

平成29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					地区医師会及びかかりつけ医への情報提供等	連携している専門職	事業の評価指標
	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	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			
江東区	—	—	—	—	—	H24以前	・面談 ・電話 ・個別通知	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。	・重症化ハイリスク者	・空腹時血糖126mg/dl以上 又は ・HbA1c6.5%以上 で ・糖尿病治療中の者	委託業者から、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、指導内容や支援の進捗を書面で報告する。	・医師 ・保健師 ・管理栄養士	・初回面談実施人数 ・事業終了率 ・HbA1c数値や体重等の検査数値の改善者数
品川区	H24以前	・電話 ・個別通知	対象者全員に通知を発送、高緊急度の方には通知発送後に保健師が電話で受診勧奨。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	・HbA1c 6.5以上 ・血圧 140/90以上 ・LDL 140以上 かつ 中性脂肪 300以上 ・尿蛋白 2+以上 又は eGFR 50未満 ・過去4ヶ月に生活習慣病での治療がない	H25	・面談 ・電話 ・個別通知	初回面談で対象者の生活習慣等の聞き取りをし、一人一人に合った支援プランを立てる。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 7.0以上 ・血圧 160/100以上	特定健診結果から対象基準該当者を健診実施医療機関ごとにリストアップし、医療機関へ提供、主治医より区へ紹介してもらう仕組みとしている。利用の際には、医師による指示書の記載を必須とし、医師の治療方針に合った支援を実施。保健指導開始後は、初回及び最終報告を書面にて実施。	・保健師 ・管理栄養士	・実施件数、実施率(受診勧奨) ・基準該当未受診者数 ・実施者の医療機関受診率(保健指導) ・基準該当コントロール不良者数 ・実施者の改善率(高緊急度からの改善)
大田区	H29	・個別通知	中断していないか、重症化のリスク、継続治療の大切さについての文書を発送、保健師手書きの文書も添付。	・医療機関受診中断者	・レセプトの疾患名がⅡ型糖尿病 ・糖尿病関連の服薬あり	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	6か月間の保健指導期間内に、初回面談を含む面談3回、電話支援3回、手紙支援3回を実施。次年度に電話でフォローアップを実施して、本人の行動変容を確認。	・重症化ハイリスク者	・レセプトの疾患名がⅡ型糖尿病 ・糖尿病関連の服薬あり	委託事業者が抽出し、区が選定した対象者に事業プログラムを送付し、参加者を募集。参加者がかかりつけ医に事業参加の希望を伝え、現時点の生活習慣確認書を作成してもらい、区に送り返してもらう。区で事業説明を行うと同時に確認書作成費用がかかりつけ医に振り込む。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・実施人数 ・従前従後の検査数値
世田谷区	H29	・電話 ・個別通知	対象者の血糖等の健診結果を掲載した通知を発送。	・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 ・過去糖尿病の罹患が確認できるが、直近3ヶ月に受診なし	H29	・電話 ・個別通知	医師の指示書(生活指導確認書)に基づいて保健指導の方針を決めているので内容は異なる。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 30～59 かつ 尿蛋白ー以上 ・eGFR 30～ かつ 尿蛋白±以上	保健指導利用者の指導の実施状況についてかかりつけ医に適宜、手紙で情報共有している。かかりつけ医は、利用者の保健指導の申込みにあたって実施可能かどうかを判断し、問題がなければ指示書(生活指導確認書)に最新の検査結果等を記載してもらい保健指導事業者へ情報提供してもらっている。	・医師 ・保健師 ・管理栄養士	・事業の予算、医療機関との連携体制 ・保健指導の内容 ・未受診者の受診率、保健指導利用率、検査データの改善率 ・保健指導利用者の健康の維持、改善
渋谷区	H29	・個別通知	受診しているか、高血糖のリスク、早期受診の大切さ、健診結果についての文書を発送、糖尿病に関するパンフレットも同封。	・医療機関未受診者	・HbA1c 6.5以上 かつ 尿蛋白±以上	H29	・面談 ・電話 ・個別通知	症状・年齢・性別・他の理由に応じて、栄養指導や運動指導を組み合わせている。電話やメール、通知等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	・HbA1c 7.0以上 かつ 尿蛋白±以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病関連 ・糖尿病関連の服薬あり(CKD3～4期相当でかかりつけ医が保健指導が必要と判断した者)	区医師会に委託し、かかりつけ医にリストを送付、かかりつけ医から勧奨を行ってもらう。かかりつけ医は指導方針の文書を提出し、指導中は、毎月の報告書により指導内容の情報を把握した上で、必要であれば方針の変更や助言等を行う。指導終了後に本人からの依頼を受けて、かかりつけ医より直近の検査情報を取得する。	・保健師	・連携体制が機能したか ・対象者の事業参加率、満足度 ・目標受診率の達成状況 ・保健指導参加者の行動変容、検査値
