

自治体の取組事例集

No	自治体名	特 色	取組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
1	北海道札幌市北光記念クリニック	血圧・血液検査結果等が改善している、3か月間の「生活習慣病改善プログラム」実施の、評価についての報告例	平成19年1月～平成21年12月	生活習慣改善プログラムに参加した141名の内、プログラムを終了した100名	医師と看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士が各症例に対し「生活習慣病改善プログラム」(3ヶ月の教育プログラムと4ヶ月目以降の継続プログラム)を協議・共同して実施	<p>食生活の改善(99名99%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・間食をやめる ・3食きちんと食べる <p>運動習慣の改善(95名95%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎日1万歩の歩行を目標とする ・犬の散歩を日課とする <p>食習慣・運動習慣以外の行動変容(96名96%)</p>	<p>○札幌市保健福祉局保健所健康企画課 電話:(011)622-5151 メール: kenkou-suishin@city.sapporo.jp</p> <p>○社会医療法人社団 カレスサッポロ 北光記念クリニック 電話:(011)722-1122 メール: sakuichi@seagreen.ocn.ne.jp</p>
2	北海道上富良野町	健康かみふらの21計画(第二次)、「第2期 上富良野町国民健康保険特定健康診査等実施計画」からの事例	平成20年度～平成23年度	町民	<p>町では特定健診受診者を対象に、高血圧治療ガイドライン2009に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層化」をもとに、血圧値だけでなく、個々の血圧以外の危険因子を考慮した保健指導を実施している。</p> <p>メタボリックシンドローム該当者・予備群を対象に、町独自に二次検診を実施している。</p>	<p>22年度の特定健診受診者の高血圧症有病者の割合は国民健康・栄養調査と比較し、男女ともに低く、Ⅱ度高血圧以上の者の割合も平成20年度と比較し減少している。</p> <p>頸動脈エコー検査で、脳梗塞発症前の頸動脈狭窄を発見し、適切な治療によって未然に脳梗塞発症を防ぐことができた。</p>	<p>(電話) 0167-45-6987 (メールアドレス) kenko@town.kamifurano.lg.jp</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
3	宮城県名取市	生活習慣病の発症予防と重症化予防の取り組みについて	平成20年度～平成24年度	特定健診受診者及び30～39歳（平成24年度は18～39歳）	<p>・保健指導の対象者の明確化を行い、血圧、HbA1c、eGFR等の検査結果や年齢等から優先順位を決めて、個別指導を実施した。</p> <p>・高血圧 死亡の状況や高額レセプト分析により高血圧の予防に重点をおいた保健指導を行った。集団から個別指導へのシフトを行った。</p> <p>・糖尿病 高血圧同様、高額レセプト等の分析により集団から個別指導にシフトし保健指導を実施した。積極的支援は、60歳以下のHbA1c5.2～6.0%を対象に75g糖負荷検査を実施した。また特定保健指導以外のHbA1c5.2～6.0%の糖尿病未治療者、さらに重症化予防として、平成21年度よりHbA1c6.1%以上の未治療者、平成22年度より治療中で10%以上、23年度9.0%以上、24年度7.0%以上の者も個別指導を行った。</p> <p>・脂質異常症 平成22年度までは、脂質異常症の他に高血圧・高血糖が重複している人を対象として保健指導を実施していたが、平成23年度からこれに加え単独でLDLコレステロール200mg/dl以上の未治療者、平成24年度には治療中160mg/dl以上の者に個別指導を実施した。</p>	<p>・高血圧 平成20年度から比較すると平成24年度は男女ともに収縮期・拡張期ともに有所見の割合が減少した。</p> <p>・糖尿病 有所見者の割合の減少は、まだみられないが、1人1人の検査値や生活に合った指導を実施したことで、生活習慣の改善につながった人が多かった。</p> <p>・脂質異常症 高血糖の保健指導と並行してLDLの保健指導を行ったため、平成23年度と比較して、平成24年度においては、男女ともにLDL140以上mg/dlの割合が減少している。</p> <p>・人工透析患者新規導入人数 人工透析の原因疾患として高血圧・糖尿病などがあるが、平成21年の12人から平成23年は5人と減少している。</p>	<p>(電話)022-382-2456</p> <p>(メールアドレス) hoken@city.natori.miyagi.jp</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
4	千葉県立東金病院	多職種協働で進める糖尿病透析予防指導管理の取り組みと成果	平均観察期間 12カ月	腎症2期:男性8名 女性80名、 腎症3期以降: 男性13名 女性10名	病院における全糖尿病患者のデータベース化を行い、患者群を腎症ステージ毎に層別化、各層毎に最適な介入手法を多職種で構築、その成果である糖尿病性腎症啓発用パンフレット、腎症分類表、栄養指導減塩レシピ、あいうえお塩分表等を用いた、エネルギー・HbA1c中心の指導から減塩・血圧正常化の指導を診察までの待ち時間に待合室等で行った。	<ul style="list-style-type: none"> 腎症2期では、減塩を中心とした患者支援プログラムにより、尿中微量アルブミンの増加を阻止することができ、糖尿病性早期腎症の進展防止における減塩の重要性が明らかになった。 腎症3期以降においては、減塩を中心とした患者支援プログラムを基盤に、リラグルチド等のGLP-1受容体作動薬で腎保護作用のある薬剤を活用する事で、eGFRの低下を阻止し、透析導入を遅延させることが明らかになった。 減塩を中心とした患者支援プログラムは、腎症2期以降のどの段階でも有用である。 	(電話) 0475(54)1531 (メールアドレス) hp- togane1@mz.p ref.chiba.lg.jp
5	千葉労災病院	当院における「糖尿病透析予防指導」の取り組み	平成24年4月～平成25年1月	【HbA1c6.1% (JDS値)以上、HbA1c6.5%(国際基準)以上、又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来患者】 かつ 【糖尿病性腎症第2期以上の患者(透析療法を行っている者を除く)】	生活習慣病対策の推進として、当院の全糖尿病患者をデータベースに登録し、全患者を腎症ステージ毎に層別化し、各層毎に最適な介入手法を多職種で構築した上で、外来において、医師、管理栄養士、看護師又は保健師等が連携して、重点的な医学管理を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る	<ul style="list-style-type: none"> 指導を受けている約8割が高齢者であった。 「ショックだった」「もうちょっと早く知らせて欲しかった」等、否定的な意見を持つ患者もいたが、「今後も指導を受けたい」「合併症を進ませてはいけないと思った」等、肯定的な意見も数多く寄せられた。 「指導を今後もまた受けたい」が75%「指導が分かりやすかった」が86%であった。 行動変容が見られた項目は「塩分制限」「カロリー制限」であった。行動変容が見られなかった項目は「病期に適した運動療法」「タンパク制限」であった。 	糖尿病・内分泌内科 三村正裕(電話) 0436-74-1111 (メールアドレス) masa- m01@chibah.r ofuku.go.jp

