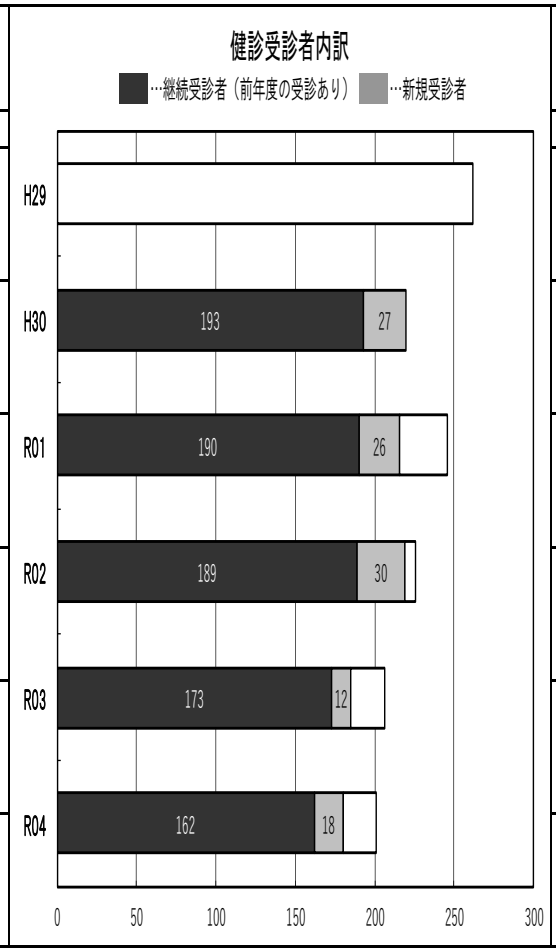
参考資料8　特定健診受診率の推移

特定健診受診率の推移

	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	D	D/B(前年)	C	C/B	D	D/B
H29	382	262	68.6%	--	--	--	--	--	--
H30	371	220	59.3%	193	73.7%	27	12.3%	--	--
R01	365	246	67.4%	190	86.4%	26	10.6%	30	12.2%
R02	355	226	63.7%	189	76.8%	30	13.3%	7	3.1%
R03	322	206	64.0%	173	76.5%	12	5.8%	21	10.2%
R04	300	201	67.0%	162	78.6%	18	9.0%	21	10.4%

※継続受診者は前年度と比較して算出
※新規受診者は過去に1回も受診したことがない者
※不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者

	受診者数（下段:受診率）	Aのうち次年度健診対象者	新規受診者	40歳受診者	不定期受診者	74歳受診者（次年度対象外）
	A	B	C	C'	D	E
H29	262 68.6%	246 93.9%	--	--	--	16 6.1%
H30	220 59.3%	203 92.3%	27 12.3%	0 0.0%	--	17 7.7%
R01	246 67.4%	235 95.5%	26 10.6%	1 3.8%	30 12.2%	11 4.5%
R02	226 63.7%	201 88.9%	30 13.3%	1 3.3%	7 3.1%	25 11.1%
R03	206 64.0%	188 91.3%	12 5.8%	0 0.0%	21 10.2%	18 8.7%
R04	201 67.0%	179 89.1%	18 9.0%	1 5.6%	21 10.4%	22 10.9%



受診者総数	6年連続受診		5年受診		4回受診		3回受診		2回受診		1回のみ受診	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A
281	93	33.1%	34	12.1%	34	12.1%	38	13.5%	30	10.7%	52	18.5%

参考資料9　有所見状況

■特定健診受診状況　　令和04年度

健診対象者数	300 人	受診者数（受診率）	201 人	67.0%

① BMI 肥満度分類	3疾患 治療の有無 （高血圧/糖尿病/脂質異常）		治療中		治療なし		再掲 特定保健指導		再掲 情報提供	
	受診者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	201		118	58.7%	83	41.3%	18	21.7%	65	78.3%
低体重	11	5.5%	4	3.4%	7	8.4%	0	0.0%	7	10.8%
普通体重	128	63.7%	68	57.6%	60	72.3%	7	38.9%	53	81.5%
肥満（Ⅰ度）	52	25.9%	37	31.4%	15	18.1%	10	55.6%	5	7.7%
肥満（Ⅱ度）	10	5.0%	9	7.6%	1	1.2%	1	5.6%	0	0.0%
肥満（Ⅲ度）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
肥満（Ⅳ度）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

