

DIABETES  MEDICAL COLLABORATION PATH

墨田区糖尿病連携パス【第2版】

令和6年9月作成

令和6年11月更新



目次

1 墨田区糖尿病連携について	P. 3
2 区が実施する糖尿病対策関連事業	P. 4
3 「糖尿病連携手帳」を活用した医療連携	P. 5
4 歯科との連携	P. 9
5 薬局との連携	P.10
6 糖尿病療養中の支援	P.11
7 食事療法、栄養の相談	P.12
8 運動・身体活動向上	P.20
9 区事業	P.21
10 東京都の糖尿病地域連携の取組	P.23
11 糖尿病診療について【参考資料】	
(1) 東京都医師会「糖尿病診療のポイント」	P.28
「糖尿病性腎臓病紹介パス・糖尿病性腎臓病診療ミニマム」	P.30
「軽度～中等度のDKD患者の生活指導マニュアルミニマム」	P.31
(2) 東京都糖尿病地域連携の登録医療機関一覧	P.32
(3) 東京都糖尿病地域連携の登録歯科医療機関一覧	P.33

その他 各種様式

- ・ 連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書
(医療機関⇒墨東病院・同愛記念病院・済生会向島病院)
- ・ 糖尿病患者診療情報提供書
(かかりつけ医⇔専門医・眼科・歯科紹介用)、(歯科⇔医科紹介用)

1 墨田区糖尿病連携について

(1) 地域の糖尿病医療連携についての検討

国や東京都の糖尿病の重症化予防対策の取組を踏まえて、区では、平成 30 年度に「墨田区医療連携推進協議会」の下に「糖尿病連携部会」を設置し、区内の医療関係者の連携の下、糖尿病の重症化と発症を予防するための地域の支援体制づくりについて検討しました。

そして、患者さんが、適切な治療と療養支援を受けられることを目指し、区内の医療関係者が糖尿病の医療連携を進めるためのツールとして、「墨田区糖尿病連携パス」を作成しました。

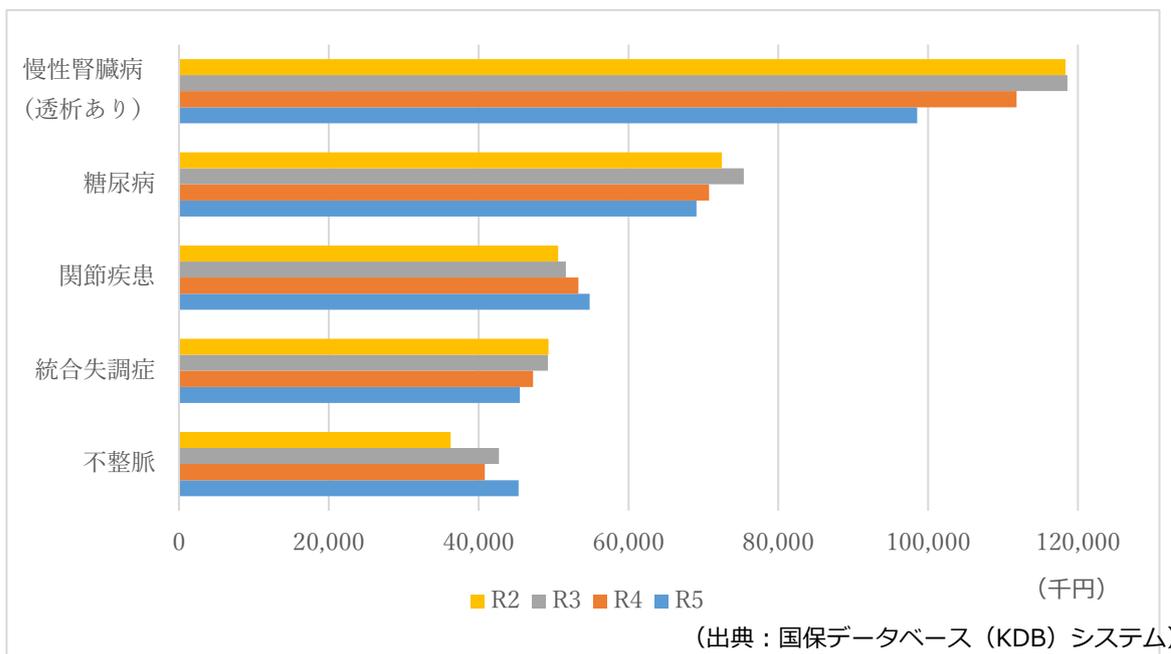
また、令和 5 年度には、「保健事業等地域連携検討会」において、糖尿病が重症化することで発症する慢性腎不全（人工透析あり）の予防対策として、地域の「病院」、「かかりつけ医」、「専門医」、「かかりつけ歯科医」等の医療機関が更に連携を強化するために、糖尿病連携パスの改訂を行いました。

(2) 墨田区の現状

墨田区国民健康保険の疾病細小分類の医療費（レセプト総点数）を見ると、慢性腎臓病（透析あり）の占める割合が最も高いですが、令和 4 年、令和 5 年は減少しています。

そして、人工透析の主たる要因となっている糖尿病の医療費については、2 番目に高くなっています。

医療費分析：レセプト総点数（入院＋外来）



2 区が実施する糖尿病対策関連事業

事業名	担当	事業内容	対象者
医療が必要な人をつなげるための事業（要医療）			
医療機関受診 勧奨	健康推進課	健診結果に基づき、未治療者に対して、電話又は郵送による医療機関受診勧奨を実施する。	国保特定健診受診者かつ未治療で ①HbA1c7.0%以上 ②Ⅲ度高血圧 ③中性脂肪 500 以上 ④「CKD 重症度分類」G3b 以上
若年健診	健康推進課	健診結果に基づき、電話、郵送、訪問のいずれかの方法で、医療機関受診勧奨を実施する。	若年健診受診者で医療受診勧奨域の人
高齢者の保健事業と介護予防の 一体的実施	【事業管理】 国保年金課後 期高齢者医療 担当 【企画調整・ ハイリスクア プローチ】 保健計画課	KDB システムを利用し、対象者を抽出して、訪問または面接等による保健指導を実施する。	75 歳以上の後期高齢者医療保険加入者 ①健診結果 HbA1c8.0%以上または血圧 160/100mmHg 以上で未治療の人 ②健診結果 eGFR<45 または尿蛋白(+)以上で医療機関受診のない人
糖尿病予備群への対応（保健指導）			
特定保健指導	健康推進課	健診結果に基づき、希望者に対して、3～6 か月間の保健指導を実施する。	国保特定健診受診者のうち、未治療でメタボリックシンドロームに該当又は予備群と判定された人
非肥満者に対する保健指導			国保特定健診受診者のうち、未治療で ①HbA1c6.0~6.9%又は空腹時血糖 110 以上 130 未満 ② I ~ II 度高血圧 ③中性脂肪 300~499

事業名	担当	事業内容	対象者
健診の受診促進			
特定健診受診 勧奨通知	国保年金課 こくほ庶務係	特定健診未受診者へ の、はがきによる受診 勧奨通知	対象者抽出時点（7月頃）で、受診が 確認できない人（8月頃発送）
特定健診結果 通知事業		5年分の特定健診の結 果と結果に対するア ドバイスを通知	翌年度の特定健診対象予定者のうち、 当年度から過去5年間で健診受診歴 がある人
治療中の方の生活改善			
糖尿病重症化 予防事業	国保年金課 こくほ給付係	主治医の治療方針に 基づき、専門職が6か 月間の保健指導を実 施する。	国保加入者で、かかりつけ医が、保健 指導を必要と判断する人

3 「糖尿病連携手帳」を活用した医療連携

区では、多職種が関わることで、患者さんが抱える様々な問題をサポートし、糖尿病の重症化を防ぐことを目指します。

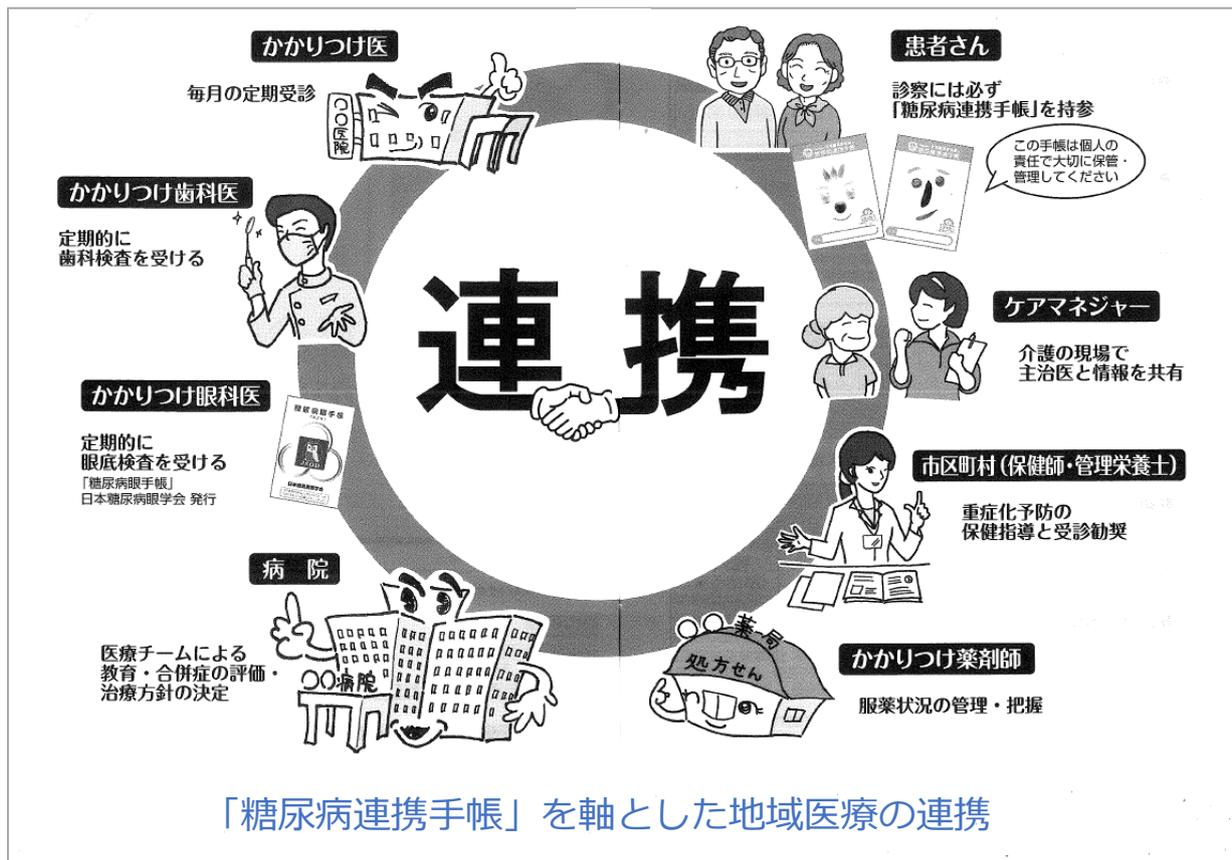
患者さんの情報を共有する手段として、「糖尿病治療のエッセンス2022年版」では、「糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会）」の活用を推奨しています。

この手帳には、血糖値やHbA1cの値などの検査データ、合併症関連情報などの記載欄が設けられています。

各医療機関を受診する際に患者が持参・提示し、新たなデータを記入してもらうことで、医療機関相互でその患者の状態などを把握・共有し、チームによる治療環境を整えます。



(出典：日本糖尿病協会)



