

# メタボリックシンドローム予防特別委員会

## 目 次

### 「メタボリックシンドローム予防特別委員会」報告書

- I. は じ め に
- II. 糖尿病地域連携パスのモデル事業について
- III. 糖尿病地域連携モデル事業における課題
- IV. 今後の取組予定

# メタボリックシンドローム予防特別委員会

(平成 24 年度)

## 「メタボリックシンドローム予防特別委員会」報告書

広島県地域保健対策協議会 メタボリックシンドローム予防特別委員会

委員長 河野 修興

### 《目次》

「メタボリックシンドローム予防特別委員会」報告書

資料1 三次地区糖尿病地域連携パス関係様式

資料2 安芸太田地区糖尿病地域連携パス関係様式

委員名簿

### I. はじめに

特定健康診査受診者のうち HbA1c 8.0%以上の人の割合は、平成 22 (2010) 年度、本県では 1.24% (全国 1.16%) である。

特定健康診査受診者のうち糖尿病の治療のために薬剤を服用している人の割合は、平成 22 (2010) 年度、本県では 4.1% (全国 4.3%) である。

また、糖尿病の合併症である糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、本県では、平成 20 (2008) 年までは 400 人未満であったが、平成 21 (2009) 年以降は 400 人を超えている。(図 1)

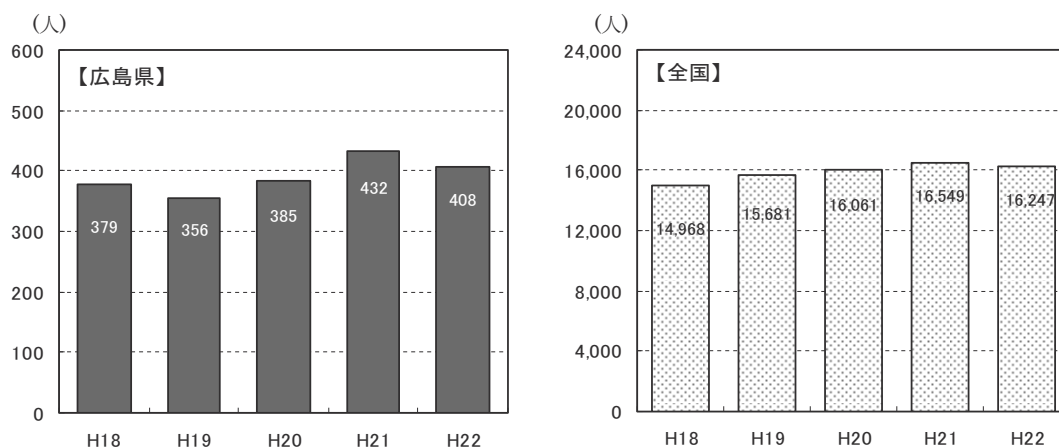
こうしたことから、糖尿病発症者に対して、重症化・合併症予防のための継続した治療が必要であり、

生涯にわたって効果的に継続した治療を行うためには、患者の状態に応じて、かかりつけ医と専門医療機関が連携体制(糖尿病地域連携パス)を構築し、適切な継続受診を促すことが重要である。

当委員会では、昨年度から、糖尿病患者が医療を適切に受け、重症化を予防できるよう、医療連携パスを導入した事業の展開について検討を行っている。今年度は、糖尿病地域連携パスを全県的に普及させるためのモデル事業を開始し、課題などについて整理したので報告する。

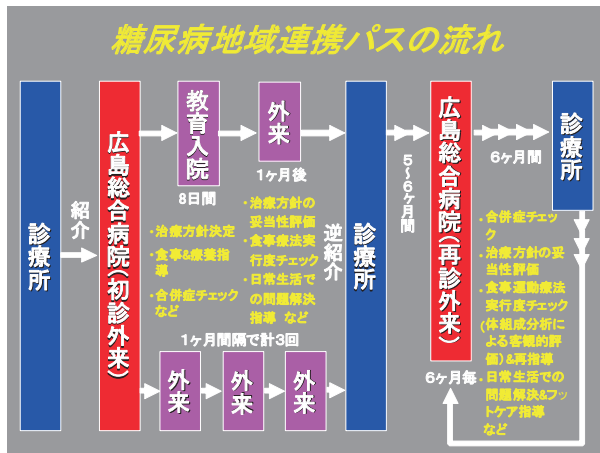
### II. 糖尿病地域連携パスのモデル事業について

当委員会では、糖尿病地域連携パス構築のためのモデル事業の実施地区として、地域の中心となる病



資料：(社)日本透析学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況 (平成 18~22 年 12 月 31 日現在)」

