

令和4年度都内区市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況

保険者名	受診勧奨															地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標					
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準							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	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	(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	
千代田区	H28	○	○			○	○	○	○	126		6.5					○	年度当初に、区医師会・保健所定例連絡会の場を利用して事業説明を行っている。	○	○		
中央区	R01	○	○				○	○	○	126		6.5					○	年に1回評価委員会を開催しており、医師会・薬剤師会・歯科医師会代表者に参加して頂き、事業の実施状況を報告・評価している。	○	○		・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
港区	H29	○	○			○	○	○	○	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
新宿区	H27	○	○			○	○	○	○	126		6.5			100	160	○	①事業の構築において、新宿区医師会に事業内容の説明をし、新宿区糖尿病対策専門部会からも意見を聴取した。 ②事業実施にあたって、新宿区医師会及び新宿区薬剤師会に事業内容を説明し、協力を依頼している。	○	○		②生活習慣病治療再開者の割合
文京区	R01	○	○				○		○	126		6.5	60	±、+、2+、3+				事業実施にあたって、医師会(小石川・文京)に事業内容の説明し、対象者抽出等において助言をいただいた。 事業の実施状況等について随時情報共有・意見交換等を行っている。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関(委託の場合は委託業者も含む)と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員は確保しているか ・対象者の抽出、受診勧奨、評価等各段階で評価しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
台東区	H30	○				○	○					6.5					○	糖尿病重症化予防事業検討会を設置し関係医療機関から委員を選出してもらい、事業の実施に際しての意見をもらう。	○	○		・事業実施に必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・医療機関受診につながった人の継続した受診率・服薬状況

保険者名	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																
	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							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	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	(健診結果) ※1			(レセプト)																			
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。		○				【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	130	7.0	44	±、+、2+、3+					受診勧奨を実施していることは情報提供をしているが、個別の勧奨状況は共有していない。				・勧奨による受診率の変化で評価を行う。 ・連絡が取れない者については、アンケートで受診状況及び未受診の理由等を把握し、分析・評価をしている。	
江東区	R02	○	○			健診結果及びレセプトの請求情報(疾患名)から被保険者の状況を把握し、糖尿病未治療者を抽出し、抽出した全員に文書により受診勧奨を行う。文書送付後、1回目の電話受診勧奨を行う。その後、レセプトの請求情報を基に、受診の確認が取れない者へ2回目の電話勧奨を行う。		○				126		6.5	60	±、+、2+、3+											関係機関との連携を行っていない。		○				
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。		○		○					7.0			100	160									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等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 ・医療受診率
目黒区	H25以前	○	○	○		<早期治療> 特定健診結果により早期の受診が必要であることを通知。 <治療再開> 医療機関での治療を再開するよう促す通知。 いずれも、必要に応じて保健師が個別に相談に応じる。	○	○	○	○		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。	○	○			・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	
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している。 ・さらに、ハイリスク者への電話勧奨も併せて実施している。 ・発送月から4か月間の受診状況及び特定健診受診状況を確認し効果検証している。		○	○			126	200	6.5	60	±、+、2+、3+				○							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。	○	○			・プログラムに必要な人員を確保しているか ・プログラム手順書を作成するなどして、関係者機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・対象者の抽出、受診勧奨、評価等各段階で評価しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
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診率・服薬状況	
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バス委員会に事業内容の説明をする。通知の効果について、医療機関への受診率等のデータを情報提供する。	○	○			・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標								
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	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				
		個別通知	電話	面談訪問	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	(健診結果)※1			(レセプト)										
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、対象者抽出において助言をもらった。また、事業の進捗については、随時情報提供を行った。	○	○		
杉並区	H26	○	○			糖尿病性腎症等重症化予防事業の案内通知を送付し、保健指導の参加を促すとともに医療機関未受診者及び治療中断者に受診勧奨の必要性を説明している。	○	○	○	○				6.5	30~60	-、±、+			○	事業実施にあたって、杉並区医師会に事業内容を説明し、対象者の抽出についても助言を受け、実施後は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 ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか
豊島区	H27	○	○			3年間の特定健診結果(HbA1c、eGFR、年齢等)を総合的に判断し、受診の必要性を伝えている。未受診、治療中断の可能性が高いと判断した人には2~3ヶ月後にフォローアップの電話をかけている。	○	○						6.5						(対象者) 医療機関未受診者 (抽出基準) 特定健診結果でHbA1c6.5%以上かつ糖尿病薬未服薬の者	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・2年連続特定健診受診者のうちHbA1cが改善または現状維持した人の割合
北区	H30	○	○			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、糖尿病性腎症重症化予防事業についての検討会を実施し、受診勧奨対象者の抽出基準や受診勧奨通知等について検討を行った。	○	○		・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 ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況
荒川区	H28	○				・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。	○	○	○	○									○	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

