

第 2 期能登町データヘルス計画（要約版）

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

<平成 30 年度～平成 35 年度>

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. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「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の分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価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、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A 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（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

能登町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

2. 計画の位置づけ

第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、健康日本21の県の計画である「いしかわ健康フロンティア戦略」や「能登町健康づくり計画」、「石川県医療費適正化計画」、「第7期能登町介護保険事業計画」と調和のとれたものとする必要がある。（図表1）

【図表1】 特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮することとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され実施している。

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表2)

【図表2】 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(千円)		2,947	4,648	9,443	
総得点(体制構築点含む)		252	377	555	
全国順位(1,741市町村中)		156	—	—	
共通①	特定健診受診率	10	10	20	50
	特定保健指導実施率	15	15	25	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通②	がん検診受診率	5	20	30	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	20	45	70	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	7	7	10	35
	後発医薬品の使用割合	0	0	0	40
固有①	収納率向上に関する取組実施状況	10	25	45	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	0	0	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	15	18	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			27	50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全予防の優先対策として、健診受診者の増加、特に若い世代への受診勧奨の強化と健診も治療も受けていない人の状況把握や、メタボリックシンドロームの改善として、血圧管理に重点をおいた保健指導と予備群をターゲットにするなどを進めてきた。

その結果、特定健診におけるメタボリックシンドローム予備群の割合や高血圧の有所見者の割合が減少、また医療費の高血圧症疾患や脳血管疾患の医療費が費用額・全体に占める割合の減少、介護認定の有病状況でも脳疾患が減ってきたことにも繋がっていると思われる。

しかし、特定健診受診率の低迷、メタボリックシンドローム該当者の割合や血糖（HbA1c）の保健指導対象者も増加傾向、医療費では糖尿病関係や虚血性心疾患が増えているなど、1期作成時の課題が継続されているため、第2期の取組としてさらに効果のある対策を検討していく必要がある。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 医療の状況

能登町の総医療費は平成28年度は減少したものの平成25年度からみると増加傾向であり、1人あたり医療費は同規模や県・国と比較して高い状況である。

医療費を疾患別で見ると、がんの占める割合が大きく伸びており、同規模・県・国と比べても占める割合が大きい。高血圧・脳血管疾患・精神・筋骨格系が費用額・割合ともに減少、糖尿病・脂質異常症・虚血性心疾患・慢性腎不全（透析有）が増加傾向である。中長期・短期目標疾患の医療費総計は減少している。

高額医療費については、全体の人数、件数、費用額ともに増加している。疾患別では、がんの人数・件数・費用額とも増加しており、虚血性心疾患も人数・件数では大きく変わらないが費用額が増加している。

長期入院は、全体の人数・件数・費用額とも減少しており、精神疾患が減少し脳血管疾患の件数・費用額が増えている。

人工透析においては、全体の人数・件数・費用額が増えているが、糖尿病性腎症によるものは減少している。

1人あたりの医療費が高くがんの割合が大きい状況と、糖尿病関連の医療費・受診者数が増えていることは、糖尿病発患者でがんの発症が高いこともふまえながら、さらなる生活習慣病の発症・重症化予防が重要となってくる。特に、糖尿病に関してより重点的な対策が必要となってくる。

医療費の動向等を把握し、予防可能な疾患をターゲットに保健事業により医療費の適

正化を図り、もって保険者の財政基盤強化が図られることは、保険者自身にとっても、また被保険者の利益を守る観点からも重要である。

2) 介護保険の状況

能登町の1号被保険者の介護認定率は同規模保険者や県・国と比較しても低く、第2号被保険者の介護認定率も同規模・国に比べて低い傾向である。しかし、要介護3～5の介護度の高い認定者が半数を占めており、1件あたりの介護給付費が居宅・施設サービスともに同規模・県・国より高い状況である。

有病状況をみると、第1号(65～74歳)・第2号被保険者の脳卒中が人数・割合とも減少しているが、若い年代の2号被保険者では、脳卒中が一番多く次いで糖尿病となっている。

若い世代の要介護状態を予防し、さらなる要介護状態の悪化を防ぐためにも、脳卒中等生活習慣病が引き起こす病気を発症させないことが重要となる。

3) 健診の状況

能登町はメタボリックシンドローム該当者が同規模・県・国よりも多く、H25年から比べても増加している状況である。基礎疾患の重なりについては、高血圧と脂質異常症が一番多く、次いで3項目すべて重なるものが多い。