② メタボリックシンドローム 判定		3疾患 治療の有無 （高血圧/糖尿病/脂質異常）		治療中		治療なし （特定保健指導）	
		受診者		人数	割合	人数	割合
		201		118	58.7%	83	41.3%
非該当		128	63.7%	60	50.8%	68	81.9%
メタボリック予備群		22	10.9%	14	11.9%	8	9.6%
メタボリック該当者		51	25.4%	44	37.3%	7	8.4%
	リスクの重なり　2項目	31	15.4%	26	22.0%	5	6.0%
	リスクの重なり　3項目	20	10.0%	18	15.3%	2	2.4%

③ 血圧分類	高血圧症 治療の有無		治療中		治療なし		再掲 特定保健指導		再掲 情報提供	
	受診者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	201		90	44.8%	111	55.2%	18	16.2%	93	83.8%
正常血圧	45	22.4%	15	16.7%	30	27.0%	1	5.6%	29	31.2%
正常高値血圧	43	21.4%	24	26.7%	19	17.1%	3	16.7%	16	17.2%
高値血圧	68	33.8%	32	35.6%	36	32.4%	6	33.3%	30	32.3%
Ⅰ度高血圧	38	18.9%	15	16.7%	23	20.7%	8	44.4%	15	16.1%
Ⅱ度高血圧	6	3.0%	3	3.3%	3	2.7%	0	0.0%	3	3.2%
Ⅲ度高血圧	1	0.5%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

④ HbA1c （NGSP）	糖尿病 治療の有無		治療中		治療なし		再掲 特定保健指導		再掲 情報提供	
	受診者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	198		24	12.1%	174	87.9%	18	10.3%	156	89.7%
5.5以下	68	34.3%	0	0.0%	68	39.1%	4	22.2%	64	41.0%
5.6～5.9	69	34.8%	1	4.2%	68	39.1%	11	61.1%	57	36.5%
6.0～6.4	37	18.7%	7	29.2%	30	17.2%	1	5.6%	29	18.6%
6.5～6.9	6	3.0%	1	4.2%	5	2.9%	0	0.0%	5	3.2%
7.0～7.9	14	7.1%	12	50.0%	2	1.1%	1	5.6%	1	0.6%
8.0以上	4	2.0%	3	12.5%	1	0.6%	1	5.6%	0	0.0%
（再掲）8.4以上	2	1.0%	1	4.2%	1	0.6%	1	5.6%	0	0.0%

⑤ 中性脂肪 ※（ ）内は随時の場合	脂質異常症 治療の有無		治療中		治療なし		再掲 特定保健指導		再掲 情報提供	
	受診者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	201		67	33.3%	134	66.7%	18	13.4%	116	86.6%
149（174）以下	161	80.1%	50	74.6%	111	82.8%	10	55.6%	101	87.1%
150（175）～299	34	16.9%	17	25.4%	17	12.7%	4	22.2%	13	11.2%
300～399	3	1.5%	0	0.0%	3	2.2%	2	11.1%	1	0.9%
400以上	3	1.5%	0	0.0%	3	2.2%	2	11.1%	1	0.9%

※採血時間の判定できない（採血時間コードなし、血糖検査未実施）場合の中性脂肪150～174は集計に含まない。

⑥ HDL−C	脂質異常症 治療の有無		治療中		治療なし		再掲			
							特定保健指導		情報提供	
	受診者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	200		118	59.0%	82	41.0%	17	20.7%	65	79.3%
40以上	190	95.0%	110	93.2%	80	97.6%	15	88.2%	65	100.0%
35～39	6	3.0%	6	5.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
34以下	4	2.0%	2	1.7%	2	2.4%	2	11.8%	0	0.0%

