

柱 R2~	令和2年度				令和3年度(案)		令和4年度(案)		
	事業名	目的	実施内容	取組状況	今後の方向性	事業名	実施内容	事業名	実施内容
A 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備	① 都道府県レベルの連携体制構築	○島根県糖尿病対策圏域合同連絡会議（県糖尿病対策推進会議）と市町村との連携強化 ○県の取組や好事例等の情報交換 ○糖尿病対策及び重症化予防対策の推進	■糖尿病対策市町村等担当者連絡会 [開催日] 令和3年3月22日（予定） [内容] ①島根県糖尿病対策圏域合同連絡会議の活動報告 ・「島根県糖尿病予防・管理指針」「島根県糖尿病腎症重症化予防プログラム」の改定について ②Fモデル事業の展開に向けて ・事業概要報告 ・実施市町村（松江市・安来市）からの報告	○テレビ会議での開催とする。 ○島根県糖尿病対策圏域合同連絡会議の取組について報告、県全体の糖尿病対策について説明を行い、市町村事業との連携を図る。 ○Fモデル事業について報告を行い、次年度以降の参加に向けた働きかけを行う。	○島根県糖尿病対策圏域合同連絡会議の活動を市町村と共有し、 <b>県全体の取組と市町村の取組との連携を強化</b> する体制を整備する。 ○「島根県糖尿病予防・管理指針」、「島根県糖尿病腎症重症化予防プログラム」の周知と活用を促すため、普及啓発事業や研修会等の取組を強化する。 ○Fモデル事業等の活用により、 <b>全市町村での重症化予防対策実施</b> を目指す。	① 都道府県レベルの連携体制構築	■糖尿病対策市町村等担当者連絡会 ○島根県糖尿病対策圏域合同連絡会議との連携 ○Fモデル事業の活用による全市町村での重症化予防対策展開に向けた整理	① 都道府県レベルの連携体制構築	■糖尿病対策市町村等担当者連絡会 ○島根県糖尿病対策圏域合同連絡会議との連携 ○Fモデル事業の市町村へ移行の検討及び継続した重症化予防対策の展開に向けた検討
	② 健康課題施策化研修～保健所・市町村協働の健康づくり～	OPDCAサイクルに添って効果的・効率的な保健事業を実践できる人材の育成 ○保健所と市町村が協働で参加、それぞれの役割の明確化と、専門職としての地域診断・施策化等の能力の習得	[開催時期] 令和2年7月～令和3年2月 [参加チーム] 9チーム（7圏域+2チーム） ■集合研修（4回）※各回、開催前に事前課題を提出 【第1回】令和2年7月28日：講演、意見交換 【第2-1回】令和2年10月2日：講演、演習 【第2-2回】令和2年12月16日：講演、演習 【第3回】令和3年2月15日：まとめと発表 ■個別指導	○健康寿命延伸プロジェクト（※）と連携し、モデル実施市町村と管轄保健所の担当者が参加することで、 <b>県内全圏域からの参加を得た</b> 。 ○R2～R3の2年間の研修とし、R4年度の事業化につなげる。 <b>（※各圏域でモデル地区を選定し、市町村と保健所が協働して健康づくりに取り組むプロジェクト）</b>	○R3年度も継続し、健康寿命延伸プロジェクトと連携した開催とすることで、 <b>研修の成果を事業展開へ反映</b> させる。 ○R3年秋に具体的な事業提案（R4年度予算の確保）を目指す。		② 健康課題施策化研修～保健所・市町村協働の健康づくり～	○健康寿命延伸プロジェクトと連動した開催（2年目） ○R4年度の事業化につなげるものとする（R3秋の予算確保を狙う）	② 健康課題施策化研修
2年計画。市町村と県が、共に受講し、協働で、域診断・事業展開・施策提案を行う									
B 市町村の現状把握・分析	③ 特定健診等データの集計・見える化	○特定健診等データの集計及び見える化を継続的に可能とするツールの作成 ○保健所による市町村へのデータ分析支援の推進	■特定健診等データの集計・見える化ツールの作成（委託） ○集計・見える化（マップ化・グラフ化）ツールの作成 ○データ抽出プログラムの修正・追加 ■NDBデータの活用（※NDB：全保険者のデータ） ○「NDBオープンデータ」の分析（島根県保健環境科学研究所研究事業） ○「都道府県データブック（平成30年度診療分）基礎編」（厚生労働省）の分析 ■KDBの活用に向けた検討（※KDB：国保のデータ）	○作成したツールにより、新たな集計表と見える化したデータを市町村等へ提供予定。 ○公開・提供されているNDBデータの分析を行い全保険者のデータによる全国や他都道府県との比較を行った。 特定健診の結果では、 <b>全国に比べて検査結果や生活習慣に課題が多い</b> ことがわかり、これらの結果は、保険者協議会や市町村等との会議で共有し、今後の取組につなげることとした。	