

## 令和6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

区域	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	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】空腹時血糖	【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				
区中央部	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。	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
区中央部	中央区	R01	○			レセプトデータ及び前年度の特定健康診査データから対象者を抽出し、医療機関の受診を促す通知書と糖尿病重症化予防に関するリーフレット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	○	○	○		126		6.5	60	±、+、2 +、3+			○	年に1回評議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・評議している。	○	○	・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
区中央部	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か所の肾脏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・みどり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
区西部	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事業の構成において、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
区中央部	文京区	R01	○	○		個別通知及び医療機関受診勧奨の電話において、医療機関受診の必要性を説明するとともに、既に受診していた場合は、糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導の利用勧奨も行う。	○	○	○	○	126		6.5	60	±、+、2 +、3+			事業実施にあたって、医師会（小石川・文京）に事業内容の説明し、対象者抽出等において助言をいたいたい。 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。保健指導参加者のかかりつけ医へ報告書を実施期間中に3回送付を行っている。	○	○	・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	
区中央部	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					○	事業実施にあたり必要に応じて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、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	
区東部	墨田区	H25以前	○	○		特定健診を受診し、血糖値、HbA1c、eGFR等糖尿病性腎症に関する検査値が要医療となった者に対し、かかりつけ医等への受診勧奨を行っている。	○				130		7.0	44.9	±、+、 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。	

令和6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

圏域	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	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人数				
			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】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					
区東部	江東区	R02	○	○		健診結果及びレセプトの請求情報（疾患名）から糖尿病未治療者を抽出し、文書により受診勧奨を行う。（上限100名）文書送付後、1回目の電話での受診勧奨を行う。その後、レセプトの請求情報を基に、受診の確認が取れない者へ2回目の電話勧奨を行う。	○				126		6.5	60	±、+、2+、3+				区東部糖尿病医療連携検討委員会にて取組報告を行っている。	○		
区南部	品川区	H25以前	○	○		リスク内容によって、記載内容を変えている。	○	○	○	○	126	126	6.5		90	140		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。	○	○	・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・翌年度の健診受診時に受診勧奨基準を脱却した人の割合	
区西南部	目黒区	H25以前	○	○	○	<早期治療> 特定健診結果、空腹時血糖または随時血糖の両方が受診勧奨者の者に早期の受診勧奨通知をする。 <治療再開> 過去3年間糖尿病の治療歴があるが今年度医療機関受診、健診受診がない者に糖尿病の治療再開するよう促す通知をする。 いずれも、必要に応じて保健師が治療に向けて個別相談（電話）をする。	○	○	○	○	126	126	6.5						事業実施にあたり目黒区医師会に事業内容を説明した。	○	○	・医療受診率 ・治療再開率
区南部	大田区	H29	○	○		・治療中断者等に対して、受診勧奨案内文と、糖尿病と合併症についてのリーフレットを送付する。 ・さらに、ハイリスク者への電話勧奨も併せて実施する。 ・抽出基準に該当する者たち、糖尿病性腎症の方については、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導を合わせて案内する。 ・発送月から6ヶ月間の受診状況及び勧奨した年の翌年度の特定健診におけるHbA1c値の変化について効果検証する。	○	○	○	○	126		6.5						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。	○	○	・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 ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・受診勧奨のうち、HbA1c8.0%以上の者の割合 ・特定健診受診者の糖尿病未治療者の割合
区西南部	世田谷区	H29	○	○		対象者の過去の受診状況や健診結果等を踏まえて対応している。	○	○	○	○	126		6.5					事業実施にあたって、世田谷区医師会及び玉川医師会に事業内容の説明をしている。	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関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	
区西南部	渋谷区	H29	○	○		健診結果数値やリスクを記載したカラー刷りの通知を送付し、早期受診を促す。 その後、受診を確認できない者については再度通知を送付している。 さらに、通知を郵送して一定期間経過後に受診を行っているかを電話で確認している。	○	○	○	○	6.5		±、+、2+、3+				渋谷区医師会や渋谷区医師会糖尿病・循環器連携委員会に事業内容の説明をする。 通知の効果について、医療機関への受診率等のデータを情報提供する。	○	○	・対象者に合わせた実施内容を準備できているか		

