

令和 6 年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に おける糖尿病性腎症重症化予防の取組内容について

- ・ 一体的実施事業は、各市町村において、地域の健康課題に合わせて
事業内容・抽出基準等を設定して、取組を実施する事業です

【令和 6 年度 事業実施状況の概要】

実施市町村：5 4 市町村（県内全市町村で実施）

5 4 市町村のうち、糖尿病性腎症重症化予防の取組を

実施している市町：3 4 市町（令和 5 年度 1 9 市町より 1 5 市町増加）

実施日常生活圏域数：1 2 7 圏域

対象者数：1,3 7 4 人（令和 5 年度 8 4 5 人より 5 2 9 人増加）

※次ページからは、各市町村の具体的な取組内容となります。

- 【令和 6 年度取組内容（計画段階概要）】
- ・事業実施市町村 5 4 市町村中、糖尿病性腎症に関する取組を実施している市町村は 3 4 市町村（令和 5 年度は 4 2 市町村中、取組市町は 1 9 市町村）

・対象者人数は 1, 3 7 4 人（令和 5 年度実績は 8 4 5 人）

No	市町村名	実施圏域数 (圏域)	糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携				
			対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	連携先		連携内容		
												かかり つけ医	医師会	情報 提供	助言	実施 協力
1	銚子市	1圏域	HbA1c7.0%以上の者のうち、腎機能低下所見（尿蛋白＋以上、eGFR45以下）がみられる者 対象年齢75～84歳	【集団健診受診者】 健診結果返却の際、結果説明会に案内。保健師や看護師、栄養士が個別面接を行い、医療機関への受診勧奨及び保健指導を実施する。3か月後、看護師がレセプト情報を確認し、受診状況を確認できない者に対して、電話にて受診勧奨及び保健指導を行う。その後も受診が確認できない者に対しては保健師による訪問指導を実施する。 【個別健診受診者】 医療機関から健康づくり課へ結果返却時に対象者のレセプト情報を確認する。受診継続が確認できていない者に対して、看護師が電話にて受診状況確認及び保健指導を行う。	10人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	
2	市川市	15圏域	抽出年度の健康診査受診者のうち年度末年齢75歳・76歳かつHbA1c8.0%以上かつ糖尿病未治療者（レセプトで保険病名、検査、糖尿病薬剤処方量、受診間隔を確認し選定、治療中断者も含む） ※抽出対象者のいる圏域のみ実施予定	健康診査の結果高血糖かつレセプト確認により糖尿病未治療者（治療中断者を含む）を抽出し、早期に治療に繋げることで重症化を予防するため受診勧奨及び保健指導を実施する。 ①対象者を抽出し、レセプトを確認した上で受診勧奨対象者を選定する ②受診勧奨通知を送付 ③通知送付後に受診勧奨及び保健指導の電話かけを実施、必要に応じて面接もしくは訪問支援を行う ④受診勧奨後の受診状況をレセプトで確認する ⑤受診状況、次年度健診結果の改善率で評価する 【支援内容】受診勧奨、生活習慣改善等の保健指導。必要時、相談機関紹介、関係機関との連携。 補足：抽出時期 令和6年6月～令和7年5月 ※支援実施期間：抽出後6ヶ月間支援するため、令和6年6月～令和7年11月 ※評価時期：抽出後の6か月後に評価のため、評価時期 令和6年12月～令和7年11月 （翌年度健診結果の改善の評価については、令和7年6月～令和8年5月に実施）	10人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○