○ツールによる集計・見える化データを継続して提供する。 ○ツールには、E・Fのデータ分析等の結果から、事業評価等に有効な指標を追加していく。 ○ <b>被用者保険も含む保険者全体の把握</b> が求められていることから、公表されているNDBデータの継続的な分析方法を検討する。	③ 特定健診等データの集計・見える化	■特定健診等データの集計・見える化 ○ツールを活用した集計結果の提供 ○活用状況の調査 ○ツールの修正、新たな指標の追加（データ分析結果からモニタリング指標として有効なものを順次追加） ■NDBの分析方法の検討 ■KDBの活用に向けた支援 ○集計システム等の検討	③ 特定健診等データの集計・見える化	■特定健診等データの集計・見える化 ○ツールを活用した集計結果の提供 ○必要な修正、新たな指標の追加 ■NDBの分析結果の提供 ■KDBの活用に向けた支援 ○全市町村での統一した活用に向けた支援
	ツールには、EやFのデータ分析事業により評価指標として有効なものを順次追加し、継続して結果を提供、PDCAに添った事業展開を支援する								
C 都道府県が実施する保健事業	④ (新) 予防・健康づくりの周知・啓発	○腎症重症化予防に向けた住民及び関係者に対する普及・啓発	○「島根県糖尿病予防・管理指針」、「島根県糖尿病腎症重症化予防プログラム」の周知 ○B・E・F事業の分析結果をもとにした啓発事業の検討	○島根県糖尿病対策圏域合同連絡会議で改訂を行う「島根県糖尿病予防・管理指針」と「重症化予防プログラム」を医療機関や福祉施設、保険者等に配布し、周知を行う予定。	○改定した指針とプログラムについて、普及啓発事業や研修事業を実施し、活用を促す。 ○データ分析結果等をもとに、 <b>県民への普及啓発を強化</b> する。	④ (新) 予防・健康づくりの周知・啓発	■各ガイドラインの周知・啓発 ■医療機関等を通じた周知・啓発 ■県民へ周知・啓発 ○重症化予防、治療中断対策等、データ分析結果等を活用した啓発の検討 ○県が行う啓発事業への要望調査	④ (新) 予防・健康づくりの周知・啓発	○継続実施。 ○データ分析結果と要望を整理し、効果的な啓発事業を実施
	⑤ (新) 重複・多剤投与者に対する服薬情報通知・指導事業						⑤ (新) 重複・多剤投与者に対する服薬情報通知・指導事業	※事業1年目（委託実施、県負担予定） ・R2分析結果をもとに関係団体等と連携を図り、市町村の取組を支援する。 ・努力支援制度に沿った内容とする。	⑤ (新) 重複・多剤投与者に対する服薬情報通知・指導事業
D 人材の確保・育成事業	⑥ (新) 糖尿病腎症重症化予防実践者育成事業	○病態や指導が複雑な糖尿病腎症に対する指導実践者の資質向上 ○情報共有による地域ごとの連携体制づくりの推進	(※NP0法人島根糖尿病療養支援機構へ委託) ■糖尿病腎症重症化予防実践者育成講座 [開催日] 令和2年11月15日 [参加人数] 会場：15名（人数を制限）、動画配信：70名、DVD申込：5団体 [内容] 講演1：「糖尿病重症化予防指導の基礎知識」 講演2：「治療中断を防ぐ！糖尿病の食事指導」 症例検討（参加者からの提供事例によるグループワーク） ■指導媒体の作成 ○腎症初期の指導に関する教材を作成予定 ■地域への講師・人材派遣等個別支援の検討	○昨年度同様【基礎編】と【技術編】の2回の開催を予定していたが、【基礎編】の内容を中心とした1回の開催しかできなかった。 ○昨年度の状況から症例検討が効果的であったため、パネル等の設置により感染防止対策を講じた上で、グループワークを行った。 ○会場は参加人数を制限したが、講座の様子は <b>動画配信及びDVDの貸出</b> を行い、広く受講を促した。これにより、 <b>これまで参加がなかった市町村からも申込み</b> があり、計15市町村の参加となった。 ○地域への人材支援について検討を行う予定。	○実際の市町村からの提供による症例検討が効果的であるため、工夫しながら集合研修も継続実施する。 ○動画配信やDVD貸出等、県内全域からの受講を促す方法も継続する。 ○地域ごとに取組状況や課題が異なることから、 <b>地域の要望に応じた人材の派遣</b> を行い、地域ごとの取り組みを支援する	⑥ (新) 糖尿病腎症重症化予防実践者育成事業	(委託実施) ○開催方法を見直し、継続実施する。 ○各圏域・市町村(3か所程度)の要望に応じて講師派遣する等、地域の取組推進に向けた実施方法を検討する。	⑥ (新) 糖尿病腎症重症化予防実践者育成事業	(委託実施) ○継続実施。 ○前年度未実施の地域で開催する。 ○研修報告をまとめ、課題や成果を共有する。
