

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和7年3月12日

山 口 県
山 口 県 医 師 会
山口県糖尿病対策推進委員会

目 次

1	目的	1
2	対象者の抽出基準及び抽出方法	1
	（1）受診勧奨対象者（別図 1, 2）	1
	（一）抽出基準	1
	（二）抽出方法	1
	（2）保健指導対象者（別図 1, 3）	2
	（一）抽出基準	2
	（二）抽出方法	3
3	実施方法（内容・手順・評価）	4
	（1）受診勧奨	4
	（一）受診勧奨の内容（別図 1）	4
	（二）受診勧奨の実施手順	4
	（三）評価指標	4
	（2）保健指導	5
	（一）保健指導の内容（別図 1）	5
	（二）保健指導の実施手順（別図 3）	5
	（三）評価指標	6
4	評価・検証	6
	（1）受診勧奨に係る情報	6
	（2）保健指導に係る情報	6
5	関係者の役割分担、プログラムの活用の推進及び見直し	6
別表 1	受診勧奨対象者抽出基準（糖尿病未受診者及び受診中断者）	8
別表 2	保健指導対象者抽出基準（糖尿病受診中の者）	8
別図 1	レベルに応じた介入方法の例	9
別図 2	受診勧奨対象者の判定フロー図	9
別図 3	保健指導の流れ	10
別図 4	保健指導プログラム（レベルⅡ又はⅢ）	11
別紙様式		12

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医療機関への未受診者・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) 受診勧奨対象者（別図1,2）

(一) 抽出基準

次の①又は②のいずれかに該当する者

- ① 未受診者（糖尿病による医療機関の受診歴がない者）であって、空腹時血糖（又は随時血糖（食後3.5時間未満を除く））126mg/dL以上又はHbA1c6.5%以上の者
- ② 受診中断者（糖尿病治療歴があるが、前年度に糖尿病による医療機関の受診歴がない者）

(二) 抽出方法

保険者は、次の①から④により、受診勧奨対象者を抽出する。

- ① 前年度の特定健診データから（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。）も除外する。
- ② 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する。
- ③ ①と②のデータを未受診者と受診中断者に区分の上で一体化し、重複者のデータを整理する。（重複者は、受診中断者に区分）
- ④ 特定健診データにより受診勧奨のレベル別に区分（別表1）の上、「受診勧奨対象者リスト（別紙様式1）」を作成する。
 - ア レベルⅠ（受診勧奨の通知、健康教室等の案内）
 - イ レベルⅡ（電話・面談等による受診勧奨）
 - ウ レベルⅢ（電話・面談・訪問等による確実な受診勧奨）

（別表1）

受診勧奨対象者抽出基準（糖尿病未受診者及び受診中断者 ※1）

	腎障害の程度			腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可 ※4
	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。 ・ $45 \leq \text{eGFR} < 60$ ・ 尿蛋白（±）	以下の両方に該当。 ・ $60 \leq \text{eGFR}$ ・ 尿蛋白（-）	
	血圧区分 ※3	血圧区分 ※3	血圧区分 ※3	

		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 (%) ※ 2	8.0 以上	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
	7.0～7.9	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5～6.9	Ⅱ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5 未満	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－

※ 1 特定健診データのない受診中断者は、暫定的に「レベルⅢ」と分類。

※ 2 HbA1c データのない者（血糖値データしかない者）は、暫定的に「レベルⅢ」と分類。

※ 3 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 mm Hg ≤ 収縮期血圧または 90 mm Hg ≤ 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 mm Hg ≤ 収縮期血圧または 90 mm Hg ≤ 拡張期血圧）が可能な者も含む。

※ 4 腎障害の程度/血圧区分判定不可：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。

（２）保健指導対象者（別図 1, 3）

（一）抽出基準

次の①及び②のいずれにも該当し、保健指導が必要と医師が判断した者

① 2 型糖尿病による糖尿病性腎症の病期が第 2 期（微量アルブミン尿期）、第 3 期（顕性アルブミン尿期）及び第 4 期（GFR 高度低下・末期腎不全期）の者であって、次のいずれかに該当すること

