
令和元年度糖尿病性腎症重症化予防事業
検証業務
— 報告書 —

令和 2 年 3 月
東京都福祉保健局

目次

1.	実施概要	1
1.1.	目的	1
1.2.	実施内容	1
1.3.	本報告書の読み方	2
2.	関連政策の動向等	3
2.1.	国の動向	3
2.2.	東京都の取組状況	3
2.3.	東京都の区市町村国保の健康課題	4
3.	調査結果に基づく考察と参考事例	5
3.1.	庁内の推進体制について	6
3.2.	地区医師会や医療機関との連携について	10
(1)	地区医師会との連携	10
(2)	個別の医療機関との連携	13
3.3.	業務委託管理について	15
3.4.	対象者の抽出方法について	18
3.5.	事業対象者・参加者へのアプローチについて	19
3.6.	効果検証・事業評価と継続的改善について	22
3.7.	ポピュレーションアプローチとの連動について	25
4.	広域的な課題と今後の方向性	26
	資料編	27

1. 実施概要

1.1. 目的

- 人工透析の新規導入患者については、原疾患の第1位が糖尿病性腎症となっており、約4割を占めているとされている。
- 人工透析の導入は、患者の QOL(生活の質)を著しく低下させるほか、医療財政に対する影響も大きい。そのため、区市町村国保では、現在、被保険者に対する保健事業として、糖尿病性腎症の重症化を防ぐ取組(糖尿病性腎症重症化予防事業、以下、「本事業」という。)が進められている。
- そこで、本事業の効果的な実施方法等について横展開を図るべく、区市町村国保による本事業の取組状況を把握・整理するとともに、参考となりうる取組事例を収集し、とりまとめることとした。

1.2. 実施内容

- 令和元年度糖尿病性腎症重症化予防事業検証業務(以下、「本業務」という。)は、(1)質問票調査、(2)ヒアリング調査の二段階で実施した。
- 本業務実施にあたっては、調査項目等について、学識者の助言を踏まえながら検討を行った。

(1) 質問票調査(実施:令和元年10月)

- 平成30年度に糖尿病性腎症重症化予防事業を実施した都内の区市町村(43区市町村)に対して、質問票を送付し、取組の概況や課題意識等を把握した。
- 主な調査項目は以下のとおり。

1 事業の概況	事業開始年度、関連計画の位置づけ 等
2 事業の推進体制	庁内の事業企画・実施体制、業務委託の状況、地区医師会等関連自治体との連携状況 等
3 事業の実施内容	対象者の抽出条件・方法、事業実施方法 等
4 評価指標・項目	進捗管理の実施有無、評価指標・項目、事業成果、評価等について関係者と共有する場 等
5 事業継続対策	マニュアル等の整理、担当者変更にかかる対策
6 今後注力したいこと及び課題	今後注力したいこと、事業実施上の課題として感じていること

(2) ヒアリング調査（実施：令和元年11月～12月）

- 質問票調査の結果を踏まえ、事業実施上の工夫や課題がみられる自治体や、地区医師会等との連携体制について比較的進んでいると思われた15区市町村に対して、ヒアリング調査を行い、より詳細な取組実態の聞き取りを行った。

(3) 保健事業担当者連絡会

- 質問票調査やヒアリング調査の調査項目、調査結果のとりまとめ方針について、東京都保健事業担当者連絡会の意見を踏まえながら検討した。

1.3. 本報告書の読み方

- 本事業については、事業を通じて求める成果、庁内体制や関係機関との関係性、予算規模、事業の位置付け等が、区市町村ごとに非常に多様である。
- また、本事業の実施年次も各区市町村で異なることから、これから新たに事業を立ち上げる【始動期】の段階、事業開始後まだ間もなくこれから軌道に乗せていく【展開期】の段階、事業開始後一定期間経ち取組内容をより発展させる【発展期】の段階など、事業の進捗状況も多様である。
- そのため、本報告書で示している内容をそのまま理想形とするのではなく、各区市町村の置かれた状況や進捗状況を踏まえ、それぞれの立場から参考になる情報を本報告書から読み取り、取組に活かしていただきたい。

2. 関連政策の動向等

2.1. 国の動向

- 国では、健康日本 21(第2次)において、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少等を数値目標として掲げ、様々な取組を進めてきている。
- データヘルスの一環としても、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」(平成 27 年 6 月 30 日閣議決定)において重症化予防を含めた疾病予防等に係る好事例を強力に全国に展開することとされた。さらに、平成 27 年 7 月 10 日に開催の日本健康会議 2 で採択された「健康なまち・職場づくり宣言 2020:宣言 2」において、生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体数の目標が掲げられた。
- こうした中、平成 28 年 4 月に、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省により、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(以下、「国プログラム」と言う。)が策定された。
- さらには、国民健康保険制度において、自治体への新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が平成 30 年度より本格的に導入され、重症化予防の取組状況等に関する指標を高い配点で設定することにより、自治体の取組が促進されている。

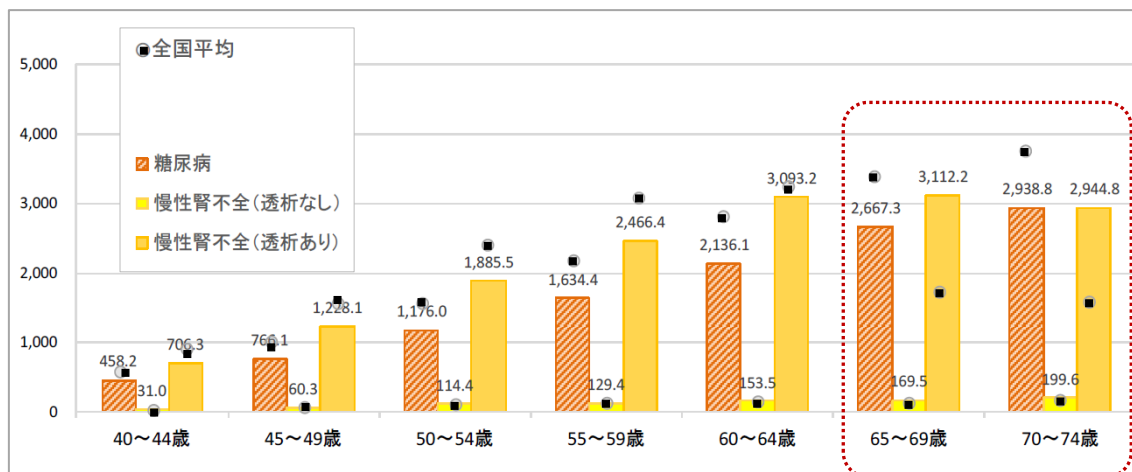
2.2. 東京都の取組状況

- 都では、平成 25 年 3 月、東京都健康推進プラン21(第二次)、東京都保健医療計画において、糖尿病による新規人工透析導入率や失明発症率を減らすことを目標に定め、糖尿病の発症、重症化予防に向けた取組を推進している。
- また、平成 30 年度から、都道府県は、区市町村と共に国民健康保険の保険者となり、財政運営の責任主体として中心的な役割を担うこととされたことに伴い、都は、平成 29 年 12 月に、国民健康保険運営方針を定め、その中で、医療費適正化の取組の一つとして、糖尿病性腎症重症化予防を掲げ、区市町村の取組を支援していくこととしている。
- これらを受け、都は、東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議、東京都糖尿病医療連携協議会圏域別検討会、区市町村等の関係機関と連携し、糖尿病性腎症の重症化予防にかかる取組を円滑に推進するため、平成 30 年 3 月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、区市町村等が医療機関と連携して糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことを推進している。

2.3. 東京都の区市町村国保の健康課題

- KDB データに基づく東京都の医療費データ(平成 29 年度分)について、疾病別・年齢階層別の医療費を見ると、東京都の値は全国と比較して全体的に低い傾向にある。
- しかしながら、「慢性腎不全(透析あり)」については、65 歳以降の年齢階層における被保険者1人あたり医療費が、全国と比較して大きく上回っている。
- これらのことから、東京都としても、血糖有所見者に対し早期に医療機関への受診勧奨を行い、糖尿病性腎症の発症や重症化への予防対策を講じることが大きな課題に位置づけられると考えられる。

東京都の年齢階級別被保険者一人あたり医療費（点数）



出典：平成 30 年度東京都の健康・医療情報にかかるデータ分析事業報告書

3. 調査結果に基づく考察と参考事例

- 質問票調査、ヒアリング調査及び保健事業担当者連絡会で得られた結果を踏まえると、糖尿病性腎症ハイリスク者の重症化予防の取組を効果的なものにするためには、次の1～7の観点を意識して実施することが重要になると考えられる。
- 以降では、1～7のそれぞれについて、調査結果に基づく概況、考察及び参考になると考えられる取組事例について記載する。

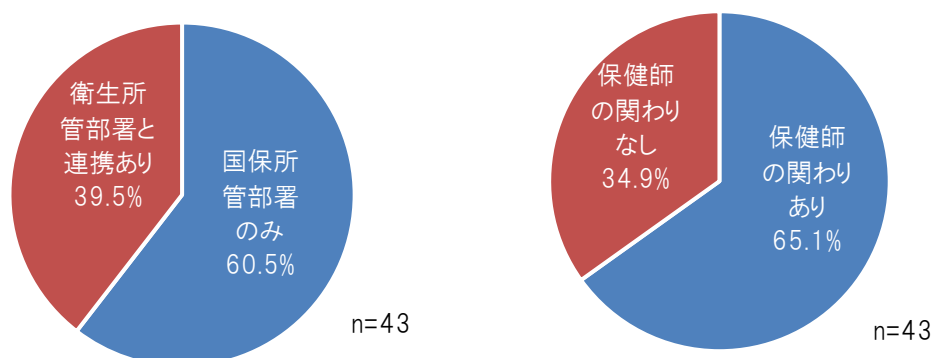
- 1 庁内の推進体制
- 2 地区医師会や医療機関との連携
 - (1)地区医師会との連携
 - (2)地域の医療機関との連携
- 3 業務委託管理
- 4 対象者の抽出方法
- 5 事業対象者・参加者へのアプローチ
- 6 効果検証・事業評価と継続的改善
- 7 ポピュレーションアプローチとの連動

3.1. 庁内の推進体制について

調査に基づく概況

- 庁内の事業企画・実施体制として、国保所管部署のみで実施している自治体は約 6 割、国保所管部署と衛生所管部署等が連携して実施している自治体は約 4 割だった。
- ただし、庁内の具体的な推進体制は自治体ごとに非常に多様である。特定健診・特定保健指導を衛生所管部署が担当している自治体では、本事業については国保所管部署が担当するなど、両事業の担当課が重複しないようにしているケースが比較的多く見られた。
- また、事務職のみで本事業を実施している自治体が 4 割弱、保健師が本事業に何らかの形で関わっているとする自治体は 6 割強であった。関与の程度はやはり自治体によって差異があり、特に保健師が主担当となっている自治体は数か所に限られる。
- 大半の自治体では事務職が本事業の主担当者となっているが、本事業の専門性の高さゆえに事務職からは庁内の保健師との連携や関与を求める声大きい。実際、保健師が主担当となっている自治体では本事業実施にあたっての工夫が多数見られた。

図表 1 本事業の企画・実施体制と保健師の関わり



考察

- 本事業は国保被保険者のハイリスク者を対象とした保健事業であるが、その推進にあたっては、地域全体の健康課題を踏まえた上で、事業目標等を設定し、実施・評価・改善の PDCA サイクルを回していくことが重要である。
限られた人員で多数の保健事業を執行するために、事業単位で担当課を明確に分けることも実務上合理的な面があるが、上記の観点から、国保所管部署と衛生所管部署（特に保健師）とが認識・情報を共有し、一体となって本事業に取り組むことが望ましい。
- 本事業は外部事業者への委託が可能であり、専門的な知見が十分でない事務職でも実施することができる。しかし、本事業の各場面において、庁内の保健師の専門的な知見を活用することにより、事業の効果をより高めることが期待される。

- なお、本事業において保健師の専門的知見を活用する具体的な場面については、3.2以降に示す各観点が参考になると考えられる。
- 国保所管部署と衛生所管部署との連携及び保健師の専門的知見の活用に向けては、次のような点がポイントになると考えられる。

i 事業設計段階（始動期）での保健師の関与

- ・ これから事業を始動する自治体において、展開期の実施体制として保健師が関わるのが難しい場合でも、展開期において円滑な事業遂行が可能となるよう、まずは始動期だけでも保健師が密に関わって事業を設計・発足させる。

ii 顔の見える関係づくり

- ・ 本事業担当者（事務職）は国保所管部署に、庁内の保健師は衛生所管部署にのみ所属している場合も少なくないことから、異なる課に所属し、かつそれぞれ担当事業を抱える中で実務上の連携を深めるために、両者の間で気軽にコミュニケーションできる（顔の見える）関係をつくる。
- ・ そのために、同じ研修会に参加する、懇親の場を持つ、意識して定期的に会話する機会を持つ。

iii 保健師が優先的に関わるべき場面の設定

- ・ 庁内の保健師も既に多数の業務を抱えており、本事業に新たに関与してもらうことは容易ではないことから、本事業の中で特に課題が大きい（専門的知見の活用が求められる）場面を見定め、まずはそこから重点的に関わってもらう。

iv 衛生所管部署及び保健師の関与を担保する仕組みの構築

- ・ 国保所管部署と衛生所管部署の連携や、事務職と保健師間の連携がされていても、属人的な関係のままでは、人事異動等により円滑な連携ができなくなるおそれもある。
- ・ そのため、iiと併せて、本事業に関する庁内横断的な会議体を設置する、衛生所管部署や保健師が関わるタイミング・場を本事業の年間工程に予め設定しておくなどにより、衛生所管部署や保健師による本事業への関与を「仕組み」として構築する。
- ・ なお、これら仕組みの構築のためには、担当部署の管理職の関与が重要である。

v 保健所・保健センターとの連携

- ・ 本事業にかかるマンパワーの確保や、地域住民により近い立場で支援をすることができるという利点を活かす等の観点から、本事業の推進体制に保健所・保健センターを組み込むことも想定される。

参考事例の紹介

■ 保健師が受診勧奨（再勧奨）を実施し、効果を発揮している事例（品川区）

- ・ 本事業は国保医療年金課の保健指導係（事務職3名、保健師1名）が担当している。
- ・ 受診勧奨は封書で実施後、保健師が電話による再勧奨も行っている。これにより、事業対象者に対して専門的な知見に基づく会話・勧奨ができており、対象者からの反応も良く、実際に受診につながっている（平成30年度は対象者98人中51人(52.0%)が受診）。

