



より高度な臨床  
より深い研究  
より広い教育  
より積極的な保健活動

# 地域医療連携室だより

Community Healthy Network News

共に診る・共に支える地域医療



## JA秋田厚生連・平鹿総合病院

### もくじ

- 日本の糖尿病・横手における糖尿病治療の地域連携……平山 克…②
- これからの糖尿病診療に関する地域医療連携……月山 克史…③
- これからの糖尿病診療に関する地域医療連携……高橋 和彦…④
- 糖尿病地域医療における薬薬連携について……大隅 厚…⑤
- これからの糖尿病に関する地域医療連携……小原 明美…⑥
- “増え続ける糖尿病”その怖さを伝えたい……高橋 恵子…⑦
- 血糖日内変動検査入院のご案内……⑧



## 日本の糖尿病 ・ 横手における糖尿病治療の地域連携



平鹿総合病院  
院長

平山 克

糖尿病の患者さんはどんどん増加しています。最近の厚生労働省の調査によれば、糖尿病が強く疑われる人(治療中を含む)は全国で740万人と推定され、可能性を否定出来ない予備軍は880万人に上ります。糖尿病の患者さんは、予備軍を合わせて全国で1620万人にもなります。40歳以上の方に限れば4人に1人は糖尿病が疑われるとも言われています。また、上記の740万人の半数近くの人が検査を受けていないために全く治療されていない状態にあるとも推定されています。糖尿病を放置しておく、失明や腎不全(人工透析が必要になります)、脳卒中、心筋梗塞などをおこす可能性が高くなります。

糖尿病の診断と治療においては、患者さんのみならず患者さんのご家族の糖尿病という疾病に対する理解と協力が非常に大切です。さらに、治療の面においては担当の先生と揺るぎない信頼を築いて頂くことが第一義的に重要であることは言うまでもありません。他方、糖尿病の診断基準も年を追って変遷がみられておりますし、治療体系に関

しましても日進月歩に新しい技術や考え方が導入され、薬剤においても革新的な新薬が次々と登場してきております。従いまして、私ども医療者にとりましても日々の研鑽と新知識の吸収が必須の課題ですが、患者さんやご家族の皆さんも糖尿病教室とか種々の勉強会などを通して本病についての最新の話に接して頂いて出来るだけ医療側と知識の共有を図って頂くことがとても重要なことであろうと考えております。

ご存じのように、平成19年の第5次医療法改定において、政府(厚生労働省)は国策としての重点的な医療課題として4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)5事業(救急医療、災害時医療、へき地医療、小児医療(小児救急を含む)、周産期医療)を掲げています。また、4疾病に最近急増している精神疾患を加えて“5疾病5事業”と改訂された事は最近の話題です。こうした重要課題を地域において取り上げて推進していく上で重要なのは「地域における切れ目のない(シームレス)医療の提供の実現」であることは度々語られるポイントですが、中でも糖尿病は全身病としての疾患の特殊性や治療体系の多様性、病気とのつきあいが極めて長期に及ばざるを得ない点などを鑑みても「患者さんにご家族を中心においた地域における医療連携」が最も重要で不可欠な疾患であると考えます。

翻って、平鹿総合病院におきましては、糖尿病診療の質のさらなる向上を目指して秋田大学医学部内分泌・代謝・老年医学講座の山田祐一郎教授の御理解を頂いて平成22年度から週二回の糖尿病専門外来(火曜日：月山克史先生、木曜日：三ヶ田敦史先生)を開設しており、重症患者さんを中心にして院内外からの診療依頼に対応しております。

本冊子においては、当院及び当地域において糖尿病に対する診療を中心的に担って頂いている前述の秋田大学の月山克史先生、地域の第一線で糖尿病診療に尽力して活躍しておられる高橋和彦先生、当院の消化器・糖尿病内科で糖尿病外来を担当している看護師の小原明美さん、さらには当院において糖尿病診療に積極的に参画している薬剤師の大隅厚さんと栄養士の高橋恵子さんにそれぞれの専門の立場からわかりやすい解説を寄稿してもらっております。本誌を手にとって頂いた皆様には是非参考にして頂きたいと希望しておりますし、周囲の皆様にも紹介して頂ければ幸いです。



