

茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

茨城県医師会
茨城県糖尿病対策推進会議
茨城県慢性腎臓病対策協議会
茨城県保険者協議会
茨城県

1 プログラムの趣旨

本県の高齢化率は、平成29年度に28.0%に達し、高齢化が進む中で生活習慣と社会環境の変化に伴う糖尿病患者数の増加が課題となっている。

糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害・歯周病などの合併症を引き起こし、患者のQOLを著しく低下させるとともに、医療経済的にも大きな負担がかかる。

このような中、本県では、「健康いばらき21プラン」を策定し、糖尿病有病者の割合や糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数、糖尿病網膜症による新規視覚障害者数の減少などを目標に掲げ、生活習慣病の発症・重症化予防に取り組んでいるが、本県の新規透析導入の原疾患の50.9%（全国：43.7%）を糖尿病性腎症が占めていることなどを踏まえ[※]、より一層の取組の強化が必要となってきた。

そのため、糖尿病の重症化や腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とし茨城県医師会、茨城県糖尿病対策推進会議、茨城県慢性腎臓病対策協議会、茨城県保険者協議会、茨城県が協働し、本プログラムを策定した。

なお、本プログラムに定める以外の取組の考え方や具体的な取組例等については、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省が策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準ずるものとする。

※) わが国の慢性透析療法の現況 平成27年12月31日現在（日本透析医学会）

2 基本的考え方

(1) 目的

本プログラムは、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、糖尿病性腎症等(糖尿病性腎臓病)で通院する患者のうち、リスクの高い者に対して、県内の各保険者が医療機関と連携して保健指導を行うことにより、糖尿病性腎症等の増悪を防ぎ、人工透析への移行を防止することを目的とする。

(2) プログラムの性格

本プログラムは、県内の各保険者による医療機関と連携した糖尿病性腎症重症化予

防に向けた取組の考え方や標準的な内容（関係者の役割）等を示すものである。このため、各保険者における運用については、健康課題の優先順位や保険者の実施体制、医療資源体制、既存の取組内容、取り組みやすさ等、地域の実情に応じ柔軟に対応することが可能であり、現在各保険者において既に行われている取組を尊重するものである。

（３）関係者の役割

地域における取組を検討するに当たっては、以下の役割を念頭に、関係者が密接に連携して対応するものとする。

（市町村の役割）

① 庁内体制の整備

健康増進担当課や国保担当課、後期高齢者医療担当課等の担当者による庁内連携体制を整え、定期的な会議の場を持ち、糖尿病性腎症重症化予防事業への共通認識を持つ。

実施に当たっては、健康増進担当課と国保担当課の連携を深め、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する、専門知見や人材を有する外部委託事業者を活用する、茨城県国民健康保険団体連合会（以下「茨城県国保連合会」という。）の知見や人材を活用するなど、柔軟な取組を検討する。

糖尿病性腎症重症化予防の取組では、内外と連携することが多いため、窓口となる担当者を外部の関係者に明示するなど、業務における情報共有や協議を円滑に進められるよう工夫する。

② 地域連携を通じた課題分析と情報共有

自治体が保有する健診データやレセプトデータ等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者を抽出し継続的に追跡するとともに、他部門、他機関と連携した包括的な支援を行う。

健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析する。課題分析や解釈を行うに当たっては、地域の関係団体（郡市医師会等）と相談することが望ましい。

課題分析においては、その地域が有する保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。

郡市医師会や地域の専門医療機関、県（保健所を含む。）、茨城県後期高齢者医療広域連合（以下「茨城県広域連合」という。）、茨城県糖尿病対策推進会議等の関係機関の担当窓口と顔の見える関係性を築く。また、協議会の開催等により、事業の目標設定や企画、実施方法、評価について共有する（既存の会議体の活用も検討する）。特に、後期高齢者医療制度の保健事業との一体的な実施に当たっては、茨城県広域連合との連携内容について、十分協議する。

