

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	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診勧奨														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)	事業の評価指標 その他
			個別通知	電話	面談訪問	その他		対象者				抽出基準 (健診結果) ※1								(レセプト)						
								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							
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、医療機関へ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		
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・みなと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	
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。保健指導参加者の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	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診勧奨											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	その他		対象者				抽出基準						(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値)	その他	
								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
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 ・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値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のうち、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か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 ・受診勧奨者のうち、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

圏域	保険者名	事業 開始 年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診勧奨											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	その他		対象者				抽出基準 (健診結果) ※1						(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		
								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
区西部	中野区	H29	○	○			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。		○	○		126		6.5	30～90	±、+、 2+、3+			○	事業実施にあたって、中野区医師会に事業内容を説明し、事業の進捗については、随時情報提供を行った。	○	○		・未治療者、治療中断者の割合	
区西部	杉並区	H26	○	○			通知による受診勧奨を実施し、通知送付後に電話による受診勧奨を実施。電話は治療に結びつけるための保健指導も含む。		○	○	○			6.5	～60	－、±、 2+、3+	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。	○	○		・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 ・勧奨者のうち、勧奨した者の割合	
区西北部	豊島区	H27	○	○			対象者に医療機関受診状況確認アンケートを郵送。未受診者と回答した者や受診状況不明者には再勧奨ハガキの発送や電話にて受診の必要性を改めて伝えている。		○					6.5						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 ・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	○	○			基準に該当した者に受診勧奨通知等を送付し、対象者の受診有無をレセプトデータにて確認を行う。		○	○	○			6.5	60	±、+、 2+、3+			○	東京都北区医師会と区で、対象者の抽出基準や実施体制等を検討。また、通知勧奨の内容や、その他必要時に相談し、北区医師会から助言をいただいている。	○	○		・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かりつけ医を持たない対象者へ紹介を行っている。		○	○	○	○	126		6.5		±、+、 2+、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

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	事業 開始 年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診勧奨											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	その他		対象者				抽出基準								（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 値）	その他	
								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
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。未受診者には医療機関へ受診勧奨し、希望者には健康相談を行う。 ※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、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 ・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治療中断の可能性のある者（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（聞き取れた場合）、生活環境など様々な状況の違いに合わせた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	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診勧奨												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	その他		対象者				抽出基準 (健診結果) ※1						(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値)	その他	
								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
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		○	○				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。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。			○	○								○	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	126	6.5	60未満	＋、2＋、3＋			○	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
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の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、保健指導の内容及び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、助言と同意を得た。	○	○		・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	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診勧奨												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	事業の評価指標		
			個別通知	電話	面談訪問	その他		対象者				抽出基準							(レセプト)				受診勧奨対象者の検査値(HbA1c等)	その他	
								(健診結果) ※1	(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いる方や受診の優先順位が高い方へ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勧奨および保健指導を行う。 ・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	
							(対象者) 医療機関未受診者 (抽出基準) 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 治療中断者に関しては直近 6カ月の受診状況で受診頻度を算出し、それ以降の同頻度の受診間隔がみられない場合を治療中断と判断する ②eGFR45mL/分/1.73ml未満、又は尿たんぱく2+以上																		
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。 ・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断者に対し、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）を超えた方であつ、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。	○	○			

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	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診勧奨										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	その他		対象者				抽出基準							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値)	その他		
								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
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。			○	○	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か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、重症化ハイリスク者には、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か月）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リスク者で、不参加理由のアンケートの回答内容が「かかり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

圏域	保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診勧奨												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	その他		対象者				抽出基準									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値）	その他	
								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						（健診結果）※1
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含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。	○	○			
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 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	○	○			
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	
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 ・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进行评估する。	○	○			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

圏域	保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診勧奨										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	その他		対象者				抽出基準							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				
								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	○		○	○		
								【特定健診受診かつ医療機関未受診者（治療歴なし）】 （対象者）健診異常値放置者 ※除外：精神疾患、難病、癌患者等 （抽出基準）生活習慣病未治療者※のうち、 （１）未治療生活習慣病が３つあるもの （２）未治療生活習慣病が２つあり、以下の条件を満たすもの ア 収縮期血圧が130以上 イ HbA1cが5.6以上 ※生活習慣病未治療者とは、以下のいずれかに該当する者をいう。 ⅰ 糖尿病：血糖の特定健診結果が受診勧奨判定値以上で、健診後3か月以内に糖尿病のレセプトがない ⅱ 高血圧症：血圧の特定健診結果が受診勧奨判定値以上で、健診後3か月以内に高血圧症のレセプトがない ⅲ 脂質異常症：脂質の特定健診結果が受診勧奨判定値以上で、健診後3か月以内に脂質異常症のレセプトがない 【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】 （対象者）生活習慣病治療中断者 （抽出基準）健診結果に関わらず、レセプトから生活習慣病の治療または検査をしていて、継続的に病院へ通う必要があると判断した者（生活習慣病とは、糖尿病（ⅰ型除く）、高血圧症、脂質異常症）※除外：精神疾患、難病、癌患者等																		
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、治療をしないと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
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
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

圏域	保険者名	事業 開始 年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者		受診勧奨								地区医師会等関係機関への 情報提供等	事業の評価指標								
										抽出基準																	
			個別 通知	電話	面談 訪問	その他				（健診結果）※1				（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 値）	その他					
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）が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
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。	○	○				
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※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。

[illegible]

