

第4章 第3期特定健康診査等実施計画

(特定健診・特定保健指導の実施 法定義務)

1. 第3期特定健診等実施計画について

医療保険者の役割分担として、高齢者の医療の確保に関する法律により、平成20年4月から、医療保険者に対し、40～74歳の加入者を対象とする内臓脂肪の蓄積（メタボリックシンドローム）に着目した生活習慣病予防のための健康診査（特定健康診査）及び保健指導（特定保健指導）の実施が義務づけられている。この実施にあたり、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年1期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 47】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	47%	50%	55%	57%	60%	60%
特定保健指導実施率	65%	65%	65%	65%	65%	65%

3. 対象者数の見込み

【図表 48】

年度		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	3,549人	3,441人	3,333人	3,225人	3,117人	3,009人
	受診者数	1,668人	1,721人	1,833人	1,838人	1,870人	1,805人
特定保健指導	対象者数	189人	203人	216人	229人	221人	214人
	実施者数	123人	132人	140人	149人	144人	139人

4. 特定健診の実施

1) 実施形態

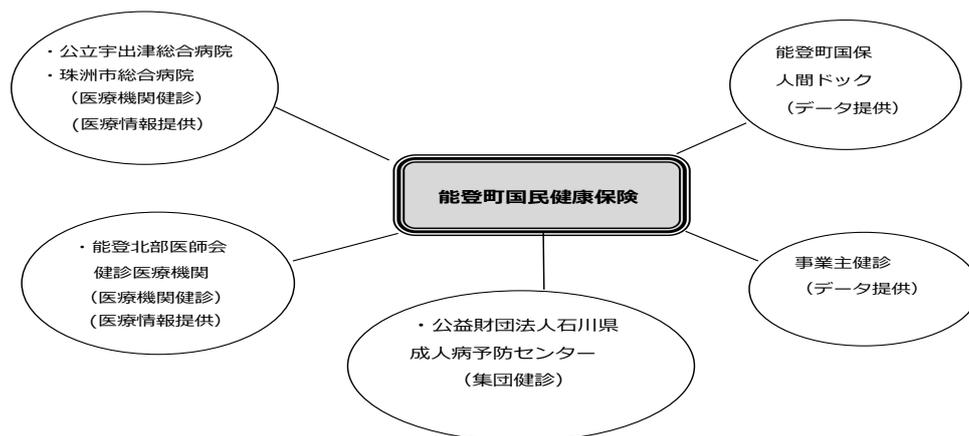
能登北部医師会や健診機関との個別契約により、集団及び医療機関健診として実施する。また医療機関からの医療情報提供や国保人間ドック、事業所健診データの受領としても実施する。（図表 49）

- (1) 集団健診：公民館・地域集会場などで実施
- (2) 医療機関健診：委託医療機関にて実施
- (3) その他健診結果提供について

・医療情報提供：委託医療機関に通院中の方で、特定健診検査項目が揃っている場合に、医療機関または個人から直接提供。

- ・国保人間ドックデータ：人間ドック助成申請時に検査結果を提供。
- ・事業所健診データ：石川県国保連合会に委任して、賛同事業所から健診機関を通してデータを提供、または事業所から直接提供。

【図表 49】 健診実施形態



2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準について「特定健康診査の外部委託に関する基準」（平成 29 年 8 月 1 日） 厚生労働省告示第 269 号において定められている。

3) 健診実施機関リスト

公益財団法人石川県成人病予防センター
 能登北部医師会加入医療機関
 公立宇出津総合病院
 珠洲市総合病院

4) 委託契約の方法

年度ごとに個別単価契約により締結

5) 特定健診実施項目

特定健診の実施項目については、「特定健康診査及び特定保健指導に関する基準」（実施基準第 1 条）に規定する項目及び能登町国保が独自に必要なと定める項目とする。（図表 50）

【図表 50】 特定健診検査項目

区分	内容	
基本的な健診の項目	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む）	
	自覚症状及び他覚症状の有無の検査（理学的検査 身体診察）	
	身体計測	身長
		体重
		腹囲
		B M I
	血圧測定	収縮期血圧
		拡張期血圧
	血中脂質検査	中性脂肪
		H D L - コレステロール
		L D L - コレステロール
		総コレステロール （Non-HDLコレステロール）
	肝機能検査	AST
ALT		
γ - G T		
血糖検査（いずれかの項目の実施で可）	空腹時血糖	
	HbA1c(NGSP)	
	随時血糖（食後3.5時間以降）	
尿酸	血清尿酸	
尿検査	糖	
	蛋白	
	潜血	
詳細な健診の項目 （医師の判断による項目）	貧血検査（全数実施）	赤血球数
		血色素量
	心電図検査（全数実施）	ヘマトクリット値
	腎機能 血清クレアチニン検査（eGFR）（全数実施）	
眼底検査		

6) 年間実施スケジュール

受診券発行 5月予定 実施期間 集団健診 6月～7月、10月～11月

【図表 51】 医療機関健診 6月1日～11月30日

月	当該年度	翌年度
4月	健診対象者の抽出・健診受託機関との契約 代行機関に受診券発行条件の登録	
5月	受診券一斉交付・広報の開始	
6月	健康診査開始（6月～11月）随時受診券交付	
7月		
8月	特定保健指導の開始	特定保健指導終了
9月	未受診者勧奨（はがき発送）	
10月		法定報告
11月	当該年度特定健診の終了	
12月		
1月	当該年度未受診者の医療情報提供（1月～3月）	
2月		
3月	健診データ受取・費用決済（最終）	

