

福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成 29 年 12 月 11 日

令和 3 年 1 月 29 日改定

福島県医師会
福島県糖尿病対策推進会議
福島県

1. 本プログラムの趣旨・目的

- わが国においては、糖尿病患者数の増加が課題となっている。糖尿病は放置すると心血管病（脳血管疾患・心疾患等）、末期腎不全、末梢動脈疾患による四肢切断、失明、歯周病などの種々の合併症を引き起こし、患者の Quality Of Life（QOL）を著しく低下させるとともに生命を脅かす。また、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることになる。
なかでも、糖尿病性腎症は、糖尿病性末梢神経障害及び糖尿病網膜症とともに糖尿病の 3 大合併症の一つとされ、重症化すると腎不全から透析療法に至る可能性が高まることから、重症化させない積極的な取組が求められている。
- 本県では、「第二次健康ふくしま 21 計画」において合併症からの年間新規透析導入者の減少を数値目標として示し、糖尿病の発症予防、早期発見・早期治療の推進、さらに重症化予防対策の徹底に努めてきた。また、「第二期福島県医療費適正化計画」においても、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底の重要性を指摘している。
- 本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクが高い対象者を選定し、保険者や医療関係者等の関係機関が連携して重症化予防対象者へ必要なアプローチを行い、心血管病、末期腎不全等への重症化を防止していくことを目的とする。また、住民の健康保持・増進、QOL の維持とともに、医療費の適正化を図っていくものとする。
- なお、本プログラムは、保険者における対象者選定、受診勧奨並びに保健指導、かかりつけ医と専門医の連携等の基準策定に際しての一定の推奨を示すものであり、保険者は地域や職域の実情等を考慮して個別のプログラムを定めるものとする。

2. 取組に当たっての関係機関の役割

地域における重症化予防の取組に関する検討及び実施に当たっては、各関係機関がそれぞれの役割分担を念頭に密接に連携して対応するものとする。

役割分担の内容については、別紙1「福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム・関係機関の役割」のとおりとする。

3. プログラム対象者選定の考え方

本プログラムにおいて取り扱う糖尿病性腎症対象者の定義は以下のとおりとする。なお、対象者の選定に当たっては、以下の抽出基準に加えて、地域の実情に応じて実現可能な対象者を絞り込んでも差し支えない。

本プログラムにおいて取り扱う糖尿病性腎症の定義：糖尿病であり、腎機能が低下していること

◆糖尿病であること：①から③のいずれかを満たすこと

- ① 空腹時血糖 126mg/dl（随時血糖 200mg/dl）以上、または HbA1c6.5%以上
- ② 現在、糖尿病で医療機関を受診している。
- ③ 過去に糖尿病薬（経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1 受容体作動薬）使用歴又は糖尿病にて医療機関の受診歴がある（ただし、直近の検診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない対象者を除く）

◆腎機能が低下していること：①から④のいずれかを満たすこと

- ① 検査値より腎症 4 期：eGFR30mL/分/1.73 m²未満
- ② 検査値より腎症 3 期：尿蛋白陽性
- ③ レセプトより糖尿病性腎症又は腎機能低下を示す病名が記載されている
- ④ 腎症 2 期以下の場合には次の情報を参考とされたい。
 - eGFR45mL/分/1.73 m²未満
 - eGFR60mL/分/1.73 m²未満のうち、年間 5mL/分/1.73 m²以上低下
 - 糖尿病網膜症の存在
 - 微量アルブミン尿（30～299mg/gCr）の確認、あるいは尿蛋白（±）※
 - 高血圧のコントロールが不良（目安：140/90mmHg、後期高齢 150/90mmHg 以上

※糖尿病に加えて尿蛋白（+）以上であれば第 3 期と考える。
また蛋白尿（±）は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨される。

○プログラムの対象となるハイリスク者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定し、健診等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。

