

福山市糖尿病性腎症重症化予防事業に関する業務委託仕様書

第 1 目的

糖尿病の重症化リスクの高い者に対して、通院先の医療機関の医師（以下「かかりつけ医」という。）の指示に基づき保健指導を行うこと等により、糖尿病性腎症の重症化予防を促進し、国民健康保険被保険者の健康維持及び医療費の適正化を図ることを目的とする。

第 2 対象となる業務

1 事業実施に係る支援等

発注者への事業実施に係る支援を行うこと。

2 分析データベースの構築

発注者の国民健康保険被保険者（以下「被保険者」という。）について、レセ電コード情報ファイル（医科・DPC・調剤）、FKAC131（特定健診受診者 CSV ファイル）、FKAC163（健診結果情報ファイル）、FKAC164（その他結果情報ファイル）、特定健診等被保険者データ（KD_IF015）及び外字情報（EUDC.TTE）（以下「レセ電データ等」という。）等を活用して、糖尿病の重症化リスクの高い者の分析、抽出を行うためのデータベースを構築すること。

3 保健指導参加候補者の分析、抽出及び保健指導の実施等

発注者の被保険者について、保健指導参加候補者の分析、抽出及び保健指導を行うこと。

4 治療中断者の分析、抽出及び受診勧奨等

発注者の被保険者について、対象者の分析、抽出及び医療機関への受診勧奨を行うこと。

5 プログラム終了者への保健指導の実施等

発注者が抽出した糖尿病性腎症保健指導プログラムを終了した者に対して、自己管理の支援及び保健指導を行うこと。

6 健康講座の実施等

発注者の被保険者について、対象者の分析、抽出並びに健康講座及び個別相談を行うこと。

7 当事業の効果の取りまとめ

保健指導終了者等に係る効果検証（健康状態等の改善度合いなど）を行うこと。

また、本業務の次年度以降の運営に資するよう、指導参加者、不参加者の比較や被保険者一人当たり医療費や疾病分類別医療費の現状等を発注者と協議の上作成すること。

第3 業務の内容

1 事業実施に係る支援等

(1) 支援項目

- ア 発注者が事業実施に係る協議、調整、説明を行う場（連絡会議など）への参画と説明用の資料の作成等
- イ 事業実施スケジュールの作成
- ウ 発注者が会議等において必要とする資料の作成
- エ 受診勧奨者及び保健指導参加候補者等からの問い合わせへの対応
- オ その他、事業実施に必要な報告書等の作成
- カ 上記については、発注者の指示により速やかに提出、対応することとし、報告時期、報告書の提出日程、報告様式の統一化など、発注者、受注者との協議すること。
- キ 発注者からの事業実施に係る指示に対応すること。
- ク 本業務の進捗状況等については、速やかに発注者に報告すること。

(2) 留意事項

- ア 受注者は、本業務全般の日程管理に特に留意すること。発注者の承認を得た再委託先の事業者に係る日程管理も適切に行うこと。
- イ レセ電データ等の授受及び通知文等の納品に関連した個人情報等の輸送についてはセキュリティ便等を利用すること。
- ウ データの授受、データの加工等に必要な機器等の経費、運搬等の経費は、受注者の負担とする。

2 分析データベースの構築

発注者は、別紙2に基づき発注者に係るレセ電データ等を受注者に提供することとし、受注者はレセプトデータ及び特定健診データを連携させ、データベースを構築する。構築に当たっての条件は以下のとおりである。

(1) レセプトデータからの抽出に当たっては、全データの分析を原則とする。

ただし、糖尿病関連（糖尿病、糖尿病性腎症、腎不全等の傷病名がある者）に限定することも可能とし、この限定範囲は発注者と受注者の提案による（3（8）「保健指導の実施状況結果及び効果検証の報告」についても併せて効果的な提案を行うこと）。

