

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：詳細版)

令和5年3月

目次

(都道府県の実施事例)

【山形県】	2
【富山県】	2
【大阪府】	2
【熊本県】	2
【宮崎県】	2

(市町村国保の実施事例)

【山形県鶴岡市】	2
【宮城県角田市】	2
【宮城県登米市】	2
【埼玉県さいたま市】	2
【福井県美浜町】	2
【岡山県倉敷市】	2
【島根県益田市】	2
【島根県雲南市】	2
【大分県豊後高田市】	2

本資料内で用いる略称

正式名称	略称
国民健康保険	国保
後期高齢者医療広域連合	広域連合
健康保険組合	健保組合
全国健康保険協会	協会けんぽ
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

(都道府県の取組事例)

都道府県 (県内市町村数)	掲載	事例集の掲載内容
山形県 (35 市町村)	P. 2	・ 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
富山県 (15 市町村)	P. 9	・ 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
大阪府 (43 市町村)	P. 14	・ 多彩なメニューによる市町村支援
熊本県 (43 市町村)	P. 21	・ 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
宮崎県 (26 市町村)	P. 26	・ 市町村の自走を目指す県の支援 ～データ活用事業・データヘルス計画策定支援～

【山形県】

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

自治体概要（令和 2 年度時点）

市町村数：35／人口：1,060,235 人

国保被保険者数：216,442 人

高齢化率（70 歳以上の率）：25.8%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和 4 年度時点）

事務職：0 人

専門職：0 人

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リスト提供

① 背景

山形県は、平成 28 年度に策定した「山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム」（以下「県プログラム」という。）に基づき、保険者と医療機関が連携し、糖尿病及び慢性腎臓病の重症化のリスクの高い者に対し、適切な治療につなげるための受診勧奨・保健指導を行うことにより、人工透析への移行を防止し、又は遅らせることを目的とし、各市町村の保健事業に対する支援を行っている。そのような中、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。そこで、市町村ごとに対象者を抽出するのではなく、県が KDB データを基に、統一の基準で一括して対象者を抽出し、そのリストを市町村ごとに提供することを計画した。

② 実施内容

平成 30 年度より、山形県国保連合会が、KDB 外付けシステムデータから、保健指導判定値や県プログラムの基準に該当する前年度及び当該年度の健診での糖尿病・腎リスク保有者一覧や糖尿病患者一覧をリスト化し、受診勧奨者の検討、介入後の評価に役立つよう市町村に情報提供した。

また、過去 5 年間の糖尿病患者一覧化に加え、令和 2 年度から介入優先度の高い糖尿病治療中断者候補一覧もリスト化し、市町村に提供した。

さらに、特定健診データ等からは、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、各市町村へ提供している。具体的には、日本慢性疾患重症化予防学会（JMAP）の「疾患管理テンプレート」の原理を応用し、eGFR の集計・回帰直線分析を行い、特定健診結果の eGFR 値が 5 年以内に 10 ml/分/1.73 m²に達する恐れがある者を抽出している。

上記の取組の他、糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防事業の評価を目的として、令和元年度からは、脳血管疾患、虚血性心疾患の新規発症者と人工透析の新規導入者のリストを市町村ごとに毎月作成し、提供している。加えて、令和 3 年度から慢性腎臓病の新規発症者のリストを提供し、令和 4 年度からは過去 3 年間の新規発症者数の推移をまとめた年次集計の経年グラフを提供している。年次集計の経年グラフは、自保険者と二次医療圏合計や県計との比較が可能となっており、リスト化された被保険者の背景等を確認し、今後の事業に生かせるものとなっている。なお、各

市町村の事業実施に当たっては、KDB システムで最新の状況（被保険者の医療機関受診状況や健診結果等）を確認した上で進めている。

また、上記のリストを配付するとともに、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している。

<図表 1 各リストの抽出基準及び市町村での活用例>

リスト	抽出基準	市町村での活用例
前年度・当該年度健診での糖尿病・腎リスク保有者	前年度健診、当該年度健診で以下に該当する場合 ①「空腹時血糖 ≥ 100 」又は「HbA1c ≥ 5.6 」又は「尿蛋白 $\geq (+)$ 」又は「eGFR < 60 」 ②①の中で県プログラム基準該当者	受診勧奨対象者の選定や介入後の評価に活用 (勧奨は通知発送や電話、訪問などにより実施)
①糖尿病患者 ②糖尿病治療中断者候補	①過去 5 年間のレセプトに糖尿病病名を持つ者 ②①の中で過去 5 年間に治療歴があり、直近 6 か月のレセプトに糖尿病病名及び糖尿病治療薬なしの者	
人工透析に移行するリスクが高い者	平成 30 年度から令和 3 年度までの 4 年間の特定健診で eGFR の結果が 3 年分以上ある被保険者を対象に、eGFR の結果から 5 年以内に人工透析導入の可能性のある者	各疾病及び人工透析の発症・導入状況について、各市町村と県全体の状況を比較できるようグラフ化したもの等を利用して、重症化予防事業の立案・評価に活用
脳血管疾患新規発症者	疾病ごとに前月以前と当月のレセプト傷病名（人工透析は適用コード）を比較し、当月から傷病名（透析実施）の記載がある被保険者（保険者異動疑いの判別あり）	
虚血性心疾患新規発症者		
慢性腎臓病新規発症者		
人工透析新規導入者		

出典：山形県提供資料より事務局作成

③ 実施体制

対象者リストの作成・提供は、市町村からの要望も踏まえ、国保連合会と連携しながら行っている。具体的には、県が事業の企画や管理、関係機関との連絡調整を実施し、KDB システムを用いたリストの作成や市町村向けの研修会等は国保連合会に依頼している。国保連合会とは、年度の初めと終わりに打合せを行っている他、年度途中も随時相談をできる関係にある。

また、リスト作成時の該当者の抽出基準の設定や提供内容について、県医師会や山形県糖尿病対策推進会議の助言を受けている。

<図表2 関係機関との連携体制>

機関	役割
山形県健康福祉部 がん対策・健康長寿日本一推進課	<ul style="list-style-type: none"> 事業の企画立案 市町村との連絡調整 関係機関との連絡調整（国保連合会や医師会等）
山形県国保連合会	<ul style="list-style-type: none"> KDB 外付けシステムデータを用いた該当者の抽出・リスト作成、リスト配付 市町村向けのリストの活用方法に関する研修会の開催
県医師会 山形県糖尿病対策推進会議	<ul style="list-style-type: none"> データ抽出基準や提供内容に関する助言

出典：山形県提供資料より事務局作成

④ 結果

市町村のリストの活用状況については、毎年度県から照会を行い、メールで市町村から報告を受けている。

前年度・当該年度健診での糖尿病・腎リスク保有者のリストや糖尿病患者のリスト、糖尿病治療中断者候補のリストは、対象者の状況把握や受診勧奨者選定の際に参考にされている。その他、重症化予防事業（教室も含め）の対象者選定や、未受診者の医療機関受診状況の確認のために活用されている。糖尿病治療中断者候補のリストは、令和3年度には、21市町村で活用された。

また、人工透析に移行するリスクの高い者のリストは、ほとんどの市町村で活用され、早期の医療機関受診へつなげることができた（図表3）。

<図表3 糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防の受診勧奨通知の様式>

出典：山形県提供資料

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年度には、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。具体的には、各疾病及び人工透析の発症・導入状況を把握し、重症化予防事業の立案・評価に活用してもらっている。

一方、毎年度の市町村からの報告の中では、リストの改善の要望等も寄せられている。例えば、リスト内の優先順位付けの方法の変更を求める意見や、被保険者の異動に伴うデータの更新に関する要望等があり、国保連合会と相談の上、適宜対応している。

2. 様式の共通化によるデータヘルス計画の標準化

① 背景

令和2年度から保険者努力支援制度が拡充され、支援財源やメニューが拡大したことから、都道府県国保ヘルスアップ支援事業を通じた補助を受けながらデータヘルス計画の標準化の取組を実施することとした。具体的には、令和2年度より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、標準化の取組を開始した。

また、令和2年度の庁内の組織改編によって、国保担当課と健康増進担当課が健康福祉部のがん対策・健康長寿日本一推進課として合併したことで、市町村支援に際し、管内の保健所及び国保連合会との連携、協力、情報共有を従前よりも密に行うようになった。

② 実施内容

標準化においては、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を目的としており、東京大学から提供された「データヘルス標準化ツール」及び「保健事業カルテ」を活用している。

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（図表4）。国保連合会が全市町村の情報を入力している。

<図表4 データヘルス標準化ツール>

〇〇市							
●基本情報							
人口	性別	年齢	世帯数				
国勢調査							
国一労働力調査							
労働力人口							
平均年齢							
●地域・団体情報							
自治体	法人番号	法人名称					
自治体							
法人番号							
法人名称							
●7つの分野							
分野	項目	自治体番号					
自治体							
自治体							
●特定分野・特定事業情報							
特定分野	項目	実施内容	実施年度				
特定分野							
特定分野							
特定分野							
●特定分野・特定事業情報							
特定分野	項目	2018 (H30)	2019 (H31)	2020 (H32)	2021 (H33)	2022 (H34)	2023 (H35)
特定分野							
特定分野							
特定分野							
特定分野							

図表10

第2期データヘルス計画

実施年度	実施主体	実施内容	実施方法	実施期間	目標値						
					2018 (H30)	2019 (H31)	2020 (H32)	2021 (H33)	2022 (H34)	2023 (H35)	
A											
B											
C											
D											

項目	実施年度	実施内容	実施方法	実施期間	実施主体
1	特定分野				
2	特定分野				
3					
4					
5					
6					
7					
8					

図表11

第2期データヘルス計画

〇〇市		〇〇市		〇〇市		目標値					
実施年度	実施主体	実施内容	実施方法	実施期間	実施主体	2018	2019	2020	2021	2022	2023
2018											
2019											
2020											
2021											
2022											
2023											

出典：山形県提供資料

保健事業カルテは、各市町村が、それぞれの個別の保健事業の詳細な情報を入力している（図表5）。令和3、4年度は、特定健診事業のための施策について記載している。各市町村が作成したカルテについては、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（保健事業支援・評価委員会、保健所）からアドバイスを受ける。

<図表5 保健事業カルテ>

出典：山形県提供資料

③ 実施体制

上記の事業の実施体制は以下のとおり（図表6）。

<図表6 関係機関との連携体制>

担当	役割分担
山形県健康福祉部 がん対策・健康長寿日本一推進課	<ul style="list-style-type: none"> 標準化の取組全体の企画・管理 関係機関との連絡調整
山形県国保連合会	<ul style="list-style-type: none"> 市町村のデータヘルス標準化ツールへの情報入力支援 共通評価指標の設定に際し、都道府県に対して、KDB データとの整合性等、専門的な知見に基づいた助言
保健事業支援・評価委員会 管内保健所	<ul style="list-style-type: none"> 保健所が開催する健康増進事業評価検討会において、保健事業カルテを基に、市町村に対して助言

出典：山形県提供資料より事務局作成

④ 結果

データヘルス標準化ツールを用いて全市町村の保健事業のうち重症化予防事業の詳細について整理した結果、各市町村の取組における現場での工夫点等、保健事業に関する知見を抽出・共有することができた。

保健事業カルテについては、第三者からの助言を加えて全市町村へフィードバックすることで、これまでの取組の振り返りと改善に役立てることができた。また、優れた取組を他の市町村と情報共有することができ、市町村間の取組の質の格差が縮小された他、既存の取組が可視化され業務の引継ぎで役立った等の市町村の声があった。

3. 今後の方針

今後も上記の取組を継続していくが、第3期データヘルス計画の策定に向けて、以下の取組を実施する予定である。

まず、県の共通評価指標を設定し、市町村の計画策定を支援していく予定である。

また、第3期計画を策定する際の参考情報として、国保連合会が、県の共通指標も含め、KDB システム等から計画策定に利用可能なデータセット（基本情報、健診、医療、介護等のグラフも含むデータ）を作成し、各市町村へ提供する予定である。その際には、事前に県が設定した共通評価指標の値を市町村ごとに抽出し、資料に掲載する。

その他、国保連合会と協働し、第3期データヘルス計画策定に向けた研修会等を開催する予定である。

【富山県】

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

自治体概要（令和4年時点）

市町村数：15／人口：1,016,323人

国保被保険者数：174,406人

高齢化率：32.6%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和4年度時点）

事務職：0人

専門職：3人（保健師正規職員2、会計年度任用職員1）

1. 現場の負担軽減を目指した市町村支援の取組

① 背景

富山県は市町村数が15と全国で1番少なく、また、市町村ごとに規模、体制、マンパワー等には違いがある。特に小規模自治体では専門職種が少ない上、国保部局内での配置は固定されず、多くは衛生部局の保健師・管理栄養士が兼務している。そうした場合、専門職が国保の保健事業に割ける時間が限られる。県としては、市町村の限られた人材の中で、業務をより効果的・効率的に行う仕組みづくり等、後方支援を行うことが重要であると考えている。

② 支援に際しての考え方

保健事業に対する意識や取組の度合いは、市町村ごとに異なっている。事業実施の経緯やそもそもの健康課題の捉え方は様々であり、どこに焦点を合わせて支援をするかは難しい。

国保の保健事業は、基本的には、市町村に主体性を持って取り組んでいただいております。後方支援の方法等を整理しつつ、持続可能な自走化を見据えた支援を意識し、市町村のニーズも拾いながら現在様々な事業を実施している。

③ これまでの支援体制

人材育成や体制整備を含めて市町村支援を進めるに当たっては、厚生センター（県型保健所）、国保連合会、大学、民間事業者等と以下のように連携しながら実施している（図表1）。

県は、市町村単位より広域で取り組んだ方が良く、県で実施することが効率的な事業、医師会等関係団体への理解・協力依頼等を行っている。厚生センター（県型保健所）は市町村の身近な相談機関として、管内の実態把握、多職種からの技術的助言支援、人材育成、市町村間での情報共有の場の設定等を担っている。これまでも、事業実施、事業評価等の相談をはじめ、医師会等との連携、健診・保健指導の実施率・質の向上、データヘルス計画等の各種計画策定支援に関して、関わってもらってきた経緯がある。新型コロナの影響で、以前に比べて対面での情報共有が難しくなり、情報交換の機会が激減した。そのため、県が把握する市町村の取組状況やデータ等について、県から意識的に共有を図っている。

<図表1 県と共に市町村国保を支援する機関>

実施機関	役割・実施内容
厚生センター (県型保健所)	<ul style="list-style-type: none"> 管内の実態把握、多職種からの技術的助言支援 二次医療圏単位での医師会等の関係団体と連携支援、市町村間での情報共有等の機会の設定 特に小規模な町村に対する事業実施、事業評価等の各種相談支援、人材育成 健診・保健指導の実施率・質の向上、データヘルス計画等の各種計画策定支援
国保連合会	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診・特定保健指導に関する事業（費用の支払事務・データ管理等含む）及び市町村が行う保健事業への支援 KDB システム等各種システムの運用・保守管理等を通じた保険者の支援
大学	<ul style="list-style-type: none"> データ分析をはじめ、地元大学が県事業において、専門的な立場からアドバイザーとして関与
民間事業者	<ul style="list-style-type: none"> 民間業者の知見やノウハウ等を活かした事業実施

出典：富山県提供資料より事務局作成

④ 今後の市町村支援の方向性

これまで富山県で実施してきた、特定健診・特定保健指導実施率向上支援、保健指導実施者の人材育成・スキルアップ研修会、各市町村の取組の共有・横展開等の支援の他、現在、富山県では、KDB システム等で保有する健診・医療・介護等データを利活用し、市町村・県の健康課題の見える化、保健事業対象者抽出・管理・事業評価やデータ分析等のためのシステム導入の準備を進めている。県・市町村間で共通のデータ出力が可能なツールとして、既存の KDB システムと併せて活用するとともに、直営で対象者抽出等を実施している市町村の専門職が、保健指導に力を注いでいただけるよう、事業を進めている（システムは令和5年度の本格運用を予定）。

今後は、県下統一的に実施することが効果的・効率的である事業の整理や県全体での保健事業・保健指導のレベルアップのために県で支援が必要な仕組み・体制構築の検討等、保健事業の標準化を見据えた取組を進めていきたい。

2. データヘルス計画標準化に向けた取組

① 背景

保険料水準の統一に向けた検討を進めるに当たっては、保健事業の標準化についても議論していく必要があるために、県と市町村との会議（図表2）を設置し、協議を進めている。

令和4年度からは、各市町村の保健事業の現状把握と標準化に向けた課題整理を行うため、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。）を新たに設置することとなった。保険料水準の統一に向けての保健事業の考え方として、各市町村の取組は地域の健康課題等に応じたものであるとともに、県全体の保健事業の質向上と

市町村業務が効率化に資するための方向性について、共通認識を持ちながら検討していくこととし、その具体的な取組方針の1つとして、データヘルス計画の標準化を進めることになった。

<図表2 県と市町村との会議 概要図>



出典：富山県提供資料より事務局作成

② 実施内容

【保健事業専門チームの構成員・開催頻度】

保健事業専門チームの担当部署は各市町村の国保担当部局になるが、実際の保健指導や事業を実施する衛生部局の保健師・管理栄養士の専門職と国保の事務担当者と2人ペアとなり、全15市町村が参加している。年度内に3回開催しており、令和5年度以降も数年継続していくことを検討している。

【県でのデータヘルス計画標準化の考え方、進め方】

県では、「データヘルス計画の標準化」をデータヘルス計画の仕様と考え方の統一と考えている。このため、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共通の評価指標の設定に取り組んでいる。市町村のデータヘルス計画の雛形の提示も予定しているが、その型に揃えるよりは、大まかな考え方や同じ目線で評価できるように共通の評価指標を設定する方向で進めている。

【具体的な進め方】

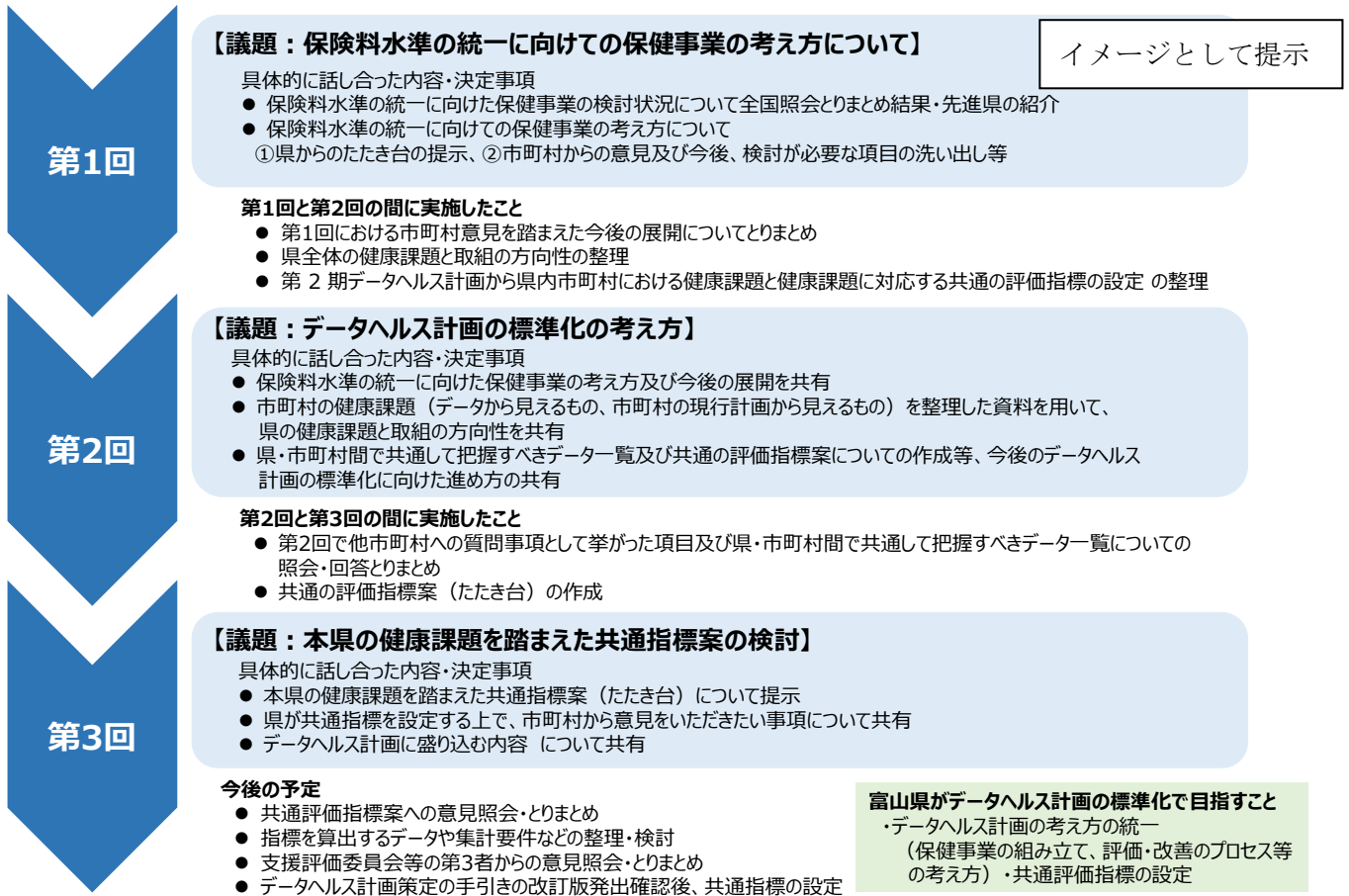
県厚生企画課の保健師が中心になり、保健事業専門チームでの議論等を踏まえ市町村と連携しながら、市町村の意見を吸い上げる形で取組を進めている。

市町村からの意見の吸い上げは、①保健事業専門チームの場等でたたき台を提示、②県として確認したい事項やその場で出た意見・質問を踏まえ、後日市町村に共有し意見を求め、③そのフィードバックを次回の専門チームで再度協議する方法をとる。

【これまでの取組】

市町村にデータヘルス計画の標準化を進めてもらう前提で、県としての健康課題の設定・課題解決のための保健事業計画の策定を切り口として、各市町村の健康課題（データから見えるもの、市町村の計画から見えるもの）を整理して資料を作成した。各市町村の健康課題を整理したことで、全市町村（県）の大きな方向性が見えてきた。実際の動きを図表3で示す。

<図表3 令和4年度 保健事業の在り方について検討するワーキング>



※ データヘルス計画標準化の取組を中心に整理

出典：富山県提供資料より事務局作成

今後は、県としての健康課題、取組の方向性を共有し、県の医療費適正化計画や健康増進計画の評価指標を活用することで施策の連携が進みやすいというアドバイス、先行する都道府県等の共通評価指標を参考にしながら考えていく。東京大学のリーダーシップ・プログラム事業にも参加し、先行する都県の取組も参考にしながら、地元の富山県立大学や国保連合会の保健事業支援・評価委員会の場を活用し、各方面の専門家の助言も受けている。

(標準化の取組に向けて整理できた主な事項)

- 市町村の第2期データヘルス計画を整理したところ、富山県はメタボ該当者・予備群の割合が全国的にも高く、市町村課題として設定しているところが多いことが分かった。
- 県では脳血管疾患の医療費が高いので、医療費抑制のために生活習慣病対策を課題設定する市町村が多い印象がある。
- 資料の作成を通じて、課題の取上げ方は市町村によって差はあるが、根本的にメタボと生活習慣病重症化予防が大きな方向性だという整理になった。

(共通評価指標の設定に向けて)

- 今後共通指標を考えていく資料として、県としての健康課題、取組の方向性等を共有し、県の計画や先行する都県にて設定されている指標、県内市町村の第2期データヘルス計画にて設定されている指標をベースにたたき台を作成し提示した。今後は、方向性と案を具体的に示して意見をもらう流れにしないと、中々進んでいかないと感じている。共通指標の整理は大きな課題である。
- 評価指標のたたき台としては、健康増進計画や医療費適正化計画等の既存計画で目標設定されているものが中心となる。今後は、県の国保の課題をどのように組み込んでいくのか検討をしていくことになる。

3. 今後の方針（第3期データヘルス計画の策定に向けて）

各市町村国保が策定する第3期のデータヘルス計画に向け、国の手引きを踏まえながら、県全体での共通指標の設定等、県としての考え方を取りまとめ、市町村と共有する予定である。

特に、富山県では令和4年度から東京大学のリーダーシップ・プログラム事業に2市町村が参加しており、東京大学でモデル作成された標準化ツールを使い、第2期計画の整理をしてもらったが、他の市町村に共有する機会を作り、令和5年度の計画策定につなげていく予定である。令和5年度もリーダーシップ・プログラム事業は継続予定であり、共通の評価指標設定の考え方の共有や計画策定支援に向けた研修等の全体的な支援は当該事業を使いつつ、個別での市町村フォローに関しては、必要に応じて保健所等の力も借りながら行っていく予定である。

また、保険料水準の統一に向けての保健事業の標準化に関しては、各市町村の実情や医師会との連携・協議を踏まえて実施する事業は、市町村の裁量で実施することを前提とした上で、県下統一的に実施することが効果的な事業についての検討や、好事例を共有、横展開していくことも想定している。また、事業や保健指導の質について、一定程度を担保できるよう、県で支援が必要な仕組み・体制（共同事業、人材育成等）の検討も必要と考えている。県は標準化の整理を進めるために、市町村に対し情報提供しながら、具体的な意見をもらい、次の議論につなげていく方針である。

【大阪府】

多彩なメニューによる市町村支援

自治体概要（令和2年時点）

市町村数：43／人口：8,837,685人

国保被保険者数：1,894,648人

高齢化率：27.6%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和4年度時点）

事務職：6人

専門職：1人（保健師）

1. 市町村支援の背景

大阪府は、平均余命や健康寿命等の健康指標が、全国平均と比して低く、また府内市町村でも格差が見られる。府内全市町村でデータヘルス計画は策定されたが、中間評価未実施の市町村がある等、課題がある。そこで、効果的に市町村格差を解消し、府の被保険者全体の健康の保持増進を図るために、国保ヘルスアップ支援事業等の枠組みを活用し、以下のような市町村支援の取組を実施している（図表1）。