	⑦ (新) 糖尿病腎症重症化予防実践者育成事業						⑦ (新) 糖尿病腎症重症化予防実践者育成事業	※事業1年目（委託実施・3年計画） ○各ガイドライン等の普及を目的に、専門職を対象とした研修会を開催。 (。ラーニングによる研修環境の整備) ・高血圧症 ・糖尿病 ・腎症重症化予防 ・脳血管疾患、心血管リハビリ 等	⑦ (新) 糖尿病腎症重症化予防実践者育成事業
Eデータ分析結果をもとにR3からC4事業を実施 2年計画で効果的な事業の仕組みを検討し、市町村ごとの実施へ移行する									
E データの活用を目的として実施する事業	⑧ (新) 医療費等データ分析事業	○保健・医療・介護データの分析に基づく健康寿命延伸・医療費適正化のためのPDCAに添った効果的な事業展開の推進	■データ分析に関する検討会 2回予定 ○次年度からのデータ分析事業実施に向けた検討（分析体制の検討、既存データや事業の整理等） ■「重複・多剤投与者に対する服薬情報通知・指導事業」 ○国保と後期のデータ分析による実態把握 ○課題の明確化と対象者抽出方法の検討	○R3年度からのデータ分析事業の実施に向け、実施体制や方法等の検討を行う。 ○KDBの分析結果やBの分析結果から、分析の目的の整理や優先順位の検討を行う。 ○R3年度から実施する <b>重複・多剤投与者への通知事業の実施</b> に向けた分析を実施。 ○結果をもとに関係団体と実施に向けた検討を行う予定。	○これまで分析が進んでいない医療費等データの分析実施に向け、 <b>データ分析とその活用を支援する体制の構築</b> を図る。 ○重複・多剤投与者に関する分析結果をもとに、関係団体等と連携し、C4事業を推進する。	⑧ (新) 医療費等データ分析事業	※事業1年目（3年計画） ○Eのデータ分析結果の活用研修 ・分析結果と実施事業の整理 ・事業目標の設定⇒達成による効果 ・評価分析 …等	⑧ (新) 医療費等データ分析事業	※事業2年目（3年計画） ○分析結果をもとに、PDCAサイクルに基づく事業展開へつなぐ
	3年計画。研修会の意見を分析に反映、分析結果を研修会で活用し、PDCAに添った事業展開と、R5年度のデータヘルス計画の評価・見直しを支援する								
F モデル事業	⑨ (新) 糖尿病腎症重症化予防事業					⑨ (新) 糖尿病腎症重症化予防事業	※事業1年目（委託実施・3年計画） ■医療費等データ分析事業 ・医療費等データ分析体制を構築する。 ・Dの研修と連動させ、研修会での市町村や保健所等の視点も反映させた分析を行う。	⑨ (新) 糖尿病腎症重症化予防事業	※事業2年目（委託実施・3年計画） ■R3の分析結果から、具体的な事業展開（新たなモデル事業等の検討）に向けた、より詳細な分析を行う。
	⑩ (新) モデル事業	○重症化予防対策の推進に向けた課題の分析と、地域ごとの効果的な取組の検討 ○市町村での事業実施に向けた支援と、重症化予防対策の拡大 ○全市町村での努力支援制度の加点点獲得	※モデル事業1年目（委託、県負担） ①実効性のある対策検討に向けたデータ分析 ・透析導入者、慢性腎臓病患者の背景の分析 ②モデル市町村の取組（松江市・安来市） ・A1を活用した、 <b>未治療者・治療中断者に対する効果的な受診勧奨事業</b> の実施 ③結果報告（A糖尿病対策市町村等担当者連絡会において） ・①②の結果報告、次年度実施の働きかけ	○県全体のデータ分析結果から、効果的な重症化予防事業の実施について検討する。 ○委託による受診勧奨通知事業を実施し、効果的・効率的な取組を検討する（3年目は市町村負担とし、4年目以降は市町村事業へ移行する予定） ○分析結果及びモデル市町村の取組結果を共有し、全市町村での重症化予防対策の実施を目指す。	○分析結果及びモデル市町村の取組結果をもとに効果的な重症化予防対策の検討を行い、 <b>重症化予防プログラムへ反映し、保険者による取組の推進</b> を図る。 ○モデル事業の <b>拡大実施</b> を図るとともに、地域ごとの実情に応じた取り組みの推進に向けた支援を行う。		⑩ (新) モデル事業	※モデル事業2年目（委託、県負担） ①重症化予防プログラムの検討 ・R2分析結果やモデル市町村の事業評価結果等をもとに効果的な事業検討する ②モデル市町村による取組の拡大実施	⑩ (新) モデル事業
3年計画。効果的な事業の仕組みを検討し、市町村ごとの実施へ移行する									