## 令和6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

区域	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	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人數	受診勧奨者数						
			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】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							
区西部	中野区	H29	○	○				○	○		126		6.5	30~90	±、+、 2+、3+		○		○	○	・未治療者、治療中断者の割合			
区西部	杉並区	H26	○	○																・東京都・国保連等の支援体制の活用 ・事業効果向上のための検討・実施 ・勧奨対象者の医療機関受診率 ・血糖コントロール不良者の割合 ・勧奨者の方、勧奨した者の割合				
区西北部	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 ・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				
区西北部	北区	H30	○	○																・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 ・対象者の抽出や受診勧奨、保健指導の実施等、事業の各段階で評価を実施しているか ・保健指導修了者で、検査データの改善率				
区東北部	荒川区	H28	○	○				・通知の内容は、健康診断未受診者、健診異常値放置者、治療中断者とそれぞれに合わせた内容で通知している。 ・医師会に所属している医療機関に意向確認を調査したうえで、協力医療機関一覧を作成しかつかけ医を持つない対象者へ紹介を行っている。	○	○	○	○	126		6.5		+, ±,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

## 令和6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

区域	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	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人数				
			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】隨時血糖	HbA1c	【腎機能】eGFR	【腎機能】尿蛋白	【血圧】拡張期血 圧	【血圧】収縮期血 圧	(レセプト)	(健診結果)※1	(レセプト)		
区西北部	板橋区	H28	○	○		対象者に受診勧奨通知、受診状況アンケートを送付。2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。未受診者は医療機関へ受診勧奨し、希望者は健康相談を行う。 ※R6から対象者に高血圧症医療機関未受診者を加えた。	○	○	○	○	126		6.5			100	160	○	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。	○	○	・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
区西北部	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		-、±、+、2+、3+			○	事業説明用資料を区内医療機関に送付。 また、練馬区糖尿病医療連携検討専門部会からも意見を聽取している。	○	○	・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 ・糖尿病性腎症患者数の増加抑制	
区東北部	足立区	H25以前	○	○	①糖尿病リスクがある者 対象者に通知で勧奨を行う。通知2か月後も未受診の40~64歳の方には保健師が電話または訪問で再勧奨を行う。  ②治療中断の可能性がある者(R5開始) 対象者に、糖尿病の合併症リスクを記載した通知を送り治療再開を促す。  ③糖尿病性腎症リスクがある者(H27開始) 区がKDBにより対象者を抽出する。委託事業者より、糖尿病性腎症重症化予防事業の案内通知(受診勧奨の内容を含む)を送付後、電話により医療機関受診の必要性について説明する。併せて、保健指導への参加も促す。	○	○	○	○	130		7.0	30~	-、±、+、2+、3+			○	事業実施にあたり、足立区医師会に事業内容を説明し、対象者抽出等において助言をもらう。また、事業の進捗について、随時情報提供を行う。	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況	
区東北部	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	45	+、2+、3+				事業実施にあたって、葛飾区糖尿病・慢性腎臓病対策推進会議（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		
区東部	江戸川区	H25以前	○	○	【特定健診受診者】 ・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（聞き取った場合）、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。 【特定健診未受診者】 ・糖尿病の治療中断は重篤な合併症（人工透析や失明など）の危険性が高いことを伝え、医療機関受診を勧奨する。	○	○	○				7.0					○	・40~64歳の受診勧奨を江戸川区医師会へ委託している。 ・江戸川区医師会と月に一度打ち合わせの場を設け、意見交換や情報共有を行っている。 ・支援対象者の受診状況を医療機関より受領している。	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況	

