



福岡医発第 391 号 (地)
平成 28 年 4 月 28 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県高齢者医療広域連合における後期高齢者に対する健康診査結果
に基づく保健事業「糖尿病性腎症重症化予防事業」について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、今般、福岡県後期高齢者医療広域連合より本年度より新たな事業として、
高齢者に対する健康診査結果に基づく保健事業「糖尿病性腎症重症化予防事業」
を開始する旨、別添のとおり周知依頼が参りました。

本事業は、福岡県後期高齢者医療の全体の約半数を占めている糖尿病性腎症
の予防を目的として、健診結果に基づき対象者を抽出し、生活習慣改善指導等
を行うことで、人工透析の導入の防止、または遅延が期待されるものです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、
貴会会員へ本事業へのご協力が得られますよう周知の程宜しくお願い申し上げ
ます。

なお、本事業の内容・スキーム等につきましては、同広域連合通知中「別紙」
及び「参考資料」を参照願います。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 白石恒明
会長 廣瀬真恵

28福高医医第12号

平成28年 4月12日

社団法人 福岡県医師会

会長 松田 峻一良 殿

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 井上 澄和



後期高齢者に対する健康審査結果に基づく保健事業の実施について（依頼）

時下、貴職におかれましては、ますますの御清祥のこととお慶び申し上げます。

また、平素より当広域連合の運営につきまして、格別の御高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本広域連合におきましては、今年度から新しい取り組みとして、別紙のとおり保健事業を開始することとしております。

つきましては、関係者の皆様への周知等につきまして、御配慮をお願いするとともに、同事業の円滑な実施に御理解と御協力を賜りますよう重ねてお願い申し上げます。



後期高齢者広域連合による保健指導の実施について

本広域連合では、平成 28 年度より、新規事業として、健診結果のフォローアップ事業を実施することといたしました。

この事業は、被保険者の生活習慣病の重症化予防の取り組みとして、被保険者の年齢を考慮しても、特に介入の必要が高いと判断される方に行うものです。（平成 28、29 年度はモデル的に実施し、平成 30 年度からの本格的な実施に向けた検討を行います。）

