

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標							
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準						受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人数	受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他			
		個別通知	電話	面談訪問	その他		特定健診未受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診未受診かつ治療中断者	特定健診受診かつ治療中断者	(健診結果) ※1			(レセプト)									
千代田区	H28	○	○			糖尿病の治療が確認できない者に対し、通知、電話により医療機関の受診勧奨及び生活習慣改善指導を行う。	○	○	○	○	126		6.5	60	-、±、+、2+、3+			○	年度当初に、区医師会・保健所定例連絡会の場を利用して事業説明を行っている。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
中央区	R01	○	○			・レセプトデータ及び前年度の特定健康診査データから対象者を抽出 ・医療機関への受診を促す通知書と生活習慣の改善を促す内容のリーフレットを個別送付 ・電話で受診勧奨と保健指導を実施 ・レセプトデータやアンケート回答から受診勧奨後の受診状況を確認し、事業を評価		○	○	○	126		6.5					○	年に1回評価委員会を開催しており、医師会・薬剤師会・歯科医師会代表者に参加して頂き、事業の実施状況を報告・評価している。	○	○		・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
港区	H29	○	○			①前年度健診結果がHbA1c6.5以上かつ尿蛋白(-)または(±)の人を対象とし、アルブミン尿検査を実施。 ②尿中アルブミン値30mg/gCr以上の場合、区内7か所の腎臓専門医療機関での精密検査を紹介。 ③精密検査未実施者に対し受診勧奨を実施。 ・その他、当年度健診結果で空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5以上の人を対象に糖尿病重症化予防に関するパンフレットを送付している。	○	○	○	○	126		6.5	30	-、±				事業実施にあたって、区医師会・みなとCKD連携の会に説明を行い、事業への協力を依頼している。	○			・事業実施者の医療機関の受診率
新宿区	H27	○	○			①抽出条件、受診の必要性、合併症の予防の内容について通知による勧奨を行い、その後、電話により個別の検査データを用いて対象者の状況に合わせた受診勧奨を行っている。 ②生活習慣病3疾病(糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症)の治療中断者に対し、受診勧奨通知を送付後、専門職による健康状況のヒアリングや指導等を行い、医療機関への受診勧奨を実施する。 ※②に関しては、R2より実施	○	○	○	○	126		6.5			100	160	○	①事業の構築において、新宿区医師会に事業内容の説明をし、新宿区糖尿病対策専門部会からも意見を聴取した。 ②事業実施にあたって、新宿区医師会及び新宿区薬剤師会に事業内容を説明し、協力を依頼している。	○	○		②生活習慣病治療再開者の割合
文京区	R01	○	○			個別通知及び医療機関受診勧奨の電話において、医療機関受診の必要性を説明するとともに、既に受診していた場合は、糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導の利用勧奨も行う。		○		○	126		6.5	60	±、+、2+、3+				事業実施にあたって、医師会(小石川・文京)に事業内容の説明し、対象者抽出等において助言をいただいた。 事業の実施状況等について随時情報共有・意見交換等を行っている。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関(委託の場合は委託業者も含む)と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員は確保しているか ・対象者の抽出、受診勧奨、評価等各段階で評価しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
台東区	H30	○				・現年度の特定健診の結果から医療機関の受診勧奨及び保健指導を案内する		○					6.5					○	糖尿病重症化予防事業検討会を設置し関係医療機関から委員を選出してもらい、事業の実施に際しての意見をもらう。	○	○		・事業実施に必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・医療機関受診につながった人の継続した受診率・服薬状況

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標																							
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準						受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人数	受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他																			
		個別通知	電話	面談訪問	その他		特定健診未受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診未受診かつ治療中断者	特定健診受診かつ治療中断者	抽出基準(健診結果) ※1			(レセプト)																									
墨田区	H25以前	○	○			特定健診を受診し、血糖値、HbA1c、eGFR等糖尿病腎症に関する検査値が要医療となった者に対し、かかりつけ医等への受診勧奨を行っている。		○				【血糖】空腹時血糖	130		【血糖】随時血糖		【血糖】HbA1c	7.0	【腎機能】eGFR	44.9	【腎機能】尿蛋白	±、+、2+、3+			治療中断者・未治療者※健診未受診者				受診勧奨を実施していることは情報提供をしているが、個別の勧奨状況は共有していない。				・勧奨による受診率の変化で評価を行う。 ・連絡が取れない者については、アンケートで受診状況及び未受診の理由等を把握し、分析・評価をしている。						
江東区	R02	○	○			健診結果及びレセプトの請求情報(疾患名)から被保険者の状況を把握し、糖尿病未治療者を抽出し、抽出した全員に文書により受診勧奨を行う。文書送付後、1回目の電話受診勧奨を行う。その後、レセプトの請求情報を基に、受診の確認が取れない者へ2回目の電話勧奨を行う。		○				126		6.5	60	±、+、2+、3+														区東部糖尿病医療連携検討委員会にて取組報告を行っている。		○							
品川区	H25以前	○	○			リスク内容によって、記載内容を変えている。		○									7.0				100	160												実施にあたっては、データヘルズ計画・国保基本健診等実施計画策定評価委員会地区医師会を含む各種団体と学識経験者などの入った場で議論して決定した。	○	○		・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療受診率	
目黒区	H25以前	○	○	○		<早期治療> 特定健診結果、空腹時血糖または随時血糖の両方が受診勧奨値の者に早期の受診勧奨通知をする。 <治療再開> 過去3年間糖尿病の治療歴があるが今年度医療機関受診、健診受診がない者に糖尿病の治療再開するよう促す通知をする。いずれも、必要に応じて保健師が治療に向けて個別相談(電話)をする。	○	○	○	○	126	200	6.5																					事業実施にあたり目黒区医師会に事業内容を説明した。	○	○		・医療受診率 ・治療再開率	
大田区	H29	○	○			・治療中断者等に対して、受診勧奨案内文と、糖尿病と合併症についてのリーフレットを送付している。 ・さらに、ハイリスク者への電話勧奨も併せて実施している。 ・発送月から5か月間の受診状況及び特定健診受診状況を確認し効果検証している。		○	○		126	200	6.5	60	±、+、2+、3+									○											本事業検討会の医師に、抽出基準の確認や、事業の相談・実績報告等を行っている。	○	○		・プログラムに必要な人員を確保しているか ・プログラム手順書等を作成するなどして、関係者機関間で意見を交換し情報共有しているか ・対象者の抽出、受診勧奨、評価等各段階で評価しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
世田谷区	H29	○	○			対象者の過去の受診状況や健診結果等を踏まえて対応している。	○	○	○	○	126		6.5																						事業実施にあたって、世田谷区医師会及び玉川医師会に事業内容の説明をしている。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の継続した受診率・服薬状況
渋谷区	H29	○	○			健診結果数値やリスクを記載したカラー刷りの通知を送付し、早期受診を促す。その後、受診を確認できない者については再度通知を送付している。さらに、通知を郵送して一定期間経過後に受診を行っているかを電話で確認している。	○	○	○	○				6.5		±、+、2+、3+									○										渋谷区医師会や渋谷区医師会糖尿病連携委員会に事業内容の説明をする。通知の効果について、医療機関への受診率等のデータを情報提供する。	○	○		・対象者に合わせた実施内容を準備できているか

