

第3期能登町データヘルス計画

第3期能登町国民健康保険保健事業実施計画

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

能登町国民健康保険

目次

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	4
1 計画の趣旨	4
2 計画の位置づけ、基本的考え方	4
3 計画期間	7
4 実施体制及び関係機関との連携	7
（1）庁内の実施体制	7
（2）関係機関等との連携	7
（3）被保険者の役割、地区組織等との連携	8
5 保険者努力支援制度	9
第2章 現状の整理	10
1 保険者の特性	10
2 第2期計画の取組状況及び評価	11
（1）保健事業の実施状況	11
（2）第2期目標の達成状況	14
第3章 健康・医療情報等の分析、健康課題の抽出	15
1 健康・医療情報の分析	15
（1）平均寿命、死亡の状況	15
（2）介護の状況	15
（3）医療の状況	17
（4）健診の状況	21
2 健診・医療・介護データの分析から明らかとなった健康課題	27
第4章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標とその取組	28
1 計画全体の目的	28
2 目的を達成するための目標、評価指標の設定	28
第5章 課題を解決するための個別の保健事業	29
1 個別保健事業の方向性	29
（1）優先的に実施する事業	29
（2）個別保健事業の評価指標、目標値の設定	29
（3）事業の実施スケジュール	29
2 糖尿病性腎症重症化予防	29
（1）目的、基本的考え方	29
（2）対象者及び優先順位の考え方	31
（3）保健指導の実施	32
（4）評価	33
（5）実施期間及びスケジュール	33
3 虚血性心疾患重症化予防	33
（1）目的、基本的な考え方	33
（2）対象者及び優先順位の考え方	34
（3）保健指導の実施	36
（4）評価	36

(5) 実施期間及びスケジュール	36
4 脳血管疾患重症化予防	36
(1) 目的、基本的な考え方	36
(2) 対象者と優先順位の考え方	37
(3) 保健指導の実施	39
(4) 評価	39
(5) 実施期間及びスケジュール	39
5 軽度高血糖者に対する二次健診と保健指導	40
(1) 目的、基本的考え方	40
(2) 対象者及び優先順位の考え方	40
(3) 保健指導の実施	41
(4) 評価	42
(5) 実施期間及びスケジュール	42
6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	42
(1) 目的、基本的な考え方	42
(2) 事業内容	42
(3) 対象者と優先順位の考え方	44
(4) 保健指導の実施	44
7 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ	45
(1) 妊娠中、子どもの頃からの肥満、生活習慣病予防	45
(2) ポピュレーションアプローチ	45
第6章 特定健診・特定保健指導	47
1 目標値の設定	47
2 対象者数の見込み	47
3 特定健診の実施	47
(1) 実施方法、実施場所、契約形態	47
(2) 実施項目	47
(3) 実施時期	48
(4) 医療機関、事業主との連携	49
(5) 代行機関	49
(6) 健診の案内方法・健診実施スケジュール	49
4 特定保健指導の実施	49
(1) 実施体制、方法	49
(2) 健診から保健指導実施の流れ	49
(3) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法	51
5 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	51
6 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間	51
第7章 計画の評価・見直し	52
1 個別保健事業の評価・見直し	52
2 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し	52
第8章 計画の公表・周知	52
第9章 個人情報への取扱い	52

第10章 地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項	53
第11章 その他	53
別紙1 能登町 健診・保健指導の実践計画	
別紙2 第3期データヘルス計画目標管理一覧	

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 計画の趣旨

平成25年6月に閣議決定された「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分析、それに基づく加入者の健康保持のための事業計画として「保健事業実施計画（以下「データヘルス計画」という）」の作成・公表・事業実施、評価の取組等を求めるとともに、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。

平成26年3月、国民健康保険法に基づく「保健事業の実施に関する指針」（以下「指針」という。）が改正され、市町村等は健康・医療情報等を活用して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ための保健事業の実施計画を策定したうえで、保健事業の実施・評価を行うこととされた。

本町では、国の指針に基づき、被保険者の健康増進を図り、もって医療費の適正化及び国保の財政基盤強化を図ることを目的に、平成27年度に第1期データヘルス計画を策定し、平成30年度には第2期データヘルス計画、令和元年度はその中間評価・見直しを行うなど計画に基づく保健事業の実施に取り組んできた。

今般、第2期計画が令和5年度末で終期となることから、これまでの取り組みを評価、見直しを行い、新たに「第3期データヘルス計画」を策定するものである。

なお、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に基づく特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」という。）の実施に当たっては、「特定健康診査等基本指針」に即して「特定健康診査等実施計画」を定め、実施することとされており、特定健診・特定保健指導は国保保健事業の中核をなすものであることから、「特定健康診査等実施計画」とデータヘルス計画を一体的に作成するものである。

2 計画の位置づけ、基本的考え方

本計画は、国保法（第82条第11項）の指針に基づく「保健事業実施計画（データヘルス計画）」、及び高確法（第19条）に基づく「特定健診等実施計画」である。

本計画は、健康増進法に基づく「国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（以下「健康増進の基本指針」という。）をふまえ、「能登町健康づくり計画」や「能登町介護保険事業計画」と整合性を図るものである。

また、石川県の医療費適正化計画、健康増進計画等との調和に留意する。（図表1-1）

計画の策定、実施にあたっては、生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するための基本的考え方として示されている「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づきデータ分析、健康課題の抽出、実施、評価を行う。（図表1-2、1-3）

標準的な健診・保健指導プログラムでは、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としており、具体的な疾患として図表1-1に示されている。

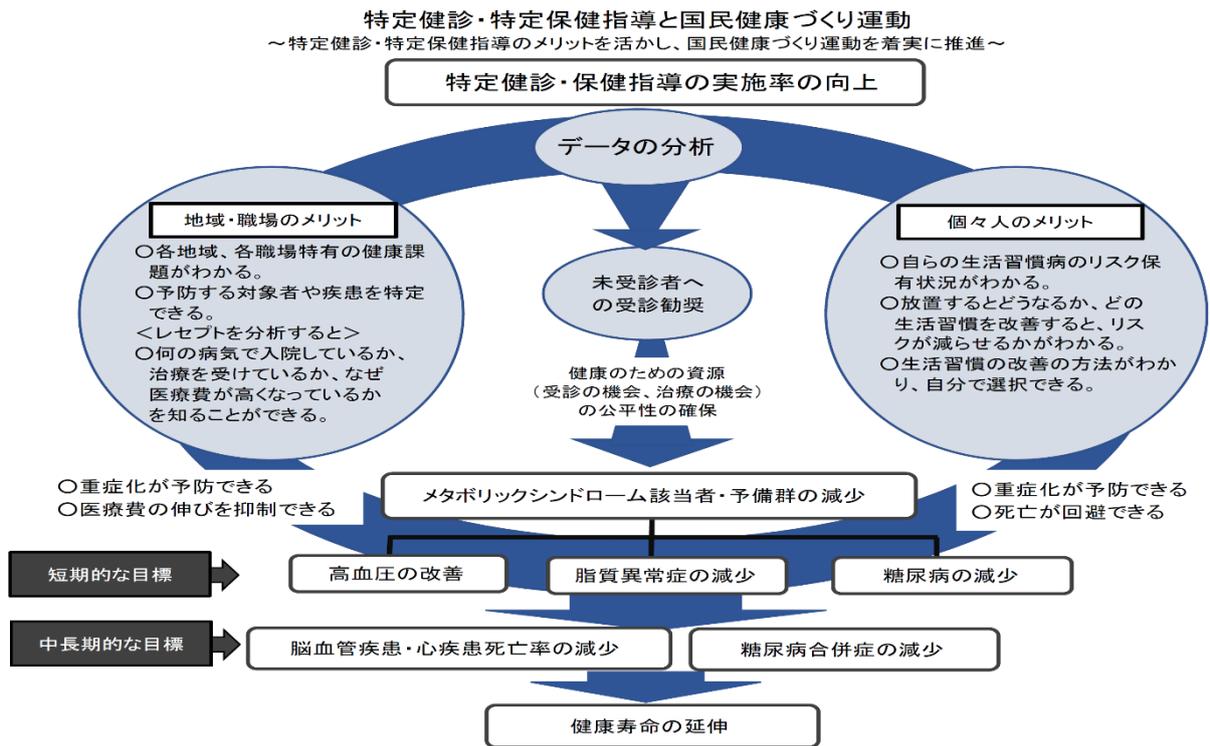
計画の位置づけ

【図表1-1】 計画の位置づけ

健康増進計画 健康増進法 第8条、第9条 第6条<健康増進事業実施者>		データヘルス計画 (保健事業実施計画) 国民健康保険法 健康保険法、高福祉法 第82条、第150条、第125条 「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」 令和2年3月改正		特定健康診査等実施計画 高齢者の医療の確保に関する法律 第19条 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針 令和5年3月改正		医療費適正化計画 高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 医療費適正化に関する施策 について基本指針 令和5年改正予定		介護保険事業(支援)計画 介護保険法 第116条、第117条、第118条 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針 令和5年改正予定	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条<健康増進事業実施者>	国民健康保険法 健康保険法、高福祉法 第82条、第150条、第125条 「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」 令和2年3月改正	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針 令和5年3月改正	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条 医療費適正化に関する施策 について基本指針 令和5年改正予定	介護保険法 第116条、第117条、第118条 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針 令和5年改正予定	健康増進計画	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	介護保険事業(支援)計画
基本的な指針	国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針 令和5年4月改正	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 令和2年3月改正	特定健康診査等実施計画 令和5年3月改正	医療費適正化計画 令和5年改正予定	介護保険事業(支援)計画 令和5年改正予定	健康増進計画	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	介護保険事業(支援)計画
期間	令和16～17年(12年)2024年～2035年	令和16～11年(6年) 2024～2029年	令和16～11年(6年) 2024～2029年	令和16～11年(6年) 2024～2029年	令和16～8年(3年) 2024～2026年	健康増進計画	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	介護保険事業(支援)計画
計画策定者	都道府県: 義務、市町村: 努力義務	医療保険者	医療保険者: 義務	医療保険者: 義務	都道府県: 義務	健康増進計画	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	介護保険事業(支援)計画
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現を目指し国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者全員 特に高齢者割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年層・若年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	特定健康診査等実施計画 40歳～74歳	特定健康診査等実施計画 40歳～74歳	特定健康診査等実施計画	健康増進計画	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	介護保険事業(支援)計画
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(乳幼児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年層・若年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりにも配慮	特定健康診査等実施計画 40歳～74歳	特定健康診査等実施計画 40歳～74歳	特定健康診査等実施計画	健康増進計画	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	介護保険事業(支援)計画
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患※1 脳血管疾患※2	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	健康増進計画	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	介護保険事業(支援)計画
評価	慢性閉塞性肺疾患(COPD)が 人 ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD)が 人 ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD)が 人 ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD)が 人 ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD)が 人 ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)	健康増進計画	特定健康診査等実施計画	医療費適正化計画	介護保険事業(支援)計画
評価	51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に関する目標 1 生活習慣の改善 2 生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防 3 生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1 社会とのつながり・心の健康の維持・向上 2 自然に囲まれられる環境づくり 3 誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備 ○ライフコース 1 こども、2 高齢者、3 女性	① 事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ② 個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい指標例 アウトカム:メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8%以上者の割合 アウトプット: 特定健診実施率 特定保健指導実施率	① 特定健診受診率 ② 特定保健指導実施率 ③ メタボリック該当者・予備群の減少	【入居医療費】 -医療計画(地域医療構想)に基づく 病床機能の分化・連携推進 【外来医療費】 ① 特定健診・保健指導の推進 ② 糖尿病の重症化予防 ③ 後発医薬品の使用促進 ④ 医薬品の適正使用	① PDCAサイクルの活用による保険者機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ② 自立支援、重症化防止等 (在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③ 介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、人材の確保)				

※1 虚血性心疾患とは、心臓の血管が細くったり詰まって起こる胸痛で、心筋梗塞や狭心症を指す
※2 脳血管疾患とは脳梗塞や脳出血、くも膜下出血などを指す

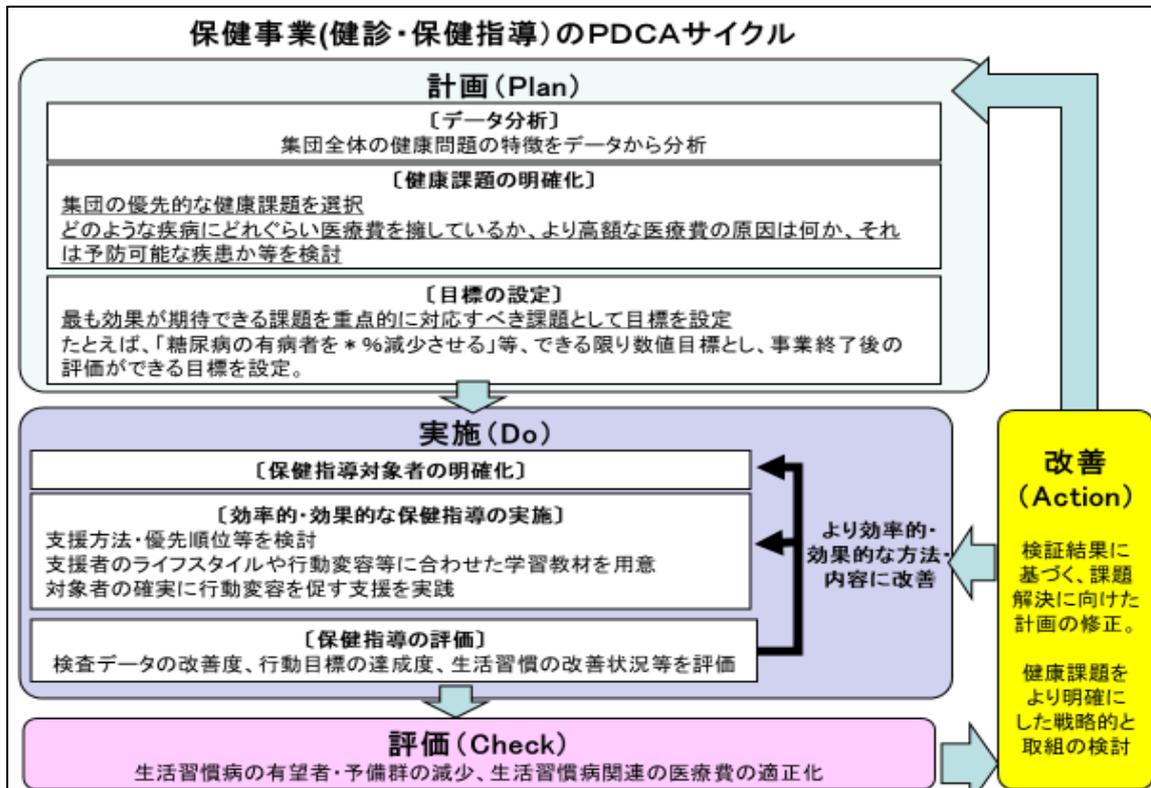
【図表 1 - 2】 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



標準的な健診・保健指導プログラム令和6年度版 図1より（一部改変）

特定健診・特定保健指導を中心に健康増進法的生活習慣病対策を推進するための健診・保健指導の基本的考え方等を示したもの。

【図表 1 - 3】



【図表 1 - 4】

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための
健診・保健指導の基本的な考え方について

標準的な健診・保健指導プログラム（改変）

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析（生活習慣病に関するガイドライン）</p> <p>→</p> <p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット（事業実施量）評価 実施回数や参加人数		アウトカム（結果）評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者	

3 計画期間

計画期間は、能登町健康づくり計画、石川県医療費適正化計画等との整合性を図る観点から、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

4 実施体制及び関係機関との連携

(1) 庁内の実施体制

計画の策定は、国保運営を担う健康福祉課医療係が主体となるが、住民の健康の保持増進を担う健康推進係の保健師、管理栄養士等の専門職と十分に連携して策定を行う。また、国保加入者の高齢化を踏まえ、後期高齢者医療担当や介護保険担当、地域包括ケア担当とも連携を図る。

また、計画期間を通じPDC Aサイクルに沿った確実な計画運営ができるよう、事業担当者と専門職の業務の明確化、標準化を行い、担当者が異動する際には、経過等を含め確実に引継ぎを行う体制を整える。

さらに、本町は海岸地域、山間地域があり、地域により被保険者の特性が異なることから、業務担当制と地区担当制を併用し事業を実施する。

(2) 関係機関等との連携

計画の実効性を高めるためには計画から評価までの一連のプロセスにおいて、能登北部医師会、公立宇出津総合病院や地区組織等の協力、連携が重要となることから、これら関係者が参画する「国保運営協議会」において計画の策定について協議するとともに、毎年度、事業の進捗の報告を行う。

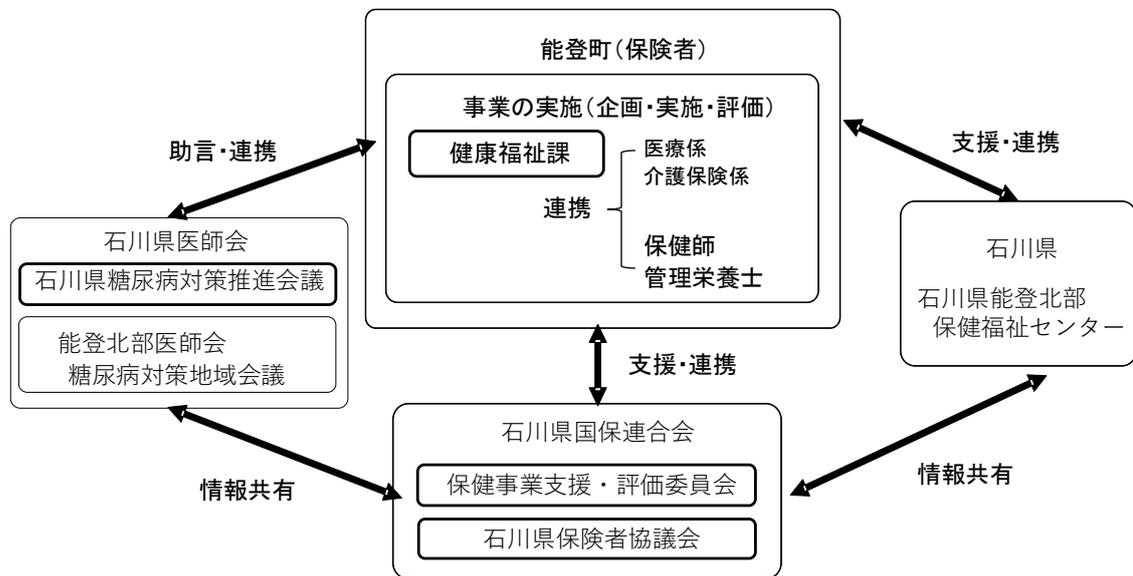
高齢者の保健事業の実施にあたっては、「保健事業と介護予防の一体的実施」を踏まえた取組が必要であることから、石川県後期高齢者広域連合との連携した取り組みを行う。

また、保健医療の専門機関である石川県能登北部保健福祉センターや石川県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)及び国保連合会が設置する保健事業支援・評価委員会等から助言・支援を受けて計画の策定、実施、評価を行う。

(3) 被保険者の役割、地区組織等との連携

計画は被保険者の健康の保持増進が目的であり、その実効性を高めるためには、被保険者自身が健康な生活習慣の重要性に理解を深め、自らの健康状態を自覚し、主体的、積極的に取り組むことが重要である。そのため、被保険者の参画する「国保運営協議会」等において計画の内容や進捗について説明し、意見交換等を行う。

【図表 1 - 5】 実施体制、関係機関との連携



【図表 1 - 6】 国保事務・保健事業の実施体制と主な事業の分担

	業 務	事務職員	保健師 管理栄養士	嘱託等
国保事務	レセプト点検・支払い 保険料請求 等	○		○
特定健診	受診券発行	○		
	未受診者通知	○		
	未受診者電話勧奨等	○	○	○
保健指導	健診結果整理、台帳管理		○	○
	特定保健指導		○	
	重症化予防		○	
健康教育・健康相談			○	
医療費適正化	ジェネリック差額通知 重複服薬等通知、指導	○	○	○