3	船橋市	5圏域	R6年度後期高齢者健康診査及び一般健康診査受診者において、HbA1c8%以上かつ尿蛋白(+)以上またはeGFR45未満の者。かつ後期高齢者健康診査受診者においては質問票①④⑥⑪⑫のいずれかに該当する者（死亡や生活保護受給者、介護受給状況等を把握し、要介護4・5、施設入所者を除外）	・実施方法：初回把握は原則訪問とし、初回から概ね3か月後に継続支援、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・介護状況、かかりつけ医がいる場合には受療状況や主治医の指示を確認。初回把握時に生活状況を聞き取り、栄養や生活、活動量や他者との交流等や社会参加について確認。 ・指導内容：初回把握（基本は訪問や面接）の際に、アセスメント票を使用し家族背景や医療状況、身体や運動、食事、生活、介護保険状況を確認。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（基本3か月後）では訪問や電話等にて状況把握と目標の修正等を行う。6か月後には目標に対する評価を実施。生活行動能力は様々であり、包括支援センターや在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、また高齢者福祉分野（高齢者福祉課や地区社協）との連携や情報提供を随時図る。また、介護予防を視野に入れた支援として、アクティブシニア手帳等を活用して本人のセルフケア・セルフマネジメント力の向上を図り、地域の運動教室や通いの場等、他の事業も紹介。対象者の身体的精神的生活面の課題に応じてサービス紹介を行うと共に、必要時間関係機関と直接情報を共有して連携を図る。	74人	R6年度75～84歳の者でR2～R4年度のいずれかに糖尿病処方履歴があり、かつR5・R6年度に糖尿病処方履歴がなくR5年度の健診未受診者。除外：該当当年月に資格喪失者（転出、死亡の者、住所地特例にて地区コードエラー者）、施設入所者、居宅サービス利用者、要介護3～5の者、糖尿病や高血圧の治療を開始した者、当該年度に入院治療歴のある者	・実施方法：初回把握は原則訪問とし、体調確認をしながら生活状況（医療・食事・活動・生活）や必要時受診勧奨や健診受診勧奨を促し健康状態の把握に努める様働きかける。初回から概ね3か月後に状況確認。必要時、関係機関（在宅介護支援センター・包括支援センター）へ連携する。12月の時点で、健診受診未受診者には、再度、通知文を送付し健診受診勧奨を行う。	33人	（重症化予防（糖尿病腎症）対象者に実施）R6年度後期高齢者健康診査及び一般健康診査受診者において、HbA1c8%以上かつ尿蛋白(+)以上またはeGFR45未満に該当し、かつ後期高齢者健康診査受診者においては質問票①⑤⑧⑬のいずれかに該当する者（死亡や生活保護受給者、介護受給状況等を把握し、要介護4・5、施設入所者を除外）	・実施方法：初回把握は原則訪問とし、初回から概ね3か月後に継続支援、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・介護状況、かかりつけ医がいる場合には受療状況や主治医の指示を確認。初回把握時に生活状況を聞き取り、栄養や生活、活動量や他者との交流等の詳細状況を把握。 ・指導内容：初回把握（基本は訪問や面接）の際に、アセスメント票を使用し家族背景や医療状況、身体や運動、食事、生活、介護保険状況を確認。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（基本3か月後）では訪問や電話等にて状況把握と目標の修正等を行う。6か月後には目標に対する評価を実施。生活行動能力は様々であり、包括支援センターや在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、また高齢者福祉分野（高齢者福祉課や地区社協）との連携や情報提供を随時図る。また、介護予防を視野に入れた支援として、アクティブシニア手帳等を活用して本人のセルフケア・セルフマネジメント力の向上を図り、地域の運動教室や通いの場等、他の事業も紹介。対象者の身体的精神的生活面の課題に応じてサービス紹介を行うと共に、必要時間関係機関と直接情報を共有して連携を図る。	74人	○	○	○	○	○
4	館山市	1圏域	当該年度の健診結果で、腎機能低下が見受けられる者（①尿蛋白（＋）以上でeGFR45未満、②尿蛋白（±）または尿蛋白（－）でeGFR45未満）および血糖値で要医療判定の者	当該年度の健診結果データから要医療判定の者を結果説明会へ案内。健診結果返却時、個別面接を実施。生活習慣、医療受診状況などを聞き取り、状況把握を行うと共に、必要な医療につなげ、日常生活における注意点について保健指導を実施。3か月後、レセプト情報で受療状況を確認し、必要に応じて、受療勧奨、生活指導などを再度実施する。	15人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	

