

三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成29年10月

(令和6年10月改定)

1 改定の趣旨

- 我が国では高齢化が進む中、糖尿病患者が増加の一途を辿り、全国で糖尿病が強く疑われる人は約 1,000 万人で、平成 28（2016 年）年時点で増加傾向であり、糖尿病の可能性が否定できない人も約 1,000 万人いる^{※1}。また、糖尿病を主な傷病として全国で継続的に医療を受けている患者数は約 579 万人である^{※2}。
- 全国の新規の人工透析導入患者は約 3 万 7 千人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患である人は約 1 万 4 千人（38.7%）である^{※3}。三重県においては、新規導入者 411 人のうち糖尿病性腎症が原疾患である人は 197 人（47.9%）であり、人口 10 万人あたりの糖尿病性腎症新規透析導入患者数は全国値をわずかに下回っているものの、糖尿病性腎症が原疾患の割合は全国値を上回って推移しており、特に令和 4 年はその差が拡大した状況である。こうした合併症の進行は患者本人の生活の質（QOL）の低下を招くのみならず、医療費の増加に拍車をかける結果となる。
- 健康寿命の延伸のためには、糖尿病の発症予防、糖尿病の適切な治療・生活習慣の改善等による合併症の予防、合併症による臓器障害の予防等各段階での予防の取組が重要であり、これらの取組を着実に進めていく必要がある。
- このような状況等をふまえ、三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、「本プログラム」という。）を、平成 29 年 10 月（令和 3 年 3 月一部改定）に策定し、糖尿病の重症化予防に取り組んできた。

現在、県内のすべての市町で糖尿病重症化予防の取組が実施されているが、国において、効果検証事業の結果等に基づき、国プログラムが改定され、対象者の年齢層を考慮した取組、対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法及び評価指標例が提示されたことを踏まえ、今後、保険者における重症化予防の取組の質を高めるとともに、高齢者保健事業を国保保健事業及び介護予防の取組と一体的に進めるため、本プログラムを改定する。

※1 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」

※2 出典：厚生労働省「令和 2 年 患者調査」

※3 出典：（社）日本透析医学会「わが国の慢性透析治療の現状」（令和 4 年）

2 基本的な考え方

（1）目的

- 本プログラムは、①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関への未受診者・受診中断者に対して、医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことにより継続的な治療につなげるとともに、②糖尿病性腎症等で通院する者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、医療機関等と連携して保健指導を行う、などの取組に係る方策やその考え方を示すことにより、良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・進展の予防等を通して、腎不全や人工透析への移行を予防し、健康寿命の延伸を図ることを目指す。

（2）事業実施の条件

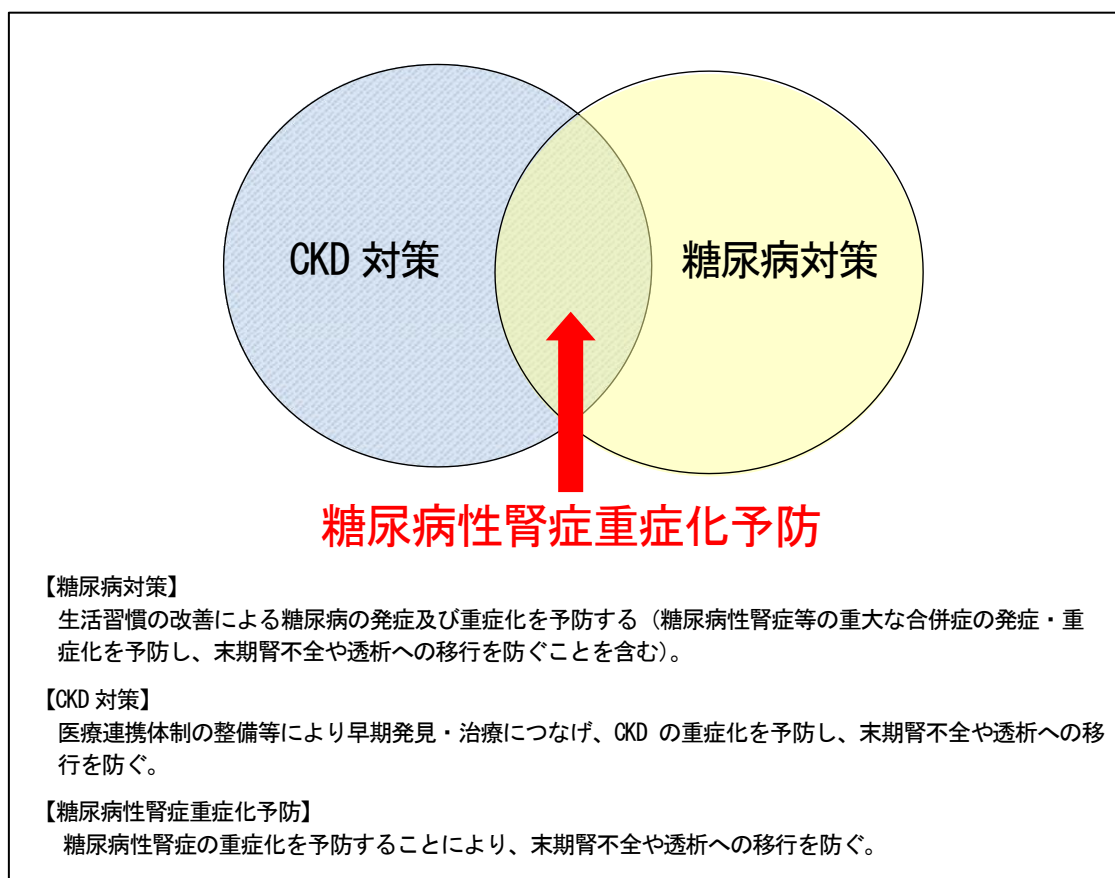
- 本プログラムの実施者は保険者であり、実施に当たっては、保険者と医療機関が連携して事業を展開する必要がある。また、保険者が糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する場合には、以下のいずれも満たすものである必要がある。

- ①対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること
- ②かかりつけ医等と連携した取組であること
- ③保健指導を実施する場合には専門職が取組に携わること
- ④事業の評価を実施すること
- ⑤取組の実施に当たり、三重県糖尿病対策推進会議等との連携を図ること

