

令和3年度 東京都後期高齢者医療広域連合及び構成区市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)

①保険者名または区市町村名	受診勧奨							保健指導									
	②事業開始年度	③取組方法の種類	④具体的な取組	⑤対象者	⑥抽出基準	⑦地区医師会等関係機関への情報提供等	⑧事業の評価指標	その他の評価指標	⑨事業開始年度	⑩取組方法の種類	⑪具体的な取組	⑫対象者	⑬抽出基準	⑭地区医師会等関係機関への情報提供等	⑮携わっている専門職	⑯事業の評価指標	その他の評価指標
東京都後期高齢者医療広域連合	R2	・個別通知	・健診の受診結果に異常値があるが、医療機関を受診していない被保険者に対し、医療機関への受診勧奨通知を送付し、重症化予防を図る。	・医療機関未受診者	・R2年度の健診結果に異常値※があるが、健診受診月以降、生活習慣病に係るレセプトがない者 ※空腹時血糖及びHbA1cが日本人間ドック学会判定区分の要医療であり、かつ、eGFRが60mL/分/1.73m ² 未満または尿蛋白(±)以上の者	・都三医師会に通知文案や選定基準についての助言を依頼。その他、適宜事業に関する情報共有を図っている。	・医療機関受診につながった人の割合	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
墨田区	—	—	—	—	—	—	—	—	R3	・訪問 ・面談	・糖尿病治療中断者や未治療者に対して、連絡し、訪問または面談による保健指導を実施する。	・糖尿病治療中断者 ・健診後、糖尿病未治療者	・R1年度に糖尿病治療薬の処方があり、R2年度に受診をしていない者 ・R3年度の健診の結果がHbA1c7.0%以上で、健診後未受診である者	・年4回の地域連携検討会にて、医師会へ実施状況を報告。	・保健師 ・管理栄養士 ・歯科衛生士	・未治療者の減少 ・健診結果におけるHbA1c7.0%以上の未治療者の減少 ・事業介入者の翌年度のCKD重症度分類ステージの改善状況	—
杉並区	R3	・個別通知	・抽出基準に基づく対象者へ糖尿病性腎症等重症化予防事業の案内通知と同時に医療機関受診の必要性を説明。 ・同事業に参加希望を示し主治医がいらない者に対しては、個別に受診勧奨を実施。	・重症化ハイリスク者	・75歳以上85歳未満でR2年度健診結果が、選定条件(ア)に該当し、かつ(イ)もしくは(ウ)に該当する者 (ア)HbA1c7.0%以上または空腹時血糖値130以上 (イ)60≤eGFRかつ尿たんぱく(±2年連続)又は尿たんぱく(+) (ウ)45≤eGFR<かつ尿たんぱく(-,±,+)	・事業実施にあたり、杉並区医師会へ事業内容を説明。	・受診勧奨を行った人数	—	R3	・個別通知 ・面談 ・電話	・医療専門職による保健指導、参加に同意した対象者に6か月間の個別プログラム(面談2回・電話5回)を実施。 ・支援内容は、健診結果や生活習慣を振り返り目標を設定、糖尿病自己管理能力の向上を目指した医療・食事・運動指導等。	・重症化ハイリスク者	・75歳以上85歳未満でR2年度健診結果が、選定条件(ア)に該当し、かつ(イ)もしくは(ウ)に該当する者 (ア)HbA1c7.0%以上または空腹時血糖値130以上 (イ)60≤eGFRかつ尿たんぱく(±2年連続)又は尿たんぱく(+) (ウ)45≤eGFR<かつ尿たんぱく(-,±,+)	・杉並区医師会に事業内容の説明を行い、医療機関に向けて事業周知を実施。 ・かかりつけ医に保健指導にあたっての生活指導確認書の作成を依頼、指導結果については委託事業者から毎月区とかかりつけ医へ報告書を送付。必要に応じてかかりつけ医からの助言や質問に対応。	・医師 ・保健師 ・看護師	・HbA1c7.0%未満 ・医療(通院・服薬)の新規受診と通院継続者数 ・糖尿病自己管理能力の向上 ・事業前後の数値や医療の状況、自己管理能力のアンケートを実施。	—
豊島区	R3	・個別通知	・健診の受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の送付および電話勧奨を行い、重症化予防を図る。	・医療機関未受診者	・R3年度健診結果でHbA1cが7.0%以上かつ糖尿病薬未服薬者(要介護3~5除く)	・豊島区医師会より対象者の選定等助言を得ている。事業実施後の全体評価等を報告する。	・医療機関受診につながった人の割合 ・個別相談を受けた人の割合	—	R3	・面談	・健診受診者のうち糖尿病重症域にもかかわらず糖尿病薬未服薬の者に個別相談を実施し、正しい治療につなげ、腎症等の合併症を予防する。	・糖尿病重症域で未治療または治療中断の可能性が高い者	・R3年度健診結果でHbA1c8.0%以上かつ糖尿病薬未服薬の者	・豊島区医師会より対象者の選定等助言を得ている。事業実施後の全体評価等を報告する。	・管理栄養士(東京糖尿病療養指導士) ・保健師	・医療機関受診有無 ・15の生活習慣の改善度 ・次年度のHbA1c値	・フレイル測定会参加有無 ・通いの場事業参加の有無
練馬区	R3	・個別通知	・重症化リスクが比較的低い者に対して、生活習慣病予防リーフレット等を送付する。	・糖尿病重症化リスクありの者	・R2年度の健診結果よりHbA1c6.5%以上の者でR2年度に糖尿病のレセプトおよび服薬が無しの場合	・練馬区医師会を通じて紹介のあった糖尿病医療専門医から、対象者抽出に係る助言を受けている。また、適宜事業に関する情報共有を図っている。	・郵送による受診勧奨数 ・治療開始人数	—	R3	・訪問	・後期高齢者医療制度の被保険者の中から対象者を抽出後、重症化リスクが比較的高い者に対して、事業案内通知を送付する。その後、対象者の自宅を訪問し、3か月の間、1か月に1回程度、訪問指導等を実施する。	・糖尿病重症化リスクありの者	・R2年度の健診結果よりHbA1c7.0%以上の者で、R2年度に糖尿病のレセプトおよび服薬が無しの場合、かつ、高血圧等その他生活習慣病のレセプトおよび服薬が無しの場合	・練馬区医師会を通じて紹介のあった糖尿病医療専門医から、対象者抽出に係る助言を受けている。また、適宜事業に関する情報共有を図っている。	・保健師 ・管理栄養士 ・歯科衛生士	・訪問支援数 ・生活習慣改善人数 ・治療開始人数 ・HbA1c数値(中長期)	—