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
6	独立行政法人国立病院機構横浜医療センター	糖尿病透析予防指導管理料における透析予防診療チームの取り組み	平成24年4月～平成25年3月	患者14名	<ul style="list-style-type: none"> ・透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。 ・2012年10月に糖尿病腎症予防外来を開設し、糖尿病予防外来の療養指導、診療を紹介する。 ・糖尿病腎症予防外来の臨床効果効果を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該期間後の6月末までにHbA1cが改善又は維持された者(10名) HbA1cが改善又は維持が認められた者の割合:71% ・当該期間後の6末日までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者(9名) Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合:64% ・当該期間後の6末日までに血圧が改善又は維持された者(12名) 血圧の改善又は維持が認められた者の割合:85% 	(電話)045-851-2621 (メールアドレス)ujihara-makoto@yokohamamc.jp
7	新潟県柏崎地域振興局健康福祉部	働き盛り世代の、職場の昼食時を利用した体重減量プログラム	H24年10月1日～31日	19事業所78人のモニター	<p>昼食時に「600kcalのヘルシーメニューを食べる」「1日15分歩行する」を1ヶ月間継続することで、体重1kg減を目指すもの。弁当業者や社員食堂と連携してヘルシーメニューの開発や健康情報の発信などの食環境整備の支援を行った。</p>	<p>10月の労働衛生週間を活用し、19事業所78人のモニターが参加し、男性参加者のうち39%、女性では21%が体重1kg減量に成功した。特に肥満体型の多かった男性の方が減量成功率が高かった。女性も弁当の野菜レシピが参考になる等の理由で、食事への満足は男女ともに高く、プロジェクトに参加して「腹八分目」「野菜をとる」「間食を控える」などの意識や行動の変化がみられた(アンケートより)。</p>	(電話)0257-22-4112 (メールアドレス)ngt111830@pref.niigata.lg.jp

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
8	新潟県上越市	① 健診結果説明会 ② 訪問指導事業 ③ 未受診者対策 ④ 高齢者健康支援訪問事業	平成23年度	① 健診受診者全員 ② 特定保健指導対象者に加え、市独自の基準で選定した生活習慣病予防及び重症化予防が必要な者 ③ 市民健診及び特定健診未受診者 ④ 健診結果やレセプトデータから、生活習慣病等で今後重症化し、要介護状態になりやすいリスクを持つ者	① 健診受診者全員を対象に健診結果説明会を実施している。年間336回、国保健診受診者の約8割に当たる8,743人(平成23年度)が参加している。 ② 国が定める特定保健指導対象者以外にも、複数の有所見項目をもつ人が重症化する傾向にあるため、市独自の基準で選定した対象者5,105人(平成23年度)に訪問指導を実施している。 ③ 将来的な生活習慣病の重症化を予防するため、保健指導実施者が地区担当制を採り、生涯を通じた健康づくりの視点で未受診者対策を実施している。また、個別訪問により受診の意義や効果等を説明し、委託を含め5,182人(平成23年度)に受診勧奨を行った。 ④ 生活習慣病等で今後重症化するリスクを持つ70～74歳の高齢者に対し、定期的に訪問を行い働きかけることで介護予防を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の継続受診者と初めて受診した人の結果を比較すると、継続受診者のほうが有所見者の割合が低い。 ・ 健診を受診し、その後の保健指導を受けた人の方が、1人当たりの外来医療費(高血圧・糖尿病)の平均単価が低い。 ・ 介護保険サービス事業者と連携し、ハイリスク者に対し年5回程度定期的に訪問を行った結果、ハイリスク者で訪問できなかった人より、1年間訪問できた人のほうが要介護状態への移行率が低い。また、2年目に1回でも訪問できた人、2年目にすべて訪問できた人はさらに移行率が低い。 	(電話) 025-526-5111 (代表) (メールアドレス) kenkou@city.joetsu.lg.jp
9	新潟県魚沼市	健診時における糖代謝検査の結果に応じた、階層別の糖尿病対策	H22年度～ H24年度	魚沼市特定・基本健診受診者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診時における糖代謝(HbA1c)検査の結果に応じて、6群に階層化し、階層別にアプローチを行う。 ・ 平成22年度に、糖代謝(HbA1c)7.0～7.9%の53名及び、8.0以上23名について、その後2年間の検診結果を追跡し、各階層への移行状況を把握、検証。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 階層に応じて、勉強会、受診勧奨等を行い、前年度健診結果からの改善率は、糖代謝(HbA1c)7.0～7.9%で2～3割(維持2～3割)。 ・ 糖代謝(HbA1c)8.0%以上で6割。 	(電話) 025-792-9763 (メールアドレス) uc903901@city.uonuma.niigata.jp

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
10	全国健康保険協会 新潟支部	ジェネリック医薬品の使用促進	平成21年4月～平成24年11月	全国健康保険協会(協会けんぽ)新潟支部加入者	<p>医療費が増大傾向にあり、それに伴う健康保険料率の上昇が避けられないことから、医療費適正化を目的に、先発医薬品より薬価の安いジェネリック医薬品の使用を促進するもの。</p> <p>【目標値】調剤分数量ベース使用割合(平成25年3月):30%以上</p> <p>① 自己負担軽減額通知サービスの実施 平成21年度からの毎年度1回、1ヶ月当りの軽減可能額が一定以上見込まれる方について通知を送付している。</p> <p>② 希望シール(カード)の配布 ジェネリック医薬品に切り替えたいものの、医師や薬剤師へ言い出しづらいケースを想定し、保険証やお薬手帳へ貼付し間接的に意思を伝えられるシール(カード)を配布している。</p> <p>③ 講演機会の取得と拡大 年間110回以上の講演機会を取得し、医療費適正化とジェネリック医薬品使用促進の目的について周知広報を行っている。</p>	<p>【結 果】調剤分数量ベース使用割合(平成25年2月):30.8%</p> <p>①平成21年度から23年度の3年間における効果額は推計3億円を超えた。</p> <p>②事務研修会や各種イベントで配布したほか、保険証送付時に同封するなど、平成22年度からの配布枚数は50,000枚を超え普及した。</p> <p>③受講者数は年間のべ6,400名に達する。</p>	<p>(電話) 025-242-0261</p> <p>(メールアドレス) nagase-kenji@kyoukai-kenpo.or.jp</p>
