

栃木県糖尿病重症化予防プログラム

平成 28 (2016) 年 12 月策定
令和 3 (2021) 年 3 月改定
令和 7 (2025) 年 9 月改定

栃木県医師会
栃木県保険者協議会
栃木県

目 次

1	はじめに	1
2	基本的考え方	1
	（１）県プログラムの目的	
	（２）県プログラムの性格	
	（３）年齢層を考慮した取組の実施	
	（４）データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開	
3	取組に当たっての関係者の役割	2
	（１）市町の役割	
	（２）全国健康保険協会栃木支部、共済組合、国保組合及び健康保険組合連合会栃木連合会所属の各団体の役割	
	（３）県の役割	
	（４）栃木県後期高齢者医療広域連合の役割	
	（５）栃木県保険者協議会の役割	
	（６）栃木県医師会の役割	
	（７）栃木県国民健康保険団体連合会の役割	
	（８）栃木県糖尿病療養指導士認定機構の役割	
	（９）その他の医療関係団体等の役割	
4	かかりつけ医や専門医等との連携	6
5	プログラムの条件	8
	（１）効果的・効率的な事業を実施するための条件	
	（２）更に事業を発展させるための留意事項	
6	県プログラムの見直し	9
7	対象者の抽出基準	9
	（１）健診結果・レセプトデータを基にした抽出	
	（２）医療機関における抽出（保健指導対象者）	
8	介入方法	10
	（１）情報提供	
	（２）受診勧奨	
	（３）保健指導	

9	慢性腎臓病（CKD）対策	12
10	事業を円滑に進めるための留意点	13
	（１）ICTを活用した取組の実施	
	（２）委託にて事業を実施する際の留意点	
11	県プログラムの評価	13
	（１）目的	
	（２）方法	
	（３）評価結果の活用	
12	個人情報の取扱い	14

—参考資料—

栃木県の糖尿病・慢性腎臓病の状況	15
------------------	----

—参考様式等—

（別紙１）情報提供用リーフレットひな形	17
（別紙２）受診勧奨フロー図	19
（別紙３）保健指導フロー図	20
（様式１）糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書	21
（様式２）糖尿病性腎症保健指導指示書	22
（様式３）糖尿病性腎症保健指導実施（経過・終了）報告書	23
（様式４）保健指導記録様式	24
（通知）栃木県糖尿病重症化予防プログラムにおける糖尿病性腎症保健指導指示書作成料に係る標準的な事務の取扱いについて	25
（参考）糖尿病性腎症保健指導指示書作成の標準的な事務フロー	27
（様式）栃木県糖尿病重症化予防プログラムに係る糖尿病性腎症保健指導指示書作成料請求書	29

栃木県糖尿病重症化予防プログラム

栃木県医師会
栃木県保険者協議会
栃木県

1 はじめに

糖尿病は主要な死亡原因である脳血管疾患や虚血性心疾患の危険因子であり、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発する。本県における脳血管疾患等の循環器疾患の年齢調整死亡率は改善傾向にあるが、依然として全国低位の状況にあり、また、人工透析の新規導入患者の原疾患では、糖尿病性腎症が最も多く、健康寿命の延伸のためには、糖尿病の発症予防、糖尿病の適切な治療・生活習慣の改善等による合併症の予防、合併症による臓器障害の予防等各段階での取組が重要である。

栃木県糖尿病重症化予防プログラム（以下「県プログラム」という。）は、平成28年4月に国が示した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下「国プログラム」という。）を踏まえて、栃木県医師会、栃木県保険者協議会及び栃木県が、「糖尿病重症化予防に係る連携協定書」に基づき、県内の保険者が糖尿病重症化予防のための取組を推進する上での考え方や、被保険者への標準的な取組例を示すなど、3者が協働して策定し、必要な改定をしている。

今般、国プログラムが改定され、より詳細な抽出基準が示されたことから、国プログラムを踏まえたハイリスクアプローチを加える改定を行うこととした。

県プログラムにより、各保険者が医療機関をはじめとする関係機関等と連携しながら、糖尿病の発症予防と重症化予防に取り組むことにより、とちぎ健康21プラン（3期計画）の基本目標である、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を図り、「健康長寿日本一とちぎ」の実現をめざしていく。

なお、県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、国プログラム及び厚生労働省保険局国民健康保険課が作成した「糖尿病性腎症重症化予防に関する手引き」に準ずる。

2 基本的考え方

（1）県プログラムの目的

県内の保険者が医療機関と連携し、①医療機関への未受診者・受診中断者に対して、医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことにより継続的な治療につなげること、②糖尿病等で通院する者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、保健指導を行うこと、③必要に応じて適切な情報提供を行うことなどの取組により良好な血糖のコントロールの維持、合併症の発症・重症化の予防等を通して、腎不全や人工透析への移行を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目指す。

（2）県プログラムの性格

保険者等における取組が更に広がるよう実施可能性を考慮しつつ、同時に質の高い取組となるよう留意点等を整理している。取組内容については、健康課題の優先順位や保険者等の実施体制、医療資源体制、既存の取組内容、取り組みやすさなどに応じ介入の優先順位を検討し、柔軟に対応する。

糖尿病性腎症重症化予防の取組は、糖尿病対策や慢性腎臓病（以下「CKD」という。）対策と連動して行う。

（3）年齢層を考慮した取組の実施

特定健康診査で使われる標準的な質問票や、後期高齢者医療制度の保健事業で使われる後期高齢者の質問票などの情報も参考にしつつ、対象者本人からの聞き取り等により、生活習慣の状況や身体状況等を把握し、受診勧奨や保健指導に活用することが重要である。

ア 青壮年に対する取組

青壮年が多く加入している被用者保険の保険者においても、糖尿病重症化予防に取り組むことが必要である。保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を活用して、市町国保と国保組合、被用者保険との間で、健診データやレセプトデータ等（以下「健康・医療情報」という。）やそれぞれが捉えている地域の健康課題、保健事業の実施状況等の共有や、役割分担しながら取組を進めていくための連携体制の確認等を行う。

イ 高齢者に対する取組

事業の展開に当たっては、高齢者の多くが加入する市町国保と栃木県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が連携して健康・医療情報等を分析し、地域の健康課題等を共有して取組を進めていくことが重要である。

高齢者の保健事業を実施する際には、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインや標準的な健診・保健指導プログラム等を参照し、実施する。

（４）データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開

糖尿病重症化予防の取組は保健事業の一環として行われるものである。事業の実施に当たっては、データヘルス計画や、県が策定する各種計画（栃木県保健医療計画、とちぎ健康 21 プラン、栃木県医療費適正化計画、栃木県高齢者支援計画「はつらっプラン 21」等）をはじめとする保健事業と密接に関係する計画を踏まえて事業を展開する必要がある。

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、次に掲げる役割の分担例を念頭に、関係者が密接に連携して対応する。

（１）市町の役割

ア 庁内体制の整備

糖尿病重症化予防対策は、住民の健康保持・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、医療費の適正化にもつながることから、自治体全体の問題として扱うことが重要である。

実施に当たっては、国保主管課や健康づくり主管課の庁内連携体制を深め、糖尿病重症化予防事業について共通認識を持つことが必要であり、保健師・管理栄養士等の専門職と事務職とが協力し取り組む。また、専門的知見や人材を有する委託事業者を活用する、栃木県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）の知見や事業を活用するなど、柔軟な取組を検討する必要がある。

糖尿病重症化予防事業に関する財源の確保、人材の育成、地域連携、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB システム」という。）等を活用した健康課題分析や対象者抽出・評価などにおいては、事務作業も発生する。効率的に取組を進めるためには、事務職等が専門職と共同して、その役割を果たすことが重要である。

なお、取組に当たっては、次のイ～キに留意する。

イ 地域連携を通じた課題分析と情報共有

各市町は健康・医療情報等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題等を分析する。課題分析や分析結果の解釈に当たっては、地域の関係団体（郡市医師会、広域健康福祉センター等）と連携し、互いの持ち得る健康・医療情報（量的・質的データ）等を共有の上、取り組む。

分析に当たっては、県が実施する機能別医療機関現況調査等を参考に、その地域が有する保険医療機関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等）を明らかにする。

ウ 事業計画の立案

イの課題分析の結果を踏まえ、対象者の年代に応じた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データ、健診実施方法、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等、様々な観点から地域の医師会等の関係団体と協議した上で、医療機関への受診勧奨や保健指導の内容を総合的に検討する。