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	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														携わっている専門職										事業の評価指標								
			個別通知	電話	面談訪問	その他		重症化ハイリスク者	前年度保健指導受者（フォローアップ）	その他	（健診結果）※1						（病期）				（除外要件）				糖尿病関連予防指導管理などの算定対象	地区医師会等関係機関への情報提供等	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】随時血糖	【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																				
区東部	江東区	H25以前	○	○	○		保健指導は全過程を委託業者の専門スタッフが行う。 ①対象者に動員通知を発送し、その後電話での動員を併せて実施。 ②支援を開始するにあたり初回面談を実施。 ③1ヶ月後、かかりつけ医からの「生活指導内容の確認書」に基づき、目標設定のための面談を実施。 ④2～5ヶ月の間、電話・手紙支援を行う。 ⑤6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。	○				126		6.5								○							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。併せて、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。		○	○	○		○	○				・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 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化			
区南部	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										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向を良いかどうかの判断をもらう。 利用動向の結果、利用希望者については、かかりつけ医から、生活指導確認書を送り、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。		○	○			○	○	○				・事業参加者の血圧の検査値の改善（翌年健診時）			
区西部	目黒区	H30	○	○	○	ICT面談	・対象者に利用動向案内を送付する。 ・利用希望者の主治医に生活指導確認書を依頼し、その指示を基に、6か月間医療専門職（管理栄養士）が、面談3回・電話3回実施し生活改善保健指導をする。 ・最終保健指導終了後に、行動変容アンケートを郵送にて実施する。 ・次年度に前年度実施者へのフォローアップを面談1回電話1回実施し生活改善保健指導をする。	○	○		40歳以上の国民健康保険加入者で、前年度の特定健診調査の受診結果から、条件1と条件2のいずれも該当する者 条件1：①と②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 条件2：（いずれもeGFR15未満は除く） 条件1の①に該当のうち ① 尿蛋白±以上 ② 尿蛋白－かつeGFR60未満 条件1の②に該当のうち ① 尿蛋白＋以上かつeGFR60未満 ② 尿蛋白±かつeGFR45未満 ③ 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。			○	○		○	○	○	○	○	○	○	・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
区南部	大田区	H28	○	○	○		・参加動員通知の他、かかりつけ医から始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/IC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	○	○		126		6.5	30～60	－、 ＋、 2 ＋、 3				○	○		○	○	○	○	○	○	○	・医師会委託により事業実施 ・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。		○	○								・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 ・プログラム手冊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 ・フォローアップ実施人数			
区西南部	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、保健指導の初回面談では目標達成にもつれた6ヶ月間の計画を決定する。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。	○			126		6.5	30～90	±、 ＋、 2 ＋、 3				○	○			○	○	○	○	○	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 ・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					
区西南部	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				○	○	○	○	○	○	○	○	渋谷区医師会に事業内容の説明、事業協力（主治医からの事業助奨及び指導内容指示等）を依頼。委託契約により実施。 渋谷区医師会糖尿病・循環器連携委員会の意見交換会に出席し、事業内容・実績を説明して助言をいただく。											・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 ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか					
区西部	中野区	H29		○	○		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、より手厚く対応している。（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	126		6.5	30～90	±、 ＋、 2 ＋、 3												・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。			○	○							・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					

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	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
			個別通知	電話	面談訪問	その他		重症化ハイリスク者	前年度保健指導受者（フォローアップ）	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	対象者の検査値（HbA1c等）の改善	人工透析導入患者数	医療費	その他																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
											抽出基準																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
区西部	杉並区	H27	○	○	○	ICT面談	・対象者へ参加勧奨通知を送付し、参加希望者は電話により申し込む。その後、かかりつけ医の同意を得て事業への参加依頼書を出した上で、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も行う。 ・保健指導の期間は3か月間とし、月1回以上の支援を行う。 ・保健指導の内容は参加者の状況に合ったものとする（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中に提出する。	○		（健診結果）※1 【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 認知機能 予予防管理料などの算定対象 （対象） 健診受診者かつ医療機関受診中の者 （抽出基準） 糖尿病受診中の者のうち、「糖尿病性腎症重症化予防事業実施の手引き」及びFBRに基づいて抽出 （除外要件） がん、認知症、うつ、統合失調症、人工透析、腹膜透析、1型糖尿病														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確認している。 また、委託事業者が毎月、区に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せ、主治医からの質問や指導内容の把握を行っている。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

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

区域	保健所名	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																携わっている専門職										事業の評価指標																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
			個別通 知	電話	面談 訪問	その他		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								《病期》				《除外要件》				地区医師会等関係機関への情報提供等	医師	保健師	看護士	管理栄 養士 実習士	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 導入者 数	医療費	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	糖尿病病 害予防 管理料 などの算定 対象																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
区東北部	葛飾区	H28	○	○	○		【糖尿病重症化予防】 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。	○						7.0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

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	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者			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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
											抽出基準				医師					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				対象者の検査値（HbA1c等）の改善				人工透析導入患者数				医療費				その他																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
			重症化ハイスコア者（フォローアップ）	その他	（健診結果）※1				（病期）				（除外要件）				糖尿病併存予防指導等管理料などの算定対象	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】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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
			個別通知	電話	面談訪問	その他																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														</

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	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
			個別通知	電話	面談訪問	その他			重症化（ハイスコア）	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 薬剤士	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》 随時血糖	《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		糖尿病透析予防指導要綱などの算定対象																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
西多摩	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。	○																	○	○	○	○																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

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	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者			保健指導																携わっている専門職										事業の評価指標																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
				個別通知	電話	面談訪問	その他		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	抽出基準										地区医師会等関係機関への情報提供等										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】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	糖尿病高血糖予防指導管理料などの算定対象	地区医師会等関係機関への情報提供等																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

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	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
			個別通知	電話	面談訪問	その他	重症化ハイリスク者		前年度保健指導受者者（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・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】随時血糖	【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	糖尿病透析予防指導管理料などの算定対象																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
北多摩北部	清瀬市	R03	○	○	○													○	○		○	○	○																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

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	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						
			個別通知	電話	面談訪問	その他		重症化ハイリスク者 (フォローアップ)	前年度保健指導受者 (フォローアップ)	その他	《健診結果》※1							《病期》			《除外要件》				糖尿病透析予防治療管理料などの算定対象	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》 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													