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標						
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準						受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他				
		個別通知	電話	面談訪問	その他		特定健診未受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診未受診かつ治療中断者	特定健診受診かつ治療中断者	(健診結果)※1			(レセプト)								
中野区	H29	○	○			通知を通し、糖尿病性腎症重症化予防保健指導への参加を促すとともに、医療機関受診の必要性について説明している。	○	○			126	6.5	30~90	±、+、2+、3+		○	事業実施にあたって、中野区医師会に事業内容を説明し、対象者抽出において助言をもらった。また、事業の進捗については、随時情報提供を行った。	○	○			
杉並区	H26	○	○			通知による受診勧奨を実施し、通知送付後に電話による受診勧奨を実施。電話は治療に結びつけるための保健指導も含む。	○	○	○			6.5	~30	±、+、2+、3+		○	事業実施にあたって、杉並区医師会に事業内容を説明し、対象者の抽出についても助言を受け、実施後は結果を報告している。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか	
豊島区	H27	○	○			対象者に医療機関受診状況確認アンケートを郵送。未受診者と回答した者や受診状況不明者には再勧奨ハガキの発送や電話にて受診の必要性を改めて伝えている。	○				6.5						年度当初、豊島区医師会に対して、今年度の事業説明、および前年度の結果を報告している。	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・2年連続特定健診受診者のうちHbA1cが改善または現状維持した人の割合	
北区	H30	○	○			基準に該当した者に受診勧奨通知等を送付し、対象者の受診有無をレセプトデータにて確認を行う。	○	○	○			6.5	60	±、+、2+、3+		○	東京都北区医師会と区で、対象者の抽出基準や実施体制等を検討。また、通知勧奨の内容や、その他必要時に相談し、北区医師会から助言をいただいている。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・医療機関受診につながった人の継続した受診率・服薬状況 ・対象者の抽出や受診勧奨、保健指導の実施等、事業の各段階で評価を実施しているか。 ・保健指導終了者で、検査データの改善率	
荒川区	H28	○				・通知の内容は、健康診断未受診者、健診異常値放置者、治療中断者とそれぞれに合わせた内容で通知している。 ・医師会に所属している医療機関に意向確認を調査したうえで、協力医療機関一覧を作成しかかりつけ医を持たない対象者へ紹介を行っている。	○	○	○	○	126	6.5		±、+、2+、3+	90	140	○	事業実施に当たって、荒川区医師会の特定健診等に関する説明会において事業内容を説明し、協力を依頼している。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標						
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準 (健診結果) ※1						治療中断者・未治療者※健診未受診者	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人数	受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他	
		個別通知	電話	面談訪問	その他		特定健診未受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診未受診かつ治療中断者	特定健診受診かつ治療中断者	【血糖】空腹時血糖	【血糖】随時血糖	【血糖】HbA1c	【腎機能】eGFR		【腎機能】尿蛋白						【血圧】拡張期血圧
板橋区	H28	○	○			対象者に受診勧奨通知、受診状況確認アンケート、血糖に関するリーフレットを送付。2～3週間後、専門職より、電話にて受診状況を確認し、今年度の特定健診受診勧奨も同時実施。未受診者には医療機関へ受診勧奨し、希望者には健康相談を行う。		○	○	○	126	6.5				○	事業実施報告及び情報提供を、板橋区医師会、CKD地域医療連携会議、東京都区西北部糖尿病医療連携推進検討会に行っている。	○	○		・受診勧奨方法の適切さ ・医師会等関係機関との連携 ・委託事業者との連携	
練馬区	H25以前	○	○			・受診勧奨通知を送付し、通知送付の1週間後、架電。 ・数か月後にレセプトを確認し、受診に至ったか検証。受診に至らなかった場合は翌年度に再勧奨を行う。 【医療機関未受診者に対して】 医療機関受診案内とともに、練馬区糖尿病連携医療機関マップを送付し、専門医への受診を促す。 【糖尿病以外の生活習慣病で受診中の者に対して】 かかりつけ医に、糖尿病についても相談するよう促す。		○	○			6.5	0～30	±、+、2+、3+		○	事業説明用資料を区内医療機関に送付。また、練馬区糖尿病医療連携検討専門部会からも意見を聴取している。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関(委託の場合は委託事業者も含む)と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・プログラム手順書を作成するなどして、関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・対象者の抽出、受診勧奨、評価等各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
足立区	H25以前	○	○	○		①糖尿病リスクがある者 対象者に通知で勧奨を行う。通知2か月後も未受診の40～64歳の方には保健師が電話または訪問で再勧奨を行う。 ②治療中断の可能性がある者(R5開始) 対象者に、糖尿病の合併症リスクを記載した通知を送り治療再開を促す。 ③糖尿病性腎症リスクがある者(H27開始) 区がKDBにより対象者を抽出する。委託事業者より、糖尿病性腎症重症化予防事業の案内通知(受診勧奨の内容を含む)を送付後、電話により医療機関受診の必要性について説明する。併せて、保健指導への参加も促す。		○	○	○	130	7.0	30～	-、±、+、2+、3+		○	事業実施にあたり、足立区医師会に事業内容を説明し、対象者抽出等において助言をもらう。また、事業の進捗について、随時情報提供を行う。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の人数	
葛飾区	H28	○	○			受診勧奨通知による勧奨後、医療機関の受診が確認できない者に対しては、医師会管理栄養士が電話による勧奨を行う。		○				6.5					事業実施にあたって、葛飾区糖尿病対策推進会議(医師会・歯科医師会・薬剤師会で構成)で事業内容の説明をし、意見を聴取している。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
江戸川区	H25以前	○	○	○		・受診しないまま高い値を放置することの危険性や将来への影響などを、対象者の年齢や家族構成(聞き取れた場合)、生活環境など様々な状況の違いに合わせながらの勧奨を実施している。 ・かかりつけ医を早期に見つけ、かかりつけ医による定期的な管理の必要性を伝える。		○				7.0					・40-64歳の受診勧奨を江戸川区医師会へ委託している。 ・江戸川区医師会と月に一度打ち合わせの場を設け、意見交換や情報共有を行っている。 ・支援対象者の受診状況を医療機関より受領している。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況	

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標							
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準						受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他					
		個別通知	電話	面談訪問	その他		特定健診未受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診未受診かつ治療中断者	特定健診受診かつ治療中断者	(健診結果) ※1			(レセプト)									
八王子市	H25以前	○	○			【健診受診者】 ・受診勧奨通知を発送。その後も受診のないHbA1c7.0%以上の方には電話を入れ、状況確認と、保健福祉センターでの相談を促している。 【健診未受診者】 ・受診勧奨通知を発送。	○	○					6.5				○	毎年事業開始時に八王子市医師会に協力依頼をし、助言をいただく。対象者への通知発送時に、対象者が受けた健診医療機関にも対象者に勧奨通知を送付した旨を文書にて連絡。	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか	
立川市	R01	○	○			対象者に治療再開や定期的な経過観察のために健診受診を促す内容の通知を送付した後、およそ4か月後に電話による追加勧奨を行う。		○	○								○	市医師会に対し、前年度の事業実績の報告を行っている。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員は確保しているか ・対象者の抽出、受診勧奨、評価等各段階で評価しているか	
武蔵野市	H30	○	○			・対象者へ前年度の健診結果数値を記載した通知を送付。 ・通知発送後、受診がない者に対し、電話で勧奨する。	○		○	126		6.5						事業実施にあたって、武蔵野健康づくり事業団の保健師、武蔵野市医師会から意見を伺っている。	○	○		・医師会との連携体制の構築 ・レセプトデータを用いた対象者の的確な抽出	
三鷹市	H30	○	○			対象者へ通知（個人の健診結果数値を記載）を個別送付する。	○		○	126		6.5						対象者に対する勧奨通知内容について、三鷹地域活動栄養士会に意見を聴取した。	○	○		・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
青梅市	H30	○	○	○		対象者へは通知にて勧奨し、連絡があった場合は個別に面談や電話勧奨を行う。	○	○	○	○	126	200	6.5	30~60	+、2+、3+	90	140	○	関係団体の参加する会議において、受診勧奨の内容や取組状況について情報提供を行っている。また、市医師会および西多摩医師会へは、かかりつけ医への指示書の記載について協力を依頼している。	○			・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
府中市	H28	○	○			・受診勧奨通知対象者 健診結果における異常値放置者及び生活習慣病の治療中断者には、受診勧奨通知を発送する。また、一部対象者に電話勧奨を行う。	○	○	○	○	126		6.5					○	事業実施にあたって、府中市医師会に事業内容を説明し、助言と同意を得た。	○	○		・医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業対象者の受診勧奨率 ・受診勧奨通知の通知率 ・対象者の医療機関受診率 ・健診異常値放置者数の減少 ・糖尿病治療中断者の減少

