

令和7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	具体的な実施内容	支援方法 ◎:保健指導の主たる支援方法					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					地区医師会等関係機関への情報提供等		
				訪問	面談	電話	個別通知	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													
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	【受診勧奨】						○			8.0		がん、精神疾患、認知症、難病、人工透析、90歳以上、要介護2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。	
			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、医療機関への受診を促す通知を送付する。					○			R 6年1月～12月の健診結果において、以下の①または①かつ②の検査値であり、健診受診月以降、生活習慣病（糖尿病、高血圧症等）に係るレセプトがない者 【検査値】 ①HbA1c8.0%以上 ②eGFR45未満 または 尿蛋白（+）以上															
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】		◎	○	○		○			8.0		うつ、統合失調症、認知症、施設入所者、要介護2以上、e-GFR<45	○	○	○	○		○		○		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。		
			・毎月抽出を行い、対象者へ発送。全員に参加可否の回答を返信してもらい、希望者（郵送もしくはLogoフォームにて受付）へ介入を行う。 ・対象者 1 人につき、1 回の重症化予防プログラムを実施する。 ・初回は訪問指導、1ヵ月後に電話にて医療機関受診状況の確認と生活習慣改善状況を行う。 ・事前送付の生活習慣アンケートに沿って、検査結果の確認後、受診勧奨とともに生活習慣改善に向けた指導(運動、食事)を行う。							R 7年度健診結果で、H b A 1cが8.0%以上で糖尿病の薬剤処方歴が 1 年間ない者																
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】		○	◎	○	○	○	○		8.0	126	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。		
			・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。							令和6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																
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】		◎	◎	○	○		○	○	○	8.0	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。	
			・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。							◇R7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。 ◇以下の全てを満たす者 ・糖尿病により通院中で主治医の指示があった者。 ・令和7年度特定健診受診者（検査値等の基準はなし）																
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】		◎		○	○		○		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。		
			・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进行评估する。							R 6、7 年度健診結果で、HbA1c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。																
江東区	R 4	糖尿病とフレイルの併存者への対策	【保健指導】			◎	○				○	○	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	○	○					○	○	○		三師会に適宜事業に関する情報共有を図っている。	
			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。							R 6 年度健診結果で、HbA1cが7.0%以上で、糖尿病に関する治療を受けている又は受けていた者。																
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】		◎	◎	○	○				○		・要介護 1 ～ 5 ・85歳以上 ・人工透析治療中	○	○	○	○	後期高齢者の質問票の該当者数の変化		○	○	○	健康運動指導士	区医師会の専門医等で構成される、国保の糖尿病性腎症重症化予防事業検討会にて、事業実施方法や事業対象者について情報共有し、意見交換を行っている。	
			・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 ・4月と8月に 2 地区ずつ実施 【4 月期】R 6 年度健診未受診で、R 3 ～ 5 年度の糖尿病・高血圧薬剤処方歴あり（レセプト）でかつR 6 年度の糖尿病・高血圧薬剤処方歴なし（レセプト） 【8 月期】R 6 年度・R 7 年度健診未受診で、R 4 ～ 6 年度の糖尿病・高血圧薬剤処方歴あり（レセプト）でかつR 7 年度の糖尿病・高血圧薬剤処方歴なし（レセプト）																

令和7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	具体的な実施内容	支援方法 ◎:保健指導の主たる支援方法					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					地区医師会等関係機関への情報提供等						
				訪問	面談	電話	個別通知	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																	
世田谷区	R 5	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導】 ・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		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	○	○				○	○				世田谷区三師会へ事業の企画・実施・評価の情報提供		
