

## 地域医療における病診連携 ～糖尿病における循環型医療連携（二人主治医制）の推進について～

宮本正治

恵寿総合病院 内科

### 【要旨】

平成 16 年頃、地域医療に携わる医師の不足等により、救急、小児、周産期医療などの崩壊が危惧される状況があった。その後、医療のあり方が見直され、国は 4 疾患 5 事業を指定し医療の連携と拠点化を進めている。社会保障・税の一体改革案が示され、今後も医療の機能分化と連携がますます推進される状況である。従来から、急性期疾患では一方向型連携が行われるが、最近、当院では糖尿病における循環型医療連携（二人主治医制）を推進しており、その重要性について述べる。

### 【連携推進の流れ】

設備・機能の整った大病院志向から病院受診患者が増え続けていたが、平成 16 年、新医師臨床研修制度が開始されると、急速に医師不足が進んだ。各地で救急車受け入れ困難となる病院が増え、病院の外来、小児、周産期医療の崩壊が危惧される状況に陥った。それ以後、日本の医療のあり方が見直され、長年放置されてきた病院勤務医やスタッフの疲弊への対処とともに、本来あるべき、病院と診療所の機能分担と連携の推進が加速された。

旧来、病院からみると、スタッフが限られるなかでも入院診療の充実を図るため、採算性の低い外来診療の負担を軽減することを目的として、軽症患者を診療所に紹介する傾向があった。しかし、患者は今後の診療に不安を感じたり、病院から見捨てられたような気持ちになりがちであった。診療所側の実情からみても、当時、標準治療の整備が進んでおらず、様々な疾患の患者を紹介されても紹介元が望むフォローアップが困難な場合もあり、また、病院へ患者を紹介しても還ってこないなどの不満に加え、病院に紹介すべき基準が明確でなく、進行した病状となって初めて病院に紹介されることも大きな問題であった。病診の機能分担を進める連携はなかなか進まず、これらの問題を解決することが求められていた。

このような状況のもと、政策的な対応として地域医療の連携推進と拠点化が行われ始めた。平成 18 年に地域連携パス加算が診療報酬に組み込まれ、先ず大腿骨頸部骨折連携パスが対象になった。次いで平成 19 年、国は、患者数が多く、死亡率が高い等できめ細かな対応が求められ、病病、病診、さ

らに在宅へという医療機関の機能に応じた連携による対応が必要な疾患として、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の“4 疾患”を指定した。その中でも、脳卒中、心筋梗塞の連携医療に診療報酬加算を拡大するとともに、平成 20 年度、各県の第 5 次医療計画でこれら 4 疾患の医療供給体制の構築を計った。

それと同時に、5 事業（救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）を定め、各県で各々の拠点病院を指定し、医療セーフティネットを整備しつつある。能登では公立能登総合院が能登地域の救命救急センターおよび災害医療拠点病院に指定され、へき地医療拠点病院に同病院、公立穴水総合病院、市立輪島病院、珠洲市総合病院が指定されている。

平成 23 年には、社会保障・税の一体改革案が策定され、これから人口減少がすすむなか団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となる平成 37（2025 年）における医療・介護の将来像が示された。（図 1）医療分野では、外来受診の適正化とともに入院医療の機能分化・強化と連携がうたわれており、それに添って平成 24 年、機能分化や連携を通じて、質が高く効率的な医療提供実現を基本方針とした診療報酬改定が行われた。（表 1）そこでは、紹介推進のためにペナルティーとなる内容も盛り込まれた。

今後、診療・介護報酬改定ごとに一体改革像実現に向かってゆくことになる。その流れのなかで地域医療連携を地域住民と診療所との信頼を得るように進めることが、病院の発展に繋がることとなる。

