

## 6. 地域と医療の連携

(岡山県高梁保健所 内藤允子, 岡山保健所 綱島公子)

### 1 健診後のフォローアップ

#### ★ これまでの健診・保健指導

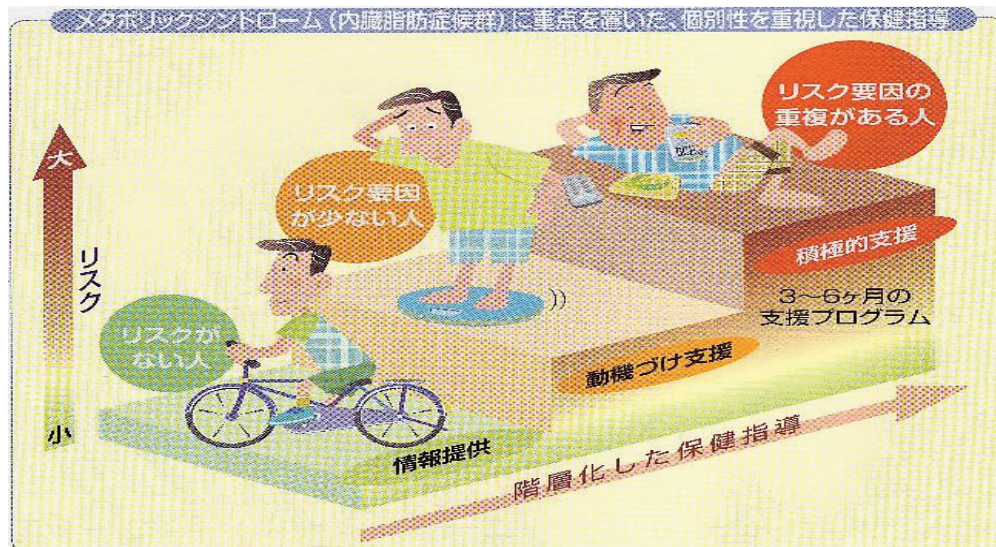
個別疾病の早期発見・早期治療を目的として、「要指導」「要精検」「要治療」を抽出し、「要指導」のうち、保健事業に参加したものに対して保健指導を実施していた。

#### ★ これからの健診・保健指導

メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出し、必要度に応じ階層化された保健指導を実施する(下図)。

健診の目的が、これまでは個別疾病の早期発見、早期治療であったのが、これからは、メタボリックシンドロームに着目した、生活習慣病の予防の必要のある者を抽出することとなった。

健診後のフォローについても、メタボリックシンドロームのリスクのある人については、階層化して改善計画をたて、目標や方法は自己選択ができ、また行動変容ができるような支援が必要である。さらに、保健師だけでなく医師、管理栄養士、運動指導士が連携して、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチの両アプローチを駆使し、総合的な支援により生活改善をめざすことが求められる。



#### コラム:具体的な保健指導(例)

【健診受診者全員】 情報提供の内容(健診データ・既存のサービスや社会資源の紹介)

【リスクが出現しはじめた段階】

原則1回の支援 動機づけ支援の内容(健康的な生活習慣へ行動変容する必要性の理解)

【リスクが重複しだした段階】

3~6ヶ月程度の支援期間 積極的支援の内容(継続支援できる内容・目標・評価設定)

## 2 生活習慣改善のためのフォローアップスタイルの基本

★メタボリックシンドローム支援チームでフォローアップを！！

★生活習慣改善の支援は、保険者又は地域の保健師、管理栄養士、健康運動指導士、医師等が支援チーム員となり個人の改善支援計画を立て、それを共有しチームで関わることが望ましい。

★生活習慣病で治療中の者に対しては、かかりつけ医が支援チームの中心である。

メタボリックシンドローム、又その予備群の人に対して、保険者、地域の医師、保健師、健康運動指導士、管理栄養士等、フォローアップ関係者が、メタボリックシンドローム支援チームをつくり、チームで支援（計画立案、実施、評価）していく。

