

# 山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム

平成28年12月20日制定

平成29年12月20日一部改定

平成31年3月14日一部改定

令和3年3月24日一部改定

山形県医師会  
山形県糖尿病対策推進会議  
山形県保険者協議会  
山形県

## 1 趣旨

本県における透析患者数は増加傾向にあり、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、「健康やまがた安心プラン」に定める目標値を上回る数で推移している。

糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく低下させる。また、糖尿病性腎症による透析導入は、生活の質と医療経済への影響が大きいことから、腎不全、透析への移行等、重症化を予防することが重要である。

このようななか、山形県医師会、山形県糖尿病対策推進会議、山形県保険者協議会及び山形県は、県内の各保険者等による糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防に向けた取組みを更に推進するため、協働で本プログラムを策定する。

## 2 基本的考え方

### (1) 目的

糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)（以下「糖尿病等」という）が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者等について、保険者等関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病等で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、かかりつけ医の判断により保健指導対象者を選定し、保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。

### (2) 本プログラムの性格

本プログラムは、保険者と医療機関が連携して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、各保険者における取組内容については、実情に応じて柔軟に対応することが可能であり、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) 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、関係者は次の役割分担を念

頭に、密接に連携して対応することとする。

① 市町村及び保険者の役割

市町村及び各保険者は、被保険者について、特定健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の健康問題を分析し、地域の実情や取組の優先順位を考慮して対策を立案・実施し、事業評価を行うものとする。

② 県の役割

県は、山形県医師会、山形県糖尿病対策推進会議等と連携し、県内における糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防対策の体制構築を推進するとともに、山形県糖尿病等対策検討会を開催し、情報共有、対策に関する検討を行う。

また、保険者の取組状況を把握し、事業の取組が円滑に実施できるよう支援する。

③ 山形県医師会の役割

山形県医師会は、本プログラムを郡市地区医師会、会員等に周知するなど、保険者による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や保険者との連携体制の構築に向けた協力を行う。

④ 山形県糖尿病対策推進会議の役割

山形県糖尿病対策推進会議は、本プログラムに基づき実施される取組について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、指導・助言するなど協力を行う。

⑤ 山形県保険者協議会の役割

山形県保険者協議会は、本プログラムを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などを開催し、事業の円滑な実施に協力する。

⑥ 山形県国民健康保険団体連合会の役割

山形県国民健康保険団体連合会は、市町村国保等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行う。

### 3 対象者の抽出基準

#### (1) 医療機関未受診者

健康診査データから次の①又は②に該当する者を抽出した上で、レセプトデータの照合等により受診を確認できなかった者とする。

① 次のアに該当し、かつイ又はウのいずれかに該当する者

ア 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又はHbA1c6.5%以上

イ eGFR 60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満

ウ 尿蛋白 陽性(+) 以上

② eGFR 45ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の者

## (2) 治療中断者

レセプトデータから糖尿病による診療歴のある患者で最終の受診から6か月を経過しても受診した記録がない者を抽出する。

## (3) 重症化のリスクが高い糖尿病及び慢性腎臓病の患者

現在、糖尿病等の治療中の患者で、重症化のリスクが高い者の中から、保健指導が必要と医師が判断した者とする。

## (4) 留意点

後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行がみられ、個人差が大きい。個人の状況に合わせて、QOL維持・向上、要介護状態への移行防止等を含めた包括的な対応が必要になる。

また、健康診査が未受診でかつ1年以上医療機関を受診していない者についての状況確認及び健康診査の受診勧奨も重要である。

## 4 介入方法

### (1) 医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨

保険者は「3 対象者の抽出基準」(1)～(2)で抽出された者に対して、個別に受診勧奨を行う。

受診勧奨の方法(手紙送付、電話、個別面談等)は、対象者の状態に応じて検討する。

医療機関との連携にあたっては、「健康診査受診勧奨値該当者〔糖尿病・慢性腎臓病〕結果連絡票及び健康診査受診勧奨値該当者〔糖尿病・慢性腎臓病〕診察結果回報書(別紙3)」(以下「結果連絡票・回報書」という。)を活用するなど、情報共有を図る。

受診勧奨後、医療機関の受診等に結びついたか否かを医療機関からの回報書又はレセプトデータ等により確認するとともに、必要に応じて再勧奨を実施する。

### (2) 保健指導

保険者は、「3 対象者の抽出基準」で抽出された者に対して、必要な保健指導を行う。

保健指導の方法(電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等)は、対象者の状態に応じて検討する。

保健指導は、原則として保健師・管理栄養士等の専門職がかかりつけ医等と連携し、以下の内容について行う。

- ・受診状況確認、受診継続指導
- ・医師の指示に基づく食事や運動等生活習慣に関する指導
- ・血糖や血圧等のコントロールの確認、適切な服薬指導
- ・禁煙、適量飲酒、口腔ケア等の生活指導

・効果的な行動変容、実現可能性を考慮した目標の設定と自己管理の実施状況の把握

※腎症病期分類、対象者抽出の考え方、受診勧奨・保健指導の流れ、病期に応じた保健指導等の内容例は図表1～5を参照。

かかりつけ医が、保険者・市町村等による保健指導が必要であると認められた場合には、「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導依頼書(別紙4)」(以下「依頼書」という。)により保険者に依頼する。この際「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業における情報提供同意書(別紙5)」(以下「同意書」という。)により、本人の同意を得ることとする。

保険者は、対象者が保健指導を希望する場合に、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防連絡票(別紙7)」を活用し、かかりつけ医に保健指導の指示を依頼する。この際、「同意書」により本人の同意を得ることとする。

なお、対象者が同意を撤回する場合は、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業における情報提供同意撤回書(別紙6)」の活用などにより行うものとする。

保健指導を実施した保険者・市町村等は、指導結果について「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導報告書(別紙8)」(以下「報告書」という。)によりかかりつけ医に報告する。

### (3) かかりつけ医及びかかりつけ歯科医との連携

保険者は、受診勧奨及び保健指導について、かかりつけ医との連携を図ることとする。

また、保健指導の中では、歯周病及び歯の喪失等、歯・口腔のリスクに係る判定に基づき指導を行うと共に、かかりつけ歯科医との連携を図ることに留意する。かかりつけ歯科医がない場合には、かかりつけ医から紹介してもらおう等、かかりつけ歯科医をもつように助言する。

## 5 かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病合併症の発症予防及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防には、対象者の病状や病態に応じて、かかりつけ医と専門医の間で十分な連携をとり、患者が受診を継続することが必要である。

### (1) 糖尿病専門医に紹介が必要な場合

「かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準(別紙1)」等を参考にすること。

### (2) 腎臓専門医に紹介が必要な場合

「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(別紙2)」等を参考にすること。

連携にあたっては、「診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）患者紹介用）（別紙9）」及び「診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）患者逆紹介用）（別紙10）」等を活用し、情報共有を図る。

## 6 事業評価

保険者は、事業についてストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（実施量）、アウトカム（効果）の視点を用いて評価を行う（図表6を参照）。

評価にあたっては、「結果連絡票・回報書」の状況を把握するとともに、健康診査データ、レセプトデータ及び国保データベース（KDB）システム等を活用するほか、「糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）精密検査結果成績表（別紙11）」により状況を確認する。

また、医療機関から「依頼書」が発行された対象者に関して、保健指導を継続する間は年1回、保健指導を終了した場合は概ね1年後に「糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防事業患者情報提供依頼書（別紙12）」により医療機関から情報提供を受け、対象者の受診状況やその後の検査結果等を把握し、評価する。

