

鳥取県西部管内糖尿病栄養指導実施要領

1 目 的

糖尿病の初期段階とされる境界型（耐糖能異常）や糖尿病型の方の適正管理と進行を予防するため、医療機関と市町村が連携しながら栄養指導を実施する。

2 実施機関

西部管内の医療機関、市町村及び西部総合事務所米子保健所

3 事業の対象

事業の対象者は、下記のすべてを満たす者とする。（糖尿病性腎症重症化プログラムの対象者は基本的に除く。）

- （１）西部管内に居住する糖尿病療養者（以下、「療養者」という。）及びその家族
- （２）栄養指導が必要と主治医が認めるが、医療機関で栄養指導を受けることが困難な者
- （３）居住する市町村の栄養士による栄養指導を希望する者

4 事業の実施方法

- （１）療養者のうち、３に該当すると判断した医療機関は、療養者の同意を得た場合、糖尿病栄養指導依頼票（様式１）を療養者の居住する市町村に送付する。なお、送付前に、該当市町村へ電話にて、栄養指導を依頼する旨を伝えること。また、療養者に対し、市町村で栄養指導を受けの際は「糖尿病連携手帳」を携行し提示するよう指導すること。
- （２）市町村は糖尿病栄養指導依頼票（様式１）を受理後、直ちに療養者に連絡し、栄養指導日時を決定し、糖尿病栄養指導日連絡票（様式２）を依頼のあった医療機関にファクシミリ送信する。
- （３）市町村は栄養指導を実施した後、糖尿病栄養指導報告票（様式３）を依頼のあった医療機関に送付する。また、療養者が「糖尿病連携手帳」を持っている場合は、指導内容を記載すること。
- （４）糖尿病栄養指導依頼票（様式１）及び糖尿病栄養指導報告票（様式３）は、必要な情報を適宜加えてよいものとする。また、検査結果については、値が示された文書の写しを添付してもよいものとする。
- （５）糖尿病栄養指導依頼票（様式１）の送付は、紹介先機関ごとに療養者１人につき月１回に限ることとするが、継続指導の必要な者については、適宜、医療機関と市町村とで連携し実施する。
- （６）市町村は年間の実績を、毎年３月末までに、糖尿病栄養指導実施報告書（様式４）により西部総合事務所米子保健所に報告する。

