

令和7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

圏域	保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診動奨											地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標				
			個別通知	電話	面談訪問	その他		対象者				抽出基準 (健診結果) ※1								(レセプト)	受診動奨者数	医療機関受診に繋がった人数	受診動奨対象者の検査値(HbA1c等)	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						
区中央部	千代田区	H28	○	○			糖尿病の治療が確認できない者に対し、通知、電話により医療機関への受診動奨及び生活習慣改善指導を行う。	○	○	○	○	126	6.5								○	○	○	・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 ・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
区中央部	中央区	R01	○				レセプトデータ及び前年度の特定健康診査データから対象者を抽出し、医療機関への受診を促す通知書と糖尿病重症化予防に関するリーフレットを送付し対象者の受診の有無をレセプトデータにて確認を行う		○	○		126	6.5	60	±、+、2 +、3+						○	○		・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・医療機関受診へつながった人の受診が継続したもとなっているか
区中央部	港区	H29	○	○			①前年度健診結果がHbA1c6.5以上かつ尿蛋白(-)または(±)の人を対象とし、アルブミン尿検査を実施。 ②尿中アルブミン値30mg/gCr以上の場合、区内7か所の腎臓専門医療機関での精密検査を紹介。 ③精密検査未実施者に対し受診動奨を実施。 ・その他、当年度健診結果で空腹時血糖126以上またはHbA1c6.5以上の人を対象に糖尿病重症化予防に関するパンフレットを送付している。 ・糖尿病未治療者及び治療中断者に対し、通知、電話により受診動奨を行っている。	○	○	○	○	126	6.5	30	-、±						○	○		・事業実施者の医療機関の受診率
区西部	新宿区	H27	○	○			①抽出条件、受診の必要性、合併症の予防の内容について通知による動奨を行い、その後、電話により個別の検査データを用いて対象者の状況に合わせた受診動奨を行っている。 ②生活習慣病3疾病(糖尿病、高血圧性疾患、脂質異常症)の治療中断者に対し、受診動奨通知を送付後、専門職による健康状況のヒアリングや指導等を行い、医療機関への受診動奨を実施する。 ※②に関しては、R2より実施	○	○	○	○	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いた。 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	
区中央部	文京区	R01	○	○			個別通知及び医療機関受診動奨の電話において、医療機関受診の必要性を説明するとともに、既に受診していた場合は、糖尿病性腎症重症化予防事業保健指導の利用動奨も行う。		○	○		126	6.5	60	±、+、2 +、3+						○	○		・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、受診動奨、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
区中央部	台東区	H30	○				・現年度の特定健診の結果から医療機関への受診動奨及び保健指導を案内する		○				6.5								○	○		・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
区東部	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、かかりつけ等への受診動奨を行っている。		○			130	7.0	44.9	±、+、2+、3+									・動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。

