

## 糖尿病性腎症重症化予防事業スキーム

- [事業内容]
- ・医療機関への受診勧奨文並びに個別指導申込書等の送付及び申込受付（対象者1・2）
  - ・医療機関への受診勧奨及び個別指導の利用勧奨（対象者1）
  - ・個別指導の実施（申込者）

対象者：1,200人

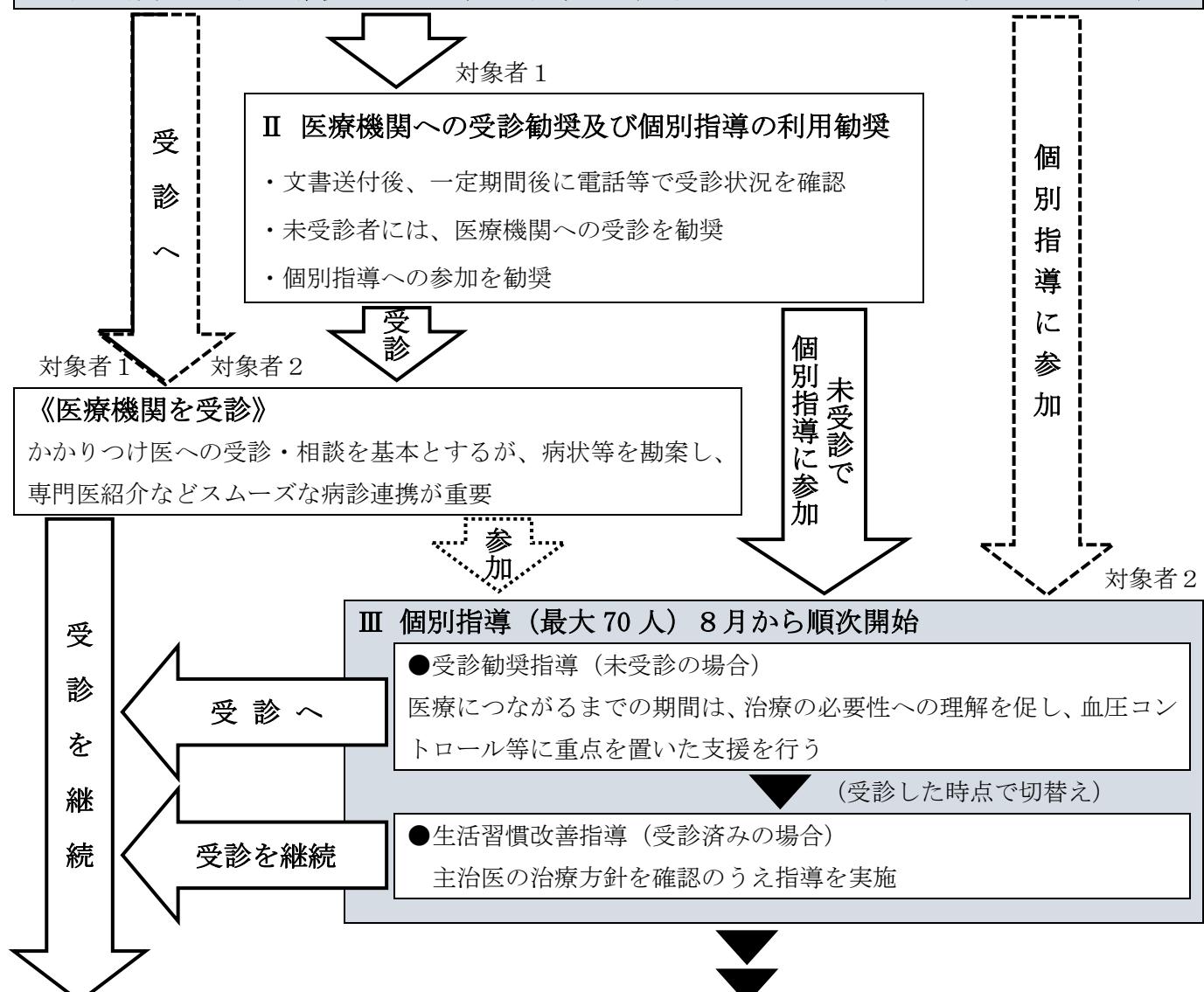
対象者1：①～③の全てに該当する者（500人）  
 ① HbA1c 6.5%以上 または 空腹時血糖 126mg/dl 以上  
 ② 尿蛋白+以上 または eGFR 15 以上 60 未満  
 ③ 直近3か月間で糖尿病未受診

