

平成28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

保険者名	事業の目的	介入方法									かかりつけ医との連携		事業の評価方法		
		受診勧奨				保健指導					医師会への情報提供等	かかりつけ医への情報提供等			
		事業開始年度	取組方法の種類	具体的な取組	対象者	抽出基準	事業開始年度	取組方法の種類	具体的な取組	対象者				抽出基準	
墨田区	糖尿病や糖尿病性腎症で通院する被保険者に対して生活習慣の改善を促す保健指導を実施する。保健指導による人工透析への移行等の重症化の阻止・遅延、また、生活の質(QOL)の維持・向上を図る。	-	-	-	-	-	平成27年度	・電話による指導 ・個別面談 ・訪問指導	初回に個別面談を行い、その後は電話による支援(3回)と訪問による支援(2回)を行う。	・重症化ハイリスク者	【健診データより】 ①HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上 ②尿蛋白2+以上 ③eGFR50(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> )未満 ④①及び②または、①及び③に該当する者を抽出。	事業実施にあたり、墨田区医師会に事業内容を説明し、意見を聴取。	対象者を通じて、かかりつけ医の治療方針等を確認し保健指導を行っている。保健指導後は、支援内容や対象者の反応等を取りまとめた報告書を作成し、かかりつけ医に通知している。	・保健師等	事業対象者の参加率
大田区	レセプトデータから糖尿病の早期腎症期(Ⅱ期)、顕性腎症期(Ⅲ期)の方を対象に、保健指導を通して糖尿病の重症化による人工透析への移行を少しでも遅らせ、対象者自身の金銭的、身体的な負担を軽減し、さらに医療費の抑制に繋げる。	-	-	-	-	-	平成28年度	・電話による指導 ・個別面談 ・訪問指導	保健師・看護師・管理栄養士により、初回に個別による面談を必須とし、6か月の支援期間内に面談を3回、電話による支援を3回行う。また、手紙等による支援も行う。	・重症化ハイリスク者	【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症 ・レセプト請求における薬剤名にインスリン、血糖降下剤等の糖尿病治療薬、末梢神経障害・血行改善等の合併症治療薬、降圧剤・利尿剤等の顕性治療薬がある (3か月以上のレセプトデータを判定対象とする)	事業実施にあたって、区内3医師会に事業内容の説明をし、かかりつけ医にも区から事業内容の説明資料を送り同意を得て事業実施することを説明した。	対象者を通じて保健指導の内容をかかりつけ医に情報提供すると同時に、かかりつけ医から対象者の病名・HbA1c等の目標値・運動や食事の指導内容についての確認書を書いてもらうようにしている。	・保健師等 ・栄養士	対象者の検査値推移状況・QOL状況・指導記録による評価。 新規透析導入患者数・率の推移、うち糖尿病性腎症を原因とする者の割合をフォローアップとして確認。
杉並区	特定健診の結果をもとに、糖尿病重症化が疑われるものに対して、杉並区医師会および地域において糖尿病治療や糖尿病の医療連携に取り組む医療機関等の理解と協力を得ながら、糖尿病性腎症等の重症化による合併症の発症や人工透析への移行等を抑制するための支援を行うことにより、医療費適正化や糖尿病患者のQOLの維持・向上を目指す。	平成26年度	・手紙送付 ・電話勧奨	糖尿病治療を放置した場合の腎不全等合併症の注意喚起等で治療の必要性を文書で医療機関受診勧奨後、電話による勧奨を実施し健診結果や糖尿病の治療の必要性、生活上の留意事項等を説明する。	・医療機関未受診者	【健診データより】 ・HbA1c6.5%以上 ・問診項目で血糖、脂質、血圧に関する服薬がない ・特定保健指導に該当しない	平成27年度	・電話による指導 ・個別面談	初回～2回は個別による面談を必須とし、その後は、対象者の理解度や生活スタイルによって個別面談か電話相談による支援を行い、6回目は個別面談により評価を行う。その後6か月後に状況確認及びフォローアップを行っている。	・重症化ハイリスク者	【健診データより】 ・HbA1c 7%以上 ・eGFR 90未満(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) ・尿蛋白±～+	糖尿病対策推進会議準備会を実施し、平成27年の実施前から医師会の地域医療部及び糖尿病専門医への情報提供及び意見を伺いながら事業を推進。	保健指導に申請するに当たっては、かかりつけ医からの紹介又は保健指導に関する了解を頂き、面接後管理栄養士が「生活指導に関する確認書」を作成し、かかりつけ医の助言及び指導をいただきながら実施している。	・医師 ・保健師等 ・栄養士	糖尿病療養指導士の資格を持つ管理栄養士が、実施前と保健指導を6ヶ月終了時、その後の経過6か月後の生活習慣の実態から改善状況を確認している。 ・プログラム終了時に生活習慣が改善した利用者の割合 ・1年後の血糖値のコントロールと腎機能の維持ができていない利用者の割合
