

浜松市国民健康保険 糖尿病性腎症重症化予防 プログラム

令和4年6月

浜松市

Ver. 2

目 次

1	策定の背景	1
2	プログラムの目的と特徴	
(1)	目的	2
(2)	特徴	2
3	取り組み内容	
(1)	対象者基準	5
(2)	介入方法	
ア	受診勧奨通知	5
イ	医療での流れ	7
ウ	未受診者への対応	8
4	関係機関の役割	
(1)	関係機関	9
(2)	かかりつけ歯科医	9
(3)	かかりつけ薬剤師（協力薬局）	9
(4)	管理栄養士	9
5	事業評価	
(1)	評価指標	9
(2)	評価時期	10
通知等書式 1	対象者への通知（リスク者・ハイリスク者・治療中断者）	11
通知等書式 2	受診報告書	15
参考資料 1	策定の経緯	21
参考資料 2	浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 委員名簿	22

1 策定の背景

- 糖尿病性腎症は、人工透析の原疾患のおよそ4割を占め最も多い。人工透析を要する状態となると、被保険者の生活の質を著しく低下させ、かつ医療経済的にも社会的に大きな負担となる。
- 国は、高齢化の進展及び生活習慣の変化に伴う糖尿病患者数の増加を課題とし、日本医師会、日本糖尿病対策推進協議会、厚生労働省で連携協定を締結し、糖尿病による腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とした「糖尿病性腎症重症化予防プログラム（以下、「プログラム」という。）」を平成28年6月に策定した。また、平成31年4月には更なる取り組みの充実を図るため、プログラムの改定^{※1}を行った。
- 浜松市国民健康保険においても、平成30年3月に策定した「第2期データヘルス計画」において生活習慣病、特に糖尿病重症化予防への対策を強化すべき対策として位置付けている。
- この対策をさらに推進するため、令和元年6月から「浜松市国民健康保険 糖尿病性腎症重症化予防検討会（以下、「検討会」という。）」を立ち上げ、市としてのプログラム策定のための検討をスタートした。この度、検討会での意見を踏まえ、「浜松市国民健康保険 糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定した。

※1 厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/program.pdf>

<参考> 検討会での主な意見

- 糖尿病性腎症における微量アルブミン尿、初期の顕性蛋白尿は集学的治療により可逆的に寛解し得る。
- 浜松市国民健康保険では、年間約2万人の糖尿病患者を抱えており、その多くはかかりつけ医によって管理されている。浜松市での診療の中心を担っているかかりつけ医をサポートするための病診連携をどのように提案するかが重要である。
- 早期からの医療連携によって、患者が自身の腎機能の状態を認識することで患者の行動変容に繋がる。
- 治療中断者を医療へ再びつなげることは、末期腎不全へのリスクを軽減することとなる。

2 プログラムの目的と特徴

(1) 目的

本プログラムは、関係機関の連携により、糖尿病が重症化するリスクの高い被保険者が、適時適切な医療、保健サービスを受けることで、末期腎不全への移行及び死亡を防ぐことを目的とする。

(2) 特徴

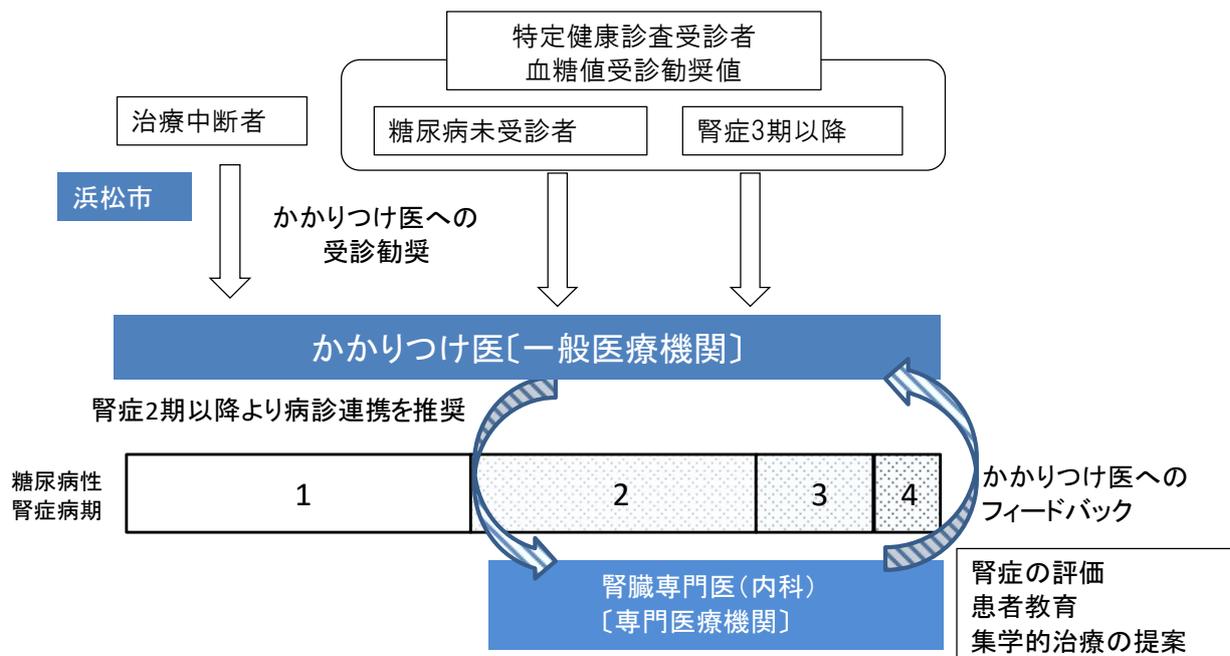
- 本プログラムは、国及び県のプログラムを参考にしたものであるが、具体的な内容については、保険者（市）の実情を踏まえ策定した。
- 本プログラムでは、糖尿病性腎症の進行を食い止めるため、治療強化により可逆的に病期を改善できる腎症 2 期からの腎疾患評価及び患者教育を行うことを推奨している。
なお、重症度を示す病期分類は、「糖尿病性腎症病期分類（改訂）」（糖尿病性腎症合同委員会 2013 年）に基づき、表 2－1 のとおりとする。
- 本プログラムでは、保険者（市）と医療関係機関が連携し有機的なシステムを以下のとおり、新たに提案している（P3 プログラム概念図参照）。なお、本プログラムにおけるかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師は、対象者が「いつも診てもらおう」医師、歯科医、薬剤師と定義する。
 - ・ 保険者（市）は、対象者に対し、かかりつけ医〔一般医療機関〕への受診勧奨を行う。
 - ・ 医療では、早期からの病診連携を強化することによって、対象者の生活習慣の改善を促し、集学的治療を促進する。また、併せてより良い運用のため、病診連携の受け皿体制を整え、腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕の対応の標準化を図っていく。
 - ・ かかりつけ歯科医やかかりつけ薬剤師（協力薬局）、管理栄養士は、かかりつけ医等医療機関との連携を強化して重症化予防に務める。
- 本プログラムは、対象者をかかりつけ医〔一般医療機関〕から腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕に画一的に紹介することを促すものではない。病診連携の必要性については、対象者の状況に応じ、かかりつけ医〔一般医療機関〕の総合的な判断により柔軟に対応する必要がある。

