

群馬県糖尿病性腎臓病 重症化予防プログラム

平成 3 1 年 3 月

(令和2 年8 月改定)

(令和5 年1 1 月改定)

群馬県糖尿病対策推進協議会

群馬県慢性腎臓病対策推進協議会

群 馬 県 医 師 会

群 馬 県 保 険 者 協 議 会

群 馬 県

目 次

1. 本プログラムの趣旨	1
2. 基本的考え方	2
(1) 目的	
(2) 本プログラムの性格	
(3) 取組にあたっての関係者の役割	
・ 県	
・ 市町村国民健康保険	
・ 群馬県国民健康保険団体連合会	
・ 群馬県後期高齢者医療広域連合	
・ 全国健康保険協会群馬支部、共済組合、国保健康保険組合又は健康保険組合連合会群馬連合会所属の各団体	
・ 群馬県保険者協議会	
・ 群馬県医師会	
・ 郡市医師会	
・ 群馬県糖尿病対策推進協議会	
・ 群馬県慢性腎臓病対策推進協議会	
(4) 本プログラムの見直し	
3. 対象者の抽出基準	5
(1) 受診勧奨対象者（医療機関未受診者又は治療中断者）	
・ 特定健康診査受診者	
・ 特定健康診査未受診者	
(2) 保健指導対象者（糖尿病治療中の者）	
・ 保険者が抽出する場合	
・ 医療機関が抽出する場合	
(3) 対象者抽出における留意点	
4. 介入方法	8
(1) 受診勧奨	
(2) 保健指導	
ア 保健指導の内容	
イ 保健指導実施までの手順	
・ 保険者が抽出する場合	
・ 医療機関が抽出する場合	
ウ 保健指導における情報の共有	
(3) 受診勧奨・保健指導の手順（例）	

5. かかりつけ医や専門医との連携	17
（1）保険者とかかりつけ医との連携	
（2）地域における医療機関相互の連携	

6. プログラムの評価	19
（1）保険者における評価	
（2）県における評価	

◇ 参考様式	24
【参考様式1-1】糖尿病性腎臓病重症化予防 受診勧奨連絡票	
【参考様式1-2】受診結果連絡票（返信）	
【参考様式2-1】糖尿病性腎臓病重症化予防 保健指導対象候補者連絡票	
【参考様式2-2】保険者が行う糖尿病重症化予防 保健指導連絡票	
【参考様式3】糖尿病性腎臓病重症化予防のための保健指導 参加同意書	
【参考様式4】糖尿病性腎臓病重症化予防保健指導 実施報告書	

◇ 資料集（別冊）	
1 本県市町村国保における特定健診結果の状況（糖尿病関係）	
2 本県の糖尿病医療機関の情報	
3 「ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳」に関する問い合わせ先	
4 「国版プログラム」	
5 県内各保険者等関係機関連絡先	
6 「群馬県糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定検討会議」	
7 「令和元年度群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム推進会議」	

1. 本プログラムの趣旨

本県における慢性透析患者数(10万人あたり)は全国に比べ高い水準で推移しており、新規透析導入数に占める糖尿病性腎症の割合も全国を上回る状況にある。

このため、糖尿病の発症及び重症化予防の対策は、健康寿命の延伸とともに医療費適正化の観点からも喫緊の課題となっている。

現在、県内保険者においては、それぞれ糖尿病重症化予防対策に取り組んでいるところであるが、その取組をより効果的なものとするためには、さらに医療機関等との連携を深め、実効性のある対策を講じることが求められている。

このような中で、群馬県糖尿病対策推進協議会、群馬県慢性腎臓病対策推進協議会、群馬県医師会、群馬県保険者協議会及び群馬県は、県内の各保険者による糖尿病性腎臓病重症化予防に向けた取組を更に推進するため、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もののほか、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（以下「国版プログラム」という。）」に準ずるものとする。

本プログラムは、以下の計画等に位置づけられた施策として展開するものである。

- ・群馬県健康増進計画
- ・群馬県保健医療計画
- ・群馬県医療費適正化計画
- ・群馬県国民健康保険運営方針

※注：本プログラムにおける「糖尿病性腎臓病」の定義について

- ・糖尿病を原因として典型的な臨床経過をたどり進行する腎障害を「糖尿病性腎症」と呼んできた。しかし近年、蛋白尿を伴わずに腎機能が低下するなど非典型的な経過を示す糖尿病患者が増加しており、糖尿病の病態が関与する腎臓病を総称して「糖尿病性腎臓病」と呼ぶようになった。本プログラムではこのような経緯を踏まえ、表記にあたり「糖尿病性腎臓病」に統一する。
- ・2023年10月に「糖尿病性腎臓病」から「糖尿病関連腎臓病」へと名称が変更されたが、改訂作業後の変更のため、本プログラムでは「糖尿病性腎臓病」の表記のままとする。

2. 基本的考え方

(1) 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者などを適切な治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎臓病等で通院している重症化リスクの高い者に対して保健指導を行うことにより、重症化を防ぎ、人工透析等への移行を防止する。

(2) 本プログラムの性格

本プログラムは、県内保険者と医療機関が連携して糖尿病性腎臓病重症化予防に向けた取組を行うための基本的な考え方や標準的な取組内容を示すものである。

このため、本プログラムの運用に当たっては、各保険者の実施体制や地域の実情に応じて、柔軟に対応することも可能であり、現在各保険者が行っている取組を妨げるものではない。

(3) 取組にあたっての関係者の役割

地域における取組を推進するに当たっては、次に掲げる関係者が、それぞれの役割を認識した上で、相互に密接に連携して取り組むことが重要である。

【県】

県は、本プログラムを関係団体へ周知するとともに、取組が円滑に実施できるよう、群馬県糖尿病対策推進協議会等と連携して、県内における糖尿病性腎臓病重症化予防対策の構築を推進する。

加えて、取組実績の経年的な検証に取り組み、必要に応じてプログラムの見直しを行う。

また、県内における取組状況をフォローするとともに、取組の円滑な実施を支援する観点から、群馬県医師会や群馬県糖尿病対策推進協議会、群馬県慢性腎臓病対策推進協議会、群馬県保険者協議会等と県内の取組状況に関する情報を共有し、課題や対応策等について検討する。

さらに、糖尿病の発症及び重症化に関連する生活習慣の改善に向けて市町村、群馬県医師会、群馬県保険者協議会等関係機関と連携し、保健指導の質の向上のための研修等を実施するなど、糖尿病対策を包括的に推進する。

【市町村国民健康保険】

ア 地域における課題の分析

市町村国民健康保険（以下「市町村国保」という。）は、国保データベース(KDB)システム等を活用することにより、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とともに、地域の医師会等関係団体と問題認識の共有を図る。

分析にあたっては、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）も明らかにする。

イ 対策の立案

上記アで明らかになった課題について、優先順位等を考慮し、対策を立案する。

立案にあたっては、地域の医療機関における連携体制のあり方や重症化リスクの高い者を抽出するための健診項目や健診実施方法、受診勧奨や保健指導の内容、食生活の改善や運動対策等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する。その際、地域の医師会等関係団体と、これらの課題や対策の立案について協議する。

ウ 対策の実施

上記イの検討及び協議の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、群馬県国民健康保険団体連合会による支援や外部資源の活用（民間委託等）を検討するなど、円滑かつ効率的な事業実施を図る。

併せて、職員を県や関係団体等が開催する研修に参加させるなど、関係職員の資質向上に努める。

エ 実施状況の評価

上記ウで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。

【群馬県国民健康保険団体連合会】

群馬県国民健康保険団体連合会は、市町村国保が地域における課題の分析や事業実施を効率的に行えるよう、市町村国保及び県との連携を図りながら、必要な支援を実施する。

【群馬県後期高齢者医療広域連合】

群馬県後期高齢者医療広域連合は、後期高齢者について市町村国保と県の両者の役割を担う。被保険者の健康課題の分析や対策の立案を行うとともに、事業実施に当たって、市町村が上記役割を担えるよう、市町村や関係機関等との連携を図る。

【全国健康保険協会群馬支部、共済組合、国民健康保険組合又は健康保険組合連合会群馬連合会所属の各団体】

全国健康保険協会群馬支部、共済組合、国民健康保険組合又は健康保険組合連合会群馬連合会所属の各団体は、市町村国保の役割と同様に、各団体に所属する被保険者について、健康課題の分析や対策の立案、実施、実施状況の評価を行うよう努める。

【群馬県保険者協議会】

群馬県保険者協議会は、本プログラムを県内保険者へ周知するとともに、取組を推進するため、保健指導の質の向上のための研修等を実施するとともに、保険者の取組状況を把握し、事業の円滑な実施に協力する。

【群馬県医師会】

群馬県医師会は、本プログラムを郡市医師会等へ周知するなど、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協力する。また、郡市医師会とともに、かかりつけ医と専門医との連携強化（病診連携）や保険者との連携体制の構築に協力する。

【郡市医師会】

郡市医師会は、本プログラムを会員へ周知するとともに、地域の課題に対する助言を行うなど、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協力する。また、かかりつけ医と専門医との連携強化（病診連携）や保険者との連携体制の構築に協力する。

【群馬県糖尿病対策推進協議会】

群馬県糖尿病対策推進協議会は、保険者による取組が円滑に実施できるよう、構成団体に本プログラムを周知する。また、構成団体は、本プログラムに基づく取組を推進するとともに医療従事者を対象とした研修の実施に努める。

【群馬県慢性腎臓病対策推進協議会】

群馬県慢性腎臓病対策推進協議会は、保険者による取組が円滑に実施できるよう、構成団体に本プログラムを周知する。また、構成団体は、本プログラムに基づく取組を推進するとともに医療従事者を対象とした研修の実施に努める。

