

議題2 第3期データヘルス計画中間評価（案）

取り組み番号	1	取り組み名称	特定健康診査未受診者への受診勧奨
--------	---	--------	------------------

取り組みの目的	年齢・性別・受診履歴等から分類した対象群毎の特性に応じた受診勧奨を実施することで、特定健診受診に対する意識を向上させ、受診率の向上を図る。						
対象者	当該年度の特定健診未受診者のうち、一定の勧奨効果を期待できる者（国民健康保険被保険者資格を有する40歳～74歳）						
現在までの事業結果	特定健診受診率： R2年度（24.4％） R3年度（27.3％） R4年度（28.3％） R5年度（28.3％）						
対応する目標	令和11年度までに特定健診受診率を38％以上とする。（目標1）						
目標を達成するための主な戦略	医療機関等の地域資源との連携、情報通信技術の活用 事業効果・効率の向上のための外部事業者の活用						
指標							
アウトカム	評価指標	特定健診受診率					
	目標	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
		33%	34%	35%	36%	37%	38%
	実績	29.7%	30.3%	—	—	—	—
	計画策定時実績（令和4年度）	28.3%					
	評価	B	B	—	—	—	—
指標							
アウトプット1	評価指標	未受診勧奨電話の実施率					
	目標	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%
	実績	100%	未実施	—	—	—	—
	計画策定時実績（令和4年度）	100%					
	評価	A	—	—	—	—	—
指標							
アウトプット2	評価指標	未受診通知（SMS含む）の送付率					
	目標	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%
	実績	100%	100%	—	—	—	—
	計画策定時実績（令和4年度）	100%					
	評価	A	A	—	—	—	—

実施方法（プロセス）

（１）受診勧奨通知

過去の特定健診データ等から、勧奨効果が高いと期待される対象者をグループ分けして選定、グループの特性に応じた内容の勧奨通知を委託事業者が作成し、送付する。

（２）SMS（ショートメッセージサービス）による勧奨

通知による勧奨の各セグメントの者から携帯電話番号のデータがあり、SMSによる勧奨効果が高い者を選定後、その特性に合わせたメッセージを作成、送付する。

（３）効果検証

上記（１）～（２）について 勧奨対象者の特定健診受診実績等から改善方法を検討する。

プロセスの変更について

令和６年度までは受診勧奨電話をしていたが、近年、特殊詐欺（オレオレ詐欺等）の被害が増加したことにより、受診勧奨電話に対するクレームや受電拒否が増加したため、令和７・８年度は受診勧奨通知・SMSによる勧奨のみとした。

実施体制（ストラクチャー）

（１）特定健診未受診者勧奨業務を実施する事業者への委託費用や通信運搬費等の確保。

（２）効果的な勧奨が可能な事業者の選定と事業の進行管理に必要な人員の確保。

（３）地域関係機関と連携し、課題の改善・解決を促進する、枠組みの構築。

１ 評価・効果検証

（１）アウトプット・アウトカムの評価

①アウトカムは、令和６年度・令和７年度ともに目標値を未達成、ベースラインを達成のためBとしました。

②アウトプットについては、ストラクチャー・プロセスに沿い、滞りなく実施し、令和６年度・令和７年度ともに100%であったのでAとしました。

(2) 効果検証

令和6年度までは本市担当者が勧奨対象者の選定を行ってきましたが、令和7年度からは受託事業者がA I等の科学的知見を活用し、未受診者の特性や健康意識に合わせて分類を行った上で、勧奨対象者を抽出し、効果的な勧奨を実施しました。

その結果、全体のアウトカム（受診勧奨後の受診率、以下アウトカム）は令和6年度より0.5%上昇しました。事業該当者の効果的な抽出が可能となり、受け取る側の行動変容につながる勧奨ができたと評価できます。

また、SMSによる勧奨のアウトカムは、令和6年度が平均5.7%で、令和7年度は15.6%となりました。効果的な実施方法であることから、次年度以降も同様に実施する予定です。

一方、連続受診者に対する通知のアウトカムは、令和6年度26.9%に対し、令和7年度は20.1%です。勧奨時期の影響が考えられるため、次年度は勧奨の時期の見直し、及び通知物の修正を、結果データに基づいて検討する必要があると考えられます。

2 課題と改善策

(1) 勧奨対象者

未受診者（未経験者）のアウトカムは上昇した一方で、連続受診者のアウトカムが低下しました。連続受診者への勧奨は「受診忘れの防止（リマインド）」の性質をもつことから、勧奨時期を後ろ倒しにする方向で見直し、最終的な受診率の向上を目指します。

(2) 勧奨時期

毎年、健診開始直後よりも、終了が近づく10月以降、特に受診期限間際に受診する方が多い傾向にあります。この時期は感染症流行等による医療機関の繁忙期と重なることから、医療機関によっては健診予約が取りにくい場合があります。このため、比較的医療機関が空いている時期の勧奨を継続して行い、受診時期の分散を図ります。

(3) 勧奨方法

通知物について、対象者の特性に応じた内容でナッジ理論を取り入れた通知物を作成する取組を継続し、受診の必要性及び毎年定期的に特定健診を受診する重要性を分かりやすく伝えることで、受診習慣の定着を目指します。また、前年度からデザインを刷新し、継続して通知を受け取る方にも関心を持って読んでもらえるよう工夫します。

3 今後の方向性

勧奨結果を踏まえ、勧奨対象者や時期、通知文表記について改善点があったため、改善・修正を行います。また、令和8年度は通院中未受診者分析（健診未受診者の通院状況）を実施し、未受診者勧奨の対象者選定に活用します。

