

【特集】

# チーム・ビルディング

## 良質な医療チームをどう作るか

### 3 Case Study Report 1 病院

#### 認知症と「地域」で向き合う

川崎医科大学附属病院 (岡山県・倉敷市)

県による「認知症疾患医療センター」指定を機に  
地域連携網構築に向け、研修や連携パスが始動

### 9 Case Study Report 2 病院

#### 暴言・暴力から職員を守る

独立行政法人 国立病院機構 久里浜医療センター (神奈川県・横須賀市)

必要な知識や手技をスタッフが共有することで  
目的を同じくする「チーム力」の醸成が可能に

### 14 Case Study Report 3 診療所

#### 糖尿病患者への指導力を高める

公益財団法人 朝日生命成人病研究所 附属医院 (東京都・中央区)

「附属病院」から「附属医院」への移行を機に  
全職員で糖尿病の外来療養指導体制を効率化

#### ◆特別付録

「院内暴力」対応の基本

「目で見ると院内暴力対策」(監修：久里浜医療センター)より

公益財団法人 朝日生命成人病研究所 附属医院 (東京都・中央区)

## 「附属病院」から「附属医院」への移行を機に 全職員で糖尿病の外来療養指導体制を効率化

全国屈指の糖尿病患者数を誇る、朝日生命成人病研究所附属医院。診察前検査は結果がでるまで10分。その後の医師による診察が初診で20分、再診でも10分を基本とする。新患では当日の療養指導、栄養指導がセットになっている。効率的な療養指導は、附属医院として再スタートするのを機に検討されたもの。外来教育に重点を置く診療体制にシフトするにあたってのスタッフの提案で、患者の動線や効果的な支援手順、配布資材など、診療機能の徹底的な見直しの一環として行われた。それは組織としての結束力を高めること、同院が作り上げたスタンダードな医療の実践を全職員で再確認することにもなっている。

### Check Point!

#### 療養指導の充実を図る体制整備に向けて

- 受付から検査・診察・指導・会計を効率よくセット化
- 各部署の代表者による糖尿病診療協力委員会を設置
- コーディネーター制の導入で、当日の療養支援をスムーズに
- 院内での療養指導をマニュアル化し、均質な支援を実現
- 院外との医療連携で、「顔の見える関係」作りを開始

### 診察前検査は約10分で結果がでる。医師は 当日の検査データをもとに診察し、方針を決定

糖尿病患者だけでも月平均4,500人という、朝日生命成人病研究所附属医院は2011年10月に移転し、それまでの「附属病院」から「附属医院」に名称を変更。生活習慣病全般において、より外来教育に重点を置いた体制の整備を進め、今日に至っている。

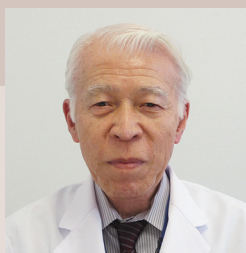
同院の糖尿病内科は常勤医師9人(病棟専門 2人)、非常勤医師11人が、月曜日から金曜日の午前と午後、最低でも4人以上で診療枠を担っている(表1)。CDEJ\*22人、糖尿病看護認定看護師1人を含む臨床検査技師、看護師、管理栄養士、薬剤師、医療事務で、糖尿病患者を支援する「医療チーム」が構成されている。

糖尿病の療養指導体制はセット化(図1)され、特に初診の患者に対しては診察前検査から栄養指導まで、約2時間を要しての指導がなされる。しかし、急ぐ患者には看護師等による療養指導を次回に回すなどの工夫もある。

決して、待ち時間が長い訳ではない。受付・カルテ作成、質問票記入後に行われる診察前検査(耳採血による血糖値・HbA1cの測定等)は約10分程度で結果がでるので、引き続き当日の検査データに基づいての、医師による診察となる。

