三島町国民健康保険第3期保健事業計画（データヘルス計画）概要版

第１章　データヘルス計画の基本的な考え方　P.1～

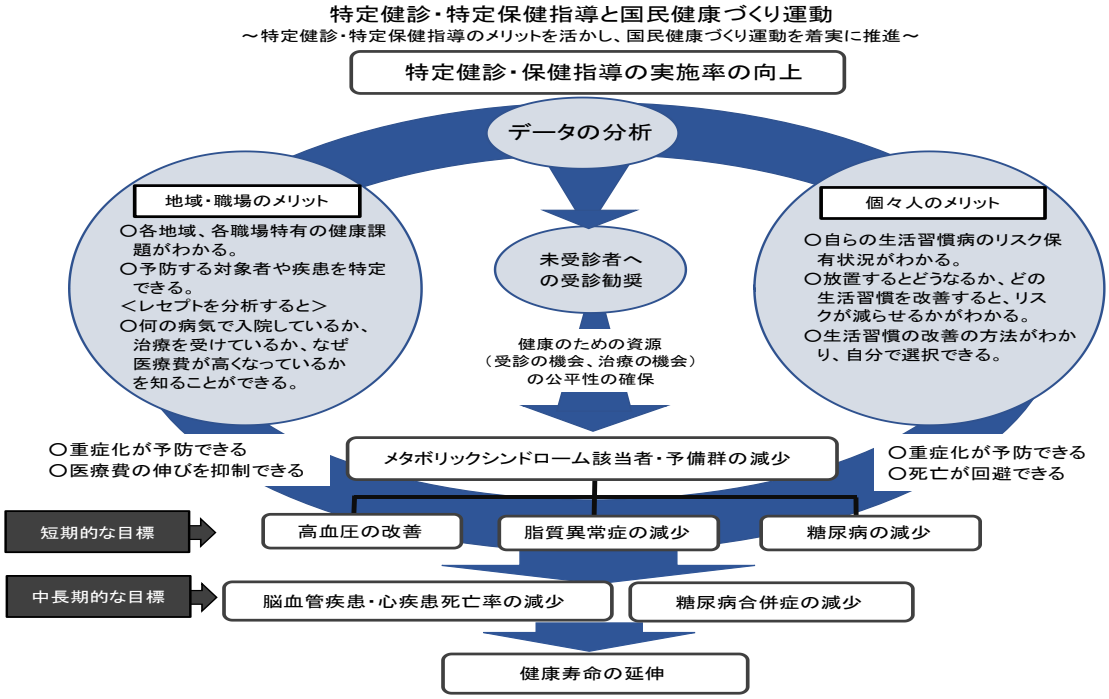
データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進を目的に、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものです。

町では、保健事業の中核をなす「特定健診等実施計画」と一体的に策定し、国保データベース（KDB）を活用して、優先的に取り組むべき健康課題を抽出し、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組むことで、国保加入者の健康保持増進を図り、健康寿命の延伸と医療費適正化を目指します。

【計画期間】 令和6年度～令和 11 年度までの 6 年間

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）



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　P.10～

1. 計画にかかる評価及び考察

(1)介護の状況

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　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%
	血管疾患 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

平成 30 年度と令和 4 年度を比較すると、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が増加しています。

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

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ることから、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す。

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）

（3）健診結果の経年変化

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　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

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、いずれも増加しています。HbA1c6.5 以上、Ⅱ度高血圧以上では改善率が低下し、特に HbA1c6.5 以上については悪化している割合が増加しています。

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

特定健診受診率及び保健指導率は、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。

しかし、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健診も実施してきましたが、40～50 代の受診率は低い状況が続いています。

