

山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム

平成28年12月20日制定
平成29年12月20日一部改定
平成31年3月14日一部改定
令和3年3月24日一部改定
令和7年7月30日一部改定

山形県医師会
山形県糖尿病対策推進会議
山形県保険者協議会
山形県

1 趣旨

本県における透析患者数は増加傾向にあり、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、「健康やまがた安心プラン」に定める目標値を上回る数で推移している。

糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく低下させる。また、糖尿病性腎症による透析導入は、生活の質と医療経済への影響が大きいことから、腎不全、透析への移行等、重症化を予防し、対象者の健康寿命の延伸を図ることが重要である。

このようななか、山形県医師会、山形県糖尿病対策推進会議(※1)、山形県保険者協議会(※2)等及び山形県は、県内の各保険者等による糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防に向けた取組を更に推進するため、協働で本プログラムを策定する。

※1 山形県糖尿病対策推進会議構成団体：

山形県医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会山形県支部、
山形県歯科医師会、山形県薬剤師会、山形県看護協会、
山形県栄養士会、山形県健康福祉部

※2 山形県保険者協議会構成団体：

健康保険組合連合会山形連合会、全国健康保険協会山形支部、
地方職員共済組合山形県支部、公立学校共済組合山形支部、
警察共済組合山形県支部、山形県市町村職員共済組合、
32市町村国保保険者、山形県医師国民健康保険組合、
山形県歯科医師国民健康保険組合、山形県建設国民健康保険組合、
山形県後期高齢者医療広域連合、山形県、
山形県国民健康保険団体連合会

2 基本的考え方

(1) 目的

糖尿病及び慢性腎臓病(CKD) (以下「糖尿病等」という) が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・治療中断者等について、保険者等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、糖尿病等で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、かかりつけ医の判断により保健指導対象者を選定し、保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い、腎不全、人工透析への移行を防止し、対象者の健康寿命の延伸を図ることを目的とする。

(2) 本プログラムの性格

本プログラムは、保険者と医療機関が連携して取組を行うための基本的な考え方や標準的な取組内容を示すものである。

このため、各保険者における取組内容については、実情に応じて柔軟に対応することが可能であり、現在各保険者が行っている取組を妨げるものではない。

(3) 関係者の役割

地域における取組を推進するに当たっては、関係者は次の役割分担を念頭に、密接に連携して対応することとする。

① 市町村及び保険者の役割

市町村及び各保険者は、被保険者について、特定健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の健康問題を分析し、地域の実情や取組の優先順位を考慮して対策を立案・実施し、事業評価を行うものとする。

② 県の役割

県は、山形県医師会、山形県糖尿病対策推進会議等と連携し、県内における糖尿病等重症化予防対策の体制構築を推進するとともに、山形県糖尿病等対策検討会を開催し、情報共有、対策に関する検討を行う。

また、保険者の取組状況を把握し、事業の取組が円滑に実施できるよう支援する。

③ 山形県医師会の役割

山形県医師会は、本プログラムを郡市地区医師会、会員等に周知するなど、保険者による取組が円滑に実施できるよう協力する。また、かかりつけ医と専門医との連携強化や保険者との連携体制の構築に向けた協力をを行う。

④ 山形県薬剤師会の役割

山形県薬剤師会は、本プログラムを会員等に周知するなど、かかりつけ医と専門医等との連携を推進するため、「糖尿病連携手帳」の普及について協力する。山形県薬剤師会を通じて薬局薬剤師は「糖尿病連携手帳」の普及に努める。

⑤ 山形県糖尿病対策推進会議の役割

山形県糖尿病対策推進会議は、本プログラムに基づき実施される取組について円滑に実施できるよう、構成団体に本プログラムを周知する。また、構成団体は、本プログラムに基づく取組を推進するとともに、指

導・助言するなど協力を行う。

⑥ 山形県保険者協議会の役割

山形県保険者協議会は、本プログラムを保険者へ周知するとともに、取組を推進するため、保健指導の質の向上のための研修などを開催し、事業の円滑な実施に協力する。

⑦ 山形県後期高齢者医療広域連合の役割

山形県後期高齢者医療広域連合は、本プログラムに基づいた取組を市町村等に委託し、市町村との連携を密に市町村国保の保健事業と一体的に実施する。

⑧ 山形県国民健康保険団体連合会の役割

山形県国民健康保険団体連合会は、市町村国保等が地域における課題の分析や事業実施を効率的に行えるよう、市町村国保等及び県との連携を図りながら必要な支援を行う。

3 対象者の抽出基準

(1) 医療機関未受診者

健康診査データから次の①又は②に該当する者を抽出した上で、レセプトデータの照合等により受診を確認できなかった者とする。

① 次のアに該当し、かつイ又はウのいずれかに該当する者

ア 空腹時血糖 126mg/dl (随時血糖200mg/dl) 以上又はHbA1c6.5%以上

イ eGFR 60ml/分/1.73m²未満

ウ 尿蛋白 陽性 (+) 以上

② eGFR 45ml/分/1.73m²未満の者

(2) 治療中断者

レセプトデータから糖尿病による診療歴のある患者で最終の受診から6か月を経過しても受診した記録がない者を抽出する。

(3) 重症化のリスクが高い糖尿病及び慢性腎臓病の患者

現在、糖尿病等の治療中の患者で、重症化のリスクが高い者の中から、保健指導が必要と医師が判断した者とする。

(4) 留意点

① 高齢者に対する取組に関する留意点

後期高齢者については、複数疾患の合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としたフレイルやサルコペニア、認知症等の進行がみられ、個人差が大きい。個人の状況に合わせて、QOL維持・向上、要介護状態への移行防止等を含めた包括的な対応が必要になる。

高齢者は「高齢者糖尿病診療ガイドライン2023」を踏まえた対応が必要である。特に、後期高齢者に対しては、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参照し対応することが重要である。

② その他の留意点

健康診査が未受診でかつ1年以上医療機関を受診していない者についての状況確認及び健康診査の受診勧奨も重要である。

4 介入方法

(1) 医療機関未受診者及び治療中断者への受診勧奨

保険者は「3 対象者の抽出基準」(1)～(2)で抽出された者に対して、個別に受診勧奨を行う。

受診勧奨の方法（手紙送付、電話、個別面談等）は、対象者の状態に応じて検討する。

医療機関との連携にあたっては、「健康診査受診勧奨値該当者〔糖尿病・慢性腎臓病〕結果連絡票及び健康診査受診勧奨値該当者〔糖尿病・慢性腎臓病〕診察結果回報書（別紙3）」（以下「結果連絡票・回報書」という。）を活用するなど、情報共有を図る。

受診勧奨後、医療機関の受診等に結びついたか否かを医療機関からの回報書又はレセプトデータ等により確認するとともに、必要に応じて再勧奨を実施する。

※後期高齢者については、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインを参照すること。

(2) 保健指導

保険者は、「3 対象者の抽出基準」で抽出された者に対して、必要な保健指導を行う。

保健指導の方法（電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等）は、対象者の状態に応じて検討する。

保健指導は、原則として保健師・管理栄養士等の専門職がかりつけ医等と連携し、以下の内容について行う。

- ・受診状況確認、受診継続指導
- ・医師の指示に基づく食事や運動等生活習慣に関する指導
- ・血糖や血圧等のコントロールの確認、適切な服薬指導
- ・禁煙、適量飲酒、口腔ケア等の生活指導
- ・効果的な行動変容、実現可能性を考慮した目標の設定と自己管理の実施状況の把握

※腎症病期分類、対象者抽出の考え方、受診勧奨・保健指導の流れ、病期に応じた保健指導等の内容例は図表1～5を参照。

かかりつけ医が、保険者・市町村等による保健指導が必要であると認められた場合には、「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導依頼書（別紙4）」（以下「保健指導依頼書」という。）により保険者に依頼する。この際「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業における情報提供同意書（別紙5）」（以下「同意書」という。）により、本人の同意を得ることとする。

保険者は、対象者が保健指導を希望する場合に、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防連絡票（別紙7）」を活用し、かかりつけ医に保健指導の指示を依頼する。この際、「同意書」により本人の同意を得ることとする。

なお、対象者が同意を撤回する場合は、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業における情報提供同意撤回書（別紙6）」の活用などにより行うものとする。

保健指導を実施した保険者・市町村等は、指導結果について「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導報告書(別紙8)」によりかかりつけ医に報告する。

(3) 保険者とかかりつけ医等との連携

保険者は、受診勧奨及び保健指導について、あらかじめ対象者の同意を得て別紙3～8、「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業患者情報提供依頼書(別紙12)」(以下「情報提供依頼書」という。)の様式や「糖尿病連携手帳」等を活用して、かかりつけ医等との連携を図ることとする。