(表2-1)

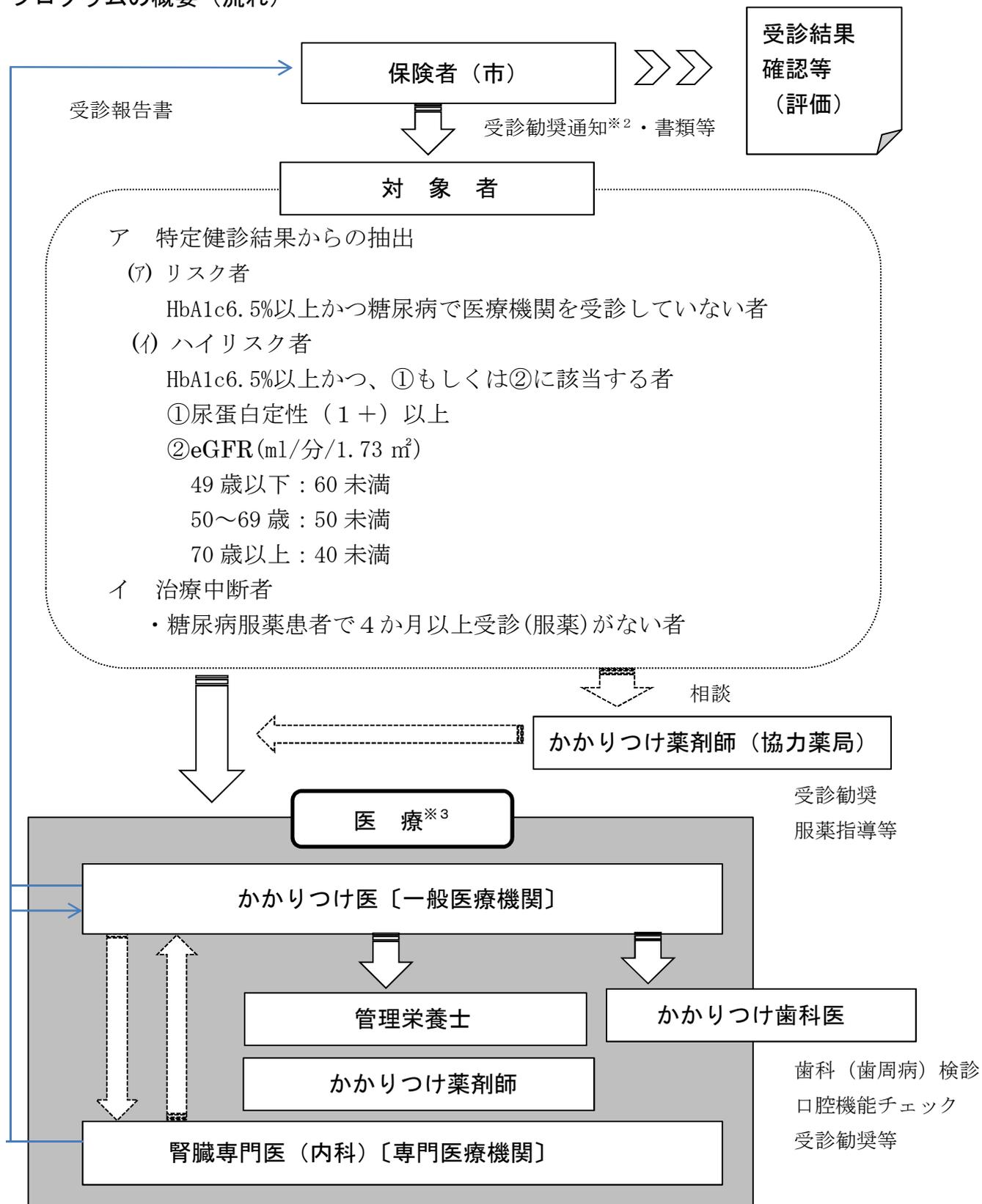
病 期	尿アルブミン値 (mg/g Cr) あるいは尿蛋白値 (g/g Cr)	GFR (e GFR) (mL/分/1.73 m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療養中	

厚生労働省作成「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」から抜粋

<プログラム概念図>



プログラムの概要（流れ）



※2 通知文面は、P11～14参照。

※3 かかりつけ医〔一般医療機関〕、腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕の流れ（病診連携）及び各機関での実施内容は、「3（2）イ医療での流れ」（P7～8）参照。

3 取り組み内容

(1) 対象者基準

対象者の選定基準は、表3-1のとおりとする。

ただし、悪性新生物等全身状態の管理が必要な疾患で治療中の者は除く。

(表3-1)

対象者区分		基準
ア	特定健康診査 (以下、「特定健診」という。)結果からの受診勧奨基準	リスク者 当該年度の特定健診結果が HbA1c6.5%以上かつ糖尿病で医療機関を受診していない者
	ハイリスク者 ※ <u>受診中であっても通知する。</u>	当該年度特定健診結果 HbA1c6.5%以上かつ、①もしくは②に該当する者 ①尿蛋白定性(1+)以上 ②eGFR (ml/分/1.73m ²) 49歳以下 60未満 50~69歳 50未満 70歳以上 40未満
イ	治療中断者	糖尿病服薬患者で4か月以上受診(服薬)がない者。 ※原則1人につき1年に1回限り通知する。