島しょ	八丈町					—																	—																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
-----	-----	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※1：抽出1※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 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	事業 開始 年度	取組の 目的	保健指導 ※受診勧奨を含めて実施している場合を含む										受診勧奨							事業の評価指標					携わっている医療専門職					地区医師会等関係機関への 情報提供等						
			具体的な実施内容	支援方法 ※主たる支援方法は二重丸					対象者・抽出基準					具体的な実施内容	支援方法			対象者・抽出基準				除外要件	介入人 数・割 合	対象者の 検査 値 （HbA 1c等） の変化	医療機 関を受 診した 人数・ 割合	健診を 受診し た人 数・割 合	その他	医 師	保 健 師		看 護 師	管 理 栄 養 士	歯 科 衛 生 士	そ の 他		
				訪 問	面 談	電 話	個 別 通 知	そ の 他	対象者			健診結果			除外要件	個 別 通 知	電 話	そ の 他	対象者		健診結果														除外要件	
									健診受 診かつ 未治療	治療中	治療中 断	【血糖】 HbA1c	【血糖】 空腹時 血糖						健診受 診かつ 未治療	治療中 断	【血糖】 HbA1c															【血糖】 空腹時 血糖
東京都後 期高齢者 医療広域 連合	R 2	糖尿病の コントロ ール不良者 への対策	—						—					—	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 付する。	○				○		7.0	126	がん、精神疾 患、認知症、難 病、人工透析、 シャント手術後、 90歳以上										東京都三師会に通知文や 対象者の選定基準につい ての助言、地区三師会への 事業の情報提供を依頼し ている。また、適宜事業に 関する情報共有を図ってい る。		
中央区	R 6	糖尿病の コントロ ール不良者 への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・対象者 1 人につき、1 回の訪問プログラムを実施する。 ・3か月後、医療機関受診状況の確認を行う。	◎	○	○			○			8.0		R 5 年度健診結果で、H b A 1cが8.0% 以上または、血圧が160/100mmHg以上 で、糖尿病・高血圧の薬剤処方歴が 1 年間 ない者	うつ、統合失調症、認 知症、施設入所者、 要介護3以上	—					—	—	○	○	○	○		○		○	○		医師会、歯科医師会に対 象者の選定基準について 情報提供を行っている。			
文京区	R 6	糖尿病の コントロ ール不良者 への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・対象者のうち糖尿病治療中の者から保健指導希望者を募 集し、保健指導希望者に対して個々の支援計画を提供する ほか、保健師、管理栄養士、看護師等による保健指導（来 訪又は訪問）を行い、生活習慣全般に係るマネジメントを行 う。 ・糖尿病未治療者に対しては、書面及び電話による医療機関 への受診勧奨を行い、医療機関への受診が明らかになった者 及び医療機関に通院を開始した者に対して、保健指導の利 用勧奨を行う。 ・利用申込者 1 人につき、6か月間に3回の面談指導（来訪 又は訪問）及び4回の電話指導を実施することを基本とする。 ・初回面談では、かかりつけ医が記入した生活指導確認書に 沿った個別目標を設定する。 ・保健指導実施による容態等に関する報告書を実施期間中3 回以上作成し、かかりつけ医へ報告を行う。保健指導終了 後、保健指導前後の検査値の改善状況を確認し、評価書作 成する。	○	◎	○	○		○	○		8.0	126	令和5年度文京区後期高齢者医療健康診 査受診者のうち、以下の①かつ②に該当する 者 ① 空腹時血糖126mg/dl以上 又は HbA1c8.0%以上 ② eGFR60ml/分/1.73㎡未満 又は 尿蛋白（±）以上	85歳以上、要介護 3 以上、eGFR15ml/ 分/1.73㎡未満、透 析治療中、1型糖尿 病、がん、認知機能障 害、保健指導の実施 が適切でないと主治医 が判断した者	—					—	—	○	○	○			○		○		○	文京区医師会・小石川医 師会に対し、事業内容につ いての情報提供、管内医 療関係者への事業周知依 頼を行っている。また、事業 実施に当たり必要に応じ助 言を依頼し、及び実施状況 の報告を行っている。			
台東区	R 5	糖尿病の コントロ ール不良者 への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・総合健康診査の結果HbA1cの値が8.0%以上だった者を 対象に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。 ・保健師や看護師等の専門職による面接を約6か月間、計4 回実施。 ・初回面接にて個別目標を設定し、食事指導や運動指導 （フレイル予防にも着目）を実施する。 ・利用者の希望に基づき、関係機関への保健指導の情報提 供を実施。	◎		○	○		○	○	○	8.0		・R6年度の総合健康診査の結果から HbA1cの値が8.0%以上だった者。	人工透析・1 型糖尿 病患者	—					—	—	○	○			生活習慣 等の変化や 改善への気 持ち		○	○	○		糖尿病 療養指 導士	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。		

保険者名 または市 区町村名	事業 開始 年度	取組の 目的	保健指導 ※受診勧奨を含めて実施している場合を含む											受診勧奨							事業の評価指標					携わっている医療専門職					地区医師会等関係機関への 情報提供等			
			具体的な実施内容	支援方法 ※主たる支援方法は二重丸					対象者・抽出基準						具体的な実施内容	支援方法			対象者・抽出基準													介入人数・割合	対象者の検査値 (HbA1c等) の変化	医療機関を受診した 人数・割合
				訪問	面談	電話	個別通知	その他	健診受診かつ 未治療	治療中	治療中断	【血糖】 HbA1c	【血糖】 空腹時 血糖	除外要件		個別通知	電話	その他	健診受診かつ 未治療	治療中	【血糖】 HbA1c	【血糖】 空腹時 血糖	除外要件											
墨田区	R 3	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・対象者に事業案内を送付、電話で状況確認のうえ、訪問の承諾を得られた方に訪問する。 ・初回は健診結果、医療受診状況、質問票の回答、日常生活の状況等からアセスメントし、受診勧奨・保健指導を実施、目標を設定する。 ・2～3ヶ月後に訪問し目標の達成状況を評価する。	◎		○	○		○			8.0		がん、認知症、統合失調症、うつ、90歳以上、要介護1以上でサービス利用あり、人工透析、在宅診療、施設入所	—						—	—	○	○	○	目標の達成状況	○		○	○		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。		
江東区	R 4	糖尿病のコントロール不良者への対策	対象者のうち希望者に対して、集団での健康教育と個別面談を実施（健康教育・個別面談は1日で両方行い、延べ2日制で実施）。実施後、電話等によるフォローアップを行う。		◎	○				○	○	7.0		がん、精神疾患、認知症、要介護3以上、人工透析、81歳以上又は受けていた者。	—						—	—	○	○				○	○		三師会に適宜事業に関する情報共有を図っている。			
大田区	R 5	糖尿病の治療中断者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・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。 ・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（訪問または立ち寄り型相談を2回と電話1回実施。訪問か立ち寄り型かは参加者の希望により決定する）。支援内容には健診・医療機関受診勧奨及び健康相談を含み、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、質問票の活用等によりフレイルの観点にも着目した指導を行う。	◎	◎	○	○				○		一体的実施・KDB活用支援ツール 7_糖尿病等治療中断 を活用 ・R5年度・R6年度健診未受診で、R3～5年度の糖尿病・高血圧薬剤処方歴あり（レセプト）でかつR6年度の糖尿病・高血圧薬剤処方歴なし（レセプト）	・要介護1～5 ・85歳以上	—						—	—	○	○	○	○	介護認定状況の変化	○	○	○	○	健康運動指導士	国保の糖尿病性腎症重症化予防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、大田区三医師会にも同様に適宜情報提供を行っている。	
世田谷区	R 5	糖尿病のコントロール不良者への対策	・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了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（面談3回、電話等3回）	◎		○	○	○			○	7.0	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了解を得られた者。 （a）75歳以上、80歳未満 （b）糖尿病の診断がある人 （c）R5年度健診結果でHbA1c7.0%以上 または 血圧140/90mmHg以上 （d）尿蛋白±以上 または eGFR60未満	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	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。	○	○		○		7.0	126	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R5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HbA1c7.0%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 要支援・要介護者等	○	○				○	○	○		世田谷区三師会へ事業の企画・実施・評価の情報提供
渋谷区	R 5	糖尿病のコントロール不良者への対策	・KDBシステムより抽出した対象者の名簿を渋谷区医師会へ提出し、かかりつけ医から対象者へ参加勧奨を行う。 ・対象者1人につき6ヶ月間の保健指導中に面談2回、電話および手紙でのやり取りを各4回ずつ計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、かかりつけ医に連絡して意見を聴取し、重篤化リスクあるいは改善についての状況および立案した目標の達成状況について評価を行う。 ・指導終了から概ね6ヶ月後に必要な対象者に対して、最新の検査値確認と専門職の電話によるフォローアップを行う。	◎		○				○		7.0	R5年度の健診結果で次の①～③該当者 ①HbA1c（NSGP）7.0%以上 かつ レセプト（医科・DPC・調剤）糖尿病治療中の者 ②糖尿病性腎症ステージⅡ、Ⅲ、Ⅳ相当で治療中の者 ③治療を行っているかかりつけ医が必要と判断した者 ただし絞り込み条件を一部満たしていない者や右の除外条件に該当す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、要介護認定2以上、認知機能が著しく低下し保健指導が困難な者	—						—	—	○	○			行動目標を実施した人数・割合	○	○			渋谷区医師会に事業内容を説明のうえ、同医師会を通じて対象者に勧奨を行っている。かかりつけ医には保健指導の内容を報告している。		

