

苫小牧糖尿病性腎症重症化予防プログラム

【令和8年度版】

苫小牧市

一般財団法人ハスカッププラザ

1 目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い糖尿病未受診者及び治療中断者を適切な受診勧奨によって治療に結びつけること、また、糖尿病治療者のうち、かかりつけ医が必要と判断した者に対して医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止することを目的とする。

2 対象者と抽出方法

対象者は、苫小牧市国民健康保険加入者で、特定健康診査・プレ特定健康診査（とま1）を受診した者とし、基本情報として特定健康診査・プレ特定健康診査（とま1）の結果、及びレセプト情報を活用する。抽出基準は、下記のとおりとする。

（1） 糖尿病未受診者の受診勧奨

特定健康診査・プレ特定健康診査（とま1）の結果から生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症）の治療がない者で、次の①に該当し、かつ以下の②～④のいずれかに該当する者とする。

- ① HbA1c 6.5%以上
- ② eGFR 60mL/分/1.73m²未満
- ③ 尿蛋白（+）以上
- ④ 収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 80mmHg 以上

（2） 糖尿病受診中断者の受診勧奨

当該年度の特定健康診査・プレ特定健康診査（とま1）の未受診者で、レセプトデータから、①糖尿病で通院歴があり、②最終受診日から未受診の期間が6か月以上12か月以下の者とする。

(3) 糖尿病治療者の保健指導

糖尿病治療者で、かかりつけ医が、保健指導を必要と判断した、次の①に該当し、かつ以下の②～④のいずれかに該当する者とする。

- ① HbA1c 7.0%以上
- ② eGFR 30 mL/分/1.73m²以上 60mL/分/1.73m²未満
- ③ 尿蛋白(+)以上
- ④ 収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 80mmHg 以上

なお、次に該当する者は除外とする。

- ・糖尿病性腎症の第4期の者
- ・がん等で終末期にある者
- ・認知機能障害のある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者
- ・「かかりつけ医」が除外すべきと判断した者
- ・本人の同意のない者

表1 【糖尿病性腎症病期分類】

糖尿病性腎症病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿たんぱく値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (mL/分/1.73m ²)
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	30 以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5 以上)	30 以上

3 対象者への介入方法

(1) 糖尿病未受診者への受診勧奨 (図 1)

- ・ 特定健康診査の結果、2—(1)の方法で抽出された者に対し受診勧奨リーフレットを送付後、訪問により医療機関への受診勧奨を行う。

(2) 糖尿病治療中断者への受診勧奨 (図 2)

- ・ レセプトの結果、2—(2)の方法で抽出された者に対し、訪問により医療機関への受診勧奨を行う。

(3) 糖尿病治療者の保健指導 (図 3・図 4)

糖尿病治療者への保健指導の実施にあたっては、(図 4) のとおり一般財団法人ハスカッププラザ 苫小牧市保健センター (以下「保健センター」とする) とかかりつけ医が必要な連携を図り保健指導を行うこととする。

ア かかりつけ医との連携

- ・ 2—(3)の方法で抽出された者のうち、かかりつけ医が保健指導が必要と判断した場合、「様式 1 『苫小牧糖尿病性腎症重症化予防プログラム』同意書」及び「様式 2 苫小牧糖尿病性腎症保健指導指示書 (初回・3 か月後)」に必要事項を記載し、苫小牧市へ送付する。
- ・ 苫小牧市はかかりつけ医の指示を基に、保健センターへ保健指導者の実施を委託する。保健センターは、保健指導を実施し、実施内容を「様式 3 保健指導実施報告書」によりかかりつけ医へ提出する。
また、保健指導におけるかかりつけ医との情報共有は「糖尿病連携手帳」を活用する。

イ 保健指導の内容

対象者の状況に応じて、訪問、電話、面談を組み合わせ 6 か月間の指導を行う。

また、集団による栄養教室、運動教室を活用していく。保健指導内容は (表 2) のとおりとする。

ウ 保健指導の留意点

- ・ 対象者が自らの生活習慣が血管の変性に影響するという糖尿病の重症化メカニズムをイメージできるよう説明する。
- ・ 対象者個人の生活習慣や糖尿病腎症の病期、糖尿病以外のリスクに応じて実施する。

