

<Kobe DM net (神戸糖尿病地域連携) に関する Q&A>

2019年7月25日 更新

Q：なぜ、糖尿病には「地域連携」が必要なの？

A：糖尿病は、ご存知の通り世界中、特に日本を含むアジア地域で患者数が著明に増加しています。失明・腎不全による透析導入など QOL を極端に低下させ、心血管疾患などにより生命予後にも直接影響します。しかし糖尿病の受療率は 43%、継続治療率は 40%に満たず、特に若年層の継続受診者は 20%を下回るといわれ、社会問題となっています。この糖尿病の脅威に対して、神戸市の病院・診療所が一丸となって対応していこうというのが、「地域連携」です。

Q：現在の神戸市での糖尿病地域連携の現状は？

A：いくつかの病院で、個別に地域連携が行なわれています。しかし、他の地域と比較して神戸での糖尿病地域連携は決して進んでいるといえないのが現状です。この度の連携を契機に糖尿病に限らず様々な疾患に関しても、地域連携が進み病院と診療所の関係がより親密なものになることを期待しています。

連携とは、「連携パスや IT で患者さんをやりとりすること」ではありません。それらは単なる連携のツールにしかすぎません。今回の神戸における糖尿病地域連携は、「神戸の糖尿病患者さんを脱落なく、標準化された診療の質で継続的に診療するための工夫」なのです。

Q：病院と診療所の役割分担は？

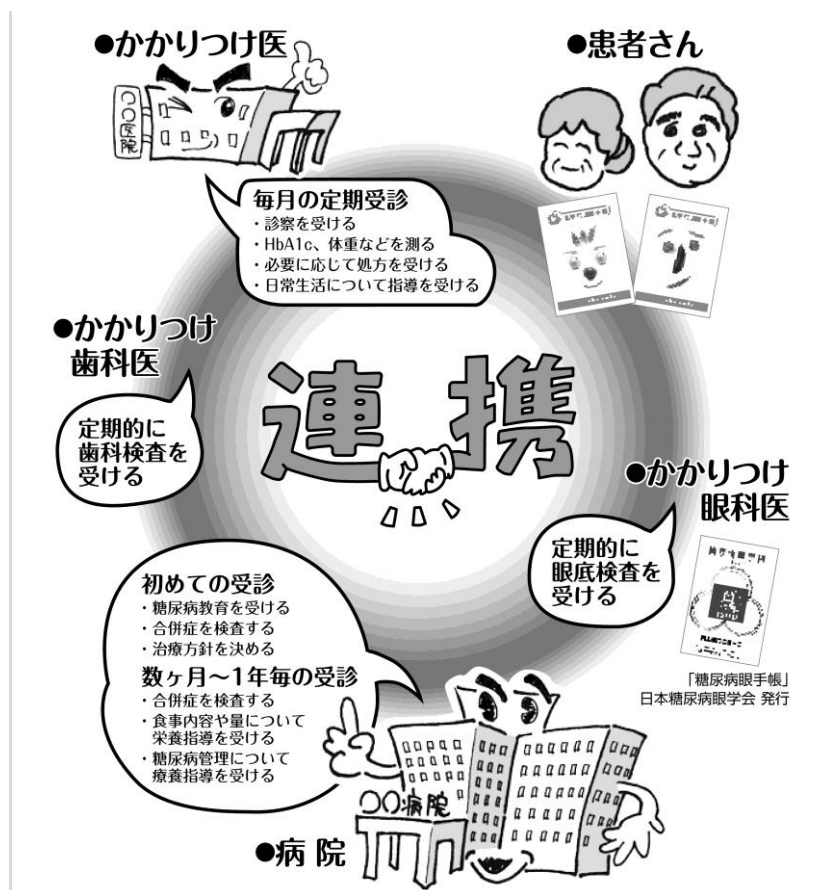
A：糖尿病診療は、さまざまな局面をもちます。それぞれの局面で、病院と診療所が役割分担をする必要があります。基本的には、図 1 の通り診療所では一ヶ月に一回を目安として診察、体重管理、HbA1c 検査、尿検査、処方などを受けます。また、感冒、急性腸炎などの際に受診します。受け入れ基幹病院では糖尿病を初めて指摘されたときや糖代謝が増悪した際に「多職種による糖尿病チーム」による糖尿病療養指導を受けます。また、動脈硬化を含む合併症の精査や悪性疾患のスクリーニングなどの必要な諸検査を受け、その結果もあわせて治療の方向性について相談します。その後も、必要に応じてこれらの検査を挟みながら、基幹病院では数か月～一年毎の定期的な診察をおこない、診療所と密接に情報を交換しながら、協力して診療をおこないます。また、患者さんが糖尿病以外でも入院を必要とする病態となった際には、対応できる範囲で基幹病院が入院加療をおこないます。これは「二人主治医制」と呼ばれています。

