

国保における糖尿病性腎症重症化予防等の取組状況

1. 市町村の取組

(1) 取組状況 ※ 抽出基準等は市町村により異なる。詳細は別紙のとおり

①千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に下記の方を対象に取組を実施

高血糖 → HbA1c6.5%以上

腎臓機能の低下 → 尿蛋白(±) または eGFR60ml/分/1.73m²未満

* 事業の財源として国の保険者努力支援制度の交付金を活用

2. 県の取組

(1) 取組状況

①市町村を訪問して取組状況や課題等についてヒアリング(令和6年度は18市町村を訪問)

②慢性腎臓病対策に取り組む市町村を交付金により支援(フロー4実施市町村への交付 等)

* 千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムフロー4

(2) 課題等

市町村へのヒアリングでは次のような意見を伺っており支援が必要

- ・ 治療中断者への受診勧奨等に取り組みたいが対象者の抽出方法がわからない

→ 国保連合会と協力して、対象者をシステムから抽出する方法等について助言

令和6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【アウトカム指標】			
					①			
					該当の取組が対象としている疾患	検査項目1	検査項目2	検査項目3
1	千葉市	<p>○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、空腹時血糖またはHbA1c値、eGFR値、尿蛋白の有無等による優先順位を千葉市医師会と協議して対象者を決定した。 特定健診で下記を全て満たす者 1) 年齢70歳未満 2) 直近の特定健診でHbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上 3) eGFR30以上60未満 (ml/分/1.73m²) またはeGFR 60以上かつ、2年連続尿蛋白+以上 ○受療動奨 下記を全て満たす者 1) 過去の特定健診でHbA1c6.5%以上 2) 過去に糖尿病の治療歴（投薬歴）があり、次の①～③に該当するもの（治療中断者） ①40～74歳 ②直近1年間に糖尿病治療歴がレセプトで確認できない ③直近2年間に健診受診歴がない</p>	<p>・対象者選定、実施方法、評価などは、千葉市医師会特定健診等精度管理委員会糖尿病性腎症重症化予防事業分科会にて検討し、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及び参加動奨を行った。 ・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。 ・受療動奨は、千葉市医師会特定健診等精度管理委員会糖尿病性腎症重症化予防事業分科会にて対象者、実施方法を検討し、通知・電話等・訪問等の動奨を実施した。</p>	保健師、看護師、管理栄養士	糖尿病性腎症	保健指導実施者の体重およびBMIの変化	保健指導実施者のHbA1cの変化	保健指導実施者の腎機能（eGFR）の変化
2	鎌子市	<p>・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140mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上） ②Ⅲ期：尿タンパク（+）以上 ③Ⅳ期：eGFR 30 (mL/分/1.73) 未満</p>	<p>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 鎌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</p>	保健師、必要に応じて管理栄養士、歯科衛生士。	糖尿病性腎症	HbA1c	eGFR	尿たんぱく
3	市川市	<p>特定健診の結果から、 ①受診動奨 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動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eGFR45ml/分/1.73ml未満の者で、注意喚起が必要と思われる者。 ③CKD（慢性腎臓病）受診動奨対象者 eGFR45ml/分/1.73ml未満、eGFR45ml/分/1.73ml以上かつ尿たんぱく（2+）以上の未受診者。 （過去1年間に腎疾患の保険病名があり、尿検査を実施している場合はCKD治療中とし除外する）</p>	<p>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。 受診動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、医師会の特定健診事業検討委員会で協議し、理事会の承認後決定。随時、医師会理事に相談し、特定健診事業検討委員会で報告、周知については主に医師会から各医療機関へ伝達し、連携を図っている。</p>	保健師、管理栄養士	糖尿病・糖尿病性腎症・CKD（慢性腎臓病）	HbA1c	eGFR	尿たんぱく
4	船橋市	<p>①～④は健診受診者から選定、⑤はKDBシステムから抽出して選定 ①40～74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eGFR45未満 ⑤治療中断者：過去5年以内に糖尿病治療薬の処方があり、確認できる6か月間でレセプトがなく、前年度の健診受診がない者 未治療者：2～3年前の健診で空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上で、直近1年間で健診受診やレセプトがない者</p>	<p>・平成29年度から、かかりつけ医と対象者との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、日本糖尿病協会作成の糖尿病連携手帳を活用している。 ・平成30年度と令和元年度には各特定健康診査協力医療機関を訪問して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年度以降は、新型コロナウイルス感染症流行に伴い医療機関への訪問は中止し、事業一貫や「療養支援のための連携マニュアル」、連携の際に使用する「保健指導依頼書」の様式を郵送して周知を図ると同時に、数値悪化者など優先度の高い事業対象者についてのみ指示を仰ぎながら保健指導を行った。 ・令和6年度から各特定健康診査協力医療機関への訪問を再開。事業の周知を図るとともに連携方法を確認。事業対象者への保健指導の際は、かかりつけ医から指示を仰ぎ、指導内容を報告、医療機関から保健指導依頼を受けた場合も報告するといった連携体制は継続している。</p>	保健師・管理栄養士・看護師	糖尿病、慢性腎臓病、高血圧症、脂質異常症	保健指導を受けた者の翌年度健診結果におけるHbA1c値	保健指導を受けた者の翌年度健診結果におけるeGFR値	保健指導を受けた者の翌年度健診結果における血圧値
5	船山市	<p>1)2型糖尿病未治療者のうち、健診データから空腹時血糖値126mg/dl（随時血糖値200mg/dl）以上又は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、eGFR60未満（70歳以上：eGFR50未満）、イ、1年間のeGFR低下が5以上又は1年間のeGFRの低下率が25%以上 2)糖尿病治療中断者 過去に糖尿病治療歴がある者、又は過去3年の健診にて空腹時血糖値が126mg/dl（随時血糖値200mg/dl）以上若しくは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 3)糖尿病未受診者 特定健診受診者のうち、結果が「血糖受診動奨判定値（空腹時血糖値126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上）」で、結果返却後、KDB及び診察結果報告書から受診が確認できない者</p>	<p>受診時におけるかかりつけ医宛ての情報として、「検診結果のお知らせ（当該年度と前年・前々年度の結果が記載）」並びに「診察についてのお願ひ・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ている。 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相談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ている。</p>	保健指導や受療動奨においては保健師が実施した。	糖尿病	HbA1c	eGFR	尿蛋白
6	木更津市	<p>【腎臓病地域連携パス（腎パス）】治療未治療を問わず ・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者 ・慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会が定めた抽出基準（腎臓病地域連携パスを交付） 1)特定健診結果に基づくCKD連携パス対象者（交付）（県プログラム表A表B表C） （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腎パス未返送者への対応 腎G3b～G5、糖B（HbA1c 8.0%以上）面接、訪問 腎G1～G3a、糖A（HbA1c 6.5%～7.9%）電話等 【糖尿病性腎症重症化予防】（腎パスに該当しない） ・木更津市糖尿病腎症予防実施要領に基づき実施 ・千葉県糖尿病性腎症予防70歳未満に準ずる。（70歳未満70-図1、2参照） ・75歳以上、がん罹患患者、精神疾患患者、透析中、要介護状態の者を除外 1)特定健診未受診かつ治療中断者（県プログラム表E） 2)空腹時血糖値126mg/dl以上のうちの腎パス非該当（県プログラム表A表C） ①尿蛋白±～ ②eGFRの低下している者 ・eGFR60未満（70歳～は50未満） ・eGFR低下率が1年で-5以上、または-25% ③eGFR60以上（70歳～は50以上） ③HbA1c7～7.9で糖尿病未治療者 ④HbA1c8.0以上コントロール不良者（治療、未治療に関わらず）</p>	<p>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パス」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。 「慢性腎臓病地域連携パス」具体的な運用 ①特定健診受診者のうち市が左記の基準該当者へ交付 ②該当者は「腎パス（5枚複写）」を持って、かかりつけ医を受診 ③かかりつけ医でフォローしていく場合は、市に状況を明記した腎パスと請求書を返送 ④かかりつけ医は、腎・糖に関して二次医療機関と連携または依頼する場合は、該当者に腎パスを持参して二次医療機関を受診してもらう。二次医療機関は、かかりつけ医及び市に精密検査結果や確定診断、今後の方針等の状況を明記した腎パスを返送。</p>	保健師、管理栄養士、栄養士、看護師	糖尿病、糖尿病性腎症、慢性腎臓病、慢性腎不全（透析有） （関連疾患）虚血性心疾患、脳血管疾患、高血圧症、脂質異常症、	HbA1c	eGFR（値、低下率）	尿蛋白