適切な評価を行うために、計画には事業目的を踏まえて目標と評価指標を設定する。

エ 事業実施及び委託して実施する場合の留意点

ウの事業計画に基づき事業を実施する。

実施に当たっては、国保連合会による支援を受けることや、ICT の利活用、民間事業者や地域の職能団体等への委託等についても考慮する。

オ 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。

カ 人材確保・育成

効果的に事業を実施するためには、糖尿病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連携・協働、データによる評価やKDB システム などについての知識やスキルが必要であることから、保健師や管理栄養士等の計画的な人材の確保・育成、資質向上が重要である。

このため、専門職や事務職を問わず担当者が積極的に研修会等に参加できるようにするなど、糖尿病に関する知識や技術を習得する機会を設ける必要がある。

キ 他の保険者との連携

被保険者は市町国保と被用者保険の間を異動することもあるため、地域での取組に当たっては、被用者保険の取組と連携することも重要である。

高齢者の保健事業の実施に当たっては、広域連合と市町で連携し、保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な支援や評価を可能にすることが重要である。委託等により市町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が、広域連合が実施する場合においても、保険者間の連携を密にし、支援が途切れることがないように取り組む必要がある。

(2) 全国健康保険協会栃木支部、共済組合、国保組合及び健康保険組合連合会栃木連合会所属の各団体の役割

全国健康保険協会栃木支部、共済組合、国保組合及び健康保険組合連合会栃木連合会に所属する各団体は、市町の役割と同様に、当該団体に所属する加入者に係る健康課題の分析、対策の立案及びその実施、実施状況の評価、人材の資質向上を行うよう努める。

また、市町国保と連携して保健事業を実施する。

保険者と企業（事業主）が積極的に連携し、保険者による保健事業や、企業（事業主）による受診勧奨、保健指導を受けやすい環境の整備など、役割分担等を含めて十分な調整を行い、効率的な実施に努める。

(3) 県の役割

県は、保険者として主体的に糖尿病重症化予防に取り組み、県プログラムを関係団体や医療従事者等へ周知し、県民に啓発するとともに、県プログラムの取組が円滑に実施できるよう、栃木県糖尿病・慢性腎臓病（CKD）対策協議会を活用し、県内における糖尿病の重

症化予防対策及び医療体制の構築の推進並びに経年的に県プログラムに基づく取組実績の検証に取り組む。

また、糖尿病の発症・重症化に関連する生活習慣の改善に向けて、庁内、市町、栃木県医師会、栃木県保険者協議会、連携協定締結企業、経営団体、事業者等関係機関と連携し、健康長寿とちぎづくりの更なる推進に取り組む。

ア 庁内体制の整備

関係部署（部局・課）が連携して取り組むことが重要であるため、健康増進課、国保医療課等が問題意識を共有しながら取組や市町・広域連合への支援を進める。

イ 地域連携に対する支援

市町や広域連合における円滑な事業実施を支援する観点から、栃木県糖尿病・慢性腎臓病（CKD）対策協議会において課題、対応策等について議論する。

保険者協議会の場を活用するなど、保険者間で連携を取り、継続した取組が円滑に実施されるよう関係機関の調整を行う。

広域健康福祉センターは、市町の求めに応じて、市町が行う糖尿病重症化予防プログラムの取組を支援する。

ウ 事業計画

県が策定する各種計画を踏まえたものとなるようにする。

国保連合会と連携して、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、市町や広域連合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を提供する。

エ 事業実施

事業実施状況を定期的に把握し、取組が進んでいない保険者を支援する。

オ 事業評価

事業計画に記載した目標や評価指標を踏まえ事業評価を行う。

また、市町が行う事業評価についても、広域連合、国保連合会と連携の上、支援を行う。

県は市町が行う糖尿病重症化予防の取組の効果について、広域的な観点から、都道府県全体での評価を行う。

カ 人材育成

保険者や糖尿病重症化予防に関わる地域の専門職の人材育成として、糖尿病やCKDに関する専門的知識や保健指導スキルの獲得を支援する。

（４）栃木県後期高齢者医療広域連合の役割

広域連合は、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、市町国保との連携を密にし、一体的に保健事業に取り組む。

保健事業の実施に当たっては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参照しながら、広域連合と市町との役割分担を明らかにすることや連携体制を整えることが重要である。

広域連合は市町に対し、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の提供や説明を行う。また、市町が広域連合からの委託により保健事業を実施する際においても、データの提供や閲覧権限の付与など、実施支援のための情報提供を行う。

(5) 栃木県保険者協議会の役割

栃木県保険者協議会は、県プログラムを保険者へ周知し、保険者によるプログラムに基づく取組を促進するため、保険者を対象に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、保険者の取組実績について調査・分析に取り組む等、事業の円滑な実施に協力する。

(6) 栃木県医師会の役割

ア 医療関係団体における協力体制の整備

栃木県医師会は、県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、各地区の栃木県糖尿病重症化予防プログラム推進医（以下「プログラム推進医」という。）を決定するとともに、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。

なお、プログラム推進医は、保険者がプログラムを作成・運用する際の相談役及び保険者と医療機関とのコーディネート役を担い、地区代表として積極的にプログラムの活用・周知に努める。

年に1回プログラム推進医の変更の有無を各郡市医師会に照会し、結果を県に報告する。

（栃木県糖尿病重症化予防プログラム推進医一覧）

<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/documents/20250908105539.pdf>

イ 市町等の取組に対する協力

栃木県医師会をはじめとする地域の医療関係団体は、市町等の糖尿病重症化予防の取組に対し、取組が円滑かつ効果的なものとなるように、市町等の求めに応じて実施方法等について助言する等、必要な協力を行う。

自治体の域を超えて受療している対象者についても、自治体が域内の対象者と同様の事業を展開できるよう、近隣の郡市医師会等への周知がなされ、協力が図られることが望ましい。

プログラム推進医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している医師等と相談し、問題意識を共有・体制を構築する。

ウ 栃木県糖尿病治療連携マニュアル等の活用

糖尿病診療・腎疾患診療においては、栃木県糖尿病治療連携マニュアル、栃木県 CKD 病診療連携システム、各種関係学会のガイドライン等の積極的な活用を推進する。

(7) 栃木県国民健康保険団体連合会の役割

国保連合会は、KDB システムの活用によるデータ分析・技術支援、保健事業支援・評価委員会での支援、研修会の実施を行う等、県と連携して、積極的に市町を支援する。

(8) 栃木県糖尿病療養指導士認定機構の役割

栃木県糖尿病療養指導士認定機構は、糖尿病教育に係る専門的な知識と技術を活かし、県等と協力しながら保険者支援に取り組む。

(9) その他の関係団体等の役割

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、栃木県看護協会、栃木県栄養士会、栃木県薬剤師会等の職能団体との連携を拡大し、CKD 対策等と連動させて糖尿病重症化予防に取り組む。

健康サポート薬局や栄養ケア・ステーション、まちの保健室等の地域で活動する保健医療等の専門職・地域住民が糖尿病重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう、医療関

係団体等は、県、市町や広域連合に情報共有するなど共に検討する。

4 かかりつけ医や専門医等との連携

県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共有・連携すること、かかりつけ医と糖尿病専門医、腎臓専門医、眼科医、歯科医等とが十分な連携を図り、患者の病状や病態に応じて紹介・逆紹介を行い、適切な診断や治療につなげること等、地域において患者を中心とした切れ目のない医療を提供することが重要である。

これまで、栃木県及び栃木県医師会は、糖尿病治療連携マニュアルや栃木県糖尿病医療連携クリティカルパス、栃木県糖尿病治療連携チェックシート、栃木県 CKD 病診連携システムを作成し、連携を図ってきた。

かかりつけ医が専門医へ初めて患者を紹介する場合は、栃木県医師会作成の「診療情報提供書」を活用し、専門医がかかりつけ医へ初めて患者を逆紹介する場合は、各医療機関の「情報提供書」を活用する。以後、かかりつけ医と専門医は「JADEC 連携手帳」（第5版で「糖尿病連携手帳」から名称変更）を活用し、検査結果や治療方針、治療の経過等に係る情報を共有する。

