総合特別区域評価・調査検討会における評価結果［ライフ・イノベーション分野］

平成25年度

健幸長寿社会を創造するスマートウエルネスシティ総合特区

［指定：平成23年12月、認定：平成24年３月］

正

準

正：平成25年3月末までに計画が認定された地区／準：平成25年3月末時点では計画が認定されていない地区

Ⅰ 目標に向けた取組の進捗に関する評価

ｉ）＋ⅱ）の平均値　（4.4＋3.8）／2＝4.1

B

ｉ）取組の進捗（下記より該当するものを選択）

☑ 目標値に対する実績に基づく進捗度（当年度実績）

進捗
A（5点）
B（4点）
C（3点）
D（2点）
E（1点）

番号	評価指標	進捗度	
1	総合評価（生活習慣病や寝たきりリスク等の医学的指標、「歩く」を基盤とした近隣環境の整備状況、身体活動量、ソーシャルキャピタル、ヘルスリテラシー）指標としての「健幸度」の開発	A	
2－1	メタボリックシンドローム該当者と予備軍の人数比率の減少	B	B
2－2	60歳代の転倒リスク保有者の人数比率の減少	定性	
2－3	健診受診率の向上	B	
3	地域及び住民のソーシャルキャピタル（コミュニティ活性化）	定性的評価	
4	地域住民のヘルスリテラシー	A	
5	地域住民における1日の歩行数	A	
6	日常の主移動手段	A	
7	高齢者就労率及び社会生活への参加率	定性的評価	
8	一人あたりの医療費の増加率の抑制	定性的評価	
9	介護認定率の増加率の抑制	B	
10	モデル地区の中心市街地商店街の一日あたりの平均歩行者通行量の増加	C	

☐ 代替指標に基づく進捗度（当年度実績）

進捗
A（5点）
B（4点）
C（3点）
D（2点）
E（1点）

番号	評価指標	進捗度

☑ 当初目標に対する取組の定性的な事業進捗（専門家評点）

進捗
A（5点）
B（4点）
C（3点）
D（2点）
E（1点）

番号	評価指標	専門家評価
2－2	メタボリックシンドローム該当者と予備軍の人数比率の減少	C
3	地域及び住民のソーシャルキャピタル（コミュニティ活性化）	C
7	高齢者就労率及び社会生活への参加率	B
8	一人あたりの医療費の増加率の抑制	B

評価指標毎の進捗の評価の平均値　（5×4＋4×4＋3×2＋2×0＋1×0）／10＝4.2　①…　4.2

■ 地方公共団体による特記事項

※外部要因による数値への大幅な影響等があれば記載　なし

■ 専門家考慮事項（妥当性）　目標設定の考え方、数値目標の根拠又は計画の進行管理の方法等、各事業の連携効果

（専門家所見（主なもの））

・「総合評価指標としての「健幸度」の開発」については、目標値の根拠が分からないため、評価が難しい。また、本指標は総合的な評価指標となる重要なものであるが、データベースの構築に時間を要することから、当該データベース構築の進捗状況自体を指標とすることも考えられるのではないか。
・「メタボリックシンドローム該当者と予備軍の人数比率の減少」に向けては、目標の設定は妥当であり、条例制定等により総合的な取組みが進められている。
・「60歳代の転倒リスク保有者の人数比率の減少」については、健康無関心層へのアプローチに関する課題が認識されているが、諸事業への参加者の実数を示すとともに、対象者に占める参加者の割合（%）を示すことが必要である。
・「健診受診率の向上」については、基幹的な指標であり、目標設定としては妥当である。
・アウトカムとしての「地域及び住民のソーシャルキャピタル」の位置付けにはやや疑問がある。