(出典：日本糖尿病協会)

- 区内の「糖尿病連携手帳」の配布場所**
- 墨田区医師会 内科（糖尿病治療）・眼科会員医療機関
 - 墨田区向島・本所歯科医師会 会員医療機関
 - 墨田区薬剤師会 会員薬局
 - 保健計画課（すみだ保健子育て総合センター2階）

※糖尿病連携手帳は、上記の他に日本糖尿病協会のホームページを通じても入手できます。



「日本糖尿病協会」

(1) 手帳の内容 (抜粋)

① 基本情報記入欄

● 基本情報	
フリガナ	
■氏名	
■生年月日	年 月 日 男女
■住所 (〒 -)	
TEL: ()	
■勤務先	
TEL: ()	
■緊急連絡先/続柄 ()	
TEL: ()	

記載日	年 月 日	記載者		
身長	cm	体重	kg B M I	
過去最大体重	kg(才頃)	20才頃の体重	kg ウエスト周長	
飲酒	飲まない・飲む ()			
喫煙	吸わない・吸っていた・吸う (本/日)			
診断	1型糖尿病・2型糖尿病・その他()・妊娠糖尿病 年 月 日(才時)			
合併症	網膜症	なし・あり	腎症	なし・あり
	神経障害	なし・あり	歯周病	なし・あり
併存症	動脈硬化			なし・あり (虚血性心疾患・脳血管障害・末梢動脈疾患)
	脂質異常症			高血圧症・肝疾患・高尿酸血症
その他				
薬剤特記事項				
家族の病歴	糖尿病			なし・あり ()
	その他			
総エネルギー	kcal/日	炭水化物	%E比	
たんぱく質量	g/日	食塩相当量	g/日未満	
介護度	なし・要支援 1, 2・要介護 1, 2, 3, 4, 5			

このページは患者さん本人が記入するようにお伝えください。

② かかりつけ医等記入欄

■かかりつけ医 (連携バスの使用/ なし・あり)
医療機関: _____ 主治医: _____
住所: _____
TEL: ()
■病院 (連携バスの使用/ なし・あり)
医療機関: _____ 主治医: _____
住所: _____
TEL: ()
■かかりつけ眼科医 (連携バスの使用/ なし・あり)
医療機関: _____ 主治医: _____
住所: _____
TEL: ()
■かかりつけ歯科医 (連携バスの使用/ なし・あり)
医療機関: _____ 主治医: _____
住所: _____
TEL: ()
■かかりつけ薬剤師 (連携バスの使用/ なし・あり)
薬局: _____ 薬剤師: _____
住所: _____
TEL: ()

■産業医 (連携バスの使用/ なし・あり)

TEL: ()
■担当ケアマネジャー (連携バスの使用/ なし・あり)
事業所: _____ 担当者: _____
住所: _____
TEL: ()
■市区町村(保健師・管理栄養士) (連携バスの使用/ なし・あり)

TEL: ()
■ (連携バスの使用/ なし・あり)

TEL: ()
■ (連携バスの使用/ なし・あり)

TEL: ()

③ 検査結果記入欄

検査結果

検査日	/ /	/ /	
施設			
体重(kg)			
血圧(mmHg)	/	/	
血糖値(mg/dL)	空腹時・食後 分	空腹時・食後	
HbA1c(%)			
肝臓	AST/ALT	/	/
	γ-GTP		
脂質	LDL-C/HDL-C	/	/
	中性脂肪		
腎臓	eGFR		
	クレアチニン		
	尿アルブミン指数	mg/gCr	mg/gCr
	尿蛋白 定性	-・±・1+・2+・3+	-・±・1+・2+・3+
〔治療・指導のポイント〕			

●治療方針により該当項目を記入し、治療に役立ててください。

検査結果をすべて記入する必要はありませんが、他職種にも知っておいてもらいたいものは記入をお願いします。

患者さん本人が記入することもできますが、記載内容については、次の診察等で確認をお願いします。

④ 眼科・歯科情報記入欄

眼科・歯科

眼科	施設		施設		
	眼科医		眼科医		
	検査日	/ /	検査日	/ /	
	右眼	網膜症： なし・単純増殖前・増殖 黄斑浮腫： なし・あり 所見の悪化： なし・あり 光凝固： 未・済 抗VEGF治療歴： なし・あり	右眼	網膜症： なし・単純増殖前・増殖 黄斑浮腫： なし・あり 所見の悪化： なし・あり 光凝固： 未・済 抗VEGF治療歴： なし・あり	
	左眼	網膜症： なし・単純増殖前・増殖 黄斑浮腫： なし・あり 所見の悪化： なし・あり 光凝固： 未・済 抗VEGF治療歴： なし・あり	左眼	網膜症： なし・単純増殖前・増殖 黄斑浮腫： なし・あり 所見の悪化： なし・あり 光凝固： 未・済 抗VEGF治療歴： なし・あり	
	矯正視力	右()・左()	矯正視力	右()・左()	
	次回受診	ヶ月後	次回受診	ヶ月後	
	歯科	施設		施設	
		歯科医師		歯科医師	
		検査日	/ /	検査日	/ /
歯周病		なし・軽・中・重	歯周病	なし・軽・中・重	
口腔清掃		良・普通・不十分	口腔清掃	良・普通・不十分	
出血		なし・時々・あり	出血	なし・時々・あり	
口腔乾燥		なし・あり	口腔乾燥	なし・あり	
咀嚼力		問題なし・問題あり	咀嚼力	問題なし・問題あり	
現在歯		() 歯	現在歯	() 歯	
インプラント		なし・あり	インプラント	なし・あり	
義歯・ブリッジ	なし・あり	義歯・ブリッジ	なし・あり		
所見の変化	改善・なし・悪化	所見の変化	改善・なし・悪化		
次回受診	ヶ月後	次回受診	ヶ月後		
備考		備考			

このページは、患者さん本人が記入するには少し難しい内容になっているので、医療機関でお手伝いをお願いします。

患者さんには次の内科受診の際に、見せるように伝えてください。

糖尿病眼手帳

〈第3版〉
墨田区・江東区・江戸川区
区東部糖尿病医療連携用



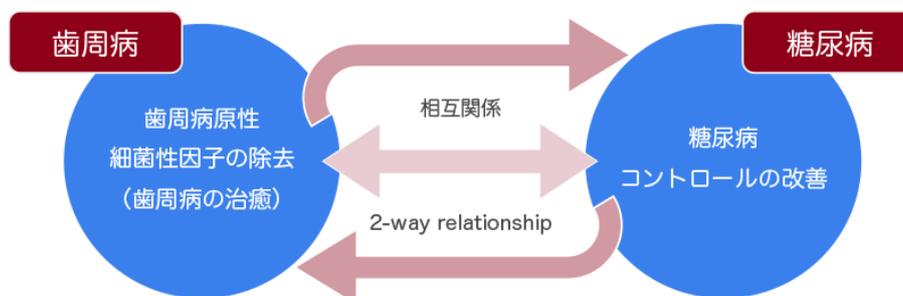
日本糖尿病眼学会

糖尿病連携手帳などと併せて持ちましょう
受診の際主治医に記録してもらいましょう

糖尿病連携手帳のほかに「糖尿病眼手帳」があります。糖尿病性網膜症等で眼科の定期管理が必要な患者さんには、ぜひ活用してください。

4 歯科との連携

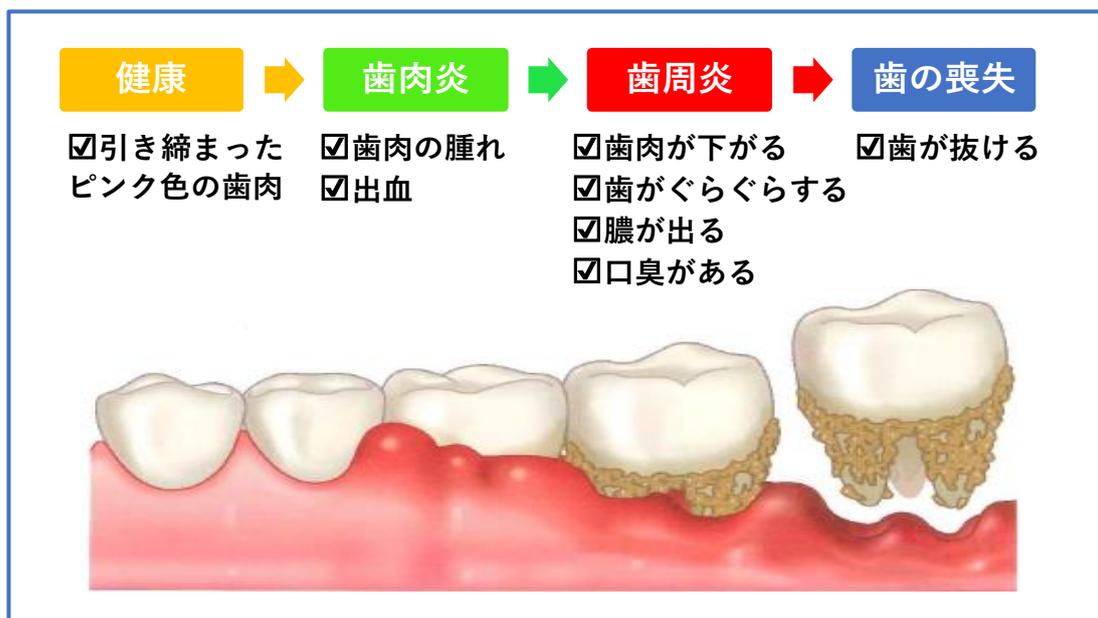
歯周病は糖尿病の6番目の合併症と言われており、相関関係にあります。歯周病と糖尿病を並行して治療することで、相互の改善・向上を図ることができます。



<関係者の皆様へ>

成人の8割が歯周病ともいわれています。特に糖尿病の方には、定期的な歯科受診又は歯科健診を受けるよう勧めてください。

【診療場面等での歯周病のチェックポイント】



<歯科の先生へ>

歯周病の患者さんで、糖尿病が疑われる方（健診で指摘されたことがある等）には、内科を受診するよう勧めてください。

歯周病の患者さんで、血糖を測ったことがない方には、かかりつけ医に相談するか、区や職場で実施している健診を受診するよう促してください。

5 薬局との連携

糖尿病のコントロールが上手くいかない要因として、お薬を飲み忘れてたり、患者さん自身の判断でお薬を飲まなかったり、インスリンの単位を調整してしまうことなどがあります。

最近では、低血糖を起こしにくいなど使いやすい薬が増えていますが、副作用が怖いといった理由でお薬を飲み控える方もいます。

<関係者の皆様へ>

薬剤師は、患者さんのお薬に対する疑問・困りごとにお答えしています。「つい飲み忘れてしまう」、「副作用が心配」というような患者さんには、かかりつけ薬剤師に相談するようお願いください。糖尿病の治療を開始された方やお薬の変更があった方には、服薬後の体調の変化などを薬剤師が確認し、フォローすることもできます。

患者さんには糖尿病連携手帳と合わせて、お薬手帳を必ず持つておくように伝えてください。

また、患者さんによっては、「電子おくすり手帳」やPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）を活用する方法もあります。

<薬剤師の先生へ>

糖尿病の方が、風邪などで発熱する・下痢をする・嘔吐する、食欲不振で食事ができないときの「シックデイ」の対応について、日ごろからかかりつけ医やかかりつけ薬剤師と相談し、備えるよう促してください。

