

年 月 日

主治医 様

郡 山 市 長

糖尿病性腎症重症化予防 連絡票（受診勧奨）

郡山市国民健康保険の特定健康診査の結果、下記のとおり糖尿病性腎症のハイリスク所見がありましたので、ご高診・ご加療をお願いいたします。

今後の市の重症化予防事業に役立てて参りますので、ご多忙中誠に恐縮ですが、治療方針等太枠内を全てご記入の上、返信をお願いいたします。

記

氏 名		年齢※	性別
健診番号		生年月日	

※年齢は年度末年齢です。

特定健診 結果データ	HbA1c	%	特定保健指導レベル	
	空腹時血糖	mg/dl	随時血糖	mg/dl
	クレアチニン	mg/dl	eGFR	ml/分/1.73m ²
	尿蛋白		健診年月日	
	受診医療機関			

〔医療機関記入欄〕

受診日	年 月 日		※治療継続中の場合は、本票を持参して受診した日付を記載願います。 ※検査が2回以上に跨った場合は、最終日の日付を記載願います。	
診断名 (暫定、疑でも可)	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病		<input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常	
	<input type="checkbox"/> 異常認めず			
	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (1期 2期 3期 4期)		<input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症	
	<input type="checkbox"/> 神経障害			
	<input type="checkbox"/> 高血圧症		<input type="checkbox"/> 脂質異常症	
	<input type="checkbox"/> 腎硬化症		<input type="checkbox"/> 慢性腎炎	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
治療方針	<input type="checkbox"/> 治療中もしくは治療開始		<input type="checkbox"/> 経過観察 (カ月後)	
	<input type="checkbox"/> 生活指導 (1.食事・2.運動・3.アルコール・4.禁煙・5.その他)			
	<input type="checkbox"/> 次年度健診		<input type="checkbox"/> 眼科医紹介	
	<input type="checkbox"/> 他医紹介 ()			
報告日	年 月 日			
医療機関名 (連絡先) 担当医師名				

事業全体に関するお問合せ
郡山市国民健康保険課
TEL:024-924-2582

検査結果・医療機関記入欄に関するお問合せ
郡山市保健所健康づくり課
TEL:024-924-2900

血糖コントロール目標

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

治療の目標は、年齢、罹病期間、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時間の血糖値が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。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)

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 かつ ② ADL自立	① 軽度認知障害～軽度認知症 または 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%)	8.5%未満 (下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、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 (<http://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) 糖尿病罹病期間も考慮し、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良い。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表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。

【重要な注意事項】 糖尿病治療薬の使用に当たっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

糖尿病性腎症病期分類 (改訂) ^{注1}

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 ^{注2)}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299) ^{注3)}	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 ^{注4)}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5)}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

注1: 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、厚生労働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 (URL: <http://mhlw-grants.niph.go.jp/>, Wada T, Haneda M, Furuichi K, Babazono T, Yokoyama H, Iseki K, Araki S, Ninomiya T, Hara S, Suzuki Y, Iwano M, Kusano E, Moriya T, Satoh H, Nakamura H, Shimizu M, Toyama T, Hara A, Makino H: The Research Group of Diabetic Nephropathy, Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan. Clinical impact of albuminuria and glomerular filtration rate on renal and cardiovascular events, and all-cause mortality in Japanese patients with type 2 diabetes. Clin Exp Nephrol. 2013 Oct 17. [Epub ahead of print])

注2: 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。

注3: 微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病性腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で、早期腎症と診断する。

注4: 顕性アルブミン尿の症例では、GFR 60 ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。

注5: GFR 30 ml/分/1.73m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿蛋白値に拘わらず、腎不全期に分類される。しかし、特に正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病性腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である。

【重要な注意事項】 本表は糖尿病性腎症の病期分類であり、薬剤使用の目安を示した表ではない。糖尿病治療薬を含む薬剤特に腎排泄性薬剤の使用に当たっては、GFR等を勘案し、各薬剤の添付文書に従った使用が必要である。

(2013年12月 糖尿病性腎症合同委員会)

郡山市糖尿病性腎症重症化予防プログラム 保健指導対象者等名簿

様式2【郡山市⇒医療機関】

年 月 日

【保健指導対象者】
 本プログラムの対象者は、糖尿病で治療中で以下の条件に該当する者である。
 1 糖尿病性腎症4期と推定される者（eGFR30ml/分/1.73m²未満）※
 2 糖尿病性腎症3期と推定される者（eGFR30ml/分/1.73m²以上かつ尿蛋白+以上）
 3 ハイリスク者
 (1) HbA1c7.0%以上
 (2) 以下のリスク要因のうち2つ以上該当する者
 ①LDL : 120mg/dl以上
 ②血圧 : 150/90mmHg以上
 ③中性脂肪 : 300mg/dl以上
 ※eGFR<45の方は、腎専門医への紹介を御検討くださるようお願いいたします。