- ・ 生活習慣の改善が困難な者
 - 血糖コントロール不良（HbA1c 7.0% 以上など）
 - 血圧コントロール不良（収縮期血圧 130mmHg 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
 - 禁煙ができていない
- ・ 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
- ・ 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 など

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算定されている者

(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し、保健指導のレベル別に区分する。

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/1.73m²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

ウ レベル別区分（別表2）

- a レベルⅠ（糖尿病及び生活習慣改善の通知、健康教室等の案内）
- b レベルⅡ（電話・面談等による保健指導）
- c レベルⅢ（電話・面談・訪問等による確実な保健指導）

（別表2）

保健指導対象者抽出基準（糖尿病受診中の者 ※1）

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血压区分 判定不可 ※4
		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（－）			
		血压区分 ※3			血压区分 ※3			血压区分 ※3			
		受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	受診中	血压高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c (%) ※2	8.0 以上	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ
	7.0～7.9	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5～6.9	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5 未満	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ

※1 特定健診データのない者は、暫定的に「レベルⅢ」と分類。

※2 HbA1c データのない者（血糖値データしかない者）は、暫定的に「レベルⅢ」と分類。

※3 血压区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者

「血压高値受診なし」：140 mm Hg≤収縮期血压または 90 mm Hg≤拡張期血压に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者

「血压高値」判定は、収縮期血压または拡張期血压のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（140 mm Hg≤収縮期血压または 90 mm Hg≤拡張期血压）が可能な者も含む。

※4 腎障害の程度/血圧区分判定不可：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。

- ② ①により抽出された者のうち、レベルⅡ及びⅢに該当するものについて、かかりつけ医の医療機関別に「推薦依頼対象者リスト（別紙様式2）」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、「保健指導対象者推薦依頼書（別紙様式3）」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により推薦された内容を反映の上、「保健指導対象者リスト（別紙様式4）」を完成させる。

3 実施方法（内容・手順・評価）

（1）受診勧奨

（一）受診勧奨の内容（別図1）

- ① 受診勧奨レベルⅠ（受診勧奨の通知、健康教室等の案内）
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、医療機関への受診勧奨を行う。
- ② 受診勧奨レベルⅡ（電話・面談等による受診勧奨）
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。
- ③ 受診勧奨レベルⅢ（電話・面談・訪問等による確実な受診勧奨）
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。

（二）受診勧奨の実施手順

- 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 「受診勧奨対象者リスト（別紙様式1）」に登載された者に対し、「受診勧奨通知（別紙様式5）又は（別紙様式6）」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、受診の確認ができない者のうち、受診勧奨レベルⅡ・Ⅲのものに対して、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、面談、電話又はICTを活用した介入により再勧奨を行う。
 - ③ ①②による勧奨及び勧奨の結果を「受診勧奨対象者リスト（別紙様式1）」に記録する。

（三）評価指標

- ① 受診勧奨実施者数及び率
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レベル別の人数及び割合（レベルⅠにあつては受診勧奨通知の送付、レベルⅡ及びⅢに

あつては受診勧奨通知の送付に加え、訪問又は電話等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、レベルⅡ又はⅢであっても、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 医療機関受診者数及び率

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レベル別の人数及び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レベル別の人数及び割合

(2) 保健指導

(一) 保健指導の内容(別図1)

① 保健指導レベルⅠ(糖尿病及び生活習慣改善の通知、健康教室等の案内)

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。

② 保健指導レベルⅡ(電話・面談等による保健指導)

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。

③ 保健指導レベルⅢ(電話・面談・訪問等による確実な保健指導)

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。

(二) 保健指導の実施手順(別図3)

