

【機密性2】

協茨城支部発第 220307-14 号
令和 4 年 3 月 7 日

一般社団法人 茨城県医師会
会長 鈴木 邦彦 様

全国健康保険協会茨城支部
支部長 木城 洋



糖尿病等重症化予防対策の実施に伴う周知の協力依頼について

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は当支部の健康保険事業に格別なるご理解を賜り、厚く御礼申し上げます。また、医療の最前線で新型コロナウイルス感染症と戦われている医療従事者の皆様に心から敬意を表するとともに、深く感謝申し上げます。

令和4年3月より、協会けんぽ茨城支部では、糖尿病等の重症化を予防し、加入者のQOLの維持・向上を図ることを目的として、「茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病等の重症者（未治療者）への受診勧奨に加え、治療中患者への保健指導を開始いたします。

なお、当支部が行う糖尿病等重症化予防対策の具体的な内容については、別添の資料のとおりとなります。また、本事業は、当支部から株式会社リンケージ（東京都中央区銀座1-19-14 ホームスト木箱銀座ビル7階）へ委託して実施いたします。

当支部が、本対策を進めていくためには、茨城県糖尿病対策推進会議をはじめ、貴会及び貴会会員の皆様のご協力が不可欠です。つきましては、当支部が行う糖尿病等重症化予防対策の内容について、貴会会報やホームページ等を通じ、茨城県内関係者の皆様への周知にご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

ご不明な点等がございましたら、下記の担当までご連絡いただければ幸いです。お手数をお掛けいたしますが、よろしくお願い申し上げます。

敬具

【担当者】

全国健康保険協会茨城支部
保健グループ 落合・中山
TEL 029-303-1584

2022年2月22日

「糖尿病重症化予防プログラム」参加勧奨のお願い

全国健康保険協会茨城支部
〒310-8502 茨城県水戸市南町 3-4-57
水戸セントラルビル 1階
電話：029-303-1584

株式会社リンケージ
〒104-0061 東京都中央区銀座 1-19-14
ホームスト木箱銀座ビル 7階
電話：03-6452-8915

診療ご担当医 御机下

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

先生におかれましては日常診療でお忙しい中、地域医療へもご尽力なされていると拝察いたします。

さてこの度、私ども株式会社リンケージは、全国健康保険協会茨城支部より「糖尿病患者の重症化予防業務」の業務委託を受け、糖尿病加療中の患者様に対する重症化予防のための保健指導を提供することとなりました。

本件は平成30年3月策定の「茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」にもとづき、リスクの高い通院患者様において医療機関と連携して保健指導を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を防ぎ人工透析への進行を予防することを目的としております。

つきましては、貴院で糖尿病加療中の患者様に対し、「糖尿病重症化予防プログラム」への参加勧奨をいただきたく、ご協力をお願いする次第です。

弊社の保健指導では、糖尿病療養指導士がオンラインで直接指導を行うもので、対象となる患者様が貴院での通院治療を続ける上でも少なからずお役に立つものと考えております。何卒ご高配を賜りたくお願い申し上げます。

委細は同封しました資料にてご案内いたしておりますが、ご不明点やご相談等ございましたらご一報いただければ幸甚です。

ご多忙のところ恐れ入りますが、ご査収のほどよろしく願いいたします。

末筆ながら貴院の発展とご多幸をお祈りいたします。

敬具

1. 同封資料について

- ① 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」参加勧奨のお願い(本紙)
本プログラムについての概要、及び保健指導の協力にかかる貴院の運用手順を記載しております。
- ② 糖尿病性腎症重症化予防プログラムのお知らせ
本プログラムの概要や特徴、参加の手引きが記載されております。参加勧奨に該当する糖尿病加療中の患者様にご紹介する際にご使用下さい。
- ③ 糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書
本プログラムへの参加に同意頂いた患者様に記入頂く資料です。
- ④ 糖尿病性腎症保健指導情報提供書
本プログラムに参加する患者様の検査データや連絡事項を提供頂くための資料です。貴院様にてご記入をお願いいたします。
- ⑤ 患者情報提供用封筒
本プログラムに参加する患者様の③「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書」、④「糖尿病性腎症保健指導情報提供書」を同封するための封筒です。宛先は全国健康保険協会茨城支部となっております。

2. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

このプログラムは約6ヶ月のプログラムです。全国健康保険協会茨城支部より委託を受けた「株式会社リンケージ」が下記のスケジュールに基づき保健指導を行います。



本プログラムの特徴について

- 専門職による直接指導

本プログラムは指導経験豊富な糖尿病療養指導士との面談を行います。患者様が服用しているお薬のことや食事管理についてアドバイスを行い、今後の生活習慣の留意点をお伝えします。
※初回及び12週間後の指導は30分を想定しております。
- オンラインによる面談

糖尿病療養指導士との面談は全てスマホで実施します。自宅にいながら保健指導を受けることができます。また、スマホをお持ちでない方や、電子機器の使い方が苦手な方に対しても、面談が可能なタブレットの貸し出しや操作面での質問が可能な連絡先を設けております。
- 継続的なサポート

正しい食生活を学ぶための糖尿病専用食のレシピが記載されているレシピ本を対象者様に送付致します。※レシピ本の送付は初回面談後を想定しております。(かかりつけ医から食事上の注意がある場合は指導員により面談時に注意を行います)
- 貴院との連携

プログラムの進捗状況について、プログラム開始3ヶ月後及び6ヶ月後に次頁の様式1に沿った経過報告を作成し送付いたします。

(様式1)

糖尿病性腎症保健指導実施報告書

令和 年 月 日

医療機関名
主治医名

様

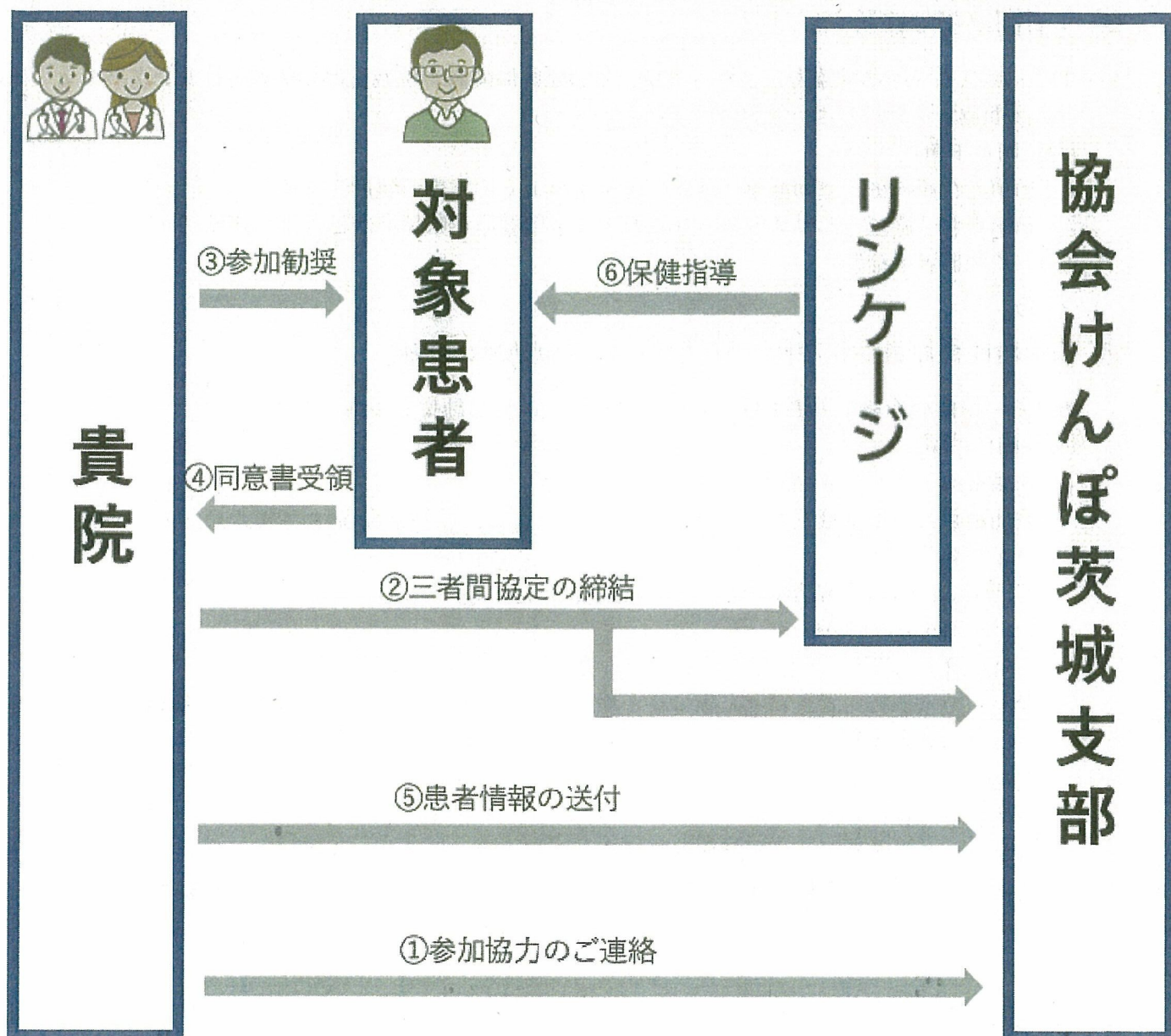
保険者名

氏名	男・女	生年月日	職・職 年 月 日 (歳)
指導 実施日	年 月 日 (/ 回)	指導対象	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ
■対象者の情報（職業，家族構成，調理担当者，食事時間，運動習慣，アレルギー等）			
■問題点		■目標	
■指導内容			
服薬管理： <input type="checkbox"/> 服薬のタイミング <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
食生活： <input type="checkbox"/> エネルギー摂取量 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量 <input type="checkbox"/> 欠食 <input type="checkbox"/> 間食 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
生活習慣： <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 睡眠時間 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
