

坂出市国民健康保険
第2期データヘルス計画
中間評価



令和3年3月

目 次

第1章 計画の基本的な考え方

- 1 背景・目的
- 2 中間評価の趣旨
- 3 中間評価の方法

第2章 中間評価

- 1 特定健康診査受診勧奨事業
- 2 特定保健指導事業
- 3 ジェネリック医薬品差額通知事業
- 4 糖尿病性腎症等重症化予防事業
- 5 **KKDA** 慢性腎臓病予防, **CKD** 重症化予防事業
および **KKDA** 歯科受診勧奨と保健指導事業
- 6 受診行動適正化指導事業
(重複・頻回受診・重複服薬)

7 重複服薬者指導事業

8 地域包括支援システムを推進する取組

第3章 第2期データヘルス計画の実施状況評価

第1章 計画の基本的な考え方

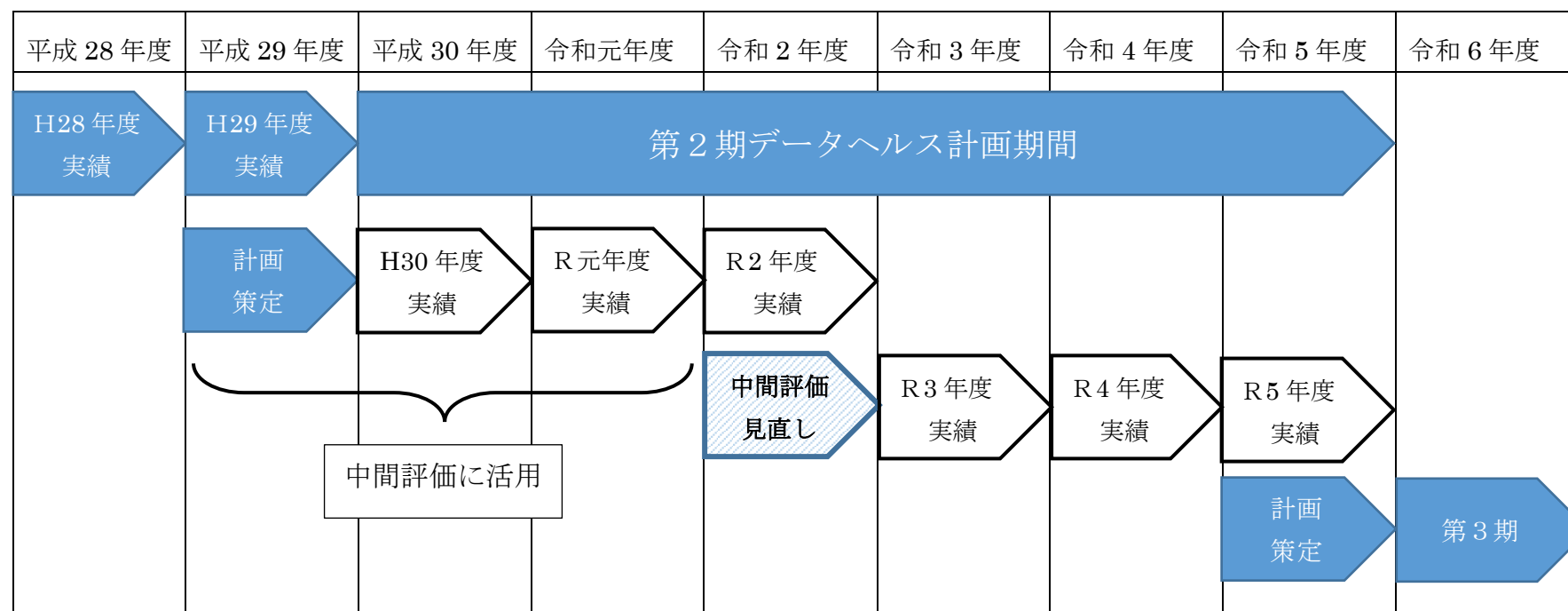
1. 背景・目的

「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）において「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析，それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表，事業実施，評価等の取組を求めるとともに，市区町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」としており，本市においても，これに基づき「データヘルス計画」を策定しているところである。

さらに，「データヘルス計画」の策定においては，健康・医療情報（健康診査の結果やレセプト等から得られる情報）を活用し，健康状態や健康課題を客観的な指標を用いて示すこととしており，計画に基づく事業の実施に当たっては，費用対効果を考慮することや，レセプトを活用し，生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし，優先順位をつけて事業を行っていくことで，被保険者の健康保持増進を図る。

