

取材日：2016年9月1日



糖尿病



西濃医療圏

「糖尿病連携手帳」を活用した連携パスと 症例検討形式の研修会で糖尿病診療の質を向上。

Point of View

- ① 20年にわたり、2人主治医制による糖尿病の循環型地域医療連携を実践
- ② 「糖尿病連携手帳」と併用する実践的な地域連携パス
- ③ 症例検討を中心メニューとしたメディカルスタッフ向け研修プログラム

大垣市民病院
糖尿病・腎臓内科部長
傍島 裕司先生

大垣市民病院
看護部
中村 ちとせ氏

大垣市民病院
栄養管理部
桑原 正典氏

近藤クリニック
院長
近藤 潤一郎先生

市民病院とかかりつけ医の 顔が見える地域連携を構築

岐阜県西部に位置する西濃医療圏では、1995年ごろから大垣市民病院（以下、市民病院）と地域のかかりつけ医が糖尿病治療の連携を模索し、10年以上の地道な取り組みを経て、2008年に地域連携パスを稼働。すでに20年にわたる糖尿病地域医療を積み重ねてきた。また2013年に岐阜県糖尿病療養指導士（以下、CDE岐阜）が発足すると、西濃医療圏のメディカルスタッフを対象とした糖尿病療養指導の研修プログラムを開講。今後の人口高齢化を想定して、糖尿病地域医療のさらなる進展に挑んでいる。一連の取り組みを開始したころ

の状況を、市民病院糖尿病・腎臓内科部長の傍島先生が振り返る。

「私は、1995年に市民病院に赴任しました。当時、西濃医療圏には糖尿病専門医が少なく、私の外来は予約でいっぱい。このままでは、増加する糖尿病の治療ニーズに十分な対応ができなくなるとの危機感から、かかりつけ医の先生方と2人主治医制による連携が不可欠と考えるようになりました」（傍島先生）

そこで、院内の医師、メディカルスタッフとともにかかりつけ医を対象とした糖尿病治療の勉強会を毎年2回のペースで開催。さらに、2001年からは、かかりつけ医への逆紹介を積極的に行い、2人主治医制を原則とした循環型の地域連携に着手。

内服薬だけの比較的軽症の糖尿病患者に関しては、普段はかかりつけ医が診療を行い、年に2回市民病院を受診して、主に眼底、負荷心電図、胸部レントゲン、蓄尿などの合併症の検査、必要に応じて教育指導を実施する体制とした。

「勉強会を重ねることで、市民病院で医師がどのような検査や診断をしているのか、看護師や栄養士がどのように患者さんと向き合い、療養指導をしているのかを地域の先生方に知っていただけるようになり、互いの顔が見える関係ができました。

しかし、勉強会に参加いただけない、面識のない先生に患者さんを逆紹介するケースも少なくなき、手探りの連続でした」（傍島先生）

「糖尿病連携手帳」を活用した 連携パスで診療レベルが向上

【資料1】

「糖尿病連携手帳」にはさみ込んだ地域連携パス

第5次医療法改正において、厚生労働省がいわゆる4疾病5事業ごとの医療連携構築を推進したのを契機に、2008年、同院は糖尿病地域医療連携パスを構築。2010年には対象を西濃医療圏全体に拡大し、これまで1,000人近い患者を対象に連携パスを運用してきた。

同医療圏の糖尿病連携パスは日本糖尿病協会が発行する「糖尿病連携手帳」(以下、連携手帳)と併用する点が最大の特徴だ。連携パスは1枚のシートに市民病院とかかりつけ医が半年ごとに実施する診療項目が簡潔にまとまった年間スケジュール表であり、これを連携手帳にはさみ込み、検査結果や投薬の内容などは連携手帳に記載する(【資料1】)。「連携パスを開始した当初は、医療者用、患者用などのシートをつくり、一般的な連携パスと同じような運用をしていました。しかし、日本糖尿病協会が連携手帳の改訂を重ね、現在は糖尿病専門医とかかりつけ医、多職種のメディカルスタッフ、さらには患者さんが共有すべき基本情報がすべて手帳に網羅されるようになりました。この連携手帳は、地域連携についての多くのノウハウを持つ編集者が知恵を結集してつくったもので、当院の柴田大河先生も編集委員として参加しています。すばらし

