

栃木県糖尿病重症化予防プログラム

平成 28 (2016) 年 12 月
(令和 3 (2021) 年 3 月改定)

栃木県医師会
栃木県保険者協議会
栃木県

目 次

1	プログラムの趣旨	1
2	基本的考え方	1
	(1) プログラムの目的	
	(2) プログラムの性格	
	(3) 取組に当たっての関係者の役割	
	・ 市町の役割	
	・ 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所属の各団体の役割	
	・ 栃木県後期高齢者医療広域連合の役割	
	・ 県の役割	
	・ 栃木県保険者協議会の役割	
	・ 栃木県医師会の役割	
	・ 栃木県国民健康保険団体連合会の役割	
	・ 栃木県糖尿病療養指導士認定機構の役割	
	(4) 取組に当たっての留意点	
	(5) プログラムの見直し	
3	対象者の抽出基準	4
	(1) 情報提供対象者	
	(2) 受診勧奨対象者	
	(3) 保健指導対象者	
4	介入方法	5
	(1) 情報提供	
	(2) 受診勧奨	
	(3) 保健指導	
5	かかりつけ医や専門医等との連携	8
6	実施したプログラムの評価	9
	(1) 評価の目的	
	(2) 評価の方法	
	(3) 評価の活用	
7	個人情報の取扱い	10

－参考様式等－

別紙 1

情報提供用リーフレットひな形	11
----------------	----

別紙 2

受診勧奨フロー図	13
----------	----

別紙 3

保健指導フロー図	14
----------	----

様式 1

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書	15
----------------------	----

様式 2

糖尿病性腎症保健指導指示書	16
---------------	----

様式 3

糖尿病性腎症保健指導実施（経過・終了）報告書	17
------------------------	----

様式 4

保健指導記録様式	18
----------	----

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について	19
--	----

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	21
---------------------------	----

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	23
--	----

関係者連絡先一覧	25
----------	----

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 プログラムの趣旨

本県は平成26年4月に「健康長寿とちぎづくり推進条例」を施行し、「健康長寿日本一とちぎ」の実現を目指して、「オール栃木体制」で生活習慣の改善や社会環境の整備等に取り組んでいる。

一方、本県の糖尿病患者数は増加傾向にあり、食事・運動等の生活習慣が発症・重症化に関わる2型糖尿病（以下「糖尿病」という。）は、病状や病態に応じた治療を受けずに放置すると、網膜症や腎症、神経障害、歯周病等の合併症を引き起こし、患者のQOL（生活の質）を著しく低下させている。

このため、各市町は健康づくり施策、保険者は特定健康診査・特定保健指導等により、生活習慣病対策に取り組んでいるが、医療機関と連携して糖尿病の重症度や医療機関の受診状況等に応じた、より効果的な対策を行うことが課題となっている。

このような中で、栃木県医師会、栃木県保険者協議会及び栃木県は、「糖尿病重症化予防に係る連携協定書」に基づき、県内の保険者が医療機関と連携して糖尿病重症化予防に向けた取組を促進するため、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以外の取組の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」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」に準ずるものとする。

2 基本的考え方

(1) プログラムの目的

県内の保険者が医療機関と連携して、糖尿病の重症度や医療機関の受診状況等に応じて、適切な情報提供、受診勧奨や保健指導を行うことにより、生活習慣の改善や医療機関での治療に結びつけ、糖尿病発症や重症化、人工透析への移行を防止する。

(2) プログラムの性格

本プログラムは、保険者が県内医療機関と連携し、糖尿病重症化予防に向けた取組を進める上での考え方や標準的な取組例を示すものである。

このため、各保険者における運用に当たっては、地域の実情に応じ柔軟に対応することが重要であり、現在各保険者が既に行っている糖尿病発症や重症化、人工透析への移行を防止することを目的とした取組を尊重するものである。

(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ものとする。

(市町の役割)

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関わることから、自治体全体の問題として扱うことが重要である。