荒川区	被保険者が生活習慣の改善の必要性を自覚し改善行動を身につけることで、被保険者の生活の質(QOL)の維持改善と医療費の適正化を図る。	-	-	-	-	-	平成25年度	・電話による指導 ・個別面談	面談及び電話・レターにて6か月間の指導プログラムを行う。 【1か月目面談 2か月目面談、3か月目電話・レター、4か月目面談、5か月目電話・レター、6か月目電話・レター】	・重症化ハイリスク者	【健診データ、レセプトデータより】 レセプトデータの病名・診療行為・投薬状況及び特定健診データを分析し、病期がⅡ期からⅣ期の者を抽出している。	事業実施にあたって、医師会に事業内容を説明し、かかりつけ医に対し事業協力の周知と医療機関ごとの対象者(患者)リストを医師会からかかりつけ医に提供した。	医師会から提供を受けた対象者リストをもとに、かかりつけ医は対象者(患者)に対しプログラムの参加を促す。また、参加希望者に対し主治医は確認書に検査数値を記入しプログラム参加を承諾する。	・保健師等 ・栄養士	指導プログラム完了者の透析移行状況の推移
板橋区	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院につながった患者へ糖尿病重症化予防プログラムを実施して、自分で体調管理できるように促し、患者のQOLが高まり、結果として透析への移行など糖尿病性腎症等の重症化を遅らせる。	平成26年度	・手紙送付 ・電話勧奨	文書での医療機関受診勧奨後、電話による勧奨を実施し、健診結果・糖尿病性腎症の病態や治療の必要性、生活習慣病改善などの相談も行う。医療機関受診の確認ができるまで、6か月間に最大4回の電話支援を行う。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	【健診データより】 ・HbA1c7%以上 ・eGFR50未満(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) ・尿蛋白2+以上 【レセプトデータより】 過去、糖尿病の罹患が確認でき直近9ヶ月間医療機関を受診していない(KDBシステムを利用)	平成28年度	・電話による指導 ・個別面談	受診勧奨後、医療機関につながった者が対象。個別面談を基本とし、支援初回は必ず面談を行う。6か月の期間で面談3回、電話9回の支援を行う。	受診勧奨により医療機関につながった者	【健診データより】 ・HbA1c7%以上 ・eGFR50未満(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) ・尿蛋白2+以上 【レセプトデータより】 過去、糖尿病の罹患が確認でき直近9ヶ月間医療機関を受診していない(KDBシステムを利用)	事業実施にあたって、板橋区医師会に事業内容の説明し助言を受けるとともに、板橋区CKD地域医療連携会議での説明を行った。	保健事業参加対象者からかかりつけ医に「指導確認書」を記入してもらい、事業者に提出し、プログラムをスタートする。事業者が支援状況を毎月かかりつけ医に報告する。	・保健師等	参加者のうち、QOLが向上・糖尿病性腎症の病期ステージの維持した者の割合。

保険者名	事業の目的	介入方法										かかりつけ医との連携		保健指導における専門職との連携	事業の評価方法
		受診勧奨					保健指導					医師会への情報提供等	かかりつけ医への情報提供等		
		事業開始年度	取組方法の種類	具体的な取組	対象者	抽出基準	事業開始年度	取組方法の種類	具体的な取組	対象者	抽出基準				
練馬区	特定健診の結果を基に、糖尿病重症化リスクが高いと思われる人について、練馬区医師会および地域において糖尿病治療や糖尿病の医療連携に取り組む医療機関の理解と協力を得ながら、糖尿病腎症の重症化や人工透析への移行等を抑制することにより、医療費の適正化および糖尿病患者(予備群も含む)のQOLの維持および向上を目指す。	平成24年度	・手紙送付 ・電話勧奨	文書での医療機関受診勧奨後、専門職による電話勧奨を実施し、健診結果・糖尿病性腎症の病態や治療の必要性、生活上の留意事項等を説明する。