保険者名	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					
	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							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	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
板橋区	H28	○	○			対象者に受診勧奨通知、受診状況確認アンケート、血糖に関するリーフレットを送付。1週間後、専門職より、電話にて受診状況を確認し、今年度の特定健診受診勧奨も同時実施。未受診者には医療機関へ受診勧奨し、希望者には健康相談を行う。		○	○	○	126		6.5				○	事業実施報告及び情報提供を、板橋区医師会、CKD地域医療連携会議、東京都西北部糖尿病医療連携推進検討会に行っている。	○	○		・受診勧奨方法の適切さ ・医師会等関係機関との連携 ・委託事業者との連携
練馬区	H25以前	○	○			・受診勧奨通知を送付し、通知送付の1週間後、架電。 ・数か月後にレセプトを確認し、受診に至ったか検証。受診に至らなかった場合は翌年度に再勧奨を行う。 【医療機関未受診者に対して】 医療機関受診案内とともに、練馬区糖尿病連携医療機関マップを送付し、専門医への受診を促す。 【糖尿病以外の生活習慣病で受診中の者に対して】 かかりつけ医に、糖尿病についても相談するよう促す。		○	○		6.5	0~30	±、+、2+、3+			○	新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、集合形式の事業説明会を中止し、事業説明用資料を区内医療機関に送付。また、練馬区糖尿病医療連携検討専門部会からも意見を聴取している。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関(委託の場合は委託事業者も含む)と協力を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・プログラム手順書を作成するなどして、関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・対象者の抽出、受診勧奨、評価等各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
足立区	H25以前	○	○			区はKDBにより対象者を抽出する。委託事業者より、糖尿病性腎症等重症化予防事業の案内通知(受診勧奨の内容を含む)を送付後、電話により医療機関受診の必要性について説明する。併せて、保健指導への参加も促す。		○	○		7.0	30~	-、±、+、2+、3+				事業実施にあたり、足立区医師会に事業内容を説明し、対象者抽出等において助言をもらう。また、事業の進捗について、随時情報提供を行う。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の人数	
葛飾区	H28	○	○			受診勧奨通知による勧奨後、医療機関の受診が確認できない者に対しては、医師会管理栄養士が電話による勧奨を行う。		○			6.5							事業実施にあたって、葛飾区糖尿病対策推進会議(医師会・歯科医師会・薬剤師会で構成)で事業内容の説明をし、意見を聴取している。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
江戸川区	H25以前	○	○	○		・受診しないまま高い値を放置することの危険性や将来への影響などを、対象者の年齢や家族構成(聞き取れた場合)、生活環境など様々な状況の違いに合わせながらの勧奨を実施している。 ・かかりつけ医を早期に見つけ、かかりつけ医による定期的な管理の必要性を伝える。		○			7.0							・40-64歳の受診勧奨を江戸川区医師会へ委託している。 ・江戸川区医師会と月に一度打ち合わせの場を設け、意見交換や情報共有を行っている。 ・支援対象者の受診状況を医療機関より受領している。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力を確保しているか ・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診率・服薬状況

