

令和7年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に おける糖尿病性腎症重症化予防の取組内容について

- ・ 一体的実施事業は、各市町村において、地域の健康課題に合わせて事業内容・抽出基準等を設定して、取組を実施する事業です

【令和7年度 事業実施状況の概要】

実施市町村：54市町村（県内全市町村で実施）

54市町村のうち、糖尿病性腎症重症化予防の取組を

実施している市町村：37市町村（前年度35市町より**2市村増加**）

実施日常生活圏域：140圏域（前年度113圏域より**27圏域増加**）

対象者数：1,544人（前年度1,303人より**241人増加**）

※次ページからは、各市町村の具体的な取組内容となります。

令和7年度 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業計画における糖尿病性腎症重症化予防の取組内容について

【令和7年度取組内容（計画段階概要）】

- ・事業実施市町村54市町村中、糖尿病性腎症に関する取組を実施している市町村は37市町村（令和6年度は54市町村中、取組市町は35市町）
- ・対象者人数は1,544人（令和6年度実績は1,303人）

No	市町村名	実施圏域数(圏域)	糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携					
			対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者人数	連携先		連携内容			
												かかりつけ医	医師会	情報提供	助言	実施協力	
1	銚子市	1圏域	HbA1c7.0%以上の者のうち、腎機能低下所見（尿蛋白＋以上、eGFR45以下）がみられる者 対象年齢75～84歳	【集団健診受診者】 健診結果返却の際、個別結果説明に案内。保健師や看護師、管理栄養士、栄養士が個別面接を行い、医療機関への受診勧奨及び保健指導を実施する。3か月後、看護師がレセプト情報を確認し、未受診者に対して、電話にて受診勧奨及び保健指導を行う。その後も受診が確認できない者に対しては保健師による訪問指導を実施する。 【個別健診受診者】 医療機関から健康づくり課へ健診結果返却時に対象者のレセプト情報を確認する。継続受診が確認できない者に対して、看護師が電話かけにて受診状況確認及び保健指導を行う。	10人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	
2	市川市	15圏域	一体的実施・KDB活用支援ツールは使用せず、本市の健康管理システム「健康かるて」を使用し、オリジナルの抽出基準により絞り込みを行う。 令和7年度の健康診査受診者のうち年度末年齢75歳・76歳かつHbA1c8.0%以上かつ糖尿病未治療者（レセプトで保険傷病名、検査内容、糖尿病薬剤処方量、受診間隔を確認し選定、治療中断者も含む） ※抽出対象者のいる圏域のみ実施予定	健康診査の結果高血糖かつレセプト確認により糖尿病未治療者（治療中断者を含む）を抽出し、早期に治療に繋げることで重症化を予防するため受診勧奨及び保健指導を実施する。 ①対象者を抽出し、レセプトを確認した上で受診勧奨対象者を選定する ②受診勧奨通知を送付 ③通知送付後に受診勧奨及び保健指導の電話かけを実施、必要に応じて面接もしくは訪問支援を行う ④受診勧奨後の受診状況をレセプトで確認する ⑤受診状況、次年度健診結果（HbA1c）の改善率で評価する 【支援内容】受診勧奨、生活習慣改善等の保健指導。必要時、相談機関紹介、関係機関との連携。 補足：抽出時期 令和7年6月～令和8年5月（健康診査結果の月次報告毎に行う） ※支援実施期間：抽出後6ヶ月間支援するため、令和7年6月～令和8年11月 ※評価時期：評価指標①抽出後の6か月後に評価のため、評価時期 令和7年12月～令和8年11月 評価指標②令和8年6月～令和9年5月に実施 ・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聞き取り、栄養や生活、活動量や他者との交流等や社会参加について確認。 ・指導内容：初回把握（基本は訪問や面接）の際に、アセスメント票を使用し家族背景や医療状況、身体や運動、食事、生活、介護保険状況を確認。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（基本3か月後）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。生活行動能力は様々であり、包括支援センターや在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、また高齢者福祉分野（高齢者福祉課や地区社協）との連携や情報提供を随時図る。また、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等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。対象者の身体的精神的生活面の課題に応じてサービス紹介を行うと共に、必要時間関係機関と直接連携を並走して連携を図る	13人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	
3	船橋市	5圏域	R7年度健診データを「健康かるて」を用いて抽出 R7年度後期高齢者健康診査及びR7年度一般健康診査受診者において、HbA1c8%以上かつ尿蛋白(+)以上またはeGFR45未満の者。かつ後期高齢者健康診査受診者においては質問票①⑥⑧⑩のいずれかに該当する者。75歳で受ける一般健診では高齢者の質問票を行わない為、フレイル項目関係なく保健指導対象とする。（死亡や生活保護受給者、介護受給状況等を把握し、要介護4・5、施設入所者を除外）	『KDBシステム』 抽出年度：令和7年度 抽出目的：6重症化対策（受診中断者）とR7年度健診データを「健康かるて」を用いて抽出 R7年度に75～84歳の者でR3～R5年度のいずれかに糖尿病処方履歴があり、かつR6・R7年度に糖尿病処方履歴がなく健診未受診者。除外対象：該当年月に資格喪失者（転出、死亡の者、住所持別にて地区コードエラー者）、施設入所者、居宅サービス利用者、要介護3～5の者、糖尿病や高血圧の治療を開始した者、当該年度に入院治療歴のある者。 ・実施方法：初回把握は原則訪問とし、体調確認をしながら生活状況（医療・食事・活動・生活）や必要時受診勧奨や健診受診勧奨を促し健康状態の把握に努める様働きかけ。初回から概ね3か月後に状況確認。必要時、関係機関（在宅介護支援センター・包括支援センター）へ連携する。12月の時点で、健診未受診者には、再度、通知文を送付し健診受診勧奨を行う。	77人	—	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○
4	館山市	1圏域	令和7年度の健診結果で、腎機能低下が見受けられる（尿蛋白（+）以上 または 尿蛋白（±）でeGFR 45未満）かつ血糖値で要医療判定（空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上）または糖で治療中の者	対象者に個別面接の案内を送付し、健診結果の返却時に個別相談を実施。 生活習慣、医療受診状況などを聞き取り、状況把握を行うと共に、必要な医療につなげ、日常生活における注意点について保健指導を実施。3か月後、レセプト情報で受療状況を確認し、必要に応じて、受診勧奨、生活指導などを再度実施する。質問票なども確認し、支援が必要な場合は介護等の支援につなぐ。	20人	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	

