

第3期データヘルス計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月

東京都神津島村国民健康保険

目次

I 基本的事項	.....	1
背景と目的		
計画の位置づけ		
計画期間		
実施体制・関係者連携		
基本情報		
現状の整理		
II 健康・医療情報等の分析と課題	.....	3
平均寿命等		
医療費の分析		
特定健康診査・特定保健指導の分析		
介護費の分析		
その他		
健康課題の抽出		
III 計画全体	.....	5
健康課題		
計画全体の目的・目標／評価指標／現状値／目標値		
保健事業一覧		
IV 個別事業計画	.....	6
1 特定健康診査		
2 特定保健指導		
3 重症化予防事業		
4 その他事業		
V その他	.....	12
データヘルス計画の評価・見直し		
データヘルス計画の公表・周知		
個人情報の取扱い		
地域包括ケアに係る取組		
その他留意事項		

第3期データヘルス計画

I 基本的事項

計画の趣旨	背景と目的	令和3年の高齢化率28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことになっている。平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなった。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられた。こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・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に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなった。平成30年には都道府県が共同保険者となり、令和2年にはデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進が掲げられた。今般、これらの経緯も踏まえ、第3期データヘルス計画を策定した。
	計画の位置づけ	神津島村国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「第3期神津島村データヘルス計画」を策定し、実施する。健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと共創して健康課題の解決に努める。なお、神津島村国民健康保険「データヘルス計画」は、市の総合計画を上位計画とし、健康増進計画、介護保険事業計画、特定健康診査等実施計画などの関連計画と調和している。また、東京都および後期高齢者医療広域連合による関連計画との調和も図っている。
計画期間		令和6年度～令和11年度
実施体制・関係者連携	庁内組織	本計画の策定および運用においては、福祉課・保健医療課が主体となって進める。
	地域の関係機関	本計画の策定および運用においては、神津島村診療所、その他地域の関係団体との連携により進める。

(1) 基本情報

人口・被保険者		被保険者等に関する基本情報				(2023年3月31日時点)	
		全体	%	男性	%	女性	%
人口(人)		1,811		922		889	
国保加入者数(人) 合計		694	38%	382	100%	312	100%
0~39歳(人)		207	30%	116	30%	91	29%
40~64歳(人)		226	33%	144	38%	107	34%
65~74歳(人)		261	38%	122	32%	114	37%
平均年齢(歳)		49.5					

地域の関係機関	計画の実効性を高めるために協力・連携する地域関係機関の情報
連携先・連携内容	
保健医療関係団体	神津島村診療所とは特定健診・特定保健指導・重症化予防に関して連携を図る。
国保連・国保中央会	特定健診・特定保健指導のデータに関して連携する。
後期高齢者医療広域連合	前期高齢者のデータ連携ならびに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において連携して実施する。
その他	保健事業の周知・啓発活動においては、情報通信課などと連携して実施する。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和5年度の被保険者数は694人であり、平成28年度の894人から年々減少傾向にある。
	年齢別被保険者構成割合	39歳以下が30%、40-64歳が32%、65-74歳が38%であり、県平均よりも39歳以下の割合が低く、65-74歳の割合が高い。 (令和4年度)
	その他	透析病床が6床と限られている。介護保険サービスによる訪問看護サービスや訪問リハビリテーションが提供されていない。国保被保険者は年々高齢化している。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、特定健診の実施と特定保健指導を重点的に実施した。しかし特定保健指導は参加率が極めて低く、目標も未達であった。特定保健指導だけでは個別支援が不十分であり生活習慣病重症化予防事業や糖尿病成人症などのニーズが高いことが分かった。また年齢層も高齢化しており、フレイルも視野にいれた対策が必要であることも分かった。

