

令和5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

資料1-2

【令和5年度取組内容（概要）】

・事業実施市町42中、糖尿病性腎症に関する取組を実施している市町は19（令和4年度は30市町中、取組市町は13）

・対象者人数は845人（令和4年度は369人）

No.	市町村名	実施圏域数	対象者人数	対象者抽出基準	事業内容	かかりつけ医等との連携					
						連携先		連携内容			第三者による支援
						かかりつけ医	医師会	情報提供	助言	実施協力	
1	船橋市	5圏域	185人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 a:後期健診及び一般健診においてHbA1c8%以上かつ尿蛋白(+)以上またはeGFR45未満。かつ後期高齢者健康診査受診者においては質問票①⑥⑧⑬のいずれかに該当する者（死亡や介護受給状況等を把握し、要介護4・5、施設入所者を除外） b:R1～3年度のいずれかに糖尿病薬剤処方あり、かつR4,5年度に糖尿病薬剤処方履歴や健診受診がない者	【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の修正等を行う。6か月後には目標に対する評価を実施。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。対象者の問題に応じてサービス紹介を行うと共に、必要時関係機関と直接情報を共有して連携を図る。	○	○	○	○	○	・支援評価委員会 ・船橋市CKD対策委員会（船橋市医師会）
2	館山市	1圏域	20人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 a:後期健診等のデータより①尿蛋白(+)以上かつレセプトにて医療未受診の者を対象とする。 b:eGFR45未満かつレセプトにて医療未受診の者を対象とする。 「重症化予防（受診勧奨事業）」「重症化予防（腎症・CKD）」 c: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。	【実施方法】健診結果返却時、個別面接を実施。 【指導内容】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などを知ることができるように働きかける。 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。	○	○	○	○	○	・安房医師会専門医
3	木更津市	3圏域	11人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 ・対象圏域は、岩根、富米田、波岡地区 ・70代で、HbA1c7.5以上かつ尿蛋白±以上の人 ・波岡地区は薬剤師がR5年度に介入していない人	【実施方法】 ・特定健診データ管理システムから健診データを取り出し、保健指導実践ツールにより、健診結果経年表(15年間分)を作成。 ・対象者に通知文を送付する。 【アセスメント項目】・訪問もしくは電話にて、医療受診状況、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、睡眠時間、食事、運動習慣等を把握する。 【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、対象者の状況に合わせて、必要な場合は2回以上の指導を行う。必要に応じて、医療の受診勧奨や生活改善のアドバイスを実施する。 ・KDBより指導後の医療受診状況を把握する。	○	○	○	○	○	・支援評価委員会
4	松戸市	6圏域	130人	A～Cは令和4年度後期高齢者健診、Dは令和4年度医療レセプトを使用。 A:77～79歳の受診者（S19.4.2～S22.4.1生）のうち糖尿病診断歴あるが受診中断しており、健診で尿蛋白(±)以上。要介護認定者を除く B:77～79歳の受診者（S19.4.2～S22.4.1生）のうち糖尿病受診を継続しているが、健診で尿蛋白(+)以上。e-GFR30未満及び腎臓病専門医受診中の者、要介護認定者を除く C:77～79歳の受診者（S19.4.2～S22.4.1生）のうち糖尿病診断歴はないが、健診でHbA1c7.0以上。要介護認定者を除く D:77～79歳の受診者（S19.4.2～S22.4.1生）のうち糖尿病診断歴があるが受診中断している。令和3年度・令和4年度後期高齢者健診受診者、要介護認定者を除く	【実施方法】対象者に対し、アンケート送付または医療機関連携を行い、電話・訪問にて保健指導を実施し、集団相談会の開催を実施する。 【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 【指導内容】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。	○	○	○	○	○	・松戸市糖尿病・CKD対策推進ネットワーク会議 ・フレイル連携会議
5	成田市	5圏域	9人	令和4年度後期高齢者健診データを使用。 ①85歳以下の糖尿病の診断歴のあり、2年受診していない方（除く要介護、認知症） ②e-GFR<45または尿蛋白(+)でかつ医療未受診の方	【実施方法】対象者1人につき、6ヶ月に2回の訪問指導を実施する。 【実施内容】・初回訪問では、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。訪問時に状態に応じた治療を受けていない場合は、受診につなげる。 ・3ヶ月後の訪問では、医療受診状況、目標の達成状況を確認する。必要に応じて訪問を継続する。	○	○	○	○	○	・支援評価委員会
6	柏市	7圏域	35人	令和4年度後期高齢者健診データを使用。 令和4年度「75歳以上の健康診査」において、HbA1c8.0%以上であり、かつ、尿たんぱく(+)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。応募多数の場合は、年齢、血圧等から判断し、糖尿病性腎症重症化予防検討会委員（医師）へ相談し決定する	【実施方法】実施期間中に6か月間のプログラムを実施。プログラムは個別的支援（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。 【指導内容】今年度より、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する。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。	○	○	○	○	○	・大学・有識者（東大10G研究員の年間を通した庁内会議への参加による助言等） ・柏市特定健診等保健事業検討会 ・柏市糖尿病性腎症重症化予防検討会
7	勝浦市	1圏域	10人	令和5年度千葉県国保連合会提供の「重複・頻回重複者該当者リスト」を使用。 ①（頻回受診者）3カ月連続して1カ月に同一医療機関での受診が15回以上の者（がんや精神疾患等で連続的な受診が必要な方は除く） ②（重複投薬者）同一月に2つ以上の医療機関から同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を3カ月連続して投与されている者（がんや精神疾患等で連続的な受診が必要な方は除く）	【実施方法】 帳票を抽出し対象者リストを作成する 選定した対象者に対し保健師により下記を実施する①個別通知②電話・訪問指導等（抽出された被保険者に対して、健康状態・生活環境等を把握し訪問調査票に記録。適切な受診及び服薬について指導する）③実施内容等を対象者リストに入力④KDBやレセプト等で事後の受診状況を確認、対象者リストに入力	○	○	○	○	○	市内の医療機関

