

糖尿病情報連携のミニマムデータセットに関する

公開シンポジウム

抄 録 集

平成2月12日(土) 13:00~17:00

品川インターシティホール棟 第1・第2会議室

東京都港区港南2-15-4

主催 日本糖尿病情報学会

『糖尿病情報連携のミニマムデータセットに関する公開シンポジウム』

ご 挨拶

理事長 金澤 康徳

近年、糖尿病患者数の増加に伴い、平成19年の第5次医療法改正で、糖尿病が新たに4疾病対策の一つに取り上げられ、地域連携パスを活用した糖尿病の地域医療連携体制の構築が全国で進められています。一方、糖尿病患者の増加は、患者の高齢化とも相まって、その慢性合併症の増加をもたらし、糖尿病性腎症による人工透析導入の増加や虚血性心疾患の増加が医療費の高騰の一因ともなっており、地域全体での糖尿病の疾病管理の必要性が高まっています。

糖尿病医療連携のツールである糖尿病地域連携パスについては、各地でその地域の特性を踏まえて地域連携パスが作成され、すでに運用がはじまっている地域も増えて来ています。一方、連携パスを中心とする医療情報連携のIT化に関しては、平成22年度からの“地域医療再生基金”および平成22年6月にIT戦略本部からの工程表で示された“シームレスな地域連携医療モデル事業”などにより、今後電子化された地域連携パスの開発と普及が加速すると考えられており、電子化連携パスの共有項目や共有形式の標準化は喫緊の課題となっています。

日本糖尿病情報学会は、このような動きをうけて、糖尿病情報連携のミニマムデータセットの標準化をめざして、『糖尿病情報連携のミニマムデータセットに関する公開シンポジウム』をここに開催いたします。

IT戦略と糖尿病地域連携のイノベーションを探る機会に、活発な御意見を賜りますようお願いいたします。

平成23年2月吉日

糖尿病情報連携のミニマムデータセットに関する公開シンポジウム 概 要

1. 会 期 平成23年2月12日(土) 13:00~17:00
2. 会 場 品川インターシティホール棟 第1・第2会議室
東京都港区港南2-15-4
3. 事務局 日本糖尿病情報学会
〒910-8507 福井県福井市文京3-9-1 福井大学工学部内
事務局長 森川 博由
事務局事務 安野 弘美
URL <http://www.jadi.jp/> TEL0776-27-8793
E-MAIL morikawa@u-fukui.ac.jp

参加者の皆様へのお知らせとお願い

1. 参加受付

- ① 受付は下記時間帯に、品川インターシティホール棟 地下第1会議室前に行います。 2月12日(土) 12:00~16:00
- ② 参加費は無料です。抄録集は1冊1,000円になります。

2. その他

- ① 会場内でのアナウンスやスライドによる呼び出しは行いません。
受付付近に連絡板を設置しますので時折ご確認下さい。
- ② 講演会場での携帯電話、PHS等のご使用は他の参加者のご迷惑となりますので入場の際は電源をお切りいただくか、マナーモードにご設定下さい。

演者の方へ

- ノートパソコン持参またはデータ持参 (USBフラッシュメモリのみ) による発表が可能です。
- 発表セッションの開始30分前までに、会場前の「PC受付」にて受付をお済ませ下さい。
- 発表時間は下記のとおりです。

1. 開催に当たって 25 分
 理事長挨拶 5 分
 来賓挨拶 20 分
2. シンポジウム I 52 分
 1 題につき 発表 10 分 質疑応答 3 分
3. シンポジウム II 50 分
 1 題につき 発表 7 分 質疑応答 3 分
4. ミニマムデータセットの集約 80 分
 総合討論 70 分
 ミニマムデータセット勧告案発表 5 分

