

1. 目的・評価方法

第2期データヘルス計画(平成30年から令和5年の6年間)の中間評価・見直しは令和2年度に行い、評価に応じた計画の改善を図ることとします。

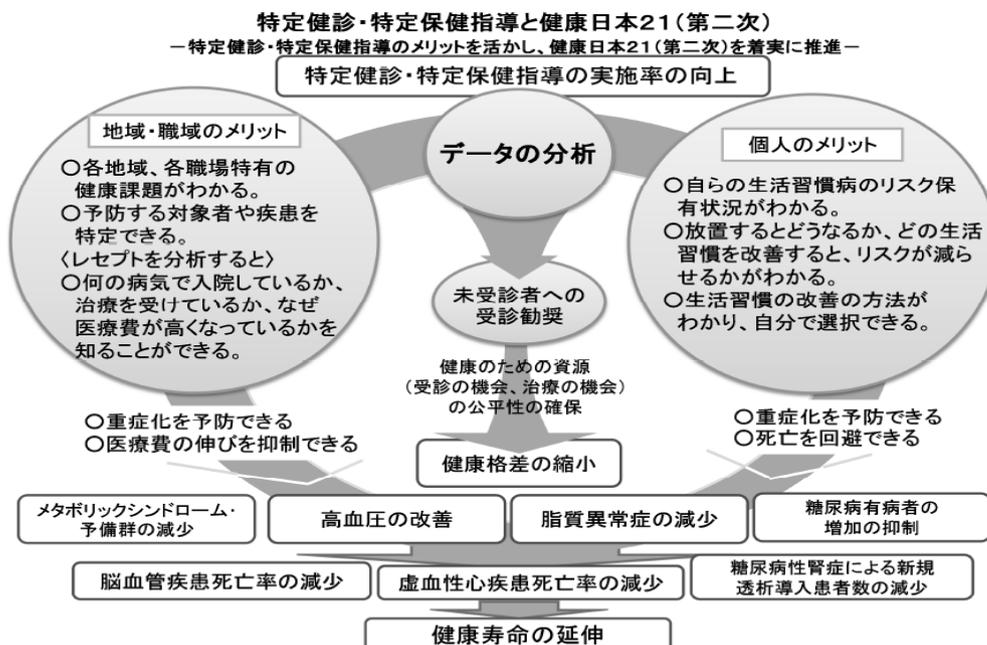
計画全体の評価を行うために、データヘルス計画を構成する個別保健事業計画に基づいて実施された事業等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況・指標のあり方について、データ分析等をもとに次の4つの観点(※1)で整理し、評価することが求められています。

なお、第2期データヘルス計画は「特定健康診査等実施計画」も合わせて一体的に策定したことから、評価の視点は、計画の流れでもある「標準的健診保健指導プログラム(図1)」(※2)を基に、保険者努力支援制度の固有指標②「データヘルス計画の実施状況」等の加点獲得及び、情勢等を加味し、必要に応じて個々の事業見直し等を行います。

※1 評価における4つの観点

	ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・ 評価体制)	プロセス (保健事業の実施過程)	アウトプット (保健事業の実施状況・ 実施量)	アウトカム (成果)
データヘルス計画	計画の目的・目標を達成するためのしくみや体制のこと。 ⇒計画を策定するために十分な人員や予算が確保できたか、事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携ができたか、など。	計画策定手順のこと。 ⇒健診・医療・介護データ、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析したか、現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択ができたか、など。	計画に記載した事業の実施状況に関すること。 ⇒重症化予防事業の実施の有無を含め、データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度実施したか、など。	計画を実行することにより目指す目標・目的のこと。 ⇒健康寿命が何年延長したか、データヘルス計画の目的・目標に達することができたか、など。

※2標準的健診保健指導プログラム (図1)