(3) 全般的留意事項

- 取組内容については、健康課題の優先順位や保険者等の実施体制、医療資源体制などに応じて柔軟に対応することが重要である。あわせて事業評価を定量的な指標を用いて実施する等、適切な PDCA サイクルのもとで実施することが望まれる。
- 特に、医療機関と連携して行う保健指導は、限られた資源を有効に使う観点から、状況に応じて介入の優先順位を検討し、一定程度、対象者数を絞るなどの対応もあり得るが、優先順位付けに当たっては、地域の健康課題や関連する保健事業と連動させるなど、保健指導が必要な対象者への支援を取りこぼさないように留意する必要がある。
- 具体的な取組を推進する場合には、保険者が策定したデータヘルス計画等、関連する計画と連動させて実施する。
- 糖尿病性腎症重症化予防の取組は、糖尿病対策や CKD 対策と連携して行う。

図表 1 糖尿病性腎症重症化予防と関連する保健事業



- ライフステージに応じた取組を推進することが重要であり、青壮年には、「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」が健康な食習慣の妨げとなっているとする

調査結果があることから、それを考慮した取組となるよう配慮するほか、糖尿病のみでなく、腎障害の悪化につながる高血圧、喫煙、食生活の乱れ（朝食の欠食）などにも留意する。

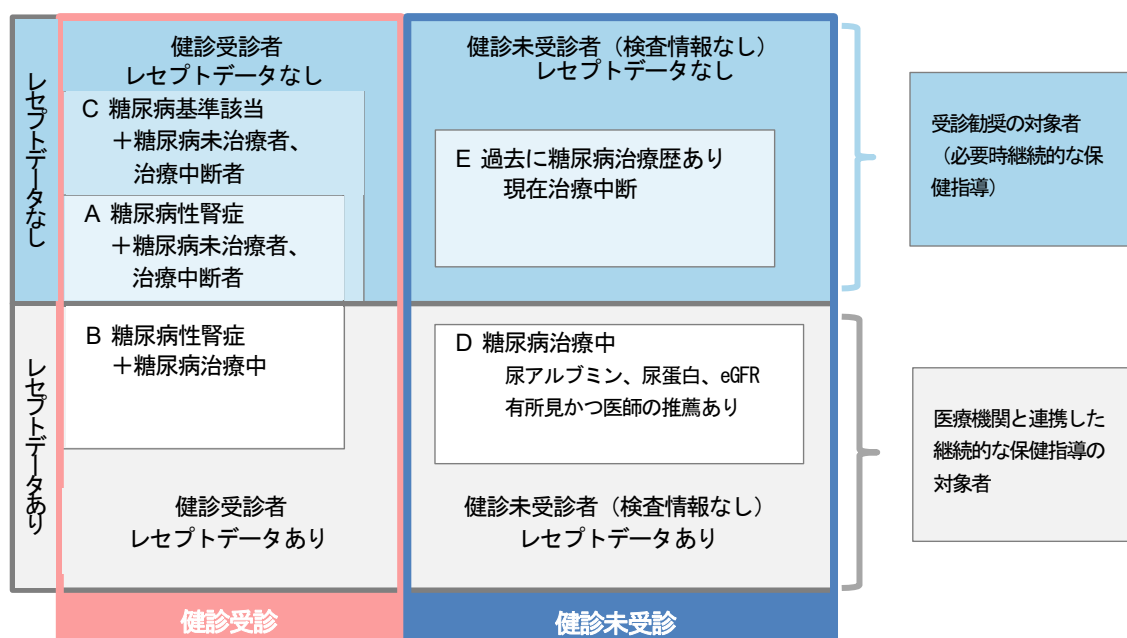
- また、歯周病と血糖コントロールとの関係性が報告されていることを踏まえ、必要に応じて口腔衛生の指導をするとともに、歯周病の未治療者に対しては継続的な歯科受診を勧奨する。あわせて糖尿病の合併症の1つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的、継続的な眼科受診を勧奨する。
- 高齢者の特性を踏まえ、特に、75歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要がある。また、高齢者糖尿病は低血糖に対する脆弱性を有するため、低血糖症状の有無を問わず血糖が下がりすぎていないかを確認すべきことに留意する。

3 対象者抽出の考え方と取組方策

(1) 対象者に行う基本的な取組

- 本プログラムの基本的な取組は
 - ① 健診・レセプトデータ等で抽出されたハイリスク者に対する確実な受診勧奨と保健指導の実施（図表2のA+C+E）
 - ② 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導（図表2のB+D）の実施、である。

図表2 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方



- 糖尿病対策における第一歩は住民への啓発活動であり、早期発見のためには、健診受診が最も重要であることを住民に伝える必要がある。また、特定健康診査において、空腹時血糖値が110～125mg/dl またはHbA1cが6.0～6.4%を示す群は境界型の可能性が高く、保健指導を中心とした積極的な取組を行う必要がある。具体的には、健診

や保健指導の受診継続や生活習慣の改善などを定期的な通知により行い、糖尿病の一次予防に取り組むことが必要である。

(2) 本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義

- 本プログラムにおける糖尿病性腎症の定義は、以下のとおりとする。

糖尿病性腎症の定義：1 糖尿病であり、2 腎障害が存在していること（疑いも含む）

- 1 糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること：①から③のいずれかを満たすこと
- ① 空腹時血糖または随時血糖 ^{※1} 126mg/dL 以上、または HbA1c6.5% 以上
 - ② 現在、糖尿病で医療機関を受診している
 - ③ 過去に糖尿病薬（経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1 受容体作動薬等）使用歴または糖尿病にて医療機関の受診歴がある（ただし、直近の健診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない対象者を除く）

※1 空腹時血糖は絶食 10 時間以上、随時血糖は食事開始時から 3.5 時間以上絶食 10 時間未満に採血が実施されたものとする。

- 2 腎障害が存在しているか存在が疑われる状態であること：①から④のいずれかを満たすこと

- ① 腎症第 4 期：eGFR30mL/分/1.73m² 未満
- ② 腎症第 3 期：尿蛋白陽性
- ③ レセプトデータに糖尿病性腎症または腎障害の悪化を示す病名が記載されている
- ④ 腎症第 2 期以下の場合には、次の情報を参考とする
 - eGFR45mL/分/1.73m² 未満
 - eGFR60mL/分/1.73m² 未満のうち、年間 5mL/分/1.73m² 以上低下
 - 糖尿病網膜症の存在
 - 微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白（±）^{※2}
 - 血圧コントロールが不良（目安：140/90mmHg、後期高齢者 150/90mmHg 以上）

