

伊勢崎市国民健康保険
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-

令和6（2024）年度～令和11（2029）年度

1 基本的事項

計画の趣旨

「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計画（データヘルス計画）を策定する。

伊勢崎市（以下、「本市」という。）では、被保険者の健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持及び向上を図り、結果として医療費の適正化にも資することを目的とし、特定健康診査等実施計画と一体的にデータヘルス計画を策定し保健事業の実施、評価、改善等を行うこととする。

計画の位置づけ

本計画は健康増進法に基づく基本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地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、分析方法や評価等の一連の流れを共通化することで業務負担が軽減されることが期待されていることから、本市では、群馬県等の方針を踏まえ、データヘルス計画を運用する。

計画期間

本計画の期間は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間である。

実施体制・関係者連携

国民健康保険課が中心となって、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。また、後期高齢者医療部局や介護保険部局、保健衛生部局と連携してそれぞれの健康課題を共有し、保健事業を展開する。

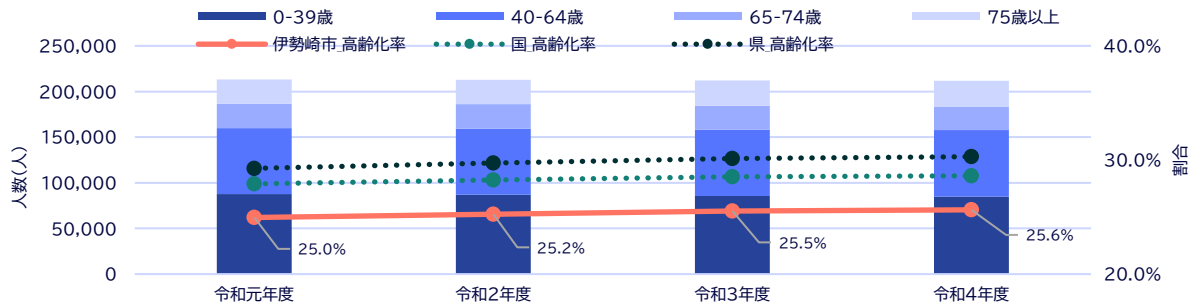
2 現状の整理

伊勢崎市の特性

人口動態

令和4年度の人口は211,963人で、令和元年度以降1,204人減少している。令和4年度の65歳以上人口の占める割合（高齢化率）は25.6%で、令和元年度の割合と比較して、0.6ポイント増加している。国及び県と比較すると、高齢化率は低い。

【人口の変化と高齢化率】



【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度

平均余命・平均自立期間

男性の平均余命は81.1年で、国及び県より短い。国と比較すると、-0.6年である。女性の平均余命は87.1年で、県と同程度で、国より短い。国と比較すると、-0.7年である。

男性の平均自立期間は79.4年で、国及び県より短い。国と比較すると、-0.7年である。女性の平均自立期間は83.7年で、国及び県より短い。国と比較すると、-0.7年である。

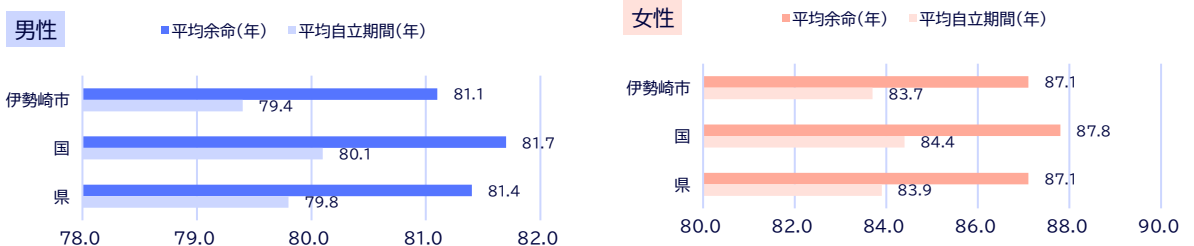
※平均余命:ある年齢の人々が、その後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示している

※平均自立期間:0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間

※「国」とは、市町村国保全体を指す(以下同様)

※「県」とは、群馬県市町村国保全体を指す(以下同様)

【平均余命・平均自立期間】



【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

被保険者構成

令和4年度における国保被保険者数は42,223人で、令和元年度の人数と比較して5,159人減少している。

国保加入率は19.9%で、県より低いが、国より高い。

【被保険者構成】

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	13,388	28.3%	12,501	27.0%	11,897	26.7%	11,378	26.9%
40-64歳	14,994	31.6%	14,609	31.6%	14,162	31.7%	13,489	31.9%
65-74歳	19,000	40.1%	19,127	41.4%	18,553	41.6%	17,356	41.1%
国保被保険者数	47,382	100.0%	46,237	100.0%	44,612	100.0%	42,223	100.0%
伊勢崎市_総人口	213,167		212,946		212,178		211,963	
伊勢崎市_国保加入率	22.2%		21.7%		21.0%		19.9%	
国_国保加入率	21.3%		21.0%		20.5%		19.7%	
県_国保加入率	23.1%		22.8%		22.1%		21.1%	

【出典】住民基本台帳 令和元年度から令和4年度 KDB 帳票 S21_006-被保険者構成 令和元年から令和4年 年次

前期計画等に係る考察

第2期データヘルス計画の目標評価と考察										
第2期データヘルス計画の中長期目標及び短期目標について、下表のとおり評価した。										
【評価の凡例】 ○指標評価：5段階 A：目標達成 B：目標達成はできていないが改善傾向 C：変わらない D：悪化傾向 E：評価困難										
	項目名	開始時	目標値	実績値	評価					評価
				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	令和5年度	
中長期目標	健康寿命の延伸※1 (上段：男性・下段：女性)	78.8歳 82.7歳	延伸	78.7歳 83.4歳	79.8歳 83.6歳	79.6歳 83.4歳	79.9歳 83.3歳	79.4歳 83.7歳	実施中	B
	医療費の伸びを抑制 (一人当たりの医療費)	296,170円	抑制	311,383円	321,499円	319,728円	348,999円	362,635円	実施中	D
短期目標	人間ドック検診費補助事業 (特定健診受診率)※2	41.5%	60%	42.5%	42.8%	34.4%	43.2%	44.0%	実施中	B
	ジェネリック医薬品 利用促進通知事業 (数量シェア)	64.1%	80%	72.8%	76.5%	79.7%	82.6%	82.4%	実施中	A
	医療費通知発送事業	継続	意識の向上	継続	継続	継続	継続	継続	実施中	A
	訪問指導事業	継続	適正受診増加	継続	継続	継続	継続	継続	実施中	A
	健康教室	継続	生活習慣改善増加	62.3%	67.3%	実施なし	実施なし	実施なし	検討中	E
	特定健診受診率※2	41.5%	60%	42.5%	42.8%	34.4%	43.2%	44.0%	実施中	B
	特定保健指導率※2	11.9%	60%	10.6%	12.9%	8.5%	13.9%	11.1%	実施中	C
高血糖対策 (非肥満高血糖者の割合)	16.7%	毎年0.5%減少	14.1%	13.7%	14.9%	12.7%	12.2%	実施中	B	
※1 「健康寿命」とは KDB 帳票における「平均自立期間」を指す ※2 法定報告の数値を指す										

データヘルス計画全体の指標評価の振り返り	
健康寿命の延伸	・男女ともにほぼ一定で推移している
一人当たりの医療費	・令和2年度は新型コロナウイルス感染症の受診控えのため減少したが再び増加傾向である
ジェネリック医薬品 利用促進通知事業	・計画通り実施できた
医療費通知発送事業	・計画通り実施できた
訪問指導事業	・計画通り実施できた
健康教室	・新型コロナウイルス感染症により令和2年度以降未実施である
特定健診受診率向上対策	・令和2年度は集団健診を中止したため減少したが受診率は再び増加傾向である
特定保健指導率の向上対策	・令和2年度は集団健診を中止したため減少したが再び増加傾向であるものの実施率が1割程度と低迷している
高血糖対策	・非肥満高血糖者の割合は減少傾向である
第2期計画全体をとおしてうまく出来ていた点	
特定健診受診率向上対策	<ul style="list-style-type: none"> ・40歳・50歳代(以下、「若年層」という。)に重点的に特定健診受診勧奨を行うことができた ・個別の効果的なメッセージを記載した特定健診受診勧奨ハガキを送付することができた ・SNSやポスターなど様々な媒体で周知を行うことができた ・夜間健診を実施するなど利用しやすい体制を作ることができた
特定保健指導率の向上対策	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間実施するなど利用しやすい体制を作ることができた
高血糖対策	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への受診勧奨を効果的に行えた ・非肥満高血糖者※を対象に高血糖予防相談事業を継続することができた
第2期計画全体をとおしてうまく出来ていなかった点	
特定健診受診率向上対策	<ul style="list-style-type: none"> ・若年層の特定健診受診率が期待よりも伸びなかった
特定保健指導率の向上対策	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度は利用勧奨対象者を限定したため特定保健指導実施率に影響した ・保健指導の必要性を理解してもらえるような働きかけや内容の工夫が足りなかった
高血糖対策	<ul style="list-style-type: none"> ・面談を行った人に対する医療機関受診の必要性の意識付けが不足していた
第3期計画への考察	
特定健診受診率向上対策	<ul style="list-style-type: none"> ・受診率は伸びているため受診率向上のための事業を継続する
特定保健指導率の向上対策	<ul style="list-style-type: none"> ・実施率向上のため、より利用しやすい体制を構築する ・疾病予防・重症化予防を認識してもらえるよう利用勧奨を行う ・第3期も優先的に事業を展開する
高血糖対策	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関との連携体制を整え、糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムを展開する ・高血糖対策として非肥満高血糖者に対する保健指導を継続し、糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムと併行しながら、第3期も優先的に事業を展開する
※非肥満高血糖者：特定保健指導の対象から除外されているが、血糖値が基準値を超えている人	

