第62回日本糖尿病学会年次学術集会
シンポジウム24

ジェンダーフリーな働き方から糖尿病診療を考える

女性糖尿病医をpromoteする委員会 企画
(2019/05/25 仙台市)

女性が活躍する糖尿病の多職種連携

秋田赤十字病院 代謝内科/糖尿病サポート・透析予防診療チーム

後藤 尚

秀麗無比なる鳥海山
(Unparalleled might and beauty of Mt. Chokai)

日本糖尿病学会
ＣＯＩ開示

発表者名：　後藤　尚

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などとして、

顧問：なし

講演料：サノフィ、ノボ ノルディスク ファーマ（デンマーク本社）

治験・受託研究・共同研究費：なし

奨学寄附金：　なし

糖尿病診療へのマンパワーが足りない時期・地域

院内糖尿病療養指導士メンバーリスト

H29年5月改訂
糖尿病透析予防サポートチーム

日本糖尿病療養指導士

患者支援センター
高橋郁子
畠山薫子

健診部
生田京子

産科
正木真澄

5A病棟
遠藤恵美子

6A病棟
須藤智恵子
菊池彩貴子
太田笙子 New!

7B病棟
菅原まゆみ
山上佳子
大原千賀

外来
白鳥利枝子 New!

薬剤部
斎藤晃
越後洋平
佐藤優弥

検査部
舩木稲子
佐藤慶子
齋藤裕之 New!

