



メディカルネットワーク

# Medical Network

**Zoom Up** ..... P2

—医療行政最前線—

2018年度診療報酬改定に向けた新たな動き

**DPC、生活習慣病対策、  
一般病棟の改定内容の  
方向性を議論**

医療行政の基礎知識 ..... P6

地域包括ケアにおける医療マネジメント ..... P6

**Network**  
**三重県** ..... P8

20年以上続く療養指導教育プログラムにより  
県全域の糖尿病診療の質向上に挑戦。

# DPC、生活習慣病対策、 一般病棟の改定内容の 方向性を議論

2018年度診療報酬改定に向けた新たな動き

前号の本コーナーでもお伝えしたとおり

2018年度に行われる診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、

中央社会保険医療協議会(以下、中医協)で精力的な議論が進められています。

そうした中、「DPC」、「生活習慣病対策」、「一般病棟入院基本料」に関する

きわめて重要な議論が行われましたので、

引きつづき今号でも改定論議の動向を追いかけてみましょう。

応じた名称をさらに検討することになります。

(3)の機能評価係数IIは、各病院の機能や役割、実績などを評価するものです。厚労省は、▽保険診療、効率性、地域医療、複雑性、救急医療、カバー率の6項目は維持し、後発医薬品、重症度は再整理する、▽各係数への財源配分(重みづけ)を検討する——といった方向を示しました。

このうち後発医薬品係数は、「機能評価係数Iへ移管する」方向で進められています。分科会では多くの委員が「多数の病院が上限に達しており、機能評価係数IIとしての役割を終えたのではないか」として厚労省の考えを支持していますが、石川広己委員(日本医師会常任理事)は、「はしごをはずされた」ことにならないよう、機能評価係数IIとしての存続を要望しています。

なお、後発医薬品係数が機能評価係数IIからIに置き換えられた場合では、その分の財源(2017年度では最大0.00949)が他の地域医療係数や救急医療係数などに振り分けられます。このため後発医薬品係数が機能評価係数Iへ移管されたとしても「はしごをはずす」ことにはならず、厚労省保険局医療課の担当者はこの点を説明し理解を求めていくかまです。

また、重症度係数について厚労省は、「係数設定の目的や趣旨に沿った『他の評価手法』の設定が可能かを検討する」方針を示しています。

なお、機能評価係数IIの重みづけ変更に関し、厚労省保険局医療課の担当者は「III群では重みづけを変えるのは難しい」と判断。このため前号でお伝えした「III群のグルーピング」は行われない模様です。一方で、I群、II群(特にII群)は複雑性やカバー率の高い病院で構成されるグループであるため、「これらの重みを厚

## DPCのI、II群では 複雑性などの重みを上げる

DPC制度のうち医療機関別係数の見直しの方向性が、3月31日の中医協診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会)で議論されました。結果、まだ完全に意見が一致したわけではありませんが、大きな方向は定まりました。

DPCの医療機関別係数は、(1)基礎係数、(2)機能評価係数I、(3)機能評価係数II、(4)暫定調整係数、の4係数の和で計算されます。

(1)の基礎係数は、I群(大学病院本院群)、II群(大学病院本院に準ずる医療を行う病院群)、III群(その他の病院群)ごとに設定されますが、分科会ではこの3群を維持する方向が確認されました。ただし「群の名称の『I、II、III』が格づけを想起させてしまう」との指摘があり、厚生労働省(以下、厚労省)は、I群を「大学病院本院群」に、III群をDPC制度の基本である旨を明確にした「標準群」にしてはどうかと提案しました。この考え方に多くの委員は賛成しており、今後、各医療機関群の機能に

くすることで、そうした機能を持つ病院をよりの確に評価できる」との考えを明らかにしました。したがって、複雑性やカバー率の高いI、II群病院は、さらに高い評価が設定される可能性があります。

