

(1) 第2期データヘルス計画の目標評価と考察

第2期データヘルス計画の中長期目標及び短期目標について、下表のとおり評価した。

<p>【評価の凡例】 ○指標評価：5段階 A：目標達成 B：目標達成はできていないが改善傾向 C：変わらない D：悪化傾向 E：評価困難</p>

指標	開始時	目標値	実績値						評価
			平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	
健康寿命 (平均自立期間)	男：79.2 女：83.4	減少	男：81.4 女：82.6	男：81.4 女：82.1	男：81.1 女：80.9	男：81.5 女：85.6	男：82.0 女：85.1	男：85.9 女：84.9	A
医療費の適正化 (1人あたりの医療費の減少)	37,397円	減少	39,489円	34,919円	35,413円	46,739円	41,603円	-	D

振り返り① データヘルス計画全体の指標評価の振り返り

健康寿命について、平均自立期間の延伸を目標としてきた。年により多少の短縮はあるが、男女ともに開始時よりも延伸している。医療費の適正化については、R4年現在1人あたりの医療費が医科41,603円、歯科2,368円であり県や国と比べると高水準であり悪化傾向にある。(R5、11月現在は減少)

上野村の高齢化率はR4年度、45.9%と高い。要介護者の有病率は県や国に比べると低い。主要死因は年度によりばらつきはあるが、がんが約半数を占めている。有病率を見ると、心臓病や高血圧者が多く生活習慣病の重症化による表れであると思う。

振り返り② 第2期計画全体をとおしてうまく出来ていた点

平均自立期間が開始時よりも延伸しているのは、特定健診や特定保健指導のような保健事業により被保険者1人1人が自身の健康増進に対して意識を持ち、健康的な生活習慣を維持する事で慢性疾患や生活習慣病の予防につながるという意識の表れであると思う。特定保健指導実施率に関しては開始時から比べると年々低下してきていたが、R4年度85.7%に上昇した。被保険者への積極的なアプローチと、対象者の個人への分かりやすい目標値の提示、食生活、運動等へのアドバイスが上手く出来た結果だと考える。

振り返り③ 第2期計画全体をとおしてうまく出来ていなかった点

健診未受診者が年々増えており、特定健診受診率が低下してきている。現在の健診対象者への健診の周知方法は長年同様の方法で行っており、未受診者への受診勧奨が上手く出来ていないことで、受診率の向上に繋がらない。マンパワー不足も否めず、糖尿病性腎症重症化予防については事業全体を通して積極的な取組が出来なかった。

振り返り④ 第3期計画への考察

第3期データヘルス計画全体を構築する個別保健事業を見直し、各事業についての目的、目標の達成状況、指標のあり方について第2期までの実績やKDBによるデータを基に分析し、個別事業をしっかりと取り組むことで、対象者1人1人が生涯を通して心身共に健康で質の高い生活が送れるよう実施したい。

