

糖尿病重症化予防対策マニュアル



はじめに

糖尿病は、生活スタイルの欧米化や不摂生な生活、遺伝的背景等が複雑に関係し発症します。慢性的に高血糖が続くため、発症早期からの適切な治療を怠ると、網膜や腎臓、神経等などに障害を及ぼすのみならず、動脈硬化による心臓病や脳血管疾患、感染症などさまざまな合併症を引き起こします。糖尿病患者は年々増加し、それに伴い糖尿病腎症による透析患者など重篤な合併症をもつ患者も増加しています。

富山県では、「糖尿病アタックプラン」（平成8年）を策定し、糖尿病の予防、健康診査や事後指導の充実、患者支援等の糖尿病対策を積極的に進めてきました。さらに、平成21年度からは「透析患者等発生予防体制整備事業」として「糖尿病の重症化予防対策」を掲げ取り組んでいます。

本事業では、県医師会、郡市医師会、総合病院、健診機関、看護協会、厚生センター等で構成する「連絡協議会」及び下部組織として、糖尿病専門医、開業医看護師、保健師等からなる「ワーキンググループ」を設置し、本県における糖尿病の現状を分析、「医療機関間の診療のネットワーク体制」や「保健と医療との連携体制」の整備に向け検討や重ねてきました。また、関連機関間の円滑な連携に向けての「ツール（様式）」、糖尿病非専門医向けの「糖尿病診療用指針」、保健指導実践者（保健師、栄養士等）向けの「特定健康診査後の糖尿病保健指導指針」を作成しました。

このたび、これらの内容を「糖尿病重症化予防対策マニュアル」としてまとめました。本事業の概要は富山県健康課のホームページにも掲載しております。

(http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1205/kj00009975.html)

県内医療機関や市町村の保健指導実施機関等におかれましては、連携強化に向け本マニュアルを十分活用し、糖尿病合併症の発症ならびに進行予防に努めていただきますようお願いいたします。

平成24年3月

富山県透析患者等発生予防体制整備事業連絡協議会
富山県厚生部健康課

改訂にあたって

高齢化が進む我が国では生活習慣と社会環境の変化に伴い糖尿病患者数のみならず糖尿病腎症透析導入など重症化した患者数の増加が大きな課題となってきました。それに伴い平成28年3月、日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者が糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結しました。糖尿病性腎症重症化予防の取組を国レベルでも支援する観点から「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、都道府県レベルでのプログラムの策定及び保険者におけるプログラムの実施を求めています。

一方、富山県では平成24年に「富山県透析患者等発生予防体制整備事業連絡協議会」を設置し全国に先駆けて重症化予防の視点から医療と保健の連携を強化した「糖尿病重症化予防推進事業」を整備し、その概要を本マニュアルにまとめ普及してまいりました。「医療機関間の診療のネットワーク」や「保健と医療との連携」の体制整備、保険者等関連機関間の円滑な連携に向けての「ツール（様式）」作成・運用、別冊としての実際の診療や指導に役立つ糖尿病非専門医向けの「糖尿病診療用指針」、保健師向け「糖尿病保健指導指針」の作成、配布などを通し徐々に地域において糖尿病への理解と予防や適切な治療が広がってきました。

今回国が示す「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、重症化リスクの高い対象者の抽出基準作成や保健指導実施者の資質向上に向けて別冊「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を追加作成しました。また昨今の高齢、がん、認知症、サルコペニアなど糖尿病をとりまく課題、情報も鑑みこれを機会に「診療用指針」「保健指導指針」も改訂しました。

以上に伴いこれらの概要を示す本「糖尿病重症化予防対策マニュアル」を改訂いたしました。

糖尿病に係る費用対効果を最大とするには、県民の健康意識の向上とともに医療者やスタッフの理解と積極的な介入が欠かせません。ひとりでも多くの方が糖尿病を持ちながらも明るく充実した人生を送れますように、引き続き本事業にご理解の上積極的にご参画くださいますようお願いいたします。

平成 29 年 10 月

富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会
富山県厚生部健康課

目 次

1	富山県における糖尿病の現状と課題	1
2	糖尿病重症化予防連携体制について	3
1)	糖尿病診療ネットワークについて	4
(1)	医療機関間の診療情報提供書（富山県版） かかりつけ医から糖尿病専門医への診療情報提供書 糖尿病専門医からかかりつけ医への診療情報提供書	
(2)	眼科疾患診療提供書【かかりつけ眼科医との連携】（富山県版）	
(3)	歯科疾患診療情報提供書【かかりつけ歯科医との連携】（富山県版） （参考）その他、富山県内で使用されている診療情報提供書	
(4)	糖尿病地域連携パス（患者携帯） （参考）その他、富山県内で使用されている糖尿病地域連携パス	
2)	医療保険者と医療等との連携について	11
(1)	県内市町村糖尿病保健指導相談窓口一覧	
(2)	医療保険者と医療間の連携用ツール 保険者から医療への医師連絡票（受診勧奨者対象） 保険者から医療への保健指導実施確認書 医療から保険者への糖尿病保健指導依頼書 保険者から医療への糖尿病保健指導報告書 保険者から医療への糖尿病保健指導のための情報提供について（依頼）	
3	関係機関情報	19
	医療資源情報（富山県厚生部健康課ホームページ） 行政機関の糖尿病対策事業（富山県厚生部健康課ホームページ）	
4	糖尿病対策関係事業情報	20
5	糖尿病対策事業の評価指標	21
	付属資料	22
	透析患者等発生予防推進事業の概要 富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会設置要綱 富山県透析患者等発生予防推進事業ワーキンググループ設置要綱 （別添）富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会検討委員名簿 富山県透析患者等発生予防推進事業ワーキンググループ検討委員名簿	
※別冊	1)「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」 2)「富山県糖尿病診療用指針」2017-2018 改訂第3版 3)「富山県糖尿病保健指導指針」改訂第2版	

