

## 平成30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	受診勧奨								保健指導								
	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標	その他の評価指標	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職	事業の評価指標	その他の評価指標
港区	H29	個別通知	病院へ行こう！「糖尿病の怖さ、ご存知ですね！」というパンフレットに、対象者のHbA1cと空腹時血糖の特定健診の検査値を記入し、対象者のリスクレベルがわかるようにして(糖尿病が強く疑われます、糖尿病の可能性が否定できません等)送付している。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	・空腹時血糖 126以上 ・HbA1c 6.5以上	関係機関との連携を行っている。	・実施していないが、今後実施する予定	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
新宿区	H27	・面談 ・電話 ・個別通知	3年間の特定健診結果、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勧奨を行い、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勧奨を行っている。 さらに、保健指導の参加者については、面接等により6か月間の支援の中で継続して受診勧奨を行い、レセプトにて受診勧奨もを行っている。	・医療機関未受診者	HbA1c6.5%以上かつ服薬がない者	事業実施にあたって、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取した。また、実施状況の報告を行っている。	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
台東区	H30	個別通知	・特定健診の結果から医療機関受診を勧める案内 ・糖尿病啓発のちらし ・区で実施している事業案内	・医療機関未受診者	以下の条件にすべて該当する対象者。 ・特定健診の結果で、HbA1cの値が6.5以上 ・特定健診の間診で、糖尿病の服薬がない者 ・特定健診の医師の判断で、糖尿病の治療中の記載がない者 ・生活習慣病での医療機関受診が確認できない者	関係機関との連携を行っている。	・実施していないが、今後実施する予定	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
墨田区	—	—	—	—	—	—	—	—	H27	・面談 ・電話	指導時にかかりつけ医の指導方針等を確認し、それに応じた指導を行う。	・重症化ハイリスク者	次の①及び②の条件を満たし、かつ、事業の参加についてかかりつけ医から同意を得ている被保険者を対象とする。 ①空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上、またはHbA1c6.5以上 ②尿蛋白(+)以上、またはeGFR50未満	保健指導の内容をかかりつけ医に情報提供し、指導時に対象者を通じて、かかりつけ医からの指導方針等を確認している。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	・参加者の反応を確認し、肯定的な意見が聞かれた割合を評価する
江東区	—	—	—	—	—	—	—	—	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	保健指導は全過程を委託業者の専門スタッフが行う。 ①支援を開始するにあたり事前の面談を実施。 ②1ヶ月後、目標設定のための面談を実施。 ③2～5ヶ月の間、電話・手紙支援を行う。 ④6ヶ月目の最終面談にて、体重やHbA1cの値を比較し、評価を行う。 かかりつけ医への報告は、1ヶ月目の面談後、4ヶ月目の電話支援後、6ヶ月目の最終面談後に委託業者から行う。	・重症化ハイリスク者	空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上で、糖尿病治療中の者	委託業者より定期的にかかりつけ医へ指導内容や支援の進捗を書面にて報告する。	・医師 ・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
品川区	H25以前	・電話 ・個別通知	リスク内容によって、記載内容を変えている。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	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且つ過去6ヶ月生活習慣病で医療機関未受診の方 収縮期血圧160以上、拡張期血圧100以上、中性脂肪300以上、空腹時血糖130以上、HbA1c7.0以上	実施にあたっては、データヘルズ計画・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。	・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・受診勧奨を行った人数	—	H25以前	・面談 ・電話	かかりつけ医が記入した生活指導確認書に沿った食事指導、運動指導、服薬指導、ストレスマネジメント、血糖管理等	・重症化ハイリスク者	収縮期血圧160以上、または拡張期血圧100以上、またはHbA1c7.0以上	健診結果から抽出した対象者リストをかかりつけ医に送付し、委託事業者から本人へ事業の利用勧奨をして良いかどうかの判断をもらう。 利用勧奨の結果、利用希望者については、かかりつけ医から、生活指導確認書をもらい、その内容に沿った指導を行う。初回面談の後と、支援プラン終了後にかかりつけ医に報告書を提出し、支援内容をフィードバックしている。	・保健師 ・管理栄養士	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—

平成30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	受診勧奨								保健指導								
	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標	その他の評価指標	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職	事業の評価指標	その他の評価指標
目黒区	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	＜早期治療＞特定健診結果により早期の受診が必要であることを通知。 ＜治療再開＞医療機関での治療を再開するよう促す通知。いずれも、必要に応じて保健師が個別に相談に応じる。	・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	＜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者。 (40～64歳)HbA1c 6.5%以上かつ空腹時血糖126mg/dl以上又は随時血糖200mg/dl以上 (65歳以上)HbA1c 7.0%以上かつ空腹時130mg/dl以上 ＜治療再開＞ 特定健康診査未受診者かつKDBシステムにより、過去の治療歴があって現年度において治療歴がない者。	事業実施にあたり目黒区医師会に事業内容を説明した。	・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 ・事業の各段階で評価を実施しているか ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H30	・面談 ・電話	利用者ごとに個別に面談の上、各自に応じた目標を設定し、支援を行う。	・重症化ハイリスク者	条件1と条件2のいずれも該当条件1:(1)から(6)のいずれかに該当 (1) 空腹時血糖126mg/dl以上、HbA1c6.5%以上又は糖尿病の服薬中 (2) 収縮期血圧140mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上又は高血圧症の服薬中 (3) 中性脂肪150mg/dl以上、LDLコレステロール140mg/dl以上、HDLコレステロール40mg/dl未満又は脂質異常症の服薬中 (4) 尿酸値8mg/dl以上 (5) BMI 25以上 (6) 喫煙者 条件2:(1)から(3)のいずれかに該当(いずれもeGFR15未満は除く) (1) 尿蛋白2+以上 (2) 尿蛋白+かつeGFR60未満 (3) 尿蛋白-か+かつeGFR45未満	事業実施にあたり目黒区医師会に事業内容を説明した。また、対象者の抽出基準について相談した。かかりつけ医の生活指導確認書に基づき保健指導を行い、保健指導中の面談の都度、かかりつけ医に実施報告書を提出している。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