図 1 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数



### 地域診療所と広島総合病院の役割分担

診療所 (月1~2回程度受診)	広島総合病院 (年2回受診)
<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病コントロール状況チェック→急激な血糖コントロール悪化時の紹介</li> <li>経口薬、インスリン、自己測定キットなどの処方</li> <li>腹部エコー、胸部Xp、便潜血などガンのチェック</li> <li>日常の療養指導</li> <li>日常のフットケア(足を診る)</li> <li>各種診断書(介護保険主治医意見書など)の発行</li> <li>感冒様症状、腹痛などシックデイ時の初期対応</li> <li>精査・入院治療の要請</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病コントロール状況の評価と処方の方針の検討、変更の提案</li> <li>経口血糖降下薬服薬指導</li> <li>インスリン、自己測定キット</li> <li>合併症定期検診(眼科を含む)</li> <li>食事療法実行度のチェックと再指導</li> <li>フットケアの指導(必要に応じて皮膚科紹介)</li> <li>日常生活におけるストレスなどによる乱れに対する傾聴とアドバイス(心のケア)</li> <li>シックデイ対策の指導</li> <li>精査・入院治療の受け入れ</li> </ul>

院に常勤の糖尿病専門医がいる三次地区と、糖尿病専門医が非常勤の安芸太田地区をモデル地区として選定した。

#### 1 モデル事業の実施

まず、県内における糖尿病地域連携パスの先進地であるJA広島総合病院を中心として佐伯地区医師会が実施している取組について理解するための研修会を、それぞれのモデル地区において実施した。

佐伯地区医師会の取組内容を踏まえ、それぞれのモデル地区において、モデル事業の実施体制や対象者などを検討した。

地域連携パスのモデル運用までの経緯は、表1のとおりである。

また、糖尿病地域連携パスのモデル運用に当たって、それぞれのモデル地区における課題は、表2のとおりであった。

表1 地域連携パスのモデル運用までの経緯

三次地区	安芸太田地区
4.16 三次地区医師会委員との打合せ ・事業スケジュール ・事業実施についての助言(医師会側意見)	5.17 安芸太田病院との打合せ ・糖尿病地域連携事業についての協力依頼
4.25 三次中央病院との打合せ ・研修会打合せ ・事業実施についての助言(拠点病院側意見)	6.6 安芸太田町との打合せ ・糖尿病地域連携事業についての協力依頼
5.31 三次地区研修会 講師: JA 広島総合病院糖尿病・代謝内科 糖尿病センター長 石田和史先生 受講者: 60名	7.3 安芸太田病院・町関係者との打合せ ・安芸太田町の現状と連携パス導入時の課題の整理
6.12 三次市との打合せ ・三次市糖尿病重症化予防事業の情報提供など	7.13 安芸太田地区研修会 講師: JA 広島総合病院糖尿病・代謝内科 糖尿病センター長 石田和史先生 受講者: 30名
6.14 三次中央病院との打合せ ・糖尿病療養チームミーティングにおける三次地域の現状と連携パス導入時の課題の整理	10.4 安芸太田病院において 「糖尿病地域連携パス(外来)」実施の決定
10.3 三次中央病院において 「糖尿病教育入院2週間コース」実施の決定	10.7 安芸太田病院内(他科)からの紹介によるパス開始

表2 地域連携パスのモデル運用に当たっての課題

地区名	課題の内容
三次地区	○ 当該地区の糖尿病患者は、専門医のいる三次中央病院に集中している。かかりつけ医から患者を受け入れるためには、まず、三次中央病院の患者の受け入れ可能な医療機関の調整が必要である。
安芸太田地区	○ 地理的な問題があり、山県郡医師会の一部とのみ連携可能である。 ○ 安芸太田病院は専門医が常勤でないため、JA広島総合病院と同様の地域連携パスは困難である。糖尿病専門医以外の内科医の協力が必要である(内科医については協力的)。 ○ 安芸太田町は保健師からの紹介が多くあるなど、地域と病院との連携がある。これを、今回の地域連携パスに導入できないか。