事業の円滑な実施に向けて、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

1. 健診内容の充実・・・平成 28 年度より、以下の項目を追加します。

尿酸、クレアチニン、尿潜血、ヘモグロビン A1c

2. 対象者及び保健指導期間等

① 糖尿病性腎症で人工透析前段階にある者

→ 6 ヶ月間の訪問・電話による継続的な指導

○ 未治療者にはまず受診勧奨し、適切な医療につなげることから始めていきます。

○ 抽出した対象者について、主治医にご意見を伺い、保健指導計画等について、ご相談します。（保健師等が聞き取り）

② ①以外で、医療未受診者で、受診勧奨判定値のうち重症度の高い者

→ 受診勧奨を行い、必要に応じて保健指導を行います。

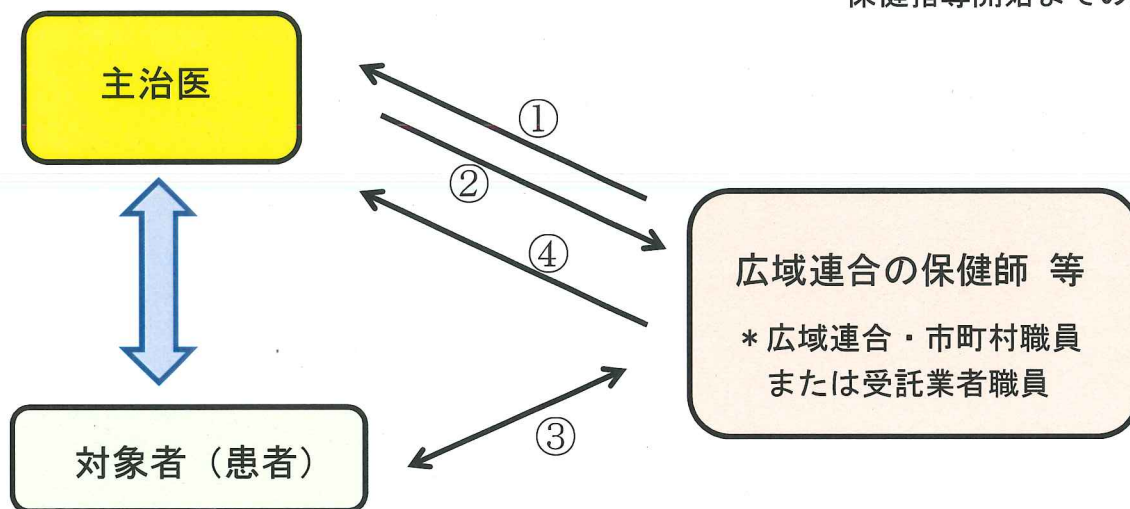
お問い合わせ先

福岡県後期高齢者医療広域連合 医療費適正化等担当

電話 092-707-3029 FAX 092-651-3120

糖尿病性腎症重症化予防事業

～ 保健指導開始までの流れ ～



①広域連合は、健診結果から対象者を選定し、主治医に提示。

②主治医は、対象者を確認し、事業参加に適さない者であれば、その旨を通知。

（※糖尿病透析予防指導管理料の加算を受ける場合も対象となりません。）

③広域連合は、対象者に事業趣旨を説明し、参加同意を得る。

④広域連合は、対象者からのアセスメントをもとに指導計画を作成し、主治医に確認をとる。

※1 < 対象者が未受診（または治療中断者）の場合 >

まず、広域連合が本人に健診結果を説明し、受診勧奨を行います。

対象者が受診した後、上記の流れにつながります。

※2 < 特に腎機能の低下が顕著な場合 eGFR < 30 >

二次医療機関から主治医に戻された後、改めて保健指導についてご確認します。

主治医の先生方へ

健康診査を受けていない方であっても、本事業の保健指導を受けさせることが望ましいという方があれば、本広域連合までご連絡下さい。

福岡県後期高齢者医療広域連合 医療費適正化等担当 Tel.092-707-3029（直通）

糖尿病性腎症重症化予防事業推進スキーム

福岡県後期高齢者医療広域連合

1. 基本的な考え方

糖尿病性腎症は、わが国の新規人工透析導入の原疾患の第一位を占めており、福岡県後期高齢者医療においても、全体の約半分弱を占めている。

また、新規人工透析導入年齢は高齢化しており、後期高齢者における糖尿病性腎症患者においても生活習慣を見直し、改善することで重症化を予防し、人工透析の導入を防止、または遅延させることが期待できるものとする。

そのような者に対して、医療機関と連携して保健指導等による介入を行い、できるだけ元気に健康寿命を延ばせることを目指して「糖尿病性腎症重症化予防事業(以下、「事業」という。)」を実施する。

1) 事業目的

糖尿病性腎症患者の生活の質（QOL）の維持・向上のため、市町村及び医療機関等との連携により患者の重症化を予防する体制を整備する。

2) 成果目標

糖尿病性腎症の患者であって、人工透析導入前段階の者の腎機能低下を遅延させ、人工透析の導入を防止し、または導入時期を遅らせる。

- ・糖尿病性腎症患者の病期ステージを維持させる。
- ・未治療者や治療中断者を確実に医療につなぐ。

3) 対象者

糖尿病性腎症（2型糖尿病）の患者であって、人工透析導入前の者

- ① 後期高齢者健康診査（以下、「健康診査」という。）の結果から下記の基準に該当する者を抽出する。

- ・下記の「ア及びイ」または「ア及びウ」に該当するもの

ア：HbA1c 7.0%以上または空腹時血糖 130mg/dl 以上

イ：尿タンパク 2+以上

ウ：eGFR 50 (ml/分/1.73 m²) 未満（平成28年度以降健診受診者のみ）

- ② 上記該当者の本人同意のもと、主治医に対し病期等の確認と介入の是非の調整を行い、保健指導対象者を最終的に決定する。

- ③ 生活習慣を起因としていない糖尿病患者、対象者として適切でない者（腎臓を移植した可能性がある者・がん・難病・精神疾患・認知症等の指導に適さない者）は除外する。

※重要

○この事業は、医療機関が糖尿病透析予防指導管理料の加算を受ける場合は、対象にならない。

○eGFR 30 (ml/分/1.73 m²) 未満の者については、二次医療機関から主治医に戻された後、改めて保健指導について確認する。

2. 事業実施の流れ

1) 対象者の選定及び決定

- ① 福岡県後期高齢者医療広域連合及び受託市町村並びに受託事業者（以下、「広域連合等」という。）は、健康診査の受診結果から対象者を選定し、主治医に提示する。

【様式 1】

- ② 主治医は、提示された対象者が、事業参加に適さないと判断される場合は、すみやかに広域連合等に通知する。
- ③ 広域連合等は、対象者に事業趣旨を説明し、事業参加の同意（個人情報共有の取り扱いを含む）を得る。【様式 2】