（４）本プログラムの見直し

プログラムに基づく取組実績の検証結果等を踏まえ、必要に応じて本プログラムの見直しを行うこととする。

令和２年８月改定においては、次の内容を見直した。

ア 「２．基本的考え方（３）取組にあたっての関係者の役割」に郡市医師会を加えた。

イ 参考様式を見直し、「受診勧奨」と「保健指導」に使用する様式を分けるとともに、記載内容を整理した。

令和５年１０月改定においては、次の内容を見直した。

ア プログラム策定組織に「群馬県慢性腎臓病対策推進協議会」を追加

イ 「３．対象者の抽出基準」の見直し

ウ 「４．介入方法」の記載内容の整理

3. 対象者の抽出基準

本プログラムが推奨する基準等は以下のとおりとし、事業実施にあたっては地域の医師会やかかりつけ医と十分に相談すること。

(1) 受診勧奨対象者（医療機関未受診者又は治療中断者）

特定健康診査又は後期高齢者健康診査受診者

【75歳未満の方】

健診データ及びレセプトデータから、次のアとイのいずれにも該当するとして保険者が抽出した者。

ア 健診データ

①と②のいずれにも該当する者

①「空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上」又は「HbA1c 6.5%以上※

※HbA1c7.0%以上の者は高リスクとして判断することが望ましい。

②「尿蛋白（＋）以上」又は「eGFR 60ml/分/1.73 m²未満※」

※eGFR 45ml/分/1.73 m²未満の場合は優先して受診勧奨を行うことが望ましい。

このとき、対象者の年齢が若い場合は、eGFR 50ml/分/1.73 m²未満について優先して受診勧奨を行うことが望ましい。

eGFR 45（または50）－60ml/分/1.73 m²の場合は他のリスク要因（他の疾患や身体状況等）を併せて検討することが望ましい。

イ レセプトデータ

直近約1年間に糖尿病の受診歴がない者

【75歳以上の方（後期高齢者）】

健診データ及びレセプトデータから、次のアとイのいずれにも該当するとして保険者が抽出した者。

ア 健診データ

①と②のいずれにも該当する者

①「空腹時血糖 130mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上」又は「HbA1c 7.0%以上」

②「尿蛋白（＋）以上」又は「eGFR 50ml/分/1.73 m²未満※」

※eGFR 45ml/分/1.73 m²未満の場合は優先して受診勧奨を行うことが望ましい。

eGFR 45－50ml/分/1.73 m²の場合は他のリスク要因（他の疾患や身体状況等）を併せて検討することが望ましい。

イ レセプトデータ

直近約1年間に糖尿病の受診歴がない者

特定健康診査又は後期高齢者健康診査未受診者

レセプトデータから、過去に糖尿病受診歴があるが直近約１年間に糖尿病受診歴がないとして保険者が抽出した者。

ただし、かかりつけ医の判断により、治療終了又は経過観察となっている場合も考えられることから、地域の医師会やかかりつけ医へ相談することが望ましい。

（２）保健指導対象者（糖尿病治療中の者）

保険者が抽出する場合

健診データ及びレセプトデータ等から、次の①と②のいずれにも該当する者として保険者が抽出した者のうち、本人及びかかりつけ医の同意が得られた者。

【75歳未満の方】

- ①「空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上」又は「HbA1c 6.5%以上」
- ②「尿蛋白（＋）以上」又は「eGFR 60ml/分/1.73 m²未満」

【75歳以上の方（後期高齢者）】

- ①「空腹時血糖 130mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上」又は「HbA1c 7.0%以上」
- ②「尿蛋白（2＋）以上」又は「eGFR 50ml/分/1.73 m²未満」

医療機関が抽出する場合

糖尿病治療中に糖尿病性腎臓病（尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等の検査により腎機能が低下した状態）と診断された者のうち、生活指導や食事指導により病状の維持・改善の可能性があるとかかりつけ医が判断した者。

（３）対象者抽出から除外する者

次のいずれかに該当する者は除く。

- ア 認知機能障害等により、保健指導の実施が困難な者
- イ 糖尿病透析予防指導管理料（＊）が算定されている者
- ウ かかりつけ医が対象から除外すべきと判断した者

—————（＊）「糖尿病透析予防指導管理料」の概要—————

- 〔１〕入院中の患者以外の糖尿病患者のうち、ヘモグロビン A1c (HbA1c) が 6.5%以上（NGSP 値）又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第２期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対し、医師が糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認めた場合に、月１回 に限り算定する。
- 〔２〕当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、（１）の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- 〔３〕当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

（４）後期高齢者についての考え方

後期高齢者については、「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参考に、個人の状況（体重、血圧、脂質、喫煙、貧血状態 等）、理解力、家族の協力など含め総合的に考えて、地域の医師会やかかりつけ医へ相談することが望ましい。

（５）eGFR低下率変化（ Δ eGFR）

eGFRは単回での評価も大切であるが、経時的^{*1}評価により低下速度を推定することが重要と考えられている。

日本人のeGFRの低下速度は平均0.36ml/分/1.73m²/年であり、40～69歳では50ml/分/1.73 m²未満、70～79歳では40ml/分/1.73m²未満の腎機能の場合、腎機能低下速度が有意に速まることが報告されている^{*2}。このため、対象者抽出の際には本数値も参考として考慮することを勧める。

年々経時的に連続的に低下する方や、今までに比べて明らかに低下している方については、かかりつけ医と十分に相談の上、慎重に対応することが望ましい。

*1 検査する季節により多少の変動があるため、注意が必要となる

*2 Imai E, et al. Hypertens Res. 2008;31:433-441.

（６）その他留意点

上記「（２）保健指導対象者」の抽出にあたり、上記抽出基準により抽出した結果、対象者数が多く、十分なマンパワーが確保できないなど、全ての対象者に介入することが困難な場合は、年齢やeGFR値等を基準として、介入の優先順位を検討する。

4. 介入方法

(1) 受診勧奨（図1参照）

ア 保険者は、対象者の状況に応じた受診勧奨を行い、必要に応じて受診後のフォローを行う。（P14「受診勧奨の流れ」を参照）

なお、受診勧奨の方法としては、以下の方法等があげられる。

（ア）郵送による通知

（イ）電話

（ウ）個別面談（来所・訪問）

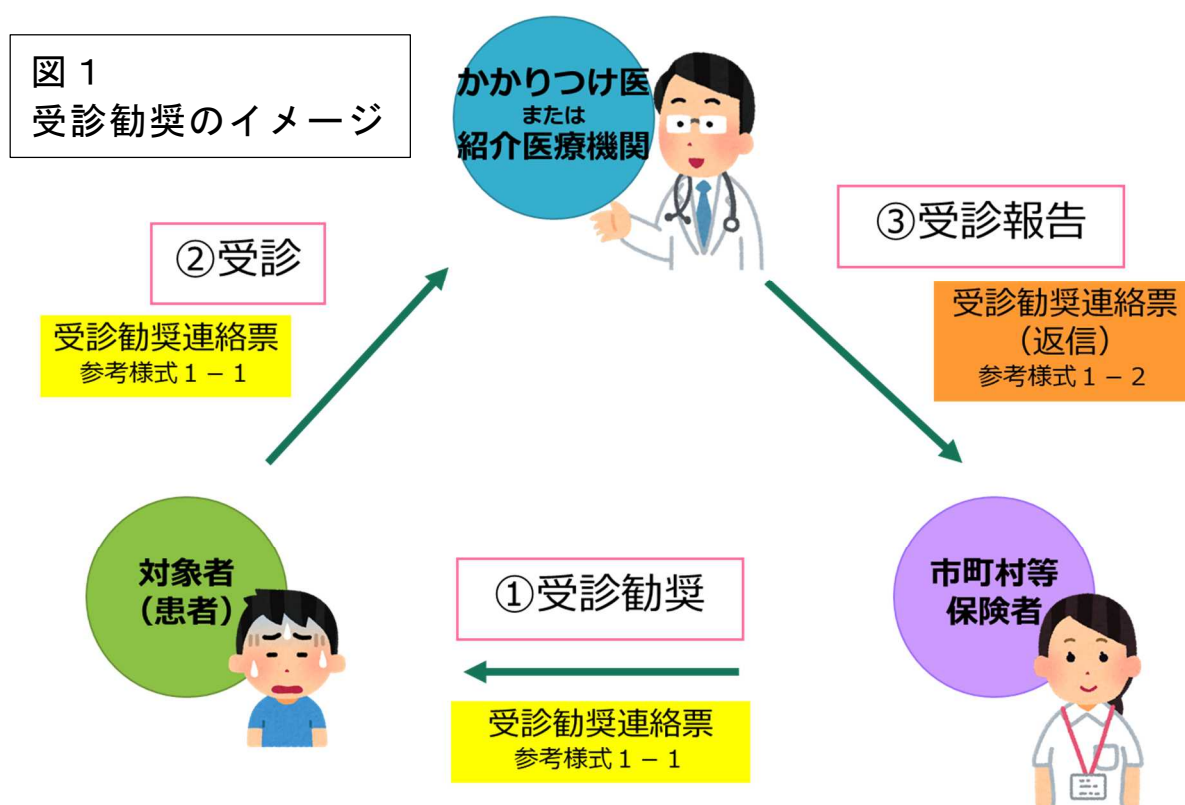
イ 医療機関との連携にあたっては、「受診勧奨連絡票〔参考様式1-1〕」、「受診結果連絡票（返信）〔参考様式1-2〕」を活用するなどし、十分に相談すること。

ウ 対象者を確実に受診につなげるため、保険者は、「受診結果連絡票（返信）〔参考様式1-2〕」等により受診状況が把握できない場合は、受診勧奨から2～3か月後にレセプトデータにより糖尿病受診歴の有無を確認し、受診歴がない場合は、再度受診勧奨を行う。

エ 保険者は、かかりつけ医を持たない未治療者に対し、医師会等関係団体と協議し、対象者の状態に応じた医療機関を紹介する。

なお、紹介にあたっては、地域の医療機関を優先的に活用する。

※ 後期高齢者医療被保険者が対象者となった場合、住所地の市町村が関係書類の提出先となり、受診勧奨を行う。



(2) 保健指導

ア 保健指導の内容

(ア) 対象者の状況に応じて、食事・運動・生活指導等の保健指導を継続して行う。(P15「保健指導の流れ」を参照)

(イ) 指導方針の決定にあたっては、かかりつけ医と個別に相談等を行い、十分に連携を図る。

特に、病期が進行した者に対しては、より専門的な保健指導を行う必要があることから、かかりつけ医が「保健指導により病状の維持改善が見込める」と判断した場合に限り行うものとする。

(ウ) 実際に保健指導を実施する場合は、かかりつけ医と十分に連携を図るとともに、指導にあたる専門職は、県などが開催する糖尿病対策研修会や慢性腎臓病対策研修会等を受講するなど、スキルの向上に努めるものとする。

イ 保健指導実施までの手順

保険者は、以下の「保険者が抽出する場合」又は「医療機関が抽出する場合」のいずれかの方法により、かかりつけ医や医師会等関係団体と連携した上で、保健指導を実施する。

保険者が抽出する場合 (図2参照)

- ・保険者は、健診結果・レセプトデータ等にかかりつけ医へ情報提供することについて、保健指導候補者(対象者)から承諾を得る(「糖尿病性腎臓病重症化予防保健指導対象候補者連絡票[参考様式2-1]」(以下「候補者連絡票[参考様式2-1]」という。))を使用する。)

