

いる最中である。

地域を守る合言葉

本プロジェクトを魚沼地域全体に推進するために、われわれは3つの合言葉「医療者プロジェクト8」「連携プロジェクト8」「患者プロジェクト8」を提案した。

1) 「医療者プロジェクト8」： —医療者（プロ）の合言葉—

医師・看護師・保健師・薬剤師などすべての医療者が、HbA1c (JDS) 8.0%以上の患者さんを放っておかないでそれぞれの立場で介入できることを実行すること。たとえば調剤薬局の薬剤師も糖尿病手帳を見てHbA1c (JDS) 8.0%以上が続いていたなら、「お薬の増量や変更について先生からお話はありませんでしたか？」と声をかけたり、健診機関の医師・看護師もHbA1c (JDS) 8.0%以上の受診者への受診勧奨と受診確認を繰り返すなど、それぞれの医療者ができることを考えるべきである。

2) 「連携プロジェクト8」： —病院・診療所・健診機関などの 連携の合言葉—

HbA1c (JDS) 8.0%以上が3カ月以上続いたら同様の治療で継続せず、なんらかの治療介入の強化が必要であろう。もちろん合併症の精査も必要であろう。

自院でインスリンやGLP-1受容体作動薬の導入ができなければ他院に紹介する。あるいは食事療法の再確認と合併症チェックも兼ねて病院に教育入院してもらうなど、病診・診診の連携によって治療介入が進められている。最近では診療所から病院へ「プロジェクト8をお願いします」の一文が記されている紹介状も出てきている。

また、医療機関のみならず健診機関の協力も得られ、人間ドック・職場検診でHbA1c (JDS) 8.0%以上が2年間続いていて治療を受けていな

い人に対しては、単なる結果通知のみでなく直接あるいは職場の衛生管理者に電話による受診勧奨と、健診機関医師からプロジェクト8参加医療機関への紹介状送付などに取り組んでもらい、連携が進められている。

3) 「患者プロジェクト8」： —自分と家族の合言葉—

HbA1c (JDS) 8.0%以上が続いていたら患者さん自身はもちろん、患者さんの家族も一緒に心配し受診を勧めたり医療機関に相談する(図3)。

眼科受診、尿中アルブミン検査や頸動脈エコー検査など合併症検査は定期的に行っているか、医師まかせてなく患者自らが糖尿病管理に主体的になることが必要である。

アラーム6と薬剤選択

「プロジェクト8」の推進はコントロール不良・不可群に対して、療養指導の強化とともに薬物治療の強化も進められる。そこでは低血糖のリスクも生じてくるため治療強化のセーフティーアラームとして、低血糖リスクの注意喚起が必要だと考えた。そこで布施らが魚沼地域の低血糖救急の実態調査を実施した。すなわち、2009年1年間に救急指定病院の救急外来を受診した低血糖症例を解析したところ、62症例中60歳以上が9割近くを占め、薬物治療ではSU薬とインスリン治療が半々であった。そしてSU薬使用例で年齢がより高齢で、HbA1cが低く、eGFRが低値であることがわかった。

そこで、SU薬による低血糖リスクのアラームとして、年齢66歳以上、HbA1c (JDS) 6.0%未満、eGFR 60ml/分/1.73m²未満の群でのSU薬使用に注意を促すこととし「アラーム6」と名づけた。

さらに魚沼地域の糖尿病診療実態調査(6,381人)の結果からは、まだSU薬使用者が過半数を占めており、75歳以上の後期高齢者が糖尿病患者の40%を占めているなか、SU薬使用の後期高



図3 患者プロジェクト8

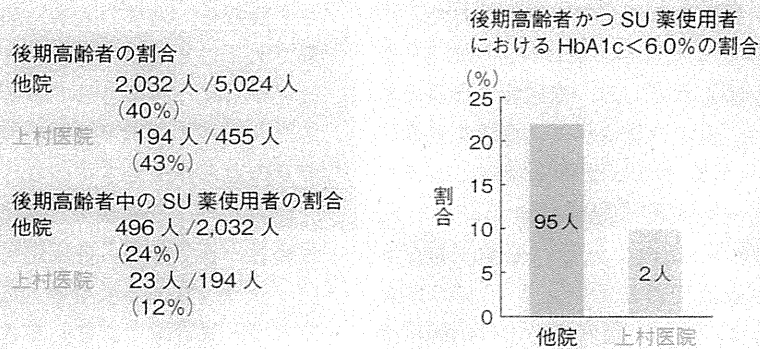


図4 後期高齢者75歳以上でSU薬使用者におけるHbA1c<6.0%の割合（インスリン治療者を含む）

齢者でHbA1c (JDS) 6.0%未満の人が100人近くもいることがわかり、漫然と同一処方が続けられている例が多いと推測された（図4）。

地域医療魚沼学校

過疎高齢化が進み医療資源の少ない当地域では、少ない医療資源を保健・福祉との連携を密にすることで補ってきた。その連携のために多職種がともに学ぶIPE)の場を多くつくり、地域のネットワークを強化してきた。

