

桐生市国民健康保険

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）・第4期特定健康診査等実施計画

-概要版-



【第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）】

1	基本的事項（本編P1～P3、P17、P78）
---	------------------------

(1) データヘルス計画の主旨

データヘルス計画	
「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、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、評価等の取組を求める」ことが掲げられた。これを踏まえ、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）を策定する。第2期計画（平成30年度～令和5年度）が令和5年度で計画期間が終了するため、引き続き第3期計画（令和6年度～令和11年度）を策定する。	
計画期間	
令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度）	
他計画との位置づけ	
本計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康増進計画や医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画、高齢者保健事業の実施計画及び国民健康保険運営方針と調和のとれたものとする。	
標準化の推進	
データヘルス計画が都道府県レベルで標準化されることにより、共通の評価指標による域内保険者の経年的なモニタリングができるようになるほか、地域の健康状況や健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担が軽減されることが期待されている。桐生市では、群馬県等の方針を踏まえ、データヘルス計画を運用することとする。	
実施体制・関係者連携	
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に、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。計画策定後は、計画に基づき効果的・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をし、必要に応じて計画の見直しや次期計画に反映させる。 計画の策定等に当たっては、共同保険者である群馬県のほか、群馬県国民健康保険団体連合会、保健医療関係者等と連携、協力する。	
データヘルス計画全体の評価・見直し	個別保健事業の評価・見直し
設定した計画の評価指標に基づき、KDBシステム等を活用し、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認及び中間評価を実施する。また、最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行う。	個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

(2) データヘルス計画の構成

基本構成	
計画策定に際しては、まず、KDBシステムや公的統計等を用いて死亡、介護、医療、健診などの関連データを分析し、地域における健康課題を抽出する。健康課題の整理に際しては、以下の生活習慣病の進行イメージに沿って、特に保健事業における介入により予防可能な疾患に着目する。 次に、整理した健康課題及び前期計画の振り返りを踏まえ、計画目的及び目標を設定した上で、目標達成のために取り組むべき保健事業の優先順位付けを行い、各事業の評価指標を設定する。	
生活習慣病の進行イメージ	
不健康な生活習慣 ・不適切な食生活 ・身体活動・運動不足 ・喫煙 ・過度の飲酒 ・過度のストレス	生活習慣病予備群 メタボリックシンドローム ・肥満 ・高血糖 ・高血圧 ・高脂血
生活習慣病 ・肥満症 ・糖尿病 ・高血圧症 ・高脂血症	生活習慣病重症化 死亡・介護 ・虚血性心疾患 ・脳卒中 ・糖尿病の合併症 ・半身麻痺 ・日常生活における支障 ・認知症

【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 一部改変
※生活習慣病とは、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症と進行に関与する疾患群」を指す。

2	主な健康課題の整理（本編P58～P59）
【平均余命・平均自立期間】	
・男性の平均余命は80.4年で、国・県より短い。国と比較すると、-1.3年である。女性の平均余命は86.3年で、国・県より短い。国と比較すると、-1.5年である。 ・男性の平均自立期間は78.8年で、国・県より短い。国と比較すると、-1.3年である。女性の平均自立期間は83.1年で、国・県より短い。国と比較すると、-1.3年である。	
【死亡の状況】	
・保健事業により予防可能な重篤な疾患について、令和3年の死因別の順位と割合をみると、「脳血管疾患」は第2位（6.6%）、「虚血性心疾患」は第7位（3.3%）、「腎不全」は第13位（1.7%）と、いずれも死因の上位に位置している。	
【介護の状況】	
・介護認定者における有病割合をみると「心臓病」は66.8%、「脳血管疾患」は23.3%であり、これらの重篤な疾患に進行する可能性のある基礎疾患の有病割合は「糖尿病」（27.3%）、「高血圧症」（60.4%）、「脂質異常症」（33.6%）である。	
【生活習慣病重症化】入院医療・外来（透析）	
・保健事業により予防可能な疾患について入院医療費の上位をみると、「脳梗塞」が9位（3.5%）であり「虚血性心疾患」が10位（3.5%）となっている。これらの疾患の入院受診率（件/千人）をみると、「脳梗塞」が国の1.2倍、「虚血性心疾患」が国の1.3倍となっている。 ・「腎不全」の外来医療費は、外来医療費全体の9.4%を占めている。 ・生活習慣病における重篤な疾患のうち「慢性腎臓病（透析あり）」の受診率（件/千人）は、国より高い。 ・「慢性腎臓病（透析あり）」患者のうち、「糖尿病」を有している人は59.4%、「高血圧症」は94.1%、「脂質異常症」は47.5%となっている。	
【生活習慣病】外来医療、健診受診者のうち、医療機関への受診勧奨対象者	
・「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」の外来受診率（件/千人）は国より高い一方、「慢性腎臓病（透析なし）」は国より低い。 ・医療機関への受診勧奨対象者数は4,122人で、特定健診受診者の60.6%となっており、令和1年度より1.5ポイント増加している。 ・受診勧奨対象者のうち服薬が確認されていない人の割合は、血糖ではHbA1cが6.5%以上であった629人の22.1%、血圧ではⅠ度高血圧以上であった2,276人の43.6%、脂質ではLDL-Cが140mg/dL以上であった1,671人の73.5%、腎機能ではeGFRが45ml/分/1.73m²未満であった157人の14.0%である。	
【生活習慣病予備群】メタボ該当者・メタボ予備群該当者	
・令和1年度と比較して、令和4年度のメタボ該当者は1,593人（23.4%）で増加しており、メタボ予備群該当者は790人（11.6%）で減少している。 ・令和3年度の特定保健指導実施率は9.9%であり、国・県より低い。	
【不健康な生活習慣】健康に関する意識	
・令和3年度の特定健診受診率は39.8%であり、県より低い、国より高い。 ・令和4年度の特定健診未受診者のうち、生活習慣病のレセプトが出ていない人は4,101人で、特定健診対象者の24.2%となっている。	
【健康維持増進のための社会環境・体制】	
・一人当たり医療費は増加している。 ・重複処方該当者数は32人であり、多剤処方該当者数は68人である。	
【その他（がん）】	
・悪性新生物は死因の上位にある。 ・5がんの検診平均受診率は国・県より低く、特に「大腸がん」「胃がん」「肺がん」が低い。	