1) PC 本体をお持ちいただく方

- ① パソコンは Windows2000 以上のもので、USB ポートを有するものを持参下さい。アプリケーションは Microsoft Power Point とさせていただきます。
- ② D-sub15 ピンの接続ケーブルをご用意いたします。お持ち込みいただく PC から D-sub15 ピンへの変換コネクタが必要な場合にはご自身でお持ち下さい。D-sub15 ピン以外の接続はお受けできませんので予めご了承下さい。
- ③ 動画も利用可能ですが、実際お持ちいただく PC で再生できることを事前にご確認下さい。本体の液晶画面に動画が表示されても、PC の外部出力に接続した画面に表示できない場合があります。発表に使用する PC 外部出力にモニターを接続してご確認下さい。お持ち込みいただく PC でない別の PC で作成された動画は再生できない場合がありますのでお気をつけ下さい。
- ④ スクリーンセーバーならびに省電力設定は予め解除して下さい。
- ⑤ 電源ケーブルを必ずお持ち下さい。バッテリーでのご発表はトラブルの原因となります。
- ⑥ お持ち込みいただく PC に保存されている貴重なデータの損失を避けるため、必ず事前にデータのバックアップをして下さい。
- ⑦ 不測の事態に備え、バックアップデータを USB フラッシュメモリでお持ち下さい。

2) メディアをお持ちいただく方

会場にご用意するパソコンは、Windows 7、プロジェクター解像度は 1024×768

ドットです。

- ① 以下のバージョンの **PowerPoint** で作成されたファイルのみが使用できます。**Windows : PowerPoint2002～2007**
- ② 利用可能なメディアは、**USB フラッシュメモリ**です。
- ③ フォント：**OS** に標準で設定されているフォントの内、**MS ゴシック・MSP ゴシック・MS 明朝・MSP 明朝・OSAKA・Century・Century Gothic**のみをご使用下さい。
- ④ プレゼンテーションに静止画、動画、グラフ等他のデータをリンクさせている場合は、必ず元データを保存いただき、事前に動作確認をお願いします。動画は、**Windows Media Player** で再生可能であるものに限定いたします。
- ⑤ アニメーションを含めた動画につきましては、**PowerPoint** のバージョンが異なると動作を保証できません。
- ⑥ 静止画像は、**JPEG** 形式で作成いただくことを推奨いたします。
- ⑦ お持ち込みになるメディアは、事前にウイルスチェックを行って下さい。

座長の方へ

1. 進行は座長に一任します。時間厳守でお願いいたします。
2. セッション開始10分前に、会場内の次座長席にご着席下さい。

プログラム

開催にあたって（司会：森川博由）

理事長挨拶 金澤康徳（自治医科大学名誉教授）（13:00～13:05）

来賓挨拶 野口聡（内閣官房IT担当室内閣参事官）（13:05～13:25）

シンポジウム I（座長：金澤康徳、森川浩子）（13:30～14:22）

1. JDDM 研究での日本の糖尿病診療実態の解析データを基礎としたミニマムデータセット構築への提言
糖尿病データマネジメント研究会
○小林 正¹、山崎勝也¹、川井紘一²、平尾紘一³、富山大学医学部¹、川井クリニック²、HECサイエンスクリニック³
2. SDM2008版糖尿病地域連携パスおよび日本版地域連携EHRの運用実績を踏まえたミニマムデータセットの提案と運用上の課題
○平井愛山¹、今村茂樹¹、中野智紀²、松岡健平³
千葉県立東金病院内科¹、東埼玉総合病院地域糖尿病センター²、東京都済生会中央病院内科³
3. 糖尿病地域連携医療の現状と課題 東京都区南部での経験から
○林 道夫¹ NTT東日本関東病院 糖尿病・内分泌内科¹
4. 慢性腎臓病（CKD）の診療連携：愛知県の取り組みを中心に
○神谷英紀¹、安田宜成¹、林睦晴¹、今井圓裕²、松尾清一²
名古屋大学CKD地域連携システム講座¹、腎臓内科²

休憩（14:22～14:30）

シンポジウムⅡ（座長：小林正、平井愛山）（14:30～15:20）

1. 当院における糖尿病医療連携の現状と展望
○中塔辰明¹、浦上経子¹、北村卓也¹、平櫛恵太¹、川村 望¹、渡辺恭子¹
岡山済生会総合病院 糖尿病センター¹
2. 都市部での糖尿病診療連携の一例
○古賀龍彦¹、平川貴子¹、西方宏昭¹、杉謙一¹、原祐一¹、成富由司¹、
原寛¹、松岡健平²
原土井病院¹、東京都済生会中央病院²
3. 循環型糖尿病医療連携パスのアウトカム
○辻野元祥¹ 東京都立多摩総合医療センター¹
4. 病院発糖尿病医療連携の限界とその対策
○佐藤利昭¹ 松江赤十字病院糖尿病・内分泌内科¹
5. 二次医療圏における糖尿病地域連携パス運用時のデータ管理の現状と
問題点
○吉本幸子¹ 小松市民病院¹

