

市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムに関する実施状況調査

		朝 日 町	入 善 町	黒 部 市	魚 津 市	滑 川 市	上 市 町	舟 橋 村	立 山 町		
プログラム所管課		朝日町保健センター	元気わくわく健康課	健康増進課	健康センター	市民健康センター	福祉課	生活環境課	立山町保健センター		
取組実施課(受診勧奨等実施担当課)		朝日町保健センター	元気わくわく健康課	健康増進課	健康センター	市民健康センター	福祉課	生活環境課	立山町保健センター		
令和6年度実施状況		令和6年度実施状況	令和6年度実施状況	令和6年度実施状況	令和6年度実施状況	令和6年度実施状況	令和6年度実施状況	令和6年度実施状況	令和6年度実施状況		
実施状況 (実施したものに○)	①医師会等関係者と取組みに関する協議	○	○	○	○	○	○	○	○		
	②未受診者への受診勧奨	○	○	○	○	○	○	○	○		
	③治療中断者への受診勧奨	○	○	○	○	○	○	○	○		
	④治療中患者への保健指導	○	○	○	○	○	○	○	○		
	⑤アウトプット評価	○	○(実施予定)	○	○	○	○	○	○		
	⑥アウトカム評価	○	○(実施予定)	○	○	○	○	○	○		
実施結果 (国保対象) <small>(実施していない場合は「実施なし」と記載してください)</small>	①未受診者受診勧奨対象者数	7	15	6	6	8	0	0	18		
	上記のうち受診勧奨実施者数	6	15	6	6	8	0	0	18		
	上記のうち受診につながった人数	3	5	3	3	3	0	0	10		
	②治療中断者受診勧奨対象者数	2	12	1	9	3	10	0	0		
	上記のうち受診勧奨実施者数	0	1	1	2	3	10	0	0		
	上記のうち受診につながった人数	0	0	0	0	1	5	0	0		
	③治療中患者への保健指導対象者数	6	3	10	34	32	11	3	76		
	上記のうち保健指導を実施した人数 (実施途中の者も含む)	1	1	4	33	32	0	1	2		
上記保健指導を実施した者のうち、 様式3を活用した人数	1	1	4	0	0	0	0	0			
後期高齢者医療の対象者	受診勧奨	対象者 後期高齢医療広域連合からの委託の有無	○	○	○	○	○	○	○		
		上記以外の対象者(独自抽者)の有無					無				
		①文書による			○		○	○	○		
		②訪問、面談	○	○	○	○		○	○		
	保健指導	③電話		○		○	○	○	○		
		④再受診勧奨(1度受診勧奨後、受診がない場合の、再度勧奨)					○	○	○		
		実施の有無	○	○	○	×	○	○	○	○	
		①後期高齢医療広域連合からの委託	○	○	○		○	○	○		
		②①以外の対象者(独自抽出者)							○	○	
		③国保対象者の継続者		○			○				
令和7年度取組状況		令和7年度取組状況	令和7年度取組状況	令和7年度取組状況	令和7年度取組状況	令和7年度取組状況	令和7年度取組状況	令和7年度取組状況	令和7年度取組状況		
R7受診勧奨	糖尿病未治療者	①実施の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	
		方法	文書(ハガキ、手紙等)		○	○	×	○	○		○
			電話		○	○	○	○		○	○
			訪問、面接	○	○		○	○	○	○	○
			②健診データ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○	○
		③レセプトデータ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	