健診・レセプトデータ等の分析については、茨城県国保連合会に支援を求め、国保データベースシステム（以下「KDB」という。）の活用や国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の活用等について助言を受けることが望ましい。

③ 事業計画の立案

②で協議した内容を踏まえ、対象者の抽出条件や取組の優先順位等を考慮し、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情報、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、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。

その際、地域の医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。

④ 事業実施

③の議論の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、自治体自ら受診勧奨や保健指導を行うことや民間事業者等への委託なども考えられる。

⑤ 事業評価

実施した事業について、その結果を評価し、PDCA サイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

保健指導等の対象者が後期高齢者医療制度へ移行することにより、指導や評価が途切れてしまわないよう、高齢者の保健事業の実施に当たっては、茨城県広域連合と市町村で連携し、委託等により市町村が一体的に保健事業を実施することで、年齢に関わらず継続した支援を可能にするといった対応をとることが考えられる。茨城県広域連合が実施する場合も保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な評価を可能にする。

⑥ 人材確保・育成

保健指導を効果的に実施するためには、腎症の病態や保健指導の方法、保健事業の企画、地域の医療関係者とのコミュニケーション、データによる評価やKDBなどについての知識やスキルが必要であることから、専門職や事務職を問わず積極的に研修会等へ参加するなど、人材の資質向上を図る。

<委託する場合の留意点>

委託する業務は、対象者の抽出、保健指導、資料作成といった専門性のある知識・技術を要する実務的な業務が求められることが多い。保険者は、重症化予防の目的を踏まえて外部委託事業者[※]を選定する方法を工夫したり、契約において保険者が求める仕様を具体的に事業者と共有する。

また、委託後も現状分析・企画立案・実施・評価それぞれの局面において内容をよく確認し、地域の実情に応じて必要な指示を行うなど、実施主体としての役割を果た

す。

例えば、外部委託事業者が医師会やかかりつけ医等と直接やりとりをする形をとる際には、市町村等は事業の計画段階から医師会やかかりつけ医等と協議し、市町村等としての取組であること、その取組を一体的に進めたいということを伝えていくとともに、市町村等において事業の詳細を把握しながら全体のプロセスをコントロールする。

※) 事業委託先としては、民間事業所や地域の特定保健指導実施機関、栄養士会等職能団体などが考えられる。

(茨城県国保連合会の役割)

茨城県国保連合会は、市町村国民健康保険者（以下「市町村国保」という。）や茨城県広域連合が地域における課題の分析や事業の実施、評価等を効率的に行えるよう、市町村及び茨城県広域連合、県との連携を図る。また、KDB の活用によるデータ提供・分析や技術支援等により、支援を必要とする市町村及び茨城県広域連合へ支援を行う。

(茨城県広域連合の役割)

茨城県広域連合は、自らプログラムを実施するほか、保健事業を市町村に委託し、一体的に実施されるよう調整するなど、市町村（高齢者医療担当課・介護予防担当課や健康増進担当課、地域包括支援センター）との連携を図る。

また、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統計資料等を提供するとともに、事業企画・評価などを市町村とともに実施する。市町村が茨城県広域連合からの委託により保健指導を実施する際には、データの閲覧を可能にするなど、実施支援のための情報提供を行う。

茨城県広域連合は市町村との連携を密にし、保健事業の一体的な実施を推進するなど、継続的な評価ができるような体制づくりに協力する。

(全国健康保険協会茨城支部、共済組合、国保組合及び健康保険組合連合会茨城連合会所属の各団体の役割)

全国健康保険協会茨城支部、共済組合、国保組合及び健康保険組合連合会茨城連合会に所属する各団体は、市町村の役割と同様に当該団体に所属する加入者に係る健康課題の分析、事業計画の立案、事業の実施、事業の評価、人材確保・育成を行うよう努める。

(茨城県保険者協議会の役割)

茨城県保険者協議会は、保険者間の情報共有、保険者の取組状況についての調査・分析に取り組む。また、保険者による本プログラムに基づく取組を促進するため、保険者

を対象とした保健指導の質の向上のための研修を開催する等、事業の円滑な実施に協力する。

(茨城県の役割)

