

令和4年度 東京都後期高齢者医療広域連合及び構成区市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)

| ①保険者名または市区町村名  | 受診勧奨    |          |  |                |  |  |  |          |         | 保健指導     |   |                           |  |  |                            |  |                                      |  |
|----------------|---------|----------|--|----------------|--|--|--|----------|---------|----------|---|---------------------------|--|--|----------------------------|--|--------------------------------------|--|
|                | ②事業開始年度 | ③取組方法の種類 | ④具体的な取組  | ⑤対象者           | ⑥抽出基準  | ⑦地区医師会等関係機関への情報提供等   | ⑧事業の評価指標                                 | その他の評価指標 | ⑨事業開始年度 | ⑩取組方法の種類 | ⑪具体的な取組   | ⑫対象者                      | ⑬抽出基準  | ⑭地区医師会等関係機関への情報提供等   | ⑮携わっている医療専門職               | ⑯事業の評価指標   | その他の評価指標                             |  |
| 東京都後期高齢者医療広域連合 | R2      | 個別通知     | 健診の受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。   | ・医療機関未受診者      | R3年度年度の健診結果に異常値※があるが、健診受診月以降、生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症等)に係るレセプトがない被保険者。<br>※空腹時血糖が126mg/dL及びHbA1cが6.5%以上(日本人間ドック学会判定区分の要精密検査・治療)かつ、eGFRが60mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満または尿蛋白(±)以上の被保険者。 | 都三師会に通知文案や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。                | ・医療機関受診につながった人の割合                        | —        | —       | —        | —   | —                         | —  | —  | —                          | —  | —                                    |  |
| 墨田区            | —       | —        | —  | —              | —  | —  | —  | —        | R3      | 電話訪問面談   | R4年度健診結果にて、重症化リスクが高い対象者に医療専門職が保健指導(訪問、電話等)を実施する。  | ・重症化ハイリスク者                | R4年度健診結果がHbA1c8.5%以上で、糖尿病の通院中の者<br>※除外基準あり   | 地域連携検討会(医師会、歯科医師会、薬剤師会等)にて、情報共有し、助言を受ける。   | ・保健師<br>・管理栄養士<br>・歯科衛生士   | ①HbA1cが低下した人の割合(事業前後の数値)<br>②保健指導件数  | —                                    |  |
| 江東区            | —       | —        | —  | —              | —  | —  | —  | —        | R4      | 面談       | 対象者に対し健康教育・個別面談を実施。初回面談にて目標を設定し、2回目の面談で経過を確認、その後電話にてフォローアップを行う。   | ・③抽出基準に該当する後期高齢被保険者       | ・R3年度の健診結果でHbA1c7.0以上<br>・糖尿病に関する治療を受けているまたは受けていた<br>・おおむね80歳まで(要介護3以上は除く)   | 江東区医師会に、事業企画時および事業実施後に情報提供を行う予定  | ・管理栄養士<br>・看護師             | ・対象者のうちアプローチできた者の割合<br>・参加者の行動変容の意識の改善<br>・HbA1cの値が改善した者の割合                          | —                                    |  |
