

令和4年度厚生労働省保険局国民健康保険課委託事業

**データヘルス計画に基づく保健事業の実態調査等事業調査結果
(情報提供資料：概要版)**

令和5年3月

<目次>

1. 調査概要	P. 1
2. 都道府県の役割	P. 4
3. 都道府県のヒアリングサマリ	P. 5
4. 都道府県の取組事例	P. 9
5. 市町村のヒアリングサマリ	P. 16
6. 市町村の取組事例	P. 21

＜本資料内で用いる略称＞

正式名称	略称
国民健康保険	国保
国民健康保険団体連合会	国保連合会
国保データベース（KDB）システム	KDBシステム
KDBシステムから提供されるデータ	KDBデータ
メタボリックシンドローム	メタボ

1.調査概要

背景と目的

- 国民健康保険法等に基づき、国保の保険者には、データヘルス計画を策定し、レセプト等のデータ分析に基づいてPDCAサイクルに沿った保健事業を展開することが求められており、国においても保険者が実施する加入者の予防・健康づくりの取組やデータヘルスの取組が円滑に進むよう支援していくこととしている。
- 保険者における予防・健康づくりの取組やデータヘルスの取組をさらに推進するためには、先進・優良事例を他の保険者へ横展開していくことで、各保険者の取組の底上げを図っていくことが重要であり、国では、従前より保険者の取組事例を調査し、調査結果と併せて収集した先進・優良事例を全国の国保の保険者に情報提供している。
- 本事業は、以下2点を目的として実施した。
 - ①都道府県によるデータヘルス計画の標準化の取組を推進するため、標準化の取組の背景・目的、考え方、実施内容、課題などについて、ヒアリング調査を行い、他の都道府県に情報提供すること
 - ②予防・健康づくりやデータヘルスの取組を推進するために、データヘルス計画に基づく保健事業の優良事例について、ヒアリング調査を行い、他の市町村に情報提供すること

調査方法

- 有識者からの意見聴取を踏まえて、ヒアリング調査を実施した。
 - ①都道府県に対する調査では、令和4年度厚生労働省保険局国民健康保険課が実施した「データヘルス計画の標準化に係る取組状況及びデータ分析の状況に関する調べ」の結果より、「データヘルス計画の標準化の取組」や「国保連合会と協働・連携したレセプトデータ等の分析」の取組を行っている都道府県を選定し、5府県へヒアリングを実施した。
 - ②市町村に対する調査では、有識者から、効果的・効率的な保健事業に取り組んでいると考えられる市町村国保の推薦を受け、9市町へヒアリングを実施した。

1.調査概要：ヒアリング先及び事例集の掲載内容（都道府県）

No	都道府県 (県内市町村数)	掲載	事例集の掲載内容
1	山形県 (35市町村)	P.9	・データ分析による保健事業支援とデータヘルス計画標準化の取組
2	富山県 (15市町村)	P.10	・全市町村との意見交換を踏まえたデータヘルス計画の標準化の取組
3	大阪府 (43市町村)	P.12	・多彩なメニューによる市町村支援 ・地域診断事業を通じたデータヘルス計画の標準化
4	熊本県 (43市町村)	P.14	・データヘルス計画評価支援ツールを活用した保険者支援の取組
5	宮崎県 (26市町村)	P.15	・市町村の自走を目指す県の支援 ～データヘルス計画策定支援～

1.調査概要：ヒアリング先及び事例集の掲載内容（市町村）

No	市町村	掲載	事例集の掲載内容
1	山形県鶴岡市	P.21	・若い世代を対象としたポピュレーションアプローチの取組
2	宮城県角田市	P.25	・関係者・住民と育てたポピュレーションアプローチ「スマートかくだチャレンジ事業」
3	宮城県登米市	P.26	・重層的な糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防
4	埼玉県さいたま市	P.27	・国保から後期へ切れ目のない糖尿病性腎症重症化予防事業
5	福井県美浜町	P.30	・町の特徴的な生活習慣課題に着目し町民総ぐるみで取り組む「げんげん歩楽寿（プラス）」
6	岡山県倉敷市	P.31	・専門職が連携して取り組む糖尿病受診勧奨事業
7	島根県益田市	P.32	・地域の健康課題にフォーカスした二次予防「益ます元気教室」
8	島根県雲南市	P.33	・健康な75歳を目指して「きらり☆エイジング75教室」
9	大分県豊後高田市	P.34	・県のデータ分析事業への参画を通じて強化された庁内連携体制 ・かかりつけ医と連携した通院中の患者等に対する糖尿病性腎症重症化予防事業

2.都道府県の役割 ～市町村の持続可能な事業運営に向けて～

- 国保の保険者は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）等に基づき、データヘルス計画を策定し、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施することが求められている。
- 平成30年4月から財政運営の主体として共同保険者となった都道府県については、市町村国保の保険者機能の強化に関与することが重要であると示されている。
- 国は、「経済財政運営と改革の基本方針2020（骨太方針2020）」（令和2年7月閣議決定）において、**保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組の推進**を掲げ、令和3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 改革工程表2021」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検討するとともに、**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切なK P Iの設定を推進する**」こととしている。
- このような背景のもと、都道府県では、**各市町村の安定的な財政運営や効率的な事業運営を実施できるよう、標準化の取組の推進等を通じて、積極的に市町村国保を支援することが求められている。**

3.都道府県のヒアリングサマリ：データヘルス計画標準化を始めた背景・目指すこと

(山形県)

令和2年度から保険者努力支援制度が拡充され、都道府県国保ヘルスアップ支援事業の枠組みで標準化の取組を進めることにした。

(富山県)

保険料水準統一を踏まえた保健事業のあり方を整理することがきっかけであり、**県全体の保健事業の質向上と市町村業務が効率化されること**を目指している。

(大阪府)

従前より、一部の市町村が計画策定や評価に課題を抱えていることを把握していた。**特に評価指標の設定について悩む声があり、市町村間での健康指標にも格差が見られることから標準化の視点が必要だと考えた。**

(熊本県)

平成30年度から市町村支援を担っているが、県全体や市町村ごとの状況を可視化できるデータが少なく、必要な支援が見えづらかった。**統一した書式、指標を活用することで、市町村の事務負担の軽減や市町村格差是正につながる**と考えた。

(宮崎県)

中長期的視点に立ち、市町村のデータヘルス計画の標準化に着手するメリット等も考慮し、**県内市町村の比較・市町村自身の状況把握がしやすくなる**と考えた。

3.都道府県のヒアリングサマリ：データヘルス計画標準化の考え方

(山形県)

市町村の保健事業の取組を可視化及び比較するための一定の規格・指標を設定することと考えている。

(富山県)

データヘルス計画の仕様と考え方の統一と考えている。

(大阪府)

データヘルス計画自体が評価され、府域全体の健康指標向上につながる、持続的かつ実現可能な仕組みづくりと考えている。

(熊本県)

市町村のオリジナリティーは大切にしつつ、市町村国保の格差是正のために、活用するデータを統一し主要な評価指標の項目を統一することと考えている。

(宮崎県)

市町村の保健事業の取組の現状を把握するために一定の規格・指標を設定すること、県内共通の目標を設定することと考えている。

3.都道府県のヒアリングサマリ：データヘルス計画標準化の取組体制

(山形県)

県が全市町村が作成する「保健事業カルテ」を集約し、全市町村へ共有する。国保連合会が全市町村の情報を「データヘルス標準化ツール」に入力している。

(富山県)

県の国保主管課が主体となり県及び15市町村の衛生部門の保健師・管理栄養士の専門職と国保の事務担当者等により構成される、保健事業ワーキングを立ち上げ保健事業の標準化の整理を行っている。

(大阪府)

大阪府、大阪大学、保健所、モデル市、大阪府国保連合会が参加する検討会議において、地域診断シートのプロトタイプを改善し、シートの作成を行っている。

(熊本県)

県健康づくり推進課、県国保・高齢者医療課、国保連合会が連携しながら標準化を推進。今後は国保連合会の担当者や国保連合会の保健事業支援・評価委員会の委員へ、統一する評価指標や書式等について相談し、市町村の支援につなげていく予定。

(宮崎県)

国民健康保険課を中心に委託事業者と連携を図りながら推進している。

3.都道府県のヒアリングサマリ：データヘルス計画標準化の取組成果

(山形県)

「データヘルス標準化ツール」の活用により、現場での工夫点等、保健事業に関する知見を抽出・共有ができた。「保健事業カルテ」の活用により、市町村間の取組の質の格差が縮小された他、庁内の業務の引継ぎ等で役立っている。

(富山県)

各市町村の健康課題（データから見えるもの、市町村計画から見えるもの）を整理することで、県の大きな方向性が見えてきた。

(大阪府)

地域診断シートを埋めることで、各市町村の健康課題、保健事業、アウトカム指標等の相互の関係が整理され、効果的な保健事業の計画・実施につながる。

(熊本県)

全市町村にKDHツール（KDBデータの補助機能）を提供したことで、県全体の状況が見える化、全体を俯瞰することができた。

人口（令和2年）	1,060,235人	国保被保険者数	216,442人	国保事業主管課	がん対策・健康長寿日本一推進課
専任職員数 （事務職）	0人	専任職員数 （専門職）	0人	-	-

データ分析による保健事業支援とデータヘルス計画標準化の取組

本取組のポイント

- ・KDBデータから統一の基準で抽出した該当者のリストを各市町村に提供することで、保健事業の遂行を支援
- ・東京大学提供のデータヘルス標準化ツール・保健事業カルテを活用し、データヘルス計画の標準化を推進

取組経緯

○平成28年度に策定した県の重症化予防プログラムに基づき、各市町村が受診勧奨・保健指導を実施。
○令和2年度から保険者努力支援制度が拡充され、データヘルス計画の標準化の取組を実施することを検討。

○重症化予防事業を各市町村が進めるに当たり、**市町村の業務負担を軽減することや、県内の健康課題の分析と事業立案のために各市町村の状況を比較可能にすることの必要性を感じた。**

