

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

保険者名 または市 区町村名	受診勧奨											保健指導																									
	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			事業 開始 年度	取組方法の種類 (主たる取組方法は二重丸)				具体的な取組	対象者		抽出基準			地区医師会等関係 機関への情報提供 等	携わっている専門職						事業の評価指標			
		個別 通知	電話	訪問 ・ 面談		医療機関 未受診者 【健診受 診あり・ 医療機関 未受診】	医療機関 受診中断 者	その他	【血糖】 空腹時 血糖	【血糖】 HbA1c			(健診結果)	(除外要件)	受診勧 奨者数		受診に 繋がった人 数・割合	その他 評価指標	訪問	面談		電話	その他	重症化ハイ リスク者 (コント ロール不良 者等)	医療機関受 診中断者	【血糖】 空腹時 血糖		【血糖】 HbA1c		(健診結果)	(除外要件)	医師	保健 師	看護 師	管理 栄養士・ 栄養士	歯科 衛生士	その他
東京都後期 高齢者医療 広域連合	R 2	○			健診結果に異常値がある が、医療機関を受診してい ない被保険者に対し、医療 機関への受診勧奨通知を送 付し、重症化予防を図る。	○			126	7.0	○	東京都三医師会に通 知文案や対象者の選 定基準についての助 言を依頼している。 また、適宜事業に関 する情報共有を図っ ている。	○	○		—																					
台東区	R 5	○	○		総合健康診査受診者で、 HbA1 c 値が8.0%以上の方 へ、医療機関への受診と保 健指導の利用を促す通知を 送付する。				○	8.0	○	高齢者の保健事業と 介護予防の一体的な 実施に係る協議会を 設置し、台東区三師 会や介護事業者等に 助言を依頼してい る。また、適宜事業 に関する情報共有を 図っている。			・保健指導実施率 ・保健指導終了者 のHbA1c改善率 ・生活習慣等の変 化や改善への気持 ち ※台東区では、医 療機関受診勧奨と 保健指導とを一体 で実施しているた め、医療機関受診 勧奨単体での評価 は行っていない。	R 5	◎		○		・総合健康診査受診者で、 HbA1 c 値が8.0%以上の方 へ、医療機関への受診と保健 指導の利用を促す通知を送付 する。 ・保健師等の専門職による6か 月間計4回の面談を実施 ・個別目標を設定し、食事指 導や運動指導（フレイル予防 にも着目）などについて支援 ・利用者の希望に基づき、関 係機関への保健指導結果の情 報提供を実施	○			8.0	○	高齢者の保健事業と介 護予防の一体的な実施 に係る協議会を設置 し、台東区三師会や介 護事業者等に助言を依 頼している。また、適 宜事業に関する情報共 有を図っている。		○		○			日本糖 尿病療 養指導 士	○	○	生活習慣等の変化や 改善への気持ち
墨田区	—															R 3	◎	○	○	・ R 4 年度の健診結果で重症化 リスクが高い対象者に事業案 内通知を送付する。 ・希望者に医療専門職が訪問 等で保健指導を実施、2 ～ 3 か月後に再訪問し目標の達成 状況等を把握する。 ・本人同意の上、かかりつけ 医へ指導前後に報告書を送付 する。	○			8.0	○	がん、認知症、 統合失調症、うつ、90歳以 上、要介護1以 上、人工透析、 在宅診療	地域連携検討会（墨田 区医師会、墨田区歯科 医師会、墨田区薬剤師 会等）にて情報共有 し、助言を受ける。		○		○	○		○	○	・目標の達成状況	
江東区	—															R 4		◎	○	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。	○			7.0	○	江東区保健事業等地域 連携連絡会等におい て、江東区の三師会に 事業内容を説明し、事 業実施結果を報告して いる。		○	○	○			○	・行動変容に結びつ いた者の割合			
大田区	R 5	○	○	○	糖尿病治療中断者に対し、 健診および医療機関への受 診を促すため、個別通知を 発送する。		○				○	国保の糖尿病性腎症 重症化予防事業の検 討委員会にて事業実 施方法や事業対象者 について情報共有お よび意見交換を行っ た。また、大田区三 医師会へも同様に適 宜情報提供を行って いる。	○	○	健診受診に繋がった人数・割合、要 介護認定状況	R 5	◎		○	糖尿病治療中断者に対し概ね 3 か月間の保健指導を行う。 （訪問2回と電話1回）。 支援内容には健診・医療機関 受診勧奨および健康相談を含 み、個人の状況に応じた目標 を立案、高齢者の質問票を活 用した食事指導・運動指導・ 服薬指導・口腔ケア・血圧管 理・フィジカルケア等、フレ イルの観点にも着目した指導 を行う。		○			○	○医療機関受診中断者 R 4 ・ R 5 年度健診未受診者のうち、R 2 ～ R 4 年度で糖尿病の薬剤処方歴のあった者で R 5 年 度医療機関受診歴のない者	介護認定を受け ている者	国保の糖尿病性腎症重 症化予防事業の検討委 員会にて事業実施方法 や事業対象者について 情報共有し、意見交換 を行った。また、大田 区三医師会へも同様に 適宜情報提供を行って いる。		○	○	○		健康運 動指導 士	○	○	・健診・医療機関受 診に繋がった人数・ 割合 ・要介護認定状況

