

北海道糖尿病性腎症重症化予防プログラム

北海道糖尿病対策推進会議

北海道医師会

北海道

1 本プログラム策定の趣旨

2型糖尿病（以下、「糖尿病」という。）は、病状が進行するまで自覚症状がないことから、診断の遅れや放置・治療中断が起こりやすく、腎症、網膜症、神経障害等の重篤な合併症によるＱＯＬの低下や経済的負担が社会的な問題となっている。中でも糖尿病性腎症は、人工透析の導入原因の40%以上を占めており、糖尿病患者における腎機能低下の予防は重要な課題である。

本道では、糖尿病性腎症による透析導入患者数はほぼ横ばい傾向にあるものの、全国に比べると特定健康診査・特定保健指導の実施率が低く、また、糖尿病に係る医療費では、入院医療費の割合が高く、外来医療費の割合が低いという特徴があり、診断の遅れや放置、治療中断などによって重症化してから受療する傾向があると考えられる。

糖尿病性腎症の重症化を予防するためには、従来から推進されてきた健康教育や特定健康診査・特定保健指導による糖尿病の早期発見と放置の防止に加えて、医療機関と自治体等とが緊密に連携し、診断早期から糖尿病患者の生活習慣の改善を促すとともに、重症化リスクの高い医療機関未受診者や治療中断者への働きかけを継続的に実施する必要がある。

国では、平成28年4月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めてきたが、更なる取組の拡大と取組内容を充実させるため平成31年4月に当該プログラムを改定した。

このことを受け、道においても、北海道糖尿病対策推進会議、北海道医師会、北海道の三者により、北海道版の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを改定し、更なる取組の推進を図る。

2 本プログラムの基本的な考え方

(1) 目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。

また、本道では特定健康診査・特定保健指導の実施率が低いことから、特定健康診査・特定保健指導の実施率向上の取組とあわせて、本プログラムが実施されるこ

とが望ましい。

(2) プログラムの性格

本プログラムは、市町村が医療機関と連携した糖尿病重症化予防の取組に関し、その考え方や標準的な内容を示すものである。

このため、取組の実施に当たっては、各市町村が有する健康課題や地域の実情に応じて、柔軟に対応することが可能であるとともに、現在、市町村において既に行われている取組を尊重するものとする。

なお、このプログラムの対象者は、市町村国民健康保険の被保険者であることから、市町村データヘルス計画と連動させる必要がある。

(3) 市町村におけるプログラム実施の条件

各市町村において、糖尿病性腎症重症化事業を実施する場合は、次のア～オの全てを満たす必要がある。

- ア 対象者の抽出基準が明確であること
- イ かかりつけ医と連携した取組であること
- ウ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- エ 事業の評価を実施すること
- オ 取組の実施にあたり、北海道糖尿病対策推進会議との連携を図ること（道が市町村の取組内容等を取りまとめの上、北海道糖尿病対策推進会議に報告することによる連携など）

3 対象者の抽出基準

原則として、市町村が個別に抽出基準を定めた上で、特定健康診査やレセプトデータ等から抽出するものとする。

なお、本プログラムが推奨する基準は、次のとおりとする。

(1) 未受診者及び受診中断者

ア 未受診者については、市町村が特定健康診査データ等から、次の①に該当し、かつ②～④のいずれかに該当する者を抽出した上で、レセプトデータと照合して受診状況を確認する。

- ① 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖200mg/dl）以上又は HbA1c 6.5%以上
- ② eGFR 60ml/分/1.73m²未満
- ③ 尿蛋白 （＋1）以上
- ④ 血圧 130／80mmHg以上

なお、上記内容を満たし、次のいずれかに該当する場合は、リスクが高い者（以下、「ハイリスク者」という。）と考えられる。

- ・ HbA1c 7.0%以上 かつ eGFR 45ml/分/1.73m²未満
- ・ 尿蛋白 （＋2）以上
- ・ 血 圧 140／90mmHg以上

イ 受診中断者については、市町村がレセプトデータから糖尿病性腎症で通院歴

があり、最終の受診日から6か月経過しても受診した記録がない者を抽出する。
 ウ なお、幅広く糖尿病の重症化を予防する観点から、上記のほか次の①又は②に該当する者も市町村の判断により対象とする。