休憩 （15:20～15:40）

総合討論（座長：金澤康徳、平井愛山）（15:40～16:50）

ミニマムデータセット勧告案発表（平井愛山）（16:50～16:55）

閉会の挨拶（金澤康徳）（16:55～17:00）

JDDMでの日本の糖尿病診療実態のデータを基礎とした ミニマムデータセット構築への提言

糖尿病データマネジメント研究会

小林 正¹、山崎勝也¹、川井紘一²、平尾紘一³

富山大学医学部¹、川井クリニック²、HECサイエンスクリニック³。

糖尿病データマネジメント研究会は12年前から糖尿病患者データ入力ソフトCoDiCを用い患者データを解析することにより糖尿病患者のアウトカムや、各診療所などでの医療の実態を明らかにし、糖尿病医療の質の改善を目的に活動してきた。約80施設の糖尿病専門医を中心として参加し、10万人の患者登録も可能となった。データ解析により、海外との比較も可能になり、日本のデータが欧米に比較しても、勝るとも劣らない臨床成績が明らかとなり、これらの研究成果が英文・和文で発表され、日本での糖尿病診療の実情を発信してきた。この間、患者情報の入力の効率化を目指してきたが、中でも、入力率が4割程度と低い合併症、7割程度の降圧薬などの併用薬の入力などにつき改善を重ねた。糖尿病に地域医療連携には、参加する医療機関に共通の標準化された、患者情報であるミニマムデータセットが必要である。そのために必要な条件として、1. 「かかりつけ医」「専門医」共通である最小且つ十分であること、2. 標準化されたものであること、3. 入力が簡単であり、容易に改定可能であること、が考えられる。以上の要件のもと、我々が現在新しく用いるCoDiC-MSの入力項目に基づき、糖尿病地域連携に必要なミニマムデータセットを提言する。すなわち、糖尿病発症年、1型・2型の病型、薬剤は糖尿病薬だけでなく降圧剤、抗高脂血症薬、痛風治療薬、抗血小板薬、糖尿病神経症薬を、検査はFPG或いはPPG、HbA1c、血清脂質、UA、肝機能を入力し、合併症には昏睡、網膜症、腎症、神経障害、足病変、虚血性心疾患、脳血管障害の7項目に分類しその有無を入力することをミニマムデータとして提言したい。合併症のそれぞれの病期をテンプレートとして示したが、JDDMでの入力率に関しては、決して良くはなかったが、専門医での入力率の現状を鑑み、出来れば入力する程度にとどめたい。JDDMでは、患者背景、糖尿病治療薬、臨床検査情報はほぼ100%の入力率であったが、併用薬、合併症の情報に入力率が悪く、後者の分野での更なる標準化が必要であり、また単純化も必要と考える。

多忙な現場における糖尿病診療の実態の貴重なデータを示すことにより、治療法の改善や厚生施策の貴重な資料となる事で患者に貢献できるものと考えられる。また、これらの情報を測定方法も含め標準化し、地域連携に利用する。以上の目的を達成するには、質の高い入力と問題意識の持った積極的な取り組み態度が必要であり、これらによりシームレスな地域連携も可能となり、専門医とかかりつけ医の連携が効率的に可能となると考える。

