

第 2 期袖ヶ浦市保健事業実施計画
（データヘルス計画） 中間評価

令和 3 年 2 月
袖ヶ浦市

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

1. 背景・目的

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）の一部が改正され、保険者等は健康・医療情報を活用して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を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとなりました。

袖ヶ浦市では、生活習慣病対策等の取り組みを強化することで、被保険者の健康増進を進め、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることを目的として、健康増進施策の基本的な計画である、「袖ヶ浦市健康プラン21（第2次）」や袖ヶ浦市国民健康保険での保健事業の中核をなす「第3期特定健診等実施計画」との整合性を図り、平成30年3月に「第2期保健事業実施計画（第2期データヘルス計画）」を策定しました。

2. 計画の期間

計画期間は平成30年度から令和5年度の6年間とし、策定時に設定した目標について、現時点での達成状況や関連する取り組みの状況、方法を評価するとともに、目標達成へ向けた課題を明らかにし、今後の施策に反映することを目的に、令和2年度に中間評価を実施しました。

第2章 第2期データヘルス計画中間評価の概要について

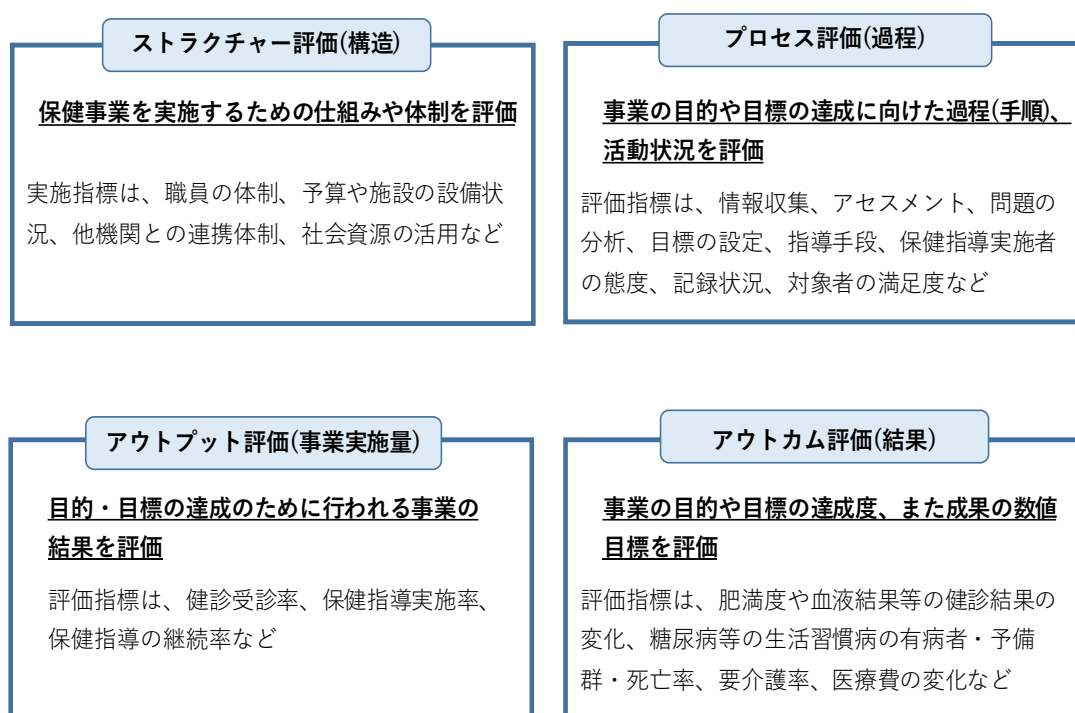
1. 中間評価の方法

第2期データヘルス計画で定めた評価指標に基づき、ストラクチャー（構造評価）、プロセス（実施過程評価）、アウトプット（事業実施評価）、アウトカム（結果評価）の4つの視点から評価を行いました。

アウトプット（事業実施評価）、アウトカム（結果評価）指標については計画策定時の実績（以下現状値）と今回の中間評価で把握した各年度の実績値を比較し、目標達成へ向けて改善したか、変化がなかったか、悪化したかなどを以下の評価区分により、4段階で評価し、プロセス・ストラクチャー評価については、実施状況等に応じて3段階で評価を行います。