2. 中間評価の趣旨

平成29年度に、「第1期データヘルス計画」の実施期間が終了し、データ分析等を用いた計画の見直しを実施した。現在、「第2期データヘルス計画」の実施期間中であり、本年においては、3年目となる節目であるため、これまでの取組について分析・評価を実施し、被保険者の健康維持増進を図るべく「第2期データヘルス計画」の中間評価を実施する。



3. 中間評価の方法

「第2期データヘルス計画」において計画した保健事業について、以下の手順で評価を実施する。

①事業のまとめ

各事業について、背景、目的、評価指標およびその目標値等をまとめる。

②アウトプットの評価

各事業において定めた評価指標（アウトプット）について目標値との比較や経年変化から見えてくる状況の評価。指標判定。

③事業全体の評価

②をもとに、事業の背景や目的に即した実施ができているか事業全体を評価。事業判定。

④見直し・改善策の検討

目標を達していない、あるいは、達成が難しい場合に、事業の実施方法や適切な数値目標の見直しを検討。

アウトカム・アウトプットの整理

区分	概要	指標の例
アウトカム	事業の目的や目標の達成度，または成果の数値目標を評価	肥満度や血液検査等の健診結果の変化，糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群，死亡率，要介護率，医療費の変化等
アウトプット	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価	健診受診率，保健指導実施率，保健指導の継続率等

評価に用いる判定区分

	指標判定		事業判定
	目標値判定	ベースライン判定	
	※ベースラインを設定していない場合は，目標値との比較で判定を行う。		
判定区分	A すでに目標を達成 B 目標は達成できていないが，達成の可能性が高い C 目標の達成は難しいが，ある程度の効果はある D 目標の達成は困難で，効果があるとは言えない E 評価困難	A 改善している B 変わらない C 悪化している D 評価困難	A うまくいっている B まあ，うまくいっている C あまりうまくいっていない D まったくうまくいっていない E わからない

第2章 中間評価

1. 特定健康診査受診勧奨事業

背景	近年、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群が増加しており、生活習慣病を起因とする死亡は、全体の3分の1にのぼると推計されている。厚生労働省は、40歳以上の被保険者へメタボリックシンドロームの予防・解消に重点を置いた生活習慣病予防のための特定健康診査・特定保健指導の実施を義務付けしている。本市の受診率は、平成28年度：36.0%、平成29年度：35.2%、平成30年度：36.8%と推移しており、令和元年度の受診率は、37.3%であったが、県の44.8%、同規模自治体の41.1%と比べると低い水準となっている。また、平成30年度に行った医療費分析で医療介護費の増加にもたらすインパクト（集団寄与危険割合）を算出した結果、健診未受診であることが医療費増加の要因として最も高く、受診率向上が喫緊の課題となっている。
問題	県および同規模自治体の受診率に比べると本市の受診率は低く、病気の早期発見・早期治療および生活習慣病の予防に有効な健診機会が活用されていない。
課題	受診の必要性が認知されていない。早期発見、早期治療に健診が活用されていないため、医療費増加の要因となっている。
目的	病気の早期発見・早期治療および生活習慣病等の予防 健康意識の向上
事業目標	特定健康診査の受診率向上
具体的内容	※対象者，方法，実施者等 特定健康診査の案内の際は、健診カレンダーを作成し、受診券とともに配布。健診カレンダーには、受診医療機関および予約時の連絡先等を記載し一覧で把握しやすい工夫を行っている。

	<p>7 月末時点において、特定健康診査を受診していない者に対し、勧奨通知を送付。10 月末時点において、特定健康診査を受診していない者に対しては、2 月～3 月で実施する集団健診の受診を促すために 1 月に勧奨通知を送付。いずれも、封書もしくはハガキを使用し個人宛に勧奨通知を行う。年齢や性別等で区分し、対象者に特化した内容等を記載した勧奨通知を送付し受診を促す。また、医師会の協力のもと、かかりつけの医療機関で定期的に検査等を受けているかたに対しては、検査結果の情報を特定健康診査に代わるデータとして提供を依頼している。</p>
<p>評価指標 (目標)</p>	<p>【アウトプット】 未受診者への勧奨通知 100% 特定健康診査受診率 60% 【アウトカム】 複数年連続未受診者 50%減少</p>