2) 保健指導の実施

- ① 広域連合等は、対象者からのアセスメントをもとに、「指導計画及び評価票」【様式 3】を作成し、主治医に確認をとる。
- ② 広域連合等は、「指導計画及び評価票」【様式 3】をもとに、「糖尿病性腎症重症化予防事業生活・食事指導プログラム」【別紙 1】に沿って保健指導を行う。
- ③ 広域連合等は、保健指導の実際には、「慢性腎臓病生活・食事指導マニュアル」をもとに保健指導を行うことを基本とし、また、「後期高齢者生活・食事指導注意事項」【別紙 2】を考慮する。
- ④ 広域連合等は、一定期間経過後（6 ヶ月程度）に簡易な保健指導を実施しフォローアップを行う。

3) 保健指導の評価

- ① 広域連合等は、下記の内容で、保健指導の評価を行う。また、対象者の指導結果について、主治医に報告する。

※ 保健指導の評価項目と確認時期

【評価項目】

- ・ 検査値（血清クレアチニン、空腹時血糖、eGFR、血圧、脂質、尿タンパク）
- ・ 生活改善状況等に対する対象者本人の満足感

【確認時期 3 回】

- ・ 介入前（対象者の選定時のデータ活用）
 - ・ 6 ヶ月程度の指導後（最新の検査結果を対象者からもらうか、または当該年度の健康診査を活用）
 - ・ フォローアップ後（最新の検査結果を対象者からもらうか、または当該年度の健康診査を活用）
- ② 未治療者や治療中断者に医療機関への受診勧奨を行い、治療を開始または再開した人数・割合
 - ③ 保健指導の途中脱落の場合のその理由

(様式1)

糖尿病性腎症重症化予防事業対象者連絡票

(担当者 → 主治医)

主 治 医 様

下記の_____名の方が対象者として選定されました。

今後ともご指導・ご協力のほどよろしくお願いします。

事業の対象者として適切でないと判断される方については、速やかにご連絡をお願いします。

平成 年 月 日

※この事業は、糖尿病透析予防指導管理料を受ける場合は対象としません。

	被保険者番号	生年月日	年齢	電 話	備考
	氏 名			住 所	
1		S T 年 月 日			
2		S T 年 月 日			
3		S T 年 月 日			
4		S T 年 月 日			
5		S T 年 月 日			

【連絡先】

() 福岡県後期高齢者医療広域連合医療費適正化等担当 _____

電話 092-707-3029

FAX 092-651-3120

() _____ 市・町・村 _____ 課 担当 _____

電話

FAX

() 委託業者 _____ 担当 _____

電話

FAX

(様式2)

糖尿病性腎症重症化予防事業参加同意書

平成 年 月 日

福岡県後期高齢者医療広域連合長 様
市・町・村長 様

私は、「糖尿病性腎症重症化予防事業」に参加いたします。なお、本事業に関わる個人情報については、私の主治医であります下記医療機関及び住所地であります
市・町・村また、福岡県後期高齢者医療広域連合において保管し、必要に応じて保健指導に活用することに同意いたします。

記

ふりがな			
氏 名			
被保険者番号			
生 年 月 日	昭和 年 月 日 大正 年 月 日	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 ー		
電 話 番 号	※連絡が取りやすい番号から先にご記入ください。 携帯・自宅・その他 () 携帯・自宅・その他 ()		
主 治 医	医療機関名 () 電話・FAX () 主治医氏名 ()		
その他、連絡したい事項があればお願いします。			

糖尿病性腎症重症化予防事業指導計画及び評価票

被保険者名		性別	男・女	生年月日
被保険者番号		市・町・村		年 月 日 ()歳

1.指導計画プログラムについて

- () 慢性腎臓病生活・食事指導マニュアルのとおり、保健指導を実施します。
 () 別プログラムにそって、保健指導を実施します。※別紙プログラム添付

2. 課題と行動目標

課 題	
行動目標	

3. 評価

※検査数値

時 期	介入前	6ヶ月後	1年後
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧	mmHg	mmHg	mmHg
血清クレアチニン	mg/dl	mg/dl	mg/dl
空腹時血糖	mg/dl	mg/dl	mg/dl
eGFR	ml/分/1.73m ²	ml/分/1.73m ²	ml/分/1.73m ²
LDLコレステロール	mg/dl	mg/dl	mg/dl
尿タンパク			

※生活改善状況

時 期	介入前	6ヶ月後	1年後
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
食事状況 (塩分・たんぱく質・エネルギーなど)			
改善満足度		0% 25% 50% 75% 90%以上	0% 25% 50% 75% 90%以上
生活状況			
改善満足度		0% 25% 50% 75% 90%以上	0% 25% 50% 75% 90%以上