取り組み番号	2	取り組み名称	人間ドック等健診結果の活用
--------	---	--------	---------------

取り組みの目的	人間ドックや事業者健診受診者にインセンティブを提供することで検査結果の提供を受ける。
対象者	特定健診対象者（40歳～74歳）
現在までの事業結果	人間ドック件数： R2年度（314件）R3年度（401件）R4年度（396件）R5年度（380件） 事業者健診件数： R2年度（98件）R3年度（92件）R4年度（86件）R5年度（68件）
対応する目標	令和11年度までに特定健診受診率を38%以上とする。（目標1）
目標を達成するための主な戦略	医療機関等の地域資源との連携

指標							
アウトカム1	評価指標	人間ドック結果の読み替え件数					
	目標	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
		500件					
	実績	369件	336件				
	計画策定時実績（令和4年度）	396件					
	評価	C	C				

指標							
アウトカム2	評価指標	事業者健診結果の読み替え件数					
	目標	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件					
	実績	56件	67件				
	計画策定時実績（令和4年度）	86件					
	評価	D	D				

指標							
アウトプット	評価指標	対象者への事業案内送付率					
	目標	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%					
	実績	100%	100%				
	計画策定時実績（令和4年度）	100%					
	評価	A	A				

実施方法（プロセス）

（１）人間ドックや事業者健診共通の実施方法

- ・ 特定健診受診券送付時に同封して、事業案内を全対象者に送付。
- ・ 窓口または郵送にて随時、結果提供を受ける。
- ・ 提供を受けた健診結果は、自庁システムに入力・管理。必要に応じて保健事業に展開する。
- ・ 人間ドック・事業者健診ともに、審査後にインセンティブを申請者に交付（概ね申請月の翌々月）。

（２）事業者健診

本市商工会議所と連携して事業者健診のインセンティブについての周知啓発を８月、３月に実施。

実施体制（ストラクチャー）

（１）事業案内、インセンティブに係る処理等に必要な費用の確保。

（２）申請書類の確認と健診結果の入力・管理等に必要な人員の確保。

１ 評価・効果検証

（１）アウトカム・アウトプットの評価

- ①アウトカムについては、人間ドックはベースラインを下回っているものの、対象者数の減少を踏まえると相対的に件数を維持できているためCとしました。事業者健診は対象者数の減少と比較して件数の減少が大きいためDとしました。
- ②アウトプットについては、人間ドック、事業者健診ともに送付率100%であったのでAとしました。

（２）効果検証

読み替え件数の減少は、国民健康保険被保険者数の減少に伴う特定健診の受診対象者数の減少による影響を受けていると考えられます。

項目別に推移を見ると、人間ドックは被保険者数の減少率を下回っており、対象者数減少の影響を最小限に留め、実質的には件数を維持できています。一方、事業者健診は、全体の件数が少ないため１件の増減が率に大きく反映されやすいものの、被保険者数の減少率を上回るペースで減少しています。

被保険者数と読み替え件数の指数推移（基準年＝100）

	被保険者数	人間ドック 読み替え件数	事業者健診 読み替え件数
R4	100	100	100
R5	93.3	96.0	79.1
R6	88.2	93.2	65.1
R7	83.1	84.8	77.9

(3) 周知方法について

事業の周知について、従来は、健康診査の案内冊子とは別に人間ドック、事業者健診の事業案内チラシを作成し受診券と同封していましたが、令和6年度からは情報の集約化を図り、案内冊子に本事業内容を掲載して送付しています。この集約化による周知・啓発効果については今後検証を進めます。他に、市ホームページ、市広報紙等で周知を行っています。また、市内の郵便局の協力を得て、郵便局内にポスターの掲示をしています。

2 課題と改善策

事業の認知不足や申請手続きの負担感等、申請に至らない要因を把握・分析し、事業の周知・啓発や利便性の向上を図ります。

3 今後の方向性

(1) 申請方法や周知・啓発の多様化

- ①人間ドック・事業者健診ともに令和8年度からe-kanagawaによる電子申請を開始しました。申請方法の多様化により、申請者が自身に合った方法で申請できるようになり、件数の増加が期待できると考えます。今後は、各種申請方法の利点や課題を精査し、その効果を検証します。
- ②人間ドックについて、令和8年度からは、JAよこすか葉山の協力により、JAで人間ドックを受診した方の申請をJAが取りまとめて市に提出する仕組みを導入しました。受診者の申請機会を確保する取組の1つとして位置付けています。事業者健診について、本市商工会議所の協力により、健診会場や健診案内チラシでの周知・啓発を継続します。このように、今後も関係機関との連携を進め、受診者が申請しやすい仕組みづくりを検討していきます。

(2) 対象の特性の把握

今後も、国民健康保険被保険者並びに特定健診の受診対象者の減少が見込まれます。このため、現時点での申請者の特性や、受診機関ごとの件数の分布を把握することで、本事業におけるより効果的な周知・啓発や、申請しやすさの向上など、運用の改善につなげていきます。

取り組み番号	3	取り組み名称	特定保健指導対象者への利用勧奨
--------	---	--------	-----------------

取り組みの目的	生活習慣病リスク者へ、特定保健指導の利用を促し、実施につなげることで生活習慣病のリスクの改善を図る。						
対象者	特定保健指導対象者						
現在までの事業結果	特定保健指導実施率： R2年度（9.0％）R3年度（9.1％）R4年度（9.5％）R5年度（13.4％）						
対応する目標	令和11年度までに特定保健指導実施率を20％以上とする（目標2）						
目標を達成するための 主な戦略	医療機関等の地域資源との連携、情報通信技術の活用 事業効果・効率の向上のための外部事業者の活用						
指標							
アウトカム	評価指標	特定保健指導実施率					
	目標	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
		15%	16%	17%	18%	19%	20%
	実績	9.7%		—	—	—	—
	計画策定時実績（令和4年度）	9.5%					
	評価	B		—	—	—	—
指標							
アウト プット1	評価指標	利用勧奨電話の実施率					
	目標	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%
	実績	100%	100%	—	—	—	—
	計画策定時実績（令和4年度）	100%					
	評価	A	A	—	—	—	—
指標							
アウト プット2	評価指標	利用勧奨通知の送付率					
	目標	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%
	実績	100%	100%	—	—	—	—
	計画策定時実績（令和4年度）	100%					
	評価	A	A	—	—	—	—

