湘南糖尿病ネットワークガイドブック
～茅ヶ崎寒川版～

【2020 年 11月改定版】

適切に糖尿病診療を行うためのエッセンスがこのガイドブックに盛り込まれています。
茅ヶ崎市管内におけるネットワークを活用して、地域全体で患者及びその家族をサポートしていきましょう。

茅ヶ崎市糖尿病地域連携クリティカルパス推進会議

は じ め に

平成 23 年 12 月 7 日に初めて茅ヶ崎寒川地区糖尿病地域連携クリテイカルパス協議会が茅ヶ崎医師会、茅ヶ崎歯科医師会、茅ヶ崎寒川薬剤師会、神奈川県看護協会、神奈川県栄養士会、市内 5 総合病院、茅ケ崎保健福祉事務所の代表者が集い、茅ヶ崎寒川地区糖尿病地域連携クリテイカルパスを行うことが決まり、その標準テキストとして、構成員の協力でネットワークガイドブックが完成、配布してから 8 年が経過しました。この間、毎年内容を見直し、構成員の変更や病院ガイド、診療所ガイドを update し、テキストの内容も進歩する医療に合わせて各分科会で検討し改定してきました。

連携手帳の普及啓発は持続した課題であり、糖尿病学の進歩により新しい薬剤、特にインクレチン関連薬である DPPIV や GLP-1 受容体作動薬、SGLT2 阻害薬は現在までに幅広く普及し、大きく医療が変わってきました。

また、日本全体で医療財政を大きく圧迫する透析医療を減らすために糖尿病腎症重症化予防が国の施策として掲げられ、その主体が市町村にあることから、茅ヶ崎市、寒川町において行政と医療関係者が一体となって取り組むためには、まさに地域連携クリテイカルパス推進会議が最も効率的な組織であることは疑いようがありません。

茅ケ崎保健福祉事務所が茅ヶ崎市に移管されたのちも継続して茅ヶ崎寒川地区糖尿病地域連携クリテイカルパス推進会議として取り組み、各分科会の協力により使いやすいマニュアルを完成させました。

さらに、人口の高齢化とともに、高齢者の糖尿病患者に対する診療指針も日本糖尿病学会から発刊され、低血糖をさけたサルコペニア、フレイルを防止することが治療目標に掲げられていることから我々も推進会議を中心として取り組んでいます。

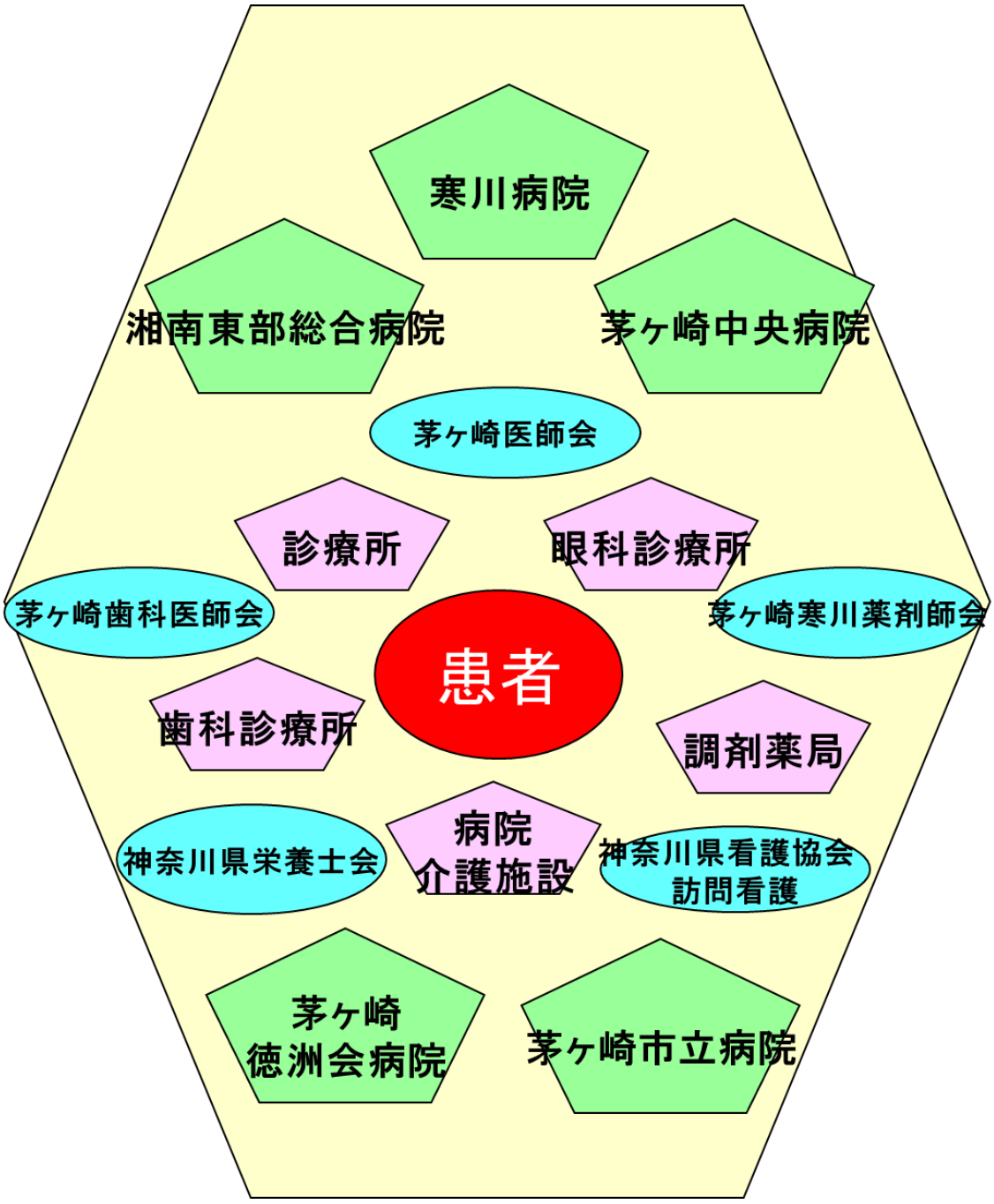
本ガイドブックは最新の情報を提供し、糖尿病にかかわる医療者に活用していただくことを願い、令和 2 年版をお届けします。

令和 2 年 11 月

茅ヶ崎市糖尿病地域連携クリテイカルパス推進会議

会長　佐藤　忍

茅ヶ崎市糖尿病医療連携



【参考】地域連携クリティカルパスイメージ図

目　次

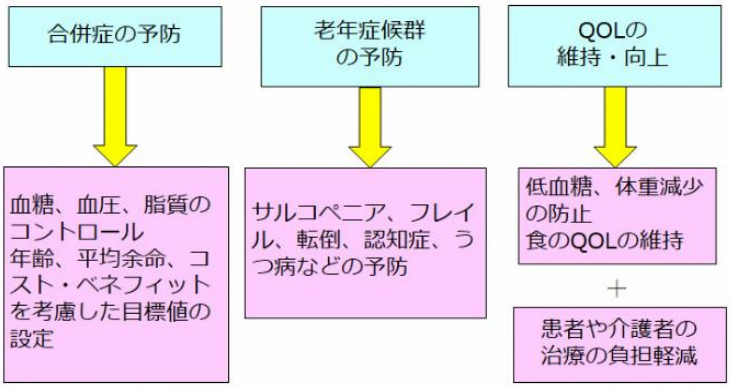
第1章　糖尿病に関する最新トピックス 1
1. 診療分科会より 1
2. 薬剤師分科会より 3
3. 看護師分科会より 5
4. 栄養士分科会より 7
第2章　連携ツール 9
1. 診療情報提供書標準書式(診療報酬算定可能) 9
(1) 一般用 10
(2) 眼科用 11
(3) 歯科用 13
2. 栄養指導 14
(1) 栄養指導標準指示箋 14
(2) 栄養指導受入病院 15
3. 糖尿病連携手帳の活用 16
(1) 基本情報 16
(2) 日常診察時の検査結果 17
(3) 眼科･歯科 17
(4) 合併症関連検査結果 17
第3章　病院ガイド 18
1. 茅ヶ崎市立病院 18
2. 茅ヶ崎中央病院 21
3. 湘南東部総合病院 22
4. 寒川病院 23