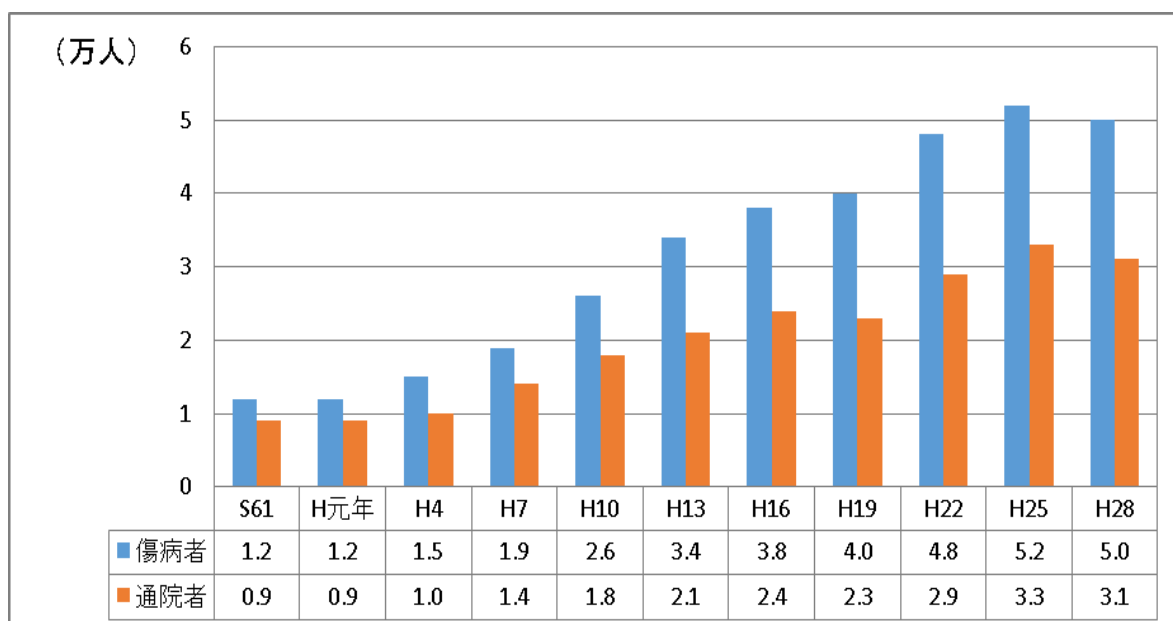
1 富山県における糖尿病の現状と課題

1) 糖尿病の現状

(1) 糖尿病患者 受療状況

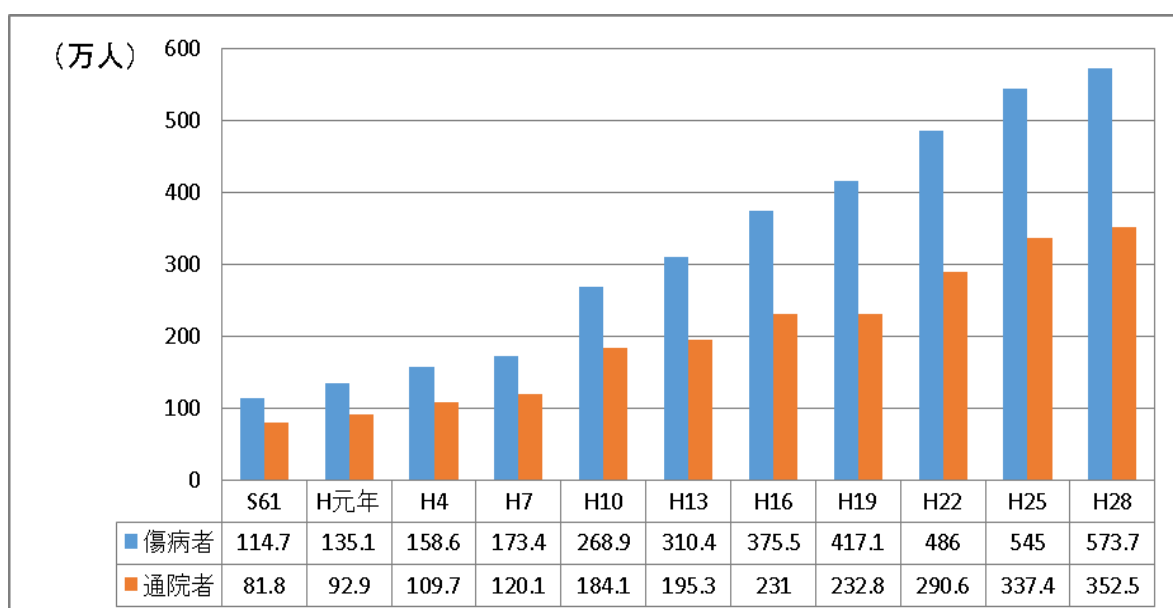
厚生労働省の平成 28 年国民生活基礎調査によれば、糖尿病による傷病者数は、573 万 7 千人、本県では、5 万人となっており、通院者は、全国 352 万 5 千人、本県で 3 万 1 千人である。

① 糖尿病傷病者数・通院者数の推移（富山県）



【(資料) 厚生労働省国民生活基礎調査】

② 糖尿病傷病者数・通院者数の推移（全国）



【(資料) 厚生労働省国民生活基礎調査】

(2) 透析患者状況

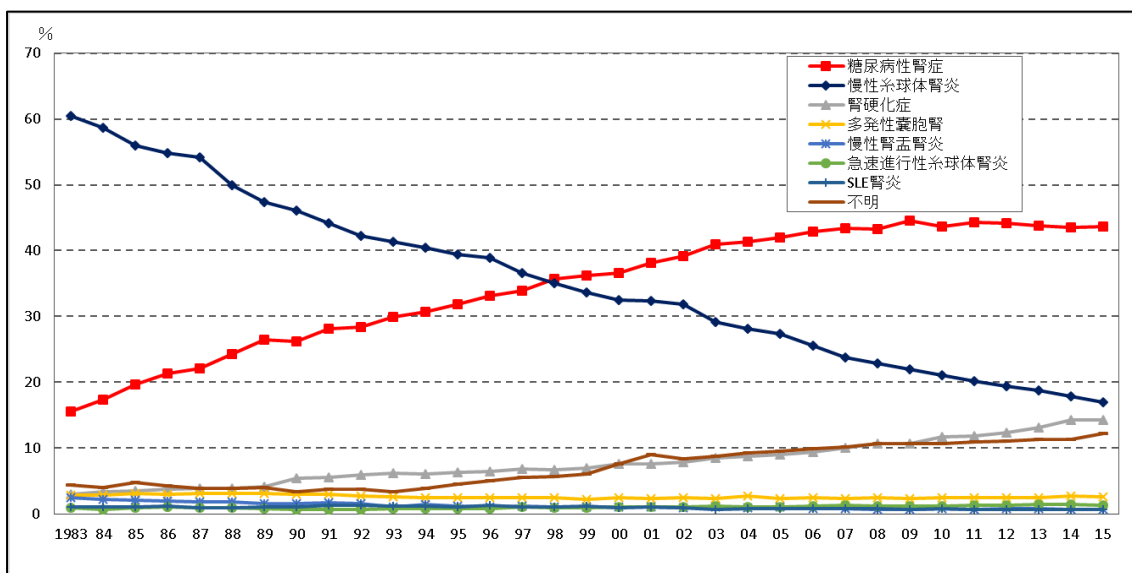
透析導入患者の主要原疾患は、全国では、1998年に糖尿病腎症が慢性糸球体腎炎を逆転し、割合が高くなり、その後も増加している。富山県においても糖尿病腎症が透析導入患者の4割以上をしめている。

① 年別透析患者・導入患者数（全国、富山県）

	2006年		2007年		2008年		2009年		2010年	
	患者数	導入患者数	患者数	導入患者数	患者数	導入患者数	患者数	導入患者数	患者数	導入患者数
富山県	2,133	289	2,184	290	2,194	301	2,261	327	2,337	320
全国	264,473	36,373	275,242	36,934	283,421	38,180	290,661	37,556	297,126	37,532
	2011年		2012年		2013年		2014年		2015年	
	患者数	導入患者数	患者数	導入患者数	患者数	導入患者数	患者数	導入患者数	患者数	導入患者数
富山県	2,443	276	2,432	304	2,445	265	2,494	293	2,493	276
全国	304,592	37,902	301,545	36,590	306,925	36,598	310,108	36,377	313,217	36,797

