

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

山 口 県  
山 口 県 医 師 会  
山口県糖尿病対策推進委員会

## 1 目的

このプログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して生活指導を行い、人工透析への移行を防止することを目的とし、保険者による取組が円滑に実施できるよう支援するため、標準的な取組の内容を示すものである。

## 2 対象者の抽出基準及び抽出方法

### (1) 未受診者

#### (一) 抽出基準

次の①及び②のいずれにも該当する者

- ① 空腹時血糖126mg/dL以上又はHbA1c6.5%以上
- ② 糖尿病による医療機関の受診がないこと

#### (二) 抽出方法

保険者は、前年度の特健診データから(一)①に該当する者を抽出した上、レセプトデータと照合して、前年度に糖尿病レセプト(傷病名に糖尿病(疑いを含む。))の記載があるレセプトをいう。以下同じ。)がある者及び(2)の受診中断者に該当する者を除外し、被保険者資格喪失者(既に被保険者資格を喪失している者及び当該年度に被保険者資格の喪失が見込まれる者をいう。以下同じ。)を除外して(別紙様式1)による名簿(以下「未受診者リスト」という。)を作成する。

### (2) 受診中断者

#### (一) 抽出基準

次の①及び②のいずれにも該当する者

- ① 糖尿病治療歴があること
- ② 前年度に糖尿病による医療機関の受診がないこと

#### (二) 抽出方法

保険者は、レセプトデータから、糖尿病治療薬の投薬歴又は糖尿病を主病とする生活習慣病管理料の算定履歴がある者であって、前年度に糖尿病レセプトがないものを抽出した上、被保険者資格喪失者を除外して(別紙様式2)による名簿(以下「受診中断者リスト」)を作成する。

### (3) 保健指導対象者

#### (一) 抽出基準

次の①及び②のいずれにも該当する者

- ① 2型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が第2期(早期腎症期)、第3期(顕性腎症期)及び第4期(腎不全期)の者であって、次のいずれかに該当すること

- ・ 血糖コントロール不良（HbA1c7.0%以上など）
  - ・ 血圧コントロール不良（収縮期血圧130 mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上など）
  - ・ BMI 25以上
  - ・ 必要な食塩制限ができていない
  - ・ 必要な蛋白質制限ができていない
- ② 次のいずれにも該当しないこと
- ・ がん等で終末期にある者
  - ・ 認知機能障害がある者
  - ・ 要介護者
  - ・ 糖尿病透析予防指導管理料が現に算定されている者
  - ・ かかりつけ医が保健指導の必要がないことその他の理由により対象から除外すべきと判断した者

## （二）抽出方法

保険者は、次の①から④により、保健指導対象者を抽出する。

- ① 前年度のレセプトデータに糖尿病レセプトがあり、かつ、次のアの a から c のいずれかに該当し、かつ、次のイの a から c のいずれにも該当しない者を抽出した上、被保険者資格喪失者を除外する。

ア 該当要件

- a 前年度のレセプトデータの傷病名に腎症又は腎機能低下を示す病名があること
- b 直近の特定健診データで、尿蛋白（±）以上であること
- c 直近の特定健診データで、eGFR60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満であること

イ 除外要件

- a 1型糖尿病であることが分かる者
- b 要介護認定を受けている者
- c 人工透析を受けている者

- ② ①により抽出された者（以下「推薦依頼対象者」という。）につき、かかりつけ医の医療機関別に（別紙様式3）による名簿を作成する。
- ③ ②により作成された名簿をかかりつけ医に提示し、（別紙様式4）により、保健指導を要すると判断した者の推薦を依頼する。
- ④ ③により推薦された者につき（別紙様式5）による名簿（以下「保健指導対象者リスト」という。）を作成する。

## 3 受診勧奨

### （1）受診勧奨の実施

保険者は、次の①から③により未受診者及び受診中断者に対する受診勧奨を実施する。

- ① 未受診者リスト及び受診中断者リストに登載された者に対し（別紙様式6）又は

(別紙様式7)による受診勧奨通知を送付する。

- ② 医療機関の受診の有無をレセプトデータにより確認し、受診の確認できない者に対して(医療機能情報公表システムを活用した医療機関の紹介を含め)訪問又は電話により再勧奨を行う。
- ③ ①②による勧奨及び勧奨の結果を未受診者リスト及び受診中断者リストに記録する。