なお、事業区分全体の評価である「事業評価」については、個別事業の評価結果を踏まえ、総合的に評価を行います。

（1）評価視点について



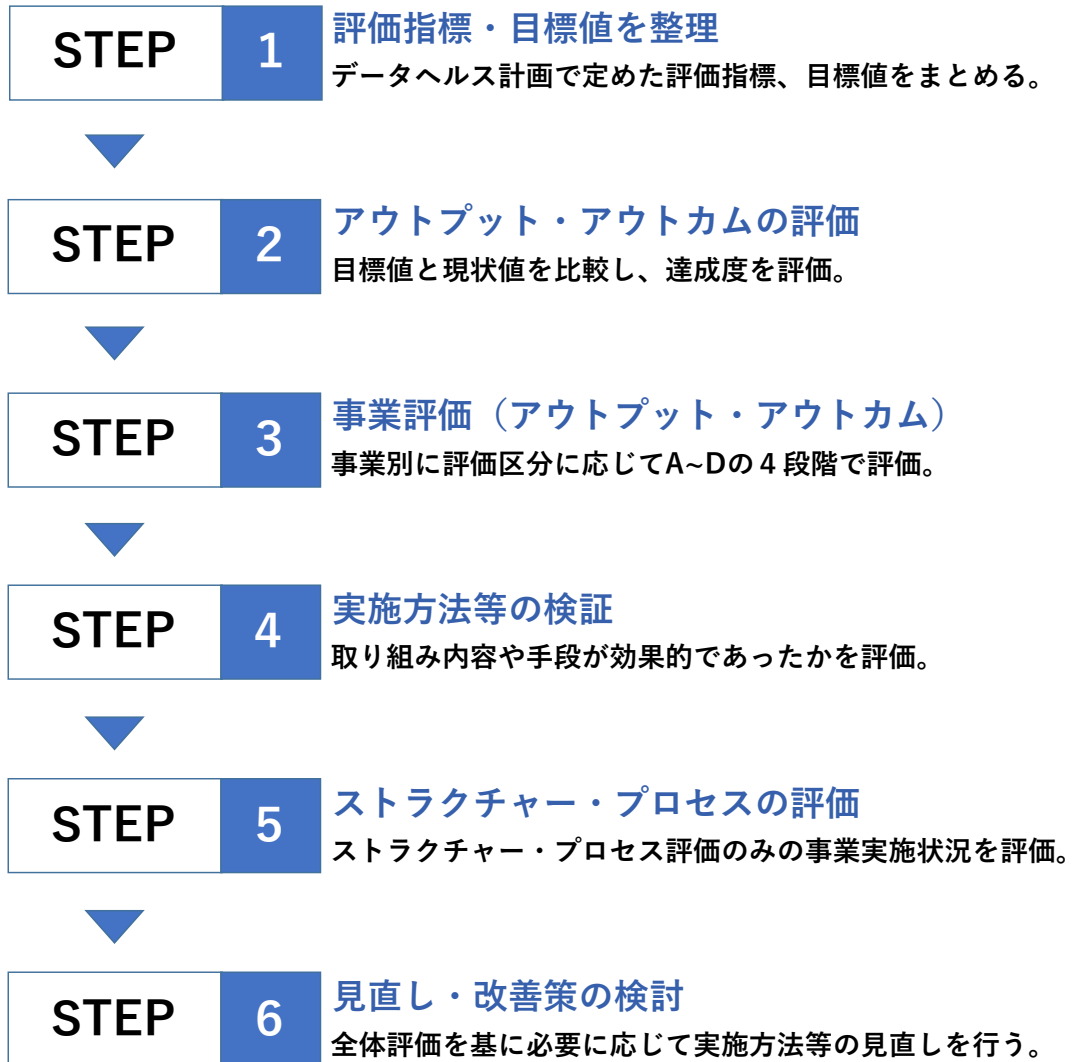
(2) アウトプット・アウトカム評価

評価	状況	評価基準
A	改善	現状値と実績値の数値変化を基に、総合的に勘案して、「改善傾向にある」と判断されるもの。
B	変化なし	現状値と実績値の数値変化を基に、総合的に勘案して、「策定時の状況が維持されている」と判断されるもの。
C	悪化	現状値と実績値の数値変化を基に、総合的に勘案して、「悪化傾向にある」と判断されるもの。
D	評価困難	現状値と実績値の数値変化の比較が難しいものや、事業内容等の変更により評価ができないもの。

(3) ストラクチャー・プロセス評価

評価	状況	評価基準
A	順調	取組方法が確立され、順調に事業を進められている。
B	要改善	取組方法は確立されているが、改善の余地がある。 または、実施を検討中である。
C	未実施	現状事業を実施できていない。

2. 中間評価の手順



第3章 中間評価について

1. 評価指標、目標の整理

(1) 事業別目標及び評価

データヘルス計画策定時に定めた目標、評価（図1）に基づき評価を行い、数値で評価可能なアウトプットやアウトカムについては、評価表（図2、図3）を作成し、実績を把握します。

（図1）

対策区分	事業区分	事業名・事業目的	H30～R5	目標	評価
特定健診受診率向上	特定健康診査	個別健診 メタボリックシンドロームに着目した健康状況の把握・及びリスク者のスクリーニングを実施。 生活習慣病予防を図る。	継続	【アウトプット】 ・集団健診受診者数の増加 ・継続受診率の向上 ・40～50歳代の受診率の向上 【アウトカム】 ・特定健診受診率の向上 【ストラクチャー】 ・実施体制 【プロセス】 ・実施事業に対する取り組み	・法定報告資料により評価
		集団健診 個別健診を受診できなかったものを対象に実施。 がん検診を同時実施等受診対象者の利便性の向上を図る。	継続		・集団健診実施結果により評価
	未受診者対策	訪問勧奨 特定健診受診率向上を目指し、未受診者への受診勧奨を家庭訪問を通じて実施する。	継続		・事業実施結果により評価
		通知勧奨 特定健診受診率向上を目指し、未受診者に対し、対象者ごとの特性に応じた勧奨物を送付する。	継続		・事業実施結果により評価
		かかりつけ医からの情報提供 かかりつけ医と連携した検査結果提供の仕組みの構築	新規		・事業実施結果により評価
インセンティブ	インセンティブ	ガウラ健康マイレージ 生活習慣病の重症化を予防するため、市民の健康に対する意識の向上や各種健診の受診率向上を図るとともに、正しい生活習慣の定着を図る。	継続	【アウトプット】 ・事業参加者数 【アウトカム】 ・特定健診受診率の向上	・事業実施結果により評価
保健指導実施率向上	特定保健事業	動機付け支援・積極的支援 内臓脂肪型肥満でリスク重複者に対し、特定保健指導を実施し、生活習慣改善を支援する。	継続	【アウトプット】 ・保健指導終了者の増加（集団健診受診者） ・保健指導実施率の向上 ・保健指導対象者の減少	・法定報告資料により評価
重症化予防	重症化予防	生活習慣病重症化予防事業 特定健診の結果、重症化ハイリスクに該当する者に対し、家庭訪問で現状を確認したうえ、状況に応じて医療機関への受診勧奨を行うことで、適切な医療につなげる。 高血圧や糖尿病等の生活習慣病を原因とする慢性腎臓病予防に取り組み、新規人工透析導入者の減少を目指して、慢性腎臓病（CKD）予防検討委員会を立ち上げ、医療機関と行政との連携を推進する。	新規・継続	【ストラクチャー】 ・連携体制の構築 【プロセス】 ・取組状況	・事業実施結果により評価
がん検診	がん検診	各種がん検診 生活習慣病の予防・疾病の早期発見に努め、健康教育の保健指導を推進し、若年期からの健康増進を図る。	継続	【アウトプット】 ・実施者数 ・実施率	・法定報告資料により評価