※2 糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第 3 期と考える。また尿蛋白(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨される。

参考：糖尿病性腎症病期分類 2023 ^{注1}

病 期	尿中アルブミン・クレアチニン比 (UACR, mg/g) あるいは尿中蛋白・クレアチニン比 (UPCR, g/g)	推算糸球体濾過量 (eGFR, mL/分/1.73 m ²) ^{注3}
正常アルブミン尿期 (第 1 期) ^{注2}	UACR30 未満	30 以上
微量アルブミン尿期 (第 2 期)	UACR30~299	30 以上
顕性アルブミン尿期 (第 3 期)	UACR300 以上 あるいはUPCR0.5 以上	30 以上
GFR高度低下・末期腎不全期 (第 4 期)	問わない	30 未満
腎代替療法期 (第 5 期)	透析療法中あるいは腎移植後	

出典：「糖尿病性腎症病期分類 2023 の策定」より一部抜粋

注 1：糖尿病性腎症は必ずしも第 1 期から順次第 5 期まで進行するものではない。また評価の際には、腎症病期とともに、付表を参考として慢性腎臓病 (CKD) 重症度分類も併記することが望ましい。

注 2：正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有の組織変化を呈している場合がある。

注 3：eGFR60mL/分/1.73 m²未満の症例は CKD に該当し、糖尿病性腎症以外の CKD が存在しうるため、他の CKD との鑑別診断が必要である。なお血清クレアチニンに基づく eGFR の低下を認めた場合、血清シスタチン C に基づく eGFR を算出することで、より正確な腎機能を評価できる場合がある。

(3) 対象者抽出基準の設定（健診受診者からの対象者抽出）（図表2のA+B+C）

- 対象者の抽出基準においては、図表3に示すように、健診時の尿蛋白（尿定性）やeGFRから腎障害が存在している者を把握、糖尿病については治療の有無とHbA1c・血糖の状況、血圧についても治療の有無と受診勧奨値以上であるかを把握することを基本とする。ただし、保険者における対象者抽出基準の検討に当たっては、年齢や治療状況、保健事業に関する資源（予算、マンパワー、委託等）のほか、介入の実施者数やカバー率等も勘案したうえで、地域の実情に合わせて変更することも考えられる。

図表3 健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準

糖尿病未受診者 ※1

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c (%)	8.0以上		①	②		③	④		⑤	⑥	⑦
	7.0～7.9		⑧	⑨		⑪	⑫		⑬	⑭	⑮
	6.5～6.9		⑩	⑬		⑮	⑯		⑰	⑱	⑲
	6.5未満										

点線青枠、実線赤枠：健診・レセプトデータから糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外（CKD 対策＜点線青枠＞、高血圧対策＜実線赤枠＞としての受診勧奨・保健指導等は必要に応じて行う）

糖尿病受診中の者 ※4

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c (%)	8.0以上										
	7.0～7.9										
	6.5～6.9										
	6.5未満										

糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。

保健指導Ⅰ	受診勧奨Ⅰ	CKD対策
保健指導Ⅱ	受診勧奨Ⅱ	
保健指導Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	高血圧受診勧奨

レベルに応じた受診勧奨・保健指導の内容については図表4を参照

※1 糖尿病未受診者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がない者

※2 血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者

「血圧高値受診なし」：140 mmHg≤収縮期血圧または90 mmHg≤拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者

「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（140 mmHg≤収縮期血圧または90 mmHg≤拡張期血圧）が可能なる場合を含む。

※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可：HbA1c判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。eGFRの判定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類。

※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

図表4 レベルに応じた介入方法の例

レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合		緊急度に応じた介入の程度
I	通知、健康教室等の案内（面談の機会を設定）	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内		
II	通知・電話／面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話／面談		
III	通知・電話／面談／訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話／面談／訪問を確実に実施		弱 ↓ 強

- 上記の実施に当たっては、適切な評価と支援の引継ぎを行うために、誰に対し、いつ、どのような受診勧奨を実施したかやどのくらいの期間や介入強度で保健指導を実施したかについて、記録・保管しておくことが必要である。

（４）健診結果を基にした抽出に当たっての留意点

- 本プログラムに基づき実施される事業の対象者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会等各関連学会の最新のガイドラインを参照し、健診等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。
- 高齢者は低血糖防止等の観点から、「高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023」において青壮年期よりも緩和した基準が提示されており、それを踏まえた対応が必要である。特に、後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防については、図表3の抽出基準を用いず、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参照し、医師会等地域の関係機関と抽出基準や保健指導の方法等について相談することが望ましい。

参考：糖尿病血糖コントロール目標
（日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガイド 2022-2023）

コントロール目標値 ^{注4)}			
目標	血糖正常化を目指す際の目標 ^{注1)}	合併症予防のための目標 ^{注2)}	治療強化が困難な際の目標 ^{注3)}
HbA1c (%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満

治療目標は年齢、罹患期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

注2) 合併症予防の観点から HbA1c の目標値を 7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値 130mg/dL 未満、食後2時間血糖値 180mg/dL 未満をおおよその目安とする。

注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。

注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c 値）
（日本老年医学会、日本糖尿病学会編・著 高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023）

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	①認知機能正常 かつ ②ADL 自立		①軽度認知障害～ 軽度認知症 または ②手段的 ADL 低下、 基本的 ADL 自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的 ADL 低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害
重症低血糖が 危惧される薬剤 (インスリン製剤、SU 薬、 グリニド薬など) の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満		7.0%未満
	あり ^{注3)}	65 歳以上 75 歳未満 7.5%未満 (下限 6.5%)	75 歳以上 8.0%未満 (下限 7.0%)	8.0%未満 (下限 7.0%)
			8.0%未満 (下限 7.0%)	8.5%未満 (下限 7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

注1) 認知機能や基本的 ADL（着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手段的 ADL（IADL：買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ（<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>）を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注2) 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は 7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を 6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を 8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注3) 糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65 歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