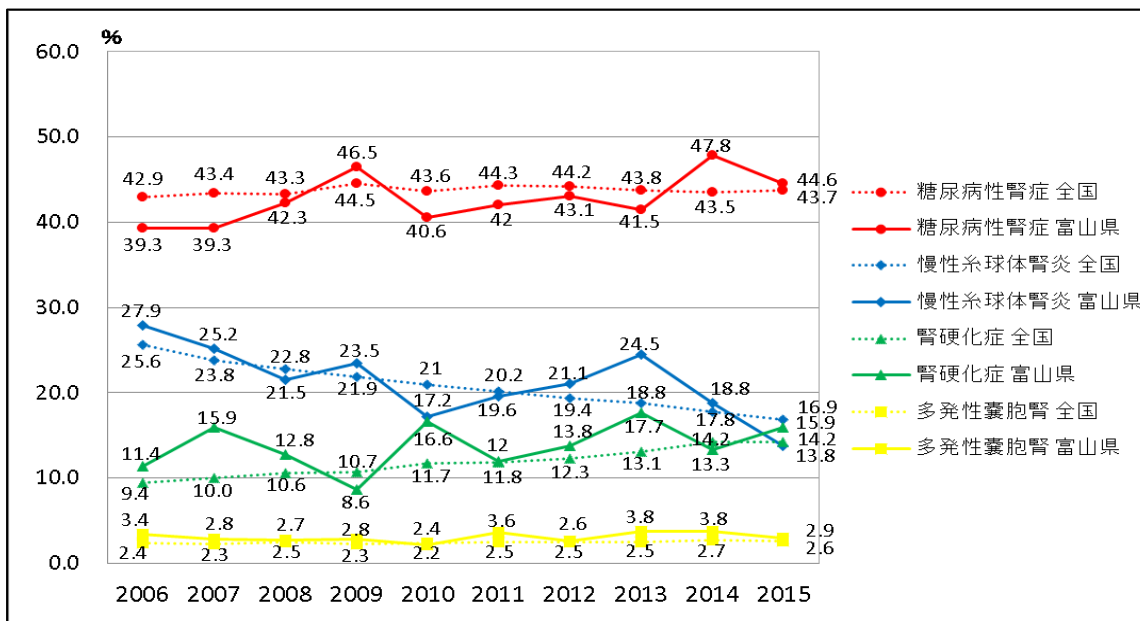
【資料：日本透析医学会】

② 年別透析導入患者の主要原疾患率の推移（全国）



【資料：日本透析医学会】

③ 年別透析導入患者の主要原疾患率の推移（全国・富山県）



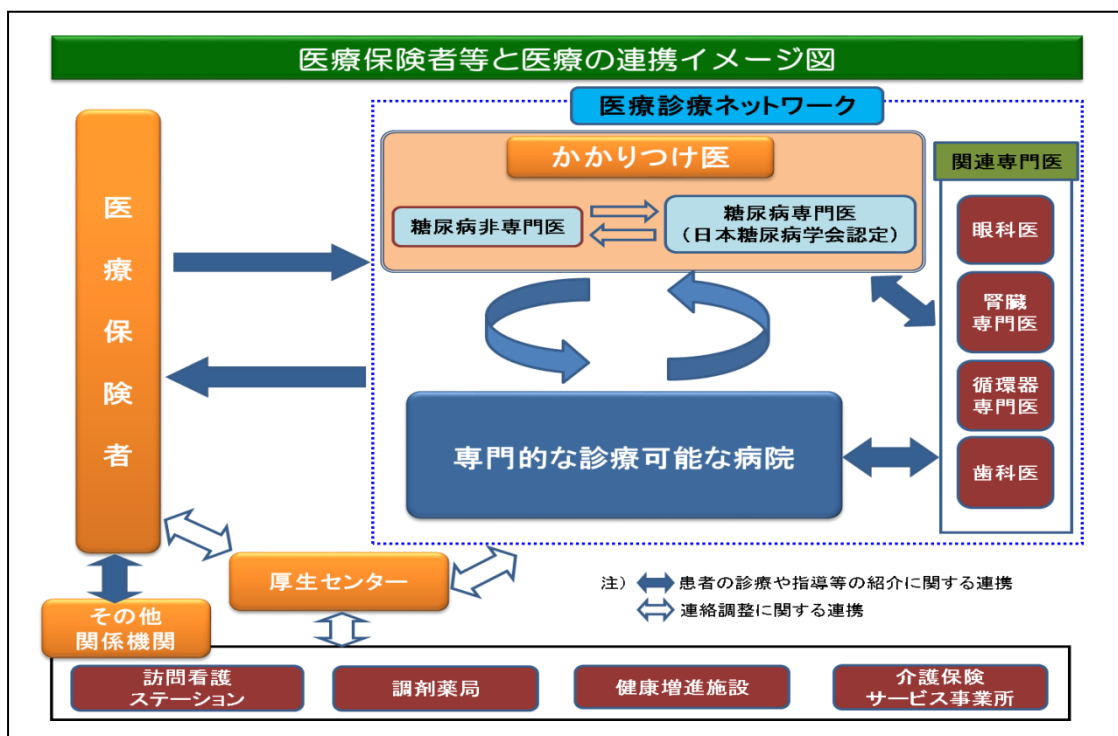
【資料：日本透析医学会】

2) 糖尿病対策（重症化の視点から）の課題

- (1) 受診勧奨者（要医療者）が確実に医療機関を受診し、悪化を防ぐ支援が必要である。
- (2) 治療中の患者が適切に医療をうけ、重症化予防ができる環境づくりが必要である。
- (3) 糖尿病予備群が糖尿病に移行しない保健指導の強化が必要である。
- (4) 糖尿病予防のための県民への啓発普及が必要である。
- (5) 関係者の資質の向上のための取り組みが必要である。

2 糖尿病重症化予防連携体制について

以下は、患者に直接にかかわる機関が、重症化を予防するための包括的な連携体制のイメージ図であり、主に医療保険者と医療機関との連携について示したものである。



糖尿病診療ネットワークにおいては、かかりつけ医と専門医療機関との連携により、重症化予防の体制を構築する。

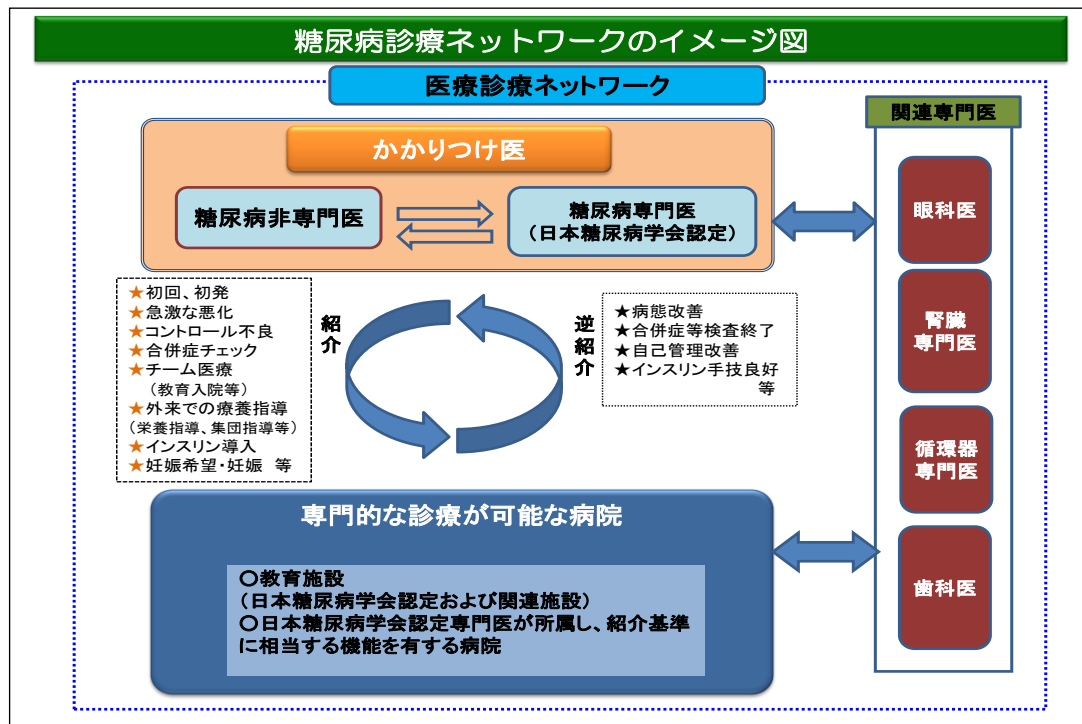
保健指導体制においては、市町村は、住民に糖尿病予防に関する健康教育等（ポピュレーションアプローチ）や健診の要指導者に対する保健指導を実施し、糖尿病の発症予防を推進するとともに、受診勧奨者に対し、医療機関に受診するよう保健指導を行う。また、医療、関係機関と連携し、治療中患者の生活指導、療養支援や医療情報を生かした具体的な保健指導を行う。

厚生センターは、関係機関との連携体制の構築を図るための支援を行う。

なお、連携に使用されるツールは、富山県健康課ホームページよりダウンロードが可能である。
(http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1205/kj00009975.html)

1) 糖尿病診療ネットワークについて

以下は診療連携体制、ならびに紹介・逆紹介の目安について記載したものである。
 糖尿病患者が長期にわたり、健常人と変わらない寿命の確保と QOL を維持するには、かかりつけ医が、専門的な診療が可能な病院や関連専門医と積極的に連携をすすめていくことが必要である。



かかりつけ医は他疾患併発時の初期治療や健康診断などホームドクターとしての幅広い機能を持つ。糖尿病の初診時は必要な診療をおこなった上で、将来にわたり合併症の予防が必要な患者に対しては、病態、糖尿病合併症の検査、チーム医療による自己管理のための指導が可能な専門病院や関連専門医に紹介する。逆紹介後は良好な血糖コントロール維持に努めるなど定期管理をする。また、血糖コントロール悪化時の他、合併症の検査や自己管理のための再指導等を目的に定期的に専門病院に紹介する【様式5 かかりつけ医から専門医への診療情報提供書】。

専門的な診療が可能な病院では、できる限り初回、初発の段階で合併症や病態の検査を行う。また、教育入院や糖尿病専門外来を通してチーム医療（糖尿病に関する知識、食事・運動療法指導、インスリン手技、フットケアなど）を展開し、自己管理のための基本的な指導を行う。糖尿病昏睡、血糖コントロールの急激な悪化、血糖コントロール不可例、インスリン導入が必要な場合、術前の管理、妊娠希望、妊娠中の糖尿病などに対し、専門的な診療、指導を行う。安定後は速やかにかかりつけ医に逆紹介する【様式6 専門医からかかりつけ医への診療情報提供書】が、安定後も定期的に合併症の検査、治療薬の見直し、自己管理のための再指導を行う。糖尿病合併症、特に糖尿病腎症（疑い含む）がある場合には、糖尿病専門医と腎臓専門医の連携による専門的な診療の上、かかりつけ医へ逆紹介し、その後も定期的に専門医によるケア・サポートを行っていく。

機能分担と循環型医療連携を推進することで、良好な血糖コントロール維持に努め、合併症の発症、進行を阻止する。また、日頃からの情報の共有化は、突然の急性期疾患発症の際の緊急対応もスムーズに行うことが可能となる。

(1) 医療機関間の診療情報提供書 (富山県版)

様式 5

かかりつけ医から糖尿病専門医への診療情報提供書															
平成 年 月 日															
<紹介先医療機関> _____ 病院・医院 _____ 科 _____ 先生 侍史		<紹介元医療機関> _____ 医院 医師名 _____ 印 印													
患者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)												
住 所	電話番号														
健康保険証	記号	番号													
糖尿病 罹症期間	約 年 (昭・平 年 発症・発見)														
診 断 名	<input type="checkbox"/> 糖尿病(2型 1型 その他) <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症(第 期) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> その他()														
紹介目的	<input type="checkbox"/> 初発、初回 <input type="checkbox"/> 急激な悪化 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良 <input type="checkbox"/> 合併症チェック <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 生活指導・栄養指導 <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 糖尿病合併妊娠 <input type="checkbox"/> その他()														
紹介歴	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診(前回 平成 年 月)														
経 過	<input type="checkbox"/> コントロール状況: HbA1c % <参考> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">目 標</th> <th colspan="3">血糖コントロール</th> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">成人の場合の目標値であり、 妊娠例は除く</td> <th style="font-size: small;">血糖正常化を 目指す際の目標 <small>注1)</small></th> <th style="font-size: small;">合併症予防 のための目標 <small>注2)</small></th> <th style="font-size: small;">治療強化が 困難な際の目標 <small>注3)</small></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c (%)</td> <td>6.0 未満</td> <td>7.0 未満</td> <td>8.0 未満</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">注1) 基本治療(食事・運動)だけで達成可能、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合。 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値は、空腹時血糖値130mg/dl未満、 食後2時間血糖値180mg/dl未満をおおよその目安とする。 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合。</p> ※検査データ等添付資料 <input type="checkbox"/> あり			目 標	血糖コントロール			成人の場合の目標値であり、 妊娠例は除く	血糖正常化を 目指す際の目標 <small>注1)</small>	合併症予防 のための目標 <small>注2)</small>	治療強化が 困難な際の目標 <small>注3)</small>	HbA1c (%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満
目 標	血糖コントロール														
成人の場合の目標値であり、 妊娠例は除く	血糖正常化を 目指す際の目標 <small>注1)</small>	合併症予防 のための目標 <small>注2)</small>	治療強化が 困難な際の目標 <small>注3)</small>												
HbA1c (%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満												
治療内容	<食事療法> <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 指示あり 【糖尿病()単位食・()kcal】 <薬物療法> <その他>														
連絡事項															