【評価と見直し・改善案】

事業 目標	評価 指標	目標 値	ベース ライン (策定時)	経年 変化	データヘルス計 画掲載の有無	指 標 判 定	事 業 判 定	要 因 (うまくいった・うまくいか なかった要因)	見直しと改善の案
特定健 康診査 の受診 率向上	複数年連続 未受診者 (2年)	50% 減少	—	61.42%	有	E	E	健診開始後、2月もしくは3 月経過した際に、未受診者 に対し勧奨ハガキ等を送付す ることによって送付後の受診率の伸び に反映された。一方で、複 数年連続未受診者に絞った対策 (電話勧奨等)を行った結 果、無関心層の変化はほとん どみられなかったため、まば ら受診(過去2年もしくは3 年で1度でも受診している 人)を対象とする受診勧奨に 努めた。	<ul style="list-style-type: none"> ・計画策定時においてベース ラインを策定できていなかっ たため、適確な判定が行えな かった。今後の評価のために 今回の経年変化をベースライ ンに設定するとともに、新規 の評価指標を追加し、次期計 画策定に役立てる。 ・勧奨通知の業務委託によっ て受診率が大幅に伸びる自治 体がみられることから、国の ヘルスアップ事業の補助金を 得て委託等を検討し、効果的 な事業内容を展開していく。
	複数年連続 未受診者 (3年)	50% 減少	—	59.04%	有	E			
	【新規】 受診勧奨後 受診率	50%	—	24%	無	E			

【参考】 複数年連続未受診者(2年) …平成30年度および令和元年度において未受診であった者

複数年連続未受診者(3年) …平成29年度、平成30年度および令和元年度において未受診であった者

2. 特定保健指導事業

背景	<p>近年、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群が増加しており、生活習慣病を起因とする死亡は、全体の3分の1にのぼると推計されている。厚生労働省は、40歳以上の被保険者へメタボリックシンドロームの予防・解消に重点を置いた、生活習慣病予防のための特定健康診査・特定保健指導の実施を義務付けしている。</p> <p>本市においては、令和元年度に健診を受診した3,119人のうち、特定保健指導の対象となった者は、450人であった。このうち、積極的支援の対象者は76人、動機付け支援の対象者は374人である。</p>
問題	<p>令和元年度の直近においても、健診を受診した約15%が生活習慣病該当者および予備群の該当者となっている。</p>
課題	<p>生活習慣を見直す機会が必要</p>
目的	<p>生活習慣病の予防</p>
事業目標	<p>生活習慣病の該当者および予備群の減少</p>
具体的内容	<p>※対象者、方法、実施者等</p> <p>特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定。対象者には、受診して約2カ月後に市から案内文を送付。送付後には、電話による勧奨も実施。希望があったかたには、市が委託している実施医療機関で専門職による保健指導を約3カ月間実施。生活習慣を振り返り、ライフスタイルに合った目標設定を行うことで生活習慣の改善を図る。</p>

	また、本市が実施している人間ドック助成事業を受けるかたには、特定保健指導を受けることを助成の必須条件としている。
評価指標 (目標)	【アウトプット】 対象者の指導実施率 60% 【アウトカム】 積極的支援および動機付け支援対象者 25%減少

【評価と見直し・改善案】

事業 目標	評価 指標	目標値	ベース ライン (策起時)	経年 変化	データヘルス計 画掲載の有無	指 標 判 定	事 業 判 定	要因 (うまくいった・うまくいか なかった要因)	見直しと改善の案
生活習 慣病の 該当者 および 予備群 の減少	積極的支 援および 動機付け 支援対象 者	25% 減少	H28 12.5%	R 1 14.7%	有	C	C	特定保健指導を受けない理由 として、「過去に受けたこと がある。」「医師からは問題な いと言われている。」「自分で 気を付ける。」等がある。現 在の特定保健指導の実施方法 (実施場所や日程等)は、平 成 29 年度以降変わりなく、 例年対象となる被保険者にと っては何度受けても似たよう な内容になってしまうという ところで実施までに結びつか ない点があげられる。また、 受診中であつたり医師にアド バイスを受けられる環境であ るがゆえに必要でないと判断 するケースが見受けられる。	・ H28 年度と令和元年度を 比べると積極的支援および動 機付け支援対象者が微増して いる。特定保健指導の対象と ならない者でもメタボリック シンドロームの対象者やその 予備群に対しても今後アプロ ーチしていく必要がある。 ・ 評価指標 (アウトカム) に、メタボリックシンドロー ム対象者およびその予備群に 対しての指標を追加し、今後 の評価に役立てる。
	【新規】 メタボリ ックシン ドローム の該当者 および予 備軍の割 合※	男性 28.7% 女性 10.6%	H28 男性 51.4% 女性 18.7%	R1 男性 53.4% 女性 21.5%	無	C			

