

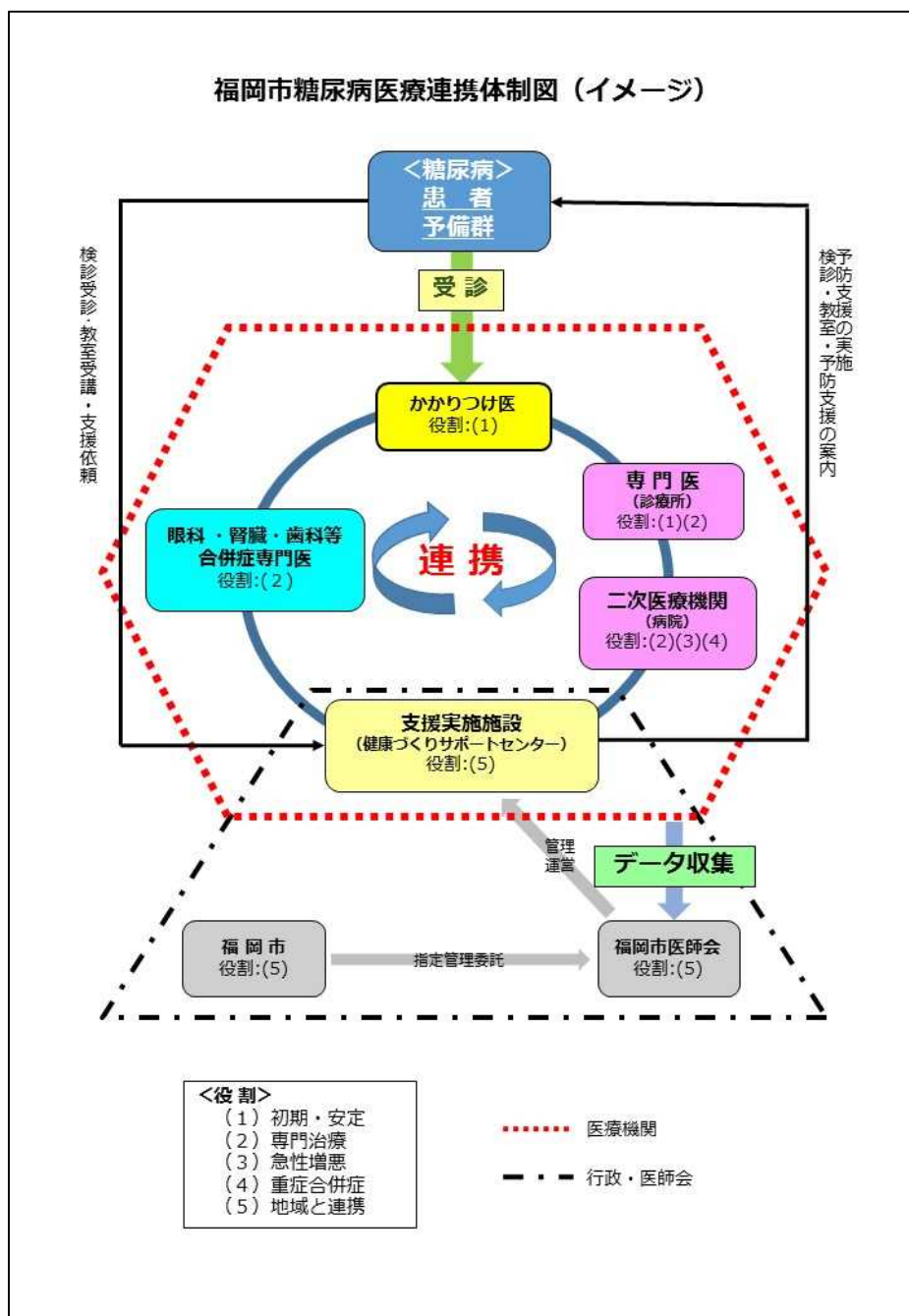
・連携の意義と目的

- ① 糖尿病の重症化や合併症を防止し、健康寿命を延伸することを目的に、糖尿病患者・予備群を対象として、かかりつけ医と専門医[※]（診療所）・二次医療機関（病院）、健康づくりサポートセンター、眼科医・腎臓専門医・歯科医等の合併症専門医、福岡市医師会、福岡市が良好な連携を図る。
- ② 本連携により、患者は、複雑化した糖尿病治療の中で、最も適した治療、アドバイスを受けることができ、かつ、かかりつけ医機能の強化を図る。
- ③ 専門医（診療所）・二次医療機関（病院）等へ紹介された患者は、確実に紹介元であるかかりつけ医へ逆紹介を行う。
- ④ 福岡市医師会と福岡市が連携して、上述の目的達成のため、収集したデータを有効活用する。

