

保険者努力支援制度における 評価指標及び取組実施状況について

令和 3 年 3 月 4 日（木）

千葉県健康福祉部保険指導課

2021年度 保険者努力支援制度(市町村分)の全体像

市町村分（500億円程度）

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率・特定保健指導実施率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科健診受診率

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複・多剤投与者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組・使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況
- 法定外繰入の解消等

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価（※）
 - ・特定健診・特定保健指導の実施率
 - ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
 - ・個人インセンティブの提供
 - ・後発医薬品の使用割合
 - ・保険料収納率
- ※都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 年齢調整後一人当たり医療費
 - ・その水準が低い場合
 - ・前年度（過去3年平均値）より一定程度改善した場合に評価
- 重症化予防のマクロ的評価
 - ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
 - ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等）
 - ・法定外繰入の解消等
 - ・保険料水準の統一
 - ・医療提供体制適正化の推進

2021年度保険者努力支援制度(市町村分) 重症化予防関連

評価指標

重症化予防の取組の実施状況(2020年度の実施状況を評価、2018年度の実績を評価)

以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している場合。(20点)

※取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する。

- ① 対象者の抽出基準が明確であること。
- ② かかりつけ医と連携した取組であること。
- ③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること。
- ④ 事業の評価を実施すること。
- ⑤ 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること。

①～⑤の基準を全て満たす取組を実施する場合であって、以下を満たす取組を実施している場合

- ⑥ 健診結果のみならず、レセプトの請求情報(薬剤や疾患名)も活用し、糖尿病性腎症対象者の概数を把握していること。(20点)
- ⑦ ①の抽出基準に基づき、全ての糖尿病未治療者及び治療を中断した者に対して、文書の送付等により受診勧奨を実施していること。
また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診がない者には更に面談等を実施していること。(20点)
- ⑧ 特定検診受診者のうち、HbA1cが8.0%以上の未治療者の割合が小さい順に、平成30年度の市町村規模別の自治体上位3割に当たる割合を達成している場合。(30点)
- ⑨ 保健指導対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、取組の実施前後でアウトカム指標により評価していること。(30点)

県内市町村の達成状況

	全て達成	①～⑤ を達成	⑥を達成	⑦を達成	⑧を達成	⑨を達成
市町村数	13	54	51	47	15	52

※全て達成した市町村

千葉市、市川市、船橋市、佐倉市、東金市、旭市、我孫子市、富津市、酒々井町、栄町、睦沢町、長柄町、多古町

※未達成の市町村に対する県の取組

ヒアリング等での助言及びアプローチ・他市町村での好事例の取組の紹介・指標達成のための助言等

令和２年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名	対象者の抽出基準	かかりつけ医との連携	専門職の名称	事業評価
保険者努力支援 制度項目		①	②	③	④
1	千葉市	○保健指導（治療中の者） 特定健診結果、診療情報より抽出。年齢、eGFR値、尿蛋白の有無等による優先順位を医師会と協議して対象者を決定した。また糖尿病治療を中断した者への保健指導をモデル的に実施した。 ○受療勧奨 特定健診結果、要医療の未受療者	・対象者選定、実施方法、評価などは、医師会精度管理委員会にて検討し、決定した。 ・市は、対象者のかかりつけ医へ事業の説明を行い、かかりつけ医は対象者に事業の案内を行った。 ・市は、かかりつけ医からの指示に従い保健指導を行い、定期的に指導状況を報告し、必要に応じてかかりつけ医から指示を受けた。 ・受療勧奨対象者は、医師会精度管理委員会にて検討し、通知等の勧奨を実施した。	保健師、看護師、管理栄養士	【アウトカム指標】 特定健診及び医療機関での検査結果からBMI、HbA1c、eGFR等の値を取得し、保健指導実施前後を比較し、変化を確認する。また、アンケートにより生活習慣の行動変容を把握する。 指導後受療率 翌年度の健診検査値
2	銚子市	・糖尿病と診断を受けているが、医療を中断している方 ・腎症Ⅲ期、Ⅳ期に該当し、医療機関管理中であるが、医師が必要と判断した者 ・特定健診の結果HbA1c6.5%以上の者の内、①～③のいずれかに該当する者（すでに治療中の者は除く） ①Ⅱ期・尿タンパク（±） ・eGFR 60（mL/分/1.73）未満（※70歳以上は50mL/分/1.73未満）の者 ・前年度健診結果よりeGFR 5（mL/分/1.73）以上低下 ・血圧のコントロール不良（収縮期血圧140以上、拡張期血圧90以上） ②Ⅲ期：尿タンパク（＋）以上 ③Ⅳ期：eGFR 30（mL/分/1.73）	医師会からの助言を受け、かかりつけ医と連絡を取りながら実施。 糖尿病連携手帳を活用し、連携 銚子市看護職協働連携協議会との連絡会の実施にて情報提供	保健師、必要に応じて管理栄養士、歯科衛生士。	【アウトカム指標】 受診指導対象者の内 受診した割合 介入前後の健診結果から ・糖尿病HbA1cの改善割合 ・尿蛋白検査結果の改善割合 ・血圧の改善割合 継続受診の割合 次年度の特定健診受診率
3	市川市	特定健診の結果から、 ①受診勧奨 HbA1c7.0%以上の者のうち、糖尿病に関して未治療あるいは治療中断が疑われ受診勧奨が必要と思われる者。 ②注意喚起 糖尿病受療中であっても、特定健康診査の結果、HbA1c8.0以上の者HbA1c7.0以上かつ尿蛋白（＋）以上又はeGFR45未満の者で、注意喚起が必要と思われる者。	特定健康診査は、医師会所属の個別医療機関で実施していることから、大半がかかりつけ医で健診・結果説明・指導・治療を受けている状況。 受診勧奨や注意喚起の通知は、本人が持参し、かかりつけ医、健診医療機関に相談・指示を仰ぐこととし、保健指導についての情報交換は、糖尿病連携手帳を利用している。 対象者選定基準値、実施方法（通知文やリーフレット作成含む）等については、医師会担当理事の助言を得ながら、医師会の特定健診等検討委員会で協議し、理事会の承認後決定。 検討を重ね、徐々に対象を拡大するなど事業を拡充しており、周知については、主に医師会から各医療機関へ伝達している。連携強化のため、各医療機関向けに当該事業の周知確認（徹底）のためのリーフレットを作成し、今年度末に配布予定。	管理栄養士、保健師	【アウトカム指標】 特定健診結果及び医療機関からの連絡により、HbA1c・eGFR等の値を確認し、保健指導対象者を抽出。 ・受診勧奨による医療機関受診率（保健指導により医療機関受診を確認） ・対象者の次年度の健診受診率 ・対象者の次年度健診結果改善率（HbA1c0.1%以上改善） ・対象者の新規人工透析導入数