5 療養者のプライバシーの保護

療養者の情報提供等にあたっては、プライバシーが損なわれることのないよう十分注意する。

なお、医療機関から市町村に文書を送付する際は、栄養士あて「親展」とする。

また、糖尿病栄養指導日連絡票（様式２）は、氏名をイニシャル標記とする。

6 事業に関わる経費

糖尿病栄養指導依頼票（様式１）については、診療情報提供料（Ⅰ）を算定できる。なお、診療情報提供料については「医科点数表の解釈」に従うこと。

また、糖尿病栄養指導依頼票（様式１）および糖尿病栄養指導報告票（様式３）の郵送に係る経費は、文書を発送しようとする機関の負担とする。

7 西部総合事務所米子保健所の役割

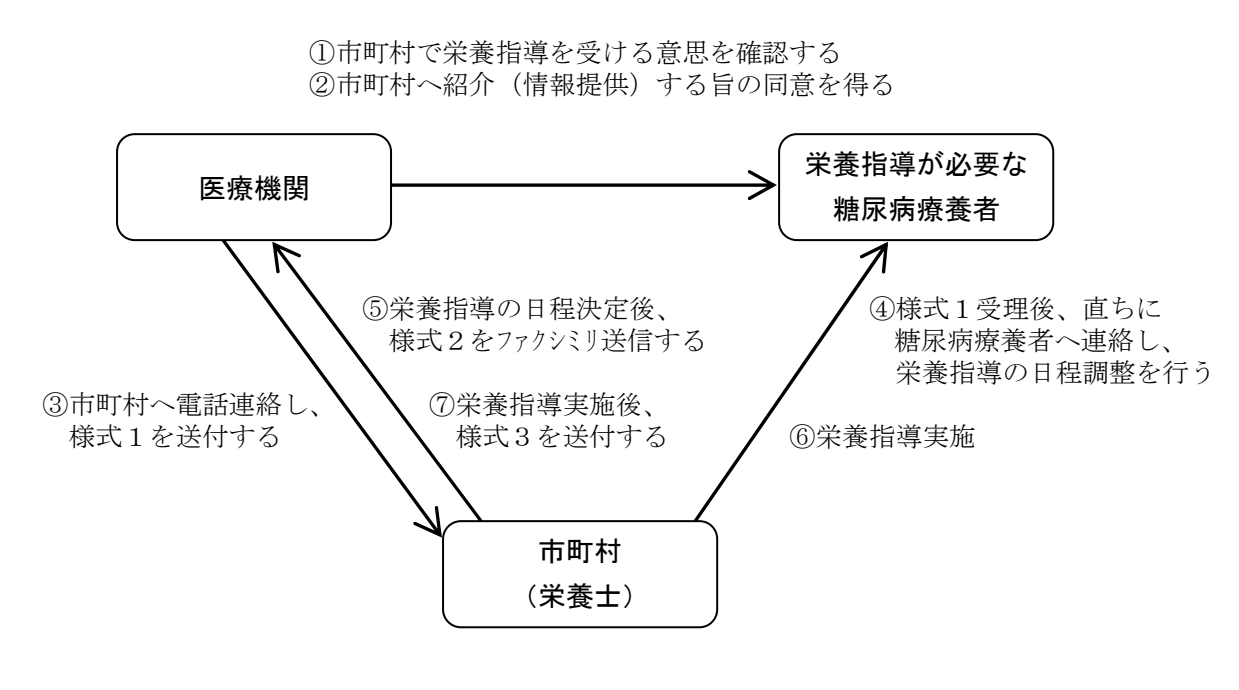
本事業を円滑、効果的に実施するため、事業実績と課題の把握に努める。なお、本事業について協議が必要な場合は、西部総合事務所米子保健所が主催する「鳥取県西部圏域糖尿病予防対策検

討会」で協議することとする。

附則

- 1 この要領は、平成 2 7 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この要領は、平成 3 1 年 3 月 2 0 日から施行し、平成 3 1 年 4 月 1 日から適用する。
- 3 この要領は、令和 2 年 7 月 2 8 日から施行する。
- 4 この要領は、令和 3 年 6 月 2 4 日から施行し、同年 4 月 1 日から適用する。
- 5 この要領は、令和 8 年 9 月 2 5 日から施行する。

※事業の流れ



<具体的な方法>

医療機関	市町村
①療養者へ居住市町村で栄養指導を受けることへの同意を得る。また、市町村で栄養指導を受ける際、「糖尿病連携手帳」を携行し持参するよう指導する。 ②様式 1 記載→患者居住市町村へ電話連絡し、送付。 ※診療情報提供料が算定できます。 ※栄養指導は無料です。	③療養者へ連絡し、栄養指導日程を決める。 ④主治医へ栄養指導日程記載の様式 2 を F A X する。 ～栄養指導実施～ ⑤指導内容を記載した様式 3 を医療機関へ郵送。

<糖尿病性腎症重症化予防プログラムとの位置づけ>

糖尿病重症化予防段階		
早期 ハイリスク		
国保以外	未受診	
	治療中断	管内糖尿病栄養指導
	治療中	
国保	治療中	糖尿病性腎症 重症化予防プログラム
	治療中断	
	未受診	

