

別表

令和3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							保健指導									
	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	事業の評価指標	その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
千代田区	H28	・個別通知 ・電話	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。	①医療機関未受診者 ②医療機関受診中断者	①特定健診の結果で血糖値が医療機関受診勧奨判定値(空腹時血糖126mg/dl又はHbA1c6.5%)以上かつ、質問票で血糖降下薬の服用又はインスリンの注射なしと回答した者のうち、レセプトから医療機関の受診が確認できない者 ②令和元年5月～令和3年4月までのレセプトで2回以上糖尿病で受診している者のうち、それ以降その間隔を超えて受診が確認できない者	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。	・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につなげた人の人数	—	R2	・個別通知 ・電話 ・面談	・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勧奨架電を実施する。 ・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 前年度に保健指導を修了した者	令和2年5月～令和3年4月診療分のレセプト及び令和2年度特定健診の結果から、糖尿病性腎症第2期又は第3期相当で治療中の者	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。	看護師 保健師	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・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	—
中央区	R1	・個別通知 ・電話	医療機関未受診者 ・令和2年度特定健康診査の結果から抽出した対象者に対して、健康診査の結果を記載した受診を促す文書を送付 ・受診勧奨後の受診状況によって事業を評価 医療機関受診中断者 ・レセプトデータから抽出した対象者に対して、最終受診月と医療機関名が記載された受診を促す文書を送付(1度目)。 ・1度目の通知後2か月間で受診が確認されなかった方に対してはさらに電話で受診勧奨実施。 ・受診勧奨後の受診状況によって事業を評価	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	医療機関未受診者 令和2年度の特定健診受診結果が空腹時血糖値126mg/dLまたはHbA1c6.5%以上であるが、医療機関を受診していない方 医療機関受診中断者 糖尿病で医療機関通院し投薬治療歴のある方で3か月以上の治療中断が確認された方	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。	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につなげた人の人数	—	R1	・個別通知 ・面談 ・電話	・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、さらに電話でも参加勧奨実施 ・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、参加者の満足度等により評価を行う	・重症化ハイリスク者	レセプトデータ・特定健診データから、糖尿病性腎症Ⅱ・Ⅲ期と推定される方	事業開始にあたり、中央区医師会及び日本橋医師会に事業内容の説明会を実施した。参加者のかかりつけ医には確認書を作成していただき、確認書の指示をもとに保健指導を行っている。また、かかりつけ医には指導内容の中間報告・最終報告を行い、連携を図っている。	・医師 ・保健師 ・看護師 ・栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
港区	H29	・個別通知	「糖尿病・糖尿病性腎症の重症化を防ごう!」というパンフレットを送付している。パンフレットは保健師の助言をもらい選定している。パンフレットには症状がなくてもひそかに重症化が進むこと(いつどんな症状が出るか)が分かりやすく書かれている。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	以下のいずれかの基準に該当する者 ・空腹時血糖 126以上 ・HbA1c 6.5以上	関係機関との連携を行っている。	・受診勧奨を行った人数 ・事業実施者の医療機関の受診率	—	R3	・電話 ・面談	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。	・重症化ハイリスク者	前年度特定健診結果①HbA1c6.5以上②尿蛋白(-)(±)①②を満たす人を対象に一次医療機関で微量アルブミン尿検査を実施し、30～mg/g Crの人に専門医療機関を紹介し、精密検査や保健指導を実施する	事業実施にあたって、区医師会・みなどOKD連携の会に説明を行い、事業への協力を依頼している。事業参加に当たり、専門医療機関医に微量アルブミン尿検査精密検査結果報告書を記入していただき、目標値等の指示内容の把握を行っている。また、微量アルブミン尿検査精密検査結果報告書等を一次医療機関に送付し連携を図っている。	・保健師 ・管理栄養士	新規透析患者数等	—
新宿区	H27 ※②に関しては、R2より実施	①② ・個別通知 ・電話	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。	①医療機関未受診者 ②生活習慣病治療中断者	①以下のいずれかに該当する者 ・HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上かつ服薬がない者 ・収縮期160mmHg以上又は拡張期100mmHg以上かつ服薬がない者 ・中性脂肪500mg/dl以上又はLDLコレステロール180mg/dl以上かつ服薬がない者 ②レセプトデータより、生活習慣病3疾病(糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症)での受診回数を基に、個々人の受診頻度を分析し、治療を中断している可能性のある対象者を抽出。	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。	①受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につなげた人の人数 ②生活習慣病治療再開者の割合	—	R1	・面談 ・電話 ・個別通知	(1)区はKDB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、区は参加勧奨を行う。 (3)参加希望者に対し、かかりつけ医は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。	・重症化ハイリスク者	以下のいずれかに該当する者 (1)HbA1c7.0%以上かつ尿蛋白(-)かつ30ml/分/1.73m ² ≤eGFR<45ml/分/1.73m ² (2)HbA1c7.0%以上かつ尿蛋白(±)かつeGFR≥30ml/分/1.73m ² (3)HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白(+)以上かつeGFR≥30ml/分/1.73m ² ※ただし、除外要件あり。	事業実施にあたり、新宿区医師会に事業説明等で内容の説明を行っている。また、新宿区糖尿病対策専門部会からの助言・指導に基づいた評価を実施しており、その結果を区医師会に報告し、助言を頂く等連携を図っている。保健指導の内容はかかりつけ医に情報提供しており、対象者が受診した際の主治医からの指示内容・治療方針を保健指導時に、対象者本人から確認している。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・生活習慣改善への行動変容 ・検査値の維持改善率	—
文京区	R1	・個別通知 ・電話	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の利用勧奨も行う。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	前年度健診受診者のうち、以下の①かつ②に該当する「服薬なし」の者 ① 空腹時血糖126mg/dl以上 又は HbA1c6.5%以上 ② eGFR60ml/分/1.73m ² 未満 又は 尿蛋白(±)以上 なお、次のいずれかに該当する者は除く。 ・eGFR15ml/分/1.73m ² 未満の者又は透析治療中の者 ・1型糖尿病患者 ・がん等で終末期にある者 ・重度の合併症を有する者 ・認知機能障害がある者 ・糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっている者 ・保健指導の実施が適切でないと主治医が判断した者	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 ・医療機関受診につなげた人の人数	—	R1	・個別通知 ・面談(対面・web) ・電話	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に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。	・重症化ハイリスク者 ・前年度に保健指導を終了した者(フォローアップ)	前年度健診受診者のうち、以下の①かつ②に該当する「服薬あり」の者 ① 空腹時血糖126mg/dl以上 又は HbA1c6.5%以上 ② eGFR60ml/分/1.73m ² 未満 又は 尿蛋白(±)以上 なお、次のいずれかに該当する者は除く。 ・保健指導開始時に文京区国民健康保険の資格を喪失している者 ・eGFR15ml/分/1.73m ² 未満の者又は透析治療中の者 ・1型糖尿病患者 ・がん等で終末期にある者 ・重度の合併症を有する者 ・認知機能障害がある者 ・糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっている者 ・保健指導の実施が適切でないと主治医が判断した者	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。	・保健師 ・管理栄養士	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などして、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) ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値(体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白、尿アルブミン等)の改善率 ・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

保険者名	受診動奨							保健指導								
	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	事業の評価指標 その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
台東区	H30	・個別通知	・現年度の特定健診の結果から医療機関の受診動奨及び保健指導を案内する	・医療機関未受診者	以下の条件にすべて該当する対象者。 ・特定健診の結果で、HbA1cの値が6.5以上 ・対象者抽出時点で糖尿病での医療機関受診が確認できない者(KDB)	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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・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	R1	・面談 ・電話等	・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)	・重症化ハイリスク者	以下の条件にすべて該当する対象者。 ・特定健診の結果で、HbA1cの値が6.5以上 ・対象者抽出時点で糖尿病での医療機関受診が確認できない者(KDB)	地区医師会等関係機関への情報提供等	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・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 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	—
墨田区	H23	・個別通知 ・電話	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つてに対し、かかりつけ医等への受診動奨を行っている。	検査値が要医療となつたハイリスク者	服薬項目に該当せず、次のいずれかに該当した場合を対象とする。 ①空腹時血糖130mg/dl以上、又はヘモグロビンA1c7.0%(NGSP値)以上 ②eGFR44mL/分/1.73㎡以下(日本腎臓学会「CKD重症度分類G3bに該当するもの」)、又は尿たんぱく1+以上	受診動奨を実施していることは情報提供をしているが、個別の動奨状況は共有していない。	・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の把握し、分析・評価をしている。	H27	・面談 ・電話	指導時にかかりつけ医の指導方針等を確認し、それに応じた指導を行う。	・重症化ハイリスク者	前年度の健診結果から、次の①及び②の条件を満たし、かつ、事業の参加についてかかりつけ医から同意を得ている被保険者を対象とする。 ①空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上、またはHbA1c6.5以上 ②尿蛋白(+)以上、またはeGFR50未満	保健指導の内容をかかりつけ医に情報提供し、指導時に対象者を通じて、かかりつけ医からの指導方針等を確認している。	・薬剤師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	・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