No	市町村名	実施圏域数 (圏域)	糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携				
			対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	連携先		連携内容		
												かかり つけ医	医師会	情報 提供	助言	実施 協力
5	木更津市	5圏域	1 特定健診データ管理システムから、令和6年4月1日から令和7年3月31日指定で、FKAC131、171、176を抽出。 2 らぼツールの後期版【FKAC131-171】新入力シート作成ツールで新入力シート（CSV）を作成。 3 フィルタ機能で、HbA1c8.0以上で、かつ対象の日常生活圏域の対象者を抽出。 4 らぼツールの後期版一覧表作成ツールで、対象者の健診結果一覧を作成。 5 KDBで5年間の履歴、質問表の回答状況を印刷、また、レセプトからかかりつけ医療機関、かかりつけ薬局を調べる。 6 薬剤師が、健診結果、治療状況等から指導が必要な人を抽出。 ※1～5までは企画調整担当保健師が実施、6は薬剤師が実施	1 抽出された対象者に対し指導を実施していかどうか、薬剤師より、かかりつけ医師に照会をかける。 2 指導を実施する対象者に対し、市より通知をする。通知内容は、案内文、健診結果。 3 かかりつけ薬局が対象者に連絡をし、服薬アドヒアランスの状況、ポリファーマシーの確認、薬の管理方法などを確認する。かかりつけ薬局内、訪問、電話等で支援する。 4 必要な場合、かかりつけ医へ報告・相談、継続支援を行う。	56人	—	—	—	—	—	—	○	○		○	○
6	松戸市	15圏域	【コントロール不良者委託分】 ・前年度健診HbA1c≧7.0%かつ尿蛋白≧± ・1945年4月1日生まれ～1948年3月31日生まれかつ明第1、本庁、矢切、新松戸圏域在住 ・R5年度要介護認定ありの者及びレセプト該当者（認知症、進行がん、透析中等）を除く	委託により次の内容で実施する。 対象者にアンケートを送付し、回収したアンケート結果に基づき、電話・訪問での保健指導と集団相談会を行う。アセスメント結果に基づいて、糖尿病性腎症重症化を予防するための栄養指導・運動指導、受診勧奨等を行う。 ※アセスメント項目：生活および食事状況、口腔嚥下機能、身体機能（体組成、握力等）、HbA1cほか	88人	・1945年4月1日生まれ～1948年3月31日生まれかつ明第1、本庁、矢切、新松戸圏域在住 ・抽出前年度以前の3年間に高血圧の薬剤処方履歴ありかつ抽出年度に薬剤処方歴なしのみに該当する者を除く ・R5年度要介護認定ありの者及びレセプト該当者（認知症、進行がん、透析中等）を除く	委託により次の内容で実施する。 対象者にアンケートを送付し、回収したアンケート結果に基づき、電話・訪問での保健指導と集団相談会を行う。アセスメント結果に基づいて、糖尿病性腎症重症化を予防するための栄養指導・運動指導、受診勧奨等を行う。 ※アセスメント項目：生活および食事状況、口腔嚥下機能、身体機能（体組成、握力等）、HbA1cほか	28人	—	—	—	○	○	○	○	○
7	野田市	4圏域	当年度の健診データからH b A 1 c 7、0 %以上の者でK D Bデータにおいて糖尿病の薬剤処方履歴が1年間ない者。	後期高齢者健康診査受診者より、対象者を抽出し、通知を行う。 電話・訪問・面接による保健指導及び受診勧奨を実施する。 ・初回保健指導では、生活状況、身体状況、健診受診状況、医療機関受診状況を確認。生活上のアドバイスをを行うと共に本人の状況に応じた生活習慣の目標を設定。 ・3ヶ月後を目処に2回目の保健指導を実施し、医療機関受診状況を確認。初回訪問時に確認した事項を再度確認する。目標設定した場合においては達成状況を確認。 ・3ヶ月後の訪問で会えない場合は電話や手紙を用いて対象者にコンタクトをとる。 ・必要に応じて医療・介護の専門機関との連携や訪問の継続を行う。	37人	—	—	—	—	—	—	○	○	○		
