

(1) 申込書

申込書は、患者用パンフレットに挟み込んでおり、患者が会員となる際に最初に記入する文書である。申し込み内容は患者の基本情報のほか、患者がコールセンターからの電話を受ける電話番号や応答できる確率の高いコール時間の希望などである。

また、サービス開始後、定期的に受診することが考えられるため各種の専門医（糖尿病専門医、眼科専門医など）を決定しておく。もし会員の希望がカルナプロジェクト未登録の専門医であれば専門医へカルナプロジェクトへの参加協力依頼を行う。（図表 2-2）

＝ 図表 2-2 申込書 ＝

申 込 書

氏名 性別 男 女 住所

〒 電話番号

希望する診療科目 内科 小児科 外科 産科 皮膚科 泌尿科 耳鼻科 眼科 歯科 精神科 理学療法科 作業療法科 言語聴覚科 看護科 検査科 その他

希望する診療科目の優先順位（1～5まで記入してください）

希望する診療科目	1	2	3	4	5
内科					
小児科					
外科					
産科					
皮膚科					
泌尿科					
耳鼻科					
眼科					
歯科					
精神科					
理学療法科					
作業療法科					
言語聴覚科					
看護科					
検査科					
その他					

希望する専門医 先生名

希望する専門医の勤務時間 曜日 時間

希望する専門医の診療科目

住所 / 電話番号

カルナ事務局
〒800-8585 福岡県福岡市東区中洲4-1-1
TEL: 092-283-2222 FAX: 092-283-2223
E-mail: kana@kana-project.com

(2) 同意文書

患者によるカルナプロジェクトへの入会申し込みの際には、「プライバシー・情報セキュリティポリシー」および「個人情報取り扱いに関する同意文書」を提示した上で説明を行い、「同意文書」に患者の署名（捺印）をいただく。

同同意文書および同ポリシーには、カルナプロジェクトのプライバシー・情報セキュリティの考え方と方針、情報の収集と利用、情報の共有と開示、サービスへの参加とその撤回、カルナ事務局の問い合わせ先などを記載しており、個人情報保護への配慮を行っている。なおこれらは、九州大学大学院医学研究院の倫理審査委員会の承認を得ている（図表 2-3）

＝ 図表 2-3 同意文書 ＝

同意文書

同意文書（患者）

同意文書（医師）

(3) 入会時質問表（患者用）

(a) 知識教育「ご自分の状態について」

現在の生活習慣病に関する知識理解度を確認するためのアンケートである。アンケートの内容は①疾病、②薬剤、③食事、④運動、⑤生活の5つに関する質問である。この結果をもとに、理解できていない項目を中心にコールセンターでの知識理解度チェックの予定を立て、教育支援シートに反映する。また、同時に階層化のための評価項目を含んでいる。会員の知識理解度点数を上げることは本サービスの狙いの一つでもある。(図表 2-4)

＝ 図表 2-4 入会時質問表（患者用）知識教育 ＝

(b) 身体症状「体の状態について」

入会時の身体の状態（自覚症状）をチェックし、現在の生活習慣病・合併症の状態を把握するためのアンケートである。アンケート内容は例えば糖尿病であれば、①糖尿病の状態変化、②網膜症、③腎症、④神経障害、⑤足病変、⑥心疾患、⑦歯周病に関する質問からなる。異常が疑われた項目についてはその後の定期電話における質問の優先順位が上がり、嚴重にフォローアップされることとなる。(図表 2-5)

＝ 図表 2-5 入会時質問表（患者用）身体症状 ＝

(c) 生活習慣 趣味嗜好「日常生活の様子について」

会員の生活習慣や趣味嗜好を把握し、医療機関の指導に役立ててもらうためのアンケートである。そのほかに、カルナプロジェクトのサービスを受ける前（入会時）と受けた後で会員の回答を比較し、行動変容が起こっているか否かを確認することを目的としている。（図表 2-6）

＝ 図表 2-6 入会時質問表（患者用）生活習慣 趣味嗜好 ＝

The image shows a questionnaire page with a header in Japanese. It contains several sections of questions, each with a list of options to be selected. The questions cover various aspects of daily life and hobbies. At the bottom, there is a small logo and contact information.

