

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1月

新島村国民健康保険

目次

I 基本的事項
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
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
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
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
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	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（令和2年3月27日改正）に基づき策定します。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・運用するものです。また、本計画は村の他の計画とも調和をとって策定します。
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、民生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、地域の関係機関として、地区医師会・地区歯科医師会・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)		2,405		1,164		1,241	
国保加入者数(人) 合計		727	100%	355	100%	372	100%
0~39歳(人)		129	18%	62	17%	67	18%
40~64歳(人)		231	32%	116	33%	115	31%
65~74歳(人)		367	50%	177	50%	190	51%
平均年齢(歳)		56		56		57	

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		特定健診・特定保健指導・重症化予防に関しては新島村診療所、さわやか健康センターとは糖尿病性腎症重症化予防事業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、社会福祉協議会、自治会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4年度の被保険者数は723人であり、平成30年度の1,022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17.4%、40-64歳が31.7%、65-74歳が50.9%であり、都平均よりも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	年齢分布は70~74歳が一番多く210人(28.9%)であり、後期高齢者への移行による被保険者減が多い。
前期計画等に係る考察		第2期データヘルス計画では、生活習慣の改善により、若い世代から糖尿病等生活習慣病の予防を進めることで、重症化や合併症の発症を抑え、さらには医療費の伸びの抑制を実現することを目的とした。しかし若い世代の受診率が低く、特定健康診査の受診率目標も未達であった。特に45~59歳の男性の受診率の低下が顕著であった。