※ここでいう専門医とは、認定糖尿病専門医の資格を有する医師または認定専門医と同等程度の知識と経験を有する医師とする。

・福岡市糖尿病医療連携体制イメージ

糖尿病患者が良い療養生活を送るためには、糖尿病が早期に発見され、適切な治療・管理を継続することが重要である。



・かかりつけ医から専門医等への紹介基準

●専門医（診療所）及び二次医療機関（病院）への紹介

- ①初診の患者は一度食事・運動指導のための紹介を考慮する。
初診ではないが、食事・運動療法に起因する血糖コントロール不良の場合も同様。
- ②血糖コントロール目標値を達成できない状態がおおむね3カ月以上持続する場合などは専門医への紹介が望ましい。^{※1}
- ③インスリン療法に不慣れな場合は、その開始を専門医に委ねることも一つの方法である。^{※2}
- ④妊娠時または妊娠を希望する糖尿病患者は、専門医との連携が必要である。^{※3}
- ⑤高血糖(300mg/dL以上)で、脱水があり尿ケトン体陽性または高齢者などで脱水徴候が著しい場合、感染症などの急性期の場合などは、専門医との連携が必要である。^{※4}

●健康づくりサポートセンターへの紹介

初診の患者は一度食事・運動指導のための紹介を考慮する。
初診ではないが、食事・運動療法に起因する血糖コントロール不良の場合も同様。

●眼科医への紹介

眼科受診は自覚症状に関わらず定期受診が必要である。^{※5}初診は必須。

●腎臓専門医への紹介

腎症は、慢性腎臓病(CKD)地域連携パス^{※6}に沿った検査・治療方針決定のため、腎臓専門医の紹介を考慮する。特に、eGFR30未滿、または尿蛋白+かつeGFR45未滿の場合。

●歯科医への紹介

歯科受診は自覚症状に関わらず定期受診が必要である。

※1~4 日本糖尿病対策推進会議 編：糖尿病治療のエッセンス 2017年版,6頁より引用

※5 日本糖尿病対策推進会議 編：糖尿病治療のエッセンス 2017年版,19頁より引用

※6 福岡市医師会作成：慢性腎臓病(CKD)医療連携を参照

<紹介目的と紹介先一覧>

紹介目的	紹介先
糖尿病教室	健康づくりサポートセンター 専門医(診療所)
栄養指導	
運動指導	
治療方針のアドバイス	
糖尿病診断	専門医(診療所) 二次医療機関(病院)
血糖コントロール	
インスリン療法の導入	
定期受診	
妊娠	
合併症検査・治療	
フットケア	
透析予防指導	
血糖モニタリング	二次医療機関(病院)
教育入院	
合併症検査・治療 (急性増悪時・特殊検査)	

・各連携機関の役割

本連携における各連携機関の役割は以下のとおり。

かかりつけ医・専門医（診療所）・二次医療機関（病院）

1) 紹介(逆紹介)をする場合

診療情報提供書(糖尿病地域連携パス兼用様式)の該当事項を可能な限り記入し、当該患者へ渡す。

尚、複数科への紹介の場合は紹介目的「その他」の欄にその旨記載する。

※紹介を行った場合、診療情報提供料（I）250点が算定可。

2) 紹介(逆紹介)を受けた場合

①患者持参の診療情報提供書(糖尿病地域連携パス兼用様式)をコピーする。

②コピーした診療情報提供書に未記載の検査データ等があれば追記する。

③診療情報提供書の最下段<紹介先医療機関記入欄>を記入する。

④上段点線内の個人情報^{を伏せた状態}で福岡市医師会へ**FAX送信**する。

⑤糖尿病連携手帳を発行する。※

※糖尿病連携手帳は、医療連携の情報ツールとしてだけでなく日常糖尿病診療のツールとして利用することが推奨される。

眼科医・腎臓専門医・歯科医等合併症専門医

かかりつけ医、専門医（診療所）、二次医療機関（病院）から紹介があった場合

①患者持参の診療情報提供書(糖尿病地域連携パス兼用様式)をコピーする。

②コピーした診療情報提供書に未記載の検査データ等があれば追記する。

③診療情報提供書の最下段<紹介先医療機関記入欄>を記入する。

④上段点線内の個人情報^{を伏せた状態}で福岡市医師会へ**FAX送信**する。

・データ収集

目的

本連携体制が円滑に運用されているか一定期間ごとに評価・見直しを行い、その内容や運用方法を改善することにより、福岡市における糖尿病医療連携体制を向上させる。

解析内容

1.報告件数

2.診療情報提供書 及び 受診報告書(眼科医・腎臓専門医・歯科医)の項目による性別・年代（個人の特定は不要）、紹介目的 等

歯周炎の新しい評価法「PISA」について

PISA とは、Periodontal Inflamed Surface Area の略で、「歯周炎症表面積」と訳されます。

糖尿病をはじめとする全身疾患と歯周炎との関わりは広く知られるようになっていますが、従来の歯周ポケット深さ(PPD)やプロービング時の出血(BOP)といった歯周炎の程度を示す指標は、歯科医療従事者のあいだでは一般的に用いられているものの、あくまで1歯単位の評価であり、医科歯科連携の現場においてそれぞれの患者の歯周炎の重症度を医科へ伝えるには使用しづらく、また理解されにくいという問題がありました。