5 保険者努力支援制度

保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として、平成30年度より本格実施されている。(図表1-7)

交付金は保健事業として活用できるほか、医療給付費に充当でき、結果として住民の保険料軽減、国保財政の安定化に寄与することから、努力支援制度の評価指標を視野に入れた取り組みを進める。特に、配点が高い後発医薬品の使用割合を高めるため、後発医薬品の促進の取組を検討していく。

【図表1-7】

努力支援制度（市町村分）		R4年度		R5年度		
交付総額（円）		9,181,000		9,676,000		
一人当たり交付額（円）		2,405		2,648		
評価指標		配点	得点	配点	得点	
共通の指標	(1)	①特定健診受診率	70	75	70	75
		②特定保健指導実施率	70		70	
		③メタリックシート・ロム該当者及び予備軍の減少率	50		50	
	(2)	①がん検診受診率	40	55	40	60
		②歯科健診受診率	30		35	
	(3)	発症予防・重症化予防の取組	120	120	100	100
	(4)	①個人へのインセンティブ提供	45	60	45	65
		②個人への分かりやすい情報提供	15		20	
	(5)	重複・多剤投与者に対する取組	50	50	50	50
	(6)	①後発医薬品の促進の取組	130	10	130	10
		②後発医薬品の使用割合				
	固有の指標	(1)	収納率向上	100	85	100
(2)		データヘルス計画の実施状況	30	30	25	25
(3)		医療費通知の取組	20	20	15	15
(4)		地域包括ケア推進・一体的実施	40	20	40	20
(5)		第三者求償の取組	50	38	50	50
(6)		適正かつ健全な事業運営の実施状況	100	73	100	79
合計点		960	636	940	649	

第2章 現状の整理

1 保険者の特性

町の人口は15,449人で、減少傾向にある。65歳以上の人口割合は年々増加し49.8%と県、国と比較しても高齢化が進んでいる。(R5.4月現在)

産業構成比は、第一次産業（農林水産業）が16.9%と、県、国と比べての高いものの、年次推移では、第一次産業の構成比が縮小し、第三次産業が拡大した。

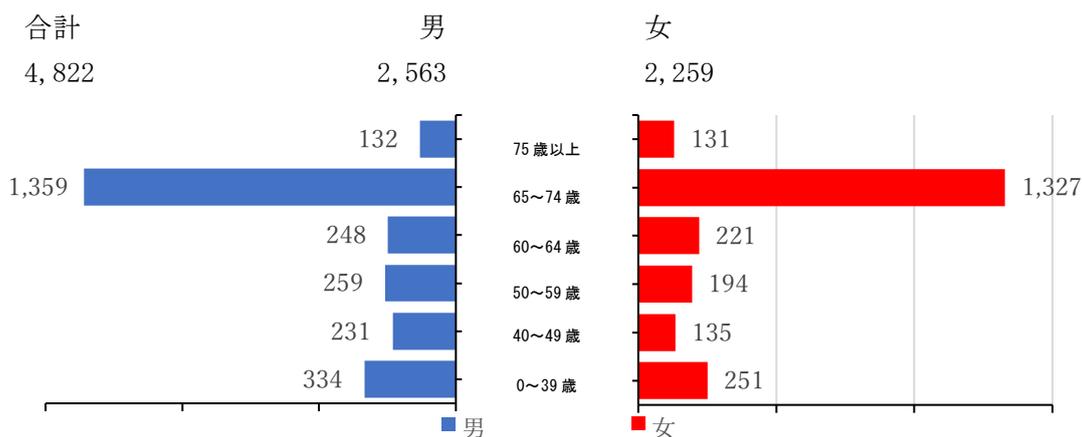
国保の加入率は23.1%と、被用者保険の拡大など国の制度改正、町の人口減少もあり、平成28年度より減少している。国保加入者における65歳以上の割合は60%を超え、県、国と比較すると高い値となっている。医療機関数、病床数の割合が増加し、県、国と比較し診療所数、医師数は少なく、外来、入院患者数は多い。

【図表2-1】保険者の特性

項目		能登町				同規模平均		県		国	
		H28		R03		R03		R03		R03	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
人口構成	総人口	19,355		17,568		2,016,926		1,138,038		125,640,987	
	65歳以上(高齢化率)	7,775	40.2	8,024	45.7	649,491	32.2	317,151	27.9	33,465,441	26.6
	75歳以上	4,507	23.3	4,503	25.6	--	--	151,200	13.3	16,125,763	12.8
	65~74歳	3,268	16.9	3,521	20.0	--	--	165,951	14.6	17,339,678	13.8
	40~64歳	6,816	35.2	5,536	31.5	--	--	373,641	32.8	42,295,574	33.7
	39歳以下	4,764	24.6	4,008	22.8	--	--	447,246	39.3	49,879,972	39.7
産業構成	第1次産業	17.8		16.9		11.3		3.1		4.0	
	第2次産業	23.5		22.3		26.8		28.5		25.0	
	第3次産業	58.7		60.8		61.8		68.3		71.0	
平均寿命	男性	78.7		79.6		80.5		81.1		80.8	
	女性	86.0		86.8		86.9		87.3		87.0	
平均自立期間 (要介護以上)	男性	78.0		79.3		79.3		80.3		79.9	
	女性	83.7		83.1		83.9		84.4		84.2	
国保の状況	被保険者数	4,941		4,060		468,113		213,759		28,705,575	
	65~74歳	2,606	52.7	2,488	61.3			107,712	50.4	11,915,484	41.5
	40~64歳	1,569	31.8	1,111	27.4			64,457	30.2	9,364,369	32.6
	39歳以下	766	15.5	461	11.4			41,590	19.5	7,425,722	25.9
	加入率	25.5		23.1		23.2		18.8		22.9	
医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.4	2	0.5	155	0.3	94	0.4	8,299	0.3
	診療所数	11	2.2	10	2.5	1,239	2.6	872	4.1	102,602	3.6
	病床数	300	60.7	280	69.0	21,079	45.0	17,410	81.4	1,529,160	53.3
	医師数	26	5.3	25	6.2	2,971	6.3	3,430	16.0	327,196	11.4
	外来患者数	704.0		734.2		700.7		692.0		671.5	
	入院患者数	29.5		27.2		22.1		24.7		17.9	

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

【図表 2 - 2】 性・年齢階級別被保険者数（令和 3 年度の 3 月末時点の年齢）



資料：DHP（KDB突合分析画面）

【図表 2 - 3】 人口に対する国保加入者割合

年齢区分	加入率
65 - 74 歳	76.8%
40 - 64 歳	28.4%
39 歳以下	16.7%

資料：DHP（KDB突合分析画面）

2 第 2 期計画の取組状況及び評価

(1) 保健事業の実施状況

これまでの主な取り組みは図表 2 - 4 ①、②のとおりである。特定健診の結果から発症予防、重症化予防対象者を抽出し、個別及び集団での保健指導を重点的に実施した。第 2 期計画では、糖尿病等重症化予防対策を重点事業とし、精密検査依頼書を利用した医療連携が定着してきた。本町は糖尿病治療中で血糖コントロール不良者の増加があるため、今後も血糖管理が不十分な方に対しては、かかりつけ医と連携した取り組みを実施する必要がある。

【表2-4】 これまでの主な取り組み①

これまでの主な取り組み①

区分	事業名	事業の概要	対象者	実施方法等	実績(R3年度)	
					実施状況	成果・課題等
健康診査	特定健診	40～74歳 自己負担500円 (特定年齢自己負担無料：国保加入者年度末年齢41・51・61・71歳)	40～74歳	集団健診 R3年度：16回	510人 (受診者の約4割)	40～50歳代の受診率が低い R5年度はインターネットによる予約申し込みを可能とした
	若年(19～39歳)健診	19～39歳 自己負担500円	国民健康保険加入の19～39歳の方	指定医療機関 R3年度：13病院1 診療所	579人 (受診者の約4割)	受診者の割合が増加した
	人間ドック	人間ドックに係る費用のうち割を助成(上限5万円)	①国民健康保険加入の30～74歳の方 ②同じ年度に町の特定健診を受けていない方、受けない方	集団健診 指定医療機関	集団：7人 医療機関：7人	受診率は低い
	未受診者への個別受診勧奨	地区担当(保健師、管理栄養士等)による受診勧奨	40～74歳	電話等で受診勧奨を実施	58人 (うち39歳以下1人)	助成を受ける方から全員データを受領できるようになった R5年度から助成手続同時に保健指導を実施している
未受診者対策等	事業者や個人のかかりつけ医からのデータ受領	事業者健診を受けた方のリスト作成、データ収集	40～74歳	事業者へ協力依頼	114人 (受診者の1割弱)	データ入手を時期を早期にし、保健指導に繋げる
	かかりつけ医からのデータ受領	医療情報提供対象者への案内、医療機関への依頼(県内同意医療機関)	40～74歳	医療機関への協力依頼	145人 (受診者の約1割)	人数割合とともに減少あり
保健指導	健診結果説明会	健診受診者を対象に健診結果のデータの説明と生活との関連等について個別保健指導を実施	住民であり希望者	特定健診会場にて参加の確認または電話予約	134人 (国保加入者)	個別指導が必要で関わりたい方の参加は少ない
	特定保健指導	特定健診後の保健指導対象者(動機づけ支援、積極的支援者)への保健指導	40～74歳	特定健診を受けた方から対象者を抽出し保健指導を実施	積極的支援：7人 動機づけ支援担当：2人 動機づけ支援：48人	積極的支援での継続的な支援、評価・終了までが難しい 初回面接の実施を継続していく
	重症化予防の保健指導	血圧、LDLコレステロール値が受診勧奨値(未治療者)以上の方に精検票を発行し、受診を促す。受診後、医師から町への指導依頼があれば保健指導を実施。	血圧、LDLコレステロール値受診勧奨値以上の方	対象者に精検票の発行、保健指導の実施	血圧：32人 LDL：21人	対象者すべての方に精検票の発行または受診の確認ができていない
	糖尿病等重症化予防の保健指導	①糖尿病未治療者で受診勧奨値以上(HbA1c6.5、空腹時血糖126以上)の方に対し、精検票を発行し、受診を促す。②糖尿病治療者でコントロール不良者(HbA1c8.0以上)に対し、精検票を発行する。①と②の対象者に対し、受診後、医師から町への指導依頼があれば保健指導を実施。	①糖尿病未治療者で受診勧奨値以上の方 ②糖尿病治療者で血糖コントロール不良者	対象者に精検票の発行、保健指導の実施	①：44人 ②：3人	HbA1c8.0以上の糖尿病治療者の医療連携での関わりは定着してきたが、血糖コントロール不良者が増加してきている
保健指導	糖尿病等重症化予防栄養改善事業	医療機関(町内開業医)通院中であり糖尿病診断がある方への栄養指導 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、かかりつけ医の指示による栄養指導を公立宇出津総合病院管理栄養士と関係機関が連携して栄養指導等を実施	町内医療機関の患者で次のいずれかに該当するもの及びその家族等 ①糖尿病患者で糖尿病性腎症の病期第2～4期に該当する方 ②生活習慣病で通院する患者で慢性腎臓病(CKD)に該当する方 ③糖尿病患者でかかりつけ医が栄養指導を必要と判断した方	公立宇出津総合病院に委託	3人	町内医療機関からの指導依頼件数が少なく、栄養指導が必要な方に関わることできていない
	二次健診	①頸動脈エコー検査 ②血圧脈波検査 ③75g糖負荷試験 ④尿中アルブミン検査 検査実施後地区担当による結果説明と保健指導を実施 ①75g糖負荷試験 ②尿中アルブミン検査 検査実施後地区担当による結果説明と保健指導を実施	国民健康保険加入の特定保健指導対象者 国民健康保険加入の血糖有所見者(HbA1c5.6～6.4で糖尿病未治療者)であり69歳以下の方	公立宇出津総合病院に検査依頼	5人 3人	検査が必要と思われる方への積極的な声掛けができていない

【図表 2-4】 これまでの主な取り組み②

これまでの主な取り組み②

区分	事業名	事業の概要	対象者	実施方法等	実績(R3年度)	
					実施状況	成果・課題等
集団健康教育	ヘルスアップ食講 座	食生活改善に向けた食事の教室の実施 ①生活習慣病発症・重症化予防のための講話・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 ・個々にあったご飯量と食品の適量について学ぶ ②糖尿病発症・重症化予防のための講話・運動の実践	住民であり希望者	結果説明会または 電話等にて申し込み	コンセールのと 年2回(※コロナ感染症 拡大の為1回中止) ①4人 ②6人	教室参加者の満足度は高いが参加人数は少ない
	ヘルスアップ運動 講座	健康運動指導士による集団運動指導の実施 ①生活習慣病予防のための運動(ウォーキング、筋力、ストレッチ等)の実践	住民であり希望者	結果説明会または 電話等にて申し込み	コンセールのと 1コース7回(1回/2週 間の実施) 10人(実入教)	40～65歳の参加が少ない 1コース7回の見直し、夜間と昼の部を計画し実施している
	ヘルスアップ運動 事業	なごみ(運動施設)での運動器具を利用した運動の実施 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(ツールや器具、教室等の利用)	国民健康保険加入の ①特定保健指導対象者 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	結果説明会または 電話等にて申し込み	なごみ 3か月 0人	新型コロナ感染症拡大のため積極的な勧誘はしなかった
個別健康教育	短期集中運動事 業	健康運動指導士による個別指導 ①体組成測定の実施と評価 ②①や健診結果をもとに、本人、町管理栄養士・保健師等と運動や食事への取り組み内容について検討し、実施計画書を作成③②の結果に基づいた運動プログラムの実施(健康運動指導士による個別指導)④自宅で行える運動プログラムの提案及び運動継続を促すためのメール等での支援	国民健康保険加入の 特定保健指導対象者で肥満(BMI25以上または腹囲男性85cm以上、女性90cm以上)のある者	結果説明会または 電話等にて申し込み	Body F 週2回×4週間 3人	個々の体力、生活環境に合った運動を健康運動指導士から学ぶことができていない メタが該当者であり、運動での体重減少、検査数値改善の可能性が高い対象者の参加が少ない
健康情報の発信	健康情報等の提供	特定健診情報の発信(健診ポスター作成・配布、有線CM放送、告知放送、有線7 チャンネル、ホームページ掲載)	住民	配布、放送、掲載		
	健康情報の発信	健康情報の発信(広報掲載・11月号には糖尿病に関する記事を掲載)	住民	掲載		
すこやかまちづくり事業	健診ポイント事業	集団の特定健診会場にて健診または検診を受けた方に対し、1健診(検診)50ポイントとして、ひまわりカードにポイント付与 貯まったポイントは商店連盟等が運営するポイントとして利用	特定健診・がん検診受診者	ポイントの付与		
	健診まる得券事業 (インセンティブ)	集団の特定健診会場にて健診または検診を受けた方に対し、1健診(検診)1枚健診まる得券の配布 健診まる得券協賛店へのまる得券協力依頼	特定健診・がん検診受診者	配布	利用枚数:2,855枚	
	健診まる得券事業	健診まる得券協賛店へのまる得券協力依頼	協賛店へ協力依頼			
	大腸がん検診への啓発事業	Wチャンス抽選会および発表 健診まる得券協賛店への大腸がん検診啓発設置	特定健診・がん検診受診者	9月、2月に抽選会を実施 協賛店へ協力依頼		

(2) 第2期目標の達成状況

第2期計画に掲げた数値目標の達成状況は、図表2-5のとおりである。

中長期目標である虚血性心疾患の総医療費に占める割合、糖尿病性腎症による新規透析患者数は減少したが、脳血管疾患は増加した。健診受診者の血糖異常者の割合や糖尿病未治療者を医療に結び付ける割合は令和3年度の目標を達成した。

短期目標であるメタボリックシンドローム該当者・予備群は増加傾向で、全国的にも悪化しており、取り組みの強化が求められている。

【図表2-5】第2期目標の達成状況

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			目標			現状の把握方法	他計画との整合性	
			初期値	中間評価	実績値	中間目標	目標値	最終評価値			
			H28	R1	R3	R1	R3	R5			
中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	1. 脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少(脳出血・脳梗塞)	1.5%	1.4%	2.2%	1.0%	1.0%	1.0%	KDBシステム	能登町第二次総合計画 能登町健康づくり計画	
		2. 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少(狭心症・心筋梗塞)	4.7%	3.6%	3.8%	4.0%	3.5%	3.5%			
		3. 糖尿病性腎症による透析導入数の減少	2人	3人	1人	2人	2人	2人			
アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	4. メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少	34.5%	37.6%	36.3%	32.0%	35.0%	33.0%	法定報告 KDBシステム 合算シート	能登町第二次総合計画 能登町健康づくり計画	
		5. 健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.2%	4.7%	5.1%		4.0%	3.0%			
		5-1 健診受診者の高血圧者で未治療者の割合減少	63.2%	55.4%	49.5%		35.0%	15.0%			
		6. 健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	1.4%	2.1%	2.0%		1.5%	0.9%			
		6-1 健診受診者の脂質異常者で未治療者の割合減少	91.3%	93.9%	88.0%		75.0%	55.0%			
		7. 健診受診者の血糖異常者の割合減少(HbA1c6.5以上)	10.6%	13.1%	9.9%		11.7%	10.5%			
		7-1 健診受診者の血糖異常者(HbA1c8.0)で未治療者の割合減少	33.3%	9.0%	20.0%		7.0%	5.0%			
		8. 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合60%以上	把握できず	45.5%	56.8%	46.0%	53.0%	60.0%			
		9. 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率25%	11.7%	21.5%	22.4%	16.0%	20.0%	25.0%			
短期目標	特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、メタボ該当者、重症化予防対象者を減らす	10. 特定健診受診率60%以上	42.8%	47.2%	40.0%	50.0%	55.0%	60.0%	特定健診・ 特定保健指導結果法定 報告(厚生労働省)	能登町第二次総合計画 能登町健康づくり計画	
		11. 特定保健指導実施率65%以上	59.1%	63.2%	46.0%	65.0%	65.0%	65.0%			
		12. 糖尿病の保健指導を実施した割合60%以上(HbA1c6.5以上)	32.6%	53.1%	48.8%	49.0%	56.0%	60.0%			
	アウトプット指標	がんの早期発見、早期治療	13-1 がん検診受診率(20~69歳) 胃がん検診 50%以上	9.0%	9.2%	9.7%	25.0%	25.0%	25.0%	地域保健報告等	能登町第二次総合計画 能登町健康づくり計画 保険者努力支援制度
			13-2 肺がん検診 50%以上	20.3%	16.9%	15.3%	25.0%	25.0%	25.0%		
			13-3 大腸がん検診 50%以上	13.9%	19.6%	16.0%	25.0%	30.0%	35.0%		
			13-4 子宮頸がん検診 50%以上	18.8%	24.0%	20.1%	25.0%	25.0%	25.0%		
			13-5 乳がん検診 50%以上	20.3%	28.0%	24.4%	25.0%	30.0%	35.0%		
			14. 5つのがん検診の平均受診率(20~69歳)	16.4%	19.5%	17.1%		23.0%	25.0%		
	糖尿病の重症化を予防する	16. 特定年齢(40.50.60.70歳)で歯周疾患検診を受ける人の割合		6.6% ※町では40.50.60歳を対象	14.0%		8.6%	11.0%	地域保健報告等	能登町第二次総合計画 能登町健康づくり計画 保険者努力支援制度	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減	17. 健診まる得券の利用率が48%以上(R5年事業の見直し)		36.5%	43.8%	44.9%	45.0%	45.0%	48.0%	すこやかまちづくり事業指標	保険者努力支援制度
18. 後発医薬品の使用割合80%以上 数量シェア集計表固保連作成から把握(年度末3月審査分を使用)			39.0%	77.2%	76.0%	70.0%	80.0%	80.0%	厚生労働省公表結果		