令和7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

圏域	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											
		取組方法の種類				具体的な取組	対象者				抽出基準 (健診結果) ※1						(レセプト)	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							
		事業開始年度	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			
区東部	江東区	R02	○	○				○			126		6.5	60		±、+、2+、3+					健診結果及びレセプトの請求情報(疾患名)から糖尿病未治療者を抽出し、文書により受診勧奨を行う。(上限100名) 文書送付後、1回目の電話での受診勧奨を行う。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。	(対象者) 医療機関未受診者、重症化リスク者 (抽出基準) 前年度の健診結果において、以下の基準を満たす者。 ・空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上 ・eGFR60ml/分/1.73㎡未満または尿蛋白(±)以上 ・血糖に関する服薬がない	区東部糖尿病医療連携検討委員会にて取組報告を行っている。	○				
区南部	品川区	H25以前	○	○				○		126	126	6.5	60		90	140	○				リスク内容によって、記載内容を変えている。	(対象者) 医療機関未受診者、医療機関受診中断者 【生活習慣病生活改善指導のうち糖尿病の対象者】 (抽出基準) 健診結果が要医療判定の人の中で、以下のいずれかの検査値に当てはまり目つ過去6ヶ月生活習慣病で医療機関未受診の方 ・血圧：収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上、脂質：中性脂肪300mg/dl以上またはLDL140mg/dl以上、血糖：HbA1c6.5%以上 【糖尿病性腎症重症化予防対象者】 ①健診未受診者かつ医療機関受診中断者 (抽出基準) ・前々年度糖尿病関連疾患の受診あり、かつ前年度糖尿病関連疾患の受診なし ②健診受診者かつ医療機関未受診者 (抽出基準) ・空腹時血糖126mg/dl(随時血糖126mg/dl)以上またはHbA1c6.5%以上、かつeGFR60ml未満、かつ糖尿病関連疾患の受診なし ・空腹時血糖126mg/dl(随時血糖126mg/dl)以上またはHbA1c6.5%以上、かつeGFR60ml未満、かつ収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上かつ高血圧関連の受診なし	・生活習慣病生活改善指導の実施にあたっては、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。 ・糖尿病性腎症重症化予防については病院や医師会をメンバーとする検討会で議論し決定した。	○	○			・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・翌年度の健診受診時に受診勧奨基準を脱却した人の割合
区西南部	目黒区	H25以前	○	○	○					126	126	6.5					○				<早期治療> 特定健診結果、空腹時血糖または随時血糖の両方が受診勧奨値の者に早期の受診勧奨通知をする。 <治療再開> 過去3年間糖尿病の治療歴があるが今年度医療機関受診、健診受診がない者に糖尿病の治療再開するよう促す通知をする。 いずれも、必要に応じて保健師が治療に向けて個別相談(電話)をする。	(対象者) 医療機関未受診者、医療機関受診中断者、重症化ハイリスク者 (抽出基準) <早期治療> 特定健康診査受診者のうち、次の数値に該当し、医療機関未受診である。 (40~64歳) HbA1c 6.5%以上、かつ、空腹時血糖126mg/dl以上または随時血糖126mg/dl以上又は血糖値検査なし。 (65歳以上) HbA1c 7.0%以上、かつ、空腹時血糖130mg/dl以上または随時血糖130mg/dl以上又は血糖値検査なし。 <治療再開> 特定健康診査未受診者かつK D Bシステムにより、過去の治療歴(糖尿病)があつて現年度において治療歴(糖尿病)がない者。	事業実施にあたり目黒区医師会に事業内容を説明した。	○	○			・医療受診率 ・治療再開率
区南部	大田区	H29	○	○						126		6.5					○				・治療中断者等に対して、受診勧奨案内文、糖尿病と合併症についてのリーフレットを送付する。 ・さらに、ハイリスク者への電話勧奨も併せて実施する。 ・抽出基準に該当する者のうち、糖尿病性腎症の方については、糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導を合わせて案内する。 ・発送月から6か月間の受診状況及び勧奨した年の翌年度の特定健診におけるHbA1c値の変化について効果検証する。	(対象者) 糖尿病治療中断者、健診結果異常値放置者 (抽出基準) 【糖尿病治療中断者】 ・前年度糖尿病の投薬があるが、当該年度に糖尿病の投薬または検査がない者(3か月以上) ・特定健診受診者はHbA1c6.5%以上 【健診結果異常値放置者】 ・特定健診でHbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上 ・前年度かつ当該年度に糖尿病の投薬または検査がない者(1年3か月以上) ※いずれも、①透析治療者の者、②がん治療中、③認知機能障害がある者、④精神疾患を有する者は除く。	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。	○	○	○		・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 ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・受診勧奨者のうち、HbA1c8.0%以上の者の割合 ・特定健診受診者の糖尿病未治療者の割合
区西南部	世田谷区	H29	○	○						126		6.5					○				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。	(対象者) 医療機関未受診者、医療機関受診中断者、重症化ハイリスク者 (抽出基準) 1 世田谷区国民健康保険の前年度の特定健康診査受診者のうち、2型糖尿病に該当する空腹時血糖126mg/dlまたはHbA1c6.5%以上の未治療者、およびそれに加えて腎機能が低下している未治療者。 2 世田谷区国民健康保険の前年度の特定健康診査未受診者で、過去に糖尿病治療歴があり、現在治療を中断しているもの(前年度の医療機関受診歴がないもの) ただし、①透析治療中の者、②腎移植手術を受けた者、③がん治療中、④重度の合併症を有する者、⑤終末期及び認知機能障害がある者、⑥精神疾患を有する者は除く。	事業実施にあつて、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
区西南部	渋谷区	H29	○	○						126		6.5			±、+、2+、3+		○				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。	(対象者) 医療機関未受診者 (抽出基準) ・HbA1c 6.5以上 かつ 尿蛋白±以上 ・(健診未受診者は) 糖尿病に該当するレセプトが過去にあったが、現在はなく、定期的な治療を中断していると判断できる者(除外要件) がん、難病、精神疾患	渋谷区医師会や渋谷区医師会糖尿病・循環器連携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