（５）健診未受診者からの対象者の抽出方法（図表 2 の D+E）

- 特定健康診査をはじめとする健診を受診していない者の中にも、糖尿病である者やその疑いがある者、糖尿病の治療が中断している者、血糖コントロールが良好でない者等の受診勧奨や保健指導が必要となる者がおり、これらの者に対しても受診勧奨や保健指導を行う必要がある。

（糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法：図表 2 の E）

- 以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧奨する。
 - ・過去に糖尿病治療歴がある、または過去 3 年間程度の健診にて HbA1c6.5%以上が確認されているものの、最近 1 年間に健診受診歴やレセプトデータにおける糖尿病治療歴がない者
 - ・歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者
 - ・健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等やイベント等における健康相談において、糖尿病の履歴があり十分に管理されていないことが判明した者

(医療機関における抽出方法：主に図表2のD)

- 糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎障害の悪化が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。例えば、以下の者が想定される。
 - ・生活習慣の改善が困難な者
 - ・治療を中断しがちな者
 - ・自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合
 - ・専門医療機関との連携が困難な地域
 - ・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合

地域の実情に合わせ、市町は医師会等地域の関係機関と抽出方法についてあらかじめ相談しておくことが望ましい。郡市医師会では、重症化予防担当役員をはじめ、糖尿病学会専門医・対策委員、協力委員を決めている。これらのメンバーを中心に、市町との間で検討会を立ち上げ、抽出数や介入数などの報告、症例検討などが実施されている。この地区検討会を積極的に活用して、さまざまな問題点について議論し決定していくことが重要である。

(留意点)

- 腎症第4期については、腎障害の急速な悪化、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことから、保健指導のみでの対応は適切ではなく、腎臓専門医と連携した対応が必要である。
- 血清クレアチニンを測定していない場合は、尿蛋白が陰性の第4期を見落とす可能性があることに留意する必要がある。

4 介入方法

(1) 受診勧奨

- 受診勧奨は抽出したすべての対象者に行い、医療機関受診へとつなげることが原則である。特に、図表3並びに次に示す受診勧奨レベルⅡとⅢについては、可能な限り、電話や訪問等により、個別に速やかに受診勧奨を行い、受診勧奨後に継続的な受診につながっているかを必ず確認し、受診につながっていない場合は、再度受診勧奨をするなど、適切な対応を行う。なお、人員等が不足する場合は、受診勧奨レベルⅢに係る面談もしくは訪問を優先させ、受診勧奨レベルⅡに関しては、可能な範囲で面談もしくは訪問を行う。
- 腎障害の程度にかかわらず HbA1c が 6.5%以上の者のうち、高血圧については受診中で、糖尿病は未受診の者に対しては、かかりつけ医機能を有する医療機関に健診結果を持参の上、血糖検査の結果が受診勧奨判定値（糖尿病の診断基準）を超えていることについて、速やかに相談するよう保健指導を行う。
- 医師会等を通じて、対象者が受診している医療機関には、事業の目的、対応方法等について事前に説明し、対応に整合性をとる必要がある。

受診勧奨レベルⅠ、Ⅱ、Ⅲのいずれにおいても、対象者全員に医療機関への受診勧奨を行うことが原則である。

【受診勧奨レベルⅠ】

- 1 以下の①かつ②に該当する者は、医療機関への受診勧奨をする。
(通知による受診勧奨を想定)

①血糖：以下のいずれかに該当する場合

○空腹時血糖または随時血糖（食後 3.5 時間以上）：126mg/dL 以上

○HbA1c：6.5%以上 → (図表 3 ⑩～⑪)

②現在、糖尿病について医療機関を受診していない（治療中断も含む）

【受診勧奨レベルⅡ】

- 2 以下の①～④のいずれかに該当する者は、可能な限り、電話や訪問等により、個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に、治療に結びついていても確認する。

①HbA1c：7.0%以上 8.0%未満 かつ $<eGFR：45\text{mL/分/1.73 m}^2$ 以上 60mL/分/1.73 m^2 未満または尿蛋白（±）＞ → (図表 3 ⑫⑬)

②HbA1c：7.0%以上 8.0%未満 かつ＜血圧：140/90mmHg 以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない＞ → (図表 3 ⑭)

③HbA1c：6.5%以上 7.0%未満 かつ $<eGFR：45\text{mL/分/1.73 m}^2$ 以上 60mL/分/1.73 m^2 未満または尿蛋白（±）＞かつ＜血圧：140/90mmHg 以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない＞ → (図表 3 ⑮)

④HbA1c：6.5%以上 7.0%未満 かつ $<eGFR：45\text{mL/分/1.73 m}^2$ 未満 または 尿蛋白：陽性（1+以上）＞ → (図表 3 ⑯)

【受診勧奨レベルⅢ】

- 3 以下の①～③のいずれかに該当する者は、可能な限り速やかに、電話や訪問等により、個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に、治療に結びついていても確認する。

①HbA1c：8.0%以上（腎障害の程度、血圧に関係なく） → (図表 3 ①～⑦)

②HbA1c：7.0%以上 8.0%未満 かつ $<eGFR：45\text{mL/分/1.73 m}^2$ 未満 または 尿蛋白：陽性（1+以上）＞ → (図表 3 ⑧⑨)

③HbA1c：6.5%以上 7.0%未満 かつ $<eGFR：45\text{mL/分/1.73 m}^2$ 未満 または 尿蛋白：陽性（1+以上）＞ かつ ＜血圧：140/90mmHg 以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない＞ → (図表 3 ⑩)

※ 高血圧で受診中でありながらも糖尿病で未受診の場合については、高血圧での受診先医療機関に対し、特定健康診査等における血糖検査の結果が受診勧奨判定値以上であることを相談するよう保健指導する。

(受診勧奨の手順) 「図表5 標準的な受診勧奨の流れ」を参照

- 受診勧奨を行う前に、個々の対象者の情報（健診結果やこれまでの病歴、治療状況（中断の場合はその経緯を含む）等）を収集し、対象者の状況に応じた受診勧奨の方法（手紙、電話、面談、訪問等）を検討する。
- 特に受診勧奨レベルが高い人に対し受診勧奨を実施する場合には、単に通知するだけではなく、個別に電話や対面等により、対象者本人と直接接点を持ち、受診が必要である旨を伝える。
- 受診勧奨から1～2か月後に、電話もしくは返信はがき等にて（あわせて2～3か月後に、レセプトにて）対象者に受診状況を確認する。未治療の場合は、再度受診勧奨を行う。
- 受診後に、本人から感想を聞き、継続的な治療の必要性について理解できているかを確認することが望ましい。
- 保険者は本プログラムを参考に、それぞれの実情に合った手順を作成し、事業に取り組むとともに、その成果を検証し、より効果的な取組につなげていくことが重要である。