糖尿病専門医からかかりつけ医への診療情報提供書

平成 年 月 日

<紹介先医療機関>

病院・医院

<紹介元医療機関>

科

先生 御侍史

病院

医師名

TEL

患者氏名	生年月日	男・女
診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 糖尿病合併症(網膜症・腎症・神経障害) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> その他()	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 治療の継続 <input type="checkbox"/> その他()	
経過	※検査データ・指導報告書等添付資料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
治療内容	食事療法: 糖尿病()単位食・()kcal その他() 運動療法: <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり() 薬物療法	
連絡事項	<input type="checkbox"/> 次回、当院受診()ヶ月後要 <input type="checkbox"/> その他()	

糖尿病診療情報提供書

紹介先 病院・医院 先生
 患者氏名 殿(男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生(才)

全身所見

【診断名】 糖尿病(2型・1型・その他・妊娠糖尿病)
 合併症 1 糖尿病性腎症(あり・なし) 早期腎症(あり・なし) 透析(あり・なし)
 2 糖尿病性神経症(あり・なし)
 3 高血圧(あり・なし)
 4 高脂血症(あり・なし)
 5
 6
 【糖尿病罹病期間】 約 年(昭・平 年 発症・発見)
 【治療】 未治療・食事療法のみ・経口薬・インスリン

【検査所見】

日付(月/日)		/	/	/
血糖値	空腹時(mg/dl)			
	食後(mg/dl)			
	食後時間(hr)			
HbA1c(%)				

【コントロール】 優・良・可・不良
 【特記事項】

年 月 日 病院・医院 医師

眼所見

【診断名】 1 糖尿病網膜症(あり・なし)
 2 白内障(あり・なし) 術後(右・左)
 3
 4
 【視力】 右: () 左: ()
 【眼底】 単純網膜症・増殖前網膜症・増殖網膜症 黄斑症(あり・なし)
 [網膜光凝固後 硝子体手術後]

【治療方針】 経過観察・網膜光凝固・硝子体手術
 【次回眼底検査予定】 年 月 (ヶ月後)
 【特記事項】

年 月 日 病院・医院 眼科医師

※ 上記様式をご希望の方は富山県医師会(TEL076-429-4466)および富山県医師共同組合(TEL076-429-7185)へお問い合わせください。

(3) 歯科疾患診療情報提供書【かかりつけ歯科医との連携】(富山県版) 様式 8

(①紹介元控)

糖尿病診療情報提供書 (歯科)

紹介先 病院・医院 先生

患者氏名 様 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生 (才)

【診断名】 糖尿病 (2型・1型・その他・妊娠糖尿病)

合併症

- 1 糖尿病網膜症 : (あり・なし・不明)
- 2 糖尿病腎症 : (あり・なし・不明)
- 3 糖尿病神経症 : (あり・なし・不明)
- 4 高血圧症 : (あり・なし)
- 5 心血管疾患 : (あり・なし・不明)
- 6 その他 : ()

【糖尿病罹症期間】 約 年 (昭・平 年 発症・発見)

【治療】 未治療・食事療法のみ・経口薬・インスリン・その他 ()

【検査所見】

	日付 (月/日)	/	/	/
血糖値	空腹時 (mg/dl)			
	食後 (mg/dl)			
	食後時間 (hr)			
HbA1c (%) 【JDS 値】				

【コントロール】 優・良・可・不良

【歯科治療上の留意点等特記事項】

年 月 日 病院 科 医師

【現症・検査・診断】

- 1 口腔清掃状態 : 良好・普通・不良 (PCR %)
- 2 歯肉の状態 : 良好・普通・不良
- 3 歯周病の程度 : 歯周炎 (重度・中等度・軽度) ・歯肉炎 ・異常なし
- 4 歯周病治療歴 : あり・なし・治療中
- 5 その他 : ()

【今後の治療方針】

- 1 ブラッシング指導
- 2 スケーリング
- 3 スケーリング・ルートプレーニング (SRP)
- 4 歯周外科治療
- 5 定期的管理
- 6 その他 ()

【次回治療予定日】

年 月 日 ・ カ月後

【特記事項】

年 月 日 歯科 歯科医師

(社) 富山県歯科医師会

※ 上記様式をご希望の方は富山県歯科医師会 (TEL076-432-4466) へお問い合わせください。

(参考) その他、富山県内で使用されている診療情報提供書

南砺市民病院 糖尿病ライフセンター

かかりつけ医→南砺市民病院連携科
【糖尿病ライフセンター依頼箋】 FAX 0763-82-0532

送信者 医療機関名 所在地	〒 -	医師氏名 TEL FAX	
ふりがな 患者氏名	生年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女
住所	〒 -	電話番号	
受診希望日	第一希望 月 日 (金)	第二希望 月 日 (金)	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 栄養指導(妻や母等の調理者参加) あり・なし <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 日常生活指導 <input type="checkbox"/> 薬剤指導 <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> 眼科受診 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 合併症検査(心臓・脳・腎臓・神経障害) <input type="checkbox"/> インスリン導入を主とした治療相談 ※合併症検査と眼科受診は午前です <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査依頼	<input type="checkbox"/> 血糖の再検(75gOGTT・空腹時血糖) <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 胸部MRI+MRA <input type="checkbox"/> 経動脈圧 <input type="checkbox"/> ABI+PWV <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 腹部OT <input type="checkbox"/> (負荷)心電図 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 心臓血管CT <input type="checkbox"/> その他 ()		
糖尿病診断時期	◆糖尿病診断時期◆ ()才頃 昭和・平成 () 年頃 ◆貴院でのフォロー開始時期◆ 昭和・平成 () 年頃 ◆その後の治療経過の概要(合併症の程度も含む)◆		
現病歴と治療内容	◆薬物療法◆ ◆商品名◆ ◆用量◆ <input type="checkbox"/> スルホニル尿素薬 (ヘキストラステチン/ジメチル/グリザリド/オイグルコ/ダオニール/アマール) <input type="checkbox"/> ビグリアイド薬 (グリコシル/ルビソ/シズメスB) <input type="checkbox"/> αグルコシダーゼ阻害薬 (クルコバ/イ・エイシン/セイブル) <input type="checkbox"/> チアゾリジン薬 (アバス) <input type="checkbox"/> 運動型インスリン分泌促進薬(スターニス・ファスティック/ケルファット) <input type="checkbox"/> 短效型インスリン (ヒューマログ注・ホノベト注・アピトラ) <input type="checkbox"/> 運動型インスリン (R:ペンフィル、イルット、ヒューマート、ヒューマリン) <input type="checkbox"/> 中間型インスリン (N:ペンフィル、ノボリン、イルット、ヒューマート、ヒューマリン、ヒューマログ) <input type="checkbox"/> 混合型インスリン () <input type="checkbox"/> 持効型インスリン (ランタス注・レベミル注) <input type="checkbox"/> DPP4阻害剤 (クラカアグ・シヤミアア) 直近のデータ 平成 年 月 日 体重 γ-GTP BMI 尿アルブミン 血圧 蛋白尿 血糖値 HDL-Cho 食前・食後 時間 LDL-Cho HbA1c 中性脂肪 AST 身長 ALT		
現状	◆食事の指示単位◆ 糖尿病食 () 単位 ・ () キロカロリー ◆運動内容◆ ()		
その他報告・依頼事項			

高岡医療圏糖尿病地域連携システム

a) 糖尿病地域連携診療情報提供書(かかりつけ医用) _____年 月 日

紹介元医療機関 _____ 紹介先医療機関 _____

病院・医院・クリニック _____ 病院・医院・クリニック _____

科 _____ 先生 御侍史 TEL _____ FAX _____

患者氏名: _____ 様 性別: 男・女

患者住所: 〒 _____ 市 _____

生年月日: T・S・H _____年 月 日 _____歳 身長 _____cm 体重 _____kg

病名または主訴
 ① 糖尿病 (1型 2型 その他) 妊婦糖尿病 境界型
 ② 網膜症 腎症 神経障害 動脈硬化
 ③ 高血圧症 脂質異常症 その他 ()

紹介目的
 血糖コントロール 栄養指導 教育入院 インスリン導入
 合併症検査 (網膜症 腎症 神経障害 心・脳血管系)
 急性増悪のコントロール 足病変 腎症悪化 糖部での高血糖
 その他 ()

経過・治療 コントロール状態 (優 ・ 良 ・ 可 ・ 不可)
 指示カロリー : () Kcal () 単位

日付 (月/日)	✓	✓	✓
血糖値 空腹時 (mg/dl)			
食後 (mg/dl)			
HbA1c (%)			