栄養課
児玉芙美子
新田智子

秋田県糖尿病療養指導士

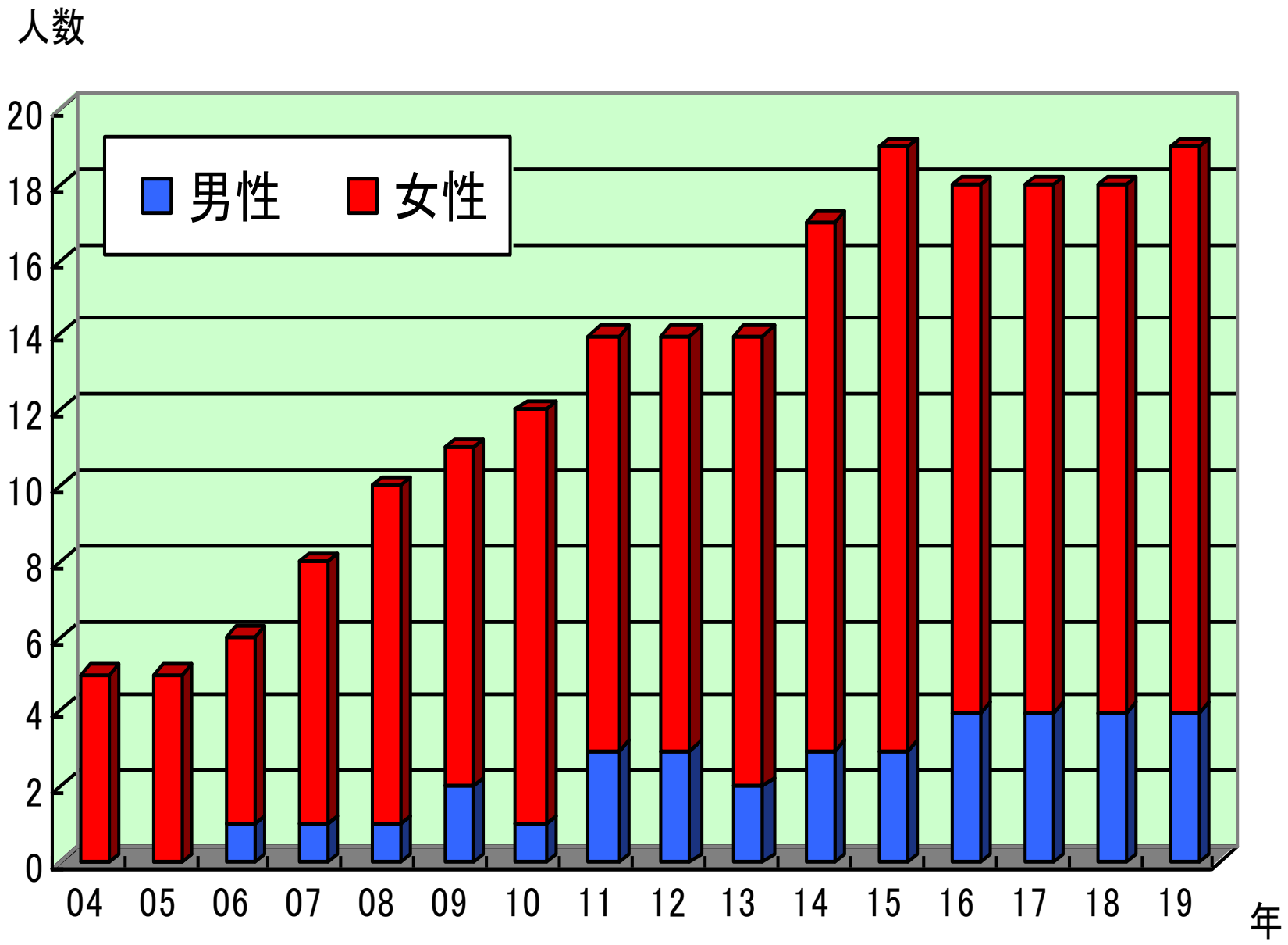
患者支援センター
藤田李恵

外来
舟山美代子
杉山智子
舘岡聖子

検査部
畠山菜々美

糖尿病のこと（薬・インスリンの取り扱い、自己血糖測定、フットケア等々）
でお困りでしたら、お近くの療養指導士に気軽にご相談ください！！

CDEJは圧倒的に女性の世界

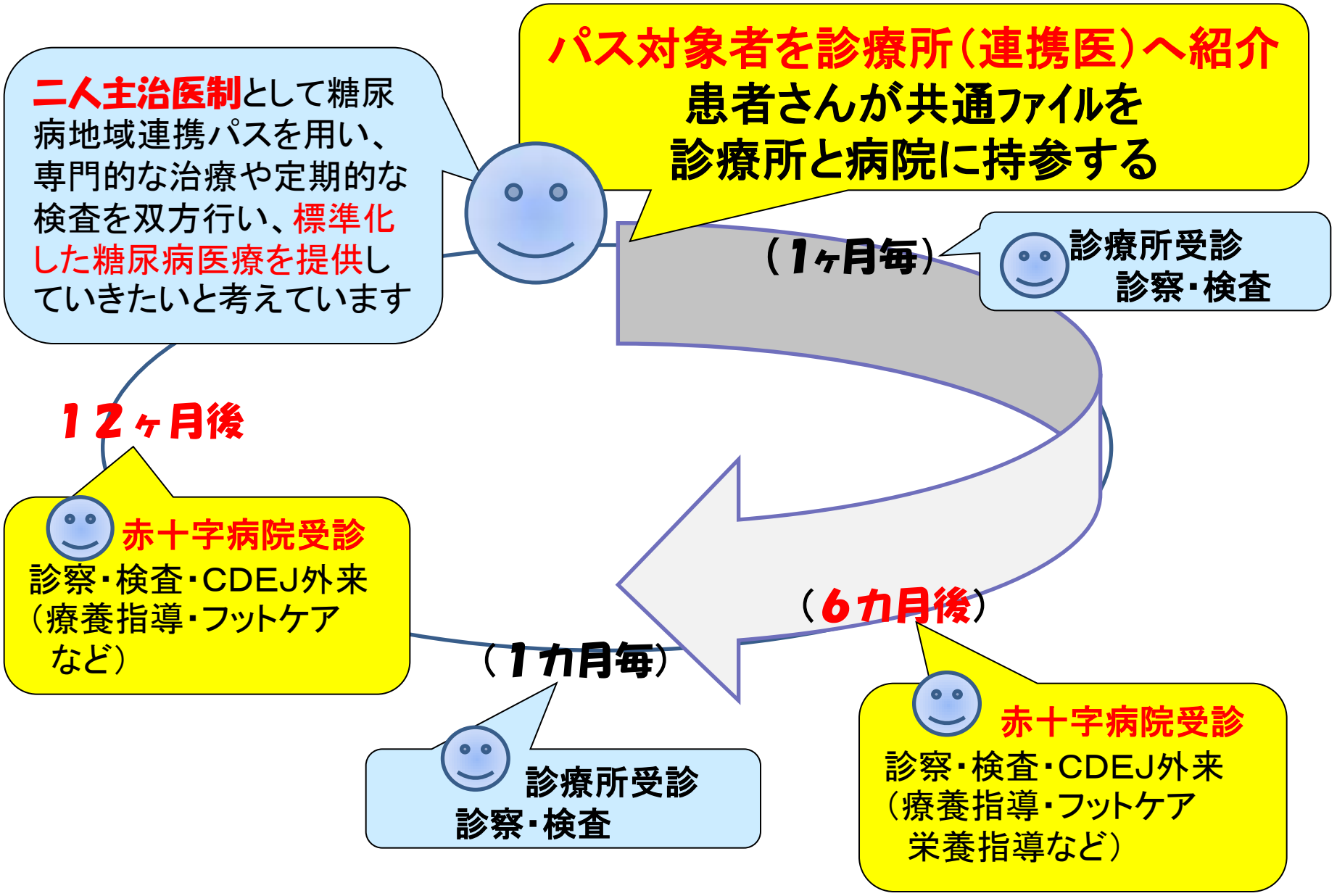


実践、チーム医療！

糖尿病地域医療連携
～きずな外来の取り組み～

平成24年10月2日
秋田赤十字病院
糖尿病サポートチーム
菅原　まゆみ

きずな外来の医療連携パスの流れ



糖尿病地域連携パスについて

パスの対象者

1. 2型糖尿病で良好な管理（HbA1c7%未満JDS）を
   半年継続できた全例
2. 合併症ハイリスク群は対象としない
3. 教育入院やそれに準じた指導が終了した2型糖尿病患者
4. 赤十字病院の糖尿病教室に参加可能な2型糖尿病患者
5. 「糖尿病地域連携パス」使用による治療に同意された患者