3 健康・医療情報等の分析と分析結果に基づく健康課題の抽出

基本構成

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。データ分析に際しては、保健事業における介入によって予防可能な疾患という観点から生活習慣病に着目し、重篤な疾患として主に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にもあげられている「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病（透析あり）」に、基礎疾患として「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」に焦点をあてる。

最後に、分析結果を踏まえ地域における健康課題の全体像を整理する。



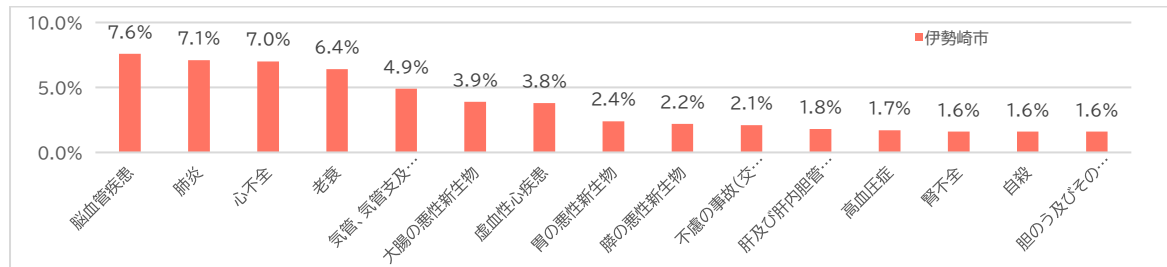
【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 一部改変

死亡の状況

死因別の死亡者数・割合

令和3年の人口動態調査から、国保被保険者以外も含んだ死因別の死亡者数を死因順位別に着目する。保健事業により予防可能な疾患をみると、令和3年の生活習慣病における重篤な疾患の死亡者数及び総死亡者数に占める割合は「脳血管疾患」175人（7.6%）、「虚血性心疾患」87人（3.8%）、「腎不全」38人（1.6%）となっている。

【死亡割合_上位15疾患】



【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年

死因別の標準化死亡比（SMR）

国と死亡状況を比較するため年齢調整を行った標準化死亡比（SMR）から保健事業により予防可能な疾患をみると、「脳血管疾患」108.8（男性）115.0（女性）、「急性心筋梗塞」102.0（男性）106.4（女性）、「腎不全」103.8（男性）77.6（女性）となっている。

※標準化死亡比（SMR）：基準死亡率（人口10万対の死亡者数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡者数と実際に観察された死亡者数を比較するものである。国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される

【標準化死亡比（SMR）】

死因	標準化死亡比（SMR）		
	伊勢崎市		国
	男性	女性	
脳血管疾患	108.8	115.0	100
急性心筋梗塞	102.0	106.4	
腎不全	103.8	77.6	

【出典】厚生労働省 平成25～29年 人口動態保健所・市区町村別統計

介護の状況

要介護・要支援認定者の有病状況						
<p>保健事業により予防可能な疾患に焦点をあて、要介護・要支援認定者における重篤な疾患の有病割合をみると、「心臓病」は63.1%、「脳血管疾患」は22.2%となっている。また、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をみると、「糖尿病」は23.9%、「高血圧症」は56.2%、「脂質異常症」は29.5%となっている。</p> <p>※表内の「同規模」とは、人口規模が同程度の市町村を指す（以下同様）</p> <p>【要介護・要支援認定者の有病状況】</p>						
疾病名	要介護・要支援認定者（1・2号被保険者）		国	県	同規模	
	該当者数（人）	割合				
糖尿病	2,532	23.9%	24.3%	23.8%	24.3%	
高血圧症	5,879	56.2%	53.3%	54.5%	53.4%	
脂質異常症	3,150	29.5%	32.6%	30.1%	32.4%	
心臓病	6,592	63.1%	60.3%	61.1%	60.1%	
脳血管疾患	2,327	22.2%	22.6%	23.3%	22.6%	

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

医療の状況

総医療費及び一人当たり医療費の推移							
<p>令和4年度の総医療費は約137億9,200万円で、令和元年度と比較して0.9%増加している。令和4年度の総医療費に占める入院医療費の割合は41.3%、外来医療費の割合は58.7%となっている。</p> <p>令和4年度の1か月当たりの一人当たり医療費は2万6,420円で、令和元年度と比較して11.4%増加している。国及び県と比較すると一人当たり医療費は低い。</p> <p>【総医療費・一人当たりの医療費】</p>							
医療費（円）	項目	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	割合	令和元年度からの変化率
		総額	13,675,059,570	13,137,062,300	14,010,392,280	13,792,215,840	-
入院	入院	5,461,231,440	5,393,417,400	5,891,868,230	5,690,313,890	41.3%	4.2%
	外来	8,213,828,130	7,743,644,900	8,118,524,050	8,101,901,950	58.7%	-1.4%
	伊勢崎市	23,720	23,360	25,680	26,420	-	11.4%
一人当たり月額医療費（円）	国	27,470	26,960	28,470	29,050	-	5.8%
	県	25,940	25,500	27,210	27,940	-	7.7%
	同規模	26,770	26,060	27,660	28,140	-	5.1%

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

疾病分類（大分類）別入院医療費及び疾病分類（中分類）別外来医療費						
<p>疾病分類（大分類）別入院医療費をみると、入院医療費が最も高い疾病は「虚血性心疾患」及び「脳血管疾患」を含む「循環器系の疾患」で、入院医療費全体の18.6%を占めている。</p> <p>疾病分類（中分類）別外来医療費をみると、重篤な疾患である「腎不全」が外来医療費全体の9.1%を占めている。また、生活習慣病基礎疾患の外来医療費に占める割合は「糖尿病」が9.6%、「高血圧症」が5.3%、「脂質異常症」が3.3%となっている。</p> <p>【疾病分類（大分類）別入院医療費】</p>						
順位	疾病分類（大分類）	医療費（円）	入院医療費に占める割合	疾病分類（中分類）	医療費（円）	外来医療費に占める割合
1位	循環器系の疾患	1,058,113,010	18.6%	糖尿病	774,357,820	9.6%
2位	新生物	948,258,650	16.7%	腎不全	729,444,560	9.1%
3位	精神及び行動の障害	729,960,150	12.8%	高血圧症	424,758,140	5.3%
				脂質異常症	261,532,290	3.3%

【出典】KDB 帳票 S23_003-疾病別医療費分析（大分類） 令和4年度 累計

【出典】KDB 帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計

生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率

生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率を国と比較する。国との比が1を超えている場合、その疾患において医療機関にかかっている人が国平均よりも多いことを意味している。

重篤な疾患では「虚血性心疾患」「慢性腎臓病（透析あり）」、基礎疾患及び慢性腎臓病（透析なし）では「糖尿病」「高血圧症」が国より高い。

【生活習慣病における重篤な疾患と基礎疾患の受診率】

重篤な疾患	伊勢崎市	国	国との比	基礎疾患及び慢性腎臓病（透析なし）	伊勢崎市	国	国との比
虚血性心疾患	5.4	4.7	1.14	糖尿病	682.2	651.2	1.05
脳血管疾患	9.0	10.2	0.88	高血圧症	906.1	868.1	1.04
慢性腎臓病（透析あり）	31.6	30.3	1.04	脂質異常症	506.4	570.5	0.89
				慢性腎臓病（透析なし）	10.9	14.4	0.75

【出典】 KDB 帳票 S23_004-疾病別医療費分析（中分類） 令和4年度 累計
KDB 帳票 S23_005-疾病別医療費分析（細小（82）分類） 令和4年度 累計