No	市町村名	実施圏域数 (圏域)	糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携				
			対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	連携先		連携内容		
												かかり つけ医	医師会	情報 提供	助言	実施 協力
5	木更津市	7圏域	-	-	-	抽出年度：令和6年度、抽出目的：7重症化予防（受診中断者）絞り込み条件：「抽出前年度から過去3年度に糖尿病薬剤処方歴あり」「抽出年度に糖尿病薬剤処方歴なし」「抽出年度に健診受診なし」 1 上記抽出条件CSVを出力。対象外の圏域、要介護1～5、資格喪失者、傷病名に人工透析及びびがんの該当がある者は除外する。 2 KDBで5年間の履歴を確認し、過去に糖尿病の診断及び処方があったが、受診や処方が途切れている者を選定する。	19人	-	-	-	○	○			○	
6	松戸市	15圏域	利用データ（抽出年度：令和6年度 抽出目的：6重症化予防（コントロール不良者）） ・1946年4月1日生まれ～1950年5月31日生まれ ・要介護1以上及び傷病名該当者（認知症、がん、うつ、統合失調症、糖尿病性腎症、慢性腎不全）を除く ※アセスメント項目：生活および食事状況、口腔嚥下機能、身体機能（握力等）	対象者にアンケートを送付し、回収したアンケート結果に基づき、電話・訪問での保健指導を行う。アセスメント結果に基づいて、糖尿病性腎症重症化を予防するための栄養指導・運動指導、受診勧奨等を行う。 また、歯科、眼科未受診者に対しては受診勧奨を行う。 ※アセスメント項目：生活および食事状況、口腔嚥下機能、身体機能（握力等）	66人	利用データ（抽出年度：令和5年度 抽出目的：7重症化予防（糖尿病治療中断者）） ・1946年4月1日生まれ～1947年3月31日生まれ ・R5年度から過去3年間に糖尿病薬剤処方歴あり ・R6年4月～12月に糖尿病薬剤処方歴なし ・R6年度健診受診ありの者を含める ※要介護1以上及びeGFR45未満及び閉経期のみのインスリン処方歴を除く	委託により次の内容で実施する。 対象者にアンケートを送付し、回収したアンケート結果に基づき、電話・訪問での保健指導と集団相談会を行う。アセスメント結果に基づいて、糖尿病性腎症重症化を予防するための栄養指導・運動指導、受診勧奨等を行う。 ※アセスメント項目：レセプト情報、生活および食事状況	74人	-	-	○	○	○	○	○	
7	野田市	4圏域	当年度の健診データからHbA1c7.0%以上の者でKDBデータにおいて糖尿病の薬剤処方履歴が1年間ない者。	後期高齢者健康診査受診者より対象者を抽出し、通知を行う。電話・訪問・面接による保健指導及び受診勧奨を実施する。 ・初回保健指導では生活状況、身体状況、健診受診状況、医療機関受診状況を確認。生活上のアドバイスを行うと共に本人の状況に応じた生活習慣の目標を設定。 ・おおむね3か月後に2回目の保健指導を実施し、医療機関受診状況を確認。初回訪問時に確認した事項を再度確認する。目標設定した場合には達成状況を評価。 ・2回目の保健指導で会えない場合は電話や手紙を活用し、訪問につなげていく。 ・必要に応じて医療・介護の専門機関との連携や訪問の継続を行う。 ・必要に応じて、ポピュレーションアプローチの事業を案内して繋ぐ。	59人	-	-	-	-	-	○	○	○			
8	茂原市	4圏域	抽出年度：令和7年度 抽出目的：6重症化予防（受診勧奨事業） HbA1c≧8.0以上かつ尿蛋白（+）以上の者 除外要件：医療機関等で重複する内容の指導を受けている者、がん、認知症、うつ、統合失調症、人工透析等のレセプトがある者、介護給付を受けている者を除外する。	・対象者に個別指導（シニアの栄養相談又は訪問指導）を実施する。 ・個別指導では、問診票から身体状況、食生活状況、直近の血液検査データ等アセスメントした上で、健診結果の説明、受診勧奨を行う。 ・3か月後レセプトで受診状況を確認し、未受診であれば、再度受診勧奨の保健指導を行う。	3人	-	-	-	-	-	○	○	○			○
9	成田市	5圏域	-	-	-	抽出年度：令和6年度 抽出目的：7重症化予防（受診中断者） 「重症化予防 糖尿病又は高血圧受診中断者」のうち、76歳～84歳（R7年度末年齢）の糖尿病診断歴あり、1年以上受診していない者（R5・6対象を除く）	17人	-	-	-	○	○				
10	旭市	1圏域	抽出年度：令和7年度 抽出目的：6重症化予防（コントロール不良者） 抽出条件：HbA1c8.0以上に該当 絞り込み条件：抽出年度に糖尿病薬剤処方歴がない者	・対象者に受診勧奨通知を送付し、訪問または電話にて保健指導を行う。生活状況によっては地域包括支援センターにつなぐ。 ・医療機関から受診結果を返送してもらい、受診結果を把握する。 ・受診状況を把握した上で、電話等による保健指導・栄養指導、また医療機関未受診者には受診勧奨を実施する。	15人	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○	○
11	習志野市	5圏域	-	-	-	抽出年度：令和6年度 抽出目的：7重症化予防（受診勧奨事業） 絞り込み条件：対象者 75～84歳 除外者 「認知症」「精神疾患」「がん疾患」の診療履歴がある者、要介護要支援認定者、入院中の者、R6年度に支援した者	5人	-	-	-	○	○				
12	柏市	7圏域	令和6年度「75歳以上の健康診査」において、HbA1c8.0%以上であり、かつ、原たんばく（+）以上の者であり、自立している者。基準については、柏市糖尿病性腎症重症化予防検討会にて検討し決定している。申込者の中から、未治療者を優先とするが、定数内で治療中者も対象とする。	実施期間中に約6か月間のプログラムを実施。プログラムは個別的支援（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）の組み合わせで構成。昨年度よりフレイル予防（講座および実技）をプログラムに組み込んで実施している。プログラム前後で血液検査、尿検査、計測（身長体重等）を行い、評価を行う。	64人	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○	○