## これからの糖尿病診療に関する地域医療連携



秋田大学医学部病態代謝栄養学講座  
寄附講座准教授

### 月山 克史

わが国では、厚生労働省の『国民健康・栄養調査』によって糖尿病の実態調査が行なわれてきました。この調査は1997年から2007年にかけて5年ごとに行なわれ、その結果「糖尿病が強く疑われる人」は1997年690万人、2002年740万人、2007年890万人と、「糖尿病の可能性を否定できない人(予備群)」は1997年680万人、2002年880万人、2007年1,320万人と、予想をはるかに上回る勢いで増加しており、総数2,210万人もの糖尿病患者さん及び予備群の人が推計されています。これは成人の5人に1人が糖尿病という計算になり、国をあげて生活習慣病の予防を喚起しているにもかかわらず、増加の一途をたどっているのが現状です。

一方、日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医は約4,300人で、仮にすべての糖尿病患者さんを専門医のみが診療するとしたら、専門医1人で2,000人以上を、予備群の人まで含めたら5,000人以上を診療することになります。これは明らかに非現実的であり、また糖尿病治療においては日常生活の中での管理こそが重要であることを考えると、専門医・専門医療機関のみに限定された医療ではなく、地域の実地医家の先生がたとの連携が極めて重要であり、かつ不可欠であるといえます。このような現状から、“糖尿病患者さんの日常の管理は開業医の先生が担当し、食事指導・運動指導や教育入院、インスリン導入、病状急変時の対応などは専門医が担当する。病状が安定し、治療方針が定まった時点で再び開業医の先生が担当する”という『地域医療連携パス』が各地で展開されるようになりました。ただ、糖尿病診療では患者さんの治療中断を防いで良好な血糖コントロール状態を維持してもらうことが重要であるにもかかわらず、現実には他の医療機関に紹介されると通院・治療を中断してしまう患者さんも多いようです。したがって、糖尿病の地域医療連携には“患者さんに受け入れられ、中断なく継続可能なものであること”が求められます。

この問題を解決する一助として期待されているのが『二人主治医制』です。これは、1人の糖尿病患者さんに対して開業医の先生と専門医とが連携して継続した治療を行なうことで、地域のすべての糖尿病患者さんを支えてゆこうというものです。すなわち、紹介するだけ・されるだけという医療ではなく、通常の通院治療は開業医の先生が担当しながら年に1～2回は糖尿病専門医が併診するという循環型の地域連携パスを共有し、理にかなった役割分担で患者さんの診療を継続してゆくのです。当地区の現状からも、このシステムを導入することで得られるメリットは大きいのではないかと考えられます。



## これからの糖尿病に関する地域医療連携



十文字町 高橋医院  
医師

### 高橋 和彦

糖尿病患者さんは、高血糖の持続により糖尿病に特有の網膜症、腎症および神経障害などの合併症を発症し、それが進行すると視力障害、血液透析、足壊疽など患者さんにとって日常生活が著しく制限される原因になります。また、糖尿病に併発しやすい動脈硬化が進展すると心筋梗塞、脳梗塞、下肢動脈閉塞症など生命に影響を及ぼす重大な障害が起こりやすくなります。そのため糖尿病患者さんの平均死亡年齢は、糖尿病でない人と比べて10年以上短くなっています。

糖尿病治療の目的は、血糖コントロールや体重、脂質、血圧などを良好に保ち、合併症の発症・進展を予防し、健康な人と同様の日常生活を保ちながら寿命を全うさせることにあります。一方で、1人の医師が糖尿病患者さんに起こりうる合併症などをすべて定期的にチェックすることは不可能です。しかしながら、それをやらないと患者さんの不利益になることも事実です。そこで、不可能を可能にする道具(ツール)として注目をされているのが「医療連携」です。

血糖コントロール不良の患者さんは、病院などの糖尿病専門医に紹介して詳しい検査や適切な治療をしてもらいます。コントロールが良い患者さんはかかりつけ医で診てもらいながら数ヶ月に1回程度専門医にも診てもらい、合併症に関する精査を行うとともに適切な治療がされているかをチェックし、状況に応じて食事指導なども受けてもらうというシステムです。

患者さんにとってはあっちの病院、こっちの眼科、そしてかかりつけ医へ、などと足を運ばなければならず「面倒」と思われるかもしれませんが、将来失明したり、足を切断したり、寝たきりになったりする危険(不利益)を考えると、自分のことですから「面倒！」と言わずに是非参加してほしいものです。

医療者側にとっても患者さんの負担が多くならないような工夫が必要になります。診察の待ち時間を利用して食事指導、運動指導、フットチェック、患者さんの心理状態のチェックなどをおこない、その結果をカルテに記載するなど情報を共有することにより、患者さんにとっては待ち時間の有効利用になり、医師にとっては診察時の負担軽減になると同時に治療などの参考にもなります。

