

令和元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

資料9-1

別表

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
中央区	R1	・個別通知 ・電話	レセトデータ及び特定検診データから委託業者に対象者抽出されたものから区で最終的な対象者を決定。	・重症化ハイリスク者	・当初、糖尿病Ⅲ期・Ⅳ期当者は基本全てで抽出したが、Ⅳ期は除外し、代わりにⅡ期該当者を追加。 ・Ⅱ期当者はHbA1c6.1以上又は尿蛋白(+)以上を対象	事業実施にあたり、中央区医師会及び日本橋医師会に説明会を実施し事業内容を説明し、かかりつけ医としての確認書類作成の協力をお願いした。	・実施していないが、今後実施する予定	—	R1	・個別通知 ・面談 ・電話	・保健指導は全過程を委託業者の専門スタッフが行う。 ・参加者については区の保健師が最低1回委託業者の保健指導に同行する。	・重症化ハイリスク者	・糖尿病Ⅲ期該当者は基本全て、Ⅱ期はHbA1c6.1以上又は蛋白(+)以上を対象 ・通知勧奨・電話勧奨を実施したうえで希望者に対して実施	・かかりつけ医としての確認書を作成していただき、保健指導との連携を図る。	・医師 ・保健師 ・看護師 ・栄養士	・実施していないが、今後実施する予定	—
港区	H29	・個別通知	放っておかない高血糖「糖尿病の重症化はキケンです！」というパンフレットを送付している。パンフレットには対象者のHba1cと空腹時血糖の特定健診の検査値の記入欄を設け、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	以下のいずれかの基準に該当する者 ・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ない。	・受診勧奨を行った人数	・事業実施者の医療機関の受診率	—	—	—	—	—	—	—	—	—
新宿区	H27	・電話 ・個別通知	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。	・医療機関未受診者	以下のいずれかに該当する者 ・HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖126mg/dl以上かつ服薬がない者 ・収縮期160mmHg以上又は拡張期100 mmHg以上かつ服薬がない者 ・中性脂肪500mg/dl以上又はLDLコレステロール180mg/dl以上かつ服薬がない者	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取した。	・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	—	R1	・面談 ・電話 ・個別通知	(1)区はKDBシステムより、対象者を抽出する。 (2) (1)で抽出した者に対し、区は参加勧奨を行う。 (3)参加希望者に対し、かかりつけ医は保健指導確認書を作成し区に提出する。 (4)区はかかりつけ医の指示のもと、6か月間の保健指導を業務委託により実施する。	・重症化ハイリスク者	以下のいずれかに該当する者 (1)HbA1c7.0%以上かつ尿蛋白(+)かつ30ml≤eGFR<45ml/分/1.73m ² (2)HbA1c7.0%以上かつ尿蛋白(±)かつeGFR≥30ml/分/1.73m ² (3)HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白(+)以上かつeGFR≥30ml/分/1.73m ² ※ただし、除外要件あり。	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た上で、新宿区糖尿病対策専門部会からも意見を聴取し、実施状況の報告を行っている。事業実施においては、保健指導の内容について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 ・検査値の維持改善率	—
文京区	R1	・個別通知 ・電話	個別通知及び医療機関受診勧奨の電話において、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の利用勧奨も行う。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	前年度健診受診者のうち、以下の①かつ②に該当する「服薬なし」の者 ① 空腹時血糖126mg/dl以上又は HbA1c6.5%以上 ② eGFR60ml/分/1.73m ² 未満又は 尿蛋白(±)以上 なお、次のいずれかに該当する者は除く。 ・eGFR15ml/分/1.73m ² 未満の者又は透析治療中の者 ・1型糖尿病患者 ・がん等で終末期にある者 ・重度の合併症を有する者 ・認知機能障害がある者 ・糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっている者 ・保健指導の実施が適切でないと主治医が判断した者	事業実施にあたって、医師会(小石川・文京)に事業内容の説明し、対象者抽出等において助言をいただいた。事業の実施状況等について随時情報共有・意見交換等を行っている。	・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 ・事業の各段階で評価を実施しているか ・受診勧奨対象者の受診率	—	R1	・個別通知 ・面談 ・電話	個別通知及び電話で保健指導利用勧奨を行う。利用申込にあたっては、かかりつけ医の確認書を合わせて提出してもらう。 確認書に基づき、保健師・栄養士等が、利用者の状況やニーズに沿った個別支援計画を作成し、面接及び電話等による保健指導を、約6か月間実施する。 保健指導実施状況については、かかりつけ医あて報告を行い、保健指導実施後、利用者本人にアンケートで改善状況等を確認する。	・重症化ハイリスク者	前年度健診受診者のうち、以下の①かつ②に該当する「服薬あり」の者 ① 空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上 ② eGFR60ml/分/1.73m ² 未満又は 尿蛋白(±)以上 なお、次のいずれかに該当する者は除く。 ・保健指導開始時に文京区国民健康保険の資格を喪失している者 ・eGFR15ml/分/1.73m ² 未満の者又は透析治療中の者 ・1型糖尿病患者 ・がん等で終末期にある者 ・重度の合併症を有する者 ・認知機能障害がある者 ・糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっている者 ・保健指導の実施が適切でないとして主治医が判断した者	事業実施にあたって、医師会(小石川・文京)に事業内容の説明し、対象者抽出等において助言をいただいた。事業の実施状況等について随時情報共有・意見交換等を行っている。	・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 ・事業の各段階で評価を実施しているか ・保健指導参加者数 ・保健指導終了率 ・保健指導後の検査値の維持改善率	・人工透析患者数の伸び率(前年度比)
台東区	H30	・個別通知	・現年度の特定健診の結果から医療機関の受診勧奨及び保健指導を案内する	・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 ・対象者抽出時点で糖尿病での医療機関受診が確認できない者(KDB)	糖尿病重症化予防事業検討会を設置し関係医療機関から委員を選出してもらい、事業の実施に際しての意見をもたう。	・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 ・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診率・服薬状況	—	R1	・面談 ・電話等	・保健師等による個別面談の上、利用者ごとに目標等を設定し、支援を行う。(最長6か月間)	・重症化ハイリスク者	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 ・対象者抽出時点で糖尿病での医療機関受診が確認できない者(KDB)	・事業の実施にあたり地区医師会長に事業内容を説明し医療機関に周知。 ・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。 ・糖尿病重症化予防事業検討会を設置し関係医療機関から委員を選出してもらい、事業の実施に際しての意見及び評価をもらう。 ・支援の実施内容について、かかりつけ医へ情報提供を行い連携を図る。	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 ・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	—
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	・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	・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