【墨田区薬剤師会残薬調整事業】

処方されても服用しないまま自宅に残っている「残薬」を薬局に持参してもらおうと、薬剤師が残ってしまう原因を探り、主治医との連携のもと適切な服薬治療につなげます。



墨田区薬剤師会では、本事業の一環で調整した残薬の内容を大学研究機関と研究分析した結果、「糖尿病薬のうち、食前・食中薬は飲み残しが多く、服薬回数が増えるほど飲み残が多い」ことがわかりました。

6 糖尿病療養中の支援

(1) 在宅患者訪問薬剤管理

在宅療養中で服薬管理が困難な方に対し、地域の薬剤師が各関係者（かかりつけ医、歯科医、訪問看護師、ケアマネジャー、介護職員等）が連携して、訪問により服薬管理・指導などの支援を行います。

(2) 訪問看護の活用

訪問看護は、看護師や保健師、理学療法士などが自宅を訪問し、主治医の指示や連携により行われます。糖尿病の服薬管理や合併症の管理、療養に必要な支援など、通院できない方や通院だけでは管理が難しい方の療養生活を支えます。本人だけではなく、家族もサポートします。

(3) 訪問看護活用のメリット

24 時間、365 日対応

・訪問看護ステーションによっては、24 時間、365 日対応可能です。

一人ひとりの状況に合わせた、あなたのためのオーダーメイドの看護

- ・ご本人様の糖尿病重症度、セルフケア状況の把握
- ・糖尿病性神経障害など、合併症の予防、早期発見
- ・自己注射や内服管理、食事療法などのフォロー
- ・口腔ケアやフットケアなどで感染症や危険の予防
- ・長期療養の支援 など

ほかの職種の方々とも協力して、トータル的に看護します。

ご本人様だけでなく、ご家族様もサポート

「東京都訪問看護ステーション協会墨田支部のホームページ」

<http://www.sumida-houmonkango.com/>



7 食事療法・栄養の相談

事業名等	実施主体	内容	利用方法
区東部糖尿病医療連携 登録管理栄養士 紹介制度	区東部糖尿病医療連携 検討委員会	糖尿病食事療法指導に関する 研修（済生会向島病院で実施） を修了した管理栄養士を、希望 する糖尿病医療連携登録医の 施設に紹介します。 利用条件等については、お問い 合わせください。	区東部糖尿病医療連携 検討委員会事務局 （順天堂東京江東高 齢者医療センター内） に問合せ TEL: 03-5632-3111
栄養ケア・ステ ーション	東京都栄養士会	都内の管理栄養士・栄養士が、 専門的な立場から食生活支援 活動を行っています。 希望する医療機関に、管理栄養 士・栄養士を紹介します。 必要な日に必要な時間だけの 契約も可能です。	TEL: 03-6457-8592 FAX: 03-6457-8591 【受付時間】 10:00～16:00 土日祭日および年末 年始を除く
健康推進課での 栄養相談	区（健康推進課）	管理栄養士が一般的な栄養・お 食事の相談にお答えします。 （医師の指示による食事療法 指導は、健康推進課では実施で きません）	事前に電話連絡 TEL:03-3622-9165
教育入院	同愛記念病院 	火曜から翌週土曜日までの 12 日間のプログラムです。 忙しい方は 5 日間で終了する プログラムもあります。	紹介状持参で糖尿病 代謝外来を受診 【P14～15】 リーフレット、申込書 兼情報提供書【別紙 2】 参照
	済生会向島病院 	月曜から翌土曜日までの 13 日 間のプログラムです。 このほかに外来糖尿病教室（1 回 2 時間、2 回）を開催	院外医師からの予約 は地域医療連携室に ご連絡ください。

事業名等	実施主体	内容	利用方法
連携栄養指導	墨東病院 栄養科 	連携医の依頼を受けて、墨東病院で栄養指導を実施します。外来栄養食事指導申込書【別紙 1】、直近の検査データが必要です。  「情報提供書」ダウンロード	墨東病院栄養科に電話予約。 TEL:03-3633-6151 内線 2601 電話受付: (平日) 9時~17時 ※祝日を除く
	同愛記念病院 地域医療連携室 栄養管理科 	連携医の依頼を受けて、同愛記念病院で栄養指導を実施します。申込書兼診療情報提供書【別紙 2】、直近の検査データが必要です。  「情報提供書」ダウンロード 栄養管理にお困りの患者様がいらっしゃればぜひご活用下さい。	地域医療連携室に電話予約。 TEL:03-5608-3237 電話受付: (平日) 9時~17時 (土) 9時~12時
	済生会向島病院 	連携医の依頼を受けて、済生会向島病院で栄養指導を実施します。 連携栄養指導依頼書（兼診療情報提供書）【別紙 3】、直近の検査データが必要です。  「情報提供書」ダウンロード 実施日：月曜日～土曜日の午前中（金曜日除く）	地域医療連携室に電話し、予約をお願いします。 TEL:03-3610-3664 電話受付: (平日)8:45~17:00 (土) 8:45~13:00

【東京都立墨東病院】

連携栄養食事指導

糖尿病、肥満(BMI 30以上)、腎臓病、脂質異常症、高血圧など

栄養科では、連携医の先生方からご依頼を受け、患者さんに墨東病院にお越しいただき栄養指導を行う「連携栄養食事指導」を次のとおり実施しています。

大切な患者さんの生活習慣病改善、重症化予防にどうぞお役立てください。

栄養指導の対象

糖尿病、高血圧症、心臓病、腎臓病、糖尿病腎症、脂質異常症、肝臓病、胃腸病、貧血、妊娠高血圧症候群、痛風、アレルギー、てんかん、がんのための食思不振、低栄養、嚥下機能低下等

1 墨東病院連携栄養食事指導予約枠（月曜日～金曜日 祝日除く）

午前	午後	注意
9:30～	14:00～	* 1回指導時間は30分程度です * ご希望の曜日と時間をお知らせください * 予約枠が埋まっている場合、ご希望に添えないことがあります
10:00～	14:30～	
10:30～	15:00～	
11:00～	15:30～	
	16:00～	

2 ご予約をお願いいたします

貴医院よりお電話で栄養科にご連絡ください。概ね指導前日午前中まで

受付時間：祝日を除く月～金9:00～17:00

電話：03(3633)6151（代表電話） 内線2601（栄養科）

- 連携栄養食事指導の予約のため栄養科につなぐようお伝えください。
- ご希望の内容・日程を確認し、指導日を決定し予約をいたします。その際メールアドレスをお伝えいたします。

- 予約取得後、「東京都立墨東病院 外来栄養食事指導申込書」(PDF 132,6KB) に必要事項をご記入の上、メール又はFAXにて送信をお願いいたします。

FAX : 03(3633)6236 (栄養科直通)

- 患者さんへのご案内は、「墨東病院での栄養食事指導を予約された患者様へ」(PDF 137,6KB) をご利用ください。

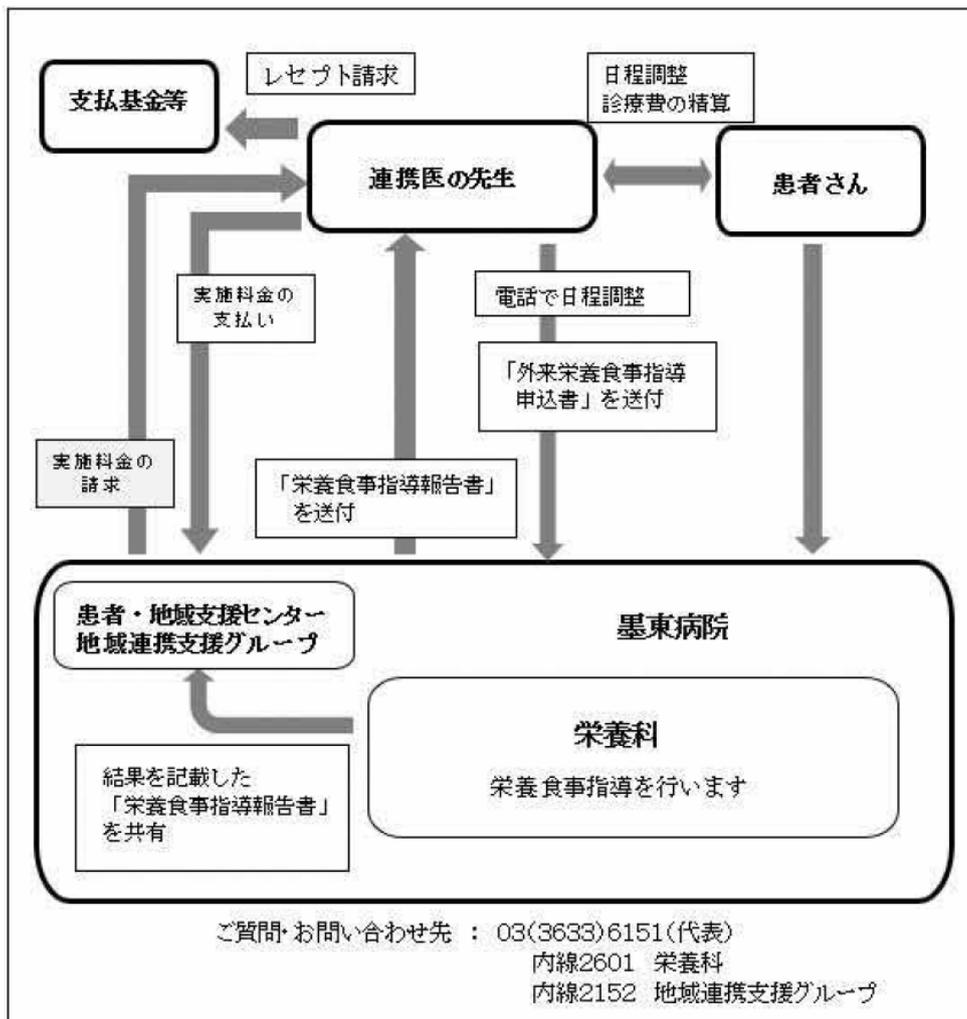
3 患者さんにお持ちいただくもの

- **直近の検査データ (当院で検査は行いません)**

4 指導後の報告等について

- 必要に応じ、継続指導の予約を患者さんのご都合に合わせてお取りします。
(継続指導はおおむね6か月以内での終了を予定しています)
- 連携医の先生に「栄養食事指導報告書」(指導ごとに毎回)をメールでお送りいたします。

5 連携栄養指導の流れ



墨東病院での栄養食事指導を予約された患者様へ

○ 予約日時は ____月____日(____) ____時____分からです。

○ 当日は、予約時間に墨東病院 病棟3階 栄養相談室 へお越しください。

○ 当日お持ちいただくもの

- ・おかけの先生から渡された書類一式(検査データ等)

問い合わせ先 都立墨東病院 栄養科

連絡先 03(3633)6151(代表)

墨東病院へのアクセス

JR 総武線 錦糸町駅下車(徒歩 7 分)

東京メトロ半蔵門線 錦糸町駅下車(2 番出口・徒歩 7 分)

都営地下鉄新宿線 住吉駅下車(徒歩 15 分)

都営バス 錦糸町駅下車(徒歩 7 分)

江東車庫前下車(徒歩 2 分)



