

1. 市町村の取組 ※ 詳細は別紙のとおり（別紙の赤字部分に変更箇所）

高血糖の方、腎臓機能が低下している方へ保健指導、受診勧奨の取組を実施

①千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に下記の方を対象としている市町村が多い

高血糖 → HbA1c6.5%以上

腎臓機能の低下 → 尿蛋白(±) または eGFR60ml/分/1.73m²未満

②健診・保健指導結果を書面で共有することなどにより、かかりつけ医と連携している市町村が多い

→ その他、糖尿病連携手帳(19市町村)、地域連携パス等(5市町村)などにより情報連携を実施 (30市町村)

③新たに慢性腎臓病(CKD)対策に取り組む市町村が増加 (市川市、松戸市、茂原市 など)

2. 県の取組

糖尿病性腎症重症化予防等に取り組む市町村を交付金により支援

→ 慢性腎臓病(CKD)対策を実施している場合のほか、下記の取組を行っている場合に評価

- ・ 推定塩分摂取量検査を行い保健指導の参考としている
- ・ 生活習慣病予防のための食事について周知・啓発を行っている

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	事業評価【アウトカム指標】			
					①			
					該当の取組が対象としている疾患	検査項目1	検査項目2	検査項目3
1	千葉市	○保健指導（治療中の者） 特定健診結果、診療情報より抽出。年齢、空腹時血糖またはHbA1c値、eGFR値、尿蛋白の有無等により対象者を決定した。また糖尿病治療を中断した者への保健指導を実施した。 ○受療勧奨 1) 特定健診結果、要医療と判定され次のいずれかに該当するもの ①空腹時血糖126mg/dlまたはHbA1c6.5%以上の未受療者かつ尿蛋白（±）以上又はeGFR60未満 ②空腹時血糖126mg/dlまたはHbA1c6.5%以上の未受療者 2) 過去に糖尿病の治療歴（投薬歴）があるか、特定健診でHbA1c6.5%以上の者で、次の①～③に該当するもの（治療中断者） ①40～74歳 ②直近1年間に糖尿病治療歴がレセプトで確認できない ③直近2年間に健診受診歴がない	・対象者選定、実施方法、評価などは、医師会精度管理委員会にて検討し、決定した。 ・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った。 ・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た。 ・受療勧奨は、医師会精度管理委員会にて対象者、実施方法を検討し、通知・電話・訪問等により受療勧奨を実施した。	保健師、看護師、管理栄養士	糖尿病性腎症	保健指導実施者の体重およびBMIの変化	保健指導実施者のHbA1cの変化	保健指導実施者の腎機能（eGFR）の変化
2	鎌子市	・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、医師が必要と判断した者 ・特定健診の結果HbA1c6.5%以上の者の内、①～③のいずれかに該当する者（すでに治療中の者は除く） ①Ⅱ期・尿タンパク（±） ・eGFR 60（mL/分/1.73）未満（※70歳以上は50mL/分/1.73未満）の者 ・前年度健診結果よりeGFR 5（mL/分/1.73）以上低下 ・血圧のコントロール不良（収縮期血圧140mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上） ②Ⅲ期：尿タンパク（+）以上 ③Ⅳ期：eGFR 30（mL/分/1.73）未満	医師会からの助言を受け、かかりつけ医と連絡を取りながら実施。 糖尿病連携手帳を活用し、連携 鎌子市看護職協働連携協議会との連絡会の実施にて情報提供	保健師、必要に応じて管理栄養士、歯科衛生士。	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病	収縮期血圧160mmHgまたは拡張期血圧100mmHg以上	HbA1c6.5%以上	LDL-C180mg/dL以上
3	市川市	特定健診の結果から、 ①受療勧奨対象者 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療勧奨が必要と思われる者。 ②注意喚起対象者 糖尿病受療中であっても、特定健康診査の結果、HbA1c8.0%以上の者、HbA1c7.0%以上かつ尿たんばく（+）以上又はeGFR45ml/分/1.73ml未満の者で、注意喚起が必要と思われる者。 ③CKD（慢性腎臓病）受療勧奨対象者 eGFR45ml/分/1.73ml未満、eGFR45ml/分/1.73ml以上かつ尿たんばく（2+）以上の未受診者。 （過去1年間に腎疾患の保険病名があり、尿検査を実施している場合はCKD治療中とし除外する）	特定健康診査は、医師会所属の個別医療機関で実施していることから、大半がかかりつけ医で健診・結果説明・指導・治療を受けている状況。 受療勧奨や注意喚起の通知は、本人が持参し、かかりつけ医、健診医療機関に相談・指示を仰ぐこととし、保健指導についての情報交換は、糖尿病連携手帳を利用している。 対象者選定基準値、実施方法（通知文やリーフレット作成含む）等については、医師会担当理事の助言を得ながら、医師会の特定健診事業検討委員会で協議し、理事会の承認後決定。 随時、医師会理事に相談し、特定健診事業等検討委員会で報告、周知については主に医師会から各医療機関へ伝達し、連携を図っている。	保健師、管理栄養士	糖尿病・糖尿病性腎症・CKD（慢性腎臓病）	HbA1c	eGFR	尿たんばく