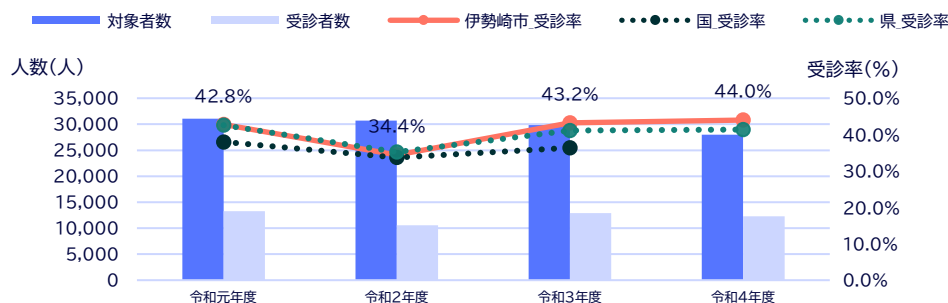
※表内の「虚血性心疾患」「脳血管疾患」は入院、それ以外の疾病分類は外来を集計している

特定健診・特定保健指導・生活習慣の状況

特定健診受診率

令和4年度の特定健診受診率（速報値）は44.0%である。令和元年度と比較して1.2ポイント増加している。令和3年度の受診率のみと国及び県より高い。

【特定健診受診率（法定報告値）】



【出典】 厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

※法定報告値に係る図表における令和4年度の数値は速報値である（以下同様）

※令和4年度の国の法定報告値は令和5年11月時点で未公表のため、表記なし（以下同様）

特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況

特定健診を受診した人のうち、生活習慣病治療中の人は9,618人で、特定健診対象者の34.1%、特定健診受診者の78.1%を占めている。一方で特定健診未受診者のうち、生活習慣病治療なしの人は6,836人で、特定健診対象者の24.2%であり、これらの人の健康状態を把握するのは難しい状況にある。

※この項における生活習慣病とは、KDBが定める生活習慣病（糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格関連疾患、及び精神疾患）を指す

【特定健診の受診状況と生活習慣病の治療状況】

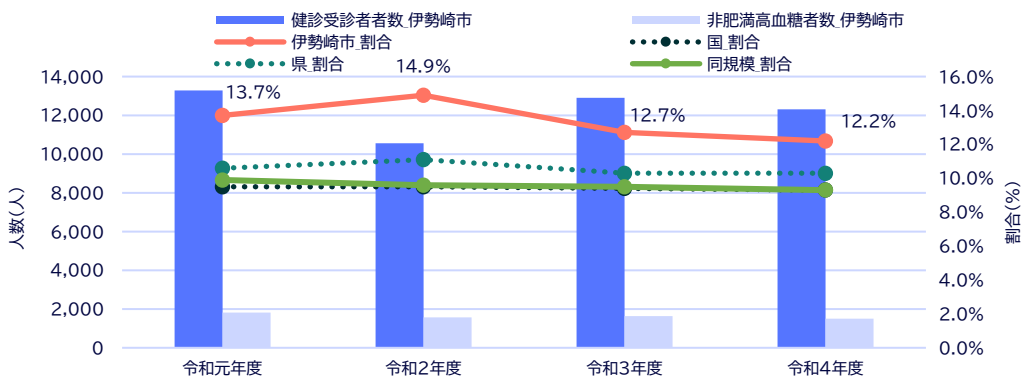
	合計		
	人数 (人)	対象者に占める割合	特定健診受診者・未受診者に占める割合
対象者数	28,223	-	-
特定健診受診者数	12,313	-	-
生活習慣病_治療なし	2,695	9.5%	21.9%
生活習慣病_治療中	9,618	34.1%	78.1%
特定健診未受診者数	15,910	-	-
生活習慣病_治療なし	6,836	24.2%	43.0%
生活習慣病_治療中	9,074	32.2%	57.0%

【出典】 KDB 帳票 S21_027-厚生労働省様式（様式5-5） 令和4年度 年次

特定健診受診者における非肥満高血糖者の割合

非肥満高血糖者の割合は、減少傾向にあるが、令和4年度の非肥満高血糖者の割合は12.2%であり、国及び県と比較すると高い。

【特定健診受診者における非肥満高血糖者の割合】



【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

特定健診受診者におけるメタボ該当者数とメタボ予備群該当者数及び推移

特定健診受診者におけるメタボ該当者数・メタボ予備群該当者数をみると、令和4年度特定健診受診者のうち、メタボ該当者は2,965人(24.1%)であり、国及び県より高い。メタボ予備群該当者は1,430人(11.6%)であり、県と同程度で、国より高い。

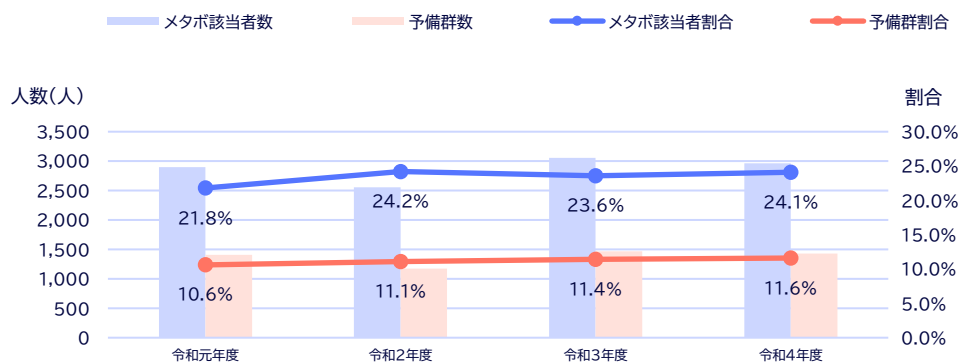
メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移をみると、令和4年度と令和元年度の該当者割合を比較して、メタボ該当者の割合は2.3ポイント、メタボ予備群該当者の割合は1.0ポイント増加している。

【特定健診受診者におけるメタボ該当者数・メタボ予備群該当者数】

	伊勢崎市		国	県
	対象者数(人)	割合	割合	割合
メタボ該当者	2,965	24.1%	20.6%	21.5%
メタボ予備群該当者	1,430	11.6%	11.1%	11.6%

【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和4年度 累計

【メタボ該当者数・メタボ予備群該当者数の推移】

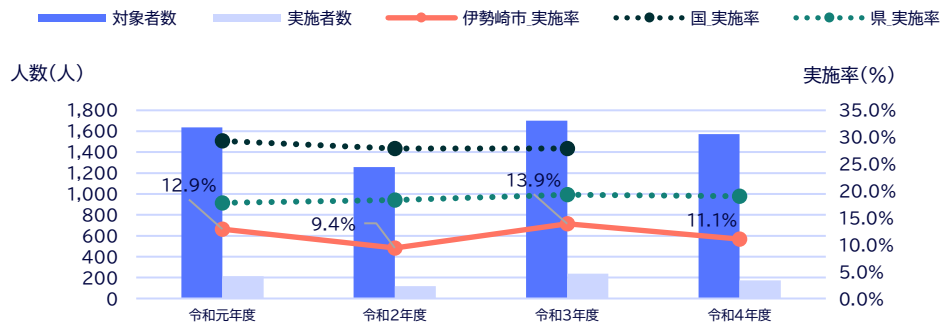


【出典】KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和元年度から令和4年度 累計

特定保健指導実施率

令和4年度の特定保健指導実施率(速報値)は11.1%である。令和元年度と比較して1.8ポイント減少している。令和3年度までの実施率でみると国及び県より低い。

【特定保健指導実施率（法定報告値）】



【出典】厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導実施状況（保険者別）
公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

令和4年度の速報値では前年度特定保健指導利用者237人のうち、当該年度に特定保健指導の対象ではなくなった人の数は59人で、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は24.9%であり、県より高い。令和元年度の27.5%と比較すると2.6ポイント減少している。

【特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（法定報告値）】

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和元年度と令和4年度の差
前年度特定保健指導利用者数（人）	182	211	117	237	55
前年度特定保健指導利用者の内、当該年度保健指導非対象者数（人）	50	35	37	59	9
特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率					
伊勢崎市	27.5%	16.6%	31.6%	24.9%	-2.6
県	24.9%	18.5%	25.3%	24.3%	-0.6

【出典】特定健診等データ管理システム TKCA014 令和元年度から令和4年度

受診勧奨対象者における服薬状況

受診勧奨対象者において、血糖でHbA1c6.5%以上の1,578人のうち30.9%、血圧でI度高血圧以上の3,365人のうち47.3%、脂質でLDL-C140mg/dL以上の3,116人のうち81.9%、腎機能でeGFR45mL/分/1.73m²未満の254人のうち16.1%が服薬をしていない。

