

# 豊能圏域 糖尿病地域連携パス 手引書



平成 22 年 3 月

※ 平成 22 年 1 1 月 一部改定

豊能圏域糖尿病地域連携  
クリティカルパス検討会

# 目 次

1. 豊能圏域糖尿病地域連携パスの目的	3
2. 地域連携パスの病診連携と役割分担について	3
3. 地域連携パスの対象について	4
4. 地域連携パスの様式と運用方法について	4
<b>地域連携パスの様式</b>	<b>6</b>
◆ 診療情報提供書兼診療依頼書（紹介状）（様式1）	
◆ 糖尿病連携手帳（様式2）	
◆ 糖尿病連携パス（開始）（様式3）	
◆ 糖尿病連携パス（継続）（様式4）	
◆ 診療情報提供書（様式5）	
◆ 「糖尿病患者さんへ」（患者説明用資料）	

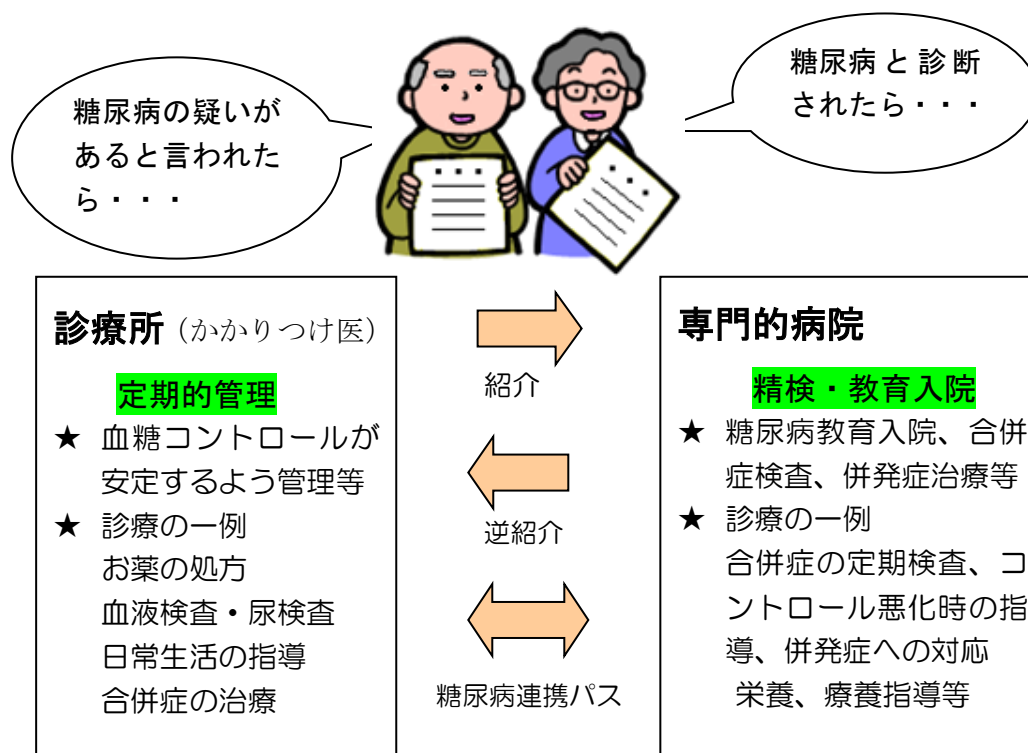
## 1. 豊能圏域糖尿病地域連携パスの目的

### 【目的】

豊能圏域において、糖尿病についての病診連携と役割分担を明らかにし、安全で質の高い医療を提供するシステムを構築するとともに、糖尿病の治療中断防止や血糖コントロールの維持、合併症の予防・早期発見・治療を目的とする。

\*「地域連携パス」とは、地域のかかりつけ医と専門病院の医師などが、患者さんの情報を共有し協力して、患者さんの治療などをサポートするシステムです。このシステムにより、安全で質の高い医療の提供、医療従事者間の連携によるチーム医療の実践、業務の効率化と医療資源の節約などのメリットがあります。