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	<ul style="list-style-type: none"> ●令和4年度の平均余命は、男性81.7歳、女性90.1歳で、同規模より、男性は1.0、女性は2.6上回っている。 ●令和4年度の平均自立期間は、男性79.6歳、女性84.5歳で、男女とも同規模平均より0.3上回っている。 ●男性は、平成30年度と令和4年度の平均余命が81.4歳と81.7歳で0.3上回り、平均自立期間はいずれも79.6歳である。女性は、平成30年度と令和4年度の平均余命が88歳から90.1歳と2.1上回り、平均自立期間は84.1歳から84.5歳と0.4上回ったが平均余命よりも伸び方は小さい。 ●標準化死亡比は、男性で虚血性心疾患が高く、悪性新生物が増加傾向である。 	<ul style="list-style-type: none"> 【01】 主要死因別標準化死亡比（男女） 【02】 健康寿命等（平均自立期間）の見える化ツール 		
医療費の分析	医療費のボリューム（経年比較・性年齢階級別等）	<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）より少なく、令和1年度～令和3年度の1人当たり医療費の推移も減少している。 ●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、男性では狭心症が入院で2.09倍高く、がんの入院・外来計で1.36倍高い。女性では、精神の入院が1.43倍高い。 	<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 	A
	疾病分類別の医療費	<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、男性はがんで入院・外来ともに高く、狭心症の入院が高い。女性は、精神の入院が高い。 	【04】 疾病別医療費分析（生活習慣病）年齢調整ツール	B
	後発医薬品の使用割合	<ul style="list-style-type: none"> ●後発医薬品の使用割合は、令和2年3月～令和3年9月は国の目標値80%を超えていたが、令和4年3月 72.9%、令和4年9月 68.9%と低下している。 	【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	
	重複・頻回受診、重複服薬者割合	<ul style="list-style-type: none"> ●重複処方該当者は、令和1年度は延べ76人だったが、令和2年度 29人、令和3年度 31人と減少した。 ●多剤処方該当者は、年間3～5人いる。 	【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	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<ul style="list-style-type: none"> ●令和3年度の全体の特定健診受診率は52.1%で、都平均（42.9%）より高い。 ●女性の60～74歳は、令和2年度（48.9%）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。女性の40～59歳は、令和2年度を除き50%を超えている。 ●男性の60～74歳は令和1年度に55.1%だったが令和3年度は46.3%に、男性の40～59歳は、令和1年度に45.2%だったが令和3年度は33.3%に低下している。 ●令和3年度の全体の特定保健指導実施率は15.2%で、都平均（13.8%）より高い。性・年齢別に都と比較すると、女性の60～74歳は実施率6.7%で、都平均（17.2%）より低い。 	【07】 性・年齢別階級別特定健診・特定保健指導実施率 経年変化	
	特定健診結果の状況（有所見率・健康状態）	<ul style="list-style-type: none"> ●令和2・3年度の健診受診者中、高血圧症で服薬している人は4割で、同規模と比較すると同水準だが、都や国と比較すると多い。 ●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81人（健診受診者の25.6%）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25人（健診受診者の7.9%）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38人（健診受診者の12.0%）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 	A,B
	質問票調査の状況（生活習慣）	<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見ると、歩行速度遅い（57.1%）、ほとんどかめない（1.0%）、毎日間食（28.3%）が、都平均より多い。生活習慣の「改善意欲なし」の割合は36.6%で、国平均（27.6%）より多い。 	【09】 質問票調査の経年比較	D
レセプト・健診結果等を組み合わせた分析	<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35.2%（44人/125人）、令和3年度 42.6%（43人/101人）と増加している。 ●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、BMI（5.7%）、血圧（10.8%）、血圧・脂質（12.0%）、血糖・血圧・脂質（7.9%）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2621円（保険者11036円、同規模8415円）、健診未受診者は7457円高い（保険者47236円、同規模39779円）。健診未受診者は、健診受診者より4.28倍高い。 	<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 【11】 健診ツリー図 		
介護費関係の分析	<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年度に各1名。 ●令和2年度～令和4年度、65～74歳の新規認定者はいない。 ●令和4年度の1件あたり介護給付費は78,912円で、同規模（80,543円）よりも低いが、都平均（52,461円）よりも高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 【12】 要支援・要介護認者数 【13】 医療・介護の突合の経年比較 		
その他	<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、朝食を抜く割合が女性の60～74歳で多い。1日1合以上飲酒する者の割合が女性の40～59歳で多い。喫煙率が男性の全ての年齢階級で高い。 ●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2・3年とも、高血圧症は男性の60～74歳、女性の40～74歳で高い。 ●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3年度は、男性は全ての年齢階級、女性は40～59歳で多い。 ●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60～74歳で低い。 ●「島しょ地域の栄養・食生活状況（平成28年成人の全島食事調査結果報告書）」において、新島村民の平均塩分摂取量が都平均の約1.5倍と多い。またどの年代でも塩分摂取が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 【14】 東京都市町村国保 共通評価指標 <p>島しょ地域の栄養・食生活状況（平成28年成人の全島食事調査結果報告書）</p>	C,E	

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	疾病別医療費総額において「糖尿病」が第1位、「慢性腎疾患（透析あり）」は第3位と高い。若い世代からの糖尿病予防対策が求められる。	✓	1,2,3,4,5
B	疾病別医療費総額において「高血圧症」は第2位と多い。特に60～74歳の高血圧の有病率が高い。高血圧の重症化予防対策を行う必要がある。	✓	1,2,3,4,5
C	特定健診結果において、腹囲が基準より多かった人およびBMI25以上だった人の服薬率および疾病リスク保有者の割合が高い。肥満や内臓脂肪による生活習慣病対策が求められる。	✓	1,2,3,4,5
D	健康診断問診票において「1日30分以上の運動習慣なし」「朝昼夕3食以外の間食や甘い飲み物を毎日」の回答が、都平均と比べて15～20%多い。生活習慣の改善による糖尿病予防、高血圧予防を行う必要がある。	✓	1,2,3,4,5
E	「島しょ地域の栄養・食生活状況（平成28年成人の全島食事調査結果報告書）」において、新島村民の平均塩分摂取量が都平均の約1.5倍と多い。またどの年代でも塩分摂取が多いことから、若い世代からの高血圧予防対策が求められる。	✓	1,2,3,4,5
F			
G			
H			
I			
J			