| 杉並区            | R3      | 個別通知     | 選定条件に基づく対象者へ糖尿病性腎症等重症化予防事業の案内通知を送付し、保健指導への参加勧奨と同時に医療機関受診の必要性を説明している。<br>また、同事業に参加希望を示し主治医がない者に対しては、個別に受診勧奨を実施。 | ・重症化ハイリスク者     | 75歳以上85歳未満でR3年度の後期高齢者健診結果が、選定条件(ア)に該当し、かつ(イ)もしくは(ウ)に該当する者<br>(ア)HbA1c6.5%以上<br>(イ)60≤eGFRかつ尿たんぱく(±、+)<br>(ウ)45≤eGFR<60かつ尿たんぱく(-、±、+)   | 杉並区医師会に事業内容を説明し、選定条件についても助言を受け、実施後は結果を報告。                          | ・受診勧奨を行った人数                              | —        | R3      | 個別通知面談電話 | 事業案内通知を送付し、保健指導に同意した対象者に6カ月間の個別プログラム(面談2回・電話5回)を実施。支援内容は、健診結果や生活習慣を振り返り目標を設定、糖尿病自己管理能力の向上を目指した医療・食事・運動指導等を行う。 | ・重症化ハイリスク者                | 75歳以上85歳未満でR3年度の後期高齢者健診結果が、選定条件(ア)に該当し、かつ(イ)もしくは(ウ)に該当する者<br>(ア)HbA1c6.5%以上<br>(イ)60≤eGFRかつ尿たんぱく(±、+)<br>(ウ)45≤eGFR<60かつ尿たんぱく(-、±、+) | 杉並区医師会に事業内容を説明し、選定条件についても助言を受け、実施後は結果を報告。また、かかりつけ医には指導に必要な生活指導確認書の作成依頼と月1回の実施報告書を送付。 | ・医師<br>・看護師                | 事業前後の数値や質問票の比較等<br>・HbA1c<br>・BMI、体重<br>・医療(通院・新規受診)状況<br>・糖尿病自己管理能力の向上<br>・後期高齢者質問票 | —                                    |  |
| 豊島区            | R3      | 個別通知     | 健診の受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。   | ・右の基準に該当する者    | ・R4年度長寿健診受診者のうち、HbA1c7.0%以上かつ糖尿病薬未服薬である者(90歳以上、要介護3～5を除く)  | ・豊島区医師会より対象者の選定等助言を得ている。事業実施前後の全体評価を報告する。                          | ・医療機関受診率<br>・個別相談を受けた人の割合<br>・次年度のHbA1c値 | —        | R3      | 面談       | ・健診受診者のうち糖尿病重症域またはハイリスクであるにも関わらず糖尿病薬未服薬の者に、個別相談を実施し、正しい治療へつなげ、腎症等の合併症を予防する。                                   | ・糖尿病重症域で未治療または治療中の可能性が高い者 | ・受診勧奨実施した者のうち希望者および特にQOL低下が心配される者(HbA1c高値、独居、未受診者等)  | ・豊島区医師会より対象者の選定等助言を得ている。事業実施前後の全体評価を報告する。  | ・管理栄養士(東京糖尿病療養指導士)<br>・保健師 | ・医療機関受診有無<br>・15の生活習慣の改善度<br>・次年度のHbA1c値   | ・通いの場<br>事業参加の有無<br>・フレイル<br>測定会参加有無 |  |
| 練馬区            | R3      | 個別通知     | 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。   | ・糖尿病重症化リスクありの者 | R3年度の健診結果より、HbA1c6.5%以上の者で、前年度に糖尿病レセプトおよび糖尿病薬が無しの場合  | 練馬区医師会を通じて紹介のあった糖尿病医療専門医から、対象者抽出に係る助言を受けている。また、適宜事業に関する情報共有を図っている。 | ・郵送による受診勧奨数<br>・治療開始人数                   | —        | R3      | 訪問       | 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。             | ・糖尿病重症化リスクありの者            | R3年度の健診結果より、HbA1c7.0%以上の者で、前年度に糖尿病レセプトおよび糖尿病薬が無しの場合、かつ、高血圧等その他生活習慣病レセプトおよび高血圧等その他生活習慣病薬が無しの場合  | 練馬区医師会を通じて紹介のあった糖尿病医療専門医から、対象者抽出に係る助言を受けている。また、適宜事業に関する情報共有を図っている。                   | ・保健師<br>・管理栄養士<br>・歯科衛生士   | ・訪問支援数<br>・主観的健康観の変化<br>・心の健康状態の変化<br>・生活習慣改善人数<br>・治療開始人数<br>・HbA1c数値(中長期)          | —                                    |  |

令和4年度 東京都後期高齢者医療広域連合及び構成区市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)

| ①保険者名または市区町村名 | 受診勧奨    |            |   |                         |   |  |   |          |         | 保健指導                     |   |  |  |  |                          |   |            |  |
|---------------|---------|------------|---|-------------------------|---|--|---|----------|---------|--------------------------|---|--|--|--|--------------------------|---|------------|--|
