

第3章 特定健診・特定保健指導の実施

1 特定健診実施等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第1期計画の評価を踏まえ策定するものである。

この計画は5年を一期とし、第2期は平成25年度から29年度とし、計画期間の中間年である27年度の実績をもって、評価・見直しを行っていく。

2 目標値の設定

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診受診率	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	55%	57%	59%	60%	60%

3 対象者数の見込み

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診対象者数 ^{※1}	3,000人	3,000人	3,000人	3,000人	3,000人
特定健診受診者数 ^{※2}	1,200人	1,350人	1,500人	1,650人	1,800人
特定保健指導対象者数 ^{※3}	240人	270人	300人	330人	360人
特定保健指導実施者数 ^{※4}	132人	154人	177人	198人	216人

※1:年齢別国保人口より、おおよその見込みで算出

※2:当該年度特定健診対象者数×当該年度特定健診受診率目標値/100 小数点以下は四捨五入

※3:当該年度特定健診受診者×特定保健指導該当率おおよその見込みの20% 小数点以下は四捨五入

※4:当該年度特定保健指導対象者数×当該年度特定保健指導実施率目標値/100 小数点以下は四捨五入

4 特定健診の実施

(1) 実施形態

特定健診の実施については、特定健診実施機関に委託する。県医師会に加入の特定健診実施機関は、取りまとめ機関である県医師会と、代表保険者が集合契約を行う。県医師会加入以外は、直接、特定健診実施機関と代表保険者で集合契約を行う。

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条に基づき、厚生労働大臣が定めるものに委託する。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、沖縄県国民健康保険団体連合会のホームページに掲載する。

(4) 委託契約の方法、契約書の様式

県医師会及び県医師会加入以外の特定健診実施機関と代表保険者が集合契約を行う。委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告（データ作成）とする。

血液検査のうち、HbA1c検査の結果通知・報告については、国の指針に従い平成25年度より国際基準値の「NGSP値」に切り替えて表示する。

契約書の様式については、国の集合契約の様式に準じ作成する。

(5) 健診委託単価、自己負担額、健診項目

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を減少させるため、保健指導を必要とする者を的確に抽出する健診項目とする（表3-1）。

(表3-1) 特定健診内訳書（平成25年度）

特定健康診査項目				平成25年度1人当たりの委託料単価 (消費税含む)	
				集団健診	個別健診
基本的な健診の項目	質問(問診)		必須	6,200円	6,700円
	理学的所見(身体診察)		必須		
	計測	身長	必須		
		体重	必須		
		BMI	必須		
		腹囲	必須		
		血圧	必須		
	脂質	中性脂肪	必須		
		HDL-コレステロール	必須		
		LDL-コレステロール	必須		
	肝機能	GOT	必須		
		GPT	必須		
		r-GTP	必須		
	代謝系	空腹時血糖	必須		
尿糖		必須			
ヘモグロビンA1c		必須			
腎機能	尿蛋白	必須			
詳細な健診の項目	貧血検査	ヘマトクリット値	医師の判断	300円	300円
		血色素測定	医師の判断		
		赤血球数	医師の判断		
	心電図検査	12誘導心電図	医師の判断	1,000円	1,200円
眼底検査	眼底検査	医師の判断	600円	1,200円	
追加健診項目	尿潜血		必須	0円	0円
	尿酸		必須		
	血清クレアチニン		必須		

自己負担額は無料。

(6) 代行機関の名称

特定健診にかかる費用の請求・支払の代行は、沖縄県国民健康保険団体連合会に委託している。

(7) 受診券の様式

(図 3-1) 特定健診・がん検診等受診券 (平成 25 年度)