医療機関名： _____

No	整理番号	漢字氏名	か氏名	生年月日	年齢	性別	住所	腎症期別	令和 年度特定健康診査結果										保健指導の必要性	保健指導の必要性がない理由				
									HbA1c	空腹時血糖	随時血糖	尿蛋白	eGFR	血清Cr	収縮期血圧	拡張期血圧	中性脂肪	HDL-C		LDL-C	指導済	その他		
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								

※保健指導の必要性がある方については、保健指導情報提供書（様式3）も併せて提出してください。

郡山市長
(課宛)

糖尿病性腎症重症化予防 保健指導情報提供書

※この様式は、「様式2」の「保健指導の必要性」に「○」を記載した方のみ、提出をお願いいたします。

氏名	生年月日		年 月 日	性別
住所	郡山市 電話番号【 - - 】			
検査結果 <small>※直近のデータで記載できるもののみ記入</small> <small>※検査結果は写しでも可</small>	【検査日】 年 月 日			
	HbA1c	%		
	空腹時血糖	mg/dl	随時血糖	mg/dl
	eGFR	ml/分/1.73m ²	クレアチン	mg/dl
	尿アルブミン/Cr	mg/gCr		
	尿蛋白	- ± 1+ 2+ 3+以上	または	g/gCr
	尿潜血	- ± 1+ 2+ 3+以上		
	尿沈渣			
目標値	HbA1c	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
		<input type="checkbox"/> 6.0%未満	<input type="checkbox"/> 7.0%未満	<input type="checkbox"/> 8.0%未満
※該当値にチェックを入れてください。				
保健師等への指示事項	具体的な指示事項がない場合は、糖尿病やCKDのガイドライン等により指導を進めてよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません			
	具体的な指示事項がある場合は、以下に記載願います。 <input type="checkbox"/> 指示あり <input type="checkbox"/> 指示なし <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>			
専門医へ紹介した場合	<input type="checkbox"/> あり (医療機関名:) <input type="checkbox"/> なし			
保健指導報告書の返送先	 <input type="checkbox"/> 紹介先 <input type="checkbox"/> 当院			

年 月 日

医療機関名 :
(連絡先)

担当医師名 :

○血糖コントロール目標値（糖尿病治療ガイド2018-2019）

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

治療目標は年齢，罹病期間，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180 mg/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) いずれも成人に対するの目標値であり，また妊娠例は除くものとする。

年 月 日

様

郡山市長

糖尿病性腎症重症化予防 保健指導実施結果報告書

本市の保健事業につきましては、平素格別のご指導・ご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。
さて、保健指導情報提供書（様式3）にて保健指導依頼をいただきました件につきましては、下記のとおり保健指導を実施いたしました。
今後とも、ご指導・ご助言くださいますよう、よろしくお願いいたします。

記

氏名		性別	
生年月日	年 月 日	年齢	歳 ※
住所			
整理番号			
保健指導 実施内容			

※年齢は年度末年齢です。

所属名 :

担当者氏名 :

電話番号 :

診療情報提供書 一般医療機関（かかりつけ医等）から専門医療機関

年 月 日

医療機関名：

先生 御侍史

氏名				性別	男・女
住所				電話番号	
生年月日	年	月	日	年齢	歳
把握経路	<input type="checkbox"/> 健診	<input type="checkbox"/> 診療	健康保険	<input type="checkbox"/> 郡山市国保	<input type="checkbox"/> 他
診断名 (疑いも可)	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症		<input type="checkbox"/> CKDに伴う糖尿病		
	<input type="checkbox"/> 腎硬化症		<input type="checkbox"/> その他 ()		
原疾患 既往症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)				
	<input type="checkbox"/> 高血圧症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)				
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)				
	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症 (<input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 未治療)				
	<input type="checkbox"/> 肥満 (BMI25以上) <input type="checkbox"/> その他 ()				
検査結果 <input type="checkbox"/> 右記 <input type="checkbox"/> 別添 (別添の場合 記入不要)	検査年月日	年		月	日
	HbA1c	%			
	空腹時血糖	mg/dl	随時血糖	mg/dl	
	Cr:クレアチン	mg/dl			
	尿アルブミン/Cr	mg/g Cr			
	eGFR	ml/分/1.73m ²			
	尿蛋白	g/g Cr			
		(- ± 1+ 2+ 3+以上)			
	尿潜血	(- ± 1+ 2+ 3+以上)			
	尿沈渣				
特記事項・その他					
依頼事項	<input type="checkbox"/> 病態検査・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"/> 専門医療機関の判断に一任				
	<input type="checkbox"/> 可能な限りかかりつけ医で診療				
	<input type="checkbox"/> 専門医療機関での診療を希望				
その他 連絡事項					