江東区	R2	・電話 ・個別通知	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動奨を行う。 文書送付後、1回目の電話受診動奨を行う。 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回目の電話動奨を行う。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	前年度の健診結果において、以下の基準を満たす者。 ・空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上 ・eGFR60ml/分/1.73㎡未満または尿蛋白(土)以上 ・血糖に関する服薬がない	関係機関との連携を行っている。	医療機関受診につながった人の人数	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	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。	・重症化ハイリスク者	空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上で、糖尿病治療中の者	委託業者より定期的にかかりつけ医へ指導内容や支援の進捗を書面にて報告する。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
品川区	H25以前	・電話 ・個別通知	リスク内容によって、記載内容を変えている。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	健診結果が要医療判定の人の中で、以下のいずれかの検査値に当てはまり且つ過去6ヶ月生活習慣病で医療機関未受診の方 収縮期血圧160以上、拡張期血圧100以上、中性脂肪500以上、LDL180以上、HbA1c7.0以上	実施にあたっては、データヘルス計画・国保基本健診等実施計画策定評価委員会や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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数、医療受診率	H25以前	・面談 ・電話	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	・重症化ハイリスク者	収縮期血圧160以上、または拡張期血圧100以上、またはHbA1c7.0以上	健診結果から抽出した対象者リストをかかりつけ医に送付し、委託事業者から本人へ事業の利用動奨をして良いかどうかの判断をもらう。 利用動奨の結果、利用希望者については、かかりつけ医から、生活指導確認書をもらい、その内容に沿った指導を行う。初回面談の後と、支援プラン終了後にかかりつけ医に報告書を提出し、支援内容をフィードバックしている。	・保健師 ・管理栄養士	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—
目黒区	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	＜早期治療＞特定健診結果により早期の受診が必要であることを通知。 ＜治療再開＞医療機関での治療を再開するよう促す通知。 いずれも、必要に応じて保健師が個別に相談に応じる。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	＜早期治療＞ 特定健康診査受診者のうち、次の数値に該当し、医療機関未受診である者。 (40～64歳)HbA1c 6.5%以上かつ、空腹時血糖126mg/dl以上若しくは随時血糖200mg/dl以上又は血糖値検査なし。 (65歳以上)HbA1c 7.0%以上かつ空腹時130mg/dl以上又は空腹時血糖値検査なし。 ＜治療再開＞ 特定健康診査未受診者かつKDBシステムにより、過去の治療歴(糖尿病)があつて現年度において治療歴(糖尿病)がない者。	事業実施にあたり目黒区医師会に事業内容を説明した。	・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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	H30	・面談 ・電話	利用者ごとに個別に面談の上、各自に応じた目標を設定し、支援を行う。	・重症化ハイリスク者	40歳以上の国民健康保険加入者で、条件1と条件2のいずれも該当する者 条件1: (1)から(5)のいずれかに該当 (1) 空腹時血糖126mg/dl以上、HbA1c6.5%以上又は糖尿病の服薬中 (2) 収縮期血圧140mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上又は高血圧症の服薬中 (3) 中性脂肪300mg/dL以上、LDLコレステロール140 mg/dL以上、Non-HDLコレステロール170 mg/dL以上HDLコレステロール35 mg/dL未満または脂質異常症の服薬中 (4) 尿酸値8 mg/dl以上 (5) 喫煙者 条件2: (1)から(3)のいずれかに該当(いずれもeGFR15未満は除く) (1) 尿蛋白2+以上 (2) 尿蛋白+かつeGFR80未満 (3) 尿蛋白+かつeGFR45未満 (4) 尿蛋白-かつeGFR30未満	・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。	・保健師 ・管理栄養士	・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、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・対象者の抽出、事業説明、保健指導、評価等各段階で評価を実施しているか ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	—

保険者名	受診勧奨							保健指導								
	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	事業の評価指標 その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
大田区	H29	個別通知 電話	・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4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。	・重症化ハイリスク者 ・医療機関受診中断者	1 次のいずれにも該当し、かつ、レセプトデータを照合して医療機関を受診していない者 (ア)空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl以上又は HbA1c(NGSP)6.5%以上 (イ)eGFR60ml/分/1.73m未満又は尿蛋白±以上 2 レセプトデータから抽出した糖尿病性腎症で通院中の患者であって、最終の受診日から6か月経過しても受診した記録がない者	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。	—	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	参加勧奨通知の他、かかりつけ医から勧めていただく方法により参加者を募っている。 【医師会委託】 協力医療機関の管理栄養士が区内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 ・毎回連携バスに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 【民間委託事業者】 ・令和2年度実施者へのフォローアップを1回実施(令和3年度の新規保健指導は実施せず)	・重症化ハイリスク者	糖尿病性腎症第2・3期の方 選定基準(①又は②に該当し、かつ③又は④にも該当していること) 糖尿病であること ①空腹時血糖 126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上 ②既に2型糖尿病と診断され通院、加療中の方 かつ、 腎機能が低下していること ③尿蛋白±(後日、尿中アルブミン定量で30mg/gOr以上)又は+以上(eGFRに関係なく) ④eGFR 30ml/分/1.73m<eGFR<60ml/分/1.73m(なお、尿蛋白(-)、尿中アルブミン(-)でも可)	・医師会委託により事業実施 ・大田区三医師会連絡協議会に諮ったうえ、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。	・医師 ・管理栄養士 ・保健師	・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 ・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交換し情報共有しているか ・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 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	—
世田谷区	H29	電話 個別通知	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。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	世田谷区国民健康保険の前年度の特定健康診査受診者のうち、2型糖尿病に該当する空腹時血糖126mg/dlまたはHbA1c6.5%以上の未治療者、およびそれに加えて腎機能が低下している未治療者、 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。	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。	—	H29	・面談 ・電話 ・個別通知	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。	・重症化ハイリスク者	世田谷区国民健康保険の前年度の特定健康診査受診者のうち、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。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—	
渋谷区	H29	個別通知 電話	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。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	・HbA1c 6.5以上 かつ 尿蛋白±以上 ・(健診未受診者は)糖尿病に該当するレセプトが過去にあったが、現在は、定期的な治療を中断していると判断できる者	渋谷区医師会や渋谷区医師会糖尿病バス委員会に事業内容の説明をした。 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。	—	H29	・面談 ・電話 ・個別通知	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。	・重症化ハイリスク者	レセプトの疾患名が糖尿病関連であり、糖尿病関連の服薬がある方のうち、糖尿病性腎症ステージ2~4期相当でかかりつけ医が保健指導が必要と判断した者。	・保健師 ・看護師 ・栄養士	・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交換し情報共有しているか ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—	
中野区	H29	電話 個別通知	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。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	以下のア①~③の基準のいずれかに該当し、かつイ①~③の基準のいずれかに該当すること ア 糖尿病であること ① 特定健診未受診者についてアアプローチしている。レセプトデータより、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 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 蛋白が1+以上 ② eGFR値が30ml/分/1.73m以上60ml/分/1.73m未満 ③ 尿蛋白が±以上かつeGFR値が60ml/分/1.73m以上90ml/分/1.73m未満の者	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重をもらった。また、事業の進捗については、随時情報提供を行った。	—	H29	・面談 ・電話	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 ・重症化ハイリスク者	以下のア①~③の基準のいずれかに該当し、かつイ①~③の基準のいずれかに該当すること ア 糖尿病であること ① 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 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 蛋白が1+以上 ② eGFR値が30ml/分/1.73m以上60ml/分/1.73m未満 ③ 尿蛋白が±以上かつeGFR値が60ml/分/1.73m以上90ml/分/1.73m未満の者	・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。	・看護師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	—

保険者名	受診動奨								保健指導								
	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	事業の評価指標	その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
杉並区	H26	・電話 ・個別通知	糖尿病性腎症等重症化予防事業の案内通知を送付し、保健指導の参加を促すとともに医療機関未受診者及び治療中断者に受診動奨の必要性を説明している。また特にリスクの高い方には電話動奨を実施。実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診のない者には面談や電話等の再動奨を実施。	・医療機関未受診者 ・治療中断者 ・重症化ハイリスク者	<健診受診者> 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(-,±,+) <健診未受診者かつ糖尿病治療中断者> KDBの「介入支援対象者一覧」から上記の対象者を抽出 受診動奨とともに保健指導へのご案内(区の基準を示し、基準該当であれば、かかりつけ医から生活指導確認書の提出を依頼)	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。また、東京都糖尿病医療連携協議会等に情報提供を行っている。	・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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H27	・面談 ・電話 ・個別通知 ・一斉周知	保健指導に同意した対象者に対し、1時間から1時間半の個別面談を2回実施し、電話による保健指導を重症度により6回又は10回実施し、保健指導内容は参加者の状況に合ったものとしている。更に支援内容をかかりつけ医に月毎に報告書を送付。	・重症化ハイリスク者	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(-,±,+)	事業実施にあたって、杉並区医師会に事業内容の説明を行い、医療機関に向けて事業周知をしている。また、対象者の抽出条件や評価の助言を受け、実施後は結果報告を行っている。更に、東京都糖尿病医療連携協議会に情報提供を行っている。委託事業者から毎月、区とかかりつけ医に毎月、実施した保健指導の内容を文書で送付させ、主治医からの質問や指導内容の把握を行っている。	・医師 ・看護師 ・管理栄養士	・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 ・対象者の内、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—
