

取材日：2019年12月5日



糖尿病



由利本荘・
にかほ医療圏

多法人の多職種がICTツールを駆使し 糖尿病性腎症の重症化を予防。

Point of View

- ① 『在宅医療チーム』が介入して糖尿病性腎症の療養生活に改善が見られない患者には、行政の保健師に介入を要請
- ② 家族や金銭面での問題など、患者が抱えている療養阻害因子を解消して重症化を予防
- ③ 多法人の多職種が情報を共有して連携するために、ICTツールとして医療介護連携SNSアプリを活用

JA秋田厚生連由利組合総合病院
糖尿病代謝内科
科長

谷合 久憲先生

由利本荘市市民課
保健師

長谷川 良子氏

日本調剤株式会社
本荘薬局
管理薬剤師

宮本 潔先生

SOMPOケア株式会社
SOMPOケア由利本荘 居宅介護支援
主任介護支援専門員

水谷 安男氏

由利本荘市健康管理課
管理栄養士

小野 広子氏

由利本荘市健康管理課
管理栄養士

村上 真由美氏

池田ライフサポート&システム株式会社
「わかば」訪問看護ステーション
訪問看護師

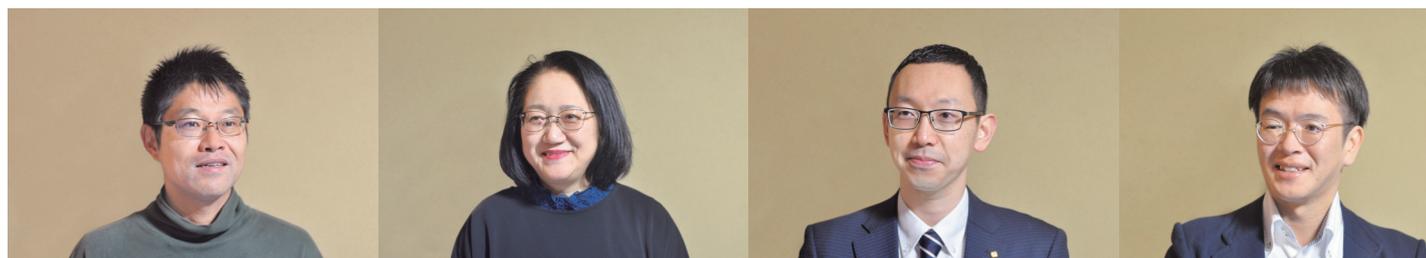
松賀 孝子氏

在宅医療チームと行政が 問題を抱える患者に介入

由利本荘・にかほ医療圏では、由利組合総合病院の糖尿病代謝内科科長の谷合先生のもと、訪問看護師、

薬剤師、管理栄養士など多法人の多職種が集う『在宅医療チーム』（以下、チーム）や行政の保健師などが活躍し、糖尿病性腎症の重症化予防で成果をあげている（【資料1】）。「糖尿病性腎症が進行している患者

さんに対しては、病院で専門の看護師や管理栄養士、薬剤師が療養指導をしますが、改善の兆しがないときには各々の生活の実状に合わせた療養指導をしてもらうため、チームに介入を依頼します」（谷合先生）



左から谷合先生、長谷川氏、宮本先生、水谷氏、小野氏、村上氏、松賀氏

しかし、それでも改善しないケースでは、行政に保健師の介入を要請すると言う。

「チームの介入で効果が出ない多くの方においては、家族や金銭面での問題など複雑な社会的問題を抱えている場合が少なくありません（【資料2】）。そうした患者さんに対しては、行政に保健師の介入を要請し、患者さんが療養に努められる環境を整えてもらう、つまり、患者さんの療養阻害因子を解消してもらうことにより、腎症重症化予防で一定の成果が出ています」（谷合先生）

多法人の多職種連携を可能にしたICTツールの活用

必ずしも顔を会わせたことがない医師や、看護師、薬剤師、管理栄養士、ケアマネジャー、保健師などの多法人の多職種が、連携しながら患者の療養に介入できる最大の要因はICTツールの活用だ。患者の同意のもと、医療介護連携SNSアプリにより、在宅患者の検査値や病状、家庭の事情なども共有する。