○ R3年度の目標を達成

第3章 健康・医療情報等の分析、健康課題の抽出

1 健康・医療情報の分析

(1) 平均寿命、死亡の状況

平均寿命、男性の平均自立期間は延伸したが、県に比べると平均寿命、平均自立期間ともに低くなっている。死亡の原因では、がん、心臓病、糖尿病による死亡割合が国、県に比べ高くなっている。

【図表3-1】平均寿命、死亡の状況

項目		能登町				同規模平均		県		国		
		H28		R03		R03		R03		R03		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
平均寿命	男性	78.7		79.6		80.5		81.1		80.8		
	女性	86.0		86.8		86.9		87.3		87.0		
平均自立期間 (要介護2以上)	男性	78.0		79.3		79.3		80.3		79.9		
	女性	83.7		83.1		83.9		84.4		84.2		
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	109.3		110.6		103.1		98.6		100	
		女性	109.5		103.0		101.1		98.2		100	
	死因	がん	104	47.1	112	54.1	7,388	47.3	3,525	49.7	376,305	50.2
		心臓病	69	31.2	59	28.5	4,636	29.7	1,995	28.2	207,607	27.7
		脳疾患	29	13.1	24	11.6	2,370	15.2	1,046	14.8	106,509	14.2
		糖尿病	4	1.8	4	1.9	275	1.8	126	1.8	13,841	1.8
		腎不全	7	3.2	5	2.4	616	3.9	234	3.3	26,633	3.5
		自殺	8	3.6	3	1.4	342	2.2	160	2.3	19,357	2.6

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

(2) 介護の状況

要介護認定率、一人あたり介護給付費が他地域に比べ低い。しかしながら認定者の内訳は、国や県と比べて要介護3以上が多く、1件あたり給付費は居宅・施設サービス共に高い。認定者の医療費は県より低く、認定されていない者の医療費は、国や県と比べ高い。

要介護認定者の疾病保有割合を見ると、軽度認定者では、40～64歳で脳血管疾患や腎不全等複数の疾病を併せ持っている。65～74歳は心不全が県より高く、75歳以上は心不全、認知症、虚血性心疾患が県より高い。重度認定者では、40～64歳ではすべて脳血管疾患を持っており、65歳以上では、心不全、虚血性心疾患、認知症が県より高くなっている。

【図表 3-2】介護データから見る地域の健康課題

項目		能登町				同規模平均		県		国		
		H28		R03		R03		R03		R03		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
介護保険	1号認定者数(認定率)	1,198	15.2	1,188	14.9	127,797	19.7	60,740	19.1	6,681,504	20.3	
	新規認定者	27	0.3	16	0.2	1,918	0.3	838	0.3	104,278	0.3	
	介護度別 総件数	要支援1.2	6,100	20.7	3,693	14.0	390,403	13.7	199,680	14.3	21,145,164	12.9
		要介護1.2	10,699	36.4	11,070	42.0	1,327,205	46.6	685,111	49.0	76,552,466	46.6
		要介護3以上	12,606	42.9	11,619	44.0	1,130,954	39.7	513,966	36.7	66,514,484	40.5
2号認定者	17	0.25	9	0.16	2,434	0.36	1,006	0.27	155,729	0.38		
介護給付費	1人当たり給付費/総給付費	295,992	23.01億	295,521	23.71億	313,086	2033.46億	313,050	992.84億	303,939	99682.12億	
	1件当たり給付費(全体)	78,264		89,882		71,386		70,980		60,703		
	居宅サービス	45,967		51,888		44,574		46,213		41,736		
	施設サービス	293,406		313,597		290,858		291,277		296,733		
医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)	認定あり	81,520	85,910	89,060	97,660	85,170					
	認定なし	49,200	49,210	42,250	45,530	40,000						

資料：令和4年度 県や市町の実態を見る基礎資料(石川県・石川県国保連合会)

【図表 3-3】要介護認定者の疾病保有割合(年齢階級、介護度別) 令和3年度

要介護認定者の疾病保有割合(年齢階級別、介護度別) ※65~74歳は国保と後期を合算した数

年齢		被保険者数 a	介護認定者 b															
			軽度認定者(要支援1・2、要介護1・2) c												骨折 j'		認知症 k'	
			脳血管疾患 f'		心不全 g'		虚血性心疾患 h'		腎不全 i'		骨折 j'		認知症 k'					
人	人	b/a(%)	人	c/a(%)	人	f'/c(%)	人	g'/c(%)	人	h'/c(%)	人	i'/c(%)	人	k'/c(%)	人	k'/c(%)		
40-64歳	石川県	72,941	638	0.87	384	0.53	206	53.6	117	30.5	75	19.5	96	25.0	55	14.3	36	9.4
	能登町	1,287	7	0.54	4	0.31	3	75.0	1	25.0	1	25.0	3	75.0	2	50.0	1	25.0
65-74歳	石川県	129,405	5,152	4.0	3,354	2.6	1,325	39.5	1,024	30.5	732	21.8	636	19.0	632	18.8	635	18.9
	能登町	3,076	89	2.9	43	1.4	13	30.2	26	60.5	13	30.2	9	20.9	9	20.9	7	16.3
75歳~	石川県	184,270	62,447	33.9	37,428	20.3	12,917	34.5	18,423	49.2	12,030	32.1	7,471	20.0	10,145	27.1	12,974	34.7
	能登町	4,656	1,288	27.7	651	14.0	218	33.5	416	63.9	227	34.9	147	22.6	194	29.8	337	51.8

年齢		被保険者数 a	介護認定者 b															
			重度認定者(要介護3・4・5) d												骨折 j'		認知症 k'	
			脳血管疾患 f'		心不全 g'		虚血性心疾患 h'		腎不全 i'		骨折 j'		認知症 k'					
人	人	b/a(%)	人	d/a(%)	人	f'/d(%)	人	g'/d(%)	人	h'/d(%)	人	i'/d(%)	人	k'/d(%)	人	k'/d(%)		
40-64歳	石川県	72,941	638	0.87	254	0.35	139	54.7	69	27.2	26	10.2	50	19.7	27	10.6	41	16.1
	能登町	1,287	7	0.54	3	0.23	3	100.0	2	66.7	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0
65-74歳	石川県	129,405	5,152	4.0	1,798	1.4	890	49.5	669	37.2	320	17.8	415	23.1	270	15.0	555	30.9
	能登町	3,076	89	2.9	46	1.5	16	34.8	19	41.3	9	19.6	9	19.6	4	8.7	17	37.0
75歳~	石川県	184,270	62,447	33.9	25,019	13.6	10,717	42.8	13,605	54.4	6,715	26.8	5,783	23.1	5,897	23.6	13,868	55.4
	能登町	4,656	1,288	27.7	637	13.7	223	35.0	419	65.8	198	31.1	145	22.8	152	23.9	415	65.1

資料：令和4年度 県や市町の実態を見る基礎資料(石川県・石川県国保連合会)

(3) 医療の状況

①医療費、地域差指数

国保の一人あたり医療費（計、入院、外来）は、国、県よりも高い状況が続いている。地域差指数でみると特に入院医療費が高いが、県内では17位と低くなっている。外来医療費は県内で2位と高い。

後期高齢の一人あたり医療費の計、入院は国、県よりも低く、外来は国、県と比較して高くなっている。地域差指数をみると、全て1未満と低くなっている。外来は県内では2位と高い。

生活習慣病に占める各疾患の割合をみると、がんが37.8%と最も高く、続いて筋・骨格、糖尿病の順で高くなっている。がんは同規模、県、国と比較しても高い割合となっているため、対策としては重要な疾患である。がんについては、能登町健康づくり計画で目標や対策について検討し、取り組んでいく。

【図表3-4】 一人あたり実績医療費及び地域指数の推移（入院・入院外別／国保・後期）

医療費の地域差分析（厚労省より）*一人あたり医療費は実績、地域差指数は全国を1として年齢調整

市町	年度	国保								
		計			入院			外来		
		一人あたり医療費	地域差指数	順位	一人あたり医療費	地域差指数	順位	一人あたり医療費	地域差指数	順位
国	H28	346,503	1.00		133,409	1.00		188,311	1.00	
	R02	363,629	1.00		144,100	1.00		194,370	1.00	
石川県	H28	394,704	1.08		174,530	1.25		198,155	1.00	
	R02	408,070	1.07		184,393	1.22		201,888	0.99	
能登町	H28	435,681	1.09	6	194,356	1.26	6	224,107	1.03	3
	R02	441,112	1.05	10	186,555	1.11	17	236,911	1.05	2

市町	年度	後期								
		計			入院			外来		
		一人あたり医療費	地域差指数	順位	一人あたり医療費	地域差指数	順位	一人あたり医療費	地域差指数	順位
国	H28	918,825	1.00		458,426	1.00		427,008	1.00	
	R02	900,574	1.00		457,921	1.00		408,599	1.00	
石川県	H28	973,030	1.04		542,837	1.15		407,342	0.94	
	R02	931,508	1.02		522,240	1.12		386,323	0.94	
能登町	H28	845,869	0.89	17	405,273	0.84	17	427,151	0.98	6
	R02	829,262	0.88	17	396,644	0.81	17	416,021	0.99	2

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

【図表3-5】 生活習慣病に占める各疾患の割合（令和3年度）

項目	能登町		同規模平均		県		国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
医療費分析 生活習慣病に 占める割合	がん	3.79億	37.8	31.3	33.0	31.5		
	慢性腎不全(透析あり)	0.43億	4.3	7.5	7.0	8.2		
	糖尿病	1.15億	11.4	11.0	9.9	10.5		
	高血圧症	0.62億	6.2	6.6	5.4	6.1		
	脂質異常症	0.64億	6.3	4.1	4.0	4.5		
最大医療資源 傷病名 (調剤含む)	脳梗塞・脳出血	0.22億	2.2	4.3	4.1	4.0		
	狭心症・心筋梗塞	0.38億	3.8	2.8	3.4	3.0		
	精神	1.07億	10.7	15.0	16.8	14.7		
	筋・骨格	1.61億	16.0	16.2	15.5	16.6		

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

②ターゲットとする生活習慣病の医療費

データヘルス計画でターゲットとしている疾患の医療費割合をみると、中長期的目標疾患では、慢性腎不全（透析有）、心疾患が平成28年度と比較すると下がってきているが、心疾患については国や県と比較すると高い状況である。脳血管疾患については、高くなっている。短期的目標疾患では、糖尿病が増加傾向であり、国、県と比較しても高い状況である。高血圧、脂質異常症については、減少傾向ではあるが国、県と比較すると高い状況である。

【図表3-6】中長期目標、短期目標疾患の医療費・治療の状況

市町		総医療費 百万円	総医療費 円	一人あたり医療費			中長期目標疾患								
				金額 円	H28比 伸率 %	順位		腎				脳		心	
						同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)		慢性腎不全 (透析無)		脳梗塞・脳出血		狭心症・心筋梗塞	
					位	位	円	%	円	%	円	%	円	%	
国	H28	9,731,974	97319.74億	292,260		--	--	15,813	5.41%	916	0.31%	6,479	2.22%	5,933	2.03%
	R03	9,471,058	94710.58億	324,465	1.11	--	--	14,161	4.36%	943	0.29%	6,839	2.11%	5,012	1.54%
県	H28	91,128	911.28億	351,954		--	--	15,199	4.32%	1,087	0.31%	8,120	2.31%	9,602	2.73%
	R03	84,447	844.47億	386,754	1.10	--	--	14,678	3.80%	878	0.23%	8,453	2.19%	7,153	1.85%
能登町	H28	2,014	20.14億	399,345		5位	2位	17,222	4.31%	435	0.11%	3,778	0.95%	11,265	2.82%
	R03	1,793	17.93億	434,666	1.09	9位	3位	10,435	2.40%	1,541	0.35%	5,432	1.25%	9,306	2.14%

市町		短期目標疾患						(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患				
		糖尿病		高血圧		脂質 異常症									
		円	%	円	%	円	%					円	%	円	%
国	H28	15,721	5.38%	13,832	4.73%	8,573	2.93%	67,267	23.0%	41,344	14.1%	27,299	9.3%	24,598	8.4%
	R03	17,954	5.53%	10,555	3.25%	7,670	2.36%	63,135	19.5%	54,046	16.7%	25,156	7.8%	28,474	8.8%
県	H28	19,050	5.41%	14,990	4.26%	9,780	2.78%	77,827	22.1%	55,052	15.6%	39,432	11.2%	29,821	8.5%
	R03	20,829	5.39%	11,331	2.93%	8,475	2.19%	71,796	18.6%	69,322	17.9%	35,341	9.1%	32,653	8.4%
能登町	H28	23,059	5.77%	20,489	5.13%	19,048	4.77%	95,294	23.9%	80,308	20.1%	35,769	9.0%	31,661	7.9%
	R03	27,786	6.39%	15,076	3.47%	15,425	3.55%	85,001	19.6%	91,928	21.1%	25,986	6.0%	38,929	9.0%

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

③高額となる医療費（ターゲットとする疾患のうち）

月80万円以上の高額となる医療費は虚血性心疾患が最も多く、次いで大動脈瘤および解離である。一人あたり費用額が高いのは、動脈瘤および解離である。

高額の中で最も人数が多かった虚血性心疾患発症例では、糖尿病や高血圧症、脂質異常症を併せ持つ人が多かった。なお、すでに重症化してからの国保加入者や加入後2年以内に発症の人も多く、国保だけでは限界があり、被用者保険との連携も課題である。

【図表3-7】月80万以上高額レセプト（令和3年度）

疾病名	レセ件数	人数	費用額	費用額/件	費用額/人
虚血性心疾患	15	11	27,383,120	1,825,541	2,489,375
脳梗塞	2	2	2,236,800	1,118,400	1,118,400
脳出血	1	1	891,700	891,700	891,700
くも膜下出血					
大動脈瘤および解離	3	3	8,147,270	2,715,757	2,715,757

資料：DHP（高額医療者集計リスト）

【図表3-8】高額のうち虚血性心疾患の11事例の状況

	総数	基礎疾患			
		糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症
人数(人)	11	7	11	11	2
割合(%)	100	63.6	100	100	18.2

資料：DHP（高額医療者集計リストから個人履歴）、KDB（5年履歴）

- ・ 疾病の状況
 - ・ 糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症の重なり 2人
 - ・ 糖尿病、高血圧症、脂質異常症の重なり 5人
 - ・ 高血圧症、脂質異常症の重なり 4人

- ・ 国保加入の経過
 - 重症化後に国保加入 3人
 - 国保加入2年以内に発症 3人
 - 国保加入5年以内に発症 1人
 - 国保加入10年以上で発症 4人

④長期に高額となる疾患 新規人工透析者の推移

データヘルス計画では、長期に高額な医療を必要とする新規人工透析の発症予防を目標としている。本町は糖尿病性腎症による新規透析導入者が令和3年度は1名だが年によりばらつきがあり、国、県との比較は難しい。今後も高齢化の進展により、後期高齢者の人工透析導入の増加が懸念されている。

【図表3-9】長期に高額となる疾患 新規人工透析者の推移

被保険者 制度	H28						R03						5年平均 (H29~R3)									
	①被保険者数		②人工透析導入者数				①被保険者数		②人工透析導入者数				①被保険者数		②人工透析導入者数							
			③新規人工透析導入者数		④糖尿病患者数				③新規人工透析導入者数		④糖尿病患者数				③新規人工透析導入者数		④糖尿病患者数					
			2/① 割合	③/① 割合	④/③ 割合	④/③ 割合			2/① 割合	③/① 割合	④/③ 割合	④/③ 割合			2/① 割合	③/① 割合	④/③ 割合	④/③ 割合				
石川県	国保	251,804	968	3.8%	114	0.5%	78	68%	213,759	916	4.3%	83	0.4%	60	72%	225,921	933	4.1%	97.8	0.4%	71.8	73%
	後期	161,546	1,632	10.1%	145	0.9%	92	63%	176,623	1,722	9.8%	134	0.8%	87	65%	171,629	1,719	10.0%	157.0	0.9%	104.6	67%
能登町	国保	4,941	21	4.3%	1	0.2%	1	100%	4,060	17	4.2%	3	0.7%	1	33%	4,286	19	4.4%	2.8	0.7%	1.6	57%
	後期	4,574	37	8.1%	1	0.2%	1	100%	3,862	23	6.0%	2	0.5%	2	100%	4,420	36	8.2%	2.2	0.5%	1.8	82%
全国	国保	29,794,893	119,622	4.0%	12,647	0.4%	8,449	67%	25,855,400	115,012	4.4%	10,889	0.4%	7,206	66%	27,291,610	116,636	4.3%	11,836	0.4%	7,879	67%
	後期	16,890,252	181,898	10.8%	17,727	1.0%	9,949	56%	18,589,637	202,902	10.9%	19,014	1.0%	10,938	58%	18,026,024	196,456	10.9%	19,327	1.1%	11,080	57%

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

⑤脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の新規状況とその基礎疾患

生活習慣病の重症化予防のターゲットとしている疾患について、新規発症患者数及び基礎疾患の状況を見ると、虚血性心疾患が最も多く、次いで糖尿病性腎症である。

これらの疾患の新規患者割合では、県に比べ虚血性心疾患、糖尿病性腎症が多くなっている。虚血性心疾患の基礎疾患では糖尿病、高血圧症、脂質異常症の割合が高くリスクの重なりに注目した保健指導も重要となる。

【図表3-10】脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の新規状況とその基礎疾患新規患者集計リスト

生活習慣病重症化疾患				基礎疾患							
疾病名		人数	割合/被保数	糖尿病		高血圧症		脂質異常症		高尿酸血症(痛風含む)	
				人数	保有割合	人数	保有割合	人数	保有割合	人数	保有割合
脳梗塞	石川県	2,564	1.04	1,108	43.2	1,787	69.7	347	13.5	1,345	52.5
	能登町	52	1.08	25	48.1	36	69.2	21	40.4	7	13.5
脳出血	石川県	485	0.20	152	31.3	380	78.4	151	31.1	53	10.9
	能登町	10	0.21	4	40.0	10	100.0	4	40.0	2	20.0
虚血性心疾患	石川県	4,728	1.92	2,532	53.6	3,336	70.6	3,023	63.9	685	14.5
	能登町	105	2.17	62	59.0	80	76.2	78	74.3	16	15.2
糖尿病性腎症	石川県	782	0.32	782	100.0	564	72.1	512	65.5	137	17.5
	能登町	57	1.18	57	100.0	42	73.7	43	75.4	9	15.8
人工透析(全て)	石川県	87	0.04	56	64.4	79	90.8	45	51.7	53	60.9
	能登町	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
人工透析(糖尿病性腎症)	石川県	33	0.01	31	93.9	30	90.9	21	63.6	16	48.5
	能登町	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

資料：DHP（新規患者リスト）

(4) 健診の状況

① 特定健診・特定保健指導実施状況（法定報告）

健診受診率は、コロナ禍の影響により平成28年度に比べ令和3年度は県、町ともに低下した。年齢階級別では年代が高くなるほど受診率が高く、65歳以上の方は町平均受診率40%を上回っているが、40歳代では20%未満という状況である。事業主とかかりつけ医からデータ受領により特定健診受診とみなす者の割合は、県より高く、事業の継続、発展が受診率向上のため必要である。また、体の状態が全くわからない健診未受診者で医療機関にも受診していない人が432人（13.6%）となっている。

