

(別紙1)

令和 7 年 1 0 月 9 日
山口県後期高齢者医療広域連合

令和 6 年度糖尿病未受診者・治療中断者受診勧奨通知に係る
事業実施結果について（報告）

1）事業概要

《対象者》

後期高齢者医療被保険者の糖尿病性腎症重症化予防に資するため、平成28年度から糖尿病未受診者・治療中断者へ受診勧奨を行っている。
令和6年度においては、以下の抽出条件に一致した人を対象とした。

未 受 診 者	KDB システムの過去5年間の健診データから、過去に HbA1c が基準値(7.0%) 以上だったが、令和5年度に糖尿病の治療を受けていない方
治療中断者	KDB システムの過去5年間のレセプトデータから、過去に糖尿病の治療を受けていたが、令和5年度に糖尿病の治療を受けていない方

《受診勧奨通知送付人数及び抽出方法》

KDBシステムから上記未受診者・治療中断者に該当する者を抽出し、以下の者を除外した。

【除外対象者】

- ・資格喪失者
- ・施設入所による健康診査受診券発行除外者
- ・入院中の者、糖尿病の治療を受けている者
- ・一体的実施において同様の事業を行っている市町対象者

下関市：未受診者・治療中断者

宇部市：未受診者

受診勧奨通知送付人数【令和6年11月13日発送】

	送付人数
未受診者	15人
治療中断者	194人
合計	209人

2) 効果検証

《未受診者》

送付対象者 (A)	15人
送付前医療機関受診者 (B) (令和6年11月以前に外来で糖尿病のレセプトがある人)	0人
受診勧奨通知発送時の未受診者 (C : A - B)	15人
効果検証時の対象者 (D) (資格喪失者等を除く)	15人
受診勧奨通知発送後の受診者 (E)	2人
効果 (F : E / D)	13.3%

《治療中断者》

送付対象者 (A)	194人
送付前医療機関受診者 (B) (令和6年11月以前に外来で糖尿病のレセプトがある人)	1人
受診勧奨通知発送時の未受診者 (C : A - B)	193人
効果検証時の対象者 (D) (資格喪失者等を除く)	181人
受診勧奨通知発送後の受診 (E)	21人
効果 (F : E / D)	11.6%

各市町の人数については、別紙2のとおり。

受診勧奨通知発送後の受診者については、令和7年2月医療機関受診分まで確認。

糖尿病性腎症重症化予防 市町別受診勧奨通知実施状況

【令和6年度実施分実績】

二次医療圏		岩国		柳井				周南			山口防府		宇部小野田			下関	長門	萩			
市町名		岩国	和木	柳井	周防大島	上関	田布施	平生	下松	光	周南	山口	防府	宇部＊	美祢	山陽小野田	下関＊	長門	萩	阿武	計
未受診者	送付対象者数（Ａ）	1		1	1				1		3	2	3			2			1		15
	勧奨前受診者数（Ｂ）																				0
	受診者割合（対Ａ：％）	0.0％		0.0％	0.0％				0.0％		0.0％	0.0％	0.0％			0.0％			0.0％		0.0％
	勧奨時点未受診者（Ｃ：Ａ－Ｂ）	1		1	1				1		3	2	3			2			1		15
	効果検証時の対象者（Ｄ）	1		1	1				1		3	2	3			2			1		15
	勧奨後受診者数（Ｅ）	0		0	0				0		1	0	0			1			0		2
	受診者割合（対Ｄ：％）	0.0％		0.0％	0.0％				0.0％		33.3％	0.0％	0.0％			50.0％			0.0％		13.3％
受診中断者	送付対象者数（Ａ）	21		7	1		1	2	7	12	26	21	36	29	4	5		4	17	1	194
	勧奨前受診者数（Ｂ）							1													1
	受診者割合（対Ａ：％）	0.0％		0.0％	0.0％		0.0％	50.0％	0.0％	0.0％	0.0％	0.0％	0.0％	0.0％	0.0％	0.0％		0.0％	0.0％	0.0％	0.5％
	勧奨時点未受診者（Ｃ：Ａ－Ｂ）	21		7	1		1	1	7	12	26	21	36	29	4	5		4	17	1	193
	効果検証時の対象者（Ｄ）	21		7	1		1	1	6	10	25	21	34	26	4	4		3	16	1	181
	勧奨後受診者数（Ｅ）	3		0	0		0	1	2	1	2	1	1	6	1	1		1	1	0	21
	受診者割合（対Ｄ：％）	14.3％		0.0％	0.0％		0.0％	100.0％	33.3％	10.0％	8.0％	4.8％	2.9％	23.1％	25.0％	25.0％		33.3％	6.3％	0.0％	11.6％

※対象者の抽出は令和6年7月に実施し、通知書は令和6年11月に送付している

※勧奨前受診者数は、令和6年5月から10月までの間に医療機関の受診が確認された者の数

※勧奨後受診者数は、令和6年11月から令和7年2月（送付後3か月）までの間に医療機関の受診が確認された者の数

* 令和6年度一体的実施市町への委託分

(別紙 3)

一体の実施（糖尿病性腎症重症化予防） 市町別事業実施状況

【令和 6 年度実施分実績】

二次医療圏		岩国		柳井				周南			山口防府		宇部小野田			下関	長門	萩		計	
市町名		岩国	和木	柳井	周防大島	上関	田布施	平生	下松	光	周南	山口	防府	宇部	美祢	山陽小野田	下関	長門	萩		阿武
一体的実施　実施圏域数									2				4	3		6	13		3		31
未受診者	対象者数													8			10				18
	支援者数													8			8				16
	受診者数													7			4				11
	受診者割合（％）													87.5%			50.0%				68.8%
受診中断者	対象者数																55				55
	支援者数																21				21
	受診者数																10				10
	受診者割合（％）																47.6%				47.6%
保健指導者	対象者数								20				74			223	82		14		413
	支援者数								5				9			7	6		14		41
	検査値等改善者数								4				5			5	5		2		21
	改善者割合（％）								80.0%				55.6%			71.4%	83.3%		14.3%		51.2%

令和7年度糖尿病未受診者・治療中断者受診勧奨通知について

《対象者等について》

対象者の抽出方法

以下の抽出条件に一致した人を対象とする。

未受診者	KDB システムの過去5年間の健診データから、過去に HbA1c が基準値(7.0%)以上だったが、令和6年度に糖尿病の治療を受けていない方
治療中断者	KDB システムの過去5年間のレセプトデータから、過去に糖尿病の治療を受けていたが、令和6年度に糖尿病の治療を受けていない方

※抽出データ：一体的実施・KDB 活用支援ツールの重症化予防（コントロール不良）及び重症化予防（糖尿病等治療中断者）にて抽出
 糖尿病レセプト・・・ICD10 コード E10-E14 の保有者（疑い含む）
 対象期間・・・令和3年度～令和7年度

《受診勧奨通知送付見込人数及び抽出方法》

令和7年8月に、健診データ・レセプトデータから未受診者・治療中断者に該当する者を抽出し、以下の条件の者を除外する。

【除外対象者】

- ・資格喪失者
- ・施設入所による健康診査受診券発行除外者
- ・最新レセプトデータから現在入院中の者、糖尿病の治療を受けている者
- ・一体的実施において同様の事業を行っている市町対象者

下関市：未受診者・治療中断者

宇部市、山口市、田布施町：未受診者

(令和7年8月4日時点における対象者)

未受診者：48人、治療中断者：343人 計：391人

《実施方法・発送時期について》

受診勧奨通知送付対象者に、文書による勧奨を行う。文面案は、別紙5-1、5-2のとおり。令和7年11月中旬発送予定。

受診勧奨通知様式（案_未受診者）

令和7年〇月〇日

〒

住所

被保険者名 様

【お問い合わせ先】

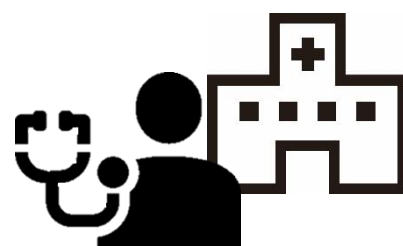
山口県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 保健事業推進係

