

2022.11.12
日本糖尿病学会
中国四国地方会第60回総会

糖尿病重症化予防への取り組み ～当院の関わり～

高知大学医学部附属病院

濱田三紀

高知大学医学部附属病院
Kochi Medical School Hospital





日本糖尿病学会 COI 開示

発表者名：濱田 三紀

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。

糖尿病保健指導連携体制構築事業

【事業概要】

高知県より高知県立大学が委託を受け、令和元年度からスタート。
高知県の糖尿病重症化予防をすすめるために、地域の中核となる基幹病院において、院内や関係機関との連携体制構築のための検討会の実施や、
糖尿病患者への生活指導及び多職種のカア調整を行うことができる看護師（血管病調整看護師）の育成のための研修会や支援を行う。

【目的】

高知県は、全国に比べて男性の壮年期死亡率が高く、糖尿病をはじめとする血管病対策が課題となっている。* 血管内壁障害により起こる疾病を高知県の行政では「血管病」と呼びます。

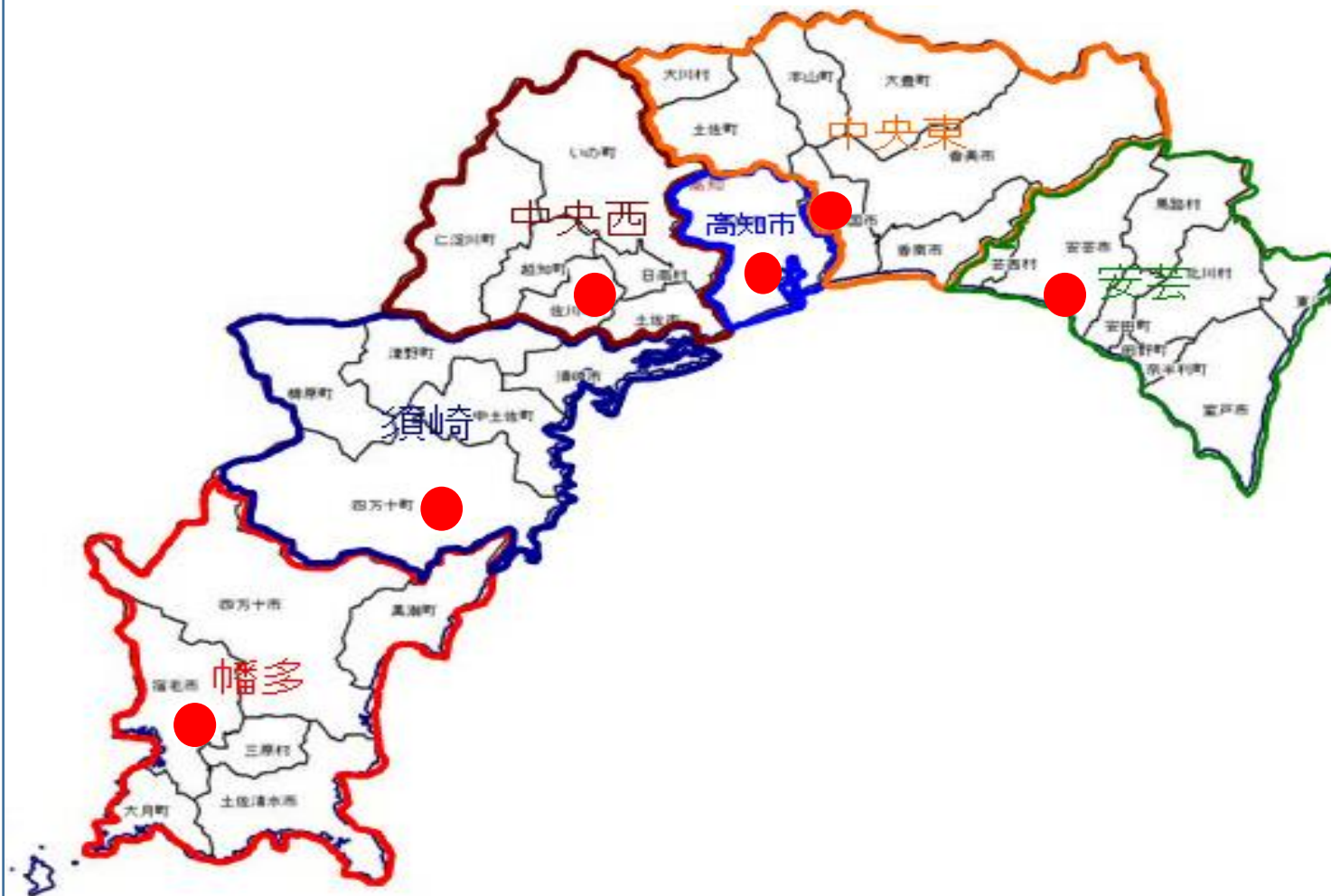
本事業では、糖尿病に焦点を当て、治療中断やコントロール不良になりやすいハイリスク者の減少に向けて、**モデル医療機関の看護師が、地域内の看護師や保健師等と連携した糖尿病患者への継続的かつ効果的な生活指導を充実させることで療養支援を強化する**

モデル医療機関

R元年度 2医療機関
(安芸・中央西)

R2年度 5医療機関
(中央東・高知市2機関・
中央西・須崎)

R3年度 6医療機関
(幡多・高知市4機関・
中央東)



