

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 2 年 2 月 6 日（木）

千葉県健康福祉部保険指導課

2020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・特定保健指導の受診率、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 特定健診以外の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 医療費等の分析

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化等

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進(在宅医療・介護の連携等)

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償

- 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

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）
 - ・医療提供体制適正化の推進
 - ・法定外繰入の解消等

2020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(2019年度の実施状況を評価)

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(30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こと。

- 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 取組の実施にあたり、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。

以上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、被保険者の全体像を把握したうえで、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出していること。**
その上で、抽出基準に基づく全ての対象者に対して、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、受診が無い者には更に面談等を実施していること。(40点)
- ⑦ **アウトプット指標のみならず、アウトカム指標を用いて事業評価を実施していること。**その際、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、取組の実施前後で評価していること。(50点)

➤ 県内市町村の達成状況

	全て達成 28市町村	①～⑤と⑥ を達成 3市町	①～⑤と⑦ を達成 20市町	①～⑤ を達成 2市	達成 市町村数	未達成 1町
指標①～⑤	○	○	○	○	53	鋸南町 ※
指標⑥	○	○			31	
指標⑦	○		○		48	
市町村名	銚子市 市川市 木更津市 松戸市 香取市 茂原市 成田市 東金市 匝瑳市 旭市 習志野市 柏市 市原市 八千代市 我孫子市 鴨川市 鎌ヶ谷市 君津市 四街道市 一宮町 睦沢町 長生村 白子町 九十九里町 芝山町 神崎町 袖ヶ浦市 横芝光町	野田市 佐倉市 御宿町	千葉市 船橋市 館山市 勝浦市 流山市 富津市 浦安市 酒々井町 富里市 印西市 栄町 長柄町 長南町 大網白里市 多古町 東庄町 大多喜町 南房総市 いすみ市 山武市	八街市 白井市		

※鋸南町は、②かかりつけ医との連携が不十分であるが、糖尿病性腎症重症化予防の取組は実施

各評価指標未達成の理由及び改善状況

指標② 未達成 1町

市町村	鋸南町
主な理由	医師会への説明・報告の場がない。

指標⑥ 未達成 23市町

市町村	千葉市 船橋市 館山市 勝浦市 流山市 富津市 浦安市 酒々井町 八街市 富里市 白井市 印西市 栄町 長柄町 長南町 大網白里市 多古町 東庄町 大多喜町 南房総市 鋸南町 いすみ市 山武市
主な理由	<ul style="list-style-type: none"> 「被保険者の全体像の把握」について、レセプトも活用し特定健診未受診者層を含めて行うことが求められているが、その方法が分からない。 再勧奨の方法について、基本的には、受診が無い全ての者に面談等(面談のほか電話、訪問等)を実施することが望ましいとされているが、通知のみである。

指標⑦ 未達成 6市町

市町村	野田市 佐倉市 八街市 白井市 御宿町 鋸南町
主な理由	対象者の検査結果を確認した上での評価ができていない。

次年度に向けての現状

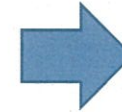
指標② 未実施 1町 (検討中)

鋸南町

指標⑥ 未実施 14市町 (検討中)

流山市 浦安市
酒々井町 八街市
印西市 長柄町
長南町 大網白里市
多古町 東庄町
大多喜町 鋸南町
いすみ市 山武市

ヒアリング等
での助言・
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

指標⑦ 未実施 3市町 (検討中)

野田市 八街市
御宿町

2018年度から2020年度の保険者努力支援制度における評価指標と取組実施状況の変遷

評価指標

◆赤字は前年度からの変更箇所

2018年度（2017年度の実施状況を評価）		得点
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か。 ※ 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 取組の実施にあたり、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		50
以上①～⑤の基準を全て満たす取組を実施する場合、その取組は以下を満たすか。		
⑥ 受診勧奨を、全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。		25
⑦ 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、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。		25

2019年度（2018年度の実施状況を評価）		得点
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か。 ※ 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 取組の実施にあたり、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		50
以上①～⑤の基準を全て満たす取組を実施する場合、その取組は以下を満たすか。		
⑥ 受診勧奨を、①の抽出基準に基づく全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。		25
⑦ ①の抽出基準に基づく対象者のうち、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、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。		25

2020年度（2019年度の実施状況を評価）		得点
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 ※ 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こと。		
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 取組の実施にあたり、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。		30
以上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、被保険者の全体像を把握したうえで、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出していること。その上で、抽出基準に基づく全ての対象者に対して、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、受診が無い者には更に面談等を実施していること。		40
⑦ アウトプット指標のみならず、アウトカム指標を用いて事業評価を実施していること。その際、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、取組の実施前後で評価していること。		50

* ②にいう「かかりつけ医との連携」とは、
i 事業実施にあたり事業内容について医師会に情報提供すること
ii 事業実施過程で事業内容について医師会から助言を受けること
iii 事業実施にあたり個々の取組についてかかりつけ医に情報提供すること
iv 事業実施過程で個々の取組についてかかりつけ医から助言を受けること
等を指す。評価対象とするためには、i、iiiは必須の要件であると考えている。

県内市町村の取組実施状況（評価指標①～⑤）

2018年度（2017年度の実施状況を評価）	
達成	30市町
未達成	24市町村
	鋸南町 一宮町 睦沢町 長生村 白子町 長柄町 長南町 八街市 富里市 大多喜町 銚子市 松戸市 茂原市 成田市 勝浦市 鴨川市 酒々井町 白井市 印西市 大網白里市 多古町 御宿町 南房総市 いすみ市

2019年度（2018年度の実施状況を評価）	
達成	45市町
未達成	9市町村
	一宮町 睦沢町 長生村 白子町 長柄町 長南町 八街市 富里市 大多喜町 （申請はないが取組は実施）