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	【健診データより】 ・HbA1c7%以上 ・CKDステージが、G1のA2・A3、G2のA2・A3、G3aのA1～aA3、G3bのA1～A3となる者 【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が糖尿病 ・過去、糖尿病の罹患が確認でき概ね10ヶ月間医療機関を受診していない ・現在医療機関を受診していないことがわかる	平成26年度	・電話による指導 ・訪問指導	初回に個別による面談を必須とし、郵便又はメールによる支援を支援期間内に最低2回、電話による支援を支援期間内につき1回以上行う。	・重症化ハイリスク者	【健診データより】 ・HbA1c7%以上 ・CKDステージが、G3aのA1～A3または G3bのA1～A3となる者 【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が糖尿病	事業実施にあたって、練馬区医師会に事業内容の説明をし、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た。	区から保健指導の内容をかかりつけ医に情報提供すると同時に、対象者を通じてかかりつけ医からの対象者に対する指示内容の把握をおこなう。	・保健師等 ・栄養士	1 受診勧奨 ・勤奨による治療開始率 ・糖尿病腎症患者数 2 保健指導 ・新規透析患者数の割合 ・糖尿病腎症による人工透析患者数
足立区	特定健診の結果から、糖尿病性腎症を疑われ、医療機関に通院中の者に対して保健指導を実施し、人工透析の導入を予防、又は導入を遅らせ、生活の質(QOL)の維持・向上と医療費の抑制を図る。	-	-	-	-	-	平成27年度	・電話による指導 ・個別面談	初回面談と、継続面談を2回以上、電話支援3回以上を毎月何らかの支援で6か月間実施する。	・重症化ハイリスク者	【健診データより】 ・HbA1c7%以上 ・eGFR15以上50未満(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) ・尿蛋白2+以上 ※レセプトデータより人工透析導入者を除いている	事業実施にあたり、足立区医師会に説明をした。	対象者を通じて保健指導の内容をかかりつけ医に情報提供すると同時に、対象者に対する指導の指示内容を記載した書面の提出を受け、指示内容の把握を行う。	・保健師等 ・栄養士	・保健指導中における、検査値の改善及び糖尿病に関する意識の変化。翌年度の特定健診の受診状況と健診結果、レセプトで治療の状況を把握し、改善状況を評価。 ・人工透析新規導入患者数の経年比較
立川市	特定健診の結果及び立川市医師会を通じて医師から推薦された方を対象に、立川市医師会及び地域において糖尿病治療に取り組む医療機関等の理解と協力を得ながら、糖尿病性腎症重症化や人工透析への移行を抑制するための支援を行うことにより、医療費適正化や糖尿病患者のQOLの維持・向上を目指す。	-	-	-	-	-	平成26年度	・電話による指導 ・個別面談	期間内に最低個別面談を2回、電話指導を6回行う。また、面談や指導の中で、必要に応じて歯科や眼科への受診勧奨を行う。	・重症化ハイリスク者	【健診データより】 ・HbA1c6.5%以上 ・eGFR15以上59以下(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) ・尿蛋白1+以上 【その他】 医師からの推薦	事業実施にあたり、立川市医師会に事業内容を説明し、また、事業終了後には事業報告を行い助言を受けている。	指導前に、かかりつけ医の記入した生活指導確認書により指導内容を把握し、また、指導ごとに指導報告書をかかりつけ医に提出し助言を受けている。	・保健師等 ・栄養士	対象者のうち人工透析への移行者数
府中市	特定健康診査の検査値とレセプトの治療状況から対象者を特定し、専門職から対象者本人に指導を行う。指導内容は食事指導、運動指導、服薬管理等とし、指導終了後も自立して正しい生活習慣を持続することで、病期の進行を防止、生活の質の維持・向上と医療費適正化を目指す。	平成28年度	・電話勧奨 ・個別面談	事業対象者を選定した時点で、未受診者には事業参加案内と合わせて電話での受診勧奨を実施する。事業参加後、受診が確認できない者・受診が中断している者に対しては、面談・電話等支援の度に受診勧奨する。	・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	【健診データより】 ・HbA1c7.0%以上 ・eGFR50未満(ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) 【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が2型糖尿病	平成28年度	・電話による指導 ・個別面談	面談2回、電話支援4回でプログラムを構成している。初回面談で必要知識のレクチャーと現状確認をし、目標を設定する。