中野区	H29	・電話 ・個別通知	受診勧奨と保健指導参加勧奨を合わせて、電話及び通知を発送。	・医療機関未受診者	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 30以上90未満 ・尿蛋白 ±以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 (eGFR 60以上の場合、尿蛋白±以上、随時血糖 200mg/dl以上)	H29	・面談 ・電話	参加者個人の状況やニーズに沿った個別の支援計画を作成し、食事指導・運動指導・服薬指導・血糖管理を行う。また、重症度によって指導回数を変えている。(糖尿病性腎臓病患者においては、低たんぱく食指導及びカリウム制限等の食事指導も含む)	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 30以上90未満 ・尿蛋白 ±以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 (eGFR 60以上の場合、尿蛋白±以上、随時血糖 200mg/dl以上)	保健指導実施にあたっての注意事項等を記載する生活指導内容書を作成をかかりつけ医に依頼。また、保健指導の結果について毎月郵送による報告を行う。	・看護師	・事業の予算、医師会との連携体制 ・参加者数、終了者数 ・参加者の満足度、生活習慣の維持、検査値の改善 ・要介護率、要透析率の変化
杉並区	H24以前	・電話 ・個別通知	委託事業者の専門職が、健診データを基に、対象者の状態に応じて電話勧奨。	・医療機関未受診者	・HbA1c 6.5以上 ・健診の問診項目で血糖、脂質、血圧の服薬がなく、特定保健指導の対象外	H27	・面談 ・電話 ・個別通知 ・一斉周知	面談2回+電話6～10回。初回面談では主治医の指示内容をもとに対象者の既往歴、生活状況、取り組みの姿勢や希望を把握し、6か月間の目標を設定。生活状況や治療内容の変化にも対応し指導。	・重症化ハイリスク者	(ア)に該当し、かつ(イ)、(ウ)又は(エ)に該当する者。 (ア)HbA1c 7.0以上または空腹時血糖 130以上 (イ)eGFR 60以下かつ尿蛋白 ± (2年連続)又は尿蛋白 +以上 (ウ)eGFR 45以上60未満かつ尿蛋白ー以上 (エ)eGFR 30以上45未満かつ尿蛋白ー以上	指導開始前に主治医から区書式の生活指導確認書をいただき、治療方針を確認。指導内容の報告を毎月主治医あてに郵送している。	・医師 ・看護師 ・管理栄養士	・事業の予算、連携体制 ・利用者数 ・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

平成29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				地区医師会及びかかりつけ医への情報提供等	連携している専門職	事業の評価指標		
	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	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
豊島区	H27	・面談 ・電話 ・個別通知	3年間の特定健診結果を総合的に判断し、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	・HbA1c 6.5以上かつ糖尿病薬未服薬	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	・HbA1c 6.0～6.4かつ糖尿病薬未服薬	医師会との健診検診協議会にて事業検討し、合意のもと実施している。	・保健師 ・管理栄養士	・実施人数、実施率、開催回数 ・治療中断者数 ・HbA1cの値 ・生活習慣の改善
荒川区	H28	・個別通知	中断していないか、重症化のリスク、継続治療の大切さについてのハガキを発送。	・医療機関受診中断者	・レセプトの疾患名が糖尿病	H25	・面談 ・電話 ・個別通知	申込み時に参加希望者から提出された「問診票」及び1回目の面談から、生活状況を聞き取り個々それぞれの改善計画を立て保健指導していく。	・重症化ハイリスク者	・レセプトの疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症 ・糖尿病関連の服薬あり(レセプトデータを基に傷病名や投薬状況を分析し、病期別に階層化(I期からV期)を行う。その中で行動変容が表れやすい集団(主にⅢ期を中心)に対象者を抽出)	・プログラム参加の声掛けの協力 ・プログラム開始後、2か月に1回(計3回)、書面にてかかりつけ医に保健指導の内容等を報告。かかりつけ医に診察時の状況を踏まえアドバイスをもらう。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・前年から改善した事業になっているか ・プログラム参加者数及び完了者数 ・プログラム参加者の人工透析導入者数