治療目標（アウトカム）

1. 糖尿病の合併症の進行がない
2. 血糖コントロールの悪化がない

パスからの離脱（バリアンス）と対応

1. 血糖値の増悪（HbA1c2%以上増加）
2. 合併症の増悪
3. 受診中断
4. 連携医に3ヶ月間受診がない場合、連携医は患者に連絡をする。またその旨を病院へも連絡をする
5. 病院受診予定日に患者が受診しない場合、担当CDEJが患者へ連絡をする
6. 連絡し通院の意思がない場合、またはやむをえない場合は中断とみなす。またその旨を連携医へも連絡する

取り組みの経緯と取り組みの状況

☆増える糖尿病患者さんによる外来診療の混雑

☆紹介した患者さんの経過が把握できず、必要時に早期介入できない悩み

☆総合病院と診療所の双方の負担にならず、必要な情報をお互いが共有できる糖尿病地域連携パスが必要

・平成21年10月より連携地域パスに関する学習会を開始
秋田市内の診療所(連携医)の先生及びスタッフの方々との研修会と懇親会を開催

・平成21年12月より準備開始・1回／3ヶ月　定例会議を開催
情報共有できるクリニカルパスの作成と運用マニュアルの作成

平成22年12月よりプレテスト開始　4名の患者に糖尿病地域連携パスを実施しながら