※改善満足度は、目標に向けて自分の気持ちの評価を自分なりの気持ちで記入してもらいます。

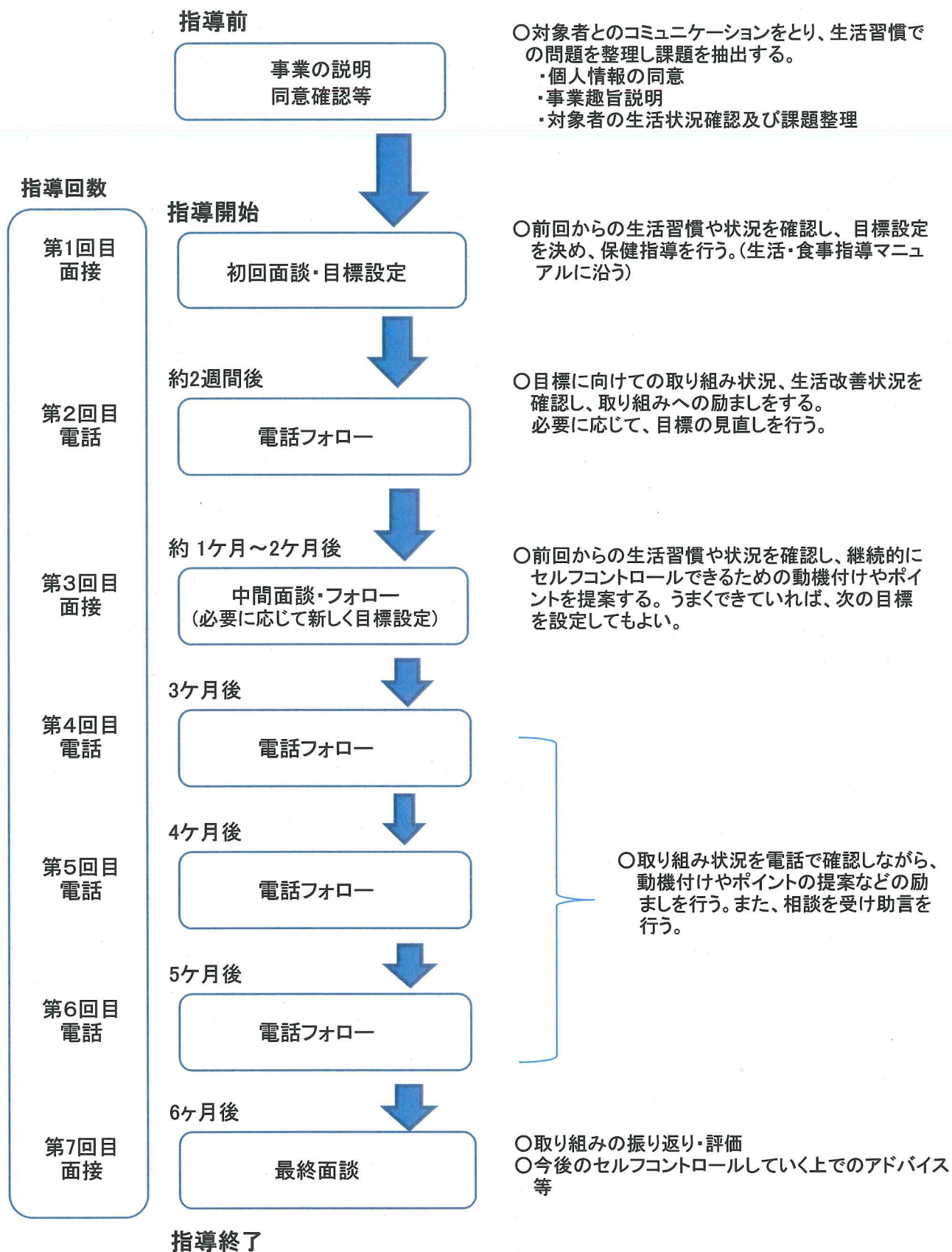
糖尿病性腎症重症化予防事業指導経過記録

氏名 () 被保険者番号 () 市・町・村

時 期	介入前	初回面談	第2回目	第3回目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
食事状況 (塩分・たんぱく質・エネルギーなど)				
生活状況				
保健指導事項				
時 期	第4回目	第5回目	第6回目	第7回目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
食事状況 (塩分・たんぱく質・エネルギーなど)				
生活状況				
保健指導事項				