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(別紙様式4)」に登載された者に対し、糖尿病及び生活習慣病の改善に関する通知並びに健康教室の案内を行うとともに、レベルⅡ及びⅢに区分した者に対し、「保健指導参加勧奨通知(別紙様式7)」により参加を勧奨し、「保健指導参加申込書(別紙様式8)」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、レベル区分等を勘案の上、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、「保健指導参加決定通知書(別紙様式9)」により通知するとともに、かかりつけ医から「診療情報提供書及び指示書(別紙様式10)」を取得の上、「個人情報提供同意書(別紙様式11)」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、「保健指導プログラム(別図4)」を参考の上、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「保健指導実施結果報告書(別紙様式12)」

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（別紙様式４）」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（別紙様式４）」に記録する。

（三）評価指標

- ① 保健指導の実施者数及び率
保健指導対象者に占める保健指導参加勧奨者、保健指導開始者、保健指導終了者のレベル別の人数及び割合
- 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（随時血糖）、血圧、尿蛋白、eGFR、血清脂質、BMI）の維持・改善状況（保健指導参加者と非参加者の比較を含む）
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

４ 評価・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。なお、検証にあたっては、事業の参加者及び不参加者の比較に加え、被保険者全体についても中長期的な検証を行うものとする。

（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レベル別の受診勧奨実施者数及び率
- ② 未受診者及び受診中断者のレベル別の医療機関受診者数及び率、並びに受診勧奨を実施した未受診者及び受診中断者のレベル別の医療機関受診者数及び率

（２）保健指導に係る情報

- ① 保健指導対象者の年齢、性別、レベル区分
- 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（体重、HbA1c及び空腹時血糖（随時血糖）、血圧、尿蛋白、eGFR、血清脂質、BMI、喫煙）及びその検査日
＜保健指導実施後のフォローアップ等に係るものを含む＞
- ④ 保健指導の実施方法及び費用

５ 関係者の役割分担、プログラムの活用推進及び見直し

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、４による検証の結果

を踏まえ、必要な見直しを行う。

別表 1

受診勧奨対象者抽出基準（糖尿病未受診者及び受診中断者 ※1）

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※4
		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 ※3			血圧区分 ※3			血圧区分 ※3			
		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 （%） ※2	8.0 以上	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
	7.0～7.9	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5～6.9	Ⅱ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5 未満	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－

別表 2

保健指導対象者抽出基準（糖尿病受診中の者 ※1）

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※4
		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 ※3			血圧区分 ※3			血圧区分 ※3			
		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 （%） ※2	8.0 以上	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ
	7.0～7.9	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5～6.9	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ
	6.5 未満	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅰ

※1 特定健診データのない者（受診中断者・保健指導対象者）は、暫定的に「レベルⅢ」と分類。

※2 HbA1c データのない者（血糖値データしかない者）は、暫定的に「レベルⅢ」と分類。

※3 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 mm Hg ≤ 収縮期血圧または 90 mm Hg ≤ 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 mm Hg ≤ 収縮期血圧または 90 mm Hg ≤ 拡張期血圧）が可能な者も含む。