令和6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【アウトカム指標】			
					①			
保険者努力支援制度項目		②.1	②.2	②.3	該当の取組が対象としている疾患	検査項目1	検査項目2	検査項目3
7	松戸市	令和5年8月に松戸市糖尿病・CKD重症化予防プログラムに改訂、下記のとおり基準を設定 【糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防の受診勧奨】 1. 診療等による検査結果から空腹時血糖126mg/dl以上かつHbA1c6.5%以上または他の糖尿病診断基準を満たし、下記①②③のいずれかに該当 ①尿蛋白1+以上が続く ②①以外でeGFR45ml/分/1.73ml未満 ③①以外でeGFR45ml/分/1.73ml以上 2. 市の特定健康診査による検査結果から空腹時血糖126mg/dl以上かつHbA1c6.5%以上で下記①②のいずれかに該当 ①eGFR45ml/分/1.73ml未満または尿蛋白1+以上またはeGFR低下率2年以内で30%以上 ②eGFR45ml/分/1.73ml以上 3. 治療中断者への受診勧奨 下記①②③のすべてに該当 ①過去に糖尿病の投薬歴あり ②直近1年間のレセプトで糖尿病の受診歴なし ③当該年度に特定健康診査を受けていない 【CKD重症化予防の受診勧奨】 1. 診療等による検査結果から空腹時血糖126mg/dl未満かつHbA1c6.5%未満で下記の①②③のいずれかに該当 ①尿蛋白1+以上 ②eGFR60ml/分/1.73ml未満かつ尿蛋白±以上 ③eGFR45ml/分/1.73ml未満 2. 市の特定健康診査による検査結果から空腹時血糖126mg/dl未満かつHbA1c6.5%未満で下記の①②③のいずれかに該当 ①尿蛋白1+以上 ②eGFR60ml/分/1.73ml未満かつ尿蛋白±以上 ③eGFR45ml/分/1.73ml未満 【保健指導】 1. 糖尿病発症予防：①1年以内の診療等による検査結果がHbA1c6.0~6.4かつ血糖・血圧・脂質の服薬なし かつ ②後期高齢者以外かつ特定保健指導対象外 2. 糖尿病性腎症重症化予防：糖尿病性腎症重症化予防の受診勧奨1.の③に該当し、専門医への紹介が困難かつ国保加入者の場合で血糖の薬物治療なし かつHbA1c7.0未満かつ40~64歳 3. 専門医への受診勧奨：糖尿病性腎症重症化予防の受診勧奨1.の①②に該当し、専門医への紹介が困難かつ国保加入者の場合 ※除外：1型糖尿病・がん・脳血管疾患・心疾患・慢性腎臓病・腎不全、その他医療機関が除外すべきと判断した人	・「松戸市糖尿病・CKD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・CKD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・保険者等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。	糖尿病、糖尿病性腎症、慢性腎臓病（CKD）	HbA1c	eGFR	尿蛋白
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診歴がない者（治療中断者）	・受診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、対象者に、受診勧奨の通知を実施する旨、各医療機関に周知した。	保健師	高血圧症、糖尿病	対象者全員に対するの通知	受療行為の確認	
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	糖尿病	HbA1c	eGFR	蛋白尿
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に以下の者を対象とした。なお、特定保健指導対象は、特定保健指導を優先して実施。 （1）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 （2）糖尿病治療薬等の投薬歴があるが、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 （3）糖尿病でないが、腎機能の低下又は尿異常がみられる者（糖尿病性腎症重症化予防における対象者とはならないCKD患者） ※（1）及び（3）は集団健診受診者のみ実施。	茂原市長生郡医師会と協議して作成した事業マニュアルを基に、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、管理栄養士	糖尿病性腎症・慢性腎臓病	体重・BMI	HbA1c	eGFR
11	成田市	・HbA1c6.5以上又は空腹時血糖126以上かつ尿蛋白（±）以上の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おう体制を構築している	保健師又は管理栄養士	糖尿病性腎症	保健指導実施前後のHbA1c値により評価している。		
12	佐倉市	（1）令和6年度特定健診受診者で、糖尿病性腎症第3期に該当する者― （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 →受診勧奨及び保健指導を実施 （2）40歳以上の佐倉市国民健康保険加入者でハイリスク者 ・糖尿病治療中断者 ・過去の特定健診でHbA1c7%以上で受診歴がない者、または未治療者 →受診勧奨を実施 （3）健診データから抽出した下記CKD対象者 令和6年度集団健診の特定健診受診者で以下の基準に該当する方 ①「eGFR45未満」「eGFR45以上～60未満で尿蛋白2+または3+」 →腎臓専門医への受診勧奨通知を送付 ②「eGFR45以上～60未満で尿蛋白±または+」 →CKD協力医への受診勧奨通知を送付	・医師会には、健診説明資料とともに事業内容説明資料を配布し周知を行った。 ・事業の結果については、特定健診部会、健診専門委員会にて報告。 ・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「主治医あて文書」を持参し手渡すようにした。 ・指導内容は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と連携を図るようにした。また、指導後、本人に今後の生活に取り入れられそうな食事・運動等の目標を、目標シートでチェックしてもらい、そのシートをかかりつけ医とも共有するよう伝えた。	保健師または管理栄養士が保健指導を実施した。	糖尿病、腎疾患	保健指導者の翌年度の健診値（HbA1c、蛋白尿）の変化		
13	東金市	【受診勧奨】 ①空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5以上の者（高血圧・脂質異常症・糖尿病・心疾患・脳血管疾患で治療中の者を除く） ②Δe-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、尿蛋白（定性）が前回の結果より悪化している者、腎症4期の者、e-GFR30～39かつ尿蛋白（+）以上の者（腎疾患で通院中の者を除く） 【保健指導】 ①医療機関受診中であり、HbA1cが8.0以上の者 ②e-GFR60以上かつ尿蛋白（+）の者（※腎疾患で通院中の者を除く） 【運動・栄養教室】 当該年度特定健診・前年度人間ドックの結果から、HbA1c5.6%以上かつ腎症G1～G3期の者（脳卒中、心臓病、腎不全の罹患・治療の有者を除く）、収縮期血圧180mmHg以上かつ、拡張期血圧110mmHg以上の者を除く）	要医療者の受診について、協力医療機関に受入依頼を行い、腎臓専門医やCKD対策協力医を受診できるよう調整。必要に応じ書面により情報提供を受け、受診結果の確認や保健指導へ活用。	保健師、管理栄養士、看護師、健康運動指導士	糖尿病、CKD（慢性腎臓病）	e-GFR、尿蛋白（来年度比較）	推算塩分摂取量改善率	運動・栄養教室前後のHbA1c改善率