診察の結果、示された方針に従い、看護師による療養指導(45分)、管理栄養士による栄養指導(30分)が行われる。看護師によって患者の生活習慣・リズムが把握され、

\* CDEJ : Certified Diabetes Educator of Japan 日本糖尿病療養指導士



所長  
河津 捷二氏

### 患者の自己管理は、チームの実力を示す指標

当院は1960年に設立された朝日生命成人病研究所が母体で、生活習慣病に関する基礎研究および臨床研究における実績を予防・診断・治療にも活かすべく、努めています。月平均の患者数は、約6,000人。そのうち糖尿病関連の患者さんは、約4,500人です。

生活習慣病の治療・療養指導はエビデンスに基づくだけでなく、患者さんのナラティブにも配慮する必要があります。個々人の生活背景を知り、その上で本人が理解し納得する自己管理の実践内容を、一緒に導き出します。患者さんによっては、実践内容の理解・納得あるいは継続に対し、スタッフが腐心することにもなります。しかし自己管理の継続は、支援する医療チームの責務であり、またチームの実力を示す指標のひとつにもなります。

例えばインスリン療法を行っていた体重100kgの2型糖尿病患者さん。自己管理で70kgまで減量し、インスリン療法も経口治療薬も不要となりました。決して稀な例ではありません。またHbA1cの数値が0.1%上下しても、患者さんは一喜一憂するものです。良かったときには心から評価をし、悪かったときには本気で応援をする。患者さんのナラティブだけでなく、「その時々的心情にも思いを至らせる患者支援で、治療・療養の成果を高める」姿勢の共有も、生活習慣病を指導するチームの育成では重要なことです。

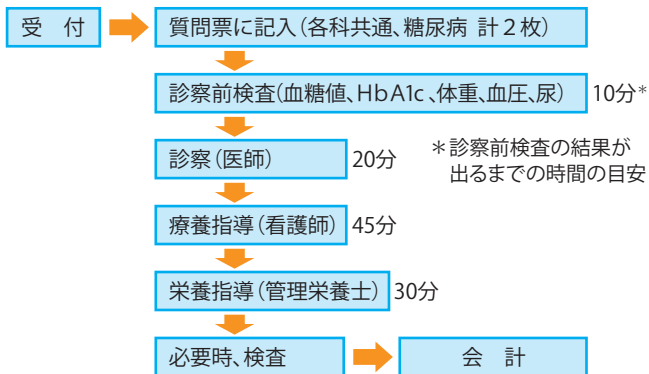
【表1】糖尿病内科の診療の枠数

(2013年3月現在)

|    | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|----|---|---|---|---|---|
| 午前 | 5 | 6 | 7 | 4 | 6 |
| 午後 | 5 | 6 | 4 | 6 | 5 |



【図1】初診患者診療の流れ

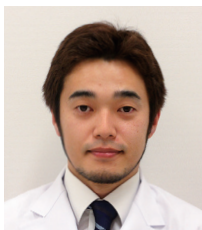


療養上の問題点が抽出される。管理栄養士によって食事内容の詳しい聞きとり調査がなされる。その上で次の診察までに行う食事・運動・生活全般についてのプランが、患者が「これならできそう」だと納得する内容で作成され、在宅での自己管理を基本とする療養がスタートする。

こうした一連の流れ、糖尿病患者を支援する質の高いチームの構築、スムーズなセット化は、全職種が参加したプロジェクト・糖尿病診療協力委員会（以下、協力委員会）によって生み出されたものだという。

### 新たに「附属病院」の診療体制を整えることはベクトルを同じくする「チーム」作りでもあった

糖尿病専門医で医療連携部長の櫛山暁史氏に、外来教育を重視した糖尿病療養指導体制構築の実際を伺った。



医療連携部長  
櫛山 暁史氏

「協力委員会は、当地に附属病院としての移転が決まった段階で発足しています。コメディカルの発案でしたが、医療施設としての間取り等も変わりますから、患者さんの動線も含め、医療を提供する環境としてふさわしい体制の整備が図られました」

協力委員会は当初、主だった人を集めて「話し合う機会をもとう」と始まった。

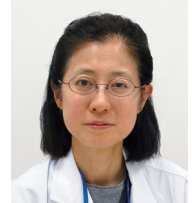
協力委員会は当初、主だった人を集めて「話し合う機会をもとう」と始まった。

### 写真 糖尿病診療マニュアル

診療および療養指導内容は、マニュアル化され、職員が共有することで、同院としての均質な患者支援が追求されている。(A4判 238 ページ)