■ 事業始動期に保健師が事業設計した事例（中野区）

- ・ 本事業は、現在は保健企画課（衛生所管部署）が担当している。ただし、基本的に事務職2名で実施しており、一部業務にのみ課内の保健師が関与している。
- ・ ただし、本事業の立ち上げの準備期（平成28年度）は、課長が保健師、担当者も事務職1名・保健師職1名の体制で事業設計等を行った。

■ 衛生所管部署の保健師（2名）が本事業の主担当となっている事例（足立区）

- ・ 本事業を含む国保保健事業や特定健診については、国民健康保険課（国保所管部署）から予算の執行委任を受けてデータヘルス推進課（衛生所管部署）が担当している。係員は事務職3名、保健師2名で構成されており、健診結果に基づく保健事業については保健師が中心となって実施している。
- ・ 本事業の保健指導については業務委託をしているが、対象者との面談後に、一人ひとりの目標、課題、指導の内容等について、データヘルス推進課の保健師とカンファレンスを行っている。区の保健師が担当することで、事業者任せのままにならず、より効果的な保健指導が実施できるよう注力している。
- ・ 医療機関受診勧奨事業の一部は区内5か所の保健センターと連携して実施している。保健センターの地区担当保健師が訪問や電話によって再勧奨する仕組みを構築している。（平成30年度は対象者1,631名中1,334名が受診(81.8%)）
- ・ また、保健指導が終了した対象者へのアフターフォローも保健センターと連携して実施している。
- ・ 地域の健康課題に関して共通の認識を持って取り組むため、保健事業全般に関する実施方法、評価方法、評価結果をデータヘルス推進課と保健センターで共有している。

■ 事務職（国保所管部署）と保健師（衛生所管部署）の関係構築の事例（狛江市）

- ・ 本事業は保険年金課（国保所管部署）が担当している。
- ・ 保健師が配置されている健康推進課は保険年金課と物理的に離れた場所にあるが、月1回程度顔合わせを行い、また随時電話等で相談するなど、日頃から連携を取っている。
- ・ KDB データの利活用に関する研修会に両課の職員が共同で参加し、懇親の場を持ったことが現在の関係につながっている。
- ・ 健康推進課の保健師からは、事業対象者の抽出基準や医師会との関わり方についての助言を得ている。また、保険年金課から健康推進課に KDB データを提供し、健康推進課主催の糖尿病講演会の案内に活用したことで参加者が増えるという効果があがっている。このように、両者なるべく win - win の関係になることを意識している。

■ 事務職と保健師・管理栄養士との役割分担の事例（青梅市）

- ・ 本事業は基本的に保険年金課(国保所管部署)が担当している。
- ・ ただし、本事業のうち、健診データを用いた事業対象者の選定は、健康課(衛生所管部署)の保健師・管理栄養士が実施している。
- ・ 事業対象者の選定は、各種健診データを用いた複雑な作業になること、医師会と協議しながら検討する必要があることから、保健師・管理栄養士の専門的知見が活かされている。

■ 保健福祉センターが保健指導を実施している事例（八王子市）

- ・ 本事業は、特定健診・特定保健指導やがん検診等と併せて成人健診課が担当している。
- ・ 本事業の取組内容のうち、未治療者を対象とした保健指導に関しては、業務委託ではなく、市内3カ所の保健福祉センターに所属する保健師・管理栄養士が直営方式により実施している(対象者1名に対し、保健師1名・管理栄養士1名の体制で実施)。
- ・ 成人健診課から保健福祉センターへ管理栄養士を派遣している。
- ・ 成人健診課と保健福祉センターとは他にも様々な保健事業で協働しており、使用する資材を両方で共有したり、成人健診課が実施する研修に保健福祉センター職員が参加したりしている。これに伴い、関係者間のカンファレンスも頻繁に開催している。

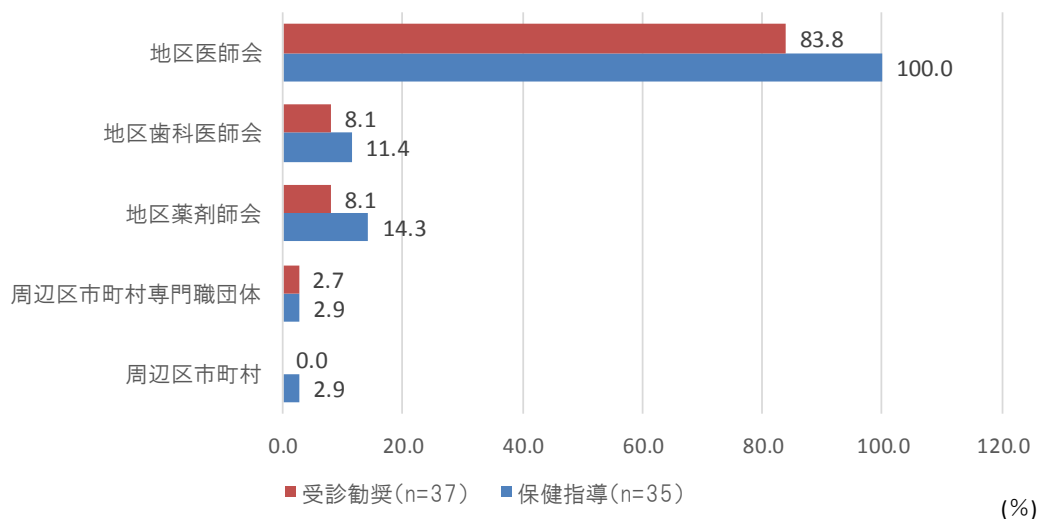
3.2. 地区医師会や医療機関との連携について

(1) 地区医師会との連携

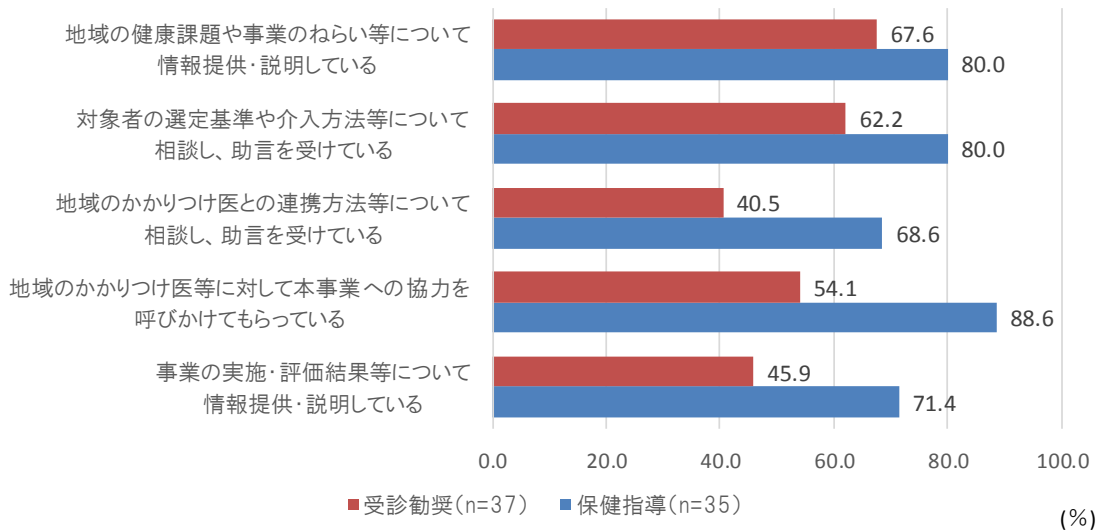
調査に基づく概況

- 本事業で保健指導を実施する全ての自治体で、何らかの形で行政と地区医師会との連携がされている。他方、受診勧奨に関しては、医師会と連携しているとする自治体の割合が8割強となっている。
- 保健指導にかかる地区医師会との連携内容に関し、8割以上の自治体では、「地域の健康課題や事業のねらい等について情報提供・説明している」「対象者の選定基準や介入方法等について相談し、助言を受けている」「地域のかかりつけ医等に対して本事業への協力を呼びかけてもらっている」としている。
- 他方、「地域のかかりつけ医との連携方法等について相談し助言を受けている」「事業の実施・評価結果等について情報提供・説明している」とする自治体は約7割だった。
- 地区医師会との連携の重要性は広く自治体に認識されているが、地区医師会とは本事業のみならず多数の事業で関わっているため、本事業についての説明や実施結果を報告する機会を必ずしも十分には確保できていないという声も寄せられた。

図表 2 本事業に関する関係団体との連携状況（連携している割合）



図表 3 地区医師会との連携内容



考察

- 本事業(特に保健指導)を効果的な取組にするためには、地区医師会や地域の医療機関(かかりつけ医)の協力を得ることが非常に重要となる。
- 始動期の自治体においては、本事業に関して地区医師会長の理解・協力を得ることとともに、地区医師会のいわゆるキーパーソン(公衆衛生の担当理事等)と実務的な相談ができる関係を構築し、連携して本事業を企画・運営していくことが求められる。
- 特に事業対象者の抽出基準については、どのような層に対して重点的に介入するかといった本事業の根本的な部分に関わることから、地域の医師の合意を得た上で推進されることが望ましい。
- 地区医師会との連携に関しては、次のような点がポイントになると考えられる。

i 衛生所管部署との連携

- ・ 国保所管部署において、これまで地区医師会と関わる機会が少なく、説明・依頼の方法や本事業のキーパーソンが明らかでない等の場合は、他の保健事業等で従前から地区医師会と密に連携している衛生所管部署の協力・助言を得て、地区医師会にアプローチする。

ii 密なコミュニケーション機会の確保

- ・ 特に始動期の自治体においては、他の既存事業の説明・報告機会に本事業の説明も併せて行ったり、少ない時間でも機会を見つけて何度も説明を行ったりなど、本事業について地区医師会の理解・協力を得るためのコミュニケーション機会を努めて多く確保する。

iii 本事業に関する協議の場の設置・活用

- ・ 地区医師会からの協力のもと、本事業の実施方法や対象者の抽出基準等について専門的な見地から助言を得るためには、糖尿病等を専門とする医師と本事業について定期的に協議する場を設置する。
- ・ 必ずしも本事業のためだけの協議の場を設置する必要はなく、衛生所管部署が主催している糖尿病対策の会議や、地区医師会に設置されている公衆衛生部会など、既存の協議の場を活用することが考えられる。
- ・ なお、こうした協議の場を有意義なものにするためには、事業の参加者・参加率といった形式的な情報だけでなく、保健指導参加者の指導前後の各種検査数値など、より具体的な成果等に関する情報も共有していくことが望まれる。

参考事例の紹介

■ 始動期において、様々な機会を見つけて頻繁に説明を行った事例（渋谷区）

- ・ 事業立ち上げ時(平成 29 年度)は、地区医師会との間で、役員との打ち合わせ／糖尿病パス委員会メンバーとの意見交換／理事会で事業説明／本事業に関心がある医師に対する説明会など、多数の機会を見つけ、本事業について頻繁に説明・報告・相談を行った。
- ・ 現在も、地区医師会との既存の打合せ会などで、本事業についての状況報告を行っている。

■ 地区医師会との協議の場の事例

（大田区）

- ・ 地区医師会の協力のもと、推薦された糖尿病専門医3名と理事1名を委員として、本事業に関する検討会を設置・開催している。
- ・ 始動期において、本事業の基本方針や対象者の抽出基準について協議した。現在は、事業対象者を選定する場となっている。

（荒川区）

- ・ 健診に係る説明会(年1回)の場で本事業に関する説明を行い、事業を実施する上での助言をいただくとともに、医師会連絡会(年8回)を開催し情報共有に努めている。
- ・ 健康推進課が主催する「糖尿病対策協議会」(大学関係者や医師会等関係者により構成)でも本事業の説明を年2回行い、ご意見を頂いている。

（足立区）

- ・ 月2回、医師会と会議を行い、受診率や保健指導実施率を上げるための取組等について話し合いをしている(医師会事務局やデータ入力担当者等は毎回、医師は月1回参加)。
- ・ 特定健診・特定保健指導に係る説明会(年3回)の機会を活用し、本事業の周知・報告をしている。
- ・ 年2回程度開催している「足立区糖尿病重症化予防部会」においても、本事業報告及び実施・評価の相談を行っている。

(2) 個別の医療機関との連携

調査に基づく概況

- 地区医師会との連携は一定程度できているとする一方で、個別の医療機関(かかりつけ医)の協力をまだ十分に得られていないと感じている自治体もある。
- 事業担当者からは、例えば「本事業に対し、医師会長は協力的だが、個別の医療機関の関心は必ずしも高くない」「事業対象者の選定基準に該当している、あるいは対象者が事業への参加を希望していても、医療機関側で対象外の判断をされることがある」といった意見が寄せられている。

考察

- 本事業の普及・参加者拡大に向けては、医師会との連携と併せて、より多くの個別医療機関の理解・協力を得ることも重要であり、医療機関に関心を持ってもらうことが求められる。
- 個別医療機関に対して働きかける力を向上させるには、次のような点がポイントになると考えられる。

i 地区医師会事務局の協力

- ・ 医療機関への参加・協力依頼の通知等について、地区医師会事務局の協力を得て、行政からではなく地区医師会から各個別医療機関へ通知してもらう。

ii 医療機関への個別訪問による協力依頼

- ・ 本事業に新規に参加する医療機関に対して、複数医療機関合同の説明の場だけでなく、個別に医療機関を訪問し、本事業について丁寧に説明を行う。

iii 医療機関の負担の軽減

- ・ 医師が作成する書類の様式や事務手続きを簡素化し、医療機関側の負担を可能な限り軽減する。

iv 医療機関が関わる意義等の強調

- ・ 医療機関の協力を得るためには、本事業を通じて未受診者(未治療者)を受診(治療)に結びつけることができるようになることなど、医療機関が協力する意義もしっかりと強調する。
- ・ 協力を得られた医療機関に対しては、それによって地域・住民の健康状態が改善に向かっていることについて、数値等で示すとともに、謝意を真摯に伝える。

v 事業対象者リストの提供

- ・ 医療機関に対する保健指導指示書の作成依頼の方法としては、次の2つのパターンが想定されるが、後者の方がより密な連携を得られやすいと考えられる。
 - ① 行政から送付された通知書を患者が持参し、かかりつけ医に指示書の作成を依頼するパターン
 - ② 行政から各医療機関に対し予め事業対象者の名簿を送付しておき、名簿に記載された患者が受診したら医師から参加を促し、参加希望が示された際に保健指導指示書を作成するパターン
- ・ ただし後者の場合は、個人情報保護の観点から、自治体によって運用可能な範囲が異なることに留意が必要である。