エ 保健指導実施者

保健師・管理栄養士・栄養士・健康運動指導士・その他

4 プログラムの評価

本プログラムの実行性を高めるため、毎年度プログラムの実績の評価を実施する。
評価基準は次のとおりとする。

＜単年度評価指標＞

- ①受診勧奨対象者の医療機関の受診率
- ②保健指導の実施人数及び保健指導後の次年度特定健診の結果（HbA1c、血圧、eGFR 等）

5 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組方法を示したが、実施にあたっては保健センターと苫小牧医師会及び医療機関関係者及び保険者が、密接に連携して事業を展開する必要がある。

なお、本プログラムに記載のない事項については、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年4月20日策定、令和6年3月28日改定）」及び「北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成29年12月策定、令和8年1月改定）」を参考とする。

図1 糖尿病未治療者への受診勧奨

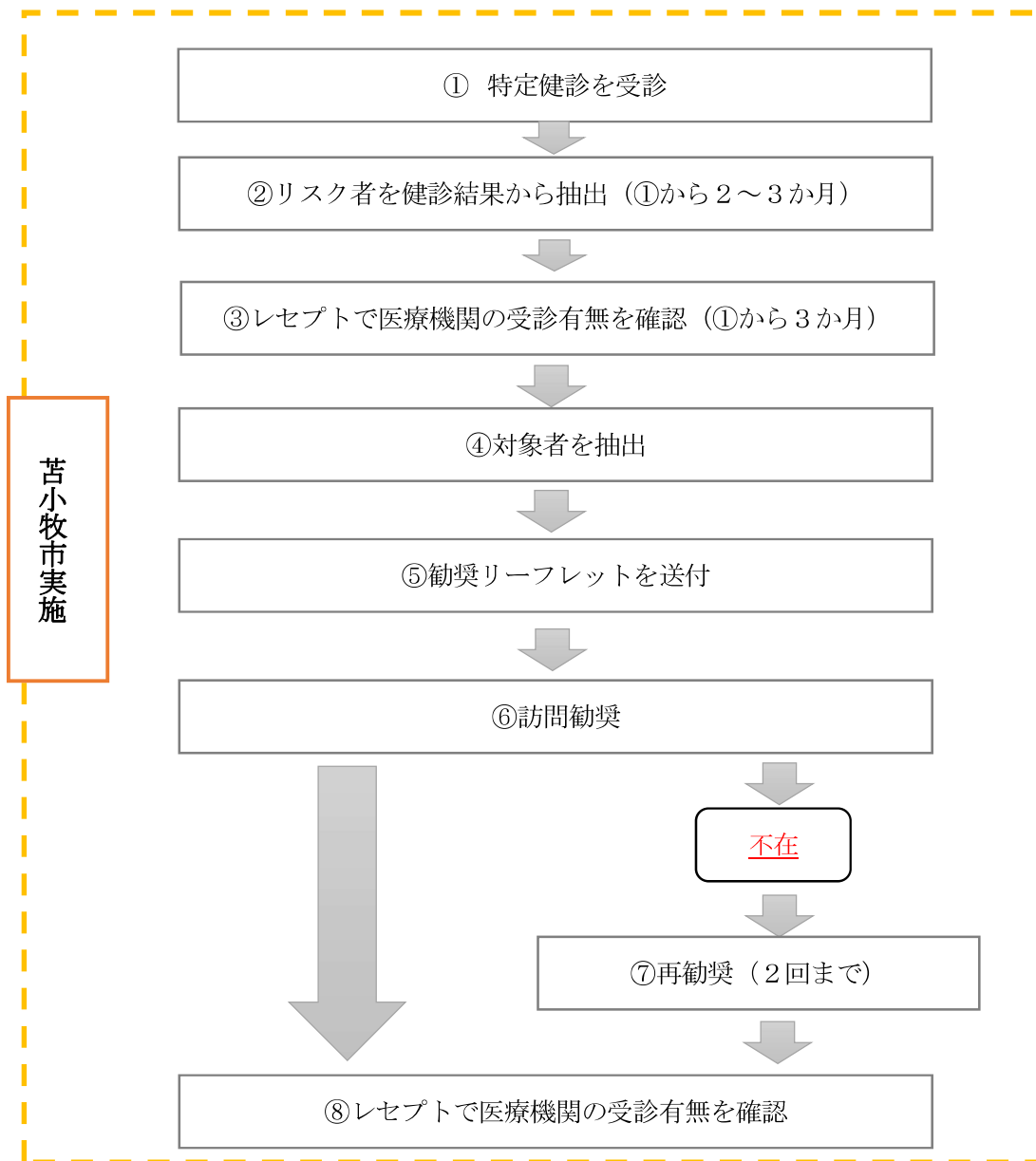


図2 糖尿病治療中断者への受診勧奨

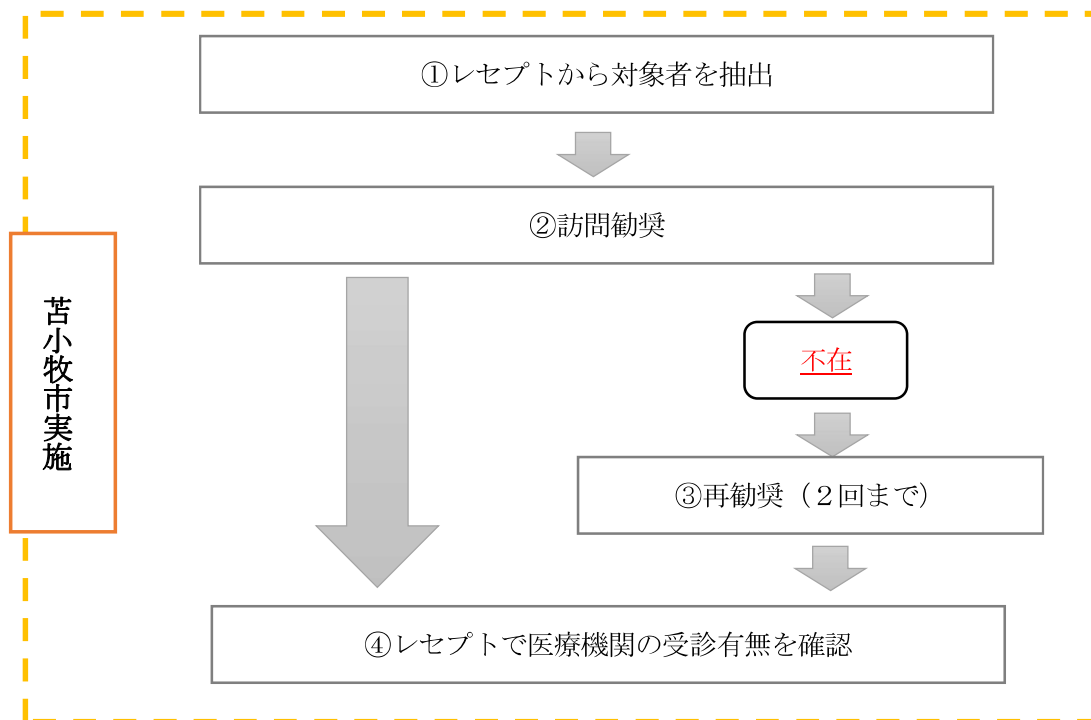


図3 糖尿病治療者への保健指導

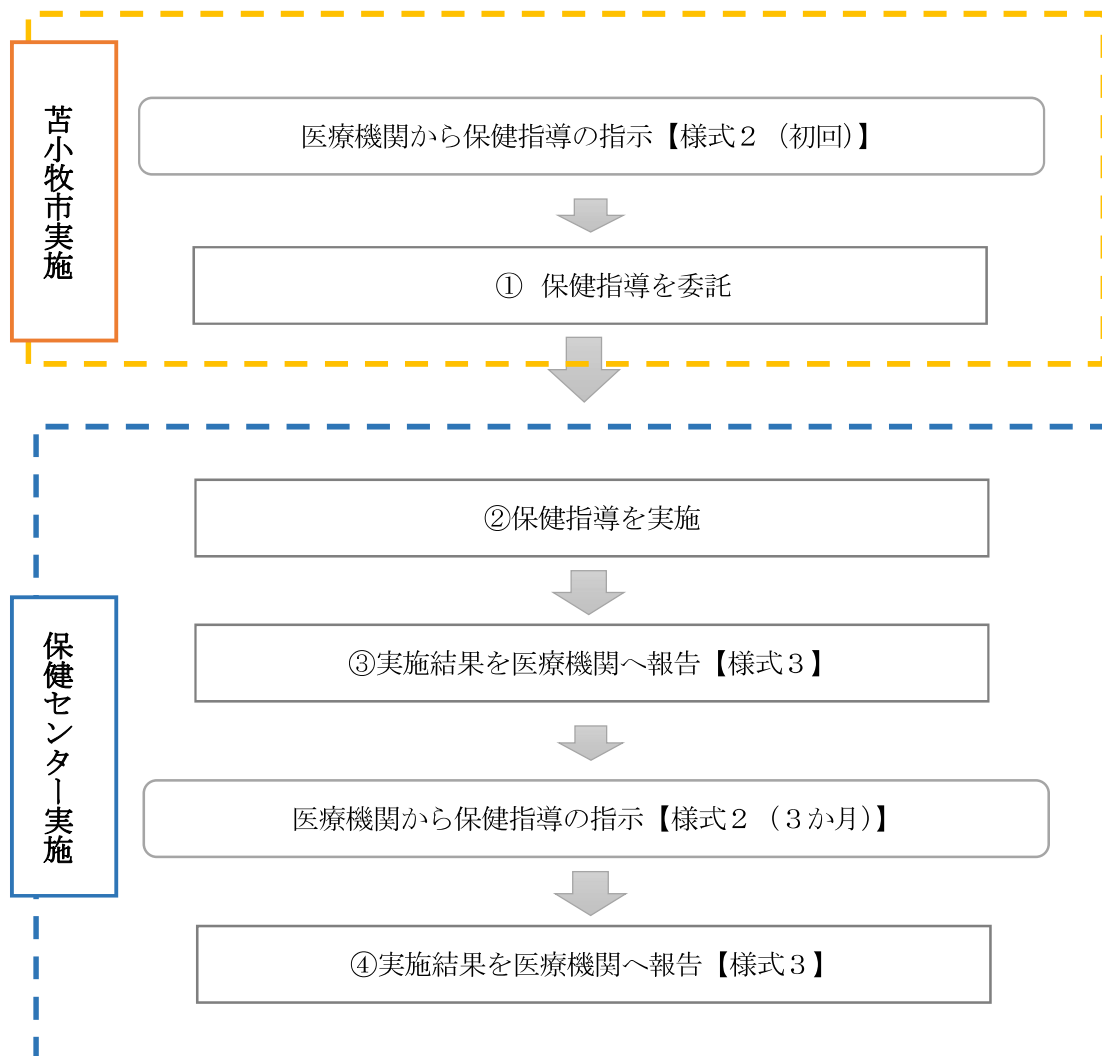


図4 保健指導における様式提出の流れ

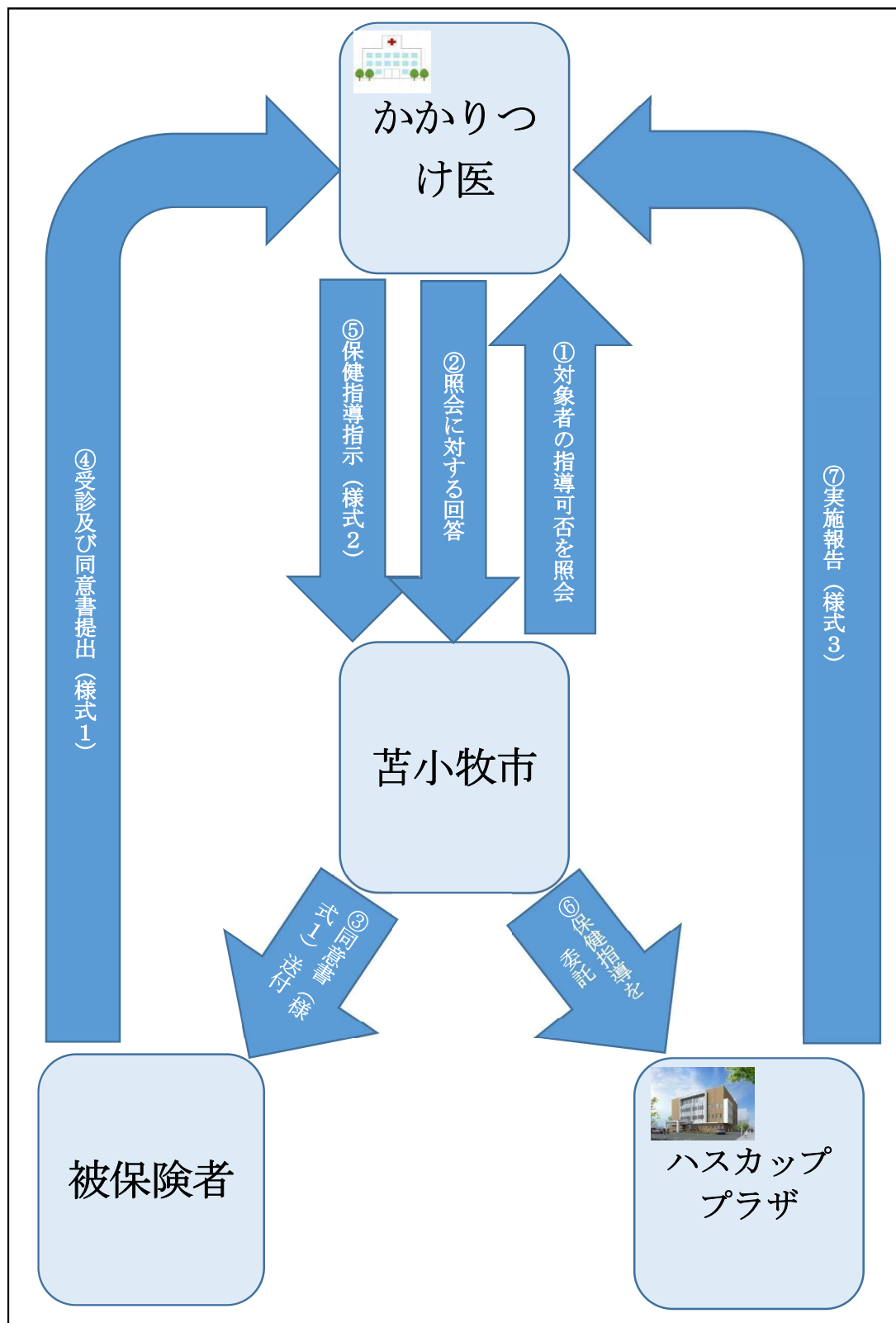


表 2 【指導内容】

支援の回数	初回からの経過	方法	指導内容
初回	—	面談	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント 生活状況、食事、日常生活活動、運動状況から問題点の抽出、課題の明確化 ・病識の有無、生活改善必要性の理解等把握 ・行動目標の設定 ・保健センターの健康づくり教室利用の勧奨 ・「様式2（初回）」に基づく保健指導
継続支援 2	1 か月後	面談	<ul style="list-style-type: none"> ・指示書、アセスメントに基づく保健指導 ・行動目標の実施状況を確認 ・かかりつけ医に「様式3」を送付
継続支援 3	2 か月後	教室	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養教室、運動教室の利用勧奨または利用時のフォロー
継続支援 4	3 か月後	面談	<ul style="list-style-type: none"> ・指示書「様式2（3か月）」の確認 ・食事分析 ・取組状況の確認、課題の明確化 ・目標の確認、再設定 ・食事、運動の個別アドバイス
継続支援 5	4.5 か月後	教室	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養教室、運動教室に利用勧奨または利用時フォロー
評価	6 か月後	面談	<ul style="list-style-type: none"> ・6か月間の評価、課題の明確化 ・今後の生活習慣継続についてアドバイス ・かかりつけ医に「様式3」を送付

