



メディカルネットワーク

# Medical Network

アップデート ..... P2

—進化する医療制度—

## 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を策定

従来以上に情報通信機器とネットワークの  
適正かつ適切な使用が求められる

Network

福岡県(筑紫野市、福岡市、北九州市) ..... P6

IBDセンターでチーム医療を進め、増加する患者に対応すべく連携システム構築をめざす。

長野医療圏 ..... P10

多職種が介入する1泊2日の短期教育入院で若年層の糖尿病の早期治療に成果。

東播磨医療圏 ..... P14

さまざまな診療科と多職種が協働し、糖尿病などの生活習慣病にアプローチ。

長崎医療圏 ..... P18

各病院の特色を尊重しつつ互いの強みは共有し、地域全体の糖尿病診療のレベルアップをめざす。

# 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を策定

従来以上に情報通信機器とネットワークの適正かつ適切な使用が求められる

2018年度診療報酬改定で新設された診療報酬の中で、医療関係者だけでなく患者や一般国民からも高い関心を集めているのが「オンライン診療」に関するものです。実際にオンライン診療を行うには、情報セキュリティの観点から、医療提供側には情報通信機器とネットワークを適正かつ適切に用いることが求められています。そのため、このたびの改定では厚生労働省医政局の主導で「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が策定されました。医療施設の運用者や医療従事者は、この指針の趣旨について十分に理解しておく必要があります。

われ、同年の6月9日には、政府が閣議決定した「未来投資戦略2017—Society 5.0の実現に向けた改革—」で、「対面診療と遠隔診療を適切に組み合わせることで効果的・効率的な医療の提供に資するものについては次期診療報酬改定で評価を行う」とされました。

こうして、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）の議論で、遠隔診療に関する枠組みと方向が規定されることとなりました。中医協の議論では、医師の働き方改革や、負担軽減の観点から遠隔診療が評価された点が、ひとつの特徴と言えるでしょう。

## オンライン診療の中でも算定方法が異なる

2018年度診療報酬改定では、遠隔診療に対して、さまざまな報酬上の評価がなされていますが、これらは①遠隔画像診断／遠隔病理診断、②オンライン診療、③遠隔モニタリングの3つに大きく分けることができます（【資料1】）。

このうち新たな概念の医療行為として診療報酬で評価されたのが「オンライン診療」。このカテゴリーの診療報酬については、次のように分類できますが、いずれも初診は対面診療を原則とし、その後も対面診療と組み合わせるかたちをとることが必須です。

## 〈オンライン診療料（70点、1ヵ月につき）〉

再診料と並ぶかたちで基本診療料に位置づけられ、再診料と類似の診療報酬と見なすこともできますが、オンライン診療を毎日行ったとしても月1回分しか算定できません。再診料とは併算定できないため、対面

## 政府の主導によって遠隔診療が推進の方向へ

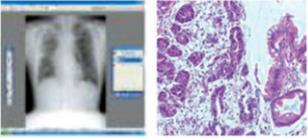
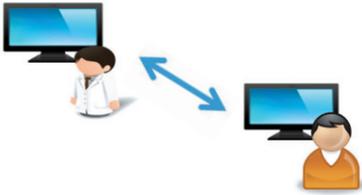
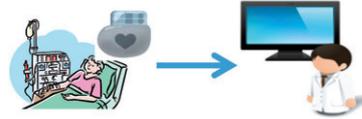
近年、パソコンやスマートフォンの普及を背景に、仕事が忙しくて医療機関になかなか行けない生活習慣病の患者や、外来受診が困難な在宅患者などから、通信機器を利用して診療を受けたいという要望が出始めました。

そうした医療ニーズも踏まえて、厚生労働省（以下、厚労省）の医政局長が2015年8月10日に「情報通信

機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」の事務連絡を行ったことなどを契機に、一部の医療機関がベンチャービジネス的に遠隔診療に取り組み始めました。診療報酬上の評価は曖昧なままでしたが、遠隔診療においては一定の患者数を得ており、実態が先行するかたちとなっています。

このような状況を受けて、2017年には、政府の規制改革推進会議「医療・介護ワーキング・グループ」で遠隔診療を推進する方向で議論が行

**【資料1】診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応**

診療形態		診療報酬での対応
<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> 	<p><b>【遠隔画像診断】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合</li> </ul> <p><b>【遠隔病理診断】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。）</li> <li><b>（新）生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能</b></li> </ul>	
<p>情報通信機器を用いた診察</p> 	<p>医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの</p> <p><b>【オンライン診療】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>（新）オンライン診療料</b></li> <li><b>（新）オンライン医学管理料</b></li> <li><b>（新）オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料</b></li> </ul> <p>対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合</p> <p>※電話等による再診</p> <p><b>（新）患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し</b> (定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。)</p>	
<p>情報通信機器を用いた遠隔モニタリング</p> 	<p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> <p><b>【遠隔モニタリング】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合</li> <li><b>（新）在宅患者酸素療法指導料（遠隔モニタリング加算）</b></li> <li><b>（新）在宅患者持続陽圧呼吸療法（遠隔モニタリング加算）</b></li> </ul> <p>在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合</p>	

出典：平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料「平成30年度診療報酬改定の概要(医科1)」(http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf)

診療を行っていない月にオンライン診療を行った場合に請求できます。

実際に対象となる患者は、特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料（以下、在医総管）、精神科在宅患者支援管理料を算定して、それらの管理料等を初めて算定した月から6ヵ月以上を経過した患者です。

**〈オンライン医学管理料（100点、1ヵ月につき）〉**

特定の管理料等を算定して継続的な医学管理を行っている患者を対象に、3ヵ月ごと（以内）の対面

診療をしている間にオンラインによる医学管理を行った場合に加算ができます。ただし、オンラインによる医学管理を行った後、対面診療をしたときに、初めてその算定が可能になる点が、前出のオンライン診療料と異なる点です。対象患者は、在医総管と精神科在宅患者支援管理料を算定している患者を除いて、オンライン診療料の場合と同様です。

**〈オンライン在宅管理料（100点、1ヵ月につき）〉**

対象は、在医総管を算定して在医総管を初めて算定してから6ヵ月（以上）が経過した患者で、その初めての算定から6ヵ月の間は毎月同一の医師により対面診療が行われている必要があります。つまり、毎

月1回の訪問診療を行っていることがベースとしてあり、そこに追加してオンラインによる医学管理を行ったときに加算する仕組みです。たとえば、在医総管、訪問診療料、オンライン在宅管理料をあわせた算定も可能で、その点が前出のオンライン医学管理料とは異なります。

また、従前からある「電話等による再診」の要件を見直し、オンライン診療との関係が整理されました。ポイントは、「電話等による再診」は定期的な医学管理を前提とするものではないとされた点です。「電話等による再診」（再診料）を算定するときは、医学管理料は算定できません。加えて、定期的なものではないので、予約料金の徴収もできずと明示されました。

## 指針の対象はオンライン診療と オンライン受診勧奨

2018年度診療報酬改定の施行にあわせて、情報通信技術（ICT）の観点から、遠隔診療を実施する際の安全性や有効性を担保するため、厚労省医政局の主導で、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、指針）が策定されました。指針は（I）オンライン診療を取り巻く環

境、（II）本指針の関連法令等、（III）本指針に用いられる用語の定義と本指針の対象、（IV）オンライン診療の実施に当たっての基本理念、（V）指針の具体的適用という5つの章で構成されています。

まず、重要なのは、「遠隔医療」や、「オンライン診療」、「オンライン受診勧奨」、「遠隔健康医療相談」、「オンライン診療支援者」、「診断」について定義がなされたこ

とです。主要なものの定義は次のとおりです。

- 「遠隔医療」とは、情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為

- 「オンライン診療」とは、遠隔医療のうち、医師—患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い、診断結果の伝達や処方等の診療行為を、リアルタイムにより行う行為

- 「オンライン受診勧奨」とは、遠隔医療のうち、医師—患者間において、情報通信機器を通して患者の診察を行い、医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為であり（中略）患者個人の心身の状態に応じた必要な最低限の医学的判断をとる受診勧奨（後略）

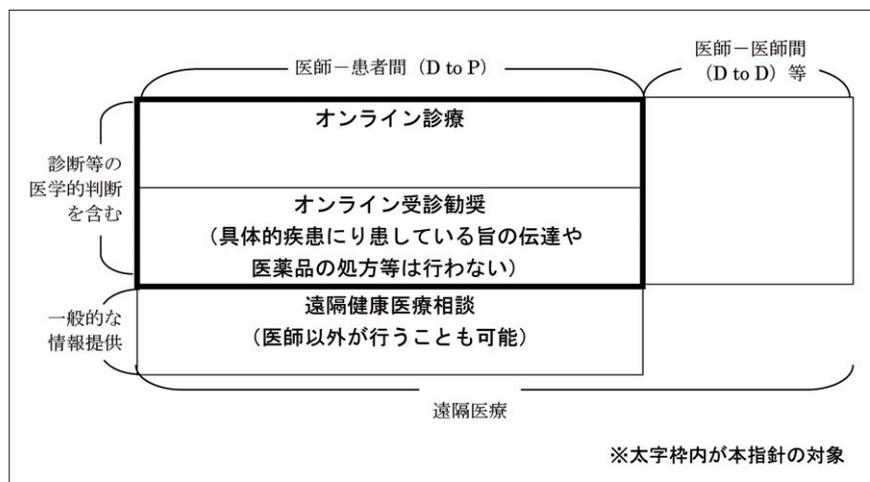
これらの定義においてもっとも上位の概念の用語は「遠隔医療」ですが、診療報酬においては、それに相当する用語として「遠隔診療」が使われている点に注意が必要です。