【図表3-1-1】性年齢階級別受診率

県	県(市町計)																					合計			
	40~44歳			45~49歳			50~54歳			55~59歳			60~64歳			65~69歳			70~74歳			合計			
	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)																						
総数	H28	10,972	2,472	22.5	11,004	2,785	25.3	9,755	2,673	27.4	12,214	4,082	33.4	23,702	9,976	42.1	58,891	29,819	50.6	52,564	28,894	55.0	179,102	80,701	45.1
	R03	7,725	1,648	21.3	10,248	2,416	23.6	10,351	2,752	26.6	9,848	2,950	30.0	16,323	6,204	38.0	35,181	16,474	46.8	65,589	32,792	50.0	155,265	65,236	42.0
男性	H28	6,039	1,142	18.9	6,020	1,378	22.9	5,108	1,191	23.3	5,883	1,668	28.4	9,865	3,402	34.5	26,453	12,136	45.9	24,311	12,518	51.5	83,679	33,435	40.0
	R03	4,283	794	18.5	5,636	1,192	21.1	5,581	1,290	23.1	4,919	1,249	25.4	6,906	2,231	32.3	15,259	6,412	42.0	29,636	13,859	46.8	72,220	27,027	37.4
女性	H28	4,933	1,330	27.0	4,984	1,407	28.2	4,647	1,482	31.9	6,331	2,414	38.1	13,837	6,574	47.5	32,438	17,683	54.5	28,253	16,376	58.0	95,423	47,266	49.5
	R03	3,442	854	24.8	4,612	1,224	26.5	4,770	1,462	30.6	4,929	1,701	34.5	9,417	3,973	42.2	19,922	10,062	50.5	35,953	18,933	52.7	83,045	38,209	46.0

能登町	能登町																					合計			
	40~44歳			45~49歳			50~54歳			55~59歳			60~64歳			65~69歳			70~74歳			合計			
	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)																						
総数	H28	149	22	14.8	136	42	30.9	156	40	25.6	255	77	30.2	616	237	38.5	1,321	605	45.8	1,132	590	52.1	3,765	1,613	42.8
	R03	107	18	16.8	128	22	17.2	144	35	24.3	165	42	25.5	328	128	39.0	874	388	44.4	1,429	636	44.5	3,175	1,269	40.0
男性	H28	90	12	13.3	77	23	29.9	96	19	19.8	137	35	25.5	294	95	32.3	649	277	42.7	509	237	46.6	1,852	698	37.7
	R03	71	9	12.7	80	15	18.8	79	20	25.3	95	18	18.9	154	52	33.8	426	169	39.7	697	296	42.5	1,602	579	36.1
女性	H28	59	10	16.9	59	19	32.2	60	21	35.0	118	42	35.6	322	142	44.1	672	328	48.8	623	353	56.7	1,913	915	47.8
	R03	36	9	25.0	48	7	14.6	65	15	23.1	70	24	34.3	174	76	43.7	448	219	48.9	732	340	46.4	1,573	690	43.9

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

【図表3-1-2】受診者のうち継続受診者割合（リピータ率）

	H28		R03	
	人	%	人	%
能登町	1,177	71.5	891	70.0
石川県	62,462	74.5	46,566	72.2

【図表3-1-3】かかりつけ医からのデータ受領

	R03				
	事業主		かかりつけ医		計 件
	件	%	件	%	
能登町	68	5.4	125	9.9	193
石川県	219	0.3	2,111	3.2	2,330

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

【図表3-14】未受診者のうち医療機関の受診の有無

	健診未受診で医療機関受診 (生活習慣病)あり		健診未受診かつ医療機関未受診	
	人	%	人	%
能登町	1,100	32.8	432	13.6
石川県	44,575	27.5	21,458	13.8

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

【図表3-15】特定保健指導実施率

市町	年度	健診受診率		保健指導実施率					
		合計		合計		男		女	
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
能登町	H28	1,613	110	59.1	61	51.3	49	73.1	
	R03	1,269	57	46.0	34	42.0	23	53.5	
県	H28	80,701	4,728	56.8	2,970	54.8	1,758	60.6	
	R03	65,236	3,086	46.0	1,950	44.7	1,136	48.5	

資料：法定報告

②メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボリックシンドローム該当者が増加し、国、県、同規模に比べ男女ともその割合は高くなっている。特に男性はメタボ該当者・予備群を合わせると5割を超えている。

リスクを合わせ持つ割合も高く、血糖・血圧・脂質異常の3つ重なっている人の割合は国、県、同規模に比べても高い。

また、メタボリックシンドロームに至っていないが腹囲が基準以上である人の割合が国、県、同規模に比べても高く、今後さらにメタボリックシンドロームの増加が危惧される。

【図表3-16】メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

項目		能登町				同規模平均		県		国			
		H28		R03		R03		R03		R03			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
特定健診の 状況	メタボ	該当者	385	23.8	336	26.5	29,602	21.2	15,147	22.9	1,431,674	20.3	
		男性	238	34.0	216	37.3	20,559	32.3	9,975	36.5	995,795	32.1	
		女性	147	16.1	120	17.4	9,043	11.9	5,172	13.3	435,879	11.0	
		予備群	172	10.7	124	9.8	16,100	11.5	7,170	10.8	803,204	11.4	
	県内市町数 20市町 (組合含む)	腹囲	男性	115	16.4	90	15.5	11,171	17.6	4,777	17.5	562,548	18.1
			女性	57	6.2	34	4.9	4,929	6.5	2,393	6.1	240,656	6.1
		メタボ 該当 ・予備 群レ ベル	総数	602	37.3	493	38.8	50,339	36.1	24,319	36.7	2,479,136	35.2
			男性	382	54.6	328	56.6	34,912	54.9	16,064	58.8	1,726,015	55.6
			女性	220	24.0	165	23.9	15,427	20.3	8,255	21.2	753,121	19.1
			総数	87	5.4	59	4.6	7,619	5.5	2,874	4.3	346,052	4.9
血糖のみ	10	0.6	10	0.8	965	0.7	418	0.6	45,983	0.7			
血圧のみ	123	7.6	79	6.2	11,551	8.3	4,820	7.3	568,607	8.1			
脂質のみ	39	2.4	35	2.8	3,584	2.6	1,932	2.9	188,614	2.7			
血糖・血圧	47	2.9	42	3.3	4,928	3.5	1,865	2.8	213,895	3.0			
血糖・脂質	19	1.2	18	1.4	1,459	1.0	811	1.2	71,986	1.0			
血圧・脂質	177	11.0	166	13.1	13,554	9.7	7,279	11.0	680,641	9.7			
血糖・血圧・脂質	142	8.8	110	8.7	9,661	6.9	5,192	7.8	465,152	6.6			

③各種検査項目の状況

血糖では、HbA1c6.5%以上の割合はやや減少し、県に比べて低い状況である。第2期データヘルス計画の目標値「HbA1c8.0%以上の割合の減少」は改善しているが、合併症のリスクが高くなるHbA1c7.0%以上の割合は増加している。HbA1c7.0%以上のうち、治療者が増加(31.8%)しており、血糖コントロールのために医療との連携が必要となってくる。またHbA1c5.6~6.4%の割合は県に比べて高く、耐糖能異常の段階での予防も必要である。

血圧は正常高値、Ⅱ、Ⅲ度の割合が増加したが、県に比べると全体的にやや低い状況にある。Ⅲ度高血圧の未治療者が1.3%(9人)おり、受診勧奨への保健指導が必要である。

LDLコレステロール140以上の割合はやや増加しているが、県に比べて低い値となっている。LDL180以上の割合も県より低いが、未治療が2.6%(22人)おり、LDLは単独で虚血性心疾患のリスクであるため、保健指導等が必要である。

【図表3-17】 特定健診における血糖(HbA1c)の状況

重症化予防対象者は減ってきているのでしょうか?(HbA1c)

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病						
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A		B		C		D		E		F		G		
能登町	H28	1,598	484	30.3%	640	40.1%	302	18.9%	112	7.0%	38	2.4%	22	1.4%
	R03	1,253	421	33.6%	483	38.5%	224	17.9%	69	5.5%	51	4.1%	5	0.4%
県	R03	64,902	25,370	39.1%	22,750	35.1%	9,593	14.8%	3,684	5.7%	2,645	4.1%	860	1.3%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲						
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病												
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
A		B		C		D		E		F		G		H		I				
治療中	能登町	H28	158	9.9%	3	1.9%	23	14.6%	41	25.9%	51	32.3%	26	16.5%	14	8.9%	29	18.4%	4	2.5%
		R03	145	11.6%	4	2.8%	13	9.0%	37	25.5%	45	31.0%	42	29.0%	4	2.8%	25	17.2%	4	2.8%
	県	R03	7,059	10.9%	147	2.1%	485	6.9%	1,681	23.8%	2,041	28.9%	2,054	29.1%	651	9.2%	1,541	21.8%	404	5.7%
治療なし	能登町	H28	1,440	90.1%	481	33.4%	617	42.8%	261	18.1%	61	4.2%	12	0.8%	8	0.6%	13	0.9%	6	0.4%
		R03	1,108	88.4%	417	37.6%	470	42.4%	187	16.9%	24	2.2%	9	0.8%	1	0.1%	2	0.2%	0	0.0%
	県	R03	57,843	89.1%	25,223	43.6%	22,265	38.5%	7,912	13.7%	1,643	2.8%	591	1.0%	209	0.4%	387	0.7%	157	0.3%

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲
					再)7.0以上	未治療	治療	
H28	1,598	484 30.3%	640 40.1%	302 18.9%	172	81	91	10.8%
					10.8%	47.1%	52.9%	
R03	1,253	421 33.6%	483 38.5%	224 17.9%	60	20	40	3.8%
					3.8%	33.3%	66.7%	
R03	1,253	421 33.6%	483 38.5%	224 17.9%	125	34	91	10.0%
					10.0%	27.2%	72.8%	
R03	1,253	421 33.6%	483 38.5%	224 17.9%	56	10	46	4.5%
					4.5%	17.9%	82.1%	

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料(石川県・石川県国保連合会)

【図表 3-18】 特定健診における血圧の状況

治療と未治療の状況

			血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
					正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A		
治療中	能登町	H28	755	46.8%	161	21.3%	171	22.6%	236	31.3%	162	21.5%	21	2.8%	4	0.5%
		R03	593	46.7%	123	20.7%	133	22.4%	185	31.2%	132	22.3%	16	2.7%	4	0.7%
	県	R03	25,947	39.8%	3,587	13.8%	5,118	19.7%	8,939	34.5%	6,870	26.5%	1,258	4.8%	175	0.7%
治療なし	能登町	H28	858	53.2%	314	36.6%	148	17.2%	207	24.1%	146	17.0%	34	4.0%	9	1.0%
		R03	676	53.3%	209	30.9%	152	22.5%	165	24.4%	105	15.5%	36	5.3%	9	1.3%
	県	R03	39,289	60.2%	12,041	30.6%	8,079	20.6%	10,404	26.5%	6,728	17.1%	1,679	4.3%	358	0.9%

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上			再掲		割合
					再)III度高血圧	未治療	治療	割合	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H28	1,613	794 49.2%	443 27.5%	308 19.1%	68	43	25	4.2%	63.2%	36.8%
					13 0.8%	9 69.2%	4 30.8%			
R03	1,269	617 48.6%	350 27.6%	237 18.7%	65	45	20	5.1%	69.2%	30.8%
					13 1.0%	9 69.2%	4 30.8%			

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

【図表 3-19】 特定健診における LDL コレステロールの状況

重症化予防対象者は減ってきているのでしょうか？(LDL)

LDL-Cの年次比較

			LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
					120未満		120~139		140~159		160~179		180以上	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
総数	能登町	H28	1,613	992	61.5%	342	21.2%	185	11.5%	71	4.4%	23	1.4%	
		R03	1,269	763	60.1%	283	22.3%	146	11.5%	52	4.1%	25	2.0%	
	県	R03	65,102	35,685	54.8%	15,543	23.9%	8,735	13.4%	3,579	5.5%	1,560	2.4%	
男性	能登町	H28	698	462	66.2%	146	20.9%	62	8.9%	21	3.0%	7	1.0%	
		R03	579	366	63.2%	129	22.3%	62	10.7%	17	2.9%	5	0.9%	
	県	R03	26,956	16,163	60.0%	5,977	22.2%	3,137	11.6%	1,188	4.4%	491	1.8%	
女性	能登町	H28	915	530	57.9%	196	21.4%	123	13.4%	50	5.5%	16	1.7%	
		R03	690	397	57.5%	154	22.3%	84	12.2%	35	5.1%	20	2.9%	
	県	R03	38,146	19,522	51.2%	9,566	25.1%	5,598	14.7%	2,391	6.3%	1,069	2.8%	

治療と未治療の状況

			LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
					120未満		120~139		140~159		160~179		180以上	
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	能登町	H28	508	31.5%	419	82.5%	59	11.6%	21	4.1%	7	1.4%	2	0.4%
		R03	434	34.2%	350	80.6%	54	12.4%	19	4.4%	8	1.8%	3	0.7%
	県	R03	21,160	63.3%	15,425	72.9%	3,872	18.3%	1,352	6.4%	354	1.7%	157	0.7%
治療なし	能登町	H28	1,105	68.5%	573	51.9%	283	25.6%	164	14.8%	64	5.8%	21	1.9%
		R03	835	65.8%	413	49.5%	229	27.4%	127	15.2%	44	5.3%	22	2.6%
	県	R03	43,942	131.4%	20,260	46.1%	11,671	26.6%	7,383	16.8%	3,225	7.3%	1,403	3.2%

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲
					再掲			
					再)180以上	未治療	治療	
H28	1,613	992 61.5%	342 21.2%	185 11.5%	94 5.8%	85 90.4%	9 9.6%	5.8%
					23 1.4%	21 91.3%	2 8.7%	1.4%
R03	1,269	763 60.1%	283 22.3%	146 11.5%	77 6.1%	66 85.7%	11 14.3%	6.1%
					25 2.0%	22 88.0%	3 12.0%	2.0%

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

④血糖（HbA1c）、血圧、LDLコレステロールと肥満度との関係

血糖（HbA1c）、血圧、LDLコレステロール値の異常者について、年齢階級別に肥満の状況を見ると40-64歳代では、いずれも肥満（BMI 25以上）の割合が増加しており、特に血糖は58.8%が肥満であった。

血糖、血圧等が高値となる背景や病態は多様であるが、内臓脂肪蓄積からのサイトカイン異常、インスリン抵抗性増大による高血糖、血圧上昇等が推測され、64歳以下へのメタボリックシンドローム対策が特に重要である。

【図表3-20】 血糖（HbA1c）、血圧、LDLコレステロールと肥満度との関係

HbA1c6.5以上

年齢区分	40-64歳			65-74歳		
	BMI	22未満	22-25	25以上	22未満	22-25
H28	22.7%	27.3%	50.0%	17.6%	36.0%	46.3%
R3	11.8%	29.4%	58.8%	23.1%	29.9%	47.0%

収縮期血圧140以上

年齢区分	40-64歳			65-74歳		
	BMI	22未満	22-25	25以上	22未満	22-25
H28	30.3%	32.3%	37.4%	25.5%	31.6%	42.9%
R3	20.0%	29.1%	50.9%	31.7%	34.9%	33.3%

LDL160以上

年齢区分	40-64歳			65-74歳		
	BMI	22未満	22-25	25以上	22未満	22-25
H28	42.2%	28.9%	28.9%	36.2%	29.3%	34.5%
R3	33.3%	20.8%	45.8%	35.1%	38.6%	26.3%

資料：DHP（集計表）

⑤生活習慣の状況（質問票）

食習慣では国、県、同規模自治体と比較し朝食の欠食者は少なく、その割合も減少している。また、同比較し就寝前2時間以内に夕食をとる者の割合が高い。

1日30分以上の運動を継続していない者の割合は同比較で高いが、日常生活で1日1時間以上の歩行又は同等の身体活動をしていない者の割合が低い状況にある。

多量飲酒（3合以上飲酒する）者の割合は同比較で低い、毎日飲酒する者の割合が増加し、1日当たりの飲酒量は1～2合、2～3合飲む者は同比較し割合が高くなっている。

これらの生活習慣に加え、20歳時体重から10kg以上の増加した者が多く、幼少期から生活習慣病と肥満の関連について教育していくことが望ましい。

【図表3-21】 特定健診の質問票集計結果

項目	能登町				同規模平均		県		国			
	H28		R03		R03		R03		R03			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
生活習慣の 状況	喫煙	233	14.4	165	13.0	18,873	13.5	8,082	12.2	959,373	13.6	
	週3回以上朝食を抜く	107	6.9	72	5.9	10,129	7.9	5,392	8.9	639,323	10.0	
	週3回以上食後間食（～H29）	232	14.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	週3回以上就寝前夕食（H30～）	323	20.8	280	23.0	20,399	15.9	10,816	17.8	1,002,329	15.6	
	週3回以上就寝前夕食	323	20.8	280	23.0	20,399	15.9	10,816	17.8	1,002,329	15.6	
	食べる速度が速い	415	26.6	364	29.7	34,094	26.5	18,254	30.0	1,727,725	27.1	
	20歳時体重から10kg以上増加	520	33.5	439	36.0	44,656	35.3	20,399	33.7	2,247,241	35.2	
	1回30分以上運動習慣なし	1,010	65.1	786	64.2	80,254	62.2	37,005	60.5	3,885,606	60.7	
	1日1時間以上運動なし	423	27.2	353	28.8	60,873	47.3	28,495	46.6	3,107,008	48.5	
	睡眠不足	360	23.4	278	22.8	30,960	24.1	13,730	22.6	1,568,254	24.5	
	毎日飲酒	404	25.1	348	27.5	33,846	25.1	16,699	25.6	1,713,275	25.5	
	時々飲酒	289	18.0	227	17.9	27,718	20.5	12,924	19.8	1,482,331	22.1	
	一日 飲酒 量	1合未満	376	50.1	323	50.1	53,134	62.4	27,590	65.3	3,136,836	65.1
		1～2合	256	34.1	228	35.3	21,646	25.4	10,101	23.9	1,124,667	23.3
		2～3合	106	14.1	83	12.9	8,346	9.8	3,632	8.6	434,245	9.0
3合以上		13	1.7	11	1.7	2,077	2.4	907	2.1	124,208	2.6	

資料：令和4年度 県や市町の実態をみる基礎資料（石川県・石川県国保連合会）

2 健診・医療・介護データの分析から明らかとなった健康課題

<健診データ>

特定健診結果では、高血糖、高血圧、高コレステロールの受診勧奨判定値の割合は横ばい傾向であり、県と比較し低くなっている。メタボリックシンドローム該当者の割合が国や県と比較して高い。

メタボリックシンドローム該当者・予備群で、腹囲が基準値以上の割合が高く、内臓脂肪の蓄積により、サイトカイン異常を起こし、血糖をはじめ、血圧、脂質が重なり、血管変化を起こしやすい状態となっている。

HbA1c5.6～6.4%の保健指導判定値の割合が高く、軽度の高血糖の段階で動脈硬化が進行し始めるため、軽度異常の段階からの対策が必要である。

肥満者が多く、日常生活で歩行と同等の身体活動をしている者は多いが、運動している者の割合は低いことから、身体活動を増やせるような環境づくりや若年層への健康教育等が必要である。

毎日飲酒する者が多く、1合以上の飲酒者もみられることから、多量飲酒の健康への影響を啓発し、節度ある適度な飲酒の知識の普及が必要である。

糖尿病や肥満は服薬治療のみでの改善は難しく、食や生活習慣の見直しが重要であり、そのための保健指導が重要となる。

<医療データ>

国保の加入率が減少する一方で、国保加入者における65歳以上の割合が、国、県と比較すると高くなっている。外来、入院ともに国、県と比較し患者数（人口千対）が多く、高齢化が一つの要因となり、体の不調や疾病を抱えながら生活している人の割合が多いことが推測される。

データヘルス計画でターゲットとしている中長期疾患の医療費の割合では、脳血管疾患が平成28年度と比較すると高くなっている。虚血性心疾患については下がってきているが、国や県と比較すると高い状況である。短期目標疾患では、糖尿病が増加傾向であり、国や県と比較しても高い状況である。高血圧、脂質異常症については、減少傾向ではあるが、国や県と比較すると高い状況である。