#### 医師は的確に療養におけるポイントを示し多職種チームとして患者の自己管理を支援

糖尿病の患者さんとは長いおつき合になりますので、信頼関係を築き、かつ継続することが大切です。理想は、尊敬し合える仲。診療姿勢としては、相手を否定しないこと。その上で、「糖尿病の管理をしないと、今までと同様の生活は送れなくなる」ことを強調します。併せて、「悪くなっているのは、あなたのせいではない。インスリンの分泌が悪いからで、治療を一緒に考えて行こう」、といった支援の姿勢を明確にします。

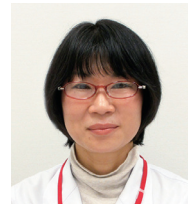


診療部長  
糖尿病内科部長  
吉田 洋子氏

医師による初診は20分枠ですから、まずは療養のポイントをしっかり理解して頂くようにしています。当然、看護師や管理栄養士による細やかな患者サポートが欠かせません。チーム医療としても、お互いに尊敬し合える専門多職種チームを目指したいと思っています。

#### 検査データを介した患者さんとの会話では健康や自己管理への関心を高めて頂く工夫を

迅速に正確な検査結果を臨床現場に渡すことが仕事の基本です。高齢の方も多いため、1回の来院で、負担なく短時間に、検査から診察、療養指導が実施されます。それが実現できるのも、現場の声が活かされた効率良い院内動線やオーダーリングシステムの活用が寄与しています。



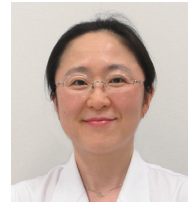
検査科 チーフ  
CDEJ  
佐藤 智代氏

患者さんとは検査結果を介して、ご自身の健康に関心・興味を持って頂けるように話をします。その際、数値の意味や変化など、一緒に考える姿勢が大切です。また、ストレスなくリラックスして頂くことも心がけています。

課題としてはスタッフの育成・指導です。スタッフは先輩のやり方を側で見て学ぶことも多く、指導する側も環境や時代に即してより良いものに変化させていかなければいけません。

#### 一緒に糖尿病と向き合う姿勢を大切に、検査を通して患者さんの「気付き」や「安心」を促す

糖尿病の場合、合併症検査も重要です。心電図をとる際には、その目的をお話すると納得して検査を受けて頂けるようです。



検査科 チーフ  
CDEJ  
山本 美津代氏

また神経検査では「足壊疽」を心配される患者さんも多く、そんな時、「糖尿病は自分でコントロールできる病気」であることをお話すると安心されます。

検査後には足の状態や色を確認するなど、医師や看護師のサポートを心がけています。

慢性疾患の患者さんの多くは知識が豊富で、治療についても真剣に考えていらっしゃるだけに、不安や悩みもあり、検査中に訴えられる方もいます。私たちがなりのアドバイスをさせて頂くことが、闘病を振り返り、新たな気持ちで治療に取り組むきっかけになればと思っています。

### 患者さんの言葉にしっかり耳を傾け、対話から学び、より良い療養指導の充実に活かしていく

的確な療養指導を行なうには、患者さんの個々の状態や状況をよく知る必要があります。そして、患者さんの立場に立ち、目標を共有して、問題解決ができるよう一緒に考えていくことが大切です。

患者さんとの対話を通して、指導する私たちも学ぶ点が多々あります。例えば、療養指導に使う資材についても、年齢・理解力・視力低下の有無など患者さんの個々の状態に合わせて指導ができるように、当院オリジナルのものを工夫して作成しています。これらは、療養指導時の患者さんの様子や、実際に使用された患者さんの反応を反映したもので、必要に応じて改善していきます。

