（別紙１）

令　和　８　年　７　月　９　日
山口県後期高齢者医療広域連合

令和７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７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（8.0%）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**

≪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７年１１月１３日発送】

	送付人数
未受診者	２人
治療中断者	１２５人
合計	１２７人

２）効果検証

≪未受診者≫

送付対象者（A）	２人
送付前医療機関受診者（B） （令和７年１０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）	２人
効果検証時の対象者（D） （資格喪失者等を除く）	２人
受診勧奨通知発送後の受診者（E）	０人
効果（F：E／D）	**０％**

≪治療中断者≫

送付対象者（A）	１２５人
送付前医療機関受診者（B） （令和７年１０月以前に外来で糖尿病のレセプトがある人）	５人
受診勧奨通知発送時の未受診者（C：A－B）	１２０人
効果検証時の対象者（D） （資格喪失者等を除く）	１１５人
受診勧奨通知発送後の受診（E）	１９人
効果（F：E／D）	**１６．５％**

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８年３月医療機関受診分まで確認。

（別紙２）

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７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	
未受診者	送付対象者数（A）	1																	1		2
	勧奨前受診者数（B）	0																	0		0
	受診者割合（対A：%）	0.0%																	0.0%		0.0%
	勧奨時点未受診者（C：A－B）	1																	1		2
	効果検証時の対象者（D）	1																	1		2
	勧奨後受診者数（E）	0																	0		0
	受診者割合（対D：%）	0.0%																	0.0%		0.0%
受診中断者	送付対象者数（A）	12	2	2	1			3	7	8	20	15	13	27		6		2	7		125
	勧奨前受診者数（B）	1	0	0	0			0	0	0	2	1	0	1		0		0	0		5
	受診者割合（対A：%）	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%			0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	6.7%	0.0%	3.7%		0.0%		0.0%	0.0%		4.0%
	勧奨時点未受診者（C：A－B）	11	2	2	1			3	7	8	18	14	13	26		6		2	7		120
	効果検証時の対象者（D）	11	2	2	1			3	7	8	17	13	13	25		6		1	6		115
	勧奨後受診者数（E）	0	1	1	1			0	0	1	2	1	3	5		2		0	2		19
	受診者割合（対D：%）	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%			0.0%	0.0%	12.5%	11.8%	7.7%	23.1%	20.0%		33.3%		0.0%	33.3%		16.5%

※対象者の抽出は令和７年８月に実施し、通知書は令和７年１１月に送付している

※勧奨前受診者数は、令和７年５月から１１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７年１１月から令和８年３月までの間に医療機関の受診が確認された者の数

＊令和７年度一体的実施市町への委託分

（別紙３）

一体的実施（糖尿病性腎症重症化予防）　市町別事業実施状況

【令和７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							1		2			2	4	6		6	13		3		37
未受診者	対象者数						2					4		10			6				22
	支援者数						0					3		10			4				17
	受診者数						0					1		8			2				11
	受診者割合（%）						0%					33.3%		80.0%			50.0%				64.7%
受診中断者	対象者数																44				44
	支援者数																20				20
	受診者数																9				9
	受診者割合（%）																45.0%				45.0%
保健指導者	対象者数								20				64			239	107		15		445
	支援者数								6				7			6	13		15		47
	検査値等改善者数								5				6			5	10		7		33
	改善者割合（%）								83.3%				85.7%			83.3%	76.9%		46.7%		70.2%

（別紙４）

令和８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	**令和７年度の健康診査受診結果データで HbA1c が基準値（8.0%）以上だったが、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７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

≪受診勧奨通知送付見込人数及び抽出方法≫

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糖尿病性腎症重症化予防事業を行っている市町対象者
　下関市、宇部市、山口市、萩市、防府市、下松市、美祢市、山陽小野田市、和木町、田布施町、平生町、阿武町（12 市町）