令和元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

資料9-1

別表

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
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。	・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と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	—
目黒区	H25以前	・面談 ・電話 ・個別通知	<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こと <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。	・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	40歳以上の国民健康保険加入者で、条件1と条件2のいずれも該当する者 条件1:(1)から(5)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300mg/dl以上、LDLコレステロール140 mg/dl以上、Non-HDLコレステロール170 mg/dl以上HDLコレステロール35 mg/dl未満または脂質異常症の服薬中 (4) 尿酸値8 mg/dl以上 (5) 喫煙有 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eGFR70未満 (3) 尿蛋白±かつeGFR45未満 (4) 尿蛋白-かつeGFR30未満	・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ている。 ・事業実施過程で事業内容について医師会から助言を受けている。 ・事業実施過程で個々の取組について、保健指導をする上での指示を記載した生活指導確認書によりかかりつけ医から助言を受けている。 ・面談による保健指導及び最終評価について、かかりつけ医に報告し、情報提供している。 ・事業実施の結果について医師会に報告している。	・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 ・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等に対して、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	・重症化ハイリスク者 ・医療機関受診中断者	1 次のいずれにも該当し、かつ、レセプトデータを照合して医療機関を受診していない者 (ア) 空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl以上又はHbA1c(NGSP)6.5%以上 (イ) eGFR60ml/分/1.73ml未満又は尿蛋白±以上 2 レセプトデータから抽出した糖尿病性腎症で通院中の患者であって、最終の受診日から6か月経過しても受診した記録がない者	—	・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	【医師会委託】協力医療機関の管理栄養士が6か月間、主に面談実施、初回面談で個別目標を設定、面談ごとにかかりつけ医に面談内容を報告、指示を受ける(連携バス)、介入前後の検査数値、本人へのアンケートで生活改善状況を確認。 【民間事業者】委託の保健師が面談・電話等で6か月間保健指導を実施。介入前後の検査数値、本人へのアンケートで生活改善状況を確認。中間、最終報告をかかりつけ医・区に提出。	・重症化ハイリスク者	糖尿病性腎症第2・3期の方 選定基準(①又は②に該当し、かつ③又は④にも該当していること) 糖尿病であること ①空腹時血糖 126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上 ②既に2型糖尿病と診断され通院、加療中の方 かつ、 腎機能が低下していること ③尿蛋白±(後日、尿中アルブミン定量で30mg/gCr以上)又は+以上(eGFRに関係なく) ④eGFR 30ml/分/1.73ml<eGFR<60ml/分/1.73ml(なお、尿蛋白(-)、尿中アルブミン(-)でも可)	【医師会委託】本人がかかりつけ医に相談、参加同意書・指示書兼推薦書を区に提出、医師会推薦の4人の医師による検討会で保健指導の対象の是非を判定してもらう。本人希望の協力医療機関で管理栄養士が6か月程度保健指導を実施。協力医療機関とかかりつけ医は保健指導の通達、指導内容をまとめて郵送して確認する(連携バス)。中間・最終報告は医師会経由で区へ提出。 【民間事業者】事業者が作成した抽出者リストから区が対象候補者を選定、事業者が電話で参加募集を行う。参加同意者については検討会で保健指導の対象の是非を判定、事業者の保健師が6か月程度保健指導を実施。事業者作成の報告書をかかりつけ医及び区に提出。	・医師 ・管理栄養士 ・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 ・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	—