No	市町村名	実施圏域数 (圏域)	糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携				
			対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	連携先		連携内容		
												かかり つけ医	医師会	情報 提供	助言	実施 協力
13	勝浦市	1圏域	抽出年度：令和6年度 抽出目的：6重症化予防（受診勧奨事業）	1. 対象者抽出、初回面接案内郵送 2. 初回面接または電話①後期高齢者健診結果の説明②受診勧奨(受診結果返信票の説明)③評価面接・アンケートについて説明 3. 受診状況の確認(初回面接3ヶ月以降)、医療機関からの受診結果返信票とレセプトの確認 4. 評価面接または電話：希望者には面接、レセプトで受診が確認できない対象は再度受診勧奨(必要時家庭訪問)を実施 5. 市の直営包括に情報提供し必要な支援に繋げる	1人	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○	
14	市原市	17圏域	(A) 抽出年度：令和6年度特定健康診査及び後期高齢者健康診査 絞り込み条件：a及びb又は、a及びcに該当する者 a.空腹時血糖126mg/dl(随時血糖値200mg/dl)以上又はHbA1c7.0%以上 b.尿蛋白(±)以上(微量アルブミン30mg/gCr以上) c.eGFR50ml/分/1.73㎡未満 除外者：糖尿病透析予防指導管理料算定者、糖尿病性腎症以外の腎疾患、その他機能低下の関連疾患、がん、認知症、うつ、統合失調症、人工透析、要介護者及び要支援2の者	・委託事業者から対象者に案内を送付し、その後、電話番号が判明している対象者に電話をして参加勧奨を行う。参加者数が予定人数(20人)を超過した場合は、予算範囲内で申込締切日までに申し込みがあった者については参加者とする。参加者は主治医に生活指導内容の確認書を記載してもらい、確認書を基に保健指導を実施。保健指導は委託事業者が行い、管理栄養士・保健師等により約6ヶ月間に面談3回、電話3回、手紙支援3回を実施。 ・委託事業者から早期に申込者リストを報告してもらい、未申込者を確認する。未申込者のうち、未治療や大幅な体重減少があるなど、リスクの高い者に対しては、保健センターの保健師が訪問し、治療の有無や生活習慣の確認などを行う。訪問後、架電にて医療機関への受診状況や生活習慣の改善状況等を確認する。また、必要に応じて通いの場の紹介や地域包括支援センター等へつなげる。 ・昨年度の事業参加者のフォローアップとして、市から経過調査票を送付。その後、経過調査票が返送されてきた者に対し、電話での健康状態の確認を行う。また、未返信者で電話番号が判明している者に対しては、保健センターの保健師から加齢による健康状態の確認や情報提供	435人	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○	
15	流山市	4圏域	2型糖尿病患者のうち、当年度または前年度健診データからHbA1cの数値6.5%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/1.73㎡未満③eGFR50ml/1.73㎡以上であっても、1年間のeGFR低下が5ml/分/1.73㎡以上、又は1年間のeGFRの低下率が25%以上	市で抽出した者の他に医療機関でも対象者を抽出し、医療機関が対象者へのプログラムの勧奨を行っている。保健指導を行うことができる医療機関以外は市に保健指導指示書を提出し、指示書を元に市の医療専門職が保健指導を3～6か月の間に行う。	50人	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○	
