

## 令和4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																			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							地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標						
		個別通知	電話	面談訪問		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	治療中止者・未治療者※健診未受診者	(レセプト)						
																		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			
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					○	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。	○	○				
中央区	R01	○	○		医療機関未受診者 ・前年度の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度目の通知後も医療機関の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	○	○	○	○	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・みなど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療率・服薬状況				

保険者名	受診勧奨																				
	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						(レセプト)	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標			
		個別通知	電話	面談訪問		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	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
墨田区	H25以前	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		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對し、かかりつけ医等への受診勧奨を行っている。		<input type="radio"/>			130		7.0	44	+、2+、3+			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。	
						(対象者) 検査値が要医療となったハイリスク者 (抽出基準) 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/1.73m <sup>2</sup> 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															
江東区	R02	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		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。		<input type="radio"/>			126		6.5	60	±、+、2+、3+				関係機関との連携を行っていない。	<input type="radio"/>		
						(対象者) 医療機関未受診者、重症化リスク者 (抽出基準) 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/1.73m <sup>2</sup> 未満または尿蛋白(±)以上 ・血糖に関する服薬がない															
品川区	H25以前	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		リスク内容によって、記載内容を変えている。		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		7.0			100	160		実施にあたっては、データハルス計画・国保基本健診等実施計画策定評価委員会で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。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	・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	
						(対象者) 医療機関未受診者、医療機関受診中断者 (抽出基準) 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															
目黒区	H25以前	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<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。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	126		6.5				<input type="radio"/>	事業実施にあたり目黒区医師会に事業内容を説明した。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	・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) 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 (抽出基準) <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)があって現年度において治療歴(糖尿病)がない者。															
大田区	H29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		・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。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	126	200	6.5	60	±、+、2+、3+		<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	・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) 重症化ハイリスク者、医療機関受診中断者 (抽出基準) 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 <sup>2</sup> 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 ただし、①透析治療者の者、②がん治療中、③認知機能障害がある者、④精神疾患有する者は除く。															
世田谷区	H29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		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。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	・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	
						(対象者) 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 (抽出基準) 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精神疾患有する者は除く。															
渋谷区	H29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		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。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.5		±、+、2+、3+		<input type="radio"/>	渋谷区医師会や渋谷区医師会糖尿病パス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。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	・対象者に合わせた実施内容を準備できているか		
						(対象者) 医療機関未受診者 (抽出基準) ・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、現在はなく、定期的な治療を中断していると判断できる者 (除外要件) がん、難病、精神疾患															

保険者名	受診勧奨														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															
		個別通知	電話	面談訪問		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		【腎機能】HbA1c		【腎機能】eGFR		【血圧】尿蛋白		【血圧】拡張期血圧		【血圧】収縮期血圧		(レセプト)	
										【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	治療中断者・未治療者※健診未受診者								
中野区	H29	○	○			○	○			126		6.5	30~90	±、+、 2+、3+			○		○	○					
杉並区	H26	○	○			○	○	○	○			6.5	30~60	-、±、+			○		○	○	・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	○	○			○	○					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 ・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	○	○			○	○	○	○			6.5	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 ・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療率・服薬状況				
荒川区	H28	○				○	○	○	○			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				

保険者名	受診勧奨																				
	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						(レセプト)	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標			
		個別通知	電話	面談訪問		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	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
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。1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+			○		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（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	○	○		足立区はKDBにより対象者を抽出する。委託事業者により、糖尿病性腎症等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。		○	○			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	

保険者名	受診勧奨																					
	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						地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標					
		個別通知	電話	面談訪問		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	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	
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。			○	○			6.5				○	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。			○	○	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。	○	○		・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 ・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	
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	

保険者名	受診勧奨																					
	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							地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標				
		個別通知	電話	面談訪問		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	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		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	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	
調布市	H26	○	○		①・対象者へ健診判定区別に色分けし、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る方や受診の優先順位が高い方へ電話で受療確認を行い、未受療者には未受療理由の確認と再度受療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未受診で、糖尿病関連項目が基準値を超えてる方については、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					—												—					
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 収縮期血圧160以上 拡張期血圧100以上）を超えた方でかつ、医療機関に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			100	160		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。	○	○		
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。		○	○								○	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					—												—					

保険者名	受診勧奨																					
	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						(レセプト)	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標				
		個別通知	電話	面談訪問		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	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	
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2~3ヶ月後に通知にて受診勧奨を行う。		○	○	○	○	126	200	6.5	30				・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。		○		
稻城市	R03	○			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。		○	○	○	○			6.5				○	日本医師会より、事業実施の周知がなされている。	○	○		
国立市	H28	○	○		令和4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。K D B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勧奨を実施した。 上記事業対象者を除外し、当市の基準にて抽出した受診勧奨対象者に対し、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勧奨通知を送付する。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にて行う。		○	○	○	○	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。	○	○		