## 令和6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

圏域	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					(レセプト)	地区医師会等関係機関への情報提供等	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人數	受診勧奨者数		
			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】	【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				
南多摩	八王子市	H25以前	○	○		①受診勧奨 ・判定値超えの方に通知を送付 ・HbA1c7.0%以上で必要と認めた方に電話を入れ、状況確認と、保健福祉センターでの相談を促している。  ②糖尿病治療中断者 ・受診勧奨通知を送付  ③糖尿病治療中断者 ・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で、健診未受診者	○	○	○			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。重症化予防指導に参加した方の面談内容をかかりつけ医療機関に報告する。	○	○	○	・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 ・事業の各段階において評価を実施しているか
北多摩西部	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。  ・令和5年4月診療分から令和6年3月診療分までの12か月分のレセプトデータにより、生活習慣病で最後に受診のあった診療月を含む過去6か月の受診回数を基に受診頻度を算出し、最後の受診月の翌月から分析期間の末月までの未受診月数が、中断判定期間以上の者。 ※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。	○	○	・一人当たり月額の入院医療費の減少（長期アウトカム指標）	
北多摩南部	武藏野市	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	126	6.5	60未満	+、2+、3+		○	事業実施にあたって、武藏野健康づくり事業団の保健師、武藏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		
北多摩南部	三鷹市	H30	○	○		対象者には医療機関受診勧奨通知を個別送付する。また、一部対象者に電話勧奨を行う。 通知の内容は、健康診断受診者や健康診断未受診者にそれぞれに合わせた内容で通知している。	○	○	○	126		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。	○	○	・対象者に合わせた実施内容を準備できているか		
西多摩	青梅市	H30	○	○		①慢性腎臓病（CKD）予防 再検査通知の送付と講演会の案内 特定健康診査データから対象者を抽出し、再検査通知および腎臓専門医による予防講演会の案内通知を送付し、被保険者の健康維持増進および医療機関への受診勧奨を図る。  ②生活習慣病治療中断者への受診勧奨 レセプトデータから対象者を抽出し、生活習慣病が悪化することのリスクや継続治療的重要性等を記載した通知を送付し、医療機関への受診勧奨を図る。また、通知後の受診有無をレセプトデータを用いて確認する。	○	○	○		6.2~6.4	50	+、2+、3+			○	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。			・対象者の受診率 ・対象者への通知率		
北多摩南部	府中市	H28	○	○		・受診勧奨通知対象者 健診結果における異常値放置者及び生活習慣病の治療中断者には、受診勧奨通知を発送する。また、一部対象者に電話勧奨を行う。	○	○	○	126		6.5				○	事業実施にあたって、府中市医師会に事業内容を説明し、助言を得た。	○	○	・医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業対象者の受診勧奨率 ・受診勧奨通知の通知率 ・対象者の医療機関受診率 ・健診異常値放置者数の減少 ・糖尿病治療中断者の減少		

令和6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

圏域	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						(レセプト)	地区医師会等関係機関への情報提供等	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				
北多摩西部	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う。	○	○	○	○	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
北多摩南部	調布市	H26	○	○		①・対象者へ健診判定区分別に色分けし、3年間の健診結果を掲載した受診勧奨通知文を郵送する。 ・通知後に糖尿病関連項目が基準値を超えてる方や受診の優先順位が高い方へ電話で受診勧奨を行い、未受診者には未受診理由の確認と再度受診勧奨および保健指導を行なう。 ・糖尿病治療中断者に対し、通知文書の発送及び電話指導を実施し、医療機関の継続受診を促している。 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なった。 ・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。	○	○	・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
南多摩	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に応じて受診勧奨のメッセージを変更している。 ・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。また、翌年度の未受診の中止者に対する再勧奨を実施している。	○	○	○		126		6.5	60	~±、+、 2+、3+	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なっている。	○	○	・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
西多摩	福生市	H29	○			【医療機関未受診者】事業開始年度：H29 前年度特定健診の結果に異状があるにもかかわらず医療機関を受診しない方に医療機関受診通知を送付 【糖尿病治療中断者】事業開始年度：R5 糖尿病治療中断者に対し、医療機関受診勧奨通知を送付。早期の医療機関受診を促している。					126		6.5			90	140	○	関係団体の参加する会議において、事業の内容や取り組み状況について、情報共有を行なっている。	○	○	
西多摩	羽村市	H30	○			当該年度の特定健康診査を受診した者から、羽村市で設定した受診勧奨値（空腹時血糖126以上、ヘモグロビンA1C6.5以上）を超えた方かつ、医療機関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					抽出基準値や項目について地区医師会長へ説明し、助言や了承を得た。	○	○		
西多摩	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、通知後通院を開い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。	○	○	