1. 特定健康診査

事業概要									事業評価
事業目的 ・特定健康診査受診率の向上 対象者 ・上野村内在住の40歳から74歳までの国民健康保険加入者 実施内容 ・外部委託業者と契約し上野村役場いきいきセンター周辺施設を会場に毎年2日間実施。委託業者職員だけでなく、保健福祉課全職員が協力し健診受診者の対応にあたる。また、健診未受診者は上野村へき地診療所で受診できるよう診療所との連携を図る。 ・特定健診対象者へは、2ヶ月前に日程の通知を行い、1ヶ月前に受診券の送付を行う。会場が混雑しないよう上野村内を区で分け1人1人健診時間の設定を行う。都合の悪い方については、適宜時間変更の対応を行う。 ・交通手段のない対象者については、無料にて職員による送迎サービスを行う。									D
ストラクチャー				プロセス					
・保健福祉課全職員との打合せ、外部委託業者との密な打合せを行い、当日の健診がスムーズに実施出来るよう事前の情報共有を行う。 ・当日は、外部委託機関職員と連携をし、保健福祉課の職員で受付等役割を担う。 ・感染症拡大防止のため会場全体が混雑しないよう、密にならないよう対象者各個人毎に時間設定を行い、1時間で実施出来る人数を30人程度の健診体制を作る。 ・健診会場まで自身で来られない方は、保健福祉課の職員が送迎を実施し未受診者の減少へ努める。				・特定健診対象者の把握を行う。 ・対象者となる方へ新年度の健診内容について、前年度末に手紙にて周知し、また、上野村の広報やケーブルテレビで特定健診について日程の周知を行う。 ・特定健診実施日に各種がん検診の実施を行い、効率化を図る。					
アウトプット・アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	評価指標
特定健診受診率	60.20%	目標値	60	60	62	55	60	62	D
		実績値	58.1	62.0	48.5	58	47.7	—	
振り返り 成功・促進要因				振り返り 課題・阻害要因					
・新年度の特定健診の予定について、対象者へ全戸配布や、広報やケーブルテレビの協力を得られたことは、対象者への共通の周知方法として良かったと思う。 ・がん検診も同日に実施しているため、対象者が何度も来所するという手間が省け、また特定健診、がん検診の受診率アップに繋がっていると思う。 ・コロナ感染症の感染拡大予防のため、1人1人に来所時間を決め、人数制限を設けたことで健診会場が混雑せず、スムーズな運営が出来た。 ・健診会場へ来所する事が出来ない対象者については、保健福祉課職員が個別に送迎サービスを行い、対象者のニーズに応えられたと思う。				・コロナ感染症が流行し、R2年度急激に受診率が低下した。健診の受診控えと考えられたが、感染症対策を十分に行い、会場が混雑しないよう、人と人が密にならないよう対応した結果、翌年にはまた受診率も上昇した。R4年度になり受診率は再下降してしまった。マンパワー不足もあり、未受診者の受診勧奨が上手に出来なかったという事も否めない。 例年同様に通知文作成し、配布も行っていったため、前年より急激に受診率が低下してしまった原因は何なのか、もう一度健診の準備段階から見直す必要がある。 ・準備物も例年と同様に作成したが、今現在にあった素材を利用しながら分かりやすい通知が必要であったと思う。国保加入者は無料で健診が受けられること、自身の健康増進について考える機会になるということ、がん検診も同時に受診できるという、対象者にとってのメリットとなる部分の周知が不足していた。また、対象者が来所出来ない場合、職員による個別送迎が出来るということを前面に出し、健診未受診者へ働きかける事が必要だったと思う。					
第3期計画への考察及び補足事項									
・特定健診の対象者となる方へ向け、ご自身が健診の対象者であるということを意識づけられるよう、新年度が始まる前に周知が必要である。 ・特定健診の案内作成時、健診受診のメリットや、自身の健康管理、健康増進へ向けた取組をしてもらえるよう情報提供を行いたい。 ・健診受診率は、県や国と比べると高値ではあるが、毎年受診する顔ぶれは同様に感じるため、未受診者の受診勧奨が今後の課題となる。未受診者が健診を受診してくれるよう健診の重要性や疾病の重症化予防へむけた魅力ある通知書類の作成実施。 ・特定健診受診時にがん検診が同時受診出来る事、また、送迎サービスが利用できるという事も盛り込み、周知していきたい。 ・上野村へき地診療所医師との連携を強化し、上野村の計画した健診日に受診できなかった未受診者が診療所にて特定健診を受診できるような体制をより強化していく。 ・人間ドックの助成を行っている事も分かりやすく周知し、特定健診未受診者の受診勧奨の一つの手段として利用していく。									