また、指針が対象とするのは、医師—患者間のオンライン診療、オンライン受診勧奨です（【資料2】）。オンライン診療の具体例のひとつとしては「高血圧患者の血圧コントロールの確認」が挙げられており、まずは高血圧を含む生活習慣病の領域での普及が期待されています。なおオンライン受診勧奨については、指針V章の「診療計画」、「薬剤処方・管理」などの事項は適用されません。遠隔健康医療相談については指針の対象外で、医師以外が行うことも可能です（【資料3】）。

### 最低限遵守する事項なども 指針で具体的に明示される

指針では、各項目について、①考え方、②最低限遵守する事項、③推

### 【資料2】遠隔医療、オンライン診療、オンライン受診勧奨、遠隔健康医療相談の関連



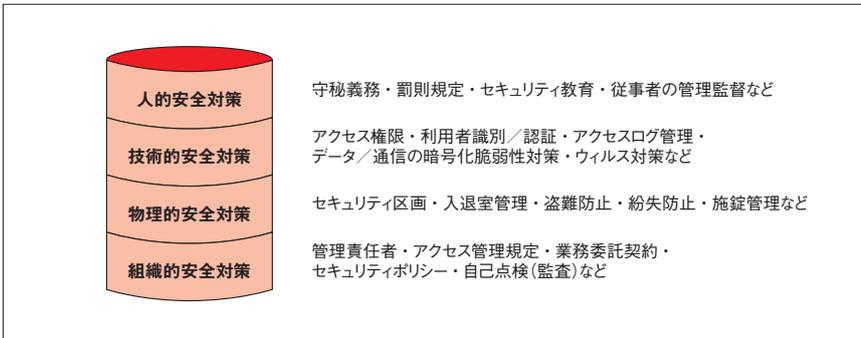
出典：厚生労働省 情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会（2018年3月29日開催、指針は3月30日に公表）「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000201789.pdf>）

### 【資料3】指針の適用と具体例

	本指針の適用	具体例
オンライン診療	適用	<ul style="list-style-type: none"> <li>高血圧患者の血圧コントロールの確認</li> <li>離島の患者を骨折疑いと診断し、ギプス固定などの処置の説明等を実施</li> </ul>
オンライン受診勧奨	V 1(1)②iv、(2)、(3)及び(5)を除き適用	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師が患者に対し詳しく問診を行い、医師が患者個人の心身の状態に応じた医学的な判断を行ったうえで、適切な診療科への受診勧奨を実施（発疹に対し問診を行い、「あなたはこの発疹の形状や色ですと蕁麻疹が疑われるので、皮膚科を受診してください」と勧奨する等）</li> </ul>
遠隔健康医療相談	適用なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児救急電話相談事業（#8000）：応答マニュアルに沿って小児科医師・看護師等が電話により相談対応</li> <li>相談者個別の状態に応じた医師の判断を伴わない、医療に関する一般的な情報提供や受診勧奨（「発疹がある場合は皮膚科を受診してください」と勧奨する等）</li> <li>教員が学校医に複数生徒が嘔吐した場合の一般的な対処方法を相談</li> </ul>

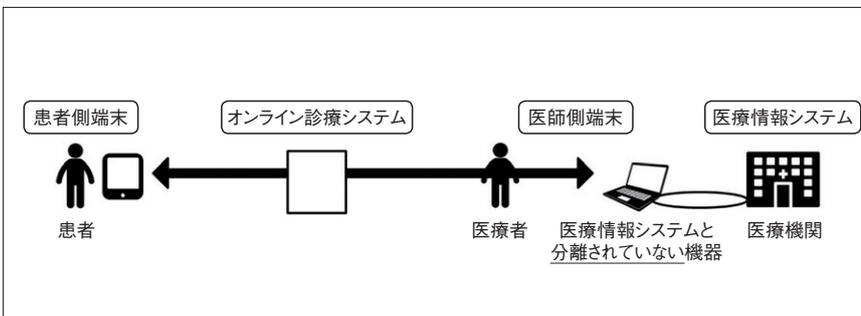
出典：厚生労働省 情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会（2018年3月29日開催、指針は3月30日に公表）「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000201789.pdf>）

#### 【資料4】包括的な安全対策



出典：厚生労働省 情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会（2018年3月29日開催、指針は3月30日に公表）「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Sourumuka/0000201789.pdf>）

#### 【資料5】医療情報システムと接続するケース



出典：厚生労働省 情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会（2018年3月29日開催、指針は3月30日に公表）「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Sourumuka/0000201789.pdf>）

奨される事項などを具体的に記載しています。ICTに関する実務という意味では、V章の「オンライン診療の提供体制に関する事項」が特に重要で、医師—患者関係／患者合意や診療計画、本人確認、薬剤処方・管理、診察方法、医師や患者の所在、通信環境、医師教育及び患者教育、エビデンスの蓄積などについて記載しており、たとえば次のような内容が「最低限遵守すべき事項」となっています。

- ・オンライン診療を実施する旨について、医師と患者の間で合意がある場合に行うこと
- ・初診は、原則として直接の対面による診療を行うこと
- ・原則として、新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、直接の対面診療にもとづきなされること
- ・オンライン診療を行う医師は、医

療機関に所属し、その所属を明らかにしていること

- ・プライバシーが保たれるよう、患者が物理的に隔離される空間においてオンライン診療が行われなければならないこと

また、ICTに関しては技術的安全対策だけに視点が行きがちですが、指針では、通信環境についての考え方として、技術的安全対策のほか、人的、物理的、組織的安全対策を総合的に検討、実施する必要があると指摘しています（【資料4】）。

#### 医療情報システムとの接続で不正侵入防止対策などを

オンライン診療では、医師側及び患者側の端末（パソコン、スマートフォンなど）に対応したオンライン診療システム（以下、オンライン診

療システム等）について、電子カルテなど医療情報システムとの接続を行わない場合と、接続する場合の両方が想定されます。医師が患者の医療情報を確認しながらオンライン診療を行うのであれば、オンライン診療システム等に医療情報システムを接続しているほうが便利だと言えます（【資料5】）。その場合の留意点として、指針では次のようなことを挙げています。

- ・医療情報を保存するシステムへの不正侵入防止対策等を講ずること
- ・医師個人所有端末の業務利用については、原則禁止とされていること
- ・法的保存義務のある医療情報を保存するサーバーを国内法が及ぶ場所に設置すること

安全性の高いオンライン診療システム等を構築するためには、優良業者の認定制度の整備や、専門家の上手な活用などが、ポイントになりそうです。

#### 指針は短いスパンで見直される可能性も

政府の規制改革推進会議などでは医療界とビジネス界を代表する者の対立が起こりがちですが、今回のガイドラインは約2ヵ月間という短期間でつくり上げる必要があり、作成検討会も3回の会合で議論、検討を行うなど、限られた時間の中で指針の策定に集中したためか、構成員の間での大きな対立は見られませんでした。

ただし、ICTの分野は進歩や変化の速度が速いため、構成員の間では指針は短期間で見直すことでコンセンサスが得られています。事務局側も「短いスパンで見直したい」と明言しており、近い将来の改訂実施が予想されます。

取材日：2018年3月15～16日



福岡県  
(筑紫野市、福岡市、北九州市)

## IBDセンターでチーム医療を進め、増加する患者に対応すべく連携システム構築をめざす。

### Point of View

- ① IBDセンターを開設し、消化器内科と病理部、外科の協働を中心に、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師も加わったチーム医療を展開
- ② 患者のQOL向上を図るため、症例によっては小児科の医師や臨床心理士などの協力も得る
- ③ 近隣地域での連携システム構築に向けた活動として、非専門医や医療スタッフを対象にセミナーを開催

福岡大学筑紫病院  
炎症性腸疾患 (IBD) センター診療教授

平井 郁仁先生

福岡大学筑紫病院  
外科講師

東 大二郎先生

福岡大学筑紫病院  
副看護部長

山口 美和氏

### 増加するIBDを専門的に診る センターでチーム医療を推進

現在、日本の炎症性腸疾患 (IBD) の患者数は推計で約260,000人と言われており、潰瘍性大腸炎 (UC) が約200,000人、クローン病 (CD) が約60,000人という内訳だ。

近年、患者数の増加が著しく、専

門的な診療にあたる医師や医療機関の数が追いつかない中、福岡大学筑紫病院は『炎症性腸疾患 (IBD) センター』(以下、IBDセンター)を開設した。診療教授の平井先生にその経緯をうかがった。

「以前から、消化器内科を中心としてIBD患者を診ていましたが、患者さんが増えるにつれ、より専門的な

診療を行える施設が必要だとの声が高まり、2014年に寄附講座の『炎症性腸疾患先端治療学講座』を立ち上げました。その後、2016年からは診療科として正式にIBDセンターをスタートさせました。

IBDセンターでは、消化器内科と病理部そして外科の医師を中心に、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床



左から平井先生、東先生、山口氏

【資料1】

IBD多職種カンファレンスの要項

（開催日時）

毎月1回 原則第3週目の金曜日16:00～

（内容）

- ①各部署から事例検討やIBD患者対応で困っていること、疑問に思っていることを持ち寄って共有し、患者をチームで意識してサポートできるようにする  
参加する部署：病棟、外来、薬剤部、栄養部、医師、その他（地域、臨床工学技士など）
- ②感染管理認定看護師より血流感染検出状況報告
- ③連絡事項  
新薬紹介、新規材料紹介、院外セミナー紹介など