パスに必要な情報を検討・修正しながら実施

・平成23年7月より本格稼働開始
平成24年9月現在　連携パス導入患者数　66　名
診療所数　9　施設

現在も定例会議を行っており学習会を開いたり現状・問題点を検討している。

総合入院体制加算算定対象者の地域連携パスについて

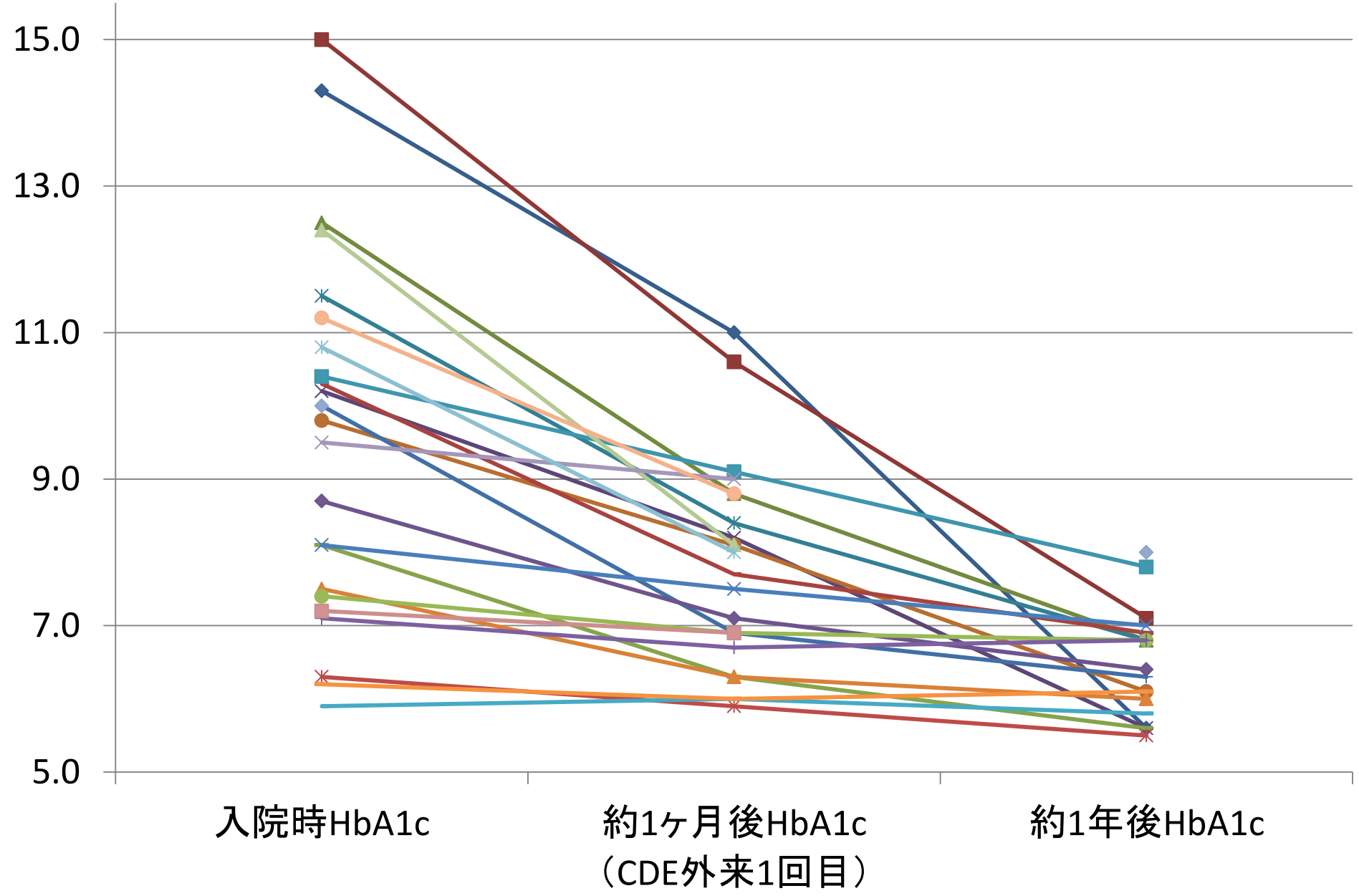
2018年12月3日　　生田京子

総合入院体制加算算定

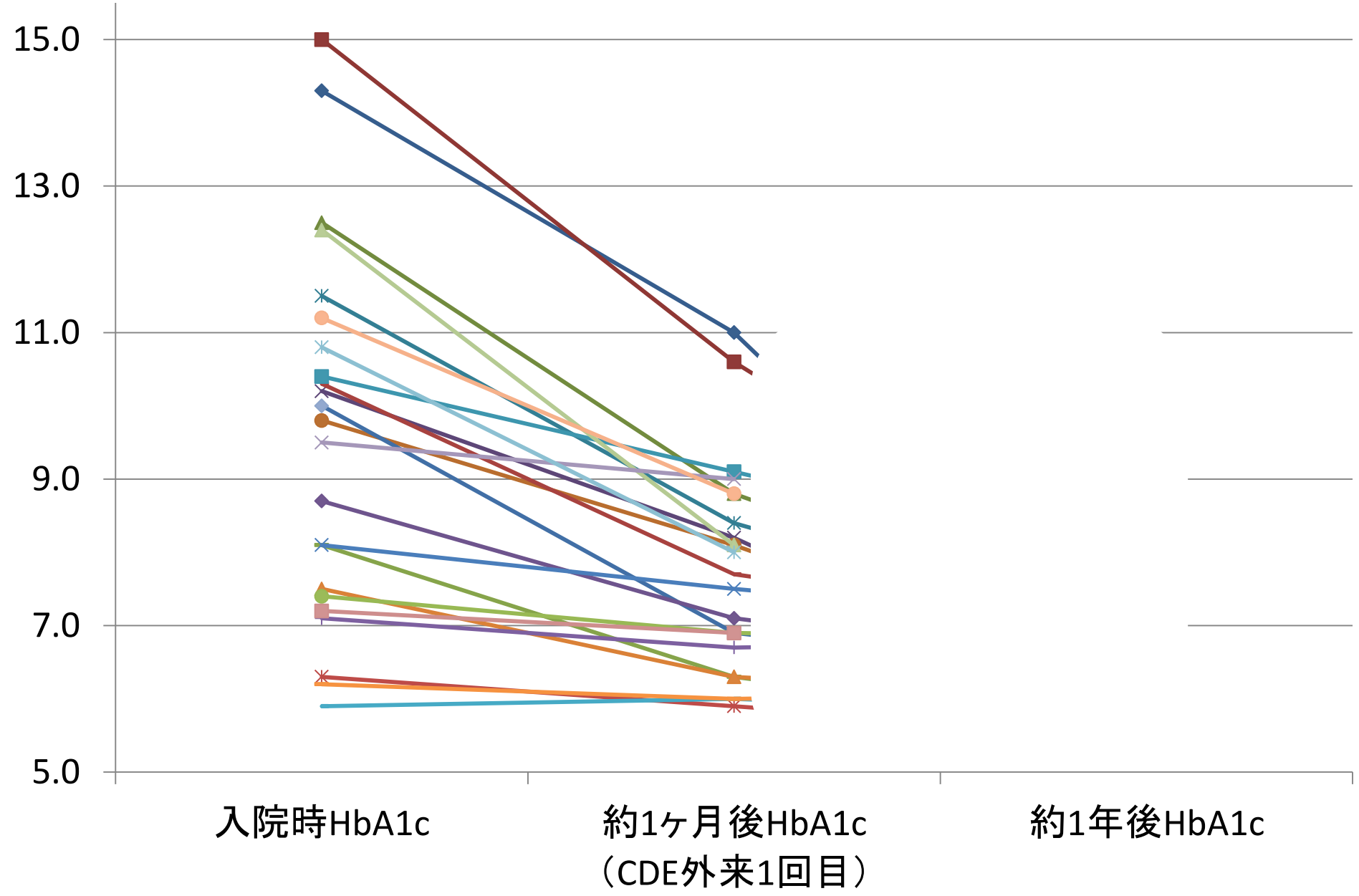
地域の他の医療機関との連携を図って、退院翌月に転院させる患者を4割以上にする

→1年後の経過はどうなっているのか

HbA1cについて（N=24）



HbA1cについて（N=24）



【きずな外来の今後①】

- 循環器合併症の診療を念頭に血糖管理が一段落した段階で循環器専門医だけとの連携を継続してきた
-
- → 血糖管理手段、また合併症領域の拡がりとともに連携先を複数と（専門性の活用、地域の糖尿病診療水準向上の狙いも）、ただし連携診療水準の維持・向上へカードシステムの導入を検討中