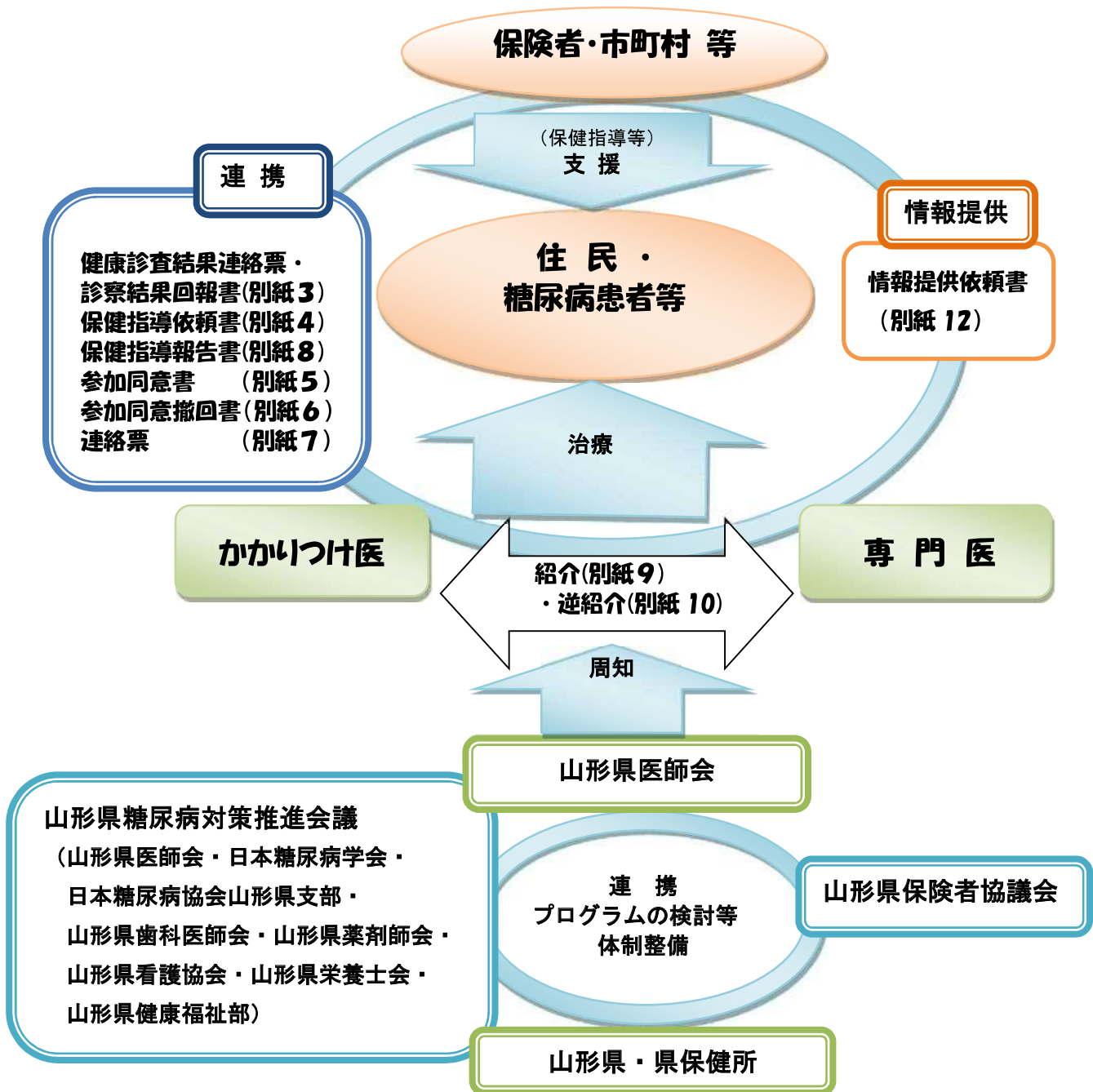
山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム  
図、様式、図表一覧

図 関係機関の役割と連携

- 別紙 1 かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準
  - 別紙 2 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
  - 別紙 3 健康診査受診勧奨値該当者結果連絡票及び健康診査受診勧奨値該当者  
診察結果回報書
  - 別紙 4 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導依頼書
  - 別紙 5 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防事業における情報提供同意  
書
  - 別紙 6 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防事業における情報提供同意  
撤回書
  - 別紙 7 山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防連絡票
  - 別紙 8 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導報告書
  - 別紙 9 診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)患者紹介用）
  - 別紙 10 診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)患者逆紹介用）
  - 別紙 11 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)精密検査結果成績表
  - 別紙 12 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業患者情報提供依頼書
- 
- 図表 1 糖尿病性腎症病期分類（改訂）
  - 図表 2 健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方
  - 図表 3 糖尿病性腎症プログラム対象者に対する受診勧奨、保健指導の流れ
  - 図表 4 糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例
  - 図表 5 健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例（検査値別）
  - 図表 6 自治体が行う事業評価（例）

図

### 関係機関の役割と連携



かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準

平成 30 年 7 月 12 日付健発 0712 第 1 号 厚生労働省健康局長通知

「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」について より抜粋

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準（作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会）  
～主に糖尿病治療ガイドより～ 平成30年2月27日に日本糖尿病学会および日本腎臓学会HPに公開

1. 血糖コントロール改善・治療調整

○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次次に血糖コントロール状態が悪化した場合（血糖コントロール目標※1）が達成できない状態が3か月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検査を含めて、紹介が望ましい。

※1. 血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

- 新たな治療の導入（血糖降下薬の選択など）に悩む場合。
- 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合（1型糖尿病等）。
- 低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
- 妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
- 感染症が合併している場合。

2. 教育入院

- 食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合（特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する）。

3. 慢性合併症

- 慢性合併症（網膜症、腎症（※2）、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合。
- 上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。  
※2. 腎機能低下やタンパク尿（アルブミン尿）がある場合は“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”を参照のこと。

4. 急性合併症

- 糖尿病ケトアシドーシスの場合（直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る）。
- ケトン体陰性でも高血糖（300mg/dl以上）で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合（高血糖高浸透圧症候群の可能性が高いため速やかに紹介することが望ましい）。

5. 手術

- 待機手術の場合（患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる）。
- 緊急手術の場合（手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる）。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。2



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

平成30年7月12日付健発0712第1号 厚生労働省健康局長通知

「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」について より抜粋

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

(作成:日本腎臓学会、監修:日本医師会) 平成30年2月27日に日本腎臓学会および日本糖尿病学会HPに公開

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (十～)
		0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL分/ 1.73m <sup>2</sup> )	正常または高値	≥90	血尿→なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導、診療継続	紹介
	正常または軽度低下	60～89	血尿→なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導、診療継続	紹介
	軽度～中等度低下	45～59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導、診療継続	紹介
	中等度～高度低下	30～44	紹介	紹介
	高度低下	15～29	紹介	紹介
G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。  
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
  - 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
    - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合
    - ② 糖尿病合併症(網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合
    - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。



