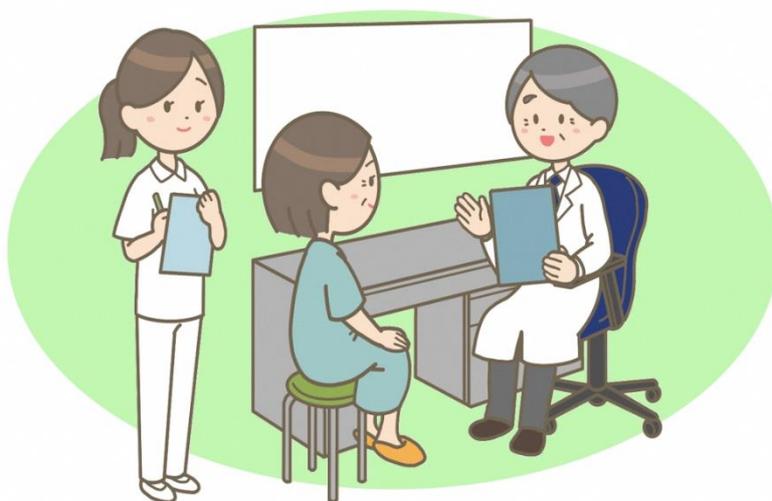


本宮市国民健康保険
第3期データヘルス計画
《令和6年度～令和11年度》



令和6年3月



福島県本宮市

目次

第Ⅰ章 基本情報	1
1. 基本的事項	1
(1) 計画の趣旨	1
(2) 計画期間	1
(3) 実施体制	2
(4) 本宮市国民健康保険の具体的役割、連携	2
2. 現状の整理	4
(1) 保険者の特性	4
(2) 前期計画等にかかる考察	6
第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題	7
1. 各種データ等の分析結果	7
(1) 標準化死亡比・死因等	7
(2) 医療費の分析	9
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	13
(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析	18
(5) 介護費関係の分析	22
2. 課題の整理	24
第Ⅲ章 計画全体	25
1. 本市の健康課題	25
2. データヘルス計画全体における目的	25
3. 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）	26
4. データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための方策	26
第Ⅳ章 個別の保健事業	27
第Ⅴ章 その他	36
第Ⅵ章 第2期の保健事業の取組と評価	37
1. 特定健康診査受診率の向上	37
2. 循環器系疾患・高血圧予防対策	39
3. 糖尿病重症化予防対策	41
4. メタボリックシンドローム該当者の減少と運動習慣定着の普及啓発	45

第 I 章 基本情報

1. 基本的事項

(1) 計画の趣旨

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、市町村国保等保険者はレセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を推進するとされました。

平成 26 年 3 月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（以下「国指針」という。）において、市町村国保は、健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとししました。

その後、平成 30 年 4 月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和 2 年 7 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2020（骨太方針 2020）」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和 4 年 12 月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画改革工程表 2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切な KPI※1（重要業績評価指標）の設定を推進する。」と示されました。

本宮市においても平成 28 年度に第 1 期データヘルス計画を策定、2 年後の平成 30 年度には第 2 期データヘルス計画を策定しました。さらに、令和 3 年度には第 2 期データヘルス計画の中間評価を行ったところです。

第 3 期データヘルス計画（令和 6 年度から令和 11 年度）については、第 2 期データヘルス計画（平成 30 年度から令和 5 年度）の分析・評価を行い、幅広い年代の被保険者の身体状況に応じた健康課題を的確に捉え、1 年毎に PDCA（計画→実行→評価→改善）により見直しを行いながら、目標に向かって効果的かつ効率的な保健事業を実施します。

本計画における保健事業の実施にあたっては、保健福祉部をはじめとする、庁内の関係部署及び関係医療機関と連携しながら、被保険者の健康の保持増進と生活の質の維持向上を図り、さらには医療費の適正化を目指します。

▼第 1 期・第 2 期データヘルス計画期間

	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
第1期データヘルス計画	←→							
第2期データヘルス計画			←→					
第2期データヘルス計画中間評価						←→		

※1 KPI（重要業績評価指標）とは

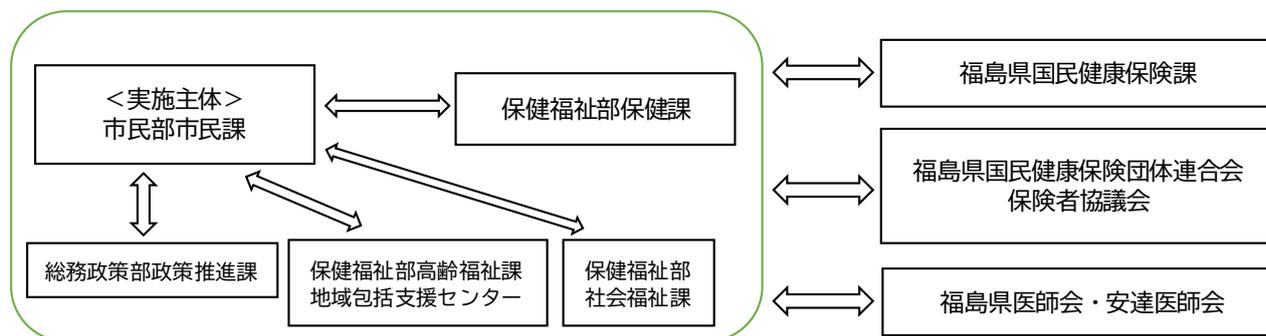
目標を達成するために必要なプロセスが正常に機能しているかを評価するための定量指標。「Key Performance Indicator（キー・パフォーマンス・インジケター）」の略語

(2) 計画期間

令和 6 年度～令和 11 年度

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
第3期データヘルス計画	←→					
第3期データヘルス計画中間評価			←→			

(3) 実施体制



(4) 本宮市国民健康保険の具体的役割、連携

被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るため、市民部市民課が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、本市の健康課題を分析し、計画を策定します。計画に基づき、効果的かつ効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させます。

①健康課題の分析、計画の策定、保健事業の実施及び評価

本市の健康課題の分析や計画の策定、保健事業の実施、評価等は、保健福祉部保健課や福島県、保健所、国保連等の関係機関の協力を得て、市民部市民課が主体となって行います。市民部市民課では、保健福祉部高齢福祉課、社会福祉課（福祉事務所等）等と連携してそれぞれの健康課題を共有するとともに、国保被保険者の健康課題に加えて、後期高齢者や生活保護受給者の健康課題も踏まえて保健事業を展開します。保健事業の評価において、被保険者の罹患状況や人工透析の導入等の重症化の進行状況などのように長期間の観察を必要とするものについては、KDBシステム[※]等を活用して、後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析することに努めます。

②庁内の連携体制の確保

本市の市民部市民課においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健福祉部保健課等住民の健康の保持増進に関係する部局又は介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する保健福祉部高齢福祉課に協力を求め、市一体となって、計画の策定等を進めます。

※KDBシステム～国保連合会が、「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効果的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化され、地域の現状把握や健康課題を明確にすることが容易となる。

③関係機関との連携

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である福島県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」という。）、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の保健医療関係者等（以下「保健医療関係者」という。）、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力します。関係機関との連携・協力に当たっては、データヘルス計画の標準化やデータの見える化等を推進することにより、保険者の健康課題等を関係機関で共有します。

2. 現状の整理

(1) 保険者の特性

少子高齢化が進行しているものの、高齢化率は福島県平均より低く、国平均とほぼ同率です。

一方、国保加入率は福島県、国平均より低く、国保被保険者の年齢構成比では、65歳以上の比率が福島県、国平均より高くなっています。

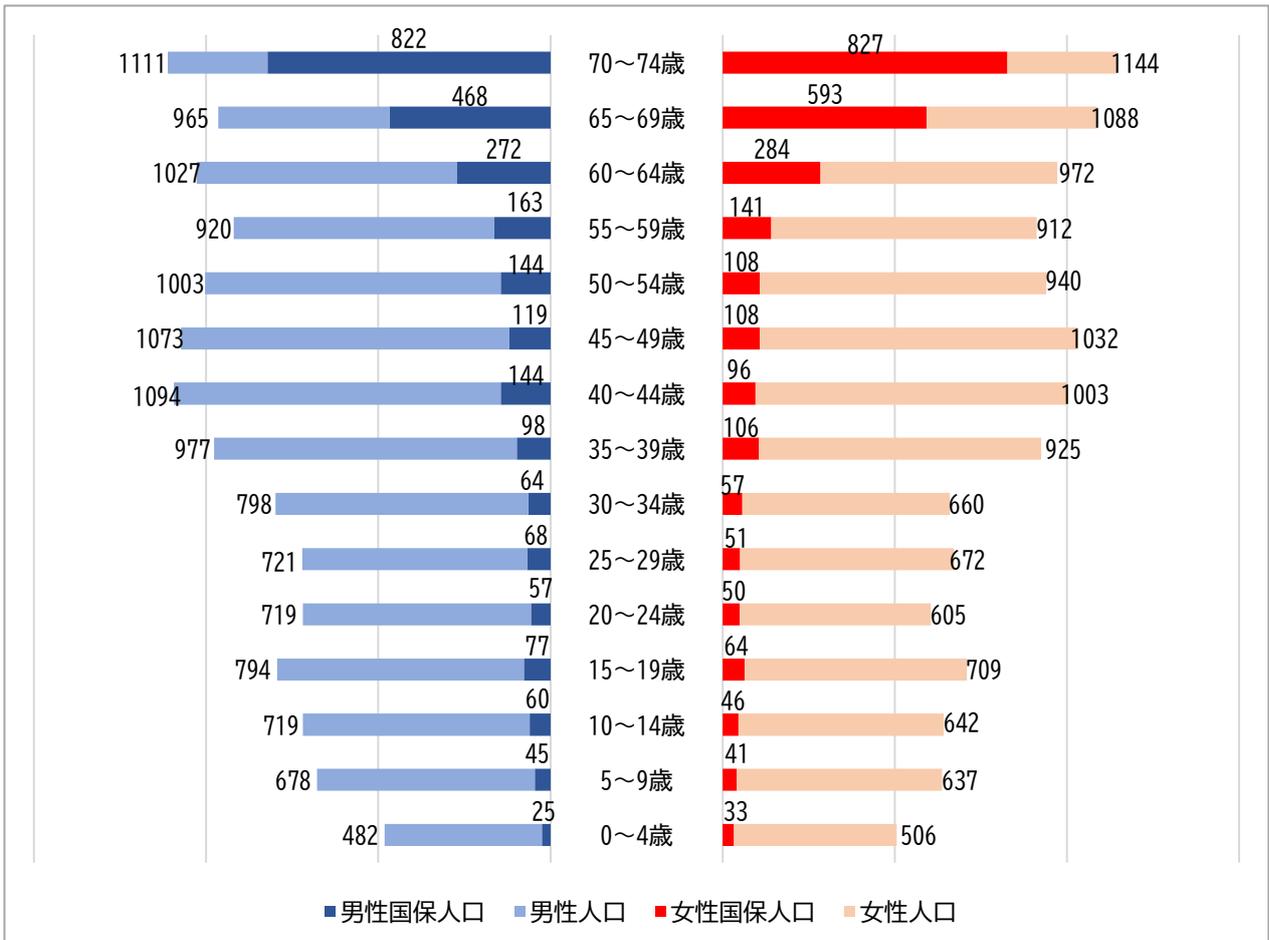
本市の平均寿命、健康寿命では、女性は国平均とほぼ同じですが、男性は平均寿命で0.6歳、健康寿命（平均自立期間－要介護2以上）で1.0歳短くなっています。

図表1 人口構成及び国保被保険者構成・国保加入率

	人口構成			国保被保険者構成			国保加入率		
	本宮市	福島県	国	本宮市	福島県	国	本宮市	福島県	国
39歳以下	37.9%	34.6%	37.6%	18.9%	19.2%	24.2%	18.0%	20.9%	20.0%
40～64歳	33.7%	33.5%	33.7%	30.0%	30.3%	32.1%			
65歳以上	28.4%	31.9%	28.7%	51.2%	50.5%	43.8%			

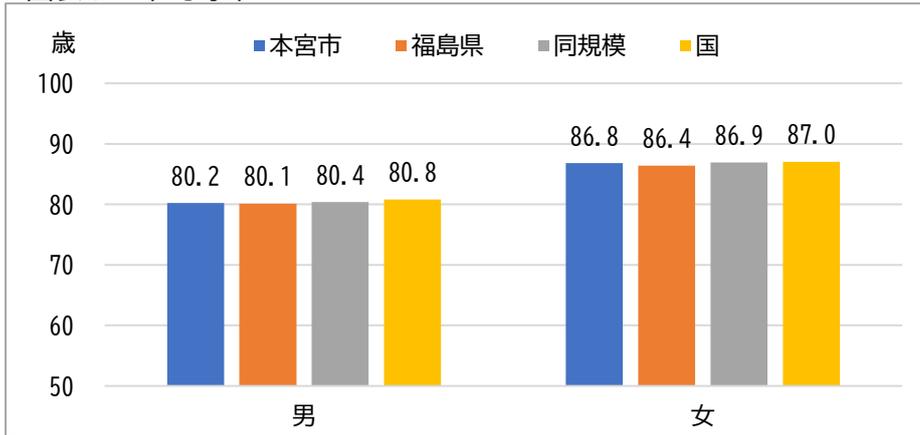
資料：KDB「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和4年度累計）