* 毎月健診データ、保健指導データの受取・費用決済

* 健診受診後、健診機関から随時健診結果通知の送付

7) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

8) 代行機関

特定健診データは、健診実施機関が、国の定める電子標準様式により、石川県国民健康保険団体連合会（以下「県国保連」という。）へ提出する。特定健診に関するデータは、原則5年間保存（加入者でなくなった場合は翌年度末まで）とし、県国保連に保管及び管理を委託する。また特定健診の医療機関健診にかかる費用（自己負担額・医療情報提供の場合を除く）の請求・支払いの代行は、県国保連に委託する。

9) 健診の周知と案内方法

特定健診受診率向上につながるよう、あらゆる機会をとおして周知や案内に努める。

- * 特定健診対象者に、個別に受診券・案内を送付、未受診者案内も送付
- * ホームページ、広報に掲載
- * 特定健診・がん検診の案内チラシを全戸配布
- * 有線放送・デジタル放送・告知放送での周知
- * 特定健診や生活習慣病予防に関する出前講座を実施
- * ボランティア組織「のと四ツ葉の会」会員から健診受診勧奨依頼

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施（健康推進部門での執行）形態でおこなう。

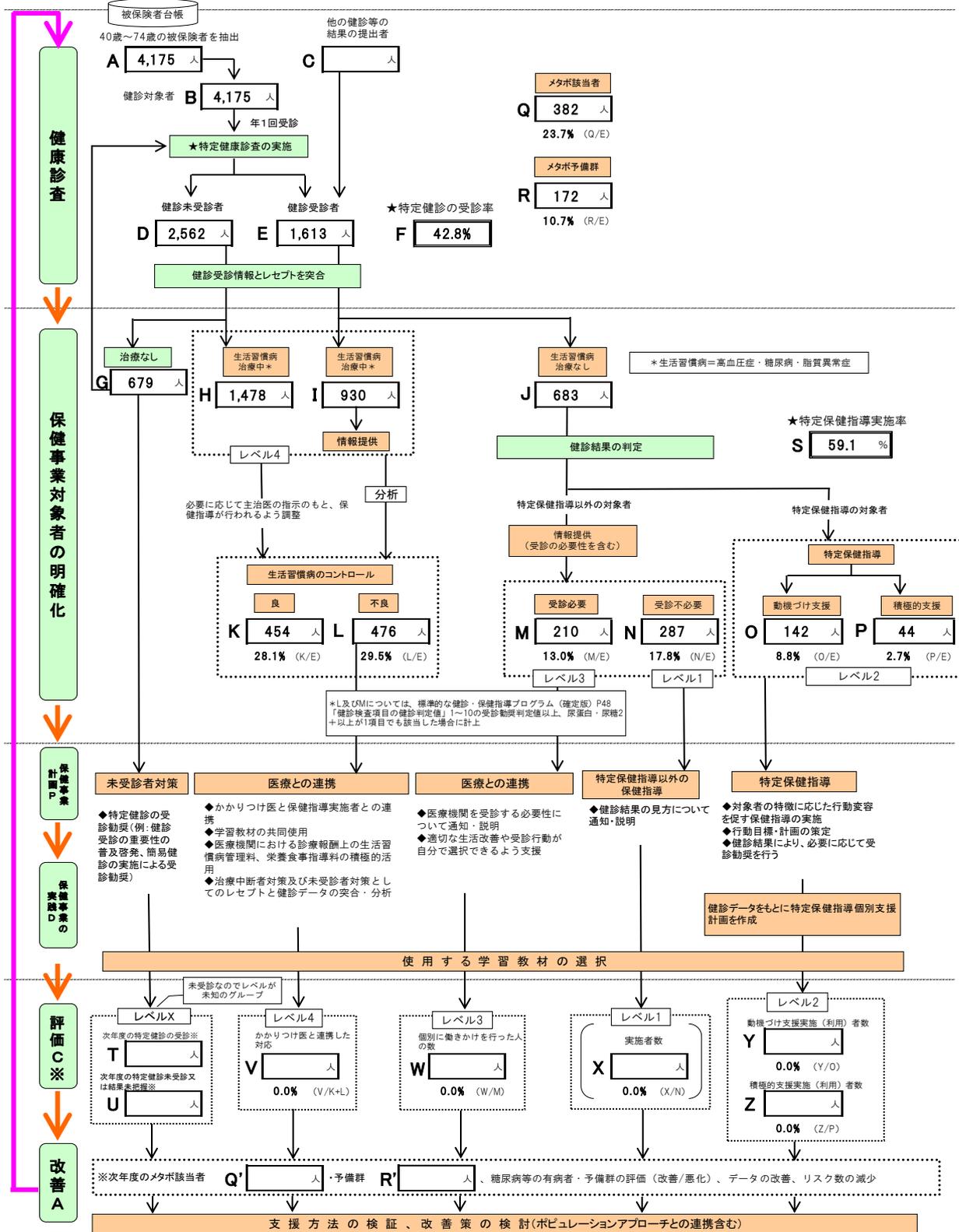
1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式6-10をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表52)

【図表 52】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート（平成28年度実績）

様式6-10



2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表 53】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 H35 (割合)	実施目標 H35 (割合)	参考 (H28実施率)
1	M	レベル3 情報提供 (受診勧奨必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 	671 (18%)	470 (70%) (HbA1c6.5% 以上については 100%)	61.0%
2	O P	レベル2 特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う ◆健診結果の見方について通知・説明 	447 (12%)	335 (75%)	67.5%
3	I	レベル4 情報提供 (生活習慣病治療中)	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 	1,825 (49%)	894 (60%)	49.0%
4	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（健診受診の重要性の普及啓発、レセプト等での医療機関への受診状況の確認）	2,006	1,604 (80%)	75.1%
5	N	レベル1 情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	857 (23%)	429 (50%)	52.0%

3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とP D C Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 54・55・56・57・58)