- ・保険者は、かかりつけ医に対し「候補者連絡票[参考様式2-1]」により保健指導実施について相談のうえ、同意を得て、保健指導対象者を選定する。

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)が電話又は面談等により事前調整することが望ましい。

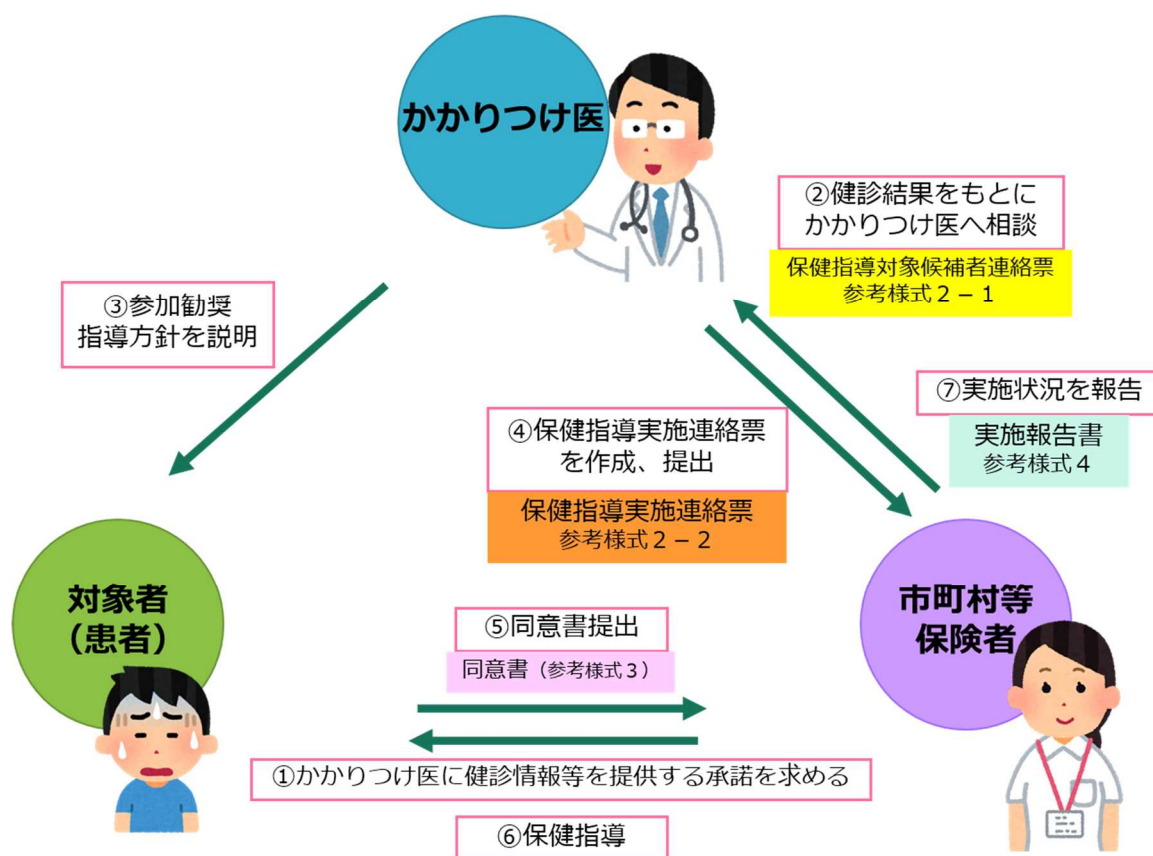
- ・かかりつけ医は、保健指導の実施が可能と判断した場合、対象者に対し、保健指導への参加を勧奨する。対象者から同意が得られた場合、治療及び保健指導方針等を説明の上、「保険者が行う糖尿病重症化予防保健指導連絡票[参考様式2-2]」(以下「連絡票[参考様式2-2]」という。))を作成し、保険者あて提出する。

なお、「連絡票[参考様式2-2]」を作成するにあたり、かかりつけ医は必要に応じて、保険者の専門職(保健師・管理栄養士等)と電話または面談等により、十分な連携を図ることが望ましい。

- ・保険者は、対象者から「糖尿病性腎臓病重症化予防のための保健指導参加同意書〔参考様式3〕（以下「同意書〔参考様式3〕」という。）」の提出を受け、保健指導を開始する。
- ・保険者は、保健指導の実施状況について、「糖尿病性腎臓病重症化予防保健指導実施報告書〔参考様式4〕（以下「実施報告書〔参考様式4〕」という。）」により、かかりつけ医に報告する。

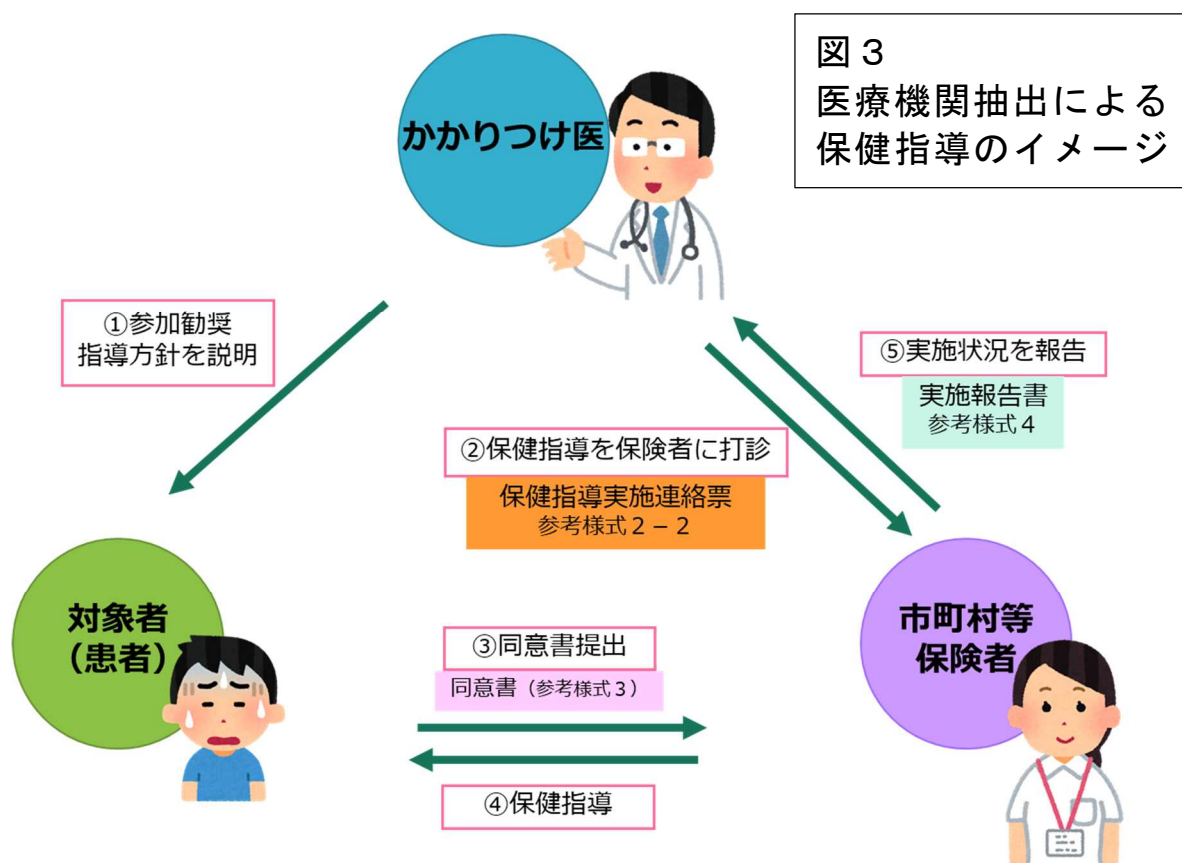
※後期高齢者医療被保険者が対象者となった場合、住所地の市町村が関係書類の提出先となり、保健指導を行う。

図2 保険者抽出による保健指導のイメージ



医療機関（かかりつけ医）が抽出する場合（図 3 参照）

- ・かかりつけ医は、本プログラムに基づく保健指導に取り組む保険者を予め把握しておく。
- ・かかりつけ医は、保健指導を要する対象者の加入する保険者が、本プログラムに基づく保健指導に取り組んでいる場合、対象者に対し、保険者が行う保健指導への参加を勧奨する。
- ・かかりつけ医は、保健指導への参加に同意した対象者に対し、治療及び保健指導方針等を説明の上、「連絡票 [参考様式2-2]」を作成し、保険者あて提出する。
- ・保険者は、かかりつけ医からの連絡を受け、保健指導の実施が可能かどうか判断する。不可能と判断した場合は、その旨をかかりつけ医に連絡する。
- ・保険者は、対象者から「同意書 [参考様式3]」の提出を受け保健指導を開始する。
- ・保険者は、保健指導の実施状況について、「実施報告書 [参考様式4]」により、かかりつけ医に報告する。
- ・後期高齢者医療被保険者が対象者となった場合、住所地の市町村が関係書類の提出先となり、保健指導を行う。



ウ 保健指導における情報の共有

(ア) 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対象者に説明するとともに、保健指導上の留意点を「連絡票〔参考様式2-2〕」の指示書欄に記載し、保険者に伝える。

(イ) 保険者は、かかりつけ医に対して、保健指導の実施状況を報告する。報告は「実施報告書〔参考様式4〕」により行う。

(ウ) 対象者、保険者、かかりつけ医、専門医、薬局等は必要に応じて、「ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳」や「おくすり手帳」等を活用し情報を共有する。

(3) 受診勧奨・保健指導の手順(例)

受診勧奨及び保健指導は、保険者とかかりつけ医が緊密に連携して取り組むことが重要であることから、それぞれが求められる役割を認識した上で、情報を共有し、相互に連携して取り組むことが重要である。