(d) セルフエフィカシー「生活習慣病の管理や健康に対する感じ方について」

心理学的手法“セルフエフィカシー”を用いて、会員の生活習慣病の管理や健康に対する感じ方を把握するためのアンケートである。同時に、カルナプロジェクトのサービスを受ける前（入会時）と受けた後で会員の回答を比較し、意識変容が起こっているか否かを確認することも目的とする。また、階層化のための評価項目を含んでいる。すなわち患者会員が生活習慣病の自己管理ができる、と感じるようになることが本サービスの目的のひとつである。（図表 2-7）

＝ 図表 2-7 入会時質問表（患者用）セルフエフィカシー ＝

The image shows a questionnaire page with a header in Japanese. It contains 20 numbered statements related to self-efficacy in managing chronic diseases and health. Each statement is followed by a scale from 1 to 5. At the bottom, there is a small logo and contact information.

(4) 入会時質問表「入会時の患者さまの状態について」(医療機関：専門医用)

会員患者はサービス開始前に専門医受診を行う。現在の生活習慣病の状態、合併症の有無・状態など、かかりつけ医では診断が難しい専門的検査を行い、その後の治療方針を決定するためである。治療方針等は下に示す用紙に生活習慣病認定専門医によって記載され、診察・検査結果とともにカルナ事務局まで返信されてくる。

記入内容は、例えば糖尿病であれば、①受診間隔、②糖尿病型、③合併症の有無・状態、④指導内容(食事療法・運動療法・服薬状況)等である。(図表 2-8)

＝ 図表 2-8 入会時質問表(医療機関用) ＝

The form is titled '入会時質問表(医療機関用)' and contains the following sections:

- Header: 入会時質問表(医療機関用) and 糖尿病管理に関するお問い合わせ先.
- Formal fields: 患者氏名 (Patient Name), 年齢 (Age), 性別 (Sex), 住所 (Address).
- Medical history section: 糖尿病の診断 (Diagnosis of Diabetes), 糖尿病の経過 (Course of Diabetes), 合併症の有無 (Presence of Complications), 現在の治療 (Current Treatment).
- Table for blood sugar levels: A table with columns for '測定日時' (Measurement Date/Time), '空腹時血糖値' (Fasting Blood Sugar), 'HbA1c', and '測定場所' (Measurement Location).
- Table for treatment instructions: A table with columns for '指導内容' (Guidance Content), '食事療法' (Dietary Therapy), '運動療法' (Exercise Therapy), and '服薬状況' (Medication Status).
- Footer: 医師の署名欄 (Physician Signature Field) and 医師の氏名 (Physician Name).

(5) 階層化表

会員の状態に応じて4つのレベルに階層化を行う。階層化によってコールセンターからの介入頻度を変更する。階層化を行うための評価項目は、①血糖コントロール、②合併症、③病気に関する知識、④セルフエフィカシー、の4つである。特に①、②については毎月見直し、合併症が多数あっても安定していれば階層レベルは低く(良好な状態を意味する)、介入の頻度は少ない。逆に、新規の合併症発症の場合、レベル1からレベル4へ変更することもある。(図表 2-9)

＝ 図表 2-9 階層化表 ＝

図表 2-9 階層化表

会員の階層化について

糖尿病管理に関するお問い合わせ先

階層	評価項目	評価基準	介入頻度	介入内容
レベル1	血糖コントロール	HbA1c < 6.5%	低頻度	定期的な血糖測定、食事療法、運動療法
レベル2	血糖コントロール	6.5% < HbA1c < 7.0%	中頻度	定期的な血糖測定、食事療法、運動療法、服薬指導
レベル3	血糖コントロール	7.0% < HbA1c < 7.5%	高頻度	定期的な血糖測定、食事療法、運動療法、服薬指導、合併症予防指導
レベル4	血糖コントロール	HbA1c > 7.5%	最高頻度	定期的な血糖測定、食事療法、運動療法、服薬指導、合併症予防指導、専門医受診

注: 血糖コントロールの評価は、医師の診断に基づき行われます。また、合併症の有無や患者の自己管理能力も考慮されます。

(6) 生活習慣病外来連携パス（オーバービュー）

生活習慣病外来連携パス（オーバービュー）は、会員患者個々の生活習慣病状態や合併症状態に応じて作成した年間の診療スケジュールである。基本シート（インスリン有・無）＋合併症シートの重ねあわせにより作成しており、例えば糖尿病であれば、日本糖尿病学会編集の「糖尿病診療ガイドライン」に準拠している。かかりつけ医に毎月送付し、かかりつけ医は検査データ履歴を見ることができる。また、先月からの状態変化を背景色（正常：なし、良：青、注意：黄色、要注意：赤）で表示しているの、状態変化を容易に把握することが可能である。（図表 2-10）