9:00~17:00（土日祝除く）

電話：083-921-7112

山口県後期高齢者医療広域連合の被保険者の方へ

糖尿病の治療を
始めていますか？

糖尿病は治療を続けることで、重症化や合併症を予防することができます。血糖値の高い状態が続き、深刻な合併症になる前に、医療機関で継続的に治療をしましょう。

このお知らせは、過去5年間にお受けになった健康診断で、血糖の検査値が基準を超えており、治療が必要な結果となっていた方にお送りしています。

基準

HbA1c

7.0%以上

なお、このお知らせが下記に該当する方に届いた場合はご容赦ください。


- ・現在も医師の指示により、定期的に治療を受けられている方
- ・医師から「薬物治療の必要なし」とのご判断をいただいた方
- ・施設やご自宅等で、医療的な管理を受けられている方




糖尿病の治療が必要な理由とは？


裏面もお読みください


●糖尿病の深刻な合併症とは？ 「しめじ」と「えのき」


し 神経：神経障害 

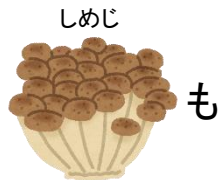
え 壊疽：足病変（潰瘍・切断） 

め 眼：網膜症 

の 脳卒中：脳梗塞・脳出血 

じ 腎臓：腎症 

き 虚血性心疾患：狭心症・心筋梗塞 



も日常生活が著しく制限されます！

医療機関への受診を迷われている場合は、早めに
受診して治療の相談をすることをお勧めします！

かかりつけ医をもちましょう！

健康に関することを何でも相談できて、必要な時に専門的な医療機関を紹介してくれる身近で頼りになる地域の医療機関が“**かかりつけ医**”です。

体調が悪いときに、まず相談する通いやすい診療所や病院の医師のことです。
診療科や数も問いませんので、**あなたが選べます**。

- 急な体調不良から慢性的な病気の治療、副作用の管理まで、相談にのってもらえます。
- 介護保険申請時の意見書や認知症の早期発見・治療も相談できて安心です。

※このお知らせを見て、医療機関を受診する方へ

医療機関を受診する際は、マスクの着用や手洗い・消毒など、

感染症予防に努めていただくようお願いいたします。



受診勧奨通知様式(案_治療中断者)

令和7年〇月〇日

〒

住所

被保険者名 様

【お問い合わせ先】

山口県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 保健事業推進係

9:00~17:00(土日祝除く)

電話:083-921-7112

山口県後期高齢者医療広域連合の被保険者の方へ

糖尿病の治療を 中断していませんか？



糖尿病は治療を続けることで、重症化や合併症を予防することができます。深刻な合併症になる前に、医療機関で継続的に治療をしましょう。

このお知らせは、診療報酬明細書(レセプト)を基に、過去に糖尿病の薬物治療を受けていたが、現在糖尿病の治療をされていないと思われる方にお送りしています。

なお、このお知らせが下記に該当する方に届いた場合はご容赦ください。


- ・現在も医師の指示により、定期的に治療を受けられている方
- ・医師から「薬物治療の必要なし」とのご判断をいただいた方
- ・施設やご自宅等で、医療的な管理を受けられている方




糖尿病の深刻な合併症とは？


裏面もお読みください


●糖尿病の深刻な合併症とは？ 「しめじ」と「えのき」


し 神経：神経障害 

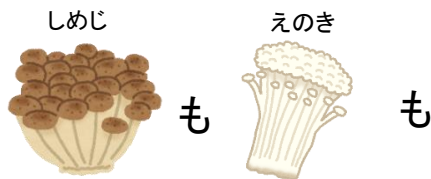
え 壊疽：足病変（潰瘍・切断） 

め 眼：網膜症 

の 脳卒中：脳梗塞・脳出血 

じ 腎臓：腎症 

き 虚血性心疾患：狭心症・心筋梗塞 



日常生活が著しく制限されます！

Q：糖尿病合併症の危険性が上昇する血液検査値の目安は？

A： HbA1c 7.0%以上 空腹時血糖 140 mg/dL 以上

あなたの検査値は？

医療機関への受診を迷われている場合は、早めに受診して治療を再開することをお勧めします！

かかりつけ医をもちましょう！

健康に関することを何でも相談できて、必要な時に専門的な医療機関を紹介してくれる身近で頼りになる地域の医療機関が“**かかりつけ医**”です。

体調が悪いときに、まず相談する通いやすい診療所や病院の医師のことです。診療科や数も問いませんので、**あなたが選べます**。

- 急な体調不良から慢性的な病気の治療、副作用の管理まで、相談にのってもらえます。
- 介護保険申請時の意見書や認知症の早期発見・治療も相談できて安心です。

※このお知らせを見て、医療機関を受診する方へ

医療機関を受診する際は、マスクの着用や手洗い・消毒など、感染症予防に努めていただくようお願いいたします。



令和7年10月9日

下関市保険年金課後期高齢者医療係・山口県後期高齢者医療広域連合

下関市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る 糖尿病性腎症重症化予防 実施内容

1. 事業概要

山口県後期高齢者医療広域連合から下関市への委託事業として令和4年度から取組を開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」におけるハイリスクアプローチとして、糖尿病治療中断者や異常値放置者に対する受診勧奨や保健指導を行い、糖尿病の重症化を予防し、人工透析導入者数の減少を目指す。また、令和6年度から国民健康保険から後期高齢者医療保険へ移行後も保健指導が利用できるよう糖尿病性腎症重症化予防事業を75歳以上にも拡充して実施している。

2. 実施地区及び実施理由

(1) 実施地区

下関市における13の日常生活圏域*のうち、全圏域（13圏域）で実施。

※介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画で定める区域

(2) 実施理由

被保険者に占める糖尿病罹患率は年々上昇しており、後期高齢者の約3割が糖尿病にかかっている。糖尿病治療中断者は、令和4年度(1,184人)、令和5年度(1,123人)と例年1,000人を超えている。人工透析患者率は、令和元年度から令和5年度まで年々増加している。

3. 対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

(1) 「糖尿病治療中断者に対する受診勧奨通知及びフォローアップ指導」

75歳以上89歳以下の令和5年度に糖尿病治療歴があり、かつ令和6年度に糖尿病による医療機関受診がない者

(2) 「糖尿病異常値放置者に対する受診勧奨通知及びフォローアップ指導」

75歳以上89歳以下のHbA1c7.0%以上の者

(3) 「糖尿病性腎症重症化予防事業」

- ①糖尿病のレセプトがあり、令和6年1月～12月受診分の後期高齢者の健診結果が、「尿蛋白(+)以上」かつ「eGFR30ml/min/1.73 m²以上」で主治医から推薦された被保険者
- ②健診結果の有無に関わらず、糖尿病治療中の方で、糖尿病性腎症病期分類第2期又は第3期の該当で主治医より推薦された被保険者

【絞込基準】

- (1)、(2)は、悪性新生物・難病・内科的疾患で治療中の者、要介護3～5の認定がある者、医療・介護サービス利用中の者、後期高齢者医療資格喪失者を除く
- (3)は、悪性新生物、精神疾患で治療中の方、認知症、要介護2～5の認定がある方、後期高齢者医療資格喪失者を除く

4. 対象者人数

65 人（以下内訳）

※治療中断 44 人、異常値放置者 6 人、糖尿病性腎症重症化予防事業 15 人

5. 実施方法等

(1) 「糖尿病治療中断者に対する受診勧奨通知及びフォローアップ指導」

5 月に対象者へ健康状態や治療状況、治療中断理由等を確認する質問票を同封した受診勧奨通知を送付する。4～5 か月後にレセプトを確認し、医療機関へ受診がない者に対し訪問または電話を行い、再度健康状態の把握や治療継続の重要性を説明し、受診勧奨する。生活面の問題や困りごとがあると判断した場合、地域包括支援センターと連携し介入する。

(2) 「糖尿病異常値放置者に対する受診勧奨通知及びフォローアップ指導」

5 月及び 6 月に対象者へ受診勧奨通知を送付する。4～5 か月後にレセプトを確認し、医療機関へ受診がない者に対し訪問または電話を行い、健康状態や受診していない理由を確認し、受診勧奨する。

(3) 「糖尿病性腎症重症化予防事業」

- ・対象者 1 人につき、約 6 か月間に 6 回（月 1 回）の面談による保健指導（かかりつけ医の指示に基づく）を実施する。
- ・保健指導「開始時点」及び「終了時点」で身体測定、血液検査、尿検査を実施し、評価する。