以下、図4～6に示す役割と手順を参考に、保険者とかかりつけ医が緊密に連携を図るものとする。

図4 例：受診勧奨の手順

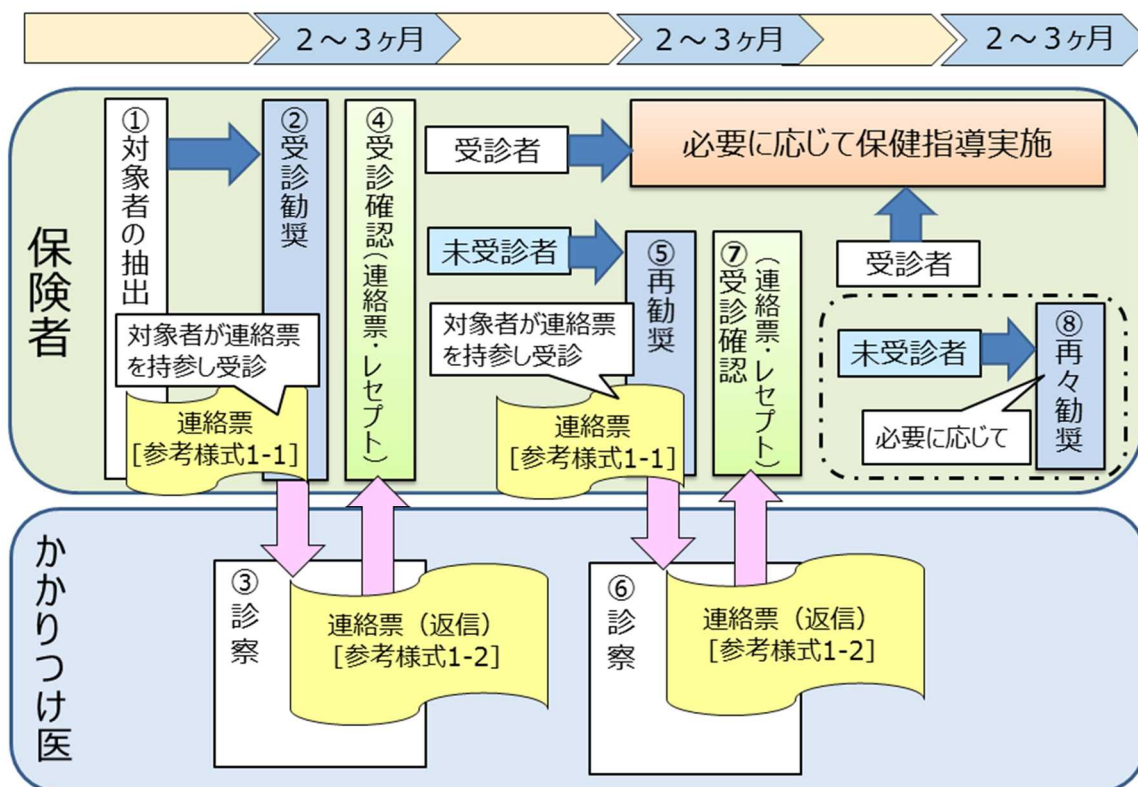


図5 例：保健指導（保険者による抽出）手順

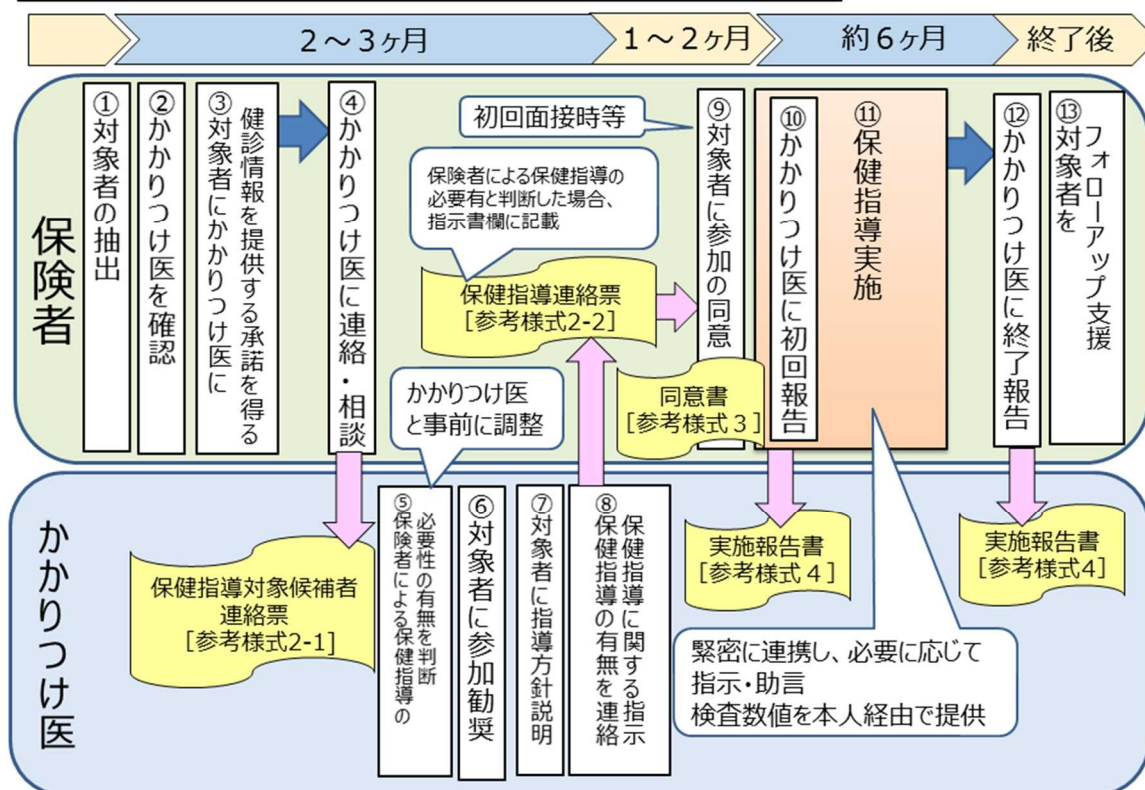
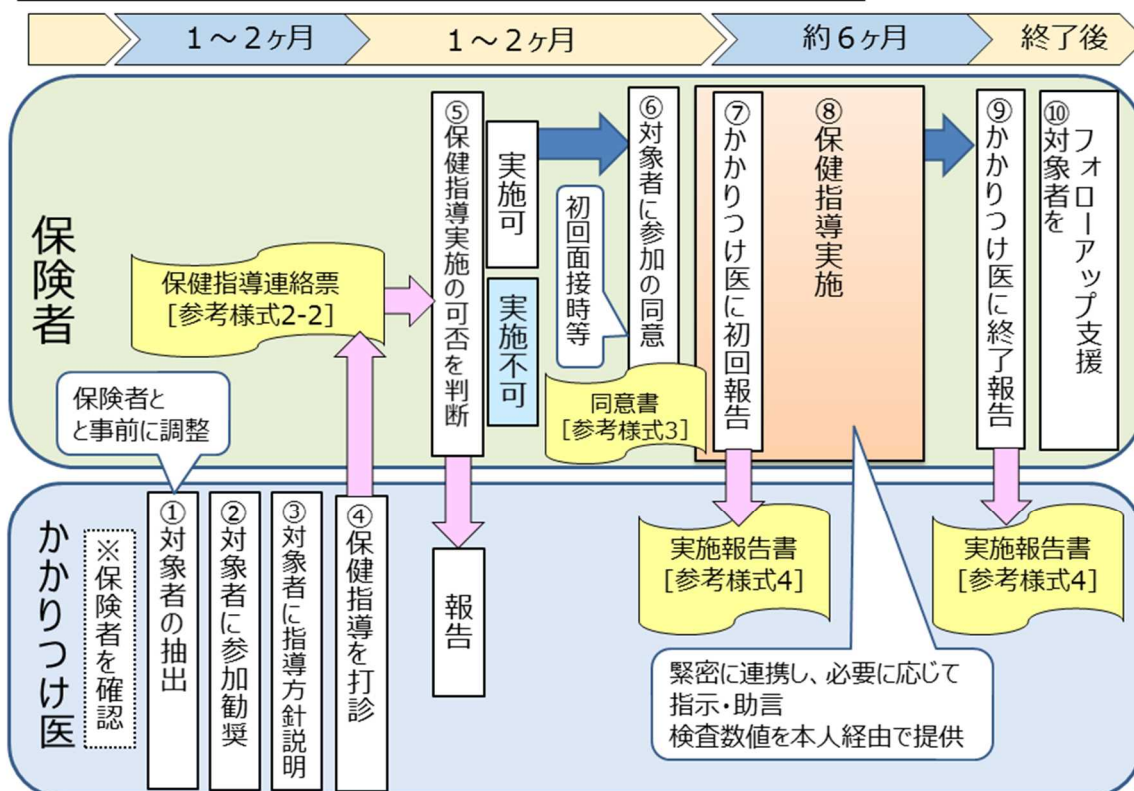


図6 例：保健指導（医療機関による抽出）手順



●受診勧奨の流れ

事前準備	対象者抽出	・ 受診勧奨対象者を抽出	
	現状分析	・ 健診結果、質問票や受診状況を経年で確認し、結果を整理	(参考) 指導計画及び評価票 (保健指導マニュアル参照)
	実施方法の検討	・ 対象者の状況に応じて、郵送、電話、個別面談(来所・訪問)のうちいずれの方法で実施するか検討	
	地域医師会・かかりつけ医との連携	【地域医師会】 ・ 事業目的、対応方法を事前に説明し、地域医師会等と連携し事業を実施 ・ 抽出基準についても相談してから実施 ・ かかりつけ医を持たない未治療者への対応についても相談しておく 【かかりつけ医がある場合】 必ず事前に十分に相談し実施	・ 受診勧奨連絡票(参考様式1-1)
実施		・ 郵送、電話、個別面談(来所・訪問)のうちいずれかの方法で受診勧奨を行う ・ かかりつけ医を持たない未治療者には、医師会等と事前に相談しておいた方法で医療機関を紹介 ・ 確実な受診につなげるために工夫する ①対象者の通院状況や健診結果に合わせて、臨機応変に対応を変える ②未受診者の場合は、背景や受診しない理由を確認し、解決策を講じる ③治療を中断させないため、継続的な働きかけや受診継続の抵抗要因を軽減させる	・ 保健指導用教材(保健指導マニュアル参照)
受診結果の確認		・ 医療機関からの受診結果連絡票(返信)で確認 ・ 医療機関から返信がない場合は、受診勧奨から2～3か月後にレセプトデータで受診の有無を確認	・ 受診結果連絡票(返信)(参考様式1-2)
再勧奨		・ レセプトデータで受診歴がない場合は、再度診勧奨を行う ・ 受診勧奨方法を変更するなどを検討(例：初回、郵送での勧奨→再勧奨、電話または訪問等) ・ 再勧奨後は、「実施～受診結果の確認」を行う	

●受診勧奨のポイント

(1) 受診勧奨事業を始めるにあたって

- ①事業開始前に、医師会や医療機関との連携や自組織内での情報共有を徹底することで、スムーズに実施できる
- ②実施方法は、病期や個々の対象者の状況を踏まえて検討する

(2) 確実な受診につなげるための工夫

- ①対象者の通院状況や健診結果に合わせて、臨機応変に対応を変える
- ②未受診者の場合は、背景や受診しない理由を確認し、解決策を講じる
- ③治療を中断させないためには、継続的な働きかけや、受診継続の抵抗要因を軽減させることが重要