※第2次坂出市健康増進計画より抜粋

3. ジェネリック医薬品差額通知事業

背景	後発医薬品（ジェネリック医薬品）は先発医薬品に比べると安価であるため、医療費の削減や患者負担の軽減に効果的である。国では、平成30年から令和2年度末までの間のなるべく早い時期に普及率を80%以上とする目標が掲げられた。 本市においては、ジェネリック医薬品における令和2年2月時点の普及率（数量ベース）は75.8%であるが、国が定める80%には到達していない状況である。
問題	普及率が低いため、薬剤費の約80%が先発品で占めている。
課題	ジェネリック医薬品の認知度が低く、切り替えのタイミングがない。
目的	ジェネリック医薬品の切り替えによる医療費削減
事業目標	ジェネリック医薬品普及率向上
具体的内容	※対象者，方法，実施者等 レセプトデータからジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定し、通知書を送付することでジェネリック医薬品への切り替えを促す。（年2回）
評価指標 （目標）	【アウトプット】 対象者への通知率100% 【アウトカム】 通知対象者のジェネリック医薬品普及率（数量ベース）80%

【評価と見直し・改善案】

事業目標	評価指標	目標値	ベースライン (策起時)	経年変化	データヘルス計画掲載の有無	指標判定	事業判定	要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
ジェネリック医薬品の普及率向上	通知対象者のジェネリック医薬品普及率 (数量ベース)	80%	—	H29 69.1% H30 72.5% R1 75.5%	有	B	B	通知書に差額を示すことで、ジェネリック医薬品への切り替えが自身にとってメリットがあると理解しやすくなっており、切り替えを検討するきっかけになっている。	ジェネリック医薬品を促進する被保険者証ケースの活用等検討していく。

4. 糖尿病性腎症等重症化予防事業

背景	生活習慣と社会環境の変化に伴い糖尿病患者数が増加している中、糖尿病性腎症については、進行（重症化）し腎不全に陥ることで人工透析を要する状態となる。国においても、「健康日本21」において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少等を数値目標として掲げている。本市においては、令和元年度時点において透析患者数は39人となっている。
問題	人工透析に移行すると、被保険者の生活に大きな負担がかかるうえ、医療費の増大につながる。
課題	人工透析に移行するリスクがある被保険者に対するフォローが必要
目的	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少
事業目標	糖尿病性腎症患者の病期進行阻止
具体的内容	※対象者，方法，実施者等 特定健康診査の検査値とレセプトデータから糖尿病性腎症Ⅱ期～Ⅳ期と判定された者のうち，本人および主治医の同意を得て専門職による6カ月間の面談指導と電話指導を行う。 また，指導修了者に対しては検査値の推移，通院の有無等を訪問もしくは電話にて確認し，フォロー

	ーを行う。
評価指標 (目標)	<p>【アウトプット】 対象者の指導実施率 10% 過年度対象者へのアプローチ 50%</p> <p>【アウトカム】 指導完了者の生活習慣改善率 80% 指導完了者の検査値改善率 70% 指導完了者の新規人工透析 0%</p>

【評価と見直し・改善案】

事業目標	評価指標	目標値	ベースライン (策起時)	経年変化	データヘルス計画掲載の有無	指標判定	事業判定	要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
糖尿病性腎症患者の病期進行阻止	指導完了者の生活習慣改善率	80%	H28 90%	H29 94% H30 91% R 1 100%	有	A	B	看護師による1対1の面談で、検査数値等を活用した個々の対応ができ利用者の意識が変わるきっかけになっている。しかしながら、食事内容の変化や日常生活に運動習慣を取り入れるまでにはハードルがあり、実行に移せても継続が難しいケースが見受けられた。	特に、指導完了後のモチベーション維持が課題となっている。モチベーション維持のための教室的指導や、指導完了者を支援する家族に支援方法を提供する等の家族支援の展開も検討する。
	指導完了者の検査値改善率	70%	糖代謝 (HbA1c) H28 20% eGFR H29 50%	糖代謝 (HbA1c) H29 55% H30 63% R 1 60% eGFR H29 63.6% H30 81.8%	有	B			