参考事例の紹介

■ 地区医師会事務局の協力を得て取り組んでいる事例（荒川区）

- ・ 地区医師会において、本事業への協力依頼通知を医師会長名で各委員に送付し、本事業の周知・呼びかけを行っている。

■ 保健指導指示書の様式を簡素化している事例（八王子市）

- ・ 保健指導指示書の様式は、地域の糖尿病専門医の助言も踏まえ、医師が過度な負担なく記入できるよう項目の大部分をチェック形式としている。

■ 医療機関に対して個別の事業対象者リストを送付している事例（町田市）

- ・ 事業対象者に対して通知を送付する前に、医療機関（かかりつけ医）に対して本事業への協力を依頼する文書と本事業の対象者リストを送付し、医療機関からも参加勧奨して頂けるよう依頼している。
- ・ 医療機関に送付しているリストは、全対象者ではなく、それぞれの医療機関をかかりつけ医とする患者のリストとしている。

■ 医療機関を個別訪問し事業説明を実施している事例（日野市）

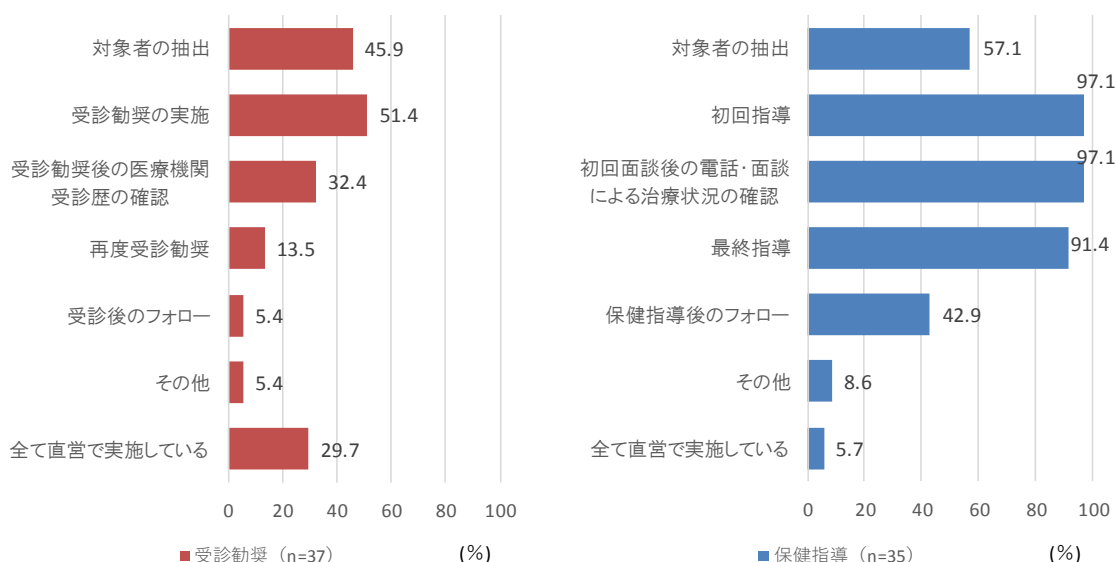
- ・ 初めて保健指導に参加される患者様のかかりつけ医に対しては、市の事業担当者が個別に訪問し、事業及び保健指導指示書の作成方法について説明を行っている。

3.3. 業務委託管理について

調査に基づく概況

- 本事業の実務の部分は、大半の自治体で外部の事業者へ委託されており、業者に委託をせず直営で実施している自治体は、受診勧奨では3割弱、保健指導では1自治体のみであった。
- 本事業を効果的な取組とするためには、委託事業者を適切に管理することが重要であり、各自治体において試行錯誤がなされている。委託の課題として、事業担当者からは以下のような意見が寄せられている。
 - ・ どのようにすれば事業者の質が確保・向上されるか難しい。そもそも本事業に対応できる事業者が非常に限られる。プロポーザル方式により事業者を募集しても応募数は少ない。また、同じ事業者に所属する従事者でも、人によって保健指導の質に差異がある。
 - ・ 事務職が担当者だと、専門的な事項について十分に理解できず、保健指導の内容が妥当であるかどうかの判断ができない。
 - ・ 保健指導のノウハウは事業者の財産という側面があり、発注者であっても他者にあまり知られたくないという意向が感じられる。行政の担当者が保健指導の現場に立ち会うことに肯定的でない事業者も少なくない(委託仕様書に保健指導の立ち会いを明記していても、専門職のみ、かつ年1回のみと回答されることもある)。

図表 4 本事業の委託状況



考察

- 本事業の実態として、保健指導の大部分は受託業者が担っていることから、保健指導の質を確保するためには、受託事業者が実施している内容を発注者もしっかりと把握し、事業により目指す成果を共有しながら、取り組んでいくことが重要である。
- この業務委託の適切な管理に向けては、次のような点がポイントになると考えられる。

i 発注者としてのビジョンの提示

- ・ 保健指導プログラムの具体的内容は受託業者側の企画・提案によるところが大きいが、まずは発注者（保険者）としてどのような保健指導をしてほしいかを明確に設定し、それを受託業者に示す。

ii 定期的な報告・情報共有を行う機会の確保

- ・ 業務全体の進捗状況、参加者の個別の状況を確認し、課題等があれば都度検討できる場を定期的に設定する。
- ・ 必要に応じて、参加者に対する保健指導が終わったタイミングで、個別に当該ケースの状況についてカンファレンスを開き確認・共有することも想定される。

iii 保健指導の場への立ち会い

- ・ 受託事業者が保健指導を実施している現場に、発注者である行政の担当者も立ち会い、どのような指導が行われているかを把握・認識する。
- ・ 全ての指導の場に立ち会う必要はないが、事務職、保健師それぞれが立ち会うことが望ましいと思われる。
- ・ 発注者が立ち会うことについて、「少なくとも〇回」など、仕様書に明記することも想定される。

iv 次年度に向けた改善の機会の確保

- ・ 各年度において、事業の実施結果や成果を振り返り、次年度の取組に向けた改善点を洗い出し・反映させる。

参考事例の紹介

■ 受託業者に対して区の意向等を明確に示している事例（豊島区）

- ・ 区(地域保健課・国民健康保険課)と委託業者とによる、本事業のための協議会を設置し、定期的に情報共有している。
- ・ 委託業者の従事者を対象とした研修を実施している。ただし、その内容は、個々の支援者のスキルアップではなく、地域資源の紹介など、豊島区に対する理解を深め、指導に生かすための内容としている。
- ・ 本事業の意義や区の考えについて、いかに委託業者に理解してもらうかが非常に重要であることから、区の思い・熱意や委託先に対する期待を営業窓口担当者に都度伝えている。
- ・ 事業結果や医療費効果などを含めた評価を委託業者にフィードバックし、事業者のやる気につながる動機づけも図っている。

■ 事業参加者個別のケースカンファレンスを開いている事例（足立区）

- ・ 対象者との面談後当日中に、対象者一人ひとりの課題、目標、保健指導内容等について、委託事業者の保健指導担当者と区保健師双方で共有するためカンファレンスを行っている。
- ・ 委託事業者は毎月社内で担当者、医師等とカンファレンスを行い、それをもとに対象者の課題、今後の保健指導の内容等をかかりつけ医には書面で、区には口頭及び書面で報告している。
- ・ 区では入札により業者を選定しており、毎年同じ業者とは限らないため、双方の理解に齟齬がないように、仕様書の内容を細かく確認し示すことで、委託内容の質を確保し、対応してもらえるようにしている。

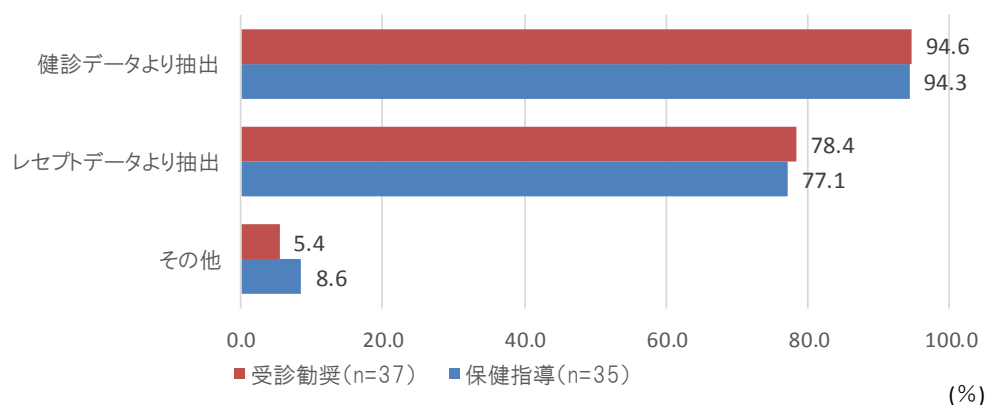
3.4. 対象者の抽出方法について

調査に基づく概況

- 対象者の抽出は、健診データを使用している自治体が9割以上、レセプトデータを使用している自治体が8割弱であった。その他としては、かかりつけ医からの提供情報といった回答があった。
- 受診勧奨・保健指導対象者の基本的な抽出条件は国や東京都のプログラムにおいて例示されているが、各自治体で実際に採用されている抽出条件は非常に多様である。
- 具体的な基準値として、HbA1c を「6.5%」より高い値、あるいは空腹時血糖を「126mg/dl」よりも高い値に設定している自治体は、受診勧奨では約2割(8自治体)、保健指導では約3割(11自治体)であった。
- 事業開始から一定年数経過している自治体では、事業参加者が主治医の管理下に入ること等により抽出基準に該当する人数が減少するなどの変化が見られ、適宜見直しが図られている。他方で、経年変化を確認する観点から、基準は大きく変えずに実施していく方針の自治体もあった。

※自治体ごとの具体的な抽出基準は、報告書後半に参考資料として掲載している。

図表 5 対象者の抽出に使用しているデータ



考察

- 抽出基準は、地区医師会の意見等も踏まえ各自治体がそれぞれの状況に基づき設定するものであり、どのような条件が妥当であるかは一概に言えない。
- 本事業の本来の目的は、ハイリスク者を適切に抽出し事業効果をあげていくことであるが、軽度(中度)のリスク者まで対象者を広げているという現状もある。
- 今後、各自治体の取組を効果検証し、その効果検証を都全体として取りまとめ、効果をあげている対象者を把握していくことが必要と考えられる。
- また、糖尿病治療の中断者や、服薬コントロールが難しい者に対しては、医師会や薬剤師会等と連携して対応を図っていくことも必要と考えられる。

3.5. 事業対象者・参加者へのアプローチについて

調査に基づく概況

- 通知等を送付する対象者数や抽出条件は自治体によって同一ではないため留意が必要であるが、本事業における受診勧奨後の医療機関受診率の自治体中央値は31.9%、保健指導案内後の保健指導参加率の自治体中央値は10.5%、保健指導を最後まで継続できた保健指導修了率の自治体中央値は89.7%であった。
- 通知・案内方法は各自治体で様々に工夫されており、いわゆる「ナッジ理論」を活用した独自資材を作成している例も見られる。
- 受診勧奨について、電話での再勧奨(特に区市町村に所属する保健師が実施するもの)による動機づけ効果は高いという意見が寄せられた。一方で、近年は電話に回答しないケースも増えてきており、特に業務委託により民間事業者が電話を行う場合は、不信感を持たれやすいという意見が少なくなかった。
- 保健指導について、参加にかかる負荷を下げるため、1/3程度の自治体では、庁舎での面談ではなく戸別訪問による面談・指導方法も可能としている。

図表 6 本事業の対象者数等

	最大値	最小値	平均値	中央値
受診勧奨対象者数(人)	5322	4	507	120
受診勧奨による医療機関受診率(%)	100.0	0.0	40.4	31.9
保健指導対象者数(人)	1940	7	272	193
保健指導参加率(%)	100.0	2.0	18.9	10.5
保健指導修了率(%)	100.0	43.3	88.2	89.7

考察

- 医療機関の受診率や保健指導参加率の向上に向けては、効果を客観的に検証することは難しいものの、いかに当事者意識を持ってもらうかが重要と考えられる。
- 具体的には、次のような点がポイントになると考えられる。
- なお、現状、受診勧奨による医療機関受診者や保健指導参加者は、対象者の中でも比較的健康に関心がある層と想定される。より健康課題が大きいと思われる無関心層に対して、いかに動機づけを図っていくかは今後の課題であると考えられる。

i 危機感や当事者意識の喚起

- ・ 通知・案内の資材において、人工透析導入による個人の医療費負担の影響を示す、人工透析導入者の体験談を掲載する、対象者個人の検査値及び該当する腎症ステージ／リスク判定結果を示すなど、糖尿病性腎症の重症化予防に取り組む必要性を具体的に理解してもらうため、糖尿病性腎症のリスクや当事者意識を喚起するような工夫を講じる。(21頁「参考：中野区の参加勧奨通知とその特徴」を参照)

ii 専門職による電話

- ・自治体に所属する保健師等が、専門的知見に基づき、本事業の内容や対象者の健康課題、意識・行動変容の必要性についての説明を、電話により複数回実施する。

iii 外部事業者のノウハウの活用

- ・通知・案内資材について、資材開発のノウハウがある外部の印刷業者等に依頼し、事業者の創意工夫を活用した動機づけ効果の高い資材を作成する。

参考事例の紹介

■ 多層的な受診勧奨を実施している事例（足立区）

- ・特定健診の結果は医療機関で直接説明する方法で行っており、その際にも治療の必要性などを医師から説明している。（第一段階）
- ・健診結果が医療機関受診勧奨に該当した場合、通知を送付。（第二段階）
- ・その後、1～2か月後のレセプトで受診が確認できなかった者を抽出・リスト化し、保健センターの地区担当保健師が戸別訪問や電話による再勧奨を行っている。（第三段階）
- ・毎年受診勧奨の対象となる場合でも、受診勧奨通知の送付、保健師による再勧奨を続けたことにより、受診につながったケースもみられる。

■ 保健指導実施後の継続的な習慣改善のフォローを行っている事例（八王子市）

- ・未受診者に対する保健指導について、面談後、保健福祉センターで実施する運動教室を案内している。
- ・当該運動教室は、市内の大学病院で糖尿病患者に対する運動プログラムを実施する理学療法士と連携し開催されるもので、平成 30 年度は保健事業参加者の約半数が運動教室にも参加した。

■ 事業対象者等に対するその他の動機づけの事例

（品川区）

- ・受診勧奨対象者には過去3年の検査値を通知し、自らの健康に関心を持ってもらうことにより、動機づけを図っている。

（中野区）

- ・保健指導の途中で離脱するケースが毎年5～6人みられていたため、初回指導の際に区が挨拶を行う等、顔の見える関係をつくることで安心感をもってもらえるよう配慮している。

