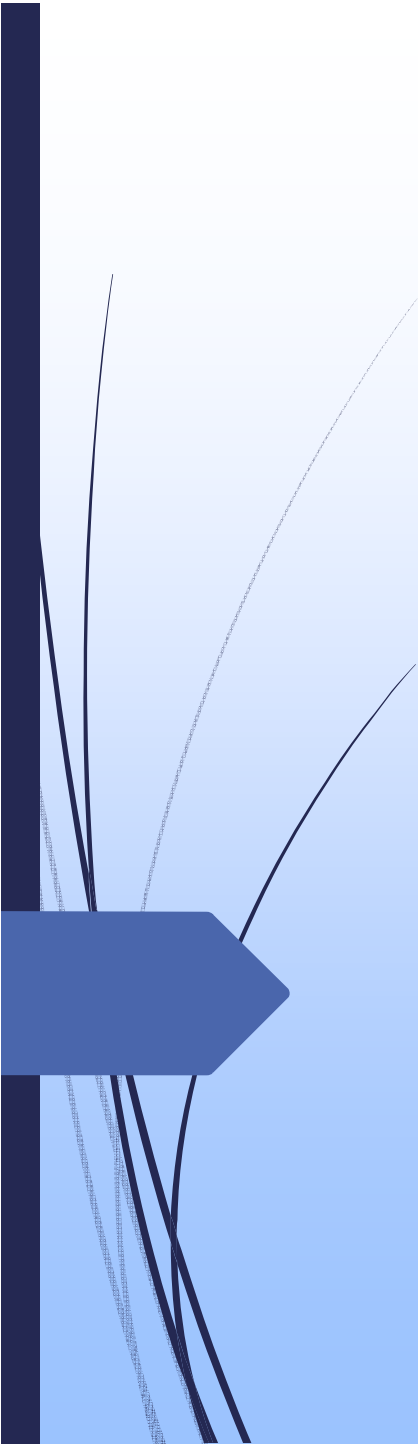




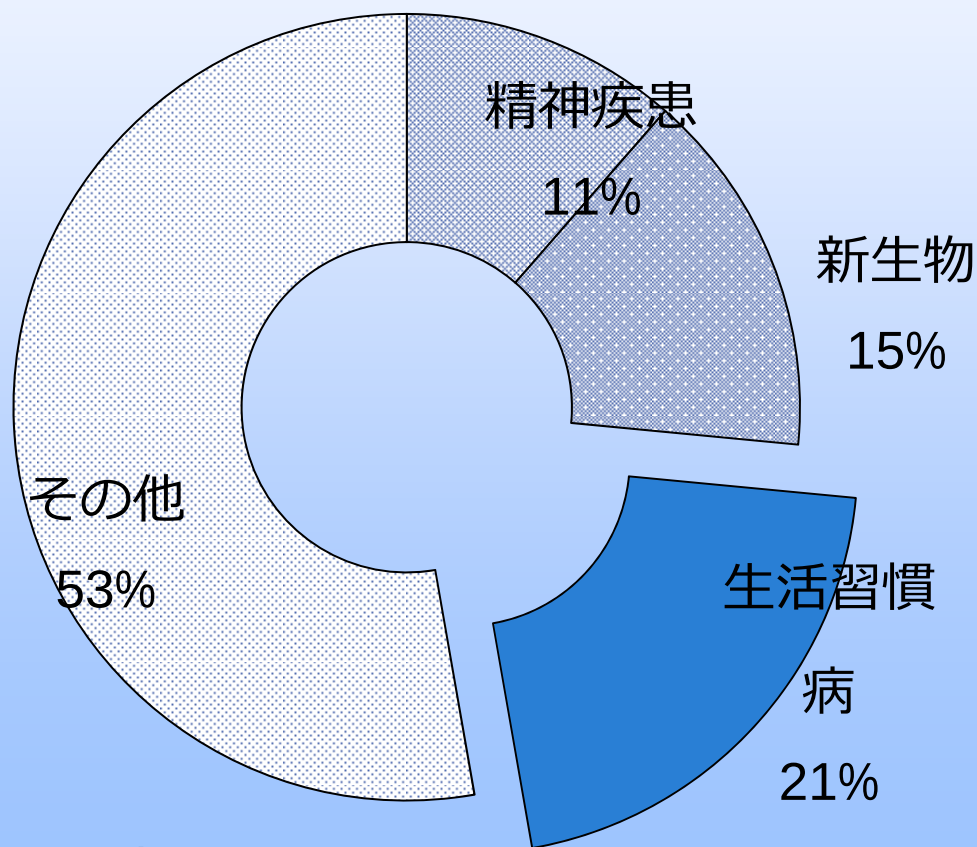
小松市医師会 糖尿病連携推進協議会 の取り組み

小松市医師会糖尿病連携推進協議会

