いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和２年３月３１日改定

石　川　県　医　師　会
石川県糖尿病対策推進会議
石 川 県 保 険 者 協 議 会
石　　川　　県

１　プログラムの目的

本プログラムは、糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者・治療中断者を治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（以下「ハイリスク者」という。）に対して関係機関が連携して保健指導等を行うことにより、腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。

２　プログラムの性格

本プログラムは、県内の医療保険者（以下「保険者」という。）による取組のさらなる推進を目指して、その実施が容易となるよう、取組の考え方や具体的取組例を示すものである。

これまでも、本プログラムの策定により、糖尿病性腎症重症化予防の取組を推進してきたところであるが、国のプログラムの動向を踏まえて見直しを行い、記載内容を充実させた。

このため、各地域における取組内容については、地域の実情に応じ柔軟に対応することが可能であり、既に行われている取組を尊重するものである。

３　関係機関の役割

取組を検討するに当たっては、以下の役割分担例を念頭に関係者が密接に連携して対応することが期待される。なお、以下の内容は例示であり、実情に応じた取組を尊重する。

（１）石川県医師会の役割

石川県医師会は、郡市医師会に対して、糖尿病性腎症重症化予防に係る国や県における動向等を周知し、必要に応じ助言する。

また、県や市町、保険者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。

（２）石川県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や県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・科学的観点から県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、自治体や保険者の取組に協力するよう努める。

また、地域住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

（３）保険者の役割

保険者が保有する健診データ・レセプトデータ（以下「健診・レセデータ」という。）等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者などの全体像を把握し、被保険者の疾病構造や健康問題などを分析し、取組の優先順位等を考慮して対策を立案する。課題の分析、対策の立案にあたっては、保険者協議会等を通じて関係団体等と協議する。

また、糖尿病性腎症重症化予防に係る取組を行う場合には、郡市医師会ごとに設置されている「糖尿病地域連携協議会（以下「地域連携協議会」という。）」と連携するとともに、必要に応じて、住民の健康増進等の役割を担う市町の協力を得て実施するよう努める。

なお、事業を実施した結果を評価し、PDCA サイクルに基づいて次なる事業展開を行う。

（４）市町の役割

各担当部署間による庁内連携体制を整えるとともに、保険者とも連携を図り、必要に応じ保健指導を実施する。

また、地域連携協議会等に参加し、事業の目標や企画、実施方法、評価について共有するとともに、助言を受け事業に反映する。

後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）とは、連携内容について十分協議し、後期高齢者医療制度の保健事業と一体的に取組を実施するよう努める。

（５）県の役割

県庁及び保健福祉センターは、重症化予防に取り組む保険者や広域連合へ国や県における動向等を周知し、必要に応じ助言または支援を行う。

また、地域連携協議会の活動を支援し、管内の健康課題の分析、評価及び情報提供等、地域単位の取り組みを促進する。

さらに、県内の健康課題について俯瞰的な整理を行い、保険者における事業の実施状況をフォローするとともに、保険者における円滑な事業の実施を支援する観点から、石川県医師会、石川県糖尿病対策推進会議及び石川県保険者協議会等と県内の取組状況を共有し、課題、対応策等について議論する。

（６）広域連合の役割

広域連合は、その組織特性上、高齢者一人ひとりの特性に応じたきめ細かな対応が困難という課題がある。このため、自らが事業を実施する他、市町との

連携が不可欠である。

また、広域連合は、高齢者の健康状態や医療費等の状況について、市町単位に県全体を俯瞰して健康・医療情報を分析し課題抽出するとともに、市町への後方支援を行う。

（７）国保連合会の役割

国保連合会は、保険者である市町等の連合体として、市町や広域連合への支援を行っている。国保データベースシステム（以下、「KDB」という。）の活用によるデータ分析・技術支援や、データヘルス計画の策定の際の健診・レセデータ等による課題抽出、事業実施後の評価分析等、市町や広域連合に対してこれらの専門性の高い支援を行う。

４　取組方策

本プログラムでは、以下の３つを基本的な取組とし、保険者の健康課題や他の保健事業の状況に応じて実施することとする。各保険者は、健診・レセデータ（薬剤や疾患名）等から未治療者、治療中断者、コントロール不良者などの全体像を把握し[注1)]、本プログラムを参考にそれぞれの実情に合った手順を作成し、事業に取組むとともに、その成果を検証し、より効果的な取組につなげていくことが重要である。