## (2) 評価指標

### ① 受診勧奨実施率

未受診者及び受診中断者それぞれに占める受診勧奨を実施した者の割合(訪問又は電話により本人に接触したことをもって受診勧奨の実施とする。ただし、受診勧奨通知送付後の確認により医療機関の受診が確認された者については、受診勧奨通知の送付をもって受診勧奨の実施とする。)

### ② 医療機関受診率

未受診者及び受診中断者それぞれのうち受診勧奨を実施した者に占める医療機関を受診した者の割合並びに未受診者及び受診中断者それぞれに占める医療機関を受診した者の割合

## 4 保健指導

### (1) 保健指導の内容

(別紙)「保健指導プログラム」を参照

### (2) 保健指導実施の手順

保険者は、次の①から⑧により保健指導への参加者を決定し、保健指導を実施する。

- ① 保健指導対象者リストに登載された者に対し、(別紙様式8)により参加を勧奨し、(別紙様式9)による保健指導参加申込書の提出を求める。
- ② 保健指導参加申込書の提出のあった者の中から、保健指導プログラムへの参加者を決定する。
- ③ ②により参加者として決定した者(以下「保健指導参加者」という。)に対し、(別紙様式10)により、決定した旨を通知するとともに、かかりつけ医の(別紙様式11)による診療情報提供書及び指示書を取得し、(別紙様式12)による個人情報提供同意書と併せて提出するよう求める。
- ④ 保健指導参加者に対して、かかりつけ医の指示に基づき保健指導を実施する。
- ⑤ 糖尿病連携手帳等を活用して、随時、検査値等の情報を共有する。
- ⑥ 保健指導の実施後、その結果を(別紙様式13)によりかかりつけ医へ報告する。
- ⑦ 保健指導対象者リストに保健指導の実施状況及び検査値等を記録する。
- ⑧ 保健指導終了から一定期間経過後、フォローアップのために簡易な保健指導を実施し、保健指導対象者リストに記録する。

### (3) 評価指標

- ① 保健指導の実施率  
保健指導対象者に占める保健指導参加者の割合
- ② 生活習慣の改善率  
保健指導前、保健指導後及びフォローアップ時の生活習慣を数値化して比較する
- ③ 検査値（体重、HbA1c及び空腹時血糖、血圧、尿蛋白、eGFR、血清脂質）の維持・改善状況  
保健指導参加者から提供されるデータ及び特定健診データにより、保健指導対象者につき、保健指導前、保健指導後、フォローアップ時及び2年後から5年後までの値を比較する

## 5 検証

山口県は、糖尿病性腎症重症化予防の事業を行う保険者に、次に掲げる情報の提供を求め、山口県糖尿病対策推進委員会とともに事業の効果を検証する。

### (1) 受診勧奨に係る情報

- ① 未受診者及び受診中断者に対する受診勧奨実施率
- ② 未受診者及び受診中断者の医療機関受診率、並びに受診勧奨を実施した未受診者及び受診中断者の医療機関受診率

### (2) 保健指導に係る情報

- ① 保健指導対象者の年齢、性別
- ② 保健指導対象者に対する保健指導の実施の有無、中途脱落の場合はその理由
- ③ 保健指導対象者の検査値（HbA1c及び空腹時血糖並びにeGFR）及びその検査日  
<保健指導実施後のフォローアップに係るものを含む>
- ④ 保健指導の実施方法及び費用

## 6 関係者の役割分担、プログラムの活用の推進及び見直し

保険者は、このプログラムを参考にし、糖尿病性腎症重症化予防の事業に取り組むものとする。PDCAサイクルの手順に基づき、健診データやレセプトデータ等を用いた地域における健康課題の分析を行い、対策の立案、事業の実施、結果の評価等を行う。