患者さんから学んだことを、その後の療養指導に活かし、スキルアップと指導方法・内容の充実の好循環を図っていくことで、より良質な療養指導が継続できると考えています。



診療部 看護科  
糖尿病看護認定看護師  
CDEJ  
市来 祐里恵 氏

### 患者さんと医師のコーディネートは、チーム医療の円滑なマネジメントに寄与

糖尿病の療養指導では、看護師が患者さんより密に関わることができず。私たちは患者さんに寄り添い、話を伺い、療養における「患者さんご自身の選択」をサポートします。

支援を通して患者さんと向き合うことは、私たち自身の成長にも繋がっていると感じます。患者さんからの学びは、チームとして共有するようになっています。

また、看護師は、医師とスタッフ間の業務調整や円滑なコミュニケーション、患者さんに負担のない効率的な療養指導のためのコーディネートにも携わっています。外来療養指導におけるコーディネーターは、糖尿病に関わるスタッフが交代で担当し、当日の指導がスムーズに運ぶよう努めますが、チーム医療に大きな役割を果たしていると実感しています。



診療部 看護科  
副看護師長  
CDEJ  
松田 由維 氏

### フットケアのスキンシップで患者さんがリラックス。1年間のプログラムでもモチベーションを維持

当院のフットケアは1985年の開院以来、糖尿病ケアの中で必要不可欠なものとして行われています。

患者さんがセルフケアとして実行可能な内容を一緒に考え、続けてできる支援を行っています。フットケアの意義や実践を理解してもらえよう、1年間継続するプログラムを作成しました。途中でドロップアウトする方はほとんどなく、モチベーション維持面でも効果的と思われます。

フットケアは足をみるだけでなく、その方のバックグラウンドまで把握する必要があります。ケアをしながら対話することで、より多くの情報が得られます。「患者さんの心をオープンにする」、そのような、心と心のつながりを感じるコミュニケーションも大事にしたいと思いつつ、取り組んでいます。



診療部 看護科  
CDEJ  
村山 裕美 氏

現在は、母体である成人病研究所からの参加も含め、33人の委員で構成されている。案件は分科会ごとに各職場の意見が集約され、協力委員会の議論・決定となる。

「患者さんには高齢者も多く、負担の少ない動線を考えることは、併せてスタッフにとっても効率のよい支援を具体化することでもありました」

結果として、療養指導体制のセット化も実効あるものになったという。

「協力委員会で出された結論は、全スタッフが納得し実践するものでなければ意味がありません。今思えば、スタッフの理解を得る作業は、附属医院として再スタートする当院の、目標を共有し、ベクトルを同じくするチーム作りの端緒にもなったようです」

同院の前身である附属病院は、米国のジョスリン糖尿病センターをモデルに教育を重視した糖尿病専門施設を目指して設立されたという。したがって体系的で丁寧な医療の提供・患者指導は、同院の伝統として根づいていた。それは、合併症対策においても発揮されている。

同院の専門外来は、内科系では糖尿病内科以外に循環器内科、消化器内科があり、合併症対策での連携は勿論だが、その他にも眼科医（5人）が主治医の指示により、毎日の外来で糖尿病網膜症の診療を精力的に行っており、緑内障のスクリーニングも実施している。同様に主治医の指示のもと、週1回程度の割合で、腎臓専門医（3人 糖尿病性腎症に対応）、甲状腺専門医（1人）、皮膚科専門医（3人 主にフットケア関連）が外来を行っている。

「糖尿病治療を総合的な視点から捉え、できるだけ院内での療養指導を行うことも、患者さんに対する当院としての責務だと考えています」

### 患者情報は「療養指導・栄養指導経過表」に記載、院内パス的に活用をし、総合的な支援を可能に

「糖尿病の療養指導では、特に新患の場合、初回に生活背景まで踏み込むことが有効な指導に繋がることも多いと言えます」

しかし患者数を考えれば、主治医だけで担えるものではない。当院では、患者情報の収集・共有にはフォーマット化した「療養指導・栄養指導経過表」（図2）が、多職種によ

【図2】 新患 療養指導・栄養指導経過表 (療養指導1回目、 療養指導2回目)

・生活パターン(1日の生活状況)

・職業  
D.W.、外回り:無・有、立ち仕事、夜勤  
出張:無・有(国内、海外)