## 2. 地域連携パスの病診連携と役割分担について



### 【かかりつけ医】

- (1) 患者の診察・検査・投薬を定期的に行う。
- (2) 初診患者や重症患者・患者教育・合併症検査については、専門病院に紹介する。

### 【専門病院 (病院)】

- (1) 専門病院は、合併症検査・治療・コントロール悪化時の指導等を行う。
- (2) 治療方針が確立したら、積極的にかかりつけ医に患者を戻す (逆紹介)。

### 3. 地域連携パスの対象について

#### 【パスの対象】

- (1) 新規発症：HbA1c（現在使用しているJDS値） $\geq 6.1\%$   
【HbA1c $\geq 6.5\%$ （新たに使用する国際基準値）\*】
- (2) 血糖コントロール不良：HbA1c $8.0\%$ 以上
- (3) 血糖コントロールが不安定な場合
- (4) 緊急性が高い場合
- (5) 合併症検査が必要な場合
- (6) その他、主治医が必要と判断した場合

\* 日本糖尿病学会が別に定める日より使用する国際基準化された新しいHbA1c値

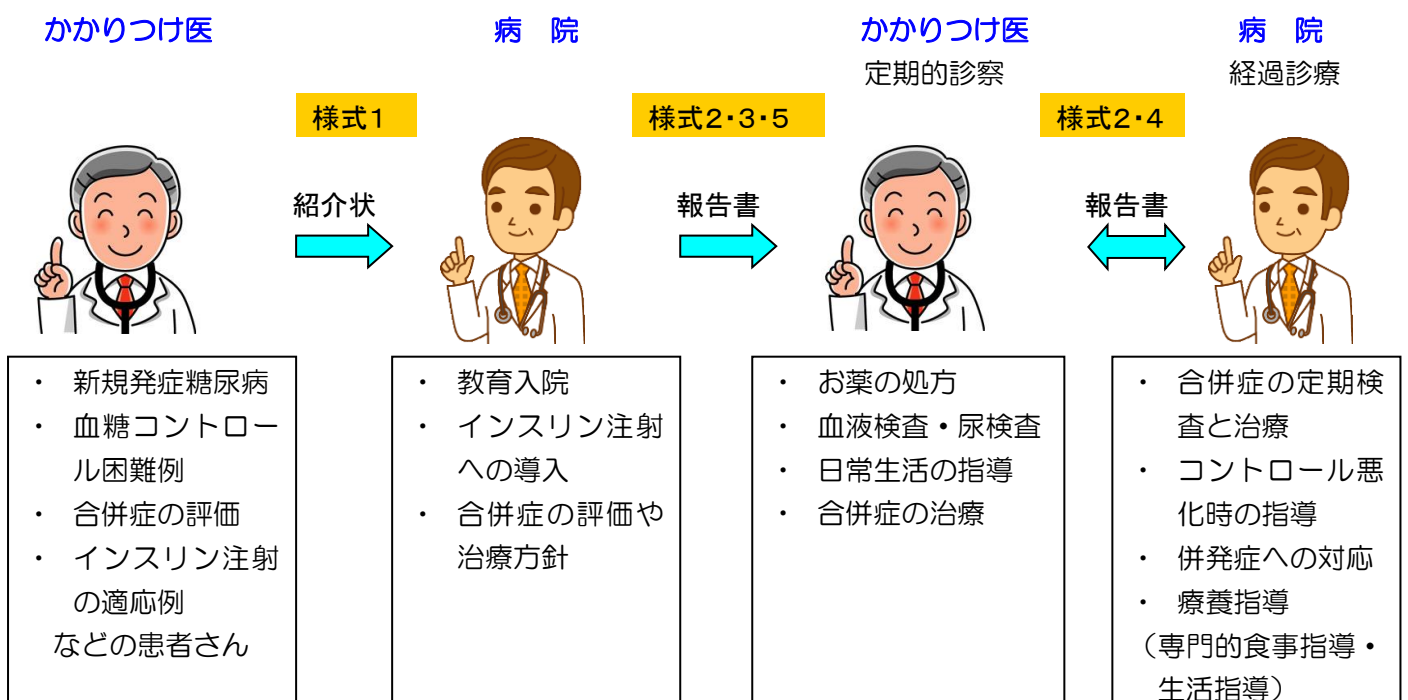
### 4. 地域連携パスの様式と運用方法について

#### 【パスの様式について】

《かかりつけ医》 ○診療情報提供書兼診療依頼書（紹介状）（様式1）

《専門病院》 ○糖尿病連携手帳（様式2）  
○糖尿病連携パス（開始）（様式3）  
○糖尿病連携パス（継続）（様式4）  
○診療情報提供書（様式5）

《患者用》 ○糖尿病連携手帳（様式2） 専門病院で発行  
○「糖尿病患者さんへ」（患者説明用資料）



## 【糖尿病手帳について】

- (1) 糖尿病連携手帳は、所持者の糖尿病治療に使われることを目的に、作成されたものです。診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者様に提示・説明することにより、患者様が安心して医療を受けることができるようにしました。<sup>4</sup>
- (2) 記載された内容が、所持者の治療および地域の糖尿病予防の目的以外に使われるときは、所持者の同意を得ます。
- (3) それぞれが、この手帳に必要事項を記載し、情報の共有化を図ります。

## 【パスと病診連携・診療予約について】

- (1) かかりつけ医から糖尿病連携パスで病院に紹介する場合は、糖尿病連携パス所定の診療情報提供書兼診療依頼書（様式1）に必要事項を記入し、各病院の地域医療連携室に FAX など連絡して、診療日時を予約をとります。

※予約申し込みに際しては、病院により専用の申込書に限られる場合があります。  
詳しくは、地域医療連携室に確認してください。

- (2) 診療情報提供書兼診療依頼書（様式1）は、患者さんに病院受診の際に持参してもらう。
- (3) 病院受診後、糖尿病連携手帳（様式2）を担当医が発行し、患者さんにお渡しします。  
かかりつけ医は、定期的診察時に糖尿病連携手帳の内容を確認してください。
- (4) 病院からは糖尿病連携パス（様式3・様式4・様式5）が、かかりつけ医に直接郵送や患者さんを通じて送られます。  
パスの手帳や文書にもとづき、かかりつけ医の先生方から患者さんへ説明をお願いいたします。



# 糖尿病連携手帳



糖尿病連携パス(開始 病院からかかりつけ医へ)

様式3

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 病名:(1型・2型)糖尿病、境界型糖尿病

\* 糖尿病連携手帳にかかりつけ医院をご記入ください

病院名: \_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_

医療機関名	現在の状態	定期的管理(かかりつけ医)	経過診療(病院)		
			(1~3ヵ月後)	(6ヵ月後)	(1年後)
受診時期	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> ( )ヶ月毎に受診 <input type="checkbox"/> ( )週間毎に受診	平成 年 月頃	平成 年 月頃	平成 年 月頃