山口県、山口県医師会及び山口県糖尿病対策推進委員会は、このプログラムについて、関係団体へ周知し、保険者による活用を推進するとともに、5による検証の結果を踏まえ、必要な見直しを行う。

## 保健指導プログラム

時期	内 容	
初回	<b>【初回指導（個別支援：面談）】</b> ○アセスメント 身体状況、検査データ、通院・治療状況、病期、生活背景、生活習慣等の把握 ○具体的な取組目標の設定 ○保健指導（※）	<div style="background-color: black; color: white; padding: 2px; text-align: center;"><b>※保健指導</b></div> かかりつけ医からの「診療情報提供書及び指示書」（別紙様式 11）に基づき、糖尿病性腎症各期に応じた 保健指導を実施する。
1 か月後	<b>【継続指導（個別支援（手紙、電話、面談、訪問等）もしくは集団支援）】</b> （頻度）2週間～1か月に1回程度 もしくは必要に応じた回数 ○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"><b>介入目的</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症第2期（早期腎症期）：第3期以降への移行の防止</li> <li>・糖尿病性腎症第3期（顕性腎症期）：腎機能低下防止</li> <li>・糖尿病性腎症第4期（腎不全期）：透析導入時期の延伸</li> </ul>
2 か月後		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"><b>実施期間</b></div> 概ね6か月
3 か月後	<b>【取組目標に対する到達状況確認及び継続指導（個別支援：面談）】</b> ○取組目標に対する到達状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"><b>具体的内容</b></div> <b>○糖尿病に関すること</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症について</li> <li>・確実な受診、血糖・血圧管理の必要性について</li> <li>・服薬管理について</li> <li>・糖尿病の合併症（網膜症、神経障害、足病変など）について</li> <li>・低血糖、シックデイの対応について</li> </ul> <b>○自己管理に関すること</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検査結果等の見方について</li> <li>・自己管理の必要性と方法について</li> <li>・血糖、血圧、体重の測定について</li> <li>・足部の観察と手入れ（フットケア）について</li> </ul>
4 か月後	<b>【継続指導（個別支援（手紙、電話、面談、訪問等）もしくは集団支援）】</b> （頻度）2週間～1か月に1回程度 もしくは必要に応じた回数 ○取組目標に対する実践状況確認 ○必要に応じて目標の見直し ○保健指導（※）	<b>○食生活に関すること</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な食生活について</li> <li>・適正な総エネルギー量及びたんぱく質量、食塩量、カリウム量について</li> <li>・間食、外食について</li> </ul>
5 か月後		<b>○生活習慣の改善等に関すること</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運動、身体活動について</li> <li>・喫煙、飲酒について</li> <li>・口腔ケアについて</li> </ul>
6 か月後	<b>【終了時評価（個別支援：面談）】</b> ○身体状況、検査データ、通院・治療状況、生活習慣等の把握 ○取組目標に対する到達状況確認、評価 ○今後の自己管理継続に向けた支援	

別紙様式 1 (未受診者リスト)

未受診者リスト( 年度)

番号	未受診者情報						医療機関の受診勧奨実施記録										備考		
	基本情報						健診情報		文書勧奨		再勧奨								
	氏名	氏名カナ	性別	年齢	生年月日	住所	空腹時血糖 %	HbA1c mg/dL	文書送付 1:実施 0:無 1:有	医療機関受診 1:実施 0:無 1:有	電話勧奨		訪問勧奨						
											電話	接触	医療機関紹介	訪問	接触	医療機関紹介		医療機関受診	
1	あい うえ	アイウエ	男	60	S32.5.5	〇市〇〇1-1	126	6.8	1	1									
2	いう えお	イウエオ	男	55	S37.6.6	〇市〇〇2-2	128	7.4	1	0	1	1	0						1
3	うえ おか	ウエカ	女	50	S42.7.7	〇市〇〇3-3	122	6.9	1	0	1	1	0						0
4	えお かき	エオカキ	女	45	S47.8.8	〇市〇〇4-4	0	7.3	1	0	1	1	0						1
5	おか きく	オカキク	女	40	S52.9.9	〇市〇〇5-5	167	8.5	1	0	1	0		1	1	1	1	1	1
6	かき くけ	カキケ	男	61	S31.10.10	〇市〇〇6-6	133	6.5	1	0	1	0		1	0				0
7	きく けこ	キクケコ	男	56	S36.11.11	〇市〇〇7-7	132	6.6	1	0				1	1	1	1	0	0