- ① 歯科に関する保健指導の中では、歯周病及び歯の喪失等、歯・口腔のリスクに係る判定に基づき指導を行うと共に、かかりつけ歯科医との連携を図ることに留意する。かかりつけ歯科医がない場合には、かかりつけ医から紹介してもらおう等、かかりつけ歯科医をもち、継続的な歯科受診を行うように助言する。
- ② 眼科に関する保健指導の中では、糖尿病の合併症の一つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から定期的、継続的な眼科受診を行うよう助言する。

5 かかりつけ医と専門医等との連携

糖尿病合併症の発症予防及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防には、対象者の病状や病態に応じて、かかりつけ医と専門医との間で十分な連携をとり、患者が受診を継続することが必要である。

連携にあたっては、あらかじめ対象者の同意を得て「診療情報提供書(糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)患者紹介用)(別紙9)」、「診療情報提供書(糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)患者逆紹介用)(別紙10)」及び「糖尿病連携手帳」等を活用し、情報共有を図る。

(1) 糖尿病専門医に紹介が必要な場合

「かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準(別紙1)」等を参考にすること。

(2) 腎臓専門医に紹介が必要な場合

「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準(別紙2)」等を参考にすること。

6 事業評価

保険者は、事業についてストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(実施量)、アウトカム(効果)の視点を用いて評価を行う(図表8及び図表9を参照)。

評価にあたっては、「結果連絡票・回報書」の状況を把握するとともに、健康診査データ、レセプトデータ及び国保データベース(KDB)システム等を活用するほか、「糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)精密検査結果成績表(別紙11)」により状況を確認する。

また、医療機関から「保健指導依頼書」が発行された対象者に関して、保

健指導を継続する間は年1回、保健指導を終了した場合は概ね1年後に「情報提供依頼書」により医療機関から情報提供を受け、対象者の受診状況やその後の検査結果等を把握し、評価する。

山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム

図、様式、図表一覧

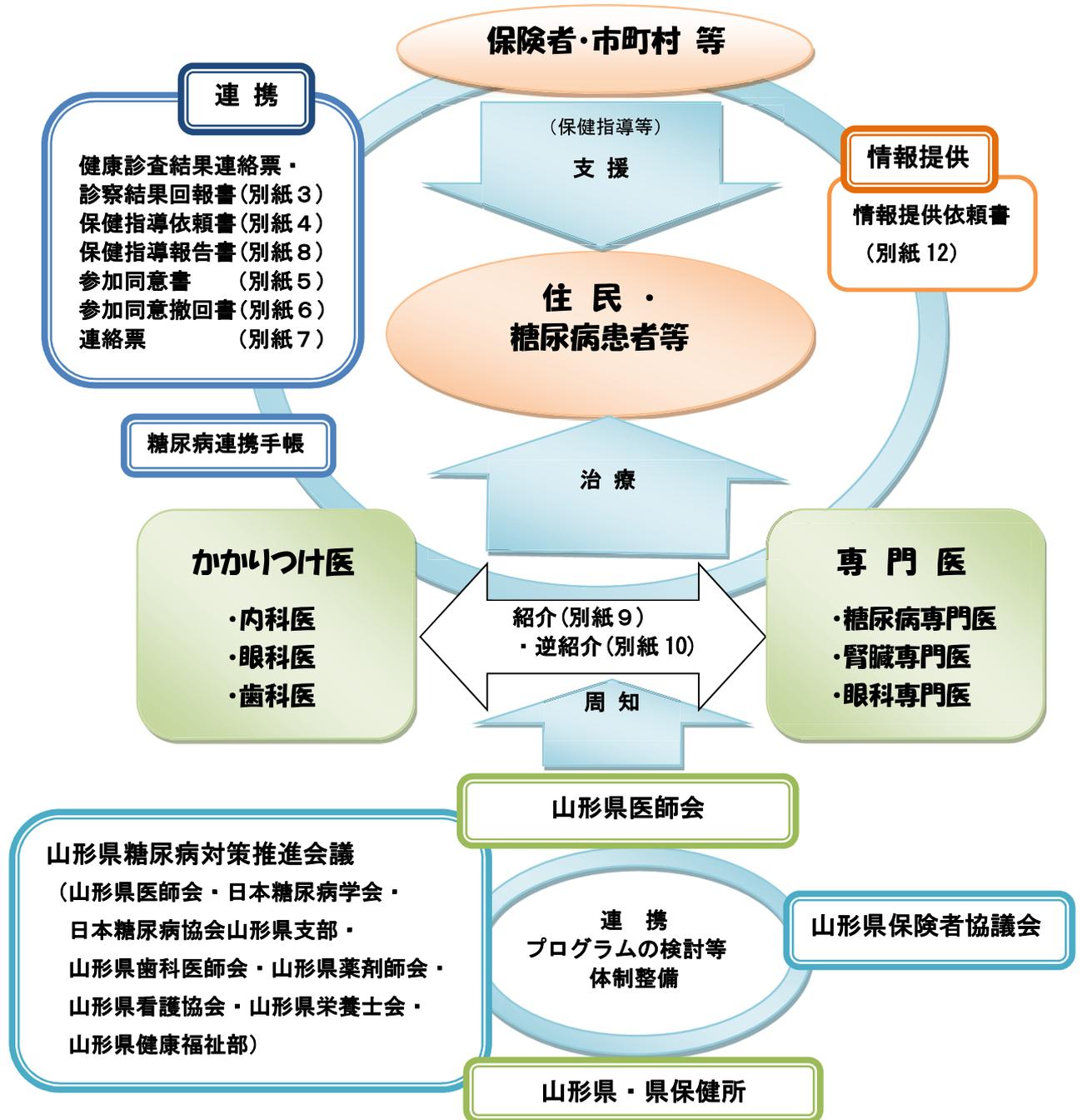
図 関係機関の役割と連携

- 別紙1 かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準
- 別紙2 かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準
- 別紙3 健康診査受診勧奨値該当者[糖尿病・慢性腎臓病]結果連絡票及び健康診査受診勧奨値該当者[糖尿病・慢性腎臓病]診察結果回報書
- 別紙4 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導依頼書
- 別紙5 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防事業における情報提供同意書
- 別紙6 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防事業における情報提供同意撤回書
- 別紙7 山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防連絡票
- 別紙8 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導報告書
- 別紙9 診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)患者紹介用）
- 別紙10 診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)患者逆紹介用）
- 別紙11 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)精密検査結果成績表
- 別紙12 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防事業患者情報提供依頼書

- 図表1 参考：糖尿病性腎症病期分類
- 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
- 図表3 検診結果と糖尿病の治療状況別の状態像の介入方法とそのレベルの区分
- 図表4 参考：糖尿病血糖コントロール目標
- 図表5 参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標
- 図表6 レベルに応じた介入方法の例
- 図表7 糖尿病領域のロジックモデル
- 図表8 市町村が設定する評価指標の例
- 図表9 都道府県・広域連合が設定する評価指標の例

図

関係機関の役割と連携



かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準

平成 30 年 7 月 12 日付健発 0712 第 1 号 厚生労働省健康局長通知

「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」について より抜粋

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準 (作成: 日本糖尿病学会、監修: 日本医師会)
～主に糖尿病治療ガイドより～ 平成30年2月27日に日本糖尿病学会および日本腎臓学会HPに公開

1. 血糖コントロール改善・治療調整

- 薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合 (血糖コントロール目標※1)が達成できない状態が3ヵ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい。
- 新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。
- 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病等)。
- 低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
- 妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
- 感染症が合併している場合。

| 目標 | 血糖正常化を目指す際の目標 | 合併症予防のための目標 | 治療強化が困難な際の目標 |
|-----------|---------------|-------------|--------------|
| HbA1c (%) | 6.0未満 | 7.0未満 | 8.0未満 |

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

2. 教育入院

- 食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合(特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する)。

3. 慢性合併症

- 慢性合併症(網膜症、腎症※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合。
 - 上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。
- ※2. 腎機能低下やタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”を参照のこと。

4. 急性合併症

- 糖尿病ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。
- ケトン体陰性でも高血糖(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合(高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい)。

5. 手術

- 待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。
- 緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。2

かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

平成 30 年 7 月 12 日付健発 0712 第 1 号 厚生労働省健康局長通知

「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」について より抜粋

かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

(作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会) 平成30年2月27日に日本腎臓学会および日本糖尿病学会HPに公開

| 原疾患 | 蛋白尿区分 | A1 | A2 | A3 |
|-------------------------------------|---|--------|--|------------|
| 糖尿病 | 尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr) | 正常 | 微量アルブミン尿 | 顕性アルブミン尿 |
| | | 30未満 | 30～299 | 300以上 |
| 高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他 | 尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr) | 正常 (-) | 軽度蛋白尿 (±) | 高度蛋白尿 (+～) |
| | | 0.15未満 | 0.15～0.49 | 0.50以上 |
| GFR区分 (mL/分/1.73m ²) | 正常または高値 正常または軽度低下 軽度～中等度低下 中等度～高度低下 高度低下 末期腎不全 | ≥90 | 血尿 ⁺ なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続 | 紹介 |
| | | 60～89 | 血尿 ⁺ なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続 | 紹介 |
| | | 45～59 | 紹介 | 紹介 |
| | | 30～44 | 紹介 | 紹介 |
| | | 15～29 | 紹介 | 紹介 |
| G5 | <15 | 紹介 | 紹介 | |

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合
 - ② 糖尿病合併症(網膜症、神経障害、冠動脈疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

| | | |
|----------|----------------------|------------------------------|
| 実施年月日 | 年 月 日 | 連絡票 整理 番号 |
| 氏 名 | | |
| 健康診査結果 | | |
| 血糖値 | 空腹時 随時 | mg/dl |
| HbA1c | | % |
| 尿 糖 | - ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++ | 以上 |
| 尿 蛋 白 | - ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++ | 以上 |
| 尿潜血(参考値) | - ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++ | 以上 |
| 血清クレアチニン | | mg/dl |
| eGFR | | ml / 分 / 1.73 m ² |
| 症 状 経 過 | | |
| 肥 満 度 | BMI 指数 | |
| 家 族 歴 | 有 ・ 無 | |
| 備 考 | | |

| | |
|------------|-------------|
| 実施者(保険者等)名 | |
| 健康診査 | 実施年月日 年 月 日 |
| | 連絡票整理番号 |

【診察結果】

| | |
|---------------|-------|
| 実施機関 担当医師名 | |
| 実施年月日 | 年 月 日 |

| | |
|---------|------------|
| 診 断 名 | |
| 1. 異常なし | 4. 胃切後高血糖 |
| 2. 腎性糖尿 | 5. 慢性腎臓病 |
| 3. 糖尿病 | 6. その他 () |

患者への指示及び実施者(保険者等)への連絡事項

| | |
|-----------------|--|
| 1. 異常なし | |
| 2. 要治療(薬物療法) | |
| 3. 要治療(食事、運動療法) | |
| 4. 更に精密検査が必要 | |
| 5. 経過観察 (か月後) | |
| 6. その他 () | |

精密検査や治療等で別の医療機関を紹介した場合は記入

紹介医療機関名 【 】

保 険 者 名
山 形 県 医 師 会
健 診 実 施 機 関 名

糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) 保健指導依頼書

年 月 日

保健指導担当者 殿

医療機関名

主治医

以下のとおり保健指導を依頼します。

電話番号

○患者の基本情報

| | | | | |
|--------------|---|-------|-------|-------|
| (ふりがな) | () | 生年月日 | 年 月 日 | 男・女 |
| 患者氏名 | | (年齢) | (歳) | |
| 住 所 | | 電話番号 | | 職業 |
| 医療保険 | 1 国保 2 後期 3 その他 | 保険者番号 | | 記号・番号 |
| 罹病期間 | 約 年 (年 発症・発見) | | | |
| 診 断 名 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (2型・1型・その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 (期) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 (腎硬化症・糸球体腎炎・その他) (重症度分類:) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 () <input type="checkbox"/> その他合併症 () | | | |
| 保健指導 依頼内容 | <input type="checkbox"/> 生活状況 (環境、食事、運動等) の把握 <input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 衛生管理 () <input type="checkbox"/> 福祉サービス等に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

○患者の現在の数値等：下記の情報は、わかる範囲でご記入して下さるようお願いいたします。

(検査結果(※1)は検査データのコピー、治療薬(※2)は処方箋のコピーでも差支えありません。)

| | |
|--------------|--|
| 身体状況 | 身長_____cm 体重_____kg 血圧_____ / _____ mmHg |
| 家族歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (糖尿病親族_____)(腎臓病親族_____) |
| 検査結果 (※1) | _____年 _____月 _____日実施 HbA1c _____% 血糖値(空腹時・随時) _____ mg/dl 総蛋白 _____ g/dl アルブミン _____ g/dl BUN _____ mg/dl Crea _____ mg/dl 尿酸値 _____ mg/dl Na _____ mEq/l K _____ mEq/l Cl _____ mEq/l Ca _____ mg/dl P _____ mg/dl eGFR _____ ml/分/1.73 m ² 尿蛋白 _____ g/gCre 総コレステロール _____ mg/dl LDLコレステロール _____ mg/dl HDLコレステロール _____ mg/dl 中性脂肪 _____ mg/dl AST _____ IU/l ALT _____ IU/l γ GTP _____ IU/l |
| 治療内容 | <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 服薬治療 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () • 食事療法： <input type="checkbox"/> 1日摂取量 () kcal <input type="checkbox"/> 塩分制限 () g <input type="checkbox"/> 蛋白制限 () g <input type="checkbox"/> カリウム制限 () mg <input type="checkbox"/> リン制限 <input type="checkbox"/> 水分制限 () ml <input type="checkbox"/> その他 () • 運動療法： <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 日常生活動作程度 <input type="checkbox"/> 歩行・その他()を週____回 • 治療薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (※2) |
| 連絡事項 | (本人の病気に対する受け止め方等) 次回受診予定日： 月 日 |

・別紙5 (糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) 重症化予防事業における情報提供同意書) により、保健指導対象者の同意を得ていただき、同意書の写しを添付して下さるようお願いいたします。

糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) の 重症化予防事業における情報提供同意書

糖尿病や慢性腎臓病は、症状がほとんどありませんが、全身に合併症を引き起こす病気です。適切な治療や生活習慣の見直しをしなければ徐々に腎臓の働きが悪くなり、人工透析になることもあります。人工透析になると、生活が著しく制限されることとなります。

そこで、糖尿病合併症や慢性腎臓病の進行をくい止め、人工透析にならないようにするには血糖値を良くすることに加えて、禁煙や減塩、食事や運動などの生活習慣の改善、適正な体重・血圧・コレステロール値の維持が重要です。

山形県では山形県医師会等と連携し、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラム」を策定し、糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の重症化を予防する事業に取り組んでいます。市町村等(保険者)と医療機関等が協力し、皆で患者さんの合併症の進行を防ぐための支援を行っていく取組みです。

本日説明を受け、本事業における情報提供に同意することにより、関係者間による情報共有と治療法の検討、それに応じた療養指導の提供や市町村等の保健師・管理栄養士等による在宅訪問等を行ってまいります。

是非、ご理解をいただき、本事業における情報提供の同意をお願いいたします。

この情報提供に同意すると、以下のことが行われます。

- あなたの生活改善に向けた保健指導を、医療機関と市町村等が共同で行います。
- 適切な支援を行うためあなたの治療や検査値(市町村等が実施する健康診断結果を含む)についての情報を、関係機関(かかりつけの医療機関、市町村等、県、大学等研究機関)で共有いたします。
- あなたの個人情報、個人情報保護法が適用され、適切に保護されます。
- 事業の成果は、個人が特定できない方法で報告、または学術集会等で発表される場合があります。
- 同意されなくても、あなたの診断や治療に不利益になることは全くありません。
- この同意は、あなたが不利益を受けることなく、同意後いつでも撤回ができます。

留意事項: この同意書は、原本を説明者が保管し、同意者はコピーを保管してください。

説明を受けた方

上記の内容に同意します。

年 月 日

氏名(ご署名) _____

説明者

年 月 日

所属 _____

氏名 _____

電話番号 _____

糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の 重症化予防事業における情報提供同意撤回書

この度、私は、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防事業における情報提供」に同意しましたが、その同意を撤回します。

年 月 日

氏名(ご署名) _____

留意事項

- ・ 情報提供の同意を撤回したい場合は、上記の氏名欄にご署名をお願いします。
- ・ 同意の撤回は、この撤回書によるものだけではなく、電話でも受け付けます。その場合は、下記の連絡先又は「情報提供同意書」に記載された説明者の電話番号にご連絡ください。
- ・ この同意撤回書は、複写(コピー)をし、原本は説明者が保管し、同意者はコピーを保管してください。
- ・ 説明者は、保健指導を依頼した担当者に、同意の撤回についてご連絡くださるようお願いいたします。

説明者連絡先

所 属 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防

連 絡 票

年 月 日

主 治 医 様

医療保険者名 _____

（医療保険者名）では、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム」に沿い、糖尿病及び慢性腎臓病重症化の予防に取り組んでいます。