そのネットワークが他地域からも評価され、2004年の新医師臨床研修制度の開始以前から、首都圏にあるマグネットホスピタル研修医の地域医療研修フィールドとして研修を受け入れてきたし、2010年度からは新潟大学の医学生が地域医療実習の場としても活用されている。そして2011年度からは、全都道府県に2カ所ずつ選定された「地域医療再生基金事業」の対象地域となったことを受けて、そのネットワークの強化と活用をさらに進めることになった。すなわち、医療者と住民がともに学ぶ場を「医療学校」とし、

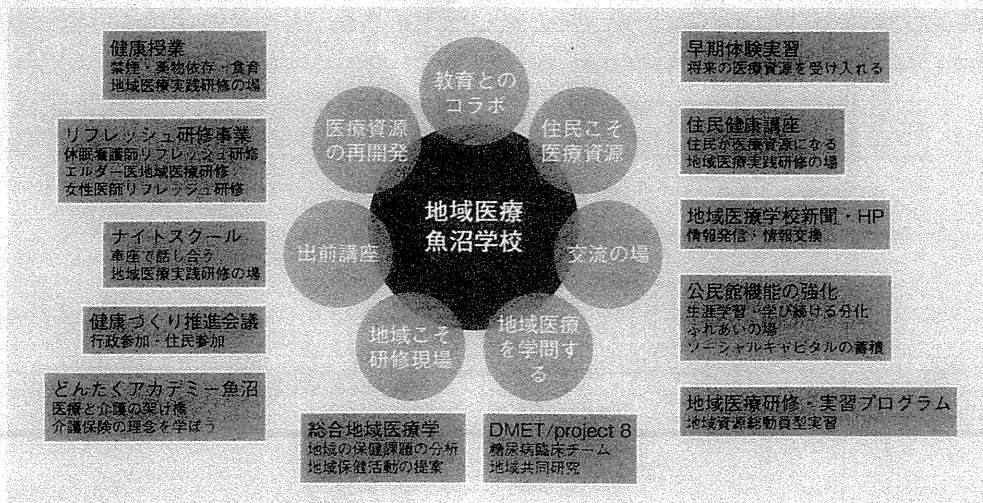


図5 人と組織を育てる諸事業

「自らが健康を保持増進する術を学び自立した住民が育つ」「地域社会を理解する医療人が育つ」「連帯と連携のシステムが育つ」の3つの教育目標を掲げた「地域医療魚沼学校」を開校した。

その事業のひとつとして「プロジェクト8」も地域への浸透が図られている。糖尿病を代表とする生活習慣病は、個々の患者が生活習慣を見直し、自らが治療に取り組まねば改善はない。つまり「医療者プロジェクト8」「連携プロジェクト8」「患者プロジェクト8」のなかで、「患者プロジェクト8」が最も重要であるといえる。「プロジェクト8」の成否は、住民・患者にいかにかにその主旨を理解してもらえるかにかかっている。

患者のみならず、一般住民を対象にした医師会主催の住民健康講座においても「プロジェクト8」の取り組みはたびたび紹介され、患者向けのチラシやポスターも一般住民に向け配布・掲示して周知を図っている（図5）。

今後に向けて

地域医療崩壊の危機が叫ばれ出して10年近く

にもなるが、いまだに山間過疎地域の医師不足は深刻である。その原因は決して新医師臨床研修制度のためではない。医師の適正配置の責務を果たさず放置し、大学の人事に頼り切っていた国の怠慢であることは疑いない。日本の保険医療制度は世界から高く評価されているが、超高齢社会を迎えたわが国の医療制度は、国民皆保険50年を経てその歪みが出てきている。

われわれは医療資源の少ない地域だからこそ、医療者のみでなく、地域住民とともに「医療を学び・守り・育てる」仕組みをつくり、「住民こそ最大の医療資源である」と考え「地域医療魚沼学校」を開校した。

糖尿病は地域医療の一部ではあるが、地域の医療保険財政に与える影響は少ない。そして患者さん・住民の意識が大きく影響する疾病でもある。

われわれは「プロジェクト8」活動を通じ地域のありかたを考え、住民とともに地域医療を育てていきたい。

