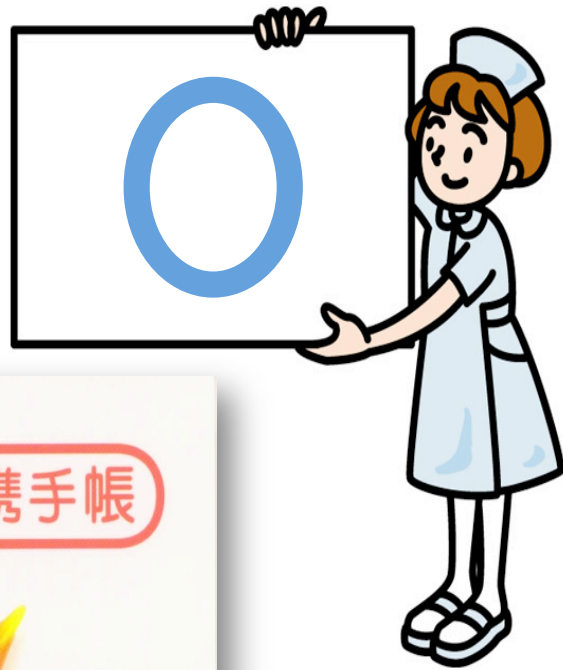


# 中濃地域連携パスのご案内



このファイルは大切に  
保管してください。

あなたのお名前

## 患者様用

退院される患者様 および ご家族の皆様へ

## 「糖尿病地域連携パス」について

この度、木沢記念病院（以下、当院）に血糖コントロールのため入院され、安定した状態となりました。この状態を保つためには、ご自分の病状に応じて必要な診察や検査を計画的に受けていただくことが大切です。

今後の定期的な受診については、糖尿病からくる合併症の発症、進展を予防するために、当院医師とかかりつけ医が同じ診療計画のもとに共同して糖尿病の管理・診療を行います。その共同の診療計画が決められているのが「糖尿病地域連携パス」です。ひとりひとりの方々に必要な診察と検査を十分に盛り込んであり、それに基づいて定期的にかかりつけ医と当院を交互に受診していただければ確実な診療を受けることが可能です。

また、この連携パスを活用することで、患者さんにとっても長い待ち時間の短縮など負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。

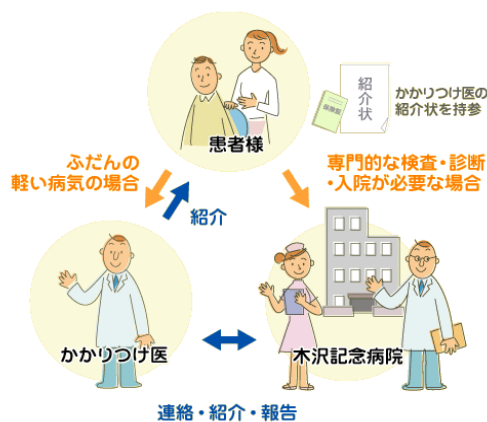
病状が落ち着いているときの投薬や日常診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は当院が行います。また、緊急を要する場合や休日、夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、当院までご連絡ください。ちょっとしたケガや風邪など日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて当院を受診していただきます。

この「連携パス」を活用することで、当院と地域のかかりつけ医が協力して、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を作ることを目指しています。

「糖尿病地域連携パス」は次の内容で作られています。

- 1) パスのご案内
- 2) 同意書
- 3) 運用要項
- 4) 情報提供書
- 5) 糖尿病連携手帳

以上の地域連携パスの詳しい内容や使い方については担当医師が説明します。なお、受診の際には、必ずこの連携パスをご持参ください。ご不明な点がございましたら、当院地域連携課までお問い合わせください。