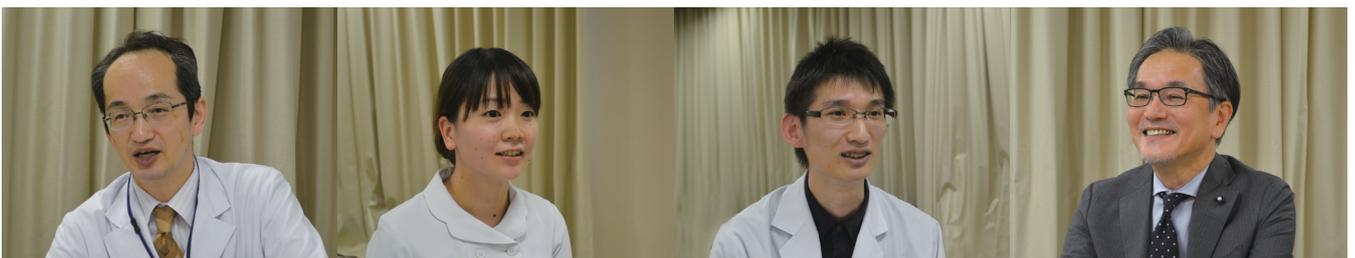


い手帳ですので、使わない手はありません」(傍島先生)

連携パスの運用により、糖尿病診療の情報共有が密になると、徐々に地域全体の診療レベルが向上する兆しが見えてきた。市民病院内では、かかりつけ医の診療内容が具体的に把握できるようになり、かかりつけ医は市民病院で行われている最先端の診療内容を知ることになる。また、患者ごとに異なる診療上の課題を市民病院の専門医とかかりつけ医がともに考え克服する過程で、互いの診療レベルが向上する。さらに、多くのメディカルスタッフが療養指導に参加し、地域全体でチーム医療が展開されることで、実践スキルの向上を期待できるようになった。

かかりつけ医として地域連携に参加する近藤クリニック院長の近藤先

生も、その効果を実感している。「私は循環器内科医ですので、開業した当時は糖尿病診療でわからないことが多く、市民病院に電話して指示を仰ぐケースが少なくありませんでした。しかし、2人主治医制で連携するようになってからは安心して診療できるようになり、連携手帳でパスが運用されてからは、パスを使っていることさえ忘れるほどシームレスな連携が定着しました。市民病院の専門医とともに糖尿病診療にたずさわり、ノウハウを自院にとり入れることで、私だけでなく、メディカルスタッフもレベルアップできていると感じます。また、パスによる連携は医師だけでなく患者さんにも大きな安心感をもたらします。以前は市民病院への受診を不安がる患者さんもいましたが、今は『年に1、2



左から傍島先生、中村氏、桑原氏、近藤先生

回は市民病院で最先端の検査を受けたい』、『半年に1回、市民病院でほめられたいからがんばる』などの前向きな声が聞かれるようになりました。ただ連携がなれ合いになっては質を維持していけません。2人の主治医と患者さんの三者が常に緊張感を持って糖尿病に向き合っていくことが連携には重要です」(近藤先生)

地域連携の進展はメディカルスタッフの意識にも変化をもたらした。市民病院看護部の中村氏、同栄養管理部の桑原氏も、市民病院と地域の関係の深さを実感している。

「糖尿病外来では、患者さんと継続的にかかわりますので、顔を覚えてもらえることも増えました。特に、当院は地域と密着しており、かかりつけ医の先生方の存在を意識しながら療養指導を行っています。メディカルスタッフは患者さんが医師に話しかれないことを聞き取り、診療情報として拾い上げられます。これらの情報をかかりつけ医の先生方と共有していくことも、私たちの大切な役