## 糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) 保健指導依頼書

年 月 日

保健指導担当者 殿

医療機関名

主治医

以下のとおり保健指導を依頼します。

電話番号

## ○患者の基本情報

(ふりがな)	( )	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)	男・女
患者氏名				
住 所		電話番号		職業
医療保険	1 国保 2 後期 3 その他	保険者番号		記号・番号
罹病期間	約 年 ( 年 発症・発見 )			
診 断 名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (2型・1型・その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 ( 期) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 (腎硬化症・糸球体腎炎・その他) (重症度分類: ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 ( ) <input type="checkbox"/> その他合併症 ( )			
保健指導 依頼内容	<input type="checkbox"/> 生活状況 (環境、食事、運動等) の把握 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 衛生管理 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉サービス等に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

○患者の現在の数値等：下記の情報は、わかる範囲でご記入して下さるようお願いいたします。

(検査結果(※1)は検査データのコピー、治療薬(※2)は処方箋のコピーでも差支えありません。)

身体状況	身長_____cm 体重_____kg 血圧_____ / _____mmHg
家族歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (糖尿病親族_____)(腎臓病親族_____)
検査結果 (※1)	_____年 _____月 _____日実施 HbA1c _____% 血糖値(空腹時・随時) _____mg/dl 総蛋白 _____g/dl アルブミン _____g/dl BUN _____mg/dl Crea _____mg/dl 尿酸値 _____mg/dl Na _____mEq/l K _____mEq/l Cl _____mEq/l Ca _____mg/dl P _____mg/dl eGFR _____ml/分/1.73m <sup>2</sup> 尿蛋白 _____g/gCre 総コレステロール _____mg/dl LDLコレステロール _____mg/dl HDLコレステロール _____mg/dl 中性脂肪 _____mg/dl AST _____IU/l ALT _____IU/l $\gamma$ GTP _____IU/l
治療内容	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 服薬治療 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・食事療法： <input type="checkbox"/> 1日摂取量 ( ) kcal <input type="checkbox"/> 塩分制限 ( ) g <input type="checkbox"/> 蛋白制限 ( ) g <input type="checkbox"/> カリウム制限 ( ) mg <input type="checkbox"/> リン制限 <input type="checkbox"/> 水分制限 ( ) ml <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・運動療法： <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 日常生活動作程度 <input type="checkbox"/> 歩行・その他( )を週____回 ・治療薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (※2)
連絡事項	(本人の病気に対する受け止め方等) 次回受診予定日： _____月 _____日

・別紙5 (糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業における情報提供同意書)により、保健指導対象者の同意を得ていただき、同意書の写しを添付して下さるようお願いいたします。

## 糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) の 重症化予防事業における情報提供同意書

糖尿病や慢性腎臓病は、症状がほとんどありませんが、全身に合併症を引き起こす病気です。適切な治療や生活習慣の見直しをしなければ徐々に腎臓の働きが悪くなり、人工透析になることもあります。人工透析になると、生活が著しく制限されることとなります。

そこで、糖尿病合併症や慢性腎臓病の進行をくい止め、人工透析にならないようにするには血糖値を良くすることに加えて、禁煙や減塩、食事や運動などの生活習慣の改善、適正な体重・血圧・コレステロール値の維持が重要です。

山形県では山形県医師会等と連携し、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラム」を策定し、糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化を予防する事業に取り組んでいます。市町村等(保険者)と医療機関等が協力し、皆で患者さんの合併症の進行を防ぐための支援を行っていく取り組みです。

本日説明を受け、本事業における情報提供に同意することにより、関係者間による情報共有と治療法の検討、それに応じた療養指導の提供や市町村等の保健師・管理栄養士等による在宅訪問等を行ってまいります。

是非、ご理解をいただき、本事業における情報提供の同意をお願いいたします。

この情報提供に同意すると、以下のことが行われます。

- あなたの生活改善に向けた保健指導を、医療機関と市町村等が共同で行います。
- 適切な支援を行うためあなたの治療や検査値(市町村等が実施する健康診断結果を含む)についての情報を、関係機関(かかりつけの医療機関、市町村等、県、大学等研究機関)で共有いたします。
- あなたの個人情報、個人情報保護法が適用され、適切に保護されます。
- 事業の成果は、個人が特定できない方法で報告、または学術集会等で発表される場合があります。
- 同意されなくても、あなたの診断や治療に不利益になることは全くありません。
- この同意は、あなたが不利益を受けることなく、同意後いつでも撤回ができます。

**留意事項**：この同意書は、原本を説明者が保管し、同意者はコピーを保管してください。

### 説明を受けた方

上記の内容に同意します。

年 月 日

氏名(ご署名) \_\_\_\_\_

### 説明者

年 月 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の 重症化予防事業における情報提供同意撤回書

この度、私は、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防事業における情報提供」に同意しましたが、その同意を撤回します。

年 月 日

氏名(ご署名) \_\_\_\_\_

### 留意事項

- ・ 情報提供の同意を撤回したい場合は、上記の氏名欄にご署名をお願いします。
- ・ 同意の撤回は、この撤回書によるものだけではなく、電話でも受け付けます。その場合は、下記の連絡先又は「情報提供同意書」に記載された説明者の電話番号にご連絡ください。
- ・ この同意撤回書は、複写(コピー)をし、原本は説明者が保管し、同意者はコピーを保管してください。
- ・ 説明者は、保健指導を依頼した担当者に、同意の撤回についてご連絡くださるようお願いいたします。

### 説明者連絡先

所 属 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防

連 絡 票

年 月 日

主 治 医 様

医療保険者名 \_\_\_\_\_

（医療保険者名）では、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム」に沿い、糖尿病及び慢性腎臓病重症化の予防に取り組んでいます。

つきましては、下記の方が （医療保険者名） による保健指導を希望されておりますので、保健指導にあたって主治医からの指示をいただきたいと思っております。本人の了解を得ておりますので、別添の様式（別紙4）にご記入いただき、同封の封筒でご返送くださいますようお願いいたします。

「山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム」は山形県医師会、山形県糖尿病対策推進会議及び山形県保険者協議会並びに山形県の4者連名で作成しているものですので、本取り組みへの御協力をお願いいたします。

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ 先生 侍史

ご紹介いただきました下記の方の保健（栄養）指導を実施しましたので報告します。

実施機関名 \_\_\_\_\_

指導担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(ふりがな)	( )	生年月日	年 月 日	男・女
患者氏名		(年齢)	( 歳)	
住 所		電話番号		
保健指導 実施日	年 月 日	指導対象	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ	
指導にあつ ての問診情報	<家族背景>  <就業状況> <input type="checkbox"/> 就業あり（仕事内容： ） <input type="checkbox"/> 就業なし（家庭での役割： ）  <1日の生活の流れ> 0時                  6時                  12時                  18時                  24時  <食事> ・食事時間 朝食 時（分間） 昼食 時（分間） 夕食 時（分間） ・家庭での主な調理担当者（本人・妻・夫・子・その他 ） ・外食、惣菜利用（ 回/週） ・偏食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に ） ・間食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に ） ・嗜好品 喫煙： 本/日 飲酒： 合/日（ 回/週） ・その他（ ）  <定期的な運動> <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施（具体的な内容 ） <その他>			
指 導 内 容				
今後の方針	<input type="checkbox"/> 終了（本人の希望があれば相談に応じていく） <input type="checkbox"/> 継続指導予定（ か月後） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
連絡事項				

診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）患者紹介用）

紹介先医療機関名

先生 侍史

年 月 日

紹介元医療機関名

電話番号

医師氏名

患者氏名	性別	男・女
患者住所	電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	職業
医療保険	1 国保 2 後期 3 その他	保険者番号
		記号・番号