No.	市町村名	実施圏域数	対象者人数	対象者抽出基準	事業内容	かかりつけ医等との連携					
						連携先		連携内容			第三者による支援
						かかりつけ医	医師会	情報提供	助言	実施協力	
8	市原市	18圏域	165人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 ・以下の条件に全て該当する75歳以上から84歳以下の者に設定 ア. 令和4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4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	【実施方法】対象者に対し、案内を送付。その後、委託先から電話番号が判明している対象者に電話をし、参加勧奨を行う。参加者は主治医に生活指導内容の確認を記載してもらい、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。 【実施内容】委託先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。	○	○	○	○		・支援評価委員会 ・市原市糖尿病性腎症重症化予防対策推進協議会
9	流山市	4圏域	46人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 【1】2型糖尿病未経験者のうち、当年度または前年度健診データからHbA1c7.0%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 ②eGFR 50ml/1.73㎡未満 ③eGFR 50ml/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 【2】2型糖尿病で治療中の者(医療機関が抽出)	【実施方法】6か月間で3～6回実施することとし、目標管理やかかりつけ医等医療機関の支持のもと食事・運動指導を行う。 【アセスメント項目】医療受診状況、直近の血液データ、後期高齢者の質問票により心身機能(フレイル)の状況、食事調査により調理・栄養状態等を把握する。	○	○	○	○	○	・地域ケア推進会議 ・専門的知見を有した外部委員が出席する会議等での支援・評価
10	鎌ヶ谷市	6圏域	25人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 R5年度後期高齢者健診受診者のうち、HbA1c8%以上かつ尿蛋白(+)以上の者	【実施方法】後期高齢者健診受診者より対象者を抽出し、訪問や電話による受診勧奨及び保健指導を実施する。 【実施内容】対象者へ通知後に訪問による受診勧奨及び保健指導を実施。訪問時不在だった者に関しては、リーフレット等を投函し、状況に応じて、後日、電話による受診勧奨や保健指導を実施する。初回支援から約3か月後を目安に、医療機関への受診等が確認できなかった者に対し、再訪問を実施し、改めて受診勧奨や保健指導を実施する。		○	○	○		・支援評価委員会
11	君津市	2圏域	6人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 地区、年齢(79歳以下)、HbA1c8.0以上の未治療者、特定健診糖尿病性腎症重症化予防対象者の引継ぎ	【実施方法】対象者の抽出、対象へ通知、原則1か月以内に訪問・面接の実施。血液データ等を確認し受診勧奨や生活指導を実施。かかりつけ医につながれば、終了。生活状況によっては、地域包括支援センターにつなぐ。	○	○	○	○		・介護保険運営委員会等
12	印西市	5圏域	9人	令和4年度後期高齢者健診データを使用。 健診結果より、HbA1c8.0%以上かつ尿蛋白(+)以上の者。 ※かかりつけ医が保健指導を不要と判断した者及び、がん等他疾患の治療の優先度が高く事業参加が難しい者、要介護1以上の者を除く。	【実施方法】かかりつけ医の指示書に基づき、対象者1人につき3～6か月間の個別指導(訪問1回、電話2回)を実施する。 【アセスメント項目】医療受診状況、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、調査票により食事・運動等の生活状況等を把握する。 【指導内容】初回指導でのアセスメント結果に応じて目標を設定し、2回目、3回目で目標の取組状況を確認し、状況に応じて目標の見直しをする。3～6か月後に目標の達成状況等を評価する。必要に応じて、医療の受診勧奨や介護予防事業等に連携する。	○	○	○	○		・大学・有識者(市医師会の代表医師3名で構成される成人保健専門部会)
13	富里市	3圏域	46人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 a:後期健診等のデータより①尿蛋白(+)以上かつレセプトにて医療未受診の者を対象とする。 b:eGFR45未満かつレセプトにて医療未受診の者を対象とする。	【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、HbA1c7.0%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電話または訪問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、下記の対象者を抽出する。受診勧奨保健指導の案内を送付し、申し込みがあった方について、初回・3か月後・6か月後(最終)の面接を実施する。初回にアンケートの実施と目標をたて、6か月後に再度アンケートの実施と取り組み状況や目標の確認を行う。HbA1c7.0以上かつ内服ありの方	○	○	○	○		・支援評価委員会
14	匝瑳市	1圏域	10人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 「糖尿病性腎症重症化予防事業(国保)」 健診にてHbA1c6.5以上(受診勧奨判定値)で、eGFR判定60未満(保健指導 判定値・受診勧奨判定値)の者 ※CKD重症度分類G3a～G5	【実施方法】事業周知通知を送付する。その際受診勧奨とCKD対策協力医の紹介を行う。 【実施内容】・3か月間で初回、中間、最終と3回の保健指導(電話、訪問、面接のいずれか)を実施する。 ・糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と連携を図る。 ・事業計画・評価時には特定健診専門部会に助言を得る。	○	○	○	○	○	・医師会、特定健診専門部会
15	香取市	4圏域	11人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 一体的実施・KDB活用支援ツールにて、重症化予防(受診勧奨事業) ㉞HbA1c7.5%以上 ㉟抽出年度糖尿病薬処方歴なしで抽出し、介護認定者を除く	【実施方法】訪問において、医療受診状況と併せて後期高齢者健康診査受診状況の確認をする。訪問時に状態に応じた治療を受けていない場合は、医療受診につなげる。必要に応じて訪問を継続する。	○	○	○	○		・医師会会員の先生方に事業の周知・協力をお願いし、併せてご意見を頂戴する。
16	山武市	1圏域	100人	令和5年度後期高齢者健診データ(未受診者)、令和4年度後期高齢者健診データ(中断者)を使用。 <未受診者> 後期高齢者健診データより、75歳以上85歳未満かつ下記の基準であった者。 ・HbA1c8.0%以上で糖尿病未治療者 ・「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「尿蛋白(±)以上かつ血清クレアチニン検査でeGFR50ml/分/1.73㎡未満」 ・前々年度と当年度のeGFR減少率が30%以上の者 <中断者> KDBの介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)より、前年度に糖尿病(2型糖尿病)と判定されたレセプトが存在し、かつ当年度に糖尿病(2型糖尿病)と判定されたレセプトが存在しない者。	<未受診者> ・対象者1人につき、6か月間で面接指導及び電話指導等を実施する。 ・初回の面接は、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(医療レセプト情報)により、医療機関の受診状況を確認し、目標の達成状況を確認する。 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。 <中断者> ・対象者1人につき、8か月間で、アンケート調査、電話指導2回を実施する。 ・対象者に対して、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。 ・主に上記アンケート結果の返却がない者に対して、初回の電話指導により、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回目の電話指導は、医療受診状況を確認し、目標の達成状況を確認する。 必要に応じて、継続受診に係る相談支援を行う。	○	○	○	○	○	・大学・有識者(中核病院であるさんむ医療センター医師)