(2) 40歳以上75歳未満の者を対象とする。

(3) 傷病名や薬剤（禁忌情報を含めた薬剤データベース）、診療行為等はもれなく最新情報を使用し、コード化に必要なマスタを保有すること。

(4) 分析データベースを構築する上で別途必要なデータが生じた場合は、発注者は受注者と協議の上決定するものとする。

3 保健指導参加候補者の分析、抽出及び保健指導の実施等

(1) 分析、抽出について

保健指導参加候補者の抽出方法については、発注者から提供を受けたレセ電データ等を基に2025年（令和7年）3月診療分から2026年（令和8年）2月診療分までのレセプトデータ及び特定健診データを連携させ、糖尿病性腎症の病期が第3期又は第4期のいずれかに該当すると想定される者を抽出すること。またその抽出条件を発注者に報告すること。

(2) 名簿の作成

前記（1）で抽出したデータに基づき、かかりつけ医に必要な候補者名簿（発注者の事前確認用）を作成し、2026年（令和8年）5月29日までに発注者に納品する。

(3) 通知文等の作成、発送

発注者が決定した保健指導参加候補者について、以下の通知文等を作成、印刷し、封入及び封緘を行い、2026年（令和8年）7月31日までに発送すること。

また、発注者が作成したパンフレット等（A4サイズ1枚まで）の同封の依頼があった場合は適宜、対応すること。

ア 通知文（保健指導参加候補者用）

イ 糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書（以下「参加同意書」という。）

ウ 保健指導の必要性が分かるパンフレット、説明

エ 発信用封筒（発注者が用意する。郵送料は受注者が負担する。宛名ラベルシールの作成・貼付又は宛名の印刷は受注者が行う。）

オ 返信用封筒（発注者が用意する。郵送料は発注者が負担する。）

カ 糖尿病性腎症保健指導指示書（以下「指示書」という。）

(4) 参加勧奨の実施

受注者は発注者が決定した保健指導参加候補者に対し、電話による参加勧奨を行うこと。なお、人数については発注者及び受注者で協議の上決定するものとする。

(5) 保健指導の実施準備（同意関係）

受注者は発注者が決定した参加者の保健指導の実施に向け、以下の準備を行う。

ア 保健指導参加候補者からの発注者への参加申込期限を2026年（令和8年）7月と見込んでいるため、受注者は、日程管理等に特に留意すること。

イ 参加者の意欲向上・維持のために、参加同意書が返信されてから速やかに保健指導が開始できるよう日程の管理を行う。また、参加者に対して、保健指導のスケジュールを事前周知する等の工夫を施すこと。

ウ 参加者、保健指導参加候補者からの問い合わせに対応すること。

(6) 保健指導の実施準備（学習ツール等）

ア 「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム（別紙資料）」に基づき参加者一人ひとりの状況に応じた具体的な保健指導プログラムを作成する。

イ 保健指導プログラムの学習ツールについては、「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン」（日本糖尿病学会）などのガイドラインを根拠とし、この事業の目的を踏まえたものを準備する。

ウ 学習ツールの選定に当たっては、受注者からの提案に基づき、発注者と受注者が協議して決定する。

エ 参加者が検査数値等を継続的に記録できるよう糖尿病連携手帳等を活用すること。

オ 上記学習ツール等を保健指導実施前に参加者あてに送付すること。

カ 発注者は、かかりつけ医に依頼した指示書を取りまとめ、受注者に提出する。受注者は指示書及び参加者の健康状況等を踏まえて、保健指導の実施方針を決定する。

(7) 保健指導の実施

ア 保健指導については、保健師、看護師又は管理栄養士が、かかりつけ医からの指示書及び「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」に基づき病期に応じて実施する。実施に当たっては「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン」（日本糖尿病学会）などのガイドラインを根拠とし、この事業の目的を踏まえることとする。

なお、初回及び1か月後に行う保健指導は、面談による形式により実施することとする。ただし、保健指導対象者がタブレットを活用した形式を希望した場合は、体制を整える。その際、機材等の準備は受注者が行うこと。

イ 保健指導の期間は、「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」のとおり基本的には6か月間とするが、発注者と協議の上決定する。

各指導時、日程調整時などにおいて、資格異動の確認を行うこと。

指導回数及び方法については、「糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム」のとおりとする。

受注者は、指導日程の変更等に伴う日程管理、会場確保などに責任をもって対応することとし、円滑な業務の実施に努めること。また、発注者への速やかな報告などに適切に対応すること。