- ① 未受診者については、アの①だけ該当する場合も対象
- ② 受診中断者に対しては、糖尿病で通院歴のある患者で最終の受診日から1年を経過しても受診した記録がない者も対象

(2) 通院患者

市町村がレセプト・健診データ等から糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期であり、次の①から③の全てを満たす者を抽出する。

- ① HbA1c 7.0%以上
- ② 尿蛋白（+1）以上 又は 尿アルブミン30mg/gCr以上
- ③ 血圧 130/80mmHg以上

なお、次に該当する場合は除外する。

- ・ がん等で終末期にある者
- ・ 1型糖尿病である者
- ・ 認知機能障害のある者
- ・ 生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象となっている者
- ・ その他の疾患を有するなど、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

(図表1：糖尿病性腎症病期分類)

病 期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
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) あるいは 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	—

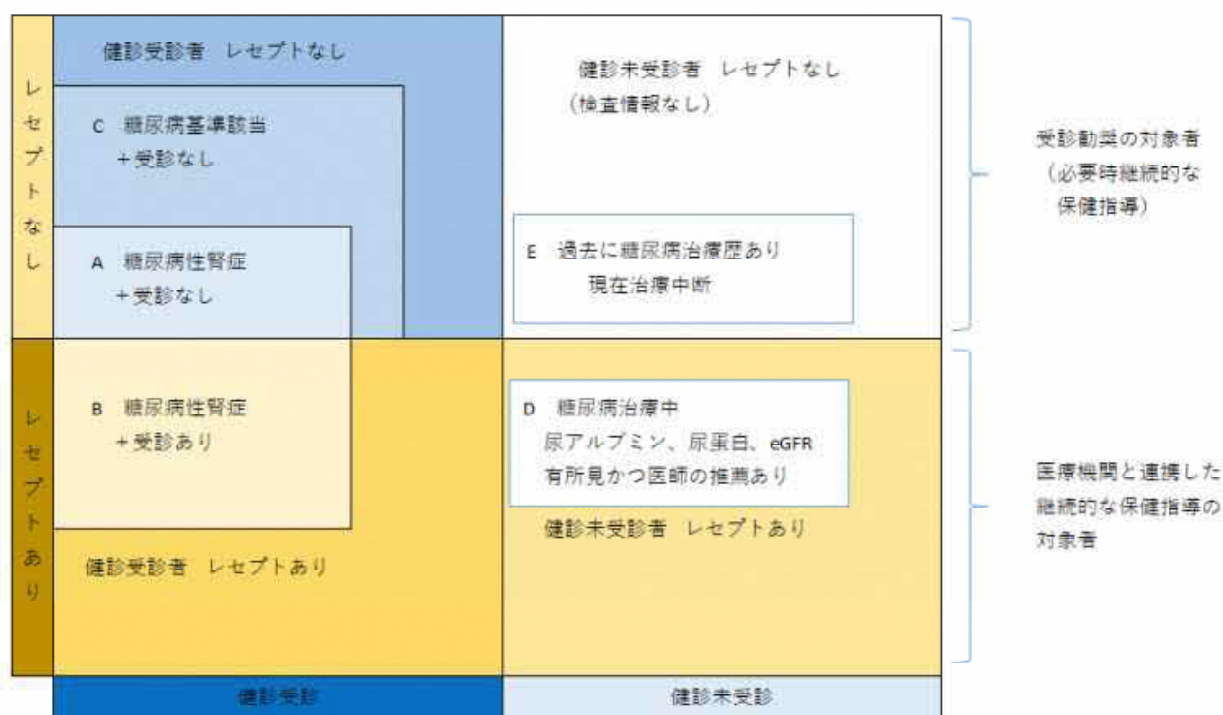
※ 特定健康診査では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白（+）以上であれば少なくとも第3期以上と考えられる。