なお、かかりつけ医と専門医との間における紹介・逆紹介の目安については、次のとおりである。

表1 かかりつけ医から専門医への紹介・逆紹介の目安

かかりつけ医から専門医へ紹介 (1項目でも該当した場合)	専門医からかかりつけ医へ逆紹介
【糖尿病専門医】 ・HbA1c8.0%以上が2回以上又は継続的に持続 ・頻回低血糖等コントロールが不安定 ・インスリン導入 ・慢性合併症の詳細な評価・治療 ・治療抵抗性の高血圧症・肥満の評価・治療 ・悪性腫瘍の検査 ・1型糖尿病・妊娠・2次性糖尿病 ・糖尿病性急性合併症の出現（糖尿病ケトアシドーシス、高血糖・低血糖による意識障害、中～重症感染症の合併）等 【腎臓専門医】 ・栃木県CKD病診連携システムを参照 【眼科医】 ・目の症状がある ・この1年間、眼科を受診していない 【歯科医】 ・歯や歯ぐきの症状がある ・この1年間、歯科を受診していない 【皮膚科医、外科医、神経内科医等】 ・足病変、神経障害等の症状がある	・病状が安定 ・血糖コントロールが良好 ・自己管理が改善 ・インスリン導入が良好 等 ・検査の終了 ・症状が安定 ・症状が安定 ・症状が安定

※栃木県・栃木県医師会（H28.3月作成）「糖尿病治療連携マニュアル」及び栃木県糖尿病治療連携マニュアル検討ワーキング（R2.3月作成）「栃木県糖尿病治療連携チェックシート」参考

栃木県CKD病診連携システム

～かかりつけ医療機関から腎臓専門医療機関への紹介基準～

① eGFR値による紹介基準

- ・ 40歳未満
60mL/分/1.73m²未満
- ・ 40歳以上
45mL/分/1.73m²未満
- ・ 3ヶ月以内に30%以上のeGFR低下

② 蛋白尿による紹介基準

- ・ 検尿の場合
蛋白尿^a以上
- ・ 尿蛋白/尿クレアチニン比
0.5g/gCr以上（随時尿）
- ・ 蛋白尿（±）だが血尿陽性（1+）
- ・ 糖尿病がある場合
蛋白尿^a（±）以上

患者さんの検査値が、**上記の①または②の項目に1つでも該当する場合は**、腎臓専門医療機関（腎臓専門医等）と**連携して診療**ください。

※ご紹介いただく際のお願い

- ・健診で指摘されたeGFRの異常はご紹介いただく前に再検査をお願いします。
- ・絶飲食下では脱水によりeGFRが低めに出来ますので、自由飲水・摂食下で再検査してください。
- ・尿蛋白の異常は可能な限り、尿蛋白/尿クレアチニン比を定量してご紹介ください。
- ・血清クレアチニン値の経時的推移の情報があればお知らせください。
- ・必ず現在の処方内容をお知らせください。患者さんにお薬手帳を持参させても結構です。

図1 栃木県CKD病診連携システム

5 プログラムの条件

(1) 効果的・効率的な事業を実施するための条件

各保険者で糖尿病重症化予防プログラムを策定する場合には、以下のいずれも満たす必要がある。

生活習慣病の重症化予防の取組のうち、

- ・ 対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること
- ・ かかりつけ医と連携した取組であること
- ・ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- ・ 事業の評価を実施すること

(2) 更に事業を発展させるための留意事項

プログラムの条件に沿って、更に効果的に事業実施するために以下の内容に留意する。

ア 対象者の抽出基準について

腎症の病期、健診データ（HbA1c、血圧等）の重症度、併存疾患（高血圧、心不全、感染症等）、腎障害の程度の変化（eGFR 低下速度等）を考慮して抽出する。また、事業効果を考慮し、次のいずれかに該当する者は除くなど、実情に合わせて対象者を抽出する。

- ・ 介護保険サービスを利用している者
- ・ 多くの併存障害や機能障害がある者 等

イ かかりつけ医と連携した取組について

糖尿病や糖尿病性腎症の治療は保険診療として行われるものであり、保険者による取組は適切な受診につながらない人に対する受診勧奨や、生活習慣の改善が必要な者への保健指導が中心である。生活習慣病管理料や糖尿病透析予防指導管理料等、保険診療で認められている医療行為と県プログラムに基づく取組が相補的に機能するよう保険者と医療機関が連携して取り組む。

リスクマネジメントの観点からも、保健事業のみで腎症患者に対応すべきではないことに留意する。

ウ 保健指導を実施する専門職について

糖尿病の適切な管理のためには、医師による診療と処方のほか、看護師による療養生活にかかる指導、保健師による包括的な保健指導、管理栄養士による栄養指導、薬剤師による服薬期間中の継続的な服薬状況の把握と服薬指導、歯科医師・歯科衛生士による口腔健康管理、健康運動指導士等による身体活動支援などが必要であり、多種の専門職で取り組むことが重要である。

後期高齢者においては、その特性を踏まえながら、保健事業と介護予防を一体的に実施することが重要であり、地域包括支援センターをはじめとする介護関係の各専門職種との連携も重要である。

エ 事業評価の実施について

適切な評価を実施することにより事業の意義が一層明確になり、事業の質の改善につながる。

継続的な対象者の追跡や事業のマクロ的評価のためにはKDBシステムの活用が有効であり、市町単独での評価が難しいものについては、県や国保連合会が支援を行う。

オ その他

各保険者においては保険者インセンティブ制度（保険者努力支援制度等）における評価項目を考慮し、プログラムに取り組む。

6 県プログラムの見直し

国プログラム及び特定健診・特定保健指導制度等の改正が行われた場合やプログラムに基づく取組実績の検証結果を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

7 対象者の抽出基準

(1) 健診結果・レセプトデータを基にした抽出

対象者の抽出基準においては、表2、表3に示すように、健診時の尿蛋白（尿定性）やeGFRから腎障害が存在している者を把握、糖尿病については治療の有無とHbA1c・血糖の状況、血圧についても治療の有無と受診勧奨値以上であるかを把握する。

表4を参考に腎障害が存在している者、HbA1cが高い者、高血圧の治療をしていない者に対して優先的に受診勧奨（面談等）、保健指導を行う。高血圧で受診中であるが糖尿病の治療を受けていない者については、主治医との相談を促すことが必要であり、受診勧奨ではなく保健指導として分類する。

健診未受診者に対しても、糖尿病治療中断者への受診勧奨や、保健指導を行う。健診は、健康づくりの観点から経時的に受診することが望ましいため、健診受診を勧奨する。

後期高齢者においては、糖尿病の管理目標が他の年齢層と異なることから、以下の基準を用いず、高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c値）、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等を参照する。

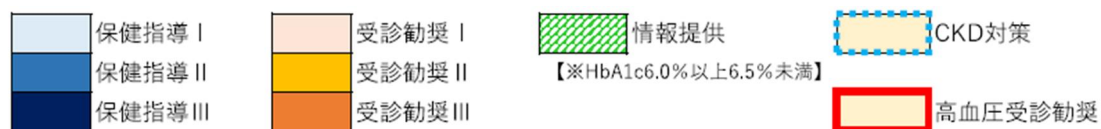
表2 糖尿病未受診者・糖尿病治療中断者 ※1

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c (%))	8.0以上										
	7.0～7.9										
	6.5～6.9										
	6.5未満										

表3 糖尿病受診中の者 ※4

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当。 ・45≦eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当。 ・60≦eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c (%))	8.0以上										
	7.0～7.9										
	6.5～6.9										
	6.5未満										

糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。



- ※1 糖尿病未受診者：最近1年間に2型糖尿病の受診実績がない者
 糖尿病治療中断者：過去に糖尿病治療歴がある者、または過去3年間程度の健診データにて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レセプトデータにおける糖尿病受療歴がない者
- ※2 血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者
 「血圧高値受診なし」：140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または90 mm Hg ≤ 拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者
 「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または90 mm Hg ≤ 拡張期血圧）が可能な者も含む。
- ※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可：HbA1c 判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者
 eGFR の判定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類
- ※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

（2）医療機関における抽出（保健指導対象者）

糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎障害の悪化が判明し、保健指導が必要と医師が判断した者。

〈例〉

- ・生活習慣の改善が困難な者
- ・治療を中断しがちな者
- ・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
- ・専門医療機関との連携が困難な場合 等

8 介入方法

介入のレベルが高いものから優先的に、受診勧奨、保健指導を行う。

表4 レベルに応じた介入方法の例

レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合
I	通知、健康教室等の案内（面談の機会を設定）	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内
II	通知・電話／面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話／面談
III	通知・電話／面談／訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話／面談／訪問を確実に実施

（1）情報提供

対象者は、糖尿病治療ガイドで「正常高値、境界型」に該当し、高血圧、脂質異常症、肥満等のリスクがある場合は、生活習慣改善に向けた特定保健指導（動機付け支援、積極的支援）や医療機関で精密検査が推奨される検査値を有している者である。そのため、生活習慣の重要性や検査値の意味等について情報提供することが必要である。