国保主管課や健康づくり主管課、高齢者医療主管課等の庁内連携体制を整え、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ものとする。

また、後期高齢者に本プログラムを実施する際は、栃木県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）との連携内容について、十分協議することが必要である。

なお、取組に当たっては、次の①～⑤に留意する。

① 地域における課題の分析と情報共有

各市町は特定健康診査データ（以下「健診データ」という。）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等を分析し、地域の関係団体（郡市医師会、広域健康福祉センター等）とともに問題認識の共有を行う。

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健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。

② 対策の立案

①で明らかになった課題について、取組の優先順位等を考慮し、対策を立案する。

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、保健指導や受診勧奨の内容を総合的に検討する。

③ 対策の実施

②の議論の結果に基づき事業を実施する。

実施に当たっては、栃木県国民健康保険団体連合会による支援を受けることや、民間事業者への委託等についても考慮する。

④ 実施状況の評価

③で実施した事業については、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。

⑤ 人材の資質向上

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コミュニケーション、データによる評価やKDB などについての知識やスキルが必要であることから、人材の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、積極的に研修会等に参加してプログラムに関する知識を得ていく必要がある。

<委託する場合の留意点>

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。

(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。

(栃木県後期高齢者医療広域連合の役割)

栃木県後期高齢者医療広域連合は、自らプログラムを実施するほか、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、保健事業の一体的な取組を実施する。

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、広域連合と市町の役割分担や連携体制を整えるほか、データの閲覧を可能にするなど、実施支援のための情報提供を行う。

(県の役割)

県は、本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、プログラムの取組が円滑に実施できるよう、栃木県糖尿病予防推進協議会を活用し、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プログラムに基づく取組実績の検証に取り組むものとする。

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ものとする。

さらに、保険者の人材育成として研修会等を開催し、糖尿病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。

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。

(栃木県保険者協議会の役割)

栃木県保険者協議会は、本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ものとする。

(栃木県医師会の役割)

栃木県医師会は、本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、各地区のプログラム推進医を決める等の協力をするとともに、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ものとする。

なお、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ター役を担い、地区代表として積極的にプログラムの活用・周知に努めるものとする。

(栃木県国民健康保険団体連合会の役割)

栃木県国民健康保険団体連合会は、KDB システムの活用によるデータ分析・技術支援等を行う。

(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ものとする。

(4) 取組に当たっての留意点

対象者の抽出に当たっては、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)、腎機能の変化 (eGFR 低下速度等) を考慮することが有効と考えられる。該当者数によっては優先順位付けを行うことが望ましい。

また、市町や広域連合においては、国の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ものとする。

(5) プログラムの見直し

糖尿病性腎症重症化予防プログラム (厚生労働省) 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、必要に応じて本プログラムを見直すものとする。

3 対象者の抽出基準

(1) 情報提供対象者

健診データで空腹時血糖 100mg/dl 以上 126mg/dl 未満又は HbA1c5.6%以上 6.5%未満の糖尿病境界域段階に該当する者等、糖尿病予防の啓発が必要と保険者が判断した者。

(2) 受診勧奨対象者

① 未治療者

健診データ及びレセプトデータから次のア及びイに該当するとして、保険者が抽出した者。

ア 健診データ

- ・糖尿病重症化予防段階（空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上又は HbA1c6.5%以上）
- ・糖尿病性腎症重症化予防段階（上記基準に加え、尿蛋白（±）以上又は血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60ml/分/ 1.73 m²未満）

イ レセプトデータ

- ・最近1年間に糖尿病受療歴がない

② 治療中断者

過去の健診データ及びレセプトデータから次に該当するとして、保険者が抽出した者。

過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診データにて空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上若しくは 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における糖尿病受療歴がない者。

(3) 保健指導対象者

① 保険者が抽出する場合

健診データ及びレセプトデータから、次のア及びイに該当する糖尿病性腎症の病期が第2期以上相当の者として保険者が抽出した者。

ア 健診データ

空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上又は HbA1c6.5%以上を満たす者のうち、次のいずれかに該当する者。