(1) 対象者の明確化

保健指導対象者の優先順位に沿って実施していく。

【図表 54】 保健指導対象者の優先順位

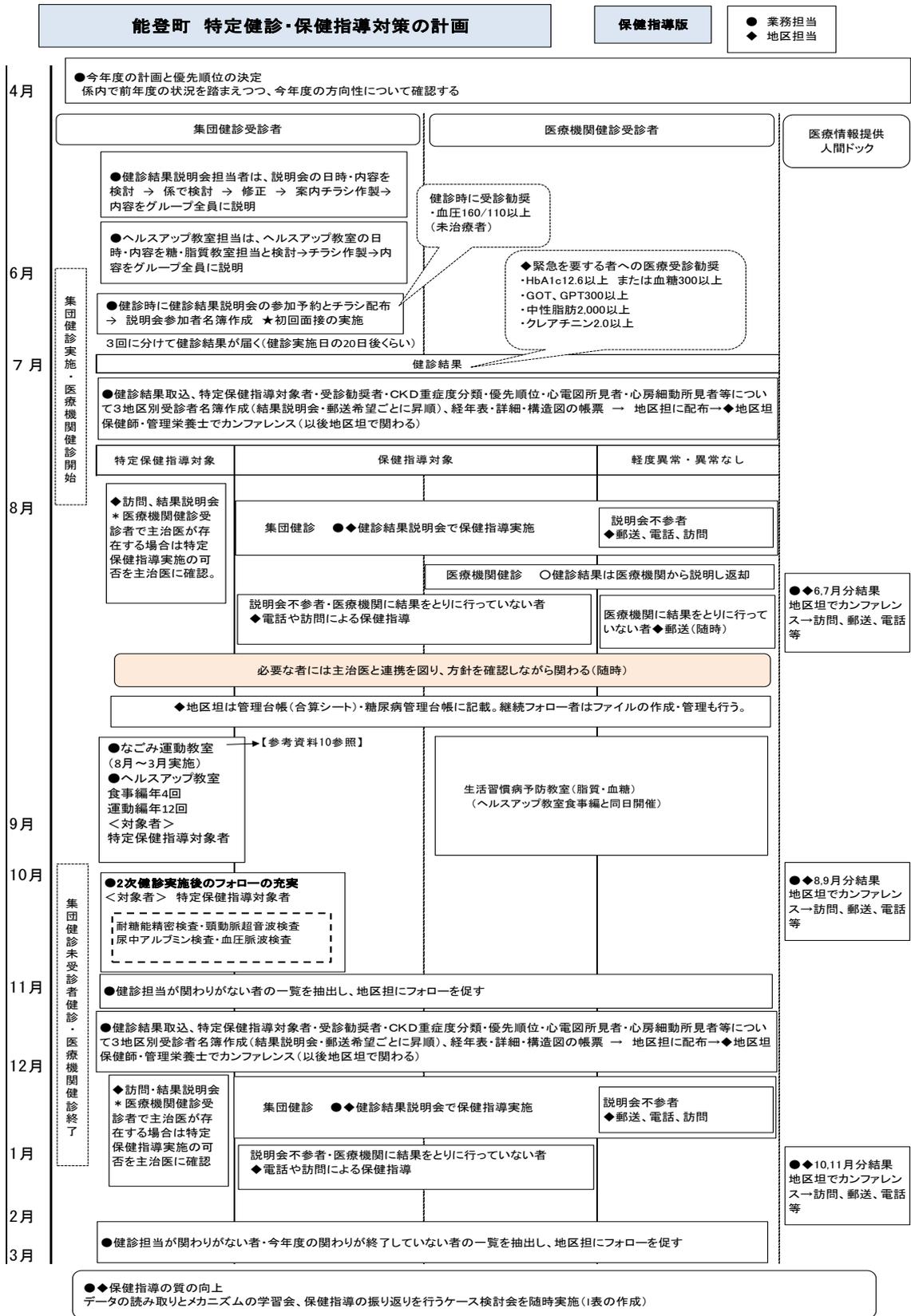
保健指導対象者		対象者数
第1優先	2度高血圧以上(血圧未治療者)	43
第2優先	腎専門医受診勧奨値(3疾患いずれも治療なし)	11
第3優先	HbA1c6.5以上(糖尿病未治療者)	79
第4優先	LDLコレステロール180以上(脂質未治療者)	21
第5優先	メタボ3項目該当者(3疾患いずれか治療あり)	220
第6優先	腎専門医受診勧奨値(3疾患いずれか治療あり)	61
第7優先	HbA1c8.4以上(糖尿病治療者)	4