その後、カンファレンスを開催し、かかりつけ医からの情報提供を踏まえて、初回面談で立てた目標を必要時修正する。2回目の面接でカンファレンスで決定した目標を本人に伝え、具体的な生活習慣改善を開始する。その後月1回の電話によるサポートを行う。	・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	【健診データより】 ・HbA1c7.0%以上 ・eGFR50未満(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) 【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が2型糖尿病 ・レセプト請求における薬剤名がアマリール錠、メトグルコ錠、ランタス注 他約500種(ジェネリック含)	事業実施にあたり、府中市医師会に事業内容の説明をし、情報提供用の書式等の検討をした。特定健康診査実施医療機関については、健診結果を用いて実施する事業として、対象者の抽出方法と事業概要等の資料を提供・協力依頼した。	対象者がかかりつけ医に情報提供書の記入を求め、初回面談時に持参してもらい、それを基に目標設定する。指導中は3回かかりつけ医に報告を行う。(①設定した目標 ②中間報告 ③最終報告) 報告の結果、かかりつけ医から助言があった場合は、都度支援内容を修正する。	・医師 ・保健師等 ・栄養士	①指導実施率 ②指導実施完了者の生活習慣改善率 ③指導実施完了者の検査値改善率 ④指導実施完了者の糖尿病性腎症における病期進行者数
調布市	糖尿病の重症化における合併症を予防する、または遅延させることにより、人工透析への移行、その他の合併症にともなう複雑・高度な治療の回避または導入を遅延させることで、健康の保持増進、生活の質の維持及び向上を図る。	平成26年度	・手紙送付 ・電話勧奨	医療機関受診勧奨文を封書で送付。検査結果が著しく悪い被保険者には案内送付後、看護職が電話勧奨を行う。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	【健診データより】 ・HbA1c6.5%以上 ・eGFR50未満(ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) ・標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)の受診勧奨判定値 【レセプトデータより】 ・現在医療機関を受診していない 【その他】 過去に生活習慣病の罹患が確認できるが、健診データが抽出基準に該当し、かつ健診後およそ3か月間に医療機関を受診していない。	平成26年度	・電話による指導 ・個別面談 ・手紙郵送	標準的な健診・保健指導プログラムに準じて6か月間の支援期間とし、面接支援を3回、電話支援を5回実施する。事業終了後、利用者に対して4～5か月後及び8～9か月後に手紙や電話で経過確認及び保健指導を行う。	・重症化ハイリスク者	【健診データより】 ・HbA1c 7.0%以上 ・eGFR 50未満(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) ・国のガイドラインに一致(空腹時血糖130mg/dl・尿蛋白++以上) ・2型糖尿病、レセプトから腎症病期を推定、糖尿病性腎症推定Ⅱ～Ⅳ期 ・がんや精神疾患を除く ・調布市医師会傘下の医療機関に通院中の者 【レセプトデータより】 委託先のプログラムで薬剤名や処方量から腎症を推定している。	事業実施にあたって、調布市医師会・調布市歯科医師会・調布市薬剤師会に事業内容の説明をし、アドバイスを受けた。調布市医師会とは適宜報告・相談をしている。	希望者はかかりつけ医に利用の可否の相談と、療養上の指示事項を記載する生活指導確認書の記入を依頼して申込みする。かかりつけ医の同意がない場合は利用不可とする。保健指導開始から約3か月後と終了時に評価及び指示事項確認のため、かかりつけ医から検査結果及び指示事項の提出を受ける。かかりつけ医には支援中は月1回文書で支援結果を報告し、6か月の支援終了後に事業報告書を送付している。	・保健師等 ・栄養士	1 個人評価:参加者の検査数値(空腹時血糖, HbA1c, eGFR, 血圧), 生活習慣改善の自己評価 2 事業評価:HbA1c7.0%未満者数, eGFR区分人数, 血圧分布, 新規透析導入患者数, 利用・未利用者の医療費比較



保険者名	事業の目的	介入方法										かかりつけ医との連携		事業の評価方法	
		受診勧奨					保健指導					医師会への情報提供等	かかりつけ医への情報提供等		
		事業開始年度	取組方法の種類	具体的な取組	対象者	抽出基準	事業開始年度	取組方法の種類	具体的な取組	対象者	抽出基準				