実施方法（プロセス）

（１）利用勧奨電話

- ・ 特定保健指導利用券送付の直後に架電を実施する。
- ・ 本市が委託事業者へ月次で勧奨対象者リストを提供し、リスト提供月の翌月に電話勧奨を完了する。
- ・ 本人と通話するまでは、基本的に土日含めて３回架電する。
- ・ 特定保健指導を利用する手段として直接対面、情報通信技術を活用した手段があることを説明する。

（２）利用勧奨通知

- ・ 特定保健指導利用券の有効期限となる月で、特定保健指導の利用が確認できない人に通知物による勧奨を実施する。
- ・ 本市から直接対象者に送付する。

（３）追加プロセス

- ・ 令和７年度から、横須賀市健診センターにおいて、特定保健指導対象者に対し、健診日当日の初回面接分割実施を開始した。
- ・ 併せて、健診日当日に初回面接の希望がなかった人や都合により実施できなかった人に対しては、本市保健師より特定保健指導の利用勧奨を実施する。

実施体制（ストラクチャー）

- （１）情報通信技術を活用できる事業者への委託費用や通信運搬費等の確保。
- （２）効果的な勧奨が可能な事業者の選定と事業の進行管理に必要な人員の確保。
- （３）地域関係機関と連携し、課題の改善・解決を促進する、枠組みの構築。

１ 評価・効果検証

（１）アウトカム・アウトプットの評価

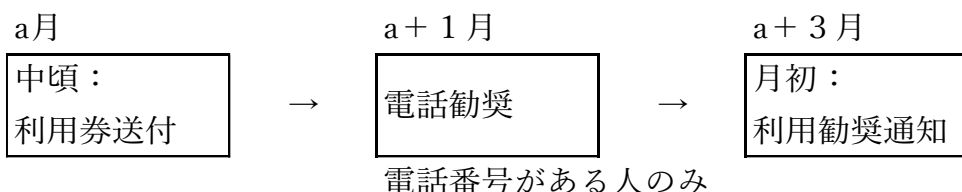
- ①アウトカムについては令和６年度はベースラインを超えているためBとしました。

（令和７年度は結果が出次第記載）

- ②アウトプット１及び２は、ストラクチャー・プロセスに沿い、滞りなく実施し、令和６年度、令和７年度ともに１００％であったのでAとしました。

（２）利用勧奨の効果検証

現在、利用券送付時の案内を含め、最大３回の利用勧奨を行っています。



①電話勧奨について

	R6	R7	合計
電話勧奨実施数（件）	1,094	1,089	2,183
本人への通電数（件）	558	482	1,040
本人への通電率	51.0%	44.3%	47.6%

本人への通電率は2年間で大きく低下しています。

②利用勧奨通知について

利用券の有効期限1か月前になっても特定保健指導の利用が確認できない人に通知を送付しています。

例）令和7年度



令和8年度から、デザインを刷新するとともに、内容も加筆・修正し、全体をブラッシュアップし作成しています。

③健診日当日の利用勧奨と初回面接分割実施の開始について

令和7年度から、横須賀市健診センターにおいて健診日当日の特定保健指導初回面接分割実施を開始しました。本市保健師が主体となって利用勧奨を行った結果、同年度の対象者33名のうち13名が本制度を利用しました。

また、当日の実施に至らなかった方に対しても、保健師が特定保健指導のメリット等を丁寧に説明したことで、新たに4名を健診センターの予約に繋げ、予約に至らなかった方に対しては後日の利用について働きかけを行いました。

2 課題と改善策

- (1) 現在、詐欺電話が増加している等の社会的な傾向が強まり、電話での本人へのアプローチが困難になってきています。電話勧奨に加え、新しい勧奨方法も模索する必要があります。
- (2) 電話番号がない人への勧奨は、電話番号がある人と比較し、勧奨回数が少ない状況にあります。代わりとなる通知を送る等、勧奨機会を増やしていくことを検討します。

3 今後の方向性

- (1) 各種チャネル（Webサイト、SNS、個別の通知物、電話等）の内容を引き続き検討していきます。特定保健指導の価値とメリットをより分かりやすく伝え、対象者が自ら特定保健指導を受けるための動機付けを促します。
- (2) 時間や場所の制約を受けないICT（情報通信技術）を積極的に活用した環境を維持します。

取り組み番号	4	取り組み名称	肥満対策
--------	---	--------	------

取り組みの目的	適正体重を維持し、肥満を予防することで生活習慣病発症リスクを低下させる。
対象者	特定健診受診者（40歳～74歳）
現在までの事業結果	メタボリックシンドローム該当率 R2年度（22.0％）R3年度（22.0％）R4年度（21.6％）R5年度（21.3％）
対応する目標	1人当たり医療費に占める生活習慣関連疾患の額を令和4年度実績の56,469円より減少させる。（目標3）
目標を達成するための主な戦略	医療機関等の地域資源との連携、情報通信技術の活用 事業効果・効率の向上のための外部事業者の活用

指標							
アウトカム	評価指標	メタボリックシンドローム該当率					
	目標	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
		21.5%	21.2%	20.9%	20.6%	20.3%	20.0%
	実績	21.5%		—	—	—	—
	計画策定時実績（令和4年度）	21.6%					
	評価	B		—	—	—	—

指標							
アウトプット1	評価指標	対象者への事業実施（特定健診受診者全数への啓発文書の送付）					
	目標	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%
	実績	100%	100%	—	—	—	—
	計画策定時実績（令和4年度）	100%					
	評価	A	A	—	—	—	—

指標							
アウトプット2	評価指標	対象者への事業実施（肥満ハイリスク者への啓発文書の送付）					
	目標	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%
	実績	100%	100%				
	計画策定時実績（令和4年度）						
	評価	A	A				