4	船橋市	①～④は令和2年度健診受診者から選定、⑤は令和2年度健診未受診者（抽出時） ①40～69歳でHbA1c7.0%以上かつ尿蛋白（＋）以上 ②40～69歳で糖尿病未治療者のうち空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上かつ1または2 1：尿蛋白（±）以上 2：ア：eGFR60未満 イ：eGFR60以上でも1年間の低下が5以上または低下率25%以上 ③70～74歳で糖尿病未治療者のうち空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上かつ1または2 1：尿蛋白（±）以上 2：ア：eGFR50未満 イ：eGFR50以上でも1年間の低下が5以上または低下率25%以上 ④75歳以上でHbA1c8%以上かつ尿蛋白（＋）以上またはeGFR50未満 ⑤治療中断者：過去に糖尿病治療歴があり2年前から健診受診やレセプトがない者 未治療者：3年前の健診で空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上で、2年前から健診受診やレセプトがない者	平成29年度から、かかりつけ医（医療）・対象者・保健指導実施者（保健）の3者間でのデータや指導内容を共有するための連携ツールとして、日本糖尿病協会が作成した糖尿病連携手帳を活用している。この連携手帳は医師等が保健指導に必要な検査値・指示カロリーや生活指導の留意点などを記載し、患者へ自己管理の重要性の説明したうえで配付することとなっている。連携手帳に書かれた指示に基づき保健指導を実施した。 平成30年度以降は、かかりつけ医との顔の見える連携体制構築のために各特定健康診査協力医療機関を訪問し、当該事業の周知を図り、対象者の治療方針や医師の指示を確認し、保健指導状況などを共有した。また、「療養支援のための連携マニュアル」を作成し、医療機関からのかかりつけ患者に対する訪問依頼を受けて対応する体制を整えた。 令和2年度は10月健診対策委員会にて本市の糖尿病性腎症重症化予防対策事業及びデータヘルス計画の中間評価について情報共有した。新型コロナウイルス感染症流行に伴いかかりつけ医療機関への訪問は中止し、「療養支援のための連携マニュアル」や連携の際に使用する「保健指導依頼書」の様式の郵送等を行い引き続き周知を図った。	保健師・管理栄養士・看護師が携わった。	【アウトカム指標】 健診結果から翌年度のeGFR、尿蛋白等で結果数値を比較。保健指導前後にもHbA1c、尿蛋白・体重等の数値比較および対象者自身の健康行動の変化で取り組みの成果・評価を実施。
5	館山市	1) 70歳以下の2型糖尿病未治療者のうち、血糖値に係る健診データが受療勧奨判定値（HbA1c6.5%以上）であり、かつ、次のいずれかである者（特定健診結果から）。 ①尿蛋白（＋）以上、②eGFR60ml/分/1.73ml未満 2) 過去に糖尿病薬の使用歴あるも治療中断の者、または当該年度特定健診未受診者（KDBデータより）。	1) の対象者を全て含む受診勧奨判定値（要精密検査）の者には、受診時におけるかかりつけ医宛での情報として、検査結果（当該年度と前年・前々年度の結果が記載）及び検査数値改善に係る健診担当医からの助言等が記載された「検診結果のお知らせ」と並びに「診察についてのお願い・診察結果報告書」を送付し、かかりつけ医との情報連携を図った。 事業目的の設定や対象者の選定方法について、市内の専門医やかかりつけ医との連携により行った。 かかりつけ医らとの連携により、医療機関と行政で役割を分担して保健指導等を行った。	保健指導や受療勧奨においては保健師が実施した。	【アウトカム指標】 ①年度内に医療受診につながった人数・率②次年度検診受診率（リポート）③次年度健診において検査結果の改善者数・率④対象者の感想等を指標とし、評価する。
6	木更津市	①慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会で定めた抽出基準（腎臓病地域連携バスを交付）、②木更津市糖尿病腎症予防実施要領に基づき実施 特定健康診査を受診した者のうち、腎機能検査及び糖代謝検査において基準に該当した者に「腎臓病地域連携バス」を交付し受診勧奨を実施 ①特定健診結果に基づくCKD連携バス対象者（交付） （腎リスク） ①eGFR60以上かつ尿蛋白（2＋）以上またはeGFR45～59かつ尿蛋白（＋）以上 ②eGFR30～44 ③eGFR15～29 ④eGFR15未満 （糖リスク） ⑤HbA1c 6.5%～7.9% ⑥HbA1c 8.0%以上 ②対象者抽出の考え方 ・千葉県糖尿病性腎症予防ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑに準ずる。（ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑﾌｵｰﾑ図1、2参照） ・HbA1c6.5以上を抽出するが対象者が多いため、本市ではHbA1c7.0以上を優先に取り組む。 ・HbA1c7.0以上としても対象者の多い地区については、年齢の若い者やデータの悪い者など優先順位の高い者から実施するなど検討する。 ・HbA1c7.0以上では対象者が少ない地区については、HbA1c6.5以上としても差し支えない。 ・優先順位を考える上で、リスクとして、血糖値以外の数値にも着目する。 ＊75歳以上の高齢者について実施する場合、HbA1c8.0以上かつ尿蛋白（＋）以上を基準にする。 ※対象者抽出は「糖尿病管理台帳」にて作成する。（台帳作成は毎年2月頃） 健診データが届いたら治療の有無にかかわらずHbA1c6.5％以上は情報が管理台帳に掲載される。	2017年度から「慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会」を立ち上げ、かかりつけ医、専門医、管内4市行政による会議を開催しCKD予防の為の連携体制を構築する為協議を実施。 2019年度から「慢性腎臓病地域連携バス」の運用を開始し、かかりつけ医・専門医・行政が検査内容や治療方針などの情報を共有し早期から適切な医療管理ができるようなくみづくりをしている。また、委員会において医師、行政担当者で現状の課題や今後の方針等について情報共有、検討を実施。	保健師、管理栄養士、栄養士、看護師	【アウトカム指標】 ①短期的指標 〈保健指導終了前・後・1年後〉 ・医療機関受診につながった人数・率（医療機関未受診者数の内、受診勧奨数・医療機関受診数） ・生活習慣改善意欲、行動変容（食生活改善・運動習慣・禁煙・減酒など） ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等） ・対象者から聞いた意見・反応など ②中長期的指標 〈2年～4年） ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等） ・特定健診受診者全体の糖尿病治療状況、治療状況、コントロール状況、検査値の評価、糖尿病性腎症病期分類 ・レセプトからの糖尿病や糖尿病性腎症、糖尿病治療者の人工透析者数・率 ・糖尿病や慢性腎不全の医療費分析 ③長期的指標 〈5年～10年） ・特定健診受診者全体の糖尿病治療状況 ・糖尿病や慢性腎不全に関する医療費 ・レセプトからの糖尿病や糖尿病性腎症、糖尿病治療者の人工透析者数・率 ・糖尿病や慢性腎不全の医療費分析 ※該当年度4月～翌年度9月を年単位として実績評価をしている為、R2年度分は翌年度11月頃に評価する