対象者2：④～⑥の全てに該当する者（700人）  
 ④ HbA1c 6.5%以上 または 空腹時血糖 126mg/dl 以上  
 ⑤ 尿蛋白± または 血圧高値（140/90 mmHg 以上）  
 ⑥ 直近3か月間で糖尿病未受診

7月  
対象者1

8月  
対象者2

## I 医療機関への受診勧奨文並びに個別指導申込書等の送付及び申込受付（7月及び8月）



事業の評価指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆事業対象者全体の「医療機関の受診につながった人数（レセプトによる確認）」</li> <li>◆個別指導参加者の「病気に対する理解度の変化」「生活習慣改善への意欲や行動の変化」「事業開始前後の検査データ」</li> <li>◆受託事業者に対する評価として「個別指導への満足度」 等</li> </ul>
---------	--

## 保健指導の概要

### 対象者：1,200人

対象者1：①～③の全てに該当する者（500人）  
 ① HbA1c6.5%以上 または 空腹時血糖 126mg/dl 以上  
 ② 尿蛋白+以上 または eGFR15 以上 60 未満  
 ③ 直近3か月間で糖尿病未受診

対象者2：④～⑥の全てに該当する者（700人）  
 ④ HbA1c6.5%以上 または 空腹時血糖 126mg/dl 以上  
 ⑤ 尿蛋白± または 血圧高値（140/90 mm Hg 以上）  
 ⑥ 直近3か月間で糖尿病未受診

### I (対象者1へ) 医療機関への受診勧奨及び個別指導参加勧奨文書の送付（7月）

対象者1の特性（年齢・健診結果等）に応じた文書を作成・送付し、問合せや個別指導の申込みを受付ける。  
 随時、主管課と申込状況等を連携する（以下同様）。



### II 電話等による受診状況確認・受診勧奨・個別指導参加勧奨

（Iから約2週間後）

文書送付から一定期間（2週間程度）経過後、問合せ等のなかった者に、医療機関への受診勧奨及び個別指導への利用勧奨を行う（個別指導の申込みを受付ける）。



### III (対象者2へ) 医療機関への受診勧奨及び個別指導参加勧奨文書の送付（8月）

対象者2の特性（年齢・健診結果等）に応じた文書を作成・送付し、問合せや個別指導の申込みを受付ける。



### IV 個別指導の開始（最大70人）8月から順次開始

期間：6か月間

頻度：月に1回

方法：面談（直接・オンライン）・電話・メール等、参加者の希望に応じて対応

指導にあたっての留意事項：

§ 対象者の個別性を尊重し、傾聴の姿勢で対象者理解に努めること（一方的に目標や方法を提示してはならない）。

§ 離脱者が発生しないよう、対象者に応じた柔軟な指導方法をとること。

§ 対象者への説明・指導は、次のポイントを中心に分かりやすい内容とすること。

- ・糖尿病（糖尿病性腎症）の理解
- ・検査データの理解（特に血圧、血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白）
- ・血糖コントロールとエネルギー摂取量の調整
- ・血圧コントロールと塩分摂取量の調整 など

§ 医療機関を受診していない者に対しては受診を指導する。また、個別指導期間中に医療機関の受診を開始（糖尿病性腎症の治療）した場合は主治医との連携を図り、支援プログラムの修正や指導内容の見直しを行うこと。