「高齢者の糖尿病治療について」

1．診療分科会より

【糖尿病の治療目的】

高齢者の糖尿病治療の際は、年齢や基礎疾患の有無、認知度など患者の特徴に合わせた目標を設定し、合併症の予防･老年症候群の予防と安全に配慮し、QOLの維持･向上に努める必要があります。



（出典元：CareNet.com/荒木　厚著/『高齢者糖尿病診療のコツ　第１回』）

【糖尿病の治療目標】

高齢患者については、下記の表を参考とし、患者の認知度等にあわせた血糖コントロール目標とします。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c値）（1/2）

患者の特徴・健康状態（注1）		カテゴリーⅠ ①認知機能正常 かつ ②ADL自立	カテゴリーⅡ ①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	カテゴリーⅢ ①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの依存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤，SU薬，グリニド薬など）の使用	なし（注2）	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり（注3）	65歳以上75歳未満 7.5%未満 （下限6.5%）	75歳以上 8.0%未満 （下限7.0%）	8.0%未満 （下限7.0%）	8.5%未満 （下限7.5%）

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の険性が高くなることに十分注意する。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c 値）（２/２）

注1）認知機能や基本的 ADL（着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手段的 ADL(IADL:買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ(http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/)を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注2）高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は 7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を 6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を 8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーⅢに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重篤な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注3）糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65 歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値等を勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

【重要な注意事項】

糖尿病治療薬の使用にあたっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

（出典：日本老年医学会・日本糖尿病学会　編・著：高齢者糖尿病診療ガイドライン 2017,P.46,南江堂,2017）

【DASC-8 カテゴリー分類】

上記の血糖コントロール目標は、日本老年医学会が作成している「認知・生活機能質問票（DASC-8）」により患者の状況の確認をし、その得点によりカテゴリー分けすることができます。

※必ずマニュアルを読んでから御使用ください。

・DASC-8 の質問票
・DASC-8 の使用マニュアル

こちらを確認

https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/dasc8_01.pdf

https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/dasc8_02.pdf

表　DASC-8 の得点と高齢者の血糖コントロール目標設定のためのカテゴリー分類

DASC-8 得点	10点以下	11-16点	17点以上
カテゴリー	カテゴリー　Ⅰ	カテゴリー　Ⅱ	カテゴリー　Ⅲ
認知機能と ADL	認知機能正常 ADL　自立	MCI　～軽度認知症 手段的ADL低下	中等度以上の認知症 基本的ADL低下

【歯科受診案内の目安】

（出典元：https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/dasc8.html）

糖尿病と歯周病は密接な関係にあり、糖尿病の方は歯周病になりやすく、また歯周病があると血糖値の高い状態が続きやすくなります。そのため、糖尿病の方には定期的な歯科検査が必要です。

特に次のような症状が有る場合は速めの受診をお勧めしましょう。

- 食べ物が噛めなくなった。
- 食事時間が長くかかるようになった。
- 食べる物が偏ってきた。

2. 薬剤師分科会より

「高齢者の低血糖について」

【低血糖とは】

血糖値が低くなりすぎた状態を低血糖といい、血糖値が 70mg/dl 以下の時、もしくは血糖値が 70mg/dl 以上あっても、以下の症状が現れたときのことをいいます。日常的に自動車の運転や危険な機械の操作に従事する人が低血糖になると、重大な事故に繋がることがあります。特に高齢者では認知症・臓器機能低下（とりわけ腎機能低下）・フレイル・サルコペニアなどの老年症候群をきたしやすく、低血糖には十分注意が必要です。
いかに低血糖を起こさないように指導するかが大切です。

【低血糖の主な症状】

交感神経症状：　血糖値が正常の範囲を超えて急速に降下した結果生じる症状
冷や汗、不安感、動悸、頻脈、手指振戦、顔面蒼白など
中枢神経症状：　血糖値が 50mg/dL 程度に低下したことにより生じる症状
頭痛、目のかすみ、空腹感、眠気（生あくび）など
50mg/dL 以下ではさらに意識レベルの低下、けいれん、昏睡

※　特に高齢者では、自律神経障害のために交感神経刺激症状が減弱し、突然重篤な中枢神経症状が発現することがある（**無自覚性低血糖**）。

【高齢者の低血糖に注意が必要な薬剤】

血糖降下薬であればどの薬剤でも低血糖になる可能性はあるが、特に注意する薬剤として
［腎・肝機能の低下による薬物の代謝・排泄の遅延］
・スルホニル尿素(SU)薬
・速効型インスリン分泌促進剤（グリニド薬）
・SGLT-2 阻害剤
・インスリン製剤
［副作用として食欲低下がある薬剤］
・GLP-1 作動薬

【高齢者の低血糖の原因となる背景と対策】

次に低血糖をおこさせないために、原因を考えることも対策の一つです。
Clinical Inertia（クリニカルイナーシア：臨床的惰性）
⇒治療を見直し、治療の遅れを防止しましょう。

背景

＜薬剤＞

・薬剤の種類や用量・用法を誤っていないか？

・ポリファーマシー

・注射手技が自立しているか？

＜栄養＞

・食事の時間が遅れていないか？

・指示されたエネルギー量や炭水化物の量を摂取しているか？

対策

低血糖を繰り返さないために、このような低血糖の原因となる背景を患者と共有し、**医師に報告・相談・フィートバック**することが大切です。

・週 1 回製剤の利用をする。

・配合剤をうまく使う。

〈内服薬〉

ビグアナイド薬＋チアゾリン薬

SU 薬＋チアゾリン薬

DPP-4 阻害薬＋チアゾリン薬

速効型インスリン分泌促進薬＋ α-GI 薬

DPP-4 阻害剤＋ビグアナイド薬

DPP-4 阻害剤＋SGLT-2 阻害剤

〈注射薬〉

インスリン＋GLP-1 製剤

※配合されている各薬剤の副作用も併せ持っていることに注意が必要です。

・問診し、食生活のパターンを把握する。残薬がある場合は、認知機能低下も考慮する。

【低血糖の対応方法】

意識がしっかりしている場合

ブドウ糖(10g)やブドウ糖が入った飲み物(150～200mL)を飲む。(家庭にある砂糖の場合は 20g) ただしα-グルコシダーゼ阻害剤を内服している場合は必ずブドウ糖で対応。