			【受診勧奨】 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	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	【保健指導】 ・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、電話でのやり取りを4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		R6年度の健診結果で次の①～③すべて該当する者 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 ②eGFR45ml/分/1.73㎡未満または尿蛋白（±）以上の者 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								○					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。
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		【前提条件】 ・R 6 年度後期高齢者健診受診者 ・75歳以上85歳未満 ・HbA1cが6.5%以上である 【抽出条件】 前提条件3点すべてに該当し以下のどちらかに該当するもの。 ①60≦ e G F R かつ尿蛋白(±,+) ≦ ②45 e G F R <60かつ尿蛋白(-,±,+)	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。	
			【受診勧奨】 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付けるための保健指導を行う							○	○			○	7.0		・R 6 年度健診受診者で糖尿病、糖尿病性腎症の治療歴はないが、H b A1cが7.0%以上であり、eGFR値が腎障害を有すると示す数値の者 ・R 6 年度健診未受診者のうち、過去のレセプトに糖尿病名あるいは糖尿病性腎症病名がある治療中断者 ・R5年度健診未受診者で過去3年（R2～R4）の間の健診にてHbA1c7.0%以上が確認されているが、直近1年間で受診歴がない者	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	【保健指導と受診勧奨を実施】 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の案内、糖尿病重症化予防に関するリーフレット、医療機関受診状況調査票（②の対象者のみ）を送付。②の対象者には保健師が電話で医療機関受診勧奨を実施する。①、②対象者のうち、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。			◎	○	○			○			6.6以上		①令和6年度後期高齢者健診結果に基づき、76～85歳、HbA1c6.6～7.4%かつ糖尿病薬未服薬者 ②令和7年度後期高齢者健診結果に基づき、75～84歳、HbA1c7.5%以上かつ糖尿病薬未服薬者	介護（要支援・要介護）・がん・認知症・統合失調症のある者	○	○				・HbA1c値≧6.5%, ≧7.5%の者の割合の変化 ・運動、食事の意識・行動変化について		○		○			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。

令和7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	具体的な実施内容	支援方法 ◎:保健指導の主たる支援方法					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					地区医師会等関係機関への 情報提供等		
				訪問	面談	電話	個別 通知	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													
北区	R 6	糖尿病のコントロール不良者への対策	【受診勧奨】						○			6.5		1 型糖尿病、人工透析、腎移植、認知症	○	○	○				○	○			北区医師会に通知文案や対象者の選定基準について助言を受けている。また、事業に関する情報共有を随時行っている。	
			・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。																							
		糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導】								○		6.5		1 型糖尿病、人工透析、腎移植、認知症	○	○				○	○				
			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。希望者には、会場面談に代わるICT面接も実施可能。																							
		糖尿病の治療中断者への対策	【受診勧奨】								○		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。																							
		糖尿病の治療中断者への対策	【保健指導】							○			1 型糖尿病、人工透析、腎移植、認知症	○	○					○	○					
		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。希望者には、会場面談に代わるICT面接も実施可能。																								
荒川区	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】						○			8.0		R 6 年にHbA1C測定算定あり、R 7 年に糖尿病、高血圧で受診歴あり、令和 5、6 年度に入院歴あり、抽出年度から過去 1 年間に都外転居歴あり、がん受診歴あり、透析あり、レセプトを確認し対象外と判断された者、傷病名に認知症あり、要介護 1～5は除外する。	○	○	○		事業実施対象者のうち電話により健康状態等を把握できた者の割合	○	○	○		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。		
			・令和 6 年度の健診結果にて、血糖・血圧コントロール不良に該当したが、令和 6 年度に医療機関受診歴がない方に対して、通知と電話勧奨を行い、希望者に対して 3 か月間の間に最大2回保健指導（訪問型）を行う。 ・電話勧奨時には、電話内での健康状態の確認に留まらず、訪問して具体的な保健指導につながるよう勧奨を行う。 ・電話勧奨、訪問時に、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、必要時地域包括支援センターに連携を行う。																							
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】						○	○	○	8.0		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。 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。		