取組内容

①市町村の保健事業における対象者抽出を支援するための国保連合会作成のリストの提供

- KDB外付けシステムデータから、**前年度及び当該年度の健診での糖尿病・腎リスク保有者、糖尿病患者、糖尿病治療中断者候補の一覧のリスト**を市町村ごとに作成し、提供。
- 特定健診データ等から、**人工透析に移行するリスクが高い者のリスト**を市町村ごとに作成し、提供。
- 脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病の新規発症者と人工透析新規導入者のリスト**を市町村ごとに毎月作成し、提供。
- 国保連合会の協力を得て、**リストの活用方法等についての市町村向けの研修**を実施。

②様式の共通化によるデータヘルス計画の標準化

- 東京大学が提供する「都道府県向けリーダーシップ・プログラム」に参画し、「データヘルス標準化ツール」及び「保健事業カルテ」を活用。
- データヘルス標準化ツールを用いて、**市町村の保健事業の取組を可視化及び比較できるように整理を行った。**国保連合会が全市町村の情報を入力。
- 保健事業カルテは、**全市町村が、それぞれの個別の保健事業の詳細な情報を入力。**各市町村が作成したカルテは、**保健所が開催する健康増進事業評価検討会の資料としても用いられ、それを基に市町村は第三者からアドバイスを受ける。**

成果

①

- 糖尿病治療中断候補者のリストは、令和3年度には、**21市町村で活用。**
- 脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病の新規発症者及び人工透析新規導入者のリストは、令和3年度時点で、**25市町村で内容が確認され、12市町村で支援に活用された。**

②

- ツールの活用により、**現場での工夫点等、保健事業に関する知見を抽出・共有**できた。
- カルテの活用により、**各市町村で事業の振り返りと改善に役立てられた他、情報共有によって市町村間の取組の質の格差が縮小された。**

人口（令和4年）	1,016,323人	国保被保険者数	174,406人	国保事業主管課	厚生企画課
専任職員数 （事務職）	0人	専任職員数 （専門職）	3人 （保健師）	-	-

全市町村との意見交換を踏まえたデータヘルス計画の標準化の取組

本取組のポイント

- ・県内保険料水準の統一を見据え、保健事業の標準化の整理を行う富山県国保運営方針等連携会議専門チーム（保健事業の標準化の部）（以下「保健事業専門チーム」という。）を立ち上げ議論を推進
- ・標準化に向け、計画内容や評価に関する着眼点の提示と市町村の意見を踏まえた共通の評価指標を検討

取組経緯

経緯

- 富山県は保険料水準の統一を進めていくため市町村との会議（専門チーム）を数年前から行ってきた経緯がある。
- 保険料水準の統一を踏まえた保健事業のあり方を整理**し、地域の健康課題等に応じた保健事業の推進と共に、**富山県全体の保健事業の質向上と市町村業務が効率化**されることを目指して取り組む。

課題

- 保健事業に対する意識や体制、取組の度合いは市町村間で異なるため、背景・健康課題の違いを踏まえて**どこに視点を合わせて支援をしていくかの検討が必要**である。

取組内容

- ①**保健事業専門チームの開催**
 - 国保主管課が主体となり、**保健事業標準化のワーキングを立ち上げ**、実際の保健指導や事業を実施する衛生部門の保健師・管理栄養士の専門職と国保の事務担当者等、県及び15市町村により構成し、保健事業の標準化の整理に向けた議論を行っている。
 - 各回の議題は以下のとおり（詳細は次項参照）。
 - 第1回：保険料水準の統一に向けての保健事業の考え方について
 - 第2回：データヘルス計画の標準化の考え方
 - 第3回：本県の健康課題を踏まえた共通指標案の検討
- ②**データヘルス計画策標準化に向けた仕様内容の共有**
 - データヘルス計画標準化の考え方として、**データヘルス計画の仕様と考え方の統一**と定義し、これらの標準化に向けた検討を行っている。
 - 具体的には、**データヘルス計画に盛り込む内容、全体評価に関連するデータや着眼点等を整理**するとともに、保健事業の組立てや評価・改善のプロセスの考え方や評価指標の共有化を検討しており、市町村のデータヘルス計画の雛形として、**大まかな考え方を提示するとともに、同じ目線で評価できるように共通の指標を設定**する方向で進めている。

成果

- 保健事業の標準化に向けた議論を目的とする**協議の場を立ち上げた**。
- データヘルス計画の標準化を進めるための体制づくりとして、市町村が健康課題の設定・課題解決に取り組むための**保健事業の計画策定に資する資料提供（今後）や共通の評価指標作成**につながった。
- データヘルス計画の標準化に向けては、**県でたたき台を作成し、市町村の意見を吸い上げるという形をとり、県・市町村の健康課題を把握しながら、標準化の取組推進に向けた検討材料として活用**している。



第1回

【議題：保険料水準の統一に向けての保健事業の考え方について】

具体的に話し合った内容・決定事項

- 保険料水準の統一に向けた保健事業の検討状況について全国照会取りまとめ結果・先進県の紹介
- 保険料水準の統一に向けての保健事業の考え方について

①県からのたたき台の提示、②市町村からの意見及び今後、検討が必要な項目の洗い出し等



第2回

【議題：データヘルス計画の標準化の考え方】

具体的に話し合った内容・決定事項

- 保険料水準の統一に向けた保健事業の考え方及び今後の展開を共有
- 市町村の健康課題（データから見えるもの、市町村の現行計画から見えるもの）を整理した資料を用いて、県の健康課題と取組の方向性を共有
- 県・市町村間で共通して把握すべきデータ一覧及び共通の評価指標案についての作成等、今後のデータヘルス計画の標準化に向けた進め方の共有



第3回

【議題：本県の健康課題を踏まえた共通指標案の検討】

具体的に話し合った内容・決定事項

- 本県の健康課題を踏まえた共通指標案（たたき台）について提示
- 県が共通指標を設定する上で、市町村から意見をいただきたい事項について共有
- データヘルス計画に盛り込む内容について共有

今後の予定

- 共通評価指標案への意見照会・取りまとめ
- 指標を算出するデータや集計要件などの整理・検討
- 支援評価委員会等の第三者からの意見照会・取りまとめ
- データヘルス計画策定の手引きの改訂版発出確認後、共通指標の設定

富山県がデータヘルス計画の標準化で目指すこと

- ・データヘルス計画の考え方の統一
（保健事業の組立て、評価・改善のプロセス等の考え方）
- ・共通評価指標の設定

人口（令和2年）	8,837,685人	国保被保険者数（令和2年）	1,894,648人	国保事業主管課	国民健康保険課
専任職員数（事務職）	6人	専任職員数（専門職）	1人（保健師）	-	-

多彩なメニューによる市町村支援

本取組のポイント

- ・各地域の状況が視覚的に把握できる「地域差見える化支援ツール」や「市町村セミナー」を通じて市町村のデータ利活用を支援した。
- ・受診勧奨における市町村と地区医師会の連携強化のために、府と府医師会が連携して支援した。

取組経緯

- 府の被保険者全体の平均余命や健康寿命等の健康指標が、全国平均と比べて低い。
- 府内市町村間で、平均余命や健康寿命等の健康指標に格差が見られる。
- 特定健診受診勧奨や糖尿病性腎症重症化予防事業における医療機関受診勧奨において、困難を抱える市町村が存在。

取組内容

①地域差見える化支援ツールの開発

○きめ細やかな事業展開へつなげるため、**中学校区ごとの健康状況や医療費状況等に応じて色分け**され、地域の特徴を把握できるツールを開発。

②市町村セミナーの開催

○データ利活用に慣れていない市町村職員を対象に、施策立案における、KDBデータや地域差見える化支援ツール等の利活用に関するセミナーを開催。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率向上のための地域と医師会との連携強化事業（令和3年度から府医師会委託のモデル事業）

- 市町村と地区医師会が連携し、**かかりつけ医からの特定健診受診勧奨**を行う。
- かかりつけ医へweb調査を実施し、その結果等を踏まえ、**受診勧奨用のポスターやリーフレットを作成**。

④糖尿病性腎症重症化予防の受診勧奨の充実

○府医師会と連携し、当該地区の医師会に説明会等で働きかけ、**市町村とかかりつけ医が連携して受診勧奨**を行うことを支援している。

⑤格差縮小のための市町村保健事業への介入支援事業

○**保険者努力支援制度の得点が府内で下位に位置する市町村を対象**に、市町村の保健事業の全体の方向性について、学識等の外部有識者も交えて検討する場を設けている。

その他

- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」における評価指標の検討
- 保険者協議会活動

成果

- 全市町村に配付。**事業の企画立案等に活用**される。
- 令和4年度は、**43市町村のうち27市町村が参加**。「データ活用への意欲が向上した」等の反応があった。
- 事業を通じて、医師会・かかりつけ医と国保保険者（市町村・府）の間に信頼関係ができた。
○モデル市で、**健診受診率が前年度と比べて向上**した。
- 令和4年度には、**全市町村で受診勧奨が開始**された。
- これまでに、**43市町村のうち、10市町村に対し実施**。「事業評価等の深掘りができ、事業展開への手ごたえを感じた」等の反応があった。

人口（令和2年）	8,837,685人	国保被保険者数（令和2年）	1,894,648人	国保事業主管課	国民健康保険課
専任職員数（事務職）	6人	専任職員数（専門職）	1人（保健師）	-	-

地域診断事業を通じたデータヘルス計画の標準化

本取組のポイント

- ・市町村の第3期データヘルス計画策定時に活用できるよう、KDBデータから各市町村の地域特性を把握できる地域診断シートを開発。
- ・地域診断シート内の指標を共通化することで、市町村比較を容易にした。評価指標には、市町村が入手及び加工しやすいデータから取得可能な指標を用いた。