茨城県は、本プログラムを関係団体へ周知し、保険者における取組が円滑に実施できるよう医療連携体制の構築を図る。また、茨城県医師会や茨城県糖尿病対策推進会議等と県内の取組状況を共有し、課題及び対応策等の検討、プログラムに基づく取組の効果検証を行う。

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みの推進にあたっては、県内の健康課題等に関する俯瞰的な整理を行うとともに、保険者が現状分析や計画の立案・評価等を行うに当たって活用可能なデータの提供やデータの分析・評価の支援、研修等を行う。

保健所は、地区分析の実施主体や市町村及び各保険者の身近な相談相手としての役割を果たすことが重要である。郡市医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や保険者との連携のつなぎ役となるなど、保険者への支援を積極的に行う。

(茨城県医師会等の役割)

茨城県医師会は、保険者による本プログラムに基づく取組が円滑に実施できるよう、プログラムを郡市医師会へ周知するとともに、かかりつけ医や登録医、専門医と保険者との連携体制の構築に努める。

また、郡市医師会等に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る県における動向等を周知し、必要に応じ助言する。

茨城県医師会及び郡市医師会は、保険者が糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、会員及び医療従事者に周知するとともに、必要に応じて助言、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を行う。

郡市医師会は、各地域での推進体制（連絡票、事例検討等）について保険者と協力する。

(茨城県糖尿病対策推進会議の役割)

茨城県糖尿病対策推進会議は、保険者による本プログラムに基づく取組が円滑に実施できるよう、プログラムや糖尿病性腎症重症化予防に係る県の動向等について構成団体へ周知するとともに、医学的・科学的観点から県内の取組について助言を行うなど、県や保険者の取組に協力する。

また、保険者が茨城県糖尿病対策推進会議と連携を図れるよう、窓口となる責任者を決め、周知するとともに、責任者は県や保険者が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組への助言など、必要な協力を行う。

会議の構成団体は、県民や患者への啓発、医療従事者への研修に努め、地域医療体制

の構築に協力する。

3 対象者の抽出基準

(1) 受診勧奨対象者（未治療者・治療中断者）

健診結果やレセプト情報等において、以下のいずれかの基準に該当するとして、保険者が抽出した者。

- ① 空腹時血糖 126mg/dl 以上又は HbA1c 6.5%以上の者。
なお、尿蛋白（±）以上または eGFR60 未満の者は重点勧奨とする。
- ② 過去に糖尿病治療歴がある者で、直近 1 年間において糖尿病受療歴がない者。（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者を除く）
なお、若い年齢からの介入がより効果が高いため、年齢層を考慮する。
- ③ 過去 3 年間程度の健診データにおいて空腹時血糖 126mg/dl 以上又は HbA1c 6.5% 以上が確認されているものの、直近 1 年間において健診受診歴や糖尿病受療歴がない者。（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者を除く）

(2) 保健指導対象者（治療中患者）

① 保険者が抽出する場合

健診結果やレセプト情報等において、以下のいずれかの基準に該当するとして、保険者が抽出した者。

なお、次のいずれかに該当する者は除く。

- ・ 1 型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者
- ・ 糖尿病に関する服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行っている者（生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料等の診療報酬における加算の算定対象となっている者

ア 空腹時血糖 126mg/dl 以上又は HbA1c6.5%以上を満たす者のうち、次のいずれかに該当する者（注 1）。

- ・ 尿蛋白（±）以上
- ・ 血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60ml/分/ 1.73 m²未満

なお、以下の者を重点指導対象とする。

- ・ 年齢層の若い者
- ・ eGFR30ml/分/ 1.73 m²以上 60ml/分/ 1.73 m²未満の者

イ その他、保険者が必要と認める者。

② 医療機関が抽出する場合

糖尿病治療中に尿アルブミン，尿蛋白，eGFR 等により腎障害が判明し，保健指導が必要と医師が判断した者。（例えば，生活習慣改善が困難な者，治療を中断しがちな患者，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など）
なお，次のいずれかに該当する者は除く。