血液検査においては、血糖検査のHbA1cが男女とも保健指導判定値である5.6以上の割合が増加しており、県や国よりも高い状況となっている。また、腎臓の働きをみるクレアチニン検査も有所見者1.3以上が増加している。

特定健診受診率は同規模より高いが目標の60%には達していない。年代別でみると、65歳以上で半数を占めており、若い年代の受診者が少ない。健診・治療も受けていない人の割合も変わっていない。

虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全を予防するためにも、前段階の状態であるメタボリックシンドローム該当者の改善は必須となる。また、血糖検査の保健指導対象者やクレアチニン有所見者も増加していることから、食後高血糖への知識普及をはじめ糖尿病発症・重症化予防に重点をおいた対策が必要となる。それらの状態を把握するためにも、年に1回の健診を受診する人を増やしていかなければならない。

生活習慣病は本人に明確な自覚症状がないまま悪化することが多いことから、生活習慣病等の発症や進行状況を把握するには、健康診査の結果を把握、分析することが重要である。

3. 計画の目標の設定

1) 優先すべき課題

データヘルス計画の目的は、主に虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症(透析予防)等による死亡、障害の発生を防ぐことである。

1期の課題として、特定健診受診率の低迷、メタボリックシンドローム該当者や血

糖（HbA1c）の保健指導対象者・クレアチニン有所見者の増加、医療費では糖尿病や虚血性心疾患、慢性腎不全（透析有）が増えている状況がある。

今期計画では、心血管疾患発症のリスクが高いメタボリックシンドローム該当者の改善、血糖検査値の保健指導・受診勧奨者への対応、慢性腎臓病（CKD）の対策を最優先課題として取り組む。

2) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療・介護情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患の総医療費に占める割合を減少させることができるよう取り組んでいく。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、外来を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、医療費に占める入院と外来の割合を、同規模平均とすることを旨とする。

(2) 短期的な目標の設定

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を毎年度改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、薬物療法だけでは改善が難しい疾患として、メタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これらは、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を併せて行っていく。また、継続的な運動も必要であるため、運動指導や運動の機会を増やす対策も行っていく。

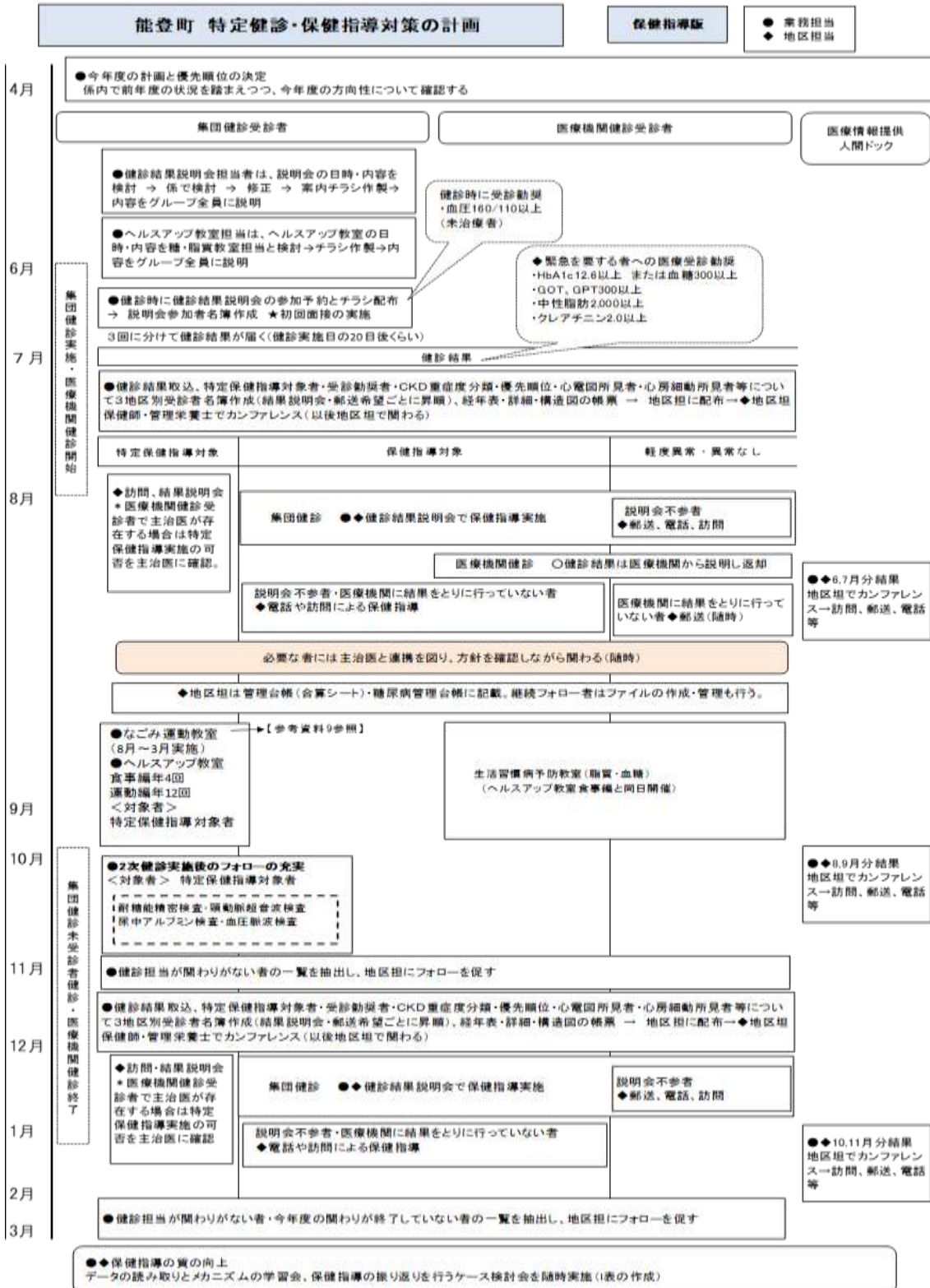
生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値を「データヘルス計画の目標管理一覧表」に記載する。(図表3)

