

鳥取県中部地域糖尿病連携パス

. 基本的考え

地域の糖尿病診療レベルの向上維持及び患者の健康増進を図る。

. 目的

地域のかかりつけ医と専門医とが患者の状態に応じた役割分担をすることで、患者の通院意欲を継続させるとともに、良好な糖尿病コントロールを実現・維持させる。

. 方策

かかりつけ医は患者を診察し、必要時には専門医に紹介する。

紹介を受けた専門医は、指導・教育・検査・治療を行い、一定の成果を達成すれば、紹介を受けたかかりつけ医に、今後の診療を再紹介する。

< 連携パスの手引き >

A. 地域連携パス施行要領

- 1) 医療機関: 任意参加とし、医師会報、ホームページなどで公表
専門医、かかりつけ医及び協力歯科医院
- 2) 患者: 説明し同意を得られた患者(同意文書: 資料1)
連携パス参加の有無・時期は当該主治医の判断による。
原則、双方性であるが、状況により片道になることもありうる。
ア) 新規発症例: 教育・指導を重点的に行う。
イ) 新規発症例: HbA1c10%以上であれば、早急に専門医が診療するのが望ましい。
ウ) 糖尿病性腎症例: 微量アルブミン尿出現時が望ましい。
エ) 治療困難・悪化例: a) HbA1c8%以上が6ヶ月以上続く時。
b) 治療方針の変更の有無
c) 緊急時
- 3) 医療機関の連携
ア) 中核専門医療機関へ紹介する時: 事前に予約を取っておく。
イ) - 1 専門医(眼科、歯科を含む)への初回紹介時:
詳細な必要事項を記載した診療情報提供書(資料2)を用いることが望ましい。
イ) - 2 かかりつけ医への逆紹介時:
詳細な必要事項を記載した診療情報提供書を用いる。
ウ) 歯科 医科の情報提供は情報提供書(資料3)を使用。
エ) 定期的再診時: 検査結果・指導内容・治療内容を糖尿病手帳及びお薬手帳に記載すること。

- オ)お薬手帳に糖尿病地域連携パス参加を明記することが望ましい。
- カ) 専門医受診の勧め: 啓蒙パンフレット(資料4)を作成して、患者に対し専門医受診の必要性を説明し理解を得るよう努める。

4) 学術の向上: 医師その他の医療従事者は学会、研究会に積極的に参加して診療のレベル向上を図ること。

B. 施行細目

1) 診断

- ア) 糖尿病診断基準(資料5)によるものとする。
- イ) 糖尿病疑の患者には糖負荷試験を実施する。
- ウ) 二次的に高血糖を生じる疾患を否定すること。

2) 診療

- ア) 患者教育は発症早期が望ましい。再教育も必要時、随時に行う。
- イ) 糖尿病教室、教育入院などで患者の病識及び知識の啓発を行う。
- ウ) 運動・栄養指導は行政による指導、栄養士による集団・個別指導を活用する。患者のライフスタイルを踏まえた個別指導が望ましい。

3) 連携における情報の共有

- ア) 患者紹介における中核的専門病院の情報の周知
- イ) 糖尿病手帳の活用
- ウ) お薬手帳の活用: 院内処方医院も採用して他医療機関との薬剤情報の共有を図る。連携パス参加であることを明示する。
- エ) 糖尿病手帳及びお薬手帳を他医療機関薬局受診時、常に携行させるよう患者を指導する。
- オ) 薬剤の使用禁忌疾患: 診断が明白な疾患は情報提供書・糖尿病手帳に明記することが望ましい。

C. その他

- 1) 連携パス手順は平成25年8月1日から施行する。
- 2) 必要であれば、見直しを行う。
- 3) 中部医師会ホームページにリンクさせる。