令和7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

圏域	保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	受診動奨											地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標							
			個別通知	電話	面談訪問	その他		対象者				抽出基準 (健診結果) ※1								(レセプト)	受診動奨者数	医療機関受診に繋がった人数	受診動奨対象者の検査値(HbA1c等)	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		
区西部	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、事業の進捗については、随時情報提供を行った。	○	○		未治療者、治療中断者の割合
区西部	杉並区	H26	○	○			通知による受診動奨を実施し、通知送付後に電話による受診動奨を実施。電話は治療に結びつけるための保健指導も含む。	○	○	○					6.5							○	事業実施にあたって、杉並区医師会に事業内容を説明するとともに、前年度の結果を報告している。	○	○		・東京都・国保連等の支援体制の活用 ・事業効果向上のための検討・実施 ・勤奨者のうち、勤奨した者の割合 ・勤奨対象者の医療機関受診率 ・血糖コントロール不良者の割合
区西北部	豊島区	H27	○	○			対象者に医療機関受診状況確認アンケートを郵送。未受診者と回答した者や受診状況不明者には再動奨ハガキの発送や電話にて受診の必要性を改めて伝えている。	○							6.5								年度当初、豊島区医師会に対して、今年度の事業説明、および前年度の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 ・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
区西北部	北区	H30	○	○			基準に該当した者に受診動奨通知を送付し、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、対象者の抽出基準や実施体制等を検討。また、通知動奨の内容や、その他必要時に相談し、北区医師会から助言をいただいている。	○	○		(ストラクチャー評価) ・医師会との連携体制の確保 ・委託事業所との役割分担・連携体制の確保 ・医療専門職の実施体制の確保(プロセス評価) 対象者の抽出や通知・電話動奨等、各段階での評価(アウトプット評価) 対象者への受診動奨実施率(通知・電話) (アウトカム指標) 受診動奨後の医療機関受診率(レセプトより)
区東北部	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待たない対象者へ紹介を行っている。	○	○	○			126		6.5			+	±、2+、3+	90	140	○	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

令和7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

圏域	保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	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							
			個別通知	電話	面談訪問	その他		対象者				抽出基準 (健診結果) ※1							(レセプト)	受診勧奨対象者数	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			
								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	
区西北部	板橋区	H28	○	○			対象者に受診勧奨通知、受診状況アンケートを送付。一定期間後、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					100	160	○	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、東京都区西北部糖尿病医療連携推進検討会に行っている。	○	○	・目標を設定し、医師会等関係機関(委託の場合は委託事業者も含む)と協力体制を確保しているか ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・プログラム手順書等を作成するなど、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
区西北部	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、受診に至らなかったか検証。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			-、±、+、2+、3+				○	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 ・プログラム手順書等を作成するなど、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 ・糖尿病性腎症患者数の増加抑制
区東北部	足立区	H25以前	○	○	○		①糖尿病リスクがある者 対象者に通知で勧奨を行う。通知2か月後も未受診の40～64歳の方には保健師が電話または訪問で再勧奨を行う。 ②治療中断の可能性のある者(R5開始) 対象者に、糖尿病の合併症リスクを記載した通知を送り治療再開を促す。 ③糖尿病性腎症リスクがある者(H27開始) 区が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。		○	○	○		130		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
区東北部	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、電話による勧奨を行う。		○						6.5	60		±、+、2+、3+				○	事業実施にあたって、葛飾区糖尿病・慢性腎臓病対策推進会議(医師会・歯科医師会・薬剤師会・学識経験者で構成)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
区東部	江戸川区	H25以前	○	○	○		【特定健診受診者】 ・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て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。 【特定健診未受診者】 ・糖尿病の治療中断は重篤な合併症(人工透析や失明など)の危険性が高いことを伝え、医療機関受診を勧奨する。		○	○	○				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