対策区分	事業区分	事業名・事業目的	H30～R5	目標	評価
重複服薬者	医療費適正化	医療費適正化（重複・頻回受診） 医療機関への重複・頻回受診者、重複服薬者に対し、適切な医療機関受診を促し、医療費の適正化を図る。	継続	【プロセス】 ・実施回数	・国保連資料により評価
後発医薬品	医療費適正化	ジェネリック医薬品の促進 服薬中の薬剤をジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を周知することにより医療費の適正化を図る。	継続	【プロセス】 ・実施回数 ・取組状況	・国保連資料により評価
地域包括ケア	介護予防	地域包括ケア推進の取組の実施状況 地域包括ケアの推進に向けた取組みの実施、介護保険事業と保健事業の連携事業を行う。	新規	【ストラクチャー】 ・連携体制の構築 【プロセス】 ・取組状況	・事業実施状況により評価
その他検診等	予防事業	若年期健康診査 生活習慣病の予防・疾病の早期発見に努め、健康教育の保健指導を推進し、若年期からの健康増進を図っている。	継続	【アウトプット】 ・実施者数 ・実施率	・事業実施結果により評価
		人間ドック（脳ドック）助成事業 国民健康保険被保険者の疾病の早期発見・早期治療に役立て、被保険者の健康増進と特定健診の受診率向上を図るために実施。	継続	【アウトプット】 ・実施者数	・事業実施結果により評価
		人間ドック（脳ドック）精密検査受診勧奨事業 人間ドック受診の結果、精密検査の該当者の約4か月後の受診状況をレセプトで確認し、受診のない者へ、受診勧奨通知を送付する。	継続	【アウトプット】 ・実施件数	・事業実施結果により評価
健康教育	健康啓発事業	スマートダイエット教室 市民対象の減量教室（集団教育）により、食事や運動の記録など指導し、生活習慣病の予防を図る。	継続	【プロセス】 ・事業実施の取組について	・事業実施結果により評価
		生活習慣病予防講演会 市民対象に生活習慣病の知識啓発と予防のための生活習慣改善の動機付けを図る。	継続	【プロセス】 ・事業実施の取組について	・事業実施結果により評価
		三学大学による健康等講演会 市民対象に健康や運動、心の健康などの知識啓発を行い、予防のための生活習慣改善の動機付けを図る。	継続	【プロセス】 ・事業実施の取組について	・事業実施結果により評価

【評価表】（アウトプット、アウトカム評価）

（図 2）

アウトプット(短期・中長期)

項目	計画策定時		実 績					
	年度	現状値	H 30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度
特定健診受診率の増加	H27	52.3%						
治療中者の情報提供数	H27	現状把握						
集団健診受診者数の増加	H27	241人						
継続受診率の向上	H27	79.3%						
40～50歳代の受診率向上	H27	27.4%						
男性割合	H27	22.0%						
女性割合	H27	34.4%						
保健指導利用率の増加	H27	38.6%						
保健指導対象者の減少率（指導利用者）	H27	27.1%						

評価指標			
短期		中長期	
評価時期	評価指標	評価時期	評価指標
毎年度	1%増	R05	60%
	現状把握		
	20人増		
	0.2%		80.5%
	1%増		34%
	1%増		30%
	1%増		41%
	2%増		60%
	現状把握		

アウトカム（短期・長期）

項目	計画策定時		実 績					
	年度	現状値	H 30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度
長期化する疾患の共通リスクの基礎疾患の減少（千人当たりの新規患者数）								
高血圧	H28	11,833人						
脂質異常症	H28	8,283人						
糖尿病	H28	14,909人						
3疾患重複して持つ人の割合の減少								
男性割合	H28	31.1%						
女性割合	H28	11.5%						
高血圧Ⅱ度以上者の割合の減	H28	6.6%						

評価指標			
短期		中長期	
評価時期	評価指標	評価時期	評価指標
毎年度	現状把握	R05	千人当たり新規患者数の減
			千人当たり新規患者数の減
			千人当たり新規患者数の減
			H 35評価時に同規模市平均に近づく
	0.2%減		4%台

アウトカム（長期）

項目	現状値		実 績					
			H 30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度
医療費に関する評価								
総医療費の減少	H28	4,807,445,600						

評価指標			
短期		中長期	
評価時期	評価指標	評価時期	評価指標
毎年度	現状把握	R05	前年度比減

【評価表】（その他）

以下の内容については、第２期データヘルス計画では評価指標が明記されていませんが、事業別目標の達成度を確認するため、現状値、実績値を確認します。

（図３）

アウトプット（その他）

項目	計画策定時		実績					
	年度	現状値	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度
各種がん検診								
胃がん検診	H28							
子宮がん検診	H28							
乳がん検診	H28							
肺がん・結核検診	H28							
大腸がん検診	H28							
若年期健康診査								
実施者数	H28							
実施率	H28							
人間ドック								
受診者数	H28							
精密検査受診勧奨件数	H28							

2. アウトプット・アウトカム評価

現状値及び実績値については以下の通りとなります。

アウトプット(短期・中長期)

項目	計画策定時		H30年度			R01年度		
	年度	現状値	実績	現状値比	前年比	実績	現状値比	前年比
特定健診受診率の増加	H27	52.3%	53.1%	↑ 0.8%	－	51.8%	↓ -0.5%	↓ -1.3%
治療中者の情報提供数	H27	現状把握	現状把握	－	－	現状把握	－	－
集団健診受診者数の増加	H27	241 人	288 人	↑ 47 人	－	502 人	↑ 261 人	↑ 214 人
継続受診率の向上	H27	79.3%	80.1%	↑ 0.8%	－	81.9%	↑ 2.6%	↑ 1.8%
40～50歳代の受診率向上	H27	27.4%	32.3%	↑ 4.9%	－	29.5%	↑ 2.1%	↓ -2.8%
男性割合	H27	22.0%	27.0%	↑ 5.0%	－	23.5%	↑ 1.5%	↓ -3.5%
女性割合	H27	34.4%	38.5%	↑ 4.1%	－	36.6%	↑ 2.2%	↓ -1.9%
保健指導利用率の増加	H27	38.6%	58.7%	↑ 20.1%	－	60.9%	↑ 22.3%	↑ 2.2%
保健指導対象者の減少率(指導利用者)	H27	27.1%	26.3%	↓ -0.8%	－	28.4%	↑ 1.3%	↑ 2.1%

