

平成30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	受診勧奨	保健指導
1	千葉市	<p>○保健指導 アまたはイに該当する者 ア下記のすべてに該当 ①H24～29年度特定健診を3回以上受診している ②eGFRの5年後推計値が15未満 ③最終健診時のeGFRが45以上、かつHbA1cが5.6%以上 イH29年度特定健診の結果下記すべてに該当 ①空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上 ②eGFR30以上60未満 ③BMIが25%以上 ④70歳未満</p> <p>○受診勧奨 ア～エのすべてに該当する者 ア特定健診の結果「要医療」と判定（医師の判定上、特定保健指導対象者は除く） イ問診票の服薬項目すべてがなし ウ下記の①～⑥のいずれかに該当 エ確認時点から2か月前までのレセプトで検査・服薬が確認できない。 ①空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上、かつ収縮期血圧140mmHg又は拡張期血圧90mmHg以上、かつ中性脂肪300mg/dl以上又はLDLコレステロール140mg/dl以上 ②空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上 ③尿蛋白+以上 ④eGFR45ml/min/1.73m²未満 ⑤中性脂肪500mg/dl以上またはLDL-C180mg/dl以上 ⑥収縮期血圧160mg/dl以上または拡張期血圧100mg/dl以上</p>	<p>【保健指導】 ・対象者選定、実施方法、評価などは、医師会と協議の上、決定。 ・かかりつけ医へ個別に事業説明を行い、事業参加の同意を得る。 ・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。 【受診勧奨】 ・対象者選定、実施方法、評価などは、医師会と協議の上、決定。</p>	保健師、看護師	<p>1 特定健診の結果、血圧等が受診勧奨判定値であり要医療と判定されているが、その後の受療が確認できない者を対象に受療勧奨を行う。 2 特定健診の受診日から3か月、初回指導日から6か月経過時点のレセプトで受療の有無の確認を行い、専門職が電話、訪問等による受療勧奨及び保健指導を行う。</p>	<p>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容を把握する。</p>
2	銚子市	平成30年度 特定健診（集団）受診結果がヘモグロビンA1c6.5%以上かつ尿タンパク（±）以上の者または糖尿病治療自己中断者。	受診結果は医療機関からの結果連絡票からも把握。受診したにも関わらず結果連絡票の返送が確認できない場合は、医療機関に照会する。対象者が受診後の保健指導を希望した場合、かかりつけ医と随時連絡をとり、連携を図る。	保健師。必要に応じて管理栄養士または歯科衛生士。	結果説明会または個別相談で主治医あてに依頼書を発行し、受診勧奨を行う。来所困難な場合は、訪問または電話にて受診勧奨を行った上で、依頼書を郵送。受診の有無は、結果連絡票の返送状況で確認。年度末に結果連絡票未返送者については電話にて再受診勧奨を行う。	面接により、健診結果・糖尿病性腎症の病態・治療の必要性、食事や運動などの生活指導及び受診勧奨を行う。1か月後、結果連絡票の返送状況で受診結果を把握し、家庭訪問または面接、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をあわせて確認する。3か月、6か月後も同様の働きかけを行う。糖尿病連携手帳により、保健指導実施後の検査数値を把握し、評価していく。
3	市川市	特定健診の結果から、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勧奨が必要と思われる者。eGFR値を確認し、受診勧奨の優先順位付けや、保健指導の際に参考に行っている。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定。	CKD連携の会や特定健診検討委員会を通して医師会に事業内容の報告、相談をしている。現在は治療中のコントロール不良者への対応について検討している。また、「市川市糖尿病性腎症重症化予防プログラム啓発講演会」にて、市の糖尿病性腎症重症化予防事業について報告した。	管理栄養士、保健師	受診勧奨の通知発送後、概ね1週間後電話で受診状況を確認、受診勧奨をする。電話が繋がらない者に対しては状況確認のためのアンケートを送付し、文書にて受診勧奨を実施する。対象者の受診の有無の確認はレセプトデータにて実施し、レセプトにて受診が確認できない者に対し、再度電話勧奨を実施。電話が繋がらない者には通知文にて更に受診勧奨を実施している。	受診勧奨の電話時に食事、生活面でのアドバイスが受けられることを伝え、希望者には予約の上、個別面接を実施。面接に際して事前に食事に関する調査票を送付し、当日それを持参してもらうことで、本人の生活に合わせた指導を実施している。面接に来所することが困難な者については、訪問による指導も実施している。面接や訪問後も電話にて本人の受診状況や生活の改善状況について、適宜確認している。評価については、次年度の特定健診の結果の数値の改善をもって実施前後の評価としている。次年度の健診受診が確認できない者については健診受診勧奨の電話かけを実施。
4	船橋市	健診結果でHbA1c 7%以上かつ尿蛋白+以上等の腎機能低下が疑われる者に対し実施。	<p>・平成29年度から糖尿病連携手帳の活用を通し、かかりつけ医と対象者、対象者と保健指導実施者間でのデータ共有、医療・保健・対象者をつなぐ連携ツールとして手帳活用を位置づけしている。連携手帳に検査値・指示カロリーや生活指導の内容についての指示の記載を依頼し、その指示に基づき指導を実施している。</p> <p>・平成30年度 特定健診協力医療機関に対し、顔の見える関係を目指し医療機関訪問を実施。対象者に対し、必要に応じてかかりつけ医に相談連携も直接実施している。平成28年3月に発足した船橋市医師会CKD対策委員会においてもCKDおよび糖尿病重症化予防同様に、統一した連携システム推進や連携のあり方について勉強会等しながら協議を重ねている。</p>	保健師・管理栄養士・非常勤看護師が携わっている。	健診結果を踏まえ、受診勧奨が必要な者に対し、保健師・管理栄養士・非常勤看護師が訪問・電話・文書等で医療受診の有無を確認。受診していない者については早期に適正受診を促し、受診している者については受診結果と内服状況の有無を確認するとともに生活状況についても確認し保健指導を実施。受診勧奨実施後、受診の有無を再度電話やレセプト等で確認を行い、受診がない者について電話・文書等にて再度受診勧奨を実施する。	保健師・管理栄養士・非常勤看護師が電話や訪問等でプログラム内容を案内。同意した対象者全員に対し、直営で実施している運動教室への参加または電話等で毎月保健指導を実施。健診結果データと保健指導中・後でのHbA1c、eGFR、尿蛋白等で検査結果の数値を比較し、健康行動の変化と併せ取り組みの成果・評価を行う。数値の把握ができない場合には健康行動の変化や翌年の健診結果データにより評価を行う。
