

カシオペア連邦
糖尿病連携のてびき
—第2版—



令和8年3月

一般社団法人二戸医師会・岩手県二戸保健所

《目次》

I. はじめに	1
II. 圏域における糖尿病の連携	2
III. JADEC 連携手帳の活用	3
IV. 糖尿病の診断	3
V. 糖尿病の治療	3
1. 診療の流れ	3
2. 食事療法	5
3. 運動療法	5
4. 薬物療法	6
1) 糖尿病治療薬の使い方	6
2) インスリン療法の適応	6
3) 糖尿病治療薬の特徴	6
4) インスリン療法の注意点	9
5. 治療目標	9
1) 血糖	9
2) 体重	9
3) 血圧	9
4) 血清脂質	10
6. シックデイでの薬の調整	10
1) インスリン治療中の場合	10
2) 経口薬で治療中の場合	10
3) インクレチン関連薬の場合	10
7. 治療の工夫	10
VI. 検査のタイミング	11
1. すべての生活習慣病	11
2. 糖尿病	11
3. 境界型（糖尿病と正常の境界）	11
4. 脂質異常症	11
VII. 医療機関の受診が必要な場合	11
VIII. 入院治療が必要な場合	12
IX. 糖尿病性腎症重症化予防	12
X. 受診しない患者さんへの対応	12
XI. 糖尿病合併症チェック月間	12
XII. 健康いわて 21 プラン（第3次）	14

1. はじめに

生活習慣の変化に伴い、わが国における糖尿病患者は急激に増加しています。このカンオペア圏域(二戸圏域)でも糖尿病患者が年々増加していると予想されますが、医師不足等のために糖尿病の診療体制が十分とはいえない状況です。限られた医療資源を有効に活用し住民によりよい医療を提供するためには医療機関、保健関係機関、介護施設等が連携して糖尿病診療のシステムをつくる必要があります。

平成 22 年 8 月に日本糖尿病協会から「糖尿病連携手帳」が発行されました。情報共有により医療連携を円滑にする目的で作られたものです。カンオペア圏域を考えた場合、この手帳を活用した連携体制の構築が現実的と考えられます。

「糖尿病連携手帳」を活用するにあたり、糖尿病診療についての基本的なコンセンサスが必要と考えられ、この冊子の発行の運びとなりました。二戸保健所のバックアップのもと、二戸医師会と二戸医師会の会員により構成されるカンオペア糖尿病勉強会が協力して実現したものです。実際に使いながら修正していくことになると思いますので、お気づきの点は担当者までお知らせ下さい。

今回は、紹介状の様式は特に設けませんでした。糖尿病歴、治療内容等がわかる簡便な紹介状に「糖尿病連携手帳」を添えて紹介して下さい。

この取り組みが圏域の糖尿病診療の発展につながれば幸甚です。

平成 23 年 3 月

第 2 版に寄せて

初版から 15 年経過し、糖尿病を取り巻く環境が大きく変わりました。治療面では DPP-4 阻害薬、SGLT2 阻害薬、GLP-1 受容体作動薬、イメグリミン、週 1 回持効型インスリン製剤などの製剤が広く使われるようになり、治療の幅が広がりました。高齢者の血糖マネジメント基準が設定されました。また、東日本大震災をきっかけとして災害に対する備え、災害時の対応の考え方も進みました。「糖尿病連携手帳」は、令和 7 年 7 月の「第 5 版」から「JADEC 連携手帳」に名称変更されました。さらに、糖尿病性腎症重症化予防への取り組みが始まりました。

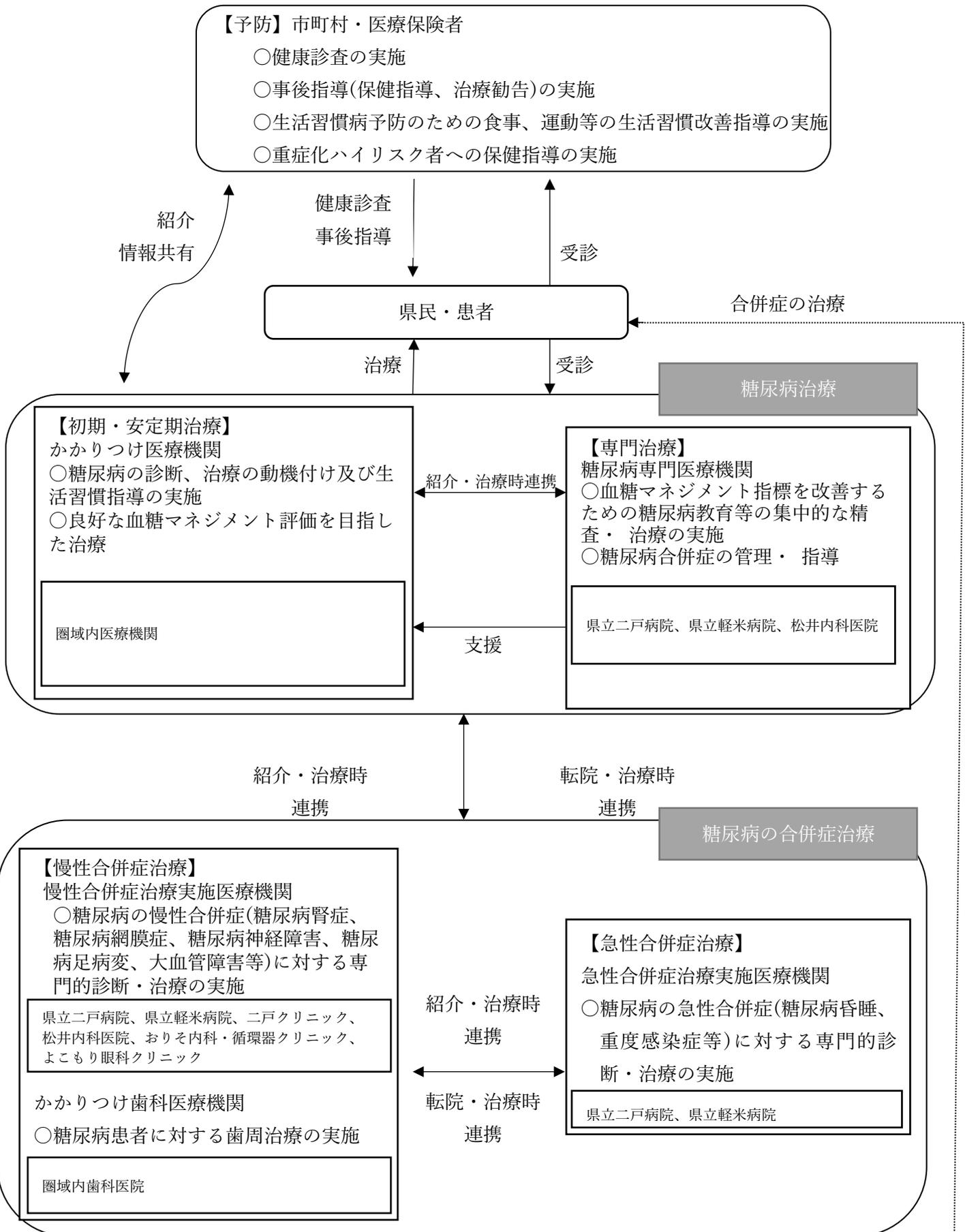
これらの状況の変化に対応した新しいてびきが必要と考えられ、今回、二戸保健所の全面的な協力により改訂版の発行に至りました。

JADEC 連携手帳(糖尿病連携手帳)を活用した糖尿病診療の地域連携を進めるにあたり、このてびきが連携の円滑化に役立つことを期待します。

令和 8 年 1 月

II. 圏域における糖尿病の連携

図1 糖尿病の医療体制連携図



III. JADEC 連携手帳（糖尿病連携手帳）の活用

1. 「JADEC 連携手帳」はこれまでの「糖尿病連携手帳」と同様、日本糖尿病協会の協賛企業により無料で提供されます。
2. 紛失しないように氏名を忘れず書きましょう。
3. 受診日に JADEC 連携手帳を持参し、検査結果を書いてもらいましょう。
4. かかりつけ医以外の医療機関を受診する際にも JADEC 連携手帳を提出しましょう。また、眼科、歯科を受診した際には「眼科・歯科」のページに記載してもらいましょう。
5. 「検査結果」のページの下にある「治療のポイント・目標」の欄は、検査・指導を行った場合、治療が変更になった場合、伝えたい情報があった場合に、担当者が自由に記入して下さい。施設の方、検診担当者も活用して下さい。

IV. 糖尿病の診断

糖尿病型

血糖値	空腹時血糖値	126mg/dl 以上
	随時血糖値	200mg/dl 以上
	糖負荷試験 2 時間値	200mg/dl 以上のいずれか
HbA1c (NGSP)		6.5%以上

※血糖値と HbA1c の両方を満たせば糖尿病(一度に両方満たしても良い)