- ・ 1型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者
- ・ 糖尿病に関する服薬，運動，栄養等の療養上の管理を行っている者（生活習慣病管理料，糖尿病透析予防指導管理料等の診療報酬における加算の算定対象となっている者）

4 介入方法

(1) 受診勧奨

保険者は，抽出した全ての対象者へ受診勧奨を行い，医療機関受診につなげるとともに，必要に応じて受診後のフォローを行う。

また，保険者は，受診勧奨から2～3か月後に医療機関からの回答書，本人への聞き取り，レセプトデータ等により受診状況を確認し，医療機関受診につながっていない場合には，再勧奨を行う。

受診勧奨の方法としては，以下の方法等があげられる。

- ① 郵送による通知
- ② 電話
- ③ 個別面談
- ④ 戸別訪問

(2) 保健指導

① 保健指導の内容

原則として，保険者が個別に定める。なお，3（2）の対象者へ保健指導を実施する場合は，指導方針について随時個別相談等を行い医療機関と十分に連携を取り，専門職（保健師，管理栄養士等）が保健指導を実施する。

② 保健指導実施までの手順

保険者は，以下のいずれかの方法もしくは保険者が個別に定める方法により，かかりつけ医（または郡市医師会等）と連携した上で，保健指導を実施する（注2）。

<保険者が抽出する場合>

ア 保険者は，保健指導候補者（対象者）へ，健診結果・レセプトデータ等をかかりつけ医へ情報提供することについて，「健診データ等情報提供書（様式1）」（以

下「健診データ等」という。)により承諾を得る。

- イ 保険者は、かかりつけ医に「健診データ等」により相談のうえ、保健指導対象者を選定し、かかりつけ医から対象者へ保健指導の参加勧奨を行う。
なお、かかりつけ医への相談にあたっては、必要に応じて専門職（保健師、管理栄養士等）が訪問することが望ましい。
- ウ かかりつけ医は、プログラム参加への同意が得られた対象者について、受診時に治療及び保健指導方針等を協議の上、「糖尿病性腎症保健指導情報提供書（様式2）」（以下「情報提供書」という。）を作成し、保険者宛てに提出する。
なお、「情報提供書」の作成にあたっては、必要に応じて専門職（保健師、管理栄養士等）が訪問するなどし、かかりつけ医と共同して作成することが望まれる。
- エ 対象者は、初回の保健指導実施までに、「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書（様式3）」（以下「同意書」という。）を保険者宛てに提出する。

<医療機関が抽出する場合>

- ア かかりつけ医は、保健指導を要する対象者の加入保険者が本プログラムに基づく保健指導を実施している場合には、保険者へ連絡のうえ対象者に保健指導への参加勧奨を行う。
- イ かかりつけ医は、プログラム参加への同意が得られた対象者について、受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、「情報提供書」を作成し、保険者宛てに提出する。
- ウ 対象者は、初回の保健指導実施までに、「同意書」を保険者宛てに提出する。

③ 保健指導における情報の共有

かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により、対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症の状況を本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を「情報提供書」により、保険者に伝える。

また、保健指導終了後、保険者は、保健指導の実施結果を「糖尿病性腎症保健指導実施報告書（様式4）」により、かかりつけ医に報告する。

なお、保険者、対象者及びかかりつけ医等は、必要に応じて糖尿病連携手帳を活用し、情報を共有する。医療機関で実施した検査結果も効果評価として取得できるよう、あらかじめ対象者の同意を得ておくことが望ましい。

5 地域における関係機関等との連携

- (1) 市町村及び各保険者は、かかりつけ医等との連携体制について、あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等の地域の関係者と十分協議の上、推進体制を構築する。

地域の推進体制の構築に当たっては、保健所と協力し、地域の実情に応じた支援体制

を構築する。例えば、広域的な対策会議や具体的事例の検討を行う連絡会の開催など、地域の関係者間で顔を合わせる機会を設け、事業の枠組みについて問題認識の共有、合意形成を図り、各保険者のプログラムの実施状況、評価結果等について協議することなどが考えられる。

