

群馬県糖尿病性腎臓病 重症化予防プログラム

平成 31 年 3 月
(令和 2 年 8 月改定)

群馬県糖尿病対策推進協議会

群 馬 県 医 師 会

群 馬 県 保 険 者 協 議 会

群 馬 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	7
(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	15
	(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	17
	(1) 保険者における評価	
	(2) 県における評価	
◇	参考様式	22
	【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「元気県ぐんま21(第2次)」
- ・第8次群馬県保健医療計画
- ・群馬県医療費適正化計画(第3期)
- ・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。

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し、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。

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する。

(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

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」

②「尿蛋白（+）以上」又は「eGFR 60ml/分/1.73 m²未満」

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、受診勧奨に当たっては、かかりつけ医との連携を図ることが望ましい。

(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。

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」

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、かかりつけ医が、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判断した者。

(3) 対象者抽出における留意点

ア 次のいずれかに該当する者は除く。

(ア) 認知機能障害がある者

(イ) 糖尿病透析予防指導管理料(*)の算定対象となっている者

(ウ) その他の疾患を有するなど、かかりつけ医が対象から除外すべきと判断した者

イ 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。

ウ 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。

(*) 「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. 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。

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)

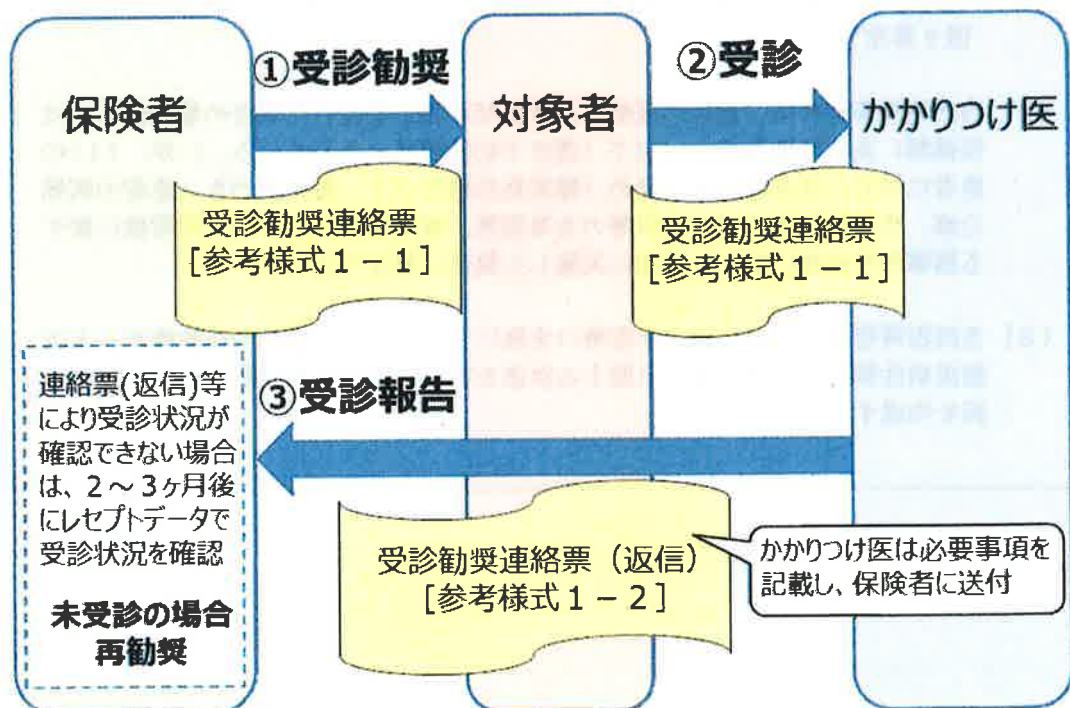
イ 医療機関との連携にあたっては、「受診勧奨連絡票 [参考様式1-1]」、「受診結果連絡票 (返信) [参考様式1-2]」を活用するなど、情報を共有する。

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ヶ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。

図1 受診勧奨のイメージ



(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。(P.13「保健指導の進め方(実施例)[別紙1]」、P.14「保健指導の進め方(フロー図)[別紙2]」を参照)

(イ) 指導方針の決定にあたっては、医療機関(以下「かかりつけ医」という。)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「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。)」により承諾を得る。
- ・ 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、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)が電話また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。