大田区	H29	・個別通知	糖尿病の治療実績があるにもかかわらず、直近1年間のうち、最近6か月間レセプトで医療機関への受診が確認できない方に対して、受診勧奨の文書と糖尿病および高血糖のチラシを同封して医療機関への受診勧奨を実施	・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	糖尿病のレセプトがあり、脂質異常症、高血圧症のレセプトがあれば優先順位を高くし、最近の糖尿病の治療中断者を抽出している。	—	・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	個別の生活環境を聞き、個別に目標設定を立てて、保健指導を行っている。	・重症化ハイリスク者	医科レセプト、調剤レセプトによる糖尿病性腎症第2期、第3期の方	本人の意思表示による参加形式で参加者が少ないため、予定数の半数はかかりつけ医から対象者を推薦していただいた。その後、次年度以降の事業のための検討会を医師会推薦により立ち上げて、参加者及び保健指導のやり方を協議している。	・保健師 ・管理栄養士	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—
世田谷区	H29	・電話 ・個別通知	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。	・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	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%以上で腎機能が低下している未治療者。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。	事業実施にあたって、世田谷区医師会及び玉川医師会に事業内容の説明をし、東京都糖尿病医療連携協議会に情報を提供を行っている。	・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 ・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	—	H29	・面談 ・電話 ・個別通知	対象者にかかりつけ医から体重やHbA1cなどの目標値を設定した生活指導確認書を書いてもらい、保健指導の初回面接では目標達成にむけた6ヶ月間の計画を策定する。その後、対象者には計画に基づいて生活改善に取り組んでもらい、かかりつけ医と進捗状況等を共有することで連携を図っている。	・重症化ハイリスク者	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以上またはHbA1c6.5%以上で腎機能が低下している者で既に治療中の者及び受診勧奨により医療機関へ繋がった者。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。	事業実施にあたって、世田谷区医師会及び玉川医師会に事業内容の説明をし、東京都糖尿病医療連携協議会に情報を提供を行っている。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
渋谷区	H29	・個別通知	健診結果数値とリスクをリーダーチャートでわかりやすく表示し、早期受診を促す。	・医療機関未受診者	・HbA1c 6.5以上 かつ 尿蛋白 ±以上	渋谷区医師会や渋谷区医師会糖尿病パス委員会に事業内容の説明をした。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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H29	・面談 ・電話 ・個別通知	症状・年齢・性別・他の理由により、栄養指導や運動指導の組み合わせを、人によって変更している。また電話やメールや通知なども生活事情等によって変更している。	・重症化ハイリスク者	レセプトの疾患名が糖尿病関連であること、糖尿病関連の服薬があること(OKD3～4期相当でかかりつけ医が保健指導が必要と判断した者)。渋谷区医師会外の糖尿病関連レセプトがあるものについては、患者本人に参加勧奨を行うため、健診結果よりHbA1c6.5%以上かつ尿蛋白(+)以上を対象としている。	渋谷区医師会に事業内容の説明、事業協力(主治医からの事業勧奨及び指導内容指示等)を依頼。委託契約により実施。渋谷区医師会糖尿病パス委員会の意見交換会に出席し、事業内容・実績を説明して助言をいただく。	・保健師 ・看護師 ・栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—
中野区	H29	・電話 ・個別通知	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。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	ア 糖尿病であること ① 病歴または既往歴に「糖尿病」または「糖尿病性腎症」の記載がある ② 糖尿病に関する治療(内服またはインスリン)を受けている。 ③ 空腹時血糖値が126mg/dl、随時血糖が200mg/dlまたはHbA1c6.5%以上 イ 腎機能が低下していること ① 蛋白が1+以上 ② eGFR値が30ml/分/1.73㎡以上60ml/分/1.73㎡未満 ③ 尿蛋白が±以上かつeGFR値が60ml/分/1.73㎡以上90ml/分/1.73㎡未満の者の内、未受診の者	協会けんぽ(東京支部)と、情報交換を行うなどの連携を図っている。事業実施にあたって、中野区医師会に事業内容を説明し、対象者抽出において助言をもらった。また、事業の進捗については、随時情報提供を行った。	・受診勧奨を行った人数	—	H29	・面談 ・電話	参加者個人のニーズや状況に応じた個別支援計画を作成し、食事・運動指導をはじめ血糖管理ができるよう指導する。また、電話による指導回数を重症者には2回増やし、より手厚く対応している。(糖尿病性腎臓病の患者には、低たんぱく食指導やカリウム制限等の食事指導も実施)	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	ア 糖尿病であること ① 病歴または既往歴に「糖尿病」または「糖尿病性腎症」の記載がある ② 糖尿病に関する治療(内服またはインスリン)を受けている。 ③ 空腹時血糖値が126mg/dl、随時血糖が200mg/dlまたはHbA1c6.5%以上 イ 腎機能が低下していること ① 蛋白が1+以上 ② eGFR値が30ml/分/1.73㎡以上60ml/分/1.73㎡未満 ③ 尿蛋白が±以上かつeGFR値が60ml/分/1.73㎡以上90ml/分/1.73㎡未満の者の内、未受診の者	かかりつけ医に保健指導にあたっての注意事項を記載する生活指導内容確認書の作成を依頼。また、実施した指導結果については、報告書を毎月郵送している。対象者の抽出条件から保健指導の結果まで、随時中野区医師会に情報提供し、助言を受けている。	・看護師	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—

平成30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	受診勧奨								保健指導								
	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標	その他の評価指標	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職	事業の評価指標	その他の評価指標
杉並区	H26	・電話 ・個別通知	受診の必要性や合併症について記載した受診勧奨通知を送付の際、区で実施している栄養相談の案内・糖尿病地域連携の登録医療機関のリストも同封し送付している。また、通知を送付後、専門職から受診勧奨と生活改善を勧める電話勧奨を実施。更に未受診者には通知や電話による再勧奨を実施。	・医療機関未受診者	医療機関受診勧奨・特定保健指導非該当者でHbA1c6.5%以上で受診していない者	事業実施にあたって、区糖尿病対策推進連絡会議において、医師会の理事及び区内糖尿病・腎症等を専門にしている病院の医師に事業内容を説明し、助言を受けている。また、東京都西部糖尿病圏域別検討会に情報提供を行っている。	・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 ・関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H27	・面談 ・電話 ・個別通知 ・一斉周知	保健指導に同意した対象者に対し、1時間から1時間半の個別面談を2回実施し、電話による保健指導を重症度により6回又は10回実施し、保健指導内容は参加者の状況に合ったものとしている。更に支援内容をかりつけ医に毎月報告書を送付。	・重症化ハイリスク者	H29年度健診結果でHbA1c7.0%以上又は空腹時血糖値130以上でかつ(ア)、(イ)又は(ウ)に該当する者 (ア)60≤e-GFRかつ尿たんばく(±2年連続)又は尿たんばく(イ)45≤e-GFR<60かつ尿たんばく(ー、±、+) (ウ)30≤e-GFR<45かつ尿たんばく(ー、±)	事業実施にあたって、杉並区医師会に事業内容の説明を行い、医療機関に向けて事業周知をしている。また、対象者の抽出条件や評価に助言を受け、結果報告を行っている。更に、東京都西部糖尿病圏域別検討会に情報提供を行っている。委託事業者からは毎月、区とかりつけ医に対し、実施した保健指導の内容を文書で情報提供を行うとともに、主治医からの質問や指示内容の把握を行っている。	・医師 ・看護師 ・管理栄養士	・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 ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率	—