4. 医療機関未受診者、糖尿病治療中断者に対する受診勧奨

(1) 対象者の基準

医療機関受診勧奨対象者については、前述3のプログラム対象者のうち、次の①及び②を選定基準とする。

なお、①、②の受診勧奨の優先順位については、保険者の実情によって設定するものとする。

① 医療機関未受診者

② 糖尿病治療中断者

過去に糖尿病治療歴があるが、6か月経過後のレセプト情報において糖尿病受診歴が確認できない者を抽出し受診勧奨を行う。

※ 後期高齢者（75歳以上の者）については、フレイル（虚弱）、認知症等の状況を勘案し、個別に設定する必要がある。

（2）受診勧奨の方法（対象者への介入方法）

保険者は、対象者の状況に応じて、次のいずれかのうち保険者が適切と認める方法により、医療機関の紹介を含めて受診勧奨を行う。

- ・ 特定健診等結果通知と併せて受診勧奨
- ・ 特定健診等結果通知とは別の郵便対応による受診勧奨
- ・ 電話による概要説明と受診勧奨
- ・ 個別面談、戸別訪問による詳細説明と受診勧奨
- ・ その他、保険者が適切と判断する方法による受診勧奨等

※ 勧奨を行っても対象者が受診していない場合、保険者は引き続き受診勧奨（状況によってはより積極的な受診勧奨）を行って、対象者が確実に医療機関受診に繋がるよう努めていく必要がある。

5. 重症化予防対象者への保健指導

保険者は、以下の重症化予防対象者に対してかかりつけ医、眼科医、歯科医、薬剤師と連携して適切な保健指導を行う。

（1）重症化予防対象者の基準

保健指導を行うべき重症化予防対象者は、前述3のプログラム対象者のうち、2型糖尿病で通院中の者とする。

なお、個別の病態や地域における医学的管理の実情を考慮した上で保健指導の対象から除外しうる者の例を示す。

【例】

- ・ 1型糖尿病の者
- ・ がん等で終末期にある者

- ・重度の認知機能障害のある者
- ・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防管理料の算定対象になっており、かかりつけ医により適切な管理を受けている者
(ただし、かかりつけ医が必要と認めたものについては保険者の判断で対象とする。)
- ・その他の疾患を有しており、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

※ 高齢者(65歳以上の者)への対応について

高齢者については、複合的な疾病合併のみならず、老化に伴う諸臓器の機能低下を基盤としてフレイル(虚弱)、サルコペニア(筋力または身体能力の低下)、認知症等の進行がみられ個人差が大きいことから、糖尿病性腎症重症化予防の対象者選定基準に合わせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせて、QOL維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含む包括的な対応も考慮する必要がある。

(2) 保健指導実施手順

保険者は、保健指導対象者について郡市医師会及びかかりつけ医と連携した上で保健指導を実施する。

【例】

- ① 保険者は、保健指導を実施することにつき、郡市医師会へ説明し了承を得る。また、保険者は必要に応じてかかりつけ医に対して実施の説明を行い了承を得る。
- ② 保険者は保健指導対象者を選定する。
- ③ 保険者は、かかりつけ医からの適切な指示を受けて連携を図りながら保健指導を実施する。

※ 連携にあたっては、必要に応じてかかりつけ医からの情報提供を基に保健指導を行うことや、かかりつけ医が保険者へ保健指導対象として依頼を行うケースなども想定する。

また、連携の方法としては、保険者と医療関係者間で作成した様式や糖尿病連携手帳などの活用が考えられる。

(3) 保健指導内容

保健指導は対象者の糖尿病性腎症の病期や合併するリスク要因に応じて適切な内容を保険者が個別に定めることを原則とする。

6. かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医との連携

糖尿病患者への医療提供にあたり、かかりつけ医と糖尿病専門医及び腎臓専門医は患者の病状を維持・改善するため、必要に応じて紹介・逆紹介を行うなど連携して患者を中心とした医療を提供する。

なお、かかりつけ医・専門医間における紹介・逆紹介の目安を以下に示す。

(1) かかりつけ医から糖尿病専門医・腎臓専門医への紹介

かかりつけ医から専門医への紹介については、別紙2「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」又は別紙3「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」に基づき行うことが望ましい。

(2) 専門医からかかりつけ医への逆紹介

【例】

- ・腎機能が落ち着いた状態
- ・血糖コントロールが良好の場合

※ 「糖尿病治療のエッセンス（日本糖尿病対策推進会議 2017年版）」及び「糖尿病治療ガイド 2020-2021」並びに「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2018（日本腎臓学会編）」を参考に、かかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医は病状を維持・改善するための紹介基準を定める。