11	石川県やわたメディカルセンター	疾病管理MAPを活用した多職種協働による糖尿病透析予防の取り組み	平成24年9月～平成25年2月	-	<p>やわたメディカルセンターでは、診療の質の向上を目的に「疾病管理MAP」を用いて糖尿病透析予防指導を2012年9月から開始した。</p> <p>医師、看護師、管理栄養士に加え、必要時に理学療法士も関与した個別指導、さらに薬剤師による処方監査、臨床検査技師による必要検査漏れの回避、動脈硬化スクリーニング検査(ABI、頸動脈IMT)を実施している。</p>	<p>糖尿病透析予防指導後に、血圧、HbA1c、LDLコレステロール値などの数値の改善が見られた。腎機能に応じた薬物使用量の適正使用が推進された。</p>	<p>(電話) 0761-47-1212</p> <p>(メールアドレス) hosp@katsuki-g.com</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
12	警察共済組合山梨県支部	生活習慣病対策に重点を置いた保健福祉事業	平成24年度	特定健診対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査等に関する小冊子を配布している。 ・人間ドック受診費用の一部を助成して、受診し易い環境に努めている。 ・特定健康診査受診券を年度初めに交付し、早期受診に努めている。 ・一次予防の観点から特定健診の対象者に該当しない40歳未満の若年層に対しても健康管理講座を実施している。 ・特定保健指導未実施者に対する「生活習慣改善セミナー」を開催している。 ・警察署が開催する健康管理セミナーの講師謝金等を助成し、支援を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診者数、特に被扶養者の受診者が増加している。 ・特定保健指導実施者数を増加させることにより、特定保健指導対象者のうち、翌年度に保健指導の対象者でなくなった者の数が増加している。 ・組合員一人当たりの医療費が減少している。 	電話 055-235-2121
13	長野県松本市	松本市国民健康保健特定健康診査・保健指導	平成20年～	松本市国民健康保険者(対象年齢の者)	<p>1 概要 第1期計画(平成20年度～24年度)の分析結果として、特定健康診査・保健指導による効果を報告するもの。</p> <p>2 松本市の特徴 健診の8割が個別医療機関で行われ、同機関において、結果説明と情報提供を面接で実施し、動機づけ支援・積極的支援の初回面接も同時に実施していることから、保健指導(予防)から医療まで間断のない体制が構築されている。</p>	<p>1 松本市と松本市医師会の連携体制が確立されていること</p> <p>2 要治療者が適時に適切な医療に結びついていること(服薬治療者の増加)</p> <p>3 受診者の血圧正常値の割合が増加していること</p> <p>4 喫煙者が減少していること</p>	(電話) 0263-34-3217 (メールアドレス) kenkoka@city.matsumoto.nagano.jp

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
14	長野県上田市	糖尿病発症予防 高血糖から血管を守ろう教室	平成24年1月～平成24年3月	健診結果HbA1cが5.5～6.0%で年齢が40～64歳までの方	<p>・糖尿病発症予防の取り組みとして、教室を1回実施(講義のみで1時間30分～2時間)</p> <p>健診データで自分の体の状態を知る 血管が傷むメカニズムと放置することでこれからどうなるか 自分の生活習慣(食)とHbA1cを結びつける(自分にとっての原因を探る) 自分の生活習慣(食)を振り返る</p>	<p>参加者の健診受診率(リピーター率)91%</p> <p>HbA1cの改善率(HbA1cが0.1%以上下がった人) 改善者 88.0% 変化なし 10.0% 悪化 2.0%</p>	<p>(電話) 0268-28-7123</p> <p>(メールアドレス) kenko@city.ueda.nagano.jp</p>
15	長野県須坂市健康づくり課(働きざかりの健康づくり研究会事務局)	働きざかりいきいきセミナー	平成17年度から	須坂市内の働きざかりの健康づくり研究会に参加している事業所に勤務している者(市内14企業、商工会議所、須坂市役所等全16事業所)	<p>毎年「働きざかりの健康づくり研究会」を開催し、企業担当者を通じ、メタボ要指導と判定された方を中心に受講者を募集してセミナーを実施する。 近年では、要指導者に限らず、従業員全員に受講勧奨が行われている。</p>	<p>セミナー開始時と終了時(3ヶ月後)の体重と腹囲は、 BMI25%以上【平均減量体重-1.2kg、平均減少腹囲-1.5cm】 BMI25%未満【平均減量体重-0.4kg、平均減少腹囲-0.3cm】となった。 その他、ウォーキングをするようになった、野菜を摂るようになった、参加者同士励まし合い生活改善を継続している、等の意識の改善が見られた。</p>	<p>(電話) 026-248-9018</p> <p>(メールアドレス) s-kenkodukuri@city.suzaka.nagano.jp</p>
16	長野県中野市	糖尿病予防対策	通年	全市民	<ol style="list-style-type: none"> 基本健診・特定健診受診者において、糖代謝の項目で要医療判定者への受診勧奨及び保健指導の実施 地区の健診等で、中野市の糖尿病の現状について周知 保健指導員研修会において、糖尿病予防講演会の実施(保健指導員対象) 糖尿病予防講演会の実施(全市民対象) ※糖代謝要指導(39歳以下)・要医療(74歳以下)への個別の開催通知 乳児健診時に、保護者対象に栄養のチラシの配布 地域総合病院等との連携で、糖尿病シンポジウムの開催 	<p>・ヘモグロビンA1c5.2%以上の年代別の割合が、30～50歳代で減少。他の年代では、伸び率が下がった。 ・糖代謝の精密検査受診率の向上。</p>	<p>(電話) 中野市健康づくり課 0269-22-2111 (内線242)</p> <p>(メールアドレス) kenko@city.naganano.jp (課代表)</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
17	長野県東御市	国保ヘルスアップ事業	平成22年度～平成24年度	特定健診受診者で①重症高血圧者、②HbA1c7.0%以上の者、③70歳未満でeGFR50%未満の者	<p>1. 医療機関と連携した保健指導体制の構築 ・保健指導を実施しながら主治医と連携体制について検討する。</p> <p>2. 生活改善のための支援プログラムの確立 ・支援プログラムを確立することで、保健指導実施者の年齢や経験年数に関係なく同様の保健指導が提供できるようにする。</p>	<p>1. 保健指導により住民が現在の状態を理解することによって、患者本人を通じて連携ができるようになってきている。資料等により保健指導の共通理解に努めている。</p> <p>2. 保健指導のプロセス計画等により保健指導の標準化を図っている。保健師・栄養士等専門職が重症化予防の視点で保健指導をするようになっている。保健指導実施者の評価につながっている。</p>	<p>(電話) 0268-64-8883</p> <p>(メールアドレス) kenko-hoken@city.tomi.nagano.jp</p>