※血糖値の基準を日を変えて 2 回満たせば糖尿病

※血糖値の基準を 1 回満たし、糖尿病の典型的な症状(口渇、多飲、多尿、体重減少など)あるいは確実な糖尿病網膜症があれば糖尿病

※空腹時血糖値 110mg/dl 未満かつ糖負荷試験 2 時間値 140mg/dl 未満が「正常型」

※糖尿病型と正常型のいずれにも属さない場合が「境界型」

V. 糖尿病の治療

1. 診療の流れ

1) 糖尿病が疑われたら医療機関を受診する。

2) 診断のための検査を行う。

血糖、HbA1c で診断できなければ糖負荷試験

3) 糖尿病の診断となったら問診を十分に行う。

いつから糖の異常を指摘されているか、これまでの治療歴、既往歴、症状、家族歴、食習慣、運動習慣、肥満歴、職業など

4) 身体所見のチェック:身長、体重、腹囲、血圧、アキレス腱反射、振動覚など

5) 治療開始時に眼底のチェックを行う。

6) 入院治療が必要な場合には専門医療機関に紹介する。

7) 初診時の HbA1c9.0%未満のときは、食事療法、運動療法を指示し、これらを 2, 3 ヶ月続けても目標血糖値を達成できない場合には薬物療法を行う。

8) 初診時の HbA1c9.0%以上のときは、食事療法、運動療法に加えて薬物療法の開始を考慮する。

図2 2型糖尿病の薬物療法のアルゴリズム



薬物療法開始後は、およそ3か月ごとに治療法の再評価と修正を検討する

目標HbA1cを達成できなかった場合は、病態や合併症に沿った食事療法、運動療法、生活習慣改善を促すと同時に、冒頭に立ち返り、インスリン適応の再評価も含めて薬剤の追加等を検討する

(糖尿病 66(10); 715~733, 2023 より引用)

2. 食事療法

a. 食事指導のポイント

食習慣を聞きだし明らかな問題がある場合はまずその是正から進める。

- ・腹八分目とする。
- ・食品の種類はできるだけ多くする。
- ・動物性脂質（飽和脂肪酸）は控えめに。
- ・食物繊維を多く含む食品(野菜、海藻、きのこなど)をとる。
- ・朝食、昼食、夕食を規則正しく。
- ・ゆっくりよくかんで食べる。
- ・単純糖質を多く含む食品の間食を避ける。

(日本糖尿病学会編: 糖尿病治療ガイド 2024.文光堂,東京,2024;38 より引用)

※甘味ドリンク、お菓子などをやめるあるいはカロリーのないものに変えるだけで血糖値が改善する場合も多い。

b. 適正なエネルギー摂取の指示

エネルギー摂取量(kcal/day)=標準体重(kg)×身体活動量

※標準体重(kg) : 65 歳未満;身長(m)×身長(m)×22 65 歳以上;身長(m)×身長(m)×22~25

※身体活動量: 普通の労作では 30(~35)

肥満・軽労作の場合は 25(~30) 重い労作の場合は 35~

c. 食事指導の依頼

以下の方法がある

- ・管理栄養士のいる病院（二戸病院、一戸病院、軽米病院）に依頼
- ・市町村の管理栄養士に依頼して食事指導
- ・フリーの管理栄養士に依頼

3. 運動療法

a. 運動療法の効果

- ・急性効果として、ブドウ糖、脂肪酸の利用が促進され血糖が低下する。
- ・慢性効果として、インスリン抵抗性が改善する。
- ・エネルギー摂取量と消費量のバランスが改善され、減量効果が期待できる。
- ・加齢や運動不足による筋萎縮や、骨粗鬆症の予防に有効である。
- ・高血圧症や脂質異常症の改善に有効である。
- ・心肺機能が向上する。
- ・運動能力が向上する。
- ・爽快感、活動気分など日常生活の QOL を高める効果も期待できる。

b. 運動療法の方法

- ・ややきつめの運動を 1 回 15~30 分、1 日 2 回
- ・できれば週に 3 日以上
- ・歩行なら 1 日 1 万歩を目標に

c. 運動療法を禁止あるいは制限したほうが良い場合

- ・糖尿病の代謝コントロールが目標値に近づかない場合（空腹時血糖 250mg/dl 以上、または尿ケトン体中等度以上陽性）
- ・増殖前網膜症以上の場合（眼科医と相談する）
- ・腎不全の状態にある場合（専門の医師の意見を求める）
- ・虚血性心疾患や心肺機能に障害のある場合（専門の医師の意見を求める）
- ・骨・関節疾患がある場合（専門の医師の意見を求める）
- ・急性感染症
- ・糖尿病性壊疽
- ・高度の糖尿病性自律神経障害

（日本糖尿病学会編:糖尿病治療ガイド 2024.文光堂,東京,2024;48 より引用）

4. 薬物療法

1)糖尿病治療薬の使い方

肥満(BMI25 以上)の場合：ビッグアナイド薬、SGLT2 阻害薬、GLP-1 受容体作動薬、DPP-4 阻害薬、チアゾリジン薬、 α -グルコシダーゼ阻害薬、イメグリミン、チルゼパチドを使用する。

非肥満(BMI25 未満)の場合：DPP-4 阻害薬、ビッグアナイド薬、 α -グルコシダーゼ阻害薬、速効型インスリン分泌促進薬（グリニド薬）、SU 薬、SGLT2 阻害薬、GLP-1 受容体作動薬、イメグリミンを使用する。

2) インスリン療法の適応

a. インスリン療法の絶対的適応

- ①インスリン依存状態
- ②高血糖性の昏睡（糖尿病性ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖状態）
- ③重症の肝障害、腎障害を合併しているとき
- ④重症感染症、外傷、中等度以上の外科手術（全身麻酔施行例など）のとき
- ⑤糖尿病合併妊娠（妊娠糖尿病で、食事療法だけでは血糖コントロールの目標達成が得られない場合も含む）
- ⑥静脈栄養時の血糖コントロール

b. インスリン療法の相対的適応

- ① インスリン非依存状態の例でも、著明な高血糖（たとえば、空腹時血糖 250mg/dl 以上、随時血糖 350mg/dl 以上）を認める場合
- ②経口薬療法では良好な血糖コントロールが得られない場合
- ③やせ形で栄養状態が低下している場合
- ④ステロイド治療時に高血糖を認める場合
- ⑤糖毒性を積極的に解除する場合

（日本糖尿病学会編:糖尿病治療ガイド 2024.文光堂,東京,2024;63 より引用）

3) 糖尿病治療薬の特徴

a. DPP-4 阻害薬（シタグリプチン、ビルダグリプチン、リナグリプチン、アログリプチン、テネリグリプチン、アナグリプチン、サキサグリプチン）

血糖に応じてインスリン分泌を促進し、血糖値を上げる働きのあるグルカゴンの分泌を抑制する。単独では低血糖の可能性は少ない。

体重が増加しにくい。

b. ビグアナイド薬(メトホルミン)

肝臓で糖を作る働きを抑え、筋肉などでの糖の利用を促進する。

体重が多い患者に使いやすい。

腎機能障害、肝機能障害の場合には使用しない eGFR : <30;禁忌 30~45;慎重投与 過度の飲酒者;禁忌
ヨード造影剤使用の際には一時的に中止する。

高度の心血管・肺機能障害、外科手術(飲食物の摂取制限のない小手術を除く)前後の患者には禁忌
高齢者では慎重に投与する。

c. SGLT2 阻害薬 (イプラグリフロジン、ダパグリフロジン、エンパグリフロジン、ルセオグリフロジン、
トホグリフロジン、カナグリフロジン)

ブドウ糖を尿から排泄することにより血糖低下作用を発揮する。

心、腎の保護作用もある。

75 歳以上あるいは 65 歳以上で老年症候群(サルコペニア、認知機能低下、ADL 低下など)あれば慎重投与
脱水防止の対策必要。

尿路感染症、性器感染症を起こしやすい。

d. α -グルコシダーゼ阻害薬(ボグリボース、ミグリトール、アカルボース)

でんぷん・糖分の分解・吸収を遅らせて食後の急激な血糖上昇を抑える。

必ず食直前に服用する。

単独では低血糖を起こすことはまずないが、インスリンや他の経口薬と併用した場合には低血糖を起こす
ことがあり、その場合にはショ糖ではなくブドウ糖を使用する。

e. 速効型インスリン分泌促進薬(グリニド薬:ナテグリノド、ミチグリニド、レパグリニド)

服用後短時間のインスリン分泌促進作用がある。食後高血糖の是正に有効である。

食直前に投与する。

f. スルホニル尿素薬 (SU 薬: グリメピリド、グリクラジド、グリベンクラミド、グリクロピラミド)

インスリン分泌を促進させ血糖を低下させる。

低血糖を起こしやすく、その場合低血糖は遷延しやすい。

食事療法がおろそかになると体重が増えやすくなる。

g. チアゾリジン誘導体(ピオグリタゾン)

インスリン抵抗性を改善して血糖を改善させる。

浮腫を起こしやすく心不全やその既往のある患者には使用しない。

体重が増加しやすい。

h. イメグリミン

血糖に応じてインスリン分泌を促進するとともにインスリン抵抗性を改善する。

i. GLP-1 受容体作動薬 (リラグルチド、デュラグルチド、セマグルチド)

血糖に応じてインスリン分泌を促進し、グルカゴンの分泌も抑え血糖を下げる。

食欲を抑制し、体重の低下作用がある。

注射薬 (1 日 1~2 回、週 1 回) と内服薬があり、内服薬の場合朝食の 30 分以上前に内服必要

j. GIP/GLP-1 受容体作動薬 (チルゼパチド)