令和元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

資料9-1

別表

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
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、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 ・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	—	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レーザ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バ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り、糖尿病関連の服薬がある方のうち、糖尿病性腎症ステージ2～4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バ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	以下のア①～③の基準のいずれかに該当し、かつイ①～③の基準のいずれかに該当すること 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以上、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/1.73m ² 以上60ml/分/1.73m ² 未満 ③ 尿蛋白が±以上かつeGFR値が60ml/分/1.73m ² 以上90ml/分/1.73m ² 未満の者	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 ・医療機関受診につながった人の人数	—	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。(糖尿病性腎症の患者には、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	以下のア①～③の基準のいずれかに該当し、かつイ①～③の基準のいずれかに該当すること 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以上、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/1.73m ² 以上60ml/分/1.73m ² 未満 ③ 尿蛋白が±以上かつeGFR値が60ml/分/1.73m ² 以上90ml/分/1.73m ² 未満の者	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	—
杉並区	H26	・電話 ・個別通知	糖尿病性腎症等重症化予防事業の案内通知を送付し、保健指導の参加を促すとともに医療機関未受診者及び治療中断者に受診勧奨の必要性を説明している。また特にリスクの高い方には電話勧奨を実施。実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診のない者には面談や電話等の再勧奨を実施。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	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かつ尿たんぱく(±2年連続)又は尿たんぱく(+) (イ)45≤e-GFR<60かつ尿たんぱく(-,±,+) (ウ)30≤e-GFR<45かつ尿たんぱく(-,±)	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、東京都糖尿病医療連携協議会等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。更に支援内容をかかりつけ医に月毎に報告書を送付。	重症化ハイリスク者	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かつ尿たんぱく(±2年連続)又は尿たんぱく(+) (イ)45≤e-GFR<60かつ尿たんぱく(-,±,+) (ウ)30≤e-GFR<45かつ尿たんぱく(-,±)	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の助言を受け、実施後は結果報告を行っている。更に、東京都糖尿病医療連携協議会に情報提供を行っている。委託事業者から毎月、区とかがりつけ医に対し、実施した保健指導の内容を文書で送付させ、主治医からの質問や指導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 ・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	—
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者	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	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。	糖尿病予備群の者	HbA1c6.0%以上6.4%以下かつ糖尿病薬未服薬の者(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 ・対象者に合わせた実施内容を準備できているか ・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

令和元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

資料9-1

別表

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
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①～⑥全てに該当している者または①、②及び⑦に該当する者 ①東京都北区国民健康保険に加入している者 ②当該年度末年齢で40歳から73歳までの者 ③特定健診結果でHbA1cが6.5%以上の者 ④特定健診結果でeGFR60ml/分/1.73m未満または尿蛋白(±)以上の者 ⑤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 ⑥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 ⑦「糖尿病」もしくは「糖尿病性腎症」の受診歴があり、当該年度は受診が無い者	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 ・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	—	R1	・面談(訪問) ・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実施。 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、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報告書を受け取り、区から行う。	重症化ハイリスク者	受診勧奨対象者のうち、医療機関へ受診したもので「糖尿病性腎症」と診断された者。 ただし、以下の対象者は除く ①東京都北区国民健康保険の資格を喪失した者 ②1型糖尿病の者 ③eGFR30ml/分/1.73m未満かつ人工透析治療中の者 ④腎臓移植を受けたことがある者 ⑤保健指導の実施が適切でない区が判断した者	・かかりつけ医に保健指導にあたっての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、報告書を送付。 ・事業検討会を定期的に実施、検討会委員の医師には、進捗状況等を報告している。	・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 ・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	—
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 ・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	生活習慣の改善による生活の質の向上を目的に、プログラム参加者一人ひとりに合わせた服薬管理、食事療法、運動療法等保健指導を実施した。	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。 ・面談の結果報告書を作成し、面談のたびにか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 ・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1回電話でフォロー。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と特定健診受診状況を確認。医療機関と健診とも未受診のハイリスク者に2月に再度電話勧奨(予定)。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、HbA1c 6.5%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地域医療連携会議及び板橋区糖尿病推進対策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」を受理し、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、HbA1c 7.0%以上、かつ尿たんぱく(+)以上またはeGFR 60(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地域医療連携会議及び板橋区糖尿病推進対策会議で報告し、意見等をいただいている。	・薬剤師	・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	—
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	以下の基準をすべて満たす者 ・HbA1c 6.5%以上 ・尿たんぱく±以上 ・eGFR30以上60未満	事業実施に際し、区医師会に説明を行うとともに、区内医療機関向け説明会を開催し、情報提供を行っている。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	・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、個別計画書を作成し、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	以下の基準をすべて満たす者 ・HbA1c 6.5%以上 ・腎症病期が第3期相当 ・糖尿病で通院中	・事業実施に際し、区医師会に説明を行うとともに、区内医療機関向け説明会を開催し、情報提供を行っている。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。 ・「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、主治医からの指示に基づき支援を行っている。また、支援開始後は初回・中間・最終の計3回、区から主治医へ報告書を送付し、支援内容について情報提供を行っている。	・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 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—