18	長野県安曇野市	高血糖対策事業	平成22年度～	特定健診受診者・市民	<p>安曇野市国保の特定健康診査の結果、糖尿病予備群が他市町村に比べ非常に多く、基準内の者の割合が少ない状況であった。そのため高血糖予防を重点目標にして保健事業を実施した。</p> <p>1. 実態把握 2. 分析・計画作成 3. 重症化予防 ・特定健診結果 HbA1c7.0%以上の者への保健指導・栄養指導(個別) ・特定健診結果 HbA1c6.1～6.9%の者(未治療者)への栄養指導(個別)(対象者は毎年度毎に見直し、拡大した)</p> <p>4. 発症予防 ・健康づくり推進員対象の学習会の実施 ・地区毎に住民対象の学習会の実施 ・広報に連載記事を掲載 ・母子保健事業との連携 (*HbA1cはいずれもJDS値)</p>	<p>特定健診受診者のHbA1cの状況を見ると、治療なし者では、HbA1c5.2%未満の基準値内割合が、平成20年度17.8%であったが平成23年度では23.3%となっている。また、糖尿病治療中者の状況を見ると、HbA1c7.0%以上の者の割合は平成20年度35.1%であったが平成23年度は28.0%となっている。(*HbA1cはいずれもJDS値)</p>	<p>(電話) 0263-81-0726</p> <p>(メールアドレス) ken-hokenyobou@city.azumino.nagano.jp</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
19	長野県豊丘村	特定保健指導対象者以外を対象とした、生活習慣病ハイリスク者への個別の保健指導	H20年度～H23年度	豊丘村国民健康保険特定健診受診者(ハイリスク者)	豊丘村特定健診受診者の中で、特定保健指導対象者以外の高血圧・糖尿病・脂質異常症等生活習慣病の検査データから保健指導の対象者を絞りこみ、「ハイリスク者」として個別に保健指導を実施。本人の検査データ、病歴的背景の理解を基に適切な受診勧奨、生活習慣の改善を指導し脳血管疾患、心疾患、人工透析導入など重篤な疾患の発症を予防する。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険2号認定者原因疾患における脳血管疾患の減少(H11年度:5人→H23年度:1人) ・豊丘村特定健診受診者における重症高血圧者の減少(Ⅱ度高血圧以上、H21年度:7.6%→H23年度:4.8%) 	(電話) 0265-35-9016(直) (メールアドレス) hoken@vill.nagano-toyooka.lg.jp
20	長野県北安曇郡池田町	1. 健診後訪問事業—3次予防対象者 2. 二次健診 75g糖負荷試験、頸部エコー検査	1. 平成20年度～23年度 2. 平成18年度～22年度	池田町国保特定健診受診者	1. 3次予防対象者訪問 ツールを使い下記対象者を明確にし、地区担当保健師、栄養士にて対象者全員を訪問。 対象者 高血圧:Ⅱ度・Ⅲ度以上の者 高LDL:160ms/dl以上の者 HbA1c:6.5%以上の者 2. 二次健診 ・75g糖負荷試験 糖尿病発症予防のため、境界域の対象者に実施。検査時、糖の流れ、インスリンについて学習。実施後結果説明会後はバランス食学習会等の参加と食についての指導を行う。 ・頸部エコー検査 この検査により早期動脈病変を発見し、脳血管疾患、虚血性心疾患等の予防のために実施。また、検査をきっかけに動脈硬化の危険因子を知り、データ改善のための医療機関受診の必要性や生活改善が理解できるようにする。	1. 対象者を明確にし、訪問等により継続した関わりを持つことで、対象者自身が検査データを理解し、治療の必要性を知り治療開始したり、生活等と結びつけて生活改善でき減少したと思われる。特に重症高血圧者(160/100mmHg以上)、HbA1c高値者(8.0%以上)の人数の減少が見られた。 2. 健診後二次健診として75g糖負荷試験を実施することで、自分の糖の処理能力(インスリン量とインスリンの状態)を受診者本人が知り、結果に合わせた生活・食の改善に結びつき発症予防ができていると思われる。 また、頸部エコー検査を受けたことで、なかなか治療につながらなかった方が受診につながるケースがあった。実施対象者の多くに動脈硬化の所見が多いこともわかった。	(電話) 0261-61-5000 (メールアドレス) kenko@town.ikedanagano.jp

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
21	長野県高山 村村民生活課	インターバル速歩教室	平成24年6 月～12月	平成23年度の特定保健指導該当者または生活習慣病とその予備軍、及び地域でインターバル速歩の普及に協力できる方(定員先着20名)	全8回の教室の中で、ウォーキング指導やダイエット、水分補給の仕方などの講義、栄養指導、体力測定、血液検査、身体計測などを行った。 また、教室期間中は、参加者に塾大メイト(運動測定器)をつけてもらい、講師の推奨する「週3日以上、1週間の速歩時間60分以上」を目標に、ウォーキングを行ってもらった。	(参加者の平均値) 教室開始時 教室終了時 体重(kg) 56.2 55.6 腹囲(cm) 83.5 82.2 最高血圧(mmHg) 144.3 137.8 最低血圧(mmHg) 87.4 85.9 中性脂肪(mg/dl) 112.6 110.4 HDLコレステロール 61.4 65.0 LDLコレステロール 150.0 140.6 血糖(mg/dl) 96.1 94.0 HbA1c(JDS)(%) 5.6 5.5	(電話) 026-242- 1202 (メールアドレス) sonmin@vill.ta kayama.nagan o.jp
22	長野県山ノ 内町	糖尿病予防・重症化 予防	平成20年度 ～(継続中)	特定健診による特定保健指導該当者、健康診査によるHbA1c 5.2%(JDS値。以下同じ)以上の者(H23からは早期介入として39歳以下も対象)栄養教室は全地域住民を対象	・特定保健指導該当者、HbA1c5.2%～6.0%の者に、二次健診(75g 糖負荷検査・インスリン検査、頸動脈超音波検査、血圧脈波検査)を実施。 ・高血圧や脂肪異常、CKD等併せ持つリスクを考慮して優先順位を付け保健指導。 ・栄養指導の充実 【健診結果でHbA1c6.1～6.4%には結果報告会にて栄養士が個別に面談(H23～)】 【糖尿病治療中者でコントロール不良者には栄養士が継続的に支援(H23～)】 ・地域栄養教室の開催:地域の健康課題を理解してもらう為、地域の健康状況を伝え、健康をつくる食生活(糖尿病予防を重点に)を体験学習。保健補導員会等と連携して、統一テーマを決めて各地区で実施。 ・ライフコーダーの導入(H24～):ライフコーダーで身体活動・運動の負荷を計測し、自分に合った運動の強さを把握することにより、個人個人に合わせてより効果的な運動となるよう指導する。	特定健診結果から、 ・HbA1c6.1%以上の者が年々減少(H20:6.6%→H23:4.7%) ・治療中者でHbA1c6.1%以上の者が年々減少(H20:81.5%→H23:62.5%) ・治療なしの者ではHbA1c5.1%以下の正常者が増加(H20:45.7%→H23:57%) 国保の新規人工透析導入者がH23年度から0になった。	(電話) 0269-33- 3116 (メールアドレス) hokeniryo@to wn.yamanouc hi.nagano.jp