16	鎌ヶ谷市	6圏域	〈利用データ〉R7年度健診データ 〈除外者〉資格喪失者(死亡・転居等)、難病、がん治療中、人工透析中、腎不全治療中、精神疾患等で指導困難と判断される者 〈基準対象者〉HbA1c≧8.0の者 ③-2(アウトプット)には、R6年度健診受診者における基準対象者数を記入している。	①8月 健康かるてを用いてR7年度健診結果から対象者を抽出する(以後、毎月) ②9月 対象者に健診結果(個人の経年グラフ付)と情報提供の通知文送付 ③10月 対象者へ電話・訪問による保健指導及び受診勧奨を実施する(1回)。不在の場合、リーフレット等を投函し、約3か月後のレセプト確認で受診の有無を確認後、必要に応じて電話や再訪問等を実施する。 ④2-4月 事業計画の評価項目に基づき評価 なお、評価指標(前年度保健指導を実施した者のうち、HbA1Cの値が改善した者の割合の変化)については、R8年3月時点では前年度の値を評価し、R9年3月に評価する。	23人	〈利用データ〉R7年度健診データ 〈除外者〉資格喪失者(死亡・転居等)、難病、がん治療中、人工透析中、腎不全治療中、精神疾患等で指導困難と判断される者 〈絞り込み〉年度年齢77-79歳の者	①8月 健康かるてを用いてR7年度健診結果から対象者を抽出する(以後、毎月) ②9月 対象者に情報提供の通知文送付 ③10月 対象者へ電話・訪問による保健指導及び必要時受診勧奨を実施する(1回)。不在の場合、リーフレット等を投函し、約3か月後のレセプト確認で受診の有無を確認後、必要に応じて電話や再訪問等を実施する。 ④2-4月 事業計画の評価項目に基づき評価	45人	-	-	○	○	○			
17	君津市	4圏域	利用データ(令和7年度健診) 抽出年度：令和7年度 抽出目的：6重症化予防(受診勧奨事業) 抽出条件：HbA1c8.0以上 絞り込み条件：75歳～80歳未満の者、介護認定のない者	対象者を抽出し、通知を発送。1か月を目安に訪問・相談の実施を目指す。平成20年度からの国保特定健診データと後期高齢健診データを統合し経年表を作成。基準値を超えた値には、黄色、赤色を塗りつぶし、血液データの変化に気づくように工夫し発送する。訪問や相談にて、健診データを本人を確認し、医療受診状況の確認や生活指導を実施。生活状況によって、地域包括支援センターへつなぐ。 「評価指標」HbA1c8.0%以上の者の割合の変化については、R8年5月現在では暫定値を評価し、R8年8月に評価する。	8人	-	-	-	-	-	○	○	○	○		
18	富津市	3圏域	前年度の健診(特定健診を含む)結果にて「HbA1c8以上」の者(介護認定未定の者)で、79歳までの者	・訪問等による個別保健指導 ・健診の経年変化を基に、生活状況、健康状況、治療状況等を確認し、体を理解してもらう指導を実施し、本人の希望に応じて目標を立てる。 ・必要に応じて、医療受診勧奨や訪問等、個での継続フォローを実施する。また、フレイル予防等、必要に応じて地域包括支援センターと連携し、地域の通いの場(百歳体操等)を促し、ポピュレーションアプローチ対象者につなげる。 ・3～6か月後KDBや本人から受診状況や取組み状況を把握する。	6人	-	-	-	-	-	○	○	○			

