



メディカルネットワーク

Medical Network

Zoom Up P2

—医療行政最前線—

厚労、財務両大臣の折衝による政治決着

高齢者の高額療養費における
段階的な上限額引き上げなど
医療保険改革案が固まる

Network

北河内医療圏 P8

大学病院の循環器、腎臓と内分泌代謝の
内科3部門でなる診療科が糖尿病地域連携の要に。

高齢者の高額療養費における 段階的な上限額引き上げなど 医療保険改革案が固まる

厚労、財務両大臣の折衝による政治決着

来年度(2017年度)の厚生労働省予算案が固まり、一般会計は今年度(2016年度)当初予算にくらべ、1・2%増加の3兆6873億円となりました。医療保険制度改革案も、昨年末に厚生労働、財務両大臣折衝で固められ、70歳以上の高齢者の高額療養費の段階的な見直しなどが決まりました。詳しく内容を見ていきましょう。

意見が大きく分かれ、取りまとめはかないませんでした。

結果、医療保険制度については政治決着となり、昨年12月19日に塩崎恭久厚労大臣と麻生太郎財務大臣との折衝(大臣折衝)が行われ、正式に次のような措置を行う方針が決まりました。

- 〈1〉高額療養費の見直し(国庫の縮減効果は-220億円)
- 〈2〉後期高齢者の保険料軽減特例の見直し(同-190億円)
- 〈3〉入院時の光熱水費(居住費負担)の見直し(同-20億円)
- 〈4〉高額薬剤(オプジーボ)の薬価50%引き下げ(同-200億円)

このほか、介護保険制度について、▽高額介護サービス費の見直し(同-10億円)、▽介護納付金の総報酬割の導入(同-440億円)——、さらに協会けんぽへの国庫補助の特例減額(同-320億円)を行い、概算要求時点で6,400億円だった社会保障関係費の増加分を、5,000億円に圧縮(1,400億円縮減)しています。

高額療養費における上限額 今年8月から段階的に引き上げ

〈1〉の高額療養費は、暦月の医療費自己負担が過重にならないよう上限を設け、上限を超過した分を医療保険から給付する制度です。上限額を所得に応じて設定することで、「負担能力に応じた負担」、つまり負担の公平性を担保できます。

今般の改革では、70歳以上の高齢者のうち、所得の高い人の上限額が次のように引き上げられます。

【現役並み所得者】

- 2017年8月より、外来上限特例の上限額を、現在の44,400円から57,600円に引き上げる
- 2018年8月より、外来上限特例を

塩崎厚労相と麻生財務相の 折衝で改革案を政治決着

まず、注目される医療保険制度改革案を見てみます。

2017年度予算案編成に向け、政府は社会保障費の伸びを5,000億円程度にとどめる方針を明らかにしています(経済・財政立て直しに向けた集中改革期間である2016~2018年度には、社会保障関係費の伸びを3年間

で1兆5,000億円に収める)。このため厚生労働省(以下、厚労省)は、医療保険制度、介護保険制度などを改革し、社会保障関係費(社会保障にかかる国費負担)を抑えることとしていました。

具体的な改革案は、社会保障審議会の医療保険部会・介護保険部会などで議論されましたが、国民の負担増になる部分(逆に見れば給付の削減)について、両部会では委員間の

撤廃したうえで下記のように所得区分の細分化と上限額引き上げを行う

* 年収約1,160万円超：252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% (多数回該当の場合は140,100円)

* 年収約770万～1,160万円：167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% (同93,000円)

* 年収約370～770万円：80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% (同44,400円) 【一般所得者】

・2017年8月より、負担上限額を現在の44,400円から57,600円に引き上げる (多数回該当の場合は44,400円)。外来上限特例の上限額について現在の12,000円から14,000円に引き上げ、年間144,000円の上限を設ける

・2018年8月より、外来上限特例の上限額について、14,000円から18,000円に引き上げる

あわせて高額医療・高額介護合算療養費制度 (医療・介護の合計利用者負担が過大にならないよう、負担上限を設ける仕組み) についても、2018年8月より、現役並み所得区分の上限額を、▽年収約1,160万円超：212万円 (現在は670,000円)、▽年収約770万～1,160万円：141万円 (同)、▽年収約370万～770万円：670,000円 (現在から据え置き) ——に引き上げます。

ところで、こうした内容は社会保障審議会・医療保険部会で示された厚労省案 (【資料1】) よりも、負担増がそうとう緩和されています。塩崎厚労大臣は、「社会保障制度の持続可能性を考慮するとともに、急激な負担増となる方への影響に十分、配慮した」とコメントしています。