＜受診勧奨レベルごとの取組例＞

○受診勧奨レベルⅠ

- ・ 健診結果通知時に、糖尿病性腎症のおそれがあり医療機関の定期的な受診が必要であることについて、標準的な健診・保健指導プログラムのフィードバック文例集や糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き等を参照し、文書で通知する。
- ・ 必要に応じて、上記通知に加え、電話や案内した健康教室参加時等に受診勧奨を行う。

○受診勧奨レベルⅡ

- ・ レベルⅠの文書による通知に加え、結果説明を行うための電話や面談により、個別に医療機関への受診勧奨を行う。
- ・ 受診勧奨とともに、生活実態を把握したうえで、対象者の状況に合わせた保健指導を行う。

○受診勧奨レベルⅢ

- ・ 可能な限り、訪問や面談等の対面により個別での受診勧奨を速やかに行う。
- ・ 受診勧奨とともに、生活実態の把握をしたうえで、生活習慣の改善を促す保健指導を行う。

※ いずれの受診勧奨レベルにおいても、受診勧奨後に、対象者が継続的な受診につながっているかについて、医療機関からの回答、対象者本人への確認、レセプトデータの確認等により受診状況を確認することが必要である。

図表5 標準的な受診勧奨の流れ

受診勧奨の方法の検討

- 対象者の状態に応じた、受診勧奨の方法を検討する。
- 電話や面談、訪問により対象者に直接受診勧奨を行う場合は、専門職が対応する。

受診勧奨

- 手紙の送付、電話、面談、訪問等の方法により行う。
電話等で受診勧奨する場合は、対象者が受診しない理由を確認し、必要に応じてかかりつけ医等と情報共有するとともに他の部局の支援につなぐ。
- 受診勧奨台帳等により、実施状況を管理する。

1～2か月後

- 医療機関からの受診報告、本人への確認等で、対象者の受診状況を確認する。

2～3か月後

- レセプト等を活用して、受診勧奨後の糖尿病受療歴等を確認する。

レセプトなし

※継続して受診勧奨を行う

レセプトあり

再度受診勧奨

- 2回目以降については、対象者に合わせ、1回目とは別の方法で受診勧奨を行う。

- ★対象者が医療機関受診に対する意識を高められるよう工夫する。
- ★対象者から聞き取りにより、医療機関受診を阻害する要因を把握したうえで、対象者に共感を示しながら支援する。

受診後のフォロー

- 必要に応じて、かかりつけ医と連携した保健指導につなげる。
- 治療を中断しやすい者については、その背景要因を踏まえ、それを軽減する支援を行う。

(2) 保健指導

- 保健指導については、地域の実情に応じて、特に社会資源が少ない地域においては、ICT 等の活用も検討したうえで、それでも対象者数に対して資源が不足する場合は、優先順位付け（絞込み）を行い、取組を実施することもある。優先順位付けに当たっては、例えば、HbA1c、eGFR、尿蛋白のデータ及びこれらのデータの推移を参考に、保健指導レベルに関わらず、より重症化リスクが高いと考えられる対象者を抽出する。
- 糖尿病性腎症による新規透析導入者を減少させるためには、血糖に加え血圧、脂質のコントロールや薬剤の適正使用が重要である。また、肥満の是正、食生活の改善等、包括的な管理も必要となる。保険診療として行われる医療行為と役割分担しつつ保健指導を行うに当たっては、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえたうえで、保健指導を行う専門職が対象者と対面・電話等により接点を持ちながら、かかりつけ医と十分な連携を取ったうえで生活改善の指導を行う。
- 糖尿病連携手帳や保健指導報告書等を通じて、かかりつけ医との情報共有を行う。保健指導実施期間中に、医療機関で実施した検査結果を事業の効果評価等に活用する目的で確認する場合には、検査結果を入手することについて、あらかじめ対象者の同意を得ておく。
- 保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、さらに各々について対面及び ICT 等を活用した方法がある。支援の際は、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせる。

<保健指導レベルごとの取組例>

○保健指導レベルⅠ

- ・ 糖尿病や生活習慣の改善等に関する情報を中心に提供し、生活習慣の改善を促す集団指導による健康教室等への参加を促す。

○保健指導レベルⅡ

- ・ レベルⅠの情報提供や集団指導等への参加勧奨に加え、医療機関と連携し、腎障害の悪化を予防するための糖尿病を含む生活習慣病の管理に関する内容を中心に、電話や訪問等により保健指導を行う。合併症の進行を防ぐための継続的な治療の必要性、本人の年齢や生活状況に応じた生活改善の方法など具体的な助言を行うことが重要である。

○保健指導レベルⅢ

- ・ 腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心に、医療機関と連携し、訪問や個別面談等対面による保健指導を行う。医療機関で指導されたことが十分に理解できているか、疑問点はないかなどを確認し、必要に応じて医療機関につなぐことが求められる。

(留意点)

- 糖尿病性腎症の者に対して保健指導を実施する場合は、医療との連携が不可欠である。腎症第3期、第4期への保健指導については腎症に関する専門的知識やスキルを有する者が対応する必要がある。特に腎症第4期の保健指導にあたっては、三重県糖尿病療養指導士（CDEL）などの資格を持っている者が行うことが望ましい。

- 高齢者、特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなるため、高齢者の特性を踏まえた対象者抽出基準、保健指導方法を検討する。

（保健指導の手順） 「図表 6 標準的な保健指導の流れ」を参照

- 保険者は、以下の手順等により、本人の同意及びかかりつけ医の指示を得たうえで、かかりつけ医と連携しながら、概ね6か月程度の保健指導を実施する。なお、同意が得られない対象者の中にも、重症化リスクが高い者が存在することから、同意を得られるよう継続的にアプローチしていくことに留意する。