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標							
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準 (健診結果) ※1						治療中断者・未治療者※健診未受診者	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人数	受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他		
		個別通知	電話	面談訪問	その他		特定健診未受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診未受診かつ治療中断者	特定健診受診かつ治療中断者	【血糖】空腹時血糖	【血糖】随時血糖	【血糖】HbA1c	【腎機能】eGFR		【腎機能】尿蛋白						【血圧】拡張期血圧	【血圧】収縮期血圧
昭島市	R01	○	○			特定検診の受診結果による対象者であり、生活習慣病の治療をしていない者に受診勧奨通知を送付。その後の受診状況を確認し、未受診者へ電話勧奨を行った。	○	○	○	○	126		6.5					昭島市医師会に事業の説明を行い、相談できる医療機関の一覧を対象者へ送付する等の説明を行った。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
調布市	H26	○	○			①・対象者へ健診判定区分別に色分けし、3年間の健診結果を掲載した受診勧奨通知文を郵送する。 ・通知後に糖尿病関連項目が基準値を超えている方や受診の優先順位が高い方へ電話で受診確認を行い、未受診者には未受診理由の確認と再度受診勧奨および保健指導を行う。 ②特定健診を受診または健診結果提供を受けて抽出基準に当てはまる人に受診勧奨文書とリーフレットを郵送する。 ※②はR1以降の取組で、個別通知のみ。	○	○			126		6.5	45	2+、3+	100	160	・調布市医師会と受診勧奨対象者抽出基準について協議を行った。 ・医師会と福祉健康部の業務検討会にて、発送の報告と受診時の協力依頼、および結果報告を行っている。	○			・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ① ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の人数	
町田市	H29	○	○			・医療機関を受診しないことで症状が重篤化することを伝え、早期の医療機関受診を促している。 ・個別通知について、抽出基準に当てはまる項目数に応じて受診勧奨のメッセージを変えている。 ・通知発送後に医療機関を受診で、糖尿病関連項目が基準値を超えている方については、追加で電話による勧奨を実施している。 ・糖尿病治療中断者に対し、健診および医療機関の受診を促している。	○	○	○		126		6.5			90	140	○	事業実施にあたって、町田市医師会に事業内容の説明を行っている。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
福生市	H29	○				・前年度特定健診の結果に異状があるにもかかわらず医療機関を受診しない方に医療機関受診通知を送付 ・糖尿病治療中断者に対し、医療機関を受診しないことで症状が重篤化することを伝え、早期の医療機関受診を促している。 ※事業開始年度について、補足 ・H29①医療機関未受診者 ・R5②糖尿病治療中断者					110		6			90	140	○	医療機関との連携は行っていない。	○	○		
羽村市	H30	○				当該年度の特定健康診査を受診した者から、羽村市で設定した受診勧奨値（空腹時血糖126以上、ヘモグロビンA1C6.5以上）を超えた方かつ、医療機関を受診していない方に対し、通知による受診勧奨を行い、早期に医療機関への受診を促している。		○			126		6.5					抽出基準値や項目について地区医師会会長へ説明し、助言や了承を得た。	○	○			

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標							
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準						受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他					
		個別通知	電話	面談訪問	その他		特定健診未受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診未受診かつ治療中断者	特定健診受診かつ治療中断者	(健診結果) ※1			(レセプト)									
瑞穂町	R02	○	○			対象者へは通知にて勧奨を行う。治療中断者については、通知後通院を再開していない方に電話による受診再勧奨を行う。	○	○	○	○	126		6.5			90	140	○	瑞穂町医師会に事業内容の説明をし、意見を聴取している。	○	○		
あきる野市	R02	○	○			生活習慣病(高血圧・脂質異常・糖尿病)の治療中断者を対象に、受診勧奨を実施する。対象者に通知を送付し、その後のレセプトデータから受診を確認できない者を対象として、専門職からの電話による受診勧奨を行い、医療機関への早期受診を促している。		○	○		126		6.5					○	事業実施にあたって、市医師会に事業概要について周知・説明を行っている。		○		・プログラムに必要な人員は確保しているか
日の出町						—													—				
檜原村	R04	○				特定健診結果に厚生労働省の定める受診勧奨判定値(血糖)に異常が認められ、かつ生活習慣病(糖尿病)に対するレセプトが発生していない対象者に医療機関受診勧奨通知書を送付する。	○	○	○	○	126		6.5					○	なし	○	○		
奥多摩町						—													—				
日野市	H27	○				・健診結果等から算出される、対象者個人の糖尿病発症リスク、心血管発症リスク、健診各検査項目のレーダーチャートを記載した受診勧奨通知を送付している。受診勧奨後に受診が確認できない重症度の高い者に文書による再勧奨を行い、その中でもより重症度の高い者に電話による受診勧奨及び保健指導等案内を行う。	○	○	○	○								○	事業実施にあたって、日野市医師会及び理事会に事業内容の説明をした。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
多摩市	H30	○				対象者へ、特定健診の受診結果をもとに、受診から約3か月後に通知にて受診勧奨を行う。		○	○		126	200	6.5	30					・事業実施にあたり、多摩市医師会へ相談・情報提供を行い、助言及び同意を得た。	○	○		
稲城市						—													—				

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨															地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標					
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準						受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他				
		個別通知	電話	面談訪問	その他		特定健診未受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診未受診かつ治療中断者	特定健診受診かつ治療中断者	(健診結果) ※1			(レセプト)	治療中断者・未治療者※健診未受診者							
国立市	H28	○	○			令和5年度は、従来どおりの方法で糖尿病性腎症重症化予防事業を実施。前年度の特健診結果より、基準値超の被保険者を抽出し、文書と電話による受診勧奨を実施した。 勤奨者のうち参加希望者に対し、事業説明会実施後に、保健師による保健指導(6か月)を行い、参加前後の検査値や行動変容の変化を検証する。 また、通知や電話以外にも、市内医療機関を訪問し、医師より事業に参加させたい患者さんの推薦を募り、参加者増につなげていく。	○	○	○	○	126	6.5	60	±、+、2+、3+	90	140	○	事業実施にあたり、国立市医師会に事業内容を説明し意見を聴取した。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況
狛江市	H29	○				特定健診データとレセプトデータを合わせて健診異常値放置者を特定し、年1回通知を送付する。通知送付後の医療機関受診状況についてはレセプトデータを分析して追跡調査し、事業の評価を行う。	○	○	○	○	126	6.5				○	受診勧奨判定値について、市医師会の公衆衛生担当理事の助言を受けて設定している。	○	○			
小金井市	H28	○	○			①健診結果に異常値があるにもかかわらず医療機関への受診をしていない者 ②生活習慣病発症後に自己判断により治療中断した者 ①及び②の者に対し、それぞれ年1回、個別通知を送付。糖尿病重症化予防事業の参加案内をした対象者へは、電話による参加勧奨も実施。	○	○	○	○	126	6.5	60	+、2+、3+			○	一部の受診勧奨判定値について、市医師会の公衆衛生担当理事の助言を受けて設定	○	○		
国分寺市	R01	○	○			前年度の特健診結果とレセプトデータを照合し、異常値が見られていながら医療機関受診が見られていない人(生活習慣病に関するレセプトが見られていない人)に受診勧奨通知を送る。(11月下旬) 受診勧奨通知を送った後のレセプトデータを確認し、生活習慣病で受診した記録が見られない人に対し、電話による受診勧奨を行う	○	○			110	5.6	59.9	+、2+、3+	90	140	○	情報提供あり。特定健康診査に尿中アルブミンを取り入れたことに伴い、アルブミン値の判定基準と数値について相談実施	○	○		
武蔵村山市	H29	○	○			① 特定健康診査結果が受診勧奨値の者に受診勧奨通知を送付する。送付後、電話による保健指導(受診勧奨)を実施。レセプトにて受診の有無を確認する。 ② レセプトより、糖尿病の治療を中断していると思われる者に受診勧奨通知を送付する。送付後受診が確認できない者を再受診勧奨対象者とし、電話による保健指導(受診勧奨)を実施する。	○	○	○	○	126	6.5				○	事業実施にあたり、武蔵村山市医師会医療機関に事業内容の説明を行った。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか	
東大和市	H25以前	○	○			・治療中断者には、継続を促すハガキを送付する。 ・治療中断者で勧奨通知発送後に受診が確認できない者に対して、電話勧奨を行う。 ・異常値放置者には、健診の結果が記されている通知を送付して、受診を促す。	○	○	○	○	126	6.5				○	事業の実施にあたって、東大和市医師会に、事業内容の説明をし、助言をいただいた。	○	○			