- ・尿蛋白（±）以上
- ・血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60ml/分/ 1.73 m²未満

イ レセプトデータ

最近1年間に糖尿病受療歴がある者。

なお、次のいずれかに該当する者は除く。

- ・1型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者
- ・認知機能障害など保健指導の効果が見込めない者
- ・糖尿病透析予防指導管理料及び生活習慣病管理料の算定対象となっている者

② 医療機関が抽出する場合

糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明し、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
- ・専門病院との連携が困難な場合 等

<対象者抽出における留意事項>

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ものとする。

- ・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

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。

4 介入方法

(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）の配付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。

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、3（2）の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、糖尿病性腎症重症化予防段階に該当する対象者には、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、糖尿病性腎症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。

標準的な内容は、次のとおりとする。

① 保健指導の内容

次の内容を原則として、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、複数回行うものとする（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。

<病期に応じた保健指導内容>

【糖尿病性腎症各病期共通】

- ・受診状況確認、受診継続指導
- ・医師の指示に基づく食事・運動指導
- ・禁煙、適量飲酒等の生活指導
- ・血糖・血圧のコントロールの確認
- ・行動変容・自己管理の実施状況確認

【糖尿病性腎症第3期以上】

- ・合併症管理の状況確認
- ・腎排泄性薬剤の確認

② 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。

<保険者が抽出する場合>

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。

<医療機関が抽出する場合>

- ア かかりつけ医は、3(3)②に基づく保健指導を要する対象者の加入保険者が本プログラムに基づく保健指導を実施している場合には、対象者に保健指導への参加勧奨を行う。
- イ 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。
- ウ 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。

③ 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、「糖尿病連携手帳」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。

<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>

本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、P19~24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。

上記3、4に記載した対象者の抽出基準及び介入方法についてまとめると、次のとおりである。

抽出者	段階	抽出基準		介入方法			
		健診データ	レセプトデータ	情報提供	受診勧奨	保健指導	
保 険 者	糖尿病境界域段階	空腹時血糖 100mg/dl 以上 126mg/dl 未満 又は HbA1c5.6%以上 6.5%未満	/	○		※1	
	糖尿病重症化予防段階	空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上又は HbA1c6.5% 以上	最近1年間に糖尿病受療歴がある	○			
			最近1年間に糖尿病受療歴がない				
	糖尿病性腎症重症化予防段階	上記抽出基準を満たす者のうち尿蛋白(±) 以上又は eGFR60ml/分/1.73 m ² 未満	最近1年間に糖尿病受療歴がある	○ ※2	○	○	○ ※3
			最近1年間に糖尿病受療歴がない				
糖尿病治療中断かつ健診未受診	過去に糖尿病治療歴がある、又は過去3年間程度の健診にて空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖 200mg/dl) 以上若しくは 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における糖尿病受療歴がない者			○			
医療機関	糖尿病性腎症重症化予防段階	糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断した者				○	

- ※1 特定健診・特定保健指導の階層化の基準を満たす場合には、特定保健指導を実施する。
- ※2 糖尿病境界域段階以外でも情報提供が必要と判断した場合には、情報提供を実施する。
- ※3 受診勧奨後に糖尿病受療歴が確認された場合には、必要に応じて、かかりつけ医と連携した保健指導につなげる。

5 かかりつけ医や専門医等との連携

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「糖尿病連携手帳」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。

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
<p>【糖尿病専門医】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>【腎臓専門医】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿中アルブミン検査の実施（1年に1回は実施） ・尿アルブミン/尿クレアチニン比300mg/gCr以上 ・eGFR45ml/min/1.73m²以下 (40歳未満は eGFR<60ml/min/1.73m²) <p>【眼科医】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目の症状がある ・この1年間、眼科を受診していない <p>【歯科医】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>【皮膚科医、外科医、神経内科医等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・足病変、神経障害等の症状がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・検査の終了 ・症状が安定 <ul style="list-style-type: none"> ・症状が安定 <ul style="list-style-type: none"> ・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