ウ 保健指導を実施する日程については参加者の意向を配慮した上で、受注者と参加者とで調整し決定する。参加者からの質問又は相談がある場合は、受注者の対応可能な時間内で行うものとする。

エ 保健指導の実施、結果の取りまとめ及び効果検証に用いる参加者の検査データ等については発注者の指示によるものとする。

オ 検査データ等の取得方法は以下のとおりとする。

(ア) 参加者から、検査データ等を可能な限り取得する。

(イ) 受注者は、参加者に対して、検査データ等の取得方法、取得時期等を説明し、自らの健康状態を把握するための習慣付けについて支援する。

カ 保健指導の面談指導の場所について、参加者及び発注者の意向を配慮した上で、発注者が提

供する会場で行う。

キ その他、実施事項に関する詳細は発注者と受注者との協議により決定する。

(8) 保健指導の実施状況結果及び効果検証の報告

ア 受注者は、保健指導に関する記録を参加者ごとに作成し、保健指導の開始日及び進捗状況を定期的に発注者に報告する。

イ 受注者は、参加者の支援期間内における指導記録をまとめた最終報告書を発注者に提出するものとする。

報告する期限は、2027年（令和9年）3月31日までとする。

ウ 保健指導の効果検証については、以下を取りまとめ、発注者に提出する。なお、保健指導の実施効果の検証方法については、受注者からの提案に基づき、発注者と受注者との協議により決定する。

(ア) 受注者は、発注者がかかりつけ医から取得した保健指導終了者の検査数値をデータ化（Excel）し、発注者に納品すること。

(イ) 受注者は、検査数値の提供があったものを対象として取りまとめを行い、発注者に納品すること。

(ウ) 受注者は、上記に係る、かかりつけ医に対する報告書類を、発注者に納品すること。

なお、受注者は、発注者の了解を得た後、かかりつけ医へ報告書類を送付すること。

(9) かかりつけ医の謝金の支払事務等

ア 受注者は、発注者から受注者に提出された指示書の作成及び検査結果の通知に係る謝金をかかりつけ医に支払うこと。受注者は、かかりつけ医に対し謝金の支払先や支払方法を確認すること。

イ 謝金の額は、別紙3委託単価表のとおりとする。

ウ かかりつけ医から発注者への検査結果の提出は、2027年（令和9年）2月28日（必着）とする。

エ 謝金の支払先は、かかりつけ医個人又は法人であることに留意すること。

オ 謝金の支払い後、速やかに発注者にその結果を報告すること。

(10) 保健指導の中断

受注者は、保健指導実施中に以下の理由により保健指導を中断した場合は、発注者へ以下のとおり報告する。また、その場合の保健指導の額は、別紙3委託単価表のとおりとする。

ア 参加者から途中辞退の申出があった場合は、辞退までの実施記録を保存し終了することとし、保健指導辞退者として報告する。

イ 受注者が参加者に対して、電話又は手紙等による3回以上の督促を行ったにもかかわらず確認ができない場合は、督促の実施記録を保存し終了することとし、保健指導脱落者として報告する。

4 治療中断者の分析、抽出及び受診勧奨等

(1) 対象者の抽出基準について

レセ電データ等から、治療中の行動パターン（例：毎月受診している、2～3か月間隔での受診等）を分析した上で、直近のレセプトでその行動パターンから中断していると判定される者に該当する者を抽出する。