保険者名	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											
	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						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	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	(レセプト)		
八王子市	H25以前	○	○			【健診受診者】 ・受診勧奨通知を発送。その後も受診のないHbA1c7.0%以上の方には電話を入れ、状況確認と、保健福祉センターでの相談を促している。 【健診未受診者】 ・受診勧奨通知を発送。	○	○								6.5					○	毎年事業開始時に八王子市医師会に協力依頼をし、助言をいただく。対象者への通知発送時に、対象者が受けた健診医療機関にも対象者に勧奨通知を送付した旨を文書にて連絡。	○	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか	
立川市	R01	○	○			対象者に治療再開や定期的な経過観察のために健診受診を促す内容の通知を送付した後、およそ4か月後に電話による追加勧奨を行う。		○	○							6.5					○	市医師会に対し、前年度の事業実績の報告を行っている。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員は確保しているか ・対象者の抽出、受診勧奨、評価等各段階で評価しているか	
武蔵野市	H30	○	○			・対象者へ前年度の健診結果数値を記載した通知を送付。 ・通知発送後、受診がない者に対し、電話で勧奨する。		○		○	126					6.5						○	事業実施にあたって、武蔵野健康づくり事業団の保健師、武蔵野市医師会から意見を伺っている。	○	○		・医師会との連携体制の構築 ・レセプトデータを用いた対象者の的確な抽出
三鷹市	H30	○	○			対象者へ通知(個人の健診結果数値を記載)を個別送付する。		○		○	126					6.5						○	対象者に対する勧奨通知内容について、三鷹地域活動栄養士に意見を聴取した。	○	○		・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
青梅市	H30	○	○	○		対象者へは通知にて勧奨し、連絡があった場合は個別に面談や電話勧奨を行う。	○	○	○	○	126	200	6.5	30~60	+、2+、3+	90	140				○	関係団体の参加する会議において、受診勧奨の内容や取組状況について情報提供を行っている。また、市医師会および西多摩医師会へは、かかりつけ医への指示書の記載について協力を依頼している。	○			・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
府中市	H28	○				・受診勧奨通知対象者 健診結果における異常値放置者及び生活習慣病の治療中断者には、受診勧奨通知を発送する。		○	○	○	126					6.5						○	事業実施にあたって、府中市医師会に事業内容を説明し、助言と同意を得た。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業対象者の受診勧奨率 ・受診勧奨通知の通知率 ・対象者の医療機関受診率 ・健診異常値放置者数の減少 ・糖尿病治療中断者の減少
昭島市	R01	○	○			特定検診の受診結果による対象者であり、生活習慣病の治療をしていない者に受診勧奨通知を送付。その後の受診状況を確認し、未受診者へ電話勧奨を行った。	○	○	○	○	126					6.5						○	昭島市医師会に事業の説明を行い、相談できる医療機関の一覧を対象者へ送付する等の説明を行った。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか

保険者名	受診勧奨															地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標										
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	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						
		個別通知	電話	面談訪問	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				
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。 ②特定健診を受診または健診結果提供を受けて抽出基準に当てはまる人に受診勧奨文書とリーフレットを郵送する。 ※②はR1以降の取組で、個別通知のみ。	○	○			126		6.5	45	2+、3+	100	160		○	○		・調布市医師会と受診勧奨対象者抽出基準について協議を行った。 ・医師会と福祉健康部の業務検討会にて、発送の報告と受診時の協力依頼、および結果報告を行っている。	○			・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ① ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の人数	
町田市	H29	○	○			・医療機関を受診しないことで症状が重篤化することを伝え、早期の医療機関受診を促している。 ・個別通知について、抽出基準に当てはまる項目数に応じて受診勧奨のメッセージを変えている。 ・通知発送後に医療機関を未受診で、糖尿病関連項目が基準値を超えている方については、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。	○	○	○		126		6.5			90	140	○		○	○		事業実施にあたって、町田市医師会に事業内容の説明を行っている。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
福生市						—																	—				
羽村市	H30	○				当該年度の特定健康診査を受診した者から、羽村市で設定した受診勧奨値(空腹時血糖126以上、ヘモグロビンA1C6.5以上 収縮期血圧160以上 拡張期血圧100以上)を超えた方かつ、医療機関を受診していない方に対し、通知による受診勧奨を行い、早期に医療機関への受診を促している。		○			126		6.5			100	160			○	○		抽出基準値や項目について地区医師会会長へ説明し、助言や了承を得た。	○	○		
瑞穂町	R02	○	○			対象者へは通知にて勧奨を行う。 治療中断者については、通知後通院を再開していない方に電話による受診再勧奨を行う。		○	○	○	126		6.5			90	140	○		○	○		瑞穂町医師会に事業内容の説明をし、意見を聴取している。	○	○		
あきる野市	R02	○	○			生活習慣病(高血圧・脂質異常・糖尿病)の治療中断者を対象に、受診勧奨を実施する。 対象者に通知を送付し、その後のレセプトデータから受診を確認できない者を対象として、専門職からの電話による受診勧奨を行い、医療機関への早期受診を促している。			○	○								○			○		事業実施にあたって、市医師会に事業概要について周知・説明を行っている。		○		・プログラムに必要な人員は確保しているか
日の出町						—																	—				