つきましては、下記の方が （医療保険者名） による保健指導を希望されておりますので、保健指導にあたって主治医からの指示をいただきたいと思っております。本人の了解を得ておりますので、別添の様式（別紙4）にご記入いただき、同封の封筒でご返送くださいますようお願いいたします。

「山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）重症化予防プログラム」は山形県医師会、山形県糖尿病対策推進会議及び山形県保険者協議会並びに山形県の4者連名で作成しているものですので、本取り組みへの御協力をお願いいたします。

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

年 月 日

医療機関名 _____

主治医 _____ 先生 侍史

ご紹介いただきました下記の方の保健（栄養）指導を実施しましたので報告します。

実施機関名 _____

指導担当者名 _____

電話番号 _____

| | | | | |
|-----------------|---|------|--|-----|
| (ふりがな) | () | 生年月日 | 年 月 日 | 男・女 |
| 患者氏名 | | (年齢) | (歳) | |
| 住 所 | | 電話番号 | | |
| 保健指導 実施日 | 年 月 日 | 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 | |
| 指導にあつ ての問診情報 | <家族背景> <就業状況> <input type="checkbox"/> 就業あり（仕事内容： ） <input type="checkbox"/> 就業なし（家庭での役割： ） <1日の生活の流れ> 0時 6時 12時 18時 24時 <食事> ・食事時間 朝食 時（分間） 昼食 時（分間） 夕食 時（分間） ・家庭での主な調理担当者（本人・妻・夫・子・その他 ） ・外食、惣菜利用（ 回/週） ・偏食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に ） ・間食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に ） ・嗜好品 喫煙： 本/日 飲酒： 合/日（ 回/週） ・その他（ ） <定期的な運動> <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施（具体的な内容 ） <その他> | | | |
| 指 導 内 容 | | | | |
| 今後の方針 | <input type="checkbox"/> 終了（本人の希望があれば相談に応じていく） <input type="checkbox"/> 継続指導予定（ 月後） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 連絡事項 | | | | |

診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）患者紹介用）

紹介先医療機関名

先生 侍史

年 月 日

紹介元医療機関名

電話番号

医師氏名

| | |
|----------------------------|--------|
| 患者氏名 | 性別 男・女 |
| 患者住所 | 電話番号 |
| 生年月日 年 月 日 (歳) 職業 | |
| 医療保険 1 国保 2 後期 3 その他 保険者番号 | 記号・番号 |

情報は、わかる範囲でご記入してください。

検査結果(※1)は検査データのコピー、現在の処方(※2)は、処方箋のコピーでも差支えありません。

| | |
|------|---|
| 傷病名 | <input type="checkbox"/> 糖尿病（2型・1型・その他） <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症（ 期） <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病（腎硬化症・糸球体腎炎・その他（ ）・不明）ステージ分類（G A ） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患（ ） <input type="checkbox"/> その他合併症（ ） |
| 紹介目的 | 糖尿病腎症又は慢性腎臓病の精査・加療の依頼 |
| 家族歴 | 家族歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（糖尿病親族： ）（腎臓病親族： ） |
| 生活歴 | 喫煙歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 本 年 現在の喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり） |
| 身体状況 | 飲酒歴 <input type="checkbox"/> なし(含機会飲酒) <input type="checkbox"/> あり（主に 量 ml・合 週 回） 身長 cm 体重 kg 血圧 / mmHg 末梢神経障害： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 糖尿病網膜症： <input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非増殖（軽度・中等度・重度） <input type="checkbox"/> 増殖 <input type="checkbox"/> 黄斑浮腫 |
| 症状経過 | 発症： 年 月頃 初診： 年 月 日 |

検査結果(※1) 別紙ご参照ください

総蛋白 _____ g/dl Alb _____ g/dl BUN _____ mg/dl Crea _____ mg/dl
 尿酸値 _____ mg/dl Na _____ mEq/l K _____ mEq/l Cl _____ mEq/l Ca _____ mg/dl P _____ mg/dl
 尿定性（蛋白 糖 潜血）尿 Alb _____ mg/gCre 尿 Crea _____ mg/dl 尿 Na _____ mEq/l
 尿沈渣（RBC _____ /HPF WBC _____ /HPF 上皮細胞 _____ /HPF 結晶 _____ /HPF 円柱 _____ /HPF）
 総コレステロール _____ mg/dl LDL-C _____ mg/dl HDL-C _____ mg/dl 中性脂肪 _____ mg/dl
 AST _____ IU/l ALT _____ IU/l γ GPT _____ IU/ 血糖値(空腹時・随時) _____ mg/dl
 RBC _____ /ml Hb _____ g/dl Ht _____ %

| | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 検査日 | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| HbA1c (%) | | | | | | |
| eGFR (ml/m ^{1.73} m ²) | | | | | | |
| 尿蛋白(g/gCr) | | | | | | |
| 尿潜血 | | | | | | |

治療経過

食事療法 なし カロリー制限： _____ kcal/日 塩分制限： _____ g/日
蛋白制限： _____ g/日 カリウム制限： _____ mg/日 リン制限
 運動療法 なし 日常生活動作程度 歩行・その他()を週 _____ 回
 禁煙指導 なし あり 禁酒指導 なし あり

現在の処方(※2) 別紙ご参照ください治療薬 なし あり

備考

診療情報提供書（糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)患者逆紹介用）

紹介先医療機関名

先生 侍史

年 月 日

紹介元医療機関名

電話番号

医師氏名

| | |
|----------------------|---------------|
| 患者氏名 | 性別 男・女 |
| 患者住所 | 電話番号 |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) 職業 |
| 医療保険 1 国保 2 後期 3 その他 | 保険者番号 記号・番号 |

情報は、わかる範囲でご記入してください。

検査結果(※1)は検査データのコピー、現在の処方(※2)は、処方箋のコピーでも差支えありません。

| | |
|------|---|
| 傷病名 | <input type="checkbox"/> 糖尿病（2型・1型・その他） <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症（ 期） <input type="checkbox"/> 糖尿病末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症（ ） <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病（腎硬化症・糸球体腎炎・その他（ ）・不明）ステージ分類（G A ） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患（ ） <input type="checkbox"/> その他合併症（ ） |
| 紹介目的 | 今後の治療継続の依頼 |
| 家族歴 | 家族歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（糖尿病親族：_____）（腎臓病親族：_____） |
| 生活歴 | 喫煙歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（_____本_____年_____現在の喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり） 飲酒歴 <input type="checkbox"/> なし(含機会飲酒) <input type="checkbox"/> あり（主に_____量_____ml・合 週_____回） |
| 症状経過 | 発症： 年 月頃 初診： 年 月 日 |

検査結果(※1) 別紙ご参照ください

総蛋白 _____g/dl Alb _____g/dl BUN _____mg/dl Crea _____mg/dl
 尿酸値 _____mg/dl Na _____mEq/l K _____mEq/l Cl _____mEq/l Ca _____mg/dl P _____mg/dl
 尿定性(蛋白____糖____潜血____) 尿 Alb _____mg/gCre 尿 Crea _____mg/dl 尿 Na _____mEq/l
 総コレステロール _____mg/dl LDL-C _____mg/dl HDL-C _____mg/dl 中性脂肪 _____mg/dl
 AST IU/l ALT IU/l γ GPT IU/ 血糖値(空腹時・随時) _____mg/dl

| | | | | | | |
|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 検査日 | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| HbA1c (%) | | | | | | |
| eGFR (ml/m1.73 m ²) | | | | | | |
| 尿蛋白 (g/gCr) | | | | | | |
| 尿潜血 | | | | | | |

治療経過

食事療法 なし カロリー制限：_____kcal/日 塩分制限：_____g/日
蛋白制限：_____g/日 カリウム制限：_____mg/日 リン制限
 運動療法 なし 日常生活動作程度 歩行・その他()を週_____回
 禁煙指導 なし あり 禁酒指導 なし あり

現在の処方(※2) 別紙ご参照ください

治療薬 なし あり

今後の方針

当院とかかりつけ医(貴院)との併診(カ月毎・次回 月 日再診)
かかりつけ医(貴院)で経過観察をお願いします

備考(血糖測定器・穿刺器具の種類等)

別紙11

年度 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD) 精密検査結果成績表

| 区分 | 精密検査結果 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--|----------|----------|------|-----|--------|-------|---------|------|-------------|--------------------|--------|------|-----|---|--|
| | 一次検診 | | B/A | 診断名(延べ数) | | | | | 患者への指示等 | | | | | | | | |
| | A | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| | 結果 連絡票 交付者数 (人) | 回 報 書 受 理 者 数 (人) | 率 (%) | 異常なし | 腎性糖尿 | 糖尿病 | 胃切後高血糖 | 慢性腎臓病 | その他 | 異常なし | 要治療 物(薬) | 要治療 法(運動 療食) | 更に精密検査 | 経過観察 | その他 | | |
| 男 | 39歳以下 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 40～44歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 45～49歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 50～54歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 55～59歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 60～64歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 65～69歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 70～74歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 75～79歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 80歳以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小計(40歳以上) | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 計 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 女 | 39歳以下 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 40～44歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 45～49歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 50～54歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 55～59歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 60～64歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 65～69歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 70～74歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 75～79歳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 80歳以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小計(40歳以上) | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 計 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) 重症化予防事業 患者情報提供依頼書

