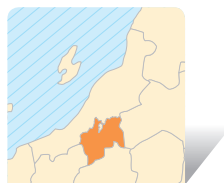


取材日：2018年8月31日



糖尿病



魚沼医療圏

『プロジェクト8』を旗印にした地域一丸の 糖尿病対策で人工透析移行率低減を実現。

Point of View

- ① 「患者自身が医療資源」との考えのもと、市民が自らのHbA1cを把握し、健康意識を高めるよう促す
- ② 多職種協働により地域全体で標準的な糖尿病治療に取り組んだ結果、多くの患者がHbA1c8%未満を達成
- ③ 医療資源の多寡にかかわらず、どんな地域でも市民の主体的な医療参加によって成果はあげられる

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院
院長

布施 克也先生

医療法人社団上村医院
院長

上村 伯人先生

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院
診療支援部検査科副検査科長

吉田 和文氏

一般社団法人新潟県労働衛生医学協会
健診部小出検診センター係長

田村 かおり氏

とちの木薬局

茂市 一平先生

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院
診療支援部栄養科

木暮 千里氏

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院
診療支援部薬剤科副薬剤科長

廣井 幸枝先生

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院
看護部透析室看護師長

佐藤 正幸氏

人工透析実施件数の少なさで 注目される新潟県魚沼医療圏

糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定されて2年余り、人工透析移行率の低減に成功して注目を集め

ているのが、新潟県魚沼医療圏である。2015年度のデータでは、人口100,000人当たりの人工透析実施件数は900件弱と新潟県内の2次医療圏の中で群を抜いて少なく、全国平均の約1,440件とくらべると、魚沼

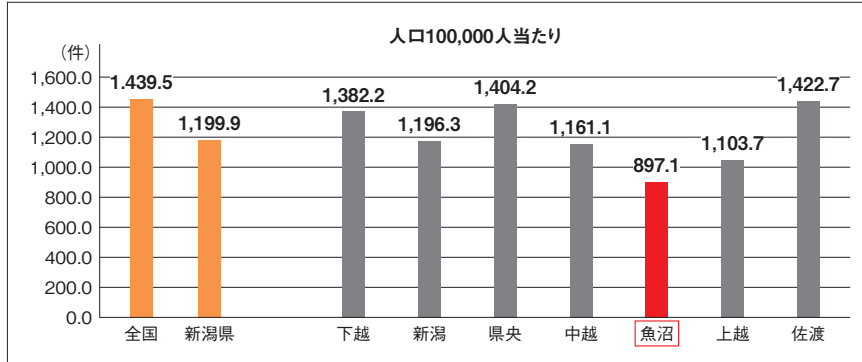
医療圏は2／3にとどまる（【資料1】）。2008年から始まった糖尿病に対する積極的な取り組み、その名も『新潟県魚沼地域包括糖尿病総合対策プロジェクト8』（以下、プロジェクト8、【資料2】）の成果だ。



左から布施先生、上村先生、吉田氏、田村氏、茂市先生、木暮氏、廣井先生、佐藤氏

【資料1】

糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数



出典：NDB (2015年度)より

プロジェクト8のキーパーソンとなったのは2人の医師。そのうちのひとりである魚沼市立小出病院（以下、小出病院）院長の布施先生が同院に赴任したのが2008年だった。「ちょうど医療の広域再編成、地域医療の充実が課題となり始めた時期で、当院の使命として重視したのが慢性疾患対策でした。特に糖尿病は心筋梗塞や脳梗塞、悪性腫瘍、うつ病、認知症、歯周病等々と深く関係し、進行すれば腎障害をきたして人工透析へと進むリスクが高い。