表3 モデル事業の結果

項目	三次地区	安芸太田地区
中心となる病院	三次中央病院（糖尿病専門医：常勤）	安芸太田病院（糖尿病専門医：非常勤）
地域連携バス協力医療機関	三次地区医師会など 協力医療機関数 19 病院	山県郡医師会など 1 病院, 安芸太田病院他科
事業内容	研修会 説明会 事業内容の検討会 連携バスのモデル運用	研修会 説明会 事業内容の検討会 連携バスのモデル運用
地域連携バスの利用者数	外来バス利用者数：9 名 入院バス利用者数：0 名	外来バス利用者数：8 名 (うち 2 名が終了) 入院バス利用者数：0 名
現時点の課題	初診に時間を要するため、問診票など、できるだけ、かかりつけ医での記入をお願いしたい。	・連携バスを利用された最初の患者が、安芸太田病院受診後に紹介元診療所で治療を受けている。今後、当院受診の際に問題点などが把握できるものと考ええる。 ・初診時に患者の問診などを行うが、コメディカル（看護師、薬剤師、管理栄養士）の時間配分や問取内容を整理し、効果的・効率的な受診となるよう検討する必要がある。
専門医・かかりつけ医間の情報共有方法	情報提供書（書面）により情報共有 患者が所有する糖尿病手帳への記載 (糖尿病学会作成)	情報提供書（書面）により情報共有 患者の所有する糖尿病手帳への記載 (糖尿病学会作成)

## 2 モデル事業の結果

今年度、三次地区および安芸太田地区で実施したモデル事業の結果は、表3のとおりである。

## Ⅲ. 糖尿病地域連携モデル事業における課題

今年度、三次地区において9名、安芸太田地区において8名、糖尿病地域連携バスをモデル的に運用した結果、次のような課題が明らかとなった。

- 1 初診時に、問診・検査・診察をすべて1日で終わらせるためには、かなりの時間を要するため、あらかじめ時間配分や問取内容などの整理が必要である。
- 2 初診時の問診内容が多いため、患者への負担が大きい。患者に負担が少なく、効率的で効果的な問診内容に改善することにより、地域連携バスを理解してもらい、協力していただく患者を増やすことが大切である。
- 3 糖尿病地域連携バスに関わる関係者の糖尿病

に関する知識と技術の向上を図るとともに、情報交換の場を持つなど、より円滑に治療を行うことが可能な体制整備が必要である。

## Ⅳ. 今後の取組予定

- 1 初診時の診療が円滑に行われるよう、流れなどについての再整理を行う。(コメディカルによる問診・指導・検査などの役割分担についての整理など)
- 2 より効率的で効果的な、患者に負担の少ない問診票の作成について検討する。
- 3 患者の情報について、かかりつけ医と専門医との間で十分に共有を図る方法や、連携バスの体制の改善の必要性などについて検討する。
- 4 かかりつけ医などに対して、糖尿病に関する知識と技術の向上を図るための研修会や事例検討会の実施について検討する。

**【糖尿病地域連携パス運用計画書】**

実施：毎週木曜日14:00～に当面限定。

＜糖尿病地域連携パス予約～受診までのフローチャート＞

①紹介元医療機関

糖尿病地域連携パス専用「診療情報提供書」に必要事項を記載。  
また「問診票」、「食事調査票(3日分)」を患者様へ渡していただき、事前に記載していただく。  
診療情報提供書および問診票を地域連携室宛にFAX。(食事調査票は患者様が受診当日に持参)



②市立三次中央病院 地域連携室

FAX受信した診療情報提供書および問診票を、糖尿病代謝内分泌内科医師、および栄養科に情報提供。  
○地域連携室 → 受診予約  
○医師 → 受診日に合わせて臨床検査・生理検査オーダー  
○栄養科 → 受診日に合わせて栄養指導予約 → 患者受診当日の栄養指導担当看護師に連絡



③紹介患者様来院当日(木曜日)