計画全体の目的		生活習慣の改善により、若い世代から糖尿病等生活習慣病の予防を進めることで、重症化や合併症の発症を抑え、さらには医療費の伸びの抑制を実現することを目的としています。									
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	健康寿命の延伸	平均自立期間（要介護2以上）男性		79.6歳	79.7	79.8	79.9	80.0	80.1	80.2	
ii		平均自立期間（要介護2以上）女性		84.5歳	84.6	84.7	84.8	84.9	85.0	85.1	
iii		法定報告 特定健診受診率	健康への関心の向上	2021 52.0%	53.3	54.6	55.9	57.2	58.5	60.0	
iv		生活習慣の改善意欲のある人の割合	生活習慣の改善	70.9%	71	72	73	74	75	76	
v	疾病リスク保有者の割合	法定報告 内臓脂肪症候群該当者割合	内臓脂肪が多いことによる 疾病リスクが高い人	2021 22.2%	21.8	21.4	21.0	20.6	20.2	19.8	
vi	糖尿病医療費の削減	糖尿病医療費	一人当たり医療費 (2型)	465,188 (円)	460,000	455,000	450,000	445,000	440,000	435,000	
vii	高血圧症医療費の削減	高血圧症医療費	一人当たり医療費	383,058 (円)	380,000	375,000	370,000	365,000	360,000	355,000	
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）	高血圧重症化予防（受診勧奨）	重点
4	重症化予防（受診勧奨）	糖尿病性腎症重症化予防（受診勧奨）	
5	健康教育・健康相談	健康教室	
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

事業 1	特定健康診査
------	--------

事業の目的	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群など生活習慣病のリスクを早期に発見し、被保険者の健康維持・増進を図る。
事業の概要	特定健康診査を実施する。
対象者	40歳～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	内臓脂肪症候群該当者割合	法定報告値	22.20%	21.8%	21.4%	21.0%	20.6%	20.2%	19.8%
	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	特定健康診査受診率	法定報告値	52.00%	53.3%	54.6%	55.9%	57.2%	58.5%	60.0%
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	『広報にいじま』『広報にいじまお知らせ版(健診の案内)』を全戸配布。	
	勧奨	対象者全員へ受診票を送付して勧奨する。 健康教室などの機会を活用した直接的な呼びかけを行う。勧奨を行う際、空腹での健診を勧める。	
	実施および 実施後の支援	実施形態	集団健診で実施。
		実施場所	新島村さわやか健康センター 新島村式根島開発総合センター
		時期・期間	新島地区3日間、式根島地区2日間 年に1度10月に実施。
		データ取得	事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法
		結果提供	健診実施後約6週間後に健診結果を郵送、2か月後に健診結果説明会を開催
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	受診率向上のため、特定健診と併せて大腸がん検診と歯科検診も同時実施。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	民生課保険係、さわやか健康センター
	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)	新島村国民健康保険本村診療所
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	東京中央クリニックへ集団健診を委託。
	その他の組織	
	他事業	大腸がん検診、歯科検診同時実施
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	事業計画等を関連部署と連携し適切に設定

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該当者に対し、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な指導を行い、生活習慣病の発症・重症化を予防する。
事業の概要	特定健康診査の結果、リスクに当てはまる者を対象として抽出し、リスクの数や年齢等により階層化する。ただし、糖尿病、高血圧または脂質異常症の治療にかかわる薬剤を服用している者を除く。
対象者	特定健康診査の結果から階層化して積極的支援および動機付け支援に該当した者。

	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	【東京都の共通評価指標】 内臓脂肪症候群改善割合	特定健診受診者 法定報告「昨年度の内臓脂肪症候群該当者のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合」	2021 4.7% (2/43)	5.0%	5.4%	6.0%	6.5%	7.0%	7.5%
	2	【東京都の共通評価指標】 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利用者 法定報告「前年度の特定保健指導利用者かつ当該年度健診で特定保健指導の対象でなくなった者の数(人)／前年度の特定保健指導の利用者数	2021 0% (0/7)	0.5%	1.0%	1.5%	2.0%	2.5%	3.0%
	3	特定保健指導利用後の行動変容 (特定保健指導の事後アンケート)	【東京都の共通評価指標】 生活習慣の改善意欲がある人の割合と特定保健指導事後アンケートで同じ質問を行い比較する改善意欲あり、改善意欲ありかつ始めている、取り組み済み6ヶ月未満、取り組み済み6ヶ月以上の合計人数(人)／特定保健指導利用者(人)	/	75%	76%	77%	78%	79%	80%