割です」(中村氏)

「当院は、私が入職する前から地域との関係を大切に、栄養管理部もそれが当たり前という風土が定着していました。連携バスの患者さんには半年に1回のペースで栄養指導を行いますので、『地域の患者さん』といった意識を今まで以上に感じるようになりました」(桑原氏)

症例検討グループワークで 糖尿病療養指導士を育成

2013年、CDE岐阜の認定が開始されると、その養成と、糖尿病の予防活動、地域医療連携の推進を目的に「岐阜県CDEネットワーク」が発足。傍島先生は副会長に就任し、西濃医療圏の研修プログラム「西濃地区糖尿病コメディカル研修会」を開講した。研修メニューは市民病院の「糖尿病診療チーム」のメンバー22名が中心になってプランニングし、研修のレクチャーも担当する。開講当初は1時間の講義を年間10回開催して

いたが、2015年からは症例検討を中心とした研修メニューに変更し、講義1時間、グループワーク1時間の合計2時間で年間5回の開催とした(【資料2】)。研修会には毎回30名前後の多職種のメディカルスタッフと、数名のかかりつけ医が参加し、熱心な症例検討が行われている。

「研修時間を2時間にすることで内容の濃いメニューを企画でき、CDE岐阜の認定だけでなく、日本糖尿病療養指導士(CDEJ)認定機構の研修単位も0.5単位取得できるプログラムになりましたので、参加者から好評を得ています。症例検討を研修メニューに組み込んだのは、それぞれの職種が、患者さんの状況に応じて、どのようにアセスメントしていくかを指導するためです。研修を通じて、個々の症例の課題を正しく理解し、支援できるスタッフが増えれば、連携手帳を用いた地域連携の質はさらに向上するかもしれません。また、グループワークでは、普段は別々の職場で勤務しているスタッフが6名

【資料2】

「西濃地区糖尿病コメディカル研修会」の2016年度年間予定表

開催回	月日	内容	講師
第1回	6月23日	〈レクチャー〉 ●糖尿病最新の話 ●コメディカル目線からみた糖尿病療養指導のエッセンス	傍島裕司(医師) 中村ちとせ(看護師)
第2回	8月25日	〈レクチャー〉 ●こんなときどうする?絶食時・トラブル時の対応と薬の管理 〈ディスカッション〉症例検討	藤谷淳(医師) 安部絵里(薬剤師)
第3回	10月27日	〈レクチャー〉 ●血糖値を上げにくくするために!簡単にできる食事療法の極意 〈ディスカッション〉症例検討	桑原正典(管理栄養士)
第4回	12月22日	〈レクチャー〉 ●糖尿病合併症に合わせた運動の処方 ●季節も天候も気にならない!これならできる運動療法 〈ディスカッション〉症例検討	島内理沙(医師) 高田大誠(理学療法士)
第5回	2月16日	〈レクチャー〉 ●これでわかる!糖尿病に関わる臨床検査の見方 〈ディスカッション〉症例検討	柴田大河(医師) 石郷景子(臨床検査技師)

1組で症例を検討するので、医師を介さないスタッフ同士の顔が見える連携が生まれます。こうした機会によって勤務施設や職種の壁を越えたネットワークが広がれば、より強固な信頼のもとづく地域連携が可能になると期待しています」(傍島先生)

「以前、透析予防とフットケアをテーマに研修を行った際、後日、参加者からお電話をいただき、実際に困っている患者さんのアセスメントについて相談を受けました。参加者の多くは、専門医のいない環境で患者さんに最良の支援をしようと努力されていますので、がんばって研修会を継続していかなければならないですね。研修メニューの企画はたいへんですが、強いやり甲斐を感じています」(中村氏)