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
23	長野県機械金属健康保険組合	①特定保健指導・生活習慣病重症化予防 ②健康推進キャンペーン	①平成20年度～ ②平成23年、平成24年の5月1日～7月31日までの3ヶ月間	①35歳以上の被保険者 ②全被保険者	①特定健診後階層化、積極的支援、動機付け支援を実施。 ②健康的な生活習慣を自分で身につけ積極的に健康づくりに取り組む人を増やす。5月1日～7月31日までの3ヶ月間「禁煙・100%」、「減量・現体重の4%以上」、「ウォーキング・100km以上」、「ジョギング・ランニング・300km以上」のひとつにチャレンジする。	①20年度対比、腹囲、BMI、中性脂肪、HDL、血糖、収縮期血圧、LDL、尿蛋白の有所見率は改善。 ALT、HbA1c、尿酸、拡張期血圧、クレアチニンは悪化。 ②H23参加事業所数68/110(参加率61.8%) 達成率:禁煙50.5%、減量57.9%、ウォーキング79.6% 合計達成率(1081人中788人:72.9%) H24参加事業所数64/111(参加率57.7%) 達成率:禁煙42.3%、減量54.8%、ウォーキング75.3%、ジョギング・ランニング63.8% 合計達成率(1006人中700人:69.6%)	(電話) 0263-32-1878 (メールアドレス) kenpo@po.mcc.i.or.jp
24	岐阜県多治見市	「たじみハッピープラン」に基づく地域ですすめる多治見市の喫煙対策	平成14年度～	市民	・喫煙対策の推進のため、性別、成人、未成年(10～11歳、13～14歳、16～17歳)ごとに目標値を定め、5年ごとに3000～6000名を対象とした市民調査を行い、達成状況を評価している。 ・公共施設敷地内禁煙、路上禁煙地区の指定、禁煙化を推進している飲食店、事業所の認定制度等の実施。 ・禁煙支援、未成年者喫煙対策、喫煙防止教育、情報提供・普及啓発等の実施	・青少年について、16～17歳の男子を除く、13～14歳の男子・女子ならびに16～17歳の女子において多治見市での喫煙率の減少率が全国に比べて上回り、最終評価値の喫煙率は全国に比べて低かった。 ・成人については青年期の男性を除く、全年齢の男性、女性のいずれにおいても、多治見市での喫煙率の減少率が全国に比べて上回り、最終評価値の喫煙率は全国に比べて低かった。 ・市男性職員の喫煙率を指標とし、公共施設内禁煙の市男性職員喫煙率への影響を明らかにし、学会発表を行った。結論として、調査の限界はあるものの、敷地内禁煙実施後に、市男性職員の喫煙率は低下する傾向にあり、禁煙環境整備の有効性が示唆された。	(電話)0572-23-6187 (メールアドレス) hosen@city.tajimi.lg.jp

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先																																				
			期 間	対 象	内 容																																						
25	岐阜県本巣市	健康日本21(第2次)に関する情報提供	～平成23年度	健診対象者	<p>・19歳から39歳までの青年健診を実施し、さらに、20歳から65歳までの5歳刻みに、糖尿病予防を重視した節目健診を保険の種類に関わらず実施している。</p> <p>・特定健康診査を含むすべての健診結果を、個別相談(健康相談・家庭訪問等)にて説明し、健診結果と生活習慣との関連を住民に、理解してもらえるよう支援している。</p>	<p>・高血圧の状況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>20年度</th> <th>23年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>受診勧奨判定値</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(Ⅰ度)</td> <td>20.3%</td> <td>18.6%</td> </tr> <tr> <td>(Ⅱ度)</td> <td>3.7%</td> <td>2.9%</td> </tr> <tr> <td>(Ⅲ度)</td> <td>0.7%</td> <td>0.4%</td> </tr> </tbody> </table> <p>・脂質異常症の状況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>20年度</th> <th>23年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LDLコレステロール</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(160mg/dl以上)</td> <td>9.5%</td> <td>7.8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>・糖尿病の状況(治療中)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>20年度</th> <th>23年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c7.0～7.9%</td> <td>21.0%</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>HbA1c8.0～8.9%</td> <td>6.0%</td> <td>2.5%</td> </tr> <tr> <td>HbA1c9.0%以上</td> <td>2.4%</td> <td>3.0%</td> </tr> </tbody> </table>		20年度	23年度	受診勧奨判定値			(Ⅰ度)	20.3%	18.6%	(Ⅱ度)	3.7%	2.9%	(Ⅲ度)	0.7%	0.4%		20年度	23年度	LDLコレステロール			(160mg/dl以上)	9.5%	7.8%		20年度	23年度	HbA1c7.0～7.9%	21.0%	15.2%	HbA1c8.0～8.9%	6.0%	2.5%	HbA1c9.0%以上	2.4%	3.0%	(電話)058-320-0500 (メールアドレス)itonuki-hc@city.motosu.ig.jp
	20年度	23年度																																									
受診勧奨判定値																																											
(Ⅰ度)	20.3%	18.6%																																									
(Ⅱ度)	3.7%	2.9%																																									
(Ⅲ度)	0.7%	0.4%																																									
	20年度	23年度																																									
LDLコレステロール																																											