※4 腎障害の程度/血圧区分判定不可：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。

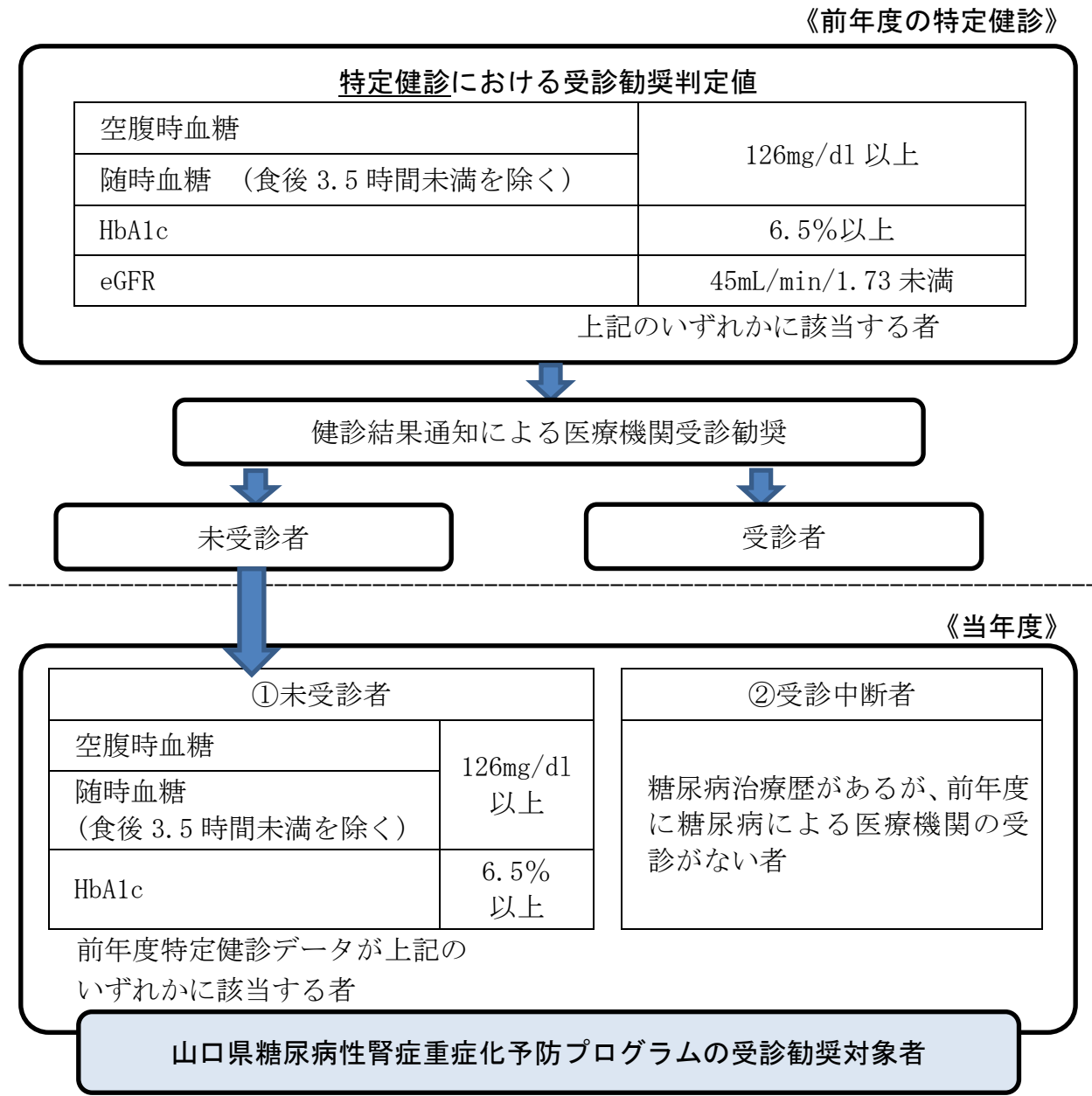
別図 1

レベルに応じた介入方法の例

レベル	受診勧奨	保健指導
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／面談を確実に実施

別図 2

受診勧奨対象者の判定フロー図



保健指導の流れ

保険者による抽出

【対象者の抽出基準】 次のaからcのいずれかに該当

a	前年度レセプトデータ	腎症又は腎機能低下を示す病名
b	直近の特定健診データ	尿蛋白(±)以上
c		eGFR 60mL/分/1.73m ² 未満

※1 型糖尿病患者、要介護認定者、人工透析患者を除く

かかりつけ医との連携

- ① かかりつけ医への推薦依頼（別紙様式 2、3）
 - ② 推薦された対象者へ参加勧奨通知を送付（別紙様式 7、8）
 - ③ 参加申込があった対象者に、参加決定通知を送付（別紙様式 9）
- また、対象者に以下の書類の提出を指示
- 診療情報提供書及び指示書（別紙様式 10）
 - 個人情報提供同意書（別紙様式 11）