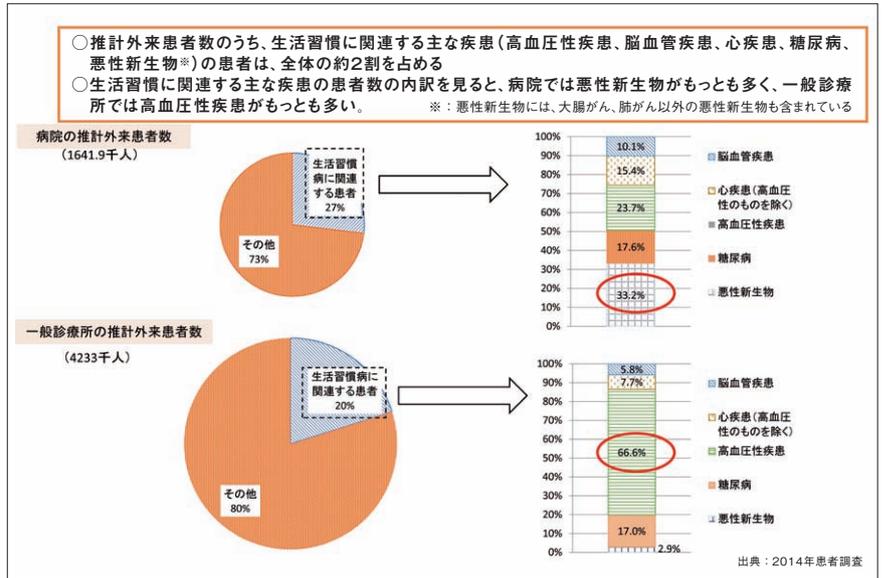
それにともない、効率性や地域医療に力を入れ、複雑性やカバー率がそれほどでもないII群病院では係数評価が下がってしまいます。この点で井原裕宣委員（社会保険診療報酬支払基金医科専門役）は「経営面を考慮して『III群を選択できる』道を用意すべき」と提案しており、事前に「II群に該当したとしてもIII群を選択する」といった意思表示を行える仕組みとなりそうです。

(4)の暫定調整係数については、2018年度改定で「機能評価係数II及び基礎係数に置き換えを完了する」方針が確認されました。これにともない、現行の激変緩和措置も終了となります。ただし、激変緩和が必要な病院を詳細に分析し、「係数の著しい変動を緩和するためのなんらかの措置」が新設される模様です。

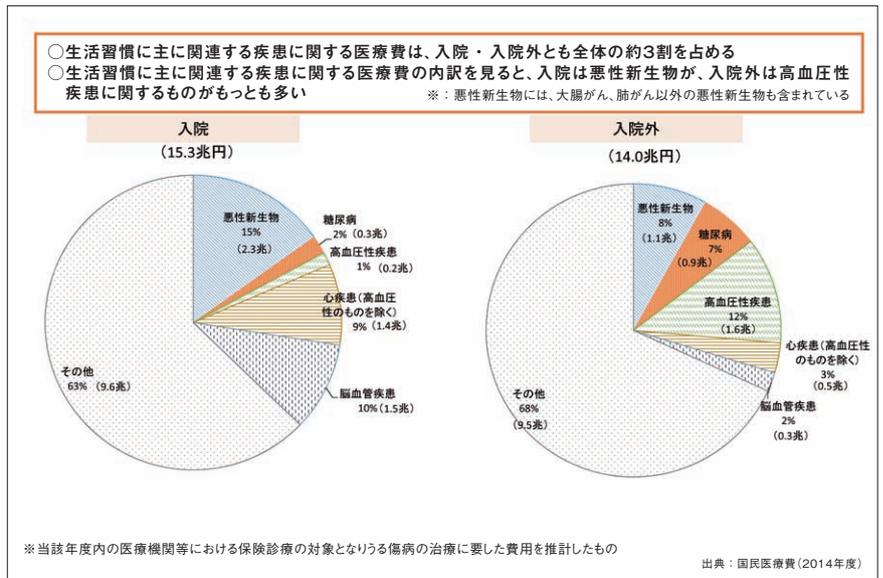
### かかりつけ医と専門医が連携生活習慣病の重症化予防を

3月29日の中医協総会では、「生活習慣病対策」が議題となりました。生活習慣病は、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症・進行に関与する症候群」と定義され、▽糖尿病（インスリン非依存）、▽肥満症、▽高血圧症、▽循環器病、▽脂質異常症、▽歯周病——などのほか、大腸がんや肺がん（肺扁平上皮がん）も含まれます。厚労省の調べでは、外来患者の2割強（約130万人、【資料1】）、死因の55.2%、入院医療費の37%（約5兆7000億円）、入院外医療費の32%（約4兆

### 【資料1】傷病分類別に見た推計外来患者数



### 【資料2】傷病分類別に見た医療費



5,000億円、【資料2】)が生活習慣病で占められているとわかりました(大腸、肺以外のがん患者も含む)。

生活習慣病対策としては、「特定健康診査」(特定健診、いわゆるメタボ健診)や「特定保健指導」などにもとづく「予防」のほか「重症化予防」が非常に重要です。生活習慣病のうち糖尿病においては、昨年4月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、

厚労省が協働して「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定。▽医師会、▽かかりつけ医、▽専門医療機関、▽行政、保険者——が連携した重症化予防への取り組みが推進されています。

しかし、現状では必ずしも連携が十分には進んでいないようです。厚労省の調べでは、▽糖尿病透析予防指導管理料、▽糖尿病合併症管理料、

▽慢性維持透析患者外来医学管理料——を算定している患者に関し、「医療機関から保険者に情報提供などが行われたケースはきわめて少ない」（もっとも保険者からの要請自体も少ない）、「当該患者が特定健診、特定保健指導を受けたかどうかを把握しているケースも1割程度にとどまっている」状況が明らかになりました（【資料3、4】）。