① 対象者の同意とかかりつけ医の指示書

- ア 保険者は、対象者に対し、保健指導の内容を説明したうえで、保健指導の参加意向を確認する。その際、対象者の情報がかかりつけ医と共有することの同意を得ておく。
- イ 対象者は、参加意向がある場合には、「糖尿病性腎症重症化予防保健指導参加同意書（様式1）」を保険者あてに提出する。
- ウ 保険者は、かかりつけ医に対して、同意が得られた対象者への保健指導実施の可否について、意向を確認する。
- エ かかりつけ医は、対象者の受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、「糖尿病性腎症重症化予防保健指導指示書（様式2）」を作成し、保険者に提出する。
- オ かかりつけ医は、糖尿病治療中に腎機能の低下等により、保健指導が必要と判断した場合は、対象者に対して保健指導への参加勧奨を行う。この場合における「同意書」は、かかりつけ医あてに提出し、かかりつけ医が「指示書」とともに保険者に提出する。

② 保健指導の実施及び情報の共有

- ア 保険者は、対象者に対し、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施する。
- イ 保健指導の主な項目は以下のとおりである。各項目の具体的な内容については、「糖尿病性腎症重症化予防事業実施の手引き(令和6年度版)」45～47頁に記載があるので、参考とする。

種類	指導項目
栄養・食生活	適正体重、食塩摂取、たんぱく質摂取、健康食品・サプリメントの摂取、血糖コントロール 等
運動・身体活動	運動のすすめ、運動強度
飲酒・喫煙習慣	飲酒、喫煙
口腔健康管理	口腔機能管理、口腔衛生管理
服薬指導（多剤併用の場合）	適正服薬
その他	受診状況、感染予防、ワクチン接種勧奨

- ウ 保険者は、適宜、参加者に検査値等を確認するとともに、糖尿病連携手帳等を活用し、参加者及びかかりつけ医等と情報を共有する。
- エ 保険者は、必要に応じて、保健指導の実施状況をかかりつけ医へ報告するとともに、保健指導終了後は、実施結果をかかりつけ医に報告する。

図表6 標準的な保健指導の流れ

指導前

- 保険者またはかかりつけ医は、対象者へプログラムの案内を行い、参加意向を確認し、対象者から「糖尿病性腎症重症化予防保健指導参加同意書（様式1）」を取得する。
- かかりつけ医は「糖尿病性腎症重症化予防保健指導指示書（様式2）」を作成し、保険者に提出する。

指導開始

初回面談

- 目標設定
 - ・生活習慣のアセスメント（食事、運動、生活リズム、喫煙、口腔衛生、合併症の有無等）
 - ・生活習慣及び医療機関受診状況を踏まえ、生活習慣改善に向けて行動目標を設定
 - ※目標は、可能な限り実現可能な設定が望ましい。
- 知識の提供と動機づけ（糖尿病やCKD等合併症の理解、血糖・血圧のコントロール、治療継続の必要性等）
- かかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導の実施（血糖・血圧のコントロール、禁煙、適量飲酒等）

1～5か月間

- 電話、面談による支援（必要に応じて、かかりつけ医との情報共有の機会を設ける）
- 治療状況の確認
 - 検査データ、身体症状、定期的な受診行動について、糖尿病連携手帳等を活用して把握
- 行動目標の改善状況の確認、評価
 - ※必要に応じ、新たな行動目標の設定
- 継続的な自己管理のための励まし・助言

※月1回程度の支援を基本とするが、支援方法や頻度については対象者及び保険者の実情に応じて柔軟に対応
 ※個別の保健指導に限らず、保険者による保健事業（集団指導等）による指導も可能

6か月後

最終面談

- 治療状況の確認
 - 検査データ、身体症状、定期的な受診行動について、糖尿病連携手帳等を活用して把握
- 行動目標の達成状況の確認、取組の振り返り、評価
- 継続的に自己管理するためのアドバイス

指導終了

※保健指導の実施結果をかかりつけ医に報告

指導終了後の継続支援（フォローアップ）

※継続的に病状の確認及び自己管理のための支援を行う。

5 事業を円滑に進めるための留意点

- 保険者が行う受診勧奨や保健指導において、ICT を活用した介入（オンライン面接、アプリ活用等）が実施されることも考えられる。遠隔面接による保健指導では、本人確認を確実に行うことやプライバシーが保たれるようにすること、保健指導の質の担保のための資料の工夫が必要であるとともに、アプリケーション等を用いた保健指導の際の個人情報の取扱い等に留意する必要がある。
- 事業を直営で実施するか委託して実施するかについては、市町等のマンパワーを含めた体制や、地域資源の状況等地域の実情を踏まえつつ、事業の継続性やノウハウの蓄積等も慎重に検討し、最も効果的・効率的と考えられる方法を選択する。委託して実施する場合においては、保健指導等を効果的に行うノウハウを有するような一定の水準を満たす事業者を選定することとし、市町等の庁内体制の整備や関係機関との調整・連携、課題の分析、事業計画の作成、対象者の抽出基準の設定・実施する受診勧奨や保健指導の内容の決定、事業の評価・見直し等、事業の根幹に関わるものについては、委託元自らが実施する。委託に当たっては、事前に医師会等、地域の関係団体との間で、委託する内容等の方針について協議を行うことが望ましい。

6 事業の評価

（1）評価の目的

- 事業評価は、計画時に設定した評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認するとともに、それを踏まえ、より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容や事業全体を見直すために実施する。
- このため、保険者は保有する健康・医療情報を活用し、単年だけでなく中長期的な視点を組み合わせつつ、被保険者を追跡して評価するとともに被保険者全体の変化についても評価することが必要である。

（2）評価の方法

- 計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行う。
- 評価対象として、①被保険者全体、②対象者抽出基準該当者、③絞込み該当者、④事業参加者の4つの集団を意識した評価を行う。
- まずは、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者個々人の単位、もしくはその集団で確認する短期的評価をしっかりと行うことが重要である。アウトプット評価では、抽出された対象者のうち、何人に受診勧奨や保健指導を実施できたかの評価が必須であり、アウトカム評価では、短期的評価指標と中長期的な評価指標を定めることが重要である。例えば、受診勧奨では、短期的指標として受診勧奨による医療機関受診の有無、1年後には治療の継続、HbA1c や血圧、腎障害の程度の変化、長期的には透析の導入抑制等が重要な指標となる。
- あわせて、対象者の抽出基準に該当した者のうち、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者と受診勧奨や保健指導を実施していない者とで、アウトカム評価指標を比較することや、被保険者全体について中長期的に各種指標がどのように変化したかの確認を行うことが望ましい。