保健指導の実施

（医療機関と連携して実施）

保健指導プログラム（レベルⅡ又はⅢ）

時期	内 容	※保健指導
初回	【初回指導（個別支援：面談）】 ○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（※）	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 10）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	【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）】 （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（※）	介入目的 ・糖尿病性腎症第 2 期（微量アルブミン尿期）：第 3 期以降への移行の防止 ・糖尿病性腎症第 3 期（顕性アルブミン尿期）：腎機能低下防止 ・糖尿病性腎症第 4 期（GFR 高度低下・末期腎不全期）：透析導入時期の延伸
2 か月後		実施期間 概ね 6 か月
3 か月後	【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）】 ○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（※）	具体的内容 ○糖尿病に関すること ・糖尿病性腎症について ・確実な受診、血糖・血圧管理の必要性について ・服薬管理について ・糖尿病の合併症（網膜症、神経障害、足病変など）について ・低血糖、シックデイの対応について ○自己管理に関すること ・検査結果等の見方について ・自己管理の必要性と方法について ・血糖、血圧、体重の測定について ・足部の観察と手入れ（フットケア）について
4 か月後	【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）】 （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（※）	○食生活に関すること ・適切な食生活について ・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 ・間食、外食について
5 か月後		○生活習慣の改善等に関すること ・運動、身体活動について ・喫煙、飲酒について ・口腔ケアについて
6 か月後	【終了時評価（個別支援：面談）】 ○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	○その他 ・対象者が自ら日々測定する血圧等の健康状態に関するデータ（PHR）の活用 ・ICT を活用した介入（オンライン面接、アプリ活用等）

別紙様式 1 (受診勧奨対象者リスト)

受診勧奨対象者リスト(年度)

番号	受診勧奨対象者情報														
	基本情報								健診情報						
	氏名	氏名カナ	性別	年齢	生年月日	住所	区分	勧奨レベル	収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	eGFR	尿蛋白
							1: 未受診者 2: 受診中断者	1: I 2: II 3: III	mmHg	mmHg	mg/dL	mg/dL	%	mL/分 /1.73m ²	1: - 2: ± 3: + 4: 2+ 5: 3+
1	あい うえ	アイ ウエ	男	60	S39.5.5	〇市〇〇1-1	1	1	150	88	126		6.8	59.8	1
2	いう えお	イウ エオ	男	55	S44.6.6	〇市〇〇2-2	1	3	142	90		128	7.4	70.6	3
3	うえ おか	ウエ オカ	女	50	S49.7.7	〇市〇〇3-3	2	1	136	72	122			59.7	2
4	えお かき	エオ カキ	女	45	S54.8.8	〇市〇〇4-4	1	1	114	62			6.9	53.2	1
5	おか きく	オカ キク	女	40	S59.9.9	〇市〇〇5-5	1	3	150	87	167		7.6	25.6	5
6	かき くけ	カキ ケケ	男	61	S38.10.10	〇市〇〇6-6	2	3							
7	きく けこ	キク ケコ	男	56	S43.11.11	〇市〇〇7-7	1	2	128	62	132		6.9	54.8	2
計	7														

