

# 岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成29年（2017年）12月2日施行  
令和元年（2019年）10月28日改定  
令和4年（2022年）10月18日改定

岐 阜 県 医 師 会  
岐阜県糖尿病対策推進協議会  
岐 阜 県

## 1 目 的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者および治療中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等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医療保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い人工透析への移行を防止することによって、県民の健康増進と医療費の適正化を図る。

## 2 本プログラムの性格

本プログラムは、県内の医療保険者（以下「保険者」という。）による取組のさらなる推進を目指して、その実施が容易となるよう、取組の考え方や具体的取組例を踏まえ、記載の充実をはかるものである。各地域における取組内容については、地域の実情に応じ柔軟に対応することが重要である。

国保等医療保険者が実施主体であることから、データヘルス計画を策定している場合には同計画と連動させる必要がある。

## 3 関係機関の役割

関係者は糖尿病性腎症重症化予防事業の進め方を念頭におき、各段階でそれぞれ必要な対応をすることが重要である。また、地域における取組みを効率的に推進するため、関係者が各々の役割を理解したうえで密接に連携し対応する。

### (1) 保険者の役割

糖尿病性腎症重症化予防は、県民の健康保持・増進、健康寿命の延伸、ひいてはQOLの向上につながるものであるとともに、結果的には医療費の適正化にも関わることから、保険者全体の問題として扱い、積極的に重症化予防のための受診勧奨や保健指導を行う。なお、取組にあたっては、以下ア～エに留意する。

ア 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し、取組の優先順位等を考慮して事業計画を立案する。

イ 対象者への支援内容の検討及び取組の実施に当たっては、地域の医療機関等と連携し、様々な観点から総合的に検討することが重要であるため、郡市医師会に連携体制構築のための協力を依頼する。また、かかりつけ医と連携した取組みとなるよう、事業の実施時のみならず、事業の企画時や準備時、評価時など様々な時点で関係機関ときめ細かく相談し、情報共有に努める。

ウ 事業の実施に当たっては、保険者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<sup>\*1</sup>を行うことも考えられる。

エ 実施した取組については、その結果の評価・分析を行い、PDCAサイクルの考え方にに基づき次期の事業展開につなげる。

## (2) 地域における医師会等の役割

- 県医師会は、本プログラムを郡市医師会へ周知し、保険者によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう必要に応じ助言、かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携の強化等、保険者との連携体制の構築に向けて協力する。
- 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把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝えることが求められる。
- 糖尿病性腎症重症化予防事業に理解と熱意を持つ専門医等が継続的に保健事業のアドバイザーとなり、地域医療機関や専門医療機関で透析や糖尿病性腎症、糖尿病の専門的な医療を担当する医師等と相談し、問題意識を共有する。
- 健康サポート薬局や栄養ケア・ステーションを有効活用する。

## (3) 岐阜県糖尿病対策推進協議会の役割

本プログラムを構成団体へ周知し、県民や患者への啓発、医療従事者への研修に努めるとともに、医学的・科学的観点から県内における糖尿病重症化予防の取組について助言を行うなど、保険者の取組に協力する。  
また、保険者の活動状況を把握し、好事例の横展開を行う。

## (4) 岐阜県国民健康保険団体連合会の役割

KDBシステム及び健康情報データベースシステム（岐阜県国保連合会独自システム）の活用による分析・技術支援を行う。

## (5) 岐阜県後期高齢者医療広域連合の役割

自らプログラムを実施するほか、保健事業対象者が後期高齢者医療制度へ移行後も支援や評価が途切れることのないよう、国保との連携を密にし、保健事業の一体的な取組みを実施する。  
保健事業の実施にあたっては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参照し、市町村との役割分担や連携体制を整えるほか、データの閲覧を可能し、実施支援のための情報提供を行う。