診察・検査	<input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 脂質検査 <input type="checkbox"/> 血糖値(空腹時・随時) <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 負荷心電図	<input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 脂質検査 <input type="checkbox"/> 血糖値(空腹時・随時) <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 尿検査			
合併症検査	糖尿病神経障害 <input type="checkbox"/> 神経検査		<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害の進行により検査
	糖尿病網膜症 <input type="checkbox"/> 眼底検査		<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症の進行により検査
	糖尿病腎症 <input type="checkbox"/> 腎機能検査		<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症の進行により検査
指導実施	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導
食事	<input type="checkbox"/> エネルギー <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> タンパク質制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限あり	<input type="checkbox"/> 左記を守ってください	<input type="checkbox"/> 食事(エネルギー等)の変更	<input type="checkbox"/> 食事(エネルギー等)の変更	<input type="checkbox"/> 食事(エネルギー等)の変更
運動	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適	<input type="checkbox"/> 左記を守ってください	<input type="checkbox"/> 運動の変更	<input type="checkbox"/> 運動の変更	<input type="checkbox"/> 運動の変更
薬剤	<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 左記を守ってください	<input type="checkbox"/> 薬の変更	<input type="checkbox"/> 薬の変更	<input type="checkbox"/> 薬の変更
安静度	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり	<input type="checkbox"/> 左記を守ってください	<input type="checkbox"/> 安静度の変更	<input type="checkbox"/> 安静度の変更	<input type="checkbox"/> 安静度の変更
患者様への説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 治療方針の説明 <input type="checkbox"/> 糖尿病連携パスの説明・同意	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の定期受診の説明 <input type="checkbox"/> 合併症予防のための検査について説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の経過受診について説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の経過受診について説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の経過受診について説明
備考					