運動： <input type="checkbox"/> 運動内容 <input type="checkbox"/> 運動強度 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
その他： <input type="checkbox"/> 体重管理 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
■指導内容の理解度			
本人： <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 概ね理解している <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない			
家族： <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 概ね理解している <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない			
■連絡事項（今後の指導方針等）			

【担当者名： _____、連絡先： _____】

3. 患者へのプログラム参加勧奨の運用フロー

糖尿病加療中の患者様に対する保健指導への参加勧奨にご協力いただく場合のフロー図と詳細の手順は以下のようになります。詳細は次ページ以降に記載しております。



① 参加協力のご連絡

本プログラムの主旨にご賛同、糖尿病加療中の患者様への参加勧奨にご協力をいただける場合は、参加ご協力の旨を以下宛先まで電話、もしくは文書にてご連絡をお願いいたします。

宛先：〒310-8502

茨城県水戸市南町 3-4-57 水戸セントラルビル

全国健康保険協会茨城支部 保健グループ 落合・中山

電話番号：029-303-1584

② 三者間協定の締結

本プログラムへの参加協力にあたっては、全国健康保険協会茨城支部と株式会社リネージュとの三者間協定を締結していただきます。

(具体的な手順)

1. 前項のご連絡後、全国健康保険協会茨城支部より協定書の雛形を受領
2. 協定書をご確認いただき内容に合意の上、全国健康保険協会茨城支部に連絡
3. 三者間協定の締結

③ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの参加勧奨の実施

貴院にて糖尿病加療中の患者様へ本プログラムへの参加勧奨を実施いただきます。

(具体的な手順)

1. 対象者のスクリーニング

参加勧奨の対象基準として、以下のア及びイ(又はア及びウ)に該当するかのスクリーニングを実施

(ア)HbA1c(NGSP)6.5%以上又は空腹血糖時 126mg/dl 以上

(イ)尿タンパク(±)以上

(ウ)血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFR60(ml/分/1.73)