＝ 図表 2-10 糖尿病外来連携パス（オーバービュー） ＝

(7) 糖尿病外来連携パス（日めくり）

糖尿病外来連携パス（日めくり）は、(6)の診療スケジュールを、タスク（業務内容）と評価に分けて表示したものである。実施記録はチェックで示され、スケジュールどおりにタスクが実施されなかった場合や、診察結果や検査結果の異常発生時にはバリエーションと記載される（左側）。一方右側には、生活動作や知識教育の理解度チェックスケジュール、合併症の状態を示すグラフがあり、患者状態を視覚的に把握することが可能である。また「事務局からのお知らせ」には、検査数値の異常があった場合、アルゴリズムに沿って診察上の注意事項（パスの変更、タスクの延長など）を記載する。（図表 2-11）

＝ 図表 2-11 糖尿病外来連携パス（日めくり） ＝

(8) 教育支援シート

教育支援シートとは、会員患者への質問スケジュール計画一覧である。

知識教育に関する質問は、入会時の質問において理解が不足していた項目を中心に選び、電話連絡で理解不足が認められた場合、教育資料を患者・かかりつけ医の双方に送付する。教育支援シートは知識教育の穴を拾い上げることを目的とするため、入会 1 年後には患者が全項目を理解していることが理想である。

また身体症状の質問では、患者に認められていない合併症の症状出現がないか否かを確認するためのものである。異常があった場合には、(10)のアルゴリズムを基に、かかりつけ医への連絡や定期電話でもフォローアップなどを行う。(図表 2-12)

＝ 図表 2-12 教育支援シート ＝

(9) 定期質問リスト

定期質問リストは、教育支援シートを作成するための質問群である。①知識教育、②身体症状、③趣味嗜好、④セルフエフィカシーの 4 種類にわかれており、入会時質問や中間質問等全ての質問はこのリストから選び使用する。(図表 2-13)

＝ 図表 2-13 定期質問リスト ＝

(10) 教育支援シートーパスアルゴリズム

教育支援シートーパスアルゴリズムは、電話での定期質問で異常を発見した場合のパス変更および記録用紙・連絡事項への記載内容・手順を示したものである。

記載手順は3段階にわかれており、ほとんどの場合1段階目で連絡事項に何らかのメッセージが記載される。(図表 2-14)

＝ 図表 2-14 教育支援シートーパスアルゴリズム ＝

ステップ	1段階目 (パス1)	2段階目 (パス2)	3段階目 (パス3)
1	電話での定期質問で異常を発見した場合		
2	記録用紙に異常の内容を記載する		
3	連絡事項に「異常が発見されました。医師に連絡いたします。」と記載する		
4	医師に連絡する		
5	医師からの指示に従って対応する		
6	記録用紙に経過を記載する		
7	連絡事項に「経過が良好です。」と記載する		
8	医師に連絡する		
9	医師からの指示に従って対応する		
10	記録用紙に経過を記載する		
11	連絡事項に「経過が良好です。」と記載する		
12	医師に連絡する		
13	医師からの指示に従って対応する		
14	記録用紙に経過を記載する		
15	連絡事項に「経過が良好です。」と記載する		
16	医師に連絡する		
17	医師からの指示に従って対応する		
18	記録用紙に経過を記載する		

(11) 日めくり (患者状態H-事務局からのお知らせ) アルゴリズム

日めくり (患者状態H-事務局からのお知らせ) アルゴリズムは、検査結果評価を行う際、何らかの異常があった場合のパスの変更、連絡事項への記載内容・手順を示したものである。

検査結果評価は3段階に分けられ、それぞれのパスの変更、連絡事項への記載内容が決められている。(図表 2-15)