チームの一員として活動しているSOMPOケア由利本荘の主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）の水谷氏が、医療介護連携SNSアプリのメリットについて語ってくれた。「在宅の場合、基本的にそれぞれの職種は単独で患者さんを訪問しますので、接点はなく、必要に応じて個

別に連絡をとるだけでした。

ところが、SNSアプリを利用すれば、各職種が得た情報を共有できるだけでなく、アプリ上で意見を求めたり、チームで疑似的なカンファレンスの開催も可能です」（水谷氏）

成功例：ケース1 障害のある息子の就労で改善

さて、ここからは、実際にチームや行政が介入したことで、糖尿病性腎症の悪化予防に成功した患者の事例を紹介していただく。

トップバッターは、谷合先生。「当院へ紹介されてきた患者Aさんは50代女性。腎症4期で、すぐに透析になってもおかしくない病状でした。2人の息子との3人暮らしで長男は仕事を始めたばかり、次男は精神疾患があり就労していませんでした。複雑な問題を抱えているようでしたので、チームと同時に行政にも介入を要請しました」（谷合先生）

管理栄養士の村上氏は、栄養指導を担当した。「食事に関しては、長男が食材の買い物をし、精神障害のある次男が調理を担当していました。次男とコミュニケーションをとるうち、食事を1日3回食べていないと判明したため、そこをメインに食事指導をスタート。しばらくすると栄養バランスには若干の偏りがあるものの、1日3食の食事をとるように変化しまし

た」（村上氏）

行政の保健師によるAさんへの対応について説明するのは、由利本荘市市民課の長谷川氏である。「担当者が訪問してみると、Aさんは障害のある子どもを持つ親として苦しみ、それもあって療養にも消極的だとわかったそうです。このケースでの保健師の役割は、治療を阻害している家族の問題をできるだけ取り除くこと。早速、次男の就労を目標に活動を始め、中断していた精神科への通院を再開いただき、さらに就労支援を受けて仕事に通えるよう手配をしました」（長谷川氏）

訪問看護師の松賀氏は、保健師の介入によりAさんの様子が激変したのに驚いたと話す。「下肢筋力が低下していて、最初は寝たきりに近い状態でしたが、次男の就労を機に自立心が生じたのか、台所に立ったり、洗濯物を干したりするようになりました」（松賀氏）「Aさんへの介入から1年2ヵ月が経過しましたが、今も透析導入を免れています。透析導入にいたっていないので長男は母親の通院の送迎のために介護離職せずすみ、次男は就労ができませんでした」（谷合先生）