3	わがまちの生活習慣病に関する主な健康課題（本編P60～P61）
【重症化予防】	
重篤な疾患の発症を防ぐことを目的に健診を受診し受診勧奨判定値を超えたものに対して適切に医療機関の受診を促進することが必要	
【生活習慣病発症予防・保健指導】	
メタボ該当者・予備群該当者の悪化を防ぎ、減少させることを目的に、特定保健指導実施率の向上が必要	
【早期発見・特定健診】	
適切に特定保健指導や重症化予防事業につなぐことを目的に、特定健診受診率の向上が必要	
【社会環境・体制整備】	
重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要	
【その他（がん）】	
がん検診の受診を促進することが必要。	

4	データヘルス計画の目的・評価指標・目標（本編P62）		
～桐生市の健康課題を解決することで達成したい姿～（データヘルス計画の目的）			
平均自立期間の延伸（開始時（R4年度）：男性78.8年・女性83.1年）			
	長期指標	開始時	令和11年度目標値
①	虚血性心疾患の入院受診率	6.2件/千人	4.7件/千人
②	脳血管疾患の入院受診率	12.5件/千人	10.2件/千人
③	慢性腎臓病（透析あり）の外来受診率	35.0件/千人	30.3件/千人
	中期指標	開始時	令和11年度目標値
④	特定健診受診者のうち、HbA1c 6.5%以上の人の割合	9.2%	8.4%
⑤	特定健診受診者のうち、血圧がⅠ度高血圧以上の人の割合	33.5%	30.5%
⑥	特定健診受診者のうち、LDL-Cが140mg/dl以上の人の割合	24.6%	22.4%
⑦	特定健診受診者のうち、eGFRが45 ml/分/1.73m ² 未満の人の割合	2.3%	2.1%
⑧	特定健診受診者のうち、メタボ該当者の割合	23.4%	21.3%
⑨	特定健診受診者のうち、メタボ予備群該当者の割合	11.6%	10.5%
	短期指標	開始時	令和11年度目標値
⑩	特定健診受診者の受診勧奨対象者のうち、HbA1cが6.5%以上で服薬なしの人の割合	22.1%	20.1%
⑪	特定健診受診者の受診勧奨対象者のうち、血圧がⅡ度高血圧以上で服薬なしの人の割合	39.7%	36.1%
⑫	特定健診受診者の受診勧奨対象者のうち、LDL-Cが180mg/dl以上で服薬なしの人の割合	73.5%	50.4%
⑬	特定健診受診者の受診勧奨対象者のうち、eGFRが45ml/分/1.73m ² 未満の人で血糖・血圧・脂質の服薬なしの人の割合	14.0%	12.7%
⑭	特定健診受診率	40.3%	60%
⑮	特定保健指導実施率	10.8%	60%
⑯	重複服薬者のうち指導完了者の改善率	-	80%
⑰	多剤服薬者のうち指導完了者の改善率	-	80%
⑱	胃がん検診受診率	3.6%	6.4%
⑲	肺がん検診受診率	7.6%	13.4%
⑳	大腸がん検診受診率	10.4%	18.4%
㉑	子宮頸がん検診受診率	8.7%	15.6%
㉒	乳がん検診受診率	5.4%	9.6%