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標									
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準 (健診結果) ※1						治療中断者・未治療者※健診未受診者	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人数	受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他				
		個別通知	電話	面談訪問	その他		特定健診未受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診未受診かつ治療中断者	特定健診受診かつ治療中断者	【血糖】空腹時血糖	【血糖】随時血糖	【血糖】HbA1c	【腎機能】eGFR		【腎機能】尿蛋白						【血圧】拡張期血圧	【血圧】収縮期血圧	(レセプト)	
東村山市	H27	○	○			○生活習慣病 医療機関未受診者(異常値放置者) <個別通知による受診勧奨> ①以下の内容を記載した受診勧奨通知を送付する。 ・過去3ヶ年の検査結果 ・検査結果のレーダーチャート ・糖尿病の発症リスク・心血管病の発症リスク <電話による受診勧奨> 通知後、ハイリスク者に電話勧奨を行う。 ○糖尿病治療中断者<受診勧奨通知> ・受診勧奨通知を送付 ・通知後レセプトによる追跡調査実施		○	○	○		126		6.5				90	140	○	医師会定例会において、事業について情報共有している。	○	○		(ストラクチャー指標) ・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか(プロセス指標) ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか(アウトプット指標) ・対象者への通知率(アウトカム指標) ・通知後の医療機関受診につながった人の実施率(人)
清瀬市	H26	○	○			毎月の受診者から対象者を選定し、健診結果・糖尿病性腎症の病態・治療の必要性・生活上(食事・運動)の留意事項等を記載した通知を送付する。その後、電話等により受診勧奨や状況確認を行う。 6か月後にレセプト情報から受診状況を評価する。	○	○				126		6.5		+、2+、3+			○	清瀬市医師会に事業内容の説明をし、意見を聴取している。	○	○		・医療機関を受診しない者への電話で聞き取った生活状況、受診状況	
東久留米市	H30	○	○			特定健診データとレセプトデータを活用し、対象者を抽出し、受診継続、受診勧奨を合わせて年1回通知している。 通知では、eGFRが60ml以下、HbA1cが6.2%以上であることを伝え医療機関受診を勧めるほか、糖尿病の解説及び合併症を解説し、受診勧奨している。 通知実施後の医療機関受診状況をレセプトデータを基に追跡し、未受診状態が見受けられる方へ電話による再勧奨を行う。	○	○					6.2	45~60					○	市医師会と事業の進め方や、受診勧奨対象者の選定基準について協議し、事業への連携体制を構築した。 また、北多摩北部保健医療圏糖尿病ネットワーク検討会に参加し、市の取り組みの現状と今後の方向性について報告し、助言を頂くなど、周辺自治体や3師会のご理解とご協力を得ながら事業の取り組みを進めている。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員は確保しているか ・受診勧奨後、医療機関への受診が確認出来なかった者への電話実施率	
西東京市	H26	○				健診データとレセプトデータから対象者を抽出し、判定区分を通知している。さらに受診を促すため受診予約日を記入するための項目を設けている。 ※判定区分 AからDの4段階評価で、A 異常なし B：軽度異常 C：経過観察・生活改善 D：要治療。精密検査 見やすく記載しており特にD区分の場合はさらに見やすく標記している。		○						5.6					130	事業実施にあたり、西東京市医師会に事業内容の説明を行い、主治医に参加の確認等を得ている。	○	○		・医療機関受診率 ・未受診者に対する再勧奨の実施率 ・国民健康保険運営協議会との連携	
小平市	H30	○	○			・治療中断者 受診勧奨の1回目は、治療の再開のお願いと、治療をしないとうなるかを伝える通知の送付と、電話勧奨を行う。 受診勧奨の2回目は、引き続き未受診である方に対して、治療の再開のお願いと合併症の危険について伝える通知の送付と、電話勧奨を行う。 ・医療機関未受診者(令和5年度より) 特定健診の健診値が基準に該当する者で医療機関の受診が確認できないものに対して通知を行う。 送付後、一定の期間受診ができないものに対して2回目の通知および電話勧奨を行う。		○	○	○		126		6.5						○	糖尿病ネットワーク委員会に出席し、糖尿病性腎症重症化予防事業のプログラムの説明と、未受診者に対する受診勧奨方法の説明を行い、意見をいただいた。	○	○		・プログラムに必要な人員を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標								
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準 (健診結果) ※1						治療中断者・未治療者※健診未受診者	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人数	受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他			
		個別通知	電話	面談訪問	その他		特定健診未受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)	特定健診未受診かつ治療中断者	特定健診受診かつ治療中断者	【血糖】空腹時血糖	【血糖】随時血糖	【血糖】HbA1c	【腎機能】eGFR		【腎機能】尿蛋白						【血圧】拡張期血圧	【血圧】収縮期血圧	(レセプト)
大島町	R01	○	○			2月～3月中に実施。 ・KDBにて対象者を抽出し、対象者へ文書により通知。 ・町保健師等から電話にて受診勧奨を行う。 ・島内の医療機関に対象者の情報提供等を行う。	○	○	○	○					6.5				○	事業実施にあたり、島内の医療機関に事業内容・対象者リスト等を提供及び医師の助言を依頼。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者の抽出、受診勧奨、評価等各段階で評価しているか
利島村	R05			○	○	健診結果をもとに該当者を抽出し、電話又は面談にて受診勧奨を行う。		○							6.5					診療所医師との健診結果の情報共有	○			
新島村	R01				○	・対象者全員に電話にて健診結果の内容を通知し、受診勧奨を行う。 ・質問表にて医療機関受診と回答があった者には、現在の受診・服薬状況を確認し、中断していた場合は治療再開を促す。									7.0	50				村国保診療所医師と相談して事業内容、基準を設定した	○	○		
神津島村	R01				○	健診結果より、血糖値及びHbA1cの項目において「要受診判定」となった対象者に対して、電話にて受診勧奨。	○	○							6.5					診療所と健診結果のデータを提供及び共有している				(ストラクチャー評価) かかりつけ医との連携、専門職の実施体制の確保 (プロセス評価) 対象者の抽出等の各段階での評価 (アウトプット評価) 対象者への受診勧奨実施率 (アウトカム指標) 対象者の勧奨後の医療機関受診率
三宅村	R01	○	○			当年度の特定健診結果において対象者を抽出、受診勧奨の通知と高血糖であることを知らせるパンフレットを同封し送付。 2週間後、保健師・栄養士が電話で受診を確認。未受診の場合はさらに1週間後に電話で確認。※受診するまで最大4回勧奨	○	○	○	○	126	200	6.5					○	事業実施にあたり、医療機関・保健所等に事業内容の説明と協力をお願いをした。村内唯一の診療所には対象者のリストを提供。受診時にはプログラムへの参加の声掛けを依頼。	○	○			
御蔵島村	R01				○	健診結果を受けて該当者に対し保健師により受診勧奨を実施。	○	○							6.5					診療所医師との健診結果の共有				・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか
八丈町	R01				○	特定健診受診者で受診勧奨数値等があった該当者に、町保健師により受診勧奨を実施する。	○	○												関係機関との連携を行っていない。		○	○	
小笠原村	R01	○	○			健診結果及びレセプトの請求情報(疾患名)から被保険者の状況を把握し、糖尿病未治療者を抽出し、抽出した全員に文書により受診勧奨を行う。 受診勧奨実施後、レセプトにより受診の有無を確認し、受診が無い者には電話により再勧奨を行う。 なお、令和2年度は対象者無し。	○	○							6.5					島内医療機関の医師に事業内容を説明し、協力を依頼予定		○	○	