がん検診等受診券			特定健康診査受診券																										
がん検診等は集団健診会場でのみの実施となります。 (医療機関での個別受診はできません。)																													
<p>あらかじめ希望する検査項目に○印をつけて下さい。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>対象年齢</th> <th>負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肺がん・結核検診 (胸部レントゲン)</td> <td>19歳以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>肺がん検診 (喀痰検査)</td> <td>40歳以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>大腸がん検診</td> <td>40歳以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>胃がん検診 (バリウム検査)</td> <td>40歳以上</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			検査項目	対象年齢	負担額	肺がん・結核検診 (胸部レントゲン)	19歳以上		肺がん検診 (喀痰検査)	40歳以上		大腸がん検診	40歳以上		胃がん検診 (バリウム検査)	40歳以上		健診内容 特定健診(身体測定と血液・尿検査等)											
検査項目	対象年齢	負担額																											
肺がん・結核検診 (胸部レントゲン)	19歳以上																												
肺がん検診 (喀痰検査)	40歳以上																												
大腸がん検診	40歳以上																												
胃がん検診 (バリウム検査)	40歳以上																												
<p>胃がんリスク検診(ピロリ菌検査・ヘプシノゲン検査)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>対象年齢</th> <th>負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40・45・50・55 60・65歳</td> <td>対象年齢 400円 対象年齢外 4,200円</td> </tr> <tr> <td>70歳</td> <td>0円</td> </tr> </tbody> </table>			対象年齢	負担額	40・45・50・55 60・65歳	対象年齢 400円 対象年齢外 4,200円	70歳	0円	窓口での自己負担額																				
対象年齢	負担額																												
40・45・50・55 60・65歳	対象年齢 400円 対象年齢外 4,200円																												
70歳	0円																												
<p>骨粗鬆症検査</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>対象年齢</th> <th>負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30・35・40・45・50・55 60・65歳の女性</td> <td>対象年齢 300円 対象年齢外 1,470円</td> </tr> <tr> <td>70歳以上の男女</td> <td>0円</td> </tr> </tbody> </table>			対象年齢	負担額	30・35・40・45・50・55 60・65歳の女性	対象年齢 300円 対象年齢外 1,470円	70歳以上の男女	0円	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">基本部分</th> <th>個別健診負担額</th> <th>集団健診負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">詳細部分</td> <td>貧血</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>心電図</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼底</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">追加項目</td> <td>0円</td> <td>0円</td> </tr> </tbody> </table>			基本部分		個別健診負担額	集団健診負担額	詳細部分	貧血			心電図			眼底			追加項目		0円	0円
対象年齢	負担額																												
30・35・40・45・50・55 60・65歳の女性	対象年齢 300円 対象年齢外 1,470円																												
70歳以上の男女	0円																												
基本部分		個別健診負担額	集団健診負担額																										
詳細部分	貧血																												
	心電図																												
	眼底																												
追加項目		0円	0円																										
<p>※検診対象年齢の方のうち、生活保護受給者、非課税世帯及び70歳以上の方は負担額が免除となります。</p> <p>※妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方、または不妊治療中の方は、レントゲン検査を受診することができません。</p> <p>※子宮頸がん・乳がん検診対象者には、この受診券とは別に、「子宮頸がん・乳がん検診受診券」を交付します。</p>			<p>保険者所在地 高手納町字嘉手納588番地</p> <p>保険者電話番号 098-956-1111(代表)</p> <p>保険者番号 470245</p> <p>保険者名 高手納町</p> <p>契約取りまとめ機関名 沖縄県医師会</p> <p>支払代行機関番号 94799020</p> <p>支払代行機関名 沖縄県国民健康保険団体連合会</p>																										