(2) 特定健診・保健指導対策の計画・実践スケジュール

【図表 55】 受診率アップ対策

能登町 特定健診・保健指導対策の計画		受診率アップ対策	<ul style="list-style-type: none"> ● 業務担当 ◆ 地区担当 ○ 国保係
<p>目標①新規受診者(若年層)を増やす: 個別に電話等勧奨、すこやかまちづくり推進事業 目標②リピーター受診者を増やす: 健診結果説明会の充実、健診結果の個別指導の強化 目標③通院者の医療情報提供を増やす: 町総合病院への周知強化、該当者への個別通知</p>			
4月	<ul style="list-style-type: none"> ○国保係と健康推進係で今年度の受診率アップ対策計画打合せ ●受診券送付内容の検討→受診券送付準備 ○●すこやかまちづくり推進事業(商店連盟への説明会、協賛商店募集、チラシ作成印刷会社発注) ●のと四ツ葉の会各総会で受診勧奨依頼(受診券直接配布、地域の方に声かけ) ●公民館主事会議、区長会、婦人会等にて受診PR ◆各地区で健康セミナー等利用し受診勧奨 		
5月	<ul style="list-style-type: none"> ○受診PRポスター作成、有線テレビ依頼 ●広報、ホームページ掲載 ○受診券特定健診対象者に郵送 ●告知放送依頼 ○●すこやかまちづくり推進事業(各協賛店に依頼) ●◆電話勧奨(重症化予防、各地区) 		<ul style="list-style-type: none"> ●受診勧奨状況入力名簿作成(経年状況から勧奨しない対象を除く) 過去の健診未受診者全員に電話 ●受診券配布地区の郵送分を抜く ●眼底対象シール貼用
6月	医療機関健診開始(6月~11月) ●健診チラシ・健診まる得券事業チラシ世帯配布		●医療機関健診依頼準備、各機関に説明
6~7月	集団健診実施期間		●各健診会場確認、スタッフ打合せ
9月	<ul style="list-style-type: none"> ○今年度未受診者案内(ハガキ)準備、郵送(6パターン対象者による個別案内) ○医療情報提供対象者抽出・個別案内(委託医療機関) ○●◆電話による受診勧奨→各自相手の反応や受診状況等を入力 ○●すこやかまちづくり推進事業(健診まる得券回収、1回目抽選会実施) 		●毎月医療情報提供の結果発送と、医療機関健診結果取りに来ない方の結果回収し発送(健診終了まで)
10~11月	集団未受診者健診実施期間 ○●◆未受診者電話勧奨(医療機関健診受診について) <ul style="list-style-type: none"> ●二次健診実施 対象者: 特定保健指導対象者 (内容 耐糖能精密検査・頸動脈超音波検査・尿中アルブミン検査・血圧脈波検査) 		<ul style="list-style-type: none"> ●随時ドック、事業所健診結果入力 <合算シート作成(年間)> ・特定保健指導対象者の抽出 ・受診勧奨者の抽出 ・C K D重症度分類 ・優先順位 ・心電図所見者の経過 ・心房細動所見者の経過
11月	医療機関健診期間終了 <ul style="list-style-type: none"> ●受診勧奨状況をまとめ課全体で評価 → 反省や課題を共有 → 文書でまとめ → 次年度計画 → 係にプレゼン → 計画修正 → 予算編成 ●四ツ葉の会研修会等(実績報告、効果、反省、要望確認) 予算編成		●特定健診システムに医療情報提供、事業所、ドック検査結果を入力
12月	○事業所健診データ授受準備		
1月	○医療情報提供対象者抽出・個別案内(公立宇出津総合病院)		
2月	○●すこやかまちづくり推進事業(健診まる得券回収、2回目抽選会実施)		
3月	●最終まとめ、次年度計画 → ●◆課全体での課題共有 → ●計画の修正		
随時行うこと	<ul style="list-style-type: none"> ●◆健康セミナー各地区で開催(健診結果の見方、地域特有の食やデータのつながり)など ●◆事業担当は、健診対象者名簿に健診受診状況を随時入力し、地区担に伝える → 地区担は確認、訪問 		

【図表 56】保健指導対策



【図表 57】 重症化予防対策

能登町 特定健診・重症化予防対策の計画		重症化予防版
		<p>糖尿病管理台帳・評価表(あなみツール)などでフォローしていく重症化予防対象者とは、以下1～5に該当する者</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 血圧 160/100mmHg以上 2. 腎専門医紹介基準値に満たしている者 尿蛋白2+以上 or 尿蛋白および尿潜血がともに1+以上 or e-GFRが50未満 3. グリコヘモグロビンA1c 6.5以上 (NGSP値) 4. LDLコレステロール 180mg/dl以上 5. 心電図で心房細動に所見を有する者
		<p>● 業務担当 ◆ 地区担当</p>
4月	特定健診実施前	<p>地区担当</p> <p>◆対象者の状況把握および健診受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病管理台帳・評価表もしくは対象者名簿から前年度の特定健診受診の有無および結果について確認する ・特定健診未受診の場合は、医療の管理状況について確認する(レセプト確認) ・対象者の中で優先順位等考慮しながら、未治療および治療中断をなくすための訪問等を行う ・訪問等で得られた結果は、健診当該年度の管理台帳(合算シート)に入力する
5月		<p>業務担当</p> <p>●糖尿病管理台帳・評価表の整備および地区担当に対象者名簿の配布</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前年度の健診結果の取り込み(前年度の新規重症化予防対象者と経年の重症化予防対象者)を行う ・今年度の重症化予防対象者の名簿を地区担当に配布する
6月		
7月	特定健診開始	<p>◆●健診結果で緊急を要する者への医療受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血圧160/100以上(健診会場で受診勧奨を行う) ・血糖300以上 HbA1c 12.6以上 ・中性脂肪 2,000以上 ・GOT300以上 GPT300以上 ・クレアチニン 2.0以上
8月	健診結果説明会(集団のみ)	
9月		<p>◆重症化予防対象者の保健指導</p> <p>①生活習慣病治療なしで受診が必要な者について</p> <p>受診の必要性について説明するとともに、適切な生活改善や受診行動ができるよう支援し、受診状況の確認を行う</p> <p>関わり後の結果について、管理台帳(合算シート)に記入する</p> <p>②生活習慣病治療ありでコントロール不良な者について(★)</p> <p>かかりつけ医に治療方針や状況について確認し、保健指導の必要性等を確認する。保健指導等を行った場合は、管理台帳(合算シート)に記入する</p> <p>③重症化予防教室の参加や二次健診受診を勧める</p>
10月		
11月	特定健診終了	
12月	健診結果説明会(集団のみ)	<p>重症化予防事業 二次健診の実施とその後のフォロー</p> <p>●二次健診の実施とフォローの充実</p> <p><二次健診の対象者></p> <p>特定保健指導対象者(積極的及び動機づけ支援)該当者</p> <p>ただし、高血圧、脂質異常症、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患などの治療を受けている者は対象外</p> <p>・検査内容</p> <p>頸動脈超音波検査</p> <p>血圧脈波検査</p> <p>尿中微量アルブミン検査(定量法)</p> <p>*ただし、尿蛋白検査で陽性(+以上)の所見がみられた場合は、検査の対象外</p> <p>75g糖負荷試験</p> <p>*ただし、空腹時血糖126mg/g以上またはHbA1c6.5以上に該当する者は、検査の対象外</p>
1月		
2月		<p>◆担当地区の重症化予防対象者の評価(★)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当地区の対象者が治療につながったか、あるいは治療中断がないかどうかを確認する ・関わりの漏れがないか確認する
3月		<p>●重症化予防対象者の評価(★)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防対象者が治療につながったか、あるいは治療中断がないかどうかを確認する ・関わりの漏れがないか確認する ・重症化予防対象者への訪問・面接実施率と改善率等データの作成と積み上げを行う
		<p>(★): 重点的に取り組みたいところ</p>