			・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（立ち寄り型面談または訪問指導 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。	○	◎	○	○																			

令和7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	具体的な実施内容	支援方法 ◎:保健指導の主たる支援方法					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					地区医師会等関係機関への 情報提供等		
				訪問	面談	電話	個別 通知	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													
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】	◎		○	○		○			7.0		区外在住・90歳以上・要介護1以上・がん・認知症・統合失調症・うつ者を除く	○	○	○		・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。	○		○	○			
			対象者（後期高齢者医療制度の被保険者）を抽出後、重症化リスクが比較的高い対象者に対して、事業案内通知を送付する。その後、3か月程度、1か月に1回、計3回程度、対象者の自宅を訪問し、糖尿病による疾患のリスクや生活習慣の改善、必要に応じて受診勧奨、等の保健指導を実施する。										「重症化予防（受診勧奨事業）（令和6年度のHbA1cが7.0以上、令和6年度に糖尿病薬剤処方歴なし）」から令和6年度に糖尿病レセプトおよび【服薬状況】糖尿病がある者を除く。													
		糖尿病のコントロール不良者への対策	【受診勧奨】					○			6.5		区外在住・90歳以上・要介護1以上・がん・認知症・統合失調症・うつ者を除く	○					○		○	○				
		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】	◎		○	○			○		7.0		区外在住・90歳以上・要介護1以上・がん・認知症・統合失調症・うつ者を除く	○				・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、 ・1年後の要介護認定の状況	○		○	○			
対象者を抽出後重症化リスクの高いフレイル合併のある高齢者に通知を発送。その後、対象者の自宅を訪問し、おおむね、3か月程度、1か月に1回、計3回程度、体調確認を行い、フレイル予防や糖尿病予防の生活習慣について保健指導を行う。											一体的実施・KDB活用支援ツール⑧重症化予防（糖尿病フレイル合併）を使用し、さらに次の①②に該当する者 ①令和6年度の健診結果で、H b A 1cが7.0%以上かつ糖尿病レセプトあり ②令和6年度の後期高齢者の質問票の回答で、1.「健康状態」、6.「体重変化」、8.「転倒」、13.「外出頻度」のいずれかでリスクありに2つ以上該当															
江戸川区	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】	○	◎	○	○		○			8.0		がん、認知症、うつ、統合失調症、透析、慢性腎不全、要介護認定（要支援は除く）を受けている者	○	○	○			○		○	○	理学療法士	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。	
			・対象者1人につき、2ヶ月間に1回の訪問または面談指導（希望者は電話指導）と1回の電話支援を実施 ・初回面談では、受診状況・生活状況の確認、高齢者の質問票を実施し、医療機関受診勧奨およびフレイル予防も含めた生活改善支援を実施。生活改善に向けた目標を立案。必要に応じて、適切なサービスに繋げる。 ・1か月後、電話支援を実施し、目標の達成状況及び受診勧奨結果を確認する。目標達成状況と専門職からの生活改善に関するアドバイスを本人へ支援報告書としてフィードバックする。 ※業務委託にて実施										79歳以下で、前年度の健診結果より、HbA1cが8.0%以上または血圧160/100以上の者、かつ対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方なし													
八王子市	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】	○	◎	○	○		○			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、助言を得る。 ・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。	
			・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。										○重症化ハイリスク者 年度末年齢80歳以下で、令和6年度後期高齢者健診によりHbA1c8.0%以上で糖尿病治療無しの方													
立川市	R 6	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導】		◎	○	○			○		8.0		・1型糖尿病、がん、認知機能低下、精神疾患、人工透析、腎移植のレセプトがある者 ・要介護 1 ～ 5 の者 ・ 8 6 歳以上 ・市外在住者	○	○			・糖尿病についての理解度 ・食事等の生活習慣改善の意識、行動変容について	○		○		薬剤師	立川市医師会へ実績報告等、事業に関する情報共有を行う。また、かかりつけ医に指導対象者の推薦と指導に必要な生活指導確認書の作成依頼、文書料支払いの流れ、委託事業者からの実施報告書の送付など事業に関する情報提供を行う。	
			・対象者を抽出し、保健指導の事業案内通知の発送と電話勧奨を行う。 ・申し込み希望者が看護師プラン、薬局プランのいずれか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食事・運動・服薬等の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、医療や生活・身体状況等を把握し、本人や家族の意思に基づき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。										R 6 年度健診（人間ドック含む）結果データ及びレセプトデータ等で、現病歴または既往歴に「糖尿病」または「糖尿病性腎症」と記載のレセプト（疑い病名除く）がある者で、以下（ア）かつ（イ）に該当する者。 （ア）HbA1cが8.0%以上 （イ）eGFRが30ml/分/1.73㎡～89.9ml/分/1.73㎡													

令和7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	具体的な実施内容	支援方法 ◎:保健指導の主たる支援方法					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					地区医師会等関係機関への情報提供等		
				訪問	面談	電話	個別通知	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													