※ かかりつけ医と糖尿病専門医・腎臓専門医あるいは保険者とかかりつけ医との連携においては、標準的な様式（福島県標準様式1～5）を用いるほか、保険者と医療関係者間またはその他の医療連携で作成された様式などを紹介・逆紹介に活用することも考えられる。

7. 実施したプログラムの評価

実施したプログラムの評価としては、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識する必要があるが、保険者は、プログラムの実施に当たり地域の実情等に合わせて独自で評価基準を定め評価するものとする。アウトカムについてはプログラムの内容を踏まえて適切な指標を選択し、適切な時期に評価する必要がある。

また、実施状況の把握・分析や評価に基づき、取組の見直しを行う場合

は、PDCA サイクルに基づいて事業を展開していくことが重要となる。

中長期的には費用対効果の観点などからの評価も意識する必要がある。

【 例 】

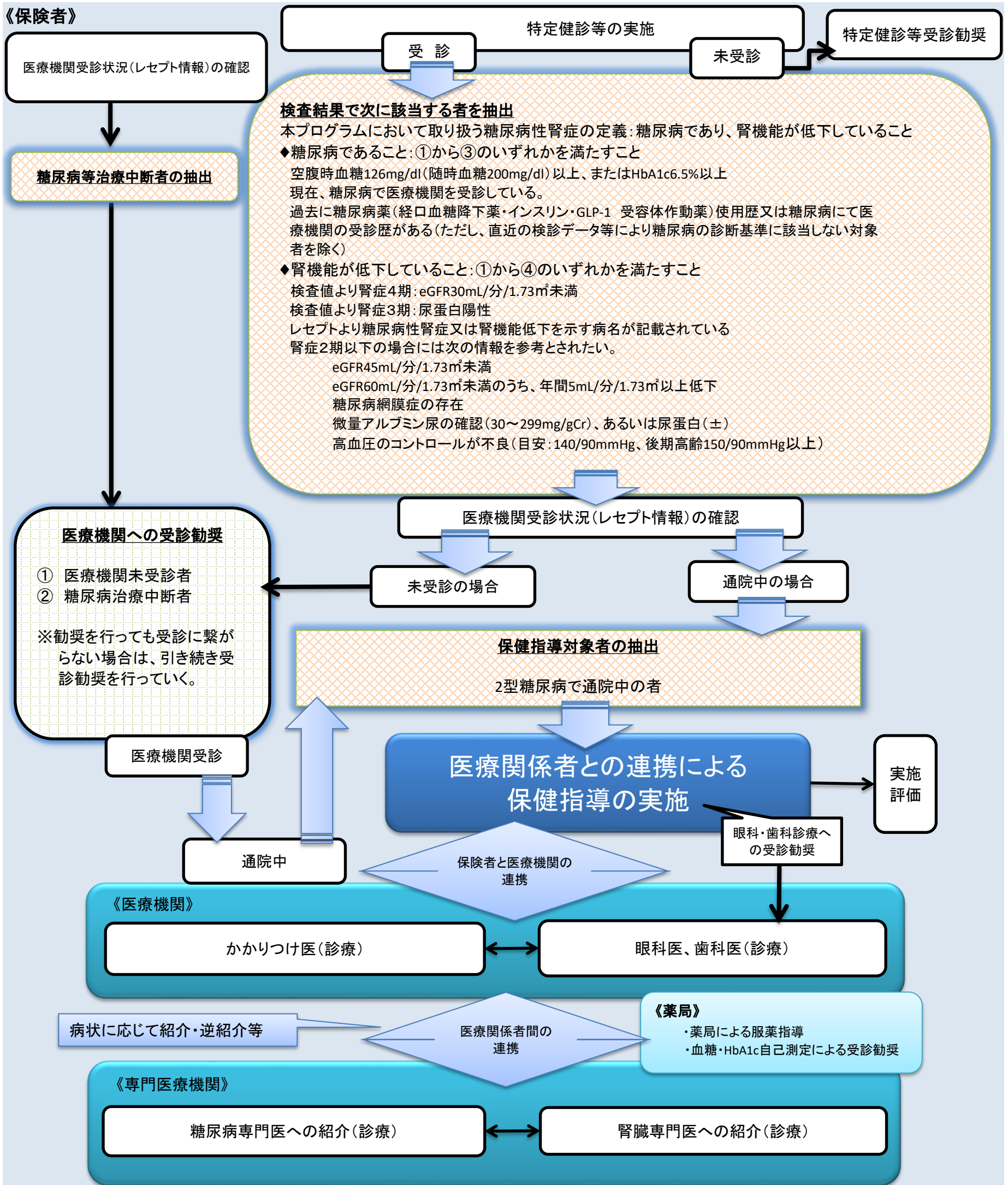
- ・ 医療受診勧奨により受診へ繋がった率
- ・ 健診データが改善した者の率
- ・ 生活習慣改善のための行動変容に繋がった率
- ・ 当該疾病等に係る医療費の状況（中長期的指標）
- ・ 新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移（中長期的指標）

