

**滝沢市国民健康保険
第3期データヘルス計画
事業評価資料**

令和7年2月

1 計画全体における目的及び目標

【第3期データヘルス計画 P36】

項 目		評価指標		令和4年度	令和5年度
目的	健康寿命の延伸	平均余命※1 (95%信頼区間※3)	男	81.5 (80.2～82.8)	81.8 (80.5～83.1)
			女	86.8 (85.6～88.0)	87.6 (86.3～88.8)
		平均自立期間※2 (95%信頼区間※3)	男	79.9 (78.6～81.1)	80.2 (78.9～81.4)
			女	83.2 (81.4～84.2)	83.9 (82.8～85.0)
	医療費の抑制	一人当たり医療費 の推移	男	423,214 円	432,089 円
			女	348,555 円	380,510 円
目標	脳血管疾患死亡 率の減少	脳血管疾患死亡の 状況（県保健福祉年 報）	脳血管疾患による 死亡割合（脳血管疾 患死亡数/総死亡数）	12.4% 60/484 (令和3年 1～12月)	9.7% 50/518 (令和4年 1～12月)
			標準化死亡比 (国=100)	159.9 (平成29～ 令和3年)	132.1 (平成30～ 令和4年)
			年齢調整死亡率 (10万対)	109.3 (平成29～ 令和3年)	100.8 (平成30～ 令和4年)
	新規人工透析導 入者数の減少	新規人工透析導入 者数（県人工透析実 施状況調査） ※令和4年度：R3年9月～R4 年8月 ※令和5年度：R4年9月～R5 年8月	総数	9人	11人
			うち糖尿病腎症	2人	6人
			うち腎硬化症	5人	2人
			うちその他	2人	3人
	特定健康診査受 診率の向上	特定健康診査受診率		47.5%	46.5%
	メタボリックシ ンドローム該当者 の減少	特定保健指導による特定保健指導対象者減 少率		31.7%	32.7%
		特定保健指導実施率		29.8%	41.8%
		メタボリックシンドローム該当者割合		22.2%	21.7%
		メタボリックシンドローム予備群割合		12.3%	12.4%
	生活習慣病ハイ リスク者の減少	I 度以上の高血圧に該当する者の割合		25.7%	26.1%
	健康的な生活習 慣の定着	HbA1c6.5%以上の者の割合		4.2%	4.5%

※1 平均余命（KDB算出※4）：ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値。平均自立期間の比較対象値として、こ
こでは0歳時点の平均余命を示す。

※2 平均自立期間（KDB算出）：介護受給者台帳における「要介護2以上」を「不健康」と定義し、平均余命からこの不健康期間を
除いたもの。（KDBでは、「日常生活動作が自立している期間の平均」を指標とした健康寿命を算出し、「平均自立期間」と呼
称している）

※3 95%信頼区間：人数が少ないほど調査の誤差は大きくなり、真実の値からずれやすくなることから設定され、95%の確率で真実
の値が含まれる範囲のこと。母集団の人数が少ないと95%信頼区間が広がり、人数が多いと95%信頼区間が狭くなる。

※4 KDB：国保データベースシステムの略称であり、国民健康保険の特定健康診査や医療情報のほか、介護情報等の各種データを利
活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステムのこと。

2 個別保健事業

【第3期データヘルス計画 P38～P41】

(1) 特定健康診査事業

指標	評価指標		計画策定時		第3期計画期間					
			令和4年度	令和5年度	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
ストラクチャー (体制)	医療機関説明会開催回数	目標値			2回	2回	2回	2回	2回	2回
		実績値	2回	2回	2回					
プロセス (過程)	毎月の健診受診率の管理	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	100%	100%	100%					
アウトプット指標 (実施量・率)	特定健康診査受診勧奨対象者の受診率	目標値			9.0%	9.5%	10.0%	10.5%	11.0%	11.5%
		実績値	8.3% (100/ 1,200)	23.4% (168/ 718)	24.3% (127/ 522)					
アウトカム指標 (成果)	特定健康診査受診率 ※法定報告値	目標値			50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
		実績値	47.5% (3,347/ 7,045)	46.5% (3,142/ 6,761)	※速報値 42.3% (3,339/ 7,896)					