（１）未治療者、治療中断者に対する受診勧奨
（２）ハイリスク者に対する保健指導
（３）かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携

（１）未治療者、治療中断者に対する受診勧奨

①　対象者の抽出

原則として、保険者が個別に定める基準に基づき、健診・レセデータ等から対象者を抽出する[注2)]。本プログラムが推奨する抽出基準は、次のとおりとする。

ア　未治療者

過去からの健診において、空腹時血糖値 126mg/dL（随時血糖値 200mg/dL）以上又は HbA1c 6.5%以上の者でレセプトデータ等で未受診の者。ただし、当該基準を満たす者のうち、尿蛋白 1＋以上又は、eGFR 60mL/分/1.73 ㎡未満の者については、糖尿病性腎症のリスクが高いため、より強く受診勧奨を行う[注3)]。

イ　治療中断者

過去に治療歴のある患者で最終の治療日から６か月経過しても治療した記録がない者。

② 受診勧奨の方法

受診勧奨は、基本的に抽出したすべての対象者に行い、医療機関へとつなげるのが原則である。保険者は、対象者の状況に応じ、次のアからエのいずれかの方法により、受診勧奨及び保健指導を行う。

なお、受診勧奨にあたっては、精密検査連絡票（別添様式例２）により、医療機関との連携を図ることが望ましい。

ア 個別面談

イ 電話

ウ 郵送による通知

エ その他保険者が適当と認める方法

受診勧奨後は、対象者の受診の有無を確認し、受診がない場合は更に面談等を実施する。

③ 受診勧奨先

かかりつけ医を持たない未治療者に対しては、石川県医療計画の「糖尿病に関する医療機関リスト」を参考に、受診勧奨を行う。

（２）ハイリスク者に対する保健指導

① 対象者の抽出[注４]

ア 保険者による抽出[注５]

原則として、糖尿病で治療中の者（経過観察含む）の中から、郡市医師会等と相談し地域の実情に応じ保険者が個別に定める基準に基づき、対象者を抽出する。

なお、糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者についても、保険者において優先順位をつけて保健指導を行うことが望ましいことから、本プログラムが推奨する基準は、次のとおりとする。

（ア）糖尿病性腎症の病期[注６]が第２期から第４期と思われる者

特定健診等の結果から抽出する場合は、以下のいずれかに該当する者

a 尿蛋白±以上

b eGFR 60mL/分/1.73㎡未満

（イ）糖尿病性腎症を発症していないが、以下のリスク要因を有する者

a HbA1c 7.0%以上

b Ⅰ度高血圧（140-159／90-99mmHg）以上

c メタボリックシンドローム該当者

（ウ）その他、保険者が必要と認める者

（例）

・脂質異常症（LDL コレステロール 120mg/dL 以上）、高尿酸血症（7.1mg/dL 以上）等を認める者

・BMI:25 以上の者

・生活習慣の改善が困難な者(減塩、禁煙等)
・腎機能が低下（eGFR 低下速度等）
・レセプトデータ等により糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症等がある者

イ　医療機関による抽出

糖尿病治療中で尿アルブミン[注7)]、尿蛋白、eGFR 等により糖尿病性腎症第３期から第４期に該当する者で、保険者による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者を対象者として抽出する。

具体的には、自施設に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合や、専門医療機関との連携が困難な地域等において、保険者と連携し、保健指導を行う必要があると判断した場合が想定される。

その場合、医療機関は、事前に保険者に受入れの可否を確認するとともに、保健指導対象者の同意を得た上で、保険者に情報提供書（別添様式例３）を送付する。

②　対象者の選定方法

４（２）①により保険者又は医療機関が抽出した者のうち、保健指導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。

また、保険者は実施体制を勘案して、CKD 重症度分類[注8)]も参考に取り組むことが望ましい。

なお、次の者については保健指導対象者から除外する。

ア　がん等で終末期にある者
イ　認知機能障害のある者
ウ　生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料を算定している者
エ　その他の疾患を有していて、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

③　保健指導実施までの手順（かかりつけ医との連携体制の構築）

保険者は、以下のいずれかの方法もしくは保険者が個別に定める方法により、かかりつけ医（または郡市医師会）、糖尿病療養指導士等の専門職と連携した上で、保健指導を実施する。