医療療養病床の入院患者 居住費負担を引き上げ

〈3〉では、65歳以上の医療療養病

【資料1】高額療養費見直しにおける厚労省提案

[69歳以下](※1)		[70歳以上:現行]		[見直し案1]		[見直し案2]	
区分(年収)	限度額(世帯※2)	区分	外来(個人) 限度額(世帯※2)	区分	外来(個人) 限度額(世帯※2)	区分	外来(個人) 限度額(世帯※2)
約1160万～	252,600円 + 1% <140,100円>	現役並み 健康保険料28万円以上 前払・後期 課税所得145万円以上	44,400円	年収約1160万～ 課税所得145万円以上	252,600円 + 1% <140,100円>	252,600円 + 1% <140,100円>	252,600円 + 1% <140,100円>
770万～1160万	167,400円 + 1% <93,000円>			年収770万～1160万 課税所得80万円以上	167,400円 + 1% <93,000円>	167,400円 + 1% <93,000円>	167,400円 + 1% <93,000円>
370万～770万	80,100円 + 1% <44,400円>			年収370万～770万 課税所得45万円以上	80,100円 + 1% <44,400円>	80,100円 + 1% <44,400円>	80,100円 + 1% <44,400円>
～370万	57,600円 <44,400円>	一般 健康保険料28万円以下 前払・後期 課税所得145万円未満 (※3)(※4)	12,000円	44,400円	57,600円 <44,400円>	24,600円	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	35,400円 <24,600円>	住民税非課税	8,000円	24,600円	住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000円	24,600円
		住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円	住民税非課税 (所得が一定以下)	10,000円	15,000円
					給付費(億円)	▲3,640	▲2,390

【資料2】医療療養病床居住費負担に関する厚労省提案

〈2017年10月以前〉		〈2017年10月～〉		〈2018年4月～〉	
65歳以上 医療療養病床	負担額	65歳以上 医療療養病床	負担額	65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	320円/日	医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日	医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の高い者)	0円/日	医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の高い者)	200円/日	医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の高い者)	
難病患者	0円/日	難病患者	0円/日	難病患者	0円/日

(注) 介護保険施設(老健・療養)の多居室に入所する低所得者(市町村住民税非課税者)の居住費負担額(光熱水費相当額)は、直近の家計調査の結果を踏まえ、2015年4月に320円/日から370円/日に引き上がっている。

床加入者について、居住費負担 (光熱水費負担) を新たに求める、あるいは負担額を引き上げることになりました。

ただし、難病患者に対しては居住費負担は求めません。こちらは、医療保険部会で厚労省から提案された内容 (【資料2】) と同一です。

・医療区分1：現在の「1日当たり320円」を、2017年10月から「1日当たり370円」に引き上げる

・医療区分2、3：現在は負担がないが、2017年10月から「1日当たり200円」の負担を新たに求め、さらに2018年4月から「1日当たり370円」に引き上げる

また〈2〉については、後期高齢

者の「所得割の軽減特例」(現在は5割軽減)と「元被扶養者に対する軽減特例」(現在は9割軽減)を次のように段階的に縮小して、本則に戻していきます。

・2017年4月から、所得割の軽減特例を2割軽減、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を7割軽減とする

・2018年4月から、所得割の軽減特例を廃止し、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を5割軽減とする

・2019年4月から、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を廃止する

高額療養費と同様に、こちらも医療保険部会に提示された厚労省案よりそうとう緩和されており、急激な負担増にならないような配慮がな

【資料3】2017年度における社会保障の充実

事 項	事 業 内 容	2017年度 予算案 ^(注1)		(参考) 2016年度 予算額
		国分	地方分	
子ども・子育て支援	子ども・子育て支援新制度の実施	6,526	2,985	5,593
	社会的養護の充実	416	208	345
	育児休業中の経済的支援の強化	17	10	67
医療・介護	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 ・地域医療介護総合確保基金(医療分) ・診療報酬改定における消費税財源等の活用分	904	602	904
	地域包括ケアシステムの構築 ・地域医療介護総合確保基金(介護分) ・平成27年度介護報酬改定における消費税財源の活用分 (介護職員の処遇改善等)	442	313	422
	724	483	724	
	1,196	604	1,196	
	429	215	390	
	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612
	国民健康保険への財政支援の拡充 ・財政安定化基金の造成 (基金の積立残高) ・上記以外の財政支援の拡充	1,100 (1,700)	1,100	580 (600)
	2,464	1,632	1,664	
	被用者保険の拠出金に対する支援	700	700	210
	70歳未満の高額療養費制度の改正	248	217	248
介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化	221	111	218	
難病・小児慢性 特定疾病への対応	難病・小児慢性特定疾病に係る公平かつ安定的な制度の運用等	2,089	1,044	2,089
年 金	年金受給資格期間の25年から10年への短縮	256	245	—
	遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	44	41	32
合 計		18,388	10,511	7,877

(単位:億円)

(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)。計数は、四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。
(注2) 消費税増収分(1.35兆円)と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.49兆円)を活用し、上記の社会保障の充実(1.84兆円)の財源を確保。
(注3) 「子ども・子育て支援新制度の実施」の国分については全額内閣府に計上。
(注4) 「育児休業中の経済的支援の強化」の国分のうち、雇用保険の適用分(10億円)は厚生労働省、国共済組合の適用分(0.1億円)は各省庁に計上。

れています。

なお、均等割部分については、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充、年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施し、「元被扶養者に対する所得割」(現在は賦課していない)については、賦課開始時期を引き続き検討していくことになりました。

このほか、▽後期高齢者の保険料負担軽減特例の一部(所得割の軽減特例など)を段階的に法律本則に戻す、▽金融資産を考慮した負担のあり方について検討する(2018年度末まで)、▽かかりつけ医普及の観点から、現在の選定療養費(紹介状を持たずに200床、500床以上の病院を受診する場合の特別負担)の対象見直しなどを検討する(2017年末まで)、▽かかりつけ医以外を受診した場合の定額の別途負担について検討する