## (6) 県の役割

- 本プログラムを関係団体に周知し、保健指導従事者等への研修に努めるとともに、関係部署間の連携を密にしながら、保険者における事業実施を支援する。また、岐阜県医師会や岐阜県糖尿病対策推進協議会等と県内保険者の取組状況を共有し、保険者における円滑な事業実施を支援する。
- 保健所は、地区分析の実施主体や市町村・広域連合の身近な相談者としての役割や地域医療関係者との連携のつなぎ役として積極的に支援する。また、事業の進捗により取り組み濃淡がある場合は、進んでいない市町村等を重点的に支援する。
- 人材育成として、データ分析や評価等の支援を行うほか、継続的な研修会を開催し、腎症に関する専門的知識やスキルの獲得を支援する。

#### 4 地域における関係機関との連携

本事業における各機関の役割は3で述べたが、それらが有機的に連携していくことが重要であり、以下の取り組みにより連携を確保する。

- 2次医療圏単位や市町村単位で地域の関係者と地域の健康課題や本事業の目的の共有、具体的な取組事例の検討などを行う場を設定する。
- 保険者は、プログラムの実施状況や評価結果を地域の関係者に情報を提供し、協議の場を設定する。
- 必要に応じてかかりつけ医と専門医が連携できる体制をとることが望ましい。その際には、日本糖尿病学会や日本腎臓病学会が定める紹介基準を活用しながら医療機関における連携を更に進めていくことが求められる。また、地域連携パスを活用することも考えられる。
- CKD対策と連動させて糖尿病性腎症重症化予防に取組む場合は、地域の中核的医療機関の専門医、糖尿病療養指導士や腎臓病療養指導士等との連携、栄養士会等の職能団体との連携を拡大できれば、より包括的な地域連携体制を構築することが可能となる。
- 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、眼科等他科との連携、歯科医科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。

#### 5 取組方策

本プログラムでは、以下の2つの取組を示している。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。

- 1) 医療機関の未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨、保健指導
  - 2) 通院中の糖尿病患者のうち腎症重症化のリスクの高い者に対する保健指導
- なお、上記取組は、特定健康診査の受診をすることが大前提であるため、保険者は被保険者に積極的に受診を呼びかける努力を行うことが重要である。

##### 1) 医療機関の未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨、保健指導

###### (1) 対象者の選定

保険者は、以下に示す抽出基準により、健診データやレセプトデータの分析から抽出する。<sup>※2</sup>

###### ①医療機関未受診者

健診において、空腹時血糖126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上またはHbA1c(NGSP)6.5%以上の者で、レセプトデータから未受診と思われる者。

ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白を認める者または、eGFRが60mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満の者については、糖尿病性腎症の発症のリスクが高いため、より強く受診勧奨を行う。<sup>※3</sup>

なお、腎症の病期や検査値レベルを考慮し、地域の実情に応じて優先順位をつけて介入する。

###### (留意点)

- 保険者は、慢性腎臓病（CKD）対策として、血清クレアチニン検査を実施することが望ましい。また、空腹時血糖等の結果によらず、尿蛋白陽性、eGFR低下者には、受診勧奨を行うことが必要である。

## ②糖尿病治療中断者

レセプト分析により、過去に糖尿病治療歴がある、又は過去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糖尿病治療受療歴がないと思われる者。

他疾患治療中（歯科・眼科を含む）の患者で糖尿病治療を中断していると判明した者。

## (2) 受診勧奨・保健指導の内容

### ア 実施手段

保険者は、抽出した全ての対象者に対して、以下のいずれかにより、受診勧奨・保健指導を行う。

- ① 文書等の通知による勧奨（糖尿病の合併症についての資料を同封）
- ② 個別面談や家庭訪問による勧奨
- ③ 電話による勧奨
- ④ その他、保険者が適当と認める方法

○ 受診勧奨にあたっては、連絡票（様式例1）・糖尿病連携手帳により、医療機関と情報共有し連携を図る。

○ 受診勧奨とともに、個々の対象者の情報（健診結果やこれまでの病歴、治療状況等）を収集し、生活実態を把握した上で状況に合わせた保健指導を実施する。

### (留意点)

糖尿病治療中断者については、レセプトデータにより継続的な受診が認められない場合であっても、医療機関を継続的に受診する必要がないとの医師の判断に基づく場合もあるため、受診勧奨を行う場合には、その経緯について把握するなどの十分な配慮が必要である。