## ◆指導内容（例）

※順序等は、対象者の都合に合わせて柔軟に対応すること。

※主治医からの情報提供書に基づき支援内容の確認や変更が必要となった場合は、主管課と協議のうえ、対象者への訪問等による面談を実施することができる。

＜パターン1＞ 対象者が糖尿病性腎症の治療に向けて医療機関受診を開始している場合

1か月目 (8月)	面談 電話 メール 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療、食事、運動、服薬、生活活動状況等の聞き取り</li> <li>・体重、腹囲、血圧等の確認</li> <li>・検査値（血圧、血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白）</li> <li>・治療状況（服薬、注射）</li> <li>・主治医との良好な関係を築くとともに、治療状況の情報提供を依頼（別紙3）</li> <li>・支援プログラムの作成、生活習慣改善行動目標の設定</li> </ul> <p>※主治医に支援プログラムをフィードバック ※1か月目面談結果を主管課に報告（別紙5）</p>
2か月目 (9月)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・行動目標の達成状況の確認</li> <li>・体重、腹囲、血圧等の確認</li> <li>・行動目標の改善、修正</li> <li>・医療機関での検査結果、服薬状況の確認</li> <li>・食事、運動、服薬、生活活動状況等へのアドバイス</li> </ul> <p>※指導状況等を主治医にフィードバック（別紙4） ※3か月目に中間評価を行い、主管課に報告（別紙5）</p>
3か月目 (10月) 中間評価		
4か月目 (11月)		
5か月目 (12月)		
6か月目 (1月) 最終評価	面談 電話 メール 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行動目標の達成状況の確認</li> <li>・体重、腹囲、血圧等の確認</li> <li>・検査値（血圧、血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白）</li> <li>・治療状況（服薬、注射）</li> <li>・プログラム終了後の治療と生活習慣の継続について</li> <li>・次年度の特定健康診査受診勧奨</li> </ul> <p>※目標達成度及び指導状況を主治医へフィードバック（別紙4） ※最終評価を行い、主管課に報告（別紙5）</p>

＜パターン2＞ 対象者が個別指導の期間中に医療機関の受診を開始した場合

1か月目 (8月)	面談 電話 メール 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療、食事、運動、服薬、生活活動状況等の聞き取り</li> <li>・体重、腹囲、血圧等の確認</li> <li>・受診指導を中心とした支援プログラムの作成、行動目標の設定</li> </ul> <p>※1か月目面談結果を主管課に報告（別紙5）</p>
2か月目 (9月)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・行動目標の達成状況の確認</li> <li>・体重、腹囲、血圧等の確認</li> <li>・医療機関の受診を開始した時点での検査結果、服薬状況の確認</li> <li>・主治医との良好な関係を築くとともに、情報提供を依頼（別紙3）</li> <li>・支援プログラム、行動目標の改善、修正</li> <li>・食事、運動、服薬、生活活動状況等へのアドバイス</li> </ul> <p>※主治医に支援プログラムをフィードバック ※3か月目に中間評価を行い、主管課に報告（別紙5）</p>
3か月目 (10月) 中間評価		
4か月目 (11月)		
5か月目 (12月)		
6か月目 (1月) 最終評価	面談 電話 メール 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行動目標の達成状況の確認</li> <li>・体重、腹囲、血圧等の確認</li> <li>・検査値（血圧、血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白）</li> <li>・治療状況（服薬、注射）</li> <li>・プログラム終了後の治療と生活習慣の継続について</li> <li>・次年度の特定健康診査受診勧奨</li> </ul> <p>※目標達成度及び指導状況を主治医へフィードバック（別紙4） ※最終評価を行い、主管課に報告（別紙5）</p>

## 大阪市国民健康保険 糖尿病性腎症重症化予防事業 情報提供書

令和 年 月 日

(受託事業者名) 宛

次のとおり情報提供します。

フリガナ		生年月日					
氏名							
(1)診断名 ( )							
(2)治療内容		※「おくすり手帳」の写しを添付していただいても結構です					
<input type="checkbox"/> 内服治療 (薬剤名 : ) <input type="checkbox"/> その他							
(3)直近の検査結果 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※検査データの写しを添付していただいても結構です							
【検査日 : 月 日】 <input type="checkbox"/> 血糖 ( mg/dl : 食後 時間 ) <input type="checkbox"/> HbA1c ( % )							
<input type="checkbox"/> 血圧 ( / mmHg ) <input type="checkbox"/> 体重 ( kg )							
<input type="checkbox"/> 尿蛋白 ( ) <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン ( mg/dl )							
(4)本人の状況							
①病気に対する理解度 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> やや良い <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い							
②「指導が必要」または「配慮が必要」となる項目 (ある場合のみ記入をお願いします)							
<input type="checkbox"/> 服薬管理 ( )							
<input type="checkbox"/> 食事について <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 指示エネルギー kcal</td> <td><input type="checkbox"/> 塩分制限 g</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 指示エネルギー kcal	<input type="checkbox"/> 塩分制限 g	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 指示エネルギー kcal	<input type="checkbox"/> 塩分制限 g						
<input type="checkbox"/> その他							
<input type="checkbox"/> 運動について ( )							
<input type="checkbox"/> 禁煙指導 ( )							
<input type="checkbox"/> その他 <table border="0"> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>							