ア　かかりつけ医（または郡市医師会）から包括的に同意を取得

（ア）保険者は、本取組の目的、保健指導の対象者の抽出基準、実施する保健指導の内容等についてかかりつけ医（または郡市医師会）に説明し、包括的に同意を得た後、保健指導を実施する（個々の対象者ごとに保健指導の実施の可否を確認しない）。

（イ）保険者は糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導を実施していること、保健指導の内容等について、かかりつけ医に情報提供する。

イ　個々の対象者ごとにかかりつけ医に保健指導の実施の可否を確認

（ア）保険者は、本取組の目的、保健指導の対象者の抽出基準、実施する保

健指導の内容等についてかかりつけ医に説明し、同意を得た[注9)]後、４（２）①のアに基づき、保健指導の候補者名簿を作成し、かかりつけ医に送付する。

（イ）かかりつけ医は、送付された名簿をもとに、４（２）②に基づき保健指導対象者を選定し、当該対象者に対して保健指導への参加を促す。

（ウ）かかりつけ医は、保険者による保健指導を実施することが適当と認めた者について、本人の同意を得た上で保険者に情報提供書を送付する[注10)]。

（エ）保険者は、保健指導対象者の意向を確認した上で、情報提供書に記載された留意事項を踏まえて保健指導を行うとともに、保健指導実施後、糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導の内容をかかりつけ医へ報告する。

ウ　かかりつけ医（または郡市医師会）から保険者に対して保健指導に関する連携依頼

（ア）かかりつけ医は、４（２）①のイに基づき保健指導の対象者を抽出し、本人に本取組の目的、保健指導の対象者の抽出基準、実施する保健指導の内容等について説明し、本人の同意を得た上で保険者に情報提供書を送付する。

（イ）保険者は、保健指導対象者の意向を確認した上で、情報提供書に記載された留意事項を踏まえて保健指導を行うとともに、保健指導実施後、糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導の内容をかかりつけ医へ報告する。

（ウ）かかりつけ医は、保険者による保健指導をより効果的に進めるため、糖尿病連携手帳等を活用し検査データ（尿アルブミン、尿蛋白、eGFR 等）を保険者へ提供する。

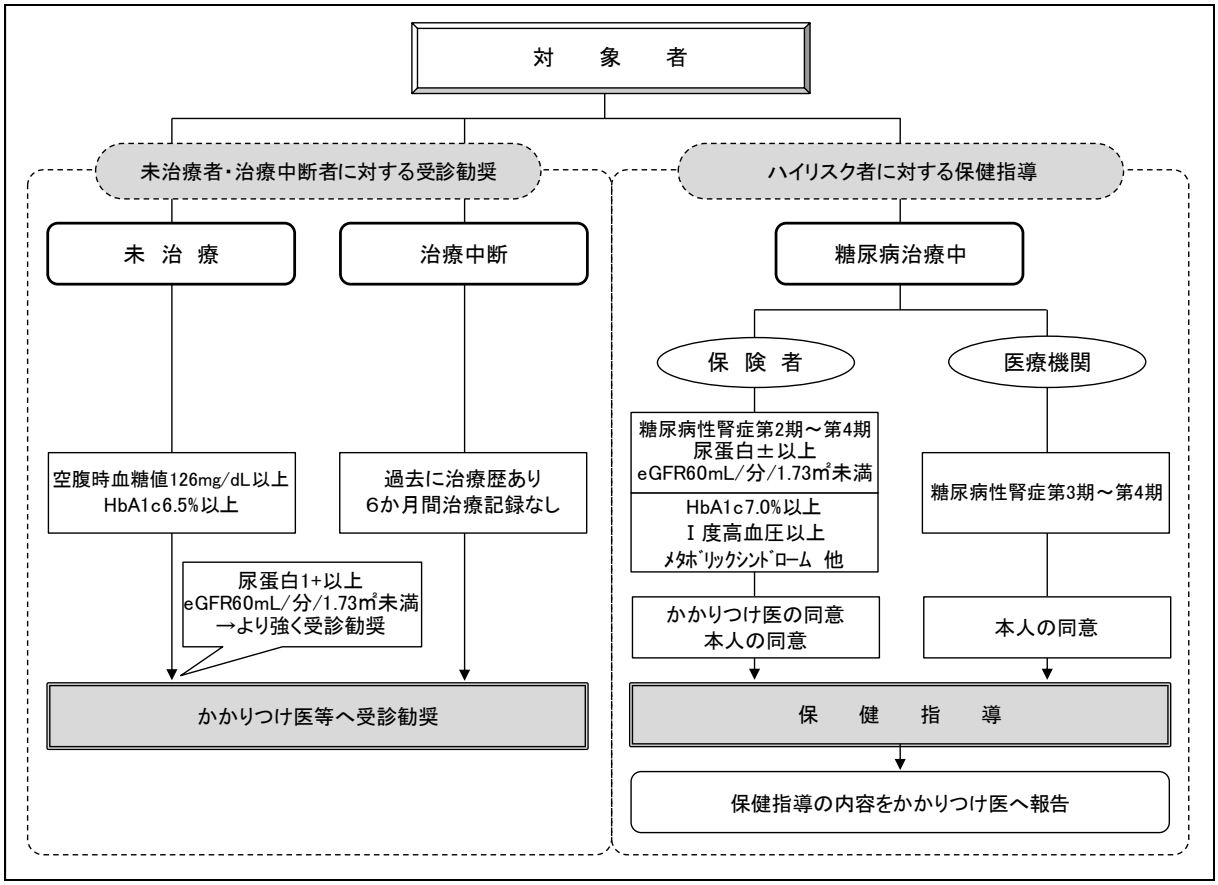
④　保健指導の内容[注11)]