会長 東野義信

小松市の統計からみる糖尿病の状況①

医療費総額
6億5,357万2720円

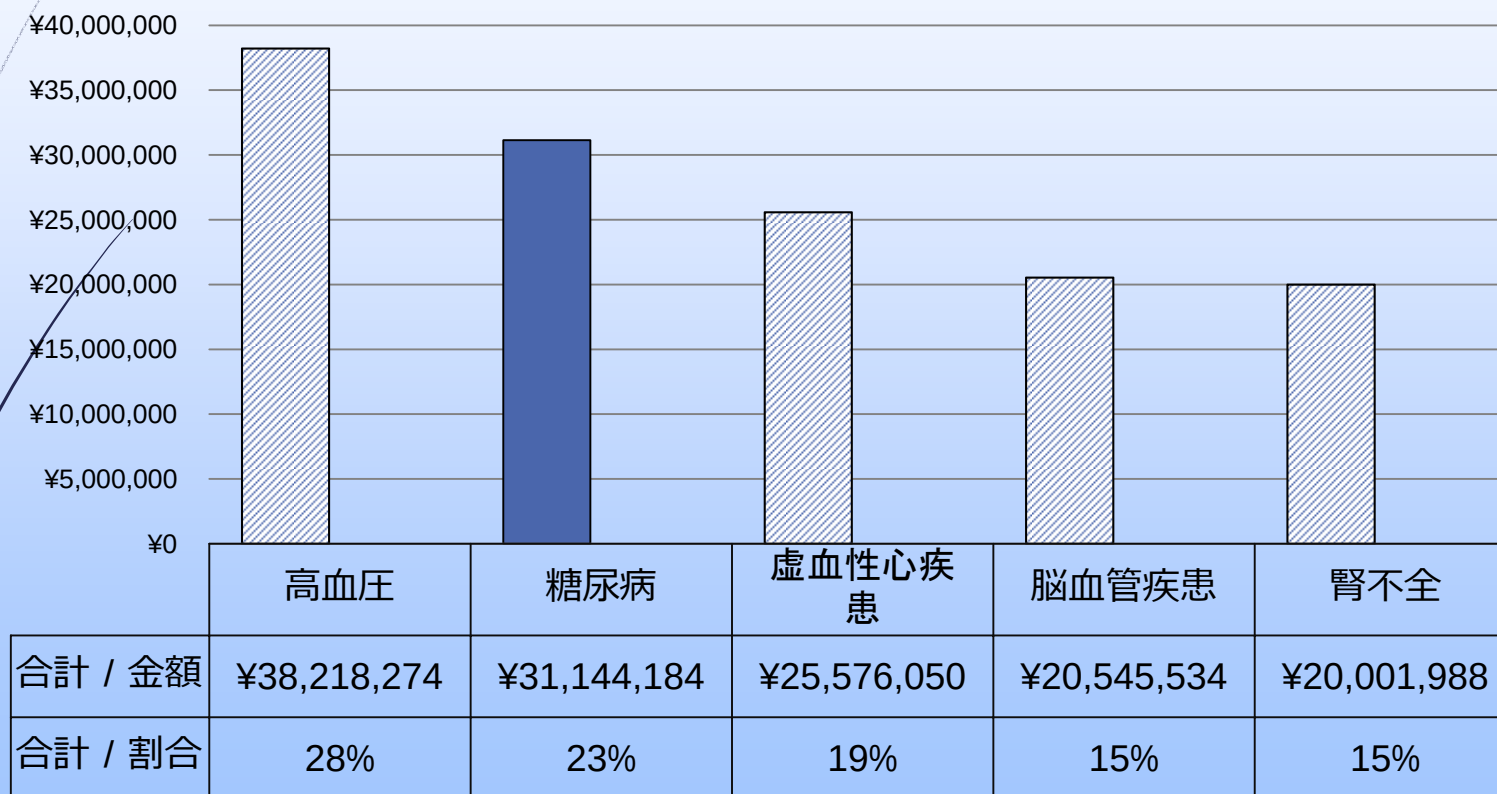


出典：
小松市国民健康保険
(平成24年5月診療分医療費)