II 健康・医療情報等の分析と課題

分類	健康・医療情報等のデータ分析から見えた内容	参照データ	対応する健康課題 No.
平均寿命・平均自立期間・標準化死亡率 等	<ul style="list-style-type: none"> ●令和4年度の平均余命は、男性80.6歳、女性86.6歳で、同規模と比較して男性は0.1、女性は1.2下回っている。 ●令和4年度の平均自立期間は、男性78.8歳、女性82.6歳で、同規模平均と比較して男性は0.5、女性は1.6下回っている。 ●男性は、令和1年度と令和4年度の平均余命が76.2歳から80.6歳と4.4上回り、平均自立期間は75歳から78.8歳と3.8上回っている。女性は、令和1年度と令和4年度の平均余命が88.3歳から86.6歳と1.7下回り、平均自立期間は83.7歳から82.6歳と1.1下回っている。 ●標準化死亡率は、男性女性ともに老衰が減少し、心疾患（高血圧症を除く）が増加傾向である。男性は脳血管疾患が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 【01】主要死因別標準化死亡率（男女） 【02】健康寿命等（平均自立期間）の見える化ツール 	G
医療費の分析	<ul style="list-style-type: none"> ●令和3年度の1人当たり医療費は26,748円で、国平均（28,469円）より少ない。令和1年度から令和3年度の1人当たり医療費は3159円増加している。 ●令和1年～令和4年（4年間）の疾患別医療費（生活習慣病）の1年当たりの平均を同規模と比較してみると、男性では心筋梗塞が入院で2.7倍、狭心症が外来で2.11倍高く、筋・骨格の入院で1.5倍高い。女性では、脳梗塞の入院が4.01倍高く、糖尿病・がんの外来が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 【10】健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 【03】医療費の疾病別内訳見える化ツール 	AC
	<ul style="list-style-type: none"> ●令和1年～令和4年（4年間）の標準化医療費（生活習慣病）を、都・同規模・国と比較すると、男性は筋・骨格で入院が高い。女性は、脳梗塞の入院、糖尿病とがんの外来が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 【04】疾病別医療費分析（生活習慣病）年齢調整ツール 	AC
	<ul style="list-style-type: none"> ●後発医薬品の使用割合は、令和1年3月に81%と国の目標値80%を達成し、以降も増加を続け令和4年3月 90.1%、令和4年9月 89.2%と高い水準を維持している。 	<ul style="list-style-type: none"> 【05】国公表（毎年9月診療分と3月診療分を公開）後発医薬品使用割合 	—
	<ul style="list-style-type: none"> ●重複・頻回受診、重複服薬者割合 ●重複処方該当者は、令和1年度 延べ44人、令和2年度 30人、令和3年度 42人と横ばいである。 ●多剤処方該当者数は、令和1年度 17人、令和2年度21人、令和3年度3人と減少している。 	<ul style="list-style-type: none"> 【06】保健事業介入支援管理／重複・多剤処方の状況 	—
特定健康診査・特定保健指導の分析	<ul style="list-style-type: none"> ●令和3年度の全体の特定健診受診率は55.4%で、都平均（42.9%）より高い。 ●男性の40～59歳は、令和2年度（54.3%）を除き、平成30年度、令和1年度、令和3年度は、国の目標値（60%）を達成している。男性の60～74歳は、令和2年度に41%と低下したが、概ね50%台の受診率で推移している。 ●女性の40～59歳は、平成30年度 64.7%から令和4年度 51.7%と低下している。女性の60～74歳は、令和1年度に61.1%と国の目標を達成し、その後も55%以上の受診率で推移している。 ●令和3年度の全体の特定保健指導実施率は3.8%で、都平均（13.8%）より低く、性・年齢階級別の都との比較でも、男性女性ともに全ての年齢階級で都平均より低い。 	<ul style="list-style-type: none"> 【07】性・年齢階級別特定健診・特定保健指導実施率 経年変化 	F
	<ul style="list-style-type: none"> ●令和3年度の健診受診者中、高血圧症で服薬している人は36.2%で、同規模（39.3%）や国（36.7%）と比較すると少ないが、都（33.3%）と比較すると多い。 ●令和3年度の健診受診者の中で、服薬なしだが血圧が受診勧奨値を超える人は75人（健診受診者の27.7%）いる。 ●令和3年度の健診受診者の中で、服薬なしだが血糖が受診勧奨値を超える人は31人（健診受診者の11.4%）いる。 ●令和3年度の健診受診者の中で、服薬なしだが脂質が受診勧奨値を超える人は30人（健診受診者の11.0%）いる。 	<ul style="list-style-type: none"> 【08】リスクパターン別集計表 【09】質問票調査の経年比較 【11】健診ツリー図 	B
	<ul style="list-style-type: none"> ●令和3年度の生活習慣リスク保有者割合を全体でみると、喫煙（25.5%）、1回30分以上の運動なし（76.8%）、1日1時間以上の運動なし（67.5%）、歩行速度遅い（63.8%）、かみにくい（33.6%）、ほとんどかめない（1.5%）、週3回以上朝食を抜く（18.8%）が、都平均より多い。生活習慣の「改善意欲なし」の割合は34.4%で、国平均（27.6%）より多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 【09】質問票調査の経年比較 	DE