Q：「神戸市」の糖尿病地域連携の特徴は？

A：神戸市内の病院の特徴として「すべての機能を備えた大病院が少ない」ことがあげられます。中小の病院が、それぞれの特徴を生かしながら、またそれぞれが弱点を補い合いなが

ら、神戸市全体の医療を支えています。そのような背景の中、他の地域と異なる神戸市糖尿病地域連携の特徴として「連携受け入れ病院が多いこと」があげられます。ですから、診療所の先生は、別紙「病院対応リスト」を参考にして紹介先を決定していただく必要があります（例えば「出産を間近に控えた妊娠糖尿病患者さんは産科のある病院に紹介する」「近々血液透析を必要とする患者さんは透析導入の可能な病院に紹介する」など）。

図 1 :



Q：なぜ今回の地域連携は診療所から病院への紹介状だけなの？

A：他の地域では、「糖尿病地域連携パス」としてさまざまなツールを作成し、運用しています。ただ、“神戸市の糖尿病地域連携の特徴は？”でも述べましたとおり、連携受け入れ病院の数が多いのが特徴です。それぞれの病院の特徴があり、「型にはめられて運用しにくい」という、いわゆる「パスの弊害」を避けることを重要視しました。そのため、平成27年1月の相談会にて「パス」という名称を使用しない（「パス」というだけで積極的になれないため）ことになりました。

Q：患者さんのご負担は？

A: 計画中とは聞いておりますが、いまのところ糖尿病地域連携についての保険診療上の算定はございません。本糖尿病地域連携は紹介状のやりとり（紹介・逆紹介）が繰り返される「循環型」の地域連携であり、それにとまなうコストが発生します。地域によっては、「糖尿病連携手帳」を活用することで、その負担を軽減しているところもあります。今後の課題といえます。

<診療所編>

Q: 「必要書類」はどこで手に入れたらいいの？

A: 平成25年8月2日付けで神戸市医師会から、「神戸糖尿病地域連携(Kobe DM net)」の冊子が、所属の先生方に配布されています。その内容は、そのままの形で神戸市医師会やパス受け入れ基幹病院のホームページからエクセルやPDFの形式でダウンロードすることができ、もちろん医師会に所属しておられない先生方も利用可能です。

メールでの添付を希望される場合、神戸糖尿病連携運営協議会（このQ&Aの最後に連絡先の記載があります）にお問い合わせください。

Q: 具体的に、「連携」をどのように開始すればいいの？

A: この神戸市糖尿病地域連携は、診療所の先生が「はじめの第一歩」を踏み出すことから開始されます。それぞれの受け入れ病院ごとに対応できる疾患・病態に違いがあるため、別紙の「対応リスト」を参考に診療所の先生方が病院を選択し、ご紹介ください。まさに、糖尿病患者さんの運命は診療所の先生が握っているのです。

なお、病院によっては、待ち時間の短縮や専門医による診察が確実に受けられるように、事前のFAX予約や診察時間の確認を勧めているところもありますので、ご注意ください。

Q: 糖尿病救急症例についてはどうしたらいいの？

A: この連携は基本的に「落ち着いた病態」にある症例を対象にしています。高血糖昏睡（糖尿病ケトアシドーシス・高血糖高浸透圧症候群）や低血糖昏睡、シックデイで急な入院を要する場合などは、必ず電話連絡などにより受け入れ病院に直接確認をしていただくようお願いいたします。そのような場合は、通常の形式でのご紹介が適切かもしれません。大病院が少ない神戸市では、受け入れる基幹病院に人的余裕があるところは少なく、ほとんどの病院が医師一人に対応しています。糖尿病救急症例については、必ず病院に「受け入れ可能かを問い合わせるのをご紹介」をお願いいたします。

Q: 忙しくて紹介状を作成する時間がない・・・

A: 今回、作成した「診療所から病院への紹介状」は、各項目にcheckをいれるだけで完成します。よく紹介する病院の名前や自院の住所などをあらかじめ入力しておけば1~2分程度で完成します。検査結果や内服薬などは、コピーを添えてください（お薬手帳を持参さ

れないケースが相次いでおります)。診療所の先生方のご負担をできるだけ少なくして連携に向けた「はじめの第一歩」を踏み出していただければと思います、このような簡略化した紹介状を作成しております(もちろん、患者さんの背景や性格、問題点など、糖尿病療養指導に必要な情報を追記いただければ病院での診療がよりスムーズになります)。