年 月 日

先生 侍史

担当

以下の患者の情報提供をお願い致します。

電話番号

情報は、わかる範囲でご記入してください。お願いします。

検査結果(※1)は検査データのコピー、治療内容(※2)の治療薬は処方箋のコピーでも差支えありません。

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|
| (ふりがな) | () | 生年月日 | 年 月 日 | 男・女 | | | | |
| 患者氏名 | | | | | | | | |
| 検査結果 (※1) | 検査日 | 保健指導前 | 保健指導後 | | | | | |
| | | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| | 身長 (cm) | | | | | | | |
| | 体重 (Kg) | | | | | | | |
| | 血圧 (mmHg) | | | | | | | |
| | HbA1c (%) | | | | | | | |
| | eGFR (ml/m/1.73 m ²) | | | | | | | |
| | Cre (mg/dl) | | | | | | | |
| | 尿 Alb (mg/gCr) | | | | | | | |
| | 尿蛋白 (g/gCr) | | | | | | | |
| | 尿 Cre (g/dl) | | | | | | | |
| | 尿 Na (mmol/l) | | | | | | | |
| 最終 治療内容 (※2) | 禁煙指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (喫煙状況) 食事療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> カロリー制限: _____kcal/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限: _____g/日 <input type="checkbox"/> 蛋白制限: _____g/日 <input type="checkbox"/> カリウム制限: _____mg/日 <input type="checkbox"/> コレステロール制限: _____mg/日 運動療法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 日常生活動作程度 <input type="checkbox"/> 歩行・その他()を週____回 糖尿病治療薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 慢性腎臓病治療薬 (含降圧薬) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他疾患治療薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | | | | |
| 連絡事項 | | | | | | | | |

図表 1 ～ 9

令和 6 年 3 月 28 日付保発 0328 第 1 号 厚生労働省保険局長通知
「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の改定について より抜粋

<図表 1 参考：糖尿病性腎症病期分類>

参考：糖尿病性腎症病期分類 注1

| 注2 病期 | 尿中アルブミン・クレアチニン比 (mg/g) あるいは尿中蛋白・クレアチニン比 (g/g) 34 | GFR (eGFR) 注3 (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73 m ²) |
|---------------------------|---|--|
| 第 1 期 | 正常アルブミン尿 (30未満) | 30以上 |
| 医療機関で診断 | 第 2 期 ³⁵ | 微量アルブミン尿 (30～299) |
| 健診で把握可能 | 第 3 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) |
| 保険者等による詳細健診の 血清Cr測定で把握 | 第 4 期 | 問わない |
| 第 5 期 | 透析療法中あるいは腎移植後 | 30未満 |

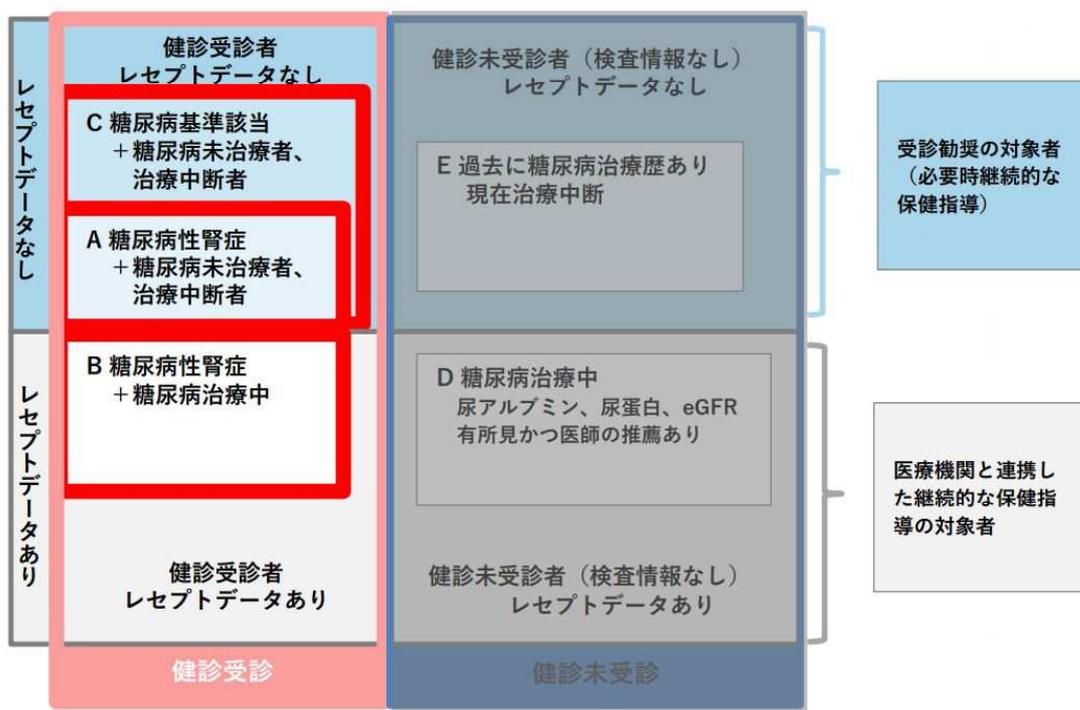
注1：糖尿病性腎症合同委員会は2023年度に新分類を発表している（日腎会誌 2023；65(7)：847-856 糖尿病性腎症病期分類2023の策定 糖尿病背腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類ワーキンググループ <https://jsn.or.jp/medic/guideline/>）が、基本的に2014年度分類を踏襲している。

病期名については、第1期：正常アルブミン尿期、第2期：微量アルブミン尿期、第3期：顕性アルブミン尿期、第4期：GFR 高度低下・末期腎不全期、第5期：腎代替療法期、と修正されている。しかし、尿アルブミンは特定健診項目（詳細項目）に含まれていないため、保健事業においては2014年度版に準拠し尿蛋白を判断材料とする。なお、糖尿病対策推進会議等で、糖尿病の診療において尿アルブミンの測定が推奨されていること、その結果を保険者も把握できるとよいことについて地域連携の中で検討することが望ましい。

注2：糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は、厚労省研究班の成績に基づき予後（腎、心血管、総死亡）を勘案した分類である

注3：GFR 60 mL/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

<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>



＜図表 3 健診結果と糖尿病の治療状況別の状態像の介入方法とそのレベルの区分＞

糖尿病未受診者 ※1

| | | 腎障害の程度 | | | | | | | | | 腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可 ※3 |
|---------------------------------------|---------|--------------------------------------|--------------|------|---------------------------------------|--------------|------|----------------------------------|--------------|------|-------------------------------|
| | | 以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上 | | | 以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±) | | | 以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-) | | | |
| | | 血圧区分 ※2 | | | 血圧区分 ※2 | | | 血圧区分 ※2 | | | |
| | | 受診中 | 血圧高値 受診なし | 正常範囲 | 受診中 | 血圧高値 受診なし | 正常範囲 | 受診中 | 血圧高値 受診なし | 正常範囲 | |
| H b A 1 c (%)) | 8.0以上 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 判定不可 |
| | 7.0~7.9 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 判定不可 |
| | 6.5~6.9 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 判定不可 |
| | 6.5未満 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 点線青 | 実線赤 | 実線赤 | 判定不可 |

点線青枠、実線赤枠：健診・レセプトデータから糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外
(CKD 対策<点線青枠>、高血圧対策<実線赤枠>としての受診勧奨・保健指導等は必要に応じて行う)

糖尿病受診中の者 ※4

| | | 腎障害の程度 | | | | | | | | | 腎障害の程度/ 血圧区分 判定不可 ※3 |
|---------------------------------------|---------|--------------------------------------|--------------|-------|---------------------------------------|--------------|-------|----------------------------------|--------------|-------|-------------------------------|
| | | 以下のどちらかに該当。 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上 | | | 以下のどちらかに該当。 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±) | | | 以下の両方に該当。 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-) | | | |
| | | 血圧区分 ※2 | | | 血圧区分 ※2 | | | 血圧区分 ※2 | | | |
| | | 受診中 | 血圧高値 受診なし | 正常範囲 | 受診中 | 血圧高値 受診なし | 正常範囲 | 受診中 | 血圧高値 受診なし | 正常範囲 | |
| H b A 1 c (%)) | 8.0以上 | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 判定不可 |
| | 7.0~7.9 | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 判定不可 |
| | 6.5~6.9 | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 判定不可 |
| | 6.5未満 | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 保健指導Ⅲ | 判定不可 |

