

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																						
				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。	○			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		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	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、評価書を作成する。	○	◎	○	○		○	○			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	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												
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			—					—	—	○	○					○	○		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。	◎	◎	○	○				○			・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一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一了解を得られた者。 （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	○	○		○		7.0	126	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		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								
									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。
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。		◎	○		○			○	6.5		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。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					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														
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。	◎		○	○					○			R5年度健診未受診かつR5年度以前の過去3年間に糖尿病の薬剤処方履歴があるが、R5年度に薬剤処方履歴がない者。 76～85歳を対象とする。	要介護1～5	—								—	○	○	○	○			○	○	○			荒川区医師会と適宜事業に関する情報共有を図っている。
板橋区	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】 ・対象者へ事業案内通知を発送後、申込のない方へ電話勧奨を実施する（医療専門職より架電し、状況により健康相談も実施）。 ・対象者1人につき、3～6か月の間で、最大6回（面談3回、電話3回）の保健指導を実施する。 ・初回面談では、医療受診・生活・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。 ・支援終了後、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。 ・医療機関未受診者や治療中断者には医療機関への受診勧奨を実施する。 ・地域での支援や社会資源等の紹介が必要と判断した場合は、社会資源の紹介や情報提供、地域包括支援センター等につなげる。 ・電話勧奨で事業申込がなかった医療機関未受診者、治療中断者に対して、2か月後に電話で受診確認を実施する。	◎		○	○			○	○	○	8.0		・令和5年度末年齢75歳から85歳の板橋区後期高齢者医療被保険者。 ・R5年度健診結果で、H b A1cが8.0%以上または、血圧が160/100mmHg以上の者。	要介護1～5の者。I型糖尿病、がん、認知症、統合失調症、うつ、人工透析のレセプトのある者。生活習慣病管理料または、栄養食事指導料、糖尿病透析予防指導管理料の診療情報がある者。	—							—	○	○	○		生活習慣（行動変容等）が改善した者の割合	○		○			板橋区医師会に事業周知および実績報告、事業内での要医療者についての連携依頼、新たな取組を計画する上での助言依頼等を行っている。		
練馬区	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】 対象者を抽出後、重症化リスクが高い対象者に対し、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。	◎		○	○			○			8.0	①「重症化予防（受診勧奨事業）令和5年度の健診結果で、HbA1c8.0%以上で、糖尿病薬剤処方歴がない」で抽出した者から、糖尿病のレセプトがあるものを除く。 ②「重症化予防（受診勧奨事業）（令和5年度の健診結果で、HbA1c6.5%以上で、糖尿病薬剤処方歴がない）」で抽出した者で受診勧奨を行ったもののうち、保健指導を希望した者。	区外在住、がん、認知症、うつ、統合失調症、人工透析 86歳以上の者	重症化リスクが比較的低い対象者に対して、受診勧奨を含む生活習慣病予防啓発リーフレット等を送付する。	○				○		6.5		「重症化予防（受診勧奨事業）（令和5年度の健診結果で、HbA1c6.5%以上で、糖尿病薬剤処方歴がない）」で抽出した者。	区外在住、がん、認知症、うつ、統合失調症、人工透析 86歳以上の者	○	○	○		主観的健康観、心の健康状態の変化が維持または改善した者の割合	○		○	○		練馬区医師会を通じて紹介のあった糖尿病専門医から、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提供を行っている。
		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】 対象者を抽出後、重症化リスクが高い対象者に対し、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。 保健指導および必要に応じて受診勧奨を行う。	◎		○	○					○	7.0	・後期高齢者の質問票 ①現在の健康状態：「あまりよくない・よくない」または、質問票 ⑥6か月間で2～3kg以上の体重減少：「はい」または、質問票 ⑧この1年間に転んだことがありますか：「はい」または、質問票⑩週に1回以上は外出していますか：「いいえ」に該当 ・令和5年度の健診結果でHbA1c7.0%以上かつ血糖値126mg/dl以上、かつ糖尿病治療中断の者。	同上	—						—	○	○	○		主観的健康観、心の健康状態の変化が維持または改善した者の割合	○		○	○						
江戸川区	R 3	糖尿病のコントロール不良者への対策	3か月間の実施期間における3回の面談指導の中で、支援計画の作成、服薬指導、運動指導、血糖管理、口腔ケア指導、評価書の作成を行う。	◎		○	○	○				○	8.0		・令和5年度の健診結果でHbA1cが8.0%以上の者 ・84歳以下の者 ・糖尿病に関して治療中の者	要介護2以上、がん、認知症、うつ、統合失調症、透析	—							—	○	○				○		○			糖尿病対策連携会議（江戸川区医師会の医師を委員に含む）にて助言を受け、実施結果を共有している。 かかりつけ医には、文書にて実施結果を報告している。		

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	健診受診かつ 未治療						治療中	【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。	○	○				○	8.0		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	健診受診かつ未治療						治療中断	【血糖】HbA1c	【血糖】空腹時血糖																	
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ヵ月に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ヵ月に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ヵ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ヵ月に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ヵ月に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。	◎	○	○					○												—		○		○	○		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					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	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】 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	R 6	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	R 4	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	—						—		○	○						・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	○		○	○		○				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。	○					○					○		○		○						

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														
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	
			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。	○	◎	○							○				—	—	○		○												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	—							—	—	○	○					○					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。	
			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			—	—							—	—	○	○					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。		
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		—	—								—	—	○	○					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。			
			・令和5年度健診結果でBMI及び腹囲が基準値以上であること。 ・HbA1cが6.0%以上であること。 ・後期高齢者の質問票の間8「この1年間に転んだことがありますか」に「1.はい」と回答していること。 ・年齢が85歳以下であること。 ・介護認定が要支援2以下であること。																																	

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	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。	◎		○						8.0		—	—							—	○	○	○				○	○	○			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	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	