(2018年度末まで)——などの見直しが行われます。

消費税率8%での増収分
社会保障の充実に

このような改革によっても、社会保障関係費のうち医療分は11兆7,685億円(今年度にくらべて2,247億円<1.9%>増)で、全体の38.9%と最大のシェアを占めています(なお、増加部分がかつとも大きいのは介護分で3兆130億円、増加率は2.8%)。

その背景には、もちろん高齢化の進行や新たな医療技術の創出などにもなう医療費増加がありますが、そのほかに「社会保障の充実」という要因もあります。

たとえば、消費税率が2014年4月から8%に引き上げられ、これによ

る増収分は「すべて社会保障の充実・安定化に向ける」ことになっていきます。2017年度の増収分は8兆2,000億円となり、前述の12月19日の大臣折衝では2017年度において、▽子ども・子育て支援に6,960億円程度、▽病床機能分化・連携の推進、在宅医療の推進などに1,350億円程度(地域医療介護総合確保基金の医療分など)、▽地域包括ケアシステムの構築に2,350億円程度(同基金の介護分や地域支援事業の充実など)、▽医療・介護保険制度改革(国民健康保険への財政支援など)に5,350億円程度、▽難病・小児慢性特定疾病にかかる公平・安定的な制度運用に2,090億円程度——などが行われることも決まっています(【資料3】)。

最後に、2017年度予算案における注目すべき医療関係の重点事項をご

紹介しましょう。

・医療・介護データ連結の推進：1億5,000万円（NDBや介護保険総合データベースなどを活用し、医療・介護のレセプト、特定健診・保健指導、要介護認定にかかる情報などを連結したデータベースの構築に向けた調査研究を行う）

・医師の地域的な適正配置のためのデータベース構築：900万円（都道府県が医師確保対策を行うために必要な医師の研修先、勤務先、診療科などの情報を一元的に管理するデータベースを構築）

・新専門医制度の構築に向けた取り組み：2億6,000万円（医師偏在の拡大防止に向け、研修プログラムについて協議する都道府県協議会の経費を増額するとともに、医師不足地域へ各都道府県が指導医派遣などを行う経費を補助。また、日本専門医機構による専攻医の適正配置を促すためのシステム開発経費を補助）

・在宅医療の推進：6,400万円（在宅医療・訪問看護の専門知識・経験を備えた講師の育成や、好事例モデルの横展開など）

・人生の最終段階における医療体制整備：1億円（人生の最終段階における医療に関する患者からの相談に適切に対応できる医師の育成など）

・在宅看取り体制の整備：2,200万円（医師による死亡診断に必要な情報を報告する看護師を対象にした法医学等に関する研修の実施支援）

・医療安全の推進：9億9,000万円（医療事故調査・支援センターの運営経費の支援など）

・救急医療体制の整備：4億2,000万円ほか（重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターなどへの財政支援）

・小児・周産期医療体制の充実：2億6,000万円ほか（総合周産期母子医

療センターや、地域周産期母子医療センターのNICU、MFICUへの支援など）

・革新的な医薬品の最適使用の推進：2億3,000万円（最適使用推進ガイドライン策定のための体制整備）

・クリニカル・イノベーション・ネットワーク構想の推進：48億円（大学やナショナルセンターなどに構築されている疾患登録レジストリの情報を利用目的ごとに収集・整理し、治験・臨床研究などのコーディネーターを行うワンストップサービス化を推進）

・国立高度専門医療研究センターにおける臨床研究などの基盤整備：7億4,000万円

・革新的医療技術創出拠点プロジェクト：39億円（臨床研究中核病院などを中心に国際水準の質の高い多施設共同臨床研究、医師主導治験などを実施）

・再生医療の実現化ハイウェイ構想：32億円

・疾病克服に向けたゲノム医療実現化プロジェクト：40億円（ナショナルセンターや大学を中心としたゲノム情報などの集積拠点を整備し、集積した情報の解析などで得られた情報を医療機関に提供することで個別化医療を推進）

・ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト：101億円（ゲノム医療の実現、ライフステージや、がんの特性に着目した研究などを重点的に推進）

・難病克服プロジェクト：131億円（難病患者から採取したiPS細胞を用いた病態解明、治療法の開発研究を推進するとともに、難病の克服につながるような希少遺伝子の検査法等の開発や未診断疾患に関する検査・診断スキームの構築等を推進）

・医療技術評価の推進：3億4,000万

円（費用対効果評価にかかる調査や患者申出療養への円滑な対応など）

・国民健康保険への財政支援など：2,100億円（財政安定化基金の造成やシステム開発経費の補助など）

※なお、2018年度から、未就学児までの医療費を助成した市町村の国保に対する国庫補助の減額は行わない

・データヘルスの効果的な実施の推進：9億1,000万円

・糖尿病性腎症患者の重症化予防への支援：4,900万円（医療保険者が医療機関と連携した保健指導を実施する好事例の横展開）

・重複頻回受診者などへの訪問指導、高齢者の低栄養防止などの推進：4億5,000万円（レセプトなどから選定した重複・頻回受診者などに対し、保健師などが訪問指導を実施する）