<図表1 令和4年度大阪府国保ヘルスアップ支援事業一覧>

大阪府国保ヘルスアップ支援事業一覧	
R4年度事業	
特定健診受診率向上プロジェクト	対象者の実態や実情に応じた効果的なプロモーションの確立
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	
糖尿病性腎症重症化予防アドバイザー事業	I 受診勧奨事業の充実
糖尿病性腎症重症化予防アドバイザー事業	II 糖尿病性腎症重症化予防事業の質の向上
市町村保健事業への介入支援事業	
保健事業の促進・充実を図るための人材の確保・育成事業	データ分析に必要な基礎的技術を獲得する人材育成講座
国保連と共に行う府域の地域診断	
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進	
特定健診データ等を活用した勧奨モデルの構築事業	

出典：大阪府提供資料

2. 市町村のデータ利活用の支援

① 地域差見える化支援ツール

大阪府が開発した「地域差見える化支援ツール」とは、GIS（地理情報システム）とKDB データを基に、中学校区ごとの健康状況や医療費状況等に応じて各地域が赤や緑で色分けされることで、視覚的・直観的に地域の特徴が把握できるツールである。良好な傾向を緑、その逆を赤で示すもので、例えば、特定健診受診率については、府内平均値より高い地域は緑、低い地域は赤、中間の場合は黄色で表示される。ツールは全市町村に配付しており、ツールを活用し、各市町村が中学校区ごとの状況を容易に把握できることで、きめ細やかな保健事業展開につながられている。

② 市町村セミナー

上記のツールの開発に加え、データ利活用に慣れていない市町村職員を対象として、施策立案におけるデータの利活用に関するセミナーを開催している。具体的には、データヘルスに関する講義や KDB データ・健康スコアリングの使い方の説明、地域差見える化支援ツールを活用するワーク等を取り入れ、1 回当たり 3 時間のセミナーを 3 回コースで実施している（図表 2）。セミナー後、市町村からは、「日常の保健活動におけるデータ活用への意欲が向上した」や「データ分析のやり方がイメージできたことにより、行動に移しやすくなった」等のポジティブな声が多数聞かれた。

<図表 2 令和 4 年度大阪府国保ヘルスアップ支援事業 市町村セミナーの内容>

データを味方にするセミナー ～実践内容や地域の状況を可視化して施策を立案する力を高めよう！～	
回	内容
第 1 回 【講義編】	「企画立案の全体像を理解し、KDB システムの活用法を学ぶ」 <ul style="list-style-type: none"> ● 事業の企画立案、課題に対する施策を立てる考え方 ● KDB システム健康スコアリングレポートの使い方
第 2 回 【演習編】	「地域ごとの課題を把握し、施策を立てる練習をする」 <ul style="list-style-type: none"> ● 現状把握：「地域差見える化支援ツール」を使用して結果から特徴を考察 ● 課題の深掘りと理解：課題整理のためのツールの紹介と演習を通じて、自市町村の弱み・強みを意識し、課題解決に向けたヒントを自ら掘り起こす練習 ● 企画立案に向けた準備：データ分析に必要な Excel 操作スキルの紹介
第 3 回 【総括編】	「2 日間（前 2 回）の成果物を発表し、その先の取り組み方を学ぶ」 <ul style="list-style-type: none"> ● データヘルスの考え方、保健事業の PDCA に関する講義 ● オンラインアプリでのプレゼン方法 ● 発表&講評：受講者の演習成果を発表し、有識者より講評

出典：大阪府提供資料より事務局作成

3. 医師会等との連携による市町村の受診勧奨事業の支援

① 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

「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」は、令和3年度より府医師会への委託で開始した事業であり、2つのモデル市町村において実施している。市町村と地区医師会が連携し、特定健診受診率が下がる傾向にある12月を強化月間として、かかりつけ医からの受診勧奨を行う。

本事業では、受診勧奨で活用できるポスターやリーフレット（図表3、4）を作成し、実際にかかりつけ医から行う受診勧奨に加え、かかりつけ医の意識や実態を把握するためのweb調査を実施した。さらに、web調査において受診勧奨に必要な事項を洗い出すとともに、ワーキングを立ち上げ、より実効性の高い受診勧奨モデルについて検討した。こうした作業を通じて、行政と医師会との間でのやり取りが増え、信頼関係が醸成された。今後は、かかりつけ医からの受診勧奨のガイドの作成を予定している。

こうした取組の結果、モデル市町村では、令和3年度の特定健診受診率が前年度と比べて向上する等、事業の効果が確認されている。

<図表3 受診勧奨用のポスター>



出典：大阪府提供資料

<図表 4 受診勧奨用のリーフレット>



かかりつけ医への web 調査から受診勧奨用リーフレットへ反映したこと

- 診察室で医師の負担にならないよう、時間をかけずにコンパクトに説明できるよう意識した。
- 表面の QR は市町村の web ページに、裏面の Q は府が作成した動画に飛ぶように設定した。

出典：大阪府提供資料

② 糖尿病性腎症重症化予防における地域と医師会との連携強化

糖尿病性腎症重症化予防においても、府医師会と連携し、①と類似の事業を展開している。血糖値が高いが医療機関を受診していない被保険者に対する受診勧奨について、十分に着手できていない市町村を対象に、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。

結果的に、令和 4 年度には、全市町村で受診勧奨事業が開始されるに至った。今後は連携強化による取組の質の向上を目指し、事業評価手法等を検討していきたいと考えている。

③ 特定健診受診率向上のための効果的なプロモーション方法の確立

その他、令和 2 年度から、特定健診受診率を向上させるための効果的なプロモーション方法の検討を行った。具体的には、令和 2 年度は対象者の実態調査と調査結果に基づいてプロモーション方法を立案し、令和 3 年度はプロモーションをモデル的に実施し、令和 4 年度はモデル実施した受診勧奨方法について横展開を図るとともに、市町村が参加するワークショップを開催した。

併せて、府域全体へのプロモーションとして、動画や web バナー広告を活用した受診勧奨を行った。

4. データヘルス計画の標準化と格差縮小に向けた取組

① 地域診断事業における地域診断シートの開発

大阪府では、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格差も見られることから、標準化の視点に立った支援が必要と認識していた。

そこで、令和 4 年度より大阪大学へ委託し、「地域診断事業」を開始した。本事業では、KDB システム等から抽出した様々なデータを入力していくことで、アウトカムベースでの各市町村の特性が把握可能になる「地域診断シート」の作成を目指している。令和 4 年度は、モデル市の協力を得て、当該市の各種データの分析から地域診断シートのプロトタイプを作成した。その後、大阪府（保健所含む）、大阪大学、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、モデル市の地域課題の認識と齟齬がないか、実務においていかに活用できるか、という視点から検証を行い、改善を図った上で、モデル市での地域診断シートを確定させた。

また、全市町村に展開する上で、地域診断シートに共通の評価指標を設定することで、市町村間での比較をやすくするとともに、評価指標の設定に向けて、保健事業の効果を構造的に整理するためのモデルを用いて、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も進めている。評価指標を設定する際には、KDB システムや e-Stat 等の市町村が入手及び加工しやすいデータから把握可能な指標とする他、被用者保険や後期高齢者医療制度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。

完成した全市町村分の地域診断シートをそれぞれの市町村に展開するとともに、考え方や活用方法に関する説明会を開催した。また、令和 5 年度の上半期には、地域診断シートを活用し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を整理し、効果的な保健事業の計画・実施につなげていくことを企図し、保健所管轄単位で市町村のデータヘルス担当者と保健所を交えた検討会を計画している。また、地域診断シートは、市町村が第 3 期データヘルス計画を策定する際にも活用することを想定している。

② 一体的実施の評価指標の検討

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の流れに合わせ、大阪府においても一体的実施に取り組む市町村が増えている中で、特にポピュレーションアプローチ等において事業評価に悩む市町村の状況を把握している。そこで、令和 4 年度に大阪大学と連携し、3 つのモデル市町村において、高齢者の生活や課題の実態についてのアンケート調査を実施し、一体的実施の事業を推進する上で必要となる、高齢者の実態に即した事業評価の在り方の検討を行った。

③ 格差の縮小のための市町村介入支援事業

「市町村介入支援事業」では、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、当該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、市町村の保健事業の支援を行っている。一つの市町村に対して1か月に1回ペースで計4回の検討会を開催し、ヒアリングから始め、健康関連データの見える化や、保健事業の棚卸的整理を行うことで、市町村の地域課題や課題に対する要因を地域ごとに分析し、効果的・効率的な保健事業の展開を検討し、具体的な施策の推進を支援する。支援の対象となった市町村からは、「事業に参画した当初は課題が何かも分かっていなかったが、分析や助言をいただいて具体的な方向性を見出すことができた」、「データや事業評価の深掘りができ、効果的な事業展開に向けて手ごたえを感じた」といった声が聞かれた。

なお、伴走から自立を図るため、前年度に支援した市町村を対象に、当該年度にもフォローアップとして検討会を1回開催している。

毎年度、保険者努力支援制度の得点が変動する中、これまでに、府内43市町村のうち、10市町村に対し、支援を実施している。

5. 保険者協議会の活動の一環としての市町村支援

大阪府は、国保連合会と共に保険者協議会の共同事務局を担い、専門部会である医療費調査部会及び保健活動部会において、市町村支援の取組を進めている。

① 医療費調査部会：生活習慣病等予防・健康寿命延伸を目指した調査分析事業

医療費調査部会において実施した「生活習慣病等予防・健康寿命延伸を目指した調査分析事業」は、KDB システムの健診データやレセプトデータ等を用いて様々なテーマに沿った調査分析を行う事業である。なお、国保連合会からの市町村の KDB データ提供を円滑に進めるために、府は、各市町村との KDB データ提供・共有に関する同意書を締結する等の工夫を行っている。

② 保健活動部会：府内保険者の保健事業の取組事例集の作成

保健活動部会では、部会の中長期の目標を「各保険者が困っていることをサポートできる部会を目指す」としている。令和3年度に部会で実施した研修会のアンケートより、大阪府の保険者に共通する主な課題は「特定健診受診率と特定保健指導実施率の向上」であり、また、保険者には「取組事例の共有をしたい」という共通のニーズがあることが分かった。そこで、令和4年度には保健活動部会の委員の推薦を基に事例集のプロトタイプ（『事例集（mini版）2022』）を作成（図表5）し、それを参考に府内保険者に広く事例提供を呼びかけた。令和5年度には、収集された事例を掲載した事例集を作成し、府内保険者に配付することを予定している。

<図表5 『事例集 (mini 版) 2022』に掲載されている事例>



出典：大阪府提供資料

6. 今後の展望

今後も、大阪府医師会、大阪府国保連合会、大学及び保健所等と引き続き連携を図りながら、上記の市町村支援の取組を継続していく。

中でも、地域診断事業において作成し、全市町村に配付した「地域診断シート」については、令和5年度には活用に向けた検討会を開催し、第2期データヘルス計画の最終評価や第3期データヘルス計画の策定への活用を促していく。

また、令和5年度より実施予定の「健診からの医療アクセススキーム構築事業」では、大学と連携の上、KDB データを活用して、市町村ごとの被保険者の特定健診の値に応じた医療機関への受診状況の分析を行う。その上で、健康状態が悪い被保険者がきちんと医療機関を受診している市町村の取組の特徴を抽出し、他市町村に対し、好事例の横展開を行うことを検討している。

その他、市町村支援のみならず、府民向けの保健事業にも継続的に取り組んでおり、令和3年度には、大阪府が運用するスマートフォンアプリ「おおさか健活マイレージ アスマイル」に3年後の生活習慣病発症確率を予測して示す健康予測 AI 機能を搭載した。さらに令和4年度から5年度にかけては、個人ごとの主体的な健康づくりを勧奨する伴走型支援モデルの構築及び実装を予定している。

【熊本県】

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

自治体概要（令和 2 年時点）

市町村数：45／人口：1,716,917 人
国保被保険者数：406,395 人
高齢化率：30.2%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和 4 年度時点）

事務職：0 人
専門職：1 人（保健師）

1. ツール開発の背景

平成 30 年度に市町村の共同保険者となってから、県が市町村の保健事業の実施状況を把握し、健康・医療情報を分析した上で市町村支援を行うことが重要と考え、取り組んできた。その中で、県全体及び市町村の状況を把握できるデータが少ないこと、市町村で KDB システムの活用状況に差があり、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こと、熊本県国保連合会の保健事業支援・評価委員会において市町村から提出される資料やデータ、評価指標が統一されておらず評価が難しいこと、国や県へ提出する資料が様々で、さらに毎年書式や内容が変更され市町村の事務負担が大きい等の課題が見えてきた。

そこで、活用するデータ、評価指標、書式を統一することで、市町村格差の是正や事務負担の軽減を図ることを目的に、国保連合会と連携し令和 2 年度より標準化の取組を始めた。標準化の取組に当たっては、市町村ではすでに KDB 2 次加工ツールを活用しているところが多いため、そのツールでは自動化が難しい部分の一覧作成や、保健事業支援・評価委員会への提出書類の統一などについて国保連合会と協議し、県健康づくり推進課（保健事業担当）、県国保・高齢者医療課（医療費分析担当）、事業者で連携し、熊本県データヘルス計画評価支援ツール（以下「KDH ツール」という。）・総合評価ツールを開発することとなった。

2. 標準化した指標による市町村格差是正のための支援

① KDH ツール・総合評価ツールの開発

KDH ツールは令和 2 年度に開発し、令和 3 年度は市町村に巡回やオンラインによるヒアリング調査を行い、より活用しやすいものに改修をし、令和 4 年度から 45 の全市町村で活用を開始した。具体的には、市町村が KDB データを取り込むことで、評価指標の数値等を反映した表やグラフを作成し、経年比較などを簡便にでき、市町村の現況を可視化できる。さらに、PDCA サイクルに沿った保健事業標準様式作成などの機能を有しており、事前協議書、国への提出資料や、保健

事業支援・評価委員会に提出する資料で活用が可能である。KDH ツールにはデフォルトで国の評価指標案を基に、県共通の評価指標が入っているが、追加で評価指標を設定できる仕様となっているため、市町村で独自の指標を足すこともできる。

総合評価ツールとは、各市町村の 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、見える化し、県全体の中での各市町村の立ち位置などを把握し他市町村と比較することができるものである（図表 1、2、3）。

令和 4 年度は、全市町村で KDH ツールを利用してもらいデータ提供を受けることができたため、総合評価ツールを使って、県全体の状況を見える化し、俯瞰することができた。今後も市町村へ KDH ツールの継続的な活用を勧奨している。また、保健事業支援・評価委員会への提出書類の簡素化により、全市町村が支援・評価を受けることにつながった。

<図表 1 KDH ツール・総合評価ツールの活用>

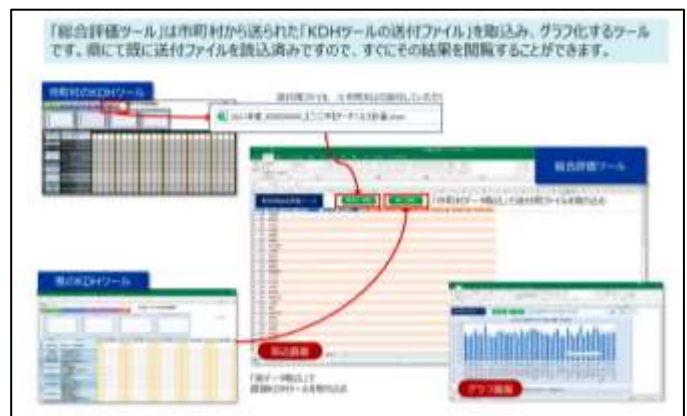
	KDH ツール	総合評価ツール
県用機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 市町村の健康課題や保健事業内容の把握 ● 事前協議書の内容を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ● 各市町村の KDH ツール内のデータを取り込むことで、統一した評価指標ごとに、県全体、圏域別の状況を可視化
市町村用機能	<ul style="list-style-type: none"> ● KDB データを取り込み、評価指標の数値等を反映した表やグラフを作成 ● 市町村の独自指標を追加 ● 保健事業標準様式を活用し、事前協議書を作成 ● 国保ヘルスアップ事業計画状況表への活用 ● 保健事業支援・評価委員会提出資料を作成 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健事業支援・評価委員会提出資料を作成 ● 県全体の中での立ち位置順位の確認 ● 他市町村との比較 ● 総合評価ツールで作成したグラフや図を活用し、運営協議会等会議資料を作成

出典：熊本県提供資料より事務局作成

<図表 2 KDH ツールのコンセプト>



<図表 3 『総合評価ツール概要』>



出典：熊本県提供資料

② 評価指標の標準化及び総合評価ツールの活用による市町村の課題にあった支援

熊本県では、標準化の定義を「各市町村のオリジナリティは大切にしつつ、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の標準化を図ること」としている。令和2年度に県（国保・高齢者医療課、健康づくり推進課）と国保連合会は、複数回打合せを行い、国が示した標準評価指標案を基に、県共通の評価指標の設定や、KDBシステムの利活用、KDHツールの利便性などについて検討した（図表4）。

評価指標を標準化することで、県内市町村の状況を見える化して評価し、市町村格差の縮小につなげていきたいと考えている。

<図表4 標準化した評価指標>

(A) 評価項目		(B) 評価指標
成果目標	医療費の伸びの抑制	地域差指数（一人当たり年齢調整後医療費）
中長期目標	入院の伸び率	レセプトに占める入院費用の割合（％）
	1人当たり医療費	1人当たり医療費（医科：入院）（円）
		1人当たり医療費（医科：外来）（円）
		1人当たり医療費（入院＋外来）
	高額なレセプトの状況	30万円以上の入院レセプト割合（％）
	長期入院レセプトの状況	6ヶ月以上入院レセプトの割合（％）
	生活習慣病の医療費	総医療費に占める生活習慣病医療費の割合（％）
		総医療費に占める慢性腎臓病（透有）の割合（％）
		総医療費に占める慢性腎臓病（透無）の割合（％）
		総医療費に占める糖尿病の割合（％）
		総医療費に占める高血圧症の割合（％）
		総医療費に占める脳出血の割合（％）
		総医療費に占める脳梗塞の割合（％）
		総医療費に占める狭心症の割合（％）
		総医療費に占める心筋梗塞の割合（％）
患者の発生状況（重症化した疾患）	新規 脳梗塞患者数（人）	
	新規 脳出血患者数（人）	
	新規 虚血性心疾患患者数（人）	
	新規 人工透析患者数（人）（糖尿病性腎症）	
	新規 人工透析患者数（人）（全て）	
介護認定率（2号）	2号保険者の介護認定率（％）	
短期目標	特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率（％）
		特定保健指導実施率（％）
	メタボ、受診勧奨者の状況	メタボリックシンドロームの割合（％）
		メタボリックシンドローム予備群の割合（％）
		受診勧奨者の割合（％）
		受診勧奨者のうち未治療者の割合（％）
	重症化予防対象者の状況	健診受診者の高血圧者の割合（％） （Ⅱ度以上者の割合）
		健診受診者の脂質異常者の割合（％） （LDL180以上者の割合）
健診受診者の高血糖者の割合（％） （HbA1c 6.5以上、問診の服薬2該当者は7.0以上）		
特定保健指導の改善状況	特定保健指導対象者の減少率（％）	
	内臓脂肪症候群該当者の減少率（％）	
その他	歯科医療費	歯科の受療率（千人当たり延べ回数）
		歯科の一人当たり医療費（円）
	がんの死亡数、率	がんによる死亡者数（人） 死亡者のうち、がんの占める割合（％）

出典：熊本県提供資料

③ 標準化に向けた推進体制

県健康づくり推進課（保健事業担当）、県国保・高齢者医療課（医療費分析担当）、国保連合会、システムベンダー事業者の4者で連携し、標準化に向けた推進体制を構築した。また、KDH ツール・総合評価ツールの開発に当たっては、国保連合会や保健事業支援・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助言を受けた。

<図表5 標準化に向けた連携機関／役割>

分類	連携先・協力先	役割分担
市内	国保・高齢者医療課 (医療費分析担当)	県全体のデータ分析に基づく健康課題の整理 関係機関との連携及び体制整備
	健康づくり推進課 (保健事業担当)	データ分析に基づく効率的・効果的な保健事業の検討 事前協議書からの保健事業の確認及び支援 KDH ツールに関する市町村ヒアリング
市外	国保連合会	KDB データを活用した各市町村の課題整理及び市町村支援 保健事業支援・評価委員会との連携
	ベンダー	県、市町村の意向を取り入れたシステムの導入、開発 システムの円滑な活用に向けた支援

出典：熊本県提供資料より事務局作成

3. 今後の方針

今後も、国保連合会とのさらなる協力・連携を進めて、KDH ツール、総合評価ツールの活用を継続的に推進していく予定であるが、そのためには、より簡単で利便性のよいツールになるよう検討が必要である。

また、標準化した評価指標と市町村の個別の保健事業計画をつなげて、評価指標改善のために、具体的にどのような事業内容を実施すべきかの対応を市町村と協議し、効率的・効果的な保健事業を推進していきたい。

第3期データヘルス計画策定に向けては、国の方針を確認した上で県の方向性を示し、第2期策定時と同様、国保連合会と協力して、各市町村のデータヘルス計画策定を支援していく予定である。その際、第2期の評価指標を見直し、第3期の県共通の評価指標の活用を推進し、地域格差の是正を目指していきたいと考えている。

【宮崎県】

市町村の自走を目指す県の支援 ～データ活用事業・データヘルス計画策定支援～

自治体概要（令和2年時点）

市町村数：26／人口：1,070,213人

国保被保険者数：257,860人

高齢化率：32.6%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和4年度時点）

事務職：0人

専門職：2人

1. 取組の背景・経緯

宮崎県では、市町村がデータヘルス計画の策定や保健事業の実施を主体的に行い、自走していただけるような支援を実施している。市町村支援をより充実させるために、県の支援体制の課題を一つ一つ解決し体制整備も進めている。

2. レセプトデータ等活用支援事業による保険者支援の取組

① 事業概要

国保ヘルスアップ支援事業を活用した事業で、参加は市町村からの手上げ方式で行うものである。委託先の宮崎県立看護大学の教授が希望のあった市町村を訪問し、KDBシステム等を用いて医療費等の分析を行い、健康課題を把握するとともに、地域の課題に応じた保健事業を企画立案・実施できるよう指導・助言を行っている。また、KDBシステムから抽出した特定健診の質問票や疾病別医療費、介護認定、死因別死亡数・死亡率等のデータを基に生活習慣・医療・介護・死亡の4つをテーマにしたグループワーク等を実施している。事業終了後は、全市町村向けに報告会を実施し、今回の取組内容の事例紹介等を行う。

② 事業内容

令和4年度は7市町村が事業参加を希望した。市町村職員と教授で地域のデータを見ながら話し合い、教授からデータ抽出や分析方法に関するアドバイスを受けながら、地域の健康課題を抽出し、課題の解決策について協議した。

今回の7市町村の取組を事例紹介する場として、県内の全市町村向けの報告会を予定している。手上げ方式の事業へ参加する市町村は保健事業に積極的に取り組んでいるところが多く、固定化されてしまう。事業へ参加していない市町村も興味を持ち、参考としてもらうために、全市町村に参加を呼びかけた。

③ 事業推進体制

市町村訪問当日の運営は、宮崎県立看護大学が主体となり、司会進行やデータ分析に関するアドバイス等を実施している。県国民健康保険課も可能な限り訪問に同行し、オブザーバー的立ち位置で参加しながら市町村への助言等を行っている。また、令和5年度からは、宮崎県国保連合会との連携のもと、より効果的・効率的な市町村支援を行うため、市町村訪問への同行を依頼する予定としている。

3. データヘルス計画策標準化の取組及び第3期策定に向けた支援内容

① 事業の背景

県では、計画の標準化及び共通の評価指標の設定により、県内市町村の比較ができるとともに、効果的な取組の横展開にもつなげていくことが期待できると考えた。また、分析支援や共通フォーマットの提供により、市町村担当者の業務負荷の軽減にもつなげることを目指している。データ分析を行い、健康課題の解決につながる評価指標を設定し、根拠に基づいた保健事業を実施することが重要であると考えている。

② 県内共通の評価指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

これまで、県では国保ヘルスアップ支援事業として、市町村の国保データヘルス計画策定のためのデータ分析等の支援や市町村の保健事業の実施状況や課題を把握するためのヒアリングを行ってきた。これらの支援を通じて収集した情報を基に、県では、データヘルス計画の標準化を進める上で必要と考える県内共通の評価指標を検討した。共通の評価指標の各市町村への提示に当たっては、義務化をするものではなく、分析結果に基づいて参考にしてもらう評価指標を県から示すという位置付けで行う。ただし、県の健康課題として設定してほしい共通指標については必ず盛り込んでもらいたいため、伝え方を検討する必要がある。また、計画策定時の省力化につなげる目的で、共通のフォーマットを作成している。本フォーマットは雛形として示すもので、各市町村でアレンジして活用してもらうことを前提としている。

共通の評価指標の設定及び共通フォーマットについては、令和5年3月までに確定させること、並びに、次期計画策定に向けた研修会の開催も予定している。研修会では、過去5年分（令和3年度まで）のデータ分析結果の説明や宮崎県の課題等の説明、共通の評価指標設定の説明等を予定している。市町村が、計画策定を委託業者へ任せきりにせず、自身で計画策定ができるように、県から標準化の取組を示していきたい。

4. 今後の方針・課題

第3期データヘルス計画策定に係る市町村支援として、令和4年度に、レセプトデータ等の分析結果に基づく標準的な様式の提示及び共通の評価指標の設定を行った。この結果を参考に、令

和 5 年度には各市町村において具体的な策定作業を行うことになるが、各市町村が独自に追加する項目の検討や評価指標の目標値設定、策定スケジュールの管理支援など、第 3 期計画へのスムーズな移行に向け引き続き支援を行う。

共通指標設定の目的の一つである効果的な保健事業の横展開につなげるため、県としてもデータヘルス計画の進捗管理に努め、市町村への情報共有や保健事業の企画・実施の支援を行う。

(市町村国保の取組事例)

市町村	掲載	掲載内容
山形県鶴岡市	P. 30	・若い世代をターゲットとしたポピュレーションアプローチの取組
宮城県角田市	P. 40	・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」
宮城県登米市	P. 49	・重層的な糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防
埼玉県さいたま市	P. 56	・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
福井県美浜町	P. 63	・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）」
岡山県倉敷市	P. 73	・専門職が連携して取り組む糖尿病受診勧奨事業
島根県益田市	P. 80	・地域の健康課題にフォーカスした二次予防の取組「益ます元気教室」
島根県雲南市	P. 84	・保健事業の基盤となる庁内外の様々な組織との連携体制 ・庁内外の組織と連携した健康教室及び特定健診・保健指導
大分県豊後高田市	P. 91	・県のデータ分析事業への参画を通して強化された庁内連携 ・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

【山形県鶴岡市】

若い世代をターゲットとしたポピュレーションアプローチの取組

自治体概要（令和 5 年 1 月末時点）

人口：120,243 人

国保被保険者数：24,337 人

高齢化率：35.6%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和 4 年度時点）

事務職：3 人（国保年金課 2、健康課 1）

専門職：10 人（健康課：保健師 8、栄養士 2）

特定健診/特定保健指導実施率（令和 3 年度時点）：50.6%/40.9%

1. 市の健康課題と保健事業の実施体制

① 市の健康課題

鶴岡市では、メタボの該当者が多く、第 1 期データヘルス計画時以前から、早期介入を目的とした保健事業を実施している。その一つとして、ヘルスアップセミナーがある。また、若年期からの生活習慣病予防につながるように、さわやか健診、スマートイート事業（旧スマートランチ作戦）を実施している（図表 1）。

第 2 期データヘルス計画策定時には、メタボ予備群は減少していたが、該当者が増加していたため基本的には各種取組は継続し、中間評価の際に年代や対象者の特性を踏まえ、内容を若干見直した。

<図表 1 個別の保健事業（ポピュレーションアプローチ）>

事業の目的		主な対象者
ヘルスアップ セミナー	生活習慣病の一次予防の推進	40～69 歳 BMI24～30 又は腹囲男性 85 cm 女性 90 cm 以上の者
スマート イート事業	栄養・食課題の多い働きざかり世代を中心に食生活改善啓発による生活習慣病予防	20～60 歳代の働き盛り世代を中心とする。
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の予防	16～40 歳未満の被保険者

出典：鶴岡市提供資料より事務局作成

② 保健事業の実施体制

国保主管部署である国保年金課には専門職の配置はないため、国保年金課の事務職が補助金の取りまとめや書類提出等の事務を主に担当し、保健事業の実務は、専門職のいる健康課が担当する等、役割分担している。また、事業の評価は、国保年金課・健康課の両方から担当職員が参加する会議の場で行っている。

2. 生活習慣病の一次予防を目的としたヘルスアップセミナー

① 事業実施の背景

平成 14 年度からスタートした国保ヘルスアップモデル事業における試行を経て、「ヘルスアップセミナー」を継続的に実施している。肥満者の体重の約 5%（平均 3 kg）の減量により、血圧や血液検査の改善につながるというエビデンスに基づいて、回数、介入頻度、内容等を検討し、企画している。

モデル事業時は、事業内容をより効果的に実施するため、国保年金課と健康課が協働して、企画・検討し、試行錯誤してきた。現在は、健康課が主体となり運営し、定期的に意見交換を実施している。

② 事業目的及び実施内容

肥満等の生活習慣病の危険因子を有する者に対し、教室と個別支援の組合せにより、個人の健康度・体型等の実態に基づいた支援や、疾病・食生活等の講義、運動指導を実施し、生活習慣病予防の一次予防を推進する。また、本セミナーは健康づくりサポーターの育成も意図している。

セミナーの対象者は、図表 2 の基準で選定、ダイレクトメールで案内を行い、希望者がセミナーに参加する。また対象者基準の該当者や国保被保険者に限らず一般市民にも市報にて周知を実施しており、希望者は誰でもセミナーに参加できるようになっている（図表 3）。

<図表 2 対象者選定基準>

年齢	40～69 歳
BMI 又は 腹囲	BMI24～30 又は 腹囲男性 85 cm女性 90 cm以上の者
通知方法	当該条件に該当する国保被保険者はダイレクトメールにて勧奨 国保以外の一般市民には、市報にて周知 希望者を対象とする

出典：鶴岡市提供資料より事務局作成

<図表3 セミナー開催案内のチラシとポスター>

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！

セミナーの特徴

- 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 男性 85cm、女性 90cm以上の方 福岡市に在住且継続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)
- ・その他 全日程(8回)参加できる

セミナーの様子

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？

- 腰がきつい… 礼儀が入らない!!
- お腹周りの肉が 気になった
- みんなできれば 褒められるかな?