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。

図2 保険者抽出による保健指導のイメージ

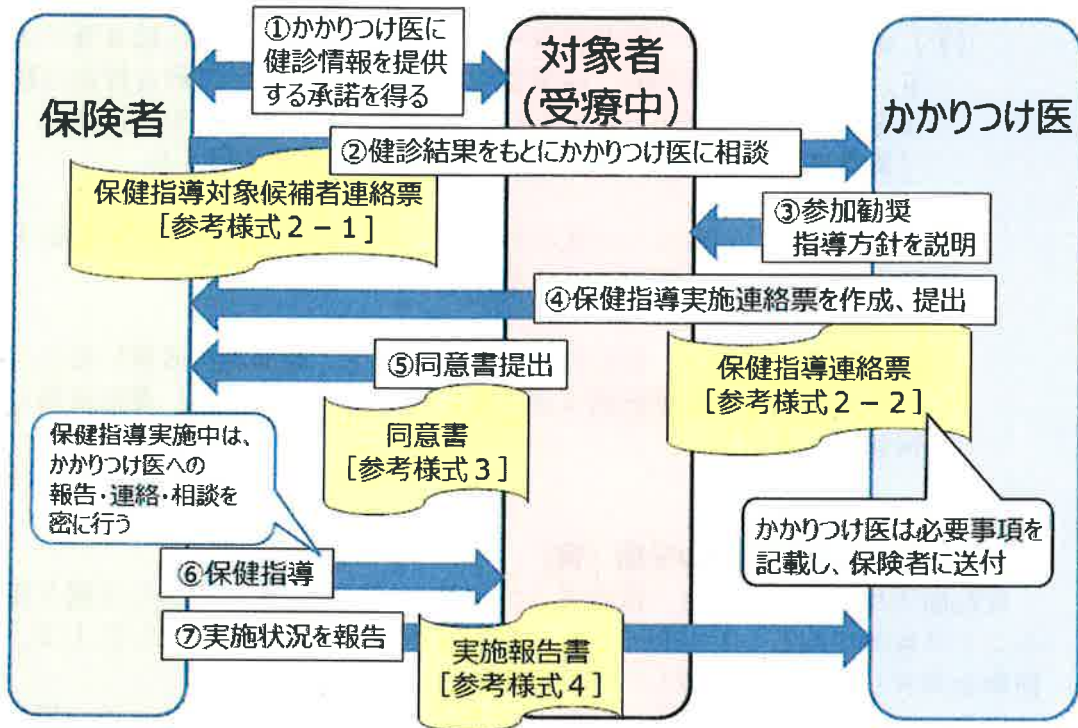
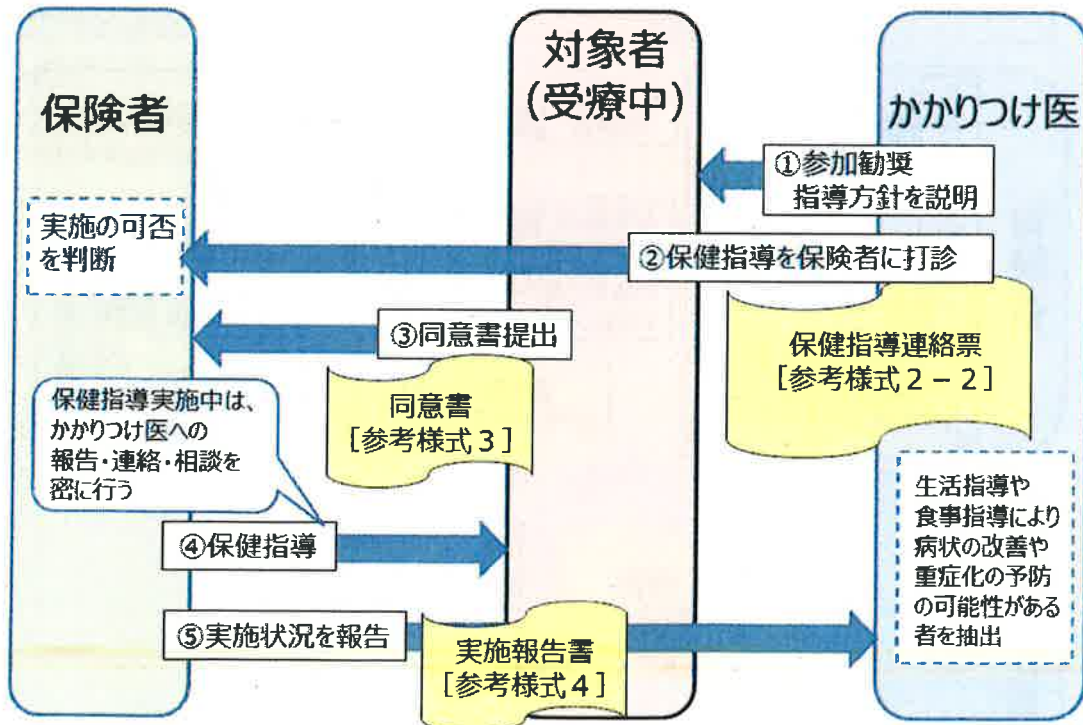