保険者名	受診勧奨															地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標						
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	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		
		個別通知	電話	面談訪問	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	(健診結果)※1				(レセプト)								
										【血糖】空腹時血糖	【血糖】随時血糖	【血糖】HbA1c	【腎機能】eGFR	【腎機能】尿蛋白	【血圧】拡張期血圧	【血圧】収縮期血圧	治療中断者・未治療者※健診未受診者						
檜原村	R04	○				特定健診結果に厚生労働省の定める受診勧奨判定値(血糖)に異常が認められ、かつ生活習慣病(糖尿病)に対するレセプトが発生していない対象者に医療機関受診勧奨通知書を送付する。		○		○	126		6.5						なし	○	○		
奥多摩町						—													—				
日野市	H27	○				・健診結果等から算出される、対象者個人の糖尿病発症リスク、心血管発症リスク、健診各検査項目のレーダーチャートを記載した受診勧奨通知を送付している。受診勧奨後に受診が確認できない重症度の高い者に文書による再勧奨を行い、中でもより重症度の高い者に電話による受診勧奨及び保健指導等案内を行う。	○	○	○								○	事業実施にあたって、日野市医師会及び理事会に事業内容の説明をした。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
多摩市	H30	○				対象者へ、特定健診の受診結果をもとに、受診から約2~3か月後に通知にて受診勧奨を行う。		○	○	126	200	6.5	30					・令和元年度、事業実施にあたり、多摩市医師会へ相談・情報提供を行い、助言及び同意を得た。今回も同様の内容で勧奨を実施。		○			
稲城市	R03	○				厚生労働省が実施する「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業(対照群)」に参加。対象者に受診勧奨通知及びリーフレットを送付する。	○	○	○			6.5					○	日本医師会より、事業実施の周知がなされている。	○	○			
国立市	H28	○	○			令和4年度は糖尿病性腎症重症化予防プログラム効果検証事業に参加。KDBを使用し、糖尿病が疑われる者の内、医療機関未受診者及び治療中断者を抽出し、文書と電話による受診勧奨を実施した。 上記事業対象者を除外し、当市の基準にて抽出した受診勧奨対象者に対し、事業の紹介、医師会所属医療機関紹介の案内、受診についてのアンケートを記載した受診勧奨通知を送付する。受診についての行動変容を通知以降モニタリングする。 また、かかりつけ医がない場合は、医療機関の案内を電話や個別面談にて行う。	○	○	○	126		6.5	60	±、+、2+、3+	90	140	○	事業実施にあたり、国立市医師会に事業内容を説明し意見を聴取した。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況	
狛江市	H29	○				特定健診データとレセプトデータを合わせて健診異常値放置者を特定し、年1回通知を送付する。通知送付後の医療機関受診状況についてはレセプトデータを分析して追跡調査し、事業の評価を行う。	○	○	○	126		6.5						受診勧奨判定値について、市医師会の公衆衛生担当理事の助言を受けて設定している。	○	○			

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標								
	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	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				
		個別通知	電話	面談訪問	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	(健診結果)※1			(レセプト)										
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 ④及び②の者に対し、それぞれ年1回、個別通知を送付。糖尿病重症化予防事業の参加案内をした対象者へは、電話による参加勧奨も実施。	○	○	○	○	126		6.5	60	+	2+	3+			一部の受診勧奨判定値について、市医師会の公衆衛生担当理事の助言を受けて設定	○	○		
国分寺市	R01	○	○			前年度の特健健診結果とレセプトデータを照合し、異常値が見られていながら医療機関受診が見られていない人(生活習慣病に関するレセプトが見られていない人)に受診勧奨通知を送る。(11月下旬) 受診勧奨通知を送った後のレセプトデータを確認し、生活習慣病で受診した記録が見られない人に対し、電話による受診勧奨を行う	○	○			110		5.6	59.9	+	2+	3+	90	140	情報提供あり。特定健康診査に尿中アルブミンを取り入れたことに伴い、アルブミン値の判定基準と数値について相談実施	○	○		
武蔵村山市	H29	○	○			① 特定健康診査結果が受診勧奨値の者に受診勧奨通知を送付する。送付後、電話による保健指導(受診勧奨)を実施。レセプトにて受診の有無を確認する。 ② レセプトより、糖尿病の治療を中断していると思われる者に受診勧奨通知を送付する。送付後受診が確認できない者を再受診勧奨対象者とし、電話による保健指導(受診勧奨)を実施する。		○	○	○	126		6.5						○	事業実施にあたり、武蔵村山市医師会医療機関に事業内容の説明を行った。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか
東大和市	H25以前	○	○			・治療中断者には、継続を促すハガキを送付する。 ・治療中断者で勧奨通知発送後に受診が確認できない者に対して、電話勧奨を行う。 ・異常値放置者には、健診の結果が記されている通知を送付して、受診を促す。	○	○	○	○	126		6.5						○	事業の実施にあたって、東大和市医師会に、事業内容の説明をし、助言をいただいた。	○	○		
東村山市	H27	○	○			○生活習慣病 医療機関未受診者(異常値放置者) <個別通知による受診勧奨> ①以下の内容を記載した受診勧奨通知を送付する。 ・過去3ヶ年の検査結果 ・検査結果のレーダーチャート ・糖尿病の発症リスク・心血管病の発症リスク <電話による受診勧奨> 通知後、ハイリスク者に電話勧奨を行う。		○	○	○	126		6.5				90	140	○	毎月の医師会との定例会議において事業説明し意見聴取している。	○	○		(ストラクチャー指標) ・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか (プロセス指標) ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか (アウトプット指標) ・対象者への通知率
清瀬市	H26	○	○			毎月の受診者から対象者を選定し、健診結果・糖尿病性腎症の病態・治療の必要性・生活上(食事・運動)の留意事項等を記載した通知を送付する。その後、電話等により受診勧奨や状況確認を行う。 6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