図表2 人口ピラミッド（本宮市民及び国民健康保険加入者）



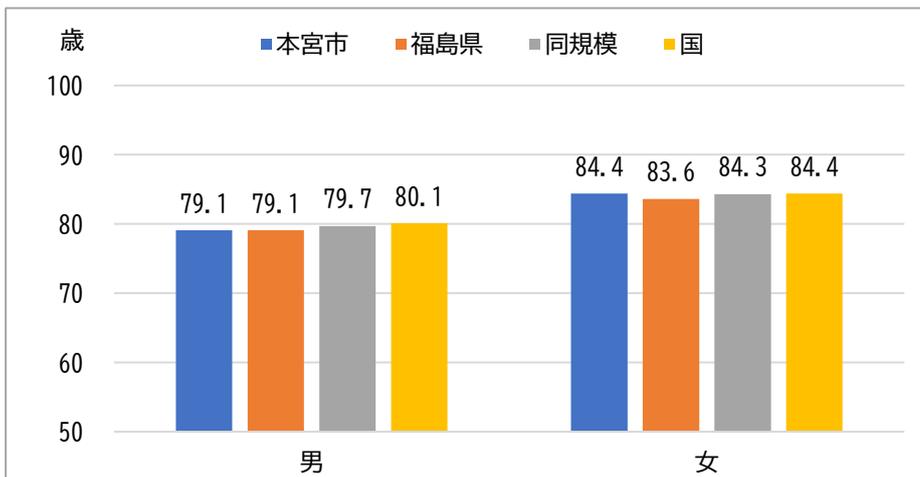
資料：本宮市住民基本台帳の男女別5歳刻み人口（2023年11月30日）

図表3 平均寿命



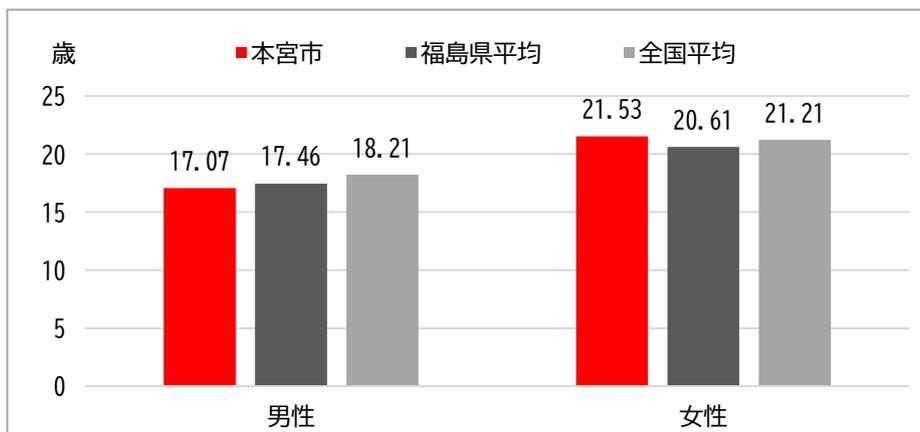
資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

図表4 健康寿命－平均自立期間（要介護2以上）



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度累計）

図表5 健康寿命（「お達者度」）



資料：2019年福島県市町村別「お達者度」

「お達者度」とは、定期的に市町村別の算定が可能である対象年齢65歳の「日常生活動作が自立している期間の平均」

(2) 前期計画等にかかる考察

①循環器系疾患・高血圧予防対策

中間評価以降、循環器系疾患の医療費割合、患者割合は横ばいで推移しています。健診時や健診後のフォローアップ事業（結果説明会など）健診受診者への保健指導はできていますが、未受診者への情報提供は不足しています。特定保健指導の実施率は向上しているものの目標値に対しては未達となっています。（図表 18, 19, 29）

②糖尿病重症化予防対策

当該事業では「新規の人工透析治療件数をゼロにする」が最重要目標となっており、市保健師による訪問指導など取組を強化してきましたが、令和4年5月の人工透析治療患者数は10人であり、前年5月と同数となっています。令和元年度の15人から5人少なくなっています。

令和4年度の人工透析治療にかかる医療費は、患者数の減少に伴い、令和元年度のおおよそ半分となっています。

また、糖尿病の患者割合は横ばいであるものの、糖尿病にかかる医療費は増加しており、総医療費に占める医療費割合も増えつつあります。（図表 12, 18, 29）

③特定健診受診率の向上・40～64歳の健診受診率アップ

新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、令和2年度以降、全体的に健診受診率は低迷し、特に40～64歳の健診受診率は低水準で推移しています。勧奨頻度を高める必要があります。（図表 19, 20, 21）

④メタボリックシンドローム該当者の減少と運動習慣定着の普及啓発

令和2年度以降、特定健診時の機会を捉えて受診者の半数以上に健康運動指導士等による体組成測定と運動指導を実施しています。ポピュレーションアプローチとしては十分な事業を実施できており、質問票結果では運動不足該当者は減少傾向にあります。メタボリックシンドローム該当者の割合については、男性については微減傾向にあるものの女性は横ばいの状況です。

（図表 25、26）

第Ⅱ章 健康医療情報等の分析と課題

1. 各種データ等の分析結果

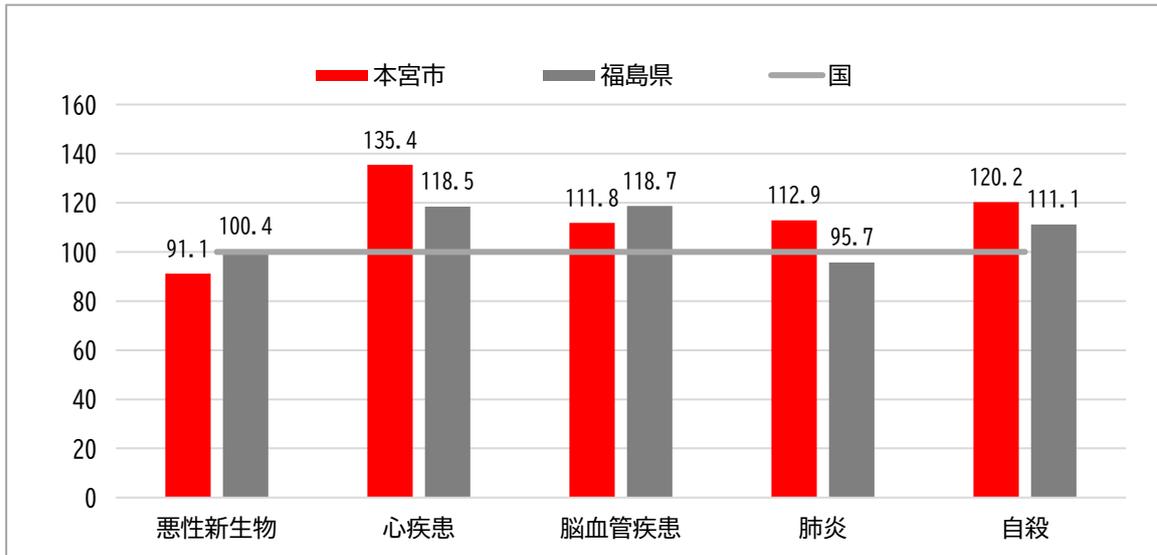
(1) 標準化死亡比・死因等

①標準化死亡比

男性では心疾患、脳血管疾患、肺炎の死亡率が国よりも高くなっています。

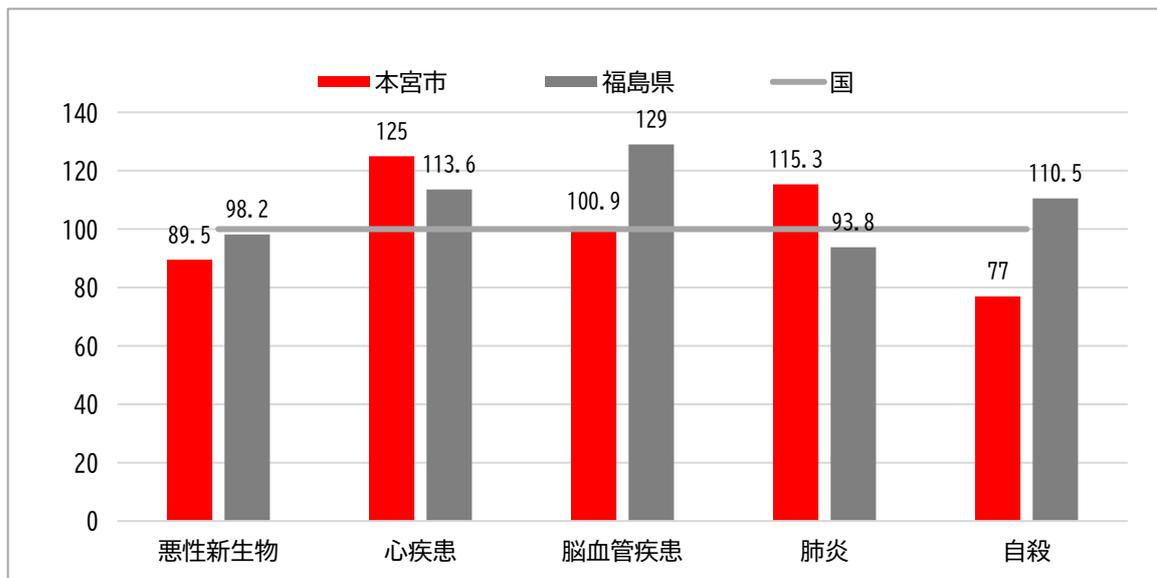
女性では心疾患、肺炎の死亡率が国よりも高くなっています。

図表6 標準化死亡比（男性）



資料：人口動態保健所・市区町村別統計（平成25年～平成29年）

図表7 標準化死亡比（女性）



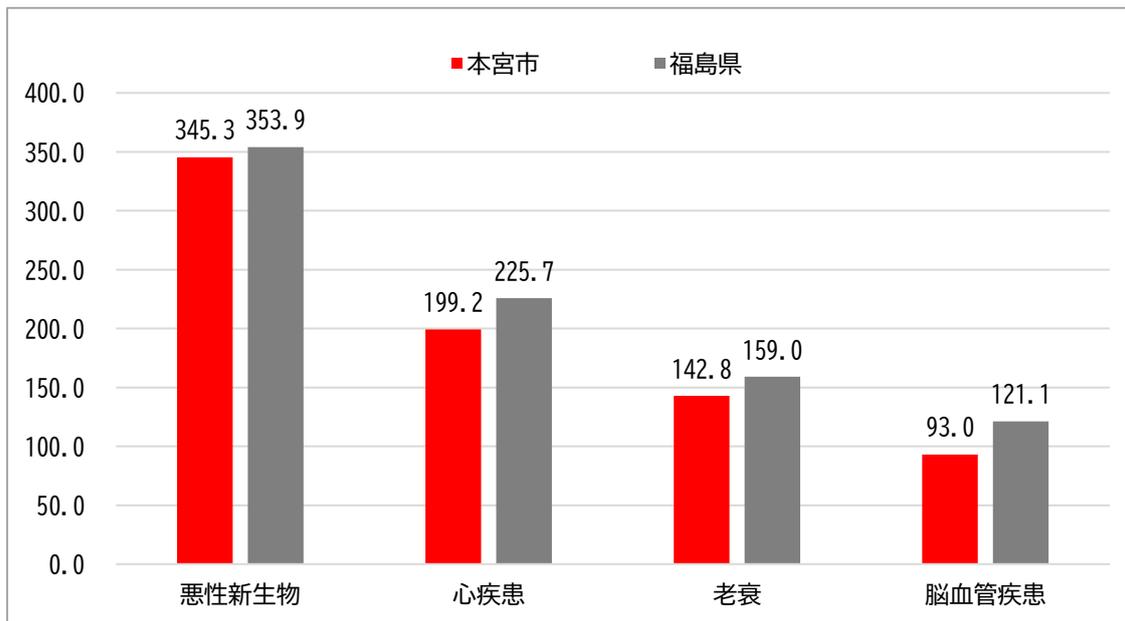
資料：人口動態保健所・市区町村別統計（平成25年～平成29年）

②死因

がん（悪性新生物）、心疾患が1位、2位となっています。

図表8 死因（人口10万対）

単位：人



資料：人口動態統計 確定数の概況（福島県）第20表市町村別死因（令和3年度）

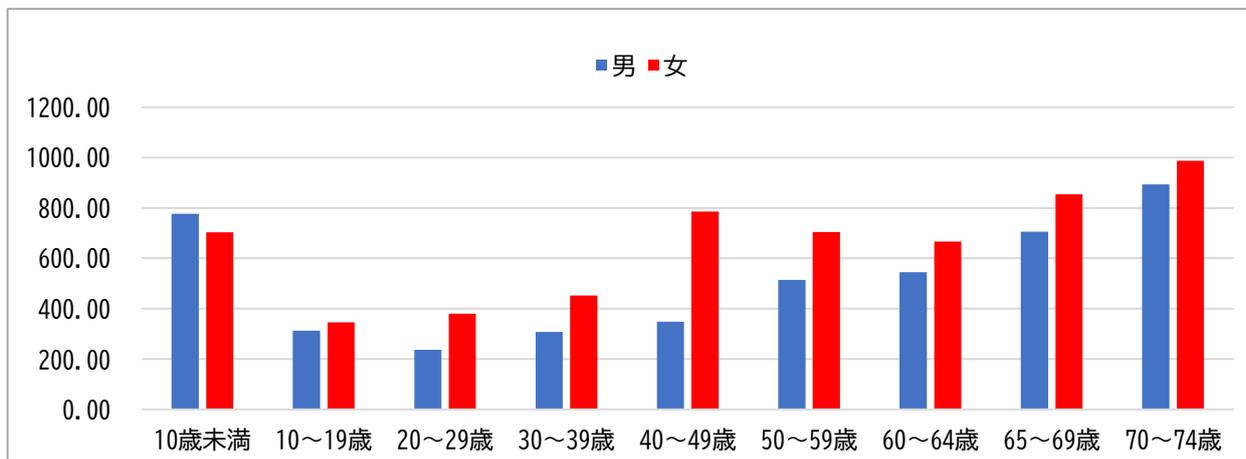
(2) 医療費の分析

①年齢階層別男女別の医療機関受診率

加齢とともに医療機関受診率は高くなる傾向にありますが、女性の受診率が男性よりやや高くなっています。

図表9 年齢階層別医療機関受診率

単位：%



	10歳未満	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
男	776.47	312.92	236.64	307.26	348.31	514.28	544.82	705.54	893.02
女	702.70	345.79	379.56	452.63	785.05	704.38	666.67	853.62	986.90

資料：KDB 医療費分析の経年比較（令和5年度）

※受診率 = (レセプト件数 ÷ 被保険者数) × 100

②疾病別医療費分析

入院医療費では脳梗塞やがんに関連する疾病が上位を占めています。外来医療費では糖尿病が際立って高く、令和4年度は、令和元年度に比べ、6.3%増となっています。

図表10 疾病別入院医療費

単位：円

入院医療費（令和4年度）		
順位	疾病名	金額
1位	統合失調症	71,436,970
2位	骨折	44,826,190
3位	うつ病	35,516,790
4位	脳梗塞	30,411,830
5位	胃がん	29,331,430
6位	関節疾患	27,095,170
7位	大腸がん	21,082,020
8位	肺がん	20,797,740
9位	心臓弁膜症	15,398,190
10位	慢性腎臓病（透析有）	15,224,590