図3 医療機関抽出による保健指導のイメージ



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。

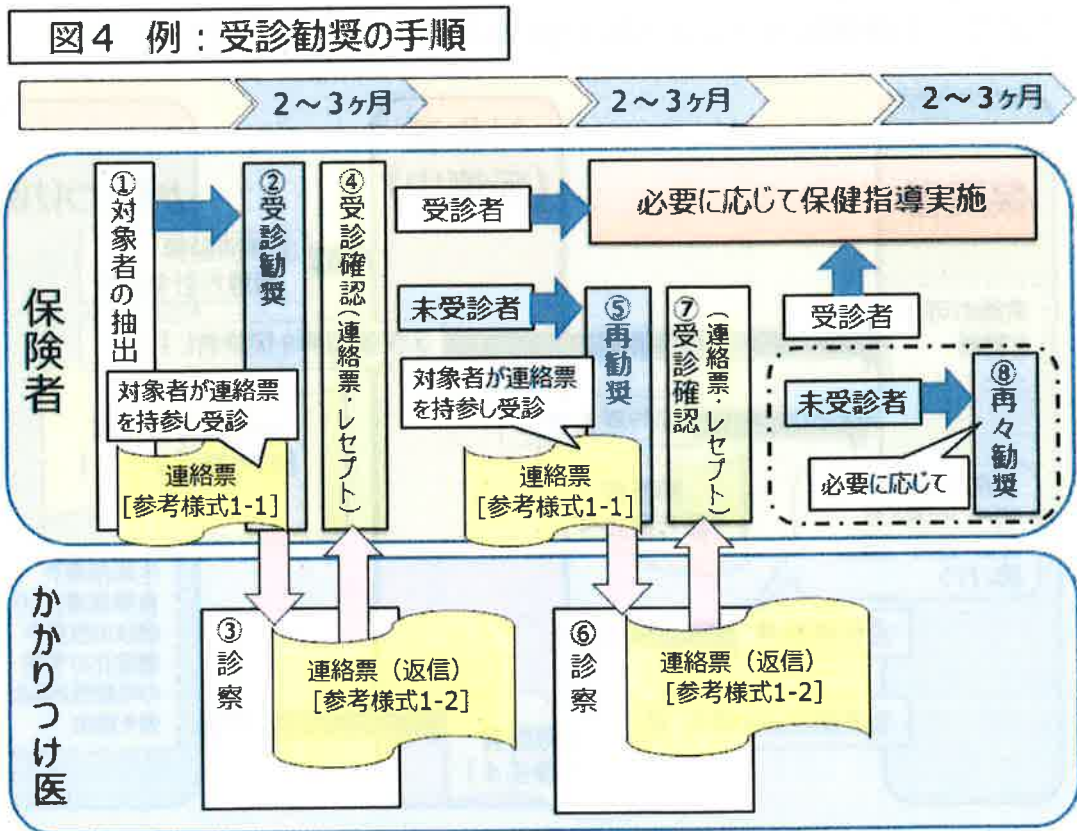