原則として、保険者が個別に定める。ただし、糖尿病性腎症第３～４期の者に対して保健指導を実施する場合には、医療機関と十分に連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施する必要がある。

⑤　実施保険者

保健指導対象者の選定・同意取得に関し、かかりつけ医が複数の保険者とやり取りを行うことは大きな負担となるため、４（２）③のア及びイについては、当面は市町国保のみにおいて取組を実施する。他の保険者については、市町国保における取組を踏まえ、円滑な実施方法が確立し、かかりつけ医（または郡市医師会）との合意が得られた場合に実施することとする。

図１　未治療者・治療中断者に対する受診勧奨及びハイリスク者に対する保健指導フロー図



（３）　かかりつけ医と糖尿病専門医等の連携

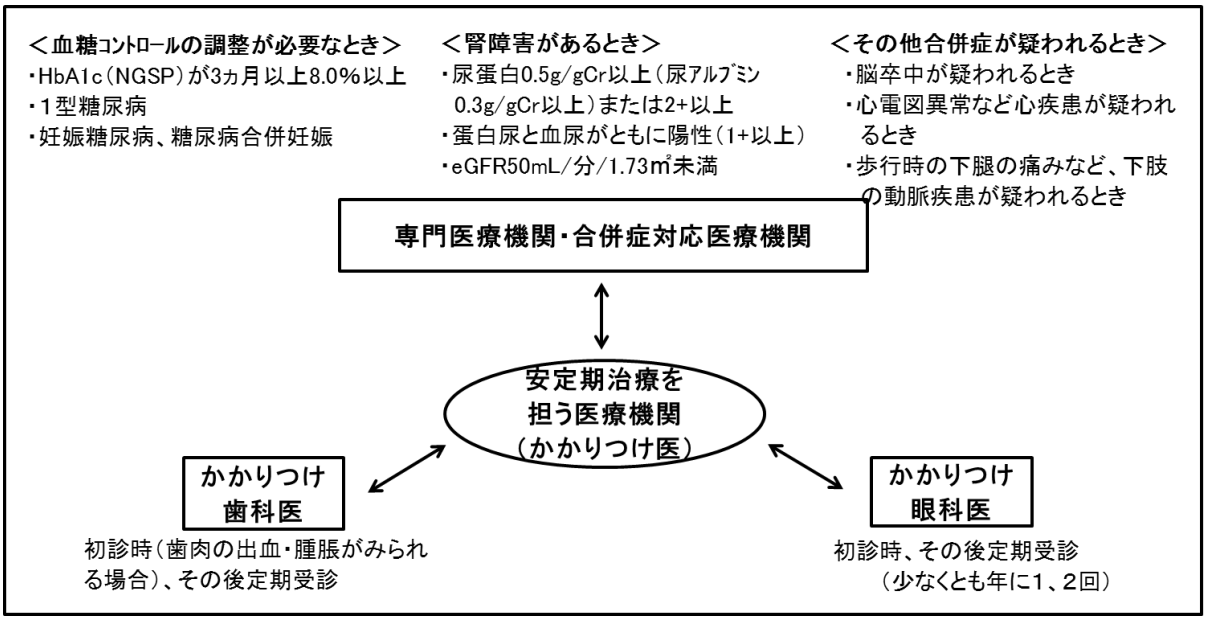
かかりつけ医は各種診療ガイドラインを活用して糖尿病患者の診療を行う。

また、かかりつけ医と糖尿病専門医は、糖尿病患者への医療提供に当たり、患者の病状を維持・改善するため、図２「糖尿病の紹介・連携基準」を参考に、各地域で協議した方法により、必要に応じて紹介、逆紹介を行うとともに、合併症の治療を行う医師や歯科医師等と連携関係を構築するなどして、患者を中心とした医療を提供する。