13:00頃～ 患者様来院(食事調査票持参)  
↓  
臨床検査・生理検査  
14:00 外来診察室にて栄養指導(栄養指導&生活指導)  
○管理栄養士(1名)、看護師(2名)で対応  
→ 診療情報提供書、問診票、患者持参の食事調査票をもとに栄養指導実施  
要件を満たす患者には、糖尿病透析予防指導管理料(350点)  
糖尿病適合症管理料(170点)も算定を!!  
○薬物療法、血糖測定など質問事項があれば、薬剤師、臨床検査技師へも  
オンコールで依頼  
↓  
15:00～ 診察  
医師および指導に携わったコメディカルで、患者の「糖尿病連携手帳」および紹介元医療機関宛の「糖尿病栄養指導報告書」、「糖尿病療養・服薬指導報告書」への記載を行う。

※ 外科 越智先生から依頼のある糖尿病透析予防指導の対象患者様も、栄養指導や薬学指導を同日に実施出来る木曜日(午後)を中心に当面診療していただくよう協力を依頼済み。

平成 25 年 1 月 10 日(木)～糖尿病地域連携パス運用開始とする。

市立三次中央病院・地域医療連携室 行  
( 直通TEL 0824-65-0239, 専用FAX 0824-65-0159 )

**地域医療連携予約申込FAX用紙**

ふりがな					
患者氏名	男				
	女				
生年月日	M	T	S	H	年 月 日 歳
患者住所	〒 _____				
電話番号	( _____ ) _____				
診療科	糖尿病・代謝内分泌内科				
医師指定 (指定なしの場合は無記入をお願いします)	担当医				
希望日 (希望なしの場合は無記入をお願いします)	①	月	日	( )	
	②	月	日	( )	
紹介目的	<input type="checkbox"/> DM/パス (初診) <input type="checkbox"/> DM/パス (再診)				

移動方法	ストレッチャーで来院されますか? ( はい . いいえ )
ID番号	市立三次中央病院の診察券をお持ちの方 _____

◎所在地・名称・紹介医師名をご記入下さい。  
年 月 日  
※この用紙は診療情報提供書にはなりませんので、患者様には別途、診療情報提供書をお渡し下さい。

紹介元医療機関	(電話番号) (FAX番号)
---------	-------------------

診療情報提供書(初診紹介時)

市立三次中央病院  
糖尿病・代謝内分泌内科

先生侍史

住 所  
医療機関名  
医師名  
電話番号

ふりがな	.....	男	明 大 昭 平	年 月 日
患者氏名	(干 ー )	女	電話番号	( ー )
患者住所	(診察券をお持ちの方)			
ID番号				

病 型  1型糖尿病  2型糖尿病  ステロイド糖尿病  降血糖剤  その他・不明

他 病 名

既 往 歴 (薬物アレルギー 有・無)

紹 介 目 的  糖尿病診断時  血糖コントロール不良持続  血糖コントロール急激性増悪  
 合併症の出現・悪化  治療中断再開  その他

診 療 方 針 希 望  教育入院  外来治療

I 糖尿病を指摘された時期  ( )歳頃・年頃  不明  不明

きつかけ ( )hr  検査 )hr  検査 )hr  検査 )hr  検査 )hr  検査

(身長) cm (体重) kg 過去の最大体重 ( )歳時に( )kg

II (飲酒)無・禁酒・継続 ( )ml×( )年(喫煙)無・禁煙・継続 ( )本×( )年

(現在の職業) (糖尿病家族歴)

III <治療歴>

① 食事療法指導歴 不明・無・有 ( )%/日 ③ 自己注射治療歴 不明・無・有 ( )%/日

② 運動療法指導歴 不明・無・有 ( )程度 ④ 自己血糖測定歴 不明・無・有 ( )程度

<合併症>

① 網膜症 不明・無・有 有の場合の程度( ) 最終評価日( )年 月)

② 腎症 不明・( )期G( ) A( ) Alb/Cr( ) mg/gCr 最終評価日( )年 月)

③ 神経障害 不明・無・有 有の場合の程度( ) 最終評価日( )年 月)

④ 大血管障害 不明・無・有 具体的症状( ) ・ 虚血性心疾患( ) ・ 閉塞性動脈硬化症( )

⑤ 高血圧症 不明・無・有 ⑥ 脂質異常症 不明・無・有

(処方)

V

VI 血糖( )mg/dl 空腹・食後( )hr HbA1c(NGSP)( )% 月 日 測定

(その他連絡事項)

VII

診療情報提供書(再診用)