	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	特定保健指導対象者 法定報告「特定保健指導終了者数」 (Sucoyaca)	2021 15.2% (7/46)	16.0%	16.5%	17.0%	17.5%	18.0%	18.5%
	2									
	3									

プロセス (方法)	周知	<ul style="list-style-type: none"> ・健診当日に、腹囲と血圧、喫煙状態等で特定保健指導対象者が確定した場合は、その場で対象者であることを伝える。 ・健診結果に、特定保健指導対象者であることを明記したチラシを添付して送付。 	
	勧奨	健診結果送付後、該当者全員に集団支援の受診勧奨（電話）を行う。	
	実施および 実施後の支援	初回面接	<ul style="list-style-type: none"> ＜個別支援＞管理栄養士が健診当日または健診結果時の利用勧奨後、面接を実施し、行動計画を策定。 ＜集団支援＞管理栄養士・理学療法士による120分間のグループ支援を実施し、行動計画を策定。
		実施場所	<ul style="list-style-type: none"> ＜新島＞さわやか健康センターまたは訪問 ＜式根島＞式根島開発総合センター、式根島診療所または訪問
		実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ＜積極的支援＞グループ支援または個別支援にて行動計画の策定、改善取組支援をグループ支援2回、個別支援2回以上、3ヶ月以上180ポイント以上の支援を実施。 ＜動機付け支援＞グループ支援または個別支援にて行動計画の策定、改善取組支援をグループ支援または個別支援1回以上実施。
		時期・期間	<ul style="list-style-type: none"> ＜積極的支援＞特定健診当日または健診結果返却の約1カ月後から、6カ月間実施。 ＜動機付け支援＞健診結果返却から約1カ月後から、6カ月間実施。
		実施後のフォロー・継続支援	特定保健指導利用後に事後アンケートを実施し、行動変容の変化等を把握する。
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	特定保健指導該当者全員に、集団支援について個別（郵送および電話）勧奨を行っている。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	民生課保険係、さわやか健康センター
	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)	新島村国民健康保険本村診療所
	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	
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

事業 3

高血圧重症化予防（受診勧奨）

事業の目的		健診当日の血圧が特に高い者に対し、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早期受診につなげられるような指導を行い、脳血管疾患、心疾患などの発症・重症化を予防する。	
事業の概要		<ul style="list-style-type: none"> 対象者全員に、面接にて血圧高値の旨を説明し、おおむね1週間以内の受診を勧める。 面接の1週間後に全員に電話にて受診の確認を行い、放置・治療中断ゼロを目指す。 	
対象者	選定方法	特定健診等、受診当日の血圧が収縮期血圧180以上または拡張期血圧110以上であった場合、健診の最後に面接を実施し、1週間以内の医療機関受診を勧奨する。	
	選定基準	健診結果による判定基準	健診当日、収縮期血圧180以上または拡張期血圧110以上 判定基準は毎年、診療所医師に相談して決定する
		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	該当者のうち治療中断している者、受診したことがない者		

	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	医療機関受診につながった人数	該当者に電話で確認	2022 67% (2/3)	70	70	70	75	75	75
	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	該当者に健診当日受診勧奨を行った人数	健診当日に実施個別面談	2022 100% (3/3)	100	100	100	100	100	100
	2									
	3									
	4									
	5									

プロセス (方法)	周知	
	勧奨	該当者全員に実施する。
	実施後の支援・評価	健診（面接）の1週間後を目安に該当者全員に電話連絡を行い、診療所（または内地の医療機関）の受診の有無を確認
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	受診をためらう方には、放置した場合のデメリットなどを特に丁寧に説明し、早期受診につなげるよう配慮する