ご来院お待ちしております！



同愛記念病院 連携栄養指導のご案内

当院では地域医療連携の一貫として「連携栄養指導」を行っています。
連携医の先生からご依頼を受け、当院の管理栄養士が栄養指導を行うものです。
是非ご利用ください。

1. 栄養指導の対象疾患

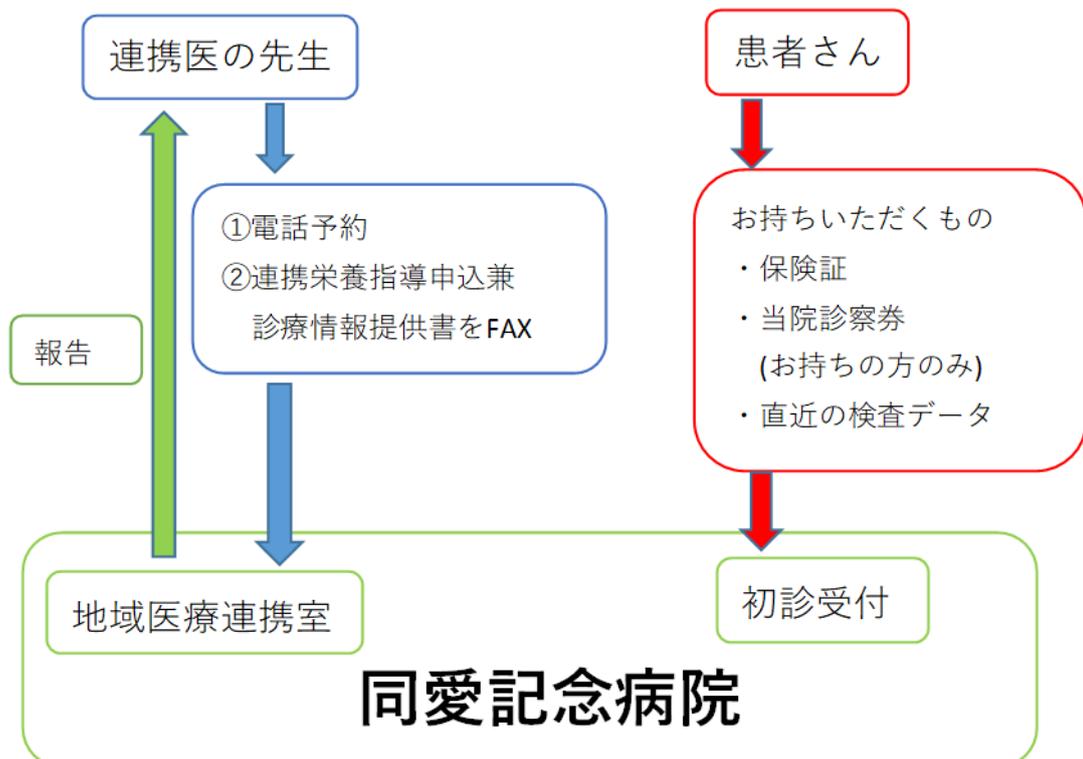
糖尿病、肥満(BMI30以上)、高血圧、腎臓病、心臓病、肝臓病、胃潰瘍、
クローン病、潰瘍性大腸炎、消化管術後、貧血、痛風、癌、低栄養、
小児食物アレルギー等

2. 予約方法

- ① 地域医療連携室までご連絡いただきご予約ください。
- ② 予約後、連携栄養指導申込書兼診療情報提供書を医療連携室までFAXをお送りください。

電話（予約）	03-5608-3237
FAX	03-5819-1816
対応部署	地域医療連携室

3. 連携栄養指導の流れ



「地域連携栄養指導」のご案内

当院では地域医療連携の一環として「地域連携栄養指導」を実施しています。
連携医の先生方からのご依頼を受け、生活習慣病（糖尿病・高血圧など）や特定健康診査により食事療法が必要とされた患者さん・ご家族に対して、当院の管理栄養士が個別に栄養指導を行わせていただきます。
初回のみ当院医師の診察（問診確認）がございます。下記内容をご確認の上、お気軽にご利用ください。

栄養指導の内容

1. 初回（約40分）
連携医の先生方からご指示いただいた内容をもとに栄養指導を実施いたします。
2. 2回目以降（約30分）
食事療法の実践状況を確認いたします。 ※2回目以降はご希望があった場合に実施いたします。

予 約

1. 地域医療連携室にお電話でご予約ください。
2. 予約後、連携栄養指導依頼書（兼診療情報提供書）を地域医療連携室までFAXにてお送りください。
3. 連携栄養指導依頼書（兼診療情報提供書）を患者様にお渡しください。
※連携栄養指導依頼書（兼診療情報提供書） [ダウンロードはこちら（PDF）](#)
4. 栄養指導実施日：月曜日～土曜日の午前中（ただし金曜日を除く）

地域医療連携室

電話受付時間 平日8：45～17：00 土曜8：45～13：00
直通番号 TEL 03-3610-3664 FAX 03-3610-3729

当 日

1. 患者様は、初診・再来受付（1番）にいらしていただき、「連携栄養指導依頼書（兼診療情報提供書）」をお渡しください。
2. 一般内科にて問診後、栄養指導となります。
3. 栄養指導終了後、会計受付（2番）にてお会計し、ご帰宅ください。

結 果

後日、栄養指導報告書を地域医療連携室から連携医の先生にご郵送いたします。

患者さんにお持ちいただくもの

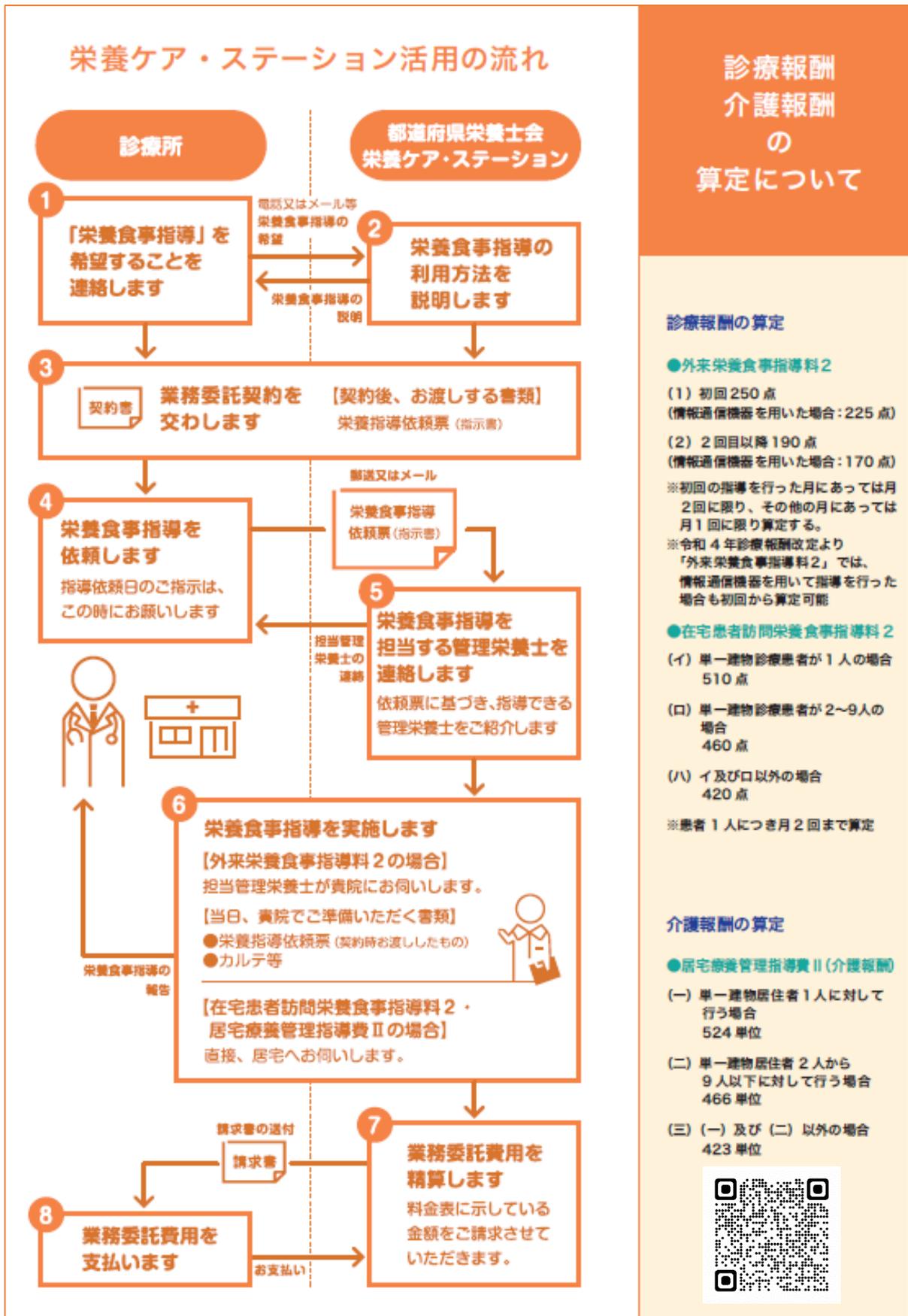
- 健康保険証 ● 当院の診察券（お持ちの方のみ） ● 連携栄養指導依頼書（兼診療情報提供書）
- 直近の検査データ

費 用（3割負担の場合の目安）

初 回	1,640円（初診料＋栄養指導料）
2回目以降	600円（栄養指導料）

(2) 都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション

登録管理栄養士が栄養食事指導（外来・在宅）を行います。



8 運動・身体活動向上

	施設名（実施主体）	所在地	備考
公設 運動プログラム等あり	スポーツプラザ梅若（指定管理：コナミスポーツ）	墨田1-4-4 TEL:5630-8880	休館日：第3火曜日、年末年始
	墨田区総合体育館（PFI：セントラル）	錦糸4-15-1 TEL:3623-7273	休館日：第3月曜日、年末年始
	両国屋内プール（指定管理：コナミスポーツ）	横網1-8-1 TEL:5610-0050	休館日：火曜日、年末年始
	墨田区総合運動場（指定管理：（株）フクシ・エンタープライズ /（株）東急コミュニティー）	堤通2-11-1 TEL:3611-9070	休場日：第2火曜日、年末年始
	すみだスポーツ健康センター（指定管理：住友不動産エスフォルタ・アズビル共同企業体）	東墨田1-6-1 TEL:5247-7755	休館日：水曜日、年末年始
公設 運動器具の設置	八広地域プラザ（吾嬬の里）	八広4-35-17 TEL:6657-0471	器具の使い方等の説明はありますが、専属のトレーナーなどはいません。
	本所地域プラザ（BIGSHIP）	本所1-13-4 TEL:6658-4601	
	みどりコミュニティーセンター	緑3-7-3 TEL:5600-5811	
民間	ルネサンス	両国2-10-14 京島1-46-2	パーソナルトレーナーによるプログラム提供あり
	メガロス錦糸町	江東橋4-27-14	
	その他スポーツジム	各施設に問合せ	
その他	健康寿命 UP 大作戦！	<ウォーキングの推進> ウォーキングマップの配布 ウォーキングアプリ「aruku&（あるくと）」	

9 区事業

ア 健康増進事業



◆ウォーキングマップの配布◆

区内施設で配布、区ホームページでダウンロード可です。
東京都のホームページで英訳版もあります。
毎年、掲載コースを更新して発行しています。



◆ウォーキングアプリ aruku& (あるくと) ◆

スマホを持って歩くだけ。ゲームを楽しみながらポイントをためると、さまざまな商品がもらえるチャンスも。すみだウォーキングマップのコースも楽しめます！

アプリ登録の詳しい情報は、区ホームページ「健康寿命UP 大作戦！」をご覧ください



墨田区専用 QR コード



団体コード
「sumida」
が入力された状態で
ダウンロードできます

チーム登録を希望する場合は、健康推進課
TEL：5608-8514 までお問い合わせください。

イ 介護予防事業

インターネットで！
 通いの場・集いの場が見つかる！
「いきいきマップすみだ」をご利用ください！

高齢者やそのご家族、支援する方などに役立てていただくため、地域で行われている体操や趣味などの交流活動の情報を地図に表し、インターネットで新しく公開しました。ぜひ、ご活用ください。