(3) 評価方法

【図表 58】 評価項目と目標値

評価項目	初期値	H29	H30	中間評価値	H32	H33	H34	最終評価値
	H28			H31				H35
メタボリックシンドローム該当者の割合減少25%	23.7%	23.0%	23.0%	22.0%	22.0%	21.0%	21.0%	20.0%
メタボリックシンドローム予備群の割合減少25%	10.7%	10.5%	10.5%	10.0%	10.0%	9.5%	9.5%	9.5%
健診受診者の高血圧の割合減少（160/100以上）治療なし	5.0%	4.5%	4.5%	4.5%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%
健診受診者の高血圧の割合減少（160/100以上）治療あり	3.3%	3.0%	3.0%	3.0%	2.5%	2.5%	2.5%	2.0%
健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL180以上）治療なし	1.9%	1.5%	1.5%	1.5%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL180以上）治療あり	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
健診受診者の糖尿病有病者の割合減少（HbA1c6.5以上）治療なし	5.5%	5.0%	5.0%	5.0%	4.5%	4.5%	4.5%	4.5%
健診受診者の糖尿病有病者の割合減少（HbA1c7.0以上）治療あり	25.3%	25.0%	25.0%	24.5%	24.5%	24.0%	24.0%	24.0%
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合65%以上	把握できず	36.0%	41.0%	46.0%	51.0%	56.0%	61.0%	66.0%
糖尿病の保健指導を実施した割合70%以上（HbA1c6.5以上）	32.6%	38.0%	43.5%	49.0%	54.5%	60.0%	65.5%	71.0%

6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び能登町個人情報保護条例に基づき情報の取り扱いを行う。

また、特定健診を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

国の通知「平成30年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取り扱いについて（平成29年10月30日健発1030第1号、保発1030第6号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から県国保連に送付される。受領されたデータファイルは、県国保連の特定健康診査等データ管理システムに保管される。医療情報提供・国保人間ドック・事業所健診データ、特定保健指導の実績については、県国保連の特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行う。特定健診・特定保健指導の記録の管理は、県国保連に委託する。特定健診等のデータ保存期間は、5年間とする。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健康診査等データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

8. 第3期特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、能登町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第5章 地域包括ケアに係る取組

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB(レセプトデータ)を活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第3章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

能登町の将来人口の推計では、総人口が減少し、65歳以上の高齢者及び75歳以上の後期高齢者の割合が平成27年から平成37年までの10年間で10%近く増加すると推測されており、今後さらに1人当たりの医療費や介護保険給付費の増加が懸念される。(図表59)

今後このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保や介護保険制度どちらにおいても非常に重要である。

【図表59】将来人口の推計

(各年11月1日基準)

	総人口	40歳以上人口	65歳以上人口		75歳以上人口	
				高齢化率		後期高齢者率
平成27年	18,823	13,870	8,078	43.0%	4,492	23.9%
平成28年	18,396	13,672	8,069	43.9%	4,446	24.2%
平成29年	17,985	13,453	8,030	44.8%	4,480	25.0%
平成30年	16,700	12,662	7,783	46.6%	4,465	26.7%
平成31年	15,777	12,108	7,666	48.6%	4,506	28.6%
平成32年	15,322	12,115	7,681	50.1%	4,318	28.2%
平成33年	15,342	11,934	7,643	49.8%	4,393	28.6%
平成34年	15,441	11,752	7,605	49.3%	4,468	28.9%
平成35年	15,279	11,571	7,567	49.5%	4,542	29.7%
平成36年	14,764	11,389	7,529	51.0%	4,617	31.3%
平成37年	14,088	11,208	7,491	53.2%	4,692	33.3%

【国立社会保障・人口問題研究所の『日本の地域別将来推計人口』と住民基本台帳を掛け合わせている】

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

KDB（レセプトデータ）等から要支援・介護認定者の有病状況を分析し、予防可能な疾患をターゲットに重点的に保健事業を実施するとともに、地域包括ケア推進にかかわる各種会議等に国保係が出席し、要支援・介護認定者の有病状況等の情報共有を図りながら、国保直診施設や関係部署と連携しながら地域包括ケアの推進を図る。

平成 30 年度から実施される保険者努力支援制度においても、地域包括ケア推進の取組の実施状況が評価指標とされており、下記の内容が求められている。

- ①課題を抱える被保険者の把握と働きかけ
- ②地域で被保険者を支える仕組みづくり
- ③地域で被保険者を支えるまちづくり
- ④国保診療施設の積極的活用

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・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な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。(図表60)

【図表60】※評価における4つの指標(参考資料7)

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査値の変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知ることができるようにすることが重要であり、国指針において公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、能登北部医師会等の関係機関に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する。

2. 個人情報の取扱い

個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン及び能登町個人情報保護条例に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等において、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

