

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム別冊

糖尿病性腎症透析予防強化プログラム

－ V e r . 4 －

令和 8 年 3 月

高知県

目 次

1. 本プログラムの概要.....	2
2. 実施フロー図.....	5
3. 関係機関の役割.....	6
4. プログラムの対象者抽出・決定.....	9
(1) 対象者の抽出方法.....	9
(2) 対象者の同意の取得.....	10
(3) 同意を取得した対象者の報告.....	10
(4) プログラム実施に向けた打合せ.....	11
5. 介入の実際.....	12
(1) 医療機関にける介入の実際.....	13
(2) 保険者（委託業者含む）における介入の実際.....	13
6. 介入結果の評価.....	15
様式集.....	16
本プログラムに関する連絡先.....	28

1. 本プログラムの概要

本プログラムは、高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムのプログラムⅡ（治療中で重症化リスクの高い者への介入）による取組の一部であるが、特に以下の内容で実施するものとする。

なお、本プログラムは、保険者における取組が容易となるよう基本的な考え方を示すものであり、保険者の実施体制等に応じた方法で実施することができる。

（1）目的

急速に進行する糖尿病性腎症患者に対し、医療機関と保険者が連携して患者支援を行うことにより、透析導入時期の遅延を図る。特に、本県の糖尿病性腎症を原疾患とした新規透析導入患者の約4割が70歳未満となっており、壮年期の患者の透析導入時期の延伸によるQOLの維持が重点課題である。

（2）対象（詳細は9ページ参照）

糖尿病で通院する患者のうち、下記の抽出条件を参考に、保険者と連携して介入することが望ましいとかかりつけ医が判断した者。ただし、除外要件に該当する者は除外する。

【抽出条件】

診療情報等において①②の両方に該当する者

- ① eGFR：30mL/分/1.73m² 以上 60mL/分/1.73m² 未満
- ② 顕性蛋白尿：(+) 以上

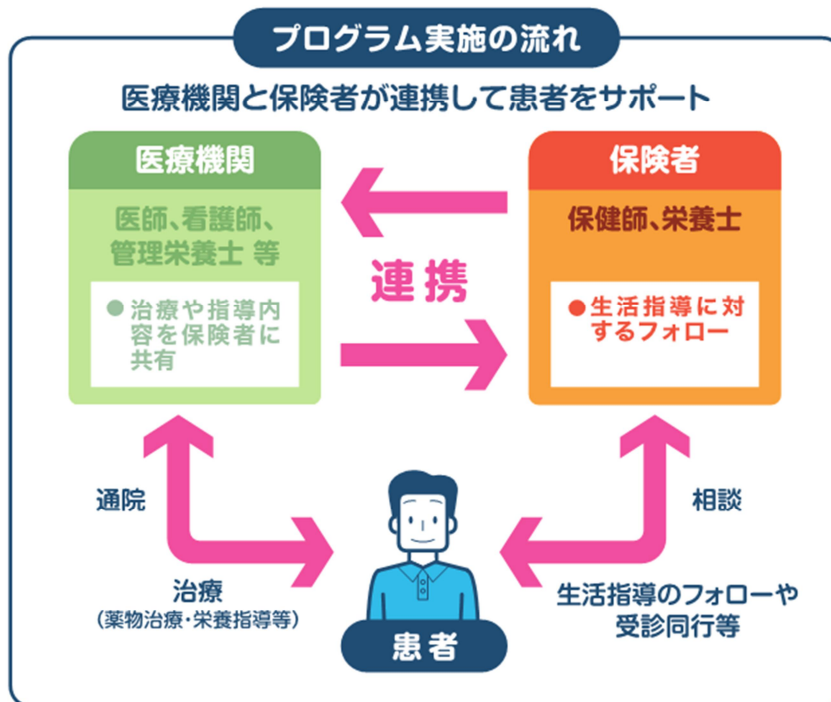
※ ①、②に該当しない場合であっても、かかりつけ医が保険者と連携して介入することが望ましいと判断する場合は、判断理由を明確にしたうえで対象とすることができる。

【除外要件】

- ・ がん等で終末期にある者
- ・ 重度の認知機能障害がある者
- ・ 患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者
- ・ 透析準備中の者