取組経緯

○従前より、大阪府国保連合会が行うデータヘルス計画の雛形提供等に協力する中で、一部の市町村が計画策定や評価に課題を抱えていることを認識。

○市町村間での健康指標にも格差が見られることから、標準化の視点に立った支援が必要と認識。

取組内容

①地域診断シートのプロトタイプの開発

- 地域診断シートとは、主にKDBやe-Statから抽出した統計データを入力することで、アウトカムベースで各市町村の特性を把握可能にする、というもの。
- 令和4年度には、まずモデル市の各種データを分析し、地域診断シートのプロトタイプを作成した。

②地域診断シートの改善と全市町村展開

- 大阪府、大阪大学、保健所、モデル市、大阪府国保連合会が参加する検討会議での意見を踏まえ、プロトタイプを改良するとともに、全市町村分の地域診断シートを作成し、配付した。
- 併せて、地域診断シートの考え方や活用方法に関する説明会を開催した。
- 地域診断シートには、共通の評価指標を設定することで、市町村間で比較しやすくなった。
- 評価指標の設定に向けて、健康寿命や疾患発症・リスク状況等の指標間の関係性の整理を進めた。また、KDBやe-Stat等の市町村が入手及び加工しやすいデータから取得可能な指標を用いる他、被用者保険や後期高齢者医療広域連合との接続を意識して、がん関連指標や介護関連指標を年齢ごとに設定する等の工夫も行っている。

成果（見込み）

○シートの活用によって、各市町村の健康課題、保健事業、アウトカム指標等の相互の関係が整理され、効果的な保健事業の計画・実施につながる。

○地域診断シートは、第3期データヘルス計画策定時にも活用されることを想定している。

人口（令和2年）	1,716,917人	国保被保険者数	406,395人	国保事業主管課	健康づくり推進課
専任職員数 （事務職）	0人	専任職員数 （専門職）	1人 （保健師）	-	-

データヘルス計画評価支援ツールを活用した保険者支援の取組

本取組のポイント

- ・熊本県データヘルス計画評価支援ツール（KDHツール）で市町村の事務負担を軽減
- ・標準化した評価指標により、市町村の状況を見える化し、市町村格差是正につなげる

取組経緯

経緯

- 県が市町村支援をしていく中で、統一したデータ、評価指標・書式がなく、**市町村の現状が把握しづらかった。**
- 市町村の事務負担の軽減や、**市町村格差の是正、評価者側の統一した評価**を行う必要性があったため、県が支援ツールの開発に至った。

課題

- 市町村職員によっては、KDBシステムの活用状況に差がある。
- 保険者により、**規模、体制、地域課題等の違い**があるため、画一的な支援が難しい。

取組内容

① ツールを活用した市町村支援（KDHツール等を用いた標準化）

KDBデータを有効活用していくため、KDHツールと総合評価ツールを導入した。

■ KDHツール

市町村がKDBデータを取込むことで、評価指標の数値等を反映した表やグラフを作成し、経年比較などが簡便にできる。さらには、PDCAサイクルに沿った保健事業標準様式作成機能を有しており、**国への提出資料などで活用することも可能**である。

■ 総合評価ツール

各市町村が作成したKDHツール内のデータを取り込むことで、**評価指標ごとに、県全体、圏域別のグラフを作成し、見える化**できるツールであり、市町村国保の格差是正のために活用するデータを統一し、主要な評価指標の項目の標準化を図っている。

成果

- 全市町村のKDHツール内のデータの提供を受けたことで、総合評価ツールに取り込み、**県全体の状況を見える化、全体を俯瞰することができた。**
- すべての市町村がKDHツールを活用した資料を作成し、保健事業支援・評価委員会に提出、評価する委員も、**市町村の状況を把握した上で、保健事業の取組の確認ができるようになった。**
- ツールを活用し、各市町村の状況が見えたことで、ヒアリング時のポイントを把握でき市町村の状況を把握した上で、保健事業の取組の確認や格差是正に向けた**好事例の横展開など市町村支援につながった。**



人口（令和2年）	1,070,213人	国保被保険者数	257,860人	国保事業主管課	国民健康保険課
専任職員数 （事務職）	0人	専任職員数 （専門職）	2人	-	-

市町村の自走を目指す県の支援 ～データヘルス計画策定支援～

本取組のポイント

- ・県内市町村の比較、客観的な自市町村の状況把握、効果的な取組の横展開のための共通の評価指標設定
- ・市町村自ら計画策定できるよう、県の健康課題、共通評価指標、共通フォーマットについての研修会開催を予定

取組経緯

経緯

○中長期的視点に立ち、市町村のデータヘルス計画の標準化に着手するメリット等も考慮し、**県内市町村の比較・市町村自身の状況把握がしやすくなる**とともに、効果的な取組の横展開にもつなげやすいと考え、実施に至った。

課題

○各市町村の健康課題の解決につながる評価指標を設定し、効果的な保健事業を実施する必要がある。また、**市町村担当者の負担軽減**を図る必要がある。

取組内容

①県内共通目標の設定及び共通フォーマットの活用による計画の標準化の取組

- 県内市町村の比較・市町村自身の状況把握の効率化を目的として、**過去5年分のデータ分析結果を用い、共通の評価指標を設定した。**
- 策定作業の省力化につなげる目的で計画様式を設定した。**この計画様式は、雛形として提示するもので、これをベースに各市町村でアレンジをしてもらうことを想定している。
- 令和5年3月には、**市町村自身で計画策定ができるような研修会**を予定している。
 <研修会の内容>
 - ・過去5年分のデータ分析結果
 - ・宮崎県の特徴の共有
 - ・評価指標、計画様式の説明

成果

- データ分析・課題整理の支援や、市町村自ら分析を行えるような補助システムの導入によるデータ活用の体制に加え、共通の評価指標の設定などにより、**効果的な事業計画や保健事業の作成支援につながる**ことが期待できる。

5.市町村のヒアリングサマリ

No	市町村	掲載	市町村情報・掲載内容
1	山形県 鶴岡市	P.21	<p>人口（令和5年）：120,243人／国保被保険者数：24,337人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和2年度）：50.6% / 40.9%</p> <p>タイトル：若い世代を対象としたポピュレーションアプローチの取組 健康課題：肥満が増加傾向であり、特に男性の健診受診者のメタボ該当者及び予備群の割合が3割を超えており、より早期の介入による支援が必要である 取組内容：メタボ対策及び生活習慣病予防に関し、ターゲットの特性を踏まえながら、効果的かつより早期の段階で介入できる事業（ヘルスアップセミナー、スマートイート、さわやか健診等）を行う</p>
2	宮城県 角田市	P.25	<p>人口（令和5年）：27,586人／国保被保険者数：6,685人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和2年度）：45.7% / 36.6%</p> <p>タイトル：関係者・住民と育てたポピュレーションアプローチ「スマートかくだチャレンジ事業」 健康課題：市民健康調査等の結果から肥満者が多く、運動習慣を持つ人の割合が低く・歩数が少ないことから庁内各部署で取組を実施していたが、事業参加者が伸び悩んでいた 取組内容：庁内外で連携した健康ポイント事業により、市民の当該事業への参加率を高め、健康に対する意識の向上及び健康の保持増進を図る</p>

5.市町村のヒアリングサマリ

No	市町村	掲載	市町村情報・掲載内容
3	宮城県 登米市	P.26	<p>人口（令和5年）：74,795人／国保被保険者数：18,083人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和2年度）：61.1% / 13.9 %</p> <p>タイトル：重層的な糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防 健康課題：第2期データヘルス計画中間評価の結果、糖尿病と慢性腎臓病の医療費の割合が高く、特定健診受診者の約8割が血糖高値であり、新規透析導入患者数が増加傾向であることが判明 取組内容：担当課に専門職を配置し、関連する庁内関係者と連携体制を構築しながら糖尿病重症化予防事業、糖尿病性腎症重症化予防事業を整理した</p>
4	埼玉県 さいたま市	P.27	<p>人口（令和5年）：1,339,009人／国保被保険者数：259,628人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和2年度）：34.9% / 28.6%</p> <p>タイトル：国保から後期へ切れ目のない糖尿病性腎症重症化予防事業 健康課題：人工透析への移行防止を目的に、県の糖尿病性腎症重症化予防対策事業に参加していたが、終了までに後期高齢者医療制度に移行する人が多かった 取組内容：市独自の継続フォロー事業を後期高齢者医療保険事業の主管課と協働で実施することにより、切れ目のない継続した支援を実施</p>

5.市町村のヒアリングサマリ

No	市町村	掲載	市町村情報・掲載内容
5	福井県 美浜町	P.30	<p>人口（令和5年）：9,179人／国保被保険者数：1,975人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和2年度）：50.7% / 66.7%</p> <p>タイトル：町の特徴的な生活習慣課題に着目し町民総ぐるみで取り組む「げんげん歩楽寿（プラス）」</p> <p>健康課題：高血圧や肥満の者が多い要因として、塩分摂取が多い食生活などが関係していると推察されたため、平成24年度から5年間「減塩」と「減量」を柱とし、食生活改善から始める「げんげん運動」を健康増進事業の取組として実施した</p> <p>取組内容：減量に向けた取組を強化するため、「げんげん運動」に野菜と運動の取組をプラスした「げんげん歩楽寿（プラス）」を開始 （健康増進計画を基にした事業をデータヘルス計画に取り込み実施する中で結果が出た事例）</p>
6	岡山県 倉敷市	P.31	<p>人口（令和5年）：477,369人／国保被保険者数：84,126人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和2年度）：25.8% / 15.7%</p> <p>タイトル：専門職が連携して取り組む糖尿病受診勧奨事業</p> <p>健康課題：健診受診者のうち糖尿病に関する健診項目が受診勧奨判定値を超えているにもかかわらず、受診していない者が一定数存在した</p> <p>取組内容：専門職を中心に庁内・庁外と連携し、糖尿病の重症化リスクが高い対象者を適切に医療機関につなげるため、受診勧奨業務の充実を図る</p>