尿アルブミンは健診項目にはないが、糖尿病で受診勧奨判定値以上の場合、医療機関への受診勧奨がなされ医療機関において尿アルブミンが測定され、第2期の把握が可能となる。

(3) 健診データとレセプトデータによる対象者の抽出

健診データとレセプトデータを活用した対象者の抽出の考え方は次のとおりである。

(図表 2：健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方)



4 未受診、受診中断者への受診勧奨

市町村は、郵送による通知や電話、戸別訪問など、市町村が適当と認める方法により受診勧奨を行う。

なお、ハイリスク者に対しては、強めの受診勧奨を行うことが必要である。

また、受診勧奨後の受診状況を適宜確認し、受診が確認できない場合は、再度の勧奨を検討する。

5 保健指導対象者

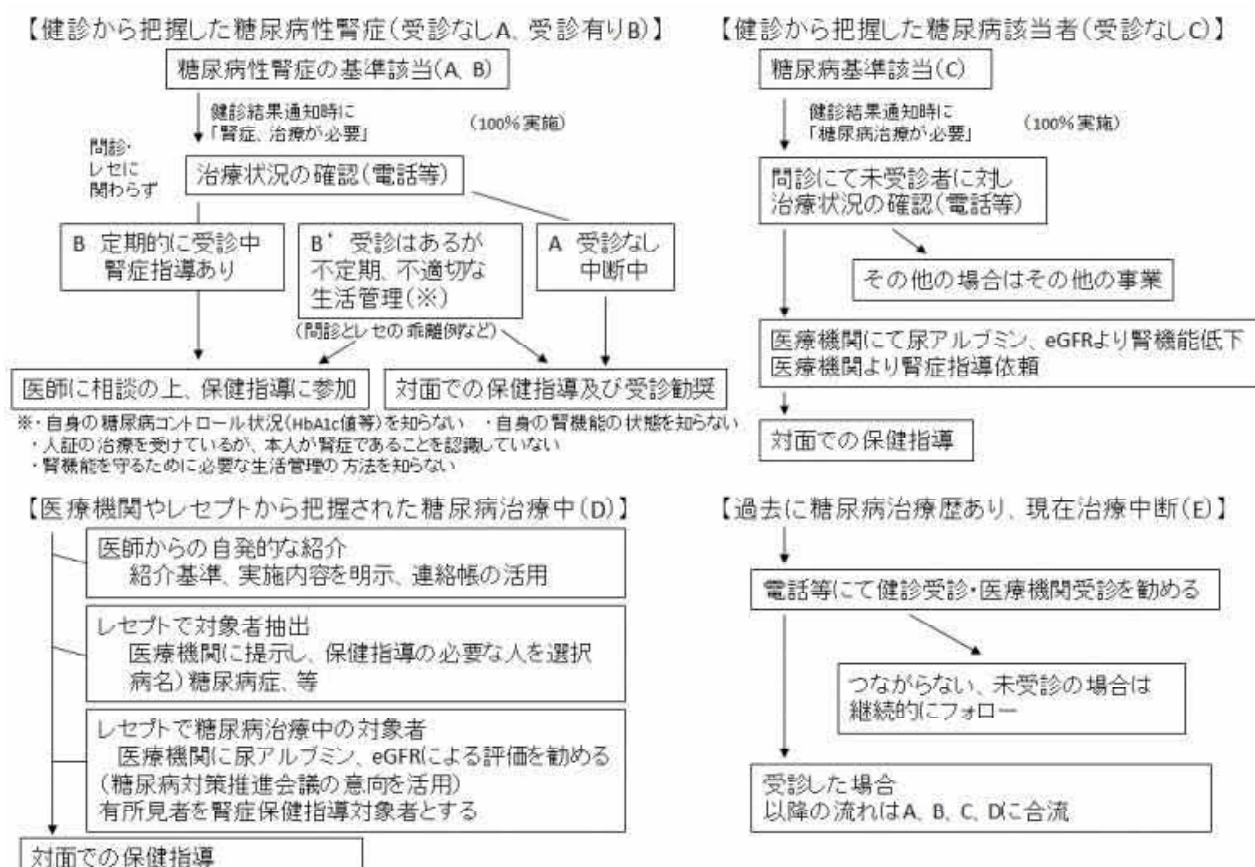
(1) 市町村が抽出する場合

上記3で抽出された者のうちプログラムへの参加について、本人及びかかりつけ医の同意があった者を対象とする。

(2) かかりつけ医が抽出する場合

糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導を市町村と連携して実施する必要があると医師が判断した者であり、プログラムへの参加について、本人の同意があった者を対象とする。

(図表 3 : 糖尿病性腎症プログラム対象者に対する受診勧奨、保健指導の流れ)



6 かかりつけ医と市町村との連携

市町村は、かかりつけ医と連携した上で、次のとおり保健指導を実施する。

- (1) 市町村は、抽出した対象者に対しプログラムの内容を説明した上で、参加の意向を確認する。
- (2) 対象者は、プログラム参加意向がある場合には、様式1「糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書」を市町村へ提出する。
- (3) 市町村は、かかりつけ医あてに様式2「糖尿病性腎症保健指導指示書」の作成を依頼する。
- (4) かかりつけ医は、対象者の受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、様式2「糖尿病性腎症保健指導指示書」を作成し、市町村へ提出する。
- (5) 市町村は、かかりつけ医から受けた指示内容に基づき、保健指導を実施する。
なお、市町村は、かかりつけ医の指示内容を超える指導は行わないこととし、不明な点はかかりつけ医に確認する。
- (6) 市町村は、かかりつけ医に保健指導の実施結果を様式3「保健指導実施報告書」により報告する。

なお、市町村は、必要に応じて保健指導実施までにかかりつけ医（郡市医師会）と次の方法で調整の上、実施する。

- (1) 市町村は、取組内容を事前にかかりつけ医（郡市医師会）に説明し、取組の実施に関して包括的に了解を得た後に、保健指導を実施する。