⑦ LDL−C	脂質異常症 治療の有無		治療中		治療なし		再掲			
							特定保健指導		情報提供	
	受診者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	199		66	33.2%	133	66.8%	17	12.8%	116	87.2%
再）80未満	30	15.1%	14	21.2%	16	12.0%	1	5.9%	15	12.9%
100未満	70	35.2%	32	48.5%	38	28.6%	2	11.8%	36	31.0%
100～119	46	23.1%	18	27.3%	28	21.1%	1	5.9%	27	23.3%
120～139	43	21.6%	10	15.2%	33	24.8%	8	47.1%	25	21.6%
140～159	29	14.6%	5	7.6%	24	18.0%	2	11.8%	22	19.0%
160～179	9	4.5%	1	1.5%	8	6.0%	4	23.5%	4	3.4%
180以上	2	1.0%	0	0.0%	2	1.5%	0	0.0%	2	1.7%

⑧ Non−HDL	脂質異常症 治療の有無		治療中		治療なし		再掲			
							特定保健指導		情報提供	
	受診者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	196		66	33.7%	130	66.3%	17	13.1%	64	49.2%
129以下	74	37.8%	35	53.0%	39	30.0%	0	0.0%	20	31.3%
130～149	52	26.5%	19	28.8%	33	25.4%	6	35.3%	13	20.3%
150～169	35	17.9%	6	9.1%	29	22.3%	3	17.6%	16	25.0%
170～189	20	10.2%	4	6.1%	16	12.3%	4	23.5%	7	10.9%
190以上	15	7.7%	2	3.0%	13	10.0%	4	23.5%	8	12.5%

⑨ 尿たんぱく	3疾患 治療の有無 （高血圧/糖尿病/脂質異常）		治療中		治療なし		再掲			
							特定保健指導		情報提供	
	受診者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	201		118	58.7%	83	41.3%	18	21.7%	65	78.3%
（−）	195	97.0%	113	95.8%	82	98.8%	17	94.4%	65	100.0%
（±）	3	1.5%	2	1.7%	1	1.2%	1	5.6%	0	0.0%
（＋）	1	0.5%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
（2＋）	2	1.0%	2	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
（3＋）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

⑩ eGFR		3疾患 治療の有無 （高血圧/糖尿病/脂質異常）		治療中		治療なし		再掲			
								特定保健指導		情報提供	
		受診者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		201		118	58.7%	83	41.3%	18	21.7%	65	78.3%
再）110以上		1	0.5%	0	0.0%	1	1.2%	1	5.6%	0	0.0%
G1	90以上	12	6.0%	7	5.9%	5	6.0%	1	5.6%	4	6.2%
G2	60～90未満	145	72.1%	77	65.3%	68	81.9%	15	83.3%	53	81.5%
G3a	45～60未満	39	19.4%	29	24.6%	10	12.0%	2	11.1%	8	12.3%
G3b	30～45未満	5	2.5%	5	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
G4	15～30未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
G5	15未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
再）45未満 40歳未満は60未満		5	2.5%	5	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

参考資料10　リスク減少の評価（R03・R04）

リスク減少の評価（受診勧奨判定値以上）

…改善　…悪化

血糖

R03年度の結果		R04年度の結果をみる					
		継続受診者		23人	95.8%	未受診（中断）	75歳到達者
HbA1c6.5以上 24人		6.4以下	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上		
		2	5	13	3	1	0
		8.3%	20.8%	54.2%	12.5%	4.2%	0.0%
6.5～6.9	12	2	4	5	1	0	0
		16.7%	33.3%	41.7%	8.3%	0.0%	0.0%
7.0～7.9	8	0	1	6	0	1	0
		0.0%	12.5%	75.0%	0.0%	12.5%	0.0%
8.0以上	4	0	0	2	2	0	0
		0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	5	12	5	5	6	1
	20.8%	50.0%	20.8%	20.8%	25.0%	4.2%
6.5～6.9	2	4	0	3	6	0
	16.7%	33.3%	0.0%	25.0%	50.0%	0.0%
7.0～7.9	1	6	3	2	0	1
	12.5%	75.0%	37.5%	25.0%	0.0%	12.5%
8.0以上	2	2	2	0		0
	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%		0.0%