5 データヘルス計画 保健事業の整理（本編P64～P77）

（1）早期発見・特定健診

保健事業の方向性	第2期計画期間で開始した対象者の特性に応じてメッセージを変えた通知勧奨・再勧奨により、第2期計画期間開始時から受診率が5.6ポイント向上したものの、目標値には至っていないことから、第2期で実施していた事業を継続しつつ、追加施策を検討していく。
個別事業名	特定健診受診率向上事業

（2）生活習慣病発症予防・保健指導

保健事業の方向性	第2期計画期間で実施していた事業では保健指導実施率は微増しているが、メタボ該当者・予備群該当者は増加している。第3期計画においては引き続き、更なる特定保健指導実施率向上を達成するために、効果的な利用勧奨資材送付の利用勧奨を検討する。
個別事業名	特定保健指導実施率向上事業

（3）重症化予防

保健事業の方向性	第2期計画期間で実施していた事業では糖尿病重症化予防を目的に実施した。第3期計画においては糖尿病重症化予防を目的としつつも、虚血性心疾患・脳血管疾患の発生の抑制も目的とし、血糖・腎機能に加え、血圧・血中脂質に関しても適切な医療機関受診を促進していく。
個別事業名	・糖尿病性腎臓病重症化予防事業 ・生活習慣病重症化予防事業

（4）社会環境・体制整備

保健事業の方向性	服薬適正化事業は重複服薬者だけでなく多剤服薬者まで対象者を拡大について検討する。
個別事業名	服薬適正化指導事業

(5) その他（がん）

保健事業の方向性	がん検診受診率向上事業は受診率が向上している検診もあるが、目標値には至っていないため、第2期で実施していた事業を継続しつつ、追加施策を検討していく。
個別事業名	がん検診受診率向上事業

【第4期特定健康診査等実施計画】

1 基本的事項（本編P80）							
生活習慣病の発症や重症化予防により、国民の健康保持及び医療費適正化を達成することを目的に、平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられた。同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定する。第3期計画（平成30年度～令和5年度）が令和5年度で計画期間が終了するため、引き続き第4期計画（令和6年度～令和11年度）を策定する。							
2 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の目標値（本編P88）							
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率		45.0%	50.0%	55.0%	55.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率		15.0%	25.0%	35.0%	45.0%	55.0%	60.0%
3 特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数（本編P88）							
		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数（人）	17,053	16,768	16,484	16,198	15,913	15,628
	受診者数（人）	7,674	8,384	9,066	8,909	9,548	9,377
特定保健指導	対象者数（人）	合計	799	873	944	927	994
		積極的支援	174	190	205	202	216
		動機付け支援	625	683	739	725	778
	実施者数（人）	合計	120	219	331	417	547
		積極的支援	26	48	72	91	119
		動機付け支援	94	171	259	326	428
4 特定健診受診率・特定保健指導実施率向上に向けた主な取組（本編P93）							

(1) 特定健診

取組項目	取組内容
受診勧奨	・全対象者への受診券及び受診案内の送付・未受診者への受診勧奨通知の送付
利便性の向上	・はがき、電話、メールに加え、電子申請の実施 ・集団健診における休日健診の実施・特定健診とがん検診の同日実施
関係機関との連携	・かかりつけ医、かかりつけ薬局と連携した受診勧奨
健診データ収集	・事業者健診等を受診した者への健診結果提出依頼
啓発	・実施医療機関、健康情報ステーションへのポスター掲示 ・ホームページ、広報、けんこうだより、圏域だより、保健センターだよりへの掲載 ・ふれあいメールの配信・転入した対象者へのちらし配布・プレわたらせ健診の実施
インセンティブの付与	・健診受診と健康目標の達成により、市内協力店舗でのサービス券と桐ペイ500ポイントを付与

(2) 特定保健指導

取組項目	取組内容
利用勧奨	・全対象者への利用券及び利用案内の送付・申込みのない対象者への利用勧奨通知の送付
利便性の向上	・集団健診受診者に対する健診日当日の面談実施
内容・質の向上	・保健指導従事者のスキル向上のための研修会参加
早期介入	・集団健診受診者の一部地域での健診結果説明会と初回面接の同時開催 ・集団健診受診者に対する健診日当日の面談実施
関係機関との連携	・市内民間運動施設と連携した運動機会の提供・医療機関と連携した利用勧奨
インセンティブの付与	・市内運動施設のフィットネス無料利用券の提供
新たな保健指導方法の検討	・メール等を活用した保健指導方法の検討・リモート面談等の保健指導方法の検討

発行・編集/桐生市 保健福祉部 健康長寿課

〒376-8501 群馬県桐生市織姫町1番1号 電話番号0277-44-8247