

日本糖尿病情報学会誌 Vol. 12
多職種協働で支える高齢化社会 ～医療と介護の壁を破る～

解説論文
シンポジウム「地域ぐるみの糖尿病透析予防に向けて」

コーディネーターを活用した 連携パスでの透析導入予防の試み

赤司朋之

日本糖尿病情報学会誌 Vol.12 : 25-28, 2014 別冊

日本糖尿病情報学会



シンポジウム「地域ぐるみの糖尿病透析予防に向けて」

コーディネーターを活用した連携バスでの透析導入予防の試み

赤司朋之

医療法人社団シマダ 嶋田病院 内科

はじめに

糖尿病患者とその合併症を発症する患者は年々増加している¹⁾。とくに糖尿病性腎症由来の透析導入患者の増加は、いまや医療財政を圧迫する原因の一つとなっている²⁾。これを食い止めるために、糖尿病専門医と非専門医、更には地域の基幹病院と診療所が協力し合い、糖尿病の疾病管理を行う必要性が高まっている。しかし、糖尿病治療が患者の生活習慣にまで深く関与する必要があることや、新しい糖尿病治療薬が次々と登場することは、非専門医が糖尿病に取り組むことの大きなハードルとなっている。それを解決するための対策の一つとして、地域連携バスが利用されるようになった。

地域連携バスとは、治療にあたる病院と診療所が、あらかじめ診療内容とその役割分担を患者に提示・説明することによって、患者が安心して、良質な医療を、効率的かつ安全・適正に受けられるようにするシステムである。このシステムを活用することにより、地域全体での糖尿病合併症の

予防効果が期待されている。

連携バスのシステム

当院が位置する福岡県小郡・大刀洗地区は人口約74,000人(小郡市：約59,000人、大刀洗町：約15,000人)の地域である。平成18年4月に糖尿病専門医が赴任し、平成19年9月から循環型連携バスを開始した。平成24年6月時点では小郡・大刀洗地区はほぼすべての内科・外科診療所とのあいだで連携バス患者が1名以上発生した。

当院の連携バスは循環型連携バスである。連携バス登録患者は、普段は診療所で採血や投薬を受けるが、半年毎に診療情報提供書となる連携バスシートを持って当院へ受診する。その際に栄養指導や看護師による指導、専門医による診察を受け、問題がなければ連携バス更新となり、再び診療所での治療を継続する。

著者連絡先：赤司朋之
医療法人社団シマダ 嶋田病院 内科
〒838-0141 福岡県小郡市小郡217番地1
TEL：0942-72-2236 FAX：0942-73-3313
E-mail：t-akashi@nifty.com

JJADI Vol.12 2014-25

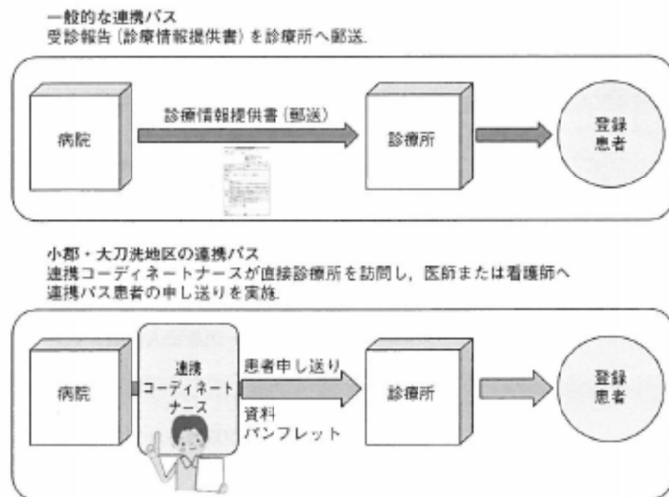


図1 一般的な連携バスと、小郡・大刀洗地区の連携バスとの違い

コーディネーターの役割

通常、連携バスの診療情報伝達は、診療情報提供書の郵送が一般的である。しかし、郵送のみでは、指導内容や薬剤変更の理由などを漏れなく伝えることが困難であり、それが原因でのトラブルも発生しやすい。われわれは、円滑に連携バスを運営するために、「コーディネーター」という連携専従の看護師を配置した(図1)。コーディネーターには、専門職としてさまざまな役割が期待されるため(表1)、地域糖尿病療養指導士を採用した。

コーディネーターは、連携バス発生時や更新時に、医師の書いた詳細な診療情報提供書を持って直接診療所へ出向き、次の更新時までの患者の治療計画を申し送った。薬の開始や量の変更があった場合は、変更の理由や変更に伴って生じる新たな注意点についても伝えた。食事療法・運動療法の注意点、眼科受診の確認、足の観察ポイントなども同様に申し送った。受診毎の体重・血圧測定は、糖尿病患者は受診した際に必ず施行し

表1 連携コーディネーターの役割

1. 2カ月に1回以上は各診療所を訪問し、急激な血糖悪化やドロップアウトの発生の有無をチェックする。
2. 連携バス発生時や更新時には、バスシートを診療所に持参し、医師または看護師に詳しい情報の申し送りを行う。
3. 受診予定の1カ月前に診療所を訪問し、医師に受診日が近いことを連絡する。
4. 診療所の医師やコメディカルからの質問、相談があった場合の対応を行う。
5. 診療所での院外糖尿病教室のセットアップを行う。

てもらえるように、その重要性を繰り返し説明した。以上のように、一例一例のバス申し送りを症例検討として利用し、それを通して診療所への糖尿病診療技術伝達を図った。

診療所によっては、申し送り時に、院外薬局の薬剤師も参加するようになった。その結果、診療所の医師と看護師、院外薬局の薬剤師、コーディネーターの4者でのミニカンファレンスが開かれるようになり、診療所でのチーム医療が強化された。