No	市町村名	実施圏域数 (圏域)	糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携					
			対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	連携先		連携内容			
												かかり つけ医	医師会	情報 提供	助言	実施 協力	
19	浦安市	4圏域	①令和5年度の後期高齢者健康診査受診者で、HbA1c7.0%以上かつe-GFR60%未満または尿蛋白(+)以上の者のうち、令和5年度糖尿病治療薬の投与がない者を抽出。 ②糖尿病専門医と対象除外条件を検討し対象者を絞る ③対象者の健診受診医療機関医師もしくはかかりつけ医が介入について妥当と判断した者 利用データ：一体的実施・KDB活用支援ツール抽出データ令和5年度確定値より抽出。 直近のレセプトデータはKDB被保険者個人台帳より把握。	糖尿病専門医やかかりつけ医等と連携を図り対象者を確定する。対象者の確定後、市内医療機関(内科、泌尿器科、眼科等)には対象者の支援について依頼通知を送付し、医療機関の受け入れ態勢を調整。対象者には受診勧奨通知を送付後、さらに医療専門職が電話・面談・訪問を行い受診勧奨を実施する。年度末に対象者の受診状況を確認する。	18人	-	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○	
20	四街道市	3圏域	抽出に使用するデータ：後期高齢者の健診状況(令和6年度)、被保険者管理台帳(令和7年度) ・後期高齢者の健診状況令和6年度から受診勧奨判定ありにもかかわらず、医療受診がない人を抽出。 ・上記に該当し、且つ、空腹時血糖値が110以上、またはHbA1cが6.0以上の人。 ・6月にレセプトチェックして受診状況を確認し、糖尿病での受診者は除く。	・選定した対象者(血糖コントロール不良者)に直接訪問を行い、受診勧奨と個別保健指導を実施する。 ①対象者に訪問を行い、受診勧奨及び、リーフレット等を用いた個別保健指導を行い、通いの場を紹介する。不在者には受診勧奨の手紙を投函し、再訪問と電話での支援を行う。 ②必要な人は地域包括支援センターや医療機関につなぐ。 ③必要に応じて成人健康相談と歯・口腔相談の案内をし、管理栄養士や歯科医師の指導につなげる。 ④訪問から3~6か月後にレセプトチェックで受診状況の確認を行う。	6人	-	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○	
21	印西市	5圏域	抽出年度：令和6年度 抽出目的：6重症化予防(糖尿病のコントロール不良者) 絞り込み条件：【糖尿病性腎症】R6年度の健康診査等の結果にて、HbA1c≧8.0%かつ尿蛋白≧(+)の人(がんなどの疾患の治療が優先される人及び要介護1以上の人を除く) 抽出年度：令和6年度 抽出目的：6重症化予防(糖尿病のコントロール不良者) 絞り込み条件：【高血糖】R6年度の健康診査等の結果にて、HbA1c≧8.0%の人(がんなどの疾患の治療が優先される人及び要介護1以上の人を除く)	①R6年度の健診結果や、医療管理状況等から対象者を抽出する。 ②対象者に事業案内を送付する。 ③参加希望者が医療管理中の場合、次回受診時に対象者から主治医に主治医宛文書(指示依頼)を渡してもらう。 ④主治医からの報告にて治療状況を確認し、保健指導の実施及び相談票(指導内容等)を作成する。 ⑤対象者は次回受診時に相談票を主治医に見せ、指導事項を報告する。 ⑥対象者のその後の状況確認をする。(訪問、電話、手紙等、対象者の状況に合わせて複数回実施) ⑦対象者の状況に応じて、高齢者福祉課や、地域包括支援センター等へ情報提供を行う。また、通いの場や、健康教育について紹介を行う。 ⑧受診の継続状況についてレセプトで確認する。R7年度健診結果や、医療機関受診結果から、検査値の維持・改善状況を確認する。 ⑨成人専門部会(市医師会代表医師3人)へ事業報告をし、医師から助言を得る。	39人	-	-	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○
22	白井市	2圏域	利用データ 令和7年度後期高齢者健診 令和7年度健診の結果、HbA1c：9.0%以上	集団健診受診者の場合、1週間以内に健診委託機関からの至急結果報告書を発行し、対象者に電話で健診結果説明、保健指導、医療機関への受診勧奨を実施する。 個別健診受診者の場合は、結果返却1か月後に電話にて受診状況の確認を行い、必要時、受診勧奨を行う。 いずれの場合も、3か月後に再度電話連絡を行い、受診状況等の確認を行う。架電をしても繋がらない場合は、郵送で状況の把握をする。 評価指標(医療機関受診率)については、令和8年3月時点では暫定値を評価し、令和8年8月に評価する。 評価指標(該当する検査項目の次年度改善率)については、令和9年3月に評価する。	10人	-	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○	
23	富里市	3圏域	抽出年度：令和7年度 抽出目的：重症化予防_糖尿病性腎症(受診勧奨、重症化予防) 絞り込み条件： 【受診勧奨】7年度の健診結果より後期高齢者健康診査の結果がHbA1c8.0%以上かつ内服なしの方 【重症化予防】7年度の健診結果より後期高齢者健康診査の結果HbA1c7.5以上かつeGFR≦60ml/dlの方、HbA1c7.5%かつeGFR≦45ml/dlの方	【受診勧奨】 今年度の健診結果より後期高齢者健康診査の結果がHbA1c8.0%以上かつ内服なしの方を抽出し、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面談または訪問、または電話、郵送にて受診勧奨を実施する。 必要に応じてポピュレーションアプローチ事業への案内と地域包括支援センターに情報提供を行い連携をとる。 【重症化予防】 今年度の健診結果より後期高齢者健康診査の結果がHbA1c7.5以上かつeGFR≦60ml/dlの方、HbA1c7.5%かつeGFR≦45ml/dlの方を抽出する。保健指導の案内を送付し、初回・3か月後・6か月後(最終)の面接を実施する。初回にチェックシートの実施と目標をたて、6か月後に再度チェックシートの実施と取り組み状況や目標の確認を行う。 必要に応じてポピュレーションアプローチ事業への案内と地域包括支援センターに情報提供を行い連携をとる。	22人	-	-	-	-	-	-	-	○	○	○	○	○