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者		抽出基準												地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職					事業の評価指標															
		個別通知	電話	面談訪問	その他		重症化ハイリスク者	前年度保健指導了者(フォローアップ)	(健診結果) ※1				(病期)			(除外要件)						医師	保健師	看護師	管理栄養士	その他	保健指導実施率	対象者の行動変容割合	対象者の検査値(HbA1c等)の改善	人工透析導入患者数	医療費	その他										
									【血糖】空腹時血糖	【血糖】随時血糖	【血糖】HbA1c	【腎機能】eGFR	【腎機能】尿蛋白	【血圧】拡張期血圧	【血圧】収縮期血圧	腎症2期	腎症3期	腎症4期	1型糖尿病	がん													認知機能	糖尿病透析予防指導管理料などの算定対象								
千代田区	R02	○	○	○	○	・委託業者にて対象者を抽出し、対象者へ事業の通知を発送すると共に事業の利用助架電を実施する。 ・参加者決定後は、かかりつけ医が作成した保健指導指示書に基づき、糖尿病の専門知識を持った看護師（委託業者）が保健指導を行う。 ・保健指導の回数は参加者の病期に合わせて面談2回+電話6〜10回とし、食事、運動、服薬、糖尿病に関する知識補充を中心とした保健指導を6か月間行う。 ・かかりつけ医には、保健指導の内容を毎月情報提供する。 ・前年度保健指導利用者へその後の取り組み状況を電話で確認し、自己管理の支援を行う。(フォローアップ事業) 【重症化ハイリスク者】 ・レセプトデータ及び特定健診データから対象者を抽出 ・対象者に保健指導参加勧奨通知を送付し、電話で参加勧奨実施 ・参加者に対し6ヶ月間の指導を専門職が実施 ・指導前後での生活習慣や検査値等の変化等により事業を評価 【医療機関未受診者、医療機関受診中断者】 ・レセプトデータ及び前年度の特定健康診査データから対象者を抽出 ・医療機関への受診を促す通知書とリーフレットを個別送付 ・電話で受診勧奨と保健指導を実施 ・レセプトデータやアンケート回答から受診勧奨後の受診状況を把握し、事業を評価	○	○																														・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・関係機関間で意見を交換し情報共有しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化				
中央区	R01	○	○	○	○	委託業者の専門職（保健師・管理栄養士）により、6か月間の保健指導を実施する（面談指導、電話指導及び個別通知）。 初回面談にて、専門医療機関医が記入した微量アルブミン尿検査精密検査結果報告書をもとに、各参加者の生活習慣等に応じて達成すべき目標を立てる。その後、電話指導や通知による情報提供を行い、目標に向けた行動の継続をサポートしている。	○																													・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか						
港区	R03		○	○																																						
新宿区	R01	○	○	○	○	(1) 区はK D Bシステムより、対象者を抽出する。 (2) (1) で抽出した者に対し、区は通知及び電話による参加勧奨を行う。 (3) 参加希望者のかかりつけ医が、保健指導確認書を作成し区に提出する。 (4) 区はかかりつけ医の指示のもと、6か月間の保健指導を業務委託により実施する。 (5) 指導終了後、検査データ、生活習慣の変化を分析し事業の評価を行う。	○																																			
文京区	R01	○	○	○	○	個別通知及び電話で保健指導利用勧奨を行う。 利用申込にあたっては、かかりつけ医の確認書を合わせて提出してもらう。 確認書に基づき、保健師・栄養士等が、利用者の状況やニーズに沿った個別支援計画を作成し、面接及び電話等による保健指導を、約6か月間実施する。 保健指導実施状況については、かかりつけ医あて報告を行い、保健指導実施後、利用者本人にアンケートで改善状況等を確認する。 また、前年度に保健指導を終了した者に対し、フォローアップの保健指導を行う。	○	○																																目標を設定し、医師会等関係機関（委託の場合は委託業者も含む）と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員は確保しているか ・保健指導の実施者は、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等専門の職員を置くとし、実施体制を確保しているか ・対象者の抽出、事業説明、保健指導、評価等各段階で評価しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合（保健指導参加者数・終了率） ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・月平均の人工透析患者数		
台東区	R01		○	○		・保健師等による個別面談の上、利用者ごとに目標等を設定し、支援を行う。（最長6か月間）	○																															・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くとし、実施体制を確保しているか ・関係機関間で意見を交換し情報共有しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・対象者の検査値の改善率 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率				
墨田区	H27	○	○	○		・特定健診データまたは、医師の推薦により対象者を抽出 ・対象者に事業参加への案内文書を送付、電話勧奨実施 ・参加希望者に対し、かかりつけ医の指導方針を確認し、それに応じた保健指導を行う。	○	○																																・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・アンケートにより、参加者の反応を確認し、肯定的な意見が聞かれた割合を評価 ・過去参加者の検査値を追跡し、経年変化を評価		