2020年度（2019年度の実施状況を評価）	
達成	53市町村
未達成	1町
	鋸南町 （②が不十分であるが取組は実施）

令和元年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名	対象者の抽出基準 評価指標①	かかりつけ医との連携 評価指標②	専門職の名称 評価指標③	全体像の把握・受診動向 評価指標④	事業評価 評価指標⑤
1	千葉市	○保健指導 千葉市糖尿病性腎症重症化予防プログラムのフローに沿って特定健診結果より抽出。医師と年齢、GFR値、尿蛋白の有無等により優先順位を協議して対象者を決定。 ○受診動向 特定健診結果で要医療の者	・対象者選定、実施方法、評価などは、医師会と協議の上、決定。 ・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う。 ・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る。	保健師、看護師、管理栄養士	・特定健診結果やKDBの機能を活用して参照するレセプト情報等により、被保険者の全体像を把握する。そのうえで全被保険者の中から、健診未受診者数、ハイリスク者数を把握し、事業対象者を選別している。 ・特定健診の結果、血圧等が受診動向判定値であり要医療と判定されているが、その後の受診が確認できない者を対象に受診動向を行う。また、糖尿病で薬剤治療のある者を事業の対象者としてレセプト情報から抽出し、保健指導を行う。今後は、医療中断者への支援を検討する。 ・特定健診受診後、3か月時点で、事前に通知送付後、専門職が訪問、電話により動向及び保健指導を行う。その後6か月時点でレセプトで受診の有無の確認を行い、未受診者に対しては、電話による受診動向及び保健指導を行う。受診が確認できた者には、通知で受診継続を促す。今後は、よりハイリスク者については、優先順位を決めて、面談による支援を検討する。	1 市の専門職が初回面談を行い、検査数値や血圧・血糖管理の必要性の説明、目標設定を行う。その後、1か月に1回、訪問を基本とした保健指導を6か月間実施する。 2 特定健診及び医療機関での検査結果から、実施前後を比較し変化を確認する。また、アンケートにより行動や生活習慣の変化を把握する。
2	綾州市	・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、血糖コントロールが不良で、地域の保健師または管理栄養士による支援が必要と思われる方 ・特定健診の結果、医療機関の受診をすべき段階であると判断された方（40歳以上75歳未満で平成30年度特定健診の結果、ヘモグロビンA1c 6.5%以上の者の内、①～②のいずれかに該当する者（すでに治療中の者は除く）） ① eGFR60以上かつ尿タンパク（±）以上または eGFR60未満の者 ② 既往歴に糖尿病有（現病歴無）	医師会との検討及び打ち合わせ・連絡会を行うとともに、かかりつけ医と連携を取りながら実施。	保健師、必要に応じて管理栄養士または歯科衛生士	KDBデータ、特定健診結果、レセプトデータを活用し、ハイリスク者の全体像を把握し、事業対象者を抽出。 ・健診結果より把握されたハイリスク者で医療機関未受診者に対しては、個別面談などにより、健診結果・糖尿病性腎症の病態・治療の必要性・食事や運動等の生活指導及び受診動向を実施。 ・受診動向後、3か月後に受診結果をレセプトにて把握 ・家宅訪問または面談、電話により本人の受診結果の受け止めと生活習慣改善状況もあわせて確認する。 ・プログラムの参加同意書をデータ報告までの間に随時記入してもらう。 ・3か月後、6か月後も同様の働きかけを行う。 ・前年度の対象者から、令和4年度までのレセプト情報、特定健診、介護認定を追跡する。	アウトプット評価：対象者への支援実施率100%、医療機関との連携数の増加、医療機関中断者減少。 アウトカム評価：医療中断者の減少、医療費の減少、心疾患・脳卒中の有無、人工透析新規導入数の段階的減少。 HbA1c等は翌年度の特定健診結果にて確認する。
3	市川市	特定健診の結果から、①HbA1c7.0%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向が必要と思われる者。②HbA1c8.0%以上の治療中の者で血糖コントロールについて注意喚起が必要と思われる者。 医療機関受診の有無についてはレセプトデータを照合したうえで確認。 尿蛋白、eGFR値について、受診動向や保健指導等、対象者介入の優先順位付けに利用している。	受診動向対象者と糖尿病治療中の注意喚起対象者について、保健指導を実施するにあたり、かかりつけ医との情報交換は糖尿病連携手帳をツールとするよう周知している。 特定健診結果は、医師会所属の個別医療機関で実施している。この事業については、かかりつけ医との連携を軸とした取り組みであるが、まずは医師会理事の理解を得、医師会から委員の実地医療機関に周知してもらった必要がある。対象者選定基準の決定や、通知文の作成など、すべてについて、医師会担当理事の協力を得、相談を密にし、特定健診検討委員会や理事会の承認を得ながら、企画や事業の実施を進めている。 受診動向、受診中の血糖コントロール不良者への注意喚起とも、本人が通知文を持って健診医療機関やかかりつけ医に相談するような流れとした。注意喚起の対応については、昨年度検討を重ね、今年度より、医師会と市の連名で通知文を作成し、今年度より通知を開始した。現在も次年度の取り組みについて、検討を続けている。	管理栄養士、保健師	※全体像の把握については、健診結果の他、KDBシステムの介入支援対象者一覧を参照し、レセプトデータを活用している。 ・健診未受診者には、受診動向ハガキを受診期限前に送付し、受診を促している。（令和元9月末日現在、22,862送付） ・健診未受診者の内、2016年度からの糖尿病性腎症重症化予防事業で、医療機関への受診動向や保健指導を実施した対象者については、レセプトデータより受診状況の確認、受診動向、健診受診動向を電話で実施。 ①医療機関未受診者への受診動向（受診動向通知） 受診動向の通知送付後、概ね1週間後電話で受診状況を確認、受診動向する。電話がつかない者に対しては、レセプトデータにて受診状況の確認。 （未受診者への介入方法）レセプトにて受診が確認できない者に対し、再度電話動向を実施。電話がつかない者には通知文にて更に受診動向を実施。 （保健指導の実施方法） 受診動向通知、保健指導の希望の有無を確認し、希望者には保健指導を実施。 ②治療中の者の注意喚起（注意喚起方法） 送付された通知を持参し、かかりつけ医に糖尿病重症化予防について、相談するよう記載している。（保健指導の実施方法） 相談を受けた医師が必要であると判断した場合、医師の指示を受け、市の保健師・管理栄養士が保健指導を実施する。	（アウトプット指標） 受診動向対象者への受診動向（受診動向通知を送った対象者数/受診動向対象者数） （アウトカム指標） 受診動向による医療機関受診率（6か月の間わりにより医療機関を受診したことが確認できた人数/受診動向通知を送った対象者数）、対象者の次年度の健診受診率（次年度の特定健康診査を受診した人数/受診動向通知を送った対象者数）、次年度の健診データの改善（次年度の特定健康診査の結果、HbA1c7.0%以上減少した人の人数/次年度の特定健康診査を受診した対象者数）
4	船橋市	健診結果で内服の有無にかかわらず、HbA1c 7%以上かつ尿蛋白+以上の腎機能低下が疑われる者に対し実施。	保健指導の実施に当たっては本人の同意を得て、直接かかりつけ医等と連携し療養上の指示等を受けた上で対象者支援を行っている。かかりつけ医（医療）・対象者・保健指導実施者（保健）の情報共有の連携ツールとして、糖尿病連携手帳を活用している。 各特定健康診査協力医療機関を訪問し、事業周知や対象者相談を実施することで先生の声の把握する等連携を図るとともに、特定健診等委員会や事業実施、船橋市医師会CDK対策委員会でも連携体制の構築や事業実施についての相談も適宜している。医療機関からも適宜訪問の連携依頼を受け、保健指導を実施しフィードバックする等、連携体制の構築が図られている。	保健師・管理栄養士・看護師が携わっている。	KDBシステムにて対象者の全体像を把握し、事業対象者を選定。健診受診者のうちコントロール不良者および医療未受診者・治療中断者等の全体像を把握したうえで、対象者を抽出。 ・健診結果より抽出された医療機関未受診者に対しては、電話等により受診動向を実施するとともに保健指導も実施。またコントロール不良者においては保健指導を実施するとともに受診動向も実施。複数回のプログラム参加動向を行い、個別支援または運動教室での保健指導を6か月間実施するとともに支援毎で取り組み内容および検査結果項目について適宜評価を実施する。 ・受診動向後、3～4か月後に受診結果をレセプトおよび電話等で実施 ・医療中断となった者については受診動向を実施 ・医師から保健指導の依頼があった者については対象者基準から外れていた場合でも受診動向および保健指導を実施。	【アウトプット評価】保健指導および受診動向を実施した割合、プログラム参加率・終了率、医療機関との連携件数 【アウトカム評価】受診動向を受けた者の医療受診の有無、保健指導を受けた者の健康行動の変化、翌年度の健診結果比較、翌年度の健診受診率、新規人工透析導入者数