図1 社会保障・税一体改革が目指す医療・介護機能再編（将来像）

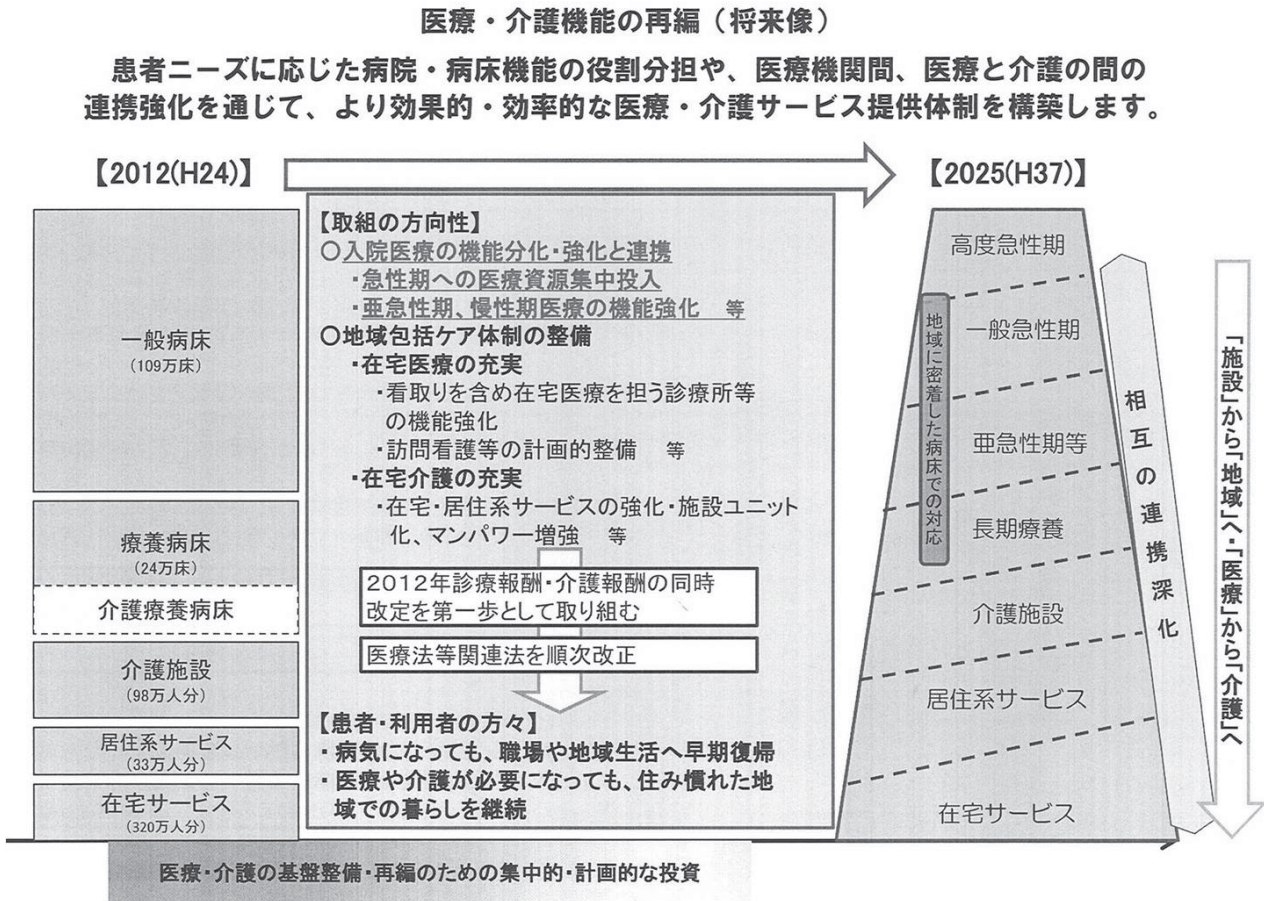


表1 平成24年度診療報酬改定での連携関連の主な改定点

- 救急外来や診療連携推進
  - 救急医療に関して
    - がん治療（がん治療連携管理料，がん治療連携計画策定），
    - 認知症診療に関して
      - 歯科との連携（周術期口腔機能管理料）
- 医療と介護の連携
  - 在宅医療連携拠点事業
    - 在宅療養支援病院，在宅療養を担う診療所のグループ化 など
- 病病機能補完型連携推進
  - 感染防止対策地域連携加算
  - 病理診断連携
- 地域医療支援病院承認要件である紹介率と逆紹介率改訂
- 紹介状を持たない患者への初診料加算と選定療養費徴収
- 医療機関を紹介したにも関わらず，元の病院を受診した場合の外来診察料加算