出典：「糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き（厚生労働省保険局国民健康保険課）」P22-28

●保健指導の流れ

事前準備	対象者抽出	・保健指導対象者を抽出	
	現状分析	・健診結果、質問票、レセプトデータを経年で確認し、現状分析の結果を整理	
	確認事項を整理	・確認したいポイント等を整理（例：体重が増えている、HbA1Cが上昇しているが服薬はできているか等）	
	地域医師会との連携	・事業目的、対応方法を事前に説明し、地域医師会等と連携し事業を実施 ・抽出基準についても相談してから実施 ・受診勧奨が必要になった場合の対応についても相談しておく	
	かかりつけ医の同意	【保険者が対象を抽出した場合】 ・かかりつけ医に必ず事前に相談し、事業実施について同意を得ておく	・糖尿病性腎臓病重症化予防保健指導対象候補者連絡票（参考様式2-1）
	対象者の同意	・個別面談（来所又は訪問）、集団指導等対面により実施	・同意書（参考様式3）
実施	実施目安	・個別面談（来所又は訪問）、集団指導、電話等により月1回程度の指導が基本	
	初回指導	・生活習慣改善の目標設定および動機付け支援を次の内容で行う。 ①保健指導の趣旨と疾患の理解（糖尿病の理解、腎機能の状況）について確認する ②アセスメント、課題抽出（優先順位の決定）、目標設定を対象者で行う。 ③アセスメントの例 浮腫の有無、体重、直近の血液検査結果、医療（服薬）状況、食習慣、日常活動量等 ④課題抽出、目標設定は優先順位を考慮し、3つ程度に絞りこむ。 課題が多い場合でも1度に沢山の目標設定とせず、3つ程度に絞り込むことが必要。 ⑤目標は、対象者自身が「継続できる」と思える内容で設定する。 ・かかりつけ医への初回報告を行う	・糖尿病性腎臓病重症化予防保健指導実施報告書（参考様式4） ・（参考）指導計画および評価票 ・保健指導用教材（保健指導マニュアル参照）
	継続的支援（初回指導後3か月後を目安）	・生活習慣改善状況の確認（目標の継続状況） ・治療状況確認（体調や直近の血液検査結果等） ・血液検査結果が悪化していたり、目標の継続ができていない場合は目標の変更を行う ・かかりつけ医への中間報告を行う	・糖尿病性腎臓病重症化予防保健指導実施報告書（参考様式4） ・（参考）指導計画および評価票 ・保健指導用教材

	最終指導 （初回指導 後6か月後 をめやす）	・ 対面での実施が望ましい。対面が困難な場合は、電話やメールなど対象者に応じた手段で確実に実施 ・ 生活習慣改善状況確認（目標達成確認） 体重や直近の血液検査結果から初回指導からの変化を確認し、目標の達成状況を把握 ・ 治療状況確認（体調や直近の血液検査結果等） ・ かかりつけ医への最終報告を行う	・ 糖尿病性腎臓病重症化予防保健指導実施報告書（参考様式4） ・ （参考）指導計画及び評価票 ・ 保健指導用教材
	フォローアップ	・ 対象者の状況に合わせて支援を継続	
評価		・ 保健指導の評価及び事業評価の実施	

5. かかりつけ医や専門医との連携

(1) 保険者とかかりつけ医との連携

保険者とかかりつけ医との連携体制については、あらかじめ医師会等関係団体と十分協議の上、構築するものとする。

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。

保険者は、保健指導実施中もできる限りかかりつけ医と実施状況を共有するとともに、保健指導終了後も引き続き支援を行い、継続的な治療につなげる。

なお、保険者の事業評価に用いる、臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）については、本人の承諾を得た上で、「ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳」等を活用する。

(2) 地域における医療機関相互の連携

ア 情報の共有

本プログラムの実施に際しては、保険者とかかりつけ医が十分に情報を共有し、連携する必要がある。加えて、対象者の病状や病態に応じて、かかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医、透析予防外来を開設している医療機関などの関係者が相互に綿密に連携することにより、適切な診断や治療につなげ、地域において切れ目のない医療を提供することが重要である。

イ 連携強化

群馬県医師会及び群馬県は、「糖尿病患者の紹介の手順等に関するガイドライン」（群馬県糖尿病対策推進会議群馬県糖尿病地域連携ネット）や「糖尿病地域連携クリティカルパス」を作成し、病診連携の普及を図ってきたところであり、本プログラムにおいても、これらを活用することにより、更なる連携強化に努めるものとする。

ウ 専門医との連携

かかりつけ医と腎臓専門医との連携については、日本腎臓病協会から平成30年7月に公表された「腎疾患対策検討会報告書」に示された「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」等を参考に相互の連携を図るものとする。

日本腎臓病協会ホームページ

https://www.jsn.or.jp/topics/notice/_3410.php

◆かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

【参考】「CKD専門医への紹介の目安」（高崎市の例）
（「高崎市CKD病診連携マニュアル」より）

下記のいずれかを満たす場合

- 1) 蛋白尿／尿Cr比 0.5 g／g Cr以上（定性では2＋以上）
- 2) 蛋白尿・血尿ともに陽性（1＋以上）
- 3) eGFR 50 mL／分/1.73m²未満（40-69歳）
eGFR 40 mL／分/1.73m²未満（70歳以上）

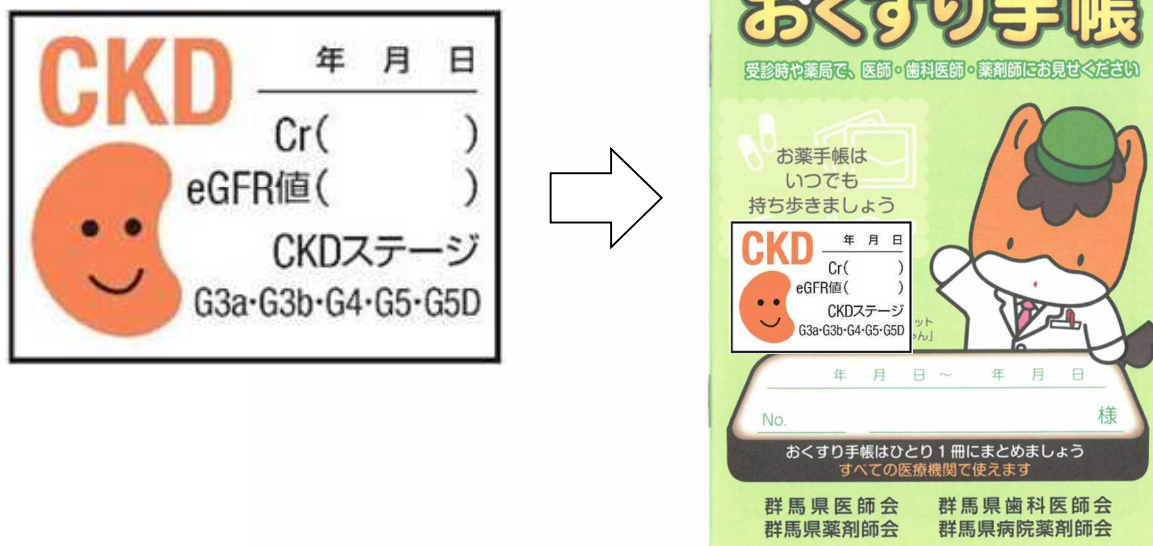
※CKD専門医への患者紹介に関しては、患者の身体状況、社会的状況なども勘案して、上記基準を参考に紹介を検討する。

エ CKDシール等の活用

腎機能低下者の情報のかかりつけ医以外の病院や薬局でも共有し、腎機能に応じた適切な薬剤投与ができるように、「CKDシール」(※1)を活用する。

具体的には、eGFR 60 mL／分/1.73 m²未満の患者に対して、かかりつけ医（又は腎臓専門医）は対象者の「おくすり手帳」に「CKDシール」を貼り、腎機能の情報を記載する。

※1 CKDシール



※2 CKDシールは郡市医師会で入手可能です。

※3 群馬県ホームページから印刷用ファイルのダウンロードができます。

群馬県ホームページ

<http://www.pref.gunma.jp/02/d2900260.html>

トップページ > 健康・福祉 > 医療・保健 > 健康づくり対策
> 生活習慣病 > 慢性腎臓病ってなんだろう

◆CKDシールについて

6. プログラムの評価

(1) 保険者における評価

ア 基本的な考え方

(ア) 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、以下の評価指標を参考に取組の評価を行う。

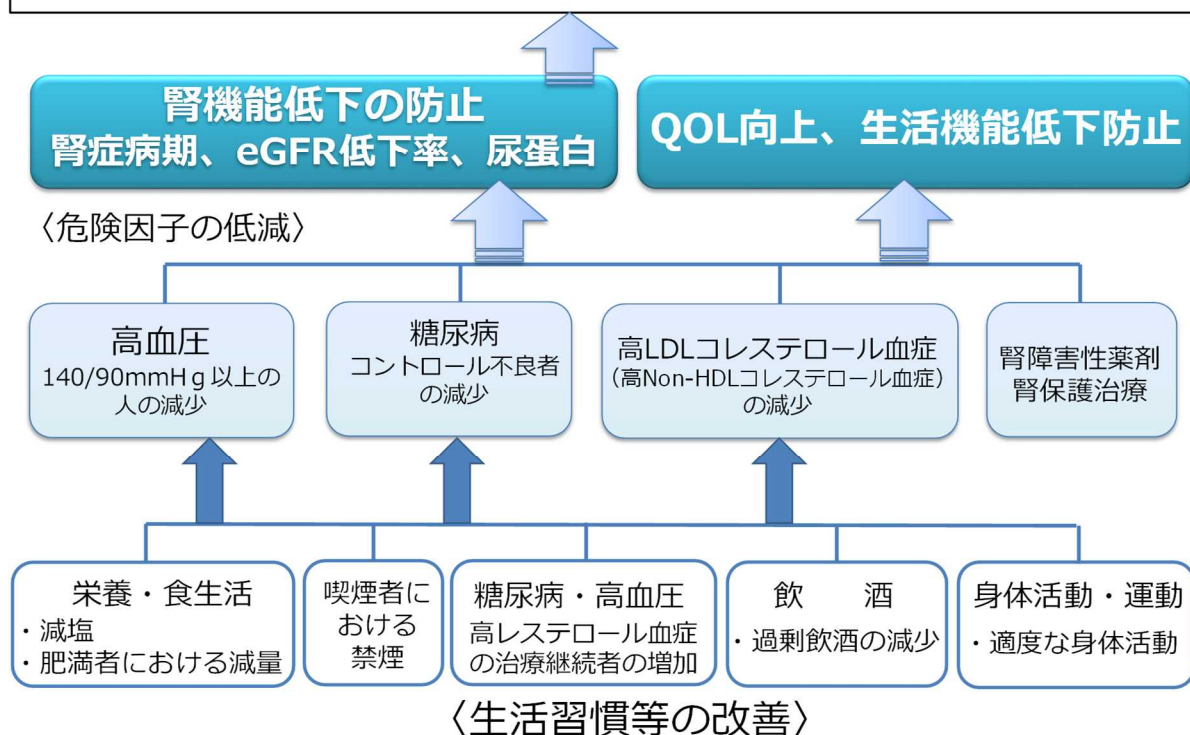
なお、本プログラムの対象者については、健診データやレセプトデータ等により翌年度以降も継続した評価を行うことが望ましい。