魚沼医療圏は人口の高齢化が著しい一方で、医療資源や財源に限られており、糖尿病対策は待ったなしだと考えました」（布施先生）

しかし、同院を含めて地域には糖尿病専門医はきわめて少なかった。「だからといって、手をこまねいていても始まりません。早速、院内で

HbA1c値が8%以上の糖尿病患者の数を調べ、必要な介入を行うことにしました。そして2008年3月末、94人の患者さんを対象に薬物治療の見直しなどを行うと、わずか半年で8%以上が1/3に減ったのです。これが我々の最初の小さな成功体験でした」（布施先生）

小出病院の“小さな成功体験”を見逃さず、共感して同様の取り組みを地域全体に広げていこうと名乗り出たのが、もうひとりのキーパーソン、上村医院院長の上村先生だ。新潟県糖尿病対策推進会議の理事を務め、長年にわたって地域で糖尿病を筆頭に生活習慣病の治療や指導にたずさわってきた上村先生にとってもHbA1c 8%を切り口とした取り組みは待望のものだった。

「2009年に、新潟県医師会で糖尿病診療の実態調査をしたところ、県内

で約100,000人、魚沼地域で約10,000人の糖尿病患者のデータが集まり、全体のおよそ1割、魚沼地域では約1,000人がHbA1c 8%以上だと判断しました。放置しては重症化が進むばかりとの危機感を抱いていたタイミングで小出病院の取り組みと成果を知ったのです。『これはもう、診療所の先生方にお声がけをして地域全体でやるしかない』と思いました」（上村先生）

乏しい医療資源を補うため
患者こそが医療資源と着想

「実は新潟県では、県医師会が中心となって糖尿病対策を20年前から手がけており、保健師のしっかりした活動や、県民の食生活のバランスの良さが高く評価されていたのです。ただ一方で、患者さんたちは医師任せで、あまり主体的に治療にかかわらない傾向が見られました」（上村先生）

地域の医療機関が一体となって、HbA1c 8%以上の患者に適切な介入をするという対策を講じるにあたり、上村先生が話してくれた実態がプロジェクト8を構想する大きなヒントになったと布施先生は言う。「我々は、まだ使われていない医療資源を山ほど持っているじゃないかと気づきました。そう、患者さん自身です。患者さんが自分のHbA1cの値を常に意識し、家族のHbA1c



にも気を配り始めれば、糖尿病に対する市民全体の意識や行動が変わるはず。また、そんな患者さんが、主治医の専門性にかかわらずHbA1cの相談をするようになれば、医療者側の意識も変わってくるでしょう。

この地域は専門医不足など医療資源は圧倒的に少ないけれども、患者さんが糖尿病医療の一部を担ってくれたなら、どこよりも資源の豊富な地域になれると考えたのです」(布施先生)

布施先生は発想の大転換をしたわけだ。

「患者さんに医療資源として参加していただくのにもっとも効果的だったのは、地域で展開する糖尿病対策の名称を『プロジェクト8』にしたことかもしれません」(布施先生)

地域の医療機関や院内外の医療スタッフはもちろん患者にも「HbA1cの危険領域は8%以上、まずは8%未満を維持しなくてはならない」点を訴えるのに、『プロジェクト8』は、実にわかりやすかったに違いない。そして現在、患者は立派に医療資源の一部を担う。

「先日、当院を見学にいらした東京

の医師の方が、どの患者さんも自分のHbA1cを把握していて、医師が当日の検査結果を言う『ああ、前より下がった』とか『8より上がってしまった』などと敏感に反応するのを見て驚いていました。10年間の活動のいちばんの成果は、患者さんが能動的に医療にかかわり、自分の病気を自覚し理解するようになったことだと痛感しました」(上村先生)

多職種の医療スタッフが 地域ぐるみで活動を展開

プロジェクト8が実績を残せているのは、キーパーソンのほかに地域の医療従事者の、実にさまざまな工夫や努力があったからこそだ。たとえば、小出病院診療支援部薬剤科副薬剤科長の廣井先生の場合。

「プロジェクト8を浸透させる過程で問題となるのは低血糖です。そこで一部の診療所の先生方の協力も得ながら、比較的低血糖のリスクが高いSU剤やインスリンの使用状況と患者さんの検査データを照合する調査を行いました。その結果、SU剤の適正使用が低血糖の予防にたいへ