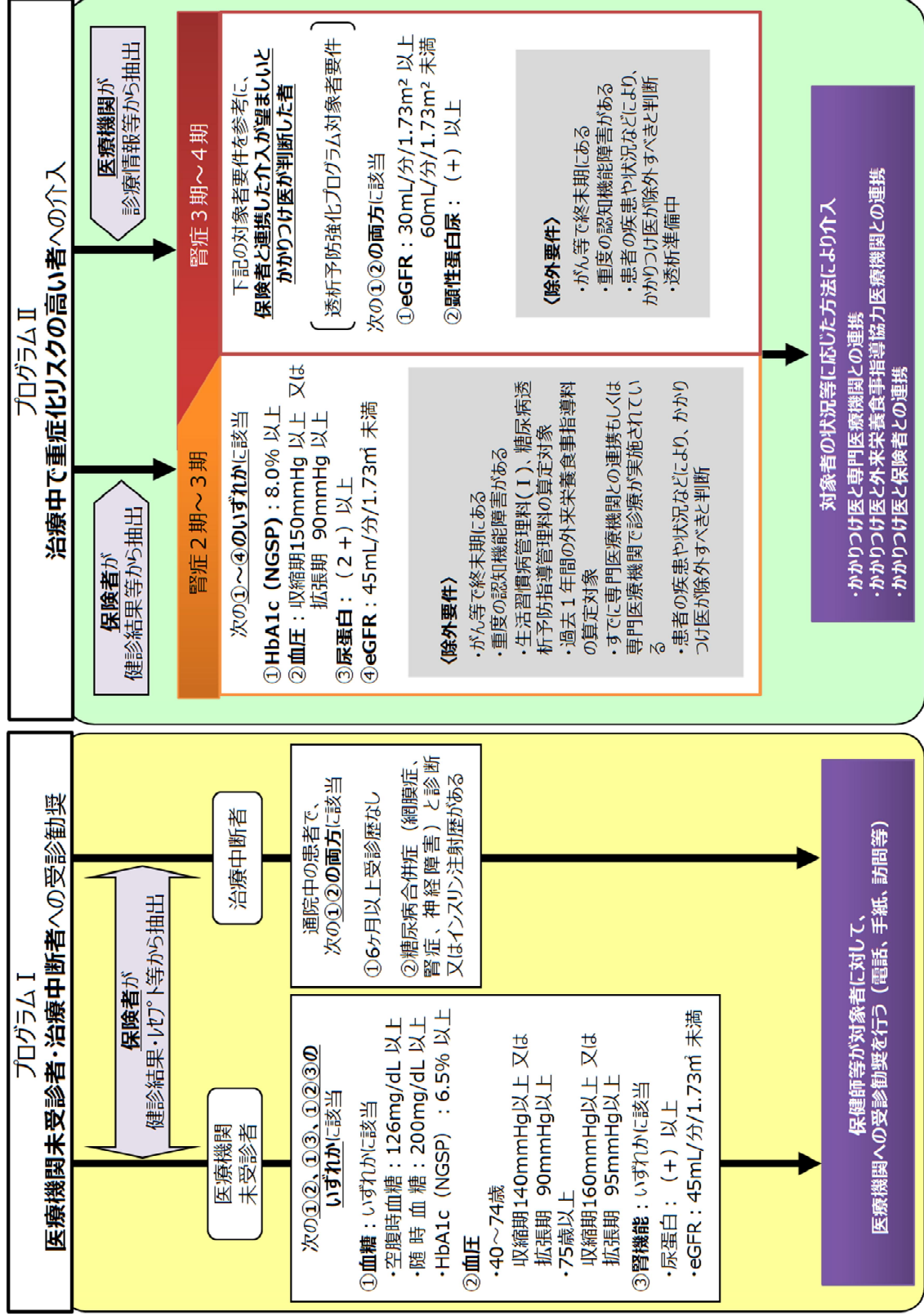
(3) 介入方法

腎保護療法（薬物治療）と1クール6か月の生活指導の強化



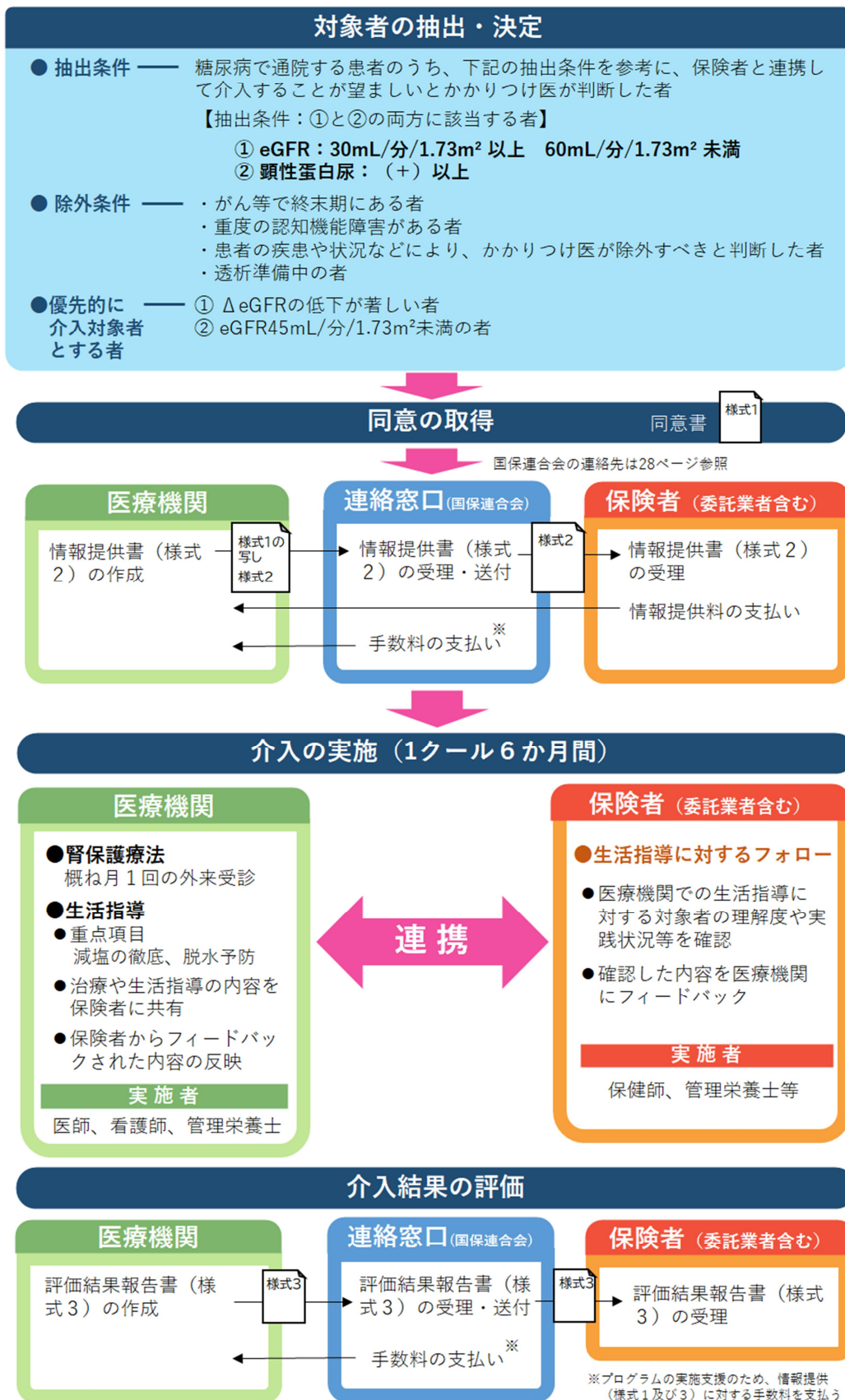
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ● 腎保護療法 <p>概ね月1回の外来受診</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・下記の「推奨される腎保護療法」を参考としつつ、主治医の診断のもと、最新の効果的な治療法を実施する。 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">推奨される腎保護療法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">① GLP-1 受容体作動薬の使用</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">② SGLT 2 阻害薬の使用</td> </tr> </tbody> </table>	推奨される腎保護療法	① GLP-1 受容体作動薬の使用	② SGLT 2 阻害薬の使用
	推奨される腎保護療法				
① GLP-1 受容体作動薬の使用					
② SGLT 2 阻害薬の使用					
<ul style="list-style-type: none"> ● 生活指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関と保険者が連携し、1クール6か月間の生活指導を実施する。重点項目は「減塩の徹底」と「脱水予防」とする。 ・治療や生活指導の内容等を保険者に共有する。 ・保険者からフィードバックされた内容を次回の生活指導に反映させる。 				
(委託含む) 保険者	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活指導に対するフォロー 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話や訪問等により、医療機関での生活指導に対する対象者の理解度や実践状況等を確認する。 ・確認した内容を医療機関にフィードバックする。 			