※ 国保ヘルスアップ事業報告書（平成 26 年国保中央会作成）に示された「保健事業の手順に沿った評価基準」を参考に基準を定め評価することも考えられる。

8. 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の基本的な取組方策について示したが、各地域及び職域における事業実施に当たっては、保険者と医療関係者が密接に連携して事業を展開する必要がある。
そのために、各保険者においては本プログラムを参考に実情に応じたプログラムを策定し、手順に基づいた事業の実施を図ることが求められる。
また、事業の取り組み成果を検証し、より効果的な取組みに繋げていくことが重要となる。
- なお、既に保険者と医療関係者間で連携体制が確立している場合、本プログラムは従来の実施方法を妨げるものではなく、更に充実した連携体制を構築するためのものとして活用する。
- また、本プログラムの円滑な実施に向けては、対象者選定の基礎情報として特定健診等の検査結果を有することが重要であることから、保険者は健診受診率の向上に向けた取組みを推進する。

《福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム・フローチャート》



《福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム・関係機関の役割》

各関係機関の役割は次のとおりとする。

ただし、内容は例示であり、それぞれの実情に応じた取組を尊重するものとする。

【福島県医師会の役割】

福島県医師会は、福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下「県プログラム」という。）を郡市医師会に周知し、保険者等によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、かかりつけ医と糖尿病専門医、腎臓専門医等との連携の強化等、保険者等との連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【福島県糖尿病対策推進会議の役割】

福島県糖尿病対策推進会議は、糖尿病性腎症重症化予防に係る県や保険者等の取組について、構成団体へ周知するとともに医学的・科学的観点から助言を行うなど、保険者等の取組に協力するものとする。

【福島県の役割】

県は、本プログラムを保険者等に周知するとともに、保険者等の事業実施を支援する。また、保険者等における円滑な事業実施を支援する観点から、福島県医師会や福島県糖尿病対策推進会議等と県内保険者等の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

特に保健所は、地区分析の実施主体や市町村・広域連合の身近な相談相手としての役割を果たす。また、必要に応じて郡市区医師会・医療機関をはじめとする地域の医療関係者や市町村・広域連合との連携のつなぎ役となるなど、保健所を活用した取組や市町村・広域連合への支援も積極的に行う。

【福島県歯科医師会の役割】

福島県歯科医師会は、県プログラムを地域の歯科医師会に周知し、保険者等によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、医療関係者間の連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【福島県薬剤師会の役割】

福島県薬剤師会は、県プログラムを地域の薬剤師会に周知し、保険者等によるプログラムの取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、医療関係者間の連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【保険者の役割】

- 1 地域・職域における課題の分析

保険者は特定健康診査データやレセプトデータを用いて、被保険者・加入者の健康状態や疾病構造を分析し、地域の関係機関とともに問題認識の共有を行う。分析に当たっては、保健医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。

2 対策の立案

上記1で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。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、重症化予防対象者を選定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などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から総合的に検討した上で、保健指導や受診勧奨の内容について検討する。

その際、地域の医師会等の関係機関と、これらの課題、対策について協議する。

3 対策の実施

上記2の議論の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、福島県国民健康保険団体連合会による支援や、民間事業者への委託なども考えられる。

4 実施状況の評価

上記3で実施した事業について、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。

【福島県後期高齢者医療広域連合の役割】

福島県後期高齢者医療広域連合は、県プログラムを構成市町村に周知するとともに、構成市町村と役割を分担した上で、構成市町村への支援を含めた事業の展開を図る。

【福島県保険者協議会の役割】

福島県保険者協議会は、県プログラムを構成団体へ周知し、保険者等によるプログラムに基づく取組を推進するため、保険者等を対象に保健指導の質の向上のための研修等を実施するとともに、保険者との連携体制の構築に向けて協力するものとする。