### イ 受診勧奨先

かかりつけ医をもたない未治療者に対しては、地域の医療資源、別添「糖尿病に関する医療機関リスト」日本糖尿病学会ホームページ（糖尿病専門医検索）等を参考に連絡票を作成する。

### ウ 受診勧奨後のフォロー

受診勧奨の実施後は、必ず対象者の受診の有無を確認し、結果の評価・分析を行うとともに、受診がない場合にはさらに面談等を実施する。

## 2) 通院中の糖尿病患者のうち腎症重症化のリスクの高い者に対する保健指導

糖尿病で治療中の者のうち、糖尿病性腎症を発症している者、または、そのリスクの高い者に対して、保険者と医療機関が連携して保健指導を行い、重症化を予防する。

### (1) 対象者の選定

#### ①保険者による抽出

原則として、糖尿病で治療中の者の中から、保険者が個別に定める。な

お、糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクの高い者についても、保険者において優先順位をつけて保健指導を行うことが望ましいことから、本プログラムが推奨する基準は以下のとおりとする。

- ア 糖尿病性腎症の病期<sup>\*4</sup>が第2～4期と思われる者：以下のいずれかに該当する者
- a. 検査値より腎症4期：eGFR30mL/分/1.73 m<sup>2</sup>
  - b. 検査値より腎症3期：尿蛋白陽性
  - c. レセプトより糖尿病性腎症又は腎機能低下を示す病名が記載されている
  - d. 腎症2期以上の場合には、次の情報を参考とする
    - ・ eGFR45mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満
    - ・ eGFR60mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満のうち、年間5mL/分/1.73 m<sup>2</sup>以上の低下
    - ・ 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（±）  
蛋白＋以上または、尿中微量アルブミン増加
    - ・ 高血圧Ⅰ度以上（140/90mmHg、後期高齢150/90mmHg以上）
- イ 糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスク要因を有する者
- a. 肥満BMI25以上または、内臓脂肪過多腹囲（男性85cm以上、女性90cm以上）
  - b. 高血圧Ⅱ度以上（収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上）
  - c. 脂質異常症（LDLコレステロール120mg/dl以上）
  - d. 高尿酸血症（7.0mg/dl以上）
- ウ 生活習慣・家族歴の中にリスク要因を有する者
- 喫煙者、糖尿病の家族歴がある者、問診等で把握した、食塩摂取量が多い者、生活習慣の改善が困難な状況にある者など

## ②医療機関からの情報提供

糖尿病治療中に、尿アルブミン<sup>\*5</sup>、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保険者による保健指導が必要とわかりつけ医が判断した者を対象者とする。

具体的には、自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な保健指導が困難な場合や、専門医療機関との連携が困難な地域等において、保険者と連携し、保健指導を行う必要があると判断した場合などが想定される。

その場合、医療機関は、事前に保険者に受け入れの可否を確認するとともに、保健指導対象者の同意を得て、保険者に保健指導依頼票（様式例2）を送付する。

（留意点）

後期高齢者については、疾病の重複のみならず、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、個別の疾患ガイドラインでは対応できない点も多く、「高齢者糖尿病の治療向上のための日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会」が設定した高齢者糖尿病の血糖コントロール目標を踏まえ、個人の状況に合わせた包括的な対応が必要である。

## (2) 対象者の決定

5取組方策 2) (1)により抽出した者について、本人及びかかりつけ医の同意を得て実施する。

なお、次の者については保健指導対象者から除外する。

- ・がん等で終末期にある者
- ・その他、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

## (3) 保健指導実施までの手順（かかりつけ医との連携体制の構築）

保険者は、以下の方法もしくは保険者が個別に定める方法により、郡市医師会の協力のもとかかりつけ医と連携した上で、保健指導を実施する。

なお、保健指導には専門職<sup>※6</sup>が携わることとする。

- ① 保険者は、かかりつけ医に本取組について説明し、了解を得たのち、上記2) (1)を踏まえて保健指導の候補名簿を作成し、かかりつけ医に送付（様式例3）する。
- ② かかりつけ医は、送付された名簿をもとに、2) (2)に基づく対象者に対し保健指導への参加を促す。<sup>※7</sup>
- ③ 保険者は、かかりつけ医から提供された依頼事項に基づき保健指導を実施するとともに、保健指導の内容を糖尿病連携手帳等によりかかりつけ医に情報提供する。

