

# 栃木県糖尿病重症化予防プログラム

平成 28 年 12 月

栃木県医師会  
栃木県保険者協議会  
栃木県

# 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 本プログラムの趣旨

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」に準ずるものとする。

## 2 基本的考え方

### (1) 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) 本プログラムの性格

本プログラムは、県内医療機関と連携した糖尿病重症化予防に向けた、取組の考え方や標準的な内容を示すものである。

このため、各保険者における運用に当たっては、柔軟に対応することが可能であり、現在各保険者が既に行っている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)

##### ① 地域における課題の分析

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、地域の関係団体とともに問題認識の共有を行う。

分析に当たっては、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。

**(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、後期高齢者について、市町と県の両者の役割を担うとともに、特に実施に当たっては、市町が上記の役割を果たせるよう、市町との連携を図る。

**(県の役割)**

県は、本プログラムを関係団体へ周知し、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、市町、栃木県医師会、栃木県保険者協議会、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。

**(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協力するとともに、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。

**(4) 本プログラムの見直し**

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 m<sup>2</sup>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 m<sup>2</sup>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
- ・認知機能障害がある者
- ・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。

#### <対象者抽出における留意事項>

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、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「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」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) 保健指導実施報告書」により、かかりつけ医に報告する。

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 <sup>2</sup> 未満	最近1年間に糖尿病受療歴がある	○ ※2		○
			最近1年間に糖尿病受療歴がない		○	○ ※3
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 かかりつけ医や糖尿病専門医等との連携

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を作成し、普及を図ってきた。

かかりつけ医が糖尿病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、糖尿病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」を活用し、以後、かかりつけ医と糖尿病専門医は「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、かかりつけ医と糖尿病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。

さらに、かかりつけ医と腎症、網膜症、神経障害及び歯周病等の合併症の治療を行う医師、歯科医師は「糖尿病連携手帳」を活用し、連携して医療を提供する。

かかりつけ医から糖尿病専門医へ紹介 (1項目でも該当した場合)	糖尿病専門医からかかりつけ医へ 逆紹介
<ul style="list-style-type: none"> <li>・HbA1c8.0%以上が2回以上又は継続的に持続</li> <li>・頻回低血糖等コントロールが不安定</li> <li>・インスリン導入</li> <li>・慢性合併症の詳細な評価・治療</li> <li>・治療抵抗性の高血圧症・肥満の評価・治療</li> <li>・悪性腫瘍の検査</li> <li>・1型糖尿病・妊娠・2次性糖尿病</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状が安定</li> <li>・血糖コントロールが良好</li> <li>・自己管理が改善</li> <li>・インスリン導入が良好 等</li> </ul>

※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」より抜粋

## 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受診勧奨及び保健指導について、次の評価指標を用いて評価を行い、その結果を保険者協議会に報告する。

また、可能な保険者においては、本プログラムの対象者（情報提供・受診勧奨・保健指導）について、健診データやレセプトデータ等により、翌年度以降も、プログラムの評価を行うことが望ましい。

### (1) 受診勧奨の評価指標

- ① 医療機関未受診者数、うち受診勧奨を行った人数
- ② 医療機関受診につながった人数

### (2) 保健指導の評価指標

- ① 保健指導対象者数及び参加意向があった者、うち保健指導を行った人数
- ② 保健指導を行った対象者のうち「保健指導プログラム」を終了した者の割合
- ③ 次の項目における保健指導終了者の改善状況
  - ア 行動目標（体重（BMI）、食事、運動、禁煙、適量飲酒、口腔衛生等）の評価
  - イ 医療機関への継続受診
  - ウ 検査データ（空腹時血糖又はHbA1c、eGFR）
- ④ 保健指導脱落者数（率）、脱落の理由

### (3) プログラムの評価指標

- ① 新規透析導入患者数・率（人口10万対）の推移、うち糖尿病性腎症を原因とする者の割合



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があります。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。