豊島区	H27	・電話 ・個別通知	3年間の特定健診結果(HbA1c、eGFR、年齢等)を総合的に判断し、受診の必要性を伝えている。未受診、治療中断の可能性が高いと判断した人には2~3ヶ月後にフォローアップの電話をかけている。	・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	HbA1c6.5%以上かつ糖尿病薬未服薬のもの	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 ・受診勧奨を行った人数	・2年連続受診者のうちHbA1cが改善または現状維持した人の割合	H27	・面談 ・電話 ・個別通知 ・集団セミナー	初めて対象となった方へは、集団セミナーと個別保健指導を実施。集団セミナーの受講歴がある方は個別保健指導のみ実施。個別保健指導では、生活習慣振り返りアンケートにて現状を評価。各々の状況に応じて保健指導し生活習慣改善に関する目標を設定。指導後6ヶ月経過時に生活習慣振り返りアンケートを再度実施し(郵送)、生活習慣の改善状況を確認。また、次年度の特定健診でHbA1c値を確認。	・医療機関未受診者	HbA1c6.0%以上6.4%以下かつ糖尿病薬未服薬のもの(特定保健指導対象者除く)	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。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	・2年連続受診者のうちHbA1cが改善または現状維持した人の割合
北区	H30	・個別通知	基準に該当した者に受診勧奨通知等を送付し、対象者の受診有無をレセプトデータにて確認を行う。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	以下すべてに該当している者 ・東京都北区国民健康保険に加入している者 ・当該年度末年齢で40歳から74歳までの者 ・特定健診結果でHbA1cが6.5%以上の者 ・特定健診結果でeGFR60ml/分/1.73m未満または尿蛋白(±)以上の者 ・特定健康診査の間診票で血糖に関する服薬がないと回答した者 ・対象者抽出時点の直近3か月のレセプトにおいて糖尿病受診歴の無い者	東京都北区医師会と区で、糖尿病性腎症重症化予防事業についての検討会を実施し、受診勧奨対象者の抽出基準や受診勧奨通知等について検討を行った。	・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 ・プログラムに必要な人員を確保しているか ・事業の各段階で評価を実施しているか ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
荒川区	H28	・個別通知	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	健診データ及びレセプトデータをもとに生活習慣病(高血圧・脂質異常・糖尿病)のいずれかの疾病に罹患しながら治療を中断していると思われる被保険者に対し、医療機関受診勧奨通知を送付した。受診勧奨の抽出は、生活習慣病中断者のほか、健診異常値放置者、健康診断未受診者も合わせて抽出し、通知を送付している。	事業実施にあたって、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 ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	主に栄養指導にするか運動指導にするか対象者に合った保健指導内容にしている。	・重症化ハイリスク者	・一年間分のレセプトデータと健診データを用いて、健診データがない場合も、レセプトに記載されている傷病名・医薬品・診療行為を基に重症度を判定。 ・一人ひとりの病状をI期からV期に分類し、階層化を行い、その中で比較的行動変容が表れやすい集団の中から、優先順位の高い患者を該当者としている。	事業実施にあたって、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。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
板橋区	H28	・電話 ・個別通知	4月中旬に対象者に受診勧奨通知を送付。順次電話にて受診状況を確認。未受診者には医療機関への受診勧奨し、必要に応じて3か月後・6か月後に電話でフォロー。委託事業者の受診勧奨が終了した後、区がレセプトで受診確認をしている。電話番号不明の場合は通知に受診状況アンケートを同封している。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	前年度特定健診等データから、HbA1c7.0%以上、かつ国保データベース(KDB)システムによる未受診者・受診中断者の40~69歳の板橋区国民健康保険被保険者	事業実施にあたり、板橋区医師会に事業内容の説明をし、CKD地域医療連携会議からも意見を聴取した。	・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 ・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	4月中旬に対象者に保健指導の案内通知を発送し、順次電話で参加勧奨を実施。参加希望者を通じてかかりつけ医から「指導確認書」を受取り、6月から保健指導を開始。対象者の生活習慣を分析、改善ポイントの助言、目標設定を行い、面談2回・電話6回の中で、行動目標の実践状況を確認し、行動変容に向けた指導を行っている。	・重症化ハイリスク者	前年度の特定健診等データから、HbA1c7.0%以上、かつ尿たんばく(+)以上またはeGFR60(ml/分/1.73m)未満の40~69歳の板橋区国民健康保険被保険者	毎年、板橋区医師会に当該年度の事業内容の説明を行い、事業を開始している。対象者を通じて主治医から「糖尿病重症化予防指導確認書」をいただき、指示内容の把握を行っている。対象者の状況・保健指導の内容をかりつけ医に取組期間(6か月)中、毎月文書で報告している。事業についてはCKD地域医療連携会議で報告し、意見をいただいている。	・保健師	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—

平成30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	受診勧奨								保健指導								
	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標	その他の評価指標	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職	事業の評価指標	その他の評価指標
練馬区	H25以前	・電話 ・個別通知	・受診勧奨通知を送付し、通知送付の1か月後、架電。 ・数か月後にレセプトを確認し、受診に至ったか検証。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。	・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	・HbA1c 6.5以上 ・尿たんぱく±以上 ・eGFR30以上60未満	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、練馬区糖尿病連携医療機関検討専門部会からも意見を聴取した。	・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 ・関係機関の間で意見交換し情報共有しているか ・プログラムの必要な人員を確保しているか ・関係機関の間で意見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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	・糖尿病性腎症患者数の増加抑制	H26	・面談 ・電話 ・個別通知	・開始時：個別面談 ・1か月後：個別面談 ・2～5か月後：月1回のペースで電話支援&ニュースレターの送付 ・6か月後：アンケート実施、個別面談 初回面接時に対象者のモニタリングを行い、受託事業者の専門職チームによるケアカンファレンスにより、個別計画書を策定し、それに基づき保健指導を実施している。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 7.0以上 ・腎症病期が第3期相当 ・糖尿病で通院中	「糖尿病重症化予防プログラム保健指導指示書」により、サービスの利用可否を含め、主治医から指示を受けている。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・関係機関の間で意見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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
