

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】
	保険者努力支援制度項目	①	②	③	④
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、eGFR値、尿蛋白の有無等による優先順位を医師会と協議して対象者を決定した。また糖尿病治療を中断した者への保健指導をモデル的に実施した。 ○受療動奨 1) 特定健診結果、要医療と判定され空腹時血糖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（当薬歴）があり、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。 ・受療動奨は、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・電話等の動奨を実施した。	保健師、看護師、管理栄養士	最終的なアウトカム指標については、市データヘルス計画において「人工透析に至らない」ことを目標としている。 そして、最終的なアウトカム指標に至る前段階として、次の検査データと保健指導対象者のアンケートを実施している。 (1) 特定健診及び医療機関での検査結果からBMI、HbA1c、eGFR等の値を取得し、保健指導実施前後を比較し、変化を確認する。 (2) アンケートにより生活習慣の行動変容を把握する。 受療動奨：動奨後の受療率
2	鎌子市	・糖尿病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	・HbA1cの改善状況 ・生活習慣改善の変化 ・治療継続の理解度
3	市川市	特定健診の結果から、 ①受療動奨 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動奨が必要と思われる者。 ②注意喚起 糖尿病受療中であっても、特定健診の結果、HbA1c8.0%以上の者、HbA1c7.0%以上かつ尿蛋白(+)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。	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。 受療動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、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	対象者の次年度健診結果の ・HbA1cの改善率 ・尿たんぱくの変化 ・eGFRの変化
4	船橋市	①～④は令和3年度健診受診者から選定、⑤は令和2・3年度健診未受診者（抽出時） 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 ④75歳以上でHbA1c8%以上かつ尿蛋白(+)以上またはeGFR50未満 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（医療）・対象者・保健指導実施者（保健）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、日本糖尿病協会が作成した糖尿病連携手帳を活用している。この連携手帳は医師が保健指導に必要な検査データ、指示フローや生活指導の留意点などを記載し、患者へ自己管理の重要性を説明したうえで配付することとなり、連携手帳1冊かかれた指示に基づき保健指導を実施した。 平成30年度以降は、かかりつけ医との顔の見える連携体制構築のために各特定健康診査協力医療機関を訪問し、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年度は、10月健診対策委員会にて本市の糖尿病性腎症重症化予防対策事業及びデータヘルス計画の中間評価について情報共有した。 令和2年度及び3年度は、新型コロナウイルス感染症流行に伴いかかりつけ医療機関への訪問は中止し、事業一覧や「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同時に、数値悪化者など優先度の高い事業対象者についてのみ指示を仰ぎながら保健指導を行った。	保健師・管理栄養士・看護師が携わった。	・保健指導を受けた者の継続支援時の健康行動の変化 ・保健指導を受けた者の翌年度健診結果におけるHbA1c・eGFR値の変化
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動奨判定値（HbA1c6.5%）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、②eGFR90ml/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ての情報として、「検査結果のお知らせ（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相談により医療機関と行政で役割を分担して保健指導等を行っている。	保健指導や受療動奨においては保健師が実施した。	①次年度健診において検査結果の改善率・改善率 ②次年度健診の継続受診者数・受診率
6	木更津市	①慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会が定めた抽出基準（腎臓病地域連携バスを交付）、②木更津市糖尿病腎症予防実施要領に基づき実施 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「腎臓病地域連携バス」を交付し、受療動奨を実施 ①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 ⑤HbA1c 6.5%～7.9% ⑥HbA1c 8.0%以上 ②対象者抽出の考え方 ・千葉県糖尿病性腎症予防「D」に準ずる。（「D」が「A」D-図1、2参照） ・HbA1c6.5以上を抽出するが対象者が多いため、本市ではHbA1c7.0以上を優先に取り組み、HbA1c7.0以上としても対象者の多い地区については、年齢の若い者やデータの悪い者など優先順位の高い者から実施するなど検討する。 ・HbA1c7.0以上では対象者が少ない地区については、HbA1c6.5以上としても差し支えない。 ・優先順位を考慮する上で、リスクとして、血糖値以外の数値にも着目する。 *75歳以上の高齢者について実施する場合、HbA1c8.0以上かつ尿蛋白(+)以上を基準にする。 ※対象者抽出は「糖尿病管理台帳」にて作成する。（台帳作成は毎月2回） 健診データが届いたら治療の有無にかかわらずHbA1c6.5%以上は情報が管理台帳に掲載される。	2017年度から「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、管内4市行政による会議を開催しCKD予防のための連携体制構築を協議を実施。 2018年度から「慢性腎臓病地域連携バス」の運用を開始し、かかりつけ医・専門医・行政が検査内容や治療方針などの情報を迅速に共有できるようになり、みづくりをしている。また、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」具体的な運用 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送返。 ④かかりつけ医は、腎・糖に関連して二次医療機関と連携し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い、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	・新規透析患者数 ・HbA1c ・eGFR ・CKD重症度分類