青梅市	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】 2回の面談、6回の電話にて健康相談＋必要な者には受診勧奨。腎不全予防、フレイル予防について保健指導し、状況により通いの場やフレイル予防事業に繋げる。受診勧奨した者に対しては、後日レセプトを確認する。		◎	○			○		○	7.0		要介護1～5 高血圧、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全、がん 90歳以上	○	○	○		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。
		糖尿病とフレイルの併存者への対策	【保健指導】 2回の面談、6回の電話にて健康相談＋必要な者には受診勧奨。腎不全予防、フレイル予防について保健指導し、状況により通いの場やフレイル予防事業に繋げる。受診勧奨した者に対しては、後日レセプトを確認する。		◎	○			○	○	○	7.0		要支援1～2 要介護1～5 脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全、がん、認知症、うつ、C O P D、運動器疾患（関節症、脊椎障害、骨折） 90歳以上	○	○			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	糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導】 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。また、参加者が指導期間終了後も生活習慣が継続できるよう、地域の通いの場等の情報を提供する。	◎	○	○			○		7.0	130	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	【受診勧奨】 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。			○	○			○		7.0	130	①住所地特例施設入所者、②要介護認定者、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	○		○				○	○			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。	
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】 ・対象者へ保健指導の個別通知を送付する ・かかりつけ医の参加指示書をもとに、生活習慣改善やフレイル予防等について、6か月間の保健指導を実施する ・個別面談2回（立ち寄りと訪問の選択制）、電話による保健指導を4回実施する ・健康教室も3回実施し、生活習慣の行動変容につなげる	◎	◎	○		○		○		6.5	126	・86歳以上 ・保健指導に適さない方（がん、認知症、うつ、COPDを有する方、透析治療中の方） ・要介護2以上の方 等	○	○			・介入後に生活習慣行動目標の実績が基準を上回った割合		○		○			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
		糖尿病のコントロール不良者への対策	【保健指導】 ・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。	

令和7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	具体的な実施内容	支援方法 ◎:保健指導の主たる支援方法					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					地区医師会等関係機関への 情報提供等				
				訪問	面談	電話	個別 通知	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															
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。	◎	○	○			○				後期高齢者医療制度加入者のうち令和6年度健診結果においてHbA1c7.0%以上または血圧160/100mmHg以上に当てはまり、糖尿病・高血圧において薬剤処方となされていない者	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、目標の達成状況		○	○	○				R6年度地区医師会には、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。R7年度は事業に関する情報共有を適宜行っていく。	
		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6年度の健診履歴がなく、令和3年度から令和5年度に糖尿病または高血圧の薬剤処方があり、令和6年度以降の薬剤処方がない者	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、目標の達成状況		○	○	○				
国立市	R 4	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。 一体的実施・KDB活用支援ツールを用いて令和6年度に国立市後期高齢者医療健診を受診した85歳未満の方について、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		1. ①HbA1c8.0%以上のうち未受診であり、かつ②収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上のうち未受診となっている方を抽出。また、 ①eGFR60未満かつ②尿蛋白＋以上であり、未受診となっている方を抽出。※一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出基準はeGFR45未満だが対象者を拡大する	1の抽出ののち、KDBシステムで、血糖降下薬・降圧剤の服用のある者、要介護 2 以上認定のある方、精神科の治療中の方	○			○			○		○				申込者の健診受診医に事業のながれについての文書を配布し、受診勧奨することについての協力依頼を行う