- (2) かかりつけ医，登録医，糖尿病専門医及び腎臓専門医は，糖尿病患者への医療提供にあたり，患者の病状を維持・改善するため，必要に応じて紹介，逆紹介を行うとともに，合併症の治療を行う医師や歯科医師等と連携関係を構築するなどして，患者を中心とした医療を提供する。なお，紹介，逆紹介を行う対象者は，各地域に応じて例を参考に検討するものとする（注3）。
- (3) かかりつけ医，登録医，糖尿病専門医及び腎臓専門医は，地域連携パスの作成，運用等，必要に応じて相互に連携できる体制を整える。
- (4) セルフメディケーション支援薬局や健康サポート薬局，栄養ケア・ステーションなど，住民による主体的な健康の保持・増進を支援する機関と連携し，糖尿病性腎症重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう検討する。
- (5) 保険者における事業の評価のためには，臨床における検査値（血圧，血糖，腎機能等）が必要となることから，糖尿病連携手帳等を活用し，本人ならびに連携機関と情報を共有する。

6 評価

保険者は，本プログラムに基づく受診勧奨及び保健指導について，次の評価指標を参考に評価を行う。

なお，プログラムの評価は，ストラクチャー（構造），プロセス（過程），アウトプット（事業実施量），アウトカム（結果）の各段階に応じて行い，費用対効果の観点から，受療状況や糖尿病性腎症発症，透析導入までの追跡調査等，中長期的な評価を行うことが望ましい。

(1) 実施体制の評価

- ① 課題分析の実施
- ② 課題分析結果に基づく対象，目的，方法の決定
- ③ 関係者間の連携体制の構築
- ④ 予算，マンパワー等の確保

(2) 受診勧奨の評価指標

- ① 医療機関未受診者数, うち受診勧奨を行った人数及び割合
- ② 医療機関未受診者数, うち医療機関受診につながった人数及び割合

(3) 保健指導の評価指標

- ① 保健指導対象者数, うち保健指導を行った人数及び割合
- ② 保健指導対象者数, うち「保健指導プログラム」を終了した者の人数及び割合
- ③ 次の項目における保健指導終了者の改善状況
 - ア 行動目標 (体重 (BMI), 食事, 運動, 禁煙, 適量飲酒, 口腔衛生等) の評価
 - イ 医療機関への継続受診
 - ウ 検査データ (空腹時血糖又は HbA1c, eGFR 等)
- ④ 保健指導脱落者数・率, 脱落の理由

