

**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**

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5年度	令和6年度
目的	健康寿命の延伸	平均余命※1 (95%信頼区間※3)	男	81.8 (80.5～83.1)	— 県資料 R7年11月確定
			女	87.6 (86.3～88.8)	— 県資料 R7年11月確定
		平均自立期間※2 (95%信頼区間※3)	男	80.2 (78.9～81.4)	— 県資料 R7年11月確定
			女	83.9 (82.8～85.0)	— 県資料 R7年11月確定
	医療費の抑制	一人当たり医療費 の推移	男	432,089 円	— 県資料 R7年11月確定
			女	380,510 円	— 県資料 R7年11月確定
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）	9.7% 50/518 (令和4年 1～12月)	9.4% 53/561 (令和5年 1～12月)
			標準化死亡比 (国=100)	132.1 (平成30～ 令和4年)	135.0 (令和元年～ 令和5年)
			年齢調整死亡率 (10万対)	100.8 (平成30～ 令和4年)	96.3 (令和元年～ 令和5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5年度：R4年9月～R5 年8月 ※令和6年度：R5年9月～R6 年8月	総数	11人	11人
			うち糖尿病腎症	6人	5人
			うち腎硬化症	2人	5人
			うちその他	3人	0人
	特定健康診査受 診率の向上	特定健康診査受診率		46.5%	— 法定報告 R7年11月確定
	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		32.7%	— 法定報告 R7年11月確定
		特定保健指導実施率		41.8%	— 法定報告 R7年11月確定
		メタボリックシンドローム該当者割合		21.7%	— 法定報告 R7年11月確定
		メタボリックシンドローム予備群割合		12.4%	— 法定報告 R7年11月確定
	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%	24.6%
	健康的な生活習 慣の定着	HbA1c6.5%以上の者の割合		4.5%	— 法定報告 R7年11月確定

- ※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7年11月確定

【令和6年度の評価】

令和5年度に続き、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、50歳から54歳の女性（県平均より受診率が極めて低い年齢）で、前年度受診履歴がなく、過去2年間に受診歴のある者に訪問による受診案内を行った。令和6年度の受診率は、速報値ではあるが、前年の受診率を下回る見込みとなったことから、今後も、受診率向上の取組について検討し、実施していく。

(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%	100%					
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)	5.3% (36/ 677)					
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)	11.8% (109/ 925)					

【令和6年度の評価】

令和6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6年度の受診率は、前年度比で微減となり、取組を継続していく必要がある。

(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%	100%					
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)	※速報値 43.2% (156/361)					
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)	※速報値 10.8% (361/3,339)					
	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%	— 法定報告 R7年11月 確定					

※法定報告値は令和7年11月確定

【令和6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方に対し、郵送による再勧奨に加え、電話や訪問による勧奨を行ったことから、速報値ではあるが、令和6年度の特定保健指導の実施率は、前年度よりも増加の見込みである。今後も、保健指導実施率向上の取組を継続して実施していく。

(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%	100%					
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%	100%					
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)	24.6% (822/3,339)					
	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)	46.6% (14/30)					

令和6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	22	1	7	0	0	4	0	34
腎機能	11	0	0	0	27	0	45	83
尿酸値	30	1	5	0	20	5	11	72
肝機能	3	1	0	0	0	0	0	4
心電図	13	0	0	0	0	0	39	52
計	79	3	12	0	47	9	95	245

※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6年度の評価】

自治会役員や健康づくり支援者を対象とした地域健康づくり連絡会や市広報誌において、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、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いている。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。前年度に比べて、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、改善には至っていない状況であることから、今後も、高血圧予防への啓発方法を検討しながら、取組を継続して実施していく。

(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%	100%					
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%	100%					
	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)	60.2% (44/73)					

令和6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	35 (16)	4	9	2	0	1	51	126	177
②HbA1c6.5～6.9 空腹時血糖126以上 随時血糖200以上	3 (1)	0	0	0	46	2	51	179	230
計	38	4	9	2	46	3	102	305	407