※ 1型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者を除く。また、生活習慣病管理料など加算の算定対象となっている方は、対象外となる場合がありますので、個別に①の連絡先までご相談ください。

2. 本プログラムの案内

保険証より対象者が「全国健康保険協会」の加入者であることを確認し、本状に同封いたしました「糖尿病性腎症重症化予防プログラムのお知らせ」を用いて患者様に本プログラムの内容をご説明下さい。

④ 「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書」の受領

本プログラムの参加に患者様が同意する意思を確認できましたら、「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書」へのご記入を依頼し、受領します。

貴院におきましては、参加同意いただいた患者様の「糖尿病性腎症保健指導情報提供書」へ必

要事項を記載して下さい。

(※)「糖尿病性腎症保健指導情報提供書」の記載に要する費用、患者様への診療、検査等に要する費用(一部負担金)は、患者様のご負担となります。

⑤ 患者情報提供用封筒の送付

④で受領した「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書」と貴院で記載した「糖尿病性腎症保健指導情報提供書」を本状に同封いたしました「患者情報提供用封筒」に封入し、ポストへご投函してください。

⑥ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施

ご提供いただいた患者情報をもとに株式会社リンケージが糖尿病性腎症重症化予防プログラムとして保健指導を実施いたします。プログラムの実施報告としてプログラム開始12週目(3ヶ月経過後)に中間評価を、24週目(6ヶ月経過後)に最終評価を送付させていただきます。

<本件への問い合わせ先>

株式会社リンケージ

東京都中央区銀座 1-19-14 ホームスト木箱銀座ビル7階

電話：03-6452-8915 担当：鈴木、山崎

糖尿病性腎症保健指導情報提供書

令和 年 月 日

保険者名 様

医療機関名
主治医名 印

氏名	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
■診断名 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI25 以上) <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()						
■保健指導を実施することが適当である事項 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> 生活習慣 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 喫煙 <※必要に応じて、具体的な指示事項がある場合は、該当項目にご記入ください。> <input type="checkbox"/> 目標体重：() kg <input type="checkbox"/> 食事制限：() <input type="checkbox"/> 運動内容・強度等：() <input type="checkbox"/> その他：()						
■最新の検査データがある場合は、以下へご記入ください。(検査日： 年 月 日)						
血糖値 (空腹・随時)		mg/dL				
HbA1c		%				
尿蛋白区分	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3			
尿定性検査 (蛋白)	-	±	+以上			
eGFR 区分	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3a	<input type="checkbox"/> G3b	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> G5
数値 (mL/分/1.73 m ²)	≥90	60~89	45~59	30~44	15~29	<15
■連絡事項等 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>						

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

令和 年 月 日

保険者名 : 全国健康保険協会 茨城支部

氏 名 印

住 所 〒

電話番号

メールアドレス

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、糖尿病重症化予防プログラムに参加することに同意します。

- 1 (保険者名 : 全国健康保険協会 茨城支部) 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3～6か月程度であり、その間、(保険者名 : 全国健康保険協会 茨城支部) 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名及び主治医名を御記入ください。

医療機関名

主治医名

糖尿病重症化予防 プログラムのお知らせ

糖尿病性腎症保健指導プログラムのご紹介と参加手引き

糖尿病はしっかり治療すれば
健康に生活していくことができる病気です

令和4年2月



全国健康保険協会 茨城支部
協会けんぽ



本冊子が届いた方へ

体調はいかがでしょう？

本書は、糖尿病、もしくは糖尿病の可能性が高い方にお送りしております。

今はまだ大丈夫と思うかもしれませんが、糖尿病は油断すると症状が悪化してしまうリスクがあるため、日頃の生活習慣を見直すことが大切です。

今回、糖尿病の重症化を予防するためのプログラムをご用意いたしました。糖尿病治療に詳しい「糖尿病療養指導士」が、病気に対する正しい知識や食事・運動に関してアドバイスをさせて頂き、生活習慣の改善を目指す6ヶ月間のプログラムです。