最初うまくいかないかもしれませんが、知恵を出し工夫を繰り返して連携を推進し、患者さんの利益に繋げていきたいものです。





# 糖尿病地域医療における薬薬連携について



日本糖尿病療養指導士  
薬剤師

大隅 厚

地域医療連携の薬剤師版に薬薬(やくやく)連携という言葉があるのを皆さんはご存知でしょうか？これは病院薬剤師と調剤薬局の薬剤師が薬物療法に適切に関わっていくため情報を共有していく連携のことをいいます。病院薬剤師が得た入院時の服薬指導内容や退院時処方内容を調剤薬局の薬剤師へ情報提供することで、医薬品適正使用の推進・副作用や薬の重複投与防止・入院から退院後の外来での継続的な服薬コンプライアンスの向上へとつながります。

糖尿病診療でもこの連携は大変有用であると考えます。服用方法が特殊(食前や食直前に内服する経口薬・インスリン製剤の手技等)で低血糖等のリスクがある糖尿病薬は、服薬遵守が求められるハイリスク薬にあたります。そのため、薬だけではなく食事や運動の状況・血糖値や検査値の情報も重要であり、これらを共有化することは、調剤

薬局の薬剤師から薬学的管理に基づく適切な服薬指導を受けるために必要だと考えます。その際に、大きな役割を果たすのが『お薬手帳』です。服用薬以外の情報を記載することにより薬剤師以外の医療スタッフへも情報の共有化が図られます。また患者さんご自身がもっている糖尿病手帳と併用することで、チーム医療での糖尿病診療可能となります。その結果、良好な血糖コントロールに向けた糖尿病診療へと結びついていくものと考えます。

薬薬連携ではお薬手帳を介した情報の共有化の他に、互いの薬剤師がカンファレンスや研修会を重ねることも重要であり、当院でもいっそう連携の強化に向けた体制づくりを継続して行っていきたいと思っています。

今後は病院薬剤師として薬薬連携の強化と併せて手帳型の“糖尿病治療地域連携パスシート”のようなツールをつくっていかうと考えています。糖尿病治療はチームで支える医療が必要となります。医師だけでなく薬剤師・看護師・栄養士・理学療法士・検査技師等多くの職種が関わってきます。糖尿病治療地域連携パスシートのようなツールを活かし、病診連携・地域医療連携のネットワーク構築へと発展していかうと思ひます。

地域連携・薬薬連携を進めていくことは、各職種が専門性を発揮し、情報を共有することによってひとつにまとまることです。

このことで一人ひとりの能力を上回る和のパワーが生まれ、チーム医療で、より良い地域に根ざした糖尿病診療ができるのではないかと考えています。





## これからの糖尿病に関する地域医療連携 —糖尿病療養指導士として—



日本糖尿病療養指導士  
看護師

小原 明美

日本では糖尿病患者が700万人を超えており、その予備軍を含めると2000万人に及ぶといわれています。糖尿病患者数が年々増加傾向にある原因として、食生活の欧米化、運動不足(いわゆる生活習慣病)に加えて、生活していく上でおこるさまざまなストレスが関与していると考えられています。

しかし、糖尿病で医療機関に受診している患者さんは約半数で、残りは未診断や治療中断されているという実態があります。患者さんが自分の病気を理解し、自己管理を行うことにより、合併症の発症を予防し、進行を阻止することができます。

当院では、平成22年4月より週2回(火、木)秋田大学病院糖尿病専門医師(非常勤)による糖尿病専門外来を開設しています。私は糖尿病療養指導士として、患者さんが日々の外来業務の中で、患者さんが医師に病気のことについて詳しく話すことができるように、疑問や困っている事なども相談できるように支援しています。また、血糖自己測定で血糖値の変化を見ながら生活上の問題点を把握し、アドバイスをしています。

糖尿病療養指導士の役割は、患者さんが糖尿病に関する知識や技術を習得し、自己管理できるよう、心のケアを含めて援助することです。患者さんの思いを汲み取り、「おもいやり」を常に心がけ、患者さんと同じ目線になって援助していきたいと思います。

糖尿病の指導は、糖尿病療法士だけでなく、医師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師、看護師など様々な職種が一つのチームとなり、それぞれの専門分野に応じて行われています。外来診察の終了後に行われているチームでの病棟ラウンドは、医学的なエビデンスに基づく患者中心の医療を提供するための、よい意見交換の場となっています。