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者		抽出基準														地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職					事業の評価指標																		
		個別通知	電話	面談訪問	その他		重症化ハイリスク者	前年度保健指導終了者(フォローアップ)	その他	(健康結果)※1							(病期)				(除外要件)			医師	保健師	看護師	管理栄養士	その他	保健指導実施率	対象者の行動変容割合	対象者の検査値(HbA1c等)の改善	人工透析導入患者数	医療費	その他													
										【血糖】空腹時血糖	【血糖】随時血糖	【血糖】HbA1c	【腎機能】eGFR	【腎機能】尿蛋白	【血圧】拡張期血圧	【血圧】収縮期血圧	腎症2期	腎症3期	腎症4期	1型糖尿病	がん	認知機能													糖尿病透析予防治療管理料などの算定対象												
江東区	H25以前	○	○	○		保健指導は全過程を委託業者の専門スタッフが行う。 ①支援を開始するにあたり事前の面談を実施。 ②1ヶ月後、目標設定のための面談を実施。 ③2～5ヶ月の間、電話・手紙支援を行う。 ④6ヶ月目の最終面談にて、体重やHbA1cの値を比較し、評価を行う。 かかりつけ医への報告は、1ヶ月目の面談後、4ヶ月目の電話支援後、6ヶ月目の最終面談後に委託業者から行う。			126		6.5																									○	○	○		○	○						・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化
品川区	H25以前		○	○		かかりつけ医が記入した生活指導確認書に沿った食事指導、運動指導、服薬指導、ストレスマネジメント、血糖管理等					7.0			100	160																											○	○	○			対象者の血圧の検査値の改善
目黒区	H30	○	○	○		・対象者に利用勧奨案内を送付する。 ・利用希望者の主治医に生活指導確認書を依頼し、その指示を基に、6か月間医療専門職（管理栄養士）が、面談3回・電話3回実施し生活改善保健指導をする。 ・最終保健指導終了後、行動変容アンケートを郵送にて実施する。 ・次年度に前年度実施者へのフォローアップを面談1回電話1回実施し生活改善保健指導をする。			126		6.5	15	-、±、+、2、+、3+	90	140																													・事業実施にあたり事業内容について医師会に情報提供している。 ・事業実施過程で事業内容について医師会から助言を受けている。 ・事業実施過程で個々の取組について、保健指導をする上での指示を記載した生活指導確認書によりかかりつけ医から助言を受けている ・面談による保健指導及び最終評価について、かかりつけ医に報告し、情報提供している。 ・事業実施の結果について医師会に報告している。			
大田区	H28	○	○	○		・参加勧奨通知の他、かかりつけ医から助めていただく方法により参加者を募っている。 ・協力医療機関の管理栄養士が区内かかかりつけ医と連携し、6か月間の保健指導を実施。 ・初回面談で個別目標を設定 ・毎回連携/スよりかかりつけ医に報告、指示を受ける ・介入前後の検査数値、本人へのアンケートで生活改善状況を確認 ・次年度に前年度実施者へのフォローアップを1回実施			126		6.5	30～60	-、±、+、2、+、3+					○	○																								・医師会委託により事業実施 ・事業協力医療機関調査により事業周知し、協力医療機関にリーフレット・ポスターを配布している。 ・医師会推薦の医師4名による検討会を開催し、プログラム参加者の選定や事業運営に係る検討を行っている。 ・管理栄養士等連絡会を開催し、事業報告の他、検討会委員を交えて事例紹介や情報共有を行っている。 ・前年度の協力実績がある医療機関に「認定証」を交付し、事業PRや協力継続をお願いしている。				
世田谷区	H29	○	○	○		対象者にかかりつけ医から体重やHbA1cなどの目標値を設定した生活指導確認書を書いてもらい、保健指導の初回面接では目標達成にむけた6ヶ月間の計画を策定する。その後、対象者には計画に基づいて生活改善に取り組んでもらい、かかりつけ医と進捗状況等を共有することで連携を図っている。			126		6.5	30～90	±、+、2+、3+						○																								・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化				
渋谷区	H29	○	○	○		症状・年齢・性別・他の理由により、栄養指導や運動指導の組み合わせを、人によって変更している。また電話やメールや通知なども生活事情等によって変更している。						30	±、+、2+、3+							○	○	○	○	○	○	○	○															・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか					
中野区	H29		○	○		参加者個人のニーズや状況に応じた個別支援計画を作成し、食事・運動指導をはじめ血糖管理ができるよう指導する。また、電話による指導回数を重症者には2回増やし、より手厚く対応している。（糖尿病性腎臓病の患者には、低たんぱく食指導やカリウム制限等の食事指導も実施）		・医療機関未受診者	126		6.5	30～90	±、+、2+、3+																														・かかりつけ医に保健指導にあたっての注意事項を記載する生活指導内容確認書の作成を依頼。また、実施した指導結果については、報告書を毎月郵送している。 ・対象者の抽出条件から保健指導の結果まで、随時中野区医師会に情報提供し、助言を受けている。				
杉並区	H27	○	○	○	ICT面談	・対象者へ参加勧奨通知を送付し、参加希望者は電話による申込み後、かかりつけ医の同意を得て事業への参加依頼書の提出を確認後事業開始となる。 ・指導期間は3か月間とし、ICTによる初回個別指導を1回、ICTまたは電話による個別指導を2回実施。保健指導内容は参加者の状況に合ったものとしている。 ・支援内容をかかりつけ医に月毎に報告書を送付。					7.0	60～	±、+、2+、3+						○	○	○	○	○	○	○																			・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか			

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者		抽出基準													地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職					事業の評価指標																																						
		個別通知	電話	面談訪問	その他		重症化ハイリスク者	前年度保健指導修了者（フォローアップ）	その他	(健診結果) ※1						(病期)			(除外要件)				医師	保健師	看護師	管理栄養士 栄養士	その他	保健指導実施率	対象者の行動変容割合	対象者の検査値（HbA1c等）の改善	人工透析導入患者数	医療費	その他																																	
										【血糖】 空腹時血糖	【血糖】 随時血糖	【血糖】 HbA1c	【腎機能】 eGFR	【腎機能】 尿蛋白	【血圧】 拡張期血圧	【血圧】 収縮期血圧	腎症2期	腎症3期	腎症4期	1型糖尿病	がん													認知機能	糖尿病透析予防指導管理料などの算定対象																															
八王子市	H29		○	○		①6か月間に面接3回 電話支援3回の重症化予防指導 ②R4年度重症化予防指導実施者に対し、指導修了後6か月に本人が自分にあてた手紙を送付し、その後原則担当した指導者から電話を入れフォローを実施。	○	○																															・本人へ保健指導開催通知を送る際に、対象者の健診医療機関にも通知発送した旨を通知。 ・指導開始時に主治医から「保健指導連絡票」をいただき、それに基づき指導し、保健指導報告書を提出。 ・糖尿病連携手帳を使って、対象者を通じて保健指導の内容を主治医等に情報提供している。								・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラム手順等を作成するなどして、関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化																			
立川市	H26		○	○		重点事項（目標）、血糖管理、食事、運動、セルフモニタリングの項目について、保健師と面談及び電話にて6か月間の生活指導を実施する。 また、令和2年度より対象者のかかりつけ薬局において薬剤師による生活指導を開始している。	○																															事業実施にあたって、立川市医師会に事業内容の説明をし、対象者の推薦を頂いている。また、プログラムの対象者のかかりつけ医師からは、生活指導確認書を提出してもらい、医師からのデータを提供してもらい、生活指導開始後はかかりつけ医師に面談の状況について書面にて報告している。								・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化																				
武蔵野市	R01		○	○		利用者ごとに保健指導支援計画を作成し、個別に面談の上、各自に応じた目標を設定し、生活習慣の改善に向けた支援を行う。	○																															・利用候補者の決定、主治医による指示書作成に係る諸業務を武蔵野市医師会に委託している。 ・事業の円滑な実施ができるよう、医師会を通して市内医療機関及び医療従事者に協力を要請している。 ・かかりつけ医へ、中間と支援終了後に支援内容や経過、結果等の報告書を提出している。								・医師会との連携体制の構築 ・健診結果及びレポートデータを用いた対象者の的確な抽出 ・保健指導参加者数																				
三鷹市	H30		○	○		生活習慣、医療の受診歴、服薬歴等を聞き取ったうえで、改善策を具体的にアドバイスする。	○																															対象者に対する面談について、三鷹地域活動栄養士に委託して実施している。三鷹市医師会には、事業の方向性について確認し、まずはかかりつけ医など、医療につなぐことを目的とすることとした。								・プログラムに必要な人員を確保しているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化																				
青梅市	H30		○	○	○	個別指導のため、本人の理解度・ニーズに合わせた内容としている。	○																															関係団体の参加する会議において、保健指導の内容や取組状況について情報提供を行っている。また、市医師会および西多摩医師会へは、かかりつけ医への指示書の記載について協力を依頼し、保健指導を実施後、書面にてかかりつけ医へ報告書を提出している。								・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化																				
府中市	H28		○	○	○	指導期間6か月間と3か月の2コースで実施。それぞれのコースで対象者を分けており、3か月コースは早期腎症期を対象に実施。指導参加中の治療中断者には、電話や面談にて受診勧奨を実施。保健指導中も継続して受診確認し、適宜受診勧奨を実施する。 ①6か月コース ・対象者に通知発送後、電話による参加勧奨を行う。 ・訪問による初回面接を実施し、約1か月後に2回目面接を行う。 （初回面接で生活習慣や受診状況、数値の確認等を行い、それらの情報を専門職で共有し、今後の目標設定や指導方針を検討し、2回目面接で行動計画を作成する。） ・6か月間の継続的支援で、ニュースレターでの情報提供、電話支援を行う。 ・6か月経過後、面接で目標の達成度、数値の改善等を確認し、評価する。 ②3か月コース ・対象者に通知発送後、電話による参加勧奨を行う。 ・訪問あるいは遠隔による初回面談を実施し、約1か月後に1回目の電話支援を行う。 ・初回面談支援から3か月経過後、電話による最終支援を行い、目標に向けた取り組み状況を確認する。	○																																アまたはイの選定方法により該当者を抽出する。 ア、健診データより（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)未満 イ、レポートデータより 病名が糖尿病、糖尿病性腎症（ただし、1型や慢性腎臓病等、生活習慣病に起因しないと考えられるものは除外） 上記条件に該当する者を最優先者として抽出。それ以外の対象者は、糖尿病性腎症第3・4期を優先、第2期については、尿蛋白(±)以上を優先して抽出。 (除外条件) がん、精神疾患、難病、認知症、人工透析																			・事業実施にあたり、府中市医師会に事業内容を説明し、助言と同意を得ている。 ・かかりつけ医に事業の対象者リストを提供し、医師から対象者に対して、事業参加の声掛けを依頼している。 ・支援開始時は、対象者を通じて主治医に情報提供すると同時に、主治医の参加確認及び対象者への指示内容の把握を行う。 ・行動計画作成時及び支援終了時、支援経過や結果等を記載した報告書を作成し、主治医に送付する。								・医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・指導継続率（指導完了者数） ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・指導実施完了者の糖尿病腎症における病期進行者数
昭島市	R03		○	○	○	かかりつけ医と連携のもと、健康教育を目的とした教室事業等に参加してもらいながら、おおむね6か月の保健指導を実施する。	○																															事業実施にあたり、昭島市医師会に事業内容を説明し、会員への事業周知を行った。対象者の保健指導開始にあたり、かかりつけ医には、参加指示書を作成してもらい、目標値等の指示内容の把握を行っている。また、かかりつけ医に対し中間報告を行い、支援終了後に報告書を提出する。								・目標を設定し、医師会等関係機関（委託の場合は委託業者も含む）と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか																				