豊島区	H27	・電話 ・個別通知	3年間の特定健診結果(HbA1c、eGFR、年齢等)を総合的に判断し、受診の必要性を伝えている。未受診、治療中断の可能性が高いと判断した人には2~3ヶ月後にフォローアップの電話をかけている。	医療機関未受診者	特定健診結果でHbA1c6.5%以上かつ糖尿病薬未服薬の者	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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・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	—	①H27 ②R3	①個別通知 ・食事・運動セミナー ・面談 ・電話 ②個別通知 ・面談 ・電話	①食事・運動セミナーと個別面談を実施(セミナーの受講歴がある者は個別面談のみ)。生活習慣改善目標を立て、6ヶ月間取り組む。 ②糖尿病性腎症が疑われる者にアルブミン尿検査を実施。早期腎症期の者を対象に個別面談を実施する。	①糖尿病予備群の者 ②早期腎症期の者	①特定健診結果でHbA1c6.0%以上6.4%以下かつ糖尿病薬未服薬の者(特定保健指導対象者除く) ②特定健診結果で糖尿病薬服薬者で以下AまたはBに該当する者 A. eGFR45~59ml/分/1.73mlのうち、尿アルブミン量30mg/gCr未満 B. eGFR60 ml/分/1.73ml以上のうち、尿アルブミン量30~299mg/gCr ※腎臓病専門医等で栄養指導を受けている者は対象外	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・関係機関の中で意見を交換し情報共有しているか ・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 ・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 ・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 ・糖尿病性腎症による透析導入数	—	
北区	H30	・個別通知 ・電話	基準に該当した者に受診動奨通知等を送付し、対象者の受診の有無をレセプトデータにて確認を行う。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	以下①~⑥全てに該当している者または①、②及び⑦に該当する者 ①東京都北区国民健康保険に加入している者 ②当該年度末年齢で40歳から73歳までの者 ③特定健診結果でHbA1cが6.5%以上の者 ④特定健診結果でeGFR60ml/分/1.73ml未満または尿蛋白(±)以上の者 ⑤特定健康診査の間診票で血糖に関する服薬がないと回答した者 ⑥対象者抽出時点の直近3か月のレセプトにおいて糖尿病受診歴の無い者 ⑦「糖尿病」もしくは「糖尿病性腎症」の受診歴があり、当該年度は受診が無い者	東京都北区医師会と区で、糖尿病性腎症重症化予防事業についての検討会を実施し、受診動奨対象者の抽出基準や受診動奨通知等について検討を行った。	・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 ・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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・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	—	R1	・面談(訪問) ・電話 ・個別通知	保健指導は全過程を委託業者の専門スタッフが実施。 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、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報告書を受け取り、区から行う。	・重症化ハイリスク者	1 受診動奨対象者のうち、医療機関へ受診したもので「糖尿病性腎症」と診断された者。 ただし、以下の対象者は除く ①東京都北区国民健康保険の資格を喪失した者 ② 1型糖尿病の者 ③ eGFR30ml/分/1.73ml未満かつ人工透析治療中の者 ④ 腎臓移植を受けたことがある者 ⑤保健指導の実施が適切でない区が判断した者 2 医療費等分析の結果、糖尿病性腎症2期以降と判断される者、協力医療機関の医師から推薦された者。	・管理栄養士 ・保健師	・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 ・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 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	—	
荒川区	H28	・個別通知	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。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	前年度の特定健診結果及びレセプトデータをもとに生活習慣病(高血圧・脂質異常・糖尿病)のいずれかの疾病に罹患しながら治療を中断していると思われる被保険者に対し、医療機関受診動奨通知を送付した。受診動奨の抽出は、生活習慣病中断者のほか、健診異常値放置者、健康診断未受診者も合わせて抽出し、通知を送付している。	事業実施にあたって、荒川区医師会の特定健診等に関する説明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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知 ・手紙	・生活習慣の改善による生活の質の向上を目的に、服薬管理、食事療法、運動療法等保健指導を実施している。令和2年度からは、対象者が参加しやすいように、基本コース(令和3年度は面談3回、電話2回)、選択制コース(対象者の希望に合わせて指導方法、指導回数を選択)を設定し、対象者一人ひとりに合わせた保健指導を行っている。 ・基本コース修了者にはインセンティブとして、区内お買い物商品券を提供する。	・重症化ハイリスク者	・一年間分のレセプトデータと健診データを用いて、健診データがない場合も、レセプトに記載されている傷病名・医薬品・診療行為を基に重症度を判定。 ・一人ひとりの病状を1期からV期に分類し、階層化を行い、その中で比較的行動変容が表れやすい集団の中から、優先順位の高い患者を該当者としている。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・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 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	—	

保険者名	受診勧奨							保健指導								
	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	事業の評価指標 その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
板橋区	H28	電話・個別通知	6月上旬に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。順次電話にて受診状況を確認。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の受診勧奨し、希望者には専門職による電話相談を行った。委託事業者の受診勧奨が終了した後、区がレセプトで受診確認と特定健診受診状況を確認。医療機関と健診とも未受診者ハイリスク者に1月に再度電話勧奨(予定)。	医療機関未受診者 医療機関受診中断者	前年度特定健診等データから、空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c 6.5%以上、かつ国保データベース(KDB)システムによる未受診者・受診中断者(血糖に関する検査を実施していない)の40～73歳の板橋区国民健康保険被保険者と判定されたレセプトが存在し、かつ、令和元年度に糖尿病(2型糖尿病)と判定されたレセプトが存在しない板橋区国民健康保険被保険者	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、板橋区糖尿病推進対策会議に行っている。	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	H28	電話・個別通知	6月中旬に対象者に保健指導の案内通知を発送し、順次電話で参加勧奨を実施。参加希望者を通じてかかりつけ医から「指導確認書」を受け取り、7月から保健指導を開始。2回の面談で対象者の生活習慣を分析、改善ポイントの助言、目標設定を行い、6回の電話支援で、行動目標の実践状況を確認し、行動変容に向けた指導を実施。最終回に血液検査や身体計測結果やアンケートなどで評価を行う。評価時に外来のタイミングが合わない方のために簡易血液検査キットを用意している。	・重症化ハイリスク者	前年度の特定健診等データから、空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c 6.5%以上、かつ尿たんぱく(+)以上またはeGFR30以上の年度末年齢41歳から73歳の板橋区国民健康保険被保険者	毎年、板橋区医師会に当該年度の事業内容の説明を行い事業を開始。対象者を通じてかかりつけ医から「糖尿病重症化予防指導確認書」をいただき、対象者の状況・保健指導の内容を保険指導ごとに毎回文書で報告。事業についてはCKD地域医療連携会議及び板橋区糖尿病推進対策会議で報告し、意見をいただいている。	・保健師、管理栄養士	・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 ・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 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
練馬区	H25以前	電話・個別通知	・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。	医療機関未受診者 医療機関受診中断者 他生活習慣病治療中の者	以下1～3の基準に該当する者 1. HbA1c6.5%以上、血糖に関する服薬なし、尿たんぱく±以上 2. HbA1c6.5%以上、血糖に関する服薬あり、e-GFR30未満 3. 特定保健指導再勧奨対象者のうち、HbA1c7.0%以上	新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、集合形式の事業説明会を中止し、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、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・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 ・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・糖尿病性腎症患者数の増加抑制	H26	電話・個別通知・利用者向けセミナー	・開始時：個別面談 ・2.4.5か月後：電話もしくは通信による支援 ・3か月後：個別面談 ・6か月後：個別面談(面談方法は対面・オンラインどちらでも可。委託事業者の貸出端末を利用した面談も可能) 初回面談時に対象者のモニタリングを行い、支援計画を作成。支援計画に基づき保健指導を実施。 また、保健指導利用者を対象に、食事・運動セミナーを実施している。	・重症化ハイリスク者	糖尿病で通院中であり、以下1～2の基準に該当する者 1. HbA1c6.5以上7未満でe-GFR30以上60未満 2. HbA1c7以上8未満でe-GFR30以上60未満、尿たんぱくまたは±	新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、集合形式の事業説明会を中止し、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。「糖尿病重症化予防プログラム 保健指導指示書」により、サービスの利用可否を含め、主治医からの指示に基づき支援を行っている。また、支援開始後は初回・中間・最終の計3回、区から主治医へ報告書を送付し、支援内容について情報提供を行っている。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・事業実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	—
足立区	H25以前	電話・個別通知	区はKDBにより対象者を抽出する。委託事業者より、糖尿病性腎症等重症化予防事業の案内通知を送付後、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。	医療機関未受診者 重症化ハイリスク者	前年度の特定健診結果から、①から④のすべてに該当すること。 ①HbA1c7.0%以上 ②eGFR30以上60未満または尿蛋白(±)以上 ③40歳以上70歳未満 ④KDBで糖尿病治療の確認ができない者 ただし、次のいずれかに該当する者は除く。 ・透析治療中の者 ・1型糖尿病患者 ・認知機能障害がある者 ・精神疾患を有する者 ・その他レセプトから個別の保健指導が適さないとと思われる者 ・過去プログラム参加者	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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・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	H27	電話・個別通知	(1)区はKDB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、委託事業者が通知送付および、電話による参加勧奨を行う。 (3)区は参加希望者のかかりつけ医に、保健指導指示書の作成を依頼する。 (4)委託事業者が、かかりつけ医の指示のもと、面接と電話による6か月間の保健指導を実施する。	・重症化ハイリスク者	前年度の特定健診結果から ①から④すべてに該当すること、 ①HbA1c7.0%以上 ②eGFR30以上60未満または尿蛋白(±)以上 ③糖尿病治療中の者 ④40歳以上70歳未満 ただし、次のいずれかに該当する者は除く。 ・透析治療中の者 ・1型糖尿病患者 ・認知機能障害がある者 ・精神疾患を有する者 ・その他レセプトから個別の保健指導が適さないとと思われる者 ・過去プログラム参加者	対象者の抽出あたり、足立区医師会に基準や優先順位などの意見を聞き、実施前には全医師会会員に、実施方法を周知している。また、医師会対象の健診説明会等を活用し、結果報告を行っている。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	・眼科、歯科受診の有無とその結果