（豊島区）

- ・アンケート形式の受診勧奨資材を区独自に作成・送付している。これにより医療機関への受診を促しつつ、受診状況も把握している。

（町田市）

- ・保健指導の案内は、電話の勧奨を最大5回(平成30年度までは3回)実施することとしている。
- ・保健指導の方法は、初年度は面談、電話、電話、面談、電話、電話という順番だったが、参加者の意欲を向上させるための工夫として、2年目からは、最初に対面での面接・指導を2回連続で行い、顔の見える関係を築いた後、その後電話での指導を4回という順番に変更した。

参考：中野区の参加勧奨通知とその特徴

中野区健康課
糖尿病性腎症のリスクの高い方へお知らせ

この度、糖尿病性腎症のリスクの高い加入者様を対象に、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」による保健指導を無料で行うことになりました。

糖尿病は、自覚症状のないまま進行します。糖尿病の合併症の一つである糖尿病性腎症を発症すると、人工透析治療が必要となる場合もあります。是非保健指導にご参加いただき、生活習慣改善の第一歩としていただければと思います。

重要 同封の参加確認書を8月30日までに返送して下さい。

※文書到着のご確認のため、委託会社からお電話をする場合があります。

プログラムの紹介

このプログラムは中野区が（株）DPPヘルスパートナーズに委託しております。

- **専門の看護師があなたのかかりつけ医の治療方針に基づいて支援します。**
かかりつけ医がいらない場合は、中野区までご相談ください。
- **参加費用は無料。定員30名です！**
（診察料がかかった場合は自己負担です。）
- **指導期間は6カ月**
（面談2回（約1時間/回）、電話6～10回（約10分/回））

※面談・電話の回数はあなたの状態によって変動致します。

病気で苦しんでいる人も延が、ご参加ください。

生活習慣や体調に応じて再発の基礎知識を学ばし、セルフモニタリングや生活のポイントをお伝えします。

プログラムに関するお問い合わせ
 株式会社DPPヘルスパートナーズ 東京支店 フリーダイヤル：0120-672-420
 TEL：03-6274-6571
<http://dpphp.jp/>

本事業に関するお問い合わせ
 中野区 健康福祉部 保健企画課 保健推進係 TEL：03-3382-2430

※お問い合わせの際は、中野区の国民健康保険に加入している旨と、お名前をフルネームでお伝えください。

警告を促す色彩と文言

無料、限定性を強調

あなたの病状が悪化してしまうと・・・

あなたの病状が悪化すると合併症を引き起こし、最悪の場合は失明や人工透析、足壊疽（皮膚から皮下組織までの細胞が死滅して腐ってしまう）の状態になってしまうかもしれません。

もしも、透析に移行してしまったら・・・

透析に移行した場合、週3回通院し、1日約4時間の透析を行う必要があります。また年間約550万円の医療費がかかります。

M&Aの声

「軽視しないで」（宮城県・2型糖尿病歴30年・75歳・男性）

糖尿病性腎症を患い、ベッドに4時間くわつられる人工透析を1日おきに受けています。この原因は30年来主治医や栄養士さんからの指導などを聞かず、治療を怠ってきたためだと思います。「お退会」がくるまで隠さなければならぬので大変な苦痛です。皆さん、糖尿病を経験しないでください。

「糖尿病の治療を放棄した働き盛りの今」（厚生労働省発行リーフレットより）

予防プログラムの申し込み方法

参加をご希望の方	不参加の方
① 予防プログラム参加確認書のご記入	予防プログラム参加確認書のご記入
このリーフレットに同封の「予防プログラム参加確認書」に必要事項をご記入ください。	不参加にチェックをつけて同封の返信用封筒をご利用の上、ご返送ください。不参加の方もかかりつけ医と相談し治療に取り組みましょう。
② 予防プログラム参加確認書を申し込み期限までにご返送ください	
「予防プログラム参加確認書」を同封の返信用封筒（切手不要）に入れてご返送ください。	
③ DPPヘルスパートナーズより面談日の通知が届きます	
変更を希望の際はご連絡いただければ、ご相談に応じます。 TEL:03-6274-6571 参加の方には、後日「生活指導内容確認書」が入った封筒をお送りいたします。	
④ 「かかりつけ医への依頼文」と「生活指導内容確認書」をかかりつけ医へお送りください	
※医療機関にかかる「診察料」はこれまで通り自己負担です。 ※生活指導内容確認書にかかる文書料は中野区がお支払します。医療機関から文書料を請求された場合は、裏面中野区の問い合わせ先までご連絡ください。 かかりつけ医記入済みの「生活指導内容確認書」を初回面談時にご持参ください。 初回面談時までに間に合わない場合は、後日ご返送ください。	
⑤ プログラム開始！	
面談・電話での指導を約6か月間行います。かかりつけ医や管理栄養士等と協力しながら支援いたします。	

人工透析導入による医療費の負担（デメリット）の大きさを強調

人工透析導入者の声の挿入（厚生労働省リーフレットの引用）

3.6. 効果検証・事業評価と継続的改善について

調査に基づく概況

指標の設定状況

- 受診勧奨の評価指標・項目としては、「受診勧奨を行った人数」や「医療機関への受診につながった人数」について現状(値)を把握・評価しているという自治体が多い(7割以上)。ただし、実際に計画等で設定している自治体は5割前後にとどまる。
- 保健指導の評価指標・項目としては、「対象者に占める保健指導実施者の割合」や「対象者に占める保健指導終了者の割合」が多い(8割以上)。具体的な検査値としては、「HbA1c」、「eGFR」、「体重・BMI」が多くの自治体(7割以上)で把握・評価されている。ただし、実際に計画等で設定しているとする自治体は少ない。

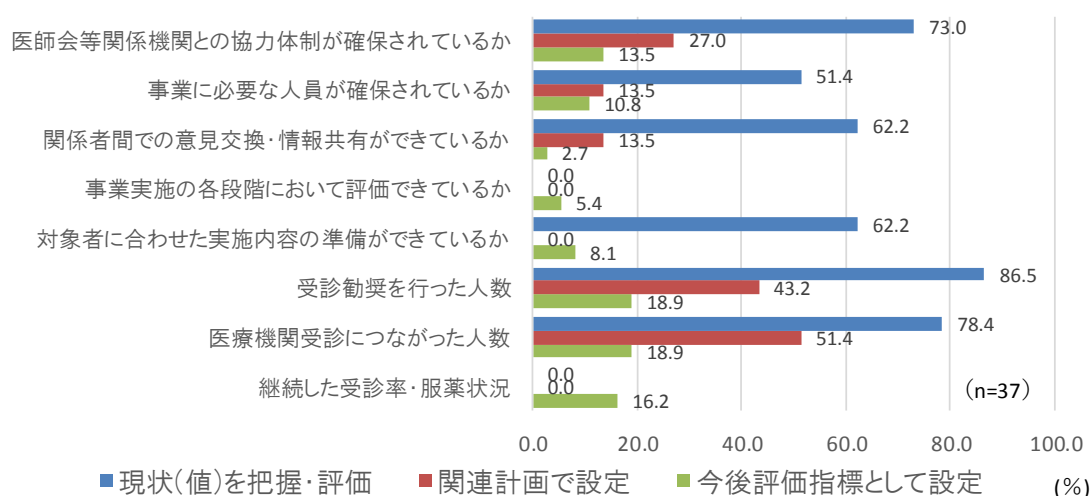
保健指導の効果（検査値の改善状況）

- 保健指導の評価指標として「HbA1c」「空腹時血糖値」「eGFR」を設定している自治体のうち、「HbA1c」については8割強、「空腹時血糖値」については約8割、「eGFR」については約6割の自治体で、対象者の検査値に改善が見られた。
- 保健指導終了者のうち検査値が改善した者の割合を見ると、「HbA1c」については1/3以上の自治体で半数以上の対象者の改善が見られている。他方、「eGFR」「空腹時血糖値」については2割前後であった。

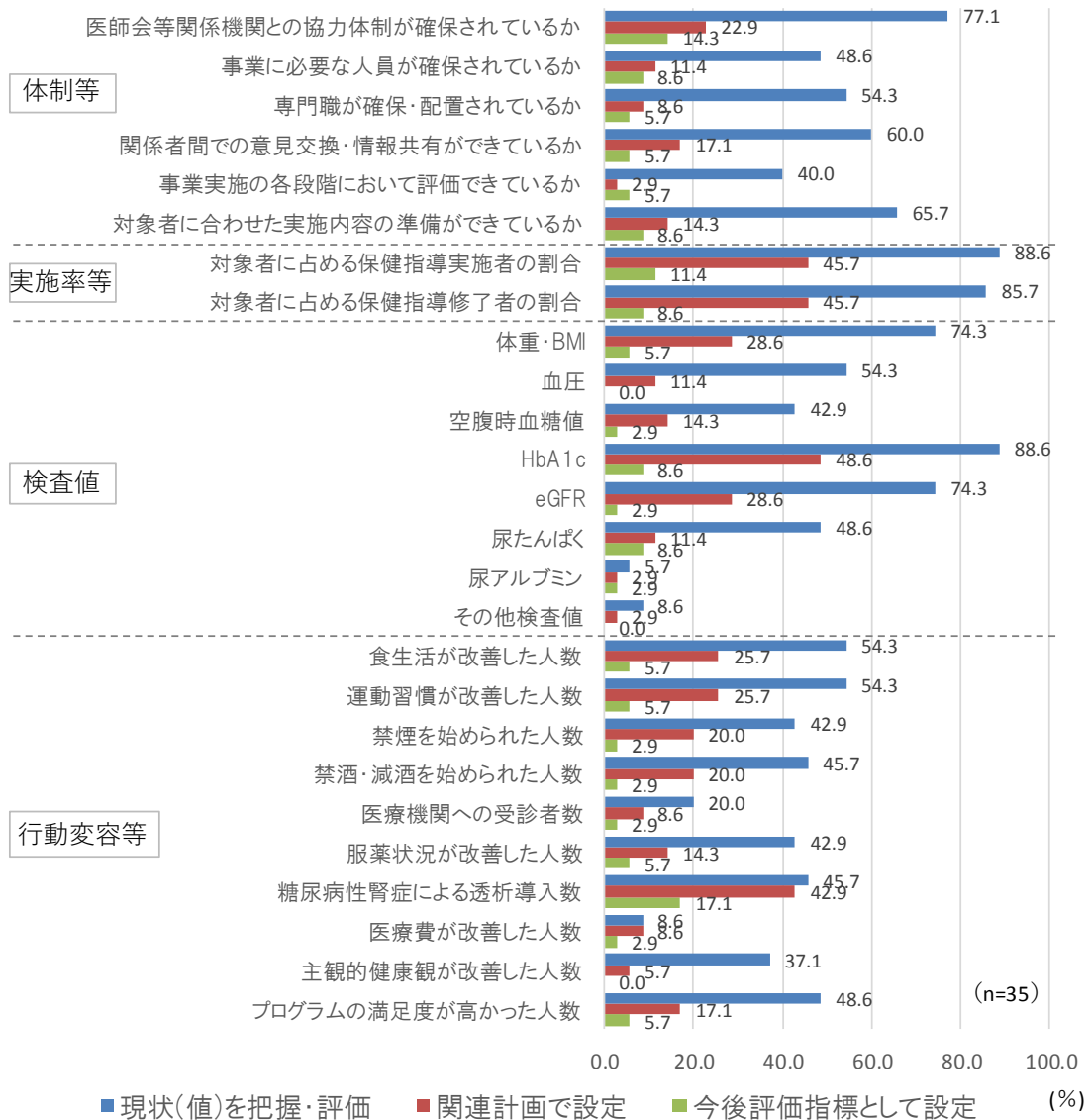
事業の検証・評価の場

- 本事業の実施結果について、検証・評価するための仕組みや場を設定している自治体は限られている。

図表 7 受診勧奨に関する評価指標・項目の設定状況



図表 8 保健指導に関する評価指標・項目の設定状況



図表 9 保健指導の効果（検査値の改善状況）

		HbA1c	空腹時血糖値	eGFR
保健指導後の各検査値を把握している自治体数		31	15	26
対象者の検査値が改善した自治体数		26	9	21
対象者の検査値が改善した自治体の割合 (%)		83.9	60.0	80.8
保健指導終了者のうち値が改善した者の割合ごとの自治体数	75%以上の対象者が改善	3	0	2
	50%～75%の対象者が改善	8	3	3
	25%～50%の対象者が改善	12	2	9
	25%未満の対象者が改善	8	10	11

単位：自治体数

考察

- 受診勧奨や保健指導の効果(検査値の改善状況)は事業参加者の重症度等様々な要素に影響を受ける面はあるため、本事業の評価指標としては、医療機関受診率等のアウトプット指標が重視される傾向にある。
- しかし、対象者に適切に介入するという点からアウトプット指標は重要であるが、より効果的な取組となるよう、実施結果(アウトカム指標)についてもモニタリングし、PDCA サイクルに基づき本事業の評価や継続的改善を行っていくことが重要である。
- 具体的には、次のような点がポイントになると考えられる。

i 事業の参加者・非参加者の値の比較

- ・ 本事業の対象者のうち、参加者と非参加者の事業の前後における各種検査値を比較し、事業の効果を検証する。

ii 事業評価の場の仕組み化

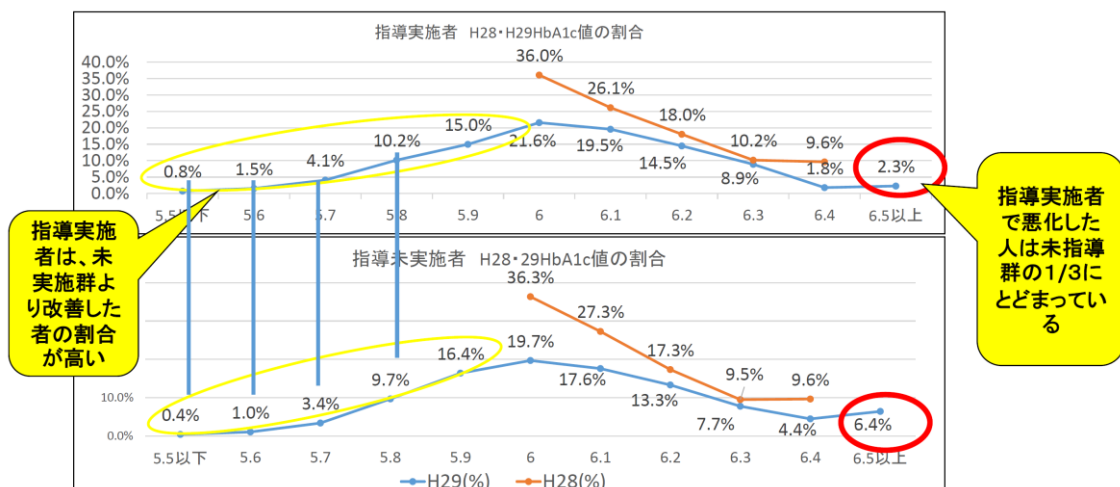
- ・ 地区医師会の担当理事等を参加者とする協議会等において事業内容・結果を報告する機会を定期的持つ。
- ・ 事業自体の年度単位の振り返りのほか、個別の保健指導参加者に関し、指導実施後数年間は継続的に健診の数値を確認するといった継続的フォローの取組も有効と考えられる。