標準的な糖尿病境界域段階の者への情報提供の内容は、糖尿病の基礎知識、合併症の危険性、かかりつけ医との健診結果の共有、生活習慣の改善方法、特定健診の継続受診とする。情報提供の方法としては、リーフレット（別紙1ひな形参照）の配布や健診結果説明会等が挙げられる。

(2) 受診勧奨

対象者は、糖尿病又は糖尿病性腎症が疑われるが、糖尿病による受療歴がない又は治療を中断しているため、医療機関への受診勧奨が必要な者である。糖尿病の診断を受けた者は、血糖の良好なコントロール状態を維持し、糖尿病重症化予防のために、継続的な受診が必要である。受診勧奨は該当者すべてに行うことが原則である。

腎障害の程度にかかわらずHbA1cが6.5%以上の者のうち、高血圧については受診中で、糖尿病は未受診の者に対しては、かかりつけ医機能を有する医療機関に健診結果を持参の上、血糖検査の結果が受診勧奨判定値（糖尿病の診断基準）を超えていることについて、速やかに相談するよう保健指導を行う。

標準的な内容（別紙2「受診勧奨フロー図」参照）は、次のとおりとする。

- ① 保険者は、表4を参考に、対象者の状態に応じた受診勧奨の方法（手紙送付、電話、面接、訪問等）を検討する。
- ② 特に、受診勧奨レベルⅡとⅢに該当する対象者には、電話や訪問等により、強力な受診勧奨を行い、必要に応じ、(3)の保健指導につなげる。
- ③ 対象者が、かかりつけ医を持っていない場合は、栃木県保健医療計画に基づく糖尿病治療を担う機能別医療機関のリストを活用して受診勧奨を行う。
- ④ 保険者は、受診勧奨から2～3か月後にレセプトデータや医療機関からの回答書、本人への聞き取り等の方法により受診勧奨後の糖尿病受療歴の有無を確認し、受療歴がない場合には、前回とは対応方法を変える等の工夫をして再度受診勧奨を行う。

(3) 保健指導

対象者は、糖尿病で治療中の者のうち、本人及びかかりつけ医の同意があった者とし、保険者が一定の期間、食事・運動指導等の保健指導を行う。保険者は、職場も含めた生活全体を見る視点から、医療機関を受診し生活習慣改善に取り組む対象者を支援することにより、糖尿病性腎症の発症・重症化を予防することが期待される。

ただし、糖尿病性腎症第4期においては、かかりつけ医が「保健指導により病状の維持又は改善が見込める」と判断した場合にのみ行うこととする。

また、下記のいずれかに該当する者は対象外とする。

- ・1型糖尿病の者
- ・がん等で終末期にある者
- ・保健指導の効果が見込めない者
- ・その他疾患を有している等、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

標準的な内容は、次のとおりとする。

ア 保健指導の内容

専門職が、かかりつけ医と連携した保健指導を実施する。保健指導の実施期間の目安は6か月間とし、複数回行う（別紙3「保健指導フロー図」参照）。

なお、保健指導を行う専門職は、糖尿病患者への保健指導実施のための研修等を受けることが望ましい。

地域の実情に応じて、特に社会資源が少ない地域においては、ICT等を利用したオンライン保健指導等を利活用することも検討する。

イ 保健指導実施までの手順

保険者は、次の手順により、本人の同意及びかかりつけ医の指示を得るものとする。

<健診結果を基にした抽出で実施する場合>

- ① 保険者は、保健指導対象者の受診状況をレセプトデータで確認し、保健指導の内容を説明した上で、対象者に保健指導の参加意向を確認する。
- ② 対象者は、参加意向がある場合には、「(様式1)糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書」（以下「同意書」という。）を保険者宛てに提出する。

- ③ 保険者は、同意が得られた対象者について、かかりつけ医宛てに「(様式2) 糖尿病性腎症保健指導指示書」(以下「指示書」という。)の作成を依頼する。
- ④ かかりつけ医は、対象者の受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、「指示書」を作成し、保険者宛てに提出する。

＜医療機関による抽出で実施する場合＞

- ① かかりつけ医は、表3に基づく保健指導を要する対象者の加入保険者が県プログラムに基づく保健指導を実施している場合、対象者に保健指導への参加勧奨を行う。
- ② 対象者は、参加意向がある場合には、「同意書」をかかりつけ医宛てに提出する。
- ③ かかりつけ医は、対象者の受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、「指示書」を作成し、「同意書」とともに保険者宛てに提出する。

ウ 保健指導における情報の共有

保険者、対象者及びかかりつけ医等は、「JADEC 連携手帳」を活用し、情報を共有する。

保険者は、必要に応じて、保健指導の実施状況をかかりつけ医に報告する。保健指導終了後、保険者は、保健指導の実施結果を「(様式3) 糖尿病性腎症保健指導実施報告書」により、かかりつけ医に報告する。

(保健指導における留意点)

＜リスクマネジメント体制の確保＞

腎症第3期、第4期への保健指導については腎症に関する専門的な知識やスキルを有する者が対応する必要がある。

腎不全のみならず、循環器疾患の発症・死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施に当たっては、特にリスクマネジメントの体制の確保が重要である。

腎症第4期については、腎臓専門医が関与する必要があるので、保健指導のみで対応することがないようにする。

糖尿病性腎症の者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染予防のための日常的な衛生管理についても指導する。

＜高齢者を対象とした取組の実施＞

特に後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、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、多病・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなるため、高齢者の特性を踏まえた対象者抽出基準、保健指導方法を検討する。青壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策を行っていく必要がある。

＜糖尿病性腎症保健指導指示書作成料に係る標準的な事務の取扱について＞

県プログラムにおける糖尿病性腎症保健指導指示書作成料に係る標準的な事務の取扱については、P25～30 を参照されたい。なお、保険者と医療機関の間で料金等について特段の定めをしている場合は、この取扱によらないものとする。

9 慢性腎臓病（CKD）対策

透析に至った原因として、糖尿病性腎症が最も多く全体の4割以上を占めている一方、主に高血圧や加齢により発症する腎硬化症の割合が年々増加していることから、原疾患を問わないCKD対策が必要となる。

CKD対策についても、糖尿病対策とあわせて取組を検討する。

取組に当たっては、厚生労働省や、一般社団法人日本腎臓学会、NPO 法人日本腎臓協会等の啓発資料を活用する等、適切な情報提供や受診勧奨を行う。

- ・厚生労働省ホームページ「腎疾患対策」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/jinshikkan/index.html

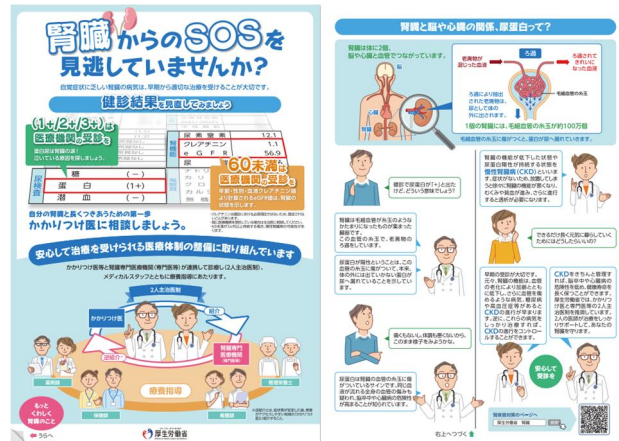
- ・一般社団法人日本腎臓学会ホームページ

<https://jsn.or.jp/>

- ・NPO 法人日本腎臓協会ホームページ

<https://j-ka.or.jp/>

【参考】厚生労働省作成（一般向け啓発ツール）



10 事業を円滑に進めるための留意点

(1) ICT を活用した取組の実施

受診勧奨や保健指導において、ICT を活用した介入（オンライン面接、アプリ活用等）が実施されることも考えられる。対面での面談が難しい青壮年期層では積極的な活用が望ましい。

遠隔面接による保健指導では、本人確認を確実に行うことやプライバシーが保たれるようにすること、保健指導の質の担保のための資料の工夫が必要である。アプリケーション等を用いた保健指導の際の個人情報の取扱い等に留意する必要がある。

ICT を活用した保健指導の実施に当たっての留意点の詳細は「標準的な健診・保健指導プログラム」並びに「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」を参照する。