市立三次中央病院  
糖尿病・代謝内分泌内科

先生侍史

住 所  
医療機関名  
医師名  
電話番号

ふりがな	.....	明	明 大 昭 平	年 月 日
患者氏名	(干 ー )	女	電話番号	( ー )
患者住所	(診察券をお持ちの方)			
ID番号				

他 病 名

既 往 歴 (薬物アレルギー 有・無)

I 治療経過(糖尿病連携手帳のコピーを添えていただければ記入は不要です)

検査日	月	日	月	日	月	日	月	日
体重	/	/	/	/	/	/	/	/
血圧	( )hr	( )hr	( )hr	( )hr	( )hr	( )hr	( )hr	( )hr
血糖	( )hr	( )hr	( )hr	( )hr	( )hr	( )hr	( )hr	( )hr
HbA1c(NGSP)	/	/	/	/	/	/	/	/
T-Chol/LDL	/	/	/	/	/	/	/	/
HDL	/	/	/	/	/	/	/	/
TG/AMY	/	/	/	/	/	/	/	/
AST/ALT	/	/	/	/	/	/	/	/
BUN/Cr	/	/	/	/	/	/	/	/

II 合併症の発症・進行

合併症	不明・無・有	有の場合の程度( )	最終評価日( )年 月)
① 網膜症	不明・無・有	( )	( )年 月)
② 腎症	不明・( )期G( ) A( ) Alb/Cr( ) mg/gCr	( )	( )年 月)
③ 神経障害	不明・無・有	具体的症状( )	( )
④ 大血管障害	不明・無・有	脳血管障害( ) ・ 虚血性心疾患( ) ・ 閉塞性動脈硬化症( )	( )
⑤ 高血圧症	不明・無・有	⑥ 脂質異常症 不明・無・有	( )

III 処方

変更なし・下記へ変更

IV その他連絡事項

# 糖尿病地域連携パス問診票

( 年 月 日 記入)

この問診票は、あなたの今後の治療に役立たせていただくためのものです。記載していただいた内容については、秘密を守ることをお約束します。

ふりがな			職業	
お名前			続柄	
① 電話	( - - )	お名前		
携帯	( - - )			
住所	〒			
② 電話	( - - )	お名前		
携帯	( - - )			
住所	〒			
連絡先			続柄	

- 現在自覚されている症状に○をつけてください  
 喉が渇く・頻尿・多尿・手足のしびれ・だるい  
 ・その他 ( )
- 最近6か月間で、体重が増えたり減ったりしましたか  
 はい それほどのくらいですか 約 ( ) kg 増えた・減った  
 いいえ

3) 今までかかった病気や、現在治療を受けておられる病気がありますか

何歳頃	病名	治療法 当てはまるものに○をつける ( )内はかかった病院を記入	治療状況
		通院・入院 / 薬物療法・手術 ( )	治療中・治癒
		通院・入院 / 薬物療法・手術 ( )	治療中・治癒
		通院・入院 / 薬物療法・手術 ( )	治療中・治癒
		通院・入院 / 薬物療法・手術 ( )	治療中・治癒
		通院・入院 / 薬物療法・手術 ( )	治療中・治癒

4) 現在内服されている薬、点眼薬、軟膏などありましたら教えてください  
 ※お薬手帳などお持ちの方は持参してください

- 薬の管理はどなたがされていますか  
 ご自身 ・ その他 ( )
- 今まで健康を保つために注意したり、努められてきたことがありますか
- 食事療法をされていますか  
 はい ( エネルギー制限・たんぱく制限・塩分制限・その他 )  
 いいえ
- 食事はおもにどなたが調理されますか  
 ご自身 ・ ご家族 (それはどなたですか )  
 ・その他 ( )

9) アレルギ―はありますか  
 はい (食べ物・薬・その他 ( ) )  
 いいえ (アレルギ―の原因物質が分かればご記入ください)

10) 健康食品を利用されていますか  
 はい (商品名 )  
 いいえ

11) 喫煙習慣がありますか  
 はい ( )本/日、約 ( )年間  
 いいえ

12) 飲酒習慣がありますか  
 はい (種類/ ) (頻度/ 毎日・週 回、機会飲酒程度) (量/ ml)  
 いいえ

13) 普段自分の足を観察される習慣がありますか  
 はい ・ いいえ

14) 自分の足に気になる症状がありますか  
 水虫・タコ・傷 ・ むくみ ・ 変色 ・ しびれ  
 その他 ( )

