

1 当院の糖尿病教室の紹介

地域の先生方には日頃より大変お世話になっております。私は糖尿病看護認定看護師の多田由紀と申します。所属は内科病棟ですが、糖尿病教室や糖尿病チームラウンド、糖尿病療養相談外来、糖尿病フットケア外来等でも活動しております。今回は当院の糖尿病教室について紹介させていただきます。

当院の糖尿病教室(以下教室)は組織母体がJCHOに変わる以前から25年以上実施しています。教室発足当時は糖尿病内分泌科医師、看護師、管理栄養士での運営・実施でしたが、現在はDMST(Diabetes Mellitus Support Team)委員会運営の下、歯科医師、眼科医師、心臓血管外科医師、臨床検査技師、薬剤師、理学療法士も加わり、多職種で実施しています。教室のスケジュールは、1クール11回、年2クール開催、1回約90分です(図1)。教室の対象者は、入院・外来を問わず糖尿病患者様とその支援者としております。当院に受診歴がなくても受講可能です。参加者にはスタンプカード(図2)を発行しており、全ての会に参加された方には修了書(写真1)を発行しています。

東京山手メディカルセンター 糖尿病教室のお知らせ
糖尿病に関心のある方はどなたでもご参加ください！
会場 大会議室(3階) 食事会のみ研修センター(2階)
参加費 無料 食事会のみ1回について800円
スケジュール
2018年4月11日(水) 11:00-12:30 知って安心！糖尿病
2018年4月27日(金) 14:30-16:00 知って得する！糖質の話
2018年5月11日(金) 14:30-16:00 運動療法のポイント
2018年5月25日(金) 14:30-16:00 薬物療法とその他の注意点
2018年6月7日(水) 11:30-13:00 食事会
2018年6月21日(水) 14:30-16:00 日常生活、旅行と災害時について
2018年7月13日(金) 14:30-16:00 糖尿病と糖尿病
2018年7月25日(水) 14:30-16:00 糖尿病診療について
2018年8月24日(金) 14:30-16:00 糖尿病と糖尿病
2018年9月19日(水) 11:30-13:00 食事会

図1

糖尿病教室 参加カード
全部の緑の丸を目標そう！
東京山手メディカルセンター

図2

糖尿病教室参加スタンプカード

写真1 修了書



教室の内容を少し紹介いたします。私が担当するフットケアの回では神経障害やフットケアについての講義後、一緒に足を観察したり足の実験体験を実施したりしています。足の実験体験は、シート(紙)の間にビーズやボタン、スポンジ等を入れた教材に足で触れてどのように感じるかを体験するものです(写真2)。管理栄養士が担当する食事は、ビュッフェスタイルで実施しています。簡単な講義の後、参加者は主菜を1品選択、副菜を3品取ります(写真3)。米飯は各自で計量して、一食のカロリーと塩分量の計算をします。献立には季節の食材を取り入れ、参加者が家で再現しやすいような調理の工夫も紹介しています。臨床検査技師の担当回では、検査に関する講義の後、「糖尿病カンパセーションマップ」(参加者が数名のグループで話し合い、お互いの知識や体験から糖尿病について互いに学び合う糖尿病の学習教材)も実施しています。

写真2 感覚体験の様子



写真3 食事会(主菜・副菜の選択)



今後も参加された方が有意義な時間を過ごせる教室を目指し、DMST委員で協力していきたいと考えております。今後ともお力添えの程よろしくお願ひ申し上げます。



栄養指導

秋といえば、食欲の秋、実りの秋...糖尿病患者さんにとっては誘惑の多い季節だと思いますが、食べ過ぎる前に今一度、食事療法を考えてみませんか。食事療法は2型糖尿病の治療の基本です。食事の摂取エネルギー、栄養素特に糖質を過不足なくとり、食事の回数、間隔を一定にするなど時間まで調整することで、血糖のコントロールを行っていきます。