・食生活  
食事時間(規則的・不規則)、  
欠食(無・有)、外食:頻度・内容  
間食:無・有、飲料水

・嗜好品  
アルコール:無・有  
タバコ:無・有(量、年数)

・旅行の頻度

・運動・活動  
体を動かすことが好きか?嫌いか?  
過去・現在の運動、通勤方法

・知識、思い・受け入れ状況  
糖尿病知識:無・有  
食事指導の経験:無・有

| 新患 療養指導・栄養指導経過表   |        |
|---|--------|
| 初診日   | 年月日( ) |
| 指示エネルギー: kcal (他) <input type="checkbox"/> わかば教室予約  |        |
| 生活(パターン)  |        |
| 職業<br>D.W. 外回り:無・有 立ち仕事 夜勤<br>出張(無・有)国内 海外  |        |
| 旅行  |        |
| 食生活<br>食事時間(規則的・不規則) 欠食(無・有)<br>外食 朝食 昼食 夕食<br>間食 無・有<br>飲料水<br>その他   |        |
| 嗜好品<br>アルコール:無・有<br>タバコ:無・有( )本/日 量から オキ所在まで( 年間)   |        |
| 運動  |        |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>フットケア(靴)<br/>フットケアの必要性の理解 無・有<br/>足の関心 無・有<br/>足の観察 無・有(毎日 隔日2~3回 1回/週)<br/>(足背、足趾、趾間)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>足の保湿 シワワのみ 入浴(毎日/ 日/週)<br/>方法: ( ) (爪切り/爪やすり/ニッパー/爪切り)<br/>爪の手入れ 可・不可(介助者) 履く(時間長い靴の種類)<br/>履く(時間短い靴の種類) 履く/履かない (無・有) ( )<br/>自宅での靴下装着の有無 使用の有無</p> </div> </div> |        |
| 療養指導  |        |
| 栄養指導  |        |
| サイン   |        |
| 年月日( )  |        |
| 年月日( )  |        |
| サイン   |        |
| 年月日( )  |        |
| サイン   |        |
| 年月日( )  |        |
| サイン   |        |

〈フットケア・靴〉

- ・フットケアの必要性の理解:無・有
- ・足への関心:無・有
- ・足の観察:無・有  
(毎日 隔日2~3回 1回/週)  
(足背、足底、趾間)
- ・足の保湿  
シャワーのみ入浴(毎日、日/週)  
方法は? 軽石使用:無・有
- ・爪の手入れ:可・不可(介助者は?)  
(爪切り、爪やすり、ニッパー/爪切り)
- ・履く時間が長い靴の種類  
ひも、ファスナー、マジックテープの有無
- ・自宅での靴下装着の有無
- ・使用の暖房器具

・セルフケアプランの評価・修正

- ・糖尿病手帳の記入方法
- ・フットチェック
- ・フットケアの必要性
- ・観察・保湿・保護について
- ・爪の手入れ(長さ、切り方)
- ・薬塗布について(乾燥、角化、白癬)
- ・靴の選び方・履き方
- ・皮膚科受診
- ・配布資料

る情報収集を一括管理する形で活用されている。

「患者さんからみて、医師に話しやすいこと、看護師に話しやすいこと、また管理栄養士や検査技師に相談しやすいことなど、話す内容にも違いがあります。医事課のスタッフにだったら話すこともあるでしょう」

多職種を窓口として集まった患者の情報は経過表に記入され、個々の患者像が関係スタッフで共有されていく。

「患者さんを知るにも、色々な視点が必要なことに気づかされています。思いこみの診察・療養指導をしないためにも、経過表は貴重な情報源であり、医療者としての基本姿勢の再確認、スキルアップにも役だっています」

スキルアップということでは2012年、「①当院で行われている療養指導の内容を、スタッフ間で共有する ②当院で行われている療養指導の内容の出典を明らかにし、更なる勉強の道標とする」ことを目的に『糖尿病診療マニュアル』(P.15 写真)が作成されている。