【特定健診受診者における受診勧奨対象者（血糖・血圧・脂質・腎機能）の服薬状況】

血糖 (HbA1c)	該当者数 (人)	服薬なし (人)	服薬なし 割合	血圧	該当者数 (人)	服薬なし (人)	服薬なし 割合
6.5%以上 7.0%未満	809	359	44.4%	I度高血圧	2,710	1,268	46.8%
7.0%以上 8.0%未満	583	96	16.5%	II度高血圧	560	283	50.5%
8.0%以上	186	33	17.7%	III度高血圧	95	39	41.1%
合計	1,578	488	30.9%	合計	3,365	1,590	47.3%
脂質 (LDL-C)	該当者数 (人)	服薬なし (人)	服薬なし 割合	腎機能 (eGFR)	該当者数 (人)	服薬なし (人)	服薬なし 割合
140mg/dL 以上 160mg/dL 未満	1,874	1,573	83.9%	30mL/分/1.73m ² 以上 45mL/分/1.73m ² 未満	219	39	17.8%
160mg/dL 以上 180mg/dL 未満	846	712	84.2%	15mL/分/1.73m ² 以上 30mL/分/1.73m ² 未満	29	2	6.9%
180mg/dL 以上	396	268	67.7%	15mL/分/1.73m ² 未満	6	0	0.0%
合計	3,116	2,553	81.9%	合計	254	41	16.1%

【出典】KDB 帳票 S26_005-保健指導対象者一覧（受診勧奨判定値の者） 令和4年度 累計

その他の状況

受診医療機関数（同一月内）		同一医療機関への受診日数（同一月内）				
		1日以上	5日以上	10日以上	15日以上	20日以上
受診した人（人）	1医療機関以上	23,891	1,015	333	98	31
	2医療機関以上	9,853	688	218	70	24
	3医療機関以上	3,157	312	86	29	11
	4医療機関以上	858	118	31	9	4
	5医療機関以上	201	32	9	3	1

【出典】 KDB 帳票 S27_012-重複・頻回受診の状況 令和5年3月診療分

他医療機関との重複処方が発生した医療機関数（同一月内）		複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数（同一月内）									
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上
重複処方を受けた人（人）	2医療機関以上	1,295	356	101	31	13	6	3	0	0	0
	3医療機関以上	64	50	25	14	7	3	1	0	0	0
	4医療機関以上	8	6	3	2	2	1	0	0	0	0
	5医療機関以上	3	3	2	1	1	1	0	0	0	0

【出典】 KDB 帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

処方日数		処方薬効数（同一月内）											
		1以上	2以上	3以上	4以上	5以上	6以上	7以上	8以上	9以上	10以上	15以上	20以上
多剤処方を受けた人（人）	1日以上	20,259	16,880	13,274	9,677	6,828	4,628	3,105	2,042	1,335	829	71	
	15日以上	16,563	14,739	11,946	8,946	6,465	4,460	3,017	2,006	1,322	824	71	
	30日以上	14,141	12,661	10,383	7,896	5,800	4,079	2,785	1,878	1,250	788	71	
	60日以上	7,104	6,501	5,544	4,414	3,387	2,488	1,778	1,242	867	569	62	
	90日以上	2,981	2,751	2,393	1,934	1,525	1,135	827	590	414	274	35	
	120日以上	1,344	1,264	1,113	916	734	553	403	288	212	141	17	
	150日以上	600	563	493	415	326	247	172	123	92	60	12	
	180日以上	361	339	297	246	195	141	99	69	54	35	8	

【出典】 KDB 帳票 S27_013-重複・多剤処方の状況 令和5年3月診療分

後発医薬品の使用状況							
令和4年9月時点の後発医薬品の使用割合は82.9%で、県と比較して0.9ポイント高い。							
【後発医薬品の使用状況】							
	令和元年9月	令和2年3月	令和2年9月	令和3年3月	令和3年9月	令和4年3月	令和4年9月
伊勢崎市	76.9%	81.3%	81.9%	82.4%	82.1%	82.3%	82.9%
県	77.3%	80.1%	80.8%	81.8%	81.6%	81.6%	82.0%

【出典】 厚生労働省 保険者別の後発医薬品の使用割合

わがまちの生活習慣病に関する健康課題と一体的実施及び社会環境・体制整備に関する課題

考察	健康課題
<p>◀重症化予防 保健事業により予防可能な重篤疾患をみると、虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全はいずれも死因の上位に位置している。これらの死因のSMRをみると、女性の腎不全を除き、いずれも国と同水準もしくは高い傾向がある。また、虚血性心疾患・脳血管疾患の入院受診率はそれぞれ国の1.14倍、0.88倍であり、本市の高齢化率が国と比較して低いことを踏まえると、入院の発生頻度は低いとは言えない。また、慢性腎臓病（透析あり）の外来受診率は国と比較してやや高いことから、腎不全についても国と同水準もしくは多く発生している可能性が考えられる。</p> <p>これらの重篤な疾患の原因となる動脈硬化を促進する糖尿病・高血圧症の外来受診率をみると、いずれの疾患も国と比較してやや高い傾向がある。また、特定健診受診者においては、非肥満高血糖者の割合が高く、血糖・血圧・脂質に関して受診勧奨判定値を上回っているものの該当疾患に関する服薬が出ていないものが血糖では約3割、血圧では約5割、血中脂質では約8割存在しており、腎機能についてもeGFRが受診勧奨判定値に該当しているものの血糖や血圧の薬が出ていない人が2割弱存在している。</p> <p>これらの事実から、本市は基礎疾患については外来での治療は一定水準なされているものの、外来治療につながらない有病者も一定数存在しており、より多くの基礎疾患や慢性腎臓病の有病者を適切な治療につなげることで、虚血性心疾患・脳血管疾患・腎不全といった重篤な疾患の発症を抑制できる可能性が考えられる。</p>	<p>#1 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人に対して適切に医療機関の受診を促進することが必要</p>
<p>◀生活習慣病発症予防・保健指導 特定健診受診者のうち、受診勧奨判定値を超えた人の割合・メタボ該当者の割合・予備群該当者の割合は多少の増減はあるものの、ほぼ横ばいで推移している。一方で、特定保健指導実施率は国と比較して低い傾向にあり、メタボ該当者・予備群該当者に対して十分な保健指導が実施できていない可能性が考えられる。</p> <p>これらの事実・考察から、特定保健指導実施率を高め、多くのメタボ該当者・予備群該当者に保健指導を実施することができれば、メタボ該当者・予備群該当者を減少させることができる可能性があると考えられる。</p>	<p>#2 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維持・向上が必要</p>
<p>◀早期発見・特定健診 特定健診受診率は国と比較して高い一方で、特定健診対象者のうち、2割強が健診未受診者かつ生活習慣病の治療を受けていない健康状態が不明の状態にあることから、本来医療機関受診勧奨や特定保健指導による介入が必要な人が特定健診で捉えられていない可能性が考えられる。</p>	<p>#3 適切な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</p>
<p>◀健康づくり 特定健診受診者における質問票の回答割合を見ると、食習慣の改善が必要と思われる人の割合が高く、特に週3回以上就寝前夕食をとる割合が高い。このような食習慣から、20歳時体重から10kg以上増加した割合の高さに繋がっている可能性が考えられる。また体重増加だけでなく、高血糖や高血圧、脂質異常の状態に至り、動脈硬化が進行した結果、最終的に脳血管疾患・腎不全の発症に至る者が多い可能性が考えられる。</p>	<p>#4 生活習慣病の発症・進行、重篤疾患の発症を防ぐことを目的に、被保険者における食習慣の改善が必要</p> <p>※健康増進計画と連動して実施するため、評価指標及び個別保健事業の設定はいたしません</p>
<p>◀介護予防・一体的実施 介護認定者における有病割合を見ると、心臓病・脳血管疾患といった重篤な疾患は前期高齢者と比較して後期高齢者の方が多い。また、医療費の観点では、脳梗塞・狭心症・慢性腎臓病（透析あり）の医療費が総医療費に占める割合が国保被保険者よりも後期高齢者の方が多い。</p> <p>これらの事実から、国保被保険者への生活習慣病の重症化予防が、後期高齢者における重篤疾患発症の予防につながる可能性が考えられる。</p>	<p>#5 将来の重篤な疾患の予防のために国保世代への重症化予防が必要</p>
<p>◀社会環境・体制整備 重複服薬者が420人、多剤服薬者が71人存在することから、医療費適正化・健康増進の観点で服薬を適正化すべき人が一定数存在する可能性がある。</p>	<p>#6 重複・多剤服薬者に対して服薬の適正化が必要</p>