SI-2 SDM2008版糖尿病地域連携パスおよび日本版地域連携EHRの運用実績を踏まえたミニマムデータセットの提案と運用上の課題

○平井愛山¹、今村茂樹¹、中野智紀²、松岡健平³

千葉県立東金病院内科¹、東埼玉総合病院地域糖尿病センター²、

東京都済生会中央病院内科³

近年、欧米では医療機関をつなぐ医療ネットワーク上にEHR（Electric Health Record）とよばれる医療情報データベースが構築され、糖尿病や慢性腎臓病（CKD）、心血管疾患（CVD）をはじめとする慢性疾患の疾病管理により医療費の適正化や診療の質の向上による治療成績の改善などが報告されている。千葉県山武医療圏では、平成20年からSDM2008に準拠した糖尿病の循環型地域連携パスを広域電子カルテ（わかしお医療ネットワーク）上に構築・運用している。この電子化糖尿病連携パスは、1）診療所で行う定期チェック項目とその実施時期を示すスケジュール管理表と各種検査データの入力機能を有し、2）診療所の定期チェックでみられた異常値（バリエーション）の取り扱い基準、および3）直ちに病院を受診する必要がある緊急症（急性合併症および高血糖症）の基準値からなる。平成21年、この電子化連携パスに大幅な機能強化を行い、新たに疾病管理機能を付加した日本版地域連携EHRを構築し、平成22年から1年間の試験運用を行った。糖尿病とその合併症（CKD・CVD）の疾病管理の指標として、SDM連携パスをふまえて、ミニマムデータセット（HbA1c、eGFR、U-Alb、U-P、血清脂質、Max-IMT）を選定した。診療所の検査データについては、外注先の検査センターから、連携パスサーバへ検査データを直接ダウンロードする仕組みを構築した。あらたに疾病管理機能を付加することにより、連携パスサーバに格納された全患者（4800名以上）のミニマムデータセットについて、異常値をバリエーションとしてネット上で管理することで、バリエーション患者一覧や中断疑い患者一覧などを表示し、これまでは不可能であった地域ぐるみで、血糖コントロール不良者やCKD患者の層別化やCVDなどの合併症の早期診断・早期治療が可能になった。一方、紙ベースでのSDM連携パスを用いた場合には、病診連携推進に関して一定の有効性を認めるものの、ミニマムデータセットの検査の実施率が低いことや、治療中断断者のスクリーニングができない等の紙の連携パスの限界が明らかになった。我々が開発した日本版地域連携EHRは、IT化された連携パスをフルに活用した一連の疾病管理機能により、地域ぐるみの糖尿病・CKD・CVDの疾病管理の重要な情報基盤として、地域医療に大きく貢献することが期待される。

SI-3 糖尿病地域連携医療の現状と課題 東京都区南部での経験から

○林 道夫¹ NTT東日本関東病院 糖尿病・内分泌内科¹

当院は、二次医療圏としては東京都区南部(品川区・大田区)に位置する。両区の人口をあわせて約100万人であり、当院は都市部の地域中核病院として機能している。2004年より糖尿病地域連携システムDM²(Diabetes Mellitus Disease Management)を立ち上げ、運用している。日常診療の中でのDM²は、開業医を受診している糖尿病患者が、合併症検査、教育指導、インスリン導入、血糖管理、急性合併症などさまざまな理由で病院を受診する際に、専用の診療情報提供書1枚をファックスするだけで予約を取り、受診できる紹介システムとして機能している。また、患者を開業医に返戻する際には、連携パスを活用し、逆紹介後も切れ目なく診療が継続するように配慮している。開業医の先生方には、IGT・早期の糖尿病診断フローチャート、経口糖尿病薬の処方フローチャート、紹介基準・手順を明示したフローチャート、などを配布して日常診療の参考にしていただき、地域全体の糖尿病診療のレベルアップを目指している。これらは、地域の専門医、非専門医が協議しながら作成しており、専門医が一方的に作成して非専門医を指導するという形はとっていない。これにより、糖尿病を専門としない開業医の先生にも実行可能なものとなっている。また、2007年からは、逆紹介した患者がかかりつけ医を受診した際の採血検査結果を病院にfaxしていただき、病院で一括して入力するWeb上のデータベースも運用している。

このデータベースの解析から、逆紹介後最長2年間の観察期間での平均HbA1cは6.6%であり、受診を継続していれば一定の血糖コントロールを維持できることを2009年の日本糖尿病学会で発表した。一方、データベース運用開始直後と比較して、最近の受診中断率は上昇傾向にあり、患者の治療意欲を維持し受診を継続させるためのアプローチが必要であると考えられた。また、患者の受診状況や全体としての血糖コントロール状況を把握するうえで本データベースが有用であることは示されたが、個々の患者の経過を個別にフォローして適時適切な介入を行うためのデータベースの活用法・スキルは未だ未熟であり、今後の課題と考えられた。