6 実施したプログラムの評価

保険者は、本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) 評価の目的

事業評価を行う目的は、①より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容を振り返ること、②糖尿病重症化予防の最終目標は新規透析導入抑制であるため、短期・中長期的な評価を継続的に行うことである。

事業の実施状況の把握・分析結果に基づき、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。

(2) 評価の方法

評価は、①ストラクチャー（構造）、②プロセス（過程）、③アウトプット（実施量）、④アウトカム（効果）の視点を用いて行う。

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。

後期高齢者については、国保から後期高齢者医療制度へ移行後も切れ目なく事業評価ができるよう、国保主管課、高齢者医療主管課、広域連合が連携し、体制を整備しておく。

〈評価指標の例〉

①ストラクチャー評価

- ・事業内容（対象の選定、実施方法等）は適切であったか
- ・所属内や関係機関との情報共有や連携体制を構築できたか
- ・必要な予算やマンパワー、研修体制の確保はできたか

②プロセス評価

- ・計画どおりに事業を実施できたか
- ・前年度の評価を活かし事業を展開できたか
- ・予算やマンパワーに合わせ対象者を抽出できたか

③アウトプット評価

- ・情報提供対象者数、うち情報提供実施者数（割合）
- ・受診勧奨対象者数、うち受診勧奨実施者数（割合）
- ・保健指導対象者数及び参加意向者数、うち保健指導実施者数（割合）
- ・保健指導未終了者数（割合）、未終了の理由

④アウトカム評価

<短期的指標（実施前及び実施後（3か月後・6か月後・1年後）>

- ・医療機関受診につながった人数
- ・生活習慣改善意欲及び行動変容（食生活、運動習慣、飲酒、喫煙習慣等）の変化
- ・検査データ（血糖・HbA1c、血圧、脂質、腎機能（尿蛋白、eGFR）等の変化

<中長期的指標（2年～4年後）>

- ・医療機関受診につながった人の受診継続状況、服薬状況、医療費の変化
- ・検査データ（腎症病期、eGFR 低下率）等の変化

<長期的指標：（5年～10年後）>

- ・被保険者一人あたりの医療費（入院・外来）の変化
- ・糖尿病を起因とする年間新規透析導入患者の人数（割合）
- ・心血管イベントの発症、その他糖尿病に関連した合併症の発症状況

(3) 評価の活用

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し、対応策の改善や次年度に向けた事業内容の見直しにつなげる。

7 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が、対象者の抽出や受診勧奨・保健指導、現状の確認等に活用される。

特に、健診データやレセプトデータは、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し、他の個人情報よりも慎重に取り扱う必要があることから、あらかじめ個人情報の取扱いについて整理することが重要である。

なお、国保及び後期高齢者医療に係る個人情報の取扱いについては、厚生労働省の事務連絡において、診療報酬明細書、特定健診等記録を活用し、被保険者のニーズに応じた保健事業を効果的・効率的に実施することは、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）等に基づく保険者の事務（事業）に当たるものと既に整理されており、糖尿病重症化予防を含む保健事業に個人情報を活用することは、医療保険者として法令上通常想定される目的内利用であると整理される。

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 100mg/dl 又は HbA1c 5.6% 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がります。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。