15) 運動習慣がありますか  
 はい (内容 / 週 回)  
 いいえ

16) 排泄について  
 ・ 1日の尿の回数は何回ですか  
 日中 ( )回 ・ 夜間 ( )回  
 ・ 排泄に関して気になることがありますか  
 はい (痛み・出にくい・漏れる・残尿感・色・その他 ( ) )  
 いいえ

・ 排便習慣について  
 ( )日 ( )回  
 ・ 便通のために、使用されているものがありますか  
 下剤 ・ 坐薬 ・ 浣腸 ・ 下痢止め ・ その他 ( )

17) 生活習慣について  
 ・ 起床時間 ( )時 ・ 就寝時間 ( )時  
 ・ 熟睡感がありますか。 はい ・ いいえ

29) 糖尿病に関して、何か気になること、聞いてみたいことなどありましたらご自由にお書きください

・睡眠を助けるものがありますか  
はい (枕・薬物・飲食物・アルコール・その他( ))  
いいえ

・入浴は週何回されますか ( )回/週

18) 入れ歯をされていますか  
はい (部分入れ歯上・部分入れ歯下・総入れ歯)  
いいえ

19) 日常生活で補助具・装具を使用されていますか  
はい (杖・車椅子・押し車・( )装具・その他( ))  
いいえ

20) 今痛いところ、しんどいところがありますか  
はい (その部分はどこですか)  
いいえ

21) つまずいたり、転んだりすることがありますか  
はい・いいえ

22) 物が見えにくいですか  
はい (眼鏡、コンタクトレンズを 使用している・使用していない)  
いいえ

23) 音が聞こえにくいですか  
はい (補聴器を 使用している・使用していない)  
いいえ

24) 家族構成について教えてください

25) 困った時、誰かに相談されますか  
相談する (誰に )  
相談しない

26) 趣味をお持ちですか  
はい (具体的に )  
いいえ

27) あなたのストレス解消法は  
(例)お酒をのむ、スポーツをするなど

28) 外に出る気がしない、何もする気が起きないなど、気力の減退を感じますか  
はい・いいえ

ご協力ありがとうございます。  
この問診票は、かかりつけ医療機関に提出してください。

市立三中央病院 糖尿病・代謝内分泌内科  
糖尿病療養指導チーム



糖尿病連携パス 工程表

1. 患者紹介

カルテ番号	明・大・昭・平	年	月	日
紹介患者氏名	性別	男	女	( 歳 )

2. 地域医療連携室 (平成 年 月 日)

眼科受診予約 (検査実施日)

問診表の配布と記載の説明

3. 中西医師 依頼書確認・検査依頼など (平成 年 月 日)

検査予約 ルーティーン検査と追加検査の指示

現状調査 ⇒ 問診等確認事項の指示

眼科への院内紹介状の作成

4. 検査受診【眼科受診日：月曜日】 (平成 年 月 日)

採血・採尿

PWV, ECG,  頸動脈エコー

看護師問診表確認  管理栄養士問診

栄養指導報告書  療養・服薬指導報告書

5. 糖尿病外来受診 (平成 年 月 日)

事前検査結果の確認

行動目標記載

治療計画の作成

6. 事務担当者

行動目標シート作成し糖尿病連携手帳へ貼付

治療計画 (パス) のシート作成 (清書)

紹介状 (診療情報提供書)

安芸太田病院 地域医療支援室	中 西 修 平 先生 (侍 史)	糖尿病外来	紹介患者氏名	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳 )											
ふりがな	性別	男	女	年齢	年	月	日	( 歳 )											
現住所	患者連絡先	① ( )	② ( )	③ ( )	受診形式希望	<input type="checkbox"/> 可能な限り外来で	<input type="checkbox"/> 受診時決定でよい	紹介目的	<input type="checkbox"/> 糖尿病診断時	<input type="checkbox"/> 血糖コントロール急慢性悪化	<input type="checkbox"/> 慢性の血糖コントロール不良								
病名 (主訴)	現病歴・現症・検査所見・経過・処方等	1) 初めて糖尿病が疑われた時期【 才頃 (または 年頃)、 不明 ]	2) 糖尿病診断のきっかけ【 健診・他疾患診療中の検査にて・高血糖症状 ( ) ・その他 ( ) ]	3) 直近のデータ【身長 cm】【体重 kg】	4) 治療歴	①食事療法【 無・不明・有→ kcal/day、 年頃】	②運動療法【 無・不明・有→ 年頃】	③薬物療法【 無・不明・有→ 年頃】	④合併症 (わかる範囲で結構です)	①網膜症【 無・不明・有→ 年頃】	②腎症 尿たんぱく【 不明・陰性・ミクロアルブミン尿陽性・定性たんぱく尿陽性】	③神経障害【 無・不明・有→ 年頃】	④動脈硬化性疾患【 無・脳血管障害 ( ) ・冠動脈疾患 ( ) ・閉塞性動脈硬化症】	⑤高血圧症【 無・有 ]	⑥脂質異常症 (高脂血症)【 無・有 ]	⑦現在の処方	①経口血糖降下剤：	②インスリン：	③その他：
既往歴	備考	必要がある場合は、画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。																	