Q：どのような糖尿病患者さんを病院に紹介すればいいの？

A：糖尿病連携手帳には、①はじめて糖尿病と診断された方 ②治療を続けていてもA1c8%以上が改善されない方 と記載されていますが、今回の神戸糖尿病地域連携では、基本的にすべての糖尿病患者さんが対象です。軽症な方も含めて、患者さんをご相談の上でご紹介いただき連携を開始していただければと思います。

Q：診療所から病院に紹介すると患者さんが戻って来なくなるのでは？

A：「紹介状」の中に、引き続き、当診療所と貴院による連携パスでの診療(典型的な循環型地域連携) 今回のみの診療および検査依頼 当診療所への通院は終了とし、貴院あるいは他の医療機関での診療継続を希望 その他 (に check を入れる) という項目があり、診療所医師が「今後の診療についての希望」を選択することができます。原則として、病院医師は診療所医師希望の方向性にそって連携を開始します。病態(「悪性腫瘍が見つかり手術が必要」「腎不全が進行し透析導入の必要がある」など)や患者さんの希望などによって、診療所医師の希望通りにできない場合、病院医師は診療所医師と相談いただくことが重要です。試験運用の結果・経験から、診療所と病院がお互いを尊重し「顔の見える連携」を進めることで問題なく運用できると考えます。

Q：糖尿病網膜症についてはどうしたらいいの？

A：糖尿病専門医と非専門医の診療上の最も大きな違いとして「定期的な眼科受診を勧めているかどうか」があげられています。最近では、糖尿病患者さんを診療しながら眼科受診を勧めていなかったとして医療訴訟に発展するケースもあります。糖尿病をはじめ指摘された方であっても罹病期間が明確でない場合が多く、無症状であってもすべての糖尿病患者さんにとって、定期的な眼科診察は欠かすことができません。ご紹介時に、受診を促していただき、かつ、その後の「かかりつけ眼科への定期受診」をお勧めください。なお、受け入れ基幹病院が「眼科診察困難」である場合もありますのでご注意ください。

Q：診療所から病院に紹介すると、今までの治療方針を批判されるのでは？

A：決してそのようなことはいたしません。ただ、病院と診療所が同じ方向を向いて診療をしていくためには、「知識の共有」が必須です。また、「顔の見える連携」が欠かせません。基幹病院が実施する勉強会・研究会に積極的に参加いただくようお願いいたします。

<受け入れ基幹病院編>

Q：受け入れ基幹病院は、診療所から患者さんが来院されたら、具体的にどうしたらいいの？

A：本連携により患者さんが来院された後どのように診療していくかは、基本的にその病院毎の判断にゆだねられています。何の制限もいたしておりません。とにかく診療所医師と病院医師が情報交換し相談しながら「糖尿病患者さんが元気で長生きできる方法」を模索していただくことが大切なのです。

Q：日本糖尿病協会が発行する「糖尿病連携手帳」は使用しないの？

A：活用している地域もありますが、神戸ではいまのところこの「糖尿病連携手帳」を組み込んでいません。「手帳」にメリット・デメリットがあり、賛否両論があるためです。ただ、それぞれの地域で利用いただくことを制限するものではなく、今後の検討課題のひとつとご考えください。

Q：悪性腫瘍のスクリーニングはどこまでするの？

A：2001～2010年の糖尿病学会の調査で日本人糖尿病患者の死因の第一位は悪性疾患（38.3%）でした。一部の悪性腫瘍について、糖尿病（インスリン抵抗性、肥満症も含む）と関連していることが話題になっています。「糖尿病患者さんが元気で長生きするため」には、悪性腫瘍の早期発見・早期治療は欠かせません。スクリーニング方法として、腹部エコー、CT、便潜血、腫瘍マーカー、上部・下部消化管内視鏡などがあげられます。ただ、それをどこまで「スクリーニング」するかは判断が非常にあいまいとならざるを得ません。患者さんの年齢・病態・ご希望、診療所の意向も含めて、また病院の機能にも応じて適切に判断していただくこととなります。

Q：インスリンの在宅自己注射指導管理料や血糖自己測定加算はどうなるの？

A：患者さんがインスリンや自己血糖測定をされている場合、「基幹病院を受診する月」の在宅自己注射指導管理料や血糖自己測定加算を、かかりつけ診療所と受け入れ基幹病院のどちらで算定するかについては、議論中です。算定したかどうかという情報についても診療情報提供書に記載している地域があります。

Q：今回の連携だけでは、患者数増加により、病院医師の負担がより増えるだけでは？

A：ご指摘の通り、運用当初は受け入れる基幹病院のご負担が増えることは確実です。ただ第一回糖尿病連携パス受け入れ基幹病院相談会（キックオフミーティング）でも話題となりましたが、今回の連携がある程度軌道に乗れば、次に「基幹病院に通院中の糖代謝の比較的稳定した患者さんを診療所に逆紹介して連携を開始する」ことを計画しています。そのこと