また、患者教育の一環として、糖尿病の患者さんやその家族を含めた地域の人々を対象に、糖尿病専門医を交えた糖尿病教室を年に3回開催しています。内容は「油を控えた調理の仕方」「椅子に座ったままできる運動」「正しい靴の選び方」など、自宅に帰ってからすぐに活用できるプログラムとなっています。また、普段、病気に関して聞けない疑問や悩み事などを話す良い機会となり、なごんだ雰囲気になっています。

今、4疾患5事業計画の一つとして、糖尿病地域医療連携パスが注目され始めています。この連携パスを使用することにより、一般診療所と専門病院との連携が図られ、患者情報がスムーズに伝わり、血糖コントロールの維持と合併症の早期発見、早期治療につながることを期待できます。今後、糖尿病地域連携パスの構築に向けて、各医療連携機関との学習会や協議を重ね、地域のニーズを踏まえた地域医療連携システムを構築するという大きな課題に向かって努力したいと思います。



# “増え続ける糖尿病” その怖さを伝えたい



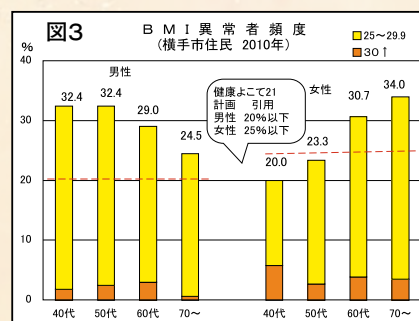
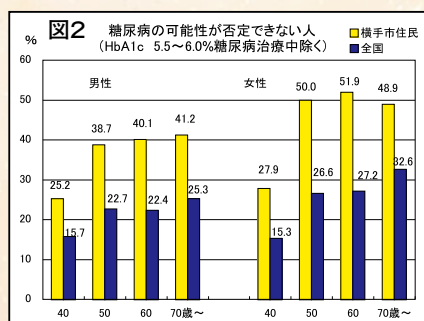
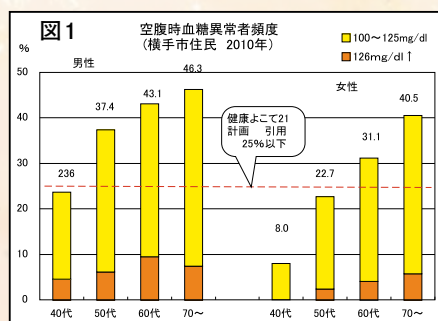
平鹿総合病院  
保健福祉活動室 栄養士

高橋 恵子

近年、糖尿病が急増しており40代以上のおよそ3人に1人が糖尿病あるいは糖尿病予備群となっている一方で、受診せずに放置している人が半数いるという現状に警鐘がならされています。当院人間ドックの集計で平成3年と17年の血糖異常者率を比較してみると、60～70代の男性は10%増加していました。健康診断で血糖値に異常がみられた人で、糖尿病がどれだけ怖いのか本当に理解できている人はどれ位いるのだろうか？合併症の怖さを少しでも多くの人々が理解し予防していただくために、地域住民・JA健康推進協議会の受診者を対象に結果報告会の場や健康講話などで微力ながら指導しています。高血糖を予防する食事、肥満予防のヘルシーメニュー、食物繊維を多く含む献立など調理実習や講話を実施、推進大会や総会時には甘味飲料の糖分・間食やアルコールのエネルギー量展示やクイズを企画し参加してもらい

ました。また、地域局の依頼により健診の結果報告会で栄養講話及び調理実習を20箇所の会館で10年程実施しました。7～8月の西日のあたる会館で行なった調理実習は忘れられない思い出として残っています。図1～3は2010年に当院で実施した健診で、旧3町村と3地区JA健康推進協議会の異常者頻度を示したものです。空腹時血糖の異常者は60代以上の男性で45%前後を占めています(図1)。空腹時の血糖が正常でも安心はできません。HbA1cは1～2ヶ月間の長期的な血糖値を反映するため、より正確な糖尿病の状態を知ることができます。糖尿病の可能性を否定できない人(HbA1c 5.5～6%、糖尿病治療中を除く)の割合をみると、50代以降の男性で約4割、女性の5割が該当しており、全国平均(平成19年国民健康・栄養調査報告)を大幅に上回っています(図2)。また、肥満者は40～60代の男性で3割、60代以上の女性で3割を占めています(図3)。糖尿病予備群を減少させるためには肥満及び生活習慣の改善が最も重要であり、本当に指導したい人や聞いて欲しい人に如何にして情報を伝え、放置させないようにするかが今後の大きな課題です。地域の現状を知らせる事、HbA1cの理解、正しい知識を提供し、自ら変えようとする手助けができるように各地域局との連絡を密にし、糖尿病予防及び生活習慣病予防の指導に力を注ぎたいと思います。