令和2年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名	対象者の抽出基準	かかりつけ医との連携	専門職の名称	事業評価
保険者努力支援 制度項目		①	②	③	④
7	松戸市	「松戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」において、下記のとおり基準を設定。 【A】下記Ⅰ～Ⅲを全て満たす薬物療法なしの人 Ⅰ. 空腹時血糖126mg/dl以上 Ⅱ. HbA1c6. 5%以上 Ⅲ. 次の①～④のいずれかに該当 ①尿蛋白(+)以上 ②eGFR45ml/分/1. 73㎡未満 ③尿蛋白(±)でeGFR45以上 60ml/分/1. 73㎡未満 ④2年間でeGFRが30%以上低下 【D】上記Ⅰ～Ⅲを全て満たす薬物療法ありの人 【B】下記Ⅰ～Ⅱを全て満たす薬物療法なしの人 Ⅰ. 空腹時血糖126mg/dl以上 Ⅱ. HbA1c6. 5%以上 【E】上記Ⅰ～Ⅱを全て満たす薬物療法ありの人 【C】特定健診未受診かつ糖尿病の治療を中断している疑いのあるもの 【F】特定健診未受診で糖尿病治療中の人 ※薬物療法とは、血圧・血糖・脂質についてのこと 保健指導の対象 ・Bのうち、尿中アルブミン検査の結果、糖尿病性腎症第Ⅰ期及び第Ⅱ期の人	・「松戸市糖尿病対策推進ネットワーク会議」を定期的に開催し、医師会等から助言を受けている。 ・「松戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に定めるクリニカルパスを利用することで、かかりつけ医・専門医・保険者の連携体制を確立している。	保健師、管理栄養士が携わっている。	【アウトカム指標】 保健指導実施者の次年度の特定健診結果やかかりつけ医での検査結果から、HbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査値変化を確認するとともに、アンケートにてご本人の糖尿病療養に対する気持ちの変化や生活習慣の変化、受診状況を確認し、保健指導後の評価をしている。
8	野田市	KDBシステムにより、以下に該当する者を抽出した。 ・eGFR30以上44以下に該当する者（ハイリスク者） ・過去に糖尿病薬使用ありで過去3年間に健診にてHbA1c7. 0%以上が確認されておりかつ最近12ヶ月間にレセプトに糖尿病受療歴がない者（治療中断者）	・受療勧奨に適した数値であるか、医師会に相談をし、承認を受けたうえで、上記対象者に、受療勧奨の通知を実施する旨、各医療機関に周知した。	保健師	
9	香取市	・特定健診の結果、HbA1c6. 5以上かつ尿蛋白(+) 以上で医療機関未受診者 ・かかりつけ医からの紹介	・糖尿病連携手帳等を活用しながら連携していく ・医師から紹介のあった人は、ケース会議を行う	・保健師、管理栄養士	【アウトカム指標】 ・R2年度対象者の糖尿病治療開始率75% ・保健指導実施者の人工透析開始者0人
10	茂原市	対象者の抽出基準については事業マニュアルで定めており、千葉県版プログラムと同様である。2型糖尿病の診断を受けたことがない当年度健診受診者でHbA1c6. 5%以上、かつ①尿蛋白(±)以上、②eGFR60未満(70歳以上eGFR50未満)、③eGFR60以上であっても(70歳以上の場合、eGFR50以上であっても)1年間のeGFR低下が5以上又は1年間のeGFR低下率が25%以上、のいずれかである者を対象とした。但し特定保健指導対象者、個別健診受診者は除外した。	かかりつけ医には「受診結果報告書」を記入してもらい、対象者の状態の把握や、保健指導の要否について確認をするなど連携をした。	保健師、栄養士	【アウトカム指標】 対象者の検査値(体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等)の改善率について、翌年度の健診結果を用いて評価する。今年度、検査値の改善については2019年度の対象者について評価を行う。
11	成田市	HbA1c6. 5%以上の者で医療機関へ通院していない者 糖尿病の治療のため、医療機関へ通院中の患者で最終の受診日から6ヶ月経過しても受診のない者	保健指導を実施した内容について、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医に情報を提供している。 「成田市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」協力医療機関より、治療を中断しがちな者や、自院での保健指導が困難な者について紹介してもらう体制を構築している。	保健師又は管理栄養士	【アウトカム指標】 ・血液検査の実施により前後のHbA1cにて評価を行う。また、受講後のアンケートによる健康意識の向上を確認する。
12	佐倉市	糖尿病性腎症第3期に該当する者を対象とする。 (糖尿病の指標と腎臓の指標いずれも該当) 糖尿病の指標：空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6. 5%以上 腎臓の指標：尿蛋白+以上 優先順位 ①未治療の者 ②治療を中断している者	・医師会には、健診説明会にて事業内容を説明予定であったが、緊急事態宣言中で開催中止となり、書面を配布し周知を行った。 ・事業の結果については、健診専門委員会にて報告。 (2回実施 R2. 11. 9 R3. 3月開催予定) ・かかりつけ医へは、本人が受診時に事業内容等を記載した「主治医であ文書」を持参し手渡すようにした。 ・指導内容は糖尿病手帳を活用しかかりつけ医と連携を図るようにした。	保健師または管理栄養士が保健指導を実施した。	【アウトカム指標】 ①糖尿病治療中断者や未治療者の治療開始率…50% ②HbA1c 8%以上でかつeGFR60未満の者が主治医から専門医への受診に至った者…20% ③本事業対象者が腎臓病専門医の講演会への参加率…70%
13	東金市	【医療機関受診勧奨】 ・e-GFR、尿蛋白において、腎機能低下が認められる者に該当し、かつ次の①か②に該当するもの。(※腎疾患で通院中の者を除く)①Δe-GFRを算出した結果から75歳までに透析導入が予測される者、②尿蛋白(定性)で前回の結果より悪化している者。 ・空腹時血糖126以上またはHbA1c6. 5以上の者(※HbA1c6. 5～7. 9は、高血圧・脂質代謝異常・糖尿病・心疾患・脳血管疾患で治療中の者を除く。) ・医療機関受診中であってもHbA1cが8. 0以上のコントロール不良の者。 【運動教室等】(からだ元気塾) ・平成29年度、平成30年度、令和元年度の3年間連続して特定健診を受診者でHbA1cが5. 6%以上6. 0以下の者。 【腎保健指導】 ・e-GFR60以上かつ尿蛋白(+)の者。(※腎疾患で通院中の者を除く。)	【医療機関受診勧奨】 腎機能における要医療者の受診について、2医療機関に受け入れの依頼を実施し、専門医の診察を受けられるよう調整を行った。	保健師、管理栄養士、看護師、健康運動指導士	【アウトカム指標】 本事業からの新規人工透析導入者数 0人 耐糖能受診勧奨者の医療機関受診率51. 4% 腎機能受診勧奨者の医療機関受診率88. 9%
14	匝瑳市	千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムフロー図1、3に基づき対象者を抽出。 ①フロー図1 令和2年度特定健診受診者で75歳未満の、2型糖尿病の診断を受けたことのない者で、HbA1c6. 5以上、尿蛋白(±)以上、又は、eGFR60ml/分/1. 73㎡未満(70歳以上はeGFR50ml/分/1. 73㎡未満)の者。 ②フロー図3 2型糖尿病で治療中の75歳未満の、かかりつけ医が保健指導が必要と判断した者で、医療機関の検査で、尿蛋白(±)以上尿アルブミン(微量アルブミン30mg/gCr以上)等により、糖尿病性腎症第2期以上の腎機能低下が判明した者。	事業実施にあたり、匝瑳市総合健康診査専門委員会特定健診部会にて事業方針を検討している。 また、糖尿病性腎症重症化予防事業の地区担当医師に対象者の選定、内容について助言を得るなどの連携を図っている。 医師会に事業の内容を説明し、対象者の選定に協力を得ている。 対象者が医療機関に受診するにあたり、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と治療内容や保健指導等の内容を情報共有し連携を図っている。	保健師、管理栄養士	【アウトカム指標】 保健指導対象者の保健指導実施前後のHbA1c、eGFR、収縮期血圧、拡張期血圧の値を評価 保健指導実施後の対象者の生活習慣改善について評価。
15	旭市	①2019年度の旭市特定健診結果が生活習慣病未治療で、HbA1c6. 5%以上かつ尿蛋白(±)以上またはeGFR60未満(70歳以上はeGFR50未満)の者※生活習慣病とは問診項目の血圧・血糖・脂質・脳卒中・心臓病・慢性腎臓病を指す ②生活習慣病治療中で2019年度の旭市特定健診結果がHbA1c10. 0%以上かつ尿蛋白(±)以上の者※かかりつけ医がいる場合、かかりつけ医と連携のもと旭中央病院糖尿病専門外来へ紹介 ③前年度特定健診結果がHbA1c6. 5%以上で、eGFR低下率より今後10年以内に人工透析導入の可能性が考えられる者※かかりつけ医がいる場合、かかりつけ医と連携のもと旭中央病院糖尿病専門外来へ紹介 ④糖尿病治療中で、腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断した者 ⑤その他医療機関等から糖尿病治療中断が判明し、管理不十分等連絡があった者	上記の抽出基準に基づき抽出された対象者が、医療機関を受診するにあたり、旭市糖尿病性腎症重症化予防プログラム専用の「精密検査受診の指示書」と糖尿病連携手帳を発行、持参し受診。精密検査受診の指示書に、受診時の診断、検査内容、医師からの指示事項等を記載した上で市へ返信いただき、その内容に沿って保健指導を展開した。また必要時、担当保健師・管理栄養士からかかりつけ医に保健指導方針等について相談した。	市の保健師・管理栄養士が保健指導を実施した。	【アウトカム指標】 受診勧奨や保健指導を行った対象者のうち、医療機関につながった割合、糖尿病専門外来受診割合、検査値が改善した人の割合(HbA1c、eGFR、尿たんぱく(尿アルブミン)等で把握できた結果で評価)
16	習志野市	特定健康診査等の結果、以下のいずれかの選定条件に該当する者。 ①HbA1c6. 5以上または空腹時血糖126mg/dl以上 かつ eGFR60未満 (70歳以上はeGFR50未満)または 尿蛋白(±)以上 ②eGFR60未満 かつ 尿蛋白(2+)以上 ③eGFR30～44 かつ 尿蛋白(+)以上 ④eGFR30未満	かかりつけ医が記載した生活指導確認書に基づき保健指導を実施。 保健指導の報告書を月1回、かかりつけ医に送付している。	保健師、看護師	【アウトカム指標】 保健指導終了者の次年度透析導入者数 保健指導実施後のHbA1c、eGFR、尿蛋白、血圧についての検査データの変化