糖尿病性腎症重症化予防事業生活・食事指導プログラム

福岡県後期高齢者医療広域連合



※この6ヶ月の間に、状況に応じて、主治医からの情報を得、また、保健指導報告等を行うなど連携に努める。

後期高齢者生活・食事指導注意事項

福岡県後期高齢者医療広域連合

1. 高齢者の糖尿病の特徴

- 1) 糖尿病の罹病期間（糖尿病になって何年たったか）や、それまでの治療、生活様式などによる、病状・体力の個人差が大きい。
- 2) 膵臓からのインスリンの分泌と、末梢組織での効き方（インスリン感受性）の両方が加齢と共に低下し、血糖値が高くなる。
- 3) 網膜症や腎症、神経障害などの糖尿病性の合併症の頻度が高くなる。また加齢とともに動脈硬化や認知症、がんなどにもなりやすく、多剤の人が増える。
- 4) 腎臓の動きが低下し、尿酸が血糖値の割に少なくなる。また、薬剤が体内に蓄積しやすくなる。
- 5) 体力・筋力が低下して、運動療法に加減が必要になりやすい。また、転倒や骨折の危険が増える。
- 6) 低血糖が起こりやすく、かつ低血糖の特徴的な症状が現れにくくなるために、対処が遅くれがち。
- 7) 認知機能の低下が起こりやすく、糖尿病の治療に支障が出てくる人が多くなる。
- 8) 自覚症状を「年のせい」にして見過ごしたり、あきらめたり、家族へ遠慮したりと、治療への意欲が低いことがある。
- 9) それまでの生活習慣を、なかなか変えられない。

2. 保健指導の実施について

対象者自身のセルフ行動が重要であるが、望まれる知識・改善行動は多岐にわたり、複雑・難解である。特に、高齢者においては、長年積み重ねてきた生活スタイルがあり、行動変容させるのはかなり難しい状況である。

保健指導に介入するプロセスは、信頼関係を築き、対象者自身を理解し、下記のような点に注意しながら「できそうなこと」を一緒に探し支援する姿勢が必要である。

- 1) 行動変容を促すコミュニケーションを図る。
- 2) 対象者を長年生きてこられた生活者として理解・尊重して接する。
- 3) 改善できそうなことを一緒に探し、実行しやすい条件を整える。
- 4) セルフ行動を自ら起こせるような、やる気を引き出せるような関わりを心がける。

3. 実際の保健指導について

糖尿病性腎症重症化予防事業プログラムの流れに沿い、「慢性腎臓病生活・食事指導マニュアル」を基本に指導を行う。(市町村で独自のプログラムマニュアルを作成している場合は、計画に示しそれに沿った指導を行ってもかまわない。)

なお、対象者が75歳以上の高齢者であるため、特に、注意すべきことについて示した下記項目についても注意したうえで保健指導を実施すること。

1) 食事指導について

- ・嗜好や食習慣をなかなか変えれない。
- ・調理をする立場にいないため、思うような食事療法ができない。
- ・食品交換表が使いこなせない。
- ・残すのがもったいないと、つい食べ過ぎる。
- ・逆に、食欲がない、歯がない、義歯があわない、むせるなどのために少量しか食べられず、カロリー不足や栄養が偏りがちになる。
- ・デイサービス利用など外で食事をする機会や間食をする機会が多くなりがち。

2) 運動指導について

- ・心肺の機能や膝関節などに何らかの問題を抱えている人が少なくない。
- ・胸の圧迫感や動機がしたり、足腰が痛む時は、運動を中断し、主治医に連絡する。
- ・競争になる運動は避ける。
- ・何かあった時、人に声をかけられる場所で運動する。
- ・運動時には、ウォーミングアップ(準備運動)、クールダウン(整理運動)も忘れずに。

3) 薬物療法について

- ・薬の排泄が遅れがちになる。低血糖を起こしやすい。
- ・糖尿病の薬の作用にいろいろな影響を与える可能性のある、ほかの薬をたくさん飲むことが多い。
- ・服薬の管理ができていない場合がある。

4) その他

- ・風邪や下痢、怪我、脱水などの体調を崩すことになりやすい。特に脱水については、加齢とともに、体内の水分が少なくなることに加え、のどの渇き・体温や気温の上昇も感じにくくなる。
- ・未治療者や治療中断者は、受診勧奨を優先し、治療開始と同時に保健指導を開始する。

参照：糖尿病患者さんと医療スタッフのための情報サイト「糖尿病ネットワーク」より