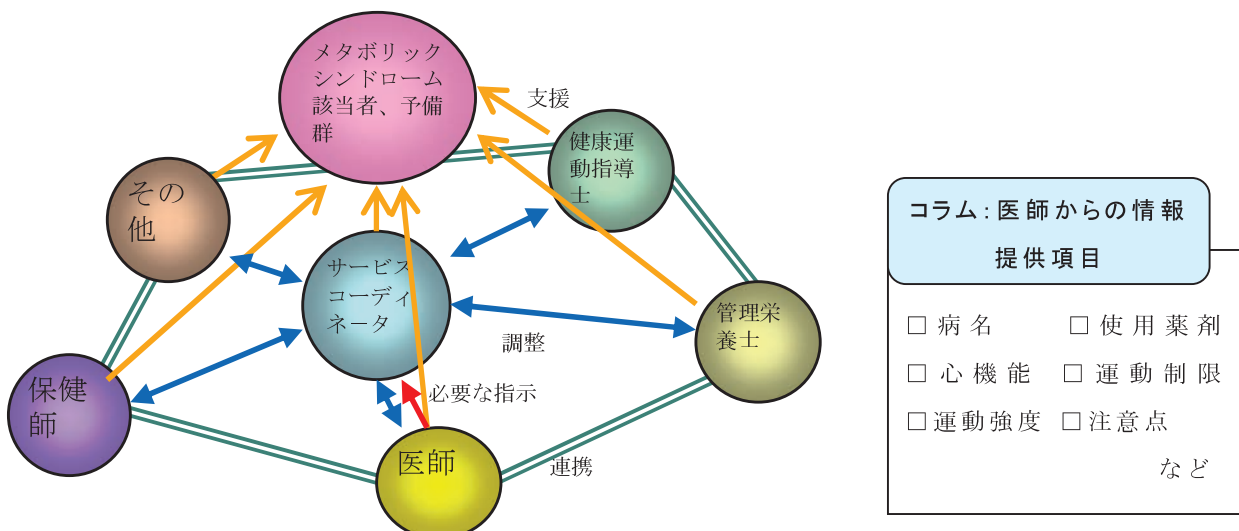
**メタボリックシンドローム該当者** 自身が生活習慣改善計画をたてる必要があるが、それを助けるのは、地域支援チームの役割であり、それぞれが連絡を取り合い、役割を明確にする。

**メタボリックシンドロームサービスコーディネーター** かかりつけ医若しくは、保険者、地域の保健師等がチームの中心（メタボリックシンドロームサービスコーディネーターと呼ぶ）となり、メタボリックシンドローム該当者の相談に応じ、個人の改善計画をたてるためにその他地域支援チームと連絡を取り合う。生活習慣病の治療を受けている場合には、かかりつけ医の指示等を受ける。