処方と特記事項

近紹介に際して (必要な場合お書き下さい、血糖測定器は施設により機種が異なる可能性があります)
 * 紹介元医療機関の情報
 ① 症状が安定した場合には治療が可能 (はい ・ いいえ)
 ② インスリン療法が必要な場合でも治療が可能 (はい ・ いいえ)
 ③ 置いている自己血糖測定器 ()

d) 糖尿病地域連携診療情報提供書(専門医用) _____年 月 日

紹介元医療機関 _____ 紹介先医療機関 _____

病院・クリニック _____ 病院・医院・クリニック _____

先生 御侍史 TEL _____ FAX _____

患者氏名: _____ 様 性別: 男・女

患者住所: 〒 _____ 市 _____

生年月日: T・S・H _____年 月 日 _____歳

病名または主訴
 ① 糖尿病 ② 糖尿病合併症 (網膜症・腎症・神経障害)
 ③

紹介目的
 ① 治療の継続 ② 合併症の精査
 ③ その他 ()

経過・治療 指示カロリー: () Kcal () 単位

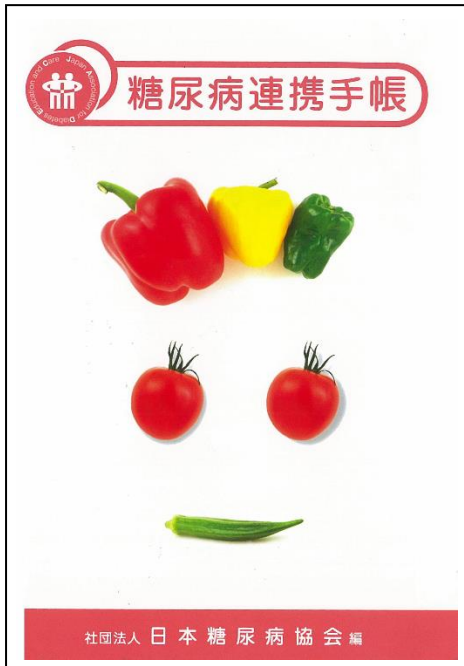
処方

特記事項: () カ月後に再診させてください

経過表	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
空腹時血糖値	()	()	()	()	()	()
食後血糖値	()	()	()	()	()	()
HbA1c	()	()	()	()	()	()

(4) 糖尿病地域連携パス (患者携帯)

① 日本糖尿病協会「糖尿病連携手帳」



基本情報

フリガナ

■氏名

■生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 男女

■住所 (〒)

TEL: ()

■勤務先

TEL: ()

■緊急連絡先/統柄 ()

TEL: ()

記載日	年 月 日	記載者	
身長	cm	体重	kg
BMI		標準体重	kg
BMI		21.2以上	cm
飲酒	飲まない・飲む ()		
喫煙	吸わない・吸っていた・吸う (本/日)		
診断	1型糖尿病・2型糖尿病・その他()・妊娠糖尿病		
合併症	網膜症 なし・あり 腎症 なし・あり 神経障害 なし・あり 骨関節症 なし・あり 動脈硬化 なし・あり (虚血性心疾患・脳血管障害・末梢動脈疾患) 脂質異常症・高血圧症・肝疾患・高尿酸血症 その他		
併存症			
既往症			
家族病歴	糖尿病 なし・あり () その他		
エネルギー	kcal/日	炭水化物	%日
たんぱく質	g/日	食塩相当量	g/日未満
介護度	なし・要支援 1, 2・要介護 1, 2, 3, 4, 5		

(参考) 富山県内で使用されている糖尿病地域連携パス

※ 富山県立中央病院 「糖尿病医療連携カード」(日本糖尿病協会「糖尿病連携手帳」と併用)

逆紹介年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
逆紹介医療機関						
かかりつけ医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師
逆紹介時年齢	歳	歳	歳	歳	歳	歳
糖尿病腎症病期	第 期	第 期	第 期	第 期	第 期	第 期
神経障害	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
動脈硬化所見	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
腹部超音波or CT検査所見						
その他の所見						
糖尿病網膜症所見	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
眼科医療機関						
糖尿病食指示単位	18 単位食	単位食	単位食	単位食	単位食	単位食
治療薬						
メッセージ						
当院指導療養指導士	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師
当院主治医(記載医)	医師	医師	医師	医師	医師	医師
次回当院受診予定	2022年2月	年月	年月	年月	年月	年月

糖尿病医療連携カード

氏名 _____

発行日 _____ 年 月 日

ID番号 _____

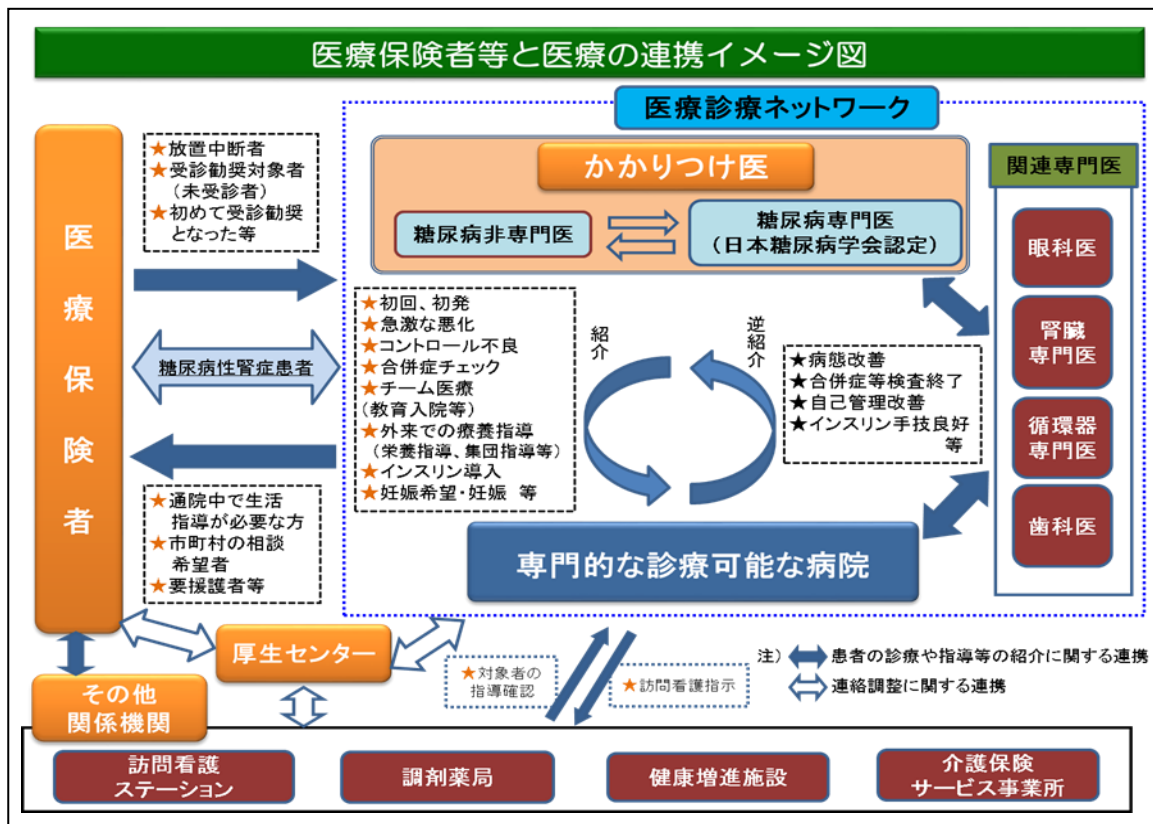
連携No. _____

必ず糖尿病手帳にはさんでおきましょう。
次回の病院受診の予定を忘れずに！
「主治医はあなた自身」です！

富山県立中央病院内科 (内分泌・代謝)

2) 医療保険者と医療等との連携について

以下は、地域の糖尿病患者の重症化予防を推進するため、医療保険者と医療等との連携体制や連携の目安を示したものである。



医療保険者は、特定健康診査等で把握した「治療中断者」や「未受診者」「初めて受診勧奨になった患者」に対し、医療機関に受診するよう保健指導を行う。必要時、患者の情報を医師に情報提供する【様式1 医師連絡票】。また、糖尿病の治療中であっても、特定健康診査等により糖尿病性腎症が疑われる患者及び重症化リスクの高い患者について、医療保険者は主治医に保健指導実施の可否について確認を行い、主治医の指示のもと、保健指導を行う【様式2 保健指導実施確認書】。

医療機関は、「通院中で生活指導(食事・運動指導、服薬管理、衛生管理、低血糖指導など)が必要な患者」や「糖尿病であって寝たきりや認知症等の要援護の患者」あるいは「医療保険者が実施する相談等を希望する患者」に対し保健指導が必要と判断した場合は、患者が加入している医療保険者に依頼することができる【様式3 糖尿病保健指導依頼書】。

医療保険者は依頼を受けた患者に対し関係機関と連携しながら保健指導を実施し、その結果を医療機関に報告する。【様式4 糖尿病保健指導報告書】その後のフォローについても、医療機関と連携のもと、主治医の依頼に従って実施する。

なお、医療保険者等と医療の連携推進を図るため、糖尿病専門医が在籍する医療機関の医療資源内容と市町村等における糖尿病保健体制の情報を集約し、県健康課のホームページに掲載した。

(http://www.pref.toyama.p/cms_sec/1205/kj00009975.html)

