

糖尿病手帳を用いた地域連携パスについて

糖尿病連携手帳 第4版 P2-3

＜糖尿病手帳を用いた地域連携パスの目的＞

「糖尿病地域連携パス（連携パス）」は、「糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会 編）」を使用して、「かかりつけ医」、「専門医療機関」、「かかりつけ眼科医」、「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師」「ケアマネジャー」、「管理栄養士」、「糖尿病療養士」、「理学療法士」等で情報を共有することにより、患者さんの検査結果や治療方針を共有して協力しながら治療を進める仕組みのことで、患者さんはより質の高い医療を安心して受けることを目的としています。

「さっぽろ北部糖尿病ねっと」では、「糖尿病シール」を作成し、これを、「糖尿病連携手帳」に貼付することにより、当該患者さんが「糖尿病地域連携パス」に参加していることを、専門医、専門職、多職種が認識することができ、糖尿病地域連携パスに参加していただくことにいたしました。是非、糖尿病連携手帳を用いた地域連携パスにご参加いただければと思います。

＜対象＞ 糖尿病患者で、糖尿病地域連携パスに登録の口頭承諾が得られた患者さん

＜糖尿病連携手帳を用いた地域連携パスに参加のご協力をいただける場合の流れ＞

- ① 糖尿病と診断した患者さんに、糖尿病連携手帳を用いた地域連携パスに参加の口頭承諾をとりカルテ記載
- ② 「糖尿病シール」を作成し、これを、「糖尿病連携手帳」に貼付
- ③ 「糖尿病連携手帳」について説明
- ④ 定期的な眼科受診、歯科受診を勧める。
- ⑤ 定期受診時の検査所見の記載

③～⑤については、次ページに説明あり

- ⑥ Google フォームに初回登録と、2回目以降の年1回の報告は、4月～6月の間に報告。

「糖尿病連携手帳」を糖尿病地域連携パスを活用いただいている実数の把握と経過観察目的

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdA-ESdg445ajvV8AvkZrgFcg6f2TTwViU-G8YMOht68JupVA/viewform>

＜項目＞

- メールアドレス
- 医療機関名
- 登録（本登録フォームに登録する回数）（初回 2回目以降）
- 貴院にて、患者さんが確認ができるIDです。（貴院でのカルテIDでも、糖尿病連携手帳でのID等です。1患者につき1IDをお願いします。）
- 報告時のHbA1c
- 報告時のe-GFR
- 直近1年間の眼科受診回数
- 直近1年間の歯科受診回数
- 直近1年間のその他の医療機関への受診の有無（ある なし）
- その他の医療機関の診療科
- 糖尿病地域連携につき、ご希望やご意見がありましたら、記載ください



③ 「糖尿病連携手帳」について説明

「P2-3の図の如く、「糖尿病地域連携パス」は、「糖尿病連携手帳」を使用して、「かかりつけ医」、「専門医療機関」、「かかりつけ眼科医」、「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師」「ケアマネジャー」、「管理栄養士」、「糖尿病療養士」、「理学療法士」等で情報を共有することにより、患者さんの検査結果や治療方針を共有して協力しながら治療を進める仕組みで、「患者さんはより質の高い医療を安心して受けることを目的としているため、他の医療機関受診時、調剤薬局等でも糖尿病連携手帳を提示してください。」と説明ください。

糖尿病連携手帳 P6 の かかりつけ医の部分にを記載いただき、**連携パスの使用に○**してください。

④ 定期的な眼科受診、歯科受診を勧める

眼科受診、歯科受診の必要性については、糖尿病連携手帳 P30~33 の「糖尿病とその合併症・併存症／網膜症と腎症の病期」を使用すると説明しやすいです。

「年に2~4回は、眼科や歯科を受診してください。」と説明してください。

また、「眼科受診、歯科受診は、糖尿病連携手帳 第4版 P16~19 の眼科・歯科の検査結果を記入していただください。」

と説明ください。

⑤ 定期受診時の検査所見の記載

専門医、専門職、多職種と情報共有する目的で、糖尿病連携手帳 P8-15 に検査結果を記入してください。第4版からは、患者さんがわかりやすいよう検査項目を肝臓・脂質・腎臓に分けてあります。また、1 ページに 2 行とすることで記入スペースを大きくしています。

面談の記録や、治療方針の変更等を「治療・指導のポイント」欄に記載してください。この欄は、自由に記載していただけるよう作成してあるそうです。

問い合わせはメールにてお願いします。

「さっぽろ北部糖尿病ねっと事務局」

dm.net.sne@gmail.com



糖尿病連携手帳 第4版 P6				
■かかりつけ医		(連携パスの使用 / なし あり)		
医療機関:			主治医:	
住所:				
TEL:	()			
■病院		(連携パスの使用 / なし あり)		
医療機関:			主治医:	
住所:				
TEL:	()			
■かかりつけ眼科医		(連携パスの使用 / なし あり)		
医療機関:			主治医:	
住所:				
糖尿病連携手帳 第4版 P16~19				
眼科	施設		施設	
	眼科医		眼科医	
	検査日	/ /	検査日	
	網膜症:	なし・単純増殖前・増殖	網膜症:	
	右 黄斑浮腫:	なし・あり	右 黄斑浮腫:	
	右 所見の悪化:	なし・あり	右 所見の悪化:	
	光凝固:	未・済	光凝固:	
	抗VEGF治療歴:	なし・あり	抗VEGF治療歴:	
	網膜症:	なし・単純増殖前・増殖	網膜症:	
	左 黄斑浮腫:	なし・あり	左 黄斑浮腫:	
左 所見の悪化:	なし・あり	左 所見の悪化:		
左 光凝固:	未・済	左 光凝固:		
左 抗VEGF治療歴:	なし・あり	左 抗VEGF治療歴:		
矯正視力	右 () ・ 左 ()	矯正視力	右 () ・ 左 ()	
次回受診	ヶ月後	次回受診	ヶ月後	
歯科	施設		施設	
	歯科医師		歯科医師	
	検査日	/ /	検査日	
	歯周病	なし・軽・中・重	歯周病	
	口腔清掃	良・普通・不十分	口腔清掃	
	出血	なし・時々・あり	出血	
	口腔乾燥	なし・あり	口腔乾燥	
	咀嚼力	問題なし・問題有り	咀嚼力	
糖尿病連携手帳 第4版 P8~15				
検査結果	検査日	/ /	/ /	
	施設			
	体重(kg)			
	血圧(mmHg)	/	/	
	血糖値(mg/dL)	空腹時・食後 分	空腹時・食後 分	
	HbA1c(%)			
	肝臓	AST/ALT	/	/
		γ-GTP		
	脂質	LDL-C/HDL-C	/	/
		中性脂肪		
腎臓	eGFR			
	クレアチニン			
	尿アルブミン指数	mg/gCr	mg/gCr	
	尿蛋白 定性	-・±・1+・2+・3+	-・±・1+・2+・3+	
[治療・指導のポイント]				