



特集 はじめよう！ 糖尿病診療リエゾンサービス～チーム医療の未来図～

〔各論〕

# 県市町村を巻き込んだ リエゾンサービス実践例 ～県主導での リエゾンサービス育成事業～

藤井純子<sup>1)</sup>，安西慶三<sup>2)</sup>

1) 佐賀大学医学部附属病院 総合・専門外来 糖尿病看護認定看護師

2) 佐賀大学 医学部 肝臓・糖尿病・内分泌内科 教授

佐賀県では、2012（平成24）年より糖尿病重症化の発症・進展予防のため、佐賀県糖尿病コーディネート看護師育成・支援事業を開始した。本事業で育成された糖尿病コーディネート看護師は、院内の糖尿病支援体制の整備とともに基幹病院と二次医療圏内のかかりつけ医、地域社会資源との橋渡し役として、のべ6000回以上の活動を展開している。4年間の活動で、ある地区では保健師との協働で未受診や治療中断者の4割が治療につながり血糖コントロールが改善した。また、20床以下の佐賀県医師会糖尿病推薦医療機関に通院している患者アンケートから、眼科受診やフットケア、透析予防の学習経験にコーディネート看護師が貢献していることが示唆された。糖尿病地域連携の基盤整備が促進され、2016（平成28）年、国の保険者努力支援制度において佐賀県は都道府県別平均獲得点で全国3位の評価を得た。コーディネート看護師は2016（平成28）年より始まった佐賀県「ストップ糖尿病」対策事業において、県の有用な資源として認められ、市町の保健師をはじめ医師会、多職種と連携し、ヒューマンネットワークの鍵として、さらに活動が期待されている。

## 背景

佐賀県は九州の北西部に位置し、東は福岡県、西は長崎県に接し、面積は全国43位、10市10町からなり、人口は約83万人で全国42位、高齢化率は27.68%の県である。産業では全国平均に比べ第一次産業が多く、穀類、果樹農業や畜産、有明海に面した県南地域では海苔の養殖がさかんである。また、軽自動車の1世帯あたりの普及

率や人口あたりの調剤薬局数が全国1位といった特色をもつ。

本章で紹介する佐賀県糖尿病コーディネート看護師が誕生する以前の糖尿病医療の状況は、日本透析医学会のまとめによると2000（平成12）年から2010（平成22）年にかけて透析導入の伸び率は全国2位であり、糖尿病重症化は佐賀県の重要課題となっていた。しかし、当時の県内の糖尿病専門医は21名（2012〔平成24〕年度）と人口比率に対し全国で最も少なく、分布にも地域差があり、十分な糖尿病対策を取りづらい状況であった。一方で、

佐賀県における糖尿病療養指導士(CDE)は約370名おり、組織化され地域に密着した活動を続けていた。県では、この事業に先行し、ITを活用した地域医療情報連携システムの構築を進めていたが、ITシステム化できない事例の検討、診療所の医療スタッフへの技術移転に対して人を介したシステムの構築が求められていた。これらの問題を解決するため、当時、福岡県小郡地区の嶋田病院で行われていたコーディネート看護師による医療連携を、佐賀県全体の事業として開始することになった。

## 佐賀県糖尿病コーディネート看護師育成・支援事業の概要

佐賀県糖尿病コーディネート看護師育成・支援事業(以下、コーディネート看護師事業)は、佐賀県における糖尿病合併症の進行を予防するために厚生労働省が2011(平成23)年に設置した「地域医療再生基金」を活用し、県の糖尿病予防対策支援事業の一環として2012(平成24)年より開始した。その後、2年ごとに県から事業計画延長の承認を受け、現在は第3期、5年が経過した。本事業の目的とコーディネート看護師の役割を図に示す(図1、図2)。佐賀大学医学部に運営事務局を置き、企画運営を行っている。

佐賀県糖尿病コーディネート看護師(以下、コーディネート看護師)とは、県内の9つの基幹病院(2016〔平成28〕年より8基幹病院)に所属し、所属長から推薦を受けたCDEの資格をもつ看護師で育成研修を修了した者をいう。現在は40名が活動している。

## 佐賀県糖尿病コーディネート看護師の活動とこれまでの成果

### 第1期：2012(平成24)年～

第1期目、コーディネート看護師は、所属する基幹病院

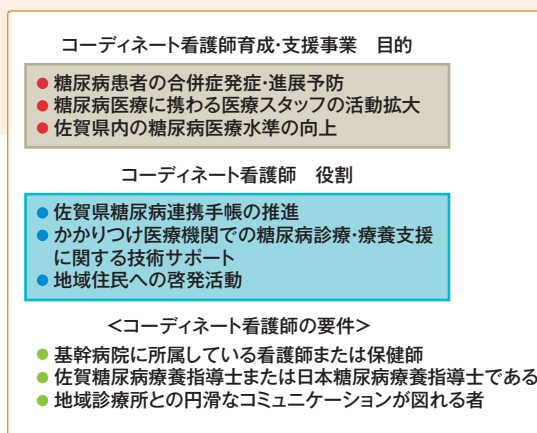


図1 糖尿病コーディネート看護師育成・支援事業の目的と役割

の二次医療圏にある佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関と事業契約を結ぶことから活動を開始した。そして連携を図るための重要なツールとして、佐賀県医師会が糖尿病地域連携パスとして作成した佐賀県糖尿病連携手帳を使用することとした。この活動が始まって、まず急務の課題となったのは、地域のニーズに円滑に対応できる基幹病院の糖尿病医療体制の強化であった。地域のニーズとは、合併症精査や栄養相談、フットケア、インスリン療法を行う高齢者や複雑な社会背景をもつ患者の医療・介護サービスの調整などである。これまでも行ってきたことだが、増加し複雑化する連携症例に対し、一部門の裁量権とマンパワーでは対応が困難な状況が生じてきた。これまでの糖尿病チームに管理部門、医事課、地域連携室、医療情報部が加わり、結果として本事業を契機に、地域のニーズに後押しされる形で基幹病院のチーム医療体制が拡充し、横断的活動が大きく推進された。

院外での地域活動では、初めて訪問する医療機関には基幹病院の糖尿病内科医が直接電話で訪問のアポイントメントをとり、時間が合えばコーディネート看護師と一緒に訪問した。初回訪問に漕ぎつけた後も、コーディネート看護師が継続して訪問先の医師や医療スタッフと関係を築き、糖尿病療養支援に役立つ存在として認められることは容易ではなかった。訪問を繰り返すなかで面談しやすい時間帯、窓口になってもらえるスタッフを把握できるようになり、フットケアなどのミニレクチャーや患者の相談を受けることが少しずつ増えていった。医療圏内での活動の場を求めて、訪問先を調剤薬局や市町の保健師、地域包括ケア支援センター、眼科、歯科、整形外科へと拡