検査技師といった医療スタッフによるチーム医療をめざしてきましたが発足から2年を経て体制が整ってきたところです」（平井先生）

平井先生は、続けてIBDにおけるチーム医療の重要性を語る。

「IBDの治療は目まぐるしく進歩しており、症状の寛解が可能になりましたが、完治に導く治療法は確立されていません。また、IBDは若年での発症が多く、これらの患者さんは受験、就職、結婚、妊娠・出産といったライフイベントを、病気とともに乗り越えていかねばならないのです。そこで、他疾患（たとえば慢性関節リウマチ）とくらべ、より高いレベルのQOLの維持が、大きな治療目標のひとつになりますが、患者さんの生活や人生に寄り添った診療は、医師だけではとても無理。多職種の医療スタッフのフォローによって、初めて可能になります」（平井先生）

IBDセンターにも籍を置く外科講師の東先生や、副看護部長の山口氏も、チーム医療がいかに重要かを強調する。

「重症化すると手術が必要になる場合がありますが、手術をしたからといって治る病気ではありません。つ

まり内科の治療がメインですが、外科も必要不可欠であり、まさに連携が大切です」（東先生）

「消化器内科、病理部や外科のほかに、患者さんによっては小児科の協力を仰ぐこともあります。また、特に小児や10代の患者さんでは、身体だけでなくメンタルのケアが求められるケースが多々ある

ため、時には臨床心理士にチームに加わってもらいます」（山口氏）

生物学的製剤登場で治療のタイミングがより重要に

東先生は、「2000年代初頭の生物学的製剤の登場により、手術にいたるケースは減少傾向にあるのではないかと」と言う。

「生物学的製剤によって患者さんのQOLが向上して、複数回の手術が必要の場合も、その間隔は確実に長くなっていると実感しています。そうすると、外科の介入のタイミングの見きわめが、さらに重要になってきます」（東先生）

生物学的製剤という選択肢が増えて、治療のタイミングの重みが増したのは内科も同様のようだ。

「内科でも、病態や重症度による治療のステップアップの時期を見誤らないこと、患者さんのライフイベントを考慮して治療方法を選択することに、いっそう配慮するようになりました」（平井先生）

山口氏は、チームに参加する各認定看護師に変化があったと話す。

「中心静脈カテーテル（CVC）の管理をする感染管理認定看護師、スト

ーマのケアを行う皮膚・排泄ケア認定看護師に加え、生物学的製剤の使用が始まると、がん化学療法看護認定看護師もチームに参加するようになり、チーム医療の重要性が増したと感じます」（山口氏）

患者増が止まらないからこそ必要になる連携システム

「月に一度、IBDセンターにかかわる医師と医療スタッフとの合同カンファレンス（【資料1】）を行い、センター全体の方向性や特に気になる症例に関して話し合っています」（平井先生）

IBDセンターのチーム医療体制が整備されてきた今、平井先生は「次に考えなければならないのは地域での連携だ」と指摘する。現在、IBDセンターで継続的に受診している患者は、UCが約1,000人、CDが約900人だ。

「IBD患者は若い方が多く、転居、転勤といった移動にともなって流動するので、短期間の患者さんまで含めたトータルの患者数は4,000人弱でしょう。地域的には、九州一円、また山口県、広島県、島根県あたりから来院される患者さんもいます」（平井先生）

前述のとおり、患者は増え続けている。早晚、IBDセンターがやむをえず患者をきちんと診察できない状態になるのは必定だ。

「ですから、当センターで診断して軽症とわかった患者さんや、生物学的製剤などで治療して寛解に導入できた患者さん、病状が安定している患者さんは、できれば地域の病院や消化器専門の診療所に逆紹介していきたいと思っています。

これまでも、同じ医局出身の医師や、個人的に面識のある医師との間

で連携をしていましたが、決して満足のいく数とは言えません。たとえば、福岡市の佐田病院、北九州市の戸畑共立病院との連携では、2人主治医制に近いかたちで患者さんの診療がうまくいっていますが、このような例は希少です」(平井先生)

「IBDの病病連携、病診連携が機能している地域は、全国的に見てもほとんどないのではないかと平井先生は述べる。同センターでは、地域医療支援センターや医療ソーシャルワーカーなど、地域やIBD医療全体を見渡せる立場のスタッフも巻き込んで医療連携を推進している。「とはいえ、一医師や一医療機関の力だけで連携システムを構築するのは難しい。厚生労働省をはじめとする行政が動いてくれることを期待しています」(平井先生)

### 市民に加え、医療者向けのセミナーを開催して啓発を

IBDの連携システムの構築は、何ゆえ、それほど難しいのか。「珍しい病気と言われてIBDセンターに来院した患者さんの多くは、病状が安定しても、専門医や専門的なスタッフがそろっている当院への受診継続を希望されます。それだけ不安感が大きいのですね」(山口氏)「診断がつくまでに時間がかかるなど、初期に適切な診療が受けられなかった患者さんは特に不安が大きいです。実際、早期に診断ができなかった結果、手術を受けざるをえなくなった患者さんもいますから」(平井先生)「全例が手術を必要とするわけではありませんが、手術を受ける患者さんにしてみれば、ストーマを造設するなど手術は決して容易に受け入れられることではありません。だから

こそ、外科介入のタイミングをきちんと判断できる医療機関と、しっかり連携していかなければならないと考えています」(東先生)

「大多数の医療機関で、IBD医療に対する理解が進んでいない点が難題です。専門医がいないから患者さんを引き受けられない、引き受けるのが不安だという病院や診療所が少なくない現状では連携の足がかりとなる啓発活動が必要でしょう」(平井先生)

福岡大学筑紫病院とIBDセンターは、これまで、患者やその家族向けの学びの場を頻回に提供してきた。たとえば、『市民公開講座』は2012年から年1回、すでに7回を開催。院内での『IBD教室』は2014年から月1回で、こちらは70回近く実施している。

そして、これらに加え2018年からは、非専門医や医療スタッフを対象としたセミナー(【資料2】)を開始したようだ。「当院がパンク状態になる前に、一刻も早く地域で患者さんを支えられる環境をつくらねばと始めました。最初から専門的な難しいレクチャーをしても敬遠されてしまうので、まずはIBDを知ってもらい、『基礎の基礎』のセミナーとしました。

予想以上に反響は大きく、周辺地域だけでなく、九州一円から参加がありました」(山口氏)

「IBDを手がけたい消化器外科医は多いとは言えません。しかし総合的な技術が必要で、手術によって患者さんのQOLが大きく向上するなど外科医にとってやり甲斐のある分野です。そうした点を、連携する医師

【資料2】

### セミナーの運営スタッフ



の皆さんに知っていただけるよう努めていきます」(東先生)

「地域の医療スタッフの中では特に管理栄養士へのアピールが効果的かもしれません。IBD医療では栄養管理が必須で、ひとりでもIBD患者に接したことがある方なら興味や関心をお持ちだと思います」(山口氏)「啓発活動によってIBD医療の裾野を広げ、治療は専門医療機関のチームが担い、寛解維持期の療養は身近な地域の医療機関が支える仕組みをめざします。

患者さんの長い人生を俯瞰して、『QOLを高いレベルで保つ』という目標を共有できる医療機関同士の連携構築が理想です」(平井先生)

「次回以降のセミナーには、第1回に参加できなかった、あるいは今までは興味を持っていなかった方々に、ぜひ参加してもらいたい」との要望の声で、この日の先生方の話は締めくくられた。

### 福岡大学筑紫病院

〒818-8502  
福岡県筑紫野市俗明院1-1-1  
TEL: 092-921-1011

## ❖ IBDセンターとの連携で、より良いQOL維持を



医療法人佐田厚生会佐田病院  
消化器内科部長

古賀 章浩先生

以前、手術の際には、福岡大学筑紫病院のサポートを受けていましたが、現在は院内の消化器内科と外科が連携し、腹腔鏡下手術を当院内で行えるようになりました。さらに看護師による栄養療法の指導や、臨床

工学技士による白血球除去療法のセッティングや管理など、医療スタッフも含めたチーム医療も充実してきています。

ですから、福岡大学筑紫病院IBDセンターへの紹介は、当院でできない検査や治療が必要なケース、また非常に重症な患者さん、あるいは寛解が維持されていたにもかかわらず急激にQOLが悪くなったような患者さんです。こうした紹介例は、以前より少なくなっていますが、その分、難しい症例に関する電話でのご相談は増え、場合によってはIBDセンターのカンファレンスに症例を持って行って一緒に検討していただくようになりました。

今後、IBD患者がますます増え、

広範囲から患者さんが多数集まるようになれば、IBDセンターですべての症例に対応するのは難しくなっていくでしょう。患者さんの納得が得られる場合には、当院への逆紹介は積極的にお引き受けしていきたいと考えています。

紹介—逆紹介にとどまらず、協力し合って地域のIBD患者のQOL向上に資するような活動をしていきたいと思っています。

医療法人佐田厚生会佐田病院

〒810-0004  
福岡県福岡市中央区渡辺通2-4-28  
TEL : 092-781-6381

## ❖ 医療機関の役割分担と連携の推進が必須



社会医療法人共愛会戸畑共立病院  
副院長/消化器病センター長/内科系主任部長

宗 祐人先生

当院では10年ほど前に消化器病センターを開設し、がんとIBDを主として消化器疾患全般を診ています。IBDの患者さんは流動的ですが、常時200人以上が通院されています。当センターでは、内科的治療に限ら

ず手術も行い、地域の患者さんではできる限り地域で診ていくとの基本方針のもとで治療にあたっています。

しかし、重症度の非常に高い患者さん、何度も手術を繰り返しているような症例に関しては、福岡大学筑紫病院IBDセンターにご紹介しています。いわゆる病病連携です。また当院で寛解し、状態が安定している患者さんを、地域の診療所の先生方に逆紹介する病診連携も行っています。患者さんの中には、病態が落ち着いていても専門的治療が受けられる当院での継続治療を希望する方もいますが、その場合でも必ず一度は紹介元の先生にお返しします。