そこで、歯周ポケット深さとプロービング時の出血部位の検査結果を用いて、各患者の歯周炎に罹患している炎症部位の総表面積を算出する方法、PISA が考案されました。これを用いると細かい1歯単位の歯周炎の評価ではなく、患者ごとの歯周炎の重症度と炎症創の広がりを客観的に数値化し、医科へ伝えることができるようになります。

具体的には、口の中全体の潰瘍の表面積が
治療前：○mm²から治療後：○mm²に改善した、
といったイメージでとらえていただけるようになると思います。

【算出方法】

ご自身で計算をしていただくことはありませんが、歯周ポケット深さ(PPD)とプロービング時の出血(BOP)を6点法で計測し、その結果をPISA 計算用のExcel シートに以下の要領で入力することによってPISA を算出します。

(福岡市歯科医師会ホームページからダウンロード可能です)

- ① PPD の表に各歯の PPD の数値を入力します。
- ② 各歯ごとの BOP(+)の数を「nr of sites with BOP」の欄に入力します(0~6)
- ③ 右下の Total Periodontal Inflamed Surface Area (mm²)のところに結果が表示されます。

原著論文:

Periodontal inflamed surface area: quantifying inflammatory burden

Nesse W, et al.

J Clin Periodontol 2008; 35: 668–673

担当医 殿

別紙診療情報提供書患者の御高診、御加療の程よろしくお願い申し上げます。

福岡市医師会では、糖尿病の重症化や合併症を防止し、健康寿命を延伸することを目的に、糖尿病患者・予備群を対象として、かかりつけ医と糖尿病専門医・二次医療機関、健康づくりサポートセンター、眼科・腎臓内科・歯科等の合併症専門医、福岡市と共に糖尿病連携体制を構築しています。

本連携体制が円滑に運用されているか一定期ごとに評価・見直しを行うため、別紙情報提供書については、コピーの上、最下段<紹介先医療機関記入欄>をご記入後、上段点線より上部の個人情報を伏せ、福岡市医師会へFAX（092-852-1510）頂きますようご協力をお願いします。

なお、本連携体制並びに別紙情報提供書等に関するお問い合わせやご相談は、福岡市医師会地域医療課（TEL 092-852-1501）までご連絡ください。

<参 照>

診療情報提供書		<small>(福岡市医師会糖尿病地域連携/FA 兼用様式)</small>	
患者氏名	性別	生年月日	年 月 日
	男・女	電話番号	(自宅) ー ー (携帯) ー ー
患者住所	〒		商業
紹介年月日 年 月 日			
<small>(紹介先)</small>			
医療機関名称			
医師氏名	職	<small>(紹介元)</small> 医療機関の所在地および名称、電話番号	
医師氏名 印			
性別	年代		
男・女	10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代・80代・90代・100歳～		
傷病名	糖尿病 [1型・2型]、境界型、その他()		
紹介目的	紹介	<input type="checkbox"/> 教育(食事・運動指導など) <input type="checkbox"/> 糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 定期受診	
	逆紹介	<input type="checkbox"/> 治療方針決定(合併症含む) <input type="checkbox"/> コントロール改善 <input type="checkbox"/> 状態安定 <input type="checkbox"/> 指導・検査終了 その他	
合併症	神経障害 [無・有・不明] 冠動脈疾患 [無・有・不明] 網膜症 [無・単純・増殖前・増殖・黄斑症・不明] 脳血管障害 [無・有・不明] 腎症 [1期・2期・3期・4期・透析・不明] 閉塞性動脈硬化症 [無・有・不明] 脂質異常 [無・有・不明]	家族歴 [無・有()]、アレルギ―歴[無・有()]、不明	
既往歴、家族歴等	その他		
病状経過及び検査結果	検査日 年 月 日 ※検査報告書のコピーを添付いただければ、記入の必要はありません。		
	身長 _____cm、体重 _____kg、BMI _____、血圧 _____/_____mmHg		
	HbA1c _____%、血糖 _____mg/dl(空腹時、食後 _____時間)、尿ケトン体()		
	T chol _____mg/dl、LDL-C _____mg/dl、HDL-C _____mg/dl、TG _____mg/dl		
	血清Cr _____mg/dl、eGFR _____ml/min/1.73m ² 、尿蛋白()、尿アルブミン _____mg/gCr		
	AST(GOT) _____U/L、ALT(GPT) _____U/L、γ-GTP _____U/L		
治療経過	<input type="checkbox"/> 食事・運動療法のみ <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> GLP-1受容体作動薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 血糖自己測定 <input type="checkbox"/> 食事療法、指示カロリー _____kcal/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> 蛋白制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 ◆運動療法、 <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり()		
	その他		
現在の処方	※薬剤情報提供書のコピーを添付いただければ、記入の必要はありません。		
備考			
<紹介先医療機関記入欄>			
紹介先医療機関受診日 年 月 日			
医療機関種別	加 療 内 容		
糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 食事運動指導 <input type="checkbox"/> 治療強化 <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 腎臓専門医 <input type="checkbox"/> 食事運動指導 <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 透析導入		
眼科専門医	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 ()なし <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 増殖前 <input type="checkbox"/> 増殖 <input type="checkbox"/> 糖尿病黄斑症 ()なし <input type="checkbox"/> 膜島 <input type="checkbox"/> 非中心性		
歯科医	<input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> なし PISA点数(mm)		
その他			