足立区	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	健診結果が国保連から届くと同時に対象者を抽出し通知を送付している。 その後、保健センターの保健師が対象者に対して、訪問、電話の手段を用いて受診勧奨を行っている。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	特定健診結果から、①②を満たすこと ①HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dL ②質問票で血糖を下げる薬またはインスリン注射を使っていない	足立区医師会健診委員会に基準について意見を聴取し、実施方法なども調整、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 ・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・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	・翌年度の健診結果	H27	・面談 ・電話 ・個別通知	保健指導は個性があるため、内容は異なるが、保健指導の基本的な方法はパッケージとして行っている。	・重症化ハイリスク者	特定健診結果から ①から④すべてを満たすこと ①HbA1c7.0%以上 ②eGFR30以上60未満または尿蛋白(+)以上 ③質問票で血糖を下げる薬またはインスリン注射を使っている ④40歳以上70歳未満	対象者の抽出あたり、足立区医師会に基準や優先順位などの意見を聞き、実施前には医師会全会員に実施方法を周知している。実施後は医師会会員対象の健診説明会等を活用し結果報告を行っている。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・関係機関の間で意見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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
葛飾区	H28	・電話 ・個別通知	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。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	HbA1c6.5%以上で医療機関未受診が疑われる者。	事業実施にあたって、葛飾区糖尿病対策推進会議(医師会・歯科医師会・薬剤師会で構成)で事業内容の説明をし、意見を聴取した。	・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 ・関係機関の間で意見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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	医師の指示に基づき原則、3か月に1回、対面による保健指導を実施。初回面接は1時間程度の時間をかけ、本人の状況把握を行い、指導方針を定める。期間は最長1年間。	・重症化ハイリスク者	HbA1c7.0%以上	保健指導を委託している葛飾区医師会とかかりつけ医とで、お互いに情報共有し、医師の指示も受けている。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・関係機関の間で意見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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
江戸川区	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	・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ながらの勧奨を実施している。 ・かかりつけ医を早期につつけ、かかりつけ医による定期的な管理の必要性を伝える。	・医療機関未受診者	・40-64歳：特定健診の結果において、HbA1cが7%以上の者 ・65-74歳：特定健診の結果において、HbA1cが8%以上の者 ・健診の質問項目で「インスリンまたは血糖を下げる薬を服用していない」と回答した者で、レセプトの請求確認ができない者	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・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	—	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知 ・集団セミナー	支援開始時にかかりつけ医に記載いただく指示書の指示・目標値などをもとに、個々に合った塩分量や摂取カロリー制限などの食事指導や、無理のない範囲で実践できる運動指導などの、生活習慣改善プランを専門職数名で作成。希望があれば、糖尿病に適したレシピなども提供している。	・重症化ハイリスク者	・特定健診の結果において、HbA1cが8%以上の者。 ・健診の質問項目で「インスリンまたは血糖を下げる薬を服用している」と回答した者で、レセプトが確認できた者。※I型は除く	・江戸川区医師会と糖尿病専門医を交え、年に2回糖尿病対策連携会議体を設け、事業の進捗状況等の報告や、意見交換を行っている。 ・事業開始前に対象者の主治医より指示書を取得している。また、支援中に2回、主治医への報告書を作成し、対象者の状況や支援の進捗状況を報告している。	・看護師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか ・関係機関の間で意見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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—

平成30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	受診勧奨								保健指導								
	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標	その他の評価指標	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職	事業の評価指標	その他の評価指標
八王子市	H25以前	・電話 ・個別通知	・HbA1c7.0～7.9%とHbA1c8.0%以上で通知物の内容を変えて送付している。 ・HbA1c8.0%以上の方には電話勧奨を行う。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	・HbA1c7.0%以上 ・健診を挟む前後1か月の3か月間で糖尿病内服なし、血糖検査なし ・特定保健指導対象者を除く	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。以後毎月、対象者に受診勧奨した旨の通知を対象者が受けた健診医療機関に送付。	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H29	・面談 ・電話 ・運動教室	本人の希望やモチベーションに合わせて、面接の回数を変更している。	・医療機関未受診者	・40～69歳 ・HbA1c6.5～7.9% ・尿蛋白(±)またはeGFR30～60 ・健診時糖尿病治療なし ・特定保健指導対象外	・本人へ保健指導開催通知を送る際に、対象者の健診医療機関にも通知発送した旨を通知。 ・糖尿病連携手帳を使って、対象者を通じて保健指導の内容をかりつけ医に情報提供している。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