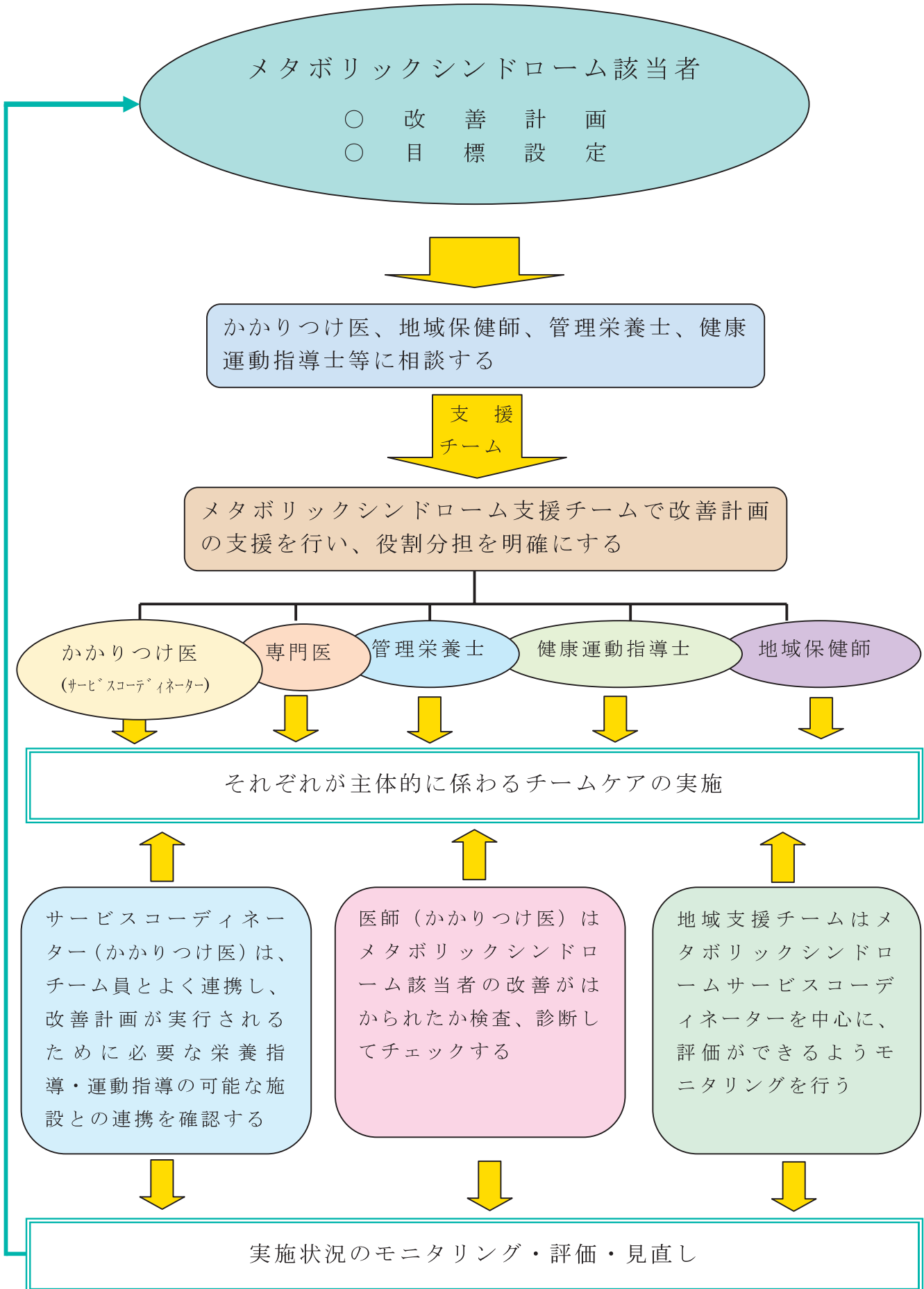
**医師の役割** メタボリックシンドローム該当者の相談に応じ、コントロールスケジュールを決める。メタボリックシンドロームの患者に、服薬治療だけでなく、栄養の改善、運動の必要性など、生活習慣を改善する必要性を説明する。生活習慣の改善や重症化の予防のため、チームサービスについての了解を得る。メタボリックシンドローム者の診察、診断、保健指導、運動処方、食事処方などを受け持つ。必要な栄養改善や運動等のサービス機関と連携してサービスチームをつくる。保険者にサービスコーディネーターがいる場合には、情報提供と必要な指示をし、サービスの調整を求めるとも可能である。