別紙様式 2 (受診中断者リスト)

受診中断者リスト( 年度)

番号	受診中断者情報						医療機関の受診勧奨実施記録										備考		
	基本情報						文書勧奨		再勧奨										
	氏名	氏名カナ	性別	年齢	生年月日	住所	文書送付 1:実施 0:無 1:有	医療機関受診 1:実施 0:無 1:有	電話勧奨		訪問勧奨								
									電話	接触	医療機関紹介	訪問	接触	医療機関紹介	医療機関受診				
1	あい うえ	アイウエ	男	60	S32.5.5	〇市〇〇1-1	1	1											
2	いう えお	イウエオ	男	55	S37.6.6	〇市〇〇2-2	1	0	1	1	0								1
3	うえ おか	ウエカ	女	50	S42.7.7	〇市〇〇3-3	1	0	1	1	0								0
4	えお かき	エオカキ	女	45	S47.8.8	〇市〇〇4-4	1	0	1	1	0								1
5	おか きく	オカキク	女	40	S52.9.9	〇市〇〇5-5	1	0	1	0		1	1	1	1	1	1	1	1
6	かき くけ	カキケ	男	61	S31.10.10	〇市〇〇6-6	1	0	1	0		1	0						0
7	きく けこ	キクケコ	男	56	S36.11.11	〇市〇〇7-7	1	0				1	1	1	1	1	0	0	0

別紙様式 3 (推薦依頼対象者リスト)

推薦依頼対象者リスト

医療機関名：〇〇クリニック

患者氏名	生年月日	かかりつけ医	推薦	備考
あい うえ	S32.5.5			
いう えお	S37.6.6			

※ 「かかりつけ医」欄に、患者の主治医の氏名を記入してください。

※ 「推薦」欄に、推薦していただける方について「○」を記入してください。

別紙様式 4 (保健指導対象者推薦依頼書)

〇〇年〇月〇日

糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導対象者推薦依頼書

(かかりつけ医の医療機関の長) 様

〇〇市(町)長 〇〇 〇〇

(必要に応じ挨拶文)

当市(町)の国民健康保険の被保険者のうち下記に該当する方を対象として、糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導を実施したいと考えています。

なお、該当する方については、できるだけ多くの方に保健指導を受けていただくことを目指しています。

つきましては、別添の名簿(レセプト及び特定健康診査のデータをもとに糖尿病かつ腎症の可能性がある方を抽出したものです。)の中から、保健指導の対象者として適当と思われる患者を推薦していただきますようお願いいたします。

記

(糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導対象者)

2型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が第2期(早期腎症期)、第3期(顕性腎症期)又は第4期(腎不全期)の患者であって

次のいずれかの状態に該当する方

- ・ 血糖コントロール不良(HbA1c7.0%以上など)
- ・ 血圧コントロール不良(収縮期血圧130 mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上など)
- ・ BMI 25以上
- ・ 必要な食塩制限ができていない
- ・ 必要な蛋白質制限ができていない

ただし、次のいずれかに該当する方は除きます。

- ・ がん等で終末期にある方
- ・ 認知機能障害がある方
- ・ 要介護状態にある方
- ・ 糖尿病透析予防指導管理料が現に算定されている方
- ・ かかりつけ医(主治医)が保健指導の必要がないことその他の理由により対象から除外すべきと判断した方