保険者名 または市 区町村名	事業 開始 年度	取組の 目的	保健指導 ※受診勧奨を含めて実施している場合を含む											受診勧奨						事業の評価指標					携わっている医療専門職					地区医師会等関係機関への 情報提供等						
			具体的な実施内容	支援方法 ※主たる支援方法は二重丸					対象者・抽出基準						具体的な実施内容	支援方法															対象者・抽出基準					
				訪問	面談	電話	個別通知	その他	対象者			健診結果				除外要件	個別通知	電話	その他	対象者		健診結果		除外要件	介入人数・割合	対象者の検査値 (HbA1c等)の変化	医療機関を受診した人数・割合	健診を受けた人数・割合	その他		医師	保健師	看護師	管理栄養士	歯科衛生士	その他
									健診受診かつ未治療	治療中	治療中断	【血糖】HbA1c	【血糖】空腹時血糖	健診受診かつ未治療						治療中断	【血糖】HbA1c	【血糖】空腹時血糖														
杉並区	R 3	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・7圏域全体から対象者を抽出し、200名に手紙にて参加勧奨を行う。7 圏域あわせて希望者10名へ、糖尿病性腎症重症化予防の個別プログラムを実施する。プログラムは6か月間、各圏域で会場を設け立ち寄り型の面談2回で担当看護師が継続的に支援する。 ・かかりつけ医が作成した「生活指導確認書」、健康診断結果、可能であれば直近の血液検査データを提出して頂き個人目標を設定、食事・運動・服薬指導、ストレスマネジメント等を実施。また、未治療者へは受診勧奨を実施する。		◎	○	○		○	○		6.5		がん、精神疾患、認知症、難病、人工透析、要介護認定者	—								○	○	○	○								年に1回医師会との情報交換会を開催し、情報共有を行っている。		
		糖尿病の治療中断者への対策	—													○	○		・7圏域全体から対象者を50名抽出する。 ・受診勧奨通知による勧奨（郵送） ・通知送付後に電話による受診勧奨及び治療に結びつけるための保健指導を行う				○	7.0		がん、精神疾患、認知症、難病、人工透析、要介護認定者				○						
豊島区	R 3	糖尿病のコントロール不良者への対策	健診受診者のうち選定条件に基づく対象者を抽出し、専門職による通いの場での立ち寄り型の個別相談会の案内、糖尿病重症化予防に関するリーフレットを送付。電話申込のあった希望者に個別相談を実施し、1か月後、3か月後に電話でフォローアップを実施する。		◎	○	○		○			6.5～6.9		介護（要支援・要介護）・がん・認知症・統合失調症のある者	—								○	○						○	○				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。	
		糖尿病の治療中断者への対策	対象者に、通知送付と電話による保健指導プログラムの利用勧奨を実施。その後、診療につながった対象者に保健指導を実施。対象者1人につき、6か月間で初回1～2か月目で医療や生活・身体状況を把握。課題に合わせた個別支援計画を立案し、本人の行動ステージに合わせたセルフマネジメント教育を立ち寄り型で行う。3～6か月目は電話で実施状況把握と追加教育。3～4か月目と6か月目に目標達成状況や検査データ、体重などで評価する。		◎	○		○			○				1 型糖尿病、人工透析、腎移植、認知症	・対象者へ通知送付と電話による受診勧奨を実施。 ・翌年度に対象者の受診状況を確認する。	○	○		○		6.5		1 型糖尿病、人工透析、腎移植、認知症	○	○	○									
北区	R 6	糖尿病のコントロール不良者への対策	対象者に、通知送付と電話による保健指導プログラムの利用勧奨を実施。その後、診療につながった対象者に保健指導を実施。対象者1人につき、6か月間で初回1～2か月目で医療や生活・身体状況を把握。課題に合わせたセルフマネジメント教育を立案し、本人の行動ステージに合わせたセルフマネジメント教育を立ち寄り型で行う。3～6か月目は電話で実施状況把握と追加教育。3～4か月目と6か月目に目標達成状況や検査データ、体重などで評価する。		◎	○		○			○			1 型糖尿病、人工透析、腎移植、認知症		・対象者へ通知送付と電話による受診勧奨を実施。 ・翌年度に対象者の受診状況を確認する。	○	○		○		6.5			1 型糖尿病、人工透析、腎移植、認知症	○	○	○								国保および後期高齢者の糖尿病性腎症重症化予防事業の医師会検討会にて、国保の同事業と同時に報告。対象者の抽出条件や実施方法、結果等、事業運営の上で必要な内容について、医師会検討会の担当医師に情報提供および相談し、その都度助言を受けている。
		糖尿病の治療中断者への対策	対象者に、通知送付と電話による保健指導プログラムの利用勧奨を実施。その後、診療につながった対象者に保健指導を実施。対象者1人につき、6か月間で初回1～2か月目で医療や生活・身体状況を把握。課題に合わせた個別支援計画を立案し、本人の行動ステージに合わせたセルフマネジメント教育を立ち寄り型で行う。3～6か月目は電話で実施状況把握と追加教育。3～4か月目と6か月目に目標達成状況や検査データ、体重などで評価する。		◎	○		○			○				1 型糖尿病、人工透析、腎移植、認知症	・対象者へ通知送付と電話による受診勧奨を実施。 ・翌年度に対象者の受診状況を確認する。	○	○		○						○	○	○								