資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

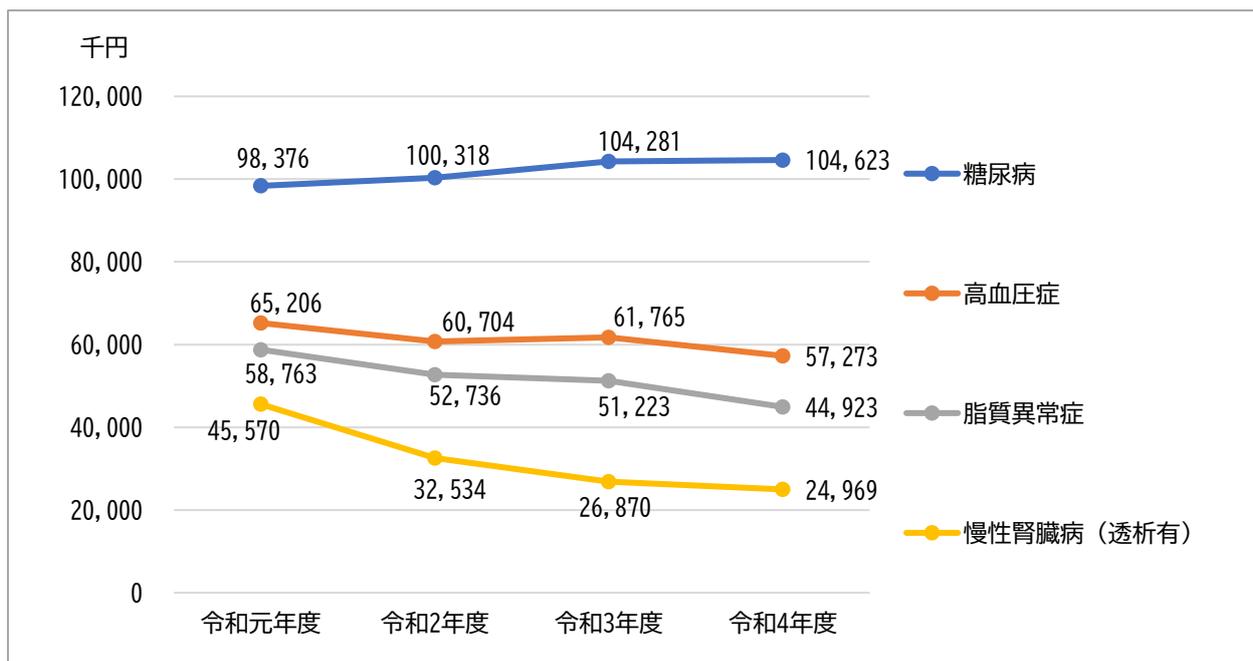
図表11 疾病別外来医療費

単位：円

外来医療費（令和4年度）		
順位	疾病名	金額
1位	糖尿病	104,623,970
2位	高血圧症	57,273,880
3位	脂質異常症	44,923,760
4位	関節疾患	41,180,250
5位	肺がん	40,656,450
6位	不整脈	34,405,130
7位	緑内障	26,546,210
8位	慢性腎臓病（透析有）	24,969,330
9位	統合失調症	22,695,630
10位	大腸がん	21,309,780

資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

図表 12 主要な疾病別外来医療費の年次推移



資料：KDB「医療費分析（1）細小分類」

③重複受診、重複服薬

1) 重複受診・頻回受診の状況

65歳以上の重複受診者（2医療機関以上受診）のうち重複多受診とされる3医療機関以上受診した方の割合は、重複受診者の29.0%を占めています。

1医療機関に月15日以上通院する頻回受診者は、男性2人、女性1人でした。

図表 13 重複受診の状況

性別	2医療機関以上		3医療機関以上		4医療機関以上		5医療機関以上	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
男性								
64歳以下	116	73.4%	35	22.2%	6	3.8%	1	0.6%
65歳以上	227	70.7%	72	22.4%	19	5.9%	3	0.9%
計	343	71.6%	107	22.3%	25	5.2%	4	0.8%
女性								
64歳以下	156	69.6%	52	23.2%	11	4.9%	5	2.2%
65歳以上	314	73.2%	85	19.8%	26	6.1%	4	0.9%
計	470	72.0%	137	21.0%	37	5.7%	9	1.4%

資料：KDB「介入支援管理」（令和4年7月）

図表 14 頻回受診の状況

単位：人

男性	15～19日		20日以上		計 (1日以上) 人数	女性	15～19日		20日以上		計 (1日以上) 人数
	人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	
64歳以下	1	0.2%	0	0.0%	557	64歳以下	0	0.0%	0	0.0%	646
65歳以上	1	0.1%	0	0.0%	874	65歳以上	0	0.0%	1	0.1%	971
計	2	0.1%	0	0.0%	1,431	計	0	0.0%	1	0.1%	1,617

資料：KDB「介入支援管理」（令和4年7月）

2) 重複服薬・多剤の状況

2 医療機関から重複薬剤処方を受けている方は、薬剤処方を受けている者総数に対し、男性で4.0%、女性で4.2%でした。6剤以上の多剤薬剤処方の割合は、薬剤処方を受けている者総数に対し、男性で30.0%、女性で25.5%でした。

図表 15 性年齢別重複服薬対象者の状況

単位：人

	薬剤処方を受けている者	2医療機関で重複薬剤処方を受けている者	3医療機関で重複薬剤処方を受けている者	4医療機関で重複薬剤処方を受けている者	5医療機関以上で重複薬剤処方を受けている者	重複薬剤服薬者総計	
64歳以下	432	7	7	3	1	18	4.2%
65歳以上	753	12	10	6	1	29	3.9%
男性計	1,185	19	17	9	2	47	4.0%
64歳以下	502	6	9	3	4	22	4.4%
65歳以上	831	13	13	6	2	34	4.1%
女性計	1,333	19	22	9	6	56	4.2%
総計	2,518	38	39	18	8	103	4.1%

資料：KDB「介入支援管理」（令和4年7月）

図表 16 多剤薬剤処方の状況

単位：人

男性	6剤未満		6～10剤未満		10～15剤未満		15～20剤未満		20剤以上		計 人数
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
64歳以下	311	72.0%	87	20.1%	29	6.7%	3	0.7%	2	0.5%	432
65歳以上	519	68.9%	170	22.6%	53	7.0%	11	1.5%	0	0.0%	753
計	830	70.0%	257	21.7%	82	6.9%	14	1.2%	2	0.2%	1,185

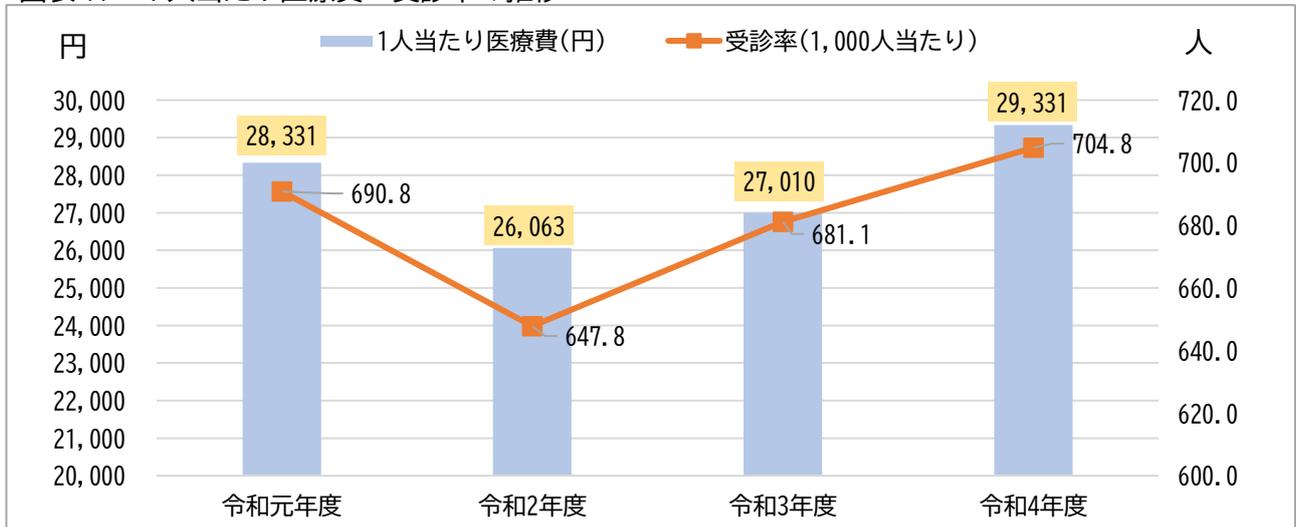
女性	6剤未満		6～10剤未満		10～15剤未満		15～20剤未満		20剤以上		計 人数
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
64歳以下	387	77.1%	69	13.7%	31	6.2%	10	2.0%	5	1.0%	502
65歳以上	606	72.9%	165	19.9%	56	6.8%	2	0.2%	2	0.2%	831
計	993	74.5%	234	17.6%	87	6.5%	12	0.9%	7	0.5%	1,333

資料：KDB「介入支援管理」（令和4年7月）

④1人当たり医療費・受診率の推移

新型コロナウイルス感染症流行により、令和2年度、3年度は受診率が低くなっています。
1人当たり医療費は、右肩上がりとなっています。

図表 17 1人当たり医療費・受診率の推移

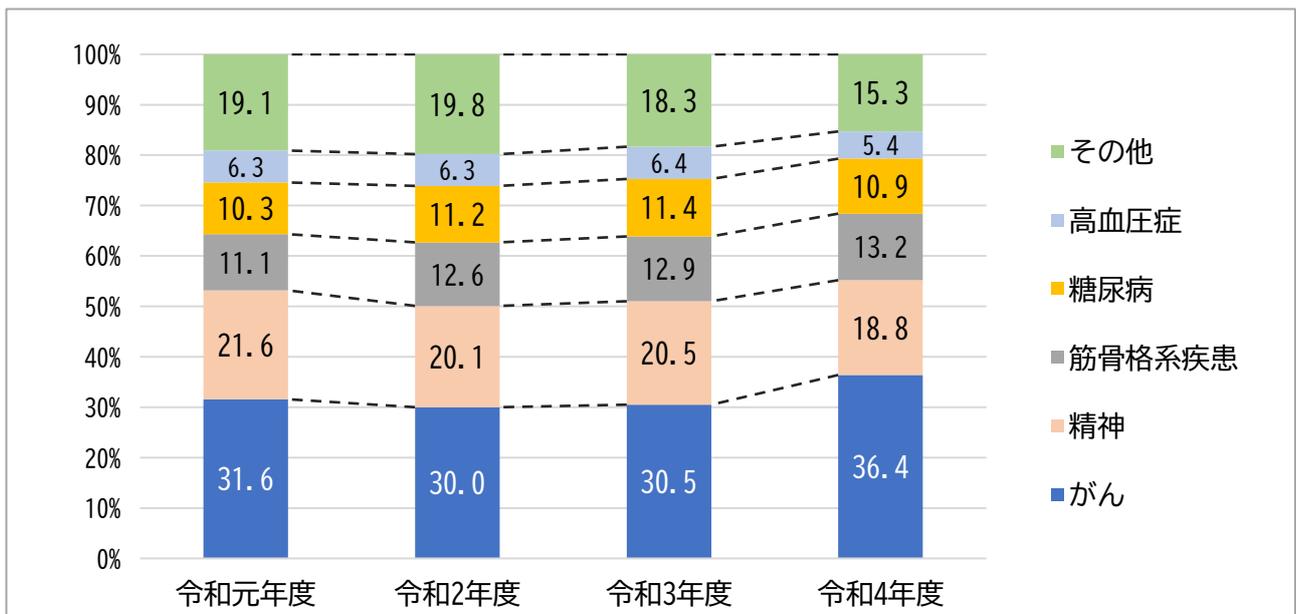


資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

⑤主要疾病の医療費割合

がん、精神、筋骨格系疾患が上位を占めていますが、生活習慣病では糖尿病の医療費割合が最も多くなっています。

図表 18 医療費割合の推移(最大医療資源傷病名による、調剤報酬を含む)



資料：KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」（令和元年度～令和4年度）

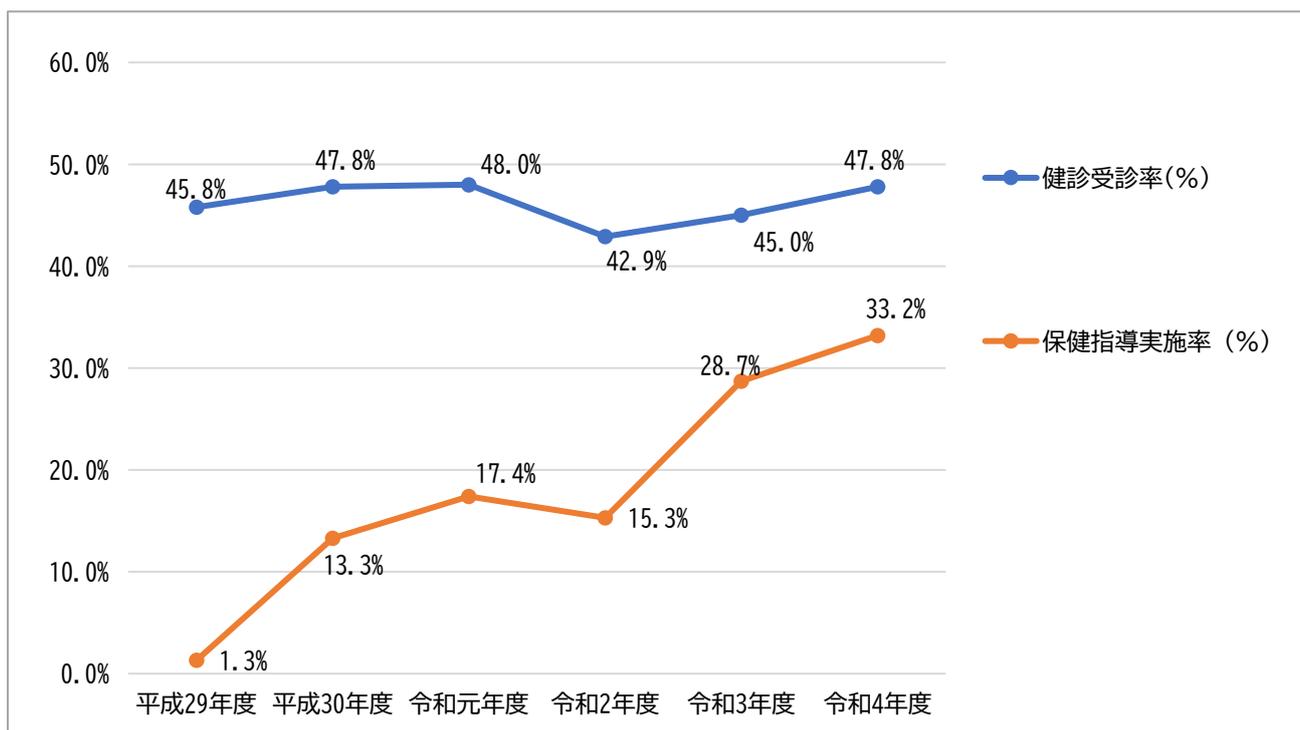
(3) 特定健康診査・特定保健指導等の健診データ

① 特定健診受診率・特定保健指導実施率

本市の特定健診受診率は、令和2年以降の新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、令和2年度は42.9%に落ち込みました。その後は回復基調にあり、令和4年度は、47.8%となりました。年齢階層別では、40～64歳の受診率が低く、男女別では女性の受診率が高いです。