小松市の統計からみる糖尿病の状況②

生活習慣病総額 1億3,548万6,030円

医療費（円）

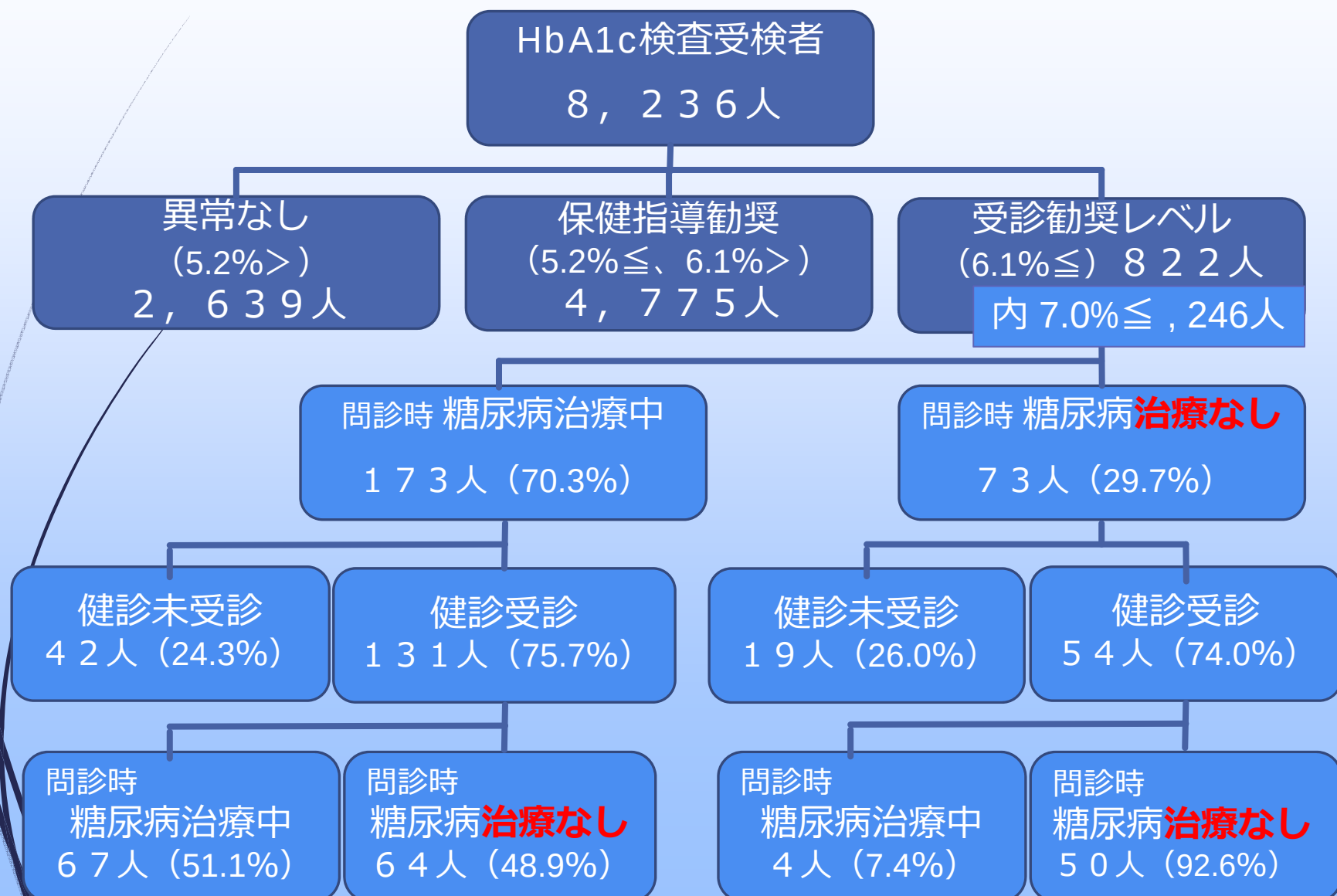


出典：
小松市国民健康保険（平成24年5月診療分医療費）

小松市における特定健診結果 ～HbA1c（JDS）を中心に～

平成
22
年度

平成
23
年度



未受診・治療中断理由

～特定健診受診勧奨域者52名の聞き取りから～

- 高血圧や脂質異常症等で通院しているが、糖尿病と注意を受けていない。11名
- 以前に受診していて通院不要だといわれた。6名
- 昨年度も同じような値で受診したが治療不要と言われた 2名

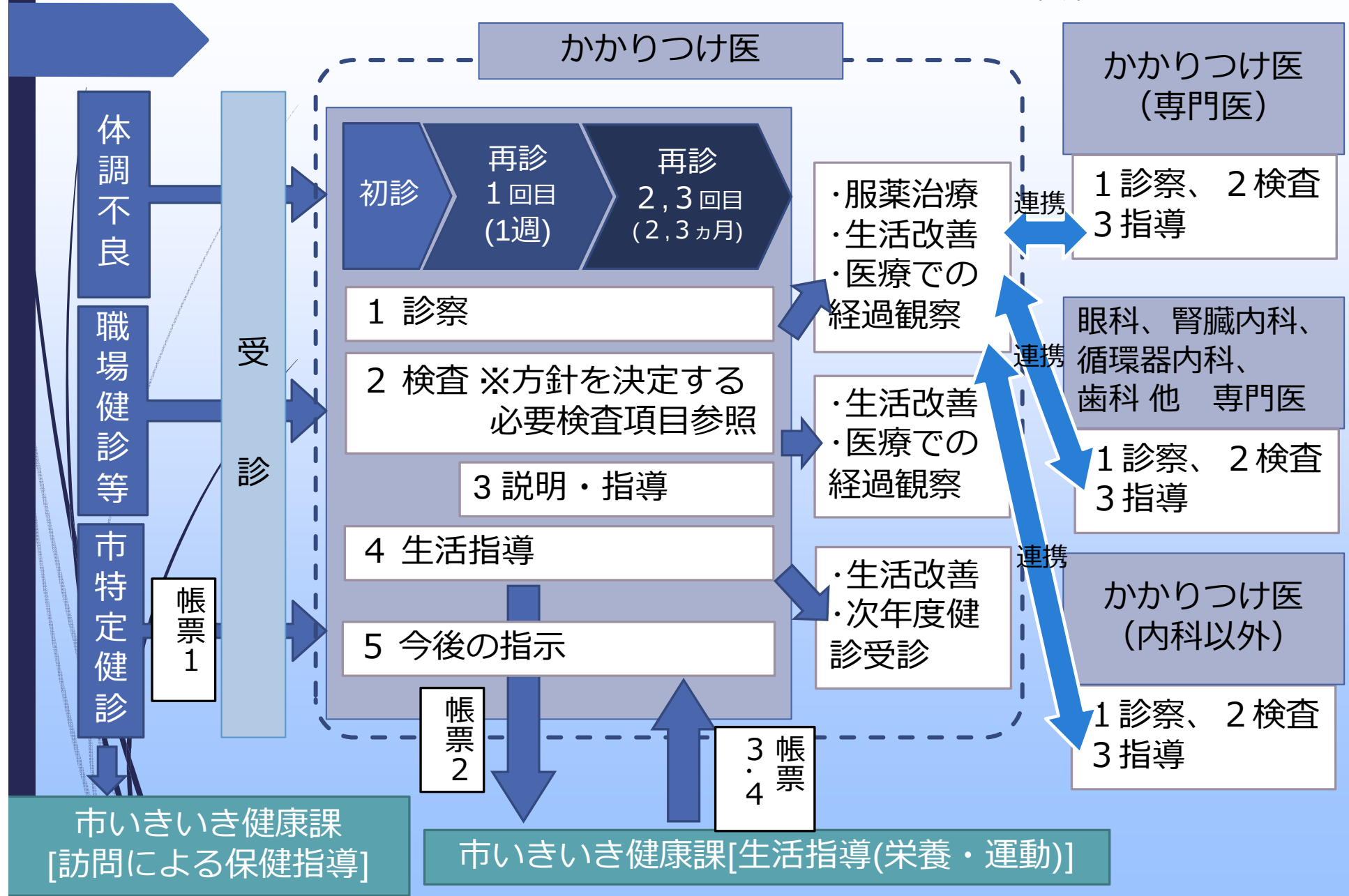
.....