点線より上部の個人情報を伏せ、福岡市医師会へFAX

<お問い合わせ先>
 福岡市医師会地域医療課
 TEL 092-852-1501
 FAX 092-852-1510
 mail : chiiki@city.fukuoka.med.or.jp

紹介先医療機関が記入

診療情報提供書

(福岡市医師会糖尿病地域連携バス 兼用様式)

患者氏名		性別	生年月日	年	月	日
		男・女	電話番号	(自宅)	-	-
患者住所	〒					職業

紹介年月日 年 月 日

(紹介先)

医療機関名称

(紹介元)

医師氏名

殿

医療機関の所在地および名称、電話番号

医師氏名

印

性別	年代	
男・女	10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代・80代・90代・100歳～	
傷病名	糖尿病 [1型・2型] ・境界型・その他()	
紹介目的	紹介	<input type="checkbox"/> 教育(食事・運動指導など) <input type="checkbox"/> 糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 [<input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> その他] <input type="checkbox"/> 定期受診
	逆紹介	<input type="checkbox"/> 治療方針決定(合併症含む) <input type="checkbox"/> コントロール改善 <input type="checkbox"/> 状態安定 <input type="checkbox"/> 指導・検査終了 その他
合併症	神経障害 [無・有・不明] 網膜症 [無・単純・増殖前・増殖・黄斑症・不明] 腎症 [1期・2期・3期・4期・透析・不明] 歯周病 [無・有・不明]	冠動脈疾患 [無・有・不明] 脳血管障害 [無・有・不明] 閉塞性動脈硬化症 [無・有・不明]
既往歴、家族歴等	家族歴 [無・有()]、アレルギー歴[無・有()]、不明 その他	
病状経過及び検査結果	検査日 年 月 日 ※検査報告書のコピーを添付いただければ、記入の必要はありません。 身長 _____cm、体重 _____kg、BMI _____、血圧 _____ / _____mmHg HbA1c _____%、血糖 _____mg/dl(空腹時、食後 時間)、尿ケトン体() T chol _____mg/dl、LDL-C _____mg/dl、HDL-C _____mg/dl、TG _____mg/dl 血清Cr _____mg/dl、eGFR _____ml/min/1.73m ² 、尿蛋白()、尿アルブミン _____mg/gCr AST(GOT) _____U/L、ALT(GPT) _____U/L、γ-GTP _____U/L その他	
治療経過	<input type="checkbox"/> 食事・運動療法のみ <input type="checkbox"/> 内服治療 <input type="checkbox"/> GLP-1受容体作動薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 血糖自己測定 ◆食事療法: 指示カロリー _____kcal/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> 蛋白制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 その他() ◆運動療法: <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり() その他	
現在の処方	※薬剤情報提供書のコピーを添付いただければ、記入の必要はありません。	
備考		

<紹介先医療機関記入欄>

紹介先医療機関受診日 年 月 日

医療機関種別	加療内容
糖尿病専門医	<input type="checkbox"/> 食事運動指導 <input type="checkbox"/> 治療強化 <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 教育入院
腎臓専門医	<input type="checkbox"/> 食事運動指導 <input type="checkbox"/> 合併症治療 <input type="checkbox"/> 透析導入
眼科専門医	糖尿病網膜症 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 増殖前 <input type="checkbox"/> 増殖)
	糖尿病黄斑症 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 限局 <input type="checkbox"/> びまん性)
歯科医	歯周病 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> なし) PISA点数(mm ²)
その他	