5.市町村のヒアリングサマリ

No	市町村	掲載	市町村情報・掲載内容
7	島根県 益田市	P.32	<p>人口（令和5年）：44,222人／国保被保険者数：8,520人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和2年度）：49.5% / 32.2%</p> <p>タイトル：地域の健康課題にフォーカスした二次予防「益ます元気教室」 健康課題：脳血管疾患の年齢調整発症率が男女ともに県と比較して高く、HbA1c 6.5%以上の血糖値が高い方も年々増加していた 取組内容：市の健康課題を踏まえ、「高血圧・脳卒中」「糖尿病」のハイリスク者へ焦点を当てた予防的介入（特定健診受診者の健診後フォローの場として教室実施）を行い、壮年期からの健康の保持増進を図る</p>
8	島根県 雲南市	P.33	<p>人口（令和5年）：36,329人／国保被保険者数：6,993人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和2年度）：37.2% / 51.2%</p> <p>タイトル：健康な75歳を目指して「きらり☆エイジング75教室」 健康課題：高血圧症、脳血管疾患による一人当たり医療費が高いこと、一部の地域で塩分摂取が多いこと、自死が多いこと等が課題であり、対策の強化のために、高血圧予防、食塩・アルコールの減少、ゆるいつながり等の啓発が必要であった 取組内容：75歳未満の被保険者が運動、口腔、栄養等の健康づくりの知識と方法を学び、定着を図ることを目指し、健康教室を継続開催 ⇒前期高齢者を対象とした介護予防目的の内容への改定に際し、令和元年に教室の名前を「きらり☆エイジング75教室」に、財源を国保保険事業に変更</p>

5.市町村のヒアリングサマリ

No	市町村	掲載	市町村情報・掲載内容
9	大分県 豊後高田市 (2事例)	P.34	<p>人口（令和5年）：22,270人／国保被保険者数：5,207人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和2年度）：43.7% / 68.5%</p> <p>タイトル：県のデータ分析事業への参画を通じて強化された庁内連携体制 健康課題：国保被保険者に対してだけでなく、市全体での効果的な生活習慣病予防の実践のために、係を超えた情報共有、事業企画、事業遂行が必要であった 取組内容：従来の連携会議の構成係に加え、一般衛生を所管する係、介護保険を所管する係、高齢者福祉を所管する課を含めた庁内連携会議を設置した</p> <p>タイトル：かかりつけ医と連携した通院中の患者等に対する糖尿病性腎症重症化予防事業 健康課題：糖尿病性腎症の患者数増加、人工透析者数の増加が確認されたため、糖尿病を重症化させない対策が課題と認識していた 取組内容：対象者に寄り添う栄養・運動指導をかかりつけ医との連携を図りながら進めていくことを目指し、取組を実施した</p>

山形県鶴岡市

人口（令和5年）	120,243人	国保被保険者数	24,337人	国保事業主管課	国保年金課
専任職員数（事務職）	3人	専任職員数（専門職）	10人	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和3年度）	50.6% / 40.9%

若い世代を対象としたポピュレーションアプローチの取組

本取組のポイント

- ・メタボ対策を市の重点課題として捉え、早期介入を目的とした保健事業を実施
- ・年代や対象者の特性を踏まえ、それぞれに対応した効果的な保健事業を企画

取組経緯

経緯

○保険年金課と健康課が協働して事業の企画・検討に取り組み、**年代や対象者の特性を踏まえ、保健事業の取組内容の企画・見直し**を行った。

課題

○**肥満が増加傾向であり、平成29年度健康意識・行動調査では、食に関する意識の低下**も見られていた。
○**男性の健診受診者のメタボ該当者及び予備群の割合が3割を超えて**おり、より早期の介入による支援が必要である。

対策の方向性

○メタボ対策及び生活習慣病予防に関し、ターゲットの特性を踏まえながら、効果的かつより早期の段階で介入できる事業を行う。

取組内容

実施内容

- ヘルスアップセミナー**
生活習慣病の一次予防の推進を目的に、40～69歳でBMIが24～30又は腹囲男性85cm女性90cm以上の者を対象に、約12週間の個別支援プログラムを実施（市民対象）
- スマートイート事業**
栄養・食課題の多い20歳～50歳代の働き盛り世代の男性を中心に、スマートイート（かしこい食べ方）の普及を図るとともに、スマートメニューを考案し情報提供を実施（市民対象）
- さわやか健診**
若年者の内臓脂肪症候群の早期発見による生活習慣病予防を目的に、16～40歳未満の被保険者を対象に健診を実施

関係者の役割・体制

- 保健事業の実務は、専門職のいる健康課が担い実施
- ヘルスアップセミナーの体制**
 - ・鶴岡地区医師会：病態に関する講義を担当
 - ・運動指導講師：参加者に対する運動指導を担当
 - ・健康づくりサポーター：運動習慣の継続を目的に年1回集会を開催
 - スマートイート事業**
 - ・食生活改善推進員：地域に広める普及啓発の役割を担当
 - ・庄内保健所：スマートメニューをHPに掲載
 - さわやか健診**
 - ・鶴岡地区医師会：健診業務を委託にて実施
 - ・NPO法人：託児所運営を委託にて実施

成果

- ヘルスアップセミナー**
参加者の平均体重減少量3kg達成者は、**30～40%程度であり、目標を超えおおむね達成**している。
- スマートイート事業**
主ターゲットである男性の肥満者の割合は、R1：40.0%、R2：42.5%、**R3：37.9%であり減少**している。
- さわやか健診**
健診後の**男性肥満者への3か月フォローは100%介入を達成**している。男性のメタボ該当者及び予備群の割合はR3：**24%で減少傾向**にある。

＜参考＞ヘルスアップセミナー 啓発チラシ・ポスター

令和4年度 鶴岡市

参加者募集
今まで1500名以上
受講しています

1か月に1kg、3か月に3kg減を目標に!!

ヘルスアップセミナー

内臓脂肪を減らして、健康的な体を手に入れたい方へおすすめのセミナーです!

セミナーの精髄

- ① 全8回の講座で仲間づくりをしながら楽しく健康づくりが学べる!
- ② 減量・筋力アップに効果的な運動が体験できる!
- ③ 効果がアップするよう保健師・栄養士が個別に取り組みをサポート!

★参加条件★

- ・年齢 40～69歳
(昭和28年4月2日～昭和58年4月1日生まれ)
- ・身体面 BMI 24～30
または 腰囲 男性 85cm、女性 90cm以上の方
- ・その他 鶴岡市に住居登録している方で減量を希望される方
全日程(8回)参加できる

★これまで同セミナーを修了していない方

※ 留意事項

※ 授業中の方は、必ず医師と相談の上お申込みください
医師から運動を禁止されている方は参加できません



内科医師・栄養士・運動指導士
からのわかりやすいお話



有酸素運動やストレッチ、筋トレなどの運動

参加者の声

ヘルスアップセミナーに参加したきっかけ?

腹がきつい・・・
礼数が入らない!!

健康診断の結果が
悪かったから・・・

お腹周りの肉が
気になった

みんなでやれば
痩せられるかな?

セミナーを終了して...

ちょっとスリムになって
本当にうれしい!!

体重が減り、
血圧も下がった!!
肌よりうれしかった!

自己流のダイエットが
間違っていたと
気がつきました。

令和4年度 鶴岡市

参加者募集
今まで1500名以上
受講しています

1か月に1kg、3か月に3kg減を目標に!!

ヘルスアップセミナー

内臓脂肪を減らして健康的な体を手に入れたい方へおすすめのセミナーです!

セミナーの精髄

- ① 全8回の講座で仲間づくりをしながら楽しく健康づくりが学べる!
- ② 減量・筋力アップに効果的な運動が体験できる!
- ③ 効果がアップするよう保健師・栄養士が個別に取り組みをサポート!

★参加条件★

- ・年齢 40～69歳
(昭和28年4月2日～昭和58年4月1日生まれ)
- ・身体面 BMI 24～30
または 腰囲 男性 85cm、女性 90cm以上の方
- ・その他 鶴岡市に住居登録している方で減量を希望される方
全日程(8回)参加できる

★これまでヘルスアップセミナーを修了したことがない方

※ 留意事項

※ 授業中の方は、必ず医師と相談の上お申込みください
医師から運動を禁止されている方は参加できません

コース	時間	※3級昇格19日の日							
		1	2	3	4	5	6	7	8
夜	19:00～21:00	6/7 (火)	6/14 (火)	6/28(水) 6/30(金)	7/5 (火)	7/19 (火)	8/2 (火)	8/9 (火)	8/30 (火)
午前	9:30～11:30	9/13(水) 12:30～13:30	9/21 (水)	10/12(水) 10/13(木)	10/26 (水)	11/2 (水)	11/16 (水)	11/30 (水)	12/7 (水)

健康運動やストレッチ
筋トレなどの運動



★ セミナーの様子 ★

参加した理由は...

健康診断の結果が悪かったから...
腹がきつい... 礼数が入らない!!
お腹周りの肉が気になった!!
みんなでやれば痩せられるかな?!

内科医師、栄養士、
運動指導士からの
わかりやすいお話



セミナーを終了して...

キツかった礼数が
減った!!

体重が減り、
血圧も下がった!

ちょっとスリムになって
本当にうれしい!!