令和6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【アウトカム指標】			
					①			
					該当の取組が対象としている疾患	検査項目 1	検査項目 2	検査項目 3
14	匠環市	【対象者 1】 当該年度特定健診受診者のうち2型糖尿病の診断を受けたことのない下記に該当する者 ①HbA1c6.5以上で尿蛋白(±)以上、又は、eGFR60ml/分/1.73㎡未満(70歳以上はeGFR50ml/分/1.73㎡未満)の者 ②HbA1c6.5以上で1年間eGFR低下が5ml/分/1.73㎡以上又は1年間の低下率が25%以上の者 【対象者 2】 過去3年間特定健診が未受診者のうち、KDBより過去に糖尿病治療歴があり治療を中断している者	事業実施にあたり、匠環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。医師会に、事業の内容を説明し情報共有を行っている。またCKD対策協力医については事業周知や受診勧奨通知に医療機関名を掲載し周知している。対象者が医療機関を受診するにあたり、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	糖尿病	体重、BMI	血圧	HbA1c
15	旭市	①当該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当該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	・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。また必要等、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。 ・旭市糖尿病対策地域連絡会を開催し、糖尿病重症化予防に関する地域課題の共有を図った。	市の保健師・管理栄養士が保健指導を実施した。	糖尿病性腎症	検査値推移の改善者数 (HbA1c、eGFR、尿蛋白)	糖尿病専門外来受診割合	
16	習志野市	1. 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 2. 受診勧奨過去に糖尿病歴があり、かつ最近1年間に健診受診歴やレポートにおける糖尿病受診歴がない治療中断している者。	・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。 ・事業実施にあたり、医師会と事業方針を検討している。	保健師、看護師	糖尿病、慢性腎臓病	HbA1c	eGFR	尿蛋白
17	柏市	令和5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126mg/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eGFR5ml/分/1.73㎡以上又は1年間の低下率が25%以上のもの (2)令和5年度75歳以上の健診受診者のうち、次の条件に該当する者 HbA1c8.0%以上であり、かつ、尿蛋白(+)以上の者 (3)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認知機能に支障がある等、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糖尿病に関する継続的な治療のある者	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」および「かかりつけ医への手紙(市で作成したものを参加者からかかりつけ医へ受診時に手渡し)」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 ・看護師 ・臨床検査技師 ・保健師 ・管理栄養士 ・理学療法士	糖尿病性腎症	空腹時血糖	尿たんぱく	eGFR
18	勝浦市	特定健診診査・後期後継者健康診査の結果、40歳以上でⅡ度以上高血圧またはHbA1c7.0以上(後期高齢者はHbA1c8.0以上)、またはLDL180以上のハイリスク対象者(内服除外)および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、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	対象者については、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	糖尿病性腎症・高血圧・高脂血症・糖尿病	対象者のうち新規透析導入者	対象者のうち医療機関受診率	対象者のうち翌年度の健診数値血圧Ⅱ度以上の割合及びHbA1c6.5以上の割合
19	市原市	1保健指導 (1)事業者委託 次の①、②、③全てに該当する者 ①年度末年齢が40歳以上75歳未満の市原市の国民健康保険被保険者 ②前年度の特定健診等の結果で判定基準値(ア及びイ又は、ア及びウ)に該当した者 ア 空腹時血糖値126mg/dl(随時血糖値200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上 イ 尿蛋白(±)以上 ウ eGFR60ml/分/1.73㎡未満(70~74歳はeGFR50ml/分/1.73㎡未満) ③受診医療機関の協力を得られる者 (2)医師会委託 次のア、イ、ウ全てに該当する者 ア 年度末年齢が40歳以上75歳未満の市原市の国民健康保険被保険者 イ 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た者(原則として前年度特定健診未受診者) ウ 市原市医師会の指定する医師が定期的に行う検査(少なくとも1回/年)で、基準値(下記a及びb、又はa及びc)に該当した者 a 空腹時血糖126mg/dl(随時血糖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 eGFR60ml/分/1.73㎡未満(70~74歳はeGFR50ml/分/1.73㎡未満) 2受診勧奨 (1)当該年度の特定健診等の結果が判定基準値(ア又はイ)に該当した者(糖尿病又は腎臓連疾患で治療中と確認できた者は除く) ア HbA1c 6.5%以上かつ尿蛋白(±) イ HbA1c 6.5%以上かつeGFR45ml/分/1.73㎡以上60ml/分/1.73㎡未満かつ尿蛋白(-)(70~74歳はeGFR45ml/分/1.73㎡以上50ml/分/1.73㎡未満) (2)当該年度及び前年度の特定健診未受診者のうち、過去に糖尿病治療歴があるが、最直近1年間で糖尿病の治療を中断していると確認できた者 (3)当該年度の特定健診等未受診者のうち、過去3年間の特定健診等の結果がHbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上であるが、糖尿病治療歴がない者	・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に関する説明や協力を依頼している。 ・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	糖尿病性腎症	eGFR	血清クレアチニン	HbA1c