傷病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病（2型・1型・その他） <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症（ 期） <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病（腎硬化症・糸球体腎炎・その他（ ）・不明）ステージ分類（G A ） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患（ ） <input type="checkbox"/> その他合併症（ ）
紹介目的	糖尿病腎症又は慢性腎臓病の精査・加療の依頼
家族歴	家族歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（糖尿病親族：_____）（腎臓病親族：_____）
生活歴	喫煙歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（_____本_____年_____現在の喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）
身体状況	飲酒歴 <input type="checkbox"/> なし（含機会飲酒） <input type="checkbox"/> あり（主に_____量_____ml・合 週_____回） 身長_____cm 体重_____kg 血圧_____/_____mmHg 末梢神経障害： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 糖尿病網膜症： <input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非増殖（軽度・中等度・重度） <input type="checkbox"/> 増殖 <input type="checkbox"/> 黄斑浮腫
症状経過	発症： 年 月 頃 初診： 年 月 日

検査結果（※1） 別紙ご参照ください

総蛋白\_\_\_\_\_g/dl Alb\_\_\_\_\_g/dl BUN\_\_\_\_\_mg/dl Crea\_\_\_\_\_mg/dl  
 尿酸値\_\_\_\_\_mg/dl Na\_\_\_\_\_mEq/l K\_\_\_\_\_mEq/l Cl\_\_\_\_\_mEq/l Ca\_\_\_\_\_mg/dl P\_\_\_\_\_mg/dl  
 尿定性（蛋白\_\_\_\_\_糖\_\_\_\_\_潜血\_\_\_\_\_）尿 Alb\_\_\_\_\_mg/gCre 尿 Crea\_\_\_\_\_mg/dl 尿 Na\_\_\_\_\_mEq/l  
 尿沈渣（RBC\_\_\_\_\_/HPF WBC\_\_\_\_\_/HPF 上皮細胞\_\_\_\_\_/HPF 結晶\_\_\_\_\_/HPF 円柱\_\_\_\_\_/HPF）  
 総コレステロール\_\_\_\_\_mg/dl LDL-C\_\_\_\_\_mg/dl HDL-C\_\_\_\_\_mg/dl 中性脂肪\_\_\_\_\_mg/dl  
 AST\_\_\_\_\_IU/l ALT\_\_\_\_\_IU/l  $\gamma$ GPT\_\_\_\_\_IU/l 血糖値（空腹時・随時）\_\_\_\_\_mg/dl  
 RBC\_\_\_\_\_/ml Hb\_\_\_\_\_g/dl Ht\_\_\_\_\_％

検査日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HbA1c (%)						
eGFR (ml/m <sup>1.73</sup> m <sup>2</sup> )						
尿蛋白 (g/gCr)						
尿潜血						

治療経過

食事療法 なし カロリー制限：\_\_\_\_\_kcal/日 塩分制限：\_\_\_\_\_g/日  
蛋白制限：\_\_\_\_\_g/日 カリウム制限：\_\_\_\_\_mg/日 リン制限  
 運動療法 なし 日常生活動作程度 歩行・その他（\_\_\_\_\_）を週\_\_\_\_\_回  
 禁煙指導 なし あり 禁酒指導 なし あり

現在の処方（※2） 別紙ご参照ください

治療薬 なし あり

備考

上記情報は、わかる範囲でご記入して下さるようお願いいたします。  
 検査結果（※1）は検査データのコピー、現在の処方（※2）は、処方箋のコピーでも差支えありません。



## 診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)患者逆紹介用）

紹介先医療機関名

先生 侍史

年 月 日

紹介元医療機関名

電話番号

医師氏名

患者氏名	性別 男・女
患者住所	電話番号
生年月日	年 月 日 ( 歳) 職業
医療保険	1 国保 2 後期 3 その他 保険者番号 記号・番号

傷病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病（2型・1型・その他） <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症（ 期） <input type="checkbox"/> 糖尿病末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症（ ） <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病（腎硬化症・糸球体腎炎・その他（ ）・不明）ステージ分類（G A ） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患（ ） <input type="checkbox"/> その他合併症（ ）
紹介目的	今後の治療継続の依頼
家族歴 生活歴	家族歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（糖尿病親族：_____）（腎臓病親族：_____） 喫煙歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（_____本_____年_____現在の喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり） 飲酒歴 <input type="checkbox"/> なし(含機会飲酒) <input type="checkbox"/> あり（主に_____量_____ml・合 週_____回）
症状経過	発症： 年 月頃 初診： 年 月 日

検査結果（※1） 別紙ご参照ください

総蛋白\_\_\_\_\_g/dl Alb\_\_\_\_\_g/dl BUN\_\_\_\_\_mg/dl Crea\_\_\_\_\_mg/dl  
 尿酸値\_\_\_\_\_mg/dl Na\_\_\_\_\_mEq/l K\_\_\_\_\_mEq/l Cl\_\_\_\_\_mEq/l Ca\_\_\_\_\_mg/dl P\_\_\_\_\_mg/dl  
 尿定性（蛋白\_\_\_\_\_糖\_\_\_\_\_潜血\_\_\_\_\_）尿 Alb\_\_\_\_\_mg/gCre 尿 Crea\_\_\_\_\_mg/dl 尿 Na\_\_\_\_\_mEq/l  
 総コレステロール\_\_\_\_\_mg/dl LDL-C\_\_\_\_\_mg/dl HDL-C\_\_\_\_\_mg/dl 中性脂肪\_\_\_\_\_mg/dl  
 AST IU/l ALT IU/l  $\gamma$ GPT IU/ 血糖値(空腹時・随時)\_\_\_\_\_mg/dl

検査日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HbA1c (%)						
eGFR (ml/m <sup>1.73</sup> m <sup>2</sup> )						
尿蛋白(g/gCr)						
尿潜血						

治療経過

食事療法 なし カロリー制限：\_\_\_\_\_kcal/日 塩分制限：\_\_\_\_\_g/日  
蛋白制限：\_\_\_\_\_g/日 カリウム制限：\_\_\_\_\_mg/日 リン制限  
 運動療法 なし 日常生活動作程度 歩行・その他( )を週\_\_\_\_\_回  
 禁煙指導 なし あり 禁酒指導 なし あり

現在の処方（※2） 別紙ご参照ください

治療薬 なし あり

今後の方針

当院とかかりつけ医(貴院)との併診( 月毎・次回 月 日再診)  
かかりつけ医(貴院)で経過観察をお願いします

備考(血糖測定器・穿刺器具の種類等)

上記情報は、わかる範囲でご記入くださるようお願いいたします。  
 検査結果(※1)は検査データのコピー、現在の処方(※2)は、処方箋のコピーでも差支えありません。

## 別紙11

## 年度 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD) 精密検査結果成績表

区 分		一次検診		精 密 検 査 結 果												
		A	B	B/A	診断名 (延べ数)						患者への指示等					
					1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
結果 連絡票 交付者数  (人)	回報書 受理者数  (人)	率  (%)	異常なし	腎性糖尿	糖尿病	胃切後高血糖	慢性腎臓病	その他	異常なし	要治療 (薬 物)	要治療 (食 事・運 動療 法)	更に精密検査	経過観察	その他		
男	39歳以下															
	40～44歳															
	45～49歳															
	50～54歳															
	55～59歳															
	60～64歳															
	65～69歳															
	70～74歳															
	75～79歳															
	80歳以上															
小計(40歳以上)	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		
計	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		
女	39歳以下															
	40～44歳															
	45～49歳															
	50～54歳															
	55～59歳															
	60～64歳															
	65～69歳															
	70～74歳															
	75～79歳															
	80歳以上															
小計(40歳以上)	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		
計	0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		