令和元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

資料9-1

別表

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
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、レセプトで受診が確認できなかった者に対して、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再勧奨を行っている。	・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、①及び②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	・翌年度の健診結果	H27	・面談 ・電話 ・個別通知	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	・検査値の変化 ・ヘルスリテラシーの向上、行動変容ステージの変化の有無とその結果 ・がんなどの有無をレセプトで確認 ・5年間(ケースバイケースでそれ以上の期間)、毎年の特健健診の結果とレセプトで人工透析を含む合併症の有無を確認。	
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	—	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	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	—	
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みつけれ、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	以下の①及び②の要件を満たす者 ①各年齢階層の検査値の基準に該当する者 ・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 ②以下の要件を満たす者 ・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	重症化ハイリスク者	以下の要件をすべて満たす者 ・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	—	
八王子市	H25以前	・電話 ・個別通知	・HbA1c6.5~7.9%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	・HbA1c6.5%以上 ・健診を挟む前後1か月の3か月間に糖尿病内服なし、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、助言をいただき、以後2か月ごとに、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	医療機関未受診者 重症化ハイリスク者	①原則2回の個別指導+運動教室 ②6か月間に面接3回 電話支援3回のプログラム	・40~69歳かつ ・尿蛋白(±)またはeGFR30~60であり、①又は②のいずれかの要件に該当する者 ①以下を基準をすべて満たす者 ・健診時糖尿病治療なし ・HbA1c6.5%以上 ・特定保健指導対象外 ②以下の基準をすべて満たす者 ・糖尿病治療あり ・HbA1c7.0%以上 ・特定保健指導対象外	①②共通 ・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かりつけ医に情報提供している。 ②主治医に「保健指導連絡票」をいただき、それに基づき指導。面接ごとに主治医に保健指導報告書を作成して提出	・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 ・プログラム手順等を作成するなどして、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	—

令和元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

資料9-1

別表

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
立川市	R1	別通知・電話	対象者に治療再開や定期的な経過観察のために健診受診を促す内容の通知を送付した後、およそ4か月後に電話による追加勧奨を行う。	医療機関受診中断者	過去に糖尿病治療歴のある者または健診でHbA1c7.0%以上ある者の中から最近1年間に健診受診歴やレセプト中に糖尿病受診歴がない者	—	・実施していないが、今後実施する予定	—	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)~(3)の基準のいずれかに該当すること (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 ・電話	・対象者へ前年度の健診結果数値を記載した通知を送付。 ・通知を送付してから3か月後も受診がない者に対し、再勧奨通知を送付後、電話で勧奨する。	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(平成30年4月から平成31年3月診療分まで)においてレセプトによる糖尿病受診歴がない者	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	—	R1	・面談 ・電話	保健師・管理栄養士による約6か月間の保健指導(初回・最終面談、電話支援5回、インボディ測定2回)。	・重症化ハイリスク者	平成30年度の特定健康診査の受診結果において、HbA1cの値が6.5%以上、e-GFRの値が30以上60未満かつ尿蛋白(+)以上の者のうち、レセプトによる糖尿病受診歴があり、医師会に加入する医療機関をかりつけ医としている者のうち、医師会が選出した保健指導の優先度が高い者	・事業の実施にあたり、武蔵野市医師会に対し事前に説明を行い、抽出基準等の助言を受けた。また、かかりつけ医に対しても個別に説明会を実施した。 ・事業開始後、事業の円滑な実施に係る専門的知見からの意見等の協力、対象者の選定を依頼した。 ・保健指導利用者のかかりつけ医に対して、中間報告書及び最終報告書を送付している。	・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 ・プログラム手順書等を作成するなどして、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、事業説明、保健指導、評価等各段階で評価しているか ・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	—
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)を個別に送付する。	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(R1.6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。	・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 ・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(R1.6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 ・事業に対する満足度や参加者の意識変化 ・参加者の生活習慣改善への行動変容	—
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30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30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.西多摩医師会に加入している医療機関を受診している者(青梅市立総合病院は除く) 4.その他の病気(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 ・個別通知	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30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30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.西多摩医師会に加入している医療機関を受診している者(青梅市立総合病院は除く) 4.その他の病気(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	—
府中市	H28	・面談 ・電話 ・個別通知	・保健指導対象者 健診データより(a及びbまたは、a及びcに該当する者) a:HbA1c(NGSP値)7.0%以上または、空腹時血糖130mg/dl以上 b:尿蛋白2+以上 c:eGFR50(ml/分/1.73m ²)未満 レセプトデータより 病名が糖尿病、糖尿病性腎症(ただし、1型や慢性腎臓病等、生活習慣病に起因しないと考えられるものは除外) ・受診勧奨通知対象者 異常値放置者… HbA1c(NGSP値)6.5%以上、空腹時血糖126mg/dl以上 治療中断者…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	医療機関受診中断者 ・医療機関未受診者	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	・対象者に通知発送後、電話による参加勧奨を行う。 ・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。) ・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。 ・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	・健診データより(a及びbまたは、a及びcに該当する者) a HbA1c(NGSP値)7.0%以上または、 b 尿蛋白2+以上 c eGFR50(ml/分/1.73m ²)未満 レセプトデータより 病名が糖尿病、糖尿病性腎症(ただし、1型や慢性腎臓病等、生活習慣病に起因しないと考えられるものは除外)	・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。 ・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。 ・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 ・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腎症における病期進行者数	