アイコンをクリックすると詳細情報を表示！
 情報は適宜更新！

●いきいきマップすみだ●



動く場 の例

旧中川徒歩こう会	
名称	旧中川徒歩こう会
活動内容	ウォーキングによる介護予防
活動場所	河川敷(旧中川水辺公園)(東里田1丁目付近)
写真URL	
備考	
活動日	水曜日(海老)10時～11時
参加条件	区民
費用	100円/月(2回)
電話番号	八広はなみずき高齢者支援総合センター03-3610-8541

種類別にアイコンが表示されます。

- 動く場・・・体を動かす場（体操、運動など）
- 話す場・・・茶話会、おしゃべりを楽しむ場
- 趣味の場・・・体を動かす以外の趣味活動の場
- 食べる場・・・会食、昼食会などの食べる場
- 介護者の場・・・介護者の情報交換の場

ほんわかカフェ	
名称	ほんわかカフェ
活動内容	カフェ、時々イベントあり
活動場所	ユービルビル(京向島3-32-13)
写真URL	
備考	おんじいコーヒーが飲めます。ゆずっておいしいゆずりたしコーナー
活動日	毎月第2、第4木曜日11:00～14:00
参加条件	どなたでも
費用	1人100円
電話番号	こめ高齢者支援総合センター03-3628-654

話す場 の例

※掲載されている団体・事業所によっては現在募集を行っていない場合がありますので、事前に各団体・事業所への確認をお願いします。

いきいきマップすみだ

右のQRコードを読み取ることで掲載ページに接続できます。



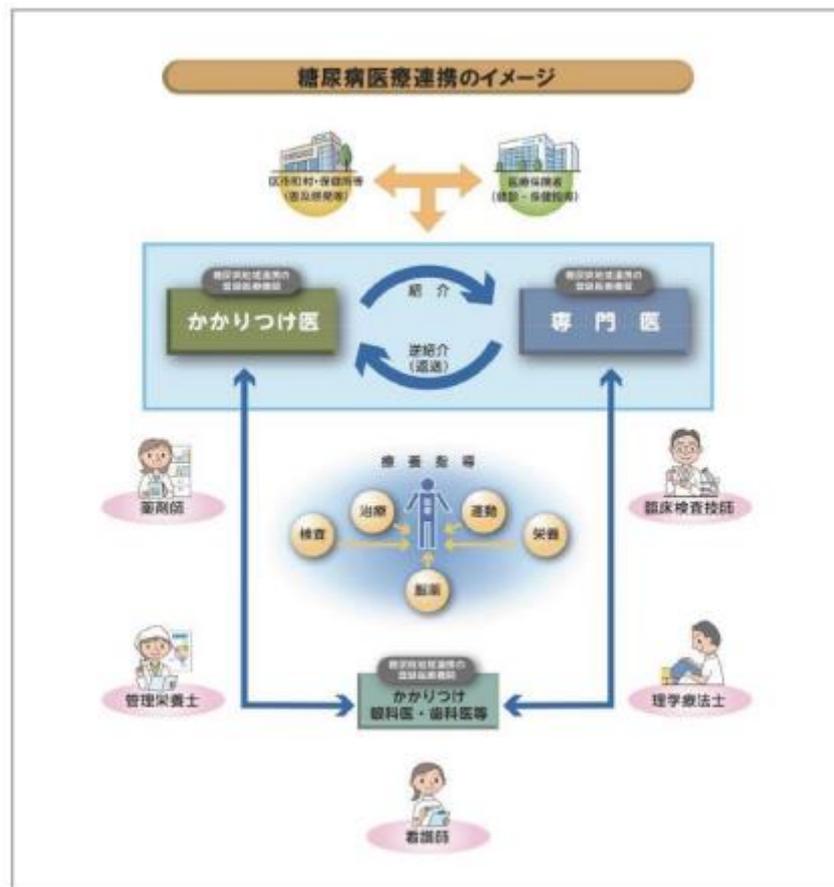
問い合わせ先
 高齢者福祉課地域支援係
 電話 03-5608-6178

10 東京都の糖尿病地域連携の取組

(1) 「糖尿病地域連携の登録医療機関」

東京都では、糖尿病医療連携を推進していくため、「糖尿病地域連携の登録医療機関」の登録を行っています。

「糖尿病地域連携の登録医療機関」は、「東京都糖尿病医療連携ツール」(次頁参照)を活用しながら、地域における糖尿病の医療連携(病院－診療所連携、診療所－診療所連携)を行います。



(出典：東京都保健医療局)



「糖尿病地域連携の登録医療機関」

(2) 「糖尿病地域連携の登録医療機関」の役割

かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none">○ 専門医と連携を図りながら、糖尿病治療・管理等を行う。<ul style="list-style-type: none">・糖尿病の診断（経口ブドウ糖負荷試験を含む）・経口糖尿病薬で血糖管理が安定している患者の治療継続と調整等○ 定期検査を実施（又は他院を紹介）する。○ 患者の症状に応じた適切な医療機関を紹介する。
専門医	<ul style="list-style-type: none">○ 糖尿病の専門的な治療・指導等を行う。<ul style="list-style-type: none">・血糖コントロール、インスリン等治療薬導入、糖尿病教育などの専門的な治療や指導○ かかりつけ医からの紹介患者を受入れ、かかりつけ医への協力を行う。○ 患者の症状に応じた、身近なかかりつけ医を逆紹介（又は返送）する。
かかりつけ眼科医・歯科医等	<ul style="list-style-type: none">○ 歯科又は各診療科に係る治療・検査等を行う。○ かかりつけ医や専門医と連携する。○ 患者の症状に応じた、地域の適切な医療機関を紹介・逆紹介（又は返送）する。

(3) 「東京都糖尿病医療連携ツール」について

① 医療機関リスト

- ・医療情報ネット（ナビイ）では、病院・診療所の様々な医療機能情報が掲載されており、医療機関の検索が可能です。



「医療情報ネット（ナビイ）」

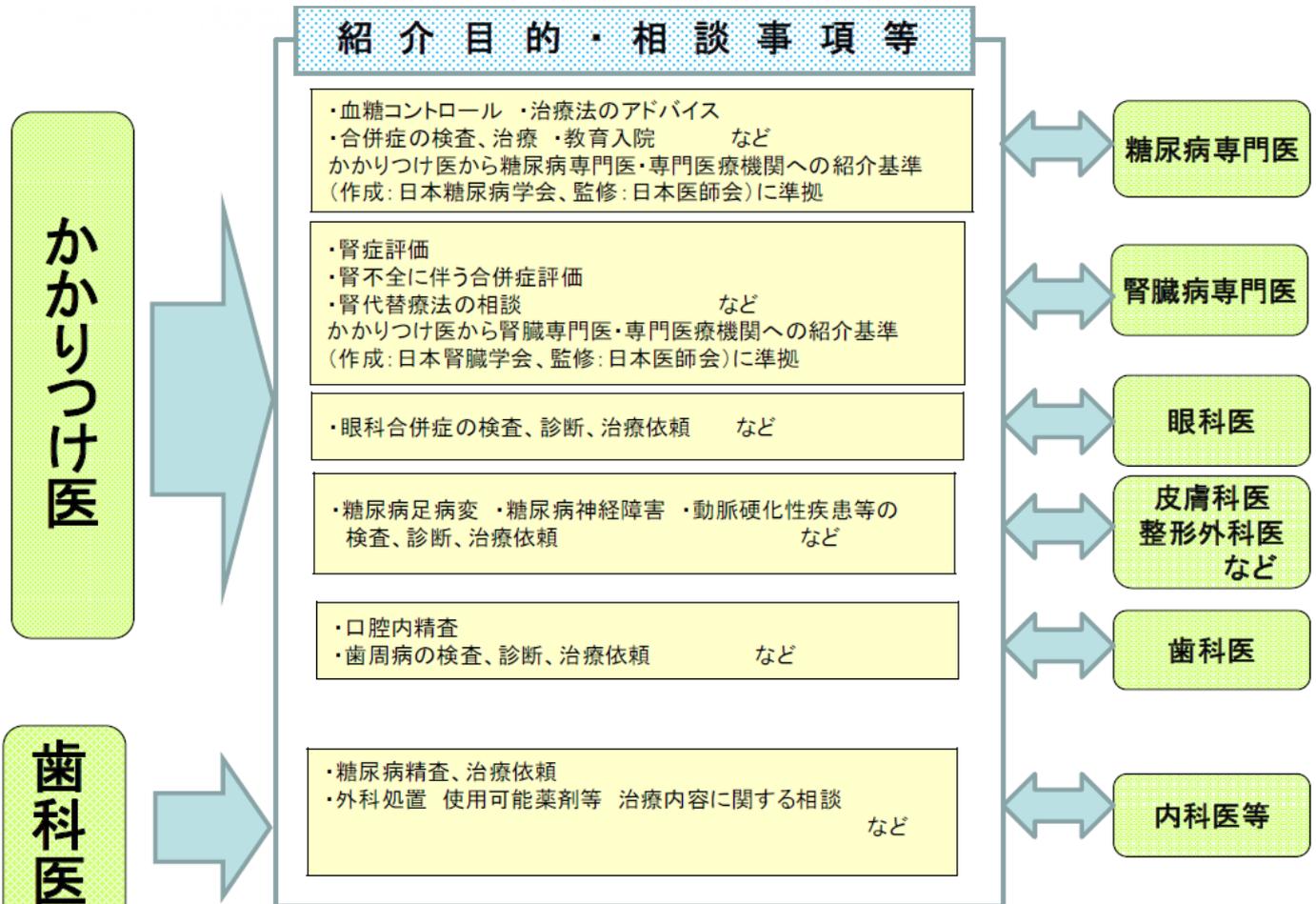
②（標準的な）診療ガイド

- ・東京都糖尿病医療連携協議会では、「糖尿病治療のエッセンス2022年版（編集：日本糖尿病対策推進会議）」を標準的な治療ガイドとして使用します。
- ・糖尿病治療のエッセンスは、日常診療において活用できる資料として、糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会編）を参考に糖尿病治療のポイントをまとめたものです。



「糖尿病治療のエッセンス 2022 年版」

③ 医療連携の紹介・逆紹介のポイント



※このツールにおける「専門医」とは、医師会や学会で認定する専門医に限らず
主に糖尿病・腎臓病を診療する医師のことです。

(出典：東京都保健医療局)

※糖尿病専門医への紹介は、かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準
(作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)

⇒「糖尿病治療のエッセンス 2022年版」P.26 参照

※腎臓専門医への紹介は、かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準
(作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会)