(1) 県内市町村糖尿病保健指導窓口一覧

	市町村名	所 属	住 所	電話番号	FAX
1	富山市	保健所地域健康課	〒939-8588 富山市蜷川459-1	076-428-1153	076-428-1150
2	高岡市	健康増進課	〒933-0045 高岡市本丸町7-25	0766-20-1345	0766-20-1347
3	魚津市	健康センター	〒937-0041 魚津市吉島1165	0765-24-3999	0765-24-3684
4	氷見市	健康課	〒935-0011 氷見市中央町12-21	0766-74-8062	0766-74-8257
5	滑川市	健康センター	〒936-0056 滑川市田中新町127	076-475-8011	076-475-8243
6	黒部市	保健センター	〒938-8555 黒部市三日市1301	0765-54-2411	0765-54-0868
7	砺波市	健康センター	〒939-1395 砺波市新富町1-61	0763-32-7062	0763-32-7059
8	小矢部市	健康福祉課	〒932-0821 小矢部市鷺島15	0766-67-8606	0766-67-8602
9	南砺市	健康課	〒932-0292 南砺市井波520	0763-23-2027	0763-82-4657
10	射水市	保健センター	〒939-0241 射水市中村38	0766-52-7070	0766-52-7073
11	舟橋村	生活環境課	〒930-0295 中新川郡舟橋村仏生寺55	076-464-1121	076-464-1066
12	上市町	保健センター	〒930-0361 中新川郡上市町湯上野8	076-473-9355	076-473-9356
13	立山町	保健センター	〒930-0229 中新川郡立山町前沢1169	076-463-0618	076-462-9011
14	入善町	保健センター	〒939-0642 下新川郡入善町上野2793-1	0765-72-0343	0765-72-5082
15	朝日町	保健センター	〒939-0741 下新川郡朝日町荒川262-1	0765-83-3309	0765-83-3309

(2) 医療保険者と医療間の連携のための様式

様式1

保健から医療への医師連絡票(受診勧奨者対象)

平成 年 月 日

医療機関名

主治医

御机下

下記の方は、特定健康診査の結果、糖尿病や腎機能について受診が必要との判定となり、受診勧奨いたしましたところ、貴院の受診を希望されましたのでご連絡いたします。
ご高診、ご指導の程よろしく願いいたします。

市町村名

保健指導担当課長名

患者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日(歳)
住 所		電話番号				
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他()				
健診結果	特定健康診査受診日 年 月 日 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 血圧 _____ / _____ mmHg 中性脂肪 _____ mg/dl HDLコレステロール _____ mg/dl LDLコレステロール _____ mg/dl GOT _____ IU/l GPT _____ IU/l γ -GTP _____ IU/l HbA1c _____ % 尿糖() 尿蛋白() eGFR _____ ml/分/1.73m ² ※これまでの健診結果について					
未受診の理由						
生活状況	<家族背景> <就業状況> <input type="checkbox"/> 就業あり(仕事内容:) <input type="checkbox"/> 就業なし(家庭での役割:) <1日の生活の流れ> <その他>					
受診勧奨時 指導内容						
特記事項等	<input type="checkbox"/> HbA1c 6.5%以上 <input type="checkbox"/> eGFR低下 <input type="checkbox"/> 蛋白尿陽性 ()					

担当者名

TEL:

※この文書は紹介状ではなく連絡文書です。
 ※受診状況について医療機関に連絡することに関しては、本人より同意を得ております。
 ※なお、今後も継続的な指導が必要な場合は、様式3「医療から保健への糖尿病保健指導依頼書」
 によりご連絡ください。

様式2

保健から医療への保健指導実施確認書

平成 年 月 日

医療機関名

主治医

御机下

富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラムで定めた、「糖尿病性腎症患者に対する保健指導」の選定基準(裏面基準参照)に基づき、特定健康診査の結果、貴院に通院中の下記の方が該当となりましたので、保健師等による保健指導実施の必要性について確認するためご連絡いたします。

保健指導の必要性について、下記の「保健指導を依頼します」もしくは「保健指導を依頼しません」にチェックの上、ご返送いただきますよう、お願いいたします。

なお、「保健指導が必要」な場合は、保健指導依頼内容にチェックの上、様式3「医療から保健への糖尿病保健指導依頼書」とともに本書をご返送いただきますよう、お願いいたします。

市町村名

担当者名

TEL

患者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日(歳)
住 所		電話番号				
健診結果	特定健康診査受診日 年 月 日					
	身長	cm	体重	kg	BMI	血圧 / mmHg
	中性脂肪	mg/dl	HDLコレステロール	mg/dl	LDLコレステロール	mg/dl
	GOT	IU/l	GPT	IU/l	γ-GTP	IU/l
	HbA1c	%	尿糖()	尿蛋白()	eGFR	ml/分/1.73未満
※これまでの健診結果について						

.....<以下医療機関記入>.....

市町村衛生主管課長 様

医療機関名

住 所

主 治 医

上記の患者様について 保健指導を依頼しません

保健指導を依頼します (以下の患者様の同意についてご記入ください)

* 保健指導を受けることに関する患者様の同意

同意あり

同意なし

※ 現在の治療状況及び詳細な指導依頼内容につきましては別紙(様式3)をご記入の上、本書とともにお送りいただきますようお願いいたします。

【「糖尿病性腎症患者に対する保健指導」の対象者選定基準】

- (1) 主治医から糖尿病性腎症について保健指導を依頼された者(様式3を利用)
- (2) 糖尿病治療中(レセプト等により確認)であり特定健診結果で糖尿病性腎症第3期と想定される者
 - ①尿蛋白 1+ かつ/または
 - ②eGFR 30 ml/分/1.73m² 以上 60 ml/分/1.73m²未滿
- (3) 糖尿病治療中(レセプト等により確認)であり特定健診以外での保健事業において把握した糖尿病性腎症第2期～第4期と想定される者
- (4) その他、保険者等が必要と認めた者

※ 対象者に関する留意事項

- ・糖尿病性腎症第3期を優先的に保健指導の対象者とする。
- ・糖尿病性腎症第2期及び第4期については、主治医からの保健指導依頼内容に基づき、保健指導を実施する。
- ・第2期への介入は重要であるが診療による尿アルブミン検査が必須となるため、プログラム実施にあたり尿アルブミン検査の普及啓発も推進する。
- ・保健指導にあたり実施の有無、実施方法に判断を要す場合(高齢者、がん等終末期、認知機能障害、糖尿病透析予防指導管理料算定者等)は主治医(かかりつけ医等)と十分協議の上対応する。

医療から保健への糖尿病保健指導依頼書

平成 年 月 日

保健指導担当課(担当者) 様

医療機関名

主治医

以下のとおり保健指導を依頼します。

TEL

患者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住 所		電話番号		職業	
糖尿病罹症期間	約 年 (昭・平 年 発症・発見)				
診 断 名	糖尿病 : <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常				
	糖尿病腎症 : <input type="checkbox"/> あり (2期・3期・4期) <input type="checkbox"/> なし				
	<その他の合併症等について>				
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> その他の糖尿病合併症等 ()				
保健指導 依頼内容	<input type="checkbox"/> 生活状況(環境、食事、運動等)の把握				
	<input type="checkbox"/> 食事指導 <input type="checkbox"/> 血圧管理 <input type="checkbox"/> 禁煙指導				
	<input type="checkbox"/> 服薬管理 () <input type="checkbox"/> 運動指導 ()				
	<input type="checkbox"/> 衛生管理 () <input type="checkbox"/> 低血糖、シックデイ指導 ()				
	<input type="checkbox"/> 福祉サービス等に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他 ()				
治療内容	<input type="checkbox"/> 運動・食事療法 <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	■食事療法: <input type="checkbox"/> 糖尿病食(標準体重に応じた適正なエネルギーの指導を依頼)				
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 () 単位食・ () kcal				
	<input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> たんぱく質制限				
	<input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 水分制限				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	■運動療法: <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり ()				
	■糖尿病の治療薬				
	■その他疾患薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
血糖 コントロール	平成 年 月 日実施				
	HbA1c _____ % 血糖値(空腹時) _____ mg/dl 血糖値(随時) _____ mg/dl				
検査結果※	身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 血圧 _____ / _____ mmHg				
	総コレステロール _____ mg/dl LDLコレステロール _____ mg/dl HDLコレステロール _____ mg/dl				
	中性脂肪 _____ mg/dl AST _____ IU/l ALT _____ IU/l				
	血清Cr _____ mg/dl 尿中アルブミン _____ mg/gCr 尿蛋白 ()				
	eGFR _____ ml/分/1.73m ²				
連絡事項					

