第３期藤沢市国民健康保険保健事業実施計画
（藤沢市データヘルス計画）及び
第４期藤沢市特定健康診査等実施計画
中間評価

（素案）

２０２７年（令和９年）３月
藤沢市

目次

１　趣旨 P1

２　第３期藤沢市国民健康保険保健事業実施計画（藤沢市データヘルス計画）及び第４期藤沢市特定健康診査等実施計画の概要及び体系図 P1

３　藤沢市国民健康保険の概況と健康・医療情報の分析 P4

（１）藤沢市の人口構成と推移 P4
（２）藤沢市国民健康保険被保険者の状況 P4
（３）分析結果のまとめ及び健康課題 P11

４　中間評価の方法 P12

５　現行計画における中間評価 P13

（１）各保健事業の評価指標 P13
（２）個別事業評価 P14

事業番号 A-① こくほ特定健康診査・ヘルスチェック未受診者対策事業 P14
事業番号 A-② 特定保健指導利用勧奨事業 P16
事業番号 A-③ 生活習慣病重症化予防 P18
事業番号 A-④ 糖尿病性腎症重症化予防 P20
事業番号 B-⑤ 適正受診・適正服薬促進事業 P22
事業番号 B-⑥ 後発医薬品使用促進通知事業 P23

６　今後の方向性と最終評価 P24

（１）計画後半の保健事業実施体制 P24
（２）今後のスケジュール P24
（３）最終評価に向けて P25

１　趣旨

本市では、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、「藤沢市特定健康診査等実施計画」（平成 20 年度～平成 24 年度）及び「第２期藤沢市特定健康診査等実施計画」（平成 25 年度～平成 29 年度）を策定し、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した特定健康診査及び特定保健指導を実施してきました。

また、「日本再興戦略」（平成 25 年６月 14 日閣議決定）を踏まえ、平成 26 年４月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が改正されたことを受け、「藤沢市国民健康保険保健事業実施計画（藤沢市データヘルス計画）」を策定し、保健事業を実施してきました。

平成 30 年度からは、「第２期藤沢市国民健康保険保健事業実施計画（藤沢市データヘルス計画）・第３期藤沢市特定健康診査等実施計画」（平成 30 年度～令和５年度）として、令和６年３月には、「第３期藤沢市国民健康保険保健事業実施計画（藤沢市データヘルス計画）及び第４期藤沢市特定健康診査等実施計画」（以下、「本計画」という。）として、それぞれ一体的に策定し、健康・医療情報の分析結果に基づく健康課題に応じた保健事業を推進しています。

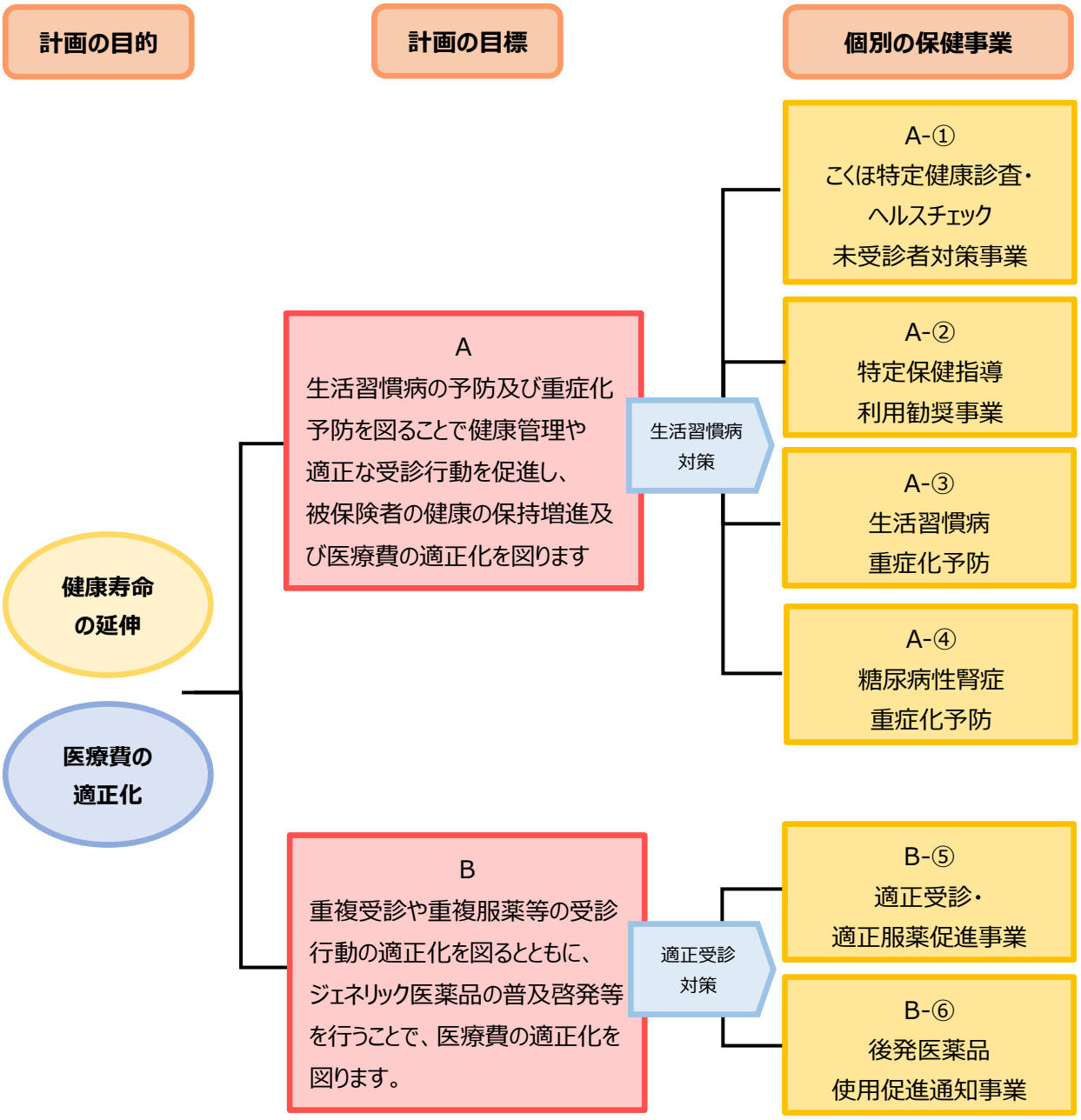
令和８年度は、本計画の中間年に当たることから、これまで実施してきた保健事業の取組状況や成果を検証し、ＰＤＣＡサイクルに基づく評価・見直しを行うことを目的として中間評価を実施するものです。

２　第３期藤沢市国民健康保険保健事業実施計画（藤沢市データヘルス計画）及び第４期藤沢市特定健康診査等実施計画の概要及び体系図

本計画では、「健康寿命の延伸」と「医療費の適正化」を目的とし、被保険者の健康の保持増進を図り、生活習慣病などに係る医療費の増大を抑制するとともに、適正な医療受診を促進しています。また、この実現に向けて、計画の目標を次のとおり設定するとともに、取り組むべき対策である「生活習慣病対策」と「適正受診対策」に基づく６つの個別保健事業を展開しています。

なお、本計画は、関連する本市の計画「藤沢市健康増進計画」、「藤沢市高齢者保健福祉計画」、「藤沢市介護保険事業計画」及び「藤沢市認知症施策推進計画」との整合性を図りながら、進めています。

［計画の体系図］


計画の目的
計画の目標
個別の保健事業
健康寿命の延伸
医療費の適正化
A
生活習慣病の予防及び重症化予防を図ることで健康管理や適正な受診行動を促進し、被保険者の健康の保持増進及び医療費の適正化を図ります
B
重複受診や重複服薬等の受診行動の適正化を図るとともに、ジェネリック医薬品の普及啓発等を行うことで、医療費の適正化を図ります。
生活習慣病対策
適正受診対策
A-①
こくほ特定健康診査・ヘルスチェック未受診者対策事業
A-②
特定保健指導利用勧奨事業
A-③
生活習慣病重症化予防
A-④
糖尿病性腎症重症化予防
B-⑤
適正受診・適正服薬促進事業
B-⑥
後発医薬品使用促進通知事業