＝ 図表 2-15 日めくり (患者状態H-事務局からのお知らせ) アルゴリズム ＝

ステップ	1段階目 (パス1)	2段階目 (パス2)	3段階目 (パス3)
1	検査結果評価を行う		
2	検査結果に異常が発見された場合		
3	記録用紙に異常の内容を記載する		
4	連絡事項に「検査結果に異常が発見されました。」と記載する		
5	医師に連絡する		
6	医師からの指示に従って対応する		
7	記録用紙に経過を記載する		
8	連絡事項に「経過が良好です。」と記載する		
9	医師に連絡する		
10	医師からの指示に従って対応する		

(12) 記録用紙 (2枚)

記録用紙 (1枚目) は、糖尿病外来連携パス (日めくり) を当月分のみ抜き出し、わかりやすく指示を加えたものである。一方記録用紙 (2枚目) は、合併症の状態を示したチャートグラフ・薬剤情報など患者の現状を示すだけでなく、次回受診日の記載、速報コメントリストへのチェック、かかりつけ医の評価による患者へのポイント付与をかかりつけ医が記載する項目である。(図表 2-16)

＝ 図表 2-16 記録用紙 ＝

The figure shows two pages of a medical record form. The left page is a checklist for patient management, including sections for '患者情報', '合併症', '薬剤情報', and '検査情報'. It contains several checkboxes and a table with columns for '項目', '1', '2', '3', '4', '5', '6', '7'. The right page is a flowchart for patient assessment, starting with '患者情報' and leading to '合併症', '薬剤情報', and '検査情報'. It includes a large flowchart with decision points and a list of checkboxes for reporting and follow-up.

(13) ご連絡事項

ご連絡事項は事務局からかかりつけ医に伝えたいこと、また会員患者からかかりつけ医への伝言、などを伝えるためのものである。①定期質問結果、②患者からの伝言、③検査結果の速報コメントリスト、④事務局からのお知らせ、により構成している。

特に定期質問の結果や伝言から、受診日以外の会員の身体状況や生活習慣を把握することが可能となる。また「事務局からのお知らせ」という形で、合併症発症の疑いなどを第三者からアラートを出すことは、かかりつけ医がその合併症を確認する検査、あるいは専門医受診を行うタイミングを支援することとなる。(図表 2-17)

＝ 図表 2-17 ご連絡事項 ＝

The figure shows a form titled 'ご連絡事項' (Contact Information). It has a header section with '患者情報' (Patient Information) and '合併症' (Complications). Below that are sections for '薬剤情報' (Medication Information) and '検査情報' (Test Information). The form includes checkboxes and text boxes for reporting and follow-up.

(14) 診療情報提供書原案

診療情報提供書原案は、専門医受診のタイミングにかかりつけ医に提供する。診療情報の内、カルナ事務局で把握可能な情報（基本情報、目的、糖尿病合併症の状態、処方）はあらかじめ埋めておく。

これにより、かかりつけ医は診療情報提供書には必要最低限の項目を記載すればよく手間を省くことができる。(図表 2-18)

＝ 図表 2-18 診療情報提供書原案 ＝

(15) 診療情報提供書（コメントリスト）

診療情報提供書コメントリストは、専門医受診のタイミングで診療情報提供書原案を速やかに作成するために必要となるコメントの一覧である。例えば糖尿病であれば、専門医受診を眼科、腎臓・糖尿病科、歯科、検査受診の 4 種類に分類し、それぞれ①検査受診、②新規発症・悪化の疑い、③会員からの訴え、3 パターンのコメントを作成した。(図表 2-19)

＝ 図表 2-19 診療情報提供書（コメントリスト） ＝

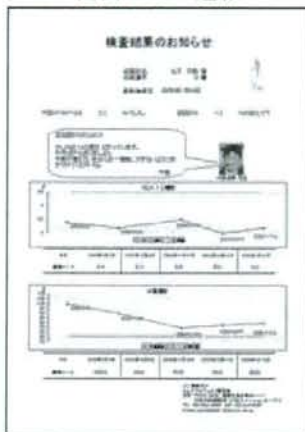
(16) 速報

速報は、HbA1c や体重の検査結果を、結果が判明次第速やかに会員患者に知らせるものである。また、かかりつけ医（主治医）の顔写真とコメントも掲載する。

かかりつけ医の多くは検査会社に検査を外注しており、HbA1c の結果を 2 週間から 1 ヶ月遅れて知らされることは患者の現状（身体状態、努力状態）に即していない場合が多く、モチベーションの維持が難しい原因のひとつになっている。