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	②	③	④
	保険者努力支援制度項目				
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. HbA1c 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 ² 未満 ③尿蛋白(±)でeGFR45以上 60ml/分/1.73m ² 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. HbA1c 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人 ※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短期的指標 ・糖尿病未受診で受診勧奨した人の受診率 ・糖尿病性腎症ハイリスク者で受診勧奨した人の受診率 ・糖尿病治療中断者で受診勧奨した人の受診率 ・保健指導後の生活習慣が改善した人の割合 ・保健指導後の検査値 (HbA1c、血圧、LDL-C、TG) が改善した人の割合 ②長期的指標 ・人工透析患者数 ・人工透析新規患者数 ・糖尿病未治療者の割合
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年間に健診で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、承認を受けたうえで、対象者に、受療勧奨の通知を実施する旨、各医療機関に周知した。	保健師	・ハイリスク者で受診勧奨した人の受診率 ・治療中断者で受診勧奨した人の受診率 ・対象者の翌年度健診結果
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	HbA1c、eGFR、尿蛋白などの検査項目 保健指導実施者の治療開始および人工透析開始
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70歳以上の場合、eGFR50以上であって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した。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	対象者の検査値の改善率について、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令和2年度の対象者について評価を行う。 ①体重・BMI ②HbA1c ③eGFR
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	保健指導実施前後のHbA1cの値により評価している。
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HbA1c6.5%以上 腎臓の指標：尿蛋白±以上 優先順位 ①未治療の者 ②治療を中断している者	医師会には、健診説明会にて事業内容を説明予定であったが、まん延防止等重点措置(新型インフルエンザ等対策特別措置法)期間中のみで開催中止となり、書面を配布し周知を行った。 ・事業の結果については、健診専門委員会にて報告。 (2)回実施 R3.11.11、R4.3月) ・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。	保健指導者の翌年度の健診値 (HbA1c 値、蛋白尿、eGFR) の変化
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。) ・医療機関受診中であってもHbA1cが9.0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2年度の特定健診の結果、HbA1c5.6%以上7.0%以下、空腹時血糖126mg/dl、または随時血糖139mg/dl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。)	【医療機関受診勧奨】 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。	保健師、管理栄養士、看護師、健康運動指導士	eGFR、尿蛋白、推算塩分摂取量
14	匝瑳市	千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムフロー図1に基づき対象者を抽出。 【フロー図1】 令和2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(±)以上、又は、eGFR60ml/分/1.73m ² 未満(70歳以上はeGFR50ml/分/1.73m ² 未満)の者。	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。また、糖尿病性腎症重症化予防事業の地区担当医師に対象者の選定、内容について助言を得るなどの連携を図っている。 医師会に事業の内容を説明し、対象者の選定に協力を得ている。 対象者が医療機関に受診するにあたり、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	体重・BMI、血圧、クレアチニン