［取り組むべき対策と対応する保健事業］

項目	取り組むべき対策	優先する課題	保健事業	評価指標
A	＜生活習慣病対策＞			
	健診受診率が年々低下している状況があり、メタボリックシンドローム及びそれに伴う生活習慣病のリスクを早期に発見するために、健診の受診率の向上を図ります。	1	A－① こくほ特定健康診査・ヘルスチェック未受診者対策事業	・特定健康診査受診率 ・特定健康診査受診率（40歳～49歳） ・ヘルスチェック受診率
	メタボリックシンドローム該当者、予備該当者の割合が上昇している状況があり、生活習慣病の発症の予防をするために、特定保健指導の利用率及び終了率の向上を図ります。		A－② 特定保健指導利用勧奨事業	・特定保健指導の実施率 ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
	虚血性心疾患、脳血管疾患のレセプト分析からは、高血圧、脂質異常症、糖尿病を併存している人の割合が高く、生活習慣病の重症化を防止するためにも、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の有所見者については、適切な医療受診につなげていきます。		A－③ 生活習慣病重症化予防	・受診勧奨対象者の医療受診率 ・ＨｂＡ１ｃ8.0%以上の者の割合 ・特定健康診査未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の割合
	新規人工透析導入患者数を抑制するために、一番の要因となる糖尿病性腎症の重症化予防を図ります。		A－④ 糖尿病性腎症重症化予防	・被保険者に占める人工透析患者の割合
B	＜適正受診対策＞			
	受診行動の適正化が必要な重複受診、頻回受診、重複投薬に該当する被保険者が一定数いることから、医療費の適正化を図るためにも、適正な受診行動に向けた勧奨を行います。	2	B－⑤ 適正受診・適正服薬促進事業	・通知対象者の服薬状況の改善割合
	ジェネリック医薬品（後発医薬品）への切り替えが可能な薬剤を処方されている患者が、患者全体の40%を占めていることから、医療費の適正化を図るために、ジェネリック医薬品（後発医薬品)のさらなる普及啓発を行います。		B－⑥ 後発医薬品使用促進通知事業	・後発医薬品使用割合

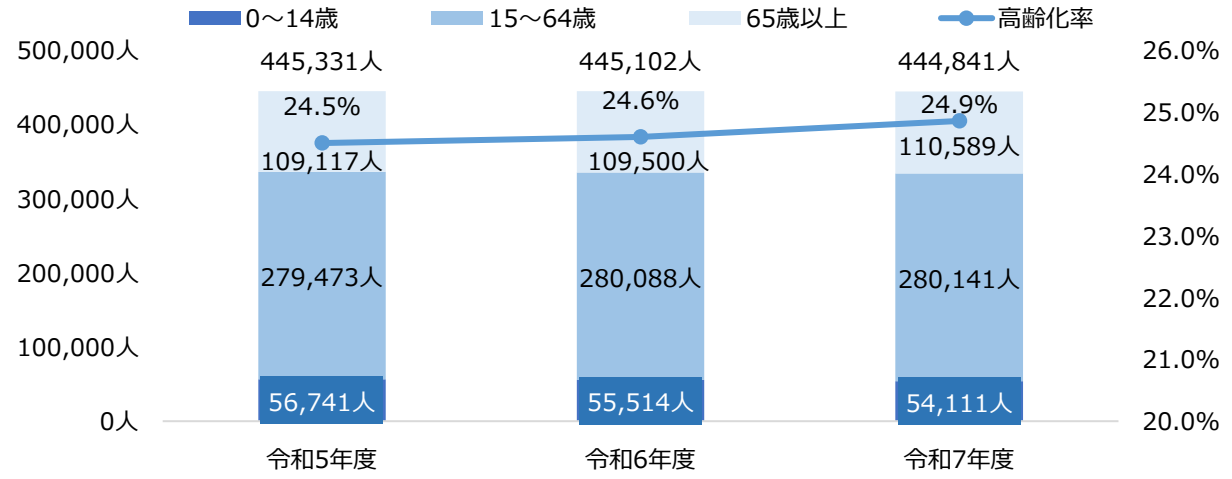
３　藤沢市国民健康保険の概況と健康・医療情報の分析

中間評価のために、本計画策定時以降の人口構成、被保険者の状況や医療費及び疾病構造の変化を確認しました。この結果を踏まえ個別保健事業の見直しを行うものとします。

（１）藤沢市の人口構成と推移

本市の人口は横ばいで推移しています。一方で、高齢化率（65 歳以上）は令和７年度 24.9%となっており、上昇傾向です。

人口構成と推移



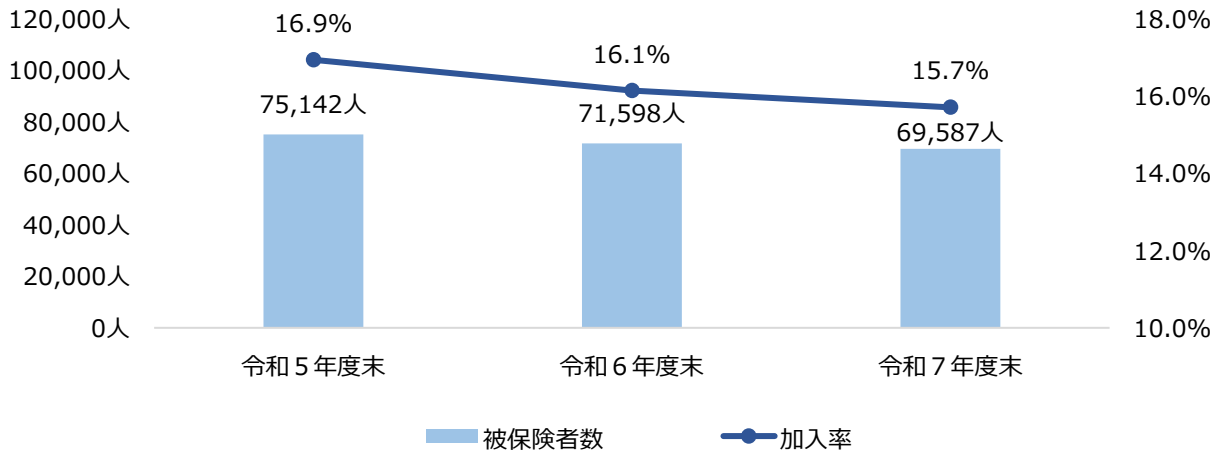
出典：住民基本台帳（各年 10 月 1 日現在）

（２）藤沢市国民健康保険被保険者の状況

［被保険者数と加入状況の推移］

本市の令和７年度の被保険者数は 69,587 人であり、令和５年度 75,142 人と比較し 5,555 人減少しています。加入率も年々低下しており、令和７年度は 15.7%となっています。

被保険者数と加入状況の推移



出典：藤沢市の国民健康保険（各年 3 月末現在）

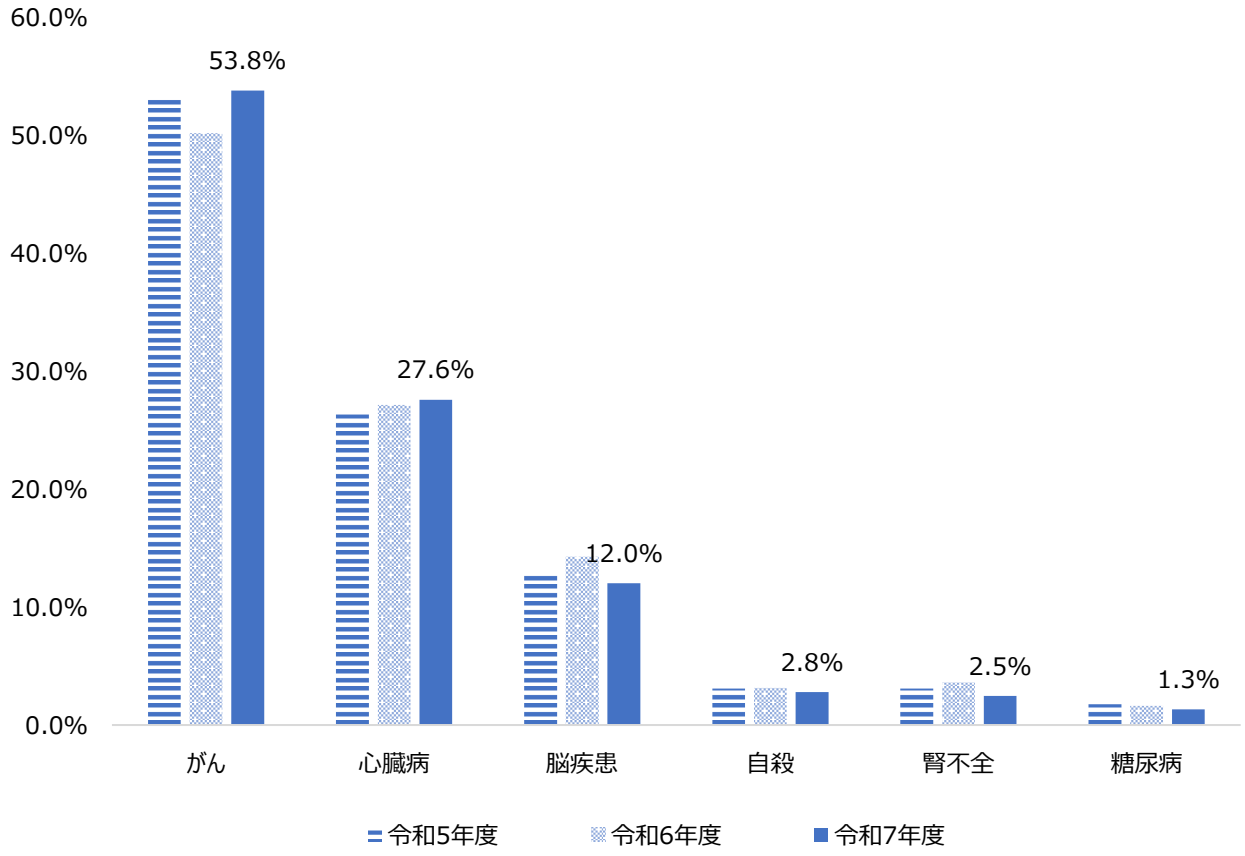
［死因の状況、主要死因別死亡率］

令和７年度の主たる死因の割合では、がんが 53.8%と最も多く、次いで心臓病が 27.6%となっています。令和５年度と令和７年度を比較し、割合が増加しているのはがんと心臓病です。