2. 特定保健指導

事業概要								事業評価	
事業目的 ・ 特定保健指導を通じて、対象者の健康的な生活習慣への改善と、疾病の予防につなげるため実施率の向上を図る。 対象者 ・ 特定健診を受診し国が定める特定保健指導の基準に該当する者を対象とする。 実施内容 ・ 特定健診を受診した結果、メタボリックシンドロームのリスクが高い者に対し、健診結果説明会に来場してもらい初回面談を実施する。その後、電話や訪問で生活習慣や食事指導、適切な運動について対象者に合わせた指導を実施する。 ・ 対象者には、群馬県の公式アプリGウォークや、村で実施しているウォーキング支援に参加してもらい定期的な運動を実施してもらう。								A	
ストラクチャー				プロセス					
・ 課内で保健指導に携わる職員同士、指導内容について共通の認識を持てるよう定期的にミーティングを実施する。 ・ 保健指導時に必要な資料、パンフレット、参考文献の準備を行う。				・ 特定保健指導の対象になったデータについて、対象者と確認する。 ・ 対象者にとって分かりやすいように、具体的な数値目標を一緒に設定する。 ・ 特定保健指導対象者には必ず、健診結果説明会に参加してもらえよう事前に通知を行う。初回面接は結果説明会でできるようにする。 ・ 初回面接後、定期的に連絡を取り、6か月後の達成を目指す。					
アウトプット・アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	評価指標
特定保健指導実施率	57.1%	目標値	40	45	50	45	50	55	A
		実績値	57.1	42	40	36	85.7		
振り返り 成功・促進要因					振り返り 課題・阻害要因				
・ 開始時に比べ年々実施率は下降していたが、R4年度すべての対象者に保健指導が実施出来た。 ・ 結果説明会当日に保健指導対象者に参加してもらうことで実施率が向上した。それぞれの対象者の特性に合わせ、目標値を設定でき、食事や定期的な運動のアドバイスを出来た事は職員の対象者との密な関わり、努力があつたことだと考える。 ・ 栄養士のアドバイスも受け、無理なく食事指導が実施出来た。 ・ ウォーキング支援時活動量計の貸出しを行い、対象者自身で活動を確認しながら運動実施が出来たことも、実施率の向上につながった。					・ 毎年対象者は同様の方が多く、保健指導についても馴れ合いとなり、スムーズな指導が出来ないことが多い。				
第3期計画への考察及び補足事項									
・ 保健指導対象となった健診受診者へは、結果返却時に事前に対象者であるということを知らせるための通知を作成し、すべての対象者の初回面接は健診結果説明会で実施出来るよう体制を整える。 ・ 対象者ととも立てた目標が、どの程度の割合で達成出来たのか把握し、個々の対象者が達成しやすい目標値の設定を行うようにする。 ・ 課内職員で指導内容について定期的に話し合い共通の認識が持てるよう今後の保健指導へつなげていきたい。									

3. ヤング健康診査

事業概要				事業評価					
事業目的 ・若い世代から健診により自身の健康管理を行えるよう、また、若い世代から生活習慣病を予防し重症化リスクの軽減を図れるよう受診者の増加を目指す。 ・健診受診の継続により特定健診受診率向上へ繋げていく。 対象者 ・19歳～39歳の健康診査の受診機会が少ない若い世代 実施内容 ・上野村へき地診療所に協力してもらい、個別健診を実施する。費用は全額村負担。自己負担なし。				D					
ストラクチャー			プロセス						
・今年度の対象者について、抽出し、へき地診療所へ報告する。 ・健診実施時期等について診療所医師、職員と話し合う。 ・健診後のフォローについては診療所医師にて実施してもらえるよう体制を整える。			・対象者へ向けてヤング健診の実施があるということを、回覧で周知する。 ・対象者へ分かりやすい通知文の作成を行う。 ・上野村へき地診療所にて受付予約、健診の実施、事後フォローを実施してもらう。						
アウトプット・アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	評価 指標
ヤング健診受診者数	10人	目標値	10	10	10	10	10	10	D
		実績値	5	2	3	7	3	2	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
・上野村へき地診療所の全面的な協力のもと実施。健診費用の自己負担はなく、若い世代でも健康について考える機会になり、気軽に健診受診ができています。			・健診の案内について現在回覧だけであったが、もう少し周知の方法を考える必要があった。継続して利用できている方は毎年申し込んでくれるが、新規の受診者がいないので、受診者は伸び悩んでいる。						
第3期計画への考察及び補足事項									
・若い世代の健康管理を促し、疾病の早期発見、重症化の予防を図る。また、継続した健診受診を習慣化させ、結果的に特定健診の受診率アップへ繋げていく。 ・ヤング健診対象者について、保健福祉課で対象者の抽出、また、健診の実施について回覧だけではなく、個別通知や広報、ケーブルテレビにて周知を行い、上野村へき地診療所での健診予約から健診がスムーズに行えるようにフォローを行っていく。									

