

(南予糖尿病療養指導士特別研修会として)

● ごあいさつ

拝啓

残暑の候、皆様方におかれましてはますます御健勝のこととお慶び申し上げます。また先日は、大変お忙しい中「第26回八幡浜・大洲糖尿病チーム医療研修会（南予糖尿病療養指導士特別研修会）」にはたくさんの方に御出席を頂き誠にありがとうございました。皆様と活発な意見交換が出来、非常に充実した研修会となりました。今後も皆様との意見交換を通じ本会をより発展させ、患者様への貢献をして行きたいと思っております。今後共何卒よろしくお願いいたします。

敬具

● 第26回研修会の要旨

平成25年7月25日（木）19:00より「伊予大洲駅前 たる井」にて開催いたしました。

今回は愛媛にゆかりがあり、糖尿病療養指導に大変ご高名な東京都済生会中央病院 顧問 松岡健平先生を特別講演演者にお招きしており、大洲八幡浜に限定せず幅広く南予の糖尿病療養指導士の方にご参加いただくため『南予糖尿病療養指導士特別研修会』として、南予地区の糖尿病療養指導士の研修会（きさいや南予CDE研修会、南予糖尿病研究会、八幡浜・大洲糖尿病チーム医療研修会）共催で開催いたしました。

一般演題においては各研修会の世話人を務める病院の療養指導の取り組みを発表していただき、学术交流と情報交換を図りました。

◎ 一般演題セッション**【更なるチーム医療の広がり求めて】**

市立八幡浜総合病院 看護師 木戸 美江子

八幡浜総合病院では市全体における糖尿病患者の増加に対して糖尿病療養に関わる医師、スタッフともに不足していることもあり、院内では糖尿病チームから他のスタッフへの指導、院内安全管理を活用して糖尿病に係わるスタッフを横に広く展開しています。更に地域においてもDM連携サークルによる勉強会や会報を通じて診療所との連携強化、糖尿病治療、療養指導の向上を図っています。

この連携を中核として千葉県立東金病院、愛媛大学医学部、八幡浜医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険事業所の協力により、「地域ぐるみで糖尿病を悪化させない町、人工透析に移行させない町」づくりを目標としたモデル事業に取り組み、地域で早期発見・早期治療だけでなく、糖尿病になっても重篤な合併症にならないまちづくりのため、病院を中心とした取り組みを始めています。

療養指導士の有資格者だけでは地域をカバーできませんし、療養指導士以外のスタッフには、もっと気軽に糖尿病についての知識を深めたいという要望もあり、YDS（八幡浜糖尿病サポーター）制度が生まれました。

YDSは医療機関にとどまらず、あらゆる機関・団体を対象に「糖尿病」についての正しい知識をひろめ、糖尿病の悪化や合併症の進行を防ぐことを目標とします。

YDSは認定のための基本講習が今年6月より月1回開始し各講習に2点の点数が付けられており、初回申請のためには基本講習6点が必要としており、認定時期は12月に予定しています。

更新のための講習会・各種勉強会は保健センターと市立病院で年6回開催の予定です。

初回講習は145人の参加申し込みがありました。ケアマネージャーと看護師が45%を占めていますが、その他、介護職など患者さんの身近な存在である方々の参加もありうれしいかぎりです。

YDSの詳細は「八幡浜糖尿病サポーター」(<http://yds2013.seesaa.net/>)で検索ください。

基本講習は講習とグループワーク、症例検討を実施しました。

まだ、知識の普及に向けて始まったばかりです

現在当院は、新病院建設のため今年4月に着工し、平成28年に完成予定です。

病院にも町にも新しい風がふき良い方向への実りとなりその一端を担うことができれば幸いです。

【市立大洲病院での糖尿病療養指導の取り組み】

市立大洲病院 薬剤師 西山 伸吾

市立大洲病院ではCDEJ5名、愛媛CDE13名で糖尿病療養指導の活動をしています。

他施設と比較して抜きんでて「これをやっています」と言うよりも出来ることを確実にやっているのが当院の取り組みです。

療養指導の工夫点として糖尿病教育入院においては入院2週間目に医師・看護師に加えてコメディカルを交えたカンファレンスを実施しており、単にアウトカムをカルテに記載して情報共有をするよりも治療方針の共有化を図る事が出来、その後の継続指導を効果的に行うことに役立っています。