主たる死因の状況

	人数			割合		
疾病項目	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
が　　ん	1,049人	1,082人	1,176人	53.0%	50.2%	53.8%
心 臓 病	521人	585人	603人	26.3%	27.1%	27.6%
脳 疾 患	252人	308人	263人	12.7%	14.3%	12.0%
自　　殺	61人	68人	61人	3.1%	3.2%	2.8%
腎 不 全	61人	78人	54人	3.1%	3.6%	2.5%
糖 尿 病	35人	35人	29人	1.8%	1.6%	1.3%
計	1,979人	2,156人	2,186人	-		

主たる死因の割合

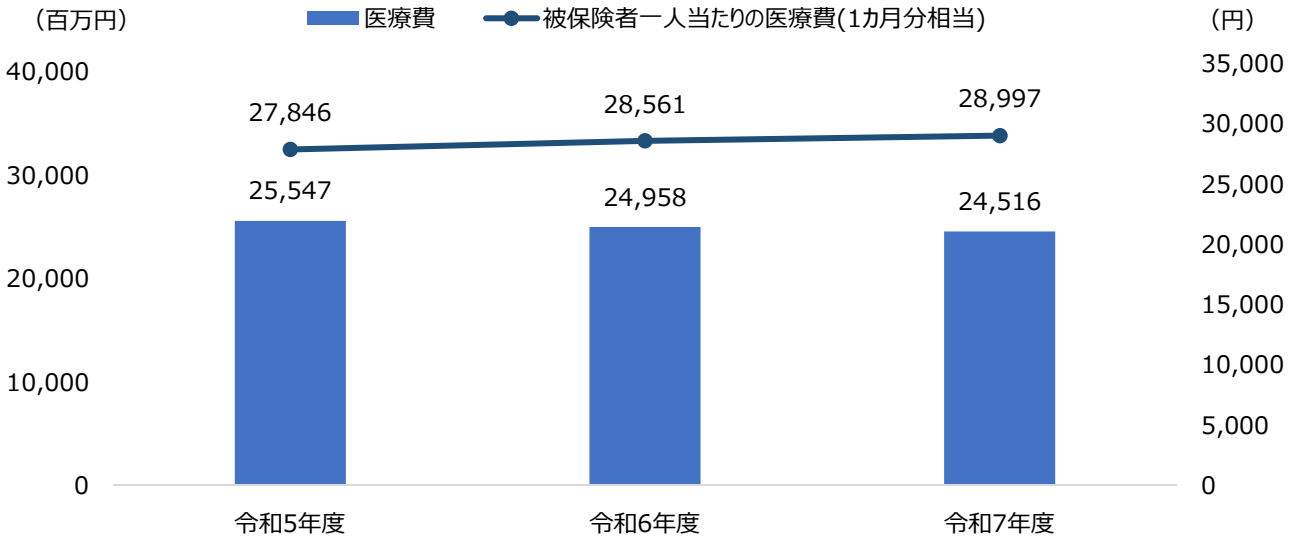


出典:国保データベース（ＫＤＢ）システム「地域の全体像の把握」

［医療費の状況、入院・外来別医療費］

令和７年度の医療費は 24,516 百万円であり、被保険者一人当たりの医療費は 28,997 円／月となっています。医療費の状況をみると、医療費総額は令和５年度から下がっているものの、被保険者一人当たりの医療費は上がっています。