医療機関の受診勧奨実施記録																	備考
文書勧奨		再勧奨													受診 勧奨 実施	医療 機関 受診	
						電話勧奨			訪問勧奨			ICT勧奨					
文書 送付	医療 機関 受診	文書 送付	電話・ 訪問・ ICT	接 触	医療 機関 紹介	電話	接 触	医療 機関 紹介	訪 問	接 触	医療 機関 紹介	打 診	接 触	医療 機関 紹介			
1:実施	0: 無 1: 有	1:実施	1:実施	0: 無 1: 有	0: 無 1: 有	1:実施	0: 無 1: 有	0: 無 1: 有	1:実施	0: 無 1: 有	0: 無 1: 有	1:実施	0: 無 1: 有	0: 無 1: 有	0: 無 1: 有	1:実 施	0: 無 1: 有
1	1															1	1
1	0		1	1	1	1	1	1							1	1	1
1	0	1	0	0	0										1	1	1
1	0	1	1	1	0	1	1	0							1	1	1
1	0		1	1	1	1	0		1	0		1	1	1	1	1	1
1	0		1	1	0	1	0		1	1	0	1	0		0	1	0
1	0	1	1	1	1	1	1	0				1	1	1	0	1	0
																0	0
																0	0
7	1	3	5	5	3	5	3	1	2	1	0	3	2	2	4	7	5

別紙様式 2（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	S39. 5. 5			
いう えお	S44. 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 3（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の実施を予定しており、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の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（微量アルブミン尿期）、第3期（顕性アルブミン尿期）又は第4期（GFR 高度低下・末期腎不全期）の患者であって次のいずれかの状態に該当する方

- 生活習慣の改善が困難な者
 - 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130mmHg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
 - 禁煙ができていない
- 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
- 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 など

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 4（保健指導対象者リスト）

保健指導対象者リスト（ 年度）

参加者決定																
基本情報									かかりつけ医		参加勧奨			参加申込		決定及び通知
番号	氏名	氏名カナ	性別	年齢	生年月日	住所	保健指導レベル	高血圧受診	医療機関	かかりつけ医	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: I 2: II 3: III	0: 無 1: 有			1: 実施	1: 電話 2: 訪問 3: その他	1: 有	1: 有	0: 不参加 1: 参加	0: お断り 1: 参加決定
1	あい うえ	アイウエ	男	60	S39.5.5	〇市〇〇1-1	2	1	〇〇病院	かき くけ	1			1	1	1
2	いう えお	イウエオ	男	55	S44.6.6	〇市〇〇2-2	3	0	〇〇病院	かき くけ	1			1	0	
3	うえ おか	ウエ オカ	女	50	S49.7.7	〇市〇〇3-3	2	0	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	S54.8.8	〇市〇〇4-4	1	0	〇クリニック	さし すせ	1					
計	4										4			3	2	2

診療情報(又は健診データ等)																					
糖尿病性腎症病期	糖尿病診断年齢	網膜症	糖尿病の薬物療法	食塩制限	蛋白質制限	検査値															
						検査年月日	身長	体重	BMI	収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	LDL	空腹時中性脂肪	随時時中性脂肪	HDL	(GPT) (ALT)	eGFR	血清クレアチニン
1:1期 ～ 5:5期	歳	1:無 2:有 3:不明	1:無 2:有	g/日	g/日		cm	kg		mmHg	mmHg	mg/dL	mg/dL	%	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	IU/L	ml/分 /1.73m ²	mg/dL
																				1: - 2: ± 3: + 4: 2+ 5: 3+	mg/gOr
																					1:有 2:無
																					記述
2	50	1	2	6		R6.5.20	172.5	74.0	24.9	135	90	140		7.5	135	140		35	18.0	59.9	1
									0.0												2
3	40	3	2	6	43	R6.5.10	148.0	58.0	26.5	120	85			7.1	130	135		30	37.0	55.3	0.86
			2			R6.7.6	160.0	70.0	27.3	115	69	128			120	130		25	35.0	61.8	0.8
									0.0												1
									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													
指導前生活習慣	保健指導完了	中途脱落	脱落理由	指導後生活習慣	人工透析導入	糖尿病性腎症病期	網膜症	糖尿病の薬物療法	検査年月日	身長	体重	BMI	収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	LDL	空腹時中性脂肪	随時時中性脂肪	HDL
点数	1完了	1脱落	記述	点数	1:無 2:有	1:1期 ～ 5:5期	1:無 2:有 3:不明	1:無 2:有		cm	kg		mmHg	mmHg	mg/dL	mg/dL	%	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL
																					1: - 2: ± 3: + 4: 2+ 5: 3+
																					mg/gOr
																					1:有 2:無
																					記述
10	1			15	1	2	1	2	R7.1.4	172.5	70.0	23.5	130	90	130		7.2	140	150		40.0
												0.0									20.0
												25.1	125	85	115		7.1	130	135		60.0
												0.0									1
												0.0									2
												0.0									250
												0.0									2
2	0																				

