

第3期データヘルス計画

I 基本情報

(令和5年1月1日時点)

人口・被保険者	被保険者等の基本情報					
	全体	%	男性	%	女性	%
人口（人）	31,262	100%	15,205	48.6%	16,057	51.4%
国保被保険者数（人）	6,785	100%	3,177	46.8%	3,608	53.2%

※ 性・年齢階層別一覧表は、別表として添付する。

2-1. (1) 基本的事項

2-1. (1) ①計画の趣旨	本町では、生活習慣病対策として、平成20年度からメタボリックシンドロームに着目した「大磯町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を5年ごとに改定していた。また、平成28年度には、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の一部改正に伴い、健康・医療情報を活用し、特定健康診査・特定保健指導をはじめ、生活習慣病の発症や重症化予防等の保健事業を効率的・効果的に実施するため、「大磯町国民健康保険データヘルス計画」を策定し、被保険者の健康寿命の延伸と医療費の適正化を目的として、生活習慣病対策等の保健事業を実施している。 この度、前計画の期間が満了となることから、「第3期大磯町国民健康保険データヘルス計画（以下「本計画」という。）」を策定する。 策定にあたっては、保健事業の目標や内容に齟齬が生じることなく、各種保健事業を実施するため、保健事業の中核をなす国民健康保険特定健康診査及び特定保健指導の実施計画である「第4期大磯町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を本計画の一部として位置づける。
2-1. (1) ②計画期間	本計画における計画期間は、関係する計画との整合性を踏まえ、令和6年度～令和11年度の6年間とする。
2-1. (1) ③実施体制	・実施体制の確保 被保険者の健康の保持増進には、幅広い部署が携わっている。国民健康保険の担当課が後期高齢者医療保険担当課、保健衛生担当課、介護保険担当課と連携し、計画の策定・推進に努める。 また、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った適切な運用ができるよう、常に最新の情報を収集するとともに、研修等への参加により保健師等の専門職と事務担当者の質の向上を図る。併せて事業実施により把握した各事業の問題点・改善点などを確実に引き継ぐようにする。
2-1. (1) ③関係者連携	・関係機関との連携 本計画における各事業を実施するにあたっては、健康増進法で実施しているがん検診等についても可能な限り連携し、中郡医師会等の関係団体との協力により、効率的・効果的に実施していく。
保険者及び関係者	具体的な役割、連携内容
1. (4) ①市町村国保	町民福祉部町民課においては、保健事業の積極的な推進を図るために、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、町一体となって、計画の策定等を進める。 具体的には、後期高齢者医療制度における保健事業を所管する町民福祉部町民課、町において保健事業を主に所管する町民福祉部スポーツ健康課、介護予防事業をはじめとする地域支援事業を所管する町民福祉部福祉課のほか、生活保護部局（福祉事務所等）等とも十分に連携し、計画策定を進める。

1. (4) ②都道府県（国保部局）	被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援することが求められる。特に、人材が不足傾向にある小規模の市町村国保については、県の支援に加えて国保連や支援・評価委員会の支援を受けることができるように、保健所と協力して、市町村国保の体制の整備を支援する。
1. (4) ③都道府県（保健衛生部局）	保健衛生部局は、県の健康づくり施策を担っていることを踏まえ、国保部局の求めに応じて、保健師等の専門職が技術的な支援を行う。また、保健所が効果的・効率的に保険者支援を展開できるように、国保部局と連携して、保健所を支援する。
1. (4) ④保健所	保健所は、県（国保部局、保健衛生部局）や国保連、郡町医師会をはじめとする地域の保健医療関係者等と連携、調整して、地域の社会資源の状況等を踏まえた上で、地域の実情に応じた保険者支援を行う。
1. (4) ⑤国民健康保険団体連合会及び保健事業支援・評価委員会、国民健康保険中央会	国民健康保険団体連合会、保健事業支援・評価委員会は、計画の策定等の一連の流れに対して、保険者を支援する。支援に当たっては、状況に応じて、単に解決策を提示するだけではなく、都道府県の方針を踏まえた上で計画立案の考え方や評価指標の設定の考え方等を提示するなど、保険者や地域の特性を踏まえて支援する。また、例えば、都道府県の求めに応じ都道府県の会議・研修会等に参画することや、都道府県と共同で研修会や意見交換の場を開催するなど、保険者を支援する立場にある都道府県との積極的な連携に努める。
1. (4) ⑥後期高齢者医療広域連合	後期高齢者医療広域連合は75歳以上の健診・レセプト情報等を自らの現状分析に活用することはもとより、市町村国保が地域の世代間の疾病構造や医療費等の動向を連続して把握することができるよう、市町村国保と必要な情報の共有を図るよう努める。この場合、市町村国保は、健康課題の明確化や保健事業の効果検証等のため、共有された情報の活用を図るよう努める。
1. (4) ⑦保健医療関係者	保健医療関係者は、計画策定時だけではなく、保健事業の実施や評価、保健事業の業務に従事する者の人材育成等においても、保険者等の求めに応じ、保健医療に係る専門的見地から、保険者への支援等を積極的に行う。