そこで厚労省保険局医療課の迫井正深課長は、より質の高い医学管理と重症化予防を行うため、▽かかりつけ医、医療機関と専門医療機関などとの連携、▽かかりつけ医を中心とした多職種連携、▽医療機関と保険者、自治体などの予防事業との情報共有——を2018年度改定でも評価していく考えを提示しています。

ところで厚労省による国民健康・栄養調査では、「糖尿病が強く疑われる患者」に対する治療が継続的に増加しているものの、40歳代では「これまでに治療を受けた経験がない」、「過去に治療を受けたが、現在は受けていない」人がほかの年代よりも多いとわかりました。

適切な治療をしなければ、50歳代、60歳代になって悪化（腎不全）していくため、「40歳代に対する医療機関への受診勧奨」が喫緊の課題のひとつとなります。支払側の幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は「働き盛りであり、受診勧奨してもなかなか医療機関にかからない。初診は対面診療が必要だが、継続的な指導管理においてはICTの活用を検討してはどうか」と提案しています。

## 7対1と10対1では患者像は重なるが報酬は乖離

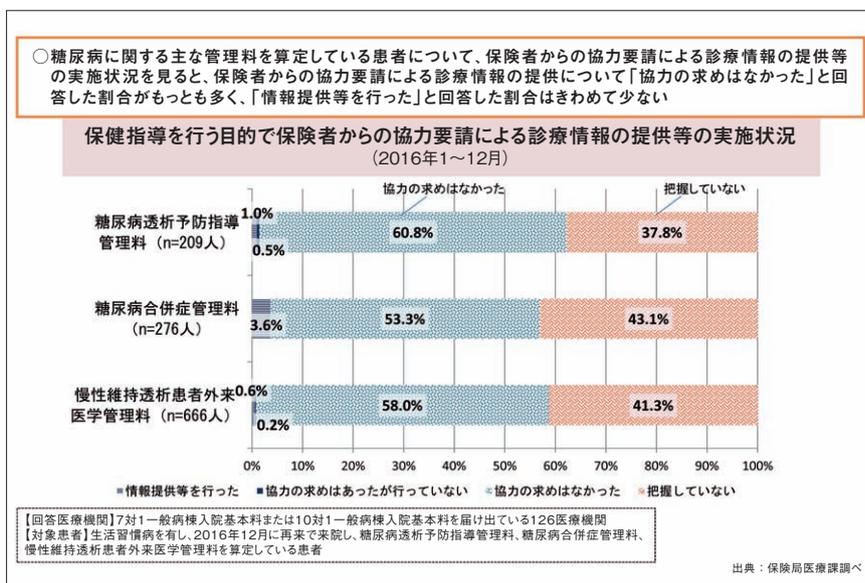
3月15日の中医協総会では、「一般病棟入院基本料」をテーマとした議

論が行われました。

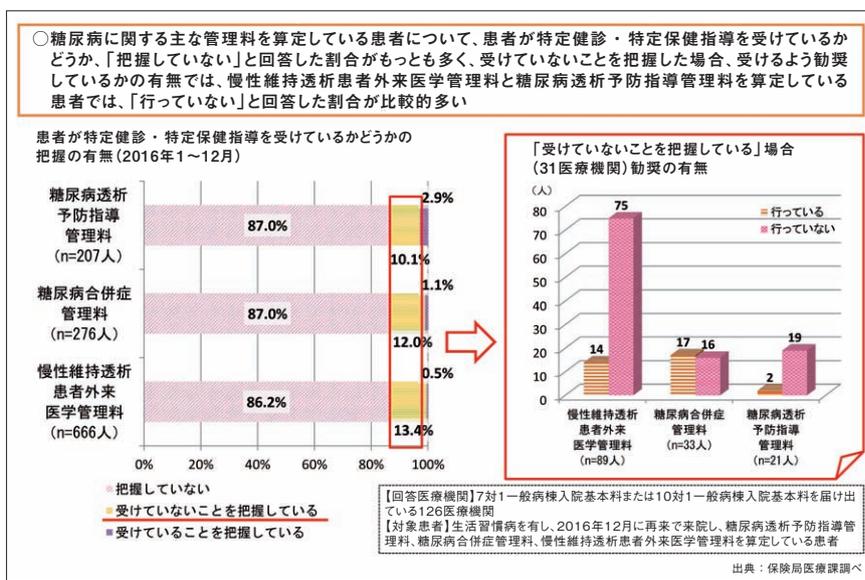
一般病棟入院基本料は現在、▽7対1、▽10対1、▽13対1、▽15対1——に区分されていますが、厚労省は「7対1病棟では入院患者の6割弱は74歳未満で、新生物（がん）の患者が多い（24.6%）が、我が国では若年人口は減少傾向にあり、新生物の患者推計も他疾患にくらべ増加率が低い」とのデータを提出しま