女性だから活躍できてることは自身でありますか？

キャリアをいきる・いかす医師になる
～女性医師の自己肯定力を高めよう～

高知大学医学部附属病院　検査部
岡崎瑞穂

問題点からの考察①

＜女性が働くことを特別視されている？＞

なぜ、女性ばかりが『輝くこと』を要求されるのか

普通に働きたいだけという人には窮屈に思える文言が並ぶ現状

働いている男性に【輝け！】とか【キラリ☆】とか言うだろうか？

女性が働くことについて未だ特別視される現状の窮屈さ
働き続けることに、過剰に意味づけをされることへの抵抗感

特に子どもを持って働き続けている女性達にとっては、「輝く」より「自然に」「当たり前に」「普通に」働きたい人が多いのでは？

もちろん何をもって【普通】と考えるかは、人によって違う

多様性のある働き方で、それぞれが自然に輝ける道

第62回日本糖尿病学会年次学術集会
シンポジウム24

ジェンダーフリーな働き方から糖尿病診療を考える

女性糖尿病医をpromoteする委員会 企画
(2019/05/25 仙台市)

女性が活躍する糖尿病の多職種連携

秋田赤十字病院 代謝内科/糖尿病サポート・透析予防診療チーム

後藤 尚

秀麗無比なる鳥海山
(Unparalleled might and beauty of Mt. Chokai)

第62回日本糖尿病学会年次学術集会
シンポジウム24

ジェンダーフリーな働き方から糖尿病診療を考える

女性糖尿病医をpromoteする委員会 企画
(2019/05/25 仙台市)

男女が活躍する糖尿病の多職種連携

秋田赤十字病院 代謝内科/糖尿病サポート・透析予防診療チーム

後藤 尚

秀麗無比なる鳥海山
(Unparalleled might and beauty of Mt. Chokai)

【当院透析予防診療チーム】

- 医師　　5 (女性 3)
- 看護師　　7 (全員女性, CDEJ 5, LCDE 2)
- 検査技師　3 (女性 2, CDEJ 2)
- 薬剤師　　4 (女性 2, CDEJ 2)
- 管理栄養士 3 (女性 2, CDEJ 1)

- ※ チーム外: CDEJ 5(女性 4), LCDE 3(全員女性)

【当院透析予防診療チーム】

- 医師　　5 (女性 3)
- 看護師　　7 (全員女性, CDEJ 5, LCDE 2)
- 検査技師　3 (女性 2, CDEJ 2)
- 薬剤師　　4 (女性 2, CDEJ 2)
- 管理栄養士 3 (女性 2, CDEJ 1)

- ※ チーム外: CDEJ 7(女性 6), LCDE 3(全員女性)

妊娠・出産・育児で手薄になったとき（管理栄養士版）

- 補充はなく、仕事総量は変わらないので各々の仕事が増える

- 病棟栄養士業務は他の病棟からの支援で補充

妊娠・出産・育児で手薄になったとき（病棟看護師版）

- 病棟を超えての支援というのは病棟同士で行うことはない
- ４年目くらいで志ある人がCDEJ受験してるのが現状であるが、手薄になると自然発生的に受験をということになってるようだ
- → CDEJを核にした療養指導体制の定着

妊娠・出産・育児で手薄になったとき（女性医師版）

- 派遣いただく医師をはじめ、残りのメンバーで補充(研修医の眼、医療資源の確保)
- ただ、病院にとっては定員増ということになるので診療実績と給与支払いの病院管理者への回答を、診療科長はいつでも出来るよう把握しておくべき

- 女性医師はまた病欠も多くなるとされており、偶発と片づけていいのかの確認も

女性医師と男性医師の働き方に違いはある？

春日井市民病院 岡田 由紀子

September 11, 1915

Women in Medicine

Richard C. Cabot, M.D.

American women have long since won a place in all the professions which they desire to enter. In this country there is no longer any question of women's "right" to do any work which they care for. There is no longer any serious difficulty confronting a woman who wishes to get a first-class medical education. All is smooth sailing thus far.

It is after graduation that the problems and difficulties arise. What next? No law prevents woman from occupying and cultivating any of the three great fields of medicine—medical science, medical practice and social medicine. No law, I say, but there are obstacles nevertheless, much more subtle and powerful than law. What these obstructions are I can better suggest when I have attempted a brief description of the three main groups or subdivisions which have thus far arisen within the doctor's domain.

(a) *Medical science* is the choice of those who devote themselves to investigation and teaching....

(b) *Medical practice* is the choice of the vast majority of our profession, and means the devotion of one's life to the care of sick people in competition with other physicians.

(c) *Social medicine* is done on salary and for the public benefit....

with an irrational handicap against them. I mean the handicap of a foolish popular prejudice. Quite unreasonable, the great majority of people (of both sexes) still prefer a mediocre man doctor to a first-rate woman doctor. As long as this is so—and I see no improvement in the last twenty years—women will not have a fair chance to get the broadest experience or to give their best service in medical practice....