(2) 介入方法

ア 受診勧奨通知

保険者(市)は、対象者に対し、かかりつけ医〔一般医療機関〕への受診を通知(P11~14参照)により促す。通知には、医療機関への依頼書、受診報告書(P15~19参照)を同封する。

個人の事情等により、直ちに医療機関へ受診できない対象者を考慮し、かかりつけ薬剤師(協力薬局)での保健指導の紹介を同封する^{※4}。

なお、受診報告書は、対象者区分ごとに表3-2のとおり色分けする。

(表3-2)

対象者区分	色
リスク者	水色
ハイリスク者	桃色
治療中断者	白色

※4 かかりつけ薬剤師(協力薬局)は、対象者から受診前に相談があった場合は、4(3)の内容(P9参照)を指導し、受診報告書に必要な事項を記載の上、かかりつけ医〔一般医療機関〕への受診を促す。

(表 3-3)

かかりつけ医〔一般医療機関〕・腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕実施内容

区分	ハイリスク者 (桃色)	リスク者／治療中断者 (水色) / (白色)
かかりつけ医〔一般医療機関〕	○検尿検査※等 ※尿蛋白陰性の場合は、必要に応じて尿中アルブミン検査(定量)実施 ○血圧、血糖管理(強化) ○合併症の評価 (眼科受診の確認等) ○腎臓専門医(内科)への紹介 (推奨) ○歯科(歯周病)検診受診勧奨 ○特定健診受診勧奨	○尿アルブミン検査(定量、尿クレアチニン補正)等 陽性 (30mg/gCr以上)
		陰性 (30mg/gCr未満)
		○血圧、血糖管理 ○合併症の評価 (眼科受診の確認等) ○腎臓専門医(内科)への紹介 (推奨) ○歯科(歯周病)検診受診勧奨 ○特定健診受診勧奨
		○血圧、血糖管理 ○栄養食事指導※ ※必要時、静岡県栄養士会の栄養 ケア・ステーションを利用 ○合併症の評価 (眼科受診の確認等) ○必要時、腎臓専門医(内科)への紹介 (めやす：P7表3-4) ○歯科(歯周病)検診受診勧奨 ○特定健診受診勧奨
	患者管理ツールとして糖尿病連携手帳を使用することが望ましい	
書類作成・提出	○受診報告書に検査結果、自院名、サイン等記入	
	○受診報告書(①かかりつけ医/保管)を切り取り保管	
	○受診報告書(②かかりつけ医/保険者報告用)を切り取り、保険者(市)へ提出(投函)	
	○受診報告書(専門医用書式③、④)と必要な診療情報を紹介先医療機関へ提供する(書式任意) ※初診患者は除く	
腎臓専門医(内科)〔専門医療機関〕	実施内容 ○検査(蓄尿等)→食塩、蛋白摂取量把握 ○栄養食事指導、生活指導等 ○糖尿病性腎症治療内容の見直し ○糖尿病性腎症以外の腎症の評価	
	書類作成・提出 ○受診報告書に受診日、病期、次回予約日を記入 ○受診報告書(③腎臓専門医(内科)/保管用)を切り取り保管 ○受診報告書(④腎臓専門医(内科)/保険者報告用)を切り取り、保険者(市)へ提出(投函) ○必要書類(実施内容結果等、書式任意)をかかりつけ医へ提出	

※受診報告書等書類の流れはP20参照

イ 医療での流れ（推奨）（各機関の実施内容含む）

保険者（市）から通知を受け取った対象者が、かかりつけ医〔一般医療機関〕へ受診し、検尿等の必要な検査、指導を受け、必要時、腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕へ紹介される。（表 3 - 3 参照）

（ア）対象者

- ・ 保険者（市）から受け取った受診報告書等をかかりつけ医〔一般医療機関〕に渡し、診察を受ける。

（イ）かかりつけ医〔一般医療機関〕

- ・ 対象者の状況に応じた検査（尿検査、尿アルブミン検査等）や血圧、血糖管理（栄養食事指導含む）、合併症の評価（眼科受診確認等）を行う。栄養食事指導に関しては、必要に応じ、公益社団法人静岡県栄養士会の栄養ケア・ステーションを利用する。
なお、尿アルブミン定量の保険適用は、糖尿病または糖尿病性早期腎症患者であってアルブミン尿を疑う者に対して行った場合で3月に1回限り算定できる。
- ・ 検査結果等から治療の見直しや腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕への紹介めやすを満たす症例について病診連携の必要性を判断する（紹介めやすは、表 3 - 4 参照）。
- ・ 歯科（歯周病）検診や特定健診の継続受診の必要性を指導する。
- ・ なお、患者管理ツールは、糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会発行）を使用することが望ましい。

（表 3 - 4）

紹介めやす	
HbA1c 6.5%以上 かつ	アルブミン定量（尿）30mg / g Cr 以上
HbA1c 6.5%以上 かつ	尿蛋白定性（1+）以上
または e G F R（ml/min/1.73 m ² ）	
49 歳以下：60 未満 50 歳～69 歳：50 未満 70 歳以上：40 未満	

※ハイリスク者は、紹介めやすの基準に該当。

（イ）- 1 腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕への紹介を行う場合

- ・ 受診報告書に必要事項を記入し、受診報告書の「①かかりつけ医／保管用」及び「②かかりつけ医／保険者報告用」2枚を切り取り、腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕への紹介（受診の必要性）について、対象者に説明する。

- ・かかりつけ医〔一般医療機関〕にて糖尿病を治療中の対象者については、必要と思われる情報を添付資料^{*5}として受診報告書の「③腎臓専門医(内科)／保管用」及び「④腎臓専門医(内科)／保険者報告用」と併せ紹介先医療機関へ情報提供する。
- ・切り取った受診報告書の「①かかりつけ医／保管用」を保管し、「②かかりつけ医／保険者報告用」を保険者（市）へ提出（市封筒に入れ投函）する。