令和元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

資料9-1

別表

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
昭島市	R1	・電話 ・個別通知	特定検診の受診結果による対象者であり、生活習慣病の治療をしていない者に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った。	・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	特定健康診査の結果において、HbA1c6.5以上または空腹時血糖126以上の対象者かつ生活習慣病治療者でない者	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 ・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	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
調布市	H26	・電話 ・個別通知	・3年間の検診結果を判定区分にマーキングし、罹患している疑いのある疾患名と重症化によりかかりやすい合併症の疾患名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	以下の条件のいずれかに該当する方 ・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変更する通知文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 ・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	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①～④のいずれか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＋以上 ③eGFR50ml/分/1.73m ² 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、がんや精神疾患等の優先すべき治療がある方及び保健指導の効果が低い方は除く。	・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書面に記入し、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、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。	・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 ・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 ・中性脂肪300mg/dl以上	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 ・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	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30～89.9ml/分/1.73m ²	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
福生市	—	—	—	—	—	—	—	—	R1	・面談 ・電話 ・個別通知	対象者に対し事業周知の通知を送付し、希望者を募る。参加者に対し、生活習慣の改善を促す保健指導[面談3回、電話3回、文書による情報提供5回]を実施	・重症化ハイリスク者	＜抽出基準＞ 以下の基準のいずれかに該当する者 ・eGFR30以上60未満 ・尿蛋白(+)以上 ・レセプトデータに「糖尿病性腎症」、「糖尿病性腎症第2期」、「糖尿病性腎症第3期」、「糖尿病合併症あり(腎症なし)」または「糖尿病性腎症第1期」等の記載がある方 ＜除外条件＞ 以下の条件のいずれかに該当する者 ・1型糖尿病 ・人工透析患者 ・eGFR 15(mL/分/1.73m ²)未満 ・癌、精神疾患、難病、認知症(疑い含む)の診断がされている方	事業実施にあたり西多摩医師会に説明を行った。また、事業参加にあたりかかりつけ医に確認書の記入していただき、生活指導内容等の情報提供をいただいた。	・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 ・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 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—

令和元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

資料9-1

別表

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
羽村市	H30	・電話 ・個別通知	生活習慣病(高血圧・脂質異常・糖尿病)や健診検査データに異常値があるにも関わらず、医療機関を受診していない方に対し、通知及び電話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。	医療機関未受診者	当該年度健診受診者のうち、以下の検査基準値にいずれかがあてはまり、かつ、健診受診月を含めて6か月程度、生活習慣病(高血圧・脂質異常・糖尿病)に関連するレセプトが発生していない者 【検査値基準】 ・収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上 ・中性脂肪500mg/dl以上又はLDLコレステロール180mg/dl以上 ・空腹時血糖126mg/dl以上又は、ヘモグロビンA1C6.5%以上 ・eGFR44.9ml/1.73m ² 以下	関係機関との連携を行っている。	・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	—	R1	・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. 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. 西多摩区域内の医療機関を受診している者 除外基準(1つでも当てはまれば除外) 1. 1型糖尿病の者 2. 透析中の者 3. 腎臓移植を受けた者 4. その他の病気がん、難病、精神疾患、認知症などを有する者	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。	・管理栄養士	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力を確保しているか ・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	—
あきる野市	—	—	—	—	—	—	—	—	R1	・面談 ・電話	委託業者の専門職(保健師)により、6か月間の保健指導を実施する(面談指導2回、電話指導4回)。初回面談にて、かかりつけ医が記入した生活指導内容の確認書をもとに、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対応している。	・重症化ハイリスク者	前年度の特定健診結果データから以下の①及び②のいずれに該当し、かつ③に該当する者 ①HbA1cが6.5%以上 ②空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上 ③eGFR値が60ml/分/1.73m ² 未満 ※腎移植者、がん、難病、認知症患者等は除外	事業実施にあたって、市医師会に説明を行い、事業への協力を依頼している。事業参加に当たり、かかりつけ医に生活指導確認書を記入していただき、目標値等の指示内容の把握を行っている。また、毎月、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。	・保健師	・目標を設定し、医師会等関係機関と協力を確保しているか ・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 ・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	—
日の出町	—	—	—	—	—	—	—	—	R1	・個別通知 ・電話	委託事業による保健指導 かかりつけ医の承諾後に保健指導実施(6か月に間に面談3回、電話・手紙支援3回) 保健指導結果は、かかりつけ医に報告	・重症化ハイリスク者	特定健診結果、レセプトデータより以下の要件すべてを満たす者を抽出 抽出要件 (1)74才以下 (2)HbA1c6.7以上 (3)通院治療中(主病名が糖尿病かつ糖尿病薬剤を使用) ※除外要件 以下のいずれかの要件に該当する者は除外 透析中、腎臓移植、がん受診歴、認知機能障害、精神疾患、国指定難病、1型糖尿病	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 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 ・管理栄養士	保健指導参加者の検査値(HbA1c)の改善者人数割合、人工透析患者数の増加率など	—
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、西多摩医師会に対し、町が実施する重症化予防事業の内容を情報提供し、管内医療機関に対し事業への理解、協力を促すよう依頼している。	・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	—

