

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						
			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(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
東京都後 期高齢者 医療広域 連合	R2	糖尿病の コントロー ル不良者 への対策	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	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 に関する情報共有を図ってい る。
中央区	R6	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	□	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	医師会、歯科医師会に對 象者の選定基準について 情報提供を行っている。	
文京区	R6	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（來 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（來訪 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、評価書を 作成する。							○	○	□	□	8.0	126	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	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	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】 ・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	□	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	高齢者の保健事業と介護 予防の一體的な実施に係 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										
			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	介入人數・割合	対象者の検査値(HbA1c等)の変化	医療機関を受診した人數・割合	健診を受診した人數・割合	その他	医師	保健師	看護師	管理栄養士	歯科衛生士	
八王子市	R3	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	—	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・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	R6	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	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	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奨等を依頼している。 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	R6	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	—	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	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	R5	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	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	府中市医師会に対象者を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行っている。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行っている。		
		糖尿病の コントロール不良者 への対策	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	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行っている。		

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					事業の評価指標				携わっている医療専門職							
					訪問	面談	電話	個別通知	その他	対象者	健診結果		個別通知	電話	その他	対象者	健診結果	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			
										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															
昭島市	R6	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カ月に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な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	R2	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か月後で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有する者 ・プログラムの実施に問題があるとかな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	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】 ・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。	◎ ○ ○							○		○			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	○ ○ ○					

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 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					事業の評価指標				携わっている医療専門職									
										対象者		健診結果					個別通知	電話	その他	対象者		健診結果														
			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	【血糖】HbA1c	【血糖】空腹時血糖	介入人數・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	看護師	管理栄養士	歯科衛生士							
多摩市	R6	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压や受診状況の聞き取り、KDB等で行う。									○	○	○	8.0	—	—	—	—	—	○	○	○	—	—	—	—	—	○	○	○	主訴に応じて、歯科衛生士や健康運動指導士				
		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】 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压や受診状況の聞き取り、KDB等で行う。									—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	○	○	—	—	—	—	—	○	○	○	同上				
		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	—	—	—	—	—	○	○	○	—	—	—	—	—	○	○	○	同上				
羽村市	R6	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	—	—	—	—	—	○	○	○	—	—	—	—	—	○	○	○	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。				
		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】 ・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	—	—	—	—	—	○	○	○	—	—	—	—	—	○	○	○	健康運動指導士				

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 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					事業の評価指標				携わっている医療専門職					
			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 (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
西東京市	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】 ・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。 ・事業に申し込みされた方に対し、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	R6	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。	◎	○			○			8.0		—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	健康づくり推進協議会を毎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	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】 ・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	R3	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ニーズに合わせて実施する。	◎	○	○		○	○	○	7.0		—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	服薬習慣など的生活習慣	○	○	○	○	理学療法士栄養士	村営診療所と適宜情報交換を行うなど連携している。
		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ニーズに合わせて実施する。	◎	○	○				○		—	—	—	—	—	—	—	—	—	○	○	○	○	—	—	—	—	—	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ニーズ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		