評価指標			
短期		中長期	
評価時期	評価指標	評価時期	評価指標
毎年度	1%増	R05	60%
	現状把握		
	20人増		
	0.20%		80.5%
	1%増		34%
	1%増		30%
	1%増		41%
	2%増		60%
	現状把握		

アウトカム(短期・長期)

項目	計画策定時		H30年度			R01年度		
	年度	現状値	実績	現状値比	前年比	実績	現状値比	前年比
長期化する疾患の共通リスクの基礎疾患の減少(千人当たりの新規患者数)								
高血圧	H28	11,833 人	10,917 人	↑ -0.916 人	－	11,424 人	↑ -0.409 人	↓ 0.507 人
脂質異常症	H28	8,283 人	9,831 人	↓ 1.548 人	－	10,335 人	↓ 2.052 人	↓ 0.504 人
糖尿病	H28	14,909 人	12,970 人	↑ -1.939 人	－	10,777 人	↑ -4.132 人	↑ -2.193 人
3疾患重複して持つ人の割合の減少								
男性割合	H28	31.1%	32.0%	↓ 0.9%	－	32.2%	↓ 1.1%	↓ 0.2%
女性割合	H28	11.5%	12.8%	↓ 1.3%	－	12.3%	↓ 0.8%	↑ -0.5%
高血圧Ⅱ度以上者の割合の減	H28	6.6%	6.6%	→ 0.0%	－	6.8%	↓ 0.2%	↓ 0.2%

評価指標			
短期		中長期	
評価時期	評価指標	評価時期	評価指標
毎年度	現状把握	R05	千人当たり新規患者数の減
			千人当たり新規患者数の減
			千人当たり新規患者数の減
			R04評価時に同規模市平均に近づく
			4%台
	0.2%減		

アウトカム(長期)

項目	計画策定時		H30年度			R01年度		
	年度	実績	実績	現状値比	前年比	実績	現状値比	前年比
医療費に関する評価								
総医療費の減少	H28	4,807,445,600 円	4,541,031,810 円	↑ -266,413,790 円	－	4,560,912,740 円	↑ -246,532,860 円	↓ 19,880,930 円

評価指標			
短期		中長期	
評価時期	評価指標	評価時期	評価指標
毎年度	現状把握	R05	前年度比減

【評価表（その他）】

項目	計画策定時		H30年度			R01年度		
	年度	現状値	実績	現状値比	前年比	実績	現状値比	前年比
各種がん検診受診率								
胃がん検診	H28	22.7%	20.0%	↓ -2.7%	—	16.0%	↓ -6.7%	↓ -4.0%
子宮がん検診	H28	30.3%	28.0%	↓ -2.3%	—	29.0%	↓ -1.3%	↑ 1.0%
乳がん検診	H28	27.8%	32.2%	↑ 4.4%	—	30.4%	↑ 2.6%	↓ -1.8%
肺がん・結核検診	H28	35.8%	34.0%	↓ -1.8%	—	30.3%	↓ -5.5%	↓ -3.7%
大腸がん検診	H28	27.3%	26.3%	↓ -1.0%	—	23.8%	↓ -3.5%	↓ -2.5%
若年期健康診査								
実施者数	H28	422 人	373 人	↓ -49 人		330 人	↓ -92 人	↓ -43 人
実施率	H28	17.2%	19.2%	↑ 2.0%		17.0%	↓ -0.2%	↓ -2.2%
人間ドック								
受診者数	H28	595 人	683 人	↑ 88 人	—	703 人	↑ 108 人	↑ 20 人
精密検査受診勧奨件数	H28	0 件	98 件	↑ 98 件	—	234 件	↑ 234 件	↑ 136 件

【参考】各健(検)診の対象者、実施時期

検診名	対象者（年度末年齢基準）	実施時期
特定健康診査	40歳から74歳の国民健康保険加入者	【個別】6月～9月 【集団】6月～11月
胃がん検診	40歳以上	4月～6月
子宮がん検診	20歳以上の女性	【個別】4月～3月 【集団】9月～10月
乳がん検診	30歳以上の女性	8月～11月
肺がん・結核検診	40歳以上	9月～11月
大腸がん検診	40歳以上	9月～11月
若年期健康診査	30歳から39歳	6月～8月

※評価表中のアイコンについて

目標の達成度合いに応じて表示しています。

増加を目標としている場合は現状値等よりも数値が高いかを基準に、減少を目標としている場合は現状値等よりも数値が低いかを基準に表示しています。

▼増加を目標としている場合

比 現状値等	達成度	アイコン
高い(+)	達成	↑
同じ	現状維持	→
低い(-)	未達成	↓

▼減少を目標としている場合

比 現状値等	達成度	アイコン
低い(-)	達成	↑
同じ	現状維持	→
高い(+)	未達成	↓

3. 事業評価（アウトプット・アウトカム）

評価指標ごとに個別評価を行い、その評価を基準に事業区分ごとの事業評価を行いました。

事業区分	評価指標（評価表内項目）	個別評価	事業評価
特定健康診査	特定健診受診率の向上	B	B
	集団健診受診者の増加	A	
	継続受診率の向上	A	
	40～50歳代の受診率の向上（男女）	B	
特定保健指導	特定保健指導率の向上	A	A
	特定保健指導対象者の減少率	B	
重症化予防	長期化する疾患の共通リスクの基礎疾患の減少（千人当たりの新規患者数）	B	B
	3疾患重複して持つ人の割合の減少(男女)	C	
	高血圧Ⅱ度以上者の割合の減	B	
医療費適正化	総医療費・1人当たり医療費の減少	B	B

4. 実施方法等の検証

(1) 特定健康診査 【事業評価：B】

特定健康診査については、集団健診受診者数、継続受診率が向上していましたが、全体の受診率については現状維持だったことから、事業評価を B としました。

袖ヶ浦市では、個別健診（医療機関で個別に受診）を 6 月～8 月末（令和 2 年度からは 9 月末）まで実施するほか、保健センターや公民館で集団健診を実施しています。