【図表3】データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	現状値の把握方法	他計画との整合性			
データヘルス計画	特定健康診査等計画	<p><医療の状況> ○一人あたりの医療費が高い。 ・医療費を診療別で見ると、がんの占める割合が高い。 ・生活習慣病では、糖尿病・脂質異常症・虚血性心疾患、慢性腎不全の医療費が増加傾向である。</p>	<p>達成すべき目的 特定健康診査受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らし、医療費の伸びを抑える。</p>	特定脳診受診率60% (国の目標)	42.8%	45.0%	47.0%	50.0%	55.0%	57.0%	60.0%	60.0%	特定健診、特定保健指導結果法定報告 (厚生労働省)	総務計画 特定保健指導健康づくり計画			
				特定保健指導実施率60% (国の目標)	59.1%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%			65.0%	65.0%	
	中長期	<p><健診の状況> ○特定健診受診率が低い。 ・40歳代、50歳代の受診者が少ない。 ・健診未受診者のうち、生活習慣病治療者が4割いる。 ○特定保健指導対象者の減少率が低い。</p>	<p>糖尿病性腎症による透析、虚血性心疾患、脳血管疾患の医療費の伸びを抑制し、3つの疾患の総医療費に占める割合を減らす。</p>	特定保健指導対象者の減少率25% (国の目標)	11.7%	12.0%	14.0%	16.0%	18.0%	20.0%	22.0%	25.0%	KDBシステム	総務計画第二次総合計画			
				脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.5%			1.0%								1.0%	
	データヘルス計画	<p>○メタボリックシンドローム該当者が多い。 ○血圧未治療者で、受診勧奨対象者が多い。 ○血糖検査 (HbA1c) の保健指導対象者が増加している。 ○腎臓検査 (クレアチニン) の受診勧奨対象者が増加している。 <介護保険の状況> ○若い年代40～64歳 (第2号被保険者) の有病率は、脳卒中と糖尿病が多い。</p>	<p>糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患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。</p>	メタボリックシンドローム該当者の割合減少25% (国の目標)	23.7%	23.0%	23.0%	22.0%	22.0%	21.0%	21.0%	20.0%	KDBシステム	総務計画健康づくり計画			
				メタボリックシンドローム予備群の割合減少25% (国の目標)	10.7%	10.5%	10.5%	10.0%	10.0%	9.5%	9.5%	9.5%			9.5%		
	保険者努力支援制度	<p>○各種がん検診受診率が国や県と比べて低い。 ○特定・若年・後期高齢者健診がん検診受診率が低い。 ○後発医薬品の使用割合が低い。</p>	<p>がんの早期発見、早期治療 がんの健康に関心をもち住民が増える (各種健診受診率が増える)</p>	糖尿病有病者の割合減少 (HbA1c6.5以上)	32.6%	38.0%	43.5%	49.0%	54.5%	60.0%	65.5%	71.0%	地域保健報告等	総務計画健康づくり計画			
				がん検診受診率	9.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%			25.0%	25.0%	
				肺がん検診	20.3%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%			25.0%	25.0%	
				大腸がん検診	13.9%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%			25.0%	25.0%	
				子宮頸がん検診	18.8%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%			25.0%	25.0%	
乳がん検診				20.3%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%			25.0%		
健診まる得券の利用率				36.5%	40.3%	42.5%	45.0%	45.0%	47.5%	47.5%	50.0%	50.0%			50.0%	50.0%	
後発医薬品の使用割合80%以上 (国の目標)				38.7%	50.0%	60.0%	70.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%			80.0%	80.0%	厚生労働省公表結果
特定・若年・後期高齢者健診がん検診受診率				36.5%	40.3%	42.5%	45.0%	45.0%	47.5%	47.5%	50.0%	50.0%			50.0%	50.0%	すこやかまちづくり事業指標
後発医薬品の使用割合が低い。				38.7%	50.0%	60.0%	70.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%			80.0%	80.0%	厚生労働省公表結果