栄養相談は初回30分、2回目以降20分が目安ですが、その方のペースに合わせた相談を心がけています。透析予防指導に限らず、1ヶ月〜3ヶ月ごとの受診の時に栄養相談を行います。食生活と一言でいっても、間食が多かったのか、野菜の高騰が原因で食物繊維摂取がおろそかになった、外食が多い、会食が多い、健康にいいと思ひ甘酒を常飲した、脱水予防に経口補水液を常飲していた...など様々です。食事の聞き取りを十分に行うことで各々の問題点を見つけ、患者さんと一緒に解決、改善に導いていくようサポートします。

今後は、栄養相談が必要な方だけでも受けられるようなシステムを整えるよう計画中です。

教育入院

当院では、糖尿病教育入院を行っています。高血糖が続いている方や、はじめて糖尿病を指摘された方を対象に、糖尿病への理解を深めていただく教育をかねた血糖コントロールを目的とした入院です。

約2週間の入院中に、糖尿病の状態を把握するための採血や蓄尿検査、血糖測定、合併症などの精査を行います。

この期間には糖尿病専門医、歯科医師、看護師、検査技師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士各スタッフが情報を共有し連携して、患者さんが糖尿病について理解できるように協働しています。

これらの専門職が『糖尿病とは』『糖尿病と歯周病』『フットケア』『検査結果の見方』『糖尿病食について』の説明をします。薬剤師は服薬指導、管理栄養士は栄養指導を入院時、退院時で2回行います。特に病院での食事は必要エネルギー、糖質量を考慮された食事を提供しますので、血糖値が安定しやすく自宅へ戻られてからの食事量の目安になります。また、入院中は理学療法士の作成したウォーキングマップを配布し有酸素運動を推奨しております。

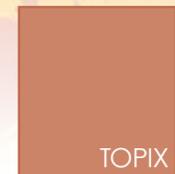
更に毎日看護師が糖尿病に対する理解をチェックし、患者さんの教育をサポートしております。是非、糖尿病教育入院をご利用ください。



東京山手メディカルセンター
〒169-0073 新宿区百人町3-22-1
総合医療相談室 ☎ 03-3364-0366 FAX 03-3365-5951
http://yamate.jcho.go.jp/



東京山手メディカルセンター 〒169-0073 新宿区百人町3-22-1
総合医療相談室 ☎ 03-3364-0366 FAX 03-3365-5951 http://yamate.jcho.go.jp/



- 5年目を迎えた地域医療機能推進機構(JCHO:ジェイコー) 東京山手メディカルセンター/院長補佐、地域連携室長、地域診療・救急部長 笠井 昭吾
病診連携の新たな潮流/百人町診療所 日下生 玄一
糖尿病教室について/糖尿病看護認定看護師 多田 由紀
糖尿病教育入院について/管理栄養士 小西 奈津子

5年目を迎えた地域医療機能推進機構(JCHO:ジェイコー) 東京山手メディカルセンター

院長補佐、地域連携室長、地域診療・救急部長 笠井 昭吾

地域の先生方には日々大変お世話になりありがとうございます。当院は2014年4月に地域医療機能推進機構(JCHO:ジェイコー)東京山手メディカルセンターとなり、はや5年が経とうとしています。私自身も2014年度より地域連携室長に任命され、JCHO病院としての役割、地域基幹病院としての役割を果たすべく努めてきました。この5年間の取り組みについて紹介します。

JCHOの使命

JCHOの基本方針として、①地域医療・地域包括ケアの要として、超高齢社会における地域住民の多様なニーズに応え、地域住民の生活を支える、②地域医療支援機能の体制整備、③へき地を含む医師不足地域への支援、④救急診療体制の充実、などが掲げられています。当院は大腸肛門病センターや炎症性腸疾患センターをはじめ、各診療部門の高い専門性を自負していますが、必ずしも専門性ばかりでなく、総合医・家庭医マインドを持ち、地域包括ケアを実践することも重要と考えています。具体的には、地域の先生方との顔の見える関係を強化し、困ったときに気軽に相談いただける体制を作ることに取り組んできました。