フォローアップ(1年後)																					
実施		病期等					検査値														
フォローアップ	フォローアップ時生活習慣	人工透析導入	糖尿病性腎症病期	網膜症	糖尿病の薬物療法	検査年月日	身長	体重	BMI	収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	LDL	空腹時中性脂肪	随時時中性脂肪	HDL	(GPT) (ALT)	eGFR	血清クレアチニン
1実施	点数	1:無 2:有	1:1期 ～ 5:5期	1:無 2:有 3:不明	1:無 2:有		cm	kg		mmHg	mmHg	mg/dL	mg/dL	%	mg/dL	mg/dL	mg/dL	mg/dL	IU/L	ml/分 /1.73m ²	mg/dL
																				1: - 2: ± 3: + 4: 2+ 5: 3+	mg/gOr
																					1:有 2:無
																					記述
1	16	1	2	1	2	R7.12.2	172.5	71.0	23.9	120.0	85	125		7.2	133	120		42.0	18	60	1
		1							0.0												2
1	20	1	3	1	2	R7.1.8	148.0	62.0	23.7	125.0	92	120		7.1	100	90		40.0	33	55	1
		1			2	R7.7.6	160.0	70.0	27.3	110.0	70	130			100	120		30.0	30	62	1
									0.0												1
									0.0												
2																					

別紙様式 6 (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。
糖尿病は、網膜症や腎症、神経障害に加えて心筋梗塞や脳梗塞等の合併症を発症・悪化させることが分かっています。

糖尿病の合併症予防のためには、治療を継続することがとても重要です。

一般的に、食事療法と運動療法、薬物療法を組み合わせ、最適な血糖マネジメントをすることにより、合併症の予防、進行防止につながる事が報告されています。飲酒や喫煙は、血糖値への悪影響のほか、糖尿病の合併症を進行させることが知られています。

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、治療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 :

別紙様式 7 (保健指導参加勧奨通知)

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、腎不全を起こし、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（微量アルブミン尿期、顕性アルブミン尿期、GFR高度低下・末期腎不全期）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 8（保健指導参加申込書）

保健指導参加申込書

※ 以下の項目について御記入後、同封の返信用封筒にて御返送ください。

記 入 日	年 月 日
か な 氏 名	
住 所 (勤務先・自宅)	※文書送付先となります 〒
電 話 番 号 (携帯・勤務先・ 自宅)	※平日の日中に連絡可能な連絡先を記入してください。 携 帯 ー ー 勤務先 ー ー (勤務先名：) 自 宅 ー ー

	動脈硬化性疾患 (☐ なし ☐ あり ☐ 不明) ☐ その他 ()				
	腎 症	☐ 第 1 期	☐ 第 2 期	☐ 第 3 期	☐ 第 4 期 ☐ 第 5 期
教育入院	☐ なし ☐ 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
尿蛋白	- ・ ± ・ +	尿アルブミン	mg/gCr	eGFR	mL/分/1.73 m ²	(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	☐ 可 ☐ 制限 ☐ 不可 (制限・不可の理由)	☐ なし ☐ 内服薬 ☐ インスリン ☐ その他
食塩制限 ☐ なし ☐ あり g/日		
蛋白質制限 ☐ なし ☐ あり g/日		
カリウム制限 ☐ なし ☐ あり mg/日		
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 ☐ なし ☐ 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 11 (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 _____

別紙様式 12 (保健指導実施結果報告書)

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 :