上記情報はわかる範囲でお願いします。
検査結果(※)はデータコピーの添付でも差支えありません。

保健から医療への糖尿病保健指導報告書

平成 年 月 日

医療機関名

主治医 御机下

ご紹介いただきました下記の方の保健(栄養)指導を実施しましたので報告いたします。

市町村名

保健指導担当課長名

患者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所		電話番号	
保健指導 実施日	年 月 日	指導対象	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ
指示内容	食事療法: <input type="checkbox"/> 糖尿病()単位食・()kcal <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> たんぱく質制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> その他() 運動療法: <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり() その他:		
指導にあ たっての 問診情報	<家族背景> <就業状況> <input type="checkbox"/> 就業あり(仕事内容:) <input type="checkbox"/> 就業なし(家庭での役割:) <1日の生活の流れ> <食事>・食事時間 朝食 時(分間) 昼食 時(分間) 夕食 時(分間) ・家庭での主な調理担当者(本人・妻・夫・嫁・その他) ・外食、惣菜利用 (回/週) ・偏食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に) ・1食あたりの主食分量 ご飯 杯 パン 枚 ・1日あたりの肉・魚等摂取状況: (肉 回・魚 回・卵 回・大豆 回 ・食塩摂取状況(1日の味噌汁摂取回数、漬物摂取回数・量 等) () ・嗜好品 タバコ 本/日 飲酒 合/日 ・間食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に) ・その他 <定期的な運動> <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施(具体的な内容) <その他>		
指導内容			
問 題 点			
今後の方針 ※	<input type="checkbox"/> 終了(本人の希望があれば相談に応じていく) <input type="checkbox"/> 継続指導予定 (ヶ月後) <input type="checkbox"/> その他()		
連絡事項			

※治療の継続及び中止等保健指導についてのご指示等
ございましたら、ご連絡をお願いいたします。

保健指導担当者名

TEL:

平成29年3月改訂

平成 年 月 日
医療機関名 _____
主治医 _____ 様
市町村名 _____
保健指導担当課長名 _____
<p>糖尿病保健指導のための情報提供について（依頼）</p> <p>日頃より、保健衛生事業にご協力をいただき、ありがとうございます。</p> <p>さて、貴院通院中の下記の患者様が（ _____ 相談）を希望され、来所されました。当課としましては、患者さんの病状にあわせた適切な指導を実施したいと考えております。つきましては、主治医である貴殿の指示を別紙、糖尿病保健指導依頼書（様式3）に記載いただきたく、よろしく願いいたします。</p> <p>なお、（ _____ 相談）の結果につきましては、糖尿病保健指導報告書を送付させていただきます。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 患者名</p> <p>2 生年月日</p> <p>3 住 所</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 担当：市町村名 保健指導担当課 保健師名 TEL FAX </p>

3 関係機関情報

透析患者等発生予防体制整備事業

最終更新日：2011年10月27日

県では、糖尿病患者やその予備群の減少を目標に、予防から治療までの総合的な糖尿病対策を推進してきました。しかしながら、糖尿病が原因疾患で人工透析を開始する方が増加してきていることから、医療連携体制等を整備することにより、糖尿病患者の重症化を予防し、糖尿病性腎症による透析患者等の発生を予防することを目的に、平成21年度より本事業を開始しました。

事業内容

1) 連絡協議会の開催

<組織> 専門医、学識経験者、県医師会、行政関係者等

<構成> 連絡協議会を設置し、下部組織としてワーキングを設置

<検討内容>

- ・富山県の糖尿病の現状分析
- ・かかりつけ医との専門医療機関の役割の明確化

関連ファイルのダウンロード

- ▶ 平成23年度 糖尿病医療資源調査結果 (Excel 102KB)
- ▶ 平成23年度 市町村における糖尿病対策 (健康教室、健康相談、家庭訪問等) (Excel 105KB)
- ▶ 平成23年度 厚生センターにおける糖尿病対策 (Excel 52KB)

医療資源情報

認定教育施設	マンパワーに関すること						合併症等に対する医療体制に関すること										診療に関すること			指導体制に関すること								
	糖尿病指導医	糖尿病専門医	管理栄養士	理学療法士	看護師	認定糖尿病看護士	時間外診療	緊急外来	血液透析	透析導入	透析中合併症	緊急対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	合併症対応	
〇〇病院																												
〇〇病院																												
〇〇病院																												
〇〇病院																												
〇〇クリニック																												

行政機関の糖尿病対策事業

項目	市町村名		〇〇市	〇〇市
	健康教育の形態	糖尿病単独で実施		〇
対象者	教室名		糖尿病予防教室	
健康教育の形態	1 特定保健指導対象の人			
	2 要指導の人(特定保健指導該当以外)	〇		
	3 受診勧奨レベルの人			
	4 治療中の人			
	5 医療機関から紹介された人			
	5 昨年度参加者			
5 直接申込者				
5 その他()				
実施頻度	回/クール	クール/年	2回/クール	4回/クール 年2クール
平成23年度開催予定日時			冬期(実施日は未定)	①4/27、5/25、6/29、7/27 ②9/28、10/26、11/30、12/14
開催場所			〇〇市保健センター	〇〇市保健センター
健康教育の内容			講義 食事指導 運動指導 運動実技、血糖検査 尿検査	講義 食事指導、調理実習
健康教育の形態	他の疾患と併せて実施			〇
健康教育の形態	教室名		ヘルスライフ講座	

4 糖尿病対策関係事業情報

健診結果お知らせ事業リーフレット

受診医療機関名 ○○○○病院 受診番号 受診者名 性別 年齢

あなたの体は何信号?

糖尿病で通院中の方は県内で5.2万人といわれており、年々増加しています。さらに新たに人工透析を始める人の原因疾患の第1位が糖尿病による腎症です。HbA1cを測定し、自分だけは大丈夫と勘違いいませんか? 自身の健診結果を確認し、健康づくりに活かしましょう。

●糖尿病検査の結果は?

HbA1c (ヘモグロビン・エー・ワン・シー) 値 **6.3** %

過去1~2か月の血液中の血糖の状態を数えます。

●参考 あなたの結果は何信号ですか?確認してみましょう。(治療中の方はこの限りではありません)

特定健診検査判定基準	HbA1c値 (%)	異常なし 5.5以下	要注意 5.6~6.4	要受診 6.5以上
なし (BMI 25未満)	●●●	●●●	●●●	●●●
あり (BMI 25以上)	●●●	●●●	●●●	●●●

※判定基準は「厚生労働省 健康局「糖尿病」対策推進プログラム(改訂版)平成25年4月」を基にしています。

●腎機能検査の結果は?

eGFR (イー・ジー・エフ・アール) 値 **91.55** ml/min/1.73m²

腎臓が老廃物を体外に出す力を示します。クレアチニン値、性別、年齢から算出されます。

尿蛋白 **(-)**

尿に含まれる蛋白質で、腎機能が低下すると蛋白の量が増えます。

●参考 あなたの結果は何信号ですか?確認してみましょう。(治療中の方はこの限りではありません)

特定健診検査判定基準	eGFR (ml/min/1.73m ²)	異常なし 60以上	要注意 50~59	要受診 49以下
異常なし (-)	●●●	●●●	●●●	●●●
要注意 (±)	●●●	●●●	●●●	●●●
要受診 (+以上)	●●●	●●●	●●●	●●●

※判定基準は「厚生労働省 健康局「糖尿病」対策推進プログラム(改訂版)平成25年4月」を基にしています。

! これは特定健診検査をもとに検査結果をお知らせするものであり、糖尿病や腎臓病を診断するものではありません。すでに糖尿病やその他の病気で通院治療されている方、健診結果項目で他にも異常が見つかった方などは上記の限りではないため、この健診結果についてはかかりつけの先生に相談しましょう。

●前向き「もっと知ろう!糖尿病」です。ぜひご覧ください。▶▶▶

(表面)

(((もっと知ろう!糖尿病)))

●糖尿病ってどんな病気?

私たちの血液中には糖が含まれており、それを血糖といいますが、血糖は全身の細胞が活動するための大切なエネルギー源です。糖尿病は、その血糖をエネルギーとしてうまく使えなくなる病気です。血糖値が高くなります。血液の中を流れた糖が徐々に全身の血管を傷つけていきます。

【主な発症要因】糖尿病の原因となる人はさまざま。肥満・過食・運動不足等の生活習慣・遺伝的要因

インスリン(糖を細胞に取り込む働き)が不足すると、血糖値が高くなり、糖尿病を発症します。

糖尿病の合併症(網膜症、腎臓病、神経障害)が起るため、失明、透析、手足の麻痺などが起こります。

●糖尿病の怖さ 初期は無症状 放置すると深刻な合併症をおこします

脳卒中、糖尿病網膜症(失明)、心筋梗塞、糖尿病腎症(人工透析)、糖尿病神経障害、閉塞性動脈硬化症(皮膚の壊死(腐る)・不感切断)

糖尿病者の寿命は日本人の平均寿命より男性0.6歳、女性13.0歳短い。糖尿病になると、そうでない人に比べがん発症のリスク約1.2倍、認知症のリスク約3倍。

重症化すると...日常生活が制限される、他の病気の治療や手術ができないことも...?