### 【一方向型と循環型の医療連携】

連携推進が先行する大腿骨頸部骨折、脳卒中、心筋梗塞などは急性疾患であり、発病から急性期は、手術やカテーテル治療、集中治療（ICU、CCU、NCU など）などの専門的診療機能を有する病院で治療し、次いで回復期リハビリテーション病棟に移って機能回復し社会復帰する、あるいは維持期リハビリに移行する。その後、再発予防治療を継続する。この様に急性疾患では、各病期に応じた適切な機能をもった病院、施設を一方向型に移ってゆく。在院日数短縮、治療成績向上、医療費抑制を目指すものである。

一方、4 疾患のうち糖尿病は、生涯の治療継続が必要であって、一方向型連携とは異なる循環型地域医療連携が行われる。（図 2）

この連携法は、従来の紹介・逆紹介とは異なり、患者はかかりつけ医で診療を継続するものの、年に数回、病院を受診し、栄養などの生活指導や合併症定期検査を繰り返す共同診療である。治療方針は病・診 2 人の担当医で決められる。（二人主治医）

### 【糖尿病地域連携医療】

平成19年の調査で日本の糖尿病患者数はおよそ860万人で、また、糖尿病の可能性が否定できない者は1,320 万人であり、増加している。最近の調査では、糖尿病のうち受療者は43%、治療継続者は40%でしかなく、受診者数を増やすことが求められる。一方、糖尿病専門医は4000人余りであり、専門医が総ての糖尿病患者を診療する事は不可能である。

更に、糖尿病治療は一生継続しなければならず、患者の身近にあり通院し易いかかりつけ医の役割は大きい。しかし、栄養・生活指導や検査には基幹病院との連携が不可欠である。

第6次石川県医療計画の糖尿病診療連携イメージ図（図 3）にそって、糖尿病地域連携全体をみてる。

### 【かかりつけ医 安定期の治療を行う医療機関】

専門医療機関（基幹病院）と図 2 のように循環型共同診療を行い、病状の安定した糖尿病患者の継続的診療を行い、血糖コントロールを維持し、病状悪化時には予め定められた基準に基づき病院へ紹介する。

また、かかりつけ医の殆どは、プライマリーケア、総合的診療、在宅療養など幅広い診療活動のなかで、糖尿病など多くの高頻度慢性疾患の長期管理を全人

的、総合的に実施している。

### 【専門医療機関、合併症対応総合・専門医療機関（基幹病院）】

以下の役割をおこなう

#### ・チーム医療

糖尿病診療の専門性が高い医師が在籍し、合併症関連診療科医および専門・認定看護師、各職種の糖尿病療養指導士などのコメディカルスタッフからなる糖尿病チームがあり、糖尿病検査・診断・教育・療養指導（栄養、運動、薬剤、重症化予防・透析予防、インスリン治療導入、自己血糖測定指導、フットケアなど）を行う。

#### ・循環型連携

前記の通りの定期受診および血糖コントロール悪化症例や合併症発現時（HbA1c8.4%以上、シックデイ、腎症など）の治療方針検討と一時的治療

#### ・治療難易度の高い患者の継続診療

低血糖を繰り返す例、腎症などの合併症の進んだ例、妊娠糖尿病、小児糖尿病などの治療

#### ・急性増悪時治療

ICUなどで糖尿病性昏睡などの集中的治療

#### ・慢性合併症治療

眼科、腎臓、透析、循環器、皮膚科、整形外科、形成外科、歯科などの各医師による網膜症、冠動脈疾患、閉塞性動脈硬化症、歯周病などの専門的治療

### 【地域の糖尿病診療水準を高める活動】

基幹病院は、連携医との連携カンファランスを開催し、地域への標準治療普及、技術向上に努める。非専門医療機関などのスタッフ教育を行う。院外処方での調剤薬局薬剤師の服薬指導、疾患指導、低血糖やシックデイの指導充実が大切である。また、健診からの医療導入に行政の保健師と協調した活動が重要である。

この連携カンファランスによるかかりつけ医への知識・技術の移転、および糖尿病の病態により患者を階層化して、治療難易度の高い患者の継続診療は専門診療機関が、比較的軽症な患者はかかりつけ医が分担する。これらの点が、単なる紹介・逆紹介と異なる点であり、地域連携医療のキーポイントである。