8	茂原市	4圏域	HbA1c≧8.0以上かつ抽出年度に糖尿病薬剤処方歴なしに該当(一体的実施・KDB活用支援ツールによる抽出)かつ、尿蛋白(+)以上の者 除外要件：医療機関等で重複する内容の指導を受けている者、生活習慣病、がん、認知症、うつ、統合失調症、人工透析等のレセプトがある者、介護給付を受けている者を除外する。	・対象者に個別指導（シニアの栄養相談又は訪問指導）を実施する。 ・個別指導では、問診票から身体状況、食生活状況、直近の血液検査データ等アセスメントした上で、健診結果の説明、受診勧奨を行う。 ・3か月後レセプトで受診状況を確認し、未受診であれば、再度受診勧奨の保健指導を行う。	5人	—	—	—	—	—	—	○	○	○		
9	成田市	5圏域	—	—	—	「重症化予防 糖尿病又は高血圧受診中断者」のうち、76歳及び77歳の糖尿病診断歴のあり、2年受診していない者（要介護度なし）	・対象者1人につき、訪問（又は電話）で受診勧奨及び保健指導を実施する。約半年後にレセプトでデータで医療受診状況を確認し、未受診の場合には、再訪問（又は再電話）で、再勧奨等を行う。	30人	—	—	—		○	○		
10	旭市	1圏域	令和6年度後期高齢者健診の結果、 ①高血糖（HbA1c8.0%以上）に該当した者で、抽出年度に糖尿病による医療機関の受診がない者 または ②高血糖（HbA1c8.0%以上）かつ腎機能低下（尿蛋白+以上またはeGFR45未満のどちらか1つ以上）に該当した者で、抽出年度に糖尿病による医療機関の受診がない者	・対象者に受診勧奨通知を送付する。 ・医療機関から受診結果を返送してもらい、受診結果を把握する。返送がない場合は、レセプトでの受診確認や、電話指導により受診状況を把握する。 ・受診状況を把握したうえで、電話等による保健指導・栄養指導、また医療機関未受診者には受診勧奨を実施する。	5人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○
11	習志野市	5圏域	—	—	—	①年齢が85歳以上 ②「認知症」「精神疾患」「がん疾患」の診療履歴がある者 要介護要支援認定者 生活習慣病に起因する疾患（高血圧、脂質異常症、心筋梗塞、狭心症、高尿酸血症等）で定期受診している者 入院中の者 ①及び②は除く	【実施方法】 ・事業対象者へ案内を通知 ・通知後2週間を目安に訪問・電話等で健康相談・健康指導を行う ・3月に受診状況を確認し、評価 【アセスメント項目】 ・本人の糖尿病・治療中断の受止め、医師の指示事項、生活状況、食生活状況、身体状況	5人	—	—	—		○	○		
12	柏市	7圏域	令和5年度「75歳以上の健康診査」において、HbA1C8.0%以上であり、かつ、尿たんばく(+)以上の者であり、自立している者。基準については、柏市糖尿病性腎症重症化予防検討会にて検討し決定している。申込者の中から、未治療者を優先とするが、定数内で治療中者も対象とする。	実施期間中に6か月間のプログラムを実施。プログラムは個別の支援（保健指導）と集団指導（医師、管理栄養士、理学療法士による講座）の組み合わせで構成。昨年度よりフレイル予防（講座および実技）をプログラムに組み込んで実施している。プログラム前後で血液検査、尿検査、計測（身長体重等）を行い、評価を行う。	10人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○
13	勝浦市	1圏域	いずれの対象も降圧剤・糖尿病・高脂血症内服者は除外 2型糖尿病の診断を受けたことがない令和6年度後期高齢者検診受診者(集団・個別)のうち75～84歳でHbA1c5.6以上かつ①または②のいずれかに該当する者①尿蛋白(±)以上②ア：eGFR50ml/分/1.73ml未満イ：eGFR50ml/分/1.73ml以上であっても、前年度と比較してeGFR低下5ml/分/1.73ml/年、またはeGFRの低下率25%/年以上	1. 対象者抽出、初回面接案内文郵送 2. 初回面接または電話 ①後期高齢者健診結果の説明②受診勧奨(受診結果返信票の説明)③評価面接・アンケートについて説明 3. 受診状況の確認(初回面接3ヶ月以降)、医療機関からの受診結果返信票とレセプトの確認 4. 評価面接または電話：希望者には面接、レセプトで受診が確認できない対象は再度受診勧奨(必要時家庭訪問)を実施	20人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○