「栄養士の指導は、いくら正しいことを言っても患者さんが実行できなければ意味がありません。どうすれば患者さんが実行できるかを参加者と検討するなど、実践的な研修メニューを考えていきたいです」(桑原氏)

多職種協働によるチーム医療が定着した基幹病院とは異なり、実地医家では、専門外の分野を含めたスタッフの能力向上の支援が難しく、近藤先生は今回の研修メニューが実地医家のスタッフ育成にきわめて有効だったと言う。

「今回の研修には当院からもスタッフが積極的に参加し、モチベーションの向上につながったと感じています。たとえば、当院には栄養士が在籍していませんので、食事の話題で患者さんとのコミュニケーションに少し自信を持ってない面があります。しかし、研修に参加して糖尿病診療の最新情報を学習し、市民病院や他の施設の栄養士、医師、看護師らとの症例検討によって見識が広がり、食事を含めたさまざまな話題で患者さん

とコミュニケーションを取れるようになったと思います。

もし、この研修がなければ、栄養士の方に来てもらわないと、スタッフのスキルを上げられなかったかもしれませぬ」(近藤先生)

高齢者糖尿病の支援が地域の重要な課題

糖尿病の地域医療連携と専門性の高いメディカルスタッフ育成に取り組む西濃医療圏において、今後の大きな課題は、糖尿病患者が高齢になることで生じる問題への対応だ。

「たとえば、インスリン投与が必要な患者さんが要介護になった場合、認知症や脳血管障害、視力障害などが原因で、自己注射を正しく行うことが難しくなります。しかし、医師と看護師以外でインスリンを投与できるのは、患者さん本人かご家族だけです。ヘルパー等の介護職の投与は認められていません。そういった問題から、糖尿病患者が介護施設に入所するのが困難になったり、介護現場の職員が適切に対応できないなどの問題が生じています。西濃医療圏では、介護施設の職員を対象に糖尿病の勉強会を実施するなどの取り組みをしてきましたが、医療、介護、福祉の連携には難しい課題が山積しています」(傍島先生)

「介護職を対象としたインスリンや血糖測定の勉強会をした際、ヘルパーなどの介護職に加え、事務職員の方も多く参加し、熱心に聴講されました。介護の現場では、普段から糖尿病患者の対応に困っているのだと感じました」(中村氏)

「栄養士の立場からすると、糖尿病患者の高齢化は介護や認知症に限らず、日常生活の中にも問題を感じます。年齢とともに調理が困難になる

と、菓子パンやおにぎりなどの簡単な食事ですますようになり、血糖コントロールが難しくなる患者さんがいます。そこで、年齢に応じた栄養指導が必要ですが、栄養士が在籍する医療機関は限られるので、栄養士独自のネットワークで地域を支えていくような取り組みも必要だと感じています」(桑原氏)

最後に、糖尿病地域連携を発展させていくうえで重要なことについて傍島先生にうかがった。

「糖尿病の連携パスを運用していると、突然血糖コントロールが悪化したり、合併症を発症するなど、うまくいかないことが多く発生します。

しかし、これらを単にバリエーションととらえ、パスの運用から除外するべきではありません。バリエーションが生じたときこそ、2人の主治医が意思統一して対応を考え、患者さんの再教育や薬の調節、合併症の手当てを適切に行って乗り越えることが大切になるのです。そのような経験の積み重ねによって、かかりつけ医の先生が糖尿病診療を継続できる力が備わり、地域全体で治療の質が向上します。

地域全体で、患者さんもいっしょになって治療上の困難を克服する引き出しを増やしていくことが、もっとも大切だと思います」(傍島先生)

大垣市民病院

〒503-8502
岐阜県大垣市南類町4-86
TEL : 0584-81-3341

近藤クリニック

〒503-0015
岐阜県大垣市林町8-85-1
TEL : 0584-83-3900