(イ) 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臓病発症の追跡調査等、中長期的に行うことが望ましい。

なお、アウトカム評価は「国版プログラム」の目標設定の考え方を踏まえた評価とする。

重症化予防目標設定の考え方

糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少、医療費の適正化



<出典：国版「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」>

イ 評価の枠組みと構造

(ア) 全体評価の指標として、医療費や透析導入率などの経年変化や増加率等を把握し、他市町村や県平均と比較を行うことは重要であるが、高齢化の影響や被保険者数の増減など、その他の要因で変動する要素が大きいことに留意して取り扱う必要がある。

(イ) ストラクチャー評価、プロセス評価は、日々の業務進行の中で記録と振り返りを行うことが重要である。日々の事業の振り返りにあたっては、進捗管理表等によって事業の進捗状況を可視化したり、関係者によるカンファレンスを開催したりすることによって、事業が順調に進捗しているか、そうでない場合には何が問題となっているかを、年度途中の段階でも評価できるような仕組みづくりが望まれる。

(ウ) 年齢もしくは障害のために国民健康保険制度等から後期高齢者医療制度に移行した後も追跡できる体制を整えることが重要である。

(エ) 市町村国保等保険者は、地域全体の健康課題の解決に向けて、健診データやレセプトデータ等を基に、地域の糖尿病性腎臓病の状況や重症化予防の取組状況等について分析を行い、関係者間で情報共有を図ることが求められる。

(オ) 事業の実施状況の把握・分析や評価に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、PDCAサイクルを回すことが重要である。

※評価指標の参考例

I ストラクチャー評価

ストラクチャー評価は、事業の実施方法・体制、予算、関係機関との連携体制等、事業を実施するための仕組みや体制が整っているかを評価するものである。

具体的には以下のような例があげられる。

【例】

- ・ 事業内容（対象者の設定・選定、実施方法・内容、実施者等）は、事業目的の達成に向けて、妥当で適切なものか。
- ・ 事業実施に向けた庁内関係部署との連携・協力体制を確保できたか。
- ・ 関係機関（医師会、歯科医師会、薬剤師会、患者団体など）との連携や協力体制を確保できたか。
- ・ 受診勧奨及び保健指導の実施に必要な人員（保健師・管理栄養士等専門職含む）及び体制を確保できたか。
- ・ プログラム実施手順書等の作成や関係者間での打合せ会議等により、実施内容を共有する仕組みが構築できたか。

Ⅱ プロセス評価

プロセス評価は、事業の目標を達成するための実施過程が適切であるかを評価するものである。

具体的には以下のような例があげられる。

【例】

- ・ プログラムの従事者や関係者との事前打ち合わせにより、事業目的・目標の共有はできたか。
- ・ 対象者の抽出、事業説明、受診勧奨、保健指導、評価等、事業実施にかかる一連の過程は計画通りに実施できたか。
- ・ 対象者に合わせた内容を実施できたか。
- ・ 参加者のプログラムに対する反応はどうであったか。

Ⅲ アウトプット評価

アウトプット評価は、事業の成果を上げるために計画した実施量に到達しているかを評価するものである。

具体的には以下のような例があげられる。

【例】

- ・ 受診勧奨－抽出した対象者数
 - －抽出した対象者のうち受診勧奨を行った人数（勧奨率）、受診勧奨の方法
 - －受診勧奨を行ったが受診しない者に再勧奨を行った人数（再勧奨率）、再勧奨の方法
- ・ 保健指導－抽出した対象者数
 - －抽出した対象者のうち、保健指導の利用勧奨を行った人数（勧奨率）、利用勧奨の方法
 - －対象者のうち、本人の同意が得られず保健指導を利用しなかった人数、属性（性、年齢、地域等）
 - －抽出した対象者のうち保健指導を行った人数（指導率・終了率）、属性（性、年齢、地域等）、保健指導の方法
 - －脱落者数（脱落率）、脱落の理由
- ・ 事業全体－連携している医療機関の数（保険者からの抽出、医療機関からの抽出の別）
 - －「ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳」の使用数（使用率）

Ⅳ アウトカム評価

アウトカム評価は、事業で目的とした成果が達成されたかを評価するものである。

具体的には以下のような例があげられる。

【例】

①短期的指標（実施前と実施後（3ヶ月or6ヶ月後）及び1年後との比較）

- ・ 受診勧奨－特定健康診査結果から医療機関受診につながった人数（受診率）
 - －治療中断の可能性があった者が医療機関受診につながった人数（受診率）
 - * 医療機関からの連絡票、支援手帳の活用、次年度健診結果等により評価
- ・ 保健指導－保健指導実施（終了）者の改善状況（データ等変化）
 - ＜検査値＞
 - 血糖値（HbA1c）、血圧、脂質、体重（BMI）、腎機能（尿蛋白、eGFR）等
 - * 医療機関からの連絡票、支援手帳の活用、次年度健診結果等により評価
 - ＜生活習慣＞
 - 食事、運動、喫煙、飲酒、医療機関受診状況等
 - * 保健指導時及び終了後の面接、次年度健診結果等により評価

②中長期的指標（2～4年後）

- ・ 受診勧奨－医療機関受診につながった人の医療継続状況・服薬状況
- ・ 保健指導－保健指導実施者における検査値の経年変化
 - －継続した受療率、外来医療費
 - －生活習慣改善の継続状況

③長期的指標（5～10年後：年次推移）

- ・ 事業全体－被保険者一人あたり医療費（糖尿病、糖尿病性腎臓病）（外来・入院）
 - －糖尿病を原因とする年間新規透析導入患者数（率）
 - －透析療法に係る医療費
 - －腎症各期の性・年齢別該当率

(2) 県における評価

県は、本プログラムの評価を行うため、健診データ・レセプトデータ等の分析で得られた地域の糖尿病性腎臓病等の状況や、重症化予防の取組状況等について分析を行い、関係者間で情報共有を図る。

将来的には、全県下の保険者から共通したデータ項目を収集・分析し、各地域の課題を明確にするなど、評価するために必要な指標が検証できる体制を検討していく。

※評価指標の参考例

I ストラクチャー評価

- ・ 全県的な取組を推進する体制は確保されているか。
- ・ 医師会等関係機関と連絡・協力体制は確保されているか。

II プロセス評価

- ・ 策定したプログラムについて医師会や医療機関、保険者等関係機関へ周知・啓発しているか。
- ・ 関係者間で、県や各保険者の取組内容の共有を図っているか。
- ・ 必要に応じてプログラムの見直しを行っているか。

III アウトプット評価

- ・ 糖尿病性腎臓病重症化予防の取組保険者数（受診勧奨・保健指導）
- ・ プログラム実施に連携協力している医療機関数

IV アウトカム評価

- ・ 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割合
- ・ 糖尿病性腎症各期の数、うち未治療率
- ・ HbA1c $\geq 8.0\%$ の人数、うち糖尿病未治療者の割合
- ・ 医療費の推移（プログラム参加者と非参加者の比較など）

参考様式

対象者・保険者・医療機関との連携を円滑に行うために、以下の参考様式を活用することが望ましい。

なお、記入後の用紙については、送付前にコピーを取るなど、記入した内容について相互の手元に保管できる対応が望ましい。（FAXによる送信は、相互の手元に記載内容を保管することが可能となるが、個人情報保護の観点から、その取扱いには十分に注意すること。）

※参考様式一覧

参考様式 1－1	「糖尿病性腎臓病重症化予防 受診勧奨連絡票」 保険者 → 医療機関
参考様式 1－2	「受診結果連絡票（返信）」 医療機関 → 保険者
参考様式 2－1	「糖尿病性腎臓病重症化予防 保健指導対象候補者連絡票」 保険者 → 医療機関
参考様式 2－2	「保険者が行う糖尿病性腎臓病重症化予防 保健指導連絡票」 医療機関 → 保険者
参考様式 3	「糖尿病性腎臓病重症化予防のための保健指導 参加同意書」 本人 → 保険者
参考様式 4	「糖尿病性腎臓病重症化予防 保健指導実施報告書」 保険者 → 医療機関

※群馬県ホームページから様式のダウンロードができます。

群馬県ホームページ

http://www.pref.gunma.jp/cate_list/ct00000851.html

トップページ > 健康・福祉 > 医療・保健 > 医療費助成・国民健康保険制度 > 群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」における受診勧奨

保険者→医療機関

糖尿病性腎臓病重症化予防 受診勧奨連絡票

(医療機関名を記入)

年 月 日

(医師氏名を記入) 様

保険者名 _____

次の理由により受診を勧めました。(複数選択可)

☐ A 特定健康診査結果が「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」抽出基準に該当。☐ B 糖尿病の治療が中断している可能性あり。

つきましては、糖尿病及び糖尿病性腎臓病の重症化を予防するため、貴院にて精査ならびに今後の治療等について御高診賜りますようお願いいたします。

また、受診結果について、別紙により同封の返信用封筒にて、受診後10日程度を目安に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	(歳)
住所			

☐ A 特定健康診査結果☐ 健診結果のコピーを添付します。

健診日	年 月 日
結果概要	HbA1c _____ %
	血糖値 _____ mg/dL (空腹時・随時)
	尿検査
	糖 ☐ - ☐ ± ☐ + ☐ ++ ☐ +++以上
	蛋白 ☐ - ☐ ± ☐ + ☐ ++ ☐ +++以上
	血清クレアチニン _____ mg/dL
	eGFR _____ mL/分/1.73m ²
	血圧 _____ mmHg
その他 _____	

☐ B 糖尿病に関する受診状況

最終受診日	年 月 日
-------	-------

保険者 連絡先	所属	
	担当者名	
	電話	
	FAX	

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」における受診勧奨

医療機関→保険者

受診結果連絡票(返信)