令和２年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名	対象者の抽出基準	かかりつけ医との連携	専門職の名称	事業評価
保険者努力支援 制度項目		①	②	③	④
17	柏市	令和元年度特定健診受診者のうち、次の条件に該当する者 (1)対象者の条件（①及び、②または③の条件を満たす者） ①空腹時血糖値 1 2 6mg／dl以上またはHbA1c7.0％以上の者 ②尿たんぱく（＋）以上、又は血清クレアチニン検査にて、eGFR60ml／分／1.73㎡未満の者（70歳以上はeGFR50ml／分／1.73㎡未満の者） ③1年間のeGFR低下がeGFR 5ml／分／1.73㎡以上又は 1 年間の低下率が2 5％以上のもの (2)除外者の条件 ①Ⅰ型糖尿病の者及びがん等のほかの治療を優先すべき状況にある者 ②認知機能に支障が有る等、自立して生活習慣の改善が期待できない状況にある者 ③糖尿病の内服がない者	事業実施過程において、柏市医師会との「柏市特定健診等保健事業検討会」においてプログラムの実施状況の報告を行い、助言を受けながら実施した。さらに当該検討会と併せて実施する「糖尿病性腎症重症化予防対策検討会」でも協議を行いながら事業を進めた。 プログラム参加希望者は、「参加同意書」により、参加者自らがかかりつけ医に対し、事業に参加する旨を伝え、かかりつけ医との連携によりプログラムを実施した。 「かかりつけ医との連携」の具体策として、参加者が定期受診の際に「糖尿病連携手帳」を持参し、プログラムの参加状況を説明する。治療に関しては、かかりつけ医の指示に従いながらプログラムを実施した。	・医師 ・保健師 ・管理栄養士 ・理学療法士	【アウトカム指標】 （１）短期的指標（プログラム前後） ①検査値の改善状況（体重、BMI、血圧、空腹時血糖値又はHbA1c、血清クレアチニン、eGFR、尿蛋白、中性脂肪、LDL・HDL・nonHDLコレステロール） ②生活習慣改善の意欲、QOL、行動変容（生活習慣、運動習慣、喫煙、減酒等） ③保健指導プログラムに関する満足度や参加者の意欲、行動の変化 （２）中長期的指標（プログラム終了から1年後） ①参加者の検査値の改善状況 ②特定健診の改善状況 ③受療・服薬状況 ④特定健診受診者全体の検査値の評価 ⑤医療費及び糖尿病性腎症による新規透析導入者数 （３）長期的指標（５～１０年後）…レセプトによる受療状況、医療費、新規透析導入者数
18	勝浦市	特定健診の結果、40歳～64歳でⅡ度以上高血圧またはHbA1c7.0以上のハイリスク対象者および2型糖尿病の診断を受けたことがない特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上かつ次のいずれか ①尿蛋白（±）以上 ② ア. eGFR60ml/分/1.73㎡未満（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73㎡未満 イ. eGFR60ml/分/1.73㎡以上（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73㎡以上） であっても、eGFR低下5ml/分/1.73㎡/年、または、eGFRの低下率25%/年以上	夷隅地域職域連携推進協議会事務局(令和2年5月11日)より令和2年度の協議会については、新型コロナウイルス感染拡大防止のため中止の旨連絡があった。対象者については、糖尿病関連腎機能検査受診結果返信票で受診状況を確認し医師と連携している。	保健指導は、保健師・管理栄養士・看護師が実施した	【アウトカム指標】 腎不全予防対策事業対象者には、健診後個別面談を実施し2~3ヶ月後、尿検査により推定塩分摂取量と尿蛋白の値を測定し評価する予定。また、前年度の事業対象者については、今年度の特定健診の結果が出たら、前年度の値(HbA1c/eGFR)と比較し評価をする。(第2期データヘルス計画個別保健事業計画等を参照)
19	市原市	1. 保健指導対象者 ア. 事業者委託 令和元年度特定健診の結果から、下記の判定基準（a かつb又は、aかつc）に該当し、定期通院中で医療機関の協力を得られる者 a：空腹時血糖値126mg/dl（随時血糖値200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上 b：尿蛋白（±）以上 c：eGFR（以下単位はml/分/1.73㎡）60未満（但し70～74歳はeGFR50未満） イ. 医師会委託 市原市医師会の指定する医師が生活改善等の保健指導が必要と判断し、定期的に実施する検査（少なくとも年1回）で、下記の判定基準（a かつb又は、aかつc）に該当する者（原則として令和元年度特定健診の未受診者） a：空腹時血糖値126mg/dl（随時血糖値200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上 b：尿蛋白（±）以上（微量アルブミン30mg/gCr以上） c：eGFR60未満（但し70～74歳はeGFR50未満） 2. 受診勧奨対象者 令和２年度特定健診の結果から、下記の判定基準（a又はb）に該当かつ糖尿病の薬物治療をしていない者 a:HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（±） b:HbA1c6.5%以上かつeGFR45以上60未満（但し70～74歳は45以上50未満）かつ尿蛋白（－）	・市原市国民健康保険保健事業実施計画推進会議及び市原市医師会主催の市原圏域糖尿病性腎症重症化予防対策推進協議会で、事業内容について医師会に情報提供し、事業実施過程においても医師会から助言を受けている。 ・糖尿病性腎症重症化予防事業の実施に係る協定書を医師会と締結し、医師会からかかりつけ医へ事業説明をしている。 ・保健指導実施前にかかりつけ医が作成する「生活指導内容の確認書」により指示及び助言を受け、実施後は事業評価として、「診療情報報告書」で検査値の報告を受けている。 ・実施過程で、参加者の生活指導内容についてかかりつけ医に報告している。	管理栄養士、保健師、看護師	【アウトカム指標】 検査値改善率（eGFR・HbA1c・尿アルブミンの数値で判断）70%、生活習慣改善率70%、指導後の人工透析移行者0人 指導前は、かかりつけ医が作成する「生活指導内容の確認書」による直近検査値、指導後は、「診療情報報告書」から検査値を確認し、保健指導実施前後で検査値を比較し、評価する。
20	流山市	①4 0～5 0 歳代のHbA1cの数値が8.0%以上または ②4 0～5 0 歳代のHbA1cの数値が6.5%以上でeGFR 6 0 未満または尿蛋白（±）以上の要治療者で服薬治療を行っていない方を抽出	流山市医師会との間で糖尿病性腎症重症化予防事業検討会を設置。当該検討会の委員と「かかりつけ医・糖尿病専門医・腎臓専門医」との連携体制構築にむけ、令和２年度の取り組み状況の報告と今後の課題について情報共有を行った。また、流山市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施する上で、かかりつけ医と「プログラム参加同意書」「保健指導指示書」「保健指導報告書」のやり取りを通じて情報共有を行い連携をとった。	保健師による家庭訪問を実施した。	【アウトカム指標】 ・対象者の検査値（体重・BMI、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）の改善率 ※例として、HbA1c8.0%以上の者は7.0%以下に改善する等、個々に対する目標達成を評価するとともに、全体の検査結果値の改善率をみる。 ・医療機関受診につながった者の割合、継続した受療率・服薬状況 ・保健指導の内容に関する満足度や参加者の意識・行動の変化 ・人工透析の導入数
21	八千代市	以下のいずれかに該当 ● 「HbA1c 6.5%以上」または「空腹時血糖 126mg/dl以上」であり、かつ「尿蛋白（±）以上」または「eGFR60ml/分/1.73㎡未満」 ● 糖尿病治療中(過去に糖尿病薬使用歴または糖尿病治療歴あり)	対象者が通院している医療機関に医師会を通して、実施事業の周知と協力を依頼した。協力医療機関には、参加同意を本人からとってもらい、その際、生活指導における注意点等のアドバイスもいただいた。 生活指導の内容については、3 回の面談（初回・中間・最終）結果を書面等により、委託事業者から市及びかかりつけ医に報告した。	管理栄養士、保健師	【アウトカム指標】 プログラム参加後は、主治医の元で検査を受け、報告をしてもらい、参加前後でのHbA1c、eGFR、尿蛋白等検査データを評価する。
22	我孫子市	【保健指導対象者】 以下の要件を全て満たす者を対象とした。 ・平成30年度以降に健診受診歴があり糖尿病疑いがある ・難病、がん治療中及び人工透析ではない ・平成31年度に糖尿病投薬歴がある 【受療勧奨対象者】 ①平成30年度以降の健診受診歴は無いが、平成30年度以前に糖尿病投薬歴がある ②平成30年度以降に健診受診歴があり健診結果から糖尿病の疑いがある 上記①又は②に該当し、以下全てを満たす者を対象とした。 ・難病、がん治療中及び人工透析ではない ・平成31年度に糖尿病名または投薬歴がない	・事業実施にあたり事業内容について医師会に情報提供を行った。 ・事業内容について医師会及び糖尿病専門医との協議の機会を設け、助言を受けた。 ・保健指導内容について対象者のかかりつけ医に情報提供を行い、診療方針との齟齬があれば助言をいただくこととした。	保健指導は保健師又は看護師が行った。	・保健指導完了者のうち検査結果（HbA1c、CKD重症度分類等）が維持改善した者の割合80%を達成できたか（指導開始前後の検査数値を対象者から聴取し評価する） ・受診勧奨による受診再開率10%を達成できたか（レセプトの発生状況から評価する）
23	鴨川市	健診委託機関の定める緊急連絡値の者（糖については空腹時血糖200以上）。	・①の対象者を全て含む受診勧奨判定値（要精密検査）の者には、受診時におけるかかりつけ医宛ての情報として、検査結果（当該年度と前年・前々年度の結果）等が記載された「健診結果通知表」並びに「診察についてお願い・診察結果報告書」を送付し、かかりつけ医との情報連携を図った。	保健師・管理栄養士	【アウトカム指標】 ・保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、保健師・管理栄養士が訪問・面談等で実施。結果報告書により受診結果を把握。 ・実施後におけるHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果は次年度の健診結果により確認し、実施前後の評価を実施。
24	鎌ヶ谷市	①重症化予防事業 (a. 要医療勧奨) 健診問診票で服薬なし（血圧・血糖・脂質）の者で、HbA1c6.5以上6.9以下 (b. 重症化予防事業) 健診問診票で服薬なし（血圧・血糖・脂質）の者で、HbA1c7.0以上 (c. 重症化予防事業) 健診問診票で服薬あり（血圧・血糖・脂質）の者で、HbA1c8.0以上 ②糖尿病性腎症重症化予防事業 (d. 委託保健指導) 前年度特定健診受診者または医療機関からの紹介にて 2型糖尿病治療者 HbA1c6.5以上 かつ eGFR30から60未満又は尿蛋白（±）以上	①医師会の担当理事と事前協議し、勉強会等で情報共有を行った。 ②医師会の担当理事と事前協議、及び結果報告を実施。委託保健指導では、かかりつけ医が記入する「生活指導内容の確認書」に沿って保健指導を行い、指導結果についてかかりつけ医に全3 回報告書を送付した。	①保健師、管理栄養士 ②保健師、管理栄養士	【アウトカム指標】 ①要医療勧奨においては、医療機関受診後の受診状況（投薬状況や定期受診等）を、評価している。 ②糖尿病性腎症重症化予防事業においては、対象者の体重、BMI、HbA1c、eGFRについて実施前後で評価を行う。