板橋区	H28	・電話 ・個別通知	封書での受診勧奨後に、電話でも受診勧奨(最大3回)。電話は保健師又は看護師の有資格者から行い、対象者の病状や受診状況に応じた受診勧奨を実施。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	・HbA1c 7.0以上 ・尿蛋白 +以上又はeGFR 60未満 ・過去9ヶ月糖尿病の服薬なし	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	かかりつけ医が記入した「糖尿病重症化予防指導確認書」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、血糖管理及びフットケア等を実施。糖尿病性腎臓病患者においては、低たんぱく食指導及びカリウム制限等の食事指導を含む。臨床経験数年以上、または慢性疾患全般の指導に関する教育を受けている保健師又は看護師の有資格者が実施し、病状や生活習慣等個別性のある保健指導を行っている。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	・HbA1c 7.0以上 ・尿蛋白 +以上又はeGFR 60未満 ・過去9ヶ月糖尿病の服薬なし	かかりつけ医あてに、月に1回、保健指導の支援内容を郵送で報告し、必要に応じて対象者を通じて、かかりつけ医からの指示の把握を行う。	・医師 ・保健師等 ・栄養士	・重症化予防指導実施者数 ・医療機関受診が確認できた者の割合 ・実施者の検査値 ・実施者の人工透析患者数 ・目標設定で生活習慣改善が達成された者の割合
練馬区	H24以前	・電話 ・個別通知	未受診者には、受診案内に練馬区糖尿病連携医療機関マップを添付し、専門医の受診を勧奨。糖尿病以外で受診の方には、かかりつけ医に糖尿病の受診を促す。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	・HbA1c 7.0以上 ・CKDステージ G3aのA1～A3又はG3bのA1～A3 ・レセプトの疾患名が糖尿病 ・過去糖尿病の罹患が確認できるが、一定期間受診なし	H26	・面談 ・電話 ・個別通知	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。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 7.0以上 ・CKDステージ G3aのA1～A3又はG3bのA1～A3 ・レセプトの疾患名が糖尿病	「糖尿病重症化予防プログラム 生活指導内容の確認書」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。また、支援経過についてかかりつけ医に定期的に報告する。	・保健師 ・管理栄養士	・予算の確保、医師会との連携体制 ・委託業務の管理 ・受診勧奨延べ実施者数、個別支援延べ利用者数 ・受診勧奨による受診開始率 ・1人当たり医療費 ・人工透析患者数
足立区	H26	・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、合併症について記載した通知を発送。2ヶ月後にレセプトを確認して未受診の場合、保健センターの保健師が訪問、面接、電話で受診勧奨。その際、個別の健診結果が入っている保健指導教材を数種類用意し、対象者の状態や理解度に応じて実施。	・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 7.0以上 ・空腹時血糖 130mg/dl以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病 ・過去糖尿病の罹患が確認できるが、直近3ヶ月に受診なし	H27	・面談 ・電話 ・個別通知	対象者の理解度や治療内容、治療目標など、個々の状況に合わせて、保健師、管理栄養士がチームを組んで指導を実施。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 7.0以上 ・eGFR 15以上 50未満 ・尿蛋白 2+以上 ・40～69歳 ・かかりつけ医がある	医師会の理事会、医師会糖尿病重症化予防部会、医師会研修会等で事業の紹介、報告を行い、ご意見、助言をもらっている。合わせて、医師会加入全医療機関に文書で実施の報告と情報提供。保健指導実施希望者を通して、かかりつけ医から指示書をもらう。保健指導実施の翌月には委託先事業者からかかりつけ医に面接・電話指導の報告を文書で行っている。翌年度には、医師会に実施結果報告を行っている。	・保健師 ・管理栄養士	・関係機関との連携 ・実施者数、面接や電話の実施回数 ・HbA1c、eGFR数値の改善 ・行動変容ステージの変化、リテラシーの向上
江戸川区	H24以前	・面談 ・電話 ・個別通知	放置する危険性や将来への影響等を、対象者の年齢や家族構成、生活環境等に合わせながら勧奨。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も伝える。	・医療機関未受診者	・HbA1c 7.0以上(40～64歳) ・HbA1c 8.0以上(65～74歳) ・健診の問診項目でインスリン又は血糖を下げる薬の服薬なし ・糖尿病のレセプトが確認できない(65～74歳)	H25	・面談 ・電話 ・個別通知 ・集団セミナー	かかりつけ医が記入した生活指導確認書の指示・目標値などをと、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等も提供。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 8.0以上 ・健診の問診項目でインスリン又は血糖を下げる薬の服薬あり ・レセプトの疾患名が糖尿、高血糖	H29年度から医療機関連携を開始した。事業参加意思のある対象者のかかりつけ医に、生活指導確認書にて指示・目標値などの記載を依頼。その後、事業実施期間中2回にわたり実施報告書をかかりつけ医へ提出。その他、医師会(糖尿病専門医含む)と糖尿病連携会議体を設け、年2回事業に対しての報告・助言等を行っている。	・看護師 ・管理栄養士	・実施率 ・受診者数 ・血糖値、HbA1c数値の改善 ・生活習慣の改善