なお、通知対象者として適切でない患者（精神疾患や難病、癌患者等）については、対象者から除外するものとする。

(2) 分析、抽出について

ア 最終の医療機関受診月又は特定健康診査日を示して名簿を作成する。

イ 作成した名簿を元に勧奨を行う対象者を発注者が決定する。

ウ レセ電データ等により2025年（令和7年）3月診療分から2026年（令和8年）2月診療分において中断が確認できる者とする。

(3) 通知文等の作成、発送

発注者が決定した対象者について、以下の通知文等を作成、印刷し、封入及び封緘を行い、2026年（令和8年）7月31日までに発送すること。

また、発注者が作成したパンフレット等（A4サイズ1枚まで）の同封の依頼があった場合は適宜、対応すること。

ア 受診勧奨者個人に送付する通知文

イ 受診勧奨用として受診の必要性が分かるパンフレット又は説明書類

ウ 発信用封筒（発注者が用意する。郵送料は受注者が負担する。宛名ラベルシールの作成・貼付又は宛名の印刷は受注者が行う。）

(4) 受診勧奨の実施

受注者は対象者に対し、電話による受診勧奨を行うこと。なお、人数については発注者及び受注者で協議の上決定するものとする。

(5) 受診勧奨の実施状況結果及び効果検証の報告

受注者は、以下の受診勧奨の実施状況等を発注者に報告する。また、受診勧奨の終了後は速やかに受診勧奨結果報告書を発注者に提出する。

ア 受診勧奨業務の取りまとめ

イ 受診勧奨対象者について、受診勧奨通知発送後の医療機関への受診状況を確認すること。

ウ 受診状況の確認期間は、発注者が提供するレセ電データ等を利用し、2026年（令和8年）12月診療分までとする。併せて直前の5か月を考慮する。

エ 受注者が発注者に取りまとめ結果を報告する期限は、2027年（令和9年）3月31日までとする。

5 プログラム終了者への保健指導の実施等

(1) 対象者

2017年度（平成29年度）以降に糖尿病性腎症保健指導プログラムを終了した者のうち、発注者が提供した対象者名簿に記載のある者

(2) 通知文等の作成、発送等

対象者に、以下の通知文等を作成、印刷し、封入及び封緘を行い、2026年（令和8年）11月30日までに発送し、参加意思確認を行うと同時に、参加希望者の血液検査データを収集する。

ア 対象者に送付する通知文

イ 発信用封筒（発注者が用意する。郵送料は受注者が負担する。宛名ラベルシールの作成・貼付又は宛名の印刷は受注者が行う。）

ウ 返信用封筒（発注者が用意する。郵送料は発注者が負担する。）

(3) 参加勧奨の実施

受注者は対象者に対し、電話による参加勧奨を行うこと。なお、人数については発注者及び受注者で協議の上決定するものとする。

(4) 対象者への保健指導等

ア 発注者は参加希望者から血液検査データを受領後、取りまとめて受注者に提出する。

イ 受注者は、血液検査データを受領後、速やかに保健指導を開始する。

ウ 受注者の行う保健指導回数は1回とする。ただし原則として、前年度の保健指導（保健指導完了時期）からは6か月間程度の期間を空けるものとする。

エ 受注者の行う保健指導は、電話によるものとし、指導に要する時間は、概ね30分とする。

オ 保健指導の内容は、自己管理状況の確認、血液検査データの分析、知識の確認、質疑応答及び自己管理の継続勧奨とする。

カ 受注者は参加希望者と連絡がつかない場合は、電話による連絡（曜日・時間帯を変えて）3回行うものとする。それでも連絡のつかない場合は、発注者と協議の上、中途辞退とみなすことができる。

(5) 検査料等

参加希望者の血液検査データの提出をもって、保健指導の開始となるが、その際に医療機関で発生した検査料等は、参加希望者の負担とする。

(6) 保健指導の実施状況結果及び報告

受注者は、参加者の支援期間内における指導記録をまとめた最終報告書を発注者に提出するものとする。

報告する期限は、2027年（令和9年）3月31日までとする。

6 健康講座の実施等

(1) 対象者

レセプトデータ及び特定健診データから糖尿病性腎症の病期が第2期に該当すると想定される者。

(2) 通知文等の作成、発送

発注者が決定した対象者（概ね1,000人程度）について、以下の通知文等を作成、印刷し、封入及び封緘を行い、2026年（令和8年）6月中旬までに発送すること。

また、発注者が作成したパンフレット等（A4サイズ1枚まで）の同封の依頼があった場合は適宜、対応すること。

ア 対象者個人に送付する通知文

イ 発信用封筒（発注者が用意する。郵送料は受注者が負担する。宛名ラベルシールの作成・貼付又は宛名の印刷は受注者が行う。）

(3) 参加勧奨の実施

受注者は対象者に対し、電話による参加勧奨を行うこと。なお、人数については発注者及び受注者で協議の上決定するものとする。

(4) 健康講座等の実施

受注者は、以下のとおり、糖尿病性腎症の重症化予防について理解を深め、生活習慣改善に取り組むことができるよう集団指導を行うとともに、希望者に対し個別相談を実施する。また、保健指導プログラムへの参加勧奨を行う。