今後のIBD医療を考えると、それぞれの状態に適した医療機関で診

療する役割分担が非常に大切だと思います。治療薬の進歩により、一般の診療所の先生方でも治療ができる環境が整ってきました。そこで、軽症の症例は診療所で、中症から重症の活動性の高い症例は当院のような地域の病院とIBDセンターのような大学病院でといった具合に、診療所と病院のしっかりとした役割分担と連携関係が構築されるよう貢献していくつもりです。

社会医療法人共愛会戸畑共立病院

〒804-0093  
福岡県北九州市戸畑区沢見2-5-1  
TEL : 093-871-5421

取材日：2018年4月12日



## 多職種が介入する1泊2日の短期教育入院で若年層の糖尿病の早期治療に成果。

### Point of View

- ① 糖尿病の初期対応から腎症保存期、透析治療まで継続して診る診療体制
- ② 主に若年層の早期患者を対象とした『一泊教育入院』と定期的なフォローの外来診療で成果をあげる
- ③ 病歴の長い高齢患者に対しては、持続血糖測定(CGM)の活用や薬剤選択の調整によって対応

長野医療生活協同組合長野中央病院  
副院長／糖尿病・内分泌・腎臓内科

近藤 照貴先生

長野医療生活協同組合長野中央病院  
薬局長

松岡 慶樹先生

長野医療生活協同組合長野中央病院  
病棟看護師  
主任

平林 祥子氏

長野医療生活協同組合長野中央病院  
外来看護師  
主任

大澤 博美氏

長野医療生活協同組合長野中央病院  
理学療法士  
主任

宮川 邦成氏

長野医療生活協同組合長野中央病院  
管理栄養士

有賀 由貴氏

長野医療生活協同組合長野中央病院  
臨床検査技師

山崎 麻紀氏

### 糖尿病の医療資源が豊富な地域で特色ある取り組みを

「長野市は、糖尿病専門医が在籍する病院や、専門の診療所が複数存在する、糖尿病の医療資源が豊富な地

域だと思います」(近藤先生)

こう話の口火を切ってくれたのは長野中央病院副院長で糖尿病と内分泌代謝に加え、透析の専門医でもある糖尿病・内分泌・腎臓内科の近藤先生だ。

「当院が糖尿病の患者さんから選ばれる医療機関になるには、患者さんのニーズにかなう特色が必要です」(近藤先生)

長野中央病院では、どのような特色ある診療をしているのか。



左から近藤先生、松岡先生、平林氏、大澤氏、宮川氏、有賀氏、山崎氏

「ひとつには、初期の糖尿病から腎症保存期、透析まで、1診療科でシームレスに診ている点です」(近藤先生)

糖尿病性腎症で透析が必要なステージにいったとき、糖尿病の治療開始時から同じ主治医が診ていることがメリットになる。長期間の治療で築かれた患者と主治医との信頼関係があれば、腎代替療法の選択が円滑になり、患者が生涯にわたって続く透析治療と向き合う支えを得られるだろう。

特色の2つ目には、独自の糖尿病教育入院が挙げられる。

「近年、糖尿病患者の年齢構成は40～50歳代の若年者と高齢患者の2極化が進んでいます。

前者の典型例は生活が不規則で、肥満気味、運動を億劫がり、通院する時間もないほど忙しい。後者の典型例は、糖尿病歴が長く、サルコペニアやフレイル、認知症などのリスクがあり、経済的な問題を抱えている。同じ糖尿病の患者さんでも両極端です。

当院では、2極化した患者さんそれぞれに対応する診療を行えるよう2000年代前半から、診療の見直しに取り組んできました。そうした中、『若い新患を対象にコンパクトでしっかりした教育を』との意見が多く、医療スタッフからあがり、『一泊教育入院』が2005年4月にスタートしたのです」(近藤先生)

【資料1】

一泊教育入院のスケジュール

火			水		
時間	講師	内容	時間	講師	内容
14:35	看護師	日常生活について 治療の7つのポイント 清潔・フットケア 糖尿病と歯周病 低血糖症状とその対処法 シックデー ※2階南病棟入院中の患者限定	14:00	臨床検査技師	糖尿病の検査について
15:15	栄養士	食事療法総論 家と病院の食事量の違い 食料構成・塩分の話	14:30	薬剤師	薬物療法について 内服薬 インスリン
16:00	理学療法士	運動療法総論 運動療法実技について ウォーキング・スローピング・ストレッチなど			
19:30	医師	糖尿病総論 糖尿病とは 糖尿病の治療 コントロール目標 合併症について がん予防			

多職種の医療スタッフが支える『一泊教育入院』

それまで同院で行われていた糖尿病教育入院は、当時の多くの専門医療機関と同様に、2週間コースを基本としていた。ゆえに1泊2日の短期間で何ができるのか、近藤先生にも確信があったわけではない。「最初は『とにかくやってみよう』と始めました。それが試行錯誤しながらも10年以上続き、コンスタントに年間30～40名の患者さんが参加するようになったのは、十分な合理性

があったという証左でしょう」(近藤先生)

また、一泊教育入院のプログラムに多職種の医療スタッフがかかわりチーム医療が実現している点が、成功と継続につながったのは言うまでもない。一泊教育入院にたずさわる各職種のスタッフに話を聞いた。

病棟看護師の平林氏は、プログラムの概要と2日間での患者の変化について解説する。

「プログラムは毎週、火曜日の午前に開始して水曜日の午後を終了します【資料1】。入院するのは当初

から主な対象と想定していた40～50代の患者さん、しかも健診などで初めて糖尿病を指摘されたような新患に近い方が大半です」(平林氏)

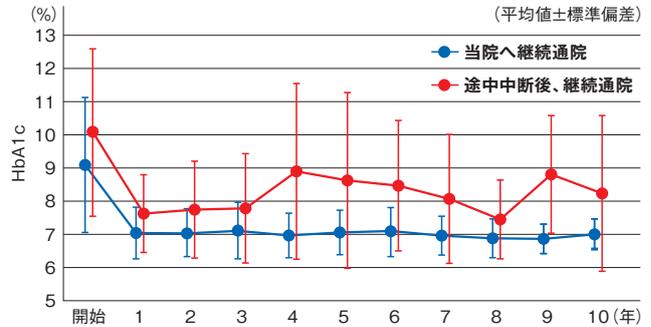
ごく初期で、軽症の糖尿病の場合は、患者の病識も希薄だろう。



退院後の外来通院動向と転帰 (退院後1年以上経過した397例)

転帰	例数	%
当院へ継続通院	248	62.5
途中中断後、継続通院	27	6.8
転院	69	17.4
中断	42	10.6
中止(耐糖能正常化)	4	1.0
死亡	7	1.8
総数	397	

継続通院例と途中中断例のHbA1cの推移



「糖尿病の知識をほとんどお持ちでない方も多く、基本的なことから丁寧に説明、指導していきます。たった2日でも、プログラムの最後の個別指導では、多くの方が、『自分を振り返る良い機会になった』といった感想を話されます」(平林氏)

管理栄養士の有賀氏は、1日目の昼食で糖尿病食をとった直後に患者と対する。

「まずは患者さんを集め、糖尿病食に関するレクチャーをします。『昼食、召し上がってみていかがでしたか?』と問い、感想を聞くところからスタートします。それぞれの患者さんに合わせて調整した理想的な糖尿病食を食べてみて、普段のご自分の食事との違いを実感していただくわけです」(有賀氏)

2日目には、個別指導を行う。一人ひとり違う年齢や体型、生活環境や仕事時間、運動量、もちろん血糖値やHbA1cの目標数値などを考慮してアドバイスをする。

「たとえば、忙しくて外食中心の男性には、お店やメニューの選び方もお教えします」(有賀氏)

要は、ベストではなくてもベターな食生活になるよう栄養療法の基礎

を身につけてもらうのだ。

栄養療法と並んで大切な運動療法についても、集団でのレクチャーと個別指導に分けて行っている。理学療法士の宮川氏が次のように語る。「1日目に、皆さんにお話しするのは、なぜ運動が必要かです。説明しながらさり気なく、患者さんの運動の経験や現状、生活環境などをお聞きします。そして2日目には、運動を体験していただきます。2名ずつですが、指導は個別。前日に聞き出した情報に配慮しながら個々の患者さんに合わせた運動強度や、運動の種類を提案し、実際に体を動かしてもらいます。1日目のレクチャーでは関心が薄かった方も、糖尿病の知識や情報を得た2日目の運動体験では、明らかに真剣味が違います。

ただ、張り切りすぎて急に過度な運動をするのは危険ですので、患者さんごとに適切な運動強度を体感していただき、けがをしないよう注意を促します」(宮川氏)

### 検査から治療方針の決定まで 凝縮された1泊2日

「1泊2日で必要な検査をしっかりと

行い、必要に応じて蓄尿検査や24時間血糖の持続モニタリングを実施。2日間で病態を評価し、最後の医師の診察時には、治療方針を決定します」(近藤先生)

検査から治療方針の決定にいたる過程で、臨床検査技師や薬剤師も的確に患者を支援する。「患者さんは血糖値やHbA1cという言葉は知っていても、ご自身の現在の検査データの意味するところまでは理解されていない方がほとんどです」と話すのは、臨床検査技師の山崎氏だ。

「ですから私たちは、それぞれの検査の意味や数値の意味をお教えし、ご自分の病気を客観的に見る姿勢を身につけていただけるよう努めています。血糖値やHbA1cなどの血液検査だけでなく生理機能検査、たとえば、動脈硬化の程度を測るABIやPWVの検査に関する知識がつくと、糖尿病が、全身のいろいろな疾患に関係しているとわかり、合併症予防の大切さの理解にもつながります」(山崎氏)