- 参考資料 1 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 2 糖尿病管理台帳
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 4 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 5 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 6 心房細動管理台帳
- 参考資料 7 第 1 期評価
- 参考資料 8 ポピュレーションアプローチ資料 能登町版
- 参考資料 9 能登町国民健康保険加入者を対象とした二次健診実施要項
- 参考資料 10 能登町国民健康保険ヘルスアップ運動事業実施要項
- 参考資料 11 能登町国民健康保険ヘルスアップ講座（食事編）実施要領
- 参考資料 12 能登町糖尿病等重症化予防栄養改善事業実施要領

【参考資料 2】糖尿病管理台帳

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

【参考資料 3】糖尿病管理台帳からの年次計画

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること		
糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		他の専門職との連携		
結果把握	④健診未受診者 ()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因		
	結果把握(内訳)	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認		
	①国保(生保) ()人	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん </div>		
	②後期高齢者 ()人			
	③他保険 ()人			
	④住基異動(死亡・転出) ()人			
	⑤確認できず ()人			
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である	3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医		
保健指導の優先づけ	①結果把握 ()人	4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 尿アルブミン検査の継続		
	①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある	----- 栄養士中心		
	②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人			
	③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人	----- 腎専門医		

【参考資料 5】 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況		対象者			
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。		⑥ 発症予防対象者			
	判定	正常 軽度 重度 男 85～ 女 90～		追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲				<input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比 <input type="checkbox"/> 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）	
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9		25～		
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹		～149		150～299 300～
		食後		～199		200～
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～		35～39 ～34		
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149		150～169 170～		
	<input type="checkbox"/> ALT	～30		31～50 51～		
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50		51～100 101～		
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125 126～		
		食後	～139	140～199 200～		
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4 6.5～				
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139 140～			
	拡張期	～84	85～89 90～			
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9 8.0～				
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139 140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> CKD 重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】ポピュレーションアプローチ資料 能登町版

能登町の食実態を見てみよう

からの状態(健康データ)

参考資料

●メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

総数	健診受診者		腹囲のみ		該当者		3項目全て				予備群		血圧		血糖		脂質					
	割合	順位	割合	順位	割合	順位	割合	順位	割合	順位	割合	順位	割合	順位	割合	順位	割合	順位				
H25	43.1%	14	36.8%	1	22.4%	1	7.8%	1	3.0%	2	10.5%	2	1.0%	10	11.7%	2	8.1%	1	0.8%	4	2.8%	8
H26	41.6%	16	37.2%	1	23.3%	1	7.9%	2	2.0%	16	12.5%	1	0.8%	13	10.8%	4	7.4%	3	0.9%	2	2.5%	13
H27	41.2%	17	37.4%	1	24.5%	1	8.3%	1	2.7%	5	12.5%	1	0.9%	13	10.0%	12	7.0%	7	0.4%	16	2.6%	11
H28	42.8%	17	37.3%	2	23.8%	2	8.8%	2	2.9%	7	11.0%	2	1.2%	10	10.7%	6	7.6%	4	0.6%	10	2.4%	17

1位に注目!
メタボ該当者は常に上位です。
H20~27まで
8年連続1位

※順位は石川県内の順位です。

KDB (厚生労働省様式6-8)

メタボリックシンドロームの判定基準

腹囲	追加リスク	判定
≥85cm(男性)	①血糖 ②脂質 ③血圧	2つ以上該当 → メタボ該当
≤90cm(女性)	1つ該当	メタボ予備群

腹囲、メタボ該当者の割合は石川県の中でもめだたて多い

地勢・風土

☆海と山の恵みが豊富

- ・内浦特有のリアス式海岸
- ・町域の8割が丘陵地
- ・豊富で新鮮な海の幸・山の幸
- ・スローフード(いしり、寒ブリ)
- ・グリーンツーリズム(春蘭の里)
- ・素朴な風景(田園、古民家、中谷家)

風習・習俗

☆祭りの宝庫

- ・豊作と大漁を祈願する祭りが多く、酒を飲む機会が多い
- ⇒酒造、酒屋が多い。

☆漁業が盛んな町

- ・現在 イカ釣り漁、定置網漁、釣り漁業、タラ延縄、クジラ漁業
- ・漁港に近く新鮮な魚が手に入る。
- ⇒鮮魚店が多い。

歴史

☆地形的に恵まれた港湾

江戸時代、北前船が頻繁に立ち寄る中継港・交易として賑わった。

流通

- ・販売店(95 店中)
- ・酒屋 31 軒(32.6%)、鮮魚店 18 軒(18.9%)
- ・食品店 13 軒(13.7%)、ス・パ・10 軒(10.5%)
- ・米屋 9 軒(9.5%)、食肉店 5 軒(5.3%)
- ・飲食店(102 店中)
- ・飲み屋 36 軒(35.3%)、喫茶店 9 軒(8.8%)
- ・すし屋 8 軒(7.8%)、飲食店 9 軒(8.8%)
- ・レストラン 8 軒(7.8%)、ラーメン店 5 軒(4.9%)

平成29年度調べ

食の習慣

- ☆米をつづけている(田の神を奉る行事あり)
- ・食事はご飯が主役→ご飯をたくさん食べる傾向→糖質・エネルギー過剰摂取
- ☆おぼれが多い
- ・酒を飲む機会(つまみ・食事)や人付き合いで飲む機会が多い→アルコール・エネルギー過剰摂取
- ☆祭りはオードブルが多い
- ・揚げ物など油料理が多い→制限なくいっぱい食べる→脂質・エネルギー過剰摂取

☆畑で旬の野菜がとれる

- ・たくさんとれる→塩をつかった保存食(漬物等)を年中食べる習慣
- ☆新鮮な魚が手に入る
- ・新鮮→刺身にする→魚をたくさん食べる傾向(しょうゆ込)
- ・たくさんもらう→塩を用いた保存法で魚を年中食べる習慣
- ☆塩を使った料理法(郷土料理)・貯蔵食(塩蔵)が多い
- ・こんかさば、いわし、あじのなれずし、あじのすず、いしり漬などがある
- 塩分摂取量過剰