令和6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【アウトカム指標】			
					①			
					該当の取組が対象としている疾患	検査項目1	検査項目2	検査項目3
20	流山市	<p>1 2型糖尿病未治療者のうち、健診データからHbA1c 6.5%以上の者であり、かつ次のいずれかである者（流山市が抽出）</p> <p>①尿蛋白（±）以上</p> <p>②eGFR60ml/1.73㎡未満（70歳以上：eGFR50ml/1.73㎡未満）</p> <p>③eGFR60ml/1.73㎡以上（70歳以上：eGFR50ml/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</p> <p>2 2型糖尿病の治療歴があるが治療を中断している者（流山市が抽出）</p> <p>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無い者（過去に糖尿病治療歴がある者）とは、レセプト上で「糖尿病名」、「糖尿病治療薬等の投薬歴」がある者をいう。）</p> <p>3 2型糖尿病で治療中の者（かかりつけ医等医療機関が抽出）</p> <p>2型糖尿病治療中の者に対して定期的に行う検査（少なくとも1回/年で、尿蛋白（±）以上、eGFR（基準値は1と同様）、尿アルブミン（微量アルブミン30mg/gOr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、実生活に即した保健指導が必要であると医師が判断した者</p>	<p>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している。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」の連携体制の構築、令和6年度の取り組み状況の報告と今後の課題、取組について情報共有、意見交換を行う予定である。</p> <p>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。</p>	保健師、管理栄養士	糖尿病性腎症 糖尿病	対象者の保健指導前後、1年後の検査データ変化（HbA1c、体重・BMI、eGFR、尿蛋白等）	生活習慣改善意欲、QOL、行動変容（食生活改善、運動習慣、禁煙、減酒等） 保健指導前後の対象者アンケートの回答変化（プログラム内容に関する満足度や参加者の意識・行動の変化）	受診勧奨の結果、医療機関受診につながった人の人数
21	八千代市	<p>【保健指導対象者】</p> <p>以下に該当</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A「HbA1c 6.5%以上」かつ「尿蛋白（±）以上」または「eGFR60ml/分/1.73㎡未満」 ● B「HbA1c 6.5%以上」でAに該当しない ● 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） <p>【受診勧奨対象者】</p> <p>前年度特定健診受診者 HbA1c6.5%以上で糖尿病による受診が確認できない 前年度特定健診未受診者 過去に糖尿病による通院・投薬歴があるが、通院頻度から糖尿病による通院・投薬が中断されている可能性がある</p>	<p>【保健指導】</p> <p>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（かかりつけ医）から「保健指導指示書」により保健指導における指示や助言をいただいた。</p> <p>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。</p>	管理栄養士、保健師	高血圧・脂質異常・糖尿病	糖尿病の有病割合（40～74歳）	高血圧症の有病割合（40～74歳）	新規人工透析患者数（国保継続加入者）
22	我孫子市	<p>【保健指導対象者】</p> <p>①以下の条件を全て満たす者を対象とした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度以降に健診受診歴があり糖尿病の疑いがある（HbA1c6.5%以上） ・難病、がん治療中及び人工透析、認知症ではない ・令和5年度に糖尿病投薬歴がある <p>②①の他、かかりつけ医の推薦を受けた者</p> <p>③過去3年度以前にプログラムに参加済みで、①又は②に該当する</p> <p>【フォローアップ支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度以降に保健指導を完了している <p>【受診勧奨及びセミナー対象者】</p> <p>①令和4年度または5年度健診結果において、HbA1c6.5%以上かつ、令和5年度に糖尿病治療のため医療機関を受診していない</p> <p>②令和元年度から4年度までに糖尿病治療薬の投薬歴があるものの、令和5年度に投薬歴がない上記①又は②に該当し、以下全てを満たす者を対象とした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・難病、がん治療中及び人工透析、認知症ではない 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・かかりつけ医へ、患者が保健指導対象者であるかどうかの確認と、該当であった場合に保健指導プログラムへの参加勧奨をしてもらうよう依頼した。 ・健診未受診者であっても、保健指導が必要だとかかりつけ医が判断した患者については、かかりつけ医から保健指導プログラムへの参加勧奨をしてもらうよう依頼した。 	保健指導及びフォローアップ支援は保健師・看護師が行った。 (複数の資格保有者) セミナーは管理栄養士が行った。	糖尿病	HbA1c	プログラム開始前後で、生活の質・健康状態についての評価が「良い」以上である者の割合が20%以上向上したか。	プログラム参加者の指導完了率100%を達成できたか。