**問診表 I-①** (看護師問診)

この問診表は、あなたの今後の治療に役立たせていただくためのものです。記載していただいたくないようについては、秘密を守ります。

ふりかき お名前	
①電話 ( ) 携帯 ( ) 住所 ( )	お名前 ( ) お名前 ( ) お名前 ( )
②電話 ( ) 携帯 ( ) 住所 ( )	お名前 ( ) お名前 ( ) お名前 ( )
連絡先	続柄 ( ) 続柄 ( )

**1. 健康診断/健康管理**

- 1) 現在つらいこと (症状) や気がかりなことは何ですか。
- 2) 今回の病気の経過をわかる範囲でお書きください。
- 3) 今までかかった病気や、現在治療を続けておられる病気がありますか。

何才頃	病名	治療方法 (かかった病院)	治療状況
		入院・手術・点滴・内服 ( )	継続・中止
		入院・手術・点滴・内服 ( )	継続・中止
		入院・手術・点滴・内服 ( )	継続・中止
		入院・手術・点滴・内服 ( )	継続・中止
		入院・手術・点滴・内服 ( )	継続・中止

上記以外でありましたら、以下に記載してください。

- 4) 現在服用されている薬、点眼薬、軟膏などがありましたら教えてください。
- 5) 内服薬をのまれている方で、薬の管理はどなたがされていますか。  
ご本人 ・ その他 ( )
- 6) 今まで、健康を保つために注意したり努めてきたことはありますか。
- 7) 食べ物や飲み物で制限をされていますか。  
いいえ ・ はい (カロリー制限 ・ 塩分制限 ・ 水分制限)
- 8) たばこは吸いますか。  
いいえ ・ はい ( 本/一日、約 年間)
- 9) お酒は飲みますか。  
いいえ ・ はい (主な種類: 日本酒・ビール・その他 ( )  
飲酒量: ml/毎日 ・ 回/週 ・ たまに )

**問診表 I-②** (看護師問診)

**2. 栄養**

- 1) 入れ歯をしていますか。  
いいえ ・ はい (部分入れ歯 (上 ・ 下) ・ 総入れ歯)
- 2) 最近の6か月で、体重が増えたり減ったりしたことはありませんか。  
いいえ ・ はい (それはどれくらいですか: 約 ke)

**3. 排泄**

- 1) 一日の尿の回数は何回ですか。 昼 ( ) 回、夜 ( ) 回)
- 2) 排尿に関して気があることがありますか。  
いいえ ・ はい (痛み・出にくい・もれる・残尿感がある・色・その他 ( ) )
- 3) 便の回数は何回ですか。 ( ) 日に ( ) 回
- 4) 便通のために、特別にお使用されているものがありますか。  
いいえ ・ はい (下剤・座薬・浣腸・下痢止め・その他 ( ) )

**4. 活動・休憩**

- 1) 起床時間: 時頃、 就寝時間: 時頃
- 2) 熟睡感がありますか。  
いいえ ・ はい
- 3) 睡眠を助けるものがありますか。  
いいえ ・ はい (枕・薬・食べ物・アルコール・その他 ( ) )
- 4) 入浴は週何回されていますか。  
毎日 ・ 週 回ぐらい
- 5) 日常生活で補助具・器具を使用されていますか。  
いいえ ・ はい (杖・車いす・押し車・その他 ( ) )
- 6) 気分転換として行っていること (趣味や余暇活動) はありますか。  
いいえ ・ はい
- 7) 運動習慣はありますか。  
いいえ ・ はい (内容: 、頻度: 回/週)