高糖質・脂質食

→血管が傷つき狭くなる→血流が悪くなる(血管が詰まる)

→エネルギー過剰摂取→不完全な消化・吸収→脂肪となり体内に貯蔵

高塩分食

→血液量が増加→血管が狭くなる→血圧が上がる

**メタボ+高血圧
高血糖+高脂質**

【ご飯のカロリー】 100g 168kcal

望ましい1食のご飯量

活動量	年代	性別	体重	ご飯量
活動量低い(I)	50~60歳代	男性	60kg	140g
		女性	53kg	100g
活動量やや低い(II)	50~60歳代	男性	60kg	170g
		女性	53kg	130g

→個々により適量のご飯量は違います。活動量に見合ったご飯量を食べましょう。

【お酒のカロリーとアルコール量】

- ・缶ビール(淡色)350ml:140kcal(アルコール 14g)
- ・ " (発泡酒)350ml:157kcal(アルコール 16g)
- ・ " (糖質 0)350ml:140kcal(アルコール 18g)
- ・日本酒(1合)180ml:204kcal(アルコール 21g)
- ・焼酎(25度)100ml:227kcal (アルコール 22g)

【アルコールの1日の基準量】(健康日本 21)

20g(純アルコール量)

※糖尿病、高血糖、HbA1c6.0以上、60歳以上の方は10g

→適度な飲酒を心がけましょう。

●みそ汁の塩分濃度測定結果(平成28年度)

減塩くん	塩分濃度(%)	石川県	能登町
判定		10,532名	766名
うす味	(0.3~0.7)	41%	45%
標準	(0.8~1.0)	54%	55%
濃い味	(1.1~1.6)	6%	0%

【みそ汁の塩分量】
1日1杯:1.0~1.4g、3杯:3.0~4.2g

1日の塩分摂取目標量	
男性	8g未満
女性	7g未満

生活習慣病予防のための減塩推進スキルアップ事業(第2弾)報告書より

- 石川県の平均と比べるとみそ汁の塩分に気を付けている人が多いことが分かります。
- 野菜の具沢山みそ汁にすると野菜の副産にもなり、減塩にもつながります。

●野菜摂取アンケート結果【対象:認定こども園児保護者304名(20歳代~40歳代)】

1. あなたは、野菜を毎食とるようにしていますか。

はい	いいえ	未回答
249人 81.9%	45人 14.8%	10人 3.3%

野菜の1日の摂取目標量は**350g以上**です。

性別	少ない(〇<) (262人)									多い(〜) (9人)			未回答		
	0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	5.5		6	7
人数	11	6	88	19	80	12	42	4	9	2	5	1	2	1	22
割合	3.6%	3.9%	21%	31.2%	6.7%	28.4%	4.3%	14.9%	1.4%	3.2%	0.7%	1.8%	0.4%	0.7%	0.4%

平成29年度食育アンケートより

→アンケート結果より、1日の平均野菜摂取量は「135g」でした。野菜を毎食とる意識は高いが、1日に必要な野菜量がとれてないことが分かります。1日1皿70gの野菜料理が5皿必要です。

【参考資料 9】能登町国民健康保険加入者を対象とした二次健診実施要項

1. 目的

平成20年度から内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した特定健康診査・特定保健指導が実施されている。

能登町国保特定健康診査結果における有所見では、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が、県内市町や同規模自治体平均と比べて高い傾向にある。加えて、血糖有所見者の割合も高く、糖尿病の発症予防および重症化予防が課題となっている。

そこで、特定保健指導対象者、血糖有所見者に代謝や血管状態を評価し、より具体的に血管疾患の予防意識を持って生活改善に取り組みための支援を行うことを目的として、二次健診を実施する。

2. 対象者

1) 特定保健指導対象者

高血圧、脂質異常症、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患などの治療を受けている者は対象外とする

2) 血糖検査有所見者

HbA1c 5.6～6.4に該当し、糖尿病の治療を受けていない者

3. 検査内容

	頸動脈 超音波検査	血圧 脈波検査	尿中微量アル ブミン検査	75g 糖負荷試験
特定保健指導対象者	○	○	○	○
血糖有所見者			○	○

4. 検査実施機関 公立宇出津総合病院

5. 検査実施期間 検査依頼日より平成31年3月末日

6. 実施方法

1) 対象者に対し、町が本事業の個別案内を実施する

2) 検査実施日は、町が検査実施機関に確認を行い、希望者に受診券を送付する

3) 検査実施機関は、検査内容および注意事項を説明し、検査を行う

4) 検査実施機関は、二次健診結果表に結果を記入し、検査実施日の翌月15日までに二次健診請求書と受診券、二次健診結果表を併せて町に提出する

5) 町は、二次健診の結果の説明と生活習慣改善に必要な保健指導を行う

7. 自己負担 無料とする

8. 事業評価

翌年の特定健診等における検査値の改善、メタボリックシンドロームのリスクの個数の減少、腹囲の減少等で評価を行う

【参考資料 10】能登町国民健康保険ヘルスアップ運動事業実施要項

1. 目的

メタボリックシンドロームは、不適切な食生活や身体活動不足等によって内臓脂肪が蓄積し、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の複数の生活習慣病を合併する状態で、全身の血管の動脈硬化が徐々に進展し、脳梗塞、心筋梗塞、透析を要する腎症等に至るリスクが高まることが指摘されている。

そこで、メタボリックシンドローム該当者および予備群等に該当する者に対して、個々の健康状態や身体能力に合った運動プログラムを一定期間（6か月間）提供することにより、生活習慣病の発症および重症化を予防するとともに、セルフケア（自己管理）ができるようになることを目指す。