2-1. (2) 現状の整理

2-1. (2) ①保険者の特性	若年層の国民健康保険加入者は、全体の1割にも満たない状況であり、定年後に社会保険を脱退し、国民健康保険に加入する被保険者が増えるため、高齢者の割合が高くなっている。しかし、団塊の世代が後期高齢者医療保険に移行する年代に重なり被保険者数は年々減少している。
地域資源の状況	地域の集会所、個人宅、空き家、事業所の空きスペース等において、住民主体で体操、趣味活動等を行い、高齢者の誰もが交流することのできる「通いの場」を提供している。

2－1．（2）②前期計画等に係る
考察

・特定健康診査受診率向上事業

健診やレセプトデータ等を活用し対象者の抽出を行い、予約に繋げることができた。また、広報等の配布物を活用するとともに、国民健康保険運営協議会や医師会等にも事業内容を説明し、連携を図った。

・生活習慣病重症化予防事業

受診状況や検査数値に沿った保健指導を実施できたが、勧奨の効果を数値で検証できるような仕掛けがされていなかった。

・医療受診勧奨事業

健診結果やレセプトデータを対象者抽出等に活用できた。しかし、レセプトの反映までにタイムラグがあるため、年度内に対象者全員の効果を確認することができなかった。

・特定保健指導利用率向上事業

健診結果やレセプトデータを活用して利用勧奨を実施したが、想定より特定保健指導の利用や数値の改善に繋がらず、特定保健指導の実施方法の検討が必要。

II 健康医療情報等の分析と課題

①健康・医療情報等の大分類	②左記の大分類のうち、健康・医療情報等の分析に必要となる各種データ等の分析結果（必要に応じて適宜追加・削除）	参照データ
平均寿命・標準化死亡率等	・平均寿命 本町の平均寿命は男性80.95歳、女性87.01歳となっており、いずれも国・県の値よりも低くなっている。 ・平均余命、健康寿命（平均自立期間）等 第2期けんこうプラン大磯では、要介護2以上の状態を「日常生活動作が自立していない期間」として算定し、平均寿命からその期間を除いた期間を健康寿命としている。男性が79.57歳、女性が84.05歳となっており、本町の日常生活動作が自立していない期間は国・県と比較し短くなっている。 ・標準化死亡率 疾患別の標準化死亡率を用いると、県と比べて本町の死因は、男性は「老衰」と「脳梗塞」が高く、女性は「老衰」と「肺炎」が高くなっている。 ・人口と国保、後期介護の状況 人口の減少と後期高齢者の増加により、国民健康保険の被保険者数は減少している。一方で介護保険の被保険者数は国民健康保険や後期高齢者医療保険の被保険者数と比較し、変動が緩やかである。 ・国保加入・脱退 加入者全体のうちの約4割が加入・脱退等の異動をしている。また近年、団塊の世代が後期高齢者医療に移行する年代に重なり被保険者数の減少が目立つ。 ・5歳ごと加入者状況 若年層の国民健康保険加入者は、全体の1割にも満たない状況である。定年後に社会保険を脱退し、国民健康保険に加入する被保険者が増えるため、高齢者の加入割合が高くなっている。	・第2期けんこうプラン大磯 ・e-Stat人口動態特殊報告(H25～H29)人口動態保健所・市町村別統計 ・神奈川県人口統計調査 ・大磯町決算書 ・KDBシステム(S21-001) ・国民健康保険事業状況調査 ・年齢別人口統計表（令和5年9月末）
医療費の分析	・性・年齢階層別医療の受診率 5歳階級別の医療費を国・県と比較をしたところ、どの年代も国・県と同程度にありますが、50歳代の1人当たり医療費は国・県よりも高くなっています。 ・入院・外来別で医療費（点数）の高い疾病 中分類において入院では、「その他の心疾患」、「良性新生物及びその他の悪性新生物」等の割合が増えている。外来では、「その他の消化器系の疾患」、「その他の心疾患」等の割合が増えている。入院と外来を合算した全体では、「その他の心疾患」、「その他の悪性新生物＜腫瘍＞」等の割合が増えている。 ・重複・頻回の受診状況 重複受診者は被保険者数全体のうち、0.2%ほどを占めるのに対し、多受診者は0.03%程度だった。 ・重複服薬の状況等の傾向等 年度ごとの被保険者数における割合に大きな違いはなく、2%程度を推移していた。	・KDBシステムS21-009 CSV ・KDBシステムS23-004 CSV ・国保総合システム 重複受診・多受診・重複投薬者一覧表