お問い合わせ：木沢記念病院 地域連携課

TEL (0574)24-1455 FAX (0574)24-1475

## かかりつけ医・病院用

### 糖尿病中濃地域連携パス 運用要項

#### 【目的】

糖尿病は慢性疾患であり、長期的な視野を持つ必要がある。生涯を通じたケアプランを中心に地域と一体となり医療連携体制を構築することで、患者の良好な血糖コントロールを維持し、合併症の阻止、進展を予防する。また患者が安心して医療を受けられるように診療計画を明示し、地域完結医療を実現する。

#### 【連携先の医療機関】

糖尿病地域連携パスに参加頂ける医療機関

#### 【対象症例】

- 1) 原則として2型糖尿病とする。
- 2) 妊娠糖尿病やほかの疾患に伴う糖尿病症例は除く。
- 3) 細小血管・大血管合併症の有無は問わない。
- 4) 長期にわたり血糖コントロールが安定している患者であり、医師の許可が得た患者。

#### 【血糖測定器】

パス適応患者(インスリン導入患者)に関しては、当院で機械を貸し出し、機械のトラブル、故障、点検等の対応を行う。但し、付属品(針、センサー)は血糖自己測定加算の関係上、各クリニックで準備をしていただく。

#### 【基本原則】

- 1) 患者さんから「連携パス」導入の同意が得られれば、当院担当者から初回診療日の確認(予約)の連絡を入れる。
- 2) 紹介後6ヶ月以後は木沢記念病院(以下、当院)にて年1回の定期受診をする。受診1ヶ月前にかかりつけの医療機関から紹介状とともに、当院の予約を入れる。
- 3) 初回診療時には、患者さんに以下のものを持参していただく。
  - ・糖尿病連携手帳
  - ・診療情報提供書
  - ・糖尿病中濃地域連携パス
- 4) かかりつけ医において、毎月診療時に以下の内容で診察・指導等を行う。
  - ・体重測定、血圧、脈拍測定、血液(血糖、HbA1cは必須)  
尿検査(腹囲測定は6ヶ月に1回)
  - ・患者は糖尿病連携手帳を持参するため、検査結果を記載する。
- 5) 患者は年1回、当院で合併症の精査を受ける。  
当院は診療情報提供書作成し、かかりつけの医療機関へ郵送する。かかりつけ医は患者に結果説明をする。

<当院での診察内容（紹介後6ヶ月後）>

診察内容：診察、体重測定、血圧、脈拍測定、血液・尿検査  
血液検査：血糖、HbA1c、スクリーニング②、尿酸値、T-cho1、TG、HDL  
尿検査：尿定性  
看護相談：療養状況の確認  
栄養指導：希望時、または必要時に完全予約制で指導を受ける。  
糖尿病教室参加も可。

<当院での診察内容（初回のみ6ヶ月後）（それ以後年1回）>

診察内容：診察、体重測定、血圧、脈拍測定、血液・尿検査  
血液検査：血糖、HbA1c、スクリーニング②、T-cho1、TG、HDL、  
高感度CRP、IRI(インスリン療法以外)、CEA, CA-19-9  
血清CPR(インスリン療法の人)、シスタチンC、Ca、P  
尿検査：尿定性、尿中微量アルブミン  
その他：DMセット(MCS、CVR-R)、ABI、FMD ※要予約  
看護相談：療養状況の確認  
栄養指導：希望時、または必要時に完全予約制で指導を受ける。  
糖尿病教室参加も可。

※当日検査結果がでない検査も再度予約を取り、当院で結果説明を行う。

【注意事項】

以下の場合には1年の定期診察を待たずに当院へ紹介し、バリエーションとして扱う。

- ・指導、治療の継続、変更に関わらず、HbA1c 8%以上が3ヶ月以上持続する
- ・合併症の増悪（尿蛋白、足病変、視力障害など）
- ・妊娠
- ・高血糖を伴う意識障害
- ・コントロールが困難なシックデイ
- ・その他かかりつけ医が必要と判断した場合