【参考】高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの体系図



※ 保険者の実施体制や地域の実情等に応じた方法で実施することができる。

2. 実施フロー図



上記を参考に、保険者の実施体制等に応じた方法で実施することができる。

3. 関係機関の役割

(1) 医療機関

医療機関は、次の事項を実施する。

- (1) 糖尿病で通院する患者の診療情報等から、対象者を抽出する。
- (2) 対象者に、説明資料（参考様式1）等を用いてプログラムの説明を行い、同意書（様式1）により介入の同意を取得する。同意書は、原本を医療機関で保管し、写しを対象者が保管する。また、介入方法等について対象者の希望を聴取し、診療記録等に残す。
- (3) 保険者に提供するための情報提供書（様式2）を作成し、同意書（様式1）の写しと併せて連絡窓口（高知県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。））に簡易書留で提出する。
- (4) 保険者（委託業者を含む。以下同じ。）から連絡があったら、医療機関での生活指導内容の共有方法（例：指導への保険者の同席、メール・電話など）、保険者の介入方法（例：対象者への電話、自宅訪問など）、保険者からのフィードバックの方法（例：医療機関へのメール・電話など）等について打合せを行う。
- (5) 診療報酬の範囲内の生活指導を実施する。
- (6) (4)の打合せで決定した方法で、医療機関での生活指導内容等について保険者と共有する。
- (7) 保険者からフィードバックを受けた家庭での実践状況等に関する情報をもとに、次回の生活指導に反映させるなど、対象者の生活実態に沿った指導となるよう工夫する。
- (8) 1クール6ヶ月間の介入が終了したら、保険者からの情報も踏まえて対象者の生活習慣の改善状況などを参考様式2-1～2-4等を用いて評価する。
- (9) (8)で評価した行動変容ステージや検査データ等を評価結果報告書（様式3）に記入し、連絡窓口（国保連合会）に簡易書留で提出する。
- (10) 1クール終了後の介入の必要性や支援体制については、介入結果の評価等に基づき、保険者と協議したうえで決定する。

※ 継続介入の対象者であり、上記(2)同意取得や(3)保険者への情報提供書の作成を行わない場合、(3)の連絡窓口へ提出する様式は、様式1、2の代わりに様式4を使用する。

(2) 保険者

保険者（委託業者含む。以下同じ。）は、次の事項を実施する。

- (1) 連絡窓口（国保連合会）を介して情報提供書（様式2）を確認のうえ、生活指導に向けて実施体制を整える。
- (2) 医療機関に情報提供料を支払う。
- (3) 医療機関に連絡し、医療機関での生活指導内容の共有方法（例：指導への保険者の同席、メール・電話など）、保険者の介入方法（例：対象者への電話、自宅訪問など）、医療機関へのフィードバックの方法（例：医療機関へのメール・電話など）等について打合せを行う。
- (4) (3)の打合せで決定した方法で、医療機関での生活指導内容等について情報提供を受ける。
- (5) (3)の打合せで決定した方法で対象者に介入し、医療機関での生活指導内容に対する実践状況等を確認する。また、対象者の状況に応じて、悩みへの傾聴、励まし等を行い、実践促進を図る。
- (6) (5)で確認した内容を、(3)の打合せで決定した方法で医療機関にフィードバックする。
- (7) 1クール6ヶ月間の介入が終了したら、連絡窓口（国保連合会）を介して評価結果報告書（様式3）を確認のうえ、対象者への介入結果を評価する。
- (8) 1クール終了後の介入の必要性や支援体制については、介入結果の評価等に基づき、医療機関と協議したうえで決定する。

※ 必要に応じて、保険者においても、特定健診結果やレセプトデータからプログラムの対象者を抽出する。

(3) 高知県

高知県保健政策課及び各福祉保健所は、次の事項を実施する。

- (1) 保健政策課は、医療機関から提出のあった評価結果報告書（様式3）により結果を把握し、定期的に介入効果の検証のためのデータ分析を行う。県単位の糖尿病対策協議会議等に報告及び助言をもらいつつ、必要時には本プログラムの見直しを行う。
- (2) 各福祉保健所は、圏域単位の糖尿病対策協議会等において、本プログラムの取組促進や関係機関の連携体制の構築を支援する。

(4) 連絡窓口

本プログラムにおける医療機関と保険者の「連絡窓口」を国保連合会保険者支援課内に設置する（高知県の委託事業）。連絡窓口は、県内すべての医療保険者の対象者について、一元的に医療機関からの連絡を受け付けることとし、次の事項を実施する。

- (1) 医療機関が同意取得した対象者について、同意書（様式1）の写し及び情報提供書（様式2）（または継続介入報告書（様式4））を受け付ける。当該対象者の保険者と調整のうえ、保険者に情報提供書を簡易書留で送付する。
- (2) 医療機関に情報提供（様式1または様式4）に対する手数料を支払う。
- (3) プログラムに基づき介入を行った医療機関からの評価結果報告書（様式3）を受け付け、保険者に簡易書留で送付する。
- (4) 医療機関に情報提供（様式3）に対する手数料を支払う。

糖尿病性腎症透析予防強化プログラム連絡窓口
（高知県国民健康保険団体連合会 保険者支援課内）
〒780-8536 高知県高知市丸ノ内2丁目6番5号
TEL：088-820-8415
FAX：088-820-8416

※ 各種様式は簡易書留で送付してください。

4. プログラムの対象者抽出・決定

(1) 対象者の抽出方法

糖尿病で通院する患者のうち、下記の抽出条件を参考に、保険者と連携して介入することが望ましいとかかりつけ医が判断した者を対象とする。ただし、除外要件に該当する者は除外する。