(160mg/dl以上)	9.5%	7.8%																																									
	20年度	23年度																																									
HbA1c7.0～7.9%	21.0%	15.2%																																									
HbA1c8.0～8.9%	6.0%	2.5%																																									
HbA1c9.0%以上	2.4%	3.0%																																									
26	岐阜県下呂市	慢性腎臓病(CKD)予防対策における関係機関との連携構築の取り組み成果	平成19年度～平成24年度	市民	<p>医療費適正化及び住民のQOLの観点から透析を予防していくために、透析患者から学ぶための訪問を実施し、各種検討会、講習会等を経て、「慢性腎臓病(CKD)予防に向けた計画書」を作成した。</p> <p>岐阜県の腎疾患予防のモデル事業を受け、小児や妊婦への生涯を通じたCKD予防体制の整備、地域医療の連携体制の充実を図った。</p>	<p>生涯を通じたCKD予防体制を以下のように構築</p> <ol style="list-style-type: none"> ①3歳児健診での検尿検査結果より管理名簿作成し、帰結までフォロー ②3歳児健診において尿塩定量検査実施。幼児期からの塩分摂取に関して指導 ③5歳児での尿蛋白・尿塩定量検査の実施と結果による保健指導実施 ④妊娠中・産後の尿蛋白異常のフォロー ⑤重症化予防に向けた訪問結果報告書によるかかりつけ医への連絡体制整備 ⑥腎疾患予防検討会で各職種による意見交換・研修会の継続実施 	(電話:0576-53-2101) (メールアドレス)kenkou@city.gero.ig.jp																																				

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
27	三重県伊勢赤十字病院	糖尿病患者に対して医師、管理栄養士、看護師などが連携して栄養管理や日常生活に関する助言・指導を行うことで、HbA1c値の改善や、体重減少などの効果が認められた事例	平成24年8月から平成25年3月まで	糖尿病透析予防指導算定患者13名	<p>多職種連携</p> <p>医師：糖尿病透析予防指導の必要性、糖尿病腎症病期について説明 管理栄養士 (1)指示エネルギー量の食品構成を説明 (2)減塩指導 (3)カリウム制限(必要な場合) 看護師： ①1回目 ・病気(糖尿病腎症)の説明 ・糖尿病腎症の進行度の患者の理解や思いの確認 ・セルフモニタリング指導(自宅血圧、体重、血糖測定) ・生活状況、運動療法の確認、指導 ②2回目 ・検査結果の見方(糖尿病連携手帳を活用) ・食事、運動療法の変更への戸惑い、不安への対応 ・生活状況、運動療法の確認、指導 ③3回目 ・感染予防、シックデイ指導 ・低血糖指導 ・定期眼科受診のチェック ・足病変の有無のチェック</p>	<p>HbA1cは5人で改善した。カルテの情報からは指導期間中薬物治療の変更はないことから患者個人の食事運動療法への意識改善、行動変容に伴う影響が大きいと考えられる。 体重は5人で減少傾向だった。そのうちHbA1cが減少した人が3人だった。 尿アルブミン量については、微量アルブミン量の減少を確認した人が2人だった。2人ともHbA1c改善と体重減少傾向を認めた。また、血圧、脂質プロファイルに関しても改善傾向を認めた。今後は全糖尿病患者を登録した疾病管理 MAPを導入し、指導患者数の大幅な増加をはかる。</p>	(電話) 0596-28-2171 (メールアドレス) healthcheck@ise.jrc.or.jp

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
28	三重県一般社団法人「元気クラブいなべ」	ウォーキングや体操など運動を中心とした多様なメニューを提供することによる、地域の健康づくりの取組の推進	平成17年2月～	全市民	いなべ市では、平成13年から取り組む「健康日本21」地方計画の一環として、地方行政と地域住民団体等が垣根を越え協力し、健康増進と介護予防対策の『元気づくりシステム』を構築し運用している。この、地域住民のマンパワーを生かすシステムの運用で、自治体の健康増進と介護予防（一次）事業の年度毎の自発的事業コースの発生を調べ、そのプロセス評価を明確にする。さらには、自発的事業から発生したマンパワーが、地域団体（自治会、老人会等）にどの様に関わりながら地域活動化しているかを、明確にしてそのプロセス～アウトプット評価を試みる。	<p>・健康増進と介護予防（一次）事業に、身体運動を定期的に取り入れプロモートした”元気づくりシステム”の運用は、ミッション・コンセンサス・コミット・エンパワーメントの各過程をシステムティックに実行することで自発的活動とアウトプット（成果）が実現している。</p> <p>・自治体で取り組むべき健康づくり活動（健康づくり、介護予防）として開発した『健康づくりシステム』の運用で、社会貢献活動を引き起こしていることを確認するに至った。このことから、高齢者の健康スポーツ活動をシステム化して取り組むことが、様々な分野、関連地域団体の支援活動として社会活動を引き起こすことが明らかになった。</p>	(電話) 0594-46-8421 (メールアドレス) oohira1@m6.cty-net.ne.jp
29	滋賀県(草津保健所)	働きざかり層の「健康づくり」支援に関する実態調査	H24年8月～9月	23事業所 (H24年度 特定給食施設等指導対象事業所)	たばこ・食生活・歯周病・運動・がん・こころの各項目について、訪問聞き取り方式により企業での取り組み状況等を調査するとともに、ポスター、チラシ等により情報提供を行う。	<p>○事業所における健康管理に関する課題が把握できた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・比較的平均年齢が高い事業所では、生活習慣病（高血圧・糖尿病等）が課題である。 ・比較的若い年齢層が多い事業所では、朝食欠食など食習慣に課題があるものが多い。 <p>○事業所における健康づくりに関する取り組み状況が把握できた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん検診の受診率向上に取り組んだ結果、早期がんが発見された事例があった。 ・扶養家族に対するがん検診の実施は約半数の事業所だけであった。 ・正しい分煙対策が実施できている事業所は6割強であった。 ・歯周病対策は約半数が何らかの取り組みをしているが、健診・相談を実施しているのは2割強の事業所のみであった。 	(電話) 077-562-3614 (メールアドレス) ea30@pref.shiga.lg.jp

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