特定健康診査・特定保健指導等の健診データ（質問票を含む）の分析	・性・年齢階層別特定健康診査受診率、特定保健指導実施率 本町の特定健康診査の受診率は平成29年度から令和元年度まで毎年上昇しているが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響等により大幅に減少している。令和4年度は36.3%と令和元年度以上に回復している。また、神奈川県（29.5%）と比較して高い受診率を維持している。 ・特定保健指導実施率の状況については、本町の実施率は県平均を上回っている。 ・各種検査項目の有所見率 令和4年度は男女ともに収縮期血圧とLDLコレステロールが国と比べて、基準値を超えている割合が高くなっている。 ・健康状態、生活習慣の状況等 特定健康診査では、個人の生活習慣を問診の項目で確認している。健康を害する生活習慣となる「喫煙」、「睡眠不足」が、対前年度で増加している。一方、「飲酒」については、令和2年度を除き減少傾向であることが分かる。	・各年度の特定健康診査に関する法定報告値 ・KDBシステム（様式5-2）帳票 ・KDBシステム（質問票調査の経年比較）
レセプト・健診データ等を組み合わせた分析	・レセプト・健診データの分析により明らかとなった健康課題を解決するための重症化予防等の対象となる被保険者数、割合の比較等 レセプトを医療費で区分して構成割合をみると、件数構成割合では3万円未満が83.7%を占め、10万円以上の高額レセプトは、全体の5.3%となっている。 ・費用構成割合でみると、医療費の74.5%が3万円以上の高額レセプトによるものである。（図表28参照） ・50万円以上となった高額レセプトの疾病件数を見ると、「その他の悪性新生物＜腫瘍＞」、「その他の呼吸器系の疾患」が多いことが分かる。（図表29参照）	・KDBシステム（様式1-1）CSV - 令和5年8月診療分
介護費関係の分析	・介護認定の状況等 要介護認定者数は年々増加しており、介護認定者における有病状況については、「心臓病」が60.8%と一番多く、国・県より高くなっている。「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」についても国・県の割合よりも高い状況にある。	・大磯町決算書 ・KDBシステムS21-001

III 計画全体

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
①項目	②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号
A	・ 疾病別医療費 入院医療費は、疾病大分類別で「循環器系の疾患」、中分類で「その他の心疾患」が第1位である。外来医療費は、疾病大分類別で「新生物」、中分類で「糖尿病」が第1位である。	6	3
A	・ 高額レセプトの状況 費用構成割合の半分以上が10万円以上の高額レセプトである。50万円以上のレセプト疾病別医療費の第1位は、「その他の悪性新生物＜腫瘍＞」である。	6	3
A	・ 人工透析患者の状況 令和5年8月の人工透析患者は17人（0.3%）で、併存疾患として「高血圧症」が100%、「脂質異常症」が82%となっている。	6	3
A	・ 特定健康診査の実施状況 受診率は上昇傾向にあり、県内市町村国保の平均を上回っている。3年継続受診者は約7割となっている。	1	1
A	・ 医療機関受診者の特定健康診査受診 医療機関受診者の約4割が特定健康診査を受診しており、県平均の約3割と比較して高くなっている。	2	1
A	・ 特定保健指導の実施状況 特定保健指導の実施率の変動が激しい。	3	2
A	・ 健診結果における有所見 男女ともに収縮期血圧及びLDLコレステロールが国と比較して高くなっている。また、男性の尿酸値が高い。	4	3
A	・ 血圧・血糖・脂質リスクの状況 特に脂質に関して、医療受診勧奨値レベル・即受診レベルでありながら、未受診の状況のままになっている者の割合が高い。	5	3