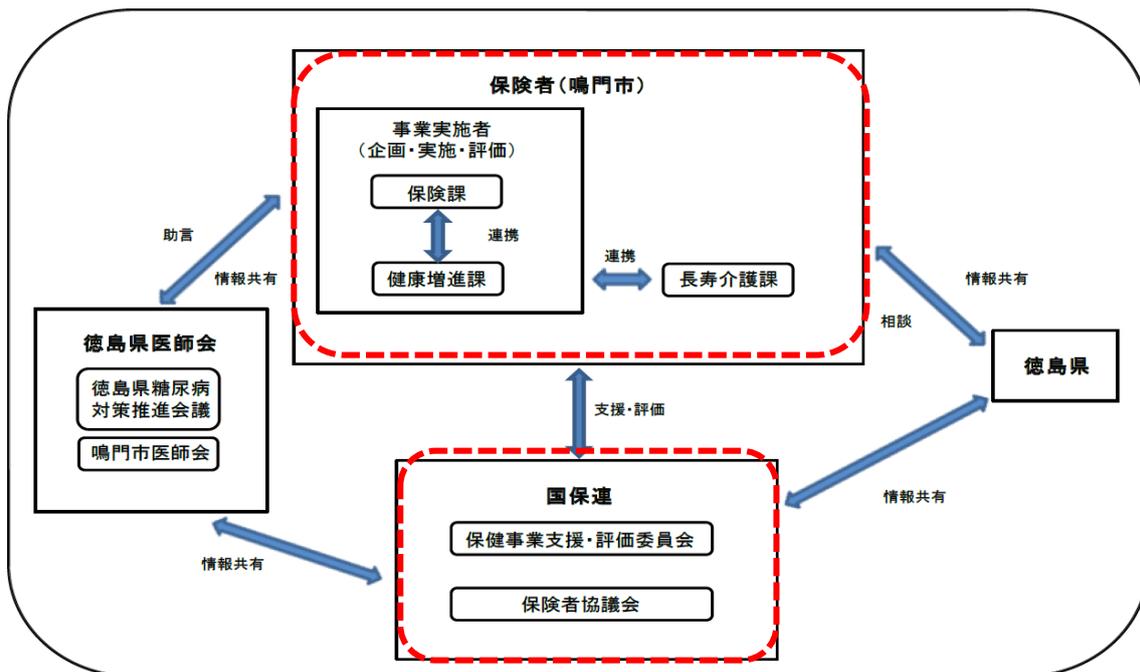
2. 評価の流れ

データヘルス計画の個別事業の進捗については、年度ごとに取りまとめているため、計画の中間評価は次のとおりです。なお、個別の保健事業に係る評価と併せて、整理している実績資料等を十分に活用します。

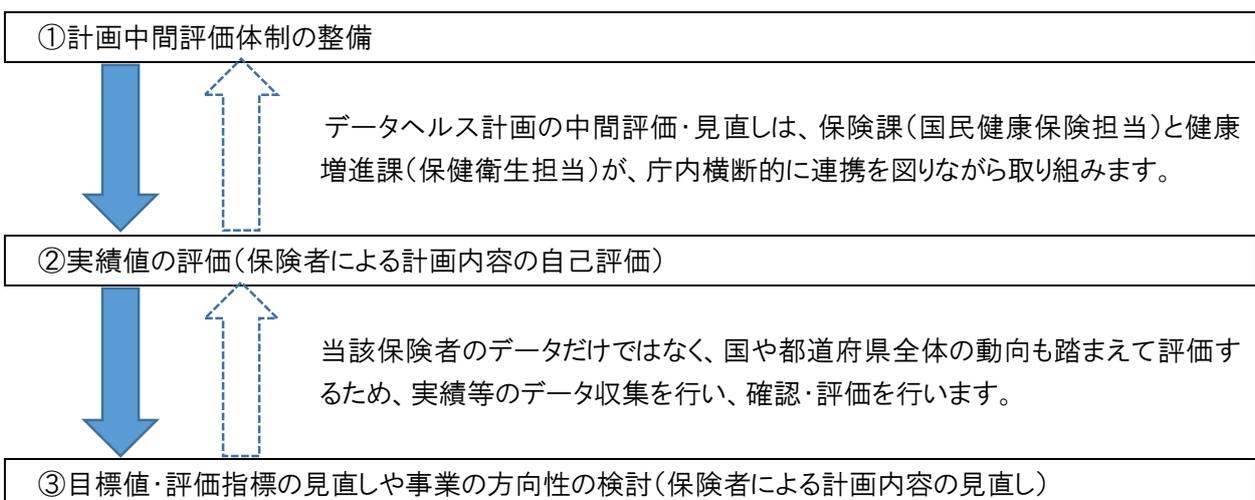
また、評価にあたっては、庁内関係者による横断的連携を図り、保健事業・支援評価委員会及び国保連合会との連携を図ります。(図表4)