また、糖尿病教室においては当院を受診していない方も参加可能にしています。糖尿病に限らず生活習慣病の相談会を院内で実施しており、糖尿病週間の休日には大洲のショッピングセンター駐車場で健康相談会を実施し、市民の生活習慣病に対する意識向上や早期治療のきっかけに繋がっています。

院内の来院者への啓蒙としては院内食堂のメニューや自販機のジュース類のカロリー表示を行う事で、身近なところから療養の意識付けを行っています。

また、CDE取得希望者への学習支援として、八幡浜総合病院と合同で試験事前学習会を開催して取得の手助けを行い、取得後の継続研修の場として大洲中央病院を加えた3病院が世話人となってチーム医療研修会を年3回実施することで糖尿病に関わるスタッフの増加、チーム医療の盛り上げを図っています。

【昭和から平成に向けてチームで取り組む糖尿病支援】

市立宇和島病院 管理栄養士 藤井 文子

市立宇和島病院では昭和54年に糖尿病教室の開始から糖尿病支援の取り組みをスタートしました。徐々に内容を充実させていき、現在の糖尿病支援は、月3回の糖尿病教室（医師、臨床検査技師、薬剤師、管理栄養士、看護師、歯科衛生士、理学療法士の持ち回り）、調理実習、理学療法士による運動実習、夜間糖尿病教室、他のエリアへの出張糖尿病教室、患者会（パール会）の活動、世界糖尿病デーにおける宇和島のブルーライトアップによる啓蒙活動を実施しています。

患者会は「糖尿病の正しい知識を楽しく学ぶ」を会の方針として、糖尿病教室終了後ざっくばらんな談話会や看護師手作りの糖尿

病に関するかるた取り、会員患者さんの手作りの料理展示等を実施しています。実際患者さんの中には、会への参加回数が増えるに従い、積極的な治療への取り組みの結果、生活習慣の改善に伴い血糖コントロールの改善が見られた患者さんもあり、他の会員患者さんにも良い効果が見られています。

市立宇和島病院では現在、CDEJ7名、愛媛CDEが14名おり、院内で月1回療養指導士の勉強会を実施しています。

これからの活動として、糖尿病教室では皮膚科や眼科、歯科衛生士による合併症に対する内容を充実させます。また、きさいや南予CDE研修会をきっかけにエリア外の病院や施設、研修会との連携を進めていきます。

【患者様の目線を求めて～地域と繋がるための模索～】 社会保険宇和島病院 管理栄養士 濱田 千鶴

宇和島社会保険病院の糖尿病チームの内訳は看護師18名、管理栄養士4名、薬剤師3名、臨床検査技師2名、理学療法士2名の計28名です。CDEJの取得者は6名、愛媛CDE取得者は7名で行っています。

チームとしての活動は平成12年からスタートしており、チームの目標は、『患者様と同じ目線を目指す、自分達が楽しみ患者様に楽しさを伝える、そして笑いの中で医療者からメッセージを伝える、地域との連携を図る』で取り組んでいます。

多くの病院が実施している糖尿病教室に加えて平成22年4月より糖尿病看護外来を開設し、毎週水曜日にCDEJと愛媛CDEの資格を持った看護師が担当しています。対象は血糖コントロールが不良な方やインスリン導入・変更時の方、退院後の方、精神的に不安を抱えている方を中心として個別指導を行い、自己管理の動機付け、必要な知識・技術指導、退院後の継続指導を行っています。

栄養科においては、地域医療連携室が間に入って栄養指導の病診連携を実施しており電話1本で予約ができる体制になっています。患者さまと同じ目線で糖尿病療養指導に取り組むイベントとして健康川柳大会の募集や社保DM一座を結成し、演劇で笑いながら糖尿病の知識を身に付けていただいています。