⑬項目	⑭データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A	・ 生活習慣病の早期発見・早期治療による重症化予防 生活習慣病の早期発見・早期治療のために特定健康診査の受診率向上に努める。 レセプトデータ、健康診査データ等から生活習慣病の重症化リスクを有する被保険者を特定し、適切な受療や生活習慣の改善等の行動変容を促すことで、重症化を予防する。

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

データヘルス計画全体における目的		抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標							
⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績	⑨目標値					
			2022年度（R4）	2024年度（R6）	2025年度（R7）	2026年度（R8）	2027年度（R9）	2028年度（R10）	2029年度（R11）
A	保健事業対象者の把握	特定健康診査実施率	36.3%	37.5%	38.0%	38.5%	39.0%	39.5%	40.0%
A	保健事業対象者の把握	特定健康診査実施率（40～49歳）	21.6%	21.75%	22.00%	22.25%	22.50%	22.75%	23.00%
A	生活習慣病の予防	特定保健指導実施率	14.0%	15%	17%	19%	21%	23%	25%
A	生活習慣病の予防	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	19.5%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
A	糖尿病性腎症重症化予防	HbA1c 8.0 %以上の者の割合	0.73%	0.70%	0.67%	0.64%	0.61%	0.58%	0.55%
A	糖尿病性腎症重症化予防	HbA1c 8.0 %以上の者の人数	13人	12人	11人	10人	9人	8人	7人
A	糖尿病性腎症重症化予防	特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の割合	1.28%	1.26%	1.24%	1.22%	1.20%	1.18%	1.16%
A	糖尿病性腎症重症化予防	特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の人数	63人	59人	55人	51人	47人	43人	40人

（注1）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。
（注2）実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。
（注3）目標値は、必要な年度に記載。

個別の保健事業		
⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1	特定健康診査受診率向上事業	1
2	特定保健指導実施率向上事業	2
3	生活習慣病重症化予防事業	3

Ⅳ 個別の保健事業

事業番号 1 特定健康診査受診率向上事業	
事業の目的	生活習慣病は、自覚症状がほとんどないため、健診受診率を向上させて、異常の早期発見や特定保健指導等によって疾病の予防につなげ、重症化による医療費の上昇を防ぐ。
対象者	特定健康診査の対象であるが、健診を受診していない者。
現在までの事業結果	特定健康診査受診率：R2 30.0％、R3 34.9％、R4 36.3％

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	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 (実施量・率) 指標	受診勧奨対象者に対する 受診勧奨実施割合	100.0％	100.0％	100.0％	100.0％	100.0％	100.0％	100.0％
アウトカム (成果) 指標	特定健康診査の受診率 ※	36.3％	37.5％	38.0％	38.5％	39.0％	39.5％	40.0％
	特定健康診査の受診率 (40～49歳) ※	21.6％	21.75％	22.00％	22.25％	22.50％	22.75％	23.00％
	郵送勧奨による 集団健診の予約増加率	3.6Pt	4Pt	4Pt	4Pt	4Pt	4Pt	4Pt
	電話勧奨者の予約率	20.8％	15.0％	15.0％	15.0％	15.0％	15.0％	15.0％

(注1) ※は神奈川県共通指標。

(注2) 太枠のR8年度は中間評価年度、R11年度は最終評価年度。

目標を達成するための 主な戦略	・ 勧奨ハガキの効果的な文面の検討。 ・ 優先順位をつけた電話勧奨の実施。
--------------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