糖尿病を防ぐ3つのポイント：①肥満を防ぐ ②食生活を見直す(3食均等に食べる・よく噛んで食べる・腹八分目にする) ③運動習慣をつける “できることから始めてみませんか”



# 血糖日内変動検査入院のご案内

当院では、地域医療機関の先生方の糖尿病診療をサポートするために、「血糖日内変動検査入院」(1泊2日)を実施しております。

適切な糖尿病食を食べていただきながら、一日の血糖値の動きを正確に判定します。

また、土日を利用しての入院が可能です。患者さんの糖尿病治療改善に、是非、お役立て下さい。





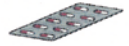

1. 入院日程 土曜日 10時 入院 日曜日 12時 退院

## 2. 検査内容

血糖日内変動(基本的に7回)

HbA1c・血中インスリン・血算5項目・総コレステロール・HDLコレステロール  
LDLコレステロール・トリグリセライド・総ビリルビン・GOT・GPT・LDH・ALP  
γ-GTP・尿酸・BUN・クレアチニン・検尿・身長・体重・血圧

計画表

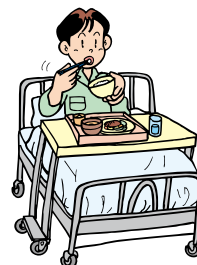
到達目標	不安なく検査が行われ、快適な入院生活が過ごせる。			
経過	入院日(月 日)	入院してから	検査中	翌日(退院日)
検査	時 分 までおいで下さい 休日の場合は救急センター受付へ 土曜日は( ) 外来へ 	身長・体重測定を行います。 血圧・体温測定を行います。 	① 14時 採血開始致します。 ② 17時30分 ③ 20時 ④ 21時  ごゆっくりおやすみ下さい	おはようございます。 ⑤ 7時30分 採血を開始致します ⑥ 10時 ⑦ 11時30分…終了です。
食事と内服	朝食はいつも通り食べて下さい。 お薬もいつも通りに内服して下さい。 インスリン注射もいつも通りにして下さい。  内服中のお薬またはインスリン注射一式をそのままご持参下さい。	12時に昼食をお召上がり下さい  お薬を内服して下さい。 インスリン注射のある方は自己注射して下さい。 	18時に夕食をお召上がり下さい。  お薬を内服して下さい。 インスリン注射のある方は自己注射して下さい。 	7時30分に朝食をお召上がり下さい。  お薬を内服して下さい。 インスリン注射のある方は自己注射して下さい。
説明・指導	入院時必要品については「入院のご案内」のパンフレットをご参照下さい。 	13時から食事指導があります。 (指導室にご案内します)	低血糖症状や具合の悪いことがありましたら、看護師にお知らせ下さい。	11時30分の採血が終了後退院となります。  検査結果はかかりつけの医師が、後日説明致します。  お大事になさって下さい。

## 3. 申し込み方法

- 1) 糖尿病検査入院申し込み書に必要事項を記載し、地域医療連携室にFAXしてください。
- 2) 当室から消化器・糖尿病外来に連絡し、入院日時をお知らせします。
- 3) 内服・インスリン注射等は、原則として通院中のものをお持ちいただくようにお願いします。
- 4) 検査結果は後日郵送いたします。お急ぎの場合は、当室からFAXします。

## 4. 費用 (使用している保険の種類によって異なります。)

1割負担の方	3割負担の方
約7,000円	約20,000円
別途料金 病衣 100円(2日分) 栄養指導料 1,300円	食事料金 780円(3回分)



## 地域医療連携室スタッフ

室長 高橋 俊明  
副室長 齊藤 研  
医事企画課長 小田 嶋 隆  
看護師長 高山 国子  
看護師 大沢 知佳  
事務 中嶋 秋子

病院住所 / 〒013-0042 横手市前郷字八ツ口3番1  
TEL / 0182-32-5121 (代) FAX / 0182-33-3200  
[地域医療連携室連絡先]

- 地域医療連携室  
TEL : 0182-45-6012 / FAX : 0182-32-0698
- HP : <http://www.hiraka-hp.yokote.akita.jp/>