

広島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定【新旧対照表】

改 定 後	改 定 前
<p style="text-align: center;">広島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム</p> <p style="text-align: center;">平成28年6月21日策定 令和2年9月4日一部改定</p> <p style="text-align: center;">広島県医師会 広島県医師会糖尿病対策推進会議 広島県</p> <p>1 本プログラムの趣旨</p> <p>本県の平成 28 年における健康寿命（健康上の理由で日常生活が制限されることなく生活できる期間）は、男性が 71.97 年（全国第 27 位）、女性が 73.62 年（全国第 46 位）となっている。</p> <p>今後も高齢化が進む中で、健康寿命を延伸させることが、県民の幸福のみならず、医療保険及び介護保険といった社会保障制度の安定的維持につながる。</p> <p>特に、日常生活が大きく制限され、患者の肉体的・精神的負担が大きい人工透析は、その約 4 割が糖尿病性腎症を原疾患とするものである。</p> <p>また、糖尿病は放置するとその他にも網膜症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させる。</p> <p>本県では、「健康ひろしま21（第2次）」において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群や、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数等、糖尿病の発症から重症化まで、その減少数を数値目標として掲げ、様々な取組を進めているが、現状と目標数値との乖離は大きく、一層の取組の強化が必要となっている。</p> <p>このような中で、速やかに糖尿病性腎症重症化予防のためのプログラムを策定するため、平成 28 年 6 月 10 日に、広島県医師会、広島県医師会糖尿病</p>	<p style="text-align: center;">広島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム</p> <p style="text-align: center;">平成28年6月21日策定</p> <p style="text-align: center;">広島県医師会 広島県医師会糖尿病対策推進会議 広島県</p> <p>1 本プログラムの趣旨</p> <p>本県の平成 25 年における健康寿命（健康上の理由で日常生活が制限されることなく生活できる期間）は、男性が 70.93 年（全国第 33 位）、女性が 72.84 年（全国第 46 位）となっている。</p> <p>今後も高齢化が進む中で、健康寿命を延伸させることが、県民の幸福のみならず、医療保険及び介護保険といった社会保障制度の安定的維持につながる。</p> <p>特に、日常生活が大きく制限され、患者の肉体的・精神的負担が大きい人工透析は、その約 4 割が糖尿病性腎症を原疾患とするものである。</p> <p>また、糖尿病は放置するとその他にも網膜症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させる。</p> <p>本県では、「健康ひろしま21（第2次）」において、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群や、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数等、糖尿病の発症から重症化まで、その減少数を数値目標として掲げ、様々な取組を進めているが、現状と目標数値との乖離は大きく、一層の取組の強化が必要となっている。</p> <p>このような中で、速やかに糖尿病性腎症重症化予防のためのプログラムを策定するため、平成 28 年 6 月 10 日に、広島県医師会、広島県医師会糖尿病</p>

対策推進会議及び広島県は「健康寿命の延伸に向けた糖尿病性腎症重症化予防に係る広島県連携協定」を締結し、この協定に基づき、県内における取組を促進するため、広島県医師会、広島県医師会糖尿病対策推進会議及び広島県が協働して本プログラムを策定した。

このたび、更なる取組の拡大と取組内容の充実に向けて、本プログラムを改定する。

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取組例等については、平成28年4月20日付けで、厚生労働省が日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び都道府県に発出し、平成31年4月25日付けで改定された「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。

2 基本的考え方

(1) 目的 (略)

(2) 本プログラムの性格 (略)

(3) 取組に当たっての関係者の役割

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

(市町の役割) (略)

(広島県国民健康保険団体連合会の役割) (略)

(県の役割)

市町における事業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、県レベルで広島県医師会や広島県医師会糖尿病対策推進会議等と県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

また、県レベルで広島県医師会や広島県医師会糖尿病対策推進会議等と議論し、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について検討を行う等、県内各医療保険者における取組が円滑に実施できるよう支援する。

(広島県後期高齢者医療広域連合の役割) (略)

(全国健康保険協会広島支部及び広島県健康保険組合連合会所属の各団体の役割) (略)

対策推進会議及び広島県は「健康寿命の延伸に向けた糖尿病性腎症重症化予防に係る広島県連携協定」を締結した。

この協定に基づき、県内における取組を促進するため、広島県医師会、広島県医師会糖尿病対策推進会議及び広島県が協働して本プログラムを策定する。

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取組例等については、平成28年4月20日付けで、厚生労働省が日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び都道府県に発出した『「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の策定について』の別紙1「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。