集団健診については、平成 25 年度の開始以来、個別健診の期間中に受診できなかった人や、かかりつけ医のない人向けに、10 月～11 月の休日に 2 日～3 日間実施していました。しかし、平成 30 年度から眼底検査の対象者が拡大されたものの個別健診で眼底検査を受けられる医療機関が市内に 1 つしかなかったため、令和元年度から、6 月から 12 月の間に 7 日間と日数を大幅に増やし実施しました。実施日数の増加により、例年より受診者数も増加しましたが、日程や会場により受診者数が伸び悩む日程もあったため、令和 2 年度以降は 5 日間を目安に実施していく予定です。

また、平成 30 年度からはアドバイスシートを活用した受診勧奨を実施し、未受診者対策にも努めています。

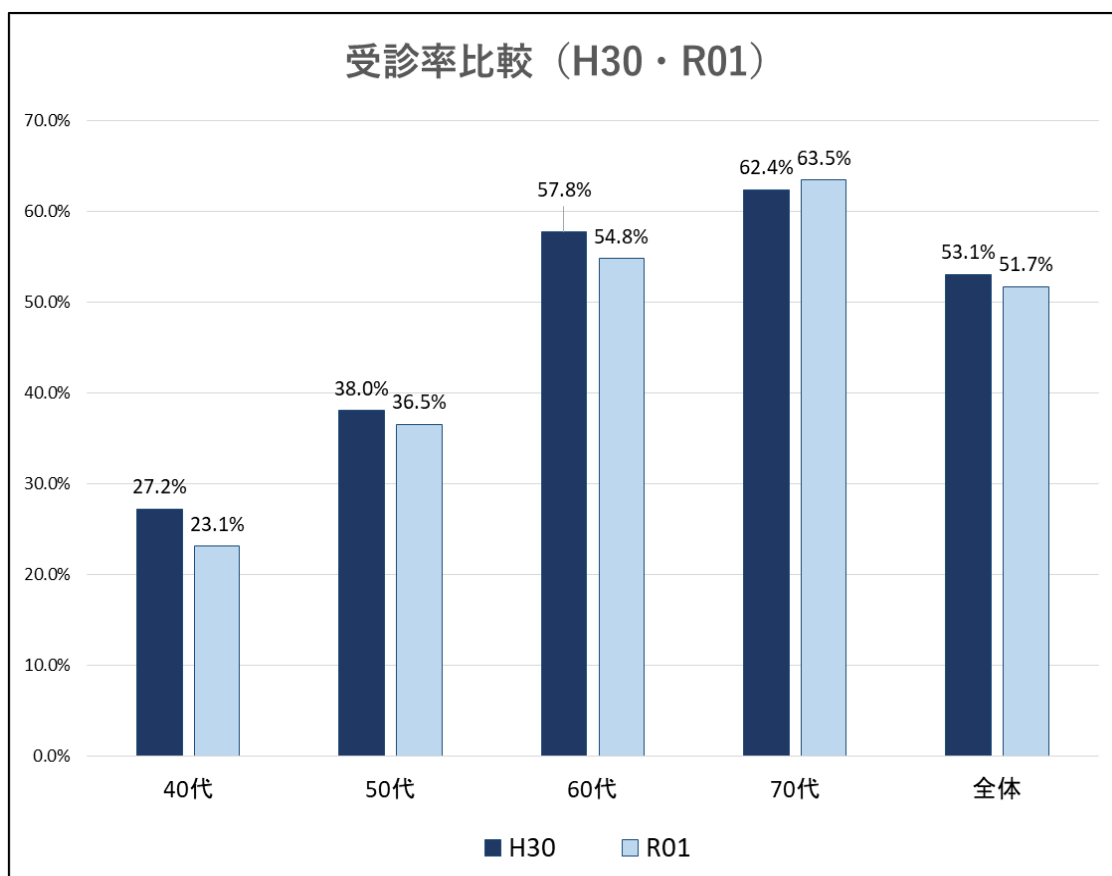
アドバイスシートとは、過去の受診結果をもとに、基準値を上回っていた項目やそれによりどのくらい生活習慣病の危険性があるのかなどをまとめたもので、自分自身の健康状態を把握してもらうことで受診勧奨を行うものです。

過去 2 年間で未受診の方などを対象に 7 月頃アドバイスシートを送付し、平成 30 年度は対象者 1439 名中 798 名（55.5%）、令和元年度は対象者 1457 名中 640 名（43.9%）の受診につなげることができました。

受診率については、平成 25 年度以降、50%以上を維持し、県内でも高い水準となっていることから、現在の実施方法について一定の効果が出ていると評価できますが、目標である 60%を達成するためには今後、さらに未受診者対策や継続受診対策に力を入れていく必要があります。

【参考】

・年代別の受診率（平成30年度・令和元年度）



（２）特定保健指導 【事業評価：A】

特定保健指導については、保健指導対象者の減少率(指導利用者)にあまり変化がなかったものの、特定保健指導率が大幅に上昇したことから、事業評価を A としました。

特定保健指導は特定健康診査及び人間ドックの結果で生活習慣病の発症リスクが高いと判定された方を対象に、食事や運動等に関する指導、生活改善のサポートを行うもので、リスクの程度に応じて「動機付け支援」、「積極的支援」を実施しています。

特定保健指導は対象者へ直接働きかけができ、生活習慣病だけでなく、その他疾患の予防にも効果が期待できますが、袖ヶ浦市では、特定健康診査の受診率向上に伴う保健指導対象者の増加に対応できる体制が整っておらず、体制強化が課題となっていました。

そのため、保険年金課（国保部門）と健康推進課（衛生部門）で協議を重ね、特定健康診査の実施に関しては保険年金課が、特定保健指導の実施に関しては健康推進課が主となり業務を行い、相互に連携を図ることで体制の改善、人材の確保を図りました。

また、特定健康診査の受診案内や広報への掲載等を通じて、特定保健指導の周知を行い、集団健診については、特定保健指導対象者かに関わらず、当日の健診受診者全員へ保健指導を行うなどして、特定保健指導率の向上に努めています。

今回の中間評価の結果では、高血圧・脂質異常症の新規患者数が増加傾向にあり、糖尿病と合わせた３疾患を重複で持つ人の割合も悪化している結果となりましたが、その改善には保健指導の強化、充実が重要となってきます。