4 データヘルス計画の目的・目標

～ 伊勢崎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）～

生活習慣病予防及び重症化予防により、健康寿命の延伸と医療費の適正化を図る

伊勢崎市_評価指標・目標

#	長期指標	開始時	目標値	目標値基準
①	虚血性心疾患の入院受診率（千人当たり）	5.4	4.7	国・令和4年度
②	脳血管疾患の入院受診率（千人当たり）	9.0	8.0	市独自
③	慢性腎臓病腎臓病（透析あり）の外來受診率（千人当たり）	31.6	30.3	国・令和4年度
	中期指標	開始時	目標値	目標値基準
④	特定健診受診者の内、HbA1c が 6.5%以上の人の割合	12.8%	減少	市独自
⑤	群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムの受診勧奨対象者数	88 人	減少	市独自
⑥	特定健診受診者の内、メタボ該当者の割合	24.1%	減少	市独自
	短期指標	開始時	目標値	目標値基準
⑦	群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムの受診勧奨対象者のうち医療につながったものの割合	—	60%	市独自
⑧	特定健診受診者の内、HbA1c が 6.5%以上で服薬なしの人の割合	30.9%	減少	市独自
⑨	非肥満高血糖者の割合	12.2%	減少	市独自
⑩	健診受診者における収縮期血圧の有所見者割合	48.9%	減少	市独自
⑪	健診受診者における LDL-C160 mg/dL 以上の人の割合	10.1%	減少	市独自
⑫	特定保健指導実施率	11.1%	15.0%	市独自
⑬	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	24.9%	増加	市独自
⑭	特定健診受診率	44.0%	51.0%	市独自
⑮	重複服薬該当者の人数	420 人	減少	市独自
⑯	多剤服薬該当者の人数	71 人	減少	市独自

※開始時の数値は、令和4年度の数値を使用している。なお⑫⑬⑭は法定報告値（速報値）である

※⑫⑬は国の目標値 60.0%に対し、市独自で達成しうる実現な数値として設定している

5	保健事業の内容
----------	----------------

◀重症化予防

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#1/#5	継続	非肥満高血糖者対策事業	<対象者> 特定健診受診者のうち、非肥満高血糖者に該当の人 <実施方法> 結果説明会及び高血糖予防相談の案内通知を送付し、対象者に保健指導及び医療機関への受診勧奨を実施
#1/#5	継続	糖尿病性腎臓病重症化予防事業	<対象者> 群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムの基準を満たしている人 <実施方法> 群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに基づき、医療機関への受診勧奨・保健指導を実施
#1/#5	新規	生活習慣病重症化予防事業	<対象者> 特定健診の結果、医療機関受診勧奨値を超えている人 <実施方法> 結果説明会の案内通知を送付し、対象者に医療機関への受診勧奨を実施

◀生活習慣病発症予防・保健指導

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#2	継続	特定保健指導実施率向上対策事業	<対象者> 特定健診の結果、特定保健指導レベル判定基準に該当する人 <実施方法> 集団特定健診後の結果説明会、人間ドック受診時に同日に初回面接を実施するなど、利用しやすい体制を整える。利用券発送の2週間後に電話勧奨をする。

◀早期発見・特定健診

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
#3	継続	特定健診受診率向上対策事業	<対象者> 40-74歳の国保被保険者 <実施方法> ①特定健診未受診者に対してハガキによる受診勧奨・再勧奨 ②若年層へ特定健診受診勧奨ハガキの発送 ③地区組織や健康情報ステーションを活用したチラシ配布、駅前・商業施設でのデジタルサイネージ、SNS等での情報発信 ④受診しやすい体制づくり

◀社会環境・体制整備

健康課題	継続/新規	個別事業名	事業の概要
-	継続	ジェネリック医薬品利用促進事業	<対象者> ジェネリック医薬品切り替えにより薬剤費の減少金額がある人 <実施方法> ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費の減少金額を記載した通知を発送
#6	継続	訪問指導事業	<対象者> 看護師等が指導の必要性を認めた人 <実施方法> 重複・頻回受診者や重複・多剤服薬者を対象に、看護師による訪問指導等を実施

◀重症化予防

非肥満高血糖者対策事業							
実施計画							
事業概要	<p><目的> 特定健診受診者のうち、非肥満高血糖者に対して保健指導及び医療機関への受診勧奨を行い、生活習慣の改善及び必要な医療へつなぎ、糖尿病の発症・重症化予防を図る。</p> <p><事業内容> ・特定健診受診者のうち、非肥満高血糖者及び受診勧奨判定値を超えない軽度高血糖者に対し、結果説明会又は高血糖予防相談の案内を送付し、個別面談や電話で生活習慣の改善等の保健指導を実施する。 ・受診勧奨値を超えている人に対し、適切な治療につながるよう医療機関への受診勧奨を実施する。受診勧奨後3か月後に医療機関への受診状況を確認し、未受診者には電話で医療機関への受診再勧奨を実施する。</p>						
対象者	<p>特定健診受診者のうち、糖尿病で治療中・服薬中の人、特定保健指導該当者、群馬県糖尿病性腎臓病重症化プログラム受診勧奨対象者は除く以下に該当する人</p> <p>【保健指導】</p> <p>①集団特定健診受診者（結果説明会対象者）：空腹時血糖116～125mg/dL（随時血糖150～199mg/dL）またはHbA1c6.2～6.4% ②個別特定健診受診者（高血糖予防相談対象者）：HbA1c6.2%以上</p> <p>【医療機関への受診勧奨】</p> <p>①集団特定健診受診者：空腹時血糖126mg/dL以上（随時血糖200mg/dL以上）又はHbA1c6.5%以上 ②個別特定健診受診者：HbA1c7.0%以上</p>						
ストラクチャー	<p><実施体制> 国民健康保険課：勧奨内容の検討、事業の効果検証 健康づくり課：事業対象者の抽出、勧奨内容の検討、通知発送、医療機関への受診勧奨、保健指導の実施、事業の効果検証</p> <p><関係機関> 庁内連携部署、伊勢崎佐波医師会及び伊勢崎佐波管内医療機関</p>						
プロセス	<p>【保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健指導対象者へ結果説明会及び高血糖予防相談の案内通知を送付 面接や電話で保健指導を実施 高血糖予防相談対象者のうち、利用連絡のないHbA1c6.4%の人に通知発送2週間後に電話で再勧奨及び保健指導を実施 <p>【医療機関への受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> 集団特定健診受診者は、結果説明会にて医療機関受診のための依頼書を発行し受診勧奨する。受診勧奨後3か月を経過し、依頼書の返信がなく、医療機関の受診が確認できない人へ電話で再勧奨を実施 個別特定健診受診者は、高血糖予防相談の案内通知を送付した人のうち、HbA1c7.0%以上の受診勧奨対象者で、医療機関の受診が確認できない人へ電話で再勧奨を実施 <p>※上記事業実施方法や対象者について、関係部署と検討会を実施し適宜見直しを検討</p>						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	<p>事業運営のための担当職員の配置 事業実施のための予算の確保 伊勢崎佐波医師会等関係機関への事業周知及び説明、報告の実施</p>						
プロセス	<p>業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上</p>						
事業アウトプット	【結果説明会及び高血糖予防相談案内発送割合】						
	開始時	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
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	【保健指導実施率】						
	開始時	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
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
【受診勧奨対象者の医療機関受診勧奨実施率】							
開始時	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	
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

事業アウトカム	【非肥満高血糖者の割合】						
	開始時	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
	12.2%	前年度より減少					
	【受診勧奨対象者の医療機関受診率】						
	開始時	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
45.5%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	
評価時期	翌年度8月末						

糖尿病性腎臓病重症化予防事業							
実施計画							
事業概要	<p><目的> 特定健診受診者のうち、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者を適切な治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎臓病等で治療中の人のうち重症化リスクの高い人に対して保健指導を行い、糖尿病の悪化防止、人工透析への移行を防止する。</p> <p><事業内容> ・群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに基づき事業を実施する。 ・特定健診データ及びレセプトデータから抽出した対象者に対して、医療機関への受診勧奨及び保健指導を実施する（保健指導については令和6年度から実施予定）。</p>						
対象者	<p>群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムの受診勧奨及び保健指導対象者</p> <p>【医療機関への受診勧奨】 特定健診受診者のうち、次の①～③のいずれにも該当する人 ①「空腹時血糖126mg/dL（随時血糖200mg/dL）以上」又は「HbA1c6.5%以上」 ②「尿蛋白（+）以上」又は「eGFR60mL/分/1.73m²未満」 ③レセプトデータから直近1年間に糖尿病の受診歴がない人</p> <p>【保健指導（糖尿病治療中の人）】 特定健診受診者のうち、次の①と②のいずれにも該当し、かつ本人及びかかりつけ医の同意が得られた人 ①「空腹時血糖126mg/dL（随時血糖200mg/dL）以上」又は「HbA1c6.5%以上」 ②「尿蛋白（+）以上」又は「eGFR60mL /分/1.73m²未満」</p>						
ストラクチャー	<p><実施体制> 国民健康保険課：事業対象者の抽出、勧奨内容の検討、通知発送、事業の効果検証 健康づくり課：勧奨内容の検討、保健指導の実施、再勧奨、事業の効果検証</p> <p><関係機関> 庁内連携部署、伊勢崎佐波医師会及び伊勢崎佐波管内医療機関</p>						
プロセス	<p>【医療機関への受診勧奨】 ・対象者を抽出し医療機関への受診勧奨通知を送付 ・通知送付後3か月を超えて医療機関への受診が確認できない人に対し、電話による再勧奨を実施</p> <p>【保健指導】 ・本人及びかかりつけ医の同意が得られた場合、面接、訪問、電話等組み合わせて保健指導を実施 ※保健指導については、伊勢崎佐波医師会、関係部署と調整し令和6年度から実施予定。指標については事業開始後に設定 ※上記事業実施方法や対象者について、関係部署と検討会を実施し適宜見直しを検討</p>						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置 事業実施のための予算の確保 事業実施に向けた庁内関連部署との連携・協力体制の確保 伊勢崎佐波医師会等関係機関への事業周知及び説明、報告の実施						
プロセス	業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上						
事業アウトプット	【医療機関への受診勧奨実施率】						
	開始時	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
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
事業アウトカム	【受診勧奨対象者の医療機関受診率】						
	開始時※1	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
	—	60%	60%	60%	60%	60%	60%
評価時期	翌年度8月末						
※1 令和5年度より実施のため、数値なし							