23	鴨川市	<p>令和6年度特定健診受診者結果、空腹時血糖126mg/dl以上または、HbA1c6.5%以上で特定健診問診票で服薬なしの者。かつ次の①②いずれかを満たす者。①尿蛋白（±）以上 ②eGFR60ml/分/1.73㎡未満（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73㎡未満）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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「診察についてのお願ひ・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医師会や市内の専門医と情報共有を図り、協力体制のもと保健指導等を行っている。 	保健師・管理栄養士	糖尿病	糖尿病性腎症患者割合の変化	糖尿病医療費の変化	次年度健診結果の変化（血糖値、HbA1c、eGFR等）
24	鎌ヶ谷市	<p>(1) 重症化予防事業 ※令和6年度健診受診者における基準該当者</p> <p>A. 要医療者への受診勧奨 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 ・空腹時血糖126mg/dl以上 ・尿たんばく+以上 ・eGFR 45未満</p> <p>B. ハイリスク者への保健指導① 健診問診票で服薬なし（血圧・血糖・脂質）の者で、HbA1c7.0以上</p> <p>C. ハイリスク者への保健指導② 健診問診票で服薬あり（血圧・血糖・脂質）の者で、HbA1c8.0以上</p> <p>(2) 糖尿病性腎症重症化予防事業</p> <p>D. 委託による保健指導 ※前年度特定健診受診者または医療機関からの紹介 2型糖尿病治療者でHbA1c6.5以上 かつ eGFR30から60未満 又は eGFR経年低下者 又は 尿蛋白（±）以上</p> <p>E. 糖尿病治療中断者への保健指導 令和4年度糖尿病治療歴があり、令和5年度治療歴が無く、 令和6年度受診券発行している者</p>	<p>(1) 医師会の担当理事と事前協議し、勧奨会等で情報共有を行った。</p> <p>(2) 医師会の担当理事と事前協議、及び結果報告を実施。なお、Dの委託による保健指導では、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1回報告書を送付。</p>	(1) 保健師、管理栄養士 (2) D 保健師、看護師、管理栄養士 (2) E 保健師、管理栄養士	糖尿病	BMI	HbA1c	eGFR
25	君津市	<p>①特定健診受診結果において、HbA1cが7.0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</p> <p>②過去に糖尿病治療歴があるが内科通院を中断している者で、かつ令和5年度特定健康診査未受診者</p> <p>③特定健診受診結果において、HbA1c6.5以上の者、eGFR60以上かつ尿蛋白2+以上、eGFR45～59かつ尿蛋白+以上、eGFR45未満のいずれかに該当する者</p>	<p>①②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し了承を得た。また、年度当初に医師会への説明資料にて近況を報告。</p> <p>③高血圧や糖尿病等の生活習慣病の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（君津市、木更津市、富津市、袖ヶ浦市）で設置している。CKD予防委員会は課題に応じて年に1～2回開催され、開催にあたっては4市のCKD予防連携委員会担当者会議を君津保健所の支援を受けながら実施している。</p>	保健師・管理栄養士	糖尿病、糖尿病性腎症	健診受診者の糖の検査項目（HbA1c）の変化	健診受診者の腎機能の検査項目（eGFR）の変化	
26	富津市	<p>当該年度糖尿病未治療者でHbA1c7%以上、治療中者でHbA1c8%以上</p>	<p>2016年度より市内医療機関との連携会議を年1回開催してきたが、2020年度からは新型コロナウイルス感染症予防対策のため会議を中止し、代わりに医療機関訪問を実施している。個別に、千葉県糖尿病性腎症・CKD重症化予防対策等の近況報告、管内4市で実施している「腎臓病地域連携バス」の実績報告や富津市の活動を報告、協力を図っている。</p> <p>「腎臓病地域連携バス」は、2019年度から開始されたもので、君津木更津医師会（かかりつけ医と糖尿病・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、木更津市、君津市、袖ヶ浦市）がCKD予防連携委員会を組織し体制を構築した。糖尿病やCKDの未治療者や治療中断者を医療につなげ、重症化を予防することを目指している。CKD予防連携委員会は課題に応じて年に1～2回開催され、開催にあたっては4市のCKD予防連携委員会担当者会議を君津保健所の支援を受けながら実施している。</p>	保健師、管理栄養士	慢性腎臓病	血圧	HbA1c	
27	浦安市	<p>・前年度特定健診の結果、2型糖尿病未治療者のうち、空腹時血糖126mg/dl又はHbA1c6.5%以上かつ次のいずれかの者。</p> <p>①尿蛋白（±）以上。</p> <p>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、1年間のeGFRの低下が5ml/分/1.73㎡以上または1年間のeGFRの低下率が25%以上。</p> <p>・特定健診未受診者で過去に糖尿病の診断があるもの。</p>	<p>令和3年度より医師会と対象者設定や事業内容について、協議しながら実施している。かかりつけ医と保健指導及び受診勧奨者の情報共有を図りながら実施し、保健指導報告書を送付している。</p>	保健師・管理栄養士	糖尿病性腎症	検査値の改善割合（HbA1c、尿たんばく、eGFR）	指導後の受診割合	