(2) 委託にて事業を実施する際の留意点

外部事業者に業務を委託する場合には、糖尿病重症化予防の目的やプログラムの内容をよく理解し、実施主体としての責任を持って委託することとする。

委託後にも任せきりにするのではなく、事業の詳細を把握し、全体のプロセスをコントロールすることが重要である。

その他委託に当たっての留意点は「標準的な健診・保健指導プログラム」を参照する。

11 県プログラムの評価

保険者は、県プログラムに基づく取組を評価し、必要に応じてその結果を保険者協議会に報告する。

(1) 目的

事業評価を行う目的は、①計画時に設定した評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認すること、②事業の効果や目標の達成状況等を踏まえ、より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容や事業全体を見直すことである。

保険者は保有する健康・医療情報を活用し、被保険者を追跡し、評価するとともに、被保険者全体の変化について評価することが必要である。特に、市町においては、国保から

後期高齢者医療制度に移行する者について、広域連合とも連携し、切れ目なく支援を継続するとともに、国保と後期高齢者医療制度等の健康・医療情報と併せて分析し評価することが重要である。

(2) 方法

計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、①ストラクチャー、②プロセス、③アウトプット、④アウトカムの視点で行う。その成功要因、未達要因をストラクチャー、プロセス面から検討する。

本事業は単年度では効果が見えにくいため、短期的評価のみでなく、中長期的な評価も行うことが必要である。

保険者は、国プログラムの評価指標の例や、保険者が策定するデータヘルス計画等、関係する計画の目標や評価指標等も踏まえて評価指標を設定し、評価する。

県は、栃木県保健医療計画（8期計画）の糖尿病のロジックモデルや、栃木県保険者協議会で実施する栃木県糖尿病重症化予防プログラム等にかかる取組実績報告により、県全体の取組を評価する。

(3) 評価結果の活用

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する。協議の結果、改善が必要な場合は、具体的な方策について関係者から助言を得ながら検討するなど、次年度に向けた事業内容の見直しにつなげる。

12 個人情報の取扱い

糖尿病重症化予防の取組を進めるに当たっては、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の様々な種別の個人情報を扱うことになる。

特に、健康・医療情報は、一般的には個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当するため、慎重に取り扱うべきである。

保険者においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

なお、個人情報の取り扱いは、以下のガイドライン並びにガイダンス等を参照すること。

- ・個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）
（令和4年1月（令和5年12月一部改正）個人情報保護委員会）
- ・医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日、令和5年3月一部改正、個人情報保護委員会 厚生労働省）
- ・その他、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）第3編第3章3-3 ICTを活用した保健指導とその留意事項／第4編第3章3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針」

（事業者へ委託する場合の対応）

保険者が事業の実施の一部を事業者へ委託する際に、委託業務の遂行のために健診結果やレセプトデータ等を当該事業者へ提供する場合には、当該データの盗難・紛失等を防ぐための組織的、人的、物理的、技術的な安全管理措置及び外的環境の把握等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において当該個人データの安全管理措置等が適切に講じられるよう、保険者が必要かつ適切な管理、監督をするなど、個人情報の管理について万全の対策を講じる。

—参考資料—

栃木県の糖尿病・慢性腎臓病の状況

表 1 糖尿病が強く疑われる者、糖尿病の可能性が否定できない者の割合（％）※ 1

		2009 年	2016 年	2019 年	2022 年
糖尿病が強く疑われる者 ※2	栃木県	12.1	10.1	—	14.1
	全国	10.4	12.1	14.6	13.1
糖尿病の可能性が否定できない者 ※3	栃木県	18.1	14.9	—	6.8
	全国	17.0	12.1	12.7	5.6

【出典：栃木県「県民健康・栄養調査」、厚生労働省「国民健康・栄養調査」】

※ 1 表上の各数値に関しては、年齢構成を調整していない値のため、経年で比較する際には注意が必要

※ 2 ヘモグロビン A1c の測定値がある者のうち、ヘモグロビン A1c（NGSP）値が 6.5% 以上又は「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者