4	船橋市	①～④は令和4年度健診受診者から選定、⑤はKDBシステムから抽出して選定 ①40～74歳でHbA1c7.0%以上かつ尿蛋白（+）以上 ②40～69歳で糖尿病未治療者のうち空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上かつ1または2 1：尿蛋白（±）以上 2：ア：eGFR60未満 イ：eGFR60以上でも1年間の低下が5以上または低下率25%以上 ③70～74歳で糖尿病未治療者のうち空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上かつ1または2 1：尿蛋白（±）以上 2：ア：eGFR50未満 イ：eGFR50以上でも1年間の低下が5以上または低下率25%以上 ④a：75歳以上でHbA1c8%以上かつ尿蛋白（+）以上またはeGFR45未満かつ質問票①⑥⑧⑩のいずれかに該当する者 b：75歳以上で令和1～3年度のいずれかに糖尿病処方等の治療歴があり、かつ令和4.5年度に糖尿病薬処方歴や健診受診がない者 ⑤治療中断者：過去に糖尿病治療歴があり2年前から健診受診やレセプトがない者 未治療者：3年前の健診で空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上で、2年前から健診受診やレセプトがない者	・平成29年度から、かかりつけ医と対象者との3者間でのデータや指導内容を共有するための連携ツールとして、日本糖尿病協会作成の糖尿病連携手帳を活用している。 ・平成30年度と令和元年度には各特定健康診査協力医療機関を訪問して当該事業の周知を図り、対象者の治療方針や医師の指示を確認し、保健指導状況などを共有した。また、「療養支援のための連携マニュアル」を作成し、医療機関からのかかりつけ患者に対する訪問依頼を受けて対応する体制を整えた。 ・令和2年度以降は事業一覧や医療機関毎の対象者数、「療養支援のための連携マニュアル」、連携の際に使用する「保健指導依頼書」の様式を郵送して周知を図るとともに、個別支援対象者について適宜指示を仰ぎながら保健指導を行っている。	保健師・管理栄養士・看護師	糖尿病、慢性腎臓病、高血圧症、脂質異常症	保健指導を受けた者の翌年度健診結果におけるHbA1c値	保健指導を受けた者の翌年度健診結果におけるeGFR値	保健指導を受けた者の翌年度健診結果における血圧値
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/1.73ml未満 2) 過去に糖尿病薬の使用歴あるも治療中断の者（KDBデータより）かつ当該年度特定健診未受診者	1) の対象者に、受診時におけるかかりつけ医宛での情報として、「検診結果のお知らせ（当該年度と前年・前々年度の結果が記載）」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。 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相談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。	保健師	糖尿病	HbA1c	eGFR	尿蛋白
6	木更津市	【腎臓病地域連携バス（腎バス）】治療未治療を問わず 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者 1)慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会で定めた抽出基準（腎臓病地域連携バスを交付） 2)特定健診結果に基づくCKD連携バス対象者（交付）（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 ③腎バス未返送者への対応 ①腎バス未返送の者 G3b～G5 電話、面接、訪問 G1～G3a、糖A（HbA1c 6.5%～7.9%）電話等 ④国保中央会の腎機能結果予測還元表（A1で5年後、7年後を予測）を活用した保健指導 G3a～G5 面接、訪問、電話で継続的に支援し、5年後予測値より改善を図る又は悪化させない 【糖尿病性腎症重症化予防】（腎バスに該当しない） 1)木更津市糖尿病腎症予防実施要領に基づき実施 2)千葉県糖尿病性腎症予防ガイドラインに準ずる。（ア）ガイドライン図1、2参照） ①HbA1c8.0以上（腎バス該当の有無に関わらず） ②前年度健診未受診者かつレセプトがない人 （1）空腹時血糖126mg/dl以上のうちの腎バス非該当者（A、C（国の基準）の一部） ①尿蛋白±～ ②eGFRの低下している者 ・eGFR60未満（70歳～は50未満） ・eGFR低下率が1年で-5以上、または-25% ③eGFR60以上（70歳～は50以上） （2）B（国の基準）のうちの空腹時血糖値126mg/dl以上のうちの腎バス非該当 （3）E（国の基準）のうちの75歳以上、がん罹患患者、精神疾患患者、透析中以外の者 ※（1）～（2）はR4年度健診受診者、（3）はR3年度までの健診未受診者	かかりつけ医、専門医、管内4市行政による「慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会」委員会において医師、行政担当者で現状の課題や今後の方針等について情報共有、検討を実施。 「慢性腎臓病地域連携バス」の運用 ①特定健診受診者のうち市が左記の基準該当者へ交付 ②該当者は「腎バス（5枚複写）」を持って、かかりつけ医を受診 ③かかりつけ医でフォローしていく場合は、市に状況を明記した腎バスと請求書を返送。 ④かかりつけ医は、腎・糖に関して二次医療機関と連携または依頼する場合は、該当者に腎バスを持参して二次医療機関を受診してもらう。二次医療機関は、かかりつけ医及び市に精密検査結果や確定診断、今後の方針等の状況を明記した腎バスを返送。	保健師、管理栄養士、栄養士、看護師	糖尿病、糖尿病性腎症、慢性腎臓病、虚血性心疾患、脳血管疾患、高血圧症	HbA1c	eGFR（値、低下率）	尿蛋白