15	旭市	①2019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(±)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2019年度の旭市特定健診結果が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	抽出基準に基づき抽出された対象者が、医療機関を受診するにあたり、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。精密検査受診の指示書にて、受診時の診断、検査内容、医師からの指示事項等を記載した上で市へ返信いただき、その内容に沿って保健指導を展開した。また必要時、担当保健師・管理栄養士からかかりつけ医に保健指導方針等について相談した。	市の保健師・管理栄養士が保健指導を実施した。	受診勧奨や保健指導を行った対象者のうち、医療機関受診につながった場合、糖尿病専門外来受診割合、検査値が改善した人の割合 (HbA1c、eGFR、尿蛋白(尿アルブミン) など把握できた結果で評価する。

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】
保険者努力支援制度項目		①	②	③	④
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	・保健指導終了後の次年度透析導入者数 ・保健指導実施後のHbA1c、eGFR、尿蛋白、血圧についての検査データの変化
17	柏市	令和2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12.6mg/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2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 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糖尿病の内服がある者	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」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	(1)短期的指標（プログラム前後） ①検査値の改善状況（体重・BMI、血圧、空腹時血糖、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、喫煙、減酒等） ③保健指導プログラムに関する満足度や参加者の意欲、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状況 ②特定健診の改善状況 ③変換・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）…レセプトによる受療状況、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、またはLDL180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/1.73ml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	令和3年度東隅地域職域連携推進協議会事務局は書面開催となった。対象者については、糖尿病関連腎機能検査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	・対象者のうち新規透析導入者 ・介入により翌年度の推定塩分量が10g以上の人数 ・対象者の翌年度の健診数値、血圧Ⅱ度以上の割合及びHbA1c6.5以上の割合
19	市原市	1. 保健指導対象者 ア. 事業者委託 令和2年度特定健診の結果から、下記の判定基準（aかつb又は、aかつc）に該当し、定期病院中で医療機関の協力を得られる者 a：空腹時血糖値126mg/dl（随時血糖値200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上 b：尿蛋白(±)以上 c：eGFR（以下単位はml/分/1.73ml）60未満（但し70～74歳はeGFR50未満） イ. 医師会委託 (ア) 年度末年齢が40歳以上75歳未満の市原市国民健康保険加入者のうち、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、定期的に実施する検査（少なくとも年1回）で、下記の判定基準（aかつb又は、aかつc）に該当する者（原則として令和2年度特定健診の未受診者） a：空腹時血糖値126mg/dl（随時血糖値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：eGFR60未満（但し70～74歳はeGFR50未満） (イ) 令和2年度事業参加者のうち、令和3年度も同様に上記（ア）に該当する者 2. 受診勧奨対象者 ア. 糖尿病未治療者 令和3年度特定健診の結果から、下記の判定基準（a又はb）に該当する者 a:HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白(±) b:HbA1c6.5%以上かつeGFR45以上60未満（但し70～74歳は45以上50未満）かつ尿蛋白(－)ただし、糖尿病または腎臓関連疾患と診断済の者は除く イ. 糖尿病治療中断者 令和2年度特定健康診査等の未受診者で、令和2年度累計のレセプト結果から、過去に糖尿病の治療歴があるが、最近1年間で糖尿病の治療を中断していること確認できた者	・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説明をしている。 ・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	1. 保健指導検査改善率（eGFR・HbA1c・尿中アルブミンの数値で判断）70%、生活習慣改善率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」から検査値を確認し、保健指導実施前後で検査値を比較し、評価する。 2. 受診勧奨対象者の指導実施率100%、医療機関受診率 70%
20	流山市	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2者ある者 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	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2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った。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、管理栄養士による家庭訪問を実施した。	・対象者の検査値（体重・BMI、HbA1c、rGFR、尿蛋白等）の改善率 ・保健指導の内容に関する満足度や参加者の意識、行動の変化 ・人工透析の新規導入者数