・「地域住民のヘルスリテラシー」について、Critical literacyレベルの目標値を50%以上とする根拠が不明である。
・「地域住民における1日の歩行数」については、地域住民が理解しやすい指標、目標であることから妥当である。
・「日常の主移動手段」については、徒歩又は公共交通機関等利用者の人数比率を掲げており、都市行政全般にも理解が得られやすい指標と言える。
・「高齢者就労率及び社会生活への参加率」については、直ちに向上する指標ではないが、重要な取組みであり、方向性も良い。
・「一人あたりの医療費の増加率の抑制」については、平成24年度の実績値を基にすれば、目標設定は妥当な水準であり、その他の評価指標（2）～（7）の事業の総合的な取組みの成果として考えれば評価できる。
・「介護認定率の増加率の抑制」については、運動教室や予防事業等の成果が反映する。
・「モデル地区の中心市街地商店街の一日あたりの平均歩行者通行量の増加」については、住民の健康に寄与するだけでなく、街の活性化にもつながるが、一般的なまちづくり事業との関連を明確にしておくことが求められる。

考慮事項から、目標設定の考え方等が特に優れている：+1、妥当である：±0、改善の余地がある：−1とし、加点又は減点する　②・・・　0.2

ｉ）の評価　①＋②　4.4

※目標値に対する実績値及び代替目標値に係る評価の例
・本特区の目標値（代替指標を含む）に対する各評価指標の評価を合計し、平均値を算出することにより評価とする。
（評価指標1の評価D、2の評価D、3の評価D、4の評価Cの場合、（2＋2＋2＋3）／4＝2.25　四捨五入で「2.3」とする。）
・「当初目標に対する取組の定性的な事業進捗（専門家評点）」の評価については、数値目標の達成に向けた取組の状況について定性的に評価する。
・各評価指標に複数の数値目標がある場合、各数値目標の評価を寄与度に応じて加重平均したものとする。
（例）評価指標1について、a、b、cという3つの数値指標があり、各数値指標の進捗度および寄与度がa：C20%、b：C10%、c：D70%の場合、3×0.2＋3×0.1＋2×0.7＝2.3 四捨五入で「2」であるため、評価指標1の評価は「D」となる。

ⅱ）今後の取組の方向性

方向性
A（5点）
B（4点）
C（3点）
D（2点）
E（1点）

番号	評価指標	専門家評価	
1	総合評価（生活習慣病や寝たきりリスク等の医学的指標、「歩く」を基盤とした近隣環境の整備状況、身体活動量、ソーシャルキャピタル、ヘルスリテラシー）指標としての「健幸度」の開発	B	
2－1	メタボリックシンドローム該当者と予備軍の人数比率の減少	B	B
2－2	60歳代の転倒リスク保有者の人数比率の減少	B	
2－3	健診受診率の向上	B	
3	地域及び住民のソーシャルキャピタル（コミュニティ活性化）	C	
4	地域住民のヘルスリテラシー	B	
5	地域住民における1日の歩行数	B	
6	日常の主移動手段	B	
7	高齢者就労率及び社会生活への参加率	C	
8	一人あたりの医療費の増加率の抑制	B	
9	介護認定率の増加率の抑制	B	
10	モデル地区の中心市街地商店街の一日あたりの平均歩行者通行量の増加	B	

（専門家所見（主なもの））

・「総合評価指標としての「健幸度」の開発」については、計画以上の成果を達成しており、取組みの方向性は評価できる。
・「メタボリックシンドローム該当者と予備軍の人数比率の減少」、「健診受診率の向上」及び「一人あたりの医療費の増加率の抑制」について、7市全体の取り組みとしての方向性は良いが、7市の進捗状況、成果の発現には差やバラツキがあるはずであり、「平均値」のみで評価すると、平均値より上位の自治体では十分な目標とならない可能性がある。
・「60歳代の転倒リスク保有者の人数比率の減少」については、健康無関心層の行動変容を促進する社会実証の結果に期待する。
・「地域及び住民のソーシャルキャピタル」（コミュニティ活性化）について、今後の活動をどのように展開するのかという方向性が明確ではない。
・「地域住民のヘルスリテラシー」について、各市で実施されている取組成果の共有により、効果的なモデルの構築を期待する。
・「地域住民における1日の歩行数」については、ハード事業重視とならないよう、歩きたくなる環境がどのように整備され、実際どの程度利用が促進されたのか、しっかりと評価するべきである。
・「日常の主移動手段」について、外出しやすい環境が進んでいることは評価できる一方、参加自治体を総合的に推進する政策の導入は難しい。
・「高齢者就労率及び社会生活への参加率」については、老人クラブへの単なる助成にならないよう注意すべきである。また、データベースの作成としての計画は、参加自治体を包括的にリードできるが、プログラムとなると困難さが残る。
・「介護認定率の増加率の抑制」は、自治体が取り組むべき重要な政策であり、今後のプログラムの進行や新たな取組みの導入によって成果として指標が改善されることが予想される。
・「モデル地区の中心市街地商店街の一日あたりの平均歩行者通行量の増加」に向けては、平成25年度の実績からは未だ十分な成果は得られておらず、各自治体でより迅速かつ積極的に事業を遂行する必要がある。