日野市	日野市国保被保険者のレセプトをもとに、生活習慣に起因する糖尿病および糖尿病性腎症の患者に対し、日野市医師会および糖尿病治療に取り組む医療機関と連携しながら、生活習慣の改善を促す保健指導を実施することにより、糖尿病および糖尿病性腎症重症化の阻止・遅延、生活の質(QOL)の維持・向上、日野市国民健康保険財政の適正化を図る。	平成28年度	手紙送付	健診異常値放置者のうち、国立国際医療研究センター疫学予防研究部開発の糖尿病リスクスコアによる2型糖尿病発症確率が6%以上の者に対し、文書での医療機関受診勧奨を実施。	・医療機関未受診者	【健診データより】 収縮期血圧、拡張期血圧、LDLコレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、HbA1c(NGSP)、空腹時血糖の健診項目のうち、いずれか1つ以上の値が、日本人間ドック学会の判定区分で「C 要経過観察・生活改善」または「D 要治療・要精密検査」以上の者。  【その他】 国立国際医療研究センター疫学予防研究部開発の糖尿病リスクスコアによる2型糖尿病発症確率が6%以上の者	平成27年度	・電話による指導 ・個別面談	6ヶ月の指導期間の中で、個別面談を3回程度、電話による支援を3~5回程度実施する。	・重症化ハイリスク者	【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症 ・レセプト請求における薬剤名に糖尿病治療薬がある	事業実施にあたり、日野市医師会に事業内容の説明をし、意見を聴取した。	保健指導開始前に、保健指導の内容をかかりつけ医に情報提供すると同時に、かかりつけ医からの対象者に対する指示内容の把握と保健指導参加の可否確認をおこなう。また、保健指導期間中は、かかりつけ医へ実施状況の報告書を毎月送付する。	・保健師等 ・栄養士	保健指導を実施する対象者数、参加率、実施率、人工透析実施者数の推移
国立市	糖尿病や糖尿病性腎症のある被保険者に対して、生活習慣の改善を促す保健指導を実施することで、人工透析への移行等の重症化を阻止・遅延、また生活の質(QOL)の維持・向上を図る。	平成26年度	手紙送付	該当者のうち医療機関への受診歴がない方に対し、個別に受診勧奨の通知を送付している。受診勧奨について問い合わせをいただいた方に対し、文書または電話による詳細な事業案内を実施。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	【健診データより】 ・HbA1c6.5%以上 ・eGFR60未満(ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) ・尿蛋白(+)以上 空腹時血糖126mg/dl以上  【レセプトデータより】 ・過去、糖尿病の罹患が確認でき直近6ヶ月間医療機関を受診していない ・現在医療機関を受診していない	平成26年度	・電話による指導 ・個別面談 ・訪問指導	実施期間は6ヶ月。個別面談3回、電話指導3回、ニュースレター送付4回行う。初回面談は個別計画を立てる為のアセスメント。面談場所については、市の関係機関以外にも参加者の自宅に赴くなどの個別配慮を行っている。また、参加者のかかりつけ医に対し、プログラムの進捗状況についての報告書を提出している。	受診勧奨により医療機関につながった者	【健診データより】 ・HbA1c6.5%以上 ・eGFR60未満(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) ・尿蛋白(+)以上 空腹時血糖126mg/dl以上  【レセプトデータより】 ・過去、糖尿病の罹患が確認でき直近6ヶ月間医療機関を受診していない ・現在医療機関を受診していない ・健診受診医療機関情報	事業実施にあたって、国立市医師会に前年度の事業報告と当年度の事業説明を行い、実施承諾を得た後、参加候補者の受診する医療機関に戸別訪問し、かかりつけ医に対し候補者の参加勧奨を依頼。	保健指導実施を委託している業者から、計3回、個別の参加進捗状況について報告書の提出を受け、市で内容確認した後、参加者のかかりつけ医に情報提供。その際に助言ある場合は別途連絡を受けるようにしている。事業終了後には、国立市医師会に対し事業報告会を開催。	・保健師等 ・栄養士	保健指導実施完了者の、糖尿病性腎症における病期の進行状況