セミナーを終了して…

- ちょっとスリムになって 本当うれしい!!
- 体重が減り、 血圧も下がった!! ぽよぽよした!!
- 自己流のダイエットが 間違っていたと 気がつきました。

セミナーの権利

- ・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 男性 85cm、女性 90cm以上の方 福岡市に在住且継続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)
- ・その他 全日程(8回)参加できる

参加費 1,500円

申込先 福岡市健康センター(福岡市健康福祉センター 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・体脂肪率を測定させていただきます

受講コース 5月20日(金) 昼間
 5月31日(水) 昼間

コース	時間	1	2	3	4	5	6	7	8
夜間	19:00-21:00	6/7 (水)	6/14 (水)	6/28(水) 6:30(水)	7/5 (水)	7/19 (水)	8/2 (水)	8/9 (水)	8/30 (水)
午前	9:30-11:30	9/13(水) 12:30-13:30	9/21 (水)	10/12(水) 10/13(水)	11/2 (水)	11/16 (水)	11/30 (水)	12/7 (水)	

出典：鶴岡市提供資料

体重（腹囲）の減少を目的とした運動・食事指導を主体とした3か月（12週間）集中セミナーを提供しており、午前コース、夜コースの2コースが用意されている。介入の頻度は、2週間に1回、合計8回の教室形式でのセミナーが実施され、その中で個々の状態に応じた支援（個別健康支援プログラム）が実施されている。

支援の中では、4つの帳票を用いて指導が行われている。

「健康ファイル」は教室で学習する内容等をファイリングした資料集である。

「生活状況と食事記録」はセミナー受講前の生活リズムや、1日の食事内容の個人記録である。記録内容を栄養ソフトに入力して栄養摂取状況成績表を作成し、個別面接時に生活習慣改善への動機付けに活用している。

「記録表」は参加者が体重・体組成・歩数を記録するものである。また、講義や個別面接、グループワークで自らの食事・運動面の課題に気づき、その課題解決に向けた目標を設定してもらい、その取組状況の記録を兼ねたものである。記録することで行動の振り返りができる。また、1週間ごとに歩数と体重の平均値を計算しグラフ化することで、歩数が増えると体重が減少していく成果を見える化している。

「個人記録表」は上記「記録表」に記載されている課題・目標・取組状況並びに支援内容を、指導を行うスタッフが記載するものである。スタッフ間で情報共有を行うことで、継続した支援に活かしている。

具体的な支援内容は図表4のとおりである。

なお、個別面接の時間以外にも、セミナー開始前やすき間時間を活用し、スタッフが目標に対する取組状況等に傾聴、共感、支持、助言を行い、参加者のモチベーション維持を支援している。

<図表4 セミナーの概要>

回	形式	内容	スタッフ等
1	教室	(1) 開講式 (2) 医師講義 (3) グループワーク	市健康課保健師等 市健康課管理栄養士 鶴岡地区医師会代表
2	教室	(1) 食事講義 (2) 運動講義・実技	市健康課保健師等 市健康課管理栄養士 健康運動指導士
3	教室+個別	(1) 個別面接 (2) 軽トレーニンググループ講習会・体験 (3) 体重・体組成測定	市健康課保健師等 市健康課管理栄養士
4	教室	(1) 食事講義 (2) 運動実技	市健康課保健師等 市健康課管理栄養士 運動講師
5	教室	(1) 食事講義 (2) 運動実技	市健康課保健師等 市健康課管理栄養士 運動講師
6	教室+個別	(1) 運動実技 (2) グループワーク (3) 個別相談	市健康課保健師等 市健康課管理栄養士 運動講師
7	教室	(1) OB会説明 (2) グループワーク (3) 運動講義・実技	市健康課保健師等 OB会会員代表 健康運動指導士
8	教室	(1) 運動実技 (2) グループワーク (3) 閉講式	市健康課保健師等 市健康課管理栄養士 運動講師

出典：鶴岡市提供資料より事務局作成

③ 事業実施体制

セミナーは、鶴岡地区医師会、運動指導講師、健康づくりサポーター（ヘルスアップセミナー卒業生）、ヘルスアップセミナー終了後の運動継続グループであるOB会が連携して実施している。セミナー終了後も運動習慣が持続できるよう、セミナー受講中に終了後の運動継続コミュニティとしてOB会を紹介し、健康行動の継続を促す取組を実施している（図表5）。

<図表 5 セミナー実施体制>

鶴岡地区医師会	病態に関する講義を担当
健康課職員（保健師・管理栄養士）	栄養に関する講義を担当、個別面接、個別相談、グループワーク、当日の進行を担当
運動指導講師 ※運動講義・実技：協力機関の健康運動指導士 ※運動実技：協力機関のインストラクター	参加者に対して、運動指導を実施
健康づくりサポーター （ヘルスアップセミナー卒業生）	ヘルスアップセミナー卒業生として、年1回集会を開催し、啓発につなげている。
OB会 （セミナー終了後の運動継続グループ）	ヘルスアップセミナー終了後の運動習慣継続のためのコミュニティである。セミナー参加者の見学会を企画し、終了後は会の仲間と交流を続け、運動を継続することを意図している。

出典：鶴岡市提供資料より事務局作成

④ 事業評価

令和2、3年度は新型コロナウイルス感染症対策を講じたため1コースのみの開講となり、参加者数が少ない状況であった。セミナーの参加者のうち被保険者の参加は約6割で、女性参加者が多い傾向にあった。参加者の平均年齢は夜コース61歳 昼コース65歳（令和4年度実績）であった。セミナーにおける体重減少量についてはおおむね達成しているが、男性の肥満者の割合は目標値を達成していない（図表6）。

セミナー参加者を増加させることが課題であり、セミナーの様子を市のポータルサイトや他の健康教室等で紹介するといった周知活動を行っている。

<図表 6 事業評価の状況>

評価指標	目標値	ベースライン	令和元年度	令和2年度	令和3年度
（短期） 対象者への通知	100%	100%	100%	100%	100%
（短期） 参加者数	80人以上 (1コース40人以上)	75人	66人	15人	23人
（短期） 平均体重減少量 3kg以上	30%以上	23%	36.4%	40.0%	34.8%

出典：鶴岡市提供資料より事務局作成

3. 栄養・食課題の多い働きざかり世代向けスマートイート事業

① 事業実施の背景

鶴岡市では、男女共に肥満が増加傾向であり、特に働き盛り世代の男性は3人に1人が肥満の

状況である（令和2年度国保加入の男性：31.7%）。また、平成29年度に市が実施した健康意識・行動調査の結果、「朝食を毎日食べる人の割合が低下している」「毎食野菜を食べる人の割合が低下している」「塩分をとり過ぎないようにしている割合が低下している」など食に関する健康意識の低下も見られていた。

事業開始当初は健康課主体で、働き盛りの男性を対象とする「スマートランチ作戦」を実施していた。対象者が健康課に来訪、若しくは栄養士が対象者の事業所に赴くなどして、栄養士が健康を意識し年3回作る献立であるヘルシーメニューのうちの1食分を食べながら自身に必要なエネルギーやかしい食べ方等を学習する食事体験型セミナーであるランチスタディを実施していた。しかし、実際に食事を作るのは対象者の家族であることが多い等の理由で参加者を募るのが難しく、また協力してもらえる企業も少なかった。このような課題を踏まえて、一食分の食事体験から一部試食型体験（スマートイート体験）に変更し、より多くの人へスマートイート（かしい食べ方）を普及することを考え、現在のスマートイート事業に至っている。

② 実施目的及び実施内容

本事業は、栄養・食課題の多い働きざかり世代を中心に食生活の改善・啓発により生活習慣病を予防することを目的としている。対象者は、20歳～50歳代の働き盛り世代を中心として、その家族も含めて広く実施されている（図表7）。

事業内容は、スマートイート（かしい食べ方）の普及とスマートメニューの考案の2つを柱としている。内容についての詳細は図表8のとおりである。

<図表7 スマートイートの啓発資料>

健康につながるかしい食べ方を「スマートイート」と言います。食生活に取り入れて、健康度をアップさせましょう。

その1 食事前・後に水分を適量とりましょう！
【水やお茶】
★満腹感がアップし、食べ過ぎ防止につながります！

その2 野菜から食べましょう！
★なぜ野菜から…？
野菜に含まれる「食物繊維」が胃の中で水分を吸収して体積を増し、満腹感をアップさせ、食べ過ぎを防いでくれます。
★1日5皿の野菜料理が目安！(消費量は350g/日以上)
野菜は①便通を良くする。
②食後の血糖上昇を抑える。
③血清コレステロールの増加を防ぐ。
④余分なナトリウムの排泄など。
生活習慣病を予防します。

その3 一口20回！よくかんでゆっくり食べましょう！
【20分以上かけて】
★かむことの効用！「呼吸の量が1/2！」
①: 肥満防止 ②: 歯の病気を予防
③: 喉乾の軽減 ④: がん予防
⑤: 舌苔の掃除を良くする ⑥: 胃腸の働きを促進
⑦: 脳の活性化(老化防止) ⑧: 全身の骨力向上と骨力増強

★食事は20分以上かけて食べよう！
・脳にある胃腸中枢は食事開始から約20分で働き始めるので、よくかみ、時間をかけて食べれば、満腹感が得られます！
・早食いと「まだ食べられる!？」とおかわりしたり、他の物をつまんだり、結果的に食べ過ぎてしまいます。

おいしく・かしく・健康づくり Smart Eat (スマートイート)

～自分に合ったごはんの量を知っていますか？～
食事のバランスをとるためには、主食(ごはん・パン・麺)と主菜(肉・魚・卵・大豆製品)と副菜(野菜・きのこ・海藻等)をそろえて、適量食べることが大切です。自分に合ったご飯の量を確かしてみましょう。

<1> 活動レベルを確認します
体の大きさや活動量によって、必要なエネルギーや主食の量は変わります。

活動レベル(Ⅰ)	活動レベル(Ⅱ)	活動レベル(Ⅲ)
-デスクワーク -1日30分程度の歩行 (家事や買い物、運動、散歩など)	-立ち仕事や歩行仕事 -買い物 -1日1時間程度の軽い運動 (通勤、ジョギングなど)	-肉体労働(引っ越し、年中配車など) -農作業、農楽活動(農作業、漁業) -朝から夕方まで屋外での活動

<2> ごはんの適量を確認します
(1)で確認した活動レベルと自分の身長を下の図に当てはめてみましょう。

身長 (cm)	活動レベル(Ⅰ)	活動レベル(Ⅱ)	活動レベル(Ⅲ)
180	ごはん120g	ごはん100g	ごはん250g
170	ごはん150g	ごはん130g	ごはん200g
160	ごはん180g	ごはん150g	ごはん180g
150	ごはん180g	ごはん150g	ごはん180g
140	ごはん180g	ごはん150g	ごはん180g

【お供合わせ】
コンビニのご飯15個 = ご飯150g
★コンビニ150gと同じエネルギーの主食
おにぎり(中) 1つ 28kcal | かんぱん 250g | 食パン 100g

【お問い合わせ】
鶴岡市健康福祉部 健康課 成人保健課 千237-0032 鶴岡市東町5番30号
〒997-0032 鶴岡市東町5番30号
鶴岡市総合保健福祉センターにこころ内
0235-25-2731(内線375)

出典：鶴岡市提供資料

<図表 8 事業内容>

1 スマートイート（かしこい食べ方）の普及	
普及内容	① 食事前・後に水分（水又はお茶）を適宜とる ② 野菜から食べる ③ 一口 20 回よく噛んで、20 分以上かけてゆっくり食べる ※①～③の健康につながるかしこい食べ方を「スマートイート」という
普及方法	・スマートイートカードの作成 ・食生活改善推進員向けの研修、講座における普及 ・食生活改善推進員の伝達講習会等を活用したスマートイート体験による普及 ・30、40、61 歳の市民に対して送る健康メッセージ※へのスマートイートカードの同封 ※市民の健康意識を高めるために各対象年齢者へ保健情報や各種事業の紹介等の健康メッセージを送付している ・健康課窓口、健診ホール等にポスター掲示 ・さわやか健診での普及啓発 ・乳幼児健診（1 歳 6 か月健診）にて保護者への啓発 ・健康教室や学校保健委員会等でのスマートイート体験による普及啓発 ・市 HP 掲載
2 スマートメニュー（A～D の基準を満たしたもの）の考案、情報提供	
メニュー基準	A：主菜＋副菜＋（汁＋デザート）＝350kcal 前後 B：野菜の使用量 130g 以上 C：塩 分 2.3g 以下 D：地産地消を意識し、なるべく旬の地元食材を使用 ※主食は自分の適量に合わせて設定できる。
普及方法	・スマートメニューの市 HP 掲載 ・食生活改善推進員に研修等で伝達、推進員より地域住民へ伝達講習会等で普及 ・食生活教室等での普及

出典：鶴岡市提供資料より事務局作成

③ 事業実施体制

食生活改善推進員と連携し、スマートイートを地域へ普及啓発している。

また、庄内保健所（県保健所）と連携しており、鶴岡市で考案したスマートメニューを庄内保健所へ情報提供し、県事業の庄内健康レシピとして HP へ掲載することで広く周知啓発を行っている。

④ 事業評価

スマートイート事業（一部事業内容変更前のスマートランチ作戦に関連するものも含む）の事業評価は、以下のとおりとなっている。令和元年からの新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に伴い、調理及び試食を伴う事業等が通常通り実施できなかった期間があるが、現在は、新たに感染対策を講じ、周知啓発に努めている。

<図表 9 事業評価の状況>

評価指標	目標値	ベースライン (平成 28)	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度
(短期) スマートイートカード配布 «健康メッセージに同封» (30.40.61 歳の節目年齢)	100%	100%	100%	100%	100%
(短期) スマートランチ作戦参加者	300 人	137 人	794 人	447 人	336 人
地区伝達講習会参加人数					
(中長期) 男性肥満者の割合 (40~60 歳で BMI25 以上)	男性 35%以下	36.5%	40.0%	42.5%	37.9%

出典：鶴岡市提供資料より事務局作成

4. 若年者の内臓脂肪症候群の早期発見を目的としたさわやか健診

① 事業実施の背景

男性のメタボ該当者及び予備群の割合が多いことに加え、特定健診項目のうち、血圧で 4 割弱、脂質で 6 割、肝機能で 4 割強、血糖で 3 割弱が保健指導判定値以上となっている。

このような背景を踏まえ、若年者の内臓脂肪症候群の早期発見による生活習慣病の予防が重要であると考え、40 歳未満の被保険者にも特定健診・保健指導と同じ取組内容として「さわやか健診」を実施することとなった。実施は健康課が主体となり、40 歳未満の被保険者に対して健診機会を提供し、健診受診を意識付け、健診時及び健診後保健指導による生活習慣改善を促している。男性の肥満者割合が多いため、男性をより意識した取組となっている。

② 実施内容

実施に当たって、以下の「生活習慣改善のための支援体系図」のうち、2~5 を目標として定めている。

- 1) 健診の意義を理解する。
- 2) 健診結果の見方を理解する。
- 3) 継続して健診結果を見る力をつける。
- 4) 自分の生活習慣を振り返る。(意識の変容)
- 5) 自分の生活を変えてみる。(行動の変容)
- 6) 行動変容したことが定着する。(習慣化)

対象者は、16~40 歳未満の国保被保険者とし、毎年 5 月に広報等で周知し、申込みを受け付けている。8 月には、健診の必要性の意識付けを早期からすることを目的に、前年度の受診者のうち未申込者と健診結果で要指導判定者が増加する 30 代へ個別勧奨通知を送付している(図表 10)。

健診内容は特定健診に準じた項目(眼底検査を除く)であり、健診当日受診者全員へ保健指導

を実施している。また、男性の肥満該当者に対しては、生活調査票に記入してもらい、当該調査票を活用した保健指導を追加し、健診後3か月間は継続支援を行っている。

健診結果返却時は、健診結果に応じたパンフレットを封入している。糖尿病精密検査該当者には医療機関から受診状況について返答することができる回報書も同封している（図表 11）。

<図表 10 さわやか健診開催のお知らせと申込書>

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～

健診対象
 内容 内科診察、身体計測（身長・体重・腹囲）、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、異血、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 期前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参加できません。
 ※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、ご確認ください。
 ※ご参加希望の方は1週間前までに自己負担金完済が必要です。詳細は下記にお問い合わせください。

健診日程・会場 会場：鶴岡市総合保健福祉センター ニゴろまる 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	健診票の送付時期
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 (水)	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)午後の健診、10月4日(火)午後の健診は、お申し込み不要です。

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

申込み・問い合わせ先
 鶴岡市総合保健福祉センター ニゴろまる内 健康課成人保健課
 電話 025-2731(直通) FAX 025-77722
 鶴岡行番 044-5810(直通) 新潟行番 026-8774(直通)
 津波行番 047-2116(直通) 徳田行番 053-2115(直通)
 高柳行番 043-4613(直通)

令和4年度さわやか健診申込書

氏名						健康保険の名称(記入可)		
住所	鶴岡市	区別	男	女	(レディースのみ)			
生年月日	昭和・平成	年	月	日	歳	電		
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

出典：鶴岡市提供資料

<図表 11 さわやか健診取組内容>

	レディース健診 (女性)	メンズ健診 (男性)
健診	40歳未満の男女の被保険者 特定健診基準に応じた健診項目	
保健指導・情報提供資料配布	受診者全員	
個別相談	必要時	肥満該当者
3か月後保健指導		肥満該当者は継続支援 減量目標や行動目標達成度を確認 生活習慣改善を提案
受診率向上対策	健診未申込者に対して受診案内を送付 健診未受診者に対して未受診者健診日程を再通知	
受診勧奨	糖尿病精密検査対象者 腎機能低下精密検査対象者	

※健診時の託児サービスあり（事前申込み制）。

出典：鶴岡市提供資料より事務局作成

③ 事業実施体制

健診業務は、鶴岡地区医師会へ委託し、保健指導は健康課の保健師・管理栄養士が実施している。託児運営は、託児サービスを運営する NPO 法人の協力を得て実施している。

④ 事業評価

男性のメタボ該当者及び予備群の割合は目標値に達していない。受診率は未申込者へ通知勧奨、未受診者に対して再通知する対策を講じ目標達成となった。男性の肥満該当者への 3 か月後フォローも 100%介入を達成しており、対象者の対応可能時間帯を考慮して、昼夜問わず連絡を試みることで、対象者とのコンタクトが実現した結果と考える（図表 12）。

<図表 12 事業評価の状況>

評価指標	目標値	ベースライン	令和元年度	令和2年度	令和3年度
(中長期) 男性受診者のメタボ該当者 及び予備群の割合	20%	30.6%	27.6%	31.5%	24.0%
(短期) 受診率	10%	8.5%	9.8%	10.5%	10.6%
(短期) 男性肥満者への 3 か月後 フォロー実施率	100%	100%	100%	100%	100%

出典：鶴岡市提供資料

男性の肥満該当者に対する健診受診 3 か月後のフォローアップ（電話による）では、半数以上の方から「体重が減少した」と良好な報告を受けている。対象者の次年度の健診受診時の維持・改善状況を個別に追跡する等の分析は今後の課題である。

5. 今後の方針

今後の方針として、ヘルスアップセミナーは参加者数を増やしていくことが課題であり、セミナーの様子をホームページで紹介したり、保健師が健康教室を訪問した際にセミナーの案内を行ったりする等、様々な場面でセミナーの存在の周知を継続していく予定である。加えて、セミナーの内容が若年層に適しているか検討する必要がある。

また、さわやか健診でのメタボ該当者及び予備群を対象にした生活調査票より、朝食欠食者が 4 割を占めているなど、食行動についての課題が多く、スマートイート事業等を効果的に普及し生活習慣改善を促していく必要があると考えている。