令和6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

圏域	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					(レセプト)	地区医師会等関係機関への情報提供等	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人数	受診勧奨者数		
			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】空腹時血糖	【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				
西多摩	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。 対象者に通知を送りし、その後のレセプトデータから受診を確認できない者を対象として、専門職からの電話による受診勧奨を行い、医療機関への早期受診を促している。			○	○	126	6.5					○	事業実施にあたって、市医師会に事業概要について周知・説明を行っている。	○	○	・プログラムに必要な人員は確保しているか	
西多摩	日の出町	R06	○			対象者に受診勧奨文書を送付する。	○	○	○	○	126	6			90	140	○	—	○	○		
西多摩	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	○	○		
西多摩	奥多摩町				—												—					
南多摩	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は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	
南多摩	多摩市	H30	○			【健診異常値受診勧奨事業】 対象者へ、特定健診の受診結果をもとに、受診から約3ヶ月後に通知にて受診勧奨を行う。 【治療中断者受診勧奨事業】 治療中断者を対象に、医療機関受診勧奨通知を送付		○	○	○	○	126	200	6.5	30			○	【健診異常値受診勧奨事業】 ・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。	○	○	
南多摩	稲城市	R06	○			レセプトデータから生活習慣病（高血圧・脂質異常・糖尿病）の治療中断者を抽出し、通知を送付し、医療機関への早期受診を促す。			○	○							関係機関との連携は行っていない。	○	○			
北多摩西部	国立市	H28	○			前年度の特定健診結果で基準値超の被保険者のうち、医療機関を受診していない被保険者を抽出し、医療機関への受診勧奨文書を送付。 また、重症化ハイスク者には、保健指導への参加勧奨も行い、参加希望者には保健師による保健指導（6ヶ月）を行い、参加前後の検査値や行動変容の変化を検証する。 なお、保健指導を希望しない重症化ハイスク者で、不参加理由のアンケートの回答内容が「かけつけ医に指導を受けている」以外の人には、状況に応じて電話勧奨する。		○		○	○	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、意見聴取。	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況

令和6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

区域	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					(レセプト)	地区医師会等関係機関への情報提供等	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人數	受診勧奨者数			
			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】空腹時血糖	【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					
北多摩南部	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。	○	○			
北多摩南部	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 ③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	○	○		
北多摩西部	国分寺市	R01	○			前年度の特定健康診査の結果及びレセプト情報から抽出基準に該当する者を抽出し、プログラム参加勧奨通知を送付する。当該通知には本人の健診結果を掲載しており、プログラム参加の必要性を訴える内容としている。	○	○	○	○	126	126	6.5		±、+、2+、3+			事業概要について医師会へ説明し、また事業設計についても医師会に所属する専門医と相談の上構築。本事業に関し、協力をいただいている。	○	○			
北多摩西部	武藏村山市	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、武藏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	
北多摩西部	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しない者に対して、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。	○	○			
北多摩北部	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> 検査結果数値の生活習慣病リスクを示したグラフ等を記載した受診勧奨通知を送付する。 <電話による受診勧奨> 通知後、ハイリスク者に電話勧奨を行う。 ○糖尿病治療中断者<受診勧奨通知> ・受診勧奨通知を送付 ・通知後レセプトによる追跡調査実施	○	○	○	○	126		6.5				90	140	○	医師会定例会において、事業について情報共有している。	○	○	・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 ・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 ・ハイリスク者への電話勧奨の実施率
北多摩北部	清瀬市	H26	○	○		毎月の受診者から対象者を選定し、健診結果・糖尿病性腎症の病態・治療の必要性・生活上(食事・運動)の留意事項等を記載した通知を送付する。その後、電話等により受診勧奨や状況確認を行う。 6か月後にレセプト情報から受診状況を評価する。	○	○			126		6.5		+、2+、3+			○	清瀬市医師会に事業内容の説明をし、意見を聴取している。	○	○	・医療機関を受診しない者への電話で聞き取った生活状況、受診状況	