21	八千代市	【保健指導対象者】 以下に該当 ● 「HbA1c 6.5%以上」または「空腹時血糖 126mg/dl以上」であり、かつ「尿蛋白(±)以上」または「eGFR60ml/分/1.73ml未満」 ● 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 HbA1c 0%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 前々年度中に糖尿病による通院・投薬歴があるが、前年度に糖尿病による通院・投薬が確認できない	【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	【保健指導】 指導実施後の生活習慣の改善者割合 人工透析移行者数 【受診勧奨】 受診勧奨後の医療機関受診率

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】
	保険者努力支援制度項目	①	②	③	④
22	我孫子市	<p>【保健指導対象者】</p> <p>以下の要件を全て満たす者を対象とした。</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成31年度以降に健診受診歴があり糖尿病疑いがある 難病、がん治療中及び人工透析ではない 令和2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 <p>【受病動要対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①平成31年度以降の健診受診歴は無いが、平成31年度以前に糖尿病投薬歴がある ②平成31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 <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 難病、がん治療中及び人工透析ではない 令和2年度に糖尿病または投薬歴がない 	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>	<p>保健指導は保健師・看護師・理学療法士・管理栄養士が行った。</p>	<p>・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聴取し評価する）</p> <p>・受病動要による受診再開率10%を達成できたか（レセプトの発生状況から評価する）</p>
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）。	<p>・①の対象者を全て含む受診動要判定値（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「診察についてお願い」診療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。</p>	保健師・管理栄養士	<p>・疾患別（糖尿病腎症）患者割合の変化</p> <p>・疾患別（糖尿病）医療費の変化</p> <p>・次年度健診結果の変化（HbA1c、血糖値）</p>
24	鎌ヶ谷市	<p>(1) 重症化予防事業 ※令和3年度健診受診者における基準該当者</p> <p>A. 要医療者への受診勧奨</p> <p>健診問診票で服薬なし（血圧・血糖・脂質）の者で</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c6.5以上6.9以下 ・空腹時血糖126mg/dl以上 ・尿たんぱく＋以上 ・eGFR 45未満 <p>B. ハイリスク者への保健指導①</p> <p>健診問診票で服薬なし（血圧・血糖・脂質）の者で、HbA1c7.0以上</p> <p>C. ハイリスク者への保健指導②</p> <p>健診問診票で服薬あり（血圧・血糖・脂質）の者で、HbA1c8.0以上</p> <p>(2) 糖尿病性腎症重症化予防事業</p> <p>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</p> <p>2型糖尿病患者でHbA1c6.5以上かつ</p> <ul style="list-style-type: none"> eGFR30から60未満 又は eGFR経年低下者 又は 尿蛋白(±)以上 <p>E. 糖尿病治療中断者への保健指導</p> <p>令和元年度糖尿病治療歴があり、令和2年度治療歴が無く、令和3年度受診券発行している者</p>	<p>(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。</p> <p>(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3回報告書を送付。</p>	<p>(1) 保健師、管理栄養士</p> <p>(2) のD</p> <p>保健師、看護師、管理栄養士</p> <p>(2) のE</p> <p>保健師、管理栄養士</p>	<p>(1) 勧奨後の受診・内服状況及び翌年度の健診結果</p> <p>(2) のD</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導実施前後で、HbA1c、eGFR、BMIについて評価。 ・保健指導から約半年後にHbA1c、空腹時血糖、eGFR、体重、BMIを評価。 <p>(2) のE</p> <p>勧奨後の健診及び医療の受診状況</p>
25	君津市	<p>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</p> <p>②特定健診受診結果において、HbA1c 6.5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</p>	<p>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、了承を得た。</p> <p>②高血圧や糖尿病等の生活習慣病の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市と設置している。令和5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バスを作成し、運用を開始。令和2年度は12月に慢性腎臓病（CKD）予防連携委員会を書面で開催、令和3年度は2月に開催予定。</p>	保健師・管理栄養士	<p>・健診受診者の糖の検査項目（HbA1c）の変化</p> <p>・健診受診者の腎機能の検査項目（eGFR等）の変化</p>