保険者名 または市 区町村名	事業 開始 年度	取組の 目的	保健指導 ※受診勧奨を含めて実施している場合を含む											受診勧奨								事業の評価指標					携わっている医療専門職					地区医師会等関係機関への 情報提供等																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
			具体的な実施内容	支援方法 ※主たる支援方法は二重丸					対象者・抽出基準						具体的な実施内容	支援方法				対象者・抽出基準				除外要件	介入人数・割合	対象者の検査値 (HbA1c等) の変化	医療機関を受診した 人数・割合	健診を受診した 人数・割合	その他	医師	保健師		看護師	管理栄養士	歯科衛生士	その他																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
				訪問	面談	電話	個別通知	その他	健診受診かつ 未治療	治療中	治療中断	【血糖】 HbA1c	【血糖】 空腹時 血糖	除外要件		健診受診かつ 未治療	治療中	中断	【血糖】 HbA1c	【血糖】 空腹時 血糖	除外要件																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
荒川区	R 6	糖尿病の治療中断者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・令和5年度健診未受診者のうち、治療中断と思われる者に対して、通知と電話勧奨を行い、希望者に対して最大2回健康相談（訪問型）を行う。 ・電話勧奨時には、現在の健康状態や受診状況の確認を行うとともに、生活に関する困りごと等も確認を行い、必要な場合は地域包括支援センターに連携を行う。	◎			○	○																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

保険者名 または市 区町村名	事業 開始 年度	取組の 目的	保健指導 ※受診勧奨を含めて実施している場合を含む												受診勧奨							事業の評価指標					携わっている医療専門職					地区医師会等関係機関への 情報提供等				
			具体的な実施内容	支援方法 ※主たる支援方法は二重丸					対象者・抽出基準					具体的な実施内容	支援方法			対象者・抽出基準				除外要件	介入人数・割合	対象者の検査値 (HbA1c等) の変化	医療機関を受診した 人数・割合	健診を受診した 人数・割合	その他	医師	保健師	看護師	管理栄養士		歯科衛生士	その他		
				訪問	面談	電話	個別通知	その他	対象者			健診結果			除外要件	個別通知	電話	その他	対象者		健診結果														除外要件	
									健診受診かつ 未治療	治療中	治療中断	【血糖】 HbA1c	【血糖】 空腹時 血糖						健診受診かつ 未治療	治療中断	【血糖】 HbA1c															【血糖】 空腹時 血糖
八王子市	R 3	糖尿病のコントロール不良者への対策	・健診結果で糖尿病リスクのある対象者を抽出 ・対象者へ保健指導の個別通知を送付する。 ・利用申込のあった対象者 1 人につき、訪問、面談及び電話等を用いて 6 か月に複数回の保健指導を実施する。	○	◎	○	○		○			8.0		認知症、要介護3以上、がん	—						—	—	○	○	○	行動変容の割合	○			○	○		・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。 ・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。			
立川市	R 6	糖尿病のコントロール不良者への対策	・対象者へ保健指導の勧奨個別通知を送付。さらに電話勧奨を行い、保健指導に繋がらなかった者には必要に応じて電話相談を行う。 ・申し込み希望者が看護師プラン、薬局プランを選択し事業に参加。 ・対象者 1 人につき、概ね 1 ～2 か月に1回、立ち寄り型の面談若しくは電話による保健指導を実施する（初回と最終回はどちらのプランも面談）。 ・初回面談では、医師が作成した生活指導確認書に従い、医療受診状況、生活状況、身体状況等、本人や家族の意思を確認しながら課題に応じた個別目標を立案する。 ・最終面談時に目標達成状況や生活習慣の状況、血液検査データ等を評価する。 ・医療の受診勧奨や気になる対象者については委託事業者から報告を受け、連携して対応する。			◎	○	○			○		8.0			・1型糖尿病を有する人 ・がんの受診歴がある人 ・認知機能障害のある人 ・統合失調症を有する人 ・慢性腎不全を有する人	—						—	—	○	○		本人の健康意識の変化	○				薬剤師	協議会等を通じて三師会に企画の段階から健康課題の共有、事業計画等の相談を行うとともに、実施状況等について報告を行う。また、地区医師会を通じて、かかりつけ医に指導対象者の推薦等を依頼している。地域包括支援センターに事業内容と開催について情報提供を行う。		
青梅市	R 6	糖尿病のコントロール不良者への対策	・対象者 1 人につき、6 か月間で 面談2回(直接・ICT活用)、電話 6 回による栄養指導・生活習慣改善指導を実施する。 ・初回訪問では、医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。 ・指導開始後、目標達成状況や体重・血圧データは毎月、血液検査データは受診月に評価、指導の翌月から毎月指導報告書をかかりつけ医へ連携する。必要に応じて、医療の受診勧奨や地域包括支援センターを案内する。			◎	○			○	○	○	6.5	126	—		—						—	—	○	○		生活習慣の改善状況	○					青梅市医師会へ事業に関する情報提供および、対象者に対し糖尿病性腎症重症化予防事業への参加勧奨を依頼している。		
府中市	R 5	糖尿病とフレイルの併存者への対策	対象者へ事業案内通知を送付する。保健指導実施期間は参加者一人に対し、4か月程度とする。（面談2回、電話2回、手紙等を基本）初回面談時に詳細のヒアリングを実施し、参加者個人の状況に適したプランニングを作成する。参加者にアンケートをとるなどして目標の達成度や生活習慣の変化を確認し、必要な情報の提供や必要時目標の修正を行う。	◎	○	○			○	○	○	7.0		①住所地特例施設入所者、②要介護・要支援認定者、③保健指導に適さない方(がん・認知症・統合失調症の方、I 型糖尿病や人工透析の方、糖尿病透析予防指導管理料の該当者)、④電話番号未把握者、⑤90歳以上の方	—							—	—	○	○		生活習慣の維持状況	○	○	○			府中市医師会に対象者の選定基準や事業内容の助言についての依頼や、事業開始時には医師会を通じて各医療機関に事務連絡を送付するなど適宜事業に関する共有を図っている。その他、かかりつけ医には対象者への参加勧奨や、指導に必要な生活指導確認書(意見書)(以下、「意見書」という。)の作成依頼、医師会を通じた意見書の文書料支払い、月1回の実施報告書の送付など事業に関する情報共有を図っている。			
		糖尿病のコントロール不良者への対策	—													対象者へ医療機関への受診勧奨を促す通知を送付する。通知発送後、電話指導を1回行い、健診結果の振り返りや糖尿病の基礎知識を伝え、対象者の受診を促す。	○	○					○			○		○	○	○			府中市医師会に対象者の選定基準や事業内容についての助言を依頼している。また、事業開始時には医師会を通じて各医療機関に事務連絡を送付するなど事業に関する情報共有を図っている。			