15 分経っても低血糖が続く場合は、再度同一量のブドウ糖を口にする。

意識がもうろうとしている、意識を失っている場合

家族など周囲の人が応急処置(歯茎にブドウ糖や砂糖を塗り付ける、指導を受けている場合はグルカゴン注射する)をしてから病院に連れていく。家族と一緒に対応方法を確認しておくことも大切です。

3. 看護師分科会より

【高齢者糖尿病患者の特徴】

高齢者糖尿病患者の問題点

老年症候群

加齢により全身諸機能が低下する（認知機能低下・ADL低下・サルコペニア・フレイル・うつなど）

問題点：転倒、低栄養を来しやすい
：服薬コンプライアンスが低い
：通院加療が困難

合併症

罹患期間が長く、合併症を起こしやすい
多くの慢性疾患を併せ持っている事が多い

問題点：体調の変化を起こしやすい
：多疾患により複数の薬を服用することにより薬物有害事象が起こりやすい

社会的背景

・独居、老老介護で家族や知人などのサポートが得られない、または介護者の負担が大きい
・経済状況の負担（年金や生活保護）

問題点：急変時の対応が出来ない
：治療に合った食生活ができない
：通院加療が継続できない

血糖コントロールが不安定

・長年の食習慣が変えられない、視力低下、認知機能低下などにより必要な治療が継続できない
・低血糖でも自覚症状が乏しく、典型的な症状が現れにくい

問題点：低血糖、高血糖に気づかず対応が遅れる

【フレイルとサルコペニア】

フレイル

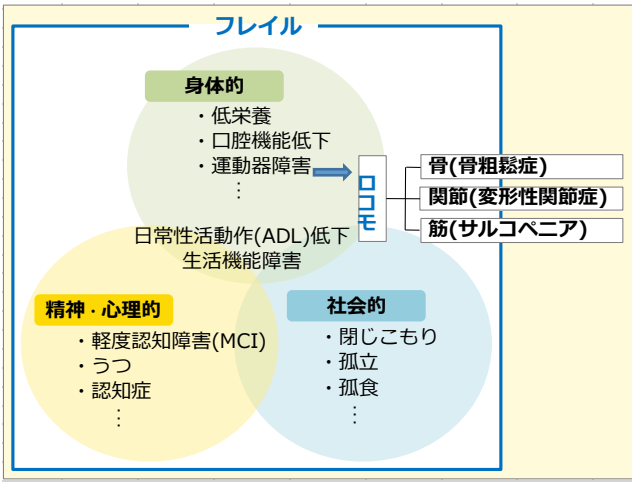
高齢者となると生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転機に陥りやすい状態を示している。
認知機能低下やうつなどの精神心理問題、独居、経済的困窮などの社会問題も含んでいる。

サルコペニア

加齢などにより筋肉量が減り、筋力または身体能力が低下した状態

●一次性サルコペニア：加齢性サルコペニアとも呼ばれ、加齢以外に明らかな異常がないもの

●二次性サルコペニア：活動、疾患、栄養によるものがある



サルコペニア

加齢に伴う筋肉量・筋力の低下、活動量の低下、疾病、栄養部量が主な原因
サルコペニアは生活習慣の改善で十分予防可能 → **栄養**と**運動**が大切！

栄養

・蛋白制限がある中でのフレイル予防
蛋白質やアミノ酸が多く含まれている肉や魚・大豆・牛乳などの摂取が非常に大切
→患者の状態に合わせて考慮、適切な蛋白質の種類(赤身よりも魚等)について指導
・65 歳以上は無理な減量は禁物→適度な体重維持を目指す
・魚に多く含まれる VD の摂取と、VD の産生に作用する日光浴も効果的

運動

・歩行などの有酸素運動に加え、レジスタントレーニング(筋力増強運動)を週２～３回の頻度で３ヶ月以上継続することが大切
・現在の ADL を維持する：自分のことは自分でできる自信
→転倒防止、寝たきり防止、認知機能低下防止

運動することで血糖コントロールも整い、モチベーションもあがる

【高齢者糖尿病患者の看護 POINT！！】

老年症候群

- ☐ 何ができるのか、どうすればできるのか、という視点を持って介入し、自分でできることは自分でやれるように、療養生活を整える姿勢で介入する
- ☐ 家族介入が可能かを確認し、（家族には家族の人生があることを理解して対応する）必要に応じて社会資源を活用する
- ☐ インスリン製剤や内服を患者が自己管理している場合は、確実に行えているかチェックする
- ☐ お薬カレンダーの活用や、内服薬の一包化、内服を1日1回にまとめるなどを試みる
- ☐ きちんと内服できているか、受診日に残薬を確認する

合併症

- ☐ 体調が悪くても伝えられない場合もあるため、全身状態の観察を行うこと
- ☐ 患者の糖尿病の状態に関する検査結果を確認し、視力低下や神経障害による巧緻性障害はないか、合併症の程度や状態を把握する
- ☐ 定期受診が行えるようにサポートする（キーパーソンからの声掛け、ケアマネへの連絡、受診日を統一するなど）

社会的背景

- ☐ 独居の場合は緊急時の連絡先を確認しておく
- ☐ 宅配食の活用を検討する
- ☐ 目に付くところに受診日を書いたメモを貼るなど、忘れない工夫をする
- ☐ 要介護認定を受けていない場合は、地域包括支援センターに連絡し、フォローアップを依頼する

血糖コントロール

- ☐ 本人の治療に対する思いを確認し、ときには待つ姿勢も大切
- ☐ インスリンの単位数はできるだけ単位数同一に合わせるなどの工夫をする
- ☐ 手技の間違いやすいポイントを強調したメモなどを目につくところに貼る
- ☐ 低血糖を起こさないよう、血糖コントロールは緩徐にすることを医師と検討する
- ☐ 低血糖時の対応を毎回説明し、対処方法を目に付くところに貼っておく

高齢者は加齢による身体機能の低下に加え、様々な疾患を抱えて生活しています。近年の医学の進歩でリハビリや悪化、再発予防するための継続的な治療により患者さんの療養生活期間は延長している一方、ねたきりや認知機能低下、全身状態の低下により疾患の悪化や合併症の危険が高く、日常生活動作の自立度も低いために疾病のコントロールはより困難といえます。

そのため、後期高齢者と機能低下がある一部の前期高齢者の糖尿病を合わせて「高齢糖尿病患者」として特徴に着目し、注意を払うことが大切です。

4. 栄養士分科会より

高齢者にとって、体重減少は危険信号です。6か月で2～3kgの体重減少がみられたら、注意が必要です。体重を減らさないよう体重管理が大切です。

【フレイルの目安】　日本 CHS 基準（J-CHS 基準）

体重減少は危険信号！？

項目	評価基準
体重減少	６カ月で、2～3ｋｇ以上の体重減少
筋力低下	握力：男性＜26ｋｇ、女性＜18ｋｇ
疲労感	（ここ２週間）訳もなく疲れたような感じがする
歩行速度	通常歩行速度＜1.0m/秒
身体活動	①軽い運動・体操をしていますか？ ②定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記２つのいずれも「週に１回もしていない」と回答

（出典元：予防医学　第60号 2019:1　P11）

このうち 3 つ以上当てはまったら、フレイルとよばれる老年症候群と診断されます。体重が減少すると、筋肉量も減ってしまいます。**筋肉量が減ると、転倒・骨折のリスクが高まります。**