実施方法（プロセス）

特定健診受診者全数への啓発文書の送付

（１）啓発文書の作成

啓発文書の内容（運動や食事に関するアドバイス等）を検討し、作成・印刷を行う。

（２）啓発文書の送付

毎月送付する特定健診結果通知に啓発文書を同封する。

（３）実施方法の検討

本取り組みをより効果的にするため、対象者へのアプローチの方法や対象者を選定するなどについて選定を行う。

（４）実施内容の検討

アウトカムを達成するために、啓発文書の送付だけでなく、より効果的なアプローチの検討を行う。

肥満ハイリスク者への啓発文書の送付

（１）啓発文書の作成

肥満ハイリスク者へ向け、行動変容や運動習慣継続を促す内容などを記載した文書の作成・印刷を行う。

（２）啓発文書の送付

ヘルスケアデータ分析システム（○ページ参照）を活用し、肥満者の中で生活習慣病による入院リスク上位者を抽出し、年に１回啓発文書を送付する。

（３）実施内容の検討

実施上の課題等に基づき、啓発文書の内容や対象者抽出を検討する。

実施体制（ストラクチャー）

（１）啓発文書の作成や送付等に必要な費用の確保。

（２）啓発文書の作成や取り組みのさらなる効果が期待できるアプローチの検討に必要な人員の確保。

（３）関係部署・地域関係機関と連携し、課題の改善・解決を促進する、枠組みの構築。

1 評価・効果検証

- (1) アウトカムについては令和6年度・令和7年度ともに目標値、ベースラインを達成のためBとしました。
- (2) アウトプットは、ストラクチャー・プロセスに沿い、滞りなく実施し、令和6年度、令和7年度ともに100%であったのでAとしました。

2 課題と改善策

- (1) ポピュレーションアプローチとして全件への情報提供は貴重な機会であるものの、対象者の健康行動変容への意欲向上が課題となります。
- (2) 肥満ハイリスク者への情報提供を行う中で、対象者がより自分事として捉え、問題意識を持てるように文書内容を工夫する必要があります。

3 今後の方向性

- (1) 通知内容、通知対象者の検討を継続していきます。

取り組み番号	5	取り組み名称	受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨
--------	---	--------	----------------------

取り組みの目的	受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨を行い、受診につなげることで、重症化を予防する。						
対象者	特定健診の結果から血糖、血圧、脂質のいずれかのリスクがあると考えられる人のうち、医療機関への受診がない人（40～74歳）						
現在までの事業結果	医療機関受診率: R2年度（28.1%）R3年度（38.4%）R4年度（26.6%） R5年度（28.6%）						
対応する目標	1人当たり医療費に占める生活習慣関連疾患の額を令和4年度実績の56,469円より減少させる。（目標3）						
目標を達成するための主な戦略	医療機関等の地域資源との連携						
指標	受診勧奨実施者の医療機関受診率						
アウトカム	評価指標						
	目標	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
		38.5%	38.5%	38.5%	38.5%	38.5%	38.5%
	実績	32.6%	18.6%				
	計画策定時実績（※令和3年度）	38.4%					
	評価	D	D				
指標	対象者に対する勧奨通知送付率						
アウト プット1	評価指標						
	目標	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%					
	実績	100%	100%				
	計画策定時実績（※令和3年度）	100%					
	評価	A	A				

※本取り組みは複数年度に渡り事業を展開するため、計画策定時の最新となる令和3年度実績を記載。

実施方法（プロセス）

(1) 受診勧奨判定値を超えている者への通知の送付

毎月、特定健診結果から、通知勧奨基準に該当する者を抽出。医療機関への受診を促す通知を送付。

(2) 電話勧奨の実施

電話勧奨基準に該当する者は、保健師が電話や訪問等での受診勧奨を実施。

(3) 受診の有無の確認と再通知の送付。

レセプトにより、医療機関への受診の有無を確認。受診が確認できない者に対して、再度医療機関への受診を促す通知を送付。

	①勧奨通知送付対象者	②勧奨電話対象者
	（基準に該当する全ての者）	（左記①の対象から抽出）
血圧	収縮期160mmHg 以上、 又は拡張期100mmHg 以上	収縮期180mmHg 以上、 又は拡張期110mmHg 以上
血糖	空腹時血糖126mg/dl 以上、 又はHbA1c6.5%以上	HbA1c8.0%以上
脂質	空腹時又は随時中性脂肪 500mg/dl 以上	空腹時又は随時中性脂肪 中性脂肪1,000mg/dl 以上

(令和7年度からの変更点)

令和6年度までは、月次で対象者を抽出していたが、令和7年度から年次で対象者を抽出するスキームに変更した。

実施体制（ストラクチャー）

(1) 印刷製本費や通信運搬費等の確保。

(2) 対象者の抽出や通知の送付事務等、事業の進行管理に必要な人員の確保。

(3) 勧奨対象者の選定基準について、医師会等の関係機関と連携。

1 評価・効果検証

令和7年度からの年次抽出へのスキーム変更に伴い、健診後速やかに自発的な受診が見込める層が抽出の段階で除外されたことにより、受診勧奨の対象が「受診勧奨を必要とする未受診者」へ絞り込まれたため、表面上は受診率低下したと考えています。また、現行の目標値（38.5%）の妥当性について、再検討を行う予定です。