⇒「糖尿病治療のエッセンス 2022年版」P.27 参照

④ 診療情報提供書の標準様式（東京都）

腎臓専門医や眼科医、歯科医との連携にも対応できるような様式です。【別紙4・5】

◆活用方法

・必ずしも**全部埋める必要はありません。必要な項目のみ**記入してください。

糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

かかりつけ医⇄専門医(糖尿病・腎臓・その他)・眼科・歯科紹介用

紹介年月日		年	月	日	返信年月日		年	月	日
【かかりつけ医】 名称 所在地 電話番号 医師氏名 カルテNo.					【紹介先医療機関】 名称 所在地 電話番号 医師氏名 カルテNo.				
患者氏名					フリガナ 氏名				
患者住所					〒				
診断名					糖尿病 1型・2型 その他()				
合併症					糖尿病網膜症 不明・無・有() 糖尿病神経障害 不明・無・有() 糖尿病腎症 不明・無・有() 足病変 不明・無・有() 大血管症 不明・無・有() 歯周病 不明・無・有() その他()				
患者情報					糖尿病の家族歴(2親等以内) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 喫煙歴 <input type="checkbox"/> あり(本/日・年数 年) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり 飲酒歴 <input type="checkbox"/> あり(頻度:毎日・()日/週・月) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり				
検査所見					身長 cm、体重 kg、腹囲 cm、血圧 mmHg 検査日 血糖値(空腹・食後) HbA1c% TC mg/dl LDL-C mg/d HDL-C mg/d TG mg/d 血清Cr mg/d eGFR ml/min/1.73m ² 尿蛋白(尿蛋白(定量) g/gCr 尿中アルブミン mg/gCr その他 ※検査結果は、別紙添付等でも可				
生活習慣指導					食事療法の指導 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない 運動療法の指導 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない				
かかりつけ医 紹介先医療機関					紹介目的・相談事項 紹介先診断名・所見・特記事項等				
糖尿病専門医					<input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 治療方針決定(合併症含む) <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス <input type="checkbox"/> コントロール改善 <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 外来での教育 <input type="checkbox"/> 指導・検査終了 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()				
腎臓専門医					<input type="checkbox"/> 腎症評価※ ※参考:日本腎臓学会作成紹介基準 <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症:病期(第1・2・3・4・5期) <input type="checkbox"/> 腎代替療法の相談 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 腎不全に伴う合併症評価 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()				
眼科医					<input type="checkbox"/> 眼科合併症検査・治療依頼 <input type="checkbox"/> 経過観察()ヶ月後 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 網膜光凝固(未・済) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 網膜症なし <input type="checkbox"/> 単純糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> 前増殖糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> 糖尿病黄斑浮腫(右・左・両) <input type="checkbox"/> 増殖糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 視力 右() 左() <input type="checkbox"/> その他()				
歯科医					<input type="checkbox"/> 歯周病の疑い <input type="checkbox"/> 当院(科)にて治療 <input type="checkbox"/> 専門歯科医療機関紹介 <input type="checkbox"/> 口腔内精査依頼 <input type="checkbox"/> 治療完了・当院(科)で経過観察 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()				
治療経過・連絡事項等					かかりつけ医での治療経過・現在の処方・相談事項等 紹介先からの連絡事項等				

【留意点】

- 紹介・返信の該当する矢印に○印をつけてください。
- 合併症「有」の場合は()に重症度や疾患名など必要な情報を記入。
- 検査所見は、検査した項目のみ記入。必要に応じて別紙等の添付も可。
- 糖尿病専門医・腎臓専門医・眼科医・歯科医への紹介目的等は左欄にチェック。(複数選択。)
- 紹介元への返信は、右欄にチェック。
- 特記事項など、特に紹介元への連絡事項がある場合は、各々下段の診断・所見・特記事項等の欄に記入。
- 追加事項等は、治療経過・連絡事項等の欄に記入。必要に応じて裏面を活用ください。
- 以上・裏面に続くに○印をつけてください。

糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

歯科⇄医科紹介用

紹介年月日 年 月 日		返信年月日 年 月																		
【歯科医】 名称 所在地 電話番号 医師氏名		 	【紹介先医療機関】 名称 所在地 電話番号 医師氏名																	
カルテNo.		カルテNo.																		
患者氏名	フリガナ 氏名	男 女	年 月 日生 () 歳																	
患者住所	〒 電話: - -																			
歯科診断名	<input type="checkbox"/> 歯周病(軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> う蝕(歯)																			
紹介内容・相談事項	紹介目的・相談事項		内科診断・紹介・相談事項への返信																	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病精査・治療依頼 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 診断確定 糖尿病(1型・2型) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 当院(科)にて治療 (外来・入院・その他) <input type="checkbox"/> 他専門医療機関紹介 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 使用可能薬剤 <input type="checkbox"/> 抗生剤予防投与 必要・不要 <small>具体的指示事項</small> [] <input type="checkbox"/> 外科処置禁忌 <input type="checkbox"/> 外科処置可能 <small>具体的指示事項</small> [] <input type="checkbox"/> その他()																	
検査所見	<input type="checkbox"/> 使用可能薬剤の相談 <input type="checkbox"/> 抗生剤予防投与の相談 <input type="checkbox"/> 外科処置(抜歯含む)予定 <input type="checkbox"/> その他()																			
	身長 cm、体重 kg、腹囲 cm、血圧 / mmHg <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>検査日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血糖値(空腹・食後)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1c%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ※検査結果は、別紙添付等でも可			検査日						血糖値(空腹・食後)						HbA1c%				
検査日																				
血糖値(空腹・食後)																				
HbA1c%																				
合併症	歯科以外の合併症 <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 不明・無・有() <input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害 不明・無・有() <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 不明・無・有() <input type="checkbox"/> その他 不明・無・有()																			
食事指導・処置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																	
臨床情報・処置方針・相談事項・追加事項等	歯科からの連絡事項等 主訴・治療経過・今後の処置方針・連絡事項等		医科からの返信事項等 治療経過・現在の処方・連絡事項への返信等																	
	以上・裏面へ		以上・裏面へ																	

【留意点】

- 紹介・返信の該当する矢印に○印をつけてください。
- 歯科医からの紹介目的相談事項は左欄にチェック。(複数選択。) 紹介元への返信は、右欄にチェック。 使用可能薬剤、予防投与、外科処置に当たつての具体的指示があれば記載ください。
- 検査所見は、検査した項目のみ記入。必要に応じて別紙等の添付も可。
- 合併症「有」の場合は () に重症度や疾患名など必要な情報を記入。
- 追加事項等は、臨床情報・処置方針・相談事項・追加事項等の欄に記入。 ください。 以上・裏面に続くに○印をつけてください。

※ 4つの連携ツールは、東京都保健医療局のホームページからダウンロードできます。

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/tounyoutorikumi/tool.html



「東京都糖尿病医療連携ツール」

11 糖尿病診療について【参考資料】

(1) 東京都医師会「糖尿病診療のポイント」(表)

糖尿病診療のポイント

本資料は、糖尿病を専門としない実地医家が糖尿病診療時に診察のポイントをひと目で確認できるように、主に「糖尿病治療のエッセンス」から抜粋、加筆して作成したものです。詳細は、「糖尿病治療のエッセンス」及び「糖尿病治療ガイド」等をご参照ください。

初診時のポイント

1 問診、診察、検査のポイント

- ① 高血糖による症状（口渴、多飲、多尿、体重減少、易疲労感など）
- ② 糖尿病の治療歴（治療中断の有無など）、糖尿病の家族歴、20歳時の体重及び過去最大体重
- ③ 合併症を疑う症状（視力低下、下肢のしびれ、だるさ、むくみなど）
- ④ 肥満、高血圧、脂質異常症、脳血管障害、虚血性心疾患の有無と経過（治療歴）
- ⑤ 食生活、身体活動度などの生活習慣【女性では妊娠糖尿病、巨大児（4,000g以上）出産の有無】
- ⑥ 体重、腹囲、血圧などの測定、内科診察、心電図など
- ⑦ 血糖、HbA1c、検尿（糖、タンパク、ケトン体）、血清脂質、血清クレアチニンなど

2 眼科紹介

3 著しい高血糖や尿ケトン体陽性を認める場合には、専門医へ紹介

血糖コントロール目標

目標	コントロール目標値 ^{※4)}		
	血糖正常化を目指す際の目標 ^{※1)}	合併症予防のための目標 ^{※2)}	治療強化が困難な際の目標 ^{※3)}
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

- 注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。
- 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値 130mg/dL未満、食後2時間血糖値 180mg/dL未満をおおよその目安とする。
- 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。
- 注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

日本糖尿病学会・書：糖尿病治療ガイド2022-2023、34頁、文光堂、2022より

【目標体重早見表】※65~74歳では年齢に対応

身長 (cm)	~65歳 (kg)	65~74歳 (kg)	75歳~ (kg)
145	46	46~53	53
150	50	50~56	56
155	53	53~60	60
160	56	56~64	64
165	60	60~68	68
170	64	64~72	72
175	67	67~77	77
180	71	71~81	81

食事療法のポイント

- 1 朝食、昼食、夕食を規則正しく食べ、間食を避ける
- 2 腹八分目とし、ゆっくりよくかんで食べる
- 3 食品の種類はできるだけ多くバランスよく摂取する 糖質・炭水化物の過剰摂取を避ける
- 4 脂質と塩分の摂取を控えめにする
- 5 食物繊維を多く含む食品（野菜、海藻、きのこなど）を、積極的に、かつ、できるだけ食べ始めにとる
- 6 肥満のある場合は、まず現体重から3%の減量を目指す
- 7 エネルギー摂取量の目安=目標体重×エネルギー係数（軽い労作25~30、普通の労作30~35、重い労作35~）

運動療法のポイント

- 1 運動を禁止あるいは制限した方がよい場合
⇒ 著しい高血糖、尿ケトン体陽性、眼底出血、腎不全、虚血性心疾患、骨・関節疾患など
- 2 有酸素運動（歩行、水泳など）は中強度で週に150分以上、週に3回以上、運動をしない日が2日間以上続かないように
- 3 レジスタンス運動（腕立て伏せ、スクワットなど）は連続しない日程で週に2~3回行うことが勧められる
- 4 高齢者は、フレイル、サルコペニア、ロコモティブシンドロームへの進行を予防するため、個々人に応じた運動療法を行う
- 5 低血糖時の対処法について十分に指導しておく

東京都医師会生活習慣病対策委員会 作成(2023.4)

経口血糖降下薬の選択アルゴリズム

肥満の有無・病態等を考慮して、以下のいずれかの薬剤から投与開始
ただし、著しい高血糖、尿ケトン体陽性、高血糖症状(口渴・多飲・多尿)等を認める場合は、インスリン治療が必要であり、直ちに専門医へ紹介する

	非肥満		肥満	
	DPP-4 阻害薬	メトホルミン	SGLT2 阻害薬	経口 GLP-1 受容体作動薬
低血糖	低リスク	低リスク	低リスク	低リスク
体重減少	—	—	○	○
食欲抑制	—	±	—	○
高度腎障害	処方可の薬剤あり	禁忌	効果減弱	処方可
特徴	週1回投与の薬剤あり(注1) 副作用は少ないが類天疱瘡(稀)に注意 GLP-1受容体作動薬と併用不可	肥満症例にも適応あり ①75歳未満 ②eGFR 30~45以上 ③肝障害・脱水・心/肺機能障害なし ④過度の飲酒なしをすべて満たすこと 下痢に注意	心血管疾患の再発予防効果が示された薬剤あり 脳梗塞再発予防効果については中立 頻尿・脱水・尿路感染症に注意	心血管疾患の再発予防効果あり 必ず空腹で内服、服用後30分間の絶飲食が必須 嘔気、便秘に注意 DPP-4阻害薬と併用不可
処方例	トラゼンタ® 1日1回5mg テネリア® 1日1回20mg など(注2)	メトグルコ® 1日500mgより開始 2回分服 食前又は食後(注3)	フォシーガ® 1日1回5mg(注4) ジャディアンス® 1日1回10mg(注4) ルセフィ® 1日1回2.5mg(注5) いずれも朝食前または朝食後 など	リベルサス® 1日1回起床時3mgより開始(注6)