一座では糖尿病チーム全員が必ず何か役割があたるようにすることで責任を持って糖尿病療養に携わっていく意識を持たせています。

また地域連携への取り組みとして、当院に併設されている老健施設「パール荘」や他病院での社保DM一座の出張講演を実施しています。

最近新たに市民体験型の食事療法の取り組みとしてうわじま地域食ネットもスタートしました。

◎ 特別講演

【糖尿病ケアチームの機能向上のために】 社福恩賜財団済生会支部東京都済生会東京都済生会中央病院

糖尿病・内分泌内科 顧問 松岡 健平先生

糖尿病治療の目的は「糖尿病でない人と変わらない生活の質の維持と健康寿命の達成」であり、そのために合併症の発症予防と進展の抑制があり、生活習慣の改善、禁煙、節酒による血糖、血圧、体重、血中脂肪の正常化に取り組んでいる。

糖尿病の自己管理は非常に難しい。潜在的で無症候性に発症し「要するに腹が空いて・・・」という内に進行していく。空腹感、疲労感なども食事療法のせいだと感じてしまうし、食事や運動の順守不良が直ちに血糖調整の悪化に結びつかず、自己管理が困難である。

しかし、「知らぬが仏ほど怖いものはない」。患者が糖尿病をよく知るために「なぜか」を説明し、どうすれば患者が自分の生活に取り入れられるかをともに考えないといけない。パンフレットを手渡すだけではダメであり、患者の生活の中で実行可能な方法を一緒に編み出し、可能な目標をともに定めることが必要である。

糖尿病ケアチームはプライマリケアの5つの条件を満たすことを目標に形成される。

Accessibility (アクセスが良いこと、地理的のみならず心理的にも患者に近いこと)、Comprehensiveness (総合的判断が得られること)、Continuity (一貫性が保たれていること)、Coordination (専門職種からなる医療チーム内の協調性が保たれていること)、Accountability (結果の改善について責任を持つこと) である。

糖尿病の療養指導も従来のコンプライアンスモデルからエンパワーメント型(セルフケアモデル)に変わっている。糖尿病という疾患は身体的ではあるが心理、社会的な疾患でもある。医療者と患者の関係は民主主義的で、見解を分かち合うことを基本としている。

患者が目標を設定し、結果も患者に委ねられる部分が多い。医療者は患者の自己管理や行動変化を助け、目標に沿って患者が進んで治療に臨むように内的な動機付けをしていく。

そのためには療養指導の実際においては、患者の治療意欲のエネルギーを奪う言葉は使わない、コーチングでも否定的な返答は避けることが必要となるが、実行するには非常にトレーニングを要すものである。

動機付けに重要なのは患者の考え方やスタンスを知っているかどうかである。

患者さんの生活構造(職業、家計、趣味)、地域、家庭機能など患者の生活を見て個々の患者の療養指導の受け入れ準備がどのようなのか把握し、行動計画や目標を立てていく。

患者が学んだことや目標に対して行動できないことも多々あるが、都度要因を検討し、問題は何か?改善の余地がないか?考えサポートする。

実際に療養指導が成功した患者には共通点が見られる。

患者と医療側が頻回なコミュニケーションが取れている。患者と医療チーム共に治療と治療成績に関する情報共有ができています。患者と医療チームの共同作業として治療を開始し、治療方針や薬剤の調節基準に一貫性がある。医療チームに治療失敗の原因が患者ではないとする基本姿勢が見られる。等である。

目まぐるしく変わる糖尿病治療において、多くの情報や新知見があるが、何を選択し、どのように臨床や患者教育に応用するか、患者さんもしくは周りの非専門のスタッフにその情報をどのように翻訳して伝えるか工夫しながら糖尿病ケアチームの機能を向上させるために取り組みましょう。

日常DM患者の指導で、分からない事がありましたら、CDEまで!