6. 評価指標・評価方法及び評価測定方法

(1) 「糖尿病治療中断者に対する受診勧奨通知及びフォローアップ指導」・「糖尿病異常値放置者に対する受診勧奨通知及びフォローアップ指導」

- ・評価指標：医療機関受診率
- ・評価方法：レセプトから、受診勧奨を行った人数のうち医療機関に受診した人数の割合をみる。

(2) 「糖尿病性腎症重症化予防事業」

- ・評価指標：検査データ（BMI, 血圧, HbA1c, 血清クレアチニン, eGFR, アルブミン, 尿微量アルブミン定量/尿クレアチニン定量, 尿蛋白定量）の維持・改善状況、行動変容の維持・改善状況
- ・評価方法：保健指導前後の検査データからの維持・改善状況を分析する。併せて、食事・運動等の行動変容の状況を分析する。

7. 医療関係団体等との連絡調整について

事業の企画・立案及び対象者の定義等について、下関市糖尿病性腎症重症化予防事業支援・評価委員会にて関係医師等に相談している。

（参考）

令和 7 年度に下関市で実施しているその他のハイリスクアプローチ

- ・口腔機能低下予防事業

令和 7 年 1 0 月 9 日

宇部市保険年金課・山口県後期高齢者医療広域連合

宇部市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る 糖尿病性腎症重症化予防 実施内容

1. 事業概要

山口県後期高齢者医療広域連合から宇部市への委託事業として令和 3 年度から取組を開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」におけるハイリスクアプローチとして、糖尿病未治療者に対する受診勧奨や保健指導を行い、糖尿病の重症化予防を目指す。

2. 実施地区及び実施理由

(1) 実施地区

宇部市における 6 つの日常生活圏域*のうち、全圏域（北部東圏域、北部西圏域、東部圏域、西部圏域、中部圏域、南部圏域）で実施

※介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画で定める区域

(2) 実施理由

令和 5 年度の後期高齢者健康診査の結果、高血糖（受診勧奨判定値以上）の有所見割合が、8.5%であり県 8.6%とわずかに低い。

また、令和 6 年 5 月作成の被保険者の有病割合は、糖尿病 27.9%（県 26.1%）、糖尿病性腎症 2.1%（県 1.9%）、人工透析 0.8%（県 0.7%）といずれも県より高くなっている。

以上より、糖尿病未治療者が早期治療開始・生活習慣改善することで糖尿病の重症化を防げるよう、健診事後フォローとして受診勧奨・保健指導を実施する。

3. 対象者の抽出・絞込基準

令和 6・7 年度後期高齢者健康診査受診者のうち糖尿病未治療者で、HbA1c7.0%以上の者

【絞込基準】

がん・認知症・うつ・統合失調症で治療中の者、要介護者を除く

4. 対象者人数

20人 R7 計画提出時の対象者人数

5. 実施方法等

健康診査受診後 2 か月後以降に対象者を毎月抽出し、対象者へ訪問通知文を送付する。訪問で受診状況等聞き取りのうえ、受診勧奨や保健指導を実施する。

訪問指導が困難な場合は、電話で実施。

【指導内容】

- ・ 健診後の糖尿病に関する医療機関受診状況確認
- ・ 未受診の経緯、現在の生活状況確認
- ・ 健診結果の説明、食事・運動など保健指導
- ・ 状況に応じて医療機関受診勧奨、かかりつけ医との連携

6. 評価指標・評価方法及び評価測定方法

- (1)評価指標： 医療機関受診割合
(治療開始者・医療機関へ相談済み数／面談者数)
- (2)評価方法： 分子：受診した者（レセプトあり又は医療機関に相談したと回答した者）の数
分母：面談が完了できた者の数（訪問もしくは電話）

7. 医療関係団体等との連絡調整について

事業の企画・立案等について、地域の医師会や関係圏域の医師等に相談している。

(参考) 令和7年度に宇部市で取組を予定している一体的実施事業
糖尿病性腎症重症化予防事業、重複薬効者・頻回受診者への指導事業
低栄養防止事業、健康状態不明者対策事業
介護予防事業と連携して筋力低下予防、生活習慣病予防事業等を実施

令和 7 年 1 0 月 9 日

萩市市民課保険年金係・山口県後期高齢者医療広域連合

萩市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る 糖尿病性腎症重症化予防 実施内容

1. 事業概要

山口県後期高齢者医療広域連合から萩市への委託事業として令和 3 年度から取組を開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」におけるハイリスクアプローチとして、糖尿病等の対象者に保健指導を行い、循環器疾患の重症化予防を目指す。

2. 実施地区及び実施理由

(1) 実施地区

萩市における 10 の日常生活圏域*のうち、離島の 3 圏域にて（相島圏域・見島圏域・大島圏域）で実施

※介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画で定める区域

(2) 実施理由

健診の有所見率では、高血糖（受診勧奨以上 11.3%、より重症度が高い人 5.4%）、高血圧（受診勧奨以上 27.5%、より重症度が高い人 8.5%）、腎機能低下（eGFR45 未満 14.2%）の率が高い。高血糖の重症度が高い者、高血圧、腎機能低下している者に関しては、県平均に比較するとかなり高い。被保険者の有病状況は、糖尿病（25.6%）、高血圧症（55.3%）と県平均（糖尿病 26.3%、高血圧症 56.9%）と比べるとやや低く、前年度と比較しても下がっている（前年度、糖尿病（26.2%）、高血圧症（56.9%））。しかし、脳血管疾患の割合（15.0%）は県平均（14.9%）より高く、重症化している者が多いことが考えられ、今後糖尿病性腎症も含め、循環器疾患等の重症化予防が必要である。

（R7.8.29 高齢者保健事業地域ブロック会議の参考資料より）

3. 対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

令和 6 年度の健診結果で eGFR60.0 未満 または HbA1c7.0 以上の者

【絞込基準】

地域ケア会議等で診療所の医師や看護師より情報提供いただき絞り込む

4. 対象者人数

15 人

5. 実施方法等

「重症化予防のための健康相談」

【アセスメント項目・指導内容】

- ・アセスメント項目：後期高齢者の質問票により健康状態や心身機能を把握
- ・指導内容：初回訪問でのアセスメント結果に応じ健康相談を行い、必要であればかかりつけ医に情報提供し、受診に繋げる。必要に応じて通いの場へ繋げる。

6. 評価指標・評価方法及び評価測定方法

(1) 評価指標：HbA1c \geq 7.0 の者または eGFR60.0 未満者の割合の変化

(2) 評価方法：①対象者のうち、訪問等により健康状態等を把握できた人数の割合
②KDB から、健診の結果の確認

7. 医療関係団体等との連絡調整について

健康課題の共有及び事業全体の企画・運営に関する相談について、萩市医師会にて関係圏域の医師等に相談している。

(参考) 令和 7 年度に萩市で取組を予定している一体的実施事業

重複頻回・多剤投薬相談事業

健康状態不明者把握事業

糖尿病性腎症重症化予防事業

介護予防事業と連携して転倒防止、骨粗鬆症の予防やフレイルの予防、
口腔機能低下予防事業等を実施

その他、広域連合と連携して行う「低栄養防止事業」にも参加

令和 7 年 10 月 9 日

防府市保健こども部保険年金課後期高齢者医療係・山口県後期高齢者医療広域連合

防府市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る 糖尿病性腎症重症化予防事業 実施内容

1. 事業概要

山口県後期高齢者医療広域連合から防府市への委託事業として令和 4 年度から取組を開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」におけるハイリスクアプローチとして、糖尿病性腎症の事業対象者に対して保健指導を行い、重症化を予防し、糖尿病に起因した人工透析導入者数の減少を目指す。また、年齢到達による国民健康保険から後期高齢者医療保険への糖尿病性腎症重症化予防事業の保健指導利用者の事業接続を図る。

2. 実施地区及び実施理由

(1) 実施地区

防府市における 4 つの日常生活圏域*のうち、4 圏域（東圏域・西圏域・南圏域・北圏域）で実施※介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画で定める区域

(2) 実施理由

令和 6 年度の防府市の外来医療費点数（最大医療資源傷病名による）は糖尿病、慢性腎臓病（透析あり）、不整脈、高血圧症の順に高くなっており、いずれも県平均よりも高い。特に、慢性腎臓病（透析あり）は県平均の 2 倍となっている。入院医療費点数は骨折や脳梗塞の割合が高く、脳梗塞は県平均より高い。

後期高齢者に限らず、国保保健事業と連携した途切れない高血圧・糖尿病・腎症重症化予防の取組が必要である。

3. 対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

(1) 75 歳以上 80 歳未満の市民で 2 型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が第 2 期（微量アルブミン尿期）、第 3 期（顕性アルブミン尿期）、第 4 期（GFR 高度低下・末期腎不全期）の者であって、次のいずれかに該当する者