4. 人間ドック・脳ドック

事業概要								事業評価	
事業目的 ・循環器疾患、脳血管疾患等の早期発見・早期治療と重症化予防のために受診者数の増加を目指す。 対象者 ・特定健診対象者、後期高齢者健診対象者。医療保険にて補助の出ない上野村村民。 事業内容 ・人間ドックは、年度内受診後その都度の申し込み。1年に1回。補助は22,000円。脳ドックは、新年度4月から5月までの申し込み。医療機関が決まっており、保健福祉課より各医療機関へ申し込む。3年に1回。補助は33,000円								C	
ストラクチャー				プロセス					
<ul style="list-style-type: none"> ・年度初めに人間ドック、脳ドックの申込申請がある事を課内全体に報告。窓口や電話での問い合わせに対応出来る仕組みを構築。 ・申請書の記入、人間ドック、脳ドックについてそれぞれの補助内容を誰が見ても分かるようにする。 				<ul style="list-style-type: none"> ・年度初めに回覧、広報、ケーブルテレビにおいて、人間ドック、脳ドックの助成や申込方法についての周知を行う。 ・人間ドックは年度内、いつでも助成を申し込めるが、脳ドックは、4月から5月までの申込期間となるので、申込忘れがないように周知を行う。 ・村で実施する特定健診の受診をしない場合、助成もあるため人間ドックを受診するよう勧め、特定健診の受診率向上に繋げる。 					
アウトプット・アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	評価指標
人間ドック受診者数	44人	目標値	35	35	35	35	35	35	C
		実績値	35	41	30	36	35		
脳ドック受診者数	23人	目標値	15	15	15	15	15	15	C
		実績値	10	26	11	11	14	23	
振り返り 成功・促進要因					振り返り 課題・阻害要因				
<ul style="list-style-type: none"> ・受診者数は年度により増減はあるが、毎年同様に受診者はいる。 ・R4年度より助成の額を上げた。 ・リピーターは同様に助成の申請を行っている。年度初めに回覧、広報、ケーブルテレビで幅広く周知行ったことが受診者の継続的な維持に繋がった。 					<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドックについては、リピーターの人は毎年の周知内容が届き受診継続できているが、新規の受診者が伸びない。特定健診未受診者の新規の人が人間ドックの受診が出来るよう、もっと働きかける必要があった。 ・脳ドックについては、3年に1度の申請、また、申請期間も1ヶ月間と決まっているため、申請忘れの方が多く、後日健診医療機関に問い合わせ、受診者を追加したりする事が多かった。 				
第3期計画への考察及び補足事項									
<ul style="list-style-type: none"> ・助成については、特定健診対象者だけでなく、後期高齢者健診対象者も含まれるため、データヘルス計画に基づく事業としての位置づけを見直す。 									

5. 特定健診結果説明会

事業概要				事業評価					
事業目的 ・ 特定健診の結果、要医療、特定保健指導対象となった者に対し、健診結果の説明を実施することで、適切な医療や生活習慣改善へ繋ぎ、重篤な疾患の発症を防ぐ。 対象者 ・ 特定健診受診者で結果が要医療者、また、特定保健指導対象者 実施内容 ・ 健診結果で要医療となった対象者は、保健師等専門職が結果の内容について分析し、医師への紹介状を発行。医療へ繋げる。また、生活習慣を確認し健診結果の改善が促せるようアプローチを行っていく。				D					
ストラクチャー			プロセス						
<ul style="list-style-type: none"> 外部委託機関と密な連絡調整の実施。 結果説明会開催にあたり、保健師、栄養士等専門職の人員の確保を行う。 			<ul style="list-style-type: none"> 健診結果が外部医療機関より返送されたら速やかに分析し、要医療者とそうでない対象者を抽出する。 健診結果により要医療者へは、結果説明会への来庁を促せるような分かりやすい通知文の作成を行う。 対象者自身で来庁出来ない人には、職員による送迎サービスの実施を行う。 						
アウトプット・アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	評価指標
開催回数	12人	目標値	12	12	12	12	12	12	D
		実績値	12	7	2	2	2	2	
参加人数	50人	目標値	50	50	50	50	50	50	D
		実績値	54	37	28	30	32	24	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
<ul style="list-style-type: none"> 特定健診の結果を上野村へき地診療所医師へ提供することで、要医療となった者がスムーズに医療に結びつくよう、体制を整えた。 来庁出来ない人に職員が送迎サービスを実施することで、医療機関への受診勧奨が必要な対象者の説明会参加を促せた。 			<ul style="list-style-type: none"> 村内各区を回ることで、当初は結果説明会への参加者も多く、要医療者への受診勧奨もスムーズに出来ていたが、コロナ禍となり、感染予防のためいきいきセンター1か所での実施となったことで参加者が減少してしまった。 マンパワー不足もあり体制の構築が難しかった。 						
第3期計画への考察及び補足事項									
<ul style="list-style-type: none"> 重篤な疾患の発症を防ぐことを目的とし、健診結果で要医療となった対象者へ適切な医療機関への受診を促せるよう働きかけることが必要。重症化を予防し早期発見、早期治療に結び付けられるような取り組みを行っていく。 要医療の結果が届いた対象者が、説明会への参加をしてくれるような、通知文の作成を行うことが必要。 今後も上野村へき地診療所と連携を取り、対象者のスムーズな受診へ繋げていきたい。 									