成功例：ケース2 支援を進めながら問題を把握

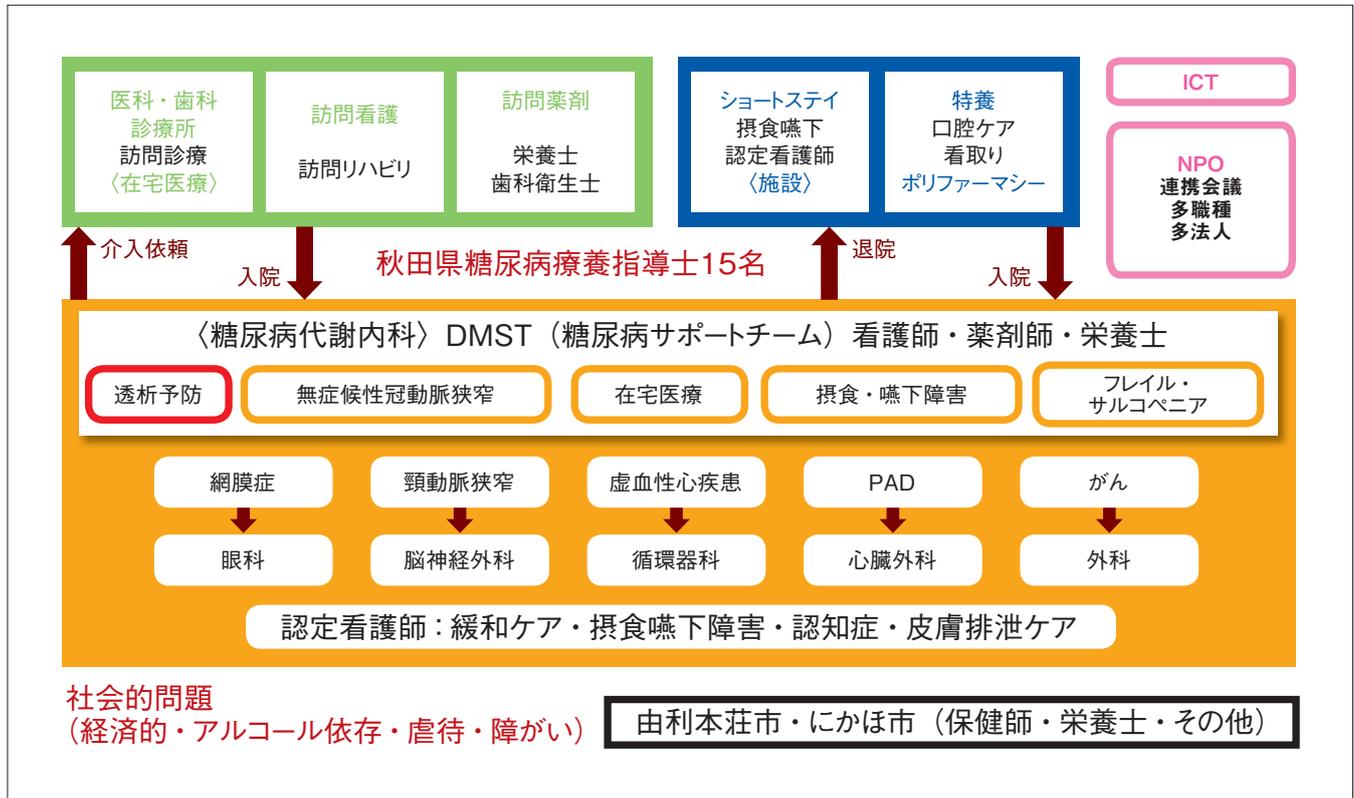
次に成功例を紹介するのは、水谷氏だ。

「患者Bさんは60代女性。腎症3期で、糖尿病網膜症のため視力が弱く、自宅以外では見守りが必要な状況。夫と息子の3人家族で、日中はひとりですごしていました。

チームの介入により眼科手術を受け、体調が安定し



由利本荘・にかほ医療圏における『在宅医療チーム』の相關図



出典：谷合先生提供資料

てきたところで、税金の滞納、入院費の未払いなど経済的問題が徐々に顕在化。金銭的な理由で治療をドロップアウトした過去も明らかになりました」(水谷氏)

Bさんのケースでは、複数の管理栄養士がかかわったが、管理栄養士の小野氏はそのひとり。

「Bさんには、保険薬局の管理栄養士の方がすでに介入していたので、行政の管理栄養士としてどうかかわってほしいのか少し不安はありましたが、できるだけ患者さんの話を傾聴し、心配に思う点を緩和するとの観点からアプローチするようにしました」(小野氏)

長谷川氏は、この傾聴の姿勢が、いかに大切かを語る。

「支援が進む中で、経済的問題が明

らかになっていったのは、多法人の多職種が傾聴に徹したからです。問題が見えなければ解決もできませんので大きな成果と言えるでしょう」(長谷川氏)

後に、金銭的に苦しい原因は息子の遊興費によるものだと判明。保健師のアドバイスで税金の滞納分を軽減できないか息子が行政窓口相談に行くなど一歩前進したかに見えたが、夫ががんで入院し、翌月に死去。収入の減少や悲しみにより、体調に変化があったという。

「今後も患者さんの抱える問題を明らかにして、ひとつずつ解決していくスタンスを変えず、多法人の多職種で連携しながら医療的側面と社会的側面の両面から患者さんを支援していきます」(水谷氏)

成功例：ケース3
薬局薬剤師の介入で透析を遅延

薬局薬剤師の宮本先生が、3例目を紹介する。

「患者Cさんは70代男性でひとり暮らし。腎症4期でしたが、インスリン自己注射を打ちたくない和使用を拒否したためGLP-1受容体作動薬の週1回の自己注射に変更して退院。谷合先生から訪問薬剤師管理指導の依頼がありました。

退院直後は問題なく使用されていたので安心していましたが、後に残薬が見つかって使用していないことが発覚。そこから、自己注射してもらうための根くらべが始まり、使ってもらえるようになるまで毎日訪問しました」(宮本先生)