よって速報は会員患者のモチベーション維持のために、またかかりつけ医と患者の信頼関係構築のために有益である。（図表 2-20）

＝ 図表 2-20 速報 ＝

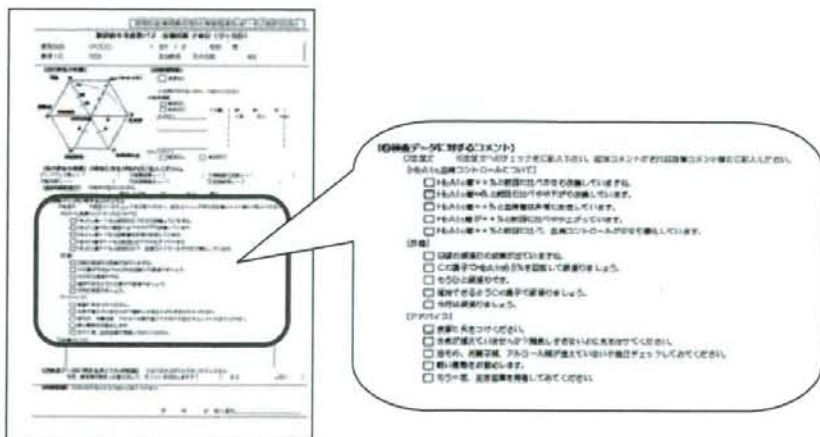


(17) 速報コメントリスト

速報コメントリストは、(12) 記録用紙 2 枚目に掲載している。かかりつけ医は今月の検査結果（体重、HbA1c 他）を元に、速報にのせて患者に伝えたいメッセージをリストから選択する。

コメントは、①HbA1c、血糖コントロールについて、②評価、③アドバイスの計 15 種類からそれぞれを選択する。また、リストにないコメントを伝えたい場合は、かかりつけ医が自筆コメント欄に記載する。（図表 2-21）

＝ 図表 2-21 速報コメントリスト ＝



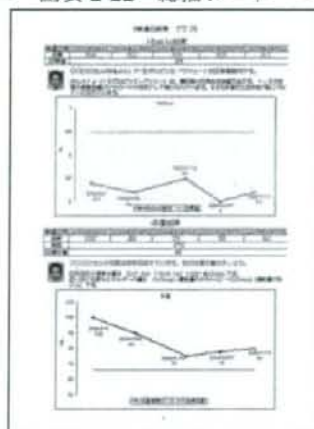
(18) 総括シート (12項目)

総括シートを報告書と一緒に1回/月、かかりつけ医および会員患者に送付する。総括シートは12項目の検査データ履歴およびグラフを示したものである。

12項目とは①HbA1c, ②体重, ③グルコース, ④総コレステロール, ⑤中性脂肪, ⑥クレアチニン, ⑦HDLコレステロール, ⑧尿酸, ⑨尿素窒素, ⑩AST(GOT), ⑪ALP(GPT), ⑫ γ -GTP, である。

また、それぞれにかかりつけ医の顔写真と今回のデータに関するコメントを書き添えて、会員患者とかかりつけ医の間の信頼関係の構築を助ける。(図表2-22)

＝ 図表 2-22 総括シート ＝



(19) 総括シートコメントリスト

総括シートコメントリストは、12項目の検査説明および、結果別のコメントを表示するためのコメント一覧である。コメントは①正常範囲, ②上限を超えており悪化傾向, ③上限を超えており改善傾向, ④下限を超えており悪化傾向, ⑤下限を超えておえり改善傾向の5パターンあり、検査結果が出るたびに、コメントを再選択する。(図表2-23)

＝ 図表 2-23 総括シートコメントリスト ＝

項目	検査項目	検査結果	コメント	再選択
①	HbA1c	5.8%	①正常範囲	<input type="checkbox"/>
②	体重	75kg	②上限を超えており悪化傾向	<input type="checkbox"/>
③	グルコース	100mg/dL	③上限を超えており改善傾向	<input type="checkbox"/>
④	総コレステロール	220mg/dL	④下限を超えており悪化傾向	<input type="checkbox"/>
⑤	中性脂肪	150mg/dL	⑤下限を超えておえり改善傾向	<input type="checkbox"/>
⑥	クレアチニン	0.8mg/dL	①正常範囲	<input type="checkbox"/>
⑦	HDLコレステロール	40mg/dL	②上限を超えており悪化傾向	<input type="checkbox"/>
⑧	尿酸	7.0mg/dL	③上限を超えており改善傾向	<input type="checkbox"/>
⑨	尿素窒素	10mg/dL	④下限を超えており悪化傾向	<input type="checkbox"/>
⑩	AST(GOT)	25U/L	⑤下限を超えておえり改善傾向	<input type="checkbox"/>
⑪	ALP(GPT)	100U/L	①正常範囲	<input type="checkbox"/>
⑫	γ -GTP	40U/L	②上限を超えており悪化傾向	<input type="checkbox"/>