保険者名	受診勧奨																						
	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						(レセプト)	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標					
		個別通知	電話	面談訪問		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	【HbA1c】eGFR	【腎機能】尿蛋白	【血圧】拡張期血圧	【血圧】収縮期血圧	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		
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	○	○		前年度の特定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對し、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。	○	○			
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。		○	○	○	○	126		6.5			90	140	○	毎月の医師会との定例会議において事業説明し意見を交換し情報共有している。	○	○	(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（アウトカム指標） ・対象者への通知率	
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ヶ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		

保険者名	受診勧奨																				
	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						地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標				
		個別通知	電話	面談訪問		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	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
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く。	○	○	・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	○	○		受診勧奨の1回目は、治療の再開のお願いと、治療をしないど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對して、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。			○	○							○	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	
大島町	R01	○	○		2月～3月中旬に実施。 ・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
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のお願いをした。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	

保険者名	受診勧奨																					
	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					
		個別通知	電話	面談訪問		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	【HbA1c】eGFR	【腎機能】尿蛋白	【血圧】拡張期血圧	【血圧】収縮期血圧	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				
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	○	○		

※1：抽出基準の健診結果欄に記載の数値は、基準の範囲を示すものであり、詳細は下段記載内容を参照のこと。



保険者名	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				携わっている専門職				事業の評価指標			
								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)													
	事業開始年度	個別通知	電話	面談訪問	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										
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	○	○	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。	○				126	6.5	15	+、2 +、3+	90	140																・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 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化		
大田区	H28	○	○	○	○	・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。 ・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ヶ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のへのフォローアップを1回実施	○				126	6.5	30~60	-、±、 +、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 ・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 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化		
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、かかりつけ医と連携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	○	○	○	○	○	○	○	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						
杉並区	H27	○	○	○	一齊通知	○			○																			・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				
豊島区	H27	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・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					

保険者名	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				携わっている専門職				事業の評価指標			
								重症化ハイリスク者	前年度保健指導修了者 (フローアップ)	その他	(健診結果)※1					(病期)			(除外要件)													
	事業開始年度	個別通知	電話	面談訪問	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										
北区	R01	○	○	○		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。	○			6.5	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 ・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
荒川区	H25以前	○	○	○	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。 ・後期高齢者についても希望者に保健指導を行っている。 ・基本コース修了者はインセンティブとして、区内お買物商品券を提供する。	○																								・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	
板橋区	H28	○	○	○		対象者に保健指導の案内通知を発送し、1週間後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」を受理後、保健指導を開始。 訪問3回、電話3回、手紙3回の、6か月間のプログラム。 前年度保健指導を実施した方を継続支援。(電話2回)	○	○	126	6.5	30	+、2+、3+			○		○		○												・対象者の選定基準の明確化及び見直し ・勧奨方法の適切さ及び見直し ・参加者の健診受診状況とレセプトで経年変化の把握 ・医師会等関係機関との連携 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	
練馬区	H26	○	○	○	利用者向けセミナー	・開始時：個別面談 ・2,4,5ヵ月後：電話もしくは通信による支援 ・3ヵ月後：個別面談 ・6ヵ月後：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ての面談も可能。) 初回面接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。	○			6.5	30~60	-、±																		・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 ・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 ・プログラム手順書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 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化		
足立区	H27	○	○	○		(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。	○			7.0	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 ・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			
葛飾区	H28	○	○	○		医師の指示に基づき原則、3ヶ月に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。	○			7.0																		・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				
江戸川区	H25以前	○	○	○		支援開始時にかかりつけ医に記載いたぐり指示書の指示・目標値などをもとに、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。	○	○		8.0																		・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				
八王子市	H29	○	○			6か月間に面接3回 電話支援3回のプログラム	○			7.0	30~60	+															・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					

保険者名	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				携わっている専門職				事業の評価指標			
								重症化ハイリスク者	前年度保健指導修了者(フローアップ)	その他	(健診結果)※1						(病期)			(除外要件)														
	事業開始年度	個別通知	電話	面談訪問	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												
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。	○			126	6.5	15~60	+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 ・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。	○			6.5	30~60	±、+、2 +、3+																				・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		
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。	○	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者		126	6.5																					・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。	○			126	200	6.5	30~60	+、2 +、3+	90	140					○	○										・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か月間の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療確認し、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、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。	○			130		7.0	50	-、±、 +、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 ・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 ・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しながら、おおむね6か月の保健指導を実施する。	○			126	6.5	30	-、±			○				○	○	○								・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				
調布市	H26	○	○	○	面談（希望により対面かICT選択）		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。	○	○		126	6.5	45	+、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 ・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 ・参加者の透析導入数・導入率			