ア 健康講座を実施する日程については、2026年（令和8年）7月中旬頃とする。

イ 健康講座の場所については、発注者が提供する会場で行う。

ウ 発注者は、参加希望者（概ね100人程度）をとりまとめ、参加者名簿を作成する。

エ 受注者は、健康講座に使用する資料を作成、印刷する。

オ 受注者は、1時間程度の健康講座の実施後、希望者概ね10人程度を対象に個別相談を実施する。ただし、後日の相談を希望する場合には、2026年（令和8年）8月上旬までに電話にて個別相談を実施する。

カ その他、実施事項に関する詳細は発注者と受注者との協議により決定する。

(5) 健康講座等の実施状況結果及び報告

受注者は、健康講座及び個別相談の実施状況をまとめた報告書を発注者に提出するものとする。

報告する期限は、2026年（令和8年）8月31日までとする。

7 成果品

受注者は、次の成果品をそれぞれの指定する期日までに納品すること。

成果品名称	期日
(1) 保健指導参加候補者の分析、抽出及び保健指導の実施等	
ア 保健指導に係る名簿	2026年(令和8年)5月29日
イ 保健指導に係る通知文等	2026年(令和8年)7月31日
ウ 保健指導の実施状況結果及び効果検証の報告	定期的に報告 最終: 2027年(令和9年)3月31日
(2) 治療中断者の分析、抽出及び受診勧奨等	
ア 受診勧奨に係る名簿	2026年(令和8年)6月30日
イ 受診勧奨に係る通知文等	2026年(令和8年)7月31日
ウ 受診勧奨の実施状況結果及び効果検証の報告	2027年(令和9年)3月31日
(3) プログラム終了者への保健指導の実施等	
ア 終了者に係る通知文等	2026年(令和8年)11月30日
イ 終了者に係る保健指導の実施状況結果及び報告	2027年(令和9年)3月31日
(4) 健康講座の実施等	
ア 健康講座案内に係る名簿	2026年(令和8年)5月31日
イ 健康講座案内に係る通知文等	2026年(令和8年)6月中旬
ウ 健康講座に係る実施状況結果及び報告	2026年(令和8年)8月31日
(5) 当事業の効果の取りまとめ	
当事業全体の効果検証の報告	2027年(令和9年)3月31日

第4 留意事項

1 対象者の年齢

原則として2026年(令和8年)4月1日時点で40歳以上かつ2027年(令和9年)3月31日時点で75歳未満の者とする。

2 業務場所

本業務の遂行に当たって発注者及び受注者と協議の上、発注者の承認を得た受注者の事業所又はその他の事業所

3 業務状況報告

受注者は業務の進捗状況を契約期間中は毎月1回以上、報告する。また、発注者の求めに応じて、必要な報告を速やかに行うものとする。

4 受注者の責務

(1) 関係法令の遵守

受注者は、業務責任者及び業務従事者の指揮監督を行うとともに、労働基準法、労働安全衛生法、労働者災害補償保険法、職業安定法、その他業務の遂行に当たり適用される全ての法令について、指導、教育を行うこと。

(2) 個人情報の保護

ア 受注者は、個人情報の保護に関する法律及び厚生労働分野における個人情報の適正な取扱いのためのガイドラインを遵守し、業務上知り得た情報を第三者に漏らしてはならない。契約の解除及び契約期間満了後においても同様とする。