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回開催してきたが、2020年度、2021年度は新型コロナウイルス感染症予防対策のため会議を中止し、代わりに医療機関訪問を実施した。その際、千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定とCKD対策協力医の登録について等情報共有をし、また管内4市で実施している「腎臓病地域連携バス」の実績報告を行った。 <p>「腎臓病地域連携バス」は、2019年度から開始されたもので、君津市木更津医師会（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（富津市、木更津市、君津市、袖ヶ浦市）がCKD予防連携委員会を組織し体制を構築した。糖尿病やCKDの未治療者や治療中断者を医療につなげ、重症化を予防することを目指している。CKD予防委員会は2021年度、2回の実施で1回目はコロナの関係で書面会議となり、2回目はこれまでのバスの実績報告と評価について、2月に予定されている。</p>	保健師、管理栄養士	HbA1c、eGFR、尿蛋白
27	浦安市	<p>・令和2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。</p> <p>①尿蛋白(±)以上、</p> <p>②ア。eGFR60ml/分/1.73ml未満(70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満)</p> <p>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。</p> <p>・特定健診未受診者で過去に糖尿病の診断があるもの。</p>	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	<p>・保健指導を受けた者の受病率</p> <p>・保健指導を受けた者の介入前後の検査値の変化</p> <p>・新規透析患者数</p>
28	四街道市	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	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）へは個別に訪問し説明する予定。	保健師、栄養士、看護師（業者委託）	<p>1.新規人工透析移行者数：9名以下</p> <p>2.保健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）：16%</p>
29	酒々井町	<p>(1) 令和3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。</p> <p>①空腹時血糖値126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上</p> <p>②尿蛋白(±)以上</p> <p>③ア) eGFR60ml/分/1.73ml未満(70歳以上：eGFR50ml/分/1.73ml未満)</p> <p>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</p> <p>(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。</p>	<p>(1) 必要なら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。</p> <p>(2) 治療中者場合は、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。</p>	保健師、看護師	<p>BMI、HbA1c、eGFR</p> <p>指導終了後のそれぞれの検査値が、現状維持であれば「+1」、改善できれば「+2」、悪化すれば「-1」とポイント化して、集計結果をアウトカム指標として評価している。</p>

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】
	保険者努力支援制度項目	①	②	③	④
30	八街市	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空腹時血糖値126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上の者でかつ次の①または②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 令和3年9月13日現在八街市国保加入者で、40歳以上75歳未満の者（1947年4月1日～1981年3月31日生）のうち千葉県糖尿病重症化予防プログラム（対象者抽出フロー図）からの条件で抽出 ※千葉県糖尿病重症化予防プログラム（対象者抽出フロー図） フロー図1 ①②③④ フロー図2 ⑤⑥ 【糖尿病重症化予防プログラム】 1. 2型糖尿病診断をされたことがなくかつ令和2年度健診結果が ①HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（±）以上 ②HbA1c6.5%以上かつeGFR60以下 ③HbA1c6.5%以上かつeGFR低下5以上 2. 2型糖尿病診療履歴あり⑤過去に1度でも治療歴あり（2020.7に治療歴あり）かつ2020.8以降レセプトがない者 ⑥過去3年程度（R2～H30）の健診においてHbA1c6.5%以上かつ2020.8以降レセプトがない者 【糖尿病受診勧奨プログラム】 2型糖尿病診断をされたことがなく、かつ令和2年度健診結果が④HbA1c6.5%以上の者および予防プログラム①～③、⑤⑥の脱落者	今年度作成した事業マニュアルをもとに実施内容および結果を地区医師会に説明報告し、助言を求めめる。また現在令和3年度に向け作成中の「事業マニュアル」についても助言を求め、連携パスを検討予定。 今年度作成した事業要領を含む事業概要の説明書類一式を医師会の定例会で配布し、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覧への掲載同意をいただいた。今後、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し、次年度の事業実施への意見聴取を行う予定。 また、治療中の方への生活指導指示書の依頼方法やこちらの事業での実施状況報告書の相互的やりとりを今後行えるよう仕組みづくりを相談・提案していく。	市保健師および委託事業者の保健師	HbA1c、eGFR、尿蛋白の数値の改善傾向を確認する。 ①短期的指標 ・医療機関受診勧奨での電話支援実施者数 ・電話支援の結果、受診に至った人数 ②中長期的指標 ・レセプトによる受療状況、医療費変化（減少状況）、糖尿病性腎症による透析導入数（率） ・対象者の次年度の特定健診での検査値（体重・BMI・空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）の改善率