保険者名 または市 区町村名	事業 開始 年度	取組の 目的	保健指導 ※受診勧奨を含めて実施している場合を含む												受診勧奨						事業の評価指標					携わっている医療専門職					地区医師会等関係機関への 情報提供等						
			具体的な実施内容	支援方法 ※主たる支援方法は二重丸					対象者・抽出基準							具体的な実施内容	支援方法			対象者・抽出基準						介入人数・割合	対象者の検査値 (HbA1c等) の変化	医療機関を受診した人数・割合	健診を受診した人数・割合	その他		医師	保健師	看護師	管理栄養士	歯科衛生士	その他
				訪問	面談	電話	個別通知	その他	対象者			健診結果					除外要件	個別通知	電話	その他	対象者		健診結果		除外要件												
									健診受診かつ未治療	治療中	治療中断	【血糖】HbA1c	【血糖】空腹時血糖	除外要件	健診受診かつ未治療						治療中断	【血糖】HbA1c	【血糖】空腹時血糖	除外要件													
昭島市	R 6	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・対象者へ保健指導の個別通知を送付する ・希望者 1 人につき、6 か月に 6 回の保健指導を実施する ・初回面談では、医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた個別目標を立案する ・保健指導に繋がらなかった者には、電話による受診勧奨を実施する	◎	◎	○				○			7.0	130	I型糖尿病患者、人工透析患者、がん、精神疾患等の要因により保健指導が困難であると考えられる患者、要介護認定者、事業の実施に問題があるとかかりつけ医が判断した者	—								—	○	○				人工透析へ移行した人数、割合	○						昭島市医師会と適宜事業に関する情報共有を図っている
町田市	R 2	糖尿病のコントロール不良者への対策	・対象者へ保健指導の個別通知を送付する。 ・対象者 1 人につき、3 か月に 3 回の訪問・面談・電話・ICT による保健指導を実施する。 ・かかりつけ医師から参加指示書をもとに、医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。 ・3 か月後に目標達成状況や生活習慣の状況、血液検査データ等を評価する。 ・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実施する。	◎	◎	○					○		8.0	126	・1 型糖尿病 ・透析治療中の者 ・腎臓移植をうけた者 ・がんで治療中、重度の合併症を有する者（疑い病名含む） ・終末期及び認知機能障害（アルツハイマー含む）のある者 ・不安神経症、うつ病、神経症、心身症、不眠症、ニコチン中毒症以外の精神疾患を有する者 ・プログラムの実施に問題があるとかかりつけ医が判断した者	—									—	○	○			・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 ・参加者の人工透析移行者数	○	○	○	○			・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。
小平市	R 5	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・対象者に保健指導の個別通知を送付する。 ・対象者 1 人につき、6 か月に 2 回の訪問指導を実施する ・初回訪問では、身体状況、医療機関受診状況、直近の血液検査データ等を確認し、本人の課題に応じた目標を立案する。必要に応じて医療機関・健診受診勧奨を行う。生活状況によっては地域包括支援センターにつなぐ。 ・2 回目の訪問は、医療・健診受診状況、目標の達成状況を確認し、必要に応じて電話でフォローをする。	◎	○	○				○			7.0	がん、難病、精神疾患、認知症、要介護2以上、入院および介護施設入所中	—									—	○	○	○	○	生活習慣の改善の必要性の理解、改善状況	○	○	○				地区医師会には、重症化予防について、健診における要医療勧奨者の受診率や未受診率について状況を伝え、医療機関に繋げるときの協力について了解を得た。	
		糖尿病の治療中断者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・対象者に保健指導の個別通知を送付する。 ・対象者 1 人につき、6 か月に 2 回の訪問指導を実施する ・初回訪問では、身体状況、医療機関受診状況、直近の血液検査データ等を確認し、本人の課題に応じた目標を立案する。必要に応じて医療機関・健診受診勧奨を行う。生活状況によっては地域包括支援センターにつなぐ。 ・2 回目の訪問は、医療・健診受診状況、目標の達成状況を確認し、必要に応じて電話でフォローをする。	◎	○	○					○				令和5年度の健診履歴がなく、令和2年度から令和4年度に糖尿病または高血圧の薬剤処方があり、令和5年度以降の薬剤処方がない者	—								—	○		○	○	生活習慣の改善の必要性の理解、改善状況	○	○	○					