血糖降下作用、体重減少作用が GLP-1 受容体作動薬より強い。

週 1 回注射する。

表1 経口糖尿病薬の特徴

薬の種類	主な特徴	注意点
DPP-4 阻害薬	<ul style="list-style-type: none"> ・食後の血糖値を改善 ・アジア人に効果が高い ・低血糖が少ない 	まれに皮膚や粘膜に水疱が出ることもある
GLP-1 受容体作動薬	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖低下効果が強い ・体重減少効果あり ・心臓病予防効果あり 	吐き気などの胃腸症状
SGLT2 阻害薬	<ul style="list-style-type: none"> ・尿で糖を排出 ・体重減少効果あり ・心臓、腎臓を守る効果 	<ul style="list-style-type: none"> ・脱水に注意 ・性器感染症に注意
ビグアナイド薬 (メトホルミン)	<ul style="list-style-type: none"> ・肝臓での糖放出を抑制 ・体重増加が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・腎臓がわるい人は注意 ・造影剤を使ったCT検査では中止
SU薬	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖低下効果が強い ・長年の使用実績あり ・価格が安い 	<ul style="list-style-type: none"> ・低血糖に要注意 ・体重が増えやすい
グリニド薬	<ul style="list-style-type: none"> ・食後高血糖を改善 ・効果の発現が速い ・効果時間が短い 	食直前の服用が必要
α-グルコシダーゼ 阻害薬	<ul style="list-style-type: none"> ・食後の血糖上昇を緩やかに ・低血糖が少ない ・体重増加が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・おなかの症状に注意 ・毎食直前の服用が必要
チアゾリジン薬	<ul style="list-style-type: none"> ・インスリンの効きを改善 ・効果が持続的 ・低血糖が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・むくみに注意 ・心不全の人は使えない
イメグリミン	<ul style="list-style-type: none"> ・新しいタイプの薬 ・複数の作用を持つ ・体重への影響が少ない 	下痢などの胃腸症状

(月刊糖尿病ライフ さかえ 第65巻 4号 より引用)

g. インスリン製剤

超速効型(ヒューマログ、ノボラピッド、アピドラ、ルムジェブなど)

作用発現が早く(15分前後)、最大作用発現時間が短い(約2時間)。

食直前に投与し、食後の血糖の上昇を抑える。

これを含む混合型インスリンも食直前投与。

食事量不安定な場合には食直後に投与することもある。

速効型(ヒューマリンR、ノボリンR)

作用発現まで30分程度。

食後の血糖上昇を抑える。

混合型(ヒューマログミックス 25,50、ヒューマリン 3/7、ノボラピッド 30,50 ミックス、ノボリン 30R)

超速効型または速効型と中間型インスリンをさまざまな比率で混合したもの。

中間型(ヒューマログ N、ヒューマリン N、ノボリン N、イノレット N)

作用発現 1~3 時間、作用持続時間 18~24 時間

持効型溶解(レベミル、ランタス、グラルギン、ランタス XR、トレシーバ)

皮下注射後緩徐に吸収され、ほぼ 1 日にわたり持続的な作用を示す。

基礎インスリン分泌を補充し、空腹時血糖値の上昇を抑える。

配合溶解 (ライゾデグ)

超速効型インスリンと持効型溶解インスリンを混合したもの

週 1 回持効型溶解インスリン製剤 (アウイクリ)

4) インスリン療法の注意点

- ・注射部位は前回注射した部位から 2cm 位離して注射する。
同じところに注射していると注射部位が硬くなりインスリンが効かなくなります。
- ・注射のボタンを押してから 10 秒くらいは針を抜かない。
- ・超速効型・速効型インスリンあるいはそれらの合剤のインスリンは食前に投与する。
- ・インスリンを凍らせると効果が失われるので常温または冷蔵庫で保存する。
- ・食事がとれなくても自己判断でインスリンを中止しないでかかりつけ医に相談する。

5.治療目標

1) 血糖

65 歳未満の糖尿病患者の血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療効果が困難な際の目標
HbA1c (%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満

高齢糖尿病患者の血糖コントロール目標

認知機能		正常 かつ ADL 自立		軽い障害 または 手段的 ADL 低下	認知症 または 基本的 ADL 低下
重症低血糖が心配 される薬の使用	なし	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり	65~74 歳 7.5%未満 (下限 6.5%)	75 歳以上 8.0%未満 (下限 7.0%)	8.0%未満 (下限 7.0%)	8.5%未満 (下限 7.5%)

2) 体重

目標体重(kg) : 身長(m) × 身長(m) × 22~25

65 歳未満 : 目標 BMI = 22

65 歳以上 : 目標 BMI = 22~25

肥満(BMI 25 以上)の場合は、当面現体重の 3%減を目指す。

3) 血圧

収縮期血圧 130mmHg 未満 拡張期血圧 80mmHg 未満

4)血清脂質

LDL コレステロール	120mg/dl 未満
(末梢動脈疾患、細小血管症合併時または喫煙ありの場合 100mg/dL 未満、 冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往のある場合 70mg/dL 未満)	
HDL コレステロール	40mg/dl 以上
中性脂肪	空腹時 150mg/dL 未満
	随時 175mg/dL 未満
Non-HDL コレステロール	150mg/dL 未満

6. シックデイでの薬の調整

※発熱、下痢、嘔吐、食欲不振などにより食事ができない時をシックデイと呼ぶ。
水分摂取をすすめ、できるだけ摂取しやすい形で糖분을摂取する。
糖尿病薬については以下の対応を基本とする。

- 1) インスリン治療中の場合 インスリンを中止しない。
中間型または持効型インスリン注射の継続を原則とする。
いつもの食事量の半分以上摂取→通常のインスリン量
いつもの食事量の半分以下→通常のインスリンの半量
追加インスリンは、食事量、血糖値に応じて調整する

2) 経口薬で治療中の場合

A. インスリン分泌促進薬(スルホニル尿素薬、速効型インスリン分泌促進薬)

食事量がいつもの半分程度→半量投与

食事量がいつもの半分以下→中止

B. α-グルコシダーゼ阻害薬

食欲がないときや、嘔吐、下痢、腹痛などがあるときは薬を中止

C. ビグアナイド薬

シックデイのとき中止

D. チアゾリジン誘導体

シックデイのとき中止

E. SGLT2 阻害薬

シックデイの時中止

F. イメグリミン

シックデイの時中止が望ましい。

3) インクレチン関連薬の (DPP-4 阻害薬、GLP-1 受容体作動薬)

シックデイのとき中止

(糖尿病診療ガイドライン 2024 より引用)

7. 治療の工夫

1)施設や高齢者世帯でのインスリン注射の場合、可能であれば、介護者に合わせて、食事時間に関係なく投与可能な持効型インスリンへの変更も検討する。

2)食直前の内服薬がある場合には、服薬の簡便さを考慮し、他の内服薬の食直前投与も検討する。

VI. 検査のタイミング

1. すべての生活習慣病

年1~2回:

ECG 胸部 X-P 血液一般 生化学(肝機能、腎機能、電解質、脂質) 血糖、尿一般

※ 人間ドック、健診の結果の確認でも可

※ がん検診も勧める。

2. 糖尿病

月1回:

血糖、HbA1c、尿一般、体重測定

年1~2回:

アキレス腱反射、振動覚

CV_{R-R}、ABI、頸動脈エコー

腎症チェック

尿蛋白(-)~(±)の場合 尿中アルブミンを3ヶ月以上開けて測定

尿蛋白(+)以上の場合 尿蛋白定量、生化学(腎機能、電解質)を3ヶ月に1回程度

眼科受診:

年1回以上

初診時、血糖悪化時:適宜下記検査を

抗GAD抗体、腹部US・CT

空腹時血中C-ペプチド(0.5ng/ml以下ならインスリン依存状態)

空腹時血中インスリン(15μU/ml以上ならインスリン抵抗性)

※ HOMA-R=空腹時インスリン(U/ml)×空腹時血糖(mg/dl)/405 (2.5以上でインスリン抵抗性)

3. 境界型(糖尿病と正常の境界)

年2回:

血糖 HbA1c 尿検査+体重測定

年1回:

糖負荷試験

4. 脂質異常症

3~4ヶ月ごと:

LDL-C HDL-C TG +CK(スタチン内服の場合)

※TG 高値の場合は空腹時で採血

VII. 医療機関の受診が必要な場合

- 1) 急性疾患の症状(発熱・嘔吐・下痢・疼痛など)が強く、改善がないとき
- 2) 食事摂取が難しいとき
- 3) 脱水症状の強いとき
- 4) 意識レベルの低下があるとき
- 5) SMBG(血糖自己測定)値の高値(>350)が続くとき

(日本糖尿病学会編 糖尿病専門医研修ガイドブック改訂第9版より引用)

VIII. 入院治療が必要な場合

- 1) 糖尿病性ケトアシドーシス
- 2) 高血糖高浸透圧症候群
- 3) 高血糖を伴う重症感染症
- 4) 脱水が高度で経口摂取も困難なとき
- 5) 外来治療にもかかわらず高血糖が続くとき
- 6) 高血糖と感染を伴う高齢者
- 7) 1型糖尿病小児で経口摂取が困難なとき