6. ウォーキング支援

事業概要				事業評価					
事業目的 ・村民の運動習慣の形成を図る。 ・特定保健指導対象者へ運動習慣を身につけてもらう。 対象 ・上野村全村民 実施内容 ・参加希望者に活動量計を貸し出し、毎日装着してもらい、まずは自分の活動状況について知ってもらう。1ヶ月後の活動量を確認し、効果的な運動量、運動強度のアドバイスを行う。 また、同様に生活習慣や体調の確認を行う。				D					
ストラクチャー			プロセス						
・ウォーキング支援の実施について、職員課員で共有し、体制を整える。 ・特定保健指導対象者が、ウォーキング支援を利用する事で、運動習慣がつくようパンフレット等準備を行う。			・継続した運動習慣がつくよう、ウォーキング支援を実施していることについて回覧、広報、ケーブルテレビで周知を行う。 ・特定保健指導対象者に対し、運動習慣を身に付ける手段で、ウォーキング支援があるということを説明する。						
アウトプット・アウトカム									
評価指標	開始時		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	評価指標
ウォーキング支援利用者	22人	目標値	25	25	25	25	25	25	D
		実績値	24	19	25	9	7	9	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
・特定保健指導対象者の継続的な運動習慣を身につけるため、効果的な事業であった。また、活動量計を持つことで運動意識が高まり、自分の目標設定が出来やすくなり、生活習慣の改善や運動習慣の継続に繋がっていったと思う。			・当初よりウォーキング支援を受けていた方は、継続して実施出来ているが、新規利用者が増えない。周知方法は年度初めに広報で行っていたが、十分でなかった。また、開始当初は特定保健指導対象者に実施出来ていたが、それぞれ個々の取り組み方が違い、年々減少してしまった。						
第3期計画への考察及び補足事項									
・ウォーキング支援利用者は、年々減少しており、現在、上野村でも群馬県で実施しているGウォークの利用を促すよう健診結果説明会でも周知している。 ・継続的な運動習慣を身につけるために、必要な手段ではあるが、利用者の半数は高齢者であることから、第3期からはデータヘルス計画に基づく事業としての位置づけを見直す。									

7. 糖尿病性腎症重症化予防

事業概要				事業評価					
事業目的 ・重症化リスクの高い者が自身の健康状態を正しく把握し、糖尿病の重症化を予防できるよう適切な医療、必要な生活習慣の改善に繋げる。 対象者 ・特定健診受診者から以下の①②のいずれにも該当し、直近1年間に糖尿病の受診歴がない者を対象とする。 ・①空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上またはHbA1c7.0%以上の者。(県の基準：6.5%以上) ・②蛋白尿(+)以上またはeGFR60 ml/分/1.37m ² 未満の者。 実施内容 ・特定健診受診者の中から上記の基準を絞って対象者を抽出し、受診勧奨・保健指導を行う。				E					
ストラクチャー			プロセス						
<ul style="list-style-type: none"> 課内の従事する専門職の十分な人員を確保し、研修の受講を行う。 対象者のフォロー体制を構築する。 上野村へき地診療所医師と打ち合わせを行い、共通認識を持つ。 			<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出を適切に行う。 健診結果で該当した対象者に面会し、生活状況を確認し生活習慣の改善に向けたアドバイスを行うと共に、医療へつなぐことが出来るよう関わりを行う。 上野村へき地診療所と協力体制を構築し、受診勧奨にあたる対象者の受診がスムーズに行えるようにする。 						
アウトプット・アウトカム									
評価指標	開始時		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	評価 指標
医療機関受診勧奨率	-	目標値	100%	100%	100%	100%	100%	100%	E
		実績値	-	-	-	-	-	-	
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因						
<ul style="list-style-type: none"> 上野村へき地診療所との協力体制が取れた。 			<ul style="list-style-type: none"> 対象者の抽出はしていたが、マンパワー不足が否めず、しっかりとした事業の展開が出来なかった。 						
第3期計画への考察及び補足事項									
<ul style="list-style-type: none"> 「群馬県糖尿病腎症重症化予防プログラム」についての理解を深め、村としての基準を定めることで基準を絞って対象者を抽出し、事業を進められるよう取り組んでいく。 マンパワー不足もあるが、必要なことは実施出来るよう各職員が共通の認識を持ち、健診で糖尿病性腎症重症化にあたる結果が出た対象者の受診勧奨を実施する。 健康講話の実施や、村内で行っている各種サロン等と連携し、糖尿病性腎症に関する周知や予防啓発を目指したい。 									