①生活習慣の改善が困難な者

- ・血糖コントロール不良（HbA1c7.0%以上又は空腹時血糖 130mg/dL 以上など）
- ・血圧コントロール不良（収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 80mmHg 以上など）
- ・必要な塩分制限ができていない
- ・必要な蛋白質制限ができていない
- ・禁煙ができていない

②治療を中断しがちな者

③自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合

④その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合 など

(2) 防府市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防事業の対象に該当する者のうち、令和 7 年度に 75 歳に到達する者

【絞込基準（共通）】

1 型糖尿病である者、人工透析中の者、要介護認定を受けている者、がん等で終末期にある者、認知機能障害があるもの者、糖尿病透析予防指導管理料が算定されている

者、主治医が保健指導の必要がない又は自己管理が困難等により対象から除外すべきと判断した者を除く

4. 対象者人数

64人

5. 実施方法等

- ・糖尿病性腎症重症化予防事業の実績のある事業所に委託して実施。
- ・糖尿病性腎症の治療のために通院している患者で、保健指導により病状の維持又は改善が見込める被保険者に対し、次のとおり保健指導を行う。

(1) 対象者への保健指導参加勧奨及び保健指導

- ①糖尿病性腎症重症化予防事業対象者の抽出基準により、主治医から推薦があった者に対し保健指導への参加勧奨を行う。
- ②保健指導への参加意向のあった者について、「糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導に係る診療情報提供書及び指示書」を主治医に依頼する。
 - (ア) 保健指導参加者に対して、主治医の指示に基づき、保健指導を実施する。
 - (イ) 保健指導の実施期間は6か月とする。
 - (ウ) 保健指導の実施回数は、対象者1人に対して面談8回（栄養指導・運動指導を含む）とする。
- ③ 保健指導終了から一定期間経過後、フォローアップのために簡易な保健指導を実施する。なお、防府市国民健康保険保健事業の糖尿病性腎症重症化予防の事業参加者であって、フォローアップの期間中に75歳に達した者も含む。

6. 評価方法

- 評価指標：(1) 保健指導参加者数・割合
- (2) 保健指導参加者の事業終了者割合
- (3) 身体的指標（体重、BMI、血圧、HbA1c、空腹時血糖、eGFR、血清脂質、尿蛋白）の改善・維持割合
- (4) 自己管理行動目標指標（食事療法・運動療法・薬物療法・セルフモニタリングの実施状況、喫煙・飲酒状況）により評価

7. 医療関係団体等との連絡調整について

事業内容の医療機関との連携等について、防府医師会理事会にて報告、事業協力依頼文を送付。防府歯科医師会、防府薬剤師会にも説明。

(参考) 令和7年度に防府市で取組を予定している一体的実施事業

- ・ハイリスクアプローチ
 - 糖尿病性腎症重症化予防事業
 - 健康状態不明者把握事業
 - 身体的フレイル予防事業
- ・ポピュレーションアプローチ
 - 通いの場等への積極的な関与
 - オーラルフレイル予防・低栄養予防に関する健康教育を実施
 - 気軽に相談できる環境づくり
 - 月一回健康相談を実施
- ・その他、広域連合が実施主体の「受診勧奨フォローアップ事業」「低栄養防止事業フォローアップ」にも参加

令和 7 年 1 0 月 9 日

下松市高齢福祉課長寿支援係・山口県後期高齢者医療広域連合

下松市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る 糖尿病性腎症重症化予防 実施内容

1. 事業概要

山口県後期高齢者医療広域連合から下松市への委託事業として令和 4 年度から取組を開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」におけるハイリスクアプローチとして、選定した対象者に対し糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施し、糖尿病にかかる 1 人当たりの医療費の改善、新規透析導入者の減少を目指す。

2. 実施地区及び実施理由

(1) 実施地区

下松市における 2 つの日常生活圏域*のうち、全圏域（下松圏域、末武圏域）で実施

※介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画で定める区域

(2) 実施理由

KDB システムにおける医療費分析の糖尿病の項目において、医療費に占める割合が 8.7%と県平均（8.0%）より高い。医療費の細小分類では、患者千人当たり糖尿病合併症患者数（有病）において、糖尿病性腎症が三大合併症の中で一番高く、下松市（36.9 人）は県平均（24.8 人）より高い結果であった。人工透析患者率は 2019 年 0.6%、2020 年 0.7%、2021 年 0.8%、2022 年 0.7%、2023 年 0.8%、2024 年 0.6%と 2024 年は過去の最低値に戻っているものの、これからも早期から糖尿病性腎症重症化予防に取組み、新規透析導入者を減少させる必要がある。

3. 対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

令和 6 年度の健診受診者のうち、「糖尿病あり（空腹時血糖 130mg/dl 以上または HbA1C7.0%以上または当年度に 2 型糖尿病に該当するレセプトが発生している）かつ「腎症 2 期以下（尿蛋白±以下かつ eGFR30mL/分/1.73m²以上）」かつ「糖尿病治療あり（レセプトに糖尿病治療薬の処方が発生している）」に該当する者。

【絞込基準】

認知症のある人、要介護 1～5 の認定のある人は除く

4. 対象者人数（予定）

2 0 人

5. 実施方法等

市が対象者を選定し、委託業者が業務委託仕様書に基づき糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施する。

- ①DH パイロットで抽出基準に基づき対象者を抽出する
 - ②健診結果やレセプトデータから対象者の絞込みを行い、協力医療機関に受診する者を抽出
 - ③かかりつけ医へ照会し、保健指導が必要な被保険者を推薦依頼
 - ④推薦された被保険者に事業参加を勧奨
 - ⑤参加同意者に対し、保健師及び栄養士による保健指導を 6 か月間実施
- * 保健指導：面談 2 回、電話 10 回の計 12 回指導

【指導内容】主治医が記入した「診療情報提供書及び指示書」に沿った食事指導（減塩、適正カロリー）、運動指導、服薬指導、ストレスマネジメント、血糖管理（自己血糖測定）及びフットケア（ただし、糖尿病性腎症患者については、低たんぱく食の摂取、カリウム制限等についての指導を含む）

6. 評価指標・評価方法及び評価測定方法

- (1) 評価指標：①検査値（体重、BMI、空腹時血糖、HbA1C、e-GFR、尿蛋白）の維持・改善割合
②事業終了割合
- (2) 評価方法：①保健指導実施者が本人から直接聞き取った定期通院時の検査値で評価を行う
②対象者のうち、6 か月の保健指導を終了した人数を把握する

7. 医療関係団体等との連絡調整について

事業の企画・立案及び対象者の定義等について、地域の医師会や委託先保健指導実施機関、関係圏域の医師等に相談している。

（参考）令和 7 年度に下松市で取組を予定している一体的実施事業
糖尿病性腎症重症化予防事業
介護予防事業と連携してフレイル予防事業を実施

令和 7 年 1 0 月 9 日

山陽小野田市保険年金課・山口県後期高齢者医療広域連合

山陽小野田市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る 糖尿病性腎症重症化予防 実施内容

1. 事業概要

山口県後期高齢者医療広域連合から山陽小野田市への委託事業として令和 3 年度から取組を開始している「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」におけるハイリスクアプローチとして、令和 4 年度から選定した対象者に対し糖尿病性腎症重症化予防プログラムを実施し、新規透析導入者の減少を目指す。

2. 実施地区及び実施理由

(1) 実施地区

山陽小野田市における 6 つの日常生活圏域*のうち、すべての圏域で実施

※介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画で定める区域

(2) 実施理由

人口透析者数は、令和 2 年度 88 人、令和 3 年度 89 人、令和 4 年度 81 人、令和 5 年度 90 人、令和 6 年度 87 人と対象者はほぼ横ばいだが、同規模保険者比較（令和 6 年度）によると、当市 0.7%、下松市 0.5%と当市の割合は高い。令和 6 年度の健診結果から、空腹時血糖が 126 以上の割合 7.2%（県：5.8%）、HbA1c が 6.5%以上の割合は 11.9%（県：11.4%）、血清クレアチニンが 1.3 以上の割合は 4.7%（県：3.9%）、eGFR が 45 未満の割合は 12.9%（県：11.1%）であり、県と比較して糖尿病性腎症に関する検査値のリスクが高い。