医療費の推移



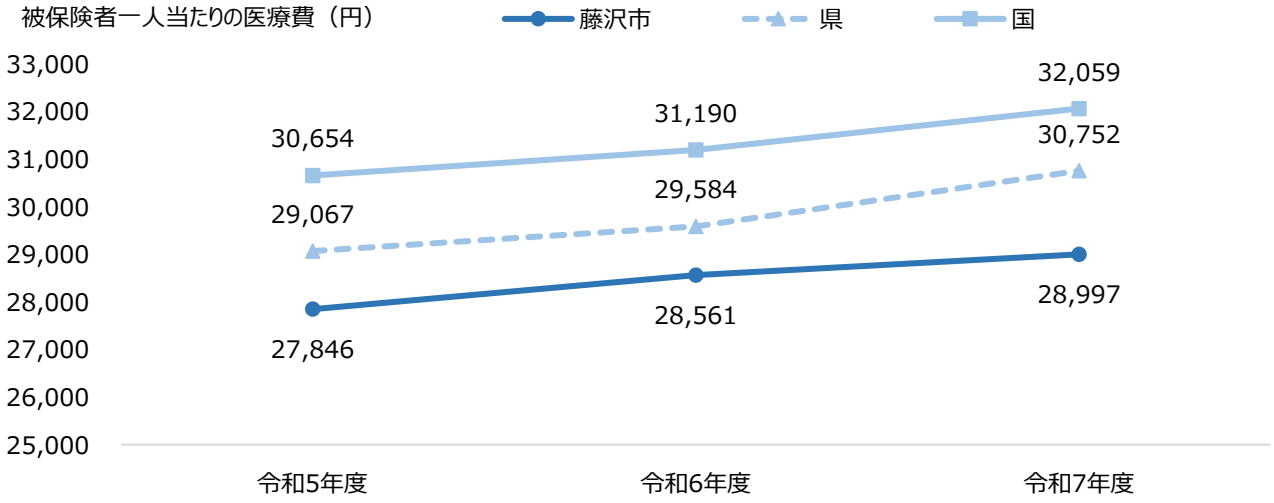
出典:国保データベース（ＫＤＢ）システム「地域の全体像の把握」

被保険者一人当たりの医療費…１カ月分相当。

［一人当たりの医療費と国・県との比較］

被保険者一人当たりの医療費を国、県と比較したものです。被保険者一人当たりの医療費は増加傾向にあり、その傾向は、国、県とも同様です。

一人当たりの医療費

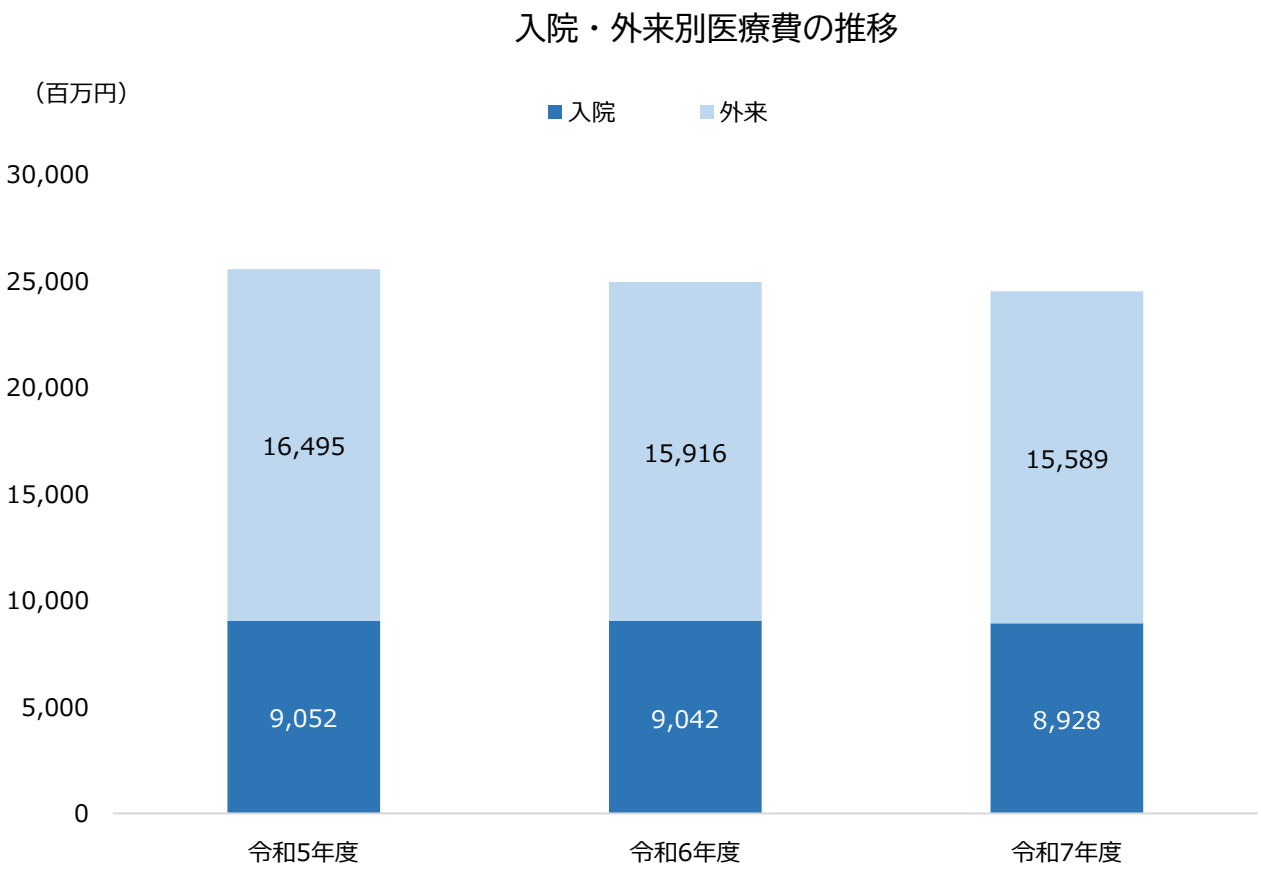


出典:国保データベース(ＫＤＢ)システム「地域の全体像の把握」

被保険者一人当たりの医療費…１カ月分相当。

［入院・外来別医療費の推移］

令和５年度から令和７年度の推移をみると、入院・外来別医療費はともに、やや減少傾向にあります。

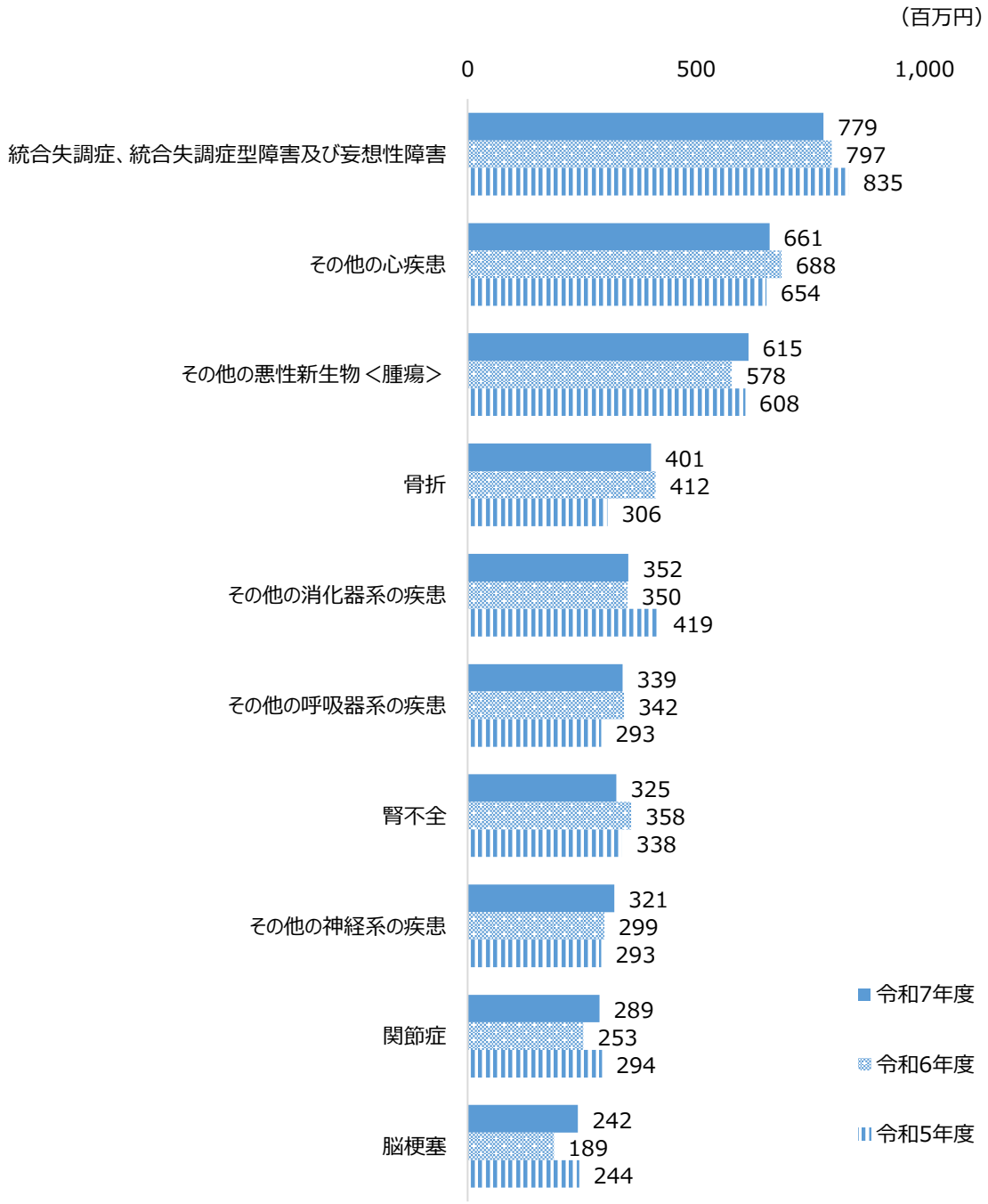


出典:国保データベース（ＫＤＢ）システム「地域の全体像の把握」

［医療費上位 10 疾病（中分類）入院］

令和７年度の入院における疾病（中分類）別医療費をみると、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が 779 百万円、その他の心疾患が 661 百万円、その他の悪性新生物＜腫瘍＞が 615 百万円と、医療費上位３位となっています。

医療費上位 10 疾病（中分類）入院

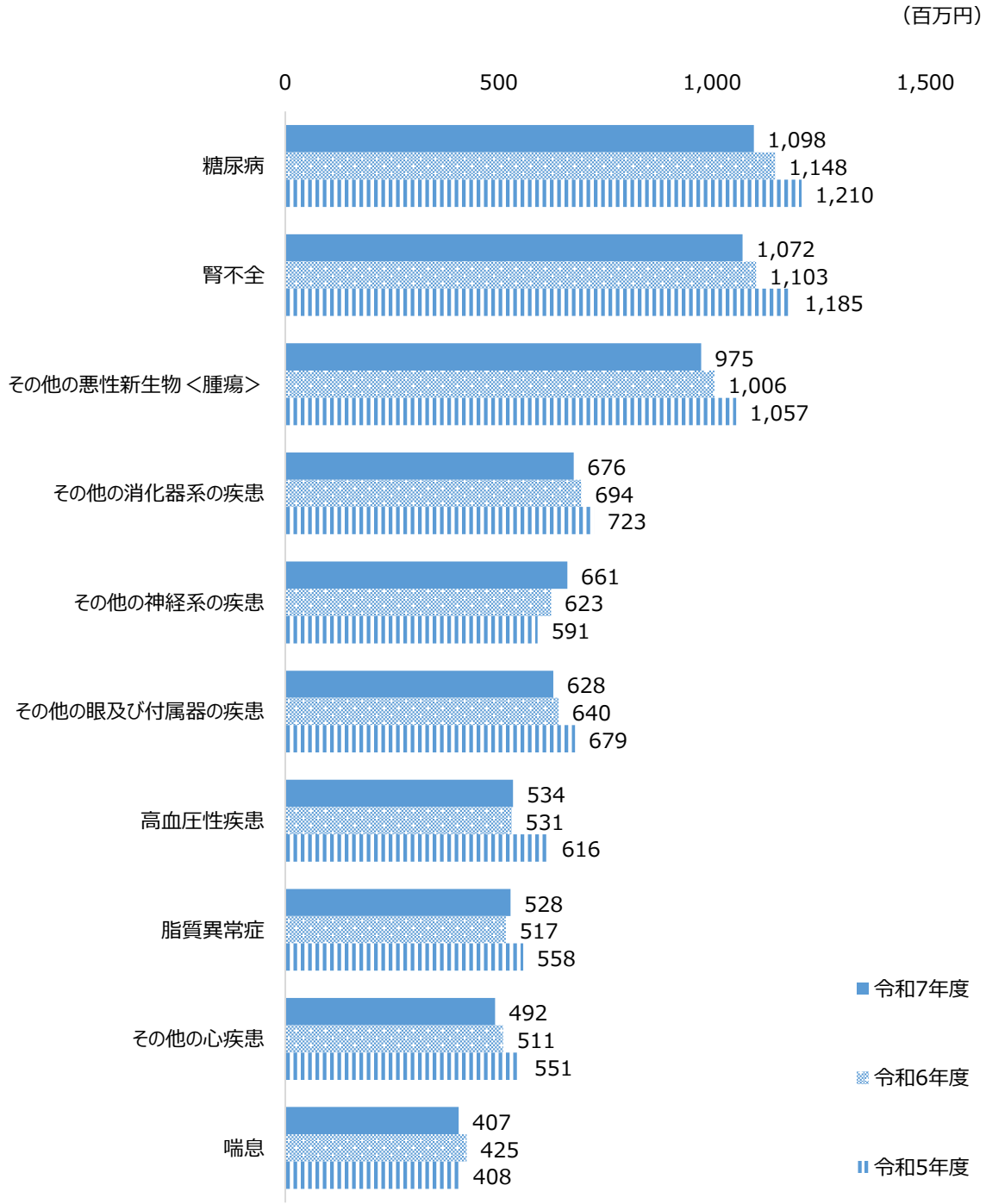


出典:国保データベース（ＫＤＢ）システム「医療費分析（２）大、中、細小分類」

［医療費上位 10 疾病（中分類）外来］

令和７年度の外来における疾病（中分類）別医療費をみると、糖尿病が 1,098 百万円、腎不全が 1,072 百万円、その他の悪性新生物＜腫瘍＞が 975 百万円と、医療費上位３位となっています。上位３疾患はいずれも、令和５年度から比較すると減少しています。