筋肉量の減少を防ぐため、高齢者も食事量の確保と、食事内容の工夫が大切となります。

【食事のポイント】

- １日３食（朝・昼・夕）適正な量の食事をとりましょう
- ゆっくりよく噛んで食べましょう
- 炭水化物（ご飯、パン、麺類、芋類、小麦粉製品 など）よりも先に、食物繊維の多い食品（野菜、海藻、きのこ など）を摂りましょう
- バランスの良い食事を心がけましょう
- フレイルを予防するためには、たんぱく質食品（肉、魚、卵、大豆製品 など）を不足しないように摂取することが大切です。

☆筋肉を落とさないために、筋肉作りを促進してくれる食品を積極的に摂りましょう。

食品	目安量	食品	目安量
まぐろ・かつお	刺身６切れ	納豆	１パック(50ｇ)
あじ	中１匹	木綿豆腐	1/4 丁
鶏むね肉・豚ヒレ・牛ヒレ	100ｇ	牛乳	コップ１杯(200ｍｌ)
卵	１個	チーズ	小２個(1個20ｇ)

この中から１日３つ以上選んでみましょう！

☆筋肉をつけるために必要な食品と食後の適度な運動を取り入れましょう。

【フレイル対策としての食事の実際例】

① たんぱく質は 3～4 食に分けて食べましょう

たんぱく質を1食でまとめず、3～4食に分けて食べるほうが、筋肉量を保ちやすくなります。

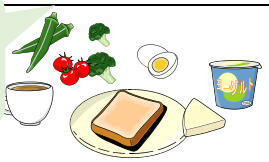
② 主食は適量食べましょう

エネルギー不足の状態でたんぱく質を沢山食べても筋肉の合成は進みません。主食は毎食食べましょう。

改善前） たんぱく質の多い食品が夕食に集中している

朝食	昼食	間食	夕食
バタートースト 1 枚 コーヒー	かけうどん ポテトサラダ	せんべい 2 枚	白ごはん 150g、枝豆、豚肉しょうが焼き、サラダ、ほうれん草胡麻和え、味噌汁、果物
エネルギー　233kcal たんぱく質　6ｇ	エネルギー430kcal たんぱく質　12g	57kal 1ｇ	エネルギー　840kcal たんぱく質　40ｇ

改善後）たんぱく質の多い食品を 3～4 食に分けて食べている

朝食	昼食	間食	夕食
 忙しい朝は、冷凍野菜でもOK			
チーズトースト 1 枚、ゆで卵、ヨーグルト、ゆで野菜、コーヒー	かけうどん、サラダ＋魚缶（サバ・ツナ等）	枝豆 果物	白ごはん 150g、豚肉しょうが焼き、ほうれん草胡麻和え、味噌汁
エネルギー　450kcal たんぱく質　22ｇ	エネルギー420kcal たんぱく質　21g	110kal 6ｇ	エネルギー　630kcal たんぱく質　23ｇ

【嚥下における注意点】

高齢者では食べ物を飲み込む力が低下し、肺などに入ってしまう誤嚥のリスクが高くなります。誤嚥を予防するために以下の点に注意が必要です。

- 小さめのスプーンで一口量を少なめにして、ゴクンと飲み込んでから次の一口にうつりましょう。（口の中にため込むと飲み込みにくくなります）
- コロコロとしたまとまりにくいものやパサつきが気になるものは、あんかけやマヨネーズなどを利用してまとまりやすくしましょう。

第2章　連携ツール

連携ツールは、「かかりつけ医」と専門医が連携し、質の高い糖尿病診療を行い、患者の重症化を予防する仕組みのことです。

以下の標準書式を必要時確認し、医療機関が連携して、継続性のあるよりよい医療を提供できることを目的としています。茅ヶ崎寒川地域での活用をすすめていきましょう。

1．診療情報提供書標準書式（診療報酬算定可能）

一般用　書式1

診療所から病院、病院から診療所、病院から病院、診療所から診療所いずれの場合にもご活用いただけます。内容は簡潔な形式ですが、必要に応じて詳細な病歴、検査所見、治療内容を自由書式で添付することができます。

（例）病院入院患者であれば、入院抄録や体重、血圧、血糖値推移などの記録や自己血糖、インスリン自己注射指導記録、服薬指導記録、栄養指導記録などの療養指導記録

眼科用　書式2

糖尿病主治医医療機関と専門的な眼科診療の双方向の診療情報提供にあっては、神奈川内科医会と神奈川眼科医会の作成した書式を採用しますが、既存の3枚複写を利用する方法、エクセルファイルを電子カルテや電子オーダーリングへの取り込む方法、または紙ベースをスキャナーなどの電子ファイルに取り込む方法など運用については各々の医療機関の実情に併せて行うこととしました。

歯科用　書式3

歯科診療情報（歯周病）については、糖尿病主治医医療機関から専門的な歯科診療への依頼は、書式1を使用し、歯科医療機関から糖尿病主治医医療機関への診療情報提供には、茅ヶ崎歯科医師会の本書式を使用することとします。

（1）一般用

書式1

糖尿病患者診療情報提供書

<table>
<tr><td>紹介年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">専門医療機関
所属
医師氏名</td><td rowspan="2">紹介
逆紹介</td><td colspan="2">かかりつけ医
所属
医師氏名</td></tr>
<tr><td>カルテ NO.</td><td></td><td>カルテ NO.</td><td></td></tr>
<tr><td>患者氏名</td><td colspan="4">フリガナ
氏名
男　女　　年　月　日生（　歳）</td></tr>
<tr><td>患者住所</td><td colspan="4">〒
Tel.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">紹介・逆紹介目的</td><td>紹介</td><td colspan="3">□血糖コントロール　□外来糖尿病教室　□1 型糖尿病の疑い　□ｹﾄｰｼｽ・著しい高血糖
□栄養指導　□治療方針のｱﾄﾞﾊﾞｲｽ　□妊娠　□重症の低血糖
□ｲﾝｽﾘﾝ等注射薬導入　□教育入院　□小児糖尿病
□合併症検査・治療　□定期受診　□その他
※詳細は下欄空白部分に記載</td></tr>
<tr><td>逆紹介</td><td colspan="3">□ 治療方針決定（合併症含む）　□ コントロール改善　□ 状態安定
□ 指導・検査終了　□ その他　※詳細は下欄空白部分に記載</td></tr>
<tr><td>臨床情報・その他</td><td colspan="4">糖尿病診断時期＿＿歳頃（＿＿年頃）：初診年月日〔＿＿＿年＿＿月＿＿日〕

検査日〔＿＿＿年＿＿月＿＿日〕：

身長＿＿＿＿cm、体重＿＿＿kg、腹囲＿＿＿cm、血圧＿＿＿＿ /＿＿＿＿ mmHg

血糖＿＿＿mg/dl(空腹・食後＿＿＿時間)、 HbA1c（NGSP）＿＿＿＿%、

TC＿＿＿＿mg/dl、LDL-C＿＿＿＿mg/dl、HDL-C＿＿＿＿mg/dl、TG＿＿＿＿mg/dl

血清 Cr＿＿＿＿mg/dl、 尿蛋白（　　）、 尿中アルブミン＿＿＿mg/gCr

合併症の有無
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（　　）　大血管症　不明・無・有（　　）
歯周病　不明・無・有（　　）