令和7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

圏域	保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	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										
			個別通知	電話	面談訪問	その他		対象者				抽出基準 (健診結果) ※1							(レセプト)	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						
								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				
南多摩	八王子市	H25以前	○	○			①受診勧奨 ・判定値超えの方に通知を送付 ・HbA1c7.0%以上で必要と認められた方に電話を入れ、状況確認と、保健福祉センターでの相談を促している。 ②糖尿病治療中断者 ・受診勧奨通知を送付		○	○						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。重症化予防指導に参加した方の面談内容をかかりつけ医療機関に報告する。	○	○	○	・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 ・事業の各段階において評価を実施しているか		
北多摩西部	立川市	R01	○				対象者(未治療者及び治療中断者)に受診や治療再開を促す内容の通知を送付する。		○	○	○	126	6.5	45	+	90	140	○				○	市医師会に対し、前年度の事業実績および事業内容を改変する際の報告・相談を行っている。	○	○		・一人当たり月額の入院医療費の減少(長期アウトカム指標)		
北多摩南部	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。 ・健診未受診かつ糖尿病受診歴があり、直近の受診歴のないものに通知を送付。通知発送後、受診がない者に対し、電話で勧奨する。		○	○		126	126	6.5	60	+、2+、3+			○				○	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	
北多摩南部	三鷹市	H30	○	○			対象者には医療機関受診勧奨通知を個別送付する。また、一部対象者に電話勧奨を行う。通知の内容は、健康診断受診者や健康診断未受診者にそれぞれに合わせた内容で通知している。		○	○	○	126	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。	○	○		・対象者に合わせた実施内容を準備できているか	
西多摩	青梅市	H30	○			○	①慢性腎臓病(CKD)予防 再検査通知の送付と講演会の案内 特定健康診査データから対象者を抽出し、再検査通知および腎臓専門医による予防講演会の案内通知を送付し、被保険者の健康維持増進および医療機関への受診勧奨を図る。 ②生活習慣病治療中断者への受診勧奨 レセプトデータから対象者を抽出し、生活習慣病が悪化することのリスクや継続治療の重要性等を記載した通知を送付し、医療機関への受診勧奨を図る。また、通知後の受診有無をレセプトデータを用いて確認する。		○	○	○		6.2~6.4	50	+、2+、3+			○						○	取組内容や状況について情報提供を行っている。				・対象者の受診率 ・対象者への通知率

令和7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

圏域	保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	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					
			個別通知	電話	面談訪問	その他		対象者				抽出基準 (健診結果) ※1							(レセプト)	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	
								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
北多摩南部	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。また、一部対象者に電話勧奨を行う。	○	○	○	○	126	6.5					90	140	○	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。	○	○	・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
北多摩西部	昭島市	R01	○	○			糖尿病未治療者に対し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う。	○	○	○	○	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
北多摩南部	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。 ・糖尿病治療中断者に対し、通知文書の発送及び電話指導を実施し、医療機関の継続受診を促している。 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。	○	○	・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		
南多摩	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、抽出基準から、更に悪い数値の項目がある方は、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。また、翌年度も未受診の方に対し再勧奨を実施している。	○	○	○	○	126	6.5	60	-、±、+、2+、3+	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		
西多摩	福生市	H29	○				【医療機関未受診者】事業開始年度：H29前年度特定健診の結果に異状があるにもかかわらず医療機関を受診しない方に医療機関受診通知を送付  【糖尿病治療中断者】事業開始年度：R5糖尿病治療中断者に対し、医療機関受診勧奨通知を送付。早期の医療機関受診を促している。	○	○	○	○	126	6.5					90	140	○	関係団体の参加する会議において、事業の内容や取り組み状況について、情報共有を行っている。	○	○	