・医療データの利用拡大のための基盤整備：4億7,000万円（医療情報の各種データベース事業の利活用の実現、及びさらなる臨床研究などのICT基盤の構築に向けた研究事業を実施）

・NDBデータの利活用及び医療保険分野における番号制度の利活用推進：201億円（レセプト情報などから得られる医療情報について、地域別に集計した「NDBオープンデータ」にとりまとめて公表）

・DPCデータの利活用促進：1億8,000万円（DPCデータの一元管理、及び利活用を行うデータベースの運用を開始し、第三者提供に必要な経費を確保）

・がん対策：314億円（がん予防、治療・研究、がんとの共生の3本柱を推進するとともに、次期がん対策推進基本計画を見据えた対策の強化）



医療ジャーナリスト

鳥海 和輝

Medical View Pointは田辺三菱製薬が運営する
医師・薬剤師など医療関係者を対象としたWEBサイトです。



田辺三菱製薬

Medical View Point

領域別情報

オープン は会員以外の方でもご覧いただけます。

糖尿病 グローバルKOLインタビュー 会員限定

グローバルKOL インタビュー

海外のKOL(Key opinion leader)の先生方から、カナグルのデータに対する評価をコメント頂いております。

[第2回] 糖尿病専門医が語るカナグリフロジンへの期待

Robert R. Henry先生(Professor of Medicine, University of California, San Diego, Chief, Section of Endocrinology, Metabolism & Diabetes Veterans Affairs San Diego Healthcare System)

診療サポート情報

疾患・治療情報

高齢者糖尿病治療UPDATE 会員限定

「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」を策定された合同委員会の先生方を取材、それぞれのお立場からの解説に加えて、委員会設立の経緯や本指針への思いなどを全5回シリーズでお届けします。

[第5回] (座談会) 高齢者糖尿病の治療

稲垣 暢也 先生(同会)(京都大学大学院医学研究科 糖尿病・内分泌・栄養内科学 教授)
横手 幸太郎 先生(千葉大学大学院医学研究院 細胞治療内科学 教授)

鈴木 亮 先生(東京大学大学院医学系研究科 糖尿病・代謝内科 講師)
綿田 裕孝 先生(順天堂大学大学院医学研究科 代謝内科学 教授)

医療連携

医療連携New Approach 会員限定

「医療連携」をテーマに、先進的・特徴的な取り組みを行っている医療機関を取材し、先生方の思いや具体的な取り組み内容など、最新の活きた情報をお届けするコンテンツです。

[第3回] 大学・病院・診療所で役割分担。 症例検討会で地域のRA治療を標準化。 医師派遣でリウマチ科新設も支援。

[第4回] チーム医療の推進と地域医療者との連携強化。 在宅療養まで切れ目のない支援体制を構築。 臨床研究部を立ち上げ、ALS医療の向上へ貢献

医療情報

Pick Up

診療報酬はやわかりマニュアル オープン

2016年度の診療報酬改定時の主な項目について概略や算定要件等をわかりやすく解説しています。

調剤報酬はやわかりマニュアル オープン

2016年度の調剤報酬改定時に新設・改定された項目を中心に概略や算定要件等をわかりやすく解説しています。

DPCはやわかりマニュアル オープン

2016年度の改訂におけるDPC/PDPS(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)の基本的な仕組みやポイントをわかりやすく解説しています。



詳しくは、田辺三菱製薬 医療関係者情報サイトMedical View Pointをご覧ください。

<http://medical.mt-pharma.co.jp>

田辺三菱製薬

医療

検索

ヒト型抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤

薬価基準収載



シンポニー[®] 皮下注 50mg シリンジ

ゴリムマブ(遺伝子組換え)製剤
Simponi[®] Subcutaneous Injection

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品*
*注意—医師等の処方箋により使用すること

効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については、
製品添付文書をご参照ください。



製造販売元(資料請求先)

ヤンセンファーマ株式会社

〒101-0065 東京都千代田区西神田3-5-2
URL: <http://www.janssen.co.jp>



発売元(資料請求先)

田辺三菱製薬株式会社

大阪市中央区道修町3-2-10

取材日：2016年10月1日



糖尿病



北河内医療圏

大学病院の循環器、腎臓と内分泌代謝の 内科3部門でなる診療科が糖尿病地域連携の要に。

Point of View

- ① 循環器、腎臓、内分泌代謝の内科3部門からなる診療科により、初期から合併症をともなう糖尿病のどんなステージにも対応する大学病院
- ② 看護師、栄養士、薬剤師、運動療法トレーナー、臨床検査技師など多職種で構成される診療チームがかわる専門外来(糖尿病健康管理外来、看護ケア外来)と健康科学センター
- ③ 頻回な診察と生活環境に即した治療の選択で、日常の血糖コントロールを担う地域の診療所
- ④ 「糖尿病連携手帳」、「糖尿病眼手帳」が地域の診療所と大学病院をつなぐ