最近の治療内容（処方など）</td></tr>
</table>

(2) 眼科用

書式2

糖 尿 病 眼 合 併 症 診 療 情 報 提 供 書

患者名　　殿（男･女）明･大･昭･平　　年　月　日生（　　歳）

内科

病院・医院

眼科紹介先　　診療所・クリニック　　先生侍史

【診断名】　糖尿病　（２型・１型・その他・妊娠糖尿病）
【合併症】１．腎症（なし・あり：早期：蛋白尿・腎不全・透析）　２．神経障害（なし・あり）
３．高血圧症（なし・あり）４．高脂血症（なし・あり）５．低血糖発作（なし・あり）
６．その他（　　）
【糖尿病罹患期間】　約　　年（昭・平　　年　発症・発見）
【糖尿病家族歴】　（なし・あり・不明）
【治療】　食事単独・経口薬・インスリン・抗凝固薬（なし・あり：　　）
（　　）

【検査結果】

月　日	（　/　）	（　/　）	現在（　/　）
血糖値：食後　hr（mg/dL）			
HbA1c（%）			

【特記事項】
（　　）

病院・医院
年　月　日　　診療所・クリニック　　印

眼科

病院・医院

内科紹介先　　診療所・クリニック　　先生侍史

【現　症】

	右	左
視　力	裸眼（　）矯正（　）	裸眼（　）矯正（　）
緑内障	なし・あり	なし・あり
網膜症	なし・単純・増殖前・増殖	なし・単純・増殖前・増殖
黄斑症	なし・あり	なし・あり
高血圧性変化	なし・あり・不明	なし・あり・不明
白内障	なし・あり	なし・あり

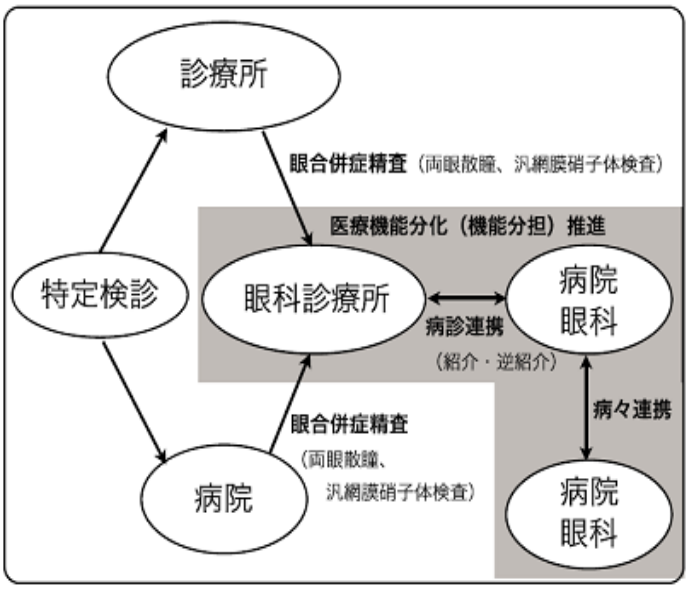
【手術歴】

光凝固術	なし・あり	なし・あり
硝子体手術	なし・あり	なし・あり
白内障手術	なし・あり	なし・あり

【治療方針】　１．前回と比較して（ 悪化・不変・改善 ）　２．光凝固の適応が（ なし・あり ）
３．硝子体手術の適応が（ なし・あり ）　４．白内障手術の適応が（ なし・あり ）
５．次回の受診は（ ２週間後・１カ月後・３カ月後・６カ月後・１年後 ）
【特記事項】
（　　）

病院・医院
年　月　日　　診療所・クリニック　　印

茅ヶ崎市糖尿病地域連携クリティカルパス
― 眼合併症精査について ―



汎網膜硝子体検査
　散瞳剤を使用し、細隙燈顕微鏡及び特殊レンズを用いて、網膜、網膜硝子界面および硝子体の検査を行うもの。

糖尿病の網膜症の眼科受診間隔について

　次に掲げる眼科受診間隔に達した時、網膜症の進行を評価を受ける。

(1) 網膜症がない場合は６ヶ月から１年間
　ーただし次のような場合は、網膜症の発症がなくとも、３ヶ月に１回程度の精密眼底検査を勧める。ー
　1) 血糖コントロールの著しく不良な場合
　2) 血糖の変動が著しい場合
　3) 低血糖発作を繰り返す場合
(2) 単純網膜症の場合は３～６ヶ月間
(3) 増殖前網膜症の場合は１～２ヶ月
(4) 増殖網膜症の場合は２週～１ヶ月
(5) 黄斑症の場合は１～２ヶ月
(6) 急激な視力低下や飛蚊症の増加など症状の増悪を見る場合は、速やかに受診する。

【眼科受診のすすめ】

１．糖尿病網膜症は、糖尿病による網膜の血管障害であり、単純、増殖前、増殖網膜症の３つの段階を経て進行していきます。また、中心視力の低下を引き起こす糖尿病黄斑症は、これらのどの段階にも生じる危険性がある網膜障害です。
２．はじめのうちは、自覚症状はありません。自覚症状が出たときには、かなり進行した状態です。
３．増殖網膜症や黄斑症に進行すると、失明を含む中途視覚障害の危険性が高まります。この段階に至らぬ前に、糖尿病自体とその網膜症を管理する事が必要です。適切な時期に治療することにより、症状の安定化が期待できます。
４．自分の眼の状態を把握するため、眼科診療所の受診を中断することなく、定期的な精密眼底検査を受けましょう。糖尿病連携手帳は、糖尿病自体の治療を行う診療所、糖尿病の眼合弁症を診る眼科診療所、ならびに病院の間での患者様の病状の情報共有に役立ちます。受診時には糖尿病連携手帳をご持参ください。
５．汎網膜硝子体検査（精密眼底検査）の目安

（１） 網膜症なし：　６ヶ月から１年に１回
（２） 単純網膜症：　３ヶ月から６ヶ月に１回
（３） 増殖前網膜症：１ヶ月から２ヶ月に１回
（４） 増殖網膜症：　２週間から１ヶ月に１回
（５） 黄斑症：　　１ヶ月から２ヶ月に１回

検査は、両眼を散瞳剤で散瞳して検査します。受診時期は、眼科診療所の先生に従ってください。

（3）歯科用　　書式3

糖尿病歯科診療情報提供書

病院・医院
内科紹介先　　診療所・クリニック　　先生侍史

【検査結果】

歯周病	なし	軽度	中等度	重度
治療前				
治療後				

【現状】

治療中　　治療終了コントロール中

（リコール間隔　　か月）

【特記事項】

病院・医院
年　月　日　　診療所・クリニック　　印

2. 栄養指導

(1) 栄養指導標準指示箋

紹介元記入欄　　※は必須項目

紹介元医療機関
※施設名
※医師名

栄養食事指導指示箋

糖尿病連携手帳
□ あり
□ なし

紹介先医療機関
※施設名

※予約日時	年　月　日(　)　:　～		
※患者名	※生年月日	年　月　日　才	□ 男 □ 女
身長 cm	体重 kg	病名	

※指導加算対象疾患にレ印

□ 糖尿病　□ 肝臓病　□ 妊娠高血圧症　□ 腎臓病
□ 膵臓病　□ 貧血　□ 心臓･高血圧　□ 胃潰瘍
□ 通風　□ 糖質異常症　□ 高度肥満　□ その他（　　）