図5 例：保健指導（保険者による抽出）手順

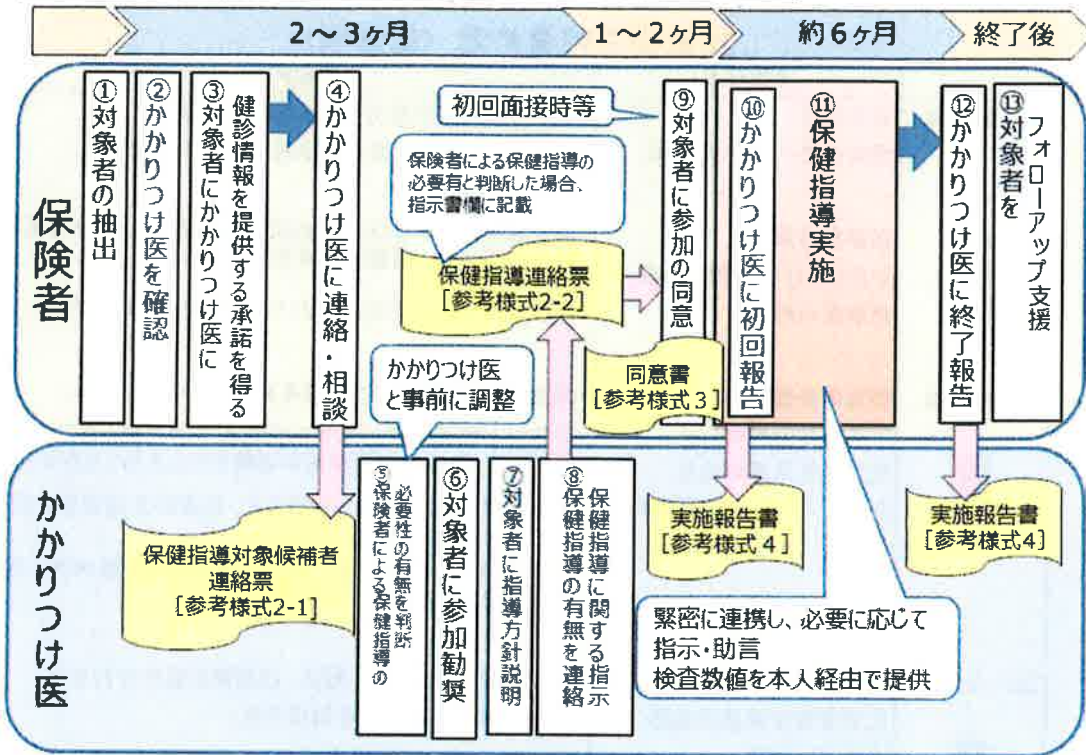
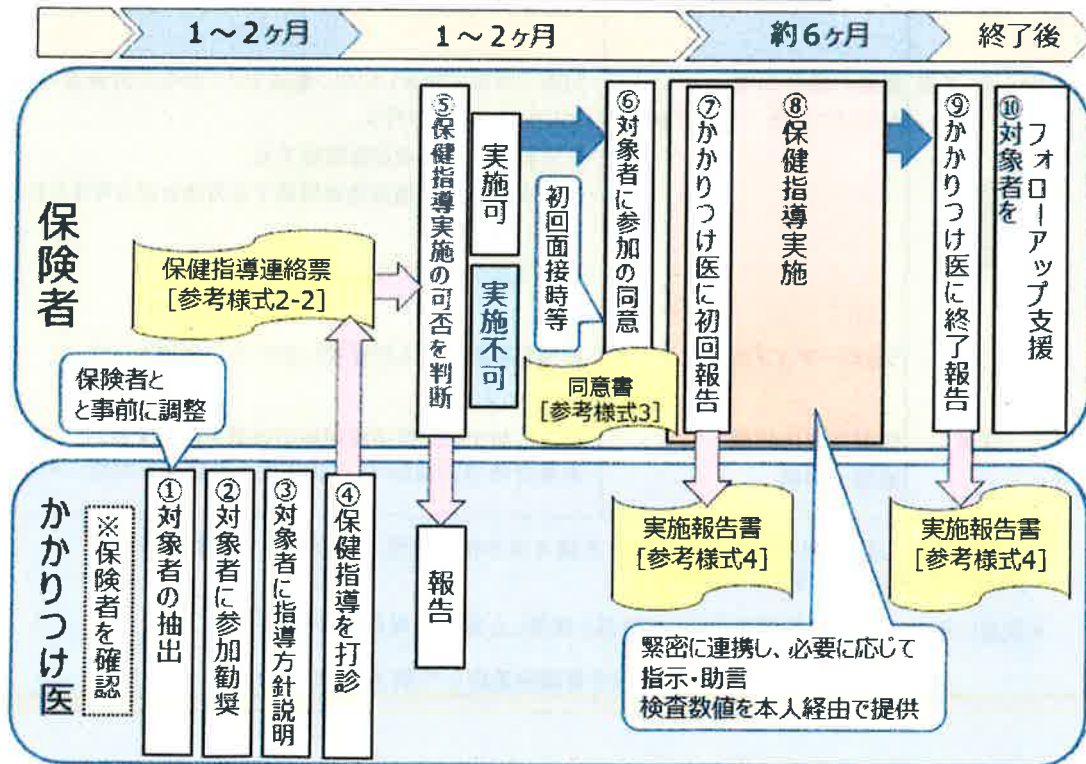


図6 例：保健指導（医療機関による抽出）手順



[別紙1]