【宮城県角田市】

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」

自治体概要（令和3年度末時点）

人口：27,586人

国保被保険者数：6,685人

高齢化率：37.03%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和4年度時点）

事務職：2人（健康長寿課）、1人（市民課）

専門職：5人（保健師2、栄養士2、歯科衛生士1）

特定健診/特定保健指導実施率（令和3年度時点）：45.7%/36.6%

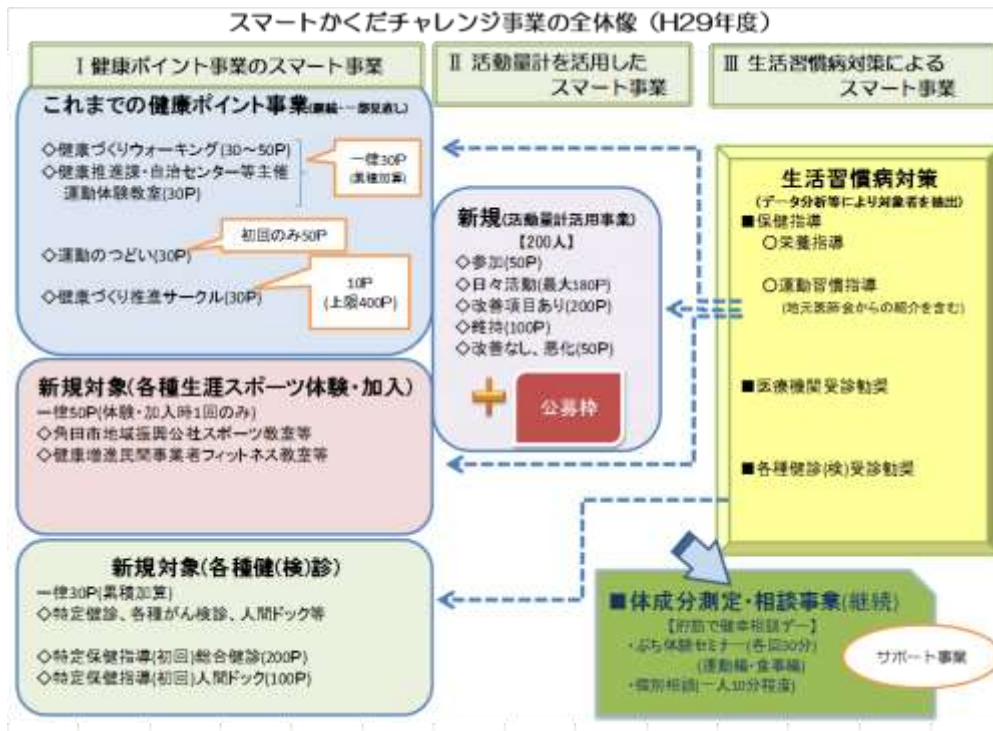
1. 効果的な保健事業の推進に向けた庁内外の連携体制づくり

① 事業開始・拡大の背景と経緯

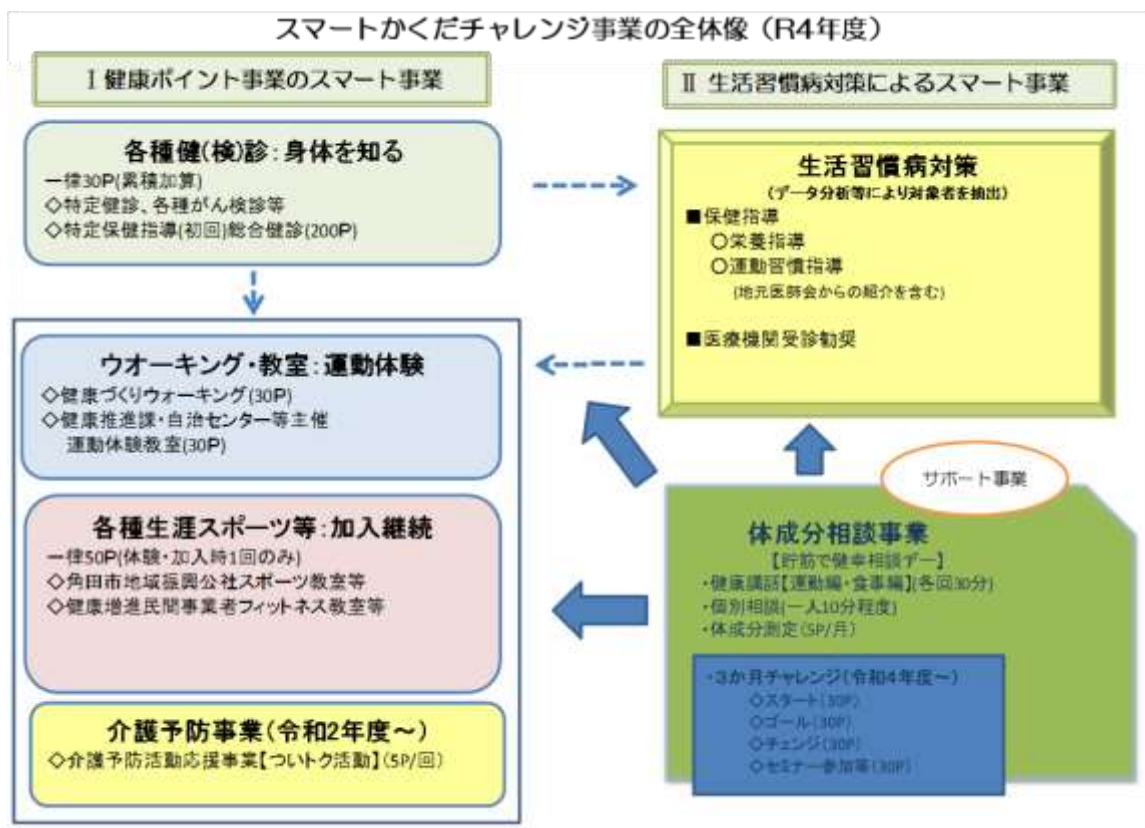
角田市では、平成29年から国保の保健事業（国保会計）として、産・学・官の連携（民間のスポーツ施設や宮城大学）のもと、『スマートかくだチャレンジ事業』を開始した（図表1）。

本事業は、健康寿命の延伸の実現を目指し、市民一人一人が健康づくりへの関心を高め、習慣化することを目的とし、Ⅰ健康ポイント事業のスマート事業、Ⅱ活動量計を活用したスマート事業、Ⅲ生活習慣病対策によるスマート事業の3つの事業を柱に取り組みものであった。取組内容を見直しつつ実施を続けており、現在はⅠ健康ポイント事業のスマート事業、Ⅱ生活習慣病対策によるスマート事業を柱とする形になっている（図表2）。

<図表1 スマートかくだチャレンジ事業の全体像（平成29年度時点）>



<図表 2 スマートかくだチャレンジ事業の全体像（令和 4 年度時点）>



出典：角田市提供資料（図表 1、2）

ここでは取組の出発点となる『健康ポイント事業』について触れる。

平成 24 年度市民健康調査及び平成 22 年度特定健診等の結果より、肥満者の割合が多い、メタボ該当者及び予備群の割合が多い、平均歩行数が県全体の平均と比べて低い、脳血管疾患及び心疾患での標準化死亡比が 100 以上などの健康課題が確認された。そこで、運動のきっかけ・定着、健康意識の向上等によりメタボの改善を行うことで、市民の健康に対する意識の向上及び健康の保持増進を図り、ひいてはまちの活性化及び医療費の抑制につなげることを目的として、平成 25 年 4 月より健康づくり保健事業として『健康ポイント事業』を開始した。

さらに平成 28 年には、健康増進計画の中間評価・データヘルス計画評価の結果を踏まえ、取組強化が必要と判断し、国保の保健事業として健康ポイント事業のボトムアップを図った。国保の被保険者の多くが利用する特定健診を健康ポイントの対象にするなど対象事業を拡大、また「活動量計活用事業の新設」や「生習慣病対策の取組強化」など対象範囲を拡大することで、『スマートかくだチャレンジ事業』へと発展させた。

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、健(検)診、特定保健指導利用、体成分測定、活動量計活用事業参加者などへも健康ポイントを付与し、行動変容を促すことである。

② 庁内外の連携体制

健康ポイント事業については、市民の健康に対する意識の向上及び健康の保持増進、さらにはまちの活性化及び医療費の抑制という目的を達成するため、実施主体の健康長寿課だけでなく、

生涯学習課、まちづくり政策課（自治センター）が連携して取り組んでいる。

角田市では健康ポイント事業を効果的・効率的に実施するための連携体制を構築している。令和4年度現在、連携先・協力先との役割分担は図表3のとおり。また、庁内外の関係機関・団体との連携体制が構築されるまでの主な経緯は次のとおりである。

<図表3 庁内外の連携体制>

分類	連携先・協力先	役割分担
庁内	市民課	・国保事業（国保会計）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
	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への健康ポイント付与
庁外	三師会 （医師会・歯科医師会・薬剤師会）	・国保運営協議会での助言 ・歯科健診と健康ポイントの連携 ※歯科医師会と情報交換した際、歯科検診を受けると健康ポイントを付与する仕組みを導入した経緯がある。
	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 ・ポイントでの買い物を推奨し、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）	・運動施設利用者に対する健康ポイントの付与 ・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

出典：角田市提供資料より事務局作成

〔市民ボランティアの人材育成〕

平成25年の『健康ポイント事業』開始時は、健康長寿課（当時健康推進課。本資料はすべて健康長寿課の記載に統一）が健康づくりにおける運動まで担うという認識があり、市民のボランティア確保や人材育成（ウォーキング推進員、運動普及推進員、健康づくりサークル等）を行っていた。当時はウォーキングが健康づくりという認識ではなく、どちらかという「仕事をしないで歩いている」とネガティブな認識をされてしまう雰囲気があった。ボランティアや推進員へ参加を希望する市民は健康意識が高いため、推進員の育成研修等で歩行等の運動がなぜ健康づくりにつながるのかということの説明し知識を持ってもらい、職員と一緒にウォーキングマップ作成やそのコースを歩くイベントを企画、市民へ普及啓発する役割を担ってもらうことで、市民の意識改革を行っていった。その他、ウォーキング以外にも健康体操の指導やご当地体操の考案・普及なども行っていった。

こうした基盤が整備されていることで、『スマートかくだチャレンジ事業』をスムーズに開始することができた（図表4）。

<図表4 市民ボランティアの役割>

市民ボランティア	人材の確保・育成の方法	活動内容・実績又は成果
運動普及推進員	<p>◆運動普及推進員養成講座の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各地区に配置された食生活改善推進員に対し食と一緒に運動や休養の必要性を説明し、地区住民への普及を図った。 ・その後、食生活改善推進員の中で運動に関心の高い希望者を対象に「運動普及推進員養成講座」を開催し、人材育成を行った。 ・推進員の高齢化に伴い現在は組織を解散している。 	<p>◆主な活動内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動普及推進員による運動指導（ストレッチ、筋トレ、レクダンス等）を平成14年より月1回の頻度で開催。 ・地区や地域の運動サークルからの依頼があった際には、依頼先に出向いて運動指導を実施。 <p>◆活動実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年間の活動実績は全体で約4千人に上った。
ウォーキング推進員	<p>◆ウォーキングマップ作成委員会の設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体活動の増加と肥満解消を目的として、平成18年には健康長寿課が運動普及推進員や介護予防教室（高齢者の運動教室や転倒予防サークル教室）の中から、ウォーキングへの興味や必要性を感じている方に声をかけウォーキングマップ作成委員会を設置。 <p>◆マップ作成委員会からウォーキング推進員へ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・翌年度から、作成したコースを歩くイベントの企画・運営を行うウォーキング推進員に変更。 ・スポーツ部署が健康スポーツの推進を担うようになり、ウォーキング推進員は解散した。現在はウォーキング協会が設立しウォーキングの推進を図っている。 	<p>◆主な活動内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マップの作成（市内9地区のコース） ・健康長寿課主催ウォーキングイベントの企画・運営 ・地区開催ウォーキングイベントのサポート（ノウハウの提供等） ・健康ポイント事業の協力（ウォーキング会場での申請・押印等） <p>◆活動の成果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区センターと協力して地場産品とコラボレーションするなどいろいろな企画が広がった。 ・活動により、運動する人は「仕事をしないで歩いている人」というマイナスのイメージに対する意識改革につながった。 ・事業者参加者アンケートより、「楽しく健康運動に取り組むことができた」（69.2%）、「運動の機会が増えた」（52.6%）といった声が確認された。

出典：角田市提供資料より事務局作成

〔自治センターとの協働〕

各地区主催でウォーキングイベントの企画・運営ができるように自治センター（ウォーキングマップの発着点）を巡回しながらウォーキングイベントを開催してきた結果、各地区の自治センターの健康事業としてウォーキングイベントの企画が増えた。健康長寿課主催時、参加者のすそ野が広がらない（リピーターが多く新規参加者が増えない）などの課題があったが、地区主催のため、地区民の参加が増えていった。

〔生涯学習課との役割分担〕

健康ポイント事業を始めた頃（平成 24～25 年）、健康長寿課では自分たちが運動事業の実施までを担う意識が強かったが、平成 28～29 年頃（『スマートかくだチャレンジ事業』開始時期）、生涯学習課のスポーツに対する考え方が「競技スポーツ」から「健康スポーツ」に変わってきたことや、自治センターの主管が生涯学習課であったこと、また、生涯学習課においても企画・実施する事業において参加者が思うように集まらないといった話が出ていたことから、生涯学習課と関わり連携しようと考えた。健康長寿課が運動の実施に関するきっかけづくりをして参加者の取り込みに注力して、運動を実施する場へ送り、生涯学習課が受け入れ、運動の習慣・継続化に注力する仕組みづくりを進めている。

〔商工会等との連携〕

他市町村の先行事例の情報収集において、運動イベントの参加者に対する報酬として物や特産品を渡す市町村が多いことが分かった。参加者が少ないと報酬となる物が余ってしまうため、健康長寿課から商工観光課に相談した結果、「運動×まちの活性化」としてコラボレーションすることとなった。

さらに、運動イベントの報酬をポイントに交換して買い物の際に現金と同じように利用できればうまく活用できるのではないかと考え、商工会（角田スタンプ会）と連携して具体的な実施方法の検討を行った。

2. 効果的な保健事業（ポピュレーションアプローチ）の実際

① 「スマか」を活用した健康ポイント事業の推進

健康ポイント事業では、参加者が楽しく運動量を増加させるため、以下の仕組みを備えている（図表 5）。

1. 対象事業に参加すると健康ポイントがもらえる
2. 貯めた健康ポイントを角田スタンプ会『ためトクポイント』に交換できる
3. ためトクカードが満点になったら買い物に使える

<図表5 「スマか」の案内用チラシ>

「スマか」でお得に健康づくり

スマートかくだチャレンジカード
「スマか」って??



無料・即日交付

★ポイントGETでお得

- 貯める** ▶対象事業に参加して、「スマか」に健康ポイントを貯める
- 交換** ▶「スマか」の健康ポイントを「ためトクカード」のためトクポイントに交換
- 使う** ▶「ためトクカード」は400ptで満点となり、500円分として買い物に利用できる

ためトクポイントとは??

角田スタンプ会加盟店で100円のお買い物をするごとに1pt付与されるもの。
健康ポイント1pt=ためトクポイント1ptとして交換できる。
例えば、ウォーキング参加での健康ポイント30ptは、3,000円分買い物をした時にもらえるポイント数と同じです。

★体成分・血圧の測定は、「スマか」を使って効率よく

健康づくりには自分のからだの状態を「知る」ことが大切です。
体成分測定は、体重だけでなく、体脂肪率・筋肉率などの値も知ることができます。

測定のすゝめ

角田市では右記の3か所で測定が可能です



●ウエルパーク(ロビー)
午前8時30分～午後5時15分
(土・日・祝日・年末年始休診)



●総合体育館(ロビー)
午前9時～午後9時
(第4火曜日・年末年始休診)



●市民センター(正面玄関)
午前9時～午後9時30分
(第3月曜日・年末年始休診)

「スマか」があれば...

- 簡単測定** ▶測定に必要な身長や生年月日等の入力を、2回目以降省略できる
- 結果比較** ▶測定履歴が残るので、以前の結果と比較することができる
- ポイントゲット** ▶体成分測定を行うことで、ポイントがたまる

さあ今すぐ「スマか」を作ろう!
無料・即日交付



申請・交付場所

- 角田市役所(市民課 保険年金係)
- ウエルパーク(健康長寿課)

問い合わせ先 角田市健康長寿課 TEL.0224-62-1192
(ウエルパーク内) (平日:午前8時30分～午後5時15分)

「スマか」を上手に活用しよう!

ポイントGETでお得をGET

★健康ポイント対象事業(詳細は別紙参照)

貯める

- 身体を知る各種健(検)診 30pt
- 体成分測定 5pt
- 健康づくり運動を知る運動体験 30pt
- 健康づくり運動を登録・加入 50pt

★健康ポイント対象事業(詳細は別紙参照)

身体を知る各種健(検)診 30pt

体成分測定 5pt

健康づくり運動を知る運動体験 30pt

健康づくり運動を登録・加入 50pt

市で実施している各種健(検)診の受診

※会社等で受けた健(検)診も対象です。

※「スマか」と健(検)診結果・検収票などを健康長寿課窓口までお持ちください。

※医療保険を適用した検査については、対象外です。

『スマか』を使って体成分測定

※月に1回5ptが貯まります。

※ポイントは測定した翌月初めに付与されます。

※血圧測定ではポイントは貯まりません。

市や地区振興協議会等主催のウォーキング大会の参加
自治センターや地域振興公社等主催の運動教室

フィットネス会員やスポーツ教室の入会

★ためトクポイントへの交換時期

- 特定健診会場(ウエルパーク)
- 3月に健康長寿課窓口(詳しくは広報かくだでチェック)

※健康ポイントの有効期限は3月末日までです。忘れずためトクポイントに交換してください。

★もっとお得にためトクポイントを活用

ためトクポイント400ptの満点カードは、

- 500円分として買い物に利用できる
- 買い物に利用すると... 月1回の抽選会に参加できる
- スタンプ会主催イベントの参加チケットとして利用可能

(例)夏祭りの抽選会参加券や、ほろ酔いまつりチケットの割引券等

ウェブで測定データを確認

※申請後、約1週間ご利用できます

- ウェブへアクセスする
<https://kakuda.karada.live/>
右記のQRコードの読取で簡単にアクセスできます
- IDとパスワードを入力してログインする
ID:カード裏面に記載されている「FP」10桁
パスワード:初回は誕生日4桁





測定データ例

体重・体脂肪率・筋肉率

問い合わせ先 角田市健康長寿課 TEL.0224-62-1192
(ウエルパーク内) (平日:午前8時30分～午後5時15分)

出典：角田市提供資料

角田市では、貯まった健康ポイントを商工会(角田スタンプ会)のポイントに交換し、買い物に使用できる仕組みを提供するため、「スマートかくだチャレンジカード(スマか)」(以下「スマか」という。) (ICカード) を導入した。導入当初、商工会に相談して、店舗にやってきたお客さんへの周知(チラシの配布等)を行った。

「スマか」は、「1.ポイント付与」「2.体成分・血圧測定、Webでデータ確認」の2つの機能を備えており、ポイント利用の他に、市内3か所に設置されている測定器で体成分と血圧を測定すると、グラフ化されたデータをいつでもWeb上で確認することができる。体成分・血圧測定は、市の総合保健福祉センター(ウエルパーク)、総合体育館、市民センターで測定することができる。

② 「スマか」を活用した健康ポイント事業の財源

角田市では健康ポイント付与を行うための情報システムの導入及びランニングコストを国保事業(国保会計)から支出している。なお、健康ポイント事業は、健康増進事業として位置付けられていることから、事業開始の3年後からはランニングコストを一般会計と按分している。

③ 「スマか」を活用した健康ポイント事業の成果及び効果

【参加者の健(検)診受診率向上に寄与】

「身体を知る」ため、健(検)診受診に健康ポイントを付与した。また、多くの住民が集まる健(検)診会場で周知をし、その後の運動体験・継続につながることを期待して健康ポイントを付

与した。その結果、令和3年度の「スマか」保有者は約24%（4人に1人）を占めたことからおおむね周知できた結果となり、健康意識の向上につながり、健康ポイントの付与が受診率向上の一助となった。

〔参加者の運動体験の定着〕

運動体験・定着に関しては、新型コロナ前と比較して、各地区でのウォーキングイベント開催が定着し、イベント回数が減っても参加人数は増加した。また、ウォーキング以外の運動教室の企画も増え、利用者が増加した。参加者へのアンケートでは、「健康づくりのきっかけや継続のために健康ポイントは重要である」（81.3%）や、「健康ポイントがあるから友人を誘いやすかった」などの意見があった。

健康ポイント事業を開始したことにより、運動習慣がない人が運動を行うきっかけとなり、関心層はおおむね参加したと考えられた。

〔参加者のセルフチェックの定着〕

体成分測定器の延べ利用者は、平成29年度が1,581人、平成30年度には1,992人と411人増加した。体成分測定器の設置により、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。

〔参加者のモチベーション向上に寄与〕

成果、変化・結果に対するポイント付与により、健康づくりに取り組んでいる人の励みとなり、参加者のモチベーション向上につながった。

〔介護予防に貢献〕

健康長寿課主催のウォーキングイベントの参加者は、年齢層が中高年以上や高齢期の方が多く、また足腰が弱い方もいる。健康長寿課としては、このウォーキングイベントが介護予防にも貢献していることを実感し、健康づくりだけでなく、介護予防も視野に入れてイベントを考えた。

3. データヘルス計画に基づく事業評価を毎年実施し効果的な保健事業を推進

① 計画策定及び事業の実施・評価に係る実施体制

角田市における第2期データヘルス計画は市民課が主体となって実施しているが、効果的・効率的な事業実施を達成するには保健医療専門職の確保が必須であり、事業の実施・評価の部分は健康長寿課と連携して取り組んでいる。なお、保健事業には健康長寿課の保健師2名（常勤）、栄養士2名（常勤）、歯科衛生士1名（非常勤）が関わっている。

事業評価は毎年実施しており、角田市国民健康保険運営協議会（年3回開催）のうち1回分を割り当てている。協議会には市民課と健康長寿課の職員が出席しており、そこで事業での取組に対する評価や助言を受けている。

また、協議会の委員には地域医師会の医師も参画しており、医師自身の病院での患者動向から、

具体的な取組についての提案もなされる。例えば、健診受診率が低下しているので周知が必要、病院との連携の必要性、重症化する前に受診勧奨、無関心者への対応など。

このように、角田市では市民課（データヘルス計画の実施主体）と健康長寿課（保健医療専門職が所属）がそれぞれの強みを活かした役割分担のもとで連携し、さらに国民健康保険運営協議会において、事業評価に関するアドバイスをもらうなどの体制が構築できている（図表 6）。事業評価を毎年実施しているため、おのずとデータヘルス計画の数値も確認することになり、毎年データヘルス計画を評価していると考えている。

<図表 6 実施体制・役割分担>

実施体制	役割分担
市民課	<ul style="list-style-type: none"> ・データヘルス計画の実施主体 ・計画策定 ・中間評価の事務的段取り ・国民健康保険運営協議会への出席、評価
健康長寿課	<ul style="list-style-type: none"> ・各保健事業の実施及び評価 ・国民健康保険運営協議会への出席、評価
国民健康保険運営協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・事業評価及び助言

出典：角田市提供資料より事務局作成

② 中間見直し時点での工夫

データヘルス計画の目標値は、当時の担当者が平成 29 年の宮城県の数値を参考にしつつ、毎年評価を実施することを勧告して、計画策定の段階で評価しやすい数字に設定した経緯がある。

中間評価の際、県や保険者等からの助言に基づき、目標未達の取組は当初の目標値に近づける、目標達成の取組はプラス 1 割程度の改善を目指す形で新たな目標設定を行った。

また、中間見直しの際には、保健事業の大枠の変更はせず、実施内容などの細かい部分の工夫を検討した。

4. 今後の方針

角田市では庁内外が連携し、効果的な保健事業の推進に取り組んできており、保健事業の柱となる『スマートかくだチャレンジ事業』は、自身の健康状態の見える化やインセンティブとしてのポイント付与など複合的な施策により、市民の健康づくりの動機付けや行動変容において、一定の効果を発揮している。

一方で、いくつかの課題点もある。

第一に、ランニングコストの費用負担が大きいことから、事業の継続性における課題がある。

第二に、事業の効果検証に関しては、事業での取組が医療費の抑制に直接つながっているかどうかの評価が難しいといった課題がある。その理由としては、健康意識が高い人は、当該事業以外にも様々な事業にも参加しているため、健康ポイント事業のみに限定してメタボの改善にどの程度つながっているかを定量的に評価することが難しいことが挙げられる。

第三に、若年層の利用者が増えない課題がある。

『スマートかくだチャレンジ事業』でアプローチ可能な人たちはアプローチできたと考えている。見方を変えると特定の人へのインセンティブ事業となっているため、前述の課題も踏まえ、今後事業のクロージングを行う。また、運動習慣がついた人は、生涯学習課の方で関わりを継続する予定である。

健康ポイントを活用していた人たちや事業を楽しみにしていた人たちに対して、クロージングについて、事業目標が達成できたこと等を丁寧に説明していく。今後はこの事業でアプローチできなかった健康無関心層への関わりや健康課題を分析し、対象を選定した医療費の適正化を図っていく予定である。

【宮城県登米市】

重層的な糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防

自治体概要（令和4年12月末時点）

人口：74,795人

国保被保険者数：18,083人

高齢化率：36.5%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和4年度時点）

事務職：4人

専門職：1人（管理栄養士）

特定健診/特定保健指導実施率（令和3年度時点）：61.1%/13.9%

1. 国保の保健事業と連携体制

① 専門職の配置による国保の保健事業の見直し

第2期データヘルス計画策定時は、国保年金課に専門職がいなかったため、健康推進課と共同で保健事業に取り組んでいた。令和2年度からは国保年金課と健康推進課を兼務する専門職として管理栄養士が配置され、KDBシステム等を用いたデータ分析、事業の計画立案・実施・評価、健康推進課や各総合支所との連絡調整を国保年金課主体で行うようになった。事務職は予算関係の業務や庁内外との連携を実施している。

第2期データヘルス計画の中間評価（以下「中間評価」という。）時に、国保連合会の保健事業支援・評価委員会において、保険者として医療費適正化の観点は重要という助言を受けたため、KDBデータで医療費分析を行い、医療費の高い疾患を整理し、事業の優先順位を見直した。

② 庁内・庁外の連携体制

健康推進課は、第2期データヘルス計画策定にも関わっており、中間評価時のデータ分析や評価について相談する等、密に連携をとり、効果的な事業推進に取り組んでいる。

登米市には9つの総合支所があり、各総合支所に配置されている専門職が国保年金課及び健康推進課と連携し、その地区で保健事業を実施している。

各部署の保健事業担当者が事業について担当者会議や検討会等を実施し、子どもから大人まですべての年代に対してどのような関わりが必要なのか、健康課題や健康づくりについて話し合っている。国保年金課はKDBデータの共有や気づいた点等の報告も行っている。

庁内・庁外の連携先は、図表1に示すとおりである。

<図表1 庁内・庁外の連携先>

分類	連携先・協力先	連携内容等
庁内	健康推進課	・事業実施における相談、連携 ※国保を含めた市民全体の健康づくり担当
	総合支所	・専門職が各地区の住民に対し保健事業を実施 ・保健事業の企画や評価について連携
	長寿介護課	・介護予防事業の企画と実施 ・介護保険データの分析
庁外	県・保健所	・県糖尿病対策推進会議への情報提供の取りまとめ ・保健事業について情報を共有
	宮城県国保連合会	・国保保健事業についての助言（保健事業支援・評価委員会含む） ・KDB システムの操作支援、データ抽出等の実務について相談
	登米市医師会	・事業対象者の抽出基準や事業内容について相談
	保健活動推進員	・地域での健康教室等の開催支援 ・検診（健診）の啓発

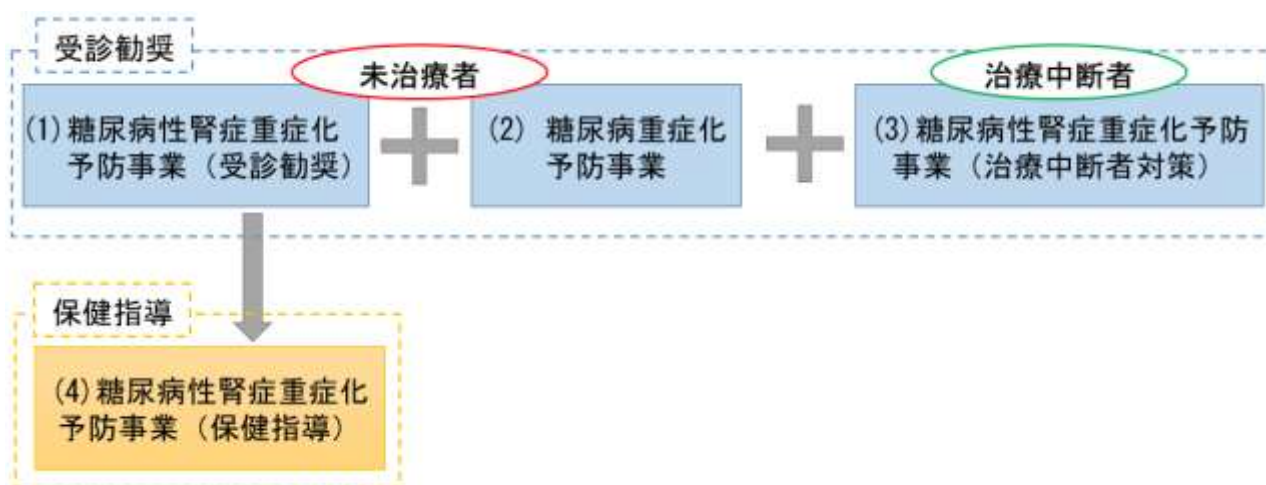
出典：登米市提供資料より事務局作成

2. 重層的な糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防の取組

① 事業の背景

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いこと、特定健診受診者の約8割が血糖高値であること、新規透析導入患者数が増加傾向であること等の課題が浮き彫りになった。そこで、糖尿病及び糖尿病性腎症への取組を重点的に行うこととした。