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

保険者名 または市 区町村名	受診勧奨											保健指導																									
	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			事業 開始 年度	取組方法の種類 (主たる取組方法は二重丸)				具体的な取組	対象者		抽出基準			地区医師会等関係 機関への情報提供 等	携わっている専門職						事業の評価指標				
		個別 通知	電話	訪問 ・ 面談		医療機関 未受診者 【健診受 診あり・ 医療機関 未受診】	医療機関 受診中断 者	その他	【血糖】 空腹時 血糖	【血糖】 HbA1c				受診勧 奨者数		受診に 繋がっ た人 数・割 合	その他 評価指標	訪問	面談		電話	その他	重症化ハイ リスク者 (コント ロール不良 者等)	医療機関受 診中断者	【血糖】 空腹時 血糖		【血糖】 HbA1c		医師	保健 師	看護 師	管理 栄養 士・ 栄養 士	歯科 衛生 士	その他	保健指 導実施 割合	対象者 の検査 値 (HbA1c 等)の変 化	その他 評価指標
世田谷区	R 5	○	○		健診結果に異常値がある が、医療機関を受診してい ない者に対し、医療機関へ の受診勧奨の通知発送及び 電話勧奨を行う。				126	7.0	○	世田谷区三師会との 連絡会の中で情報共有、 意見交換を行 う。				R 5	◎		○	・健診結果で重症化リスクの ある糖尿病治療者へ事業案内 通知を発送する。 ・希望者のうち主治医から保 健指導を受けることの下解を得 られた者に対し、6か月間 の保健指導を専門職が実施す る（訪問3回、電話等3回）	○			7.0	○	世田谷区三師会との連 絡会の中で情報共有、 意見交換を行う。		○						○	○		
						○医療機関未受診者 【健診受診あり・医療機関未受診】 後期高齢者医療制度のR4年度の長寿健康診査受 診者で80歳未満の者のうち①②に該当するもの ①空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA 1 c7.0%以上の医療機関未受診者 ②上記①に該当し、かつ腎機能の低下している 者	人工透析、 がん、重度 の合併症、 認知機能低 下、精神疾 患																	○重症化ハイリスク者 次の（a）～（d）の条件をすべて満たす者で 主治医から保健指導を受けることの下解を得 られた者 （a）75歳以上、80歳未満 （b）糖尿病の診断がある人 （c）血糖HbA1c7.0%以上 または 血圧 140/90mmHg以上 （d）尿蛋白プラス以上 または eGFR60末 満					eGFR30未満、 人工透析、が ん、重度の合併 症、認知機能低 下、精神、要支 援・要介護者等								
渋谷区	—															R 5	◎		○	○	・KDBシステムより抽出基準 に沿った対象者を抽出し、糖 尿病診療のかかりつけ医に対 して事業への参加勧奨を依頼 する。 ・6ヶ月の間に、対象者1人 につき面談2回、電話および手 紙でのやりとりを8回行う。初 回面談では、質問シートや食 事記録等を用いて本人の希望 に応じて目標を立案する。 ・6ヶ月の指導終了後は、か かりつけ医との連絡により、 重篤化について改善あるいは リスク増加がゆるやかになっ たかなどの意見を聴取し、評 価を行う。	○		100	5.6	○	渋谷区医師会に事業内 容を説明の上、同医師 会を通じて対象者に勧 奨を行っている。かか りつけ医には指導内容 を報告している。		○							○	血液検査の改善状況
																				・重症化ハイリスク者 ・R4年度の健診結果で(ア)～(ウ)の全てを満 たす者 (ア)HbA1c（NSGP）5.6%以上または空腹時 血糖100mg/dl以上または随時血糖100mg/dl 以上 (イ)蛋白尿±弱陽性以上 (ウ)血清クレアチニン検査を実施し、 eGFR60未満 ・糖尿病性腎症ステージⅡ、Ⅲ、Ⅳ相当で治 療中の者 ・治療を行っているかかりつけ医が必要と判 断した者 ただし、右の除外要件に該当している者でも かかりつけ医の推薦や本人の希望があれば参 加可					85歳以上、人 工透析治療中、 1型糖尿病、要 介護2以上、認 知機能が著しく 低下し保健指導 が困難な場合												