糖尿病はしっかり治療し、正しい生活習慣を心掛けて生活すれば、入院や人工透析をせずに過ごしていける病気です。

本書をよくお読みになり、是非、参加をお願いいたします！

注意点

- 申し込み期限は2022年3月31日です。

2022年4月以降は本プログラムに申し込みできません。

- 保健指導によるご本人様の費用負担はありません※ので、次ページからの内容をよくお読みになり、ご理解の上でお申し込みください。

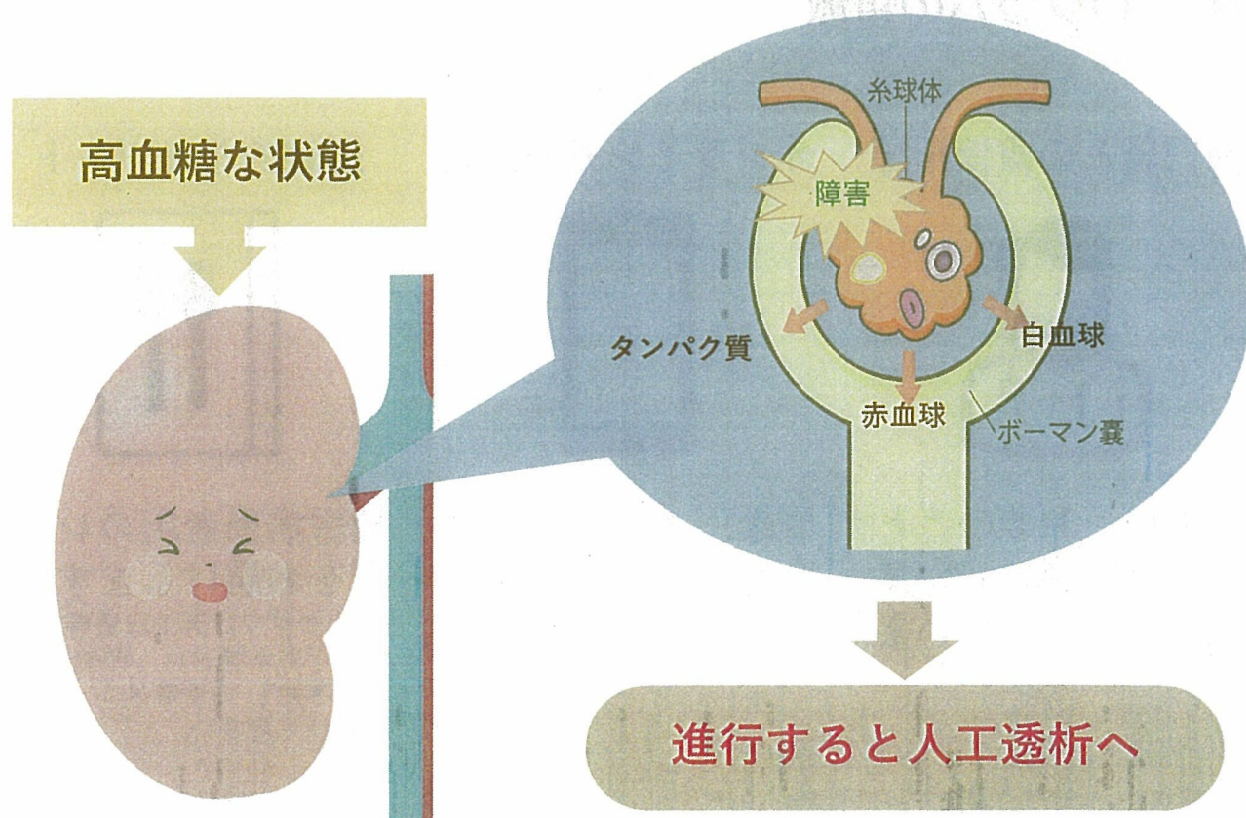
※医療機関への入院、診療や検査等に要する費用(一部負担金)、診療情報提供料(本紙7ページ様式2の記載に要する費用のうち上限2,500円(税込み))を超えた金額はご本人様のご負担になります。