令和7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

圏域	保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	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									
			個別通知	電話	面談訪問	その他		対象者				抽出基準 (健診結果) ※1								(レセプト)	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					
								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				
西多摩	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)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										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。	○	○			
西多摩	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。	○	○			
西多摩	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。			○	○		126	6.5							○			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	
西多摩	日の出町	R06	○				対象者に受診勧奨文書を送付する。		○	○	○		126	6.5				90	140	○				日の出町医師会に事業内容の説明をし、意見を聴取している。	○	○		・東京都・国保連等の支援体制の活用 ・事業効果向上のための庁内会議を実施 ・勧奨対象者の医療機関受診率 ・勧奨者のうち、受診につながった者の割合	
西多摩	檜原村	R04	○				特定健診結果から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	○	○			
西多摩	奥多摩町						—																—						
南多摩	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、その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	
南多摩	多摩市	H30	○				【健診異常値受診勧奨事業】 対象者へ、特定健診の受診結果をもとに、受診から約3か月後に通知にて受診勧奨を行う。 【治療中断者受診勧奨事業】 治療中断者を対象に、医療機関受診勧奨通知を送付		○	○	○	○	126	200	6.5	30					○			【健診異常値受診勧奨事業】 ・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。	○	○			
							【健診異常値受診勧奨事業】 (対象者) 医療機関未受診者、医療機関受診中断者、重症化ハイリスク者 (抽出基準) 以下の基準に該当する者 ・HbA1c6.5以上(NGSP値)または空腹時血糖126mg/dl以上(特定健診のデータがある方のみ) ・レセプト確認の結果、糖尿病に係る受診が確認できない方 【治療中断者受診勧奨事業】 (対象者) 医療機関受診中断者 (抽出基準) 令和5年度に糖尿病のレセプトがあり、令和6年度にはレセプトがない方うち、治療歴や服薬状況などを鑑み、糖尿病治療中断の可能性が高い方																						



令和7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

圏域	保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	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					
			個別通知	電話	面談訪問	その他		対象者				抽出基準 (健診結果) ※1							(レセプト)	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	
								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
北多摩北部	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> 検査結果数値の生活習慣病リスクを示したグラフ等を記載した受診勧奨通知を送付する。 <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。  ○糖尿病治療中断者<受診勧奨通知> ・受診勧奨通知を送付 ・通知後レセプトによる追跡調査実施	○	○	○	○	126	6.5					90	140	○	医師会定例会において、事業について情報共有している。	○	○	・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 ・事業の各段階で評価を実施しているか ・ハイリスク者への電話勧奨の実施率
北多摩北部	清瀬市	H26	○	○			①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。 ②糖尿病の治療中断者に特定健診受診勧奨と個別相談のご案内を送付する。電話等による状況確認を行う。	○	○			126	6.5						○	①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	
北多摩北部	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/min以下、HbA1cが6.5%以上、空腹時血糖126mg/dl以上かつ拡張期血圧140mmHg以上のいずれかであること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。	○	○			126	6.2	45~60			140	○	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		
北多摩北部	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、医療機関への受診を促している。通知の裏面に糖尿病、高血圧症、脂質異常症に係る検査値を記載し、判定区分(厚労省の受診勧奨判定値)を通知している。	○	○	○									○	【特定健診受診かつ医療機関未受診者(治療歴なし)】 【対象者】健診異常値放置者 ※除外：精神疾患、難病、癌患者等 (抽出基準) 下記(1)もしくは(2)に該当し、レセプトより生活習慣病の通院歴がないもの (1) 糖尿病発症リスク区分が糖尿病既発症 (2) 人間ドック・予防医療学会の判定区分に基づく検査値※の判定区分(A~D)をそれぞれ点数化したときに合計した値が高く、かつ60歳以上 ※収縮期血圧、拡張期血圧、LDLコレステロール、空腹時中性脂肪、HbA1c、空腹時血糖  【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】 (対象者) 生活習慣病治療中断者 (抽出基準) 健診結果に関わらず、レセプトから生活習慣病の治療または検査を欠いて、継続的に病院へ通う必要があると判断した者(生活習慣病とは、糖尿病(i型除く)、高血圧症、脂質異常症) ※除外：精神疾患、難病、癌患者等	○	○	事業実施にあたって、西東京市市医師会に事業内容の説明を行っている。	
北多摩北部	小平市	H30	○	○			・治療中断者 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。 ・医療機関未受診者(令和5年度より) 特定健診の健診値が基準に該当する者で医療機関の受診が確認できないものに対して通知を行う。送付後、一定の期間受診ができないものに対して2回目の通知および電話勧奨を行う。	○	○	○		126	6.5						○	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	

令和7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

圏域	保険者名	事業開始年度	取組方法の種類				具体的な取組	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									
			個別通知	電話	面談訪問	その他		対象者				抽出基準 (健診結果)※1								(レセプト)	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					
								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				
島しょ	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							○	地区医師会等関係機関への情報提供等	○	○	○	ストラクチャー評価：かかりつけ医、専門職との連携体制の構築 プロセス評価：対象者からの反応 アウトプット評価：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、受診勧奨対象者の検査結果	
島しょ	利島村	R05		○	○		健診結果をもとに該当者を抽出し、電話又は面談にて受診勧奨を行う。		○						6.5									診療所医師との健診結果の情報共有	○				
島しょ	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	○	○			
島しょ	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 (アウトプット評価)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	
島しょ	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。	○	○	○	○	126	200	6.5										事業実施にあたり、医療機関・保健師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。	○	○			
島しょ	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	
島しょ	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。	○	○			
島しょ	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。



