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） ①②を抽出し、対象者に受診勧奨通知を発送、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。	HbA1c、尿蛋白、eGFR
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	印旛都市医師会印西支部の白井市の理事に相談の上、市内各医療機関に何回も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	次年度の特定健診の結果におけるHbA1c、尿蛋白、eGFR
33	印西市	①令和2年度特定健診受診者で、健診データから空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%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。診療レセプトの有無に関わらず対象とする。（但し、がん等他疾患の管理が優先とみられる場合は対象者から除く。） ②過去に糖尿病治療歴があり、現在治療中断の者（令和元年度健診未受診、平成30年度に糖尿病（2型糖尿病）と判定されたレセプトがあり、令和元年度に該当レセプトがない者）	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した。	保健師・管理栄養士	受診及び治療の継続（年度末、翌年度） 次年度の健康診断での検査値で、HbA1c7.0%以下、eGFRの低下が5ml/分/1.73ml未満であることを指標としている。 保健指導中の生活改善意欲、改善状況を指標で評価。
34	栄町	特定健診受診者のうち、糖尿病未治療で、以下①②に該当する者 ①HbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dl以上 ②尿蛋白（+）以上またはeGFR60ml/分/1.73ml未満または1年間の低下率が-5以上	要医療判定値の者へは、受診勧奨通知を渡し、受診勧奨を実施。医療機関の診断結果を町へ報告頂き、受診者の情報を共有している。	保健師、管理栄養士	血液検査データ（HbA1c、eGFR、尿蛋白）、行動変容ステージの変化、目標達成状況
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	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、その後、電話・文書にて継続的な保健指導を実施。医療機関で実施した血液検査データにて指導前後の比較をし、血液検査を実施していない場合は、次年度の特定健診の検査結果で評価を行う予定。
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 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	短期的指標（保険指導終了前・後・1年後） ①医療機関受診につながった人数（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） ②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 中長期的な指標（2年～10年） ③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）
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。	HbA1c5.6%以上の人の割合の減少

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	②	③	④
	保険者努力支援制度項目				
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. 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	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は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	受診者数、指導未参加者数を評価。また、6ヶ月間の保健指導実施後、参加者の検査値(体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等)・行動の変化(生活リズム・食生活・運動習慣の改善)にて評価。
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/1.73ml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は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。	【アウトカム指標】 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、受診勧奨を行った人数・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(2~10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) 【評価方法及び評価時期】 事業担当者、保健指導担当者により、評価を行う。 ①令和4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/1.73ml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、指導内容を確認などの連携を実施。	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
41	大網白里市	今年度は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、糖尿病重症化予防セミナーを中止とした。そのため、特定健診受診者のうちHbA1c 6.5%以上で糖尿病未受診または治療中断の者を対象に、受診勧奨通知を行なった。	・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	1.翌年の健診を受診し、結果が把握できた者の割合
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。	専門職名:保健師・管理栄養士	・次年度の健診結果の把握 ・次年度の健診結果から改善した者の割合 ・人工透析への進行者数
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、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、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	推算塩分摂取量の改善率、eGFR改善率、HbA1c改善率