立川市	—	—	—	—	—	—	—	—	H26	・面談 ・電話	重点事項(目標)、血糖管理、食事、運動、セルフモニタリングの項目について、保健師と面談及び電話にて6か月間の生活指導を実施する。対象者の状況(数値より区分したA～D)の状況により面談と電話のバランス、回数などを変えている。	・重症化ハイリスク者	【前提】 (1)現病歴または既往歴に「糖尿病」または「糖尿病腎症」の記載がある。 (2)現在糖尿病に関する治療(内服またはインスリン)を受けている。 (3)空腹時血糖値 ≥ 130mg/dl または HbA1c値 ≥ 7.0% 【判定基準】前提の要件に該当する対象者について、eGFR及び尿蛋白の値によりABCDに分類する。	事業実施にあたって、立川市医師会に事業内容の説明をし、対象者の推薦を頂いている。また、プログラムの対象者のかかりつけ医師からは、生活指導確認書を提出してもらい、医師からのデータを提供してもらい、生活指導開始後はかかりつけ医師に面談の状況について書面にて報告している。	・医師 ・保健師 ・看護師 ・栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
武蔵野市	H30	・個別通知	過去3年の健診結果数値を記載し、数値によって色分けをした通知を送付している。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	・HbA1cの値が6.5%以上 ・e-GFRの値が30以上60未満に該当する者のうち過去1年間に(平成29年8月から平成30年7月診療分)においてレセプトによる糖尿病受療歴がない者	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。	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
三鷹市	H30	・電話 ・個別通知	対象者へ通知(個人の健診結果数値を記載)を個別送付する。	・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	空腹時血糖126mg/dl または HbA1c6.5%以上 かつ 前年度中に「糖尿病」で受診歴なし(H30.6月東京都国保連合会より提供のデータを使用)	対象者に対する勧奨通知内容について、三鷹地域活動栄養士会に意見を聴取した。	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H30	・面談 ・電話	生活習慣、医療の受診歴、服薬歴等を聞き取ったうえで、改善策を具体的にアドバイスする。	・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	空腹時血糖126mg/dl または HbA1c6.5%以上 かつ 前年度中に「糖尿病」で受診歴なし(H30.6月東京都国保連合会より提供のデータを使用)	対象者に対する面談について、三鷹地域活動栄養士会に委託して実施している。三鷹市医師会には、事業の方向性について確認し、まずはかかりつけ医など、医療につながることを目的とすることとした。	・保健師 ・管理栄養士	・プログラムに必要な人員を確保しているか ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
青梅市	H30	・面談 ・電話 ・個別通知	対象者へは通知にて勧奨し、連絡があった場合は個別に面談や電話勧奨を行う。	・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	以下のすべての要件を満たす者 1. 40歳から73歳の平成29年度特定健康診査の結果で空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上、または、レセプトデータにより糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴がある者 2. 平成29年度の特定健診の検査結果でeGFR30以上～45未満または尿タンパク(+)以上だった者、もしくは糖尿病性腎症、糖尿病性腎症第2期、第3期とレセプトで診断名のある者 3. 青梅市内の医療機関を受診している者(青梅市立総合病院は除く) 4. その他の病气(がん、難病、精神疾患、認知症など)を除く 5. その他(生活習慣病管理料などがレセプトで上がってきている方は除く)	関係団体の参加する会議において、受診勧奨の内容や取組状況について情報提供を行っている。また、市医師会および西多摩医師会へは、かかりつけ医への指示書の記載について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 ・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 ・受診勧奨を行った人数	—	H30	・面談 ・電話	個別指導のため、本人の理解度・ニーズに合わせた内容としている。	・重症化ハイリスク者	以下のすべての要件を満たす者 1. 40歳から73歳の平成29年度特定健康診査の結果で空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上、または、レセプトデータにより糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病治療歴がある者 2. 平成29年度の特定健診の検査結果でeGFR30以上～45未満または尿タンパク(+)以上だった者、もしくは糖尿病性腎症、糖尿病性腎症第2期、第3期とレセプトで診断名のある者 3. 青梅市内の医療機関を受診している者(青梅市立総合病院は除く) 4. その他の病气(がん、難病、精神疾患、認知症など)を除く 5. その他(生活習慣病管理料などがレセプトで上がってきている方は除く)	関係団体の参加する会議において、保健指導の内容や取組状況について情報提供を行っている。また、市医師会および西多摩医師会へは、かかりつけ医への指示書の記載について協力を依頼し、保健指導を実施後、書面にてかかりつけ医へ報告書を提出している。	・医師 ・保健師 ・薬剤師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—

平成30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	受診勧奨								保健指導								
	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標	その他の評価指標	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職	事業の評価指標	その他の評価指標
府中市	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	はじめに個別通知と電話での勧奨を行う。その後、受診行動が見られない方のうち、保健指導に参加された方には面談にて勧奨を実施する。保健指導に参加された方については、保健指導中も継続し受療確認し、適宜受診勧奨を実施する。	・医療機関受診中断者	1 健診データより (1)HbA1c7% (NGSP値) 7.0%以上または、空腹時血糖130mg/dl以上 (2)尿蛋白2+以上 (3)eGFR50(ml/分/1.73m <sup>2</sup> )未満 2 レセプトデータより (1)疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症(ただし、1型、慢性腎臓病等生活習慣病に起因しないと考えられるものは除外) (2)過去、糖尿病の罹患が確認できるが、直近3か月間医療機関を受診していない者	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。	・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 ・受診勧奨を行った人数	—	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	(1)対象者に通知発送後、電話による参加勧奨を行う。 (2)参加者には、訪問による初回面接を実施し、約1か月後に2回目面接を行う。 初回面接で生活習慣や受診状況、数値の確認等を行い、それらの情報を専門職で共有し、今後の目標設定や指導方針を検討し、2回目面接で行動計画を作成する。 (3)6か月間の継続的支援で、ニュースレターでの情報提供、電話支援を行う。 (4)6か月経過後、電話で目標の達成度、数値の改善等を確認し、評価する。	・重症化ハイリスク者	1 健診データより (1)HbA1c7% (NGSP値) 7.0%以上または、空腹時血糖130mg/dl以上 (2)尿蛋白2+以上 (3)eGFR50(ml/分/1.73m <sup>2</sup> )未満 2 レセプトデータより (1)疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症(ただし、1型、慢性腎臓病等生活習慣病に起因しないと考えられるものは除外) (2)過去、糖尿病の罹患が確認できるが、直近3か月間医療機関を受診していない者	(1)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。 (2)支援開始時は、対象者を通じて主治医に情報提供すると同時に、主治医の参加確認及び対象者への指示内容の把握を行う。 (3)行動計画作成時及び支援終了時、支援経過や結果等を記載した報告書を作成し、主治医に送付する。