## 令和6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

地域	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	受診勧奨者数	医療機関受診に繋がった人數	受診勧奨対象者の検査値(HbA1c率)	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	【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				
北多摩北部	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師会のご理解ご協力を得ながら事業の取り組みを進めている。	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員は確保しているか ・受診勧奨後、医療機関への受診が確認出来なかった者への電話実施率
北多摩北部	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、医療機関への受診を促している。通知の裏面に糖尿病、高血圧症、脂質異常症に係る検査値を記載し、判定区分(厚労省の受診勧奨判定値)を通知している。	○	○	○	○			5.6				130	○	○	○	
北多摩北部	小平市	H30	○	○		・治療中断者 受診勧奨の1回目は、治療の再開のお願いと、治療をしない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。 ・医療機関未受診者(令和5年度より) 特定健診の健診値が基準に該当する者で医療機関の受診が確認できないものに対して通知を行う。 送付後、一定の期間受診ができないものに対して2回目の通知および電話勧奨を行う。	○	○	○	○	126		6.5				○	糖尿病ネットワーク委員会に出席し、糖尿病性腎症重症化予防事業のプログラムの説明と、未受診者に対する受診勧奨方法の説明を行い、意見をいたいた。	○	○	・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
島しょ	大島町	R01	○	○		2月～3月中に実施。 ・KDBにて対象者を抽出し、対象者へ文書により通知。 ・町保健師等から電話にて受診勧奨を行う。 ・島内の医療機関に対象者の情報提供等を行う。	○	○	○	○			6.5				○	事業実施あたり、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
島しょ	利島村	R05	○	○		健診結果をもとに該当者を抽出し、電話又は面談にて受診勧奨を行う。	○	○					6.5					診療所医師との健診結果の情報共有	○		
島しょ	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	○	○	

令和6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

地域	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						(レセプト)	地区医師会等関係機関への情報提供等	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	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				
島しょ	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 (アクト/プラット評価) 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
島しょ	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。
島しょ	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
島しょ	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。
島しょ	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、受診が無い場合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。	○	○						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:※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。