平成29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				地区医師会及びかかりつけ医への情報提供等	連携している専門職	事業の評価指標		
	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	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
八王子市	H29	・面談 ・電話 ・個別通知	個別通知を発送後、専門職(保健師・管理栄養士)による電話勧奨。運動教室参加者に個別相談を設定し、受診勧奨。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 60未満 ・尿蛋白 +以上	H29	・面談 ・電話 ・個別通知	対象者に個別通知を送付後、専門職(保健師・管理栄養士)による電話指導。希望があれば面談を行う。運動教室参加者に個別相談を設定し、保健指導に繋げる。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 60未満 ・尿蛋白 +以上 ・糖尿病未治療者	未受診者リストを情報提供。対象者を通じて保健指導の内容をかかりつけ医に伝えたり、かかりつけ医からの指示内容を確認したりしている。	・保健師等 ・栄養士	・通知数、架電率 ・参加率 ・参加者の検査値の改善状況 ・参加者の行動変容
立川市	—	—	—	—	—	H26	・面談 ・電話	個々の対象者について、病状や数値によりステージを設定し、面談回数、電話回数を設定している。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 7.0以上 ・eGFR 60未満 ・空腹時血糖 130mg/dl以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症 ・糖尿病関連の服薬あり	参加者のかかりつけ医より生活指導確認書を提出してもらい病状や各項目の数値などを把握している。かかりつけ医へはプログラムの指導状況を月1回程度報告し、連携して食習慣や運動など生活習慣の改善を進めている。	・保健師 ・看護師 ・栄養士	・医師会との連携体制 ・参加者数 ・面談、電話回数 ・血圧、BMI、HbA1c数値 ・自己効果感、QOL等
青梅市	H29	・個別通知	主治医への定期的な受診と生活習慣の改善の大切さについて記載した文書と、リーフレットを発送。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 60未満 ・空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上 ・尿蛋白 +以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病 ・糖尿病関連の服薬あり ・過去糖尿病の罹患が確認できるが、直近6ヶ月に受診なし ・糖尿病性腎症 第2・3期	—	—	—	—	—	対象者に対し、尿アルブミン検査の実施を促すことにより、かかりつけ医との連携を図る。	・医師 ・保健師 ・管理栄養士	・医師会との連携 ・受診勧奨と共に促す尿アルブミン検査の実施数 ・実施人数、実施率 ・受診継続の状況、生活習慣の改善、意識の変化 ・人工透析者数の推移
府中市	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	個別通知と電話での勧奨後、未受診者で保健指導参加者には面談にて受診勧奨。保健指導参加者は、保健指導中も継続して受診確認し、適宜受診勧奨実施。	・医療機関受診中断者	・HbA1c 7.0以上 ・eGFR 50未満 ・空腹時血糖 130mg/dl以上 ・レセプトの疾患名がⅡ型糖尿病、糖尿病性腎症 ・過去糖尿病の罹患が確認できるが、直近3ヶ月に受診なし	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	面談2回、電話5回、手紙等により、保健師・看護師・管理栄養士が6ヶ月間指導する。服薬管理や食事療法、運動療法、家族を巻き込んだ生活習慣改善指導等を行う。	・医療機関受診中断者	・HbA1c 7.0以上 ・eGFR 50未満 ・尿蛋白 2+以上 ・空腹時血糖 130mg/dl以上 ・レセプトの疾患名がⅡ型糖尿病、糖尿病性腎症 ・過去糖尿病の罹患が確認できるが、直近3ヶ月に受診なし	・医師会への事業説明・助言 ・主治医からの情報提供を基に行動計画を作成 ・主治医に対し、行動計画作成時、支援終了時に支援経過や結果等報告	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士 ・健康運動指導士	・関係機関との連携 ・実施率 ・指導完了者の生活習慣改善率 ・指導完了者の検査値改善率 ・指導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疾患及び糖尿病の発症リスクを記載した通知を発送。通知後に電話で受診勧奨。拒否が強い場合には、来年度の健診受診勧奨を実施。	