2 基本的考え方

(1) 目的 (略)

(2) 本プログラムの性格 (略)

(3) 取組に当たっての関係者の役割

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

(市町の役割) (略)

(広島県国民健康保険団体連合会の役割) (略)

(県の役割)

市町における事業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、県レベルで広島県医師会や広島県医師会糖尿病対策推進会議等と県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

また、県レベルで広島県医師会や広島県医師会糖尿病対策推進会議等と議論し、連携協定の締結や糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定に向けた調整を行い、県内各医療保険者における取組が円滑に実施できるよう支援する。

(広島県後期高齢者医療広域連合の役割) (略)

(全国健康保険協会広島支部及び広島県健康保険組合連合会所属の各団体の役割) (略)

(広島県医師会糖尿病対策推進会議の役割) (略)

(広島県医師会の役割) (略)

(別紙)

標準的な糖尿病性腎症重症化予防プログラム

1 目的 (略)

2 対象者の抽出基準及び決定方法

(1) 未治療者

医療保険者（以下「保険者」という。）が、特定健康診査データ（以下「健診データ」という。）から次の①～④のいずれかに該当する方（血糖・HbA1c とその他の両方の条件を満たす方）で、かつ、レセプトデータと照合して未治療の方を抽出し、改めて被保険者であることを確認した上で決定する。

	血糖・HbA1c	その他	
		血清クレアチンを測定していない場合	血清クレアチンを測定している場合
①	空腹時血糖 126mg/dl 以上 (又は随時血糖 200mg/dl 以上) かつ HbA1c 6.5%以上	尿蛋白 1 + 以上 (又は微量アルブミン尿 30mg/gCr 以上(尿 中アルブミンを測定し ている場合))	
②	空腹時血糖 126mg/dl 以上 (又は随時血糖 200mg/dl 以上) かつ HbA1c 6.5%以上		eGFR が基準値(60ml /分/1.73 m ²)未満
③	空腹時血糖 140mg/dl 以上 又は HbA1c 7.0%以上	尿蛋白 1 + 以上 (又は微量アルブミン尿 30mg/gCr 以上(尿 中アルブミンを測定し ている場合))	
④	空腹時血糖 140mg/dl 以上又 は HbA1c 7.0%以上		eGFR が基準値(60ml /分/1.73 m ²)未満

(広島県医師会糖尿病対策推進会議の役割) (略)

(広島県医師会の役割) (略)

(別紙)

標準的な糖尿病性腎症重症化予防プログラム

1 目的 (略)

2 対象者の抽出基準及び決定方法

(1) 未治療者

医療保険者（以下「保険者」という。）が、特定健康診査データ（以下「健診データ」という。）から次の①～④のいずれかに該当する方（血糖・HbA1c とその他の両方の条件を満たす方）で、かつ、レセプトデータと照合して未治療の方を抽出し、改めて被保険者であることを確認した上で決定する。

	血糖・HbA1c	その他
	①	空腹時血糖 126mg/dl 以上 (又は随時血糖 200mg/dl) かつ HbA1c 6.5%以上
②	空腹時血糖 126mg/dl 以上 (又は随時血糖 200mg/dl) かつ HbA1c 6.5%以上	血清クレアチンを測定している場合 eGFR が基準値 (60ml/分/1.73 m ²) 未満
③	空腹時血糖 140mg/dl 以上 又は HbA1c 7.0%以上	血清クレアチンを測定していない場合 尿蛋白 1 + 以上 (又は微量アルブミン尿 30mg/gCr 以上(尿中アルブミンを測定 している場合))
④	空腹時血糖 140mg/dl 以上 又は HbA1c 7.0%以上	血清クレアチンを測定している場合 eGFR が基準値 (60ml/分/1.73 m ²) 未満

(2) 治療中断者

保険者が、レセプト・健診データから次のいずれかに該当する方を抽出し、改めて被保険者であることを確認した上で決定する。

- ① 通院中の患者で最終の治療日から6か月経過しても治療した記録がない方
- ② 過去3年間の健診データから糖尿病であることが明らかな方(糖尿病治療歴が有り、次のいずれかに該当する方)で、最近1年間に受療歴がない方
 - ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上(又は随時血糖 200mg/dl 以上)かつ HbA1c 6.5%以上
 - ・ 空腹時血糖 140mg/dl 以上
 - ・ HbA1c7.0%以上
 - ・ 糖尿病薬 (経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1 受容体作動薬) の使用歴有り