ん重要だとわかったので、たとえば70歳以上、HbA1c6%台、低腎機能などの条件を満たす患者さんに対し、SU剤の投与を慎重に行うよう院内の医師に呼びかけました」(廣井先生)

廣井先生の広報活動は院外にも及び、保険薬局との勉強会で講演などをした。とちの木薬局の茂市先生が話す。

「当地域では、病院と薬局の交流がごく普通になされています。ですからプロジェクト8が認知されるのは早く、SU剤の適正使用に関する意識も地域の保険薬局全体で高まってきました」(茂市先生)

プロジェクト8では看護師の果たす役割も大きい。当初の小出病院での取り組みでも、看護師による療養外来で継続的に指導を受けていた患者は経過が安定していた。同院看護部透析室看護師長の佐藤氏が語る。「患者さんは医師の前では叱られると思い、『きちんと薬を飲んでいます』と話すのですが、我々には『よく飲み忘れている』などと本当のところを打ち明けてくれます。そうした情報を整理して医師にフィードバックし、患者さんの治療中断を未然に防ぐよう努めています。また、当院には教育入院がありますが、退院後、必ず一度は療養外来に来ていただき、指導を受けた内容が実行できているかを確認します」(佐藤氏)

教育入院後のフォローでは食事療法の指導も欠かせない。小出病院診療支援部栄養科管理栄養士の木暮氏は、退院後の患者だけでなく、一般市民も対象とした実践的な指導を行っている。

「プロジェクト8を合言葉に、院内の食堂の協力を得て糖尿病療養に配慮したランチを提供し、1食当たりの適正なカロリーを学んでいただき

【資料2】

『プロジェクト8』の概要

1. 医療者プロジェクト8「HbA1c 8%の患者を放っておかない」

医師、看護師、薬剤師、栄養士、歯科医師などの医療関係者は、糖尿病の知識をさらに深め、HbA1c 8%以上の患者に対して、重症化や合併症の発症を防ぐための治療・差配を行います

2. 連携プロジェクト8「HbA1c 8%が続いたら、病院で精密検査を実施する」

①機能分担と連携

ア 病院は、インスリン導入や合併症の評価、コントロール不良群への集中介入などを実施します

イ 診療所は、安定期の通院治療や生活指導を実施します

ウ 病診間の地域連携バスを作成し、病院での検査・評価と診療所での治療・指導の状況をやり取りします

②2人主治医制

なんでも相談できるかかりつけ医と精密検査・入院を担当する病院医師の2人主治医制とし、両者の緊密な連携を図ります

3. 患者プロジェクト8「HbA1c 8%の自分や家族を放っておかない」

患者自身は、自分や家族の健康状態も把握し、病状が悪化しないように自己管理能力を高めます
そのために、地域医療魚沼学校と連携して合併症等についての理解を深めます

4. 健診プロジェクト8「地域・職域保健の取り組み」

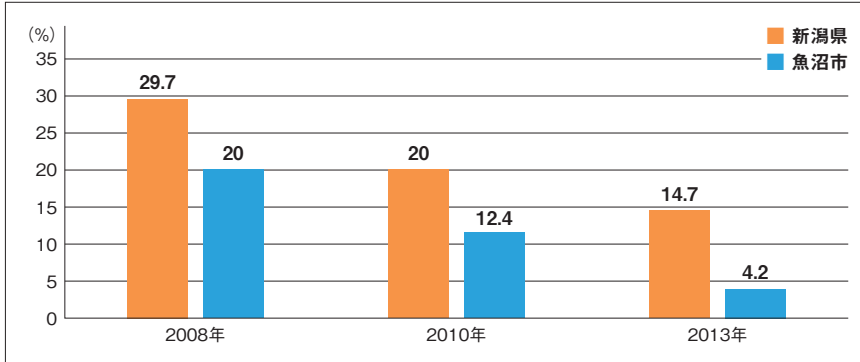
市町は、特定健診で要精密検査や医療が必要とされた人を確実に医療につなげます

職域の健康診断で要精密検査や医療が必要とされた人については、健診機関と事業所が連携してフォローします

出典：新潟県ウェブサイト(http://www.pref.niigata.lg.jp/uonuma_kenkou/1248984194673.html)

