

千葉県共用糖尿病地域医療連携パス 運用の手引き（案）

1. 目的

千葉県共用糖尿病地域医療連携パス（以下、「連携パス」という。）は、患者に安心して質の高い医療を提供するため、かかりつけ医、専門医、眼科医、歯科医が患者の治療経過を共有し、患者に治療の方針を呈示するためのツールとして活用することを目的としています。

2. 連携パスの構成

<p>診療計画表</p>	<p>予想される診療内容について専門医が作成記載したもので、専門医がかかりつけ医、眼科医、歯科医との役割分担を明らかにし、患者及びその家族への説明時などに提示することを想定しています。</p>
<p>診療経過表</p>	<p>診療等の内容を個々の患者ごとに専門医が一覧表として作成したもので、診療結果を記します。</p> <p>診療経過表の構成</p> <p>基本情報 患者のプロフィール等の情報を記載します。</p> <p>専門医受診時情報 患者の専門医受診時の情報を記載します。本欄をみることにより、患者の専門医受診時の状況を概ね把握できます。</p> <p>紹介時情報 かかりつけ医への紹介時の情報を記載します。</p> <p>紹介目的・治療方針 治療にあたっての留意事項を記載します。</p> <p>専門医での検査項目の設定 専門医における専門的な検査項目及び受診予定日などの情報を記載します。</p> <p>連携先医療施設情報 連携先医療施設での診察・検査結果などの情報を記載します。連携先医療施設における診療中に生じた事態のなかで、専門医への紹介基準を専門医とかかりつけ医とが適宜連携し、設定します。 (専門医への紹介基準は専門医、その他はかかりつけ医が記入)</p> <p>眼科受診情報 眼科での診察・検査結果などの情報を記載します。</p> <p>歯科受診情報 歯科での診察・検査結果などの情報を記載します。</p>
<p>留意事項</p>	<p>診療計画表と診療経過表の写しは、患者用パスとして使うことができます。</p> <p>糖尿病診療では、すでに糖尿病手帳が普及していることから、従来の糖尿病手帳の機能と体裁を持つものとしました。患者の診療状況に関する理解や治療意欲を向上させるため、糖尿病手帳は患者が所持し、診療時には必ず携行するよう説明します。</p>

3. 運用の方法

(1) 症例の登録

診療中や健康診断で糖尿病が発見された患者も一度は糖尿病専門医を受診すべきと考えられます。その中からパスの対象となる患者が選択されます。連携パスへの症例登録の対象となる患者は、かかりつけ医と専門医を定期的に往復できる状態の患者で、専門医が判断しますが、概ね次に掲げる症例を想定しています。

<例> (出典：SDM等)

血糖コントロール良好 (HbA1c < 7%)、あるいは HbA1c が 8% 以下でさらなる改善が予想される
糖尿病腎症は 3A 期まで、eGFR 60 ml/min/1.73m² 以上

PPDR までおよび PDR でも手術を必要としない症例

高度の大血管症 (脳梗塞・心筋梗塞) の定期的診療を必要としない

糖尿病についての理解があり、連携パスの目的と意味について理解がある

(2) 運用の手順

専門医

ア 連携パスの作成

専門医は、診療計画表及び診療経過表を作成します。

なお、診療経過表は、直接手書きまたはデータ入力により作成するものとします。

イ かかりつけ医への連携パスの送付

専門医は、診療情報提供書とともに、診療計画表の写し及び診療経過表を患者へ渡し、患者はかかりつけ医へ持参します。

各医療機関の状況によっては、専門医がかかりつけ医へ直接郵送するなど、適宜柔軟に運用するものとします。

かかりつけ医

ア 連携パスの管理

かかりつけ医は、専門医から提供を受けた診療計画表の写し、診療経過表及び診療情報提供書をカルテに保管するとともに、患者の診察時に随時該当項目の結果を記入します。診療経過表に記入しきれない記事はカルテに記載します。

糖尿病手帳を活用されている患者に対しては、手帳への自己記入などを指導します。

イ 専門医への連携パスの送付

患者が専門医を受診する際、かかりつけ医は、診療情報提供書とともに診療経過表を専門医へ持参するよう説明します。

患者

患者は、専門医やかかりつけ医から交付された診療計画表 (または写し) および必要に応じて交付された診療経過表の写しをクリアファイル等で保管・管理するものとします。

パスの作成保管の一覧

	専 門 医	かかりつけ医	患 者	眼科医・歯科医
診療計画表	作 成 原本を患者に交付 写しを保存し、かかりつけ医にも交付	写しを保管 必要に応じて記入し、患者に交付	原本を保管 専門医から交付される	写しを保管 必要に応じて記入し、患者に交付
診療経過表	作 成 原本をかかりつけ医に交付 必要に応じ写しを患者に交付	原本を保管 患者の診察時に診察結果と検査結果を記入 必要に応じて写しを患者に交付	写しを保管 原本を専門医から交付され、かかりつけ医に渡す 必要に応じて写しを交付される	写しを保管 患者の診察時に診察結果と検査結果を記入 必要に応じて写しを患者に交付