<図表2 国保保健事業の糖尿病重症化予防事業等（令和4年度）>



出典：登米市提供資料より事務局作成

② 糖尿病及び糖尿病性腎症の未治療者への受診勧奨（図表2のうち(1)、(2)）

糖尿病に対しては、以前から健康推進課で受診勧奨等の取組を実施してきたが、中間評価を機に、国保年金課で対象者抽出基準や介入方法等について、国や県のプログラム、糖尿病診療ガイドライン等を参考に、健康推進課と相談しながら初案を作成し、市内の糖尿病内科医へ相談及び助言を受け、事業内容の整理を行った。

糖尿病及び糖尿病性腎症の疑いがある者のうち、医療機関を受診していない者に対して受診勧奨を実施している。具体的には、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、対象者から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（図表3）。

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（図表4）。また、受診勧奨通知を発送した後、合併症リスクが高いと思われる者に対しては、総合支所の専門職が電話や訪問等で再勧奨を積極的に行っている。

併せて、早期予防が大切であることから若年者層にも同様の基準で受診勧奨を行い、市全体で重症化予防に取り組んでいる。

<図表3 事業の流れ>

実施内容	担当
対象者抽出 対象者の確認	健診団体、国保年金課、総合支所
通知発送	国保年金課
報告用はがき返送期限	対象者→総合支所
再受診勧奨	総合支所
再受診勧奨終了 (総合支所から国保年金課に報告)	総合支所
レセプト確認	国保年金課
事業評価	国保年金課・健康推進課・総合支所
次年度の特定健診結果確認	国保年金課

出典：登米市提供資料より事務局作成

＜図表 4 糖尿病性腎症重症化予防事業の受診勧奨通知及び報告用はがき＞
受診勧奨通知表 受診勧奨通知裏

登米市章
 登米市役所
 令和 年 月 日

<郵便番号>
 <住所1>
 <方角>
 <氏名> 様 (<通し番号>)

登米市長 鈴木 盛博
 (公印省略)

医療機関受診のおすすめ

令和4年度特定健康診査後、医療機関での受診はお済みでしょうか。特定健康診査は、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として実施しています。

特定健康診査の結果、あなたは糖尿病又は糖尿病性腎症の疑いがありますので、自覚症状の有無にかかわらず、この通知と特定健康診査結果通知表をご持参の上、医療機関を受診されることをおすすめいたします。

なお、定期的に医療機関に通院されている方は、主治医にこの通知と特定健康診査結果通知表をお見せいただくようお願いいたします。

あなたの特定健康診査の結果

HbA1c	%	eGFR	mL/分/1.73 ml
尿たんぱく		収縮期血圧	拡張期血圧
	mmHg		mmHg

・HbA1cが6.5%以上は糖尿病が疑われます。
 ・尿たんぱく(+)以上又はeGFR60mL/分/1.73 ml未満は腎機能低下が疑われます。
「糖尿病」と「腎機能低下」の両方が該当する方は、糖尿病性腎症の疑いがあります。
 ・収縮期血圧140 mmHg以上、拡張期血圧90 mmHg以上は高血圧の基準値に該当します。

＝ 同封ハガキにより医療機関受診の有無を 月 日までお知らせください ＝

医療機関受診の状況と関係なく、ハガキを同封いたしましたので、受診の有無にかかわらずご記入の上、令和 年 月 日まで投函いただけますようお願いいたします。
 なお、医療機関を受診されていない方や返信のない方には、後日、保健師又は栄養士が訪問や連絡をさせていただくことがあります。
 ※プライバシー保護のため、ハガキを投函する際には同封した目録シールを貼付してください。

《お問い合わせ先》 市民生活部健康年金課保健給付係 0228-28-2106
 市民生活部健康年金課保健給付係 0228-28-2116

郵で記入いただいた個人情報、個人を特定し得る情報は厳格に管理され、目的以外に使用されることはありません。

あなたは特定健康診査の結果、早急に受診が必要なレベルです!!

今後も元気で過ごしていただくために、医療機関の受診をお勧めします。

あなたの検査値が該当するところに★印をつけています。

HbA1c %

↑	危険	6.5以上	異常 ★	治療・対策が必要	
		5.6以上	異常 (このままでは危険)		HbA1cは、血糖の1～2か月の平均的な高さを示す指標です。 この値が5.8%を超えて高いほど、網膜症や腎症等の糖尿病の合併症を発生したり、悪化させることが分かっています。
		5.5以下	異常なし		

eGFR mL/分/1.73 ml

↓	危険	60.0以上	異常なし	このままでは危険	
		59.9以下	異常 ★		腎臓の機能を示す値です。数値が低くなると腎臓の機能が低下していることになります。 eGFRが60 mL/分/1.73 ml未満は慢性腎臓病の存在を示すサインです。
		44.9以下	異常	治療・対策が必要	

尿蛋白 (尿蛋白値)

↑	危険	(+)以上	異常 (このままでは危険)	治療・対策が必要	
		[±]	異常 (このままでは危険)		腎臓が障害されることで、通常尿にでない蛋白が尿に出てきます。 尿蛋白(+)以上は、慢性腎臓病の存在を示す重要なサインです。
		(-)	異常 ★		

医療機関受診の際は、この通知と令和4年度特定健康診査結果通知表をご持参ください。

**令和4年度糖尿病性腎症重症化予防事業
医療機関受診結果報告用ハガキ**

※必要事項を記入、又は該当番号を○で囲んでください。

町域 _____ 氏名 _____

1 医療機関を受診した
 医療機関名 [_____]
 受診年月日 [令和 年 月 日]
 その受診内容などを教えてください。
 (1)精密検査を受けた。
 (2)薬の処方を受けた。
 (3)食事の指導を受けた。
 (4)継続的に受診することになった。
 (5)その他
 [_____]

2 これから医療機関を受診する予定
 受診予定日 [令和 年 月 日頃]
 医療機関名 [_____]

3 医療機関を受診する予定はない
 受診しない理由を教えてください。
 [_____]

▲ご記入後、この上に目かくしシールを貼って投函してください。

C <通し番号>

出典：登米市提供資料一部改変

③ 糖尿病の治療中断者への受診勧奨（図表2のうち(3)）

糖尿病の治療中断者に対する受診勧奨も実施している。具体的には、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（図表5）。

<図表5 事業の流れ>

実施内容	担当
糖尿病治療中断者リストの授受	(宮城県国保連合会より)
対象者抽出、対象者の確認	国保年金課・総合支所
受診勧奨通知発送	国保年金課
受診状況確認、事業評価	国保年金課

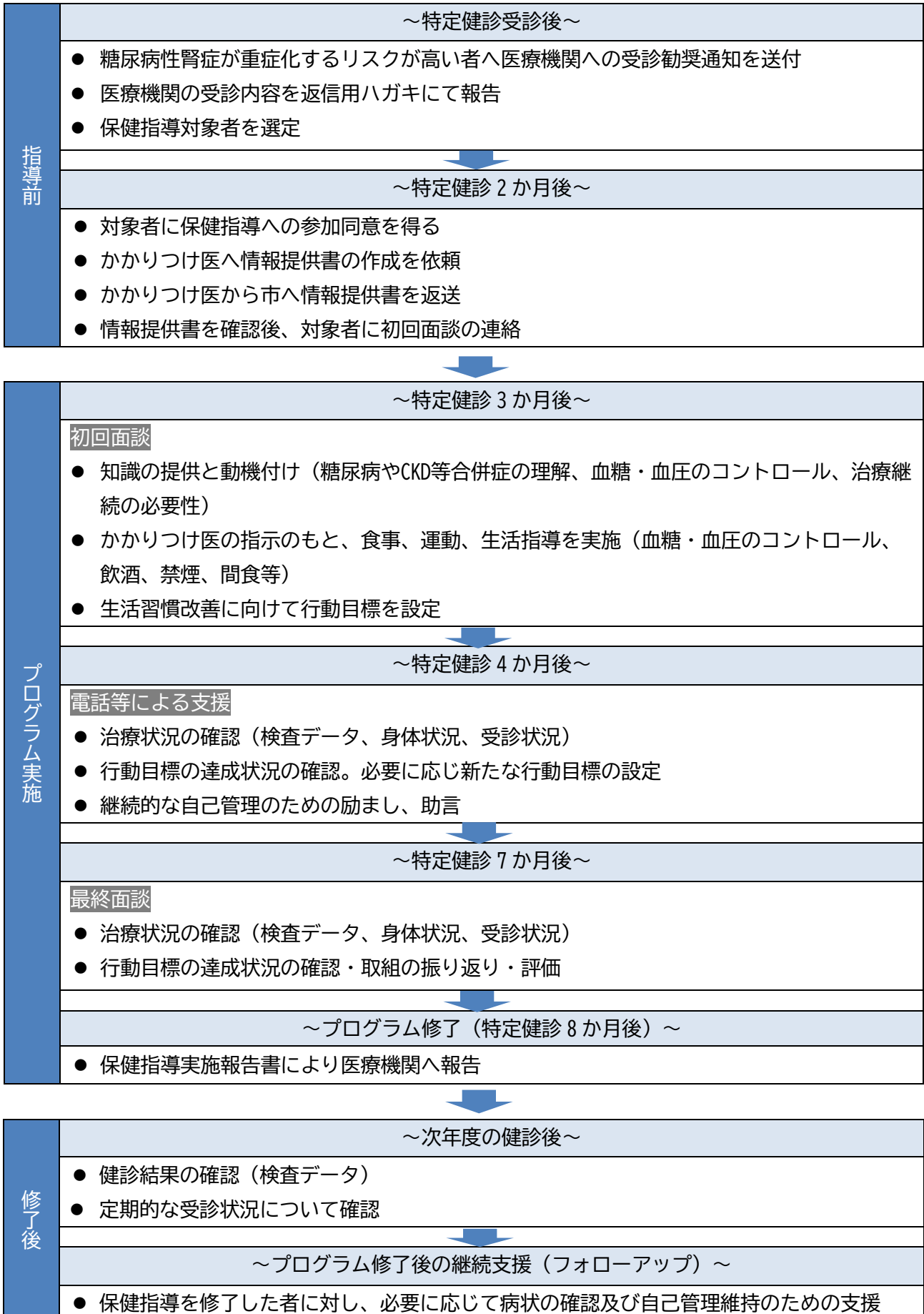
出典：登米市提供資料より事務局作成

④ 受診勧奨により医療機関を受診した糖尿病性腎症患者等に対する保健指導 (図表2のうち(4))

令和4年度から市内2地区をモデル地区に設定し、保健指導の取組を開始した。実施に当たっては、宮城県糖尿病療養指導士をアドバイザーに国保年金課、健康推進課、総合支所で検討会を開催し、実施方法や内容等について話し合いを行った。また、登米市での糖尿病治療の現状を把握し、保健指導の手法を学ぶための研修会の開催や医師会への説明など実施する環境を整えた。

糖尿病性腎症重症化予防事業において医療機関での受診が確認された者に対して、かかりつけ医に情報提供書の作成を依頼し、それを基に保健指導を実施し、指導後は医療機関に報告する。また、次年度の特定健診結果や定期的な受診状況について確認し、必要に応じて自己管理維持のための支援を行う。（図表6）。

<図表 6 保健指導のフロー>



出典：登米市提供資料より事務局作成

⑤ 事業評価

各事業について、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価を行っている。3つの受診勧奨事業の令和3年度のアウトプット評価及びアウトカム評価は、図表7のとおり。

<図表7 事業評価（令和3年度事業分）>

事業	アウトプット評価	アウトカム評価
(1)糖尿病性腎症重症化予防事業	○受診勧奨通知の送付数（率） ➔189人（100%） 【再受診勧奨数（率）】 ➔28人（87.5%） ○特定保健指導での受診勧奨数（率） ➔2人（100%）	○医療機関受診者数（率） ➔126人（66.0%） ○対象者の令和4年度特定健診結果（HbA1c、eGFR、尿たんぱく、血圧） ➔令和4年度特定健診実施後に評価
(2)糖尿病重症化予防事業	○受診勧奨通知の送付数（率） ➔193人（100%） 【再受診勧奨数（率）】 ➔17人（70.8%） ○特定保健指導での受診勧奨数（率） ➔7人（100%）	○医療機関受診者数（率） ➔158人（79.0%） ○対象者の令和4年度特定健診結果（HbA1c、eGFR、尿たんぱく、血圧） ➔令和4年度特定健診実施後に評価
(3)糖尿病重症化予防事業（治療中断者対策）	○受診勧奨通知の送付数（率） ➔59人（100%）	○医療機関受診者数（率） ➔13人（22.0%） ○対象者の令和4年度特定健診結果 ➔令和4年度特定健診実施後に評価

出典：登米市提供資料より事務局作成

3. 今後の方針

糖尿病及び慢性腎臓病の医療費の割合が高いことから、受診勧奨や治療中断者への対策を継続していく。また、今年度モデル事業として開始した保健指導については、国保年金課・健康推進課・総合支所の三者で実施内容について評価と見直しを行い、令和5年度以降は市全域で実施していく予定である。

【埼玉県さいたま市】

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

自治体概要（令和5年2月1日時点）

人口：1,339,009人

国保被保険者数：259,628人

高齢化率：23.2%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和4年度時点）

事務職：5人

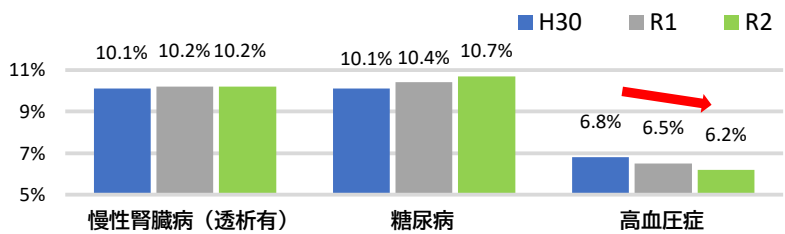
専門職：3人(保健師)

特定健診/特定保健指導実施率（令和3年度時点）：34.9%/28.6%

1. 取組の背景

さいたま市国保の生活習慣病の医療費における疾患ごとの割合は、令和2年度の慢性腎臓病（透析患者含む）は10.2%と不変だったが、糖尿病は10.7%と増加しており、慢性腎臓病・糖尿病の割合はそれぞれ政令市（8.8、9.8）や全国（8.5、10.4）に比べ高い状態が継続していた（図表1）。

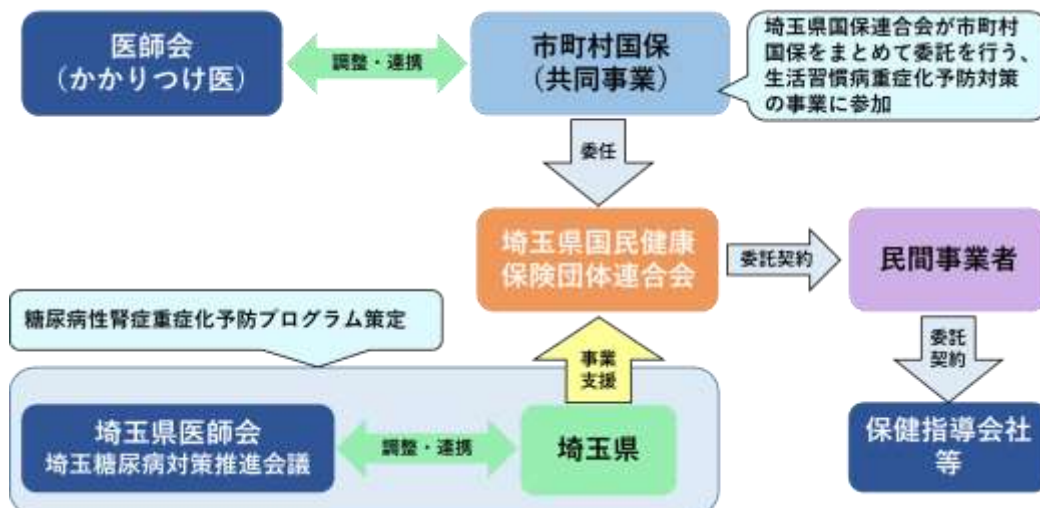
＜図表1 生活習慣病医療費における疾患ごとの割合＞



出典：さいたま市提供資料

市国保の健康課題を踏まえ、これまで生活習慣病のうち糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症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保健指導を行い、人工透析への移行を防止することを目的として、埼玉県の糖尿病性腎症重症化予防対策事業（共同事業プログラム）（以下「県プログラム」という。）に参加している（図表2）。

＜図表2 埼玉県の糖尿病性腎症重症化予防対策事業（共同事業プログラム）の実施体制＞

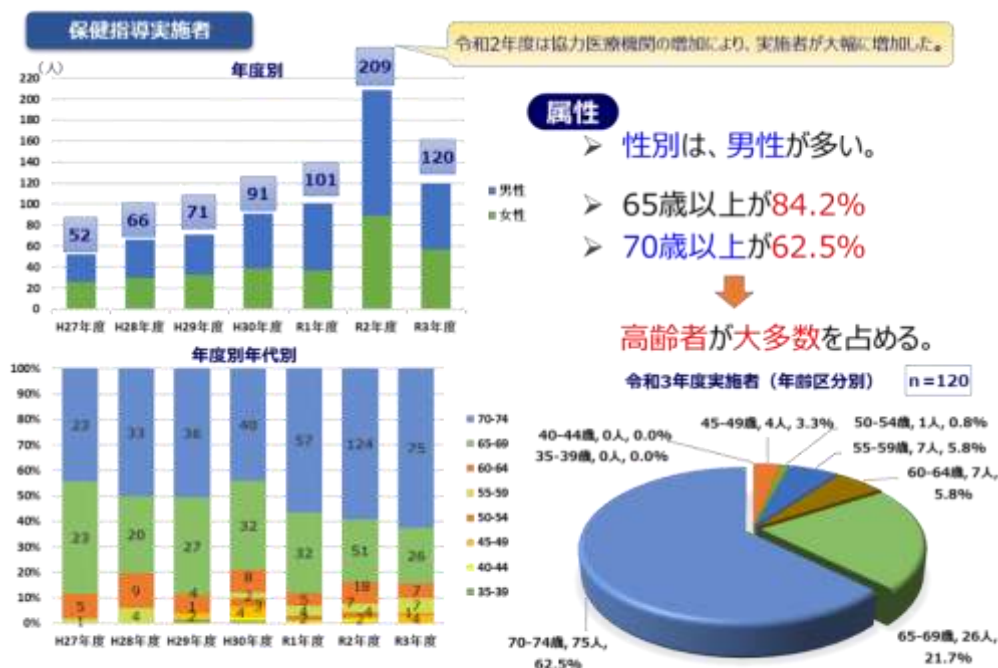


出典：さいたま市提供資料より事務局作成

県プログラムでは6か月間の保健指導終了後3年間の継続支援が用意されており、国保では県プログラム終了後4年目以降の継続支援を、令和元年度から市単独事業として実施していた。

保健指導実施者は高齢者が多数を占めていることから(図表3)、県プログラムの継続支援の終了前に後期高齢者医療制度への移行者が多くいた。そこで、令和2年度から、県プログラムの継続支援途中で後期高齢者医療制度へ移行した者へ「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」として、後期高齢者医療の主管課である年金医療課が県プログラムの継続支援を引き継いで実施することとなったが、県プログラム終了後の4年目以降の継続支援は実施していなかった。

＜図表3 糖尿病性腎症重症化予防対策事業の保健指導対象者の実態＞



出典：さいたま市提供資料

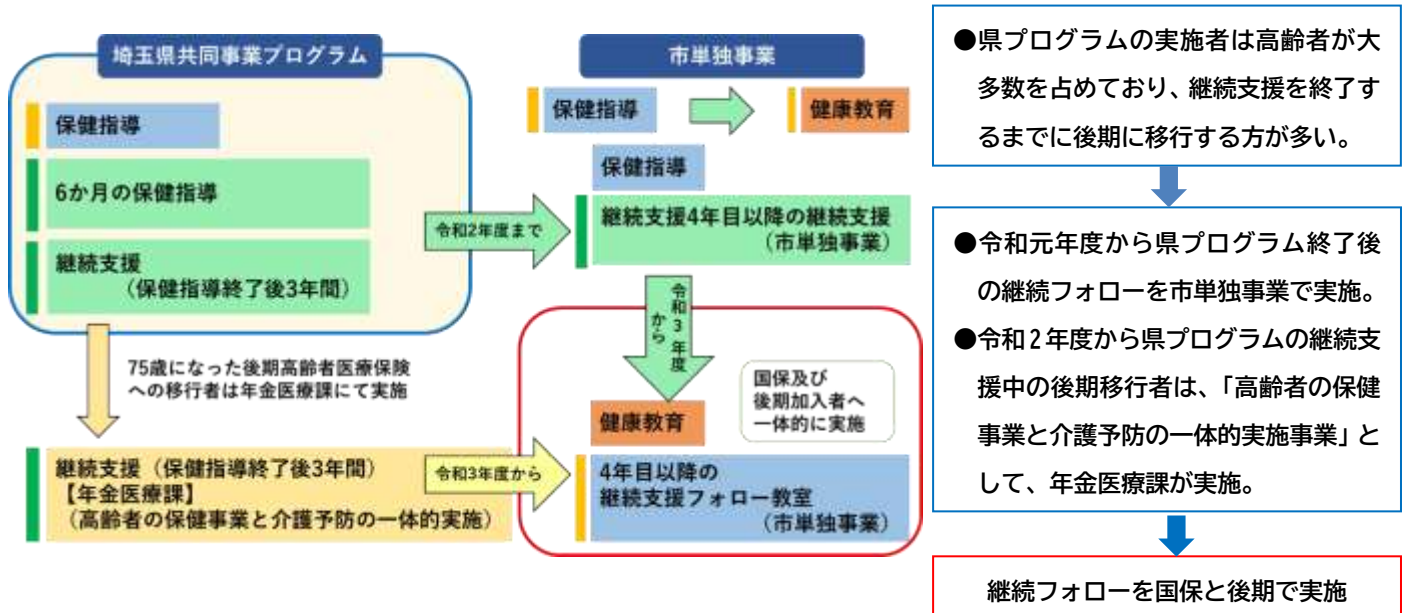
糖尿病性腎症は発症から人工透析導入まで数十年の経過をたどる人が多い。市の国保における透析導入患者の年齢は60歳から増え始め70~74歳が一番高く、透析患者は75歳~80歳の年代が16.1%と、国保から後期高齢者医療制度に移行した後の年代が一番高い傾向にあった。糖尿病性腎症重症化予防には継続した支援が必要であり、より多くの人への支援体制が望まれているが、国保も毎年対象者が追加される中で4年目以降の個別支援には限界があった。

そこで、国民健康保険課と年金医療課が協働して県プログラム継続支援終了後4年目以降の支援を「さいたま市糖尿病性腎症重症化予防継続フォロー教室」として、令和3年度から実施することとした。

2. ポピュレーションアプローチと一体で取り組む糖尿病重症化予防

「さいたま市糖尿病性腎症重症化予防継続フォロー教室」は、県プログラムから切れ目のない支援体制を構築することにより、重症化予防（ハイリスクアプローチ）を継続して実施することができる。（図表4、5）。また、ポピュレーションアプローチは、ハイリスクアプローチと一体的に行うことで、効果的に保健事業を実施する。

＜図表4 県事業と市単独事業を合わせた事業スキーム＞



出典：さいたま市提供資料より事務局作成

＜図表5 令和3年度糖尿病性腎症重症化予防継続支援・県事業からの移行フロー＞

令和3年度糖尿病性腎症重症化予防対策継続支援・フォロー事業							
	埼玉県プログラム				市単独事業		
	開始年度	継続1年目	継続2年目	継続3年目	4年目	5年目	6年目
国保	保健指導	継続支援					
後期移行		継続支援			継続フォロー		
国保	保健指導	継続支援					
後期移行		継続支援			継続フォロー		
国保	保健指導	継続支援					
後期移行			継続支援		継続フォロー		

出典：さいたま市提供資料

① 事業目的及び事業内容

事業目的は以下のとおりである。

- 糖尿病性腎症重症化予防対策事業終了者へのフォロー事業を後期高齢者保健事業の主管課（年金医療課）と協働で実施することにより、切れ目のない継続支援を実施し、人工透析への移行を防止する。
- 高齢者は認知機能の低下や社会的なつながりの低下など、多面的な課題と不安を抱えフレイル状態になりやすい傾向にあるため、事業参加を通して社会的参加を促すきっかけとする。

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの対象者及び事業内容は図表 6 のとおりである。

<図表 6 令和 3 年度糖尿病性腎症重症化予防継続支援・フォロー事業>

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
ハイリスクアプローチ (継続フォロー教室)	○糖尿病性腎症についての教育 糖尿病講義、栄養講義、運動実技 ○参加者同士による情報交換（グループワーク）
対象者	① 血糖値が高めの方 ② 糖尿病予防に関心のある方
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、糖尿病など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

出典：さいたま市提供資料より事務局作成

② 事業推進体制とポイント

本事業で国保と後期の保健事業を一体的に推進することになったのは、庁内保健師の個別のつながりがきっかけであった。それぞれの所属部署における取組の課題については以前から情報共有を行っていた中で、年金医療課に保健師が配置されたことを契機として、限られた時間と予算で効率的にできることを考えた結果、教室運営を協働で実施などのアイデアが生まれた。