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診動向判定値（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/1.73m未満 2) 過去に糖尿病薬の使用歴あるも治療中断の者、または今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動向判定値（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報告として、検査結果（当該年度と前年・前々年度の結果が記載）およ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「検査結果のお知らせ」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連携により行っている。	事業の実施にあたっては、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を行っている。 なお、本市においては保健指導や受診動向を保健師が行っている。	KDBデータを活用し、被保険者の全体像を把握した。特定健診結果やレセプトデータを活用し、ハイリスク者等事業対象者を抽出した。 ・健診結果により、重症化予防対象者にあたる者については、面談等により結果説明と受診、動向と保健指導を実施した。 その1か月後に、同じ対象者に健康相談と受診確認を実施した。 11月にKDBで受診確認ができなかったものに対し、電話による受診動向を再度実施した。電話にて受診動向ができなかった者については、通知等により再度受診を勧める。 ・治療を中断した等の健診未受診者に対しては、健診受診動向を実施した。	医療機関受診につながった人数等の指標により評価を行う。対象者の検査値の改善率について、次年度の健診結果を用いて評価する。今年度対象者の検査値の改善については次年度の健診結果にて評価を行う。 なお、今年度特定健診未受診者については、受診動向通知の後、電話等により医療機関での受診結果等を把握した上で評価を行う。
6	木更津市	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「腎臓病地域連携パス」を交付し、受診動向を行う。 ①HbA1c6.5%以上の者②尿蛋白(2+)以上の者③eGFR45～59ml/分/1.73mで尿蛋白(+)以上の者④eGFR45ml/分/1.73m未満の者	糖の視点も踏まえた慢性腎臓病予防の観点から、君津木更津医師会の協力の下、かかりつけ医、専門医、木更津市、富津市、君津市、袖ヶ浦市の代表者で「慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会」を平成29年度に立ち上げ、CKD予防のための連携体制を構築する為協議を行ってきた。令和元年度から、腎臓病地域連携パスを使用した、かかりつけ医、二次医療機関、市との医療連携が開始となった。パスの運用にあたっては、協力をさせていただく医療機関関係者に対し説明会を実施し、各医療機関から報告や協議のあった事項については今後委員会で報告し改善をしながら事業を継続実施していく予定である。	保健指導の実施については、対面を主に捉え、健康推進員の地区担当保健師と栄養士及び保険年金課保健師等の専門職が連携して行う。	レセプトデータにより被保険者の全体像を把握したうえで、糖尿病未治療者又は治療中断者等を抽出し、糖尿病管理台帳において平成30年度特定健康診査でHbA1c7.0%以上の者に対し保健指導を実施する。 介入方法 受診動向（未受診者）については、対面を実施することとする。面談時にお薬手帳や糖尿病連携手帳等で受診状況や生活スタイル等について把握し、その後の保健指導に取り入れている。 ・未受診者については、早期の治療開始が望ましいため、早期に受診動向をする。 ・治療中断者については、過去に治療歴があるものの、1年間治療歴がない場合は、糖尿病性腎症重症化の可能性のある重要な対象者とされているため、早期に受診動向をする。 ・訪問対応（訪問しても面談できなかったものについては、文書（直手紙）にて動向を実施。電話や手紙が望ましく判断された場合はその限りでない。 ・未受診者や治療中断者については、受診しない理由について確認するとともに、糖尿病の知識や理解度、生活背景などを把握し、解決の糸口を見出す。 ・受診動向を実施後は、3か月後にレセプトデータの確認を行い、未受診の場合は再動向をする。事業担当者が進捗管理を行い、地区担当に確認時期を連絡する。（再動向は訪問を基本とするが、対面できなかった場合は電話により実施する）	特定健康診査の過去5年間経年結果や対象者の糖尿病連携手帳等を活用し、普段の受診時の経過の状況を確認しながら、その後の保健指導に生かすよう工夫している。糖尿病の知識や理解度、生活背景などを把握し、解決の糸口を見出す。また、対象者の意向を把握し、食事や運動など対象者の実生活に即した具体的な保健指導を行うようになっている。 受診動向者の保健指導前後の検査結果については、特定健康診査結果や受診時の血液検査、尿検査等の結果を比較し評価を実施している。
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/1.73m未満 ③尿蛋白(±)でeGFR45以上 60ml/分/1.73m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者 ※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」に定める様式・資料を利用することで、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。	(1)健診結果、レセプトデータ、KDB等に基づく分析により、被保険者の全体像を把握し、被保険者全数から事業対象者を抽出。 (2)対象者に電話にて受診動向。 未受診であり、医師より紹介状をもらっていない人には、市から連絡票や医療機関一覧表を送付して受診動向。 (3)文書送付後3か月後に医療機関から返信・報告がない場合、レセプトにて受診状況を確認。 (4)レセプト確認後、未受診者には再度電話にて受診動向を実施。	受診動向はレセプトで受診確認をし、受診につながった割合を算出。保健指導6か月終了後は、かかりつけ医にて特定健診検査値を開き取り評価していく。
8	野田市	KDBシステムにより、以下に該当する者を抽出 ・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HbA1c 7.0%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）	・受診動向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、受診動向の通知を実施する旨、各医療機関に周知する。	・地域の実情に応じて、受診動向のみを実施（動向対象者の数値等に疑念が生じた場合に保健師に相談を実施）	・検査結果とレセプト情報（国保連合会から送付されるCSVデータ）を活用し、被保険者の全体像を把握したうえで、事業対象者を抽出し、受診動向通知を郵送する。 ・レセプトにて受診状況を把握（通知送付月から3か月程度）受診のない者については、保健師又は管理栄養士が電話又は訪問により受診動向を実施する。	—
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	被保険者の特定健診結果とレセプト、KDB等により、全体像の把握をし事業対象者を抽出する。 ・今年度対象者には、受診動向および保健指導の案内を通知する。保健指導実施者には、引き続き面談と血液検査を実施し、受診動向等を行っている。 ・過年度対象者には、レセプトや電話確認で受診状況を確認し、未受診者には血液検査と保健指導の案内通知を行っている。	アウトカム指標を用いて事業評価をしている。 ・今年度対象者には、受診動向および保健指導の案内を通知する。保健指導実施者には、引き続き面談と血液検査を実施し、受診動向等を行っている。 ・過年度対象者には、レセプトや電話確認で受診状況を確認し、未受診者には血液検査と保健指導の案内通知を行っている。