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	事業評価【アウトカム指標】			
					①			
保険者努力支援制度項目		②.1	②.2	②.3	該当の取組が対象としている疾患	検査項目1	検査項目2	検査項目3
7	松戸市	令和5年8月に「松戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を「松戸市糖尿病・CKD重症化予防プログラム」に改訂、下記のとおり基準を設定【糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防の受診動奨】1.診療等による検査結果から空腹時血糖126mg/dl以上かつHbA1c6.5%以上または他の糖尿病診断基準を満たし、下記①②③のいずれかに該当①尿蛋白1+以上が持続②①以外でeGFR45ml/分/1.73㎡未満③①以外でeGFR45ml/分/1.73㎡以上2.市の特定健康診査による検査結果から空腹時血糖126mg/dl以上かつHbA1c6.5%以上で下記①②のいずれかに該当①eGFR45ml/分/1.73㎡未満または尿蛋白1+以上またはeGFR低下率2年以内で30%以上②eGFR45ml/分/1.73㎡以上3.治療中断者への受診動奨 下記①②③のすべてに該当①過去に糖尿病の投薬歴あり②直近1年間のレセプトで糖尿病の受診歴なし③当該年度に特定健康診査を受けていない【CKD重症化予防の受診動奨】1.診療等による検査結果から空腹時血糖126mg/dl未満かつHbA1c6.5%未満で下記の①②③のいずれかに該当①尿蛋白1+以上②eGFR60ml/分/1.73㎡未満かつ尿蛋白土以上③eGFR45ml/分/1.73㎡未満2.市の特定健康診査による検査結果から空腹時血糖126mg/dl未満かつHbA1c6.5%未満で下記の①②③のいずれかに該当①尿蛋白1+以上②eGFR60ml/分/1.73㎡未満かつ尿蛋白土以上③eGFR45ml/分/1.73㎡未満【保健指導】1.糖尿病発症予防：①1年以内の診療等による検査結果がHbA1c6.0～6.4かつ血糖・血圧・脂質の服薬なしかつ②後期高齢者以外かつ特定保健指導対象外2.糖尿病性腎症重症化予防：糖尿病性腎症重症化予防の受診動奨1.の③に該当し、専門医への紹介が困難かつ国保加入者の場合で血糖の薬物治療なしかつHbA1c7.0未満かつ40～64歳3.専門医への受診動奨：糖尿病性腎症重症化予防の受診動奨1.の①②に該当し、専門医への紹介が困難かつ国保加入者の場合※除外：1型糖尿病・がん・脳血管疾患・心疾患・慢性腎臓病・腎不全、その他医療機関が除外すべきと判断した人	・「松戸市糖尿病・CKD対策推進ネットワーク会議」を定期的開催し、医師会等から助言を受けている。 ・「松戸市糖尿病・CKD重症化予防プログラム」に定めるクリニカルパスを利用することで、かかりつけ医・専門医・保険者等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。	糖尿病、糖尿病性腎症、慢性腎臓病（CKD）	HbA1c	eGFR	尿蛋白
8	野田市	KDBシステムにより、以下に該当する者を抽出した。 ・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糖尿病受療歴がない者（治療中断者）	・受療動奨に適した数値であるか、医師会に相談をし、承認を受けたうえで、対象者に、受療動奨の通知を実施する旨、各医療機関に周知した。	保健師	高血圧症、糖尿病	対象者全員に対するの通知	受療行為の確認	0
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	糖尿病	HbA1c	eGFR	蛋白尿
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に以下の者を対象とした。 （1）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（土）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低下率が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 （2）糖尿病治療薬等の投薬歴があるが、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 （3）糖尿病でないが、腎機能の低下又は尿異常がみられる者（糖尿病性腎症重症化予防における対象者とはならないCKD患者） ※但し特定保健指導対象者、個別健診受診者は除外した。	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した。	保健師、栄養士	糖尿病性腎症・慢性腎臓病	体重・BMI	HbA1c	eGFR
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おう体制を構築している	保健師又は管理栄養士	糖尿病性腎症	保健指導実施前後のHbA1c値により評価している。		
12	佐倉市	（1）令和5年度特定健診受診者で、糖尿病性腎症第3期に該当する者（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HbA1c6.5%以上 腎臓の指標：尿蛋白＋以上 →受診動奨及び保健指導を実施 （2）40歳以上の佐倉市国民健康保険加入者でハイリスク者 ・糖尿病治療中断者 ・過去の特定健診でHbA1c7%以上で受診歴がない者、または未治療者 →受診動奨を実施 （3）健診データから抽出した下記CKD対象者 令和5年度集団健診の特定健診受診者で以下の基準に該当する方 ①「eGFR45未満」「eGFR45以上～60未満で尿蛋白2+または3+」 →腎臓専門医への受診動奨奨通知を送付 ②「eGFR45以上～60未満で尿蛋白土または+」 →CKD協力医への受診動奨奨通知を送付	・医師会には、健診説明資料とともに事業内容説明資料を配布し周知を行った。 ・事業の結果については、特定健診部会、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」を持参し手渡すようにした。 ・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ようにした。	保健師または管理栄養士が保健指導を実施した。	糖尿病、腎疾患	保健指導者の翌年度の健診値（HbA1c、蛋白尿）の変化		
13	東金市	【医療機関受診動奨】 ・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①～③のいずれかに該当するもの。（※腎疾患で通院中の者を除く）①△e-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、③透析導入予測年齢が75歳を超えた場合で、腎症4期（e-GFR30未満）または、e-GFR30～39mL/分/1.73㎡かつ尿蛋白（+）以上の者。 ・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。） ・医療機関受診中であってもHbA1cが8.0以上のコントロール不良の者。 【運動教室等】（からだ元氣塾） ・令和3年度の特定健診の結果、HbA1c5.6%以上、6.4%以下の者。 【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。）	【医療機関受診動奨】 腎機能における要医療者の受診について、3医療機関に受け入れの依頼を実施し、専門医や協力医の診察を受けられるよう調整を行った。また、対象者が医療機関へ提出する書面の内容について助言を受けた。	保健師、管理栄養士、看護師、健康運動指導士 （追加）（一部の専門職は糖尿病療養指導士/支援士を取得）	糖尿病、CKD（慢性腎臓病）	本事業対象者の新規人工透析導入者数0人	からだ元氣塾HbA1c改善率86% 医療機関受診動奨（腎）対象者の医療機関受診率	からだ元氣塾継続率60% 腎保健指導対象者の翌年度健診結果における腎機能維持・改善率
14	匝瑳市	1. 令和5年度特定健診受診者で75歳未満の、2型糖尿病の診断を受けたことのない者で、HbA1c6.5以上、尿蛋白（土）以上、又は、eGFR60ml/分/1.73㎡未満（70歳以上はeGFR50ml/分/1.73㎡未満）の者 2. 令和2年度～令和5年度特定健診連続未受診者のうち、令和3年度と令和4年度に糖尿病治療歴があり、令和5年度治療中断している者	事業実施にあたり、匝瑳市総合健康診査専門委員会特定健診部会にて事業方針を検討している。医師会、市内CKD対策協力医に事業の内容を説明し情報共有を行っている。またCKD対策協力医については事業周知や受診動奨通知に医療機関名を掲載し周知している。 対象者が医療機関を受診するにあたり、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と治療内容や保健指導等の内容を情報共有し連携を図っている。	保健師、管理栄養士	糖尿病	体重、BMI	血圧	HbA1c
15	旭市	①当該年度の旭市特定健診結果が生活習慣病未治療で、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（土）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 ②生活習慣病治療中で当該年度の旭市特定健診結果がHbA1c10.0%以上かつ尿蛋白（土）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へ紹介 ③前年度特定健診結果がHbA1c6.5%以上で、eGFR低下率より今後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へ紹介 ④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 ⑤その他医療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	・事業開始にあたり、医師会やかかりつけ医に事業説明し了承を得たうえで開始した。 ・令和4年度から「旭市糖尿病対策地域連絡会」を発足し、事業に関する情報共有及び糖尿病重症化予防に関する地域の課題共有や解決に向けた意見交換等ができる体制を構築した。 ・対象者が受診するにあたり事業専用の「精密検査受診の指示書」と「糖尿病連携手帳」等を用い、市の健診・指導情報、かかりつけ医からの受診結果や保健指導に関する指示を共有し事業を展開。また必要時、かかりつけ医に保健指導の方針等について相談している。	市の保健師・管理栄養士が保健指導を実施した。	糖尿病性腎症	HbA1c	尿蛋白	eGFR

