

第3期データヘルス計画
第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月
利島村国民健康保険

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	2
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	4
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	5
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	9
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	
VI 特定健康診査等実施計画	10
1 達成しようとする目標	
2 特定健康診査等の対象者数	
3 特定健康診査等の実施方法	
4 個人情報の保護	
5 特定健康診査等実施計画の公表及び周知	
6 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	
7 その他事項	

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	近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国保（以下「保険者」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。こうした中、平成25（2013）年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」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の分析、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「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、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」とされた。これまでも、レセプト等や統計資料等を活用することにより保健事業を実施してきたところだが、今後は、さらなる被保険者の健康保持増進に努めるため保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開やビュレーションアプローチから重症化予防まで体系的に保健事業を進めていくことが求められている。こうした背景を踏まえ、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用してPDCAサイクル（Plan：計画、Do：実施、Check：評価、Action：改善）に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施に向けて、保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。
	計画の位置づけ	データヘルス計画は、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針に基づき策定する。本計画は被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、健康・医療情報を活用して効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るために策定・運用するものである。また、本計画は村の他の計画とも調和をとって策定する。
計画期間		令和6年度～令和11年度までの6年間を計画期間とする。
実施体制・関係者連携	庁内組織	住民課
	地域の関係機関	住民課の担当者および地域の関係機関等の連携により進めていく。

(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）		327		173		141	
国保加入者数（人）	合計	83	100%	41	100%	42	100%
	0～39歳（人）	21	25%	6	15%	15	36%
	40～64歳（人）	34	41%	22	54%	12	29%
	65～74歳（人）	28	34%	13	32%	15	36%
	平均年齢（歳）	50	1	52	1	48	1

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	
国保連・国保中央会	
後期高齢者医療広域連合	
その他	利島村国民健康保険診療所の医師・看護師、利島村社会福祉協議会の職員と共に1回/2週間程、情報共有の場を設けている。

(2) 現状の整理

保険者の特性	被保険者数の推移	令和5年3月31日時点での利島村の総人口は327人であり、うち65歳以上人口は80人（高齢化率24.5%）である。国保被保険者数は83人であり加入率は24.8%、被保険者における平均年齢は50.9歳となっている。
	年齢別被保険者構成割合	国保被保険者数は83人であり、被保険者における65歳以上の人数は28人（34%）となっている。
	その他	
前期計画等に係る考察		前期計画では高血圧症・糖尿病の占める割合が高い/糖尿病の服薬者が多いことが健康課題に挙げられた。また、血糖値のリスク保有者も多く特定健診の結果フォローと個別相談・指導につなげるという課題が挙げられた。現在も1人あたりの医療費は低いが、糖尿病・高血圧症の占める割合が高い。龍島という環境からも、生活習慣の改善の意識を浸透させることが難しいと言える。さらに新型コロナウイルスの影響もあり、外出を控えたことで自宅での飲酒が増えた等の理由も考えられる。また、経年的に見ても特定健康診査や特定健康指導の受診率が下がっている。コロナ禍の外出の自粛の影響も考えられる。そのため、健康課題については十分に達成できなかった。