No	市町村名	実施圏域数 (圏域)	糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携				
			対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	連携先		連携内容		
												かかり つけ医	医師会	情報 提供	助言	実施 協力
24	匝瑳市	1圏域	R7年度後期高齢者健診にてHbA1c7.0以上かつ糖尿病での通院がない80歳未満の者	・1回の保健指導を実施する。 ・医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた個別目標を立案し、受診勧奨をする。 ・相談後に受診状況をKDBにて確認する。必要に応じて地域包括支援センター、ポピュレーションアプローチ事業を案内し、連携して対応する。	51人	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	
25	山武市	3圏域	抽出年度：令和7年度 抽出目的：独自基準（重症化予防・糖尿病性腎症） 絞り込み条件：①高血糖（空腹時血糖値126mg/dl（随時血糖値200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上）かつ②腎機能低下（尿蛋白（±）以上又はeGFR50ml/分/1.73㎡未満）に該当。 または、①高血糖（HbA1c8.0%以上）。 年齢75歳以上80歳未満。	・対象者1人につき、6か月間で2回の面接指導及び電話指導等を実施する。 ・初回面接では、健診結果の返却会を兼ねており、医療受診状況、栄養状態、運動習慣、社会的環境等を聞き取り、本人の希望及び状態に応じた目標立案し、医療機関の受診勧奨を行う。 ・2回目は電話指導（または、医療レセプト情報）により、医療機関の受診状況を確認し、目標の達成状況の評価する。必要に応じて、再度の医療機関の受診勧奨や栄養指導等を行う。 ・また、保健指導実施時の生活状況の聴取において、適切な通いの場等に接続する。 ・評価指標（HbA1c≧8.0%の者の割合の変化）については、令和8年3月時点では暫定値を評価し、令和9年3月に評価する。	26人	抽出年度：令和6年度 抽出目的：5重症化予防（糖尿病治療中断者）	・対象者1人につき、8か月間で2回、アンケート調査と電話指導（または、健診の受診状況や医療レセプト情報確認）を実施する。 ・初回は、文書により治療状況や健康状態を把握するためのアンケート調査を実施。 ・上記アンケート結果の返却がない者に対しては、電話番号は把握している者には電話指導により、治療状況や健康状態を聞き取ったうえで、本人の希望及び状態に応じた目標立案し、医療機関の受診勧奨を行う。 ・2回目は、健診の受診状況や医療レセプト情報を確認し、健康状態が確認できていない者に対しては、電話または訪問により、医療受診状況や健康状態を確認し、必要に応じて、医療機関受診等につながるよう、相談支援を行う。 ・また、保健指導実施時の生活状況の聴取において、適切な通いの場等に接続する。	64人	—	—	○	○	○	○	○	
26	いすみ市	3圏域	「重症化予防（受診勧奨事業）で抽出された者のうち、HbA1c8.0以上または収縮期血圧180以上または拡張期血圧100以上に該当する者のうち生活保護受給者・介護サービス利用者を除く当該年度77～80歳の者	1.対象者1人につき、6か月に2回の訪問または電話による保健指導を実施する。 2.初回訪問では、医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。 3.初回訪問から5～6か月後に、目標達成状況や血液検査データを評価する。必要に応じて医療の受診勧奨や地域包括支援センターを案内し、連携して対応する。	15人	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	