ⅱ）の評価

評価指標毎の評価の平均値　（5×0＋4×8＋3×2＋2×0＋1×0）／10＝3.8　3.8

Ⅱ 支援措置の活用と地域独自の取組の状況（A～E）

ｉ）＋ⅱ）の平均値　　（3.5+4.4）／2=4.0

B

ｉ）-① 規制の特例措置を活用した事業等の評価

[■国との協議の結果、現時点で実現可能なことが明らかとなった措置による事業]

●ライジングボラード（自動昇降式車止）による車両通行制限実施

（概要）

現行法で設置が可能との見解を受け、新潟市において歩行者優先の道路空間づくりとして、公道日本初のライジングボラードを設置する社会実験を行った。

●連節バス（BRT）の導入と拡大に向けた手続きの簡素化

（概要）

現行法で可能との見解をうけ、具体化に向け関係機関と協議を行い、それに基づき公共交通会議を開催し、導入に向けた情報を関係機関が共有し、審査が円滑に行われ、実質の審査期間の短縮が図られた。

●地方公共団体の健康づくり政策策定と評価のために被用者保険のレセプトや健診データを利用するための情報を匿名化するルールの規定

（概要）

現行法で可能との見解を受け、7自治体で自治体共用型健幸クラウドを開発し、平成26年4月より各市で本格的に運用を開始している。

（専門家所見（主なもの））

・現行法内での対応が可能な事例を含め、所管官庁間の協議が行われ、事業実施に結び付いている事例が認められる。

3.5

ｉ）-② 財政・税制・金融支援の活用実績の評価

（専門家所見（主なもの））

・財政支援に関する活用を評価する。

3.5

ｉ）-①＋ｉ）-②　の平均値（注）　（3.5+3.5）／2＝3.5　3.5

ⅱ）地域独自の取組の状況の評価

（専門家所見（主なもの））

・各自治体独自の支援策や規制緩和など、積極的な取組みが認められる。

4.4

Ⅲ 現地調査時の指摘事項及び対応状況

特になし

Ⅳ 総合評価（Ⅰ～Ⅲ）　（4.1+4.0）／2+0.6＝4.6

「Ⅰ＋Ⅱの平均値」に「Ⅲ及び地方公共団体による総合評価の状況（評価書7）」を加味して算出

（専門家所見（主なもの））

・全体として順調に進展している。取組みの進捗、方向性に大きな問題はなく、既に一定の成果が得られていることは評価できる。
・自治体が取り組むべき重要な政策であり、単なるインフラ整備にとどまらず、住民の健康度アップや、医療介護費削減につながることを示せれば素晴らしい成果となると思われる。
・一方で、目標達成に向けては地域間のばらつきが大きいため、進捗の良い自治体が全体を引き上げる結果、進捗の芳しくない自治体が埋没してしまう可能性がある。ネットワークのメリットを活かし、すべての地域に有効な方策の実施が望まれる。また、7つの自治体のそれぞれの取組みを統合化し、汎用性のある取組みとしていくことも必要である。
・数値目標が相互に関連するものが多く、独立した変数となっていないため、可能な限り独立した変数に変えることが望ましい。

このため、Ⅰ及びⅡの平均値（4.03）に上記所見を加味（+0.60）し、総合評価結果をA（4.63）とする。

A

（注）ｉ）-①、ｉ）-②のいずれかに該当がない場合は「―」とし、他の項目の点数をｉ）の点数とする。