<p>レセプト・健診結果等を組み合わせた分析</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●健診受診者中、腹囲のリスクなし・服薬なしで血圧が受診勧奨判定値の者の割合は、令和1年度33.0%（37人/112人）、令和3年度 38.9%（35人/90人）と増えている。 ●令和3年度の健診結果有所見者率を同規模と比較すると、腹囲（46.9%）、血圧（11.4%）、血糖・血圧（7.4%）、血圧・脂質（12.5%）が高い。 ●令和3年度の健診受診者、未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費を同規模と比較すると、健診受診者は5659円安い（保険者2756円、同規模8415円）。健診未受診者は23339円高い（保険者63118円、同規模39779円）。健診未受診者は、健診受診者より22.9倍高い。 	<p>【10】健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 【11】健診ツリー図</p>	<p>B</p>
<p>介護費関係の分析</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●第2号被保険者の新規認定者は、令和1年度～4年度はいない。 ●65～74歳の新規認定者は、令和1年度、令和3年度に各1名。 ●令和4年度の1件あたり介護給付費は97043円で、同規模（80543円）、都平均（52461円）よりも高い。 	<p>【12】要支援・要介護認定者数 【13】医療・介護の突合の経年比較</p>	<p>G</p>
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●生活習慣リスク保有者割合を性・年齢階級別に都と比較すると、令和2・3年度とも、1日1時間以上の運動なし、1日飲酒量が男性2合以上・女性1合以上、喫煙率が、男性女性の全ての年齢階級で多い。 ●生活習慣病の有病率を性・年齢階級別に都と比較すると、令和3年度は、高血圧症が男性女性の全ての年齢階級で高い。脳血管疾患は女性の全ての年齢階級で高い。糖尿病は男性の全ての年齢階級で高い。 ●内臓脂肪症候群該当者の割合を性・年齢階級別に都と比較すると、令和2・3年度とも、男性の全ての年齢階級で多い。 ●生活習慣の改善意欲がある人の割合を性・年齢階級別に都と比較すると、令和2・3年度とも、男性女性の全ての年齢階級で低い。 ●令和5年度の村独自のフレイル健診では前期高齢者の8名がフレイルに該当した(5%)。またフレイルに該当したのは81名であった(52%)。身体機能としては歩行速度低下者は20名、握力低下者は13名であった。 	<p>【14】東京都 市町村国保 共通評価指標</p>	<p>BC</p>

Ⅲ 計画全体（分析結果に基づく健康課題の抽出とデータヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略）