現在は、月1回の訪問薬剤管理指導で継続使用をするまでになった。「実はCさんは、他人を家に入れたくない方でしたので、当初、しばらくは玄関先で指導をしていました」(宮本先生)

訪問薬剤管理指導を受け入れてもらうには、いろいろな苦労や工夫があったが、注射を継続した結果、透析導入が遅延できている。「Cさんの場合、透析導入を少なくとも1年半以上遅延できているとします。以降は、行政の保健師の方にも介入してもらい、フォローをお願いする予定です」(谷合先生)

成功例を聞いて、ICTツールを駆使して多法人の多職種が連携すれば個々の患者の見えづら生活にまで配慮した、きわめて効果的で効率的な重症化予防をサポートできる可能性が高いのだと痛感させられた。

限りあるマンパワーを有効に活用する仕組みづくりを

数々の成功例に手応えを感じながら、皆さんは何を思っているのか。「チームの活動や行政の支援にたどりつけない人をどうするかという問題について、自分は管理栄養士として何ができるかを思案しているところです」(村上氏)
「管理栄養士が、今後、考えなければ

ならないのは、増加する後期高齢者の口腔の状態についてです。食物をうまく咀嚼して飲み込めるかどうかは栄養状態に直結しますから、歯科医との連携も必要になってくるでしょう」(小野氏)

「チームに参加している経験を生かし、訪問看護ステーション内だけでなく、さまざまな専門職が集まる場にも積極的に出席して、意見を述べていきたいですね」(松賀氏)

「由利本荘市の一部の医療機関では腎症3期以上の患者さんのお薬手帳にCKDシールを貼付し、注意を促す取り組みを実施しています。用量調整が必要な薬剤が適切に使用されるようチェックを徹底し、腎機能の悪化抑制に貢献したいと思います」(宮本先生)

「これまでは介護のコーディネーターしかしていませんでしたが、今後は介護サービスを利用される方の中で服薬に問題がありそうな人は薬剤師に、食生活に問題がありそうな人は管理栄養士に、経済的問題がありそうな人は行政関係者につなぐといった、窓口としての役割も果たしていきます」(水谷氏)

「確かに行政の支援にたどりつける人は少数かもしれませんが、目の前で困っている少数の市民を助けられなくては、すべての市民を幸福にはできません。困っている人を丁寧に支援していくことで何かが変わり、次のステップにつながると信じて、今はできることをひとつずつ積み上げていくしかないと思っています」(長谷川氏)

最後に谷合先生が、今後の展望を語ってくれた。「糖尿病の患者さんが増える中、マンパワーには限界がありますので、これからは、最大の効果があるところにマンパワーを集中させる選択と

集中が必要になってきます。本当に介入しなければならない人に、集中して介入する仕組みを早急に構築していくつもりです」(谷合先生)

谷合先生のもと、ICTツールを活用したチームや行政の保健師などの糖尿病性腎症重症化予防の取り組みは、他の地域でも実践可能な介入モデルとして注目だ。

JA秋田厚生連 由利組合総合病院

〒015-8511
秋田県由利本荘市川口字家後38
TEL : 0184-27-1200

由利本荘市市民課

〒015-8501
秋田県由利本荘市尾崎17
TEL : 0184-24-6251

日本調剤株式会社 本荘薬局

〒015-0834
秋田県由利本荘市岩瀬下98-2
TEL : 0184-28-1212

SOMPOケア株式会社 SOMPOケア由利本荘

〒015-0872
秋田県由利本荘市瓦谷地28-1
TEL : 0184-28-0673

由利本荘市健康管理課

〒015-0872
秋田県由利本荘市瓦谷地1
TEL : 0184-22-1834

池田ライフサポート&システム株式会社 「わかば」訪問看護ステーション

〒015-0011
秋田県由利本荘市石脇字下夕畑193-1
TEL : 0184-74-6535

【資料2】

糖尿病性腎症重症化の背景

- ・ 経済的問題
- ・ 飲酒や喫煙による問題
- ・ 本人や家族の障がい
- ・ 家族からの虐待
- ・ その他家族関係

多くの患者が治療阻害因子を抱えている

出典：長谷川氏提供資料