参考事例の紹介

■ 事業効果検証の事例(豊島区)

- ・ 保健指導実施者と未実施者の、HbA1cの値の比較し、保健指導の効果を評価している。

参考：豊島区の事業評価の例(保健指導実施者/未実施者のHbA1cの比較)



3.7. ポピュレーションアプローチとの連動について

調査に基づく概況

- 本事業は、国保被保険者を対象としたハイリスクアプローチの取組である。そのため、大半の自治体では、衛生所管部署が実施しているような一般住民を対象としたポピュレーションアプローチの取組との連携はなされていない。

考察

- 本事業は、糖尿病ハイリスク者における人工透析導入の抑制という観点からは効果的であるが、対象者が限られるために、地域全体の健康増進等に対しては限定的な面がある。
- そのため、自治体の状況等に応じて、ポピュレーションアプローチと連携させた取組を行うことも考えられる。
- 例えば、次のような点がポイントになると考えられる。

i 衛生所管部署との連携による本事業の PR

- ・ 衛生所管部署における地域住民を対象とした糖尿病予防イベント等において、本事業の PR を行う。

ii やや軽度の者を対象とした取組

- ・ 本事業対象者となるハイリスク者よりやや軽度の者を対象として、ヘルスリテラシーを高める取組（1日のみの講習会等）を行う。

参考事例の紹介

■ 1日単位のセミナー開催の事例（品川区）

- ・ 令和元年度から、面談型の保健指導のみではなく、本事業の対象者抽出条件よりやや軽度な区民(国保被保険者)を対象とした、糖尿病性腎症に関する半日の「糖尿病予防・改善セミナー」を開催することとした。
- ・ 概ね、年2回(1回あたり30人)実施予定としている。

4. 広域的な課題と今後の方向性

- 本事業の主体はあくまで区市町村であり、それぞれの地域の実情・課題に応じて取組を推進していくことが求められる。
- ただし、本事業に関して区市町村に広く共通する課題に対しては、東京都全体、あるいは二次保健医療圏ごと等、広域的に対応していくことも考えられる。
- 例えば、以下のような点が想定される。

i 業務委託管理の質の向上

- ・ 本事業（特に保健指導）については、大半の区市町村で民間事業者による業務委託がなされている。
- ・ 業務委託管理の質の向上が本事業の質の向上にも大きく影響することから、本事業にかかる業務委託において留意すべき点等について整理・提示していくことも重要と考えられる。

ii 広域的な連携の促進

- ・ 他の区市町村に所在する医療機関を受診する住民が多い場合には、その住民も事業の対象にできるような取組とすることが望ましい。
- ・ その場合には、関係する複数地域の地区医師会と連携を図るため、必要に応じて二次保健医療圏単位で構成される東京都糖尿病医療連携協議会圏域別検討会を活用することが考えられる。

iii 東京都糖尿病医療連携協議会圏域別検討会の活用

- ・ 本事業については、実施方法・内容が区市町村によって非常に多様である。
- ・ そのため、東京都糖尿病医療連携協議会圏域別検討会において、各区市町村の取組内容や実施結果・成果について共有し、相互により良い取組内容に改善していく機会を定期的に設定することも効果的であると考えられる。

資料編

- ・ 質問票調査 集計結果
- ・ 質問票調査 事業対象者の抽出基準
- ・ 質問票調査 調査票

令和元年度東京都糖尿病性腎症重症化予防事業検証業務
糖尿病性腎症重症化予防事業の状況に関する調査 質問票調査 集計結果

※「%」は小数点第2位を四捨五入しているため、単一回答の設定でも、全項目の%の合計が100%にはならない場合がある。

回収数・回収率

	n	%
回収数	43	100.0

回答者職種 (n=43)

複数回答

	n	%
事務職員	32	74.4
保健師	11	25.6
栄養士	2	4.7
その他	0	0.0

問2 事業実施状況 (n=43)

複数回答

	n	%
受診勧奨	37	86.0
保健指導	35	81.4

問3 事業開始年度

	受診勧奨		保健指導	
	n	%	n	%
平成25年以前	7	18.9	7	20.0
平成26年	5	13.5	4	11.4
平成27年	5	13.5	8	22.9
平成28年	5	13.5	6	17.1
平成29年	7	18.9	7	20.0
平成30年	8	21.6	3	8.6
合計	37	100.0	35	100.0

問5 関連計画への位置づけ

	n	%
位置づけられている	42	97.7
位置づけられていない	1	2.3
合計	43	100.0

問6 庁内の事業企画・実施体制

	n	%
国保所管部署のみ	26	60.5
衛生所管部署と連携あり	17	39.5
(衛生所管部署に加えて、その他部署と連携あり)	(1)	(2.3)
合計	43	100.0

問6 庁内の事業企画・実施体制 (保健師の関わり)

	n	%
保健師の関わりあり	28	65.1
保健師の関わりなし	15	34.9
合計	43	100.0

問6 庁内の事業企画・実施体制 (人数)

	n	%
1人	5	11.6
2人	13	30.2
3人	12	27.9
4人以上	13	30.2
合計	43	100.0

問7 委託状況 (受診勧奨) (n=37)

複数回答

	受診勧奨	
	n	%
対象者の抽出	17	45.9
受診勧奨の実施	19	51.4
受診勧奨後の医療機関受診歴の確認	12	32.4
再度受診勧奨	5	13.5
受診後のフォロー	2	5.4
その他	2	5.4
全て直営で実施している	11	29.7

問7 委託状況（保健指導）（n=35）

複数回答

	保健指導	
	n	%
対象者の抽出	20	57.1
初回指導	34	97.1
初回面談後の電話・面談による治療状況の確認	34	97.1
最終指導	32	91.4
保健指導後のフォロー	15	42.9
その他	3	8.6
全て直営で実施している	2	5.7

問8 保健指導の実施体制（従事人数）

	n	%
1～3人	6	17.1
4～6人	10	28.6
7人以上	19	54.3
合計	35	100.0

職種別人数	0人	1人	2人	3人以上
医師	31	3	1	0
歯科医師	35	0	0	0
歯科衛生士	35	0	0	0
保健師	10	10	4	11
看護師	22	4	0	9
薬剤師	34	0	0	1
栄養士	13	5	1	16
その他	32	0	0	3

問9 関連団体との連携の有無（受診勧奨n=37、保健指導n=35）

複数回答

	受診勧奨		保健指導	
	n	%	n	%
地区医師会	31	83.8	35	100.0
地区歯科医師会	3	8.1	4	11.4
地区薬剤師会	3	8.1	5	14.3
東京都看護協会	0	0.0	0	0.0
東京都栄養士会	0	0.0	0	0.0
周辺区市町村専門職団体	1	2.7	1	2.9
周辺区市町村	0	0.0	1	2.9
その他	4	10.8	7	20.0
連携を行っていない	5	13.5	0	0.0

問9-1 地区医師会との連携内容（受診勧奨n=37、保健指導n=35）

複数回答

	受診勧奨		保健指導	
	n	%	n	%
地域の健康課題や事業のねらい等について情報提供・説明している	25	67.6	28	80.0
対象者の選定基準や介入方法等について相談し、助言を受けている	23	62.2	28	80.0
地域のかかりつけ医との連携方法等について相談し、助言を受けている	15	40.5	24	68.6
地域のかかりつけ医等に対して本事業への協力を呼びかけてもらっている	20	54.1	31	88.6
事業の実施・評価結果等について情報提供・説明している	17	45.9	25	71.4

問10 対象者の抽出条件（受診勧奨n=37、保健指導n=35）

複数回答

	受診勧奨		保健指導	
	n	%	n	%
医療機関未受診者	32	86.5	6	17.1
医療機関受診中断者	21	56.8	6	17.1
重症化ハイリスク者	17	45.9	33	94.3
その他	0	0.0	3	8.6

問12 対象者の抽出方法（受診勧奨n=37、保健指導n=35）

複数回答

	受診勧奨		保健指導	
	n	%	n	%
健診データより抽出	35	94.6	33	94.3
レセプトデータより抽出	29	78.4	27	77.1
その他	2	5.4	3	8.6

問13 実施方法（受診勧奨）（n=37）

複数回答

	受診勧奨	
	n	%
電話による勧奨	20	54.1
個別通知（ハガキ、電話、Eメール等）による勧奨	36	97.3
個別（戸別）訪問による勧奨	3	8.1
その他	3	8.1

問13 実施方法（保健指導）（n=35）

複数回答

	保健指導	
	n	%
電話等による指導	32	91.4
個別通知（ハガキ、電話、Eメール等）による指導	22	62.9
個別面談による指導	31	88.6
個別（戸別）訪問による指導	12	34.3
集団指導	3	8.6
その他	2	5.7

問15 平成30年度における重症化予防にかかる各取組の対象者数等（受診勧奨n=37、保健指導n=35）

	最大値	最小値	平均値	中央値
受診勧奨対象者数（人）	5322	4	507	120
医療機関受診者数（人）	1334	0	140	29
受診勧奨による医療機関受診率（%）	100.0	0.0	40.4	31.9
保健指導対象者数（人）	1940	7	272	193
保健指導実施者数（人）	365	5	33	20
保健指導終了者数（人）	48	5	19	17
保健指導参加率（%）	100.0	2.0	18.9	10.5
保健指導終了率（%）	100.0	43.3	88.2	89.7

	50人未満	50人～100人	100人～200人	200人以上	
受診勧奨対象者数別の自治体数	12	5	9	11	※未確認除く
医療機関受診者数別の自治体数	23	5	2	6	
保健指導対象者数別の自治体数	5	0	14	16	

	10人未満	10～20人	20人以上	
保健指導実施者数別の自治体数	5	11	19	※未確認除く
保健指導終了者数別の自治体数	7	27	0	

問16 進捗管理の実施有無、タイミング（n=43）

複数回答

	n	%	平均
受診勧奨	32	74.4	4.6ヶ月
保健指導の案内	16	37.2	3.0ヶ月
保健指導	33	76.7	4.7ヶ月

問17 評価指標・項目（受診勧奨 ー設定状況ー）（n=37）

複数回答

受診勧奨	現状(値)を把握・評価		関連計画で設定		今後評価指標として設定	
	n	%	n	%	n	%
医師会等関係機関との協力が確保されているか	27	73.0	10	27.0	5	13.5
事業に必要な人員が確保されているか	19	51.4	5	13.5	4	10.8
関係者間での意見交換・情報共有ができていますか	23	62.2	5	13.5	1	2.7
事業実施の各段階において評価できているか	0	0.0	0	0.0	2	5.4
対象者に合わせた実施内容の準備ができていますか	23	62.2	0	0.0	3	8.1
受診勧奨を行った人数	32	86.5	16	43.2	7	18.9
医療機関受診につながった人数	29	78.4	19	51.4	7	18.9
継続した受診率・服薬状況	0	0.0	0	0.0	6	16.2
その他	0	0.0	0	0.0	1	2.7

問17 評価指標・項目（受診勧奨 ー自己評価ー）（n=37）

複数回答

受診勧奨	合計	自己評価					
		◎		○		△	
	n	%	n	%	n	%	
医師会等関係機関との協力が確保されているか	22	13	59.1	9	40.9	0	0.0
事業に必要な人員が確保されているか	17	6	35.3	10	58.8	1	5.9
関係者間での意見交換・情報共有ができていますか	18	9	50.0	9	50.0	0	0.0
事業実施の各段階において評価できているか	14	5	35.7	8	57.1	1	7.1
対象者に合わせた実施内容の準備ができていますか	20	11	55.0	9	45.0	0	0.0
受診勧奨を行った人数	32	15	46.9	15	46.9	2	6.3
医療機関受診につながった人数	31	7	22.6	20	64.5	4	12.9
継続した受診率・服薬状況	4	1	25.0	3	75.0	0	0.0

問17 評価指標・項目（保健指導 ー設定状況ー）（n=35）

複数回答

保健指導	現状(値)を把握・評価		関連計画で設定		今後評価指標として設定	
	n	%	n	%	n	%
医師会等関係機関との協体制が確保されているか	27	77.1	8	22.9	5	14.3
事業に必要な人員が確保されているか	17	48.6	4	11.4	3	8.6
専門職が確保・配置されているか	19	54.3	3	8.6	2	5.7
関係者間での意見交換・情報共有ができていますか	21	60.0	6	17.1	2	5.7
事業実施の各段階において評価ができていますか	14	40.0	1	2.9	2	5.7
対象者に合わせた実施内容の準備ができていますか	23	65.7	5	14.3	3	8.6
対象者に占める保健指導実施者の割合	31	88.6	16	45.7	4	11.4
対象者に占める保健指導修了者の割合	30	85.7	16	45.7	3	8.6
体重・BMI	26	74.3	10	28.6	2	5.7
血圧	19	54.3	4	11.4	0	0.0
空腹時血糖値	15	42.9	5	14.3	1	2.9
HbA1c	31	88.6	17	48.6	3	8.6
eGFR	26	74.3	10	28.6	1	2.9
尿たんぱく	17	48.6	4	11.4	3	8.6
尿アルブミン	2	5.7	1	2.9	1	2.9
その他検査値	3	8.6	1	2.9	0	0.0
食生活が改善した人数	19	54.3	9	25.7	2	5.7
運動習慣が改善した人数	19	54.3	9	25.7	2	5.7
禁煙を勧められた人数	15	42.9	7	20.0	1	2.9
禁酒・減酒を勧められた人数	16	45.7	7	20.0	1	2.9
医療機関への受診者数	7	20.0	3	8.6	1	2.9
服薬状況が改善した人数	15	42.9	5	14.3	2	5.7
糖尿病性腎症による透析導入数	16	45.7	15	42.9	6	17.1
医療費が改善した人数	3	8.6	3	8.6	1	2.9
主観的健康観が改善した人数	13	37.1	2	5.7	0	0.0
プログラムの満足度が高かった人数	17	48.6	6	17.1	2	5.7
その他	3	8.6	3	8.6	0	0.0