		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】 ・受診勧奨の対象者には、通知送付と電話勧奨を行う。KDBシステムから受診確認を2～3月に行い評価する。 ・保健指導勧奨の対象者には、通知送付し市内医療機関に生活指導確認書の記載を受けた希望者が保健指導を受ける。対象者1人につき、6か月間で3回の立ち寄り型面談、4回の電話による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、後期高齢者の質問票等を確認し、本人の課題に応じた具体的な助言を行い、個別目標を立案する。2 か月目～5か月目は、目標の達成状況や受診状況などを確認し、フレイル予防の普及啓発や必要な助言を行う。6 か月目は、目標達成状況や血圧、血液検査データなどを評価する。 ・フォロープログラムでは、対象者に案内通知を送付し、希望者に対して1回の電話による保健指導のフォローを実施する。		◎	○	○		○			7.0		令和6年度健診結果でHbA1c7.0%以上、または、血圧160/100mmHg以上、かつ、糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴（1年間）がない者 ①受診勧奨：医療機関（内科）に受診していない、または、市外医療機関に受診している者（診療科問わず） ②保健指導：市内医療機関に受診している者（内科） 【フォロープログラム】令和6年度国民健康保険被保険者で糖尿病性腎症重症化予防プログラムの保健指導を実施し令和7年度に75歳を迎える被保険者・令和6年度後期高齢者医療制度被保険者で同事業の保健指導を実施した被保険者	eGFR30未満の方、I型糖尿病・人工透析・悪性腫瘍（一般に「がん」）で治療中の方、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以上の方	○	○		○	目標の達成状況		○	○	○				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。年度末または翌年度初めに事業効果や結果を報告。

令和7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	具体的な実施内容	支援方法 ◎:保健指導の主たる支援方法					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					地区医師会等関係機関への 情報提供等		
				訪問	面談	電話	個別 通知	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													
武蔵村山市	R 4	糖尿病とフレイルの併存者への対策	【保健指導】	◎	○	○	○			○		7.0		eGFR30ml/分/1.73㎡未満、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、入院・施設入所中の者、R7年 4 月 1 日現在満86歳以上の者、令和6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	○	○					○					・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。						・令和 6 年度後期高齢者健康診査等受診者のうち、当該年度健診結果がHbA1c7.0%以上の糖尿病性腎症等の罹患患者で、かかりつけ医を持つ、以下（ア）と（イ）のいずれかに該当する者 （ア） 血圧140mmHg 以上/90mmHg以上 （イ） 尿蛋白±、＋、2＋、3＋のいずれかに該当																	
		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】				○	○	○			7.0		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、入院・施設入所中の者等	○		○	○			○					
・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。									・R6年度健診受診者のうち、R6年度健診結果のH b A 1c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																	
糖尿病の治療中断者への対策	【受診勧奨】					○			○			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、入院・施設入所中の者等	○		○	○			○						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。	
	・対象者へ医療機関への受診勧奨の個別通知の送付及び質問票にて現在の状況を確認する。 ・通知は、医療機関受診勧奨の他、療機関への受診勧奨（かかりつけ医の推奨）及び健診の受診勧奨の内容である。						・R6年度健康診査未受診者のうち、R6年度健診の過去 1 年（R5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（R6 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。																			
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】	○	◎	○			○		○	8.0		がん・認知症・統合失調症、要介護認定者、90 歳以上、直近の資格喪失者、介護施設サービス利用者、自分以外の送付先がある方、市外の送付先の方、長期入院（12か月）、昨年度実施者、送付不要リスト該当者	○	○	○				○				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。 一体的実施内容を歯科医師会・地域包括支援センターへ情報提供。
			・市が抽出した対象者に対し、案内を送付。申し込みがあった対象者 1 人に対し、約3か月間のうち最大 3 回の保健指導を立ち寄り型または訪問で行う。保健指導が難しい場合は、電話指導を可能な限り実施する。 ・保健指導の内容は、体重、血圧、握力、片足立ち、5m歩行、指輪っかテストの測定・後期高齢者質問票を含む生活習慣、身体に関するアンケート・目標設定、目標の取組状況の確認を実施。 【1 回目】：健康講座＋個別面談（目標設定）※集合型又は個別型（個別型は個別面談のみ）（＋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（再測定、目標の取組状況確認、より専門的な支援）※個別型 【3 回目】：個別面談（振り返り＋今後のつなぎ先の紹介等）						①R 6 年度の健診結果で、HbA1c8.0%以上 または 血圧160/100以上 かつレセプト（医科・DPC・調剤）：対応する糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴(1年間)ない者。 ②次のいずれかに2つ以上該当（収縮期血圧160・拡張期血圧100以上・HbA1c8.0%以上・尿蛋白＋ 以上・eGFR45未満）※75歳を除く。																	
		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】	○	◎	○					○			同上	○		○				○		○	同上		
・市が抽出した対象者に対し、案内を送付。申し込みがあった対象者 1 人に対し、約3か月間のうち最大 3 回の保健指導を立ち寄り型または訪問で行う。保健指導が難しい場合は、電話指導を可能な限り実施する。 ・保健指導の内容は、体重、血圧、握力、片足立ち、5m歩行、指輪っかテストの測定・後期高齢者質問票を含む生活習慣、身体に関するアンケート・目標設定、目標の取組状況の確認を実施。 【1 回目】：健康講座＋個別面談（目標設定）※集合型又は個別型（個別型は個別面談のみ）（＋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（再測定、目標の取組状況確認、より専門的な支援）※個別型 【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。									①健診：R 6 年度の健診履歴なし かつ レセプト：R 5 年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方履歴ありかつR 6 年度に薬剤処方履歴なし ※75歳を除く。																	