- たいしたことない、面倒くさい 22名
- 糖尿病予備群との認識がない 18名

.....

糖尿病 受診の流れ

※初期段階で一度専門医へ紹介することが望ましい



治療方針決定のための必要検査項目

1. 必須で検査する項目

	検査項目
糖代謝の検査	随時血糖、HbA1c
最小血管をみる検査	尿蛋白、眼底検査

2. 時期を見て検査する項目

	検査項目
糖代謝の検査	尿糖
最小血管をみる検査	尿アルブミン、クレアチニン、eGFR
他の危険因子を見る検査	血圧、LDL-C、HDL-C、中性脂肪、尿酸
大血管をみる検査	心電図

3. 必要に応じて検査する項目

	検査項目
大血管をみる検査	頸動脈超音波検査、下肢動脈検査

受診勧奨連絡票

帳票 1 : ①小松市控え

糖尿病 受診勧奨連絡票

平成 年 月 日

様

下記の方につきまして、受診をお勧めしましたので御高診の程よろしくお願ひ申し上げます。
御高診後は下部をご記入のうえご返送をお願いいたします。

氏名	昭和 年 月 日生	
糖尿病家族歴	☐ なし ☐ あり (☐ 父 ☐ 母 ☐ きょうだい ☐ 祖父母 ☐ おじおば)	
循環器疾患 既往歴	☐ なし ☐ あり (☐ 過去に糖尿病治療歴 ☐ あり[年~ 年頃] ☐ なし)	
現在の生活状況	職業等	職種や勤務時間帯など
	食生活 など	食生活 ☐ 規則的 ☐ 不規則 間食 ☐ なし ☐ あり → 内容・量 () 時間 (時頃) アルコール ☐ なし ☐ あり → 内容 () 量 (× 日/週) 喫煙 ☐ なし ☐ あり 本/日
	運動	頻度: ☐ 週3日以上 ☐ 週1~2日程度 ☐ 月1~2回程度 ☐ なし 時間: 時頃 分程度 内容: ☐ ウォーキング ☐ 体操 ☐ その他 ()
	睡眠	熟睡 ・ 不眠 睡眠時間 () 時間
特記事項		
保健指導内容	☐ 健診結果説明 ☐ 糖代謝について ☐ 食事について ☐ その他 (内容:)	
保健指導 担当者氏名	職種 () 氏名 〒923-8650 小松市小馬出町 91 番地 小松市いきいき健康課 電話 24-8056	

▼医師記入欄 (初診時から3か月までを目安に返送をお願いします)【初診:平成 年 月 日受診】

検査した項目 (データについては添付可)
●必須検査4項目: ①随時血糖 (食後 時間) mg/dl ②HbA1c % ③尿蛋白 () ④眼底検査 ☐ 実施済み (☐ 異常なし ☐ 異常あり) ☐ 未実施 () 月頃検査予定
●時期を見て検査する項目 (検査した場合チェック)
☐ 尿糖 ☐ 尿アルブミン ☐ クレアチニン ☐ eGFR ☐ 血圧 ☐ LDLコレステロール ☐ HDLコレステロール ☐ 中性脂肪 ☐ 尿酸 ☐ 心電図
●必要に応じて検査が望ましい項目 (検査した場合チェック) ☐ 頸動脈超音波検査 ☐ 下肢動脈検査
今後の治療方針
☐ 服薬治療 ☐ 医療での経過観察 (か月後) ☐ 次年度健診受診で経過観察 (治療の必要なし) ☐ その他
(医師名)

糖尿病予防 生活指導依頼書 (栄養・運動)

帳票 2 : ①医療機関控え

糖尿病予防生活指導 依頼書

(栄養・運動指導用)