問17 評価指標・項目（保健指導 ー自己評価①ー）（n=35）

複数回答

保健指導	合計		自己評価					
	n	%	◎		○		△	
			n	%	n	%	n	%
医師会等関係機関との協体制が確保されているか	22	62.9	12	54.5	10	45.5	0	0.0
事業に必要な人員が確保されているか	14	40.0	4	28.6	8	57.1	2	14.3
専門職が確保・配置されているか	14	40.0	7	50.0	5	35.7	2	14.3
関係者間での意見交換・情報共有ができていますか	16	45.7	7	43.8	9	56.3	0	0.0
事業実施の各段階において評価ができていますか	11	31.4	3	27.3	7	63.6	1	9.1
対象者に合わせた実施内容の準備ができていますか	19	54.3	8	42.1	9	47.4	2	10.5

問17 評価指標・項目（保健指導 ー自己評価②ー）（n=35）

<年度や保健指導の前後で、各種数値等が改善した自治体数・%>

複数回答

	n	%	(参考) %の分母
対象者に占める保健指導実施者の割合	18	58.1	31
対象者に占める保健指導修了者の割合	17	56.7	30
体重・BMI	22	84.6	26
血圧	15	78.9	19
空腹時血糖値	9	60.0	15
HbA1c	26	83.9	31
eGFR	21	80.8	26
尿たんぱく	12	70.6	17
尿アルブミン	1	50.0	2
その他検査値	1	33.3	3
食生活が改善した人数	18	94.7	19
運動習慣が改善した人数	18	94.7	19
禁煙を勧められた人数	3	20.0	15
禁酒・減酒を勧められた人数	14	87.5	16
医療機関への受診者数	5	71.4	7
服薬状況が改善した人数	14	93.3	15
医療費が改善した人数	0	0.0	3
主観的健康観が改善した人数	9	69.2	13
プログラムの満足度が高かった人数	15	88.2	17
その他	2	66.7	3

※左表のnは、各項目について、年度や保健指導の前後で、各種数値等が改善した自治体の数。
 ※左表の%は、「問17 評価指標・項目（保健指導 ー設定状況ー）（n=35）」にて、各項目について「現状(値)を把握・評価」しているとする自治体数のうち、改善したと回答している自治体の割合。

問18 進捗・評価等について関係者と共有する場

	n	%
設けている	25	58.1
設けていない	18	41.9
合計	43	100.0

問19 評価結果についての学識経験者への相談

	n	%
実施している	21	48.8
実施していない	22	51.2
合計	43	100.0

問20 二次医療圏の圏域別検討会への情報提供等

	n	%
実施している	19	44.2
実施していない	24	55.8
合計	43	100.0

問21 マニュアル等の整理

	n	%
整理している	13	30.2
整理していないが、今後整理する予定がある	15	34.9
整理しておらず、現時点では作成する予定はない	13	30.2
その他	2	4.7
合計	43	100.0

問22 担当者変更にかかる対策

	n	%
実施している	25	58.1
実施していない	18	41.9
合計	43	100.0

問23 今後注力したいこと (n=43)

	n	%
市内連携体制の構築・連携促進	14	32.6
地域連携体制の構築・連携促進	28	65.1
事業計画の策定・修正	17	39.5
事業内容の充実	28	65.1
事業評価の実施	15	34.9
その他	1	2.3

問24 課題の有無 (n=43)

	n	%
対象者に関する課題（抽出方法等）	25	58.1
市内の取組・連携体制に関する課題	8	18.6
関係団体との連携に関する課題	14	32.6
保健指導等の実施主体に関する課題	10	23.3
実施方法に関する課題	19	44.2
評価方法・体制に関する課題	16	37.2
その他に関する課題	12	27.9

区市町村	受診勧奨の対象者の抽出基準
港区	特定健診の結果、血圧(最高180mmHg以上、最低110mmHg以上)、中性脂肪500 mg/dl以上、LDLコレステロール220mg/dl以上、総コレステロール300 mg/dl以上、空腹時血糖160 mg/dl以上、HbA1c (NGSP値) 8.4%以上という港区が設定している受診勧奨の値を超えた人で、かつ空腹時血糖126mg/dl以上、HbA1c (NGSP値) 6.5%以上の対象者に対して、医療機関受診勧奨の文書、糖尿病に関するパンフレットにより医療機関受診を勧奨している。
新宿区	HbA1c 6.5%以上かつ服薬が無い者
台東区	健診結果HbA1c 6.5以上で糖尿病での医療機関の受診歴のない人
品川区	下記の基準に該当する者のうち過去6か月間に該当疾患のレセプトがない者へ通知送付、更に()内の者に電話でも受診勧奨 ・健診結果の血圧160/100以上で医師の判断が血圧要治療(血圧180/110以上) ・健診結果のHbA1c7以上または空腹時血糖130以上で医師の判断が糖尿病要治療(HbA1c8以上空腹時血糖200以上) ・健診結果の中性脂肪300以上かつLDL140以上で医師の判断が高脂血症要治療(中性脂肪1000以上 LDL180以上)
目黒区	【早期治療】特定健康診査受診者のうち、次の数値に該当する医療機関未受診者。◇40～64歳 HbA1c 6.5以上かつ空腹時126mg以上、HbA1c 6.5以上かつ随時200以上、空腹時又は随時を未測定の場合はHbA1c 6.5以上 ◇65歳以上 HbA1c 7.0以上かつ空腹時130以上 【治療再開】特定健康診査未受診者かつ過去に糖尿病の服薬歴があるが現年度に治療歴がない者。
大田区	・医療機関レセプトなし、医療機関受診判定値超リスク(糖尿病・高血圧・脂質異常)2個以上の方 ・糖尿病レセプトあり、必要受診期間を超えて未治療の方
世田谷区	特定健診の結果に基づいて、対象者は2型糖尿病に該当する空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上で腎機能が低下している者で未治療者とする。ただし、①透析治療中の者、②腎移植手術を受けた者、③がん治療中、④重度の合併症を有する者、⑤終末期及び認知機能障害がある者、⑥精神疾患を有する者は除く。
渋谷区	・該当期間中に糖尿病性腎症に関わるレセプトなし、特定健診の結果「HbA1c6.5以上かつ尿蛋白±以上」の者
中野区	特定健診結果及びレセプトデータからの抽出又はかかりつけ医が紹介する場合で、以下のア①～③のいずれかに該当しかつイ①～③のいずれかに該当する者、または区が指定する者の内、未受診の者 ア糖尿病であること ①現病歴または既往歴に「糖尿病」または「糖尿病性腎症」の記載がある。 ②現在糖尿病に関する治療(内服またはインスリン)を受けている。 ③空腹時血糖値が126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上 イ 腎機能が低下していること ①尿蛋白が1+以上 ②eGFR値が30ml/分/1.73㎡以上 60ml/分/1.73㎡未満 ③尿蛋白が±以上かつeGFR値が60ml/分/1.73㎡以上90ml/分/1.73㎡未満
杉並区	特定保健指導非該当者でHbA1c6.5%以上で受診していない者
豊島区	国保特定健診受診者のうちHbA1cが6.5%以上かつ糖尿病薬未服薬の者
北区	①ヘモグロビンA1c6.5%以上 ②eGFR60未満又は尿蛋白(±)以上 ③特定健診の間診票で血糖に関する服薬なしと回答した方 ④①～③に該当し、糖尿病の受診歴がない方
荒川区	1:H29年度の特定健診未受診者かつ生活習慣病による医療機関への受診が2年連続で未受診のもの 2:H29年度の特定健診で異常値があるにも関わらず、健診受診の翌月～H30年6月診療分のレセプトで受診が確認できないもの 3:H29年度に高血圧、脂質異常、糖尿病のいずれかで医療機関を受診しているが、直近3カ月に医療機関を受診していないもの
板橋区	平成29年度特定健診等受診者で40歳～69歳の被保険者のうち、HbA1c7.0%以上の未受診者・受診中断者(KDBシステムで平成29年4月からの血糖に関する薬剤レセプト確認)
練馬区	○特定健診結果より ・HbA1c6.5%以上 ・尿たんぱく(±)以上 ・eGFRが30以上60未満 ○レセプトデータより ・糖尿病に関する治療(内服またはインスリン療法)を受けていないこと(治療中断者を含む)
足立区	・収縮期血圧180mmHg以上または、拡張期血圧110mmHg以上かつ特定健診質問票で血圧を下げる薬を使ってないと回答 ・空腹時血糖130mg/dL以上または、HbA1c7.0以上かつ特定健診質問票で血糖を下げる薬またはインスリン注射を使っていないと回答
葛飾区	HbA1c 6.5%以上で、医療機関未受診が疑われる者
江戸川区	40歳～64歳：国保健診受診者のうち、高血糖について未受診かつHbA1cが7%以上の者。 65歳～74歳：国保健診受診者のうち、高血糖について未受診かつHbA1cが8%以上の者。
八王子市	HbA1c7%以上、健診前後で糖尿病レセプトなし、特定保健指導対象外
立川市	実施前年度の特定健康診査受診者のうち、実施年度当初に70歳未満で、健診結果が次のいずれかの選定条件に該当した者。 ・現病歴または既往歴に「糖尿病」または「糖尿病腎症」の記載がある ・現在糖尿病に関する治療(内服またはインスリン)を受けている ・空腹時血糖値≥130mg/dlまたはHbA1c値≥7.0%
武蔵野市	平成29年度の特定健康診査の受診結果において、HbA1cの値が6.5%以上かつe-GFRの値が30以上60以下の者で、過去1年間(平成29年8月～平成30年7月診療分)においてレセプトによる糖尿病受療歴がないもの
三鷹市	H29年度の特定健診受診者のうち、健診数値が糖尿病レベル(※1)かつeGFRが30以上(腎症期第3期以下)の者で、H29年度中に糖尿病のレセプトが確認できない(※2)、H29年度の特定保健指導の対象者だが不参加だった者 約200人 ※1 空腹時血糖126mg/dlまたはHbA1c6.5以上 ※2 国保連合会より提供の情報により抽出
青梅市	<抽出条件> 1. 40～73歳 2. 平成29年度の特定健診の検査結果でeGFR30以上～45未満または尿タンパク(+)以上だった方、もしくは糖尿病性腎症、糖尿病性腎症第2期、第3期とレセプトで診断名のある方 3. 青梅市内の医療機関を受診している 4. 青梅市立総合病院は除く 5. その他の病気(がん、難病、精神疾患、認知症など)を除く 6. その他(生活習慣病管理料などがレセプトで上がってきている方は除く)
府中市	医療機関未受診者：前年度特定健康診査において、受診勧奨域(標準的な健診・保健指導プログラムと同数値)であり、医師の判断が要医療または要指導の者のうち、健診受診後4か月間生活習慣病関係のレセプトがない者。 医療機関受診中断者：過去1年間のレセプトから継続的に受診していたにも関わらず、自己判断にて生活習慣病の治療を中断していると思われる者。 糖尿病性腎症重症化プログラムの保健指導対象者への受診勧奨：抽出基準は、「保健指導の対象者の抽出基準」とおり。
調布市	①空腹時血糖126mg/dl、②HbA1c6.5%以上、③空腹時血糖110～125mg/dlかつHbA1c5.6～6.4%
町田市	HbA1c 6.5%以上又は空腹時血糖126 mg/dl以上で、特定健診受診後6か月間医療機関の受診が無い被保険者
小金井市	・医療機関未受診者：健診受診後、生活習慣病や健診値に異常値があるにもかかわらず受診がない者 ・医療機関受診中断者：過去に生活習慣病の受診歴があり、その後、受診が確認できない者
小平市	空腹時血糖：130mg/dl以上、HbA1c：7.0%以上、尿蛋白：2+以上、eGFR：50ml/分/1.73㎡未満、特定のレセプト請求(薬剤)、レセプト請求における疾患名、及び重症度2及び3の者 レセプトは、平成29年4月から平成30年2月診療分を使用。1型糖尿病、難病、精神疾患、認知症等は除外。

区市町村	受診勧奨の対象者の抽出基準
日野市	<p>「糖尿病発症リスクスコア」(※)を用いて対象者を絞り込み被保険者へ通知を送付する。 (※)国立国際医療研究センター疫学予防研究部の作成した、2型糖尿病の発症リスクを予測するリスクスコア。 3年後の糖尿病発症確率を、特定健診の検査項目を使用して予測する。</p> <p>通知候補者：平成30年6月～平成30年12月に特定健診を受診し、その結果に要経過観察または要治療、要精密検査の値があるにもかかわらず、その後、平成31年3月までに医療機関受診が診療報酬明細書にて確認できない国保被保険者。(但し、がん、精神疾患、難病、認知症、人工透析患者を除く)</p> <p>通知対象者：上記候補者のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「要治療、要精密検査」の値が1つ以上ある者 ・血圧および脂質の両方に、「要経過観察、生活改善」または「要治療、要精密検査」の値がある者 ・「糖尿病発症リスク区分」が既発症の者 ・「糖尿病発症リスクスコア」の発症確率が6%以上の者のいずれかに該当し、かつ ・「糖尿病発症リスク」または「心血管病発症リスク」が「測定不能」でない者 ・対象者リスト作成時点で国保資格のある者
東村山市	<p>特定健診受診後、厚労省発表の健診検査項目の受診勧奨判定値準拠を超えている方(糖尿病(HbA1c6.5以上)、高血圧症、脂質異常症)を抽出し、異常値が出ているのも関わらず、その後医療機関へ受診が無い方を抽出(放置期間4か月以上)し、全員に通知する。その内HbA1c7.0以上かつ糖尿病危険度リスク1.1以上全員に電話で受診勧奨を行う。 がん、難病、精神疾患、認知症、人工透析は除外</p>
国立市	<p>国立市国民健康保険被保険者のうち、特定健康診を受診しており、検査結果において①HbA1c(NGSP値)6.5%以上、または空腹時血糖126mg/dl以上の者、②尿蛋白(±)以上、またはeGFR60未満である者、または③収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上の者のレセプトデータを確認し、医療機関の受診がみられない者。</p>
狛江市	<p>抽出条件：2型糖尿病患者、特定健診結果から糖尿病性腎症に罹患していると見られる者(重症度により更に選定) 抽出除外条件：1型糖尿病患者、人工透析患者、eGFR 15(mL/分/1.73m²)未満 選定除外条件：①受診勧奨：がん、難病、精神疾患、生活習慣病の治療に係るレセプトがあること、②保健指導：市外居住者、総合病院通院者、糖尿病専門医療機関受診患者(医師からの紹介があった場合を除く)、前年度指導参加者</p>
東大和市 清瀬市	<p>特定健診で受診勧奨数値が示されたが、医療機関を受診していない者。生活習慣病関連で受診していたが、受診を中断した者 40歳以上75歳未満/健診結果よりHbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上/尿蛋白+/レセプト情報なし</p>
東久留米市	<p>平成29年度特定健診受診者のうち、 eGFRが45ml以上60ml以下、HbA1cが6.5以上、空腹時血糖・随時血糖が受診勧奨判定値以上(126)、傷病名に「がん」、「認知症」、「うつ」、「統合失調症」がない、平成31年3月27日現在で、国民健康保険の資格がある74歳未満。</p>
武蔵村山市	<p>糖尿病での最終レセプトが確認できた月から過去6か月分のレセプトを確認し受診頻度を推測する。 最終受診月から受診頻度を経過してもレセプトが確認できない方を治療中断と判断し、受診勧奨対象者とする。</p>