※ プログラムは、医療保険者直営実施の例示であり、この方法以外もあり得る。

(3) 保健指導参加候補者 (略)

3 受診勧奨

(1) 受診勧奨の方法 (略)

(2) 受診勧奨の評価指標 (略)

4 保健指導

(1) 保健指導の内容(別表及び別紙1を参照) (略)

(2) 保健指導対象者の選定 (略)

(3) 保健指導実施までの手順

ア 候補者の同意とかかりつけ医の指示書

(ア) 候補者が治療中の方の場合

- ① 保険者は、候補者に対し、次のことを行う。
 - ・ かかりつけ医に相談の上、保健指導を受けるよう参加勧奨を行う。

(2) 治療中断者

保険者が、レセプト・健診データから次のいずれかに該当する方を抽出し、改めて被保険者であることを確認した上で決定する。

- ① 通院中の患者で最終の治療日から6か月経過しても治療した記録がない方
- ② 過去3年間の健診データから糖尿病であることが明らかな方(糖尿病治療歴が有り、次のいずれかに該当する方)で、最近1年間に受療歴がない方
 - ・ 空腹時血糖 126mg/dl 以上(又は随時血糖 200mg/dl)かつ HbA1c 6.5%以上
 - ・ 空腹時血糖 140mg/dl 以上
 - ・ HbA1c7.0%以上
 - ・ 糖尿病薬使用歴有り

※ プログラムは、医療保険者直営実施の例示であり、この方法以外もあり得る。

(3) 保健指導参加候補者 (略)

3 受診勧奨

(1) 受診勧奨の方法 (略)

(2) 受診勧奨の評価指標 (略)

4 保健指導

(1) 保健指導の内容(別表及び別紙1を参照) (略)

(2) 保健指導対象者の選定 (略)

(3) 保健指導実施までの手順

ア 候補者の同意とかかりつけ医の指示書

(ア) 候補者が治療中の方の場合

- ① 保険者は、候補者に対し、次のことを行う。
 - ・ かかりつけ医に相談の上、保健指導を受けるよう参加勧奨を行う。

- ・ 参加する場合、同意書（参考様式1）を作成し、保険者あてに提出するよう説明する。

- ② 保険者は、候補者のかかりつけ医に対し、次のことを依頼する。
- ・ 候補者のうち保健指導を要すると判断（同意）した方へ参加勧奨する。
 - ・ 候補者が参加に同意した場合、治療及び保健指導方針について候補者と協議の上、指示書（参考様式2）を作成する。
 - ・ 作成した指示書（参考様式2）を保険者あてに提出する。

（イ）候補者が未治療及び治療中断の方の場合

- ① 保険者は、候補者に対し、次のことを行う。
- ・ 糖尿病性腎症の管理の必要性を説明し、速やかに受診するよう受診勧奨を行う。
 - ・ 受診医療機関の医師に相談の上、保健指導を受けるよう参加勧奨を行う。
 - ・ 参加する場合、同意書（参考様式1）を作成し、保険者あてに提出するよう説明する。
- ② 保険者は、候補者の受診医療機関に対し、次のことを依頼する。
- ・ 候補者のうち保健指導を要すると判断（同意）した方へ参加勧奨する。
 - ・ 候補者が参加に同意した場合、治療及び保健指導方針について候補者と協議の上、指示書（参考様式2）を作成する。
 - ・ 作成した指示書（参考様式2）を保険者あてに提出する。

イ 保健指導の実施及び情報の共有

保険者は、次のことを実施する。

- ・ 参加を同意した方（以下「参加者」という。）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。
- ・ かかりつけ医に、検査結果報告書（参考様式3）により検査結果の提出を依頼する。
- ・ 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

- ・ 参加する場合、同意書（様式1）を作成し、保険者あてに提出するよう説明する。

- ② 保険者は、候補者のかかりつけ医に対し、次のことを依頼する。
- ・ 候補者のうち保健指導を要すると判断（同意）した方へ参加勧奨する。
 - ・ 候補者が参加に同意した場合、治療及び保健指導方針について候補者と協議の上、指示書（様式2）を作成する。
 - ・ 作成した指示書（様式2）を保険者あてに提出する。