保険者名 または市 区町村名	事業 開始 年度	取組の 目的	保健指導 ※受診勧奨を含めて実施している場合を含む											受診勧奨							事業の評価指標					携わっている医療専門職					地区医師会等関係機関への 情報提供等						
			具体的な実施内容	支援方法 ※主たる支援方法は二重丸					対象者・抽出基準						具体的な実施内容	支援方法				対象者・抽出基準					除外要件	介入人数・割合	対象者の検査値 (HbA1c等) の変化	医療機関を受診した人数・割合	健診を受診した人数・割合	その他		医師	保健師	看護師	管理栄養士	歯科衛生士	その他
				訪問	面談	電話	個別通知	その他	健診受診かつ未治療	治療中	治療中断	【血糖】HbA1c	【血糖】空腹時血糖	除外要件		個別通知	電話	その他	健診受診かつ未治療	治療中断	【血糖】HbA1c	【血糖】空腹時血糖	除外要件														
国立市	R5	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 受診勧奨を含めて実施している。 ・R5年度後期高齢者医療健診を受診した方について、一体的実施・KDB活用支援ツールにより右記抽出条件で75～84歳の対象者を抽出。 ・抽出されたすべての方に対して個別通知を送付。通知において、糖尿病のコントロール不良から腎不全にいたるリスクや予防方法をパンフレットで周知するとともに、保健指導への来所案内と受診勧奨を行う。 ・保健指導来所者には、個別に栄養相談を実施するとともに受診勧奨を行う。 ・個別相談から2～3か月後を目安に、電話で受診状況を確認する。		◎		○	○		○			8.0		要介護認定のある方、精神科の治療中の方	—					—	—	○	○	○	○			○		○			地区医師会に事業のながれを説明し、受診勧奨することについての協力依頼を行う			
東久留米市	R6	糖尿病のコントロール不良者への対策	重症化ハイリスク者に対して受診勧奨を通知する。市内にかかりつけ医がいる85歳未満の対象者に対しては、保健指導の勧奨通知を送付し、市内医療機関に生活指導確認書の記載を受けた対象者が保健指導を受ける。対象者1人につき、6か月間で2回の面談、6回の電話による保健指導を実施する。面談では、医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。		◎		○	○		○			7.0		腎不全、悪性腫瘍（一般に「がん」）の治療中、「認知症」、「うつ」、「統合失調症」等精神疾患の既往がある方、要介護1以上の者 ・市内在住、かつ、レセプト（医科・DPC・調剤）に対応する糖尿病の薬剤処方履歴がない者 ・令和5年度の健診結果でHbA1c7.0%以上、または、eGFR45未満かつ尿蛋白（+）以上の者 ※保健指導対象者は、上記の抽出基準に加え、85歳未満の方が対象者	重症化ハイリスク者に対して受診勧奨を通知する。	○				○		7.0		腎不全、悪性腫瘍（一般に「がん」）の治療中、「認知症」、「うつ」、「統合失調症」等精神疾患の既往がある方、要介護1以上の者 ・市内在住、かつ、レセプト（医科・DPC・調剤）に対応する糖尿病の薬剤処方履歴がない者 ・令和5年度の健診結果でHbA1c7.0%以上、または、eGFR45未満かつ尿蛋白（+）以上の者	○	○	○		○			東久留米市医師会に事業内容を説明し、事業対象者の抽出基準や除外要件について助言を得て実施。年度末に事業効果や結果を報告。				
武蔵村山市	R4	糖尿病とフレイルの併存者への対策	・糖尿病性腎症重症化予防の保健指導は、低栄養及びフレイル（口腔・身体等）を含む指導内容で実施する。 ・対象者1人につき実施期間は6か月、対面（3回）、電話（3回）の保健指導を基本とする。初回面談では身体状況、医療機関の受診状況、直近の血液検査値等及び後期高齢者の質問票にて個別課題を把握し、個別目標を立案する。最終面談では、対象者の目標の達成状況、血液検査データ状況、質問票等を確認し、保健指導の評価を行う。実施中、他支援が必要な状況を把握した場合は、地域の介護情報の提供及び地域包括支援センター等につなぐ。	◎			○				○		7.0		1型糖尿、がん、精神疾患、認知症、難病、人工透析、要介護1以上、R6年4月1日現在、満86歳以上の者、令和5年度後期高齢者糖尿病性腎症等重症化予防保健指導参加者 ・R5年度後期高齢者健康診査受診者のうち、R6年4月1日時点年齢75-85歳の後期高齢者医療制度被保険者で、市内かかりつけ医を持つ糖尿病性腎症等の罹患者のうち、以下（ア）から（エ）までのいずれかに該当する者。 （ア）HbA1c7.0%以上 （イ）血圧140mmHg以上/90mmHg以上 （ウ）尿蛋白±、+、2+、3+のいずれかに該当 （エ）eGFR30ml/分/1.73㎡以上	—	—				—	—	○	○			・保健指導参加後の行動変容率 ・保健指導参加後の指導内容に対する満足度	○	○		○			・三師会に通知文案や対象者の選定基準等、毎年度、事業に関する情報共有を図っている。 ・医師会には対象者の選定基準等、事業に関する助言を依頼している。			
		糖尿病のコントロール不良者への対策	—													・対象者へ医療機関への受診勧奨の個別通知を送付後、保健師による架電勧奨を実施する。 ・架電時は、現在の体調や受診状況の有無、未受診に至る理由や対象者の健康の捉え、今後の受診意向の確認等について聴取し、医療機関への受診勧奨及び当該年度の健康診査の受診勧奨等の個別指導を実施する。	○	○		○		7.0		1型糖尿、がん、精神疾患、認知症、難病、人工透析、要介護1以上等 ・R5年度健診受診者のうち、R5年度健診結果のHbA1cが7.0%以上あり、医療機関を受診していない糖尿病性腎症等の未治療者	○		○	○		○		三師会に通知文案や対象者の選定基準等、毎年度、事業に関する情報共有を図っている。					
		糖尿病の治療中断者への対策	—													—	・対象者へ医療機関への受診勧奨の個別通知を送付する。 ・通知内に治療中断と思われることを表記し、医療機関への受診勧奨、かかりつけ医を持つことを推奨する内容とする。	○				○				1型糖尿、がん、精神疾患、認知症、難病、人工透析、要介護1以上等 ・R5年度健康診査未受診者のうち、R5年度健診の過去1年（R4年度）のレセプトに糖尿病病名、あるいは糖尿病性腎症病名があり、糖尿病治療薬の処方歴があるものの、最近1年間（R5年度）に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受診歴がない治療中断者。 ・なお、対象者の受診先医療機関は市内医療機関であるかは問わない。	○		○	○		○					

保険者名 または市 区町村名	事業 開始 年度	取組の 目的	保健指導 ※受診勧奨を含めて実施している場合を含む											受診勧奨							事業の評価指標					携わっている医療専門職					地区医師会等関係機関への 情報提供等		
			具体的な実施内容	支援方法 ※主たる支援方法は二重丸					対象者・抽出基準					具体的な実施内容	支援方法			対象者・抽出基準				介入人数・割合	対象者の検査値 (HbA1c等) の変化	医療機関を受診した 人数・割合	健診を受診した 人数・割合	その他	医師	保健師	看護師	管理栄養士		歯科衛生士	その他
				訪問	面談	電話	個別通知	その他	健診受診かつ 未治療	治療中	治療中断	【血糖】 HbA1c	【血糖】 空腹時 血糖		除外要件	個別通知	電話	その他	健診受診かつ 未治療	治療中 中断	【血糖】 HbA1c												
多摩市	R 6	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・対象者に対し、保健指導の案内を送付。 ・対象者 1 人に対し、約3か月間のうち原則 3 回の保健指導を行う。 【 1 回目】：健康講座、個別面談（目標設定、受診勧奨、かかりつけ医への目標共有証を記載） 【 2 回目】：個別面談（より専門的な支援） 【 3 回目】：個別面談（振り返り、今後のつなぎ先の紹介等） ・評価は、面談時に測定した血圧や受診状況の聞き取り、KDB等で行う。	○	◎	○			○	8.0		がん・認知症・統合失調症、要介護認定者、90歳以上、介護施設サービス利用者、長期入院（12か月）	—					—		—	○	○	○			○		○		主訴に応じて、 歯科衛生士や健康運動指導士	かかりつけ医への目標共有証の実施。 一体的実施内容を医師会・歯科医師会・地域包括支援センターへ情報提供。		
		糖尿病の治療中断者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 対象者に対し、保健指導の案内を送付。 ・対象者 1 人に対し、約3か月間のうち原則 3 回の保健指導を行う。 【 1 回目】：健康講座、個別面談（目標設定、受診勧奨、かかりつけ医への目標共有証を記載） 【 2 回目】：個別面談（より専門的な支援） 【 3 回目】：個別面談（振り返り、今後のつなぎ先の紹介等） ・評価は、面談時に測定した血圧や受診状況の聞き取り、KDB等で行う。	○	◎	○					○			同上	—					—		—	○		○		・生活習慣の改善状況	○				○	
		糖尿病とフレイルの併存者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・対象者に対し、保健指導の案内を送付。 ・対象者 1 人に対し、約3か月間のうち原則 3 回の保健指導を行う。 【 1 回目】：健康講座、個別面談（目標設定、受診勧奨、かかりつけ医への目標共有証を記載） 【 2 回目】：個別面談（より専門的な支援） 【 3 回目】：個別面談（振り返り、今後のつなぎ先の紹介等） ・評価は、質問票の変化の確認や、KDB等で行う。	○	◎	○			○	○	○	7.0			がん・認知症・統合失調症、要介護認定者、90歳以上、介護施設サービス利用者、長期入院（12か月）、人工透析・慢性腎不全・腎不全、抽出年度に入院歴がある者	—					—		—	○	○		・生活習慣の改善状況	○		○			同上
羽村市	R 6	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・KDBシステムより抽出基準に沿った対象者を抽出し、事業案内通知を送付する。 ・対象者 1 人につき、6 か月に面談2回、電話6回による栄養指導を実施する。 ・初回面談では、アンケートを実施する。医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。		◎	○			○	○	○	7.0		がん、1型糖尿病、認知症、うつ、統合失調症、人工透析、要介護1以上		—					—		—	○	○	○			○	○		医師会に事業概要と案内通知を送付し、事業に関する協力を依頼している。	
									○	○	○	6.0			—	—					—		—	○	○		・腹囲及びBMIの変化 ・片足立ち測定結果の変化	○		○			健康運動指導士
あきる野市	R 6	糖尿病のコントロール不良者への対策	・抽出した対象者へ個別通知を送付する。 ・電話で申し込み受付を行う。 1回目：集団健康教育（生活習慣病予防及び重症化予防について、身体機能維持・向上の大切さ）、個別支援（行動目標設定） 2回目： 3 回目：個別支援（状況確認、保健指導）		◎				○	○	○	6.0		—		—					—		—	○	○		・腹囲及びBMIの変化 ・片足立ち測定結果の変化	○		○		健康運動指導士	医師会に本事業の全体像及び事業内容について周知を行う。