		④抽出基準	＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白±以上またはeGFR60未満の未治療者	＜抽出基準①＞ レセプトにて糖尿病未治療の者で、HbA1c6.5以上かつ尿蛋白＋以上またはeGFR60未満の者	＜抽出基準＞ 下記のいずれにも該当する者 ・空腹時血糖126mg/dl以上(随時血糖200mg/dl) 又はHbA1C 6.5%以上 ・尿蛋白1+以上、かつ/または eGFRが基準値(60ml/分/1.73㎡)未満	＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上かつ、尿蛋白＋以上またはeGFR60未満のうち未治療者	＜抽出基準＞ 健診時HbA1c6.5%以上で問診にて服薬無かつレセプトにて糖尿病による定期受診が確認できない者 (HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白＋以上またはeGFR60未満を優先対象とする)	＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白＋以上またはeGFR60未満の者	＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上の者のうち、レセプト状況を確認し、治療が確認できない者	＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上の者のうち、レセプト状況を確認し、治療が確認できない者。	
	糖尿病治療中断者	①実施の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	
		方法	文書(ハガキ、手紙等)		○	○	×	○	○		○
			電話		○	○	○	○		○	○
			訪問、面接	○	○		○	○	○	○	○
			②健診データ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○	○
		③レセプトデータ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	
		④抽出基準	＜抽出基準＞ 過去に糖尿病受診歴があり最終受診日から6か月以上受診記録がない者	＜抽出基準①＞ 過去に糖尿病の受診歴があり、最終の受診日から6か月以上受診記録がない者	＜抽出基準＞ 過去に糖尿病の受診歴があり、最終の受診日から6か月以上受診記録がない者	＜抽出基準＞ 過去に糖尿病の受診歴があり、レセプト確認後必要と認められたもの。	＜抽出基準＞ 健診時HbA1c6.5%以上でレセプト上6ヶ月以上糖尿病の治療状況が確認できない者	＜抽出基準＞ 過去に糖尿病の受診歴があり、レセプト情報より最終の受診日が6か月以上受診歴がない者	＜抽出基準＞ 過去に糖尿病受診歴がある方で、レセプト上6か月以上治療が確認できない者	＜抽出基準＞ HbA1c6.5%以上の者のうち、レセプトにより過去に糖尿病の受診歴があり、最終の受診日から6ヶ月以上の受診記録がない者。	



市町村における糖尿病性腎症重症化予防プログラムに関する実施状況調査

			朝 日 町	入 善 町	黒 部 市	魚 津 市	滑 川 市	上 市 町	舟 橋 村	立 山 町	
R7 保 健 指 導	糖 尿 病 治 療 中 患 者	①実施の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	
		②健診データ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	
		③レセプトデータ活用の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	
		抽出基準	(1)糖尿病性腎症第3期と想定される者のうち、以下にあてはまる者 ①尿蛋白1＋以上 かつ/または ②eGFR 30 以上 60 未満				○	○	○		○
			(2)特定健診以外での保健事業で把握した糖尿病性腎症第2～4期と想定される者				○	○	×		○
			(3)主治医から糖尿病性腎症について保健指導を依頼された者(様式3の利用)				○	○	○	○	○
	(4)上記以外の基準(以下に記載願います)		糖尿病治療者のうち下記のいずれにも該当する者 ①HbA1c6. 5以上7. 0%未満 ②尿蛋白1＋またはeGFR30ml/分/1.73㎡以上45ml/分/1.73㎡未満	糖尿病治療中で健診受診者のうち ・HbA1c6.5以上7.0%未満 ・尿蛋白1+以上 かつ/または eGFRが30～45ml/分/1.73㎡未満	下記のいずれにも該当する者 ・HbA1c6.5以上7.0%未満 ・尿蛋白1+以上 かつ/または eGFRが30～45ml/分/1.73㎡未満		①糖尿病未治療者 HbA1c6.5～7.0%未満かつ尿蛋白±～またはeGFR45～60未満または高血圧Ⅱ度以上またはLDLコレステロール140以上  ②糖尿病治療中 HbA1c7.0%未満かつ尿蛋白±またはeGFR30～60未満の者	尿蛋白1＋以上またはeGFR45未満の者			