令和元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

資料9-1

別表

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 ・一部電話	・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。	・医療機関未受診者	特定健診各検査項目について、日本人間ドック学会の「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 今年度参加者の看護師又は保健師による指導内容(面談2回・電話6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 ²)未満の方。合併症無し糖尿病の方～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 ²)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 ・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	—
多摩市	H30	・個別通知	特定健康診査受診者で、糖尿病のリスクが高いにもかかわらず未治療・治療中断者の方に、個別に勧奨通知を送付。	・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	以下の基準すべてに該当する者 ・eGFR30mL/分/1.73m ² 以上で、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 ・レセプト確認の結果、生活習慣病に係る内科定期受診がない方、中断している方	・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。	・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	薬剤師による保健指導	・重症化ハイリスク者	以下の基準すべてに該当する者 ・eGFR30mL/分/1.73m ² 以上で、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 ・市内医師会加入の医療機関に生活習慣病で受診中、かつ市内の調剤薬局で薬を受け取っている方 ・前年度に糖尿病重症化予防事業に参加していない	・多摩市医師会糖尿病医療推進会議(多摩市薬剤師会、多摩歯科医会も参加)で事業実施について相談している。 ・多摩市薬剤師会の中に、本事業の事業推進委員会が設置され、事業協力いただいている。 ・主治医に診療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、主治医と保健指導を行っている薬剤師で事例検討を実施予定。 ・主治医へ中間報告、及び最終報告を送付予定。	・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	—
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が変動する。	・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 ・面談 ・電話	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。受診についての行動変容を通知以降モニタリングする。 また、かかりつけ医がない場合は、医療機関の案内を電話や個別面談にて行う。	・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(±)以上もしくは拡張期血圧が140mmHg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	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(±)以上もしくは拡張期血圧が140mmHg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	—