医療費上位 10 疾病（中分類）外来

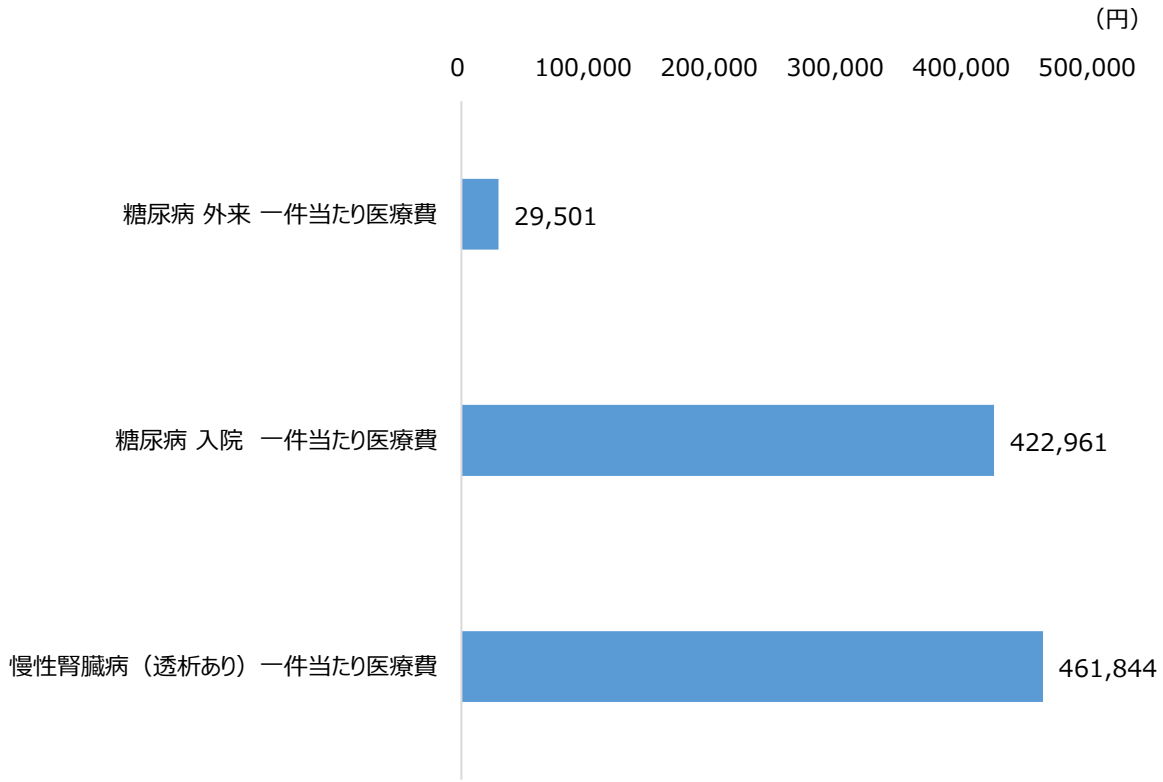


出典:国保データベース（ＫＤＢ）システム「医療費分析（２）大、中、細小分類」

［糖尿病及び慢性腎臓病（透析あり）のレセプト一件当たり医療費］

令和７年度の糖尿病（入院、外来）と、慢性腎臓病（透析あり）の一件当たり医療費をみると、糖尿病が重症化して、外来治療から入院や透析治療に移行すると、一件当たり医療費が約 14 倍以上増加していることがわかります。

糖尿病及び慢性腎臓病（透析あり）の一件当たり医療費



出典:国保データベース（ＫＤＢ）システム「医療費分析（１）細小分類（令和７年度）」

（３）分析結果のまとめ及び健康課題

本市では、老年人口（65 歳以上）は年々増加傾向にあり、高齢化率の上昇が続いています。また、国民健康保険被保険者数は減少しており、入院・外来別医療費の総額は減少しているものの被保険者一人当たり医療費は年々増加しており、国及び県も同様の傾向となっています。

死因状況では、がん及び心臓病が主要な死因となっています。外来における医療費分析では、糖尿病、腎不全などの生活習慣病関連疾患が医療費上位を占めていることから、生活習慣病の発症予防及び重症化予防の取組が重要と考えられます。

特に、糖尿病は、外来と比較して入院や透析治療ではレセプト一件当たり医療費が約 14 倍以上となっています。このことから、糖尿病の重症化を予防する取組は、被保険者のＱＯＬ向上だけでなく、医療費適正化においても極めて重要であると考えられます。

また、被保険者一人当たり医療費が増加傾向にある中で、複数の医療機関受診や重複投薬の適正化、後発医薬品の使用促進は、医療の質を維持しながら医療費適正化を推進するため、引き続き重要な事業として取り組む必要があります。

以上のことから、本市では本計画の６つの個別保健事業を引き続き実施することが、健康寿命の延伸と医療費の適正化の実現に向けて、重要であると考えられます。

４　中間評価の方法

中間評価は、本計画に基づき実施してきた取組を評価するため、取り組むべき対策に対応する個別の保健事業ごとに設定した評価指標について、事業の実施状況を踏まえた実績とベースライン値（計画策定時の実績）との比較、目標値の達成状況を判定しました。

次に、目標値の達成状況を踏まえて、アウトカム指標、アウトプット指標、プロセス、ストラクチャーの視点で事業評価を行い、評価のまとめと見直しの方向性を整理しました。その結果については、藤沢市国民健康保険運営協議会に報告し、意見を伺いました。

なお、各事業は実績値が確定している令和６年度実績について、評価を行うものとします。

＜評価基準＞

評価	ベースラインとの比較・目標値の達成状況
◎	目標値に達している
○	目標値は未達成だが達成の可能性が高い改善傾向にある
△	目標値は未達成で横ばい傾向にある
×	目標値は未達成で悪化傾向にある
－	評価困難

5　現行計画における中間評価

（1）各保健事業の評価指標

各保健事業の評価指標と達成状況は下表のとおりです。

＜評価指標と達成状況一覧＞

項目	保健事業	評価指標	令和４年度ベースライン	目標実績	令和６年度	達成状況
A	①	特定健康診査受診率★	36.8%	目標	37.5%	○
				実績	37.1% (31.4%)	
		特定健康診査受診率（40～49 歳）★	17.7%	目標	18.0%	◎
				実績	18.9% (17.1%)	
		ヘルスチェック受診率	15.9%	目標	16.0%	◎
				実績	17.6%	
	②	特定保健指導実施率★	7.4%	目標	10.0%	○
				実績	7.8% (11.5%)	
		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率★	33.9%	目標	34.0%	◎
				実績	37.7% (26.2%)	
	③	受診勧奨対象者の医療受診率	25.5%	目標	26.0%	◎
				実績	54.5%	
		ＨｂＡ１ｃ8.0%以上の者の割合★	1.1%	目標	1.0%	◎
				実績	1.0% (1.04%)	
		特定健康診査未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の割合★	1.3%	目標	1.3%	◎
				実績	1.2% (1.51%)	
	④	被保険者に占める人工透析患者の割合	0.31%	目標	0.30%	○
				実績	0.31%	
B	⑤	通知対象者の服薬状況の改善割合	80.0%	目標	100%	○
				実績	88.2%	
	⑥	後発医薬品使用割合	79.9%	目標	80.0%	◎
				実績	85.1%	

★は神奈川県が設定した共通の評価指標　実績の（）内は県数値

（2）個別事業評価

事業番号：A－① こくほ特定健康診査・ヘルスチェック未受診者対策事業

事業の目的	メタボリックシンドローム及びそれに伴う生活習慣病のリスクの早期発見による予防を図るため、こくほ特定健康診査受診率・ヘルスチェック受診率向上を目指す。
対象者	藤沢市国民健康保険被保険者のうち次の年齢の者 ・こくほ特定健康診査：40 歳～74 歳　　・ヘルスチェック事業：31 歳～39 歳
目標を達成するための主な戦略	・効果的な受診勧奨を行うため、過去の受診状況や年代などを考慮し実施する。 ・初めて特定健康診査の対象となる 40 歳到達者に対しては、受診への意識づけと合わせて受診勧奨を実施する。 ・特定健康診査前の年代である 30 歳代の受診を促進し、特定健康診査の受診率向上につなげる。 ・市医師会と特定健康診査の受診率向上に向けた取組の検討を行うとともに、ヘルスチェック事業については藤沢市保健医療財団による効果的な受診勧奨を実施するなど、社会資源の活用を図る。 ・受診勧奨は、藤沢市保健医療財団の保健事業支援を活用し、電話により行う。 ・人間ドック等の他健康診査データ提供者へのインセンティブを実施する。