葛飾区	H28	電話・個別通知	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。	医療機関未受診者 重症化ハイリスク者	HbA1c6.5%以上で医療機関未受診が疑われる者。	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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	H28	電話・個別通知	医師の指示に基づき原則、3か月に1回、対面による保健指導を実施。初回面接は1時間程度の時間をかけ、本人の状況把握を行い、指導方針を定める。期間は最長1年間。	・重症化ハイリスク者	HbA1c7.0%以上	保健指導を委託している葛飾区医師会とかかりつけ医と、お互いに情報共有し、医師の指示も受けている。	・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	—

保険者名	受診勧奨								保健指導								
	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	事業の評価指標	その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
江戸川区	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	・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。	・医療機関未受診者	以下の①及び②の要件を満たす者 ①各年齢階層の検査値の基準に該当する者 ・40-64歳:特定健診の結果において、HbA1cが7%以上の者 ・65-74歳:特定健診の結果において、HbA1cが8%以上の者 ②以下の要件を満たす者 ・健診の質問項目で「インスリンまたは血糖を下げる薬を服用していない」と回答した者で、レセプトの請求確認ができない者	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・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	—	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知 ・集団セミナー	支援開始時にかかりつけ医に記載いただく指示書の指示・目標値などをと、個々に合った塩分量や摂取カロリー制限などの食事指導や、無理のない範囲で実践できる運動指導などの、生活習慣改善プランを専門職数名で作成。 希望があれば、糖尿病に適したレシピなども提供している。	・重症化ハイリスク者	以下の要件をすべて満たす者 ・特定健診の結果において、HbA1cが8%以上の者。 ・健診の質問項目で「インスリンまたは血糖を下げる薬を服用している」と回答した者で、レセプトが確認できた者。※1型は除く	・江戸川区医師会と糖尿病専門医を交えた会議体として糖尿病対策連携会議を設置し、事業の進捗状況等の報告や、意見交換を行っている。 ・事業開始前に対象者の主治医より指示書を取得している。また、支援中に2回、主治医への報告書を作成し、対象者の状況や支援の進捗状況を報告している。	・看護師 ・管理栄養士 ・保健師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	—
八王子市	H25以前	・電話 ・個別通知	【健診受診者】 ・受診勧奨通知通知を発送。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。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	【健診受診者】健診の結果 ・HbA1c6.5%以上 ・健診から3か月レセプトで糖尿病に関する受診が確認できない ・特定保健指導対象者を除く 【健診未受診者】 レセプトで6か月間に一定数糖尿病レセプトがあるが、その後一定期間受診が確認できない方	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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H29	・面談 ・電話	6か月間に面接3回 電話支援3回のプログラム	・重症化ハイリスク者	・糖尿病治療中健診の結果 ・40~74歳かつeGFR30以上 ・尿蛋白(+)またはeGFR30~60 ・HbA1c7.0%以上 ・特定保健指導対象外	・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。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
立川市	R1	・個別通知 ・電話勧奨	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。	・医療機関受診中断者	・昨年度健診受診者 レセプトデータより昨年糖尿病治療がない者で、健診データより糖尿病既往あり、もしくはHbA1c6.5%以上 ・昨年度健診未受診者 レセプトデータより昨年糖尿病治療がない者で、3年前・2年前の健診データより糖尿病既往あり、もしくはHbA1c6.5%以上の者 ※透析療養中、1型糖尿病、癌、認知症、精神疾患等に該当する者は除く	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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H26	・面談 ・電話	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。	・重症化ハイリスク者	レセプトデータ及び健診データから、(1)~(3)の基準のいずれかに該当すること (1) 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。 (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 $\geq 126\text{mg/dl}$ または HbA1c値 $\geq 6.5\%$ 上記に該当する対象者の中で、eGFR及び尿蛋白の値により糖尿病性腎症第2期又は第3期と推定される者。 ※透析療養中、1型糖尿病、癌、認知症、精神疾患等に該当する者は除く	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。	・医師 ・保健師 ・看護師 ・栄養士 ・薬剤師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・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	—
武蔵野市	H30	・個別通知 ・電話	・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、再勧奨通知を送付後、電話で勧奨する。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	・前年度特定健診受診者で空腹時血糖126mg/dlまたはHbA1cの値が6.5%以上の者 ・過去1年間に血糖・糖尿病受療歴がない者でかつ直近の4か月間に当該疾病における治療を中断している者	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 ・勧奨通知の送付 ・通知後2か月における医療機関を受診した者の割合	—	R1	・面談 ・電話	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。	重症化ハイリスク者	・前年度特定健診受診者でHbA1cの値が6.5%以上、eGFRが30ml/分/1.73m ² 以上60ml/分/1.73m ² 未満、尿蛋白(±)以上の者、又は受療状況が腎症2期相当であると想定される者	・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。	・管理栄養士 ・保健師	・医師会との連携体制の構築 ・健診結果及びレセプ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 ・生活習慣改善への行動変容、対象者の検査値の維持改善	—
三鷹市	H30	・電話 ・個別通知	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。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	空腹時血糖126mg/dl または HbA1c6.5%以上 かつ 前年度中に「糖尿病」で受診歴なし(R3.6月東京都国保連合会より提供のデータを使用)	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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H30	・面談 ・電話	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。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	空腹時血糖126mg/dl または HbA1c6.5%以上、かつ 前年度中に「糖尿病」で受診歴なし(R3.6月東京都国保連合会より提供のデータを使用)	対象者に対する面談について、三鷹地域活動栄養士会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。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・参加者の生活習慣改善への行動変容	—

保険者名	受診動奨							保健指導								
	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	事業の評価指標 その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
青梅市	H30	・面談 ・電話 ・個別通知	対象者へは通知にて動奨し、連絡があった場合は個別に面談や電話動奨を行う。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	以下のすべての要件を満たす者 1.40歳から73歳の令和2年度特定健康診査の結果で空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上、または、レセプトデータにより糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴がある者 2.令和2年度の特定健診の検査結果で以下のいずれかに当てはまる者 ・eGFR30以上～45未満 ・45以上60未満かつ前年度より5ml以上低下 ・血圧収縮期:140以上、拡張期90以上 ・尿タンパク(+)以上 ・糖尿病性腎症第2期～3期、糖尿病網膜症とレセプトで診断名のある者 3.西多摩医師会に加入している医療機関を受診している者(青梅市立総合病院は除く) 4.その他の病気が(がん、難病、精神疾患、認知症など)を除く 5.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)	関係団体の参加する会議において、受診動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 ・受診動奨を行った人数	H30	・面談 ・電話 ・個別通知	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。	・重症化ハイリスク者	以下のすべての要件を満たす者 1.40歳から73歳の令和2年度特定健康診査の結果で空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上、または、レセプトデータにより糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴がある者 2.令和2年度の特定健診の検査結果で以下のいずれかに当てはまる者 ・eGFR30以上～45未満 ・45以上60未満かつ前年度より5ml以上低下 ・血圧収縮期:140以上、拡張期90以上 ・尿タンパク(+)以上 ・糖尿病性腎症第2期～3期、糖尿病網膜症とレセプトで診断名のある者 3.西多摩医師会に加入している医療機関を受診している者(青梅市立総合病院は除く) 4.その他の病気が(がん、難病、精神疾患、認知症など)を除く 5.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)	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。	・医師 ・保健師 ・薬剤師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