## 糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) 重症化予防事業 患者情報提供依頼書

年 月 日

先生 侍史

担当

以下の患者の情報提供をお願い致します。

電話番号

(ふりがな)	( )	生年月日	年 月 日	男・女					
患者氏名									
検査結果 (※1)	検査日	保健指導前		保健指導後					
		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	身長 (cm)								
	体重 (Kg)								
	血圧 (mmHg)								
	HbA1c (%)								
	eGFR (ml/m/1.73 m <sup>2</sup> )								
	Cre (mg/dl)								
	尿 Alb (mg/gCr)								
	尿蛋白 (g/gCr)								
	尿 Cre (g/dl)								
	尿 Na (mmol/l)								
最終 治療内容 (※2)	禁煙指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (喫煙状況 ) 食事療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> カロリー制限: _____kcal/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限: _____g/日 <input type="checkbox"/> 蛋白制限: _____g/日 <input type="checkbox"/> カリウム制限: _____mg/日 <input type="checkbox"/> コレステロール制限: _____mg/日 運動療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 日常生活動作程度 <input type="checkbox"/> 歩行・その他( )を週____回 糖尿病治療薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 慢性腎臓病治療薬 (含降圧薬) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他疾患治療薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
連絡事項									

上記情報は、わかる範囲でご記入して下さるようお願い致します。

検査結果(※1)は検査データのコピー、治療内容(※2)の治療薬は処方箋のコピーでも差支えありません。

図表 1～6

平成 31 年 4 月 25 日付保発 0424 第 2 号 厚生労働省保険局長通知  
「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の改定について より抜粋

<図表 1：糖尿病性腎症病期分類（改訂）>

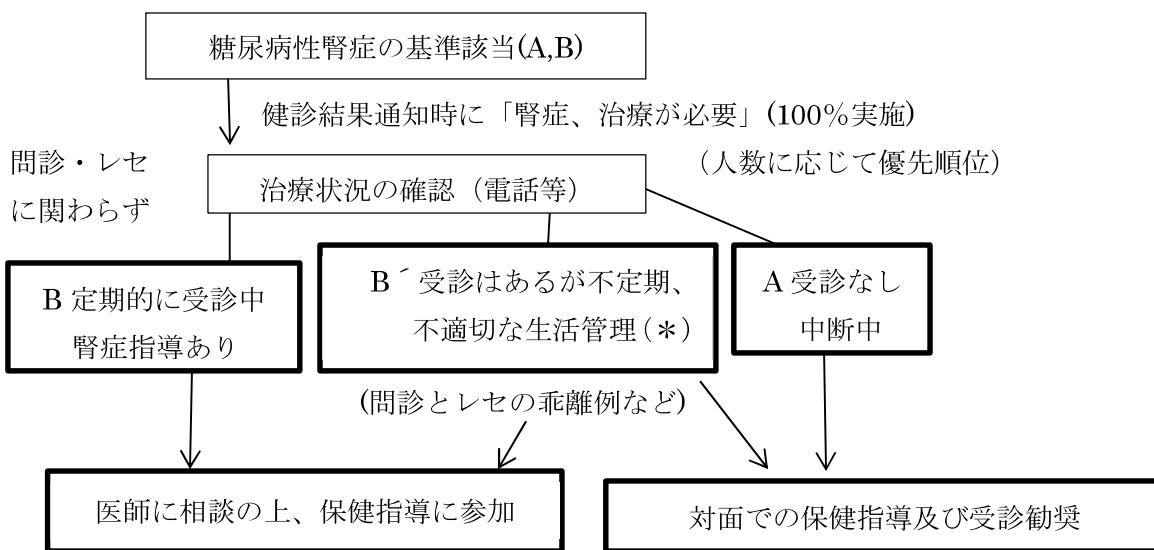
	病 期	尿アルブミン値 (mg/ gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (e GFR) (ml/分/1.73 m <sup>2</sup> )
	第 1 期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30 以上
医療機関で診断	第 2 期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299)	30 以上
健診で把握可能	第 3 期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性尿蛋白 (0.5 以上)	30 以上
Cr 測定国保等	第 4 期 (腎不全期)	問わない	30 未満
	第 5 期 (透析療法期)	透析療法中	

<図表 2：健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方>

レセプトなし	健診受診者 レセプトなし	健診未受診者 レセプトなし (検査情報なし)	受診勧奨の対象者 (必要時継続的な 保健指導)
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">C 糖尿病基準該当 +受診なし</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">A 糖尿病性腎症 +受診なし</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">E 過去に糖尿病治療歴あり 現在治療中断</div>	
レセプトあり	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">B 糖尿病性腎症 +受診あり</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">D 糖尿病治療中 尿アルブミン、尿蛋白 eGFR 有所見かつ医師の推薦あり</div>	医療機関と連携した 継続的な保健指導の 対象者
	健診受診者 レセプトあり	健診未受診者 レセプトあり (検査情報なし)	
	健診受診	健診未受診	