**チーム員の役割** メタボリックシンドローム該当者に対し、メタボリックシンドロームサービスコーディネーターと連絡を取り合って、自分のかかわる範囲、程度を明確にし、メタボリックシンドローム者の改善計画にそって、主体的に関わる。

チームサービス連携図（メタボリックシンドローム支援チーム）



### 3 フォローアップの流れ

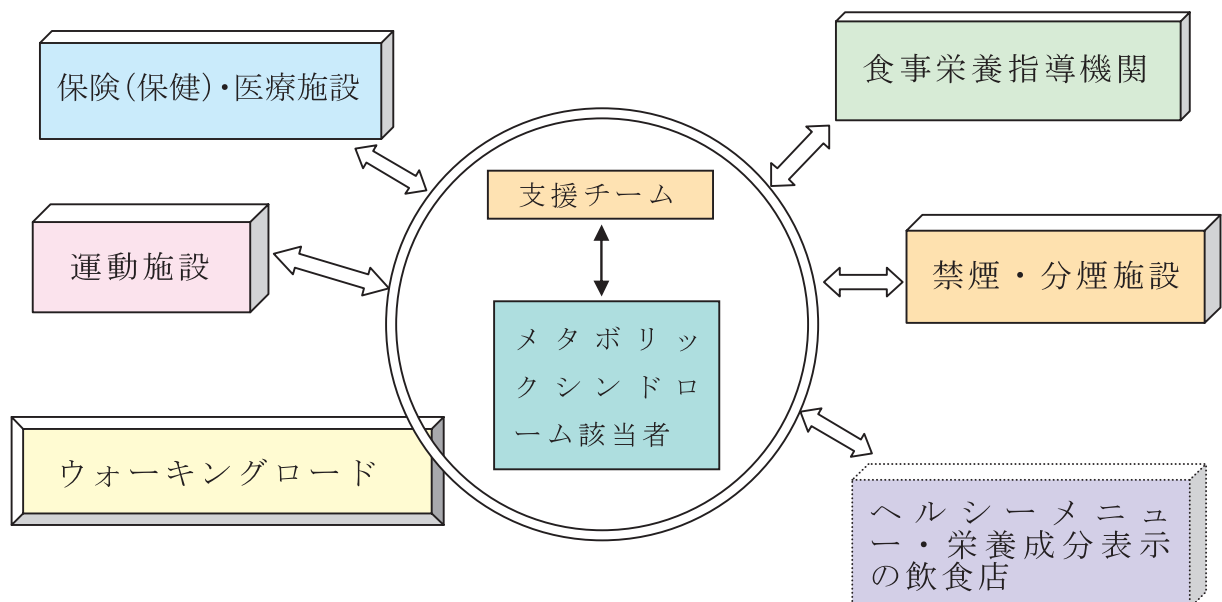


## 4 地域の栄養・運動施設との連携・役割

- ★ 住民が健康づくりのための環境整備に関心を持つことが大切である。
- ★ 医師や保健師等の改善支援者は、栄養指導や運動指導施設のリストを整備しておき、有効に利用ができるよう施設を紹介する必要がある。
- ★ 栄養・運動施設等は、メタボリックシンドローム改善についての情報を積極的に提供していく必要がある。

- 生活習慣は、生活環境、風習、職業などの社会的要因に規定されることが大きいことから生活の場が健康的な生活を維持できる環境が必要である。
- メタボリックシンドロームのリスクのある人もない人も自らの健康課題の解決を図るために、健康づくりのための環境整備（ヘルシーメニュー・栄養成分表示の飲食店、ウォーキングロードや運動施設、食事栄養指導機関、禁煙・分煙施設）に関心を持ち、必要に応じていつでも利用できることが望ましい。
- メタボリックシンドロームケアコーディネーターを中心とした地域支援チームは、栄養指導施設、運動指導施設と連携を図り、個別の支援プログラムに従って個々の被支援者と結ぶ役割がある。
- 施設側の役割は、チームの内外で指導者として、支援者として、支援プログラムまたは処方に従って専門的、具体的にプログラムし指導にあたる。ポピュレーションアプローチをになう役割もある。
- 医師はメタボリックシンドローム者の食事処方、運動処方、運動制限などを施設に提供し具体的に実行可能な細かいプログラムをたてるように指示する。（原則としてメタボリックシンドロームケアコーディネーターを通じて）

施設との連携図



## 7. 地域医療連携の必要性

(心臓病センター榊原病院 福田 哲也)

### 1 かかりつけ医と専門医の連携

#### ★ かかりつけ医の役割

- ☆ メタボリックシンドロームの診断・生活指導・経過観察と薬物療法
- ☆ 重症化予防のための専門医と連携

#### ★ 専門医の役割

- ☆ 動脈硬化の評価
- ☆ 虚血性心疾患の精査
- ☆ 脳血管疾患の精査

#### かかりつけ医の役割

##### 診断→生活指導→経過観察・薬物療法

- 1 メタボリックシンドロームの該当について判定する【2ページ参照】。
- 2 保健師や栄養士と連携して生活習慣改善について指導する(メタボリックシンドローム該当者)。  
【12ページ以降参照】。
- 3 定期的に経過観察する【23ページ参照】。  
また薬物の投与が必要であれば投与する。