※法定報告値は令和6年11月確定

【令和5年度の評価】

令和5年度は、受診率向上に向けてSNSを通じた情報提供のほか、受診勧奨の取組として過去に健診受診履歴のある未受診者及び40歳の新規健診対象者に対する通知や、過去3年間に健診受診履歴のない無関心層への、訪問による受診案内を行った。令和5年度の受診率は、前年の受診率を1ポイント下回ったことから、令和6年度は受診勧奨方法を見直しながら取組を実施している。

(2) 若年者健康診査事業

指標	評価指標		計画策定時		第3期計画期間					
			令和4年度	令和5年度	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
ストラクチャー (体制)	医療機関説明会開催回数	目標値			2回	2回	2回	2回	2回	2回
		実績値	2回	2回	2回					
プロセス (過程)	毎月の健診受診率の管理	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	100%	100%	R7.3月 確定					
アウトプット 指標 (実施量・率)	若年者健康診査再勧奨対象者の受診率	目標値			7.0%	7.5%	8.0%	8.5%	9.0%	9.5%
		実績値	6.9% (71/ 1,036)	6.7% (60/ 891)	R7.3月 確定					
アウトカム 指標 (成果)	若年者健康診査受診率	目標値			11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%
		実績値	10.3% (114/ 1,109)	12.1% (123/ 1,019)	R7.3月 確定					

【令和5年度の評価】

令和5年度は、受診率向上に向けて受診勧奨通知のほか、SNSを通じた情報提供や、国保の新規資格取得者への若年者健診のチラシ配布等を行った。令和5年度の受診率は前年度を上回ったことから、令和6年度も取組を継続している。

(3) 特定保健指導事業

指標	評価指標		計画策定時		第3期計画期間					
			令和4年度	令和5年度	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
ストラクチャー(体制)	医療機関説明会開催回数	目標値			2回	2回	2回	2回	2回	2回
		実績値	2回	2回	2回					
プロセス(過程)	毎月の保健指導参加状況の把握	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	100%	100%	R7.8月 確定					
アウトプット指標(実施量・率)	特定保健指導実施率 ※法定報告値	目標値			35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
		実績値	29.8% (105/352)	41.8% (136/325)	R7.11月 確定					
アウトカム指標(成果)	特定保健指導対象者の割合 (特定保健指導対象者数/特定健康診査受診者数) ※法定報告値	目標値			10.5%	10.0%	9.5%	9.0%	8.5%	8.0%
		実績値	10.5% (352/3,347)	10.3% (325/3,142)	R7.11月 確定					
	特定保健指導による特定保健指導対象者減少率(当年度保健指導対象ではなくなった者の数/前年度特定保健指導利用者数) ※法定報告値	目標値			35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%
		実績値	31.7%	32.7%	R7.11月 確定					

※法定報告値は令和7年11月確定

【令和5年度の評価】

保健指導実施率向上のための取組として、医療機関と連携し結果説明時に対象者に対して特定保健指導の利用勧奨チラシの配布を行った。また、特定保健指導の利用の意向が確認できない人に対し、郵送による再勧奨を行ったほか、郵送勧奨だけでなく検査結果を確認し、受診勧奨判定値を超える項目がある人に電話や訪問による勧奨も実施した。そうした取組から、令和5年度の特定保健指導の実施率は、前年度よりも増加した。令和6年度も、同様の取組を継続して実施している。