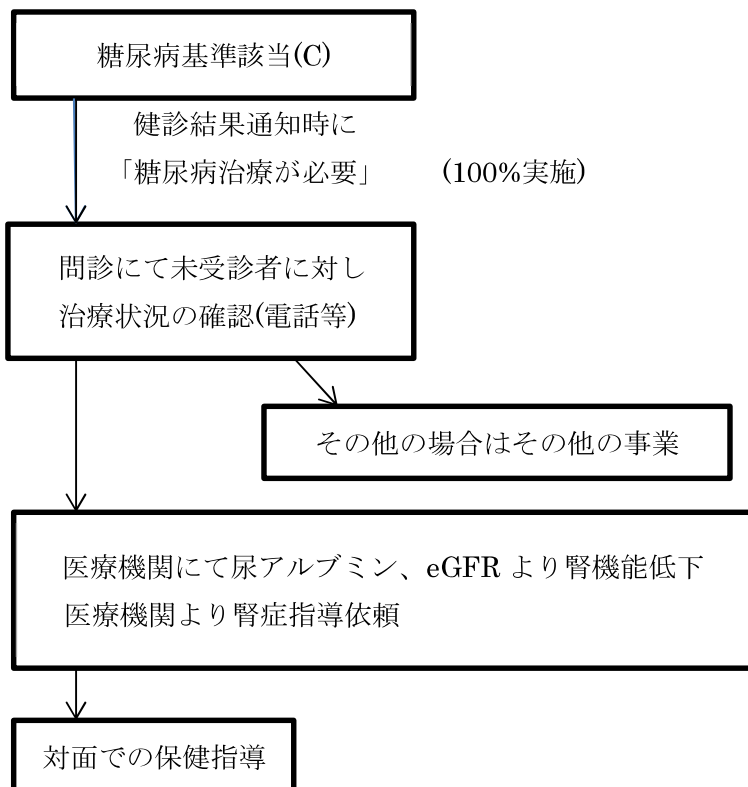
<図表 3 : 糖尿病性腎症プログラム対象者に対する受診勧奨、保健指導の流れ>

【健診から把握した糖尿病性腎症（受診なし A、受診あり B）】

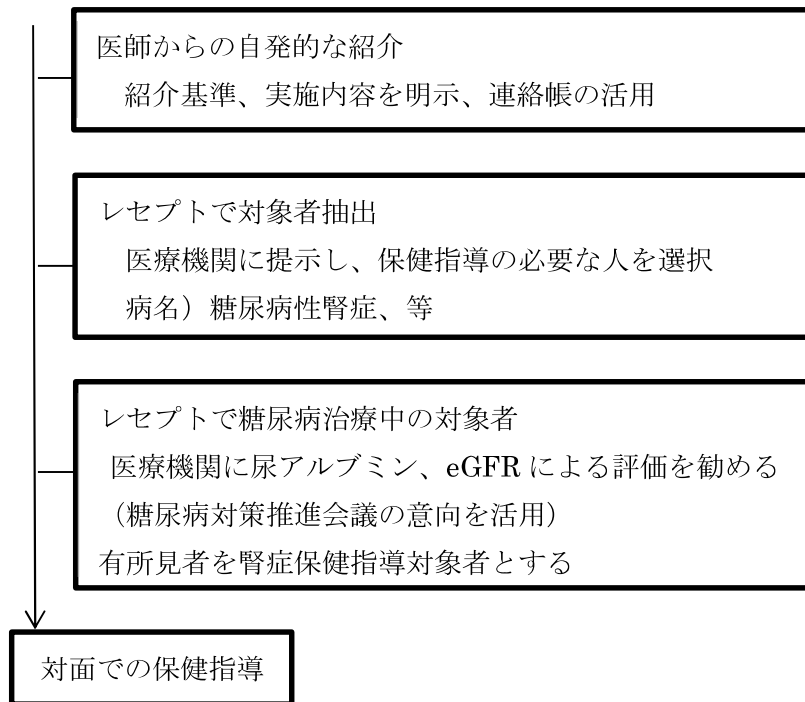


- \* ・自身の糖尿病コントロール状況(HbA1c 値等)を知らない ・自身の腎機能の状態を知らない
- ・腎症の治療を受けているが、本人が腎症であることを認識していない
- ・腎機能を守るために必要な生活管理の方法を知らない

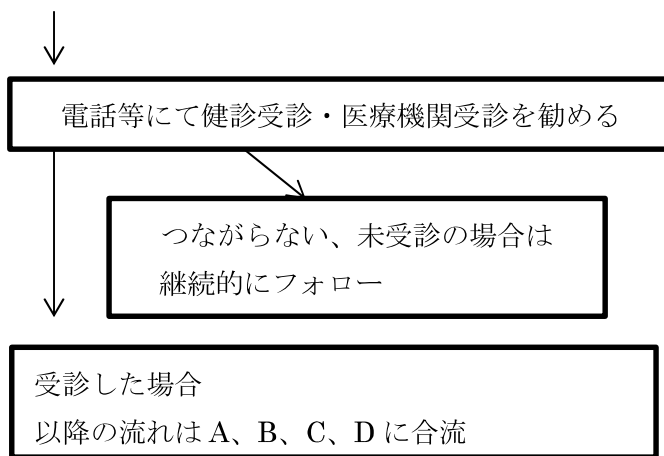
【健診から把握した糖尿病該当者（受診なし C）】



【医療機関やレセプトから把握された糖尿病治療中（D）】



【過去に糖尿病治療歴あり、現在治療中断（E）】



<図表 4：糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例>

	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点	評価
第1 ～2期	糖尿病※1 かつ 尿蛋白 (±)以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	HbA1c、血圧の程度に応じた対応 第1期では糖尿病管理、第2期ではそれに加え腎症改善に重点を置いた指導	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 第2期:保健指導紹介	第1、2期の区別は健診だけではできない eGFR45 m L/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満の場合、対応優先	行動変容 血圧、血糖、脂質、BMI、喫煙
第3期	糖尿病※1 かつ 尿蛋白 (+)以上	顕性腎症 腎機能低下防止	受診勧奨※2 と受診状況の確認 医師と連携した保健指導 減塩、減酒等の食生活改善、禁煙、肥満者では減量、身体活動の維持	Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 血糖、血圧管理 網膜症等合併症検査 腎排泄性薬剤の見直し 保健指導の留意点指示 腎臓専門医への紹介を考慮する	他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 100%対応できることを目指す	受療状況 生活習慣 血糖、血圧、脂質、喫煙、腎機能
第4期	糖尿病※1 かつ eGFR30ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 未満	透析直前期 透析導入時期の延伸	強力な受診勧奨※2 と受診確認、治療中断防止※3	血圧・血糖管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介	心不全、脳卒中ハイリスク Cr 測定しなければ病期確認できない	受診につながった割合

※1 空腹時血糖 126mg/dl または HbA1c6.5%以上または過去の糖尿病の履歴（薬剤服用等）

※2 未治療者への対応

※3 医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる。

<図表5：健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例（検査値別）>

		対応不要 レベル	情報提供レベル	受診勧奨 (集団対応レベル)	医療機関連携・個別対応レベル	
検査値 の目安	HbA1c	HbA1c<5.6	5.6≦HbA1c<6.5	6.5≦HbA1c<7.0	7.0≦HbA1c<8.5	8.5≦HbA1c
	糖尿病※1 の場合 の血圧※2		120≦SBP※5<130 または 85≦DBP※6<90	130≦SBP<140 85≦DBP<90	140≦SBP<160 90≦DBP<100	160≦SBP 100≦DBP
	糖尿病※1 の場合 の尿蛋白			(±) 尿アルブミン測定 を推奨	(+)	(2+)
情報提供	パンフ・資料提供※3	検査の見方・健康管理等 →		糖尿病に関する情報	腎症、合併症予防等 ※4	
受診勧奨 (未治療・中断 中の場合)	はがき・受療行動確認			結果表につけて 受診勧奨	レセプトで 受診確認	
	電話(受診勧奨、 確認)				電話で受診勧奨	電話で受診勧奨 受診確認
	保健指導型 受診勧奨				個別面談	個別面談、訪問 電話フォロー
保健指導 (生活習慣改善 指導)	動機付け支援型 対面保健指導		結果説明会	糖尿病を対象とした 集団教室(単発型)、個別面談	個別面談、訪問	個別面談、 訪問 受診確認
	積極的支援型 継続的保健指導		生活習慣病予防教室等	集団教室(継続型) 個別面談	個別面談・訪問・ 電話等による支援	継続的支援＋ 受診確認

※1：空腹時血糖≧126mg/dl、またはHbA1c≧6.5%、または糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用  
 ※2：75歳以上では10mmHg高い設定とする  
 ※3：eGFR<30は腎不全期に相当するため本表の適応範囲ではない ※4：矢印の太さは必要性  
 ※5：SBPは収縮期血圧 ※6：DBPは拡張期血圧