				R元 75%					
	指導完了者の 新規人 工透析	0%	H28 0%	H29 0% H30 0% R1 0%	有	A			

5. KKDA 慢性腎臓病予防, CKD 重症化予防事業および KKDA 歯科受診勧奨と保健指導事業

背景	香川県では、糖尿病患者の人口割合が全国上位にあり、本市においても糖尿病対策が喫緊の課題であった。このことから、香川県が香川県医師会、香川県糖尿病対策推進会議、香川県国民健康保険団体連合会とともに示した香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムによる抽出方法（KKDAシステム）を本市においても活用し、受診勧奨等を実施してきた。令和元年度において、約 270 人の受診および指導対象者がいたが、受診および実施までに至った人数は、66 人であった。
問題	医療受診率や指導実施率が低いと、適切な医療と保健指導が受けられず、さらなる医療費の増大につながる。
課題	医療機関の受診および保健指導の実施につながる適切な受診勧奨
目的	糖尿病等患者数の減少
事業目標	慢性腎臓病の重症化予防および糖尿病性腎症重症化予防
具体的内容	<p>※対象者, 方法, 実施者等</p> <p>特定健診の受診結果をもとに、香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムによる抽出方法（KKDAシステム）を活用し、糖尿病性腎症重症化予防（特定健診結果より HbA1c の値が一定以上で医療機関に受診していないものに対する受診勧奨）、再医療受診勧奨（糖尿病治療中断者への受診勧奨）、糖尿病予防対策としての歯科受診勧奨および歯科保健指導、慢性腎臓病対策（腎機能（eGFR）</p>

	<p>や尿タンパクに異常があるものへの医療機関受診勧奨)を行う。</p> <p>受診(指導)後,医療機関より受診結果を送付してもらい,結果を記録。経過管理を行う。未受診者(未指導)には,勧奨から3ヶ月後を目途に訪問等により再度受診勧奨を実施。</p>
<p>評価指標 (目標)</p>	<p>【アウトプット】 対象者への通知率 100%</p> <p>【アウトカム】 対象者の医療機関受診率 50% 対象者の保健指導実施率 50%</p>

【評価と見直し・改善案】

事業 目標	評価 指標	目標値	ベース ライン (策定時)	経年 変化	データヘルス計 画掲載の有無	指 標 判 定	事 業 判 定	要因 (うまくいった・うまくい かなかった要因)	見直しと改善の案
慢性腎 臓病の 重症化 予防お よび糖 尿病性 腎症重 症化予 防	対象者の 医療機関 受診率 (糖)	50%	—	H30 31% R1 31%	有	C	C	文書による受診勧奨には一定の効果はあるものの、文書送付だけでは目標値に近い受診率（実施率）に至らなかった。個々の受診できない（しない）理由に着目したフォローは通知だけでは難しい。また、歯科受診は健診時の“歯の質問項目”から対象者が抽出されるが、申告のため自覚症状が少なく受診までに至らないケースが見受けられる。	送付文書の一部変更。 より分かりやすい文面 に変更する。
	対象者の 医療機関 受診率 (CKD)	50%	—	H30 49% R1 44%	有	C			
	対象者の 医療機関 受診率 (歯科)	50%	—	H30 3% R1 2%	有	C			

	対象者の 保健指導 実施率 (歯科)	50%	—	H29 29.1% H30 19.6% R1 25.8%	有	C			
--	-----------------------------	-----	---	---	---	---	--	--	--