(イ)－2 腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕への紹介を行わない場合

- ・受診報告書に必要事項を記入の上、「①かかりつけ医／保管用」を切り取り保管し、その他の書式（②～④）を保険者（市）へ提出（市封筒に入れ投函）する。

※5 参考様式 「静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」

<https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-430/documents/yoshiki.pdf>

(ウ) 対象者（腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕への紹介が必要な対象者）

- ・腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕を紹介された対象者は、かかりつけ医〔一般医療機関〕から紹介された腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕で診察を受ける。

(エ) 腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕

- ・かかりつけ医〔一般医療機関〕から紹介された対象者に対し、状況に応じた検査（蓄尿等）や血圧管理、栄養食事指導及び生活指導等を行う。
- ・糖尿病性腎症の治療内容の見直しや糖尿病性腎症以外の腎症の評価を行う。
- ・腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕における診療が必要と判断した際は、かかりつけ医〔一般医療機関〕と病診連携を行う。
- ・診察後、紹介元であるかかりつけ医〔一般医療機関〕へ必要な書類（実施内容結果を記載した書類、書式任意）を提出する。また、受診報告書の「③腎臓専門医(内科)／保管用」を切り取り保管し、「④腎臓専門医(内科)／保険者報告用」を切り取り、保険者（市）へ提出（市封筒に入れ投函）する。

ウ 未受診者への対応

保険者（市）は、受診勧奨を通知した概ね6か月後に、「国保データベースシステム」等により医療機関の受診を確認し、未受診の場合には市保健師による訪問指導等を行う。訪問対象者は、属性（年代）、治療状況（注射薬の中断

有無)、重症度(合併症の有無、特定健診結果)を項目ごとに点数化することで優先順位付けを行い、点数の高い対象者から優先的に訪問する。訪問時(不在の場合も含む)には、生活習慣改善指導や受診勧奨等のため、かかりつけ薬剤師(協力薬局)の相談を紹介する。

4 関係機関の役割

(1) 関係機関(医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会等)

保険者(市)が行う本プログラムを始めとする糖尿病性腎症重症化予防の取り組みについて、会員への周知、助言など必要な協力を行う。

(2) かかりつけ歯科医

- ・ 歯科(歯周病)検診及び口腔機能の評価を行う。
- ・ 糖尿病と歯科との関連及び口腔機能維持への指導を行う。
- ・ 糖尿病の治療継続の必要性について指導を行う。
- ・ 特定健診を毎年受診する必要性について指導を行う。

(3) かかりつけ薬剤師(協力薬局)

- ・ 糖尿病治療の必要性を説き、医療機関への受診勧奨及び治療継続の指導を行う。
- ・ 服薬指導(副作用などを含む)及び理解度の確認を行う。
- ・ 必要に応じ、生活指導や療養指導を行い、かかりつけ医等と連携する。
- ・ 必要に応じ、かかりつけ医等へ服薬に関する情報提供や疑義照会を行う。
- ・ 特定健診を毎年受診する必要性について指導を行う。

(4) 管理栄養士

- ・ かかりつけ医等と連携し、個人の状況にあった栄養食事指導を行う。
- ・ 糖尿病治療継続の必要について指導を行う。
- ・ 特定健診を毎年受診する必要性について指導を行う。

5 事業評価

事業評価は、検討会において行い、必要な際にはプログラムの修正を行い、随時改善を図る。令和5年度末には、本プログラムの全体評価を実施し、糖尿病性腎症重症化予防対策について、見直しを行うものとする。

(1) 評価指標

指標は次のとおりとする。

ア 実施手法検討のための指標（アウトプット評価）

- ・受診勧奨通知送付率
- ・医療機関への受診率（通知後概ね6か月時点）
- ・報告率（報告書が市へ返送された率）
- ・アルブミン定量検査結果
- ・腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕紹介率
- ・かかりつけ薬剤師相談率

イ 重症化予防の評価指標（アウトカム評価）

- ・生存率
- ・人工透析導入率
- ・経年特定健康診査結果
（血糖検査、尿検査、血清クレアチニン、eGFR）

（2）評価時期

年度ごとに行う。

通知等書式 1 対象者への通知

(1) リスク者

令和 年 月 日

様

浜松市国保年金課

特定健康診査結果について（受診のお勧め）

浜松市国民健康保険では、生活習慣病の早期発見・重症化予防を目的に特定健診を実施しています。令和3年度からは特に糖尿病性腎症の重症化予防の取り組みを新たに開始しました。

貴方様の特定健診の結果は、HbA1c の値が高く、血糖値が高い状態を表しており、糖尿病が疑われます。

高血糖の状態（糖尿病）が続くと、神経、眼、腎臓などに合併症を引き起こします。このうち腎臓の合併症（糖尿病性腎症）は、重症化すると腎不全になり、人工透析が必要になる場合があります。（同封のリーフレット参照）

医療機関未受診の方は、できるだけ早くかかりつけ医（最寄りの医療機関）へ受診をしてください。

既に通院中の方は、かかりつけ医へご相談ください。

なお、受診をされる際には**今回お送りした書類全てをそのままお持ちください。**

受診が確認できないときは、状況をお伺いするため再度通知・電話・訪問などをさせていただきますので、ご了承ください。

昨年度に受診済みの場合であっても、特定健診結果により、このご案内をお送りしています。

〇年〇月〇日の特定健診結果

HbA1c 値（NGSP 値）

〇.〇 %

* 基準値 5.6%未満
〈特定健診実施機関〉

〇〇クリニック

《問合せ先》 浜松市国保年金課
国保・後期医療費適正化対策室
電話 053-457-2638

様

浜松市国保年金課

特定健康診査結果について（受診のお勧め）

浜松市国民健康保険では、生活習慣病の早期発見・重症化予防を目的に特定健診を実施しています。令和3年度からは特に糖尿病性腎症の重症化予防の取り組みを新たに開始しました。

貴方様は特定健診の結果から、高血糖と腎臓病が疑われます。

高血糖の状態（糖尿病）が続くと、神経、眼、腎臓など全身に合併症を引き起こします。このうち腎臓の合併症（糖尿症性腎症）は、重症化すると腎不全になり、人工透析が必要になる場合があります。（同封のリーフレット参照）

