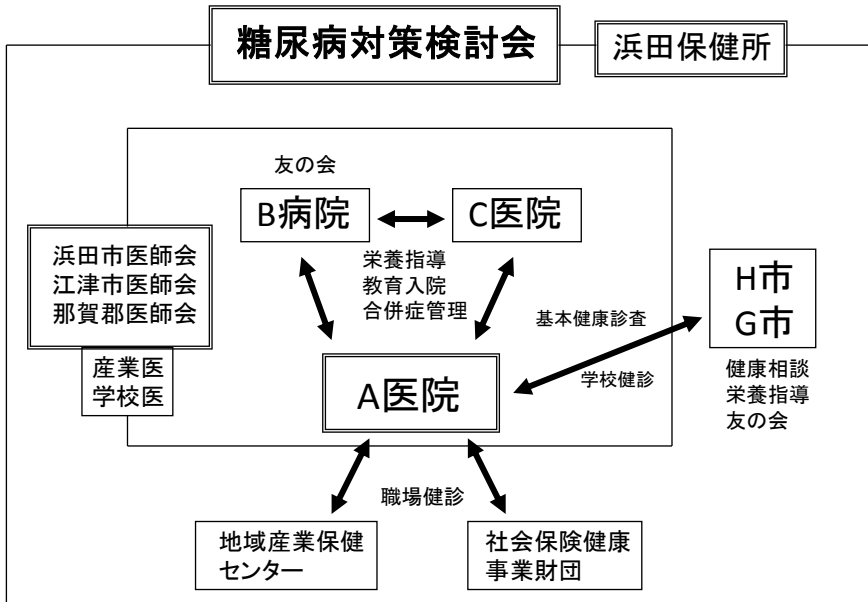


地域における 糖尿病医療の連携の実際 ～三次予防から一次予防へ～

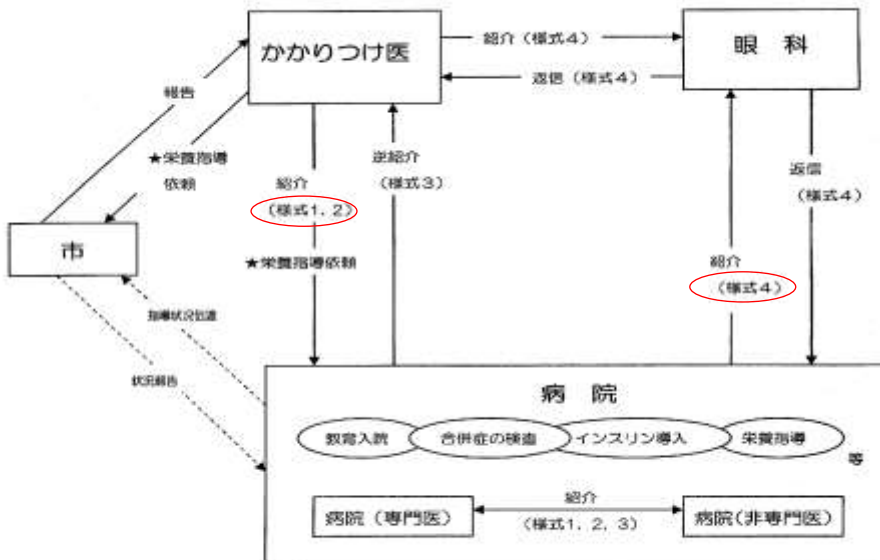
鳥取県立中央病院
武田 倬

組織フロー図



3

1 連絡体制のフローチャート



*上記番号は、次ページの診療情報提供書の様式番号

4

島根県における糖尿病対策の特徴【1】

- 1.制度をつくる
- 2.人を育てる : 次世代の育成
- 3.世論をつくる : 患者の主体性



コミュニティの形成

経済、医療・保健・福祉、教育、文化・芸術、自然
など

5

島根県における糖尿病対策の特徴【2】

- 1.医療と行政の一体となった活動
 - (1)対等な関係
 - (2)明確な目標と定期的な話合い
 - (3)熱意と持続性
- 2.医療現場での糖尿病の専門性とチーム医療
 - (1)CDE-JとCDE-L
 - (2)医師とコメディカルのチーム医療
 - (3)地域連携
- 3.住民の健康教育と主体的活動
 - (1)町村に日糖協の部会を作る
 - (2)中心となる人の育成