(日本糖尿病学会編 糖尿病専門医研修ガイドブック改訂第9版より引用)

IX. 糖尿病性腎症重症化予防

「岩手県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」による受診勧奨、指導が行われている。

- (1) 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・糖尿病又は糖尿病性網膜症治療中断者に対して市町村が受診勧奨を行っている。
 - ① 医療機関未受診者：過去の特定健康診査データにおいて、以下のいずれかに該当する者のうち、レセプトデータ等で未受診の者。
 - ア 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上
 - イ HbA1c(NGSP)6.5%以上
 - ② 糖尿病又は糖尿病性網膜症治療中断者
 - ア レセプトデータから過去に糖尿病又は糖尿病性網膜症の受診歴があり、最終の受診日から半年又は1年を経過しても受診した記録がない。
 - イ 過去3年間程度の特定健康診査データから糖尿病であることが明らか(糖尿病治療歴があり、空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又は HbA1c(NGSP)6.5%以上であること)で、ここ半年間又は1年間に治療歴がない。
- (2) 糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して医療機関からの依頼で、市町村が保健指導を行う

X. 血糖高値を指摘されているが受診しない住民への対応

市町村職員がこまめに訪問し本人の気持ちを聞き、家族からも受診を勧めてもらう。

歯科治療時あるいは他疾患で薬局利用時にも受診をすすめる。

受診したらまず定期受診を最優先とする。

受診が定着したら、合併症の厳しさもきちんと伝える。

それでも合併症が進んだら適切な時期に腎臓内科や泌尿器科に紹介する。

令和6年度糖尿病性腎症疾病管理強化対策事業 二戸医師会講演会(2025.2.4)より

XI. 糖尿病合併症チェック月間

二戸医師会ではR5年度から腎症をはじめとした糖尿病合併症のチェック月間を設定している。

R7年度から、毎年7~9月を「糖尿病合併症チェック月間」に設定し、腎症、網膜症などの検査が行われていなければこの期間にチェックするよう働きかけている。

1. 期間：毎年7月～9月の3ヶ月間

2. 対象：糖尿病患者

3. 方法：

1)腎症

① 血清クレアチニン測定 (eGFR 算出)

② 尿中アルブミンまたは尿蛋白の測定

尿蛋白が常時 (+) 以上：尿蛋白/クレアチニン比を測定

上記以外：尿中アルブミン/クレアチニン比(ACR)を測定

※別表の紹介基準に該当する場合腎臓内科あるいは糖尿病専門外来への紹介検討

2)網膜症：眼科未受診者または1年以上受診していない患者を眼科に紹介する。

【腎症の判定】

ACR 30 未満 正常 (尿蛋白/Cre 比 <0.15)

ACR 30～299 微量アルブミン尿 (尿蛋白/Cre 比 0.15～0.49)

ACR 300 以上 顕性アルブミン尿 (尿蛋白/Cre 比 >0.50)

- ・日を変えて ACR を測定し、3 回中 2 回以上微量アルブミン尿なら早期腎症
- ・顕性アルブミン尿または eGFR<45 の場合腎臓内科あるいは糖尿病専門外来への紹介検討
- ・尿中アルブミンの保険請求は 3 ヶ月に 1 回まで

【かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準】

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病関連腎臓病		尿アルブミン定量 (mg/日)	尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30 未満	30～299	300 以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 その他		尿蛋白定量 (g/日)	尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
				0.15 未満	0.15～0.49	0.50 以上
GFR 区分 (mL/分/1.73 m ²)	G1	正常または高値	≥90		血尿+なら紹介, 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60～89		血尿+なら紹介, 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中等度低下	45～59		40歳未満は紹介, 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b	中等度～高度低下	30～44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介	紹介
	G5	高度低下～末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3 カ月以内に 30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。上記基準ならびに地域の状況などを考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診などの受診形態を検討する。

(日本腎臓病学会編 CKD 診療ガイド 2024)

XII. 健康いわて 21 プラン（第 3 次）

岩手県では、県民の健康増進の推進に関する基本的計画である『健康いわて 21 プラン（第 3 次）』を令和 6 年 3 月に策定しました。

本計画では、県民一人ひとりが取り組むべき健康課題を明らかにするとともに、他人とのかかわりやつながりを大切にしながら、社会全体が健康づくりサポーターとして県民の主体的な健康づくりを支援していくこととしています。

1 計画の期間

令和 6 年度から令和 17 年度までの 12 か年

2 目指す姿

県民みんなで生涯にわたり健やかで幸せに暮らせる希望郷いわての実現

3 全体目標

- (1) 健康寿命の延伸
- (2) 脳卒中死亡率の全国との格差の縮小

4 基本的な方向

- (1) 個人の行動と健康状態の改善
 - ・栄養・食生活等に関する生活習慣改善、がんや脳血管疾患等の発症予防、合併症発症等の重症化予防
 - ・心身の両面からの健康保持を通じた生活機能の維持・向上
- (2) 社会環境の質の向上
 - ・関係機関・団体等の参加・協力による県民の健康づくりの取組を総合的に支援する環境整備
 - ・自然に健康になれる環境整備等による健康に関心の薄い方も含めた幅広い対象に向けた取組
- (3) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり
 - ・性差や年齢等も加味した各ライフステージに応じた健康的な生活習慣づくり
 - ・胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の取組
- (4) 東日本大震災津波等の経験を踏まえた健康づくり

「糖尿病・慢性腎臓病（CKD）」分野の現状と課題や目標について、二戸保健医療圏の計画について以下に抜粋して掲載しますので、参考にご覧ください。

以下、健康いわて 21 プラン（第 3 次）から抜粋

【糖尿病・慢性腎臓病（CKD）】

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、腎症、網膜症、神経障害、足病変、歯周病といった合併症を併発するなどによって、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから、「発症予防」、「合併症予防」、「合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善」といった多段階における対策が必要です。

また、近年は、新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症を原疾患とする患者は横ばい傾向にある一方、主に高血圧や加齢により発生する腎硬化症などの患者の増加が懸念されるなど、糖尿病性腎症以外の慢性腎臓病（CKD）への対策も重要となっています。

【現状と課題】（○は現状 ●は課題）

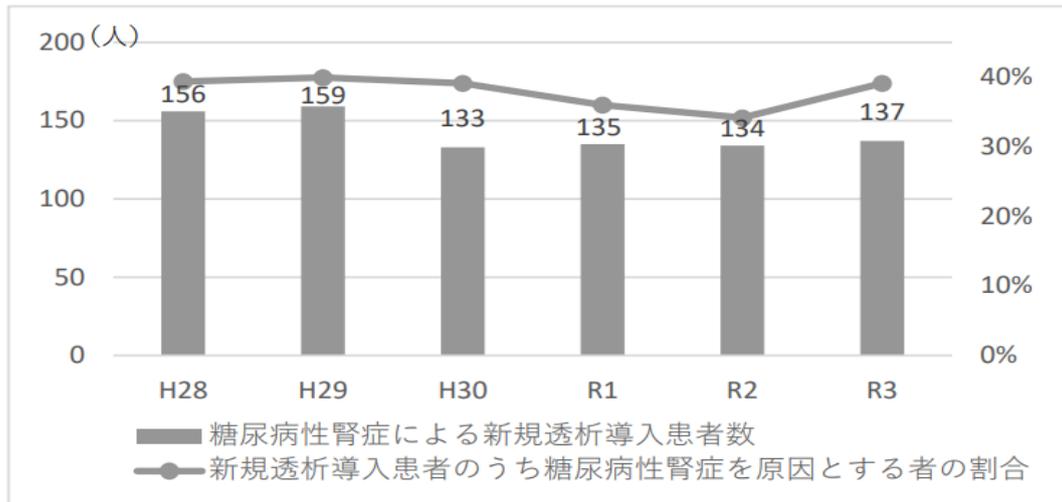
ア 糖尿病の合併症（糖尿病性腎症）の減少

○ 血糖コントロール不良が長期に及ぶと、脳血管疾患、心筋梗塞、腎症、網膜症、神経障害、足病変（足壊疽、足潰瘍）、歯周病といった慢性合併症を併発しやすくなります。特に糖尿病性腎症については、症状の進行に伴って透析導入に至る者が毎年 130 人以上みられ、新規の透析導入患者の原疾患の 4 割を占めています。

（図表 4-2-42）

● 糖尿病合併症により生活の質（QOL）が低下することから、糖尿病治療の継続と良好な血糖コントロールによって、合併症の予防に努めるよう促す必要があります。

図表 4-2-42 糖尿病性腎症による新規透析導入患者の状況



出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

イ 治療継続者の増加

○ 医師から糖尿病と言われたことがある者※のうち、糖尿病の治療を行っている者の割合は、令和4年は69.5%となっており、残りの30.5%の者は医療機関を受診していないか、治療を途中で中断しています。

（※ 糖尿病と言われたことがある者：「境界値である」「糖尿病の気がする」「糖尿病になりかけている」「血糖値が高い」などのように言われた方を含む。）

● 特定健康診査で要治療となった者のうち医療機関の未受診者や医療機関での治療を中断している者に対しては、受診勧奨等の事後指導を徹底し、医療機関にて継続的に治療を受けるよう促すことが重要です。