医療機関未受診の方は、できるだけ早くかかりつけ医（最寄りの医療機関）へ受診をしてください。

既に通院中の方は、かかりつけ医へご相談ください。

なお、受診をされる際には **今回お送りした書類全てをそのままお持ちください。**

受診が確認できないときは、状況をお伺いするため再度通知・電話・訪問などをさせていただきますので、ご了承ください。

昨年度に受診済みの場合であっても、特定健診結果により、このご案内をお送りしています。

《問合せ先》浜松市国保年金課
国保・後期医療費適正化対策室
電話 053-457-2638

あなたの血糖と腎機能の状態は？

ハイリスク者宛て通知

(令和 年度特定健診結果より)

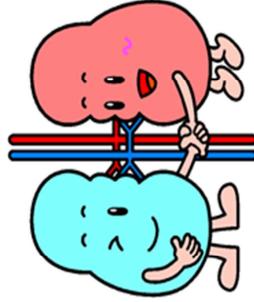
浜松市国保年金課

電話：053-457-2638

様の結果

<健診日> 年 月 日

<特定健診実施機関>



《腎臓の働き》

さまざまな働きをしていますが、最も重要なのは体内を流れる血液をろ過し、その量をコントロールすることと同時に老廃物を取り除いて尿として排泄することです。

※eGFRの基準値は、年齢によって変わります。

検査項目	あなたの結果	基準値
HbA1c(%)		5.6(%)未満
尿たんぱく		(一)
eGFR※ (ml/分/1.73m ²)		

eGFR=100とは？
腎臓(糸球体)が100%仕事できる健康な若い時の状態

eGFR=60とは
腎臓(糸球体)が60%仕事できる状態

ここまで低下してやっとなり自覚症状が出るが多い

※GFR(糸球体ろ過量)とは？
腎臓の働き(腎機能)をあらわします。
GFR 値は、通常、健診で受けられた血液検査の
①血清クレアチニン値、②性別、③年齢
から推算され、その値を推算GFR(eGFR)といいます。

区分	腎機能	eGFR	49歳以下	50~69歳	70歳以上
1	腎機能正常	90以上			
2	腎機能の軽度低下	60~89			
3	腎機能の中等度低下	30~59	60	50	40
4	腎機能の高度低下	15以上 30未満			
5	末期腎不全	15未満			

受診勧奨ライン

(3) 治療中断者

令和 年 月 日

様

浜松市国保年金課

糖尿病の治療を中断していませんか？（受診のお勧め）

浜松市国民健康保険では、生活習慣病の早期発見・重症化予防を目的に特定健診等保健事業を実施しています。令和3年度からは特に糖尿病性腎症の重症化予防の取り組みを新たに開始しました。

この通知は診療報酬明細書（レセプト）から糖尿病の治療を中断されていると思われる方に送付しています。

通知の対象となる方

令和 年 月に糖尿病の薬の処方がある方で、その後4か月間にレセプト上処方が確認できない方

糖尿病を放置すると、神経、眼、腎臓などに合併症を引き起こします。このうち腎臓の合併症（糖尿病性腎症）は、重症化すると腎不全になり、人工透析が必要になる場合があります。（同封のリーフレット参照）

通院を中断されている方は、できるだけ早くかかりつけ医（最寄りの医療機関）へ受診をしてください。既に通院中の方は、かかりつけ医へご相談ください。

なお、受診をされる際には **今回お送りした書類全て** をそのままお持ちください。

受診が確認できないときは、状況をお伺いするため再度通知・電話・訪問などをさせていただきますので、ご了承ください。

昨年度もこのご案内をお送りしている方で、受診が確認できない方にもお送りしています。

《問合せ先》浜松市国保年金課
国保・後期医療費適正化対策室
電話 053-457-2638

通知等書式 2 受診報告書

※ハイリスク者用掲載

※リスク者：水色 ハイリスク者：桃色 治療中断者：白色

※いずれも4枚複写

<記載例>

記載例	浜松市国民健康保険 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 受診報告書	1
※かかりつけ医療機関様は網掛け部分をご記載ください。 ※腎臓専門医(内科)へご紹介される場合は、様式下部にも記載事項がございます。		
報告・紹介元医療機関 (かかりつけ医)	医療機関名 医師氏名 所在地・電話番号	○○クリニック ○○ ○○ 浜松市○区○○町○○番地 (053)123-5678
<対象者>		
住 所 〒 市で記入済		
氏 名 生年月日 19 年 月 日 (男 ・ 女)		
<特定健康診査実施時のデータ>		
健診受診日 20○○年○月○日 実施医療機関 ○○クリニック 市で記入済		
HbA1c ○.○ % 血清クレアチニン ○.○ mg/dl		
eGFR ○○.○ ml/分/1.73m ² 尿蛋白 (-) (±) (+) (++) (+++)		
<かかりつけ薬剤師(協力薬局)への相談履歴>		
相談日 20 年 月 日 薬局名 薬剤師名 助言内容 受診前に薬局へ相談された方は記載されています。		
<かかりつけ医療機関受診結果>		
①受診年月日	20 ○○ 年 ○ 月 ○ 日	
②アルブミン定量(尿)	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 (60 mg/gCr) <input type="checkbox"/> 未実施	
③歯科検診・特定健診受診勧奨	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
④専門医への紹介	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 下部の紹介状に【紹介先医療機関】をご記載ください。 ※参考<紹介めやす> HbA1c6.5%以上 かつ(1)もしくは(2)の基準を満たす場合 (1)アルブミン定量(尿)30mg/gCr以上 (2)尿蛋白定性(1+)以上 または eGFR(ml/分/1.73m ²) 49歳以下:60未満 50~69歳:50未満 70歳以上:40未満 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 該当理由いずれかにチェック <input type="checkbox"/> 既に専門医に受診中 <input type="checkbox"/> 上記以外	
⑤備考	その他連絡事項等ありましたら、ご記載ください。	
※以下は、腎臓専門医(内科)【専門医療機関】へ紹介が必要な場合にご記入ください。		
腎臓専門医(内科)【専門医療機関】への紹介状		
【紹介先医療機関】 (紹介される場合には、必ず事前にご予約をお願いいたします。)		
腎臓内科担当医様	※別紙 紹介状 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
上記の対象者が... 必要と思わ... たします。	ご紹介の場合は、ご紹介先医療機関名をご記載ください。	貴院へ通院されている患者さんの場合のみ(書式任意、初診患者不要)