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	・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	H26	・電話 ・個別通知	・レーダーチャートにした検査結果と心血管病及び糖尿病の発症リスクを記載した受診勧奨通知文を郵送する。 ・通知後に電話で受療確認と未受療者には未受療理由の確認と再度受療勧奨を行う。拒否が強い場合は次年度の健診受診勧奨を行う。	・医療機関未受診者	・空腹時血糖126mg/dl以上 ・HbA1c6.5%以上 ・空腹時血糖110～125mg/dlかつHbA1c5.6～6.4%	調布市医師会と受診勧奨対象者抽出基準の協議を行い、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と結果報告を行っている。	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H26	・面談 ・電話	生活状況を確認し、主治医の療養指示に沿った目標設定や生活改善の提案を行っている。	・重症化ハイリスク者	2型糖尿病治療中で以下の条件に該当する方 ①HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上 ②尿蛋白2+以上 ③eGFR50ml/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 ④委託業者のプログラムで推定腎症期2期～4期に該当する方 ただし、がん・難病及び認知症等の効果が見込めない方は除外	・対象者の抽出基準に対する助言。 ・医師会を通して会員への事業周知を行う。対象者への案内の内容及び支援回数について医師会担当医師と協議を行い決定する。参加希望者の生活指導上の指示と検査結果を画面に記入し、保険年金課に送付することを依頼する。 ・医師会担当理事及び主治医と対象者を情報共有し、受診時に医師から利用勧奨を行ってもらう。 ・かかりつけ医には支援月ごとの支援報告書、支援終了時に事業報告書を送付して情報共有する。 ・参加前後の検査データについて医師会窓口担当医師に情報提供を行う。	・保健師 ・看護師	・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 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	・参加者の透析導入数・導入率
町田市	H29	・個別通知	・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。 ・抽出基準に当てはまる項目数と年齢に応じて受診勧奨のメッセージを変えている。	・医療機関未受診者	特定健診結果にて以下の条件に1つ以上該当しており、特定健診受診後6か月間医療機関を受診していない被保険者を対象としている。 ・HbA1c 6.5%以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 ・収縮期血圧 140mmHg以上 ・拡張期血圧 90mmHg以上 ・LDLコレステロール 140mg/dl以上 ・HDLコレステロール 34mg/dl以下	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 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H29	・面談 ・電話	6か月間の保健指導(面談指導2回、電話指導4回)を実施する。初回面談にて、各参加者の生活習慣等に応じて達成すべき目標を立てる。その目標に応じて食事指導や運動指導の内容を変えている。	・重症化ハイリスク者	現在糖尿病治療中であり、以下の条件を全て満たす被保険者を対象としている。 ・HbA1cが6.5%以上若しくは空腹時血糖が126mg/dl以上 ・eGFRが30～89ml/分/1.73m <sup>2</sup>	事業実施にあたって、町田市医師会に説明を行い、いただいた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いただくこととしている。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	・参加者の指導完了率
檜原村	—	—	—	—	—	—	—	—	H30	・面談 ・電話	対象者がより具体的にイメージ出来るよう、個々の状態により、フードモデルや食品交換表を用いて食事指導を行ったり、運動や内服薬に関して併せて指導している。	・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	レセプトデータ及び特定健診結果より分析を行い、「腎症の起因分析」「II型糖尿病を起因とした保健指導対象者」「保健指導対象者の優先順位」の3段階を経て対象者を抽出した。	近隣市町村と共同で地域医師会等に連携を依頼している。今後、対象者の保健指導についてかかりつけ医に情報提供等を行う予定。	・保健師	・実施していないが、今後実施する予定	—
奥多摩町	—	—	—	—	—	—	—	—	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	・面談3回、支援電話4回、情報提供5回 ・健診結果、治療状況の理解 ・生活習慣の振り返りと問題点の把握 ・主治医の指示内容の確認 ・生活改善計画の作成 ・疾病や健康生活に関する情報提供 ・取組状況と問題点の把握 ・取組状況に応じた生活習慣改善に向けた支援	・重症化ハイリスク者	糖尿病性腎症のレセプトのある被保険者のうち、早期腎症期～腎不全までの患者で、生活習慣を改善することで重症化を遅延させることが可能な者であり、比較的行動変容が現れやすい者。	事業実施にあたって、西多摩医師会に事業内容の説明をし、糖尿病重症化予防事業の参加者のかかりつけ医からも意見を伺い、事業にご理解をいただいた。	・栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合	・事業利用者の生活習慣改善率、検査値改善率

平成30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	受診勧奨								保健指導								
	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標	その他の評価指標	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職	事業の評価指標	その他の評価指標
日野市	H27	・個別通知	・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。	・医療機関未受診者	特定健診各検査項目について、日本人ドック学会の「健診結果判定区分表」に基づく判定結果(A～D)をそれぞれ(1点～4点)に点数換算した合計値等及び、国立国際医療研究センター疫学予防研究部の作成した2型糖尿病の発症リスクを予測するリスクスコアの組み合わせにより、対象者を抽出する。	事業実施にあたって、日野市医師会及び理事會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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H27	・面談 ・電話	・前年度プログラム終了者へ電話によるフォローの実施  今年度参加者の保健師による指導内容(面談2回・電話4回)は以下のとおり。 ・参加者の状態により、長期目標を立て(HbA1c7.0%以下を目指すなど)、血圧、体重、BMIの測定など、セルフモニタリングを継続することの必要性や、食事、運動、フットケア、など参加者の生活状況を聞き取りながら、その方に合った保健指導を実施した。また、平成30年度からは、「歯援プログラム」として歯科に関する指導も実施した。	・重症化ハイリスク者	前年度1年間に糖尿病のレセプトがある方で、eGFR 90(mL/分/1.73m <sup>2</sup> )未満の方。合併症無しの糖尿病のみの方から糖尿病性腎症4期の方を対象としている。 対象外：1型糖尿病患者、人工透析患者、eGFR 15(mL/分/1.73m <sup>2</sup> )未満	保健指導開始時に、生活指導確認書により、主治医からの対象者に対する指示内容を把握し、保健指導開始後は、市からかかりつけ医に対し毎月情報提供を行う。	・看護師	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容	—