年 月 日

(保険者名を記入) 様

医療機関名 _____

医師氏名 _____

以下の者について、受診結果を返信します。

氏 名	(男・女)	生年月日	(歳)
住 所			
受診日	年 月 日		
診断名	☐ 糖尿病 ☐ 糖尿病性腎臓病(糖尿病性腎症) ☐ 腎臓病以外の糖尿病合併症【 ☐ 神経障害 ☐ 網膜症 ☐ その他()】 ☐ その他()		
今後の方針	☐ 異常なし(翌年度健診で確認) ☐ 医療機関で経過観察 (次回受診 月頃) ☐ 要治療 (☐ 治療中 ☐ 治療開始予定) ☐ その他()		
連絡事項等			

キ リ ト リ

受診結果連絡票(返信)
医療機関控え

年 月 日

* キリトリ線で切り離し、上段は保険者へ返送をお願いいたします。

氏 名	(男・女)	生年月日	(歳)
住 所			
保険者名			
受診日	年 月 日		
診断名	☐ 糖尿病 ☐ 糖尿病性腎臓病(糖尿病性腎症) ☐ 腎臓病以外の糖尿病合併症【 ☐ 神経障害 ☐ 網膜症 ☐ その他()】 ☐ その他()		
今後の方針	☐ 異常なし(翌年度健診で確認) ☐ 医療機関で経過観察 (次回受診 月頃) ☐ 要治療 (☐ 治療中 ☐ 治療開始予定) ☐ その他()		
連絡事項等			

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」における保健指導

保険者→医療機関

糖尿病性腎臓病重症化予防 保健指導対象候補者連絡票

年 月 日

(医療機関名を記入)

(医師氏名を記入) 様

保険者名 _____

貴院に通院中の下記の方について、レセプト及び特定健診等の結果から、本人同意のもと「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」に基づく保健指導の対象候補となりました。

つきましては、かかりつけ医からの御指示に基づき、保険者による保健指導を実施いたしますので、御多忙のところ大変恐縮ではありますが、別紙(参考様式2-2)により受診後10日程度を目安に返送していただきますようお願いいたします。

氏 名	(男・女)	生年月日	(歳)
住 所			

【参考】「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」における保健指導対象者抽出基準

保険者が抽出する場合

糖尿病治療中の者で、健診データ及びレセプトデータ等から次の①と②のいずれにも該当する者として保険者が抽出した者のうち、本人及びかかりつけ医の同意が得られた者。

- ①「空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上」又は「HbA1c6. 5%以上」
- ②「尿蛋白(+)以上」又は「eGFR60ml/分/1.73m²未満」

保険者 連絡先	所 属	
	担当者名	
	電 話	
	FAX	

下記のとおり御本人様から同意を得ております。

私は、(保険者名)から、かかりつけ医に対して特定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。また、糖尿病性腎臓病重症化予防の必要性について説明を受け、かかりつけ医の許可が得られた場合には、保険者が実施する保健指導を受けることを希望します。

年 月 日 住 所 _____

電話番号 _____

本人氏名 _____ 印

* 自署の場合押印省略可

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」における保健指導				医療機関→保険者	
保険者が行う糖尿病重症化予防 保健指導連絡票					
年 月 日					
(保険者名を記入) 様					
医療機関名 _____					
医師氏名 _____					
氏 名	(男・女)	生年月日	(歳)		
住 所					
診断名	☐ 糖尿病 ☐ 糖尿病性腎臓病(糖尿病性腎症) ☐ 腎臓病以外の糖尿病合併症【 ☐ 神経障害 ☐ 網膜症 ☐ その他()】 ☐ その他()				
保険者による保健指導の必要性	☐ 有	☐ 無	理 由	☐ 自院で実施又は実施済 ☐ その他()	
以下の記入は必要ありません。					

保険者による保健指導の必要性「有」の場合、保健指導に関する指示事項の記入をお願いします。	
指 示 書	
■保健指導の内容について該当項目の□にチェックをお願いします。 ☐ 糖尿病治療ガイドに準拠する ☐ その他 ()	
■検査結果の情報提供にあたり、該当項目の□にチェックをお願いいたします。 ☐ 検査結果は本人に渡している(例:手帳等に記載している)ので、本人から聴取すること。 ☐ 検査結果の <u>コピー</u> を添付。 ☐ 検査結果を裏面に記載。 → 裏面への記入をお願いいたします。	
■ご指示及び注意事項等がございましたら、該当項目の□にチェックをお願いいたします。 ☐ 『定期受診の確認』と『受診継続の支援』 ☐ 服薬管理の支援 ☐ 6ヶ月後の目標体重 (_____ kg) ☐ 1日あたり摂取カロリー 【 ☐ 指示あり(_____ kcal) / ☐ 指示なし 】 ☐ 1日あたり塩分摂取量 【 ☐ 指示あり(_____ g未満) / ☐ 指示なし 】 ☐ 運動制限 【 ☐ 指示あり(_____) / ☐ 指示なし 】 ☐ その他 (_____)	
■処方している内服薬等について可能な範囲でご記入をお願いいたします。 欄が不足の場合、裏面もご利用ください。	
■保険者が行う保健指導に関して、特に注意事項等がありましたらご記入をお願いいたします。 欄が不足の場合、裏面もご利用ください。	

保険者が保健指導を実施するにあたり、直近の検査結果等について、可能な範囲でご記入をお願いいたします。（結果コピーの添付でも可能です。）

検査項目	検査結果	検査日
HbA1c	%	
血糖値	mg/dL (☐ 空腹時 ☐ 随時)	
尿検査	蛋白 ☐ - ☐ ± ☐ + ☐ ++ ☐ +++以上	
尿アルブミン/Cr比	mg/gCr	
血清クレアチニン	mg/dL	
eGFR	mL/分/1.73m ²	
血圧	mmHg	
その他		

連絡事項等

--

本人→保険者

糖尿病性腎臓病重症化予防のための保健指導 参加同意書

年 月 日

(保険者名を記入) 様

フリガナ

氏 名

(〒)

住 所

電話番号

私は、糖尿病性腎臓病重症化予防の重要性の他、次の説明をうけ、
糖尿病重症化予防のための保健指導を受けることに同意します。

- 1 (保険者名を記入)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、生活習慣等の改善に向けた保健指導を行うこと
- 2 実施した保健指導について、(保険者名を記入)からかかりつけ医に報告すること
- 3 保健指導の期間は概ね3～6ヶ月程度であり、その間、保険者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
- 4 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、下記を御記入ください。

医療機関名

医師氏名

保険者→医療機関

糖尿病性腎臓病重症化予防保健指導 実施報告書

年 月 日

(医療機関名を記入)

(医師氏名を記入) 様

保険者名 _____

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

氏名	(男・女)	生年月日	(歳)
住所			
保健指導実施日	(のべ指導回数 回)		

■対象者の状況(基礎情報や課題等)

■目標

■保健指導内容

■連絡事項(今後の指導方針等)

担当課・係名			
担当者氏名		電話番号	

資料集（別冊）

- 1 本県市町村国保における特定健診結果の状況（糖尿病関係）
- 2 本県の糖尿病医療機関の情報
- 3 「ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳」に関する問い合わせ先
- 4 「国版プログラム」
- 5 関係者連絡先一覧
- 6 「群馬県糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定検討会議」
- 7 「令和元年度群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム推進会議」

1 本県市町村国保における特定健診結果の状況（糖尿病関係）

県では、県内全市町村の国民健康保険及び全国健康保険協会群馬支部において特定健康診査を受診した40歳以上75歳未満のデータを用いて統計解析を行い、平成31年3月に「糖尿病予防対策推進事業報告書（※）」をまとめた。

報告書では、健診受診者の性別年齢構成が市町村により異なることから、補正したうえで、糖尿病が強く疑われる者や糖尿病予備群などについて視覚的に比較できるよう、地図による見える化を行った。