【その他】

- ・患者の診療、検査、投薬については、基本的にかかりつけ医が行う。
- ・副作用が疑われる場合、かかりつけ医が適宜、投薬の中止・再開の判断をする。
- ・定期受診日以外でも必要であれば当院の受診の紹介をする。

当院地域連携課は、FAXの授受などを行い、このFAXを用いて事務的な連絡をさせていただきます。また、患者さんには「糖尿病連携パス・糖尿病連携手帳」をお渡しし、自己チェックで気になることや日常の健康管理で心配なことがあれば、かかりつけ医の先生に相談するように伝えておりますので、よろしく願い申し上げます。

【お問い合わせ】

木沢記念病院 地域連携課

TEL：0574-24-1455

FAX：0574-24-1475

2013.02.08

病院控え

## 同意書

木沢記念病院 病院長 殿

このたび、私は糖尿病地域連携パスの利用について、担当医、スタッフから説明を受け、よく理解しました。

糖尿病地域連携パスの利用について同意します。

『患者本人』 同意日 平成 年 月 日

患者氏名

(代筆)

(続柄)

私は糖尿病地域連携パスの利用について説明し、同意を頂きました。

『医師』 同意日 平成 年 月 日

説明医師

『説明補助者』 同意日 平成 年 月 日

【看護師／相談員／地域連携パスコーディネーター】

説明者

別表 検査項目一覧表 中濃地区 糖尿病地域連携パス

○ かかりつけ医 ● 病院

平成	年	月	日	登録	開始時	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後	12ヶ月後		
年/月					/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
基 本	診察、体重	●	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●	
	腹囲(6ヶ月毎)									○							○		
	血圧測定	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●
	検尿	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●
	血糖(空腹または食後)、HbA1c	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●
	検血一般、脂質、肝、腎機能	●	○	(○)	○	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	(○)	●
	その他:s-CPR、CK	●										●							●
	胸部X線、心電図	●																○	
合 併 症	微量アルブミン	●			(○)						(●)			(○)				(●)	
	頸部エコー、ABI、PWV	●									(○)確認							●	
	その他の画像診断	●									(●)							●	
	眼底検査(眼科医による)	●確認									(○)							○	
	歯周病健診(歯科受診)	●確認									(○)							(○)	
そ の 他	栄養評価(基礎代謝)、栄養相談	●次回予約			(○)						●次回予約				(○)			●次回予約	
	評価表	●									●							●	
	診療情報提供書	●								○	●						○	●	

※ ( )は必要に応じて実施。 検査項目は原則として最小限の項目であり、必要に応じて追加は可。

● 病院の検査・指導項目 (必要に応じて選択)	合併症(画像診断):心エコー、トレッドミル、脳MRI/MRA、頸動脈エコー、頭部CT、腹部エコー、PWV/ABI 栄養評価・栄養相談
----------------------------	---

○ 共通の検査項目	血糖・HbA1c 脂質・肝機能・腎機能 : AST, ALT, γ-GTP, (T.B.), LDL, HDL, TG, (T.P.), (Alb), BUN, Cr, Na, K, Cl 検血一般 : WBC, RBC, Hb, Ht, Plt 尿検査 : 微量アルブミンは尿蛋白陽性時不要 随時 : 心エコー、腹部エコー、頸動脈エコー
-----------	---

## 【評価表】

◎/目標達成 ○/改善 △/不変 ×/悪化

	退院時	開始時	(ヶ月)後	評 価	月 日	(ヶ月)後	評 価
	年 月 日	目 標	予約(月 日)		目 標	予約(月 日)	
達成目標 (アウトカム)		治療の継続 良好な血糖コントロール			治療の継続 良好な血糖コントロール		
体 重							
血 糖 値							
HbA1c							

	月 日	(ヶ月)後	評 価	月 日	(ヶ月)後	評 価
	目 標	予約(月 日)		目 標	予約(月 日)	
達成目標 (アウトカム)	治療の継続 良好な血糖コントロール			治療の継続 良好な血糖コントロール		
体 重						
血 糖 値						
HbA1c						