(4) 高血圧等ハイリスク者重症化予防事業

指標	評価指標		計画策定時		第3期計画期間					
			令和4年度	令和5年度	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
ストラクチャー (体制)	医療機関説明会開催回数	目標値			2回	2回	2回	2回	2回	2回
		実績値	2回	2回	2回					
プロセス (過程)	月ごとの対象者への介入実施状況の把握	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	100%	100%	R7.8月 確定					
アウトプット 指標 (実施量・率)	健康啓発の会議（地域健康づくり連絡会）等における自治会の参加率	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	—	93.8% (30/32)	87.5% (28/32)					
	健診実施機関によるⅠ度以上の高血圧該当者へのリーフレット配布を実施している医療機関の割合（対象者ヘリーフレットを配布している医療機関数/健診実施医療機関数）	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	—	100%	100%					
	介入対象者への指導実施率（郵送又は電話又は訪問による受診勧奨を実施した人数/健診でⅢ度の高血圧に該当した者の人数）	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	100%	100%	R7.8月 確定					
アウトカム 指標（成果）	Ⅰ度以上の高血圧に該当する者の割合（Ⅰ～Ⅲ度の高血圧に該当する者の割合/健診受診者数）	目標値			25.0%	24.0%	23.0%	22.0%	21.0%	20.0%
		実績値	25.7% (861/3,347)	25.7% (808/3,142)	R7.11月 確定					
	Ⅲ度高血圧で未受診・未治療・中断者のうち、介入後に医療機関受診（治療・経過観察）につながった割合（介入後に治療開始・経過観察となった者の数/健診でⅢ度高血圧に該当し、医療機関未受診・未治療・中断者）	目標値			65.0%	66.0%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%
		実績値	63.3% (19/30)	59.3% (16/27)	R7.8月 確定					

令和5年度 ハイリスク者重症化予防事業実施報告

(対象者数、対応状況)

(延べ人数)

項目 \ 対応方法	訪問	来庁	電話	特定保健指導	郵送受診勧奨	その他	レセプト確認のみ	計 (対象者)
血圧	27	1	4	3	0	2	2	39
腎機能	6	1	3	0	13	0	35	58
尿酸値	18	0	6	1	35	0	7	67
肝機能	1	0	0	0	0	0	2	3
心電図	7	0	3	0	0	0	49	59
計	59	2	16	4	48	2	95	226

※対応方法 ハイリスク基準値（岩手西北医師会と協議のうえ決定）に該当した全対象者のレセプト確認を行い、未受診者、未治療者、治療中断者、治療中であってもコントロール不良者に対して個別の対応を行った。令和3年度より、尿酸値においては基準値毎に対応方法を分け、郵送による受診勧奨も実施している。

※高血圧の分類

I 度高血圧：収縮期140～159mmHg かつ/または 拡張期90～99mmHg
 II 度高血圧：収縮期160～179mmHg かつ/または 拡張期100～109mmHg以上
 III 度高血圧：収縮期180mmHg以上 かつ/または 拡張期110mmHg以上

【令和5年度の評価】

自治会役員等を対象とした地域健康づくり連絡会において、市の健康課題である高血圧予防について周知を行った。また、令和5年度から健診医療機関と連携し、高血圧の注意喚起のチラシを作成し、結果説明の際に配布いただく取組を開始した。さらに、健診結果によりリスクの高い方に対して訪問指導等を行った。前年度と比べると、I 度以上の高血圧に該当する方の割合、III 度高血圧の方で介入後に治療に結びついた方の割合は横ばいの状況である。令和6年度も取組を継続して実施している。