〇〇部〇〇課〇〇班 担 当 : 〇〇 電 話 : F a x :
---

別紙様式5（保健指導対象者リスト）

保健指導対象者リスト（年度）

番号	基本情報						かかりつけ医		参加者決定					
	氏名	氏名カナ	性別	年齢	生年月日	住所	医療機関	かかりつけ医	参加勧奨			参加申込		決定及び通知
									勧奨実施	文書以外の勧奨実施	かかりつけ医からの勧奨	回答	回答の内容	
1	あい うえ	アイエ	男	60	S32.5.5	〇市〇〇1-1	〇〇病院	かき くけ	1			1	1	1
2	い う えお	イウエオ	男	55	S37.6.6	〇市〇〇2-2	〇〇病院	かき くけ	1			1	0	
3	う え おか	ウエカ	女	50	S42.7.7	〇市〇〇3-3	〇クリニック	さし すせ	1		1	1	1	1
4	えお かき	エオカキ	女	45	S47.8.8	〇市〇〇4-4	〇クリニック	さし すせ	1					

診療情報(又は健診データ等)																									
糖尿病性腎症 1:1期 ~ 5:5期	糖尿病診断年齢 歳	網膜症 1:無 2:有 3:不明	糖尿病の薬物療法 1:無 2:有	食塩制限 g/日	蛋白質制限 g/日	検査値																備考 記述	指導前生活習慣 点数		
						検査年月日	身長 cm	体重 kg	BMI	HbA1c %	空腹時血糖 mg/dL	収縮期血圧 mmHg	拡張期血圧 mmHg	尿蛋白 1:- 2:± 3:+ 4:2+ 5:3+	尿アルブミン mg/gCr	血清クレアチニン mg/dL	eGFR ml/分 /1.73 m <sup>2</sup>	中性脂肪 mg/dL	LDL mg/dL	HDL mg/dL	(GALT) IU/L			喫煙 1:無 2:有	
	2	50	1	2	6	H29.5.20	172.5	74.0	24.9	7.5	140	135	90	2	250	1.00	59.9	140	135	35	18	2		10	
									0.0																
	3	40	3	2	6	H29.5.10	148.0	58.0	26.5	7.1		120	85	3		0.86	55.0	135	130	30	37	1		12	
				2		H29.7.6	160.0	70.0	27.3		128	115	69	1		0.80	61.4	130	120	25	35	1	健診		
									0.0																

保健指導実施記録																									
指導実施			指導後病期等				指導後検査値																		
保健指導完了 1:完了	中途脱落 1:脱落	脱落理由 記述	指導後生活習慣 点数	人工透析導入 1:無 2:有	糖尿病性腎症 1:1期 ~ 5:5期	網膜症 1:無 2:有 3:不明	糖尿病の薬物療法 1:無 2:有	検査年月日	身長 cm	体重 kg	BMI	HbA1c %	空腹時血糖 mg/dL	収縮期血圧 mmHg	拡張期血圧 mmHg	尿蛋白 1:- 2:± 3:+ 4:2+ 5:3+	尿アルブミン mg/gCr	血清クレアチニン mg/dL	eGFR ml/分 /1.73 m <sup>2</sup>	中性脂肪 mg/dL	LDL mg/dL	HDL mg/dL	(GALT) IU/L	喫煙 1:無 2:有	
1			15	1	2	1	2	H30.1.4	172.5	70.0	23.5	6.9	128	135	90	2	180	0.95	63.1	140	135	35	18	2	
											0.0														
1			18	1	3	2	2	H30.1.8	148.0	55.0	25.1	6.5		120	75	3		0.86	54.7	140	135	35	37	1	
											0.0														
											0.0														

フォローアップ(1年後)																								
備考	実施			病期等			検査値																備考	
	フォローアップ 1:実施 記述	フォローアップ 時生活習慣 点数	人工透析導入 1:無 2:有	糖尿病性腎症 網膜症 1:無 2:有 3:不明	糖尿病の薬物療法 1:無 2:有	検査年月日	身長 cm	体重 kg	BMI	HbA1c %	空腹時血糖 mg/dL	収縮期血圧 mmHg	拡張期血圧 mmHg	尿蛋白 1: - 2: ± 3: + 4: 2+ 5: 3+	尿アルブミン mg/gCr	血清クレアチニン mg/dL	eGFR ml/分 /1.73 m <sup>2</sup>	中性脂肪 mg/dL	LDL mg/dL	HDL mg/dL	(GALT PPT) IU/L	喫煙 1:無 2:有		
																								記述
	1	16	1	2	1	2	H30.12.2	172.5	71.0	23.9	7.5	135	135	90	2	180	0.92	65.0	140	135	35	18	2	
			1							0.0														
	1	20	1	3	1	2	H30.1.8	148.0	52.0	23.7	6.6		120	75	3		0.86	54.4	140	135	35	37	1	
			1			2	H30.7.6	160.0	70.0	27.3		128	115	69	3		0.90	53.6	130	120	35	35	1	
										0.0														