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	事業評価【アウトカム指標】				
					①				
					該当の取組が対象としている疾患	検査項目 1	検査項目 2	検査項目 3	
		②.1	②.2	②.3					
16	習志野市	特定健康診査等の結果、以下のいずれかの選定条件に該当する者。 ①HbA1c6.5以上または空腹時血糖126mg/dl以上かつeGFR60未満（70歳以上はeGFR50未満）または尿蛋白(±)以上 ②eGFR60未満かつ尿蛋白(2+)以上 ③eGFR30~44かつ尿蛋白(+)以上 ④eGFR30未満	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。	保健師、看護師	糖尿病、慢性腎不全	HbA1c	eGFR	尿蛋白	
17	柏市	令和4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1.26mg/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/1.73ml未満の者(70歳以上はeGFR50ml/分/1.73ml未満の者) ③1年間のeGFR低下がeGFR5ml/分/1.73ml以上又は1年間の低下率が2.5%以上のもの (2)令和4年度75歳以上の健診受診者のうち、次の条件に該当する者 HbA1c8.0%以上であり、かつ、尿蛋白(+)以上の者 (3)除外者の条件 ①I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糖尿病に関する継続的な治療のある者	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、助言を受けながら実施した。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た。プログラム参加希望者は、「参加同意書」および「かかりつけ医への手紙(市で作成したものを参加者からかかりつけ医へ受診時に手渡し)」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した。「かかりつけ医との連携」の具体策として、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いながらプログラムを実施した。	医師 看護師 臨床検査技師 保健師 管理栄養士 理学療法士	糖尿病性腎症	空腹時血糖	尿たんぱく	eGFR	
18	勝浦市	特定健診診査・後期後継者健康診査の結果、40歳以上でⅡ度以上高血圧またはHbA1c7.0以上(後期高齢者はHbA1c8.0以上)、またはLDL190以上のハイリスク対象者(内服除け)および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、HbA1c6.5%以上かつ次のいずれか ①尿蛋白(±)以上 ②ア eGFR60ml/分/1.73ml未満(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73ml未満 イ eGFR60ml/分/1.73ml以上(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73ml以上) であっても、eGFR低下5ml/分/1.73ml/年、または、eGFRの低下率25%/年以上	対象者については、受診結果返信票で受診状況を確認し医師と連携している。	保健指導は、保健師・管理栄養士・看護師が実施した	糖尿病性腎症・高血圧・高脂血症・糖尿病	対象者のうち新規透析導入者	対象者のうち医療機関受診率	対象者のうち翌年度の健診数値血圧Ⅱ度以上の割合及びHbA1c6.5以上の割合	
19	市原市	1 保健指導 (1)事業者委託 次の①、②、③全てに該当する者 ①年度末年齢が40歳以上75歳未満の市原市の国民健康保険被保険者 ②前年度の特定健診等の結果で判定基準値(ア及びイ又は、ア及びウ)に該当した者 ア 空腹時血糖値126mg/dl(随時血糖値200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上 イ 尿蛋白(±)以上 ウ eGFR60ml/分/1.73ml未満(70~74歳はeGFR50ml/分/1.73ml未満) ③受診医療機関の協力を得られる者 (2)医師会委託 次のア、イ、ウ全てに該当する者 ア 年度末年齢が40歳以上75歳未満の市原市の国民健康保険被保険者 イ 市原市医師会の指定する医師が生活改善等の保健指導が必要と判断した者(原則として前年度特定健診未受診者) ウ 市原市医師会の指定する医師が定期的に行う検査(少なくとも1回/年)で、基準値(下記a及びb、又はa及びc)に該当した者 a 空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上 b 尿蛋白(±)以上(微量アルブミン30mg/gCr以上) c eGFR60ml/分/1.73ml未満(70~74歳はeGFR50ml/分/1.73ml未満) 2 受診勧奨 (1)当該年度の特定健診等の結果が判定基準値(ア又はイ)に該当した者(糖尿病又は腎関連疾患で治療中と確認できた者は除く) ア HbA1c 6.5%以上かつ尿蛋白(±) イ HbA1c 6.5%以上かつeGFR45ml/分/1.73ml以上60ml/分/1.73ml未満かつ尿蛋白(-)(70~74歳はeGFR45ml/分/1.73ml以上50ml/分/1.73ml未満) (2)当該年度及び前年度の特定健診未受診者のうち、過去に糖尿病治療歴があるが、直近1年間で糖尿病の治療を中断していると確認できた者 (3)当該年度の特定健診等未受診者のうち、過去3年間の特定健診等の結果がHbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上であるが、糖尿病治療歴がない者	・市原市国民健康保険保健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で、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に関する説明と協力を依頼している。 ・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	糖尿病性腎症	eGFR	血清クレアチニン	HbA1c	
20	流山市	(1)2型糖尿病未治療者のうち、健診データからHbA1c 6.5%以上の者であり、かつ次のいずれかである者(75歳以上の後期高齢者については、HbA1c7.0%以上) ①尿蛋白(±)以上 ②eGFR 60ml/1.73ml未満(70歳以上:eGFR 50ml/1.73ml未満) ③eGFR 60ml/1.73ml以上(70歳以上:eGFR 50ml/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 (2)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無い者 (3)2型糖尿病治療中の者に対して定期的に行う検査(少なくとも1回/年)で、尿蛋白(±)以上、eGFR(基準値は(1)と同様)、尿アルブミン(微量アルブミン30mg/gCr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、実生活に即した保健指導が必要であると医師が判断した者	流山市医師会との間で糖尿病性腎症重症化予防事業検討会を設置。当該検討会の委員と「かかりつけ医・糖尿病専門医・腎臓専門医」との連携体制構築にむけ、令和5年度の取り組み状況の報告と今後の課題について情報共有を行う予定である。また、流山市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施する上で、かかりつけ医と「プログラム参加同意書」「保健指導指示書」「保健指導報告書」のやり取りを通じて情報共有を行い連携をとった。	保健師、管理栄養士	糖尿病性腎症	保健指導前後の検査データ変化(HbA1c、体重・BMI、eGFR、尿蛋白)	保健指導前後の対象者アンケートの回答変化(満足度、対象者の意識、行動変容)	受診勧奨対象者の人工透析移行者の有無	
21	八千代市	【保健指導対象者】 以下に該当 ●A「HbA1c 6.5%以上」かつ「尿蛋白(±)以上」または「eGFR60ml/分/1.73ml未満」 ●B「HbA1c 6.5%以上」でAに該当しない ●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) 【受診勧奨対象者】 前年度特定健診受診者 HbA1c6.5%以上で糖尿病による受診が確認できない 前年度特定健診未受診者 過去に糖尿病による通院・投薬歴があるが、通院頻度から糖尿病による通院・投薬が中断されている可能性がある	【保健指導】 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した。協力医療機関(かかりつけ医)から「保健指導指示書」により保健指導における指示や助言をいただいた。 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した。	管理栄養士、保健師	高血圧・脂質異常・糖尿病	HbA1c等の改善者割合			
22	我孫子市	【保健指導対象者】 以下の要件を全て満たす者を対象とした。 ・令和3年度以降に健診受診歴があり糖尿病の疑いがある ・難病、がん治療中及び人工透析ではない ・令和4年度に糖尿病投薬歴がある ・委託業者が設けた禁忌要件に該当していない 【受診勧奨対象者】 ①令和3年度以降の健診受診歴は無いが、令和3年度以前に糖尿病投薬歴がある ②令和3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した。 ・難病、がん治療中及び人工透析ではない ・令和4年度に糖尿病名または投薬歴がない	・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。 ・事業内容について医師会及び糖尿病専門医との協議の機会を設け、助言を受けた。 ・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た。 ・かかりつけ医へ、患者が保健指導対象者であるかどうかの確認と、該当者であった場合に保健指導プログラムへの参加勧奨をしてもらうよう依頼した。 ・健診未受診者であっても、保健指導が必要だとかかりつけ医が判断した患者については、かかりつけ医から保健指導プログラムへの参加勧奨をってもらうよう依頼した。 ・かかりつけ医が参加勧奨しやすいように、参加勧奨対象者のリストをかかりつけ医へ提供した。	保健指導は保健師・看護師・管理栄養士が行った。 (複数の資格保有者有)	糖尿病	HbA1c	プログラム開始前後で、生活の質・健康状態についての評価が「良い」以上である者の割合が20%以上向上したか。	プログラム参加者の指導完了率100%を達成できたか。	
23	鴨川市	(1)令和5年度特定健診(集団)受診者結果、空腹時血糖126mg/dl以上または、HbA1c6.5%以上の者で特定健診問診票で血糖服薬なしの者。かつ次の①②いずれかを満たす者①尿蛋白(±)以上②eGFR60ml/分/1.73ml未満(70歳以上:eGFR50ml/分/1.73ml未満)	②.1の対象者に、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)等が記載された「健診結果通知表」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た。	保健師・管理栄養士	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症患者割合の変化 受診勧奨対象者のうち医療機関受診割合	糖尿病医療費の変化 受診勧奨対象者の検査値(HbA1c)改善率	次年度健診結果の変化(血糖値、HbA1c、eGFR等) 国保継続加入者の新規透析患者数(中長期的目標)	