薬局長の松岡先生は、教育入院に2週間のプログラムしかなかったころから長くたずさわり、一泊教育入院のスタート以降は、さまざまなデ

ータの収集・分析や患者へのアンケートの実施などを通してプログラムの改善と充実を図ってきた。

「患者さんには、糖尿病の治療は食事と運動を中心とした日常生活の改善が基本で、薬はそのあとの手段であるとの自覚を促します。また、薬物療法の目的は、単に血糖値を下げることではなく、合併症の予防や、QOLの向上であるとお伝えします。

これらのことを十分理解していただいたうえで、個々人の処方の説明や服薬指導を行っています」（松岡先生）

### 大切なのは外来でのフォロー 定期的な指導で良好な管理を

一泊教育入院に参加した患者のその後の治療中断率は約10%と良好（【資料2】）。松岡先生によると治療開始後1年間ほどは血糖コントロールが安定している患者が多いという。しかし、こうした成果は、2日間に凝縮させた教育入院だけによるものではなさそうだ。外来看護師の大澤氏が話す。

「一泊教育入院はクリティカルパスで運用されており、3ヵ月後、9ヵ月後、1年後の外来療養相談受診がセットになっています。外来受診時に、私たち外来看護師が、患者さんの病気に対する理解や意識を確認しています」（大澤氏）

「糖尿病医療で初期教育が大事なのは言うまでもなく、だからこそ多忙な若い患者さんのために最低限の時間で受けられるプログラムをつくりました。

けれども、密度の濃い教育も1回限りのやりっ放しでは無駄になってしまう。そこで、医師や医療スタッフが、必ず定期的に患者さんを診られるよう、教育入院とその後の外来

でのフォローまでをセットにして継続治療へとつなげています。

一泊教育入院の参加者の1年後、5年後、10年後のデータを見ると、安定的に良好な血糖コントロールを維持できているのは明らか（【資料2】）。しっかりフォローをしている成果でしょう」（近藤先生）

### 病歴の長い高齢患者の 増加にどう対応していくか

近藤先生が前述した「糖尿病患者の2極化」のもうひとつの“極”の高齢患者の場合、たいてい教育入院は1週間以上で組まれる。

「症例によっては、教育よりも血糖コントロールに比重が置かれ、期間が2週間、3週間と長くなる場合があります」（近藤先生）

1週間以上の教育入院では持続血糖測定（CGM）の機器をつけ、文字どおり24時間の血糖値の変動をとらえ、特に夜間の低血糖などをチェックするという。

「高齢で合併症がある患者さんは、すべての内服薬を使えるわけではありません。また、インスリンが必要にもかかわらず認知症で自己注射ができない方もいらっしゃいます。そうした症例で第一に大切なのは、低血糖のリスクを回避することです。

最近ではデバイスが進歩し、CGMのデータ管理が容易になりましたので、入院期間中は、それらのデータを生かしながら薬剤を調整し、血糖コントロールをしていきます。

また、当院退院後にかかりつけ医にお返ししたり、高齢者介護施設に入所されるような高齢の糖尿病の患者さんについては、在宅医療まで考慮した治療計画を、地域の診療所の先生方と共有することが大切だと考えます」（近藤先生）

長野中央病院が、急性期医療を担う病院でありながら長く糖尿病医療に力を注いできた意味は、診療所では対処できない場合の受け皿になる点にある。

「安定した患者さんの日常的な血糖コントロールは地域の診療所にお願いし、腎症が疑われたり心血管イベントを起こしたりと病歴が長くて重症化した症例は当院にお任せいただくといった、すみ分けができます。

当院では、他の急性期疾患とともに糖尿病も診療の中心に置き、重症化や急変時に対応することを責務だと思っています」（近藤先生）

高齢糖尿病患者が、これから増え続けるのは確かで、地域での同院の存在はますます重要になっていこう。松岡先生によれば、現在、同院で薬物治療を行っている糖尿病患者は3,000名以上に及ぶそうだ。

「若年層の患者さんへの早期の教育と治療、病歴が長く重症化したりコントロールが難しくなった高齢の患者さんの治療。これらは当院でしっかり対応し、内服薬のみの血糖コントロールが安定した患者さんは、地域にお返ししていく方針です」（近藤先生）

同院がこうした役割を果たせるのは、院内に糖尿病のための多職種チーム医療がしっかりと根づいているからにほかならない。そして今後、成果をあげてきた一泊教育入院は、高度なチーム医療の中で育まれた先進的なプログラムとして注目されるだろう。

長野医療生活協同組合  
長野中央病院

〒380-0814  
長野県長野市西鶴賀町1570  
TEL：026-234-3211

取材日：2018年4月23日



生活習慣病



東播磨医療圏

## さまざまな診療科と多職種が協働し、 糖尿病などの生活習慣病にアプローチ。

### Point of View

- ① 県の政策医療拠点として、さまざまな診療科の医師と、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師らが協働する生活習慣病センター
- ② 「糖尿病・肥満」、「足病変」、「肝臓病」、「動脈硬化・禁煙」、「腎臓病」、「骨粗鬆症」の6つのコアチームが、検査からケア、療養指導を担う
- ③ 外来糖尿病教室、肝臓病教室、生活習慣病教室などを広く一般市民に向けても開催し、予防に力点を置いた啓発を行う

兵庫県立加古川医療センター  
副院長(診療担当)兼生活習慣病センター長/  
消化器内科部長/感染症内科部長

尹 聖哲先生

兵庫県立加古川医療センター  
生活習慣病センター次長/糖尿病・内分泌内科部長

飯田 啓二先生

兵庫県立加古川医療センター  
循環器内科部長

岩田 幸代先生

兵庫県立加古川医療センター  
リハビリテーション科部長

柳田 博美先生

兵庫県立加古川医療センター  
整形外科部長

岸本 健太先生

兵庫県立加古川医療センター  
皮膚科医長

井上 友介先生

兵庫県立加古川医療センター  
看護部  
慢性疾患看護専門看護師

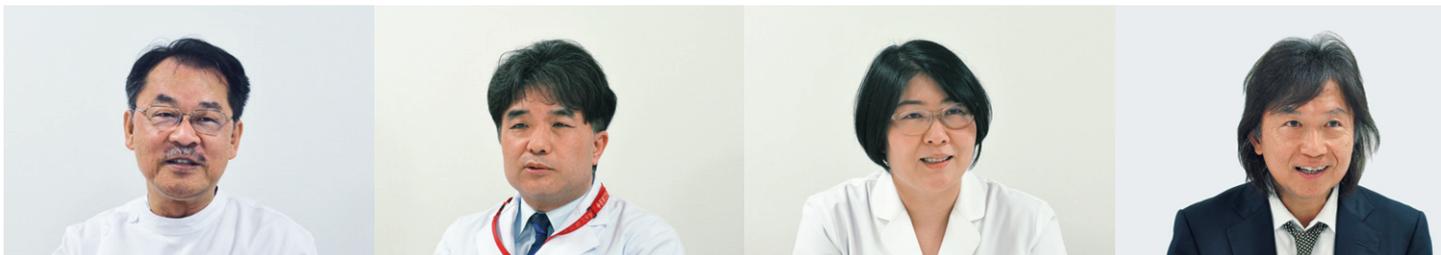
正井 静香氏

### 生活習慣病外来の実績を評価 県が政策医療の要請を行う

糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症、肥満など生活習慣に起因

する慢性疾患を指す言葉として「生活習慣病」が広く使われ始めたのは1990年代の後半ごろである。兵庫県立加古川医療センター（以下、加古川医療センター）は、前身の兵庫県

立加古川病院（以下、加古川病院）の時代、つまり、生活習慣病の概念が打ち出される以前から、糖尿病医療に力を入れていた。まさに、先見の明があったと言ってもいいだろう。



左から尹先生、飯田先生、岩田先生、柳田先生、岸本先生、井上先生、正井氏

「県が政策医療として生活習慣病の対策を模索し、その拠点をどこに置くか検討し始めたころ、加古川病院では、すでにその準備を整えていました」(尹先生)

こう語るのは、加古川医療センター副院長の尹先生だ。2004年には、内科、循環器内科、整形外科、婦人科、皮膚科などの専門医が協働する生活習慣病外来が設置される。「そして、行政のニーズに沿って当院が生活習慣病医療を正式に開始したのは5年後の2009年、移転新築時からで、加古川病院から加古川医療センターと改称すると同時に生活習慣病センターを創設しました」(尹先生)

生活習慣病医療は、3次救急、神経難病、感染症、緩和ケアと並んで2009年、兵庫県議会で決議され、県知事命令で行う政策医療のひとつとして同院に課せられた。それは、もちろん同院が早期から生活習慣病外来を設けて、多数の患者を継続的に診療してきた実績があったからだ。

## 生活習慣病センターでは 6つのコアチームが機能

開設から10年目を迎えた生活習慣病センター（以下、センター）は、生活習慣病の予防と治療、啓発を担う組織として現在、どのような仕組みで活動を展開しているのか。「センターは、院内の多数の診療科

と多職種が協働する場となっています。各専門医と多職種の医療スタッフがコアユニットを形成し、その中に6つのコアチーム（【資料1】）があります」(尹先生)

コアチームは、糖尿病・肥満、足病変、肝臓病、動脈硬化・禁煙、腎臓病、骨粗鬆症の6チーム。「チーム間で対象疾患や診療の内容が重なりますので、各人が同時に複数のチームにかかわって活動している場合もあります」(尹先生)「たとえば、糖尿病・肥満チームは糖尿病・内分泌内科の医師5名、後期研修医3名、それに外来看護師、病棟看護師、管理栄養士などで構成されています」(飯田先生)

チームの活動を説明してくれたのは、センター次長で、糖尿病・内分泌内科部長の飯田先生だ。「糖尿病・肥満チームでは、主に食事療法と運動療法による減量のためのプログラムを作成、その指導をしています。センターが主催する外来糖尿病教室の企画もまた、糖尿病・肥満チームが中心となって行っています。このチームに限らず、チームの活動に関しては、医療スタッフたちが主体的に動いてくれている点が特徴です」(飯田先生)