した。このデータからは、今後、7対1病床のニーズが確実に減少していく様子が見て取れます。支払側の幸野委員は、「ニーズが減少する中で7対1のベッド数を維持するとなれば、より軽症の患者を7対1で受け入れて稼働を保つことになる。7対1病床数がどれだけ必要なのか、あらためて議論する必要がある」と強く指摘しました。

### 【資料3】診療情報の提供状況



### 【資料4】特定健診などの把握状況



また、7対1と10対1とで入院患者像を比較すると、1日当たりの包括範囲出来高点数（医療資源投入量）や複雑性には重なりがある実態もわかりました（【資料5】）。一方、入院1日当たりの請求点数（つまり単価）を見ると、7対1と10対1には大きな乖離があります（【資料6】）。同じような状態の患者を診ているのに、報酬水準が異なるのは好ましいとは

言えない状況でしょう。迫井医療課長は、こうした点を踏まえ、主に看護配置によって報酬を設定している一般病棟入院基本料から、▽患者の状態、▽診療の効率性——などを加味した報酬体系への移行を検討してはどうかとの考えを示しています。

支払側の幸野委員は、「本来、10対1に入院すべき患者が7対1に入院し、高い報酬が支払われているので

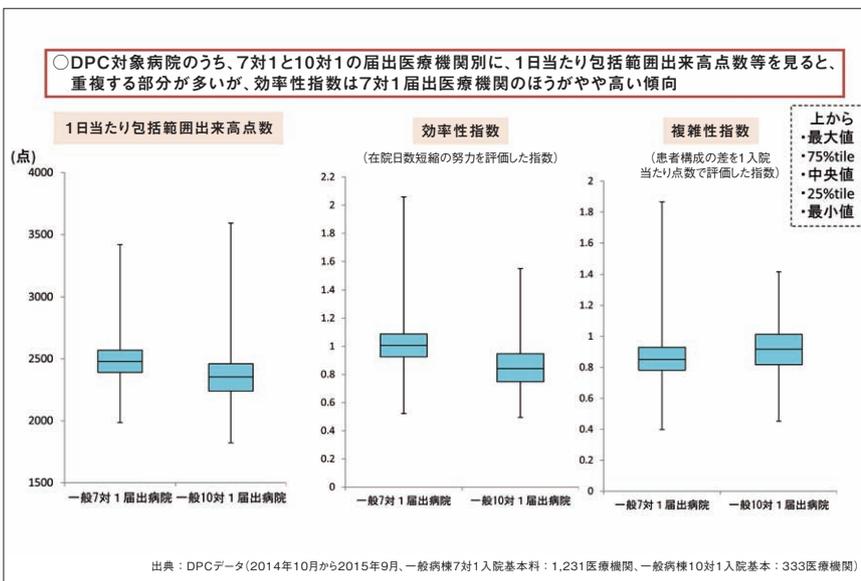
はないか。また、重症患者割合に大きなバラつきがあるゆえ、重症度、医療・看護必要度の評価指標が適切かといった疑問も感じる。2018年度改定に向けてABC各項目の妥当性、25%以上という基準値の妥当性を検討していく必要がある」と強調。しかし、診療側の中川俊男委員（日本医師会副会長）は、「重症度、医療・看護必要度が2回連続（2014年度、2016年度改定）で見直され、医療現場は大混乱した。最近、ようやく落ち着いてきたところであり、2018年度の3回連続見直しはきわめて慎重にすべき」とけん制しています。

入院患者像や医療内容が同じであれば「報酬も同一で良いのではないか」という考えも成り立ちます。将来的には、7対1、10対1の看護配置の枠組みが廃止され、「入院患者の重症度や医療提供内容に応じた支払い方式」が検討される可能性も否定できません。もともと、現行の報酬体系からは大きく変わり、病院経営への影響も甚大なため、2018年度や2020年度の改定でこうした体系に移行することはないでしょう。