一方、特定保健指導の実施率は、第2期計画当初、非常に低いレベルでしたが、動機付け支援の強化策により、令和4年度は33.2%まで上昇しました。

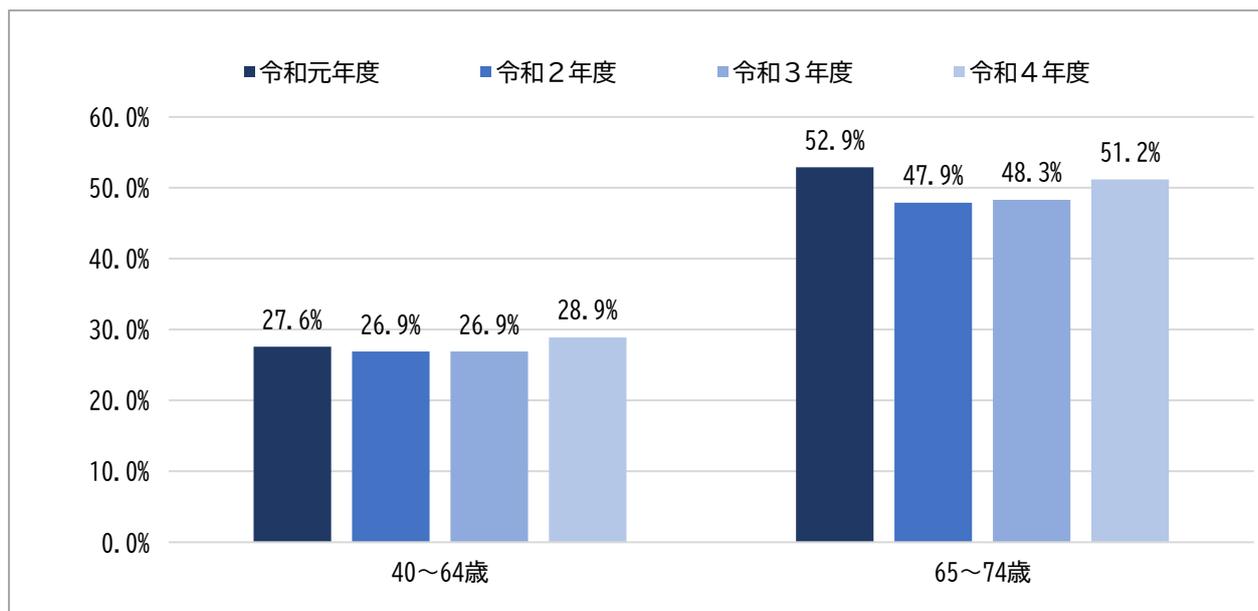
図表 19 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の推移



	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
健診受診率 (%)	45.8	47.8	48.0	42.9	45.0	47.8
保健指導実施率 (%)	1.3	13.3	17.4	15.3	28.7	33.2

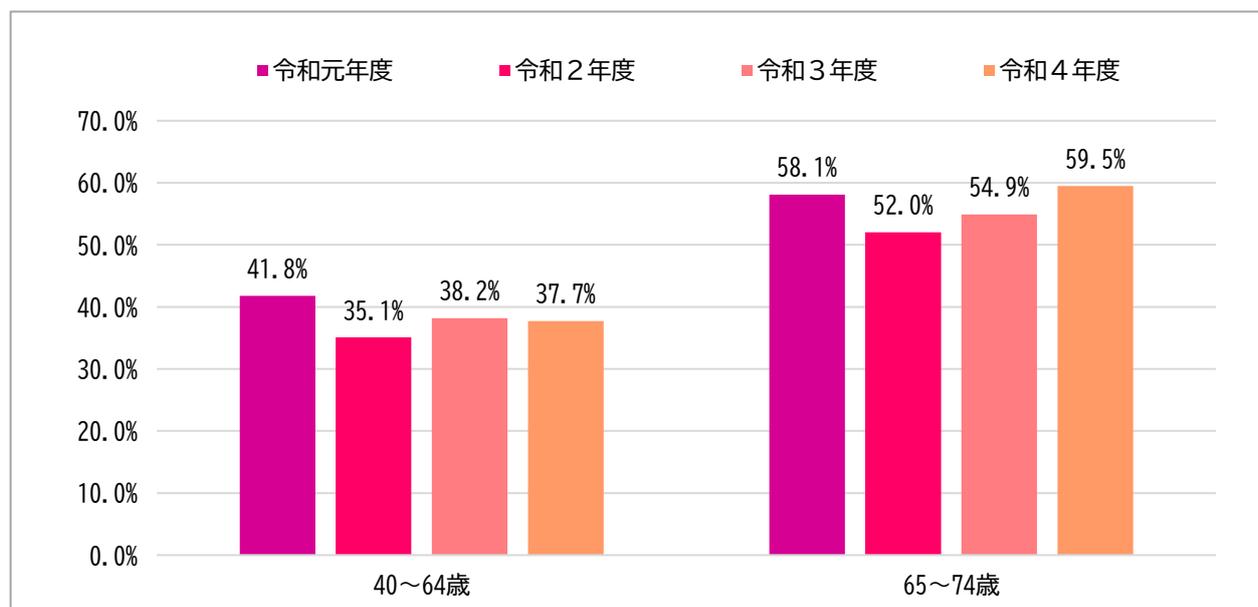
資料：法定報告

図表 20 年齢階層別特定健診受診率（男性）



資料：KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（令和元年度～令和4年度）

図表 21 年齢階層別特定健診受診率（女性）



資料：KDB 健診・医療・介護データから見る地域の健康課題（令和元年度～令和4年度）

②有所見者割合

男性では、収縮期血圧が国、福島県平均より多くなっています。

女性では、肥満（BMI）、血糖（HbA1c）、収縮期血圧、腎機能（eGFR）が国、福島県平均より高くなっています。

図表 22 健診有所見者割合（男性）

単位：％

有所見者割合（男性）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
				本宮市	福島県	国
BMI	36.1	36.3	35.4	36.6	36.9	33.6
中性脂肪	25.0	28.4	25.0	27.4	26.3	28.5
HDLコレステロール	7.9	8.9	9.1	8.9	8.4	7.5
LDLコレステロール	44.6	42.8	41.4	43.3	44.8	47.0
HbA1c	62.2	58.9	56.1	58.5	57.1	58.5
収縮期血圧	51.3	59.2	47.9	53.2	52.0	51.6
eGFR	19.5	17.8	20.6	21.9	19.8	23.7

資料：KDB「厚生労働省様式 様式 5-2」

④令和4年度データは eGFR を除いて県、国と比較するため年齢調整しています。

図表 23 健診有所見者割合（女性）

単位：％

有所見者割合（女性）	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
				本宮市	福島県	国
BMI	28.5	29.2	28.5	28.9	27.5	22.0
中性脂肪	14.0	14.9	13.9	14.9	15.4	16.4
HDLコレステロール	1.2	1.2	1.5	1.3	1.7	1.4
LDLコレステロール	52.1	48.7	50.8	49.1	53.0	56.7
HbA1c	67.0	61.3	60.8	63.2	58.3	57.1
収縮期血圧	44.1	52.8	47.5	48.4	46.9	46.5
eGFR	16.6	16.9	20.7	22.6	18.5	20.4

資料：KDB「厚生労働省様式 様式 5-2」

④令和4年度データは eGFR を除いて県、国と比較するため年齢調整しています。

③生活習慣（質問票データ）

運動不足の傾向がみられ、肥満の多さと関係していると思われます。

図表 24 質問票

単位：％

質問票項目	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
				本宮市	福島県	国
喫煙	15.3	14.5	13.4	13.3	13.5	12.7
1回30分以上の運動（週2回以上）習慣がない	67.3	69.1	65.7	66.7	62.4	59.3
1日1時間以上の運動（歩行・日常動作含）なし	57.9	59.7	57.7	57.8	54.2	47.5
歩行速度が遅い	55.6	54.4	54.5	53.6	54.1	50.5
咀嚼は良好である	79.6	78.8	78.8	77.5	78.0	79.0
早食いである	24.2	23.5	24.2	23.3	25.1	26.4
就寝前に夕食を食べる	18.2	17.0	17.8	17.1	14.8	14.7
3食以外の間食（甘いもの）を食べる	17.1	17.3	16.5	15.6	16.9	21.7
3合以上の飲酒をする	1.5	1.1	1.4	1.1	2.0	2.5
睡眠不足を感じている	23.3	22.5	23.4	23.3	23.4	24.9

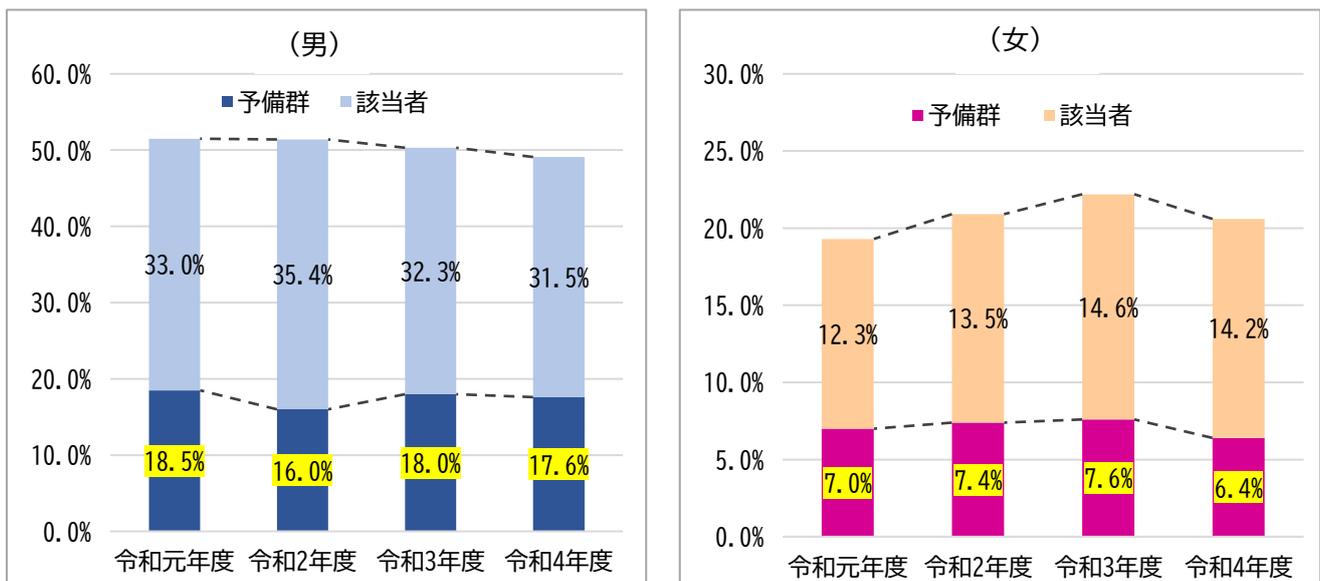
資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

④メタボリックシンドローム予備群・該当者割合

男性のメタボリックシンドローム該当者は、減少傾向にあります。一方、女性は令和3年度まで増加傾向にありましたが、令和4年度は減少しました。

生活習慣病の発症と大きな関係があるリスクの重なり状況では、血糖、血圧、脂質全ての項目でリスクを有している方は、男性では12%台、女性では3%台となっています。

図表 25 メタボリックシンドローム予備群・該当者



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

図表 26 血糖・血圧・脂質の項目での有所見者割合（男性）

項目		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
メタボリックシンドローム	予備群（人）	175	136	153	153
	該当者（人）	313	302	274	273
メタボリックシンドローム 予備群・該当者詳細	腹囲のみ（％）	4.7	3.4	3.8	3.7
	血糖のみ（％）	1.1	1.2	0.6	2.0
	血圧のみ（％）	13.0	10.8	13.0	12.0
	脂質のみ（％）	4.4	4.0	4.5	3.7
	血糖+血圧（％）	6.9	8.3	6.4	4.8
	血糖+脂質（％）	1.5	1.4	2.5	1.5
	血圧+脂質（％）	12.1	12.7	12.3	12.3
	血糖+血圧+脂質（％）	12.6	13.0	11.2	12.8

資料：KDB「厚生労働省様式 5-3」（令和元年度～令和4年度）

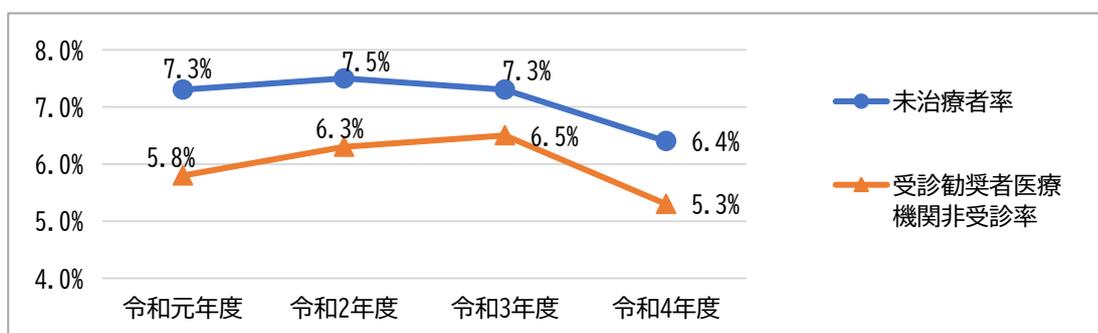
図表 27 血糖・血圧・脂質の項目での有所見者割合（女性）

項目		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
メタボリックシンドローム	予備群（人）	76	70	77	66
	該当者（人）	133	128	148	147
メタボリックシンドローム 予備群・該当者詳細	腹囲のみ（％）	2.9	2.4	2.2	1.9
	血糖のみ（％）	0.2	0.4	0.5	0.4
	血圧のみ（％）	5.6	6.3	5.8	4.9
	脂質のみ（％）	1.2	0.6	1.3	1.1
	血糖+血圧（％）	2.4	2.5	2.6	2.3
	血糖+脂質（％）	0.6	0.3	0.7	1.1
	血圧+脂質（％）	5.9	5.5	7.2	7.1
	血糖+血圧+脂質（％）	3.4	5.2	4.2	3.8