月80万以上の高額レセプトをみると虚血性心疾患が多く、糖尿病や高血圧症、脂質異常症を併せ持つ人が多かったため、リスクの重なりにも着目した保健指導が必要である。

疾病別の医療費では、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析等データヘルス計画でターゲットとしている疾患が占める割合が多く、重症化に至った事例では、糖尿病の重症化した事例が多く、高血圧、高コレステロール血症などを併せ持つ人が多かった。また、すでに重症化してからの国保加入や加入後2年以内に発症の人も多く、重症化予防は国保だけでは限界があり、被用者保険との連携も課題である。

<介護データ>

要介護認定者において、心不全や認知症、脳血管疾患の割合が高い傾向にある。近年、認知症と糖尿病の関連が明らかとなり介護予防の観点からも糖尿病対策が重要である。また、40～64歳では脳血管疾患を有する者が多いため、高血圧対策も重要である。

第4章 データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標とその取組

1 計画全体の目的

データヘルス計画全体の目的として以下の3点を掲げて取り組みを進める。

- ① 糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の重症化を予防し、医療費の伸びを抑制する。
- ② 糖尿病性腎症、虚血性心疾患等の共通のリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム該当者等の減少を目指す。
- ③ ①、②の解決に向け、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を目指すとともに、血管変化が始まる軽度高血糖の段階からの保健指導を行うとともに、高血糖、肥満予防に向け、若い世代を含め広く町民への健康教育や普及啓発（ポピュレーションアプローチ）に取り組む。

2 目的を達成するための目標、評価指標の設定

上記目的を達成するため、別紙2「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」のとおり、アウトカム、アウトプット指標について、それぞれ目標値を定め進捗管理を行う。

なお、短期的な目標については、毎年度進捗状況の把握を行い、必要な場合はストラクチャーやプロセスについて検討を行う。（ストラクチャー、プロセス評価の視点は 図表7-1に記載）

【図表4-1】保健指導実施者の配置状況（ストラクチャー）

		H28	R02	R03	R04	R05
保健師	保健師総数	10	10	10	9	9
	保健部門勤務	6	6	6	6	7
	保健指導従事者	6	5	5	4	5
	従事年数0年～3年未満	0	1	1	0	0
	従事年数3年～5年未満	0	0	0	0	0
	従事年数5年以上	6	4	4	4	5

管理栄養士	管理栄養士総数	3	3	3	4	4
	保健部門勤務	2	2	2	3	2
	保健指導従事者	2	2	2	3	2
	従事年数0年～3年未満	0	1	1	2	1
	従事年数3年～5年未満	0	0	0	0	0
	従事年数5年以上	2	1	1	1	1

育休1名

第5章 課題を解決するための個別の保健事業

1 個別保健事業の方向性

(1) 優先的に実施する事業

データヘルス計画の目的、目標を達成するために、個別の保健事業として以下の事業を優先的に実施する。

- 【重症化予防】 ①糖尿病性腎症重症化予防対象者に対する保健指導、医療連携
②虚血性心疾患の早期発見、予防（心電図検査異常者に対する保健指）
③脳血管疾患予防事業（心房細動、高血圧者への保健指導）
- 【発症予防】 ①軽度高血糖者に対する保健指導
②特定健診・特定保健指導
③生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ
- 【その他】 ①高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

なお、優先事業以外であっても必要な事業は、これまで同様実施する。

また、今後に向けた長期的な課題として、重症化してから国保に加入する人が増えており、生活習慣病の発症予防、重症化予防は国保保健事業だけでは限界があり、被用者保険、商工会、企業等とも課題の共有化を図り、連携した取り組みを検討していく。

(2) 個別保健事業の評価指標、目標値の設定

各事業別のアウトカム、アウトプット指標は、別紙2「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」のとおりとする。

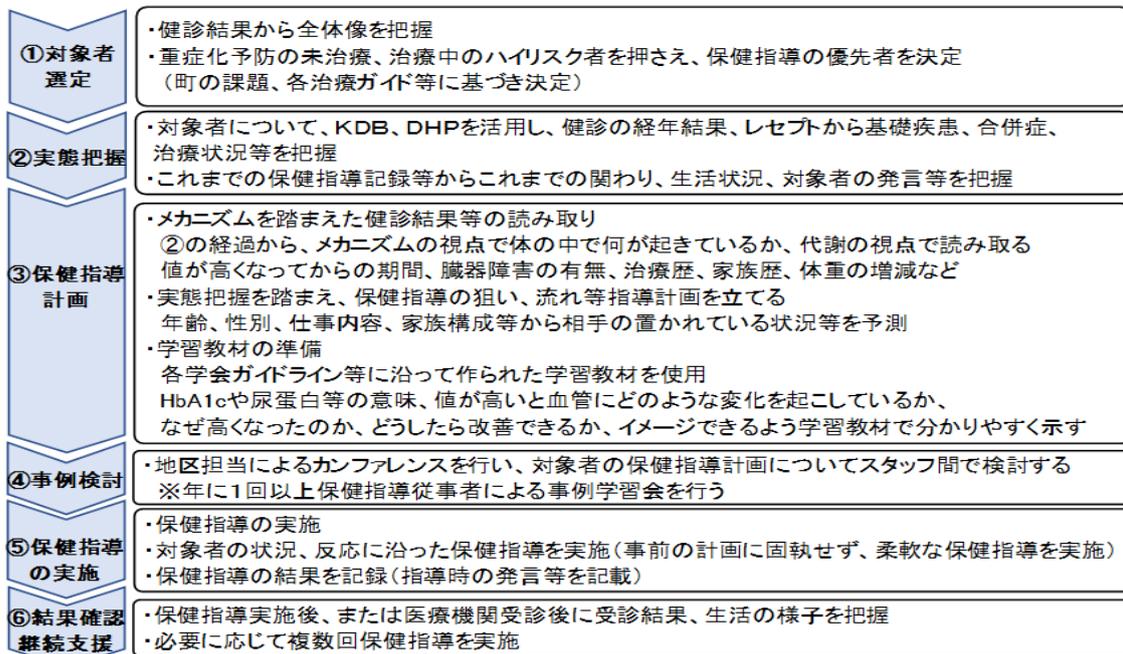
(3) 事業の実施スケジュール

事業の実施にあたっては、毎年度初めに事業の進捗状況、体制等を踏まえ、年間スケジュールをたて、計画的に実施を行う。

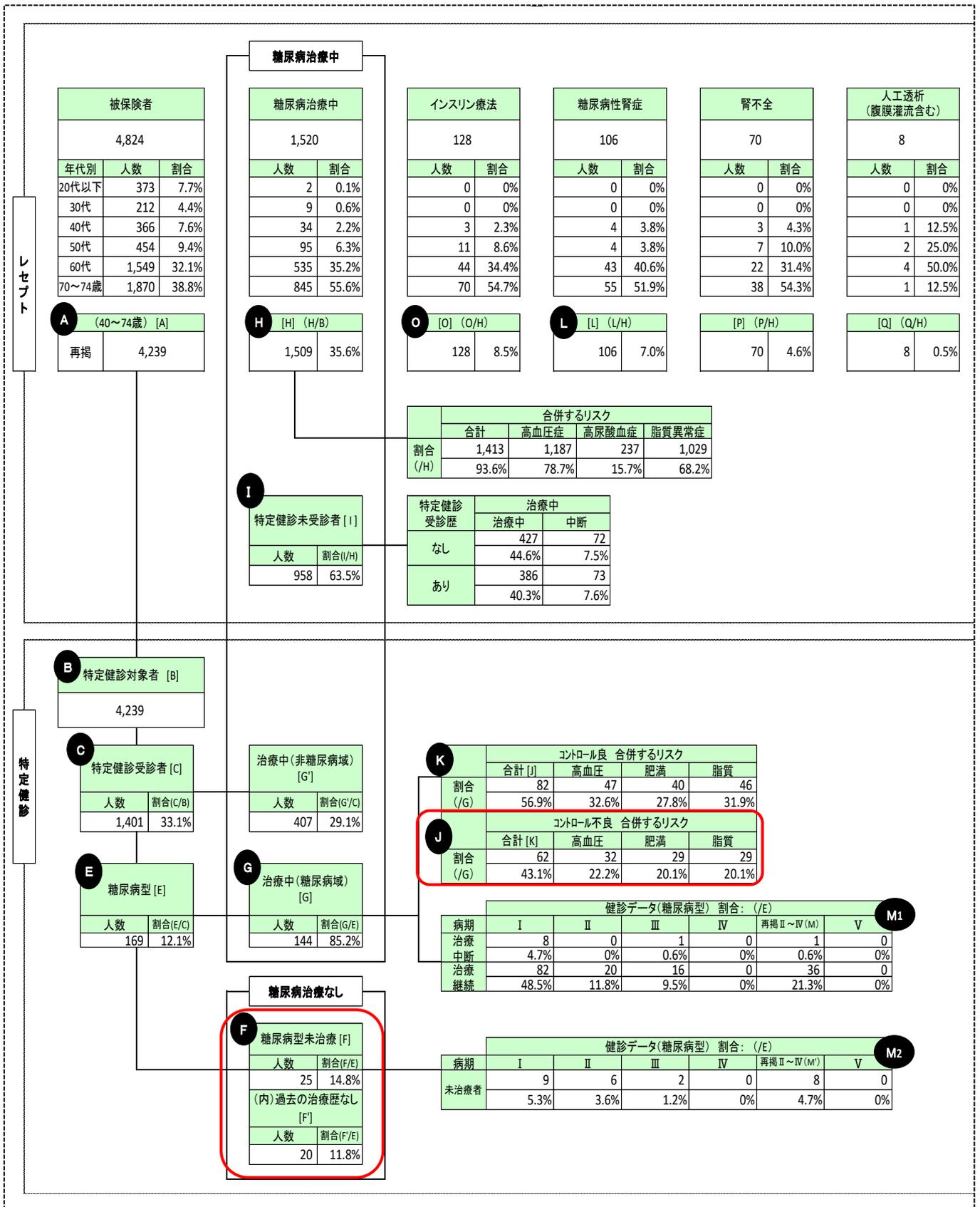
2 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 目的、基本的考え方

糖尿病性腎症による新規透析導入患者の減少を目的とし、取り組みにあたっては「石川県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（令和5年3月改定）に基づき実施する。



【図表 5 - 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



資料：DHP（糖尿病コックピット）

(2) 対象者及び優先順位の考え方

保健指導対象者の優先順位の決定にあたっては、健診データやレセプト情報、地域の全体像を把握したうえで、優先順位を決定し、十分な保健指導が実施できるよう体制を確保し、計画的に保健指導を実施する。

優先1 糖尿病重症化のハイリスク者の受診勧奨及び保健指導 (図表5-2 ①)

- ・ HbA1c8.0%以上 (糖尿病治療の有無関わらず) の健診受診者

優先2 糖尿病未治療者への受診勧奨及び保健指導 (図表5-2 ②)

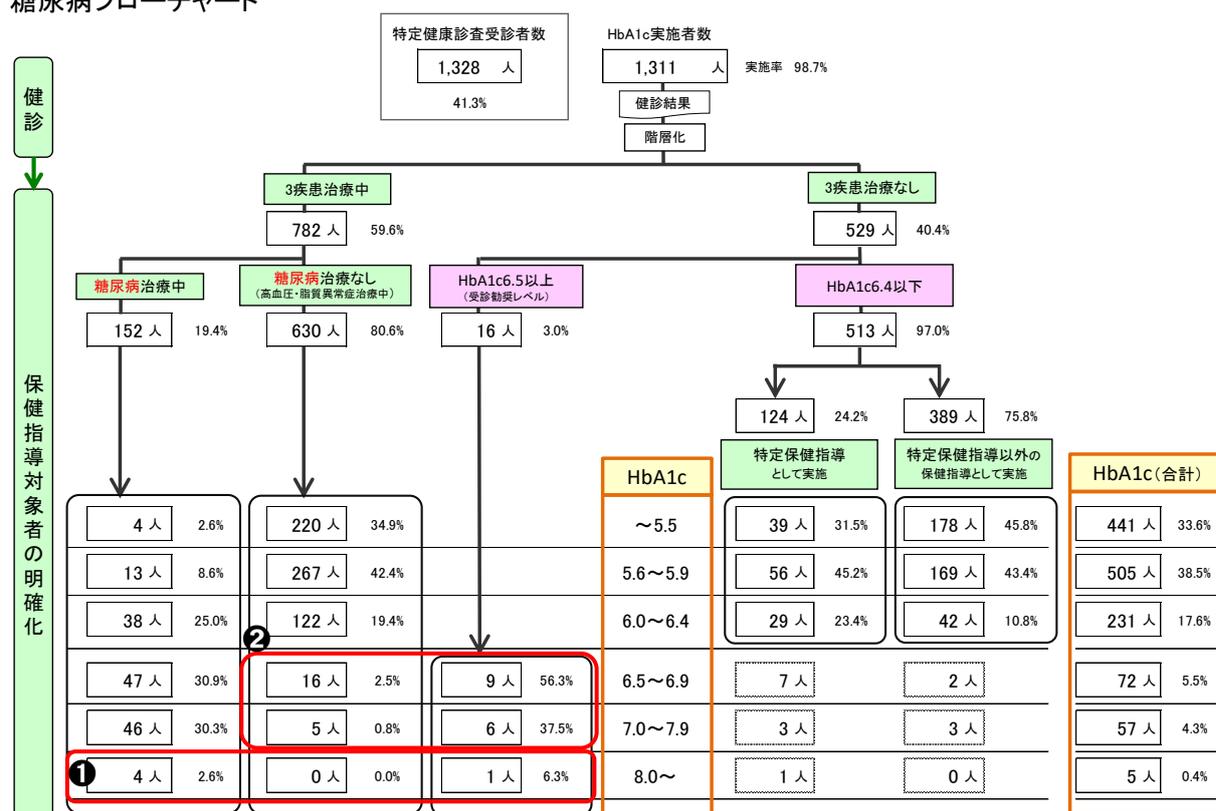
- ・ 健診結果 HbA1c6.5%以上 (空腹時血糖 126 mg/dl 以上) の未治療者
- 尿蛋白 (+) 以上、eGFR60 未満はより強く受診勧奨を行う

優先3 糖尿病で治療中のうちハイリスク者

- ・ 糖尿病治療中で HbA1c7.0%以上の健診受診者
- ・ 糖尿病性腎症第2期～第4期、尿蛋白 (±) 以上、eGFR60 未満等で重症化が懸念される者
- ・ 糖尿病治療中でかかりつけ医等から保健指導の依頼のあったもの

【図表5-2】 糖尿病フローチャート

糖尿病フローチャート



資料：ラボツール (糖尿病フローチャート)

【図表 5 - 3】 HbA1c 別特定保健指導の階層化

HbA1c (%)	受診者数 人数	特定保健指導				情報提供							
		積極的支援		動機づけ支援		非肥満		服薬あり (問診)		糖の服薬 なし		糖の服薬 あり	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
5.5以下	457	7	1.5%	33	7.2%	318	69.6%	99	21.7%	99	21.7%	0	0%
5.6-5.9	506	19	3.8%	38	7.5%	304	60.1%	145	28.7%	138	27.3%	7	1.4%
6-6.4	230	7	3.0%	22	9.6%	97	42.2%	104	45.2%	81	35.2%	23	10.0%
6.5-6.9	72	2	2.8%	5	6.9%	26	36.1%	39	54.2%	12	16.7%	27	37.5%
7-7.9	57	3	5.3%	0	0%	22	38.6%	32	56.1%	4	7.0%	28	49.1%
8以上	5	0	0%	1	20.0%	1	20.0%	3	60.0%	0	0.0%	3	60.0%

資料：DHP（集計表一覧）

（3）保健指導の実施

①糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となる。保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施する。実施にあたっては、糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用する。

糖尿病性腎症重症化予防のための学習教材（一部のみ例示）

1 健診結果から解決に意識が向かうための資料

- 1-1 健診結果経年表
- 1-2 HbA1cが上がる要因はタイプによって違います
- 1-3 ヘモグロビンA1cとは
- 1-4 糖尿病はどのような病気なのでしょう
- 1-5 75g糖負荷検査結果
- 1-6 なぜ、糖尿病は全身に病気が起こるのか
- 1-7 高血糖は腎臓をどのように傷めるのか
- 1-8 私の腎機能(GFR)の状態は？
- 1-9 糖尿病による網膜症
- 1-10 認知症には、糖尿病予防が大切です
- 1-11 糖尿病治療の進め方

2 高血糖を解決するための食

- 2-1 食べる時間とインスリン分泌
- 2-2 血糖が高くても安心して食べられるもの
- 2-3 短鎖脂肪酸って何だろう？
- 2-4 食べ方の基本 基準量
- 2-5 どんな順序で食べるとインスリンに無理をかけないか？

3 運動

- 3-1 動くのと体にいいと言われるけど何がいいの？
- 3-2 筋肉細胞ってね

4 薬物療法

- 4-1 薬はもともと体の働きを助けたり抑えたりして血糖を調整しています
- 4-2 私の飲んでいる薬はどの薬ですか

②二次健診等を活用した重症化予防対策

＜糖尿病性腎症病期分類＞

糖尿病性腎症の病期分類は eGFR（推算糸球体ろ過量）とアルブミン尿で判定される。本町では受診者全員に eGFR を実施しているが、アルブミン尿は実施していない。早期からの重症化予防のため、血糖有所見者（HbA1c5.6～6.4%で糖尿病未治療者）の69歳以下の方を対象に二次健診（①75g 糖負荷試験 ②尿中アルブミン検査）を実施しており、今後も継続していく。

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)あるいは持続性タンパク尿(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	

(糖尿病性腎症合同委員会:糖尿病性腎症病期分類2014)

③医療との連携

医療機関未受診者及び治療者への保健指導にあたっては、県糖尿病重症化予防プログラムをもとに作成した精密検査依頼書、糖尿病連携手帳を活用するとともに、かかりつけ医に治療方針や状況、保健指導の必要性等を確認するなど積極的に医療連携を図る。

(4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、別紙2「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、年度毎に評価を行う。

(5) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定 対象者の状況把握および健診受診勧奨
- 5月 前年度健診未受診者、治療中断者の把握、保健指導の実施
- 7月 本年度健診結果から優先順位に基づき保健指導を実施
保健指導実施後、治療の有無等をKDBで確認、継続指導を実施
- 11月 前年度の健診結果から、糖尿病管理台帳を作成、保健指導対象者を抽出
糖尿病管理台帳で対象者の状況を確認
(KDB等で治療や検査状況を確認し、状況を管理台帳に入力)
重症化予防対象者への受診勧奨、かかりつけ医との連携
- 1月 糖尿病管理台帳の進行状況を確認
- 3月 年間の活動のまとめ、評価

3 虚血性心疾患重症化予防

(1) 目的、基本的な考え方

虚血性心疾患の早期発見、発症予防を目的として、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン2023改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドラインなど各学会ガイドライン等に基づき対策を進める。

(2) 対象者及び優先順位の考え方

①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、虚血性心疾患の発見においても重要な検査の1つである。本町では、特定健診受診者全員に心電図検査を実施しており、心電図検査の結果、虚血性心疾患が疑われる所見のある人を抽出し、保健指導を実施する。