多摩市	H30	・電話 ・個別通知	保健指導への申込がない対象者のうち、eGFRが50未満で未治療・治療中断者の方に、電話または直接自宅を訪問し、個別の状況を聞いたうえでその人に合わせた受診勧奨をしている。	・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	HbA1c6.5以上(NGSP値)または空腹時血糖126mg/dl以上、または随時血糖200mg/dl以上の糖尿病重症化予防事業対象者のうち、保健指導への申込がなかった者の中で、とくに糖尿病性腎症の病期が重い方	未治療・中断者の中で重症の者へ腎臓内科への受診を勧奨	・医療機関受診につながった人の人数 ・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	—	H25以前	・面談 ・電話	腎症病期に応じて実施内容を変えており、腎症2期以降の人には栄養士による食事指導を実施している。	・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	HbA1c6.5以上(NGSP値)または空腹時血糖126mg/dl以上、または随時血糖200mg/dl以上で、過去に糖尿病重症化予防事業に参加していない方	・主治医に診察情報提供書で療養指示をもらい、その内容を踏まえ保健指導する。 ・保健指導期間中に対象者の報告書を2回主治医に送付予定。	・薬剤師 ・栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
稲城市	—	—	—	—	—	—	—	—	H29	・面談 ・電話 ・個別通知	保健師による面談及び電話指導。 重症度によって回数変動する。	・重症化ハイリスク者	下記のうち、いずれかに該当するもの ・HbA1cが7.0%以上 ・現病歴/既往歴に「糖尿病」「糖尿病性腎症」の記載がある ・現在糖尿病治療を行っている	・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、主治医からの対象者に対する指示内容の把握を行う。 ・指導内容や基準について、専門分野の医師と協議を行う。	・保健師	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化	—
国立市	H28	・個別通知	事業の紹介、医師会所属医療機関紹介の案内、受診についてのアンケートを記載した受診勧奨通知を送付する。	・医療機関未受診者	特定健診結果において、①及び②の要件を満たすもの ①HbA1cが6.5%以上もしくは空腹時血糖126mg/dl以上の者 ②尿蛋白(±)以上もしくは空腹時血糖が140mgHgまたは拡張期血圧が90mmHg以上の者 ※癌、難病、精神疾患、認知症の患者は除外	事業実施にあたり、国立市医師会に事業内容を説明し意見を聴取した。	・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 ・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数 ・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	—	H26	・面談 ・電話	対象者の生活状況等を初回面談時にアセスメントし、個別の目標設定と、達成のための取り組みについて、対象者と相談員が協議の上決定する。 取り組みについての実施状況や達成状況を確認、評価し、それに沿った指導について提案している。	・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	特定健診結果において、 1)HbA1cが6.5%以上もしくは空腹時血糖126mg/dl以上の者であり、 2)尿蛋白(±)以上もしくは空腹時血糖が140mgHgまたは拡張期血圧が90mmHg以上の者※がん、難病、精神疾患、認知症の患者は除外	保健指導内容を市で確認し、保健指導実施事業者より主治医へ経過報告書を送付し、情報提供を行っている。	・保健師 ・栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—

平成30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	受診勧奨								保健指導								
	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標	その他の評価指標	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職	事業の評価指標	その他の評価指標
狛江市	H29	・個別通知	特定健診データとレセプトデータを合わせて健診異常値放置者を特定し、年1回通知を送付する。 通知送付後の医療機関受診状況についてはレセプトデータを分析して追跡調査し、事業の評価を行う。	・医療機関未受診者	HbA1c 6.5以上かつ空腹時血糖 126以上	受診勧奨判定値について、市医師会の公衆衛生担当理事の助言を受けて設定しています。	・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H29	・面談 ・電話	対象者の年齢、性別、既往歴等、個人の状況に合わせた指導によって生活習慣の改善を促している。 指導の内容は、疾病の重症度に応じて指導回数を増加させることで、介入の度合いに変化を持たせている。	・重症化ハイリスク者	選定条件 ・eGFR 30以上～90未満 除外条件(以下のいずれかに該当すること) 1型糖尿病患者、人工透析患者、eGFR 15(mL/分/1.73m)未満	対象者の選定条件について、糖尿病専門医である市医師会の公衆衛生担当理事の助言を受けて設定しています。また、事業の実施について、年度当初の医師会説明会にて説明し、対象者の紹介や保健指導への協力を依頼しています。	・保健師 ・看護師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合	—
小金井市	—	—	—	—	—	—	—	—	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	生活習慣について、初回面談時にアセスメント調査を行い、その調査結果とかりつけ医から提供される「生活指導内容の確認書」に基づき、個別の支援目標をたてていく。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上 ・腎機能が低下していること(尿タンパク以上) ・血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60(ml/分/1.73m)未満	市で抽出した対象者を医療機関で確認。状況に応じて対象者の除外もしくは追加をいただいている。 保健指導の委託業者とかりつけ医との間で、支援内容や支援目標等の情報共有を実施。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
武蔵村山市	H29	・電話 ・個別通知	レセプトデータの受診歴から次の予測受診時期を経過しても未受診のかたを治療中断とし受診勧奨対象としている。 一回目の勧奨は個別通知を実施。(治療せず放置することにより重症化すること等を明記したものを) その後、レセプトデータより受診が確認できないかたを二回目の再受診勧奨対象者とし、看護師からの電話による受診勧奨及び保健指導を行っている。	・医療機関受診中断者	平成29年4月から平成30年3月までのレセプトデータの受診歴から次の予測受診時期を経過しても未受診のかたを治療中断とし受診勧奨対象としている。 一回目の発送後、レセプトデータより受診が確認できない者を二回目の再受診勧奨対象者とする。	事業実施にあたり、武蔵村山市医師会医療機関に事業内容の説明を行った。	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H28	・面談 ・電話	糖尿病性腎症の病期により、面談回数や電話回数を変えている。また、病期に応じてCKDに関する基礎知識の教育指導や糖尿病と腎臓病の食事療法の指導等を行っている。	・重症化ハイリスク者	・レセプトより、糖尿病及び腎症の起因分析を行い、生活習慣を起因としていない1型糖尿病や腎症の起因が糖尿病と特定できないものを除く。 ・病名・診療行為・投薬状況・健診データ等より腎症病期を階層化する。 ・がん、難病、精神疾患、認知症等指導に不適宜かたは除く。 ・また、かかりつけ医との連携の関係等より、市内医療機関受診者を対象とする。	事業参加に当たり、かかりつけ医から生活指導確認書を提出してもらい、目標値等の指示内容の把握を行っている。 また、毎月、目標や保健指導内容等の報告書をかかりつけ医に送付し連携を図っている。	・看護師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
東大和市	H25以前	・個別通知	・治療中断者には、継続を促すハガキを送付する。 ・異常値放置者には、健診の結果が記されている通知を送付して、受診を促す。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	・HbA1c6.5 以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病 ・糖尿病関連の服薬あり	事業の実施にあたって、東大和市医師会に、事業内容の説明をし、助言をいただいた。	・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	①かかりつけ医に改善に向けての目標値(体重、HbA1c値、血圧、運動制限の有無、食事の摂取カロリー、塩分量、たんぱく質量)を設定してもらう ②生活習慣、通院状況及び食事内容の確認 ③上記①、②に基づき、生活改善計画及び指導内容を決める ④面談、電話、手紙で③の実施をサポート(実践状況の確認、悩み相談等) ⑤指導実施後に生活習慣の変化及び血液検査の数値を分析し、指導の成果を確認する	・重症化ハイリスク者	ステージが2または3で、かかりつけ医が東大和市内の医療機関である方。	かかりつけ医に生活指導内容確認書を記入してもらい、それに基づき保健指導を実施する。保健指導実施後に、かかりつけ医へ保健指導内容について情報提供を行う。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