(8) 健診の案内方法

特定健診対象者に、受診券を発行し、一斉通知する。健康カレンダーや広報誌での広報を行う。但し、必要に応じて通知方法や広報等の見直しを行う。

(9) 実施期間

集団健診：4月から12月の期間に実施

個別健診：4月1日から翌年3月31日

但し、必要に応じて追加健診や実施期間の変更等の見直しを行う。

(10) 健診受診率向上への取り組み

目標値の健診受診率 60%を目指し、未受診者の実態把握・分析を丁寧に行い、健診の必要性の周知、健診を受けやすい体制づくりに取り組んでいく(表 3-2)。

(表 3-2) 健診受診向上方策

分類	内容
通知	● 受診券の一斉通知
	● 週末健診前に、未受診者への案内ハガキの通知
	● 週末健診前に、各世帯へのチラシ配布
健診形態	● 特定健診契約医療機関での個別健診実施(県医師会との集合契約に参加)
	● 週末健診を実施
	● 集団婦人がん検診との同時受診の実施(女性のみレディース健診)
電話	● 嘉手納町健康を守る会による未受診者への電話での受診勧奨
	● 職員による未受診者への電話での受診勧奨
広報	● 集団健診会場周囲に横断幕や立て看板、のぼりを設置
	● 集団健診前に、広報車によるアナウンスを実施
	● 電光掲示板での広報
	● 広報誌での広報
	● ラジオ(FMニライ)での広報
	● 健康展等、イベントでの広報
	● ホームページでの広報
無料化	● がん検診自己負担の無料
	● 貧血検査の無料
訪問	● 職員による未受診者への戸別訪問
地域組織への声かけ	● 自治会長会での協力依頼
	● 婦人会、老人会等の集会での呼びかけ
実態把握	● 集団健診受診者への満足度調査

5 特定保健指導の実施

(1) 実施形態

特定保健指導の実施については、嘉手納町直接実施及び外部委託実施の形態で行う。

(2) 特定保健指導委託基準

外部委託については、高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 16 条に基づき、厚生労働大臣が定めるものに委託する。

(3) 保健指導委託単価、自己負担（平成 25 年度）

動機付け支援	7,350円
積極的支援	23,100円

自己負担額は無料。

(4) 保健指導対象者の階層化

高齢者の医療の確保に関する法律第 24 条、及び厚生労働省令で定められた方法で実施する（表 3-3）。

（表 3-3）特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64歳	65～74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
		1つ該当	なし	
			/	

※喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

(5) 保健指導の案内・実施方法

嘉手納町では、特定健診実施機関より健診結果が届き次第階層化し、対象者へ電話や文書等で利用案内を行い、特定保健指導を実施する。

また外部委託では、特定健診受診同日に階層化が可能な契約医療機関については、特定健診同日に階層化及び利用案内を行い、特定保健指導を実施する。具体的な実施方法については、契約書に記載。