以上のことにより、早期から糖尿病性腎症重症化予防に取組み、新規透析導入者を減少させる必要がある。

3. 対象者の抽出・絞込基準

(1) 対象者

80 歳未満の被保険者であり、以下の抽出方法の①に該当する者
抽出方法の①以外の者で、かかりつけ医からの推薦者

(2) 抽出方法

① 前年度の市内医療機関作成のレセプトデータに糖尿病レセプトがあり、かつ、次のアの a から c のいずれかに該当し、かつ、次のイの a から c のいずれにも該当しない者を抽出した上、被保険者資格喪失者を除外し、保健指導のレベル別に区分する。

ア 該当要件

- a 前年度のレセプトデータの傷病名に腎症又は腎機能低下を示す病名があること
- b 直近の健康診査データで、尿蛋白（±）以上であること
- c 直近の健康診査データで、eGFR60mL/分/1.73 m²未満であること

イ 除外要件

- a 1 型糖尿病であることが分かる者
- b 要介護認定を受けている者
- c 人工透析を受けている者

② ①により抽出された者につき、かかりつけ医の医療機関別に名簿を作成する

- ③ ②により作成された名簿をかかりつけ医に提示し、保健指導を要すると判断した者の推薦を依頼する
- ④ ③により推薦された者につき参加を勧奨し、保健指導への参加意向を確認する
- ⑤ ④により保健指導参加者（以下「参加者」という。）10名以内を決定する

4. 対象者人数

239人

5. 介入人数

5人

6. 実施方法等

- (1)市医師会及び保健指導実施医療機関との委託契約締結後、KDB システム及びレセプト情報から対象者を決定する。
- (2)対象者のかかりつけ医へ推薦依頼を行い、推薦のあった者から優先に参加意向を確認し、参加者を決定する。
- (3)参加者について、参加決定通知書を送付するとともに、個人情報提供同意書を受け付け、「診療情報提供書及び指示書」の提供依頼をかかりつけ医へ行い、保健指導実施医療機関（2箇所）にて6か月間の指導を実施する。
- (4)指導結果については、随時かかりつけ医へ結果票の写しを送付する。

【指導方法】

1か月目、2か月目、4か月目、6か月目の間隔で、面接指導を4回実施

【アセスメント項目】

「食事（間食）」「アルコール」「運動」「喫煙」「セルフモニタリング」「他科検診」「その他（フットケアなど）」「自己管理行動指標」

7. 評価指標・評価方法及び評価測定方法

- (1) 評価指標：①事業参加者数
②保健指導回数
③検査値（空腹時血糖値、HbA1c、eGFR等）の改善した者の数・割合
- (2) 評価方法：①対象者のうち事業に参加した者の人数をみる。
②6か月間の保健指導実施回数をみる。
③指導前後の検査値について、改善している人数（割合）を確認する。

8. 医療関係団体等との連絡調整について

事業の企画・立案及び対象者の定義等について、地域の医師会や委託先保健指導実施機関、関係圏域の糖尿病専門医等に相談している。

（参考）令和7年度に山陽小野田市で取組を予定している一体的実施事業
 糖尿病性腎症重症化予防事業
 健康状態不明者等対策事業
 低栄養防止事業
 身体的フレイル予防
 CKD 受診勧奨事業
 介護予防事業と連携してオーラルフレイル予防、服薬に関する教育、
 低栄養防止、転倒骨折予防、認知症予防、相談事業を実施

令和7年10月9日
山口市高齢福祉課・山口県後期高齢者医療広域連合

山口市 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る 糖尿病性腎症重症化予防 実施内容

1. 事業概要

山口県後期高齢者医療広域連合から山口市への委託事業として令和3年度から取組を開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」におけるハイリスクアプローチとして、糖尿病のコントロール不良者に対する受診勧奨や保健指導を行い、循環器疾患の重症化予防を目指す。

2. 実施地区及び実施理由

(1) 実施地区

山口市における6つの日常生活圏域*で抽出した結果、2圏域（鴻南圏域、南部圏域）で実施

※介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画で定める区域

(2) 実施理由

循環器疾患による医療費が高く、脳血管疾患による死亡率も高い。後期高齢者の有病率は、高血圧症(57.2%)、筋骨格疾患(54.4%)、脂質異常症(43.9%)の順に多い。脂質異常症、糖尿病(26.8%)、脳血管疾患(19.4%)は県平均よりも高い。

3. 対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

令和6年度後期高齢者健康診査受診者のうち、HbA1c \geq 8.0%またはBP \geq 160/100かつレセプト（医科・DPC・調剤）対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴(1年間)なし

【絞込基準】

- ・HbA1c \geq 7.0%の者
- ・75～79歳の対象者から優先的に取り組む
- ・認知症、人工透析、がん、精神疾患(うつ、統合失調症)、難病、要介護者及び要支援者は除く

4. 対象者人数

4人

5. 実施方法等

①健康状態・ニーズの把握

- ・事前に健診、質問票やレセプト等から重症化の程度や生活機能の低下の状況等を把握する。
- ・訪問または電話による受診勧奨を実施する。指導を行う際は、健診結果やどのような説明を受けているのか、受診しない理由、何か困っていることがないか等を訪ね、対象者の置かれている状況を把握する。
- ・不在の場合には、日時を変えて最低2回まで介入をする。(不在者)

②ニーズに応じた必要なサービスへの接続

- ・アセスメントの結果、明らかになった課題に応じて具体的な助言を行う。また、生活習慣改善に向けた、課題解決のための改善計画(目標と行動計画)を対象者とともに立案する。
- ・医療機関の受診を勧める際、かかりつけ医がいる場合には、かかりつけ医へつなぎ、それらがいない場合には医療機関を紹介する。

③フォローアップ

- ・支援の結果、健診や医療機関の受診につながったかをKDBシステムから確認する。つながっていない場合等は電話や訪問によるフォローを行う。

6. 評価指標・評価方法及び評価測定方法

- (1)評価指標：受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の割合
- (2)評価方法：分母：面談が完了できた者
分子：上記のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の数

7. 医療関係団体等との連絡調整について

事業の実施、評価時に、地域の医師会や関係圏域の医師等に情報提供、助言をもらっている。

(参考)

令和7年度に山口市で取組を予定している一体的実施事業

- ・重症化予防（糖尿病性腎症）事業
- ・重症化予防（その他生活習慣病）事業
- ・健康状態不明者対策事業
- ・介護予防事業と連携してフレイル予防、生活習慣病重症化予防等事業を実施（ポピュレーションアプローチ）

令和7年10月9日

田布施町健康保険課・山口県後期高齢者医療広域連合

田布施町 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る 糖尿病性腎症重症化予防 実施内容

1. 事業概要

山口県後期高齢者医療広域連合から田布施町への委託事業として令和6年度から取組を開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」におけるハイリスクアプローチとして、糖尿病のコントロール不良者に対する受診勧奨や保健指導を行い、糖尿病の重症化予防を目指す。

2. 実施地区及び実施理由

(1) 実施地区

田布施町における1つの日常生活圏域※において実施

※介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画で定める区域

(2) 実施理由

重篤な生活習慣病の医療費に絞って疾病別構成割合をみると、後期の「脳梗塞」「狭心症」の医療費構成割合は、いずれも国保の同疾患と比べて大きい。検査項目ごとの健診受診者に占める有所見者の割合を県と比べると、「脂質」「血圧・脂質」「血糖・血圧・脂質」の該当割合が高い。

3. 対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

令和6年度健康診査の結果、HbA1cが6.5%以上であるが未受診が継続している者

【絞込基準】

住基情報とマッチング可能な者の中から、死亡者・転出者・要介護認定者を除く

4. 対象者人数

2人

5. 実施方法等

対象者に対して架電または訪問により、状況確認（主治医の有無、健診後の受診の有無やその状況、受診方法等）を行い、受診勧奨を行う。必要に応じて健康、栄養相談を実施する。また、状況確認において問題となった事があった場合は必要な窓口につなげる。1人につき2回介入する。KBDにて受診確認できない場合、再度受診勧奨を行う。

6. 評価指標・評価方法及び評価測定方法

(1)評価指標：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の割合

(2)評価方法：分母：面談が完了できた者

分子：治療中断者のうち健診又は受診につながった者（服薬治療を開始した者、傷病名＋（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の数

7. 医療関係団体等との連絡調整について

事業の企画・実施等について、地域の医師会や関係圏域の医師等に情報提供、助言をもらっている。

(参考)

令和7年度に田布施町で取組を予定している一体的実施事業

- ・低栄養防止事業
- ・身体的フレイル防止事業
- ・重症化予防（糖尿病性腎症）事業
- ・重症化予防（その他生活習慣病）事業
- ・健康状態不明者対策事業
- ・介護予防事業と連携したフレイル予防、生活習慣病重症化予防事業を実施
（ポピュレーションアプローチ）