令和6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【アウトカム指標】			
					①			
保険者努力支援制度項目					該当の取組が対象としている疾患	検査項目1	検査項目2	検査項目3
28	四街道市	【受診勧奨】 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 【保健指導】 2型糖尿病・糖尿病性腎症を治療中の人の内、かかりつけ医の同意と本人の申込みのある者	事業開始にあたって、平成30年度に、地区医師会常会で事業概要説明を行った上で、事業を実施している。なお、保健指導に関する医療機関（指導対象者抽出後、その者が通院している医療機関）へは毎年度、個別に説明文書を送付しており、要望があれば、訪問や電話による事業説明を行う用意をしている。また、保健指導実施中は月に1度、指導実施者の指導内容の報告書を提出している。	保健師、栄養士、看護師（業者委託）	糖尿病および糖尿病性腎症	レセプトからHbA1c検査の有無	レセプトから糖尿病薬剤の処方の有無	
29	酒々井町	(1) 当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) 空腹時血糖値126以上またはHbA1c6.5以上で過去に糖尿病の治療歴があるが治療を中断している者 (3) eGFR45未満	必要な方に糖尿病連携手帳を渡し、それを通して連携をとっている。 事業実施について、町医師部会の定例会で事業説明と実施報告を行い、助言を受けている。	保健師	糖尿病および糖尿病性腎症	BMI	HbA1c	e-GFR
30	八街市	【糖尿病性腎症重症化予防】 令和5年度の特定健康診査受診者のうち、特定健診質問項目の糖尿病で「通院していない」または「通院中」と回答した者で、FBRツールより次の①から③の掛け合わせにて該当した者 ①HbA1cが6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上の者 ②血圧は拡張期血圧90mmHg以上、収縮期血圧140mmHg以上を血圧高値と判断し、「血圧高値で受診中」「血圧高値で受診なし」「血圧正常」の者 ③「e-GFR45ml/分/1.73ml未満かつ蛋白尿以上」「e-GFR45ml/分/1.73ml以上e-GFR60ml/分/1.73ml未満または尿蛋白±」「e-GFR60ml/分/1.73ml以上かつ尿蛋白-」の者 【糖尿病予防改善教室】 令和6年8月の特定健康診査（集団）の結果にて、HbA1cが5.6%以上6.5%未満の者（ただし、特定保健指導対象者を除く）	事業実施前に、医師会の定例会で事業概要について説明し、事業を実施している。かかりつけ医と連携した保健指導実施にむけ、今後、協力依頼をしていく。	【糖尿病性腎症重症化予防】 委託事業者の保健師および管理栄養士 【糖尿病予防改善教室】 糖尿病療養指導士 健康運動指導士	糖尿病および糖尿病性腎症	HbA1cの低下	腹囲の減少	体重の減少
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。	コロナ禍により医療機関との情報交換会は実施にいたらなかった。市内の医療機関に重症化予防の取組みについて説明し協力を依頼した。	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。	糖尿病	H b A 1 c		
32	白井市	①当該年度特定健診で血糖検査において受診勧奨値（HbA1cが6.5%）以上かつ未治療の人 ②前年度特定健診において血糖検査が受診勧奨値（HbA1cが6.5%）以上または糖尿病治療中で、尿検査（±）以上の人	市内各医療機関に事業概要の資料を配布しながら説明し、協力を依頼した。	保健師、管理栄養士	糖尿病性腎症	医療受診者の割合	次年度健診でのHbA1c改善率	
33	印西市	【糖尿病性腎症重症化予防】 ①令和6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HbA1c7.0%以上で、尿たんぱく（±）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。診察レセプトの有無に関わらず対象とする。（但し、がん等他疾病の管理が優先とみられる場合は対象者から除く。） ②過去に糖尿病での服薬歴があり、現在治療中断の者（令和4年度健診未受診。令和4年度以前に糖尿病での投薬レセプトがあり、令和4年度に該当レセプトがない者） 【CKD重症化予防】 令和5年度特定健康診査受診者で、eGFR45ml/分/1.73ml未満または、eGFR45以上60ml/分/1.73ml未満で尿蛋白2+または3+の者（専門医への受診勧奨レベル）	・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ぎ、事業内容、評価方法等へのアドバイスを受けた。 ・診察依頼兼診察結果報告書の様式について助言を受け、糖尿病性腎症重症化予防事業は修正、CKD重症化予防事業は新規作成した。 ・市内医療機関に事業の周知を図った。 ・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	糖尿病性腎症	受診の継続	検査値（翌年度健診）の変化 HbA1cが7.0を超えていないか eGFRの一年間での低下が5未満に収まっているか	保健指導実施者について 生活改善状況の変化（改善・維持・悪化）
34	栄町	以下の①②のいずれかに該当し、抽出時点から1年間に糖尿病治療未受診または治療を中断している者 ①過去5年間程度のレセプトで「糖尿病名」「糖尿病治療薬等の投薬歴」がある者 ②過去3年間程度の健診でHbA1c 6.5%以上の者	「健診結果報告書」「糖尿病連携手帳」にて、医療機関の診察結果の共有や町への保健指導依頼をうけ保健指導を実施するなど連携を図る。	保健師、管理栄養士	糖尿病・糖尿病性腎症	医療機関受診につながった人の人数 治療を再開した者の人数	HbA1c、eGFR/尿蛋白が改善した者の割合	保健指導実施後、生活習慣が改善した者の割合
35	一宮町	抽出基準は事業マニュアルを定めていて、千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムと同様。 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血清クレアチニ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協力して「茂原市長生郡糖尿病性腎症重症化予防マニュアル」を作成。事業マニュアルに基づき実施。 かかりつけ医師には「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、管理栄養士	糖尿病	HbA1c		
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血清クレアチニ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、マニュアルに添って事業を実施。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、町管理栄養士が実施	糖尿病性腎症	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）	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	
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血清クレアチニ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。	糖尿病性腎症	HbA1c5.6%以上の割合の減少		
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/1.73ml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医師からの指示をもとに「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	糖尿病性腎症	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