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療勧奨判定で、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 ² 未満 2) 過去に糖尿病薬使用歴あるも治療中断の者、または、H30年度特定健診未受診者（KDBデータより）。	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。	保健指導や受療勧奨については保健師が行っている。	受療勧奨を、①の抽出基準に基づく全ての対象者に対して、面談や文書の送付等により実施している。また、その後に医療機関での受療が確認できない者に対し、さらに面談等を実施する。	保健指導の受け入れに同意した全ての対象者に対して、面談等により保健指導を実施している。また、その後に医療機関や市の健診結果を確認し、評価する。

平成30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	受診勧奨	保健指導
6	木更津市	糖尿病管理台帳を作成し、次の基準に該当した者に保健指導を実施する。 対象者の抽出基準： 優先順位1）H29年度の特定健康診査受診者で、HbA1c7.0%以上の者のうち、糖尿病未治療または中断者で、以下の①または②のいずれかの者。 ①尿蛋白（±）以上 ②eGFR60未満（70歳以上はeGFR50未満） ③1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73m ² 以上 ④1年間のeGFR低下率が25%以上 優先順位2）H29年度の特定健康診査は未受診だが、過去に特定健康診査受診歴があるHbA1c7.0%以上の者のうち、糖尿病未治療者または中断者（腎機能低下なし）。 優先順位3）平成29年度特定健康診査受診者で、HbA1c7.0%以上の者のうち、糖尿病治療中だが、コントロールが不良の者（①HbA1c7.5%以上の者または、②前年度健診結果からHbA1c1.0%以上悪化した者）	対象者との関わりの中で、かかりつけ医の協力が得られる場合にはかかりつけ医の治療方針等を確認した上で保健指導を進める。必要時、腎や糖尿病専門医への紹介も検討する。また、平成29年度より、糖の視点も踏まえた慢性腎臓病予防の観点から、「慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会」において君津木更津医師会・富津市・君津市・袖ヶ浦市で連携し、CKD対策について協議を重ねている。	保健指導の実施については、対面を主に捉え、地区担当保健師と栄養士のチームを組み、連携して行う。	【介入方法】 ・未受診者については、早期の治療開始が望ましいため、早期に訪問による受診勧奨を行なう。 ・治療中断者についても、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最重要な対象者とされているため、早期に訪問による受診勧奨を行なう。 ・訪問しても面談できなかったものについては、不在票（共通様式）にて本人と連絡が取れるようアプローチする。対象者により、電話や手紙が望ましいと判断された場合はその限りでない。 【継続支援】 ・受診勧奨を実施後は、3ヵ月後にレセプトデータの確認を行ない、未受診の場合は訪問による再勧奨をする。 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。（再勧奨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）	・訪問による対面での保健指導を基本としている。 ・訪問にあたっては特定健康診査の過去10年間の経年結果表や対象者に合わせた資料を選定し、準備する。 ・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。 ・対象者の生活習慣を把握し、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なう。 ・お薬手帳や糖尿病連携手帳等を活用し、対象者の状況を確認しながら、保健指導に活用する。 ・対象者の希望があり、同意を得た上で、かかりつけ医の治療方針を確認しながら保健指導を実施する。また、必要時、腎や糖尿病専門医への紹介を検討する。 ・保健指導実施後はレセプトや次年度健診結果などを用いて効果判定を行なう。
7	松戸市	空腹時血糖126mg/dl以上、HbA1c6.5%以上を基本とし、服薬治療（血糖、血圧、脂質）の有無と糖尿病性腎症のリスク（尿蛋白＋、eGFR60ml/分/1.73m ² 未満+AH69満、70歳以上は50ml/分/1.73m ² 未満）保有の有無により、対象を4グループに分類して抽出。	「松戸市糖尿病対策推進ネットワーク会議」において医師会等から助言を受けると共に、かかりつけ医・専門医・保険者間での情報共有ルール・ツールの構築を図っている。	保健師、管理栄養士	※平成30年度下記のとおり実施（2回/年） (1)対象者に受診勧奨のための電話かけ（健診受診結果から随時） (2)レセプトの確認後、受診していない者、過去のレセプト履歴より、治療中断と思われる者へ再度文書にて受診勧奨。	※平成30年度抽出対象者のうち特定保健指導対象者には、保健師・管理栄養士による糖尿病重症化予防のための保健指導（面接）を優先して行い、併せて受診勧奨を行う。
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年間の健診にて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おける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、承認を受けた上で、上記対象者に、受診勧奨の通知を実施する旨、各医療機関に周知	地域の実情に応じて、受診勧奨のみを実施（勧奨対象者の数値等に疑義が生じた場合に保健師に相談を実施）	①対象者に、文書にて通知を送付。レセプトにて受診を確認し（通知発送月の翌月から3ヶ月程度）、受診のない者について、保健師又は管理栄養士が電話または訪問により受診勧奨を実施	—
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の人 ・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	対象者に糖尿病性腎症重症化予防の保健指導通知をし、面接等を実施。その後、KDBシステム（レセプト）にて受診状況を確認。未受診者に対しては、電話等で受診勧奨を行う予定。	保健指導同意者には、面接指導等を行い、指導の途中で、中間評価としてHbA1c、eGFR等を含む特定健診血液項目を実施し、その結果等を踏まえながら保健指導を継続予定。保健指導の前後の評価として、中間血液検査や次年度特定健診の結果にて改善状況を確認。あわせて、KDBシステムを利用して、受診継続の有無を確認していく。