抽出条件	
年 齢	限定しない（かかりつけ医の判断による）
疾 患 名	2型糖尿病または糖尿病性腎症（腎生検は必須でない）
検査データなど	<p>診療情報等において、①②の両方に該当する者</p> <p>※①、②に該当しない場合であっても、かかりつけ医が保険者と連携して介入することが望ましいと判断する場合は、判断理由を明確にしたうえで対象とすることができる。</p> <p>① eGFR：30mL/分/1.73m² 以上 60mL/分/1.73m² 未満</p> <p>② 顕性蛋白尿：(+) 以上</p> <p>※ 尿定性検査の結果のみで対象者として抽出された場合には、医療機関にて尿定量検査を実施し、尿蛋白 0.5g/gCr 以上または尿中アルブミン 300mg/gCr 以上を認める者を対象者とする。</p> <p>全数対応が望ましいが、優先順位付けを行う場合は、下記のいずれかに該当する者を優先する。</p> <ul style="list-style-type: none">・ ΔeGFR の低下が著しい・ eGFR45mL/分/1.73m² 未満
除外要件	
<ul style="list-style-type: none">・ がん等で終末期にある者・ 重度の認知機能障害がある者・ 患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者・ 透析準備中の者	

(2) 対象者の同意の取得

かかりつけ医は、説明資料（参考様式1）等を用いて対象者にプログラムの概要を説明し、同意書（様式1）により介入の同意を得る。同意書は、原本を医療機関で保管し、写しを対象者が保管する。

また、介入方法等について対象者の希望を聴取し、診療記録等に残す。

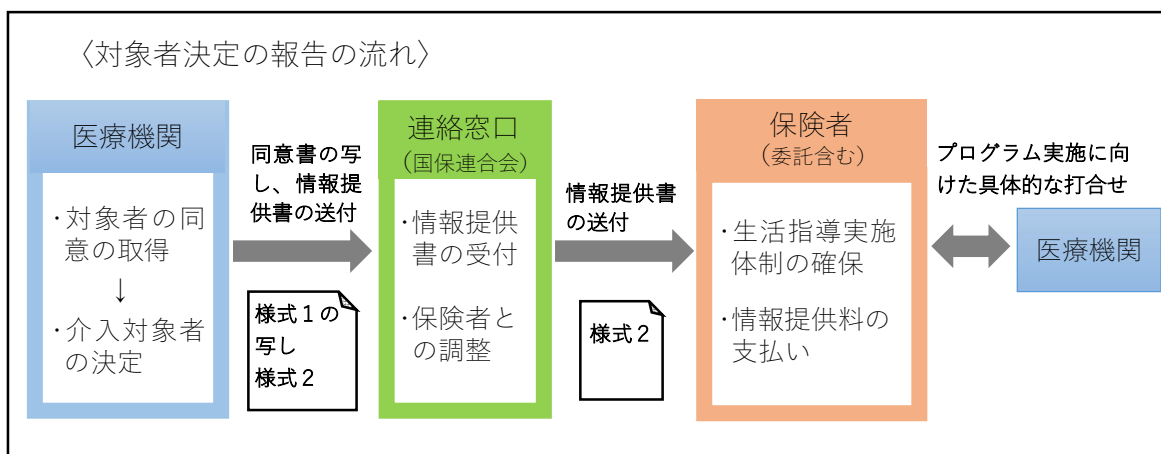
(3) 同意を取得した対象者の報告

かかりつけ医は、対象者の同意取得後、連絡窓口（国保連合会）に、次の2つを簡易書留で提出し、同意を取得した対象者の報告を行う。

- ・ 同意書（様式1）の写し
- ・ 保険者に提供する情報提供書（様式2）

情報提供書（様式2）は、連絡窓口（国保連合会）を通じて、対象者が加入する保険者（委託業者含む）に簡易書留で送付される。情報提供書を受理した保険者は、生活指導実施体制を確保するとともに、情報提供料を医療機関に支払う[※]。