保健指導の進め方（実施例）

	実施項目	実施内容
体制整備	事業計画 医師会等への協力依頼	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者は当該年度の事業計画を作成する。 ・医師会など地域の医療関係者に協力を依頼する。
①指導前 ↓	対象者の抽出 かかりつけ医の指示取得 対象者の同意	<ul style="list-style-type: none"> ・抽出基準により、おおよその対象者を把握し、介入する範囲や指導人数、指導方法等を検討する。 ・保険者は本人の同意及びかかりつけ医の指示を得る。
②指導開始 ↓	初回の保健指導 生活改善の動機付け 生活改善目標の設定 かかりつけ医への初回報告	<ul style="list-style-type: none"> ・個別面談、訪問、集団指導等対面により実施する。 ・対象者が検査値等の経年的変化を生活習慣と合わせて振り返り、自身の健康状態が理解できるように支援する。 ・対象者が食生活習慣の実態など、自身の生活習慣を明らかにするための支援を行う。 ・対象者が生活習慣改善に向けた具体的な取組内容と目標を設定できるように支援する。
③2～5ヶ月間 ↓	継続的支援 生活習慣改善状況確認 治療状況確認 かかりつけ医への中間報告	<ul style="list-style-type: none"> ・個別指導、集団指導、電話、訪問等を組み合わせる。 ・生活習慣の改善状況を確認する。 ・必要に応じて、生活習慣と検査値の関連や、自身がどのような状態にあり、今後どのようなことが予測されるのかを理解させ、生活習慣改善の動機付けを行う。 ・「ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳」や「おくすり手帳」等を活用して治療状況の確認を行う。
④3～6ヶ月後 ↓	最終の保健指導 かかりつけ医への終了報告	<ul style="list-style-type: none"> ・対面で実施が望ましいが、電話やメールなど対象者に応じた手段により行う。 ・生活習慣の改善状況を確認する。 ・対象者が生活習慣改善を継続する方法を自ら考えられるように支援する。 ・治療状況を確認する。
⑤ 終了後	フォローアップ支援	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導終了後も対象者に合わせた支援を行う。
評価	保健指導の評価 事業の評価	<ul style="list-style-type: none"> ・個人に対する保健指導実施の効果を評価する。 ・事業全体の評価を行い、次年度への課題を明確にする。

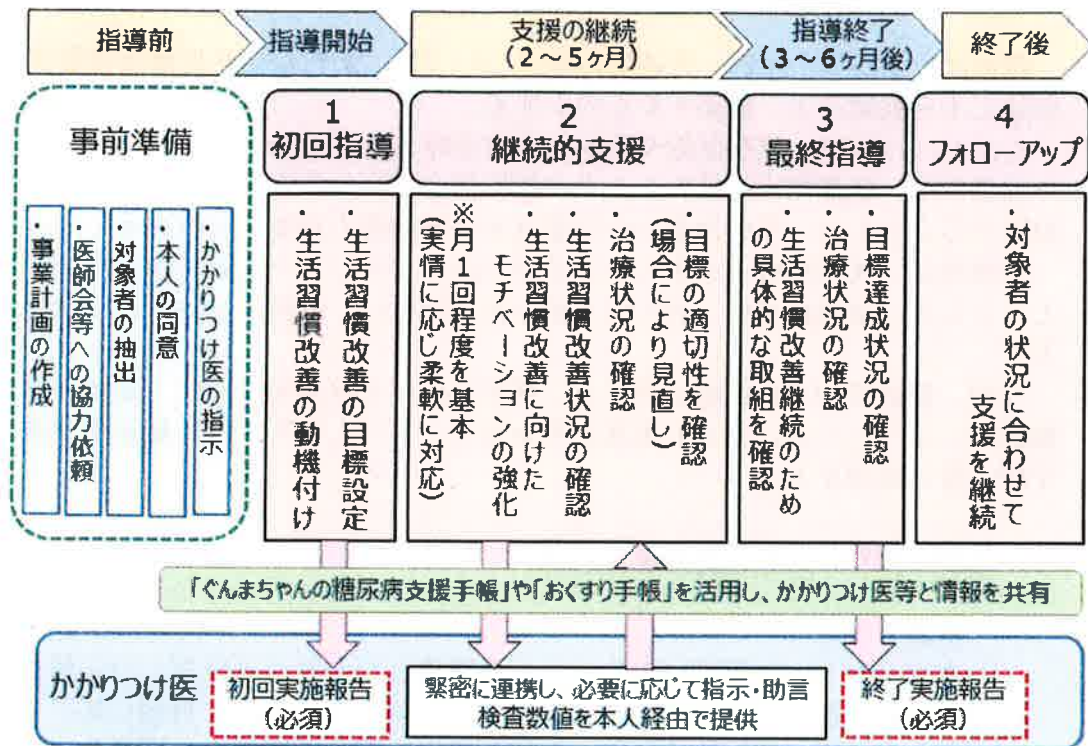
* 保健指導は、月1回程度を基本とするが、支援方法や指導回数、実施時期、実施期間は、地域の実情に応じて柔軟に対応する。

* 実施にあたっては、専門職がかかりつけ医と連携した保健指導を実施する。

－ 群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム －

【別紙2】

保健指導の進め方（フロー図）



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、保健指導実施中で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/gCr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）

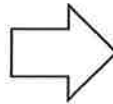
*CKD専門医への患者紹介に関しては、患者の身体状況、社会的状況なども勘案して、上記基準を参考に紹介を検討する。