病診連携の推進、救急診療体制の充実

2014年度に地域連携室長に就任し、病診連携の推進に取り組んできましたが、各科外来診療時間中(11時まで)の紹介受け入れはスムーズである一方、11時以降は日替わりの救急当番医の対応となり、就任当初は受

け入れ可のお返事をお待たせしたり、お断りするケースが見られました。2016年度に「地域診療・救急部門」を立ち上げ、日中の救急診療体制の充実を図りました。同部門の特徴は、内科2次救急に加え、かかりつけ医・在宅医の後方支援に力を入れていることです。新宿区には「在宅緊急一時入院制度」がありますが、入院依頼への受け入れ判断から救急診療までを我々の部門で行っています。図1に示す通り、2016年度以降の受け入れ患者数は大幅に増加し、救急搬送数に関しても、増加傾向となりました。

「新宿さんと雲」と在宅療養後方支援

新宿区医師会では、ICTクラウドを利用した医療連携システム「新宿さんと雲」による多職種連携に取り組んでいますが、当院も2014年度より「新宿さんと雲」を用いた病診連携に積極的に取り組んでいます。「新宿さんと雲」を用いて患者情報を共有し、有事に後方支援を行う在宅療養後方支援病院としての役割や、画像コンサルテーションから救急診療受け入れなども行っています。活用の実際に関しては、本誌の「病診連携の新たな潮流」:百人町診療所の日下生玄一先生の寄稿を是非お読み下さい。

二人主治医制と地域医療支援病院

上記のように診療体制の強化を図るとともに、「二人主治医制」にも力を入れています。専門的治療を要する急性期は当院で、一方安定期には逆紹介を積極的に行っ

病診連携の新たな潮流



独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)・東京山手メディカルセンターから徒歩約5分と近くにある医療法人財団新共生会・百人町診療所で開業している日下生玄一と申します。医師会では理事をしており、在宅ケア・介護保険委員会を担当し、ICT(インターネット)や認知症、在宅医療(訪問診療)に関する業務を行なっています。東京山手メディカルセンターの地域医療並びに医師会活動への多大なるご貢献に対し、この場をお借りして深く感謝申し上げます。

現在、2025年問題といわれる超高齢社会に対する国策として、地域包括ケアシステムが推進されています。これは「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるための地域支援・サービス体制を構築する制度」の総称であり、病診・病病などの医療連携に加え、医療・介護といった多職種との連携の推進がポイントとされています。当然、多職種連携が推進されると連携の範囲は拡大します。さらに、その連携の密度が深まれば、必然として行き交う情報は加速度的に増加します。現在は電話やFAX、メールで連絡が行われていますが、今後は情報量の増加に伴い相互の連絡に効率性が求められることとなり、多職種間における情報共有の課題とされています。このことから、簡単で、安全な、ICT(インターネット)などによる実用的な連絡(連携)ツールの導入が検討されています。

平成25年度より、新宿区医師会では東京都医師会の補助事業の在宅医等相互支援体制構築事業として「新宿区医療連携システム」(通称:新宿さんと雲)が導入されました。開業医や病院の医師間でICTを活用し、SNS(クラウド)によるネットワークで情報共有を行うことで効率的に病診や診診連携、及び多職種間で連携を行うことができるシステムです。簡単に言えば、メールやラインのような通信のツールです(図1A)。平成30年4月以降、よりセキュリティが高く、より使いやすいクラウドへのアップデートを行い、改正個人情報保護法を勘案しての利用規定、及び運用マニュアルやリスクマネジメントマニュアルの改定を行っています。訪問看護や介護事業者(ケアマネジャー等)に加え、(訪問)歯科や(訪問)薬剤師などもご参加されており、多職種参加型の包括的医療連携システムへと進化しています(図1B)。さらに、一般の開業医(非在宅医)の新宿さんと雲への参加も少しずつ進めています。