血糖コントロールの重要性

糖尿病の治療の基本は血糖値を正常域近くで維持することです。そのために食事や運動を通じた生活改善が重要になってきます。

高血糖状態のままの腎臓は尿をつくる段階で本来尿には出ない血液の成分やタンパク質が漏れるようになり、腎臓の「ろ過機能」が悪化していきます。この状態が進行すると最終的に人工透析になってしまいます。

また、高血糖状態が続くと免疫力が低下して感染症にかかりやすくなることが分かっています。そのため、新型コロナウイルス感染症が重症化する可能性があります。しかし、糖尿病であっても、血糖コントロールが良好であれば重症化リスクは抑えられることが報告されており、日頃の生活習慣の取り組みが大切です。



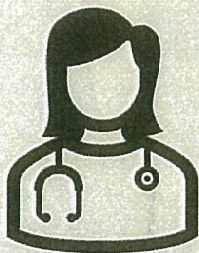
〈プログラム概要〉

協会けんぽより委託を受けた「株式会社リンケージ」が下記のスケジュールに基づき保健指導を行います。



■ プログラムの特徴

専門職との直接指導



服薬中のお薬のことや食事管理についてアドバイスをを行います。

オンラインでの面談



面談、メール支援は全てオンラインで実施します。

継続的なサポート



糖尿病患者用のレシピをお届けします。
※ かかりつけ医から食事上の注意がある場合は、医師の指導に準拠した食事メニューをお選びください。

＜プログラムの申し込みの流れ＞

STEP 1

6ページの様式1に必要事項を記入します。

STEP 2

本冊子と同封されていた茶封筒、別添1を持参し、かかりつけの医療機関を受診します。

- ※ 2ヶ月以内の血液検査の結果がない場合は血液検査の実施をお願いいたします。
- ※ これから受診される医療機関をお探しの場合は、ホームページ、QRコードから探すこともできます。

「茨城県 糖尿病」で検索



STEP 3

受診時にかかりつけ医へ7ページの様式2の作成を依頼し、かかりつけ医へ本冊子、茶封筒、別添1をお渡し下さい。

STEP 4

株式会社リンケージから2週間以内にメールが届きます。メール内容に沿って保健指導アプリ「D-CUBE」をインストールします。

- ※ スマートフォンを利用します。スマートフォンをお持ちでない場合はタブレットの貸出を行いますので、以下のサポートデスクまでご連絡下さい。
お問い合わせ＜リンケージヘルスケアスタッフ＞：0120-33-8916
- ※ タブレットの貸出時に、タブレットの破損・紛失があった場合、ご本人様に費用をご負担頂く場合があります
- ※ 「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書」に記入したメールアドレス宛にメールが届きます。メール件名は **【糖尿病重症化予防プログラム】D-CUBEご登録のご案内** です。
- ※ メールは「sd@linkage-inc.co.jp」で届きます。「sd@linkage-inc.co.jp」からのメールを受信できる様、ドメイン設定を解除して頂くか、又は弊社ドメイン『linkage-inc.co.jp』を受信リストに加えていただきますよう、お願い申し上げます。

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

令和 年 月 日

保険者名 : 全国健康保険協会 茨城支部

氏 名 印

住 所 〒

電話番号

メールアドレス

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、糖尿病重症化予防プログラムに参加することに同意します。

- 1 (保険者名：全国健康保険協会 茨城支部) 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3～6か月程度であり、その間、(保険者名：全国健康保険協会 茨城支部) 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名及び主治医名を御記入ください。

医療機関名

主治医名

新型コロナウイルスによる 医療機関への受診を控えている方へ

- 1 過度な受診控えは健康上のリスクを高めてしまう可能性があります。
- 2 コロナ禍でも健診や持病の治療、お子さまの予防接種などの健康管理は重要です。
- 3 医療機関や健診会場では、換気や消毒でしっかりと感染予防対策をしています。
- 4 健康に不安がある時は、まずはかかりつけ医・かかりつけ歯科医に相談しましょう。