保険者名 または市 区町村名	事業 開始 年度	取組の 目的	保健指導 ※受診勧奨を含めて実施している場合を含む												受診勧奨						事業の評価指標					携わっている医療専門職					地区医師会等関係機関への 情報提供等							
			具体的な実施内容	支援方法 ※主たる支援方法は二重丸					対象者・抽出基準							具体的な実施内容	支援方法				対象者・抽出基準						介入人数・割合	対象者の検査値 （HbA1c等） の変化	医療機関を受診した 人数・割合	健診を受診した 人数・割合		その他	医師	保健師	看護師	管理栄養士	歯科衛生士	その他
				訪問	面談	電話	個別通知	その他	対象者			健診結果		除外要件	個別通知		電話	その他	対象者		健診結果		除外要件															
									健診受診かつ 未治療	治療中	治療中断	【血糖】 HbA1c	【血糖】 空腹時 血糖						健診受診かつ 未治療	治療中 断	【血糖】 HbA1c	【血糖】 空腹時 血糖																
西東京市	R 5	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・令和 5 年度健診結果に対して抽出した対象者に保健指導事業案内及び状況確認調査を送付 ・令和 6 年度健診結果に対して、必要者にかかりつけ医から参加勧奨を行う。 ・事業に申し込まれた方に対し、訪問 2 回、電話 2 回の保健師による保健指導を実施。 ・事業開始前、中、終了後にかかりつけ医と連携。 ・状況確認調査や保健指導により未受診・治療中断の可能性がある方については、状況確認・受診勧奨を実施 ・評価指標に基づき評価	◎		○	○		○	○	○	7.0		要介護 3 ～ 5 90歳以上 慢性腎不全、腎不全、人工透析、認知症、COPD、がんのレセプトがある方	—				—				—	○	○	○			○						西東京市医師会へ事業の情報提供及び相談			
奥多摩町	R 6	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 保健師・管理栄養士・看護師などの専門職による、面談（対面もしくはオンライン）の実施。2 回の面談と 1 回の電話もしくはメールフォローにて、3 か月の経過フォローとする。	◎		○				○				—	—				—				—	○	○	○			○	○	○			健康づくり推進協議会を年 3 回開催し、実施計画・実績報告・事業評価等について情報共有し協議する。 （福祉保健課のほか、医師会、歯科医師会、薬剤師会で構成） 町内の医療機関（奥多摩病院）と連携を図り、企画の段階から健康課題の共有、事業企画等の相談を進めるとともに、事業実施後においても実施状況等についての報告を行う。				
利島村	R 5	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・対象者へ面談または訪問、電話により受診勧奨及び保健指導を行う。 ・保健指導では、医療受診状況、生活状況、身体状況等を確認し、本人の課題に応じた個別目標を立案する。 ・地域包括支援センターと診療所医師に、連携して対応する。	○	◎	○			○			6.5		—	—				—				—	○	○	○		保健指導率	○	○		○		診療所医師に情報提供をする。				
神津島村	R 3	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 受診勧奨ならびに、生活習慣に関する助言・指導、服薬の確認、診療所との連携した取り組みで実施する。頻度は対象者の生活状況、認知機能、家族環境などを勘案して決定する。期間は3ヵ月単位で評価をし、必要に応じて期間を延長する。訪問型・立ち寄り型のいずれかをコースに合わせて実施する。	◎	○	○			○	○	○	7.0		—	—				—				—	○	○	○		服薬習慣などの生活習慣		○	○			理学療法士 栄養士				
		糖尿病の治療中断者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 受診勧奨ならびに、生活習慣に関する助言・指導、服薬の確認、診療所との連携した取り組みで実施する。頻度は対象者の生活状況、認知機能、家族環境などを勘案して決定する。期間は3ヵ月単位で評価をし、必要に応じて期間を延長する。訪問型・立ち寄り型のいずれかをコースに合わせて実施する。	◎	○	○					○			—	—	対象者へ電話による受診勧奨などを実施する。	○		○			—	○		○				○	○			理学療法士					
		糖尿病とフレイルの併存者への対策	【保健指導と受診勧奨を実施】 生活習慣に関する助言・指導、服薬の確認、診療所との連携した取り組みで実施する。頻度は対象者の生活状況、認知機能、家族環境などを勘案して決定する。フレイルの状態も考慮し積極的に通いの場への参加を励行する。期間は3ヵ月単位で評価をし、必要に応じて期間を延長する。訪問型・立ち寄り型のいずれかをコースに合わせて実施する。	◎	○	○			○	○	○			—	—	—				—				—	○	○	○		歩行速度、握力など身体機能、質問票の運動習慣		○	○			理学療法士 栄養士			