- (2) 市町村は、保健指導対象者ごとに、かかりつけ医との連携の上、保健指導を実施する。

また、かかりつけ医から専門医への紹介基準については、一般社団法人日本腎臓学会の基準（https://jsn.or.jp/topics/notice/_3410.php）を参考とするなど地域の実情を踏まえた取組を図る。

7 取組に当たっての関係者の役割

（市町村の役割）

- ・ 特定健康診査データやレセプトデータ等を用いて、地域における課題を分析し、明らかになった課題について、取組の優先順位等を考慮し、対策を立案する。
- ・ 対策の立案に当たっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出するための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策等のポピュレーションアプローチなど、様々な観点から保健指導や受診勧奨の内容を総合的に検討する。その際、地域の医師会等の関係団体と協議の上、取り進める。対策の実施後は、その結果を評価し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。
- ・ 対象者のプログラム参加同意、医師から市町村への保健指導指示及び市町村から医師あての保健指導報告は、別記様式1「糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書」、様式2「糖尿病性腎症保健指導指示書」及び様式3「保健指導実施報告書」を参考とし、郡市医師会や関係医療機関と協議の上、取扱いを決定する。

（北海道医師会及び郡市医師会の役割）

- ・ 北海道医師会は、郡市医師会に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・道における動向等を周知するとともに、必要に応じて助言する。
- ・ 北海道医師会や郡市医師会は、道や市町村等が糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、会員及び医療従事者に対して周知するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化するなど、必要な協力を行うよう努める。

（北海道糖尿病対策推進会議の役割）

- ・ 糖尿病性腎症重症化予防に係る国・道における動向等について構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から、道内における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、道や市町村の取組に協力するよう努める。
なお、市町村への助言については、別紙「糖尿病性腎症重症化予防事業に係る助言実施要領」により定める。
- ・ また、各構成団体が、地域の住民や患者への啓発や医療従事者への研修を実施する際には、必要に応じて支援や助言を行う。