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。	地区医師会と協力して事業マニュアルを作成し、かかりつけ医とは「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く。	保健師、栄養士が実施する。	①受診勧奨の方法：対象者に文書にて通知する。 ②対象者の受診の有無の確認方法、未受診者への介入方法：対象者に送付する「糖尿病性腎症重症化予防事業 受診結果報告書」の返信の有無で受診状況を確認する。「受診結果報告書」の返信のない者については電話にて受診状況を確認し、医療機関未受診の場合には受診勧奨を実施する。	保健指導を同意した者に対しては、6か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。医療機関にて血液検査を実施している場合には、そのデータを用いて指導前後比較をし、医療機関での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。
11	成田市	HbA1c6.5%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う体制を構築している	保健師又は管理栄養士	事業対象者の全てに対し、受診勧奨の通知又は電話による受診勧奨を実施している。 保健指導を実施している者については、指導の経過において受診を確認する。また、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う。その際に未受診の場合には電話等により再度受診勧奨を行う。	保健指導にあたっては、個別面談、電話支援を実施する。また、事業実施前後のHbA1cの値により評価をすることとしている。
12	佐倉市	空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上で尿蛋白（＋）以上の者 ※糖尿病性腎症Ⅲ期相当に該当する者	糖尿病連携手帳で情報共有を図る。 特定健診・肝炎部会で地区医師会へ事業について報告している。	保健師及び管理栄養士	①電話または手紙で連絡を取ったあと、面接、訪問、手紙で受診勧奨を行う ②受診がない場合は、電話で再勧奨を行う。	指導方法：訪問、面接、電話、手紙による指導を1～3か月に1回程度（ケースの状況に応じて）実施。 評価方法：市独自の問診票、評価シートを作成、シートに沿って評価を行う。 また、聞き取りまたは糖尿病連携手帳で検査結果を確認し評価を行う。
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HbA1c6.5以上の者（※HbA1c6.5～7.9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。） 【運動教室等】（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 ・特定健診受診者で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。）	医師会を通じてかかりつけ医に対して運動教室の周知を図り、該当者を紹介してもらう体制を構築している。	保健師、管理栄養士、看護師、健康運動指導士	個別面接で受診勧奨を実施し、11月にレセプト確認を行い、受診のない者には電話で再受診勧奨を行う。	【運動教室等】 ・からだ元気塾として、週1回9か月の筋力トレーニングや有酸素運動と併せて、個別の栄養相談や調理実習、糖尿病の学習会を実施 【評価】 ・指導前後の体力テスト結果やBMI、体組成、耐糖能、脂質、肝機能の血液データ、血圧について評価

平成30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	受診勧奨	保健指導
14	匝瑳市	対象：2型糖尿病未治療者のうち、健診データからHbA1c6.5以上のものであり、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 ア eGFR60ml分/1.73m ² 未満(70歳以上eGFR50ml分/1.73m ² 未満) イ eGFR60ml分/1.73m ² 以上(70歳以上eGFR50ml分/1.73m ² 以上)であっても1年間のeGFR低下が5ml分/1.73m ² 以上 又は1年間のeGFRの低下率が25%以上	かかりつけ医へ診察結果票の依頼、受診状況の確認、処方薬の確認、指導内容等の確認をしていく。	保健師・管理栄養士で実施する。	対象者全員に通知を送付する。医療機関受診が確認されなかった方には電話、家庭訪問等で受診勧奨、保健指導を実施する。その後実施後に受診につながったかレセプト等で確認する。	保健指導実施者全てに対して、個別通知にて相談をお知らせする。相談では疾病に対しての説明、個人の生活に合わせた栄養指導の実施をする。実施後に検査結果の確認や次年度の健診結果にて検査結果の比較をしていく。
15	旭市	国・県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、旭市糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者の抽出基準を設定した。 ・当該年度の旭市特定健診受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 ・生活習慣病治療中で当該年度の旭市特定健診受診結果が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、市内医療機関の糖尿病専門外来へ紹介) ・前年度旭市特定健診受診結果がHbA1c6.5%以上で、eGFR低下率より今後5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、市内医療機関の専門外来へ紹介) ・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 ・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、連絡があった者	対象者が受診する際、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なう。	市の保健師・栄養士が保健指導を実施する。	受診勧奨方法は、訪問または来所された場合は面接で実施する。不在等で会えない場合は、電話や文書で実施する場合もある。受診勧奨後、精密検査受診の指示書の返信で受診内容等を確認するが、確認が取れない場合、再度、受診勧奨を行なう。	受診勧奨と同時に糖尿病性腎症重症化予防プログラムの説明を、訪問または来所された場合は面接で実施する。不在等で会えない場合は、電話や文書で実施する場合もある。3-6ヶ月間程度の保健指導を実施する中で、精密検査受診の指示書の返信や糖尿病連携手帳を通して、受診結果や検査結果を確認していく。