庁内関係者による横断的連携（国保・保健・介護部署等） 図表4

本市の実施体制図



※第2期データヘルス計画(図表4)より抜粋



必要に応じて、保健事業の内容・見直しに反映する。健康増進課・長寿介護課(介護保険担当)と連携を図り、今後の事業や方向性等を共有します。

3. データヘルス計画の目標値設定

データヘルス計画、保険者努力支援制度各指標、情勢等から、次の項目をおき、目標値を設定します。

全体評価					統計元	基準年	中間評価	目標値(%)及び 取組について	
						H28	R2 (実績はR1)	R5 計画最終年度	
健康寿命 の延伸	平均寿命	男性 (徳島県)80.3			K D B 国・ 県 R2年 度	78.5	80.3	延伸	
		女性 (徳島県)86.7				85.4	86.7		
	平均自立期間 (要介護2以上)	男性 (徳島県)79.3				77.7	78.9		
		女性 (徳島県)83.9				83.0	83.1		
医療費	地域差指数 (年齢調整後医療費)	(国)1.00・(徳島国保)1.13			1.068	1.11 (H29)	適正化		
主 計 画	健康課題解決に向けた目標・指標			目標	統計元	H28	R2 (実績はR1)	R5 計画最終年度	
特定健診 等計画	短期目標	1	特定健診受診率	60%以上	法定 報告 デー タ	28.3%	32.2%	60.0%	
		2	特定保健指導実施率	60%以上		57.4%	76.5%	60.0%	
		3	メタボ該当者及び予備群	25%減少		30.3%	31.6%	減少	
	データヘルス 計画	短期目標	4	健診受診者の高血圧者(160/100)割合の減少		4.7%	4.2%	減少	
			5	健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5%以上)割合の減少		7.1%	8.2%	減少	
			6	健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0%以上)割合の減少		1.1%	1.2%	減少	
			7	健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)割合の減少		3.5%	4.3%	減少	
中長期 目標	中長期 目標	8	脳血管疾患の総医療費の割合の減少		1.5%	1.7%	減少		
		9	虚血性心疾患の総医療費の割合の減少		1.9%	2.3%	減少		
		10-1	慢性透析患者数(うち新規患者数)		24人 (3人)	24人 (0人)	減少		
		10-2	糖尿病性腎症新規透析導入患者数の減少		6人	6人	減少		
保険者努力 支援制度	短期 目標	がん検診 受診率	胃がん	25%以上	地域 保健 事業 計画	1.7%	2.2%	合計の平均 5.0%	
			肺がん	25%以上		1.5%	1.7%		
			大腸がん	25%以上		2.3%	2.4%		
			子宮頸がん	25%以上		8.4%	8.2%		
			乳がん	25%以上		8.6%	8.2%		
	16	歯科検診受診率			0.4%	1.4%	実施		
	追加	17	地域包括ケアの取組	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組準備(実態把握)、事業委託	R5年度まで		実態把握	実態把握	

4. 令和3年度以降に向けた保健事業の方向性

計画の目標値に達するため、鳴門市国民健康保険の現状と医療費の分析を行い、保健事業の内容の方向性を以下のとおりとします。

○ データヘルス計画全体の目標について

本市の国民健康保険被保険者は減少し続けており、総医療費は減少傾向ですが、一人当たり医療費は増加しています。総医療費の内、入院費用の伸び率が上昇しており、引き続き長期入院となる疾患や医療費が高額となる疾患について、予防可能な疾患をみきわめ、医療費を減らしていくことを目標とします。また、自覚症状がないまま症状が悪化する生活習慣病などの早期発見と予防を通じて健康寿命の延伸を図り、医療費適正化及び保険者の財政基盤の強化を図ります。

○ 特定健診・特定保健指導について

令和元年度の特定健診受診率は、32.2%で、計画策定時と比較して上昇していますが、対象者の7割が依然として未受診となっているため、今年度から市医師会との連携により開始したみなし健診事業を引き続き実施し、未受診者に対して、健診受診がメリットとなるような取り組みや被保険者への理解につながるような取り組みを進めていきます。特定保健指導の実施率は、令和元年度に76.5%に上昇していることから、実施率を維持できるよう取り組みます。

○ 短期的な目標について

短期的な目標として、糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合をみると、計画策定時と比較して、人数は減少していますが、被保険者数に対する割合は増加しています。特に、高血圧の有病者は依然多く、次いで脂質異常症、糖尿病です。また各疾患ともそれぞれと重複しており、特に糖尿病と脂質異常症の割合が高くなっています。今後も、糖尿病管理台帳により経年経過やレセプトによる治療状況を確認しながら、医療受診が必要な者への適切な働きかけや、内服等の治療継続、治療中断者への働きかけをするとともに適切な保健指導を行います。

○ 中長期的な目標について

中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の千人あたりの新規患者数は、同規模市町村と比較すると多い状況です。レセプト分析をみると、3疾患を重複している人が見られることから、リスクの重なりのある人に優先して保健指導を行います。また、糖尿病性腎症については、計画策定時より患者数が増加しており、人工透析予防のため、継続した保健指導を重点的に行っていきます。

○ 保険者努力支援制度について

保険者努力支援制度については、評価指標が毎年の実績や実施状況を踏まえ進化・発展しており、配点割合の引き上げや成果指標の拡大が設定されるなどメリハリが強化されています。今後の課題として、次年度以降も加点獲得ができるように加味した保健事業、保健指導を実施、検討していきます。