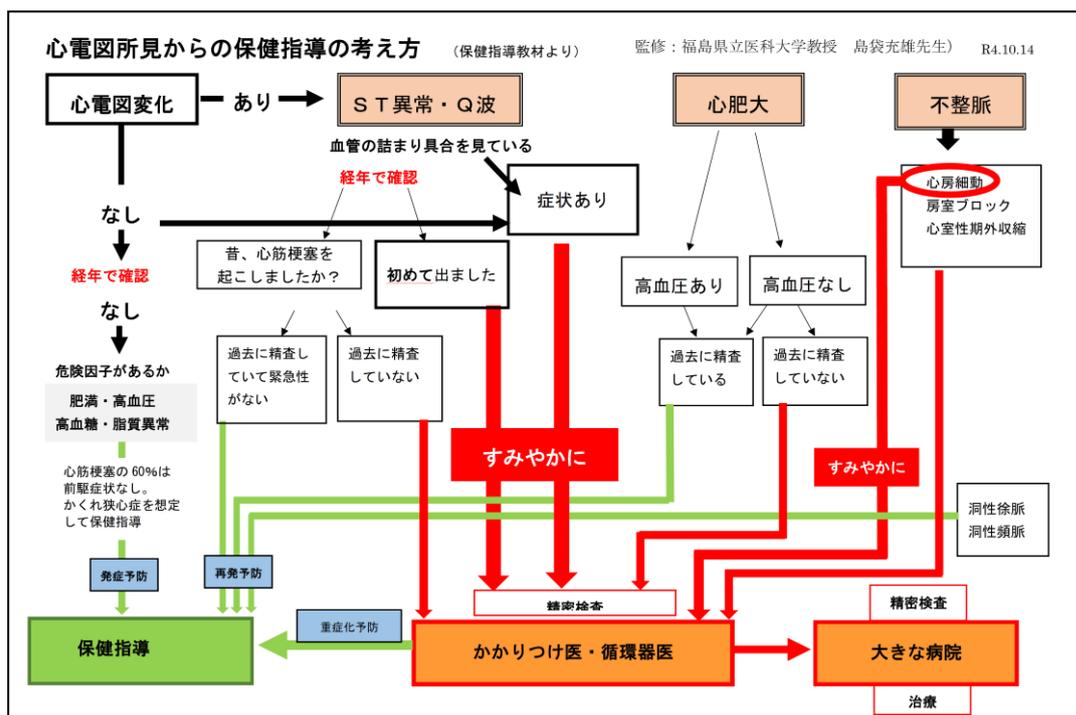
心電図所見でST変化、Q波異常がある場合は、早急な医療機関受診が必要な場合もあるため、優先的に保健指導を実施する。

【図表5-4】 心電図で虚血性変化が疑われる人数

	該当数	メタボリックシンドローム						LDL 160以上	
		基準該当		予備群該当		非該当		人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
Q波所見あり	25	12	48.0%	1	4.0%	12	48.0%	1	4.0%
ST所見あり	33	7	21.2%	4	12.1%	22	66.7%	3	9.1%
心筋虚血 所見あり	8	3	37.5%	1	12.5%	4	50.0%	0	0.0%

資料：DHP（集計表一覧）

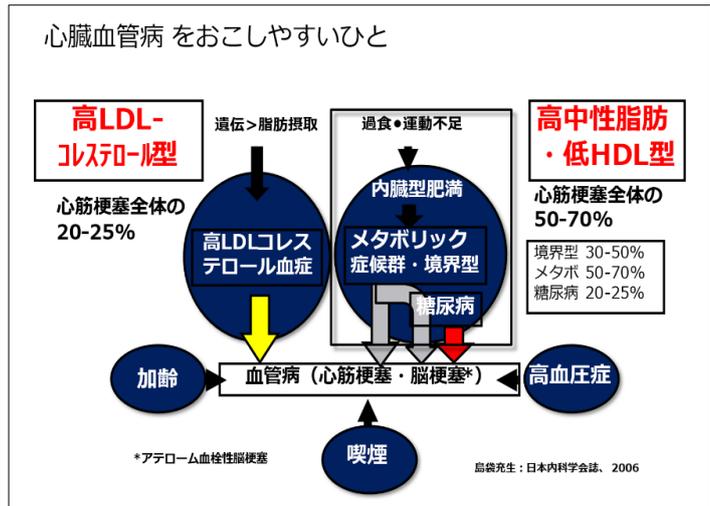
【図表5-5】 心電図所見からのフロー図（保健指導教材）



②高LDLコレステロール

心筋梗塞の60%は前駆症状がないため、心血管疾患を発症しやすい、高コレステロール及びメタボリックシンドローム該当者・予備群に対し、積極的に保健指導を行う必要がある。特に高コレステロールは単独で重要なリスクであり、メタボリックシンドロームに高LDLコレステロールが重なった場合は、さらに危険性が高まると指摘されている。

また、LDLコレステロールが180以上の場合は、家族性の高コレステロール血症も疑われ、若い年代で虚血性心疾患を発症する可能性も高いことから、家族を含めた保健指導等を行う。



【図表5-6】 LDLコレステロールと特定保健指導の階層化

LDL	総数 人数	特定保健指導				情報提供							
		積極的支援		動機づけ支援		非肥満		服薬あり (問診)		脂質の服薬 なし		脂質の服薬 あり	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
120未満	806	16	2.0%	40	5.0%	449	55.7%	301	37.3%	107	13.3%	194	24.1%
120-140未満	296	9	3.0%	28	9.5%	182	61.5%	77	26.0%	45	15.2%	32	10.8%
140-160未満	159	5	3.1%	18	11.3%	97	61.0%	39	24.5%	26	16.4%	13	8.2%
160-180未満	53	4	7.5%	11	20.8%	30	56.6%	8	15.1%	5	9.4%	3	5.7%
180以上	28	5	17.9%	2	7.1%	18	64.3%	3	10.7%	1	3.6%	2	7.1%

【図表5-7】 高LDLからの保健指導の考え方

資料：DHP（集計表一覧）

高LDLからの保健指導の考え方

診断基準	③ 受診が必要かどうかを判断します	④ 脂質管理目標	LDLコレステロール値以外のリスク因子
高LDLコレステロール血症	180以上 → 病院受診が必要です 家族性高コレステロール血症(FH)の精査が必要	薬物療法の適用を考慮 + 生活習慣の改善も重要	(A) <input type="checkbox"/> 男性 50歳以上 <input type="checkbox"/> 女性 60歳以上 (B) <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 高血圧 (140/90以上) <input type="checkbox"/> 耐糖能異常 (血糖100mg/dl以上, HbA1c値(NGSP)5.6%以上) <input type="checkbox"/> 低HDL-C (40mg/dl未満) <input type="checkbox"/> 早発性冠動脈疾患家族歴 (C) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 非心原性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 (D) <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患の既往がある
	160-179 → 生活習慣の改善	3~6か月後 → 再検査(受診)	
	140-159 → 生活習慣の改善	LDL-Cが140未満に改善しない場合 他のリスクによって目標値は違います 参照A,B,C	
境界域	120-139 → (A) (B) に該当する場合は	140未満	(A) (B) (C) (D) 1つでも該当
正常域	100-119 → (C) に該当する場合は	120未満	(A) (B) (C) (D) 1つでも該当
	70-100 → (C) + (A) または (B) に該当する場合は	100未満	(A) (B) (C) (D) 1つでも該当
	-69	70未満	(A) または (B)

(3) 保健指導の実施

①心血管病予防に関する包括リスク等に応じた保健指導の実施

保健指導にあたっては、健診結果経年表、KDB、これまでの保健指導記録から対象者の状況を把握したうえで、各フロー図に沿って保健指導を行い（図表5-5、5-7）対象者が自分の体がイメージできるよう、保健指導教材を活用する。（対象者の選定から保健指導の流れは、糖尿病性腎症重症化に準じて行う。）

心電図所見からの保健指導教材（例示）

- 1-1 心電図所見からどうしたらいいの？ フロー図
- 1-2 休むことなく動き続けるのは心臓だけです
- 1-3 私の心電図があらわすもの・・・心筋梗塞を発症する前に
- 1-4 心電図所見に「ST」がでました。STって何？
- 1-5 心電図には異常がなかったけど、症状も大事なサインです
- 1-6 心臓の血管を守るために今できることは何だろう
- 1-7 肥満になると心臓はどうなるの？

②医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施する。

(4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、別紙2「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、年度毎に評価を行う。

(5) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第、該当者への保健指導（通年）
必要な人への二次検査の勧奨、結果を踏まえた保健指導の実施

4 脳血管疾患重症化予防

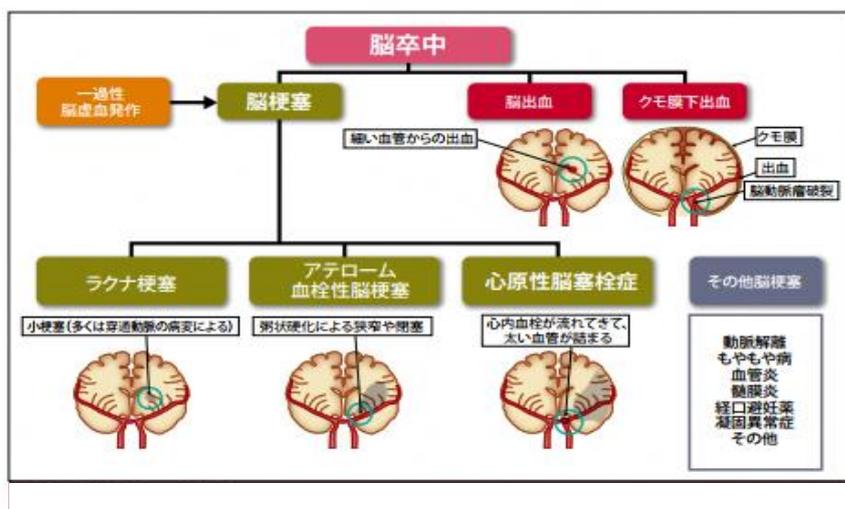
(1) 目的、基本的な考え方

本町では、脳血管疾患のうち脳梗塞が多く、リスクとして、高血圧、高血糖、脂質異常、メタボリックシンドロームが指摘されており、虚血性心疾患同様の対象者に対して脳血管疾患重症化予防の視点を加えて、保健指導を実施する。

また、「心原性脳梗塞」は、大血管が閉塞し重症化しやすく、介護予防の観点からも重要であるため、その取り組みを進める。

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進める（図表5-8、5-9）。

【図表 5－8】 脳卒中の分類



【図表 5－9】 脳血管疾患とリスク因子

脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

(2) 対象者と優先順位の考え方

①高血圧者に対する保健指導

脳血管疾患において、高血圧は最大の危険因子であるため、重度高血圧で未治療である者、治療しているが血圧管理が不十分な者を対象に保健指導を行う。

優先順位の考え方としては、虚血性心疾患と同様、高血圧に高血糖、LDLコレステロール高値などリスクの重なりのある人を優先的に保健指導を実施する。(図表 5－10)

【図表5-10】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（令和3年度）

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上				
709		222	185	145	111	37	9	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療	
		31.3%	26.1%	20.5%	15.7%	5.2%	1.3%	3	53	101	
リスク第1層		45	21	12	7	3	2	0	3	2	0
		6.3%	9.5%	6.5%	4.8%	2.7%	5.4%	0.0%	100%	3.8%	0.0%
リスク第2層		353	119	90	71	51	17	5	--	51	22
		49.8%	53.6%	48.6%	49.0%	45.9%	45.9%	55.6%	--	96.2%	21.8%
リスク第3層		311	82	83	67	57	18	4	--	--	79
		43.9%	36.9%	44.9%	46.2%	51.4%	48.6%	44.4%	--	--	78.2%
(再掲)重複あり	糖尿病	75	17	24	16	7	9	2			
		24.1%	20.7%	28.9%	23.9%	12.3%	50.0%	50.0%			
慢性腎臓病(CKD)		156	49	42	31	25	7	2			
		50.2%	59.8%	50.6%	46.3%	43.9%	38.9%	50.0%			
3個以上の危険因子		152	29	36	40	38	7	2			
		48.9%	35.4%	43.4%	59.7%	66.7%	38.9%	50.0%			

資料：ラボツール

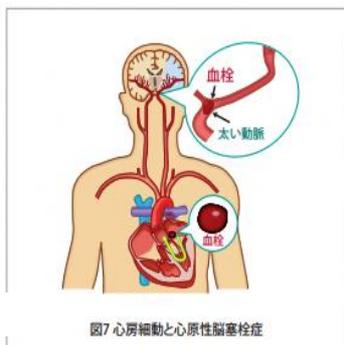
(参考)高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

【図表5-11】 血圧と保健指導の階層化（令和3年度）

血圧	受診者数	特定保健指導				非肥満		服薬あり		血圧の服薬なし		血圧の服薬あり	
		積極的支援		動機づけ支援		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合								
正常血圧	365	5	1.36%	13	3.56%	249	68.24%	98	26.84%	20	5.47%	78	21.36%
正常高値血圧	315	6	1.90%	22	6.98%	192	60.97%	95	30.15%	14	4.44%	81	25.71%
高値血圧	392	8	2.04%	31	7.90%	203	51.80%	150	38.26%	20	5.10%	130	33.16%
I度高血圧	259	12	4.63%	30	11.58%	127	49.05%	90	34.74%	12	4.63%	78	30.11%
II度高血圧	57	4	7.01%	6	10.52%	29	50.90%	18	31.57%	1	1.75%	17	29.82%
III度高血圧	13	3	23.07%	1	7.69%	6	46.17%	3	23.07%	1	7.69%	2	15.38%

資料：DHP（集計表一覧）

②心電図検査の結果心房細動がある人への保健指導



心房細動があると、心臓内に血栓ができやすく、心臓内でできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈が詰まり、「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなる。このため、心電図検査で心房細動があった者に対して、医療機関への受診勧奨等を行う。

令和3年度の特定健診結果では、心房細動の所見がある人は7人で、全員治療中であった。未治療者や中断者がいた場合、受診勧奨、継続治療への支援が必要である。

(脳卒中予防への提言より引用)

【図表5-12】心房細動有所見者数及び治療状況

心房細動所見	治療の有無			
	未治療		治療中	
人数	人数	割合	人数	割合
7	0	0%	7	100%

資料：能登町特定健診結果（令和3年度）

(3) 保健指導の実施

①受診勧奨及び保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施する。医療受診を拒む方の中には薬を飲みたくないという考えの方も多く、血圧が高くなる要因、薬の働きなどを含めてイメージしやすい保健指導教材を活用する。

心房細動がある場合、継続的な治療、管理が重要となる。健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、適正な受診、リスク管理が行われているかを確認していく。

②医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合は受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施する。

(4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、別紙2「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行う。

(5) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

5 軽度高血糖者に対する二次健診と保健指導

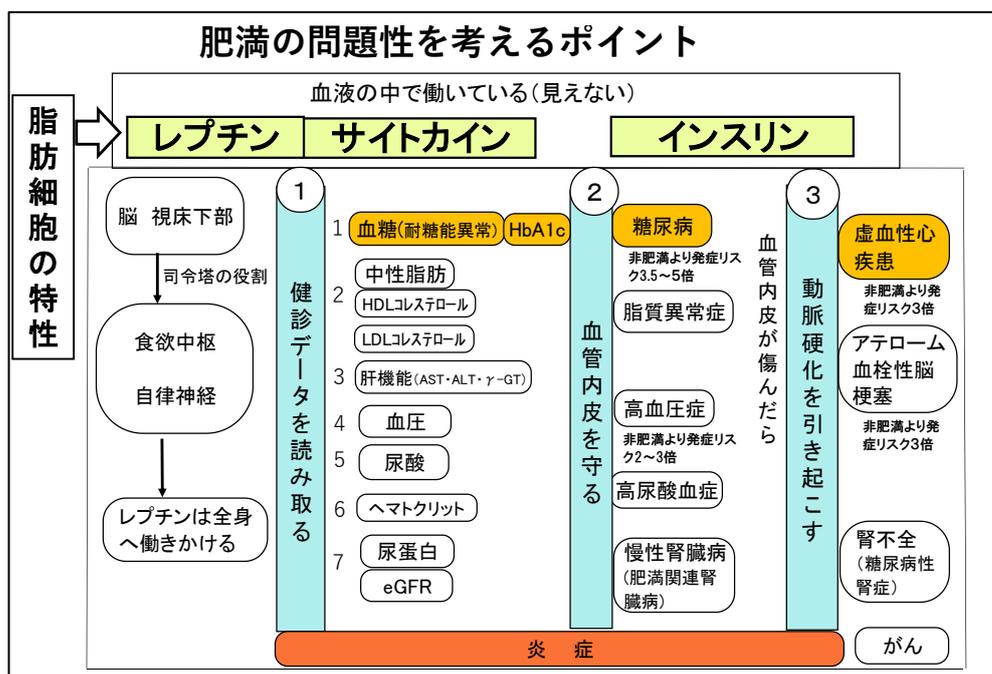
(1) 目的、基本的考え方

軽度高血糖である HbA1c5.6～6.4%の段階から血管変化が始まるため、軽度高血糖の改善と糖尿病患者の増加抑制を図ることを目的に、二次健診と地区担当による保健指導を行っている。軽度な異常では、自覚症状がなく、本人自身が問題意識を持ちにくいいため、血糖の上がり方やインスリン量が見える化できる75g糖負荷検査を実施し、その結果を踏まえた保健指導を行っている。

軽度高血糖や耐糖能異常の中には、インスリン分泌低下（やせタイプ）と、インスリン抵抗性（肥満タイプ）があり、後者にはメタボリックシンドロームである者が多い（糖尿病治療ガイド）。

令和3年度特定健診受診者では、HbA1c5.6～6.4%かつBMI25以上（肥満）の者が約3割、40～64歳では約5割となっている。軽度高血糖にある若い世代のメタボリックシンドロームの割合が高い状況となっている。

メタボリックシンドロームは高血糖、脂質異常、高血圧などが重なった状態で、動脈硬化性疾患（虚血性心疾患、脳血管疾患等）のハイリスク状態にある。軽度の異常であっても、リスクが重なることで虚血性心疾患、脳血管疾患の発症は約30倍に増加すると言われており、高血糖と肥満の重なりを優先に保健指導を実施する。



(2) 対象者及び優先順位の考え方

糖尿病フローチャート（図表5-2）により、健診受診者の全体像を把握し、そのうえで優先順位を決定する。健診受診者のうち、HbA1c5.6～6.4%、糖尿病未治療者を対象とする。

(3) 保健指導の実施

①対象者への保健指導

保健指導にあたっては、個人の健診結果経年表、KDBにより合併症、治療状況等を確認し、リスクの重なりを含め個々の病態、生活背景を踏まえた保健指導を実施する。

指導にあたっては、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に作成した保健指導用教材を活用する。

特定保健指導(メタボリックシンドローム)のための学習教材 (一部のみ例示)

1 健診データ・検査

- 1-1 内臓脂肪に着目した健診結果経年表
- 1-2 脂肪は限りなくどこでも貯めることができます
- 1-3 脂肪細胞が大きくなると高インスリン状態になります
- 1-4 血管が傷むとは
- 1-5 体の中で起こっていることは？
- 1-6 体重がふえとなぜ血圧が高くなるのでしょうか？
- 1-7 肥満になると腎臓で何が起こっているのでしょうか？
- 1-8 肥満になると心臓はどうなるの？

2 肥満の症状

- 2-1 肥満がもたらす症状
- 2-2 睡眠時無呼吸症候群だと体はどうなるの？
- 2-3 膝のところが痛いですか？
- 2-4 たくさく汗がでる、なぜ汗がでる？
- 2-5 新型コロナと肥満