(20) 患者教育用資料

患者教育用資料とは、生活習慣病の病気や合併症など、必要な知識をかかりつけ医が教育するための資料である。教育支援シートのスケジュールに沿って患者の知識理解度を確認した際、理解目標時期を過ぎても理解できていない場合に、医療機関・会員患者双方に送付し、患者の理解度向上を図る。(図表 2-24)

= 図表 2-24 患者教育用資料 =



資料4

高血圧症に対するアウトカム志向型地域医療
連携パス、および運用アルゴリズム

アウトカム	アセスメント	タスク
		T001 一般検査:血液検査(血糖検査・ヘモグロビン・ヘマトクリット)
		T002 一般検査:尿検査(尿蛋白・尿糖・尿沈渣)
		T003 一般検査:胸部X線(心臓野比)
		T004 一般検査:心電図
		T005 検査検査:腎臓病(眼底検査・尿沈渣検査・尿沈渣顕微鏡検査)
		T006 検査検査:脂代謝(HbA1c・75g経口ブドウ糖負荷試験)
		T007 検査検査:炎症(炎症度CRP)
		T008 検査検査:24時間自由行動下血圧測定
		T009 検査検査:二次性高血圧診断(副腎CT・腎血流エコー・腎血流)
		T010 検査検査:二次性高血圧診断(副腎CT・腎血流エコー・腎血流)
H001 血圧値分類が出来ている	A001 正常血圧(<120,かつ,<80)	T011 血圧測定
H001	A002 正常血圧(<130,かつ,<85)	T011 血圧測定
H001	A003 正常高値血圧(130-139,または,85-89)	T011 血圧測定
H001	A004 1度高値血圧(140-159,または,90-99)	T011 血圧測定
H001	A005 2度高値血圧(160-179,または,100-109)	T011 血圧測定
H001	A006 3度高値血圧(180以上,または,110以上)	T011 血圧測定
H001	A007 (孤立性)収縮期高血圧(140以上,かつ,<90)	T011 血圧測定
H002 二次性高血圧を除外できている	A008 腎实质性高血圧 腎血管性高血圧 原発性アルドステロン	T012 二次性高血圧診断検査
H003 高血圧管理計画のためのリスク層別階層化に利用	A009 心血管病の危険因子(高齢65歳以上)	T013 危険因子開き取り開診
H003	A010 心血管病の危険因子(喫煙)	T013 危険因子開き取り開診
H003	A011 心血管病の危険因子(血圧レベル)	T011 血圧測定
H003	A012 心血管病の危険因子(脂質異常症HDL<40mg/d)	T001 HDL測定
H003	A013 心血管病の危険因子(脂質異常症 LDL,140mg/d以上)	T001 LDL測定
H003	A014 心血管病の危険因子(脂質異常症 トリグリセライド 150mg)	T001 トリグリセライド測定
H003	A015 心血管病の危険因子(肥満 BMI25以上)	T014 体重・身長測定
H003	A016 心血管病の危険因子(メタボリックシンドローム)	T015 メタボリックシンドローム判定
H003	A017 心血管病の危険因子(若年50歳未満発症の心血管病)	T013 危険因子開き取り開診
H003	A018 心血管病の危険因子(糖尿病 空腹時血糖 126mg/d以上)	T001 血糖測定
H003	A019 脳障害/心血管病(脳:脳出血・脳梗塞・急性慢性脳血管)	T013 危険因子開き取り開診
H003	A020 脳障害/心血管病(心臓:左室肥大・狭心症・心筋梗塞)	T013 危険因子開き取り開診
H003	A021 脳障害/心血管病(腎臓:蛋白尿・尿微量アルブミン尿)	T013 危険因子開き取り開診
H003	A022 脳障害/心血管病(血管:動脈硬化性プラーク・虚動脈)	T013 危険因子開き取り開診
H003	A023 脳障害/心血管病(眼底:高血圧網膜症)	T013 危険因子開き取り開診
H004 血圧以外の脳心血管リスク層別化が出来ている	A024 リスク層第一層(危険因子がない)	T016 血圧以外のリスク層別化
H004	A025 リスク層第二層(糖尿病以外の1-2個の危険因子,メタボ)	T016 血圧以外のリスク層別化
H004	A026 リスク層第三層(糖尿病,CKD,脳障害/心血管病,3層)	T016 血圧以外のリスク層別化