イ 受注者は、業務責任者及び業務従事者の雇用に当たって、その重要性について指導・教育を徹底すること。発注者の承認を得て再委託を行う場合も同様とする。

ウ 受注者は、この業務に必要な個人情報に関わるデータの提供を受けた場合は、この業務の終了に伴い、発注者と受注者が協議の上、適切な時期に発注者に返還又は受注者において消去すること。

(3) 受注者は、保健指導をはじめとした業務の実施に当たっては、原則として業務責任者及び業務従事者は、名札、身分を証明する書類、必要な資格を証明する書類など、発注者が指示するものを携帯する。

5 その他

(1) 本業務に係る報告書、データ等について一切の権利は発注者に属するものとする。

(2) 受注者が、本仕様書に定める業務について取得した情報は、本仕様書に定める業務のみに使用する。

(3) 受注者が行う業務については、発注者の予算範囲内で行うこととする。

(4) 受注者は、業務の全部又は一部を第三者に委託してはならない。ただし、あらかじめ発注者の承諾を得た場合は、この限りでない。

受注者は、発注者の承諾を得て再委託を行う場合、業務の全部又は主要な部分若しくは2分の1以上に相当する業務を第三者に委託することはできない。

(5) そのほか、本仕様書に記載のない事項については、発注者と受注者が協議の上、決定する。

別紙2

提供データ一覧

1 電子データ

No	情報種類	利用データ名	利用データの期間
1	被保険者情報	特定健診等被保険者データ (KD_IF015)	最新分
2	レセプト情報	レセ電コード情報ファイル (医科・DPC・調剤)	前前年度3月～当年度12月診療分
3	健診結果情報	FKAC131 (特定健診受診者 CSV ファイル)	当年度を含まない過去3年分
		FKAC163 (健診結果情報ファイル)	
		FKAC164 (その他結果情報ファイル)	
4	外字情報	EUDC.tte 等	最新分
5	検査数値※	かかりつけ医から取得した検査データ	

※ 検査数値の Excel データを保有していない場合は検査結果報告書（紙原本）の PDF データを提供することとし、受注者にてデータ化を実施する。

2 留意事項

- (1) その他必要な資料等については、協議の上、提供することとする。
- (2) 受注者より授受の必要が生じた資料等については、協議の上、取り決めるものとする。

福山市糖尿病性腎症重症化予防事業実施要領

(趣旨)

第1条 この事業は、本市の保有する診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）データ及び特定健康診査（以下「健診」という。）データを活用し、糖尿病又は糖尿病性腎症の患者のうち、重症化するリスクの高い福山市国民健康保険被保険者（以下「被保険者」という。）に対して、医療機関等と連携して、医療機関への受診勧奨や保健指導を行うことで、自らの糖尿病管理の徹底により合併症である腎不全や人工透析への移行を防止又は遅らせ、被保険者の生活の質（QOL）を高めることを目的として実施する。

(対象事業)

第2条 この事業は、次に定めるとおりとする。

- (1) 集団指導（健康講座）
- (2) 保健指導プログラム事業
- (3) 保健指導プログラム終了者サポート事業
- (4) 治療中断者受診勧奨事業

(対象者)

第3条 本事業の対象者は被保険者のうち、事業実施年度中において40歳以上74歳未満の年齢に達する者かつ次の基準を満たす者（1型糖尿病の者、癌患者、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、精神疾患や難病がある者、内シャントを設置している者、事業実施に問題があると福山市が判断した者を除く。）とする。また、糖尿病性腎症病期分類については、別表に定めるとおりとする。

- (1) 集団指導（健康講座）

レセプト・健診データから糖尿病性腎症の病期が第2期に該当すると思われる者。

- (2) 保健指導プログラム事業

ア レセプト・健診データから糖尿病性腎症の病期が第3期又は第4期のいずれかに該当すると思われる者又は前号の健康講座に参加した者のうち、希望する者。

イ 本人から糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書が提出された者。

ウ かかりつけ医から糖尿病性腎症保健指導指示書が提出された者。

- (3) 保健指導プログラム終了者サポート事業

糖尿病性腎症保健指導プログラムを終了した者。（ただし、前年度保健指導完了時期から6か月間程度の期間を空けるものとする。また、当該年度において74歳に到達する者も対象とする。）