図2 糖尿病循環型地域連携（二人主治医制）

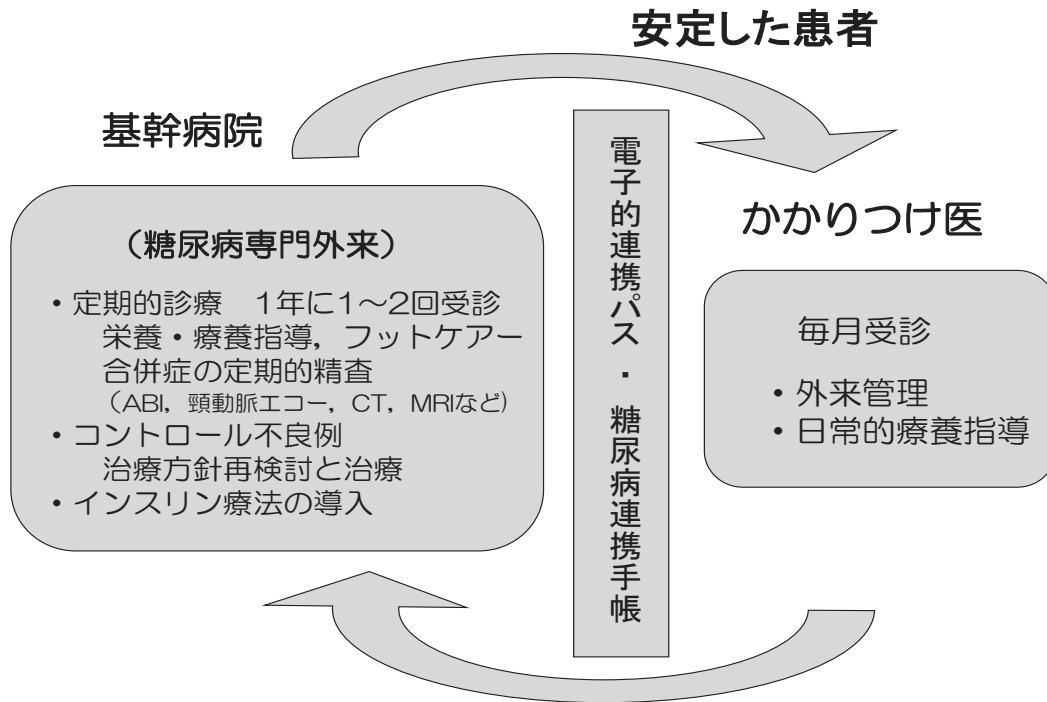
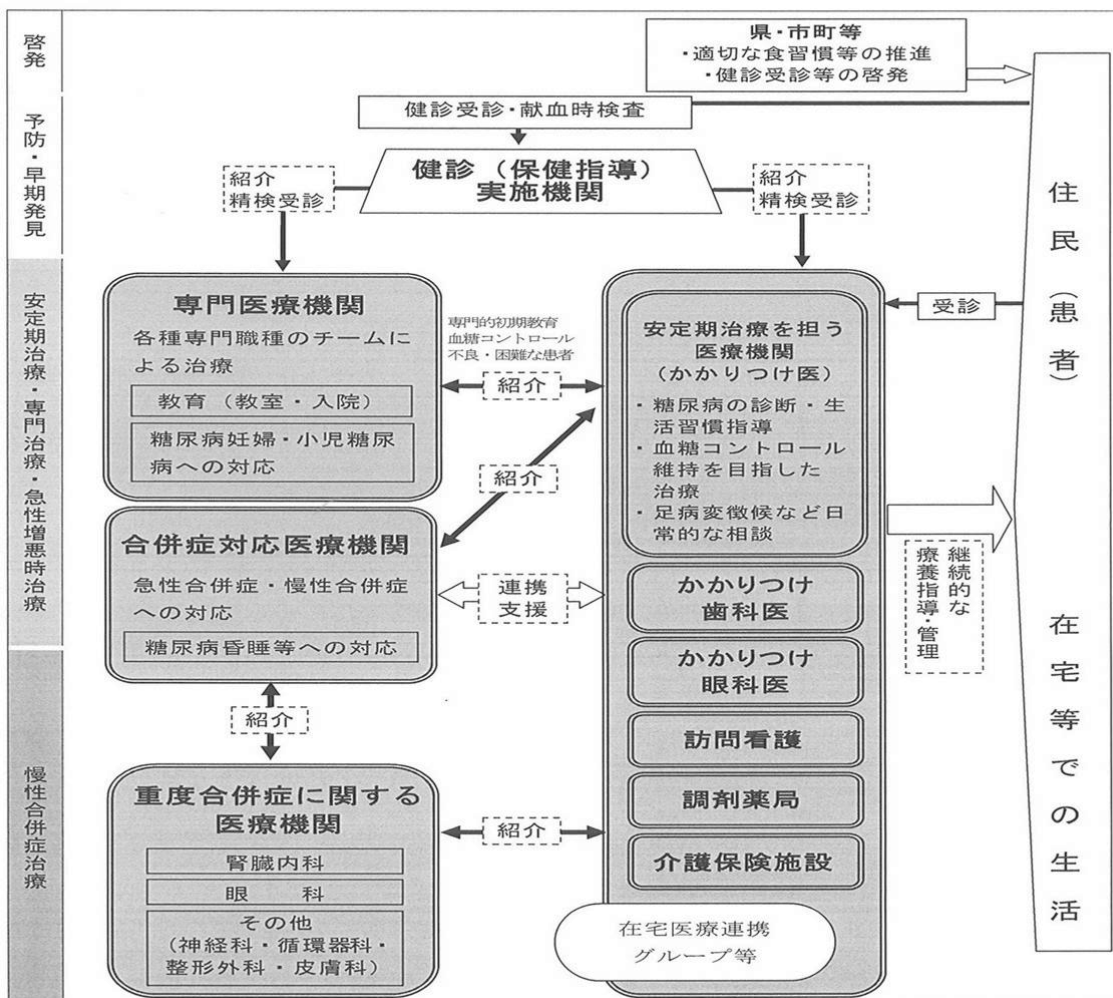