・医療機関未受診者	・HbA1c 6.5以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 ・空腹時血糖 110~125mg/dl以上かつ HbA1c 5.6~6.4 ・レセプトの疾患名が糖尿病	H26	・面談 ・電話	個別支援のため支援回数は変わらないが、かかりつけ医の指示に合わせた内容にしている。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 7.0以上 ・eGFR 50未満 ・空腹時血糖 130mg/dl以上 ・尿蛋白 2+以上 ・レセプトの疾患名がⅡ型糖尿病 ・糖尿病関連の服薬あり	・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回数について、医師会窓口担当医師と協議を行い決定する。 ・対象者を通じて事業への参加可否と生活指導上の指示を書面に記入・送付することを依頼する。 ・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、医師会には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。	・看護職	・対象者の選定、通知内容 ・医師会及び医療機関への説明 ・事業参加者数、終了者数 ・対象者の検査値 ・生活習慣の改善
町田市	H29	・個別通知	放置する危険性を伝え、早期受診を勧奨。抽出基準該当数や年代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	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 30以上60未満 ・血圧 140/90以上 ・LDL 140以上、HDL 34以下 ・健診後6か月以上医療機関受診なし	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	・eGFR 30以上60未満 ・レセプトの疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症	・市医師会と連携し、かかりつけ医がプログラム参加指示書の記入、候補者への参加勧奨を実施。 ・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 ・栄養士	・医師会等を含めた事業実施体制 ・医師会等との連携 ・指導実施者数 ・指導完了者の生活習慣改善、人工透析移行者数
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、心血管病発症リスク、健診各検査項目のレーダーチャートを記載した文書を発送。	・医療機関未受診者	・HbA1c 6.5以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 ・血圧 140/90以上 ・LDL 30未満 又は 200以上 ・HDL 30未満 又は 120以上(「糖尿病発症リスクスコア」で発症確率6%以上) ・過去糖尿病の罹患が確認できるが、直近12ヶ月に受診なし	H27	・面談 ・電話	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5回程度実施する。	・重症化ハイリスク者	・レセプトの疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症 ・過去糖尿病の罹患が確認できるが、直近12ヶ月に受診なし	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。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・医師会、委託先、市の協力体制 ・事業準備、指導方法 ・対象者数、実施人数、終了者率 ・透析患者数 ・検査値 ・自己効果感、QOL

平成29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				地区医師会及びかかりつけ医への情報提供等	連携している専門職	事業の評価指標		
	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	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
多摩市	—	—	—	—	—	H25	・面談 ・電話 ・個別通知	・対象者の生活や食事状況等の聞き取りを行い、改善できそうな生活習慣に関する目標を専門職と一緒に考える。 ・面談の他に電話や手紙等のフォローを行い、改善に向けてサポートしていく。 ・6か月後の最終面談時には目標の達成状況を確認。	・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 ・eGFR 50以上 ・空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上	・対象者を通じて主治医に診療情報提供書を書いていただき、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回主治医に送付している。	・保健師 ・管理栄養士	・従事人員数、実施体制 ・実施人数、実施率、保健指導継続率 ・未治療、治療中断者への保健指導実施数 ・検査値 ・健康意識の変化、生活習慣の改善