令和元年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名	対象者の抽出基準 評価指標①	かかりつけ医との連携 評価指標②	専門職の名称 評価指標③	全体像の把握・受診勧奨 評価指標④	事業評価 評価指標⑤
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HbA1c 6.5%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する。但し特定保健指導対象者、個別健診受診者は除外する。	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する。	保健師、栄養士が実施する。	健診結果やレセプトデータ、KDBデータ等によりハイリスク者等の全体像を把握したうえで、事業対象者を抽出している。対象者には文書の送付により受診勧奨を行うが、レセプトにより受診をしていない者を確認し、電話や訪問等により再勧奨を行っている。	医療機関受診につながった人の人数等の指標により評価を行う。また、対象者の検査値(体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等)の改善率については、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2018年度の対象者について評価を行う。
11	成田市	HbA1c 6.5%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い体制を構築している	保健師又は管理栄養士	・平成30年度の特健康診受診結果から、受診勧奨対象者となった者で、レセプトデータから受診状況を把握する。対象者の抽出はKDBシステムより行う。 ①HbA1c 6.5%以上のうち中断者・未受診者のうち、空腹時血糖が126mg/dl以上で尿蛋白が陽性の者については個別に電話または訪問にて受診勧奨を行う。(対象者3人) ②HbA1c 6.5%以上のうち中断者・未受診者のうち、空腹時血糖が126mg/dl以上で尿蛋白が陰性の者および空腹時血糖が126mg/dl以下で、尿蛋白が陽性の者については保健指導及び受診勧奨として、保健指導案内文と糖尿病に関する文書を発送する。(対象者17人) ③HbA1c 6.5%以上のうち中断者・未受診者のうち、空腹時血糖が126mg/dl以下で尿蛋白が陰性の者について受診勧奨案内文と糖尿病に関する文書を発送する。(対象者33人) ④①②③の対象者については管理栄養士の電話による受診勧奨を行い、③については保健師により電話受診勧奨および、聞き取り内容から必要時保健指導への参加を勧奨する。 ・治療中の方で、保健指導が必要な者については、医療機関から紹介。 ・保健指導の評価は血液検査を実施。 ・受診勧奨のみの対象者に対しては、通知発送後3か月後にレセプトにて受診確認を行い、未受診の場合には電話等により再度受診勧奨。 ・かかりつけ医との連携については、糖尿病連携手帳に指導内容や血液検査結果を記載。	アウトカム指標は受診勧奨対象者の受診率について、また健康意識の向上について事業評価を行う。 ・受診勧奨対象者については、受診確認および再受診勧奨または勧奨後の特定健康診査受診状況等から確認を行う。 ・保健指導受講者については、血液検査の実施により前後のHbA1cにて評価を行う。また、受診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HbA1c 6.5%以上 腎臓の指標: 尿蛋白以上 優先順位 ①未治療の方 ②治療を中断している方	・医師会には、健診説明会にて事業内容を説明。 ・事業の結果については、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。 ・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。	保健師または管理栄養士が保健指導を実施する。	全体像の把握 ①データヘルズ計画策定時及び毎年の事業評価に併せ、KDBデータ、レセプト、健診データをもとに把握【受診勧奨】 ①令和1年度特定健康診査受診者+HbA1cが8%以上の者 ②平成29年度以前の健診受診歴あり+HbA1cが6.5%以上もしくは空腹時血糖が126mg/dl以上+内科・調剤のレセプトの内容に糖尿病の検査や内服薬の処方がないもの ③未受診者+医療・調剤レセプトに糖尿病の診断名、内服薬がある人+平成30年度中に内科・調剤レセプトがない者 ①については原則家庭訪問又は個人面接で指導及び受診勧奨を実施する。 家庭訪問を拒否の場合は、電話、手紙での勧奨を行う。 1か月後の受診については電話で確認する。受診をしていない場合は、電話で再度受診勧奨する。(連絡が取れない人は手紙で勧奨する) ②及び③については、特定健康診査の受診勧奨対象とし、令和1年度の健診受診を促す。 ①については健康増進課、②及び③については健康保険課で実施)	【アウトプット】 ①の対象者について、訪問または面接で指導する者の割合を60%とする。 【アウトカム】 対象者の行動変容 ①の対象者のうち、未治療者(糖尿病でも腎臓病でも医療受診したことがない人)の医療受診の割合 ②の対象者(既に腎臓専門医を受診している人を除く)のうち、腎臓病の専門医を受診した人の割合 ※検査数値については、受診者もしくは糖尿病連携手帳で把握
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HbA1c 6.5%以上の者(※HbA1c 6.5~7.9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。) 【運動教室】(からだ元気塾) ・糖尿病治療者で医療機関から紹介のあった者 ・特定健康診査でHbA1cが基準5.6%以上の者。 【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。)	【運動教室】医療機関へ事業内容について情報提供し、糖尿病患者で運動を実施した方がよい者の紹介を依頼。	【医療機関受診勧奨、腎保健指導】 保健師、管理栄養士、看護師 【運動教室】 保健師、管理栄養士、看護師、健康運動指導士、歯科衛生士	【医療機関受診勧奨】 健診結果やレセプトデータ、KDBデータ等により全体像を把握したうえで、①の医療機関受診勧奨のうち未治療者、治療中断者、治療中の者に対して個別に電話により受診勧奨を実施している。その後、3か月にレセプトを確認し、受診のない者は電話や訪問で再受診勧奨を行う。 【運動教室】 ・からだ元気塾として、週1回6か月の筋力トレーニングや有酸素運動を併せて、個別の栄養相談、糖尿病や食事、歯科についての学習会を実施。	【医療機関受診勧奨】 ・受診勧奨実施率 ・医療機関受診率 【運動教室】 ・教室前後の体力テスト結果、体重、BMI、血圧、糖代謝、脂質の血液データ、eGFR、推算塩分量の評価
14	匝瑺市	千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムフロー図3に基づき対象者を抽出。 75歳未満で、医療機関の検査で、尿蛋白(±)以上、eGFR60ml/分/1.73m ² 未満、尿アルブミン(微量アルブミン30mg/g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、匝瑺市総合健康診査専門委員会特定健診部会出席医師に対象者の選出及び助言を得ている。 プログラム実施にあたり、医師の指示に基づき、保健指導を実施。糖尿病連携手帳を用いて連携を図っている。 事業の実施にあたり、医師会に事業の内容を説明している。	保健師、管理栄養士	・KDBシステムを活用し、レセプト、健診等の情報から全体像を把握している。 ①糖尿病性腎症重症化予防事業対象者への取組み ・千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムフロー図3に基づき抽出した対象者に対し、月1回、保健師又は栄養士が電話や訪問で受診勧奨を行っている。受診及び検査結果については、レセプトと糖尿病連携手帳において確認している。検査結果については、表に記録し経過を把握している。 ②特定健康診査受診者への取組み ・HbA1c 6.5%以上の者に対し、診察結果を送付し受診勧奨を行うとともに、診察結果の返信にて、診察結果について把握を行っている。診察結果の返信が無い場合は、電話等で受診状況について確認し、受診していない場合は、再勧奨を実施している。 ・HbA1c 6.5%以上の者に対して、保健師が訪問し受診勧奨を行うとともに、診察結果を送付し受診結果の把握を行っている。診察結果の返信が無い場合は、電話等で受診状況について確認し、受診していない場合は、再勧奨を実施している。 ・再勧奨後に、診察結果の返信が無い場合は、レセプトの確認を行っている。 ・医師から返信のあった診察結果にて、保健指導の指示のあった者に対して、保健師又は栄養士が保健指導を実施している。 ・HbA1c 5.6以上、30歳~69歳以下の糖尿病の未治療者に対して、保健師又は栄養士が面接にて保健指導を実施している。	医療機関での血液検査、尿検査の結果等の確認と、行動変容について評価。
15	旭市	●当該年度の旭市特定健康診査結果が生活習慣病未治療者でHbA1c 6.5%以上かつ尿蛋白(±)以上またはeGFR60未満(70歳以上は50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 ●当該年度の旭市特定健康診査結果が生活習慣病治療中でHbA1c 10.0%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に紹介 ●前年度の旭市特定健康診査結果がHbA1c 6.5%以上でeGFR低下率より今後5年~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に紹介 ●糖尿病治療中で、腎機能が低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断した者 ●その他、関係機関等から糖尿病治療中断が判明し、管理不十分等の連絡があった者	対象者が受診する際、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、受診する。 「精密検査受診の指示書」と糖尿病連携手帳に受診内容や検査結果を記入していただき、保健指導に用いる。必要時、保健師・栄養士からかかりつけ医に相談等を行う。	市の保健師・栄養士が保健指導を実施する。	市全体の新規人工透析者の原因疾患や、KDBから被保険者全体の糖尿病と診断された受診者の合併症等を分析し、糖尿病と糖尿病性腎症を含む合併症発症者が増えている状況を踏まえ、健診結果から対象者を抽出し、KDBから被保険者のレセプト内容から、受診月と医療機関や薬品・診断名・薬剤名などを把握している。抽出された対象者へは、全数訪問にて受診勧奨と保健指導を実施している。受診勧奨時に精密検査受診の指示書を発行する。未受診者へは電話や再訪問にて再度、受診勧奨を実施している。	7/74:医療機関受診率、糖尿病専門外来受診率、検査値が改善した人の割合 ※検査値: HbA1c、尿蛋白(または尿アルブミン)またはeGFRで把握できた結果で評価する。
16	習志野市	【DM】特定健診を受診した40歳~74歳の人のうち、次の①~③に該当する人。(特定保健指導対象者を除く) ① 40~64歳 HbA1c (NGSP値)が6.0%~6.8%かつLDLコレステロール120以上 糖尿病の薬物治療なし ② 40~64歳 HbA1c 6.9以上 ③ 65~74歳 HbA1c 6.5以上かつ(A) (B) いずれかを満たす人 (A) 尿蛋白(±)以上 (B) eGFR60未満(70歳以上はeGFR50未満) 【CKD】特定健康診査等の結果、以下の(A)もしくは(B)の選定条件に該当する者。 (A) eGFR60未満 かつ 尿蛋白(2+)以上 (B) eGFR45未満	【DM】抽出した対象者に介入を行うにあたり、かかりつけ医に情報提供し、健康相談実施の可否の判定とともに、指導に当たっての注意点等の助言を得ている。 【CKD】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。	【DM】保健師、管理栄養士 【CKD】保健師、看護師	健診結果やレセプト情報、KDBデータ等により、被保険者全数をベースに、ハイリスク者等の全体像を把握した上で、事業対象者を抽出している。 対象者には文書の送付・電話・面接により受診勧奨を行うが、3か月後までにレセプトにて受診の確認できない者については、電話・面接にて再度状況把握と受診勧奨を実施している。	アウトプット評価にてそれぞれ保健指導の実施率を評価するとともに、アウトカム指標により保健指導実施後のHbA1cの維持・改善率の評価を実施している。また、eGFR、尿蛋白についても検査結果を確認し、経過を追って評価をしている。 例えば平成30年の事業開始時HbA1c 9.4%、eGFR 32.7、尿蛋白2+から事業終了後HbA1c 8%、eGFR 33.6と数値が改善し、減薬となった対象者もあり、重症化予防を図ることができたことと評価した。