府中市	H28	・個別通知	・受診動奨通知対象者 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、受診動奨通知を発送する。	・医療機関受診中断者 ・医療機関未受診者	・受診動奨通知対象者 異常値放置者…HbA1c(NGSP)値6.5%以上、空腹時血糖126mg/dl以上 治療中断者…レセプトデータから、過去に糖尿病の罹患がある者を確認し、対象者毎の受診間隔を特定。その特定した間隔による受診が確認できず、治療中断している可能性がある者	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。	・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 ・受診動奨を行った人数 ・事業対象者の受診動奨率 ・受診動奨通知の通知率 ・対象者の医療機関受診率	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	個別通知と電話にて行う。なお指導参加中の治療中断者には、電話や面談にて受診動奨を行う。保健指導でも継続して受診確認し、適宜受診動奨を実施する。 ①6か月コース ・対象者に通知発送後、電話による参加動奨を行う。 ・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、電話で目標の達成度、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、電話による参加動奨を行う。 ・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。	・重症化ハイリスク者	・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。 ・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。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・指導継続率(指導完了者数) ・指導完了者の生活習慣改善率 ・指導完了者の検査値改善率 ・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	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	R1	・電話 ・個別通知	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動奨通知を送付。その後の受診状況を確認し、未受診者へ電話動奨を行った。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	特定健康診査の結果において、HbA1c6.5%以上 または 空腹時血糖126mg/dl以上の対象者かつ生活習慣病治療者でない者	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对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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	R3	・面談 ・電話 ・個別通知	全10回(おおむね6か月間)の教室に参加してもらいながら、かかりつけ医の指示書に基づいた保健指導を実施。実施期間中に個別面談や身体測定を3回実施する。	・重症化ハイリスク者	以下のすべての条件を満たす者 ・前年度特定健康診査受診者 ・糖尿病治療中(過去に糖尿病治療歴ありを含む) ・腎症2期以下(尿蛋白±以下かつeGFR30ml/分/1.73m ² 以上) ・HbA1c6.5%以上または、空腹時血糖126mg/dL以上 <除外条件> ・慢性腎不全、人工透析患者 ・癌、精神疾患、認知症の診断がされている方 ・要介護度1～5の方	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。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—
調布市	①H26 ②R1	①電話 ②個別通知	①・3年間の結果を健診判定区分にマーキングし、罹患している疑いのある疾患名と重症化によりかかりやすい合併症の疾患名を記載した受診動奨通知文を郵送する。 ②・通知後に糖尿病関連項目が基準値を超えている方を中心に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動奨を行う。拒否が強い場合は次年度の健診受診動奨を行う。 ③・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動奨文書とリーフレットを郵送する。	・医療機関未受診者	以下の条件のいずれかに該当する方 ①・空腹時血糖126mg/dl以上 ・HbA1c6.5%以上 ・収縮期血圧160mmHg以上 ・拡張期血圧100mmHg以上 ・LDLコレステロール180mg/dl以上 ・HDLコレステロール34mg/dl以下 ・中性脂肪500mg/dl以上 ②eGFR45ml/分/1.73m ² 未満、又は尿たんばく2+以上	・調布市医師会と受診動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と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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ② ・受診動奨を行った人数	H26	・面談(希望により対面かICT選択) ・電話 ・個別通知	生活状況を確認し、主治医の療養指示に沿った目標設定や生活改善の提案を行っている。6か月間に面談2回、電話支援6回を実施する。 《前年度利用者》 ・1年後フォローとして、ニュースレター送付1回と電話支援1回を実施する。	・重症化ハイリスク者	(1)2型糖尿病治療中 (2)a.空腹時血糖130mg/dl以上、またはHbA1c7%以上 b.尿蛋白1+以上 c.eGFR45ml/min/1.73m ² 未満 a及びb、またはa及びcに該当する。 (3)糖尿病性腎症(レセプトから推定した糖尿病腎症3期～4期含む) (4)(1)と(2)または(1)と(3)に該当すること。ただし、がんや精神疾患等の優先すべき治療がある方及び保健指導の効果が高い方は除く。 (5)医療機関との連携が図りやすい、原則調布市医師会加入の医療機関に通院中の被保険者。	・対象者の抽出基準に対する助言。 ・医師会を通して会員への事業周知を行う。対象者への案内内容及び支援回数について医師会担当医師と協議を行い決定する。参加希望者の生活指導上の指示と検査結果を書面に記入し、保険年金課に送付することを依頼する。 ・医師会担当理事及び主治医と対象者を情報共有し、受診時に医師から利用動奨を行ってもらう。 ・かかりつけ医には支援月ごとの支援報告書、支援終了時に事業報告書を送付し、医師会には事業報告書を送付して情報共有と助言をいただく。 ・参加前後の検査データについて医師会窓口担当医師に情報提供を行う。	・保健師 ・看護師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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 ・参加者の透析導入数・導入率	—

保険者名	受診勧奨								保健指導								
	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	事業の評価指標	その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
町田市	H29	・個別通知 ・電話	・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未受診で、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。	・医療機関未受診者	特定健診結果にて以下の条件に1つ以上該当しており、特定健診受診後6か月間医療機関を受診していない被保険者を対象としている。 ・HbA1c 6.5%以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 ・収縮期血圧 140mmHg以上 ・拡張期血圧 90mmHg以上 ・LDLコレステロール 140mg/dl以上 ・HDLコレステロール 34mg/dl以下 ・中性脂肪300mg/dl以上	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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H29	・面談 ・電話	5か月間の保健指導（面談指導2回、電話指導4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。 ※新型コロナウイルス感染症の影響により、指導期間を6か月から5か月に短縮して実施。	・重症化ハイリスク者	現在糖尿病治療中であり、以下の条件を全て満たす被保険者を対象としている。 ・HbA1cが6.5%以上若しくは空腹時血糖が126mg/dl以上 ・eGFRが30～89.9ml/分/1.73m ²	事業実施にあたって、町田市医師会に説明を行い、いただいたご意見を事業に反映している。 毎月1回かかりつけ医に指導報告書を送付し、送付した指導報告書の内容について確認点等があれば助言をいただくこととしている。	・保健師 ・看護師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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 ・参加者の指導完了率	—
福生市	—	—	—	—	—	—	—	—	R1	・面談 ・電話 ・個別通知	対象者に対し事業周知の通知を送付し、希望者を募る。 参加者に対し、生活習慣の改善を促す保健指導[面談3回、電話3回、文書による情報提供5回]を実施	・重症化ハイリスク者	<抽出基準> 以下の基準のいずれかに該当する者 ・eGFR30以上89未満 ・尿蛋白(+)以上 ・レセプトデータに「糖尿病性腎症」、「糖尿病性腎症第2期」、「糖尿病性腎症第3期」、「糖尿病合併症あり(腎症なし)」または「糖尿病性腎症第1期」等の記載がある方 <除外条件> 以下の条件のいずれかに該当する者 ・1型糖尿病 ・人工透析患者 ・eGFR 15(mL/分/1.73m ²)未満 ・癌、精神疾患、難病、認知症(疑い含む)の診断がされている方	事業実施にあたり西多摩医師会に説明を行った。 また、事業参加にあたりかかりつけ医に確認書の記入していただき、生活指導内容等の情報提供をいただいた。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・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 ・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・参加者の指導終了率 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
羽村市	H30	・電話 ・個別通知	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)を超えた方であつ、医療機関を受診していない方に対し、通知及び電話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。	・当該年度の特定健康診査受診者であつ医療機関未受診者	当該年度の特定健康診査受診者のうち、以下の検査基準値にあてはまり、かつ、健診受診月を含めて6か月程度、生活習慣病(糖尿病)に関連するレセプトが発生していない者 【検査値基準】 ・空腹時血糖126mg/dl以上又は、ヘモグロビンA1C6.5%以上	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。	・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	R1	・面談 ・電話	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。	・重症化ハイリスク者	以下のすべての要件を満たす者 1.レセプトデータにより糖尿病治療中であることが確認でき、保健指導を行うことにより症状の改善が見込まれる者(早期腎症期または顕性腎症期の者)。 2. 西多摩区域内の医療機関を受診している者 除外基準(1つでも当てはまれば除外) 1. 生活習慣を起因としていない糖尿病の者 2. 指導対象として適切でない者(臓器移植した可能性がある患者、既に国保の資格を喪失している者等) 3. がん、難病、精神疾患、認知症等の指導に不適な対象者	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。	・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
瑞穂町	R2	・個別通知	対象者へは通知にて勧奨を行う。	・医療機関未受診者	以下の基準すべてに該当する者 ・40歳以上75歳未満 ・令和2年度健診結果より2型糖尿病(HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上) ・尿蛋白(+)以上 ・レセプト情報で糖尿病受療歴なし	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。	・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	R2	・面談 ・電話 ・個別通知	委託業者の専門職(保健師)により、6か月間の保健指導を実施する(面談指導3回、電話指導1回)。 初回面談にて、かかりつけ医が記入した生活指導内容の確認書をもとに、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。その目標に応じて食事指導や運動指導の内容を変えて対応している	・重症化ハイリスク者	糖尿病性腎症のレセプトのある被保険者のうち、早期腎症期～腎不全までの患者で、生活習慣を改善することで重症化を遅延させることが可能な者であり、比較的行動変容が現れやすい者。	事業実施にあたって、近隣市町村と共同で西多摩医師会に連携を依頼している。また、町医師会にも事業の説明、協力依頼をしている。 対象者の保健指導についてかかりつけ医に情報提供等を行う予定。	・保健師	・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 ・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 ・生活習慣改善への行動変容 ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか	—
あきる野市	R2	・電話 ・個別通知	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。	・医療機関受診中断者	過去12ヶ月分のレセプトデータの受診歴及び投薬状況から、次回の予測受診時期(概ね2～3か月後)を経過してもレセプトデータから受診を確認できない者を治療中断者として、受診勧奨対象としている。	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 ・医療機関受診につながった人の人数	—	R1	・面談 ・電話 ・個別通知	委託業者の専門職(保健師)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、かかりつけ医が記入した生活指導内容の確認書をもとに、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。	・重症化ハイリスク者	レセプトデータから、糖尿病及び糖尿病性腎症の起因分析を行い、生活習慣を起因としていない1型糖尿病の者を除く。その後、病名、診療行為、投薬状況及び特定健康診査データ等から腎症病期を階層化する。腎症病期が第2期及び第3期の者のうち、CKD重症度分類が正常値の者などを除外して、対象者を抽出した。 ※腎移植者、がん、難病、認知症患者等は除外	事業実施にあたって、市医師会に説明を行い、事業への協力を依頼している。事業参加に当たり、かかりつけ医に生活指導確認書を記入していただき、目標値等の指示内容の把握を行っている。 また、毎月、保健指導内容等の報告書をかかりつけ医に送付し連携を図っている。	・保健師	・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 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—