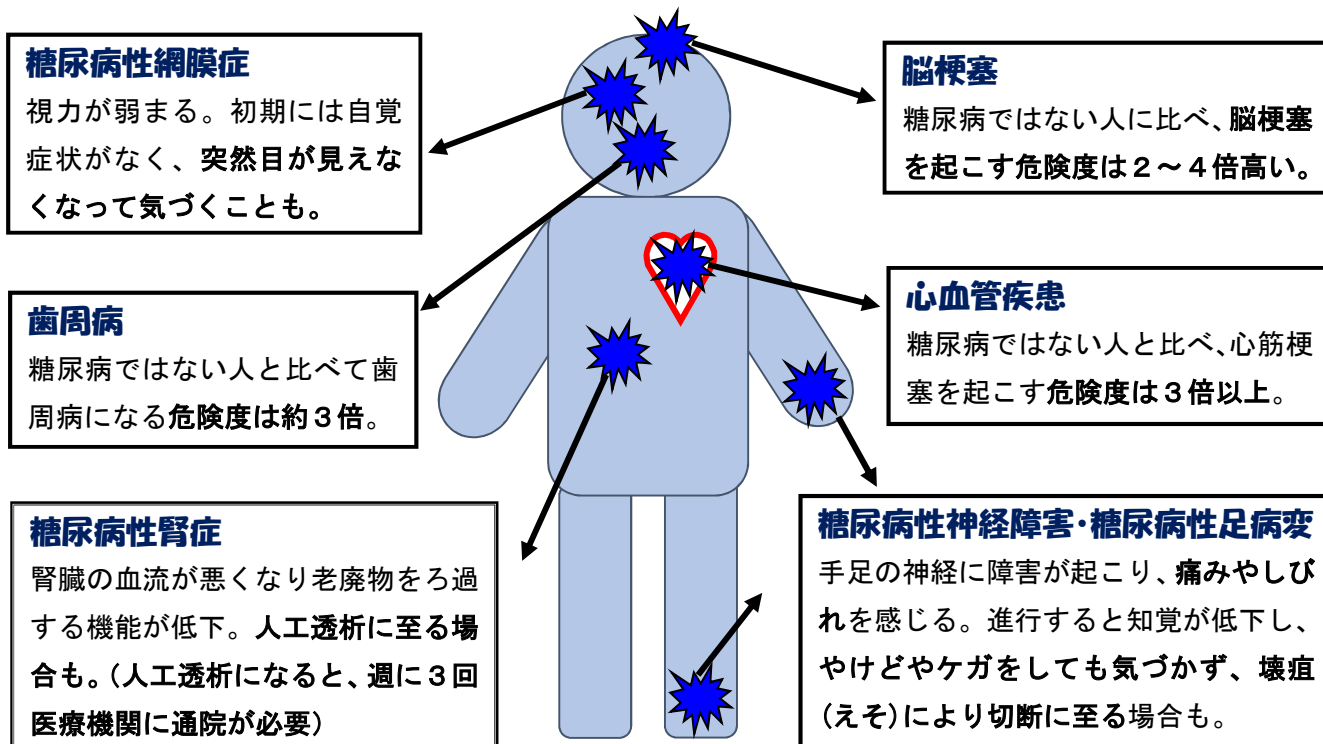
早期発見・早期治療  
が重要！

## 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26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

- レセプトを活用して、受診勧奨後の糖尿病受療歴等を確認する。

レセプトなし

※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

レセプトあり

## 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。

## 糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム

## 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

## 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。

## 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「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

平成 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

平成 年 月 日

(保険者名) 様

医療機関名  
住 所  
電話番号  
医師氏名

印

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女		
生年月日	昭和 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)	2型糖尿病 糖尿病性腎症 ( 期) 糖尿病性網膜症 ( 無 ・ 有 )、糖尿病性神経障害 ( 無 ・ 有 ) 高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患 その他 ( )				
家 族 歴	糖尿病の家族歴 ( 無 ・ 有 ・ 不明 )				
現在の治療状況 今後の治療方針	食事療法	エネルギー摂取量 _____ kcal 炭水化物比率 ( 50% 55% 60% )			
	運動療法				
	薬物療法				
保健指導における 具体的な指示事項	目 標 体 重 _____ kg (現在 _____ kg) 塩 分 制 限 : 無 ・ 有 ( _____ g) たんぱく質制限 : 無 ・ 有 ( _____ g) カリウム制限 : 無 ・ 有 ( _____ mEq) 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/1.73 m <sup>2</sup>	アルブミン尿 mg/gCr	血圧 / mmHg
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

平成 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	昭和 年 月 日 ( 歳)	
住 所		
保健指導年月日	平成 年 月 日～	(延べ指導回数 回)
<行動目標>		
<保健指導内容>		
担当課・係名	電話番号	担当者名