令和元年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名	対象者の抽出基準 評価指標①	かかりつけ医との連携 評価指標②	専門職の名称 評価指標③	全体像の把握・受診動向 評価指標④	事業評価 評価指標⑤
17	柏市	平成30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/1.73m未満の者(70歳以上はeGFR50ml/分/1.73m未満の者) ③1年間のeGFR低下率がeGFR5ml/分/1.73m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 ①1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糖尿病予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっていない者	事業実施にあたり、事業内容について柏市医師会と実施する「柏市特定健診等保健事業説明会」にて、当該事業に関する説明を実施した。また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、助言を受けている。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る。 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することとする。「かかりつけ医との連携」の具体策は、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うものとする。	医師 保健師 管理栄養士 理学療法士 臨床検査技師 糖尿病看護認定看護師 千葉県糖尿病看護指導士	KDBデータを活用し、以下の区分にて対象者を抽出し全体像を把握している。 (1)健診受診者+レセプト有 …糖尿病性腎症+受診者…① (2)健診受診者+レセプト無 …糖尿病性腎症+受診者…② (3)健診未受診+レセプト有 …糖尿病性腎症…③ (4)健診未受診+レセプト無 …糖尿病性腎症…④ ⑤過去に治療者、現在治療中断者…⑤ ②・④の該当者に対し、受診動向通知を送付し、6か月後までにレセプトで受診が確認できないものに対し、電話等により専門職から受診動向を実施 ③健診未受診者へは、電話等により再受診動向を送付 ⑤健診未受診者を行い、健診結果により受診動向通知の送付による受診動向を実施する。	6か月間の集団指導と個別面談による保健指導とし、プログラム開始前後に血液・尿検査等を実施し、客観的なデータを用いて評価を実施する。 アウトカム指標 (1)短期的指標(保健指導前、プログラム終了後) ①対象者の検査値の改善率(体重、BMI、血圧、空腹時血糖値、HbA1c、血清クレアチニン、eGFR、尿蛋白、尿中アルブミン、中性脂肪、LDL・HDLコレステロール) ②生活習慣改善の意欲、OOL、行動変容(生活習慣、運動習慣、禁煙、減酒等) ③保健指導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 (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率(①①と同一項目) ②参加者の特定健診結果の改善率 ③受診、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)…レセプトによる受診状況、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/1.73m未満(70歳以上: eGFR50ml/分/1.73m未満 イ. eGFR60ml/分/1.73m以上(70歳以上: eGFR50ml/分/1.73m以上) であっても、eGFR低下5ml/分/1.73m/年、または、eGFRの低下率25%/年以上	夷隅地域圏連携推進協議会(令和元年7月25日)において、市より、医師会等と今年度の重症化予防の取組みを情報提供する。また必要時、県を通じて、糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会に取組状況を提出する予定である。	保健指導は、保健師・管理栄養士・看護師が実施する(第2期データヘルス計画個別保健事業計画を参照)	健診結果やレセプトデータ、KDBデータ等によりハイリスク者等の全体像を把握したうえで、事業対象者を抽出している。対象者には、個別面談や電話等により受診動向を行う。受診動向後、レセプトにより受診していない者を確認し、電話や訪問等により再動向を行っている。	腎不全予防対策事業対象者には、結果説明による個別面談実施後6ヶ月後に尿検査を実施し、推定値分取量の検査を実施し、評価を行う予定。また、次年度の特定健診結果において、HbA1cやeGFRの変化を確認する。(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	ア【保健指導対象者】 a: 空腹時血糖値126mg/dl(随時血糖値200mg/dl)以上またはHbA1c6.5%以上 b: 尿蛋白(±)以上 c: eGFR(以下単位はml/分/1.73m)60未満、但し70~74歳はeGFR50未満 aかつb、またはaかつcであり、定期通院中で医療機関の協力を得られる者 イ【受診動向対象者】 HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白(±)、またはHbA1c6.5%以上かつeGFR45以上60未満(70~74歳は45以上60未満)かつ尿蛋白(-)であり、いずれも糖尿病の薬物治療をしていない者	・市原市国民健康保険健康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、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行っている。 ・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	健診結果のみならず、レセプトデータに基づく分析により、被保険者の全体像を把握し、事業対象者を抽出している。 その上で、対象者の抽出基準に基づき、ア【保健指導対象者】については、全ての対象者のレセプトにより定期通院中であることを確認済み通知をする。イ【受診動向対象者】については、全ての対象者に、文書に糖尿病協力医療機関一覧及び返信用の受診動向結果を添付し、受診動向通知を11月~3月に送付する。通知後は、受診動向結果の返信、電話、レセプト等で受診状況を確認し、受診が無い者には電話、家庭訪問等で受診動向を行う。	アウトカム指標 保健指導実施率10%、電話動向実施率70% アウトカム 生活習慣改善率70%、検査値改善率(eGFR・HbA1c・尿アルブミンの数値で判断)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、診療情報報告書により検査値を確認し、実施前後で評価する。
20	流山市	①40~50歳代のHbA1cの数値が8.0%以上または ②40~50歳代のHbA1cの数値が6.5%以上かつeGFR60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対策検討会を設置。当該検討会の中で、かかりつけ医との連携体制構築に向けた議論を行い、体制導入に向けた準備を行っている。	保健師による家庭訪問を実施する。	—	前記①~②の対象者のHbA1cの数値について、8.0%から7.0%以下に改善しているかどうか、前記①~②の対象者がHbA1cの数値について、6.5%から6.4%以下に改善し、eGFR、尿蛋白等の検査結果が改善しているかどうか、 ①②の対象者がかかりつけ医に継続的につながっているかどうか、次年度の健診結果とレセプトで受診の有無を確認して評価する。
21	八千代市	以下のいずれかに該当 1 空腹時血糖 126mg/dl以上(随時血糖 200mg/dl以上) 2 HbA1c 6.5%以上 3 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) 4 腎機能が低下していること(尿蛋白(+)以上またはeGFR60ml/分/1.73m未満)	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。 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もらう。 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をする。	管理栄養士、保健師	被保険者の健診情報・レセプトの請求情報(薬剤や疾患名)・KDBシステムを活用し、被保険者の疾病構造や健康課題等の課題分析を行った上で「被保険者数」「特定健診者数」「特定健診未受診者数」「ハイリスク者(糖尿病かつ腎機能が低下している者)数」「事業対象者数」を把握。 方法: ①別紙受診動向通知を超えた異常値放置者に対し「糖尿病・心血管病の発症リスク」を記載した受診動向文書を送付。②糖尿病の治療中断者に対し、早期治療再開を促す受診動向文書を送付。 受診の有無の確認方法: 発送後2か月間の受診状況をKDBデータにより確認 未受診者への介入方法: 糖尿病性腎症第3期・4期に該当する対象者に電話による再受診動向を行うとともに、保健師による面談・電話による保健指導を実施する。	面談を2回行い、目標と計画を設定し、その後4回の電話支援を行い、最後に一度評価面談を行う。 プログラム参加後は、主治医の元で検査を受け、報告してもらい、参加前後のHbA1c、eGFR、尿蛋白等検査データの評価をする。
22	我孫子市	【保健指導対象者】 以下の条件を全て満たす者を対象とする。 ・平成29年度以降に健診受診歴があり糖尿病疑いがある ・糖尿病、がん治療中及び人工透析ではない ・平成30年度に糖尿病薬投薬歴がある 【受診動向対象者】 ①平成29年度以降の健診受診歴が無いが、平成29年度以前に糖尿病薬投薬歴がある ②平成29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する。 ・糖尿病、がん治療中及び人工透析ではない ・平成30年度に糖尿病薬投薬歴がない	・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。 ・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ている。 ・課題であった保健指導への参加者を増やす方法等について、医師会担当理事の先生方と協議を行った。 ・参加者がかかりつけ医から推薦していただく方法について検討し、来年度からの実施を目標に準備を進め、今後協議していくこととなった。	保健指導は保健師又は看護師が行っている。	健診結果及びレセプト情報(千葉県国保連合会から送付される実合OSVデータ等)を活用し、被保険者全数をベースに対象者を抽出している。 また、対象者全数に受診動向通知を送付し、通知発送後、保健師から重ねて電話による状況確認及び受診動向を行っている。	【アウトカム指標】 ・保健指導参加動向通知を対象者全員に発送したか ・受診動向通知を対象者全員に発送したか 【アウトカム指標】 ・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随時評価する) ・受診動向による受診再開率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動向判定値(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報告として、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「検査結果のお知らせ」、並びに「診察についてのお問い合わせ結果報告書」を送付し、かかりつけ医との情報連携を図っている。 ・安房医師会と連携し、健診に携わる医療機関・医師に健診実施方法や要精密検査の者の診察結果報告書や市の取組等を説明し、必要に応じて助言をいただいている。	保健師・管理栄養士	・第2期データヘルス計画作成にあたって、KDBデータを活用しレセプトを用いて医療費分析等を実施し、被保険者の全体像を把握している。 ・①の対象者の保健指導にあたり、必要に応じてKDBを用い、レセプト情報等を活用している。 ・①の対象者を全て含む受診動向判定値(要精密検査)の者には、「検査結果のお知らせ」(「診察についてのお問い合わせ結果報告書」)を併せて、精密検査の受診を促している。 ・受診後、医療機関から送付される「診察結果報告書」にて受診状況を把握している。①の対象者で受診がない者には、電話等で再動向している。	・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。 ・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. 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、HbA1c6.5以上7.0未満 (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している。 ②医師会の担当理事と事前協議し、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回報告書を送付する。	①保健師、管理栄養士 ②保健師、看護師、管理栄養士	KDBデータから被保険者の全体像を把握した上で、健診結果と、レセプトデータ等から事業対象者を抽出している。 ①全対象者に郵送にて健診結果の情報提供と受診動向を、その後レセプトで受診の有無を確認し、受診が無い場合は電話・訪問による受診動向を実施している。 ②糖尿病性腎症重症化予防事業対象者は、KDBシステムより、前年の特定健診結果及びレセプトの請求情報から、2型糖尿病の治療者で、検査数値が基準値である者を抽出し、案内通知を送付している。また、特定健診未受診者においても、指導が必要な糖尿病性腎症患者がいることから、市医師会に、特定健診未受診者においても、指導が必要な糖尿病性腎症患者がいる場合は、事業の紹介を依頼し、指導を実施している。	①においては、数値の評価はないが、その後の受診状況を把握している。 ②において、対象者の体重、BMI、HbA1c、eGFRについて実施前後で評価を行う。
25	君津市	①糖尿病性腎症重症化予防事業 特定健診受診結果において、HbA1c6.5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腎臓病地域連携バス 特定健診受診結果において、HbA1c6.5以上の者、尿たんぱく2+以上、eGFR45~59かつ尿たんぱく+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、了承を得ている。 ②糖尿病性腎症を含めた、慢性腎臓病予防を目的として、CKD予防連携委員会(かかりつけ医・専門医・行政)を管内4市で立ち上げ、委員会を開催し、かかりつけ医と専門医の助言のもと連携バスを作成した。	面接・訪問指導においては、保健師・管理栄養士	健診データ及びレセプト情報、KDBデータを活用し、被保険者の全体像を把握している。さらに研究班から提供された対象者把握シートも活用し、手引きに準じて被保険者の全体像も把握している。 この上で、データヘルス計画での分析結果や課題の優先度を踏まえ、対象者をセレクトしている。 対象者全員に文書送付にて受診動向を実施。受診動向通知は面接相談案内も兼ねており、面接につながった者については、更なる受診動向や受診確認を実施。必要者に対しては保健指導も実施している。面接につながらなかった者については、訪問にて受診動向および受診確認を実施している。 糖尿病未治療者については、一般の重症化予防事業及びCKD(腎臓病地域連携バス)においても対応している。	①通知により来所した者に対しては、面談による保健指導を実施。その際すでに受診をし、HbA1c、eGFR等について、把握できれば検査結果にて評価し、把握できない者は次年度の健診結果にて評価する。
26	富津市	当該年度糖尿病未治療者でHbA1c7%以上、治療中で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(2019年度は1月24日)。受診動向、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、保健指導を実施している。 また、2019年度から君津木更津医師会、君津中央病院糖尿病専門医との協議にて、管内(当市と木更津市、君津市、袖ヶ浦市)での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の運用を開始した。	保健師、管理栄養士による	健診結果、KDBやレセプトを活用し、被保険者の全体像を把握した上で、糖尿病未治療者と治療中断者を抽出し、健診受診動向を実施した。ここで把握した事業対象者に加えて、糖尿病管理台帳により過去のデータから、令和元年度健診受診者からも事業対象者を抽出した。 上記で抽出した全ての対象者に、地区担当保健師等が面接、訪問を基本に、会えなかった場合には、電話や文書にて医療受診動向を実施。また、健診受診者は、確実な受診につなげるための管内腎臓病地域連携バスを活用した(2019年度から運用)。 糖尿病未治療者、治療中断者については、訪問にて受診動向および受診確認を実施している。未受診の場合には、更に面接(訪問等)を実施し、会えない場合は電話や文書で再動向している。 さらに、新たに把握した対象者は糖尿病管理台帳に加え、次年度以降も継続した受診の把握に活用している。	①で抽出した対象者には、地区担当保健師等が面接、訪問を基本に保健指導を実施している。定期的な検査をしている場合には健診後の検査結果を確認し、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営的に記録し評価している。
27	浦安市	平成30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。	医師会との協議の場で対象者の基準や事業内容の共有。また、糖尿病性腎症重症化予防の医師会の担当医、糖尿病専門医と事業の方向性等について検討。 かかりつけ医との連携については、糖尿病連携手帳にて、通院時の検査結果や眼底検査の結果等を共有し、保健指導内容を記載している。	保健師・管理栄養士	—	事業評価方法 【未受診・治療中断】 受診動向の保健指導後、レセプトにて受診状況を確認 【血糖コントロール不良】 保健指導を実施し、介入前後のHbA1cの値の比較を実施