第3章 保健事業の内容

1. 保健指導の対策



2. 重症化予防の対策

1) 糖尿病性腎症重症化予防

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
精密検査依頼書を利用したの医療機関への受診勧奨とともに、主治医からの指示による保健指導の実施
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
糖尿病等重症化予防栄養改善事業
(町内開業医からの依頼による栄養指導の実施)
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応
糖尿病管理台帳により対象者を把握し、医療機関への受診勧奨を実施

2) 虚血性心疾患重症化予防

- (1) 対象者の明確化 (2) 受診勧奨及び保健指導 (3) 2次健診の実施
- (4) 対象者の管理 (5) 医療との連携 (6) 評価

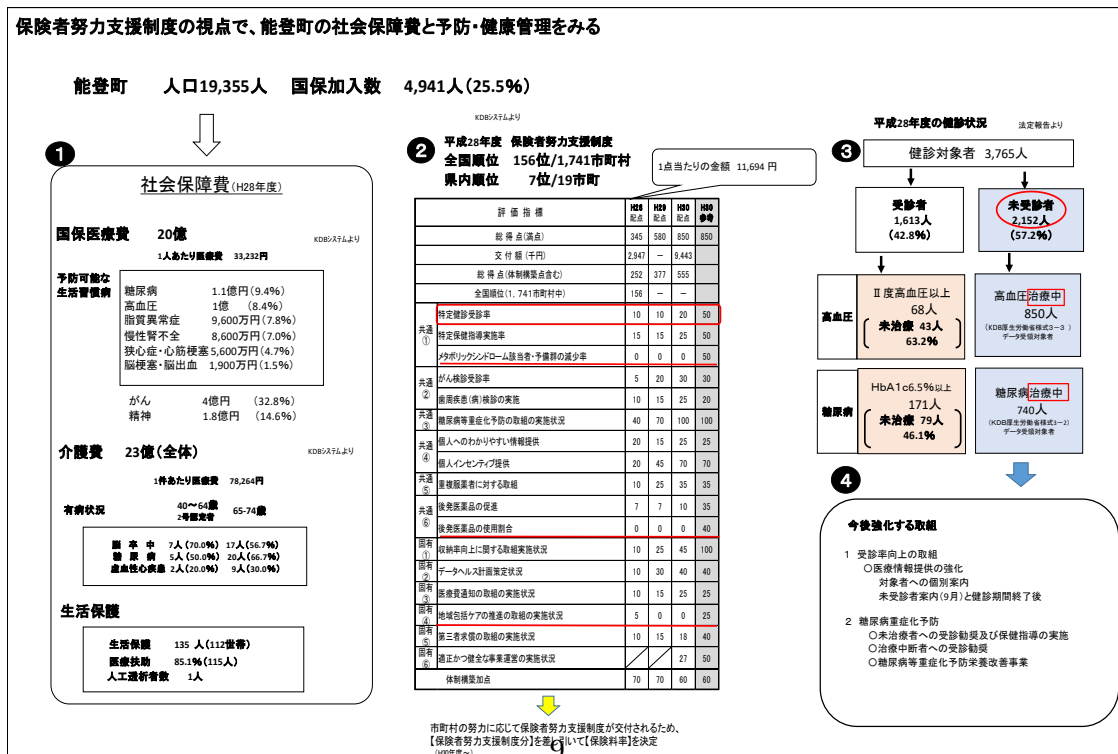
3) 脳血管疾患重症化予防

- (1) 対象者の明確化 (2) 受診勧奨及び保健指導 (3) 2次健診の実施
- (4) 対象者の管理 (5) 医療との連携 (6) 評価

3. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、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や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表4・5)

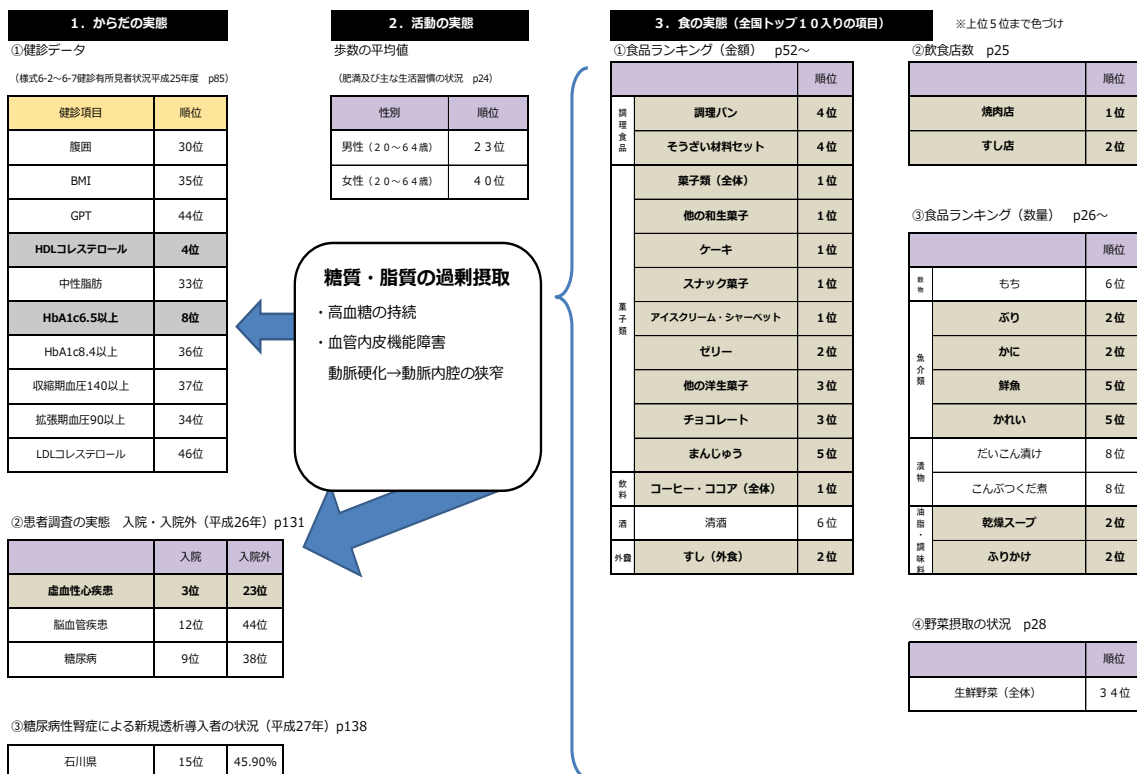
【図表4】



【図表5】

石川県の健診結果と生活を科学的に解明する

H29.11.23 ⑤都道府県や市町村の実態を見る基礎資料冊子より



4. 重複受診者・重複投薬者への適切な受診指導

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、診療報酬明細書等情報を利用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

また、重複服薬者については、電話・文書等で指導を行い服薬指導を実施する。

5. 後発医薬品の使用促進

診療報酬等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う。

第4章 第3期特定健康診査等実施計画

1. 目標値の設定

【図表6】

	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%

2. 対象者数の見込み

【図表7】

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

3. 特定保健指導の実施

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8】

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)	◆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	◆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)	◆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%

【図表 9】 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

第5章 地域包括ケアに係る取組

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。

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、ケアマネージャー、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。

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10)

【図表10】※評価における4つの指標

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。