※ 3 ヘモグロビン A1c の測定値がある者のうち、ヘモグロビン A1c（NGSP）値が 6.0% 以上、6.5%未満で、「糖尿病が強く疑われる者」以外の者

表 2 糖尿病と言われたことがある者のうち、現在治療有りと回答した者の割合（％）（治療継続者）

	2009 年	2016 年	2022 年
栃木県	59.2	67.8	68.6
全国	63.7	66.7	60.7

【出典：栃木県「県民健康・栄養調査」、厚生労働省「国民健康・栄養調査」】

表 3 血糖コントロール不良者の割合（％）

	2009 年	2016 年	2022 年
栃木県	3.1	0.5	1.6
全国	1.2	0.9	1.6

【出典：栃木県「県民健康・栄養調査」、厚生労働省「国民健康・栄養調査」】

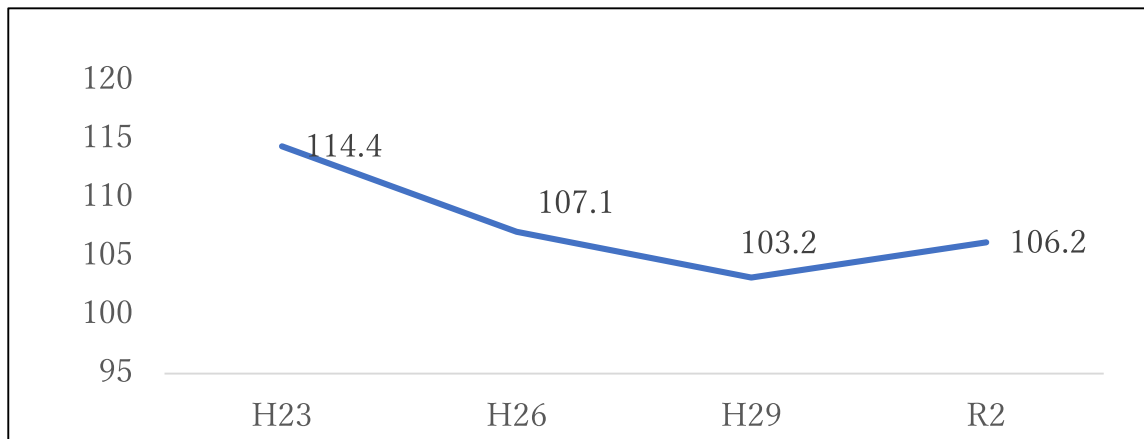


図1 糖尿病患者の年齢調整外来受療率（人口10万人当たり）【栃木県】【出典：患者調査】

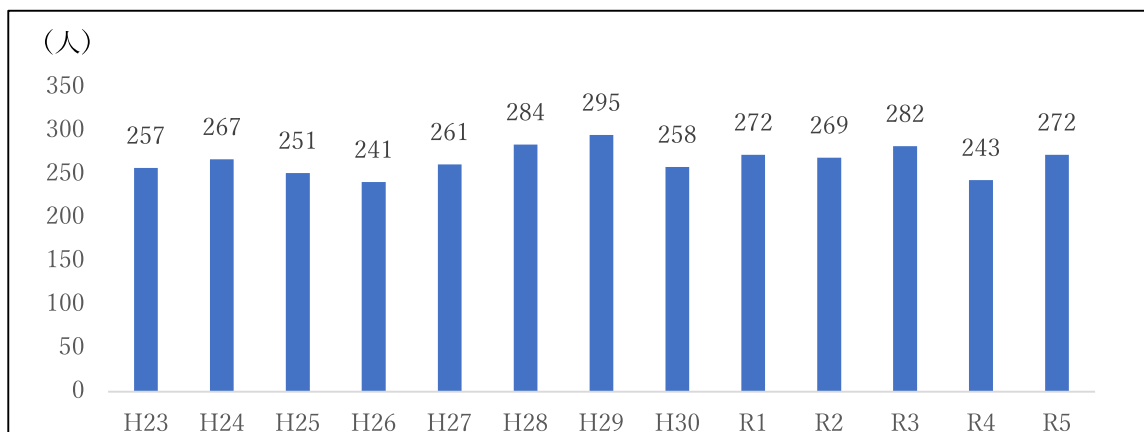


図2 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数【栃木県】

【出典：栃木県臓器移植推進協会「栃木県慢性腎不全治療の概要」】

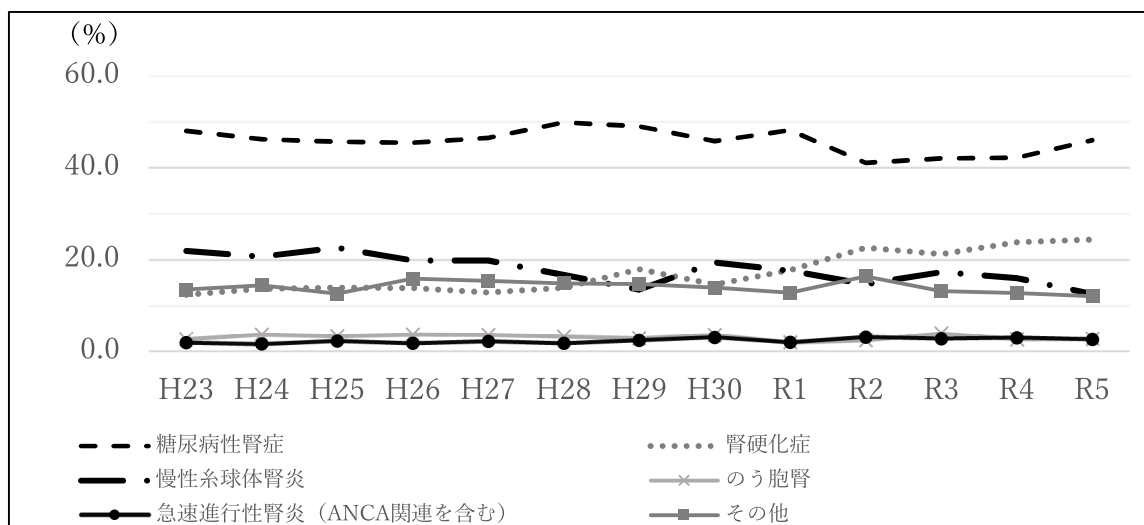


図3 原疾患別の透析導入患者数の割合【栃木県】

【出典：栃木県臓器移植推進協会「栃木県慢性腎不全治療の概要」】

今からでも予防はできる！

あなたは糖尿病予備群です！

～空腹時血糖 **110mg/dl** 又は **HbA1c 6.0%** 以上の方～

健診の結果、あなたの血糖値は**正常値より高く**、糖尿病予備群の可能性あります。
生活習慣をもう一度見直すとともに、**かかりつけ医に健診結果を見せて**、今後の対応を相談しましょう。

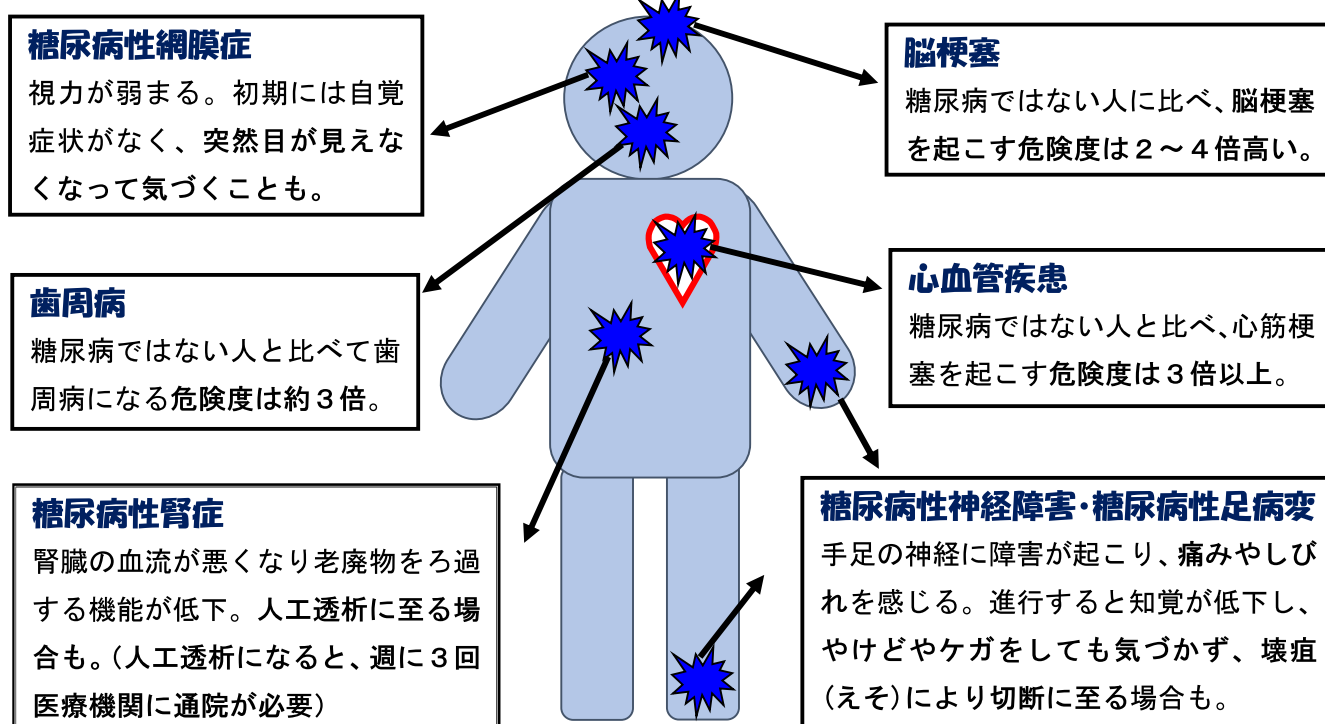
糖尿病になると…？

早期発見・早期治療
が重要！

糖尿病は初期症状がほとんどない！

食べ過ぎや**運動不足**など日頃の生活習慣の乱れなどにより、血糖値が常に高い状態が続くと、体中の血管がダメージを受けて動脈硬化が進行し、血管が詰まりやすくなります。
発症早期には症状がほとんどないため、悪い状態になってから気付くことが多い病気です。

治療をしないでいるとこんな合併症が！



※栃木県の糖尿病患者数は約10万7千人（令和5年患者調査）

糖尿病予備群の“あなた”にお願いしたいこと

★健診結果をかかりつけ医に見せましょう

健診結果をかかりつけ医に見せて、今後の対応を相談しましょう。
かかりつけ医がない方は、下記に御相談ください。

★食事、運動などの生活習慣を見直しましょう

1 普段の食事を見直しましょう

- ・ 1日3食、栄養バランスよく食べる。
- ・ 朝食はしっかり摂る。
- ・ 食べ過ぎない（腹八分目まで！）。間食（お菓子）は控える。
- ・ ゆっくり、よく噛んで食べる。
- ・ 野菜・海藻・きのこなどの食物繊維を含む食品を多く摂る。
- ・ 脂（油）っぽいものを食べ過ぎない。減塩を心がける。

2 普段から意識的に体を動かしましょう

- ・ できるだけ階段を使う。
- ・ テレビを見ながら、ストレッチをする。
- ・ 家事を積極的にこなす。
- ・ 一日、20分以上は歩く。

3 禁煙をしましょう

4 飲酒は適量で

★年に1回は健診を受けましょう

来年以降も必ず健診を受けて、血糖値などが悪くなっていないかチェックしましょう。

保健事業の内容等について自由に記載

問い合わせ先

受診勧奨フロー図

受診勧奨の方法の検討

- 保険者は、対象者の状態に応じた、受診勧奨の方法を検討する。
- 特に、介入の優先順位が高い者については、医療機関への受診につながるよう可能な限り面接や訪問等による受診勧奨を行うことが望ましい。

受診勧奨

- 手紙の送付、電話、面接、訪問等の方法により行う。
- 受診勧奨台帳等により、実施状況を管理することが望ましい。

2～3か月後

- レセプト等を活用して、受診勧奨後の糖尿病受療歴等を確認する。

受診なし

※継続して受診勧奨を行う

再度受診勧奨を行う

- 2回目以降の受診勧奨について
 - ・1回目と別の方法で受診勧奨を行う。
 - 例：1回目→手紙、2回目→電話

ポイント

- ☆対象者が医療機関受診に対する意識を高められるよう工夫する。
- ☆対象者から聞き取りにより、医療機関受診を阻害する要因を把握した上で、対象者に共感を示しながら支援する。

受診あり

受診後のフォロー

- 必要に応じて情報提供や、かかりつけ医と連携した保健指導につなげる。

保健指導フロー図

指導前

- ・保険者又はかかりつけ医は、対象者へプログラムの案内を行い、参加意向を確認し、対象者から「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書（様式1）」を取得する。
- ・かかりつけ医は「糖尿病性腎症保健指導指示書（様式2）」を作成し、保険者宛てに提出する。