令和3年度 東京都後期高齢者医療広域連合及び構成区市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)

①保険者名または区市町村名	受診勧奨								保健指導								
	②事業開始年度	③取組方法の種類	④具体的な取組	⑤対象者	⑥抽出基準	⑦地区医師会等関係機関への情報提供等	⑧事業の評価指標	その他の評価指標	⑨事業開始年度	⑩取組方法の種類	⑪具体的な取組	⑫対象者	⑬抽出基準	⑭地区医師会等関係機関への情報提供等	⑮携わっている専門職	⑯事業の評価指標	その他の評価指標
江戸川区	—	—	—	—	—	—	—	—	R3	・面談 ・電話	・通院中であるが、血糖コントロールができていない者に対し、血糖値の改善や透析に移行させないための、保健指導(面談・電話支援)を実施。	・昨年度健診受診者で今年度84歳以下の者	・R2年度の健診結果より、HbA1cが8.0%以上で通院中の者(レセプトの状況を確認し、がんもしくは精神疾患の受診歴がある者、要介護認定(要支援は除く)を受けている者を除く)	・かかりつけ医、地区医師会、糖尿病連携会議の中で情報提供を行い、助言を受けている。	・保健師 ・管理栄養士 ・歯科衛生士	・事業の前後(開始時と3ヶ月後評価時等)で検査数値(HbA1c・e-GFR・BMI)を把握し、平均値の変化、検査数値の改善の割合をみる。 ・評価時における行動変容について聞き取りを行い、それぞれの割合をみる。	—
八王子市	—	—	—	—	—	—	—	—	R3	・面談 ・訪問	・対象者に案内を通知し、指導希望者に面接や訪問で複数回保健指導を行う。	・年度末年齢80歳以下の後期高齢者(要介護3以上、認知症レセプト有の者は除く)	・R2年度の健診の結果、HbA1c7.0%以上かつeGFR30以上で尿たんぱく(+)以上またはeGFR60未満の者(要介護3以上、認知症レセプト有の者は除く)	・事業開始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。 ・実際の指導時に、主治医に保健指導連絡票にて指導の指示を確認。	・保健師 ・栄養士 ・歯科衛生士	・対象者の満足度 ・行動変容の状況 ・指導前後のHbA1c、eGFR、尿たんぱく	—
町田市	—	—	—	—	—	—	—	—	R2	・面談 ・電話	・3か月間の保健指導(面談指導3回)を実施する。 ・初回面談にて、各参加者の生活習慣等に応じて達成すべき目標を立てる。その目標に応じて食事指導や運動指導の内容を変えている。 ・指導にあたっては「後期高齢者の質問票」を活用するなど参加者のフレイル予防にも着目している。	・重症化ハイリスク者	・現在糖尿病治療中であり、R2年度健診結果で以下の条件を全て満たす者 HbA1cが8%以上若しくは空腹時血糖が126mg/dl以上 eGFRが30~89.9ml/分/1.73m ²	・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。	・保健師 ・看護師	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の参加前後の検査値(空腹時血糖、HbA1c)の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	・参加者の指導完了率
檜原村	—	—	—	—	—	—	—	—	R3	・訪問	・保健師により生活習慣病等の重症化予防(糖尿病性腎症化予防他)に係わる訪問相談・指導を行う。	・医療機関未受診者	・R2年度の健診結果により、特定健診の保健指導対象者(動機付け支援)と同等とみなせる者	・かかりつけ医と個々の取組の評価時に助言を依頼し情報共有を図っている。	・保健師	・HbA1c数値の維持や減の推移	—
神津島村	R3	・電話	・健診の受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の電話をし、重症化予防を図る。 ・KDBシステムから過去に糖尿病の治療を受けていたが治療を中断してしまった被保険者の情報を抽出し、同様の勧奨を行っている。	・医療機関未受診者	・R3年度の健診結果で生活習慣病の項目で要受診判定(東京予防医学協会の基準による)の者	・村営診療所医師と適宜情報交換。	・受診勧奨した人数	—	R3	・面談 ・訪問	・糖尿病の治療をしているが自己管理が難しい被保険者に対して保健指導を行う。	・糖尿病治療中または中断者の被保険者	・R3年度の健診結果で要受診判定者(東京予防医学協会の基準による)(腎、糖尿の項目) ・KDBシステムで抽出した糖尿病治療の中断者 ・医師からの依頼者	・村営診療所医師と適宜情報交換を行う。	・理学療法士 ・保健師	・服薬状況 ・生活習慣の変化(運動、食習慣) ・血糖、HbA1cの変化	—