(道の役割)

- ・ 道は、本プログラムを関係団体へ周知し、糖尿病性腎症重症化予防の取組を道民に啓発するとともに、プログラムの取組が円滑に実施できるよう、北海道糖尿病対策推進会議や北海道医師会と取組状況を共有し、課題、対応策等について検討する。
- ・ 糖尿病の発症・重症化に関連する生活習慣の改善に向けて、庁内体制を整備し、市町村、北海道糖尿病対策推進会議、北海道医師会、医療機関等と連携し取り組む。
- ・ 関係課や保健所等と連携し、重症化予防アドバイザーを派遣するなど各二次医療圏単位で円滑に取り組めるよう調整する。併せて、保健所や市町村、医療機関を対象として糖尿病対策連携促進セミナーを開催し、最新の知識の習得や意見交換を実施する。
- ・ 今後、市町村において後期高齢者医療広域連合からの委託による高齢者の保健事業の一体的な実施の取組でも本プログラムや市町村策定のプログラムを活用した好事例の横展開をはじめ、市町村における一体的な実施に対して支援を行っていく。
- ・ 市町村国保、後期高齢者医療、介護保険、被用者保険を含めた健診・医療情報データベースを構築し、市町村や広域連合が現状分析や計画の立案、評価等を行うに当たって活用可能なデータを提供するなどの支援を行っていく。
- ・ 保健所は、市町村等の身近な相談相手として、地域の医療機関との調整、既存の会議や研修会を活用した意見交換など保健活動の支援に努める。

(北海道後期高齢者医療広域連合の役割)

北海道後期高齢者医療広域連合は、対象者が将来的に後期高齢者医療の被保険者に移行することを踏まえ、必要に応じ、市町村と連携する。

8 プログラムの評価

(1) 目的

自治体において事業評価を行う目的は、①より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容を振り返ること、②糖尿病性腎症重症化予防の最終目標は新規透析導入抑制であるため、短期・中長期的な評価を継続的に行うことである。

事業の実施状況の把握・分析結果に基づき、今後の事業の取組を見直すなどPDCAサイクルを回すことが重要である。

国保等の被保険者は保有する健診データやレセプトデータ等を活用し、被保険者を透析導入まで追跡することが重要である。

(2) 方法

評価の方法として、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（実施量）、アウトカム（効果）の視点を用いた評価を活用する。

○評価項目及び内容（例）

評価項目	内容
ストラクチャー（構造）評価	・実施体制が構築できたか ・課題分析結果に基づき、対象と目的、方法が決定できたか ・関係者間で理解が得られ、連携体制が構築できたか ・予算・マンパワー、教材の準備は適切であったか ・健診及び医療データの集約方法
プロセス（過程）評価	・事業のスケジュール調整は適切であったか ・対象者の抽出、データ登録ができたか
アウトプット（事業実施量）評価	・抽出された対象者の何％に受診勧奨、保健指導ができたか ・地区、性・年代別に偏りはないか
アウトカム（結果）評価	・健診受診率 ・受診勧奨者のうち受診につながった人数 ・保健指導介入例のデータ変化（個人・集団） ・血圧、血糖（HbA1c）、脂質、体重 ・喫煙、生活習慣 ・尿蛋白、尿アルブミン、クレアチニン、eGFR低下率、クレアチニン2倍化速度、腎症病期、透析新規導入率 ・心血管イベントの発症 ・服薬状況 ・生活機能、QOL等
費用対効果	・事業にかかる費用と効果

（3）短期・中長期的な評価

保健事業は単年度ごとの事業評価も必要である一方、単年度では効果の見えづらい本事業においては、中長期的な視点をもった評価を行うことが重要である。

中長期的には、事業に参加した人と参加しなかった人を比較することにより、検査値や腎症病期、心血管イベントや合併症の発症、透析導入等に着目した評価を行う。

○短期・中長期的なアウトカム評価の考え方（例）

評価項目	内容
短期的指標（前・3ヶ月後・6ヶ月後）	・生活習慣改善意欲、QOL ・行動変容（食生活改善、軽い運動習慣、減酒、口腔衛生、等） ・医療機関との連携による検査値把握（血圧、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）