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) ①40～64歳 HbA1cが6.0～6.8で糖尿病の治療をしていない人 ②40～64歳 HbA1cが6.9以上の人 ③65～74歳 HbA1cが6.5以上かつA B の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】特定健診等の結果、①eGFR60未満 ②尿蛋白2+以上の両方に該当する人	【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について判定をもらっている。 【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	①の対象者のうち未受診の方で、ただちに医療機関を受診する必要があると判断した場合は、電話、面接による受診勧奨を行う。その後、電話やレセプトによる受診確認を行い、未受診者であった場合は繰り返し電話、面接による勧奨を行う。	【DM】かかりつけ医に相談し介入することになった対象者に対して、面接、電話、訪問、またはリーフレット郵送等の個別通知を含む方法で実施している。実施後は、次年度の健診結果(HbA1c)で評価を行う。 【CKD】かかりつけ医が記載した生活指導確認書に基づき、委託事業者が面談、電話にて6か月間の保健指導を実施している。保健指導前後で健診結果(eGFR等)を確認するとともに、生活習慣を含む行動変容の状況やセルフモニタリングの実施状況についても評価を行う。
17	柏市	平成29年度40歳から73歳未満の特定健診受診者 HbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dl以上 eGFR15～60未満 尿蛋白(+)以上	かかりつけ医に治療方針、生活指導内容について「生活指導確認書」を記入していただき、その方針を基にプログラムを実施し、指導実施内容をかかりつけ医に報告している。	保健師、看護師	受診勧奨通知後、電話による受診勧奨を実施し、レセプトにより受診の有無を確認。未受診者には電話、訪問等による受診勧奨を実施する。	軽中度の者には面談2回と電話6回、中高度の者には面談2回と電話10回で慢性疾患の重症化を防ぐためにテキストや自己管理票、その他補助教材を用いて保健指導を実施する。実施後は、対象者の血液データ(HbA1c、eGFR、尿蛋白等)を確認し、実施前後の評価を行う。
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 ² 未満(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73m ² 未満 イ. eGFR60ml/分/1.73m ² 以上(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73m ² 以上)であっても、eGFR低下5ml/分/1.73m ² /年、または、eGFRの低下率25%/年以上	夷隅地域職域連携推進協議会(平成30年7月5日)において、市より、医師会等に今年度の重症化予防の取組みを説明。また市医師会長には、個別で重症化予防事業の説明する	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考)	対象者の受診勧奨に関しては、個別面接(結果説明会)実施している。欠席者には、電話や郵送等で受診勧奨を実施。対象者には、受診後、受診結果返信票を市に報告するように促している。また、レセプト等で受診が確認できない場合は、再度、面談等で受診勧奨をしている。	対象者のうち、腎不全予防対策事業対象者には、個別面談および電話にて保健指導(結果説明会)を実施している。実施後2～3ヶ月後に尿検査を実施し、推定塩分摂取量や尿蛋白の検査を実施し、評価を行う予定。(第2期データヘルス計画個別保健事業計画を参照)
19	市原市	ア. HbA1c 6.5%以上で尿蛋白+以上またはeGFR50 (ml/分/1.73m ²)未満であり、定期通院中で医療機関の協力を得られる者(糖尿病透析予防指導管理料が算定されていない者) イ. HbA1c 6.5%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50未満)かつ尿蛋白-であり、糖尿病の薬物治療をしていない者	・医師会との事業の実施に係る協定の締結 ・対象者の保健指導参加について、かかりつけ医からの「生活指導内容の確認書」により支援を計画・実施し、指導実施内容をかかりつけ医に報告している。	管理栄養士、保健師、看護師	①のアについては、全ての対象者に対してレセプトにより定期通院中と確認済、イについては、全ての対象者に文書に、市原市糖尿病協力医療機関一覧を同封し、受診勧奨通知を送付する。通知後は、電話またはレセプト等で受診状況を確認し、受診が無い者には、電話または文書にて受診勧奨する。	「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行った指導方法」 ・面談、電話、手紙等による継続的な支援及び情報提供 「実施前後の評価方法」 ・HbA1c、eGFR、尿蛋白、クレアチニン等の検査結果を確認し、改善率にて評価を行う。
20	流山市	40～50歳代のHbA1cの数値が8.0%以上の要治療対象者で服薬治療を行っていない方を抽出し、保健師による家庭訪問を実施する。	糖尿病重症化予防の取組について、流山市医師会総会や特定健診説明会で周知し、協力を依頼している。必要時、家庭訪問を実施したケースについては連絡・連携をとる予定である。	保健師による家庭訪問を実施する。	①の抽出基準に基づく全ての対象者に対して、家庭訪問にて受診勧奨を実施するが、不在の場合は個別通知する。レセプトで受診の有無を確認し、受診が無い者には、次年度再訪問する。	①の抽出基準に基づく全ての対象者に対して、家庭訪問にて受診勧奨を実施し(不在の場合は個別通知)、受診勧奨とともに必要時、保健指導を行う。保健指導対象者のHbA1cの数値が8.0%から7.0%以下に改善し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eGFR30ml/分/1.73m ² 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	方法：①の抽出基準を含めた受診勧奨の対象者に、医療機関への受診勧奨通知を送付する。受診の有無の確認方法：発送後2カ月間の受診状況をKDBデータにより確認 未受診者への介入方法：未受診者を確認後、衛生部門と協議し、電話及び面談等を行う。	面接2回で、目標と計画を設定し、その後3回の電話支援を行い、最後にもう一度評価面接を行う。プログラム参加後は、主治医の元で血液検査を受け、報告してもらい、参加前後でのHbA1c、eGFRを評価する。

平成30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	受診勧奨	保健指導