6

横浜市南西部（戸塚地域）の 糖尿病地域連携

国立病院機構 横浜医療センター
統括診療部長、地域連携室長 宇治原 誠



7

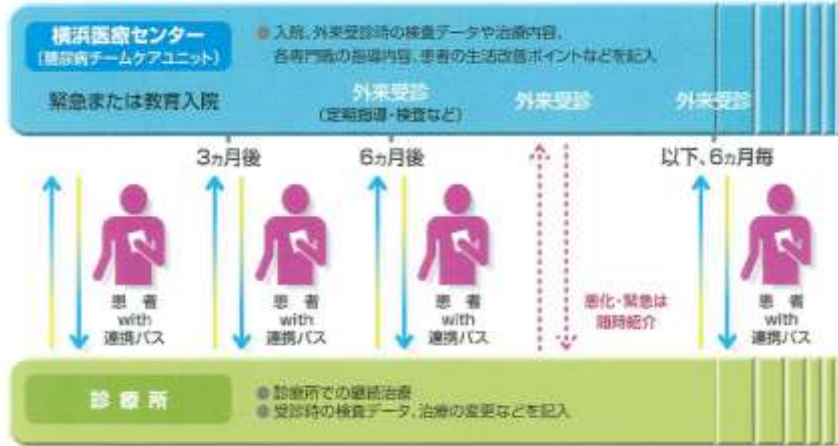
戸塚糖尿病ネットワーク (2001.11月から)



- 単独基幹病院(横浜医療センター)と地域(横浜市南西部)の診療所で構成される連携単位
- 正式参加施設(会員)は44(42の診療所と2企業健康管理室)。ただし会員以外でも実質的に連携している施設は多数。
- 理念: 基幹病院が初期・再療養指導を含む専門診療と救急診療を担当し、安定期治療は診療所が担当する
 - 双方向紹介システム
 - ・ 横浜医療センター→ネットワーク会員施設(安定期糖尿病の患者を、会員施設に逆紹介)
 - ・ ネットワーク会員施設→横浜医療センター
 - 外来通過入院(通常外来または救急外来での診療を経る入院)
 - 緊急入院
 - ・ 紹介状を持参して外来紹介受診、教育入院
 - 外来非通過糖尿病入院(電話やEmailで予約し外来を通らない直接入院)
 - 教育入院後は診療所に患者を戻す
 - 救急対応(会員でも非会員でも診療所の緊急依頼は100%受ける)
 - 地域連携クリティカルパスによる循環型連携(2004.5月から)

8

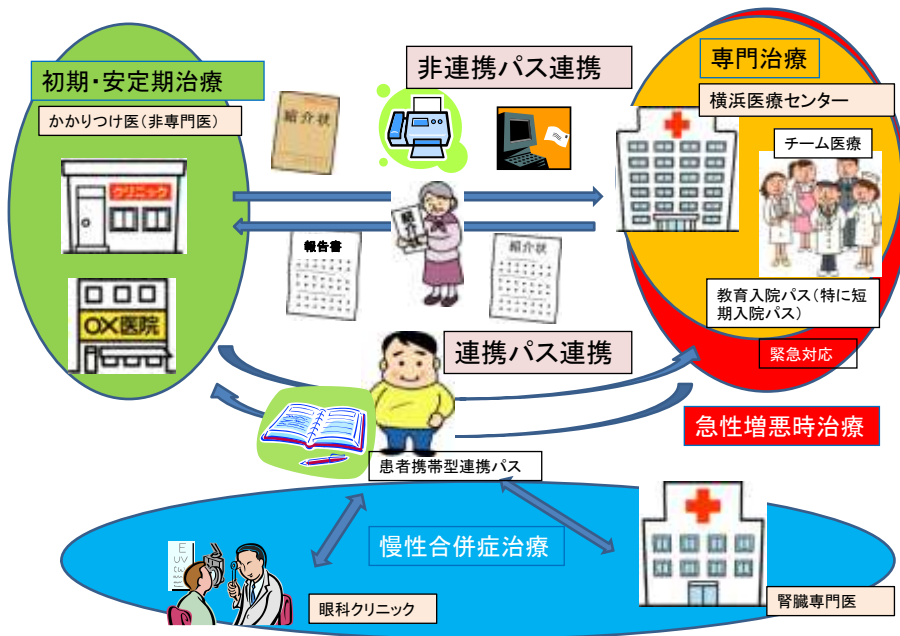
横浜医療センターの糖尿病地域連携クリティカルパスは典型的な循環型



横浜医療センター: 連携開始時の治療方針の決定と定期的療養指導
 かかりつけ医: 毎月の診療、薬物療法の調整

9

横浜医療センターの糖尿病地域連携の概略



10

横浜医療センターの糖尿病地域連携 クリティカルパス

- 他地域連携パスと類似する点
 - 地域診療所に紹介した患者の血糖維持、悪化の早期発見、通院脱落の防止が目的
 - 患者の糖尿病生活の指針(患者のガイドライン)
 - 施設内、施設間の医療者の情報共有
 - 施設が分担する役割の明確化
 - 地域の診療所医師への糖尿病診療技術の移転、治療の標準化
 - 勤務医不足への解決策のひとつになる可能性
- 他地域と異なる点
 - 教育入院から連携をスタートすることが多い(他地域は外来逆紹介が多い)
 - 基幹病院の役割は初期の治療方針の決定と定期的療養指導(他地域は定期的専門検査や治療の確認など)
 - 短、中期的な血糖コントロールと脂質管理に良好な効果があること学会などで報告している