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・標準化死亡比 等	令和4年度における平均寿命は男性 81.1歳、女性 87.3歳であり、男女とも標準化死亡比は都・同規模平均と比較して低くなっている。また、女性の平均自立期間、平均余命も同規模平均と比較して短い傾向にある。一方で、男性の平均自立期間、平均余命は都・同規模平均よりも長くなっている。さらに市町村単位における平均自立度期間（要支援・要介護）と平均寿命の差は、男性で2年、女性は4.9年と都・国と比較すると短い。平均寿命と平均自立期間の差が縮小がみられることから、平均寿命に対して自立して過ごせる期間が長いといえる。	KDB 地域の全体像の把握（令和4年：平均寿命・平均自立期間）	
医療費の分析	令和4年度において医療費は外来医療費の占める割合が高く、入院率も同規模平均と比較して低い水準にある。経年比較においても、入院・外来ともに1件当たりの点数は横ばいである。人口が少なく一人当たりの医療費の増減により全体にも変動があるため留意が必要であるが、入院・外来ともに1件当たりの点数は大きく増加はしていないが病気の重度化による入院や疾患の早期発見・介入により医療費の減額を目指していく必要がある。受診率は633,761、1人当たり医療費は21,129円（令和4度実績）であり、同規模平均と比較して受診率・1人当たり医療費ともに低い水準にある。	KDB 地域の全体像の把握（令和4年度：医療）/健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（◆⑨医療費諸率令和4年度）	
	令和4年度における疾病別医療費の割合では、入院医療費は対象人数が少なく年によって変動が大きいため留意が必要であるが、外来医療費は経年でみると「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」の占める割合が高くなっている。入院では「新生物」「筋骨格」の医療費の占める割合が高くなっている。	KDB 疾病別医療費分析（令和4年：医療費分析（1）細小分類）	
	後発医薬品の使用割合は、令和元年より年々増加傾向にある。令和3年には、国が掲げている80%を超えた。令和4年には87%と高値を保つことができています。	令和元年～令和4年度後発医薬品の使用割合（厚生労働省HP）	
	重複・頻回受診、重複服薬者割合は、令和元年5人から令和3年には1人までに減少している。さらに、多剤処方該当者数は令和元年より0人を保つことができています。診療所が1カ所しかないことや住民の大多数は診療所医師がかかりつけ医であることから、健康のこと処方についてもすぐに相談できることや島内で受診できる医療機関が限られていることから多剤処方が防げているのではないかと考えられる。	重複・多剤投与者数経年変化	
特定健康診査・特定保健指導の分析	平成30年より特定健診受診率は8割を超えていたが、令和2年度からは新型コロナウイルスの影響もあり受診率が約2割程度減少している。コロナ禍により集団検診への受診を控えた方が多くいることが減少の大きな要因であると考えられる。一方、経年でみると特に40代～50代の受診率が低い状況にある。また特定保健指導終了割合では、令和元年を除き特定保健指導対象者がいるものの、終了者割合は0%である。令和2～3年については、コロナ禍の影響により、感染拡大防止の観点から個別支援への積極的な勧奨が難しいことが考えられる。令和元年では、受診率同様に40代～50代歳の終了者割合が最も低い。特定健診受診率及び特定保健指導終了者割合を向上させることで、40～50歳代の生活習慣病のリスクが少ない段階で生活習慣の改善が必要な被保険者へ早期にアプローチがし基礎疾患の発症予防を行う必要がある。	特定健診・特定保健指導実施率経年変化・健康スコアリング（健診）	A
	令和4年度の特定健診結果有所見率において、メタボ該当者は33.3%、メタボ予備軍も15.4%である。加えて、腹囲では51.3%と半数が有所見となっている。高血糖有所率は5.1%であり都の約8倍、同規模自治体の約7倍である。さらに高血糖・高血圧・高脂質の有所見率は15.4%、都の約2.5倍、同規模自治体の約2倍となっている。生活習慣病のリスク因子を持つ者が多いといえる。軽度リスク者への早期介入により特定健康診査の継続受診や生活習慣の改善の促し、メタボリックシンドロームの予備群の者が該当者へ移行することを抑制することが課題である。特定健康診査の結果に応じて、高血糖・高血圧・高脂質の有所見者に対し、生活習慣の改善と健診の継続による自己管理を促し早期介入による発症・重症化予防をおこなうことが課題である。	KDB 健康スコアリング（令和4年度：健診）/KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（◆⑩特定健診結果有所見率）	B