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	さわやか健康センター
	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)	
	かかりつけ医・専門医	新島村国民健康保険本村診療所・式根島診療所
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	東京中央クリニック
	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 4

糖尿病性腎症重症化予防（受診勧奨）

事業の目的	糖尿病性腎症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、受診につなげられるような指導を行い、糖尿病性腎症の重症化を予防する。
-------	---

事業の概要		<ul style="list-style-type: none"> 対象者全員に電話にて健診結果の内容を通知し、受診勧奨を行う。 質問表にて医療機関受診と回答があった者には、現在の受診・服薬状況を確認し、中断していた場合は治療再開を促す。 	
対象者	選定方法	特定健診結果から該当者を選定	
	選定基準	健診結果による判定基準	以下のいずれにも該当する者 <ul style="list-style-type: none"> 40～74歳 eGFR50ml/分/1.73m²未満 HbA1c7.0%以上 判定基準は毎年、診療所医師に相談して決定する
		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			

	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	医療機関受診につながった人数	該当者に電話で確認	2022 50% (1/2)	55	55	55	60	60	60
	2									
	3									

	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	受診勧奨を行った人数	健診返却後個別に電話	2022 100% (2/2)	100	100	100	100	100	100
	2									
	3									

プロセス (方法)	周知	該当者に個別に電話で通知	
	勧奨	該当者に個別に電話で勧奨	
	実施および実施後の支援	利用申込	
		実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 対象者全員に電話にて健診結果の内容を通知し、受診勧奨を行う。 質問表にて医療機関受診と回答があった者には、現在の受診・服薬状況を確認し、中断していた場合は治療再開を促す。
		時期・期間	健診結果を返却してから約1～2か月後に実施
		場所	電話にて実施
		実施後の評価	実施人数、受診につながった人数
		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)	自覚症状が全くない場合がほとんどで、該当者である旨を伝えた時点では受診の必要性を感じない反応をする方が多い。重症化予防の趣旨を分かりやすく、受診や生活習慣の改善につながるよう説明すること。		

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	民生課保険係、さわやか健康センター
	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)	
	かかりつけ医・専門医	新島村国民健康保険本村診療所・式根島診療所
	国民健康保険団体連合会	
	民間事業者	東京中央クリニック
	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 5

健康教室

事業の目的		被保険者一人ひとりが、自分自身の健康状態を正しく理解し、生活習慣改善の必要性を理解した上で、自主的に実践できるようにする。	
事業の概要		毎年、健診結果や医療費の内訳などを分析して重要性の高い疾病をテーマに教室を企画。	
対象者	選定方法	①広報にいじま、防災無線、公共施設やスーパーなどにチラシを貼り、公募する。 ②テーマになった疾病に関連する健診項目の結果から、特に受講いただきたい方に電話で参加勧奨。	
	選定基準	健診結果による判定基準	健診結果で「要医療」かつ未治療、治療中断の者
		レセプトによる判定基準	実施していません
		その他の判定基準	
	除外基準		
重点対象者の基準	健診結果で「要医療」かつ未治療、治療中断の者		

	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	【東京都の共通評価指標】生活習慣の改善意欲がある人の場合	特定健診受診者改善意欲あり、改善意欲ありかつ始めている、取り組み済み6ヶ月未満、取り組み済み6ヶ月以上の合計人数(人) / 回答者数(人)	2022 70.9% 221/327	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0	76.0
	2	生活習慣の改善意欲がある人の割合(健康教室参加者への事後アンケート)	改善意欲あり、改善意欲ありかつ始めている、取り組み済み6ヶ月未満、取り組み済み6ヶ月以上の合計人数(人) / 参加者数(人)		75%	76%	77%	78%	79%	80%

	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	教室の参加人数	自発的に参加を申し込んできた人数	2022 12人	13	14	15	16	17	18
	2									