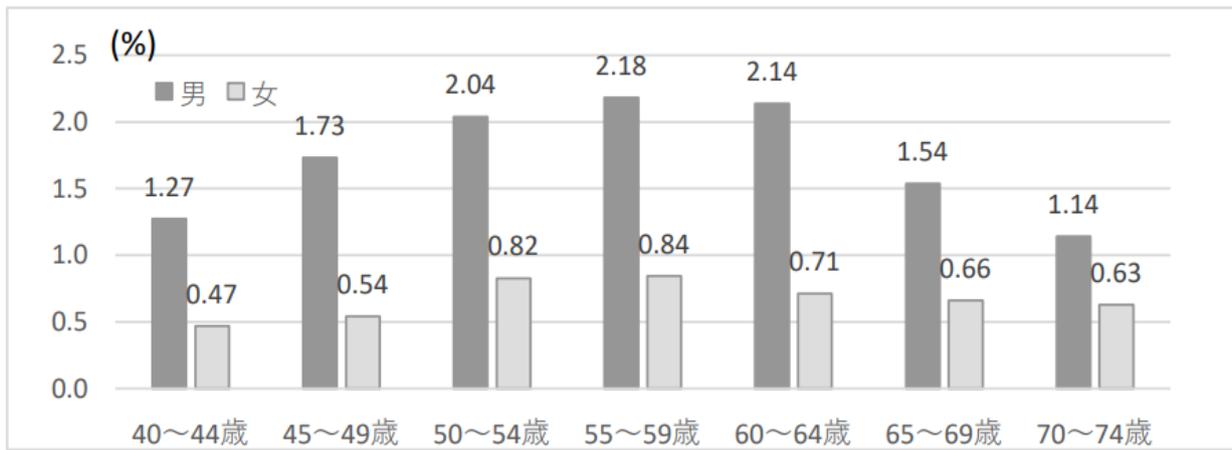
● 糖尿病や肥満症は「生活習慣が悪い」「意思が弱い」などの偏見を伴いやすく、このような偏見が治療中断の要因の一つとなっていることから、正しい知識の普及啓発が必要です。

ウ 血糖コントロール不良者の減少

○ 令和2年の血糖コントロール不良者の割合は、男性1.71%、女性0.67%となっており、全国（令和元年男性1.86%、女性0.71%）と比較すると低い状況です。

● 年代別にみると、特に働き盛り年代の男性に課題が認められることから、労働安全衛生の立場から、治療と仕事の両立支援を進めることが必要です。（図表 4-2-43）

図表 4-2-43 HbA1c8.0%以上の者の割合



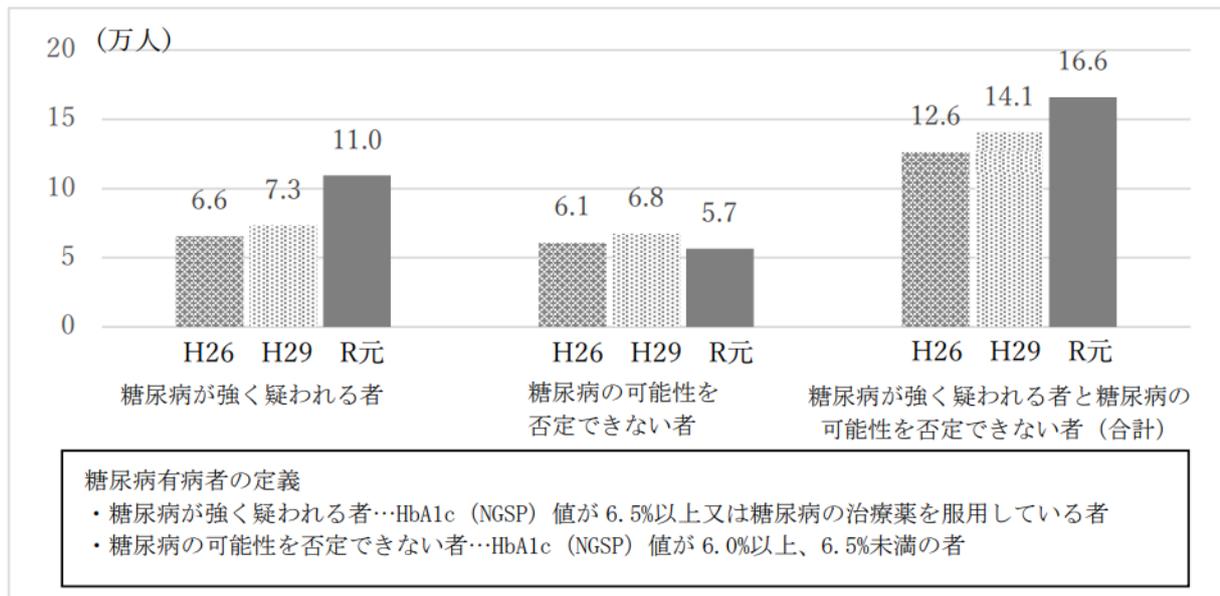
出典：厚生労働省第8回 NDB オープンデータ（令和2年度の特定健診情報）より作成

エ 糖尿病有病者（糖尿病が強く疑われる者）の増加の抑制

○ 令和元年における本県の40歳から74歳のうち、糖尿病が強く疑われる者の割合は18.4%、糖尿病の可能性を否定できない者の割合は9.5%となっています。これらの割合から、糖尿病が強く疑われる者と糖尿病の可能性を否定できない者の人数を推定すると、それぞれ11万人、5.7万人となっています。（図表4-2-44）

- 糖尿病有病者数は年々増加していることから、その実態や予防に関する普及・啓発の強化が必要です。
- 糖尿病有病者の割合は、人口の高齢化や肥満者の増加に伴い、今後も増加することが懸念されます。このため、栄養、運動等の生活習慣を改善するほか、特定健康診査を始めたとした健康診査により糖尿病予備群やメタボリックシンドローム該当者・予備群を早期に発見し、保健指導を徹底することが必要です。

図表 4-2-44 「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数の年次推移（40歳～74歳、男女計）



出典：岩手県「いわて健康データウェアハウス」H26, H29

岩手県「医療等ビッグデータ」R元

(※R元は、国民健康保険及び協会けんぽの対象者データから有病者率を算出)

オ 糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病（CKD）からの人工透析患者の抑制

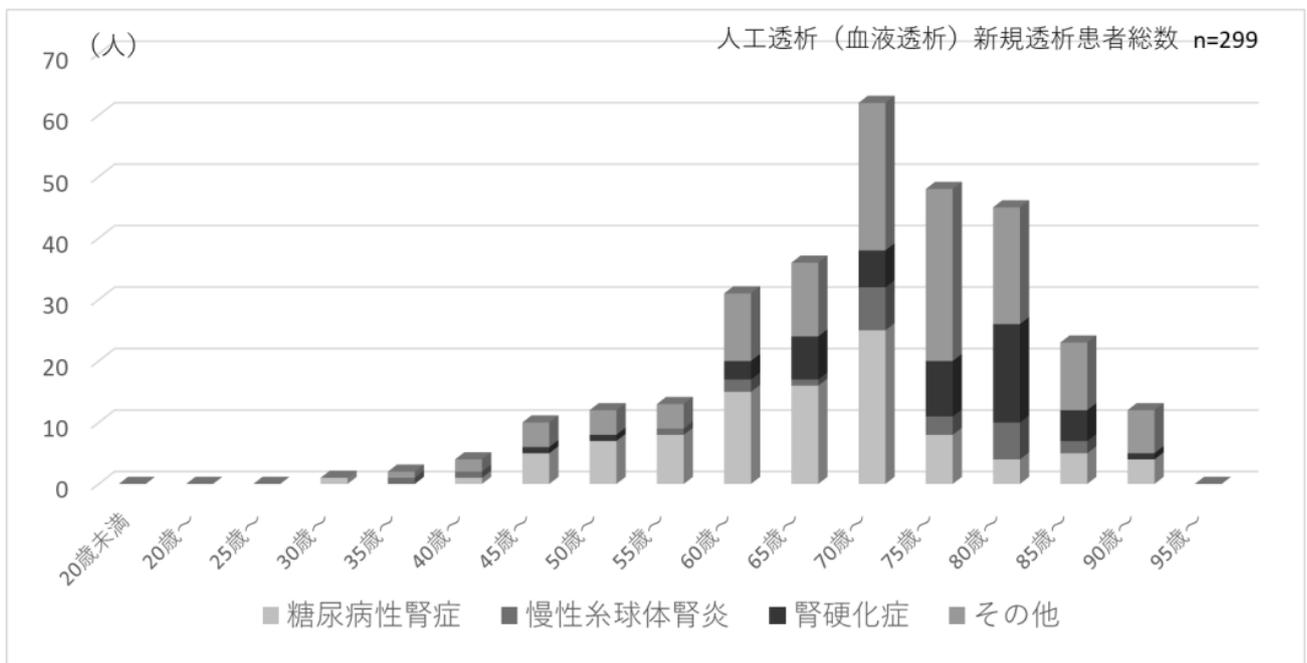
○ 令和4年度の岩手県人工透析実施状況調査において、年間新規人工透析（血液透析）導入患者数は299人となっています。平均年齢は71.58歳で、全国（令和3年 平均年齢71.09歳、出典：日本透析医学会わが国の慢性透析療法の現況）よりもやや高い状況です。