今後も各部署間で連携を図りながら現在の特定保健指実施率の維持に努めてまいります。

(3) 重症化予防 【事業評価：B】

重症化予防について、3疾患（高血圧・脂質異常症・糖尿病）を重複して持つ人の割合は悪化傾向にありましたが、疾患ごとに見ると減少しているものもあり、改善傾向もみられたことから、事業評価をBとしました。

重症化予防の取り組みの1つとして、君津木更津医師会協力のもと、平成29年6月に君津地域4市合同で「慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会」を立ち上げ、令和元年度より本格的に慢性腎臓病（CKD）予防連携事業が開始されました。

慢性腎臓病（CKD）予防連携事業は、特定健康診査または人間ドックの結果をもとに、腎リスク（eGFR（腎機能を数値化したもの）と尿蛋白検査の数値を基準に判定）または糖リスク（HbA1c（平均血糖）を基準に判定）が一定の基準に該当した方へ「腎臓病地域連携パス」（以下連携パス）を発行し、かかりつけ医、専門医、行政が連携することで重症化予防を図るものです。（以下図4参照）

連携パスをきっかけとした受診率向上への取り組みとして、広報等を通じた事業内容の周知や、連携パス発行後2～3ヶ月受診が確認できない方に対しての訪問等による受診勧奨を実施し、令和元年度は連携パス発行対象者639名中、かかりつけ医から340名（53.2%）の受診状況について報告がありました。（図5）

連携パスの返送がなかった方の理由を確認したところ、かかりつけ医への定期受診時に連携パスを持参していないが最も多く、今後その対策をどう行うかが課題となります。

事業開始直後であるため、今後は課題を整理しながら、より効果的な取り組みにできるよう、関係機関とも連携しながら事業を進めていきます。

重症化予防については、アウトカム（結果評価）が悪化傾向にありましたが、現在の取り組みが結果として反映されるまでには時間がかかるため、現在の実施方法を継続し、令和5年度の最終評価で改めて検証を行います。

【5枚複写の内容】

1枚目	かかりつけ医→市へ提出
2枚目	二次医療機関→市へ提出
3枚目	二次医療機関控え
4枚目	本人控え
5枚目	かかりつけ医→二次医療機関→かかりつけ医控え

1 対象者を市が抽出

各市がバスの対象者を特定健康診査結果から抽出

腎リスク	①	eGFR:60以上かつ尿蛋白(2+)以上
	②	eGFR:45~59かつ尿蛋白(+)以上
	③	eGFR:30~44
	④	eGFR:15~29
糖リスク	A	HbA1c 6.5%~7.9%
	B	HbA1c 8.0%以上

※上記①~④、A、Bのいずれかに該当する者

2

郵送

- 【郵送物】
1. 勧奨通知
 2. 腎臓病地域連携バス
 3. かかりつけ医一覧
 4. 経年表 等

【事前配布物】

- 連携バスの記入ガイド
- 参考資料
- 腎専門医への紹介基準
- 糖尿病腎症の診療のポイント
- 二次医療機関における検査説明

3

かかりつけ医
(協力医療機関)

受診

連携バスの該当者

かかりつけ医が、今後の診療について判断

A

検査や指導を二次医療機関(専門医)へ依頼
※二次医療機関を選定

B

今後の診療を二次医療機関(専門医)へ依頼
※二次医療機関を選定

C

かかりつけ医で今後もフォロー

バスの記載

複写1枚目:市に提出(請求用)
複写2~5枚目:受診者に渡して
二次医療機関へ
受診者へ二次医療機関への受診を勧奨
渡すもの:バス2~5枚目
二次医療機関での検査説明

■請求

- ・バス1枚目(請求用)
- ・請求書

バスの記載

複写1枚目:市に提出(請求用)
複写2~4枚目:受診者に渡して
二次医療機関へ
複写5枚目:かかりつけ医控え

受診者へ二次医療機関への受診を勧奨
渡すもの:バス2~4枚目
二次医療機関での検査説明

■請求

- ・バス1枚目(請求用)
- ・請求書

バスの記載

複写1枚目:市に提出(請求用)
複写2・3枚目:市へ返却
複写4枚目:受診者に渡す
複写5枚目:かかりつけ医控え

■請求

- ・バス1枚目(請求用)
- ・請求書

二次医療機関を選定

4

二次医療機関

バスの記載

2枚目:市に提出(請求用)
3枚目:二次医療機関控え
4枚目:受診者に渡す(本人控え)
5枚目:受診者に渡してかかりつけ医へ

■請求

- ・バス2枚目(請求用)
- ・請求書

バスの記載

2枚目:市に提出(請求用)
3枚目:二次医療機関控え
4枚目:受診者に渡す(本人控え)

■請求

- ・バス2枚目(請求用)
- ・請求書

市へ報告・請求

市へ報告・請求

市へ報告・請求

市へ報告・請求

市:国保主管課

受診者からかかりつけ医に戻る

受診者の流れ

バスの流れ

【令和元年度慢性腎臓病地域連携パス受診状況】（令和２年９月末現在） （図５）

１．発行状況

区分	腎機能					糖代謝			合計（件）
	①	②	③	④	腎機能合計（件）	A	B	糖代謝合計（件）	
発行	80	77	10	3	170	435	71	506	676
返送（かかりつけ）	47	40	2	0	89	230	36	266	355
返送（二次）	5	1	0	0	6	1	0	1	7
かかりつけからの返送なし	33	37	8	3	81	205	35	240	321

※腎・糖の両方に該当している人もいるため、合計と実数は異なる

２．返送内訳

区分	腎機能					糖代謝			合計（件）
	①	②	③	④	腎機能合計（件）	A	B	糖代謝合計（件）	
当院フォロー	41	37	2	0	80	222	35	257	337
二次連携	6	3	0	0	9	7	1	8	17
治療依頼	0	0	0	0	0	1	0	1	1

３．月別発行状況

月	発行数	返送数
８	58	36
９	165	101
10	196	103
11	147	71
12	18	9
１	27	13
２	7	3
３	7	1
４	10	3
５	4	0
合計	639	340