	糖 尿 病 治 療 中 断 者	①実施の有無	○	○	×	○	○	○	○	○	
		②健診データ活用の有無	○	○		○	○	○	○	○	
		③レセプトデータ活用の有無	○	○		○	○	○	○	○	
		④抽出基準	(1)過去に薬物療法の既往または糖尿病受診歴があり、腎機能低下を認める者	○			○	○	○	○	○
	(2)上記以外の基準(記載願います)					過去に糖尿病の受診歴があり、レセプトより必要が認められた方	過去5年間で特定健診を受診しHbA1c6.5%以上、かつ当該年度健診未受診者	過去に糖尿病の受診歴があり、レセプト情報より最終の受診日より6か月以上受診歴がない者			
	そ の 他 保 険 者 等 が 必 要 と 認 め た 者	①実施の有無	×	○	×	○	○	○	○	○	
		②健診データ活用の有無	×	○		○	○	○	○	○	
		③レセプトデータ活用の有無	×	○		○	○	○	○	○	
		抽出基準	(1) eGFR60mL/分/1.73㎡未満のうち、年間5mL/分/1.73㎡以上低下		○		○				
			(2)糖尿病網膜症を有する者								
			(3)微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白(±)					○			
			(4)高血圧のコントロールが不良(目安: 140mmHg、後期高齢150/90mmHg以上)等		○		○(血圧Ⅱ度以上)	○	○		○
	(5)上記記以外の基準(以下に記載願います)		HbA1c7.0以上の者 腎機能低下を認める者		HbA1c7.0以上(治療中・未治療含む)	腎機能低下の有無に関わらず、HbA1c7.0%以上の者で管理栄養士のいない医療機関を受診している者(定期通院で服薬無しの方を含む)	LDL140以上の者				
	保健指導外部委託の有無			×	×	×	×	×	×	×	
事業を進める上で課題や困難に感じていること	受診勧奨	未治療者への受診勧奨を行う上での課題	他の疾患で定期的に病院受診していることを理由に拒否される	他の疾患で定期的に病院受診しているが、血圧・血糖・脂質に関する検査等のフォローがされないこと		他疾病治療中であるが、糖尿病とは認識していない等					
		治療中断者への受診勧奨を行う上での課題		医療機関で次回を受診予定日を決められなかったので、医療機関に行かなくてもよいと思う住民が多く、継続した治療につながりにくい		把握が困難					
	保健指導	糖尿病治療中患者への保健指導	・対象者に本事業の目的や趣旨を説明しても、かかりつけ医から病状についての説明がされていない場合は介入が困難。	本人及び医師の同意を得ることが難しい。		本人の同意、医師の同意をもらうのが困難。直近の検査値や薬、治療方針の把握が困難。			・専門職のスキルアップ		
		糖尿病治療中断者									
	糖尿病対策全般の取組みにおける具体的な課題	・かかりつけ医と専門医の連携体制について ・専門職のスキルアップ	・様式を活用した保健指導は、時間がかかるため健診結果を活用したタイムリーな指導が難しく、本人にも効果実感が得られにくい。 ・医療機関においても、報告書や様式記載にかかる負担が大きい。 ・中長期的関わりが必要であるが、マンパワー不足により対象者全員を確実に指導することが難しい	・指導者側の糖尿病性腎症の知識向上及び医療機関との連携 ・マンパワー不足	・値の状況に対する各医療機関での対応の違い。専門医のかかり方と開業医のかかり方、紹介・逆紹介後の管理等、保健サイドも含めて各立場での役割分担の明確化など ・治療中患者の健診受診について(健診未受診者が多くコントロール不良者の把握ができない) ・PHRを使った医療連携 ・尿中アルブミン検査の導入	・指導者側の糖尿病性腎症の知識向上 ・マンパワーの不足	・マンパワーの不足 ・かかりつけ医が専門医である場合の連携をどのように行っていけばよいか。	・医療機関との連携について ・指導者側の糖尿病性腎症の知識の向上	・指導者側の糖尿病性腎症の知識の向上 ・マンパワーの不足 ・かかりつけ医と専門医との連携		
問い合わせ先			朝日町保健センター	入善町元気わくわく健康課 保健センター	黒部市健康増進課	魚津市健康センター 健康づくり係	滑川市民健康センター	上市町福祉課保健班 (上市町保健センター)	舟橋村 健康福祉課 保健係	立山町保健センター	