杉並区	R 3	○			選定条件に基づく対象者へ 糖尿病性腎症重症化予防事 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。 また、同事業に参加希望 を示し主治医がいない者に対 しては、個別に受診勧奨を 実施。			○		6.5	○	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。				R 3	◎		○	事業案内通知を送付し、保健 指導に同意した対象者に6か月 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 （フレイル予防含む）等を行 う。	○				6.5	○	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。								・BMI、体重 ・医療状況 （通院・新規受診） ・糖尿病自己管理能 力の向上 ・後期高齢者質問票		
						○糖尿病性腎症重症化予防事業対象者 75歳以上85歳未満でR4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 (ア)HbA1c6.5%以上 (イ)60≦eGFRかつ尿たんぱく(±,+) (ウ)45≦eGFR<60かつ尿たんぱく(-,±,+)	人工透析 1型糖尿病 腎臓移植 がん 認知症 精神疾患 要介護認定 者																○糖尿病性腎症等重症化予防事業対象者 75歳以上85歳未満でR4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 (ア)HbA1c6.5%以上 (イ)60≦eGFRかつ尿たんぱく(±,+) (ウ)45≦eGFR<60かつ尿たんぱく(-,±,+)						人工透析 1型糖尿病 腎臓移植 がん 認知症 精神疾患 要介護認定者								
豊島区	R 3	○	○		健診結果から選定条件に基 づく対象者を抽出し、医療 機関受診状況調査票を送付 する。その後、保健師が電 話で医療機関受診勧奨を行 い、希望者は栄養指導につ なげ、重症化予防を図る。			○		7.0	○	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。				R 3	◎			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 者で、希望者に個別相談を実 施し、正しい治療へつなげ、 腎症等の合併症を予防する。	○				7.0		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。		○						・次年度のHbA1c 値 ・目標達成度 ・本人の意識の変化		
						R5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																														

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

保険者名 または市 区町村名	受診勧奨											保健指導																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	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			事業 開始 年度	取組方法の種類 (主たる取組方法は二重丸)				具体的な取組	対象者		抽出基準		地区医師会等関係 機関への情報提供 等	携わっている専門職						事業の評価指標																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
		個別 通知	電話	訪問 ・ 面談		医療機関 未受診者 【健診受 診あり・ 医療機関 未受診】	医療機関 受診中断 者	その他	【血糖】 空腹時 血糖	【血糖】 HbA1c						受診勧 奨者数	受診に 繋がっ た人 数・割 合	その他 評価指標	訪問		面談	電話	その他	重症化ハイ リスク者 (コント ロール不良 者等)		医療機関受 診中断者	【血糖】 空腹時 血糖	【血糖】 HbA1c			医師	保健 師	看護 師	管理 栄養 士・ 栄養 士	歯科 衛生 士	その他	保健指 導実施 割合	対象者 の検査 値 (HbA1c 等)の変 化	その他 評価指標																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