6. 受診行動適正化指導事業（重複・頻回受診・重複服薬）

背景	医療費の適正化のために、適切な受診行動が必要であるものの、第2期データヘルス計画策定時には、重複・頻回受診、重複服薬に該当する者が661人であった。直近では、551人となり、減少しているものの、多数の対象者が適切な受診に至っていない。
問題	適切な受診行動ができていないと、医療費の増大や重複服薬による副作用のリスクが高まる。
課題	重複・頻回受診、重複服薬の認識を高めるための周知や指導等が必要
目的	受診行動の適切化
事業目標	重複・頻回受診者、重複服薬者の減少
具体的内容	<p>※対象者，方法，実施者等</p> <p>レセプトデータから医療機関への不適切な受診が確認できる対象者および重複して服薬している対象者を特定し、適正な医療機関へのかかり方について専門職による訪問指導を行う。訪問時には、重複や頻回受診による身体への影響、医療費の自己負担増などを記載したチラシを配布している。</p>
評価指標 （目標）	<p>【アウトプット】</p> <p>対象者の指導実施率 20%</p> <p>【アウトカム】</p> <p>指導完了者の受診行動適正化 50%</p> <p>指導完了者の医療費 50%減少</p> <p>重複・頻回受診者、重複服薬者 20%減少</p>

【評価と見直し・改善案】

事業目標	評価指標	目標値	ベースライン (策定時)	経年変化	データヘルス計画掲載の有無	指標判定	事業判定	要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
受診行動の適切化	指導完了者の受診行動適正化	50%	-	0	有	E	E	対象者の割合を経年変化で見ると平成29年度に比べ平成30年度は減少したものの、令和元年度には微増であった。重複・頻回受診および重複服薬の該当者は複数年連続して対象になるケースが多い。訪問指導するものの一時的に効果があっても継続的な効果が難しい。	<ul style="list-style-type: none"> 現在の評価指標では評価が難しいため評価指標の見直しを行う。 計画策定時においてベースラインを策定できていなかったため、適確な判定が行えなかった。今後の評価のためにベースラインを設定し、次期計画策定に役立てる。
	指導完了者の医療費	50%減少	-	-	有	E			
	重複・頻回受診者、重複服薬者の割合	20%減少	-	H29 重複9人 頻回25人 H30 重複5人 頻回21人 R1 重複8人 頻回23人	有	E			

7. 重複服薬者指導事業

背景	医療費の適正化および薬による副作用のリスク軽減のために、適切な服薬が大事であるが、本市において重複服薬者数は、平成31年3月～令和2年2月診療分までの延べ人数で554人、実人数で203人であった。
問題	重複服薬者数が一定数以上いる。医療費の増大および薬の副作用につながる。
課題	重複服薬の周知および啓発が必要
目的	適切な服薬管理によって医療費の適正化および副作用のリスク軽減
事業目標	重複服薬者数の減少
具体的内容	<p>※対象者，方法，実施者等</p> <p>レセプトデータから6剤以上の処方，14日以上服用，2医療機関から処方され，2薬局以上利用している者へ重複服薬の内容を示した啓発文書を送付。送付する啓発文書は，事前に医師会および薬剤師会へ周知し，患者からの問い合わせ等に対応をお願いしている。また，ジェネリック医薬品についても啓発文書に記載を行っている。啓発文書送付後には，その後の対象者のレセプトデータを抽出し医薬品の使用がどのように変化したかを確認する。（効果測定は令和2年度より実施）</p>
評価指標 （目標）	<p>【アウトプット】 対象者への通知率50%</p> <p>【アウトカム】 長期多剤服薬者割合10%減少</p>

事業 目標	評価 指標	目標値	ベース ライン (策定時)	経年 変化	データヘルス計 画掲載の有無	指 標 判 定	事 業 判 定	要因 (うまくいった・うまくい かなかった要因)	見直しと改善の案
重複 服薬 者数 の減 少	長期多 剤服薬 者割合 (対象 者割 合)	10% 減少	H30 813 人	R1 21.1%減	有	A	B	重複服薬者（多剤含む） へのフォローが実施で きていなかったため、 平成30年度より実施す ることとなった。実施 方法として、啓発文書 の配布や保健師による 訪問指導を実施。新た な取り組みであったこ とが、結果に反映され たと思われる。	令和2年度より効果測 定を実施。現時点では、 効果測定の結果は出て いないが、結果をもと に、服薬方法等に変化 が見られた対象者を分 析し、効果が得られや すい対象者に対し訪問 指導等を特化して実施 する。
	【新規】 重複服 薬者数 (DHポ テンシャル分析結 果。同系医 薬品の処 方あり。)	50% 減少	H30 324 人	R1 37.4%減	無	B			