【資料3】

治療中の糖尿病患者におけるHbA1c8%以上の割合



出典：新潟県労働衛生医学協会 加藤先生提供資料

ます。リピーターも多く、『自分の食事のどこが悪いのか?』と積極的に質問するようになるなど、効果を感じていますね。最近では、一般の飲食店と行政の方に力を貸していただき、院外の食堂で年3回、1日20食限定の『健康ランチ』の提供をしています」(木暮氏)

市民と医療者がともに
歩むことで医療は変わる

プロジェクト8が成功した大きな要因のひとつは、精度の高いハイリスク患者の拾い上げだ。そのルートのひとつが、小出病院の診療支援部検査科である。副検査科長の臨床検査技師、吉田氏が解説してくれた。「検査科が手がけるのは検査の『見える化』です。従来、必要な検査が適切な時期に行われているかを調べるのは難しかったのですが、電子カルテ導入を機に検査記録や検査値のデータを抽出するシステムを構築して、検査の実施状況を正確に把握できるようになりました。結果、『この患者さんに必要な、あの検査が行われていません』といった指摘を医師にできるようになったのです。さらに、未実施の検査が電子カルテのポ

ップアップ表示で警告されるように改良しました。これらにより、たとえば尿中微量アルブミン検査の実施率は34%から60%近くまで上昇しています。必要な検査が確実に実施されるようになったことで、ハイリスク患者を拾い上げる精度が高まりました」(吉田氏)

地域の糖尿病対策では、医療機関に受診しないハイリスク患者の拾い上げも重要だ。

「糖尿病が重症化して重い合併症を発症するのは、未受診者や治療中断者が多く、そうした患者さんを医療機関につないでくれるのが健診機関と保健師です」(上村先生)

新潟県労働衛生医学協会健診部小出検診センターの管理栄養士である田村氏は、事業所で行われる健診を利用し、ハイリスク患者にアプローチしている。

「健診を受けた方で、HbA1c8%以上などの条件に合致し、医療機関を受診していないと判明した方をリストアップして、その方が所属する事業所の担当の方に連絡を取り、受診勧奨をお願いします。」

また、『緊急連絡値』と称する数値を設定し、該当する方の事業所に健診2～3日後には電話連絡をする

タイムリーな仕組みも実施しています」(田村氏)

患者自身を医療資源とする発想から生まれたプロジェクト8は、魚沼医療圏の糖尿病医療において大きな成果をあげた(【資料3】)。市民と医療者が同じ目標の達成に向け、ともに歩むことで医療は変わる。

「プロジェクト8のような地域医療の取り組みにスーパーマンは必要ありません。医療関係者と市民とが手をたずさえ、当たり前の医療を当たり前に継続していく。医療資源が不足している、専門医がいないような地域でも、やれることはたくさんあるのです」(布施先生)

布施先生は最後に、「我々の試みは全国どこの地域でもできるはず。プロジェクト8が各地の糖尿病医療の参考になれば光栄です」と心強い言葉で話を結んでくれた。

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院

〒946-0001
新潟県魚沼市日渡新田34
TEL: 025-792-2111

医療法人社団上村医院

〒946-0003
新潟県魚沼市諏訪町1-12
TEL: 025-792-0143

一般社団法人新潟県労働衛生医学協会
小出検診センター

〒946-0011
新潟県魚沼市小出島1240-13
TEL: 025-792-3365

とちの木薬局

〒946-0003
新潟県魚沼市諏訪町1-9
TEL: 025-793-1455