（令和８年６月時点における対象者）

未受診者：３人、治療中断者：２００人　計：２０３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。

未受診者　：文面案は、別紙５－１。令和８年９月発送予定。
　　文書発送と並行して、対象者リストを市町に提供し、支援を依頼。
　　※受診勧奨フォローアップ事業

治療中断者：文面案は５－２のとおり。令和８年秋頃発送予定。

あなたの血糖値は大丈夫？

血糖値が高い状態が続くと・・・
気づかないうちに血管が
傷ついているかも！



血糖値が高いのに、そのままにしていませんか？
深刻な状態になる前に、医療機関を受診しましょう！

高血糖とは？

血液中のブドウ糖（血糖）が高い状態。自覚症状はほとんど出ないので、血液検査での確認が必要です。

目安

- ●空腹時血糖：126mg/dL 以上
- ●ＨｂＡ１ｃ：6.5%以上

深刻な合併症とは？

- ・糖尿病網膜症
- ・糖尿病神経障害
- ・糖尿病腎症
- ・脳梗塞
- ・心筋梗塞

血糖による血管の変化をチェック！

血糖が高いだけでも血管は傷つきやすくなります。高血糖を放置すると、加齢による動脈硬化に加えて、さらに血管が詰まりやすい状態に！

空腹時血糖	～100	110～135	140～180	180～
HbA1c ヘモグロビンエーワンシー	～5.5	5.6～6.4	6.5～7.9	8.0～
血流・血管の状態	血流はスムーズ	糖が増え、血液が流れにくい	細い血管が傷つき、合併症の危険性大	太い血管も傷つき、合併症が進行中

※HbA1c8%以上の方には、フレイル予防のため、お住まいの市町から連絡させていただくことがあります

以前血糖値が高かった人！血糖値が不明な人！
すぐに医療機関を受診して、合併症から守りましょう！

山口県後期高齢者医療広域連合

（別紙５－２―１）

被保険者番号

受診勧奨通知様式（案_治療中断者）

令和8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
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からのお知らせ

糖尿病の治療を中断していませんか？



糖尿病は適切な管理を続けることで、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 ※裏面参照 を防ぐために、定期的に受診しましょう。



このお知らせは、医療機関の受診状況を基に、以下２つの条件を満たす方に送っています。

①過去５年間の受診状況から糖尿病の治療を受けていたと考えられる方

②令和７年度に糖尿病の治療を受けていない方

※本状と行き違いで既に受診済の際はご容赦ください。

※糖尿病と診断された覚えのない方にも通知される可能性があります。

【 アンケートのお願い 】

このお知らせを受け取られた方全員に、現在の健康状態についてのアンケートにご協力をお願いしています。（所要時間：５分程度）

アンケート回答期限：令和８年〇月〇日（〇）

糖尿病の深刻な合併症とは？ 裏面もお読みください

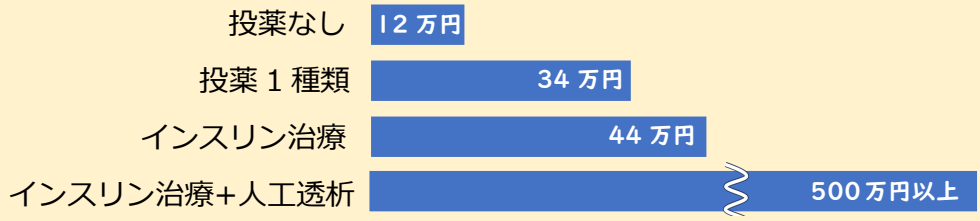
●糖尿病の深刻な合併症 「し・め・じ」とは？

し	神経：神経障害		手足のしびれに注意！最悪、切断の場合も。
め	眼　：網膜症		視力の低下に注意！最悪、失明の場合も。
じ	腎臓：腎　症		腎機能低下に注意！人工透析になることも。

●糖尿病の治療を続けるメリットは？

・糖尿病は悪化しても自覚症状が出にくいので、経過観察が大切です。
・治療を続けることで、糖尿病の悪化や合併症の進行を予防できます！
・治療費の上昇を抑えることもできます。

年間治療費の例　（糖尿病ネットワーク 糖尿病の医療費（2006 年掲載）より）



血糖値以外に気になることがないあなたこそ、早めに受診して治療を再開しましょう！

かかりつけ医をもちましょう！

“かかりつけ医”は、体調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』地域のお医者さんです。

通いやすい診療所や病院、信頼できる医師を**あなたが選べます。**

- 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。

なお、今後も受診が確認できない場合は、後日お住まいの市町や山口県後期高齢者医療広域連合から、再度通知やお電話をさせていただく可能性がありますので、予めご了承ください。