○ 本県の年間新規人工透析（血液透析）導入患者の年齢を原疾患別に見ると、糖尿病性腎症では平均67.4歳、糸球体腎炎は平均72.1歳、腎硬化症は平均75.9歳となっており、働き盛り年代では、糖尿病性腎症を原疾患とする患者が、他の原疾患と比較して多い状況です。

（図表 4-2-45）

● 人工透析は、患者のQOLに大きな影響を及ぼすことから、特に働き盛り世代の若い年代から、透析に繋がる疾患の重症化を予防するとともに、将来、人工透析の導入が必要となる場合であっても、その移行時期を出来る限り遅らせるなどの取組が必要です。

図表 4-2-45 年齢階層別・主な透析導入理由別 人工透析新規患者数



出典：岩手県健康国保課「令和4年度人工透析実施状況調査」

カ 高血圧の改善（再掲）

○ 本県の令和4年度の20歳以上の高血圧（収縮期血圧140mmHgかつ/または拡張期血圧90mmHg）の者の割合は、男性21.7%、女性20.4%となっており、また、収縮期血圧の平均値は、男性128mmHg、女性125mmHgと、正常血圧の140mmHgに対して低い状況にあります。

● 高血圧は、脳血管疾患や心疾患などのあらゆる循環器疾患の危険因子であり、その予防のためには、血圧の適正化が最も重要です。特に、家庭血圧（家庭における日常の血圧測定）が重要視されており、この普及を図ることが必要です。

キ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）

○ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数は、令和3年度は187千人であり、平成20年度の181千人と比較して増加しています。

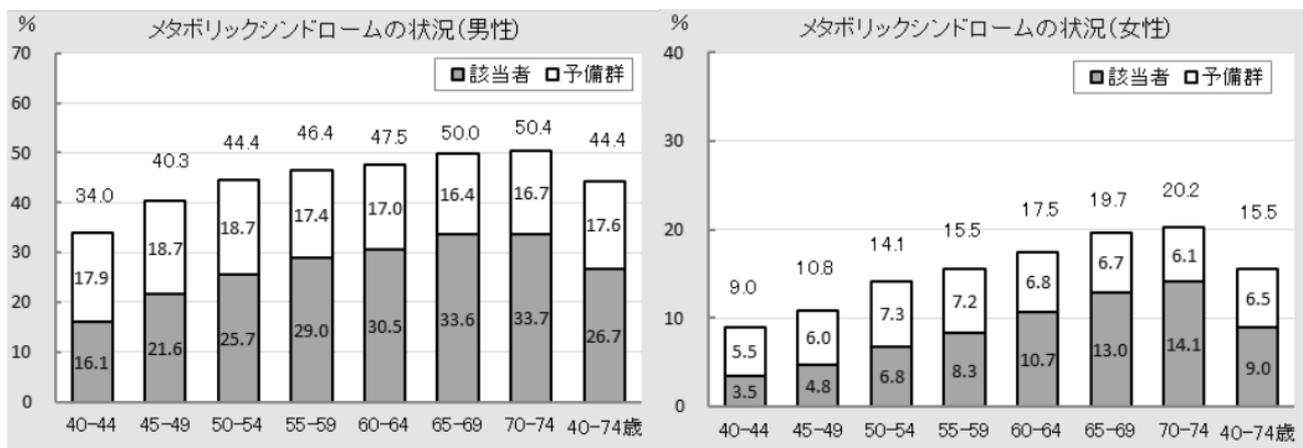
○ 本県の令和3年度の40歳から74歳のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は、男性

44.4%、女性 15.5%となっています。また、年齢階級別にみると、男性は 40 歳以降、ほぼ 40%前後で推移していますが、女性は、加齢とともにその割合が高くなっています。

(図表 4-2-46)

● メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は深く、脳血管疾患や心疾患等の重症疾患の発症リスクが非常に高まることから、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少することが重要です。

図表 4-2-46 メタボリックシンドロームの状況



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況」

ク 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上（再掲）

○ 本県の令和3年度の特定健康診査の受診率は 58.0%で、全国（56.2%）よりも高い状況にありますが、国の特定健康診査等基本指針に掲げる 70%に対し低水準となっています。

○ 本県の令和3年度の特定保健指導の実施率は 21.5%で、全国（24.7%）より低く、国の特定健康診査等基本指針に掲げる 45%の半分にも達していません。

● 高血圧、脂質異常症、糖尿病等のリスク保有者の早期発見のため、特定健康診査の受診率及び特定保健指導実施率の向上が必要です。

● 特定健康診査後のリスク保有者のうち医療機関未受診者への受診勧奨及び治療中断者への治療継続を促す取組の強化が必要です。

【実現に向けた取組】

ア 糖尿病合併症（糖尿病性腎症）の減少

◇ 重症化のリスクの高い未受診者・治療中断者等に対する受診勧奨及び保健指導の実施、特定健康診査・特定保健指導従事者の資質向上

◇ 「岩手県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」推進のための各地域における関係機関の連携強化

イ 治療継続者の増加

◇ 糖尿病治療の継続と良好な血糖コントロールの重要性の普及啓発

◇ 血糖値の自己管理と医療機関の連携を推進するための「糖尿病連携手帳」（日本糖尿病協会編集）の活用促進

ウ 血糖コントロール不良者の減少

- ◇ 医療機関での適切な治療及び栄養、運動、服薬等の生活指導の徹底、医療従事者の資質の向上、かかりつけ医と糖尿病専門医の連携強化
- ◇ 職域と連携した、糖尿病患者の仕事と治療の両立支援の促進

エ 糖尿病有病者（糖尿病が強く疑われる者）の増加の抑制

- ◇ 良好な食生活、適度な運動、適正体重の管理、禁煙、健康に配慮した飲酒等の生活習慣の重要性の普及啓発
- ◇ 糖尿病増加の実態及び重症化による生活の質の低下等に関する普及啓発
- ◇ 特定健康診査による糖尿病予備群やメタボリックシンドローム該当者・予備群の早期発見、特定保健指導による糖尿病有病者の増加の抑制
- ◇ 関係機関と連携した企業等の「健康経営」への積極的な支援による、65歳未満の働き盛り年代に対する生活習慣改善に向けた取組を強化

オ 糖尿病性腎症を含む慢性腎臓病（CKD）からの人工透析患者の抑制

- ◇ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく取組の推進
- ◇ 慢性腎臓病（CKD）への正しい認識・知識の普及
- ◇ 慢性腎臓病（CKD）におけるかかりつけ医と腎臓病専門医療機関との連携の推進及び糖尿病性腎症重症化予防事業との連携の充実・強化

カ 高血圧の改善（再掲）

- ◇ 高血圧の予防・改善のための減塩や野菜摂取量の増加といった栄養・食生活のほか、身体活動・運動、飲酒に関する取組の推進
- ◇ 高血圧者への血圧適正化のための医療機関への受診勧奨、市町村や関係機関等と連携した家庭血圧推奨の促進

キ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）

- ◇ メタボリックシンドロームの予防・改善のための食生活改善や運動及び日常の生活活動量の増加等に関する取組の推進

ク 特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上（再掲）

- ◇ 特定保健指導従事者の確保
- ◇ 特定健康診査や特定保健指導の従事者の資質向上
- ◇ 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の重要性に関する啓発、がん検診等との同時実施や休日・夜間帯での実施など、受診しやすい環境の整備等の促進
- ◇ 特定健康診査後のリスク保有者のうち未受診者への受診勧奨及び治療中断者への治療継続を促す取組の強化

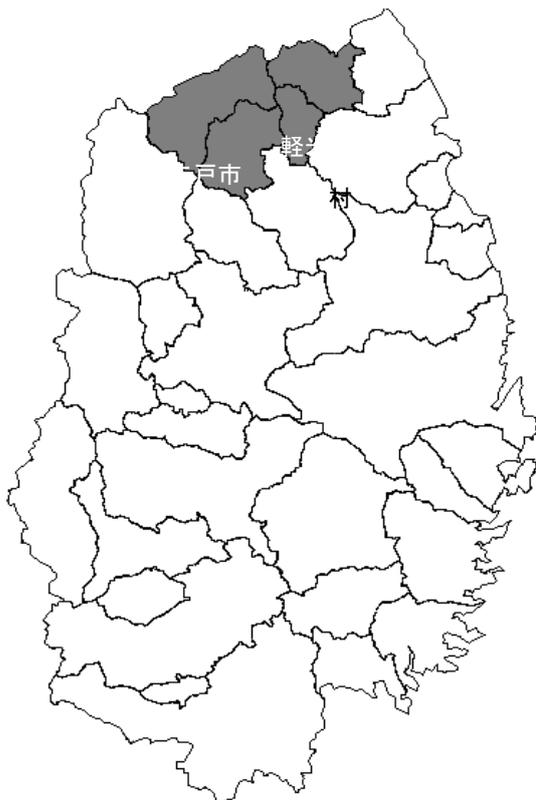
【目標】

(○内の数字は年度)