血圧

R03年度の結果		R04年度の結果をみる					
		継続受診者		56人	83.6%	未受診（中断）	75歳到達者
Ⅰ度高血圧以上 67人		高値血圧以下	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度		
		34	15	6	1	11	1
		50.7%	22.4%	9.0%	1.5%	16.4%	1.5%
Ⅰ度	50	28	12	3	0	7	1
		56.0%	24.0%	6.0%	0.0%	14.0%	2.0%
Ⅱ度	13	4	2	2	1	4	0
		30.8%	15.4%	15.4%	7.7%	30.8%	0.0%
Ⅲ度	4	2	1	1	0	0	0
		50.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	38	14	4	11
	56.7%	20.9%	6.0%	16.4%
Ⅰ度	28	12	3	7
	56.0%	24.0%	6.0%	14.0%
Ⅱ度	6	2	1	4
	46.2%	15.4%	7.7%	30.8%
Ⅲ度	4	0		0
	100.0%	0.0%		0.0%

脂質

R03年度の結果		R04年度の結果をみる					
		継続受診者		40人	87.0%	未受診（中断）	75歳到達者
140以上 46人		140未満	140～159	160～179	180以上		
		17	18	4	1	6	1
		37.0%	39.1%	8.7%	2.2%	13.0%	2.2%
140～159	33	11	15	2	1	4	0
		33.3%	45.5%	6.1%	3.0%	12.1%	0.0%
160～179	10	4	3	2	0	1	1
		40.0%	30.0%	20.0%	0.0%	10.0%	10.0%
180以上	3	2	0	0	0	1	0
		66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	20	17	3	6
	43.5%	37.0%	6.5%	13.0%
140～159	11	15	3	4
	33.3%	45.5%	9.1%	12.1%
160～179	7	2	0	1
	70.0%	20.0%	0.0%	10.0%
180以上	2	0		1
	66.7%	0.0%		33.3%

参考資料11　特定健診結果からみた糖尿病性腎症病気分類の評価（R03・R04）

特定健診結果からみた

糖尿病性腎症病期分類別の評価

糖尿病性腎症病期分類

R03年度の結果		R04年度の結果をみる						
		継続受診者		33人	94.3%	糖尿病非該当	健診未受診	75歳到達者
糖尿病：基準該当 35 人		第1期	第2期	第3期	第4期			
		25	0	3	1	4	2	0
		71.4	0.0	8.6	2.9	11.4	5.7	0.0
第1期	29	23	0	1	0	3	2	0
		79.3	0.0	3.4	0.0	10.3	6.9	0.0
第2期	0	0	0	0	0	0	0	0
		---	---	---	---	---	---	---
第3期	5	2	0	2	0	1	0	0
		40.0	0.0	40.0	0.0	20.0	0.0	---
第4期	1	0	0	0	1	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	---

	改善	維持	悪化
合計	2	26	1
	5.7	74.3	2.9
第1期		23	1
		79.3	3.4
第2期	0	0	0
	---	---	---
第3期	2	2	0
	40.0	40.0	0.0
第4期	0	1	
	0.0	100.0	

糖尿病治療なし ※1

R03年度の結果		R04年度の結果をみる						
		継続受診者		11人	84.6%	糖尿病非該当（血糖の正常化等）	健診未受診	75歳到達者
糖尿病：基準該当 13 人		第1期	第2期	第3期	第4期			
		8	0	0	0	3	2	0
		61.5	0.0	0.0	0.0	23.1	15.4	0.0
第1期	11	7	0	0	0	2	2	0
		63.6	0.0	0.0	0.0	18.2	18.2	0.0
第2期	0	0	0	0	0	0	0	0
		---	---	---	---	---	---	---
第3期	2	1	0	0	0	1	0	0
		50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	---
第4期	0	0	0	0	0	0	0	0
		---	---	---	---	---	---	---