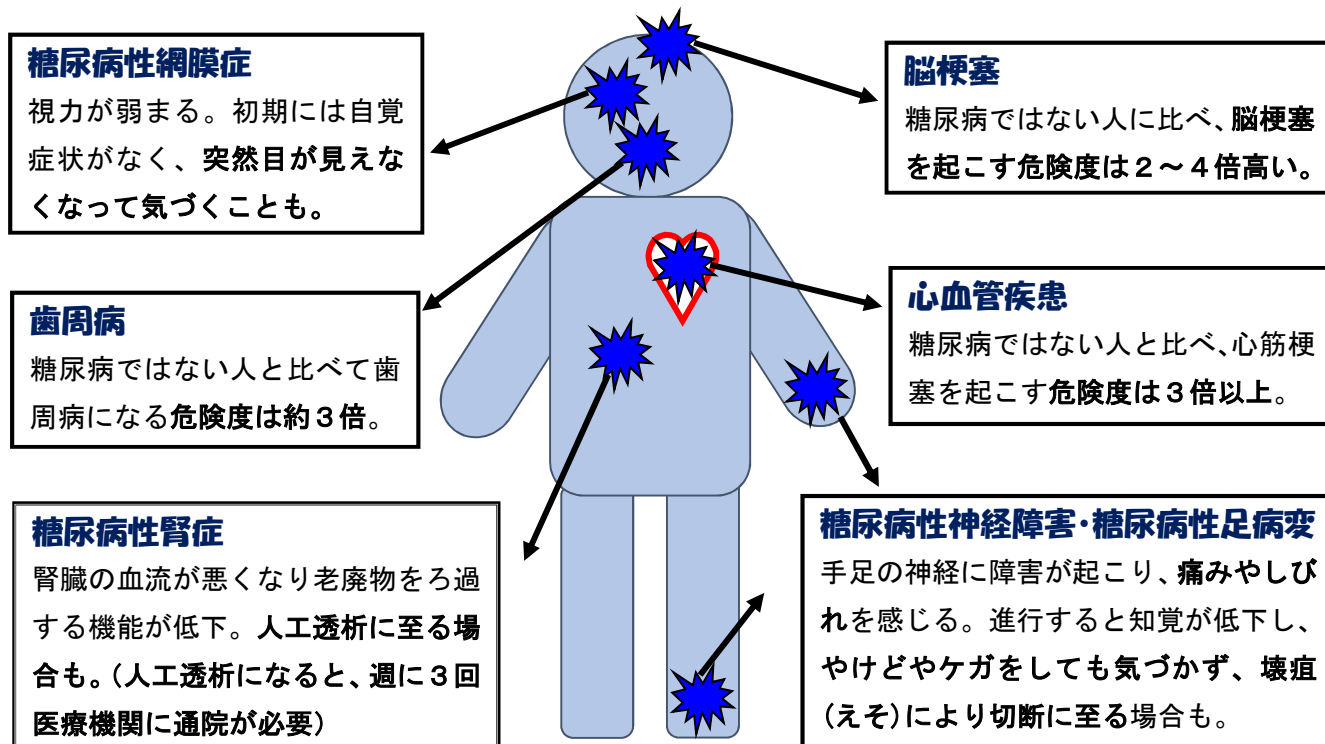
早期発見・早期治療
が重要！

糖尿病になると…？

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5万5千人(平成29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、糖尿病性腎症重症化予防段階の者については、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

受診あり

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。

受診後のフォロー

- 糖尿病性腎症重症化予防段階の者については、必要に応じて、かかりつけ医と連携した保健指導につなげる。
- 糖尿病重症化予防段階の者については、必要に応じて、情報提供を行う。

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、糖尿病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、糖尿病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
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
住 所			
傷 病 名 (該当するものに○を つけてください)	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (期) <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> その他 ()		
家 族 歴	糖尿病の家族歴 (無 ・ 有 ・ 不明)		
保健指導の内容	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 ・ 7 g ・ 8 g ・ その他 _____ g) たんぱく質制限 : 無 ・ 有 (_____ g) カリウム制限 : 無 ・ 有 (_____ mEq) そ の 他 : ()				
	<input type="checkbox"/> 生活習慣改善が困難である <input type="checkbox"/> 治療が中断しがちである <input type="checkbox"/> 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)	
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

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が、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
○○○○○○	□□□□□□	○○部●●課	●●●-●●●-●●●●	平成 29 年 4 月より
△△△△△△	▲▲▲▲▲▲	○○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→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