図1A 新宿さんと雲

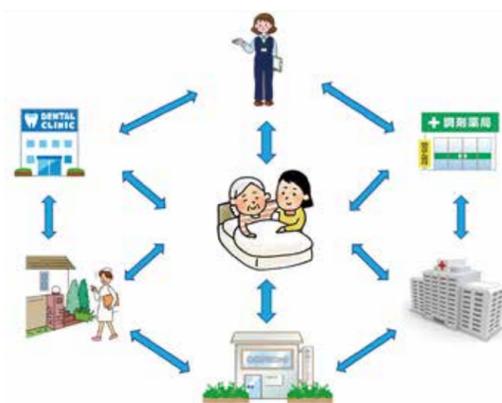


図1B ICTによる多職種連携

病院では長期間の入院や後方病院転院の問題が存在し、病状不安定で入退院を繰り返したり、超高齢や寝たきりで紹介受診が難しい症例における情報共有や医療連携で特にその有用性が示されています。また、病院の外來医への紹介の判断や入院の相談、退院調整などでも活用されています。実例を提示すると、当院の外來の胸部レントゲンで大きな空洞を伴う腫瘍を認め、肺がんか肺結核を疑う症例を経験しました(図2)。自覚症状はなく、肺がんでは可及的早期の紹介で対応しますが、肺結核の場合には感染のリスクから即時紹介が必要となります。そこで、このレントゲンを新宿さんと雲に添付して送信し、病診連携コンサルトを行っています。東京山手メディカルセンターの呼吸器内科医に地域医療連携室を介して電話し、レントゲンを見ながら診断や治療方針、紹介の調整についてご相談しています。画像のクオリティーの問題はありますが、新宿さんと雲ではレントゲンを簡単に送



図2 胸部レントゲン写真

信することが可能です。「百聞は一見にしかず」であり、少なくとも電話でレントゲン所見を正確に伝えることは困難です。結果、肺結核の可能性を否定できないという理由により、救急外來で呼吸器内科医に迅速にご対応いただくこととなっています。

2025年問題を目前に困難ケースは増加し、地域包括ケアにおける新宿さんと雲というICTネットワークの重要性は高まることが想定されます。新宿区では、同じJCHOに属する東京新宿メディカルセンターでも同様に新宿さんと雲にご参加されて活用しています。地域包括ケアや地域医療の推進において東京山手メディカルセンターが、東京新宿メディカルセンターと共に全国のJCHOの病院の中のツートップとして益々ご発展されることを、地域の開業医というサポーターの一人として心から応援しています。

図1:5年間の実績

	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度 (~10月)
在宅緊急一時入院	37人	27人	69人	76人	45人
救急搬送数	2,225台	2,122台	2,349台	2,535台	1,443台
紹介率	38.8%	43.4%	50.1%	55.5%	67.3%
逆紹介率	20.9%	25.9%	26.0%	40.4%	52.0%

ています。図1に示す通り、紹介率・逆紹介率とも大幅に増加しています。かかりつけ医に逆紹介することを原則としていますが、かかりつけ医がいない患者さんに関しては、当院の「登録医」へ積極的に紹介する方針としています。そして2019年度より、新たに地域医療支援病院としての役割を果たせるよう準備を進めています。

へき地・医師不足地域の診療支援

当院ではこの5年間で、伊豆七島の「新島村本村診療所」、被災地福島県の「浪江町仮設津島診療所」、福島県の「二本松病院」、北海道の「登別病院」、富山県の「高岡ふしき病院」などに、計39名の医師を計560日間派

遣しています。私自身も、浪江町仮設津島診療所に3回、新島と登別には2週間診療支援に行ってきました。診療支援を通じて、総合医(家庭医)の役割を実体験するとともに、病診連携の重要性を実感しました。今後も機会があれば診療支援に協力したいと考えています。

おわりに

JCHOとなって5年間の取り組みを紹介させていただきました。地域連携室長、地域診療・救急部長として、今後も地域の先生方のご期待に応えられるよう日々努めてまいります。2019年も何卒よろしく申し上げます。



新島の露天温泉



浪江町仮設津島診療所のドクターカー



新島村本村診療所の正面



登別病院隣のクマ牧場

本村診療所スタッフと