令和２年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名	対象者の抽出基準	かかりつけ医との連携	専門職の名称	事業評価
保険者努力支援 制度項目		①	②	③	④
25	君津市	①特定健診受診結果において、HbA1cが6.5以上の糖尿病未治療者で、尿蛋白＋以上またはeGFR60未満（70歳以上はeGFR50未満）の者 ②特定健診受診結果において、HbA1c6.5以上の者、eGFR60以上かつ尿たんばく2+以上、eGFR45～59かつ尿たんばく＋以上、eGFR45未満のいずれかに該当する者	①本事業開始時に医師会長及びかかりつけ医に事業実施について説明をし、了承を得た。 ②高血圧や糖尿病等の生活習慣病原因とする慢性腎臓病の予防に取り組み、医療機関及び関係行政機関が相互に連携を図るため、慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会（かかりつけ医＋専門医＋行政）を管内4市と設置している。令和元年は、委員会にて、かかりつけ医と専門医の助言のもと腎臓病地域連携バスを作成し、運用を開始した。	保健師・管理栄養士	【アウトカム指標】 ①対象者に保健指導を実施し、医療機関受診後の検査結果や翌年度健診結果からHbA1c、eGFRの検査値の変化、医療機関への受診状況を確認し、保健指導前後のアウトカム評価を実施する。 ②腎機能の検査項目の割合の減少、糖の検査項目（HbA1c）における受診勧奨判定者の割合の減少
26	富津市	当該年度糖尿病未治療者でHbA1c7%以上、治療中者でHbA1c8以上	2016年度より市内医療機関との連携会議を年1回開催。（2020年度は新型コロナウイルス感染症予防対策のため、会議は中止し、市内医療機関には個別に2019年度の活動を報告し、意見を伺った）受診勧奨、治療中の者の食事指導等、地区担当保健師等が関わる際には、情報提供書や糖尿病連携手帳を用いて、かかりつけ医と連携していくことを合意し、保健指導を実施した。 また、2019年度から君津木更津医師会（かかりつけ医と糖尿・腎臓病専門医）、君津中央病院糖尿病専門医と、管内4市（当市と木更津市、君津市、袖ヶ浦市）とで組織したCKD予防連携委員会にて、「腎臓病地域連携バス」を作成し、未治療者や治療中断者を医療につなげるため運用を開始、2020年度12月には2019年度の実績を報告した。	保健師、管理栄養士	【アウトカム指標】 対象者には、地区担当保健師等が面接、訪問を基本に保健指導を実施。かかりつけ医と連携し、糖尿病連携手帳を活用し検査後の結果等を確認し、前後の評価をしている。対象者は糖尿病管理台帳を作成し、毎年の健診でのHbA1cや血圧、eGFR、尿蛋白等の検査結果を経年的に記録し評価している。
27	浦安市	令和２年度特定健診の結果、空腹時血糖126mg/dl又はHbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（±）以上、eGFR60以下の者で未治療・治療中断の者、通院中でコントロール不良の者。	医師会及び専門医と対象者の基準や事業内容について協議する。また今後の方向性について、話し合いの場を設け、検討していく。	保健師・管理栄養士	・保健指導を受けた者の受療率 ・保健指導を受けた者の介入前後の検査値の変化
28	四街道市	前年度の特定健診結果でHbA1c6.5以上、かつ対象者抽出時の直近3か月に「糖」によるレセプトがない者	医師会常会で事業概要説明を行った上で保健指導実施時に事業に関係する医療機関（指導対象者抽出後、その者が通院している医療機関）へは個別に訪問し説明する予定。	保健師、栄養士、看護師 （業者委託）	【アウトカム】 1.新規人工透析移行者数：10名以下 2.（１）受診勧奨 受診勧奨を行った者の内、医療受診へつなげた者：27.5% （２）保健指導 指導実施者の翌年のHbA1c値の改善率（指導実施者中の改善した人数の割合）：15.7%
29	酒々井町	(1)令和２年度特定健診受診者で糖尿病未治療のうち健診結果が以下①及び②または③に該当する者。 ①空腹時血糖値126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上 ②尿蛋白（±）以上 ③ア）eGFR60ml/分/1.73ml未満（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満） イ）eGFR60ml/分/1.73ml以上（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml以上）であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73ml以上または1年間のeGFRの低下率が25%以上 (2)治療中者への指導として、レセプトで糖尿病または糖尿病性腎症の病名記載があり、病期が2～3期と判定された方を抽出した。	(1)なし (2)治療中者の場合は、プログラム参加前にかかりつけ医に生活指導内容の確認書を記入していたにている。また、かかりつけ医に初回・中間・最終指導後の報告書を提出している。	保健師、看護師	【アウトカム指標】 ・医療機関の受診者数 ・収縮期血圧、拡張期血圧、血清クレアチニン、eGFR、HbA1c、 空腹時血糖の検査値を複数回確認する。評価は、指導後に検査データを用いて、対象者の客観的な検査値の推移、対象者本人による自己評価、指導した専門職の指導記録により行う。
30	八街市	令和元年度特定健診受診者で糖尿病未治療のうち健診結果が空腹時血糖値126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上の者でかつ次の①または②に該当する者。ただし、特定保健指導（積極的支援または動機づけ支援）対象者は除く。 ①尿蛋白（±）以上 ②ア）eGFR60ml/分/1.73ml未満（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満） イ）eGFR60ml/分/1.73ml以上（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml以上）であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73ml以上または1年間のeGFRの低下率が25%以上	今年度作成した事業マニュアルをもとに実施内容および結果を地区医師会に説明報告し、助言を求める。また現在令和3年度に向け作成中の「事業マニュアル」についても助言を求め、連携バスを検討予定。	保健師	【アウトカム指標】 ①短期的指標 ・医療機関につながった人数、対象者の翌年度の特定健診の数値（体重、BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白）の改善状況 ②長期的指標 ・レセプトによる受療状況、医療費抑制状況、透析導入者数等
31	富里市	【抽出基準】 ①HbA1c6.5以上かつeGFR60未満または、尿蛋白（±）以上の未受診者（治療中断者も含む） ②HbA1c8.0以上のコントロール不良者及び未受診者（治療中断者も含む） ①と②を抽出し、対象者に受診勧奨通知を発送、さらに優先順位をつけて保健指導を実施した。	医療機関との情報交換会（研修会等を含む）を実施し、事業内容（保健指導等）について、情報提供また助言等を受けた。かかりつけ医師と保健指導対象者の情報共有をはかった。	対象者には、保健師及び管理栄養士が保健指導を実施した。	保健指導対象者について、指導対象となった年度の健診結果と、指導後の次年度健診結果を比較してHbA1c、eGFR、尿蛋白等の数値が改善した人の割合（目標値：対象者の20%以上）や対象者の概ね3ヵ月後の医療機関受診率（目標値：対象者の30%以上）等をアウトカム指標で評価する予定である。
32	白井市	①HbA1cが6.5%以上で未治療・未投薬の者 ②HbA1cが6.5%以上で尿蛋白（＋）以上の者 ③HbA1cが6.5%未満で、標準的な質問項目において血糖降下剤またはインスリン注射を使用している」に「はい」と回答した者で尿蛋白（＋）以上の者	印旛郡市医師会印西支部の白井市の幹事会において、糖尿病性腎症重症化予防事業の事業概要の説明をおこない了承を得た。市内の医療機関には概要等の資料を送付した。	保健師、管理栄養士	【アウトカム指標】 糖尿病性腎症重症化予防事業：介入者のうち次年度の特定健診の結果におけるHbA1cの数値が改善した人の割合
33	印西市	令和２年度特定健康診査受診者で、健診データから空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上で、尿たんばく（±）以上または、eGFR60ml/分/1.73ml未満（70歳以上は50ml/分/1.73ml未満）に該当する者。	・成人保健専門部会委員（医師会代表者で構成）に事業を説明し協力を仰ぐ。 ・市内医療機関に事業の周知を図る。また、事業内容についてのアドバイスを受ける。 ・かかりつけ医との連絡票及び糖尿病連携手帳を使用し、腎症レベルや保健指導への指示等の情報を受け、保健指導状況を報告した。	保健師・管理栄養士	【アウトカム指標】 翌年度冬に、①受診が継続できているかレセプトにより確認。②健診結果を確認し、HbA1cが7.0%未満に抑えられているか、eGFRが5ml/分/1.73ml未満の下がり幅に抑えられているか確認。
34	栄町	①糖尿病予備群：HbA1c5.6%以上 ②腎臓病予備群：eGFR50未満、平成30年度eGFR60未満のうち5以上悪化している者、尿たんばく＋のいずれかに該当する者	要医療判定値の者へは、結果報告書を送付し受診勧奨を実施。医療機関の診断結果を町へ報告頂き、受診者の情報を共有している。	保健師、管理栄養士、歯科衛生士	【アウトカム指標】 糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者へ手紙・電話にて受診勧奨・継続支援を実施。受診勧奨から2～3ヶ月後に電話にて受診状況や検査値（HbA1c値）について確認し、評価をおこなう。
35	一宮町	抽出基準は事業マニュアルで定めており、千葉県版プログラムと同様。2型糖尿病未受診者のうち、当年度の健診データがHbA1c6.5%以上の者であり、かつ次のいずれかである者①尿蛋白（±）以上②血清クレアチン検査を行った場合。ア.eGFR60ml/分/1.73ml未満（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満）イ.eGFR60ml/分/1.73ml以上（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml以上）であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73ml以上又は1年間のeGFR低下率が25%以上、但し特定健康指導対象者、個別健診受診者は除外とした。	地区医師会と協力して事業マニュアルを作成し、かかりつけ医師とは「受診結果報告書」にて対象者の紹介、受診の状況について確認し連携を図った。	保健師、管理栄養士	【アウトカム指標】保健指導を同意した者に対し、6ヶ月間の保険指導を実施する。初回面接は来庁にて実施、その後、電話、文書にて継続的な保健指導を実施する。医療機関での実施した血液検査データにて指導前後比較をし、血液検査を実施していない場合には、次年度の特定健診の検査結果を確認し評価を行う予定。 骨格筋量改善者の割合 目標値50% 体脂肪減少者の割合70% 食習慣改善の割合 80%
36	睦沢町	対象者：2型糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者 2型糖尿病未治療者のうち、当年度の健診データがHbA1c6.5%以上の者であり、かつ次のいずれかである者 ①尿蛋白（±）以上 ②血清クレアチン検査を行っている場合 ア.eGFR 60ml/分/1.73ml未満（70歳以上：eGFR 50ml/分/1.73ml未満） イ.eGFR 60ml/分/1.73ml以上（70歳以上：eGFR 50ml/分/1.73ml以上）であっても1年間のeGFRの低下が5ml/分/1.73ml以上又は1年間のeGFRの低下率が25%以上 2型糖尿病未治療者はレセプトを点検し過去1年間糖尿病未治療者である者とした。	医師会と協議し管内統一マニュアルを作成、今年度よりマニュアルに添って事業を実施。管内医療機関と合同の研修や事業実績について医師会に情報提供する。また、初回受診の際糖尿病性腎症重症化予防事業受診結果報告書を持参し、かかりつけ医からの指示を元に保健事業を実施。必要に応じ糖尿病連携手帳を用いて情報を共有した。	町保健師、栄養士が実施	【アウトカム指標】 ①短期的指標（保険指導終了前・後・1年後） ・医療機関受診につながった人の人数（医療機関未受診者数のうち、受診勧奨を行った人数・医療機関受診につながった人数） ・保健指導参加の意識・行動の変化 ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）の改善率 ・対象者のうち、保健指導に参加しなかった人の人数 ・事業内容に関する満足度 ②中長期的な指標（2年～10年） ・レセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）
37	長生村	2型糖尿病未治療者のうち、当年度の健診データがHbA1c6.5%以上の者であり、かつ次のいずれかである者 ①尿蛋白（±）以上 ②血清クレアチン検査を行っている場合 ア eGFR 60ml/分/1.73ml未満（70歳以上：eGFR 50ml/分/1.73ml未満） イ eGFR 60ml/分/1.73ml以上（70歳以上：eGFR 50ml/分/1.73ml以上）であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73ml以上又は1年間のeGFR低下率が25%以上 但し特定保健指導対象者、個別健診受診者は除外	茂原市長生郡医師会と共同で「茂原市長生郡糖尿病性腎症重症化予防マニュアル」を策定しており、その旨記載されている。 受診結果報告書、糖尿病連携手帳を活用し、対象者の受診状況・指導内容等の情報共有を行う。	管理栄養士及び保健師が指導に携わっている。	【アウトカム指標】 ①短期的指標（保険指導終了前・後・1年後） ・医療機関受診につながった人の人数（医療機関未受診者数のうち、受診勧奨を行った人数・医療機関受診につながった人数） ・保健指導参加の意識・行動の変化 ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）の改善率 ・対象者のうち、保健指導に参加しなかった人の人数 ・事業内容に関する満足度 ②中長期的な指標（2年～10年） ・レセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）