（４）その他

各機関間の連携を円滑に行うため、関係団体（医師会、保険者等）は、窓口となる担当者を定め、明らかにすることとする。

図２　糖尿病の紹介・連携基準（石川県糖尿病対策推進会議）



５　事業の評価[注１２）]

事業の成果を検証し、PDCA サイクルに基づいて次の事業展開につなげていくため、各保険者においては単年だけでなく中長期的な視点をもち、事業の評価を行う。その際、アウトプット指標（受診勧奨や保健指導の実施率等）のみではなく、「石川県医療計画」の「糖尿病の医療提供体制を評価するための数値目標」及び「いしかわ健康フロンティア戦略」の「いしかわ健康フロンティア戦略における目標項目」を参考に、アウトカム指標（受診勧奨後の受診率や検査データ等）を設定する。

また、県及び県糖尿病対策推進会議は、各保険者の評価指標を基に、一保険者だけでなく広域的な地域単位での評価を行うことも重要である。

６　個人情報の取り扱い

事業に使用する健診・レセデータは、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）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、各保険者の個人情報保護に関する規定に基づき適切に取り扱う。

7　その他

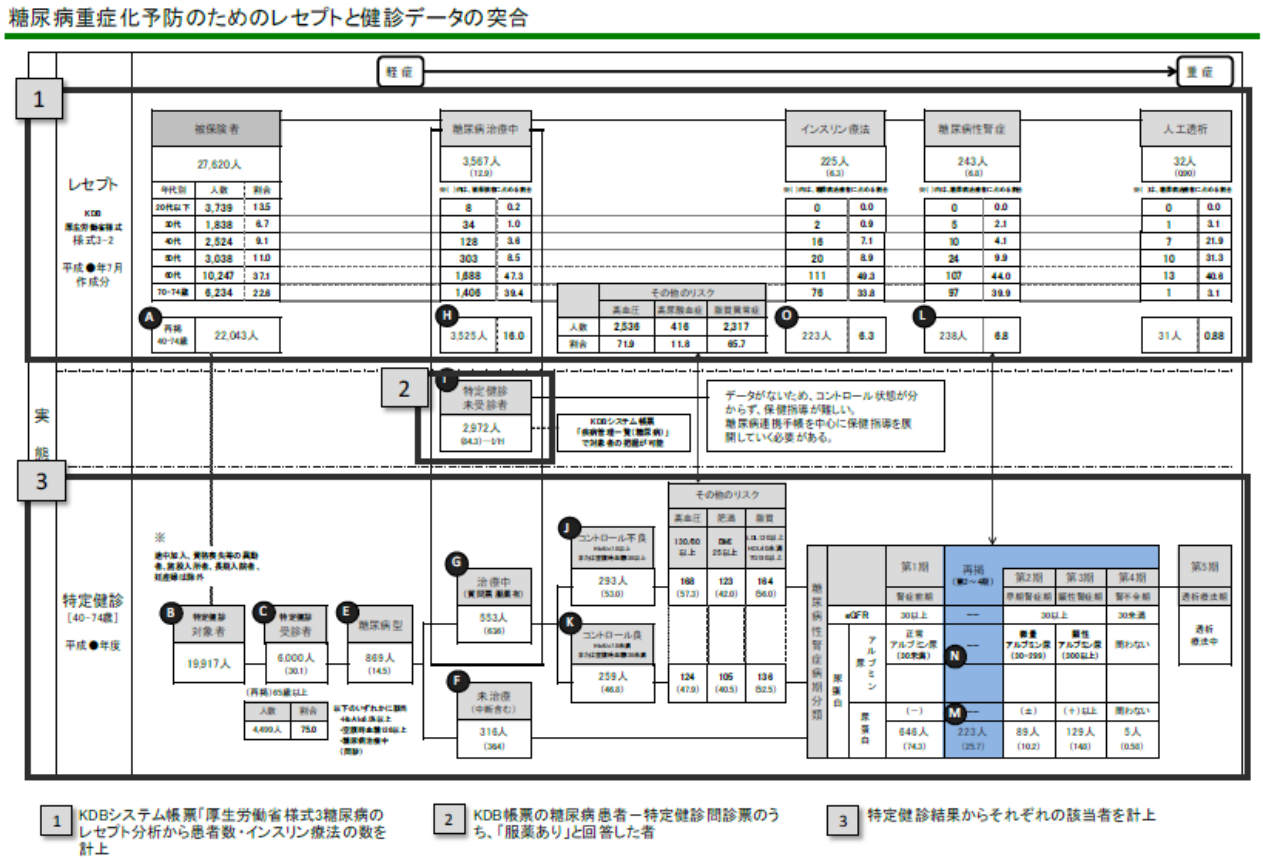
本県においては、郡市医師会ごとに、地域連携協議会を設置し、様々な取組が行われているため、専門医療機関、市町等の関係機関は、地域連携協議会の取組に対して協力するよう努めるとともに、本プログラムの実施にあたっては、各地域の実情に応じて、地域連携協議会との連携を図ることとする。