資料：KDB「厚生労働省様式 5-3」（令和元年度～令和4年度）

⑤未治療者率・受診勧奨者医療機関非受診率

図表 28 未治療者率・受診勧奨者医療機関非受診率の推移



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～4年度）

(4) レセプト・健診データを組み合わせた分析

①生活習慣病の患者数・割合

糖尿病、高血圧の患者割合は、横ばいで推移しています。

図表 29 主要生活習慣病患者数及び患者割合の推移

	性別	令和元年5月		令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
糖尿病	男性	328	10.7	317	10.7	323	11.1	321	11.2
	女性	270	9.2	254	8.9	261	9.3	247	8.8
	計	598	10.0	571	9.8	584	10.2	568	10.0
高血圧	男性	686	22.3	661	22.2	673	23.0	640	22.3
	女性	593	20.3	574	20.2	585	20.9	585	20.9
	計	1,279	21.3	1,235	21.2	1,258	22.0	1,225	21.6
虚血性心疾患	男性	113	3.7	101	3.4	92	3.1	83	2.9
	女性	52	1.8	55	1.9	48	1.7	47	1.7
	計	165	2.8	156	2.7	140	2.4	130	2.3
脳血管疾患	男性	125	4.1	112	3.8	118	4.0	121	4.2
	女性	71	2.4	65	2.3	63	2.2	67	2.4
	計	196	3.3	177	3.0	181	3.2	188	3.3
人工透析	男性	11	0.4	9	0.3	8	0.3	6	0.2
	女性	4	0.1	2	0.1	2	0.1	4	0.1
	計	15	0.3	11	0.2	10	0.2	10	0.2

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-2~3-7」(令和元年5月~令和4年5月)

②糖尿病の重症化状況

1) 糖尿病性腎症患者数の推移

男性は横ばいで推移していますが、女性は増加傾向にあります。

図表 30 糖尿病性腎症患者数・割合の推移

	令和2年5月		令和3年5月		令和4年5月	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
男性	17	5.4	13	4.0	18	5.6
女性	6	2.4	7	2.7	11	4.5
計	23	4.0	20	3.4	29	5.1

資料：KDB 厚生労働省様式 様式3-2 (令和2年5月~令和4年5月)

2) 糖尿病重症化予防対象者

糖尿病重症化予防対象者については、HbA1cの数値とレセプトの有無で3つの指標で分析を行いました。

治療中であるにも関わらず、約4.0%の方がHbA1cの数値が7.0以上の血糖コントロール不良者となっています。

合併症の併発のリスクが高いHbA1c8.0以上は20人近くで推移しています。

図表 31 糖尿病重症化予防対象者① (HbA1c6.5以上かつレセプト無) の推移 単位：人

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	10	14	24	3	10	13	4	11	15	9	16	25
女	2	7	9	2	9	11	3	10	13	2	8	10
計	12	21	33	5	19	24	7	21	28	11	24	35
集計対象者数			2,029			1,803			1,859			1,901
割合			1.6%			1.3%			1.5%			1.8%

資料：KDB「健診ツリー図（令和元年度～4年度）」

図表 32 糖尿病重症化予防対象者② (HbA1c7.0以上かつ治療中) の推移 単位：人

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	4	46	50	8	40	48	4	35	39	2	42	44
女	9	22	31	5	25	30	5	27	32	7	22	29
計	13	68	81	13	65	78	9	62	71	9	64	73
集計対象者数			2,029			1,803			1,859			1,901
割合			4.0%			4.3%			3.8%			3.8%

資料：KDB「健診ツリー図（令和元年度～4年度）」

図表 33 糖尿病重症化予防対象者③ (HbA1c8.0以上) の推移 単位：人

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	1	12	13	6	10	16	3	9	12	3	12	15
女	1	5	6	1	2	3	2	2	4	1	3	4
計	2	17	19	7	12	19	5	11	16	4	15	19
集計対象者数			2,029			1,803			1,859			1,901
割合			0.9%			1.1%			0.9%			1.0%

資料：KDB「健診ツリー図（令和元年度～4年度）」

③高血圧症の重症化状況

高血圧症の重症化予防対象者については、収縮期血圧 160～179mmHg かつ拡張期血圧 100～109mmHg としています。本市の対象者数はきわめて少ない状況です。

図表 34 高血圧重症化予防対象者（Ⅱ度）の推移

単位：人

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	3	3	6	1	4	5	0	1	1	1	2	3
女	1	1	2	1	3	4	0	3	3	1	3	4
計	4	4	8	2	7	9	0	4	4	2	5	7
集計対象者数	/		2,029	/		1,803	/		1,859	/		1,901
割合	/		0.4%	/		0.5%	/		0.2%	/		0.4%

資料：KDB「健診ツリー図（令和元年度～4年度）」

④脂質異常症の重症化状況

脂質異常症の重症化予防対象者については、LDL コレステロール 160 以上、中性脂肪 (TG) 300 以上としています。

女性の脂質異常（中性脂肪）の重症化予防対象者数が多くなっています。

図表 35 脂質異常症重症化予防対象者（LDL160 以上）の推移

単位：人

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	30	46	76	33	36	69	25	53	78	22	32	54
女	38	63	101	23	57	80	28	74	102	27	70	97
計	68	109	177	56	93	149	53	127	180	49	102	151
集計対象者数	/		2,029	/		1,803	/		1,859	/		1,901
割合	/		8.7%	/		8.3%	/		9.7%	/		7.9%

資料：KDB「健診ツリー図（令和元年度～4年度）」

図表 36 脂質異常症重症化予防対象者（TG300 以上）の推移

単位：人

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	12	22	34	14	29	43	12	18	30	12	23	35
女	4	8	12	2	5	7	4	3	7	5	15	20
計	16	30	46	16	34	50	16	21	37	17	38	55
集計対象者数	/		2,029	/		1,803	/		1,859	/		1,901
割合	/		2.3%	/		2.8%	/		2.0%	/		2.9%

資料：KDB「健診ツリー図（令和元年度～4年度）」

⑤腎機能の重症化状況

腎機能の重症化予防対象者については、尿蛋白（+）以上、eGFR45 未満としています。

腎機能の重症化予防対象者は、男性の方が女性より多くなっています。

図表 37 腎機能重症化予防対象者（尿蛋白+以上）の推移

単位：人

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	8	17	25	6	34	40	4	22	26	5	30	35
女	5	4	9	5	18	23	2	5	7	5	7	12
計	13	21	34	11	52	63	6	27	33	10	37	47
集計対象者数	/		2,029	/		1,803	/		1,859	/		1,901
割合	/		1.7%	/		3.5%	/		1.8%	/		2.5%

資料：KDB「健診ツリー図（令和元年度～4年度）」

図表 38 腎機能重症化予防対象者（eGFR45 未満）の推移

単位：人

	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	40～64歳	65～74歳	計									
男	2	21	23	1	16	17	1	15	16	2	17	19
女	0	7	7	1	12	13	2	12	14	2	15	17
計	2	28	30	2	28	30	3	27	30	4	32	36
集計対象者数	/		2,029	/		1,803	/		1,859	/		1,901
割合	/		1.5%	/		1.7%	/		1.6%	/		1.9%

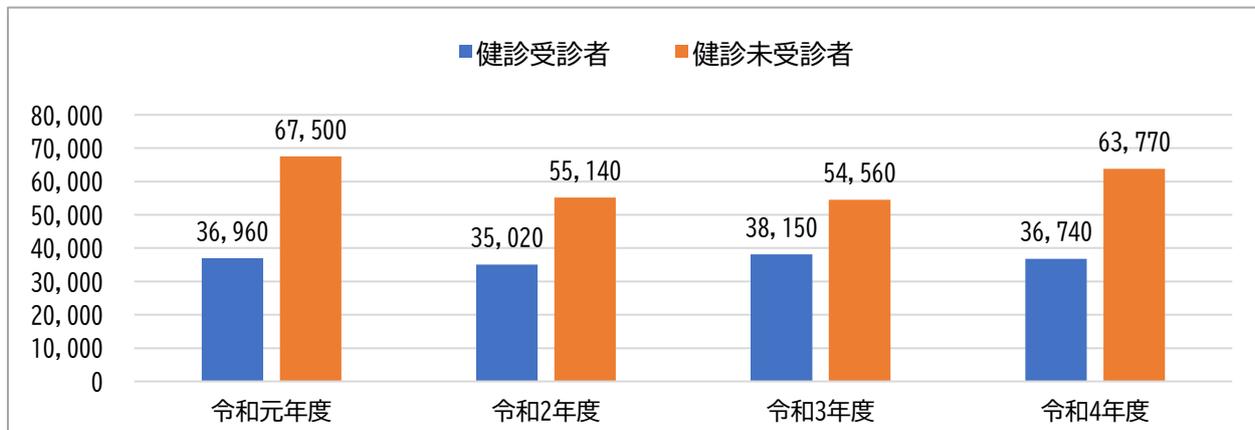
資料：KDB「健診ツリー図（令和元年度～4年度）」

⑥健診の有無と医療費

健診未受診者の1人当たり医療費は、約1.7倍（令和4年度）となっています。

図表 39 健診有無別1人当たり医療費

単位：円



資料：KDB「医療費分析（健診有無別）」（令和元年度～令和4年度）」

(5) 介護費関係の分析

①介護給付費の状況（1件当たり給付費）

1件当たり介護給付費は福島県、国平均に比べ高くなっています。介護度別にみると要支援1の1件当たり介護給付費は福島県や国よりも低いですが、要支援2以上になるとすべての介護度で福島県、国平均に比べ高くなっています。しかも介護度が高くなるにしたがって、差額も大きくなっています。

図表 40 1件当たり介護給付費 単位：円

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
本宮市	71,708	73,208	72,643	70,309
福島県	66,048	66,907	66,420	65,863
国	61,336	61,864	60,703	59,662

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

図表 41 介護度別1件当たり介護給付費 単位：円

介護度	本宮市	福島県	同規模	国
要支援1	8,278	9,108	9,733	9,568
要支援2	12,613	12,095	13,649	12,723
要介護1	40,199	37,332	42,595	37,331
要介護2	53,156	46,124	53,391	45,837
要介護3	99,989	82,465	93,678	78,504
要介護4	122,140	114,500	130,313	103,025
要介護5	154,334	127,718	152,364	113,314

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度）

②介護認定率の状況

介護認定率は福島県、国平均に比べ低くなっています。

図表 42 介護認定率

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
本宮市	17.0%	16.8%	16.9%	16.0%
福島県	20.7%	21.0%	21.2%	20.1%
国	19.6%	19.9%	20.3%	19.4%

資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和元年度～令和4年度）

③要介護認定者の有病状況

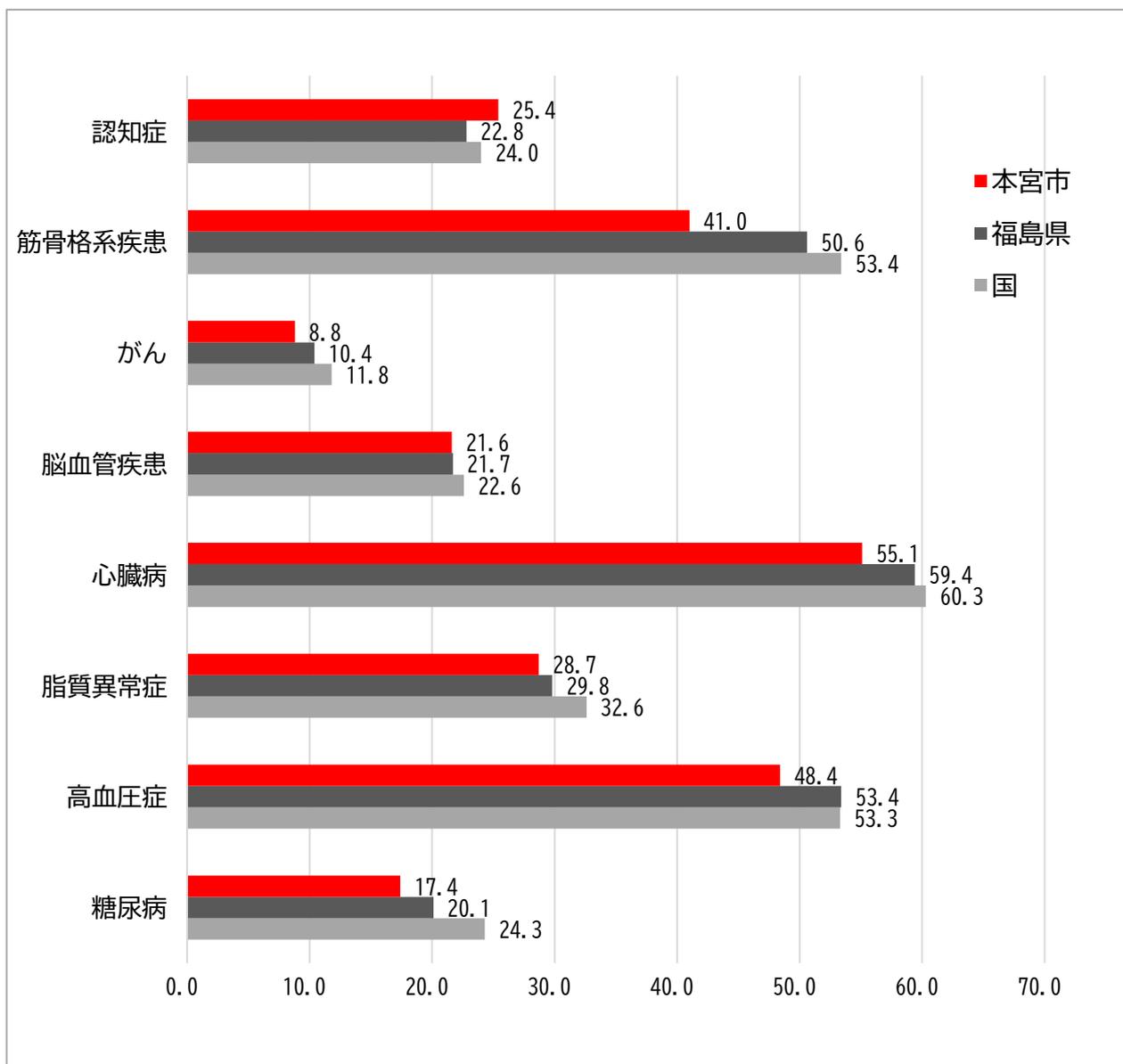
要介護認定者の半数以上が心臓病を有しています。

次に多いのが高血圧症で、本市では48.4%の有病率となっています。

また、認知症の有病率は福島県、国平均よりやや高くなっています。

図表 43 要介護認定者の有病状況

単位：％



資料：KDB「地域の全体像の把握」（令和4年度）

2. 課題の整理

項目	分析結果から導き出された課題	参照データ	健康課題との対応
(1)標準化死亡比・死因等	<ol style="list-style-type: none"> 1. 心筋梗塞など心疾患の標準化死亡比が高い。 2. 死因上位はがん（1位）、心疾患（2位）。 	図表 6、7、8	C、D
(2)医療費の分析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 外来の医療費では糖尿病が最も多く、増加傾向にある。 2. がんにかかる医療費割合は右肩上がりとなっている。 3. 糖尿病、高血圧の患者割合は横ばい状況が続いている。 	図表 11、12、18、29	B、C、D
(3)特定健康診査・特定保健指導等の健診データ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定健診受診率は回復基調にあるが、40～64歳の受診率の低さが課題である。 2. 有所見割合では、女性の肥満（BMI）、血糖（HbA1c）、収縮期血圧、腎機能（eGFR）の有所見者割合が福島県、国平均より高くなっている。 3. 生活習慣では「運動不足」の割合が、福島県、国平均より多くなっている。 男性のメタボリックシンドローム該当者のうち血糖、血圧、脂質全ての項目での有リスク者の割合は1割を超えている。 	図表 20、21、22、23、24、25	A、B、C、D
(4)レセプト・健診データを組み合わせた分析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 糖尿病治療者に血糖コントロール不良がみられる。 2. 糖尿病性腎症患者の割合が増えつつある。 3. eGFR45未満の腎機能重症化予防対象者の割合が増えつつある。 	図表 30、31、32、38	C、D
(5)介護費関係の分析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護認定率が低い一方で1件当たりの介護給付費が福島県、国平均より高くなっている。介護度が上がるほど差額が大きくなっている。 2. 介護認定者の有病率では心臓病が最も高い。 3. 認知症の有病率が福島県、国平均より高い。 	図表 40、41、42、43	C、D