4．かかりつけ医と専門医との連携

(1) 専門医での受診日の設定方法や相談体制の整備

専門医は、患者の受診日の予約方法等について説明を行うとともに、随時患者の相談を受け付ける体制を整えるなど、患者の連携パスからの脱落防止に努めるものとします。

(2) 患者への診療、検査及び投薬内容等の取り決め

専門医の診療やかかりつけ医での検査及び投薬等の内容については、患者の状態等を勘案のうえ、「5．かかりつけ医での診療方針」を参考に、双方で適宜連携し決めていくものとします。かかりつけ医は普段の診療を行い、さらに合併症の定期的チェックのために眼科・歯科等の受診を指示します。

(3) 合併症の定期的チェック以外に、専門医へ紹介する基準（小バリエーション）

次に掲げるような事態では、出現事態を明記した上で、かかりつけ医は専門医へ連絡を取ります。

<例>（出典：SDM）

血糖コントロール不良の時

HbA1c 8%以上が2回以上続いた場合、または1.5%以上のHbA1cの上昇

空腹時血糖 > 160 mg/dL

食後2時間血糖 > 220 mg/dL または 随時血糖 > 300 mg/dL

低血糖発作を繰り返す時

体重が1ヶ月で1 kg以上増加あるいは減少した時

腎症が進行・悪化した時

微量アルブミン尿：30 mg/g・CRE超が2回連続

尿蛋白陽性化が2回連続

eGFR 50 ml/min/1.73m² 未満になった

その他の合併症による症状が見られた時

立ちくらみ、視覚の異常、下肢の感覚異常、アキレス腱反射低下・消失

予定手術の時

突発性難聴・喘息その他の発生によりステロイド剤を投与する時

妊娠・拳児希望の時

(4) 緊急時の紹介基準(バリエーション)の例

患者の緊急時などは、患者の状態及びこれまでの治療経過等を踏まえ、かかりつけ医と専門医が連絡をとり、適宜適切な対応をとることとします。

空腹時血糖値 > 300 mg/dL または 随時血糖 > 350 mg/dL

視力低下

昏睡（糖尿病性、低血糖その他）

重症感染症

5 . かかりつけ医での診療方針 SDMを参考に

診療は、次に掲げるような流れを想定していますが、具体的には、かかりつけ医と専門医が双方で適宜連携し決めていくものとします。

(1) 食事および運動療法

患者の初診時、空腹時血糖値 2 0 0 mg/dL 以下、随時血糖値 2 5 0 mg/dL 以下で症状なし、あるいは軽度の糖尿病患者は、食事および運動療法を開始します。

食事・運動量の開始時は、開始後 1 ヶ月以内にかかりつけ医を再診して経過を観察することとします。その後、1 ~ 2 ヶ月毎に目標の達成度を評価し、適宜食事・運動療法の再指導を行います。

患者が適切に食事および運動療法を実施し、目標が達成されていると判断される場合には、1 ~ 3 ヶ月毎に経過観察を行います。

(2) 経口血糖降下薬

患者の専門医の受診時、経口血糖降下薬の使用が必要と判断された場合には、経口血糖降下薬の使用を開始します。

経口血糖降下薬の使用の開始時は、使用後 1 ~ 2 週間以内にかかりつけ医を受診して経過を観察することとします。その後、1 ~ 2 ヶ月後に患者状態の改善度を評価し、患者が適切に服薬を実施し、改善がみられていると判断される場合には、1 ~ 3 ヶ月毎に経過観察を行います。

患者に状態の改善がみられない場合の処方内容の変更は、患者の専門医の受診時に行うことを想定していますが、具体的には、かかりつけ医と専門医が双方で適宜連携し決めていくものとします。

(3) インスリン療法

患者の専門医の受診時、インスリン療法が必要と判断された場合には、インスリン療法を開始します。患者の状態に合わせたインスリン投与の回数・用量などの調整方法については、事前にかかりつけ医と専門医が双方で連携し決めていくものとします。

インスリン療法の開始時は、使用後 3 ~ 7 日間の期間にかかりつけ医を受診して経過を観察することとします。その後、事前にかかりつけ医と専門医が双方で連携し決定した手順に従い、患者状態に応じてインスリン療法に関する調整、経過観察を行います。

患者に状態の改善がみられない場合のインスリン療法の変更は、患者の専門医の受診時に行うことを想定していますが、具体的には、かかりつけ医と専門医が双方で適宜連携し決めていくものとします。

(4) 血液検査の検査項目

薬剤の副作用、合併症予防をチェックするため次に掲げる血液検査項目を定期的実施するものとします。

血算：WBC、RBC、Hb、Ht、PLT

肝機能：AST、ALT、GTP、T-Bil

腎機能/心機能：BUN、Cr、(BNP)

血清脂質：TC、LDL-C、TG、HDL-C

血糖：BS、(HbA1c)

(5) 合併症の検査項目

専門医受診時に、定期的眼底検査を依頼します。腎症のチェックも依頼します。

(参考資料) Staged Diabetes Management 糖尿病診療の基本マニュアル (日本版 2008)
日本医科大学千葉北総病院糖尿病地域連携パス
糖尿病地域連携クリティカルパス 筑波記念病院
泉大津市立病院糖尿病地域連携パス
日本医科大学千葉北総病院回復期急性心筋梗塞地域連携パス
急性心筋梗塞地域連携パス運用規定(大垣市民病院)
能登脳卒中地域連携パスの手引き
富山脳卒中地域連携パス手引書