図3 糖尿病診療を担う医療機関の区分と連携イメージ図 第6次石川県医療計画から  
糖尿病の医療連携体制



### 【糖尿病地域連携の目標は、地域での医療の均てん化と水準向上（図4）】

患者を階層化して分担診療することにより、基幹病院では、限られた医療資源（医師、資格を有するコメディカルスタッフ、医療機器）を専門的、高度医療にふりむけることが可能となり、その地域での糖尿病診療を更に高度化できる。通い易い、かかりつけ医では、基幹病院、専門医との共同診療をおこなって診療内容を充実し、標準的糖尿病医療を継続し、また、患者の治療中断の減少がはかられる。

この様にして、近くのかかりつけ医を受診すれば、病診連携により、地域の何処でも誰でも均質な標準的水準の糖尿病診療をうけられるようになり、更に地域全体でより質の高い医療が実現される。これが地域連携医療の目標である。

### 【糖尿病地域連携の将来、地域疾病管理】

地域全体の個人の医療情報を登録したデータベース（Electric Health Record）をつくり、行政（保健部門）、病院、診療所、保険薬局、介護施設、訪問看護ステーションなどが医療ネットワークでその情報を共有することが可能となる。そのデータから地域全体で患者毎に糖尿病の重症度分類を行い、重症度に応じ適切な治療を地域医療機関が連携して行うこと（地域疾病管理）が将来の姿であろう。

### 【終わりに】

これまで述べてきたように、病診連携はあるべき医療の姿であり、地域での医療の均てん化と水準向上を実現するものである。特に、医師不足地域においても医療の質向上に有効である。能登地域の医療環境のなかで標準医療を推進し、医療の地域格差を改善する意味で、かかりつけ医と地域基幹病院の専門医との循環型医療連携推進を、糖尿病を中心に報告した。

地域で求められる診療機能を整備し、医療連携により、患者の満足度を高めながら地域の診療水準向上に貢献することが、病院の将来に重要であると考えられる。

その為にも、少しでも多くの疾患群において、循環型医療連携（二人主治医制）の普及が期待される所である。

### 【参考とした資料】

厚生労働省 社会保障改革に関する集中検討会資料  
石川県第6次医療計画案

平井愛山 電子化糖尿病地域医療連携パス.  
Diabetes Frontier 22(2) : 169-175,2011

小林邦久ら 糖尿病疾患管理のための地域医療連携  
クリティカルパス. Diabetes Frontier 22(2) :  
130-135,2011

図4 地域医療連携のメリット