区市町村	保健指導の対象者の抽出基準
墨田区	※①抽出条件は以下の①及び②に該当する者のうち、かかりつけ医の同意が得られるもの ①空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又はHbA1c6.5%以上 ②尿タンパク（+）以上、又はeGFR50未満
江東区	①前年度健診受診者のうち、HbA1cが6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上の73歳以下の被保険者②2型糖尿病治療中の73歳以下の被保険者
品川区	下記の基準に該当する者のうち、主治医の了解が得られた者 ・健診結果のHbA1c7.0%以上で糖尿病治療中 ・健診結果の血圧160/100以上で高血圧治療中
目黒区	【次の1と2のいずれも満たす】 1 次の(1)～(6)のいずれかに該当(1)空腹時血糖126以上、HbA1c6.5%以上又は糖尿病の服薬中(2)収縮期血圧140以上、拡張期血圧90以上又は高血圧症の服薬中(3)中性脂肪150以上、LDL140以上、HDL40未満又は脂質異常症の服薬中(4)尿酸値8以上(5)BMI25以上(6)喫煙有 2 次の(1)～(3)のいずれかに該当（eGFR15未満は除く）(1)尿蛋白2+以上(2)尿蛋白+かつeGFR60未満(3)尿蛋白-かつeGFR45未満
大田区	糖尿病性腎症第2期・第3期の方でかかりつけ医の推薦、本人同意のある方
世田谷区	特定健診の結果に基づいて、2型糖尿病に該当する空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上で腎機能が低下している者で、既に治療中の者及び受診勧奨により医療機関受診へ繋がった者。ただし、①透析治療中の者、②腎移植手術を受けた者、③がん治療中、④重度の合併症を有する者、⑤終末期及び認知機能障害がある者、⑥精神疾患を有する者は除く。なお、保健指導はかかりつけ医の了承とかかりつけ医からの診療情報の提供を受けて開始する。
渋谷区	・該当期間中に糖尿病性腎症に関わるレセプトあり（医師会加入医療機関受診）、糖尿病性腎症ステージ：Ⅲ期以上、年度末年齢74歳以下の者 ・該当期間中に糖尿病性腎症に関わるレセプトあり（医師会非加入医療機関受診）、糖尿病性腎症ステージ：Ⅲ期以上、平成29年度特定健診受診:空腹時血糖126mg/dl又はHb1c6.5%以上 かつ 尿たんぱく（+）以上 年度末年齢74歳以下の者
中野区	特定健診結果及びレセプトデータからの抽出又はかかりつけ医が紹介する場合で、以下のア①～③のいずれかに該当しかつイ①～③のいずれかに該当する者、または区が指定する者 ア糖尿病であること ①現病歴または既往歴に「糖尿病」または「糖尿病性腎症」の記載がある。 ②現在糖尿病に関する治療(内服またはインスリン)を受けている。 ③空腹時血糖値が126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上 イ 腎機能が低下していること ①尿蛋白が1+以上 ②eGFR値が30ml/分/1.73m ² 以上 60ml/分/1.73m ² 未満 ③尿蛋白が±以上かつeGFR値が60ml/分/1.73m ² 以上90ml/分/1.73m ² 未満
杉並区	HbA1c7.0%以上又は空腹時血糖値130以上でかつ（ア）、（イ）又は（ウ）に該当する者（ア）60≤e-GFRかつ尿たんぱく（±2年連続）又は尿たんぱく（+）（イ）45≤e-GFR<60かつ尿たんぱく（-,±,+）（ウ）30≤e-GFR<45かつ尿たんぱく（-,±）
豊島区	国保特定健診受診者のうちHbA1cが6.0～6.4%且つ糖尿病薬未服薬且つ特定保健指導の対象でない者
荒川区	「糖尿病」または「糖尿病性腎症」が主病で「糖尿病」または「糖尿病性腎症」で医療機関の受診歴がある方（ただし、除外基準あり）
板橋区	平成29年度特定健診等受診者で40歳～69歳の被保険者のうち、HbA1c7.0%以上、尿蛋白（+）以上またはeGFR60（ml/分/1.73m ² ）未満。介護保険サービス利用中のものを除く。
練馬区	○特定健診結果より ・HbA1c6.5%以上 ・尿たんぱく（±）以上 ・eGFRが30以上60未満 ○レセプトデータより ・糖尿病に関する治療（内服またはインスリン療法）を受けていること。
足立区	①40～69歳 ②HbA1c：7.0%以上 ③尿蛋白（+）以上又は、eGFR30以上60未満 ④糖尿病治療中 ①～④全ての条件を満たすこと
葛飾区	HbA1c7.0%以上で、医療機関未受診が疑われる者
江戸川区	国保健診受診者のうち、高血糖について治療中かつHbA1cが8%以上の者。
八王子市	年度末年齢40～70歳、HbA1c6.5%～7.9%、健診時糖尿病内服なし、eGFR30～60または尿蛋白（±）以上、特定保健指導対象外 I型糖尿病、認知症、精神疾患、がんを除く
立川市	受診勧奨の対象者のうち、主治医が必要と認め、プログラムへの参加に同意した者。
三鷹市	H29年度の特定健診受診者のうち、健診数値が糖尿病レベル（※1）かつeGFRが30以上（腎症期第3期以下）の者で、H29年度中に糖尿病のレセプトが確認できない（※2）、H29年度の特定保健指導の対象者だが不参加だった者 約200人 ※1 空腹時血糖126mg/dlまたはHbA1c6.5%以上 ※2 国保連合会より提供の情報により抽出
青梅市	<抽出条件> 1. 40～73歳 2. 平成29年度の特定健診の検査結果でeGFR30以上～45未満または尿タンパク（+）以上だった方、もしくは糖尿病性腎症、糖尿病性腎症第2期、第3期とレセプトで診断名のある方 3. 青梅市内の医療機関を受診している 4. 青梅市立総合病院は除く 5. その他の病気（がん、難病、精神疾患、認知症など）を除く 6. その他（生活習慣病管理料などがレセプトで上がってきている方は除く）
府中市	次の(1)(2)より糖尿病性腎症病期Ⅱ～Ⅳ期に該当する者 (1) 特定健康診査等受診者の結果より抽出 (a 及び b または、 a 及び c に該当する者) a : HbA1c (NGSP値) 7.0%以上 または、空腹時血糖130mg/dl以上 b : 尿蛋白2+ 以上 c : eGFR50 (mL/分/1.73m ²) 未満 (2) レセプトの階層化（病名判定・診療行為及び投薬状況等）後、CKD重症度分類を使用して病期を判定する。 なお、がん・難病・認知症等、対象者に不適切または指導困難と考えられる者を除く。
調布市	2型糖尿病または糖尿病性腎症で市内医療機関に通院中の以下の被保険者 ①空腹時血糖130mg/dl以上、②HbA1c7.0%以上、③尿蛋白+以上、④eGFR50ml/min/1.73m ² 未満、 ①～④のいずれかに該当、または⑤委託先の独自システムを使用して推定腎症期を算出し、推定腎症2期以降に該当 ただし、東京都糖尿病性腎症重量化予防プログラムに記載されている除外対象は除く
町田市	以下の3つの条件を満たす被保険者 ①HbA1cが6.5%以上若しくは空腹時血糖値が126mg/dl以上 ②eGFR30～89.9ml/分/1.73m ² ③現病歴または既往歴に「糖尿病」若しくは「糖尿病性腎症」と記載のレセプトが2件以上あること
小金井市	①HbA1c6.5%または空腹時血糖126mg/dl以上 ②腎機能が低下していること（尿たんぱく+以上） ③血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60(ml/分/1.73m ²) 未満 ※前年度の特定健診の結果から、①及び②または①及び③に該当する者

区市町村	保健指導の対象者の抽出基準
小平市	空腹時血糖：130mg/dl以上、HbA1c：7.0%以上、尿蛋白：2+以上、eGFR：50ml/分/1.73m ² 未満、特定のレセプト請求（薬剤）、レセプト請求における疾患名、及び重症度2及び3の者 レセプトは、平成29年4月から平成30年2月診療分を使用。1型糖尿病、難病、精神疾患、認知症等は除外。
日野市	糖尿病のみ（合併症なし）及び糖尿病性腎症第1期から第3期の方 [除外条件] 1型糖尿病患者、人工透析患者、eGFR15(mL/分/1.73m ²)未満、市外医療機関受診者、がん、認知症等患者、資格喪失者、福祉施設入居者、過去保健指導プログラム参加者及び辞退者、「糖尿病性腎症第4期」の診断のある方、（既に重症度が高く本プログラムの趣旨に合致しない方）、「糖尿病」の診断があるが、検査値がeGFR90以上もしくは不明であり、比較的重症度の低い方
東村山市	過去1年分のレセプトの中で糖尿病の治療歴がある方を抽出し、傷病管理システム（特許第5203481号）を使用して病期2期～4期までを階層化する。また健診結果と突合しHbA1c6.5以上かつ尿蛋白陽性者を抽出し病期第2期及び第3期を対象としている。がん、難病、精神疾患、内シャント、透析予防管理料は除外
国立市	国立市国民健康保険被保険者のうち、特定健診の検査値が①HbA1c（NGSP値）6.5%以上、または空腹時血糖126mg/dl以上の者②尿蛋白(±)以上または、eGFR60未満の者③収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上の者。 ※①かつ②、または①かつ③の条件を満たす者。
狛江市	抽出条件：2型糖尿病患者、特定健診結果から糖尿病性腎症に罹患していると見られる者（重症度により更に選定） 抽出除外条件：1型糖尿病患者、人工透析患者、eGFR 15(mL/分/1.73m ²)未満 選定除外条件：①受診勧奨：がん、難病、精神疾患、生活習慣病の治療に係るレセプトがあること、②保健指導：市外居住者、総合病院通院者、糖尿病専門医療機関受診患者（医師からの紹介があった場合を除く）、前年度指導参加者
東大和市	ステージが2又は3で、かかりつけ医が東大和市内の医療機関である方
武蔵村山市	・レセプトに「糖尿病」または「糖尿病性腎症」の記載がある。（1型糖尿病や慢性腎臓病の起因が糖尿病と特定できないものは除外） ・レセプトの投薬状況や特定健診結果から腎症の病期の予測をし、2期以上の者。 ・レセプトより、がん、難病、認知症、精神疾患、糖尿病透析予防指導管理料算定有、内シャント設置術ありを除外。 ・市内の医師会会員医療機関がかかりつけ医の方。
稲城市	前年度稲城市特定健康診査の結果もしくは、かかりつけ医の紹介等の場合で、以下①～③のいずれかに該当する者。 ① 現病歴または既往歴に「糖尿病」または「糖尿病性腎症」の記載がある。 ② 現在糖尿病に関する治療(内服またはインスリン)を受けている。 ③ HbA1c値が7.0%以上。
西東京市	糖尿病で服薬治療を受けており、今後重症化する可能性のある対象者を抽出。 （1）生活習慣病を起因としない方の除外（2）レセプトデータ、健診データを活用して重症度により分類（3）がん、難病、精神疾患、認知症等指導の対象に適さない患者の除外

令和元年度東京都糖尿病性腎症重症化予防事業検証業務
糖尿病性腎症重症化予防事業の状況に関する調査

調査へのご協力をお願い

<p>【本調査の目的について】 この調査は、各区市町村における糖尿病性腎症重症化予防事業の取組について、取組事例を収集し、事業を実施するうえで効果的な実施方法等について横展開を図り、区市町村の重症化予防事業の推進に資することを目的としています。</p> <p>【調査結果の取り扱いについて】 本調査の結果については、基本的に区市町村が特定されない形で公開いたします。優良事例として区市町村名が特定される形で公開する場合には事前に承諾をいただきます。</p> <p>【回答内容の時点について】 特別の指定のない限り、平成30年度事業の内容についてご回答ください。</p> <p>【回答者についてのお願い】 本調査は、糖尿病性腎症重症化予防事業のご担当者様にご記入お願いいたします。</p> <p>【回答期限と調査票返送】 令和元年10月29日（火）までにご回答の上、以下メールアドレスに添付してご送付ください。 ★送付先→ s.natsumi@fujitsu.com （業務委託先：株式会社富士通総研）</p> <p>【アンケートについてのお問合せ先】 回答についてのご質問がありましたら、以下にご連絡ください。 ・調査の趣旨等に関するお問い合わせ 東京都福祉保健局保健政策部国民健康保険課 担当：大竹 電話：03-5320-4166 E-mail: Akira_Ootake@member.metro.tokyo.jp ・設問内容や回答方法、回答時期等に関するお問い合わせ 株式会社富士通総研 担当 赤田・嶋藤 E-mail: akada.keigo@fujitsu.com / s.natsumi@fujitsu.com</p>
--

区市町村名			
部署名			
ご担当者 (あてはまるものに○)	事務職員	保健師	
	栄養士	その他 ()	
連絡先 (電話番号)			

1. 区市町村の状況について

問1 区市町村の状況について平成31年3月末時点の情報をご記入ください。

人口		(人)	国保被保険者数 (退職被保険者含む)		(人)
特定健診 国保対象者数		(人)	特定健診 国保受診者数		(人)
特定健診保健指導 国保対象者数		(人)	特定健診保健指導 国保実施者数		(人)