	改善	維持	悪化
合計	1	7	0
	7.7	53.8	0.0
第1期		7	0
		63.6	0.0
第2期	0	0	0
	---	---	---
第3期	1	0	0
	50.0	0.0	0.0
第4期	0	0	
	---	---	

糖尿病治療中 ※2

R03年度の結果		R04年度の結果をみる						
		継続受診者		22人	100.0%	糖尿病非該当（治療中断等）	健診未受診	75歳到達者
糖尿病：基準該当 22 人		第1期	第2期	第3期	第4期			
		17	0	3	1	1	0	0
		77.3	0.0	13.6	4.5	4.5	0.0	---
第1期	18	16	0	1	0	1	0	0
		88.9	0.0	5.6	0.0	5.6	0.0	---
第2期	0	0	0	0	0	0	0	0
		---	---	---	---	---	---	---
第3期	3	1	0	2	0	0	0	0
		33.3	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	---
第4期	1	0	0	0	1	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	---

	改善	維持	悪化
合計	1	19	1
	4.5	86.4	4.5
第1期		16	1
		88.9	5.6
第2期	0	0	0
	---	---	---
第3期	1	2	0
	33.3	66.7	0.0
第4期	0	1	
	0.0	100.0	

治療有無別については、前年度の結果において、以下に該当した者を計上

※1　糖尿病未治療者のうち、空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5%以上

※2　糖尿病治療中（問診結果より内服治療中と回答した者）

参考資料１２　CKD_重症度分類別の評価（R03・R04）

CKD_重症度分類別の評価

1. CKD重症度分類別人数(2カ年の推移)

年度	健診受診者		尿蛋白/GFR共に実施	ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	(参考) 65歳以上割合
							G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2	
	人数	受診率		(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA3	G3bA3	G4A3	G5A3	
R03年度	206	64.0	205	147	1	2	48	4	2	1	84.0
				71.7	0.5	1.0	23.4	2.0	0.98	0.49	
R04年度	201	67.0	201	153	0	4	39	5	0	0	81.1
				76.1	0.0	2.0	19.4	2.5	0.00	0.00	

2. 前年度を起点に今年度の結果でどの層が改善・悪化しているかをみる

R03年度の結果 (尿蛋白・GFR共に実施した者) 205 人				R04年度の結果をみる								
				ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	健診未受診	75歳到達者
							G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2		
				(G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA3	G3bA3	G4A3	G5A3		
				132	0	1	39	5	1	0	27	1
				64.4	0.0	0.5	19.0	2.4	0.5	0.0	13.2	0.5
GFR	正常または高値	ハイリスク群 (G1A1) (G2A1)	147	118	0	1	13	0	0	0	15	0
				80.3		0.7	8.8				10.2	
90		G1A2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
		G1A3		100.0								
60	正常または軽度低下	G2A2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0
		G2A3		50.0							50.0	
45	軽度～中等度低下	G3aA1	48	12	0	0	25	3	0	0	8	1
		G3aA2										
		G3aA3		25.0			52.1	6.3			16.7	12.5
30	中等度～高度低下	G3bA1	4	0	0	0	1	2	0	0	1	0
		G3bA2										
		G3bA3					25.0	50.0			25.0	
15	高度低下	G4A1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0
		G4A2										
		G4A3							50.0		50.0	
	末期腎不全	G5A1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
		G5A2										
		G5A3									100.0	

参考資料13　糖尿病管理台帳

糖尿病管理台帳

(過去6年間に一度でもHbA1c6.5以上に該当した者)