令和6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【アウトカム指標】			
					①			
					該当の取組が対象としている疾患	検査項目1	検査項目2	検査項目3
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/1.73m2未満(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73m2未満) イ. eGFR60ml/分/1.73m2以上(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73m2以上)であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73m2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。	糖尿病性腎症	BMI	HbA1c	e-GFR
40	長雨町	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/1.73m2未満(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73m2未満) イ. eGFR60ml/分/1.73m2以上(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73m2以上)であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73m2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。	茂原市長生郡医師会と協力して事業マニュアルを作成し、マニュアルに基づき事業を実施。対象者との面談にて、受診結果報告書を送し受診勧奨を行う。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を実施する。また、保健指導の実施にあたっては「糖尿病連携手帳」を活用し対象者の受診状況や指導内容をかかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医、かかりつけ薬局薬剤師等と共有し連携して実施。	保健師、管理栄養士	糖尿病性腎症	医療機関につながった人数	対象者の検査値(HbA1c、eGFR、尿蛋白、血清クレアチニン等)	
41	大網白里市	A 糖尿病性腎症重症化予防 (1)【市国保特定健診受診者】 要指導者を除き、糖尿病未治療者で空腹時血糖126mg/dl以上、随時血糖200mg/dlまたはHbA1c6.5%以上でかつ次のいずれかを満たす者 ①尿蛋白(±)以上 ②eGFR60ml/分/1.73m2未満(70歳以上は50ml/分/1.73m2未満)もしくは1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73m2以上または25%以上 ③血圧が収縮期圧140mmHgまたは拡張期圧90mmHg以上の者(1度高血圧) (2)【当該年度健診未受診者】 過去3年の健診でHbA1c6.5%以上で糖尿病で受診した記録がなく、かつ当該年度の健診を受けていない者 (3)【治療中断者】 過去に糖尿病の治療歴があり、最近12か月以内に治療が確認できない者 B 糖尿病重症化予防 治療の有無を問わず、過去1年以内の特定健診で空腹時血糖126mg/dl、随時血糖200mg/dl、HbA1c6.5%以上の者(ただし、糖尿病性腎症重症化予防の対象となつた者を除く) C 高血圧重症化予防 上記A、B以外の者で、過去1年以内に特定健診を受診し、血圧の値が収縮期圧160mmHgまたは拡張期圧100mmHg(Ⅱ度高血圧)以上の者	左記A、Bの対象者へセミナーの案内をする。そのセミナー不参加者のうち、未受診者、治療中断者については、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。	糖尿病性腎症、高血圧症	翌年度の健診受診率	受診勧奨者の医療機関受診率	セミナー参加者の行動変容率	
42	九十九里町	①糖尿病未治療で、HbA1c6.5%以上であり、かつ尿蛋白(±)以上*1 又はeGFR60ml/分/1.73m2未満(70歳以上50ml/分/1.73m2未満) ②糖尿病治療中でHbA1c7.0%以上であり、かつ尿蛋白(±)以上又はeGFR45未満*1 ③健診結果から、HbA1c6.5%以上かつ△eGFRにより5年以内に人工透析の可能性が高い者*2 健診結果から推算塩分摂取量(尿蛋白+)の結果12g以上の者 *1: KDBデータ照会システムで前年度の結果により抽出 *2: 健康カルテで当年度・前年度・前々年度の結果により抽出 ※町特定保健指導の参加者は除く	受診勧奨した者には主治医宛の手紙を渡し、主治医からの診断や治療方針等の指示を仰ぎその後のフォローに活用する。	専門職名:保健師・管理栄養士	指導者のうち、新規人工透析者数			
43	芝山町	1.30代健康診査、特定健康診査、人間ドックを受診した者(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、必要な方に健康手帳や糖尿病連携手帳を渡し、かかりつけ医に情報提供を行う。	保健師・管理栄養士	糖尿病	HbA1c改善率	eGFR改善率	推定塩分摂取量の改善率
44	神崎町	①HbA1c6.5以上 ②eGFR60未満 ③尿蛋白±以上 ④尿糖±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	糖尿病	HbA1c	eGFR	
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、事業の周知とともに事業の見直しを検討	保健師・管理栄養士	高血圧 糖尿病	血圧 HbA1c	血圧	蛋白尿
46	東庄町	【糖リスク】 (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(HbA1c6.5以上の者) (保健指導) ・特定健診の結果、県マニュアルの基準で抽出 【腎リスク】 (受診勧奨) ・特定健診の結果、県マニュアルの基準で抽出	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、アドバイスをもらお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	糖尿病	HbA1c	体重	尿蛋白
47	袖ヶ浦市	袖ヶ浦市国民健康保険慢性腎臓病(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を活用し腎臓病地域連携バス対象者を選定 (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) A:HbA1c 6.5%~7.9% B:HbA1c 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。 ・腎臓病地域連携バスを活用し、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慢性腎臓病(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。	慢性腎臓病(CKD)	HbA1cの数値(前年度比較)	eGFRの数値(前年度比較)	尿蛋白の数値(前年度比較)
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。	糖尿病、糖尿病性腎症	HbA1c	eGFR	血圧
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	糖尿病	HbA1c		