平成 年 月 日

小松市長宛て

医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

氏名 (男・女) 昭和 年 月 日生 (歳)

住所 小松市 町 番地 電話

職業 身長 (. cm) 体重 (. kg)

■糖尿病に関する事項 (検査値等については添付または記載してください)

検査値等
HbA1c (. %)

治療等の状況

■その他、併せて生活指導を必要とするもの (検査値等については添付又は記載してください)

- ☐ 脂質異常 : ☐ 高血圧症 ☐ 体重
- 中性脂肪 (mg/dl) (/ mmHg)
- HDL コレステロール (mg/dl)
- LDL コレステロール (mg/dl)
- ☐ その他

栄養指導の必要性 (要 ・ 不要)

↓
平成 年 月 日を紹介

必要な項目にチェック、記入ください

- ☐ 指示カロリー (kcal/日)
- ☐ 塩分制限
- ☐ アルコール指導

その他、栄養指導において留意が必要な事項

運動指導の必要性 (要 ・ 不要)

↓
平成 年 月 日を紹介

いずれかにチェックください

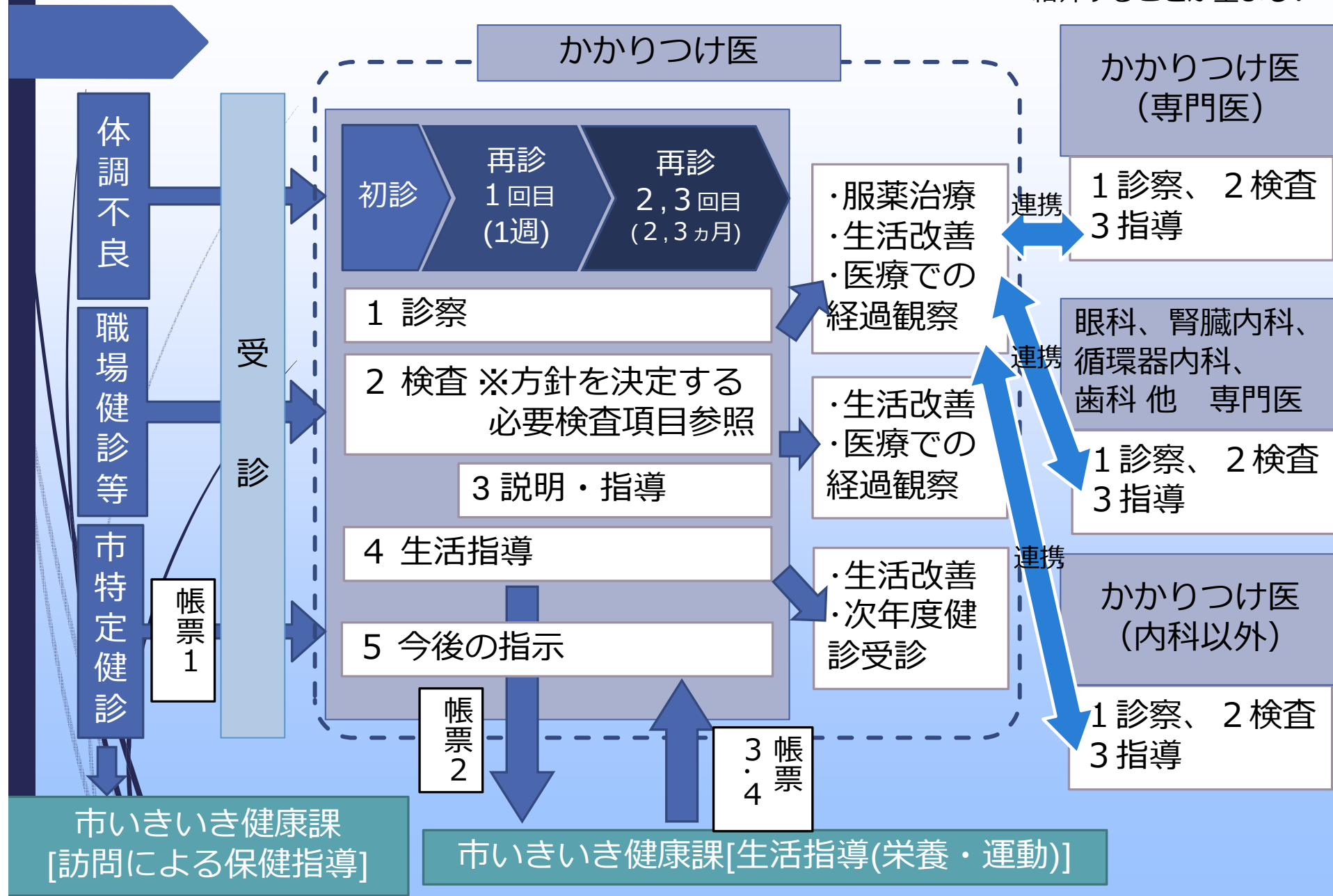
運動実践にあたっての留意事項

(☐ 要注意 ・ ☐ 特になし)

↓ 注意点を記載してください

糖尿病 受診の流れ

※初期段階で一度専門医へ紹介することが望ましい



糖尿病予防 生活指導報告書 (栄養)