追跡( 年後)※2年後から5年後																							
病期等				検査値																備考			
人工透析導入 1:無 2:有	糖尿病性腎症 網膜症 1:無 2:有 3:不明	糖尿病の薬物療法 1:無 2:有	検査年月日	身長 cm	体重 kg	BMI	HbA1c %	空腹時血糖 mg/dL	収縮期血圧 mmHg	拡張期血圧 mmHg	尿蛋白 1: - 2: ± 3: + 4: 2+ 5: 3+	尿アルブミン mg/gCr	血清クレアチニン mg/dL	eGFR ml/分 /1.73 m <sup>2</sup>	中性脂肪 mg/dL	LDL mg/dL	HDL mg/dL	(GALT PPT) IU/L	喫煙 1:無 2:有				
																					記述	記述	
	2	1	2	H31.12.2	172.5	72.0	24.2	6.5	126	120	75	2		0.92	64.7	140	135	35	18	2			
							0.0																
	1		2	H31.8.8	148.0	50.0	22.8	6.6		120	75	3		0.86	54.1	140	135	35	37	1			
			2	H31.7.6	160.0	70.0	27.3		128	115	69	3		0.95	50.2	130	120	35	35	1			
							0.0																

別紙様式 6 (受診勧奨通知 (未受診者))

〇〇年〇月〇日

(未受診者氏名) 様

すぐに医療機関受診を  
糖尿病の合併症は自覚症状のないまま進行します

〇〇市 (町) 国民健康保険から被保険者の方へのお知らせです。

昨年度の特典健康診査で、(空腹時血糖は ( ) mg/dL、) (HbA1cは ( ) %) でした。  
糖尿病が強く疑われます。

至急、かかりつけの医療機関ないし糖尿病の治療が受けられる医療機関を受診してください。

〇〇部〇〇課〇〇班  
担 当 : 〇〇  
電 話 :  
F a x :

別紙様式 7 (受診勧奨通知 (受診中断者))

〇〇年〇月〇日

(受診中断者氏名) 様

合併症を予防するために  
糖尿病には定期的な通院が必要です

〇〇市 (町) 国民健康保険から、糖尿病治療歴のある被保険者の方へのお知らせです。

糖尿病の治療は、高血糖による合併症の発症と進展を抑制することが主たる治療目的です。

かかりつけ医を持ち、定期的に通院し、その指示に基づいて、良好な血糖コントロールを継続してください。

〇〇部〇〇課〇〇班  
担 当 : 〇〇  
電 話 :  
F a x :

〇〇年〇月〇日

(保健指導対象者氏名) 様

〇〇市(町)長 〇〇 〇〇

糖尿病性腎症重症化予防プログラムのご案内

人工透析にならないために  
あなたの生活習慣改善を〇〇市(町)がサポートします

(必要に応じ挨拶文)

このたび、〇〇市(町)国民健康保険被保険者で糖尿病の治療歴のある方を対象に糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラムを実施します。

糖尿病性腎症が悪化すると、腎不全を起し、人工透析を受けることになります。この保健指導は、人工透析にならないために主治医の先生の治療方針に従って専門スタッフが行う生活習慣改善のプログラムです。