令和元年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名 保険者努力支援制度	対象者の抽出基準 評価指標①	かかりつけ医との連携 評価指標②	専門職の名称 評価指標③	全体像の把握・受診動員 評価指標④	事業評価 評価指標⑤
28	四街道市	前年度の特定健診結果でHbA1c 6.5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与する医療機関（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を行った。	保健師、栄養士、看護師（業者委託）	2019年度より実施予定。 対象者の抽出を委託により実施予定。内容は特定健康診査及びレセプトデータから、「医療機関受診動員対象者（生活習慣病投薬レセプトがなく、特定健康診査結果が受診動員判定値を超える。）」、「糖尿病性腎症重症化予防医療受診動員対象者（「糖」に関するレセプトがなく、特定健康診査結果のHbA1cが6.5以上。）」、「健診未受診かつ治療中の者（生活習慣病投薬レセプトがあり、現在治療中。）」、「治療中断者（過去に生活習慣病投薬レセプトがあり、現在治療を中断している。）」、「生活習慣病状態不明者（生活習慣病投薬レセプトがなく、特定健康診査も受診していない。）」等を分類する。 受診動員を健康増進課職員が通知等にて行い、その後のレセプトを確認してもなお、受診が確認できないものは再度の動員を健康増進課職員が電話等にて行う。	【アウトカム】 1.新規人工透析移行者数：11名以下 2.（1）受診動員 ①受診動員を行った者の内、医療受診へつなげた者：52% ②受診動員を行った者の内、翌年の特定健診受診へつなげた者：52% （2）保健指導 ①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）：80% ②保健指導を行った者の内、翌年の特定健診受診へつなげた者：80%
29	酒々井町	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以下①および、②または③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空腹時血糖値126mg/dl以上またはHbA1c 6.5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）eGFR80ml/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	・酒々井町三師会医師会が事業内容について情報提供 ・個々の取組みについて、糖尿病連携手帳を通してかかりつけ医に情報提供	保健師	対象者には特定健診の結果票に受診動員通知を同封し、その後KDBにて受診確認を行う。未受診の場合、電話・訪問等により再動員を行う。	医療機関での検査結果または翌年度の健診結果（体重・BMI・BSまたはHbA1c、eGFR、尿蛋白）の改善率
30	八街市	抽出基準は、千葉県版プログラムと同様とし、該当した者のうちセレクトして試行的に実施。	・糖尿病重症化予防について医師会に説明。 ・必要に応じて医師会やかかりつけ医と連絡や連携をとる予定。	保健師、管理栄養士	KDBデータを活用し、全体像を把握しているため、実施に向け、試行的に受診動員等を実施する予定。	—
31	富里市	【抽出基準】 健診結果やKDBデータから下記の条件に該当する医療機関未受診者（受診中断者も含む）を把握し、保健指導対象者を絞り込む。 対象者については、HbA1cの高い順に優先順位を決めて、保健師及び管理栄養士が訪問等により保健指導（特に専門医療機関への受診動員）を実施する。 ・HbA1c 6.5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） ・HbA1c 8.0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）	かかりつけ医からの指示に従い保健指導を実施する。定期的に指導状況や事業内容を報告する。年3回情報交換会（研修会等）を実施し、情報共有をはかる。 糖尿病連携手帳等を活用し、医療機関等と連携した保健指導を実施する。	保健指導については、保健師及び管理栄養士が実施している。	健診結果やKDBデータから、重症化予防対象者の全体像を把握する。全体像の把握は下記①～⑤により行う。 ①HbA1c 5.5以上かつ②～⑤に分類する。（ここでいう治療は、糖尿病の治療とする。） ②eGFR30未満 治療あり・なし ③eGFR30以上60未満かつ尿蛋白（±）以上 治療あり・なし ④eGFR30以上60未満かつ尿蛋白（±）以下 治療あり・なし ⑤eGFRや尿蛋白の数値なし 治療あり・なし ※治療の有無についてはレセプトから把握する。 抽出基準に該当するリストを作成し、対象者には、原則的に個別訪問による保健指導を実施する。なお、不在の場合は再訪問を実施する。対象者の訪問等が困難な場合は、市役所での健康相談（個別面談）や電話等による保健指導を実施する。保健指導を実施してから、概ね3か月後、6か月後のレセプト等を確認し、医療機関への受診が確認できない場合は、再度個別訪問等を実施する。	アウトプット、アウトカムの評価指標に基づき事業評価を実施する。 保健指導対象者の健診結果等により、検査数値の評価検証を実施する。 【アウトプット】 1.保健指導実施者数 対象者の8割以上 2.医療機関との情報交換会 年3回程度 【アウトカム】 1.保健指導対象者の医療機関受診率（概ね3か月後）30%以上 2.R1年度の健診結果と比較し次年度健診結果のHbA1c数値が改善した人の割合 対象者の2割以上 3.保健指導対象者の人工透析新規導入者数 0人
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「はい」と回答した尿蛋白（±）以上の者	特定健診の個別医療機関の健診が開始となったことから、市内の委託医療機関に事業概要の説明とあわせて対象者への受診動員案内等を渡すよう依頼。 また糖尿病連携手帳を市で配布した人が受診する場合、検査結果や指導事項等を記載の促しを依頼。それを確認した上で、生活・栄養指導をしていく旨を説明。	保健師、管理栄養士	データヘルズ計画策定時にKDBデータを活用しレセプトを用いて医療費分析等を実施し、被保険者の全体像を把握している。 それを踏まえ健診結果により動員対象者を抽出している。 対象者①及び②の医療機関未受診者に対し動員通知を健診結果と併せて送付している。その後、医療機関の受診結果報告書の送付がない場合はKDBシステムを活用し受診状況の確認や、保健師や管理栄養士により電話にて再動員と保健指導を実施している。 なお対象者のうちHbA1c 9.0%以上の対象者には、健診結果至急報告書を健診委託機関より健診受診1週以内にもらい対象者に電話にて状況確認後、郵送し早めの受診動員を行っている。	アウトプット、アウトカムの評価指標に基づき事業評価を実施する。 ○アウトプット評価 1.受診動員率 100% 2.保健指導実施率 ①対象者51%、②③の対象者60% ○アウトカム評価 1.介入者のうち、医療機関での検査値が改善した人の割合 ①の対象者20.5%、②の対象者38% 2.介入者のうち、次年度の特定健診の該当項目の数値が改善した人の割合 ①の対象者21%、②の対象者39% 3.国保継続加入者で人工透析に移行した人数 0人 4.医療機関受診率 ①の対象者59.4%、②の対象者49.4%
33	印西市	令和元年度特定健康診査受診者で、2型糖尿病未治療者であり、健診データから空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c 6.5%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。	・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する。	保健師・管理栄養士	—	評価内容 ・受診率（60%）、受診継続（60%）、生活習慣改善状況（50%）、翌年度健診結果（HbA1c、eGFR、尿蛋白等） ※翌年度健診結果については、事業の性質上、機能の低下を緩やかにすることを旨とするため、受診行動に結び付かなかった群と比較し評価する。
34	栄町	①糖尿病予備群：HbA1c 5.6%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、尿たんぱく（±）以上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動員を実施。医療機関の診断結果を町へ報告し、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	●KDBデータ、健診結果より全体像を把握 ●文書による受診動員実施。受診の際、医療機関に診断結果報告書提出するように対象者に依頼。 医療機関より診断結果報告書の提出がない対象者については、未受診の可能性が高いため、その後電話による受診動員実施。半年後、レセプトにて受診状況確認。 ・健診の結果、パニック値（HbA1c 8.0以上、eGFR30未満）の場合、委託医療機関より、1週間以内に結果が精査される。その後、担当者が、すぐに電話又は訪問にて、受診動員を実施。	●アウトプット ・支援率 ・プログラム参加率、実施率 ●アウトカム評価：支援者の支援前後の血液検査（HbA1c、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、eGFR、クレアチニン、GOT、GPT、γ-GTP）採検査（尿糖、尿たんぱく）の結果により評価する。
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型糖尿病未治療者のうち、当年度の健診データで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/1.73ml未満（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満）イ）eGFR80ml/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する。	地区医師会と協力して事業マニュアルを作成し、かかりつけ医と「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をするなど連携をしている。	保健師、管理栄養士	健診結果やレセプトデータ、KDBデータ等によりハイリスク者等の全体像を把握したうえで、事業対象者を抽出している。対象者には文書の送付により受診動員を行うが、レセプトにより受診をしていない者を確認し、電話や訪問等により再動員をしている。	保健指導を同意した者に対し、6ヶ月間の保健指導を実施する。初回面接は来庁にて実施し、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。
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で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）eGFR 60ml/分/1.73ml未満（70歳以上：eGFR 50ml/分/1.73ml未満） イ）eGFR 80ml/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。但し特定保健指導対象者、個別健診受診者は除外する。	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。管内医療機関と共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指導を実施。必要に応じて糖尿病連携手帳を用いて情報を共有する。	保健師、栄養士が実施	健診結果やレセプトデータ、KDBデータ等によりハイリスク者等の全体像を把握したうえで、事業対象者を抽出している。対象者には文書の送付により受診動員を行うが、レセプトにより受診をしていない者を確認し、電話や訪問等により再動員をしている。	6ヶ月間の保健指導実施後アウトカム指標を用いて事業評価する。その際対象者の検査データの変化は医療機関受診や次年度の検査結果で評価する。
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で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）eGFR 60ml/分/1.73ml未満（70歳以上：eGFR 50ml/分/1.73ml未満） イ）eGFR 80ml/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の低下率が25%以上	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。	保健師が指導に携わっている。	健診結果やレセプトデータ、KDBデータ等によりハイリスク者等の全体像を把握したうえで、事業対象者を抽出している。対象者には文書の送付により受診動員を行うが、レセプトにより受診をしていない者を確認し、電話や訪問等により再動員をしている。	アウトカム評価 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（医療機関未受診者数の内、受診動員を行った人数・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年～10年） ・レセプトによる受診状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）
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で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/1.73ml未満（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満） イ）eGFR80ml/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する。	対象者へ受診結果報告書を送付し受診動員を行い、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、連携して指導を行う。	レセプトデータ、KDBデータ、健診データ等から全体像を把握した上で、ハイリスク者等の事業対象者を抽出する。対象者には文書の送付等により受診動員を行う。レセプト等から受診状況が確認できない者には、電話や訪問により再動員を行う。	6ヶ月間の保健指導実施後、医療機関で実施した血液検査データ又は次年度の特定健診結果と比較し、数値の改善状況を評価する。