※高血圧・糖尿病の服薬は問診結果による
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

番号	追加年度 高血圧	追加年度 糖尿病	氏名	性別	R04年度末年齢	合併症の有無 病名	R	初診年月	項目		H29	H30	R01	R02	R03	R04	R04年度 KDBレセプト情報	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	要介護度 転出・死亡等
1		R02		男	51	高血圧			圧	血圧				127/65		134/93	高血圧 診断													
						糖尿病	●			服薬				○																	
						インスリン			糖	HbA1c				7.1		9.7	糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
						腎症				服薬				○								●	●	●	●	●	●			
						網膜症			その他	体重				87		84.7	住所													
						神経障害				BMI				22.9		29.2	健診受診日													
						脂質異常症	●			尿酸				4.3		5.6	個人番号						被保険者番号							
						高尿酸血症				LDL-C				102		106	国保資格取得						国保資格喪失							
						脳血管疾患			詳細健診	眼底						所見あり														
						虚血性心疾患				心電図				完全右脚ブロック			備考欄	1												
						腎不全			CKD	GFR				72.7		112.4		2												
						人工透析				尿蛋白				+		−		3												
																		4												
2		R04		女	72	高血圧	●		圧	血圧						148/73	高血圧 診断													
						糖尿病	●			服薬						○														
						インスリン	●		糖	HbA1c						9.7	糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
						腎症				服薬						○														
						網膜症			その他	体重						77.8	住所													
						神経障害				BMI						33.7	健診受診日													
						脂質異常症	●			尿酸						7.2	個人番号						被保険者番号							
						高尿酸血症				LDL-C						67	国保資格取得						国保資格喪失							
						脳血管疾患			詳細健診	眼底																				
						虚血性心疾患				心電図							備考欄	1												
						腎不全			CKD	GFR						54.4		2												
						人工透析				尿蛋白						+++		3												
																		4												
3	R02	R03		男	72	高血圧	●		圧	血圧	151/78	120/72	153/96	160/71	188/99	138/84	高血圧 診断	●		●		●	●							
						糖尿病	●			服薬		○	○	○	○	○														
						インスリン			糖	HbA1c	5.6	5.8	6.1	6.1	6.8	8.6	糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
						腎症				服薬						○		●		●		●	●							
						網膜症			その他	体重	70.4	66.7	80.5	82	89.2	91.3	住所														
						神経障害				BMI	24.9	23.7	28.4	34.4	31.8	33.1	健診受診日													
						脂質異常症				尿酸	7.3	7.3	8.4	5.8	7.5	8.5	個人番号						被保険者番号							
						高尿酸血症	●			LDL-C	110	112	149	70	163	126	国保資格取得						国保資格喪失							
						脳血管疾患			詳細健診	眼底	所見あり		所見あり	所見あり	所見あり	所見あり														
						虚血性心疾患				心電図		島53	上室性期外収縮				備考欄	1												
						腎不全			CKD	GFR	81	85.4	73.5	84.7	64.8	47.9		2												
						人工透析				尿蛋白	−	−	−	−	−	−		3												
																		4												

参考資料14　血圧管理台帳

高血圧管理台帳

(過去6年間に一度でもⅡ度高血圧以上に該当した者)