目標項目	指標・区分	基準値	目標値
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少（人）	糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数	135 (R1/2/3の3か年平均)	⑭108
働き盛り年代の年間新規透析導入患者数の減少（人）	65歳未満の年間新規透析導入患者数	④73	⑭57
治療継続者の割合の向上（%）	治療継続者の割合	④69.5	⑭75
血糖コントロール不良者の減少（%）	HbA1c8.0%以上の者の割合	②1.20	⑭1.00
糖尿病有病者の増加の抑制（万人）	糖尿病有病者数(糖尿病が強く疑われる者)の推計値	①11.0 ※岩手県「医療等ビッグデータ」令和元年度は国保と協会けんぽのみ	基準値より減少へ
収縮期血圧の平均値の低下（mmHg） （再掲）	男性	⑳137	⑭132
	女性	⑳132	⑭127
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（千人）（再掲）		⑳181	H20比25%減 ⑪136
特定健康診査受診率・特定保健指導実施率の向上（%）（再掲）	特定健康診査	③58.0	⑪70.0
	特定保健指導	③21.5	⑪45.0

二戸保健医療圏

二戸保健医療圏の位置



人口 静態	総人口		50,595 人			
	区分	0～14 歳	4,797 人	9.5 %	(11.1 %)	
		15～64 歳	25,451 人	50.4 %	(55.2 %)	
		65 歳以上 不詳	20,233 人 114 人	40.1 %	(33.7 %)	
		※不詳人口除きで割合算出				
人口 動態	出生	出生数	出生率 (人口千対)		合計特殊出生率	
		209 人	4.1 (5.5)	1.23 (1.32)		
	死亡	死亡数	死亡率 (人口千対)			
		933 人	18.4 (14.5)			
	乳児死亡	乳児死亡数	乳児死亡率 (人口千対)			
		0 人	0.0 (1.6)			
	主要死因別死亡	死亡数	死亡率 (人口 10 万 対)	年齢調整死亡率 (人口 10 万 対)		
				上段:H27 モデル 下段:S60 モデル		
	がん	232 人	458.5 (373.6)	全年齢	65 歳未満	75 歳未満
				(289.6) (117.9)	(61.7) (41.4)	(142.1) (81.7) (133.8) (74.2)
	心疾患	152 人	301.1 (233.9)	全年齢	65 歳未満	75 歳未満
				(164.6) (53.0)	(23.6) (17.2) (22.9) (16.2)	(45.3) (27.1) (44.6) (26.1)
脳血管疾患	105 人	208.2 (156.3)	全年齢	65 歳未満	75 歳未満	
			(111.8) (37.8)	(120.8) (38.6) (16.7) (11.3) (17.6) (12.3)	(28.1) (16.5) (32.8) (19.2)	

【出典】いわて健康データウェアハウス人口動態統計 (R1-R3 の 3 年分の平均) ※ () 内は県全体の数値

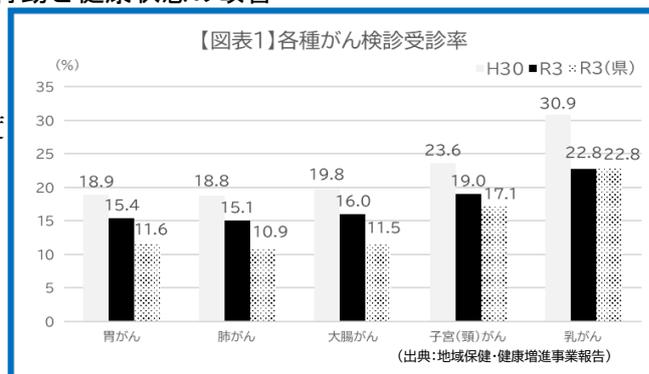
【重点的に取り組む施策】

- 関係機関・団体が連携し、「生活習慣病の発症・重症化予防」と「こころの健康」を中心に働き盛り世代の健康づくりを推進します。
- 関係機関・団体が連携し、ライフコースアプローチを踏まえた個人の特性や状況に応じたきめ細かい健康づくりを推進します。

【現状と課題】 (○は現状 ●は課題)

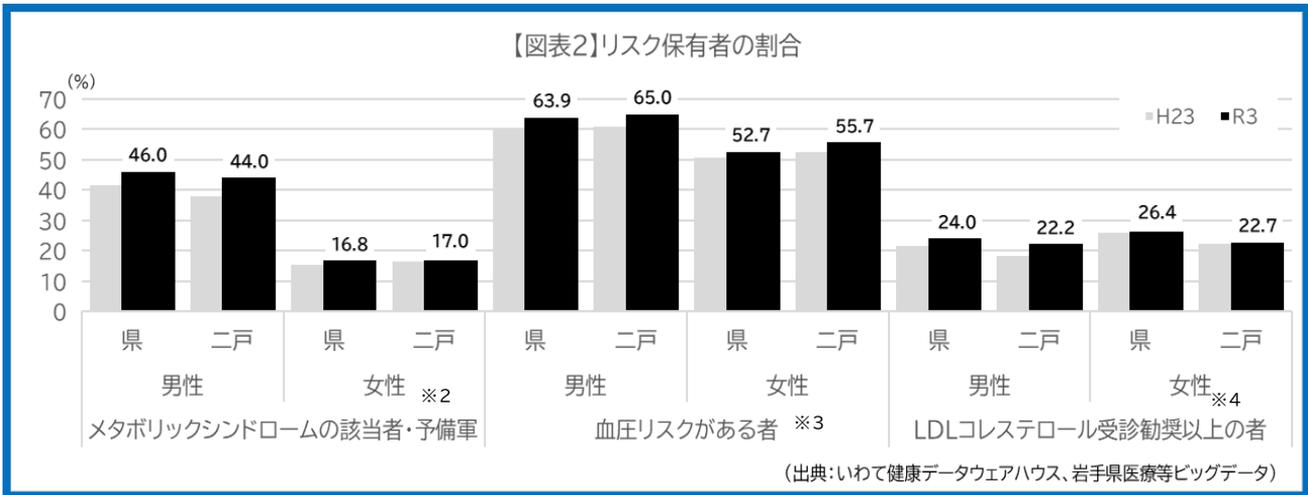
(1) 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための個人の行動と健康状態の改善

- がんの 75 歳未満年齢調整死亡率 (R1-3 平均) は 142.1 と県 (133.8) より高い状況です。また、各種がん検診の受診率は県より高いですが、平成 30 年度より減少しています【図表 1】。
- 脳血管疾患年齢調整死亡率 (R1-3 平均) は 120.8 と県 (111.8) より高い状況です。
- 心疾患年齢調整死亡率 (R1-3 平均) は 173.3 と県 (164.6) より高い状況です。



- 循環器病の発症リスクを高めるメタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常のリスクがある者の割合はいずれも増加しており、血圧リスク保有者は県より高い状況です【図表 2】。
- 血糖リスク保有者※1の割合 (R3 年度) は 58.0%と減少 (H23 年度: 64.7%) していますが、県 (51.5%) より高い状況です。また、人工透析導入患者数は増加 (H23 年度: 124 人、R4 年度 143 人) しており、令和 4 年度の透析導入原因の 1 位 (46.9%) が糖尿病性腎症となっています。

※1 血糖リスク保有者: 特定健康診査受診者 (40～74 歳の国保・協会けんぽ加入者) において空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c5.6%



※2 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群：特定健康診査受診者（40～74歳の国保・協会けんぽ加入者）においてメタボリックシンドロームの該当またはその予備群となった者の割合

※3 血圧リスク保有者：特定健康診査受診者（40～74歳の国保・協会けんぽ加入者）において収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上または服薬治療をしている者の割合

※4 LDLコレステロール受診勧奨以上：特定健康診査受診者（40～74歳の国保・協会けんぽ加入者）においてLDLコレステロール140mg/dl以上の者の割合

○ 成人における肥満者^{※5}の割合（R3年度）は男性39.5%、女性31.3%で増加（H23年度：男性35.1%、女性28.8%）しています。

※5 肥満者：特定健康診査受診者（40～74歳の国保・協会けんぽ加入者）においてBMI25以上の者

○ 40～64歳で運動習慣がある者の割合（R3年度）は16.7%と県（22.2%）より少ない状況です。

○ 習慣的に喫煙する者^{※6}の割合（R3年度）は男性で31.2%と減少（H23年度35.1%）していますが、女性で10.4%と増加（H23年度5.9%）しています。また、40～59歳の男性で3割以上、40～54歳の女性で1割以上と働き盛り世代における喫煙率が高い状況です。

※6 習慣的に喫煙する者：特定健康診査受診者（40～74歳の国保・協会けんぽ加入者）のうちたばこを計100本以上又は6ヶ月以上吸っている者

● がんは早期発見・治療が重要なことから、がん検診受診率向上に向けたさらなる普及啓発に加え、受検しやすい環境の整備が必要です。

● 生活習慣病の発症及び重症化を予防するため、生活習慣の改善を図る働きかけが必要です。また、特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上、未受診者・受診中断者への対策が必要です。