エ CKDシール等の活用

腎機能低下者の情報を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

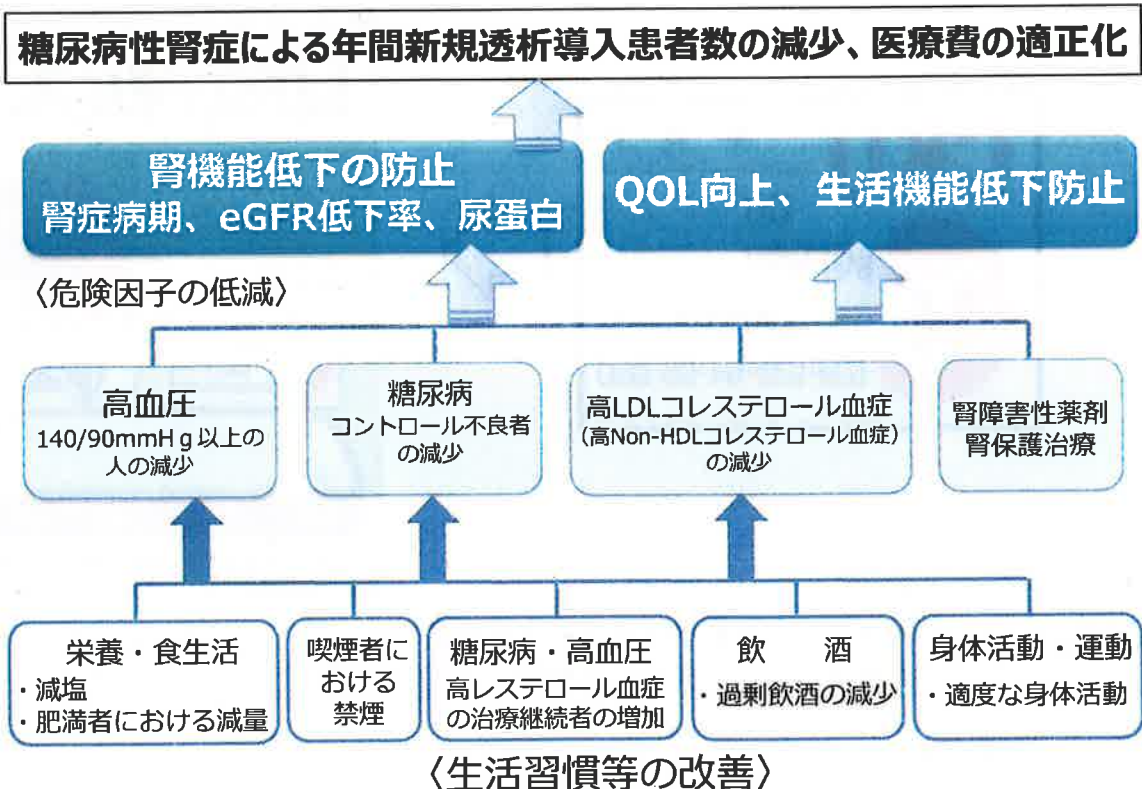
(ア) 保険者は、本プログラムに基づく受診勧奨及び保健指導について、以下の評価指標を参考に取組の評価を行う。

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



<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 _____																					
<p>次の理由により受診を勧めました。(複数選択可)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> B 糖尿病の治療が中断している可能性あり。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>																						
氏名	(男・女) 生年月日 (歳)																					
住所																						
<p><input type="checkbox"/> A 特定健康診査結果 <input type="checkbox"/> 健診結果のコピーを添付します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 45%; text-align: center;">健診日</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">結果概要</td> <td>HbA1c</td> <td style="text-align: right;">%</td> </tr> <tr> <td>血糖値</td> <td style="text-align: right;">mg/dL (空腹時・随時)</td> </tr> <tr> <td>尿検査</td> <td>糖 <input type="checkbox"/>- <input type="checkbox"/>± <input type="checkbox"/>+ <input type="checkbox"/>++ <input type="checkbox"/>+++以上</td> </tr> <tr> <td></td> <td>蛋白 <input type="checkbox"/>- <input type="checkbox"/>± <input type="checkbox"/>+ <input type="checkbox"/>++ <input type="checkbox"/>+++以上</td> </tr> <tr> <td>血清クレアチニン</td> <td style="text-align: right;">mg/dL</td> </tr> <tr> <td>eGFR</td> <td style="text-align: right;">mL/分/1.73m²</td> </tr> <tr> <td>血圧</td> <td style="text-align: right;">mmHg</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			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 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++以上		蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++以上	血清クレアチニン	mg/dL	eGFR	mL/分/1.73m ²	血圧	mmHg	その他		
	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 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++以上																				
		蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++以上																				
	血清クレアチニン	mg/dL																				
	eGFR	mL/分/1.73m ²																				
	血圧	mmHg																				
その他																						
<p><input type="checkbox"/> B 糖尿病に関する受診状況</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">最終受診日</td> <td style="padding: 5px;">年 月 日</td> </tr> </table>		最終受診日	年 月 日																			
最終受診日	年 月 日																					
保険者 連絡先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">所属</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">担当者名</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">電話</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">FAX</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	所属		担当者名		電話		FAX														
所属																						
担当者名																						
電話																						
FAX																						