No.	市町村名	実施圏域数	対象者人数	対象者抽出基準	事業内容	かかりつけ医等との連携					
						連携先		連携内容			第三者による支援
						かかりつけ医	医師会	情報提供	助言	実施協力	
17	栄町	1圏域	20人	令和4年度後期高齢者健診データ及びKDBによるレセプトデータを使用。 R5年度において、以下に該当する75歳から84歳までの高齢者 ① R4年度から過去3年度に糖尿病薬剤処方あり ② 抽出年度に糖尿病薬剤処方あり ③ 抽出年度に健診受診なし ④ 要介護・要支援認定がない	【実施方法】対象者全員に7月初旬に治療状況や健康状態を確認する通知を送付。 【実施内容】健康状態の把握や、受診が確認できていない方に対し、架電によるアプローチを実施し、受診勧奨及び服薬・生活・食事指導等の保健指導を実施する。	○	○	○	○		・栄町健康づくり推進協議会
18	睦沢町	1圏域	5人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 HbA1c6.5以上で、抽出年度に医療受診が無い者	【実施方法】管理栄養士及び保健師が個別に面談し、食事調査票を実施する。2回目面接時に返却し目標を設定する。毎月1回3か月継続面談を行い必要時目標を修正する。 終了時の食事調査票での記載により数値で評価する。翌年度のHbA1cの健診結果により数値を前年度と比較する。	○		○			・睦沢町健康づくり推進協議会 ・国保運営協議会 ・高齢者保健福祉・介護保険事業計画推進委員会
19	白子町	1圏域	2人	令和5年度後期高齢者健診データを使用。 HbA1c \geq 8.0%かつ尿蛋白(+)以上	【実施方法】対象者を抽出したうえで、糖尿病での受診有無を確認し、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。	○		○	○		・介護保険運営協議会
合計		75圏域	845人			17	17	19	16	7	

※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。

※国民健康保険団体連合会に設置された保健事業支援・評価委員会は、表中では「支援評価委員会」と表記する。