※ 何らかの事情で介入中止等になった場合においても、被保険者に関する健康情報を保険者に提供するものであるため、保険者から情報提供料は支払うこととする。



(4) プログラム実施に向けた打合せ

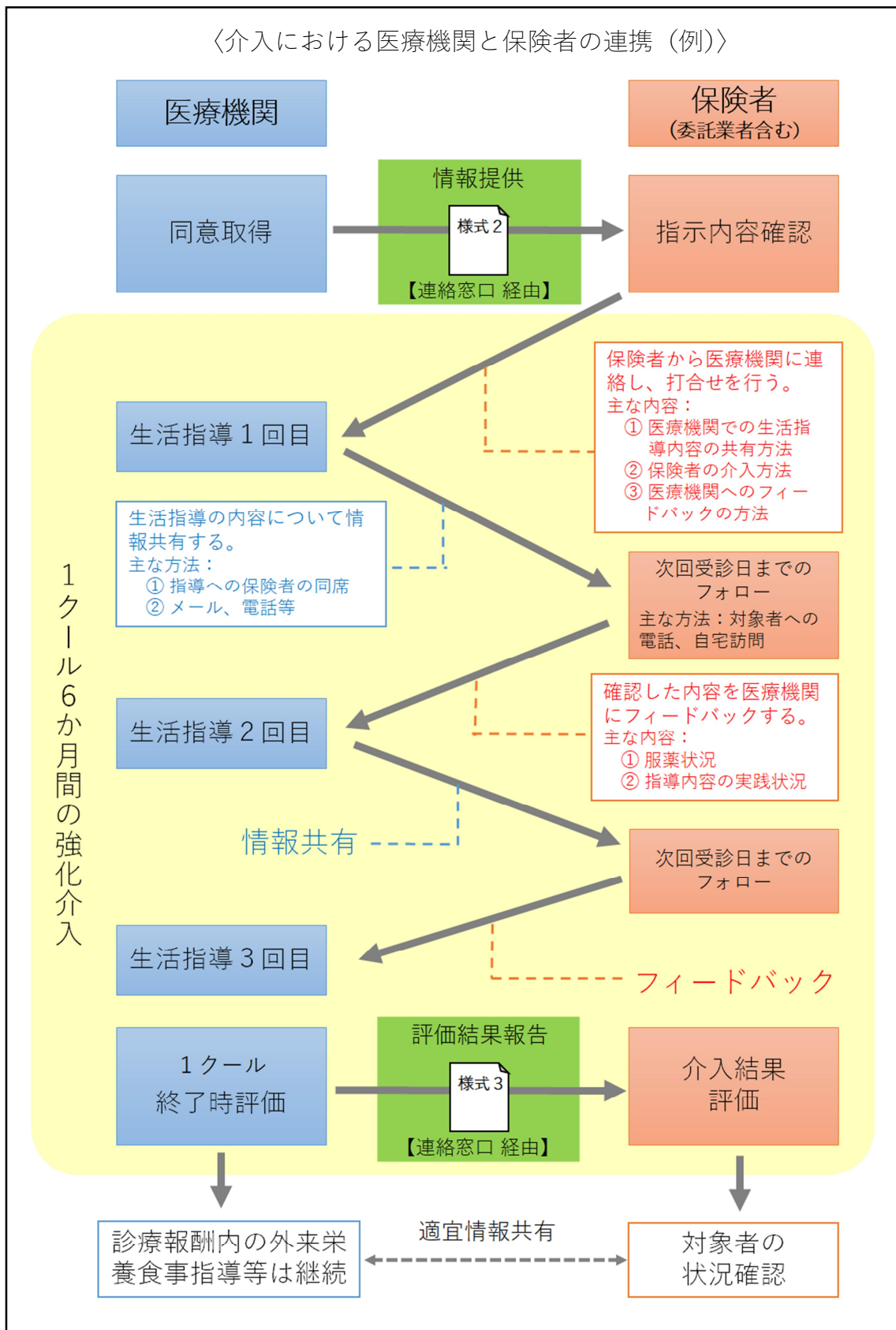
プログラムによる介入に向けて、保険者（委託業者含む）は医療機関に連絡し、今後の予定等について具体的な打合せを行う。

〈保険者と医療機関の打合せ内容（例）〉

- 医療機関での生活指導内容の保険者への共有方法
（例：指導への保険者の同席、メール・電話など）
- 保険者の介入方法
（例：対象者への電話、自宅訪問など）
- 保険者から医療機関へのフィードバックの方法
（例：医療機関へのメール・電話など）

など

5. 介入の実際



* 上記は実施例であり、対象者の状況や保険者の実施体制等に応じた方法で実施可能。

(1) 医療機関における介入の実際

医療機関においては、診療報酬の範囲内の指導を実施する。指導教材等については、従来各医療機関で活用しているものを使用して差し支えない。また、個別指導を基本とするが、対象者の状況に合わせて、糖尿病教室等の集団指導の場を活用することも可能とする。

1 クールの介入期間の間は、電話やメール、症例カンファレンスの開催等により、対象者情報及び生活指導内容等について保険者と共有する。

また、保険者からフィードバックを受けた対象者の家庭での実践状況等に関する情報をもとに、生活指導に反映させるなど、対象者の生活実態に沿った指導となるよう工夫する。

(2) 保険者（委託業者含む）における介入の実際

医療機関から、連絡窓口（国保連合会）を介して情報提供書（様式2）により情報提供を受けたら、医療機関に連絡し、医療機関での生活指導内容の共有方法、対象者への介入方法、医療機関へのフィードバックの方法等について打合せを行う。

1 クールの介入期間の間は、医療機関から情報提供を受けた生活指導内容等をもとに、電話や訪問等により、以下のような対象者の指導の理解状況等を確認する。確認した内容は、電話やメール、カンファレンス等により、医療機関にフィードバックする。

〈保険者による確認事項（例）〉

- 服薬状況
- 指導内容の理解、受け止め
- 指導内容の実践状況（減塩、脱水予防を中心に）
- セルフケア能力
- 実践上の阻害要因
- 治療や病気に関する疑問、悩み等がないか など

また、対象者の状況に応じて、悩みへの傾聴、励まし等を行い、実践促進を図る。

ー モデル地域での実践事例 ー

事例1

保険者が対象者の自宅に訪問すると、糖分の多い乳酸菌飲料が大量にあることが判明。対象者は「乳酸菌が入っているから良いものだと思っていた」とのこと。保険者からの情報を、次の栄養指導の内容に組み込むことができた。

事例2

外来受診時、対象者は「自宅で体重を量っている」と話していたが、保険者が自宅を訪問すると、体重計が柔らかい場所に設置されており、きちんと量れていなかったことが判明。実際に自宅の様子を見てアドバイスできることが強みになっている。

6. 介入結果の評価

(1) 評価方法

1 クール介入後、医療機関を中心に評価を行い、その結果を評価結果報告書（様式3）により連絡窓口（国保連合会）に簡易書留で提出する。

評価結果報告書（様式3）は、連絡窓口（国保連合会）を通じて、対象者が加入する保険者に簡易書留で送付される。

評価にあたっては、下記の参考様式を参考する。

1クール介入終了時 (介入開始から6か月頃)	・参考様式2-1 (～6か月間の振り返り～ 患者用①) ・参考様式2-2 (～6か月間の振り返り～ 支援者用①)
介入終了後3か月目 (介入開始から9か月頃)	・参考様式2-3 (～生活の振り返り～ 患者用②) ・参考様式2-4 (～生活の振り返り～ 支援者用②)

(2) 1クール介入終了後の対応について

1クール終了後も、医療機関における診療は継続し、対象者の検査値等を継続的に評価する。保険者においても、必要に応じて状況確認を行う。

1クール終了後の介入の必要性や支援体制については、介入結果の評価等に基づき、医療機関と保険者が協議したうえで決定する。

なお、継続介入を行う場合、患者の同意の再取得や保険者への情報提供書の作成を行わないことが想定されることから、前述の4(3)による同意を取得した対象者の報告は、継続介入報告書（様式4）により行う。

(3) 地域ごとの事業評価について

本プログラムによる介入が必要な患者に、医療機関及び保険者の限られたマンパワーを充てるためには、個別事例の評価のみならず、対象者の優先順位付けの考え方なども含め、事業評価が重要となる。高知県（保健政策課及び福祉保健所）は、各医療機関や保険者の介入状況等を把握のうえ、圏域単位の糖尿病対策協議会等も活用しながら、関係機関の取組支援を行う。