- (4) 治療中断者受診勧奨事業

レセプトデータから、糖尿病の治療を中断していると判定できる者。（当該年度において74歳に到達する者も対象とする。）

2 その他、市長が必要と認めた者。

(実施方法及び内容)

第4条 本事業の実施方法及び内容は次のとおりとする。指導内容については、別表に定めるとおりとする。

(1) 集団指導（健康講座）

ア 実施方法 実施機関は、レセプト・健診データから対象者を抽出し、市が作成した健康講座対象者リストをもとに、対象者に健康講座開催案内を送付する。

イ 実施内容

(ア) 実施機関は、参加を希望する者へ健康講座を実施する。なお、参加者のうち、希望者には個別相談を実施する。また、保健指導プログラム事業への参加勧奨を行う。

(イ) 実施機関は、事業終了後は実施状況をとりまとめ、事業評価を実施し、実施結果を市へ報告する。

(2) 保健指導プログラム事業

ア 実施方法

(ア) 実施機関は、レセプト・健診データから対象者を抽出する。

(イ) 市は、かかりつけ医に参加勧奨の可否を確認の上、保健指導対象者リストを作成する。

(ウ) 実施機関は、市が作成した保健指導対象者リストをもとに、参加勧奨のプログラム案内を送付する。

(エ) 保健指導プログラムへの参加を希望する者は、自らの参加意志を表示する糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書を市へ返送する。

(オ) 市は、返送された書類の内容を確認し、かかりつけ医に糖尿病性腎症保健指導指示書で参加の同意を得て、プログラム参加者を確定する。

(カ) 実施機関は、市が確定した参加者に通知文を送付し、日程調整を行う。

イ 実施内容

(ア) 実施機関は、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（令和6年3月28日改定）」（日本医師会 日本糖尿病対策推進会議 厚生労働省）及び「糖尿病性腎症重症化予防 事業実施の手引き（令和6年度版）」（厚生労働省保険局国民健康保険課）に基づき、保健指導プログラム（別紙）を実施する。