● 喫煙による健康障害は多岐にわたることから、喫煙及び受動喫煙対策の徹底が必要です。

(2) 社会環境の質の向上

① 社会とのつながり・心の健康の維持及び向上

○ 人口10万人あたりの自殺死亡率（H29-R3の平均）は29.9と平成24年度（37.4）より減少していますが、依然として県内で最も高い状況です。特に、男性の30歳代・50歳代・80歳代・90歳以上、女性の40歳代・70歳代・90歳以上で高い状況です。

● 30・40歳代を中心に働き盛り世代における自殺死亡率減少に向けた取組みを強化する必要があります（高齢者については(3)ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり②高齢者に記載）。

② 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

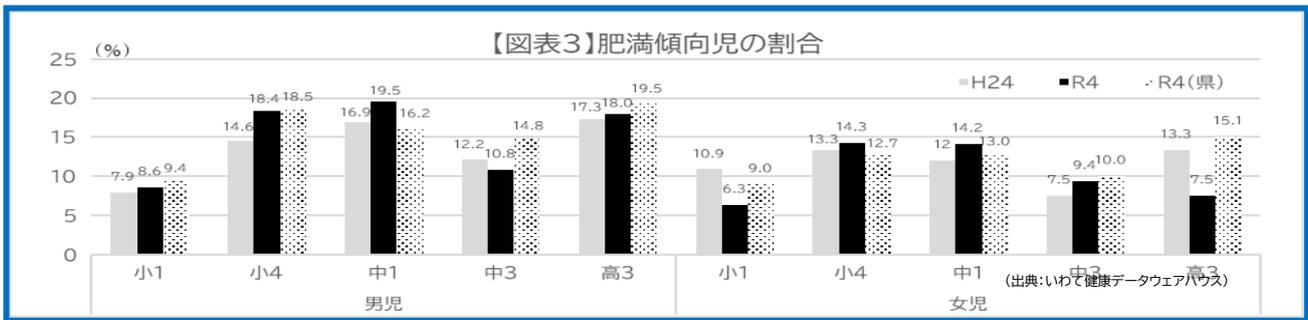
○ 当圏域におけるいわて健康経営宣言認定事業所数（R5.3.25時点）は50事業所であり、令和元年から順調に増加しています。

● 健康経営の拡大に伴い、自主的に健康づくりに取組む事業所への支援が必要です。

(3) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

① こども

○ 肥満傾向にある子どもの割合は、男女ともに小学4年生及び中学1年生で平成24年より増加、かつ、県を上回っています【図表3】。



- 毎朝朝食を食べる子どもの割合（R3年度）は小学4年生：96.0%、中学3年生：88.6%、高校3年生：85.9%と学年が上がるほど減少しています。
- 中学1年生における運動やスポーツを習慣にしている児の割合は男女ともに減少しています（男子：H24・80.5%、R4・71.3%／女子：H24・55.6%、R3・53.0%）。
- むし歯がある児の割合は3歳児・12歳児ともに減少（3歳児：H23・37.0%、R3・17.8%／12歳児：H24・20.3%、R4・10.7%）しています。一方で、歯肉炎がある児の割合は、小学生（5・6年）で減少（H24・17.2%、R4・10.9%）しているものの中学生及び高校生においては増加（中学生：H24・12.2%、R4・16.5%／高校生：H24・13.5%、R4・15.7%）している状況です。
- 幼少期から正しい生活習慣を身につけ、肥満を予防する必要があります。
- 永久歯のむし歯や歯肉炎を予防する取組みが必要です。

② 高齢者

- 低栄養傾向（BMI20.0未満）にある者（R3年度）の割合は12.7%であり、女性で多い状況です。
- 65歳以上で運動習慣がある者の割合（R3年度）は27.5%と平成23年度（33.8%）より減少しています。
- 年齢階級別自殺死亡率（H29-R3平均）は男性の80歳代（二戸：161.2、県：48.7）及び90歳以上（二戸：108.7、県：67.7）、女性の70歳代（二戸：37.9、県：14.4）及び90歳以上（二戸：67.7、県：25.5）で高く、県を大きく上回っています。
- 身体的フレイルの代表例である低栄養や身体機能の低下及びオーラルフレイルを予防する取組みが必要です。
- 高齢者が孤立しないよう声かけや見守りが必要です。

③ 女性

- 成人女性の肥満の者の割合（31.3%（再掲））は増加しており、県（27.7%）より高い状況です。また、やせ（BMI18.5未満）の割合は40～44歳の女性で高く、高校3年生女子においてはその割合が増加傾向（H24：14.5%、R4：16.3%）にあることから20代・30代におけるやせの状況が懸念されます。
- 習慣的に喫煙をしている女性の割合は増加しています（再掲）。
- 子宮（頸）がん及び乳がんの年齢調整死亡率は横ばい（子宮：H23年度・6.3、R3年度・6.3／乳がん：H23年度・15.7、R3年度・17.3）ですが、検診受診率は減少しています（図表1参照）。
- 女性における肥満ややせ、喫煙習慣は、将来の自身の健康だけでなく、妊娠・出産時のリスクとなる他、次世代の健康にも影響することから、適正体重の維持及び女性の喫煙・受動喫煙による健康リスクについて周知徹底を図る必要があります。
- 子宮（頸）がん及び乳がんの死亡率減少を図る取組みが必要です。

【実現に向けた取組】（◇実現に向けた取組）

(1) 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための個人の行動と健康状態の改善

① 一次予防

- ◇ 生活習慣病の発症及び重症化予防のため、広報や地元ラジオ、スーパーなどの地域資源を活用したポピュレーションアプローチに取り組めます。

- ◇ 栄養士会、食生活改善推進員、市町村、保健所が実施する普及啓発や健康教育においては、レシピの配布や調理実習など減塩方法や野菜・果物の摂り方を具体的に周知します。
- ◇ 働き盛り世代の身体活動量を増やすため、家庭や事業所を巻き込んだ取組みを推進します。

② 二次予防

- ◇ がん及び生活習慣病の発症に関わる危険因子を早期に発見し、適切な治療が受けられるよう家庭訪問や防災無線での受診勧奨及び休日健診の実施等により、働き盛り世代におけるがん検診・特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上を図ります。
- ◇ 循環器病及び糖尿病の重症化を予防するため、関係機関・団体が連携し、未受診者及び治療中断者の減少に努めます。

③ 環境整備

- ◇ 飲食店やスーパー、食品関連事業者と連携し、外食栄養成分表示登録店の展開やスーパーにおけるポップの設置等、県民が自然と健康的な食事を選択できる環境を整備します。
- ◇ ウォーキングアプリや「地域のお宝さがしてプラス 2000 歩マップ」等を活用し、身体活動量の増加を図る取組みを推進します。
- ◇ 運動施設と連携し、地域で利用可能な運動施設の紹介やイベントの開催等地域住民が運動しやすい環境を整備します。
- ◇ 働き盛り世代の喫煙率減少に向け、改正健康増進法に基づく受動喫煙対策の徹底を図ります。また、医師会や職域保健関係団体、事業所と連携した禁煙支援を推進します。

(2) 社会環境の質の向上

① 社会とのつながり・心の健康の維持及び向上

- ◇ 二戸地域自殺対策アクションプランに基づき、関係機関・団体が連携し、誰もが安心して相談し、見守り、支え合う地域づくりをより一層推進します。

② 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

- ◇ 関係機関・団体がより一層連携し、心身の健康に関する情報提供や健康経営について周知することで事業所が主体的に健康づくりに取組めるよう支援します。

(3) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

① こども

- ◇ 関係機関・団体及び家庭が連携し、幼少期より正しい生活習慣の確立を図るため、「60（ロクマル）プラスプロジェクト」等を活用し、適正体重を維持する子どもの増加に努めます。
- ◇ 関係機関・団体が連携し、小・中学校におけるフッ化物洗口の導入による永久歯のむし歯有病率の減少及びブラッシング指導による歯肉炎の予防に努めます。

② 高齢者

- ◇ 関係機関・団体の多職種が連携し、特定給食施設等における食形態に配慮した食事の提供や在宅栄養ケアの拡充、オーラルフレイル予防を推進します。
- ◇ ロコモティブシンドロームの予防に効果的な身体活動や運動について普及啓発を行います。
- ◇ 関係機関・団体が連携し、高齢者の居場所づくりや相談支援により一層取組みます。

③ 女性

- ◇ 健康教育や普及啓発等により適正体重を維持することの重要性について周知徹底を図ります。
- ◇ 薬物乱用防止教室やプレママ・パパ教室等を活用し、タバコの煙が与える女性の健康影響について若年期及び妊婦とその家族へ周知徹底を図り、女性の喫煙及び受動喫煙の減少に努めます。
- ◇ 検診受診と健康教育を一体化する等工夫した事業を展開し、子宮（頸）・乳がん検診、子宮頸がんワクチン接種の積極的勧奨により一層取組みます。

カシオペア連邦糖尿病連携のてびき（第2版）

令和8年3月

一般社団法人二戸医師会・岩手県二戸保健所

連絡先 岩手県二戸保健所保健課
〒028-6103 岩手県二戸市石切所字荷渡 6-3
電話 0195-23-9206 FAX 0195-23-6432
Email : CC0013@pref.iwate.jp



※表紙及び背表紙は生成AIを使用した生成画像に一部加工を施したものです。また、生成画像のため実際の星座の配置とは異なります。