2. 実施主体 能登町

3. 委託先 株式会社 能登町ふれあい公社

4. 実施期間 6か月間

5. 対象者

- ①特定保健指導対象者で健診結果において保健指導判定値範囲内である者
- ②特定保健指導非該当者（3疾患治療なし）でBMI25以上に該当する者

6. 内容

- ①体組成、体力測定の実施と評価
- ②①の結果に基づいた運動プログラムの実施（プールや器具、教室等の利用）
- ③送迎

7. 費用

委託料	一人あたり 30,000円
自己負担金	一人あたり 3,000円

8. 評価

- ①体組成、体力測定の実施と評価（初回、中間、最終）
- ②参加者の意見・感想、生活状況の変化での評価

【参考資料 11】能登町国民健康保険ヘルスアップ講座（食事編）実施要領

1. 目 的

生活習慣病の発症・重症化予防に向けて、自身の健診結果から食の問題点を見つけ、個々に合った食事の適量とバランスを学ぶ。

メタボリックシンドローム改善・予防（内臓脂肪解消）に向けて、能登町の食の実態を学び、活動量に合った適量のご飯量と食品ごとの適正量を知る。

2. 実施主体 能登町健康福祉課

3. 実施期間 9月～10月：3回
2月：1回

4. 対 象 者 集団健診、医療機関による個別健診受診者
(特定保健指導対象者、LDL高値、血糖値・HbA1c高値の者等)

5. 実施内容 ・健診結果の確認
・「データで高かった検査値」と「過不足が疑われる栄養素」の確認
・個々に合った食事の適正量とバランスを学ぶ
・バランス食の試食

6. 参 加 費 無料

7. 評 価 次年度の健診結果、生活改善状態により評価する

8. 支出予算 一般会計 健康増進事業 4款1項4目(1-1)

【参考資料 12】能登町糖尿病等重症化予防栄養改善事業実施要領

1. 目的

糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、関係機関が連携して保健指導等を行うことにより、腎不全、人工透析等への移行を防止し、医療費の適正化及び住民の生活の質の向上を図る。

2. 実施主体

事業の実施主体は、能登町とする。

3. 対象者

本町に住所を有し、次の各号のいずれかに該当するもの及びその家族等とする。

- (1) 能登町内医療機関において糖尿病で通院する患者のうち、糖尿病性腎症の病期^(注1)第2～4期に該当する方で、かかりつけ医が栄養指導を必要と判断した者
- (2) 能登町内医療機関において生活習慣病で通院する患者のうち、慢性腎臓病（CKD）^(注2)に該当する方で、かかりつけ医が栄養指導を必要と判断した者
- (3) 次のものについては指導対象から除外する。

- ①がん等で終末期にある者
- ②重度の認知機能障害のある者

4. 実施者及び実施場所

この事業は公立宇出津総合病院栄養士への委託と、能登町健康福祉課の栄養士または保健師が実施するものとする。実施場所は、かかりつけ医医療機関、または公立宇出津総合病院等とする。

5. 実施内容

実施する内容は、次に掲げる項目とする。

- (1) 対象者の身体状況及び食習慣等による問題点の把握
- (2) かかりつけ医の指示による栄養指導
- (3) 糖尿病連携手帳等活用し、かかりつけ医と連携した栄養管理
- (4) 実施内容の報告

6. 実施手順

事業の実施手順は、次のとおりとする。

- (1) かかりつけ医は対象者を選定し、対象者に事業の同意を得る。
- (2) かかりつけ医は栄養改善事業依頼書と身体状況が把握できる検査結果票等添付し、町に提出する。
- (3) 町は、栄養改善事業依頼書にて、栄養指導実施者を決定する。
- (4) 栄養指導実施者に、栄養改善事業依頼書にて指導を依頼する。
- (5) 栄養指導実施日等詳細については、栄養指導実施者が直接かかりつけ医または対象者本人と連絡調整する。

(6) 栄養指導の実施内容や指導後の経過等（糖尿病管理手帳等からの検査値把握等）について、その内容を栄養改善事業実施報告書に記載し、かかりつけ医及び町に報告する。

7. 利用者負担

事業を利用する者の負担はなしとする。

8. 実施報告及び委託料の支払い

公立宇出津総合病院は事業を実施した月の翌月10日までに当該月分の事業の実施状況に関する栄養改善事業実施報告書（様式2）と請求書（様式3）を町に提出するものとする。町は、報告書と請求書の内容を審査し適当と認めるときは、速やかに委託料を支払うものとする。委託料の額は、1件5,000円とする。

9. 守秘義務

この事業に関して職務上知り得た秘密を漏らしてはいけないものとする。また、この事業を退いた後も同様とする。

10. その他

ここに定めるもののほか、必要な事項は協議のうえ別に定める。

注1) 糖尿病性腎症の病期

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは尿蛋白値(g/gCr)	GFR(eGFR) (mL/分/1.73 m ²)
第1期（腎症前期）	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期（早期腎症期）	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
第3期（顕性腎症期）	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期（腎不全期）	問わない	30未満
第5期（透析療法期）	透析療法中	

(糖尿病治療ガイド2016-2017より引用)

注2) 慢性腎臓病（CKD）の定義

①尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか。特に蛋白尿の存在が重要。

②糸球体濾過量（GFR）60mL/分/1.73 m²未満

①・②のいずれか、または両方が3か月以上持続する。

(CKD診療ガイド2012より引用)

第2期能登町データヘルス計画

第2期能登町国民健康保険 保健事業実施計画

第3期特定健康診査等実施計画

発行 : 平成30年7月

能登町健康福祉課

住所 : 石川県鳳珠郡能登町字松波 13 字 75 番地

TEL/FAX : 0768-72-2503 / 0768-72-8002