H005 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化が出来ている	A027 低リスク群(リスク層第一層かつ正常高値血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A028 中リスク群(リスク層第一層かつ1度高血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A029 中リスク群(リスク層第一層かつ2度高血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A030 高リスク群(リスク層第一層かつ3度高血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A031 中リスク群(リスク層第二層かつ正常高値血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A032 中リスク群(リスク層第二層かつ1度高血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A033 高リスク群(リスク層第二層かつ2度高血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A034 高リスク群(リスク層第二層かつ3度高血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A035 高リスク群(リスク層第三層かつ正常高値血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A036 高リスク群(リスク層第三層かつ1度高血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A037 高リスク群(リスク層第三層かつ2度高血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H005	A038 高リスク群(リスク層第三層かつ3度高血圧)	T017 血圧に基づいたリスク層別化
H006 高血圧管理のための評価が出来ている	A039 低リスク群の血圧コントロール良好(3ヶ月以内の指導で)	T018 血圧コントロール評価
H006	A040 中リスク群の血圧コントロール良好(1ヶ月以内の指導で)	T018 血圧コントロール評価
H006	A041 高リスク群の血圧コントロール良好(正常高値血圧の高)	T018 血圧コントロール評価
H007 高血圧管理計画が出来ている	A042 低リスク群に対し生活習慣修正指導のみを行う	T019 高血圧管理計画
H007	A043 中リスク群に対し生活習慣修正指導+薬物治療を行う	T019 高血圧管理計画
H007	A044 中リスク群に対し生活習慣修正指導のみを行う	T019 高血圧管理計画
H007	A045 高リスク群に対し生活習慣修正指導+薬物治療を行う	T019 高血圧管理計画
H007	A046 高リスク群に対し生活習慣修正指導のみを行う	T019 高血圧管理計画
H007	A047 低リスク群に対し生活習慣修正指導+薬物治療を行う	T019 高血圧管理計画
F001 生活習慣の修正指導が出来ている	A048 減塩	T020 6g/日未満の指導
F001	A049 食塩以外の栄養素	T021 野菜・果物の積極摂取の指導
F001	A050 食塩以外の栄養素	T022 重篤障害者の高K血症リスクチェック
F001	A051 食塩以外の栄養素	T023 肥満・糖尿病などの高カロリー摂取リスクチェック
F001	A052 減量	T024 BMI25未満の指導
F001	A053 運動	T025 中等度の強度30分/日以上指導
F001	A054 運動	T026 心血管病のチェックの指導
F001	A055 禁酒	T027 エタノール,男性20-30ml/日以下の指導
F001	A056 禁煙	T028 禁煙の指導
F001	A057 減塩の理解・実践	T029 6g/日未満の聞き取り
K001 生活習慣の修正が理解できている	A058 食塩以外の栄養素の理解・実践	T030 野菜・果物の積極摂取の聞き取り
K001	A059 減量の理解・実践	T021 BMI25未満の聞き取り
K001	A060 運動の理解・実践	T032 中等度の強度30分/日以上聞き取り
K001	A061 禁酒の理解・実践	T033 エタノール,男性20-30ml/日以下の聞き取り
K001	A062 禁煙の理解・実践	T034 禁煙の聞き取り
C001 塩量制限が管理されている	A063 Ca拮抗薬 - 併用(非DHP系)でない	T035 薬品チェック
C001	A064 ARB - 経血・高K血症 でない	T035 薬品チェック
C001	A065 ACE阻害薬 - 経血・血管神経性浮腫・高K血症 でない	T035 薬品チェック
C001	A066 利尿薬 - 過量・低K血症 でない	T035 薬品チェック
C001	A067 β遮断薬 - 喘息・高度徐脈 でない	T035 薬品チェック