・ 未受診者全員に対して、郵送での勧奨を実施。 ・ 未受診、予約なしの対象者に電話勧奨を実施。 ・ 未受診者への勧奨通知をより目を引くように改善。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・ 未受診者に対して電話勧奨を行う際は、過去の受診状況や年代などを考慮した電話勧奨を実施する。 ・ 人間ドックや職場健診等の結果データの提出を求めるとともに、各種保健事業への参加を促す。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

・ 国保主管課で予算編成、関係機関との調整、事業計画の作成等を担っている。 ・ 会計年度任用職員（専門職）が電話による受診勧奨を行う。 ・ 関係機関への事業説明及び協力依頼を行う。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・ 企画、立案の段階から医療専門職が積極的に事業に関わるようにする。 ・ 関係機関との連携をより強化する。 ・ 受診機会の確保や同時受診可能ながん検診項目の拡大を図り、被保険者の利便性の向上に努める。
--

評価計画

「特定健康診査の受診率」は、法定報告における「特定健康診査受診者数」を「特定健康診査対象者数」で除いたもので、翌年11月末に確定する。

IV 個別の保健事業

事業番号 2 特定保健指導利用率向上事業	
事業の目的	特定保健指導の利用率を向上させて、生活習慣の改善を促すことにより、疾病の予防や重症化の予防を図る。
対象者	特定保健指導の対象者のうち、未利用者。
現在までの事業結果	特定保健指導の実施（終了）率：R2 10.4%、R3 22.3%、R4 14.0%

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	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 (実施量・率) 指標	対象者に対する指導 及び勧奨実施割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトカム (成果) 指標	特定保健指導の実施（終了）率 ※	14.0%	15%	17%	19%	21%	23%	25%
	特定保健指導対象者の減少率 ※	19.5%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%
	電話勧奨者の予約率	9.9%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
	集団健診会場での勧奨者の予約率	20.2%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%

（注1）※は神奈川県との共通指標。

（注2）太枠のR8年度は中間評価年度、R11年度は最終評価年度。

目標を達成するための主な戦略	- 電話勧奨及び集団健診会場における特定保健指導の利用勧奨の実施。 - 健診結果相談の実施による意識向上。
----------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

- 集団健診時に、特定保健指導の対象となりうる方へ、利用勧奨だけでなく保健指導も行う。 - 対象者のうち、未利用者に対し、電話による利用勧奨を行う。

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- 電話による勧奨の際は、未利用の理由にあわせた勧奨を実施する。 - 平日昼間に利用できない対象者向けに、オンラインやアプリの活用を検討する。
--

現在までの実施体制（ストラクチャー）

- 国保主管課で予算編成、関係機関との調整、事業計画の作成等を担っている。 - 町保健師及び管理栄養士、会計年度任用職員（専門職）によって、集団健診時の指導及び電話による利用勧奨を行う。
--

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

- 企画、立案の段階から医療専門職が積極的に事業に関わるようにする。 - 保健指導が実施できる人材の確保、育成を行う。 - 関係機関への事業説明及び協力依頼を行う。
--

評価計画

「特定保健指導実施率」は、法定報告における「特定保健指導終了者数」を「特定保健指導対象者数」で除いたもので、翌年11月末に確定する。終了者率が高ければ、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導が実施できるため、特定保健指導の効果が上がることを意味する。 「特定保健指導対象者の減少率」は翌年11月末に「特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）」で示される「特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率」を用いる。
--

IV 個別の保健事業

事業番号 3 生活習慣病重症化予防事業	
事業の目的	生活習慣病の重症化による人工透析、脳血管疾患等による医療費を抑えるため健診有所見者の保健指導と医療受診勧奨等を行う。
対象者	生活習慣病の恐れがあるハイリスク者（次のいずれかに該当する者） 腎機能：尿蛋白（2+）以上、血圧：収縮期160mmHg以上又は拡張期100mmHg以上 脂質：男性LDL180mg/dl以上、血糖：HbA1c8.4%以上又は空腹時血糖160mg/dl以上
現在までの事業結果	医療受診につながった割合：R2 8.1%、R3 4.7%、R4 11.8% 検査数値が維持・改善した割合：R2 23.1%、R3 18.2%、R4 33.3%