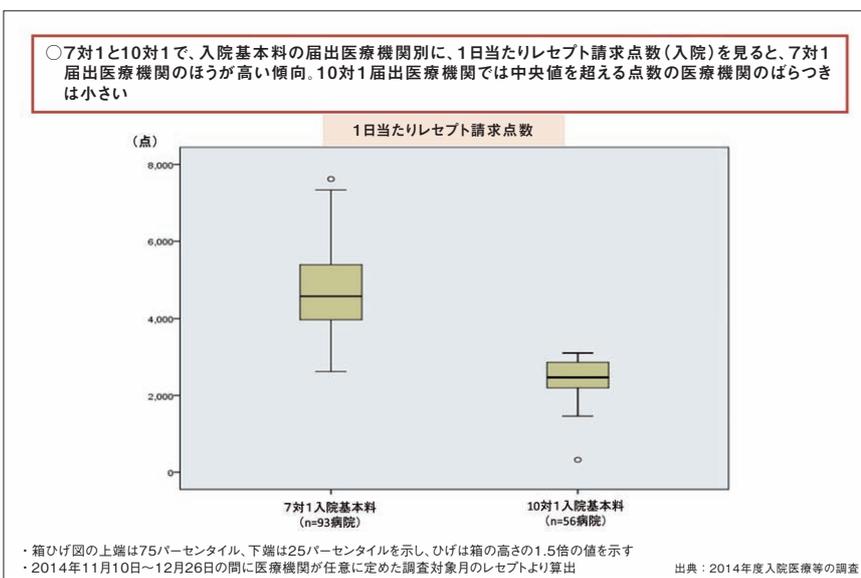
厚労省は「7対1から10対1への移行を促すため、10対1で『より重症患者を受け入れている』病棟の評価の引き上げ」などを念頭に置いているのではないかと推測されます。

なお、7対1から10対1への移行を円滑に進めるために、2016年度改定ではワンクッションとして「病棟群単位の入院基本料届け出」が時限的に創設されました。この点について、診療側の猪口雄二委員（全日本病院協会副会長）は「継続を検討すべき」と提案しています。

### 【資料5】7対1と10対1の患者像比較



### 【資料6】7対1と10対1の単価比較



医療ジャーナリスト  
**鳥海 和輝**



## 病床機能報告の「病棟の機能」と診療報酬の「入院基本料」との関係を考える

**今**回は、2018年度の診療報酬改定に向けた議論でもとり上げられた、診療報酬と地域医療構想・病床機能報告との関係について考えてみましょう。

地域医療構想・病床機能報告では、一般病棟（床）と療養病棟（床）を、▽高度急性期、▽急性期、▽回復期、▽慢性期——の4機能に分化し、各々の連携を深めていくこととしています。しかし医療現場からは、「各機能をどう判断するかの基準」に頭を悩ませているとの声をよく耳にします。

地域医療構想では「1日当たりの医療資源投入量」（出来高点数）をベースとしていますが、これが個別病院、病棟の機能とは無関係である点は前回の本コーナーでお伝えしたとおりです。一方、病床機能報告では明確な基準はありませんが、特定入院料の施設基準にかんがみ「ひもづけ」が一部進められています。たとえば、「救命救急入院料は高度急性期」、「回復期リハビリ

テーション病棟入院料は回復期」などの考え方です。厚生労働省は、先般、入院基本料とのひもづけも行いましたが、病床機能報告と診療報酬との関係はどう考えるべきなのでしょう。

現在、一般病棟は「ひとつの病院で、ひとつの入院基本料」が原則ですので、入院基本料と各機能のひもづけは、やや難しい感があります。大規模な7対1病院だからといって、一般的な眼科や皮膚科の患者が多く入院する病棟が、必ずしも高度急性期とは限りません。そこで、入院基本料と病棟の機能を結びつけるのであれば、「病棟別の入院基本料」を考えていかざるをえないでしょう。ただ、この場合、現在の診療報酬体系を大きく見直すことになるので、中央社会保険医療協議会でどう議論されるのかを注意深く見守る必要があります。なお、厚生労働省では診療行為に着目した分析も進めているので、別の機会にお伝えします。

## 地域包括ケアにおける医療マネジメント 第⑥回

株式会社日本経営 大日方 光明

### 医療者も知っておくべき介護サービスの動向(2)

**在**宅復帰の検討にあたり医療者が知っておくべき介護サービスとして、前回の「施設・居住系」に引き続き、今回は「訪問系」サービスを紹介します。

24時間365日、施設内で介護サービスが提供される施設・居住系サービスほどの手厚さはなくとも、自宅での生活を希望する利用者には、訪問系サービスの存在は重要です。同サービスの種類には、訪問介護、訪問看護（訪問リハビリ）、訪問入浴などが挙げられ、中でも近年は、社会的ニーズに応えるかたちで訪問看護の施設数が急増しています。介護保険開始当初は医療機関が主となっていた事業ですが、現在は営利法人の運営する事業所の割合がもっとも高くなっています。

在宅復帰を効率的、効果的に進めるには、病院と訪問看護との連携体制の有無が大きな鍵となります。たとえば、退院計画の策定段階で病院主治医、病棟看護

師と訪問看護師が連携すれば、切れ目のないスムーズな退院が促進されるわけです。そのためには、訪問看護の制度上のルール（指示内容や保険報酬体系）、地域の訪問看護の人員体制、特徴などを把握し、病院内で共有することが必要となります。