S I - 4 慢性腎臓病 (CKD) の診療連携：愛知県の取り組みを中心に

○神谷英紀¹、安田宜成¹、林睦晴¹、今井圓裕²、松尾清一²

名古屋大学CKD地域連携システム講座¹、腎臓内科²

慢性腎臓病 (Chronic Kidney Disease; CKD) は透析の予備軍のみならず、心血管系合併症の重大なリスクファクターであることから、その対策が喫緊の課題となっている。我が国の CKD 患者数は約 1330 万人、このうち蛋白尿陽性あるいは推算糸球体濾過量 (glomerular filtration rate: GFR) が 50 (mL/min/1.73m²) 未満の要治療 CKD 患者数も約 591 万人にのぼり、新たな国民病と言える。しかし、この膨大な CKD 患者の多くは自身が CKD であることを知らない。これは CKD が自覚症状に乏しいこと、また CKD 対策の重要性が医療関係者の間でも十分に認識されていないためであるが、GFR 推算式の普及や CKD の認知度向上に伴い、今後 CKD と診断されて医療機関を受診する患者数が増加すると予想される。

日本腎臓学会の専門医数は平成 21 年 7 月 15 日現在 3,186 人と着実に増加しているが、腎臓専門医が全ての CKD 患者を治療することは不可能である。また CKD の多くは加齢や生活習慣病に関連しており、生活・食事療法、血圧や糖尿病、脂質異常症の治療に集約的に取り組むことで治療可能である。そこで日本腎臓学会は、かかりつけ医と腎臓専門医が協力した CKD 診療連携システムを提唱しているが、その詳細は明確ではない。

名古屋大学では実践的な CKD 診療連携推進を目的に CKD 地域連携システム寄附講座を設立した。CKD 対策には心血管疾患対策、糖尿病やメタボリックシンドロームなどの生活習慣病対策が重要であることから、循環器 (Cardiology)、腎臓 (Kidney)、糖尿病 (Diabetes) による専門医チームを核として、かかりつけ医やコメディカルが連携して CKD 患者を診療するシステム創りを目指している。また愛知県では公益法人愛知腎臓財団の CKD 対策協議会において愛知県医師会、名古屋市医師会と愛知県内 4 大学の腎臓内科専門医が協力して「愛知県 CKD 診療連携の手引き」を作成している。

本講演会では我々や愛知腎臓財団の取り組みを紹介し、今後の CKD 診療連携の在り方について展望を述べたい。

岡山済生会総合病院 糖尿病センター

○中塔辰明、浦上経子、北村卓也、
平櫛恵太、川村 望、渡辺恭子

糖尿病患者数の増加に伴い、糖尿病診療における医療連携の必要性が益々高まっている。当院では H18 年 11 月に連携パスの運用を開始し、これまでに 210 名の患者に連携パスを適応、110 施設と連携診療を行っている。H21 年 5 月からは岡山県下統一の連携パスに移行しているが、連携診療の大きな流れとしては、当院のパスと、岡山県の連携パスとで変化はなく、当院に半年に 1 回の受診を基本とした診療を行っている。当院受診時には一般診察、血液・尿検査の他、栄養指導、生活指導、服薬指導（必要時）を行い、眼科受診、頸動脈エコー、ABI/PWV、腹部エコーをそれぞれ年に 1 回行っている。かかりつけ医では血糖、HbA1c、脂質等の検査を、かかりつけ医の判断で適宜行っていた。連携診療開始 3 年後の時点で行ったアウトカム評価では、対象患者 194 例における治療継続率は 89%（転居による中断を除くと 94%）で、血糖コントロール指標としての HbA1c は連携開始時 6.8%、1 年後 6.7%、2 年後 6.8%、3 年後 6.8% と安定した状態であった。眼科受診、尿中アルブミン等の合併症検査実施率は 100% に近く、診療の質は保持されていた。インスリン治療に焦点を当てたかかりつけ医アンケートでは、かかりつけ医の 44% が連携診療をきっかけにインスリン治療患者の診療を開始、さらに 26% のかかりつけ医が連携診療をきっかけに自院でのインスリン導入を開始しており、連携診療による技術移転も認められている。連携診療に関する患者アンケートでは患者の 88% が連携診療の継続を希望、患者満足度も良好であった。一方で、専門医療機関とかかりつけ医での採用 SMBG 機器の違いなど、連携診療ならではの問題点も明らかとなっており、当院での現状を踏まえて今後の連携診療のあり方について考察する。