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	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
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
西東京市	H26	○				健診データとレセプトデータから対象者を抽出し、判定区分を通知している。さらに受診を促すため受診予約日を記入するための項目を設けている。 ※判定区分 AからDの4段階評価で、A 異常なし B：軽度異常 C：経過観察・生活改善 D：要治療。精密検査 見やすく記載しており特にD区分の場合はさらに見やすく標記している。		○					5.6			130	事業実施にあたり、西東京市医師会に事業内容の説明を行い、主治医に参加の確認等を得ている。	○	○		・医療機関受診率 ・未受診者に対する再勧奨の実施率 ・国民健康保険運営協議会との連携	
小平市	H30	○	○			受診勧奨の1回目は、治療の再開のお願いと、治療をしないかどう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。			○	○							○	糖尿病ネットワーク委員会に出席し、糖尿病性腎症重症化予防事業のプログラムの説明と、未受診者に対する受診勧奨方法の説明を行い、意見をいただいた。	○	○		・プログラムに必要な人員を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか
大島町	R01	○	○			2月～3月中に実施。 ・KDBにて対象者を抽出し、対象者へ文書により通知。 ・町保健師等から電話にて受診勧奨を行う。 ・島内の医療機関に対象者の情報提供等を行う。	○	○	○	○			6.5					事業実施にあたり、島内の医療機関に事業内容・対象者リスト等を提供及び医師の助言を依頼。	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者の抽出、受診勧奨、評価等各段階で評価しているか
新島村	R01		○			・対象者全員に電話にて健診結果の内容を通知し、受診勧奨を行う。 ・質問表にて医療機関受診と回答があった者には、現在の受診・服薬状況を確認し、中断していた場合は治療再開を促す。							7.0	50				村国保診療所医師と相談して事業内容、基準を設定した	○	○		
神津島村	R01		○			健診結果より、血糖値及びHbA1cの項目において「要受診判定」となった対象者に対して、電話にて受診勧奨。	○	○					6.5					診療所と健診結果のデータを提供及び共有している				(ストラクチャー評価) かかりつけ医との連携、専門職の実施体制の確保 (プロセス評価) 対象者の抽出等の各段階での評価 (アウトカム評価) 対象者への受診勧奨実施率 (アウトカム指標) 対象者の勧奨後の医療機関受診率
三宅村	R01	○	○			当年度の特定健診結果において対象者を抽出、受診勧奨の通知と高血糖であることを知らせるパンフレットを同封し送付。 2週間後、保健師・栄養士が電話で受診を確認。未受診の場合はさらに1週間後に電話で確認。※受診するまで最大4回勧奨	○	○	○	○			126	200	6.5			事業実施にあたり、医療機関・保健所等に事業内容の説明と協力をお願いをした。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。	○	○		
御蔵島村	R01			○		健診結果を受けて該当者に対し保健師により受診勧奨を実施。	○	○					6.5					診療所医師との健診結果の共有				・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか

保険者名	受診勧奨														地区医師会等関係機関への 情報提供等	事業の評価指標						
	事業 開始 年度	取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準						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	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	（健診結果）※1			（レセプト）								
八丈町	R01		○			特定健診受診者で受診勧奨数値等があった該当者に、町保健師により受診勧奨を実施する。	○	○										関係機関との連携を行っていない。	○	○		
小笠原村	R01	○	○			健診結果及びレセプトの請求情報（疾患名）から被保険者の状況を把握し、糖尿病未治療者を抽出し、抽出した全員に文書により受診勧奨を行う。 受診勧奨実施後、レセプトにより受診の有無を確認し、受診が無い者には電話により再勧奨を行う。 なお、令和2年度は対象者無し。	○	○					6.5					島内医療機関の医師に事業内容を説明し、協力を依頼予定	○	○		

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

保険者名	事業開始年度	保健指導																															
		取組方法の種類				具体的な取組	対象者			抽出基準										地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職					事業の評価指標							
		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)				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		
立川市	H26		○	○		重点事項(目標)、血糖管理、食事、運動、セルフモニタリングの項目について、保健師と面談及び電話にて6か月間の生活指導を実施する。 また、令和2年度より対象者のかかりつけ薬局において薬剤師による生活指導を開始している。	○			126		6.5	15~60	+2,+3+							○	○	○			○	○	○	○	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化
武蔵野市	R01		○	○		利用者ごとに保健指導支援計画を作成し、個別に面談の上、各自に応じた目標を設定し、生活習慣の改善に向けた支援を行う。	○					6.5	30~60	±、+、2 +、3+												○	○	○	○	○		・医師会との連携体制の構築 ・健診結果及びレセプトデータを用いた対象者の的確な抽出 ・保健指導参加者数	
三鷹市	H30		○	○		生活習慣、医療の受診歴、服薬歴等を聞き取ったうえで、改善策を具体的にアドバイスする。	○	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	126		6.5															○	○	○	○	○		・プログラムに必要な人員を確保しているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	
青梅市	H30		○	○	○	個別指導のため、本人の理解度・ニーズに合わせた内容としている。	○		126	200	6.5	30~60	+、2 +、3+	90	140						○	○										・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	
府中市	H28		○	○	○	指導期間6か月間と3か月間の2コースで実施。それぞれのコースで対象者を分けており、3か月コースは早期腎症期を対象に実施。指導参加中の治療中断者には、電話や面談にて受診勧奨を実施。保健指導中も継続して受療確認し、適宜受診勧奨を実施する。 ①6か月コース ・対象者に通知発送後、電話による参加勧奨を行う。 ・訪問による初回面接を実施し、約1か月後に2回目面接を行う。 (初回面接で生活習慣や受診状況、数値の確認等を行い、それらの情報を専門職で共有し、今後の目標設定や指導方針を検討し、2回目面接で行動計画を作成する。) ・6か月間の継続的支援で、ニュースレターでの情報提供、電話支援を行う。 ・6か月経過後、電話で目標の達成度、数値の改善等を確認し、評価する。 ②3か月コース ・対象者に通知発送後、電話による参加勧奨を行う。 ・訪問あるいは遠隔による初回面接を実施し、約1か月後に1回目の電話支援を行う。 ・初回面接支援から3か月経過後、電話による最終支援を行い、目標に向けた取り組み状況を確認する。	○		130		7.0	50	-、±、 +、2+、 3+				○	○	○	○	○	○	○										・事業実施にあたり、府中市医師会に事業内容を説明し、助言と同意を得た。 ・支援開始時は、対象者を通じて主治医に情報提供すると同時に、主治医の参加確認及び対象者への指示内容の把握を行う。 ・行動計画作成時及び支援終了時、支援経過や結果等を記載した報告書を作成し、主治医に送付する。
昭島市	R03		○	○	○	かかりつけ医と連携のもと、健康教育を目的とした教室事業等に参加してもらいながら、おおむね6か月の保健指導を実施する。	○		126		6.5	30	-、±								○	○	○									・目標を設定し、医師会等関係機関(委託の場合は委託業者も含む)と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
調布市	H26		○	○	○	面談(希望により対面かICT選択) 生活状況を確認し、主治医の療養指示に沿った目標設定や生活改善の提案を行っている。 6か月間に面談2回、電話支援6回を実施する。 «前年度利用者» ・1年後フォローとして、ニュースレター送付1回と電話支援1回を実施する。	○		126		6.5	45	+、2 +、3+								○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		・目標を設定し、医師会等関係機関と協力体制を確保しているか ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・参加者の透析導入数・導入率	