44	神崎町	HbA1c 6.5%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	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等のデータ改善が見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) 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予定。また町内医師会については事業実施の在り方についてアンケートを実施し、事業の周知とともに事業の見直しを実施	保健師・管理栄養士	HbA1cの値が改善したか(6.5%以下になったか) eGFRが改善したか(60以上/70歳以上は50以上になったか) 血清クレアチニンの値が改善したか
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HbA1c 6.5%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HbA1c 7.0%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	・医療機関受診率 ・糖尿病中断者の医療機関受診率 ・健診結果の改善状況(次年度の健診で評価)

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】
保険者努力支援制度項目		①	②	③	④
47	袖ヶ浦市	<p>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。</p> <p>①特定健診結果に基づき、KDBを活用し慢性腎臓病地域連携パス対象者を選定（腎リスク）</p> <p>①eGFR60以上かつ尿蛋白（2+）以上 またはeGFR45～59かつ尿蛋白（+）以上</p> <p>②eGFR30～44 ③eGFR15～29 ④eGFR15未満（糖リスク）</p> <p>ⒶHbA1c 6.5%～7.9% ⒷHbA1c 8.0%以上</p>	<p>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。</p> <p>慢性腎臓病地域連携パスを活用し、かかりつけ医・専門医・行政が情報共有。</p>	<p>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。</p>	<p>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）</p>
48	大多喜町	<p>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</p> <p>・東陽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</p>	<p>「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。</p>	<p>・管理栄養士と保健師が保健指導を実施。</p>	<p>特定健康診査 ・対象者の医療機関受診率 ・対象者の翌年度健診結果</p>
49	御宿町	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>健康づくり部門の保健師</p>	0
50	南房総市	<p>特定健診結果から以下の者を抽出。</p> <p>②型糖尿病未治療者のうち、空腹時血糖値126mg/dl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。</p>	<p>かかりつけ医と連携しながら、合併症を予防するための保健指導を行った。</p>	<p>保健師・管理栄養士</p>	<p>特定健康診査 ・対象者の医療機関受診率 ・対象者の翌年度健診結果</p>
51	巖手町	<p>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） 保険指導：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</p>	<p>・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。</p> <p>・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。</p>	<p>保健師・管理栄養士（保険指導事業）</p>	<p>・対象者の医療機関受診有無 ・対象者の健診結果改善</p>
52	いすみ市	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>保健師、管理栄養士</p>	<p>短期目標値は指導実施者の検査値の改善率。令和2年度対象者については、令和3年度の健診結果（HbA1c、eGFR、血圧等）、医療機関受診の有無にて評価を実施する。中長期目標値は糖尿病性腎症での新規透析導入者の減少。</p>
53	山武市	<p>特定健診結果から以下の者を抽出</p> <p>・HbA1c7.0以上で糖尿病未治療者。</p> <p>・eGFRのR1とR3比較で減少率が30%以上。</p> <p>・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。</p>	<p>・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。</p>	<p>保健師・管理栄養士</p>	<p>・保健指導実施後の受診結果や、次年度特定健診結果で①HbA1c②eGFR③尿たんぱく等の検査結果を確認。</p> <p>・医療機関受診の有無 ・行動変容の有無</p>
54	横芝光町	<p>受診勧奨 特定健診受診者のうち、糖尿病未治療で、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖値126mg/dl以上の者 前年度の健診者のうち、腎症2期以下で未治療者 前年度健診未受診者のうち糖尿病治療中断者</p> <p>保健指導 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</p>	<p>保健指導 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。</p>	<p>保健師又は管理栄養士・栄養士</p>	<p>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等のデータ改善が見られたかどうかを比較する。</p>