令和2年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名	対象者の抽出基準	かかりつけ医との連携	専門職の名称	事業評価
保険者努力支援 制度項目		①	②	③	④
38	白子町	2型糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者のうち、当年度の健診データがHb1c6.5%以上の者であり、かつ次のいずれかである者 ①尿蛋白（±）以上 ②血清クレアチニン検査を行っている場合 ア. eGFR60ml/分/1.73㎡未満（70歳以上：. eGFR50ml/分/1.73㎡未満） イ. eGFR60ml/分/1.73㎡以上（70歳以上：. eGFR50ml/分/1.73㎡以上） であっても、1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73㎡以上又は1年間のeGFRの低下率が25%以上。 但し特定保健指導対象者、個別健診受診者は除外	対象者へ受診結果報告書を送付して受診勧奨を行い、受診の結果、医療機関より依頼があった者にたいして保健指導を開始する。また、保健指導の実施にあたっては、「糖尿病連携手帳」を活用し、かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医・かかりつけ薬局薬剤師等との対象者の情報を共有し、連携して指導を行う	受診した医療機関での医師からの指示をもとに町管理栄養士及び保健師が保健指導を実施する	【アウトカム指標】 受診者数、指導未参加者数を評価。また、6ヶ月間の保健指導実施後、参加者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）・行動の変化（生活リズム・食生活・運動習慣の改善）にて評価。
39	長柄町	2型糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者のうち、当年度の健診データがHbA1c 6.5%以上の者であり、かつ次のいずれかである者 ①尿蛋白（±）以上 ②血清クレアチニン検査を行っている場合 ア. eGFR60ml/分/1.73㎡未満（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73㎡未満） イ. eGFR60ml/分/1.73㎡以上（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73㎡以上）であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73㎡以上又は1年間のeGFRの低下率が25%以上	対象者へ受診結果報告書を送付して受診勧奨を行い、受診の結果、医療機関より依頼があった者に対して保健指導の取り組みを実施した。また、保健指導の実施にあたっては、「糖尿病連携手帳」を活用し、かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医・かかりつけ薬局薬剤師等と対象者の情報を共有し、連携して指導の取り組みを実施した。	保健師、管理栄養士が実施する。	【アウトカム指標】 ①短期的指標（保健指導終了前・後・1年後） ・医療機関受診につながった人の人数（医療機関未受診者数の内、受診勧奨を行った人数・医療機関受診につながった人数） ・保健指導参加者の意識・行動の変化 ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）の改善率 ・対象者の内、保健指導に参加しなかった者の人数 ・事業内容に関する満足度 ②中長期的指標（2～10年） ・レセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率） 【評価方法及び評価時期】 事業担当者、保健指導担当者により、評価を行う。 ①令和3年3月末（事業終了後） ②令和5年度（データヘルス計画評価年度）
40	長南町	2型糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者のうち、当年度の健診データがHbA1c6.5%以上の者であり、かつ次のいずれかである者 ①尿蛋白（±）以上 ②血清クレアチニン検査を行っている場合 ア. eGFR60ml/分/1.73㎡未満（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73㎡未満） イ. eGFR60ml/分/1.73㎡以上（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73㎡以上）であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73㎡以上又は1年間のeGFRの低下率が25%以上 但し特定保健指導対象者、個別健診受診者は除外した。	医師会と協力して作成した事業マニュアルに基づき実施。 かかりつけ医とは、受診結果報告書にて依頼、受診の状況、指導内容を確認するなどの連携を実施。	保健師、管理栄養士	【アウトカム指標】 対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）の改善率を短期的指標とし保健指導終了前・後・1年後で評価する。また、中長期的指標としてレセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数の評価をする予定。
41	大網白里市	今年度は新型コロナウイルス感染拡大防止のため、集団特定健診及び糖尿病重症化予防セミナーを中止とした。 そのため、個別特定健診受診者のうちHbA1c6.5%以上で糖尿病未受診または治療中断の者を対象に、受診勧奨通知を行なった。	・HbA1c6.5%以上で、糖尿病未受診または治療中断の者については、かかりつけ医への受診勧奨通知を健診結果通知に同封し、医師から受診結果の返信をいただいている。	保健師、管理栄養士	【アウトカム指標】 1. HbA1cが改善した者の割合 2. eGFRの値が維持、改善した者の割合 3. 翌年の健診を受診し、結果が把握できた者の割合 4. 受診勧奨し医療機関を受診した者の割合 5. 翌年度の透析導入者数
42	九十九里町	①特定健診結果HbA1c 6.5%以上の者（糖尿病治療中の者を除く） ②過去3年間のeGFRが低下傾向の者（腎疾患通院中の者を除く） 推算塩分摂取量が12.0g以上で指導が必要な者（腎疾患通院中の者を除く） 初回受診者でeGFRが50未満の者、データヘルス計画【図表26】の青・赤枠に該当する者	受診勧奨者に指導後、指導内容を記載した主治医宛ての手紙を渡し、診察結果を指導内容の確認後に返送していただく。返送していただいた医師の指示をもとに継続支援を実施した。	専門職名：保健師・管理栄養士・健康運動指導士	【アウトカム指標】 保健指導に繋がったものに関しては翌年の結果から、尿蛋白、eGFR、血糖値、該当者には推算塩分摂取量を測定するなど質的、量的データを年度比較し評価を行っている。なお、指導前後における評価を実施するため、独自に改善値の基準を設定し、事業内容の効果検証も行っている。
43	芝山町	1. 30代健康診査、特定健康診査を受診した者（30～74才）のうち、HbA1c6.5%以上、かつ次の①～③の何れかに該当するもの ①尿蛋白（±）以上、②eGFRが60未満（70才以上：eGFR50未満）、③eGFRが60以上（70才以上：eGFR50以上）であっても、2回の測定でeGFR低下率25%以上 2. 過去に糖尿病治療薬の使用歴がある、又は過去3年の健診にてHbA1c7.0%以上が確認されている者で、かつ最近1年以内にレセプトにおける糖尿病受診歴のない者	事業の実施にあたり、事業内容を町内医療機関に説明し、助言を求めた。個々の取組みについては、糖尿病連携手帳等の活用によりかかりつけ医に情報提供を行う	保健師・管理栄養士	【アウトカム指標】 受診勧奨後の医療機関受診率→40% 再受診勧奨後の医療機関受診率→40% 尿一日推定塩分摂取量の改善率（指導前後）→50% 健診結果改善率（指導実施者のeGFR、HbA1cの数値及び有所見者の割合） →指導済者数次年度数値 eGFR40%、HbA1c50% →有所見者割合 eGFR20%、HbA1c60%
44	神崎町	HbA1c6.5%以上 レセプト分析結果で腎症3期以上の方 千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った対象者	同意書が得られた方へ、対象者を通じて主治医へ重症化予防プログラムに参加していることを報告し、健康手帳や糖尿病手帳を通じて情報共有した。	保健師又は管理栄養士・栄養士	【アウトカム指標】 保険指導終了者については、次年度の健診結果で、HbA1c、eGFR、血圧、腹囲、BMI等のデータ改善が見られたかどうかを比較する。
45	多古町	特定健康診査受診者のうち ①糖尿病での服薬が無い方 ②ヘモグロビンA1C6.5%以上の方 ③尿蛋白偽陽性以上またはeGFR60以下（70歳以上の方は50以下） ①②③をすべて満たす方で、開始時点において国民健康保険に加入している方	町内にかかりつけ医がいる場合には連絡し、事業の実施について適当であるか確認予定。また町内医師会については事業実施の在り方についてアンケートを実施し、事業の周知とともに事業の見直しを実施	保健師・管理栄養士	評価については翌年の特定健診の結果から評価することになっているが、令和2年度事業対象で受診確認できていないが、今後アウトプット、アウトカム評価は実施する。 【市町村の評価指標】 ●アウトプット評価基準 ①事業実施回数（抽出時期・回数・実施期間） ②抽出者のうち、事業の参加に同意した人数割合 ③保険指導実施者の終了率 ●アウトカム評価基準 ①→1指導を実施した方については、事業終了後の血液検査：eGFR・クレアチニン検査の値の改善値の確認 ①→2指導の未実施の方については、翌年の健康診査結果、レセプトにより受診状況確認
46	東庄町	受診勧奨 ・特定健診の結果、要受診レベルと判定され受診中でない者（血糖値126以上又はHbA1C6.5%以上の者） 保健指導 ・特定健診の結果、空腹時血糖130以上又は随時血糖180以上又はHbA1c7.0%以上の者でかつ尿蛋白（+）以上の者	町内の医療機関に対しては個別に事業の実施計画を説明し、アドバイスをもらうと共に協力を依頼した。 また、個々の事例に関しては糖尿病連携手帳を活用した。	保健師・管理栄養士が実施した。	【アウトカム指標】 次年度の特定健診の結果で評価する。 （受診勧奨）医療受診につながった割合 （保健指導）対象者の内指導に同意した者としなかった者すべてについて次年度のHbA1c・eGFR・尿蛋白を比較する。
47	袖ヶ浦市	袖ヶ浦市国民健康保険 腎臓病（CKD）重症化予防事業実施要領、及びCKD保健指導実施計画に基づき実施。 ①特定健診結果に基づき、KDBを活用しCKD連携パス対象者を選定（腎リスク） ①eGFR60以上かつ尿蛋白（2+）以上 またはeGFR45～59かつ尿蛋白（+）以上 ②eGFR30～44 ③eGFR15～29 ④eGFR15未満 （糖リスク） ⑤HbA1c 6.5%～7.9% ⑥HbA1c 8.0%以上	・慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会を立ち上げ、かかりつけ医、専門医、行政による会議を開催。 ・慢性腎臓病地域連携パスを活用し、かかりつけ医・専門医・行政が情報共有。	袖ヶ浦市国民健康保険 腎臓病（CKD）重症化予防事業実施要領、及びCKD保健指導実施計画に基づき、市の保健師、管理栄養士が保健指導を実施。	【アウトカム指標】 当該年度対象者として該当になった者について、次年度の健診結果からHbA1c、eGFR、尿蛋白の数値を経年表に示し、前年度とのアウトカム指標として評価している。