27	酒々井町	1圏域	データ抽出年度：令和7年度（KDB・健診結果データ（エクセル）利用） 対象者①健診結果、高血糖（HbA1c8.0以上）かつ腎機能低下（尿蛋白＋以上またはeGFR45未満のどちらか1つ以上）で医療機関未受診の者 対象者②血糖について受診勧奨判定値重度（血糖：空腹時250以上、HbA1c9以上）に該当する者	対象者①：郵送で受診勧奨を行い、レセプトで受診状況を確認。未受診者に対し再度電話等で受診勧奨を行う。 対象者②：結果が届き次第国保年金班で抽出し、保健センターの地区担当保健師が訪問し、受診状況の確認、受診勧奨を行う。対象者①・②共通：必要に応じて、地域包括支援センターを案内し、連携して対応する。 評価指標（医療機関受診率）については、令和8年3月時点では暫定値を評価し、令和8年6月に評価する。	5人	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	
28	栄町	1圏域	抽出年度：令和7年度栄町後期高齢者健診受診者 絞り込み条件：84歳以下、定期的医療受診なし、介護認定なし	・受診勧奨通知を送付後、受診が確認できない方に対し、面接もしくは訪問等で対象者に応じた保健指導及び受診勧奨を行う。必要に応じて、ポピュレーションや通いの場、地域包括支援センター等、必要なサービスに繋げていく。	15人	抽出年度：令和7年度 抽出目的：糖尿病治療中断 絞り込み条件：84歳以下、介護保険認定なし	・対象者に対し受診勧奨通知を送付後、訪問、面接による受診勧奨を実施。 ・3か月後に医療の受診状況を確認する。	5人	—	—	○	○	○	○	○	
29	神崎町	1圏域	利用データ：令和7年度後期高齢者健診データ 抽出目的：糖尿病性腎症重症化予防 絞り込み条件： ・健診結果より、HbA1c8.0以上、尿たんぱく＋以上、eGFR45%以下、収縮期血圧160mmHg以上、拡張期血圧100mmHg以上の方。 ・後期高齢者の質問票No1健康状態「良くない」と回答された方、医療機関に通院されていない方。 ・要介護認定を受けている方は除く。 ・認知症や精神疾患が疑われる方は除く。	1. KDB、健診結果より対象者リストを保健福祉課、地域包括支援センターへ情報提供し、個別の支援対象者をあためて、優先順位を含め検討する。 2. 健康状態がわかるチェックリスト・同意書を同封し返送していただく。 3. 同意得られた方に対し、保健指導、初回面接を実施する。必要に応じて、地域包括支援センター、福祉係等へ支援依頼含め情報提供していく。 4. 初回面接後、概ね3か月後に通院歴の確認を含め、最終評価を実施する。 評価指標①HbA1c≧8.0については、糖尿病手帳で確認する。それが難しい場合は、翌年度の健診結果にて評価する。	3人	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	
30	東庄町	1圏域	R7健康診査の結果で判断する。内科主治医のいない高血糖者	R7健康診査後に対象者に対し面接を基本にして現状把握と受診勧奨を行う。	10人	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	
31	芝山町	1圏域	1. 令和7年度の後期高齢者健診または後期高齢者人間ドックの受診結果において、高血糖（HbA1c8.0%以上）かつ腎機能低下（尿蛋白＋以上）に該当した者 2. 令和7年度の後期高齢者健診または後期高齢者人間ドックの受診結果において、高血糖（HbA1c8.5%以上）で内科疾患治療中でない者	・対象者に健診結果相談会を案内し、参加者には個別面接にて保健指導及び医療の受診勧奨を実施する。 ・健診結果相談会欠席者には、訪問・電話・手紙等で保健指導及び医療の受診勧奨を実施する。 ・レセプトにより医療の受診状況を確認し、未受診の場合は再度訪問・手紙等で受診勧奨を実施する。 ・訪問・面接等で個別指導を実施した者に対し、手紙等による支援を行う。 ・評価指標（HbA1c数値が改善した者の割合）については、令和8年3月時点では暫定値を評価し、令和8年11月に評価する。	2人	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	