によって医療資源の有効活用がより可能となり、「より多くの糖尿病患者さんに元気で長生きしてもらうこと」につながります。

Q：受け入れ基幹病院の「対応リスト」はどれくらいの間隔で更新されるの？

A：一年に一回、神戸市医師会により「対応リスト」の更新がおこなわれます。ただ、その間にも医師の異動により対応リストに変化が生じることも考えられます。

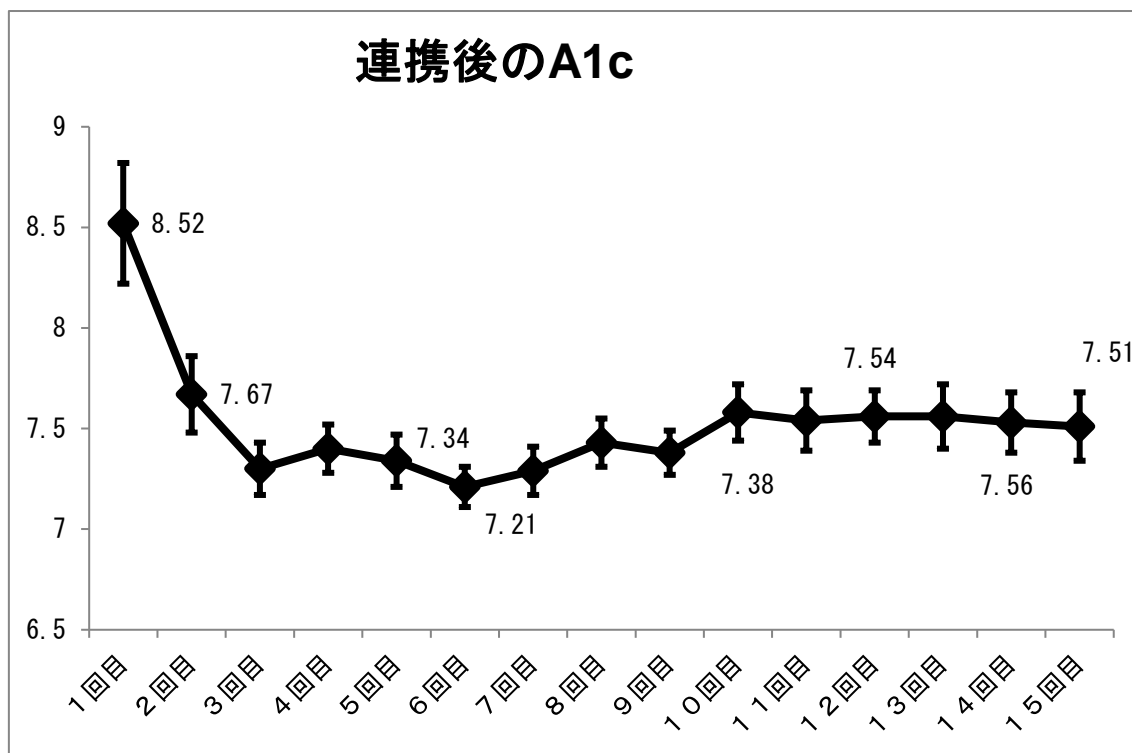
地域の診療所の先生方と顔の見える連携を適宜おこなうことにより、お互いの状況を把握するようにお願いします。

Q：現在の運用の結果を教えてください

A：運用結果は下記のような結果となっています。

登録期間：2011年4月から2019年6月まで 登録症例数：551名

HbA1cの経過：



Q：神戸糖尿病地域連携に関して、意見があるのだが・・・

A：どのようなすばらしい制度や仕組みであっても、登場した時にはそのほとんどが多く
の欠点を持ち合わせているといわれています。ご指摘をいただくことで、より良いシステ
ムが出来上がっていきます。ご不明な点・ご意見などございましたら何なりと下記までご
連絡いただければ幸いです。

Kobe DM net 運営協議会 事務局 世話人

上田容生（真星病院 糖尿病センター）

上野尚彦（神戸市医師会 上野内科・糖尿病内科クリニック）

黒木康雄（神戸百年記念病院 内科）

小谷圭 （神戸市医師会 こたに糖尿病内科クリニック）

坂井誠 （甲南病院 内科）

中村武寛（神戸市立医療センター西市民病院 糖尿病・内分泌内科）

（50音順）

<連絡先>

Kobe DM net 運営協議会 事務局

神戸市立医療センター 西市民病院 糖尿病・内分泌内科 中村 武寛

〒653-0013 神戸市長田区一番町2番4号

TEL：(代表) 078-576-5251/FAX：078-576-5358

Mail：takehiro@kcho.jp