S II-2 都市部での糖尿病診療連携の一例

○古賀龍彦¹、平川貴子¹、西方宏昭¹、杉謙一¹、
原祐一¹、成富由司¹、原寛¹、松岡健平²
原土井病院¹、東京都済生会中央病院²

当地の特殊性

糖尿病専門医の絶対的不足と糖尿病患者数の急増から、ひとりの患者を糖尿病専門医とかかりつけ医とで診る循環型病診連携による合併症予防の必要性が強調されるようになった。一方医師数の絶対的不足はない都市部においても専門医とかかりつけ医との連携による合併症進展防止とそれにかかわる医療費の増大防止は重要と考える。当福岡市東区は以前から『地域完結型総合病院構想』を描いて目に見えるヒューマンネットワークを築きあげてきた。糖尿病専門医も地域の六病院だけでなく3箇所のクリニック院長3人も認定専門医であり、病院主導型の連携ではなく診診連携も活発な仲の良い地域である（当地に限らず都市部には少なくない状況と考える）。

週末入院の導入

そうした地域の特色を生かして病院とクリニックの二人主治医制による循環型連携や経費や時間がかかり対象も限定される2週間の教育入院に限定せず、当院では2泊3日の週末入院とその退院時に主治医にSDM2008の病診連携フローチャートを同封することによる病診連携につとめてきた。クリニックで継続的にフォローされている糖尿病患者の多くは入院経験がないが、週末なら可能とする方も少なくないと考えたからである。また二ヶ所の外来を往復するシステムだけでは限られた時間内に新たな検討と変更を強いられることになる専門医の負担が大きく、双方の遠慮も加わって同じ処方が継続してしまうという可能性も否定できなかつたからである。

週末入院の利点

わずか3日であっても入院を含めると体験を通しての教育ならびに評価ができる点と外来の途中ですべてを決定しなくてよい時間的余裕は大きい。また便潜血陽性からの大腸疾患発見や入院最終日のエコー検査による副腎腫瘍由来の血糖上昇を発見できたことなど、糖尿病コントロールそのもの以外にもその利点は数多く認められた。ただし土曜の昼前入院にて病歴聴取とひとり糖尿病教室、栄養指導後夕方にはメディカルフィットネス参加、糖尿病食を体験しての日曜の一日血糖と月曜の腹部エコー後説明と退院サマリー作成後の返書送付という流れではコンピュータファイルを用いた電子的なサポートがなければ主治医の負担は膨大なものとなることから、糖尿病情報学会で各施設のそうしたツールを持ち寄って標準的なものを配布サポートするということも意味あることではないかと考える。

かかりつけ医との連携におけるSDM2008の存在効果

かかりつけ医からの再診スケジュールを強要するのではなく、SDM2008のコピー配布による必要性の提示というマイルドな指針を示すことにしている。特にSDMの連携条件にある腎機能低下の有無を根拠に、クレアチニン値が2.0を越えている紹介患者を併診で診ていく許可を得るのに明文化されたSDMの連携フローチャートを同封することは紹介元医に納得いただくのに大きな効果があった。紹介された患者すべてを併診する必要はないが、すべての紹介患者を紹介元に単純に戻すこともまた理にかなっていない。その線引きを明らかにしていくことが必要なことと考える。