※指示内容　フリー入力　または該当する内容を○で囲む

エネルギー	kcal	1,000	1,200	1,400	1,600	1,800	2,000
蛋白質	g	30	40	50	60	70	80
脂質	g	20	30	40	50		
食塩	g	3	6	9			
P/S比		基準値1.5に準じる			□ 継続指導希望（指導内容は前回参照）		

エネルギー比率

蛋白質	%
脂　質	%
炭水化物	%

その他（特記事項・検査値等）

紹介先記入欄

紹介先病院カルテ№（　　）	診療科名　　医師名

栄養食事指導報告書

実施日　　年　月　日　　指導時間　　:　～　:

対象者　　管理栄養士

S)

O)

A)　食事摂取状況　過剰：　ご飯・麺・パン・果物・肉・卵・油脂・菓子類・ジュース・アルコール
加工食品・乳製品・その他（　　）
不足：　野菜・魚・大豆製品・海藻類・乳製品・その他（　　）

評価　①栄養状態：　適正　・　やや悪い　・　悪い
②エネルギー配分：　適正　・　過剰（朝・昼・夕）　・　不足（朝・昼・夕）
③バランス：　良い　・　やや良くない　・　良くない（過剰・不足）

P)

□ 再指導予定（　／　:　～　）

茅ヶ崎市糖尿病地域連携クリティカルパス推進会議

(2) 栄養指導受入病院

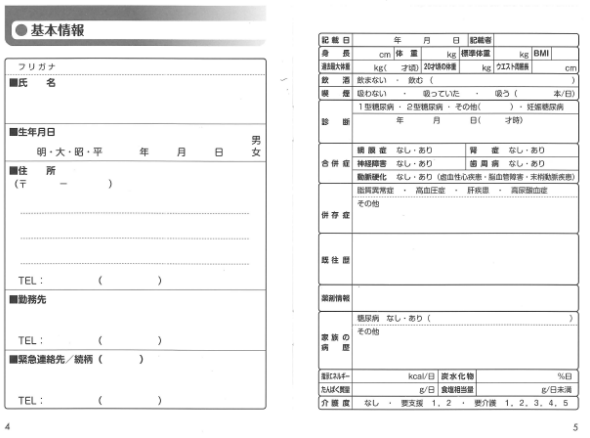
	茅ヶ崎市立病院	茅ヶ崎中央病院	湘南東部総合病院	寒川病院
予約の申し込み連絡先 TEL	患者支援センター直通 0467-52-1947 0467-52-1133 (FAX)	専門外来の予約・受診後 病院 代表 0467-86-6530	地域連携室 病院　代表 0467-83-9111	専門外来の予約・受診後 病院 代表 0467-75-6680
実施日	【月から金】 8:20～ 診察・栄養指導 13:50～ 診察・栄養指導 16:00～ 診察・栄養指導 【土・日】 休診日	【月から土】 10:00～16:00 予約申込み時に空き状況で確定 【日】 休診日	【月から土】 13:00～16:00 予約申込み時に空き状況で確定 ※他時間希望の場合は応相談 【日】 休診日	【月から金】 9:00～16:00 予約申込み時に空き状況で確定 【土】 9:00～11:00 【日】 休診日
栄養指示箋	糖尿病連携パス用	糖尿病連携パス用	糖尿病連携パス用	糖尿病連携パス用
指導室へのフロー	10分前に紹介状ありの受付へ ↓ 13番受付総合内科で診察 ↓ 栄養指導室で指導	専門外来予約・受診後栄養指導日予約 ↓ 予約当日受付後 外来診察室で指導	湘南東部ｸﾘﾆｯｸ１Ｆ総合受付へ栄養指導を受診した旨 ↓ 栄養指導室で指導	専門外来予約・受診後栄養指導日予約 ↓ 予約当日受付後 外来診察室で指導
費用	通常の保険診療 （３割負担 1,630 円）	通常の保険診療 （診察料＋栄養指導料 3 割負担初回 1,630 円、 2 回目以降 970 円）	自費 2,600 円	通常の保険診療 （３割負担 1,200 円）
結果報告	患者支援センターより依頼主治医に郵送で報告	医事課より依頼主治医に郵送で報告	地域連携室より依頼主治医に郵送又は手渡しで報告	医事課より依頼主治医に郵送で報告

3. 糖尿病連携手帳の活用

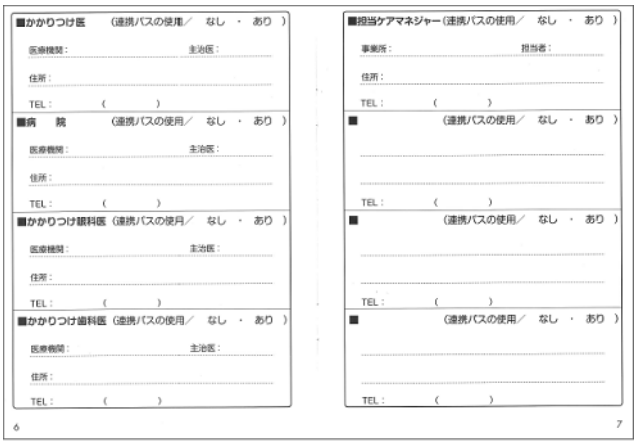
糖尿病主治医医療機関は、患者･家族に糖尿病連携手帳（公益社団法人日本糖尿病協会編）を交付し、受診時に活用することを指導します。

(1) 基本情報

患者･家族に4～7頁の患者の個人情報と病態、かかりつけ医等の受診状況の記載を指導します。



P4～5

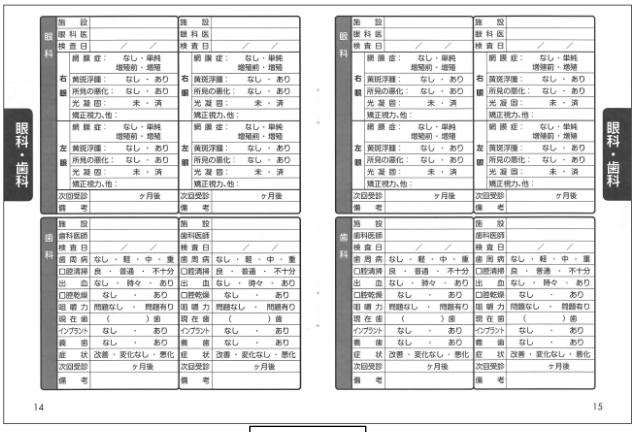


P6～7

(2) 日常診察時の検査結果

8～13頁の日常診療時の記載については、各医療機関による活用方法としますが、糖尿病は自己管理が重要であることを考慮し、体重、血圧などの基本的事項は受診前に患者･家族に記載させ、受診時血糖値、HbA1c、総/LDL コレステロール、中性脂肪、AST/ALT/γ-GTP、クレアチニン(eGFR)、尿アルブミン/尿蛋白は、検査センターの報告書や医療機関から発行される検査報告書から転記できるように指導します。