問2 貴区市町村では糖尿病性腎症重症化予防事業において以下の取組実施していますか。
あてはまるものに○をつけてください。

あてはまるものに○ ↓

1	受診勧奨	
2	保健指導	

問3 各取組をいつから実施していますか。あてはまるものに○をつけてください。

受診勧奨

あてはまるものに○ ↓

1	平成25年以前	
2	平成26年	
3	平成27年	
4	平成28年	
5	平成29年	
6	平成30年	

保健指導

あてはまるものに○ ↓

1	平成25年以前	
2	平成26年	
3	平成27年	
4	平成28年	
5	平成29年	
6	平成30年	

問4 平成29年度及び平成30年度の糖尿病性腎症重症化予防事業に係る予算をご記入ください。

平成29年度		(円)	平成30年度		(円)
--------	--	-----	--------	--	-----

2. 事業の推進体制について

- 問5 糖尿病性腎症重症化予防事業の内容はデータヘルズ計画等の計画に位置付けられていますか。
あてはまるものに○をつけてください。位置づけられている場合には具体的な計画名をご記入ください。

あてはまるものに○↓

1	位置づけられている(計画名: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
2	位置づけられていない	<input type="checkbox"/>

- 問6 糖尿病性腎症重症化予防事業の企画・実施・評価等に関わる行政職員の人数をご記入ください。
(課長以上の管理職は除く) ※無回答の場合は「0人」として集計されます。

	国保所管部署	国保所管部署以外	
		衛生所管部署	その他
事務職	<input type="text"/> (人)	<input type="text"/> (人)	<input type="text"/> (人)
保健師	<input type="text"/> (人)	<input type="text"/> (人)	<input type="text"/> (人)
栄養士	<input type="text"/> (人)	<input type="text"/> (人)	<input type="text"/> (人)
その他 (<input type="text"/>)	<input type="text"/> (人)	<input type="text"/> (人)	<input type="text"/> (人)

- 問7 各取組の実施にあたって、委託を実施しているものすべてに○をつけてください。
全て直営で実施している場合には選択肢7に○をつけてください。

受診勧奨

あてはまるものに○↓

1	対象者の抽出	<input type="checkbox"/>
2	受診勧奨の実施	<input type="checkbox"/>
3	受診勧奨後の医療機関受診歴の確認	<input type="checkbox"/>
4	再度受診勧奨	<input type="checkbox"/>
5	受診後のフォロー	<input type="checkbox"/>
6	その他 (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
7	全て直営で実施している	<input type="checkbox"/>

具体的な委託業者名

保健指導

あてはまるものに○↓

1	対象者の抽出	<input type="checkbox"/>
2	初回指導	<input type="checkbox"/>
3	初回面談後の電話・面談による治療状況の確認	<input type="checkbox"/>
4	最終指導	<input type="checkbox"/>
5	保健指導後のフォロー	<input type="checkbox"/>
6	その他 (<input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
7	全て直営で実施している	<input type="checkbox"/>

具体的な委託業者名

問8 外部委託等を含めた事業実施体制についてお聞きます。保健指導の実施に実際に携わっている専門職のおよその人数をご記入ください。
 ※無回答の場合は「0人」として集計されます。

	職種	庁内	委託先	その他関係機関
1	医師	(人)	(人)	(人)
2	歯科医師	(人)	(人)	(人)
3	歯科衛生士	(人)	(人)	(人)
4	保健師	(人)	(人)	(人)
5	看護師	(人)	(人)	(人)
6	薬剤師	(人)	(人)	(人)
7	栄養士	(人)	(人)	(人)
8	その他 ()	(人)	(人)	(人)

問9 各取組の実施にあたって連携している関係機関について、あてはまるものすべてに○をつけてください。また主な連携内容についてご記入ください。

あてはまるものに○をつけてください↓ ○をつけた機関について ↓主な連携内容を記入してください

受診勧奨

1	地区医師会		
2	地区歯科医師会		
3	地区薬剤師会		
4	東京都看護協会		
5	東京都栄養士会		
6	周辺区市町村専門職団体 ※		
7	周辺区市町村		
8	その他 ()		
9	連携を行っていない		

あてはまるものに○をつけてください↓ ○をつけた機関について ↓主な連携内容を記入してください

保健指導

1	地区医師会		
2	地区歯科医師会		
3	地区薬剤師会		
4	東京都看護協会		
5	東京都栄養士会		
6	周辺区市町村専門職団体 ※		
7	周辺区市町村		
8	その他 ()		
9	連携を行っていない		

※ 例：近隣区市町村の地区医師会など

問9-1 本事業の実施にあたっての、特に地区医師会との具体的な連携状況について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

受診勧奨

あてはまるものに○↓

1	地域の健康課題や事業のねらい等について情報提供・説明している	<input type="checkbox"/>
2	対象者の選定基準や介入方法等について相談し、助言を受けている	<input type="checkbox"/>
3	地域のかかりつけ医との連携方法等について相談し、助言を受けている	<input type="checkbox"/>
4	地域のかかりつけ医等に対して本事業への協力を呼びかけてもらっている	<input type="checkbox"/>
5	事業の実施・評価結果等について情報提供・説明している	<input type="checkbox"/>

保健指導

あてはまるものに○↓

1	地域の健康課題や事業のねらい等について情報提供・説明している	<input type="checkbox"/>
2	対象者の選定基準や介入方法等について相談し、助言を受けている	<input type="checkbox"/>
3	地域のかかりつけ医との連携方法等について相談し、助言を受けている	<input type="checkbox"/>
4	地域のかかりつけ医等に対して本事業への協力を呼びかけてもらっている	<input type="checkbox"/>
5	事業の実施・評価結果等について情報提供・説明している	<input type="checkbox"/>

問9-2 関係機関との連携において工夫していること、または留意していることをご記入ください。

3. 事業の実施内容について

問10 各取組の対象者について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

受診勧奨		あてはまるものに○ ↓
1	医療機関未受診者	<input type="checkbox"/>
2	医療機関受診中断者	<input type="checkbox"/>
3	重症化ハイリスク者	<input type="checkbox"/>
4	その他 ()	<input type="checkbox"/>

保健指導		あてはまるものに○ ↓
1	医療機関未受診者	<input type="checkbox"/>
2	医療機関受診中断者	<input type="checkbox"/>
3	重症化ハイリスク者	<input type="checkbox"/>
4	その他 ()	<input type="checkbox"/>

問11 各取組の対象者の抽出基準（数値等）を具体的にご記入ください。

受診勧奨の対象者の抽出基準

保健指導の対象者の抽出基準

問12 各取組の対象者の抽出方法について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

受診勧奨		あてはまるものに○ ↓
1	健診データより抽出	<input type="checkbox"/>
2	レセプトデータより抽出	<input type="checkbox"/>
3	その他 ()	<input type="checkbox"/>

保健指導		あてはまるものに○ ↓
1	健診データより抽出	<input type="checkbox"/>
2	レセプトデータより抽出	<input type="checkbox"/>
3	その他 ()	<input type="checkbox"/>

問13 各取組の実施方法について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

受診勧奨

あてはまるものに○ ↓

1	電話による勧奨	<input type="checkbox"/>
2	個別通知（ハガキ、電話、Eメール等）による勧奨	<input type="checkbox"/>
3	個別（戸別）訪問による勧奨	<input type="checkbox"/>
4	その他（ ）	<input type="checkbox"/>

保健指導

あてはまるものに○ ↓

1	電話等による指導	<input type="checkbox"/>
2	個別通知（ハガキ、電話、Eメール等）による指導	<input type="checkbox"/>
3	個別面談による指導	<input type="checkbox"/>
4	個別（戸別）訪問による指導	<input type="checkbox"/>
5	集団指導	<input type="checkbox"/>
6	その他（ ）	<input type="checkbox"/>

問14 各取組を行う上で、医療機関受診者数や保健指導終了者数を増やすための工夫についてご記入ください。

受診勧奨において医療機関受診者数を増やすための工夫

保健指導において終了者数を増やすための工夫

4. 取組の評価指標について

問15 平成30年度における重症化予防にかかる各取組の、対象者数等をご記入ください。
 ※無回答の場合は「0人」として集計されます。

受診勧奨

対象者数	()	医療機関受診者数	()
------	-----	----------	-----

保健指導

対象者数	()	保健指導実施者数	()	保健指導終了者数	()
------	-----	----------	-----	----------	-----

問16 重症化予防にかかる各取組の実施後に、その結果や進捗状況を確認・評価・検証していますか。
 あてはまるものに○をつけてください。また、各取組の実施後概ね何ヶ月後に結果を確認しているか
 ご記入ください。

あてはまるものに○を
 つけてください↓
 ○をつけた場合、各取組の実施後何ヶ月後に

1	受診勧奨	()	()	(ヶ月後)
2	保健指導の案内	()	()	(ヶ月後)
3	保健指導	()	()	(ヶ月後)

問17 重症化予防事業にかかる評価項目・指標について、a.現状（値）を把握・評価しているものと、b.関連計画の中で具体的な評価指標として設定したものに○をつけてください。
 いずれかに○をつけた項目については、以下の凡例に基づくc.自己評価等を回答してください。
 また、評価指標として設定していないもののうち、d.今後評価指標として設定することを検討しているものに○をつけてください。

受診勧奨

各項目・指標の現状(値)を把握・評価している場合、その自己評価を◎○△でご記入ください

- ◎・・・適切にできた／以前より大きく改善した
- ・・・ある程度できたがやや課題があった／概ね維持もしくは以前よりやや改善した
- △・・・大いに課題があった／以前より悪化した



分類	評価項目・指標	平成30年度		c.各項目・指標の自己評価	今後
		a.現状(値)を把握・評価したもの	b.関連計画の中で具体的な評価指標として設定したもの		d.今後評価指標として設定することを検討しているもの
ストラクチャー	1 医師会等関係機関との協力体制が確保されているか				
	2 事業に必要な人員が確保されているか				
	3 関係者間での意見交換・情報共有ができていますか				
プロセス	4 事業実施の各段階において評価できているか				
	5 対象者に合わせた実施内容の準備ができていますか				
アウトプット	6 受診勧奨を行った人数				
アウトカム	7 医療機関受診につながった人数				
	8 継続した受診率・服薬状況				
その他	9 その他 ()				

保健指導

No1～6・・・各項目・指標の現状(値)を把握・評価している場合、その自己評価を

◎○△でご記入ください

◎・・・適切にできた／以前より大きく改善した

○・・・ある程度できたがやや課題がある／概ね現状維持もしくは以前よりやや改善した

△・・・大いに課題がある／以前より悪化した

No7～27・・・現状(値)を把握している場合、年度や保健指導の前後で、

各種数値が改善した人数や%をご記入ください



分類	評価項目・指標		平成30年度			今後		
			a.現状(値)を把握・評価したもの	b.関連計画の中で具体的な評価指標として設定したもの	c.各項目・指標の自己評価及び年度や保健指導の前後で、各種数値等が改善した人数や%		d.今後評価指標として設定することを検討しているもの	
ストラクチャー	1	医師会等関係機関との協力体制が確保されているか						
	2	事業に必要な人員が確保されているか						
	3	専門職が確保・配置されているか						
プロセス	4	関係者間での意見交換・情報共有ができていますか						
	5	事業実施の各段階において評価できているか						
	6	対象者に合わせた実施内容の準備ができていますか						
アウトプット	7	対象者に占める保健指導実施者の割合			(%)			
	8	対象者に占める保健指導修了者の割合			(%)			
アウトカム	9	検査値	体重・BMI			(人)		
	10		血圧			(人)		
	11		空腹時血糖値			(人)		
	12		HbA1c			(人)		
	13		eGFR			(人)		
	14		尿たんぱく			(人)		
	15		尿アルブミン			(人)		
	16		その他検査値			(人)		
	17		地域の健康状態等	食生活が改善した人数			(人)	
	18			運動習慣が改善した人数			(人)	
19	禁煙を始められた人数				(人)			
20	禁酒・減酒を始められた人数				(人)			
21	医療機関への受診者数				(人)			
22	服薬状況が改善した人数				(人)			
23	糖尿病性腎症による透析導入数				(人)			
24	医療費が改善した人数				(人)			
25	主観的健康観が改善した人数				(人)			
26	プログラムの満足度が高かった人数				(人)			
その他	27	その他 ()			(人)			

5. 事業評価や継続性確保の体制について

問18 事業全体の進捗や評価結果について、関係者等と共有し改善点を明確にする場を設けていますか。
 あてはまるものに○をつけてください。また場を設けている場合には具体的な会議名等をご記入ください。
 あてはまるものに○ ↓

1	設けている・・・具体的な会議名等 ()	<input type="checkbox"/>
2	設けていない	<input type="checkbox"/>

問19 事業の評価結果について、学識経験者等に対して報告や改善点の相談を行なっていますか。
 (問18の会議等に参加頂いている場合も含む)
 あてはまるものに○をつけてください。

あてはまるものに○ ↓

1	実施している	<input type="checkbox"/>
2	実施していない	<input type="checkbox"/>

問20 二次医療圏の圏域別検討会に対し、直接進捗状況や事業評価について情報共有していますか。
 あてはまるものに○をつけてください。

あてはまるものに○ ↓

1	実施している	<input type="checkbox"/>
2	実施していない	<input type="checkbox"/>

問21 事業運営上の工夫や保健指導における介入方法、対応ポイント等について、事業の企画担当者や保健指導の実施担当者（委託先含む）が参照できるよう、マニュアル等の資料に整理していますか。
 あてはまるものに○をつけてください。

あてはまるものに○ ↓

1	整理している	<input type="checkbox"/>
2	整理していないが、今後整理する予定がある	<input type="checkbox"/>
3	整理しておらず、現時点では作成する予定はない	<input type="checkbox"/>
4	その他 ()	<input type="checkbox"/>

→ 具体的な整理内容

問22 介入対象者の継続的な追跡や毎年の事業実施に向けて、年度や担当者が変わっても進捗が滞らないような対策をしていますか。あてはまるものに○をつけてください。
 また、実施している場合には、その内容をご記入ください。

あてはまるものに○ ↓

1	実施している	<input type="checkbox"/>
2	実施していない	<input type="checkbox"/>

→ 具体的な対策の内容

6. 今後の展望について

問23 今後注力したいと考えていることについて、あてはまるものに○をつけてください。

あてはまるものに○ ↓

1	庁内連携体制の構築・連携促進	
2	地域連携体制の構築・連携促進	
3	事業計画の策定・修正	
4	事業内容の充実	
5	事業評価の実施	
6	その他 ()	

問24 事業の実施にあたって課題となっていることをご記入ください。

あてはまるものに○ ↓ ↓○をつけた場合、具体的な内容について記入してください

対象者に関する課題 (抽出方法等)		
庁内の取組・連携体制に 関する課題		
関係団体との連携に 関する課題		
保健指導等の実施主体 に関する課題		
実施方法に関する課題		
評価方法・体制に 関する課題		
その他に 関する課題		

問25 課題の解決にあたって、東京都に期待する役割についてご記入ください。

--

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。