

促進薬、DPP-4阻害薬、GLP-1作動薬が登場し、インスリンも超速効型、持効型など新しい製剤が出現してきました。

薬剤を投与する際、その患者の病態を見極めて投与するわけですが、インスリン分泌能が低下しているのか、インスリン抵抗性が増加しているのかを、体型や血液検査、空腹時インスリン値やCPR値を測定して、どの薬剤が適当かを決め投与します。1剤でコントロールが良好となればよいですが、よくならなければ2剤3剤4剤と薬が増えてきます。内服薬でコントロールがつかなければ、インスリン注射を追加、あるいはインスリン注射に切り替えることになります。

このように、血糖コントロールが不良だと薬剤費が膨大になってきます。特に最近発売された薬はどれも高く、また、これから出される薬も高価だと考えられます。また、高血圧を合併すると、糖尿病患者は130-80mmHg未満にコントロールするようにと目標値が厳しくなっており、この目標を達成させるために、ARBやACE阻害薬を中心に多剤併用してコントロールすることとなり、糖尿病を合併していない高血圧患者に比べて薬剤費が高くなります。

これと同じことが高脂血症にも当てはまり、糖尿病患者は、LDLコレステロールを120mg/dl未満にするためにストロングスタチンが使用されることが多いと思います。このため、さらに薬剤費は上がっていきます。

また、糖尿病により合併症が起きると、さらにそれに対する薬剤費がかさむことになります。ただ、血糖や血圧、コレステロールのコントロールが悪く、脳梗塞や心筋梗塞になったり、糖尿病性腎症から腎不全になり、血液透析になったりすると、糖尿病治療にかかる医療費よりもさらに医療費が高くなることとなり、コントロール不良のまま放置しておくこともできません。

このように、糖尿病治療はお金がかかります。一番、医療費が安く上がるのは食事療法、運動療法だと思われませんが、これができれば糖尿病にはならなかったと思われ、できないからこそ糖尿病になるわけであり、食事療法や運動療法ができるようになる薬や、食事療法、運動療法をしなくても血糖がよくなる薬、また、血糖をコントロールする薬ではなく、糖尿病を完治させる薬などが期待されます。それまでは、患者に対していかに食事療法、運動療法が大切で、いかに経済的であるかを話しながら対処するわけですが、なかなかうまくいきません。



富良野の新しい 時間外救急医療体制

富良野医師会 副議長
北海道社会事業協会富良野病院 副院長
角谷 不二雄

地方では、不採算性、医師や看護師不足のため時間外救急体制の維持は困難となっています。人口10万人あたりの医師数が138.5(2008年)と、道内21の二次医療圏中8番目に少ないうえに、医師の平均年齢が高い富良野も例外ではありませんでした。

従来、一次救急の平日は医師会当番医、休日は富良野協会病院(当院)、二次救急はすべて当院が担当。当院は医師1名、看護師2名体制。しかし平日の一次救急患者の多くは当院を受診。多忙な当院のスタッフと、一晩中自院で詰める医師会当番医がともに疲弊。当院は対応策として、平日の一次救急患者を積極的に開業医へ誘導したところ、時間外救急受診数は06年度の8,445(入院749)から08年度5,405(入院565)まで減少。しかし医師会当番医の負担と市民からの苦情が増加し、入院数に示される医療の質の低下を来しました。

危機感を抱いた有志による、当院救急体制検討会(07年10月～)と医師会救急対策委員会(08年4月～)が連動して議論を重ねました。その結果、行政の協力も得て2009年度より、新しい時間外救急医療体制が始まりました。骨子は①診療の場を当院に一元化②平日準夜帯の一次救急は医師会の当番医と看護師が担当(当院含め医師2名、看護師3名)③行政の財政援助、の3点です。受診者は重症度を問わず当院を受診でき、医療側はマンパワーが充実し対応力が増しました。受診数は09年度7,138(入院686)、10年度6,231(入院765)、うち当院医師対応6,042と5,391でした。受診数は08年度に比べやや増加しましたが、当院医師対応数は増えず、入院数は増加しました。コンビニ受診は10%と少なく、看護師増に伴う電話相談の充実や、行政の協力を得て就学前の児がいるすべての家庭に配布した受診の手引き“ふらのこどもの救急”の効果が想定されました。

新体制では、救急外来の適正利用が増えました。医師にとっては、負担が以前より軽減し、医師会と当院との情報の共有が容易となり、地域連携が取りやすくなりました。看護師も負担が軽減し、市民の評判も良好です。新しい時間外救急体制は順調に機能しています。医師会員の高齢化に伴い、この体制が維持できるかが今後の課題です。