①かかりつけ医/保管用 ※専門医への事前連絡 FAX送信用としてもご利用ください。

受診報告書

①

※かかりつけ医療機関様は網掛け部分をご記載ください。
 ※腎臓専門医(内科)へご紹介される場合は、様式下部にも記載事項がございます。

報告・紹介元医療機関 (かかりつけ医)	医療機関名 医師氏名 所在地・電話番号
------------------------	---------------------------

<対象者>

住 所 〒
氏 名
生年月日 19 年 月 日 (男・女)

<特定健康診査実施時のデータ>

健診受診日 20 年 月 日	実施医療機関
HbA1c %	血清クレアチニン mg/dl
eGFR ml/分/1.73m ²	尿蛋白 (-) (±) (+) (++) (+++)

<かかりつけ薬剤師(協力薬局)への相談履歴>

相談日 20 年 月 日	薬局名	薬剤師名
助言内容		

<かかりつけ医療機関受診結果>

①受診年月日	20 年 月 日
②アルブミン定量(尿)	<input type="checkbox"/> 実施 (mg/gCr) <input type="checkbox"/> 未実施
③歯科検診・特定健診受診勧奨	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
④専門医への紹介 <small>※参考<紹介めやす> HbA1c6.5%以上かつ(1)もしくは(2)の基準を満たす場合 (1)アルブミン定量(尿)30mg/gCr以上 (2)尿蛋白定性(1+)以上 または eGFR(ml/分/1.73m²) 49歳以下:60未満 50~69歳:50未満 70歳以上:40未満</small>	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 下部の紹介状に【紹介先医療機関】をご記載ください。 別紙紹介状がある場合は、「※別紙 紹介状□有」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 該当理由いずれかにチェック <input type="checkbox"/> 既に専門医に受診中 <input type="checkbox"/> 上記以外
⑤備考	その他連絡事項等ありましたら、ご記載ください。

※以下は、腎臓専門医(内科)〔専門医療機関〕へ紹介が必要な場合にご記入ください。

腎臓専門医(内科)〔専門医療機関〕への紹介状

【紹介先医療機関】

(紹介される場合には、必ず事前にご予約をお願いいたします。)

腎臓内科担当医様	※別紙 紹介状 <input type="checkbox"/> 有
上記の対象者が当院を受診した結果、さらに専門的な検査が必要と思われるので、ご指導ご加療のほど、よろしくお願いたします。	

①かかりつけ医/保管用 ※専門医への事前連絡 FAX送信用としてもご使用ください。

受診報告書

②

※かかりつけ医療機関様は網掛け部分をご記載ください。
 ※腎臓専門医(内科)へご紹介される場合は、様式下部にも記載事項がございます。

報告・紹介元医療機関 (かかりつけ医)	医療機関名 医師氏名 所在地・電話番号
------------------------	---------------------------

<対象者>

住 所 〒
氏 名
生年月日 19 年 月 日 (男・女)

<特定健康診査実施時のデータ>

健診受診日 20 年 月 日	実施医療機関
HbA1c %	血清クレアチニン mg/dl
eGFR ml/分/1.73m ²	尿蛋白 (-) (±) (+) (++) (+++)

<かかりつけ薬剤師(協力薬局)への相談履歴>

相談日 20 年 月 日	薬局名	薬剤師名
助言内容		

<かかりつけ医療機関受診結果>

①受診年月日	20 年 月 日
②アルブミン定量(尿)	<input type="checkbox"/> 実施(mg/gCr) <input type="checkbox"/> 未実施
③歯科検診・特定健診受診勧奨	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
④専門医への紹介 <small>※参考<紹介めやす> HbA1c6.5%以上 かつ(1)もしくは(2)の基準を満たす場合 (1)アルブミン定量(尿)30mg/gCr以上 (2)尿蛋白定性(1+)以上 または eGFR(ml/分/1.73m²) 49歳以下:60未満 50~69歳:50未満 70歳以上:40未満</small>	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 下部の紹介状に【紹介先医療機関】をご記載ください。 別紙紹介状がある場合は、「※別紙 紹介状□有」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 該当理由いずれかにチェック <input type="checkbox"/> 既に専門医に受診中 <input type="checkbox"/> 上記以外
⑤備考	その他連絡事項等ありましたら、ご記載ください。

※以下は、腎臓専門医(内科)〔専門医療機関〕へ紹介が必要な場合にご記入ください。

腎臓専門医(内科)〔専門医療機関〕への紹介状

【紹介先医療機関】

(紹介される場合には、必ず事前にご予約をお願いいたします。)

腎臓内科担当医様	※別紙 紹介状 □有
上記の対象者が当院を受診した結果、さらに専門的な検査が必要と思われるので、ご指導ご加療のほど、よろしくお願いたします。	

②かかりつけ医/保険者報告用(本紙を浜松市国保年金課へ郵送してください。同封の返信用封筒をご使用ください。)

受診報告書

③

③腎臓専門医（内科）／保管用

※かかりつけ医療機関様は網掛け部分をご記載ください。
 ※腎臓専門医（内科）へご紹介される場合は、様式下部にも記載事項がございます。

報告・紹介元医療機関 (かかりつけ医)	医療機関名 医師氏名 所在地・電話番号
------------------------	---------------------------

<対象者>

住 所 〒
氏 名
生年月日 19 年 月 日 (男・女)

<特定健康診査実施時のデータ>

健診受診日 20 年 月 日	実施医療機関
HbA1c %	血清クレアチニン mg/dl
eGFR ml/分/1.73m ²	尿蛋白 (-) (±) (+) (++) (+++)