第Ⅲ章 計画全体

1. 本市の健康課題

①項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	生活習慣を起因とする疾病（生活習慣病）が主な死因で医療費でも高位となっている。	1	1
B	メタボリック該当者及び予備群が増えることで生活習慣病の発症件数が増加し、健康寿命の延伸を妨げている。	2	2
C	生活習慣病重症化予防	3	3, 7, 8
D	糖尿病性腎症重症化予防	4	4, 5, 6

2. データヘルス計画全体における目的

⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
			2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
A	特定健診受診率の向上	特定健診受診率60%達成 (%)	47.8	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
A	特定健診（40～64歳）の受診率向上	特定健診（40～64歳）受診率50%達成	33.3	35.0	38.0	40.0	45.0	48.0	50.0
B	特定保健指導実施率の向上	特定保健指導実施率60%達成 (%)	33.2	35.0	39.0	43.0	48.0	54.0	60.0
B	特定保健指導の効果	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%) ※	14.8	15.0	15.2	15.4	15.6	15.8	16.0
C	糖尿病医療機関未受診者及び治療中断者の減少	HbA1c6.5以上かつ未治療者該当者割合 (%)	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.2	1.0
C	糖尿病性腎症重症化予防対象者の減少	HbA1c8.0以上該当者割合 (%)	1.00	0.98	0.97	0.95	0.93	0.92	0.90
D	糖尿病予備群・患者割合の減少	糖尿病患者割合 (%)	10.0	10.0	10.0	10.0	9.9	9.9	9.8
D	高血圧の予防・改善	高血圧症患者割合 (%)	21.6	20.0	20.0	19.5	19.5	19.0	18.5
D	メタボリックシンドロームの改善	男性のメタボリックシンドロームの該当者割合 (%)	31.5	31.0	29.0	27.0	25.0	23.0	20.0

※特定保健指導利用者全数のうち、特定保健指導の対象外となった被保険者の数÷特定保健指導利用者全数

3. 個別の保健事業（解決すべき健康課題に対応）

⑩事業 番号	⑪事業名称	⑫重点・ 優先度
1	特定健康診査の受診率向上	1
2	特定保健指導事業	2
3	メタボリックシンドローム改善指導事業	6
4	糖尿病の医療機関未受診者に対する勧奨及び保健指導	5
5	糖尿病治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導	4
6	糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導	3
7	生活習慣病重症化予防対象者（予備群・軽度患者）を対象にした保健指導	7
8	生活習慣病重症化予防のための健診受診者フォローアップ事業	8

4. データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための方策

⑬項目	⑭データヘルス計画（保健事業全体） の目標を達成するための方策
A	特定健康診査を受けやすい環境づくり（健診機会の拡大、インセンティブ*の提供、WEB 申込など）。効果的かつ効率的な受診勧奨（未受診者の個性を分析した上での通知勧奨等）。特定健康診査の意義を伝える継続的な広報活動。
B	保健福祉部保健課連携のもと集団検診時での保健指導の拡充。積極的支援については市民部市民課専門保健技師が主に行う一方、谷病院のほか新たな委託先の確保。対象者の意識の変容を促す効果的かつ効率的な利用勧奨の実施。
C	糖尿病の受診勧奨対象者へのアプローチを円滑に実施するための体制づくり（市民部市民課と保健福祉部保健課の連携）、連携する医療機関、担当医師の協力、KDB データを活用した対象者の抽出と受診勧奨の円滑な実施。
D	保健指導支援機関への委託継続及びエビデンスに基づいた評価と広報戦略。保健指導実績数の拡大を図るための電話支援の拡充。集団検診の貴重な機会（受診者の意識が高揚しているタイミング）を捉えた保健指導実施体制づくり。

*インセンティブ～やる気や行動を促すことを目的した報奨。一定の条件を満たした際に与えられる。

第IV章 個別の保健事業

事業番号	1
------	---

①事業名称	特定健康診査の受診率向上
②事業の目的	特定健康診査の受診率を向上させ、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を、特定保健指導や医療機関につなげることで、生活習慣病の発症や重症化の予防をする。
③対象者	40～74歳の特定健診受診対象者
④現在までの事業結果	第2期計画を通じ、毎年度通知勧奨を実施。令和元年度48.0%に到達するも新型コロナウイルス感染症拡大の影響で令和4年度の健診受診率は47.8%に留まっている。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定 時実績		⑧目標値				
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	特定健診受診率 (%)	47.8	50.0	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0
アウトカム (成果) 指標	メタボリックシンドロームの 該当者の割合 (%)	22.1	21.0	20.0	19.5	19.0	18.5	18.0

⑨目標を達成するための 主な戦略	特定健康診査を受けやすい環境づくり（健診機会の提供、インセンティブの提供、WEB申込など）。効率的かつ効果的な受診勧奨（未受診者の個性を分析した上での通知勧奨等）。特定健康診査の意義を伝える継続的な広報活動。
---------------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団検診（福島県保健衛生協会）、施設検診（安達医師会の加入医療機関）の開始（平成20年度）。 ・ 健診受診情報を漏れなく伝えるための「意向調査」の実施と「受診録」の配布（健康づくり推進員の協力）。 ・ 受診率向上につながるがん検診を加えた「総合検診」の実施。 ・ 「健康カレンダー」及び「広報もとみや」での特定健康診査受診案内。 ・ 集団検診未受診者に対する通知勧奨圧着ハガキによる個別受診勧奨（施設検診の案内）。 ・ 特定健康診査未受診者の健診データ等個性に応じた通知勧奨ハガキによる個別受診勧奨。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の特定健康診査の継続（受診案内等情報提供、集団検診・施設検診の併用、未受診者への個別通知勧奨）。 ・ DX化に対応したWEBを通じた受診申込の受付。 ・ 特定健診未受診者のうち定期的に医療機関を受診されている方の把握、市民部市民課専門保健技師によるフォローアップの実施。 ・ 健康ポイントなど健診受診した方へのインセンティブ提供。
--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

市民部市民課、保健福祉部保健課、集団検診機関、安達医師会協力医療機関

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

市民部市民課、保健福祉部保健課、庁内デジタル推進部署、集団検診機関、安達医師会協力医療機関

⑭評価計画

<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査受診率および年代別・性別（40～64歳、65～74歳）の特定健康診査受診率。 ・ 個別通知勧奨の受診勧奨結果（性別、年齢別の受診ヒット率）。

事業番号	2
------	---

①事業名称	特定保健指導事業
②事業の目的	特定保健指導実施率を向上させ、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させることで、国保被保険者の生活習慣病の予防と健康寿命の延伸を図る。
③対象者	特定保健指導該当者（積極的支援・動機付け支援）
④現在までの事業結果	令和2年度まで特定保健指導実施率は10%台であったが、平成30年度に集団検診時における保健指導面接を導入したことにより令和4年度は33.2%まで伸びた。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績		⑧目標値				
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	特定保健指導実施率 (%)	33.2	35.0	39.0	43.0	48.0	54.0	60.0
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%)	14.8	15.0	15.2	15.4	15.6	15.8	16.0

⑨目標を達成するための 主な戦略	保健福祉部保健課連携のもと集団検診時での保健指導の拡充。積極的支援については市民部市民課専門保健技師が主に行う一方、新たな委託先の確保。対象者の意識の変容を促す効果的かつ効率的な利用勧奨の実施。
---------------------	---

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> 保健福祉部保健課保健技師による特定保健指導の実施（特に動機付け支援）。 市民部市民課専門保健技師による積極的支援（令和4年度～）。 市内医療機関（谷病院）への特定保健指導積極的支援業務の委託（令和2年度～）。 集団検診時での初回面接の実施（平成30年度～）。 特定保健指導該当者（積極的支援・動機付け支援）に対する利用勧奨ハガキの送付（令和3年度～）。
--

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 現行の特定保健指導実施方法の継続。 集団検診時での初回面接を拡充するための体制整備（新たな委託先の確保）。 積極的支援の実施率向上を図るための支援体制づくり（継続支援の外部委託等）。 対象者の状況に応じた利用勧奨の実施（外部保健師等専門家による電話支援）。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

市民部市民課、保健福祉部保健課、特定保健指導を受託できる市内医療機関

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

市民部市民課、保健福祉部保健課、特定保健指導を受託できる市内医療機関、特定保健指導利用勧奨を担う外部機関
--

⑭評価計画

<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導利用率、及び特定保健指導終了率（脱落者防止率）。 *全体、年代別・性別 メタボリックシンドローム改善率（体重2%減）。メタボリックシンドロームの該当者・予備群割合の減少。 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率。 血圧、血糖、脂質項目の有所見者割合の減少。 特定保健指導利用勧奨（通知）の効果性（ヒット率）。

事業番号	3
------	---

①事業名称	メタボリックシンドローム改善指導事業
②事業の目的	メタボリックシンドローム予備群・該当者数（特に男性）の減少
③対象者	集団検診受診者
④現在までの事業結果	メタボ改善指導利用者数（R3年度集団検診時1,022名、R4年度集団検診時910名）

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	事業参加者数 (人)	910	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
アウトカム (成果) 指標	男性のメタボリックシンドロームの該当者割合 (%)	31.5	31.0	29.0	27.0	25.0	23.0	20.0

⑨目標を達成するための主な戦略	集団検診の貴重な機会（受診者の意識が高揚しているタイミング）を捉えた保健指導実施体制づくり。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

- ・健診後、メタボリックシンドローム改善のための情報発信（パンフレット等）。
- ・集団検診来場者に高精度体成分測定を実施するとともに運動指導者による結果説明と個別運動指導の実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ・現行の実施方法に加え、施設検診受診者に対するメタボリックシンドローム改善指導。
- ・食生活改善によるメタボリックシンドローム改善指導の実施。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

市民部市民課、専門外部委託機関

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

市民部市民課、専門外部委託機関

⑭評価計画

- ※生活習慣病の重症化予防を図るため下記の項目で評価する計画
- ・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（特に男性）。
 - ・糖尿病、高血圧、脂質異常の患者割合。
 - ・血糖、血圧、脂質異常の有所見者割合。

事業番号	4
------	---

①事業名称	糖尿病の医療機関未受診者に対する勧奨及び保健指導
②事業の目的	糖尿病の要医療の未受診者を医療に結びつけ、糖尿病性腎症の重症化予防を図る。
③対象者	空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上で医療機関未受診者。
④現在までの事業結果	ハガキによる受診勧奨及び訪問指導の実施により、受診に至った者は70%以上であった。

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	受診勧奨後の医療機関受診率 (%)	67.2	80.0	80.0	80.0	90.0	90.0	90.0
アウトカム (成果) 指標	HbA1c6.5以上の者で未治療者 (%)	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.2	1.0

⑨目標を達成するための主な戦略	糖尿病の受診勧奨対象者へのアプローチを円滑に実施するための体制づくり（市民部市民課と保健福祉部保健課の連携）。
-----------------	---

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・市民部市民課専門保健技師、保健福祉部保健課による通知勧奨、電話支援、訪問指導。 ・業務に携わる保健師、管理栄養士を対象にした研修会（糖尿病性腎症重症化予防専門家）の実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・現行の実施方法に加え、通知勧奨や電話支援については外部委託を検討。
--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

市民部市民課、保健福祉部保健課

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

市民部市民課、外部委託先（通知勧奨業務・電話支援業務）

⑭評価計画

<p>※糖尿病性腎症の重症化予防を図るため下記の項目で評価する計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c8.0以上の者の割合。 ・HbA1c6.5以上で治療なしの者の割合。 ・糖尿病にかかる医療費及び患者数・割合。 ・新規人工透析者数、糖尿病性腎症の患者割合。

事業番号	5
------	---

①事業名称	糖尿病治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導
②事業の目的	糖尿病治療中断者を医療に結びつけ、糖尿病性腎症の重症化予防を図る。
③対象者	直近6ヶ月以内に対象となる糖尿病治療のレセプトが発生していない被保険者。
④現在までの事業結果	未受診理由を把握できた実績数（R2年度13名、R3年度9名、R4年度7名）

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	中断者への勧奨による医療機関受診率 (%)	22.2	50.0	50.0	60.0	60.0	70.0	70.0
アウトカム (成果) 指標	HbA1c6.5以上の者で未治療者 (%)	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.2	1.0

⑨目標を達成するための主な戦略	KDBデータを活用した対象者の抽出と受診勧奨の円滑な実施。
-----------------	-------------------------------

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・市民部市民課専門保健技師、保健福祉部保健課による通知勧奨、電話支援、訪問指導。 ・業務に携わる保健師、管理栄養士を対象にした研修会（糖尿病性腎症重症化予防専門家）の実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・現行の実施方法に加え、通知勧奨や電話支援については外部委託を検討。
--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

市民部市民課、保健福祉部保健課

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

市民部市民課、外部委託先（通知勧奨業務・電話支援業務）

⑭評価計画

<p>※糖尿病性腎症の重症化予防を図るため下記の項目で評価する計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c8.0以上の者の割合。 ・HbA1c6.5以上で治療なしの者の割合。 ・糖尿病にかかる医療費及び患者数・割合。 ・新規人工透析者数、糖尿病性腎症の患者割合。

事業番号	6
------	---

①事業名称	糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導
②事業の目的	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医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止する。
③対象者	糖尿病性腎症の病期が第2期、3期及び第4期と思われる者（尿蛋白（1+）以上の者又はeGFR50ml/分/1.73m ² 未満の者）
④現在までの事業結果	保健指導実施数（R1年度5名）