令和5年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保健指導																																												
保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者		抽出基準													地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職						事業の評価指標															
		個別通知	電話	面談訪問	その他		重症化ハイリスク者	前年度保健指導修了者(フォローアップ)	その他	(健診結果) ※1					(病期)			(除外要件)					医師	保健師	看護師	管理栄養士	栄養士	その他	保健指導実施率	対象者の行動変容割合	対象者の検査値(HbA1c等)の改善	人工透析導入患者数	医療費	その他										
大島町	R03		○	○		・対象者に電話にて参加勧奨を行う ・希望者には面談を行い、食生活や運動習慣などの見直し、行動変容の目標を設定、支援を行う	○		・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	【血糖】空腹時血糖	【血糖】随時血糖	【血糖】HbA1c	【腎機能】eGFR	【腎機能】尿蛋白	【血圧】拡張期血圧	【血圧】収縮期血圧	腎症2期	腎症3期	腎症4期	1型糖尿病	がん	認知機能	糖尿病透析予防治療管理料などの算定対象	島内唯一の医療センターを連携を図り、情報共有をする。	○								○	○	○									
利島村	R05		○	○		健診結果を元に該当者を抽出し、電話または面談にて保健指導を行う。	○			200	6.5	50	2+											診療所医師との健診結果の共有	○											保健指導率（栄養士や保健師との面談）・次年度の健診結果								
新島村	R01		○	○		・対象者に電話にて参加勧奨を行う ・希望者には面談を行い、食生活や運動習慣などの見直し、行動変容の目標を設定、支援を行う	○			6.5	60												村国保診療所医師と相談して事業内容、基準を設定した												○	○	○	○	○	・次年度の特定健診結果				
神津島村	R01					—																	—																					
三宅村	R01		○	○		保健師と管理栄養士が6カ月間支援をおこなう。保健師または管理栄養士が1ヶ月に1回訪問することを基本とする。 指導内容は、運動・食事・服薬管理とし、本人と行動目標を決め、支援していく。	○			126	200	6.5												医師会はないため、村内唯一の診療所と情報共有している。対象者のリストを渡し、プログラム参加状況の情報を提供している。対象者の指導内容について不明な点があれば随時情報交換している。	○														○	○	○	○	○	・プログラムに必要な人員を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化
御蔵島村	R01			○		健診結果を受けて該当者に対し保健師による個別指導を実施。	○			126	200	6.5	±、+、2+、3+											診療所医師との健診結果の共有	○															・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか				
八丈町						—																	—																					
小笠原村						—																		—																				

令和5年度 東京都後期高齢者医療広域連合及び構成市区町村における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況(後期高齢者医療制度分)

保険者名 または市 区町村名	受診勧奨											保健指導																							
	取組方法の種類				具体的な取組	対象者			抽出基準		事業の評価指標	取組方法の種類 (主たる取組方法は二重丸)				具体的な取組	対象者			抽出基準		携わっている専門職	事業の評価指標												
	事業 開始 年度	個別 通知	電話	訪問 ・ 面談		医療機関 未受診者 【健診受 診あり・ 医療機関 未受診】	医療機関 受診中断 者	その他	【血糖】 空腹時 血糖	【血糖】 HbA1c		(除外要件)	地区医師会等関係 機関への情報提供 等	受診に 繋がっ た人数・割合	その他 評価指標		事業 開始 年度	訪問	面談	電話	その他		重症化ハイ リスク者 (コント ロール不良 者等)	医療機関受 診中断者	【血糖】 空腹時 血糖	【血糖】 HbA1c	(除外要件)	地区医師会等関係 機関への情報提供 等	医師	保健師	看護師	管理 栄養 士・ 栄養 士	歯科 衛生 士	その他	保健指 導実施 割合
東京都後期 高齢者医療 広域連合	R2	○			健診結果に異常値があるが、医療機関を受診していない被保険者に対し、医療機関への受診勧奨通知を送付し、重症化予防を図る。	○		126	7.0	○	東京都三医師会に通知文案や対象者の選定基準についての助言を依頼している。また、適宜事業に関する情報共有を図っている。	○	○	—																					
台東区	R5	○	○		総合健康診査受診者で、HbA1c値が8.0%以上の方へ、医療機関への受診と保健指導の利用を促す通知を送付する。	○			8.0	○	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る協議会を設置し、台東区三師会や介護事業者等に助言を依頼している。また、適宜事業に関する情報共有を図っている。			R5	◎	○				○		8.0	○	人工透析を受けている者または1型糖尿病の者		○	○	○		日本糖尿病療養指導士	○	○	生活習慣等の変化や改善への気持ち		
墨田区	—													R3	◎	○	○			○		8.0	○	がん、認知症、統合失調症、うつ、90歳以上、要介護1以上、人工透析、在宅診療	地域連携検討会(墨田区医師会、墨田区歯科医師会、墨田区薬剤師会等)にて情報共有し、助言を受ける。	○	○	○			・目標の達成状況				
江東区	—													R4	◎	○				○		7.0	○	要介護3以上、81歳以上、認知症、がん	江東区保健事業等地域連携連絡会等において、江東区の三師会に事業内容を説明し、事業実施結果を報告している。	○	○	○			・行動変容に結びついた者の割合				
大田区	R5	○	○	○	糖尿病治療中断者に対し、健診および医療機関への受診を促すため、個別通知を発送する。	○				○	国保の糖尿病性腎症重症化予防事業の検討委員会にて事業実施方法や事業対象者について情報共有および意見交換を行った。また、大田区三医師会へも同様に適宜情報提供を行っている。	○	○	R5	◎	○				○			○	介護認定を受けている者		○	○	○	健康運動指導士	○	○	・健診・医療機関受診に繋がった人数・割合 ・要介護認定状況			