## (4) 保健指導の内容<sup>※8</sup>

健診データや医療機関での検査値等を用いて、自身の健康状態（糖尿病性腎症）を正しく理解してもらい、必要な生活習慣につなげることを目標とする。必要時は、かかりつけ医や地域担当医へ相談する。また、第3、4期への保健指導は医療機関と十分に連携を取りながら腎症に関するスキルの高い保健指導を実施する必要がある。

## (5) その他

これまで、様々な分野において、かかりつけ医との情報共有や理解のもとに、治療中の者も対象となる様々な保健事業が行われているが、本プログラムに基づく保健指導は、こうした従来の方法で行われているものを妨げるものではない。

## 6 事業の評価

### (1) 目的

事業評価を行う目的は、①より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容を振り返ること、②糖尿病性腎症重症化予防の最終目標である新規透析導入抑制のため、短期・中長期的な評価を継続的に行うことである。

そのため、すべての保険者が事業の成果を検証し、PDCAサイクルの考え方に基づいて次の事業展開につなぐ事業評価を行い、健診データやレセプトデータを活用し、被保険者を透析導入まで追跡することが重要である。

### (2) 方法

○ 評価は、取組の推進体制の構造（ストラクチャー）、推進の過程（プロセス）、事業実施（アウトプット）、実施結果とその効果（アウトカム）の視点を用いた評価を活用することができる。

- 広域的な評価では、県（保健所を含む）が市町村や広域連合を支援する。
- 事業から得られたデータを取りまとめ、専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析する。また、分析結果は、地域全体の観点から、地域の関係者間で情報を共有する。
- 市町村や広域連合においては、KDBデータを活用し、経年的なデータ抽出や自治体全体のマクロ的な評価を行うことが可能である。

### （3）短期・中長期的な評価

単年度ごとの事業評価のみでなく、中長期的な視点もった評価を行うことが重要である。

<アウトカム評価の考え方（例）>

#### 【短期的指標】

（介入前・3カ月後・6カ月後）

- ・生活習慣改善意欲
- ・行動変容（食生活改善、運動習慣、減酒、口腔衛生等）
- ・医療機関との連携による検査値把握（血圧、HbA1c、eGFR、尿蛋白）

（1年後）

- ・医療機関受診につながった割合
- ・翌年健診結果等の検査値変化\*（体重、BMI、血圧、血糖、脂質、腎機能（尿蛋白やeGFR低下率）等）
- ・生活習慣や行動変容等

※印について 経年的な特定健診結果の比較（様式「糖尿病管理台帳」の活用等）による評価を行う。なお、保険者が必要に応じ、通院中の医療機関等での定期的な検査結果において改善状況を確認することを妨げるものではない。

#### 【長期的指標】

- ・未受診者・治療中断者数（糖尿病および糖尿病性腎症）
- ・検査値変化（腎臓病期、eGFR低下率、HbA1c、血圧等）
- ・継続受療率、服用状況、医療費
- ・心疾患イベントの発症、糖尿病に関連した合併症の発症状況
- ・糖尿病性腎症を原疾患とした新規人工透析導入患者数

### （4）改善点の明確化とその対応

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の場を設け、対応策の改善や次年度に向けた事業内容の見直しにつなげる。

なお、本事業は長期的な効果評価が必要でなため、細かな修正点を改善しつつ、一定の事業計画で継続して実施していくことが重要である。

## 7 個人情報への取扱い

糖尿病性腎症重症化予防の取組みを進めるにあたっては、健診データやレセプトデータなどをはじめとして、住民の氏名・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様々な種別の個人情報、対象者の抽出や受診勧奨・保健指導、現状の確認等に活用されることが多い。

健診データやレセプトデータは、一般的には個人情報保護に関する法律（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ことが必要であることから、あらかじめ個人情報の取扱いについて整理することが重要である。