#### 薬剤投与の目安

##### 糖尿病

	保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	薬剤投与 基準	管理目標
HbA1c (%)	5.5	6.1	6.5 以上	6.5 未満
空腹時血糖 (mg/dl)	100	126	126 以上	

##### 高血圧

		保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	薬剤投与 基準	管理目標
血圧値 (mmHg)	糖尿病なし	130/80	130/80	140/90 以上	130/85 未満
	糖尿病あり	未満	未満	130/80 以上	130/80 未満

##### 高脂血症

			保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	薬剤投与 基準	管理目標
中性脂肪 (mg/dl)	高 LDL-コレス テロールなし	糖尿病なし	150	150	150 以上	150 未満
		糖尿病あり				140 未満
	高 LDL-コレス テロールあり	糖尿病あり			120 以上	120 未満
HDL-コレステロール (mg/dl)			39	39	—	40 以上

## 高尿酸血症

	保健指導 判定値	受診勧奨 判定値	薬剤投与基 準	管理目標
尿酸 (mg/dl)	7.0	8.0	8.0 以上	8.0 未満

4 メタボリックシンドローム該当者が、虚血性心疾患、脳血管障害や糖尿病をすでに合併している場合には専門医に一度相談することが望ましい。

### 専門医に紹介する目安

症状	専門名
労作時に胸部症状がある場合 安静時・負荷心電図異常を認めた場合	循環器専門医
一過性脳虚血発作 片麻痺や不随意運動など神経症状が認められる場合 内臓脂肪量の測定や動脈硬化の程度を定量化する場合	神経内科 脳神経外科専門医
口渇、多飲など糖尿病症状があったり、尿ケトン体陽性の場合や網膜症、腎症、神経障害など重篤な合併症がある場合	糖尿病専門医

## 2 専門医の役割および評価

### 専門医の役割

	検査項目
動脈硬化の評価	・頸動脈エコーによる頸動脈内膜肥厚 (IMT) の測定 ・脈波伝播速度 (PWV) 検査
虚血性心疾患の精査	・負荷心電図などで異常がある場合 →冠動脈CT、心臓カテーテル検査
脳血管疾患の精査	・頭部CT、MRI
糖尿病の精査加療 (重症の糖尿病を合併)	・インスリン治療の導入 ・教育入院

### 動脈硬化の評価

- ・頸動脈エコーによる頸動脈内膜肥厚 (IMT) の測定
- ・脈波伝播速度 (PWV) 検査

### 虚血性心疾患の精査

- ・安静時や負荷心電図で異常がある場合  
→冠動脈CT、心臓カテーテル検査

### 脳血管疾患の精査

- ・頭部CT、MRI

### 糖尿病の精査加療

- 重症の糖尿病を合併している場合
- ・インスリン治療の導入
  - ・教育入院

### コラム: アプローチ手法

メタボリックシンドロームは虚血性心疾患、脳血管障害や糖尿病を予防するために生まれた概念です。

## 8. 地域連携クリティカルパスについて

(岡山県南部健康づくりセンター 宮武 伸行)