＜目標と実績及び実施状況と評価＞

特定健康診査受診率は、約 36～37%で推移している。ヘルスチェック受診率は、目標値を達成した。

指標	個別事業評価指標	令和４年度ベースライン	目標実績	令和５年度	令和６年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度	達成状況
アウトカム（成果）指標	特定健康診査受診率★	36.8%	目標	－	37.5%	40.5%	42%	43.5%	45%	○
			実績	35.9%（30.8%）	37.1%（31.4%）	－	－	－	－	
	ヘルスチェック受診率	15.9%	目標	－	16.0%	18%	19%	20%	21%	◎
			実績	16.3%	17.6%	－	－	－	－	
アウトプット（実施量・率）指標	受診勧奨対象者に対する受診勧奨実施割合(特定健康診査)	100%	目標	－	100%	100%	100%	100%	100%	◎
			実績	100%	100%	－	－	－	－	
	受診勧奨対象者に対する受診勧奨実施割合(ﾍﾙｽﾁｪｯｸ)	100%	目標	－	100%	100%	100%	100%	100%	◎
			実績	100%	100%	－	－	－	－	
プロセス（実施方法）	・特定健康診査受診率向上のため、市医師会と連携し、実施医療機関を対象とした健診説明会を実施、また対象者へ特定健康診査受診勧奨を依頼した。 ・効果的な事業周知を行うため、令和６年度は、特定健康診査受診勧奨ポスターについて、藤沢市医師会、藤沢市歯科医師会、藤沢市薬剤師会（以下、「市三師会」という。）に掲示依頼し、また市本庁舎及び分庁舎のデジタルサイネージへ掲載した。 ・人間ドック等の他健康診査データ提供者へのインセンティブを実施しているため、その周知を本市ホームページで実施した。 ・ヘルスチェック事業の受診勧奨はがきについて、受診するメリットが伝わるよう内容を工夫し作成した。								○
ストラクチャー（実施体制）	・円滑な事業実施及び受診率向上のため、市医師会と連携し実施した。 ・特定健康診査受診率向上のため、受診勧奨の新たな周知先について検討を進めた。 ・ヘルスチェック事業において、委託している藤沢市保健医療財団と連絡調整を行った。									△

評価基準…◎：達成　○：未達成・改善傾向　△：未達成・横ばい　×：未達成・悪化傾向　－：評価困難

★は神奈川県が設定した共通の評価指標　実績の（）内は県数値

事業番号：A－① こくほ特定健康診査・ヘルスチェック未受診者対策事業

＜評価のまとめと見直しの方向性＞

・特定健康診査受診率は、目標値には達していないが改善傾向である。令和６年度実績を向上できるよう、受診勧奨通知対象者の検討や通知物のデザインの見直し等検討する。
・特定健康診査において、円滑な事業実施及び受診率向上のため、引き続き市医師会と連携し実施する。
・人間ドック等の、他健康診査データ提供促進のため、周知先の拡大を検討する。
・ヘルスチェック受診率は目標値を達成している。令和６年度実績を維持・向上できるよう、事業案内リーフレット及び受診勧奨の通知内容について検討する。

事業番号：A－②　特定保健指導利用勧奨事業

事業の目的	メタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病の発症を予防するため、特定保健指導の利用率及び終了率向上を目指す。
対象者	特定健康診査結果において生活習慣病発症のリスクがあると判定された対象者。
目標を達成するための主な戦略	・利用勧奨は電話により行うが、不在者には更に通知での勧奨を行い、受診率の向上を図る。 ・特定健康診査の結果説明の時点で、特定保健指導の利用勧奨を行うよう特定健康診査医療機関との連携を強化する。 ・初回面接の分割実施を拡大し、特定健康診査当日や結果説明時に初回面接を実施することで、健康に対する意識が高いうちに特定保健指導の利用勧奨を行い、実施率の向上につなげる。 ・利用者が、最後まで終了できるようモチベーションの維持向上を図るためのツールを検討する。

＜目標と実績及び実施状況と評価＞

令和６年度の特定保健指導実施率は 7.8%と目標値を下回っている。特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は 37.7%と目標値を上回っている。

指標	個別事業評価指標	令和４年度ベースライン	目標実績	令和５年度	令和６年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度	達成状況
アウトカム（成果）指標	特定保健指導実施率★	7.4%	目標	－	10.0%	14.0%	16.0%	18.0%	20.0%	○
			実績	8.1% (12.0%)	7.8% (11.5%)	－	－	－	－	
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率★	33.9%	目標	－	34.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	◎
			実績	30.9% (27.3%)	37.7% (26.2%)	－	－	－	－	
アウトプット（実施量・率）指標	特定保健指導利用勧奨実施率	100%	目標	－	100%	100%	100%	100%	100%	◎
			実績	100%	100%	－	－	－	－	
プロセス（実施方法）	・対象者への電話勧奨を継続して実施するとともに、健診説明会での説明等市医師会と連携し、特定健康診査当日や結果説明時に初回面談を実施するなど、利用率向上に向けた取組を進めてきた。 ・令和６年度には、特定保健指導未利用者にアンケートを実施し、利用に至らない理由を把握することで今後の取組の改善につなげるための検討を行った。 ・特定保健指導利用者を対象に、インセンティブとして食事管理アプリの有料アカウントを配布し、アプリを活用した保健指導を行った。これにより、利用者の行動継続を後押しするとともに、保健指導終了後も生活改善を継続できるよう支援した。									△
ストラクチャー（実施体制）	・市医師会と藤沢市保健医療財団に委託して特定保健指導を実施した。 ・医療の受診段階からの意識付けを目的に、実施機関へのより詳細な事業説明及び協力要請を行った。									◎

評価基準…◎：達成　○：未達成・改善傾向　△：未達成・横ばい　×：未達成・悪化傾向　－：評価困難

★は神奈川県が設定した共通の評価指標　実績の（）内は県数値

事業番号：A－②　特定保健指導利用勧奨事業

＜評価のまとめと見直しの方向性＞

・対象者への利用勧奨や医療機関との連携体制は継続して実施できており、保健指導を利用した対象者については、目標を上回る成果が得られている。
・一方で、特定保健指導実施率は目標値に達しておらず、利用勧奨を実際の利用につなげるための取組が引き続き必要である。今後は、特定健康診査当日や結果説明時における利用勧奨の充実や、初回面接を実施する医療機関との連携強化を図るとともに、電話勧奨の実施方法についても見直しを行い、より効果的な勧奨方法を検討する。また、保健指導利用者へのアプリを活用した支援の効果を検証しながら、前年度実績を上回る利用率及び終了率を目指す。

事業番号：A－③　生活習慣病重症化予防

事業の目的	生活習慣病の重症化を防止するため、医療受診が必要なハイリスク者における医療未受診者の減少を目指す。
対象者	・受診勧奨値該当者：特定健康診査受診者のうち、受診勧奨判定値に達しているが、医療機関を受診していない者 ・ＨｂＡ１ｃ8.0%以上の重症者で、未受診の者、糖尿病重症化ハイリスク者 ・糖尿病治療中断者：特定健康診査未受診者で、糖尿病の診断があるが一定期間糖尿病の医療機関受診が確認できない者
目標を達成するための主な戦略	・市医師会等の関係機関との連携により医療受診勧奨を図る。 ・糖尿病の重症化予防については、藤沢市健康づくり推進会議糖尿病対策部会において、より効果的な事業について検討を行う。 ・ＨｂＡ１ｃ8.0%以上の者に対して、より重点的に医療受診勧奨を行い、早期の医療受診につなげる。 ・受診勧奨は通知及び電話により行い、受診勧奨と同時に保健指導を行うことで、重症化予防を図る。