22	我孫子市	以下の①～③全てを満たす者を対象とする。 ①平成27年度以降に健診受診歴があり糖尿病疑いがある（※） ②難病、がん治療中及び人工透析ではない ③平成29年度に糖尿病投薬歴がある （※）健診受診歴から、以下の何れかに該当する者を抽出する。 a. 空腹時血糖126mg/dl以上、b. HbA1c6.5%以上	・医師会への事業説明及び協力依頼 ・対象者の保健指導参加についてのかかりつけ医からの同意取付、目標値の共有、かかりつけ医への保健指導内容の報告	保健師	【受診勧奨を行った方法】通知・面談 【対象者の受診の有無の確認方法】医師の意見書の提出状況、糖尿病に関するレセプトの発生状況の確認 【未受診者への介入方法】保健師による面談（保健指導時）、保健師による電話勧奨	【指導方法】約6か月間にわたり、面談2回、電話6回（又は電話10回）の保健指導プログラムを実施。指導回数は、対象者の状況に応じて柔軟に対応する。支援内容には、行動目標・食事・運動・フットケア等を盛り込む。 【実施前後の評価方法】指導開始前後のHbA1c・CKD重症度分類により評価する。④指導完了後と当年度健診結果におけるHbA1c・クレアチニンの数値の比較により評価する。
23	鴨川市	・委託医療機関の定める緊急連絡値の者。 ・市としての基準「血糖高値:HbA1c8.4以上、腎機能低下:尿蛋白2+・eGFR44以下のいずれかの者」を選定予定。これに重症度を勘案し、優先順位を決めて実施。	・安房医師会と近隣4市町で連携し、健診説明会を実施。健診実施方法の説明や各市町の課題や重症化予防の取組を発表し、担当医から助言をいただいている。 ・受診勧奨判定値（要精密検査）の者には、精密検査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・前々年度の結果が記載）及び検査数値改善に係る健診担当医からの指導等が記載された検(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ている。	保健師・管理栄養士	・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、検(健)診結果通知表に受診勧奨書類（「診察についてのお願ひ・診察結果報告書」）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「診察結果報告書」にて受診状況を確認し、受診が無い者には、電話等で再勧奨している。 ※糖尿病性腎症重症化予防以外にも、血圧等の重症化予防の取組を含む。	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・面接等で実施。 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	未治療者向け取組 ①健診問診票で服薬無し（血圧・血糖・脂質）の者で、HbA1c7.0以上への取組 ②健診問診票で服薬有り（血圧・血糖・脂質）の者で、HbA1c8.0以上への取組 ③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	①②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。 ③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3回報告書を送付する。	①②保健師、管理栄養士 ③保健師、看護師、管理栄養士	①全対象者に郵送で健診結果の情報提供と受診勧奨をし、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・訪問による受診勧奨を実施している。 ②対象者は、健診問診票で受診中である。 ③対象者はKDBシステムより抽出し、すべての対象者が受診中である。	①対象者に対し、電話・面接・訪問による保健指導を実施している。実施後はレセプトにて受診状況の有無を確認し、次年度の健診結果で評価する。 ②対象者に郵送で健診結果の情報提供と電話・訪問による保健指導を実施、次年度の健診結果を評価する。 ③事業参加者に対して、面談・電話手紙による支援を実施している。また、参加前後で、特定健診検査数値（HbA1c、eGFR、体重、BMI）を確認する。
25	君津市	特定健診受診結果において、HbA1cが6.5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	糖尿病性腎症を含めた、CKD予防連携委員会（かかりつけ医+専門医+行政）を管内4市と立ち上げ、地域医療連携パスの作成や、それを利用した医療連携体制の構築をすすめているところである。 また、本事業の実施が始まる5月に開催された平成30年度保健予防業務に係る医師会と君津市との打合せ会議にて、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ている。	面接・訪問指導においては、保健師・管理栄養士が携わっている。	対象者には、個々に糖代謝・腎機能の現状を示す工夫のされた面接案内通知を送付。利用者には面接で、未利用者には訪問等で受診勧奨を実施。その後レセプトにて受診確認を実施し、未受診者には再通知等を実施する。	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。来所しなかった者に関しては、訪問か電話での保健指導を実施する。その後、把握出来る者については、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HbA1c7%以上	H28年度より市内医療機関との連携会議を年1回開催（11月）。受診勧奨、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、情報提供書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ている。	保健師、管理栄養士による	①で抽出した対象者は、地区担当保健師等が面接、訪問を基本に結果の説明と受診勧奨をしている。受診の有無については本人やレセプトで確認し、受診していない場合には、電話、訪問等で介入している。対象者は糖尿病管理台帳を作成して把握に努めている。	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。定期的に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て把握に努めている。
27	浦安市	H29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、e-GFR60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。糖尿病連携手帳にて、検査値等の情報共有。	保健師・栄養士	受診勧奨方法：文書の郵送後（約1週間）、電話にて状況確認し、不在等の場合は訪問を実施 受診の有無の確認方法：介入から3か月後、レセプト上で確認 未受診者への介入方法：再度受診確認の電話・手紙の実施	【指導方法】 対象者の状況に合わせ、電話・面接・訪問を実施。栄養相談・身体活動の増加等保健指導を実施。 【実施前後の評価方法】 介入前後のHbA1cの値の比較。
28	四街道市	HbA1c7.0以上かつレセプトで直近3か月以上「糖」のレセプトが無い者	代表医会議において事業についての説明を行い、助言を頂いている。	保健師、栄養士、看護師	対象者に文書送付の後、レセプト管理システムやKDBシステムにより、レセプトの有無を確認し、面談に応じた対象に対し医療機関への受診勧奨と保健指導を行う。	—