プロセス(方法)	周知	広報にいじま、防災無線、公共施設やスーパーなどにチラシを貼り、公募する。	
	勧奨	テーマになった疾病に関連する健診項目の結果から、特に受講を勧めたい方には電話で参加勧奨。	
	実施および実施後の支援	利用申込	
		実施内容	新島村の医療費の上位を占める高血圧・脂質異常症・糖尿病・糖尿病性腎症、および疾病リスクの高い内臓脂肪症候群の中で、前年度の健診結果や医療費が高かった疾病などから毎年テーマを変えて実施。自覚症状の有無、放置した場合の健康リスク、食生活と運動・活動の実践出来そうなヒントの紹介を通して、行動変容の目標を立てて実践していただく。
		時期・期間	特定健診結果返却1~2か月後
		場所	新島地区/さわやか健康センター 式根島地区/開発総合センター
		実施後の評価	事後アンケート、次年度健診結果
		実施後のフォロー・継続支援	事後アンケートにて、励まし支援を希望した方には電話などで声掛けを行っている。
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	さわやか健康センター
	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)	
	かかりつけ医・専門医	新島村国民健康保険本村診療所
	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	
	その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	

V その他

データヘルス計画の 評価・見直し	<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。</p> <p>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、村の関係機関と連携を図る。</p>
データヘルス計画の 公表・周知	<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、必要に応じて地域の関係機関にも周知を図る。</p>
個人情報の取扱い	<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>
地域包括ケアに係る取 組	<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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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、自主組織の育成を行う。</p>
その他留意事項	

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	53.3%	54.6%	55.9%	57.2%	58.5%	60.0%
特定保健指導実施率	16.0%	16.5%	17.0%	17.5%	18.0%	18.5%
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	560人	550人	540人	530人	520人	510人
特定保健指導対象者数	60人	60人	60人	60人	60人	60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	<新島>新島村さわやか健康センター <式根島>新島村式根島開発総合センター			<新島>さわやか健康センターまたは訪問 <式根島>式根島開発総合センター、式根島診療所 または訪問		
実施項目	・法定の実施項目（基本的な健診項目と、 医師の判断によって追加的に実施する詳細 な健診項目）を実施する。 ・追加健診の実施項目は、眼底検査、クレ アチニン、心電図、アルブミン、尿酸値、 貧血検査、総コレステロール			・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	新島地区3日間、式根島地区2日間 年に 1度10月に実施。			<積極的支援> 特定健診当日または健診結果返却の約1カ月後 から、6カ月間実施。 <動機付け支援> 健診結果返却から約1カ月後から、6カ月間実 施。		
外部委託の方法	・委託で実施する。 ・契約形態は、個別契約とする。			保険者自身で実施する。		
周知や案内の方法	『広報にいじま』『広報にいじまお知らせ 版（健診の案内）』を全戸配布。			・健診当日に、腹囲と血圧、喫煙状態等で特定 保健指導対象者が確定した場合は、その場で対 象者であることを伝える。 ・健診結果に、特定保健指導対象者であること を明記したチラシを添付して送付。		
事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法						

その他	受診率向上のため、特定健診と併せて大腸がん検診と歯科検診も同時実施。	特定健康診査の結果から階層化して積極的支援および動機付け支援に該当した者。
年間スケジュール	新島地区3日間、式根島地区2日間 年に1度10月に実施。	<p><積極的支援> 特定健診当日または健診結果返却の約1カ月後から、6カ月間実施。</p> <p><動機付け支援> 健診結果返却から約1カ月後から、6カ月間実施。</p>
4 個人情報の保護		
記録の保管（保存）方法	結果データの管理及び保管は、東京都国民健康保険団体連合会に委託し、特定保健指導を実施したさわやか健康センターから同連合会へ、国が定める電子標準様式で提出され、保存期間は、原則5年間。	
保管（保存）体制、外部委託の有無	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。	
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	特定健康診査等実施計画を広報及びホームページに掲載する。	
特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	村広報・掲示板等に掲載し周知を図り、健診の必要性について意識啓発を行う。	
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	成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定されるため、健診結果や生活習慣の改善状況など、短時間で評価ができる事項についても評価を行っていく。	
特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	特定健康診査等の進捗状況、達成状況及びその他の状況の変化等を把握し、随時、見直しを行うものとする。	
7 その他事項（省略可）		