### 1 地域連携クリティカルパスの重要性

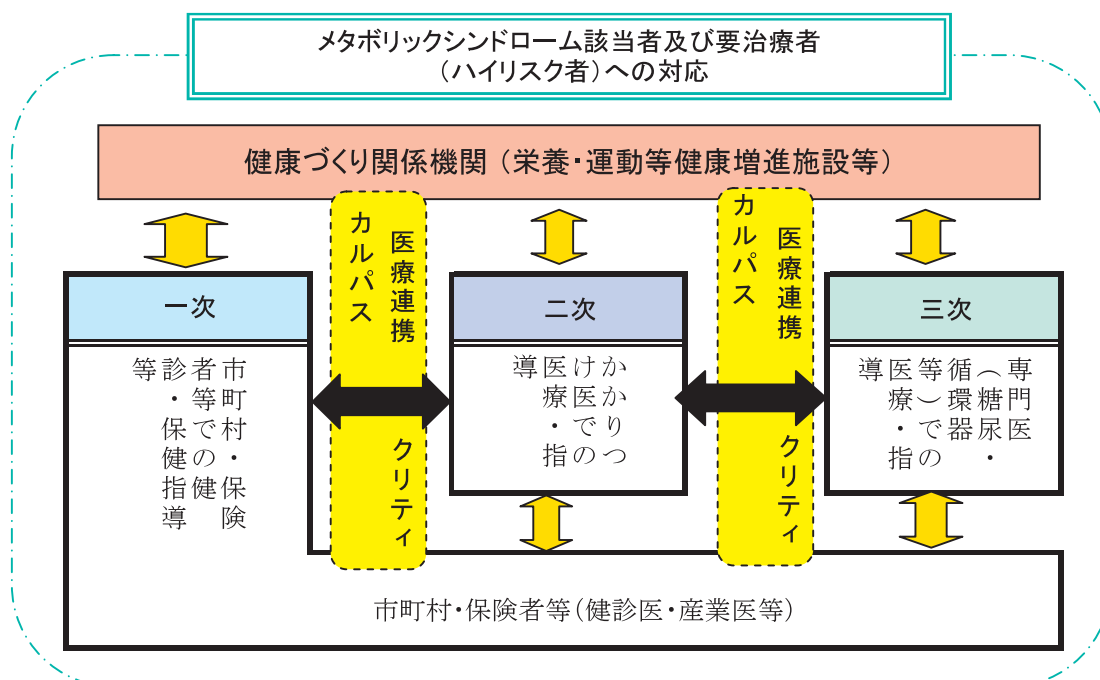
- ★ 地域連携クリティカルパスとは、診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示、説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものである。
- ★ 内容は、施設ごとの治療経過にしたがって、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示する。

○ 地域連携クリティカルパスの基礎となるのは、施設間を越えた一貫した診療計画であるので、まず、施設間で作成対象疾患の治療法などの診療方針の統一が必要である。

#### 地域連携クリティカルパス活用効果

- 患者個々の到達目標の設定や進捗状況が明らかになる。
- 転院後の経過について説明できるようになり患者や家族が安心して転院できる。
- 他職種参加の情報提供が図られる。
- 平均在院日数の縮小を図る。

#### 地域連携クリティカルパスの体系図



## 2 地域連携クリティカルパスの作成

### 地域連携クリティカルパスの必要条件

- ①連携施設のスタッフ参加のもとに作成されていること。
- ②施設間を超えた一貫した診療計画であること。
- ③評価可能な達成目標が設定されていること。
- ④達成目標に対するバリエーション収集分析が可能なこと。
- ⑤医療者用と患者用がセットで作成されていること。

### 地域連携クリティカルパス作成手順

- 1, 地域連携クリティカルパス作成対象疾患の施設間連携・地域ネットワーク結成
- 2, 診療方針の統一：病院間の医師の積極的参加が不可欠
- 3, 達成目標の設定：クリティカルパスの最終達成目標（退院基準、在院日数など）
- 4, オーバービューパスの作成：連携施設間で共有すべき事項を記載
- 5, 患者用地域連携クリティカルパス：患者用には、診療計画のみでなく、その他の付帯説明事項も記載
- 6, バリエーション収集システムの構築：使用した地域連携クリティカルパスとバリエーション結果を前医に送る
- 7, 地域連携クリティカルパス改訂会議：連携施設のスタッフが参加する定期的会合の設定