指導開始

初回面談

○目標設定

- ・生活習慣のアセスメント（食事、運動、生活リズム、口腔衛生等）
- ・生活習慣及び医療機関受診状況を踏まえ、生活習慣改善に向けて行動目標を設定

○かかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導を行う。

血糖・血圧のコントロールの必要性、禁煙、適量飲酒

※必要に応じ、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3）」により、かかりつけ医に報告。

1～5か月間

電話、面談による支援

○治療状況の確認

- ・検査データ、身体症状、定期的な受診行動について、JADEC連携手帳を活用して把握

○行動目標の改善状況の確認、評価

○継続的な自己管理のための励まし

※月1回程度の支援を基本とするが、支援方法や頻度については対象者及び保険者の実情に応じて柔軟に対応。

※個別の保健指導に限らず、保険者による保健事業（集団指導等）による指導も可能。

※必要に応じ、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3）」により、かかりつけ医に報告。

6か月後

最終面談

○治療状況の確認

- ・検査データ、身体症状、定期的な受診行動について、JADEC連携手帳を活用して把握

○行動目標の取組の振り返り、評価

○継続的に自己管理するためのアドバイス

指導終了

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3）」により、かかりつけ医に報告

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

年 月 日

(保 険 者 名) 様

フリガナ

氏 名

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6か月程度であり、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
- 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をご記入ください。

医療機関名

糖尿病性腎症保健指導指示書

年 月 日

(保険者名) 様

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 氏 名

印

※太枠は必須項目です。

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女 ・ その他
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
住 所		電話番号	() —
傷 病 名 (該当するものに○を つけてください)	☐ 2型糖尿病 ☐ 糖尿病性腎症 (期) ☐ 糖尿病性網膜症 ☐ 糖尿病性神経障害 ☐ その他 ()		
家 族 歴	糖尿病の家族歴 (無 ・ 有 ・ 不明)		
保健指導の内容	☐ 糖尿病治療ガイドに準ずる (※高齢者糖尿病治療ガイドを含む) ☐ その他 ()		

※ここから下は、可能な範囲で御記入ください。

保健指導における 具体的な指示事項	目 標 体 重 : _____ kg (現在 _____ kg) 指示エネルギー : _____ kcal/日 塩 分 制 限 : 無 ・ 有 (6 g 未満 ・ その他 _____ g) たんぱく質制限 : 無 ・ 有 (30g ・ 40g ・ 50g ・ その他 _____ g) カリウム制限 : 無 ・ 有 (1,500mg ・ その他 _____ mg) そ の 他 : ()				
	☐ 生活習慣改善が困難である ☐ 治療が中断しがちである ☐ その他 ()				
直近の検査データ (検査日 年 月 日) ※結果コピー添付可	血糖 (空腹時・随時) mg/dl	HbA1c %	eGFR ml/分/1.73 m ²	アルブミン 尿 mg/gCr	血圧 / mmHg
服 薬	無 ・ 有 (薬剤名 :)				

糖尿病性腎症保健指導実施（経過・終了）報告書

年 月 日

医療機関名

医 師 氏 名

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。

フリガナ 患者氏名	(男 ・ 女 ・ その他)	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
住 所		
保健指導実施日	(延べ指導回数 回)	
<対象者の状況（基礎状況や課題等）>		
<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	電話番号	担当者名

保健指導記録様式

様式 4

対象者氏名 年齢： 歳 性別：男・女・その他 腎症病期： 期

指導日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
指導者													
直近データ	体重	kg			kg			kg			kg		
	BMI	kg/m ²			kg/m ²			kg/m ²			kg/m ²		
	空腹時血糖	mg/dl			mg/dl			mg/dl			mg/dl		
	HbA1c	%			%			%			%		
	eGFR	ml/分/1.73m ²			ml/分/1.73m ²			ml/分/1.73m ²			ml/分/1.73m ²		
指導内容													
目標													
備考													

**栃木県糖尿病重症化予防プログラムにおける
糖尿病性腎症保健指導指示書作成料に係る標準的な事務の取扱について**

平成 29 年 6 月
栃木県保険者協議会

1. 趣旨

栃木県糖尿病重症化予防プログラム（平成 28 年 12 月策定）では、かかりつけ医が作成した「（様式 2）糖尿病性腎症保健指導指示書」に基づき、保険者が保健指導を実施することとしています。かかりつけ医及び保険者の事務の円滑化と軽減に資するため、次のとおり、かかりつけ医が当該指示書を作成した際の料金やその支払い方法等の標準化を図ることとしました。

なお、医療保険者と医療機関の間で料金等について特段の定めをしている場合は、この取扱によらないこととします。

2. 標準的な指示書作成料金

糖尿病性腎症保健指導指示書 1 件当たり 2,500 円（税別）

※診療報酬の情報提供料 250 点を参考に、栃木県保険者協議会において
設定

3. 標準的な指示書作成料の請求・支払事務の取扱い

（1）指示書作成料の請求（かかりつけ医→医療保険者）

【請求書作成時の留意事項】

- ① 保健指導対象者の医療保険者ごとに請求書を作成
- ② 住所、医療機関名、請求額、口座振込先等、必要事項を記入の上、代表者印を押印

【請求書（指示書含む）送付時の留意事項】

- ① 「（様式 2）糖尿病性腎症保健指導指示書」及び「指示書作成対象者の保険証の写し（コピー）」に「栃木県糖尿病重症化予防プログラムに係る糖尿病性腎症保健指導指示書作成料請求書（別添様式）」を添えて、保健指導対象者の医療保険者へ提出。

なお、指示書には個人情報が含まれるため、信書便等による送付方法を推奨する。

- ② 請求書の送付先情報（医療保険者の名称、住所、電話番号等）は、「栃木県国民健康保険団体連合会ホームページ（栃木県保険者協議会ページ）」に公表する。

＜公表する情報のイメージ＞

○栃木県糖尿病重症化予防プログラムに基づく保健指導を実施する保険者の情報

医療保険者名	住所	所管部署	電話番号	保健指導開始年月
〇〇〇〇〇〇	□□□□□□	〇〇部●●課	●●●-●●●-●●●●	平成 29 年 4 月より
△△△△△△	▲▲▲▲▲▲	〇〇課●●グループ	▼▼▼-▼▼▼-▼▼▼▼	平成 29 年 10 月より

(2) 指示書作成料の支払（医療保険者一かかりつけ医）

- ① 各医療保険者は、かかりつけ医から送付された「指示書」及び「請求書」を受領し、内容を確認する。
- ② 各医療保険者は、請求月の翌月末までに、指示書作成料金を指定口座へ振込む。

4. その他

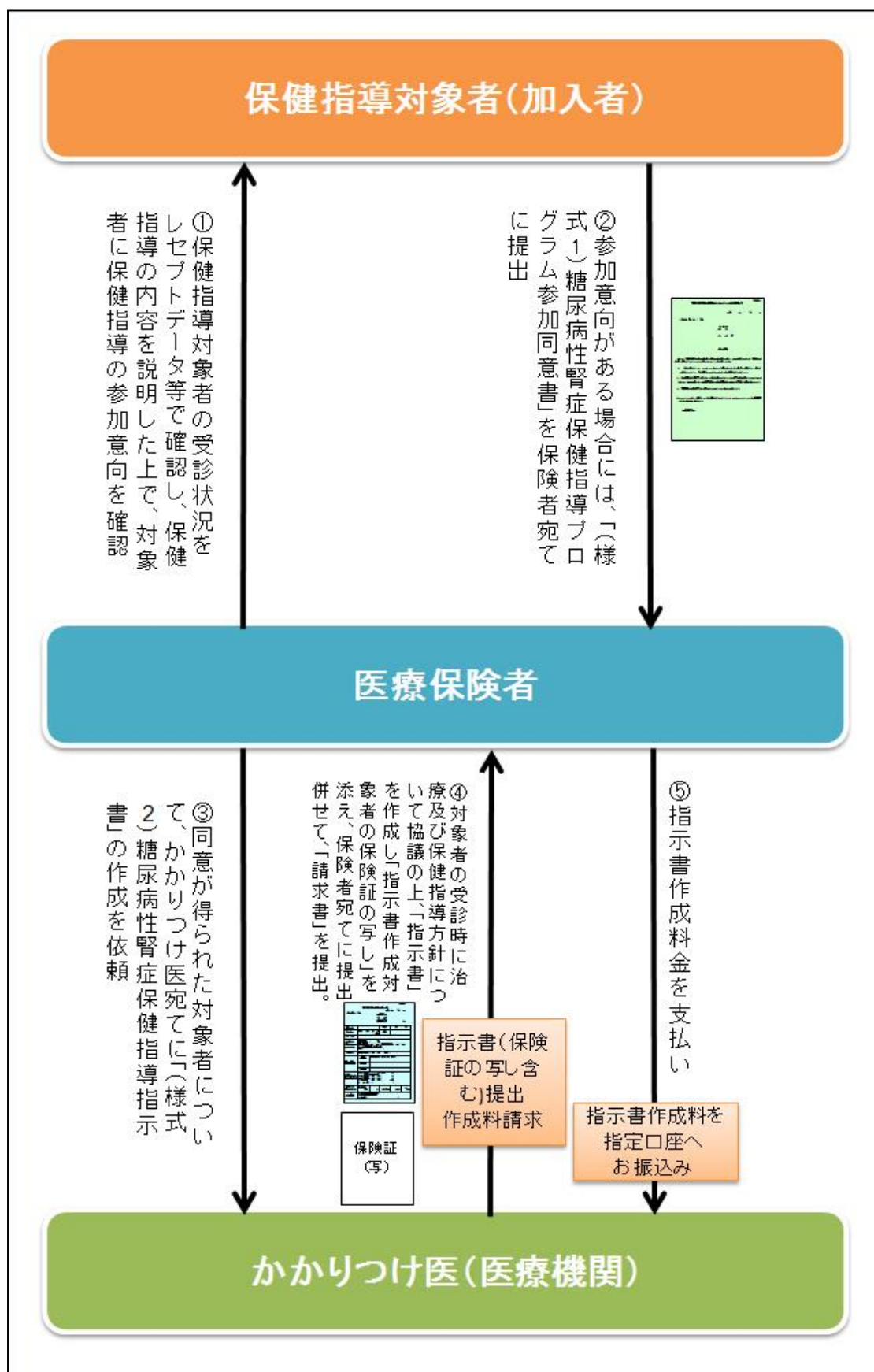
上記事務に係る以下の様式は、栃木県国民健康保険団体連合会（栃木県保険者協議会ページ）のホームページからダウンロード可能。