**問診表 I-③** (看護師問診)

**5. 知覚/認知**

- 1) ものが見えにくいですか。  
いいえ ・ はい (眼鏡を使用 ・ コンタクトレンズを使用 ・ 何も使用していない)
- 2) 音が聞こえにくいですか  
いいえ ・ はい (補聴器を使用している・何も使用していない)

- 3) しびれの症状がある  
いいえ ・ はい (その部分はどこですか)

**6. 自己知覚**

- 1) ご自身の性格をご記入ください。

**7. 役割関係**

- 1) ご職業をご記入ください。現在無職の方は以前のご職業をお書きください。

- 2) 病気になって自分に対する感じ方がわかりましたか。  
変わらない・変わった (どのように)

- 3) 困ったとき誰に相談しますか。  
相談しない・相談する (だれに)

**8. セクシャリティ (女性の方のみお書きください)**

- 1) 最終月経はいつですか。( 月 日)、閉経( )歳

- 2) 更年期障害がありますか。  
いいえ・はい(その症状は

**9. コーピング/ストレス耐性**

- 1) 趣味をお持ちですか。  
いいえ ・ はい ( )
- 2) ストレスがあるとき、どのように対応していますか。  
(酒を飲む・スポーツをする・その他 ( ) )

**10. 生活原理**

- 1) 信じている宗教はありますか。  
いいえ ・ はい

**問診表 I-④** (看護師問診)

- 2) 物事に対する決断は、自分でされますか。  
いいえ ・ はい

**11. 安全/防衛**

- 1) 現在見られる症状に ○ をつけてください。  
咳 ・ 痰 ・ むくみ ・ 発赤 ・ 発疹 ・ かゆみ ・ だれれ ・ その他

- 2) アレルギーはありますか。  
いいえ ・ はい (食べ物・薬・絆創膏・その他 ( ) )  
(アレルギー物質がわかればご記入ください)

- 3) つまづく・転ぶことが多いですか。  
いいえ ・ はい

**12. 安楽**

- 1) 吐き気や嘔吐がありますか。  
いいえ ・ はい
- 2) 痛いところがありますか。  
いいえ ・ はい (その部位は: )

**13. 成長/発達**

- 1) 外に出る気がしない、何もする気がおきない、など、気力の減退を感じますか。  
いいえ ・ はい
- 2) 現在同居されているご家族を教えてください。  
3) 何か気になること、聞いてみたいことなど有りますか。



療養・服薬指導報告書

患者 ID:	氏名:	性別: 男性・女性	年齢:	才
指導日時:	年 月 日	受講者: 本人・家族・その他 ( )		
◆療養				
◆運動				
◆服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
<内服薬>				
<インスリン>				
朝	夕	食前	朝	夕
朝	夕	食前	朝	夕
朝	夕	食前	朝	夕
朝	夕	食前	朝	夕
朝	夕	食前	朝	夕
朝	夕	食前	朝	夕
◆Sickday Rule				
食事量 半分以上	朝	夕	朝	夕
1/3~半分				
ほとんど食べられず				
◆低血糖時処置 <u>ブドウ糖</u> g.....				
◆自己測定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
機種: .....				
測定方法: .....				
報告者: .....				

安芸太田病院

広島県地域保健対策協議会 メタボリックシンドローム予防特別委員会

- 委員長 河野 修興 広島大学大学院医歯薬保健学研究院  
 委員 網本 達也 佐伯地区医師会  
 石田 和史 厚生連広島総合病院  
 北尾憲太郎 山県郡医師会  
 吉川 克子 安芸太田町保健医療福祉統括センター健康づくり課  
 桑原 正雄 広島県医師会  
 小根森 元 三次地区医師会  
 杉廣 貴史 市立三次中央病院  
 峠岡 康幸 安芸太田病院  
 田中 純子 広島大学大学院医歯薬保健学研究院  
 土手 慶五 広島県医師会  
 豊田 秀三 広島県医師会  
 中西 修平 広島大学病院  
 檜谷 義美 広島県医師会  
 布施 淳一 広島県健康福祉局健康対策課  
 山根 公則 NTT 西日本中国健康管理センタ  
 湯浅 澄広 広島市西区厚生部