## **8 円滑な事業の実施に向けて**

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防対策を全県的に取り組むことをめざし、重症化予防の基本的な取組方策について示したが、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。

各保険者においては、事業の取組成果を検証し、より効果的な取組につなげていく必要があるため、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が重要である。

そのためには、糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組の推進体制を構築する場として、岐阜県糖尿病対策推進協議会や各地域において郡市医師会や保険者、県等が連携して設置する会議体等を活用することも重要である。

なお、本プログラムに記載のない事項については、平成31年4月25日に改定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（厚生労働省保険局）を参考とする。

※1) 事業委託として、民間事業所や地域の特設保健指導実施機関、栄養士会等職能団体などが考えられる。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ことから、専門的な研修を受講した者が望ましい。(専門的な研修とは、学会・関係団体主催の研修、もしくは糖尿病対策推進協議会が後援・主催・共催する重症化予防に関する研修と認定した研修会等が考えられる)

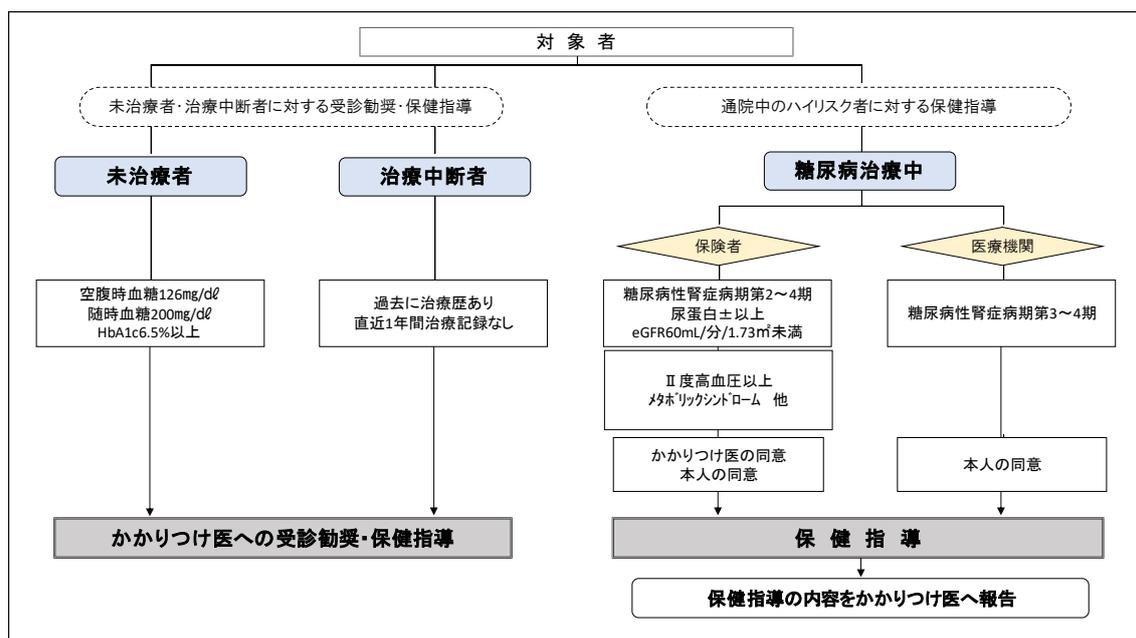
保険者は重症化予防の目的を踏まえ外部委託事業者を選定する方法の工夫や、契約において保険者が求める仕様を具体的に事業者と共有する。

委託後に全てを任せきりにするのではなく、現状分析・企画立案・実施・評価それぞれの局面においてその内容をよく確認し、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。

なお、事業委託としては、CDE岐阜や岐阜県栄養士会等、地域スタッフの活用も考えられる。

※2) 未治療者、治療中断者を早期に把握するため、保険者は国保データベース(KDB)システム等を活用し、積極的に通院状況等を確認するとともに、糖尿病管理台帳(様式例4)を作成、活用することが効果的と考えられる。