稲城市	—	—	—	—	—	H29	・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、血糖管理及びフィジカルケア等とする。糖尿病性腎臓病患者においては、低たんぱく食指導及びカリウム制限等の食事指導も含む。重症化リスクに応じて電話や面談の回数を設定している。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 7.0以上 ・尿蛋白 十以上 ・空腹時血糖 130mg/dl以上	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。	・保健師又は看護師 ・栄養士	・対象者への事業実施状況 ・実施者の検査値、内服薬の増減を未実施者と比較 ・対象者のうち人工透析移行者数
国立市	H26	・電話 ・個別通知	対象者にアンケート方式で受診状況を確認する通知を発送。回答があれば事業と医師会所属の医療機関を紹介し、希望があれば医療機関にも担当医になるよう依頼。アンケート以降は電話勧奨になるため、聞き取り内容に応じて勧奨内容を変えている。	・医療機関未受診者	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 60以下 ・尿蛋白 十以上 ・血圧 140/90以上	H26	・面談 ・電話 ・個別通知	対象者の状況に応じた目標設定を最初の面談でアセスメントし、目標達成に向けての具体的な取組を面談者と協議したうえで決定し、取組の進捗状況と管理を行う。面談は、家族を同伴したり、面談の場所や時間について柔軟に対応できるようにしている。	・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	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 60未満 ・尿蛋白 十以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 ・血圧 140/90以上 ・現在医療機関を受診していない	・レセプトデータから対象者の受診医療機関を特定し、医療機関にリストの提供や参加勧奨を依頼。 ・参加者については、事業開始前と実施後の検査データをいただく。 ・面談(前3回)毎に参加者の担当医に対し「実施状況報告書」を提出。実施内容について担当医に進捗状況の報告を行い、担当医から指示・提案を伺う機会としている。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・実施人数、事業終了者数 ・終了者の病期進行状況 ・検査値(収縮期血圧、拡張期血圧、血糖値、HDL、LDL) ・参加者の自己管理とQOLに関する主観的な評価
狛江市	H29	・個別通知	異常値のある項目が一目でわかるよう、特定健診の検査結果データをチャートで表示し、医療機関での受診を促す文言を掲載。	・医療機関未受診者	・HbA1c 6.5以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病	H29	・面談 ・電話	糖尿病性腎症の重症度に応じ、指導方法及び回数を設定している。 軽中度：指導期間6ヶ月 面談2回 電話6回 中高度：指導期間6ヶ月 面談2回 電話10回 高度：指導期間6ヶ月 面談3回 電話9回 指導内容については対象者の状況に基づいたものとしている。	・重症化ハイリスク者	・eGFR 30以上90以下 ・レセプトの疾患名がⅡ型糖尿病	医師会の公衆衛生担当理事(糖尿病専門医)の助言を踏まえて候補者選定等を行うこととし、この点を含めた事業の実施について医師会向けの説明会を開催して協力を要請している。 また、指導対象者のかかりつけ医に対しては、事業への参加勧奨の事前に、個別に文書での協力を依頼するとともに、指導の実施状況について月次報告書を提出している。	・保健師 ・看護師	・かかりつけ医との連携 ・指導実施率 ・検査値改善率
小金井市	H28	・電話 ・個別通知	参加案内文書等を送付した対象者に、発送日から数日後に電話し、「重症化予防プログラム」の詳しい内容説明及び同意を得られるよう勧奨。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 44以下 ・尿蛋白 十以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上	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 ・eGFR 44未満 ・尿蛋白 十以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上	・対象者リスト作成のための、対象者の追加及び除外の判断に係る協力 ・指導委託業者から、かかりつけ医へ指導内容・支援目標等の報告及び相談を行っている。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・管理運営体制、方法 ・実施人数 ・指導実施対象者の糖尿病性腎症における病期進行者数
武蔵村山市	H29	・電話 ・個別通知	8月の初回勧奨通知後、電話で再勧奨予定。	・医療機関受診中断者	・レセプトの疾患名が糖尿病、Ⅱ型糖尿病 ・糖尿病関連の服薬あり ・レセプトを分析し受診頻度を推測、最後の受診からその受診頻度が経過するも受診なし	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、病期に応じた指導をしている。	・重症化ハイリスク者	・レセプトの疾患名がⅡ型糖尿病、糖尿病性腎症 ・糖尿病関連の服薬あり	毎月、長期目標や保健指導内容を記載した月次報告書をかかりつけ医に送付。その際に問合せ先を明記している。	・臨床経験3年以上の看護師	・委託による実施報告書の確認 ・保健指導実施率 ・辞退者数 ・クレアチニン数値の改善 ・参加者の人工透析移行者数