令和2年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名	対象者の抽出基準	かかりつけ医との連携	専門職の名称	事業評価
保険者努力支援 制度項目		①	②	③	④
48	大多喜町	特定健診受診者で保健指導レベルが「情報提供」のうち ・HbA1c7.0以上で糖尿病未治療の方 ・夷隅医師会腎機能判定基準策定委員会糖尿病関連腎機能検査において受診勧奨と判定されたもののうちeGFR50未満で、かつ腎疾患未治療の方	・「糖尿病関連腎機能検査受診結果返信票」にて医療機関と情報共有している。	・管理栄養士と保健師が保健指導を実施。	【アウトカム指標】 対象者一人一人に過去8年間の経年結果データが記載された ①合併症予防のための検査記録（HbA1c・体重・脂質・血圧・eGFR等の経年データ） ②健診健診結果一覧表により保健指導実施後に個々に評価をしている。 ③KDBでのレセプト確認
49	御宿町	75歳未満の御宿町国民健康保険の被保険者で、過去に一度でも糖尿病治療歴がある者又は過去3年程度の健診にてHbA1c6.5以上が確認されている者で、最近1年間に健診を受診した記録やレセプトデータから糖尿病で受診した記録がない者。	受診勧奨を実施し、必要に応じて、本人の同意を得た上で、かかりつけ医に情報提供を行った。	健康づくり部門の保健師	
50	南房総市	特定健診結果から以下の者を抽出。 ①BS200mg/d l 以上で糖尿病の治療を受けていない者②HbA1c8.0%以上で糖尿病の治療を受けていない者 ③HbA1c6.5%以上かつ尿たんぱく（±）以上で血圧・脂質・腎疾患の治療を受けていない者 ④eGFR45ml/d l /分/1.72ml未満かつ尿たんぱく（±）以上で血圧・脂質・腎疾患の治療を受けていない者	かかりつけ医と連携しながら、合併症を予防するための保健指導を行った。	保健師・管理栄養士	【アウトカム指標】 ・対象者の医療機関受診率 ・対象者の翌年度健診結果
51	鋸南町	受診勧奨：健診委託機関の定める緊急連絡値の者（厚労省基準値） 保険指導： 1～3のいずれかの者（コロナ感染症の影響で規模縮小） 1. 2型糖尿病がある 2. 腎機能低下がある 3. 高血圧がある	・受診勧奨の対象者に「診察についてお願い・診察結果報告書」を送付し、かかりつけ医との連携を図っている。 ・健診実施機関を通し、安房医師会への情報提供を行っている。	保健師・管理栄養士（保険指導事業）	【アウトカム指標】 保健指導実施前後の特定健診結果で比較。 （HbA1C、eGFR、尿蛋白）
52	いすみ市	①今年年度特定健康診査受診者でHbA1cが7.0以上の者のうち未治療および未受診の者でかつ受診結果連絡票が未返信者。 ②eGFR60未満もしくは尿蛋白陽性（+）以上で、CKD該当者で区分G3a（軽度～中等度低下）・G3 b（中等度～高度低下）かつHbA1c6.5以上の者で、かつ受診結果連絡票が未返信者	対象者の抽出に関して、郡市医師会が選出した医師で構成した判定委員会を開催。かかりつけ医のいない受診対象者に関しては、判定委員会の医師に受入れをしてもらい、また、市だけでは対応が難しい場合は判定委員会の医師と連携して支援を実施する。	保健師、管理栄養士	【アウトカム指標】 短期目標値は指導実施者の検査値の改善率。令和元年度対象者については、令和2年度の健診結果（HbA1C、eGFR、血圧等）、医療機関受診の有無にて評価を実施する。中長期目標値は糖尿病性腎症での新規透析導入者の減少。
53	山武市	特定健診結果から以下の者を抽出 ・HbA1c7.0以上で糖尿病未治療者。 ・eGFRのH30とR2比較で減少率が30%以上。 ・千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムフロー図1を活用。	・市内の医療機関がかかりつけで本人の同意があれば、保健指導や栄養指導、医療機関での検査データ・治療内容について情報共有を行っている。	保健師・管理栄養士	【アウトカム指標】 ・次年度特定健診結果のHbA1c・eGFRの値を確認。 ・保健指導実施後、受診や生活状況を確認した時に医療機関受診時のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認。 ・対象者が受診した割合。
54	横芝光町	※令和2年度は特定健診が、新型コロナウイルス感染症拡大防止等により、12～2月と遅くなるため、特定健診の始まる前までに、事業実施計画対象者基準で次の者を対象に実施した。 ㊤①40歳以上75歳未満で平成30年度、令和元年度健診結果より2型糖尿病（HbA1c6.5%以上）かつ尿蛋白（±）以上又はeGFR60ml/分/1.73ml未満（70歳以上は50ml/分/1.73ml未満）、健診問診票又はレセプト情報で糖尿病受療歴なしの者 ㊤②40歳以上75歳未満で平成30年度、令和元年度健診結果より2型糖尿病（HbA1c6.5%以上）かつ治療中でHbA1c7.0%以上の者、かつ尿蛋白（±）以上又はeGFR60ml/分/1.73ml未満（70歳以上は50ml/分/1.73ml未満）の者 ㊤令和2年度特定健診（集団健診）結果で対象者に情報提供書を送付	㊤平成30年度と令和元年度の対象者経過をレセプト情報や本人との面接時に主治医との糖尿病連携手帳を用い、保健指導を継続した。	医師・保健師・管理栄養士で支援した。	【アウトカム指標】 ・レセプトにてその後の受診・内服状況等を確認 ・次年度の特定健診結果及び保健指導後の受診状況や医療機関受診時の採血HbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における糖尿病性腎症重症化予防事業の取り組み内容について