＜未治療者・治療中断者及び通院中のハイリスク者に対する受診勧奨・保健指導のフロー図＞



※3) 慢性腎臓病(CKD)対策としては、血清クレアチニン検査を実施することが望ましい。また、空腹時血糖等の効果によらず、尿蛋白、eGFRの検査値により受診勧奨を行うことも考えられる。

※4) 糖尿病性腎症病期分類

	病期	尿アルブミン値(mg/g・Cr) あるいは 尿蛋白値(g/g・Cr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73㎡)
	第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
医療機関で診断	第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	30以上
健診で把握可能	第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
Cr測定国保等	第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
	第5期 (透析療法期)	透析療法中	

(CKD重症度分類)

原疾患	蛋白尿区分	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	尿蛋白定性 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分 /1.73㎡)	G1	正常または 高値 ≥90		
	G2	正常または 軽度低下 60~89		
	G3a	軽度~ 中等度低下 45~59		
	G3b	中等度~ 高度低下 30~44		
	G4	高度低下 19~29		
	G5	末期腎不全 (ESKD) <15		

※重症度は原疾患、eGFR 区分・尿蛋白区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを  のステージを基準に 、、 の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

※5) 特定健診では尿蛋白定性検査が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白1+以上であれば第3期と考えられる。尿蛋白±は微量アルブミンの可能性が高いため、医療機関では積極的に尿アルブミン測定を行うことが推奨されている。

尿アルブミンは、検査項目にはないが、糖尿病で受診勧奨判定値以上の場合、医療機関への受診勧奨がなされ医療機関において、尿アルブミンが測定され、第2期の把握が可能となる。

※6) 保健指導を実施する専門職とは、糖尿病性腎症に関する基本的な知識を有する看護師、保

健師、管理栄養士、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士、健康運動指導士等である。

※7) 保険者が、保健指導対象者を通じて、かかりつけ医から同意を取得する方法も考えられ、事前にかかりつけ医に相談することが望ましい。

※8) 糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例

	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点
第1期～ 第2期	糖尿病 かつ尿蛋白±以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	・HbA1c、血圧の程度に応じた対応 ・第1期では糖尿病管理 ・第2期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導	・Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 ・血糖、血圧管理 ・網膜症等合併症検査 ・第2期：保健指導紹介	・第1、2期の区別は健診だけではできない ・eGFR<4の場合、対応優先
第3期	糖尿病 かつ尿蛋白(+)以上	顕性腎症 腎機能低下防止	・受診勧奨と受診状況の確認 ・医師と連携した保健指導 ・減塩、減酒等の食生活改善 ・禁煙 ・肥満者では減量 ・身体活動の維持	・Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 ・血糖、血圧管理 ・網膜症等合併症検査 ・腎排泄性薬剤の見直し ・保健指導の留意点指示 ・腎臓専門医への紹介を考慮する	・他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 ・100%対応できることを目指す
第4期	糖尿病 かつeGFR<30	透析直前期 透析導入期の延伸	・強力な受診勧奨と受診確認 ・治療中断防止	・血糖、血圧管理 ・腎排泄薬剤の変更 ・腎臓専門医への紹介	・心不全、脳卒中ハイリスク ・Cr測定しなければ病期確定できない

糖尿病性腎症及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防事業 受診勧奨対象者のご紹介

年 月 日

〇〇医療機関 担当医〇〇 様

日頃は、国保事業に御理解と御協力を賜り、誠にありがとうございます。

別紙の方につきまして、特定健康診査において糖尿病性腎症及び慢性腎臓病（CKD）が疑われましたが、未治療あるいは治療中断しておられますので、「岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、受診勧奨及び保健指導を行いました。

糖尿病性腎症及び慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防するため、貴院にて精査ならびに今後の継続的な通院管理をお願いします。

※なお、今後の継続的な通院管理が順調に進むよう、《保険者名》の専門職による保健指導を実施しますので、御指示内容も含め、別紙「連絡表」に記入し、同封封筒で返送してください。

また、「糖尿病連携手帳」等を活用した情報共有・指導連携に努めてまいりますので、受診者様に糖尿病連携手帳等をお渡ししました（《保険者名》の専門職による保健指導内容を記載させていただきます）。