主治医様

苫小牧市市民生活部保険年金課

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの保健指導が必要と判断された場合について

◆ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム、保健指導開始までの流れ

- ① 保健指導の同意書「様式1」に医療機関名及び主治医名を記載する。
- ② 糖尿病性腎症指示書「様式2」を記載する。
- ③ 「様式1」「様式2」を苫小牧市保険年金課に返送する。

「様式1」「様式2」が届きましたら、保健センターで紹介者様の保健指導を開始し、保健指導内容を報告書「様式3」にて報告いたします。

<お問合せ先>

〒053-8722

苫小牧市旭町4丁目5番6号

苫小牧市保険年金課 給付係

電話：0144-32-6428(平日 8:45～17:15)

年 月 日

苫小牧市保険年金課 給付係 行

被保険者証記号：苫小牧

被保険者証番号：

ふりがな
患者氏名

住 所 〒

苫小牧市

電話番号

「苫小牧糖尿病性腎症重症化予防プログラム」同意書

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、苫小牧糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加することに同意します。

- 1 一般財団法人ハスカッププラザは、主治医（かかりつけ医）から指示を受けた内容に基づき、生活習慣の改善にむけた保健指導を行うこと。
- 2 保健指導の期間はおおむね6か月程度であり、その間、一般財団法人ハスカッププラザと主治医（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主治医（かかりつけ医）に従うこと。
- 4 苫小牧糖尿病性腎症重症化予防プログラムに関わる個人情報については、苫小牧市保険年金課、健康づくり課、一般財団法人ハスカッププラザ等で分析、統計等に活用しますのでご了承願います。

※ 主治医（かかりつけ医）と連携した保健指導を行うため、下記に医療機関名及び主治医名をご記入ください。

医療機関名

主治医名

苫小牧糖尿病性腎症保健指導指示書（初回・3か月後）

年 月 日

苫小牧市保険年金課 給付係 行

医療機関名
住 所
電 話 番 号
医 師 氏 名

被保険者証 記号・番号	記号：苫小牧 番号：		
ふりがな 患者氏名・性別	男・女	生年月日 昭和 年 月 日（ 歳）	
住 所	苫小牧市	電話番号	
傷病名 (該当するものにレ 印をお願いいたします)	<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（ 無 ・ 有 ） <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害（ 無 ・ 有 ） <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他の傷病（ ） <input type="checkbox"/> 処方薬（内容： ）		
保健指導における 指示および留意事項 (該当するものにレ 印をつけ、必要事項を ご記入願います)	<input type="checkbox"/> 食事療法 1日の指示エネルギー摂取量 _____ キロカロリー 塩分制限：無・有（ g/日） たんぱく質制限：無・有（1.0g/Kg 体重/日） 炭水化物比率：（ 50% ・ 55% ・ 60% ） <input type="checkbox"/> 運動療法 〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> その他 〔 _____ 〕		
検査データ (検査日) 年 月 日	・血糖(空腹時・随時) mg/dL ・HbA1c % ・eGFR mL/分/1.73m ² ・血圧 / mmHg	・アルブミン尿 mg/gCr ・尿たんぱく定性 (- ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+) ・その他	
その他の 留意事項	<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〔 _____ 〕		

保健指導実施報告書

年 月 日

医療機関名

先生御机下

一般財団法人 ハスカッププラザ
苫小牧市保健センター

ご紹介いただきました下記の方の保健指導を実施いたしましたのでご報告いたします。

被保険者証 記号・番号	記号：苫小牧 番号：		
ふりがな 患者氏名・性別	(男 ・ 女)		
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)		
住 所	苫小牧市	電話番号	
保健指導年月日	年 月 日 ～ 年 月 日 (延べ指導回数 回)		
行動目標			
保健指導内容			
健康増進課保健企画係 電話：(0144) 35-2800 (直通) 担当者名：			