自己流のダイエットが
間違っていたことに
気がつきました

★参加条件★

- ・年齢 40～69歳
(昭和28年4月2日～昭和58年4月1日生まれ)
- ・身体面 BMI 24～30
- ・その他 鶴岡市に住居登録している方で減量を希望される方
全日程(8回)参加できる

★これまでヘルスアップセミナーを修了したことがない方

※ 留意事項

※ 授業中の方は、必ず医師と相談の上お申込みください
医師から運動を禁止されている方は参加できません

申込先

鶴岡市総合保健福祉センター にご申込む内

電話 25-2111(内線 369) FAX 25-7722

※ 申し込み時、身長・体重・体脂肪率等詳しくお話をします

受講料

1,500円

夜コース 5月20日(金) 締切

午前コース 8月31日(水) 締切

出典：鶴岡市提供資料

<参考> さわやか健診 啓発チラシ

令和4年度 鶴岡市

さわやか健診

のお知らせ

～職場等で健診の機会がない40歳未満の方を対象とした健診です～

健康診査

内容 内科診察、身体計測（身長・体重・腰囲）、血圧測定、心電図、尿検査（蛋白、糖）
血液検査（脂質、肝機能、腎機能、貧血、血糖）

保健指導 スマートイート（かしこい食べ方）、個人相談

対象 職場や学校で健診の機会がない 昭和58年4月1日以降生まれの方

料金 1,500円

※健診日に鶴岡市に住所がない方は受診できません。
※新型コロナウイルス感染防止のため、急遽中止（延期）する場合がありますので、ご承知おきください。
※市民税非課税及び生活保護世帯の方は自己負担金免除制度があります。詳細は下記にお問い合わせください。

是非、この機会に受診下さい。



健診日程・会場 会場：鶴岡市総合保健福祉センター にこ♥みる 2階総合健診ホール(鶴岡市泰町 5-30)

種別	健診日	受付時間	問診票の送付時期
レディース健診 (女性)	10月 3日(月)	午後 1:30 ~ 2:30	9月中旬に日程を指定して送付します。
	10月 4日(火)	午前 9:00 ~ 10:00 午後 1:30 ~ 2:30	
	10月 25日(火)	午前 9:00 ~ 10:00 午後 1:30 ~ 2:30	
	11月 4日(金)	午後 1:30 ~ 2:30	
メンズ健診 (男性)	11月 7日(月)	午後 1:30 ~ 2:30	10月中旬に日程を指定して送付します。
	11月 14日(月)		
	11月 15日(火)		

※10月3日(月) 午後の受付は、10月4日(火) 午後の受付と同様に実施します。

申込み方法 電話・来所・FAX・Web **申込み期間** 8/31(水)まで

Webでの申込を希望される方は
こちらから申請してください！

申込み・問い合わせ先

鶴岡市総合保健福祉センター にこ♥みる 健康課成人保健係
 TEL 25-2731(直通) FAX 25-7722
 総機庁番 26-5810(直通) 羽黒庁番 26-8774(直通)
 権引庁番 57-2116(直通) 朝日庁番 53-2115(直通)
 高畑庁番 43-4613(直通)



--- キリトリ ---

令和4年度さわやか健診申込書

氏名				既婚希望の方のみご記入ください (レディースのみ)
住所	鶴岡市	性別	男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	電話番号		
受診希望日	第1希望 月 日 午前・午後	第2希望 月 日 午前・午後	無・有(人) お子さまの年齢 歳 (令和4年10月現在年齢)	

宮城県角田市

人口（令和2年）	27,586人	国保被保険者数	6,685人	国保事業主管課	市民課、健康長寿課
専任職員数（事務職）	2人（健康長寿課※実施主体） 1人（市民課※作成主担当）	専任職員数（専門職）	5人（保健師2、栄養士2、歯科衛生士1）	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和3年度）	45.7% / 36.6%

関係者・住民と育てたポピュレーションアプローチ「スマートかくだチャレンジ事業」

本取組のポイント

- ・庁内庁外の関係者やボランティアと協力し、体制強化をしながら、まち全体で取組を推進
- ・運動習慣のない人のウォーキングイベント参加のきっかけや健(検)診受診率向上に寄与

出典：角田市提供資料



取組経緯

- H24年度実施の市民健康調査、特定健診等の結果より、**肥満やメタボの者が多く、運動習慣のある者の割合・歩数が低い**ことが分かった。また**脳血管疾患、心疾患で標準化死亡比が100を超えていた**。
- H25年に**健康づくり保健事業として「健康ポイント事業」を実施**。

- それぞれの部署で事業を行ってきたが、参加者のすそ野が広がらず効果的な事業の推進ができていない。

- 健康ポイント事業により、市民の当該事業への参加率を高め、**健康に対する意識の向上及び健康の保持増進を図り**、まちの活性化及び、医療費の抑制につなげる。

経緯

課題

対策の方向性

取組内容

目的

- スマートかくだチャレンジ事業**
事業のねらいは、運動体験・ウォーキング大会などの参加者や、運動体験、健(検)診、特定保健指導利用、体成分測定、活動量計活用事業、介護予防事業などへも**健康ポイントを付与し、行動変容を促す**こと。

関係者の役割・体制

- 市民課**
・国保の保健事業の位置付けで実施
- 健康長寿課**
・健康ポイント事業の運営・管理、新規参加者の発掘、事業の周知
・市民ボランティア（運動普及推進員等）の人材育成
・市民ボランティアと協力したウォーキングイベントの企画・運営
- 生涯学習課**
・ウォーキングマップの作成及びウォーキング大会の運営支援
・参加者のウォーキング習慣化・継続化の支援
- まちづくり政策課（自治センター）**
・ウォーキング事業の企画とイベント参加者に対する健康ポイントの付与
- 三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）**
・国保運営協議会にて、助言等いただく
・歯科検診と健康ポイントの連携
- 商工会**
・参加者が貯めた健康ポイントを、商工会管轄のポイントに交換して買い物に使ってもらうことで、まちの活性化につなげる
- スポーツ関係施設（スポーツジムなど）**
・運動施設利用者へのポイントを付与
・継続的に市民が楽しく健康づくりを行うための場の提供

成果

- R3年度の「スマカ」保有者は約24%（4人に1人）で**おおむね周知はできており、健診の受診率の向上の一助にもなった**。
- 参加者の**運動体験が定着**し、「健康ポイントは健康づくりのきっかけや継続のために重要」と回答した者は約81%を占めた。
- 利用者の**セルフチェックの定着**につながった。また、測定結果は生活習慣改善のきっかけや効果判定にも活用できた。
- 成果や変化・結果に対するポイント付与により、**参加者のモチベーション向上**につながった。

宮城県登米市

人口（令和4年）	74,795人	国保被保険者数	18,083人	国保事業主管課	国保年金課
専任職員数（事務職）	4人	専任職員数（専門職）	1人（管理栄養士）	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和3年度）	61.1% / 13.9%

重層的な糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防

本取組のポイント

- ・糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防に向けて、対象者基準・介入方法を整理し、重層的に受診勧奨や保健指導を実施
- ・取組後、未治療者の医療機関受診率66～79%、治療中断者の医療機関受診率22%

取組経緯

経緯

○第2期データヘルス計画の中間評価以前は、健康推進課が主体となり、市民全体の健康づくりの一環として糖尿病の重症化予防に取り組んでいた。

○中間評価の結果、糖尿病と慢性腎臓病の医療費の割合が高く、特定健診受診者の約8割が血糖高値であり、新規透析導入患者数が増加傾向であることが判明。

○糖尿病及び糖尿病性腎症の重症化予防の事業内容の整理と重点的な取組が必要。

課題

○糖尿病重症化予防事業、糖尿病性腎症重症化予防事業は、国保年金課に専門職を配置し、健康推進課や総合支所と有機的な連携体制を構築しながら事業を整理した。

対策の方向性

取組内容

実施内容

○糖尿病及び糖尿病性腎症の未治療者への受診勧奨

- ・特定健診の結果、重症化リスクが高く、医療機関を受診していない糖尿病及び糖尿病性腎症の疑いがある者に対して受診勧奨を実施する。
- ・受診勧奨通知と医療機関受診状況を報告する報告用はがきを対象者に送付した後、報告用はがきを返送してもらい、その後レセプトデータから受診状況を確認する。
- ・受診勧奨通知には、対象者個人のデータをグラフ化したものを添付する等の工夫を行っている。
- ・また、受診勧奨通知を発送した後、報告用はがきが返送されない者に対しては、総合支所の専門職が電話や訪問等で積極的に再勧奨を行っている。

○糖尿病の治療中断者への受診勧奨

- ・糖尿病の治療中断者に対して受診勧奨を実施する。
- ・国保連合会から提供される「糖尿病治療中断者リスト」を参考に対象者を抽出した後、受診勧奨通知を発送し、受診状況を確認する。

○医療につながった糖尿病性腎症患者等への保健指導

- ・糖尿病性腎症の未治療者に対する受診勧奨の結果、医療機関での受診が確認された者に対して保健指導を実施する。
- ・かかりつけ医に対し情報提供書の作成を依頼し、それを基に保健指導を実施する。最終的には、実施報告書を医療機関に報告し、次年度の健診や受診状況を確認する。

成果

○未治療者（糖尿病）

・医療機関受診率 79%

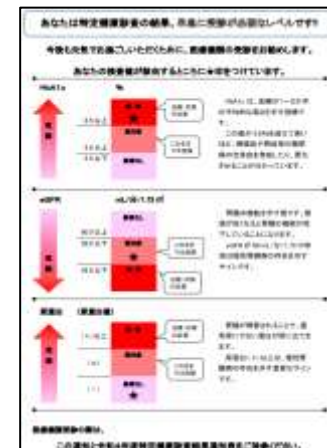
（糖尿病性腎症）

・医療機関受診率 66%

○治療中断者

・医療機関受診率 22%

【糖尿病性腎症重症化予防事業の受診勧奨通知】



埼玉県さいたま市

人口（令和5年）	1,339,009人	国保被保険者数	259,628人	国保事業主管課	国民健康保険課
専任職員数（事務職）	5人	専任職員数（専門職）	3人	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和3年度）	34.9% / 28.6%

国保から後期へ切れ目のない糖尿病性腎症重症化予防事業

本取組のポイント

- ・県の糖尿病性腎症重症化予防事業から連続した継続支援
- ・糖尿病性腎症重症化予防について切れ目のない継続した支援体制を構築

取組経緯

経緯

- 人工透析への移行防止を目的に、**県の糖尿病性腎症重症化予防対策事業（県プログラム）**に参加していた。
- 重症化予防には継続した支援が必要であるため、市では、令和元年度から**県プログラム終了後の継続支援を実施**してきた。