保険者名	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			携わっている専門職				事業の評価指標					
											【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												
	事業開始年度	個別通知	電話	面談訪問	その他	126	6.5				30~89.9						○	○	○	○	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				
町田市	H29	○	○			6ヶ月間の保健指導（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更している。 前年度参加者に対し、フォローアップの保健指導（電話指導2回）を実施する。	○	○																											・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
福生市	R01	○	○	○		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3回】を実施	○																											・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 ・参加者の指導終了率	
羽村市	R01	○	○		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。	○																											・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		
瑞穂町	R02	○	○		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2回、電話指導6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。 前年度以前の保健指導修了者には、手紙通知1回、電話指導2回を実施する。	○	○																										・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 ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか		
あきる野市	R01	○	○	○	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。	○																										・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			
日の出町	R01	○	○		委託事業による保健指導 かかりつけ医の承諾後へ保健指導実施 (6か月間に面談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	○																									人工透析患者数の増加率など				
檜原村	H30	○	○		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																								・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				
奥多摩町	H28	○	○	○	・面談3回、支援電話4回、情報提供5回 ・健診結果、治療状況・疾病の理解 ・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	○																								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。					
日野市	H27	○	○		・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（HbA1c 7.0%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。	○	○																							・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					
多摩市	H25以前	○	○		・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）	○																							・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 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化						

保険者名	取組方法の種類				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										
							重症化ハイスク者	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						(期別)			(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	
	個別通知	電話	面談訪問	その他						【血糖】空腹時血糖	【血糖】隨時血糖	【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	糖尿病予防指導管理料などの算定対象												
稲城市 H29	○	○	○		保健師等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。	○	○	○	6.5															・対象者を通じ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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・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 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化
国富市 H26	○	○		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	126	6.5	60	±、+、2 +、3+	90	140	○	○			○	○		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勧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、事業実施状況報告を実施。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・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				
柏江市 H29	○	○		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。	○			30~90		+、2 +、3+			○	○		○			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患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 <sup>2</sup> )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。	○	○		○	○					・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 ・指導終了者の病期進行者数					
小金井市 H28	○	○	○	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。	○		126	6.5	60	+、2 +、3+					○	○	○	以下の中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 <sup>2</sup> ) 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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確立しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・指導終了者の病期進行者数					
国分寺市 R01	○	○	○	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。	○		126	6.5	30~60	+、2 +、3+					○	○	○	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	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勧奨を依頼。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ます。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。				○	○	○	○	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確立しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・指導終了者の病期進行者数					
武蔵村山市 H28	○	○	○	・面談は自宅訪問に加え公共施設での面談希望にも対応している。実施に当たり、新型コロナウイルス感染予防策について委託業者に確認するとともに参加者の感染予防策についての通知を行う。また、公共施設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・歯科の受診勧奨等を行う。 ・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) ・保健指導修了者には、次年度以降5年間、年に1回保健師等による電話でのフォローアップを実施している。	○	○								○	○	○	○	○	・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勧奨を依頼している。 ・事業参加に当たり、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・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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確立しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・指導終了者の病期進行者数					
東大和市 H25以前	○	○	I C T 面談	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 ④I C T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。	○								○	○		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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確立しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・指導終了者の病期進行者数								
東村山市 H27	○	○	レター指導	・募集の通知案に加え、電話勧奨を実施 ・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、調整を行なう。 ・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(来所面談)行う。	○	○	126	6.5		±、+、2 +、3+			○	○		126	6.5		±、+、2 +、3+		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、内シャント、透析予防管理料及び市外医療機関受診者は除外) ①病期分類(推定)第3期と令和元年度より、第2期(推定)のうち、健診結果尿蛋白軽度異常 ②主治医判断による推薦	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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	(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) ・委託業務の管理を行なっているか ・辞退者がいるか ・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 ・継続フォローへの参加率 (アウトカム) ・辞退者 ・指導改善率 ・事業の各段階で評価を実施しているか (アウトカム) ・透析患者数、新規透析患者数		

保険者名	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				携わっている専門職				事業の評価指標			
											(健診結果)※1						(病期)			(除外要件)														
	事業開始年度	個別通知	電話	面談訪問	その他	【血糖】空腹時血糖	【血糖】隨時血糖				【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												
清瀬市	R03	○	○	○		主治医の生活指導確認書に基づき、6か月間（面談2回、電話6回）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。	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・事業に対する満足度や参加者の意識変化			
東久留米市	R01	○	○	○		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もの、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つ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		6.2	45~60							○	○	○												・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 ・保健指導プログラムの完了率	
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、西東京市医師会に事業内容を説明後、主治医と対象者を選定。その後、対象者に案内を通知し、参加希望者にプログラムを実施する。プログラムの実施前後の検査値を比較し、事業の評価を行う。 【プログラム内容】服薬管理、食事療法、運動指導等について、訪問及び電話等により6か月にわたり個別に保健指導を行ふ。	○		糖尿病患者※院外対象者	126	200	6.5	±、+、2 +、3+						○	○	○												・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 ・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		
小平市	H27	○	○	面談（希望により対面かICT選択）	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ふ。 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ふ。 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。	○					45~60	+、2 +、3+	90	140				○	○	○									・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					
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		6.5																								
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																		・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。	○			126	200	6.5																			・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				
御藏島村	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+																	・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					—																													

保険者名	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	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	面談訪問		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	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】隨時血糖	【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											
小笠原村	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					

※1：抽出基準の健診結果欄に記載の数値は、基準の範囲を示すものであり、詳細は下段記載内容を参照のこと。