3 脂肪細胞

- 3-3 脂肪細胞ってね
- 3-4 脂肪細胞から分泌される物質
- 3-5 食欲が抑えられない 脳の変調

2 食事療法

- 2-1 栄養指導の基本
- 2-2 現在の摂取エネルギーから500Kcal減量する
- 2-3 短鎖脂肪酸って何だろう？

3 運動

- 3-1 肥満勧奨のために、なぜ運動するといいの？

4 高度肥満

- 3-1 外科手術という治療があります
- 3-2 外科手術による体と脳の変化 Aさんの場合

②二次健診の充実

血糖とインスリン分泌の状態を知り、自らの食べ方と血糖の関係を学ぶために 75g 糖負荷検査を実施し、検査結果に応じた保健指導を行う。

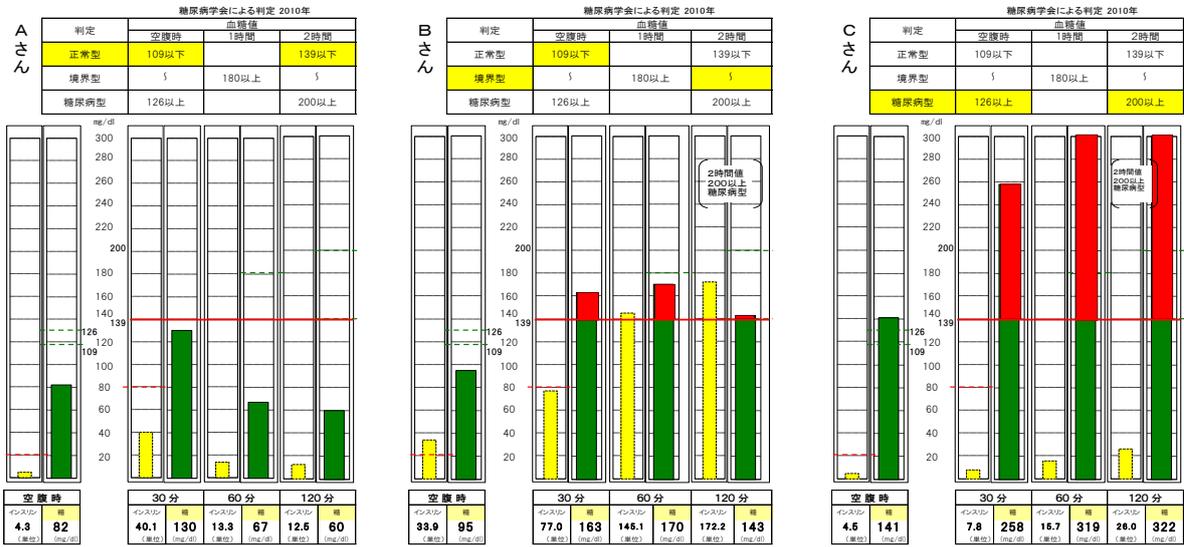
75g糖負荷検査を活用した保健指導の学習教材 (一部のみ例示)

1 体で起きていることを理解するための資料

- 1-1 HbA1cが上がる要因はタイプによって違います
- 1-2 ヘモグロビンA1cとは
- 1-3 75g糖負荷検査結果
- 1-4 私はどのパターン
- 1-5 食べる時間とインスリン分泌

- 1-6 どんな順序で食べるとインスリンに無理を掛けないか？
- 1-7 血糖が高くても安心して食べられるもの
- 1-8 HbA1cと体重の変化
- 1-9 かき乱されたグリコカリクス

私はどのパターン？ 75g糖負荷検査の結果



(4) 評価

事業の進捗、その効果を把握するため、別紙2「第3期データヘルス計画 目標管理一覧」について、毎年度末に評価を行う。

(5) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

(1) 目的、基本的な考え方

国保加入者の61.3%（R3）が65歳以上の前期高齢者となっており、保健事業の実施に当たっては、高齢者の特性を踏まえた生活習慣病等の重症化予防と、生活機能の低下を防止する取組みの双方が必要となる。また75歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、国保の保健事業と後期高齢者の保健事業、介護予防事業を一体的に進める必要がある。

当町は、令和5年度より石川県後期高齢者広域連合から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を受託し、事業を開始しており、今後さらにその取組みを進める。

(2) 事業内容

①地域の健康課題の把握、対象者の抽出

企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置し、DHP（KDBシステムの補完システム）を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行う。

②個別保健指導（ハイリスクアプローチ）

地域を担当する保健師・栄養士を配置し、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を実施する。

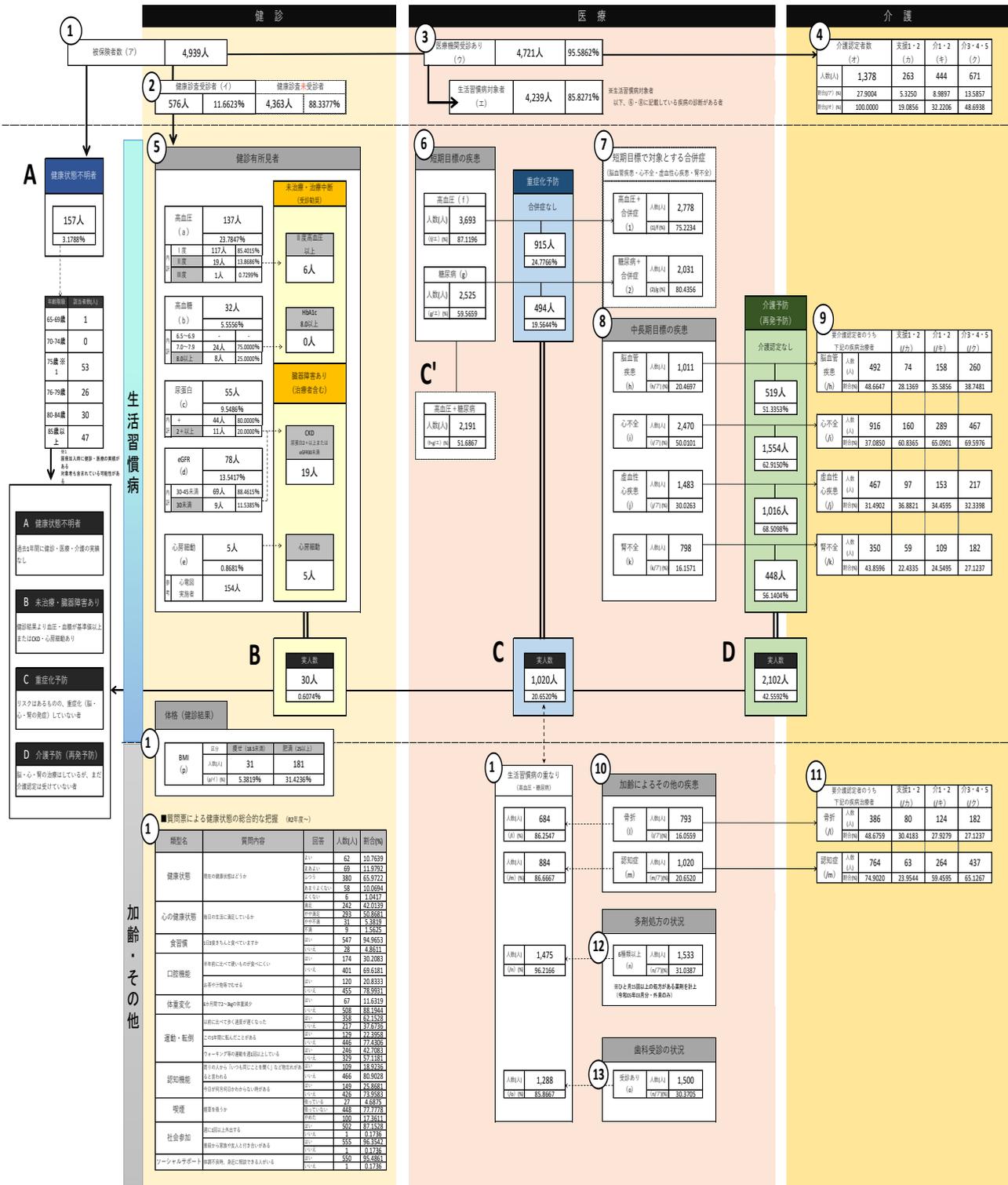
国保事業で保健指導対象者であった方々が75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳等をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を実施する。

糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者糖尿病治療ガイド」に沿って、個々の血糖コントロール目標を把握したうえで支援を行う。

③ポピュレーションアプローチ

地域の通いの場や高齢者が多く集まる場等を活用し、生活習慣病の重症化予防やフレイル予防のための健康教育や健康相談等を実施する。

【図表5-13】 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（令和4年度）



資料：DHP（高齢者コックピット）

(3) 対象者と優先順位の考え方

高齢者コックピット（図表5-13）により高齢者の健診、医療、介護の全体像を把握し、そのうえで優先順位を決定するが、当面の間、従来から重点実施してきたフレイルにつながる低栄養予防対象者の抽出も同時に行なうこととする。

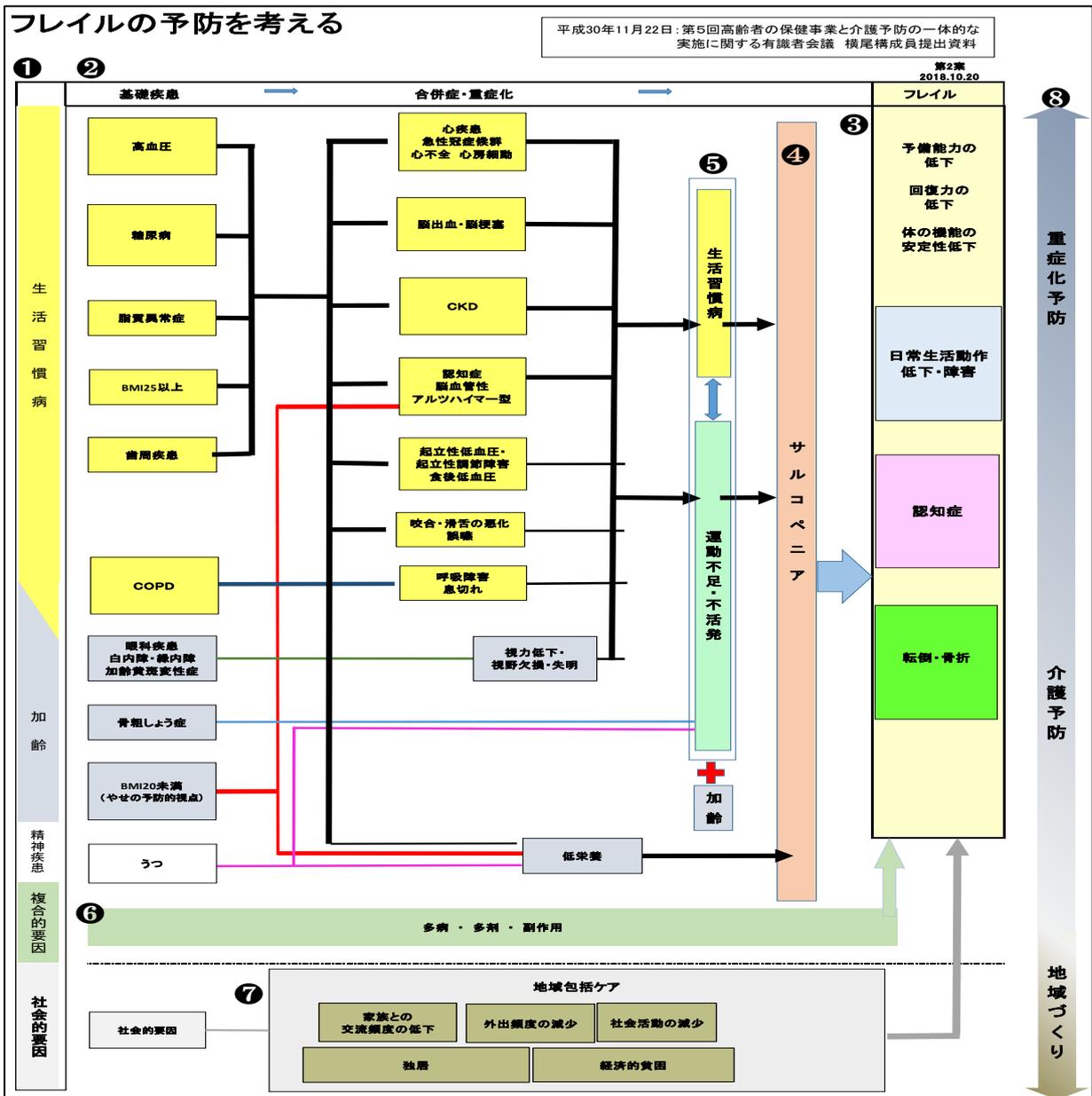
本町は、生活習慣病治療者のうち高血圧治療者が87.1%、糖尿病治療者59.6%と高血圧治療者割合が高い。一方、合併症（脳血管疾患、心不全、虚血性心疾患、腎不全）のある高血圧治療者は75.2%、合併症のある糖尿病治療者が80.5%と、合併症のある糖尿病治療者の割合が高いことから、国保からの糖尿病重症化予防を後期高齢者に異動しても引き続き実施する。

また、介護認定者の74.9%が認知症の治療を受けており、高血圧などの生活習慣病の重症化予防にも取り組む必要がある。

(4) 保健指導の実施

保健指導にあたっては、生活習慣病の予防、重症化予防に加えフレイルの視点も加えて指導にあたる。

【図表5-14】フレイルの予防を考える



7 生涯を通じた生活習慣病予防、ポピュレーションアプローチ

(1) 妊娠中、子どもの頃からの肥満、生活習慣病予防

本町の課題である肥満について、3歳児健診では1.4%、小学校では9.1%、中学校では10.3%と年齢が上がるにつれ肥満割合が高くなっている。そのため、子どもの頃からの肥満予防が大切になってくる。もう一方の課題である高血糖については、データがなく把握できる状況にないが、肥満による高インスリン状態であることを考えると食後高血糖の状況にあることが懸念される。

小児期、学童期については、国保加入者が少ないことから、能登町健康づくり計画や能登町食育推進計画と連携し行政の枠組みを通じ保育所・こども園、学校等と連携した取り組みを進める必要がある。

具体的には、子ども達が肥満に至った背景（食事、動き方など）を把握するとともに、生涯を通じた生活習慣病の予防につながる「食の基本・基準量」を学ぶなどの取り組みを検討し、広く住民に能登町の健康実態を周知するとともに、その対策について関係機関と連携を図りながら普及啓発を行っていく。

また、妊娠中の健康管理は出生児の安全のために早期発見、適正管理が重要であり、妊娠期には尿糖に加え血糖検査等が実施されている。妊娠糖尿病や妊娠高血圧等があると出産後状態が改善しても、将来の糖尿病等の生活習慣病を発症しやすく、出産後の健康管理も重要となってくる。このため妊娠糖尿病等異常があった者に対しては、母子保健担当等と連携し、継続的な保健指導を行う。

【図表5-15】 子どもの肥満について

	肥満の割合	資料
3歳児 (カウプ指数パーセンタイル値97以上の 幼児の割合)	1.4%	3歳児健診 (R4年度)
小学校(肥満度30%以上)	9.1%	学校保健統計 (R4年度)
中学校(肥満度30%以上)	10.3%	

(2) ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組む。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態、メタボリックシンドロームや糖尿病増加の背景にある食や生活の変化など、生活習慣病予防のための取り組みについて町民が学習できる場の提供など、地区組織や関係団体、関係機関と連携し広く町民への周知に努める。

【図表5-16】

肥満、糖尿病(耐糖能異常)の問題を解決するためにライフサイクルで考える

発症予防 重症化予防

1 根拠法		健康増進法													
		母子保健法			児童福祉法	学校保健安全法	労働安全衛生法	高齢者の医療の確保に関する法律 (介護保険)							
2 計画		能登町健康づくり計画(健康増進計画)・食育計画													
		データヘルス計画(国保加入者)													
		能登町子ども・子育て支援事業計画(母子保健分野)							特定健診等実施計画		後期データヘルス計画				
3 年代		妊婦(胎児期)	産婦	0~5歳			6~18歳			~29歳 30~39歳	40~64歳	65~74歳	75歳以上		
3 健康診査(根拠法)		妊婦健康診査		産婦健診	乳幼児健康診査			保育所等健康診断		就学時健診	児童・生徒の定期健診		定期健康診断	特定健康診査	後期高齢者健診
		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳	3歳	保育園児	幼稚園児	小学校	中学校	高校	労働安全衛生規則	標準的な特定健診・保健指導プログラム	
4 対象者	健診内容	肥満度	BMI25以上	非妊娠時からの体重増加量	かつ18以上	肥満度15%以上			肥満度20%以上			BMI 25以上			
		尿糖	(+)以上					(+)以上							
		血糖 HbA1c	95mg/dl以上					空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上							
			6.5%以上					6.5%以上							
		精検糖負荷検査	50gGCT 1時間値 140mg/dl以上								空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上				
			75gOGTT ①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上												
		(診断)妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①~③の1点以上満たすもの												
糖尿病家族歴															

【図表5-17】 石川の食の変化と健診結果を考える資料(例示)

石川の食の変化 食べなくなった食品、食べるようになった食品の中身

余分な糖は捨てずに脂に
変えて倉庫(脂肪細胞)に保管

エネルギー源、余ると捨てずに倉庫に保管
細胞やホルモンの材料 LDLに変わりやすい
→動脈硬化

生体活性物質
(血管を守る働き)

食品	食品ランキング			炭水化物糖+食物繊維	食物繊維	蛋白質	脂質	脂肪酸				
	H20-H22	R元-R3	増減率					飽和脂肪酸	一価	多価	オメガ3 EPA,DHA	
日本人の食事摂取基準2020 男 50~64歳 60kgの場合												
魚	生鮮魚介(g)	4位 42,256g	8位 27,193g	-35.6%								
	ぶり(g)	2位 5,018g	2位 3,293g	-34.4%	0.3	21	18	4.4	4.4	3.7	3.4	
肉	生鮮肉(g)	33位 42,200g	10位 53,904g	27.7%								
	豚肉(g) (豚ロースの場合)	18位 18,828g	17位 22,711g	20.6%	0.2	19	19	7.8	7.7	2.2	0.1	
	(豚ばらの場合)				0.2	14	35	13.0	14.8	4.0	0.2	
	ソーセージ(g) (ウインナー)	30位 5,164g	1位 6,519g	26.2%	0.8	13	29	10.1	12.7	3.6	0.2	
菓子類	和菓子(きんつば)	1位 16,952円	1位 14,920円	-12.0%	60	7	5	0.7	0.1	0.0	0.2	0.1
	ケーキ	8位 8,191円	1位 9,030円	10.2%	24	0.4	4	21.3	12.4	5.1	1.0	0.1

※食品ランキング：総務省統計局家計調査より 食品100g中

第6章 特定健診・特定保健指導

【高確法に基づく「第4期特定健診等実施計画」】

1 目標値の設定

国の基本指針では、2029年度時点における市町村国保の特定健診・特定保健指導の実施率の目標値は特定健診、特定保健指導実施率ともに60%以上である。本町では、令和元年度まで増加した実施率が令和2年度からの新型コロナウイルス感染症による影響によりともに低下したため、近年の傾向、計画期間中の体制を勘案して目標値を定めた。

【図表6-1】 特定健診実施率・特定保健指導実施率の目標値

	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	最終目標 2029年度
特定健診実施率	40%	45%	50%	55%	58%	60%
特定保健指導実施率	57%	58%	59%	60%	60%	60%

参考：特定健康診査等実施計画作成の手引き（第4版）

2 対象者数の見込み

【図表6-2】 特定健診・特定保健指対象者の見込み(推計)

		2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	最終年度 2029年度
特定健診	対象者数	3,000人	2,850人	2,700人	2,550人	2,400人	2,250人
	受診者数	1,200人	1,283人	1,350人	1,403人	1,392人	1,350人
特定保健指導	対象者数	96人	91人	86人	81人	76人	72人
	実施者数	55人	53人	51人	49人	46人	44人

3 特定健診の実施

(1) 実施方法、実施場所、契約形態

集団健診及び医療機関での個別健診を実施する。集団健診は、公益財団法人石川県成人病予防センターに委託し実施する。個別健診は、町内医療機関に委託し実施する。契約は個別契約とする。

健診実施場所、期間は町広報、町のホームページに掲載する。

(参照) URL : <https://www.town.noto.lg.jp>

(2) 実施項目

法定の実施項目に加え、虚血性心疾患、糖尿病の発症、重症化を予防するため、受診者全員に心電図検査及びHbA1c、血清クレアチニン検査(eGFR)、尿潜血検査、血液学検査を実施する。