30	滋賀県済生会滋賀県病院	<p>糖尿病診療の質向上と地域連携に向けた院内体制整備とその成果</p> <p>1. チーム制による疾病管理手法の実践</p>	-	通院患者約1400名	<p>通院加療中の全糖尿病患者約1400名のデータベースを作成し検査値把握。血糖コントロールと腎症ステージにより患者群を層別化した。各層毎に最適な介入手法を多職種で構築し、ケア改善、軽症者の逆紹介業務などを組織的に実施。連携・協働を促進するための連絡等の業務について、医師や専門職の負担をかけないために事務系職員の活用と分業を進めた。その一環として糖尿病透析予防指導管理料算定を機にCDE有資格看護師による療養指導外来を設置し、これを核として栄養科外来と糖尿病専門外来を隣接させた「地域糖尿病支援センター」を開設し、利用者の療養指導へのアクセス改善と各職種の有機的な協働促進を図り、アウトカムを改善する。</p>	<p>平成25年1月31日現在、データベース登録同意患者数1129人、連携手帳の発行1060件である。2年前と比較して、HbA1c 7%以下の患者の割合が12%増加、平均値は0.4%低下し、非専門外来で有意に改善した。</p> <p>ケアの実施については、層別化された435名の患者について23名の内科系担当医宛に受診勧奨を行なった。2012年度前期(5月時点)には前年同期に比べ血糖コントロール不良者(HbA1c\geq7.5%)の眼科受診の増加(+15%)、栄養指導実施の増加(+5%)、腎機能低下者(eGFR<45)の腎臓内科受診率の増加(22%)がみられた。</p>	<p>(電話)077-552-1221</p> <p>(メールアドレス)ssh@saiseikai-shiga.jp</p>
31	滋賀県済生会滋賀県病院	<p>糖尿病診療の質向上と地域連携に向けた院内体制整備とその成果</p> <p>2. 多職種連携ケースマネジメントによる重症化予防ワークフロー(透析予防プログラム)の実践</p>	-	-	<p>糖尿病性腎症患者に対する外来教育プログラムを開発し、初期成績を検討した。糖尿病外来予約患者から毎週1回、通院中の糖尿病患者データベースにより対象患者を抽出し、CDE看護師がカルテにて病歴をチェックして候補者を絞り、医師からの指示により多職種による指導を開始した。</p>	<p>CDE看護師による療養指導外来開始から6ヶ月で160例に多職種での外来療養指導プログラムが開始され、のべ指導数は554件であった。透析予防指導を開始した120例については、ⅡまたはⅢ期が99%を占め、5ヶ月以上(平均193日)が経過した連続参加者77名のHbA1cは、糖尿病薬の変更なしに有意に低下した。また降圧薬を増量しなかった67名の収縮期血圧も有意に低下した。</p>	<p>(電話)077-552-1221</p> <p>(メールアドレス)ssh@saiseikai-shiga.jp</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
32	兵庫県	医療保険者と協力した受診勧奨の集中キャンペーン	平成23年度～(5月・9月実施)	県民	<p>受診勧奨に関する効果をより高めるため、県及び医療保険者が同時期に集中的に実施することにより、一層の受診促進を図る。</p>	<p>ポスター作成・配布、新聞広告掲載(神戸、読売、朝日)、市町ケーブルテレビへの働きかけ</p> <p>県民だよりひょうご・ニューひょうごごこくへの広告掲載</p> <p>バスの中吊り広告【神姫バス(14日間)(姫路、明石、三田、三木、社)】</p> <p>淡路交通【(15日間)(淡路島内全域)】</p> <p>阪急バス【(7日間)(宝塚、伊丹、芦屋浜)】</p> <p>関係機関へのキャンペーン周知</p> <p>ラジオ等による受診勧奨</p>	<p>(電話番号) (078)362-9109 (メールアドレス) kenkouzoushinka@pref.hyogo.lg.jp</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
33	奈良県御杖村	糖尿病等事後指導推進事業	H23年度～ H24年度	特定健診対象者	<p>①特定健診の事業評価概要から男性の受診率の向上と判定結果の向上</p> <p>②きめ細かな保健指導や75gブドウ糖負荷検査、6ヶ月後の血液検査の実施による特定健診経年的受診者(特定保健指導及びそれ以外の重症化防止のための保健指導対象者)の健診結果の改善</p> <p>③特定健診受診への働きかけや受診勧奨判定値以上の者を積極的に医療機関につなげることによる重症化予防の事例</p>	<p>1. 特定健診受診率 受診率が平成23年度に比べ、1%の増加。性別にみると男性2.2%増加。 年齢別では、40～64歳の壮年層で4.4%増加している。</p> <p>2. 内臓脂肪症候群判定結果 平成23年度男性40～64歳の壮年層の「内臓脂肪症候群該当」と「予備群」合計44.4%、同じく女性は15.7%と男性は女性の2.7倍である。 平成24年度は男性34.0%、女性8.5%と昨年に比べ、減少している。</p> <p>3. 保健指導判定レベル結果 特定健診受診者中、受診勧奨判定値以上の者を見てみると平成23年度男性65人(107人中)60.7%、女性68人(133人中)51.1%である。 平成24年度は、男性59人(120人中)49.2%、女性60人(143人中)42.0%男女とも受診勧奨判定値以上の者の割合が減少している。</p>	<p>(電話) 0745-95- 2828 (メールアドレス) fukushi@vill.mi tsue.lg.jp</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
34	愛媛県八幡浜市	地域ぐるみでの糖尿病性疾患予防対策	H19年度～ H24年度～	医師会と市立八幡浜病院 市民及び関係機関・関係団体	<ul style="list-style-type: none"> ・市立病院専門医とかかりつけ医との連携強化 ・地域ぐるみの八幡浜地域糖尿病連携システムの構築(保健センター・市立病院や医師会・歯科医師会、住民等が連携し、糖尿病の早期発見、早期治療、また、治療継続及び治療中断を防ぐ体制を整備する。) ・市民健康フォーラムの開催(食生活改善推進員を中心に「地域ぐるみで糖尿病の重症化防止、人工透析に移行させない」取り組みを普及する。) ・疾病管理MAPの導入(全糖尿病患者の検査データを集約し、階層化して介入する際の共通ルールを作成・欠測者や治療中断者を抽出する。) 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域糖尿病連携システムについては、医療従事者、歯科医・介護サービス関係者・薬局・行政・住民等の共通理解が得られることで、糖尿病の重度化防止・重篤な合併症予防に結びつく地域全体の取り組みにつながった。 糖尿病サポーターの養成 歯周病検診と医科歯科連携 血糖測ってみんな券の普及 ・糖尿病専門医と保健センターの連携で、特定健診後の精密健診の受診率が93%に向上し、糖尿病への早期介入きめ細やかな個別対応が可能となり、早期発見・早期治療につながった。 ・全糖尿病患者を「疾病管理MAP」に登録し、層別抽出することにより、ミニマムデータ欠測者を50%から14%に低下させ、糖尿病透析予防指導者も20.4%まで増加した。 適切な糖尿病透析予防指導により、68%に維持改善がみられた。 	<p>(電話) 保健センター 0894-24-6626 市立八幡浜総合病院 0894-22-3211</p> <p>(メールアドレス) hoken-center@city.yawatahama.ehime.jp</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