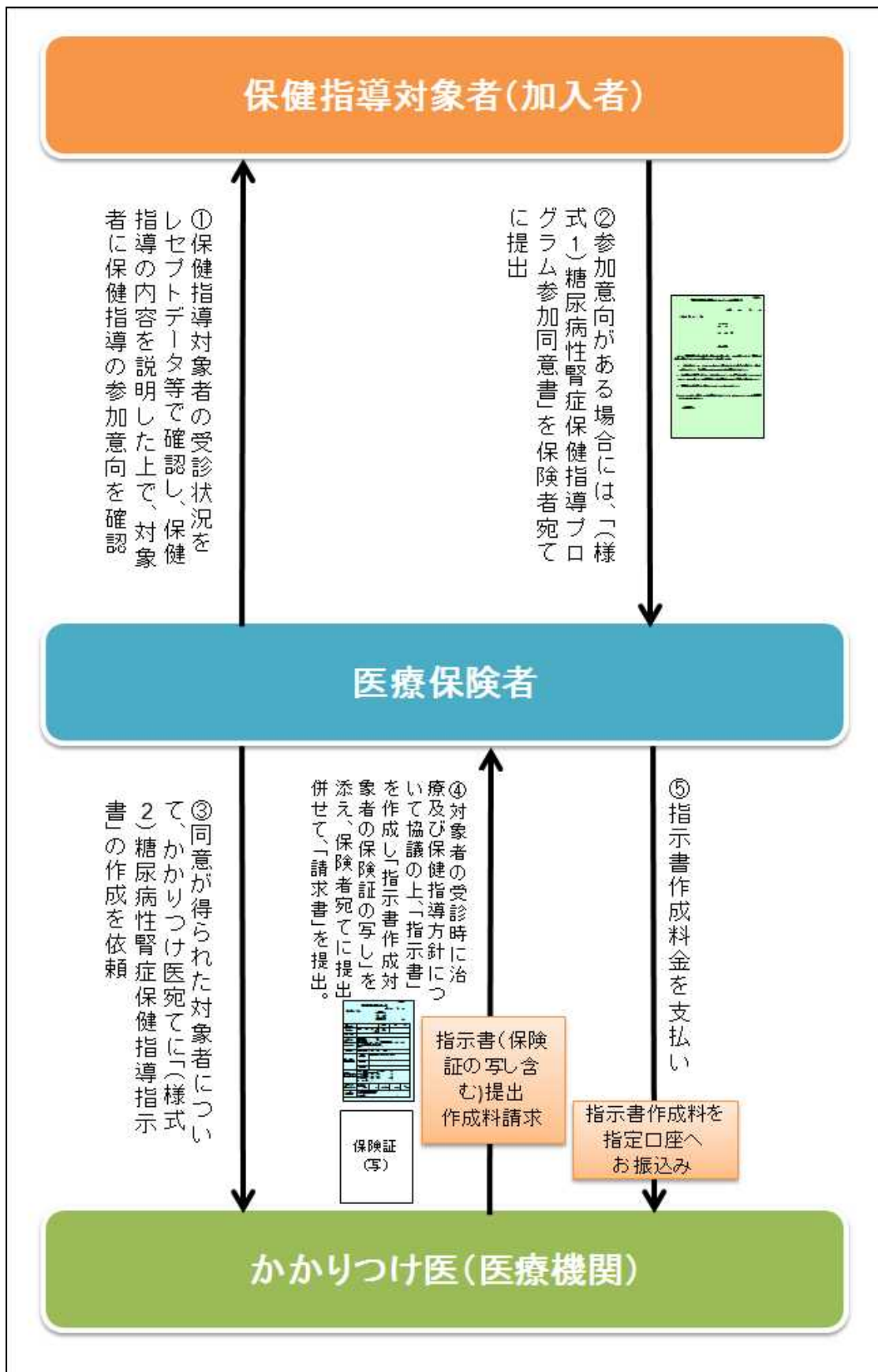
上記事務に係る以下の様式は、栃木県国民健康保険団体連合会（栃木県保険者協議会ページ）のホームページからダウンロード可能。