糖尿病性腎症重症化予防事業の実施主体は保険者であるが、特に市町国保の場合、市町としての役割を鑑み、対象者が他の医療保険へ移行しても、関りを継続

できるよう工夫することが望ましい。

なお、本プログラムに記載のない事項については、平成３１年４月２５日に改定された国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考とする。

注１）　健診データとレセプトデータを突合させた対象者の全体像を把握した例



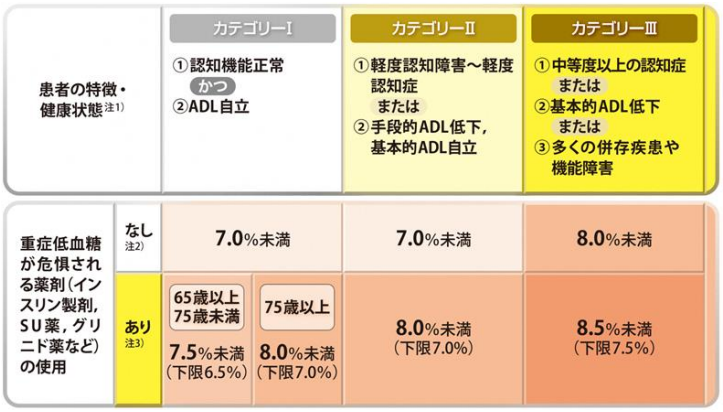
注２）未治療者、治療中断者を早期に把握するため、保険者は、国保データベースシステム（KDB）等を活用し、積極的に通院状況等を確認するとともに、糖尿病重症化予防管理台帳（別添様式例１）を作成、活用することが効果的と考えられる。

注３）慢性腎臓病（CKD）対策としては、血清クレアチニン検査を実施することが望ましい。また、空腹時血糖値等の結果によらず、尿蛋白、eGFR の検査値により受診勧奨を行うことも考えられる。

注４）壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目し、ライフステージに応じた対策を行っていく必要がある。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、サルコペニア、認知症等の進行がみられ、個人差が大きいため、対象者の抽出基準に基づく一律のプログラムではなく、かかりつけ医や介護関係の各専門職種とも連携しながら、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めた包括的な対応が必要になる。

注５）腎症合併のハイリスク糖尿病後期高齢者においては厳格な管理を求めるべきではないとの考え方から、健診データからの対象者の抽出にあたって例えば、暫定的に HbA1c≧8%とする等、地域の実情に合わせた検討が望ましい。

【参考】高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c値）



（糖尿病治療ガイド 2018-2019）

なお、CKD 診療ガイド 2012 においても、年齢に応じた腎臓専門医への紹介基準が設定されている。

１）尿蛋白 0.50g/gCr 以上　または検尿試験紙で尿蛋白 2＋以上

２）蛋白尿と血尿がともに陽性（1＋以上）

３）４０歳未満　　GFR60mL/分/1.73 ㎡未満

４０歳以上７０歳未満　GFR50mL/分/1.73 ㎡未満

７０歳以上　　GFR40mL/分/1.73 ㎡未満

注５）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/1.73 ㎡）
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	