＜具体的な評価指標例＞

【ストラクチャー評価】

- ・実施体制の構築状況
- ・予算・マンパワー、教材の準備
- ・保健指導者への研修の実施状況
- ・運営マニュアル等の整備
- ・課題分析・事業評価のための健診・医療データの集約状況

【プロセス評価】

- ・目的に応じた対象者の設定状況
- ・対象者への声掛け・募集の方法
- ・課題分析結果に応じた方法での事業実施
- ・スケジュール調整の状況
- ・参加者に関する評価のためのデータ登録状況

【アウトプット評価】

受診勧奨	・基準に基づいて抽出された対象者数に対する各方法（はがき・電話・面談・訪問等）で受診勧奨を行った人数の割合
保健指導	①各方法（保険者による抽出/医療機関からの紹介）で抽出された対象者数 ②保健指導への参加勧奨を行った人数 ③保健指導を開始した人数 ④保健指導を終了した人数 並びに ①に対する②の割合、②に対する③の割合、③に対する④の割合、①に対する③の割合、①に対する④の割合

※保険者が設定する基準の該当者における値だけでなく、本プログラムの対象者抽出基準の該当者における値もあわせて確認する。

※単年度における介入実績だけでなく、複数年度の中での介入実績を把握することが望ましい。

【アウトカム評価】

			短期	中長期
受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況		◎	○
	HbA1c8.0以上の者の割合			○
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧	◎	○
		体重・BMI、LDL コレステロール（または non-HDL コレステロール）、尿アルブミン、口腔機能	○	○
	生活習慣	生活習慣改善意欲、食生活・運動習慣・飲酒・喫煙に係る行動変容	○	○
	治療状況	新規透析導入（うち糖尿病性腎症を原因とするもの）の状況、糖尿病の服薬状況		○
医療費		糖尿病等の一人当たり外来医療費・総医療費		○

◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

（３）評価結果の活用

- 事業の分析結果、評価やそれに基づく改善方策等について関係者間で協議する。協議の結果、改善が必要な場合は、具体的な方策について関係者から助言を得ながら検討する。検討状況を関係者に対し報告・共有することにより、対応策の改善や次年度に向けた事業内容の見直しにもつながる。

なお、対象者選定基準や保健指導方法、評価方法など、早期に改善した方がよいものはマニュアルに修正を加える。

7 関係機関の役割

(1) 市町の役割

- 健診データやレセプトデータ等の健康・医療情報を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、その結果を踏まえ、対象者の年代に応じた抽出条件や取組の優先順位等を考慮して事業計画を立案する。
- 立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目やレセプトデータ、健診実施方法、食生活の改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点を総合的に勘案したうえで、医療機関への受診勧奨や保健指導の内容について検討する。
- 郡市医師会やかかりつけ医機能を有する医療機関、地域の専門医療機関、糖尿病対策推進会議等と顔の見える関係を築き、各自が捉えている健康課題や取組の状況、事業の目標設定等の企画、実施方法、評価について共有する。
- 実施した事業については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルに基づき次の事業展開につなげる。
- 高齢者の保健事業の実施に当たっては、年齢に関わらず継続した支援が可能となるよう、広域連合との連携のもと、市町が国保と一体的に実施する。

(2) 三重県後期高齢者医療広域連合の役割

- 市町に対し、高齢者の健康状態や医療費等の状況について、県全体を俯瞰して健康・医療情報を分析加工したデータを提供するなど、実施支援のための情報提供を行う。また、国保から連続した保健事業の実施・評価が適切に行えるよう、国保や介護予防担当部局との連携強化を図る。
- 県医師会や郡市医師会等関係団体に対しては、広域連合が取組内容を説明し、理解及び協力を得ていくことが重要であり、市町による関係団体との調整への支援を行う。

(3) 医師会の役割

- 県医師会は、郡市医師会に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県における動向等を周知し、郡市医師会に対し必要に応じ、助言する。
- 県医師会及び郡市医師会は、会員及び医療従事者に対して、県や市町等が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組を周知するとともに、市町等の取組が円滑かつ効果的なものとなるよう、市町等の求めに応じて助言する等、必要な協力を行う。
- 群市医師会は、地域の糖尿病対策推進会議の方針のもと、各地域での推進体制について協力するとともに、かかりつけ医と連携した受診勧奨、保健指導に必要な協力を行う。

(4) 三重県糖尿病対策推進会議の役割

- 糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県における動向等について、構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、市町や広域連合の取組に協力する。また、保険者の活動状況を把握し、好事例の横展開を行う。

(5) 三重県国民健康保険団体連合会の役割

- 市町や広域連合に対し、地域課題の適切な把握や、効果的かつ効率的な取組のため、国保データベースシステム (KDB) の活用による企画立案や評価分析の技術支援等を行う。

(6) 県の役割

- 糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県における動向等を市町に周知し、必要に応じ助言や支援を行うとともに、糖尿病の治療や支援に関わる多職種に向けた研修等を実施し、人材育成を図る。
- 市町における事業の実施状況をフォローするとともに円滑な事業実施を支援する観点から、県医師会、県糖尿病対策推進会議等と県内の取組状況を共有するほか、市町が策定するデータヘルス計画において共通評価指標を設定し、進捗管理を行うことで、県全体の重症化予防のレベルアップを図る。