「医学的な部分は当院の糖尿病専門医が分担執筆し、療養指導については当院のコメディカルが医師の監修のもとで執筆しました。当院で行っていることは、ほぼ全て記載されていますので、当院における診療のスタンダードになっています」

【事例】「人工透析までの道のりが示され、ドキッとした」

60歳男性、42歳時より糖尿病。高血圧合併。HbA1c 7.6%。初診時より糖尿病前増殖期網膜症、糖尿病性腎症 第3a期(尿蛋白3+)、Creは0.9mg/dL程度。インスリン治療(強化療法)とビッグナイド剤の内服を行っていたが、通院開始時よりCreが上昇傾向。しかし、生活については改まらず、減塩、低蛋白食の受け入れも不良。深刻な話をしようにも逃げ出そうとするので、じっくり話せる機会をうかがっていた。

2012年6月にCreが一度1.5mg/dLまで上昇。「1.5まで行ったら専門医を紹介しようと思っている」ことは、2~3カ月前から本人に話をしていた。

糖尿病性腎症で第3b期、CKDでStage3も後半に入ってきていると考えられたため、eGFR\*低下のグラフを示し、併せてCKD Stagingを示し、「腎不全・透析に向かっているようですから対策を打ちましょう。ここでがんばるかどうかが、人生の分岐点です」と、いつもより長め、約20分間じっくり話し、腎臓専門医の外来受診を指示。同時に、栄養指導をオーダー。

腎臓外来では糖尿病性腎症の進展について、改めて鑑別のためエコー・CTなどの検査が行われ、栄養指導では減塩NaCl 6g、タンパク制限50gを指導。前向きな対策であるから希望をもって行うよう指導した。またその時、腎臓病食サンプルを手渡し、説明を行った。その後、1日1回は注文した腎臓病食とし、ようやく食事療法が徹底され、体重が月0.5~1kg減、HbA1cが6%前半まで低下し、Creが遅れて1.2 mg/dLまで低下、尿蛋白も3+から2+に変化し、小康状態となっている。本人曰く、「糖尿病と初めて、真剣に向き合いました。人工透析までの道のりを示されて、ドキッとした。優しく指導し、応援してくれるので、やる気が出ました。」

\*推算糸球体濾過量

### 長く続けられる、食事のスタイルをいかに作るか。 小さな成果を評価し、一緒になって考える

食事指導をする上では、「続けられること」を重視しています。食べることは一生続くので、いかに食事のスタイルを作っていくか、自分に合った食事療法を見つけるかが重要です。

ともすれば患者さんは「出来なかった」ことを悩み、自己嫌悪に陥ってしまいます。小さなことでも、取り組めたことは大いに評価し、継続を促します。患者さんにはライフスタイルの改善を指導しますが、一方で可能な限り「自分らしさ」を大切にすべく支援を心がけます。

そうした患者情報はカルテだけではなく、直接、医師や看護師に伝えることもあります。食事指導がきっかけで、積極的に自己管理に取り組むケースも多々あり、その人の努力を色々な視点で見つけ出し、評価し、応援していきます。



栄養管理室 チーフ  
管理栄養士  
CDEJ  
戸部 江美 氏

### 患者さんへは、わかりやすい言葉での服薬説明を通して チームへは、薬剤の専門職として積極的に貢献

当院では、透析予防管理指導に向け準備をしております。薬剤室も参加を願って、看護師や管理栄養士とともに指導に関わることになっていきます。糖尿病性腎症の進行抑制に、服薬指導を通して貢献をしたいと考えています。入院時指導や糖尿病教室では、患者さんが理解しやすい説明ツールや、患者さんからの質問に対しスタッフが均一な回答をするための、独自のツール作成にも努めています。