小金井市	特定健診の結果と医師会の協力をもち、糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される方に対し、医療機関と連携して保険指導等による介入を行うもので、腎不全を含む重い合併症の発症を阻止・遅延させる。	-	-	-	-	-	平成28年度	・電話による指導 ・個別面談 ・文書送付による指導	6か月の指導期間に、個別面談3回・電話4回・文書送付による支援(5回を上限とする)を行う。	・重症化ハイリスク者	【健診データより】 以下基準の①及び②または①及び③に該当する者 ① HbA1c(NGSP)6.5%又は空腹時血糖126mg/dl以上 ② 腎機能が低下していること(尿蛋白+以上) ③ 血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR44未満(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> )  【その他】 健診データにより抽出した対象者について、特定健診実施医療機関において、以下基準に基づき対象者の除外及び追加を行う。 ア 除外する者 ・1型糖尿病患者 ・がん、難病、精神疾患。認知症等により指導に適さない者 その他かかりつけ医が除外すべきと判断したもの イ 追加する者 ・かかりつけ医が、予防指導が効果的と考える者	事業実施にあたり、小金井市医師会に事業内容の説明及び意見聴取をし、市医師会からの意見・助言により、実施方法を検討・決定した。	保健指導実施前に、かかりつけ医が記入する「生活指導内容の確認書」を対象者より提出してもらい、保健指導開始後には、かかりつけ医へ指導内容・実施状況・終了後の結果報告等随時文書にて報告する。	・保健師等 ・栄養士	指導実施対象者の糖尿病性腎症における病期の進行状況

保険者名	事業の目的	介入方法										かかりつけ医との連携		保健指導における専門職との連携	事業の評価方法
		受診勧奨					保健指導					医師会への情報提供等	かかりつけ医への情報提供等		
		事業開始年度	取組方法の種類	具体的な取組	対象者	抽出基準	事業開始年度	取組方法の種類	具体的な取組	対象者	抽出基準				
武蔵村山市	レセプト情報及び特定健診データを基に、武蔵村山市国民健康保険における糖尿病又は糖尿病性腎症重症化の予防対象者抽出及び対象者への保健指導(服薬管理、食事療法、運動療法等)を実施し、武蔵村山市国民健康保険の医療費適正化を図るとともに、被保険者の健康増進を目的とする。	-	-	-	-	-	平成28年度	・電話による指導 ・個別面談	6か月の支援期間内で、初回及び4か月目は訪問による面談を必須とし、それ以外の月は1回電話又は、手紙による支援を行う。	・重症化ハイリスク者	【健診データより】 ・HbA1c6.5%以上 ・空腹時血糖126mg/dl 【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が糖尿病(疑い者含む) 【その他】 ・医療機関からの推薦	事業実施にあたって、武蔵村山市医師会に事業内容の説明し、会員医療機関である医師から意見の聴取を行った。	参加者全員に対して、市から「糖尿病連携手帳」を配付し、保健指導の内容等を参加者、かかりつけ医及び市で情報共有を図る。また、保健指導に対するかかりつけ医からの指示内容を把握するため、参加者は事前にかかりつけ医から「保健指導参加指示書」を記入してもらい市へ提出する。	・保健師等	・保健指導実施者の新規透析導入患者数の抑制 ・一人当たりの医療費(保険給付費)の減少
東村山市	特定健診結果(参考値として活用)及びレセプト情報(治療中の患者)により、糖尿病性腎症2期・3期ものに対して、東村山市医師会加入の医療機関等の理解と協力を得ながら、糖尿病性腎症重症化予防の重症化や人工透析への移行等を抑制するための支援を行うことにより、医療費適正化や糖尿病患者のQOLの維持・向上を目指す。	-	-	-	-	平成27年度	・電話による指導 ・個別面談	指導期間は6か月とし、初回面談終了後、第2回、第3回面談を実施。第2回面談終了後より、郵便による支援及び電話による支援を支援期間内に各3回以上行う。事業参加終了者については、継続フォローとして電話と面談を年2回実施している。	・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が2型糖尿病 ・レセプト請求における薬剤名がアマリール錠・アクトス錠・メトグルコ錠・エケア錠・ランタス注等、400~500種類 ・対象者抽出から直近12ヶ月以内に2型糖尿病の2期~4期の者を抽出 ・上記レセプト期間に医療機関に受診していない方は非対象 ※癌、難病、精神疾患、認知症、内シャント、透析予防管理料の方は対象者から除外	事業実施にあたり、東村山市医師会へ事業内容の説明をし、意見を伺っている。また、事業終了後は医師会との会議体において事業報告を行う。	かかりつけ医より当該患者の指示書を記入していただき、治療方針に基き指導計画を立てる。実施状況について指導期間内2回及び事業終了後に1回かかりつけ医へ文書で報告している。	・保健師等	指導対象者の指導実施率、指導完了者の生活習慣改善率及び検査値改善率、指導対照群と非指導対照群の医療費推移・効果額(指導終了者も含む)、腎不全患者の医療費総額、構成比、増減率、透析者数及び新規透析者数、糖尿病腎症起因とする透析患者に占める割合、糖尿病腎症患者の病期別患者数	