【参考】実人数ベースの集計

区分	人数
発行数	639人
返送数（かかりつけ）	340人
返送数（二次）	6人

(4) 医療費適正化 【事業評価：B】

医療費適正化については、総医療費で比較したところ、平成30年度、令和元年度いずれも現状値からは減少していましたが、令和元年度については前年と比較すると増加していたため、事業評価をBとしました。

医療費の適正化として、同じ治療を複数の医療機関で受診している方、1か月の通院回数が過剰に多い方に対して指導を行う「重複受診者、頻回受診者に対する指導」、同じ薬効の薬を複数の医療機関で過剰にもらっている人に対して指導を行う「重複服薬者に対する指導」、ジェネリック医薬品の推進に取り組んでおり、適切な治療、服薬を促すことで医療費の削減を図っています。

重複受診者、頻回受診者に対する指導、重複服薬者に対する指導については、それぞれ年4回対象者を抽出し、必要に応じて指導を行い、ジェネリック医薬品については年2回新薬をジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額を通知することで、普及促進を行っています。

総医療費については、特定健診受診率や特定保健指導実施率が向上すると一時的に上昇する傾向があるため、単年度では評価が難しい部分がありますが、平成28年度の現状値と比較すると減少がつづいているため、現在の取り組みを継続して実施していきます。

各事業の概要、実績については以下のとおりです。

■重複受診者、頻回受診者に対する指導

●対象者

①重複受診者

国保連合会より提供される多受診者一覧表該当者を抽出する。

②頻回受診者

国保連合会より提供されるレセプトデータにより、診療実日数20日以上のものを抽出し、3ヶ月連続で抽出された者を指導対象者とする。

※①、②ともにやむを得ない受診であると認められるものについては指導対象外

●実績

①重複受診者

・平成30年度

対象者：8名 指導実施者：0名

・令和元年度

対象者：9名 指導実施者：0名

※いずれの対象者も指導基準には該当しなかったため、指導実施なし

②頻回受診者

・平成30年度

対象者：12名 指導実施者：0名

・令和元年度

対象者：7名 指導実施者：0名

※いずれの対象者も指導基準には該当しなかったため、指導実施なし

■重複服薬患者に対する保健指導

●対象者

千葉県国民健康保険団体連合会から提供される「重複多受診該当リスト」を活用し、同一月に3以上の医療機関から、同一薬効の薬剤を処方されている者を抽出し、指導を行う。(文書の通知による指導)

ただし、原則として向精神薬については選定の対象外とする。

なお、対象者への指導実施の有無については、千葉県健康福祉部薬務課が実施している「市町村国保が行う重複服薬患者の保健指導への薬剤師派遣事業」を活用して派遣された薬剤師の指導に基づき、決定する。

●実績

・平成30年度

対象者：23名 指導実施者：15名

・令和元年度

対象者：26名 指導実施者：13名

■ジェネリック医薬品の促進

●対象者

下記のすべての条件に該当する者

- ①生活習慣病や慢性疾患等にかかる薬を長期（14日以上）服用している
- ②ジェネリック医薬品に切り替えた場合、1か月あたりの自己負担額の軽減が一定以上（被保険者あたり200円以上）見込まれる
- ③医療機関または調剤薬局で薬を受け取っている

●実績（年間発送数）

・平成30年度

5月受診分 ： 887通

11月受診分 ： 793通

合計 ： 1680通

・令和元年度

5月受診分 ： 755通

11月受診分 ： 726通

合計 ： 1481通

5. ストラクチャー・プロセスの評価

ストラクチャー（実施体制）及びプロセス（取組状況）のみの評価としている事業については、現在の状況を整理し、事業評価を行いました。

（1）ストラクチャー評価

ア. 評価基準及び評価について

事業区分	事業名	評価指標	評価
未受診者対策	かかりつけ医からの情報提供	・実施体制を整理し、効果的に機能しているか。 ・改善点などがある場合は、必要に応じて見直しを行う。	B
介護予防	地域包括ケア推進の取組実施状況		B

イ. 事業別実施状況について

（ア）かかりつけ医からの情報提供【事業評価：B】

特定健康診査開始前に市内医療機関（17医療機関）を訪問し、実施概要や変更点の説明、保健事業全体に関する意見交換等を行い、情報共有を行っています。

今後は、受診中の方への健診受診勧奨のほか、重症化予防である慢性腎臓病地域連携パスの活用についても連携を図れるよう努めていきます。

（イ）地域包括ケア推進の取組実施状況【事業評価：B】

連携体制の構築にあたっては、平成28年度に高齢者支援課、健康推進課、保険年金課の3課で打合せを行い、包括ケア事業や集団健診、KDB(国保データベース)システムによる医療、介護情報の分析等で連携を図ることとしました。

介護予防事業である百歳体操参加者への特定健診受診勧奨や集団健診会場内でのミニ測定会（骨密度や脳年齢等の測定会）については、連携を取り実施していますが、データ分析や結果を活用した事業の展開については、実施を検討している段階です。

(2) プロセス評価

ア. 評価基準及び評価について

事業区分	事業名	評価指標	評価
介護予防	地域包括ケア推進の取組実施状況	・実施状況を振り返り、目標へ向けて効果的に実施できているか。 ・改善点などがある場合は必要に応じて実施手段の見直しを行う。	B
健康啓発事業	スマートダイエット教室		A
	生活習慣病予防講演会		
	三学大学による健康等講演会		

イ. 事業別実施状況について

(ア) 地域包括ケア推進の取組実施状況

介護事業活用者の健康維持、特定健康診査受診者の介護予防を図るため、百歳体操参加者への受診勧奨や集団健診でのミニ測定会（骨密度や脳年齢の測定）の実施について、高齢者支援課と連携し、事業を行っています。

今後は、現在連携して実施している事業だけでなく、他事業でも連携がとれないか、担当者等で協議を行い、さらに効果的な取り組みにしていけることが必要となります。

(イ) 健康啓発事業

国保加入者の健康意識の向上を図るため、関係課の協力のもと健康啓発事業を実施しています。健康に関する知識を深めることで健康増進につなげるとともに、市が実施する各種保健事業の積極的な活用を促進していきます。