	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	男女ともに心疾患、脳血管疾患の医療費が増加している。		1.3.4
B	生活習慣病はすべての年齢層で高血圧の人が増えている。	✓	1.3.4
C	糖尿病は男性で有病率が高く、女性では医療費が高い傾向にある。	✓	1.3.5
D	生活習慣の改善に意欲のある人が少なく、運動習慣も乏しい。	✓	1.2
E	飲酒量、喫煙率は平均と比較して高い。		1.2.4
F	特定健診の受診率は一定の高さを維持できているが、特定保健指導率は極端に低い。		1.2
G	被保険者の高齢化により、生活習慣の改善が難しくなる。	✓	1.6

計画全体の目的		計画全体の目標								
計画全体の目標	計画全体の評価指標	指標の定義	計画 策定時 実績	目標値						
				2023 (R5)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
i	生活習慣病重症化予防	高血圧症の有病率	高血圧症の有病者数（差支えなし正常高血圧含む高血圧者/健診受診者数）	58.4%	57%	56%	55%	54%	53%	52%
ii	糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病の有病率	2型糖尿病の有病者割合（要治療継続、要受診/健診受診者数）	12.1%	12%	11.5%	11.2%	10.5%	10.2%	10%
iii	20歳から39歳のヘルスリテラシーの向上	生活習慣の状況(喫煙)	喫煙者の割合(喫煙あり/20-39歳健診受診者)	48.5%	48%	45%	42%	39%	36%	33%
iv	40歳～74歳のヘルスリテラシーの向上	生活習慣の状況(身体活動・運動)	1日1時間以上身体活動を実施しない者の割合(運動習慣なし/40-74歳健診受診者)	66.4%	63%	60%	57%	54%	51%	48%
v	早期からのフレイル予防	前期高齢者に対するフレイル健診の実施率	フレイル健診受診率(健診受診者数/前期高齢者数)	48.9%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
vi										
vii										

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度
1	特定健康診査	特定健康診査事業	重点
2	特定保健指導	特定保健指導	
3	重症化予防（受診勧奨）	生活習慣病未治療の要受診者への電話勧奨事業	重点
4	重症化予防（保健指導）	生活習慣病治療中者への生活習慣病重症化予防事業	重点
5	重症化予防（保健指導）	糖尿病治療者への糖尿病性腎症重症化予防事業	
6	健康教育・健康相談	前期高齢者のフレイル健診	重点

事業 1	特定健康診査事業
-------------	-----------------

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪の蓄積を把握することにより、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	年に1回、特定健康診査を実施する
対象者	40-74歳の被保険者

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	受診判定なしの者の割合	健診受診者に対して要受診でない者の割合	59%	60%	58%	56%	54%	52%	50%
	2									
	3									
	4									
	5									

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定健康診査受診勧奨率	世帯通知の配布率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	2	特定健診受診率	当該年の健診受診人数が対象人数に占める割合	60%	65%	65%	65%	65%	65%	65%
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	全戸配布にて全世帯に特定健診の案内を送付。また、ケーブルTVや広報誌でも案内をする。	
	勧奨	保健指導の対象者だった者には個別に受診勧奨を行う。	
	実施および 実施後の支援	実施形態	個別健診と集団健診を実施する。なお、集団健診は個別健診の未受診者を対象に実施する。
		実施場所	生きがい健康センター
		時期・期間	毎年5月に実施。
		データ取得	—
		結果提供	委託機関化から実施後1~2か月を目途に結果を送付。結果に対する説明は希望者に対して保健センターで実施。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	結果送付後は速やかに該当の保健指導の案内を行う。また、保健センターで随時希望者に対して結果説明を行う。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	福祉課と保健医療課保健センターが担当
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	神津島村診療所とは結果について適宜情報共有
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	東京都予防医学協会への個別委託
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	後期高齢者の健診、フレイル健診なども併せて実施。