8. 地域包括支援システムを推進する取組

※令和元年度からの新規事業。次期データヘルス計画策定時を見据えて計画内容を以下のとおり定める。

背景	平成 28 年度以降，高額レセプト（5 万点以上）の要因疾患として「骨折」が 2 位を維持している現状に対し，運動機能の低下に対するアプローチが行えていなかった。また，地域包括支援センターでは，運動機能の低下がみられる対象者を抽出する機会がなく，訪問等によるアプローチが行えていない状況であった。このことから，令和元年度より，地域包括支援センターと協同でロコモティブシンドローム予備群に対する事業を展開することとなった。
問題	運動機能の低下が骨折等につながり，医療費が高くなっている。
課題	運動機能の低下を予防する必要がある。
目的	運動機能の低下を予防することで，骨折等のリスクを回避し，医療費を抑える。
事業目標	運動習慣の向上
具体的内容	※対象者，方法，実施者等 レセプトデータから抽出したロコモティブシンドローム予備群に該当する対象者について，地域包括支援センターが開催している運動教室等の案内を送付。また，運動習慣に活用できるよう他事業で実施している「マイチャレかがわ！」（自身で運動等の目標を設定し，達成したポイントに応じて商品の抽選権利等が得られる。）や，地域包括支援センターが坂出リハ連携会と協同で作成した「ころばんで体操」のチラシ（カラー写真付きで体操方法を記したもの）を同封した。

	70歳到達予定者に対しては、地域包括支援センターで行う「もの忘れ・けんしん」を活用し、ハイリスクの者へ訪問指導を実施する。
評価指標 (目標)	<p>【アウトプット】 ロコモティブシンドローム対象者割合の減少</p> <p>【アウトカム】 運動習慣の向上（次年度質問票より運動習慣の変化から評価）</p>

事業 目標	評価 指標	目標値	ベース ライン (策起時)	経年 変化	データヘルス計 画掲載の有無	指 標 判 定	事 業 判 定	要因 (うまくいった・うまくいか なかった要因)	見直しと改善の案
運動 習慣 の向 上	【新規】 運動習慣 の向上 (次年度 質問票よ り運動習 慣の変化 から評 価)	10% 上昇	R2の 実績を 元に策 定	—	無	E	E	令和元年度より事業展 開しているため、現時 点での評価は困難であ る。	左記の評価指標をもと に次期データヘルス計 画策定時に評価を行 う。
	【新規】 筋骨格系 及び結合 組織の疾 患に係る 医療費割 合(ポテ ンシャル 分析)	65～69歳 8% 70歳以上 8%	R1 65～69歳 10.6% 70歳以上 10.6%	—	無	E			

第3章 第2期データヘルス計画の実施状況評価

評価と見直し・改善案

評価視点	評価指標	現状分析	指標判定	事業判定	今後の方向性
ストラクチャー	計画達成に向けた体制が確保され、関係者と連携が図れているか。	<p>【体制】 けんこう課 事務1名 保健師8名 地域包括支援センター 保健師1名</p> <p>【関係者との連携】 香川県国民健康保険団体連合会，香川県国民健康保険室，坂出市医師会</p>	A	B	<ul style="list-style-type: none"> ・事業評価が「E」となった個別保健事業は，計画策定時にベースラインを定めていなかったために適切な評価に結びつかなかった。ベースラインを策定し，次期評価の際に適切な評価が行えるようにする。 ・事業評価が「B」「C」となった事業においては，見直しと改善の実施を行う。 ・今後も，事業目標の達成のために関係者との連携を図る。
プロセス	データを活用した現状分析と，分析結果を活用した課題抽出ができていますか。	特定健診の受診結果，レセプトデータ，KDB システムから抽出した統計情報を活用した現状分析を行い，課題抽出を行っている。	A		

アウトプット	データヘルス計画上の保健事業が実施できているか。	データヘルス計画上で設定した事業は全て実施している。		A	<ul style="list-style-type: none"> ・個別の事業全てを目標値に近づけることで全体として、医療費の適正化，被保険者の健康保持増進を図る。
アウトカム	医療費の適正化が図られているか。一人当たり医療費（入院・外来合計）	平成 28 年度と比べると 2,097 円増となった。		C	
		【計画策定時】 平成 28 年度 30,655 円	【中間評価時】 令和元年度 32,752 円		
	平均自立期間が延伸できているか。 （要介護 2 以上）	女性は平均自立期間が延伸されたが，男性は横ばいであった。			
		【計画策定時】 平成 28 年度 男 78.0 女 84.6	【中間評価時】 令和元年度 男 78.0 女 84.9		