糖尿病性腎症透析予防強化プログラムへの参加のお願い

(医療機関名) _____

このプログラムは、これまでどおり主治医による治療を継続するとともに、日常生活での困りごとや気がかりなことを相談しやすい環境を整え、糖尿病と上手く付き合いながらあなたらしい生活を長く送っていただけるように、健康保険者（委託業者含む。以下同じ。）の保健師や管理栄養士等もあなたの治療（薬物療法、生活指導）に6か月間共に関わらせていただくものです。

つきましては、あなたの腎臓の治療に、医療機関と健康保険者の保健師や管理栄養士等が6か月間共に関わること、また、そのために必要な治療内容等についての情報共有を行うことについて、ご了承いただきますようお願いいたします。

また、プログラムの利用に同意されなくても、治療内容には一切影響せず、あなたの不利益となることはありません。一旦同意されても、途中で同意を取り消すことも可能です。

同 意 書

(医療機関名) _____ 管理者 様

私は、上記の内容を理解し、糖尿病性腎症透析予防強化プログラムを利用します。

年 月 日

住所 _____

氏名（自署） _____

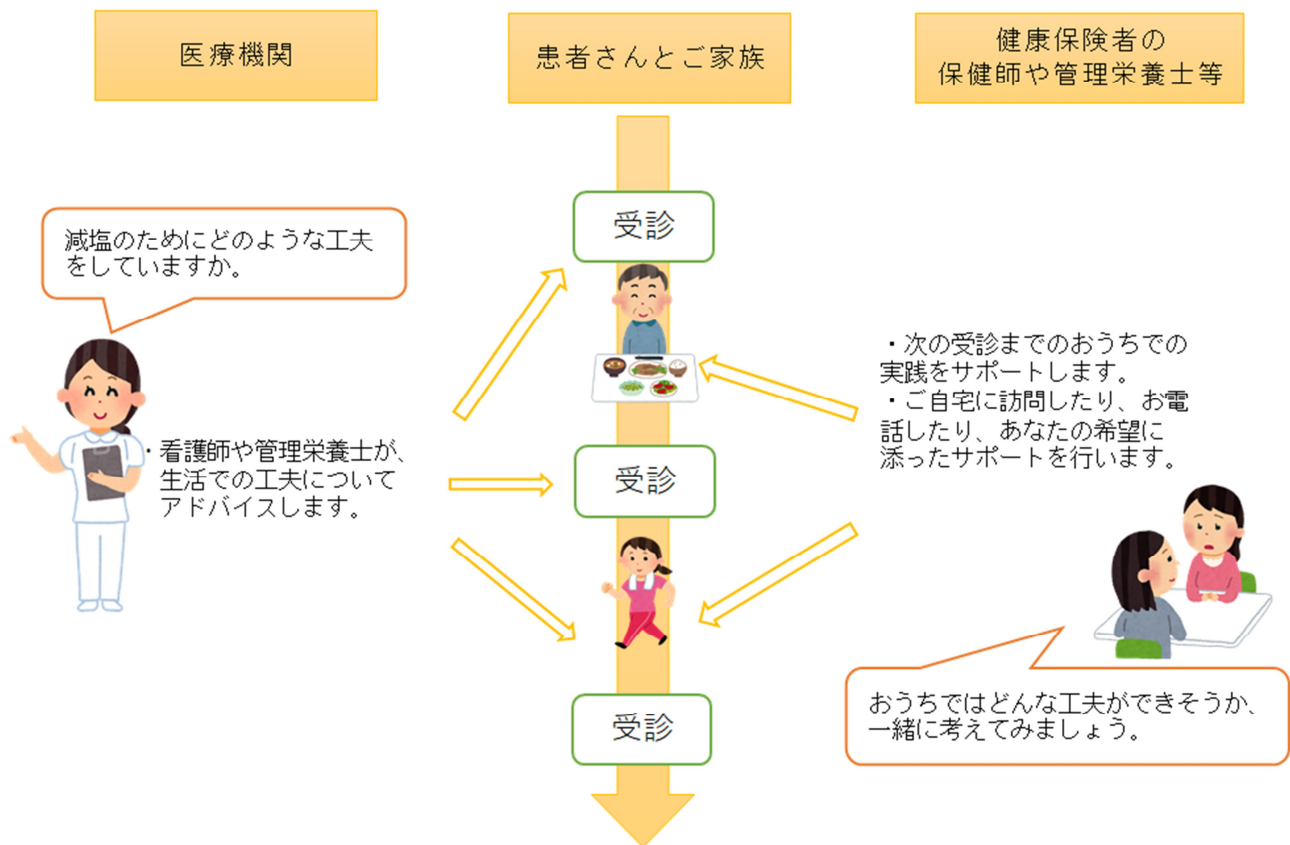
糖尿病性腎症透析予防強化プログラムについて

高知県では、令和2年度より、たんぱく尿がみられるなど糖尿病性腎症の進展が心配される患者さんを対象とした、腎機能を保つための取組を実施しています。

この取組は、主治医のもと、あなた（2型糖尿病及び糖尿病性腎症の患者さん）の病状にあった最善の治療を行いながら、通院先医療機関の看護師・管理栄養士や健康保険者（委託業者含む。以下同じ。）の保健師や管理栄養士等が、あなたと一緒に減塩方法や脱水予防方法について考え、アドバイスしていくものです。

6か月間、医療機関で受けたアドバイスをもとに、あなたのおうちでの生活を健康保険者の保健師や管理栄養士等がサポートします。その後も、あなたの体調や生活に合わせて、必要なサポートと一緒に考えながら継続していきます。

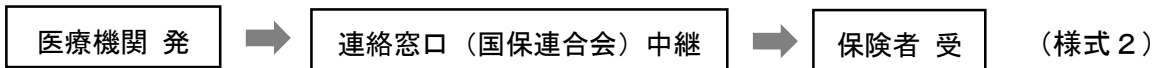
～糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの取り組み～