（別紙５－２－２）

～あなたの状況について、アンケートにご回答をお願いします～

No.○

（ふりがな） 氏名	（　　）	生年月日	昭和　　年　　月　　日
		電話番号	－　　－

①	毎年、健康診査を受けていますか	はい ・ いいえ
②	健康診査以外で、定期的に医療機関を受診していますか	はい ・ いいえ
	定期受診がある場合、受診先全てに☑を記入してください □内科　□循環器科　□消化器科　□呼吸器科　□脳神経内科・外科 □精神科　□泌尿器科　□整形外科　□その他（　　）	
③	医師から糖尿病（予備軍を含む）と言われたことはありますか ※血糖値やHbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）が高めと言われた方も「はい」を選択してください	はい ・ いいえ
④	問③.で「はい」と答えた方にお尋ねします 現在の糖尿病の治療状況であてはまるもの全てに☑を記入してください	
	□通院治療中（通院間隔は＿＿か月毎） □健診等の機会に経過観察 □食事や運動を見直した結果、数値が改善したので定期受診は終了となった □現在の血液検査の数値なら治療不要と医師から言われている □通院していない・できない □その他（　　）	
⑤	問4.で「通院していない・できない」と答えた方にお尋ねします その理由としてあてはまるもの全てに☑を記入してください	
	□不調を感じていない　□自分で体調管理したい □他の疾患の治療を優先している　□交通手段がない □悪化すると怖いので、検査を受けたくない　□薬を飲みたくない □その他（　　）	

裏面へ

⑥	あなたの体調について教えてください	よい ・ 生活に支障はない ・ 悪い
⑦	健康管理や介護などについて、相談したいことがありますか	あり ・ なし
	【「あり」の場合、具体的な内容を記入してください】	

～ご協力、ありがとうございました～

※アンケート結果を精査し、お住いの地域、または山口県後期高齢者医療広域連合からご連絡をすることがありますので、ご了承ください

返信用封筒（切手不要）に入れて、令和8年〇月〇日（〇）までに投函してください

（別紙６－１）

令和８年７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)、令和６年度（1,097 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、令和６年度は前年度と変わらず 0.8%であった。

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６年度に糖尿病治療歴があり、かつ令和７年度に糖尿病による医療機関受診がない者

(2)「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 HbA1c7.5%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７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 ㎡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

143 人（以下内訳）

※治療中断 41 人、異常値放置者 4 人、糖尿病性腎症重症化予防事業 98 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)「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」・「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 8 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

・低栄養防止事業

・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事業（血圧）

（別紙６－２）

令和８年７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６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、9.0%であり県 8.9%よりわずかに高い。

また、令和７年５月作成の被保険者の有病割合は、糖尿病 28.0%（県 26.3%）、糖尿病性腎症 2.3%（県 2.1%）、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７・８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、HbA1c8.0%以上の者

【絞込基準】いずれか該当で除外

がん・認知症・うつ・統合失調症で治療中、要介護１～５

４．対象者人数

４人　Ｒ８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 8 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
その他の生活習慣病重症化予防事業
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

（別紙６－３）

令和８年７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 11.1%、より重症度が高い人 5.4%）、高血圧（受診勧奨以上 27.8%、より重症度が高い人 8.6%）、腎機能低下（eGFR45 未満 14.5%）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（57.0%））。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。特に高血糖（大島 38.9%、相島 28.6%、見島 17.7%）、腎機能低下（相島 28.6%、見島 22.8%、大島 16.7%、見島についてはさらに重症度が高い 3.0 未満が 2.5%）は離島に多いため、離島に注目して行う。

（山口県国民健康保険団体連合会　令和７年７月・令和８年１月作成資料より）

３．対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

令和６年度の健診結果で糖尿病治療中もしくは中断、または心不全、脳卒中等循環器疾患あり、または HbA1c7.0%以上、かつ質問票①⑥⑧⑬のいずれかに該当

【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

27 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：介入後に医療機関受診を維持または開始した者や健診受診者
検査値が基準以下（HbA1c7.0％以下）の人数・割合
介入後に質問票の回答（①⑥⑧⑬）の該当が減少した者
(2) 評価方法：①訪問等により健康状態等を把握
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 8 年度に萩市で取組を予定している一体的実施事業
低栄養に関する取り組み
身体的フレイル関する取り組み
重複頻回・多剤投薬（睡眠薬対策）相談事業
糖尿病性腎症重症化予防事業
健康状態不明者把握事業
ポピュレーションアプローチとして、通いの場にてフレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防などの健康教育・健康相談を実施する。

（別紙６－４）

令和８年７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７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、不整脈、慢性腎臓病（透析あり）、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 1.8 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 150mmHg 以上又は拡張期血圧 90mmHg 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８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

89 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 8 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