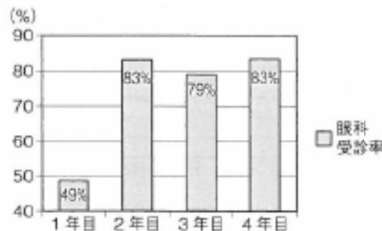


図2 連携バス患者の眼科受診率の推移

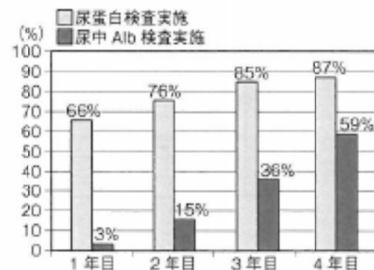


図3 尿蛋白・尿中アルブミン実施診療所割合の変化

透析導入予防への取り組み

連携バス開始当初は、診療所で検尿が施行される頻度は著しく少なかった。尿蛋白または尿中アルブミンの測定的重要性を、診療所の医師だけでなく看護師にも説明し、検査計画の立案を援助した。尿蛋白や尿中アルブミンと透析移行への関連について説明したパンフレットを配布した。血圧が高い患者への早期からのACEやARBの使用を勧め、減塩の呼びかけを依頼した。腎症Ⅲ期以上の患者には過剰なたんぱく質摂取抑制の指導も依頼した。これらの食事指導に関するパンフレットは、院内の管理栄養士の協力で作成した。

院外糖尿病教室

診療所に通院中の患者で、連携バス登録患者以外の患者教育のために、「院外糖尿病教室」を開始した。病院のコメディカル(コーディネーター、管理栄養士、運動療法士)が講師になって、診療所の待合室を利用して教室を行った。①糖尿病の病態と三大合併症、②食事療法、③運動療法、④フットケア、以上の4項目の講義を1クールとして行った。患者だけでなく、診療所の医師やスタッフの参加も見られたため、患者への説明方法を共有することが可能となった。

地域での透析導入数の変化

連携バス、院外糖尿病教室が浸透した結果、体重はすべての診療所でほぼ毎回測定されるようになった。79%の診療所でフットチェックが実施されるようになった。連携バスの更新のために受診する患者の眼科受診率が80%以上に向上した(図2)。尿蛋白検査の実施施設は、1年目の66%から4年目には87%に、尿中アルブミン実施施設も3%から59%に増加した(図3)。慢性腎臓病予防対策事業の協力により、コーディネートナースを活用した連携バス導入後の透析導入患者の推移を、小都市とほぼ同規模の近隣のA市とで比較した。連携バス導入前(平成18年)までは、小都市とA市は透析患者累積の傾向はほぼ同じであった。しかし、平成19年に小都市で連携バスを開始して以来、両市の糖尿病患者導入数に開きが生じた。平成20年から22年までの3年間で、非糖尿病性腎症由来の透析導入はA市:27人、小都市:23人で差は認められなかったが、糖尿病性腎症由来の透析導入はA市36人に対し、小都市は15人と明らかに少なかった(図4)。

考察

ITを駆使した地域連携システムの構築が推進されているが、その連携が構想通りに運用されるには、情報を受け取る側がさまざまな情報を正確

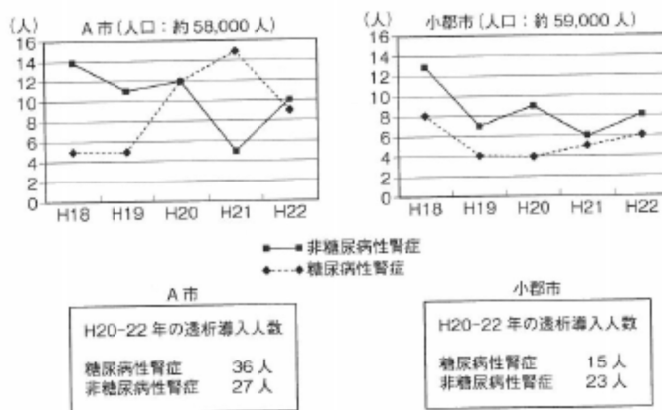


図4 近隣A市と小都市の透析導入人数の比較
(慢性腎臓病 (CKD) 予防対策支援事業資料より)

に理解したうえで診療や指導を行うことが必須である。コーディネーターを活用した連携バスの運用で、検査を行う意義や薬を変更する理由などを正確に伝えることが可能となった。また、連携バス登録患者の診療所への申し送りそのものが症例検討になるため、診療所の医師、看護師の診療水準向上に貢献しうると考えられた。その結果、連携バス登録患者のみならず、連携している診療所に通院する連携バスに非登録の糖尿病患者の疾病管理水準の向上にも通ずると思われた。

小都市における糖尿病性腎症由来の透析導入数抑制は、尿蛋白や尿中アルブミン検査実施率上昇に伴い、各診療所で腎症患者への血糖・血圧管理への指導が強化されたことが寄与している可能性があると考えられた。

おわりに

ITを活用した診療情報伝達をより効果的に行うためにも、病院と診療所が信頼し合える関係を構築することが重要である。そのためにも、コーディネーターをはじめとした病院スタッフが積極的に院外との関わりをもつことが必要である。今後、この手法が他の地区でも導入され、透析導入減少の一助となり得ることを期待する。

文献

- 厚生労働省：平成23年 国民健康・栄養調査結果の概要。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000020qbb-att/2r98520000021c0o.pdf>
- 日本透析医学会：図説 わが国の慢性透析療法の実況。 <http://docs.jsdt.or.jp/overview/index2012.html>