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	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】 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、COPD、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	R5	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		前年度の後期高齢者医療健康診査等の受診結果から以下の抽出条件により抽出する。 レセプトデータに「糖尿病」または「糖尿病性腎症」と記載がある者（疑い病名除く）で、aまたはbのいずれかに該当し、かつcの条件に該当するフレイル傾向が高い者。またe-GFRが低い順に対象者とする。 a：HbA1c（NGSP値）7.0%以上 b：空腹時血糖130mg/dl以上 c：質問票①健康状態、⑥体重変化、⑧転倒、⑬外出頻度のいずれか該当	○	○											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		前年度の後期高齢者医療健康診査等の受診結果から以下の抽出条件により抽出する。 レセプトデータに「糖尿病」または「糖尿病性腎症」と記載がない者（疑い病名除く）で、aまたはbのいずれかに該当する者 a：HbA1c（NGSP値）7.0%以上 b：空腹時血糖130mg/dl以上	○	○	○													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	R6	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		前年度健康診査受診者のうち、糖尿病治療中（過去に糖尿病治療歴ありを含む）の方でHbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dL以上の方のうち、①eGFR45～60未満（ml/分/1.73m <sup>2</sup> ）の方、②eGFR60～90未満（ml/分/1.73m <sup>2</sup> ）かつ尿蛋白（+）以上の方 ・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達成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			
町田市	R2	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		R6年度健診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）①～②のいずれかに該当し、かつ（イ）に該当する者。 （ア）①HbA1cが8.0%以上 ②空腹時血糖が126mg/dl以上 （イ）e-GFR値が30～89.9ml/分/1.73m <sup>2</sup> ・1型糖尿病 ・透析治療中の者 ・腎臓移植を受けた者 ・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	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。	◎	○	○			○																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、医療機関に繋がる際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。	
			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					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、目標の達成状況	○	○	○								
国立市	R4	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。	○	◎	○	○		○															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		
			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					8.0		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	○		○													
東久留米市	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】 ・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。	◎	○	○			○															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、市外医療機関を受診している者(診療科問わず) ②保健指導：市内医療機関を受診している者(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					7.0		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	○	○	○								

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	R4	糖尿病とフレイルの併存者への対策	【保健指導】 ・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												・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	【保健指導と受診勧奨を実施】 ・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												
		糖尿病の治療中断者への対策	【受診勧奨】 ・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。					○																		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。
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】 ・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）	○	◎	○			○				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】 ・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。	○	◎	○			○															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。		
																								同上		

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	R6	糖尿病とフレイルの併存者への対策	<p>【保健指導と受診勧奨を実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>【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）</li> <li>【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</li> <li>【3回目】：個別面談（振り返り＋今後のつなぎ先の紹介等）</li> <li>・評価は、質問票の変化の確認や、KDB等で行う。</li> </ul>	○	◎	○			○	○	○	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	<p>【保健指導と受診勧奨を実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		◎	○			○	○	○	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。	
西東京市	R5	糖尿病のコントロール不良者への対策	<p>【保健指導と受診勧奨を実施】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・事業開始前、中、終了後にかかりつけ医と連携。</li> <li>・保健指導により未受診・治療中断の可能性のある方については、状況確認・受診勧奨を実施</li> <li>・評価指標に基づき評価</li> <li>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</li> </ol>	◎	○	○	○		○	○	○	7.0													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	<p>【保健指導と受診勧奨を実施】</p> <p>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。</p>	○	◎	○			○			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	R5	糖尿病のコントロール不良者への対策	<p>【保健指導と受診勧奨を実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	○	◎	○			○			7.0												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	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か月単位で評価をし、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		—	○	○	○							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か月単位で評価をし、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。	◎	○	○					○			—	○		○							理学療法士 栄養士		
		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か月単位で評価をし、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。	◎	○	○			○	○	○				—	○	○	○								理学療法士 栄養士
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】 ・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。	◎					○	○			—	○												