【国民健康保険団体連合会の役割】

KDBの活用によるデータ分析・技術支援や、健診データ・レセプトデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて、支援を必要とする市町村や広域連合へ支援を行う。

人材確保に悩む市町村や広域連合に対してこれらの専門性の高い支援を行うことが期待される。

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～

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カ月以上持続する場合、地域毎に受け入れ機関と相談の上、紹介の必要性を検討する。紹介に当たっては【別紙4】及び【別紙5】を参考とする。)

※1. 血糖コントロール目標

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

- 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

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、外来で十分に指導できない場合(特に診断直後の患者や、教育入院の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 腎機能低下や蛋白尿(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。

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)

原疾患		蛋白尿区分		A 1	A 2	A 3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)			正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)			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)			正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)			(-)	(±)	(+~)
				0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥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
	G2	正常または軽度低下	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
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介、40歳以上は生活指導・診療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内に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、かかりつけ医と腎臓専門医・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

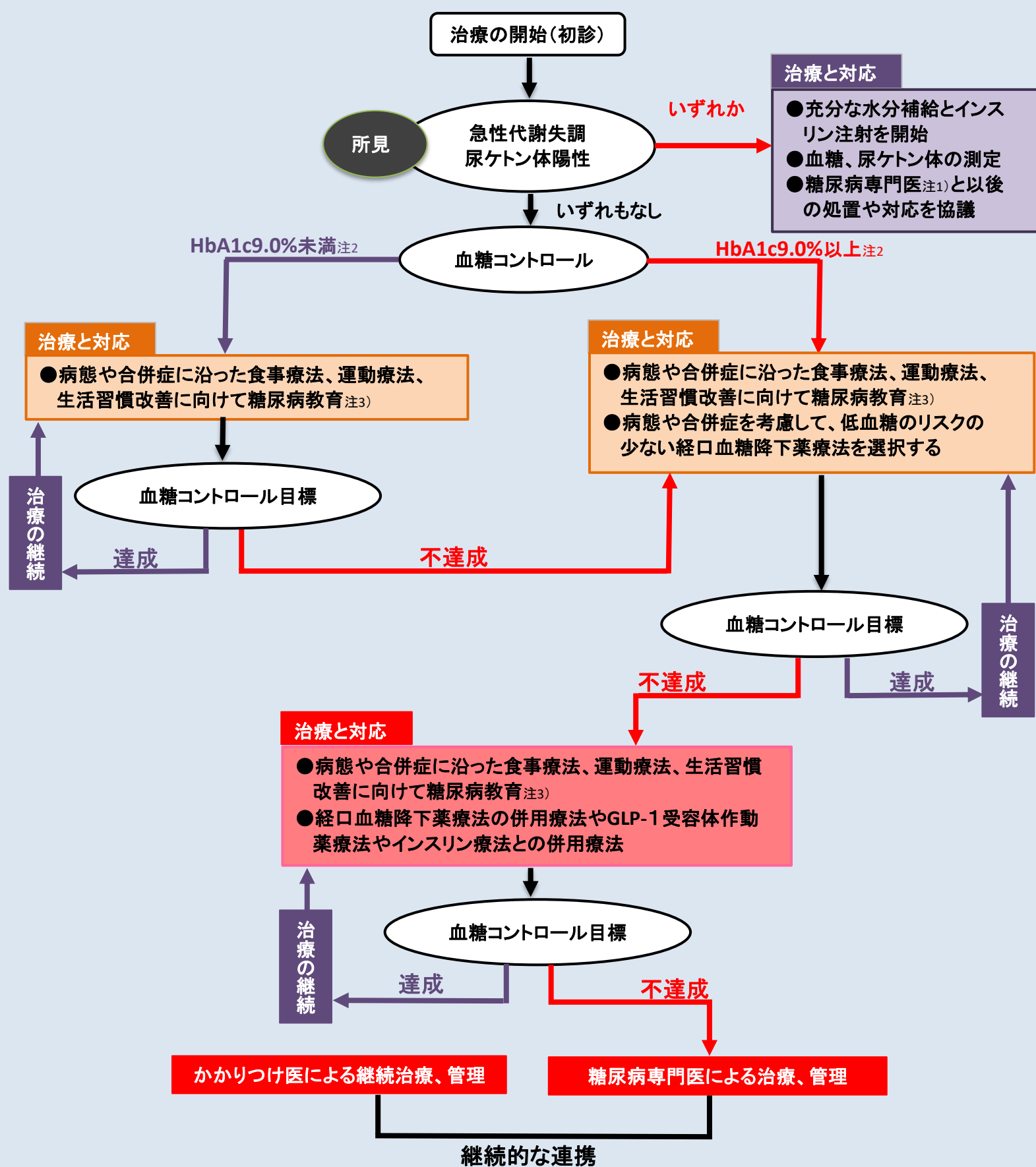
原疾患に糖尿病がある場合

- 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，脳血管疾患，末梢動脈疾患など）発症のハイリスク患者（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

出典：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018（編集 日本腎臓学会）

《インスリン非依存状態の治療》



注1) 糖尿病専門医および認定教育施設は日本糖尿病学会ホームページ(www.jds.or.jp)上で都道府県別で検索できる。地域ごとの情報については地域医師会や糖尿病専門外来をもつ病院などに問い合わせるとよい。

注2) 参考指標であり、個別の患者背景を考慮して判断する。

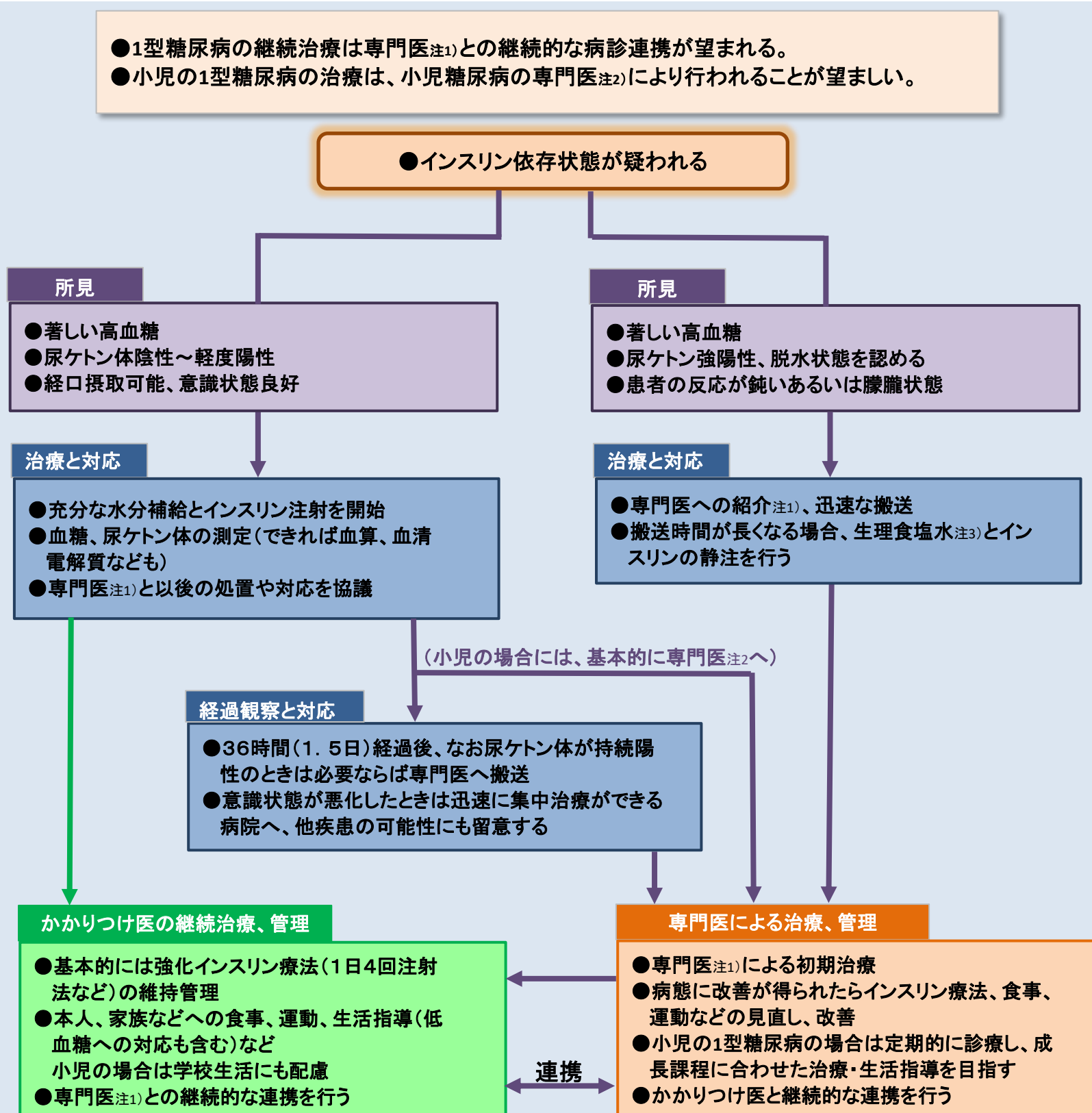
注3) 施設・地域の医療状況や、社会的リソース・サポート体制などの患者背景を考慮し、糖尿病専門医への紹介を考慮する。また、糖尿病専門施設での糖尿病教育入院なども考慮する。