HbA1c7%未満を達成できない場合には、以上の薬剤を2~3種類適宜組み合わせる
 (DPP-4阻害薬とGLP-1受容体作動薬は、いずれもインクレチン関連薬のため、併用不可)

改善しない場合は、専門医に紹介する

注1 ザファテック® 100mg、マリゼブ® 25mg は、週1回投与のDPP-4阻害薬である。

注2 DPP-4阻害薬は、トラゼンタ®、テネリア®など腎機能による用量調節の必要がない薬剤を推奨。

注3 メトグルコ®は、1日500mg(2回分服)より開始し、必要に応じて1か月ごとに1日1,000mg(2回分服)、1日1,500mg(3回分服)と増量。

ツイミーグ® 1日2,000mg(2回分服)への代替も可能(eGFR45以上の場合)。

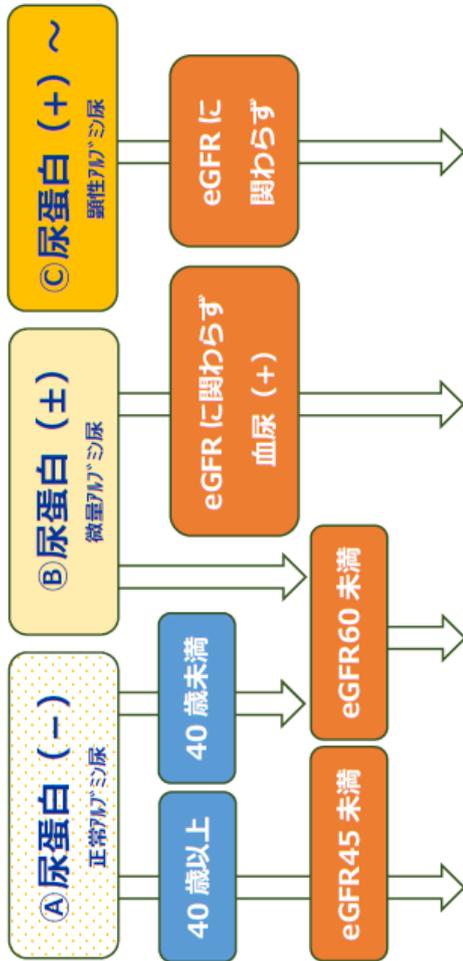
注4 ジャディアンス® 10mg、フォシーガ® 10mg は慢性心不全の適応あり。フォシーガ® 10mg は慢性腎臓病の適応あり。

注5 ルセフィ®は、肝機能障害、腎機能障害による血中濃度の上昇がない。

注6 リベルサス®は3mgから投与開始し、必要に応じて1か月ごとに7mgもしくは14mgまで増量。

透析導入を阻止するための
糖尿病性腎臓病紹介パス
 STOP! DKD

糖尿病性腎臓病診療ミニマム



腎臓専門医へ紹介

【腎臓専門医に紹介する目的】

- ① 患者さんに「透析予備群」であるという病識を持ってもらう。
- ② 治療がCKD診療ガイドライン等に沿った適切な内容であるか確認してもらう。
- ③ 腎疾患の鑑別診断をしてもらう。
- ④ 透析導入を阻止するための食事、運動などを患者にアドバイスしてもらう。

【紹介基準を満たさない場合】

かかりつけ医のもとで食事・運動の指導、薬物治療などを継続して、血糖、血圧をコントロールしていく。蛋白尿の増加・eGFRの低下など急激に悪化する場合は、生活指導の強化、治療薬の変更が必要であり、専門医にコンサルトする。

① 蛋白尿 0.15 g/gCr未満	正常蛋白尿 30 mg/gCr未満
② 蛋白尿 0.15~0.49 g/gCr	微量蛋白尿 30~299 mg/gCr
③ 蛋白尿 0.50 g/gCr以上	顕性蛋白尿 300 mg/gCr以上

生活習慣
 生活・食事指導・軽い運動 (裏面参照)

血糖管理
 目標：HbA1c 7.0%未満
 (高齢者は 8.0%未満)
 DPP-4阻害薬、SGLT2阻害薬：糖尿病経口薬使用パス参照

血圧管理
 目標：130/80 mm Hg 未満
 (高齢者は 140/90 mm Hg 未満)
 ARB：①ニューロタン®1日1回50mg (注1) など

脂質管理
 目標：LDL-C 120 mg/dL 未満
 HDL-C 40 mg/dL 以上
 TG 150 mg/dL 未満
 スタチン：②クレステール®1日1回2.5 mg~5 mg (注2)
 ③リパバ®1日1回1 mg など

注1：降圧が不十分な場合は、ARBの増量やカルシウム拮抗薬等の併用を考慮する。また、ARB開始前と比べて、過度の降圧や、血清Cr値が30% (1 mg/dL) 以上増加した場合は、ARBの減量/中止を考慮し、専門医にコンサルトすること。
 注2：クレステール®は、高度腎障害患者では血漿中濃度が上昇することがあるのに注意。

軽度～中等度のDKD患者の(注1)

生活指導ミニマム

食事のコツは塩、水、タンパク！ 軽い運動で健康生活！

禁煙

喫煙は、DKDの増悪因子、禁煙を目指す！

減塩

減塩目標は(3g～)6g/日

- ①食塩・しょう油の使いすぎに注意！(注2)
- ②塩分の多い食事(加工食品、インスタント食品、外食)に注意！(注3)
- ③自然のだし・うま味、香辛料、酸味、薬味を活用！(注4)

適度な水分摂取

- ①脱水に注意！
(夏場、発汗後、下痢、嘔吐、利尿薬・SGLT2阻害薬内服中の場合など)
- ②水分過多、心不全・高度の浮腫に注意！

たんぱく質摂取の調整

- ①高齢者では筋肉量・筋力の低下に留意が必要。
- ②たんぱく質制限を行う時は腎臓専門医にコンサルトする。

注1：軽度～中等度のDKDとは…eGFR 45 mL/min/1.73m²位まで、尿蛋白(±)～(+)を意味する。
 注2：調味料は直接かけずに、小皿にとってつける。
 注3：塩分の多い食品：漬物、梅干、たらこ、魚の干物、かまぼこ類、ハム類・味噌汁・カップラーメンなど
 注4：香辛料(こしょう・カレー粉・からし・わさびなど)、酸味(酢・レモン果汁など)、薬味(しょうが・にんにく・ねぎなど)
 注5：心疾患や他の合併症がある場合は、専門医に相談する。

東京都医師会生活習慣病対策委員会 作成(2019.3)

適切な体重管理

メタボリックシンドロームの場合は、肥満解消を目指す！

軽い運動

こまめに体を動かすよう心がける！

(歩行運動・ラジオ体操など) (注5)



【運動の目安】

運動時間：歩行運動なら1回15～30分(1日2回)
 運動強度：少し汗ばむ程度に
 運動頻度：1週間に3日以上

その他

- ①腎障害性の薬剤(NSAIDsなど)を避ける。
- ②高尿酸血症では、アルコールの過剰摂取を避ける。
- ③高K血症では、カリウム摂取を制限する。
(生の果物・生野菜の食べ過ぎに注意！)
- ④ストレスためず、睡眠よどり、疲労解消！



(IC*データベースに基づくCKD診療ガイドライン2018 一部改変)

(2) 東京都糖尿病地域連携の登録医療機関一覧（令和6年5月現在）

◎向島地区

◆病院

名 称	所在地	電話番号
東京都済生会向島病院	八広 1-5-10	3610-3651
東京曳舟病院	東向島 2-27-1	5655-1120

◆診療所

名 称	所在地	電話番号
柏木クリニック	東向島 5-3-6	3619-6875
積善会医院	東向島 6-6-13	3614-3629
井太家医院	堤通 1-5-15	3611-1801
曳舟医院	東向島 2-7-7	3614-0080
曳舟眼科医院	東向島 2-31-13	3618-7453
さくらクリニック	京島 1-25-4 曳舟グランドマンション 105B	3616-0331
立花クリニック	立花 1-23-3-101	3616-8216
小山医院	立花 1-23-5-116	3610-0580
卜部医院	文花 1-17-16	3610-0388
高石整形外科医院	文花 1-21-9	3619-5839
健生堂医院	押上 1-25-10	3622-2297
日下医院	押上 2-10-6	3622-8012
なりひら橋クリニック	向島 3-46-10-2F	3624-5324

◎本所地区

◆診療所

名 称	所在地	電話番号
さとう内科クリニック	本所 4-13-3 本所シティクリニック 1F	5819-6505
大室医院	太平 3-2-7	3622-0629
きらく内科クリニック	亀沢 1-8-5 両国 HANAWA BLDG 3F	5610-0385
かみじょうクリニック	両国 2-10-14-1F	5625-2666
両国東口クリニック	両国 3-21-1 グレイズビル 8F	5638-6073
菊川橋クリニック	菊川 2-11-1	5600-2222

(3) 東京都糖尿病地域連携の登録歯科医療機関一覧 (令和6年5月現在)

◎向島北部地区

◆診療所

名 称	所在地	電話番号
たむら歯科	墨田 1-15-15 ライクスプラザ 東向島 101	6657-1889
重井歯科医院	墨田 2-10-20 1階	3616-6480
田口歯科医院	東向島 4-31-2	3610-1245
原歯科医院	東向島 5-36-8	3612-6484
青沼歯科	東向島 5-41-5	3616-0222
おおさわ歯科クリニック	八広 1-22-6-101	6657-2513
おおひら歯科医院	八広 2-5-3	3614-4618
はらい川歯科医院	八広 4-30-5	3611-4364
きたふさ歯科医院	八広 6-8-2-2F	3617-6655

◎向島南部地区

◆診療所

名 称	所在地	電話番号
すが歯科クリニック曳舟	京島 1-20-7-1F	6657-5333
おそざわ歯科	京島 2-17-12	3611-4184
おおくぼ歯科医院	京島 3-10-10-2 階	3618-6480
三好歯科医院	京島 3-20-8	3611-3096
黒田歯科医院	京島 3-20-14	3616-4181
中島歯科医院	立花 1-23-5-104	3613-2764
鴨川歯科クリニック	立花 2-25-10 A-101	5631-9032
遠藤歯科医院	立花 5-26-10	3618-3836
桜ばし歯科	押上 1-15-7 ツリフネビル 2F	6796-5550
難波歯科医院	押上 3-21-4	3612-4812
山本歯科	押上 3-42-9	3612-7676

◎本所北部地区

◆診療所

名 称	所在地	電話番号
鈴木歯科クリニック	吾妻橋 1-19-8-103	3622-8241
草柳歯科医院	吾妻橋 2-1-1	3621-8008
あづま橋歯科クリニック	吾妻橋 2-3-12	5608-0648
湯沢歯科クリニック	吾妻橋 3-7-5 湯沢クリニックビル 1F	3829-1716
なりひら歯科医院	業平 3-6-6 中西ビル 1・2F	3829-1048
篠塚歯科医院	東駒形 1-19-7	3622-2619
長岡歯科医院	東駒形 3-18-8	5610-4450
押上・錦糸町みきこ歯科・矯正歯 科	横川 3-11-11-2F	6284-1305
間宮歯科医院	横川 4-1-8	3622-9251
なかや歯科クリニック	横川 4-12-2 ジュビル錦糸町 101	3621-0648
原歯科医院	太平 2-15-1	3622-8868