## 令和6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

## 令和6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

## 令和6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

区域	保険者名	取組方法の種類				対象者 具体的な取組	保健指導																事業の評価指標									
		事業開始年度	個別通知	電話	面談訪問		対象者		抽出基準								地区医師会等関係機関への情報提供等						扱っている専門職				事業の評価指標					
							重症化バイリスク者	前年度保健指導受了者(フォローアップ)	その他	(健診結果)※1				(病歴)				(除外要件)				医師	保健師	看護師	管理栄養士	その他の専門職	対象者の行動実習割合	対象者の格付け(HTAIC等)の改善	人工透析導入患者数	医療費	その他	
区西部	杉並区	H27	○	○	○	ICT面談	・対象者へ参加勧奨通知を送り、参加希望者は電話により申込む。その後、かかりつけ医の回覧を得て事業者の参加依頼書を提出いただき、保健指導を開始する。 ・保健指導はICTによる面談を基本とし、参加者の希望等により電話で行う。 ・保健指導の内容は参加者の状況に応じるものとなる(食事、運動、飲酒、喫煙等の生活習慣の改善等)。 ・実施期間は、実施内容等を記載した報告書を区及びかかりつけ医に保健指導を行った翌月に提出する。	○	・(対象) 健診受診者かつ医療機関受診中の者 (抽出基準) 糖尿病受診中の者たち、「糖尿病性腎症重症化予防事業実施の手引き」及びUFBRに基づいて抽出 (除外要件) がん、認知症、うつ、統合失调症、人工透析、腹膜灌流、1型糖尿病	±, +, +, 3+	~60	90	140	○	○	○	○	○	○	○	○	事業実施にあたって、杉並区医師会に事業内容を説明し、実施後は結果を報告することを予定している。 また、委託事業者から毎月、区とかかりつけ医に対し、実施した保健指導の内容を文書で送付され、主治医からの質問や指導内容の把握を行っている。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・東京都、国連合回答の支援体制の活用 ・事業効率向上のための検討・実施 ・受診勧奨対象者の勧奨割合 ・保健指導参加者数 ・勤対象者の医療機関受診率
区西北部	豊島区	H27	○	○	○	食事・運動セミナー	①食事・運動セミナーと個別面談を実施(セミナーの受講枠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。(H27~) ②糖尿病性腎症が疑われる者アクリル尿検査を実施。早期腎症の者を対象に個別面談を実施する。(R3~)	○	①特定健診結果でHbA1c6.0%以上、4%未満以下かつ糖尿病薬未使用者の者(特定保健指導対象者除く)(H27~) ②特定健診結果で糖尿病薬使用者では下記aまたはbに該当する者(R3~) A. eGFR45~59ml/min/1.73m <sup>2</sup> のうち、尿アルブミン量30mg/gCr未満 B. eGFR60 ml/min/1.73m <sup>2</sup> 以上の方、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	6.0~6. 4	45	-、±、 +										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 ・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きなどして、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	
区西北部	北区	R01	○	○	○		保健指導は全過程を委託事業者の糖尿病療養指導士資格をもつ保健師や助産師が実施。 ①1か月、2か月目は面談により、聞き取り及び目標設定、自己管理活動の必要性をアピールし、対象者がセルフマネジメント能力を実効果に身に付ける。また3か月目までは対象者と相談関係づくりを図る。面談以外で電話相談を行ふ。 ③~6か月は自ら電話相談によって、上記の目標に対して継続的に支援を行う。 ④6ヶ月の最終面談にて、HbA1cや体重等の数値を把握し、評価を行う。 なお、かかりつけ医への報告は3~4ヶ月目および6ヶ月目の最終面談後に委託事業者から報告書を受け取り、区から行う。	○	1 受診勧奨対象者のうち、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。  3年に1回の利用とする ①東京都北区国民健康保険の資格を喪失した者 ②型糖尿病の者 ③人工透析治療中の者 ④腎移植を受けたことがある者 ⑤認知症の者 ⑥保健指導の実施が適切でない旨が判断した者 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で、協力医療機関の医師から推薦された者。	6.5	60	±、+、 3+		○	○	○	○	○						・かかりつけ医に保健指導にあたっての生活指導や容認認証の作成を依頼。また、実施した指導結果についても報告書を交付。 ・事業検討会を定期的に実施。検討会委員の医師には、進歩状況等を報告している。 ・事業の実力医療機関には、医療費等分析結果の保健指導の候補者リストを送付。必要に応じ、保健指導の判断を助けて頂いている。 ・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確立しているか ・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きなどして、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 ・参加者の意識変化								