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	事業評価【アウトカム指標】			
					①			
					該当の取組が対象としている疾患	検査項目 1	検査項目 2	検査項目 3
	保険者努力支援制度項目	②.1	②.2	②.3				
24	鎌ヶ谷市	(1)重症化予防事業 ※令和4年度健診受診者における基準該当者 A.要医療者への受診勧奨 健診問診票で服薬なし(血圧・血糖・脂質)の者で ・HbA1c6.5以上6.9以下 ・空腹時血糖126mg/dl以上 ・尿たんばく+以上 ・eGFR 45未満 B.ハイリスク者への保健指導① 健診問診票で服薬なし(血圧・血糖・脂質)の者で、HbA1c7.0以上 C.ハイリスク者への保健指導② 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.委託による保健指導 ※前年度特定健診受診者または医療機関からの紹介 2型糖尿病治療者でHbA1c6.5以上かつ eGFR30から60未満 又は eGFR経年低下者 又は 尿蛋白(±)以上 E.糖尿病治療中断者への保健指導 令和3年度糖尿病治療歴があり、令和4年度治療歴が無く、 令和5年度受診券発行している者	(1)医師会の担当理事と事前協議し、勉強会等で情報共有を行った。 (2)医師会の担当理事と事前協議、及び結果報告を実施。なお、Dの委託による保健指導では、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1回報告書を送付。	(1)保健師、管理栄養士 (2)D 保健師、看護師、管理栄養士 (2)E 保健師、管理栄養士	糖尿病	BMI	HbA1c	eGFR
25	君津市	①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 ②特定健診受診結果において、HbA1c6.5以上の者、eGFR60以上かつ尿蛋白2+以上、eGFR45~59かつ尿蛋白+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し了承を得た。また、年度当初に医師会への説明資料にて近況を報告。 ②高血圧や糖尿病等の生活習慣病を原因とする慢性腎臓病の予防に取り組み、医療機関及び関係行政機関が相互に連携を図るため、慢性腎臓病(CKD)予防連携委員会(かかりつけ医+専門医+行政)を管内4市(君津市、木更津市、富津市、袖ヶ浦市)と設置している。令和元年から、委員会にて、かかりつけ医と専門医の助言のもと腎臓病地域連携パスを作成し、運用を開始。令和5年度は5月にCKD予防連携委員会を実施、8月に県の担当者を引き当座会議を実施した。	保健師・管理栄養士	糖尿病、糖尿病性腎症	健診受診者の糖の検査項目(HbA1c)の変化	健診受診者の腎機能の検査項目(eGFR)の変化	
26	富津市	当該年度糖尿病未治療者でHbA1c7.0%以上、治療中者でHbA1c8.0%以上	君津木更津医師会(かかりつけ医と糖尿病・腎臓病専門医)、君津中央病院糖尿病専門医と管内4市(本市、木更津市、君津市、袖ヶ浦市)がCKD予防連携委員会を組織し「腎臓病地域連携パス」の体制を構築した。糖尿病、CKD未治療者や治療中断者を医療に繋げ、重症化を予防することを目指している。CKD予防連携委員会は課題に応じて年に1~2回開催され、開催にあたっては管内4市の担当者会議を君津保健所の支援を受けながら実施している。 また、市内の医療機関を訪問し、腎臓病地域連携パスの実績報告や富津市の活動報告を行い協力を仰いでいる。	保健師、管理栄養士	慢性腎臓病	血圧値	HbA1c	
27	浦安市	・令和4年度特定健診の結果、空腹時血糖126mg/dl又はHbA1c6.5%以上かつ次のいずれかの者。 ①尿蛋白(±)以上、 ②ア。eGFR60ml/分/1.73ml未満(70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満) イ。eGFR60ml/分/1.73ml未満(70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満)であっても、1年間のeGFRの低下が5ml/分/1.73ml以上または1年間のeGFRの低下が25%以上。 ・特定健診未受診者で過去に糖尿病の診断があるもの。	令和3年度より医師会と対象者設定や事業内容について、協議しながら実施している。かかりつけ医と保健指導及び受診勧奨者の情報共有を図りながら実施している。	保健師・管理栄養士	糖尿病性腎症	検査値の改善割合(HbA1c、尿たんばく、eGFR)	指導後の受診割合	
28	四街道市	【受診勧奨】 前年度の特定健診結果でHbA1c6.5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 【保健指導】 2型糖尿病・糖尿病性腎症を治療中の人の内、かかりつけ医の同意と本人の申込みのある者	事業開始にあたって、平成30年度に、地区医師会常会で事業概要説明を行った上で、事業を実施している。なお、保健指導に關係する医療機関(指導対象者抽出後、その者が通院している医療機関)へは毎年度、個別に説明文書を送付しており、要望があれば、訪問や電話による事業説明を行う用意をしている。また、保健指導実施中は月に1度、指導実施者の指導内容の報告書を提出している。	保健師、栄養士、看護師(業者委託)	糖尿病および糖尿病性腎症	レセプトからHbA1c検査の有無	レセプトから糖尿病薬剤の処方の有無	
29	酒々井町	(1)令和5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及び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(±)以上 ③ア) eGFR60ml/分/1.73ml未満(70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満) イ) eGFR60ml/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 (2)治療中者への指導として、レセプトで糖尿病または糖尿病性腎症の病名記載があり、病期が2~3期と判定された方を抽出した。	(1)必要な方に糖尿病連携手帳を渡し、それを通して連携をとっている。 (2)治療中者の場合は、プログラム参加前にかかりつけ医に生活指導内容の確認書を記入していただいている。また、かかりつけ医に初回・中間・最終指導後の報告書を提出している。	保健師、看護師	糖尿病	BMI	HbA1c	eGFR