I do not think any one who has practiced medicine will deny that it involves in its competition a kind of war. The waste and irrationality of this competition from the standpoint of public health is so obvious that many of us are beginning to doubt whether competitive medicine is going to last much longer. Noncompetitive medicine, cooperative or social medicine, seems to some of us the better type. But however this may be, I believe that it is the type that most appeals to women. In social medicine there is no need to spend energy in financial worry or in distancing the other man, no considerable temptation to deceits, large or small, and no advantage in underhandedness. All one's forces can be directed straight at the end of public health....

What is my object in saying these things? Because I wish to direct the attention of those concerned in the medical education of women to the great and relatively new field of noncompetitive medicine for which, as I see it, women are often better fitted than men. Granted that women can equal men in any branch of medicine, is that any reason why they should not be trained—in case they prefer it—for that

【Cabot R., Women in medicine JAMA 65(11): 947-8, 1915.】

- 米国の女性は長い間、望むすべての職業に就いています。この国では、女性が仕事をするという「女性の権利」についての問題、一流の医学教育を受けることへの女性が直面する深刻な困難はもはやありません。
- 卒業後、問題と困難が生じます。それは？女性が医学、医療、社会医学の3つの大きな医学分野のいずれかを占領し、育成することを禁じる法律はありません。が、それでもなお法律よりもはるかに微妙で強力な障害があります。これらの障害は、医師の3つの業務から考えると説明しやすい。

- (a) *医学*は、調査と教育に専念する人々の選択です。
- (b) *医療行為*は私たちの職業の大部分の選択であり、他の医師と競争して病気の人々のケアに自分の人生の献身を意味します。
- (c) *社会医学*は給料と公益のために行われます。

3つの問題点からの考察②

＜女性医師の特色＞ 医学部という特殊環境：入学時から進路が固定

・女性医師は入学時には良く出来るいい子？
・在学時にも真面目ないい子？
・卒業時にも真面目ないい子・真面目な研修医？

ところが卒業を境目に男女差を感じる事が多くなり始める
周りや同期とのキャリアの違い？　留学？　周りに頼られている姿が羨ましい？
それに比べて自分は…となる

医師になってから自己肯定力がものすごく低くなってくる（現在進行形）
就労して輝かしいキャリアを築いていくはずが、逆に右肩下がりに感じることも
そんなタイミングで育児休業に入ることもある

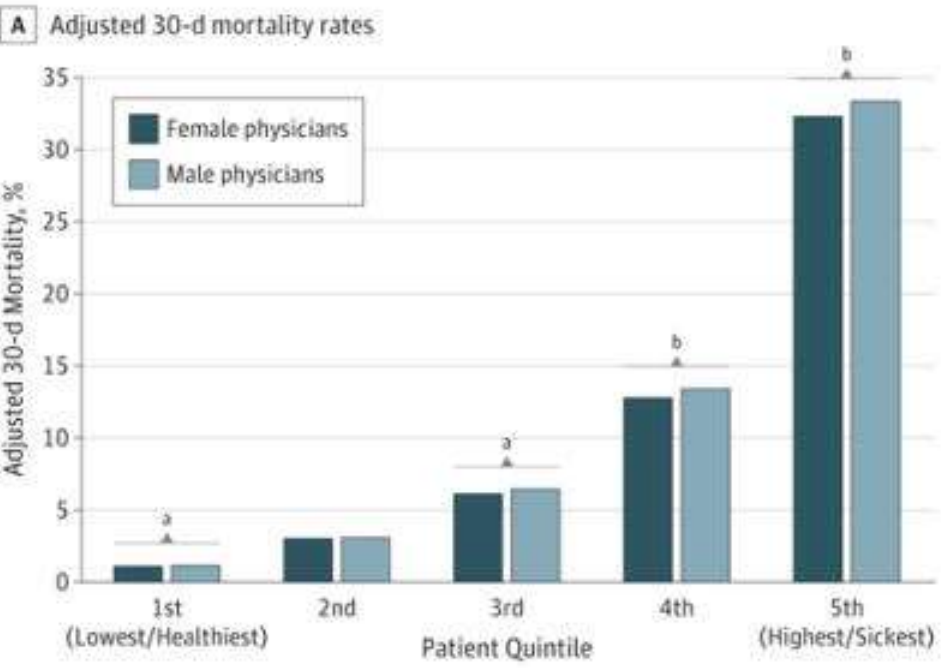
【Cabot R., Women in medicine JAMA 65(11): 947-8, 1915.】