課題

- 糖尿病性腎症重症化予防対策事業の実施者は、**70歳以上が62.5%と多く**、県プログラムの継続支援を終了するまでに**後期高齢者医療制度に移行する者が多かった**。
- 毎年支援者が追加となり、個別支援の限界と、重症化予防には、より多くの支援体制が望まれていた。

対策の方向性

- 継続フォロー事業を後期高齢者医療保険事業の主管課と協働で実施**することにより、切れ目のない継続した支援を実施

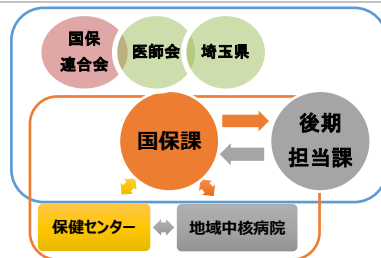
取組内容

実施内容

- さいたま市糖尿病性腎症重症化予防継続フォロー教室**
- ハイリスクアプローチ（継続フォロー教室）**
対象者：① 糖尿病性腎症重症化予防対策事業保健指導後、4年目以降の対象者
② ①のうち、後期高齢者医療制度の移行者
内容：糖尿病性腎症についての教室（病態、栄養、運動実技）、参加者同士による情報交換
- ポピュレーションアプローチ**
・10区役所保健センターにて糖尿病等の病態別健康教育を実施
・イベントでの生活習慣病予防啓発事業

関係者の役割・体制

- (市内)
- 国民健康保険課
事業主体、企画運営を実施
- 年金医療課
後期高齢者保険事業の主幹課であり事業を連携して実施
- 10区役所保健センター
ポピュレーションアプローチを実施
- (市外)
- さいたま市医師会（4医師会）
事業内容に関するアドバイスを受ける
- 地域中核病院（さいたま赤十字病院）との連携
ポピュレーションアプローチの一環で活動を協働で実施

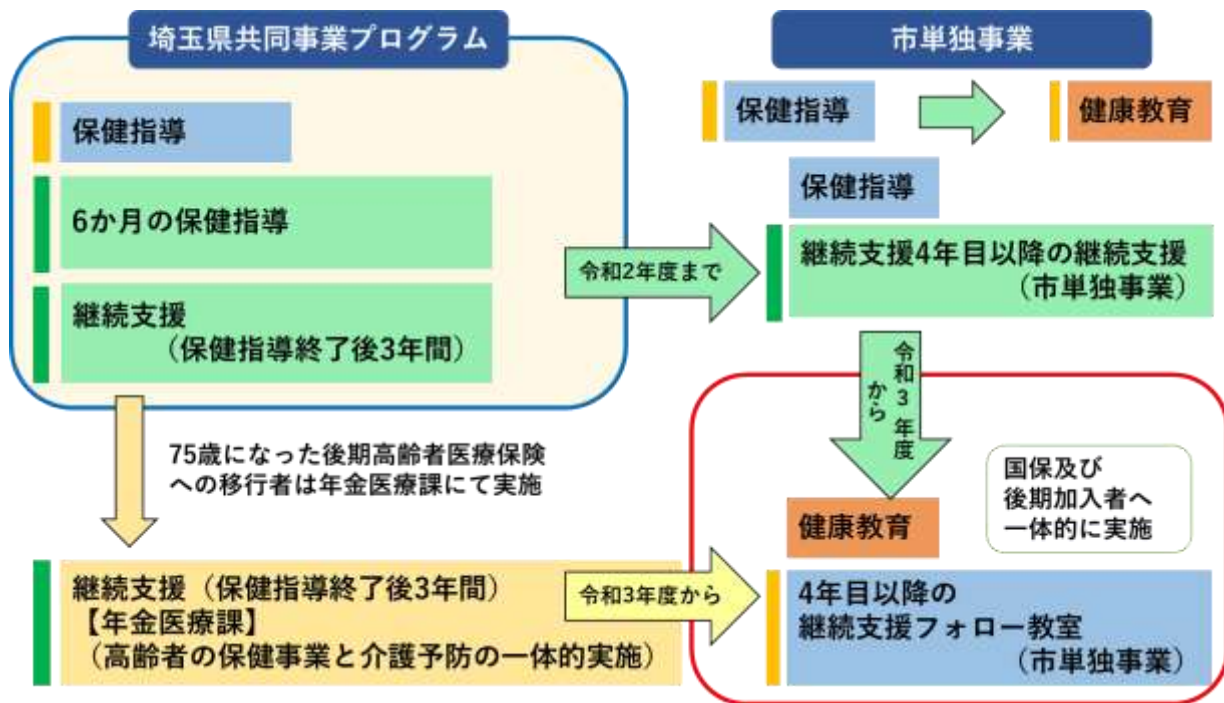


出典：さいたま市提供資料

成果

- 一体的実施事業の一環として、県プログラムの継続支援の後、市単独事業として糖尿病事業終了者へのフォロー事業を**年金医療課と協働で行うことで、切れ目のない継続した支援**を実施することができた。
- 人数は少ないが、教室参加者の取組意識は参加前より上がる結果となった。
- 県プログラム参加者も忘れていた内容が多いので、**知識面の再確認の場**になっている。
- 高齢者の社会的参加を促すきっかけにもなっている他、**参加者同士の情報交換の場はピアカウンセリングの形**となっている。

<参考> さいたま市糖尿病性腎症重症化予防継続フォロー事業スキーム



● 埼玉県プログラムの実施者は高齢者が大多数を占めており、継続支援を終了するまでに後期に移行する者が多い。

● 令和元年度から県プログラム終了後の継続フォローを市単独事業で実施。

● 令和2年度から県プログラムの継続支援中の後期移行者は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」として、年金医療課が実施。

継続フォローを国保と後期で実施

出典：さいたま市提供資料より事務局作成

<参考> ポピュレーションアプローチ 啓発資料

生活習慣病についての医師講義動画配信

イベントでの生活習慣病予防啓発 (地域中核病院との連携)

- 新型コロナの影響でイベントが中止となったため、生活習慣病についての医師講義の動画を作成し、YouTube配信した。
- 区役所保健センターでも糖尿病予防関連情報をTwitterで情報発信した。

出典：さいたま市提供資料

福井県美浜町

人口（令和2年）	9,179人	国保被保険者数	1,975人	国保事業主管課	住民環境課
兼任職員数（事務職）	1人	兼任職員数（専門職）	1人（保健師）	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和元年度）	50.7% / 66.7%

町の特徴的な生活習慣課題に着目し町民総ぐるみで取り組む「げんげん歩楽寿（プラス）」

本取組のポイント

- ・「げんげん運動」で町全体へアプローチし、高血圧者の割合が減少
- ・健康増進計画を基にした事業をデータヘルス計画に取り込み実施する中で結果が出た事例
- ・評価で課題を確認し「げんげん運動」に野菜と運動の取組をプラスし「げんげん歩楽寿（プラス）」を実施中

出典：美浜町提供資料



取組経緯

経緯

- 国保の一人当たり医療費が福井県内1位であり、医療費分析の結果、高血圧や肥満の者が多いことが分かった。
- 上記の要因として、塩分摂取が多い食生活などが関係していると推察された。
- そこで、平成24年度から5年間「減塩」と「減量」を柱とし、食生活から始める「げんげん運動」を健康増進事業の取組として実施した。

課題

- 平成29年度の事業評価において、血圧は下がっているが血糖や脂質は上がっており、肥満やメタボの割合も減らないことから、減量について強化する必要性があった。

対策の方向性

- 「げんげん運動」に野菜と運動の取組をプラスした「げんげん歩楽寿」を平成30年度から新たに展開することにした。

取組内容

概要

- 「げんげん歩楽寿（プラス）」
- ・従来までの「げんげん運動」に食の強化と歩行（ウォーキング）等の運動をプラスし、楽しみながら食と運動の両面から減量に取り組み、医療費の適正化を目指す取組である。
- ・平成30年から、健康みはま21後期計画（第2期）の事業として実施しており、国保のデータヘルス計画における保健事業においても、当該健康プログラムを取り入れ行っている。

具体取組

- 個人の実践に向けた取組
町民を対象に、食生活改善や運動習慣定着に向けた取組を行う。

食生活改善	生活習慣病を予防する食事摂取方法の普及、野菜の接種率向上
運動習慣の定着	運動方法の普及、連藤プログラム実施
健診（検診）推進	年1回の健診（検診）受診を推進し、病気の早期発見・治療につなげる

- 町全体での環境づくり
個別の対象者に向け、げんげん歩楽寿の実践に向けた取組を行う。
例）モデル地区を対象とした地域健康づくり実践活動
中学生までとその保護者を対象とした親子げんげん運動
サポーター企業によるコンビニ・食料販売店での普及活動 等

成果

- 平成29年度に初期計画策定、中間評価を令和2年、最終評価を令和5年に実施予定。
- （主な活動目標）
- 「げんげん歩楽寿」の実践者の割合
目標：80%
中間：54.2%
- （主な行動目標）
- 国基準の塩分摂取を超えている人の割合を減らす
目標：男性80%
女性50%
中間：男性84.6%
女性89.0%
- 日常の中で活動量を増やす
目標：35%
中間：27.6%
- 過去の親子げんげん運動参加の新成人へ意識調査実施（集計予定）

岡山県倉敷市

人口（令和5年）	477,369人	国保被保険者数	84,126人	国保事業主管課	国民健康保険課
専任職員数（事務職）	0人	専任職員数（専門職）	国民健康保険課：3人（保健師・歯科衛生士・薬剤師）健康づくり課：3人（管理栄養士）うち2人は国保会計年度職員	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和2年度）	25.8% / 15.7%

専門職が連携して取り組む糖尿病受診勧奨事業

本取組のポイント

・市の課題である糖尿病の重症化対策の重点的な取組として、受診勧奨判定値を超えている者を適切に医療機関受診につなげ、また治療を中断している者を再度受診させることを目的に、国民健康保険課と健康づくり課の専門職が連携しながら、受診勧奨を実施