事業 2	特定保健指導
-------------	---------------

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定保健指導を実施する。
対象者	特定保健指導基準該当者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率	健診結果から算出。40歳～74歳の該当者割合	23%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
	2	特定保健指導対象者の減少率	40歳～74歳で積極的支援または動機付け支援の該当割合	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率	法定報告値	2%(1名/47名)	4%	4%	8%	8%	12%	12%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	特定健康診査受診対象者には、委託業者から指導の案内を送付。	
	勧奨	役場からも保健指導の受診勧奨の連絡をする。	
	実施および 実施後の 支援	初回面接	電話にて調整
		実施場所	委託業者の設定する場所、ICTによるオンラインの保健指導も実施。
		実施内容	加入者の特徴・属性に応じた効果的な指導を実施する。途中脱落を少なくし、特定保健指導の効果を高めるために、指導期間中の生活習慣や血圧等のモニタリングを行う。
		時期・期間	健診結果返信後の6月以降に調整
		実施後のフォロー・継続支援	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)			

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	福祉課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	外部委託事業者にて実施
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業番号	生活習慣病未治療の要受診者への電話勧奨事業
------	-----------------------

事業の目的	特定健診で要受診になった住民へ適切な医療受診を促進するために電話勧奨を行う。
事業の概要	5月に実施する特定健診で生活習慣病の未治療者で要受診判定された者に対して、医療機関への受診勧奨を行う。
対象者	血圧、糖尿病、脂質異常、肝機能、腎機能で要受診を判定され、当該項目で受診をしていない者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	受診の有無	本人への聴取、診療所からの情報提供	-	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	2									
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	電話勧奨した人数	6月～7月にかけて結果を分析し対象者を抽出、対象者に対し	92名/92名	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	健診結果の発送を委託機関から6月に実施。該当者には要受診の通知と保健指導の案内を発送。
	勧奨	-
	実施および実施後の支援	保健センターの医療専門職で分担して実施。勧奨から重症化予防事業への連結も検討する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	電話や対面で面談方式は柔軟に対応。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保健医療課保健センター
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	神津島村診療所と連携して実施
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業番号	生活習慣病治療中者への生活習慣病重症化予防事業
------	-------------------------

事業の目的	生活習慣病患者の疾病の重症化予防を図る。
事業の概要	スマホアプリ等に定期的な運動、食事習慣を記載し、それをもとに保健指導を実施する。
対象者	生活習慣病治療中で重症化のハイリスク者10名（5年分のレセプト、最新の健診結果から委託業者が抽出）

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	生活習慣の行動変容改善割合	3月の事業終了時に運動習慣の改善、食事の改善を判定する。	0%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
	2	血液検査結果の改善割合	3月の事業終了時にHbA1c、コレステロール、血圧	0%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
	3									
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	指導人数	事業者の報告	10人	10人	10人	10人	10人	10人	10人
	2	指導回数	事業者の報告	100回	100回	100回	100回	100回	100回	100回
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	ハイリスク者に事業参加を周知
	勧奨	個別に電話で参加勧奨
	実施および実施後の支援	委託事業者による第1回～12回のオンライン指導。月2回目安。それに加えてアプリケーションを利用して健康ノートの記録。アプリがインストールできない場合は記録用紙に記録。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	事務担当は福祉課、実施担当は保健医療課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	診療所医師(かかりつけ医師)と連携し情報共有、事業参加承諾を得る。また、対象者抽出の時点でも協力を得る。
	国民健康保険団体連合会	ヘルスアップ事業として申請予定
	民間事業者	事業者に対象者の抽出～指導の実施、評価まで委託
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業番号	糖尿病治療者への糖尿病性腎症重症化予防事業
------	-----------------------

事業の目的	糖尿病性腎症の重症化予防を図る。
事業の概要	対面で、保健師、看護師、PT、栄養士が指導を行う。
対象者	ハイリスク者5名（診療所医師がリスクが高いと判断した者を基本とし、未治療の者、またKDBシステムで治療中断が確認された者も加える）CKDstage3～4が目安で、年齢の若い人の優先順位を高くする。