30	八街市	予防・健康づくり大規模実証事業糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証フィードバックレポートを活用して対象者を抽出した。 具体的には、「糖尿病未受診者」および「糖尿病で通院中」の者で ・HbA1c6.5以上かつ腎機能と血圧区分の判定をもとに対象者を抽出 →糖尿病未受診者および糖尿病受診中の者の中で血圧高値で受診なしの者にも受診勧奨を、 糖尿病受診中の者でコントロール不良者には保健指導を実施。	事業実施前に、医師会の定例会で事業概要について説明し、資料等を提示し、実施内容、スケジュール、対象者抽出条件や対象者数を説明し、実施にあたり助言を求めた。また、受診勧奨通知に同封する医療機関一覽への掲載同意をいただいた。事業実施完了後、アウトカム指標を中心に事業評価の報告をするとともに、KDBデータの集計をもとに本市の現状と課題(治療中のコントロール不良者や血圧高値で受診歴なしの者の現状)を共有し、かかりつけ医を巻き込んだ保健指導の実現に向けて協力要請をしていく。	委託事業者の管理栄養士	糖尿病および糖尿病性腎症	HbA1c	血圧	eGFR
31	富里市	【抽出基準】 ①HbA1c6.5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) ②HbA1c8.0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) ①と②を抽出し、対象者に受診勧奨通知を送送、さらに優先順位をつけて保健指導を実施した。	コロナ禍により医療機関との情報交換会は実施にいたらなかった。市内の医療機関に重症化予防の取組みについて説明し協力を依頼した。	対象者には、保健師及び管理栄養士が保健指導を実施した。	糖尿病	HbA1c		
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」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理事に相談の上、市内各医療機関に伺い昨年度の事業報告及び今年度事業概要の資料を配布しながら説明し、協力を依頼した。	保健師、管理栄養士	糖尿病性腎症	HbA1c	尿蛋白	0
33	印西市	【糖尿病性腎症重症化予防】 ①令和5年度特定健康診査受診者で、健診データから空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c7.0%以上で、尿たんばく(±)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。診療レセプトの有無に関わらず対象とする。(但し、がん等他疾病の管理が優先とみられる場合は対象者から除く。) ②過去に糖尿病での服薬歴があり、現在治療中断の者(令和4年度健診未受診。令和3年度以前に糖尿病での投薬レセプトがあり、令和3年度に該当レセプトがない者) 【CKD重症化予防】 令和5年度特定健康診査受診者で、eGFR45ml/分/1.73ml未満または、eGFR45以上60ml/分/1.73ml未満で尿蛋白2+または3+の者(専門医への受診勧奨レベル)	・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ぎ、事業内容、評価方法等へのアドバイスを受けた。 ・診察依頼結果報告書の様式について助言を受け、糖尿病性腎症重症化予防事業は修正、CKD重症化予防事業は新規作成した。 ・市内医療機関に事業の周知を図った。 ・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した。	管理栄養士・保健師	糖尿病性腎症	受診の継続	検査値(翌年度健診)の変化 HbA1cが7.0を超えていないか eGFRの一年間での低下が5未満に収まっているか	保健指導実施者について 生活改善状況の変化(改善・維持・悪化)
34	栄町	①4年度特定健康診査受診のうち、健診データから空腹時血糖126mg/dl又はHbA1c6.5%以上で、かつ次のA、Bいずれかを満たす者(A)尿たんばく(±)以上(B)eGFR60ml/分/1.73ml未満(70歳以上は50ml/分/1.73ml未満) 又は1年間のeGFR低下が5以上 ②糖尿病治療中断者・未治療者	・対象者へ個別通知・電話による健診および医療機関への受診勧奨を実施。 ・受診勧奨の結果、健診を受診し、要医療判定値に該当した者へは個別通知、電話、面談にて医療機関への受診勧奨を実施。 ・「健診結果報告書」等にて、医療機関の診察結果の共有や町への保健指導依頼をうけ保健指導を実施するなど連携を図った。	保健師、管理栄養士	糖尿病性腎症 (糖尿病性腎症に加えて複数の疾患を有している場合は、高血圧、脂質異常症、肝臓病、貧血)	健診結果改善率 (空腹時血糖値・HbA1c・eGFR・尿蛋白)	治療中断者・未治療者の医療機関受診率	
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型糖尿病未受診者のうち、当年度の健診データがHbA1c6.5%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た場合、ア。eGFR60ml/分/1.73ml未満(70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満)イ。eGFR60ml/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とした。	地区医師会と協力して事業マニュアルを作成し、かかりつけ医師とは「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し連携を図った。	保健師、管理栄養士	糖尿病	HbA1c6.5以上		

