

質問回答書

令和5年5月15日

尾張旭市健康福祉部保険医療課

糖尿病性腎症重症化予防保健指導業務委託に関する質問の回答は、下記のとおりです。  
記

No.	質問内容	回答
1	<p><b>糖尿病性腎症重症化予防保健指導業務内容</b> (以下「業務内容」という。) <b>2事業内容</b> <b>(1)対象者</b> 対象者の抽出について、安全に保健指導を実施するために、抽出条件へ対象から除外する条件を追加いただくことは可能でしょうか。</p>	<p>抽出段階で除外することは想定していませんが、保健指導に危険が伴う場合は、主治医からの許可が出ないものと考えます。なお抽出時には、腎症第4期 (eGFR&lt;30ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) 以上の者は除外されています。</p>
2	<p><b>業務内容 2事業内容 (4)医療機関との連携</b> 市の指定する様式「糖尿病性腎症予防のための保健指導情報提供書」の実際の様式をデータ等で確認させていただくことは可能でしょうか。</p>	<p>実際の様式は、【別添1】のとおりです。</p>
3	<p><b>業務内容 2事業内容 (4)医療機関との連携</b> 「糖尿病性腎症予防のための保健指導情報提供書」に追加で必要な情報については事業者の負担において取得すると記載がありますが、主治医の先生の負担を軽減するために、市の指定する様式に質問を追加させていただくことは可能でしょうか。</p>	<p>市が指定する様式は、医師会との合意によるものであり、質問項目を追加することは想定していません。</p>
4	<p><b>業務内容 2事業内容 (4)医療機関との連携</b> 主治医への保健指導の結果報告に関しまして、任意様式での報告は可能でしょうか。</p>	<p>市国保での保健指導で使用している様式【別添2】に準じて報告してください。</p>
5	<p><b>業務内容 2事業内容 (4)医療機関との連携</b> 保健指導完了後の報告について、保健指導後のご報告は貴市を介して主治医の先生へご連絡いただくことは可能でしょうか。</p>	<p>報告の方法は、書面の送付のみ、書面の送付後に電話での説明、訪問しての報告等の方法が考えられますが、いずれの方法にしても事業者において行ってください。</p>

6	<p><b>業務内容 2 事業内容 (5)事業計画及び結果報告</b></p> <p>申込率について、すでに貴市で実施している糖尿病性腎症重症化予防について、申込率は何%程度であるかご教示いただけますでしょうか。</p>	<p>市国保加入者に対する糖尿病性腎症重症化予防の保健指導実績は次のとおりです。</p> <p>【令和3年度】</p> <p>対象者数：51人 参加者数：7人 申込率：13.7%</p> <p>【令和4年度】</p> <p>対象者数：81人 参加者数：11人 申込率：13.6%</p>
7	<p><b>業務内容 2 事業内容 (6)保健指導スケジュール</b></p> <p>保健指導の実施期間について、他自治体の経験より、申し込み後に情報提供書を取得し面談開始となるまでに2か月程度有することがあります。7月下旬に募集開始した場合、10月頃面談開始となる可能性があります。2月末までに6か月の保健指導を完遂するには十分な期間を確保できないことが考えられます。5か月10回の面談にするなど、指導期間や面談回数の変更についてご検討の余地はございますか。</p>	<p>速やかに参加者を募集していただき、令和6年2月末までに指導を完了することが原則ですが、2事業内容(3)保健指導の概要イ指導内容等にあるとおり、保健指導の効果が見込める場合には、協議により期間、回数を変更することができます。</p>

FAX 送信先：瀬戸市国保の方⇒瀬戸市国保年金課 0561-88-2783（平日 8:30～17:00）  
尾張旭市国保の方⇒尾張旭市保険医療課 0561-52-3749（平日 8:30～17:00）

## 糖尿病性腎症予防のための保健指導情報提供書

様式 2

令和 年 月 日

(宛先) 市長

医療機関名

主治医

下記の方への保健指導を実施することは適当である。

氏名	生年月日	S 年 月 日	男・女
保険者 (当てはまるものに○)	瀬戸市：国民健康保険・後期高齢者医療制度	被保険者番号	
	尾張旭市：国民健康保険・後期高齢者医療制度		
住所		日中に連絡の つく電話番号	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -

保健指導に関する情報提供★該当事項に記載またはチェックをしてください★

検査結果 ※	●必要に応じて以下をご記入ください。 病期：第 期			
	検査日： 年 月 日			
	血糖値（空腹・随時）： mg/dl HbA1c： % eGFR： ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 尿蛋白： - ・ ± ・ + （尿アルブミン値が不明の場合、尿蛋白±以上を対象者とする）			
	尿蛋白区分	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3
	尿アルブミン定量 (mg/日)	30 未満	30～299	300 以上
	尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)			
【事業対象者（下記1から3のいずれにも該当する者）】				
1 40歳以上の瀬戸市・尾張旭市国民健康保険又は後期高齢者医療制度の被保険者				
2 糖尿病治療中で腎機能が疑われる者で次の①及び②に該当する者				
①尿アルブミン値が30 mg/gCr以上の者（ただし、尿アルブミン値が不明の場合は、尿蛋白値が±以上でも可）				
②eGFRが30mL/min/1.73 m <sup>2</sup> 以上の者				
3 医師が必要と認め、本人の同意が得られた者				

指示事項	<input type="checkbox"/> 食生活指導
	<input type="checkbox"/> 適正な食分量・バランスについて食事バランスガイド等を用いて指導してよい
	<input type="checkbox"/> 下記内容で指導する
	エネルギー ( ) kcal/日 塩分 ( ) g/日
	食事禁忌等 ( ) その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 運動指導
	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり ( )
	<input type="checkbox"/> 服薬管理
	留意すべきこと等 [ ]

同意欄	糖尿病性腎症予防のために、市が実施する保健指導を受けることに同意します。 氏名 _____
-----	--

※検査結果はデータコピーの添付でも差支えありません。

## 糖尿病性腎症病期分類

【別添1】裏面

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) or 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR[eGFR] (mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
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) or 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)		透析療法中

2013年12月 糖尿病性腎症合同委員会

### CKD ステージによる食事療法基準（慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014年版より）

GFR	90 以上	60~90 未満	45~60 未満	30~45 未満	15~30 未満	15 未満
GFR 区分	G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
総エネルギー (kcal/標準体重kg /日)	25~35kcal/標準体重kg/日					
たんぱく質 (g/標準体重/日)	過剰な摂取 をしない	過剰な摂取 をしない	0.8~1.0	0.6~0.8	0.6~0.8	0.6~0.8
食塩 (g/日)	3g~6g 未満 (ただし高血圧や体液過剰 を伴わない場合は、男性 8g、女性 7g でもよい)			3g~6g 未満		
カリウム (mg/日)	制限なし			2,000 以下	1,500 以下	

※上記は参考資料としてご覧ください

# 糖尿病性腎症保健指導実施報告書

【別添2】

様式3

年 月 日

医療機関名

医師

様

瀬戸市 国保年金課・健康課

尾張旭市 保険医療課・健康課

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

氏名		生年月日		男・女
住所			電話番号	
保健指導年月日： 年 月 日				
<保健指導内容>				
担当課		電話番号		担当者名