[参考様式1-2](受診勧奨用)

*本様式は保険者により適宜内容を加工してご利用ください。

「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	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎臓病(糖尿病性腎症) <input type="checkbox"/> 腎臓病以外の糖尿病合併症【 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> その他()		
今後の方針	<input type="checkbox"/> 異常なし(翌年度健診で確認) <input type="checkbox"/> 医療機関で経過観察 (次回受診 月頃) <input type="checkbox"/> 要治療 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療開始予定) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎臓病(糖尿病性腎症) <input type="checkbox"/> 腎臓病以外の糖尿病合併症【 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> その他()		
今後の方針	<input type="checkbox"/> 異常なし(翌年度健診で確認) <input type="checkbox"/> 医療機関で経過観察 (次回受診 月頃) <input type="checkbox"/> 要治療 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療開始予定) <input type="checkbox"/> 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 —

[参考様式2-1](保健指導用) *本様式は保険者により適宜内容を加工してご利用ください。

「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									
<h3 style="margin: 0;">糖尿病性腎臓病重症化予防 保健指導対象候補者連絡票</h3> <p style="text-align: right; margin: 0;">年 月 日</p> <p style="margin: 0;">(医療機関名を記入)</p> <p style="margin: 0;">(医師氏名を記入) 様</p> <p style="margin: 0; text-align: right;">保険者名 _____</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">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。</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">氏名</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">(男・女)</td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">生年月日</td> <td style="width: 35%; padding: 5px;">(歳)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">住所</td> <td colspan="3" style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	氏名	(男・女)	生年月日	(歳)	住所					
氏名	(男・女)	生年月日	(歳)							
住所										
<p>【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</p> <p>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。</p> <p style="font-size: x-small;">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」</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">保険者 連絡先</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">所属</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">担当者名</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">電話</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">FAX</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	保険者 連絡先	所属		担当者名		電話		FAX		
保険者 連絡先		所属								
		担当者名								
		電話								
	FAX									
<p>下記のとおり御本人様から同意を得ております。</p> <p style="font-size: x-small;">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。</p> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">年 月 日 住所 _____</p> <p style="text-align: center; margin: 0 0 10px 0;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center; margin: 0 0 10px 0;">本人氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">* 自署の場合押印省略可</p>										

— 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		
(保険者名を記入) 様		年 月 日
医療機関名 _____		
医師氏名 _____		
氏名	(男・女)	生年月日
住所	(歳)	
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎臓病(糖尿病性腎症) <input type="checkbox"/> 腎臓病以外の糖尿病合併症【 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> その他()	
保険者による保健指導の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	理由 <input type="checkbox"/> 自院で実施又は実施済 <input type="checkbox"/> その他()
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 以下の記入は必要ありません。 </div>		

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 <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。	
<input type="checkbox"/> 糖尿病治療ガイドに準拠する <input type="checkbox"/> その他 ()	
■検査結果の情報提供にあたり、該当項目の <input type="checkbox"/> にチェックをお願いいたします。	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 検査結果のコピーを添付。	
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> にチェックをお願いいたします。	
<input type="checkbox"/> 『定期受診の確認』と『受診継続の支援』	
<input type="checkbox"/> 服薬管理の支援	
<input type="checkbox"/> 6ヶ月後の目標体重 (_____ kg)	
<input type="checkbox"/> 1日あたり摂取カロリー 【 <input type="checkbox"/> 指示あり(_____ kcal) / <input type="checkbox"/> 指示なし 】	
<input type="checkbox"/> 1日あたり塩分摂取量 【 <input type="checkbox"/> 指示あり(_____ g未満) / <input type="checkbox"/> 指示なし 】	
<input type="checkbox"/> 運動制限 【 <input type="checkbox"/> 指示あり(_____) / <input type="checkbox"/> 指示なし 】	
<input type="checkbox"/> 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。	

[参考様式2-2](保健指導用)裏面

*本様式は保険者により適宜内容を加工してご利用ください。

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

[参考様式4]