No	市町村名	実施圏域数 (圏域)	糖尿病コントロール不良者への対策			糖尿病治療中断者への対策			糖尿病とフレイル併存者への対策			かかりつけ医等との連携				
			対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	対象者抽出基準	具体的な支援内容等	対象者 人数	連携先		連携内容		
												かかり つけ医	医師会	情報 提供	助言	実施 協力
32	一宮町	1圏域	・茂原市長生郡糖尿病性腎症重症化予防事業マニュアルより【令和7年度健診データから抽出】 HbA1c≧8.0%から尿たん白(+)以上の者(糖尿病治療中の者は除く)	・対象者1人につき、6か月に2～3回の栄養指導を実施する。 ・初回面接では、身体状況、医療受診状況、直近の血液検査データ等を確認し、本人の希望に応じて目標を立案する。必要に応じて、医療の受診勧奨や生活習慣改善のアドバイスをする。 ・3か月後の面接では、医療受診状況、血液検査データなどの目標の達成状況を確認する。必要に応じて面接を継続する。	23人	-	-	-	-	-	○	○	○	○		
33	陸沢町	1圏域	令和7年度集団健診受診者で高血糖HbA1c6.5以上かつ②腎機能低下(尿蛋白±以上またはeGFR50未満のどちらか1つ以上)で糖尿病の未治療の者	・対象者1人につき、最長5か月間に面談を1～3回実施する。 ・面談方法は、来庁または訪問による。 ・生活状況によっては、地域包括支援センターにつなぐ。 ・初回面談で医療受診状況、生活状況、身体状況を確認し、食事調査票を依頼する。 ・初回の面談で、食事調査票の結果説明及び目標設定をする。 ・3か月後に医療受診状況、体重測定、目標の達成状況を確認する。 ・毎月実施している健康栄養相談や地域の通いの場の周知など健康情報を得るためのポピュレーション事業に繋ぐ	10人	-	-	-	-	-	○	○	○		○	
34	長生村	1圏域	-	-	-	抽出年度：令和6年度 抽出目的：7重症化予防(治療中断者) 抽出条件：糖尿病に関する項目	1) 訪問することの通知を送付。 2) 事前情報を収集する。検(健)診データや、家族状況等福祉課や社会福祉協議会と情報共有する。 3) 面談できた場合：現状を確認し、受診勧奨、個別指導を行う。概ね2か月後に再訪問してその後の状況を確認する。 4) 不在の場合：①架電による聞き取りや質問票のポストイングにて状況を確認する。 ②居住実態不明や電話番号不明の場合は、民生児童委員等に協力を依頼する。 村内(住所地や親族宅等)に居住している場合、再度訪問又は架電をして状況を確認する。 5) 上記3)、4)の結果は関係機関と情報共有し、必要な場合はサービスや事業等へ繋げる。	58人	-	-	-	○	○	○		
35	白子町	1圏域	HbA1c≧8.0%かつ尿蛋白(+)以上 データ抽出年度：令和7年度 糖尿病受診者を除外	対象者を抽出したうえで、糖尿病での受診有無を確認し、糖尿病で受診している者を除外し、受診していない場合は訪問または電話にて受診勧奨を行う。	17人						○		○	○		
36	長南町	1圏域	・令和6年度の一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出基準の医療受診者で、受診勧奨判定値のうち重症度の高いレベルの者。 ・血糖での受診勧奨者で、服薬歴が有りHbA1c≧8.0の者。	・対象者に対し、面談による栄養指導の通知を送付。返信のないものは、電話による状況確認を医療専門職が行う。 ・訪問面談による栄養指導及び生活状況・身体状況把握を医療専門職が行う。 ・医療専門職との面談後は、レセプトで受診及び検査、投薬状況の確認を行い必要に応じて、電話での受診勧奨あるいは訪問面談を行う。	6人						○	○	○		○	
37	鋸南町	1圏域	令和6年度健診受診者75歳以上79歳以下の人で、【高血圧症・糖尿病の重症化による慢性腎臓病へ移行するリスクが高い人】 1) 又は2) に該当し、①、②のいずれかに該当する人 1) 収縮期血圧≧150mmHg又は拡張期血圧≧90mmHgの人 2) 空腹時血糖≧126mg/dl又はHbA1c≧6.5%の人 ①尿蛋白±(±) ②eGFR60ml/分/1.73m未満	①健診結果から対象者を抽出し、レセプトから医療受診の有無を確認する。 ②医療受診ありの人は初回訪問の際に、対象者の同意を得てかかりつけ医と連携し生活状況の把握、生活改善目標の立案や社会資源などにつなぎ、検査値や生活習慣改善を目指す。医療受診なしの人は受診勧奨・保健指導を行い、必要な医療に結びつける。③3か月後に訪問し、予防への取り組みの成状況を評価し、必要に応じてアドバイスを行う。	16人							○	○	○	○	○
合計	140圏域		-	-	1144人	-	-	323人	-	-	77人	30	32	32	21	18

※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。