山口県における後期高齢者を対象とした糖尿病性腎症重症化予防の方針

令和7年5月作成

山口県後期高齢者医療広域連合

1 目的

この方針は、国及び山口県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準拠し、後期高齢者医療の被保険者で糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関への未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して生活指導を行い、人工透析への移行を防止又は遅らせることを目的とし実施する糖尿病性腎症重症化予防事業について、令和2年度以降に、市町において実施する場合の標準的な基準等を示すものである。

2 実施内容

医療機関への未受診・受診中断がある被保険者に対して、受診勧奨を含む生活指導を行う。また、糖尿病性腎症で通院する患者で、保健指導により病状の維持又は改善が見込める被保険者に対し、保健指導を行う。

3 実施体制

広域連合及び市町は、当該事業を円滑に実施するため、山口県糖尿病対策推進委員会、県医師会、郡市医師会及びその他関係機関と十分協議の上、連携しながら実施する。

4 対象者の抽出基準

(1) 受診勧奨対象者

次の①から③のいずれかに該当する者

- ① 未受診者（糖尿病による医療機関の受診歴がない者）であって、HbA1c7.0%以上かつ糖尿病の薬剤処方履歴が1年間ない者
- ② 未受診者（糖尿病による医療機関の受診歴がない者）であって、空腹時血糖（又は随時血糖（食後3.5時間未満を除く））126mg/dL以上又はHbA1c6.5%以上かつ腎機能が低下している者
- ③ 受診中断者（糖尿病の治療歴があるが、前年度に糖尿病による医療機関の受診歴がない者）かつ健診受診歴がない者

(2) 糖尿病患者に対する保健指導対象者

2型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が、第2期（微量アルブミン尿期）、第3期（顕性アルブミン尿期）、第4期（GFR高度低下・末期腎不全期）の者であって、次のいずれかに該当し、保健指導が必要と医師が判断した者

- ① 生活習慣の改善が困難な者
 - ア 血糖コントロール不良（HbA1c7.0%以上など）
 - イ 血圧コントロール不良（収縮時血圧150mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上など）
 - ウ BMI25以上
 - エ 必要な食塩制限ができていない
 - オ 必要な蛋白質制限ができていない
 - カ 禁煙ができていない
- ② 治療を中断しがちな者
- ③ 自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合
- ④ 前年度に国保の被保険者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者となって

- おり、後期高齢者被保険者となつてからも継続指導が必要であると考えられる者
- ⑤ その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合

ただし、次のいずれにも該当しないこと。

- ・がん等で終末期にある者
- ・認知機能障害がある者
- ・要介護者
- ・糖尿病透析予防指導管理料が算定されている者

5 対象者の抽出方法

(1) 受診勧奨対象者

保険者は次の①から⑤により、受診勧奨対象者を抽出する。

- ① 一体的実施・KDB 活用支援ツールにて、対象者に該当する抽出目的及び抽出条件を選択して、該当者を抽出する。
- ア 未受診者：重症化予防（受診勧奨事業）
- ※初期設定から HbA1c7.0%に変更し、高血圧のチェックを外す
- ※HbA1c6.5～6.9%の者に対し受診勧奨通知事業を合わせて実施する場合は、6.5%に変更し、高血圧のチェックを外す
- イ 未受診の腎機能低下者：重症化予防（腎症・CKD）
- ※初期設定にて抽出し、血糖条件の該当者を抽出する
- ウ 受診中断者：重症化予防（受診中断者）
- ※初期設定から高血圧のチェックを外す
- ② 抽出者のリストから、被保険者資格喪失者を除外する。
- ③ 除外条件及びその他介護部門等からの情報により除外が必要な者を除外する。
- ④ 未受診者（糖尿病及び腎機能低下者）を同時に抽出する場合は、抽出者のデータを一体化し、重複者のデータを整理する。（重複者は未受診の腎機能低下者に区分）
- ⑤ 受診勧奨のレベル別に区分（別表1）の上、「受診勧奨対象者リスト（様式自由）」を作成する。
- ア レベルⅠ（受診勧奨の通知、健康教室等の案内）
- ※注）レベルⅠのみの実施は「一体的実施」事業の対象外
- イ レベルⅡ（電話・面談・訪問等による受診勧奨及び生活指導）

(別表 1)

県プログラムによる受診勧奨対象者抽出基準との対照表（糖尿病未受診者及び受診中断者 ※1）

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※4
		以下のどちらかに該当 ・ eGFR < 45 ・ 尿蛋白（+）以上			以下のどちらかに該当 ・ 45 ≦ eGFR < 60 ・ 尿蛋白（±）			以下の両方に該当 ・ 60 ≦ eGFR ・ 尿蛋白（－）			
		血圧区分 ※3			血圧区分 ※3			血圧区分 ※3			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c (%) ※2	8.0以上	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	
	7.0～7.9	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	
	6.5～6.9	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	
	6.5未満	－	－	－	－	－	－	－	－	－	

※1 受診中断者は健診データがない者から抽出するため、暫定的に「レベルⅡ」と分類。

未受診者

未受診かつ腎機能低下者

※2 HbA1cデータのない者（血糖値データしかない者）は、暫定的に「レベルⅡ」と分類。

※3 血圧区分によるレベル分類はしない。

※4 腎障害の程度/血圧区分判定不可：尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。
eGFRの判定値がない場合は、暫定的に「異常なし」と分類。

(2) 糖尿病患者に対する保健指導対象者

保険者は、次の①から④により、保健指導対象者を抽出する。

- ① 一体的実施・KDB 活用支援ツールにて、抽出目的で「重症化予防（フレイル合併）」を選択し、抽出条件では「糖尿病治療中・中断」のみを選択して、該当者を抽出する。

※心不全、脳卒中等循環器疾患あり、健診（HbA1c7.0%以上）、質問票①⑥⑧⑬のチェックを外す

- ② 前年度のレセプトデータに糖尿病レセプトがあり、かつ、次のアの a から c のいずれかに該当し、かつ、次のイの a から c のいずれにも該当しない者を抽出した上、被保険者資格喪失者を除外し、保健指導のレベル別に区分する。

ア 該当要件

- a 前年度のレセプトデータの傷病名に腎症又は腎機能低下を示す病名があること
b 直近の健康診査データで、尿蛋白（±）以上であること
c 直近の健康診査データで、eGFR60ml/分/1.73 m²未満であること

イ 除外要件

- a 1型糖尿病であることが分かる者
b 要介護認定を受けている者
c 人工透析を受けている者

ウ レベル別区分（別表2）

- a レベルⅠ（糖尿病及び生活習慣改善の通知、健康教室等の案内）
※注）レベルⅠのみの実施は「一体的実施」事業の対象外
b レベルⅡ（電話・面談・訪問等による保健指導）

(別表 2)

県プログラムによる保健指導対象者抽出基準との対照表（糖尿病受診中の者 ※1）

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血压区分 判定不可 ※4
		以下のどちらかに該当 ・ eGFR < 45 ・ 尿蛋白（+）以上			以下のどちらかに該当 ・ 45 ≦ eGFR < 60 ・ 尿蛋白（±）			以下の両方に該当 ・ 60 ≦ eGFR ・ 尿蛋白（-）			
		血压区分 ※3			血压区分 ※3			血压区分 ※3			
		受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	
		H b A 1 c (%) ※2	8.0以上	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	
	7.0～7.9	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5～6.9	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5未満	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ

※1 健診データのない者は、暫定的に「レベルⅡ」と分類。

※2 HbA1cデータのない者（血糖値データしかない者）は、暫定的に「レベルⅡ」と分類。

※3 血压区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者。

「血压高値受診なし」：140mmHg ≦ 収縮期血圧または90mmHg ≦ 拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者。

「血压高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（140mmHg ≦ 収縮期血圧または90mmHg ≦ 拡張期血圧）が可能な者も含む。

※4 腎障害の程度/血压区分判定不可：尿蛋白、血压の測定値がなく、腎障害の程度、血压区分のいずれかの判定ができない者。eGFRの判定値がない場合は、暫定的に「異常なし」と分類。

抽出による除外者

- ③ ②により抽出された者のうち、レベルⅡに該当する者について、かかりつけ医の医療機関別に保健指導を行う「推薦依頼対象者リスト」（様式1）を作成し、その名簿をかかりつけ医に提示し、「糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導対象者推薦依頼書」（様式2）により、保健指導を要すると判断した者の推薦を依頼する。
- ④ ③により推薦された内容を反映の上、「保健指導対象者リスト」（様式3）を完成させる。