本事業においては、様々な関係機関が連携・役割分担を図りながら、切れ目のない一体的な保健事業を推進している（図表 7）。

<図表 7 関係者の役割>

分類	担当課	役割
庁内	国民健康保険課	<ul style="list-style-type: none"> ・事業主管課であり、事業企画・運営・管理を実施検討 ・年金医療課と連携した事業実施
	年金医療課	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療の主管課であり、事業を連携して実施
	各区保健センター	<ul style="list-style-type: none"> ・市内 10 か所の保健センターでポピュレーションアプローチを実施
庁外	埼玉県	<ul style="list-style-type: none"> ・県の保健事業ワーキンググループに市が参加し、保健事業について検討
	国保連合会	<ul style="list-style-type: none"> ・県の糖尿病性腎症重症化予防対策事業（共同プログラム）の実施主体として、継続フォローまで実施 ・6 か月間の保健指導終了後、終了者の名簿リストを市ヘデータで共有
	さいたま市の医師会 (4 医師会)	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会との会議で市から事業報告を実施 ・事業内容に関するアドバイス
	さいたま赤十字病院	<ul style="list-style-type: none"> ・ポピュレーションアプローチの活動を協働で実施 ・新型コロナ流行前は、医師に市のイベント等で教室の講師を務めてもらった ・新型コロナにより教室開催ができないため、腎臓専門医と連携し、生活習慣病の動画を作成。YouTube で公開している。 <div data-bbox="737 1133 1350 1476" data-label="Image"> </div> <p>出典：https://www.city.saitama.jp/001/002/006/p085603.html</p>

出典：さいたま市提供資料より事務局作成

③ 結果及び効果

■ ハイリスクアプローチ（継続フォロー教室）

○令和 3 年度

参加申込み時期が、新型コロナウイルス第 5 波中であり、教室形式での参加に結びつかず、参加者が少なかった。また、教室参加者は全て 70 歳以上だった（図表 8）。

教室後のアンケートは体重・血圧測定、食事・運動について、1 年前と現在の改善状況を比較し、3 人中 2 人が改善、1 人が不変だった。生活習慣改善の取組に対する意識の変化については、事業前と比較し、全員が生活習慣の改善に取り組もうとする意識が高くなっていた。教室の参加者は、知識の獲得について意欲的な人が参加したため、生活習慣改善がみられたといえる（図表 9）。

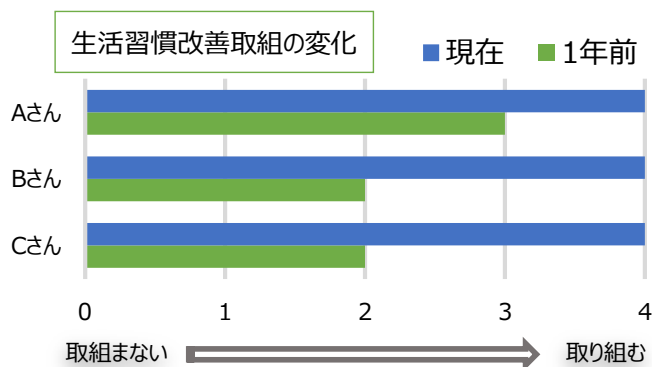
県プログラム後は、糖尿病についての知識や生活習慣改善の必要性の理解が薄れてきてしまうため、再認識の場としての継続フォローは必要と考えている。

<図表 8 令和 3 年度ハイリスクアプローチの通知者・申込者・教室参加者数>

通知		申込者		教室参加者	
国保	後期	国保	後期	国保	後期
80	25	4	1	3	1

出典：さいたま市提供資料

<図表 9 令和 3 年度ハイリスクアプローチの教室後アンケートの結果>



出典：さいたま市提供資料

○令和 4 年度

令和 4 年度は、教室通知者 350 人中、参加者は 9 人となった。病気や食事療法に対する知識を県の事業で一度学習していても、忘れていく人が多く、再認識の場として市の継続支援は必要であると考えているが、昨年も参加した人から「同じ内容だね」と言われ、毎年参加する必要性を感じない人もいる。新規の参加者と継続参加者がいる中で内容をどこまで更新するかは今後の課題である。参加者同士の意見交換では、自分自身の体験談を共有することで、ピアカウンセリングの形となり教室の意味があったと考えている。

教室参加率が低いことを課題と捉えており、令和 3 年度が 4～5%、令和 4 年度は 2.6%程度と数人の参加者であれば個別対応で十分になってしまう状況である。グループでの共有や社会参加の意味からも参加率を 10～15%程度に向上させたいと考えている。

■ ポピュレーションアプローチ

○病態別健康教育（区役所保健センター）

5 区のセンターにて糖尿病等の健康教育を 7 回実施し、100 人が参加した。参加者は 60 歳代以上が 71.0%と高齢者が過半数を占めた。教室後のアンケートでは食事や運動等の生活習慣を改善すると回答した人の割合は 70%以上だった。

○イベントでの生活習慣病予防啓発（地域中核病院）

新型コロナの影響でイベントが中止なり、生活習慣病についての医師講義の動画を作成し、配信することで、コロナ禍でのアプローチができた。また、区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。

3. 今後の方針

令和3年度において、平成28年度の保健指導終了者から2人の人工透析への移行を確認しており、高齢者が多いことなどから、今後、保健指導終了者の人工透析への移行者増加も予想される。令和元年の埼玉県の人工透析導入の年齢は75～79歳が最も多く、県プログラムの保健指導終了後も継続フォローの必要性が高い状態が続いている。

国保と後期の連携事業としてフォロー教室を企画したが、新型コロナ感染拡大の影響を受け、参加者が非常に少なかった。次年度以降は新型コロナ感染状況をみながら、市内複数個所で開催できるよう参加者確保に努めたい。また、教室に参加希望のないハイリスク者（糖尿病性腎症4期相当）への継続支援へのアプローチは必要と考えており、今後検討していきたい。

ハイリスクアプローチと共に、ポピュレーションアプローチが重要であるが、この数年は、コロナ禍により教室やイベントが中止になるなど、十分なアプローチができなかったことも課題として残った。令和4年度は新型コロナ感染の影響を考慮して、規模を縮小するなどの形で教室開催を行ったが、令和5年度は10区保健センターでの教室やイベント・動画配信など生活習慣病予防啓発事業の強化に努める。

【福井県美浜町】

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）」

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

自治体概要（令和2年時点）

人口：9,176人

国保被保険者数：1,975人

高齢化率：37.4%

国保の保健事業を担当する兼任職員数（令和4年度時点）

事務職：1人

専門職：1人（保健師）

特定健診/特定保健指導実施率（令和元年度時点）：50.7%/66.7%

1. 町の特徴的な生活習慣課題に着目した「げんげん運動」の始まり

① 事業実施の背景と取組内容

美浜町では、「健康みはま21」（健康増進計画）に基づき、平成20年度から健康づくりを推進している。当時は国保の医療費が年々上昇傾向にあり、一人当たりの医療費が県内で最も高い状況だった。その後、平成24年度の次期健康増進計画策定に備え、23年度から医療費分析に取り組み始めた。医療費分析は、福井大学、保健所の協力を得て行った。分析の結果、高血圧・脳血管疾患・心筋梗塞・心筋梗塞などの循環器疾患が高い背景として、塩分のとりすぎといった食生活や肥満が関係していることが明らかになった。

そこで、町健康課題を解決するために、平成24年度の健康増進計画の策定の際に、平成25年度から平成29年度の5年間では、適正な塩分摂取をすること（減塩）と自分の生活スタイルや身体状況に応じた適切なエネルギー摂取をすること（減量）を柱とし、自分たちの体の状態を町民に理解してもらう、「げんげん運動（げんげん＝減塩・減量）」を開始した。

「げんげん運動」は、生活習慣に伴う地域の健康課題の解決、さらには医療費の伸び率減少を目的とした町民総ぐるみで取り組む食生活から始める健康づくり事業であり、誰もが日々の暮らしで減塩・減量を実践できるように、具体的な7つの健康行動を示している（図表1）。

また、取組に際しては、広く町民に認知してもらうためのPR人材の採用による広報活動の工夫や、事業推進のために町内37地区の中から3つのモデル地区を年度ごとに順次設定し、重点的に取り組んだ。事業開始時の取組の工夫点などは、図表2に示すとおりである。

<図表1 「げんげん運動」 7つの健康行動>



出典：美浜町提供資料

<図表2 事業推進の工夫点等>

項目	具体的成果・効果
「げんげん運動」の広報活動	<ul style="list-style-type: none"> ● 一般公募で「げんげん運動」のPR人材を募集し、「げんげん一座」として（平成27年度まで）様々なイベント等での周知活動を担ってもらった。
庁内連携体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ● 住民環境課（国保担当）と健康福祉課の職員で連携体制を構築し、事業を考えた。
推進のためのモデル地区設定	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業を推進するモデル地区として町内37地区の中から3地区を選定した。各地区の健康課題を共有しながら、活動計画を立てて取り組んだ。 ● モデル事業を進めていく中で、住民自らが課題解決のために積極的に動く等、当事者意識が向上する効果があった。 ● 平成25年度から2年間、3地区でモデル事業を実施した後、ノウハウを横展開しながら、翌年度は実施地区を5～6地区で実施した。順次全地区に広げるような形で進めていった。 ● 美浜町自体、従来から地域活動が活発で、集落意識が非常に強い特性があるため、町の全地区で保健事業の推進ができた。現在でも、取組を継続している地区がいくつかある。 ● 各地区には健康づくり推進員がいるため、地区の自主活動になるよう、現在、体制を切り替えているところである。このように地域単位で活動できる点も、「げんげん運動」が波及した要因の1つだと考えている。

出典：美浜町提供資料より事務局作成

② 「げんげん運動」の事業評価と見直し

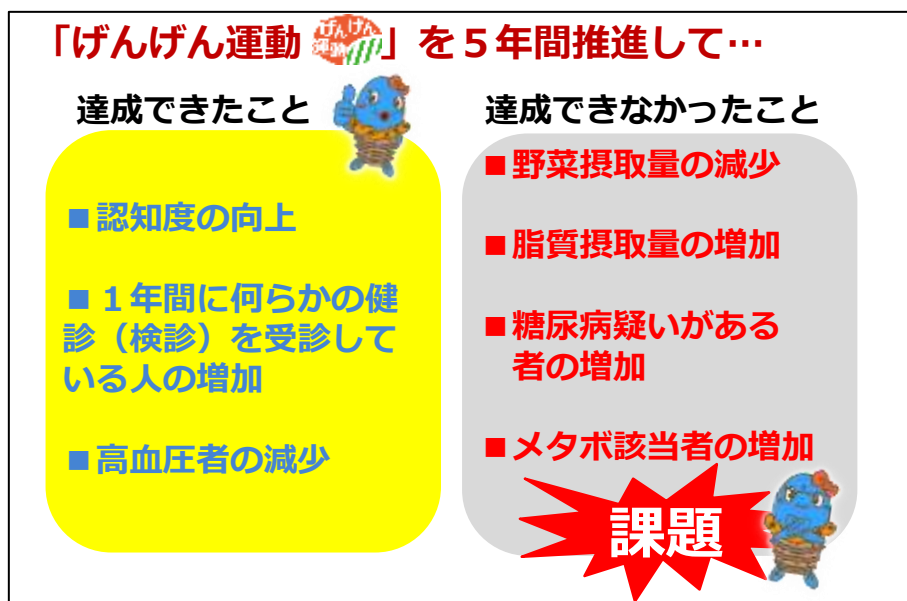
「げんげん運動」は、広報の工夫やモデル地区の設定に加え、健康づくり推進協議会やワーキンググループ（図表 7 参照）などと連携して取り組んできたことで事業の認知度は向上し、町民の 9 割近くの人が「げんげん運動を知っている」という調査結果が出た。また、減塩に取り組む人が増え、健診受診者の増加や高血圧者の減少といった結果を出すことができた。

一方で、減量については浸透しづらく、その点が課題として残った。その理由として、自分の体に合わせた適正量摂取は訴求できたが、何をどれだけ食べるかという部分の啓発には至らなかったことが要因の一つと思われた。実際の検査数値を見てみると、血圧は下がっているものの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、今後減量について強化する必要性を認識した。さらに、町独自の食生活実態調査（平成 24 年度より開始）の平成 28 年度の結果を分析したところ、野菜の摂取量が低い傾向にあった。そのため、野菜の摂取量を増やすことで、課題である肥満やメタボ、血糖値、脂質異常症の改善につなげたいと考えた。また、運動状況を見てみると、運動をしている人の割合も少なく、日常的にできる生活運動に視点を置いて運動促進を展開したが、町民は「運動＝スポーツ」という認識が強いため、働く世代は運動する時間がない等の理由で事業への取り込みが難しく、日常的にできる生活運動に視点を置いた運動促進事業が必要だと考えた（図表 3）。

そこで、平成 29 年度に健康づくり推進協議会やワーキンググループにおいて検討・協議を行った結果、今後は野菜摂取量の増加を加えて、さらに食生活改善に向けて力を入れること、運動の実践も強化していくことが必要という方針を取りまとめ、上記分析内容を踏まえて、第 2 期計画の中で、「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）」を新たに展開することにした。

なお、同事業は健康増進計画に基づいた事業であるが、それを評価する視点は国保の医療費や標準化死亡比（SMR）などであり、国保の中間評価結果で見られた健康課題である筋骨格系疾患の予防（適切な受診に向けた周知・啓発）などへの影響が大きいと、国保のデータヘルス計画における保健事業としても、当該運動プログラムを取り入れることにした。

<図表 3 「げんげん運動」の 5 年間取組評価>



出典：美浜町提供資料

2. 「食」の強化と「運動」をプラスした「げんげん歩楽寿（プラス）」

① 事業目的・内容

「げんげん歩楽寿（プラス）」とは、従来の「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生活習慣病の予防を図ることを目的としており、平成30年から開始した。各事業の詳細は、図表4～6に示すとおりである。

<図表4 「げんげん歩楽寿（プラス）」 概要>





出典：美浜町提供資料

<図表5 「げんげん歩楽寿（プラス）」の実践に向けた取組>

		取り組み	内容	対象者	
げんげん歩楽寿の実践に向けた取組	個人の実践に向けた取組	食生活改善	生活習慣病を予防する食事のとり方を普及	生活習慣病を予防する食事のとり方（野菜、油脂、塩分）について豆知識やレシピを紹介するパンフレットを作成し普及する。	町民
			野菜の摂取向上	簡単な野菜料理の開発、普及を行い、誰もが簡単に野菜を摂取できる方法を普及する。	町民
		運動習慣の定着	運動方法の普及	健康を維持するための運動や日常生活で手軽にできる簡単な運動を普及する。	町民
			運動強化	町民の運動習慣や活動量増加等のため、運動プログラムを実施。各団体との連携を行いながら実施する。	町民
		健診（検診）推進	健診（検診）受診	年1回健診（検診）を受け、生活習慣病予防や病気の早期発見による治療につなげる。	町民
	町全体での環境づくり	地域健康づくり実践活動	集落ごとの現状や課題を分析し、集落の特色を活かした健康づくりに取り組む。	これまでに指定を受けたモデル地区・推進集落	
		親子げんげん運動	子どもの頃からの生活習慣病予防を図ると同時に、保護者に対する啓蒙活動を行う。	保育園児～中学生とその保護者	
		げんげん歩楽寿サポーター企業	げんげん歩楽寿を広げるために町内企業・団体と協働で広報活動や健康教室等を行う。	サポーター企業	
		げんげん歩楽寿推進強化月間	げんげん歩楽寿に集中的に取り組む期間を設け、様々な年代に多面的にPRし町民の取り組みを推進する。	町民、集落 サポーター企業 保育園・小中学校	
		健康づくりイベント	町民が健康づくりに関心を持ち、げんげん歩楽寿に取り組むきっかけづくりを行う。	町民	

出典：美浜町提供資料より事務局作成

<図表 6 「げんげん歩楽寿（プラス）」の特徴的な取組>

取組	実施内容
げんげん弁当	<ul style="list-style-type: none"> ● 「げんげん運動」の一環として、平成 27 年頃から取組を開始。 ● 減塩＝味が薄いというイメージで、店にとってデメリットになるという反対意見もあった。 ● 上記の経緯を踏まえ、健康づくり推進協議会ワーキンググループで議論し、げんげん弁当の周知強化を令和 3 年度から行っている。 <p>① 「サポーター企業新聞」の発行</p>  <p>② 「げんげん弁当」PR活動</p> 
健康プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ● 「げんげん歩楽寿」のスタート時に、タニタヘルスリンクと包括的連携協定を締結し、健康プログラムの取組を行うこととした。この健康プログラムには、毎年度 100 人を超える町民が参加している。 ● 健康プログラム参加者には、運動や健康に関するセミナー等を実施した。 ● その他にも健康づくり活動を実践してもらうために、地域の公民館 4 拠点と協働して様々な取組を行っている。地区単体での活動が困難である場合も、公民館活動と一緒にあれば実施が可能でないかという考えから実施したところ、ふだんは参加しない年齢層の方も参加され、健康の知識普及につながった。

②公民館とタイアップしたウォーキング講座の開催



開催場所: 耳地区公民館
北西郷公民館
南西郷公民館
佐田地区公民館
参加人数: 計 46人



親子げんげん運動
(小中学校での取組)

- 親子で健康づくりに取り組むことを目的として、平成 26 年度頃から「親子げんげん運動」を開始した。現在は小学校 2 年生、5 年生、中学校 2 年生の各学年で、家庭科の授業の中で実施している。
- 家庭科の授業の範疇であるため、食をメインテーマとして学校教諭と栄養士が協働で行っている。具体的には、野菜の摂取方法（小学校 2 年生）、調味料を測って塩分を意識する（小学校 5 年生）等の授業を進めている。
- 保健師が担当する授業では、自分の体の見方や美浜町の人たちの健康状態も入れながら授業をしている。中学校 2 年生では、自分たちで健診の血液検査結果なども見られるようになるため、その結果を見ながら自分の体の状態や、食生活についての講義をしたりなど、学年に合わせて内容を変えている。
- 小学校では、授業参観日に合わせて授業をしているため、授業内容を、保護者自身が子どもに教えるべきものとして認識できる点も成果になる。

小学校 2 年生、5 年生、中学 2 年生を対象に
げんげん歩寿楽普及のための授業を実施



コンビニ・食料販売
店での普及活動

- コンビニにおける中食・外食の摂り方 PR 活動や、食料販売店に野菜模型を設置することで野菜の摂取を促す働きかけを実施している。
- 野菜模型を使うことで、どれだけ摂ればよいかの知識が普及できた。

また、コンビニ等と協力することで、働き世代や若い世代、男性に向けたPRを行うことができた。



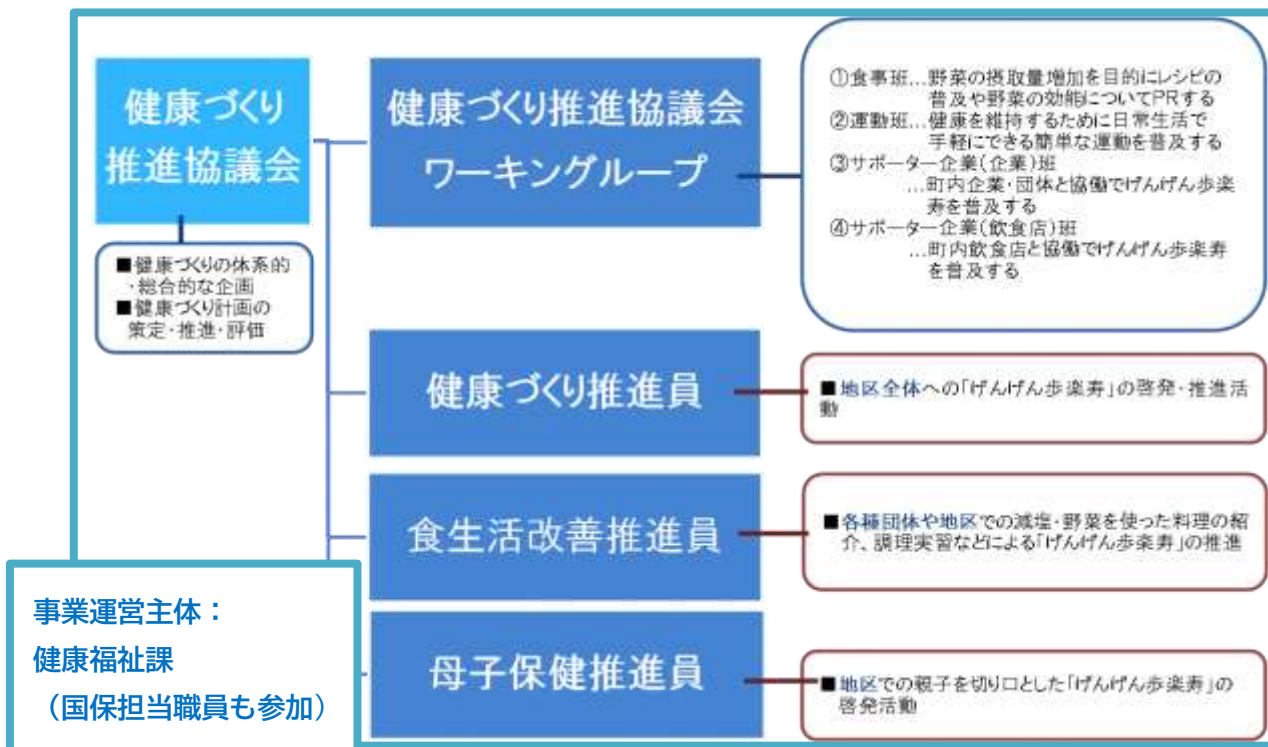
出典：美浜町提供資料より事務局作成

② 事業の推進体制

「げんげん歩楽寿」の推進は、健康増進計画に位置付けられており、データヘルス計画にも取り込まれた保健事業となっている。そのため、庁内では、健康福祉課が主体となって、事業の企画検討を行っている。

具体的な事業推進においては、以下の連携体制のもと取り組んでいる。事業開始当初は全体で方向性などを検討した上で、町が進めていく必要のある内容に絞る形でワーキンググループを4つに班分けして検討等を行っている（図表7）。

<図表7 連携体制/役割>



出典：美浜町提供資料一部改変

③ 事業評価

本事業の評価は、活動目標及び行動目標を設定し、中間評価と最終評価を行うようにしている。また、国保の医療費や特定健診のデータ、標準化死亡比(SMR)など各種のデータを見ながらどのように変化したか評価し、事業の見直し等を行っている。評価の進捗管理については、健康づくり推進協議会で協議している。活動指標、現状の評価及び事業評価の視点は、図表 8、9 に示すとおりである。

<図表 8 活動指標及び現状の進捗状況>

項目		初期値 (平成29年度)	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
活動目標	認知度の向上	93.5%	71.2%	93.5%
	実践者の割合の向上	67.2%	54.2%	80%
行動目標	1日の塩分摂取が国の摂取基準を超えている人の割合を減らす	男性 74.5%	男性 84.6%	男性 80%
		女性 86.4%	女性 89.0%	女性 50%
	1日の野菜摂取量を増やす	男性 195.1g	—	350g
		女性 238.2g		
	日常生活の中で活動量を増やす	24.8%	27.6%	35%
健診受診率の向上	82.2%	71.8%	85%	

出典：美浜町提供資料より事務局作成

<図表 9 事業評価の視点>

項目	実施内容
健康課題の評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 国保の医療費、特定健診や SMR 等の各種データを見ながら、どのように変化したかを評価しており、健康意識調査についても同様に意識の変化を評価している。 ● また、町独自で食生活調査も実施し、食生活の傾向や変化を評価している。 ● 評価結果を踏まえ活動の継続の有無を判断している。
事業参加者の評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 運動プログラムについては、参加時点と最終の体組成のデータを比較して評価している。

出典：美浜町提供資料より事務局作成

4. 今後の方針

令和 3 年度までの活動を振り返る中で、コンビニ等の協力により働き世代への野菜摂取の啓発を行っていることや、公民館とのタイアップにより、いろいろな世代がそれぞれの地域で健康プログラムを実践するきっかけができた。これらの点を踏まえ、今後さらに働き世代への意識啓発・

各種団体とのタイアップによる環境づくりを図っていく必要があると考えている。

また、親子げんげん運動の開始当時の子どもが今年 20 歳を迎えるに当たり、取組の効果検証を行うため、新成人を対象としてアンケート調査を実施した。2023 年 4 月以降に集計結果が分かるので、大学の協力を得ながら分析を行う予定である。

なお、令和 5 年度の最終評価結果を踏まえ、今後全体の内容を見直していく予定である。

【岡山県倉敷市】

専門職が連携して取り組む糖尿病受診勧奨事業

自治体概要（令和5年1月時点）

人口：477,369人

国保被保険者数：84,126人

高齢化率：27.8%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和4年度時点）

国保課：事務職0人、専門職3人（保健師・歯科衛生士・薬剤師）

健康づくり課：管理栄養士3人（うち2人会計年度職員）

特定健診/特定保健指導実施率（令和2年度時点）：25.8%/15.7%

1. 効果的な保健事業の推進に向けた専門職を中心とする連携体制づくり

① 連携体制構築の経緯

倉敷市は、従来、保健所の管理栄養士及び会計年度雇用の栄養士が国保の保健事業を担当しており、中間評価の時点まで国保主管課に専門職がない状況であった。中核市であるため市が保健所を設置しており、保健事業は保健所の健康づくり課が担っていたが、市の課題として、特定健診の受診率が非常に低いことから庁内連携を図るため、国保課と健康づくり課が運営する特定健診受診率向上対策会議が設置された。また、重症化予防に取り組めていないとの市民からの指摘などもあり、専門職を配置し保健事業の充実強化を図る必要があると判断し、平成30年度に国民健康保険課に保健師を配置した。さらに、令和3年度から薬剤師及び兼務で歯科衛生士が配置され、体制の強化が図られた。

② 庁内・庁外の連携体制及び役割分担

庁内・庁外の連携体制及び役割分担は、図表1、2に示すとおりである。特に保健所・健康づくり課には、国保の保健事業を担当する兼務の事務職員を配置しているため、連携がしやすい状況にあり、定期的な会議を開催しながら事業推進を行っている。

特定健診受診率向上については、庁内で課横断の対策会議を定期的に行っており、庁内一体となって取り組んでいる。

<図表1 令和4年度 特定健診受診率向上対策会議体制図>



- 年3～4回開催。保健福祉局参与を議長とし、国保課担当職員と保健所・健康づくり課職員が保健事業の計画・実施状況等について検討。
- 部長級・局長級も参加している会議は10年前から継続。
- 現場職員（各課の専門職並びに国保課と健康づくり課兼務の事務職員）は随時情報共有をしている。