（糖尿病性腎症病期分類2014）

注６）特定健診では尿蛋白定性検査が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白 1＋以上であれば第３期と考えられる。尿蛋白±は微量アルブミンの可能性が高いため、医療機関では積極的に尿アルブミン測定を行うことが推奨されている。

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。

注７）CKD 重症度分類

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 移植腎 不明 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/1.73㎡）	G1	正常または高値	≧90			
	G2	正常または軽度低下	60～89			
	G3a	軽度～中等度低下	45～59			
	G3b	中等度～高度低下	30～44			
	G4	高度低下	15～29			
	G5	末期腎不全（ESKD）	＜15			

（CKD診療ガイド2012）

重症度は原疾患・GFR 区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKD の重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを ⬚ のステージを基準に、▨ 、▦ 、■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

注９）保険者が、保健指導対象者を通じて、かかりつけ医から同意を取得する方法も考えられる。

注１０）かかりつけ医が、患者の状況等から、保健指導を行うことが適当でないと判断することも考えられるため、必ずしも全ての対象者について本プログラムに基づき、情報提供書を送付するものではない。

注１１）糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例

	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点
第1期 〜 第2期	糖尿病 かつ 尿蛋白±以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	・HbA1c、血圧の程度に応じた対応 ・第1期では糖尿病管理 ・第2期ではそれに加え腎症改善に重点をおいた指導	・Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 ・血圧・血糖管理 ・網膜症等合併症検査 ・第2期：保健指導紹介	・第1・2期の区別は健診だけではできない ・eGFR＜45の場合対応優先
第3期	糖尿病 かつ 尿蛋白1＋以上	顕性腎症 腎機能低下防止	・受診勧奨と受診状況確認 ・医師と連携した保健指導 ・減塩、減酒等の食生活改善 ・禁煙 ・肥満者では減量 ・身体活動の維持	・Cr、尿蛋白・尿アルブミン測定による病期確定 ・血圧・血糖管理 ・網膜症等合併症検査 ・腎排泄性薬剤の見直し ・保健指導の留意点指示 ・腎臓専門医への紹介を考慮する	・他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 ・100%対応できることを目指す
第4期	糖尿病 かつ eGFR＜30	透析直前期 透析導入時期の延伸	・強力な受診勧奨と受診確認 ・治療中断防止	・血圧・血糖管理 ・腎排泄性薬剤の変更 ・腎臓専門医への紹介 など	・心不全、脳卒中ハイリスク ・Cr測定しなければ病期確定できない

保健指導にあたっては、腎症病期や検査値経過等を参考に、個人の健康状態や生活背景にあった行動目標であるかを見直し、かかりつけ医等と相談しながら安全管理に留意した運営を行う。

注１２）保険者における糖尿病性腎症重症化予防事業評価の例

【ストラクチャー評価】 ・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 ・関係者間での理解が得られ、連携体制が構築できたか ・予算、マンパワー、教材の準備 ・保健指導者の研修 ・運営マニュアル等の整備 ・健診・医療データの集約方法 【プロセス評価】 ・スケジュール調整 ・対象者の抽出、データ登録ができたか	【アウトプット評価】 ・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 【アウトカム評価】 ・受診につながった割合 ・行動変容 ・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

医療保険者としてのマクロ的評価（KDB の活用）
・新規透析導入患者
・糖尿病性腎症病期、未治療率
・HbA1c8.0％以上の未治療者
・健診受診率　・医療費推移 等