35	福岡県糸島市	生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する効果的な取組事例報告	平成23年度～平成24年度	特定健診受診者	<p>平成23年度「健康づくり元年」と位置づけ、下記のような事業を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 40歳と61歳を対象とした特定健診自己負担金無料化 ・ 健診時の血圧測定値がⅡ度高血圧以上の方に対する心電図検査の実施(心電図検査対象者拡充) ・ 特定健診問診から脳血管疾患既往者リストを作成し、再発予防のための指導を実施 ・ 介護予防事業として実施している二次予防対象者事業の対象者に脳血管疾患既往者を入れる <p>平成24年度「健康づくりセカンドステージ」と位置づけ、健診事業等の拡充を図る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診自己負担金無料化 ・ 農協や漁協、行政区など、関係機関と連携した集団健診の実施 ・ 健診時の血圧測定値Ⅰ度高血圧以上まで、心電図検査対象者を拡充 ・ 要治療レベルの受診者が早期に受診につながるよう「健診結果連絡票」を作成、活用 ・ 脳血管疾患既往者に対する保健指導の継続実施 	<p>(1) 健診受診率が向上し、要治療域の受診者を多く発見し、病院受診につなげることができた。</p> <p>(2) 心電図検査対象者を拡充することで、心疾患、不整脈等の早期発見、治療につながった。</p> <p>(3) 脳血管疾患既往者として指導を行った対象者のうち、脳血管疾患再発によって要介護状態に至った事例は、現段階ではない。</p>	<p>(電話)092-332-2069</p> <p>(メールアドレス) kenkozukuri@city.itoshima.lg.jp</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
36	佐賀県	県内における糖尿病重症化予防の各種取り組み	H21～H24年度	市町国民健康保険(全20市町)、被用者保険(5保険者)、国民健康保険合(3保険者)他	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診時において受診者の同意を得た場合に、「HbA1c」「血清尿酸」「血清クレアチニン」「尿潜血の検査」を追加で行う。(H21～H24年度) ・佐賀県糖尿病連携手帳の制作と、糖尿病の治療や療養指導に関するセミナーを開催(H23～) ・基幹病院の糖尿病療養指導士に対して追加教育を実施し、糖尿病コーディネイト看護師として認定し、所属する医療機関の医療圏の糖尿病治療を支援する。(H24～) 	<p>(注) 以下は佐賀県の現状であるが、取組期間が短いため、今後新たな成果が見込まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工透析患者数の伸び率(前年比)が、H17-H18の全国1位→H22-H23の全国32位に低下。 ・県内の特定健診(国保)におけるHbA1c、6.1%(JDS)以上の者の割合が、9.4%(H20年度)→8.7%(H23年度)に低下。 	(電話) 0952-25-7074 (メールアドレス) kenkouzoushin@pref.saga.lg.jp
		県内医療機関における糖尿病重症化予防の取り組み	H24年度	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病透析予防指導管理料の加算対象者を把握するため、重症化の層別を行い、患者をピックアップしている。(H24～) 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病透析予防指導管理料算定医療機関数14(H25.6.17 現在) 	

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
37	熊本県熊本市	市民や関係機関団体と協働した、総合的なCKD(慢性腎臓病)対策プロジェクト	H21年～	市民、市医師会等の医療・保健関係機関、市民団体、民間企業	<p>CKDの予防、早期発見・悪化防止に向けた総合的な対策を、多くの市民や関係機関・団体と協働で展開。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の検査項目に、「血清クレアチニン」等を追加。 ・未受診者への電話による受診勧奨と健診機関や医療機関等から受診勧奨を実施。 ・かかりつけ医と管理栄養士連携システムの構築(希望するかかりつけ医と県栄養士会が連携し、かかりつけ医で栄養指導を実施)。 ・CKD病診連携システムを構築。(市医師会と公的病院の腎臓内科医などをメンバーとした「CKD対策病診連携プロジェクト会議」を設置し、この対策の推進に協力するかかりつけ医に、腎機能の悪化した患者を紹介するもの)。 ・市医師会や腎臓内科医、健診機関、市民団体、衛生検査所、医療保険者、民間企業など約65団体約100名からなる「熊本市CKD対策推進会議」を開催。 	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医からの依頼に対し、全ての衛生検査所でeGFRを計算できる協力体制が整備されている。 ・特定健診受診率が15.3%(H20年度)から、27.0%(H23年度)に上昇。 ・かかりつけ医で詳細な栄養指導を実施し、検査値の改善、服薬不要になる事例あり。 ・CKD病診連携システムを構築し、このシステムに協力するかかりつけ医が338人。(内科医標榜の医療機関の65.7%)。また、その病診連携件数は918件(H21～H24) ・新規人工透析者数の減少。295人(H21年度)→288人(H22年度)→273人(H23年度)→266人(H24年度)となっている。 	<p>(電話)096-328-2145</p> <p>(メールアドレス) kenkouzukuri@city.kumamoto.lg.jp</p>

No	自治体名	特 色	取り組み			成 果	連絡先
			期 間	対 象	内 容		
38	沖縄県南城市	標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に基づき実践した結果報告(特定健診受診者全員に保健指導を実施するためには)	H20年4月1日～H23年31日	特定健診受診者	<p>【平成20年度】 集団健診のみ結果を手渡しでかえす。 結果返しの日は予約を取る。</p> <p>【平成21年度】 特定保健指導対象者は、評価日を決め集団で実施 近隣医療機関は、事務担当が結果を回収に行く</p> <p>【平成22年度】 健診受診者の分析を行い、重点的に介入していく対象者を整理する</p> <p>医療機関との連携を図る</p>	<p>【平成20年度】 集団健診は99%介入ができた。 特定保健指導の方は、初回以降予約制にしてなく2回目以降連絡が付けにくかった。</p> <p>【平成21年度】 日程が決まっていたため、予約した方はほとんど参加。 保健指導を実施する時間を確保してくれたことで、効率よく保健指導を実施できた</p> <p>【平成22年度】 HbA1cの値や治療状況によって対象者のグループ分けを行い(糖尿病フローチャート)、継続支援が必要な対象者の明確化を行った。 医療機関からの連絡による介入や、受診勧奨判定値の者で治療につながっていない者、治療中断した者の支援を重点的に行った。</p>	<p>098-946-8987</p> <p>kenkou@city.nanjo.okinawa.jp</p> <p>(南城市健康増進課)</p>