厚生労働省「上手な医療のかかり方.jp」より抜粋

お問い合わせ先

■ プログラム内容について

株式会社リンケージ 0120-33-8916

受付
時間 平日／09:00-18:00
休業日／土日祝

■ 保険証、その他の質問について

協会けんぽ茨城支部 029-303-1584

受付
時間 平日／08:30-17:15
休業日／土日祝

令和4年2月

かかりつけ医様用 保健指導のご協力の御願いについて

この度、株式会社リンケージは、全国健康保険協会茨城支部より「糖尿病性腎症患者の重症化予防業務」の業務委託を受け、糖尿病加療中の患者様に対する重症化予防のための保健指導を提供することとなりました。本件は「茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」にもとづき、糖尿病性腎症の重症化を防ぎ人工透析への進行を予防することを目的としております。

つきましては、貴院で糖尿病加療中の患者様に対する「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」へのご協力をお願い致します。

■ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

「糖尿病療養指導士」が、病気に対する正しい知識や食事・運動に関してアドバイスを患者様に実施し、生活習慣の改善を目指す6ヶ月間のプログラムです。保健指導は全てオンラインにて実施し、以下のスケジュールに沿って指導を実施致します。



■ ご協力いただく場合の手順について

以下の手順に沿って実施をお願い致します。

1. 通院患者様から以下の3点を受領下さい。
 - 本紙
 - 本プログラムの委細が記載されている冊子(図1)
 - 返信用の茶封筒
 2. 図1の冊子から本プログラムの委細をご確認頂いた後、通院患者様の2ヶ月以内の血液検査の結果がない場合は、血液検査にご協力下さい。
 3. 図1の冊子6ページの様式1(図2)へ通院患者様により必要事項が記載されているかご確認をお願いいたします。
 4. 通院患者様に対する診療や検査等に要する費用（一部負担金）のご請求については、貴院様よりお願いいたします。
 5. 診療情報提供料(図1の冊子7ページ様式2の記載に要する費用について)は、株式会社リンケージまでご請求ください。ご請求の方法等は、下記のお問い合わせ先までお願い致します。なお、当該費用の負担の上限は1件あたり2,500円(税込み)までとなります。上限を超えた費用は、患者様のご負担となりますので、一部負担金等と合わせて患者様へご請求願います。
 6. 図1の冊子7ページの様式2(図3)に必要事項のご記入をお願いいたします。
 7. 図1の冊子を3つ折りにし、通院患者様から頂いた返信用の茶封筒に封入し、封緘をお願いいたします。
 8. 茶封筒をポストにご投函下さい。
- ※封筒に送付先は記載済みですので、そのままポストにご投函下さい。



図1. 患者様から受領した冊子

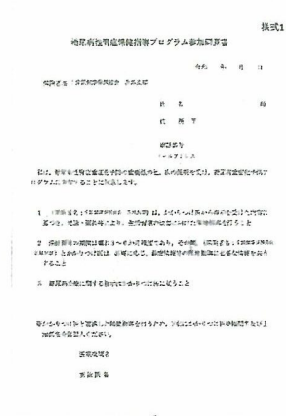


図2. 患者様からの記載の確認が必要な参加同意書

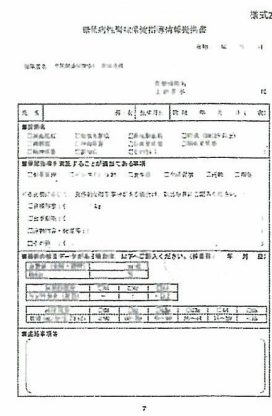


図3. 冊子内のご記載が必要な情報提供書

■ お問い合わせについて

ご不明点がある場合は、以下の連絡先にご連絡下さい

株式会社リンケージ 0120-33-8916(平日/09:00-18:00 休業日/土日祝)