令和5年度 東京都後期高齢者医療広域連合及び構成市区町村における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況(後期高齢者医療制度分)

保険者名 または市区町村名	受診勧奨										保健指導																														
	取組方法の種類			具体的な取組	対象者			抽出基準		事業の評価指標	取組方法の種類 (主たる取組方法は二重丸)				具体的な取組	対象者			抽出基準		携わっている専門職					事業の評価指標															
	事業 開始 年度	個別 通知	電話		訪問 ・ 面談	医療機関 未受診者 【健診受 診あり・ 医療機関 未受診】	医療機関 受診中断 者	その他	【血糖】 空腹時 血糖		【血糖】 HbA1c	除外要件)	地区医師会等関係 機関への情報提供 等	受診勧 奨者数		受診に 繋がっ た人 数・割 合	その他 評価指標	事業 開始 年度	訪問	面談	電話	その他	重症化ハイ リスク者 (コント ロール不 良者等)	医療機関受 診中断者	【血糖】 空腹時 血糖	【血糖】 HbA1c	除外要件)	地区医師会等関係 機関への情報提供 等	医師	保健 師	看護 師	管理 栄養 士・ 栄養 士	歯科 衛生 士	その他	保健指 導実施 割合	対象者 の検査 値 (HbA1c 等)の変 化	その他 評価指標				
練馬区	R3	○			後期高齢者医療制度の被保険者の中から対象者を抽出後、重症化リスクが比較的低い者に対して、生活習慣病予防リーフレット等を送付する。	○			6.5	○				R3	◎	○				後期高齢者医療制度の被保険者の中から対象者を抽出後、重症化リスクが比較的高い者に対して、事業案内通知を送付する。その後、対象者の自宅を訪問し、3か月の間、1か月に1回程度、訪問指導等を実施する。	○			7.0	○											○	○	・主観的健康観の変化 ・心の健康状態の変化 ・生活習慣の改善状況 ・治療開始人数			
江戸川区	—													R3	◎	○	○			3か月間の実施期間における3回の面談指導の中で、支援計画の作成、服薬指導、運動指導、血糖管理、口腔ケア指導、評価書の作成を行う。	○			8.0	○											○	○	生活習慣の改善状況			
八王子市	—													R3	○	◎	○			健診結果で糖尿病重症化リスクのある対象者に対して個別に案内を送付、利用の申し込みがあった方に医師の了承及び保健指導連絡票をもらった上で6か月間に訪問または面談及び電話等を用いて複数回指導を実施する。	○			8.0	○												○	○	・行動変容の割合		
府中市	R5	○	○		R4年度の健診結果で異常値が認められたが、医療機関を受診していない者に対し、医療機関への受診勧奨を促す通知を送付する。通知発送後、電話指導を1回行い、健診結果の振り返りや糖尿病の基礎知識を伝え、対象者の受診を促す。	○			130	7.0	○			R5	◎	○				R4年度の健診結果で重症化リスクが高い者に対し、事業案内通知を送付する。保健指導実施期間は参加者一人に対し、4か月程度とする。(面談2回、電話2回、手紙等を基本)初回面談時に詳細のヒアリングを実施し、参加者個人の状況に適したプランニングを作成。参加者にアンケートをとるなどして目標の達成度や生活習慣の変化を確認し、必要な情報の提供や必要時目標の修正を行う。	○			130	7.0	○													○	○	・生活習慣の維持状況

令和5年度 東京都後期高齢者医療広域連合及び構成市区町村における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況(後期高齢者医療制度分)

保険者名 または市区町村名	受診勧奨											保健指導																								
	取組方法の種類				具体的な取組	対象者			抽出基準		地区医師会等関係 機関への情報提供 等	事業の評価指標			取組方法の種類 (主たる取組方法は二重丸)				具体的な取組	対象者			抽出基準		地区医師会等関係 機関への情報提供 等	携わっている専門職					事業の評価指標					
	事業 開始 年度	個別 通知	電話	訪問 ・ 面談		医療機関 未受診者 【健診受 診あり・ 医療機関 未受診】	医療機関 受診中断 者	その他	【血糖】 空腹時 血糖	【血糖】 HbA1c		その他	受診に 繋がっ た人 数・割 合	その他 評価指標	事業 開始 年度	訪問	面談	電話		その他	重症化ハイ リスク者 (コント ロール不 良者等)	医療機関受 診中断者	【血糖】 空腹時 血糖	【血糖】 HbA1c		その他	医師	保健 師	看護 師	管理 栄養 士・ 栄養 士	歯科 衛生 士	その他	保健指 導実施 割合	対象者 の検査 値 (HbA1c 等)の変 化	その他 評価指標	
町田市	—											R2	◎	○			・3か月間の保健指導(面談指導3回)を実施する。 ・初回面談にて、各参加者の生活習慣等に応じて達成すべき目標を立てる。その目標に応じて食事指導や運動指導の内容を変えている。 ・指導にあたっては「後期高齢者の質問票」を活用するなど参加者のフレイル予防にも着目している。	○		126	8.0	○											○	○	・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の参加前後の検査値(空腹時血糖、HbA1c)の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	
武蔵村山市	R4	○	○		【未治療者への受診勧奨】 R4年度健診結果に異常値があるが、医療機関を受診していない者に対し、医療機関への受診勧奨を促す通知を送付後、架電勧奨をする。 【治療中断者への受診勧奨】 R4年度健診未受診者のうち、治療中断者と思われる対象者に対し、医療機関への受診勧奨を促す通知を送付する。	○	○		7.0	○	がん、精神疾患、認知症、難病、シャント手術後、人工透析、1型糖尿病、1型糖	武蔵村山市三師会には、事業企画や対象者抽出基準等を相談し、助言を受け事業実施を行う。また、適宜事業に関する情報共有を図っている。	○	○			R4	◎	○		7.0	○									○	○	・行動変容 ・満足度			
西東京市	—											R5	◎	○			・糖尿病に関する受診中断の可能性のある方に事業案内通知を送付する。 ・希望する者に専門職による訪問指導2回、電話相談2回を実施する。 ・状況確認を行い、個別目標を設定し、フレイル予防にも着目した食事指導等を行い、必要時、かかりつけ医への連絡、医療機関への受診勧奨を行う。	○	○		5.6	○												○	○	・未治療者・治療中断者の医療受診者数の増加 ・コントロール不良者のデータ改善 ・取組継続者の継続状況
神津島村	R3	○	○	○	・健診の受診結果に異常値があるが、該当疾患で医療機関を受診していない被保険者に対し、医療機関への受診勧奨の電話をし、重症化予防を図る。 ・KDBシステムから過去に糖尿病の治療を受けていたが治療を中断してしまった被保険者の情報を抽出し、同様の勧奨を行っている。	○						村営診療所医師と適宜情報交換。	○	○			R3	◎	○	○			糖尿病の治療をしているが自己管理が難しい被保険者に対して保健指導を行う。	○	○								○	○	・服薬状況・生活習慣の変化(運動、食習慣)	