

令和4年度高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における糖尿病性腎症重症化予防事業の取り組み内容について

資料1-3

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						第三者による支援
						連携先			連携内容			
						かかりつけ医	医師会	その他	情報提供	助言	実施協力	
1	船橋市	5圏域	190人	後期高齢者医療制度被保険者のうち、令和2年度健診及び令和3年度健診の結果でHbA1c8.0%かつ①尿蛋白+以上または②eGFR45未満の者 抽出後、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	【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。	○	○	○	○	○	○	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 船橋市CKD対策委員会 船橋市地域包括ケアシステム推進本部予防部会
2	館山市	5圏域	19人	令和4年度健診等のデータより①尿蛋白(+)以上でeGFR45未満または②尿蛋白(±)または尿蛋白(-)でeGFR30以下にあたる者を対象とする。 また上記①②に加え空腹時血糖およびHbA1cが受診勧奨値にある者を特に優先する。	【実施方法】 対象者に面接等により健診結果を返却する。 【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、食事調査により調理・栄養状態、運動習慣、社会的環境等を把握する。 【指導内容】 初回面接でのアセスメント結果および、3ヶ月後のレセプト情報より、医療受診の状況を確認し、目標の達成状況を評価する。必要に応じて、再度の医療の受診勧奨や栄養指導等に連携する。	○	○		○	○		医師会専門医
3	木更津市	2圏域	11人	令和4年度健診受診者のうち、HbA1c7.5%以上かつ尿蛋白±以上の80歳未満の者。	【実施方法】 通知文送付後に訪問指導を実施する。 【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、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する。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。	○	○			○		慢性腎臓病予防連携委員会
4	柏市	4圏域	4人	令和3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。 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委員会(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)の組み合わせおよびプログラム前後の血液検査、尿検査、計測(身長体重等)の組み合わせで行う。 【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、生活習慣質問票により食事、運動等生活習慣を把握するとともに、平成28年度「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発に関する研究(津下班)」で出されている事前アンケートを柏市独自に改訂し、事前、実施中、実施後の3回実施し、適宜アセスメント及び評価に用いる。 【指導内容】 ・個別の支援(保健指導)・・・上記アセスメント項目よりアセスメントし、糖尿病看護認定看護師による個別面談を実施。プログラム期間中の目標を設定し、2~3ヶ月後中間評価、実施最終回に目標の達成状況を個別面談にて評価する。 ・集団指導(健康教育)・・・医師による講座では疾患理解、検査データの見方、定期受診の重要性等について講義 管理栄養士、理学療法士からは、生活習慣について栄養、運動面から講義を実施 ・検査・計測・・・実施前後で血液検査・尿検査を行い、アセスメントおよび評価を行うとともに、参加者自ら疾患の意識付けを行う。また毎回計測(血圧、体重)を行い、体の変化を体感するとともに、計測の習慣化を図る。	○	○		○	○	○	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
5	勝浦市	1圏域	8人	2型糖尿病の診断を受けたことがない後期高齢者健診受診者のうち、HbA1c5.6%以上かつ次のいずれか ①尿蛋白(±)以上 ②ア:eGFR50ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満、イ:eGFR50ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上であっても、前年度と比較してeGFR低下5ml/分/1.73m <sup>2</sup> /年、または、eGFRの低下率25%/年以上	【実施方法】 1.初回面接案内文郵送 2.初回面接 ①後期高齢者健診結果の説明、糖尿病関連腎機能検査結果の説明②受診勧奨③運動教室の案内④3か月後評価で尿検査を実施することを伝える⑤連絡先を確認(記録表に記載) 3.受診状況の確認(3か月以降) 医療機関への診察結果報告書(本人より提出)およびKDBレセプト情報活用により、受診状況を確認し、未受診者には、電話・訪問にて再度受診勧奨を実施する 4.評価面接 保健師・管理栄養士が評価面接を実施する。推定塩分摂取量(尿検査)の実施。	○	○		○	○	○	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	その他	情報提供	助言	実施協力	