様式例１

糖尿病管理台帳

（HbA1c6.5以上）

※糖尿病服薬は問診結果による
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す
※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	R1年度末年齢	診療開始日 合併症の有無		項目		H26	H27	H28	H29	H30	R1	転出・死亡等	備考
1		H24					男	49	糖尿病		糖	服薬				社保	社保	社保		
									高血圧			HbA1c	7.8							
									虚血性心疾患		糖以外	体重	81.3							
									脳血管疾患			BMI	29.4							
									糖尿病性腎症			血圧	139/89							
											CKD	GFR	84							
												尿蛋白	＋							
2		H24					男	49	糖尿病	H24.8.7	糖	服薬		○						H25.10躁うつ病
									高血圧			HbA1c	7.1	7.1						
									虚血性心疾患		糖以外	体重	89.5	88.2						
									脳血管疾患			BMI	29.1	28.4						
									糖尿病性腎症			血圧	122/90	150/102						
											CKD	GFR	87	91						
												尿蛋白	－	－						
3		H24					男	51	糖尿病	H22.3.5	糖	服薬	○	○	○		社保	社保		
									高血圧	H22.3.31		HbA1c	7.9	8.2	7					
									虚血性心疾患		糖以外	体重	88.7	83.9	84.6					
									脳血管疾患			BMI	32.2	30.4	30.5					
									糖尿病性腎症	H24.11.14		血圧	132/70	120/64	126/70					
											CKD	GFR	73	66.8	65					
												尿蛋白	－	＋	＋＋					
4		H24					男	52	糖尿病	H22.10.18	糖	服薬	○	○	○	○	○	○		
									高血圧	H22.10.18		HbA1c	7.1	7.6	8.1	7.8	7.7	7.1		
									虚血性心疾患		糖以外	体重	81.8	85.6	87.6	77	76	77.5		
									脳血管疾患			BMI	26.3	27.6	28	24.8	24.6	24.9		
									糖尿病性腎症			血圧	110/70	130/85	110/80	110/72	124/76	109/66		
											CKD	GFR	85	84.3	85	73	61.8	68		
												尿蛋白	－	－	－	－	－	－		
5		H24					女	53	糖尿病	H25.6.5	糖	服薬								
									高血圧	H25.6.5		HbA1c	8.3							
									虚血性心疾患		糖以外	体重	67							
									脳血管疾患			BMI	29							
									糖尿病性腎症			血圧	157/108							
											CKD	GFR	104							
												尿蛋白	－							

様式例２

精密検査連絡票

特定健診の結果、糖尿病性腎症が疑われ、医療機関受診の対象となられました。
つきましては、ご高診くださいますようお願いいたします。
なお、お手数ながら太枠内をご記入のうえ、ご返送お願い申し上げます。

令和　　年　　月　　日
保険者名　　所属　　担当（　　）
連絡先

氏　名		生年月日	年　月　日生	男・女
住　所		電話番号		

健診結果（平成　年　月　日　実施）　添付資料（健診経年結果、腎グラフ、経過表）
血糖（空腹時・随時）　mg/dL
尿定性検査　蛋白＿＿　糖＿＿
HbA1c　%
eGFR　mL/分/1.73㎡

貴院での検査結果（平成　年　月　日）

傷病名	糖尿病（１型・２型・その他・不明） その他
検査結果	血糖値　mg/dL 尿アルブミン　mg/gCr HbA1c　% 血中Ｃペプチド　ng/mL　尿中Ｃペプチド　μg/日
方　針	□　治療不要 □　経過観察（　ヶ月後） □　治療中もしくは開始　治療における目標HbA1c　% □　他医紹介（　）
保健師等へ依頼する内容等	□　食事指導　総エネルギー　蛋白質 塩分　カリウム □　運動指導　運動強度等 □　服薬指導 □　禁煙指導 □　その他（　）

医療機関名		医師名	

様式例３

糖尿病性腎症予防のための保健指導情報提供書

令和　　年　　月　　日

保険者特定健診担当課長　様

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主　治　医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

氏　名		生年月日	年　月　日生	男・女
住　所		電話番号		

■　該当事項をチェックしてください。

保健指導を実施することが　　□　適当

■　必要に応じて、以下へも記入してください。
血糖値（空腹・随時）＿＿＿＿mg/dL、HbA1c ＿＿＿＿％（検査日：　　年　　月　　日）

尿蛋白区分	□　A1	□　A2	□　A3
尿アルブミン定量（mg/日） 尿アルブミン/Cr 比（mg/gCr）	30 未満	30～299	300 以上

GFR 区分	□ G1	□ G2	□ G3a	□ G3b	□ G4	□ G5
腎機能	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(ESKD)
数値(mL/分/1.73㎡)	≧90	60～89	45～59	30～44	15～29	＜15

下記の事項について保健指導を実施することが適当である。
□　食生活指導　※最新の「日本人の食事摂取基準」（厚生労働省）・「慢性腎臓病に対する食事療法基準」（日本腎臓学会）参照
□　運動指導
□　禁煙指導
□　その他（　　）

糖尿病に加えて、下記の疾患に留意して保健指導を実施することが適当である。
□　高血圧症
□　脂質異常症
□　肥満
□　その他（　　）

治療における目標 HbA1c〔　　％〕
その他の留意事項

全体的なご意見がありましたら、下記にご記載ください