※ 糖尿病予防対策推進事業報告書概要版（平成31年3月作成）

群馬県ホームページ

<https://www.pref.gunma.jp/contents/100121850.pdf>

トップページ > 健康・福祉 > 医療・保健 > 健康づくり対策
> 生活習慣病 > 糖尿病予防対策

◆群馬県糖尿病対策推進協議会データ分析部会
調査・研究「平成28年度集計結果（概要版）」

2 本県の糖尿病医療機関の情報

群馬県医師会ホームページ

<http://new.www.gunma.med.or.jp/diabetes/iryokikan/>

トップページ > 群馬糖尿病地域連携ネット(Gunma DM net)
> 糖尿病 医療機関

3 「ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳」に関する問い合わせ先

群馬県医師会

〒371-0022

前橋市千代田町1-7-4

☎ 027-231-5311



4 「国版プログラム」

厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000121935_00001.html

ホーム > 報道・広報 > 報道発表資料 > 2019年4月

◆2019年4月25日（木）掲載

「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について」

5 関係者連絡先一覧

構成団体名		所 属	郵便番号	所属住所	電話番号
前橋市		国民健康保険課	371-0014	前橋市朝日町三丁目36番17号	027-220-5715
高崎市		保健医療部 健康課 健康づくり担当	370-0829	高崎市高松町5-28	027-381-6114
桐生市		保健福祉部 健康長寿課	376-8501	桐生市織姫町1番1号	0277-46-1111
伊勢崎市		国民健康保険課(国保)／年金医療課(後期)	372-8501	伊勢崎市今泉町二丁目410番地	0270-24-5111
太田市		国民健康保険課	373-8718	太田市浜町2番35号	0276-47-1825
沼田市		健康福祉部 健康課 保健係	378-8501	沼田市下之町888番地	0278-23-2111(内線3166)
館林市		保健福祉部 保険年金課 国保係	374-8501	館林市城町1番1号	0276-47-5138
渋川市		スポーツ健康部 健康増進課 健康推進係	377-8501	渋川市石原6番地1	0279-25-1321
藤岡市		健康づくり課	375-8601	藤岡市中栗須327	0274-40-2808
富岡市		健康福祉部 健康推進課 保健推進係	370-2316	富岡市富岡1344(令和5年4月からの新住所)	0274-64-1901
安中市		保健福祉部 健康づくり課 予防係	379-0192	安中市安中1-23-13	027-382-1111
みどり市		市民課 国保年金係	379-2395	みどり市笠懸町鹿2952	0277-76-0972
北群馬郡	榛東村	健康保険課 国民健康保険係	370-3593	北群馬郡榛東村大字新井790番地1	0279-26-2513
	吉岡町	住民課 保険室	370-3692	北群馬郡吉岡町大字下野田560番地	0279-26-2249
多野郡	神流町	住民生活課 国保係	370-1592	多野郡神流町大字万場90番地6	0274-57-2111
	上野村	保健福祉課	370-1616	多野郡上野村大字乙父630-1	0274-59-2309
甘楽郡	下仁田町	保健課 保健予防係	370-2601	甘楽郡下仁田町大字下仁田111-2	0274-82-5490
	南牧村	保健福祉課 保健係	370-2806	甘楽郡南牧村大字大日向1098番地	0274-87-2011
	甘楽町	健康課	370-2213	甘楽郡甘楽町大字白倉1395-1	0274-67-7655
吾妻郡	中之条町	住民福祉課	377-0494	吾妻郡中之条町大字中之条町1091	0279-75-8819
	長野原町	町民生活課 住民係	377-1392	吾妻郡長野原町大字長野原1340番地1	0279-82-2245
	嬭恋村	健康福祉課 保健係	377-1612	吾妻郡嬭恋村大前110	0279-96-1975
	草津町	住民課	377-1792	吾妻郡草津町大字草津28番地	0279-88-7192
	高山村	保健みらい課	377-0702	吾妻郡高山村大字中山3410	0279-63-1311
	東吾妻町	町民課 保険年金係	377-0892	吾妻郡東吾妻町大字原町1046番地	0279-68-2111
利根郡	片品村	保健福祉課	378-0498	利根郡片品村大字鎌田3967番地3	0278-58-2115
	川場村	健康福祉課 健康保険係	378-0101	利根郡川場村大字谷地2390-2	0278-52-2111
	昭和村	保健福祉課(令和5年度より 住民課)	379-1298	利根郡昭和村大字糸井388番地	0278-24-5111
	みなかみ町	町民福祉課 医療係	379-1393	利根郡みなかみ町後閑318番地	0278-25-5010
佐波郡	玉村町	住民課 国民健康保険係	370-1192	佐波郡玉村町下新田201	0270-64-7702
邑楽郡	板倉町	健康介護課 保険医療係	374-0192	邑楽郡板倉町大字板倉2682番地1	0276-82-6136
	明和町	住民保険課	370-0795	邑楽郡明和町新里250番地1	0276-84-3111
	千代田町	住民福祉課 保険年金係	370-0598	邑楽郡千代田町大字赤岩1895-1	0276-86-7001
	大泉町	住民経済部 国民健康保険課	370-0595	邑楽郡大泉町日の出55番1号	0276-63-3111
	邑楽町	住民保険課 国民健康保険係	370-0692	邑楽郡邑楽町大字中野2570番地1	0276-47-5020
群馬県医師国民健康保険組合		-	371-0022	前橋市千代田町一丁目8番5号	027-231-1749
群馬県歯科医師国民健康保険組合		歯科国保課	371-0847	前橋市大友町1-5-17	027-252-0392
群馬県後期高齢者医療広域連合		総務課 保健事業室	371-0854	前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル6階	027-256-7113
全国健康保険協会群馬支部		企画総務部 保健グループ	371-8516	前橋市本町2-2-12 前橋本町スクエアビル4階	027-219-2100 (自動音声案内3番)
群馬銀行健康保険組合		-	371-8611	前橋市元総社町194	027-254-7057
群馬県農業団体健康保険組合		-	379-2147	前橋市亀里町1310	027-220-2170
太陽誘電健康保険組合		-	370-8522	高崎市栄町8番1号	027-322-1310
東和銀行健康保険組合		-	371-8560	前橋市本町2丁目12番6号	027-230-8530
関東いすゞ健康保険組合		-	370-1202	高崎市宮原町1-21	027-346-1123
群馬県自動車販売健康保険組合		-	379-2166	前橋市野中町564	027-261-6571
北関東しんきん健康保険組合		-	371-0022	前橋市千代田町二丁目3番12号 しのめ信用金庫前橋営業部3階	027-289-0175
ミツバ健康保険組合		-	376-0023	桐生市錦町2-2-14	0277-44-1209
サンデン健康保険組合		-	372-8502	伊勢崎市寿町20番地	0270-24-1222
ベシアグループ健康保険組合		-	379-2187	前橋市亀里町900	027-210-0188
SUBARU健康保険組合群馬支部		-	373-0028	太田市スバル町1-1	0276-26-2061
地方職員共済組合群馬県支部		群馬県総務事務管理課 健康管理係	371-8570	前橋市大手町一丁目1番1号	027-226-2474
公立学校共済組合群馬支部		給付係	371-8570	前橋市大手町一丁目1番1号	027-226-4567
群馬県市町村職員共済組合		福祉課	371-8505	前橋市元総社町335番地の8	027-290-1356
警察共済組合群馬県支部		群馬県警察本部厚生課内	371-8580	前橋市大手町一丁目1番1号	027-243-0110
群馬県国民健康保険団体連合会		保健事業課(兼保険者協議会事務局)	371-0846	前橋市元総社町335-8	027-231-5311
群馬県医師会		業務課	371-0022	前橋市千代田町一丁目7番4号	027-290-1325
群馬県		健康福祉部健康長寿社会づくり推進課	371-8570	前橋市大手町一丁目1-1	027-226-2604
		健康福祉部国保支援課			027-226-2672

6 「群馬県糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定検討会議」

設置要領

群馬県糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定検討会議設置要領	
1	目 的 「群馬県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「プログラム」という。）」の内容を検討するため、「群馬県糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定検討会議（以下「検討会議」という。）」を設置する。
2	検討内容 検討会議は、次の事項について検討・協議する。 (1) プログラム対象者の抽出基準 (2) 対象者への介入方法 (3) かかりつけ医や専門医との連携方法 (4) 保健指導実施に当たり専門職の関わり方 (5) 事業の評価方法 (6) その他、必要な事項
3	構 成 検討会議は、医師、学識経験者、保険者等関係機関職員をもって構成する。
4	検討会議の運営等 (1) 検討会議は国保援護課長が招集する。 (2) 検討会議には、プログラム内容の検討のために必要と認められる者の出席を求め、会議内容に関する指導助言等を受けることができる。
5	庶 務 検討会議の庶務は健康福祉部国保援護課において行う。
6	その他 この要領で定めるもののほか、検討会議の運営等に関し必要な事項は、別に定める。
附則 この要領は平成30年5月15日から施行する。	

構成員

区 分	所 属	役 職	氏 名
医師会	群馬県医師会	副会長	川島 崇
医師会	群馬県医師会	理 事	宇都木 敏浩
学識経験者 (医師)	群馬大学医学部附属病院 内分泌糖尿病内科	講 師	山田 英二郎
学識経験者 (医師)	群馬大学医学部附属病院 腎臓・リウマチ内科	助 教	池内 秀和
学識経験者 (保健師)	群馬大学大学院保健学研究科 保健学専攻看護学講座	教 授	佐藤 由美
保険者	全国健康保険協会群馬支部	保健専門職	石関 典子
保険者（行政）	前橋市健康部保健所健康増進課	課長補佐	樋口 早苗
保険者（行政）	大泉町健康福祉部健康づくり課	主 幹	持田 恵理
保険者（行政）	嬬恋村住民福祉課	係 長	野寺 美枝
後期高齢者 医療広域連合	群馬県後期高齢者医療広域連合	課 長	太田 百合子
事務局	群馬県健康福祉部保健予防課・国保援護課		

7 「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム推進会議」

設置要領

群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム推進会議設置要領	
1	目 的 「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム（以下「プログラム」という。）」に基づく糖尿病重症化予防の取組を県内全域で推進するため、「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム推進会議（以下「推進会議」という。）」を設置する。
2	所掌事務 推進会議の所掌事務は、次のとおりとする。 （１）県内保険者等による重症化予防の取組状況についてのフォロー・支援 （２）県内保険者等による重症化予防の取組に対する評価・検証 （３）重症化予防の取組に当たっての課題の把握及び対応の検討 （４）プログラム改訂に向けた検討 （５）プログラムの評価・検証 （６）その他、必要な事項
3	組 織 推進会議は、１０名程度の委員により構成するものとし、委員は、医師、学識経験者、保険者等関係機関職員をもって充てる。
4	会 議 （１）会議は、必要に応じて国保援護課長が招集する。 （２）会議には、必要と認められる者の出席を求め、指導助言等を受けることができる。
5	庶 務 庶務は、国保援護課において行う。
6	その他 この要領で定めるもののほか、推進会議の運営等に関し必要な事項は、別に定める。
附則 この要領は令和元年９月２６日から施行する。	

構成員（令和元年度）

区 分	所 属	役 職	氏 名
医師会	群馬県医師会	副会長	川島 崇
医師会	群馬郡医師会	理 事	宇都木 敏浩
保健所長会 （医師）	富岡保健福祉事務所（富岡保健所）	医 監 （保健所長）	高木 剛
学識経験者 （医師）	群馬大学医学部附属病院 内分泌糖尿病内科	講 師	山田 英二郎
学識経験者 （医師）	群馬大学医学部附属病院 腎臓・リウマチ内科	講 師	池内 秀和
学識経験者 （保健師）	群馬大学大学院保健学研究科 保健学専攻看護学講座	教 授	佐藤 由美
保険者	全国健康保険協会群馬支部	保健専門職	石関 典子
保険者（行政）	前橋市健康部国民健康保険課	副主幹	須田 嘉子
保険者（行政）	邑楽町健康福祉課	主 任	篠村 順子
保険者（行政）	嬬恋村住民福祉課	係 長	野寺 美枝
後期高齢者 医療広域連合	群馬県後期高齢者医療広域連合	課 長	太田 百合子
事務局	群馬県健康福祉部保健予防課・国保援護課		

構成員（令和5年度）

区 分	所 属	役 職	氏 名
医師会	群馬県医師会	副会長	川島 崇
医師会	群馬郡医師会	理 事	宇都木 敏浩
保健所長会 （医師）	伊勢崎保健福祉事務所 （伊勢崎保健所）	医 監 （保健所長）	高木 剛
学識経験者 （医師）	群馬大学医学部附属病院 内分泌糖尿病内科	診療教授	山田 英二郎
学識経験者 （医師）	群馬大学大学院医学系研究科 腎臓・リウマチ内科	教 授	廣村 桂樹
学識経験者 （医師）	群馬大学医学部附属病院 腎臓・リウマチ内科	病院講師	池内 秀和
学識経験者 （保健師）	群馬大学大学院保健学研究科 保健学専攻看護学講座	教 授	佐藤 由美
保険者	全国健康保険協会群馬支部	保健専門職	今野 康子
保険者（行政）	高崎市健康課健康づくり担当	課長補佐	太田 百合子
保険者（行政）	安中市健康づくり課予防係	主 査	萱間 亮子
保険者（行政）	中之条町保健環境課健康係	補 佐	齋藤 視永子
後期高齢者 医療広域連合	群馬県後期高齢者医療広域連合	室長代理	大山 ひとみ
事務局	群馬県健康福祉部健康長寿社会づくり推進課・国保援護課		