糖尿病受診中の場合には、HbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。

| | | |
|---|---|---|
|  保健指導Ⅰ |  受診勧奨Ⅰ |  CKD対策 |
|  保健指導Ⅱ |  受診勧奨Ⅱ | |
|  保健指導Ⅲ |  受診勧奨Ⅲ |  高血圧受診勧奨 |

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表 13参照

- ※1 糖尿病未受診者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がない者
- ※2 血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者
「血圧高値受診なし」：140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または 90 mm Hg ≤ 拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者
「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定
(140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または 90 mm Hg ≤ 拡張期血圧) が可能な者も含む。
- ※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可：HbA1c 判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者。
eGFRの判定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類。
- ※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

<図表4 参考：糖尿病血糖コントロール目標>

(日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガイド 2022-2023)

| コントロール目標値 ^{注4)} | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 目標 | 注1) 血糖正常化を目指す際の目標 | 注2) 合併症予防のための目標 | 注3) 治療強化が困難な際の目標 |
| HbA1c (%) | 6.0未満 | 7.0未満 | 8.0未満 |

治療目標は年齢、罹患期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。
 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。
 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。
 注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

<図表5 参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c 値）>

(日本老年医学会、日本糖尿病学会編・著 高齢者糖尿病診療ガイドライン2023)

| 患者の特徴・健康状態 ^{注1)} | カテゴリーⅠ | | カテゴリーⅡ | カテゴリーⅢ |
|---------------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | ①認知機能正常 ②ADL自立 | ①軽度認知障害～軽度認知症 ②手段的ADL低下、基本的ADL自立 | ①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害 |
| 重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用 | なし ^{注2)} | 7.0%未満 | 7.0%未満 | 8.0%未満 |
| | あり ^{注3)} | 65歳以上75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%) | 75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%) | 8.0%未満 (下限7.0%) |

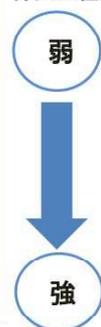
治療目標は、年齢、罹患期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

- 注1) 認知機能や基本的ADL（着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手段的ADL（IADL：買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ（<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>）を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。
- 注2) 高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。
- 注3) 糖尿病罹患期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

<図表6 レベルに応じた介入方法の例>

| レベル | 受診勧奨の場合 | 保健指導の場合 |
|-----|-----------------------|---|
| I | 通知、健康教室等の案内(面談の機会を設定) | 主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内 |
| II | 通知・電話／面談 | 腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話／面談 |
| III | 通知・電話／面談／訪問にて確実に実施 | 腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話／面談／訪問を確実に実施 |

緊急度に応じた介入の程度



受診勧奨レベルⅠ、Ⅱ、Ⅲのいずれにおいても、対象者全員に医療機関への受診勧奨を行うことが原則である

【受診勧奨レベルⅠ】

- 下記の①かつ②に該当する者は、医療機関への受診勧奨をする。
(通知による受診勧奨を想定)
 - 血糖：下記のいずれかに該当する場合
 - 空腹時血糖または随時血糖（食後3.5時間以上）：126mg/dL以上
 - HbA1c：6.5%以上
 - 現在、糖尿病について医療機関を受診していない（治療中断も含む）

【受診勧奨レベルⅡ】

- 下記の①～④のいずれかに該当する者は、可能な限り、電話や訪問等により、個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に、治療に結びついていないかについても確認する。
 - HbA1c：7.0%以上8.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73m²以上 60mL/分/1.73m²未満または尿蛋白（±）>
 - HbA1c：7.0%以上8.0%未満 かつ<血圧：140/90mmHg以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない>
 - HbA1c：6.5%以上7.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73m²以上 60mL/分/1.73m²未満または尿蛋白（±）>かつ<血圧：140/90mmHg以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない>
 - HbA1c：6.5%以上7.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73m²未満 または 尿蛋白：陽性（1+以上）>

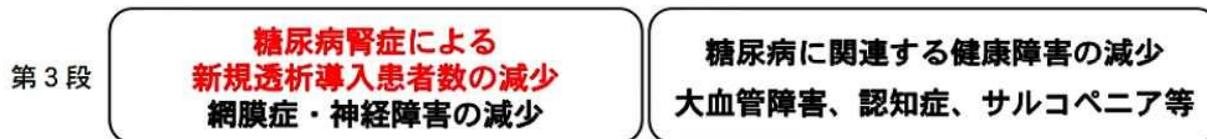
【受診勧奨レベルⅢ】

- 下記の①～③のいずれかに該当する者は、可能な限り速やかに、電話や訪問等により、個別に、医療機関への受診勧奨をする。また、勧奨後に、治療に結びついていないかについても確認する。
 - HbA1c：8.0%以上（腎障害の程度、血圧に関係なく）
 - HbA1c：7.0%以上8.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73m²未満 または 尿蛋白：陽性（1+以上）>
 - HbA1c：6.5%以上7.0%未満 かつ <eGFR：45mL/分/1.73m²未満 または 尿蛋白：陽性（1+以上）> かつ <血圧：140/90mmHg以上 かつ 高血圧について医療機関を受診していない>

※ 高血圧で受診中でありながらも糖尿病で未受診の場合については、高血圧での受診先医療機関に対し、特定健康診査等における血糖検査の結果が受診勧奨判定値以上であることを相談するよう保健指導する。

<図表7 糖尿病領域のロジックモデル>

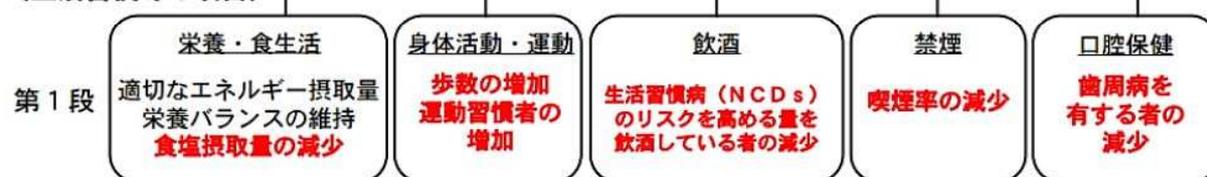
<重症化予防>



<包括的なリスク管理>



<生活習慣等の改善>



生活習慣の改善は、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」「喫煙」「歯・口腔」の領域と連携（環境整備含む）

赤太字：健康日本21（第三次）の目標となっているもの

<図表8 市町村が設定する評価指標の例>

| | |
|--|--|
| <p>【ストラクチャー評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施体制の構築状況 ・予算、マンパワー、教材の準備 ・保健指導者への研修の実施状況 ・運営マニュアル等の整備 ・課題分析・事業評価のための健診・医療データの集約状況 | <p>【プロセス評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目的に応じた対象者の設定状況 ・対象者への声掛け・募集の方法 ・課題分析結果に応じた方法での事業実施 ・スケジュール調整の状況 ・参加者に関する評価のためのデータ登録状況 |
|--|--|

【アウトプット評価】

| | |
|------|---|
| 受診勧奨 | ・基準に基づいて抽出された対象者の数に対する各方法(はがき・電話・面談・訪問等)で受診勧奨を行った者の数の割合 |
| 保健指導 | ①各方法(保険者による抽出/医療機関からの紹介)で抽出された対象者の数 ②保健指導への参加勧奨を行った者の数 ③保健指導を開始した者の数 ④保健指導を終了した者の数 並びに ①に対する②の割合、②に対する③の割合、③に対する④の割合、①に対する③の割合、①に対する④の割合 |

※保険者が設定する基準の該当者における値だけでなく、本プログラムの対象者抽出基準の該当者における値もあわせて確認する。
※単年度における介入実績だけでなく、複数年度の中での介入実績を把握することが望ましい。

【アウトカム評価】

| | | 短期 | 中長期 | |
|------|-------------------|--|-----|---|
| 受診勧奨 | 医療機関受診の有無、継続受診の状況 | ◎ | ○ | |
| 保健指導 | 身体状況 | 血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧 | ◎ | ○ |
| | | 体重・BMI、LDLコレステロール(またはnon-HDLコレステロール)、尿アルブミン、口腔機能 | ○ | ○ |
| | 生活習慣 | 生活習慣改善意欲/食生活/運動習慣/飲酒/喫煙 | ○ | ○ |
| | 治療状況 | 新規透析導入(うち糖尿病性腎症を原因とするもの)の状況、糖尿病の服薬状況 | | ○ |
| 医療費 | 外来医療費、総医療費 | | ○ | |

◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

<図表9 都道府県・広域連合が設定する評価指標の例>

| | |
|--|--|
| <p>【ストラクチャー評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管内の各保険者のストラクチャー評価の結果の把握 ・医師会等関係機関との連絡・協力体制の整備状況 ・管内市町村の支援体制の整備状況 | <p>【プロセス評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管内の各保険者のプロセス評価の結果の把握 ・策定したプログラムについての医師会や医療機関、保険者等の関係機関への周知・啓発の状況 ・関係者間での都道府県や各保険者の取組内容の共有の状況 ・管内市町村への支援の実施状況 |
|--|--|

【アウトプット評価】(受診勧奨・保健指導共通)

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・管内の各保険者のアウトプット評価の結果の把握 ・糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む管内市町村の数 ・支援した管内市町村の数 |
|---|

【アウトカム評価】

| | | |
|------|-------------------|--|
| 受診勧奨 | 医療機関受診の有無、継続受診の状況 | |
| 保健指導 | 身体状況 | 血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧 |
| | | 体重・BMI、LDLコレステロール(またはnon-HDLコレステロール)、尿アルブミン、口腔機能 |
| | 治療状況 | 新規透析導入(うち糖尿病性腎症を原因とするもの)の状況、糖尿病の服薬状況 |
| 医療費 | 外来医療費、総医療費 | |

上記に加え、管内の各保険者のアウトカム評価の結果を把握する。また、KDBシステム等を用いて、管内の保険者が介入した被保険者の状況を直接把握することが望ましい。

「山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム」運用マニュアル

1 概要

本プログラムは、実施可能な体制が整った保険者から実施するものとし、既に実施している取組みを否定するものではない。保険者では既に本プログラム以上に丁寧な方法で実施しているところもあると思われるが、そのような保険者についても足並みをそろえて実施することを求めるものではない。様式についても参考に示したものであり、各団体の実情に応じて使用するものとする。

2 各種様式の取扱い

(1) 健康診査受診勧奨値該当者[糖尿病・慢性腎臓病]結果連絡票及び健康診査受診勧奨値該当者[糖尿病・慢性腎臓病]診察結果回報書(別紙3)

健康診査実施機関が、実施主体である保険者からの依頼により、受診勧奨値に該当した者について作成する。回報書については往復葉書に印刷し、あらかじめ送付先を印刷しておくことが望ましい。

各保険者は受診勧奨対象者に医療機関への受診を勧める時、連絡票及び回報書を受診先の医療機関に提出することを説明する。

医療機関では対象者が受診した場合、その結果を記載し、速やかに回報書を保険者に返信する。

(2) 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)保健指導依頼書(別紙4)

かかりつけ医が保険者・市町村等による保健指導が必要であると認めた場合には「糖尿病保健指導依頼書」(別紙4)により保険者・市町村等に依頼する。保険者が不明又は、県内に拠点のない保険者については県保健所に送付するものとする。

保健所が受理した場合は、該当保険者又は市町村と対応を検討し、対象者に必要な指導が行われるよう支援する。

(3) 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防事業における情報提供同意書(別紙5)、同意撤回書(別紙6)

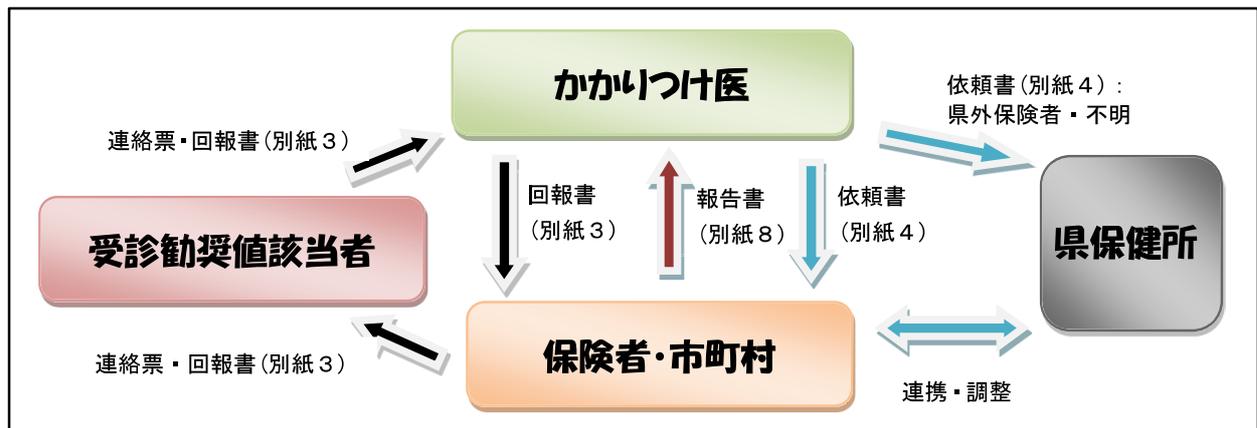
かかりつけ医が、保険者等に別紙4により保健指導を依頼する際、また、保険者等が別紙7によりかかりつけ医に保健指導の指示を依頼する際、別紙5の「同意書」により同意を得ることとする。

(4) 山形県糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防連絡票(別紙7)

対象者が保健指導を希望する場合など、主治医からの指示を依頼する場合、必要に応じて活用するものとする。

(5) 糖尿病保健指導報告書(別紙8)

保険者・市町村等は指導した結果を、「糖尿病保健指導報告書」(別紙8)に記載し、速やかにかかりつけ医に回答する。



(6) 糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) 精密検査結果成績表 (別紙 11)

事業評価に活用するため、受診勧奨値に該当した者の受診状況 (受診結果) について、回報書により確認する。

①対象者

各市町村で実施する各種健康診査 (特定健診、若年者健診、高齢者健診、人間ドック等) において、受診勧奨 (精密検査該当) となったものを集計対象とする。

また、山形県後期高齢者医療広域連合より各市町村へ情報提供される「山形県糖尿病及び慢性腎臓病重症化予防プログラムに基づく健診結果報告書及び回報書結果等の情報提供」の内容を基に、後期高齢者分も含めて集計する。

②各項目の数値の記入

- ・ A (結果連絡票交付者数) : 該当年度の交付者数
- ・ B (回報書受理者数) : 該当年度の交付者の回報書受理者数
- ・ 診断名 (延べ数) : 1～6 の該当する欄に全て数を記入
- ・ 患者への指導等 : 実数で記入する。回報書に複数記入がある場合は、2 要治療 (薬物)、3 要治療 (食事・運動療法)、4 更に精密検査、5 経過観察、6 その他 の順に、先に該当する欄 1 か所に記入する。また、要治療の内訳がない場合は、2 要治療 (薬物) に記入し、治療中の場合は、6 その他 に記入する。

(7) 糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) 重症化予防事業 患者情報提供依頼書 (別紙 12)