その他、以下の場合、糖尿病専門医へ紹介を考慮する。

- ① 口渇・多尿・体重減少などの症状がある場合
- ② 低血糖を頻回に繰り返し糖尿病治療の見直しが必要な場合
- ③ 糖尿病急性増悪やステロイド使用や膝疾患や感染症に伴い血糖値の急激な悪化を認めた場合
- ④ 周術期あるいは手術に備えて厳格な血糖コントロールを必要とする場合
- ⑤ 糖尿病の患者教育が改めて必要になった場合
- ⑥ 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している可能性がある場合

(参考: 日本糖尿病学会 編・著: 糖尿病治療ガイド2020-2021, p36, 文光堂, 2020)

《インスリン依存状態の治療》



注1) 糖尿病専門医および認定教育施設は日本糖尿病学会のホームページ(www.jds.or.jp/)上で都道府県別に検索できる。地域ごとの情報については地域医師会や糖尿病専門外来をもつ病院などに問い合わせるとよい。

注2) 日本小児内分泌学会ホームページ(<http://jspe.umin.jp/>)を参照。

注3) 生理食塩水1～2ℓの点滴をし、尿量を少なくとも1ℓ/日に維持する。高齢者については、心予備能などに注意しつつ行う。

(参考: 日本糖尿病学会 編・著: 糖尿病治療ガイド2020-2021, p41, 文光堂, 2020)

糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書

令和 年 月 日

(市 町 村) 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) 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	
主治医名	

医療機関名 ()

先生 御侍史

糖尿病性腎症 連携 連絡票 (紹介)

下記の方は、専門（協力）医療機関との連携が必要と判断しました。
ご高診をよろしくお願いいたします。

ご紹介日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	把握経路	<input type="checkbox"/> 健診・ <input type="checkbox"/> 診療
生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 他 ()
診断(疑いも可)				
検査結果	実施日 令和 年 月 日 空腹時血糖 () mg/dl (随時血糖) mg/dl HbA1c () % Cr：クレアチニン () mg/dl eGFR (糸球体ろ過量) () ml/min/1.73m ² 尿アルブミン値 () mg/gCr 尿蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~ または g/gCr 尿潜血 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ ~ または尿沈渣 その他 ()			
併存症 ・ 特記事項 (ある場 合のみ分 かる範囲 でチェッ ク)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・ 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・ 脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・ 高尿酸血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治療中断) ・ 肥満 (BMI ≥ 25) (<input type="checkbox"/> 有) ・ 特記事項・その他 () 			
依頼事項	<input type="checkbox"/> 病態精査・方針決定 <input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 食事指導 () <input type="checkbox"/> 生活指導 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
今後の 診療方針	<input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関の判断に一任 <input type="checkbox"/> 可能な限りかかりつけ医（当院）で診療 <input type="checkbox"/> 専門（協力）医療機関での診療を希望			
診療情報提供書	別添のとおり			
コメント ・ 連絡事項				

医療機関名
(連絡先)
医師氏名

医療機関名 ()
科 先生 御侍史

糖尿病性腎症 連携 連絡票 (返信・報告)