令和元年度 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	全体像の把握・受診動員	事業評価
		評価指標①	評価指標②	評価指標③	評価指標④	評価指標⑤
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/1.73m未満 (70歳以上: eGFR50ml/分/1.73m未満) イ. eGFR60ml/分/1.73m以上 (70歳以上: eGFR50ml/分/1.73m以上) であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73m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動員を行い、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対象者の情報を共有し、連携して指導を行う。	保健師、管理栄養士が実施する。	健診データが基準に該当する者のうち、レセプト情報により未治療者を抽出。また必要に応じて治療中断者等を抽出し受診動員を行う。 対象者へは受診結果報告書を送付して受診動員を行い、報告書の返信により受診の有無を確認する。受診結果報告書送付後、2か月経過しても報告書の返信がない場合には電話にて受診再動員を行い、その後も受診が確認できない場合には電話または訪問にて受診再動員を行う。受診拒否の場合においても、継続的な受診動員及び必要に応じて保健指導を行う。	【評価指標】 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、受診動員を行った人数・医療機関受診につながった人数) ・保健指導参加者の数・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)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) 【評価方法】 事業担当者、保健指導担当者により、評価を行う。 【評価時期】 ①令和2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HbA1c 6.5%以上であり、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/1.73m未満 (70歳以上: eGFR50ml/分/1.73m未満) イ. eGFR60ml/分/1.73m以上 (70歳以上: eGFR50ml/分/1.73m以上) であっても1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73m以上又は1年間のeGFRの低下率が25%以上	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していく。	保健師、管理栄養士	—	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	特定健診受診者の情報提供となった者のうち、HbA1c 6.5%以上で、尿たんぱくやeGFRの状況から、糖尿病性腎症重症化予防のアプローチが必要な者を対象とする。 ・糖尿病未受診、治療中断で、尿たんぱく(±)以上かつeGFR50未満の者 ・糖尿病未受診、治療中断で、尿たんぱく(±)以上でeGFR50以上で1年間の低下が5%以上の者等	・山武都市医師会大網ブロック会において、事業の説明および実施結果について報告している。 ・HbA1c 6.5%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と同封し、医師から受診結果の返信をいたしている。	糖尿病重症化予防セミナーは、保健師と管理栄養士が実施している。	—	アウトプット: ①セミナーの参加率②受診動員者への個別通知の割合 アウトカム: ①参加者のうちHbA1cが改善した者の割合②参加者のうちeGFR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受診動員し医療機関を受診した者の割合⑤セミナー受講翌年の透析導入者数 (大網白里市データヘルス計画より) 事業の前後で健診結果数値等を確認、評価している。
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(腎疾患治療中の者を除く) 推算塩分摂取量が12.0g以上で指導が必要な者(腎疾患治療中の者を除く) ③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	受診動員者へ指導後、指導内容を記載した主治医宛ての手紙を渡し、診察結果と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に従い、保健指導を実施している。	専門職名:保健師・管理栄養士・健康運動指導士	健診結果やレセプトデータ、KDBデータ等の分析を行い、被保険者の全体像を把握したうえで、重症化予防事業を実施している。 保健指導及び受診動員の対象者抽出にあたっては、KDBやレセプトを用いており、ハイリスク者等の全体像を把握している。 対象者には文書や相談等で受診動員を行うが、その後も医療機関の受診が確認できない者については、保健師が電話や訪問等で再動員を行っている。	○糖尿病予防教室 ストラクチャー: 指導者の稼働時間を確保 プロセス: 個別通知の効果(参加率) アウトプット: ①指導者数(全体) ②HbA1c 7.0以上の指導者数 ③受療者数 アウトカム: ①HbA1cの改善割合(翌年度の健診結果と比較) ②翌年の健診継続受診割合 ③受診動員者への医療機関受診割合 ○腎臓病予防個別相談 ストラクチャー: 医師会との連携・保健師、管理栄養士等との連携(事前打ち合わせ回数) プロセス: 従事者が共通の内容で指導を実施。検査結果や今後の見通しの理解度(指導後のアンケート実施) アウトプット: ①指導者数 ②人工透析移行ハイリスク者の指導者数 アウトカム: 指導者の新規人工透析導入者数
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、HbA1c 6.5%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HbA1c 7.0%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	健診データやレセプトデータ、KDBデータから被保険者の全体像を把握したうえで事業対象者を抽出している。その上で、①の対象基準に基づき、KDBにより、1の全ての対象者についてレセプトにより医療受診についての確認、2の治療中断者及び未治療者の抽出をする。受診動員の方法は、対象者全員に講演会・健康相談の案内と一緒に受診勧奨通知を送付するとともに、講演会参加者には当該時に、未受診者にはリスクに応じて訪問・電話の何れかでも受診動員を行う。受診の有無の確認方法は、個別相談・訪問・電話での聞き取り及び指導後3ヶ月程度でKDBによりレセプト情報を確認する。未受診者への介入方法は、リスクに応じて再度訪問・電話の何れかで再動員を行う。	当該年度中に、次のとおり事業評価を行う。 アウトプット指標: 講演会参加率、保健指導実施率、医療機関未受診者への受診再動員実施率 アウトカム指標: 受診勧奨後の医療機関受診率、再受診勧奨後の医療機関受診率、尿1日推算塩分摂取量の改善率(指導前後)、指導実施者の翌年健診結果改善率(eGFR、HbA1cの値)、HbA1c有見者(5.6%以上)の者の割合
44	神崎町	HbA1c 6.5%以上 レセプト分析結果で重症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は、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する。	保健師又は管理栄養士・栄養士	健診結果及びレセプトを用いた医療費分析結果により、ハイリスク者等の全体像を把握したうえで、重症化予防の対象者を抽出し、文書にて受診動員を行う。その後、レセプトにより受診状況を確認し、受診中断者や未受診者に対して、電話、訪問、面談等で再度受診動員等を行う。	次回の検査又は健診結果(HbA1c、eGFR、尿たんぱく等)により評価。また、レセプトにより受診状況や検査結果による検査数値が改善されていることを確認する。 アウトプット: 対象者の同意を得て実施率10%達成できるかどうか。 ・アウトカム: 保健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等のデータ改善み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A1c 6.5%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) ④eGFR15未満 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	重症化予防事業について保健福祉課・町内医師会・住民課(国保部局) 合同の連絡会議において説明し、実施に関するアドバイスを受けている。 個別の事例に関しては文書や健康手帳等を活用し電話や面談で処方内容や食事について指示を受け保健指導を実施。	保健指導には保健福祉課 保健師、管理栄養士が携わる	—	評価については翌年の特定健診の健診結果から、評価することになっているが、2018に事業対象になったものについてはまだ健診の受診が確認できていないが今後下記の指標でアウトプット評価を実施。 【市町村としての評価指標】 ○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抽出された方うちの事業参加に同意した人数割合 ③保健指導実施者の終了率 ④指導を受けた人の血液データの改善率 ○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糖検査・eGFR・クレアチニン検査の値の改善値の確認 ①-2指導を実施できなかった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	受診動員 ・令和元年度の特定健診の結果、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HbA1c 6.5%以上の者) 保健指導 ・令和元年度の特定健診の結果、空腹時血糖130以上又は随時血糖180以上又はHbA1c 7.0%以上の者かつ尿蛋白(+)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する。 また、個々の事例に関しては食事や処方等の確認を医師との面談、文書での依頼等で実施する予定である。	保健師・管理栄養士が実施する予定である。	—	次年度の特定健診の結果で評価する予定。 (受診動員) 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R1年度およびR2年度のHbA1c・eGFR・尿蛋白を比較する。
47	袖ケ浦市	袖ケ浦市国民健康保険 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くCKD連携バス対象者(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特定健診未受診者、糖尿病を含む生活習慣病等の治療中断者をKDBを活用し対象者を抽出し、優先度に応じた保健指導を実施	・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バスを活用し、かかりつけ医・専門医・行政が情報共有。	袖ケ浦市国民健康保険 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、 保健師、管理栄養士が 保健指導を実施。	KDBデータを活用し、被保険者の全体像を把握したうえで下記基準すべてに該当する者を事業対象者とする。 ①今年度の特定健診未受診者 ②過去のレセプトで糖尿病薬使用歴がある、もしくは過去3年間の健診でHbA1c 7.0%以上が確認されている。 ③過去12か月間のレセプトにおける糖尿病受診歴がない。(治療中断中)	健診結果、及びKDBにより評価 アウトプット指標: 事業対象者のうち受診動員や保健指導を実施した割合 アウトカム指標: 事業対象者の受診率、特定健診結果(HbA1c、eGFR、尿蛋白)
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 ・HbA1c 7.0以上で糖尿病未治療の方 ・専門医等が保健指導実施基準策定委員会糖尿病関連保健指導実施に同意した受診動員と判定されたものうちeGFR50未満で、かつ腎疾患未治療の方 ・医療機関から「糖尿病関連保健指導実施結果返信票」にて町へ保健指導の依頼があった方 に対し、保健師及び管理栄養士で訪問し、受診動員と保健指導を実施している。	・「糖尿病関連保健指導実施結果返信票」にて医療機関から町へ保健指導の依頼があった方に町が実施予定。	・管理栄養士と保健師により保健指導を実施。 ・かかりつけ医から具体的な内容の指示があった場合、その内容に応じて管理栄養士または保健師が保健指導を行う。	—	対象者のうち受診動員及び保健指導を実施した割合を事業実施後に評価する。また、対象者の受診に繋がった割合やHbA1cやeGFR等の検査結果は再訪問時や次年度の健診の検査データで確認し、事業全体の評価を行う。
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年間の健診にてHbA1c 6.5%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	受診動員を実施し、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う。	健康づくり部門の保健師	健診結果やレセプトデータ、KDBデータ等によりハイリスク者等の全体像を把握したうえで事業対象者を抽出している。 対象者には健康づくり部門の保健師と連携し、電話や訪問により受診動員を行う。 初回の受診動員後、レセプトやKDBシステム等により医療機関受療状況や健診受診状況を確認し、どちらも確認が取れなかった場合、電話もしくは訪問により再受診動員を行う。	—
50	南房総市	特定健診結果から、以下の者を抽出 ①白S 200mg/dl以上で糖尿病治療を受けていない者 ②HbA1c 6.0%以上で、糖尿病治療を受けていない者 ③HbA1c 6.5%以上かつ尿蛋白(±)以上で血圧・脂質・糖・腎疾患等の治療を受けていない者 ④eGFR45ml/dl/分/1.73m未満かつ尿蛋白(±)以上で血圧・脂質・糖・腎疾患等の治療を受けていない者	H30年度に市内の糖尿病専門医と連携し、糖尿病コントロール不良者に対し、モデル的に保健指導を実施。今年度は、本市内から糖尿病地域医療担当医を選出してもらえよう地区医師会に働きかけを行い、かかりつけ医と専門医等との連携強化を図る取り組みを推進していく。	保健師、管理栄養士	健診結果やKDBデータ等により全体像を把握している。 受診動員時に同封している「診察結果報告書」やレセプト等により医療機関受診状況を確認し、受診が確認できなかった場合、電話や訪問で再動員している。	平成30年度は事業対象者17人中16人の訪問を実施。受診に至った者は10人で約60%。その内、平成29年度から継続して受診動員した者5人のうち、3人が受診。特定健診結果を持参し訪問を実施する方法は効果があると判断し、今後も継続していく予定。HbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果については、今年度の特定健診データ等を確認し、実施前後の評価をしていく。