＜目標と実績及び実施状況と評価＞

各指標において、目標値を達成した。特に受診勧奨対象者の医療受診率は目標値を上回っている。

指標	個別事業評価指標	令和４年度ベースライン	目標実績	令和５年度	令和６年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度	達成状況
アウトカム（成果）指標	受診勧奨対象者の医療受診率	25.5%	目標	－	26.0%	28.0%	29.0%	30.0%	31.0%	◎
			実績	49.8%	54.5%	－	－	－	－	
	HbA1c8.0％以上の者への受診勧奨後の医療受診率	46.2%	目標	－	47.0%	48.0%	49.0%	49.0%	50.0%	◎
			実績	52.6%	62.0%	－	－	－	－	
	糖尿病治療中断者への特定健康診査受診勧奨後の医療受診率	12.7%	目標	－	14.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	◎
			実績	18.0%	24.7%	－	－	－	－	
アウトプット（実施量・率）指標	受診勧奨実施率	100%	目標	－	100%	100%	100%	100%	100%	◎
			実績	100%	100%	－	－	－	－	
プロセス（実施方法）	・特定健康診査受診から受診勧奨までの期間を短縮するため、令和６年度は通知及び電話による受診勧奨を受診時期に応じて前半と後半に分けて実施した。通知作成に当たってはレイアウト等検討を行い、受診率の向上を図った。 ・ＨｂＡ１ｃ8.0%以上の者に対しては、通知後早期に電話し、より積極的な受診勧奨を行った。 ・多重、糖尿病性腎症、血糖リスク２年連続対象者については、経年の特定健康診査の結果の変化を可視化した資料を同封した。加えて、血糖リスク２年連続対象者については、その旨を強調した通知を行った。 ・受診勧奨後のレセプトデータを確認し、効果を検証した。									◎
ストラクチャー（実施体制）	・受託医療機関への健診説明会実施や特定健康診査の実施要領に事業について明記する等、周知及び適切な理解を得るよう働きかけた。 ・受診勧奨について、藤沢市保健医療財団に委託して実施した。 ・藤沢市健康づくり推進会議糖尿病部会において、実績報告及び通知内容の検討を行った。									○

評価基準…◎：達成　○：未達成・改善傾向　△：未達成・横ばい　×：未達成・悪化傾向　－：評価困難

事業番号：A－③　生活習慣病重症化予防

＜評価のまとめと見直しの方向性＞

・各アウトカム指標については目標を上回る成果が得られている。特に、受診勧奨対象者の医療受診率については、目標を大きく上回る実績となっており、今後も令和６年度の受診率を維持・向上できるよう、受診勧奨対象者のリスク因子や年代等の分析を深め、より効果的な勧奨手法の検討を継続する。
・糖尿病治療中断者への特定健康診査受診勧奨後の医療受診率については、特定健康診査の受診には繋がったが、その後医療受診がなかった者が一定数おり、必要な者が適切な治療につながっているか引き続き効果検証を行うとともに、受診率の向上に向けて通知の発送時期やレイアウトなどを検討する。
・藤沢市健康づくり推進会議において、事業について報告・相談し、受診率の向上を図る。

事業番号：A－④　糖尿病性腎症重症化予防

事業の目的	新規人工透析導入者を抑制するため、糖尿病性腎症の重症化予防を目指す。
対象者	糖尿病で通院中であり、健康診査結果が次のアまたはイに該当する者で、本人が事業への参加を希望し、かつ主治医が事業への参加を認めた者。 ア 糖尿病性腎症第3期：糖尿病（空腹時血糖126mg/dℓまたはＨｂＡ１ｃ6.5%以上）で尿蛋白陽性の者（ｅＧＦＲ 30mℓ/分/1.73㎡以上） イ 糖尿病性腎症第１期～第２期：糖尿病（空腹時血糖126mg/dℓまたはＨｂＡ１ｃ6.5%以上）で尿蛋白（±）以下のうちｅＧＦＲ 30mℓ/分/1.73㎡以上、45mℓ/分/1.73㎡未満の者
目標を達成するための主な戦略	・糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラムは、藤沢市保健医療財団に委託とし、利用勧奨も併せて実施する。 ・糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防事業を市医師会に委託し、個別のケース検討を行うことで、保健指導と治療との両面から腎機能低下防止につなげる。 ・本事業については、藤沢市健康づくり推進会議糖尿病対策部会において効果的な事業実施に向け意見を聴取しながら実施する。 ・糖尿病対策登録医制度の充実や JADEC 連携手帳の活用などの環境整備について、健康増進部局と連携し、実施する。

＜目標と実績及び実施状況と評価＞

糖尿病性腎症重症化予防事業参加者の人工透析導入者数、特定健康診査未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり現在治療中断している者の割合は、目標を達成した。一方で、糖尿病性腎症重症化予防事業参加者のＨｂＡ１ｃ及びｅＧＦＲ区分維持改善率、被保険者に占める人工透析患者の割合は目標値に達していない。

指標	個別事業評価指標	令和４年度ベースライン	目標実績	令和５年度	令和６年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度	達成状況
アウトカム（成果）指標	糖尿病性腎症重症化予防事業参加者の人工透析導入者数	0人	目標	－	0人	0人	0人	0人	0人	◎
			実績	0人	0人	－	－	－	－	
	糖尿病性腎症重症化予防事業参加者の HbA1c 維持改善率	92.3%	目標	－	100%	100%	100%	100%	100%	○
			実績	68.4%	87.0%	－	－	－	－	
	糖尿病性腎症重症化予防事業参加者の eGFR 区分維持改善率	76.9%	目標	－	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	○
			実績	78.0%	65.2%	－	－	－	－	
アウトプット（実施量・率）指標	保健指導に係る予定人数充足率	46.7%	目標	－	48.0%	53.0%	55.0%	57.0%	60.0%	◎
			実績	66.7%	76.7%	－	－	－	－	
プロセス（実施方法）	・保健指導の対象者がプログラムの参加に繋がるよう対象者募集通知の内容を見直した。 ・参加者のモチベーション維持を目的として、参加申し込み後から保健指導開始までの間に生活習慣の改善に関する情報提供を行った。令和６年度は、申し込み後から保健指導開始までに辞退した者は０名であった。 ・藤沢市保健医療財団への委託により、対象者の治療状況や生活状況に応じた保健指導を実施した。また、保健指導完了者に対して３カ月及び６カ月後に電話などによるフォローアップを実施し、生活習慣や受診状況等の継続状況を確認した。									○
ストラクチャー（実施体制）	・委託先の藤沢市保健医療財団と打ち合わせを行い、連携して事業を実施した。 ・医療機関に対し、藤沢市糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防研修会等の場で事業の周知を行った。 ・市医師会に委託する個別のケース検討会を通じて、主治医による治療及び委託先の保健医療財団による保健指導に対し、市医師会が専門的な助言を行う体制を継続した。 ・藤沢市健康づくり推進会議糖尿病対策部会において、本市の糖尿病・糖尿病性腎症の現状や取組状況を報告・相談し、効果的な事業実施について検討した。 ・ＪＡＤＥＣ連携手帳について、市三師会と連携し、活用促進に向け情報共有を行った。									○

評価基準…◎：達成　○：未達成・改善傾向　△：未達成・横ばい　×：未達成・悪化傾向　－：評価困難

事業番号：A－④　糖尿病性腎症重症化予防

＜評価のまとめと見直しの方向性＞

・医療機関や市医師会等関係機関と連携して事業を実施できており、糖尿病性腎症重症化予防事業参加者の人工透析導入者数及びアウトプット指標は目標値に達している。
・一方で、上記以外のアウトカム指標は目標値に達しておらず、保健指導の内容及び手法を、委託している藤沢市保健医療財団と連携し、検討していく。
・藤沢市健康づくり推進会議や藤沢市糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防研修会で、引き続き糖尿病性腎症重症化予防を推進していく。
・被保険者に占める人工透析患者の割合については、おおむね目標を達成している。引き続き、生活習慣病重症化予防事業や後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に事業を推進していく。
・加齢に伴いＨｂＡ１ｃは上昇し、ｅＧＦＲは低下しやすいが、主治医による治療と委託先の藤沢市保健医療財団による保健指導との連携を図り、重症化予防に取り組んでいく。

事業番号：B－⑤　適正受診・適正服薬促進事業

事業の目的	医療費の適正化を図るため、重複受診者及び重複投薬者への適正受診及び適正服薬勧奨を行う。
対象者	・重複受診者：３カ月連続して同一月に同一疾病で３医療機関以上を受診している者。介入対象は「精神および行動の障害」と診断された者。 ・重複投薬者：３カ月連続して同一月に同一薬効の医薬品を２医療機関以上から処方されている者。介入対象は「催眠鎮静剤・抗不安剤」又は「精神神経用剤」の薬効の薬を処方された者。
目標を達成するための主な戦略	・重複受診者及び重複投薬者への通知。通知郵送後改善がみられなかった対象者への保健指導。 ・市薬剤師会との連携等、積極的に地域の社会資源を活用する。

＜目標と実績及び実施状況と評価＞

通知及び保健指導により、通知対象者の服薬状況の改善に一定の効果は見られたものの目標値には達していない。

指標	個別事業評価指標	令和４年度ベースライン	目標実績	令和５年度	令和６年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度	達成状況
アウトカム（成果）指標	通知対象者の服薬状況の改善割合	80.0%	目標	－	100%	100%	100%	100%	100%	○
			実績	50.0%	88.2%	－	－	－	－	
アウトプット（実施量・率）指標	事業対象者に対する通知割合	100%	目標	－	100%	100%	100%	100%	100%	◎
			実績	100%	100%	－	－	－	－	
プロセス（実施方法）	・対象者に、適切な服薬の重要性、かかりつけ薬局への相談を促す通知を郵送し、改善が見られない者に対し、電話等による保健指導を実施した。 ・通知後と保健指導後のレセプトデータを確認し、効果を検証した。 ・保険年金課と連携し、実施要綱及び実施要領の見直しを行い、事業結果を報告するとともに課題の検討を行った。また、対象者の把握方法については、レセプトデータによる抽出に加え、医療機関等からの情報提供も含めることとした。									○
ストラクチャー（実施体制）	・実施要綱等の見直しを行い、保険年金課との連携体制を強化した。 ・保健指導の実施においても、保険年金課と情報共有を適宜行い、対象者に適正受診及び適正服薬を勧奨するよう努めた。									△