(5) 糖尿病及び糖尿病性腎症重症化予防事業

指標	評価指標		計画策定時		第3期計画期間					
			令和4年度	令和5年度	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
ストラクチャー(体制)	医療機関説明会開催回数	目標値			2回	2回	2回	2回	2回	2回
		実績値	2回	2回	2回					
プロセス(過程)	月ごとの対象者への介入実施状況の把握	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	100%	100%	R7.8月 確定					
アウトプット指標(実施量・率)	介入対象者への指導実施率(郵送又は電話又は訪問による受診勧奨を実施した人数/介入対象者数)	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	100%	100%	R7.8月 確定					
	広報紙による糖尿病予防啓発回数	目標値			1回	1回	1回	1回	1回	1回
		実績値	1回	1回	1回					
アウトカム指標(成果)	介入支援対象者(未受診・未治療・中断者)のうち、介入後に医療機関受診(治療・経過観察)につながった割合(介入後に医療機関受診した人数/受診勧奨実施人数)	目標値			60.0%	62.0%	64.0%	66.0%	68.0%	70.0%
		実績値	59.3% (51/86)	67.2% (45/67)	R7.8月 確定					

令和５年度 糖尿病及び糖尿病性腎症重症化予防事業実施報告

(対象者数、対応状況)

項目 \ 対応方法	訪問 (治療中)	来庁	電話	特定保 健指導	郵送受 診勧奨	その他	小計 (対応者)	レセプ ト確認 のみ	合計 (対象者)
①HbA1c7.0以上	22 (16)	2	1	2	2	2	31	109	140
②HbA1c6.5～6.9 空腹時血糖126以上 随時血糖200以上	2 (1)	0	0	2	49	0	53	182	235
計	24	2	1	4	51	2	84	291	375

※HbA1c 『糖化ヘモグロビン』血液中の赤血球内のヘモグロビンに糖がくっついたもので、過去2か月程度の血糖の状態を調べることができる。

※対応方法 プログラムに基づき抽出した全対象者のレセプト確認を行い、未受診者、未治療者、治療中断者のほか、治療中であっても状況を確認して、①の対象者には原則として訪問や電話などによる受診勧奨と保健指導を実施し、②の対象者には主に郵送による受診勧奨を実施した。

【令和５年度の評価】

11月の糖尿病予防月間に合わせて、広報紙において糖尿病予防の啓発を行ったほか、家庭訪問を中心に受診勧奨を強化している。未受診・未治療・中断者のほか、治療中の方でも状況を確認しながら訪問指導を行っている。未受診・未治療・中断者の中で治療につながった人の割合も、前年度に比べて増加したことから、令和６年度も取組を継続している。

(6) 重複・頻回受診(・多剤服薬)訪問指導事業

指標	評価指標		計画策定時		第3期計画期間					
			令和4年度	令和5年度	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
ストラクチャー(体制)	薬剤師等との連携	目標値			有	有	有	有	有	有
		実績値	—	—	有					
プロセス(過程)	月ごとの対象者への介入実施状況の把握	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	100%	100%	R7.8月確定					
アウトプット指標(実施量・率)	介入対象者への指導実施率(指導実施者数/介入対象者数)	目標値			100%	100%	100%	100%	100%	100%
		実績値	100%	100%	R7.8月確定					
アウトカム指標(成果)	重複受診が改善した割合(指導後に、同一の疾患に対する受診医療機関数が1か所となった者の人数/指導者数)	目標値			70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
		実績値	40%(2/5)	37.5%(6/16)	R7.8月確定					
	頻回受診が改善した割合(指導後2か月間の通院日数の平均が15日未満になった者の人数/指導者数)	目標値			70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
		実績値	100%(4/4)	71.4%(5/7)	R7.8月確定					

【令和5年度の評価】

レセプトデータにより対象者の選定を行い、個別訪問指導を実施し、訪問から2か月以降のレセプトデータの確認で評価を実施している。訪問指導では受診状況について詳しく聞き取り、受診方法の見直しについて指導、提案を行っている。頻回受診については、自分自身の健康状態や受診状況を見直し、受診状況が改善した対象者が半数以上おり、自身の治療状況や服薬している薬について、訪問指導による説明で、治療への理解や安心に繋がったものと考えられる。以上のことから、令和6年度も取組を継続しているほか、令和7年度から実施予定の多剤服薬者への訪問指導について検討している。