保健指導を実施した対象者の受診状況やその後の検査結果等を把握し、保健事業の評価に活用する。

①対象者

医療機関から「保健指導依頼書 (別紙 4)」が発行された者

②依頼する時期

保健指導を継続する間は年 1 回、保健指導を終了した場合は概ね 1 年後とする。

③提供を受ける内容

検査結果 (検査データのコピーで代用可能)、治療内容 (治療薬は処方箋のコピーで代用可能)、連絡事項等可能な範囲とする。

県内医療保険者 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム連絡先一覧

令和7年4月1日現在

| 名 称 | 保険者番号 | 〒 | 住 所 | 電 話 | メールアドレス |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|---|
| 全国健康保険協会山形支部 | 01060011 | 990-8587 | 山形市幸町18-20 JA山形市本店ビル5階 | 023 629-7225 | 非公開 |
| 国保関係 | 市町村国民健康保険 | 00060012 ~00060822 | ※ 別シート ※ 生活保護も市町村へ(保険者番号12060018~12062915) | | |
| | 山形県医師国民健康 保険組合 | 00063016 | 990-0828 | 山形市双葉町二丁目4 番38号 双葉中央ビル3 階 | 023 646-5631 yikokuho@beige.plala.or.jp |
| | 山形県歯科医師国民 健康保険組合 | 00063024 | 990-0031 | 山形市十日町2-4-35 | 023 632-8016 keishikokuho@keishi.org |
| | 山形県建設国民健康 保険組合 | 00063032 | 990-0821 | 山形市北町3-1-7 | 023 666-7727 info@yamaken-kokuho.or.jp |
| 健康 保険 組合 | 山形銀行健康保険組 合 | 06060073 | 990-8642 | 山形市旅籠町2-2-31 | 023 634-7066 ygkenpohealth@diary.ocn.ne.jp |
| | きらやか健康保険組合 | 06060115 | 990-8611 | 山形市旅籠町3-2-3 | 023 625-8702 s-kenpo@fancy.ocn.ne.jp |
| | 山形県自動車販売健 康保険組合 | 06060131 | 990-2432 | 山形市荒楯町1-8-5 | 023 632-1464 yjkh@juno.ocn.ne.jp |
| | フィデア健康保険組合 | 06060149 | 990-0033 | 山形市諏訪町一丁目2 番2号 | 023 674-8643 fideakenpo@bb-town.jp |
| 共 済 組 合 | 地方職員共済組合山 形県支部 | 32060113 | 990-8570 | 山形市松波2-8-1(総務 厚生課内) | 023 630-3307 ykosei@pref.yamagata.jp |
| | 山形県市町村職員共 済組合 | 32060410 | 990-0023 | 山形市松波4-1-15(自 治会館内) | 023 622-6902 hokenka@ctvkyosai-yamagata.or.jp |
| | 警察共済組合山形県 支部 | 33060013 | 990-8577 | 山形市松波2-8-1(山形 県警察本部厚生課内) | 023 642-5755 非公開 |
| | 公立学校共済組合山 形支部 | 34060012 | 990-8570 | 山形市松波2-8-1(教育 局福利厚生課内) | 023 630-2816 yfukuri@pref.yamagata.jp |
| 山形県後期高齢者医療広域 連合 | 39062013 ~39064613 | 991-0041 | 寒河江市大字寒河江字 久保6 | 0237 84-7100 info@yamagata-kouiki.jp | |

市町村及び保健所 糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム担当課一覧

令和7年4月1日現在

| 名 称 | 担当課名 | 〒 | 住 所 | T E L | メールアドレス |
|------|----------|----------|------------------------------|--------------|---|
| 山形市 | 健康増進課 | 990-8580 | 山形市城南町一丁目1-1 霞城セントラル4階 | 023-616-7272 | kenko@city.yamagata-yamagata.lg.jp |
| 寒河江市 | 健康増進課 | 991-0021 | 寒河江市中央2-2-1 ハートフルセンター内 | 0237-85-0916 | hoken@city.sagae.yamagata.jp |
| 上山市 | 健康推進課 | 999-3192 | 上山市河崎1-1-10 | 023-672-1111 | chihoken@city.kaminoyama.yamagata.jp |
| 村山市 | 保健課 | 995-8666 | 村山市中央1-3-6 | 0237-55-2111 | hoken@city.murayama.lg.jp |
| 天童市 | 健康課 | 994-0047 | 天童市駅西5-2-2 | 023-652-0884 | kenkou@city.tendo.yamagata.jp |
| 東根市 | 健康推進課 | 999-3796 | 東根市中央1-5-1 (さくらんぼタクトクルセンター内) | 0237-43-1155 | kenkou@city.higashine.yamagata.jp |
| 尾花沢市 | 健康増進課 | 999-4292 | 尾花沢市若葉町1-2-3 | 0237-22-1111 | kenko@city.obanzawa.yamagata.jp |
| 山辺町 | 保健福祉課 | 990-0323 | 山辺町大字大塚836-1 | 023-667-1177 | kirari@town.yamanobe.yamagata.jp |
| 中山町 | 健康福祉課 | 990-0406 | 中山町大字柳沢2336-1 | 023-662-2836 | kenkou@town.nakayama.yamagata.jp |
| 河北町 | 健康福祉課 | 999-3511 | 河北町谷地戊81 | 0237-73-5158 | hoken@town.yamagata-kahoku.lg.jp |
| 西川町 | 健康福祉課 | 990-0702 | 西川町大字海味543-8 | 0237-74-5057 | kenko@town.yamagata-nishikawa.lg.jp |
| 朝日町 | 健康福祉課 | 990-1442 | 朝日町大字宮宿1115 | 0237-67-2116 | kenkou2@town.yamagata-asahi.lg.jp |
| 大江町 | 健康福祉課 | 990-1101 | 大江町大字左沢882-1 | 0237-62-2114 | hoken@town.oe.yamagata.jp |
| 大石田町 | 保健福祉課 | 999-4112 | 大石田町緑町1 | 0237-35-2111 | hokeneisei@town.oishida.yamagata.jp |
| 新庄市 | 健康課 | 996-8501 | 新庄市沖の町10-37 | 0233-29-5791 | kenkou@city.shinjo.yamagata.jp |
| 金山町 | 健康福祉課 | 999-5402 | 金山町大字金山324-1 | 0233-29-5624 | hoken@town.kaneyama.yamagata.jp |
| 最上町 | 健康福祉課 | 999-6101 | 最上町大字向町43-1 | 0233-43-3117 | kenko@town.mogami.lg.jp |
| 舟形町 | 健康福祉課 | 999-4601 | 舟形町舟形263 | 0233-32-0810 | chiiki_hoken@town.funagata.yamagata.jp |
| 真室川町 | 福祉課 | 999-5312 | 真室川町大字新町469-1 | 0233-62-3436 | fukushi@town.mamurogawa.yamagata.jp |
| 大蔵村 | 健康福祉課 | 996-0212 | 大蔵村大字清水2528 | 0233-75-2111 | kenkoueisei@vill.ohkura.yamagata.jp |
| 鮭川村 | 健康福祉課 | 999-5292 | 鮭川村大字佐渡2003-7 | 0233-55-2111 | kenkou1@vill.sakegawa.yamagata.jp |
| 戸沢村 | 健康福祉課 | 999-6401 | 戸沢村大字古口270 | 0233-72-2364 | kenkosuishin@vill.tozawa.lg.jp |
| 米沢市 | 健康課 | 992-0059 | 米沢市西大通1-5-60 | 0238-24-8181 | kenko-ka@city.yonezawa.yamagata.jp |
| 長井市 | 健康スポーツ課 | 993-8601 | 長井市栄町1番1号 | 0238-82-8009 | kenko@city.nagai.lg.jp |
| 南陽市 | すこやか子育て課 | 999-2292 | 南陽市三間通436-1 | 0238-40-1691 | sukoyaka4@city.nanyo.yamagata.jp |
| 高畠町 | 健康子育て課 | 992-0351 | 高畠町大字高畠379-1 | 0238-52-5045 | kenko@town.takahata.yamagata.jp |
| 川西町 | 健康子育て課 | 999-0193 | 川西町大字上小松977-1 | 0238-42-6640 | kenkokosodat@town.kawanishi.yamagata.jp |
| 小国町 | 健康福祉課 | 999-1356 | 小国町大字あけぼの1-1 | 0238-61-1000 | kenkou@town.oguni.yamagata.jp |
| 白鷹町 | 健康福祉課 | 992-0831 | 白鷹町大字荒砥甲488 | 0238-86-0210 | kenfuku2@so.town.shirataka.yamagata.jp |
| 飯豊町 | 住民課 | 999-0696 | 飯豊町大字椿2888 | 0238-87-0511 | i-jumin@town.iide.yamagata.jp |
| 鶴岡市 | 健康課 | 997-0033 | 鶴岡市泉町5-30 | 0235-35-0149 | kenko@city.tsuruoka.lg.jp |
| 酒田市 | 健康課 | 998-0036 | 酒田市船場町2-1-30 (市民健康センター) | 0234-24-5733 | kenko@city.sakata.lg.jp |
| 庄内町 | 保健福祉課 | 999-7781 | 庄内町余目字町132-1 | 0234-42-0170 | Kenkosuishin-k@town.shonai.lg.jp |
| 三川町 | 健康福祉課 | 997-1301 | 三川町大字横山字西田85 | 0235-35-7033 | kenkou@town.mikawa.yamagata.jp |
| 遊佐町 | 健康福祉課 | 999-8301 | 遊佐町遊佐字南田筋3-1 (遊佐町防災センター内) | 0234-72-4111 | kenkosien@town.yuza.lg.jp |

【参考】

| | | | | | |
|-------|---------|----------|----------------|--------------|----------------------------------|
| 村山保健所 | 地域健康福祉課 | 990-0031 | 山形市十日町1-6-6 | 023-627-1102 | ymurayamachiiki@pref.yamagata.jp |
| 最上保健所 | 地域健康福祉課 | 996-0002 | 新庄市金沢字大道上2034 | 0233-29-1267 | ymogamikenfuku@pref.yamagata.jp |
| 置賜保健所 | 保健企画課 | 992-0012 | 米沢市金池7-1-50 | 0238-22-3004 | yokitamahoken@pref.yamagata.jp |
| 庄内保健所 | 保健企画課 | 997-1392 | 三川町大字横山字袖東19-1 | 0235-66-5476 | yshonaihoken@pref.yamagata.jp |