令和元年度 重症化予防の取組状況等

No.	保険者名	対象者の抽出基準 評価指標①	かかりつけ医との連携 評価指標②	専門職の名称 評価指標③	全体像の把握・受診勧奨 評価指標④	事業評価 評価指標⑤
51	鶴岡町	特定健診受診者のうち、次のいずれか ①空腹時血糖126以上又はHbA1c6.5%以上 ②尿たんぱく土以上又はeGFR60未満 ③血圧上140以上又は下90以上 ※糖尿病・腎疾患・高血圧治療中・中断者含む	対象者との面談等により本人の承諾を得たうえでかかりつけ医との情報交換を行う。	保健師、管理栄養士	全体像は、レセプト、KDB、健診等のデータで全体像を把握する。 健診の結果、要受診となった方の結果票に、受診行動が円滑に進行するように「診察のおねがい」を印字し、結果が医療機関からの返信されるシステムが運用されている。	集団指導（全4回）、個別指導（希望者）にて実施 アウトプットは参加率、個別目標達成率にて評価 アウトカムは尿中塩分測定、eGFRにて評価
52	いすみ市	HbA1cが7.0以上の者の内、未治療及び未受診の者で、かつ受診結果連絡票が未返信者。 eGFR60未満もしくは、尿蛋白（+）以上でCKD該当者で区分、G3a、G3bかつHbA1c6.5以上の者で、かつ受診結果連絡票が未返信者。	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、管理栄養士で訪問を実施する。	—	保健指導を受ける意志を示した者に対して、保健師等が訪問、電話を実施。その後の経過については翌年度の健診結果を確認する等調査を実施する。 平成30年度対象者については、令和元年度の健診結果にて評価を実施する。
53	山武市	・HbA1c7.0以上で糖尿病未治療者。 ・eGFRのH29とR1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。 ・山武市保健事業打合せ会で事業概要や実績の報告をしている。	保健師・栄養士	—	事業対象者のうち保健指導した割合、受診に繋がった割合を用いて事業評価している。 また、実施後の評価については、次年度特定健診結果のHbA1c・eGFRを確認し評価する予定である。
54	横芝光町	糖尿病性腎症重症化予防事業として次の者を対象としている。 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（土）以上又はeGFR60ml/分/1.73m未満（70歳以上は50ml/分/1.73m未満）、健診問診票又はレセプト情報で糖尿病受診歴なしの者 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（土）以上又はeGFR60ml/分/1.73m未満（70歳以上は50ml/分/1.73m未満）の者	昨年度の健診結果でHbA1c値7.0以上の者と健診時に面談した際に、主治医との連携について同意した者で、今年度対象となる者のうち希望者について連携手帳を用い、主治医と連絡を取る。 千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会を経由し、県及び都市医師会へ取組内容が情報提供される予定。	医師・保健師・管理栄養士・歯科衛生士で支援する。	第2期データヘルズ計画策定時に、KDBによりレセプト情報を活用し医療費分析等を行い、被保険者の全体像を把握している。 保健指導にあたり、必要に応じKDBによりレセプトデータ情報を活用している。 受診勧奨判定値（要精密検査）の者には、「健診結果のお知らせ」に「情報提供書」を同封し、精密検査の受診を促している。 受診後、医療機関から送付される「情報提供書」の返信により受診状況を確認し、受診が無い者に対し電話等で再勧奨している。	健診結果、レセプト情報からの受診状況により評価を行う。 アウトプット指標：個別指導者割合、情報提供書発行者受診者割合 アウトカム指標：健診受診者の新規遷移移行者数、対象者数（HbA1c、eGFR、尿蛋白）