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度（R4）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
アウトプット（実施量・率）指標	保健指導実施者数（人）	5	5	7	9	10	10	10
アウトカム（成果）指標	HbA1c8.0以上該当者割合（%）	1.00	0.98	0.97	0.95	0.93	0.92	0.90

⑨目標を達成するための主な戦略	連携する医療機関、担当医師の協力を得ながら、保健指導支援機関への委託の検討。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・市民部市民課専門保健技師、保健福祉部保健課による通知勧奨、電話支援、訪問指導。 ・業務に携わる保健師、管理栄養士を対象にした研修会（糖尿病性腎症重症化予防専門家）の実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・現行の実施方法に加え、通知勧奨や電話支援の強化。

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

市民部市民課、保健福祉部保健課

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

市民部市民課、外部委託先（通知勧奨業務・電話支援業務）

⑭評価計画

<p>※糖尿病性腎症の重症化予防を図るため下記の項目で評価する計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c8.0以上の者の割合。 ・HbA1c6.5以上で治療なしの者の割合。 ・糖尿病にかかる医療費及び患者数・割合。 ・新規人工透析者数、糖尿病性腎症の患者割合。

事業番号	7
------	---

①事業名称	生活習慣病重症化予防対象者（予備群・軽度患者）を対象にした保健指導
②事業の目的	生活習慣病、特に耐糖能異常、糖尿病患者の重症化を未然に防ぐことにより、糖尿病など生活習慣病にかかる医療費を抑制する。
③対象者	特定健康診査の結果、血糖、血圧、脂質の有所見者。
④現在までの事業結果	介入プログラム参加者のHbA1c改善率（R2年度62.5%、R3年度71.4%、R4年度47.3%）

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績						
		⑧目標値						
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	介入プログラム受講者数 (電話指導含) (人)	19	70	80	80	90	90	100
アウトカム (成果) 指標	糖尿病患者割合 (%)	10.0	10.0	10.0	10.0	9.9	9.9	9.8

⑨目標を達成するための主な戦略	保健指導支援機関への委託継続及びエビデンスに基づいた評価と広報戦略。保健指導実績数の拡大を図るための電話支援を拡充。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法（プロセス）

市民部市民課と委託機関の連携による介入プログラム（保健師による電話での保健指導、約2ヶ月間の生活習慣改善モニタリングと期間中4回の糖尿病予防教育）の実施。

⑪今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> 介入プログラム参加者のフォローアップと継続的評価。 現行プログラムのバージョンアップ（口腔ケア等の追加）。 より多くの参加者を募るための勧奨方法の改良（効果的な電話勧奨の実施）。 糖尿病以外の生活習慣病予備群を対象にした介入プログラムの実施。
--

⑫現在までの実施体制（ストラクチャー）

市民部市民課、専門外部委託機関

⑬今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

市民部市民課、専門外部委託機関

⑭評価計画

<p>※生活習慣病の重症化予防を図るため下記の項目で評価する計画</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病、高血圧、脂質異常の患者割合。 血糖、血圧、脂質異常の有所見者割合。 心疾患、脳血管疾患にかかる医療費及び患者数・割合。
--

事業番号	8
------	---

①事業名称	生活習慣病重症化予防のための健診受診者フォローアップ事業
②事業の目的	特定健康診査の数値改善、高血圧等生活習慣病の予防。特定健診継続受診率向上。
③対象者	当年度の特定健康診査受診者
④現在までの事業結果	健診結果説明会における保健指導利用者数（R2年度40人、R3年度39人、R4年度49人）

⑤今後の目標値

指標	⑥評価指標	⑦計画策定時実績	⑧目標値					
		2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット (実施量・率) 指標	健診結果説明会での保健指導利用者数 (人)	49	60	70	80	80	80	80
アウトカム (成果) 指標	高血圧症患者割合 (%)	21.6	20.0	20.0	19.5	19.5	19.0	18.5

⑨目標を達成するための主な戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導支援機関への委託の継続と市民部市民課専門保健技師との連携強化。 ・エビデンスに基づいた評価と広報戦略をもとに参加者を増やすための勧奨方法の改善 (通知・電話)。
-----------------	--

⑩現在までの実施方法 (プロセス)

<ul style="list-style-type: none"> ・集団検診後、健診受診者全員に健診結果説明会案内ハガキを送付 (参加自由)。 ・管理栄養士の個別面接による健診結果説明会を地区別 (白沢地区、本宮地区) で開催。 ・合わせて健康運動指導士等による簡易健康・体力測定の実施と個別運動指導の実施。

⑪今後の実施方法 (プロセス) の改善案、目標

<ul style="list-style-type: none"> ・現行事業の継続に加え、施設検診受診者に対するフォローアップ (健診結果説明) の実施。 ・参加勧奨の工夫 (健診時でのPR)。 ・生活改善意識を高める非侵襲型健康測定 of 拡充。

⑫現在までの実施体制 (ストラクチャー)

市民部市民課、専門外部委託機関

⑬今後の実施体制 (ストラクチャー) の改善案、目標

市民部市民課、専門外部委託機関

⑭評価計画

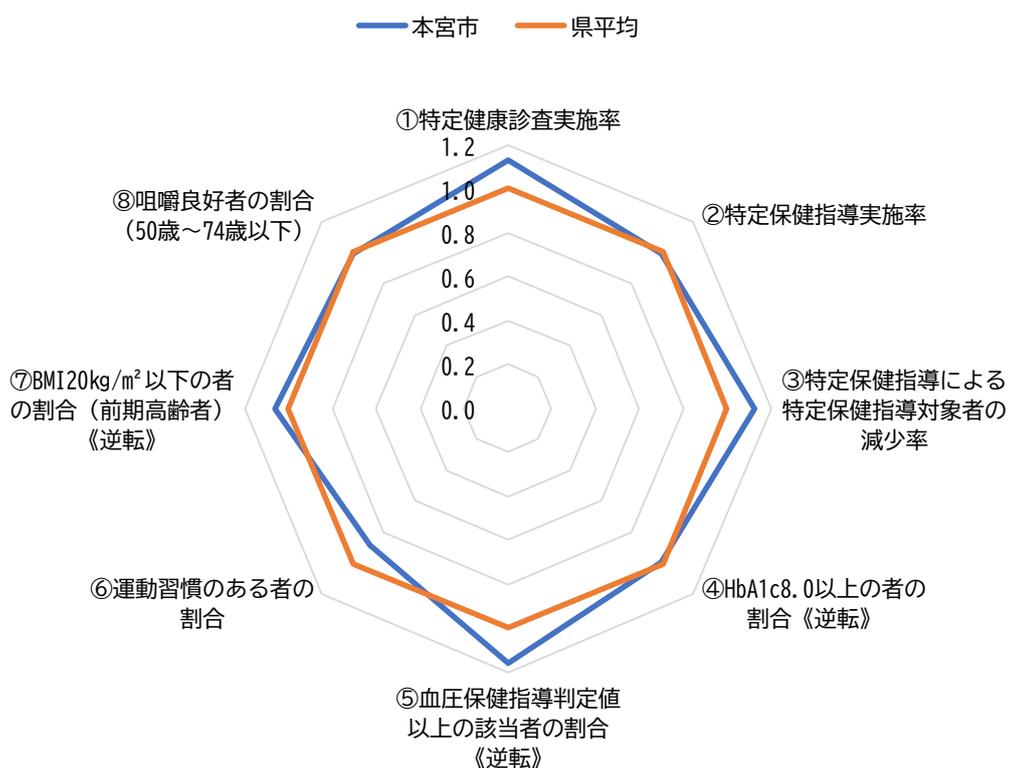
<p>※生活習慣病の重症化予防を図るため下記の項目で評価する計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病、高血圧、脂質異常の患者割合。 ・血糖、血圧、脂質異常の有所見者割合。 ・心疾患、脳血管疾患にかかる医療費及び患者数・割合。

※共通指標と実績（令和4年度）

共通指標	レーダーチャートの数値		実績値（R4年度）	
	本宮市	県平均	本宮市（a）	県平均（b）
①特定健康診査実施率	1.1	1.0	47.8	42.3
②特定保健指導実施率	1.0	1.0	33.2	33.4
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.1	1.0	19.6	県集計中
④HbA1c8.0以上の者の割合《逆転》	1.0	1.0	1.0	県集計中
⑤血圧保健指導判定値以上の該当者の割合《逆転》	1.2	1.0	49.9	県集計中
⑥運動習慣のある者の割合	0.9	1.0	33.3	37.6
⑦BMI20kg/m ² 以下の者の割合（前期高齢者）《逆転》	1.1	1.0	15.5	県集計中
⑧咀嚼良好者の割合（50歳～74歳以下）	1.0	1.0	76.8	77.4

※ (a/b or (100-a)/(100-b))

本宮市の各指標値実績と福島県平均値との比較



第V章 その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>KDBシステムの情報を活用し、個別の保健事業の進捗確認を行い、毎年度評価する。さらに、その結果を踏まえて、最終年度となる令和11年度前期（令和8年度）に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の中間評価を行い、その評価に基づき、見直した内容を次期計画に反映させる。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>策定した計画は、市のホームページに掲載するほか、概要版を作成し、より分かりやすく被保険者及び市民に発信する。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び本宮市個人情報保護条例（令和5年3月24日条例第2号）を遵守し、個人情報の保護に万全を期す。</p>
<p>地域包括ケアに 係る取組</p>	<p>「第3次本宮市健康増進・食育推進計画」の計画に基づき実施されている健康づくりの推進のため、随時関係機関等と連携を図りながら取組む。</p> <p>国民健康保険の保険者として、医療機関からの診療報酬明細書や特定健康診査、特定保健指導等に関する記録等を活用し、健康事業や介護予防、生活支援の対象者を抽出し、医療機関未受診者、治療中断者に対する受診勧奨、ハイリスク者に対する保健事業を実施する。</p> <p>さらに、令和6年度以降についても「高齢者の保健事業と介護予防一体的実施」を積極的に推進する。</p> <p>また、地域ケア個別会議や推進会議に参画し、介護や医療等の専門職、地域の多様な関係者と情報共有を図り、高齢者の自立支援や住み慣れた生活を地域全体で支援していくための地域包括ケアの体制づくりを目指す。</p>
<p>その他留意事項</p>	<p>データ分析に基づく保険者の特性を踏まえた計画を策定するため、福島県国保連合会が実施するデータヘルス計画に関する研修会等に積極的に参加し、事業推進に向けて協議する場を設けるものとする。</p>

第VI章 第2期の保健事業の取組と評価

第2期データヘルス計画において挙げられた健康課題ごとに設定された目標値（アウトカム評価）との比較評価及び事業全体の評価（総合評価）を下表の判定区分によって行いました。

	目標値評価	総合評価
判定区分	A：すでに目標を達成 B：目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C：目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D：目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E：評価困難	A：うまくいっている B：まあ、うまくいっている C：あまりうまくいっていない D：まったくうまくいっていない E：わからない

1. 特定健康診査受診率の向上

(1) 目的・目標・対象者・事業内容

目的	健診結果に基づき生活習慣の改善を促し、生活習慣病を予防する。 特に生活習慣病の予防効果が期待できる40～59歳の受診率向上を図る。
目標	特定健診受診率60%（令和5年度）、40～59歳男性の受診率を30%以上とする。
対象者	40～74歳の国民健康保険被保険者
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・通知による受診勧奨 ・健康集会での受診勧奨 ・集団検診の場での継続受診勧奨

(2) 現状と取組内容

・特定健診受診率

平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
45.8%	47.8%	48.0%	42.9%	45.0%	47.8%

・取組内容

平成 30 年度	<p>《1》対象者の個性(年齢・性別等)に応じた通知勧奨 40歳～70歳男女8パターン毎に勧奨コメントを記載したハガキを作成、施設検診が始まる前に郵送。</p> <p>《2》地区組織と連携した受診勧奨を目的とした健康集会 ア：健診の意義の説明、生活習慣病予防を目的とした講演会の実施。 実施日：平成30年12月9日 参加者数：56人 イ：簡易健康測定を活用し個別生活習慣改善指導と同時に受診勧奨を実施。</p>
令和元年度	<p>《1》対象者の個性(健診データ)に応じた通知勧奨 対象者の健診データ毎に変えた勧奨コメントを記載したハガキを作成、施設検診が始まる前に郵送。</p>
令和2年度	<p>《1》当年度未受診者に対し、次年度受診を促す通知勧奨を実施。 (ナッジ理論を取り入れた勧奨ハガキの作成)</p> <p>《2》健康集会～新型コロナウィルス感染症拡大のため中止</p>
令和3年度	<p>《1》集団検診未受診者に対し、施設検診受診を促す通知勧奨の実施。 40歳～70歳男女8パターン毎に勧奨コメントを記載したハガキを作成。</p> <p>《2》当年度未受診者に対し、次年度集団検診受診を促す通知勧奨の実施。</p>
令和4年度	<p>《1》集団検診未受診者に対し、施設検診受診を促す通知勧奨の実施。 40歳～70歳男女8パターン毎に勧奨コメントを記載したハガキを作成。</p> <p>《2》当年度未受診者に対し、次年度集団検診受診を促す通知勧奨の実施。</p> <p>《3》福島県国保連合会事業、40歳到達者へ個別ハガキを送付。</p>

(3) 評価

評価項目	指標	目標値	中間評価値 (令和2年度)	最終評価値 (令和4年度)	総合評価
アウトプット	受診勧奨実施回数	1回以上	評価：A	評価：A	評価：A
アウトカム	特定健康診査受診率	60%	42.9% 評価：D	47.8% 評価：D	評価：D

2. 循環器系疾患・高血圧予防対策

(1) 目的・目標・対象者・事業内容

目的	虚血性心疾患、脳梗塞など循環器系疾患にかかる患者割合、医療費増の抑制 基礎疾患となる高血圧症の患者数の減少、有所見者割合の減少
目標	<p><中長期></p> <ul style="list-style-type: none"> ・循環器系疾患の医療費の伸びを平成29年度比3%以内とする ・脳梗塞患者数の伸びを平成30年度比3%以内とする ・虚血性心疾患患者数の伸びを平成30年度比3%以内とする ・高血圧症患者数の伸びを平成30年度比5%以内とする <p><短期></p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性の高血圧有所見者（収縮期血圧130以上）を50%以内 ・女性の高血圧有所見者（収縮期血圧130以上）を45%以内
対象者	40～74歳の国民健康保険被保険者のうち、高血圧、高血糖、高コレステロール有所見者
事業内容	<p>《1》特定保健指導（特に積極的支援の実施率向上）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の機会を捉えた市保健師・管理栄養士による介入（動機付け支援） ・積極的支援の継続支援（電話支援等）の拡充 ・保健指導対象者に対する利用勧奨（通知勧奨・電話勧奨） <p>《2》健診結果説明会の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会（集団支援または個別支援）参加勧奨 ・管理栄養士による個別面接指導 ・健康運動指導士等による簡易健康測定を利用した個別指導 <p>《3》高血圧予防のリテラシー向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果説明会での啓発リーフレット配布