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	事業評価【アウトカム指標】			
					①			
					該当の取組が対象としている疾患	検査項目1	検査項目2	検査項目3
	保険者努力支援制度項目	②.1	②.2	②.3				
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がHbA1c6.5%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 60ml/分/1.73ml以上(70歳以上：eGFR 50ml/分/1.73ml以上)であって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、 但し特定健康指導対象者、個別健診受診者は除外とした。 2型糖尿病未治療者はレセプトを点検し過去1年間糖尿病未治療者である者とした。	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。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事業を実施。必要に応じ糖尿病連携手帳を用いて情報を共有した。	町保健師、栄養士が実施	糖尿病性腎症	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うち、受診勧奨を行った人数・医療機関受診につながった人数)	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	
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がHbA1c6.5%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 60ml/分/1.73ml以上(70歳以上：eGFR 50ml/分/1.73ml以上)であって1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73ml以上又は1年間のeGFR低下率が25%以上 但し特定健康指導対象者、個別健診受診者は除外	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。 受診結果報告書、糖尿病連携手帳を活用し、対象者の受診状況・指導内容等の情報共有を行う。	管理栄養士及び保健師が指導に携わっている。	糖尿病	HbA1c5.6%以上の割合の減少		
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がHbA1c6.5%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. eGFR60ml/分/1.73ml以上(70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml以上)であって、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。 但し特定健康指導対象者、個別健診受診者は除外	対象者へ受診結果報告書を送付して受診勧奨を行い、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の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保健指導を実施する	糖尿病性腎症	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
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HbA1c6.5%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. eGFR60ml/分/1.73ml以上(70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml以上)であって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	対象者へ受診結果報告書を送付して受診勧奨を行い、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の取り組みを実施した。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、連携して指導の取り組みを実施した。	保健師、管理栄養士が実施する。	糖尿病性腎症	BMI	HbA1c	eGFR
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がHbA1c6.5%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. eGFR60ml/分/1.73ml以上(70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml以上)であって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 但し特定健康指導対象者、個別健診受診者は除外した。	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実施。	保健師、管理栄養士	糖尿病性腎症	HbA1c		
41	大網白里市	(1) 当年度の特定健康診査受診者のうち、以下の全てに該当する者。 ① 特定健康指導の対象でないこと。 ② 糖尿病について未治療、または治療を中断していること。 ③ HbA1cが6.5以上であること。 (2) 特定健康診査未受診者のうち、以下の全てに該当する者。 ① 当年度に特定健康診査等の受診歴がないこと。 ② 糖尿病の既往歴があること。 ③ 過去12ヶ月の間に、糖尿病治療歴がないこと。 ④ 令和5年3月31日時点で、40歳以上74歳以下であること。	・健診受診者で、HbA1c6.5以上かつ糖尿病未受診については、かかりつけ医への受診勧奨受診通知を健診結果通知に同封し、医師から受診結果の返信をいただいている。	保健師、管理栄養士	糖尿病性腎症	HbA1c	eGFR	血清クレアチニン値
42	九十九里町	① 特定健康診査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、診察結果を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をもとに継続支援を実施した。	保健師・管理栄養士	糖尿病性腎症	実施者のうち、HbA1cが改善した者の割合	受診勧奨し医療機関受診した者の割合	実施者の透析進行者数
43	芝山町	1. 30代健康診査、特定健康診査、人間ドックを受診した者(30~74才)のうち、HbA1c6.5%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、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HbA1c7.0%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。個々の取組みについては、必要な方に健康手帳や糖尿病連携手帳を渡し、かかりつけ医に情報提供を行う	保健師・管理栄養士	糖尿病	HbA1c改善率	eGFR改善率	推定塩分摂取量の改善率
44	神崎町	HbA1c6.5以上 レセプト分析結果で腎症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、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した。	保健師又は管理栄養士・栄養士	糖尿病	HbA1c		
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A1C6.5%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) 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	町内にかかりつけ医がいる場合には連絡し、事業の実施について適当であるか確認。また町内医師会については、事業の周知とともにかかりつけ医に情報提供を行った。	保健師・管理栄養士	高血圧・糖尿病	HbA1c	eGFR	蛋白尿
46	東庄町	【糖リスク】 (受診勧奨) ・ 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HbA1c6.5以上の者) (保健指導) ・ 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HbA1c7.0以上の者でかつ尿蛋白(+)以上の者 【腎リスク】 (受診勧奨) 県マニュアルの基準で抽出	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、アドバイスをもらおうと共に協力を依頼した。 また、個々の事例に関しては糖尿病連携手帳を活用した。	保健師	糖尿病	HbA1c		
47	袖ヶ浦市	袖ヶ浦市国民健康保険慢性腎臓病(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き、KDBを活用し腎臓病地域連携バス対象者を選定(腎リスク) ① eGFR60以上かつ尿蛋白(2+)以上 またはeGFR45~59かつ尿蛋白(+)以上 ② eGFR30~44 ③ eGFR15~29 ④ eGFR15未満 (糖リスク) A HbA1c 6.5%~7.9% B HbA1c 8.0%以上	・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 ・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。	袖ヶ浦市国民健康保険慢性腎臓病(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、市の保健師、管理栄養士が保健指導を実施。	慢性腎臓病(CKD)	HbA1cの数値(前年度比較)	eGFRの数値(前年度比較)	尿蛋白の数値(前年度比較)
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 ・ HbA1c7.0以上で糖尿病未治療の方 ・ 専門医師会腎機能判定基準策定委員会糖尿病関連腎機能検査において受診勧奨と判定されたもののうちeGFR50未満で、かつ腎疾患未治療の方	・「糖尿病関連腎機能検査受診結果返信票」にて医療機関と情報共有している。	・管理栄養士と保健師が保健指導を実施。	糖尿病、糖尿病性腎症	HbA1c	eGFR	血圧
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った。	健康づくり部門の保健師	糖尿病	HbA1c		