2 課題と改善策

対象者の抽出方法を変更しているため、対象者抽出方法について評価をする必要があると考えています。

3 今後の方向性

通知内容については、今後も必要時見直していく。

ヘルスケアデータ分析システムの活用も検討していく。

取り組み番号	6	取り組み名称	糖尿病性腎症重症化予防
--------	---	--------	-------------

取り組みの目的	糖尿病患者に対してかかりつけ医と連携しながら、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施して、患者が自分で体調管理できるようなることでQOLの維持・向上を図るとともに、人工透析への移行や糖尿病性腎症の重症化を抑制する。
対象者	糖尿病治療中で、特定健診の結果から腎機能の低下が認められる者のうち本プログラムを初めて利用する者
現在までの事業結果	プログラム終了時のHbA1c値維持・改善者割合 R 2 年度（66.7％） R 3 年度（55.6％） R 4 年度（83.3％） R 5 年度（100％）
対応する目標	1人当たり医療費に占める生活習慣関連疾患の額を令和4年度実績の56,469円より減少させる。（目標3） 第3期データヘルス計画期間内の、新規人工透析導入者数の年間平均を、平成30年度～令和4年度平均の48.6人より減少させる。（目標4）
目標を達成するための 主な戦略	医療機関等の地域資源との連携、情報通信技術の活用 事業効果・効率の向上のための外部事業者の活用

指標							
アウトカム	評価指標	プログラム終了時のHbA1c値維持・改善者割合					
	目標	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
		70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	70%以上
	実績	50.0%	52.6%				
	計画策定時実績（令和4年度）	83.3%					
	評価	D	D				
指標							
アウトプット	評価指標	対象者への事業案内発送率					
	目標	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%
	実績	100%	100%				
	計画策定時実績（令和4年度）	100%					
	評価	A	A				

実施方法（プロセス）

(1) 対象者の選定 ・ヘルスケアデータ分析システムを活用して本市が対象者を選定し、委託事業者に対象者リストを提供。 (2) 医療機関への協力依頼 ・対象者が糖尿病治療で通院の可能性がある市内医療機関への協力依頼を実施。 (3) プログラムの実施 ・委託事業者は対象者リストに基づきプログラム案内を送付し、電話勧奨を実施。電話勧奨時に、プログラム参加の希望がない者については、電話による保健指導を実施する。 ・プログラム参加に係る本人の同意及びかかりつけ医の指示を得た後、プログラムを開始する。 ・プログラム参加者に保健指導を実施する。 ・委託事業者は月1回程度の生活習慣改善のための指導を実施して、支援毎に本市とかかりつけ医に報告書を提出する。 ・令和7年度からはPHRを活用した保健指導[※]を実施している。 ※PHRを活用した保健指導： 対象者に対し、特定健診の結果などに加えて、対象者が自ら日々測定し電子データとして記録する血圧、心拍数、体重、食事、運動等の健康状態などに関するデータ（PHR（パーソナルヘルスレコード）データ）を活用して、必要に応じてかかりつけ医等と連携した保健指導。

実施体制（ストラクチャー）

(1) 効果的なプログラムを提供できる事業者への委託費用や通信運搬費等の確保。 (2) 効果的な勧奨が可能な事業者の選定と事業の進行管理に必要な人員の確保。 (3) 地域医療機関等と連携し、課題の改善・解決を促進する、枠組みの構築。

1 評価・効果検証

(1) アウトプット・アウトカムの評価 ①アウトカム指標については、目標値およびベースラインを下回ったため、評価を「D」としました。プログラム参加者数が少数であるため、わずかな増減が達成率に大きく影響し、指標としての安定性に欠ける側面があります。令和7年度は抽出方法の見直しと事業案内を工夫したことにより、参加者数が増加しました。引き続き、適切なアウトカムの把握と並行して、より安定した評価が可能な参加者数を確保し、事業を実施していきます。 ②アウトプットは、ストラクチャー・プロセスに沿って100%実施したため、評価は「A」としました。
--

(2) 評価方法

本事業は、プログラム終了時にHbA1cの数値があり、その数値がプログラム前と比較し、維持・改善されている対象者の割合を算出しています。

プログラム終了時のHbA1c値維持・改善者割合

実施年度	対象者	利用者	途中辞退	修了者	HbA1c値維持・改善者
令和4年度	99人	12人	0人	12人	10/12人
令和5年度	108人	13人	0人	13人	13/13人
令和6年度	99人	4人	0人	4人	2/4人
令和7年度	300人	20人	1人	19人	10/19人

(3) 抽出基準・抽出方法の変更

令和6年度までは特定健診結果でCKDステージG3aに該当し、糖尿病又は糖尿病性腎症で、尿たんぱく（±）以上、または、CKDステージG3bに該当し、糖尿病又は糖尿病性腎症の方を対象としていましたが、ヘルスケアデータ分析システムを活用した以下の抽出基準、抽出方法に変更しました。

令和7年度からの抽出基準・抽出方法

特定健診受診者のうち、その治療のために横須賀市医師会の医療機関に通院している、かつ、別表の保健指導Ⅱ・Ⅲ対象者の中からヘルスケアデータ分析システムを活用し将来重症化が予測される対象者をリスクの高い順に選定することにしました。

〔別表〕

糖尿病受診中の者（人）※1

		腎機能												腎機能 血圧区分 判定不可 ※3	総計
		eGFR<45または尿蛋白(+)以上				45≦eGFR<60または尿蛋白(=)				60≦eGFRかつ尿蛋白(-)					
		血圧区分※2													
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	合計	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	合計	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	合計		
H b A 1 c (%)	8.0以上	26	2	4	32	30	1	7	38	47	9	27	83	0	153
	7.0～7.9	65	5	8	78	82	10	35	127	200	21	81	302	0	507
	6.5～6.9	70	1	4	75	117	8	59	164	247	25	93	365	0	604
	6.5未満	267	11	31	309	554	40	145	740	1083	84	412	1,579	2	2,630
	合計	428	19	47	494	783	59	227	1,069	1,577	139	613	2,329	2	3,894