評価基準…◎：達成　○：未達成・改善傾向　△：未達成・横ばい　×：未達成・悪化傾向　－：評価困難

＜評価のまとめと見直しの方向性＞

・対象者の医科・薬価の医療費の合計は減少しており、医療費適正化においては一定の効果が見られたが、通知や保健指導後に一時的に服薬状況の改善が見られても翌年度以降再度対象となる者がおり、改善状況の維持が課題である。
・被保険者一人当たりの医療費が増加傾向にあることからも、医療費の適正化を図るため、引き続き保険年金課、関係機関と適宜情報共有及び調整を行いながら、重複受診者及び重複投薬者への適正受診及び適正服薬の勧奨を行う。

事業番号：B－⑥　後発医薬品使用促進通知事業

事業の目的	医療費の適正化を図るため、後発医薬品使用割合の向上を目指す。
対象者	現在使用している先発医薬品から後発医薬品に切り替えることで、一定額以上の自己負担額の軽減が見込まれる者
目標を達成するための主な戦略	・神奈川県国民健康保険団体連合会に、後発医薬品利用差額通知の作成、サポートデスク業務、事業報告を委託する。 ・医薬品を取り巻く状況などを踏まえながら、市医師会、市薬剤師会と共創体制を構築するなど、積極的に地域の社会資源も活用する。

＜目標と実績及び実施状況と評価＞

後発医薬品使用割合は目標値を達成した。

指標	個別事業評価指標	令和４年度ベースライン	目標実績	令和５年度	令和６年度	令和８年度	令和９年度	令和10年度	令和11年度	達成状況
アウトカム（成果）指標	後発医薬品使用割合	79.9%	目標	－	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	◎
			実績	81.0%	85.1%	－	－	－	－	
アウトプット（実施量・率）指標	事業対象者に対する通知割合	100%	目標	－	100%	100%	100%	100%	100%	◎
			実績	100%	100%	－	－	－	－	
プロセス（実施方法）	・神奈川県国民健康保険団体連合会から毎月提供される、後発医薬品の集計表を確認、状況把握に努めた。 ・後発医薬品に切り替えることにより 200 円以上の差額が発生する可能性のある保険者を選定し、通知を発送した。									◎
ストラクチャー（実施体制）	・令和６年 10 月に長期収載品の選定療養の制度が開始となった。 ・保険年金課と連携し、「国保ハンドブック」等にで周知を実施した。 ・藤沢市国民健康保険運営協議会で、被保険者代表等に報告した。									◎

評価基準…◎：達成　○：未達成・改善傾向　△：未達成・横ばい　×：未達成・悪化傾向　－：評価困難

＜評価のまとめと見直しの方向性＞

・後発医薬品の使用割合は目標値を上回った。後発医薬品の使用は被保険者の自己負担額軽減及び医療費適正化につながることから、今後も令和６年度実績を維持できるよう、対象者への差額通知送付を継続し、使用割合の推移を注視しながら事業を実施していく。
・神奈川県の医療費適正計画において、後発医薬品の使用割合目標が 90%に変更されるため、県に準じて 90%を目標としていく。

6　今後の方向性と最終評価

（１）計画後半の保健事業実施体制

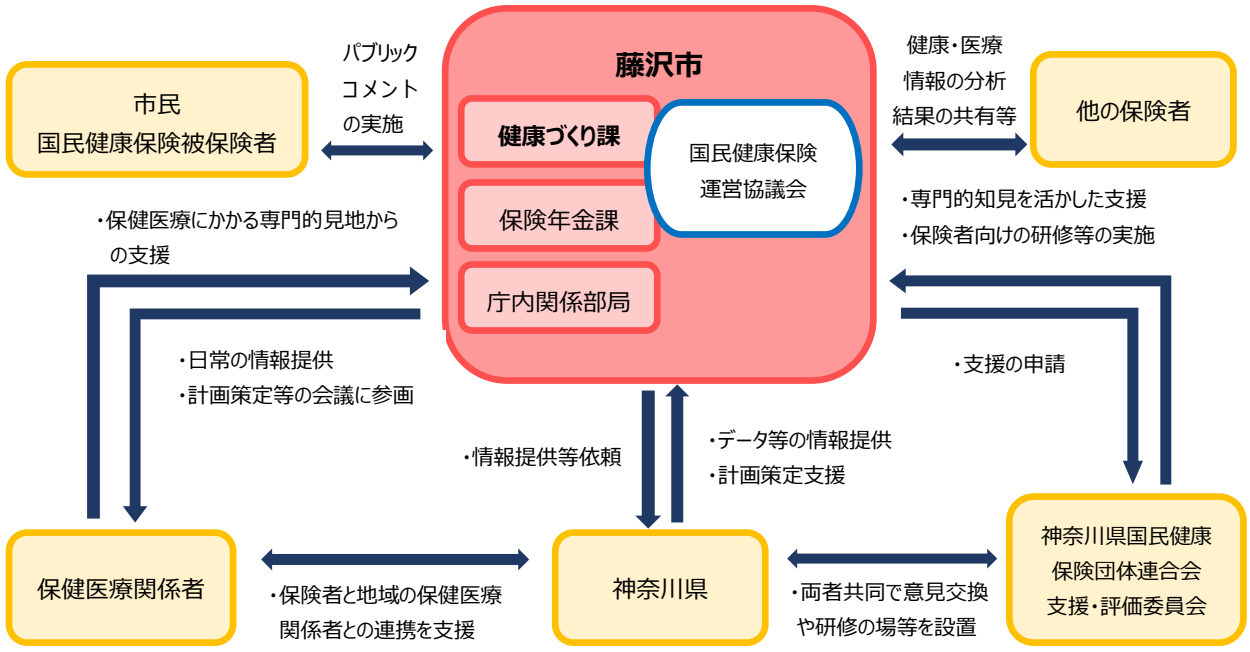
①　市三師会との連携

被保険者自身が健康管理に取り組み、生活習慣病の重症化予防や介護予防を実践できるよう、効果的で効率的な支援体制を整備するために、市三師会との連携強化を進めていきます。

②　庁内関係部局との横断的な連携

地域共生社会の実現に向けた藤沢型地域包括ケアシステムを進める中で、庁内関係部局に対し後期高齢者や介護保険のデータ等も含めた保健医療情報の提供に努め、地域課題の共有や対応策の検討に参画していきます。

［実施体制図］



（２）今後のスケジュール

今後、この「中間評価（素案）」についてはパブリックコメントを実施するとともに、２月に開催予定の藤沢市国民健康保険運営協議会で最終報告した後、「中間評価（案）」として、令和９年２月市議会定例会への最終報告を予定しています。

なお、本計画の最終年度となる令和 11 年度には、最終評価を実施します。

［スケジュール］

	第3期計画			
年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
計画期間	本計画期間			
評価	中間評価			最終評価
計画策定				次期計画策定

（３）最終評価に向けて

本計画の中間評価は、11 の評価指標のうち７指標が「◎」、４指標が「〇」となっており、多くの事業で目標値の達成または達成に向けた改善傾向が確認されました。特に、生活習慣病重症化予防では、受診勧奨対象者の医療受診率が目標を大きく上回り、成果が見られました。さらに、後発医薬品使用割合についても目標値を上回り、医療費適正化に寄与していると考えられます。

一方で、本市の健康課題として、高齢化率の上昇や被保険者一人当たり医療費の増加が続いているほか、生活習慣病関連疾患が、死因や外来医療費の上位を占めています。特に、糖尿病の重症化による人工透析への移行は、医療費の大幅な増加につながりますが、糖尿病性腎症重症化予防では、事業参加者の人工透析導入者は生じていないものの、数値改善率は目標に達しておらず、発症予防から早期発見、重症化予防までの継続した支援の推進が重要であることが改めて確認できました。

令和 11 年度の最終評価に向けては、本中間評価で明らかとなった成果と課題を踏まえ、ＰＤＣＡサイクルに基づく継続的な事業改善を行います。また、市三師会や庁内関係部局との連携をさらに深めながら、被保険者の健康寿命の延伸と医療費の適正化に向けて取組を進めていきます。

第３期藤沢市国民健康保険保健事業実施計画
（藤沢市データヘルス計画）及び
第４期藤沢市特定健康診査等実施計画
中間評価

発行年月　２０２７年（令和９年）３月
発　　行　藤沢市 健康医療部 健康づくり課
〒２５１－０８６１　藤沢市朝日町１番地の１
電　話 ０４６６－２５－１１１１（代表）