（別紙６－５）

令和８年７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 9.2%と県平均（7.9%）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（28.5 人）は県平均（26.0 人）より高い。また、患者千人当たり糖尿病合併症新規患者数も糖尿病性腎症が下松市（1.157 人）は県平均（0.766 人）より高い結果であった。人工透析患者率は 0.6%と近年低値になっているものの、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７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３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）

20 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。

①KDB 活用システム（DH 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 カ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 8 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
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事業を実施
気軽に相談できる環境づくり事業

（別紙６－６）

令和８年７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

人工透析者数は、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、令和７年度 81 人と対象者はほぼ横ばいだが、同規模保険者比較（令和７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７年度の健診結果から、空腹時血糖が 126 以上の割合 7.8%（県：5.7%）、HbA1c が 6.5%以上の割合は 11.4%（県：11.6%）、血清クレアチニンが 1.3 以上の割合は 4.7%（県：3.8%）、eGFR が 45 未満の割合は 12.0%（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 ㎡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（予定）
50 人

5．介入人数（予定）
10 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 8 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

（別紙６－７）

令和８年７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、糖尿病の重症化予防を図ることで、人工透析導入者の減少を目指す。

２．実施地区及び実施理由

⑴ 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、５圏域（中央圏域、北東部圏域、鴻南圏域、南部圏域、徳地圏域）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

⑵ 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。被保険者の有病率は高血圧症（56.2%)、筋骨格疾患(53.9%)、脂質異常症（43.6%)、糖尿病（27.0%)の順に高く、そのうち脂質異常症及び糖尿病については県より高い。

３．対象者の抽出・絞込基準

（１）異常値放置者に対する受診勧奨及び保健指導

【抽出基準】

令和７年度後期高齢者健康診査受診者のうち、HbA1c≧8.0%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≧7.0%の者（上記基準による抽出で該当対象者がいない場合）
・75～89 歳の者。
・認知症、人工透析、がん、精神疾患(うつ、統合失調症)、要支援・要介護認定者、令和８年４月以降に要介護等認定申請中のいずれかに該当する者を除外。

（２）糖尿病治療中断者に対する受診勧奨及び保健指導

【抽出基準】

令和６年度に糖尿病治療歴があり、かつ令和７年度に糖尿病による医療機関受診がない者

【絞込基準】

・75～89 歳の者。
・認知症、人工透析、がん、精神疾患(うつ、統合失調症)、要支援・要介護認定者、令和８年４月以降に要介護等認定申請中のいずれかに該当する者を除外。

４．対象者人数

30 人（異常値放置者：5 人、治療中断者 25 人）

５．実施方法等

①個別支援

・医療機関へ受診がない者に対し、訪問により実態把握を行い、未受診または受診中断の理由を把握する。本人判断による中断の場合は受診勧奨を行う。併せて、健康状態の把握や治療継続の重要性を説明し、食生活や身体活動、生活面での相談も行う。

・訪問回数は１～２回とし、不在の場合は日時を変えて最低２回まで訪問する。

・必要に応じて、健康増進課、地域包括支援センター等の関係機関を案内し、連携して対応する。

②フォローアップ

・支援の結果、必要な者が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。医療未受診者には、状況に応じて再度受診勧奨を実施する。

６．評価指標・評価方法及び評価測定方法

⑴評価指標：医療機関の受診、保健事業の利用状況

⑵評価方法：分母：面談が完了できた者

分子：上記のうち、受診（保険診療または健診）、保健事業等に繋がった者

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８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：血圧コントロール不良者）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）

（別紙６－８）

令和８年７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

⑴ 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

⑵ 実施理由

生活習慣病保有率は 75.1％で、生活習慣病の有病状況は高血圧（53.3％）、脂質異常症（38.1％）、糖尿病（23.9％）の順に多い。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７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】

人工透析・がん・認知症・うつ（または統合失調症）・要介護認定者・要支援者を除く

４．対象者人数

２人

５．実施方法等

対象者１人につき、1～2 回の訪問または電話による受診勧奨、栄養相談を行う。初回介入では、医療受診状況、食生活・身体活動、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた相談を行う。必要に応じて、地域包括支援センターや通いの場を案内し、継続して対応する。支援の結果、健診や医療機関の受診につながったかを KDB から確認する。医療未受診者には、2 回目の介入により再度受診勧奨を実施する。

６．評価指標・評価方法及び評価測定方法

⑴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

⑵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８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）

（別紙６－９）

令和８年７月９日
美祢市市民課・山口県後期高齢者医療広域連合

美祢市　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美祢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