※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6年度の評価】

11月の糖尿病予防月間に合わせ、広報にて糖尿病予防の記事を掲載したほか、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、治療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方は、増加傾向であるが、医療機関につながった方の割合が微減となったため、勧奨を郵送、訪問と段階的に行うなど、取組を強化していきたい。

(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%	100%				
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%	100%				
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)	76.9% (10/13)				
	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)	71.4% (5/7)				

【令和6年度の評価】

(重複・頻回受診) 訪問指導を実施し、訪問から2か月後以降のレセプトデータでの確認で評価をしている。訪問では受診状況や受診方法の見直しについて指導、提案を行う。重複・頻回受診いずれも、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いた。専門職による電話や訪問による説明で、治療への安心に繋がったものと考えられる。

(多剤服薬訪問指導) 令和7年度から実施している当該事業について、盛岡市薬剤師会との協議のもとで事前協議を数回実施し、実施に向けた市の方向性を協議することが出来た。

(6) 重複・頻回受診~~・多剤服薬~~訪問指導事業

ア 事業の目的

健康保持と疾病の早期回復、重篤化防止を目的として、訪問等により健康状態の確認及び保健指導を行い、ひいては医療費の適正化を図る。

イ 事業の対象者

① 重複受診者

3医療機関以上に1日以上受診した者のうち、複数の医療機関から重複処方が発生した薬効数が1以上の者で、同じ状況が3か月以上継続している者

② 頻回受診者

1か月における医療機関への通院日数の合計が合計15日以上で、3か月以上継続している者

③ 多剤服薬【令和7年度より事業開始】

~~令和6年度以降、実施を検討する。~~

2医療機関以上を受診した者のうち、処方された医薬品(15日以上)が7種類以上の者で、同じ状況が3か月以上継続している者

ウ 今後の目標値

指標	評価指標	計画策定時実績		目標値					
		令和3年度	令和4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
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)	66.7% (14/21)	40% (2/5)	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	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)	50% (2/4)	100% (4/4)	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
	多剤服薬が改善した割合(指導後に、処方された医薬品(15日以上)が7種類未満となった者の人数/指導者数) ※令和7年度より開始	—	—	—	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%
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)	—	—	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※ 太枠の令和8年度は中間評価、令和11年度は最終評価

エ 目標達成に向けた連携

① 薬剤師会等と連携

本事業では、薬効等の専門的な知見が必要であることから、薬剤師会等との連携を進める。

② 地域の健康づくり支援者と連携

健康啓発の会議等において、各自治会毎の事業状況や健康課題を共有し、自治会役員や保健推進員と連携し、地域全体での啓発活動により健康増進を図る。

③ 保健事業支援・評価委員会の助言を活用した保健事業の実施

必要に応じて、保健事業支援・評価委員会を活用し助言をいただく。

オ 事業の実施体制

① 庁内実施体制

健康づくり担当課

② 関係予算の確保

カ 実施方法

① 事業実施にかかる検討（４月）

事業対象者の、選定基準や介入方法を検討する。

② 対象者の抽出 ~~（毎月）~~

（重複頻回受診） K D B から、対象者の基準に当てはまる者を選定する。

（多剤服薬） K D B、レセプトデータから対象者の基準に当てはまる者を選定する。抽出した者から、服薬の改善が期待できる者について、薬剤師との協議のもと対象者の絞り込みを行う。

③ 日程調整

訪問指導前に通知文書を送付し、電話等による日程調整を行う。

④ 訪問指導の実施

⑤ 訪問結果を記録（訪問指導後随時）

⑥ 受診状況の確認（訪問指導後２か月後以降）

受診状況をレセプトにより確認し、必要に応じて、電話や訪問等で本人からの受診状況の聞き取りを行う。

（多剤服薬） 訪問後の再評価を薬剤師と共に行い、再訪問等の必要性を協議する。

キ 事業の評価

保険医代表等により構成される「運営協議会」において、毎年、事業内容を共有し、保年計画の目標値について評価を実施する。

① ストラクチャー 薬剤師等との連携

② プロセス 月ごとの対象者への介入実施状況の把握（目標：100%）

③ アウトプット 設定目標値による

④ アウトカム 設定目標値による