各事業の実施概要、実績は以下のとおりとなります。

■スマートダイエット教室

健康づくり支援センター（ガウランド）にて、食事や運動指導に関する講義と実習を前期、後期それぞれ全11回実施しています。初回の講義（健診結果の見方について）と最後の結果返却会については、健康推進課保健師が講師として講義を行っています。

●平成30年度

・前期（Ⅰ期）

6月2日初回参加者数：16名

9月15日結果返却会参加者数：11名

・後期（Ⅱ期）

11月6日初回参加者数：9名

平成31年2月20日結果返却会参加者数：8名

●令和元年度

・前期（Ⅰ期）

6月5日初回参加者数：3名

※結果返却会については台風の影響により中止。

・後期（Ⅱ期）

11月6日初回参加者数：6名

令和2年2月19日結果返却会参加者数：6名

■生活習慣病予防講演会

生活習慣病や健康に関する知識を深めてもらうため、医師等を講師に招き、年に一度講演会を実施しています。

●平成30年度

開催日：平成30年11月1日（木）

講師：どんぐりクリニック 松戸 裕治 医師

演題：「心電図で何がわかるか」

●令和元年度

開催日：令和元年11月21日（木）

講師：君津玄々堂病院 大崎 慎一 医師

演題：「糖尿病や高血圧から腎臓を守る」

■三学大学による健康等講演会

生涯学習課が実施している市民三学大学講座にて、健康に関する講座を実施しています。

●平成30年度

開催日：平成30年12月8日（土）

講師：鍛山矩幸（元関脇 寺尾）

演題：「私の相撲人生」

●令和元年度

開催日：令和元年12月14日（土）

講師：前園真聖（元サッカー日本代表）

演題：「フォー・ザ・ミラクル～チャレンジすること 素晴らしさ～」

6. 見直し・改善策の検討

(1) 特定健康診査

今回の中間評価では、「特定健康診査受診率」が目標値を下回る結果となりました。また、40～50代の受診率は、現状値（計画時点）よりは上昇しているものの、60～70代と比較すると低い状況であり、特に男性の受診率が低くなっています。

今後受診率を向上させるためには、受診率が低い若年層を中心とした受診勧奨及び継続受診率を維持していくことが重要となります。

今後の改善策として、現在までの取り組みを継続するとともに、千葉県国民健康保険団体連合会が実施する事業に参加し、新たな方法で受診勧奨を行う予定です。この事業では、AIが過去の受診履歴をもとに個人の特性を分析し、その特性にあった勧奨ハガキを送付することで受診を促すもので、対象者についても、AIを活用して勧奨の効果が高いと思われる方を抽出することができます。

今までとは異なる受診勧奨を行うことで、受診率がどのように変化するかを検証し、令和4年度以降より効果的な受診勧奨が行えるよう努めていきます。

(2) 重症化予防

今回の中間評価では、「長期化する疾患の共通リスクの基礎疾患の減少（千人当たりの新規患者数）」及び「3疾患重複して持つ人の割合の減少」が目標値を下回る結果となりました。

そのうち、特に増加傾向が強かったのが脂質異常症で、3疾患重複して持つ人の割合についても、脂質異常症と高血圧の2つを重複して持つ人の割合が最も多くなっていました。改善するためには、バランスの取れた食事と適度な運動を心がけることが大切です。今後、保健指導を通じて対象者へ指導を強化していきます。

糖尿病については、慢性腎臓病（CKD）予防連携事業で腎臓病とあわせて予防に取り組んでいますが、令和元年度の連携パス返送率は53.2%と約半数にとどまっている状況です。今後、連携パスを使用した受診率を向上させるために、広報やホームページなどを通じて慢性腎臓病（CKD）予防連携事業の認知度向上を図るとともにかかりつけ医と連携した受診勧奨を実施できるよう連携の強化に取り組んでいきます。

また、かかりつけ医から専門医への連携については今後も慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会の協力を得て、君津地域4市で協議を行っていきます。

(3) 地域包括ケア推進の取組

現在、一部事業で連携をとり実施していますが、KDB（国保データベース）システムによる医療、介護情報の分析、その結果を活用した保健事業、介護事業の展開については、効果的な実施ができていない状況です。今後、定期的な打ち合わせを行い、情報共有や各事業へ KDB データを活用できないか検討してきます。

また、介護との連携として、後期高齢者医療制度では、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」が本市においても段階的に開始される予定です。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施とは、後期高齢者医療部門（保険年金課）、衛生部門（健康推進課）、介護部門（高齢者支援課）が一体的に保健事業、介護事業を行うことで、それぞれの効果を高めることを目的とした事業です。

袖ヶ浦市では令和 6 年度までに開始できるよう検討を始めており、それに合わせ、国保部門も連携を強化できるよう検討していきます。

(4) ガウラ健康マイレージ事業【事業終了に伴う見直し】

ガウラ健康マイレージ事業は健康診断や人間ドック、がん検診の受診のほか、健康に関するイベント等への参加など、市が定めた 6 つの健康目標のうち、3 つ以上を達成した方へ健康チャレンジ賞（クオカードやゆりの里の商品券等）を贈呈することで、市民の健康に対する関心を高め、健康的な生活習慣を実践してもらうことを目的に平成 28 年度から開始されました。

令和元年度までの 4 年間で約 8,122 件の参加があり、健康意識の向上に一定の効果をあげることができました。

令和 2 年度から千葉県で「元気ちば！健康チャレンジ・ポイント事業」（以下県事業）が開始され、ガウラ健康マイレージ事業と実施内容が重複する部分が多かったことから、事業の効率的実施を図るため、ガウラ健康マイレージ事業については、令和元年度をもって終了とし、今後県事業に参加する予定です。

袖ヶ浦市でも準備が整い次第、市民への周知、参加促進を実施していきます

7. 総括

今回、中間評価を実施した結果、一部実施体制や連携等で課題があったものの、継続受診率や特定保健指導実施率については目標値を上回っており、現在の取り組みで一定の効果があげられていることが確認できました。

今後は現在の取り組みを継続するとともに、中間評価で目標値に達していなかった項目については、実施方法の改善、強化を行うことで最終目標を達成できるよう努めていきます。