

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当たっては、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。ただし、市町村国民健康保険・後期高齢者医療広域連合以外の保険者については、診療報酬上の規定がないため算定不可。

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。

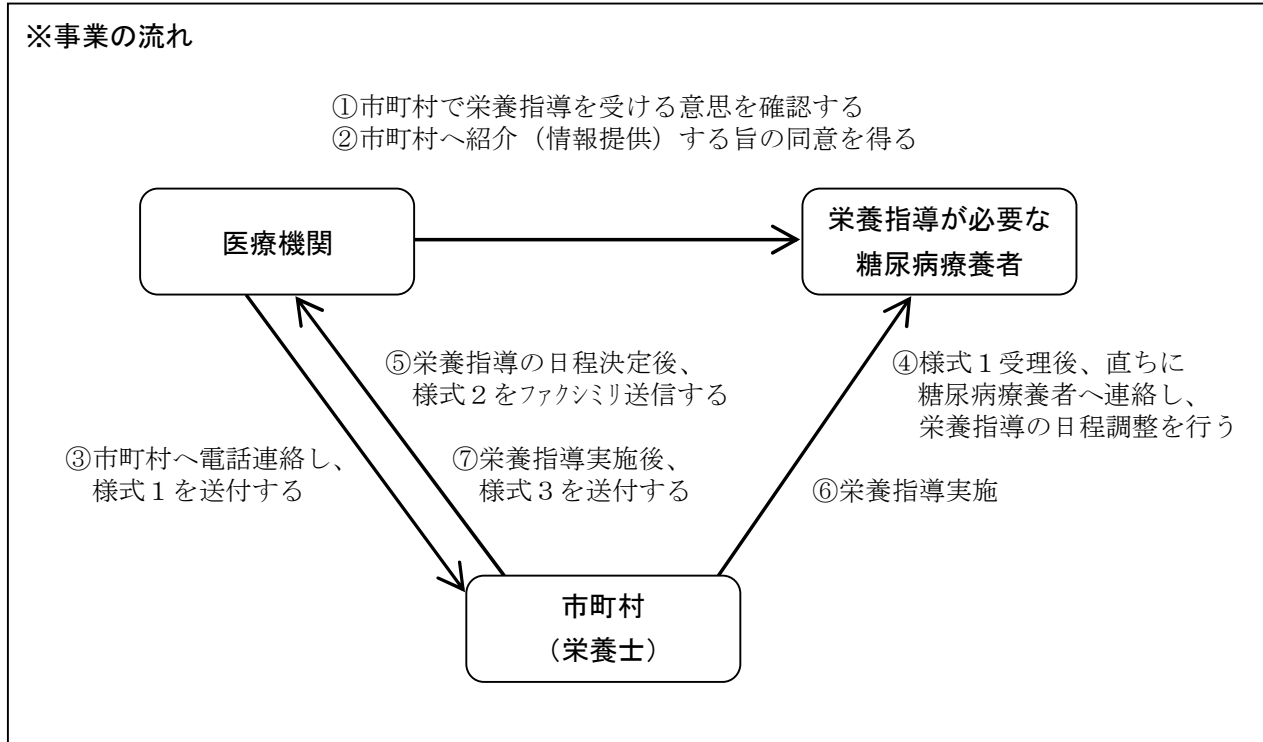
7 西部総合事務所米子保健所の役割

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27年4月1日から施行する。
- 2 この要領は、平成31年3月20日から施行し、平成31年4月1日から適用する。
- 3 この要領は、令和3年6月24日から施行し、同年4月1日から適用する。



<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FAX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	<div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; padding: 10px; text-align: center;"> 管内糖尿病栄養指導 </div>	
	治療中		
国保	治療中	<div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; padding: 10px; text-align: center;"> 糖尿病性腎症 重症化予防プログラム </div>	
	治療中断		
	未受診		

<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	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()						
世帯状況	炊事担当者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	食生活習慣						
	運動習慣						
	その他						
指導項目	<input type="checkbox"/> 食事療法の基礎知識 <input type="checkbox"/> 規則正しい食生活 <input type="checkbox"/> 食品摂取のバランス <input type="checkbox"/> 減塩の方法 <input type="checkbox"/> 食糧構成摂取量 <input type="checkbox"/> 菓子類の摂り方 <input type="checkbox"/> 食事単位配分 <input type="checkbox"/> アルコール類の摂り方 <input type="checkbox"/> 糖尿病食品交換表の使い方 <input type="checkbox"/> ウォーキング等の運動 <input type="checkbox"/> 献立・調理法 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 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 ()

	実施人数	延人数
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		
合計		