ほり川デンタルクリニック	太平 4-6-1 シェガランほり川 104	3623-6483
伊東歯科医院	錦糸 2-5-2 青木ビル 2F	3626-1333
アルカイースト歯科クリニック	錦糸 3-2-1 アルカイースト 3F	5611-2891
戸嶋歯科医院	錦糸 3-11-1 大沢ビル 1F	3625-0031
なかの歯科医院	石原 2-15-9 交楽堂ビル 2F	3829-0008

◎本所南部地区

◆診療所

名 称	所在地	電話番号
松田歯科医院	亀沢 1-12-9	3622-8848
しもとり歯科医院	亀沢 3-20-13-101	3626-9506
錦糸町スマイル歯科クリニック	江東橋 1-44-7 ホテルビル 1F	5600-4182
武井歯科医院	江東橋 4-9-4	3631-8297
小倉歯科	江東橋 4-16-5	3631-0944
岡田歯科医院	両国 2-10-5 東織ビル 2F	3632-0118
蛭間歯科クリニック	両国 2-20-12-1A	3634-6480
山田歯科医院	両国 3-16-3-101	3633-0410
浅野歯科医院	両国 4-31-14 アジビル 1F	3631-8148
森下駅前歯科クリニック	立川 1-1-1 ア化ビル森下 201	3633-4618

連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書 (連携医療機関→墨東病院)

別記第 1 号様式

東京都立墨東病院 外来栄養食事指導申込書

都立墨東病院 栄養科 宛て

年 月 日

申込医療機関

所在地

名称

電話番号

医師氏名

印

連携医登録 (有・無)

以下の患者について、外来栄養食事指導を依頼します。
 なお、指導にかかる料金については、貴院からの請求によりお支払いします。

患者情報

ふりがな 氏 名		性 別	男・女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
住 所				電話 FAX	— — — —
墨東病院受診歴	有 (わかれば診療券番号) ・無・不明				
病名・症状等	糖尿病・脂質異常症・高血圧・心臓病・慢性腎臓病・胃潰瘍・貧血 その他 []				
	身長 cm ・体重 kg、 血圧 /				
	その他留意事項・検査値等				
予約日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分				

指示栄養量 (指示量をご記入ください。特にご指示の無い場合は未記入で構いません)

エネルギー(kcal) :	1200・1400・1600・1800・2000・その他 ()
たんぱく制限(g) :	無・有→たんぱく質(g) [30・40・50・60・その他 ()]
塩分制限(g) :	無・有→食塩(g) [5・6] コレステロール制限 : 無・有
脂質(g) :	[]
エネルギー比率 P : F : C =	: : : P : S = 2 : 1
その他 :	[]

連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書 (連携医療機関→同愛記念病院)

同愛記念病院連携栄養指導担当者 宛 作成年月日 令和 年 月 日

① 電話にて予約をお願いします。

予約電話：地域医療連携室03-5608-3237

紹介元医療機関

② 予約日決定後、本票をFAX願います。

名称

FAX：地域医療連携室03-5819-1816

電話番号

※電話受付時間

医師氏名

印

平日9：00～17：00/土曜9：00～12：00

予約日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分
------	------------------------

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生(歳)
住所				電話	
同愛記念病院 受診歴	有 (診察券ID) ・ 無 ・ 不明				
紹介目的	栄養指導				
病名	糖尿病、肥満(BMI30以上)、高血圧、腎臓病、心臓病、肝臓病、胃潰瘍、 その他 () 身長 cm 体重 kg 、血圧 /				
既往歴・家族歴・検査所見・経過・現在の処方等					
指示栄養量 (指示量をご記入ください。)					
エネルギー (kcal) : 1200・1400・1600・1800・2000・その他()					
蛋白質 (g) : 無 ・ 有 →蛋白質 (g) 30・40・50・60・その他()					
塩分制限 (g) : 無 ・ 有 (食塩6g) コレステロール制限: 無 ・ 有					
脂質 (g) _____					
エネルギー比率 P:F:C					
その他					

受診患者さまへの留意事項

① 初診の方は1階新患受付に、**予約時間の30分前まで**におこしてください

(受診歴のある方は、再来機に診察券をとおして栄養指導室までおこしてください)

② お持ちいただくもの **保険証、当院診察券(再診の方のみ)、直近の検査データ、本票**

連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書 (連携医療機関→済生会向島病院)

済生会向島病院 地域医療連携室 宛

作成日 年 月 日

① 地域医療連携室にお電話でご予約ください。

TEL：地域医療連携室 直通 03-3610-3664

② 予約後、本票に必要な事項をご記入の上、

FAXをお願いします。

FAX：地域医療連携室 直通 03-3610-3729

紹介元医療機関

名称

電話番号

医師氏名

④

予約日時

年 月 日 ()
時 分

ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
住 所				電話	- -
済生会向島病院 受診歴	有 ・ 無 ・ 不明				
紹介目的	栄養指導				
病名・症状等	糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 慢性腎臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 貧血 その他 () 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg、 血圧 _____ / _____ mmHg				
既往歴・家族歴・検査所見・経過・現在の処方等					

指示栄養量 (該当する項目に○印をご記入ください。(特にご指示の無い場合は未記入で結構です))

エネルギー (kcal)	1200 ・ 1400 ・ 1600 ・ 1800 ・ 2000 その他 ()
塩分制限 (g)	6g 未満 ← 必要時に○をつけてください。
たんぱく制限 (g)	・無し ・有り ⇒ 30g ・ 35g ・ 40g ・ 45g ・ 50g ・ 55g ・ 60g その他 ()
脂質制限 (g)	・無し ・有り (15g ・ 25g) (特に制限のない場合は、当院の栄養基準に合わせて算出します)
その他 指示事項	

受診される患者様への留意事項

- ① 初診の方は、1階 初診・再来受付 (1番) にいらしていただき、本票をご提出ください。
- ② お持ちいただくもの 保険証、当院診察券 (お持ちの方のみ)、直近の検査データ、本票

糖尿病患者診療情報提供書

かかりつけ医⇄専門医(糖尿病・腎臓・その他)・眼科・歯科紹介用

紹介年月日 年 月 日		返信年月日 年 月 日	
【かかりつけ医】 名称 所在地 電話番号 医師氏名		【紹介先医療機関】 名称 所在地 電話番号 医師氏名	
カルテNo.:		カルテNo.:	
患者氏名	フリガナ 氏名	男 女	年 月 日生 ()歳
患者住所	〒 電話: - -		
診断名	糖尿病 1型・2型 その他()		
合併症	糖尿病網膜症 不明・無・有() 糖尿病腎症 不明・無・有() 入血官症 不明・無・有() その他 ()	糖尿病神経障害 不明・無・有() 足病変 不明・無・有() 歯周病 不明・無・有()	
患者情報	糖尿病の家族歴(2親等以内) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 喫煙歴 <input type="checkbox"/> あり(本/日・年数 年) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり 飲酒歴 <input type="checkbox"/> あり(頻度:毎日・()日/週・月) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり		
検査所見	身長 cm、体重 kg、腹囲 cm、血圧 / mmHg 検査日 血糖値(空腹・食後) HbA1c% TC mg/dl LDL-C mg/d HDL-C mg/d TG mg/d 血清Cr mg/d eGFR ml/min/1.73m ² 尿蛋白() 尿蛋白(定量) g/gCr 尿中アルブミン mg/gCr その他 ※検査結果は、別紙添付等でも可		
生活習慣指導	食事療法の指導 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない	運動療法の指導	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない
かかりつけ医 ⇄ 紹介先医療機関	紹介目的・相談事項		紹介・相談事項への返信
	紹介先診断名・所見・特記事項等		
糖尿病 専門医	紹介目的・相談事項等 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> インスリン導入 <input type="checkbox"/> 合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 治療方針のアドバイス <input type="checkbox"/> 教育入院 <input type="checkbox"/> 外来での教育 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他()	診断・所見・特記事項等	<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"/> 指導・検査終了 <input type="checkbox"/> その他()
腎臓 専門医	紹介目的・相談事項等 <input type="checkbox"/> 腎症評価※ ※参考:日本腎臓学会作成紹介基準 <input type="checkbox"/> 腎代替療法の相談 <input type="checkbox"/> 腎不全に伴う合併症評価 <input type="checkbox"/> その他()	診断・所見・特記事項等	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症:病期(第1・2・3・4・5期) <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他()
眼科 医	紹介目的・相談事項等 <input type="checkbox"/> 眼科合併症検査・治療依頼 <input type="checkbox"/> その他()	診断・所見・特記事項等 <input type="checkbox"/> 網膜症なし <input type="checkbox"/> 単純糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> 前増殖糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> 糖尿病黄斑浮腫(右・左・両) <input type="checkbox"/> 増殖糖尿病網膜症(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 視力 右() 左() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 経過観察()ヶ月後 <input type="checkbox"/> 網膜光凝固(未・済) <input type="checkbox"/> その他()
歯科 医	紹介目的・相談事項等 <input type="checkbox"/> 歯周病の疑い <input type="checkbox"/> 口腔内精査依頼 <input type="checkbox"/> その他()	診断・所見・特記事項等 <input type="checkbox"/> 歯周病(軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> う蝕() 歯 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 当院(科)にて治療 <input type="checkbox"/> 専門歯科医療機関紹介 <input type="checkbox"/> 治療完了・当院(科)で経過観察 <input type="checkbox"/> その他()
治療経過・ 連絡事項等	かかりつけ医での治療経過・現在の処方・相談事項等		紹介先からの連絡事項等
	39 以上・裏面へ続く		以上・裏面へ続く

治療経過・連絡事項等

かかりつけ医での治療経過・現在の処方・相談事項等

紹介先からの連絡事項等

糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

歯科⇔医科紹介用

紹介年月日 年 月 日		返信年月日 年 月 日																		
【歯科医】 名称 所在地 電話番号 医師氏名 カルテNo.			【紹介先医療機関】 名称 所在地 電話番号 医師氏名 カルテNo.																	
患者氏名 フリガナ氏名 男 女 年 月 日生 ()歳			患者住所 〒 電話: - -																	
歯科診断名 <input type="checkbox"/> 歯周病(軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> う蝕(歯)																				
紹介内容・相談事項	紹介	紹介目的・相談事項		内科診断・紹介・相談事項への返信																
	相談事項																			
検査所見		身長 cm、体重 kg、腹囲 cm、血圧 mmHg /																		
		<table border="1"> <tr><td>検査日</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血糖値(空腹・食後)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HbA1c%</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				検査日					血糖値(空腹・食後)					HbA1c%				
検査日																				
血糖値(空腹・食後)																				
HbA1c%																				
		※検査結果は、別紙添付等でも可																		
合併症		歯科以外の合併症 <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 不明・無・有() <input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害 不明・無・有() <input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症 不明・無・有() <input type="checkbox"/> その他 不明・無・有()																		
食事指導・処置		食事療法指導 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内服治療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 インスリンの使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																		
臨床情報・処置方針・相談事項・追加事項等		歯科からの連絡事項等 主訴・治療経過・今後の処置方針・連絡事項等		医科からの返信事項等 治療経過・現在の処方・連絡事項への返信等																
		以上・裏面へ		以上・裏面へ																

治療経過・連絡事項等

歯科での治療経過・今後の処置方針・相談事項等

医科からの連絡事項等

墨田区糖尿病連携パス

令和2年10月 初版

令和6年9月 第2版（令和6年11月更新）

墨田区福祉保健部保健衛生担当保健計画課

東京都墨田区横川5-7-4

（すみだ保健子育て総合センター）

電話 03（5608）1305（直通）