評価項目	内容
1年後評価指標	・評価の構造を意識した分析 （第一層）：食生活（減塩等）、喫煙、体重、飲酒、医療機関受診 （第二層）：血糖・HbA1c、血圧、LDLコレステロール（またはnon-HDLコレステロール） （第三層）：腎機能：尿蛋白、クレアチニン、eGFR、尿アルブミン等 ・生活機能、QOL 参考資料：総医療費、外来医療費
中長期的指標（2年～4年）	・検査値：腎症病期、eGFR低下率、クレアチニン2倍化速度、HbA1c、血圧 ・レセプト：継続した受療率、服薬状況、医療費、心血管イベントの発症、その他糖尿病に関連した合併症の発症状況
長期的指標（5年～10年）	・レセプトによる受療状況 ・糖尿病性腎症による透析導入率

（4）改善点の明確化とその対応

事業の分析結果、評価やそれに基づく改善方策等について関係者間で協議する。協議の結果、改善を要する点がある場合は、具体的な方策について助言を得ながら検討していく。

9 個人情報の取扱い

糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータなどをはじめとして、住民の氏名・住所・年齢・職業・家族構成等といった基本情報、生活習慣に関する情報などの様々な種別の個人情報が、対象者の抽出や受診勧奨・保健指導、現状の確認等に活用されていることが多い。

特に、健診データやレセプトデータは、一般的には個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）（以下「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当し、他の個人情報よりも慎重に取り扱う必要があることから、あらかじめ個人情報の取扱いについて整理することが重要である。

（1）市町村及び広域連合における取扱い

市町村及び広域連合が保有する個人情報については、それぞれ市町村及び広域連合が定める個人情報の保護に関する条例（以下「個人情報保護条例」という。）の規定に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託、第三者（医療機関、他の自治体）への情報提供など、様々な場面において、その適正な取扱いが確保されるべく措置が講じられている。

この点に関し、国保及び後期高齢者医療に係る個人情報の取扱いについては、厚生労働省の事務連絡において、診療報酬明細書、特定健診等記録を活用し、

被保険者のニーズに応じた保健事業を効果的・効率的に実施することは、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）等に基づく保険者の事務（事業）に当たるものと既に整理されており、糖尿病性腎症重症化予防を含む保健事業に個人情報を活用することは、医療保険者として法令上通常想定される目的内利用であると整理される。

また、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）により、市町村及び広域連合がマイナンバーを利用して被保険者の特定健診情報等を管理できることとされているが、情報連携の対象とはされていない。したがって、保険者間で特定健診等データの連係を行う際には、マイナンバー制度の情報提供ネットワークシステムを用いるのではなく、個別の事案ごとに保険者間で紹介及び提供する仕組みとなる。

（2）都道府県における取扱い

健診データやレセプトデータは、管内市町村又は広域連合（以下「管内保険者」という。）が保有する個人情報であることから、都道府県が糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当たっては、被保険者本人の同意があるなど、管内保険者が定める個人情報保護条例の要件に該当する場合に限り、当該管内保険者から都道府県に情報提供がされることとなる。

また、管内保険者から情報提供を受けた都道府県は、当該都道府県が定める個人情報保護条例の規定に基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託、第三者（医療機関、他の自治体）への情報提供等に一定の条件が付されることとなる。

なお、国保の都道府県単位化に伴い、平成30年度から都道府県も保険者として市町村とともに、国保の運営を担うこととなったが、保険給付や保健事業の実施主体は引き続き市町村であり、健診データやレセプトデータの保有者が市町村であることに変わりはない。一方、都道府県は、国保の財政運営の責任主体として、管内市町村の保険給付の適正な実施の確保を目的として給付点検等を行うこととしており（国民健康保険法75条の3）、その効率的な運用のため、国保総合システムやKDB等閲覧することができる。