関西医科大学総合医療センター
循環器腎内分泌代謝内科部長/
循環器内科/健康科学センターセンター長

山本 克浩先生

関西医科大学総合医療センター
循環器腎内分泌代謝内科/
腎臓内科

河野 啓子先生

関西医科大学総合医療センター
循環器腎内分泌代謝内科/
内分泌代謝内科

野村 恵巳子先生

小野山診療所
院長

清水 秀和先生

泉岡医院
院長

泉岡 利於先生

大学病院は重症例を 診療所は日常的な血糖管理を

2016年5月、関西医科大学附属滝井病院は、新本館開院と同時に関西医科大学総合医療センター（以下、総合医療センター）と改称して再スタートを切った。大学病院にふさわしい最先端の医療を提供すると同時に、地域に密着した医療機関として、病病連携、病診連携にもさらに力を入れていく方針だという。中でも循環器腎内分泌代謝内科における糖尿病地域連携は、注目に値する。同科部長の山本先生が話す。

「診療科名のとおり当科は、循環器と

腎臓、内分泌代謝の3つの専門内科の部門からなっており、それぞれの専門医が垣根なく協働して、患者さんの診療にあたっています。糖尿病や高血圧症、脂質異常症といった生活習慣病が動脈硬化を進め、狭心症や心筋梗塞を発症させ、慢性腎不全

の進行にもつながることは周知の事実。3つの専門内科を受診する患者さんも少なくないことから、当科のあり方は、非常に合理的と言えるでしょう」（山本先生）

内分泌代謝内科部門の野村先生は、そうした同科の糖尿病診療の現状を



左から山本先生、河野先生、野村先生、清水先生、泉岡先生

次のように語る。

「糖尿病と診断名のつく患者さんは年間3,000例ほどに達し、そのうち内分泌代謝内科部門で継続的に診察しているのが400～500例、主に循環器や腎臓の部門で診ている患者さんまで含めた当科全体では約1,000例となります。合併症のある重症患者が多いので、教育入院のような予約以外の緊急時に対応するためのベッドが満床であることも少なくありません」(野村先生)

緊急時にいつでも対応できるようにするためには、そもそも緊急事態を引き起こさないようにする措置が必要で、そのためにもっとも大切なことは――。

「日常的な血糖コントロールです。地域の診療所の先生方と連携しながら、患者さん一人ひとりを地道に診ていくしかありません」(野村先生)

「初期の教育や指導を当科で行い、その後コントロールがうまくいっている患者さんは地域の先生方にお任せして、合併症が現れそうになったときには、ご紹介いただければ、心疾患でも腎疾患でも当科でしっかりケアします――というのが基本的な姿勢です」(山本先生)

初期の栄養指導や運動療法も多職種の健康管理外来で支援

紹介、逆紹介のかたちで同科と密接な連携関係にある地域の診療所の

ひとつ、泉岡医院院長の泉岡先生は、総合医療センターについて頼もしい存在だと語る。

「軽症の患者さんはもちろん、我々かかりつけ医が診ていきませんが、最近は初期の糖尿病でもHbA1cが10を超えるような若年の方が増えてきています。糖尿病は最初の教育

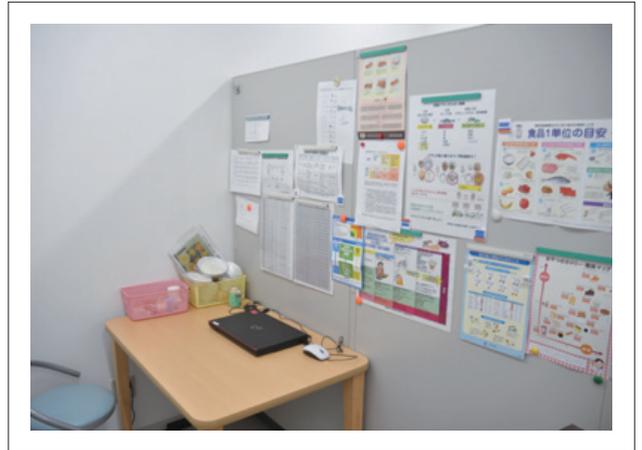
と治療が非常に重要ですが、非専門医には難しい。そうしたときに総合医療センターの存在はありがたいですね。糖尿病専門医だけでなく心臓や腎臓の専門医が同じ科にいて、すべてをチェックしてもらえるのは、患者さんにとってもですが、地域の診療所にとっても大きな安心の要素です。3部門がここまで緊密に協働しているのは、大学病院としては稀ではないでしょうか」(泉岡先生)

重症化して合併症や急変を起こしたりする以前の段階においても、同科が地域全体の糖尿病医療を支えているということなのだろう。同科から逆紹介で人工透析の患者を受け入れている小野山診療所院長の清水先生が、末期腎不全の患者を例に、同科との連携を解説してくれた。

「当院に通院されて透析を受けている糖尿病患者の中には、仕事を続けている方も多く、あまり厳しく血糖コントロールをすると、逆に低血糖で総合医療セ

【資料1】

医療スタッフが糖尿病健康管理外来を行う部屋



ンターに救急搬送されてしまう事態にもなるので、通常はやや甘めにコントロールしています。

ただ、透析が必要な末期腎不全ともなれば、腎疾患に加えて心疾患も抱えているケースが多く、心疾患の手術を行うことがあります。こうした場合に必要となる厳しい血糖コントロールは、やはり同科の先生方をお願いするのがベストだと思っています。循環器内科と腎臓内科、内分泌代謝内科がチームで診療してくださるのは、心強い限りです」(清水先生)