年間スケジュール

プログラム内容	e-learning	開催日
合同説明会		2021年6月
第1回合同研修会 講義 1) 高知県の血管病重症化予防の現状と課題(高知県健康長寿政策課) 2) 高知県の中小企業就労者における血管病重症化予防の現状と課題(全国健康保険協会高知支部) 課題検討会	「ハイリスク者へのケア調整の仕組みづくり」 「ハイリスク者の発見と階層的プログラムへのトリアージ」	6月
第2回合同研修会 講義 1) 海で働く成人の生活習慣(船員保険福岡健康管理センター) 2) 食事療法のハイリスクケアメニュー(県立大学健康栄養学部) 課題検討会	「ハイリスク者の多面的アセスメントと目標志向アプローチ」 「認知機能低下のモニタリングとアセスメント」	7月
第3回合同研修会 講義 1) 佐賀県糖尿病コーディネート看護師の役割と活動の実際(佐賀県小津市民病院) 2) ハイリスク者のアドボケイトとケア・ネットワーキング技法(県立大学社会福祉学部) 課題検討会	「ハイリスク者へのワンストップケアと移行支援」 「多職種連携・協働のためのコミュニケーション」	8月
第4回合同研修会 講義 1) 薬物療法のハイリスクケアメニュー(高知県薬剤師協会) 2) 糖尿病の他職種チームの診療報酬(広島県健康福祉局) 課題検討会	「セルフマネジメントの学習支援とハイリスク・ケアメニュー」 「セルフマネジメントの共有意思決定支援と定期コミュニケーション」	9月
地域他職種交流会		12月
第5回施設内研修会 院内事例検討会	「事例検討会における課題解決と実践のリフレクション」	2022年1月
第6回合同研修会 合同事例検討会		2月
報告会		3月

令和3年度の当院の取り組み内容

1. 自院の①疾患シェアとマンパワー・リソース
 - ②患者数と特徴・傾向
 - ③自院の役割・位置づけ
 - ④提供可能な治療・ケア機能について
明確にし、院内多職種で検討し、共有する
2. 報告会で、他のモデル基幹病院と情報交換・共有を行う

糖尿病医療の組織体制

- 糖尿病医療の組織体制：糖尿病専門医8名（常勤）3名（非常勤）
- 糖尿病チームメンバー：医師7名（糖尿病専門医 5名）
（糖尿病ケアサポートチーム） 看護師7名（糖尿病看護認定看護師1名 CDEJ4名）
薬剤師 2名（CDEJ1名）管理栄養士 5名（CDEJ5名）
理学療法士 2名 臨床検査技師 7名（LCDE1名）
- 活動内容：外来糖尿病患者支援（外来糖尿病教室開催）
糖尿病教育入院での関わり（糖尿病チームカンファレンスを行い
問題点の抽出、支援、患者指導を行う）
患者会<しゅう会>のサポート
- 血管病調整看護師（8名）の活動する部署：
内分泌・糖尿病・腎臓・膠原病内科、皮膚科病棟 糖尿病代謝内科外来

糖尿病ケアサポートチームの
マークです
Diabetes Care support Team
Dream Come True
という思いも込めて



糖尿病患者概況

2020年度 入院患者数:67名 外来患者数:645名

男女比 男性54% 女性46%

健康保険名上位3位

国保:373名 後期高齢者:265名 協会健保:256名

年代別上位3位

70代:372名 60代:272名 50代:143名

自施設のハイリスク者の特徴

- 罹病期間が長く、治療困難症例・進行した糖尿病合併症を有する
- 糖尿病以外の多疾患を合併している
- 紹介受診・紹介入院が多く退院後、他院で加療される症例が多い

糖尿病重症化予防の取り組みの実際と課題

- ①糖尿病透析予防チーム外来(2012年10月～) 指導患者数 15名程度/年
課題:指導患者数が少なく、一部の患者のみのフォローとなっている。

- ②糖尿病教室 2か月が1クール(1回/週)3回/年 現在休止→ミニ講義チラシ配布
課題:アンケートにより講義内容は修正できているが、効果について評価はできていない

- ③フットケア外来(2017年7月～)1回/週(予約制)2019年4月から休止中
フットケアは実施

研修受講開始後～現在迄の自施設の取り組み

- 糖尿病チームで当院の重症化ハイリスク群の選定基準を検討し決定した
- 社会的決定要因のある患者さんは、重症化するリスクが高いことをチームで共有することができた
- 事例検討会で、必要な情報（経済面・労働環境・患者さんがどう生きたいか等）が聴けていないことがわかった

重症化ハイリスク群の選定基準

I. 治療中で重症化リスクが大きい者

対象：内分泌・糖尿病・腎臓・膠原病内科、皮膚科に入院・糖尿病代謝内科外来に通院

年齢：75歳未満

以下の①～③のいずれかに該当

①HbA1c:8.0%以上

②血圧：収縮期140mmHg以上/拡張期90mmHg以上

③糖尿病腎症2期・3期

II. 糖尿病治療中断歴がある

III. 社会的決定要因

以下の①～④のいずれかに該当

①経済的困窮者

②独居

③未婚

④医療へのアクセス障壁

今後の課題

1. ハイリスク者の選定

- ①必要な情報収集ができ、患者さんが記載できる情報収集シートを作成
- ②病棟・外来での継続活動

2. 退院後のフォロー病院・かかりつけ医との連携

- ①「看護サマリー」を作成し連携していく

3. 地域との連携体制、当院の役割について考える