(6) 実施期間

支援期間は初回面接から6か月以上の継続的な支援とする。

6 嘉手納町における第2期計画への取り組み

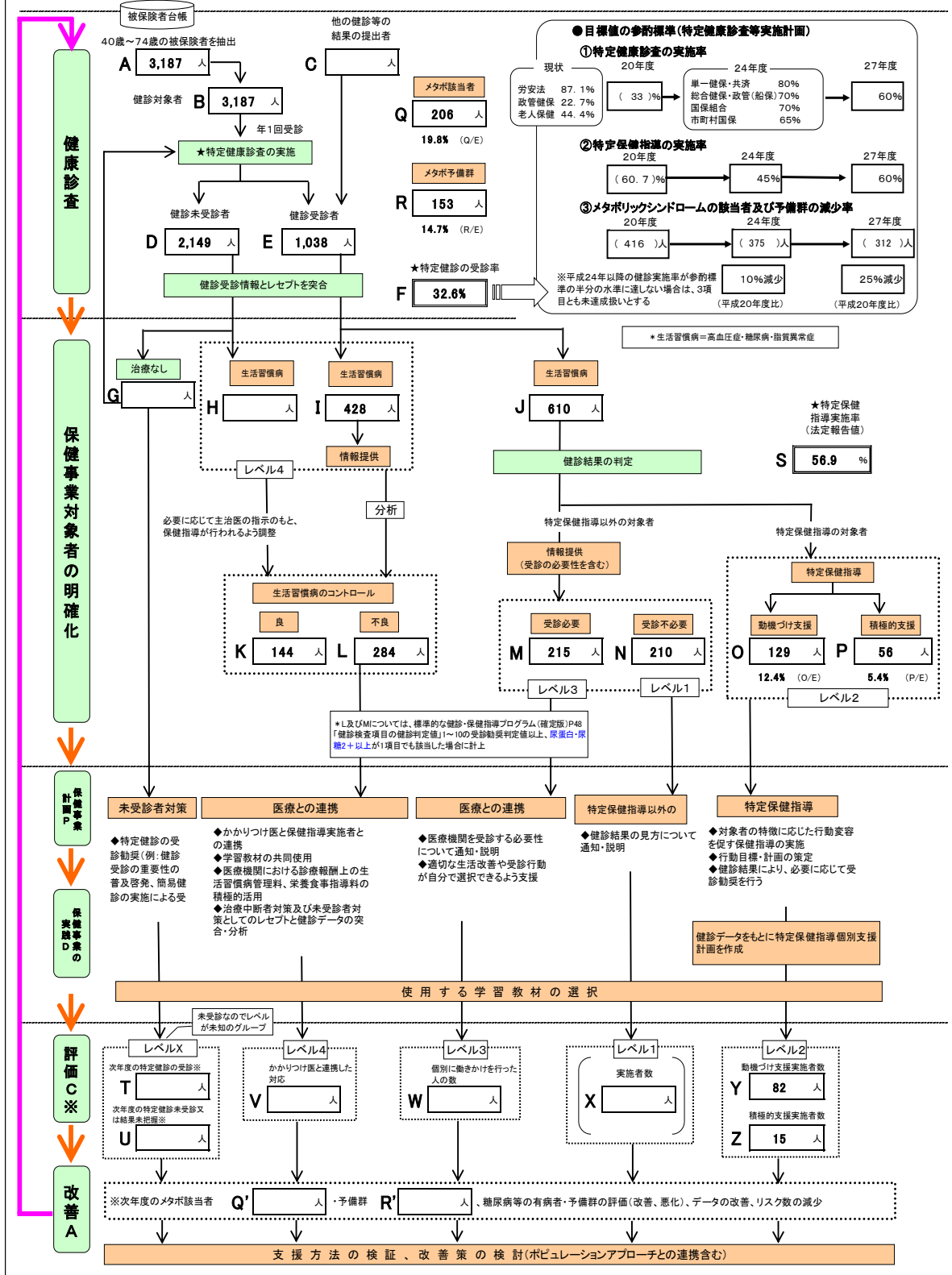
(1) 健診から保健指導実施の流れ

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）p178 様式 6-10 フローチャート（図 3-1）をもとに、健診受診者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 3-1) 健診から保健指導実施へのフローチャート

様式6-10 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート（平成23年度実績）



健診受診者の健診結果から保健指導レベル別に5つのグループに分ける。

①レベルX（健診未受診者グループ）

②レベル4（医療との連携グループ）

現在、生活習慣病で治療中（※）の被保険者

※対象となる生活習慣病の病名と治療は標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）p146、178 参照

③レベル3（医療との連携グループ）

特定健診受診者のうち、その健診結果が、受診勧奨判定値であり、健診機関の医師の判断により医療機関受診が必要とされたグループ

④レベル2（特定保健指導グループ）

階層化により、動機づけ支援、積極的支援レベルとなったグループ

⑤レベル1（特定保健指導以外の保健指導グループ）

健診結果、階層化により、情報提供レベルだったグループ

（2）要保健指導対象者の優先順位・支援方法

優先順位の考え方として、内臓脂肪蓄積の程度や心疾患等のリスク要因（高血糖、高血圧、脂質異常等）の数によって、保健指導が必要な対象に優先順位を決める。また、年齢が比較的若く予防効果が大きく期待できる者を優先とし、生活習慣病の予防に努める（表 3-4）。

嘉手納町では、特定健診の他に、生活習慣改善への動機づけを効果的に行うことを目的とした二次健診（75g糖負荷試験、微量アルブミン尿、頸動脈超音波検査）と、特定保健指導の中間評価としての血液検査（空腹時血糖、HbA1c、中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール）を実施しており、これらを活用していく。