(2) 現状と取組内容

・特定保健指導実施率

平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
1.3%	13.3%	17.4%	16.4%	28.7%	33.2%

・取組内容

<p>平成 30 年度</p>	<p>《1》特定保健指導の実施 ①利用割合（積極的支援 7.0%、動機付け支援 15.4%） ②終了率 13.3%</p> <p>《2》健診結果説明会での保健指導（集団支援：参加者数 72 人） ①健診数値の見方、生活習慣病予防について専門家による講義 講師：薬剤師・健康運動指導士 長島寿恵先生 ②健診結果説明会の前後に簡易健康測定を活用した生活習慣改善指導</p>
<p>令和元年度</p>	<p>《1》特定保健指導の実施 ※集団検診時での初回面接実施（動機付け支援） ①利用割合（積極的支援 0.0%、動機付け支援 22.4%） ②終了率 17.4%</p> <p>《2》健診結果説明会での保健指導（集団支援：参加者数 54 人） ①健診数値の見方、生活習慣病予防について専門家による講義 講師：薬剤師・健康運動指導士 長島寿恵先生 ②健診結果説明会の前後に簡易健康測定を活用した生活習慣改善指導</p>
<p>令和 2 年度</p>	<p>《1》特定保健指導の実施 ※集団検診時での初回面接実施（動機付け支援） ①利用割合（積極的支援 0.0%、動機付け支援 21.9%） ②終了率 15.3%</p> <p>《2》健診結果説明会での保健指導（個別支援：参加者数 40 人） ①健診数値の見方、生活習慣病予防について管理栄養士による個別指導 ②健診結果説明会前に簡易健康測定を活用した生活習慣改善指導</p>
<p>令和 3 年度</p>	<p>《1》特定保健指導の実施 ※集団検診時での初回面接実施（動機付け支援） ①利用割合（積極的支援 4.8%、動機付け支援 34.0%） ②終了率 28.7%</p> <p>《2》健診結果説明会での保健指導（個別支援：参加者数 39 人） ①健診数値の見方、生活習慣病予防について管理栄養士による個別指導 ②健診結果説明会前に簡易健康測定を活用した生活習慣改善指導</p>
<p>令和 4 年度</p>	<p>《1》特定保健指導の実施 ※集団検診時での初回面接実施（動機付け支援） ① 利用割合（積極的支援 15.9%、動機付け支援 38.1%） ② 終了率 33.2%</p> <p>《2》健診結果説明会での保健指導（個別支援：参加者数 49 人） ①健診数値の見方、生活習慣病予防について管理栄養士による個別指導 ②健診結果説明会前に簡易健康測定を活用した生活習慣改善指導</p>

(3) 評価

評価項目	指 標	目標値	中間評価値 (令和2年度)	最終評価値 (令和4年度)	総合評価
アウトプット	健診結果説明会への参加者数	150人	40人 評価：B	49人 評価：B	評価：B
アウトカム	高血圧有所見者割合	男性 50.0% 女性 45.0%	男性 51.2% 女性 44.1% 評価：B	男性 53.2% 女性 48.4% 評価：B	評価：B

3. 糖尿病重症化予防対策

(1) 目的・目標・対象者・事業内容

目 的	<p>①糖尿病の有リスク者・患者割合の減少、糖尿病にかかる医療費の抑制</p> <p>②虚血性心疾患、脳血管疾患など糖尿病の重症化予防</p> <p>③糖尿病性腎症重症化予防</p> <p>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（以下、「ハイリスク者」という）に対して医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止することによって、住民の健康増進と医療費の増加抑制を図ることを目的とする。</p>
目 標	<p><中長期></p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の医療費の伸びを平成 29 年度比 5%以内とする ・糖尿病患者数の伸びを平成 30 年度比 7%以内とする ・腎不全の医療費割合を 7%未満とする <p><短期></p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規人工透析治療件数をゼロとする。 ・糖尿病有所見者 男性 54%以内、女性 56%以内
対 象 者	<p>①糖尿病予備群、糖尿病軽度患者、血糖コントロール不良者</p> <p>②糖尿病性腎症重症化予防該当者</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 医療機関未受診者 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5 以上で医療機関未受診の者 b. 治療中断者 直近 6 ヶ月以内に対象となるレセプトが発生していない被保険者 c. ハイリスク者 糖尿病性腎症の病期が第 2 期、3 期及び第 4 期と思われる者 (特定健診等の結果から、糖尿病により治療中であり、アルブミン尿 30 mg/gCr 以上の者又は eGFR50ml/分/1.73 m²未満の者)
事業内容	<p>《1》糖尿病早期患者・予備群対象プログラム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予備群、糖尿病軽度患者を対象にした数ヶ月間の介入プログラムの実施 運動、食事、睡眠等休養の改善方法を集団支援にて教育 <p>《2》糖尿病性腎症重症化予防事業の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者を絞り込み、市保健師による訪問、電話による個別指導

(2) 現状と取組内容

・取組内容

①糖尿病早期患者・予備群対象プログラム

平成 30 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防改善基本講座（3 回）実施 参加者数：22 人 講師：糖尿病療養指導士・長島寿恵先生 実施日：平成 30 年 9 月 7 日、9 月 19 日、9 月 28 日 ・糖尿病予防栄養講座（調理実習）の実施 講師：管理栄養士 鳴嶋廣美先生 実施日：平成 30 年 10 月 11 日 ・評価測定 体成分測定（20 人実施） 体脂肪減少者 8 人（40%） 生活改善調査（N=20 人） 週 2 回以上運動習慣定着者～20 人（100%）
令和元年度	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防改善基本講座（3 回）実施 参加者数：26 人 講師：糖尿病療養指導士・長島寿恵先生 実施日 令和元年 9 月 6 日、9 月 20 日、10 月 3 日 ④令和元年東日本台風災害により栄養講座、評価測定中止
令和 2 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防改善基本講座（3 回）実施 参加者数：20 人 講師：糖尿病療養指導士・長島寿恵先生 実施日 令和 2 年 9 月 9 日、9 月 18 日、10 月 8 日 ・運動実践講座（1 回）実施 講師：健康運動指導士・滝口義光先生 実施日：10 月 28 日 ・評価測定 体成分測定（20 人実施） 体脂肪減少者 4 人（20%） 血液検査（n=16 人） HbA1c 減少者 10 人（改善率 62.5%）
令和 3 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防改善基本講座（3 回）実施 参加者数：26 人 講師：糖尿病療養指導士・長島寿恵先生 実施日：令和 3 年 10 月 4 日、10 月 18 日、11 月 4 日 ・運動実践講座（1 回）実施 講師：健康運動指導士・滝口義光先生 実施日：11 月 18 日 ・評価測定 体成分測定（19 人実施） 体脂肪減少者 8 人（42.1%） 血液検査（n=21 人） HbA1c 減少者 15 人（改善率 71.4%）
令和 4 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防改善基本講座（3 回）実施 参加者数：22 人 講師：糖尿病療養指導士・長島寿恵先生 実施日 令和 4 年 10 月 11 日、10 月 25 日、11 月 22 日 ・運動実践講座（1 回）実施 講師：健康運動指導士・滝口義光先生 実施日：12 月 6 日 ・評価測定 体成分測定（18 人実施） 体脂肪減少者 10 人（55.5%） 血液検査（n=19 人） HbA1c 減少者 9 人（改善率 47.3%）

②糖尿病性腎症重症化予防事業の取組

・ 訪問・電話による受診勧奨及び保健指導実績

単位：人

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
医療機関未受診者	80	91	66	31	39
治療中断者	17	12	13	9	7
ハイリスク者	4	25	47	31	41

・ 取組後の結果

平成30年度	①医療機関未受診者に対する勧奨及び保健指導 勧奨により受診した者 <u>58人 (72.5%)</u> ②治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導 勧奨により受診した者 <u>3人 (37.5%)</u> ③ハイリスク者に対する保健指導 保健指導を受けた者 <u>1人 (25.0%)</u>
令和元年度	①医療機関未受診者に対する勧奨及び保健指導 勧奨により受診した者 <u>66人 (72.5%)</u> ②治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導 勧奨により受診した者 <u>3人 (25.0%)</u> ③ハイリスク者に対する保健指導 保健指導を受けた者 <u>5人 (20.0%)</u>
令和2年度	① 医療機関未受診者に対する勧奨及び保健指導 勧奨により受診した者 <u>66人 (79.5%)</u> ② 治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導 勧奨により受診した者 <u>5人 (83.3%)</u> ③ ハイリスク者に対する保健指導 保健指導を受けた者 <u>3人 (7.0%)</u>
令和3年度	① 医療機関未受診者に対する勧奨及び保健指導 勧奨により受診した者 <u>31人 (67.8%)</u> ② 治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導 勧奨により受診した者 <u>4人 (57.1%)</u> ③ ハイリスク者に対する保健指導 保健指導を受けた者 <u>4人 (9.1%)</u>
令和4年度	① 医療機関未受診者に対する勧奨及び保健指導 勧奨により受診した者 <u>39人 (67.2%)</u> ② 治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導 勧奨により受診した者 <u>2人 (22.2%)</u> ③ ハイリスク者に対する保健指導 保健指導を受けた者 <u>5人 (12.5%)</u>

(3) 評価

①糖尿病早期患者・予備群対象プログラム

評価項目	指標	目標値	中間評価値 (令和2年度)	最終評価値 (令和4年度)	総合評価
アウトプット	介入プログラム 参加者数	30人	20人 評価：B	22人 評価：B	評価：B
アウトカム	HbA1c 有所見者の 割合	男性 54.0% 女性 56.0%	男性 58.9% 女性 61.3% 評価：C	男性 58.5% 女性 63.2% 評価：B	評価：B

②糖尿病性腎症重症化予防事業の取組

評価項目	指標	目標値	中間評価値 (令和2年度)	最終評価値 (令和4年度)	総合評価
アウトプット	糖尿病性腎症重症化 予防対象者(ハイリ スク者)への電話に よる指導件数	20件	47件 評価：A	41件 評価：A	評価：A
アウトカム	新規人工透析治療 件数	0件	12件 評価：B	3件	評価：B

4. メタボリックシンドローム該当者の減少と運動習慣定着の普及啓発

(1) 目的・目標・対象者・事業内容

目的	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、肥満者割合の減少 運動習慣の定着
目標	<中長期> ・積極的支援対象者を平成 29 年度比-2%以上 ・動機付け支援対象者を平成 29 年度比-2%以上 <短期> ・男性のメタボ該当者割合を 29.9%以下とする ・女性のメタボ該当者割合を 11.4%以下とする
対象者	メタボリックシンドローム該当者・予備群、BMI25 以上 運動不足（1日1時間以上の運動習慣なし）
事業内容	《1》特定保健指導（特に積極的支援の実施率向上） ・特定健診の機会を捉えた市保健師・管理栄養士による介入（動機付け支援） ・積極的支援の継続支援（電話支援等）の拡充 ・保健指導対象者に対する利用勧奨（通知勧奨・電話勧奨） 《2》運動教室等への参加 ・既存教室（「ボディメイクスクール」など）の参加勧奨 《3》健診時でのメタボ教育の実施 ・特定健診の機会を捉えて高精度体成分測定（インボディ）を実施し、健康運動指導士がメタボ改善のための個別指導を実施する。

(2) 現状と取組内容

・特定保健指導実施率

平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
1.3%	13.3%	17.4%	16.4%	28.7%	33.2%

・質問票「1日1時間以上の運動習慣なし」の割合

平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
59.5%	57.9%	59.7%	57.7%	57.8%

・取組内容

平成 30 年度	<p>《1》特定保健指導の実施 ①利用割合（積極的支援 7.0%、動機付け支援 15.4%） ②終了率 13.3%</p> <p>《2》ボディメイクスクール～健康運動指導士による運動教室、体脂肪等の測定 実施回数： <u>24</u> 回、延べ参加人数： <u>1,131</u> 人</p>
令和元年度	<p>《1》特定保健指導の実施 ※集団検診時での初回面接実施（動機付け支援） ①利用割合（積極的支援 0.0%、動機付け支援 22.4%） ②終了率 17.4%</p> <p>《2》ボディメイクスクール～健康運動指導士による運動教室、体脂肪等の測定 実施回数： <u>17</u> 回、延べ参加人数： <u>671</u> 人</p>
令和 2 年度	<p>《1》特定保健指導の実施 ※集団検診時での初回面接実施（動機付け支援） ①利用割合（積極的支援 0.0%、動機付け支援 21.9%） ②終了率 15.3%</p> <p>《2》ボディメイクスクール～健康運動指導士による運動教室、体脂肪等の測定 実施回数： <u>16</u> 回、延べ参加人数： <u>181</u> 人</p>
令和 3 年度	<p>《1》特定保健指導の実施 ※集団検診時での初回面接実施（動機付け支援） ①利用割合（積極的支援 4.8%、動機付け支援 34.0%） ②終了率 28.7%</p> <p>《2》特定健診時でのインボディ測定及び保健指導 ①実施期間：令和 3 年 6 月 29 日～7 月 29 日 19 日間 ②保健指導実施者数：1,022 人</p> <p>《3》ボディメイクスクール～健康運動指導士による運動教室、体脂肪等の測定 実施回数： <u>15</u> 回、延べ参加人数： <u>87</u> 人</p>
令和 4 年度	<p>《1》特定保健指導の実施 ※集団検診時での初回面接実施（動機付け支援） ①利用割合（積極的支援 15.9%、動機付け支援 38.1%） ②終了率 33.2%</p> <p>《2》特定健診時でのインボディ測定及び保健指導 ①実施期間：令和 4 年 6 月 14 日～8 月 3 日 18 日間 ②保健指導実施者数：910 人</p> <p>《3》ボディメイクスクール～健康運動指導士による運動教室、体脂肪等の測定 実施回数： <u>17</u> 回、延べ参加人数： <u>238</u> 人</p>

(3) 評価

評価項目	指 標	目標値	中間評価値 (令和2年度)	最終評価値 (令和4年度)	総合評価
アウトプット	特定保健指導実施率	10%以上	評価：A	評価：A	評価：A
アウトカム	メタボ該当者割合	男性 29.9% 女性 11.4%	男性 35.4% 女性 13.5% 評価：B	男性 31.5% 女性 14.2% 評価：B	評価：B

本宮市国民健康保険第3期データヘルス計画
《令和6年度～令和11年度》

発行 福島県 本宮市 令和6年3月

編集 本宮市役所市民部市民課
住 所 〒969-1192 福島県本宮市本宮字万世 212 番地

電 話 0243-24-5342 (直通)
F a x 0243-34-3138