※詳しい検査内容等は、糖尿病連携パス(手帳)をご確認ください。



糖尿病連携パス(継続 病院からかかりつけ医へ)

様式4

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 病名:(1型・2型)糖尿病、境界型糖尿病

かかりつけ医名:

医師名:

医療機関名		定期的管理(かかりつけ医)	経過診療(病院)		
受診時期		(1~2カ月後)	(3~6カ月後)	(1年後)	
診察・検査		平成 年 月 頃	平成 年 月 頃	平成 年 月 頃	
		<input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 脂質検査 <input type="checkbox"/> 血糖値(空腹時・随時) <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 尿検査			
合併症検査	糖尿病神経障害	<input type="checkbox"/> 神経検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害の進行により検査
	糖尿病網膜症	<input type="checkbox"/> 眼底検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症の進行により検査
	糖尿病腎症	<input type="checkbox"/> 腎機能検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症の進行により検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症の進行により検査
指導実施		<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導
食事		<input type="checkbox"/> エネルギー <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> タンパク質制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限あり	<input type="checkbox"/> 食事(エネルギー等)の変更	<input type="checkbox"/> 食事(エネルギー等)の変更	<input type="checkbox"/> 食事(エネルギー等)の変更
運動		<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適	<input type="checkbox"/> 運動の変更	<input type="checkbox"/> 運動の変更	<input type="checkbox"/> 運動の変更
薬剤		<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射指導	<input type="checkbox"/> 薬の変更	<input type="checkbox"/> 薬の変更	<input type="checkbox"/> 薬の変更
安静度		<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり	<input type="checkbox"/> 安静度の変更	<input type="checkbox"/> 安静度の変更	<input type="checkbox"/> 安静度の変更
患者様への説明		<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の定期受診の説明 <input type="checkbox"/> 合併症予防のための検査について説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の経過受診について説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の経過受診について説明	<input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 今後の経過受診について説明
備考					

※詳しい検査内容等は、糖尿病連携パス(手帳)をご確認ください。

## 診療情報提供書

(糖尿病連携パス)

医療機関名：

先生侍史

〒 - 市 町  
病院

内科 医師名

印

TEL - -

FAX - -

先生にはますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

下記の患者様について、下記のとおりよろしく願いいたします。

フリガナ		性別	昭和 年 月 日 生 歳
患者氏名	( I D ) 様		
診 断 名			
今後の方針	<input type="checkbox"/> 貴院にて継続的なご加療（定期管理・投薬等）をお願いいたします。 詳細につきましては、連携パス及び糖尿病連携手帳を参照ください。  <input type="checkbox"/> 貴院にて経過観察をお願いいたします。		
特記事項			

# 糖尿病患者さんへ

## 糖尿病と上手につきあうための

## 糖尿病地域連携パス

糖尿病は、すぐに命に関わる病気ではありませんが、全身の血管がもろくなって網膜症や神経障害、腎臓病など、生活に支障をきたす合併症を起しやすい病気です。しかし、残念ながら糖尿病は自覚症状がないため、知らない間に悪化してしまっていることがよくあります。

そうならないためには、かかりつけ医によるきめ細やかな診察を受けることがとても大事です。合併症の早期発見にも繋がります。

糖尿病地域連携パスは、かかりつけ医と専門病院の医師が、患者さんの情報を共有し協力して糖尿病治療をサポートするものです。患者さんには、検査データや治療内容が記入できる「糖尿病連携手帳」をお渡しします。

### かかりつけ医



#### 日常の通院

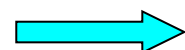
◎血糖コントロールが安定するよう管理等  
★診療の一例  
お薬の処方  
血液検査・尿検査  
日常生活指導  
合併症の治療 など

### 病院

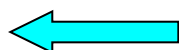


#### 教育入院・精密検査

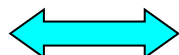
◎糖尿病教育入院、合併症検査、併発症治療等  
★診療の一例  
合併症の定期精密検査  
コントロール悪化時の指導  
併発症への対応  
栄養・療養指導 など



紹介・逆紹介



情報の共有



定期受診

定期受診

医療機関で記入してもらえますが、自分でも記録してみましょう。



糖尿病連携手帳

受診の時には、持って行きましょう。