(表 3-4) 要保健指導対象者の優先順位・支援方法と見込み数

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 (平成23年度受 診者の〇%)	目標 実施率
1	OP	レベル2： 特定保健指導 対象者	<ul style="list-style-type: none"> ◆代謝のメカニズムと健診データが結びつくよう支援 ◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導を実施 ◆生活改善への動機づけを効果的に行うため、2次健診を実施(75g糖負荷試験、微量アルブミン尿、頸動脈超音波検査) ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨 	185人 (17.8%)	特定保健指導 実施率 60%
2	M	レベル3： 情報提供 (要医療者支 援)	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関受診の必要性と必要な再検査、精密検査について説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるような支援 	215人 (20.7%)	再検査・ 精査率 40%
3	D	レベルX： 健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診の受診勧奨 ◆未受診者対策(40代50代を中心とした未受診者対策) 	平成23年度対象者： 3187人 目標：1,912人 ※受診率目標達成まで あと874人	特定健診 受診率 60%
4	NK	レベル1： 情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診の意義や各健診項目の見方について説明(健診結果説明会) 	354人 (34.1%)	
5	L	レベル4： 情報提供 (重症化予 防)	<ul style="list-style-type: none"> ◆治療中断者対策及び健診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 ◆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の推奨 ◆現状の説明・適切な生活改善ができるよう支援 	284人 (27.4%)	

①レベル2：特定保健指導対象者

内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の有病者及び予備群を減少させることを目的とする。

②レベル3：情報提供(要医療者支援)

有所見者状況において、受診勧奨判定値以上であるが治療なしの者が多くみられた。非肥満者は、特定保健指導だけでは関わりがもてないため、危険度の高い順に要医療者支援として関わっていく。

嘉手納町では、平成24年度より要医療者支援事業に嘱託員1名を配置し、事業の強化に取り組んでいる。健診機関から紹介状を発行された者を優先に、確実に医療へとつなぐための支援を行っている。事業効果・内容を評価、見直し充実させていく。

特に高血糖・高血圧・脂質異常症で有所見者が多く、CKDでは専門医へつなぐ必要がある（表 3-5）。

（表 3-5）疾患別情報提供（要医療者支援）の支援方法

疾患名	対象者	疾患別支援方法
糖尿病	HbA1c6.5% (NGSP 値) 以上	◆個別の保健指導を行い、医療へつなげる
高血圧	収縮期血圧140mmHg または、 拡張期血圧90mmHg以上	◆特に、収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上の者に対して、個別の保健指導を行い医療へつなげる
脂質異常症 (LDLコレステロール)	LDLコレステロール140mg/dl以上	◆特に、LDLコレステロール160mg/dl以上の者に対して、個別の保健指導を行い医療へつなげる ◆LDLコレステロール140mg/dl以上の者に対し、動機づけを効果的に行うため、頸動脈超音波検査の実施を検討する
CKD	・eGFR50未満(70歳以上はeGFR40未満) ・尿蛋白2+以上 ・尿潜血+以上かつ尿蛋白+以上	◆特に、eGFR50未満(70歳以上はeGFR40未満)の者または尿蛋白2+以上の者に対し、個別での保健指導を行い医療へつなげる

③レベルⅩ：健診未受診者

未受診者の中には、多くのメタボリックシンドローム該当者及び予備群がいると予想される。要保健指導者の把握、早期介入のため、特定健康診査受診率を向上させることを目的として、未受診者対策を行っていく。

④レベル1：情報提供

非肥満者の中にも、HbA1c5.6~6.4% (NGSP 値) と高い者がおり、早い段階での生活習慣の改善又は維持していくことの必要性を感じ、モチベーションが高められるよう支援していく（表 3-6）。