令和7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	具体的な実施内容	支援方法 ◎:保健指導の主たる支援方法					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					地区医師会等関係機関への 情報提供等		
				訪問	面談	電話	個別 通知	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													
多摩市	R 6	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】 ・市が抽出した対象者に対し、案内を送付。申し込みがあった対象者 1 人に対し、約3か月間のうち最大 3 回の保健指導を立ち寄り型または訪問で行う。保健指導が難しい場合は、電話指導を可能な限り実施する。 ・保健指導の内容は、体重、血圧、握力、片足立ち、5m歩行、指輪つかテストの測定・後期高齢者質問票を含む生活習慣、身体に関するアンケート・目標設定、目標の取組状況の確認を実施。 【1 回目】：健康講座＋個別面談（目標設定）※集合型又は個別型（個別型は個別面談のみ）（＋適時ニーズがある情報提供） 【2 回目】：個別面談（再測定、目標の取組状況確認、より専門的な支援）※個別型 【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、かつ以下追加。 ・人工透析 ・慢性腎不全 ・腎不全 ・抽出年度の入院歴ありの該当者	○	○			・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。必要に応じて医療機関受診勧奨を行う。 ・指導終了から6ヶ月以上経過した後に、昨年度対象者に対して、事前アンケート・最新の検査値確認と看護師の電話によるフォローアップを行う。		◎	○			○	○	○	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	○	○			・目標の達成状況		○	○				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。
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】 1 ・令和 6 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を送付 ・令和 7 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。 ・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 2 広域連合が実施する受診勧奨事業の結果、医療受診をしていない者への電話での受診勧奨・保健指導	◎	○	○	○		○	○	○	7.0		1 ①令和6年度健診結果に対して、一体的実施・KDB活用支援ツールで、HbA1c7.0%以上、服薬の有無を問わずで抽出、かつ、生活習慣の改善をかりつけ医が必要と判断した方 ②令和7年度健診結果に対して、HbA1c7.0%以上かつ最高/最低血圧140mmHg以上または90mmHg以上で、かかりつけ医が生活習慣の改善が必要と判断した方 2 広域連合での抽出基準にのっとる	要介護1～5 86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、受診状況の確認をし、未受診者については、受診勧奨を行う。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。	○	◎	○			○			7.0		—	○	○	○		保健指導率	○	○		○			診療所医師に情報提供をする。

令和7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	具体的な実施内容	支援方法 ◎:保健指導の主たる支援方法					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					地区医師会等関係機関への 情報提供等		
				訪問	面談	電話	個別 通知	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													
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】	◎	○	○			○	○	○	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。
			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。						腎機能低下（eGFR60未満または 尿蛋白＋以上）の所見があるもの。生活習慣病のもの（糖尿病（HbA1c7.0%以上）、高血圧（収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上）は優先順位を高くする。また腎機能低下がなくても、生活習慣病管理不良のものは指導を行う。																	
		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】	◎	○	○					○			—	○		○			○	○			理学療法士 栄養士		
			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。						糖尿病の治療を中断しているもの（診療所医師からの依頼）。																	
		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】	◎	○	○			○	○	○			—	○	○	○		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	
			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。						フレイルインデックスに該当し、生活習慣病のコントロールが不良なもの。																	
御蔵島村	R7	糖尿病とフレイルの併存者への対策	【保健指導】	◎						○	○			—	○				生活習慣の改善が確認できた者の人数 ／目標が達成できた者の人数	○						
			・対象者 1 人につき、6 か月に2回程度の訪問または電話による指導を実施する。 ・初回訪問では後期高齢者の質問票を使ってフレイルリスクを把握し、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。 ・6 か月後に本人の状況、目標達成状況を確認し、必要に応じて社会福祉協議会等のサービスにつなげる。						・R6年度の医科レセプトから糖尿病治療中もしくは中断、または心不全、脳卒中等循環器疾患ありの者																	