### コラム：成功の秘訣

地域連携クリティカルパスを成功させるコツは、クリティカルパスの原則を念頭に置き、できるところから始め、持続的な改善を行っていくことである。

引用・参考文献

地域連携クリティカルパス（厚生労働省ホームページから一部改変）

## 3 地域連携クリティカルパス（糖尿病）の事例

岡山県糖尿病看護研究会で開発された地域連携クリティカルパス（改変）を紹介する。



○スタッフ用

	初診	0ヶ月～2ヶ月 専門医 (初診～最終受診日)	2ヶ月～6ヶ月 かかりつけ医	6ヶ月 専門医	7ヶ月～12ヶ月 かかりつけ医	12ヶ月 定期 専門医
日時	年月日	年月日～年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
身体計測	身長・体重・腹囲・血圧	体重・腹囲・血圧	体重・腹囲・血圧	体重・腹囲・血圧	体重・腹囲・血圧	体重・腹囲・血圧
血液検査	定期検査BG、HbA1c、TC、HDL、TG 等	CBC、BG、HbA1c、TC、HDL、TG、肝機能、腎機能、抗GAD抗体、F4、TSH、CEA、CA19-9、IRI、CPR	定期検査BG、HbA1c、TC、HDL、TG 等	CBC、BG、HbA1c、TC、HDL、TG、肝機能、腎機能	定期検査BG、HbA1c、TC、HDL、TG 等	CBC、BG、HbA1c、TC、HDL、TG、肝機能、腎機能
尿検査	検尿	検尿・尿Alb	検尿	検尿	検尿	検尿・尿Alb
合併症チェック	腹部エコーor腹部CT(内臓脂肪面積)、眼科、神経障害チェック(健反射・音叉)、頸動脈エコー、ABI、PWV(必要時胸部Xp、ECG)			頸動脈エコー、ABI、PWV		腹部エコーor腹部CT、眼科
食事指導	食生活アンケートにより食事内容のチェック	食事内容のチェック	食生活アンケートにより食事生活チェック <input type="checkbox"/> 栄養指導施設の紹介	<input type="checkbox"/> (可能なら家族と)	食生活アンケートにより食事内容のチェック	<input type="checkbox"/> (可能なら家族と)
服薬指導			<input type="checkbox"/> (新たな内服薬の開始があれば指導を行う)			
生活指導 (教育入院なし)	初診問診表の活用 <input type="checkbox"/> 糖尿病とは( / / ) <input type="checkbox"/> 合併症 ( / / ) <input type="checkbox"/> 治療 ( / / ) <input type="checkbox"/> 日常生活について ( / / )	運動療法、食事療法などの治療継続の確認	運動療法の治療継続の確認 専門医での指導内容の確認 運動習慣チェック表の活用	<input type="checkbox"/> 日常生活のチェック ( / / ) <input type="checkbox"/> フットケア ( / / ) <input type="checkbox"/> シックデイ ( / / )	運動療法の治療継続の確認 (運動習慣チェック表の活用) <input type="checkbox"/> 健康運動施設の利用	困ったことがないか、精神的な問題を抱えていないか、運動療法、食事療法などの治療継続の確認
生活指導 (教育入院あり)		入院中の教育指導内容ができてきているかの確認	必要により <input type="checkbox"/> 運動処方施設の紹介 <input type="checkbox"/> 健康運動施設の利用	精神面の要請の有無とフォロー	休養(ストレス)の状況の確認	困っている事の有無の確認
生活指導 (外来/スリッ導 入患者)	血糖自己測定 ( / / ) <input type="checkbox"/> SMBG/ノット記入法 ( / / ) <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 ( / / ) <input type="checkbox"/> 低血糖 ( / / ) <input type="checkbox"/> 保険請求について ( / / ) <input type="checkbox"/> 医療廃棄物取り扱い ( / / )			<input type="checkbox"/> 低血糖の対処 ( / / ) <input type="checkbox"/> インスリン注射手技チェック ( / / )		<input type="checkbox"/> 低血糖の対処 ( / / ) <input type="checkbox"/> インスリン注射手技チェック ( / / )
患者の反応 備考	<input type="checkbox"/> 変化ステージのチェック 前熟考期・熟考期・準備期・行動期・逸脱期	<input type="checkbox"/> 変化ステージのチェック 前熟考期・熟考期・準備期・行動期・逸脱期	<input type="checkbox"/> 変化ステージのチェック ( <input type="checkbox"/> 紹介状記入	<input type="checkbox"/> 変化ステージのチェック 前熟考期・熟考期・準備期・行動期・逸脱期	<input type="checkbox"/> 変化ステージのチェック ( <input type="checkbox"/> 紹介状記入	変化ステージのチェック 前熟考期・熟考期・準備期・行動期・逸脱期
目標設定	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )

★セルフケア行動の変化ステージ(石井ら)★

前熟考期:行動変容を考えても思ってもいない状態

熟考期:行動変容に関心はあるが、1ヶ月以内に行動を起こそうとは思っていない。

準備期:行動変容に関心があり、今後1ヶ月以内には行動を開始しようと考えている。

行動期:行動を開始して6ヶ月以内。

維持期:行動を開始して6ヶ月以上。

逸脱期:後戻りする。

日時	初診	初回 専門医 (0ヶ月～2ヶ月)	かかりつけ医 (2ヶ月～6ヶ月)	6ヶ月 専門医 年月日	かかりつけ医 (7ヶ月～12ヶ月)
概略	専門医療機関で、 血管の状態等台 併症について精 査検査を受けてく ださい。	糖尿病の現在の状態や合併症の有無 などを詳しく調べて、治療方針を決定し ます。	引き続きかかりつけ医で の診察になります。	動脈硬化の状態を調べる検査 を行います。	引き続きかかりつけ医で の診察となります。
身体計測	身長・体重・血圧・ 腹囲・血圧	体重・腹囲・血圧	体重・腹囲・血圧	体重・腹囲・血圧	体重・腹囲・血圧
採血検査	定期検査の採血を 行います	全身状態のチェック、糖尿病の精査の 為の採血を行います。	定期検査の採血を行いま す。	定期検査の採血を行います	定期検査の採血を行います
尿検査	検尿	検尿	検尿	検尿	検尿
合併症チェック	専門医宛の紹 介状を買ってください。 い。	糖尿病の検査 ・腹部超音波または腹部CT(すい臓の状態や内臓脂肪防のチェック) ・眼科受診(網膜症のチェック) ・神経障害チェック ・頭部超音波 ・足関節/上腕血圧指数(ABI) ・脈波伝播速度(PWV) 必要時:胸部レントゲン、心電図)	動脈硬化症の検査 ・頭部超音波 ・足関節/上腕血圧指数(ABI) ・脈波伝播速度(PWV)		
食事指導		家族と一緒に食事指導を受けましょう	適切な食生活の継続 □ 栄養士による栄養指 導	家族と一緒に食事指導を受け ましょう	適切な食生活の継続
生活指導 (教育入院なし)		糖尿病の事を知りましたよ □ 糖尿病とは ( / / ) □ 合併症 ( / / ) □ 治療について ( / / ) □ 日常生活について ( / / )	□ 運動処方を受けます □ 適切な運動を継続し ていますか □ 健康運動施設を利用 していますか	糖尿病の治療はうまくいって いますか □ 日常生活の注意点 ( / / ) □ 足の健康と感染予防 ( / / ) □ 病気の時の注意点 ( / / )	運動処方を受けますか □ 適切な運動を継続してい ますか □ 健康運動施設を利用し ていますか
生活指導 (教育入院あり)		治療・日常生活などで何か 困ったこと、悩んでいること はありますか?	治療・日常生活などで何か 困ったこと、悩んでいる ことはありますか?	治療・日常生活などで何か困 ったこと、悩んでいることはあ りませんか?	治療・日常生活などで何か 困ったこと、悩んでいることは ありますか?
生活指導 (外来でイ ンスリン自己注射を 導入される方)		インスリン注射に関連する事を知りましたよ □ 血糖測定の方法とノートの活用について ( / / ) □ インスリン注射の事を知りましたよ ( / / ) □ 低血糖って何? ( / / ) □ 保険請求の話 ( / / ) □ 医療廃棄物の扱いかた ( / / )	インスリン注射はできて いますか?	インスリン注射のおさらいをし ましょう □ インスリン注射の打ち方は 分かりますか? ( / / ) □ 低血糖の時の対応は分か りますか? ( / / )	インスリン注射はできていま すか?
目標設定		次回受診までの目標を立てましょう ( )	目標を確認し、次回受診 までの目標を立てましょ う ( )	前回立てた目標を評価して、新 しい目標を立てましょ う ( )	前回立てた目標を評価し、新 しい目標を立てましょ う ( )