区東北部	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、食事疗法、運動療法等保健指導を実施している。令和2年度からは、対象者が参加やすいように、基本コース(令和3年度は相談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は希望者に保健指導を行っている。 ・基本コース了了者にはインセンティブとして、区内お買物商品券を提供する。	○	100	5.6	60	±、+、 3+	90	140	○	○	○	○	○	○	・事業実施に当たって、荒川区医師会の特定健診等に関する説明会において事業内容を紹介し、協力を依頼している。 ・医師会を通じて各医療機関への来院者リストを共有し、参考用として報告書の作成が円滑に行えるようになっている。 ・保健指導を実施する際はプログラム参加希望者の状況を把握するため、かかりつけ医に参加指導の作成依頼している。 ・面談の結果報告書を作成し、面談のたびにかかりつけ医に情報提供している。	○	○	○	○	○	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラム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きなどして、実施体制を確保しているか ・関係機関の中で意見を交換し情報共有しているか ・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		
区西北部	板橋区	H28	○	○	○		対象者に保健指導の案内通知を発送し、約1週間後電話で参加動員を実施。 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。 前年度保健指導を実施した方を継続支援。(電話2回)	○	【抽出基準】 前年度特定健診受診者で、かつ、KDBで糖尿病治療中の者で、空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c 6.5%以上、かつ尿蛋白(+)以上でeGFR30 (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )以上の者。 【除外要件】 国保資格喪失、1型糖尿病、人工透析、認知症、がん、精神疾患（症状が安定していない者）、介護保険サービス利用者、前年度特定保健指導利用者、糖尿病予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象など。	126	6.5	30~	+、 2 +、 3+		○	○	○	○	○	○	○	○	医師会に事業説明資料を送付。対象者を通じて主担当医から「糖尿病重症化予防指導確認書」をいたし、対象者の状況・保健指導の内容を保健指導ごとに文書で報告。 事業についてはCKD地域医療連携会議及び東京都市区西北部糖尿病医療連携推進検討会で報告し、意見等をいたしている。	○	○	○	○	○	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関(委託の場合会員登録者を含む)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きなどして、実施体制を確保しているか ・プロトコルを手順書を作成するとして、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
区西北部	練馬区	H26	○	○	○	利用者向けセミナー	・開始時：個別面談 ・2、4、5ヶ月後：電話もしくは通信による支援 ・3ヶ月後：個別面談 ・6ヶ月後：個別面談 (面談方法は面接・オンラインどちらでも可。委託事業者の貸出端末を利用での面談も可。) 初回面接時に対象者の三回面接を行い、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。	○	糖尿病で通院中であり、前年度の健診結果から以下1~3の基準に該当する者 1. HbA1c 6.5以上、e-GFR30以上、尿蛋白+ 2. HbA1c 6.5以上、e-GFR30以上60未満、尿蛋白+または± 3. HbA1c 7.0以上、e-GFR45以上60未満、尿蛋白+または±	6.5	30~60	+、 -、 ±、 ±		○	○	○	○	○	○	○	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意見を収集している。 ・「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。	○	○	○	○	○	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関(委託の場合会員登録者を含む)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きなどして、実施体制を確保しているか ・プロトコル手順書を作成するとして、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		
区東北部	足立区	H27	○	○	○		(1) 区はKDBシステムで、対象者を抽出する。 (2) (1)で抽出した者にし、委託事業者が通知送付ねば、電話による参加勧奨を行ふ。 (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、面接と電話による6ヶ月間の保健指導を実施する。	○	前年度の特定健診結果から ①から④すべてに該当する者。 ①:HbA1c7.0%以上 ②:eGFR30U以上60未満(尿蛋白は問わない) または eGFR60以上で尿蛋白(±)以上 ③:糖尿病治療中の者 ④:40歳以上74歳(今まで年齢) ※特定健診未受診でも、①~④に該当する方はかかりつけ医からの紹介で参加可能。	7.0	30~	-、 ±、 +、 2 +、 3+		○	○	○	○	○	○	○	対象者の抽出あたり、足立区医師会に基準や標準順位などの意見を聞き、実施前に全医師会員に、実施方法を周知している。また、医師会員対象の健診説明会等を活用し、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 ・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きなどして、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		