	質問票調査の状況 (生活習慣)	令和4年度において、飲酒頻度が毎日であると回答した者が35.9%を超えており1日の飲酒摂取量が2～3合は12.8%で都の約2.4倍、3合以上の飲む割合は7.7%と都の約1.3倍である。経年的に見ても飲酒頻度が毎日と回答する割合が最も多く、特に令和元年から令和2年では約45～50%であった。離島であるため飲酒できる飲食店が少なく自宅でお酒を飲む習慣があり、自宅にお酒を貯蔵している住民も多い。内地のように終電があったり飲食店の閉店時間があるわけではないため、自宅での飲酒は飲酒量も必然的に増えてしまう傾向が地域の特性上あると考えられる。さらに令和4年度の生活習慣改善意欲では、改善意欲なしが41%でありこれは都の1.6倍であり経年的にみても約4割程度で推移している。地理的に坂が多くウォーキングをすることやジムなどの運動施設もないという環境的因子からも、運動習慣・生活習慣改善意欲が低いのではないかと考える。生活習慣病は規則正しい生活の積み重ねや健診の受診により疾病予防や早期発見・治療が可能であるため、住民一人ひとりが健康意識をもち主体的に健康づくりに取り組めるよう支援体制を整えていくことが課題である。	KDB 地域の全体像の把握 (令和元年～令和4年度生活習慣)	D
レセプト・健診結果等を 組み合わせた分析		令和4年度の健診受診者と健診未受診者における生活習慣病等1人当たり医療費は、同規模・都と比較しても安い。しかし健診受診者(生活習慣病患者数)の1人当たりの医療費は2221円なのに対し健診未受診者では37512円である。健診受診者と健診未受診者の1人当たりの医療費の差は約35000円であり未受診者の医療費は健診受診者の約17倍の医療費がかかっている。令和4年度において健診受診者のうち、腹田等のリスクありの者のうち服薬ありで「血糖+血圧+脂質」の受診勧奨・保健指導者の割合が最も多くなっている。また腹田等のリスクなしにおいても同様に、服薬ありのうち「血糖+血圧+脂質」の受診勧奨・保健指導者が最も多くなっている。服薬をおこなっているにも関わらず、効果が不確かであることから十分なフォローが出来ていない可能性がある。健診結果のフォローと健診結果を個別相談・指導に繋げることが課題である。	KDB 健診ツリー図(令和4年度)/健診・医療・介護データからみる地域の課題 (令和4年度)	B/C
介護費関係の分析		要支援・要介護新規認定者は令和元年の1人の認定後は、新規認定者は0人である。また、前年度と比較し要支援2から要介護1へ移行した者の増加率は0%であり、令和元年から令和4年の認定者数も横ばいある。一方で、令和元年以降介護度別割合では、要介護4・5も平均で20%近くを占めている傾向がある。介護給付費に関しては令和2年以降減少しているが、令和4年度1件当たりの給付費は116,781円で都(80,543円)・同規模自治体(52,461円)と比較しても高い。利島村は坂が多く、椿山の手入れをおこなっており日常的に体を動かしている高齢者が多いことから男性の平均自立期間(要支援・要介護)は83.1歳と都や同規模自治体よりも長い。しかし女性の平均自立度期間は都・同規模自治体に比べ1年ほど短く、要介護者の有病率も脳疾患が最も多く次いで筋・骨疾患でありこれらは都・同規模自治体の割合よりも上回っている。坂道が多く移動手段のほとんどが自動車であること、運動ができる施設が限られていることから、日常生活の中で介護予防をおこなっていく必要がある。	医療・介護の突合の経年比較/健康スコアリング(介護)	
その他		令和3年度東京都評価指標における有病者の状況では、糖尿病・脳血管疾患・高血圧症は全年齢階級で高くなっている。さらに、内臓脂肪症候群該当割合においても同様に男女ともに全年齢階級で高くなっている。また、特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率も都平均よりも悪い。地域における課題として、島には急な坂道が多く、移動手段は車中心とならざるを得ないことや、島への物資輸送の事情から生鮮食料品が入手しにくく、食材の選択肢が少ないとともに冷凍食品や加工食品の利用が多くなること等があげられる。これらの食事や運動における環境上の特徴や制約を踏まえたうえで、医療機関とも連携を図りつつ島民の生活に沿った健康づくりに取り組んでいくことが必要である。また、医療機関は島内に診療所が1施設のみで入院対応ができないため、地域の医療提供体制にも限界がある。そのため、生活習慣病の予防及び適正なコントロール、そして重症化による入院を防ぐ必要がある。	東京都市町村国保共通評価指標	