（イ）候補者が未治療及び治療中断の方の場合

- ① 保険者は、候補者に対し、次のことを行う。
- ・ 糖尿病性腎症の管理の必要性を説明し、速やかに受診するよう受診勧奨を行う。
 - ・ 受診医療機関の医師に相談の上、保健指導を受けるよう参加勧奨を行う。
 - ・ 参加する場合、同意書（様式1）を作成し、保険者あてに提出するよう説明する。
- ② 保険者は、候補者の受診医療機関に対し、次のことを依頼する。
- ・ 候補者のうち保健指導を要すると判断（同意）した方へ参加勧奨する。
 - ・ 候補者が参加に同意した場合、治療及び保健指導方針について候補者と協議の上、指示書（様式2）を作成する。
 - ・ 作成した指示書（様式2）を保険者あてに提出する。

イ 保健指導の実施及び情報の共有

保険者は、次のことを実施する。

- ・ 参加を同意した方（以下「参加者」という。）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。
- ・ 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。

- ・ 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。
- ・ 保健指導終了後は実施結果を報告する。

(4) 保健指導の評価指標（比較：指導前・指導後，介入群・非介入群，網膜症有・網膜症無）（略）

5 かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携（略）

別表

病期	保健指導
第4期 腎不全期 ・ eGFR 30ml/分/1.73 m ² 未満	<ul style="list-style-type: none"> ・ (未治療者及び治療中断者には受診勧奨し,) 医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施 ・ 治療を継続することを指導 ・ 網膜症の有無の確認 ・ 血糖・血圧のコントロール, 禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・ 蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施 なお, 高齢者の過度の制限に留意する。 ・ 腎排泄性の薬剤の使用状況を確認し, 必要に応じて変更を促す。 ・ 栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・ 適度な身体活動・運動をかかりつけ医の指示のもとに実施
第3期 顕性腎症期 (次のいずれにも該当する方) ・ eGFR 30ml/分/1.73 m ² 以上 ・ 顕性アルブミン尿 300mg/gCr 以上 (検査数値がある場合) ・ 空腹時血糖 140mg/dl 以上又は HbA1c7.0%以上	<ul style="list-style-type: none"> ・ (未治療者及び治療中断者には受診勧奨し,) 医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施 ・ 治療を継続することを指導 ・ 網膜症の有無の確認 ・ 蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施 なお, 高齢者の過度の制限に留意する。

活用し、参加者及びかかりつけ医等と情報を共有する。

- ・ 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。
- ・ 保健指導終了後は実施結果を報告する。

(4) 保健指導の評価指標（比較：指導前・指導後，介入群・非介入群，網膜症有・網膜症無）（略）

5 かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携（略）

別表

病期	保健指導
第4期 腎不全期 ・ eGFR ≤ 30ml/分/1.73 m ²	<ul style="list-style-type: none"> ・ (未治療者及び治療中断者には受診勧奨し,) 医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施 ・ 治療を継続することを指導 ・ 網膜症の有無の確認 ・ 血糖・血圧のコントロール, 禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・ 蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施 なお, 高齢者の過度の制限に留意する。 ・ 腎排泄性の薬剤の使用状況を確認し, 必要に応じて変更を促す。 ・ 栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・ 適度な身体活動・運動をかかりつけ医の指示のもとに実施
第3期 顕性腎症期 (次のいずれにも該当する方) ・ eGFR ≥ 30ml/分/1.73 m ² ・ 顕性アルブミン尿 300mg/gCr 以上 (検査数値がある場合) ・ 空腹時血糖 140mg/dl 以上又は HbA1c7.0%以上	<ul style="list-style-type: none"> ・ (未治療者及び治療中断者には受診勧奨し,) 医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施 ・ 治療を継続することを指導 ・ 網膜症の有無の確認 ・ 蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施 なお, 高齢者の過度の制限に留意する。