|               | ②事業開始年度 | ③取組方法の種類   | ④具体的な取組   | ⑤対象者                    | ⑥抽出基準   | ⑦地区医師会等関係機関への情報提供等                                   | ⑧事業の評価指標  | その他の評価指標 | ⑨事業開始年度 | ⑩取組方法の種類                 | ⑪具体的な取組   | ⑫対象者                                       | ⑬抽出基準  | ⑭地区医師会等関係機関への情報提供等   | ⑮携わっている医療専門職             | ⑯事業の評価指標  | その他の評価指標   |  |
| 江戸川区          | —       | —          | —   | —                       | —   | —  | —   | —        | R3      | 面談<br>電話                 | ・3か月の実施期間における3回の訪問指導の中で、支援計画の作成、服薬指導、運動指導、血糖管理、評価書の作成を行う。   | ・昨年度健診受診者のうち、高血糖について治療中で今年度84歳以下の者         | ・R3年度の健診結果より、HbA1cが8.0%以上で通院中の者(レセプトの状況を確認し、がん・認知症・うつ・統合失調症・透析(人工透析・腹膜灌流)の受診歴がある者、要介護3以上(要介護2を除く)を受けている者を除く)   | ・かかりつけ医、地区医師会、糖尿病連携会議の中で情報提供を行い、助言を受けている。  | ・保健師<br>・管理栄養士<br>・歯科衛生士 | 事業の前・後で検査数値(HbA1c・eGFR・BMI等)を把握し、平均値の変化、検査数値の改善の割合をみる。<br>・評価時における行動変容について聞き取りを行い、変化割合をみる。                                | —          |  |
| 八王子市          | —       | —          | —   | —                       | —   | —  | —   | —        | R3      | 面談<br>訪問                 | ・対象者に案内を通知し、指導希望者に面接や訪問で複数回保健指導を行う。   | 年度末年齢80歳以下の後期高齢者(要介護3以上認知症レセプト有の者は除く)      | R3年度の健診の結果、HbA1c8.0以上かつeGFR30以下の尿たんぱく(+)以上またはeGFR60未満の者(要介護3以上認知症レセプト有の者は除く)   | ・事業実施前に医師会に事業内容について説明し、助言を得た。<br>・保健指導対象者へ個別通知をする際に、対象者の健診医療機関にも情報提供。<br>・実際の指導時に、主治医に保健指導連絡票にて指導の指示を行う。 | ・保健師<br>・栄養士             | ・行動変容の割合<br>・指導前後のHbA1c、体重、eGFR等の変化   | —          |  |
| 町田市           | —       | —          | —   | —                       | —   | —  | —   | —        | R2      | 面談<br>電話                 | ・3か月間の保健指導(面談指導3回)を実施する。<br>・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。<br>・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。 | ・重症化ハイリスク者                                 | ・現在糖尿病治療中であり、R3年度健診結果で以下の条件を全て満たす者<br>HbA1cが8%以上若しくは空腹時血糖が126mg/dl以上<br>eGFRが30～89.9ml/分/1.73m <sup>2</sup>  | ・事業実施にあたって、町田市医師会に説明を行い、意見を事業に反映している。<br>・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得る。            | ・保健師<br>・看護師             | ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合<br>・生活習慣改善への行動変容<br>・対象者の参加前後の検査値(空腹時血糖、HbA1c)の改善率<br>・事業に対する満足度や参加者の意識変化<br>・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 |  |
| 武蔵村山市         | R4      | 個別通知<br>電話 | ①R3年度健診の血糖値が受診勧奨判定値の医療機関未受診者に対し、受診勧奨通知及び架電勧奨を実施し、医療専門職による体調確認と受診勧奨を行い、受診につなぐことで重症化予防を図る。<br>②R3年度健診未受診者のうちR2年度中にレセプトに糖尿病、あるいは糖尿病性腎症の傷病名があるもののR3年度中に医療機関未受診者に対し、受診勧奨通知を送付し、受診再開を促すことで重症化予防を図る。 | ①医療機関未受診者<br>②医療機関治療中断者 | ①一体的実施・KDB活用支援ツール抽出のR4年度末年齢90歳未満者のうち、R3年度健診受診者でHbA1cが7.0以上、かつR3年度中に医療機関未受診で糖尿病薬処方歴のない者。<br>②一体的実施・KDB活用支援ツール抽出のR4年度末年齢90歳未満者のうち、R3年度健診未受診者でR2年度中の医療レセプトに糖尿病、あるいは糖尿病性腎症の傷病名があるもののR3年度中に糖尿病等に係る医療機関未受診で糖尿病薬処方歴のない者。