No	市町村名	実施圏域数 (圏域)	糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携				
			対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	連携先		連携内容		
												かかり つけ医	医師会	情報 提供	助言	実施 協力
14	市原市	16圏域	「利用事業名」、(A) ・以下の条件に全て該当する75歳以上から85歳以下の者に設定 令和5年度後期高齢者健康診査結果で、a及びb又は、a及びcに該当する者 a.空腹時血糖126mg/dl(随時血糖値200mg/dl)以上又はHbA1c7.0%以上 b.尿蛋白(±)以上(微量アルブミン30mg/gCr以上) c.eGFR50ml/分/1.73㎡未満 糖尿病透析予防指導管理料算定者、糖尿病性腎症以外の腎疾患、その他機能低下の関連疾患、がん、認知症、うつ、統合失調症、人工透析、要介護者及び要支援2を除く。 ・国民健康保険課が実施する令和5年度糖尿病性腎症重症化予防事業に参加し、継続支援を希望する者	・委託事業者から対象者に案内を送付し、その後、電話番号が判明している対象者に電話をして参加勧奨を行う。参加者は主治医に生活指導内容の確認書を記載してもらい、確認書を基に保健指導を実施。保健指導は委託事業者が行い、管理栄養士・保健師等により約6ヶ月間に面談3回、電話3回、手紙支援3回を実施。 ・委託事業者から早期に申込者リストを報告してもらい、未申込者を確認する。未申込者のうち、未治療などのリスクの高い者に対しては、保健センターの職員がアンケートの発送や電話、訪問等により支援を実施する。	405人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○
15	流山市	4圏域	2型糖尿病未治療者のうち、当年度または前年度健診データからHbA1cの数値7.0%以上の者であり、かつ次のいずれかである者(市が抽出) ①尿蛋白(±)以上、②eGFR50ml/1.73㎡未満、③eGFR50ml/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	・令和5年度健康診査結果より対象者に該当する者の抽出を行い、抽出された者に対して令和6年度に勧奨通知を送付する。送付後連絡の無かった者に訪問を行っている。 ・訪問では、プログラムの説明の他に、近況もお聞きし、必要と判断した者に対しては栄養指導、生活習慣病予防の指導、受診勧奨等を行っている。 ・通知発送後もしくは訪問後にプログラム参加希望があったものに対して、医療機関への受診を進めるが、医療機関への情報提供や医療機関の受診に同行を行うことも過去にあった。 ・令和5年度より保健指導時に歯科衛生士が口腔ケアや義歯の調整について指導を行ったり、相談を受けるようにしている。	61人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○
16	鎌ヶ谷市	6圏域	〈除外者〉資格喪失者（死亡・転居等）、難病、がん治療中、人工透析中、腎不全治療中、精神疾患等で指導困難と判断される者 〈基準対象者〉HbA1C≧8.0の者 ③-2（アウトプット）には、R5年度健診受診者における基準対象者数を記載した。	①8月健康かるてを用いてR6年度健診結果から対象者を抽出する（以後、毎月） ②9月対象者に健診結果（個人の経年グラフ付）と情報提供の通知文送付 ③10月対象者へ電話・訪問による保健指導及び受診勧奨を実施する（1回）。不在の場合、リーフレット等を投函し、約3か月後のレセプト確認で受診の有無を確認後、必要に応じて電話や再訪問等を実施する。 ④2月～4月事業計画の評価項目に基づき評価 対象者の抽出、対象者へ通知。通知後1か月を目安に訪問・相談の実施を目指す。平成20年からの国保特定健診データと後期高齢健診データを経年表を作成。基準値を超えた値には、黄、赤と色を塗りつぶし血液データ等の変化に気づくように工夫し、発送する。訪問や面接にて、健診データ等を本人と確認し、受診状況確認や生活指導を実施。生活状況によって、地域包括支援センターへつなぐ。	66人	—	—	—	—	—	—		○	○	○	
17	君津市	2圏域	地区、年齢（75歳～80歳未満）、介護認定のない者。 HbA1c8.0以上の者。または、HbA1c8.0以上の者で尿蛋白（++）の者。	対象者の抽出、対象者へ通知。通知後1か月を目安に訪問・相談の実施を目指す。平成20年からの国保特定健診データと後期高齢健診データを経年表を作成。基準値を超えた値には、黄、赤と色を塗りつぶし血液データ等の変化に気づくように工夫し、発送する。訪問や面接にて、健診データ等を本人と確認し、受診状況確認や生活指導を実施。生活状況によって、地域包括支援センターへつなぐ。	6人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	
18	富津市	3圏域	前年度の健診（特定健診を含む）結果にて「HbA1c8以上」の糖尿病未治療者と治療中断者（介護認定未の者）で、79歳までの者	・訪問等による個別保健指導 ・健診の経年変化を基に、生活状況、健康状況、治療状況等を確認し、体を理解してもらう指導を実施し、本人の希望に応じて目標を立てる。 ・必要に応じて、医療受診勧奨や地域包括支援センターにつなぐ、または、訪問を継続する。 ・3～6か月後KDBや本人から受診状況や取組み状況を把握する。	17人	—	—	—	—	—	—	○	○	○		○
19	四街道市	2圏域	・令和5年度の健診結果が受診勧奨判定ありにもかかわらず、医療受診がない75～84歳までの人。 ・抽出に使用するデータ：後期高齢者の健診状況（令和5年度）、被保険者管理台帳（令和5年度） ・6月のレセプトチェックで受診状況を確認し、受診者は除く。 ・上記に該当し、且つ、空腹時血糖値が110以上、またはHbA1cが6.0以上の人。	・選定した対象者（血糖コントロール不良者）に直接訪問を行い、受診勧奨と個別保健指導を実施する。 ①a「重症度の高いレベルあり」の未受診者に訪問を行い、受診勧奨とリーフレットを用いた保健指導を行う。不在者には受診勧奨の手紙を投函し、再訪問か電話での支援を行う。 ②必要な者には継続支援や成人健康相談の案内をし、管理栄養士の指導につなげる。 ③訪問から3～6か月後にレセプト確認を行う。	6人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○
20	印西市	5圏域	【糖尿病性腎症】…R5年度の健康診査等の結果にて、HbA1c≧8.0%かつ尿蛋白≧(+)の人（がんなど他の疾患の治療が優先される人及び要介護1以上の人を除く）	①R5年度の健診結果や、医療管理状況等から対象者を抽出する。 ②対象者に事業案内を送付する。 ③参加希望者が医療管理中の場合、次回受診時に対象者から主治医に主治医宛文書（指示依頼）を渡してもらう。 ④主治医からの報告にて治療状況を確認し、保健指導の実施及び相談票（指導内容等）を作成する。 ⑤対象者は次回受診時に相談票を主治医に見せ、指導事項を報告する。 ⑥対象者のその後の状況確認をする。（訪問、電話、手紙等、対象者の状況に合わせて複数回実施） ⑦受診の継続状況についてレセプトで確認する。 R6年度健診結果から、検査値の維持・改善状況を確認する。 ⑧成人専門部会（市医師会代表医師3人）へ事業報告をし、医師から助言を得る。	37人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○

			糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携				
No	市町村名	実施圏域数 (圏域)	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	連携先		連携内容		
												かかり つけ医	医師会	情報 提供	助言	実施 協力
21	富里市	3圏域	今年度の健診結果より後期高齢者健康診査の結果、 HbA1c8.0.％以上かつ内服なしの方とHbA1c7.5以上かつ eGFR≦6 0 ml/dlの方、HbA1c7.5%かつeGFR≦4 5 ml/dlの 方	【受診勧奨】 今年度の健診結果より後期高齢者健康診査の結果、HbA1c8.0％ 以上かつ内服なしの方を抽出し、受診後の医療機関受診状況を確認。 紹介状の返信状況とKDBにて医療レセプトを確認後、対象 の状況にあわせて面談または訪問、または電話にて受診勧奨を実 施する。 【重症化予防】 今年度の健診結果より後期高齢者健康診査の結果、HbA1c7.5以 上かつeGFR≦6 0 ml/dlの方、HbA1c7.5%かつeGFR≦4 5 ml/dlの方を抽出する。保健指導の案内を送付し、初回・3か月 後・6か月後（最終）の面接を実施する。初回にチェックシート の実施と目標をたて、6か月後に再度チェックシートの実施と取り 組み状況や目標の確認を行う。	18人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	
22	匝瑳市	1圏域	1.令和6年度後期高齢者健診にてHbA1c8.0以上、eGFR判定 60未満の者（CKD重症度分類G3a～G5）（内科通院無、80 歳未満の者） 2.令和6年度後期高齢者健診にてHbA1cが受診勧奨判定値(6.5 以上)の者（内科通院無、80歳未満の者）	▶対象1について ・対象者へ案内文を送付し、希望者に実施。 ・対象者1人につき、3か月に2～3回の保健指導を訪問・面接・ 電話にて実施する。 ・初回では、医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本 人の課題に応じた個別目標を立案する。 ・3か月後に目標達成状況や体重、血液検査データを評価する。 必要に応じて、受診勧奨や地域包括支援センターを案内し、連携 して対応する。 ▶対象2について ・対象者へ案内文を送付し、希望者に実施。 ・健診事後相談として1回の保健指導を面接にて実施する。 ・医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に 応じた個別目標を立案し、受診勧奨をする。 ・相談後に受診状況をKDBにて確認する。必要に応じて地域包 括支援センターを案内し、連携して対応する。	36人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○
23	山武市	3圏域	①高血糖（空腹時血糖値126mg/dl（随時血糖値200mg/dl） 以上又はHbA1c6.5％以上）かつ ②腎機能低下（尿蛋白（＋）以上又はeGFR50ml/分/1.73㎡ 未満）に該当しており、75歳以上80歳未満の者。 または、③高血糖（HbA1c8.0％以上）で、75歳以上85歳未 満の者。	・対象者1人につき、6か月間で2回の面接指導及び電話指導等 を実施する。 ・初回面接では、健診結果の返却会を兼ねており、医療受診状 況、栄養状態、運動習慣、社会的環境等を聞き取り、本人の希望 及び状態に応じた目標立案し、医療機関の受診勧奨を行う。 ・2回目は電話指導（または、医療レセプト情報）により、医療 機関の受診状況を確認し、目標の達成状況进行评估する。必要に応 じて、再度の医療機関の受診勧奨や栄養指導等を行う。	27人	一体的実施・KDB活用支援ツールを下記のとおり設定し た該当者で、要介護認定者を除く、75歳以上85歳未満の 者。 ・抽出前年度から過去3年度に糖尿病薬剤処方歴あり ・抽出年度に糖尿病薬剤処方歴なし ・抽出年度に健診受診なし ※その他ののはチェックを外す。	・対象者1人につき、8か月間で2回、アンケート調査 と電話指導（または、健診の受診状況や医療レセプト情 報確認）を実施する。 ・初回は、文書により治療状況や健康状態を把握するた めのアンケート調査を実施。 ・上記アンケート結果の返却がない者に対しては、電話 番号は把握している者には電話指導により、治療状況や 健康状態を聞き取ったうえで、本人の希望及び状態に応 じた目標立案し、医療機関の受診勧奨を行う。 ・2回目は、健診の受診状況や医療レセプト情報を確認 し、健康状態が確認できていない者に対しては、電話ま たは訪問により、医療受診状況や健康状態を確認し、必 要に応じて、医療機関受診等につながるよう、相談支援 を行う。	55人	—	—	—	○	○	○	○	○