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	生活習慣の行動変容	健診のアンケート(運動習慣や食習慣)	-	50%	50%	50%	50%	50%	50%
	2	血糖、HbA1c、血圧	健診もしくは診療所の定期受診の結果	-	50%	50%	50%	50%	50%	50%
	3	腎機能(尿蛋白、クレアチニン、eGFR)	健診もしくは診療所の定期受診の結果	-	50%	50%	50%	50%	50%	50%
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	指導人数	指導を実施した実人数		5人	5人	5人	5人	5人	5人
	2	指導回数	指導を実施した総回数		50回	50回	50回	50回	50回	50回
	3									
	4									
	5									

プロセス(方法)	周知	ハイリスク者に事業を周知。また広報誌などでも案内を出す。
	勧奨	治療中断者への受診勧奨。また保健指導プログラムへの参加勧奨。
	実施および実施後の支援	3ヵ月～6ヵ月かけて個別訪問もしくは来所指導を行う。保健師、看護師が中心となり、課題別に栄養士やPTも指導を行う。
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

ストラクチャー(体制)	庁内担当部署	事務担当は福祉課 実施担当は保健医療課
	保健医療関係団体(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	事業参加の許可を診療所医師から得る。また、対象者抽出の時点でも協力を得る。
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業番号	前期高齢者のフレイル健診
------	--------------

事業の目的	65歳～74歳の前期高齢者に対して早期からフレイル予防を実施する。
事業の概要	65歳～74歳の前期高齢者に対して、握力測定や歩行速度の測定を実施し、フレイル健診を行う。
対象者	65歳～74歳の前期高齢者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	フレイル該当割合(フレイルインデックス3項目以上該当)	実施者に対する割合	5% (8名)	5%	5%	5%	5%	5%	5%
	2	握力低下者割合(男性28kg、女性18kg)	実施者に対する割合	8% (13名)	10%	10%	10%	10%	10%	10%
	3	歩行速度低下者割合(1m/秒)	実施者に対する割合	9% (20名)	15%	15%	15%	15%	15%	15%
	4									
	5									

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	フレイル健診の実施割合	前期高齢者数に対する受診者の割合	49% (156名/317名)	40%	40%	40%	40%	40%	40%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	3月に全戸配布でフレイル健診の案内を実施。*5月の住民健診と同時実施
	勧奨	—
	実施および実施後の支援	5月の住民健診と同時実施。理学療法士と看護師や保健師が体力測定を実施。結果は後日個別に郵送。フレイル該当者には保健指導を勧奨。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	後期高齢者のフレイル健診も同時に実施し、年齢で切れ目なく支援。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保健医療課保健センター
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	神津島村診療所と連携
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	
	その他の組織	
	他事業	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うとともに、保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。事業の評価は、KDBデータ等の健康・医療情報を活用して定量的に行い、費用対効果の観点も考慮して行う。 計画で設定した評価指標に基づき、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うとともに、計画の最終年度においては、次期計画策定の見据えて最終評価を行う。評価に当たっては、村の関係機関および広域連合と連携を図る。</p>
<p>データヘルス計画の 公表・周知</p>	<p>本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知のほか、必要に応じて県、国保連、保健医療関係団体など地域の関係機関にも周知を図る。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。</p>
<p>地域包括ケアに係る取 組</p>	<p>医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるための直面する課題などについての議論（地域ケア会議等）に保険者として参加する。 KDBシステムによるデータなどを活用してハイリスク群・予備群等のターゲット層を性・年齢階層・日常生活圏域等に着目して抽出し、関係者と共有する。 これらにより抽出されたターゲット層に対しては、保健師や理学療法士等の専門職による地域訪問活動などにより働きかけを行う。 地域住民の参加する介護予防を目的とした運動指導の実施、健康教室等の開催を行う。</p>
<p>その他留意事項</p>	