※ 健康保険者の保健師や管理栄養士等が関わることによる追加の費用は一切ありません。

※ 健康保険者の保健師や管理栄養士等は、あなたのご希望に添った方法でサポートをさせていただきます。次のうち、お断りされたいものがありましたら、お申し出ください。

- 病院での指導への同席
- 自宅、職場、その他公的施設等での面談
- 電話



年 月 日

高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム情報提供書
 (糖尿病性腎症透析予防強化事業版)

医療機関	所在地		
	医療機関名		
	医師名		
	保険者からの連絡窓口	担当者名	
	連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 電話・メールいずれも可 T E L : E-Mail :	

1 対象者の情報

氏名		性別	男 ・ 女
住所		電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
保険番号	(保険者番号が不明な場合は保険者名 :)		

2 下記の情報について、記載又はチェックしてください

傷病名 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 期) ※ 腎症5期は保健指導の対象外 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <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"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介目的	糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの利用
既往歴 <input type="checkbox"/> にチェック	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <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"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
家族歴	
症状経過	

検査結果※ ¹ 検査日 (年 月 日)	・ 血圧 (/ mmHg) ・ HbA1c (NGSP) (%) ・ 血糖 (mg/dl) (空腹時 ・ 食後_____時間)	・ 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・ 血清クレアチン (mg/dl) ・ eGFR (ml/分/1.73 m ²) ・ 尿アルブミン定量 (mg/ gCr)
	・ 検査結果が抽出条件※ ² を満たさない場合は、対象者と判断した理由 ()	
	治療におけるコントロール目標値 HbA1c (NGSP) (%)	
治療経過		
現在の処方		
指示事項 □にチェック	<input type="checkbox"/> 食生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 歯科受診フォロー <input type="checkbox"/> 眼科受診フォロー <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・ エネルギー (kcal/日) ・ 食塩 (g/日) ・ たんぱく質 (g/日) ・ カリウム (mg/日) <input type="checkbox"/> その他 ()	
次回受診日	年 月 日 () 曜日 時 分	
保険者に依頼したいこと		
備考	※生活指導を実施するにあたり留意すべきことがあればご指示ください。	

※1：検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

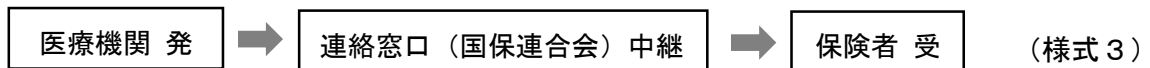
※2：抽出条件 糖尿病で通院する患者のうち、①と②の両方に該当する者

① eGFR：30mL/分/1.73m² 以上 60mL/分/1.73m² 未満

② 顕性蛋白尿：(+) 以上

No.	
-----	--

※連絡窓口で記入



糖尿病性腎症透析予防強化プログラム評価結果報告書

年 月 日

医療機関名	
担当者名	
電話番号	

1 対象者 No. _____

2 介入開始・終了時期と行動変容ステージ

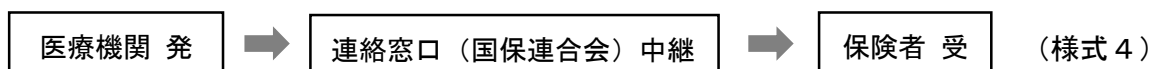
介入開始 時点	開始日	年 月 日
	行動変容 ステージ	無関心期 ・ 関心期 ・ 準備期 ・ 実行期 ・ 維持期
介入終了 時点	評価日	年 月 日
	行動変容 ステージ	無関心期 ・ 関心期 ・ 準備期 ・ 実行期 ・ 維持期

3 直近の検査データ

検査年月日：	年 月 日
<ul style="list-style-type: none"> ・ HbA1c (NGSP) (_____ %) ・ 血糖 (_____ mg/dl) (空腹時 ・ 食後 _____ 時間) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・ eGFR (_____ ml/分/1.73 m²)

4 薬物治療の状況

種別	<input type="checkbox"/> ARB/ACE 阻害薬 <input type="checkbox"/> GLP-1 受容体作動薬 <input type="checkbox"/> SGLT2 阻害薬 <input type="checkbox"/> ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬
使用開始 時期	<input type="checkbox"/> プログラム実施前から使用していた <input type="checkbox"/> プログラム実施中に使用を開始した



糖尿病性腎症透析予防強化プログラム介入対象者（継続介入）報告書

1 対象者の情報

対象者 No. _____ (※)

(※) 1クール目の介入開始が令和5年度以前の場合、または対象者 No. が不明な場合は、下表に必要な事項を記入してください。

氏名		性別	男 ・ 女
住所		電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
保険者番号	(保険者番号が不明な場合は保険者名 : _____)		

2 直近の検査データ

検査年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日	
<ul style="list-style-type: none"> ・ HbA1c (NGSP) (_____ %) ・ 血糖 (_____ mg/dl) (空腹時 ・ 食後 _____ 時間) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・ eGFR (_____ ml/分/1.73 m²)

3 介入開始時期

ク ー ル 数 : _____ クール目

介入開始時期 : _____ 年 _____ 月

(注意事項)

- ・ 本様式は、継続介入（2クール目以降）であるため、介入前の対象者への同意取得や保険者への情報提供書の提供を行わない場合を想定した報告様式です。
- ・ 前回介入から期間が空くなどにより、対象者への同意取得や保険者への情報提供書の提供を再度行う場合は、同意書（様式1）の写し及び情報提供書（様式2）を連絡窓口（国保連合会）にご提出ください。

～6か月間の振り返り～

(参考様式2-1)
患者用①

No. _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1	腎機能を守るための減塩の必要性について、理解が深まりましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
2	減塩のための工夫について、知ることができましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
3	減塩について、具体的に取り組んでいることがありますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	ある・ない 取り組んでいること (_____)
4	腎機能を守るための脱水予防の必要性について、理解が深まりましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
5	脱水予防のための生活での工夫について、知ることができましたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
6	脱水予防について、具体的に取り組んでいることがありますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	ある・ない 取り組んでいること (_____)
7	現在の治療は、自分のためにプラスになっていると思いますか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
8	自分のできる範囲でしっかりと治療に取り組んでいると感じますか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない

～6 か月間の振り返り～

(参考様式2-2)
支援者用①

症例No. _____

かかりつけ医療機関名 _____

評価記入者 _____

評価日 _____

年 月 日

1	指導を行う看護師、管理栄養士、保健師等の人材を確保できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
2	医療機関と保険者の相談体制（症例カンファレンス等）を構築できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
3	対象者に合った生活指導方法を計画できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
4	対象者は毎回予定どおり医療機関を受診できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
5	対象者は毎回予定どおり生活指導を受けることができたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
6	対象者の行動変容ステージは変化したか。 ※	強化開始時：無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期 強化終了時：無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期
7	対象者は生活での改善点を理解できたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
8	対象者は生活習慣を具体的に改善することができたか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
9	検査値の改善があったか。	
10	ΔeGFRの値は改善されたか。	

※ 参考 行動変容ステージモデル

無関心期：6 か月以内に行動を変えようと思っていない
関心期：6 か月以内に行動を変えようと思っている
準備期：1 か月以内に行動を変えようと思っている

実行期：行動を変えて6 か月未満である
維持期：行動を変えて6 か月以上である

～生活の振り返り～

(参考様式2-3)
患者用②

記入日 年 月 日

No. _____

1	減塩の目標について、継続して取り組んでいますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない 取り組んでいること ()
2	脱水予防の目標について、継続して取り組んでいますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない 取り組んでいること ()
3	その他、腎臓を守るために工夫して取り組んでいることはありますか。 取り組んでいる場合、それはどのようなことですか。	ある・ない 取り組んでいること ()
4	現在の治療は、自分のためにプラスになっていると思いますか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
5	自分のできる範囲でしっかりと治療に取り組んでいると感じますか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない

～生活の振り返り～

(参考様式2-4)
支援者用②

No. _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1	対象者は減塩の目標に継続して取り組んでいるか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
2	対象者は脱水予防の目標に継続して取り組んでいるか。	とても思う・思う・ほとんど思わない・全く思わない
3	その他、対象者が工夫して取り組んでいる生活習慣の改善行動はあるか。 それはどのような内容か。	ある・ない 取り組んでいること (_____)
4	対象者は行動変容ステージのどの時期にあるか。	無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期
5	その他、生活指導強化終了後の対象者の変化について、気がかりな点等があれば記載してください。	

※ 参考 行動変容ステージモデル

無関心期：6か月以内に行動を変えようと思っていない
関心期：6か月以内に行動を変えようと思っている
準備期：1か月以内に行動を変えようと思っている

実行期：行動を変えて6か月未満である
維持期：行動を変えて6か月以上である

医療機関から保険者への指導内容共有用

(参考様式3-1)

指導内容等の連絡票 (医療機関→保険者)

年 月 日

医療機関名	
担当者名	
電話番号	

1 対象者 No. _____

2 対象者の状況

受診日	年 月 日 () 曜日
検査結果 □にチェック	<input type="checkbox"/> 前回の情報から変更なし <input type="checkbox"/> 前回の情報から変更あり (変更内容について下記に記入) ・ 血圧 (/ mmHg) ・ 尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+) ・ HbA1c (NGSP) (%) ・ 血清クレアチン (mg/dl) ・ 血糖 (mg/dl) ・ eGFR (ml/分/1.73 m ²) (空腹時 ・ 食後__時間) ・ 尿アルブミン定量 (mg/gCr)
指示事項 □にチェック	<input type="checkbox"/> 前回の情報から変更なし <input type="checkbox"/> 前回の情報から変更あり (変更内容について下記に記入) <input type="checkbox"/> 食生活指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 <input type="checkbox"/> 歯科受診フォロー <input type="checkbox"/> 眼科受診フォロー <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 下記の内容で指導する ・ エネルギー (kcal/日) ・ 食塩 (g/日) ・ たんぱく質 (g/日) ・ カリウム (mg/日)
対象者の反応	
次回受診日	年 月 日 () 曜日 時 分
保険者に依頼 したいこと	
その他	

保険者から医療機関へのフィードバック用
(参考様式3-2)

確認内容等の連絡票 (保険者→医療機関)

年 月 日

保険者名	
担当者名	
電話番号	

1 対象者 No. _____

2 対象者の状況

状況を確認した日： 年 月 日

確認方法： 電話 訪問 その他 (_____)

生活状況	
服薬状況	
指導内容の理解・受け止め	
実践状況	
医療機関への伝達事項	
その他	

本プログラムに関する連絡先

〈連絡窓口〉

業務内容	<p>医療機関に対して： 同意書（様式1）の写し、情報提供書（様式2）、評価結果報告書（様式3）、継続介入報告書（様式4）の提出先</p> <p>保険者に対して： 医療機関から受け付けた情報提供書（様式2）、評価結果報告書（様式3）、継続介入報告書（様式4）を送付</p>
連絡先	<p>高知県国民健康保険団体連合会 別館 保険者支援課内 〒780-8536 高知県高知市丸ノ内2丁目6番5号 TEL：088-820-8415 FAX：088-820-8416</p> <p><u>※ 各種様式は簡易書留で送付してください。</u></p>

〈本プログラムに関するお問い合わせ〉

<p>高知県健康政策部保健政策課 よさこい健康プラン21推進室 〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号 TEL：088-823-9648 FAX：088-823-9137</p>

〈各福祉保健所〉

1	<p>安芸福祉保健所 健康障害課 〒784-0001 高知県安芸市矢ノ丸1丁目4番36号 TEL：0887-34-3177 FAX：0887-34-3170</p>
2	<p>中央東福祉保健所 健康障害課 〒782-0016 高知県香美市土佐山田町山田1128番1号 TEL：0887-53-3172 FAX：0887-52-4561</p>
3	<p>中央西福祉保健所 健康障害課 〒789-1201 高知県高岡郡佐川町甲1243番4号 TEL：0889-22-1249 FAX：0889-22-9031</p>
4	<p>須崎福祉保健所 健康障害課 〒785-8585 高知県須崎市東古市町6番26号 TEL：0889-42-1875 FAX：0889-42-8924</p>
5	<p>幡多福祉保健所 健康障害課 〒787-0028 高知県四万十市中村山手通19 TEL：0880-34-5120 FAX：0880-35-5980</p>