出典：倉敷市提供資料

<図表 2 庁内・庁外連携体制／役割>

分類	連携先・協力先	役割分担
庁内	国民健康保険課	特定健診及び特定保健指導の総括 <ul style="list-style-type: none"> ● 予算関係、補助金の交付申請、データヘルス計画、第4期特定健診等実施計画などの総括を担当 ● 国保特定健診の受診勧奨：国保被保険者が対象 ● 糖尿病性腎症重症化予防事業（治療中断者受診勧奨）
	保健所・健康づくり課	特定健診及び保健指導事業の実施 <ul style="list-style-type: none"> ● 年間の実施日程の調整、事業の計画、進捗管理 ● 健診・検診の受診勧奨：一般市民が対象（保険者を問わず対象） ● 特定保健指導の実施は、大半が各医療機関、実施機関へ委託しているものの、一部直営でも実施している ● 糖尿病性腎症重症化予防事業（健診受診後の医療機関受診勧奨）
庁外	愛育委員 （地域健康ボランティア団体）	健康づくり課が主管となって、愛育委員会という組織を統括。地域の定例会の際に各学区担当保健師が健康教育を実施している。健康づくり課を通じて随時連携し特定健診やがん検診の受診勧奨、季節の健康教育等の啓発活動を担ってもらっている
	国保連合会 （保健事業支援・評価委員会）	毎年、助言や評価を受けている <ul style="list-style-type: none"> ● KDB システムの操作研修会の活用 ● 保健事業支援・評価委員会に参加し、学識経験者、医師、歯科医師から当該年度の計画に対して助言をもらっている。事業実施後の評価結果を報告し、次年度の方向性の助言を受けて、事業の見直しを行っている（PDCA サイクル） ● 保健事業支援・評価委員会により設定される他の市町のグループとの意見交換会の活用
	外部有識者	<ul style="list-style-type: none"> ● 国保運営協議会（医師会・歯科医師会・薬剤師会・被保険者代表等）との連携 ● 医師会へは年度当初に事業についての説明、相談 ● 保健協議会（医師会・歯科医師会・倉敷市）との連携
	岡山県	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療費分析、特定健診の結果から分析に関する研修等を実施。（市から参加している） ● 県と岡山大学と一緒に岡山方式での糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施しており、倉敷市も参加
	商工会議所	<ul style="list-style-type: none"> ● 令和5年1月中旬に倉敷市の商工会議所の協力を得て、国保加入者に対して、市に対して健診結果の提供を依頼 ● 毎年、健（検）診受診に関する啓発記事を会報に掲載してもらっている

出典：倉敷市提供資料より事務局作成

2. 専門職が連携して取り組む効果的な受診勧奨事業の実際

① 事業実施の背景

倉敷市国保における糖尿病罹患者は、11,000人を超えている。第2期データヘルス計画の中間評価で、生活習慣病（糖尿病・高血圧症）の有病率が高い状況であり、医療費分析でも慢性腎不全による人工透析の外来医療費が高く、患者も増加傾向にあった。また、特定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、自覚症状が乏しい等の自己判断で受診していない人もいる。そこで、これらの人を適切に医療機関につなげるため、平成30年度より「岡山県糖尿病重症化予防プログラム」に沿って未受診者への受診勧奨及び糖尿病治療中断者への受診勧奨事業を実施してきた。

② 庁内外の事業連携体制

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への受診勧奨業務は、健診業務を担っている健康づくり課が主体となり、国民健康保険課（医療機関受診状況の確認）、並びに関係機関と連携の上、事業を実施している（図表3）。

また、糖尿病の治療開始後に治療を中断した者に対して、国民健康保険課の保健師が受診勧奨を実施している。健康づくり課と国保課で訪問に関する課題や指導方法に関する情報共有を行っており、効果的な事業推進に向けた体制構築ができています。

なお、医師会に対しては、受診勧奨通知の内容を含め、本事業の実施について予め情報提供するとともに、患者が受診勧奨通知を持って受診した際に、継続受診につながるよう指導の依頼をしている。

<図表3 実施体制・役割分担>

分類	担当課	役割
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 ・生活習慣病治療中断者への訪問保健指導
	健康づくり課	・受診勧奨対象者の抽出・通知の発送 ・医師会への連絡・通知 ・電話・訪問による受診勧奨の実施 ・健診後受診勧奨判定値を超えている者への訪問保健指導
庁外	医師会	・受診勧奨業務に関する協議及び受診継続への指導

出典：倉敷市提供資料より事務局作成

③ 受診勧奨の実施方法

ア 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨事業

倉敷市国保特定健診受診者のうち、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者（図表4）に対して、糖尿病の発症及び重症化を予防するために、受診勧奨通知（図表5）を送付する。送付後、対象者から医療機関の受診状況を医療機関受診状況回答書にて返信してもらっている。返信がない者、若しくは返信はあるが医療機関を受診する意思がない者については、健康

づくり課の専門職が、電話又は訪問により受診勧奨を行う。

なお、腎機能の数値が低下している者、HbA1c8%以上の者又は電話が繋がらなかった者への受診勧奨及び保健指導は、訪問により実施している。

電話や訪問による指導の際は、過去5年間の健診結果や本事業の対象歴に留意しながら、糖尿病重症化が及ぼす影響等も伝え、受診勧奨及び保健指導を行っている。

なお、アウトカム評価実施のためにレセプトによる医療機関受診状況を確認した際、回答書の返信にて受診意思を示していたにも関わらず受診が確認できなかった場合には、再勧奨の対象とする。

<図表4 受診勧奨業務の対象者>

○受診勧奨通知対象者の抽出基準

国保特定健診受診者のうち糖尿病について服薬なしの者で、空腹時血糖 126mg/dℓ（随時血糖 200mg/dℓ）以上又はHbA1c6.5%以上の者。なお前年度についても対象となり、受診勧奨を実施した者のうち、レセプトにより医療機関受診が確認できたものについては、対象外としている。

○訪問対象

腎機能の数値が低下している者、HbA1c8%以上の者、電話番号が不明の者、複数回電話してもつながらない者を訪問で対応している。

出典：倉敷市提供資料より事務局作成

<図表5 受診勧奨通知文書>

糖尿病とは?

血糖中のブドウ糖の濃度（血糖値）を調整してくれるインスリンというホルモンの量が不足したり、働きが低下したりすることで、血糖値が常に高値がつかく病気です。糖尿病は気づかぬうちに進行し、放置していると、様々な合併症を招きます。糖尿病の進行や合併症を防ぐためには、糖尿病よく知り、適切な医療機関を受診してもらうことが大切です。

糖尿病は放置すると合併症の恐れ!

腎臓の合併症
① 腎臓機能低下
② 目の合併症（網膜病）
③ 腎臓の硬化と高血圧

足の合併症
④ 足の壊疽（壊死）
⑤ 足の神経障害

心臓の合併症
⑥ 心臓病（冠動脈疾患）
⑦ 脳卒中（脳梗塞）
⑧ 虚血性心臓病

その他の合併症
認知症・がん・骨関節・糖尿病性網膜症と糖尿病

健診の結果、糖尿病による腎機能低下が疑われる方へ

今回の健診結果では、HbA1cが10.1%、eGFRが25ml/min以下で、この結果から糖尿病による腎臓の働きが低下している状態です。放っておくと、将来透析が必要になるかもしれません。医療機関の受診はお済みですか？

健診がまだの場合は、健診結果を持って、主治医を受診してください。まだお手紙ですが、健診後の医療機関受診が各自の担当（38歳）とご記入の上、資料の送付用封筒にてお返送をお願いします。なお、ご連絡がなかった場合は、訪問させていただきます。

糖尿病と腎機能に関する検査項目

- HbA1c (HbA1c)**
過去1-2か月の平均的な血糖の状態を示しています。血糖値には常に適切な治療を受けることが必要です。HbA1cが高くなる場合は、医療機関の受診が必要です。
- 尿たんぱく**
たんぱくは通常は尿に現れるものではありませんが、腎臓に異常がある場合に尿に排出されることがあります。尿中のたんぱくは、腎臓の病気のサインです。
- eGFR**
腎臓の中の糸球体機能を測るための検査です。eGFRが低いと腎臓の働きが低下していることとなります。eGFRの低下は、医療機関の受診が必要となります。

あなた自身の健診結果

項目	検査項目	検査結果	正常値	腎臓病の目安	医療機関受診の目安
血糖	空腹時血糖 (mg/dℓ)	162	99-125	126以上	126以上
血糖	HbA1c (%)	10.1	5.7-6.4	6.5以上	6.5以上
尿	尿たんぱく (mg/dℓ)	130	10-100	30以上	30以上
尿	尿たんぱく (mg/dℓ)	40	10-30	30以上	30以上
腎	eGFR (ml/min/1.73m ²)	25	15-60	45以下	45以下
腎	尿たんぱく (mg/dℓ)	130	10-100	30以上	30以上
腎	尿たんぱく (mg/dℓ)	40	10-30	30以上	30以上
腎	eGFR (ml/min/1.73m ²)	25	15-60	45以下	45以下

出典：倉敷市提供資料

イ 糖尿病治療中断者への受診勧奨事業

前年度から過去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の事業対象者のうち、未受診又は再度中断している者に対し、受診勧奨通知を送付し、対象者全員へ電話で受診勧奨をする。電話がつかない者及び保健指導の希望があった者へ訪問し、受診勧奨並びに保健指導を実施する。

④ 実施結果

ア 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨事業

受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨事業では、対象者のうち7割程度の者が受診につながるなど、継続的な受診勧奨の効果が見られている（図表6）。

<図表6 評価指標及び結果（令和2年度）>

項目	評価指標/目標値	結果
アウトプット指標	受診勧奨実施率/80%	達成（100%）
アウトカム指標	受診勧奨後の医療機関受診率/50%	69.2%達成（213人）

出典：倉敷市提供資料より事務局作成

イ 糖尿病治療中断者への受診勧奨事業

治療中断者への受診勧奨事業では、糖尿病の治療を中断していた者のうち25%が再び医療機関を受診するなど、受診勧奨の効果がみられる。（図表7）。

<図表7 評価指標及び結果（令和3年度）>

項目	評価指標/目標値	結果
アウトプット指標	受診勧奨実施率/100% 保健指導実施率/60%	100%/54.2%
アウトカム指標	治療中断者の受診率/50%以上	25%（12人）

出典：倉敷市提供資料より事務局作成

3. 今後の方針

現状の課題として、受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨は年々電話、訪問回数が増え、担当職員の負担が増している。コロナ禍においては対象者の在宅率が高く、コンタクトが取りやすかったが、最近は不在の対象者が増えており、複数回の電話・訪問が必要となっている。

糖尿病治療中断者への受診勧奨は、受診を再開しても、再度治療中断する者もあり、継続支援を行う必要がある。

各課の業務量が増えてきている中で、現状の組織体制上の職員数では対応が難しい面もある。現状の直営による事業実施スタイルでは限界もあるため、今後は、外部委託の活用なども、両課で検討して実施していきたいと考えている。

また、治療中断者に関しては、令和5年度から、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業として、糖尿病を含む生活習慣病治療中断者への受診勧奨を実施し、年齢で区切ることなく、

治療中断者に対する取組を拡充していく予定である。

【島根県益田市】

地域の健康課題にフォーカスした二次予防の取組「益ます元気教室」

自治体概要（令和 5 年 2 月末時点）

人口：44,222 人

国保被保険者数：8,520 人

高齢化率：39.0%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和 4 年度時点）

事務職：1 人（保険課）

専門職：1 人（健康増進課/保健師）

特定健診/特定保健指導実施率（令和 3 年度時点）：49.5%/32.2%

1. 事業背景：益田市の健康課題

益田市では、脳卒中発症者数が年々増加しており、男女共に発症率が県平均より高い状況が続いていた。年齢調整死亡率も国、県と比較し高く、特に 60、70 代の発症割合が高く、壮年期の死亡率も高い状況にあった。脳卒中患者は男女共に高血圧である割合が高く、市の特定健診結果では、高血圧（140/90mmHg 以上）の割合は約 30%で推移しており、県平均より高かった。また、HbA1c 6.5%以上の血糖値が高い人も年々増加傾向である。

そこで、以前は生活習慣病予防教室を全市民へ参加を募っていたが、平成 28 年度より特定健診の結果からリスクのある者を抽出し、個別に案内を行い、教室を開催することとした。教室の内容も、健康課題である「高血圧・脳卒中」「糖尿病」に焦点を当て、医師・管理栄養士・健康運動指導士を講師に、「病態」「栄養」「運動」をより専門的に学べる教室として実施している。脳卒中患者の基礎疾患として多い高血圧や糖尿病性腎症等合併症への移行を防ぐためにも、生活習慣の改善に向けた二次予防の取組は重要である。

2. 二次予防として取り組む「益ます元気教室」

① 事業目的及び実施内容

本事業は、生活習慣病の予防や介護を必要とする状態になることの予防、その他健康に関する正しい知識の普及を行うことにより、壮年期からの健康の保持増進を図ることを目的に行う。

具体的には、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、特定健診後の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それぞれ抽出する。教室の内容は、病態、栄養、運動の 3 つを盛り込み、各講座を、期間をあげ 2 回ずつ実施する。（図表 1、2）。

なお、令和 2 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、これと連動した取組として実施している。

<図表1 事業内容：講座・対象者抽出基準・内容>

講座	対象者抽出基準	内容
高血圧・脳卒中 予防講座	○腹囲基準値未満で収縮期血圧130mmHg 以上又は拡張期血圧85mmHg 以上に2年連続該当、内服がない人 ○人間ドックや脳ドックの頸動脈エコー検査で「経過観察」となった人	○個別に教室案内を送付、教室は病態・栄養・運動の内容を盛り込み、それぞれ医師・栄養士・健康運動指導士による講義を行う。参加しやすいよう、時期をあけて2回実施。また測るだけヘルスチェックの紹介を行う。
糖尿病予防講座	○腹囲が基準値未満で、空腹時血糖110~125mg/dl 又はHbA1cが6.0~6.4%で内服がない人(40~69歳)	○個別に教室案内を送付、教室は病態・栄養・運動の内容を盛り込み、それぞれ医師・栄養士・健康運動指導士による講義を行う。参加しやすいよう、時期をあけて2回実施。

出典：益田市提供資料より事務局作成

<図表2 益ます元気教室 案内資料>



出典：益田市提供資料

② 事業実施体制

事業の実施においては、事業主体である保険課が事業方針立案や予算の管理を担い、専門職を擁する健康増進課が具体的な事業の組立てや個別指導などの実践を担い、その上で、常に両課で相談・検討、情報や事業進捗を共有し、課題があれば都度対応している。

また庁外の連携機関として、県の事業などを通じた連携や事業評価により、県・保健所・医師会など関係機関と効果的な事業体制が構築できている(図表3)。

<図表 3 保健事業実施・連携体制／役割>

分類	連携先・協力先	役割分担
庁内	保険課	事業方針立案や予算の管理
	健康増進課（保健師）	具体的な事業の組立てや個別指導などの実践
庁外	益田保健所	情報提供、助言
	島根県	情報提供、助言
	益田市医師会	助言、講師協力、健診事業実施
	益田鹿足歯科医師会	助言、講師協力
	島根県県国保連合会	情報提供、助言、研修会の開催、事業実施協力 （保健事業支援・評価委員会には、島根県、島根県立大学、島根大学、保健所等）
	益田市スマート・ヘルスケア推進事業	情報提供、助言 （岡山大学・島根大学・企業・益田ヘルスケア推進協会・医師会等との協同的な健康推進プロジェクト）
	健康ますだ市 21 協議会	地域への情報発信、地域の特性を活かした取組、提言 （20 地区公民館単位に健康づくりの会設置。地域、推進協力企業・団体、行政が一体となって効果的な健康づくり活動を推進）
	協会けんぽ島根支部	共同広報、情報提供

出典：益田市提供資料より事務局作成

③ 事業評価

本事業では、参加状況（参加率、不参加の理由、満足度、理解度）や、教室参加後の判定値該当者割合、生活習慣病患者の割合等を評価指標とし、毎年庁内の保健事業検討会で事業評価を実施している。

具体的には、アウトプット評価指標として教室の満足度・理解度を設定しているが、いずれも各年で増減があるものの 9 割を超えており、講義内容がわかりやすく魅力的な内容であったと評価している一方で、教室の参加率が年々減少しており、特に高血圧・脳卒中予防講座の参加率は低い状況にある。

一方で、アウトカム評価指標には健診数値等をおいているが、生活習慣病患者、脳血管疾患患者、糖尿病患者割合がともに増加している。その要因として、対象者が生活習慣病の予防について関心を持っておらず、生活習慣改善の動機付けができていないことや、生活習慣の改善を継続できていないことが考えられる（図表 4）。

<図表4 事業成果：アウトプット・アウトカム評価結果>

事業名	アウトプット評価指標・成果	アウトカム評価指標・成果
益ます元気教室	○糖尿病予防/高血圧・脳卒中予防講座 参加率 基準値：25.0%/21.5% 目標値：増加 実績値：平成29年度19.3%/16.8% 平成30年度20.1%/16.0% 令和1年度22.4%/14.0% 令和2年度14.1%/8.1% 令和3年度12.2%/8.3%	○生活習慣病患者の減少 目標値：45.5% 実績値：平成28年度46.1% ↓ 令和3年度49.6%
	○糖尿病予防/高血圧・脳卒中予防講座満足度 基準値：93.2%/98.6% 目標値：増加 実績値：平成29年度99.3%/97.0% 平成30年度97.7%/97.8% 令和1年度100%/95.0% 令和2年度93.1%/100% 令和3年度97.8%/100%	○高血圧（140/90mmHg以上）の方の減少 目標値：26.5% 実績値：平成28年度26.8% ↓ 令和3年度30.5%
	○糖尿病予防/高血圧・脳卒中予防講座理解度 基準値：85.0%/97.0% 目標値：増加 実績値：平成29年度85.0%/97.0% 平成30年度100%/97.7% 令和1年度95.4%/95.0% 令和2年度97.2%/100% 令和3年度97.8%/100%	○脳血管疾患患者割合の減少 目標値：7.5% 実績値：平成28年度7.9% ↓ 令和3年度9.5%
		○HbA1c6.5以上の方の減少 目標値：8.0% 実績値：平成28年度9.6% ↓ 令和3年度10.9%
	○糖尿病患者割合の減少 目標値：14.5% 実績値：平成28年度15.5% ↓ 令和3年度16.4%	

出典：益田市提供資料より事務局作成

④ 今後の方向性

今後の方向性としては、対象者へ生活習慣病予防の意識付け、動機付けができるよう、案内通知に糖尿病・脳卒中を発症するとどうなるか、益田市の生活習慣病の発症状況等、関心を高められるような内容や方法を取り入れる検討をする。また、市の栄養士が減塩メニューを実際に作って参加者に試食してもらうといった体験型の内容を取り入れるなど、より魅力的な教室を予定している。さらに、希望者は誰でも参加可能とし、より多くの人の生活習慣病予防の意識付け、動機付けを目指していく予定である。

【島根県雲南市】

保健事業の基盤となる庁内外の様々な組織との連携体制 庁内外の組織と連携した健康教室及び特定健診・保健指導

自治体概要（令和4年時点）

人口：36,329人

国保被保険者数：6,993人

高齢化率：40.1%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和4年度時点）

事務職：0人

専門職：2人

特定健診/特定保健指導実施率（令和3年度時点）：37.2% / 51.2%

1. 保健事業を推進するための庁内外の連携体制

① 第2期データヘルス計画策定を契機に確立された庁内連携体制

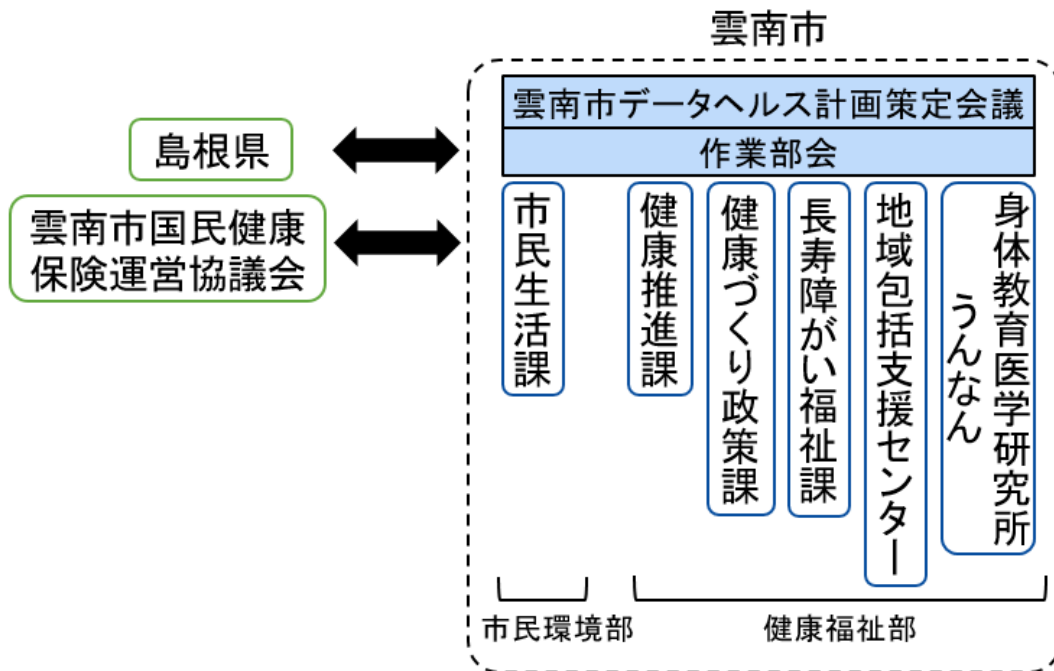
雲南市では、第2期データヘルス計画策定に当たり、庁内で、国保保健事業を主管する市民環境部市民生活課と健康福祉部健康推進課、健康づくり政策課、長寿障がい福祉課、地域包括支援センター、身体教育医学研究所うんなんとの間で連携体制を構築した（図表1）。具体的には、各課の課長で構成する雲南市データヘルス計画策定会議と会議の担当で構成する作業部会を開催し、策定を進めた。この連携体制は、地域包括ケア推進のための協議会において、関係部局が参集する会議で管理職級により決定された。連携体制を構築したことで、国保に限らず地域支援事業や健康増進事業を一体的に市民に実施することができ、限られた財源を有効活用できた。

中間評価の際も上記の連携体制を活用し、新たに雲南市に設置された保健医療介護連携室を加えた雲南市データヘルス計画策定会議と作業部会を軸とした。会議では、各課が所管する事業の関連領域について、KDBシステムやFocusシステム（※）等を用いたデータ分析結果を持ちより、事業の評価を行った。

なお、健康福祉部の専門職が国保保健事業を担当し、国保の保険者である市民生活課と一緒に業務を行っている。毎年度の事業の推進においては、市民生活課の事務職が各種会議の開催に向けた調整等を担当し、健康福祉部の専門職が国保ヘルスアップ事業の計画作成や保健事業の実施・評価等を担当している。

※Focusシステム：KDBシステムの補完システムとして、健康・医療・介護におけるビッグデータ分析・保健事業支援及び評価が可能なシステム。

<図表1 第2期データヘルス計画策定時の連携体制>



出典：雲南市提供資料より事務局作成

② 保健事業を推進するための庁外連携体制

市は、外部機関とも密に連携を取り、保健事業を推進している。

島根県国保連合会には、市と事業委託業者の打合せや報告会に同席してもらい、事業の進め方の検討やデータ分析等において助言をもらう他、Focus システムの提供及び活用支援等、多岐にわたって事業に係る支援を受けている。また、市の職員が国保連合会主催の研修会に参加している。国保連合会に設置された保健事業支援・評価委員会では、「しまね健康寿命延伸プロジェクト」等の個別事業の展開について助言を受けている。また、中間評価の際に提供された「データヘルス計画の評価・見直しの整理表」を用いた個別事業の進捗評価が、その後の既存事業の整理に役立った（図表2）。

＜図表2 「データヘルス計画の評価・見直しの整理表」の一部＞
データヘルス計画全体の指標の評価

指標	目標値	ベースライン (H28)	H29 年度	H30 年度	R元 年度	評価
国民健康保険一人当たり医療費の上昇	抑制する	458,934円	466,779円	475,071円	489,932円	C
脳血管疾患年齢調整死亡率(全年齢)	抑制する	男性 28.7 女性 21.2	男性 36.0 女性 12.9	-	-	d
虚血性心疾患年齢調整死亡率(全年齢)	抑制する	男性 13.1 女性 3.5	男性 10.3 女性 10.7	-	-	d
糖尿病性腎症の発症	抑制する	-	380人	362人	326人	a

上記の目標を達するための個別指標の評価

＜指標＞	目標値	ベースライン (H28)	H29 年度	H30 年度	R元 年度	評価
まめうん講座 きらり☆エイジング75						
特定保健指導対象者の参加率	30%以上	-	8.0%	5.2%	0.0%	c

＜指標＞	目標値	ベースライン (H28)	H29 年度	H30 年度	R元 年度	評価
健康課題に沿った戦略的健康づくり						
市民参加率	10%	7.6%	8.1%	10.6%	10.78%	a

評価 a:改善している b:変わらない c:悪化している d:評価困難

a*:改善しているが最終評価までに目標達成が危ぶまれる

出典：雲南市提供資料

県や保健所には、保健事業支援・評価委員会に参加してもらう他、個別事業での介入方法や展開方法に関する相談や意見交換等で協力を得ている。特に、県と共同で実施している「しまね健康寿命延伸プロジェクト」(※)では、事業に係る相談を定期的に行っている他、県の保健師と市の保健師と一緒に地区に出向き、食生活の改善や運動促進などの健康づくりに取り組む「+1(プラスワン)活動」等を推進している。また、第2期データヘルス計画策定の際には、県に対し雲南市データヘルス計画策定会議への出席を求め、意見交換や情報提供など指導・助言を受けた。

島根大学とは、従来減塩の取組や講演会の講師依頼等であつたが、現在は国保ヘルスアップ事業として推進している地域包括ケア研究推進事業において、地域包括ケア推進に関する協同研究を実施している。具体的には、島根大学がアンケート調査や健診会場での検査を通じた高血圧に関するデータ収集と分析を実施し、その結果を毎年度の市の政策に反映させている。年度初めに数回会議を開催し、集団特定健診時のアンケート調査の内容や地区保健活動における

講演会の企画等、当該年度の方針について議論をしている他、しまね健康寿命延伸プロジェクトの横展開方法の検討等のための会議を1年に4回程度実施している。

しまね健康寿命延伸プロジェクトの事業の実施主体として、地域自主組織がある。小学校区よりも小さい単位で市内に約30か所存在する組織であり、市特有の組織である。各地区の地域自主組織の地域福祉推進員と個別にコミュニケーションを取り、地域での健康教室の開催、介護予防のための筋力増強と交流の場として拡大を行っている「うんなん幸雲体操」を共同で推進している。

なお、第2期データヘルス計画策定や中間評価に際しては、雲南市国民健康保険運営協議会で報告を行い、「特定健診受診率を上げること」「介護予防により寝たきり防止を進めること」「歯科衛生士等専門職による重症化防止を進めること」等の委員の意見を評価と計画に反映させた。

※しまね健康寿命延伸プロジェクト：島根県が、令和2年度より、健康寿命延伸を目標として7つのモデル地区で開始した健康づくり活動。

2. 生活習慣病予防のための健康教室（きらり☆エイジング75教室）

雲南市では、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、自死が多いこと等の課題を抱えていた。そこで、脳卒中对策と自死（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、ゆるいつながりの啓発の必要性が認識された。その対策として市では、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、健康教室を行ってきた。しかし、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「まめうん講座」から「きらり☆エイジング75教室」に変更するとともに、財源を国保保健事業に変更し、現在まで継続している。

① 事業実施・連携体制

社会福祉事業や公益事業を推進している社会福祉法人「よしだ福祉会」に事業を委託しており、教室の内容の企画から、健康運動指導士及び管理栄養士による体操・運動の指導、栄養・口腔保健の指導等の運営までを市と共同で実施している。参加勧奨はがきの送付や教室の人員体制確保は、市が担当している。

また、市内の公共のスポーツ施設とも連携を取っている。運動指導の講師を依頼している他、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。

② 事業内容

教室は平日に全4回を1クール、15人を上限として、2会場で実施している。各回には体力測定会、歯科口腔、栄養、運動の講義等が組み込まれている（図表3）。

<図表3 教室の内容>

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

<図表4 教室の様子>



出典：雲南市提供資料

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（図表5）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。

<図表 5 個別通知のはがき>

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**

あなたは雲南市が開催する健康教室
『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!?