尿素窒素・クレアチニン・尿酸・Na・K・Cl・空腹時血糖・総コレステロール・トリグリセリド・HDL・LDL・GOT・GPT・γ-GTP・α-GRP)

・腹部MRI・MRアングيوグラフィー・微量アルブミン・心エコー・頸動脈エコー・PWV・ABI・AI)

中アルドステロン・コルチゾール・カテコールアミン3分画(早期安静時採血)・随時尿中メタネフリン分画(Cr補正)・24時間尿尿中カテコールアミン・夜間尿尿酸分画測定・腹部エコー)
腎シンチグラフィー・副腎シンチグラフィー・副腎静脈サンプリング・機能ホリグラフィー)

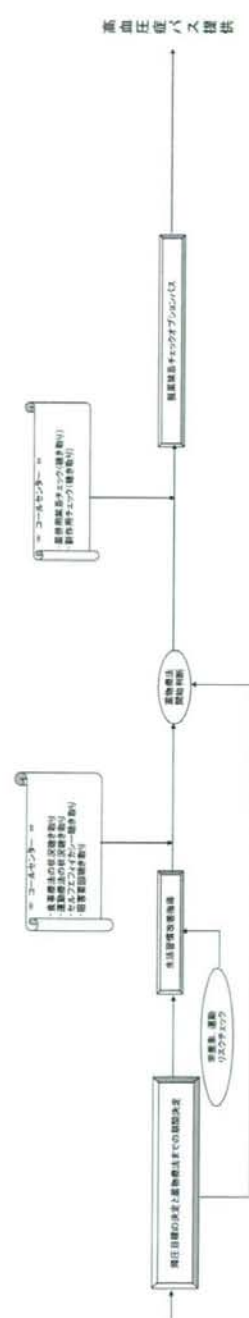
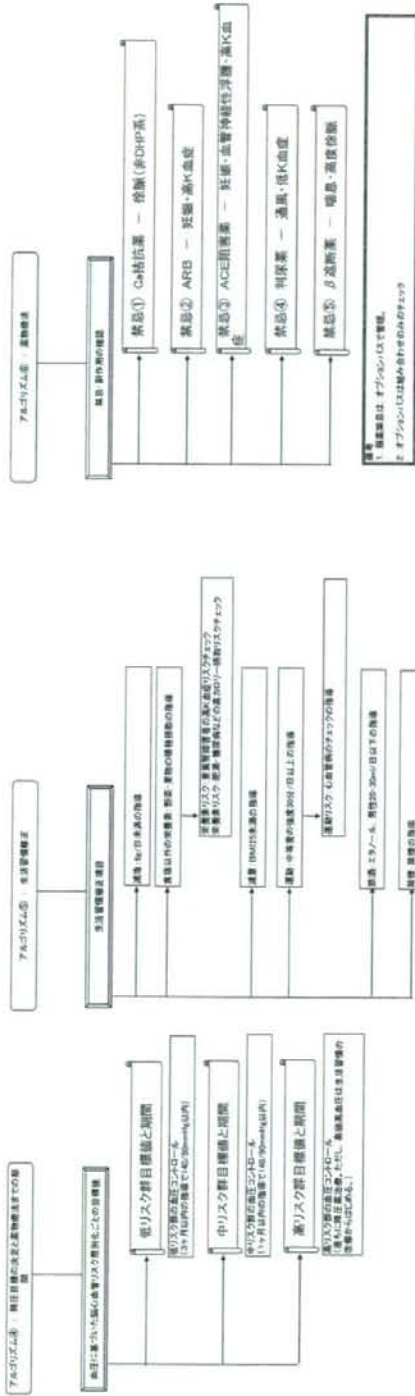
表 4-2-2 六面體柱柱二維液相平衡成分

成分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Al ₂ O ₃	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CaO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FeO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MgO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MnO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na ₂ O	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K ₂ O	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P ₂ O ₅	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SiO ₂	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表 4-2-3 六面體柱柱二維液相平衡成分 (續)

成分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
SiO ₂	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Al ₂ O ₃	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CaO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FeO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MgO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MnO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na ₂ O	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K ₂ O	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P ₂ O ₅	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SiO ₂	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

高血圧症外来連携パス アルゴリズム



資料5

脂質異常症に対するアウトカム志向型地域
医療連携パス、および運用アルゴリズム