保険者名	受診勧奨						保健指導										
	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	事業の評価指標	その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
日の出町	—	—	—	—	—	—	—	—	R1	・個別通知 ・電話	委託事業による保健指導 かかりつけ医の承諾後に保健指導実施 (6か月に間に面談3回、電話・手紙支援3回) 保健指導結果は、かかりつけ医に報告	・重症化ハイリスクリスク者	特定健診結果、レセプトデータより以下の要件すべてを満たす者を抽出 抽出要件 (1)74才以下 (2)HbA1c6.7以上 (3)通院治療中(主病名が糖尿病かつ糖尿病薬剤を使用) ※除外要件 以下のいずれかの要件に該当する者は除外 透析中、腎臓移植、がん受診歴、認知機能障害、精神疾患、国指定難病、1型糖尿病	かかりつけ医に『生活指導内容確認書』を記入してもらい、それに基づき保健指導を実施 保健指導実施後に、かかりつけ医へ保健指導内容について情報提供を行う。	・保健師 ・管理栄養士	保健指導参加者の検査値(HbA1c)の改善者数割合、人工透析患者数の増加率など	—
檜原村	—	—	—	—	—	—	—	—	H30	・面談 ・電話	対象者がより具体的にイメージ出来るよう、個々の状態により、フードモデルや食品交換表を用いて食事指導を行ったり、運動や内服薬に関しても併せて指導している。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスクリスク者	レセプトデータ及び特定健診結果より分析を行い、「腎症の起因分析」「Ⅱ型糖尿病を起因とした保健指導対象者」「保健指導対象者の優先順位」の3段階を経て対象者を抽出した。	近隣市町村と共同で地域医師会等に連携を依頼している。 今後、対象者の保健指導についてかかりつけ医に情報提供等を行う予定。	・保健師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・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	—
奥多摩町	—	—	—	—	—	—	—	—	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	・面談3回、支援電話4回、情報提供5回 ・健診結果、治療状況の把握 ・生活習慣の振り返りと問題点の把握 ・生活改善計画の作成 ・疾病や健康生活に関する情報提供 ・取組状況と問題点の把握 ・取組状況に応じた生活習慣改善に向けた支援	・重症化ハイリスクリスク者	糖尿病性腎症のレセプトのある被保険者のうち、早期腎症期～腎不全までの患者で、生活習慣を改善することで重症化を遅延させることが可能な者であり、比較的行動変容が現れやすい者。	事業実施にあたって、西多摩医師会に対し、町が実施する重症化予防事業の内容を情報提供し、管内医療機関に対し事業への理解、協力を促すよう依頼している。	・保健師 ・管理栄養士	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—
日野市	H27	・個別通知 ・一部電話	・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(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)。	・医療機関未受診者	特定健診各検査項目について、日本人間ドック学会の「健診結果判定区分表」に基づく判定結果(A～D)をそれぞれ(1点～4点)に点数換算した合計値等及び、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の組み合わせにより、対象者を抽出する。	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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H27	・面談 ・電話	・前年度プログラム終了者へ電話によるフォローの実施 今年度参加者の看護師又は保健師による指導内容(面談2回・電話6回)は以下のとおり。 ・参加者の状態により、長期目標を立て(HbA1c7.0%以下を目指すなど)、血圧、体重、BMIの測定など、セルフモニタリングを継続することの必要性や、食事、運動、フットケア、など参加者の生活状況を聞き取りながら、その方に合った保健指導を実施した。また、平成30年度からは、「歯援プログラム」として歯科に関する指導も実施した。	・重症化ハイリスクリスク者	前年度1年間に糖尿病のレセプトがある方で、eGFR 90(mL/分/1.73m)未満の方。合併症無しの糖尿病のみの方～糖尿病性腎症4期の方を対象としている。 対象外:1型糖尿病患者、人工透析患者、eGFR 15(mL/分/1.73m)未満	保健指導開始時に、生活指導確認書により、主治医からの対象者に対する指示内容を把握し、保健指導開始後は、市からかかりつけ医に対し毎月情報提供を行う。	・看護師 ・保健師	・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 ・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 ・生活習慣改善への行動変容	—
多摩市	H30	・個別通知	特定健康診査受診者で、糖尿病のリスクが高いにもかかわらず未治療・治療中断者の方に、個別に勧奨通知を送付。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスクリスク者	以下の基準すべてに該当する者 ・eGFR30mL/分/1.73m以上、HbA1c6.5以上(NGSP値)または空腹時血糖126mg/dl以上、または随時血糖200mg/dl以上 ・レセプト確認の結果、生活習慣病に係る内科定期受診がない方、中断している方 ・同種事業(健診異常値放置者受診勧奨事業)で勧奨通知を送付していない方	・令和元年度、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。今回も同様の内容で勧奨を実施。	・医療機関受診につながった人の人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	・薬剤師による保健指導 ・書面による情報提供(薬剤師による保健指導の条件に該当しない方)	・重症化ハイリスクリスク者	以下の基準すべてに該当する者 ・HbA1c6.5以上(NGSP値) ・72歳以下 ・薬剤師による保健指導は、さらに以下の要件を満たした方 ・市内医師会加入の医療機関に生活習慣病で受診中 ・原則として、過去に糖尿病重症化予防事業に参加していない ・当事業参加薬局である市内の調剤薬局で薬を受け取っているか、その薬局で指導可能と考えられる(ただし薬局ごとに受け入れ人数に定員あり)	・多摩市医師会糖尿病医療推進会議(多摩市薬剤師会、多摩歯科医会も参加)で事業実施について相談している。 ・令和3年度は、保健指導について、地域の薬剤師会へ事業委託を実施。多摩市薬剤師会の中に、本事業の事業推進委員会が設置され、事業協力いただいている。 ・主治医に診療情報提供書で療養指示をもらい、その内容を踏まえ保健指導する。 ・主治医へ毎回の保健指導について報告を送付予定。	・医師 ・薬剤師 ・管理栄養士 ・保健師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
稲城市	R3	個別通知	厚生労働省が実施する「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業(対照群)」に参加。 対象者に受診勧奨通知及びリーフレットを送付する。	糖尿病が疑われる方のうち、①医療機関未受診者、②治療中断者	①医療機関未受診者(以下の1～3をすべて満たす方) 1.糖尿病性腎症病期2期以下(※) 2.特定健診時の問診で「現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用しているか」で「なし」 3.レセプト糖尿病傷病名(平成29年度から令和2年度)「なし」 ②治療中断者 レセプト糖尿病傷病名が平成29年度～令和元年度は「あり」で、令和2年度は「なし」(ただし、前年度健診受診者で①の1及び2に該当しない場合は対象外とする) (※)健診結果が下記a.bをすべて満たす方 a.HbA1c6.5%以上、または、空腹時血糖値126mg/dL以上、または、随時血糖値200mg/dL以上 b.尿蛋白(±)または(-)	日本医師会より、事業実施の周知がなされている。	・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H29	・面談 ・電話 ・個別通知	保健師による面談及び電話指導。 重症度によって回数が変動する。 面談はタブレットによる非対面式で実施。	・重症化ハイリスクリスク者	HbA1cが6.5%以上	・対象者を通して保健指導の内容をかかりつけ医に情報提供すると同時に、主治医からの対象者に対する指示内容の把握を行う。 ・指導内容や基準について、専門分野の医師と協議を行う。	・保健師	・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 ・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 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—

保険者名	受診動奨							保健指導								
	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	事業の評価指標 その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
国立市	H28	・個別通知 ・電話	令和3年度は糖尿病性腎症重症化予防プログラム効果検証事業に参加、KDBを使用し、糖尿病が疑われる者の内、医療機関未受診者及び治療中断者を抽出し、文書と電話による受診動奨を実施した。上記事業対象者を除外し、本市の基準にて抽出した受診動奨対象者に対し、事業の紹介、医師会所属医療機関紹介の案内、受診についてのアンケートを記載した受診動奨通知を送付する。受診についての行動変容を通知以降モニタリングする。また、かかりつけ医がない場合は、医療機関の案内を電話や個別面談で行う。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	健診受診者については、前年度の特定健診結果において、①及び②の要件を満たす者 ①HbA1cが6.5%以上もしくは空腹時血糖126mg/dl以上の者 ②尿蛋白(±)以上もしくは空腹時血糖が140mmHgまたは拡張期血圧が90mmHg以上の者 ※癌、難病、精神疾患、認知症の患者は除外 上記の抽出基準該当する特定健診データ及びレセプトデータを分析した結果、未治療や治療中断となっていること。	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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・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	H26	・面談 ・電話	対象者の生活状況等を初回面談時にアセスメントし、個別の目標設定と、達成のための取り組みについて、対象者と相談員が協議の上決定する。取り組みについての実施状況や達成状況を確認、評価し、それに沿った指導について提案している。コロナ禍においても、安定した保健指導の実施のため、タブレット端末を用いたオンラインでの面談方法を導入。	・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	健診受診者については、特定健診結果において、①及び②の要件を満たす者 ②HbA1cが6.5%以上もしくは空腹時血糖126mg/dl以上の者であり、 ②尿蛋白(±)以上もしくは空腹時血糖が140mmHgまたは拡張期血圧が90mmHg以上の者 ※がん、難病、精神疾患、認知症の患者は除外 健診未受診者については、レセプトデータを分析し、診療や処方内容から判定した、病期のステージが一定以上の者	保健指導対象者について、各かかりつけ医療機関へ情報提供し、かかりつけ医からも保健指導プログラムの参加動奨を併せて実施するよう協力を要請している。保健指導実施期間中は指導内容を市で確認し、保健指導実施事業者より主治医へ経過報告書を送付し、定期的に情報提供を行っている。次年度当初には、事業実施状況報告書を実施。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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	—
狛江市	H29	・個別通知	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。	①医療機関未受診者 ②医療機関受診中断者	①特定健診の結果でHbA1c 6.5以上かつ 空腹時血糖 126以上だが、医療機関の受診が確認できない者 ②特定健診を受診した者で、レセプトから、糖尿病の治療を中断したことが想定される者	受診動奨判定値について、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。	・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	H29	・面談 ・電話	対象者の年齢、性別、既往歴等、個人の状況に合わせた指導によって生活習慣の改善を促している。指導の内容は、疾病の重症度に応じて指導回数を増加させることで、介入の度合いに変化を持たせている。	・重症化ハイリスク者	選定条件 (前年度の特定健診結果及びレセプトにおける疾病の罹患状況が以下のいずれかに該当すること) ・eGFR 30以上～45未満または尿蛋白(+)以上、糖尿病性腎症、糖尿病性腎症第2期、3期 ・eGFR 45以上～60未満、糖尿病合併症あり(腎症なし)または糖尿病性腎症第1期 ・eGFR 60以上～90未満、合併症なし(糖尿病のみ) ・直近1年間のレセプトのうち半年以上前に糖尿病の治療歴があるもの除外条件 (以下のいずれかに該当すること) 1型糖尿病患者、人工透析患者、eGFR 15(mL/分/1.73m)未満	対象者の選定条件について、糖尿病専門医である市の医師会長の助言を受けて設定している。また、事業の実施について、年度当初に案内文書を送付し、対象者の紹介や保健指導への協力を依頼している。	・保健師 ・看護師	・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 ・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	指導終了者の病期進行者数