また、インスリンの注入器の耐用年数をチェックし、注入器交換指示書をカルテに添えるなど、医師への情報提供を、看護科と連携して行っています。

医療チームや患者さんに対し、薬剤室として少しでも貢献できることを積み重ねていきたいと思っています。



薬剤室 チーフ  
CDEJ  
長谷川 千代子 氏

### 患者さんの通いやすさとホスピタリティを重視し、 慢性疾患への継続した治療の実現に寄与したい

当院は、慢性疾患の患者さんが多いという特徴があります。慢性疾患の治療は「継続すること」が何より大切です。通院しやすく、相談しやすい環境を作ることを第一に、医事課として取り組んでいます。当院の移転に伴い、患者動線を配慮してフロアの割り振りを行ったのも、その一環です。内科診察室、検査室、処置室、加えて合併症に関連する眼科を1フロアにまとめ、同フロアだけで受診が完結するようにしました。

診療報酬に関しては、医事課が最も詳細な情報をもっていますので、院内で情報共有できるようにアドバイスもします。診療をサポートし、当院の特色をいかにして患者満足につなげるか。健全な医療経営のもと、患者さんを中心とした高品質な医療をサポートすることが医事課の使命です。



医事課長  
生松 めぐみ 氏

例えば、糖尿病に関連する薬の飲み忘れに対する対処・指導法はすべての薬剤・インスリンについて事細かに指定している。またカリウムを下げる食品の選び方や調理の工夫、検査の意味や基準値など多岐にわたって示されている。記載されている情報の中には、各科で独自に把握している、本やインターネットでは入手困難なものも多々あったという。

「当院として標準化された治療・療養指導が、患者像を共有したスタッフによって、それぞれの専門性を通して患者さんに還元されていく。結果として、患者さんの自己管理がより安定した成果を示せば、スタッフのモチベーションも一層高まると思います」

良質な医療の提供、療養指導は、患者増をもたらす。効率的な診療・療養指導の流れは、院内においても、また院外との医療連携においても、更なる患者本位の体制整備が急がれることになる。

### 診療当日に必要な外来療養指導の采配は コーディネーターが担当、適切指導を可能に

同院での、当日に決まる外来療養指導の采配には、コーディネーター制が機能する。

「診療結果、当日からのインスリン注射導入が、同時に複数人に必要となる場合もあります。当院では外来療養指導コーディネーターを置くことで、スムーズな支援、また患者の事情や都合に対応可能な適任者を選定し、適切な指導を不足なく行うようにしています」

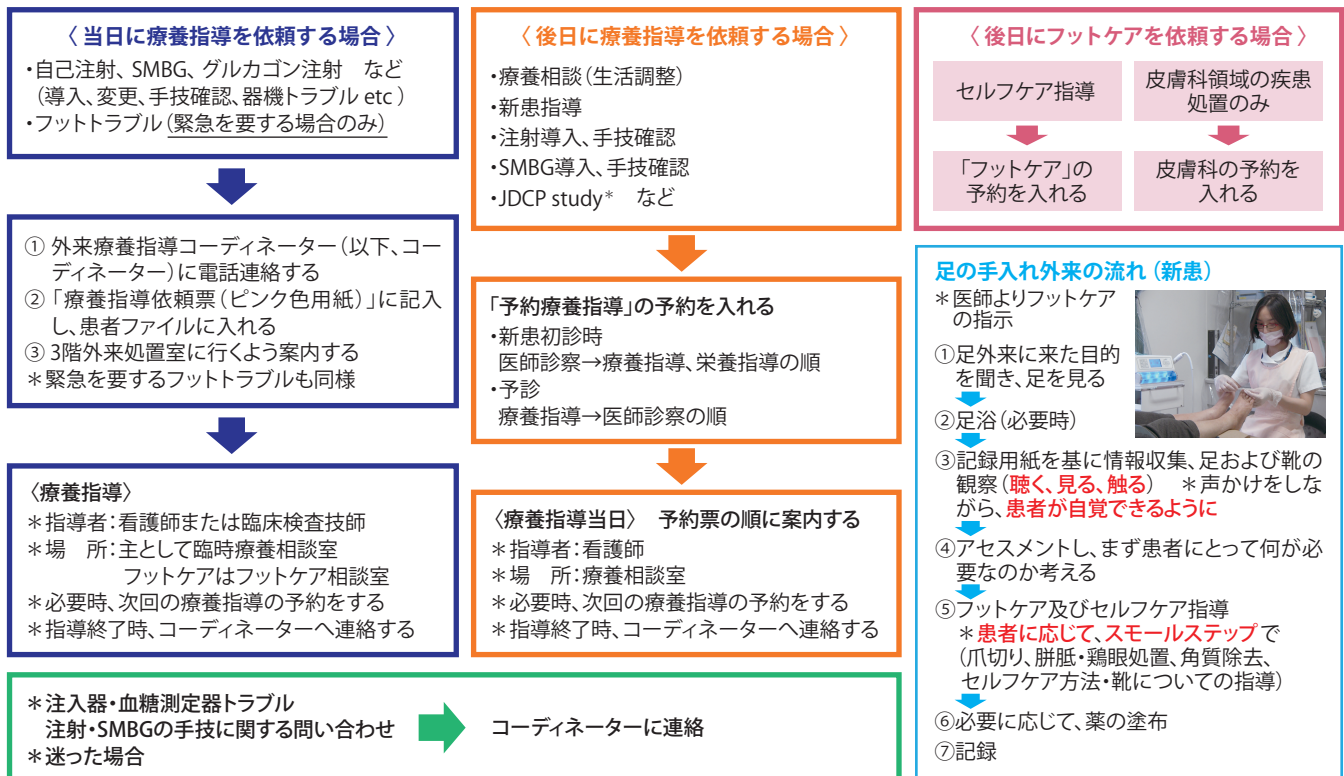
同コーディネーターは、糖尿病に関わる10人の看護師を中心としたスタッフが毎日交代制で担当し、専用のPHSを携帯する。医師からの連絡の窓口となり、療養指導を担当できる適任者を選定するなどの采配を行っている（図3）。新患については別途、専用枠が設けられている。