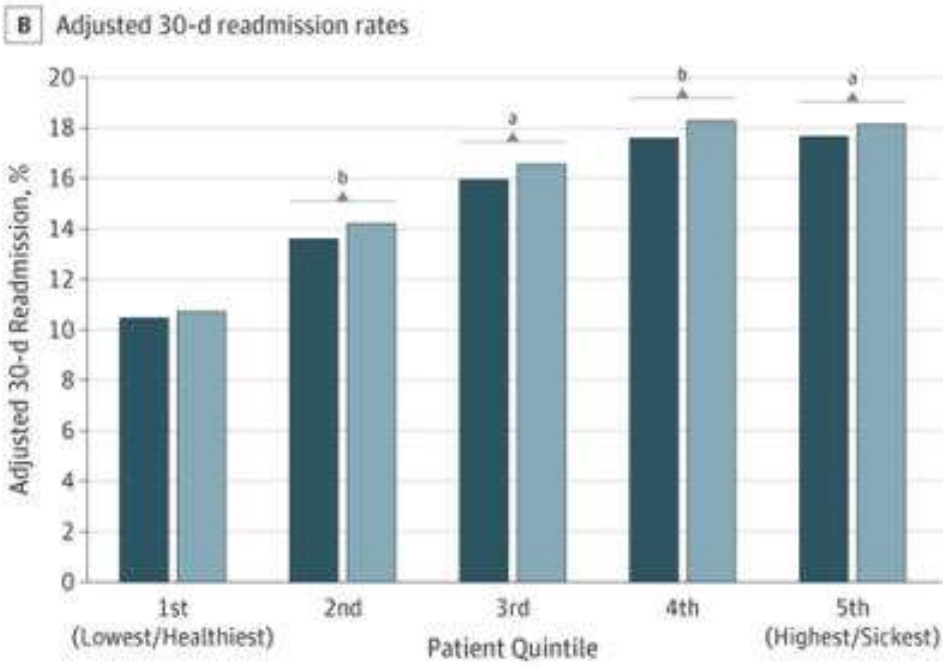
- かなり不合理なことに、大多数の人々（男女を問わず）は依然として一流の女医よりも平凡な男医を好む。これがそうである限り - そして過去20年間に改善は見られない - 、女性は最も広い経験を得るためにまたは医療行為において彼女らの最高のサービスを提供するための公平な機会を得ることができないでしょう……

- 医療を実践したことがある人は、それはある種の競争を伴うものと感じる筈。公衆衛生の観点から、この競争の無駄と不合理性は明白であり、これからも続くものかを疑われ始めています。協同または社会医療は、より良いようですが、それはほとんど女性にこそ響く内容と信じます。経済的な心配や他人を遠ざけること、下手な診療、欺く診療、に大小を問わず労力を費やす必要はありません。すべての努力は衛生向上へ向けられるべきです。

65歳以上例の入院後30日での死亡・再入院は女性が担当医の場合により有意に少なくなる

(Tsugawa Y., et al., JAMA Intern Med 177(2): 206-13, 2017.)





女性医師が活躍してると他職種から捉えられている事

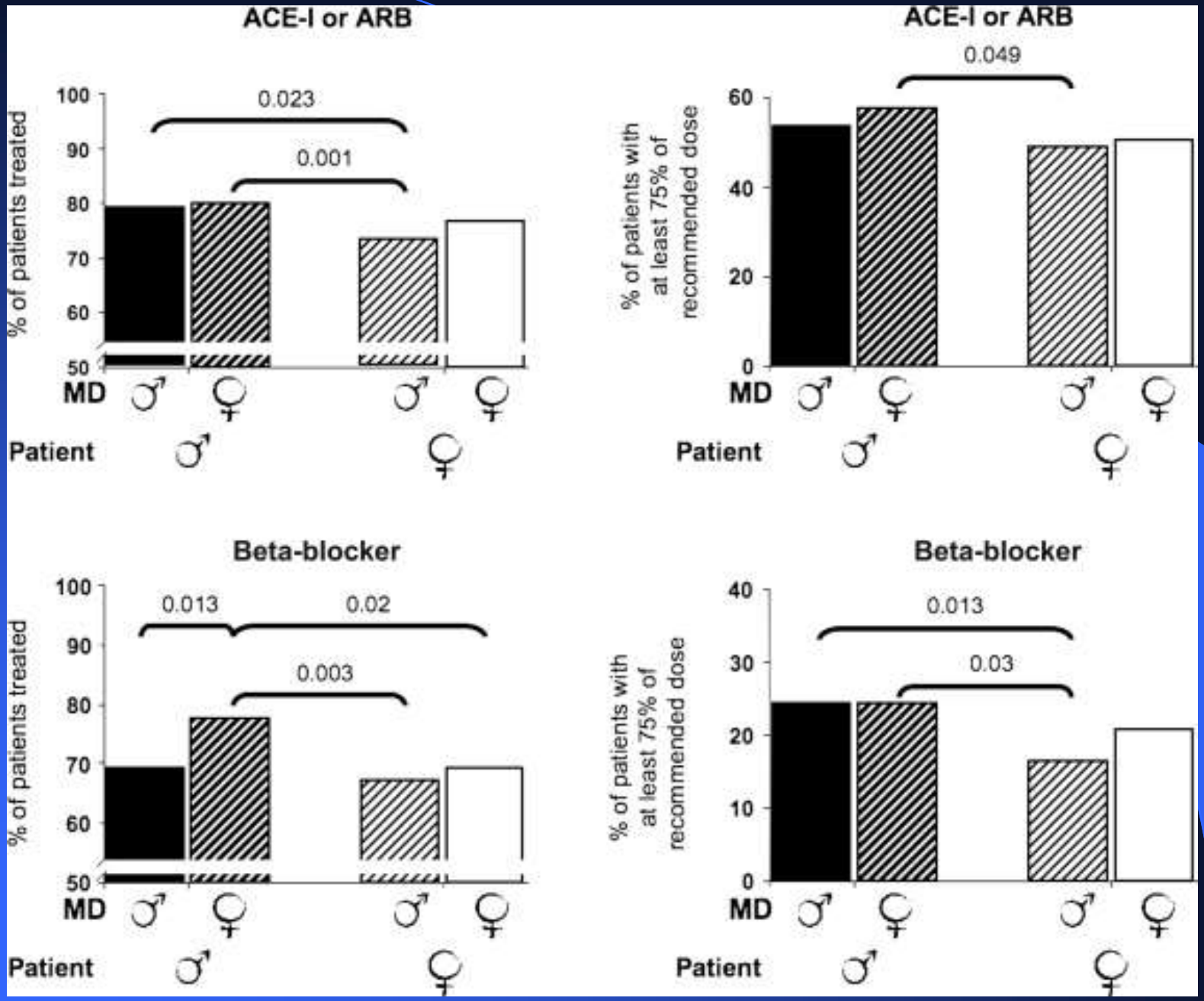
- 女性医師は男性医師と比べて、問診の際に、広く深く話題を拡げることが多いので、そこから見えてくる病期や療養環境の実態が課題の発見や把握へ繋がることが多いと病棟看護師は評価している