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	事業評価【アウトカム指標】			
					①			
					該当の取組が対象としている疾患	検査項目 1	検査項目 2	検査項目 3
	保険者努力支援制度項目	②.1	②.2	②.3				
50	南房総市	特定健診結果から以下の者を抽出。 2型糖尿病未治療のうち、空腹時血糖値126mg/d l以上またはHbA1c6.5%以上のもので、①尿蛋白±以上、または、②血清クレアチニン検査においてeGFR60未満（70歳以上は50未満）であるもの。	受診勧奨を実施し、受診時におけるかかりつけ医宛の情報として「検診結果通知表（当該年度と前年・前々年度の検診結果記載）」並びに「診察についてのお願ひ・診察結果報告書」を渡し、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	糖尿病性腎症	HbA1c	eGFR	
51	鋸南町	受診勧奨：健診委託機関の定める緊急連絡値の者（厚労省基準値） 保健指導：血圧・血糖値・尿蛋白が基準値以上かつ医療機関受診歴なし	・受診勧奨の対象者に「診察についてのお願ひ・診察結果報告書」を送付し、かかりつけ医との連携を図っている。 ・健診実施機関を通し、安房医師会への情報提供を行っている。	保健師・管理栄養士 （保健指導事業）	高血圧、糖尿病	推定摂取塩分量	BMI	血圧
52	いすみ市	①特定健診受診者で糖尿病（HbA1c6.5%以上）ありの者のうち、腎症2期以下で糖尿病未治療の者。 ②特定健診未受診者のうち、過去のレセプトに糖尿病病名あるいは糖尿病性腎症病名がある治療中断者。	受診勧奨対象者には「糖尿病関連腎機能検査受診結果返信票」を送付し、医療機関と情報共有を行っている。	保健師、管理栄養士、 栄養士	糖尿病・糖尿病性腎症	HbA1c	eGFR	
53	山武市	特定健診結果から以下の者を抽出 ・HbA1c7.0以上で糖尿病未治療者。 ・腎疾患治療中を除くeGFRの令和3年度と令和5年度の比較で減少率が30%以上。 ・腎疾患治療中を除く空腹時血糖126mg/dL以上又はHbA1c6.5以上で尿蛋白(±)以上又はeGFR60ml/分/1.73ml未満。 治療中断者 KDBデータにより、40～74歳の令和3年度に2型糖尿病レセプトがあったが、令和4年度に存在しない者。	・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。	保健師・管理栄養士	糖尿病、糖尿病性腎症	HbA1c	eGFR	尿蛋白
54	横芝光町	糖尿病性腎症重症化予防事業実施計画対象者基準で次の者を対象 A①40歳以上75歳未満で令和5年度健診結果より2型糖尿病（HbA1c6.5%以上）かつ尿蛋白（±）以上またはeGFR60ml/分/1.73ml未満（70歳以上は50ml/分/1.73ml未満）、健診問診票で糖尿病受診歴無し B②40歳以上75歳未満で、令和5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（±）以上またはeGFR60ml/分/1.73ml未満（70歳以上は50ml/分/1.73ml未満） C③75歳以上後期高齢者で令和5年度健診結果からHbA1c8.0%以上、かつ尿蛋白（+）以上、血圧150/90mmHg以上、腎機能が低下している者（eGFR50ml/分/1.73ml未満） D令和5年度特定健診（集団健診）結果で対象者に情報提供書を送付	対象者からの同意を得た後、糖尿病連携手帳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、情報共有を行っている。	保健師・管理栄養士	糖尿病、糖尿病性腎症	HbA1cの数値	eGFRの数値、尿蛋白	