<br>(要介護2以上、悪性新生物、精神疾患、1型糖尿病は除外) | 医師会には選定基準について相談、助言を得ている。三師会に通知文案、適宜事業に関する情報共有を図っている。 | ①受診勧奨実施率、受診勧奨架電での状態取率、医療機関受診受診率<br>②受診勧奨実施率、医療機関受診受診率 | —        | R4      | ・個別通知<br>電話<br>・面談<br>電話 | ・R3年度健診受診者のうち、腎症病期第2期から第3期相当の糖尿病性腎症又は糖尿病患者に対し、フレイル予防を含めた糖尿病等の重症化予防の保健指導を実施する。<br>・保健指導参加者には、基本対面で6か月間の個別プログラム(面談3回、電話3回)を医療専門職が支援し実施する。     | ・令和3年度後期高齢者健康診査受診者のうち、年度末年齢90歳未満の後期高齢者被保険者 | ・糖尿病性腎症又は糖尿病の罹患者のうち、市内かかりつけ医を持つ年度末年齢90歳未満で、当該年度健診結果で以下(ア)HbA1c7.0%以上(イ)高血圧収縮期血圧140/拡張期血圧90mmHg以上(ウ)尿蛋白±、+、2+、3+のいずれかに該当(エ)eGFR45ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上のいずれかに該当する者。<br>(要介護2以上、悪性新生物、精神疾患、1型糖尿病は除外) | ・かかりつけ医との連絡調整を行う。<br>・事業実施後は事業参加者に係る報告を各会に行う。  | ・保健師<br>・管理栄養士           | ・参加群/非参加群<br>①参加前後の検査値(収縮期・拡張期血圧、HbA1c、eGFR、尿蛋白等)の改善率、検査値の平均値の変化<br>②医療費<br>・参加群の前後比較<br>①意識・行動変容状況<br>②満足度               | —          |  |

令和4年度 東京都後期高齢者医療広域連合及び構成区市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)

| ①保険者名または市区町村名 | 受診勧奨    |          |   |           |   |                    |           |          | 保健指導    |          |  |                    |   |                                     |                |   |          |
|---------------|---------|----------|---|-----------|---|--------------------|-----------|----------|---------|----------|--|--------------------|---|-------------------------------------|----------------|---|----------|
|               | ②事業開始年度 | ③取組方法の種類 | ④具体的な取組   | ⑤対象者      | ⑥抽出基準                                       | ⑦地区医師会等関係機関への情報提供等 | ⑧事業の評価指標  | その他の評価指標 | ⑨事業開始年度 | ⑩取組方法の種類 | ⑪具体的な取組  | ⑫対象者               | ⑬抽出基準   | ⑭地区医師会等関係機関への情報提供等                  | ⑮携わっている医療専門職   | ⑯事業の評価指標                                  | その他の評価指標 |
| 檜原村           | —       | —        | —   | —         | —   | —                  | —         | —        | R3      | 電話訪問     | ・保健師により生活習慣病等の重症化予防(糖尿病性重症化予防他)に係わる訪問指導または電話指導を行う。 | ・医療機関未受診者          | ・R3年度のKDBシステムにおいて血糖が受診勧奨判定値以上と、R4年度健診においてHbA1c:6.5%または空腹時血糖:126mg/dl以上    | ・かかりつけ医と個々の取組の評価時に助言を依頼し情報共有を図っている。 | ・保健師           | HbA1c・eGFR・尿蛋白の値の数値の変化                    | —        |
| 神津島村          | R3      | 電話       | ・健診の受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の電話をし、重症化予防を図る。<br>・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。 | ・医療機関未受診者 | ・R3年度の健診結果で生活習慣病の項目で要受診判定(東京予防医学協会の基準による)の者 | ・村営診療所医師と適宜情報交換。   | ・受診勧奨した人数 | —        | R3      | 訪問面談     | ・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。              | ・糖尿病治療中または中断者の被保険者 | ・R3年度の健診結果で要受診判定者(東京予防医学協会の基準による)(腎、糖尿の項目)・KDBシステムで抽出した糖尿病治療の中断者・医師からの依頼者 | ・村営診療所医師と適宜情報交換を行う。                 | ・理学療法士<br>・保健師 | ・服薬状況<br>・生活習慣の変化(運動、食習慣)<br>・血糖、HbA1cの変化 | —        |