東大和市	H25	・電話 ・個別通知	対象者に通知を送付し、期限までに参加申し込みがない方に電話での参加勧奨を実施。	・重症化ハイリスク者	・レセプトの疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症	H25	・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上記の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	・HbA1c 6.5以上 ・空腹時血糖 126mg/dl(随時血糖 200mg/dl)以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症 ・過去に糖尿病薬使用歴あり	事業参加にあたり、かかりつけ医に参加同意の確認を行う。指導内容については、報告書で情報提供を行っている。	・保健師 ・看護師 ・管理栄養士	・対象者の事業応募率 ・参加者の検査値、人工透析移行者数

平成29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					地区医師会及びかかりつけ医への情報提供等	連携している専門職	事業の評価指標
	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	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			
東村山市	—	—	—	—	—	H27	・面談 ・電話 ・個別通知	初回面談で治療状況、医師の指示、服薬、生活習慣、疾病の知識の情報収集、食事分析を行ないプランを作成する。面談2回目目標数値、生活改善項目を共有し、3回目面談において検査数値、服薬実践状況より評価を行う。途中、電話・レター支援各3回行い経過等より支援継続する。 また本市独自に汁物の塩分測定、体成分測定を行い、対象者の意識啓発と生活習慣実践につながるよう補完している。	・重症化ハイリスク者	・レセプトの疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症 ・糖尿病関連の服薬あり等、糖尿病性腎症病期3期の方	・該当者の名簿を該当医療機関へ個々に送付し、事業参加への勧奨の協力依頼をしている。 ・主治医の情報提供を基に、対象者個人が設定した目標に対して、食習慣、運動等生活習慣の取り組み状況について、中間及び終了時点で文書で報告している。必要に応じ、主治医の指示内容について対象者を通じ確認している。	・保健師 ・栄養士	・医師会及び委託事業者との連携体制 ・指導内容 ・参加者数、参加率、指導完了者数 ・検査値(HbA1c、BMI、eGFR) ・指導実施者の透析移行者数 ・透析患者数 ・アンケートによる生活習慣改善率(減量、食習慣、間食、飲食、活動量)
清瀬市	H25	・面談 ・個別通知	健診結果にて内服者を除く受診勧奨域に該当する者すべてに勧奨通知を発するとともに、相談会を実施。その後レセプトにて受診確認をし、健診受診後6ヶ月経過しても受診が確認できない場合は、再度、受診勧奨通知および教室や相談会の案内を送付する。また、受診確認アンケート票を同封し、現在の状況を返送してもらう。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	・HbA1c 6.5以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病関連 ・糖尿病関連の服薬あり ・過去糖尿病の罹患が確認できるが、健診受診後に医療機関受診なし	—	—	—	—	事業実施にあたり、事業内容について医師会に情報提供し助言を受けている。	・保健師 ・管理栄養士	・実施体制 ・実施内容 ・受診勧奨の発送数 ・受診相談会の参加者数 ・受診者数 ・医療機関受診率	
西東京市	—	—	—	—	—	H26	・面談 ・電話	対象者により、食事指導・服薬指導・運動指導等、個別に指導内容を変えている。	・重症化ハイリスク者	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 30以上60未満 ・尿蛋白 十以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病 ・糖尿病関連の服薬あり	・対象者を医師会に伝え、参加可能の了承を得てから、市で参加勧奨する。 ・対象者の保健指導の内容を指導後に随時かかりつけ医に情報提供している。指導終了後にかかりつけ医に、終了報告を行い、対象者の現況や数値等を確認している。	・保健師	・施設の確保、指導体制 ・予算の確保 ・医師会等との連携体制 ・実施人数、終了率 ・満足度アンケート ・レセプトの検証
小平市	—	—	—	—	—	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	・HbA1c 6.5以上 ・eGFR 50未満 ・尿蛋白 2+以上 ・空腹時血糖 126mg/dl以上 ・レセプトの疾患名が糖尿病、糖尿病性腎症 ・糖尿病関連の服薬あり	プログラムは主治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。 プログラム実施後は、指導内容をかかりつけ医に情報提供している。	・保健師 ・看護師 ・栄養士	・衛生部門との協力状況 ・実施人数 ・指導実施者人工透析移行者数、生活習慣改善率、検査値改善率