腎臓内科部門の河野先生も、糖尿病と腎不全について「現在、当科で診ている人工透析にまでいたる腎不全患者の半数ほどは糖尿病由来。ですから、透析以前の段階での血糖コントロールは、腎臓内科医にとっても大きな課題となっています」と語り、そのうえで同科のチーム医療について言及する。

「医師による診療とは別に、当科には3部門の専門医と多数の医療スタッフからなる糖尿病診療チームがあり、医師の監督のもと『糖尿病健康管理



DM健康管理手帳



外来』や『看護ケア外来』を実施しています。

糖尿病健康管理外来では、看護師、栄養士、薬剤師、運動療法トレーナー、臨床検査技師など多職種の医療スタッフが中心となって患者さんの相談にのり指導をしています。看護ケア外来では、主にフットケアを行っています。栄養指導や運動療法、あるいはフットケアなどは、地域の診療所や小規模な医療機関では手薄な部分だと思しますので、当科をぜひ積極的に利用していただきたいですね」(河野先生)

どんなステージにも対応するフルバックアップ体制

「ほかに、健康科学センターも当科の循環器内科部門の管轄です。ここでは、心臓リハビリテーションや生活習慣病の運動療法を専任トレーナーの指導のもとに行います。心臓リハビリや糖尿病・肥満の改善、腎不全

の予防、あるいは透析患者の運動は、医師の診察と運動処方うえで行わないと危険です。当科では地域のかかりつけの先生方とも連絡を取り合いながら、治療の一環としての運動をすすめています」(山本先生)

初期の診断は地域の診療所が、その後の教育と治療の導入は総合医療センターが、血糖コントロールは診療所が、重症例や合併症の治療は総合医療センターが主に担う。これは、糖尿病連携では一般的なあり方とも言えるが、北河内医療圏の連携において特徴的なのは、血糖コントロールの段階での病院と地域の協力体制である。2次予防(早期発見、治療の開始)から3次予防(合併症進行の予防)にかけて、つまり血糖コントロールの段階で、患者はベースとして診療所のきめ細かい診療を受けつつ、総合医療センターの多職種スタッフによる外来を受診したり、健康科学センターを利用して運動療法を行ったりできるのだ。患者が、よ

り自覚的、自発的に治療に参加する意味でも、すぐれた体制だろう。

「実際、地域の診療所で頻回に血糖値を測定してもらっている患者さんのほうが、当科だけで間隔の空いた診察を受けている患者さんよりも、コントロールが良好であるとのデータもあります」(河野先生)

「初期から重症例まで、どんなステージの糖尿病に対しても対応できる体制を整えてフルにバックアップしますので、それを念頭に置きつつ、地域の先生方には日常の血糖コントロールをお願いしたいと思います」(山本先生)

「近年は薬の選択肢が幅広くなるとともに、1次予防(発症予防)、2次予防に対する啓発活動が浸透してきたこともあってか、透析患者の増加率が少しずつ鈍化してきています。病診連携があってこそその成果ではないでしょうか」(清水先生)

「今この患者さんにとって何が必要か、何がベストかという個の医療を

考えていくのは、やはり長期にわたり地域で患者さんを診ている私たちの務めだと思います。そして、必要なとき、いざというときには、信頼できる病院の専門医チームにお任せできる安心感があればこそ、その務めに邁進できるのです」(泉岡先生)

大学施設やスタッフを活用し患者をとどませない流れを

1次予防から心疾患、腎疾患の重症例までを扱う——この地域の糖尿病医療における要が、総合医療センターの循環器腎内分泌代謝内科であるのは間違いない。しかし、同科の医療体制が十全に機能するには、地域の多数の医師による日常の丁寧な診療がなくてはならず、また、同科と診療所との連携関係の構築が必要である。

現在、連携のためのツールは、特にオリジナルにこだわらず、「糖尿病連携手帳」を活用しているとのことだが、合併症にかかわる部分では個別のツールも使っているようだ。「糖尿病性腎症には限らないのです

が、慢性腎臓病（CKD）については、当院でオリジナルの手帳を作成して連携に活用しています」(河野先生)「眼科診療所の先生方とは、『糖尿病眼手帳』で連携しています。また、糖尿病健康管理外来では、ステップアップシートをファイル化した『DM健康管理手帳』を使っています。基本的には患者さんが次の目標を自覚するためのツールですが、この手帳のデータは、病院と診療所双方の医師、治療にかかわるすべての医療スタッフが共有できます。連携にも一役買いつつ、この手帳によって患者さんに、医師だけでなく『たくさんの方が、自分をサポートしてくれているからがんばろう』と思ってもらえればうれしいですね。患者さんの治療へのモチベーションも上がるでしょう」(野村先生)

しっかりと組織化されたネットワークシステムがなくても、連携ツールが1本化されていなくても、長年にわたり培われてきた病院と地域の医師との間の信頼関係があれば、連携はスムーズに行える。北河内医療圏における糖尿病地域連携は、その