東京都西部の北多摩南部保健医療圏では 2006 年から 6 市の医師会および圏内 4 つの中核病院が参加し、多摩府中保健所がコーディネートする形で糖尿病医療連携検討会を運営している。本検討会において 2009 年に糖尿病医療連携パスを策定したが、医療圏が広域に及ぶこと、並びに医療連携の進度に地域差があることから、圏内を 3 つの地域に分け、若干の修正を加えた上で、運用を開始している。パスは、SDM2008 のものを改変、循環型医療連携パスを特徴としており、かかりつけ医への逆紹介基準、急性合併症の基準および定期受診時のバリエーション基準をそれぞれ設けている。その一方で、当院においては 2000 年より地域のかかりつけ医との循環型糖尿病医療連携をすでに開始している。今回、循環型糖尿病医療連携に既に参加している糖尿病患者 118 例を対象に糖尿病医療連携パスを適用した場合のバリエーションについて検討した。対象症例の平均年齢は 65.2 歳、病型（1 型糖尿病：2 例、2 型糖尿病：116 例）、治療内容（インスリン：26 例、経口薬：80 例、食事運動のみ 12 例）連携先医療機関 62 施設（専門医：4 施設、非専門医：58 施設）であった。また、当院定期受診時の平均 HbA1c 6.9%、バリエーション移行例は 10 例（8.4%）であり、事由は HbA1c 悪化が 8 例、認知症 2 例、うつ悪化 1 例、急性感染症 1 例、蛋白尿 1 例であった。バリエーション設定に際し、診療所側から特に高齢者の逆紹介基準における eGFR 設定の緩和（eGFR 60→50 mL/min/1.73m²）が提案された。我々の検討でも、2 型糖尿病において顕性腎症期を経ない CKDstage3 の患者は 5%（103 例/2072 例）に認められる。逆紹介基準およびバリエーション基準における eGFR の重要性についてはよく認識されているが、CKDstage3 の扱いおよび eGFR の基準値設定については、今後のパス運用上、考慮すべき点と考えられた。

佐藤利昭（松江赤十字病院糖尿病・内分泌内科）

平成13年7月以降、糖尿病の地域医療連携を積極的に進めてきた。逆紹介は、血糖コントロール良好な（HbA1c<6.5%）食事療法単独、経口剤併用患者を対象とし、逆紹介後の悪化の懸念と患者の逆紹介の受入れ易さを考慮して、紹介後も当科を半年毎に受診する循環型とした。逆紹介後も1年以上良好な血糖コントロールが続いている患者は、紹介先に治療を一本化する一方、血糖コントロールが悪化した患者は、改善されるまで当科受診に戻している。平成12年の逆紹介率、紹介率は共に20%程度であったが、逆紹介率は平成14年には100%を越え、現在306%となっている。それに伴い紹介率も93%まで上がっている。その結果、外来患者数は3200名から1200名まで減り、その内500名が循環型受診で、通常の定期受診は700名となっている。この10年間で2000名を超える逆紹介を行ってきたが、バランスの取れた外来維持のためには、開業医へ一本化される患者数と新規逆紹介患者数が均衡する必要がある。最近、血糖コントロール不良経口剤治療患者が漸増しており、病診連携での医療の質保障を病院だけで行うことの限界が見えてきた。これまで、紹介の多い開業医有志と技術移転の為に勉強会を行ってきたが、患者の居住地と希望に応じて決める逆紹介先は、医療圏全域に広がっており、病診連携の実態に見合った技術移転としては不十分であった。そこで、松江地域糖尿病対策会議に諮り、1年以上の準備・検討期間を経て、糖尿病対策事業の一環として、当院の循環型病診連携を地域共通パス化して平成22年7月から運用することにした。今後は、地域連携パスの普及を図り、パス使用開業医との連携を深めていきたいと考えている。

南加賀医療圏において08年より準備し09年にスタートした糖尿病地域連携パス(南加賀かけはしネットワーク)は、10年から地域医療再生基金の交付を受け、14年までの運用が確約されている。病院個別ではなく、二次医療圏として統一したシステムとフォームができ、運用が開始されたことは大きな一歩であった。一方、登録患者は1年半で250名、漸増しているものの十分とはいえない。本院中心での登録患者は医療機関44ヶ所に通う165名、小松市内26ヶ所125名、小松市外18ヶ所40名。小松市外での当院あるいは他院の中核病院との活発な運用が望まれる。全体運用促進のためにはいくつかの因子が考えられ、フォームの簡略化は早急な改善点であった。データ表の記載項目は22、選択項目7、コメディカルによる確認項目18、予備記載欄なしであったが、改変後は各17、9、0、小記載欄とした。これにより、記載への負担感が軽減した。またさまざまな医療機関が関与、予算も十分ではない状況において、紙ベースとしたことはスタートさせるには十分であった。しかしながら、今後、経年的に多くの数を見ていくには、更なるデータの絞込みと限られた予算で継続運用可能なITの活用が望まれる。