令和6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

箇域	保険者名	保健指導															事業の評価指標								
		取組方法の種類				対象者	抽出基準												携わっている専門職				事業の評価指標		
		事業開始年度	個別通知	電話	面談訪問		【血糖】空腹時血糖 【HbA1c】	【血糖】空腹時血糖 【HbA1c】	【腎機能】eGFR 【腎蛋白】尿蛋白	【腎機能】尿蛋白 【腎蛋白】尿蛋白	【血圧】拡張期血圧 【血圧】拡張期血圧	【血圧】拡張期血圧 【血圧】拡張期血圧	腎症2期	腎症3期	腎症4期	1型糖尿病 がん	認知機能 などへの算定 対象	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	対象者の導入患者数
区東北部	葛飾区	H28	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																				
区東部	江戸川区	H25以前	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																				
南多摩	八王子市	H29	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																					
北多摩西	立川市	H26	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																					
北多摩南	武蔵野市	R01	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																					
北多摩南	三鷹市	H30	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																					
西多摩	青梅市	H30	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																				

## 令和6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

## 令和6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

令和6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

管轄	保険者名	保健指導														事業の評価指標													
		取組方法の種類				対象者	抽出基準										携わっている専門職			事業の評価指標									
		事業開始年度	個別通知	電話	面談訪問		【血糖】空腹時血糖 HbA1c	【血糖】随時血糖 eGFR	【腎機能】尿蛋白 eGFR	【腎機能】尿蛋白 尿蛋白	【血圧】拡張期血圧 【血圧】収縮期血圧	【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 障害	糖尿病透析予防指 導管理料 など)の算定 対象	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	人工透析導入患者数	医療費	その他	
北多摩西部	国立市	H26	○	○	○		126	6.5	60 ±、+、2 +、3+	90	140	○	○			○	○	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業実施にあたり、国立市医師会に事業内容を説明し、意見聴取。 保健指導対象者について、各かかりつけ医連携等で情報提供し、かかりつけ医から保健指導プログラムへの参加勧奨の協力を依頼。 ・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、実施体制を確立しているか ・関係機関での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 ・事業に対する満足度や参加者の意欲変化
北多摩南部	狛江市	H29	○	○				30~90	+、2 +、3+			○	○		○			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		
北多摩南部	小金井市	H28	○	○	○		126	6.5	60 ±、2 +、3+			○	○	○	○	○	○	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しない場合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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
北多摩西部	国分寺市	R01	○	○	○		126	126	6.5 ±、+、2 +、3+			○	○			○	○	事業の実施に際し、あらかじめ医師会に対し事業概要説明を実施。 対象者の通知発送の際には全ての関係医療機関に対し情報提供を実施すとともに、対象者から参加希望の申出があったときは、該当の医療機関に�り個別に通知。	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
北多摩西部	武蔵村山市	H28	○	○	○							○	○	○	○	○	○	・事業開始にあたり、医師会医療機間に事業内容の説明を行い、参加者の推薦や参加動意を依頼している。 ・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(摂取カリーヤ量分、蛋白質質)、運動制限の有無や体重・ヘモグロビン値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交付し、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保しているか		
北多摩西部	東大和市	H25以前	○	○	I C T 面談	①かかりつけ医による目標値(体重・HbA1c 便、血糖、運動制限の有無、食事の摂取カリーヤ、塩分量、たんぱく質量)を設定してもらう ②生活習慣、通院状況又は食事内容の確認 ③上記①②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保しているか	
北多摩北部	東村山市	H27	○	○	○		126	6.5	±、+、2 +、3+			○	○			○	○	1.医師会との定期会議において、事業実施説明を行ふとともに、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導内容を確認する。 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、実施体制を確立しているか ・医療業務の管理を適切に行っているか ・評議者がいるか ・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 ・アコム ・参加率、実施率 ・継続フローへの参加率 (アコム) ・評議者 ・透析患者数、新規透析者数		

令和6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

箇域	保険者名	取組方法の種類											具体的な取組	対象者 前年度健 康指導受 け者 (フロー アワ)	その他	保健指導											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	その他	抽出基準											医師	保健師	看護師	管理栄 養士 栄養士	その他	保健指導 実施率	対象者の 行動変容 割合	対象者の (HbA1c 等)の改 善	人工透析 導入患者 数	医療費	その他							
							〔健診結果〕※1					〔病期〕			〔除外要件〕																				
北多摩北 部	清瀬市	R03	○	○	○	○	主治医の生活指導確認に基づき、6ヶ月間（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			
北多摩北 部	東久留米 市	R01	○	○	○	○	かかりつけ医の同意及び柔軟制限・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ヶ月の改善指導を行う。面談指導、電話指導、個別通知（ニースレーター等）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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・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いて、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		
北多摩北 部	西東京市	H26	○	タブレット	○	○	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、対象者に案内文を通知し、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、事業の評価を行ふ。 【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ヶ月にわたり個別に保健指導を行う。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
北多摩北 部	小平市	H27	○	○	○	○	令和5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保健指導に変更した。 6ヶ月間の面談指導を行う。 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継続できるように毎日に根づいたものとしている。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・プログラムに必要な人員を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか		
島しょ	大島町	R03	○	○	○	○	・対象者に電話にて参加動機を行なう ・希望者は面談を行い、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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
島しょ	利島村	R05	○	○	○	○	健診結果を元に該当者を抽出し、電話または面談にて保健指導を行う。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	保健指導率（栄養士や保健師との面談）・次年度の健診結果			
島しょ	新島村	R01	○	○	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
島しょ	神津島村	R01	○	○	○	○	保健師と管理栄養士が6ヶ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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・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
島しょ	三宅村	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。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか			

令和6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

管轄 区域	保険者名	保健指導														事業の評価指標											
		取組方法の種類				具体的な取組	対象者	抽出基準												携わっている専門職							
		事業開始年度	個別通知	電話	面談訪問			【血糖】空腹時血糖	【血糖】臨時血糖	【血糖】HbA1c	【腎機能】eGFR	【腎機能】尿蛋白	【血圧】収縮期血圧	【血圧】拡張期血圧	腎症2期	腎症3期	腎症4期	1型糖尿病	がん	認知機能検査予防指標管理料などの算定対象	医師	保健師	看護師	管理者 营养士 栄養士	その他	保健指導実施率	対象者の行動変容割合
島しょ	八丈町	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
島しょ	小笠原村	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

※1：抽出※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。