清瀬市	清瀬市国民健康保険では、透析新規導入者は横ばいの状態であり、糖尿病を原因とする者の割合が半数に及んでいる。平成27年度特定健診結果によると、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白陽性である糖尿病腎症は1.1%、そのうちの未治療者は14.8%である。糖尿病未治療者に焦点をあて、病態の理解、定期的な通院行動に移行するための受診勧奨を行い、医療費適正化や糖尿病患者のQOLの維持・向上を目指す。	平成26年度	手紙送付 個別面談	①文書での医療受診勧奨 ②相談会の実施(希望制)	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	-	-	-	-	-	【健診データより】 ・HbA1c 6.5%以上 【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が糖尿病 ・レセプト請求における薬剤名が糖尿病の薬 ・過去、糖尿病の罹患が確認でき、直近6か月間医療機関を受診していない ・現在医療機関を受診していない	事業実施にあたって、清瀬市医師会に事業内容の説明を行い実施している。	-	-	受診勧奨をした者の医療受診率
西東京市	特定健診の検査値とレセプトの治療状況から対象者を特定し、専門職より対象者個人に6か月間の面談指導と電話指導を行う。指導内容は、食事指導・運動指導・服薬管理等とし、指導完了後も自立して正しい生活習慣を維持できるようにすることにより糖尿病性腎症重症化予防を目指す。	-	-	-	-	平成26年度	・電話による指導 ・個別面談 ・訪問指導	指導参加者一人に対し、保健師または看護師により、個別面談3回、電話3回以上の指導を6ヶ月間行う。	・重症化ハイリスク者	【健診データより】 ・HbA1c7.0%以上 ・血清クレアチニン検査を行っている場合 eGFR50以上(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) ・または空腹時血糖130mg/dl以上、尿蛋白2+以上 【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が糖尿病または、糖尿病性腎症	事業実施にあたって、西東京市医師会理事に事業内容の説明をし、理事の中から協力医師を募った。市で対象者を選定し、協力医師の患者に手紙等での案内と参加募集を行った。	参加希望者のかかりつけ医に参加の可否を判断して貰い、検査データ等指導に対する指示書の提出を依頼。指導開始後は毎月、かかりつけ医に報告書を提出する。	・保健師等	・生活習慣改善率(アンケートによる参加者の評価を集計) ・検査値の改善率(参加者からの提供される、血圧・血清クレアチニン・HbA1c、空腹時血糖値のデータ)	
小平市	特定健康診査の検査値とレセプトの治療状況から対象者を特定し、保健師・看護師等の専門資格をもった健康相談員が日常生活の面から支援を行い、糖尿病の重症化を予防し、より健康な生活を送ってもらう。	-	-	-	-	平成27年度	・電話による指導 ・個別面談	生活習慣の改善に必要なさまざまな知識・手法を身に付けた健康相談員が、豊富な個別支援の経験をもとに、約6か月間にわたり支援を行う。具体的には以下のとおり。 初回面談→(約2週間後)→電話支援→(約1か月後)→中間面談→(約2~4か月後)→電話支援×2→(約5~6か月後)→最終面談	・重症化ハイリスク者	【健診データより】 a:HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上 b:尿蛋白2+以上 c:eGFR50未満(平均ml/分/1.73m <sup>2</sup> ) aかつb、またはaかつc 【レセプトデータより】 ・レセプト請求における疾患名が糖尿病または糖尿病性腎症 ・レセプト請求における薬剤名が糖尿病または糖尿病性腎症に関わる薬剤	プログラム実施にあたっては、対象者はかかりつけ医と相談をした上での参加となるため、小平市医師会に事業内容の説明を行った。	プログラムはかかりつけ医の生活指導にそって進行するので、参加にあたってはプログラム参加確認書の記入を求めている。	・保健師等 ・栄養士	・重症化予防指導実施率(対象者のうち重症化予防指導を完了した人数により算出する。) ・生活習慣改善率(アンケートによる患者本人の評価を集計する。) ・検査値の改善率(患者から提供される検査値を記録し、数値が維持・改善されているかを確認する。)	