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

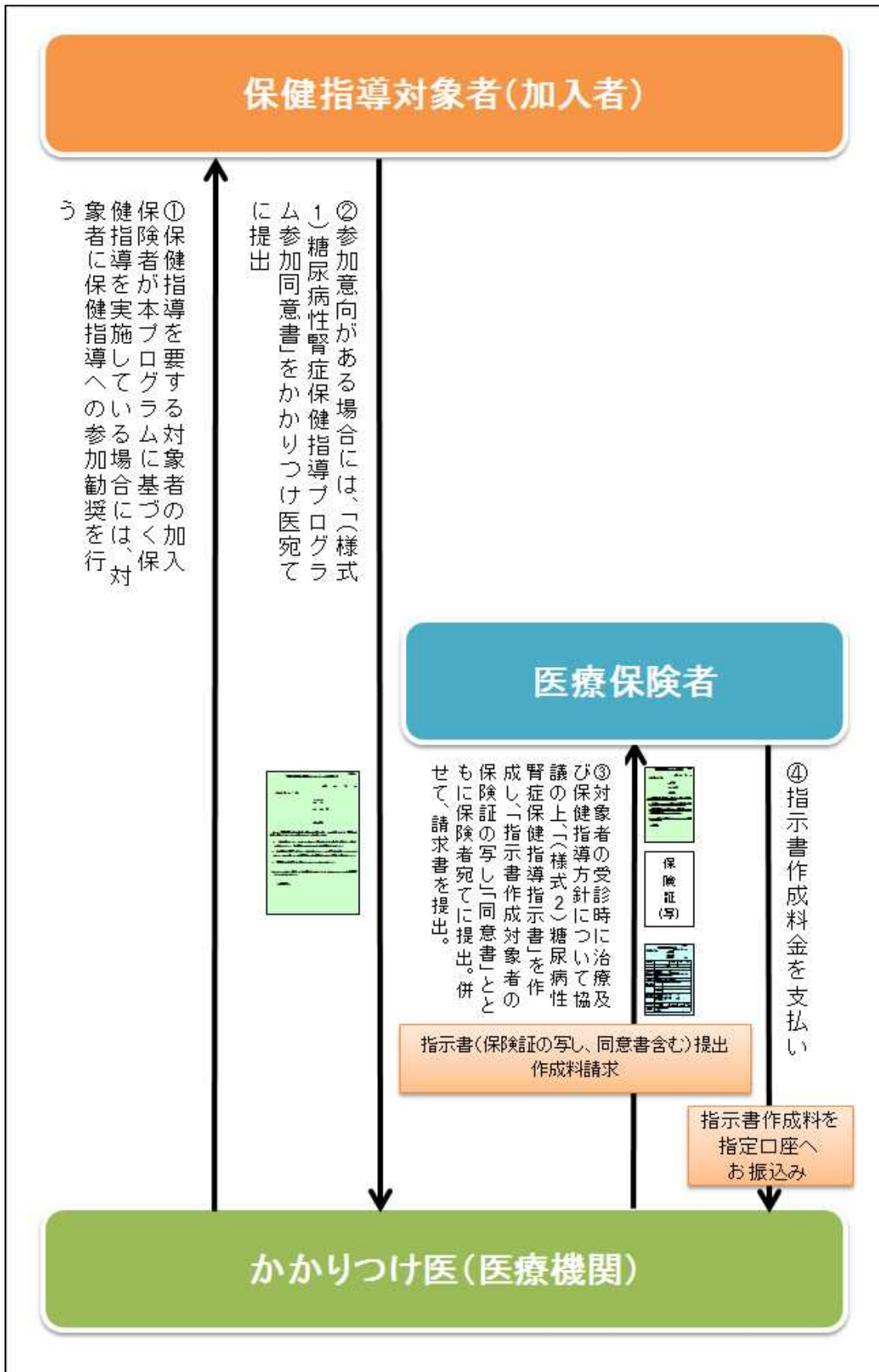
【様式】

- ・（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。

請求書を作成した年月日を記入

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
連絡先

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

関係者連絡先一覧

保険者名	担当課名	住所	電話番号
足利銀行健康保険組合	-	宇都宮市桜4-1-25	028-626-0274
レオン自動機健康保険組合	-	宇都宮市野沢町2-3	028-665-6412
全国健康保険協会栃木支部	保健グループ	宇都宮市泉町6-20宇都宮DIビル7階	028-616-1695
警察共済組合栃木県支部	厚生課	宇都宮市塙田1-1-20	028-623-3789
地方職員共済組合栃木県支部	健康管理担当	宇都宮市塙田1-1-20	028-623-2052
栃木県後期高齢者医療広域連合	給付課	宇都宮市本町3-9栃木県本町合同ビル2階	028-627-6805
宇都宮市（国民健康保険）	保険年金課国保給付グループ	宇都宮市旭1-1-5	028-632-2318
足利市（国民健康保険）	保険年金課	足利市本城3-2145	0284-20-2147
栃木市（国民健康保険）	保健福祉部健康増進課	栃木市今泉町2-1-40（栃木保健福祉センター内）	0282-25-3512
佐野市（国民健康保険）	健康医療部医療保険課国保係	佐野市高砂町1	0283-20-3024
鹿沼市（国民健康保険）	市民部保険年金課	鹿沼市今宮町1688-1	0289-63-2246
日光市（国民健康保険）	保険年金課	日光市今市本町1	0288-21-5110
小山市（国民健康保険）	保健福祉部健康増進課	小山市中央町1-1-1	0285-22-9508
真岡市（国民健康保険）	保健福祉部健康増進課	真岡市荒町5191	0285-83-8122