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_

## 生活習慣改善指導の実施内容報告書

主治医様

この度は、本事業の実施にあたり、ご協力をいただきありがとうございます。

下記のとおり、個別指導の内容について、ご参考までに報告させていただきます。よろしくお願ひいたします。

受託事業者名及び電話番号

※大阪市福祉局生活福祉部保険年金課保健事業グループ 06-6208-9876 が事業委託しています。

氏名	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳 )
住所	大阪市 区		

支 援 内 容		
確認方法	訪問・電話・メール・オンライン面接・SMS・その他( )	
初回支援(令和年月日)	<p>対象者の状況</p> <p>①受診の有無(参加前から受診・参加してから受診・未受診)  ②身体状況(年月日時点): 体重 kg、BMI 、腹囲 cm、血圧 / mmHg  ③検査値(受診の場合): 空腹時血糖 mg/dL、HbA1c %、eGFR  【その他の状況】</p> <p>【行動変容ステージ】  ①服薬: 期、②食事: 期、③運動: 期、④飲酒: 期、  ⑤喫煙: 期、⑥セルフモニタリング: 期</p>	
	<p>行動目標・計画</p> <p>【行動目標】  ・</p> <p>【行動計画】  計画①  計画②  計画③  計画④</p>	
	行動目標の修正(必要時のみ)	

中間評価 (令和 年 月 日)	確認方法	訪問・電話・メール・オンライン面接・SMS・その他( )
	対象者の状況	<p>①受診の有無(新規受診・継続受診・受診中断・未受診)          ②身体状況(年月日時点): 体重 kg、BMI、腹囲 cm、血圧 / mmHg          ③検査値(受診の場合): 空腹時血糖 mg/dL、HbA1c %、eGFR          【他の状況】</p>
	アセスメント及び指導内容	<p>【行動変容ステージ】          ①服薬: 期、②食事: 期、③運動: 期、④飲酒: 期、          ⑤喫煙: 期、⑥セルフモニタリング: 期</p>
終了時評価 (令和 年 月 日)	確認方法	訪問・電話・メール・オンライン面接・SMS・その他( )
	対象者の状況	<p>①受診の有無(新規受診・継続受診・受診中断・未受診)          ②身体状況(年月日時点): 体重 kg、BMI、腹囲 cm、血圧 / mmHg          ③検査値(受診の場合): 空腹時血糖 mg/dL、HbA1c %、eGFR          【他の状況】</p>
	アセスメント及び指導内容	<p>【行動計画の実行状況】          計画①          計画②          計画③          計画④          【他の状況】</p>
その他		

## 生活習慣改善指導の実施内容報告書

氏名	男・女	生年 月日	昭和 年 月 日 ( 歳 )
住所	大阪市 区		

情 報 提 供 書	
(1) 診断名 ( )	(2) 治療内容 <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(3) 直近の検査結果 <input type="checkbox"/> あり (検査日 月 日) <input type="checkbox"/> なし 血 糖 mg/dl、HbA1c %、血圧 / mmHg、体重 kg 尿蛋白 ( )、血清クレアチニン mg/dl	
(4) 本人の状況 ①病気に対する理解度 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> やや良い <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い ②指導または配慮が必要となる項目 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 服薬管理 ( ) 食 事 (指示エネルギー kcal、塩分制限 g、その他 [ ]) 運 動 ( )、禁煙指導 ( ) そ の 他 ( )	
医療機関名 ( ) 主治医名 ( )	

支援内容	支援担当者名 (職種) :
確認方法	訪問・電話・メール・オンライン面接・SMS・その他 ( )
	①受診の有無(参加前から受診・参加してから受診・未受診) ②身体状況( 年 月 日時点) : 体重 kg、BMI 、腹囲 cm、血圧 / mmHg ③検査値(受診の場合) : 空腹時血糖 mg/dl、HbA1c %、eGFR 【その他の状況】
初回支援 (令和 年 月 日)	【行動変容ステージ】 ①服薬 : 期、②食事 : 期、③運動 : 期、④飲酒 : 期、 ⑤喫煙 : 期、⑥セルフモニタリング : 期
	【行動目標】 【行動計画】 計画① 計画② 計画③ 計画④
	行動目標の修正(必要時のみ)