なお、日常診療時の記載欄は、1 年半分を記載できるようになっています。

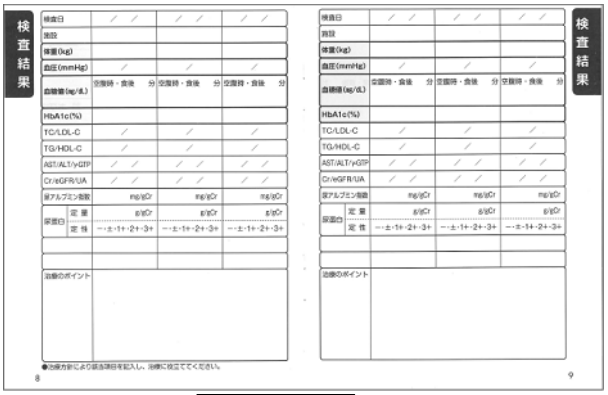


P8～9

(3) 眼科･歯科

14～15頁には、合併症により眼科･歯科を受診した場合の検査結果記入欄が設けられており、担当医師あるいは診療補助者が記載することを推奨します。

なお、眼科･歯科とも4枠設けられており3か月に1回の受診で、1年間分を記載することができます。



P14～15

(4) 合併症関連検査結果

16～19頁の合併症関連検査結果は、患者のニーズに合わせて活用します。1年間ですべての検査項目を受診すると、合併症をもれなく評価することができます。

なお、検査所見については、医療機関で記載することを原則とします。

糖尿病主治医医療機関以外の受診時にも、糖尿病連携手帳とお薬手帳を掲示することを指導しましょう。

特に、院外調剤時には、糖尿病連携手帳とお薬手帳の掲示は医療安全の観点からも重要です。

茅ヶ崎市立病院

第3章　病院ガイド

1. 茅ヶ崎市立病院

住所	茅ヶ崎市本村5-15-1
電話	0467(52)1111
Fax	0467(54)0770

1　糖尿病専門外来の曜日・受付時間・担当医師名

○糖尿病専門外来の受診の仕方

・一般患者　　月～金の8:30～11:00まで診療制限なし
（休診日となった場合、総合内科が担当）

・連携医　　月～金の午前午後の予約枠を患者支援センターにて予約する。
紹介状持参の場合は、原則として一般患者より優先する。

・代謝救急患者　連携医療機関からは直接代謝内分泌内科担当医に連絡の上、診療・入院の相談に応ずる。

診療時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前 8:30～ 11:00		（病　診　連　携　予　約　枠　有　り）				
午後 2:00～4:00		（病　診　連　携　枠　有　り）				

※上記の診療時間内は診療担当時間の上段の医師に連絡。不在時あるいは夜間休日は病院救急として初期対応。

2　他院からの糖尿病入院の受け入れ

○目的　　糖尿病教育入院、血糖コントロール入院、合併症評価入院、周産期管理入院、周術期管理入院、1型発症期管理入院、糖尿病昏睡、ポンプ療法
24時間連続的血糖モニター

○入院期間　　1週間、2週間(いずれも入退院は火曜日。事情により対応可)、週末(金から月)

○予約の方法、入院可否の問合せ先　代謝内分泌内科

○ほか

・予約可能の際は、原則として入院前に事前の受診をお願いします。

・退院後の外来管理については、原則紹介医療機関の意向を尊重します。

・1型2型糖尿病の血糖コントロール、妊娠糖尿病、透析予防管理については、看護面談を必要時追加しています。

3　糖尿病教室

○自・他院患者　　制限なし

○費用　　無料

○対象者　　患者または家族

○開催日　　2ヶ月ごと(基礎編、応用編交互)

○内容　　臨床検査技師・・・糖尿病の検査、診断と合併症

栄養士･･･食事療法
理学療法士･･･運動療法
薬剤師･･･薬物療法
看護師･･･低血糖、シックディ、フットケア、口腔内ケア、喫煙対策

○栄養教室　　病院調理師･栄養士による糖尿病栄養教室（食事の際は医師も参加）
（原則自院患者･家族のみ、完全予約制、参加費300円）

4 糖尿病教育入院のシステム

コース名	目的	対象者	日数 （開始日及び終了日）	概要	オプションの可否
教育スタンダード	合併症評価、代謝改善（インスリン導入、種類量の決定）	精神疾患不安定者を除く	15日間 開始日：火曜日固定 終了日：火曜日固定 ･退院後診療情報提供書を交付 ･原則紹介医へ逆紹介	細小血管、大血管合併症評価、血糖自己測定指導、注射自己注射指導	内分泌高血圧の精査、24時間連続的血糖測定（適応患者限定）
教育スタンダード	合併症評価、代謝改善（インスリン導入）		8日間 開始日：火曜日固定 終了日：火曜日固定 ･退院後診療情報提供書を交付 ･原則紹介医へ逆紹介		内分泌高血圧のスクリーニング
教育家族指導型	家族対象に指導合併症評価、代謝改善（インスリン導入、種類量の決定）		8～15日間 開始日：火曜日固定 終了日：火曜日固定 ･退院後診療情報提供書を交付 ･原則紹介医へ逆紹介		
合併症評価型	合併症評価型		5日間 開始日：月曜日固定 終了日：金曜日固定 ･退院後診療情報提供書を交付 ･原則紹介医へ逆紹介	細小血管、大血管合併症評価	内分泌高血圧の精査
pump 療法導入	強化インスリン療法患者（1型）でpump療法を希望する患者	･精神疾患不安定者を除く ･50歳未満で1型特に妊娠希望の患者	8日間 開始日：月曜日固定 終了日：月曜日固定 ･退院後診療情報提供書を交付 ･機器の契約の問題から原則市立病院	pump 療法導入	24時間連続的血糖測定（適応患者限定）
24時間連続的	24時間連続的血糖測	･精神疾患不安定者、高齢	4日間 開始日：pump があいている	24時間連続的血	Holter, 連続的血圧測定、内因性イン

血糖測定	定	者は除く ・入浴不可	月～金 終了日:4日後 ・退院後診療情報提供書を交付 ・原則紹介医へ逆紹介	糖測定	スリン分泌も評価可能

【予約方法】患者支援センターで日程の相談の上、入院1週間以上前に代謝内分泌内科受診

【必須事項】 ・常用薬は眠剤、便秘薬、脂質治療薬、降圧剤を含めて持参

（脂質治療薬または降圧剤を当科で調整の場合は両薬剤は除く）

5 入院時の要望事項 現在までの治療・教育経過、入院目的、将来のご紹介元の医療機関への逆紹介希望の有無

6 併設科 眼科、整形外科、皮膚科、放射線診断科、放射線治療科、一般消化器外科（血管外科）、耳鼻いんこう科、泌尿器科、腎臓内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、神経内科、リウマチ膠原病内科、産婦人科、麻酔科、脳神経外科、乳腺外科、病理診断科、救急科

7 眼合併症治療

（1）白内障 入院手術

（2）糖尿病網膜症（黄斑症含む） 汎網膜光凝固術、硝子体手術、トリアムシノロン・テノン嚢下注入、抗 VEGF 抗体療法

検査依頼 蛍光眼底造影検査、光干渉断層計検査（OCT 検査）

（3）血管新生緑内障 毛様体破壊手術

（4）その他の糖尿病眼合併症の検査ならびに治療

糖尿病虹彩炎

8 栄養指導 集団指導、個人指導、初回指導、フォローアップ栄養指導、蛋白制限指導、カーボカウント、グライセミックインデックス、外食、基礎代謝測定、透析予防管理指導など