東村山市	H27	・電話 ・個別通知	以下の内容を記載した受診勧奨通知を送付する。 ・過去3ヶ年の検査結果 ・検査結果のリーダーチャート ・糖尿病の発症リスク・心血管病の発症リスク	・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	・HbA1C 6.5以上:医療機関未受診者へ勧奨通知 ・ハイリスク者:通知勧奨後、さらに未受診の場合、「糖尿病発症リスク区分」の「既発症」を優先し医療機関受診への電話勧奨を行う。 ※リスク区分:健診検査値をもとに、健診受診後10年間の糖尿病の発症リスクを算出し、同性同年齢の平均的な発症リスクと比較した結果を倍率で表示。 判定方法は公益社団法人久山生活習慣病研究所の研究結果に基づく。	東村山市医師会へ事業説明し意見聴取した	・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 ・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 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H27	・面談 ・電話 ・個別通知	かかりつけ医同意のもと治療を継続しながら、個別のプランを作成し、食事・運動及び服薬等について面談・電話・レターにより6か月間の保健指導(重症化予防プログラム)を行う。主治医へ初回・中間及び終了報告書を提出する。 市保健師は面談会場に同席し、市独自に体成分分析・塩分量測定を行い、プログラム強化と業者の指導内容等の確認・調整を行う。終了後は終了者の継続フォローを年2回(来所面談)行う。	・重症化ハイリスク者	過去1年分のレセプトの中で糖尿病の治療歴がある方を抽出し、傷病管理システム(特許第5203481号)を使用して病期2期～4期までを階層化する。 がん、難病、精神疾患、内臓、透析予防管理料は除外する。	・保健師 ・管理栄養士	・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 ・保健指導の実施者は専門の職員を置くなどして、実施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 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	・指導実施率	
清瀬市	H26	・個別通知	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。 6か月後にレセプト情報から受診状況を評価し、受診歴が確認できない場合は、再度手紙やアンケート送付により状況確認を行う。	・医療機関未受診者	・40歳以上75歳未満 ・平成30年度健診結果より2型糖尿病(HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上) ・尿蛋白(+)以上 ・レセプト情報で糖尿病受診歴なし	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。	・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 ・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	医療機関を受診しない者への記名でのアンケート調査	—	—	—	—	—	—	—	—	—

平成30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	受診勧奨								保健指導								
	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	事業の評価指標	その他の評価指標	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	地区医師会等関係機関への情報提供等	携わっている専門職	事業の評価指標	その他の評価指標
東久留米市	H30	・個別通知	3月中実施予定、通知内容について現在検討中。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	HbA1c6.5以上	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。	・実施していないが、今後実施する予定	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
西東京市	H30	・個別通知	対象者の健診数値を表に表し、また健康年齢に置き換えて、案内している。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	被保険者HbA1cが6.5以上で医療機関への受診が確認できない対象者に通知を実施した。	事業実施にあたって、西東京市医師会に事業内容の説明を行い、主治医に参加の確認等を得ている。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意見を聴取した。	・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 ・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人の人数	—	H26	・面談 ・電話	個別の面談のため、保健師が初回で対象者の状況を確認する。対象者が困っているところ、理解していないところ等について、病気の認識度に併せて指導を実施している。	・重症化ハイリスク者	以下の両方の基準に該当する者 ・空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上 ・尿蛋白(±)以上	事業実施にあたって、西東京市医師会に事業内容の説明を行い、主治医に参加の確認等を得ている。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意見を聴取した。	・保健師 ・看護師	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・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 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
小平市	H30	・電話 ・個別通知	受診勧奨通知の1回目は、治療の再開のお願いと、治療をしないとうなるかを伝える通知を送付する。受診勧奨通知の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を送付する。	・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者の受診状況(平成30年3月から平成30年8月)を確認し、糖尿病関連疾患の受診がない者を受診勧奨の対象者とする。	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。	・評価を実施していない	—	H27	・面談 ・電話	生活習慣の改善に必要なさまざまな知識・手法を身につけた相談員が、豊富な個別支援の経験をもとに、6か月間にわたり支援を行う。6か月のプログラムの中で、訪問による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継続できるように日常に根づいたものとしている。	・重症化ハイリスク者	以下の基準のいずれかに該当する者 ・空腹時血糖 130mg/dl以上 ・HbA1c 7.0%以上 ・尿蛋白 2+以上 ・eGFR 50ml/分/1.73㎡未満 ・特定のレセプト請求(薬剤)がある者 ・レセプト請求において特定の疾患名がある者 ・重症度2及び3の者 ・重症度2 eGFR30以上45未満または尿蛋白(+)以上 腎症2期・3期 ・重症度3 eGFR45以上60未満、糖尿病合併症あり(腎症なし)または腎症1期	プログラム参加申込時に、主治医にプログラム参加確認書を記入してもらい、参加者の情報の提供を受けている。また、主治医にプログラム終了後に、対象者のプログラムの参加状況の情報を提供している。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・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 ・対象者のうち、保健指導が実施できた割合 ・生活習慣改善への行動変容 ・対象者の検査値の改善率 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—