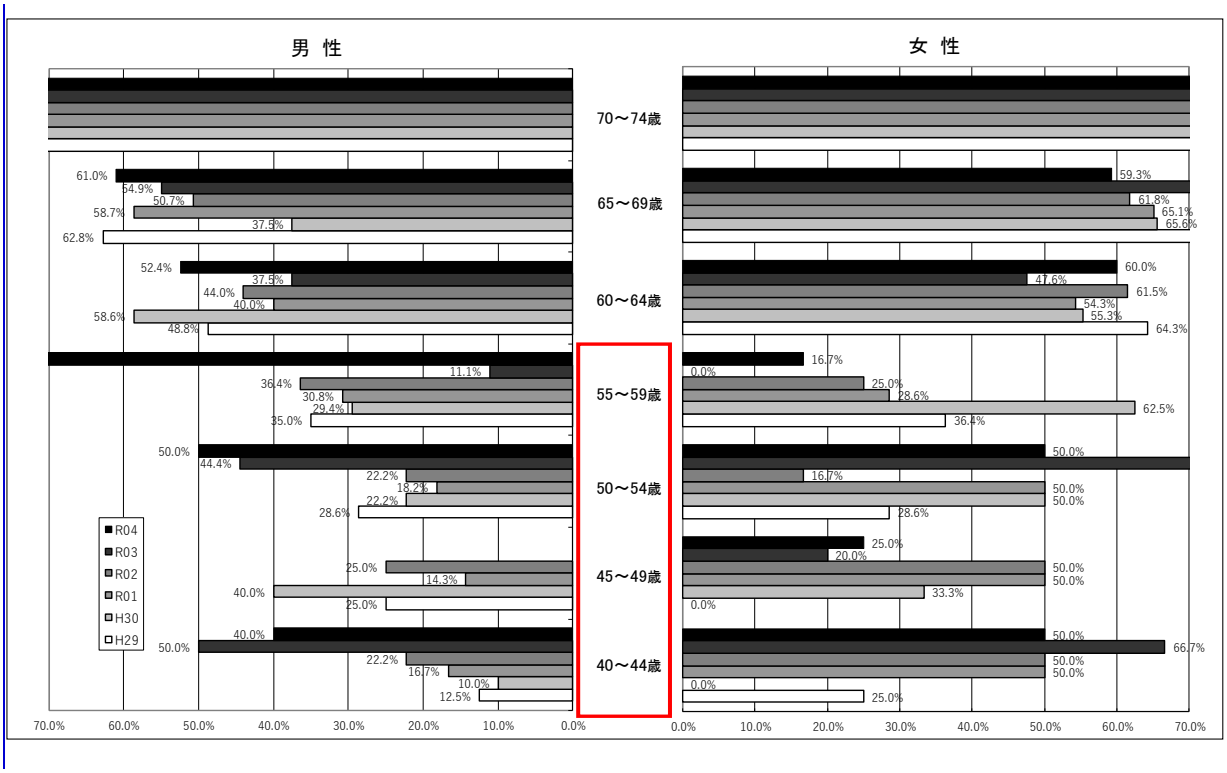
生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を継続して実施し、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていきます。

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

(5)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	

【考察】

血糖値有所見者の未治療者・治療中断者へは受診勧奨を行い、医療に繋げることができていますが、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、Ⅱ度高血圧以上で医療機関未受診者が多い状況です。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。

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、心房細動や ST 異常などの所見を認めた場合は、確実に受診勧奨を行うことが重要となります。心電図有所見者が重症化しないよう、また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、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。

2. 第３期における管理目標の設定

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)	中間評価 R８ (R7)	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(法廷義務) P.35～

1. 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%

2. 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

3. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施は、保険者による直接実施とし、同一系の保健師、管理栄養士と連携し実施します。

第4章　課題解決するための個別保健事業　P.42～

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します。

また、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し、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。

生活習慣病は自覚症状がないため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努めます。

2. 重症化予防の取組

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、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。

【事業内容】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

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活の実現と、健康寿命の延伸を図るため、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し、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ます。

4. 発症予防

生活習慣の確立は小児期に端を発することから、小児からの肥満予防等の生活習慣病対策は、成人期の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化性疾患の発症予防に深くかかわり、データをライフサイクルで見ていくことが必要です。

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 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

第5章 計画の評価・見直し

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、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います。

【問合せ先 三島町役場町民課保健福祉係 電話 0241-48-5565】