<図表6：自治体が行う事業評価（例）>

<p><b>【ストラクチャー評価】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施体制が構築できたか</li> <li>・課題分析結果に基づき、対象と目的、方法が決定できたか</li> <li>・関係者間での理解が得られ、連携体制が構築できたか</li> <li>・予算、マンパワー、教材の準備</li> <li>・保健指導者の研修</li> <li>・運営マニュアル等の整備</li> <li>・健診・医療データの集約方法</li> </ul> <p><b>【プロセス評価】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スケジュール調整</li> <li>・対象者の抽出、データ登録ができたか</li> </ul>	<p><b>【アウトプット評価】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・抽出された対象者の何%に受診勧奨、保健指導ができたか</li> <li>・地区、性・年代別に偏りはなにか</li> </ul> <p><b>【アウトカム評価】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診につながった割合</li> <li>・行動変容</li> <li>・保健指導介入例のデータ変化(個人・集団)</li> <li>・血圧・血糖(HbA1c)、脂質、体重</li> <li>・喫煙、生活習慣</li> <li>・尿蛋白、尿アルブミン、クレアチニン、eGFR低下率、クレアチニン2倍化速度、腎症病期、透析新規導入率</li> <li>・心血管イベントの発症</li> <li>・服薬状況</li> <li>・生活機能QOL等</li> </ul> <p><b>【費用対効果】</b></p> <p>事業にかかる費用と効果</p>
<p>医療保険者としてのマクロ的評価 (KDBの活用)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規透析導入患者</li> <li>・糖尿病性腎症病期、未治療率</li> <li>・HbA1c 8.0%以上の未治療者</li> <li>・健診受診率・医療費推移 等</li> </ul>	



# 「山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム」運用マニュアル

## 1 概要

本プログラムは、実施可能な体制が整った保険者から実施するものとし、既に実施している取組みを否定するものではない。保険者では既に本プログラム以上に丁寧な方法で実施しているところもあると思われるが、そのような保険者についても足並みをそろえて実施することを求めるものではない。様式についても参考に示したものであり、各団体の実情に応じて使用するものとする。

## 2 各種様式の取扱い

### (1) 健康診査受診勧奨値該当者[糖尿病・慢性腎臓病]結果連絡票及び健康診査受診勧奨値該当者[糖尿病・慢性腎臓病]診察結果回報書(別紙3)

健康診査実施機関が、実施主体である保険者からの依頼により、受診勧奨値に該当した者について作成する。回報書については往復葉書に印刷し、あらかじめ送付先を印刷しておくことが望ましい。

各保険者は受診勧奨対象者に医療機関への受診を勧める時、連絡票及び回報書を受診先の医療機関に提出することを説明する。

医療機関では対象者が受診した場合、その結果を記載し、速やかに回報書を保険者に返信する。

### (2) 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導依頼書(別紙4)

かかりつけ医が保険者・市町村等による保健指導が必要であると認めた場合には「糖尿病保健指導依頼書」(別紙4)により保険者・市町村等に依頼する。保険者が不明又は、県内に拠点のない保険者については県保健所に送付するものとする。

保健所が受理した場合は、該当保険者又は市町村と対応を検討し、対象者に必要な指導が行われるよう支援する。

### (3) 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防事業における情報提供同意書(別紙5)、同意撤回書(別紙6)

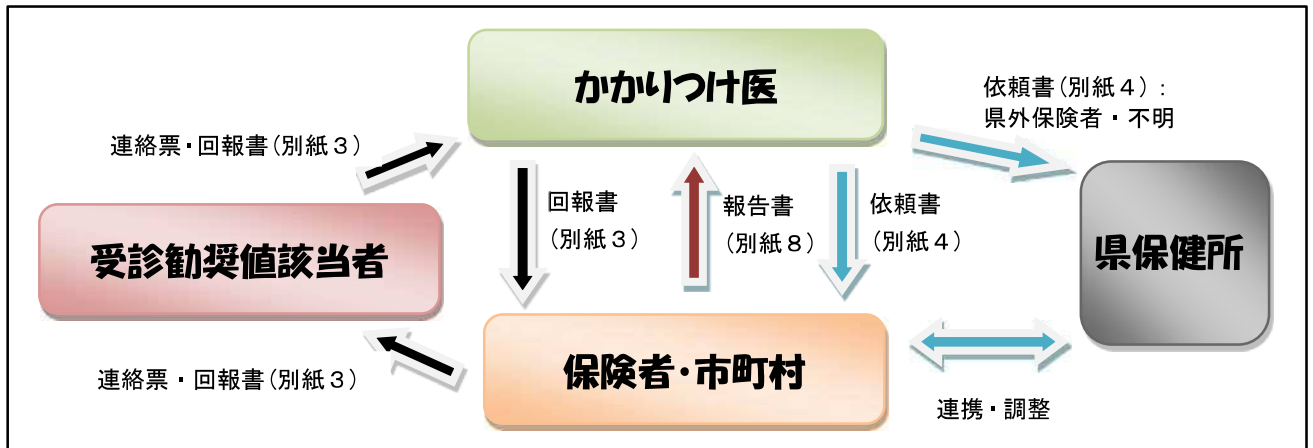
かかりつけ医が、保険者等に別紙4により保健指導を依頼する際、また、保険者等が別紙7によりかかりつけ医に保健指導の指示を依頼する際、別紙5の「同意書」により同意を得ることとする。

### (4) 山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防連絡票(別紙7)

対象者が保健指導を希望する場合など、主治医からの指示を依頼する場合、必要に応じて活用するものとする。

### (5) 糖尿病保健指導報告書(別紙8)

保険者・市町村等は指導した結果を、「糖尿病保健指導報告書」(別紙8)に記載し、速やかにかかりつけ医に回答する。



### (6) 糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）精密検査結果成績表（別紙11）

事業評価に活用するため、受診勧奨値に該当した者の受診状況（受診結果）について、回報書により確認する。

#### ①対象者

各市町村で実施する各種健康診査（特定健診、若年者健診、高齢者健診、人間ドック等）において、受診勧奨（精密検査該当）となったものを集計対象とする。

また、山形県後期高齢者医療広域連合より各市町村へ情報提供される「山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラムに基づく健診結果報告書及び回報書結果等の情報提供」の内容を基に、後期高齢者分も含めて集計する。

#### ②各項目の数値の記入

- ・ A（結果連絡票交付者数）：該当年度の交付者数
- ・ B（回報書受理者数）：該当年度の交付者の回報書受理者数
- ・ 診断名（延べ数）：1～6の該当する欄に全て数を記入
- ・ 患者への指導等：実数で記入する。回報書に複数記入がある場合は、2 要治療（薬物）、3 要治療（食事・運動療法）、4 更に精密検査、5 経過観察、6 その他の順に、先に該当する欄1か所に記入する。また、要治療の内訳がない場合は、2 要治療（薬物）に記入し、治療中の場合は、6 その他に記入する。