女性医師の診療実態②

(Kaplan SH., et al. Med Care 33:1176-87, 1995.)
(Bertakis KD., et al. J Am Med Womens Assoc 58(2):69-75, 2003.)

- Female physicians are more likely to talk about psychosocial issues and probably conduct more detailed analysis of the patients' condition, which could potentially improve drug treatment, although interestingly time spent with patients is comparable for male and female physicians.

心不全への診療ガイドの遵守は女性医師の男性患者診療が最善



【女性患者とのライフステージの共有】

- 子供を亡くした本当の悲しみや苦しみは男性にわかるはずがない
- (大森 安恵 先生)

先生のインスリン作用の研究はなぜ男性だけが対象なのですか？

【世界ージェンダーフリーな言語】

- 日本語　　彼,彼女
- 英語　　He, She
- 独逸語　　Er, Sie
- 仏蘭西語　Il, Elle
- 丁抹語　　Han, Hun
- 瑞典語　　Han, Hon
- 芬蘭語　　H¨an

【代謝内科抄読会 2019.5.16.】

- The perceived organizational impact of the gender gap across a Canadian department of medicine and proposed strategies to combat it: a qualitative study

(Pattani R., et al. BMC Medicine16:48, 2018.)

【結果③】

- 提案された解決手段(2)
- ③労働環境の改善
- 無意識な偏見解消へ, gender sensitivity trainingを(少なくとも指導立場の)職員へ
- 会議は就業時間内に
- 特に育児休暇後の復帰支援(業務やその時間の分担など)とカウンセリング

【結果③】

- 提案された解決手段(3)
- ④メンターシップ
- 早期からの(特に女性の)メンター育成!
- メンターへの報酬・褒章
- ⑤男女格差への調査・継続的監視
- 雇用・昇進についてのデータ収集、そしてそこからの問題探求

【組織にとっても】

- 指導層、管理層に女性医師がいないと、その視点を活かす機会を失うことになる

東北支部の評議員は前回まで全員男性

- **評議員**

- **名誉会員**（3 名）
  後藤 由夫　佐藤 譲　豊田 隆謙
- **功労学術評議員**（19 名）
  猪股 茂樹　上原 修　梅津 正矩　衛藤 雅昭　及川 登　大平 誠一　大山 武
  奥口 文宣　甲斐 之泰　柿崎 正栄　木村 健一　工藤 幹彦　久保田 奉幸
- 堺 秀人　本間 一男　増田 光男　松橋 昭夫　八木橋 操六　渡辺 清
- **学術評議員**（35 名）
  赤井 裕輝　石垣 泰　今井 淳太　江口 英行　大泉 俊英　大澤 佳之
- 大沼 寛　小川 吉司　小野 利夫　片桐 秀樹　金子 能人　後藤 尚
- 佐藤 靖史　佐藤 義憲　佐野 隆一　鈴木 進　鈴木 教敬　清野 弘明
- 大門 眞　高橋 和眞　玉澤 直樹　内藤 孝　中園 誠　成田 琢磨　檜尾 好徳
  平井 敏　平井 完史　松井 淳　間中 英夫　村上 宏　山口 宏　山下 英俊
  山田 憲一　山田 祐一郎　渡辺 毅

チーム医療の歴史

“糖尿病診療は
チーム医療の
老舗である”

白夜の国フィンランド

【チーム医療の老舗】

- 糖尿病診療は、古くから女性の眼を入れざるを得なかったのかもしれない

A richy colored tapestry within which many colors are interwoven to create a picture that no one color can produce on its own. (タペストリーは、一色にして為らず)

ご清聴ありがとうございました
世界に名を得し神秘の十和田
(World-famed mysterious Lk. Towada)