* 本様式は保険者により適宜内容を加工してご利用ください。

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	

— 群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム —

資料集（別冊）

- 1 本縣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

市町村/団体名	所 属(部局課室係名等)	〒	所 属住所	TEL	
前橋市	国民健康保険課保健指導室	371-0014	前橋市朝日町三丁目36-17	027-220-5715	
高崎市	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	健康づくり課成人保健係	376-0045	桐生市末広町13番地の4	0277-47-1152	
伊勢崎市	健康管理センター	372-0812	伊勢崎市連取町1155	0270-23-6675	
太田市	国民健康保険課保険係	373-8718	太田市浜町2-35	0276-47-1825	
沼田市	国保年金課国保係	378-8501	沼田市下之町888	0278-23-2111(代表)	
館林市	保険年金課国保係	374-8501	館林市城町1-1	0276-72-4111(代表)	
渋川市	健康管理課健康推進係	377-0007	渋川市石原6-1	0279-25-1321	
藤岡市	健康づくり課健康増進係	375-8601	藤岡市中栗須327	0274-40-2808	
富岡市	健康推進課	370-2316	富岡市富岡1347-1	0274-64-1901	
安中市	国保年金課国保係	379-0192	安中市安中1-23-13	027-382-1111(代表)	
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	保健相談センター	370-3503	榛東村新井793-2	0279-70-8052
	吉岡町	健康子育て課健康づくり室	370-3692	吉岡町下野田560	0279-54-7744
多野郡	神流町	保健福祉課 保健係	370-1602	神流町神ヶ原427-1	0274-58-2111
	上野村	保健福祉課	370-1616	上野村乙父630-1	0274-59-2309
甘楽郡	下仁田町	保健環境課 保健予防係	370-2601	下仁田町下仁田111-2	0274-82-5490
	南牧村	保健福祉課保健係	370-2806	南牧村大日向1098	0274-87-2011(代表)
	甘楽町	健康課国保係	370-2213	甘楽町白倉1395-1	0274-67-7655(代表)
吾妻郡	中之条町	住民福祉課保険係	377-0494	中之条町中之条町1091	0279-75-8819
	長野原町	長野原町町民生活課保健センター	377-1392	長野原町長野原1340-1	0279-82-2422
	嬭恋村	住民福祉課 保健係	377-1612	嬭恋村大前1100	0279-96-1975
	草津町	愛町部 住民課	377-1792	草津町草津28	0279-88-7192
	高山村	住民課	377-0792	高山村中山2856-1	0279-63-2111(代表)
	東吾妻町	町民課保険年金係	377-0892	東吾妻町原町1046	0279-68-2111(代表)
利根郡	片品村	保健福祉課	378-0498	片品村鎌田3967-3	0278-58-4020
	川場村	健康保険係	378-0101	川場村谷地2390-2	0278-52-2111(代表)
	昭和村	保健福祉課保険係	379-1298	昭和村大字糸井388	0278-24-5111(代表)
	みなかみ町	子育て健康課 健康推進係	379-1393	みなかみ町後閑318	0278-62-2527
佐波郡	玉村町	健康福祉課健康管理係	370-1192	玉村町下新田201	0270-64-7706
邑楽郡	板倉町	健康介護課保険医療係	374-0092	板倉町大字板倉2682番地1	0276-82-6136
	明和町	健康づくり課保険年金係	370-0795	明和町新里250-1	0276-84-3111(代表)
	千代田町	住民福祉課保険年金係	370-0598	千代田町大字赤岩1895-1	0278-86-7001
	大泉町	国民健康保険課	370-0595	大泉町日の出55-1	0276-63-3111(代表)
	邑楽町	保健センター	370-0803	邑楽町大字中野2570-3	0276-88-5533
全国健康保険協会群馬支部(協会けんぽ)		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(代表)	
群馬県後期高齢者医療広域連合	保健事業課	371-0854	前橋市大渡町1-10-7 6階	027-256-7171(代表)	
健康保険組合連合会群馬連合会		371-0025	前橋市紅雲町1-7-12	027-224-2127	
群馬県医師会	業務課	371-0022	前橋市千代田町1-7-4	027-231-5311(代表)	
群馬県国民健康保険団体連合会	保健事業推進室 (兼保険者協議会事務局)	371-0846	前橋市元総社町335-8	027-290-1325	
群馬県	健康福祉部保健予防課	371-8570	前橋市大手町1-1-1	027-226-2428	
	健康福祉部国保援護課			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	群馬郡医師会	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)	嬭恋村住民福祉課	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 「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」
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	<p>目的</p> <p>「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。</p>
2	<p>所掌事務</p> <p>推進会議の所掌事務は、次のとおりとする。</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(4) プログラム改訂に向けた検討</p> <p>(5) プログラムの評価・検証</p> <p>(6) その他、必要な事項</p>
3	<p>組織</p> <p>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。</p>
4	<p>会議</p> <p>(1) 会議は、必要に応じて国保援護課長が招集する。</p> <p>(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。</p>
5	<p>庶務</p> <p>庶務は、国保援護課において行う。</p>
6	<p>その他</p> <p>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。</p> <p>附則 この要領は令和元年9月26日から施行する。</p>

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)	嬭恋村住民福祉課	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		