<かかりつけ薬剤師(協力薬局)への相談履歴>

相談日 20 年 月 日	薬局名	薬剤師名
助言内容		

<かかりつけ医療機関受診結果>

①受診年月日	20 年 月 日
②アルブミン定量(尿)	<input type="checkbox"/> 実施(mg/gCr) <input type="checkbox"/> 未実施
③歯科検診・特定健診受診勧奨	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
④専門医への紹介 <small>※参考<紹介めやす> HbA1c6.5%以上 かつ(1)もしくは(2)の基準を満たす場合 (1)アルブミン定量(尿)30mg/gCr以上 (2)尿蛋白定性(1+)以上。または eGFR(ml/分/1.73m²) 49歳以下:60未満 50~69歳:50未満 70歳以上:40未満</small>	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 下部の紹介状に【紹介先医療機関】をご記載ください。 別紙紹介状がある場合は、「※別紙 紹介状□有」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 該当理由いづれかにチェック <input type="checkbox"/> 既に専門医に受診中 <input type="checkbox"/> 上記以外
⑤備考	その他連絡事項等ありましたら、ご記載ください。

※以下は、腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕へ紹介が必要な場合にご記入ください。

腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕への紹介状

【紹介先医療機関】

(紹介される場合には、必ず事前にご予約をお願いいたします。)

腎臓内科担当医様	※別紙 紹介状 <input type="checkbox"/> 有	
上記の対象者が当院を受診した結果、さらに専門的な検査が必要と思われるので、ご指導ご加療のほど、よろしく願います。	腎臓専門医	受診日 年 月 日
		病期※ (○をつけてください) 第1期・第2期・第3期・第4期
		次回予約日 年 月 日

※糖尿病性腎症の病期

受診報告書

④

※かかりつけ医療機関様は網掛け部分をご記載ください。
 ※腎臓専門医(内科)へご紹介される場合は、様式下部にも記載事項がございます。

報告・紹介元医療機関 (かかりつけ医)	医療機関名 医師氏名 所在地・電話番号
------------------------	---------------------------

<対象者>

住 所 〒
氏 名
生年月日 19 年 月 日 (男 ・ 女)

<特定健康診査実施時のデータ>

健診受診日 20 年 月 日	実施医療機関
HbA1c %	血清クレアチニン mg/dl
eGFR ml/分/1.73m ²	尿蛋白 (-) (±) (+) (++) (+++)

<かかりつけ薬剤師(協力薬局)への相談履歴>

相談日 20 年 月 日	薬局名	薬剤師名
助言内容		

<かかりつけ医療機関受診結果>

①受診年月日	20 年 月 日
②アルブミン定量(尿)	<input type="checkbox"/> 実施(mg/gCr) <input type="checkbox"/> 未実施
③歯科検診・特定健診受診勧奨	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
④専門医への紹介 <small>※参考<紹介めやす> HbA1c6.5%以上 かつ(1)もしくは(2)の基準を満たす場合 (1)アルブミン定量(尿)30mg/gCr以上 (2)尿蛋白定性(1+)以上 または eGFR(ml/分/1.73m²) 49歳以下:60未満 50~69歳:50未満 70歳以上:40未満</small>	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 下部の紹介状に【紹介先医療機関】をご記載ください。 別紙紹介状がある場合は、「※別紙 紹介状□有」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 該当理由いずれかにチェック <input type="checkbox"/> 既に専門医に受診中 <input type="checkbox"/> 上記以外
⑤備考	その他連絡事項等ありましたら、ご記載ください。

※以下は、腎臓専門医(内科)〔専門医療機関〕へ紹介が必要な場合にご記入ください。

腎臓専門医(内科)〔専門医療機関〕への紹介状

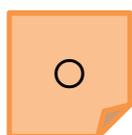
【紹介先医療機関】

(紹介される場合には、必ず事前にご予約をお願いいたします。)

腎臓内科担当医様	※別紙 紹介状 <input type="checkbox"/> 有	
上記の対象者が当院を受診した結果、さらに専門的な検査が必要と思われるので、ご指導ご加療のほど、よろしくお願いたします。	腎臓入専門医	
	受診日	年 月 日
	病期 (○をつけてください)	第1期・第2期・第3期・第4期
	次回予約日	年 月 日

④腎臓専門医(内科) / 保険者報告用(本紙を国保年金課へ郵送してください。同封の返信用封筒をご使用ください。)