29	酒々井町	平成30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 ①空腹時血糖値126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上 ②尿蛋白（±）異常 ③ア）eGFR60ml/分/1.73m ² 未満（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73m ² 未満） イ）eGER60ml/分/1.73m ² 以上（70歳以上：eGFR50ml/分/1.73m ² 以上）であっても1年間のeGFR低下が5ml/分1.73m ² 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部会で協議し、対象者に対して指導および専門機関への紹介等適切な治療が受けられるよう連携していく	保健師	健診結果票に受診勧奨通知を同封し、その後KDBにて受診確認を行う。未受診の場合、電話・訪問等により再勧奨を行う	保健指導を面接または電話、通知等で実施を行う。また、指導実施後、医療機関での検査結果または翌年度の健診結果から血糖値および腎機能の比較を行う
30	富里市	1) ・富里市民で医療機関にて加療中の者で、かつ糖尿病性腎症の発症リスクが高く主治医が必要と認めた者 ・上記の条件に該当し、主治医から趣旨説明を受け内容に承諾した者 2) 特定健診・後期高齢者健診・一般健診の当該年度の結果 ・HbA1c10.0%以上 ・市の健診を初受診でHbA1c7.0%以上 ・HbA1cが7.0%以上かつ医療機関未受診者（特定健診・後期高齢者健診においては、内服の記載がない者）	1) 定期的に医療機関で開催される勉強会へ参加して情報交換を行い、支援内容等に対して適宜指導を受ける。 対象者への指導後に支援内容や把握事項を主治医や関係機関と共有し、必要に応じて今後の対応策等の協議を求める。 2) 対象者への訪問及び電話により、必要に応じて紹介状を発行する。	保健師、管理栄養士	1) 対象者は医療機関受診者のため、継続的な受診を促している。 2) 訪問及び電話により、必要な対象者に医療機関への受診勧奨を行う。必要に応じて専門医の紹介や紹介状の発行をする。	1) 医療機関と連携を図りながら、定期的に訪問または電話等により受診状況及び服薬などの指示内容確認と取り組み状況及び食生活状況を把握する。 主治医等の指示に応じ必要事項・状況把握した内容に対し、適宜指導・助言を行う。対象者の受診状況、食生活の状況、eGFRの値や摂取塩分量等により評価をしている。 2) 状況に応じて生活習慣について指導を行う。医療機関からの紹介状の返信や本人からの連絡により、受診状況を確認する。

平成30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	受診勧奨	保健指導
31	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」に「はい」と回答した者で尿蛋白(+)以上の者	印旛郡市医師会印西支部の白井市の幹事会において、糖尿病性腎症重症化予防事業の事業概要の説明を行い了承を得た。市内の医療機関には概要等の資料を送付した。	保健師、管理栄養士	【受診勧奨を行った方法】 対象者①：特定健診の健診結果郵送時に、医療機関への受診勧奨案内と医療機関受診結果報告書(白紙)を同封し、受診勧奨を行う。 対象者②③：保健師が電話や面接により直接受診勧奨を行う。 【対象者の受診の有無の確認方法】 対象者①：医療機関の受診結果報告書が返送されない場合、保健師が電話にて状況を確認する。 対象者②③：受診勧奨後1か月後を目安に、保健師が受診状況を面談や電話にて確認する。 【未受診者への介入方法】 対象者①：保健師が電話にて状況を確認し、未受診の場合は受診勧奨を行う。 対象者②③：保健師が電話にて状況を確認した際に、未受診の者には合併症等身体への影響について説明するなどし、受診勧奨を行う。	対象者①に対し、受診勧奨の案内と併せて健康相談の周知を行い、その希望者及び受診結果の報告がなく電話にて受診状況を確認する際に、希望する者に保健指導を実施する。 対象者②③に対し、面談等にて受診状況や医師の指示事項を確認の上、保健指導を実施する。また糖尿病連携手帳を生活習慣改善の支援の共通ツールとして活用し、上記④の評価により検査結果を把握し介入前後の評価を実施する。
32	印西市	平成30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HbA1c6.5%以上で、尿たんぱく(±)以上または、eGFR60ml/分/1.73㎡未満(70歳以上は50ml/分/1.73㎡未満)に該当する者。	市郡医師会に加入している医師が参加する成人保健専門部会にて、市内の健診委託医療機関に対して市の実施するプログラムを周知し、対象者が受診した際にはプログラムへの参加を働きかけてもらうと共に、保健指導で不明な点があれば指導いただきたい旨の依頼に対して承認された。次年度、依頼文を配布予定。	保健師・管理栄養士	受診勧奨の方法：最低月1～2回、電話・手紙・面接・訪問のいずれかで実施。 対象者の受診の有無の確認方法：電話・手紙・面接・訪問のいずれかの方法で受診勧奨を行い、次回の支援において、対象者本人に受診の有無を確認。また、レセプトでも受診の内容を確認。 未受診者への介入方法：未受診者へ受診の必要性を説明し、受診意向を確認。受診の意向がない場合は、理由の背景(家族歴・生活背景・経済面など)を情報収集する。その情報に基づき、有効だと思われる介入方法について検討し、訪問や電話連絡、他機関との連携を行う。年度末までにレセプトを確認し、未受診が続いている者には受診勧奨通知を送付する。	指導方法としては、電話・手紙・面接・訪問等個人の状況や指導内容に応じて実施していく。実施前後の評価ができるように、指導時に翌年度の健康診査を勧奨をし、前後の検査結果を確認していく。また、かかりつけ医での検査結果についても確認する。
33	栄町	①糖尿病予備群：HbA1c5.6%以上 ②腎臓病予備群：(1)eGFR50未満(2)平成30年度eGFR60未満のうち平成29年度より5以上悪化者(3)尿タンパク+	要医療判定値の者へは、健康診査結果報告書を送付し受診勧奨を実施。医療機関より診断結果を町へ報告いただき、受診状況を共有している。また町内医療機関へ事業説明および協力依頼をおこない、糖尿病予備群支援のポスター掲示や、腎臓病予備群対象者の基準値等についてご助言をいただいている。	管理栄養士、歯科衛生士、保健師	・全ての対象者へ健康診査結果報告書を送付し、受診勧奨を実施。医療機関より診断結果を町へ報告いただき、受診状況を確認。緊急性の高いケースについては訪問や電話にて受診勧奨を実施。また腎臓病予備群は個別面接にて保健指導をおこない受診勧奨を実施。糖尿病予備群や高血圧予備群は集団教室にて受診勧奨を実施。 ・面対象者へ半年後に電話や面接等で受診状況を確認し、未受診者は再度受診勧奨を実施する。 ※受診勧奨対象者全員へ受診勧奨を実施しているが、ウ)、エ)について平成29年度実施状況の計上はできていない。	糖尿病予備群・腎臓病予備群の対象に該当した全対象者へ個別面接・集団教室・電話・個別通知の方法で保健指導を実施。腎臓病予備群結果返却会参加者および糖尿病予防教室参加者へは保健指導実施後(半年後)の評価として、血液尿検査を実施。特定健診時と半年後の数値で糖尿病予備群はHbA1cの改善状況を評価、腎臓病予備群はeGFRの値を評価。