8 地域における関係機関との連携

- 本事業は、市町単独で実施するのではなく、医師会、糖尿病対策推進会議、広域連合、国保連合会等と連携し、事業の枠組みについて問題認識を共有し、合意形成を図り、個々の対象者の状況に応じた対応を確保しつつ進める必要がある。
- 郡市医師会と市町との地区検討会を積極的に活用し、地域の関係者に事業の目的や企画、実施状況、評価結果を情報提供し、共有する。
- かかりつけ医と専門医との連携については、日本糖尿病学会及び日本腎臓学会作成の「かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準」を活用しつつ行うことが望ましい。
- 糖尿病の合併症として網膜症、歯周病及び歯の喪失等があることから、眼科、歯科等他科との連携、医科歯科連携の仕組みを構築・充実し、活用することが望ましい。
医科歯科連携の仕組みとして、かかりつけ医とかかりつけ歯科医が診療情報提供書などを活用して連携し、相互に関係している糖尿病と歯周病の重症化予防に取り組むこととする。
- 慢性腎臓病（CKD）対策等と連動させて糖尿病性腎症重症化予防に取り組む場合は、より包括的な地域連携体制を構築できるよう、地域の中核的医療機関の専門医、糖尿病療養指導士・腎臓病療養指導士等との連携や、栄養士会等との連携など連携の輪を拡大することが望ましい。

9 個人情報の取扱い

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータをはじめとして、対象者の氏名・住所・年齢・職業・家族構成等といった基本情報、生活習慣に関する情報などの様々な種別の個人情報を扱うことになる。
- 特に、健診・医療情報は、一般的には、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）に定める要配慮個人情報に該当し、他の個人情報よりも慎重に取り扱う必要があることから、保険者においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じるものとする。
- 保険者が事業の実施の一部を事業者へ委託する際に、委託業務の遂行のために健診結果やレセプトデータ等を当該事業者へ提供する場合には、当該データの盗難・紛失等を防ぐための組織的、人的、物理的、技術的な安全管理措置及び外的環境の把握等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において当該個人データの安全管

理措置等が適切に講じられるよう、保険者が必要かつ適切な管理、監督をするなど、個人情報の管理について万全の対策を講じるものとする。

10 地域における円滑な事業の実施に向けて

- 本プログラムは、県内の各保険者が糖尿病性腎症の重症化予防に取り組むに当たって円滑に事業が実施できるよう、基本的な方策について示したものであるが、各地域における実施に当たっては、保険者と医療関係者が密接に連携して、事業を展開する必要がある。
- 加えて、各保険者においては、事業の取組成果を評価し、より効果的な取組につなげる必要があるため、保健指導対象者の選定方法や保健指導の効果の評価方法について、各地域の糖尿病の専門家の助言を受けることも重要である。
- 本プログラムに記載のない事項については、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省による「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成 28 年 4 月 20 日策定：令和 6 年 3 月 28 日改定）を参考とする。
- なお、県内市町への横展開を図るため、先進事例の保健指導マニュアル等を三重県ホームページで公開している。各地域では、これら先進事例を参考に地域の実情に合った「プログラム」や「保健指導マニュアル」を作成し、保険者と医療関係者の密接な連携のもと、事業を展開していただきたい。

ホームページ <https://www.pref.mie.lg.jp/IRYOS/HP/000230901.htm>

（県内先進事例の保健指導マニュアル等）

糖尿病性腎症重症化予防保健指導参加同意書

令和 年 月 日

市町国民健康保険担当課長 様

氏名

住所 〒

電話番号

(氏名は自署をお願いします。)

◆かかりつけ医がある場合、記入してください。

医療機関名：

医師名：

◆「参加します（左欄）」又は「参加しません（右欄）」のいずれかにチェックしてください。
また、その後のそれぞれの「問」に回答してください。

□参加します

【問1】面談の実施場所について

御希望の場所をいずれか1つをお選びください。

- {
- かかりつけ医の医療機関（施設）
 - 会議室等の会場（※注1）

※注1 会場をご希望の方が多数の場合、自宅での面談をお願いする場合があります。

【問2】日程調整のためのご連絡時間について

・あらかじめ電話連絡にて面談日、訪問日を調整させていただきます。次の表に、電話連絡の可能な時間帯全てに「○」をつけてください。

いつでも	平日			土曜日			日曜日		
	午前	午後	夜間	午前	午後	夜間	午前	午後	夜間

※時間帯の目安

午前 9:00～12:00

午後 12:00～18:00

夜間 18:00～21:00

・電話連絡が可能な時間帯に連絡いたしますが、連絡がとれない場合は、それ以外の時間帯に連絡する場合がありますので、その旨ご了承ください。

□参加しません

【問】理由は何ですか。

次のいずれかにチェックしてください。
その他の場合、具体的な理由を記入してください。

- かかりつけ医が参加を勧めなかったから
- かかりつけ医の指導で十分と思うから
- 自己管理ができてから
- 参加する時間がないから
- その他

※ この事業の検査結果等の個人情報は、特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究をする時に限り使用する場合がありますことをご了承ください。

第三者に先の目的以外で情報提供・開示することは一切ありません。

また、事業参加後、このことについて同意できなくなった場合は、連絡してください。

糖尿病性腎症重症化予防保健指導指示書

令和 年 月 日

市町国民健康保険担当課長 様

医療機関名

住 所

主 治 医

(印)

(記名・押印または署名をお願いします。)

次のとおり保健指導を依頼します。

患者氏名		生年月日	年 月 日生	男・女
住 所			電話番号	
病名 (該当病名に○をし てください。)	・糖尿病性腎症(ステージ) ・高血圧 ・脂質異常症 ・その他 () ・既往歴 ()			
現在の数値等 検査日 (年 月)	①身長 cm	②体重 kg	③HbA1c %	
	④血圧 /	⑤随時血糖値	mg/dl (食後 時間)	
	⑥eGFR ml/分/1.73 m ²	⑦尿蛋白 1 + 2 + 3 +		
	⑧尿アルブミン値	mg/gCr		
保健指導に関する指示事項				
◆該当事項をチェックしてください。 患者に対して保健指導を実施するにあたり、留意すべきことがあればご指示ください。 ☐ 1日摂取エネルギー量(標準体重1kgあたり)※選択してください。 ① 25~30kcal (軽労作 デスクワーク) ② 30~35kcal (普通労作 立ち仕事) ③ 35kcal 以上 (重労作 力仕事) ④ その他 () ☐ 1日塩分摂取量の制限 不要 必要 (_____g 以下) ☐ 運動療法 不要または不可(その理由:) 必要(具体的指示) ☐ その他ご意見ご指示等がございましたらご自由に記載してください。 ()				
◆そちらの診療所で指導する場所(小さなスペースで結構です。)を提供していただくことが可能ですか。 ☐ 可能 ☐ 不可 ※不可の場合は、本人と調整して、指導を実施する会場にお越しいただきます。				