好事例と言えるかもしれない。「新病棟オープンにともない、新しく心臓CTなどの機器を導入しました。あわせて画像検査関係のワークステーションを効率化し、循環器の画像ネットワークも一新しました。これまで以上にハイレベルな検査が可能になり、地域の医療にさらに貢献していけると思います」(山本先生)「地域に根ざしたフットワークの軽さを、これからも失わずにいてほしいですね」(泉岡先生)

「当院の患者さんには、総合医療センターの先生方と医療スタッフの皆さんのお力、検査や運動のための施設を、大いに活用するよう促し、これからも連携を深めていきたいと思えます」(清水先生)

「糖尿病の患者さんは、病院だけ、あるいは診療所だけにとどまるのではなく、その両方で協力して診ていくのが理想です。当院をフル活用していただき、ご紹介いただいた患者さんが検査、治療後には地域の先生方のもとへ戻られる流れを大切にしていきます」(山本先生)



お話をうかがった皆さん

関西医科大学総合医療センター

〒570-8507
大阪府守口市文園町10-15
TEL：06-6992-1001

小野山診療所

〒570-0028
大阪府守口市本町2-5-32
TEL：06-6991-0385

泉岡医院

〒534-0024
大阪府大阪市都島区東野田町5-5-8
TEL：06-6922-0890

その効果、 日本発 グローバル。



【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

- 1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2) 重症ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡又は前昏睡の患者(輸液及びインスリンによる速やかな高血糖の是正が必須となるので本剤の投与は適さない。)
- 3) 重症感染症、手術前後、重篤な外傷のある患者(インスリン注射による血糖管理が望まれるので本剤の投与は適さない。)

【効能・効果】

2型糖尿病

<効能・効果に関連する使用上の注意>

- (1) 本剤は2型糖尿病と診断された患者に対してのみ使用し、1型糖尿病の患者には投与をしないこと。
- (2) 高度腎機能障害患者又は透析中の末期腎不全患者では本剤の効果が期待できないため、投与しないこと。「(重要な基本的注意(10))、添付文書の「薬物動態」の項参照)
- (3) 中等度腎機能障害患者では本剤の効果が十分に得られない可能性があるため、投与の必要性を慎重に判断すること。「(重要な基本的注意(10))、添付文書の「薬物動態」、「臨床成績」の項参照)

【用法・用量】

通常、成人にはカナグリフロジンとして100mgを1日1回朝食前又は朝食後に経口投与する。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 心不全(NYHA心機能分類IV)のある患者(使用経験がなく安全性が確立していない。)
- (2) 他の糖尿病薬(特に、インスリン製剤、スルホニル尿素剤又は速効型インスリン分泌促進薬)を投与中の患者(併用により低血糖を起こすおそれがある。「(重要な基本的注意」、「相互作用」、「重大な副作用」の項参照))
- (3) 次に掲げる患者又は状態(低血糖を起こすおそれがある。)

2. 重要な基本的注意

(1) 本剤の使用にあたっては、患者に対し低血糖症状及びその対処方法について十分説明すること。特に、インスリン製剤、スルホニル尿素剤又は速効型インスリン分泌促進薬と併用する場合、低血糖のリスクが増加するおそれがある。インスリン製剤、スルホニル尿素剤又は速効型インスリン分泌促進薬による低血糖のリスクを軽減するため、これらの薬剤と併用する場合には、これらの薬剤の減量を検討すること。「(慎重投与」、「相互作用」、「重大な副作用」の項参照)

(2) 本剤の利尿作用により多尿・頻尿がみられることがある。また、体液量が減少することがあるので、適度な水分補給を行うよう指導し、観察を十分行うこと。脱水、血圧低下等の異常が認められた場合は、休薬や補液等の適切な処置を行うこと。特に体液量減少を起こしやすい患者(高齢者、腎機能障害患者、利尿薬併用患者等)においては、脱水や糖尿病性ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖症候群、脳梗塞を含む血栓・塞栓症等の発現に注意すること。「(慎重投与」、「相互作用」、「重大な副作用」、添付文書の「その他の副作用」、「高齢者への投与」の項参照)

(3) 尿路感染を起こし、腎盂腎炎、敗血症等の重篤な感染症に至ることがある。また、腔カンジタ症等の性器感染を起こすことがある。十分な観察を行うなど尿路感染及び性器感染の発症に注意し、発症した場合には適切な処置を行うとともに、状態に応じて休薬等を考慮すること。尿路感染及び性器感染の症状及びその対処方法

について患者に説明すること。「(慎重投与」、「重大な副作用」、添付文書の「その他の副作用」の項参照)

(4) 糖尿病の診断が確立した患者に対してのみ適用を考慮すること。糖尿病以外にも耐糖能異常・尿糖陽性等、糖尿病類似の症状(腎性糖尿、甲状腺機能異常等)を有する疾患があることに留意すること。

(5) 本剤の適用はあらかじめ糖尿病治療の基本である食事療法、運動療法を十分に行ったうえで効果が不十分な場合に限り考慮すること。

(6) 本剤投与中は、血糖を定期的に検査し、薬剤の効果を確かめ、本剤を3ヵ月投与しても効果が不十分な場合には他の治療法への変更を考慮すること。

(7) 投与の継続中に、投与の必要がなくなる場合があり、また、患者の不養生、感染症の合併等により効果がなくなったり、不十分となる場合があるので、食事摂取量、血糖値、感染症の有無等に留意の上、常に投与継続の可否、薬剤の選択等に注意すること。