9 重篤な緊急症向け施設（ICU、低体温、TPA、冠動脈ｲﾝﾀｰﾍﾞﾝｼｮﾝ、切断、緊急透析、CHDF）

なし

10 連携数の報告 患者支援センター（直通電話0467-52-1947）

茅ヶ崎中央病院

2. 茅ヶ崎中央病院

住所　茅ヶ崎市茅ヶ崎2-2-3
電話　0467(86)6530
Fax　0467(87)5119

1 糖尿病専門外来の曜日・受付時間・担当医師名

○糖尿病専門外来の受診の仕方

・一般患者　予約制

・連携医　予約制

・代謝救急患者　不可

診療時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前 9:00～ 12:00						
午後 2:00～5:00						

2 他院からの糖尿病入院の受け入れ　現在は、他院からの入院受入れ不可

3 糖尿病教室　開催無し

4 糖尿病教育入院のシステム

コース名	目的	対象者	日数（開始日及び終了日）	概要	オプションの可否
腎症入院	腎症＆腎症食の学習、コントロール、腎機能精査	腎症者	28日間 開始日:いつでも 終了日:診療情報提供書を添えて紹介医へ逆紹介	合併症評価、SMBG指導、インスリン	HT 有ればABPM も貧血精査

【予約方法】専門外来にて入院説明

【必須事項】紹介医からの持参薬、紹介状有れば DM 手帳

5 併設科　眼科、整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、透析科・腎臓内科、循環器科
総合診療科

6 眼合併症治療　白内障（日帰り手術、入院手術）、
糖尿病網膜症（黄斑症含む） 汎網膜光凝固術、トリアムシノロン・テノン嚢下注入、検査依頼（光干渉断層計検査（OCT 検査））

7 栄養指導　個人指導、初回指導、フォローアップ指導、蛋白制限指導、カーボカウント、グライセミックインデックス、外食など

8 重篤な緊急症向け施設（ICU、低体温、TPA、冠動脈インターベンション、切断、緊急透析、CHDF）
なし

9 連携数の報告　医事課

湘南東部総合病院

3. 湘南東部総合病院

住所	茅ヶ崎市西久保500
電話	0467(83)9111
Fax	0467(83)9114

1 糖尿病専門外来の曜日・受付時間・担当医師名

○糖尿病専門外来の受診の仕方

・一般患者　　湘南東部クリニックで受診

・連携医　　湘南東部クリニックで受診

・代謝救急患者　湘南東部クリニックで受診

診療時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前 9:00～ 12:00						
午後 2:00～5:00						

2 他院からの糖尿病入院の受け入れ　あり

3 糖尿病教室　　あり

4 糖尿病教育入院のシステム　あり

5 入院時の要望事項　　現在までの治療、入院目的、退院後のご紹介元医療機関への逆紹介希望

6 併設科　　内科、外科、消化器内科、消化器外科、循環器内科、呼吸器内科、呼吸器外科、脳神経外科、神経内科、整形外科、泌尿器科、産婦人科、麻酔科、放射線科、小児科、リハビリテーション科、精神科、歯科口腔外科、血液内科、腎臓内科、皮膚科

7 眼合併症治療　　次の(1)～(4)まで全て茅ヶ崎中央病院で対応

(1) 白内障

(2) 糖尿病網膜症(黄斑症含む)
検査依頼

(3) 血管新生緑内障

(4) その他の糖尿病合併症の検査ならびに治療

8 栄養指導　　集団指導、個人指導、初回指導、フォローアップ指導、蛋白制限指導
カーボカウント、グライセミックインデックスなど

9 重篤な緊急症向け施設(ICU、低体温、TPA、冠動脈インターベンション、切断、緊急透析、CHDF)
ICU、切断

10 連携数の報告　　地域連携室(直通　89－3633)

寒川病院

4. 寒川病院

住所	高座郡寒川町宮山193
電話	0467(75)6680
Fax	0467(75)0634

1　糖尿病専門外来の曜日･受付時間･担当医氏名

○糖尿病専門外来の受診の仕方

･一般患者　　外来

･連携医　　地域連携室

･代謝救急患者　対応可能

診療時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前 9:00～ 12:00						(第 1･3･5)
午後 2:00～5:00						

2　他院からの糖尿病入院の受け入れ

○目的　　糖尿病教育入院、血糖コントロール入院、合併症評価入院

○入院期間　　週末、1週間、2週間

○予約の方法、入院可否の問合せ先　地域連携室

○ほか

･予約可能の時、原則として事前の受診をお願いします。なお、紹介状は不要です。

･退院後の外来管理については、2～3ヶ月診療後逆紹介

3　糖尿病教室

○自･他院患者　　制限なし

○費用　　無料

○対象者　　教育入院中の間

○開催日　　水･金の午後

○内容　　医師･･･糖尿病とは、糖尿病の合併症、管理目標、治療概論
糖尿病の検査、診断と合併症、運動療法、薬物療法
栄養士･･･食事療法
看護師･･･低血糖、シックデイ、フットケアなど
薬剤師･･･自己血糖測定、自己注射、服薬管理

4　糖尿病教育入院のシステム

コース名	目的	対　象者	日数（開始日及び終了日）	概要	ｵﾌﾟｼｮﾝの可否
2週間 教育入院	糖尿病教育 代謝改善 合併症評価	血糖不良患者	約14日間 開始日:いつでも 終了日:2週間後の午前中 ･退院後診療情報提供書	糖尿病教育(講義･ビデオ)、食事療法、栄養指導、インスリンの調節、自己血糖測定指	内分泌疾患精査可

			を交付 ・原則紹介医へ逆紹介	導、インスリン注射指導、糖尿病療養士介入	
1週間 教育入院	糖尿病教育 代謝改善 合併症評価	血糖不良患者	約7日間 開始日:いつでも 終了日:1週間後の午前中 ・退院後診療情報提供書を交付 ・原則紹介医へ逆紹介	糖尿病教育(講義・ビデオ)、食事療法、栄養指導、インスリンの調節、自己血糖測定指導、インスリン注射指導、糖尿病療養士介入	内分泌疾患精査可

【予約方法】糖尿病外来を受診、その後入院予約へ

【必須事項】入院中の内服薬は持参

5 入院時の要望事項　現在までの治療・教育経過、入院目的、将来のご紹介元の医療機関への逆紹介希望

6 併設科　眼科、整形外科、皮膚科、放射線科、一般外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、腎臓内科、循環器内科、神経内科、消化器内科、呼吸器内科、リハビリテーション科

7 眼合併症治療
(1) 白内障　入院手術
(2) 糖尿病網膜症(黄斑症含む)　汎網膜光凝固術
検査依頼　蛍光眼底造影検査
(3) 血管新生緑内障　なし
(4) その他の糖尿病合併症の検査ならびに治療　糖尿病角膜炎、糖尿病虹彩炎

8 栄養指導　個人指導、初回指導、蛋白制限指導、フォローアップ指導 (応需)、外食(応需)

9 重篤な緊急症向け施設(ICU、低体温、TPA、冠動脈インターベンション、切断、緊急透析、CHDF) なし

10 連携数の報告　地域連携室(直通 0467−75−0648)

湘南糖尿病ネットワークガイドブック

～茅ヶ崎寒川版～

編　　集：茅ヶ崎市糖尿病地域連携クリティカルパス推進会議
担　　当：茅ヶ崎市保健所　保健企画課
所 在 地：〒２５３－８６６０
　　神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目８番７号
電　　話：０４６７－３８－３３１３（直通）
　　０４６７－８５－１１７１（代表）