（表 3-6）疾患別情報提供の支援方法

疾患名	対象者	疾患別支援方法
糖尿病	HbA1c5.5~6.4% (NGSP 値)	◆生活改善への動機づけを効果的に行うため、75g糖負荷試験を実施 ◆糖代謝のメカニズムを説明

⑤レベル4：重症化予防

糖尿病では、治療中であってもコントロール不良の者が多く、また治療の中断が糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されている。また、血糖、血圧のコントロール不良はCKDにつながり人工透析導入の原因となる。CKDについては、CKD病期ステージ3（腎機能中等度低下）より、人工透析導入予防のため経過をみていく。嘉手納町では、平成25年度より医療費分析事業を開始予定であり、活用していく（表3-7）。

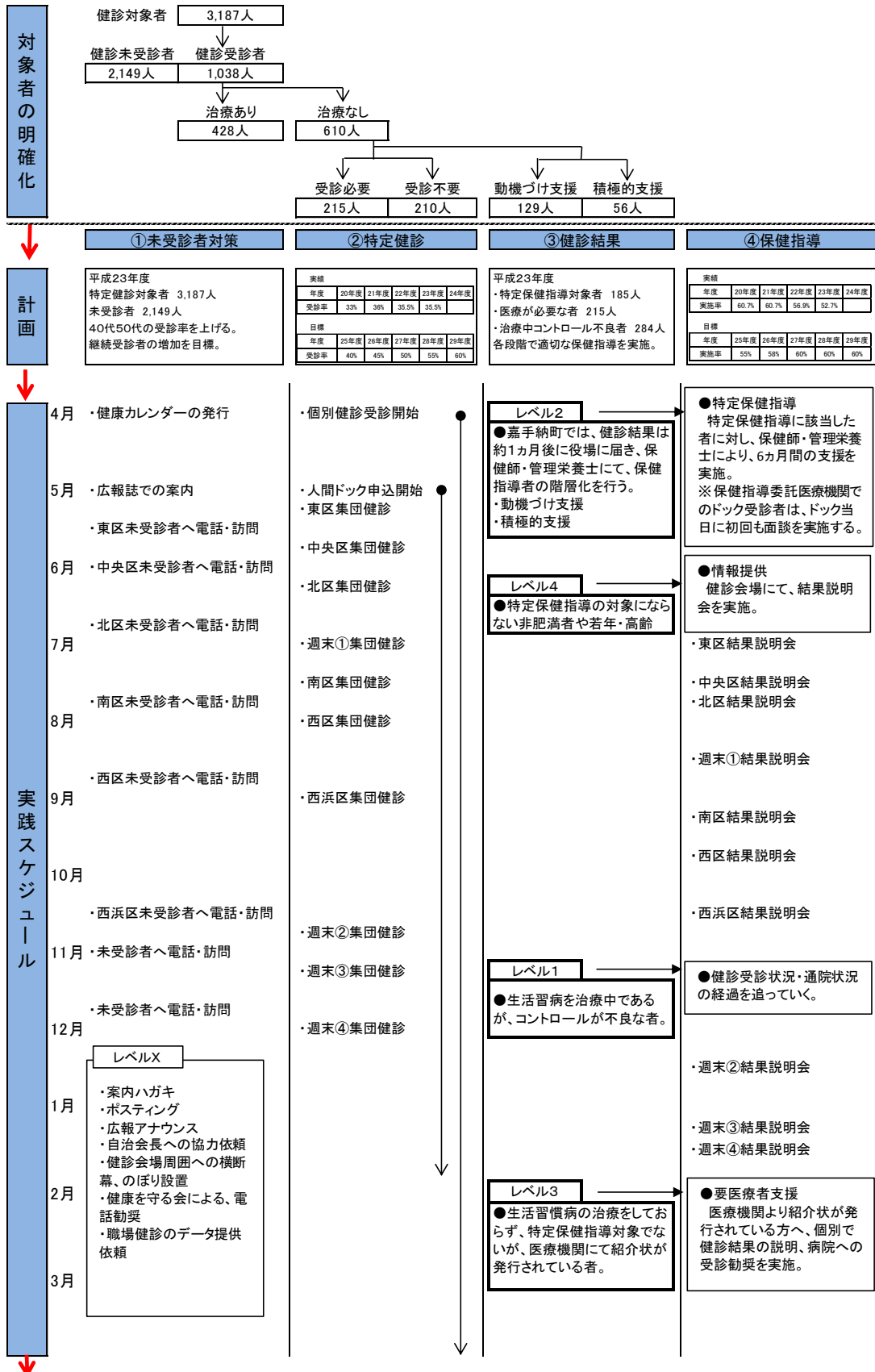
（表3-7）疾患別重症化予防の支援方法

疾患名	対象者	疾患別支援方法
糖尿病	HbA1c6.5%(NGSP値)以上	<ul style="list-style-type: none"> ◆レセプトにて治療の継続を確認 ◆健診受診状況・結果を確認 ◆台帳を作成し、治療の継続状況・健診受診状況を管理 ◆治療中断者、健診未受診になった者に対し、受診勧奨 ◆生活習慣の見直し、改善の支援
CKD	eGFR50未満(70歳以上はeGFR40未満)	<ul style="list-style-type: none"> ◆レセプトにて治療の継続、病歴を確認 ◆健診受診状況・結果を確認 ◆台帳を作成し、治療継続状況・健診受診状況を管理 ◆治療中断者、健診未受診になった者に対し受診勧奨 ◆現状の説明、適切な医療機関を受診できるよう支援 ◆血糖、血圧のコントロールを支援

（3）生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実施していくため、年間実施スケジュールを作成する（図3-2）。

(図 3-2) 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール



(4) 保健指導実施者の人材確保と資質向上

保健指導に必要な保健師、栄養士等の専門職の配置を行い、体制整備につなげていく(表3-8)。

健診・保健指導を計画的に実施するために、まず健診データ、医療費データ(レセプト等)、要介護度データ、地区活動等から得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められる。

具体的には、医療費データ(レセプト等)と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考慮することや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考慮することが必要となる。