6 実施方法

(1) 受診勧奨

(一) 受診勧奨の内容

① 受診勧奨レベルⅠ（受診勧奨の通知、健康教室等の案内）

健診後に広域連合から未受診者には受診勧奨通知が送付される。

必要に応じて、上記通知に加え、電話や案内した健康教室参加時等に、医療機関への受診勧奨を行う。

② 受診勧奨レベルⅡ（電話・面談・訪問等による受診勧奨及び生活指導）

レベルⅠの文書による通知に加え、結果説明を行うための電話等により、個別に医療機関への受診勧奨を行う。可能な限り、訪問や面談等の対面により個別での受診勧奨とともに、生活指導を行う。

(二) 受診勧奨の実施手順

保険者は、次の①から③により未受診者（糖尿病・腎機能低下者）及び受診中断者に対する受診勧奨を実施する。

① 「受診勧奨対象者リスト（様式自由）」に搭載された者に対し、「受診勧奨通知又は、受診勧奨事業案内（様式自由）」を送付する。

② 直近の医療機関の受診の有無をレセプトデータにより確認し、受診の確認ができない者のうち、受診勧奨レベルⅡの者に対して、医療機能情報公表システム（医療情報ネット（ナビイ））を活用した医療機関の紹介を含め、訪問、面談、電話又はICTを活用した介入により再勧奨を行う。

- ③ ①②による勧奨及び勧奨の結果を「受診勧奨対象者リスト（様式自由）」に記録し、介入の有無を KDB システムへ登録する。

（三）評価指標

① 受診勧奨実施者数及び率（介入率）

未受診者及び受診中断者それぞれに占める受診勧奨を実施した者のレベル別の人数及び割合

- ・レベルⅠにあつては受診勧奨通知の送付をもって受診勧奨の実施とする
- ・レベルⅡにあつては受診勧奨事業案内の送付に加え、訪問又は電話等により本人に接触したことをもって受診勧奨の実施とする

② 医療機関受診者数及び率（医療機関受診率）

未受診者及び受診中断者それぞれのうち、受診勧奨を実施した者に占める医療機関を受診した者のレベル別の人数及び割合並びに未受診者及び受診中断者それぞれに占める医療機関を受診した者のレベル別の人数及び割合

（２）糖尿病患者に対する保健指導

（一）保健指導の内容

① 保健指導レベルⅠ（糖尿病及び生活習慣改善の通知、健康教室等の案内）

糖尿病や生活習慣の改善等に関する情報を中心に提供し、生活習慣の改善を促す集団指導による健康教室等への参加を促す。

② 保健指導レベルⅡ（電話・面談・訪問等による保健指導）

医療機関と連携し、腎障害の悪化を予防するための糖尿病を含む生活習慣病の管理に関する内容を中心に、可能な限り、訪問や個別面談等対面による保健指導を行う。医療機関で指導されたことが十分に理解できているか、疑問点はないかなどを確認し、本人の年齢や生活状況に応じた生活改善の方法など具体的な助言を行う。

（二）保健指導の実施手順

保険者は、次の①から⑧により保健指導への参加者を決定し、保健指導を実施する。

- ① 「保健指導対象者リスト」（様式３）に登載された者に対し、「糖尿病及び生活習慣病の改善に関する通知並びに健康教室等の案内（様式自由）」を行うとともに、レベルⅡに区分した者に対し、「糖尿病性腎症重症化予防プログラムのご案内」（様式４）により参加を勧奨し、「保健指導参加申込書」（様式５）の提出を求める。
- ② 保健指導参加申込書の提出のあった者の中から、レベル区分等を勘案の上、保健指導プログラムの参加者を決定する。
- ③ ②により参加者として決定した者（以下「保健指導参加者」という。）に対し、「保健指導参加決定通知書」（様式６）により通知するとともに、かかりつけ医から「糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導に係る診療情報提供書及び指示書」（様式７）を取得の上、「個人情報提供同意書」（様式８）と併せて提出するよう求める。
- ④ 保健指導参加者に対して、かかりつけ医の指示に基づき、「保健指導プログラム」（別紙）を参考の上、保健指導を実施する。
- ⑤ 糖尿病連携手帳等を活用して、随時、検査値等の情報を共有する。
- ⑥ 保健指導の実施後、その結果を「糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導実施結果報告書」（様式９）により、かかりつけ医へ報告する。
- ⑦ 「保健指導対象者リスト」（様式３）に保健指導の実施状況及び検査値等を記録する。

- ⑧ 保健指導終了から一定期間経過後、フォローアップのために簡易な保健指導を実施し、「保健指導対象者リスト」（様式３）に記録し、介入の有無を KDB システムへ登録する。

（三）評価指標

- ① 保健指導の実施者数及び率（介入率）
保健指導対象者に占める保健指導参加勧奨者、保健指導開始者、保健指導終了者のレベル別の人数及び割合
- ② 生活習慣の改善率
保健指導前、保健指導後及びフォローアップ時の生活習慣を数値化して比較する
- ③ 検査値（体重、HbA1c 及び空腹時血糖（随時血糖）、血圧、尿蛋白、eGFR、血清脂質、BMI）の維持・改善状況
保健指導参加者から提供されるデータ及び健診データにより、保健指導対象者につき、保健指導前、保健指導後、フォローアップ時及び２年後から５年後までの値を比較する

7 対象者抽出における考え方

後期高齢者は、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により個人差が大きいことから、対象年齢、検査値、要介護の程度等について一律の条件を設定していない。目安としては下記のものが考えられるが、市町の状況に応じ柔軟に対応するものとする。

- ・対象年齢は、８０歳未満とする
- ・HbA1c は、8.0%以上とする
- ・質問票①（健康状態）、⑥（体重変化）、⑧（転倒）、⑬（外出頻度）のいずれかに該当
- ・要介護度は、要介護３以上は除く
- ・生活習慣病管理料の算定者は除く
- ・推薦依頼対象者リスト以外の者で、かかりつけ医からの推薦者を含める など

保健指導プログラム（レベルⅡ）

時期	内 容	
初回	【初回指導(個別支援:面接)】 ○アセスメント 身体状況、検査データ、通院・治療状況、病期、生活背景、生活習慣等の把握 ○具体的な取組目標の設定 ○保健指導（※）	<div>※保健指導</div> <p>かかりつけ医からの「診療情報提供書及び指示書」（様式7）に基づき、糖尿病性腎症各期に応じた保健指導を実施する。</p> <div>介入目的</div> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症第2期（微量アルブミン尿期）：第3期以降への移行の防止 ・糖尿病性腎症第3期（顕性アルブミン尿期）：腎機能低下防止 ・糖尿病性腎症第4期（GFR 高度低下・末期腎不全期）：透析導入時期の延伸 <div>実施期間</div> <p>概ね6か月</p> <div>具体的内容</div> <p><u>○糖尿病に関すること</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症について ・確実な受診、血糖・血圧管理の必要性について ・服薬管理について ・糖尿病の合併症（網膜症、神経障害、足病変など）について ・低血糖、シックデイの対応について <p><u>○自己管理に関すること</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査結果等の見方について ・自己管理の必要性と方法について ・血糖、血圧、体重の測定について ・足部の観察と手入れ（フットケア）について <p><u>○食生活に関すること</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・適切な食生活について ・適正な総エネルギー量及びたんぱく質量、食塩量、カリウム量について ・間食、外食について <p><u>○生活習慣の改善等に関すること</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動、身体活動について ・喫煙、飲酒について ・口腔ケアについて <p><u>○その他</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者が自ら日々測定する血圧等の健康状態に関するデータ（PHR）の活用 ・ICT を活用した介入（オンライン面接、アプリ活用等）
1か月後	【継続指導(個別支援(手紙、電話、面談、訪問等)もしくは集団支援)】 （頻度）2週間～1か月に1回程度 もしくは必要に応じた回数 ○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	
2か月後	○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	
3か月後	【取組目標に対する到達状況確認及び継続指導(個別支援:面談)】 ○取組目標に対する到達状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	
4か月後	【継続指導(個別支援(手紙、電話、面談、訪問等)もしくは集団支援)】 （頻度）2週間～1か月に1回程度 もしくは必要に応じた回数 ○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	
5か月後	○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	
6か月後	【終了時評価(個別支援:面談)】 ○身体状況、検査データ、通院・治療状況、生活習慣等の把握 ○取組目標に対する到達状況確認、評価 ○今後の自己管理継続に向けた支援	