34	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、HbA1c6.5%以上で尿たんぱくやeGFRの状況から、糖尿病性腎症予防のアプローチが必要な者を対象とする。	かかりつけ医に対し、HbA1c6.5%以上で糖尿病未受診の者について、回答してほしい旨記載した依頼書を送し返信してもらう。	保健師、栄養士が指導を実施している。	対象者全員に文書の送付または個別面接をして、かかりつけ医宛の文書を渡している。その後KDBで受診状況を把握し、未受診の者には再度受診勧奨の通知をする。返信がない場合は、電話や訪問等で対応する。	対象者には受診勧奨やセミナー参加通知を送付し、セミナー参加者には個別面談を実施する。セミナー不参加者については、家庭訪問を実施する。個別面談をした者については、その後の病院での検査結果を確認し、翌年度の健診結果が改善していない場合は電話等で状況確認する。
35	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(腎疾患通院中の者を除く) 推算塩分摂取量が12.0g以上で指導が必要な者(腎疾患通院中の者を除く) 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	受診勧奨者に指導後、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	保健師・管理栄養士・健康運動指導士	①の教室や②の相談会は、通知によって参加の周知、募集を行っている。原則として個別面接で受診勧奨し、その後レセプトや本人への連絡により確認、把握している。確認した結果、治療を開始したが中断してしまった者や未治療者に関してはその理由を伺うとともに電話や訪問等により再勧奨を行う。一時的な受診にとどまらないために継続的にレセプト状況等を確認している。また、②の教室に参加がなかったものについては健康相談の場を案内し、保健指導に繋げるなど、対象者の接触できる機会を状況によって増やしている。	生活習慣などの聞き取りを重視している為、原則的に個別面接方式で保健指導を実施している。必要があれば家族や身内等の参加も可能としており、日常的な看護者にも情報提供を行い、家族単位で生活改善が行われるよう工夫している。 また、保健指導に繋がったものに関しては翌年の結果として、尿蛋白、eGFR、血糖値、該当者には推算塩分摂取量を測定するなど数値による評価も行っている。指導前後における評価を実施するため、独自に改善値の基準を設け指導の効果検証も行っている。
36	芝山町	30代健康診査・特定健康診査を受診した者(30～74歳)のうち、HbA1c6.5%以上または血圧140/90以上であって、次の①～③の何れかに該当する者 ①尿蛋白(±)以上 ②eGFRが60未満(70歳以上：eGFR50未満) ③eGFRが60以上(70歳以上：eGFR50以上)であっても、2回の測定でeGFR低下率が25%以上	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	受診勧奨の方法：講演会及び個別相談の案内を行い、参加者には面談で受診勧奨を実施。欠席者にはリスクに応じて、訪問、電話、文書の送付の何れかで受診勧奨を実施する。 受診の有無の確認方法：レセプト情報をKDBで確認する。 未受診者への介入方法：リスクに応じて、訪問、電話の何れかで受診勧奨を実施する。	指導方法：個別相談参加者には、面談で保健指導を実施。欠席者にはリスクに応じて、訪問、電話、個別通知の何れかにより実施する。 評価方法：対象者の結果(HbA1c、eGFR、尿蛋白等)を確認し、評価を行う。
37	神崎町	HbA1c 6.5%以上の者で、かつ尿蛋白(±)以上か、eGFR60%未満を対象とする。	「糖尿病連携手帳」(面談記録、受診内容等情報共有)を活用して、対象者を通じて主治医と連携している。	保健師	KDBシステムで受診歴やレセプト内容を確認している。対象者に個別の電話や訪問、面談等で受診勧奨を行う。その後、受診中断や未受診者に対してもKDBシステムで受診歴やレセプト内容を確認して個別の電話や訪問、面談等で再度受診勧奨を行う。H29年度の対象者では未受診者はいなかった。 【受診勧奨判定基準】 血圧：収縮期血圧14mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上 TG：300以上、HDL：34以下、LDL140以上 AST：51以上、ALT51以上、γ-GT：101以上 HbA1c：6.5以上 尿糖：(±)以上、	対象者には個別で訪問又は面談を実施する。その他、参加可能な運動教室や栄養教室等のサービスを紹介し、生活習慣の改善に結びつけてもらう。健診結果等で評価を実施。

平成30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	受診勧奨	保健指導
38	多古町	空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上であり、特定健診問診票で血糖の服薬「いいえ」の方。かつ尿タンパク(±)以上、またはeGFR60(70歳以上は50)未満。かつ医療機関による管理がなされていないと思われるもの。	県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、対象者の選定、指導実施方法、評価方法を町医師会と協議のうえ決定。かかりつけ医は、対象者へ事前に事業説明を行う。診察時にかかりつけ医が記載した連携のための手帳を通じ、かかりつけ医からの指示を受け、町が保健指導を行う。	保健師・管理栄養士	平成30年度より実施。①で該当になった全ての対象者に対し、受診勧奨の文書を個別に送付。文書の送付後は国保連合会のシステムを利用し受診の有無を確認。受診がない者については電話相談等を実施する予定。	平成30年8月31日現在は事業がまだ開始されていないため、実績等はない。(今年度は9月、1月に事業開始予定)①の抽出対象者のうち保健指導を受け入れることに同意したすべての対象者について、電話及び面談等で指導を実施予定。その後、6か月後に医療機関での検査結果を連絡用の手帳等を用いて確認予定。
39	東庄町	紹介状を発行し受診勧奨を行うもの：空腹時血糖130以上(随時血糖180以上)もしくはHbA1c7.0以上で医療機関未受診の健康診査受診者。保健指導対象者：空腹時血糖130以上(随時血糖180以上)もしくはHbA1c7.0以上でかつ尿蛋白(+)以上の健康診査受診者。	実施に当たり町内医療機関には実施内容を説明。保健指導に際しては主治医に指示を確認する。	保健師・栄養士が行う。	訪問等の面談により受診勧奨(紹介状発行)。不在等の際は書面にて受診を勧奨。医療機関からの返信で受診を確認、また返信のない場合はレセプトで受診を確認する。未受診の場合は10月を目安に電話等で再度受診勧奨を行う。	面接を中心に保健指導を実施予定。検査結果での評価は実施前はH30の特定健診結果で、実施後はH31の特定健診結果で行う予定。