今後の目標値

指標	評価指標	計画策定 時実績	目標値					
		2022年度 (R4)	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 (実施量・率) 指標	対象者に対する指導 及び勧奨実施割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
アウトカム (成果) 指標	HbA1c 8.0以上の者の割合 ※	0.73%	0.70%	0.67%	0.64%	0.61%	0.58%	0.55%
	HbA1c 8.0以上の者の人数 ※	13人	12人	11人	10人	9人	8人	7人
	特定健診未受診者かつ過去に糖尿病 治療歴があり、現在治療中断してい る者の割合 ※	1.28%	1.26%	1.24%	1.22%	1.20%	1.18%	1.16%
	特定健診未受診者かつ過去に糖尿病 治療歴があり、現在治療中断してい る者の人数 ※	63人	59人	55人	51人	47人	43人	40人
	指導者のうち医療機関の 受診につながった割合	11.8%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%	15.0%
	指導者のうち検査数値が 維持・改善した割合	33.3%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%

（注1）※は神奈川県共通指標。
（注2）太枠のR8年度は中間評価年度、R11年度は最終評価年度。

目標を達成するための 主な戦略	・医師会との連携を図る。 ・グループ指導から個別指導中心にシフトする。
--------------------	--

現在までの実施方法（プロセス）

・健診・レセプトデータに基づく現状分析を行い、受診状況や血液検査数値に沿った保健指導を実施。
--

今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

・新規対象者を発掘するために、特定健康診査の受診率向上を目指す。 ・指導後の効果をレセプトで確認するだけでなく、本人と再度接触を図り、年度内に効果検証が行えるように調整する。 ・個別指導中心にシフトすることで、指導終了後まで手厚くフォローを実施し、リバウンド防止を図る。

現在までの実施体制（ストラクチャー）

・国保主管課で予算編成、関係機関との調整、事業計画の作成等を担っている。 ・町保健師及び管理栄養士、会計年度任用職員（専門職）によって、事業を実施した。

今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

・企画、立案の段階から医療専門職が積極的に事業に関わるようにする。 ・関係機関への事業説明及び協力依頼を行う。
--

評価計画

・「HbA1c8.0%以上の者の割合」は「HbA1cの値が8.0%以上の者の数」を「特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数」で除してもとめる。 ・「特定健診未受診者かつ過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断している者の割合・人数」はKDBシステムで確認する。
--

V その他	
データヘルス計画の 評価・見直し	個別の保健事業の評価は、年度ごとに実施結果を整理・分析し、計画策定時に設定した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。また、事業の評価は、健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮して行う。 また、大磯町国民健康保険運営協議会へ計画の進捗状況を報告し、意見を受けることとする。計画の中間年度には、設定した評価指標に基づき中間評価を実施し、見直しを行う。 計画の見直しについては、大磯町国民健康保険運営協議会における評価を反映させるとともに、県等関係機関との連携を図る。
データヘルス計画の 公表・周知	本計画を策定したとき、また見直しを行った時には、町広報、ホームページ等により公表するとともに、様々な機会を通じて周知・啓発を図る。
個人情報の取扱い	計画の推進にあたっては、医療機関、委託事業者、他の医療保険者、費用請求等の事務を行う決済代行機関及び国・県等との間で、データを活用することになる。 このため被保険者の個人情報の保護について、適正かつ厳正に取扱う。 (1) 個人情報の取扱い 特定健康診査、特定保健指導に係る個人情報の取扱いについては、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適切に管理する。 また、特定健康診査、特定保健指導を外部委託する場合は、個人情報の厳重な管理、目的外使用の禁止等を契約書に定めるなど、個人情報の取扱いについて万全の対策を講じる。 (2) 守秘義務 特定健康診査、特定保健指導の実施に関わる者が知り得た個人情報の守秘義務については、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、個人情報の保護に関する法律等を順守する。
地域包括ケアに係る取組	高齢者を社会全体で支えるためには、「医療」や「介護」・「予防」という専門的なサービスと「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えていく必要がある。 国民健康保険に関する情報（制度改正や特定健康診査の結果などの報告）を地域の関係者が出席する「地域ケア会議」で共有し、切れ目のない連携を目指す。 また、令和6年度からは後期高齢者医療広域連合からの委託を受け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始し、保健事業と介護予防事業の切れ目のない支援に取り組む。