美祢市における２つの日常生活圏域※のうち、全圏域(美祢圏域、美東秋芳圏域)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

美祢市では糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有病率が県平均より高く、医療費、死亡率ともに循環器疾患が占める割合が高い。健診の有所見率も高血糖、高血圧、腎機能の低下の割合が県平均より高く、糖尿病の重症化予防が必要。

３．対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

・抽出前年度から過去３年度に糖尿病の処方歴あり
・抽出年度に糖尿病処方歴なし
・抽出年度に健診受診なし

【絞込基準】

・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
・入院中及び施設等入所者は除く
・退院時処方のない者は除く
・抽出年度に HbA1c 検査を実施している者は除く

４．対象者人数

５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、受診中断前の受診状況、受診しない理由、何か困っていることがないか等を尋ね、対象者の置かれている状況を把握し、治療継続の必要性を説明する。
・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、健康、栄養相談を実施し、生活面の困りごとを把握した場合には、地域包括支援センターにつなぐ。
・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
⑴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
⑵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８年度に美祢市で取組を予定している一体的実施事業
・低栄養予防事業
・重症化予防（糖尿病性腎症）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８年７月９日
和木町保健福祉課・山口県後期高齢者医療広域連合

和木町　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和木町への委託事業として令和５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

和木町における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

和木町では糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有病率が県平均より高く、医療費、死亡率ともに循環器疾患が占める割合が高い。健診の有所見率も高血糖、高血圧の割合が県平均より高く、高血圧の重症度が高い者が多いため、循環器疾患の重症化予防が必要。

３．対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

・令和７年度後期高齢者健康診査受診者のうち、ＨｂA1ｃ≧8.0%、かつ、糖尿病の薬剤処方歴（1 年間)なし

【絞込基準】

・なし

４．対象者人数

２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り、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尋ね、対象者の置かれている状況を把握し、治療継続の必要性について説明を行う。

・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、健康、栄養相談を実施し、生活面の困りごとを把握した場合には、地域包括支援センターにつなぐ。

・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

⑴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

⑵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８年度に和木町で取組を予定している一体的実施事業

・低栄養予防事業
・身体的フレイル予防事業
・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８年７月９日
平生町健康保険課・山口県後期高齢者医療広域連合

平生町　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平生町への委託事業として令和２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

平生町における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

平生町では糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有病率が県平均より高く、医療費、死亡率ともに循環器疾患が占める割合が高い。健診の有所見率も高血糖、高血圧の割合が県平均より高く、高血圧の重症度が高い者が多いため、糖尿病の重症化予防が必要。

３．対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

・令和７年度後期高齢者健康診査受診者のうち、ＨｂA1ｃ≧8.0%、かつ、糖尿病の薬剤処方歴（1 年間)なし

４．対象者人数

20 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尋ね、対象者の置かれている状況を把握し、治療継続の必要性を説明する。

・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、健康、栄養相談を実施し、生活面の困りごとを把握した場合には、地域包括支援センターにつなぐ。

・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

⑴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

⑵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

事業の実施時に、地域の医師会に情報提供を行っている。

（参考）

令和８年度に平生町で取組を予定している一体的実施事業

・身体的フレイル予防事業
・重症化予防（糖尿病性腎症）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）

（別紙６－12）

令和８年７月９日
阿武町健康福祉課・山口県後期高齢者医療広域連合

阿武町　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阿武町への委託事業として令和５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

阿武町における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

阿武町では糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有病率が県平均より高く、医療費、死亡率ともに循環器疾患が占める割合が高い。健診の有所見率も高血糖、高血圧の割合が県平均より高く、高血圧の重症度が高い者が多いため、糖尿病の重症化予防が必要。

３．対象者の抽出・絞込基準

【抽出基準】

・令和７年度後期高齢者健康診査受診者のうち、令和６年度から過去３年度に糖尿病薬剤処方歴あり、かつ令和７年度に糖尿病薬剤処方なし、かつ令和７年度に健診受診なし。

４．対象者人数

29 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状況を確認する。指導を行う際は、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尋ね、対象者の置かれている状況を把握する。

・町内医療機関に通院している対象者においても町内医療機関にて確認を行う。

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、健康、栄養相談を実施し、生活面の困りごとを把握した場合には、関係機関につなぐ。

・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

⑴評価指標：糖尿病中断者への対応事業：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

⑵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８年度に阿武町で取組を予定している一体的実施事業

・口腔フレイル予防事業
・身体的フレイル予防事業
・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
・重複薬効者への指導事業
・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）