慢性疾患看護専門看護師で、生活習慣病の療養指導に長くたずさわる正井氏がチームについて補足してくれた。「6つのチームのそれぞれに、外来

看護師、病棟看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師が1名以上参加するようにしておりチームごとにミーティングが開かれます」(正井氏)

「糖尿病・肥満チームの場合は、ミーティングは週1回。センター全体では、年4回、医師と各職種のリーダーで、活動状況や、新しい計画などの情報共有のための会議を行います」(飯田先生)

6つのチームは、それぞれに専門分野で活動しつつ、相互につながり合って生活習慣病コアユニットとして機能し、それを取り囲むかたちで関連する多くの診療科からの患者紹介や診療サポートがある。これが、センターの仕組みのようだ。

## 糖尿病・肥満チームの運動の プログラムも協働あってこそ

リハビリテーション科部長の柳田先生は、糖尿病の教育入院や治療のための運動プログラムを作成し、糖尿病・肥満チームで患者の運動指導にかかわっている。

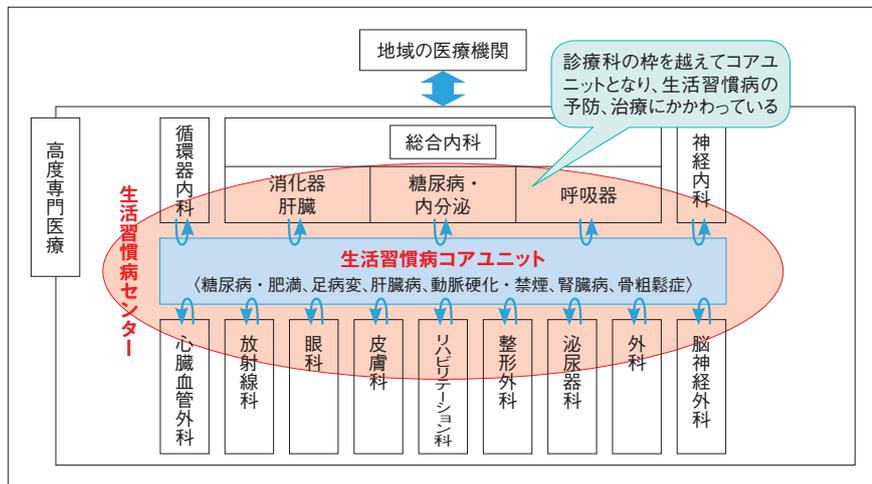
「最初、大半が運動を苦手としている、あるいは運動をしたくない患者さんのための運動プログラムを作成することになり、非常に戸惑いました。しかし、センターで多くの患者さんと接するうちに、筋肉の拘縮が強い、骨盤周囲の筋肉が弱い、全体の筋力バランスが悪い、人生のどこかの時期で運動器に疼痛を抱えるようになった——などの共通点に気づいたので」(柳田先生)

これらが原因で運動を避けるようになり、それが糖尿病や肥満を助長し、さらに運動から遠ざかるという悪循環を生む。



【資料1】

### 生活習慣病センターの概要



「ですから、治療のための運動プログラムは、まず、血流の滞りをほぐし筋肉の柔軟性を高めるストレッチから入り、荷重関節に負担の少ないエアロバイクや水中歩行などの有酸素運動、次に筋力バランスを整える筋トレへと進む構成にしています。また、疼痛コントロールでは、アイシング（【資料2】）を重視しています」（柳田先生）

もっとも肝心の運動に対するモチベーションのアップには、医師の力の限界を感じるが、医療スタッフに助けられていると話す。「センターで、看護師や理学療法士などが、運動をする患者さんに声をかけ、上手に褒めて励ましてくれると、患者さんのやる気は確実に上がります。医療スタッフのそろったセンターならではの運動指導を、これからも大切にしていきたいですね」（柳田先生）

### センターをハブにして複数の診療科が多方面から診療する

「特に糖尿病は、生活習慣病そのもの

でありながら、糖尿病以外の多くの生活習慣病ともかかわる疾患で、合併症も多彩です」（飯田先生）  
「だからこそ、いくつもの診療科や多職種がかかわるセンターが必要なのです」（尹先生）

足病変チームで活動する皮膚科医長の井上先生が続ける。「足病変チームには、フットケアの専門知識とスキルを修得した看護師と皮膚科医が参加しています。」

糖尿病性神経障害のある患者さんは痛みを感じにくいので、足病変が重症化しやすく、切断を余儀なくされる場合があります。そこで当チームは、重症化の防止のために軽症の段階から治療介入するとともに、患者さん自身が日ごろから足に気をつけるよう動機づけを行っています」（井上先生）

皮膚科では、地

域の診療所から「足の傷を診てほしい」と患者の紹介を受け、糖尿病が判明するケースが少なくない。糖尿病だとわかった患者は、必要に応じてセンターへ紹介され、センターを介して糖尿病・内分泌内科など適切な診療科へと院内紹介される。「足病変の症状が出たときには、傷の治療やケア、血流改善、感染管理といった多方向からのアプローチが必要になりますが、内科、皮膚科、放射線科、心臓血管外科等々、複数の診療科がかかわるセンターがあるおかげで、それが容易です。」

フットケアで、早期の閉塞性動脈硬化症が疑われたときは、全身の血管で動脈硬化が進んでいるかもしれませんから、必要に応じて循環器内科や脳神経外科に依頼し全身を精査してもらいます」（井上先生）

センターは、複数診療科の中心、文字どおり、“センター”にあるようだ。

循環器内科部長の岩田先生は、同科とセンターの動脈硬化・禁煙チームの関係を次のように話す。「循環器内科で診察の際に必ず行っているのは、下肢の動脈硬化のチェックと、喫煙者に対してセンターの禁煙外来受診を勧奨することです。」

【資料2】

### 疼痛コントロールのためのアイシング



患部にラップで固定し約10分冷やす。

【資料3】

患者、一般市民向け各教室の開催例

教室名	内容
肝臓病教室(総論)	放っておいたら、あ肝！肝臓病の治療
肝臓病教室(総論)	人体の「化学工場」～さまざまな役目を担う臓器～
肝臓病教室(各論)	肝硬変をよく知ろう～食事運動療法の重要性～
肝臓病教室(各論)	もっと知ろう！「肝臓がん」のこと
外来糖尿病教室	県かこ 糖尿病講座 その1
外来糖尿病教室	県かこ 糖尿病講座 その2
生活習慣病教室	脂質異常と動脈硬化
生活習慣病教室	血管がつまると起きる足の変化
生活習慣病教室	あなたの体力は大丈夫？未来につながる運動習慣

外来看護師も、血圧や体重、足のむくみなどを確認しながら、必要に応じてセンターでの受診や外来糖尿病教室、生活習慣病教室への参加をすすめています。

患者さんのみならず一般市民が、センターが疾病啓発を目的に開催する教室に参加し、血圧や体重、足の観察を身につければ、それだけでも生活習慣病の予防、重症化防止の効果は大きいでしょう」(岩田先生)

先生方の話に登場した外来糖尿病教室、肝臓病教室、生活習慣病教室の開催によって、センターは地域医療の“センター”にもなりうる。「各教室(【資料3】)は、ご家族や一般市民にも広く開放し、外来糖尿病教室と肝臓病教室はそれぞれ年間15～20回程度、生活習慣病教室は年間10回程度実施しています。

開催する曜日をいろいろ変えて頻回に行うことで、より多くの一般市民の方々に生活習慣病に関する知識や情報を届け、食生活の改善や運動に対するモチベーションを上げるよう働きかけていきたいと思っています」(飯田先生)

将来は生活習慣病と遺伝子の関係などを追究する研究も

センターの今後については、どのようなビジョンがあるのだろうか。

「実は、糖尿病の死因トップは肝がんで、糖尿病と肝臓病は密接に関係しています。患者さんや一般市民向けの肝臓病教室開催だけでなく、地域の医師を対象とした勉強会を今まで以上に実施していきたいですね」(尹先生)

「地域の医療関係者に向けた糖尿病やフットケアに関しての勉強会を地道に継続させていくつもりです。勉強会を通して病診連携を強化し、地域全体の生活習慣病医療のレベルアップを図っていきます」(飯田先生)

最近、立ち上げた腎臓病チームと骨粗鬆症チームに対する取り組みにも注力したいと正井氏は語る。

「腎臓病チームでは、糖尿病・内分泌内科とコラボして、腎症予防から透析まで、患者さんを継続的にサポートしていくシステムをつくっていききたいと考えています」(正井氏)

骨粗鬆症チームで活動する整形外

科部長の岸本先生は、チームでできることを模索中だと言う。

「骨粗鬆症は、高齢患者では原発性が多いのですが、糖尿病や慢性腎臓病など生活習慣病やその治療薬の影響によって起こる続発性の症例も少なくありません。そこでセンターで他科の医師や多職種の医療スタッフと連携し、継続的な治療を行うことが大切だと思っています。当院では数名の看護師が骨粗鬆症マネージャー資格を取得していますが、他の医療スタッフにも同資格の取得をすすめて、できれば、センター内でリエゾンサービスのシステムを立ち上げたい。そして院内の他診療科だけでなく、地域の診療所との連携によって骨粗鬆症患者をサポートしていきたいです」(岸本先生)

尹先生は、新病院建設当時からセンターのあるべき将来を思い描いていたようだ。

「センターの設計段階で、どうしても希望して検査部門に遺伝子解析までできる研究室を設けました。いずれは、生活習慣病と遺伝子の関係などを追究する臨床研究を手がけるつもりです」(尹先生)