小金井市	H28	・電話 ・個別通知	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、電話による参加動奨も実施。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	以下の基準すべてに該当する者 ・HbA1c 6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上 ・腎機能が低下していること(尿タンパク以上) ・血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60(ml/分/1.73m)未満 その他、前年度の健診及びレセプトデータ等を突合し、要治療・要精密・要経過観察・生活改善者等	一部の受診動奨判定値について、市医師会の公衆衛生担当理事の助言を受けて設定	・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	生活習慣について、初回面談時にアセスメント調査を行い、その調査結果とかりつけ医から提供される「生活指導内容の確認書」に基づき、個別の支援目標をたてていく。	・重症化ハイリスク者	以下の基準すべてに該当する者 ・HbA1c 6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上 ・腎機能が低下していること(尿タンパク以上) ・血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60(ml/分/1.73m)未満	市で抽出した対象者を医療機関で確認、状況に応じて対象者の除外もしくは追加をしていただいている。保健指導の委託業者とかりつけ医の間で、支援内容や支援目標等の情報共有を実施。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
国分寺市	R1	・個別通知 ・電話	前年度の特定健診結果とレセプトデータを照合し、異常値が見られないながら医療機関受診が見られない人(生活習慣病に関するレセプトが見られない人)に受診動奨通知を送る。(11月下旬)受診動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、電話による受診動奨を行う	・医療機関未受診者	前年度の特定健診の結果により医療機関への受診動奨通知を送った人のうち、HbA1cが6.5%以上に加え腎機能低下所見eGFR60以上60未満または尿蛋白陽性以上 または尿中アルブミン30以上)が見られる人	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	・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	R1	・個別通知 ・面談 ・電話	保健指導は委託業者が実施6か月間のプログラムの中で訪問による面談3回、電話3回、文書による情報提供5回を行う。また、ショートコース(期間4か月・面談2回・電話2回・文書1回)を追加。新型コロナウイルス対策として、希望者には面談を電話指導に変更して対応。さらに、募集段階でオンライン面談希望の有無についても伺い、希望者には対応することを追加した。	・重症化ハイリスク者	空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上で腎機能低下所見(eGFR30以上60未満 または尿蛋白陽性以上または尿中微量アルブミン30以上)がみられる人で、国分寺市内の医療機関で糖尿病治療中の人の	通知を送った時に、通知対象者がいる医療機関には事前に情報提供を行い、かかりつけ医からの利用動奨を依頼プログラム参加申込時に、かかりつけ医にプログラム参加確認書を記入してもらい、参加者の情報の提供を受けている。また、かかりつけ医に指導の状況について情報を提供している。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・HbA1cの改善率 ・尿蛋白結果の改善率	・通知人数 ・レセプトの分析人数
武蔵村山市	H29	・電話 ・個別通知	① 特定健康診査結果が受診動奨値の者に受診動奨通知を送付する。送付後、電話による保健指導(受診動奨)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動奨通知を送付する。送付後受診が確認できない者を再受診動奨対象者とし、電話による保健指導(受診動奨)を実施する。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	① 令和3年度6月から8月の特定健診において、以下の基準値に該当し質問票が服薬中でない者で、通知前にレセプトより未受診を確認した者 ・HbA1c6.5 以上もしくは空腹時血糖126mg/dl以上 ② 令和元年12月から令和3年2月までのレセプトの受診歴から推定した次回の予測受診期間を経過しても未受診の者を治療中断者として対象者とする。	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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	H28	・面談 ・電話との選択制 ・電話 ・個別通知	・実施にあたり、新型コロナウイルス感染予防策について委託業者者に確認するとともに参加者へ感染予防策についての通知を行う。また、会場での面談の際はアクリル板の設置や換気、消毒等を行う。 ・かかりつけ医からの生活指導内容の確認書(目標値や注意点が記載されている)と対象者へのヒアリングから個々の課題を抽出し、目標及び計画を立案する。 ・指導内容は個々の状況に応じ、食事、運動、服薬、減酒、禁煙、眼科・歯科の受診動奨等を行う。 ・電話での支援や手紙による情報提供を行い、疾病への正しい理解を促し、目標に向けた行動の継続をサポートする。 ・かかりつけ医に目標や状況の報告を行う。(初回、中間、終了の3回)	・重症化ハイリスク者	・レセプトより、糖尿病及び腎症の起因分析を行い、生活習慣を起因としていない型糖尿病や腎症の起因が糖尿病と特定できないものを除く。 ・病名・診療行為・投薬状況・健診データ等より腎症病期を階層化する。 ・がん、難病、精神疾患、認知症等指導に適さないかたは除く。 ・また、かかりつけ医との連携の関係等より、市内医療機関受診者を対象とする。	・事業開始にあたり、医師会医療機関に事業内容の説明を行い、参加者の推薦や参加動奨を依頼している。 ・事業参加にあたり、かかりつけ医から「生活指導内容の確認書」を提出してもらい、食事(摂取カロリーや塩分、蛋白質量)、運動制限の有無や体重、ヘモグロビンA1cの目標値等の把握を行っている。 ・個々の課題、目標、保健指導内容等をまとめた報告書を各かかりつけ医に送付し、連携を図っている。	・管理栄養士	・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	—

保険者名	受診動奨							保健指導									
	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	事業の評価指標	その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
東大和市	H25以前	個別通知	・治療中断者には、継続を促すハガキを送付する。 ・治療中断者で動奨通知発送後に受診が確認できない者に対して、電話動奨を行う。 ・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。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	以下の基準すべてに該当する者 ・HbA1c6.5 以上もしくは空腹時血糖126mg/dl以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病 ・糖尿病関連の服薬あり ※医療機関未受診者及び医療機関受診中断者についても、上記選定基準を照らし合わせてアプローチを行っている。	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。	・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H25以前	・ICT面談 ・電話 ・個別通知	①かかりつけ医に改善に向けての目標値(体重、HbA1c値、血圧、運動制限の有無、食事の摂取カロリー、塩分量、たんぱく質量)を設定してもらう ②生活習慣、通院状況及び食事内容の確認 ③上記①、②に基づき、生活改善計画及び指導内容を決める ④ICT面談、電話、手紙で③の実施をサポート(実践状況の確認、悩み相談等) ⑤指導実施後に生活習慣の変化及び血液検査の数値を分析し、指導の成果を確認する。	・重症化ハイリスク者	ステージが2または3で、かかりつけ医が東大和市内の医療機関である方。	かかりつけ医に生活指導内容確認書を記入してもらい、それに基づき保健指導を実施する。保健指導実施後に、かかりつけ医へ保健指導内容について情報提供を行う。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・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	—
東村山市	H27	個別通知 ・電話	○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動奨〉 ①以下の内容を記載した受診動奨通知を送付する。 ・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 ・電話による受診動奨通知後、レセプトにて受診確認後、医療機関未受診者に対してハイリスク順に保健師による電話動奨を行う。 ○糖尿病治療中断者〈受診動奨通知〉 ・受診動奨と、受診せず放置した場合の合併症等を示したチラシを送付 ・通知後レセプトによる道跡調査実施	・特定健診結果、異常値でありながら受診が確認されない者 ・医療機関受診中断者	〈通知動奨〉 ・医療機関未受診者 特定健診結果データに基づき、糖尿病、高血圧、脂質異常の受診動奨判定値以上で、かつ、リスク区分により「発症リスクが高い」または「糖尿病既発症」の者 ・医療機関中断者 レセプト上で治療歴があるものの一定期間継続して、受診が確認できない者	毎月の医師会との定例会議において事業説明し意見聴取している。	(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 ・プログラムの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 (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)	—	H27	・面談 ・電話 ・レター指導	・募集の通知案内に加え、電話動奨を実施 ・かかりつけ医同意のもと治療を継続しながら、個別のプランを作成し、食事・運動及び服薬等について面談・電話・レターにより6か月間の保健指導(重症化予防プログラム)を行う。 ・市保健師は面談会場に同席し、市独自に体成分分析・塩分量測定を行い、プログラム強化と委託業者の指導内容等の確認・調整を行う。 ・主治医へ初回・中間及び終了報告書を提出する。 ・終了後は終了者の継続フォローを年2回(末所面談)行う。	・重症化ハイリスク者	レセプト・健診情報を突合し、糖尿病の治療歴がある者を抽出し、傷病管理システム(特許第5203481号)を使用して病期2期～3期までを階層化する。(がん、難病、精神疾患、内臓)・透析予防管理料及び市外医療機関受診者は除外)	1.医師会との定例会議において、事業実施説明を行うとともに、医療機関文書発出、対象者リスト送付 2.主治医より保健指導指示書の記入により患者の指示内容を確認する。 3.参加した患者は、主治医へ報告書により指導状況を報告する。	・保健師 ・管理栄養士	(ストラクチャー) ・目標を設定し、医師会等関係機関と協力・連携体制 ・委託業者との役割分担・連携体制 ・他課との連携体制 ・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 (プロセス) ・委託業務の管理を適切に行っているか ・辞退者がいないか ・指導内容が改善されているか ・事業の各段階で評価を実施しているか (アウトプット) ・参加率、実施率 ・指導完了者の生活習慣改善率変容 ・継続フォローへの参加率(アウトカム) ・辞退者 ・指導完了者の検査値改善率 ・透析患者数、新規透析者数 ・1人当たり糖尿病関連医療費(参考)	—
清瀬市	H26	個別通知	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。 6か月後にレセプト情報から受診状況を評価し、受診歴が確認できない場合は、再度手紙やアンケート送付、電話により状況確認を行う。	・医療機関未受診者	以下の基準すべてに該当する者 ・40歳以上75歳未満 ・令和2年度健診結果より2型糖尿病(HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上) ・尿蛋白(+)以上 ・レセプト情報で糖尿病受療歴なし	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。	・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 ・対象者に合わせた実施内容が準備できているか ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・医療機関を受診しない者への記名でのアンケート調査	—	R3	・面談 ・電話 ・個別通知	主治医の生活指導確認書に基づき、6か月間(面談2回～3回程度、電話6回～10回程度)の支援を実施。保健指導は委託業者の専門スタッフが行う。	・重症化ハイリスク者	特定健康診査データ、レセプトデータを用いて抽出した糖尿病性腎症の病期が2期・3期の者 ※I型糖尿病の者、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及び生活習慣管理料の算定対象となっている者等を除外し、優先順位により対象者を抽出 ※主治医に指導における承諾を得た者	事業実施にあたって、医師会に事業内容の説明を行う。また、対象者候補者に対して、主治医に事前に承諾を得る。指導承諾が得られ、かつ、対象者の希望があった場合は、主治医に指導確認書を作成してもらい、確認書に基づき指導を実施する。指導内容については、主治医に報告書を提出し、情報の共有を図る。	・保健師 ・看護師	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・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 等	—