「コーディネーターは、自分の仕事をこなしながらですから大変です。しかし、現場を知っているスタッフだからこそ、任せられる業務でもあります」

当院には、全国から紹介患者が集まってくる。当然、院外におけるコーディネーターも重要となる。櫛山氏が部長を務める「医療連携部」が、その任にある。

「糖尿病の自己管理は基本、日常生活の中でのコント

【図3】 外来療養指導の流れ



\*Japan Diabetes Complication and its Prevention Prospective study

ロールが前提となります。マニュアルに集約された本院の取り組みを理解いただき、同様の患者支援を実効あるものにしていただきたい、そうした連携の輪を広げていきたいと思っています」

医師あるいはコメディカル同士の交流を通じ、院外においても医療連携チームとしての拡充を図っていく。まずは「顔の見える関係」作りが目標だという。その上で、同院のマニュアルを指示し、更なるレベルアップを共に図れる「仲間」を育てていくことが、現実的な連携網の拡充を確かなものにする、と展望している。

「紹介患者さんをお返しするにしても、逆紹介でお願いするにしても、また健診や検査をきっかけに指導を必要とした場合でも、当院における診療・療養指針に則った院外での支援が望まれるところです。いろいろなアプローチ法があるでしょう。しかし、当院として『患者さんに責任をもつ』には、安心してバトンタッチできる相手と連携する以外に方法はないと思っています」

「顔の見える関係」作りを行う中で、相手とじっくり話し合う。多忙な中でのアプローチではあるが、その歩みを足がかりとするしかないという。

「インジケーターを共通にし、目標に向け互いに研鑽をする。個人も組織も、そして医療連携網としても。目的を同じくする、そうした有志による始動が少しでも叶えば、有機的なチーム作り・拡充は決して夢ではないと実感しています」

同院における、糖尿病の「医療チーム」が、そのことを実証している。



#### 診療所基本データ

■ 名称/公益財団法人 朝日生命成人病研究所附属病院 ■ 所在地/東京都中央区日本橋馬喰町2-2-6 ■ 開院/1960年 ■ 病床数/11床 ■ 診療科目/内科 (◇専門外来 (予約制) …糖尿病内科、循環器内科、消化器内科 ◇一般外来 (予約なしで受診可))

\* 専門外来では、糖尿病の各種合併症に対応するため、各科主治医の判断により眼科、腎臓内科、皮膚科、甲状腺内科の各科を予約で受診可。