24	いすみ市	3圏域	令和6年度データ「重症化予防（受診勧奨事業）」で抽出さ れた者のうち、HbA1c8.0以上または収縮期血圧180以上また は拡張期血圧100以上に該当する者	1.対象者1人につき、6か月に2回の訪問または電話による保健指 導を実施する。 2.初回訪問では、医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認 し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。 3.初回訪問から5～6か月後に、目標達成状況や血液検査データを 評価する。必要に応じて医療の受診勧奨や地域包括支援センター を案内し、連携して対応する。	8人	—	—	—	—	—	—	○	○	○		○
25	酒々井町	1圏域	データ抽出年度：令和6年度 対象者①健診結果、高血糖（HbA1c8.0以上）かつ腎機能低 下（尿蛋白＋以上またはeGFR45未満のどちらか1つ以上）で 医療機関未受診の者 対象者②血糖について受診勧奨判定値重度（血糖：空腹時 250以上、HbA1c9以上）に該当する者	対象者①：郵送で受診勧奨を行い、レセプトで受診状況を確認。 未受診者に対し再度電話等で受診勧奨を行う。 対象者②：結果が属き次第国保年金班で抽出し、保健センターの 地区担当保健師が訪問し、受診状況の確認、受診勧奨を行う。	5人	—	—	—	—	—	—	—	○		○	
26	栄町	1圏域	84歳未満の令和6年度後期高齢者健診受診者のうち、定期的 な医療受診をしていない方で介護保険認定者を除く。 治療状況や健康状態を確認するアンケート及び受診勧奨の通 知を送付し、面接もしくは訪問等の保健指導を希望した方 や、現病歴やフレイルチェック票の結果等から特に保健指導 が必要と判断した方を対象とする。	・面接もしくは訪問等で治療状況や健康状態を確認し、対象者に 応じた保健指導を実施。必要に応じて、地域包括支援センター や、通いの場等への案内を行う。また、血糖値のコントロール不 良者には、歯科衛生士による歯科受診勧奨を行う。 ・3か月後に生活習慣等の改善状況や、医療の受診状況等を電話 で確認する。	15人	75歳から84歳までの高齢者 介護保険認定者を除く	・対象者に対し、受診勧奨通知を送付後、訪問・面接に よる受診勧奨を実施。 ・3か月後に医療の受診状況等を確認する。	10人	—	—	—	○	○	○		
27	神崎町	1圏域	・健診結果より、HbA1c8.0以上、尿たんばく＋以上、 eGFR45％以下、血圧160/100以上の方。 ・後期高齢者の質問票No1（健康状態）「良くない」と回答 された方、医療機関に通院されていない方。 ・要介護認定受けている方は除く。認知症や精神疾患が疑わ れる方は除く。	1．KDBシステム、健診結果より対象者リストを地域包括支援 センターへ情報提供し、個別の支援対象者をあらかじめ、優先順 位を含め検討する。 2．健康状態がわかるチェックリスト・同意書を同封し返送して いただく。 3．同意得られた方に対し、保健指導を実施する。 4．初回面接後、概ね3か月後に最終評価・面談等実施する。	36人	—	—	—	—	—	—	○	○	○		
28	東庄町	1圏域	実施した令和6年度の健康診査の結果から抽出。血糖値で要 受診値だった者に対して実施する。 血糖1 2 6 以上もしくはHbA1c6.5以上を受診勧奨の対象と する。	過去の経過で未受診が続き結果の悪化がみられるもの、 HbA1c8.0以上は訪問で対応する。それ以外の者は書面で勧奨す る。	10人	—	—	—	—	—	—	○		○	○	○
29	芝山町	1圏域	1. 令和6年度の後期高齢者健診または後期高齢者人間ドック の受診結果において、高血糖（HbA1c8.0%以上）かつ腎機能 低下（尿蛋白＋以上）に該当した者 2. 令和6年度の後期高齢者健診または後期高齢者人間ドック の受診結果において、高血糖（HbA1c8.5%以上）で内科疾患 治療中でない者	・対象者に健診結果相談会を案内し、参加者には個別面接にて保 健指導及び医療の受診勧奨を実施する。 ・健診結果相談会欠席者には、訪問・電話・手紙等で保健指導及 び医療の受診勧奨を実施する。 ・レセプトにより医療の受診状況を確認し、未受診の場合は再度 訪問・手紙等で受診勧奨を実施する。 ・訪問・面接等で個別指導を実施した者に対し、手紙等による支 援を行う。	2人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	