URL <http://www.tochigi-kokuho.jp/> ⇒ 「栃木県保険者協議会」

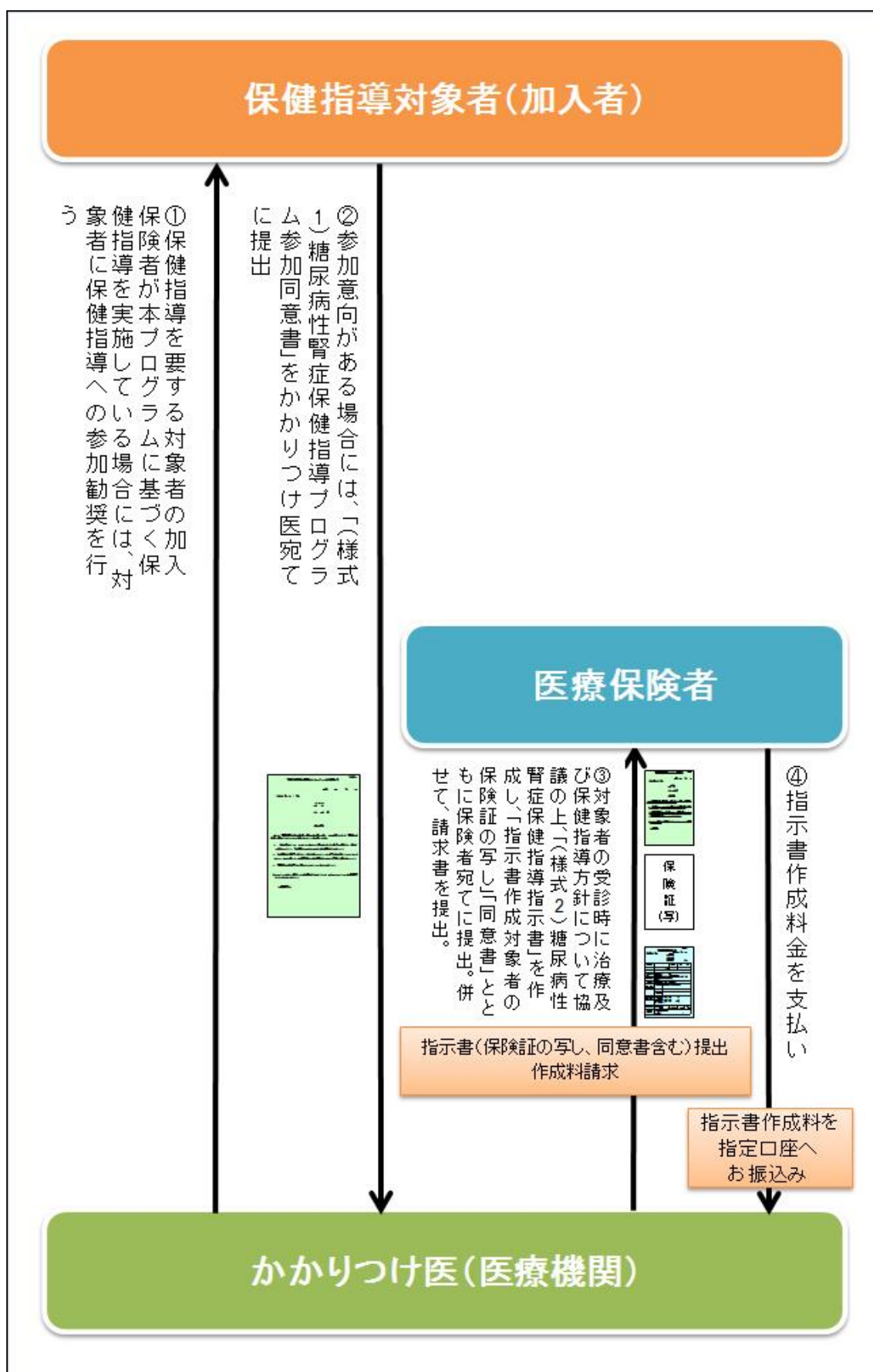
【様式】

- ・（様式 1）糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書
- ・（様式 2）糖尿病性腎症保健指導指示書
- ・（様 式）糖尿病性腎症保健指導指示書作成料請求書

【参考】糖尿病性腎症保健指導指示書作成の標準的な事務フロー
 ＜保険者が対象者を抽出する場合＞



<医療機関が対象者を抽出する場合>



栃木県糖尿病重症化予防プログラムに係る
糖尿病性腎症保健指導指示書作成料請求書

年 月 日

(医療保険者名)

(代表者名) 殿

(保険者番号 : (保険者番号))

住所

医療機関番号

医療機関名

代表者

印

連絡先

() -

下記のとおり請求します。

年 月請求分

件数 (①)	件
指示書作成料単価 1件当たり2,500円 (税別) (②)	2,500 円
請求額 (①×②×消費税(1.1))	0 円

※消費税額及び地方消費税額を含む

【口座振込先】

金 融 機 関 名	
支 店 等 名	
預 金 種 目	
口 座 番 号	
フリガナ	
口座名義人	

栃木県糖尿病重症化予防プログラムに係る糖尿病性腎症保健指導指示書作成料請求書 記載要領及び注意事項

栃木県糖尿病重症化予防プログラムに係る
糖尿病性腎症保健指導指示書作成料請求書

(記載例)

(医療保険者名)

(代表者名) 殿

(保険者番号： (保険者番号))

年 月 日

請求書を作成した年月日を記入

住所

医療機関番号

医療機関名

代表者

連絡先

プルダウンメニューより、医療保険者名を選択

※医療保険者名を選択することで、自動的に代表者名と保険者番号が表示

住所・医療機関番号・医療機関名・代表者・捺印・連絡先の確認

下記のとおり請求します。

令和 年 月 請求分

請求年月を記入

例：医療保険者に5月に請求する場合は「〇〇年5月」と記載

件数 (①)	件
指示書作成料単価 1件当たり2,500円 (税別)	2,500 円
請求額 (①×②×消費税(1.1))	0 円

作成した指示書の件数を記入

※消費税額及び地方消費税額を含む

【口座振込先】

金融機関名	
支店等名	
預金種目	
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

件数(①)、1件当たり単価(②)及び消費税(1.1)を乗じた合計金額

※件数を入力すると、請求額欄は自動計算

指示書作成料の振込先口座情報を記入

※「預金種目」欄は、プルダウンメニュー(普通・当座・その他)より選択

※請求書の様式変更(行・列の追加等)は行わないでください。

※電子データでの作成にご協力をお願いします。

なお、紙に直接記入される場合は、鉛筆以外(ボールペン等)でお願いします。