あなたはこのプログラムの対象者となっています。この機会に生活習慣を見直し、糖尿病の重症化を予防するためにぜひ御参加いただきますようお願いいたします。

なお、実施予定人数を上回るお申し込みがあった場合には、大変申し訳ありませんが御参加いただけないことがありますので、あらかじめ御了承ください。

記

1 対象者

糖尿病性腎症(早期腎症期、顕性腎症期、腎不全期)を治療中の国民健康保険被保険者のうち、かかりつけ医から推薦のあった方

2 内容

かかりつけ医の治療方針に基づき、指導者と一緒に生活を振り返りながら個人に合った目標を立てて生活習慣(食事・運動など)の改善策を御提案します。

3 開催期間

〇月～〇月

4 実施機関

〇〇

5 費用

無料(ただし、参加の際には、かかりつけ医に「診療情報提供書及び指示書」を御依頼いただくことになります。かかりつけ医への受診料及び文書料については、自己負担となります。)

6 申し込み

〇〇年〇月〇日(〇)までに別添「保健指導参加申込書」を〇〇に提出してお申し込みください。

〇〇部〇〇課〇〇班  
担 当 : 〇〇  
電 話 :  
F a x :



別紙様式 1 1 (診療情報提供書及び指示書)

〇〇年〇月〇日

糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導に係る診療情報提供書及び指示書

〇〇市(町)長様

医療機関名

かかりつけ医氏名

印

次のとおり診療情報を提供し、保健指導に関して指示をします。

1 基本情報

患者氏名			生年月日	年	月	日
病歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病(診断 歳) <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他( )					
合併症	網膜症( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明) 神経障害( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明) 動脈硬化性疾患( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> その他( )					
	腎症	<input type="checkbox"/> 腎症前期 <input type="checkbox"/> 早期腎症期 <input type="checkbox"/> 顕性腎症期 <input type="checkbox"/> 腎不全期 <input type="checkbox"/> 透析療法期 第1期 第2期 第3期 第4期 第5期				
教育入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 年 月 日)					

2 直近の検査値(記入又は検査結果の写しを添付してください。)

検査年月日( 年 月 日)

身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg
HbA1c	%	空腹時血糖値	mg/dL	(随時	mg/dL	・2時間 mg/dL)
尿蛋白	-・±・+	尿アルブミン	mg/gCr	eGFR	mL/分/1.73 m <sup>2</sup>	(Scr. mg/dL)
中性脂肪	mg/dL	LDL-C	mg/dL	HDL-C	mg/dL	ALT(GPT) IU/L

3 治療内容

食事療法		運動療法		薬物療法	
指示エネルギー	kcal/日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 制限 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> なし	
食塩制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり g/日	(制限・不可の理由 )		<input type="checkbox"/> 内服薬	
蛋白質制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり g/日			<input type="checkbox"/> インスリン	
カリウム制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり mg/日			<input type="checkbox"/> その他	
コントロール目標					
血糖コントロール目標 HbA1c % (空腹時血糖値 mg/dL (随時 mg/dL・2時間 mg/dL) )					
血圧コントロール目標 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / mmHg					
その他のコントロール目標 ( )					

4 保健指導に関する留意事項等

--

- 薬の情報（処方内容）を添付します。
- その他参考となる情報を添付します。

**別紙様式 1 2（個人情報提供同意書）**

個人情報提供同意書

〇〇市（町）長 様

私は、糖尿病性腎症の重症化予防を目的とした保健指導プログラム参加にあたり、その実施のために必要な私の個人情報（医療情報、健診情報、生活習慣・食事習慣に関する情報等）について、かかりつけ医及びその医療機関並びに〇〇市（町）及び保健指導実施機関の間において相互に情報提供されることに同意します。

また、このプログラムの実施のために必要な情報を提供することに同意します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

**別紙様式 1 3（保健指導実施結果報告書）**

年 月 日

糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導実施結果報告書

（かかりつけ医の医療機関の長）様

〇〇市（町）長 〇〇 〇〇

（必要に応じ挨拶文）

下記の〇〇市（町）国民健康保険被保険者の方について、貴院の御協力のもと、糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導を実施しましたので、別添のとおり、その結果を報告します。

記

（保健指導終了者）

- ・〇〇 〇〇 様
- ・〇〇 〇〇 様

〇〇部〇〇課〇〇班  
担 当：〇〇  
電 話：  
F a x：