大田原市（国民健康保険）	保健福祉部健康政策課	大田原市本町1-4-1	0287-23-7601
矢板市（国民健康保険）	健康増進課	矢板市本町5-4	0287-43-1118
那須塩原市（国民健康保険）	保健福祉部健康増進課	那須塩原市黒磯幸町8-10	0287-63-1100
さくら市（国民健康保険）	市民課国保係	さくら市氏家2771	028-681-1116
那須烏山市（国民健康保険）	健康福祉課	那須烏山市中央1-1-1	0287-88-7115
下野市（国民健康保険）	市民課	下野市笹原26	0285-32-8895
上三川町（国民健康保険）	健康福祉課成人健康係	河内郡上三川町しらさぎ1-1	0285-56-9133
益子町（国民健康保険）	民生部住民課国保年金係	芳賀郡益子町大字益子2030	0285-72-8848
茂木町（国民健康保険）	住民課国保年金係	芳賀郡茂木町大字茂木155	0285-63-5626
市貝町（国民健康保険）	町民くらし課	芳賀郡市貝町大字市塙1280	0285-68-1114
芳賀町（国民健康保険）	住民課国保年金係	芳賀郡芳賀町大字祖母井1020	028-677-6038
壬生町（国民健康保険）	住民課	下都賀郡壬生町通町12-22	0282-81-1836
野木町（国民健康保険）	住民課	下都賀郡野木町大字丸林571	0280-57-4136
塩谷町（国民健康保険）	住民課	塩谷郡塩谷町大字玉生741	0287-45-1118
高根沢町（国民健康保険）	住民課保険年金係	高根沢町大字石末2053	028-675-8141
那須町（国民健康保険）	保健福祉課	那須町大字寺子乙2566-1	0287-72-5858
那珂川町（国民健康保険）	住民課保険年金係	那珂川町馬頭555	0287-92-1112
栃木県医師国民健康保険組合	業務課	宇都宮市駒生町3337-1	028-622-4378

※掲載の承諾をいただいた保険者のみ記載しています

栃木県糖尿病重症化予防プログラム全般に関するお問合せ先

栃木県	保健福祉部健康増進課	宇都宮市塙田1-1-20	028-623-3095
	保健福祉部国保医療課	宇都宮市塙田1-1-20	028-623-3136