糖尿病受診中の場合にはHbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく保健指導とする。

X	保健指導Ⅰ	3,124人
X	保健指導Ⅱ	776人
X	保健指導Ⅲ	73人

※1 糖尿病受診中の者：出力対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者。糖尿病未受診者：出力対象年度に2型糖尿病の受診実績が無い者。
※2 血圧区分の「受診中」：出力対象年度に高血圧症の受診実績がある者。「血圧高値受診なし」：140mmHg≦収縮期血圧または90mmHg≦拡張期血圧に該当し、出力対象年度に高血圧症の受診実績が無い者。
「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定(140mmHg≦収縮期血圧または90mmHg≦拡張期血圧)が可能な者も含む。
※3 腎機能 血圧区分判定不可：HbA1c測定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値が無く、腎機能、血圧区分のいずれかの判定ができない者。eGFRの測定値が無い場合は暫定的に「異常なし」と分類。

2 課題と改善策

多くの市民へ糖尿病性腎症重症化予防について周知し、希望者へは自分自身で管理を持続するための保健指導が必要である。そのため、対象者への案内は、正しい糖尿病についての情報を伝え、参加者により良い保健指導を提供できるよう、事業者選定とその後の連携を丁寧に実施する必要がある。

3 今後の方向性

- (1) PHRを活用した保健指導の介入により、行動変容および継続的な自己管理が可能となるように、PHRに必要な機器の連携と本人が活用できる環境づくり支援が可能な事業者選定を行います。
- (2) 対象者の事情や希望により、PHRを活用しない場合は、委託業者と本市が協議のうえPHRを活用しない保健指導プログラムも実施します。
- (3) プログラム終了時のHbA1c値の維持・改善につながる保健指導について事業評価を毎年行い、プログラムのブラッシュアップに努めます。

上記方向性を踏まえ、「PHRを活用した保健指導を完走できた者の割合」をアウトプットとして掲載することを検討したいと考えています。

取り組み番号	7	取り組み名称	CKD病診連携システム
--------	---	--------	-------------

取り組みの目的	特定健診の結果で腎リスクのある者を腎臓専門医に紹介することにより、CKD※進行予防及び新規人工透析導入者数の抑制を図る。また同時に受診者のQOLの維持・向上、医療費の抑制を目的とする。 ※ CKD：Chronic Kidney Disease(慢性腎臓病)
対象者	特定健診の結果で腎リスクのある者
現在までの事業結果	精密検査実施率：R2年度（56％）R3年度（50.6％）R4年度（51.3％）R5年度（48％）
対応する目標	1人当たり医療費に占める生活習慣関連疾患の額を令和4年度実績の56,469円より減少させる。（目標3） 第3期データヘルス計画期間内の新規人工透析導入者数の年間平均を平成30年度～令和4年度平均の48.6人より減少させる。（目標4）
目標を達成するための主な戦略	医療機関等の地域資源との連携

指標							
アウトカム	評価指標	精密検査実施率					
	目標	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
		51.5%	51.7%	51.9%	52.1%	52.3%	52.5%
	実績	51.0%		—	—	—	—
	計画策定時実績（令和4年度）	51.3%					
	評価	C		—	—	—	—
指標							
アウトプット1	評価指標	紹介基準該当者の紹介率					
	目標	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%
	実績	100%	100%	—	—	—	—
	計画策定時実績（令和4年度）	100%					
	評価	A	A	—	—	—	—

実施方法（プロセス）

（１）腎臓専門医への紹介における実施方法

- ・ 特定健診時に、特定健診実施機関にて腎臓専門医への紹介基準に該当するか判定する。
- ・ 基準該当者に特定健診実施機関から腎臓専門医療機関への受診をするよう指導し、診療情報提供書、精密検査連絡票等の必要書類を渡す。基準該当者は腎臓専門医に受診する。
- ・ 腎臓専門医は、精密検査実施後にその結果を精密検査連絡票に記入して本市に提出。本市はその精密検査連絡票を特定健診実施機関に送付する。

（２）CKD病診連携システムの運営に必要な情報共有の実施方法

CKD病診連携システムは、特定健診実施機関、腎臓専門医、本市との連携が必要不可欠な事業であるため、３者の連携を深めて現状と課題を共有することを目的に「情報共有の場」を年に１回、開催する。

実施体制（ストラクチャー）

（１）診療情報提供書や精密検査連絡票の作成や送付等に必要な費用の確保。

（２）事業の進行管理や各事務作業に必要な人員の確保。

（３）特定健診実施機関、腎臓専門医、本市と連携し、課題の改善・解決を促進する枠組みの構築。

１ 評価・効果検証

（１）アウトプット・アウトカムの評価

- ①アウトカムについては令和６年度（・令和７年度:未確定）目標値、ベースラインを維持しているためCとしました。

ア 精密検査実施率は、ベースとなる令和４年度から横ばいで経過しています。

イ 例年10月頃に、精密検査未受診者の一部に、受診を促す通知を発送しています。

ウ 令和７年度CKD病診連携システム紹介基準の変更に伴い、軽症者の紹介される人数が増加したこと、毎年紹介される人が継続受診行動することが難しいこと等が、精密検査受診率の向上を妨げている要因として考えられます（令和７年度結果はR8.9月頃判明予定）。

- ②アウトプットは、ストラクチャー・プロセスに沿い、滞りなく実施し、令和６年度、令和７年度ともに100%であったのでAとしました。

（２）効果検証

①精密検査の受診率の評価方法

本事業は、特定健診を受診後、紹介基準該当者が精密検査実施医療機関（腎専門医）に受診したかの有無で評価します。

②評価対象者の医療機関への受診率

	R4	R5	R6	R7
紹介基準該当者	742	658	673	R8.9月頃 判明予定
精密検査結果受理件数	382	316	343	
精密検査実施率	51.5%	48.0%	51.0%	