帳票 3 : 小松市→医療機関

糖尿病予防生活（栄養）指導 報告書

平成 年 月 日

様

ご紹介いただきました方につきまして、下記のとおりご報告いたします。

ご紹介月日	平成 年 月 日 ()		
参加者氏名	昭和 年 月 日生		
参加の有無	☐ 参加されました ☐ 不参加でしたので再度お勧めをお願いします		
現在の生活状況	食生活	☐ 規則的 ☐ 不規則	
	間食	☐ なし ☐ あり → 内容・量 () 時間 (時頃)	
	アルコール	☐ なし ☐ あり → 内容 () 量 (× 日/週)	
	喫煙	☐ なし ☐ あり 本/日	
特記事項	職種や勤務時間帯など		
保健指導内容	☐ 食習慣の確認 ☐ 適正エネルギー摂取量 ☐ 食品構成のバランス等 ☐ 減塩 ☐ その他 (内容:)		
参加者の反応			
記載者氏名	職種 () 氏名		

小松市いきいき健康課 〒923-8650 小松市小馬出町 91 番地 電話 24-8056

糖尿病予防 生活指導報告書 (運動)

帳票 4 : 小松市→医療機関

糖尿病予防生活(運動)指導 報告書

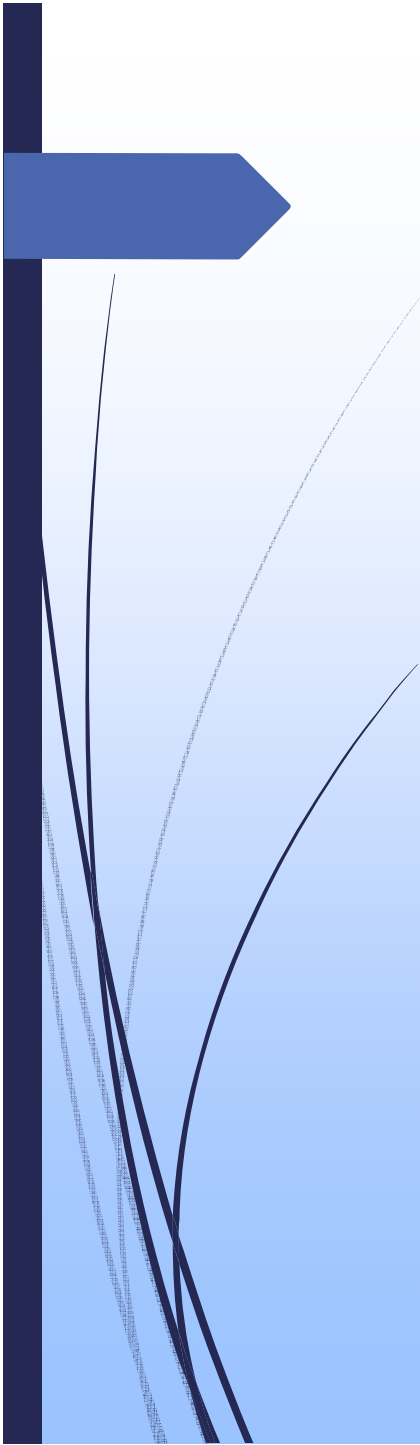
平成 年 月 日

様

ご紹介いただきました方につきまして、下記のとおりご報告いたします。

ご紹介月日	平成 年 月 日 ()		
参加者氏名	昭和 年 月 日生		
参加の有無	☐ 参加されました ☐ 不参加でしたので再度お勧めをお願いします		
現在の生活状況	運動	頻度： ☐ 週3日以上 ☐ 週1～2日程度 ☐ 月1～2回程度 ☐ なし 時間： 時 頃 分程度 内容： ☐ ウォーキング ☐ 体操 ☐ その他 ()	
	睡眠	熟睡 ・ 不眠 睡眠時間 () 時間	
特記事項	職種や勤務時間帯など		
保健指導内容	☐ ストレッチ体操 ☐ ウォーキング指導 ☐ 自宅で出来る筋力トレーニング ☐ 運動実施にあたっての体調チェックの仕方 ☐ その他(内容：)		
参加者の反応			
保健指導担当者氏名	職種 () 氏名		