※高血圧・糖尿病の服薬は問診結果による
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

番号	追加年度 高血圧	追加年度 糖尿病	氏名	性別	R05年度末年齢	合併症の有無 病名	R05	初診年月日	項目		H30	R01	R02	R03	R04	R05	R05年度 KDBレセプト情報	4	5	6	0	8	9	10	11	12	1	2	3	要介護度 転出・死亡等
1	R01	ー		女	68	高血圧			圧	血圧		179/97	164/102	180/103	175/86	200/110	高血圧 診断													
						糖尿病				服薬																				
						インスリン			糖	HbA1c		5.8	5.7	5.7	5.7	5.7	糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
						腎症				服薬																				
						網膜症			その他	体重		50.4	49.8	47	48.4	48	住所													
						神経障害				BMI		21.8	21.9	20.9	21.7	21.3	健診受診日													
						脂質異常症				尿酸		4.4	4	4.2	4.3	3.6	個人番号						被保険者番号							
						高尿酸血症				LDL-C		158	131	125	131	138	国保資格取得						国保資格喪失							
						脳血管疾患			詳細健診	眼底				所見なし	所見なし	所見なし														
						虚血性心疾患				心電図							備考欄	1												
						腎不全			CKD	GFR		60.1	60.8	59.9	59.6	62.1		2												
						人工透析				尿蛋白		−	−	−	−	−		3												
																		4												
2	R02	R02		女	73	高血圧	●		圧	血圧		124/84	168/96	136/85	138/75	191/100	高血圧 診断		●											●
						糖尿病	●			服薬		○		○	○															
						インスリン			糖	HbA1c			7.3	6.5	5.9	6.2	糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
						腎症				服薬		○	○	○	○	○			●		●	●		●		●			●	
						網膜症			その他	体重		49.3	49.7	44.7	45.4	45.6	住所													
						神経障害				BMI		21.7	21.9	20	20.3	20.4	健診受診日													
						脂質異常症	●			尿酸		5.1	4.6	3.9	4.6	5.3	個人番号						被保険者番号							
						高尿酸血症				LDL-C		129	138	105	102	112	国保資格取得						国保資格喪失							
						脳血管疾患			詳細健診	眼底				所見なし	所見なし	所見なし														
						虚血性心疾患				心電図				ST−T異常	ST−T異常	ST−T異常	備考欄	1												
						腎不全			CKD	GFR		71.5	67.6	69.9	59.3	59.9		2												
						人工透析				尿蛋白		−	−		−	−		3												
																		4	0											
3	R05	R02		男	51	高血圧			圧	血圧			126/94		134/93	178/111	高血圧 診断													
						糖尿病	●			服薬																				
						インスリン			糖	HbA1c			7.9		9.7	7.2	糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
						腎症				服薬						○						●	●	●	●	●	●		●	
						網膜症			その他	体重			87		84.7	83.3	住所													
						神経障害				BMI			29.9		29.2	28.8	健診受診日													
						脂質異常症	●			尿酸			6		5.6	5.2	個人番号						被保険者番号							
						高尿酸血症				LDL-C			124		106	104	国保資格取得						国保資格喪失							
						脳血管疾患			詳細健診	眼底			所見なし		所見なし	所見なし														
						虚血性心疾患				心電図							備考欄	1												
						腎不全			CKD	GFR			100		112.4	86		2												
						人工透析				尿蛋白			−		−	+		3												
																		4												

参考資料15　糖尿病性腎症重症化予防プログラム　連絡票（令和4年度現在の様式）

（様式1）

年　月　日

紹介状（市町村、保険者　→　医療機関）

医療機関	紹介者名
医療機関名 病院	ふりがな 氏　名 生年月日　　年　　月　　日 性　別　　男

今回、貴院での治療を患者様ご本人が希望しております。
健診結果表、経年表をご高覧いただき、今後のご指導・ご加療よろしくお願いいたします。

機関名

担当者名

TEL
fax

（様式2）

令和　　年　　月　　日

連絡票　（　医療機関　→　市町村）

三島町町民課長

医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

氏名		生年月日	年　月　日	男・女
住所		電話番号		
連絡事項				

保健指導に関する情報提供（該当がある場合記載をお願いいたします。）

該当事項をチェックしてください。

保健指導を実施することが　☐ 適当　☐ 不適当

必要に応じて、以下へも記入してください。

尿蛋白区分	☐ A1	☐ A2	☐ A3
尿アルブミン定量（mg/日） 尿アルブミン/Cr比（mg/gCr）	30 未満	30～299	300 以上

GFR 区分	☐ G1	☐ G2	☐ G3a	☐ G3b	☐ G4	☐ G5
腎機能	正常または高値	正常または軽度低下	軽度～中等度低下	中等度～高度低下	高度低下	末期腎不全(ESKD)
数値(ml/分/1.73㎡)	≧90	60～89	45～59	30～44	15～29	＜15

下記の事項について保健指導を実施することが適当である。

☐ 食生活指導　☐ 運動指導　☐ 禁煙指導

☐ その他（　　）

下記の疾患に留意して保健指導を実施することが適当である。

☐ 糖尿病　☐ 高血圧症　☐ 脂質異常症　☐ 肥満

☐ その他（　　）

治療における目標 HbA1c (NGSP)　：　　%　他

その他の留意事項（　　）