人工透析の場合

治療は週2~3回、1回4~6時間程度です。医療保険の支給もありますが、医療費は年間約500万円かかるといわれています。(人工透析の場合の透析治療費)

糖尿病にならないために

●1年に1回は必ず健康診断を受けましょう
●標準体重をめざしましょう
1日に必要なエネルギー量(約2000kcal)を過剰に摂取しないこと。
<参考>標準体重(kg)=身長(m)×身長(m)×22
食事...「朝食」をしっかりとる、夜食を控える、嗜好品(お菓子など)をとりすぎない、様々な食品から栄養をとりバランスのよい食事にする、野菜やきのこ、海藻類から食べる(食後の急激な血糖上昇予防)、運動...日常生活に筋力アップ運動を取り入れる(筋力や筋肉量を増やすことで効果的に血糖のエネルギーを使うことができる)

おすすめの運動 椅子を利用したスクワット

糖尿病治療中の方へ

●主治医に確認し、糖尿病の基本治療(食事・運動療法)を継続しましょう
●薬の作用・副作用を知り、しっかりと薬管理しましょう
●自分の合併症の状態を知り、糖尿病手帳等を活用し自己管理しましょう

お住まいの市町村保健センター・健康センター等ではあなたの生活習慣改善のための相談に対応しています。主治医の了解を得て、ぜひ活用してください。

〒1 自由が丘 47-0111 47-0111
〒2 日本医科大学 47-0111 47-0111
〒3 九州大学 47-0111 47-0111

富山県 富山県立総合医療センター 富山県立総合医療センター
富山県立総合医療センター 富山県立総合医療センター

(裏面)

糖尿病啓発 DVD



5 糖尿病対策事業の評価指標

(平成 29 年 7 月現在)

評価指標	富山県	全国
特定健康診査受診率 (市町村国保)	42.9% (H27 年度)	36.3% (H27 年度)
特定保健指導の実施率 ※1 (市町村国保)	25.0% (H27 年度)	25.1% (H27 年度)
メタボ予備群・メタボ該当者率 (市町村国保)	該当者 20.0% (H27 年度) 予備群 9.8% (H27 年度)	該当者 16.9% (H27 年度) 予備群 10.6% (H27 年度)
糖尿病傷病者数 (国民生活基礎調査)	5 万人 (H28 年度)	573 万 7 千人 (H28 年度)
特定健康診査受診者のうち受診勧奨 HbA1c (NGSP) 6.5%以上の割合 (国保特定健康診査結果)	3.6% (H27 年度)	
糖尿病治療者で HbA1c (NGSP) 8.4%以上の割合 (国保特定健康診査結果)	10.9 (H27 年度)	
糖尿病腎症による透析導入患者率 (日本透析医学会)	123 (44.6%) (H27 年)	16,072 (43.7%) (H27 年)

※1 特定保健指導の実施率とは、積極的支援及び動機付け支援の終了者の割合。

付属資料

- ・ 富山県透析患者等発生予防推進事業の概要
 - ・ 富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会設置要綱
 - ・ 富山県透析患者等発生予防推進事業ワーキンググループ設置要綱
- (別添)
- ・ 富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会検討委員名簿
 - ・ 富山県透析患者等発生予防推進事業ワーキンググループ検討委員名簿

富山県透析患者等発生予防推進事業の概要

1. 目的

糖尿病有病者及びその予備軍の減少を目標に、予防から関係機関の連携体制の構築、人材育成など、総合的な糖尿病対策の推進及び強化を図ってきている。

しかし、糖尿病が原因疾患で人工透析を開始する者が増加してきていることから、糖尿病患者の医療連携体制等を整備することで糖尿病患者の重症化を防止し、糖尿病性腎症による透析患者等の発生予防を図る。

2. 事業内容

(1) 連絡協議会等の開催

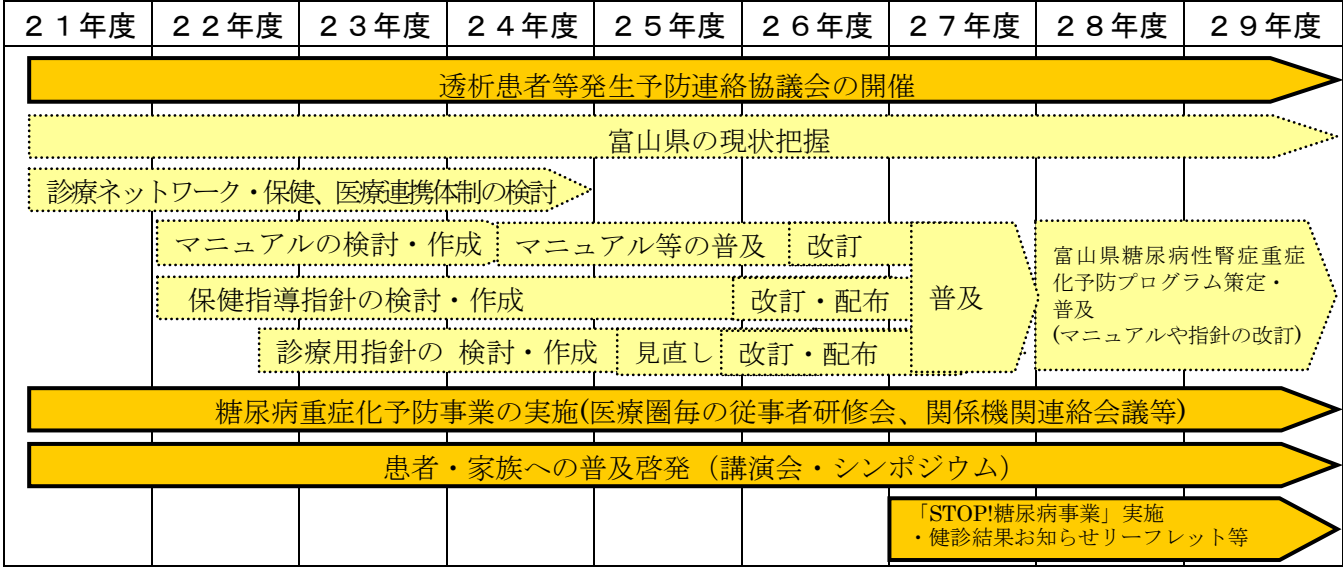
かかりつけ医と専門医療機関との連携による治療継続のための体制を構築するための協議会等の開催

- 検討委員：専門医療機関、学識経験者、県医師会、行政関係者 等
- 開催回数：年1～2回程度
- 協議内容
 - ①現状の分析
 - ②医療連携体制及び保健・医療機関連携体制の評価
 - ③マニュアルの検証 等
- その他
 - 協議会の下部組織として、ワーキンググループを設置する。

(2) 正しい知識の普及啓発 (富山県腎友会に委託)

- 透析予防等の正しい知識の普及啓発を図る。
- 対象者：患者及びその家族、一般県民
 - 開催回数：年1回程度
 - 内容：講演会、啓発普及

(3) 全体のスケジュール



富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会設置要綱

(目的)

第1条 糖尿病や慢性腎症による透析患者等の発生予防を図ることを目的として、富山県透析患者等発生予防推進連絡協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 協議会は、次の各号に掲げる事項について協議する。

- (1) 医療連携体制及び保健・医療の連携体制に関すること。
- (2) 腎症による透析患者等の発生予防に関すること。

(組織)

第3条 協議会は、委員30人以内で組織する。

(委員)

第4条 協議会は、次に掲げる者から厚生部長（以下「部長」という。）が委嘱する。

- (1) 各医療圏域の専門医療機関を代表する者
- (2) 富山県医師会を代表する者
- (3) 各医療圏域の医師会を代表する者
- (4) 関係団体、行政機関の職員
- (5) 必要に応じて関係機関を代表する者

2 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は前任者の残任期間とする。

3 委員は、再任されることができる。

(委員長等)

第5条 協議会に委員長及び副委員長を置き、委員長は委員が互選し、副委員長は委員長が指名する。

2 委員長は、会議を進行する。

3 委員長が出席できないときは、副委員長がその職務を代理する。

(会議)

第6条 協議会は、部長が招集する。

2 協議会は、必要に応じて、委員以外の者から意見を聴取することができる。

(ワーキンググループ)

第7条 協議会の下部組織として第2条に掲げる事項について専門的検討を行うためワーキンググループを設置することができる。

2 ワーキンググループの長は、協議会の委員のうちから委員長が指名する。

3 ワーキンググループのメンバーは、ワーキンググループの長が指名する。

(庶務)

第8条 協議会の庶務は、富山県厚生部健康課で処理する。

(細則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、委員長が会議に諮って定める。

附則

この要綱は、平成21年10月21日から施行する。

附則

この要綱は、平成25年7月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

富山県透析患者等発生予防推進事業ワーキンググループ設置要綱

(目的)

第1条 糖尿病及び慢性腎症患者の医療連携体制及び保健・医療の連携体制を専門的に検討するため富山県透析患者等発生予防推進ワーキンググループ（以下「ワーキング」という）を設置する。

(所掌事項)

第2条 ワーキングは、次の各号に掲げる事項について検討する。

- (1) 医療連携体制、保健・医療連携体制に関すること。
- (2) 医療・保健支援体制マニュアルに関すること。
- (3) その他、透析患者等発生予防の推進に必要なこと。

(組織)

第3条 ワーキングは、次に掲げる者により構成する。

- (1) 各医療圏域の専門医療機関を代表する者
- (2) 各医療圏域の医師会を代表する者
- (3) 行政機関の職員
- (4) 必要に応じて関係機関を代表する者

(任期)

第4条 メンバーの任期は、2年とする。ただし、補欠のメンバーの任期は、前任者の残任期間とする。

2 メンバーは、再任を妨げない。

(役員)

第5条 ワーキングに座長を置く。

2 座長は協議会の委員のうちから協議会の委員長が指名する。

(庶務)

第6条 ワーキングの庶務は、富山県厚生部健康課で行う。

(細則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附則

この要綱は、平成21年11月9日から施行する。

附則

この要綱は、平成25年7月1日から施行する。