生活習慣病重症化予防事業							
実施計画							
事業概要	<p><目的> 特定健診受診者のうち、生活習慣病の重症化リスクを有する人に対して、適切な治療に結びつけるため、医療機関への受診勧奨を行い、生活習慣病の発症・重症化予防を図る。</p> <p><事業内容> 特定健診結果で受診勧奨値を超えている人に対し、適切な治療につながるよう医療機関への受診勧奨を実施する。受診勧奨後3か月後に医療機関への受診状況を把握し、受診していない人には電話で再勧奨を実施する。</p>						
対象者	特定健診受診者のうち、血圧・脂質異常で治療中・服薬中の人を除く、医療機関への受診が必要な①又は②に該当する人 ①血圧：収縮期血圧150mmHg以上又は拡張期血圧95mmHg以上 ②血中脂質：空腹時中性脂肪300mg/dL以上（随時中性脂肪400mg/dL以上）かつ/又は LDL-C190mg/dL以上 ※対象疾患や基準値は伊勢崎佐波医師会と協議の上、適宜見直しを検討						
ストラクチャー	<p><実施体制> 国民健康保険課：通知準備、事業の効果検証・評価 健康づくり課：対象者の決定、医療機関への受診が確認できない人への受診勧奨の実施、事業の効果検証・評価</p> <p><関係機関> 庁内連携部署、伊勢崎佐波医師会及び健診実施医療機関</p>						
プロセス	<p>【集団特定健診受診者】</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象者に結果説明会の通知を送付 結果説明会にて、医療機関受診のための依頼書を発行し医療機関への受診勧奨を実施 医療機関への受診勧奨後3か月を経過し、依頼書の返信がなく、医療機関への受診が確認できない人に電話で再勧奨を実施 <p>※個別特定健診受診者については、医療機関への受診勧奨の実施に向けて関係機関と連携し体制を整える ※上記事業実施方法や対象者について、適宜見直しを検討</p>						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	事業運営のための担当職員の配置 事業実施のための予算の確保 個別健診受診者の医療機関への受診勧奨については、実施に向けて検討し体制を整える 伊勢崎佐波医師会等関係機関への事業周知及び説明、報告の実施						
プロセス	業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上						
事業アウトプット	【医療機関への受診勧奨実施率】						
	開始時	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
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
事業アウトカム	【受診勧奨者の医療機関受診率】						
	開始時※1	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
	-	60%	60%	60%	60%	60%	60%
評価時期	翌年度8月末						
※1 現時点で集団特定健診受診者のみに実施のため数値なし							

◀生活習慣病発症予防・保健指導

特定保健指導実施率向上対策事業

実施計画							
事業概要	<p><目的> メタボ該当者の減少や生活習慣病を予防するために特定保健指導実施率の向上を図る。</p> <p><事業内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の結果、生活習慣病リスクがある人に対し、特定保健指導を実施する。 ・ 集団特定健診受診者は結果説明会において初回面接を実施する。利用しやすいように夜間実施や各地区公民館、保健センター等で実施する。 ・ 個別特定健診及び人間ドック受診者は利用券とともに案内通知を発送し利用勧奨を行う。利用券発送後、利用予約のない対象者に対し、概ね2週間後に電話で再勧奨を実施する。 ・ 特定保健指導を保健センター（直営）と医療機関（委託）の選択制とするほか、利用予約も電話やFAXでの予約方法を導入するなど利用しやすい体制づくりを行う。 ・ ICTを活用した予約システムの導入や特定健診受診日当日に特定保健指導の初回面接が受けられるようにするなど、より利用しやすい体制を検討する。 						
対象者	特定健診の結果、特定保健指導レベル判定基準に該当する人						
ストラクチャー	<p><実施体制></p> <p>国民健康保険課：事業の効果検証、勧奨内容の検討 健康づくり課：事業対象者の抽出、通知の発送、再勧奨、勧奨内容の検討、保健指導の実施、事業の効果検証</p> <p><関係機関></p> <p>庁内関連部署、伊勢崎佐波医師会および伊勢崎佐波管内医療機関</p>						
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団特定健診受診者は結果説明会で初回面接を実施 ・ 個別特定健診及び人間ドック受診者は利用券とともに案内通知発送により利用勧奨を実施 ・ 利用券発送後概ね2週間後に電話で再勧奨を実施 ・ 特定健診受診日当日に特定保健指導の初回面接が受けられるよう体制づくりを検討 ・ 特定保健指導従事者の研修会への参加 						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	<p>事業運営のための担当職員の配置</p> <p>事業実施のための予算の確保</p> <p>関係機関への事業周知および連携強化</p> <p>特定保健指導手順や使用ツールが適切かの確認</p>						
プロセス	業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上						
事業アウトプット	【利用勧奨実施率】						
	開始時	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
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
事業アウトカム	【特定保健指導実施率】						
	開始時	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
	11.1%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
	【特定保健指導対象者の減少率】						
	開始時	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
	24.9%	前年度より増加					
評価時期	法定報告時期						

◀早期発見・特定健診

特定健診受診率向上対策事業							
実施計画							
事業概要	<p><目的> メタボリックシンドロームや生活習慣病の予防・早期発見のため、特定健診受診率の向上を図り、適切な特定保健指導につなげる。</p> <p><事業内容></p> <ul style="list-style-type: none"> 過去の特定健診結果データの分析から得た健康特性に基づき、優先順位づけを行うとともに対象者ごとに個別の効果的なメッセージを記載した特定健診受診勧奨ハガキを発送する。勧奨効果を高めるために、複数回の受診勧奨を実施する。 上記に加え新規受診対象者（新40歳）を中心に受診率の低い若年層に受診のきっかけづくりのため、特定健診受診勧奨ハガキを発送する。 地区組織（健康推進員）や健康情報ステーションによる特定健診チラシ配布、薬局等関係各所へのポスター掲示、駅前・商業施設でのデジタルサイネージの放映、SNS等での情報発信を行う。 受診しやすい体制づくりとして、無償化の継続、夜間実施や結核・肺がん検診と同時実施、40-64歳の集団特定健診・個別特定健診の選択実施を行う。 						
対象者	40-74歳の国保被保険者						
ストラクチャー	<p><実施体制></p> <p>国民健康保険課：勧奨内容の検討、事業の効果検証・評価、関係機関との連絡 健康づくり課：勧奨内容の検討、通知準備、通知発送、事業の効果検証・評価</p> <p><関係機関></p> <p>庁内関連部署、伊勢崎佐波医師会及び健診実施医療機関、伊勢崎薬剤師会、地区組織</p>						
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診勧奨ハガキの発送 地区組織（健康推進員）や健康情報ステーションによるチラシ配布 デジタルサイネージ、SNS等による情報発信 受診しやすい体制づくり <p>※上記事業実施方法や対象者について、適宜見直しを検討</p>						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	<p>事業運営のための担当職員の配置 事業実施のための予算の確保 関係機関への事業周知および連携強化</p>						
プロセス	業務内容や実施方法の検討会の開催：年1回以上						
事業アウトプット	【特定健診受診勧奨対象者への受診勧奨実施率】						
	開始時	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
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	【若年層への受診勧奨実施率】						
開始時	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	
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
事業アウトカム	【特定健診受診率】						
	開始時	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
	44.0%	46%	47%	48%	49%	50%	51%
	【40歳代の特定健診受診率】※KDBシステムによる算出						
開始時	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	
19.3%	21%	22%	23%	24%	25%	26%	
評価時期	法定報告時期						