### (7) 糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防事業 患者情報提供依頼書（別紙12）

保健指導を実施した対象者の受診状況やその後の検査結果等を把握し、保健事業の評価に活用する。

#### ①対象者

医療機関から「保健指導依頼書（別紙4）」が発行された者

#### ②依頼する時期

保健指導を継続する間は年1回、保健指導を終了した場合は概ね1年後とする。

#### ③提供を受ける内容

検査結果（検査データのコピーで代用可能）、治療内容（治療薬は処方箋のコピーで代用可能）、連絡事項等可能な範囲とする。

県内医療保険者 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム連絡先一覧

令和4年4月1日現在

名 称	保険者番号	〒	住 所	電 話	メールアドレス
全国健康保険協会山形支部	01060011	990-8587	山形市幸町18-20 JA山形市本店ビル5階	023 629-7235	非公開
国保関係	市町村国民健康保険	00060012 ~00060822	※ 別シート ※ 生活保護も市町村へ(保険者番号12060018~12062915)		
	山形県医師国民健康 保険組合	00063016	990-0828	山形市双葉町二丁目4 番38号 双葉中央ビル3 階	023 646-5631 yikokuho@beige.plala.or.jp
	山形県歯科医師国民 健康保険組合	00063024	990-0031	山形市十日町2-4-35	023 632-8016 keishikokuho@keishi.org
	山形県建設国民健康 保険組合	00063032	990-0821	山形市北町3-1-7	023 666-7727 info@yamaken-kokuho.or.jp
健康 保険 組合	山形銀行健康保険組 合	06060073	990-8642	山形市旅籠町2-2-31	023 634-7066 ygkenpohealth@diary.ocn.ne.jp
	きらやか健康保険組合	06060115	990-8611	山形市旅籠町3-2-3	023 625-8702 s-kenpo@fancy.ocn.ne.jp
	山形県自動車販売健 康保険組合	06060131	990-2432	山形市荒楯町1-8-5	023 632-1464 yjkh@juno.ocn.ne.jp
	フィディア健康保険組 合	06060149	990-0033	山形市諏訪町一丁目2 番2号	023 674-8643 fideakenpo@bb-town.jp
共 済 組 合	地方職員共済組合山 形県支部	32060113	990-8570	山形市松波2-8-1(総務 厚生課内)	023 630-3307 ykosei@pref.yamagata.jp
	山形縣市町村職員共 済組合	32060410	990-0023	山形市松波4-1-15(自 治会館内)	023 622-6902 hokenka@ctvkyosai-yamagata.or.jp
	警察共済組合山形県 支部	33060013	990-8577	山形市松波2-8-1(山形 県警察本部厚生課内)	023 642-5755 ptadato@pref.yamagata.jp
	公立学校共済組合山 形支部	34060012	990-8570	山形市松波2-8-1(教育 庁福利課内)	023 630-2882 yfukuri@pref.yamagata.jp
山形県後期高齢者医療広域 連合	39062013 ~39064613	991-0041	寒河江市大字寒河江字 久保6	0237 84-7100 info@yamagata-kouiki.jp	

市町村及び保健所 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム担当課一覧

令和4年4月1日現在

名称	担当課名	〒	住所	TEL	メールアドレス
山形市	健康増進課	990-8580	山形市城南町一丁目1-1	023-616-7272	kenko@city.yamagata-yamagata.lg.jp
寒河江市	健康福祉課	991-0021	寒河江市中央2-2-1 ハートフルセンター内	0237-85-0973	kenkou@city.sagae.yamagata.jp
上山市	健康推進課	999-3192	上山市河崎1-1-10	023-672-1111	kenkousuishin@city.kaminoyama.yamagata.jp
村山市	保健課	995-8666	村山市中央1-3-6	0237-55-2111	hoken@city.murayama.lg.jp
天童市	健康課	994-0047	天童市駅西5-2-2	023-652-0884	kenkou@city.tendo.yamagata.jp
東根市	子育て健康課	999-3796	東根市中央1-5-1	0237-43-1155	kenkou@city.higashine.yamagata.jp
尾花沢市	健康増進課	999-4292	尾花沢市若葉町1-2-3	0237-22-1111	kenko@city.obanazawa.lg.jp
山辺町	保健福祉課	990-0323	山辺町大字大塚836-1	023-667-1177	kirari@town.yamanobe.yamagata.jp
中山町	健康福祉課	990-0406	中山町大字柳沢2336-1	023-662-2836	kenkou@town.nakayama.yamagata.jp
河北町	健康福祉課	999-3511	河北町谷地戊81	0237-73-5158	hoken@town.kahoku.yamagata.jp
西川町	健康福祉課	990-0702	西川町大字海味543-8	0237-74-5057	kenko@town.nishikawa.yamagata.jp
朝日町	健康福祉課	990-1442	朝日町大字宮宿1115	0237-67-2116	kenkou2@town.yamagata-asahi.lg.jp
大江町	健康福祉課	990-1101	大江町大字左沢882-1	0237-62-2114	hoken@town.oe.yamagata.jp
大石田町	保健福祉課	999-4112	大石田町緑町1	0237-35-2111	hokeneisei@town.oishida.yamagata.jp
新庄市	健康課	996-8501	新庄市沖の町10-37	0233-29-5791	kenkou@city.shinjo.yamagata.jp
金山町	健康福祉課	999-5402	金山町大字金山324-1	0233-52-2111	hoken@town.kaneyama.yamagata.jp
最上町	健康福祉課	999-6101	最上町大字向町43-1	0233-43-3117	kenko@town.mogami.lg.jp
舟形町	健康福祉課	999-4601	舟形町舟形263	0233-32-0810	haramayu@town.funagata.yamagata.jp
真室川町	福祉課	999-5312	真室川町大字新町469-1	0233-62-3436	fukushi@town.mamurogawa.lg.jp
大蔵村	健康福祉課	996-0212	大蔵村大字清水2528	0233-75-2111	kenkoueisei@vill.ohkura.yamagata.jp
鮭川村	健康福祉課	999-5292	鮭川村大字佐渡2003-7	0233-55-2111	kenkou1@vill.sakegawa.lg.jp
戸沢村	健康福祉課	999-6401	戸沢村大字古口270	0233-72-2364	kenko2@vill.tozawa.yamagata.jp
米沢市	健康課	992-0059	米沢市西大通1-5-60	0238-24-8181	kenko-ka@city.yonezawa.yamagata.jp
長井市	健康スポーツ課	993-8601	長井市栄町1番1号	0238-82-8009	kenko@city.nagai.lg.jp
南陽市	すこやか子育て課	999-2292	南陽市三間通436-1	0238-40-1691	sukoyaka4@city.nanyo.yamagata.jp
高畠町	健康長寿課	992-0351	高畠町大字高畠379-1	0238-52-5045	kenko@town.takahata.yamagata.jp
川西町	健康子育て課	999-0193	川西町大字上小松977-1	0238-42-6640	okazakimaki@town.kawanishi.yamagata.jp
小国町	健康福祉課	999-1356	小国町大字あけぼの1-1	0238-61-1000	kenkou@town.oguni.yamagata.jp
白鷹町	健康福祉課	992-0831	白鷹町大字荒砥甲488	0238-86-0210	kenfuku2@so.town.shirataka.yamagata.jp
飯豊町	健康福祉課	999-0604	飯豊町大字樺3654-1	0238-86-2338	i-iryuu@town.iide.yamagata.jp
鶴岡市	健康課	997-0033	鶴岡市泉町5-30	0235-25-2111	kenko@city.tsuruoka.yamagata.jp
酒田市	健康課	998-0036	酒田市船場町2-1-30 (市民健康センター)	0234-24-5733	kenko@city.sakata.lg.jp
庄内町	保健福祉課	999-7781	庄内町余目字町132-1	0234-42-0148	kenkosuishin@town.shonai.lg.jp
三川町	健康福祉課	997-1301	三川町大字横山字西田85	0235-35-7033	kenkou@town.mikawa.yamagata.jp
遊佐町	健康福祉課	999-8301	遊佐町遊佐字南田筋3-1 (遊佐町防災センター内)	0234-72-4111	kenkosien@town.yuza.lg.jp

【参考】

村山保健所	地域健康福祉課	990-0031	山形市十日町1-6-6	023-627-1102	ymurayamachiiki@pref.yamagata.jp
最上保健所	地域健康福祉課	996-0002	新庄市金沢字大道上2034	0233-29-1267	ymogamikenfuku@pref.yamagata.jp
置賜保健所	保健企画課	992-0012	米沢市金池7-1-50	0238-22-3004	yokitamahoken@pref.yamagata.jp
庄内保健所	保健企画課	997-1392	三川町大字横山字袖東19-1	0235-66-5476	yshonaihoken@pref.yamagata.jp