※血液学検査のうち、血色素等は易血栓性の指標として重要な検査である。

【図表 6-3】

○特定健康診査等検査項目

対象者		法定	町（国保）		後期高齢者	
		40～74歳	年度末年齢40歳～74歳	年度末年齢19歳～39歳	満75歳(75歳誕生日以降)以上	
項目名		特定健康診査	特定健康診査	19～39歳健康診査 (通称:若年)	後期高齢者 健康診査	
診察	質問票(既往歴/服薬・喫煙の有無)	○	○	○	○	
	自覚症状	○	○	○	○	
	他覚症状	○	○	○	○	
身体計測	身長	○	○	○	○	
	体重	○	○	○	○	
	肥満度(BMI)	○	○	○	○	
	腹囲	○	○	○	○	
血圧	血圧	○	○	○	○	
血液検査	肝機能	AST(GOT)	○	○	○	○
		ALT(GPT)	○	○	○	○
		γ-GT(γ-GPT)	○	○	○	○
	血中脂質	中性脂肪(空腹時)	●	●	●	●
		中性脂肪(随時)	●	●	●	●
		HDL-コレステロール	○	○	○	○
		LDL-コレステロール (non-HDLコレステロール)	○	○	○	○
		総コレステロール	○	○	○	○
	血糖	血糖(空腹時)	●	●	●	●
		HbA1c	●	○	○	○
		血糖(随時)	●	●	●	●
	血液学 (貧血)	ヘマトクリット値	□	○	□	○ R6～
		色素量(ヘモグロビン値)	□	○	□	○ R6～
		赤血球数	□	○	□	○ R6～
	その他	血清クレアチニン(e-GFR)	□	○	○	○
血清尿酸口			○	○	○	
尿検査	尿糖	○	○	○	○	
	尿蛋白	○	○	○	○	
	尿潜血		○	○	○	
その他	心電図検査	□	○	□	□	
	眼底検査	□	□	□	□	
医師の判断	医師の診断(判定)	○	○	○	○	

○必須項目、●いずれかの項目で実施可、□医師の判断に基づき選択的に実施する項目

(3) 実施時期

6月から11月末まで

(4) 医療機関、事業主との連携

治療中であっても特定健診の対象となることから、かかりつけ医から対象者への健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ周知、依頼を行う。

また、本人同意のもと、診療データの提供を受け、特定健診の受診結果として活用できるように、かかりつけ医への協力依頼を行う。

他法令に基づき行なわれる健康診断が特定健康診査より優先されることから、事業者健診等を受診される被保険者がいることが想定される。事業者健診等の結果データの提供を受け、特定健診の受診結果として活用できるように、事業主、受診者への協力依頼を行う。

(5) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、石川県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(6) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、健診対象者に個別に受診券と案内を郵送するとともに、広報等を活用し周知を行う。

受診券は5月に発行・郵送を行い、途中加入者には健診期間中にその都度、発行交付を行う。

4 特定保健指導の実施

(1) 実施体制、方法

特定保健指導は、町健康福祉課の常勤保健師または管理栄養士に執行委任し、保険者が直接行う。

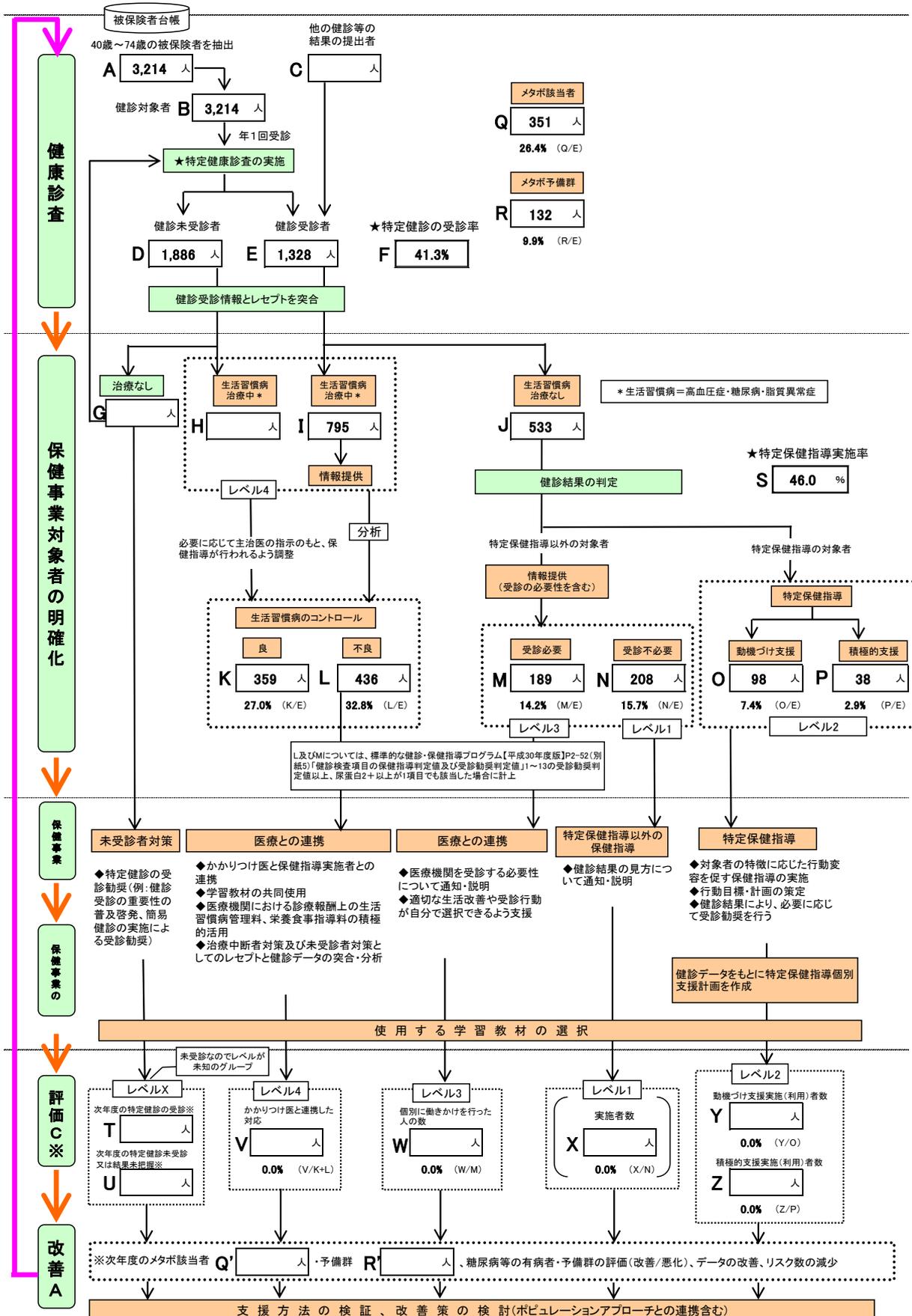
実施方法は、家庭訪問、面接等による個別保健指導を通年で実施する。

(2) 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(令和6年度版)」様式5-5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6-4)

【図表 6-4】 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導（様式 5-5）

健診から保健指導実施へのフローチャート（令和3年度実績）



(3) 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 6-5】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数 (R3) 対象者数/健診 受診者数 (%)	目標 (R11)
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた保健指導の実施 ◆必要に応じて受診勧奨を行う	136人 (10.3%)	60%
2	M	情報提供 (生活習慣病治療 なし・受診必要)	◆対象者の特徴に応じた保健指導の実施 ◆医療機関を受診する必要性について通知・説明	189人 (14.2%)	減少
3	L	情報提供 (生活習慣病治療 中・コントロール 不良)	◆対象者の特徴に応じた保健指導の実施 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携	436人 (32.8%)	減少
4	K	情報提供 (生活習慣病治療 中・コントロール 良)	◆健診結果の見方、健診データと生活との関連についての結果説明会、通知 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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	359人 (27.0%)	増加
	N	情報提供 (生活習慣病治療 なし・受診必要なし)		208人 (15.7%)	

なお、優先順位については、毎年度実施状況、改善状況等を把握、評価し、見直すこととする。

また、健診未受診者への未受診者対策については、国民健康保険税の納入通知時に受診勧奨チラシの同封や未受診者勧奨ハガキの送付、ホームページや広報、健康講座等での周知を図る。

5 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践計画

目標に向かっての進捗状況管理とPDC 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。(別紙1)

6 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システムで行い、最低5年間は保存する。

第7章 計画の評価・見直し

1 個別保健事業の評価・見直し

より実効性のある計画となるよう、毎年度、個別の保健事業について進捗状況等を把握、評価を行う（別紙2目標管理一覧の評価指標）。事業が計画通り進んでいない場合は、ストラクチャーやプロセスが適当であったか等を確認、体制等の見直しを行う。

2 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し

計画の最終年度となる令和11年度にデータヘルス計画全体の評価、見直しを行うとともに、必要な場合は中間年となる令和8年度に進捗管理のため中間評価を行う。

評価に当たっては、被保険者や医療関係者、関係団体関係者が参画する国保運営協議会で検討するとともに、国保連合会に設置された保健事業支援・評価委員会を活用する。

なお、評価指標はアウトカム・アウトプット評価を中心としているが、中間評価、最終評価時にはプロセスやストラクチャーの視点でも評価を行う。

【図表7-1】評価における4つの視点

アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか・糖尿病性腎症の透析導入者の割合ほか、目標管理一覧に掲げたアウトカム指標
アウトプット (事業の実施状況・実施量)	<ul style="list-style-type: none">・計画した保健指導が実施できたか・特定保健指導実施率ほか、目標管理一覧に掲げたアウトプット指標
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導の手順・教材は十分だったか・スケジュールは計画通りにできたか・KDB、DHPは活用しやすい環境か
ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営体制、予算は十分か・保健指導実施のための専門職の確保は十分か・専門職の研修機会の確保はできたか、定期事例検討会は開催できたか

第8章 計画の公表・周知

計画は、町ホームページ、広報に掲載し、町民、関係者に周知を行う。

周知にあたっては、被保険者、関係者の理解の促進のため、計画の要旨をまとめた概要版を策定し、分かりやすい内容での周知に努める。

第9章 個人情報の取扱い

特定健診・特定保健指導をはじめ、保健事業で得られ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法律及び能登町個人情報保護条例を踏まえ適切な対応を行う。

また、特定健診等保健事業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。

第 10章 地域包括ケアに係る取組及びその他留意事項

本町は高齢化が進んでおり、被保険者の中には高齢で一人暮らしや障害を持つ方も少なくない。発症予防、重症化予防の視点に加え、医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう、医療や保健、介護関係者との連携だけでなく、高齢福祉、障害福祉や生活困窮者、生活保護担当部署とも連携するとともに、必要な場合は地域ケア会議の場を積極的に活用するなど、包括ケアの取組を進める。

第 11章 その他

令和6年能登半島地震により、甚大な被害を本町でも受けており、健診体制や保健指導の実施について、まずは通常の体制を整えるように努める。また、在宅被災者等に配慮しつつ、事業を実施していくものとする。

能登町 健診・保健指導の実践計画

4月	1 実践計画(プロセス計画)の見直し、作成 ①昨年度の健診結果の整理 ②①の健診結果、今年度の実施計画について話し合い ③保健指導対象者、優先順位の決定、重点取り組みの確認 ④保健指導に必要な時間と本年度の保健師・管理栄養士の体制を踏まえ、目標達成のための役割分担等の話し合い ⑤保健指導の内容、学習教材、結果説明会の内容等を昨年度の結果、新しい科学的知見等を踏まえて見直す	R3年度
6月	2 健診の受診勧奨 糖尿病管理台帳により、過去の保健指導対象者で昨年度健診未受診者に個別の受診勧奨 n=受診者全員1,405人 (健診検討会資料より) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 集団健診(16回) R3:510人(36.3%) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 個別健診(14医療機関) R3:579人(41.2%) </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> かかりつけ医からデータ受領 R3:145人(10.3%) </div> </div> <div style="margin-top: 10px; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 健診当日の保健指導 血圧手帳、糖尿病連携手帳の活用 健診結果説明会の案内 </div> <div style="margin-top: 10px; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 3 保健指導対象者の抽出 ①健診結果をマルチマーカーに取り込み、健診結果経年表を印刷 ②マルチマーカーに取り込み、階層化名簿を作成 ③要精密検査(健診機関の判定による)、二次健診対象者を抽出、地区担当に渡す <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px; text-align: center;"> 糖尿病フローチャートにより保健指導対象者の優先順位を確認 </div> </div> <div style="margin-top: 10px; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 4 保健指導の実施 経年の健診データ、KDBで個々の保健指導を実施 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> ①結果説明会(健診受診者全員対象)・・・若年、後期高齢者、健診結果を持参した被保険者含む ①健診日の日程計画(個別支援) ②地区担当制による開始前のカンファレンス 参加予定者名簿の確認、保健指導対象者、精検対象者等の状況を共有 ③健診結果経年表で個々の結果を確認し、結果の見方、生活習慣の気づきを促す ④終了後、参加者の発言、様子を共有、その後の指導予定、欠席者の保健指導について確認 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> ②地区担当による訪問 優先順位に基づく保健指導 ○治療の有無/臓器障害の有無/肥満の有無など対象者の状況を踏まえて保健指導を実施 ○二次健診を活用した保健指導 ○かかりつけ医との医療連携 血圧Ⅱ度以上、LDL180以上の未治療者へ診療依頼・健診結果情報提供書を利用した受診勧奨と保健指導 糖尿病重症化予防対象者へ精密検査依頼書の発行と医療機関と連携した保健指導 </div> </div> <div style="margin-top: 10px; border: 1px solid black; padding: 5px;"> ③ヘルスアップ教室の取組 ○健診結果の読み取り ○糖尿病の基礎知識、食事と運動についての学習支援等 </div> <div style="margin-top: 10px; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 前年度の法定報告で評価 ①優先順位毎の保健指導実施率、改善状況(データの改善、治療に繋がった割合など)地区別に評価 ②実施できた要因・できなかった要因・改善した要因・改善できなかった要因を話し合い、整理、資料化し係内で共有 ③来年度の保健指導対象者の人数を出し、次年度の保健指導体制を検討、上司に報告 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px; text-align: center;"> 次年度に向けて事業計画を検討、予算作成 </div> </div>	特定健診受診率 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 40.0 % (1,269人) (法定報告) </div> 特定保健指導実施率 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 46.0 % (57人) (法定報告) </div> 血圧Ⅱ度以上(未治療者)の医療機関受診率 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 28.9% (13人) </div> LDL180以上(未治療者)の医療機関受診率 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 28.0% (7人) </div> HbA1c6.5以上(未治療者)の医療機関受診率 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 63.0% (17人) </div> HbA1c6.5以上(未治療者)の保健指導実施率 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 74.1% (20人) </div> HbA1c8.0以上(治療中)の保健指導実施率 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 75.0% (3人) </div>
9月 10月	5 糖尿病管理台帳で健診未受診者のうち保健指導必要者を把握 糖尿病管理台帳で関りがなかった対象者に対し、優先順位を立てて保健指導を実施 【優先順位】 ①HbA1c8.0以上(糖尿病治療の有無関係なく) ②HbA1c7.0以上7.9未満(糖尿病未治療者)	
11月	6 評価 前年度の実施結果と今年度の実施経過を確認 健診検討会で医療機関関係者等へ今年度の経過報告、検討	
2月 3月	次年度計画へ	

【別紙2】 第3期データヘルス計画 目標管理一覧（能登町）令和6年度～令和11年度

健康課題 (第2期初期値H28年度からの経過)	達成すべき目的	課題を解決するための目標(評価指標)	評価 区分	目標値						現状値の把握方法	他計画との整合性		
				策定時実績			中間評価					最終評価	
				R3	R6	R7	R8	R9	R10			R11	
中長期目標 ○脳血管疾患の総医療費に占める割合が増加傾向 ○虚血性心疾患については、総医療費に占める割合は減少傾向にあるが県や国と比較すると高い状況である ○糖尿病性腎症による透析導入数の増加はみられない 短期目標 ○メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合は増加傾向。腹囲が基準値以上の割合が高い ○健診受診者の高血圧・脂質異常者の割合が増加傾向。血糖異常者の割合は減少傾向 ○特定健診受診率、特定保健指導実施率が減少傾向 ○運動習慣のある者の割合が低い ○夕食後2時間以内に就寝する割合や、毎日飲酒する人、適量以上（1～3合）の飲酒をする人の割合が多い	中長期目標	1. 脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少(脳出血・脳梗塞)	アウトカム	2.2%	2.0%	2.0%	2.0%	1.8%	1.8%	1.8%	KDBシステム（各年度累計の健診・医療・介護データからみられる地域の健康課題.CSV）	能登町第二次総合計画 能登町健康づくり計画	
		2. 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少（狭心症・心筋梗塞）		3.8%	3.8%	3.8%	3.7%	3.7%	3.6%	3.6%			
		3. 糖尿病性腎症による透析導入数の減少		1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人			
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析導入数の増加はみられない 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	短期目標	4. メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少	アウトカム	36.3%	35.5%	35.0%	34.5%	34.0%	33.5%	33.0%		自立支援医療対象者
			5. 健診受診者の高血圧者の割合減少（160/100以上）		5.1%	4.5%	4.0%	3.5%	3.0%	2.5%	2.0%		
			5-1 心房細動がある者のうち医療機関を受診した者の割合増加		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
			5-2 血圧(160/100以上)で未治療者のうち保健指導実施後に医療機関を受診した者の割合増加	アウトプット	28.9%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%		法定報告 KDBシステム 合算シート
			6. 健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL180以上）	アウトカム	2.1%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%		
			6-1 脂質異常者(LDL180以上)で未治療者のうち保健指導実施後に医療機関を受診した者の割合増加	アウトプット	28.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%		
			7. 健診受診者の血糖異常者の割合減少（HbA1c6.5以上）	アウトカム	10.1%	10.0%	10.0%	9.5%	9.5%	9.0%	9.0%		特定健診・特定保健指導結果法定報告（厚生労働省）
			7-1 健診受診者の血糖異常者の割合減少（HbA1c8.0以上）		0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%		
			7-2 健診受診者HbA1c6.5以上で未治療者のうち保健指導を実施した割合増加		74.1%	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%		
			特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、メタボ該当者を減らす	アウトプット	8. 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の増加	22.4%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%		25.0%
					9. 特定健診受診率の向上	40.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	58.0%		60.0%
					10. 特定保健指導実施率の向上	46.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%		60.0%
生活習慣病予防のための望ましいライフスタイルを確立する	アウトカム	11.20歳時から体重が10kg以上増加した者の割合減少	34.6%	34.0%	33.5%	33.0%	32.0%	31.0%	30.0%				
		12.就寝前2時間以内に夕食を取ることがある者の割合減少	22.1%	21.0%	20.0%	19.0%	18.0%	16.5%	15.0%				
		13.運動習慣のある者の割合増加	34.5%	35.0%	36.0%	37.0%	38.0%	39.0%	40.0%				
		14.1日飲酒量が1合未満の者の割合増加	25.5%	29.0%	31.0%	33.0%	35.0%	37.0%	40.0%				
後発医薬品の使用により、医療費の削減		15.後発医薬品の使用割合の増加 (数量シェア集計表国保連作成から把握 年度末3月審査分を使用)	76.0%	77.0%	78.0%	78.5%	79.0%	79.5%	80.0%	厚生労働省公表結果	保険者努力支援制度		

第3期データヘルス計画

〔 第3期能登町国民健康保険保健事業実施計画
第4期特定健康診査等実施計画 〕

発 行 : 令和6年12月
能登町健康福祉課

住 所 : 石川県鳳珠郡能登町字宇出津卜字50番地1

TEL/FAX : 0768-62-8512・62-8514/0768-62-8506