令和6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【アウトカム指標】			
					①			
					該当の取組が対象としている疾患	検査項目 1	検査項目 2	検査項目 3
50	南房総市	・2型糖尿病未治療者のうち、当年度の健診データから空腹時血糖値126mg/dl以上または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/1.73ml未満(70歳以上:eGFR 50ml/分/1.73ml未満) イ eGFR60ml/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 (ただし、がん等他疾患の管理が優先とみられる場合は対象者から除く) ・当年度の健診データからeGFR45ml/分/1.73ml未満または、eGFR45以上60ml/分/1.73ml未満で尿蛋白(±)以上の者で腎臓病未治療者へ受診勧奨	受診勧奨を実施し、受診時におけるかかりつけ医宛の情報として「検診結果通知表(当該年度と前年・全前年度の検診結果記載)」並びに「診察についてのお願い・診察結果報告書」を渡し、かかりつけ医との情報連携を図っている。	保健師・管理栄養士	糖尿病性腎症	HbA1c	eGFR	
51	鋸南町	特定健診結果から収縮期血圧140以上又は拡張期血圧90以上又は②空腹時血糖126以上又はHbA1c6.5以上で ①尿蛋白±以上または②eGFR60未満のもの	・受診勧奨の対象者に「診察についてのお願い・診察結果報告書」を送付し、かかりつけ医との連携を図っている。 ・医療受診ありの人は、かかりつけ医へ事業説明・報告を行い、連携を図っている。	保健師・管理栄養士 (保健指導事業)	高血圧、糖尿病	HbA1c	eGFR	血圧
52	いすみ市	①特定健診受診者で糖尿病(HbA1c6.5%以上)ありの者のうち、腎症2期以下で糖尿病未治療の者。 ②特定健診未受診者のうち、過去のレセプトに糖尿病病名あるいは糖尿病性腎症病名がある治療中断者。 ③特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上かつ腎症3期で糖尿病治療なしの者。	受診勧奨対象者には「糖尿病関連腎機能検査受診結果返信票」を送付し、医療機関と情報共有を行っている。	保健師、管理栄養士、 栄養士	糖尿病・糖尿病性腎症	HbA1c	eGFR	
53	山武市	特定健診結果から以下の者を抽出 (1)40～74歳 糖尿病治療中を除く、HbA1c7.0%以上 (2)40～74歳 糖尿病の診断を受けたことがない健診受診者で、腎疾患治療中を除く千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム ①フォローアップ「YES」該当者 ②フォローアップ4該当者の内、eGFR45未満の方 A:eGFR 40未満は説明会勧奨 B:eGFR 40～45未満は郵送による受診勧奨(結果返却後KDBで詳細確認し郵送勧奨)※R6は郵送後の受診確認は可能な場合のみ実施	・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	糖尿病、糖尿病性腎症、慢性腎不全	HbA1c	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)	
54	横芝光町	受診勧奨 特定健診受診者のうち、糖尿病未治療で、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dl以上の者 前年度の健診者のうち、腎症2期以下で未治療者 前年度健診未受診者のうち過去1年間に糖尿病歴が無い糖尿病治療中断者 保健指導 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	保健指導 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。	保健師及び管理栄養士	高血圧、糖尿病	①糖尿病予防対策:有所見者割合(HbA1c)	②循環器系疾患・高血圧予防対策:有所見者割合(収縮期血圧、拡張期血圧)	