<ul style="list-style-type: none"> ・尿蛋白1+以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖・血圧のコントロール，禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・適度な身体活動・運動を指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・尿蛋白1+以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖・血圧のコントロール，禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・適度な身体活動・運動を指導
<p>第2期 早期腎症期 (次のいずれにも該当する方)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・eGFR 30ml/分/1.73 m²以上 ・微量アルブミン尿 30～300mg/gCr 未満(検査数値がある場合) ・空腹時血糖 140mg/dl 以上又はHbA1c7.0%以上 ・尿蛋白1+未満 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病改善のための指導 ・治療を継続することを指導 ・血糖・血圧のコントロール，禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・適度な身体活動・運動を指導 <p>※ <u>第2期の初回指導は集団による指導も可</u></p>	<p>第2期 早期腎症期 (次のいずれにも該当する方)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・eGFR\geq30ml/分/1.73 m² ・微量アルブミン尿 30～300mg/gCr 未満(検査数値がある場合) ・空腹時血糖 140mg/dl 以上又はHbA1c7.0%以上 ・尿蛋白1+未満 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病改善のための指導 ・治療を継続することを指導 ・血糖・血圧のコントロール，禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・適度な身体活動・運動を指導 <p>※ <u>第2期の初回指導は集団による指導も可</u></p>
<p style="text-align: right;">別紙1</p> <p style="text-align: center;">糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム (略)</p> <p style="text-align: right;">別紙2</p> <p style="text-align: center;">糖尿病治療における紹介・逆紹介の目安について (略)</p>		<p style="text-align: right;">別紙1</p> <p style="text-align: center;">糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム (略)</p> <p style="text-align: right;">別紙2</p> <p style="text-align: center;">糖尿病治療における紹介・逆紹介の目安について (略)</p>	

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

年 月 日

様

氏名 _____
 住所 〒 _____
 電話番号 _____

(氏名は自署をお願いします。)

◆かかりつけ医を記入してください。

医療機関名: _____

◆「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 会場を御希望の方が多数の場合、自宅での面談をお願いします場合があります。

【問2】日程調整のための御連絡時間について

・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、その旨御了承ください。

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、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御了承ください。
 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。

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

平成 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。)

◆かかりつけ医を記入してください。

医療機関名: _____

◆「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 会場を御希望の方が多数の場合、自宅での面談をお願いします場合があります。

【問2】日程調整のための御連絡時間について

・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、その旨御了承ください。

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、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御了承ください。
 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。

糖尿病性腎症保健指導指示書

年 月 日

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。)	・2型糖尿病 ・糖尿病網膜症 ・糖尿病性腎症(ステージ) ・末梢神経障害 ・高血圧 ・脂質異常症 ・虚血性心疾患 ・その他()		
現在(記載月)の数値等	①身長 cm		②体重 kg
	④血圧 / mmHg		⑤血糖値 mg/dl (食後 時間)
	⑥血清クレアチニン mg/dl, eGFR ml/分/1.73 m ²		
	⑦尿アルブミン mg/gCr または尿蛋白 (-, ±, +, ++, +++)		

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。
- 「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」のとおりに実施することが適当である。
- 「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」について、留意するべきことがあれば御指示ください。
 - 1日摂取エネルギー量 (kcal)
 - 1日塩分摂取量 (g)
 - 1日蛋白質摂取量 (g)
 - 血圧 (~ mm Hg)
 - 運動制限(制限の程度:)
- その他 []

◆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、本人と調整をして、指導を実施する会場にお越しいたします。

糖尿病性腎症保健指導指示書

平成 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。)	・2型糖尿病 ・糖尿病網膜症 ・糖尿病性腎症(ステージ) ・末梢神経障害 ・高血圧 ・脂質異常症 ・虚血性心疾患 ・その他()		
現在(記載月)の数値等	①身長 cm		②体重 kg
	④血圧 / mmHg		⑤随時血糖値 mg/dl (食後 時間)
	⑥eGFR ml/分/1.73 m ²		⑦尿蛋白

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。
- 「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」のとおりに実施することが適当である。
- 「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」について、留意するべきことがあれば御指示ください。
 - 1日摂取エネルギー量 (kcal)
 - 1日塩分摂取量 (g)
 - 1日蛋白質摂取量 (g)
 - 血圧 (~ mm Hg)
 - 運動制限(制限の程度:)
- その他 []

◆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、本人と調整をして、指導を実施する会場にお越しいたします。

糖尿病性腎症保健指導 検査結果報告書 (回目)

年 月 日

様

医療機関名

住 所

主 治 医



(記名・押印または署名をお願いします。)

様の検査結果は以下のとおりです。

注意事項

- 検査結果については、かかりつけ医様でお持ちのデータ（3か月以内のもの）をご記入ください。
- 患者様へは、検査費用・文書料等を請求いただかないようお願いします。

(検査日 年 月 日)

1	身長	cm
2	体重	kg
3	HbA1c	%
4	血圧	mmHg
5	血糖値	mg/dl (食後 時間)
6	血清クレアチニン	mg/dl
	eGFR	ml/分/1.73 m ²
7	尿アルブミンまたは尿蛋白	mg/gCr 尿蛋白 (- , ± , + , ++ , +++)