(8) 高度腎機能障害を有する患者について、使用経験がなく安全性は確立していない。

(9) 本剤とインスリン製剤又はGLP-1受容体作動薬との併用における有効性及び安全性は検討されていない。

(10) 本剤投与により、血清クレアチニンの上昇又はeGFRの低下がみられることがあるので、腎機能を定期的に検査すること。腎機能障害患者においては経過を十分に観察し、継続的にeGFRが45 mL/min/1.73 m²未満に低下した場合は投与の中止を検討すること。「(慎重投与」、「添付文書の「その他の副作用」の項参照)

- 1) 悪心・嘔吐、食欲減退、腹痛、過度な口渇、倦怠感、呼吸困難、意識障害等の症状が認められた場合には、血中又は尿中ケトン体測定を含む検査を実施すること。異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2) 特に、インスリン分泌能の低下、インスリン製剤の減量や中止、過度な糖質摂取制限、食事摂取不良、感染症、脱水を伴う場合にはケトアシドーシスを発現しやすいので、観察を十分に行うこと。
- 3) 患者に対し、ケトアシドーシスの症状(悪心・嘔吐、食欲減退、腹痛、過度な口渇、倦怠感、呼吸困難、意識障害等)について説明するとともに、これらの症状が認められた場合には直ちに医療機関を受診するよう指導すること。
- (12) 排尿困難、無尿、乏尿あるいは尿閉の症状を呈する患者においては、その治療を優先するとともに他剤での治療を考慮すること。
- (13) 本剤投与による体重減少が報告されているため、過度の体重減少に注意すること。
- (14) 低血糖症状を起こすことがあるので、高所作業、自動車の運転等に従事している患者に投与するときは注意すること。「(重大な副作用」の項参照)

3. 相互作用

本剤は、主としてUGT1A9及びUGT2B4により代謝され、未変化体の尿中排泄率は1%未満であった。本剤はP-糖蛋白、多剤耐性関連蛋白2及び乳がん耐性蛋白の基質であり、P-糖蛋白及び多剤耐性関連蛋白2に対して弱い阻害作用を有する。「添付文書の「薬物動態」の項参照)

併用注意(併用に注意すること)

糖尿病薬(スルホニル尿素剤、速効型インスリン分泌促進薬、α-グルコシダーゼ阻害薬、ビグアナイド系薬剤、チアゾリジン系薬剤、DPP-4阻害薬、GLP-1受容体作動薬、インスリン製剤等) 血糖降下作用を増強する薬剤(β-遮断剤、サリチル酸剤、モノアミン酸化酵素阻害剤等) 血糖降下作用を減弱する薬剤(アドレナリン、副腎皮質ホルモン、甲状腺ホルモン等) ジョギング、リファンピリン、フェニトイン、フェノバルビタール、リトナビル等 利尿作用を有する薬剤(ループ利尿薬、サイアザイド系利尿薬等)

4. 副作用

国内第II相用量設定試験及び第III相試験において、1629例中474例(29.1%)953件の副作用(臨床検査値の異常も含む)が認められた。主な副作用は、無症候性低血糖、低血糖症、頻尿、血中ケトン体増加、便秘等であった。(承認時)

(1) 重大な副作用

- 1) 低血糖:他の糖尿病薬との併用で低血糖があらわれることがある。また、海外の臨床試験において、インスリン製剤との併用で低血糖が報告されている。特に、インスリン製剤、スルホニル尿素剤又は速効型インスリン分泌促進薬と併用する場合、低血糖のリスクが増加するおそれがあることから、これらの薬剤の減量を検討すること。また、他の糖尿病薬を併用しない場合でも低血糖が報告されている。低血糖症状が認められた場合には、糖質を含む食品を摂取するなど適切な処置を行うこと。「(慎重投与」、「重要な基本的注意(1))」、「相互作用」、添付文書の「臨床成績」の項参照)
- 2) 脱水(0.1%):脱水があらわれることがあるので、適度な水分補給を行うよう指導し、観察を十分に行うこと。口渇、多尿、頻尿、血圧低下等の症状があらわれ脱水が疑われる場合には、休薬や補液等の適切な処置を行うこと。脱水に引き続き便秘を含む血栓・塞栓症等を発現した例が報告されているので、十分注意すること。「(慎重投与」、「重要な基本的注意」、「相互作用」、添付文書の「高齢者への投与」の項参照)
- 3) ケトアシドーシス(頻度不明):ケトアシドーシス(糖尿病性ケトアシドーシスを含む)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。「(重要な基本的注意」の項参照)
- 4) 腎盂腎炎(0.1%)、敗血症:腎盂腎炎があらわれ、敗血症(敗血症性ショックを含む)に至ることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。「(重要な基本的注意(3))」の項参照)

- その他の使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。
- 使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

SGLT2阻害剤—2型糖尿病治療剤— 薬価基準収載

カナグル[®]錠100mg

CANAGLU[®] Tablets 100mg (カナグリフロジン水和物錠)

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)



製造販売元(資料請求先)
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10



プロモーション提携(資料請求先)
第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2016年4月作成