◀社会環境・体制整備

ジェネリック医薬品利用促進事業							
実施計画							
事業概要	<p><目的> 医療費を抑制するため、国がジェネリック医薬品数量シェアの目標を80%と掲げている。本市でも、差額通知により被保険者の自己負担額を軽減できることを周知し、数量シェアの維持を図る。</p> <p><事業内容> ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費の減少金額を記載した通知（ジェネリック医薬品利用差額通知）を年2回発送する。</p>						
対象者	<p>対象月において、急性期の感染症等への処方、向精神薬や制癌剤等の処方、公費負担医療の人を対象外として、以下条件を満たしている国保被保険者</p> <p>①投与期間が4日以上 ②利用差額が月額200円以上 ③調剤レセプト及び院内処方分（医科入院外）</p>						
ストラクチャー	<p><実施体制> 国民健康保険課：通知発送、発送対象者の確認、勧奨時期及び内容の検討</p> <p><関係機関> 国保連合会</p>						
プロセス	ジェネリック医薬品利用差額通知を年2回発送						
評価指標・目標値							
ストラクチャー	<p>事業運営のための担当職員の配置 事業実施のための予算の確保</p>						
プロセス	<p>勧奨時期及び内容は適切か 対象者の抽出は適切か</p>						
事業アウトプット	【ジェネリック医薬品利用差額通知発送率】						
	開始時	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
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
事業アウトカム	【ジェネリック医薬品数量シェア】 ※厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合」公表による						
	開始時	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
	82.9%	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上	80%以上
評価時期	厚生労働省発表時期						

訪問指導事業																																																														
実施計画																																																														
事業概要	<p><目的> 重複・頻回受診者、重複服薬者、多剤服薬者などに対し看護師等が訪問を行い、指導及び医療機関の適正受診を促し、各該当者数を減少させる。</p> <p><事業内容> 看護師等が訪問し、健康状態の聞き取りや指導により医療機関の適正受診を促す。</p>																																																													
対象者	<p>下記のうち看護師等が指導の必要性を認めた人</p> <p>重複受診者 医科レセプトが1か月で4枚以上かつ3か月で13枚以上の人</p> <p>頻回受診者 1か月15日以上を受診が3か月継続している人</p> <p>重複服薬者 2医療機関以上から1薬効以上の処方3か月連続している人 又は国保連合会から送付される同一薬効薬剤の報告内容に記載されている人（単月で4医療機関以上から特定の薬剤を重複処方されている人）</p> <p>多剤服薬者 処方薬剤数15以上が3か月連続している人</p>																																																													
ストラクチャー	<p><実施体制> 国民健康保険課：事業対象者の抽出、対象者の判定、訪問指導、通知発送、事業の効果検証</p> <p><関係機関> 伊勢崎佐波医師会及び伊勢崎佐波管内医療機関、伊勢崎市薬剤師会、国保連合会ほか</p>																																																													
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・自庁システム及びKDBシステムで基準にかかる人を抽出 ・レセプト等で受診記録や服薬状況を確認し指導対象者を選定 ・訪問指導や通知等の発送 ・対象者数や訪問前後の受診状況等により評価 <p>※上記の事業実施方法や対象者について、適宜見直しを検討</p>																																																													
評価指標・目標値																																																														
ストラクチャー	<p>事業運営のための担当職員の配置</p> <p>事業実施のための予算の確保</p> <p>関係機関への事業周知及び説明の実施</p>																																																													
プロセス	<p>指導対象者は適切に抽出できたか</p> <p>指導方法は適切か</p> <p>事業内容や実施方法の検討はできたか</p>																																																													
事業アウトプット	<p>【指導対象者への訪問・指導の割合】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>68.5%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>						開始時	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	68.5%	70%	70%	70%	70%	70%	70%																																										
開始時	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																																																								
68.5%	70%	70%	70%	70%	70%	70%																																																								
事業アウトカム	<p>【重複受診該当者数】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>858人</td> <td colspan="5">前年度より減少</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※重複受診該当者とは1か月あたり4医療機関以上受診している人</p> <p>【頻回受診該当者数】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>98人</td> <td colspan="5">前年度より減少</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※頻回受診該当者とは1か月あたり同一医療機関で15日以上受診している人</p> <p>【重複処方該当者数】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>420人</td> <td colspan="5">前年度より減少</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※重複処方該当者とは重複処方を受けた者のうち1か月あたり3医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が1以上、又は2医療機関以上かつ複数の医療機関から重複処方が発生した薬効分類数が2以上に該当する人</p> <p>【多剤処方該当者数】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>開始時</th> <th>令和6年度</th> <th>令和7年度</th> <th>令和8年度</th> <th>令和9年度</th> <th>令和10年度</th> <th>令和11年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>71人</td> <td colspan="5">前年度より減少</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※多剤処方該当者とは同一薬効に関する処方日数が1か月あたり1日以上かつ処方薬剤数が15剤以上に該当する人</p>						開始時	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	858人	前年度より減少						開始時	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	98人	前年度より減少						開始時	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	420人	前年度より減少						開始時	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	71人	前年度より減少					
開始時	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																																																								
858人	前年度より減少																																																													
開始時	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																																																								
98人	前年度より減少																																																													
開始時	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																																																								
420人	前年度より減少																																																													
開始時	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																																																								
71人	前年度より減少																																																													
評価時期	翌年度8月末																																																													

6 計画の評価・見直し

個別事業計画の評価・見直し

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。

データヘルス計画の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、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、計画の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。

7 計画の公表・周知

本計画については、市ホームページや広報紙等により公表し、広く内容等の周知を行う。

8 個人情報の取扱い

本計画の策定に当たっては、活用するデータの種類や活用方法が多岐にわたり、特に KDB システムを活用する場合等には、健診結果やレセプトデータ情報を突合し加工した統計情報と、個別の個人情報とが存在する。

特に、健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報の保護に関する法律」（平成 15 年法律第 57 号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取扱う。また、個人情報の保護に関する各種法令とガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

9 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

国保及び後期高齢者の課題に対しきめ細かな支援を実施するため、KDB システム等による分析を行い、それに応じた保健事業の実施及び関係機関との連携を強化するなど、保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する。

10 第4期 特定健康診査等実施計画

計画策定の背景・趣旨

近年、全世代型社会保障の構築に向け、生活習慣病の発症や重症化予防の重要性は一層高まっており、より効率的かつ効果的な特定健診及び特定保健指導の実施が求められている。令和5年3月に発表された「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）」「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」では、成果を重視した特定保健指導の評価体系の見直し、特定保健指導の成果等の見える化の推進などの新たな方向性が示され、成果（アウトカム）に着目したより効率的かつ効果的な事業運営が求められることとなった。

本計画は、国での方針の見直しの内容を踏まえ、本市の現状を考慮した事業の運営を図ることを目的に策定するものである。

第4期特定健診・特定保健指導の見直しの方向性

令和5年3月に発表された「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」での主な変更点は下表のとおりである。

本市においても、これらの変更点を踏まえて第4期特定健診及び特定保健指導を実施していく。

【第4期特定健診・特定保健指導の主な変更点】

区分	変更点の概要	
特定健診	基本的な健診の項目	・血中脂質検査の中性脂肪は、やむを得ない場合は随時中性脂肪での測定を可とする。
	標準的な質問票	・喫煙や飲酒の項目は、より正確にリスクを把握するために詳細な選択肢へ修正。 ・特定保健指導の項目は、利用意向から利用歴を確認する内容へ修正。
特定保健指導	評価体系	・実績評価にアウトカム評価を導入。主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減、その他目標を生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣・運動習慣・喫煙習慣・休養習慣・その他生活習慣の改善）や腹囲1cm・体重1kg減と設定。 ・プロセス評価は、個別支援、グループ支援、電話及び電子メール等とする。時間に比例したポイント設定ではなく介入1回ごとの評価とし、支援Aと支援Bの区別は廃止。ICTを活用した場合も同水準の評価。特定健診実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価。 ・モデル実施は廃止。
	その他	①初回面接の分割実施の条件緩和 ・初回面接は、特定健診実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施と取り扱う。 ②生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 ・特定健診又は特定保健指導開始後に服薬開始の場合、特定保健指導の対象者として分母に含めないことを可能とする。 ③生活習慣病に係る服薬中の者への服薬状況の確認、及び特定保健指導対象者からの除外 ・服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たり、確認する医薬品の種類、確認手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外でも事実関係の再確認と同意取得を行うことを可能とする。 ④運用の改善 ・看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長する。

【出典】特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版） 改変

計画期間

本計画の期間は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間である。

第3期計画における目標達成状況

特定健診受診率						
令和4年度の特定健診受診率（速報値）は44.0%である。令和元年度と比較して1.2ポイント増加しているが、目標値から乖離して目標達成が厳しい状況にある。						
【特定健診の受診状況（法定報告値）】						
		令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
特定健診 受診率	伊勢崎市_目標値	47.0%	49.0%	51.0%	53.0%	60.0%
	伊勢崎市_実績値	42.8%	34.4%	43.2%	44.0%	-
	国	38.0%	33.7%	36.4%	-	-
	県	42.6%	35.2%	41.1%	41.4%	-
特定健診対象者数（人）		31,036	30,711	29,838	27,958	-
特定健診受診者数（人）		13,291	10,551	12,899	12,294	-
<p style="text-align: right;">【出典】目標値：前期計画 実績値：厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別） 公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度</p> <p>※令和5年度の国の法定報告値は令和5年11月時点で未公表のため、表は「-」と表記している（以下同様）</p>						