糖尿病栄養指導依頼票（診療情報提供書）

※□にレ点を記載し、空欄に貴院で把握している情報を記載してください。

※ひとまず太枠内の情報のみ記載し、栄養指導の実施が確定後、その他の項目を記載いただく方法でも可とします。

氏 名	男・女		生年月日	T・S・H 年 月 日（ 歳）		
住 所			電 話	(0859) —	職 業	
傷病名	☐ 糖尿病 ☐ 境界型・耐糖能異常 ☐ 脂質異常症 ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病性腎症 ☐ その他（ ）					
	発症年月日	年 月 日	受診年月日	年 月 日		
	初発／再発	☐ 初発 ☐ 再発（ 年 月 日初発） ※空欄可				
寝たきり度	J ・ A ・ B ・ C					
日常生活活動（ADL）の状況	①移動 ②排泄 ③着替 ④食事 ⑤入浴 ⑥整容 ※該当する項目番号をに記入してください（一部介助 全面介助 ）					
認知症である老人の日常生活自立度	I ・ II ・ III ・ IV ・ M					
検査結果	身長	cm	体重	kg	血 圧	/ mmHg
	尿蛋白	—・±・＋・＋＋・＋＋＋		e G F R	mL/分/1.73 m ²	
	※検査日 年 月 日	空腹時血糖	mg/dl	随時血糖	mg/dl	
	※結果票の 添付でも可	H b A 1 c	%	中性脂肪	mg/dl	
		H D L コレステロール	mg/dl	L D L コレステロール	mg/dl	
患者への 指示事項	指 示 エネルギー量	kcal（ 単位）	塩分制限	g/日	運動制限	あり・なし
	※その他の指示事項（糖質・脂質・アルコール制限等）					
現在の 診療形態	☐ 外来 ☐ 往診 ☐ 入院（ 年 月 日）				情報提供回数	回
現在の 処方内容	☐ 経口投与剤（薬品名： ）（ 回/日、錠） ☐ インスリン（薬品名： ）（ 回/日、単位） ☐ その他					
市町村への 連絡事項	※既往歴、家族歴、症状経過、治療経過、市町村で行って欲しい指導等 (訪問診療： 有 ・ 無 訪問看護： 有 ・ 無)					
年 月 日 医療機関名・所在地 医師名 ⑩ (電 話：) (ファクシミリ：)						

※市町村への紹介（情報提供）：本人の了解済み ☐

<参考>

寝たきり度	
J 自立	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
A 準寝たきり	屋外での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。
B 寝たきり 1	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
C 寝たきり 2	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。
認知症である老人の日常生活自立度	
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
III	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

ファクシミリ送信先

(医療機関・医師名)

様

(ファクシミリ番号) 0859 -

糖尿病栄養指導日連絡票

ご紹介いただきました糖尿病栄養指導依頼票に基づき、次のとおり、栄養指導を行う予定になりましたのでご連絡します。

(記入日: 年 月 日)

氏 名	(イニシャル 姓・名) 男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
傷病名	☐ 糖尿病 ☐ 境界型・耐糖能異常 ☐ 脂質異常症 ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病性腎症 ☐ その他 ()		
栄養指導 (予定)	実施日時	年 月 日 () 時 分～	
	実施場所		
	担当者	市町村名 (担当課) 栄養士名 電話番号	

※プライバシー保護のため、氏名はイニシャル(姓・名)で記載しています。

※栄養指導実施後は、指導内容を郵送で報告します。

糖尿病栄養指導報告票

(医療機関・医師名)

様

ご紹介いただきました糖尿病栄養指導依頼票に基づき指導をしましたので、次のとおりご報告します。

氏 名	男・女	生年月日	T・S・H	年	月	日	(歳)
住 所							
栄養指導日時	年 月 日 () 時 分～ 時 分						
相談者	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他 ()						
世帯状況	炊事担当者	☐ 本人 ☐ その他 ()					
	食生活習慣						
	運動習慣						
	その他						
指導項目	☐ 食事療法の基礎知識 ☐ 規則正しい食生活 ☐ 食品摂取のバランス ☐ 減塩の方法 ☐ 食糧構成摂取量 ☐ 菓子類の摂り方 ☐ 食事単位配分 ☐ アルコール類の摂り方 ☐ 糖尿病食品交換表の使い方 ☐ ウォーキング等の運動 ☐ 献立・調理法 ☐ その他 () ☐ 外食料理・加工食品						
改善目標							
主治医への 連絡事項							
年 月 日 市町村名 (担当課) 栄養士名 電話番号							

※主治医への報告：本人の了解済み ☐

年度 糖尿病栄養指導実施報告書

市町村名 ()

	実人数	延人数
4 月		
5 月		
6 月		
7 月		
8 月		
9 月		
1 0 月		
1 1 月		
1 2 月		
1 月		
2 月		
3 月		
合計	※年間を通じての実人数	