※受診者様の治療状況等については、当保険者としても引き続き次年度の特定健康診査結果等で確認をしてまいります。通院継続中の受診者様についても、次年度の特定健康診査を受けるよう併せて御指導をお願いいたします。

<連絡先（今回の受診者様に関すること）>

所 属			
担 当			
住 所			
TEL		FAX	

<連絡先（当保険者の糖尿病性腎症重症化予防事業全般に関すること）>

所 属			
担 当			
住 所			
TEL		FAX	

# 連 絡 票

年 月 日

〇〇医療機関 担当医〇〇 様

(保険者名)

特定健康診査において、糖尿病性腎症及び慢性腎臓病（CKD）が疑われましたが、未治療あるいは治療を中断しておられますので受診を勧めました。

糖尿病性腎症及び慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防するため、貴院にて精査ならびに今後の継続的な通院管理をお願いします。

なお、太枠内をご記入のうえ、同封の返信用封筒でお知らせくださいますようお願いいたします。

氏 名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住 所	電話番号		
健診結果	健診日： 年 月 日実施（*健診結果のコピーを添付します） <結果概要> HbA1c % 血糖値 mg/dL (空腹時・随時) 尿定性検査 糖 蛋白 潜血 尿中微量アルブミン定量 mg/gCr eGFR mL/分/1.73 m <sup>2</sup> 血圧 mmHg その他		

### < 貴院での受診結果 >

受診日	年 月 日
検査結果	糖尿病性腎症及び慢性腎臓病（CKD）に関する検査結果 ※検査結果のコピー、糖尿病連携手帳や GFR グラフへの記載でも結構です
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病（1型・2型・その他・不明） <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症（病期分類 第 期）（重症度分類 ） <input type="checkbox"/> 糖尿病を伴わない慢性腎臓病（CKD）（eGFR 低下・尿所見異常） <input type="checkbox"/> その他（ ）
治療方針	1 要治療（治療中もしくは開始予定） ・薬物療法（内服・インスリン）                     ・食事療法 ・運動療法   ・その他（ ） 2 要経過観察（ 月後再検査） 3 治療不要（
保険者への指導事項 ※複数選択可	1 特定健康診査による継続的経過観察 2 定期受診の確認と勧奨 3 内服薬確認 4 家庭訪問等による保健指導 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                     具体的                      指示内容                 </div> 5 腎症に関する高度なスキルを持つ専門職による栄養指導
医療機関名	医師名



## 個人情報の取り扱いに関する同意書

私（患者本人）は、糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の重症化予防に関する保健指導における個人情報の提供に関し、次の事項について同意いたします。

- 1 （医療機関名） が、 （保険者名） に対し、患者の病気についての診断名及び治療状況に関する個人情報（以下「個人情報」という。）を提供すること。
  
- 2 （保険者名） が次の業務を行うこと。
  - （1） （医療機関名） から提供された患者の個人情報を保有し、かつ（保険者名）の保健師・栄養士等が患者に対し行う保健指導に活用すること。
  - （2）保健指導中においても 糖尿病連携手帳や腎機能の状態を確認するグラフを活用し、患者本人ならびに（医療機関名）との間で情報を共有すること。
  - （3） （保険者名） や岐阜県が、患者の個人情報を、今後の糖尿病重症化予防対策を検討する際の基礎データとして、特定の個人が識別されない方法で統計・調査研究をする時に限り使用すること。

※（保険者名）が第三者に上記の目的以外で情報提供することは一切ありません。

年 月 日

同意者（患者本人）

住所

氏名

印

生年月日 年 月 日生（ 歳）

電話番号

様式例 3

保険者→医療機関  
 (2) 通院中のハイリスク者への保健指導  
 (保険者による抽出)

糖尿病性腎症及び慢性腎臓病 (CKD)  
 重症化予防事業 重症化高リスク該当者のお知らせ

年 月 日

〇〇医療機関 担当医〇〇 様

日頃は、国保事業に御理解と御協力を賜り、誠にありがとうございます。

「岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病等の治療中の者の中から健康診断の結果により別添の方を医療連携の対象者として抽出しましたので御連絡いたします。