平成25年10月稼働予定の国保データベース(KDB)システムでは、健診・医療・介護のデータを突合できることから、集団・個人単位での優先的な課題設定が容易になることが期待される。その力量アップのため、健診データ・レセプト分析から確実な保健指導に結びつける研修に積極的に参加していく。

(表3-8) 嘉手納町の人員体制(平成25年度)

職種	()は嘱託
保健師	2人
管理栄養士	3人(2人)
看護師	1人(1人)
医療事務管理士	1人(1人)
事務担当	1人
合計	8人(4人)

(5) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)によると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」としている。

また、評価は①ストラクチャー(構造)、②プロセス(過程)、③アウトプット(事業実施量)、④アウトカム(結果)の4つの観点から行うこととされている。

①ストラクチャー(構造)

保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものである。

保健指導に従事する職員の体制(職種・職員数・職員の資質等)、保健指導の実施に係る予算、施設・整備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況

②プロセス（過程）

事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価するものである。

保健指導の実施過程（情報収集・アセスメント・問題の分析・目標の設定・指導手段（コミュニケーション、教材を含む））、記録状況、対象者の満足度

③アウトプット（事業実施量）

目的・目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価である。

特定健診受診率、特定保健指導実施率、保健指導の継続率、再検査・精密検査率

④アウトカム（結果）

事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標に対する評価である。

健診結果（肥満度・血液検査等）の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の変化、死亡率・要介護率・医療費等の変化

嘉手納町国民健康保険及び保健指導を実施している町民保険課において、評価、見直しを行う。第2期計画への取り組みは、全体の評価表（表3-9）を基に評価していく。

なお、保険運営の健全化の観点から、嘉手納町国民健康保険運営協議会に、特定健康診査・特定保健指導の進捗情報を報告し、状況に応じて特定健康診査等実施計画を見直すこととする。