さまざまな診療科の医師と多職種の医療スタッフが集結し、生活習慣病の発症メカニズムの研究から、予防、検査、治療、ケア、療養指導、啓発活動までを手がけ、地域の患者をサポートしていく。10年を経たセンターのチーム医療が、そうした理想形に到達するのにそれほど時間はかからないだろう。

兵庫県立加古川医療センター

〒675-8555

兵庫県加古川市神野町神野203

TEL : 079-497-7000

取材日：2018年5月11日



糖尿病



長崎医療圏

## 各病院の特色を尊重しつつ互いの強みは共有し、地域全体の糖尿病診療のレベルアップをめざす。

### Point of View

- ① 各病院が、それぞれの特色を生かしつつ、情報交換を密にして互いの強みの共有をめざす
- ② 『長崎糖尿病地域医療研究会』などで、医師や医療スタッフによる情報交換の場を設定
- ③ 病院の医師たちにも、ICTを活用する『あじさいネット』の利用を提案

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 先進予防医学共同専攻内分泌・代謝内科学分野 准教授 阿比留 教生先生	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 済生会長崎病院 副院長/臨床教授/臨床教育責任者/内分泌代謝内科 芦澤 潔人先生	日本赤十字社長崎原爆病院 内分泌・代謝内科 部長 藤田 成裕先生	長崎大学病院 生活習慣病予防診療部 講師 世羅 至子先生	長崎みなとメディカルセンター 糖尿病・内分泌内科 主任医長/栄養管理部長 野崎 彩先生	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 済生会長崎病院 内分泌糖尿病内科 渡部 太郎先生
--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

### 糖尿病などの生活習慣病に なりやすい長崎市の地域特性

この日、長崎市内の4つの基幹病院の医師たち6名が一堂に会した。長崎市とその周辺地域、さらには長崎県全域の糖尿病診療のこれからについて話し合うためである。まず、長崎大学准教授の阿比留先生が会合の趣旨について述べた。

「本日は、長崎市と周辺地域及び長崎県全体の糖尿病診療の格差や偏在を解消し、診療の質を上げていくには何をすべきか、また、何ができるのかを話し合っていきたいと思います」(阿比留先生)

引き続き、糖尿病に関する長崎市の地域特性について、阿比留先生が

解説する。

「長崎市の人口構成は、若者が少なく高齢者が多い点が特徴です。そして若年層は、独身者の割合が高い、加えて食事は外食に頼りがちで不規則、高齢者は、坂が多い地形のため自宅からなかなか外に出ないといった傾向にあります。

ですから、糖尿病の患者数もさる

ことながら、予備軍も多いと思います」(阿比留先生)

長崎大学病院で講師を務める世羅先生が補足する。

「長崎市は典型的な地方都市で、阿比留先生のご指摘どおり、坂が多く市民は近距離の移動でも車や公共交通機関を使い、軽自動車や原付バイクが一家に数台は当たり前です。自



左から阿比留先生、芦澤先生、藤田先生、世羅先生、野崎先生、渡部先生

分で車を運転できない高齢者のために、市が医療機関受診時にタクシー券を配布しているのは長崎市ぐらいではないでしょうか。

当然、歩く習慣がなければ、日常的な運動量は不足しますので、糖尿病などの生活習慣病になりやすい環境と言えます」（世羅先生）

では、長崎市の糖尿病診療の現状はどうなのか。

「長崎市に限れば、基幹病院が数的に充実しており、糖尿病専門医や糖尿病療養指導士（CDE）が多数いるので、広く水準の高い糖尿病診療が提供されていると推察します。ただ、逆に病院のキャパシティに余裕があるゆえに、市内全体で稼働する共通の病病連携・病診連携のシステムがなかなか根づきません」（阿比留先生）

## 病病連携・病診連携は 各施設で違った対応を展開

阿比留先生の言葉を受けて、各医療機関の病病連携・病診連携への取り組みが紹介された。

「長崎大学病院の場合は、1型糖尿病や妊娠糖尿病などの症例では専門病院や専門診療所と連携していますが、一般的な2型糖尿病に関しては連携せず自院で継続的に診療するケースが多いですね」（阿比留先生）

対して積極的な病診連携を行う済生会長崎病院（以下、済生会病院）

副院長の芦澤先生が語る。

「当院には、東長崎地区を中心にかなり広範囲から糖尿病の患者さんが来院され、初診は年間400例ほどになります。また、急性期疾患で当院を受診する患者さんで糖尿病を合併している方も多く、さらに、独居の高齢者や経済的困窮者など、社会的な問題を抱える患者も多数受け入れています。

けれども、その全員を継続的に診ることはできませんから、症状が安定した患者さんは、できるだけ地域の診療所にお返しするよう努めています。その際には、医療ソーシャルワーカーなども加わった多職種チームにバックアップしてもらっています」（芦澤先生）

同院の内分泌糖尿病内科の渡部先生が言う。

「当診療科の外来患者全体のおよそ1/3は病診連携により地域の先生方と一緒に診ています」（渡部先生）

続いて長崎みなとメディカルセンター（以下、メディカルセンター）の糖尿病・内分泌内科主任医長、野崎先生は、同院の連携システムを解説してくれた。

「新患はできるだけ教育入院していただき、退院したらその後2年間は全例、診療所の先生方と連携しながら診ていきます。2年たってコントロールが良く症状が落ち着いていけば、完全に地域の診療所にお返しします。コントロールが悪ければ、病

診連携による診療を続け、当院の定期外来でも診ていくシステムです」（野崎先生）

一方、日本赤十字社長崎原爆病院（以下、原爆病院）は連携には積極的ではないと、内分泌・代謝内科部長の藤田先生が話す。

「原爆病院では、自院で責任を持って患者さんを診るという風土が根強く、糖尿病患者についても、あまり連携はできていません。このため他院に紹介せず、生涯にわたって当院で診ている患者さんも少なくありません」（藤田先生）

病病連携・病診連携の取り組みは病院ごとに違うようだ。

「済生会病院や原爆病院は、それぞれに歴史的な背景があつての現状ですし、長崎大学病院は、臨床以外に教育や研究といった使命があるので他院と同様の連携の実施は困難だと予想できます」（世羅先生）

「それぞれの特色は生かしつつ、お互いにすぐれた部分を学び合っ、とり入れ合っていけば良いのではないのでしょうか」（芦澤先生）

## 標準化のハードルは高いが 常に視野に入れておくべき

連携の話のあとに、藤田先生から糖尿病診療の標準化が、話し合いのテーマとして挙げられた。

「これまでに長崎市内外のいくつもの病院で糖尿病の診療を経験する中で、病院ごとにいろいろな違いがあることを身をもって知りました。もちろん違いは、必ずしも格差ではなく、むしろその病院ならではの特色の場合もあります。

とはいえ日常の診療の中で戸惑ったり、疑問に感じる場面に遭遇し、もし標準化できる部分があるならば試みてもいいのではないかと思います、



先生方と糖尿病診療の標準化に関して意見交換をしたいと考えた次第です」(藤田先生)

藤田先生はこの集まりに先立って4病院の現在の診療体制や仕組み、システムについて聞き取りを行い、一覧表化(【資料】)した結果、確かに違いが見て取れたという。

「たとえば、若い医師たちは、いろいろな病院をローテートしながら経験を積んで育っていきませんが、行く先々で検査や治療の仕方や手順、医療スタッフの介入の度合いなどが違うために、迷いや混乱が引き起こされる場合があります。

それら小さなことからでも標準化し、効率的な医療ができるようになれば、医師はもちろん、患者さんにとっても有益ではないでしょうか」

(藤田先生)

病院ごとの仕組みの違いで悩まれた具体的な体験談が、野崎先生から明かされる。

「私がメディカルセンターに赴任して、まず、困ったのが教育入院でした。当院では期間は1週間なのですが、それまで10日～2週間の教育入院しか経験しておらず、短期間で検査と血糖コントロール、教育をするのに苦慮しました。

また、インスリンの混注をするのか、しないのかも施設によって異なりますし、血糖測定の回数など細かい違いがいろいろあって、新しい施設に赴任すると慣れるのに時間がかかります」(野崎先生)

検査や治療の仕方や手順のほかに標準化できる可能性がありそうな患

者教育のためのテキストや医師向けのマニュアル、地域連携パスなどについて先生方の話は続く。

「長崎大学病院では、インスリンの混注はしません。そうした手順も含めて医師用のマニュアルをつくっていますが、経験のある医師は読まずに、自分のやり方を通してしまいます。

患者さんのためのテキストも、以前は印刷物を作成していましたが、新しい薬剤がどんどん承認され、治療の進歩が著しい糖尿病に関しては常に更新が必要です。そこで今は、担当者がパソコン上で情報を更新したものをプリントアウトし、糖尿病教室に参加される患者さんにお配りしています」(世羅先生)

先生方の話を聞くと、標準化でき

【資料】

#### 4 病院の糖尿病診療の相違点

	長崎大学病院	長崎原爆病院	済生會長崎病院	長崎みなとメディカルセンター
<b>入院</b>				
教育入院のクリティカルパスの有無	特にやっていない	あり	あり	あり
教育入院の日数	パスがない	2週間	地域包括ケア病棟を利用し2週間	1週間(8日)
カンファレンスの構成メンバー	医師のみ	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師	—	医師、看護師、管理栄養士、栄養士、検査技師、歯科衛生士、理学療法士、事務作業補助者
<b>糖尿病教室</b>				
対象者	入院患者	自由参加(一般も含む)	入院患者	入院患者(要オーダー)(自科、他科)
担当職種	循環器内科、眼科の医師の担当あり	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、検査技師、歯科衛生士
<b>糖尿病チーム</b>				
糖尿病チームの存在の有無	なし	あり	あり	あり
構成メンバー	なし	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師、医療ソーシャルワーカー	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師、歯科衛生士
<b>インスリンの扱い</b>				
点滴本体へのインスリンの混注	不可	可	可	可
<b>外来システム</b>				
フットケア外来	予約システムあり	随時看護師に相談	オーダーリング	オーダーリング(看護師に権限委譲)
透析予防介入の方法	オーダーリング	随時看護師に相談	教育入院から対象患者をスクリーニングしてオーダー	オーダーリング
栄養指導の継続	単発	単発	管理栄養士に権限委譲、医師が承認	管理栄養士に権限委譲、医師が承認
合併妊娠、GDMの管理	担当の医師にまとめている	なし	なし	GDM外来

