別添様式１

# 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票㋐

主治医　　　　　　　　　様

保険者名

担当者名

連 絡 先

下記の方は、特定健診の結果等から、糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準(※裏面参照)に該当しますので、重症化を予防するため、今後の対応についてご指導・ご加療をお願いいたします。

また、ご多忙中恐縮ですが、検査結果等に関する情報提供及び保健指導プログラムの利用の有無等について、別紙（別添様式２）に記載のうえ、返信いただきますようお願い申し上げます。（※返信方法は別途保険者により提示します。）

対象者

|  |
| --- |
| 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日 　 　　　性　別　　男　・　女　住　所 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　添付書類　□ 特定健診結果経年表　　　　□ 本人等からの情報提供

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにつきましては、別紙をご参照ください。

※やむを得ず代筆の場合は、代筆者の続柄と氏名を記入してください。

|  |
| --- |
| **本人同意欄** |
| **私は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加を****希望します**※下記の情報提供に同意します。　　　　　　　　　・（保険者名）からかかりつけ医への、特定健診結果などのデータの提供・かかりつけ医から（保険者名）へのプログラムを利用するか否かの回答、連携体制の通知　糖尿病かかりつけ医療機関名・主治医名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※希望しない理由**希望しません**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 年　　月　　日　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 |

**※プログラムⅡ対象者基準（高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムより抜粋）**

下記及び地域の実情に応じて保険者が個別に定める者

○糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医師からの情報提供により、次の①から④のいずれかに該当する者のうち、かかりつけ医の同意があった者

　健診結果において、

①HbA1c：(NGSP)8.0％以上、②血圧：収縮期150 mmHg以上または拡張期90mmHg以上

③尿蛋白：（２＋）以上　、④eGFR45ml/分/1.73㎡未満

　　ただし、次の者は除外する。

・がん等で終末期にある者

・重度の認知機能障害がある者

・生活習慣病管理料、糖尿病透析予防指導管理料の算定対象者

　　・過去１年間の外来栄養食事指導料の算定対象者

・すでに専門機関との連携もしくは専門医療機関で診療が実施されている者

・患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者

**（例）保険者による保健指導プログラム**

**指導前**

・保険者は、本人の同意のもと、かかりつけ医に連絡票を送付し、保健指導を実施する際の留意事項について情報提供書を受け取る。

**指導開始**

・生活習慣のアセスメントと行動目標の設定

・かかりつけ医の指示のもと、栄養・運動指導や歯周病対策を行う

初回面談

**継続支援（３ヵ月後）**

電話、面談による支援

・治療状況の確認

・行動目標の改善状況の確認、評価

・継続的な自己管理のための励まし

**最終面談（６ヶ月後）**

最終面談

・治療状況の確認

・行動目標の取組の振り返り、評価

・継続的に自己管理するためのアドバイス

**指導終了**

※保健指導の実施内容等については、かかりつけ医に情報提供を行う。

別紙様式２

　　年　　月　　日

# 高知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム連絡票㋑

( 保 険 者 名 （責任者名）)　　様

医療機関名

主治医　　 　　　　　　　　　　　　　印

**１　対象者の情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 | 男 ・ 女 |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |

**２　プログラムの利用（該当事項に記載又はチェックしてください）**

|  |
| --- |
| * **利用する**　　　□ 利用しない

**プログラムの対象外・情報提供終了**※除外項目右記のいずれかの場合は、原則としてプログラムの対象外となります。該当するものがあればチェックして下さい。□がん等で終末期にある□重度の認知障害がある□生活習慣病管理料、透析予防管理料を算定している□過去１年以内に外来栄養食事指導料を算定している□すでに専門医療機関との連携もしくは専門医療機関で診療が実施されている□患者の疾患や状況などにより、かかりつけ医が除外すべきと判断した者 |

**３　「利用する」を選択した場合は記載又はチェックしてください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **連携体制** | **連携先への様式****(対象者が持参)** | **保険者へ送付****(返信用封筒あり)** |
| **□** | **専門医療機関※(栄養指導あり)と連携する**※専門医療機関については別紙をご参照ください。 | ・紹介状又は様式3-1 | ・様式２（連絡票㋑） |
| **□** | **専門医療機関(栄養指導なし)と連携し、** | 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関（※１）に栄養指導を依頼する | ・紹介状又は様式3-1・紹介状又は様式3-2 | ・様式２（連絡票㋑） |
| **□** | 保険者による保健指導（※２）を利用する（腎症4期・5期は保健指導の対象外） | ・紹介状又は様式3-1 | ・様式２（連絡票㋑）・様式3-3・情報提供書作成手数料請求書 |
| **□** | **血糖管理、血圧管理は自施設のみで実施し、** | 外来栄養食事指導推進事業協力医療機関（※１）に栄養指導を依頼する | ・紹介状又は様式3-2 | ・様式２（連絡票㋑） |
| **□** | 保険者による保健指導（※２）を利用する（腎症4期・5期は保健指導の対象外） |  | ・様式２（連絡票㋑）・様式3-3・情報提供書作成手数料請求書 |

（※１）外来栄養食事指導推進事業協力医療機関については別表１をご参照ください。

（※２）保険者による保健指導を利用する場合は下記のプログラム例をご参照ください。

**（例）保険者による保健指導プログラム**

**指導前**

①保険者は、本人にプログラム対象者であることを説明し、プログラム参加の同意を得て連絡票等様式を渡す。その旨を本人の了承のもと、かかりつけ医に連絡しておく。

②本人は診察時に連絡票等様式をかかりつけ医に提示。

③かかりつけ医はプログラム利用の有無を決定し、利用の場合は、連絡票㋑と情報提供書(様式3-3)を作成し、情報提供書作成手数料請求書と合わせて保険者に送付する。

④保険者は情報提供書作成手数料を支払い、情報提供書(様式3-3)の保健指導に関する指示事項に基づいて保健指導を開始する。

**指導開始**

**初回面談**

・生活習慣のアセスメントと行動目標の設定

・かかりつけ医の指示のもと、栄養・運動指導や歯周病対策を行う

**保健指導期間中の、かかりつけ医と保険者の連携方法について**

**かかりつけ医→保険者**

様式3-3による指示以降は「糖尿病連携手帳」の活用をお願いします。

**保険者→かかりつけ医**

初回面接、中間評価、最終評価を実施後、「保健指導実施報告」を送付します。

**継続支援（３ヵ月後　中間評価）**

電話、面談による支援

・治療状況の確認

・行動目標の改善状況の確認、評価

・継続的な自己管理のための励まし

**最終面談（６ヶ月後　最終評価）**

・治療状況の確認

・行動目標の取組の振り返り、評価

・継続的に自己管理するためのアドバイス

**指導終了**

※保健指導の実施内容等については、かかりつけ医に情報提供を行う。