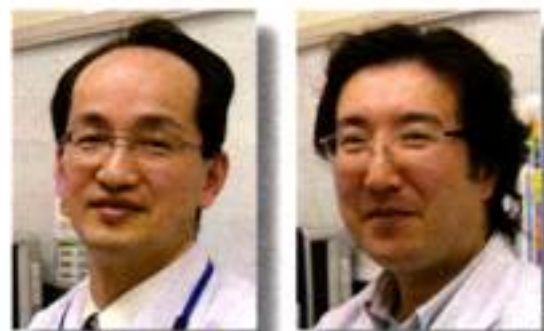


シリーズ **メタボリックシンドロームに挑む** 第18回

大垣市民病院糖尿病・腎臓内科 傍島裕司氏、鈴木厚氏に聞く

糖尿病診療の病診連携で実績 システム構築が特定健診の対応準備に

メタボリックシンドロームを標的とする特定健診制度がスタートしたが、実際にその結果を受けて保健指導や、受診勧奨者が出てくるのは7月ごろからとみられる。このうち糖尿病に関しては、治療や保健指導の専門性が高く、受診勧奨者や患者があふれ出した際の対応が課題と指摘されている。糖尿病診療について、2001年から地域診療所との病診連携を開始し、そのことが特定健診への対応準備ともなった例に、岐阜県大垣市がある。中心的役割を担う大垣市民病院糖尿病・腎臓内科に、傍島裕司、鈴木厚の両医師を訪ねた。



傍島氏

鈴木氏

——メタボリックシンドローム対策、特に特定健診の影響は。

鈴木氏 メタボリックシンドロームについては健診の結果、診療所からわれわれのところに紹介されてくる患者さんは多いので、特定健診が実質的に始まったら当然、この流れは増えてくると思います。ただ、われわれが診療する患者さんは糖尿病の診断がついた人ですので、実際はメタボリックシンドロームから一歩進んだ人を診ることになります。

岐阜県のこれまでの取り組みの特徴としては、健診で問題がありそうな人には積極的にOGTT（経口ブドウ糖負荷試験）を行います。

傍島氏 岐阜県ではHbA1cが5.5%以上であればOGTTを含めた精密検査を受ける必要があるとし「受診勧奨」としています。国の受診勧奨基準は6.1%です。全国的に見ても、非常に珍しい取り組みで、精検も医師会と連携して行うことなど、県糖尿病対策推進協議会の一致した考え方になっています。

HbA1c5.5の根拠は、岐阜大が恵那地区で行ったモデル健診でのスタディーで、5.5で線引きしてみると正常型、境界型、糖尿病型が1対1対1程度になることが分かったからです。

鈴木氏 診療所の先生にも、この5.5という基準値はある程度浸透していると思います。われわれ糖尿病専門医もいろんな機会を通じて、理解してもらうようアピールしていますので。診療所レベルでOGTTをやっていただきたいと要請しており、施設によってできないはありますが、できる施設は確実に増えてます。

——糖尿病専門医としてメタボ対策で留意しているのは。

傍島氏 特定健診は内臓肥満を測定してメタボリックシンドローム対策をとることが目的ですが、日本の糖尿病の約半数は肥満を伴いません。特定健診だけでやると漏れてしまう人もいます。岐阜県の取り組みはそうした対応をしているという意味もあります。当然、特定健診には意義はあります。しかし、それだけで糖尿病の早期発見、早期治療につなげることはできないことにも留意が必要だということです。

鈴木氏 特定健診で見つかる「肥満を伴った糖尿病患者さん」というのは増えてくると思いますし、そのために病診連携がますます必要になってくるという状況は認識しています。ただ、当院で過去に

教育指導した肥満糖尿病患者を追跡調査してみると食事や運動療法のみの場合の治療脱落率が非常に高く、疾病管理や指導が難しいケースが多く見受けられます。投薬に頼らずに指導管理することを、どうやって連携の中で構築していくかが課題になってくると思います。診療所の先生方と役割分担することになりますが、従来から進めている外来患者の紹介・連携のシステムを拡充しながら、連携パスの具体化も進めていくつもりです。

特にメタボリックシンドロームで見つけた場合、体重の増加という問題が対処しなければならない大きなテーマで、それをどう管理していくかは重要だし、現実には非常に難しいことです。

間がたつと多少上がる傾向が見えます。投薬治療だけで継続していくと体重増加の管理などが難しくなり、やはり栄養士による保健指導は不可欠になります。それと運動の指導も重要で、当院の肥満糖尿病患者の追跡調査では生活指導時の運動量が少ないほど、その後の体重増加が大きい傾向にあるようです。

——大垣市民病院では早くから糖尿病の病診連携を実施していますが。

傍島氏 率直に言えば、当院の糖尿病外来が飽和状態になったことが連携をやらざるを得ないという状況を生んだと言うことはできません。しかし、1997年ごろから医師会の先生たちにも糖尿病をしっかり勉強したいということで勉強会が立ち上げられた。それで、われわれとの交流が始まり、熱心な診療所の先生たちとのパイプができた、顔が分かる関係づくりができたということがありました。

患者さんの了解を得ることも最初は大変でしたし、連携後のデータでも決していい方向での結果が得られているとは言えない状況ですが、やはり今後の患者さんの増加を考えると、連携なしには地域の糖尿病診療は成立しません。

今後はわれわれ病院に勤務する専門医と診療所の先生がお互いの役割分担をする、その役割を認識した上で必要な情報を共有し発信していくということが重要です。こうした病診連携を確実なものにしていくために、昨年地域連携クリニカルパスの検討を始め、4月から実施に移しました。今後、このパスも改善を加えていく工夫が必要ですし、これによってお互いの役割がさらに明確化していくことを期待しています。

栄養ケアステーションも設置

——特定健診では受診勧奨患者が大量に出てくる可能性があります。

傍島氏 大垣では特定健診が実質的に始まるのが6月。率直に言って、患者さんがどの程度出てくるのかということは蓋を開けてみなければ分かりません。

診療所でOGTTなどをやっていくという方針にはなっていますが、健診結果を受けた患者さんが市民病院に押し寄せるといった懸念がないわけではない。

一応、大垣市としては医師会と保健センターが協力して、年2回糖尿病予防教室を開いていますが、この回数を増やすことで、特定健診で見つかった糖尿病予備群、保健指導までは必要としない人に対応するシステムづくりは行われています。特定保健指導に関しては、管理

栄養士の確保がテーマとなってきますが、病院からの派遣は現状では不可能です。このため、大垣市では一昨年から地域に潜在している栄養士を掘り起こして登録しておく「栄養ケアステーション」を設置し、診療所への派遣を行うシステムを構築しました。

まだ実際に稼働してはいませんが、このシステムで診療所同士が、栄養士を確保し保健指導で連携することも可能になると思います。市民病院は、こうした栄養士の再教育を行うことで、協力することができます。

市民病院との病診連携では、診療所に紹介した患者さんは年に2回、病院で検査しますので、その折りに当該の患者さんの保健指導をやることはできます。

鈴木氏 HbA1cは病院で通院治療していても、診療所でやっても時