(4) プログラムの評価指標

- 県内の新規透析導入患者数・率 (人口 10 万対) の推移, うち糖尿病性腎症を原因とする者の人数及び割合

注1) 保健指導対象者抽出基準（慢性腎臓病の重症度分類）

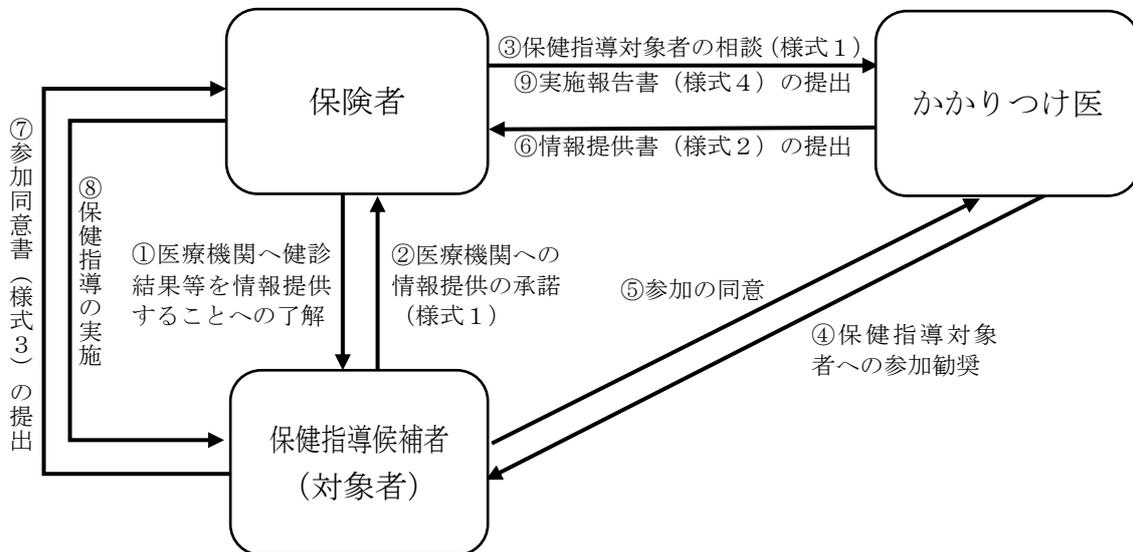
原疾患		尿蛋白区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量(mg/日) 尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿蛋白定量(g/日) 尿蛋白/Cr比(g/gCr)		尿蛋白(-) 正常	尿蛋白(±) 軽度蛋白尿	尿蛋白(+)以上 高度蛋白尿
				0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分 /1.73m ²)	G1	正常または 高値	≥90		生活習慣の改善・指導 血尿を伴えば紹介	紹介
	G2	正常または 軽度低下	60～89		生活習慣の改善・指導 血尿を伴えば紹介	紹介
	G3a	軽度～ 中等度低下	45～59	生活習慣の改善・指導	紹介	紹介
	G3b	中等度～ 高度低下	30～44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

3カ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は腎臓専門医へ速やかに紹介

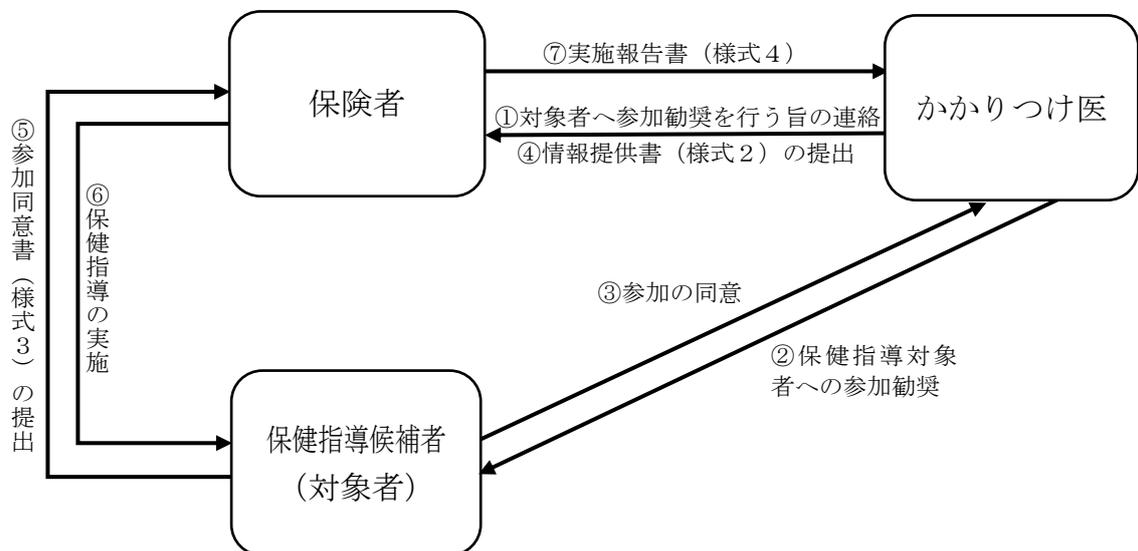
出典：日腎会誌 2017；腎健診受診者に対する保健指導，医療機関紹介基準に関する提言
(腎健診からの医療機関紹介基準（案）)

