

東京都薬剤師国民健康保険組合(都薬国保)

糖尿病性腎症重症化予防事業のご案内

東京都薬剤師国民健康保険組合

平素より当組合の運営につきましてご理解ご協力を賜り、深く感謝申し上げます。
猛暑が続いておりますが、いかがお過ごしでしょうか？

さて、このご連絡は、平成30年度に受診された特定健診（または事業者健診）の結果、HbA1cが6.5%以上または空腹時血糖値が126 mg/dlであり、かつ尿タンパクが±以上だった方にお送りしていますことをご了解ください。

ご存じのことと思いますが、糖尿病は幅広い年齢層で発症し、さまざまな病態をおこす疾病ですが、自覚症状が乏しいことから、放置したり治療を中断する方が大勢いらっしゃいます。当組合が実施した平成30年度特定健診（事業者健診分を含む。）の結果をみますと、HbA1c6.5%以上又は空腹時血糖値126mg/dl以上だった方は44人、そのうち尿タンパクが±以上だった方は10人です。中には、昨年度より検査数値が悪化しておられる方もいらっしゃいます。

釈迦に説法とは思いますが、糖尿病の合併症の一つである「糖尿病性腎症」は、重症化すると生涯にわたって人工透析が必要になり、日常生活が大きく制約されてしまう病気です。

一方、すでに糖尿病と診断され、医療機関を受診中の方であっても、糖尿病や高血圧の治療をきちんと続けること、さらに腎機能のチェック、食生活や運動など生活習慣の改善を継続することで腎機能の悪化を予防することも可能です。

そこで、当組合では、組合員とそこご家族の健康を守るとともに人工透析が必要な状態に陥らないよう、東京都が公表した『東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム』を参考としながら、当組合の実情を踏まえた「糖尿病性腎症重症化予防事業」に取り組むこととしましたのでご案内いたします。

なお、この事業の概要は、別紙のとおりですので、ぜひご覧ください。

つきましては、あなた様がこの糖尿病性腎症重症化予防事業に参加を希望される場合には、

- ① 別紙1「糖尿病性腎症重症化予防事業（栄養食事指導）参加申込書兼同意書」にご記入のうえ、
- ② 別紙2「糖尿病性腎症保健指導指示書」を添付して、

当組合までお申し込みくださいますようお願い申し上げます。

なお、別紙2「糖尿病性腎症保健指導指示書」は、あなた様の主治医に作成していただいてください。（「指示書」の作成手数料(文書料)は、自己負担となります。）

その指示書に基づいた保健指導（栄養・食事指導）を行います。

また、あなた様のご住所、電話番号、特定健診の結果数値等の個人情報を指導担当管理栄養士や主治医に開示(情報提供)することを予めご了解ください。

（ご了解いただけない場合は、この事業に参加することはできません。）

ご自身はもちろん、ご家族のためにも病状の悪化を防ぎ、明るい家庭を守るために、この機会にご参加くださいますようお願いいたします。

ご不明な点等がございましたら、組合事務局までお問い合わせください。

お問い合わせ先

- 東京都薬剤師国民健康保険組合事務局
- 電話番号 03(3874)7411
- 担当 穴田(あなだ)

東京都薬剤師国民健康保険組合糖尿病性腎症重症化予防事業の概要

1 対象者

特定健診又は事業者健診の結果データに基づき、当面、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上に該当し、かつ尿蛋白±以上の方(検査数値がある場合は、eGFR \geq 30ml/分/1.73m²である方も考慮します。)を対象として実施します。

※ 自治体が実施する特定健診の結果に基づく糖尿病性腎症重症化予防事業に参加する方は対象外です。

2 指導内容

- ① 病期に応じた保健指導の内容(『東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム』に準拠)とします。
- ② 主治医が作成した「糖尿病性腎症保健指導指示書」に基づき、保健指導を行います。
- ③ 保健指導は、管理栄養士により、毎日の食生活を美味しく、豊かなものにしながらか腎機能の悪化を予防するための指導を行います。
- ④ 指導担当管理栄養士が、概ね6ヶ月間、毎月1回程度の頻度で、面接又は電話等による指導を行います。(対面(訪問)指導3回、電話指導3回の合計6回を標準としますが、対象者の事情等を考慮して指導の回数を調整します。)

3 参加の申し込み

この「糖尿病性腎症重症化予防事業」に参加しようとするときは、「糖尿病性腎症重症化予防事業(栄養食事指導)参加申込書兼同意書」に主治医が作成した「糖尿病性腎症保健指導指示書」を添付して、当組合にお申込みください。

なお、対象者の個人情報をご指導管理栄養士及び主治医に開示(情報提供)することに同意があった場合にのみ参加できます。

- ① 申込期限 令和元年11月30日までに申し込みください。
- ② 申込方法 上記の「申込書兼同意書」と「指示書」を当組合までお送りください。
- ③ 送付先 〒110-0013 台東区入谷一丁目6-6-207
東京都薬剤師国民健康保険組合事務局
- ④ 参加料金 主治医の指示書作成手数料(文書料)を除き、組合が全額負担します。