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	特定健康診査の受診率は例年80%程度だったが令和2年度以降、受診率が減少傾向である。	✓	1
B	メタボ該当者が33.3%と多く、血圧・血糖・脂質等の糖尿病のリスク因子を3つ合わせ持つ者が15.4%と国や同規模自治体と比べても高い。	✓	1・2・3
C	飲酒を毎日する者は35.9%、1日の飲酒量が2合以上の者が20.5%と高いが、生活習慣改善の意欲なしと回答する者が41%と高い。		1・2・3・4
D			
E			
F			
G			
H			
I			
J			

計画全体の目的		生活習慣病の発症・重症化を予防し、健康寿命および平均自立期間を延伸すること。								
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						
				2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)
i	特定健康診査受診率の向上	受診割合（受診者数/対象者数）	法定報告「特定健診受診率」	74%			77%			80%
ii	内臓脂肪症候群該当割合の減少	内臓脂肪症候群該当者数・割合	法定報告「内臓脂肪症候群該当割合」	33.30%			32%			30%
iii	生活習慣の改善意欲の向上	生活習慣改善意欲ありの割合	KDB地域の全体像の把握【生活習慣/生活習慣の改善】	17.90%			20%			22%
iv	平均自立期間の延伸（男性）	平均自立期間（要支援・要介護）	KDB地域の全体像の把握【市町村単位における平均自立期間（要支援・要介護）】	83.1			83.3			83.5
v	平均自立期間の延伸（女性）	平均自立期間（要支援・要介護）	KDB地域の全体像の把握【市町村単位における平均自立期間（要支援・要介護）】	80.3			80.5			80.7
vi										
vii										
viii										
ix										
x										

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	重点
2	特定保健指導	特定保健指導	重点
3	重症化予防（受診勧奨）	生活習慣病重症化予防	
4	健康教育・健康相談	栄養講座・栄養士個別相談会	
5			
6			
7			
8			

事業 1		特定健康診査
事業の目的	健康診査の実施により、生活習慣病のリスクを早期に見出し被保険者の健康維持・増進を図る。特に40～50代の若年層の受診率向上及び受診の定着化を目指す。	
事業の概要	住民を対象とした特定健診の実施	
対象者	利島村国民健康保険に加入している40歳～74歳までの方	

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	内臓脂肪症候群該当割合	法定報告総計「内臓脂肪症候群該当者割合」	33.3% (R4)			32%			30%
	2	生活習慣の改善意欲がある人の割合	KDB地域の全体像の把握【生活習慣/生活習慣の改善】	17.9% (R4)			20%			22%
	3	未受診者の受診率	2年以上連続の未受診者で受診勧奨をした者の受診率（受診者数/対象者数）	0% (R4)			5%			7%
	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	特定健康診査の受診率	法定報告総計「特定健康検査受診率」	74% (R5)			77%			80%
	2	未受診者への受診勧奨割合	連続で2年以上の未受診者に対する受診勧奨（電話又は手紙）を行った割合（受診勧奨者数/未受診者数）	0% (R4)			100%			100%
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	広報折込チラシ・IP告知にて周知。電話勧奨を実施。	
	勧奨	未受診者に対しては電話勧奨又は文書で実施。	
	実施および実施後の支援	実施形態	集団検診。年に1回、2.5日。
		実施場所	地域交流会館
		時期・期間	9月に健診を2.5日間実施。住民健診実施後、約2か月以内に結果相談会を開催。
		データ取得	委託先からの提供。
	結果提供	結果返却は郵送し、住民健診から結果が出る2か月後を目安に保健師2名、栄養士による結果説明会を年に1回実施。受診勧奨が必要な者や生活習慣の改善が必要な者を抽出し、個別面談または電話相談をおこなう。	
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	集団健診日を土曜日・日曜日とも設けている。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民課
	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)	結果説明会では、東京都栄養士会と協働し実施。
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	こころとからの元氣プラザ
	その他の組織	東京都栄養士会
	他事業	がん検診と併せての健診実施。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	有料ではあるが複数超音波検査を実施している。