また、2012年に開設された新たな介護サービス「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」などは24時間対応で訪問介護と訪問看護を一体的に提供できるサービスとして注目されています。事業所数こそ、まだ少ないものの在宅患者の生活面、健康・医療面を包括的に、かつ必要に応じて柔軟に支えられるため、今後、訪問系サービスの中心的存在になっていく可能性は高いでしょう。こうした事業所と十分に連携できている病院ほど、退院支援の質、また病棟マネジメントの質の向上が期待できるはずです。

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(司会)(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

取材日：2017年3月22、27、30日



## 20年以上続く療養指導教育プログラムにより 県全域の糖尿病診療の質向上に挑戦。

### Point of View

- ① 1997年から継続する「糖尿病療養指導士育成のための講習会」を、延べ6,000名以上のメディカルスタッフが受講
- ② 2016年度より地域糖尿病療養指導士(CDEL)の認定を開始
- ③ 「みえ糖尿病サポートネット」で包括的な糖尿病の情報を発信

独立行政法人地域医療機能推進機構四日市羽津医療センター院長

住田 安弘先生

### 糖尿病療養指導の向上をめざし 20年前から講習会を継続

1990年代後半、患者を中心とした多職種協働による糖尿病チーム医療が欧米で提唱されると、我が国においてもメディカルスタッフによる糖尿病療養指導が注目され、各地でさまざまな取り組みが開始された。

三重県では、1997年から「糖尿病療養指導士育成のための講習会」の開催が始まる。住田先生が当時の経緯を振り返る。

「糖尿病のチーム医療は欧米では1980年ころから注目されるようになり、私も1986年に当時勤務していた三重大学医学部附属病院で、栄養士、看護師とともに糖尿病教室を始めまし

た。当初は試行錯誤の連続でしたが世界的に糖尿病療養指導の研究が進んだのを背景に、次第にチーム医療が形成されていきました。

一方、そのころ糖尿病患者の増加とともに、合併症の進行が問題となり急速に医療ニーズが増加しましたが、三重県の糖尿病専門医は現在で



住田先生

も45名と少なく、医師だけで対応するのは不可能でした。そこで、病院の枠を越え県内全域で専門性の高いメディカルスタッフを育成し、チーム医療を実践することが不可欠と考えられるようになりました。そんな中、九州を中心にエリア限定の地域糖尿病療養指導士(CDEL)の資格を認定する活動が始まり、その取り組みにならって、我々も講習会を開始するに至ったのです」(住田先生)

第1回講習会は474名もの参加があり、医師、看護師、栄養士、薬剤師、臨床検査技師など幅広い職種が集結した。糖尿病療養指導に対するメディカルスタッフの関心は一気に高まり、1998年以降は年2回に回数を増やし、現在までの20年間で38回を開

催、延べ6,000名以上が専門的な糖尿病療養指導を学んでいる（【資料1】）。

講習会は休日に開催され、医師だけでなくメディカルスタッフ各職種が講師となり、朝から夕方まで7時間にわたりレクチャーが行われる。「第1回の講習会で474名の方が学ぶ姿を目の当たりにし、メディカルスタッフの関心の高さと熱い思いに驚きました。当時、糖尿病以外にもさまざまな疾病領域で職種ごとの専門認定がスタートし、注目されていましたので、本講習会が将来の認定につながるのではとの期待感があったのかもしれない。

しかし、それ以上に糖尿病の療養指導にかかわりたいという思いが強かったのだと思います。糖尿病は患者自身が努力して生活習慣を変えなければ、病状が改善しない疾患です。スタッフの皆さんが、糖尿病の療養指導を学び、患者さんの行動変容を支援することにより、血糖コントロールが改善した経験を持てば、『患者の治療に直接かかわっている』と強く実感できます。その手応えを求めて、たくさんの方が集まったのでしょ。

講習会も回を重ねるとスタッフの知識の向上がもたらされ、診療の質がレベルアップしたと多くの先生から意見が寄せられます。特にフットケアの普及により、糖尿病の重症患者の下肢切断を経験することも減りました。医師の負担も明らかに軽減されています」（住田先生）

## 2017年に三重県独自のCDEL認定を開始

県内で糖尿病療養指導士育成のための講習会を開始した4年後、2001年に日本糖尿病療養指導士（CDEJ）の認定が始まった。三重県でも多く

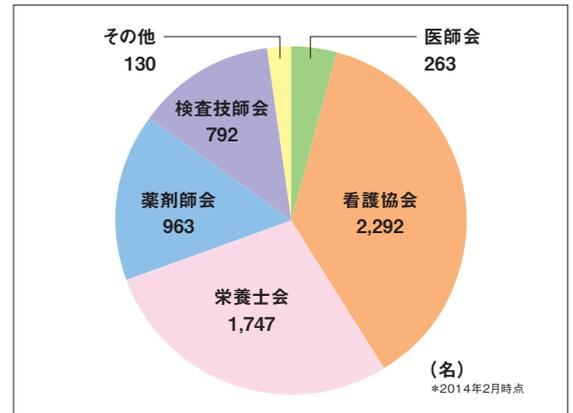
のメディカルスタッフがCDEJに挑戦し、現在267名が認定を受けて活動している。しかし、CDEJは糖尿病の専門医療を提供する医療施設の勤務者に対象が限定されるため、県内全域の糖尿病診療を底上げするには、医療機関や行政機関、保険薬局などでも療養指導の担い手を育成する必要があった。