No	市町村名	実施圏域数 (圏域)	糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携				
			対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	連携先		連携内容		
												かかり つけ医	医師会	情報 提供	助言	実施 協力
30	一宮町	1圏域	○茂原市長生郡糖尿病性腎症重症化予防事業マニュアルにより抽出 HbA1C≦8.0%かつ尿たん白（＋）以上の者（糖尿病治療中の者は除く）	・対象者1人につき、6か月に2～3回の栄養指導を実施する。 ・初回面接では、身体状況、医療受診状況、直近の血液検査データ等を確認し、本人の希望に応じて目標を立案する。必要に応じて、医療の受診勧奨や生活習慣改善のアドバイスをする。 ・3か月後の面接では、医療受診状況、目標の達成状況を確認する。必要に応じて面接を継続する。	15人	－	－	－	－	－	－	○	○	○	○	
31	陸沢町	1圏域	令和6年度集団健診受診者で高血糖HbA1c6.5以上かつ②腎機能低下（尿蛋白±以上またはeGFR50未満のどちらか1つ以上）で糖尿病の未治療の者。	・対象者一人につき、3か月間に面接を1～4回実施する ・面談の方法は来庁または訪問による ・生活状況によっては地域包括支援センターにつなぐ ・初回面談で医療受診状況、生活状況、身体状況を確認し、食事調査票を依頼する。 ・2回目の面談で食事調査票の結果説明及び目標設定をする。 ・3か月後に医療受診状況、体重測定、目標の達成状況を確認する。	10人	－	－	－	－	－	－	○	○	○		○
32	白子町	1圏域	HbA1c≧8.0%かつ尿蛋白（＋）以上 データ抽出年度：令和6年度 糖尿病受診者を除外	対象者を抽出したうえで、糖尿病での受診有無を確認し、糖尿病で受診している者を除外し、受診していない場合は訪問または電話にて受診勧奨を行う。	7人	－	－	－	－	－	－	○		○	○	
33	長南町	1圏域	・令和5年度の一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出基準の医療受診者で、受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルの血糖と血圧が重複している者。 ・令和5年度の一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出基準の医療未受診者で、受診勧奨判定値のうち血圧の重症度のレベルが高い者。 ・血糖での受診勧奨者で、令和5年度の一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出基準（HbA1c≧7.4）より、抽出基準を下げ（HbA1c≧7.0）血圧と重複している者。	・対象者に対し、面談による栄養指導の通知を送付。返信のないものは、電話による状況確認を医療専門職が行う。 ・来庁面談・電話・訪問のいずれかによる栄養指導及び生活状況・身体状況把握を医療専門職が行う。 ・医療専門職との面談後、3ヵ月毎に電話での経過観察を行い必要に応じて、医療の受診勧奨や包括支援センターを案内し連携する。	5人	－	－	－	－	－	－	○	○	○	○	
34	鋸南町	1圏域	令和5年度健診受診者75歳以上79歳以下の人で、 【高血圧症・糖尿病の重症化による慢性腎臓病へ移行するリスクが高い人】 1）又は2）に該当し、①、②のいずれかに該当する人 1）収縮期血圧≧150mmHg又は拡張期血圧≧90mmHgの人 2）空腹時血糖≧126mg又はHbA1c≧6.5%の人 ①尿蛋白≧（±）②eGFR60ml/分/1.73㎡未満	①健診結果から対象者を抽出し、レセプトから医療受診の有無を確認する。 ②医療受診ありの人は初回訪問の際に、対象者の同意を得てかかりつけ医と連携し生活状況の把握、生活改善目標の立案や社会資源などにつなぎ、検査値や生活習慣改善を目指す。医療受診なしの人は受診勧奨・保健指導を行い、必要な医療に結びつける。③3か月後に訪問し、予防への取り組みの成状況を評価し、必要に応じアドバイスを行う。	17人	－	－	－	－	－	－	○	○	○	○	○
合計		127圏域	－	－	1139人	－	－	161人	－	－	74人	0	0	0	0	0

※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、千葉県管内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。