★特定健診結果の気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、〆切までに下記へお申し込みください。※〆切:9月16日(金)

会場	三刀屋交流センター		
参加費	1回100円		
時間	13:30~16:00		
日にち ※できるだけ 全ての回へご 参加ください	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

出典:雲南市提供資料

③ 事業評価

過去3年間の参加状況は図表6のとおりである。

<図表 6 過去3年間の事業評価結果>

	対象者数	参加勧奨数	参加者数 (1回以上参加)	参加者数 (4回全て参加)
令和2年度	7,422	754	29	23 (※全3回)
令和3年度	3,703	563	24	15
令和4年度	3,633	550	19	13

出典:雲南市提供資料より事務局作成

40-74歳の被保険者を広く募集しているが、実際の参加者には60-74歳の者が多い。

3. 様々な工夫を凝らした特定健診・保健指導

市の特定健診受診率が低いため、受診率の向上が長年の課題であった。また、特定保健指導の実施率は県と比較して高いものの、指導によって生活習慣や健康状態が改善した者は少なく、より効果的な指導を行うことが課題とされてきた。このため、外部機関と連携を取るとともに、事業実施において様々な工夫を行っている。

① 事業実施・連携体制

特定健診は、個別健診と直営での集団健診を実施している。健康福祉部の健康推進課や保健医療介護連携室が担当し、島根県保健師・看護師のOB団体である「ぼたんの会」に質問票の聞き取りを委託しながら実施している。なお、質問票の聞き取りの際には、簡単な保健指導を行うこともある。

特定保健指導は、直営と委託の両方の形態で実施している。直営分の保健指導は、健康福祉部健康推進課が実施している。委託分は、雲南市立病院が実施している。雲南市立病院は健診時に面接指導も実施しており、それが特定保健指導の初回面接に認められることとなったため、近年特定保健指導の実施率・初回面接終了率が向上した。なお、雲南市立病院とは、年度初めに事業の打合せを行い、随時結果の報告を受けている。

② 事業における工夫

雲南市は、特定健診・保健指導を実施する上で、様々な工夫を行っている。

特定健診では、4月1日以降に国保加入者となった者への受診券を市がオンライン発行し、受診を促進している。また、民間事業者に委託を行い、行動変容を促すために、対象者の状況・特性に応じてメッセージを変える特定健診受診勧奨を行っている。

特定保健指導では、階層改善へのインセンティブ付けを行っている。具体的には、指導区分が「積極的支援」から「動機付け支援」に改善した者に対して、運動施設の利用券（2000円分）を送付している。対象者には、事前にこの情報を通知しており、インセンティブにより意欲が高まった被保険者の存在が確認されている。

【大分県豊後高田市】

県のデータ分析事業への参画を通して強化された庁内連携 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

自治体概要（令和4年時点）

人口：22,270人

国保被保険者数：5,207人

高齢化率：38.2%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和4年度時点）

事務職：6人

専門職：2人（保健師：健康推進課と兼務）

特定健診/特定保健指導実施率（令和3年度時点）：43.7%/68.5%

1. 県のデータ分析事業を契機に強化された庁内連携体制

① 県事業への参画による新たな庁内連携体制構築

平成31年3月に、豊後高田市、大分県北部保健所（以下「北部保健所」という。）、北部保健所豊後高田保健部の保健師や管理栄養士が集う「管内保健師・栄養士等連絡会」において、北部保健所より「県公表の健康寿命が男女共に前年度より低下している」と報告があった。そこで、平成31年4月の庁内連携会議において、市の健康推進課統括保健師が報告内容を説明し、保健師以外の他課の職員と情報を共有して要因を探ることを提案した。その結果、事務担当より、「介護保険認定率が65-69歳で微増しており、医療費額が50歳代で平成27年以降増加している」と報告があった。この世代が将来的に要介護認定数を増加させることが懸念されたため、どのような疾病から介護状態に移行するかを把握した上で効果的な生活習慣病・介護予防の対策を検討するためにも、65-69歳のうち要介護2以上の方の原因疾患の調査を提案し、保険年金課長の快諾を得た。

一方、平成31年4月に、大分県国保医療課より、データヘルス推進事業「保健・医療・介護データの連結による医療費等の分析事業」（以下「データヘルス推進事業」という。）の参画へ声がかかった。同時期に庁内で上記の議論を進めていたことから、国保事業担当保健師が健康推進課統括保健師へ相談した後、保険年金課（課長・係長）と協議し、事業に参画することとなった。同事業では、外部有識者の助言を得ながら、KDBデータを用いて、様々な角度からデータ分析を行った。

データ分析の結果について協議するため、庁内連携会議を設置した（図表1）。従前、国保と後期高齢者医療制度を所管する保険年金課国保年金係と保健指導等を担当する健康推進課保健予防係で連携していたが、庁内連携会議は、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も含め、5部署で協議を行うこととした。この背景には、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、健康増進や介護予防、高齢者福祉も含め、係を超えて情報共有、事業企画、事業遂行をしていかなければ、市全体での効果的な生活習慣病予防の実践が困難であるとの認識があった。庁内連携会議は1か月に1回程度開催した。庁内連携会議での検討結果については、学識経験者、北部保健所豊後高田保健部、大分県国保連合会も参画した大分県主催の会議の場において、対象者の範囲やデータの

読み取り・見せ方等、将来的な課題を考慮した専門的な助言を受け、さらに分析を深めた。北部保健所豊後高田保健部、大分県国保連合会とは以前より連携していたが、学識経験者は大分県国保医療課からの紹介によって関わりを持った。データヘルス推進事業での分析結果は、第2期データヘルス計画の中間評価として活用した。

庁内連携会議では、データ分析を中心としながら、ライフステージの各期において、健康づくり、早期発見、早期治療、重症化予防の視点から、各課の事業整理を行った（図表2）。

庁内連携会議を通して協議をしてきたことで、関係者間の連携の土台ができ、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。

② より良い事業のために今後も庁内連携を推進

豊後高田市は従来から、各係の担当者が日常的にコミュニケーションをよく取っていたが、データヘルス推進事業での庁内連携会議での経験を通じて、より円滑にコミュニケーションを取れるようになった。

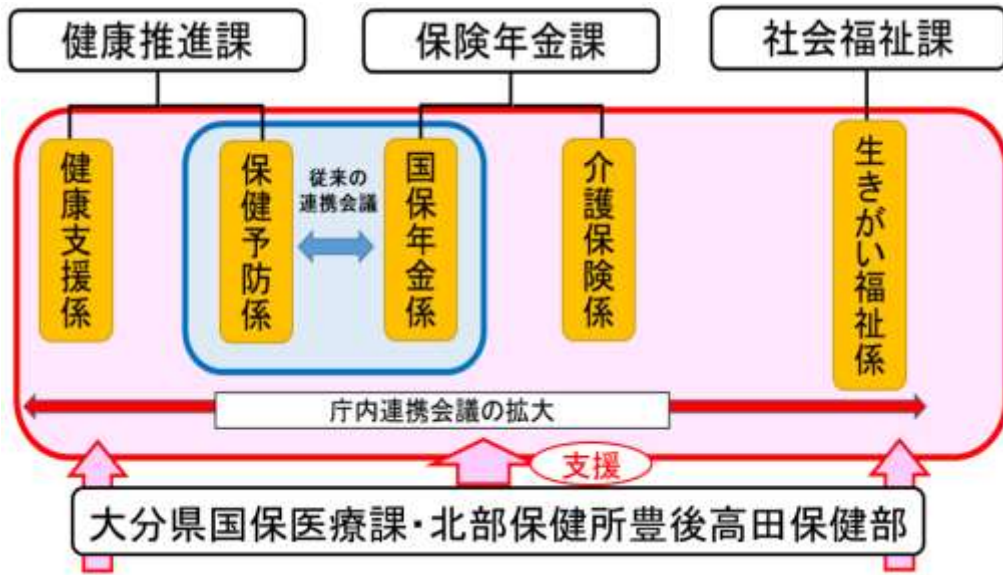
現在、保険年金課国保年金係には、専任の事務職員が2名、専門職の保健師が2名いる。専門職は、平成23年度より健康推進課の保健師が兼務で配置されている。事務職は、予算策定執行、事業集約、KDBデータ分析（医療費等）等を担当している。国保年金係と健康推進課兼務の保健師（2名）と健康推進課の保健師が、保健事業の計画・実施、KDBデータ分析（健診結果等）等を担当している。健康推進課は本庁から車で3分程度離れた建物にあるが、担当同士で連携をとるよう心がけているので不便を感じたことはない。また、国保年金係と健康推進課兼務で配置される保健師は定期的に替わるが、両課の事業を理解する者が増えるので部署間の連携は深まっている。

事業実施に際しては、保険年金課と健康推進課の課長・補佐・係長・担当者間で、事業に関する進捗状況の確認や打合せを2、3か月に1回の頻度で実施する連携会議の他、データヘルス推進事業時に設置した庁内連携会議を随時開催し、健康課題の解決に向けた取組の協議を行っている。各事業は一つの課だけで完結しないことも多く、より良い事業を構築するために、豊後高田市は今後も連携会議や庁内連携会議を推進していきたいと考えている。

③ 庁外連携の状況

豊後高田市の庁外連携状況は図表3のとおりである。

<図表1 中間評価の実施体制>



出典：豊後高田市提供資料より事務局作成

<図表2 個別事業での市内連携体制>

	保険年金課	健康推進課	社会福祉課
特定健診とがん検診 の総合的な実施	地域での健診や健診時 保健指導	年間日程調整や総合健診の 実施	
		生活保護受給者への特定健診・がん検診のお知らせ	
特定保健指導	兼務保健師が、計画・進 捗管理や積極的支援・ 医療機関受診勧奨	地区担当保健師が、特定保 健指導の動機付け支援	
糖尿病重症化 予防事業	保険年金課兼務保健師と健康推進課管理栄養士が、個 別・集団での保健指導		
健康相談	保険年金課兼務保健師と健康推進課健康相談担当保 健師が計画立案		
		保健師（健康相談担当・介護 予防担当・一体化事業担当） が日程調整及び実施	

出典：豊後高田市提供資料より事務局作成

<図表3 庁外連携の状況>

連携先	連携内容等
大分県	<ul style="list-style-type: none"> ● 国保医療課が主な連携先 ● 大分県データヘルス推進事業において、有識者の紹介やデータ分析への助言を含めた支援 ● その他の県のモデル事業への参加勧奨
大分県北部保健所	<ul style="list-style-type: none"> ● 北部保健所内の豊後高田市保健部は豊後高田市の担当 ● 大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム効果検証会議・個別支援検討会の組成及び開催
大分県国保連合会	<ul style="list-style-type: none"> ● KDB データ抽出・分析における技術的支援（KDB システムの操作で不明点がある場合等に問い合わせ）
学識者	<ul style="list-style-type: none"> ● データヘルス推進事業における分析作業への助言 ● 大分県糖尿病性腎症重症化予防プログラム効果検証会議・個別支援検討会における助言 ● 糖尿病性腎症重症化予防事業における教室の講師依頼等での連携
市内医師会等	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域保健委員会で市と三師会が国保の保健事業について議論 ● 毎月の医師会の理事会へ市の担当者が出席。この際に、事業の講師依頼等実施 ● 糖尿病性腎症重症化予防等、保健事業での連携
他の保険者	<p>〈広域連合〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を令和4年度から開始。広域連合の担当保健師が DH パイロット等を用いて後期高齢者医療の状況や介護の状況を分析し、結果を市健康推進課の保健師に情報提供等している。 <p>〈協会けんぽ〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 保健所が1年に2、3回程度開催する健康づくりの会議（保健所が管轄する市町村の保健師や労働基準監督署も参加）において、協会けんぽの被保険者の健康状況と国保の被保険者の健康状況を共有。
商工会や民間企業	<p>〈大分県信用組合〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 健診受診による定期金利優遇策を導入。 ● 健康セミナーの開催（現在はコロナの影響で一時中断）
自治区	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定健診受診率向上を目的とした自治会表彰（現在はコロナの影響で一時中断） ● 各自治会の健康教室開催への対応

出典：豊後高田市提供資料より事務局作成

2. 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

① 事業の背景と近年の展開

国全体としての糖尿病性腎症重症化対策推進の流れを受けて、豊後高田市でもデータ分析を行い、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掲げ取り組んできた。

事業の単年評価として、平成30年度の地区健診結果について分析したところ、対象者は市内全域ではなく、特定健診受診率が高く、高血圧・高血糖者が多い一部の地区に集中していた。また、当該地区の健診受診者については、男女共に60歳以降に肥満者が多くみられた。そのため、令和元年度は、当該地区において集団教室をモデル的に展開してきた。その後、令和元年度に実施したデータヘルス推進事業による医療費分析の結果も踏まえ、令和2年度より集団教室の実施地域をモデル地区から全市に拡大した。

令和4年度の現状として、健診データから高血糖受診勧奨域の者の割合の増加と未治療者の減少が、レセプトデータから糖尿病患者の減少、糖尿病性腎症患者の割合の微増、人工透析者数の増加が確認された。糖尿病を重症化させない対策が必要であるため、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、取組を実施している。

② 事業内容

糖尿病の治療を行っている者や糖尿病の疑いがある者を対象に、個別指導と集団教室（名称：みんなdeヘルスマンテナンス教室）を一体的に実施している。

事業の対象者は国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に、健診結果や医療機関受診状況から以下の基準で抽出している（図表4）。

個別指導では、初回に面接と指導を行った後、6か月後に最終評価の面接を行う。初回面接から最終評価の面接の間に、必要に応じて電話や生活・栄養指導の支援レター送付によるフォローアップを行う（開始から3か月の時点では全参加者に対し支援レターを送付）。必要な者には集団教室への参加も促し、対象者が集団教室に参加した場合は、その際に個別指導を実施する（最終評価の面接は別途実施）（図表5）。


集団教室は、月2回で計12回のコースであり、運動だけでなく、病態等について正しい知識を学ぶ講義も行っている。時期は、個別指導と並行して開催される（図表6）。集団教室（OB会）では、過年度の教室参加者に対し、継続した運動指導を行う。

<図表4 対象者選定基準>

個別指導	特定健診受診者で次の①又は②の条件に該当する者 ①糖尿病治療中かつ eGFR15～60 未満 ②糖尿病治療中かつ尿蛋白（+）以上
集団教室	特定健診受診者で次の①②③のいずれかの条件に該当する者 ①糖尿病治療中かつ eGFR15～60 未満 ②糖尿病治療中かつ尿蛋白（+）以上のもの ③腹囲が特定保健指導対象基準に該当、HbA1c5.6～6.4%、eGFR が前年度より低下してきている者
集団教室 (OB会)	前年度及び一昨年度の教室参加者

出典：豊後高田市提供資料より事務局作成

<図表5 個別指導の流れ>

時期	実施事項	実施内容
初回	面接	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健師及び管理栄養士が、事業の主旨を説明、糖尿病性腎症への理解・認識等の把握、本人の同意を得る。 ● 問診、事前アンケートの実施及び食事調査の実施。 ● 糖尿病連携手帳の記録を転記及びかかりつけ医からの指示確認、1日の食事摂取量を計算。 ● 初回面接結果をもとにアセスメントし、初回指導計画を立案。
	指導	<ul style="list-style-type: none"> ● 食事調査結果の返却、生活指導等保健指導の実施。 ● 必要に応じて、本人の自覚症状等に合わせて、かかりつけ医と相談調整する。
	指導	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活習慣に関する指導(集団教室参加者はその際に個別指導実施)。 ● 必要に応じて、生活・栄養指導の支援レターを送付(正月等の季節的イベント時等)。 ● 集団教室への参加を呼びかけ。 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【3か月後】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 個別指導参加者全員に対し、生活・栄養指導の支援レターを送付。 </div>
6か月後	最終評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 取組の評価の実施。

出典：豊後高田市提供資料より事務局作成

<図表 6 集団教室の内容>

事項	詳細	担当者
受付	体温測定、自己チェックシート確認他	会計年度任用職員等
健康チェック	問診、血圧測定	会計年度任用職員看護師
医師による講話 (1回)		豊後高田市医師会 糖尿病専門医
薬剤師による講話 (1回)		豊後高田市薬剤師会 薬剤師
食栄養教室 (2回)	減塩、減糖の食栄養教室	市管理栄養士
口腔ケア教室 (1回)		豊後高田市社会福祉協議 会 歯科衛生士
運動指導 (8回)	<ul style="list-style-type: none"> ● 個別に運動に関する健康状態の聞き取り ● 集団による運動教室 (個別の健康状態によ って内容を調整) 	別府大学 健康運動指導士
評価検査 (初回1回、最終1回)	尿中アルブミン、一日推定食塩摂取量、身体・体 力測定 (インボディ他)	
最終面接・評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活習慣改善状況の提示 (食事・運動等) ● 尿検査・身体及び体力測定結果等前後比較 ● 今後に向けたアドバイス 	

出典：豊後高田市提供資料より事務局作成

<図表 7 集団教室 (OB 会) の内容>

事項	詳細	担当者
健康チェック	問診、血圧測定	会計年度任用職員看護師
運動指導	個別に運動に関する健康状態の聞き取り	別府大学 健康運動指導士

出典：豊後高田市提供資料より事務局作成

③ 事業実施体制

糖尿病性腎症重症化予防事業は、保険年金課兼務保健師と健康推進課管理栄養士の2人体制で進めており、個別指導の対象者抽出と集団教室の対象者抽出等を分担する等している。その他、外部の機関との連携も図りながら事業を行っている (図表 8)。

<図表 8 外部機関との連携状況>

豊後高田市医師会・薬剤師会	集団教室内での講演を依頼。医師会に対しては、年度当初に保険年金課長が国保事業の説明文書を持参して訪問し、新規事業があれば事業説明をし、新規事業がなければ説明文書の配付のみを行う。その際に、事業の改善点や工夫点についての意見を受ける。
糖尿病専門医	市から、個別指導等への協力依頼と結果のフィードバックを実施。講演の講師依頼等の際には、市の健康課題の現状を説明するとともに、現場の課題をヒアリング。保健所が行う検討会へ参加してもらい、個別のケースに対する評価について説明いただく。
別府大学食物栄養科学部 (健康運動指導士)	市から、集団教室の講師を依頼。
宇佐高田地域成人病検診センター	市から、尿検査を依頼。
大分県糖尿病性腎症重症化予防 事業アドバイザー (医師)	必要に応じて、糖尿病性腎症重症化予防推進事業効果検討会議で、助言を受ける。
食生活改善推進協議会	集団教室の食栄養教室において、調理実習の支援を受ける。

出典：豊後高田市提供資料より事務局作成

④ かかりつけ医との連携

かかりつけ医との連携体制を構築したプロセスとしては、事業開始初年度の4月に、市が医師会理事会にて事業開始予定を告知し、7月には大分県糖尿病性腎症重症化予防事業アドバイザー、別府大学、市の保健師から具体的な事業内容の説明を行った。その後は、毎年、医師会に協力依頼をするとともに、国保事業の説明文書を全医療機関へ配付している。

本事業では、糖尿病連携手帳をかかりつけ医との主な連絡手段としている。指導対象者が持参する糖尿病連携手帳を介して、かかりつけ医から栄養指導の指示を受けるとともに、保健師が初回指導の報告を行う。また、必要に応じて、本人より知り得た自覚症状等について情報共有し、見過ごさないようにしている。

⑤ 事業実施上の工夫

かかりつけ医等医療関係者とは、地域保健委員会での議論の場や毎月の医師会の理事会等を通じて日頃から連携を図っている(図表3)。本事業については、計画内容や市の健康課題について説明し、結果のフィードバックを実施している。また、医療の現状と市の取組にずれがないか確認するために、市の取組への要望等を伺い、事業へ反映させている(図表8)。

新規の人に対する集団教室への参加勧奨では、初めての人でも馴染みやすく参加しやすいチラシを事務職が作成した。集団教室は「みんな de ヘルスメンテナンス(HM)教室」とし、その名称をチラシ内でも前面に押し出して啓発したところ関心を持ってもらえた(図表9)。

また、市民とのつながりを大切にしており、健診会場で市民とコミュニケーションを取るようになる等で保健師と被保険者が顔見知りの関係になっており、教室の案内をすると参加してくれる。

<図表9 みんな de ヘルスマンテナンス (HM) 教室のチラシ>



みんな de HM 教室
health maintenance (ヘルスマンテナンス)

あなたの健康維持を「専門家」が無料でサポート

～昨年年度の参加者の声～
 ・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：高田行杏（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。）

① ここではが聴けない・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」するごまし心全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！

R4年度豊後高田市糖尿病性腎症重症化予防教室 日程表

期日	日/月	曜日	お名前	内容	講師
準備	8月25日	木	事前準備会	生活習慣病予防協会が、参加者募集の記入、郵便室登録・歩数計配布	●市保健師、管理栄養士、看護師
1	9月1日	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・糖分) 教室)歩数チェック	●健康運動指導士 (筑波大学)
2	9月15日	木	健康チェック 運動教室	20-リッチ、前腕運動 腕力トレーニング	●健康運動指導士
3	9月22日	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？)	●糖尿病専門医 (豊後高田市医師会)
4	10月6日	木	栄養教室の 口腔ケア教室	口腔ケアのポイント 歯磨き・歯磨きのポイント	●管理栄養士 ●歯科衛生士 (社会福祉協議会)
5	10月13日	木	健康チェック 運動教室	20-リッチ、前腕運動 腕力トレーニング	●健康運動指導士
6	10月20日	木	健康チェック 運動教室	20-リッチ、前腕運動 腕力トレーニング	●健康運動指導士
7	10月27日	木	栄養教室の 口腔ケア教室	歯磨き・歯磨きのポイント 歯磨き・歯磨きのポイント	●管理栄養士 ●歯科衛生士 (社会福祉協議会)
8	11月10日	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 薬膳を学ぶお茶について	●薬剤師 (豊後高田市薬剤師会)
9	11月17日	木	健康チェック 運動教室	20-リッチ、前腕運動 腕力トレーニング	●健康運動指導士
10	12月1日	木	健康チェック 運動教室	20-リッチ、前腕運動 腕力トレーニング	●健康運動指導士
11	12月8日	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・糖分) 教室)歩数チェック	●健康運動指導士
12	1月19日	木	閉講式 結果報告会	生活習慣病予防協会など アンケート実施	●健康運動指導士

出典：豊後高田市提供資料

⑥ 事業評価

個別指導は、「保健指導介入率」をアウトプットとして、「健診結果（体重・血糖値等）」をアウトカムとして評価を行っている。令和3年度では、16名の対象者に対し12名に介入を行った。

集団教室は、アウトプット指標に「教室継続参加率」を設定している。通常、教室への参加勧奨通知を送った者の1割から申込みがあるため、新規の参加者は10人から20人、OB会の継続参加者は約20人であるが、これは会場の広さやマンパワー等を考慮すると妥当な人数となっている。令和3年度は、17名の新規参加者のうち13名が最後まで継続的に参加した。途中離脱の原因としては、集団での取組が参加者に合わなかったことが予想されるため、そうした者は、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することで、フォローを継続している。

また、アウトカム指標には、「尿中アルブミン値維持・改善率」、「健診結果（体重・血糖値等）」、「行動・意識」を設定している。「行動・意識」は教室前後で収集する生活習慣問診票の回答により把握している。令和3年度では、検査をした教室参加者の71%が尿中アルブミン値を維持・改善しており、また減塩を意識する者や定期的な運動をする者の増加、毎日間食する者の減少等の行動・意識変容が確認された。

<図表 10 事業評価の状況>

	アウトプット	アウトカム
個別指導	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健指導介入率 対象者数 16、介入数 12 ⇒75% (令和 3 年度) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 健診結果 (体重・血糖値等) 非公表
集団教室	<ul style="list-style-type: none"> ● 教室継続参加率 初回 17 名、最終 13 名 ⇒76% (令和 3 年度) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 尿中アルブミン値維持・改善率 検査数 14 名、維持・改善 10 名 ⇒71% (令和 3 年度) ● 健診結果 (体重・血糖値等) 非公表 ● 生活習慣問診票結果 (行動・意識) 「減塩を意識している」初回 46%→最終 92% 「定期的な運動をしている」初回 38%→最終 62% (令和 3 年度)
全体		<ul style="list-style-type: none"> ● 糖尿病有病者のうちの人工透析患者数

出典：豊後高田市提供資料より事務局作成