6	流山市	4圏域	36人	【1】2型糖尿病未治療のうち、当年度又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 ②eGFR50ml/1.73m <sup>2</sup> 未満 ③eGFR50ml/1.73m <sup>2</sup> 以上であっても、1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 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】 ・流山市（保健師、管理栄養士）又は保健指導委託医療機関が実施する。 ・6か月間で3～6回実施することとし、目標設定やかかりつけ医等医療機関の指示のもと食事・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、食事調査により調理・栄養状態等を把握する。	○	○		○	○	○	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
7	鎌ヶ谷市	6圏域	20人	R4年度後期高齢者健診受診者のうち、「HbA1c8.0%以上かつ尿たんぱく(+)以上」に該当した者。	【事業目標】 ・対象者が定期受診に結びつき、疾患の適正なコントロールができる。 ・基準該当者の出現率の減少。 【実施内容・方法】 ・後期高齢者健診受診者より対象者を抽出し、電話や訪問による受診勧奨及び保健指導を実施する。 ・初回支援として、対象者へ電話や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。 【事業実施スケジュール】 ・R4年8月 医師会と事業内容協議 ・R4年9月～R5年3月 対象者への事業実施 ・R5年3月 事業評価		○		○	○		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
8	君津市	2圏域	5人	・事業を実施する2圏域において、共通の課題である重症化予防（糖尿病性腎症・その他の生活習慣病）を実施。 ・対象者の抽出は、KDBの後期高齢者の健診情報を活用し、対象圏域別絞り込み条件を80歳未満に設定。 【糖尿病腎症】血糖の重症度レベルの高い未治療者、国の糖尿病腎症重症化予防事業追跡ケース	【目的】 健診結果から対象基準に該当した75～79歳までの者に対し、受診勧奨及び服薬・生活・食事指導の保健指導を実施することで、治療につなげ、生活習慣病の重症化予防に努める。 また、すでに重症化しており、要介護状態の者が見つかった場合は地域包括支援室と連携し適正なサービスへつなげていく。 【方法】 ①郵送：健診結果から対象者を抽出後、郵送にて受診勧奨を行う。 ②家庭訪問・健康相談会：面接により受診状況を確認する。未受診であれば再度受診勧奨を行う。 ③電話・訪問等：受診確認ができ、他に問題がなければ終了。相談があれば対応する。	○	○		○			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 君津市介護保険運営協議会・在宅ケア会議等
9	印西市	3圏域	4人	・令和3年度の健診結果より、HbA1c8.0%以上かつ尿蛋白(+)以上の者。 ※絞り込み基準：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。	○	○		○	○		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
10	富里市	3圏域	46人	後期高齢者健診診査の今年度健診結果より下記の対象者を抽出する。 【受診勧奨】 HbA1c7.0%以上かつ内服なし 【重症化予防】 HbA1c7.0%以上かつ内服あり（eGFR≤45ml/dlの方より順に参加の促しを実施）	【受診勧奨】 健診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】 対象者へ通知を実施し、「生活改善プログラム」への参加を募集する。希望のあった方や医療機関から紹介があった方を対象に、個別の保健指導を開始する。初回面接、3か月目・6か月目の面接及び評価を実施する。また、対象者のうちeGFR≤45ml/dlの方より順に電話等で参加を促す。（コロナの蔓延状況を考慮して実施する。）	○	○		○	○		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
11	香取市	3圏域	6人	令和3年度後期高齢者健康診査受診者のうち、高血圧・糖尿病・脂質代謝異常の未治療で、HbA1c7.0%以上かつeGFR60未満	【実施方法】 対象者に対して、3か月間に訪問等で、保健指導及び受診勧奨を実施する 【アセスメント項目】 生活や食事、医療受診状況等を把握し、改善点を明らかにする 【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、3ヶ月後に目標の達成状況を確認する 必要に応じて、医療の受診勧奨等を行う	○	○	○	○			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。

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	その他	情報提供	助言	実施協力	
12	栄町	1圏域	10人	R4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 R2年度に糖尿病（2型糖尿病）と判定されたレセプトが存在する。 ② ①かつR3年度及びR4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75歳から84歳  なお、KDBにて対象者抽出後、関係機関への介入状況等を確認し、最終対象者を確定する。	【実施方法】 対象者全員に、電話や訪問で健康状態の確認を行う。 確認内容によって、受診勧奨及び服薬・生活・食事指導の保健指導を実施する。	○	○	○	○	○		栄町健康づくり推進協議会
13	睦沢町	1圏域	10人	当年度健診受診者のうち、HbA1c6.4%以上で医療機関未治療の者のうち、数値の高い順に10名程度に限定。	【実施方法】 対象者1人につき、3ヶ月間に3回の面談指導を実施する。 【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、食事調査により調理・栄養状態等を把握する。 【指導内容】 初回面談でのアセスメント結果に応じて目標を設定し、3ヶ月後に目標の達成状況を評価する。必要に応じて、医療の受診勧奨を確認する。	○		○	○			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

※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。