Key words ● 地域連携，糖尿病連携パス，コーディネートナース

CDEJ のための情報アップデート

循環型糖尿病連携パスにおけるコーディネートナースの役割

医療法人社団シマダ嶋田病院　坂本則子　西岡恵子

はじめに

当院が位置する福岡県小郡・大刀洗地区は人口 74,000 人（小郡市：約 59,000 人，大刀洗町：約 15,000 人）で，農業が中心の地域である．2006 年 4 月に糖尿病専門医が赴任し，2007 年から循環型糖尿病連携パスの運用を開始した．開始から 5 年が経過し，登録患者は 365 名，パス発行回数は 1,600 回となった．

当院の連携パスの特徴は，顔の見える連携を目指して「コーディネートナース」という連携専従の看護師を配置したことである．地域全体での糖尿病療養水準の向上を図ることを目的とし，診療所を訪問し，連携パス申し送りでの症例検討やさまざまな情報提供を行っている．

コーディネートナースの業務

1）連携パス登録患者の管理

・登録患者のコントロールの状況，眼科受診時期，必要な経過確認事項，次回当院再診日の把握

・パスを中止（診療所管理へ移行）した患者の定期的な経過確認，療養に対する相談や状況に応じて介入

・治療中断患者へ当院作成の会報や定期的な受診を促す手紙を郵送

2）診療所の訪問

・連携パス導入時やパス更新時の申し送り：患者の治療計画，薬の種類や量の変更の伝達，食事療法・運動療法の注意点，眼科受診の確認，足の観察ポイントなど

・申し送りの場を利用した症例検討：食事の問題点や処方内容についての話し合い，パス登録患者以外の糖尿病患者の相談など

・パンフレットの作成・持参：食事・運動・足の観察ポイント，尿中アルブミン検査について，保険点数の取り方などの情報提供など

・再診案内用紙持参：次回受診日の案内，検査などの説明，経過確認・相談，眼科受診状況の確認など

3）院外糖尿病教室のセットアップ

・病院のコメディカル（コーディネートナース，管理栄養士，理学療法士）が講師になり，診療所の待合室を利用して月 1 回，40 分程度の教室を開催．現在 6 診療所で開催中．

診療所における糖尿病療養の変化

現在，コーディネートナースの診療所訪問は 2,400 回を超え，症例検討や幅広い情報提供によって診療所の医師だけではなく，看護師や院外薬局の薬剤師も含めたチーム医療が強化できている．さらに診療所に通院する連携パス登録患者以外の患者の治療や指導にも活用されるようになった．コーディネートナースが診療所を訪問することで療養に対する相談窓口となり，安心して診療ができるという意見もあった．

連携パス，院外糖尿病教室が浸透した結果，体重測定・足の観察の実施率や眼科受診率の向上，連携施設での尿蛋白や尿中アルブミン検査実施施設の増加（5 年間で 70％近い実施率の増加）が認められた．糖尿病性腎症由来の透析導入患者数は，隣接する同規模の市と比べると減少傾向にあり，何らかの貢献ができたのではないかと考えている．

おわりに

連携パス運用の過程で，パスシートのやり取りだけでは，地域全体での糖尿病療養水準の向上は容易ではない．コーディネートナースの役割は，訪問を通して診療所との信頼関係を構築し，診療所が抱える悩みや問題の解決のために共に考え，サポートしていくことである．一例一例を大切にしながら，常に診療所の相談窓口となり，安心した糖尿病診療ができるようサポート体制を充実させていきたい．最後にこの仕事は糖尿病療養指導士として習得した知識や技術を発揮できるよい機会となっている．今後，コーディネートナースという仕事が新たなＣＤＥの役割として全国に発展するようさらに努力していきたい．