したがって、各都道府県が糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当たっては、一般的に個人情報保護条例において第三者提供の要件として定められる「法令等の規定に基づくとき」に該当するものとなることから、これも踏まえ、給付点検等に必要な範囲かつ、各個人情報保護条例で定める範囲において、都道府県において個人情報を活用することが可能となる。

（3）医療機関における取扱い

医療機関では、個人情報保護法や同法を基礎として策定された「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月14日個人情報保護委員会・厚生労働省）（以下「ガイダンス」という。）等に従い、個人情報を取り扱う必要がある。

医療機関が保有する患者の個人情報、医療の提供に伴い医療機関が保有するものであるため、市町村等が治療中の患者を糖尿病性腎症重症化予防の取組の対象とする場合、当該取組に医療機関の有する患者の治療状況等、市町村等有しない情報を活用するに当たっては、あらかじめ当該患者の本人同意が必要である。個人情報保護法やガイドンスに従って、適切に取り扱う必要がある。

(4) 外部委託事業者における取扱い

市町村等が糖尿病性腎症重症化予防の取組を事業者に委託して実施する場合、当該事業者は、個人情報保護条例における委託に関する規定を遵守するとともに、市町村等との間で個別に締結される契約書の定めに従って業務を遂行する必要がある。

個人情報を取り扱う事業者には、個人情報保護法やガイドンスに基づき、事業者としての安全管理措置を講ずる責務がある。具体的には、個人情報保護に係る規程の整備、管理監督等のための組織体制の整備、個人データの盗難・紛失等を防ぐための物理的な安全措置などの個人情報の管理について、万全の対策を講じる必要があり、プライバシーマークを取得することが望ましい。また、委託を行う市町村等においても、適切に事業者を選定すべく、これらの点に留意して委託仕様等を作成する必要がある。

10 円滑な事業の実施に向けて

本プログラムでは、糖尿病性腎症重症化予防に取り組むにあたり、基本的な考え方と役割分担を示したが、各地域における実施に当たっては、市町村と医療関係者が密接に連携し、事業を展開することが重要である。

また、被用者保険の保険者とは、北海道保険者協議会等を活用して、取組実績やプログラムの好事例の情報を共有するなど、円滑な事業の実施のため連携するよう努める。

糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書

平成 年 月 日

(市 町 村 名) 様

フリガナ

氏 名

住 所 〒

電話番号

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他、次の説明を受け、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加することに同意します。

- 1 (市町村名) は、かかりつけ医から指示を受けた内容に基づき、電話・面談等により、生活習慣の改善に向けた保健指導を行うこと
- 2 保健指導の期間は概ね〇か月程度であり、その間、市町村とかかりつけ医は、必要に応じ、診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること
- 3 糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従うこと

※ かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、下記にかかりつけ医療機関及び主治医名をご記入ください。

医療機関名

主治医氏名

糖尿病性腎症保健指導指示書

平成 年 月 日

(市町村名) 様

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 氏 名

印

フリガナ 患者氏名			性別	男 ・ 女
生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 平成 (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、脂質異常症、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	☐ 食事指導 ☐ 服薬指導 ☐ 運動指導 ☐ 禁煙指導 ☐ 特になし (該当箇所には☑) 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 ・ HbA1c _____ % ・ eGFR _____ ml/分/1.73m ² ・ 血圧 _____ / _____ mmHg	・ アルブミン尿 _____ mg/gCr ・ 尿蛋白定性 (+ ・ 2 + ・ 3 +) ・ その他		
その他の 留意事項	☐ 生活習慣改善が困難である ☐ 治療が中断しがちである ☐ その他 ()			

保 健 指 導 実 施 報 告 書

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名 様（御机下）

市町村名

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

フリガナ 患者氏名	(男 ・ 女)	
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
住 所		
保健指導年月日	平成 年 月 日 ～ (延べ指導回数 回)	
〈行動目標〉		
〈保健指導内容〉		
担当課・係名	電話番号	担当者名

糖尿病性腎症重症化予防プログラムに係る各機関の連携について