令和元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

資料9-1

別表

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	—	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 (前年度の特健健診結果及びレセプトにおける疾病の罹患状況が以下のいずれかに該当すること) ・eGFR 30以上～45未満または尿蛋白(+)以上、糖尿病性腎症、糖尿病性腎症第2期、3期 ・eGFR 45以上～60未満、糖尿病合併症あり(腎症なし)または糖尿病性腎症第1期 ・eGFR 60以上～90未満、合併症なし(糖尿病のみ) 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の医師会長の助言を受けて設定している。また、事業の実施について、年度当初に案内文書を送付し、対象者の紹介や保健指導への協力を依頼している。	・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 ・対象者の検査値の改善率	—
小金井市	H28	電話 個別通知	①健診結果に異常値があるにもかかわらず医療機関への受診をしていない者 ②生活習慣病発症後に自己判断により治療中断した者 ①及び②の者に対し、それぞれ年1回、個別通知を送付。糖尿病重症化予防事業の参加案内をした対象者へは、電話による参加勧奨も実施。	・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	以下の基準すべてに該当する者 ・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 その他、平成30年度の健診及びレセプトデータ等突合し、要治療・要精密・要経過観察・生活改善者等	一部の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	・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	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	以下の基準すべてに該当する者 ・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	—
国分寺市	R1	個別通知 電話	前年度の特健健診結果とレセプトデータを照合し、異常値が見られていないが医療機関受診が見られていない人(生活習慣病に関するレセプトが見られていない人)に受診勧奨通知を送る。(11月下旬)受診勧奨通知を送った後のレセプトデータを確認し、生活習慣病で受診した記録が見られない人に対し、電話による受診勧奨を行う	・医療機関未受診者	前年度の特健健診の結果により医療機関への受診勧奨通知を送った人のうち、HbA1cが6.5%以上の人	関係機関との連携を行っている。	・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	—	R1	個別通知 面談 電話	保健指導は委託業者が実施6か月間のプログラムの中で訪問による面談3回、電話3回、文書による情報提供5回を行う。	・重症化ハイリスク者	空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上で腎機能低下所見(eGFR30以上60未満 または尿蛋白陽性以上)がみられる人で、国分寺市内の医療機関で糖尿病治療中の人	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、主治医に指導の状況について情報を提供している。	・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	・通知人数 ・レセプトの分析人数
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回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。) その後、レセプトデータより受診が確認できなかっ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30年4月から平成31年3月までのレセプトデータの受診歴から次回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かった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 個別通知	・面談でのヒアリングにより個々の課題を抽出し、目標計画を立案する。 ・指導内容は個々の状況に応じ、食事、運動、服薬、減酒、禁煙、眼科受診勧奨等を行う。 ・電話での支援や手紙による情報提供を行い、疾病への正しい理解を促し、目標に向けた行動の継続をサポートする。	・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な場合は除く。 ・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。	・事業開始にあたり、医師会医療機関に事業内容の説明を行い、参加者の推薦や参加勧奨を依頼している。 ・事業参加にあたり、かかりつけ医から「生活指導内容の確認書」を提出してもらい、食事(摂取カロリーや塩分、蛋白質量)、運動制限の有無や体重、ヘモグロビンA1cの目標値等の把握を行っている。 ・個々の課題、目標、保健指導内容等をまとめた報告書を各かかりつけ医に送付し、連携を図っている。	・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 ・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 ・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。 ・治療中断者で勧奨通知発送後に受診が確認できない者に対して、電話勧奨を行う。 ・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	以下の基準すべてに該当する者 ・HbA1c6.5 以上もしくは空腹時血糖 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定める 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	—

令和元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

資料9-1

別表

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
東村山市	H27	・電話 ・個別通知	①以下の内容を記載した受診勧奨通知を送付する。 ・検査結果のレーダーチャート ・糖尿病の発症リスク・心血管病の発症リスク ②通知後、受診が確認できない高リスク者へ電話勧奨。希望で面談	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	〈通知〉 糖尿病、高血圧、脂質異常の受診勧奨判定値以上で、かつ、リスク区分により「発症リスクが高い」または「糖尿病既発症」の者 〈電話〉 ・HbA1c7.0以上の者 ※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成果に基づく。	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 ・レター指導	・募集の通知案内に加え、電話勧奨を実施 ・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。 ・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、プログラム強化と委託業者の指導内容等の確認・調整を行う。 ・主治医へ初回・中間及び終了報告書を提出する。 ・終了後は終了者の継続フォローを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者を抽出し、傷病管理システム(特許第5203481号)を使用して病期2期～3期までを階層化する。 令和元年度より、第2期は、抽出後健診結果と突合し尿蛋白軽度異常者を対象とする。 (がん、難病、精神疾患、内臓ト、透析予防管理料は除外)	・1医師会との定例会議において、事業実施説明を行うとともに、医療機関文書発出、対象者リスト送付、栄養士不在の医療機関へ個別に電話依頼をする。 2.主治医より保健指導指示書の記入により患者の指示内容を確認する。 3.参加した患者は、主治医へ報告書(3回)により指導状況を報告する。	・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 ・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	・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確認し、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	以下の基準すべてに該当する者 ・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療歴なし	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	—	—	—	—	—	—	—	—	—
東久留米市	H30	・個別通知 ・電話	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以下、HbA1cが6.5%以上であることを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。	・医療機関未受診者 ・重症化ハイリスク者	前年度特定健診受診者のうち、以下の基準全てに該当する者。 ・eGFRが45ml以上60ml以下 ・HbA1cが6.5%以上 ・直近から複数月までのレセプトにおいて「がん」、「認知症」、「うつ」、「統合失調症」、「1型糖尿病」等の診療が無い	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 ・医療機関受診につながった人の人数	・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	R1	・面談 ・電話 ・個別通知	かかりつけ医の同意及び栄養制限・運動制限等の情報提供を受けたのち、保健師、看護師、管理栄養士など専門職による約6か月(令和元年度のみ約4月)の改善指導を行う。面談指導、電話指導、個別通知(ニュースレター等)により行い、初回面談時に個人にあったプログラムを作成する。 指導完了後には、かかりつけ医へ報告書を提出する。	・医療機関受診中断者 ・重症化ハイリスク者	前年度特定健診受診者のうち、以下の基準全てに該当する者。 ・eGFRが45ml以上60ml以下 ・HbA1cが6.5%以上 ・直近から複数月までのレセプトにおいて「がん」、「認知症」、「うつ」、「統合失調症」、「1型糖尿病」等の診療が無い	指導プログラム参加申し込み時に、参加確認書をかかりつけ医に記入してもらい制限の情報共有し、かつ事業参加の同意を得ている。指導完了時には、かかりつけ医へ報告書を提出し、情報の共有をしている。 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。	・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 ・保健指導の実施者は、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等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(体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白、尿アルブミン等)の改善率 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率 ・生活習慣改善への行動変容	・保健指導プログラムの完了率
西東京市	H30	・個別通知	対象者の健診数値を表にし、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	HbA1cが6.5以上またはHbA1cが5.6から6.4で収縮期血圧が130以上でかつ人間ドック学会規定のD(要治療、精密検査)で、医療機関への受診が確認できない対象者。	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、病気の認識度と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における今年度保健指導対象者の受診状況(前年度3月から今年度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。	・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	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持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/1.73m ² 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 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	小平市医師会に対して、事業実施にあたっての事業内容の説明と、事業実施後の報告を行っている。 また、主治医に対しては、プログラム参加申込時に、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。 プログラム終了後は、主治医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	—
大島町	R1	・電話 ・個別通知	2月～3月中に実施予定。 ・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。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	HbA1c6.5以上	事業実施にあたり、島内の医療機関に事業内容・対象者リスト等を提供及び医師の助言を依頼。	・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 ・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	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