注2) フローチャート

< 保険者が抽出する場合 >



< 医療機関が抽出する場合 >



注3) かかりつけ医及び専門医の紹介・逆紹介の目安

【かかりつけ医から専門医への紹介】

- 血糖コントロール不良 (HbA1c8.0%以上) が3か月以上続く場合
- 教育入院が必要な場合
- インスリン療法を開始する場合
- 急性合併症併発など病状が悪化した場合
- 妊娠時に糖尿病が発見された場合、妊娠を希望する糖尿病患者の場合など

【かかりつけ医から腎臓専門医への紹介】

- 高度の尿蛋白 尿蛋白/Cr 比 0.50g/gCr 以上又は1+以上
- 蛋白尿と血尿がともに陽性 (±以上)
- GFR45mL/分/1.73 m² 未満
など

【専門医からかかりつけ医への逆紹介】

- 病状が安定した場合
- 血糖コントロールが良好の場合
- 自己管理が改善された場合
- インスリン導入が良好の場合
など

(様式1)

健診データ等情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名 (_____)
主治医名 (_____) 様

保険者名 (_____)

過日実施しました(氏名: _____) 氏の健康診査結果(検査日:
令和 年 月 日) 等について情報提供いたします。
保健指導の実施の可否について、御指導ください。

私は、(保険者名: _____) から (医療機関名: _____
_____) へ健康診査結果等の情報を提供することを承諾いたします。

令和 年 月 日 氏名 _____ 印

【担当者名: _____, 連絡先: _____】

(様式2)

糖尿病性腎症保健指導情報提供書

令和 年 月 日

保険者名 様

医療機関名
主治医名 印

氏名	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)
■診断名 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI25 以上) <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()						
■保健指導を実施することが適当である事項 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 生活習慣 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 喫煙 <※必要に応じて、具体的な指示事項がある場合は、該当項目にご記入ください。> <input type="checkbox"/> 目標体重：() kg <input type="checkbox"/> 食事制限：() <input type="checkbox"/> 運動内容・強度等：() <input type="checkbox"/> その他：()						
■最新の検査データがある場合は、以下へご記入ください。(検査日： 年 月 日)						
血糖値 (空腹・随時)		mg/dL				
HbA1c		%				
尿蛋白区分	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3			
尿定性検査 (蛋白)	—	±	+以上			
eGFR 区分	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3a	<input type="checkbox"/> G3b	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> G5
数値 (mL/分/1.73 m ²)	≥90	60~89	45~59	30~44	15~29	<15
■連絡事項等 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>						

(様式3)

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

令和 年 月 日

保険者名 () 様

氏 名 印

住 所 〒

電話番号

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他、次の説明を受け、糖尿病重症化予防プログラムに参加することに同意します。

- 1 (保険者名：) は、かかりつけ医から指示を受けた内容に基づき、電話・面談等により、生活習慣の改善に向けた保健指導を行うこと
- 2 保健指導の期間は概ね3～6か月程度であり、その間、(保険者名：) とかかりつけ医は、必要に応じ、診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること
- 3 糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従うこと

※かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、下記にかかりつけ医療機関名及び主治医名を御記入ください。

医療機関名

主治医名

(様式4)

糖尿病性腎症保健指導実施報告書

令和 年 月 日

医療機関名
主治医名

様

保険者名

氏名	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
指導 実施日	年 月 日 (/ 回)	指導対象	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ
■対象者の情報（職業，家族構成，調理担当者，食事時間，運動習慣，アレルギー等）			
■問題点		■目標	
■指導内容			
服薬管理： <input type="checkbox"/> 服薬のタイミング <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
食生活： <input type="checkbox"/> エネルギー摂取量 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量 <input type="checkbox"/> 欠食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
生活習慣： <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 睡眠時間 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
運動： <input type="checkbox"/> 運動内容 <input type="checkbox"/> 運動強度 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
その他： <input type="checkbox"/> 体重管理 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
■指導内容の理解度			
本人： <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 概ね理解している <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない			
家族： <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 概ね理解している <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない			
■連絡事項（今後の指導方針等）			

【担当者名： _____ ， 連絡先： _____ 】