そこで日本糖尿病協会三重県支部は、2016年度よりCDEL認定を開始し、2017年2月の第1回認定試験では16名が合格。CDEJを対象としたCDEL追加認定に応募した希望者35名と合わせると、合計51名のCDEL認定者が誕生したことになる。「CDEJは受験や更新のハードルが高く、難しいとの声がありましたが、CDELはより多くの方に挑戦してもらえるプログラムなので、糖尿病療養指導の裾野の拡大と専門性の深化につながると思います。CDEL認定の取得は当人が糖尿病療養指導のスタート地点に立つことであり、決してゴールではありません。患者さんのため、三重県全体の糖尿病診療向上のために、広い視野を持った活動を期待しています。また、CDEJには高度な知識と経験を生かし、さらなるリーダーシップの発揮を望みます。CDEJが先頭に立ってCDELとともに学び、ともに活動しながら、新たなCDEL挑戦者が広がっていく——。そんな好循環ができれば、県内全域での糖尿病診療の向上につながるはずですよ」（住田先生）

最後に、三重県の糖尿病診療における今後の課題と取り組みについて

【資料1】

### 「糖尿病療養指導士育成のための講習会」参加者合計と内訳



住田先生に伺った。

「糖尿病患者の高齢化にどう備えるかが重要な課題です。日本糖尿病協会三重県支部では介護事業者を対象とした糖尿病の啓発活動に着手し、本年6月には日本介護支援専門員協会との共催で勉強会を開催しました。現状では、認知症を持ったインスリン投与と患者の介護施設入所後のケアなど、医療と介護が連携して解決しなければならない課題が山積していますので、両者の連携は今後ますます重要になるでしょう。

今後の取り組みに関しては、三重県ではCDELの認定を開始しましたが、認定を受ける、受けないにかかわらず、医療や介護、行政などで活躍する多くの方に講習会に参加いただき、糖尿病療養指導の知識と活動の輪を広げていきたいと思っています」（住田先生）

独立行政法人地域医療機能推進機構  
四日市羽津医療センター

〒510-0016  
三重県四日市市羽津山町10-8  
TEL：059-331-2000

三重大学医学部附属病院糖尿病・内分泌内科  
病院教授

矢野 裕先生

### 医師不足地域での糖尿病重症化予防の 鍵を握る糖尿病療養指導士の活動

近年、三重県では、へき地等の医師不足地域での糖尿病重症化予防が重要な課題となり、地域に根ざした糖尿病療養指導士の育成が不可欠だと矢野先生、古田先生は言う。

「医師不足地域では、特に重症の合併症を有し治療に難渋する糖尿病患者への対応に限界があり、発症早期からの介入により血糖の悪化を防ぎ、合併症の進展を抑制し、重症化しないような治療を行える体制が必要です。そこで、鍵を握るのが糖尿病療養指導士であり、その育成が急務です。専門医の支援によって、地域のメディカルスタッフが糖尿病療養指導士として育成され、糖尿病の予防と治療に対して積極的に介入することで、糖尿病患者の重症化を防ぐことが可能となります。

さらに、県内全域で糖尿病療養指導士が活躍することにより、各地域での糖尿病診療が充実し、治療に難渋する糖尿病患者を減らせる可能性があります」（矢野先生）

「私はへき地医療現場での勤務経験がありますが、専門医のいない病院では、多様な疾病への対応が必要であ



矢野先生

三重大学医学部附属病院糖尿病・内分泌内科  
外来副主任

古田 範子先生

り、どうしても緊急性のある疾患を優先せざるをえません。一方、糖尿病の合併症予防には、患者さんやご家族とじっくり向き合い、行動変容を促すことが重要です。医師不足地域の医師は合併症予防の重大性を認識しつつも、それだけの時間と労力を割くのが困難な状況に置かれていますので、糖尿病療養指導士を交えたチームでの患者支援が欠かせません」（古田先生）

### 正しい情報発信と市民啓発のため 総合情報発信サイトを開設

医師不足地域のみならずポイントになるのが、正しい糖尿病の情報発信と啓発の充実だろう。三重大学では2014年から、三重県の助成事業を活用し、糖尿病のインターネット総合情報発信サイトである「みえ糖尿病サポートねっと」を開設（【資料2】）。2016年3月には、県民公開講座を開催した。