取組経緯

経緯・課題

- 第2期データヘルス計画の中間評価で、生活習慣病の有病率が高く、人工透析を受けている患者も増加傾向にあった。
- 健診受診者のうち糖尿病に関する健診項目が受診勧奨判定値を超えているにも関わらず、受診していない者が一定数いる。
- 治療を開始しても、中断する者が一定数いる。

対策の方向性

- 専門職を中心に庁内・庁外と連携し、糖尿病の重症化リスクが高い対象者を適切に医療機関につなげるため、受診勧奨業務の充実をはかる。

取組内容

実施内容

- 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨事業**
 - ・糖尿病に関する健診項目が受診勧奨判定値を超えている者に対して、文書による受診勧奨及び医療機関受診状況回答書を送付し、医療機関受診が確認できない（回答書の返信がない又は受診意思がない）場合、電話や訪問にて再勧奨及び保健指導を実施する。なお、腎機能の数値が低下している者、HbA1c 8%以上の者、電話番号不明の者、複数回電話してもつながらない者は訪問の対象としている。
 - ・受診勧奨の効果を把握するため、適宜健康づくり課から国民健康保険課に依頼し、レセプトの確認を行っている。
- 糖尿病治療中断者への受診勧奨事業**
 - ・過去3年間のレセプトで糖尿病治療薬の処方があった者のうち直近6か月に糖尿病治療薬の処方がない者、及び昨年度事業対象者のうち未受診又は再度中断している者に、文書による受診勧奨を送付し、保健指導希望者及び電話がつかまらない者へ訪問し保健指導を実施する。

関係者の役割・体制

- (庁内) ○**国民健康保険課**
 - ・レセプトに基づき対象者の受診状況を確認する。
 - ・糖尿病治療中断者に対し受診勧奨を行う。
 - ・事業の進捗について健康づくり課と情報共有を行い、連携体制を整える。
 - ・治療中断者に関する医師との連携
- 保健所・健康づくり課**
 - ・事前に医師会への連絡・通知を行う。
 - ・受診勧奨対象者に受診勧奨及び保健指導を実施。
- (庁外) ○**医師会**
 - ・年度当初に市から事業についての説明と相談を行っている。

成果

- 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨**
 - アウトプット R2受診勧奨率
 - 目標値：80%
 - ➡評価：100%
 - アウトカム 勧奨後の医療機関受診率
 - 目標値：50%
 - ➡達成69.2%
- 糖尿病治療中断者への受診勧奨**
 - アウトプット R3受診勧奨率
 - 目標値：100%
 - ➡評価：100%
 - アウトカム 勧奨後の医療機関受診率
 - 目標値：50%
 - ➡25%

島根県益田市

人口（令和5年）	44,222人	国保被保険者数	8,520人	国保事業主管課	保険課
専任職員数 （事務職）	1人	専任職員数 （専門職）	1人 （健康増進課所属保健師）	特定健診実施率・特定保健 指導終了率（令和3年度）	49.5% / 32.2%

地域の健康課題にフォーカスした二次予防「益ます元気教室」

本取組のポイント

- ・「高血圧・脳卒中」・「糖尿病」に焦点を当て、早期から生活習慣の改善を目指す。
- ・特定健診の数値にて対象者を絞り、個別案内にて教室への参加を促す。

出典：益田市提供資料



取組経緯

経緯

- 脳血管疾患の年齢調整発症率が男女ともに県と比較して高く、血圧値140/90mmHg以上の者は受診者の約30%で推移している。
- 併せて、HbA1c 6.5%以上の血糖値が高い者も年々増加している。

課題

- 「脳卒中患者の基礎疾患」として多い高血圧の者へ、より早期に働きかけを行う必要がある。
- 糖尿病性腎症等合併症への移行を防ぐためにも、より早期に生活習慣の改善に向けた働きかけが必要である。

対策の方向性

- 高血圧・脳卒中や糖尿病予防に重点を置き、特定健診受診者の健診後フォローの場としての教室を実施し、壮年期からの健康の保持増進を図る必要がある。

取組内容

実施内容

- 二次予防「益ます元気教室」事業
市の健康課題を踏まえ、「高血圧・脳卒中」「糖尿病」のハイリスク者へ焦点を当てた予防的介入を行う。
（実施方法）
 - ・市の健康課題である高血圧・脳卒中や糖尿病予防に重点を置き、特定健診受診者の健診後フォローの場として高血圧・脳卒中予防講座と糖尿病予防講座を開催する。
 - ・対象者は前年度の特定健診結果より抽出する。令和5年度より希望する一般参加者が参加できるようになっている。
 - ・教室は、病態、栄養、運動3つの内容を盛り込み、医師、管理栄養士、健康運動指導士からの講義とする。
 - ・令和3年度に策定した第2次益田市健康増進計画の行動目標に生活習慣病及び重症化予防を掲げており、連動した取組になっている。

関係者の役割・体制

- 保険課
 - ・全体の企画設計・管理
- 健康増進課
 - ・事業の企画・実施
- 医師会
 - ・講師協力、事業への助言

成果

（アウトプット評価）

高血圧・脳卒中予防/
糖尿病予防講座
○参加率
基準値（H28年度）
21.5%/25.0%
目標値：増加実績値
（R3年度）
8.3%/12.2

（アウトカム評価）

・生活習慣病対象者の減少
H28：46.1%
→R3:49.6%

・高血圧（140/90mmHg）の者の減少
H28:26.8
→R3:30.5%

・HbA1c6.5以上の者の減少
H28:9.6%
→R3：10.9%

島根県雲南市

人口	36,329人	国保被保険者数	6,993人	国保事業主管課	保健医療介護連携室
専任職員数 (事務職)	0人	専任職員数 (専門職)	2人	特定健診実施率・特定保健 指導終了率（令和3年度）	37.2% / 51.2%

健康な75歳を目指して「きらり☆エイジング75教室」

本取組のポイント

- ・自ら健康管理に取り組みめるよう、運動、口腔保健、栄養の知識と方法を習得する「きらり☆エイジング75教室」を開催。
- ・市内運動施設との連携を図ることで、参加者が教室終了後も継続した健康づくりに取り組みめるように工夫。

取組経緯

経緯

- 高血圧症、脳血管疾患による一人当たり医療費が高いこと、一部の地域で塩分摂取が多いこと、自死が多いこと等が課題。
- 従前より、被保険者が自身で健康づくりができるようになることを目指し、健康教室を開催。

課題

- 脳卒中対策と自死（抑うつ）対策の強化のために、**高血圧予防、食塩・アルコールの減少、ゆるいつながり等の啓発が必要。**

対策の方向性

- 75歳未満の被保険者が**運動、口腔、栄養等の健康づくりの知識と方法を学び、定着を図ることを目指し**、健康教室を継続開催。
- 前期高齢者をメインターゲットとした介護予防を目的とするものに内容を改めるため、令和元年に**教室の名称を「きらり☆エイジング75教室」に、財源を国保保健事業に変更。**

取組内容

実施内容

- 教室は平日に**全4回を1クール**、15人を上限として、2会場で実施。

第1回 ● 開講式・運動機能測定

第2回 ● 口腔内セルフチェック
● 目標設定・手軽な体操

第3回 ● 栄養バランスと適正量
● 生活活動を増やすコツ

第4回 ● 閉講式（再開教室）
● これまでの振り返り

出典：雲南市提供資料
より事務局作成

- 参加勧奨に当たっては、**集団特定健診の受診者のうち前期高齢者に個別に通知している他、集団特定健診の会場での声掛けを行っている。**

関係者の役割・体制

- 雲南市・・・よした福祉会に事業委託し、事業全体のマネジメントを行う。参加勧奨はがきの送付や教室の人員体制確保は市で行う。
- 社会福祉法人「よした福祉会」・・・教室の内容の企画から、教室当日の運動指導士による体操の指導、栄養・運動・口腔保健の指導まで、教室開催の支援を行う。
- 市内運動施設・・・市から運動施設の講師を依頼している。また、**教室参加後の自身での健康管理を促進するために、教室の中で運動施設のパンフレットを配布している。**

成果

- 令和4年度には、3,633人の事業対象者のうち、**550人に個別通知による参加勧奨を行った。**
- また、実際に**19人が教室に参加し、そのうち13人が全ての回に参加した。**

【集団教室の受診勧奨通知】

雲南市より、健康教室のお知らせ

これからも
あなたがきらり☆と輝けるように
あなたは雲南市が提供する健康教室
「きらり☆エイジング75教室」の対象です
きらり☆エイジング75教室とは？

★特定健診結果の要になる数値を改善し、生活習慣病の予防方法を見つけるための教室です。専門職が一人ひとりに合った健康づくりをサポートします。
★参加をご希望の方は、下記までに下記へお申し込みください。※※※切：9月16日（金）

会場	三万屋交流センター	
参加費	1回100円	
時間	13:30～16:00	
日にち	初回	10月7日
	2回目	10月14日
	3回目	10月21日
	最終回	令和5年1月27日

申込・問合せ先：雲南市保健医療介護連携室
TEL:0854-40-1095

大分県豊後高田市

人口（令和4年）	22,270人	国保被保険者数	5,207人	国保事業主管課	保険年金課
専任職員数（事務職）	6人	専任職員数（専門職）	2人 （保健師；健康推進課と兼務）	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和3年度）	43.7% / 68.5%

県のデータ分析事業への参画を通じて強化された庁内連携体制

本取組のポイント

- ・庁内連携会議を通して連携の土台ができ、他の案件についても連携がうまく取れるようになった。
- ・データヘルス推進事業で構築された庁内連携体制は、各種事業推進や計画策定で活用されている。

取組経緯

経緯

○平成31年度、県の保健所より、**男女ともに前年度より健康寿命が低下している**と報告を受けた。保健師以外の他課の職員とも情報共有し、どのような疾病から要介護状態に移行しているかを分析することが必要と考え、**県のデータヘルス推進事業に参画し、KDBデータを用いて様々な分析を実施することとなった。**