下記の方のご紹介をいただき、ありがとうございました。
受診しました結果をご報告いたします。

返信・報告日： 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	様		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	ID (加付番号)	
生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	糖尿病性腎症 連携	<input type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 再診
診断名	原因分類 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> 腎移植 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 CKD重症度分類 G (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) A (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3)				
検査結果	実施日	尿蛋白 (<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2 + <input type="checkbox"/> 3 + ~ または g/gCr) 尿潜血 (<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2 + <input type="checkbox"/> 3 + ~ または尿沈渣) 尿糖 (<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2 + <input type="checkbox"/> 3 + ~) Cr _____ eGFR _____ 参考：実施日年齢 歳			
	<input type="checkbox"/> 右記 <input type="checkbox"/> 別添 別添の場合記入不要	BUN _____ UA _____ Na _____ K _____ Cl _____ Hb _____ Alb _____ Ca _____ P _____ TC _____ HDL-C _____ TG _____ LDL-C _____ BS _____ HbA1c _____ 画像・その他 _____ 血圧 _____ / _____ 脈拍 _____ 浮腫 <input type="checkbox"/>			
今後の診療方針	<input type="checkbox"/> 当院で (<input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> 精査) します <input type="checkbox"/> 当院とかかりつけ医 (貴院) の併診 (月 日 毎を目途。 次回再診) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 (貴院) でフォローアップをお願いします <input type="checkbox"/> さらなる精査・加療のため他の医療機関に紹介します (紹介先)				
治療方針	<input type="checkbox"/> 薬物調整 <input type="checkbox"/> 追加 () <input type="checkbox"/> 減量 () <input type="checkbox"/> 中止 () <input type="checkbox"/> 食事指導 (<input type="checkbox"/> 減塩 _____ g <input type="checkbox"/> カロリー制限 _____ cal <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g <input type="checkbox"/> K制限 <input type="checkbox"/> P制限) <input type="checkbox"/> 生活指導 (<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 運動 () <input type="checkbox"/> 家庭血圧測定) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし				
コメント・連絡事項					

医療機関名
(連絡先)
医師名

糖尿病性腎症 連携 連絡票

〇〇市（町・村）健康衛生担当課 御中

年 月 日

医療機関名

住 所

電話番号

以下のとおり保健指導を依頼します。

医 師 名

印

ふりがな 患者氏名			性 別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）		職 業	※指導対象は 国保加入者のみ
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）、糖尿病網膜症、糖尿病神経障害			
	高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、その他（ ）			
検査データ (検査日 年 月 日) ※検査結果の写しを 添付していただければ 記入は不要です ※未実施の検査項目は 記入不要です ※保健指導に必要な 検査データを添付 願います	血 糖 (空腹時・随時)	mg/dl	血 圧	/ mmHg
	HbA1c	%	クレアチニン	mg/dl eGFR ml/分/ 1.73m ²
	アルブミン尿	mg/gCr	蛋白質尿	身長 cm
				定量 g/gCr
現在の治療状況 今後の治療方針 (該当するもの に☑をつけ 内容を記入 してください)	食事療法	エネルギー摂取量 kcal 炭水化物比率 ☐60% ☐55% ☐50%		
		摂 取 制 限 (制限する場合は☑をつけ数値を記入 してください)	☐ 塩分制限 (_____ g) ☐ たんぱく質制限 (_____ g) ☐ カリウム制限 (_____ mg)	
	運動療法 (運動の種類、頻 度・負荷量等を記 入 してください)			
	薬物療法 ※処方箋等の写し を添付していただ ければ記入は不要 です			
コメント・ 連絡事項				
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 ()			

糖尿病性腎症 連携 連絡票

年 月 日

医療機関名

医 師 名 様

〇〇市（町・村）健康衛生担当課

本市（町・村）では、下記のとおり保健指導を実施しましたので報告します。今後とも情報共有を図りながら、保健指導を進めてまいりますので、御協力をお願いします。

記

患者氏名		性別	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	年 月 日 ～	年 月	延べ指導回数 回
行 動 目 標			
保健指導内容			
次年度以降の保健指導予定			
担当課（係）・ 電話番号・担当者名	担当課（係）	電話番号	担当者名

※ 本様式の代わりに「糖尿病連携手帳」等を活用し、かかりつけ医に報告することができる。