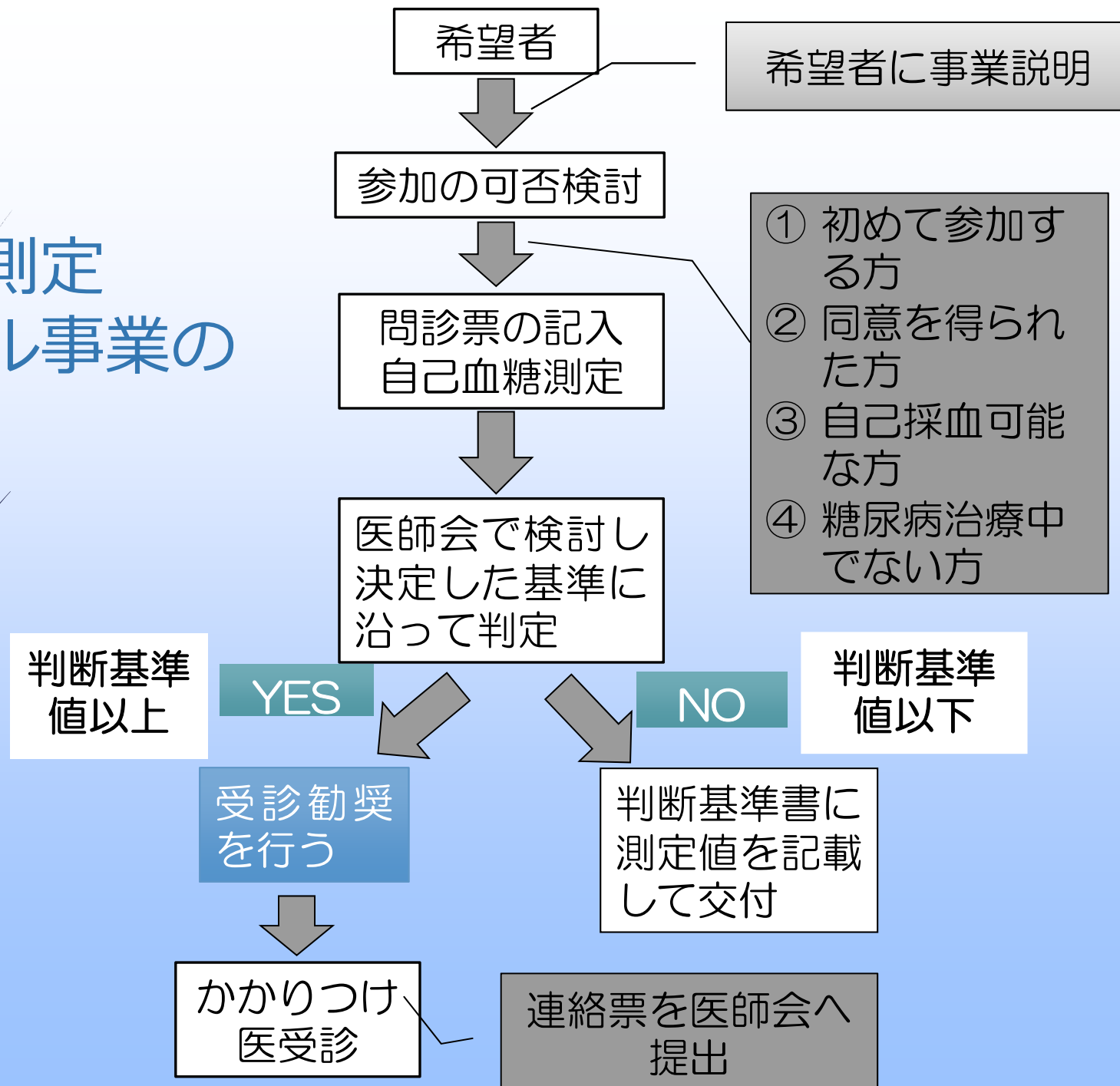
小松市いきいき健康課 〒923-8650 小松市小馬出町 91 番地 電話 24-8056



薬局等との連携による受診勧奨 モデル事業概要

- 目的：自覚症状がないまま進行する糖尿病を早期に発見し、医療に結びつける。
- 事業概要：自己穿刺による血糖測定を地域住民に身近な薬局の店頭で行い、受診勧奨値の場合は、医療機関を紹介する。