市町村名	対象者抽出基準	事業内容	取組に携わる 医療専門職	かかりつけ医等との連携						
				連携先			連携内容			その他
				かかり つけ医	医師会	その他	情報 提供	助言	実施 協力	
船橋市	後期高齢者医療制度被保険者のうち、健診結果でHbA1c8.0%以上かつ①尿蛋白+以上または②eGFR50未満の者	【実施方法】 毎月、健診結果通知送付対象者の中から対象者を抽出選定。初回は原則訪問とし、訪問や電話等で複数回継続支援を行い、概ね6か月後に評価支援を実施。 【アセスメント項目】 後期高齢者質問票や健康スケール結果、レセプト状況等から生活・医療状況、かかりつけ医がいる場合には受療状況や療養上の指示の確認。初回訪問時の食事等生活状況聞き取りにて栄養や生活等の詳細状況を把握。 【指導内容】 初回訪問でのアセスメント結果に応じて、改善に向けた行動計画を本人と共に作成し、継続支援では訪問や電話等にて状況把握と目標変更等を行う。6か月後には目標に対する評価を実施。かかりつけ医がいる場合には連携を図ると共に、疾病者の療養上の指示・指導のもと保健指導を実施。本人のセルフケア・セルフマネジメント向上のため、糖尿病連携手帳の活用を促し、さらにかかりつけ医と対象者・保健指導実施者の連携ツールとしても活用する。	保健師 管理栄養士	○	○	○	○	○	○	船橋市CKD対策委員会（船橋市医師会内）やCKD連携の会（船橋市CKD対策委員会が実施する研修会）を通して、事業の説明や協力依頼を実施
香取市	HbA1c6.5%以上かつ尿たんぱく(+)以上	【実施方法】 対象者に対して、6か月間に保健指導及び受診勧奨を実施する。 【アセスメント項目】 生活や食事状況の確認をし、改善点を明らかにする。 【指導内容】 初回面接でのアセスメント結果に応じて目標を設定し、目標の達成状況を評価する。必要に応じて、栄養指導や医療の受診勧奨を行う。	保健師	○	○		○			
睦沢町	前年度の健診結果よりHbA1c7.0%以上の者	【実施方法】 対象者を抽出後重症度などから8人を選定し、毎月1回6か月程度面接又は訪問による個別面接を実施する。 【アセスメント項目】 医療の受診状況、直近の血液検査データ、後期高齢者の質問票により心身機能（フレイル）の状況より、個別訪問又は健康栄養相談事業等の場を活用し食事調査票により調理・栄養状態等を把握すると共に食塩含浸ろ紙（ソルセイプ）を用いた塩分調査及びみそ汁塩分測定を実施する。 【指導内容】 初回訪問でのアセスメント結果に応じて目標を設定し、6か月後に目標の達成状況を評価する。必要に応じて、医療の受診勧奨に繋ぐ。	保健師 管理栄養士	○	○	○	○			既存の会議に参加している町医に情報提供しながら指導を実施する。

※令和2年12月11日付けで千葉県後期高齢者医療広域連合から提出のあった令和2年度特別調整交付金交付基準に係る事業実施計画書より抜粋

※対象者抽出基準等について、一定の条件設定をしていないが地域の実情に応じた抽出を行うにあたり「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考にすることとしている。

※特別調整交付金交付基準の中で「糖尿病性腎症重症化予防事業を行う場合には、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること」とあり、千葉県では千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会へ県を通じて各市町村の取組状況を情報提供することをもって、連携を図ることとしている。