様式 1

推薦依頼対象者リスト

医療機関名:〇〇クリニック

患者氏名	生年月日	かかりつけ医	推薦	備考
あい うえ	S16.5.5			
かき くけ	S19.6.6			

- ※ 「かかりつけ医」欄に、患者の主治医の氏名を記入してください。
- ※ 「推薦」欄に、推薦していただける方について「○」を記入してください。

〇〇年〇〇月〇〇日

糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導対象者推薦依頼書

(かかりつけ医の医療機関の長) 様

〇〇市(町)長 〇〇 〇〇

(必要に応じ挨拶文)

当市(町)の後期高齢者医療の被保険者のうち下記に該当する方を対象として、糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導の実施を予定しており、該当する方については、できるだけ多くの方に保健指導を受けていただくことを目指しています。

つきましては、別添の名簿(レセプト及び健康診査のデータをもとに糖尿病かつ腎症の可能性のある方を抽出したものです。)の中から、保健指導の対象者として適当と思われる患者を推薦していただきますようお願いいたします。

記

(糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導対象者)

2型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が、第2期(微量アルブミン尿期)、第3期(顕性アルブミン尿期)、第4期(GFR 高度低下・末期腎不全期)の患者であって、次のいずれかの状態に該当する方

① 生活習慣の改善が困難な者

ア 血糖コントロール不良(HbA1c7.0%以上など)

イ 血圧コントロール不良(収縮時血圧 150mmHg 以上又は拡張期血圧 90mmHg 以上など)

ウ BMI 25 以上

エ 必要な食塩制限ができていない

オ 必要な蛋白質制限ができていない

カ 禁煙ができていない

② 治療を中断しがちな者

③ 自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合

④ 前年度に国保の被保険者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者となっており、後期高齢者被保険者となっても継続指導が必要であると考えられる者

⑤ その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合 など

ただし、次のいずれかに該当する方は除きます。

- ・がん等で終末期にある方
- ・認知機能障害がある方
- ・要介護状態にある方
- ・糖尿病透析予防指導管理料が算定されている方

〇〇部〇〇課〇〇班

担当：〇〇

電話：

FAX：

様式 3

保健指導対象者リスト(年度)

[illegible][illegible][illegible]

〇〇年〇〇月〇〇日

(保健指導対象者氏名) 様

〇〇市(町)長 〇〇 〇〇

糖尿病性腎症重症化予防プログラムのご案内

人工透析にならないために
あなたの生活習慣改善を〇〇市(町)がサポートします

(必要に応じ挨拶文)

このたび、〇〇市(町)後期高齢者医療被保険者で糖尿病の治療歴のある方を対象に糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムを実施します。

糖尿病性腎症が悪化すると、腎不全を起こし、人工透析を受けることになります。この保健指導は、人工透析にならないために主治医の先生の治療方針に従って専門スタッフが行う生活習慣改善のプログラムです。

あなたはこのプログラムの対象者となっています。この機会に生活習慣を見直し、糖尿病の重症化を予防するために、ぜひ御参加いただきますようお願いいたします。

なお、実施予定人数を上回るお申し込みがあった場合には、大変申し訳ありませんが御参加いただけないことがありますので、あらかじめ御了承ください。

記

1 対象者

糖尿病性腎症(微量アルブミン尿期、顕性アルブミン尿期、GFR 高度低下・末期腎不全期)を治療中の後期高齢者医療被保険者のうち、かかりつけ医から推薦のあった方

2 内容

かかりつけ医の治療方針に基づき、指導者と一緒に生活を振り返りながら個人に合った目標を立てて、生活習慣(食事・運動など)の改善策を御提案します。

3 開催期間

〇月～〇月

4 実施機関

〇〇

5 費用

無料(ただし、参加の際には、かかりつけ医に「診療情報提供書及び指示書」を御依頼いただくことになります。かかりつけ医への受診料及び文書料については、自己負担となります。)

6 申し込み

〇〇年〇〇月〇〇日(〇)までに別添「保健指導参加申込書」を〇〇に提出してお申し込みください。

〇〇部〇〇課〇〇班
担当：〇〇
電話：
FAX：

保健指導参加申込書

※以下の項目について御記入後、同封の返信用封筒にて御返送ください。

記 入 日	年 月 日
か な 氏 名	
住 所 (勤務先・自宅)	※文書送付先となります。 〒
電 話 番 号 (携帯・勤務先・自宅)	※平日の日中に連絡可能な連絡先を記入してください。 携 帯 — — 勤 務 先 — — (勤務先名：) 自 宅 — —
保健指導への参加 について ※チェック☑を付 けてください。	〇〇市(町)が実施する糖尿病性腎症の重症化予防を目的と した保健指導プログラムに <input type="checkbox"/> 参加を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 参加を申し込みません。

〇〇年〇〇月〇〇日

保健指導参加決定通知書

(保健指導参加者氏名) 様

〇〇市(町)長 〇〇 〇〇

(必要に応じ挨拶文)

先に参加のお申し込みをいただいた、〇〇市(町)が実施する糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムについて、あなた様の参加を決定いたしましたので、お知らせします。

ついては、別添の「糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導に係る診療情報提供書及び指示書」を糖尿病で受診されているかかりつけ医に記入していただいたうえ、〇〇年〇〇月〇〇日(〇)までに、〇〇に提出してください。

なお、「糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導に係る診療情報提供書及び指示書」の作成に係る文書料については、自己負担となります。

また、別添「個人情報提供同意書」に記入のうえ、併せて提出してください。

保健指導プログラムに係る詳しい日程等については、実施担当者から改めて御連絡いたします。

〇〇部〇〇課〇〇班

担当：〇〇

電話：

FAX：

〇〇年〇〇月〇〇日

糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導に係る診療情報提供書及び指示書

〇〇市（町）長 様

医療機関名
かかりつけ医氏名

次のとおり診療情報を提供し、保健指導に関して指示をします。

1 基本情報

患者氏名			生年月日	年	月	日
病歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病（診断 歳） <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
合併症	網膜症（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明） 神経障害（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明） 動脈硬化性疾患（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	腎症	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 <input type="checkbox"/> 第3期 <input type="checkbox"/> 第4期 <input type="checkbox"/> 第5期				
教育入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年 月ごろ）					

2 直近の検査値（記入又は検査結果の写しを添付してください。）

検査年月日（ 年 月 日）

身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg
HbA1c	%	空腹時血糖値	mg/dL	（随時	mg/dL・2時間	mg/dL）
尿蛋白	-・±・+	尿アルブミン	mg/gCr	eGFR	mL/分/1.73 m ² (Scr.	mg/dL)
空腹時中性脂肪	mg/dL	（随時	mg/dL)	ALT (GPT) IU/L		
LDL-C	mg/dL	HDL-C	mg/dL			

3 治療内容

食事療法		運動療法		薬物療法	
指示エネルギー kcal/日		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 制限 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> なし	
食塩制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり g/日	(制限・不可の理由)		<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他	
蛋白質制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり g/日				
カリウム制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり mg/日				
コントロール目標					
血糖コントロール目標 HbA1c % （空腹時血糖値 mg/dL (随時 mg/dL・2時間 mg/dL)）					
血圧コントロール目標 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / mmHg					
その他のコントロール目標 ()					

4 保健指導に関する留意事項等

--

- ☐ 薬の情報（処方内容）を添付します。
☐ その他参考となる情報を添付します。

個人情報提供同意書

〇〇市（町）長 様

私は、糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラム参加にあたり、その実施のために必要な私の個人情報（医療情報、健診情報、生活習慣・食事習慣に関する情報等）について、かかりつけ医及びその医療機関並びに〇〇市（町）及び保健指導実施機関の間において相互に情報提供されることに同意します。

また、このプログラムの実施のために必要な情報を提供することに同意します。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

〇〇年〇〇月〇〇日

糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導実施結果報告書

(かかりつけ医の医療機関の長) 様

〇〇市(町)長 〇〇 〇〇

(必要に応じ挨拶文)

下記の〇〇市(町)後期高齢者医療被保険者の方について、貴院の御協力のもと、糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導を実施しましたので、別添のとおり、その結果を報告します。

記

(保健指導終了者)

- ・ 〇〇 〇〇 様
- ・ 〇〇 〇〇 様

〇〇部〇〇課〇〇班

担当：〇〇

電話：

FAX：