8. きずなポイント（インセンティブ事業）

事業概要				事業評価						
事業目的 ・インセンティブ事業を実施することで村民の健康への意識を高める。 対象者 ・上野村全村民 実施内容 ・各種保健事業への参加により、ポイントを付加する。ポイントカードがいっぱいになる毎に村内で利用出来るプレゼントと交換する。				D						
ストラクチャー			プロセス							
・きずなポイント協賛の村内事業所と定期的な打合せを行い、景品の準備を行う。 ・窓口で交換するので、課内全職員とポイントカードとプレゼントの交換について打合せを行う。			・保健事業参加につき、1回1ポイント、もしくは2ポイントの付加を行う。 ・きずなポイントカード利用について、回覧、広報、ケーブルテレビで周知を行う。 ・特定健診、特定保健指導、結果説明会、ウォーキング支援等必ずポイントの付加を行う。							
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	評価 指標	
利用者数	66人	目標値	前年度より利用者の増加						D	
		実績値		66	59	62	60	65		
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因							
・令和元年度からの運用。回覧や広報、ケーブルテレビにて周知を行うことで利用者は60人前後を保っており、自身の頑張りがプレゼントに繋がるというインセンティブ事業として成り立ってきている。			・利用者が限局的であるため、より幅広い年齢層に利用してもらえよう周知の工夫が必要であった。データヘルス計画対象者は日中実施している事業に参加しづらく、ポイントの付加価値について曖昧な部分が多い。データヘルス計画対象者以外の利用者の方が多く対象者のみの保健事業ではなかった。							
第3期計画への考察及び補足事項										
・インセンティブの取り組みにより、参加者の健康増進への関心を深め、付加価値を与えることで、保健事業参加への行動変容に繋がっていると思われる。しかし、全村民へ向けた事業となっているため、第3期ではデータヘルス計画に基づく事業としての位置づけを見直す。										

9. 医療相談アプリ

事業概要							事業評価			
事業目的 ・医療相談サービスを提供する事で、村民の健康に関する不安の軽減を図る。 対象者 ・上野村全村民 実施内容 ・アプリにより、体調不良時や不安時、受診のタイミングの判断等の相談に応じる。 また、体温チェック機能で日々の健康状態の確認に活用してもらう。							C			
ストラクチャー			プロセス							
・外部委託機関との連絡調整を行う。			・広報やケーブルテレビにて医療相談アプリの使い方の説明や利用するメリットについて周知する。 ・健康推進委員や民生委員等にインストール方法や内容の説明を行い、地域で使用出来る人へ周知を行う。							
アウトプット・アウトカム										
評価指標	開始時		平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	評価 指標	
利用者数	27人	目標値	－	－	30	30	30	30	C	
		実績値	－	－	27	29	32	30		
振り返り 成功・促進要因			振り返り 課題・阻害要因							
・受診するほどではないが、自分だけの判断では不安という時にアプリの利用により安心感が得られている。			・スマホを利用していなければ、使うことが出来ないで、利用者の偏りが出来てしまった。 ・データヘルス計画の対象者以外の利用者も多く、対象者のみの保健事業ではなかった。							
第3期計画への考察及び補足事項										
・利用者は自身の健康管理について記録が残せ、また、医療相談機能により受診のタイミング等を相談する事が出来き、安心感が生まれる。しかし、これは全村民を対象としたサービスのため、第3期ではデータヘルス計画に基づく事業としての位置づけを見直す。										