(表3-9) 第2期計画全体の評価表

優先順位	様式0-10	継続指導レベル	目的	支援方法		対象者数 (平成28年度 受診者数) 1,038人	目標値および評価の指標	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
				疾患名	疾患別支援方法						
1	O P	特定医療指導	<p>内服剤処方記録 に追加し、その要 因となっている生活 習慣を改善するた めの指導や、生活 習慣を指導する 患者を優先指導を 少くさせる。</p>	<p>①医師のフォローアップ指導 ②患者の個別相談 ③生活習慣改善への動機づけを効果的に行うため、2次診療を要する患者の優先指導、集中指導(アルフィン) ④検査、運動監視(超音波検査) ⑤継続指導により、必要に応じて受診勧奨</p>	<p>185人 (17.8%)</p>	<p>①特定医療指導実施率の向上 特定医療指導実施率 60%以上 ②医師のフォローアップ指導 患者と医師の割合の減少</p>					
2	M	医療者支援	<p>継続指導で 医師が必要とされ た患者が、自身 の身体状況を理解 し、受診の必要性 を感じ、医療へど つがる</p>	<p>HbA1c<5.5%(NGSP値)以上 ●個別の医療指導を行い、医療へつなげる</p> <p>収縮期血圧140mmHg または、 拡張期血圧90mmHg以上 ●特に、収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上の者に対して、個別の医療指導を行い、医療へつなげる</p> <p>LDLコレステロール140mg/dl以上 ●特に、LDLコレステロール160mg/dl以上の者に対 して、個別の医療指導を行い、医療へつなげる また、LDLコレステロール140mg/dl以上の者に対し、動 脈硬化を効果的に防ぐため、運動指導や栄養指導の 実施を検討する</p> <p>eGFR60未満(70歳以上は eGFRの基準)の 患者または尿蛋白20以上 かつ尿蛋白/crea チニウム比30以上 ●特に、eGFR60未満(70歳以上はeGFRの基準)の 患者または尿蛋白20以上の者に対し、個別での医療 指導を行い、医療へつなげる</p>	<p>215人 (20.7%)</p>	<p>○紹介状を発行された者の割合 率向上 再検査・精査率 40%以上</p>					
3	D	継続未受診者	<p>要医療指導者の 把握、患部介入の ため、特定医療診 導実施率を向上さ せる</p>	<p>●特定医療指導の受診勧奨 ●未受診者対策(40代・50代を中心とした未受診者対策)</p>	<p>249人 (24.1%)</p>	<p>○特定医療指導実施率の向上 特定医療指導実施率 60%以上</p>					
4	N K	情報提供	<p>自分の健康状態 を把握し、生活習 慣を改善又は維持 していくことのメリ ットを感じ、モチベー ションが高められる</p>	<p>HbA1c<5.5~6.4%(NGSP値) ●生活改善への動機づけを効果的に行うため、7% 未満者に対する ●糖代謝のメカニズムを説明</p>	<p>384人 (37.1%)</p>	<p>①糖尿病診断率の増加 ②特定医療指導の継続実施</p>					
5	L	重症化予防	<p>重症化による生 活の質の低下を防 ぎ、重症化による 医療費の増大を防 ぐ</p>	<p>HbA1c<5.5%(NGSP値)以上 ●レセプトにて治療の継続を確保 ●継続指導の実施率を確保 ●台帳を作成し、治療の継続状況・継続指導状況を管理 ●治療中患者、継続未受診となった者に対し、受診 勧奨 ●生活習慣の是正、改善の支援</p> <p>HbA1c<5.5%(NGSP値)以上 ●レセプトにて治療の継続を確保 ●継続指導の実施率を確保 ●台帳を作成し、治療の継続状況・継続指導状況を管理 ●治療中患者、継続未受診となった者に対し、受診 勧奨 ●生活習慣の是正、改善の支援</p>	<p>156人 (15.1%)</p>	<p>①HbA1c値の改善 ②生活習慣の改善</p>					