る部分を探していく作業は、そう簡単ではなさそうだ。

「しかし標準化は確かに必要です。たとえば、熱意ある医師が上に立って自分のやり方で診療を進めていくと、他院とは異なる独自の手法に進化し、いわゆるガラパゴス化してしまう危険性があります。そのような現象を起こさないためにも、標準化について話し合うことは、意味があります」(阿比留先生)

### 病院同士の違いを知ることが 糖尿病診療の向上につながる

「長崎市内の4病院の中でさえ、これまで知らなかった違いがたくさんあります。今日の話し合いを通して互いの違いを知る大切さを実感しました。

違いを知って是正しようとしたり良い部分を取り入れたりすれば、地域の糖尿病診療の向上が図れると思います」(藤田先生)

その第1歩と目されるのが、2018年11月の『長崎糖尿病地域医療研究会』だ。

「同研究会自体は、20年ほどの歴史のある集まりです。長崎大学と原爆病院、メディカルセンター、同じく長崎市内にある虹が丘病院の4病院が中心となって運営しており、参加者は医師だけでなく、というより8割ほどは医療スタッフが占めます。毎回、テーマを決めて医師を含む医療スタッフがレクチャーする形式が主でしたが、今回はテーマを『糖尿病教室』とし、シンポジウム形式で開催予定です」(阿比留先生)

「各病院が、糖尿病教室をどのように開いているのか、お互いの取り組みを聞き、『それは面白そうだ』、『うちでもやってみよう』などの気づきがあって、ディスカッションが

盛り上がる集まりにしたいですね」(藤田先生)

### ICTを介した情報共有で 地域連携のあり方を模索

長崎県全体の糖尿病診療に臨むにあたって阿比留先生が今、注目しているのは『あじさいネット』の活用だ。あじさいネットは暗号化したインターネットを介した、医療機関同士や薬局をつなぐ情報共有システムで、特定非営利活動法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会が運営している。

2004年にスタートしたあじさいネットは現在、長崎県全域をカバーする。当初は主にがん医療、在宅医療の分野で使われてきたが、今後は糖尿病等の生活習慣病への活用が期待される。

「あじさいネットには、いろいろな機能があります。たとえば、診療所を受診する患者さんが病院を受診した場合、あじさいネットに参加している施設同士であれば、病院の電子カルテを診療所で閲覧できます。

しかし、これまで糖尿病の分野では、あまりやり取りが行われてきませんでしたので、糖尿病専門医の多くが、そのメリットや利便性を認知しておらず、活用が進んでいないのが実情でしょう。ただ、2017年11月からは病院と診療所の間だけでなく病院同士でもデータの閲覧が可能になりましたので、これからは病病・病診の双方で連携を加速させるツールになるかもしれません。

そして、すぐにでも使えそうなのが、テレビ会議システムです。ちょうど長崎県の地域糖尿病療養指導士(LCDE)制度が2018年2月にスタートしたので、LCDEの研修講座をあじさいネットのテレビ会議システ

ムを利用して行おうと動いているところですよ」(阿比留先生)

県全体の糖尿病診療に関しても有益な情報が共有されたところで芦澤先生が言う。

「テーマはなんであれ、それぞれの病院がそれぞれの役割や使命、力量を考えて運営していく中で、お互いに良い点を吸収し合うために話し合う今回のような機会は、これからも大切にしていきたいですね」(芦澤先生)

他の出席者の先生方も異口同音に情報交換の場を頻繁に持つことが大切だと話してうなづく。

活発な意見交換がなされ、さまざまな側面から糖尿病診療の質向上のためのヒントとなる発言が飛び交ったこの日の集まりは、最後まで互いの連携の重要性を確認し、締めくくられた。

#### 長崎大学病院

〒852-8501  
長崎県長崎市坂本1-7-1  
TEL : 095-819-7200

#### 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 済生会長崎病院

〒850-0003  
長崎県長崎市片淵2-5-1  
TEL : 095-826-9236

#### 日本赤十字社長崎原爆病院

〒852-8511  
長崎県長崎市茂里町3-15  
TEL : 095-847-1511

#### 長崎みなとメディカルセンター

〒850-8555  
長崎県長崎市新地町6-39  
TEL : 095-822-3251



SGLT2阻害剤—2型糖尿病治療剤— 薬価基準収載

# カナグル<sup>®</sup>錠100mg

CANAGLU<sup>®</sup> Tablets 100mg (カナグリフロジン水和物錠)

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

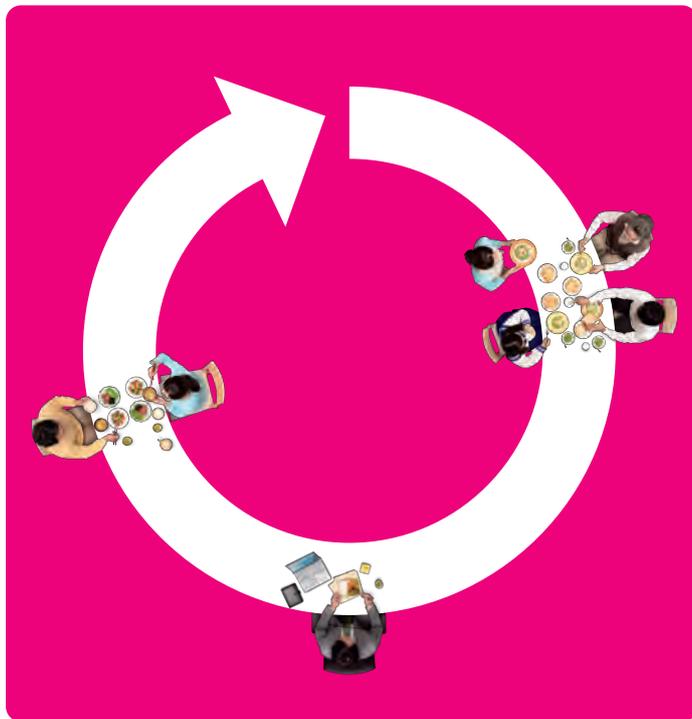


製造販売元(資料請求先)  
田辺三菱製薬株式会社  
大阪市中央区道修町3-2-10



プロモーション提携(資料請求先)  
第一三共株式会社  
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2015年10月作成



選択的DPP-4阻害剤—2型糖尿病治療剤— 薬価基準収載

# テネリア<sup>®</sup>錠20mg

TENELIA<sup>®</sup> TABLETS テネリグリプチン臭化水素酸塩水和物錠

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。



製造販売元(資料請求先)  
田辺三菱製薬株式会社  
大阪市中央区道修町3-2-10



販売元(資料請求先)  
第一三共株式会社  
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2017年11月作成



選択的DPP-4阻害剤 / SGLT2阻害剤 配合剤  
—2型糖尿病治療剤—



# カナリア<sup>®</sup> 配合錠

CANALIA<sup>®</sup> COMBINATION TABLETS  
(テネリグリブチン臭化水素酸塩水和物 / カナグリフロジン水和物配合錠)

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること) 薬価基準収載



効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。



製造販売元(資料請求先)  
田辺三菱製薬株式会社  
大阪府中央区道修町3-2-10



販売元(資料請求先)  
第一三共株式会社  
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2017年9月作成

Medical View Pointは田辺三菱製薬が運営する  
医師・薬剤師など医療関係者を対象としたWEBサイトです。



田辺三菱製薬

Medical View Point

## 領域別情報

### 糖尿病関連の最新コンテンツ



カナグルチャンネル

国内外のエキスパートによる座談会集

NEW 2018/03/30

第22回 SGLT2阻害薬の作用機序に関する最近の知見

—腎におけるメカニズムを中心に—

第23回 リスクを考慮した高齢者2型糖尿病の治療

—DPP-4阻害薬とSGLT2阻害薬の役割を中心に—

## 地域医療情報

### 多職種によるチーム医療



地域を支えるために競争から協調へ

地域医療構想を踏まえ二次医療圏での取り組みや今後の展望を地域に情報発信するために先生方による座談会や、多職種の方々の勉強会の様子をご紹介します。

NEW 2018年6月掲載

埼玉県 東部医療圏 取材

NEW 2018年6月掲載

京都府 京都市 取材

NEW 2018年6月掲載

岡山県 県南西部医療圏 取材

NEW 2018年5月掲載

福島県 県中医療圏 勉強会 第3回

## 診療サポート情報

### 医療制度

#### 診療報酬はやわかりマニュアル

2018年度の診療報酬改定時の主な項目について概略や算定要件等をわかりやすく解説しています。

#### 調剤報酬はやわかりマニュアル

2018年度の調剤報酬改定時に新設・改定された項目を中心に概略や算定要件等をわかりやすく解説しています。

#### DPCはやわかりマニュアル

2018年度の改訂におけるDPC/PDPS(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)の基本的な仕組みやポイントをわかりやすく解説しています。



Pick Up

詳しくは、田辺三菱製薬 医療関係者情報サイトMedical View Pointをご覧ください。

<http://medical.mt-pharma.co.jp>

田辺三菱製薬 医療

検索

記載内容は変更になる場合がございます。あらかじめご了承ください。