事業 2		特定保険診指導
事業の目的	生活習慣病のリスクが高い者に対し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげられるよう指導を行い、生活習慣病の発症・重症化を予防する。	
事業の概要	特定健診受診者のうち基準該当者への保健師が保健指導実施又は委託の保健指導につなげる。	
対象者	特定健診受診者のうち基準該当者。	

	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	【短期】内臓脂肪症候群該当者割合の減少	昨年度の内臓脂肪症候群該当者のうち、今年度の健診を受診した者	0% (R4)			2%			5%
	2	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	前年度の特定保健指導の利用者で当該年度の特定健診を受診した者 (受診者数/対象者数)	0% (R4)			2%			5%
	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	特定保健指導を受けた人数 (実施者数/対象者数)	0% (R4)			20%			30%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	役場保健師による個別勧奨。	
	勧奨	該当者に個別に電話勧奨。	
	実施および実施後の支援	初回面接	対面又はオンラインにて実施。
		実施場所	役場
		実施内容	オンライン (委託先の保健師・栄養士による面接)
		時期・期間	健診結果返却後から3ヶ月以内に、該当者に対し案内をおこなう。
		実施後のフォロー・継続支援	6ヶ月後に電話にて保健指導後の状況を確認を行う。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	リピーター向けにはインセンティブ (健康グッズ等) をつけて実施していく。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民課
	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)	利島村国民健康保険診療所
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	「こころとからだの元気プラザ」の保健師がオンラインまたは来島し、保健指導を実施。
	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)	新型コロナウイルスの影響で委託先の保健師による特定保健指導が、オンラインでの実施が続いているため来島してもらいように調整していく。

事業 3

生活習慣病重症化予防

事業の目的		生活習慣病の治療を早期開始を支援することで重症化予防を目的とする。	
事業の概要		特定健診受診者のうち基準該当者の抽出をおこない、要医療者が早期治療につながるよう電話または書簡で勧奨をおこなう。特に糖尿病で腎機能低下がみられる者に対しては糖尿病性腎症を予防し、安定した自己管理がおこなえるよう保健師や診療所が連携し服薬管理や生活習慣改善を支援を行う。	
対象者	選定方法	特定健診受診者のうち基準該当者を抽出する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	血圧・脂質・HbA1c・空腹時血糖
		レセプトによる判定基準	
		その他の判定基準	
	除外基準		
重点対象者の基準	・eGFR50 or 随時血糖140以上 or HbA1c6.5以上 or 尿蛋白(2+) →糖尿病性腎症リスク者		

	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	対象者のうち受診勧奨をおこなった者の受診割合(受診者数/該当者人数)	医療機関を受診した者	0% (R4)			100%			100%
	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	対象者のうち受診勧奨の実施割合(勧奨実施人数/該当者人数)	受診勧奨をおこなった者	0% (R4)			100%			100%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	広報・IP告知にて周知。
	勧奨	該当者に個別に電話勧奨。
	実施後の支援・評価	受診勧奨後、3ヶ月後に電話にて受診状況を確認する。また翌年度の健診結果を用いて評価をおこなう。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	利島村国民健康保険診療所と情報等の連携を行う。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	住民課
	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)	利島村国民健康保険診療所と連携しおこなう。
	かかりつけ医・専門医	利島村国民健康保険診療所
	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	東京栄養士の栄養士による個別相談及び講座を実施する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業 4	栄養講座・栄養士個別相談会
------	---------------