「みえ糖尿病サポートねっとには、糖尿病に関する県内のさまざまな情報が集約されています。

たとえば糖尿病療養指導士向けには研修会やCDEL認定の案内を、患者向けには病院や診療所で行っているイベントや公開講座の情報など、当サイトにアクセスすれば、多くの情報につながっていけるように工夫しました」（古田先生）

さらに、三重大学は糖尿病対策で行政と密な連携体制を構築。古田先生が県の行政職としての勤務を経験し、医療だけでなく介護や福祉、教育に関しても連携の可能性を探る。「2型糖尿病は、たとえ遺伝的な素因

【資料2】

「みえ糖尿病サポートねっと」  
サイトのイメージ



出典：http://mie-dm.net/

がある方でも、食や生活習慣に対する正しい知識を持って、若いころから食生活に注意すれば発症予防をできる可能性があります。

また、行政と連携して、学校教育の中で食育や生活習慣だけでなく、糖尿病に関する正しい知識を発信したり、子育て中のご家族に啓発ができれば、お子さんが将来、糖尿病を発症するリスクを軽減できるかもしれません」（古田先生）

「我々は、糖尿病対策に熱心な栄養士や保健師の方をはじめとする多数の行政職の皆さんと連携しながら活動してきました。

三重大学にとって行政との連携は臨床や研究と並ぶ必須のミッションであり、県や市町と協調しながら糖尿病対策をさらに発展させ、糖尿病患者の発症の予防と重症化の抑制に貢献することが、私たちの重要な役割だと考えています」（矢野先生）

三重大学医学部附属病院

〒514-8507  
三重県津市江戸橋2-174  
TEL：059-232-1111

## ❖ 糖尿病療養指導士の育成で、へき地の糖尿病診療の底上げを



独立行政法人国立病院機構  
三重中央医療センター  
統括診療部内科系診療部長  
田中 剛史先生

三重県は専門医が少なく、山間部を中心に糖尿病診療体制の過疎地域を有しており、その対策として糖尿

病療養指導士の育成を重視してきました。

中でもCDEJに対しては、周囲のメディカルスタッフを指導的立場でリードし、多くの後進を育ててほしいと期待しています。また、新たにCDEL認定が開始されましたので、糖尿病療養指導士の裾野が広がり、へき地の糖尿病診療の底上げにつながるでしょう。

糖尿病性腎症重症化予防プログラムでも、糖尿病療養指導士の役割は重要です。

特に、未受診患者に対する受診勧奨においては、糖尿病の知識を持っ

た保健師の担うところは大きい。しかし、そうした保健師の教育については、市町によって濃淡があるのが現状です。

糖尿病療養指導士の教育プログラムを活用し、すべての市町で、高い専門性を有した行政官を育成していく必要があります。

独立行政法人国立病院機構  
三重中央医療センター

〒514-1101  
三重県津市久居明神町2158-5  
TEL：059-259-1211

## ❖ 約40名のCDEJが専門性を生かし地域での活動を拡大



日本赤十字社伊勢赤十字病院  
糖尿病・代謝内科部長  
村田 和也先生

当院のCDEJは、増減はあるものの常時40名前後が認定を受けて活動しています。

これは医師が強く要請したから行われているのではなく、制度発足当初に認定を受けたCDEJが後進を育て、歴代のメディカルスタッフが自主的に挑戦を続けてきた結果です。彼らは、自らの専門性を生かすことに非常に熱心であり、活躍の場は院

内にとどまりません。

代表的な活動例として、出前形式の勉強会が挙げられます。これは、看護師や管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士などの異なる職種で2、3名のチームをつくり、専門医不在の実地医家などの医療機関を訪問するもので、患者向けの糖尿病教室やメディカルスタッフ対象の勉強会などを行っています。

最近では伊勢湾の離島、神島からの要請を受けてスタッフが出向き、出前形式勉強会を実施するなど、へき地糖尿病医療への貢献も模索しています（【資料3】）。今後は、糖尿病療養指導士の強みを生かし、日本慢性疾患重症化予防学会（JMAP）と

【資料3】

伊勢赤十字病院のメディカルスタッフが  
神島で出前形式勉強会を行った様子



連携して伊勢市周辺での透析予防確立に取り組む予定です。

日本赤十字社伊勢赤十字病院

〒516-8512  
三重県伊勢市船江1-471-2  
TEL：0596-28-2171

# 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、腔カンジダ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 m<sup>2</sup>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。
- 4) 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。
- 5) (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。
- 6) (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、ビッグアニド系薬剤、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、フェニバルブタール、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<sup>®</sup>錠100mg

CANAGLU<sup>®</sup> 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