令和元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

資料9-1

別表

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
新島村	R1	・電話	・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。	・重症化ハイリスク者	以下のいずれにも該当する者 ・eGFR60ml/分/1.73㎡未満 ・HbA1c7.0%以上	村国保診療所医師と相談して事業内容、基準を設定した	・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	—	R1	・電話 ・面談	・対象者に電話にて参加勧奨を行う ・希望者には面談を行い、食生活や運動習慣などの見直し、行動変容の目標を設定、支援を行う	・重症化ハイリスク者	以下のいずれにも該当する者 ・eGFR60ml/分/1.73㎡未満 ・HbA1c6.5%以上(40歳～64歳) ・HbA1c7.0%以上(65歳以上)	村国保診療所医師と相談して事業内容、基準を設定した	・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 ・次年度の特定健診結果 ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数・導入率	—
神津島村	R1	・電話 ・個別通知	通知による受診勧奨実施後、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。	・医療機関未受診者	HbA1c6.5以上の者	診療所と健診結果のデータを提供及び共有している	・目標を設定し、医師会等関係機関(委託の場合は委託業者も含む)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 ・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 ・集団セミナー	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。	・重症化ハイリスク者	HbA1c7.0%以上	関係機関との連携を行っていない。	・保健師	・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	—
三宅村	R1	・電話 ・個別通知	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・栄養士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。	・医療機関未受診者 ・医療機関受診中断者	以下のいずれかの要件に該当する者 ①特定健診受診者であり、HbA1c:6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上の者 ②レセプト上、糖尿病関連の服薬があり3か月間未受診の者	事業実施にあたり、医療機関・保健所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。受診時にはプログラムへの参加の声掛けを依頼。	・受診勧奨を行った人数 ・医療機関受診につながった人数	—	R1	・訪問 ・面接 ・電話	保健師と管理栄養士が6か月間支援をおこなう。保健師または管理栄養士が1ヶ月に1回訪問することを基本とする。 指導内容は、運動・食事・服薬管理とし、本人と行動目標を決め、支援していく。	・重症化ハイリスク者	以下のいずれかに該当する者 ・特定健診受診者でHbA1c:6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上の者 ・特定健診未受診で糖尿病で治療中の者で、医師により抽出した者	医師会はないため、村内唯一の診療所と情報共有している。対象者のリストを渡し、プログラム参加状況の情報を提供している。対象者の指導内容について不明な点があれば随時情報交換している。	・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 ・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	—
御蔵島村	R1	・面談	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。	・医療機関未受診者	HbA1c6.5以上	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	—	R1	・面談	健診結果を受けて該当者に対し保健師による個別指導を実施。	・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126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上 ・尿蛋白(±)以上	診療所医師との健診結果の共有	・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	—
八丈町	R1	・個別通知	特定健診受診者で受診勧奨数値等があった方に健診結果を放置せずに医療機関を受診するように勧奨通知を発送	・医療機関未受診者	KDBシステムで受診勧奨等の数値(特定保健指導該当)があった方で、未治療の方及び生活習慣病のコントロールが不良の方	関係機関との連携を行っていない。	・医療機関受診につながった人の人数	・受診勧奨対象者の検査結果(HbA1c)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
小笠原村	R1	・電話 ・個別通知	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、令和元年度は対象者無し。	・医療機関未受診者	HbA1c6.5以上	関係機関との連携を行っていない。	・医療機関受診につながった人の人数	・受診勧奨対象者の検査結果(HbA1c)	—	—	—	—	—	—	—	—	—