課題

○国保被保険者に対するハイリスクアプローチだけでなく、**市全体での効果的な生活習慣病予防の実践のために、係を超えた情報共有、事業企画、事業遂行が必要。**

対策の方向性

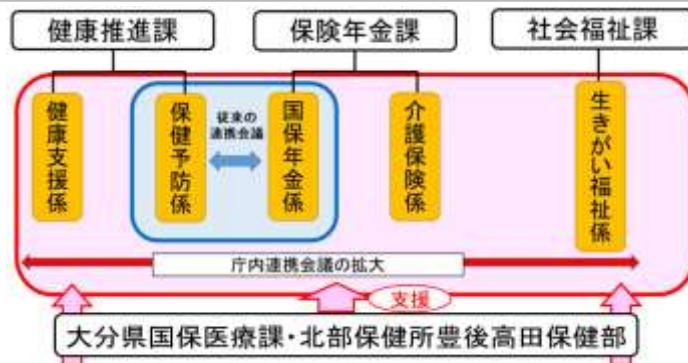
○従来の連携会議の構成係に加え、一般衛生を所管する健康推進課健康支援係、介護保険を所管する保険年金課介護保険係、高齢者福祉を所管する社会福祉課を含めた**庁内連携会議を設置した。**

取組内容

実施内容

○**庁内連携会議を1か月に1回程度開催し、**保険年金課が中心となって実施したデータ分析の結果を踏まえ、**ライフステージの各期について、健康づくり、早期発見、早期治療、重症化予防の視点から各課の事業を整理した。**

関係者の役割・体制



出典：豊後高田市提供資料より事務局作成

第2期データヘルス計画中間評価見直し時の体制

- 保険年金課・・・KDBデータの分析により、65-74歳の介護保険被保険者について、要介護状態にある者の原因疾患を特定。
- 健康推進課・・・保険年金課の分析を基に、個人単位のKDBデータから過去の医療費や介護給付状況を確認。
- 社会福祉課・・・高齢者福祉に係る課題や既存事業の共有。
- 大分県国保医療課・・・分析結果の共有や分析方針の議論を行うための、豊後高田市・大分県北部保健所豊後高田保健部・学識経験者・大分県国保連合会を含む会議を開催。
- 大分県北部保健所豊後高田保健部・学識経験者・・・分析に関する総合的なアドバイスを提供。

成果

○データ分析の結果を第2期データヘルス計画の中間評価に活用した他、中間評価後の**事業の見直しにつながった。**

○庁内連携会議を通して協議をしてきたことで、**連携の土台ができ、その後、他の案件についても連携がうまく取れるようになった。**

○現在は**2、3か月に1回の頻度で庁内連携会議を開催し、様々な事業の実施や計画策定において、各課各係と連携している。**

大分県豊後高田市

人口（令和4年）	22,270人	国保被保険者数	5,207人	国保事業主管課	保険年金課
専任職員数 （事務職）	6人	専任職員数 （専門職）	2人 （保健師；健康推進課と兼務）	特定健診実施率・特定保健 指導終了率（令和3年度）	43.7% / 68.5%

かかりつけ医と連携した通院中の患者等に対する糖尿病性腎症重症化予防事業

本取組のポイント

- ・かかりつけ医と連携し、通院中の患者に対しても栄養・運動指導を行っている。
- ・個別指導と集団教室を組み合わせた糖尿病性腎症重症化予防事業を展開している。

取組経緯

経緯

- 第2期データヘルス計画策定時より、糖尿病性腎症重症化予防事業を最重点事業として取り組んできた。
- 平成30年度の健診結果の分析を踏まえ、**モデル事業として一部の地区で展開。令和2年度より全市を対象に拡大。**

課題

- 令和4年度のデータより、高血糖の受診勧奨域の者の割合は増加しているが未治療者は減少していた。一方で、糖尿病性腎症の患者数増加、人工透析者数の増加が確認されたため、**糖尿病を重症化させない対策が課題と認識。**

対策の方向性

- 対象者に寄り添う**栄養・運動指導**をかかりつけ医との連携を図りながら進めていくことを目指し、取組を実施。

取組内容

実施内容

- 個別指導**
健診受診者かつ糖尿病性腎症及び疑いで通院する患者に対し、糖尿病連携手帳等を用いたかかりつけ医との連携の下、保健師・管理栄養士が生活・栄養指導を実施。
- 集団教室**
健診受診者のうち、糖尿病性腎症及び疑いで通院する患者や高リスク者に対し、健康状態の確認や講話、評価検査等を含む月2回計12回コースの教室を開催。
- 集団教室（OB会）**
前年度及び一昨年度の教室参加者に対し、継続的に健康状態の確認と運動指導を実施。

かかりつけ医との連携内容等

- 5月から、市医師会へ協力依頼
- 協力依頼時に伝える内容**
 - ・市の健康課題や事業内容について説明、説明資料配布
 - ・糖尿病連携手帳に栄養指導の方法の記載を依頼
 - ・集団教室での講演依頼
- 事業の中での連携**
 - ・対象者が持参する**糖尿病連携手帳**を介して、**指導状況や対象者の症状等について情報を共有**
 - ・**糖尿病専門医**へは、保健所主催の検討会へ参加してもらい、**個別指導や個別のケースに対する評価への助言**を依頼
- 事業後**
 - ・結果をフィードバック
- 【**連携のポイント**】
 - ・本事業だけでなく、国保の保健事業について、三師会と議論する場がある
 - ・市の担当者が毎月医師会の理事会へ参加している

成果（令和3年度）

- 個別指導**
保健指導介入率は75%。
- 集団教室**
教室継続参加率は76%、途中離脱者については、毎年の健診時に、生活状況の聞き取り及び保健指導を実施。参加者の71%に、尿中アルブミン値の維持・改善が認められた。
初回と最終回で実施した生活習慣問診票の結果から、**減塩を意識する者は46%から92%へ、定期的な運動をする者は38%から62%へ増加しており、他に毎日間食する者の減少等が確認された。**

～参加者の声～

- ・運動の必要性やトレーニングの方法がわかった
- ・なによりみんなに会うのが、楽しかった。



＜参考＞ 集団教室の対象者に送付するチラシ

R4年度豊後高田市糖尿病性腎症重症化予防教室 日程表

回数	日にち	曜日	カリキュラム	内容	スタッフ
準備	8月25日 9時30分～ 16時	木	事前準備会	生活習慣問診票ほか、参加同意書の記入 尿検査容器・歩数計配布	●市保健師、 管理栄養士、看護師
1	9月1日 9時30分～ 高田庁舎	木	開講式 講話 (運動について) 測定・検査	説明・健康チェック 身体・体力測定 尿検査(アルブミン・塩分摂取量)歩数チェックほか	●健康運動指導士 (別府大学)
2	9月15日 10時～ 高田庁舎	木	健康チェック 運動教室	ストレッチ、有酸素運動、 筋力トレーニングほか	●健康運動指導士
3	9月22日 13時30分～ 高田庁舎	木	糖尿病・糖尿病性 腎症について	医師講話 「糖尿病・糖尿病性腎症とは」(仮)	●糖尿病専門医 (豊後高田市医師会)
4	10月6日 10時～ 高田庁舎	木	栄養教室① 口腔ケア教室	口腔ケアのポイント 適塩・適糖のポイント①	●市管理栄養士 ●歯科衛生士 (社会福祉協議会)
5	10月13日 13時30分～ 高田庁舎	木	健康チェック 運動教室	ストレッチ、有酸素運動、 筋力トレーニングほか	●健康運動指導士
6	10月20日 10時～ 高田庁舎	木	健康チェック 運動教室	ストレッチ、有酸素運動、 筋力トレーニングほか	●健康運動指導士
7	10月27日 9時30分～ 16時	木	栄養教室②	適塩・適糖のポイント② 手作りお弁当の配付	●市管理栄養士 ●市食生活改善推進 協議会
8	11月10日 13時30分～ 高田庁舎	木	薬について	正しい薬の飲み方 かかりつけ薬局について 腎臓を守るお薬について	●薬剤師 (豊後高田市薬剤師 会)
9	11月17日 10時～ 高田庁舎	木	健康チェック 運動教室	ストレッチ、有酸素運動、 筋力トレーニングほか	●健康運動指導士
10	12月1日 10時～ 高田庁舎	木	健康チェック 運動教室	ストレッチ、有酸素運動、 筋力トレーニングほか 尿検査容器配付	●健康運動指導士
11	12月8日 13時30分～ 高田庁舎	木	健康チェック 測定・検査	説明・健康チェック 身体・体力測定 尿検査(アルブミン・塩分摂取量)歩数チェックほか	●健康運動指導士
12	1月19日 9時30分～ 高田庁舎	木	開講式 結果報告会	生活習慣改善状況など アンケート実施	●健康運動指導士

※ 市保健師・管理栄養士・看護師が従事します。

みんな de

HM 教室

health maintenance (ヘルス メンテナンス)

**あなたの健康維持を
「専門家」が無料でサポート**

先着順!

～昨年度の参加者の声～

- ・なかなか続かない運動も意識するようになった。
- ・運動の必要性やトレーニングの方法がわかった
- ・高血圧や糖尿病の具体的な予防方法について学ぶことが出来てよかった
- ・12回は大変と思ったが、毎回内容が充実していて、あっという間だった。
- ・なによりみんなに会うのが、楽しかった。

日程：令和4年9月～令和5年1月（裏面をご覧ください）
 場所：高田庁舎（コスモスホール）・健康交流センター花いろ
 定員：先着 20名（定員に達し次第締め切ります。）

このチャンス逃しちゃもったいない!

- ① ここでしか聴けない・体験できない専門の講師陣!
- ② 受講前後の検査費用も無料!
- ③ 「みんなde」すると楽しい全12回の健康教室!

豊後高田市 健康推進課 ☎22-3100 (代) 今すぐお申込みを!

出典：豊後高田市提供資料