□郡山市が実施する保健事業において保健指導や健康相談を実施する目的で、本書の写しを郡山市に提供する旨を患者に説明し、同意を得た。

医療機関名：

主治医名：

医療機関名：

先生 御侍史

診療情報提供書 専門医療機関から一般医療機関（かかりつけ医等）

年 月 日

氏名			性別	男・女
住所			電話番号	
生年月日	年	月	日	年齢 歳
連携	<input type="checkbox"/> 初診	<input type="checkbox"/> 再診	健康保険	<input type="checkbox"/> 郡山市国保 <input type="checkbox"/> 他
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> CKDに伴う糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎硬化症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
原因分類 ※複数チェック可	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明			
糖尿病性腎症病期分類	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期			
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	※直近の検査データを添付してください。			
指導事項	<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"/> 摂取量 _____ kcal <input type="checkbox"/> 減塩 _____ g <input type="checkbox"/> 蛋白制限 _____ g <input type="checkbox"/> K制限あり <input type="checkbox"/> P制限あり <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 飲酒可（純アルコール gまで） <input type="checkbox"/> 飲酒不可 <input type="checkbox"/> 家庭内血圧測定 <input type="checkbox"/> 運動 _____ <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 特になし			
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 ） <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： _____）			
その他連絡事項				

郡山市が実施する保健事業において保健指導や健康相談を実施する目的で、本書の写しを郡山市に提供する旨を患者に説明し、同意を得た。

医療機関名：

主治医名：

糖尿病性腎症病期分類 (改訂) 注1

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以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) 注3	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以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

- 注1: 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、厚生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 (URL:<http://mhlw-grants.niph.go.jp/> Wada T, Haneda M, Furuichi K, Babazono T, Yokoyama H, Iseki K, Araki SI, Ninomiya T, Hara S, Suzuki Y, Iwano M, Kusano E, Moriya T, Satoh H, Nakamura H, Shimizu M, Toyama T, Hara A, Makino H: The Research Group of Diabetic Nephropathy, Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan. Clinical impact of albuminuria and glomerular filtration rate on renal and cardiovascular events, and all-cause mortality in Japanese patients with type 2 diabetes. Clin Exp Nephrol. 2013 Oct 17. [Epub ahead of print])
- 注2: 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。
- 注3: 微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病性腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で、早期腎症と診断する。
- 注4: 顕性アルブミン尿の症例では、GFR 60 ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため注意が必要である。
- 注5: GFR 30 ml/分/1.73m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿蛋白値に拘わらず、腎不全期に分類される。しかし、特に正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病性腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である。

【重要な注意事項】 本表は糖尿病性腎症の病期分類であり、薬剤使用の目安を示した表ではない。糖尿病治療薬を含む薬剤特に腎排泄性薬剤の使用に当たっては、GFR等を勘案し、各薬剤の添付文書に従った使用が必要である。
(2013年12月 糖尿病性腎症合同委員会)

CKDの定義

以下の①、②いずれか、または両方が3ヶ月以上持続することで診断する。

① 尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか、特に0.15 g/gCr以上の蛋白尿 (30mg/gCr以上のアルブミン尿)の存在が重要。

② GFR < 60 mL/分/1.73 m²

なおGFRは日常診療では血清Cr値、性別、年齢から日本人のGFR推算式1を用いて算出する。

$$eGFR_{creat} (\text{mL/分/1.73 m}^2) = 194 \times \text{血清Cr (mg/dL)}^{-1.094} \times \text{年齢 (歳)}^{-0.287}$$

女性の場合には×0.739

注: 酵素法で測定されたCr値(少数点以下2桁表記)を用いる。18歳以上に適用する。

(CKD診療ガイドライン2018)

表1 CGA分類

CKDの重症度分類(CKD診療ガイド2012) ^a				
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 m ²)	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		

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、心血管死発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■、オレンジ■、赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。
(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

注: わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、糖尿病または糖尿病性早期腎症であって微量アルブミン尿を疑う患者に対し、3カ月に1回に限り認められている。糖尿病において、尿定性で1+以上の明らかな尿蛋白を認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため、治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿蛋白定量を検討する。