なお、この対象者は、レセプト情報で病名に「糖尿病」または「慢性腎臓病(CKD)」と記載のある方を事務的に抽出しておりますので、貴院で糖尿病等の治療に関与していない場合も含まれます。

《保険者》での保健指導が必要ない場合は、●月●日までにお電話にて御連絡ください。また、御連絡がない場合は、保健指導対象者としますので、対象者様への保健指導の参加についてお声掛けいただきますようお願いいたします。

※《保険者名》の専門職による保健指導の内容は、「糖尿病連携手帳」等に記載させていただきます。

※対象者様の治療状況等については、当保険者としても引き続き次年度の特定健康診査結果等で確認をしておりますので、次年度の特定健康診査を受けるよう併せて御指導をお願いいたします。

<連絡先 (今回の対象者様に関する事) >

所 属			
担 当			
住 所			
TEL		FAX	

<連絡先 (当保険者の糖尿病性腎症重症化予防事業全般に関する事) >

所 属			
担 当			
住 所			
TEL		FAX	

別添

( 年 月 日作成分)

保健指導対象者リスト[医療機関名： ]

保健指導除外者に該当する方について、お電話にてご連絡ください。

<保健指導除外者>

- ア がん等で終末期にあるもの
- イ その他の疾患を有しているため、かかりつけ医が除外すべきと判断したもの
- ウ 医師または本人の同意がないもの

通番	氏名	生年月日	性別	健診日	健診機関名称	健診結果						
						HbA1c	eGFR	尿蛋白	腹囲	血圧	LDL-c	尿酸値
1												
2												
3												
4												
5												

※対象者への保健指導は、個別面談や家庭訪問により実施いたします。

健診データや医療機関での検査値等を用いて、自身の健康状態を正しく理解してもらい、必要な生活習慣につなげることを目標とします。  
必要に応じ、指導内容等について御相談させていただきますのでお願いいたします。

様式 4

糖尿病管理台帳  
(HbA1c6.5 以上)

【対象者抽出基準】  
過去 6 年間の健診結果で、一度でも HbA1c6.5 以上に該当した者

※糖尿病服薬は問診結果による  
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

糖尿病管理台帳

(過去6年間に一度でもHbA1c6.5以上に該当した者)

※高血圧・糖尿病の服薬は問診結果による  
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

番号	追加年度		氏名	性別	R03年度 末年齢	合併症の有無			項目	H28	H29	H30	R01	R02	R03	R03年度 KDBレセプト情報												合併症 数計 見込							
	高血圧	糖尿病				病名	R03	初診年月日								高血圧 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2		3	糖尿病 診断	4	5	6	7	8
1						高血圧			任	血圧							高血圧 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3						
						糖尿病			糖	HbA1c							糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3						
						インスリン																													
						腎症																													
						網膜症				その他	体重																								
						神経障害					BMI																								
						脂質異常症					尿酸																								
						高尿酸血症					LDL-C																								
						脳血管疾患				詳細	眼底																								
						虚血性心疾患				機診	心電図																								
						腎不全					GFR																								
						人工透析				CKD	尿蛋白																								
	2						高血圧			任	血圧							高血圧 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2		3	0			
						糖尿病			糖	HbA1c							糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3						
						インスリン																													
						腎症																													
						網膜症				その他	体重																								
						神経障害					BMI																								
						脂質異常症					尿酸																								
						高尿酸血症					LDL-C																								
						脳血管疾患				詳細	眼底																								
						虚血性心疾患				機診	心電図																								
						腎不全					GFR																								
						人工透析				CKD	尿蛋白																								
3							高血圧			任	血圧							高血圧 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3					
						糖尿病			糖	HbA1c							糖尿病 診断	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3						
						インスリン																													
						腎症																													
						網膜症				その他	体重																								
						神経障害					BMI																								
						脂質異常症					尿酸																								
						高尿酸血症					LDL-C																								
						脳血管疾患				詳細	眼底																								
						虚血性心疾患				機診	心電図																								
						腎不全					GFR																								
						人工透析				CKD	尿蛋白																								

※令和4年度に配布したヘルスサポートラボツールで作成