40	袖ヶ浦市	特定保健指導等実施計画 3 保健指導対象者に基づき対象者を抽出 「血糖：HbA1c8.0以上」 「尿蛋白+以上の者又は、GFR50未満の者」	医師会に情報提供及び医師会から助言 個々の取組についてかかりつけ医に情報提供 平成29年度より、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支援をいただき、「慢性腎臓病(CKD)予防連携委員会」を木更津市・富津市・君津市と一緒に立ち上げ、CKD対策について協議を重ねている。	特定保健指導等実施計画 市保健師・栄養士・臨時職員(保健師・栄養士有資格者)にて保健指導を実施する。 特定保健指導対象者は臨時職員、CKD予防対象者(CKD分類：G3a以上)は市栄養士、それ以外の重症化予防対象者を市保健師が保健指導を実施することとする。	①を含むHbA1c高値の全ての対象者に対し、受診勧奨通知を発送。対象者のレセプト、KDBで受診を確認し、受診が無い場合は、訪問を実施している。	保健指導の同意が得られた場合には、面談による指導を実施し、次年度健診結果と比較し評価をしている。
41	大多喜町	・HbA1c7.0以上で糖尿病未治療者。 ・eGFR50ml/分/1.73m以下で腎疾患未治療の方。	・受診の有無は医療機関からの結果連絡票から把握。 ・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う。 ・地域保健対策会議の中で町内医療機関医師と重症化予防について協議を実施。	保健師・管理栄養士	・①については保健師、管理栄養士で同行訪問し、結果説明、保健指導及び受診勧奨を行う。 ・①以外で受診勧奨判定の方は受診結果返信票を送付。半年後その返信を確認し、受診のない方には受診勧奨通知を送付している。	①については保健師、管理栄養士で同行訪問し、結果説明とCKD進展予防のための保健指導教材を使用し、経年の数値を確認しながら保健指導を実施。
42	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う。	健康づくり部門の保健師	KDBデータ照合システム等により対象者を抽出し、健康づくり部門の保健師へ依頼し、電話や訪問により受診勧奨を行う。	—
43	南房総市	特定健診結果から以下の者を抽出(①②には尿蛋白(+)以上の者も含まれる) ①BS200mg/dl以上で糖尿病の治療を受けていない者 ②HbA1c8.0%以上で糖尿病の治療を受けていない者	市内糖尿病専門医から血糖コントロール不良者を紹介してもらい、連携しながら保健指導を実施。今後、協力可能な医療機関(かかりつけ医)が増加するよう取り組みについて検討する。	保健師、管理栄養士	対象者に対する受診勧奨を原則訪問により実施。実施後、受診の有無については電話やレセプトなどで確認している。未受診者については、電話等で継続的な受診勧奨を実施している。	特定健診結果を訪問で説明しながら返却し、受診勧奨及び保健指導を実施している。対象者の評価は、次年度の特定健診結果等で確認予定。
44	鋸南町	以下の①～③のいずれかの者 ①2型糖尿病がある(空腹時血糖125mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上又は糖尿病治療中又は糖尿病治療履歴がある)②腎機能低下がある③高血圧がある	今後事例紹介や事例検討を町内医療機関(医師)と実施予定 H31.1月頃、町内医療機関を訪問し説明する予定	保健師・管理栄養士	特定健診の結果通知に受診勧奨の通知を同封する形で実施。勧奨通知は往復型となっており、受診した場合かかりつけ医を通じて市に提供されるため、勧奨通知の提出状況で受診の有無を確認する。受診が無い者は上記①の対象となり、訪問等を実施する。	健康教室で個別に指導しており、次年度の健診結果で効果を確認する
45	いすみ市	①HbA1c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の者 ②eGFR、尿蛋白陽性以上で糖治療者を除くCKD該当者で区分G3a(軽度～中等度低下)・G3b(中等度～高度低下)かつHbA1c6.5以上の者で、かつ受診結果連絡票が未返信の者	対象者の抽出に関して、都市医師会が選出した医師で構成した判定委員会を開催する。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。	特定健診の結果通知に受診勧奨の通知を同封する形で実施。勧奨通知は往復型となっており、受診した場合かかりつけ医を通じて市に提供されるため、勧奨通知の提出状況で受診の有無を確認する。受診が無い者は対象者の抽出基準の対象となり、訪問等を実施する。	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29年度対象者については、平成30年度の健診結果にて評価を実施する。
46	山武市	・HbA1c7.0以上で糖尿病未治療者。 ・eGFRのH28とH30比較で減少率が30%以上。	・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。 ・医師会の会議で事業概要や実績の報告をしている。	保健師・栄養士	糖尿病透析予防説明会(個別面接)で受診勧奨を行い、その後電話にて受診の有無確認を行う。未受診者については、電話にて継続して受診勧奨を行う。	糖尿病透析予防説明会(個別面接)で保健指導・栄養指導を実施している。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。
47	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年度健診結果より2型糖尿病(HbA1c6.5%以上)かつ尿蛋白(±)以上又はeGFR60ml/分/1.73m未満、健診問診票又はレセプト情報で糖尿病受療歴なしの者 ②40歳以上75歳未満で平成30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(±)以上又はeGFR60ml/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接した際に、主治医との連携について同意した場合に、主治医に連絡を取る。 また、今年度の結果より主治医宛ての情報提供書を発行し、主治医と連絡を取る。	医師・保健師・管理栄養士・歯科衛生士で支援する。	・精密検査対象者の一部及び医療機関での治療を要する者に、健診結果通知と情報提供書(医療機関用)を郵送している。 ・2か月後までに医療機関からの情報提供書の返信通知がない者に連絡し、受診の有無を確認する。 ・12月頃に未受診である者について訪問と受診勧奨を行う。	・結果説明会に来所した方は医師・保健師・管理栄養士による面談を行う。 ・受診勧奨者には情報提供書を発行している。 ・糖尿病治療中でコントロール不良の者(HbA1c7.0以上)は健診時に昨年のデータをもとに主治医と連携を取って良いか同意を取る。⇒同意した者で今年度の結果も改善していない者に情報提供書を発行し、医師の指示を仰ぎ、必要時、栄養・保健指導を実施。指導後の検査データを本人に確認。