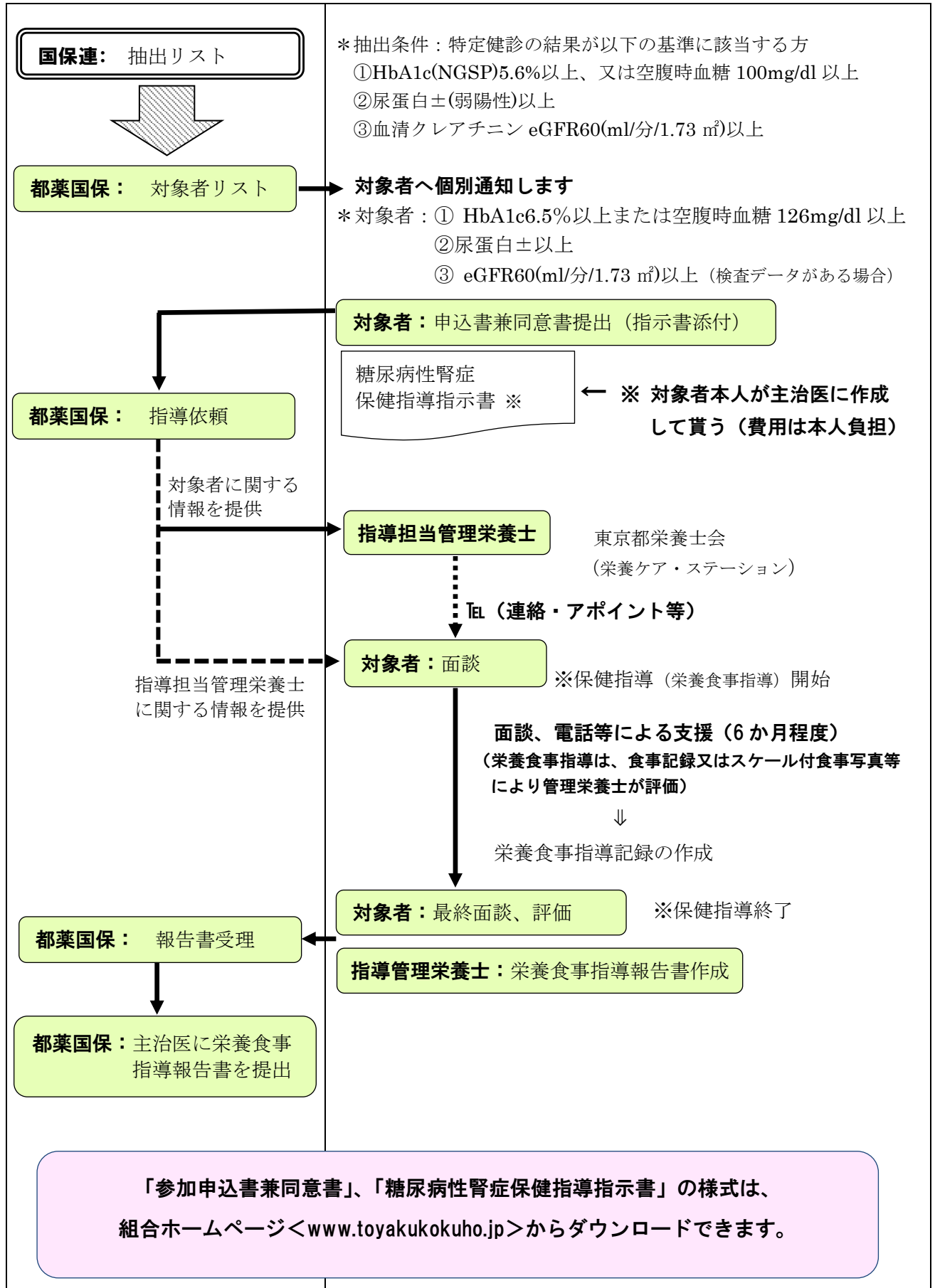
4 主治医との連携

保健指導は、主治医の指示書に基づき実施し、保健指導終了・評価後、組合から主治医に「栄養食事指導報告書」を提出します。

5 指導担当管理栄養士

公益社団法人東京都栄養士会(栄養ケア・センター栄養ケア・ステーション)に委託して指導担当管理栄養士を確保します。

6 申込から栄養・食事指導終了、主治医報告までの流れ



糖尿病性腎症重症化予防事業（栄養食事指導）

参加申込書兼同意書

年 月 日

東京都薬剤師国民健康保険組合 様

<申込者>

フリ ガナ
氏 名 _____ ⑩
保険証記号番号 _____
住 所 _____
電話番号 () _____

私は、貴組合が実施する糖尿病性腎症重症化予防事業(栄養食事指導)に参加したいので、下記のことにご同意のうえ、かかりつけ医が作成した「糖尿病性腎症保健指導指示書」を添えて申し込みます。

記

- 1 貴組合は、かかりつけ医から指示を受けた内容に基づき、面談・電話等により、生活習慣の改善に向けた保健指導（栄養・食事指導）を行うこと。
- 2 貴組合が実施するこの事業は、公益社団法人東京都栄養士会に委託して実施するものであること。
- 3 保健指導の期間は概ね6か月程度であり、その間、貴組合（事業委託先を含む。）とかかりつけ医が必要に応じて診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること。
- 4 保健指導終了後、貴組合がその結果をかかりつけ医に報告すること。

※ かかりつけ医（医療機関）をご記入ください。

医療機関名	:	
主治医名	:	
電話番号	:	()

糖尿病性腎症保健指導指示書

年 月 日

東京都薬剤師国民健康保険組合 様

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師名：

㊟

ふりがな 患者の氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	大正 昭和 平成	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、脂質異常証、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	血 圧	mmHg
	eGFR	ml/分/1.73 m ²	HbA1c	%
	アルブミン尿	mg/gCr	尿蛋白	
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 ()			