事業の目的	栄養講座や栄養士相談を通してバランスの取れた食事及び生活習慣病予防を目的とする。
事業の概要	健康診断結果説明会と同時期に栄養士による講座及び栄養相談を開催する。東京都栄養士会栄養士に年1回来島してもらい実施。
対象者	全島民

	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	参加者に対して実施する質問用紙で栄養に対し関心を持った割合	講座での質問用紙の回答（栄養に対し関心を持った人数/参加者）	未実施 (R5)			20%			30%

	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	栄養講座の参加者数	講座の参加人数	17人 (R5)			20人			23人

プロセス（方法）	健康診断結果説明会と同時期に栄養士による講座及び栄養相談を開催する。東京都栄養士会栄養士に年1回来島してもらい実施。
----------	--

ストラクチャー（体制）	
-------------	--

V その他

<p>データヘルス計画の 評価・見直し</p>	<p>データヘルス計画の実行性を高めるため、毎年の進捗状況や評価を活用して、見直しを行う。評価は、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（成果）の4つの視点で実施します。</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するとともに、必要に応じて地域の関係機関にも周知を図ります。</p>
<p>個人情報の取扱い</p>	<p>保険者等における個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドライン等に遵守して行います。</p>

第4期特定健康診査等実施計画

1 達成しようとする目標						
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査受診率			77%			80%
特定保健指導実施率			20%			30%
2 特定健康診査等の対象者数						
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健康診査対象者数			64人			67人
特定保健指導対象者数			1人			2人
3 特定健康診査等の実施方法						
	特定健康診査			特定保健指導		
実施場所	地域交流会館			地域交流会館		
実施項目	健診項目は、1.身長計測 2.血圧測定 3.診察 4.尿検査 5.血液検査を実施。追加検査として、心電図・眼底検査・血液検査（血色素量、赤血球数、白血球数、ヘマトクリット、尿酸、クレアチニン、eGFR）を実施。			法令で定められた実施の要件に沿って実施する。		
実施時期又は期間	集団検診を9月に2.5日間実施。			健診結果返却後から3ヶ月以内に、該当者に対し案内をおこなう。		
外部委託の方法	こころとからだの元氣プラザ			「こころとからだの元氣プラザ」の保健師がオンラインまたは来島し、保健指導を実施。		
周知や案内の方法	集団検診を9月に2.5日間実施			健診結果返却後から3ヶ月以内に、該当者に対し案内をおこなう		
事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	委託先からの提供			/		
その他	集団健診日を土曜日・日曜日に設けている。			特定健診受診者のうち基準該当者		
年間スケジュール	9月に健診を2.5日間実施。住民健診実施後、概ね2か月以内に結果相談会を開催。			健診結果返却後から3ヶ月以内に、該当者に対し案内をおこなう。6ヶ月後に電話にて保健指導後の状況を確認を行う。		
4 個人情報の保護						
記録の保管（保存）方法	保険者等における個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドライン等に遵守して行う。					
保管（保存）体制、外部委託の有無	保険者等における個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する各種法令、ガイドライン等に遵守して行う。					
5 特定健康診査等実施計画の公表及び周知						
特定健康診査等実施計画の公表方法	本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知するとともに、必要に応じて地域の関係機関にも周知を図ります。					
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	広報折込チラシ・IP告知にて周知。電話勧奨を実施。役場保健師による個別勧奨。					
6 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し						
特定健康診査等実施計画の評価方法	本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知するとともに、必要に応じて地域の関係機関にも周知を図ります。					
特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知するとともに、必要に応じて地域の関係機関にも周知を図ります。					