(イ) 実施機関は、保健指導終了後は速やかに実施状況をとりまとめ、かかりつけ医に報告する。また、事業終了後には事業評価を実施し、実施結果を市へ報告する。

(3) 保健指導プログラム終了者サポート事業

ア 実施方法 市は、対象者に通知文を送付し、参加意思を確認すると同時に、参加を希望する者の血液検査データを収集する。

イ 実施内容

(ア) 実施機関は、市が収集した血液検査データをもとに、年1回電話による保健指導を実施する。

(イ) 実施機関は、事業終了後は速やかに実施状況をとりまとめ、事業評価を実施し、実施結果を市へ報告する。

(4) 治療中断者受診勧奨事業

実施機関は、レセプトデータから対象者を抽出し、市が作成した対象者リストをもとに、対象者に通知文等による受診勧奨を行う。

（記録の整備）

第5条 市及び実施機関は、本事業に関する記録を少なくとも5年間は保管することとし、継続的な保健指導に役立てるものとする。

附 則

この要領は、2024年（令和6年）4月10日から施行する。

別表（第3条、第4条関係）

病 期	保健指導
<p>第4期 腎不全期 ・ eGFR<30ml/分/1.73 m²</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・（未治療者及び治療中断者には受診勧奨し、） 医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施 ・ 治療を継続することを指導 ・ 網膜症の有無の確認 ・ 血糖・血圧のコントロール、禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・ 蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施 なお、高齢者の過度の制限に留意する ・ 腎排泄性の薬剤の使用状況を確認し、必要に応じて変更を促す ・ 栄養指導と生活状況を踏まえた指導（口腔保健を含む） ・ 適度な身体活動・運動をかかりつけ医の指示のもとに実施
<p>第3期 顕性腎症期 （次のいずれにも該当する方） ・ eGFR≥30ml /分/1.73 m² ・ 顕性アルブミン尿 300mg/gCr 以上</p> <p>（検査数値がある場合） ・ 空腹時血糖 140mg/dl 以上又は HbA1c7.0%以上 ・ 尿蛋白 1+以上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・（未治療者及び治療中断者には受診勧奨し、） 医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施 ・ 治療を継続することを指導 ・ 網膜症の有無の確認 ・ 蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施 なお、高齢者の過度の制限に留意する ・ 血糖・血圧のコントロール、禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・ 栄養指導と生活状況を踏まえた指導（口腔保健を含む） ・ 適度な身体活動・運動を指導
<p>第2期 早期腎症期 （次のいずれにも該当する方） ・ eGFR≥30ml/分/1.73 m² ・ 微量アルブミン尿 30～300mg/gCr 未満</p> <p>（検査数値がある場合） ・ 空腹時血糖 140mg/dl 以上又は HbA1c7.0%以上 ・ 尿蛋白 1+未満</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病改善のための指導 ・ 治療を継続することを指導 ・ 血糖・血圧のコントロール、禁煙・減塩・適量飲酒を中心に指導 ・ 栄養指導と生活状況を踏まえた指導（口腔保健を含む） ・ 適度な身体活動・運動を指導 <p>※ 第2期の初回指導は集団による指導も可</p>

糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム

指導前 プログラムの案内、同意の取得
かかりつけ医の治療方針（指示書）

初回面談 2期・3期・4期

- ・アセスメント(検査データ、身体症状、生活習慣、治療状況等)による腎臓機能悪化の危険因子の特定
- ・生活習慣上の問題点の抽出／食事、運動、生活リズム、健康管理（体調・歯と口の状態など）
- ・病期の特定、合併症の有無、連携する診療科の確認
- ・知識の提供（糖尿病やCKD等合併症の理解、参加者にあった学習ツール／①糖尿病治療について、②食事療法について、③食べ方のコツ、④適切な運動・活動の実践）
- ・効果的な行動変容のための動機づけ
- ・実現可能性を考慮した行動目標の設定とセルフマネジメント（自己管理）の指導（体の状態を理解させ、生活習慣・受療状況を踏まえ生活習慣改善に向けて行動目標を設定）

- ⇒ 多職種によるチームにより、各地域の社会的資源を活用するなど、一人ひとりの状況に応じた具体的な保健指導プログラムを作成
- ⇒ 腎臓機能悪化の社会的危険因子がある場合は、保険者と連携を取り、適切なサービスにつなげる
- ⇒ 保健指導によって得られた情報は、本人の同意の上医師に伝え、治療方針に反映する

2週間後：**電話** 4期 行動目標の達成度合いの確認、問題解決支援

1か月後：**面談** 2期・3期・4期

- ・検査データ、身体症状、生活習慣、治療状況等の改善状況の確認・評価、取組への励まし
- ・行動目標の達成度合いの確認・評価、問題抽出⇒問題解決支援と必要に応じて新たな行動目標設定
- ・知識の提供：糖尿病治療ガイドに示されている指導内容を段階的に指導
- ・セルフマネジメント（自己管理）を継続するための助言、励まし

1か月2週間後：**電話** 4期 行動目標の達成度合いの確認、問題解決支援

2、3、4及び5か月後：**電話**（検査データ又は理学的所見悪化の場合は面談） 2期・3期・4期
（次を繰り返す。）

- ・検査データ、身体症状、生活習慣、治療状況等の改善状況の確認・評価、取組への励まし
- ・行動目標の達成度合いの確認・評価、問題抽出⇒問題解決支援と必要に応じて新たな行動目標設定
- ・知識の提供：糖尿病治療ガイドに示されている指導内容を段階的に指導
- ・セルフマネジメント（自己管理）を継続するための助言、励まし

6か月後（最終）：**電話**（検査データ又は理学的所見悪化の場合は面談） 2期・3期・4期

- ・検査データ、身体症状、治療状況、生活習慣の行動変容等の改善状況の確認・評価（取組の振り返り）
- ・セルフマネジメント（自己管理）を継続するための助言、励まし

指導終了後 報告書の作成 ⇒ 保険者及びかかりつけ医に提出
プログラム終了者に対しては、継続的に病状の確認と自己管理の支援を行う