③令和7年度CKD病診連携システム紹介基準の変更

尿蛋白（+）以上の場合、重症度分類の重症度にかかわらず紹介。

紹介基準の血圧・血糖の条件を廃止し、新たに「血尿（+）」を条件として設定。

紹介基準

（日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」より引用・一部改変）

変更前

		蛋白尿区分		A1	A2	A3
				正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		尿蛋白定性		(-)	(+)	(+～)
GFR 区分 (ml/分 /1.73m ²)	G1	正常 または高値	≥90			☐ ※Ⅱに該当なら紹介
	G2	正常または 軽度低下	60～89			☐ ※Ⅱに該当なら紹介
	G3a	軽度～ 中等度低下	45～59		☐ ※Ⅱに該当なら紹介	☐ ※Ⅱに該当なら紹介
	G3b	中等度～ 高度低下	30～44	☐ 紹介	☐ 紹介	☐ 紹介
	G4	高度低下	15～29	☐ 紹介	☐ 紹介	☐ 紹介
	G5	高度低下～末 期腎不全	<15	☐ 紹介	☐ 紹介	☐ 紹介

☐ その他 腎形態異常(囊胞腎など)

※Ⅱ G1～G3a は、①又は②に該当したら紹介してください。

① 血糖 空腹時血糖126mg/dl以上、又はHbA1c6.5%以上

② 血圧 収縮期140mmHg以上、又は拡張期90mmHg以上



紹介基準

（日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」より引用・一部改変）

変更後

		蛋白尿区分		A1	A2	A3
				正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		尿蛋白定性		(-)	(+)	(+～)
GFR 区分 (ml/分 /1.73m ²)	G1	正常 または高値	≥90		☐ 血尿+なら紹介	☐ 紹介
	G2	正常または 軽度低下	60～89.9		☐ 血尿+なら紹介	☐ 紹介
	G3a	軽度～ 中等度低下	45～59.9	☐ 血尿+なら紹介	☐ 血尿+なら紹介	☐ 紹介
	G3b	中等度～ 高度低下	30～44.9	☐ 紹介	☐ 紹介	☐ 紹介
	G4	高度低下	15～29.9	☐ 紹介	☐ 紹介	☐ 紹介
	G5	高度低下～末 期腎不全	<15	☐ 紹介	☐ 紹介	☐ 紹介

☐ その他 腎形態異常(囊胞腎など)

④令和 7 年度CKD病診連携システム紹介基準の変更前後の受診率の変化

令和 6 年度までの紹介基準を用いた受診率

	R6	R7
紹介基準該当者	673	R8.9月頃 判明予定
精密検査結果受理件数	343	
精密検査実施率	51.0%	

2 課題と改善策

- (1) 軽症者や毎年紹介される人の受診行動を促すことが必要。
- (2) 受診行動をより促すような周知・啓発方法の改善を図る。

3 今後の方向性

令和 7 年度の未受診者を対象に、令和 8 年度に精密検査未受診者を対象にアンケートを実施しています。実施結果を基に、基準該当者が受診行動につながるような周知・啓発方法について検討を続けてまいります。

取り組み番号	8	取り組み名称	ジェネリック医薬品差額通知の送付
--------	---	--------	------------------

取り組みの目的	ジェネリック医薬品へ切り替えを促す通知を送付することで、対象者の医薬品に係る費用を知る契機となるとともに、ジェネリック医薬品の切り替えが進むことで医療費適正化を図る。
対象者	ジェネリック医薬品のある先発医薬品を処方されている人（0歳～74歳）
現在までの事業結果	数量ベースで見た後発医薬品の使用割合 R2年度（78.5%） R3年度（78.1%） R4年度（80.4%） R5年度（81.5%）
対応する目標	令和11年度までに、数量ベースで見た後発医薬品の使用割合を、81.1%以上とする。（目標5）
目標を達成するための主な戦略	医療機関等の地域資源との連携 事業効果・効率の向上のための外部事業者の活用

指標							
アウトカム	評価指標	数量ベースでの後発医薬品の使用割合					
	目標	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
		80.6%	80.7%	80.8%	80.9%	81.0%	81.1%
	実績	88.3%	89.4%				
	計画策定時実績（令和4年度）	80.4%					
	評価	A	A				
指標							
アウトプット1	評価指標	差額通知の発送回数（回／年）					
	目標	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
		3回	3回	3回	3回	3回	3回
	実績	2回	3回				
	計画策定時実績（令和4年度）	3回					
	評価	D	A				

実施方法（プロセス）

（１）通知の作成

先発医薬品からジェネリック医薬品へ切り替えることで軽減される金額が記載された差額通知の作成を国民健康保険団体連合会へ委託。

（２）通知の送付

本市に通知を納入後、本市から対象者へ送付を行う。差額通知の送付は７月初旬、１１月初旬、３月初旬の年３回行う。

（３）効果検証

数量ベースでの後発医薬品使用割合や、性・年齢階層別の差額通知送付効果を分析し、必要に応じて年間発 送回数を見直しや対象薬効の拡大、新規事業への展開等を検討する。

実施体制（ストラクチャー）

（１）委託費用や通信運搬費の確保。

（２）差額通知作成の委託や送付等に係る事務、事業全体の進行管理に必要な人員の確保。

（３）薬剤師会等の地域関係機関と連携し、課題の改善・解決を促進する枠組みの構築。

１ 評価・効果検証

- ①アウトカムについては、令和６年度、令和７年度ともに目標値を達成したため、評価をＡとしました。
- ②アウトプットについては、令和６年度は目標値及びベースラインの値をいずれも達成出来なかったため評価をＤとし、令和７年度は目標値を達成したため評価をＡとしました。
- ③令和６年度は、アウトプット（差額通知の発送回数）が目標値及びベースラインの値を下回りましたが、アウトカムについては目標値及びベースラインの値を上回っていることから、アウトプットが達成出来なかったことによる後発医薬品の使用割合への影響は小さかったと考えられます。

２ 課題と改善策

本取り組みの目標である「令和 11 年度までに、数量ベースで見た後発医薬品の使用割合を、81.1%以上とする。（目標５）」については、差額通知の送付等の効果により、現時点で目標値を上回って推移しています。