中間評価 (令和 年 月 日)	確認方法	訪問・電話・メール・オンライン面接・SMS・その他( )
	対象者の状況	<p>①受診の有無(新規受診・継続受診・受診中断・未受診)          ②身体状況( 年 月 日時点) : 体重 kg、BMI 、腹囲 cm、血圧 ／ mmHg          ③検査値(受診の場合) : 空腹時血糖 mg/dl、HbA1c %、eGFR          【その他の状況】</p>
	アセスメント及び指導内容	<p>【行動変容ステージ】          ①服薬 : 期、②食事 : 期、③運動 : 期、④飲酒 : 期、          ⑤喫煙 : 期、⑥セルフモニタリング : 期</p>
	アセスメント及び指導内容	<p>【行動計画の実行状況】          計画①          計画②          計画③          計画④          【その他の状況】</p>
【指導内容】		
終了時評価 (令和 年 月 日)	確認方法	訪問・電話・メール・オンライン面接・SMS・その他( )
	対象者の状況	<p>①受診の有無(新規受診・継続受診・受診中断・未受診)          ②身体状況( 年 月 日時点) : 体重 kg、BMI 、腹囲 cm、血圧 ／ mmHg          ③検査値(受診の場合) : 空腹時血糖 mg/dl、HbA1c %、eGFR          【その他の状況】</p>
	アセスメント及び指導内容	<p>【行動変容ステージ】          ①服薬 : 期、②食事 : 期、③運動 : 期、④飲酒 : 期、          ⑤喫煙 : 期、⑥セルフモニタリング : 期</p>
	アセスメント及び指導内容	<p>【行動計画の実行状況】          計画①          計画②          計画③          計画④          【その他の状況】</p>
【指導内容】		
その他		

## 糖尿病性腎症重症化予防事業業務委託 受託単価表

受託者は本業務の委託料の請求にあたり、積算の基礎となるよう、次の表に各単価を記載すること。

項目	件数	単価(税抜)	金額
受診勧奨	受診勧奨文・申込書等の送付及び申込受付	1,200件	円
	電話等による受診勧奨 (1件あたり)	500件	円
	コンタクトが取れなかった対象者へのアンケート送付	件	円
	(その他、受託事業者が提案する単価)	件	円
	〃	件	円
保健指導	支援プログラムの作成、開始通知の送付、教材の提供	70件	円
	面談による保健指導	件	円
	電話等による保健指導 (支援)	件	円
	主治医からの情報提供に基づく支援内容確認のための保健指導	70件	円
	主治医との連携 (情報提供書作成費用も含む)	70件	円
	中間評価	70件	円
	終了時評価	70件	円
	保健指導 (支援) のための資料などの郵送	70件	円
	(その他、受託事業者が提案する単価)	件	円
	〃	件	円
小計			円
消費税 (10%)			円
合計			円

※受託者が提案する単価項目は、必要に応じて各単価項目を追加又は削除して提案すること。

※上記の単価に実施予定件数を乗じた額が、金額となるよう留意すること。

事業者名

代表者名

(別紙7)

## 糖尿病性腎症重症化予防事業 業務報告書

業務項目		件数	単価 (税抜)	金額
受診勧奨	受診勧奨文・申込書等の送付及び申込受付	件	円	円
	電話等による受診勧奨 (1件あたり)	件	円	円
	コンタクトできなかった対象者へのアンケート送付	件	円	円
	(その他、受託事業者が提案する単価)	件	円	円
保健指導	支援プログラムの作成、開始通知の送付、教材の提供	件	円	円
	面談による保健指導	件	円	円
	電話等による保健指導 (支援)	件	円	円
	主治医からの情報提供に基づく支援内容確認のための保健指導	件	円	円
	主治医との連携 (情報提供書作成費用も含む)	件	円	円
	中間評価	件	円	円
	終了時評価	件	円	円
	保健指導 (支援) のための資料などの郵送	件	円	円
	(その他、受託事業者が提案する単価)	件	円	円
小計				円
消費税 (10%)				円
合計				円

令和8年度 障がいを理由とする差別の解消の推進  
のための合理的配慮の提供に係る研修実施報告書

1 事業者名等

事業者名	
担当者名	
連絡先	

2 研修内容

月　日	講師・研修方法等	時間 (分)	対象(受講人数)