血糖測定 モデル事業の 流れ



血糖測定モデル事業 問診票及び連絡票

問診票及び連絡票

ふりがな _____ 性別 男性・女性

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

電話番号 _____

・糖尿病治療歴： 無 ・ 中断中 ・ 有（過去に）

・健康診断歴： 毎年 ・ ときどき ・ 受けたことなし

・糖尿病家族歴： 父・母・兄弟・姉妹・祖父母・叔父・叔母・なし

・身長 _____ cm / 体重 _____ Kg / BMI _____
※（BMI＝体重 Kg/身長 m÷身長 m）

・最終飲食時間 _____ 時間前 _____

検査結果： 血糖値 _____ mg/dl （ 随時血糖 ・ 空腹時血糖 ）

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 測定

薬局名： _____ ⑩

TEL： _____

受診先医療機関記入欄

受診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

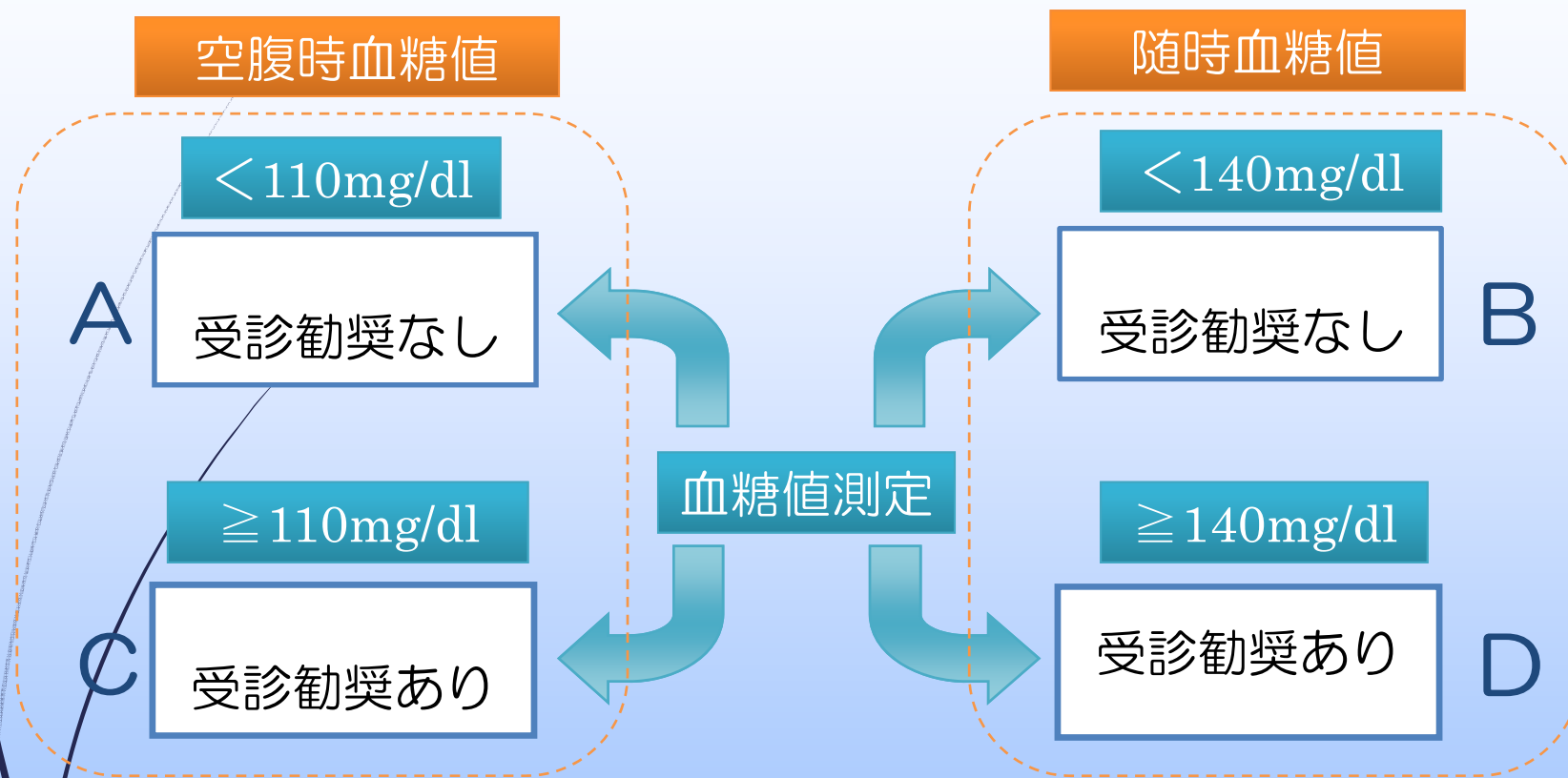
受診結果：HbA1c _____ % ・ 血糖値 _____ mg/dl （食後 _____ 時間・空腹時）

要医療 ・ 経過観察 ・ 異常なし

医療機関名： _____

※医療機関は結果を記入後、小松市医師会まで FAX（23-3449）してく

血糖測定モデル事業 受診勧奨判断基準フローチャート



注1) 空腹時血糖とは、10時間以上絶食し空腹のまま測定した血糖値です。
注2) 本日測定していただいた採血結果は、医療機関で行う検査と多少のずれがあります。診断には医療機関への受診が必要です。

判断基準フローチャート説明

判断基準A（空腹時血糖値測定）の方へ

今回の測定結果に関しては、受診勧奨となりません。ただし、空腹時血糖値100～109mg/dlの測定結果は、空腹時正常高値といわれ注意が必要です。また、今回の結果が、糖尿病ではないということを表しているわけではありません。空腹時血糖値が正常範囲でも食後血糖が高値で糖尿病と診断される場合があります。ご心配な方はかかりつけ医にご相談ください。

判断基準B（随時血糖値測定）の方へ

今回の測定結果に関しては、受診勧奨となりません。ただし、食後血糖値は、食事の内容や食後からの時間等に大きく影響を受けますので、今回の結果が正常であることを表すものではありません。ご心配な方はかかりつけ医にご相談ください。

判断基準C（空腹時血糖値測定）の方へ

医師に相談し、詳しい検査が必要とされています。かかりつけ医を受診して下さい。

判断基準D（随時血糖値測定）の方へ

医師に相談し、詳しい検査が必要とされています。かかりつけ医を受診して下さい。

まとめ

1. 小松市の特定健診後の糖尿病受診勧奨値をHbA1c 6.5%以上とした。
2. 受診勧奨先の医療機関については、かかりつけ医がいる人の場合はかかりつけ医へ紹介することとした。
3. かかりつけ医で行う治療方針決定のための検査項目をリスト化し、その後の治療の標準化に役立つようにした。
4. かかりつけ医が自施設で食事・運動療法を行えない場合には、小松市の栄養・運動教室へ紹介できることになった。
5. 専門医療機関への紹介・連携基準は県の糖尿病対策推進会議の指針に従うものとした。
6. 小松・能美薬剤師会の行う薬局等との連携による受診勧奨モデル事業に、糖尿病の地域連携に貢献する目的で積極的に協力する。