特定保健指導実施率						
令和4年度の特定保健指導実施率（速報値）は11.1%である。令和元年度と比較して1.8ポイント減少しており、目標値から大きく乖離して目標達成が厳しい状況にある。						
【特定保健指導の実施状況（法定報告値）】						
		令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度
特定保 健指 導 実 施 率	伊勢崎市_目標値	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%	60.0%
	伊勢崎市_実績値	12.9%	9.4%	13.9%	11.1%	-
	国	29.3%	27.9%	27.9%	-	-
	県	17.8%	18.3%	19.3%	19.0%	-
特定保健指導対象者数（人）		1,638	1,257	1,701	1,573	-
特定保健指導実施者数（人）		212	118	237	174	-
<p style="text-align: right;">【出典】目標値：前期計画 実績値：厚生労働省 2019年度から2021年度 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別） 公益社団法人 国民健康保険中央会 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書 令和元年度から令和3年度</p>						

伊勢崎市の目標								
本市においては、現状の市の実績値を踏まえ、実現の可能性を考慮し、令和11年度までに特定健診受診率を51.0%、特定保健指導実施率を15.0%まで引き上げるように目標値を設定する。								
【特定健診受診率・特定保健指導実施率の目標値】								
	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	46.0%	47.0%	48.0%	49.0%	50.0%	51.0%		
特定保健指導実施率	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%		
【特定健診対象者・特定保健指導実施者の見込み数】								
	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)	29,381	29,263	29,145	29,026	28,908	28,790	
	受診者数(人)	13,515	13,754	13,990	14,223	14,454	14,683	
特定保健指導	対象者数(人)	合計	1,729	1,760	1,790	1,820	1,849	1,879
		積極的支援	430	437	445	452	460	467
		動機付け支援	1,299	1,323	1,345	1,368	1,389	1,412
	実施者数(人)	合計	260	264	269	273	277	282
		積極的支援	65	66	67	68	69	70
		動機付け支援	195	198	202	205	208	212
※各見込み数の算出方法 特定健診対象者数：40-64歳、65-74歳の推計人口に令和4年度の各層の国保加入率を乗じて算出 特定健診受診者数：特定健診対象者数に特定健診受診率の目標値を乗じて算出 特定保健指導対象者数：合計値は、特定健診受診者数に令和4年度の特定保健指導該当者割合を乗じて算出 支援区分別対象者数は、合計値に令和4年度の対象者割合を乗じて算出 特定保健指導実施者数：特定保健指導対象者数に特定保健指導実施率の目標値を乗じて算出								

特定健診・特定保健指導の実施方法

特定健診	
<ul style="list-style-type: none"> ・実施目的・対象者 糖尿病等の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、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする人を的確に抽出するために行う。 対象者は当該年度に40歳から74歳となる国保被保険者に実施する。 ・実施期間・実施場所 集団特定健診(40-64歳)：4月から7月と10月(おおむね20日間)に、公民館・保健センター等で実施する。 個別特定健診(40-74歳)：5月から11月に個別特定健診実施医療機関で実施する。 人間ドック(40-74歳)：6月から3月に人間ドック実施医療機関で実施する。 ・健診項目 特定健診受診者全員に下表の「基本的な健診項目」を実施する。また、一定の基準のもと医師が必要と判断した場合には、「詳細な健診項目」を実施する。 	
【特定健診の健診項目】	
	項目
基本的な健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・問診(既往歴(服薬歴、喫煙歴を含む)、自覚症状) ・身体計測(身長、体重、腹囲、BMI) ・診察(理学的所見) ・血圧 ・血中脂質検査(空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、HDLコレステロール、LDLコレステロール(Non-HDLコレステロール)) ・肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)) ・血糖検査(HbA1c、空腹時血糖、やむを得ない場合には随時血糖) ・尿検査(尿糖、尿蛋白)
詳細な健診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査 ・眼底検査 ・貧血検査 ・血清クレアチニン検査
【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)	

・健診結果の通知方法

集団特定健診受診者については、健診の結果、特定保健指導該当者と検査結果が基準値を超えた医療機関受診勧奨対象者には結果説明会を開催し、対面により結果を通知する。それ以外の異常なし、治療中の人に関しては結果を郵送する。個別特定健診受診者については、健診実施医療機関から対象者に健診結果を郵送又は対面により通知する。

特定保健指導

・実施目的・対象者階層化の基準

内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活の維持ができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものである。

【特定保健指導階層化の基準】

腹囲	追加リスク	喫煙歴	対象年齢	
	(血糖・血圧・脂質)		40-64歳	65歳-74歳
男性≧85cm 女性≧90cm	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
上記以外で BMI≧25kg/m ²	3つ該当	なし	動機付け支援	
		あり	積極的支援	
	2つ該当	なし	動機付け支援	
		あり		
1つ該当	/			

【出典】厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

※喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

参考：追加リスクの判定基準

追加リスク	血糖	空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dL以上、又はHbA1c5.6%以上
	血圧	収縮期血圧130mmHg以上、又は拡張期血圧85mmHg以上
	脂質	空腹時中性脂肪150mg/dL以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dL以上）、又はHDLコレステロール40mg/dL未満

・実施期間・内容

特定保健指導は6月から3月まで実施する。集団特定健診を受診した人には結果説明会を特定保健指導の初回面接の機会とする。個別特定健診・人間ドックを受診した人には特定保健指導利用券及び案内を送付する。

積極的支援及び動機付け支援ともに初回面接では、医師、保健師又は管理栄養士の指導のもと、生活習慣改善のための行動計画を立て、それに基づき自ら継続的に実践できるよう支援する。

積極的支援は、初回面接後定期的に面接や電話等で3か月以上の継続支援を実施する。初回面接から1か月後に中間評価を実施し、3か月後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について実績評価を行う。中間評価時に、体重2kg及び腹囲2cm減少を達成した対象者については、その時点で支援を終了する。

動機付け支援は、初回面接後、3か月間後に体重、腹囲の変化や生活習慣の改善状況について、面接又は通信手段を利用して実績評価を行う。

・実施体制

保健センターで行う直営と実施医療機関による委託で実施する。

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

特定健診	
取組項目	取組内容
受診勧奨	対象者へ受診券と案内通知の送付 未受診者へ通知による受診勧奨
利便性の向上	集団特定健診と個別特定健診との選択制の継続 夜間健診の実施 がん検診との同時受診 無償化の継続
関係機関との連携	健診実施医療機関・市内薬局と連携しポスターの提示による受診勧奨 庁内関連部署、伊勢崎佐波医師会との連携・協力 地区組織（健康推進員）や健康情報ステーション（市内 61 カ所）に特定健診チラシ配布
啓発	市ホームページ・広報 SNS コミュニティビジョン デジタルサイネージ 群馬テレビデータ放送

特定保健指導	
取組項目	取組内容
利用勧奨	対象者へ利用券と案内通知の送付 利用のない対象者へ電話で再勧奨
利便性の向上	夜間や各地区公民館・保健センター等での保健指導の実施 人間ドック（実施可能な医療機関のみ）で初回面接同日実施
内容・質の向上	研修会参加による従事者のスキルアップ 経年データを活用した保健指導
早期介入	結果説明会と初回面接の同時開催 健診会場での初回面接実施の検討 特定保健指導実施医療機関・同日実施可能医療機関の拡大
関係機関との連携	医療機関と連携した利用勧奨 保健事業との一体的な取り組み
新たな保健指導方法の検討	ICT ツールの導入

その他

計画の公表・周知

本計画については、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、作成及び変更時は、市ホームページや広報紙等により公表し、広く内容等の周知を行う。

個人情報の保護

特定健診及び特定保健指導の記録の保存に当たっては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第 4 版）」を参考に、個人の健康情報を漏えいしないよう、厳格に管理した上で適切に活用する
健診データやレセプトに関する個人情報は、一般的には「個人情報の保護に関する法律」（平成 15 年法律第 57 号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取扱う。また、個人情報の保護に関する各種法令とガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

実施計画の評価・見直し

特定健診の受診率及び特定保健指導の実施率、並びにメタボ該当者及びメタボ予備群の減少率については、毎年度の結果を確認し、達成状況を把握する。
目標達成に向けた効果的な施策展開を図るため、毎年度、事業の検証及び評価を行う。令和 8 年度には中間評価を行い、計画の進捗状況、目標の達成状況等中間振り返りを実施し、必要に応じて実施計画の見直しを行う。また、計画の最終年度（令和 11 年度）では最終評価を行い、課題に即した次期計画の策定の参考とする。