３ 今後の方向性

現状、後発医薬品の使用割合が目標を大きく上回って推移していることから、後発医薬品が広く定着していると考えられます。

今後は、更なる後発医薬品の使用割合向上のため、国や神奈川県の方針を注視し、「対応する目標」について変更も含めた検討を行っていきます。

さらに、「ジェネリック医薬品推奨薬局制度」によるジェネリック医薬品の普及啓発。横須賀市薬剤師会が実施する医薬品（残薬）を有効活用する活動への支援。また、地域フォーミュラリ※を推進することで、さらなる医療費適正化を目指します。

※地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用指針

新規追加（案）

取り組み番号	9	取り組み名称	予測モデルによる生活習慣病入院リスク者への支援
--------	---	--------	-------------------------

取り組みの目的	特定健診受診者のうち、将来的に生活習慣病により入院する可能性が高く、既存の保健事業の対象にならない者のうち、将来的な医療費の削減効果が高いと見込まれる者へ保健指導を行い、対象者の健康度を向上させるとともに将来的な医療費を軽減させる。
対象者	現在、糖尿病未発症者で将来生活習慣病による入院の可能性が高い者かつ 「特定保健指導」「受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨」「糖尿病性腎症重症化予防」の対象にならない者かつ 将来、生活習慣病の発症を防ぐことにより大きな医療費削減が見込める者 (ヘルスケアデータ分析システムを活用して算出)
現在までの事業結果	令和7年度から事業 開始 医療費削減効果：R7年度実施分の効果はR9年度 8 月頃算出予定 プログラムの完走率：95%
対応する目標	1 人当たり医療費に占める生活習慣関連疾患の額を令和 4 年度実績の56,469円より減少させる。（目標 3）
目標を達成するための 主な戦略	情報通信技術の活用 事業効果・効率の向上のための外部事業者の活用

指標							
(案) アウトカム	評価指標	プログラム参加者の将来の医療費総額に対する削減見込みの割合					
	目標	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
				50%	50%	50%	50%
	実績		算出中				
	計画策定時実績（令和 4 年度）	実績なし					
	評価		E				

指標							
(案) アウトプット 1	評価指標	プログラム完走率					
	目標	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
				95%	95%	95%	95%
	実績		95%				
	計画策定時実績（令和 4 年度）	実績なし					
	評価		E				

指標							
(案) アウトプット 2	評価指標	対象者への参加勧奨および生活習慣改善のための啓発文書送付率					
	目標	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%
	実績		100%				
	計画策定時実績（令和4年度）	実績なし					
	評価		E				

実施方法（プロセス）

（１）医療機関への協力依頼

- ・横須賀市医師会への協力依頼を実施。

（２）対象者の選定

- ・本市がヘルスケアデータ分析システムを活用して対象者を選定し、委託事業者に対象者リストを提供。
- ・対象者リストに基づきプログラム案内を送付し、電話勧奨を実施。電話勧奨時にプログラムに参加希望がない者については、電話による保健指導を実施。

（３）参加者の決定とプログラムの実施

- ・委託事業者は、プログラム参加者に対し、PHRを活用した保健指導を実施。

（４）効果検証

- ・事業実施後の効果検証により、次年度の対象者選定や事業の実施方法等さらなる改善を検討する。

実施体制（ストラクチャー）

（１）ヘルスケアデータ分析システムを活用した医療費削減が見込める対象者の抽出

（２）効果的なプログラムを提供できる事業者への委託費用の確保。

（３）効果的な勧奨やPHRを活用した保健指導が可能な事業者の選定と事業の進行管理に必要な人員の確保。

背景

「（課題３）１人当たり医療費の適正化」の達成につなげるために、将来的に生活習慣病により入院するリスクが高く、既存の保健事業の対象にならない者に保健指導を実施することで、将来の生活習慣病による入院リスクを低下させ、対象者の健康度を向上させるとともに長期的な観点から医療費を抑制する。

新規事業の内容

(1) 対象者の選定

以下の条件全てを満たす者を選定し、委託事業者に対象者リストを提供する。

- ・ 現在、糖尿病を発症していない者かつ将来生活習慣病発症によって入院する可能性が高い者
- ・ 本市の保健事業（特定保健指導、受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨、糖尿病性腎症重症化予防）の対象にならない者
- ・ 将来、生活習慣病の発症を防ぐことにより大きな医療費削減が見込めるもの

(2) プログラムの実施

- ・ 委託事業者は対象者リストに基づきプログラム案内を送付。
- ・ 電話勧奨を実施し、プログラム参加者を決定する。電話勧奨時にプログラム参加の希望がない者については、電話による保健指導を実施する。
- ・ 委託事業者は、プログラム参加者にPHRを活用した運動及び栄養の遠隔保健指導プログラムを提供する。
- ・ PHRの活用にあたっては、参加者がスマートウォッチ等で歩数等の健康データを測定し、スマートフォンアプリと自動連携して記録することを基本とする。
- ・ 参加者が自身の生活を振り返り認識するとともに、支援者もデータを把握することで対象者の個別性に合わせた伴走型の支援を提供する。
- ・ 参加者の多様な生活スタイルに合わせるため、遠隔での保健指導を想定している。
- ・ 委託事業者は月1回程度の生活習慣改善のための指導を実施して、支援毎に本市に報告書を提出する。

ヘルスケアデータ分析システムの活用について

ヘルスケアデータ分析システムとは、本市のデジタルガバメント推進室が推進する取組であり、医療、介護、健診データを個人単位で連結し、委託事業者のAIを活用したビッグデータ解析に基づいて事業目的に即した対象者を抽出するのに構築されたシステムである。

本事業では、このヘルスケアデータ分析システムに、「1年以内に生活習慣病で入院する確率」と「入院後5年間にかかる医療費見込み」を付与し、本事業の対象者を抽出している。本事業は、令和7年度の国民健康保険保険者努力支援交付金の市町村国保ヘルスアップ事業において、先進的かつ効果的なモデル事業として認められた。