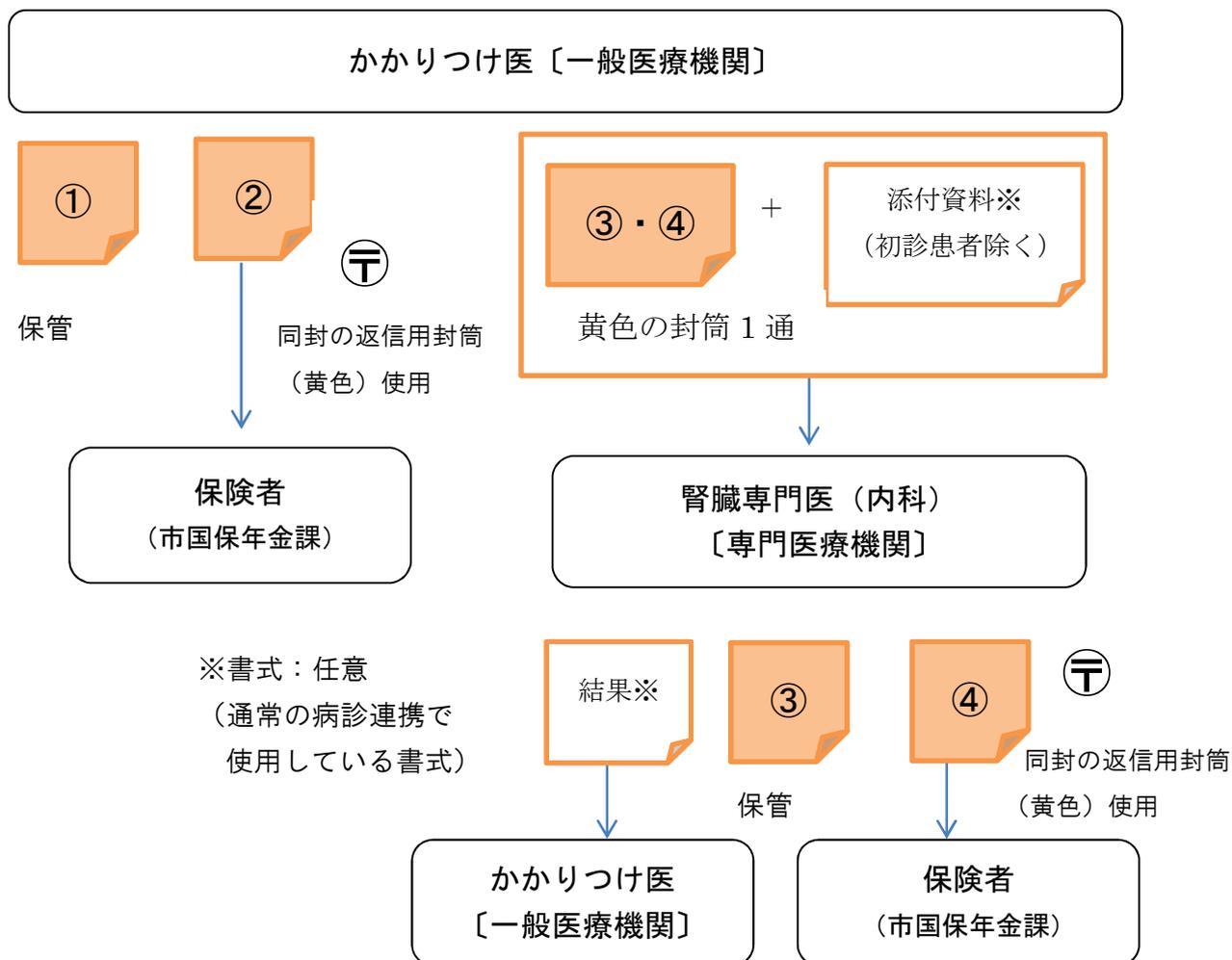
<受診報告書等書類の流れ>



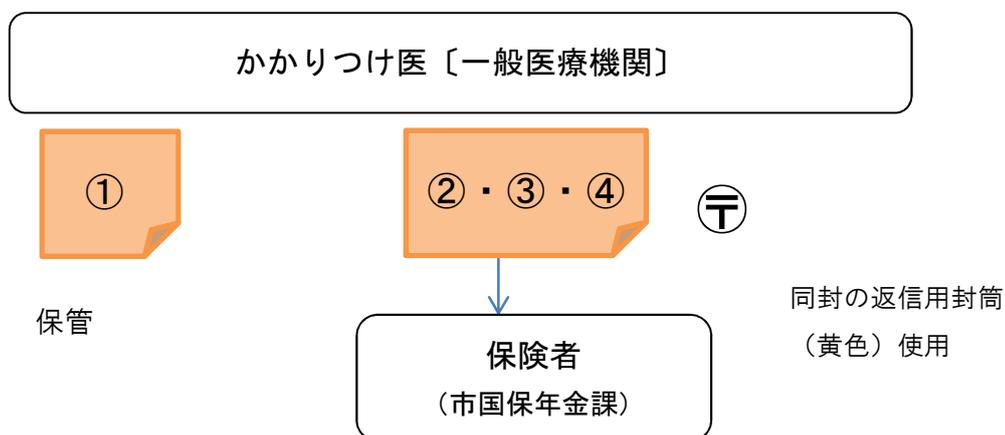
：受診報告書①～④（対象者が持参します。）

※○番号は、受診報告書 右上の番号

◆腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕へ紹介が必要な場合



◆腎臓専門医（内科）〔専門医療機関〕へ紹介が不要な場合



参考資料 1 策定の経緯

開催日	内 容
令和元年 8月28日(水)	第1回 浜松市国民健康保険運営協議会 ・糖尿病性腎症重症化予防検討会立ち上げについて
8月29日(木)	第1回 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・重症化予防対象者の選定基準
9月26日(木)	第2回 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・病診連携手法① ・関係機関の役割①
10月24日(木)	第3回 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・病診連携手法② ・関係機関の役割②
11月28日(木)	第4回 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・評価指標
12月19日(木)	第5回 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・関係機関への周知方法、時期 ・今後について
令和2年 2月27日(木)	臨 時 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・対象者選定基準 ・専門医の体制
9月24日(木)	令和2年度 第1回 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・素案修正版
10月22日(木)	第2回 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・評価指標
11月26日(木)	第3回 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・実施体制 ・対象者への通知①
12月17日(木)	第4回 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・対象者への通知② ・報告書等
令和3年 1月28日(木)	第5回 浜松市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防検討会 ・プログラム(素案) ・周知

※令和2年3月～8月は、新型コロナウイルス感染症感染拡大のため休会。

参考資料2 浜松市国民健康保険 糖尿病性腎症重症化予防検討会 委員名簿

(敬称略、50音順)

委員名	推薦団体等
磯崎泰介	静岡県慢性腎臓病対策協議会 (腎臓専門医)
磯部智明	一般社団法人浜松市医師会
川合弘太郎	特定非営利活動法人浜松政令市医師会
菊池範行	糖尿病のよりよい連携医療をめざす会 (糖尿病専門医)
後藤良重	糖尿病のよりよい連携医療をめざす会 (糖尿病専門医)
才川隆弘	一般社団法人浜松市歯科医師会
武田明日美	静岡県慢性腎臓病対策協議会 (腎臓専門医)
月井英喜	一般社団法人浜松市薬剤師会
釣谷大輔	糖尿病のよりよい連携医療をめざす会 (糖尿病専門医)
長山浩士	糖尿病のよりよい連携医療をめざす会 (糖尿病専門医)
三崎太郎	静岡県慢性腎臓病対策協議会 (腎臓専門医)
安田日出夫	静岡県慢性腎臓病対策協議会 (腎臓専門医)
渡邊潤	公益社団法人静岡県栄養士会

浜松市国民健康保険
糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和3（2021）年2月 発行

令和4（2022）年6月 改訂

発行 浜松市健康福祉部 国保年金課

所在地 〒430-8652 浜松市中区元城町 103 番地の2

電話 053-457-2638（国保・後期医療費適正化対策室）