東久留米市	H30	個別通知 ・電話	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、受診動奨を合わせて年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、受診動奨している。 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、未受診状況が見受けられる方へ電話による再動奨を行う。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	前年度特定健診受診者のうち、以下の基準全てに該当する方。 ・eGFRが45ml以上60ml以下 ・HbA1cが6.2%以上 ・直近から複数月までのレセプトにおいて「がん」、「認知症」、「うつ」、「統合失調症」、「1型糖尿病」等の診療が無い	市医師会と事業の進め方や、受診動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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	・受診動奨後、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	R1	・面談 ・電話 ・個別通知	かかりつけ医の同意及び栄養制限・運動制限等の情報提供を受けたのち、保健師、看護師、管理栄養士など専門職による約6か月の改善指導を行う。面談指導、電話指導、個別通知(ニュースレター等)により行い、初回面談時に個人にあったプログラムを作成する。 指導完了後には、かかりつけ医へ報告書を提出する。	・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	前年度特定健診受診者のうち、以下の基準全てに該当する方。 ・eGFRが45ml以上60ml以下 ・HbA1cが6.2%以上 ・直近から複数月までのレセプトにおいて「がん」、「認知症」、「うつ」、「統合失調症」、「1型糖尿病」等の診療が無い	指導プログラム参加申し込み時に、参加確認書をかかりつけ医に記入してもらい制限の情報共有し、かつ事業参加の同意を得ている。指導完了時には、かかりつけ医へ報告書を提出し、情報の共有をしている。 市医師会と事業の進め方や、受診動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。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・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、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・保健指導プログラムの完了率 ・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 ・生活習慣改善への行動変容	—
西東京市	H26	個別通知	健診数値と基準範囲で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。	健診異常値放置者 ※除外 精神疾患、難病、癌患者等	HbA1cが6.5以上またはHbA1cが5.6から6.4で収縮期血圧が130以上でかつ人間ドック学会規定のD(要治療、精密検査)で、医療機関への受診が確認できない対象者。	事業実施にあたって、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。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、意見を求める予定である。	・医療機関受診率 ・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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人数	—	H26	・面談 ・電話	糖尿病患者を抽出し医師会役人の了承を得て、参加案内の通知をし、プログラムを実施する。主治医には毎月報告をする。	糖尿病患者 ※除外 生活習慣を起因としない ・癌、難病、精神疾患、認知症等	以下の両方の基準に該当する者 ・空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上 ・尿蛋白(±)以上	事業実施にあたって、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。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、意見を求める予定である。	・保健師 ・看護師	・検査値の改善率 70% ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率 ・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—

保険者名	受診動奨								保健指導								
	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	事業の評価指標	その他の評価指標	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	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	その他の評価指標
小平市	H30	電話 個別通知	受診動奨の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、電話動奨を行う。 受診動奨の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、電話動奨を行う。	医療機関受診中断者 重症化ハイリスク者	糖尿病性腎症重症化予防における今年度保健指導対象者の受診状況(前年度3月から今年度8月)を確認し、糖尿病関連疾患の受診がない者を受診動奨の対象者とする。	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動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 ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H27	面談 電話	生活習慣の改善に必要なさまざまな知識・手法を身につけた相談員が、豊富な個別支援の経験をもとに、6か月間にわたり支援を行う。 6か月のプログラムの中で、訪問による面談指導と電話指導を行う。 指導内容は、食事指導・運動指導・服薬管理等とし、指導完了後も自立して正しい生活習慣を持続できるように日常に根づいたものとしている。	・重症化ハイリスク者	以下のすべての基準に該当する者 1.レセプトデータより糖尿病を治療中で、かつ糖尿病の服薬ありの者 2.小平市医師会に加入している医療機関を受診している者 3.重症度2及び3の者 重症度2: eGFR45以上60未満かつ前年度より5ml以上低下、または血圧140/90以上、または尿蛋白(+)以上、または腎症2期・3期 重症度3: eGFR45以上60未満、または腎症1期 <除外条件> 以下のいずれかの要件に該当する者 I 型糖尿病患者、eGFR15(mL/分/1.73m ²)未満、癌、精神疾患、難病、認知症	小平市医師会に対して、事業実施にあたっての事業内容の説明と、事業実施後の報告を行っている。 また、主治医に対しては、プログラム参加申込時に、プログラム参加確認書を記入してもらい、参加者の情報の提供を受けている。プログラム終了後は、主治医に対象者のプログラムの参加状況の情報を提供している。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・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	—
大島町	R1	電話 個別通知	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動奨を行う。 ・島内の医療機関に対象者の情報提供等を行う。	医療機関未受診者 医療機関受診中断者	HbA1c6.5以上	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、受診動奨、評価等各段階で評価しているか ・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	R3	電話 面談 訪問	・対象者に電話にて参加動奨を行う ・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 ・重症化ハイリスク者	健診受診の有無を参考にしながら、HbA1c6.5%以上でレセプトの状況がない者 医療機関と連携し、希望者 HbA1c8.5%以上	島内唯一の医療センターを連携を図り、情報共有をする。	・保健師	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—
新島村	R1	電話	・対象者全員に電話にて健診結果の内容を通知し、受診動奨を行う。 ・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。	重症化ハイリスク者	以下のいずれにも該当する者 ・eGFR50ml/分/1.73m ² 未満 ・HbA1c7.0%以上	村国保診療所医師と相談して事業内容、基準を設定した	・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	R1	電話 面談	・対象者に電話にて参加動奨を行う ・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	・重症化ハイリスク者	以下のいずれにも該当する者 ・eGFR60ml/分/1.73m ² 未満 ・HbA1c6.5%以上(40歳～64歳) ・HbA1c7.0%以上(65歳以上)	村国保診療所医師と相談して事業内容、基準を設定した	・管理栄養士	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・次年度の特定健診結果 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
神津島村	R1	電話 個別通知	レセプトや健診結果等被保険者の中から対象者全体像の把握し、受診動奨実施後、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動奨を行う。	医療機関未受診者	HbA1c6.5以上の者	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)対象者への受診動奨実施率 (アウトカム指標)対象者の動現後の医療機関受診率	—	R1	面談 集団セミナー	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。	・重症化ハイリスク者	HbA1c7.0%以上	関係機関との連携を行っていない。	・保健師	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—
三宅村	R1	電話 個別通知	当年度の特定健診結果において対象者を抽出。受診動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・管理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回動奨	医療機関未受診者 医療機関受診中断者	以下のいずれかの要件に該当する者 ①特定健診受診者であり、HbA1c:6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上の者 ②レセプト上、糖尿病関連の服薬があり3か月間未受診の者	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。	・受診動奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人数	—	R1	訪問 面談 電話	保健師と管理栄養士が6か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。	・重症化ハイリスク者	以下のいずれかに該当する者 ・特定健診受診者でHbA1c:6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上の者 ・特定健診未受診で糖尿病で治療中の方で、医師により抽出した者	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。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
御蔵島村	R1	面談	健診結果を受けて該当者に対し保健師により受診動奨を実施。	医療機関未受診者	HbA1c6.5以上	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	—	R1	面談	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。	・重症化ハイリスク者	以下の基準のいずれかに該当する者 ・空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上 ・尿蛋白(±)以上	診療所医師との健診結果の共有	・保健師	・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	R1	電話	特定健診受診者で受診動奨数値等があった該当者に医療機関を受診するように動奨通知を送付する予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響等により個別通知は送付せず、町保健師による電話動奨を実施する。	医療機関未受診者 重症化ハイリスク者	KDBシステムで受診動奨等の数値(特定保健指導該当)があった方で、未治療の方及び生活習慣病のコントロールが不良の方	関係機関との連携を行っていない。	・医療機関受診につながった人の人数 ・受診動奨対象者の検査結果(HbA1c)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
小笠原村	R1	電話 個別通知	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動奨を行う。 受診動奨実施後、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動奨を行う。 なお、令和2年度は対象者無し。	医療機関未受診者	HbA1c6.5以上	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	・医療機関受診につながった人の人数 ・受診動奨対象者の検査結果(HbA1c)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—