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

保険者名 または市 区町村名		受診勧奨										保健指導																											
		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			事業 開始 年度	取組方法の種類 (主たる取組方法は二重丸)				具体的な取組	対象者		抽出基準		地区医師会等関係 機関への情報提供 等	携わっている専門職						事業の評価指標						
			個別 通知	電話	訪問 ・ 面談		医療機関 未受診者 【健診受 診あり・ 医療機関 未受診】	医療機関 受診中断 者	その他	【血糖】 空腹時 血糖	【血糖】 HbA1c			受診勧 奨者数	受診に 繋がった人 数・割合		その他 評価指標	訪問	面談	電話		その他	重症化ハイ リスク者 (コント ロール不良 者等)	医療機関受 診中断者	【血糖】 空腹時 血糖		【血糖】 HbA1c		医師	保健 師	看護 師	管理 栄養士 ・ 栄養士	歯科 衛生士	その他	保健指 導実施 割合	対象者の 検査 値 (HbA1c 等)の変 化	その他 評価指標		
町田市	—													R 2	◎	○		・3ヵ月間の保健指導（面談指導3回）を実施する。 ・初回面談にて、各参加者の生活習慣等に応じて達成すべき目標を立てる。その目標に応じて食事指導や運動指導の内容を変えている。 ・指導にあたっては「後期高齢者の質問票」を活用するなど参加者のフレイル予防にも着目している。	○		126	8.0	○		○					・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。 ・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。		○					○	○	・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の参加前後の検査値（空腹時血糖、HbA1c）の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率
武蔵村山市	R 4	○	○		【未治療者への受診勧奨】 R 4 年度健診結果に異常値があるが、医療機関を受診していない者に対し、医療機関への受診勧奨を促す通知を送付後、架電勧奨をする。 【治療中断者への受診勧奨】 R 4 年度健診未受診者のうち、治療中断者と思われる対象者に対し、医療機関への受診勧奨を促す通知を送付する。	○	○			7.0	○				R 4	◎	○	・健診結果から対象者を抽出 ・抽出した対象者へ参加勧奨通知を送付後、参加勧奨架電を行い保健指導参加者を募る。 ・保健指導実施期間は概ね6か月間（面談3回、電話3回） ・戸別対面指導等を基本とし、業者委託で実施する。	○			7.0	○		○					・武蔵村山市医師会に事業内容を説明し、対象者の選定基準についての助言を受け実施。 年度終了後に事業実施結果を報告している。 ・かかりつけ医には保健指導実施後毎に報告を実施している。		○		○	・行動変容 ・満足度				
西東京市	—														R 5	◎	○	・糖尿病に関する受診中断の可能性のある方に事業案内通知を送付する。 ・希望する者に専門職による訪問指導2回、電話相談2回を実施する。 ・状況確認を行い、個別目標を設定し、フレイル予防にも着目した食事指導等を行い、必要時、かかりつけ医への連絡、医療機関への受診勧奨を行う。		○		5.6	○		○				○			○			・未治療者・治療中断者の医療受診者数の増加 ・コントロール不良者のデーター改善 ・取組継続者の継続状況				
神津島村	R 3	○	○	○	・健診の受診結果に異常値があるが、該当疾患で医療機関を受診していない被保険者に対し、医療機関への受診勧奨の電話をし、重症化予防を図る。 ・KDBシステムから過去に糖尿病の治療を受けていたが治療を中断してしまった被保険者の情報を抽出し、同様の勧奨を行っている。	○									R 3	◎	○	○	糖尿病の治療をしているが自己管理が難しい被保険者に対して保健指導を行う。	○	○					○		○				○	○	・服薬状況・生活習慣の変化(運動、食習慣)					