



メディカルネットワーク

Medical Network

Zoom Up P2

—医療行政最前線—

重症度、医療・看護必要度が
2018年度改定で大きく方向転換の可能性も

7対1と10対1で
重症患者割合の活用方法を
そろえる方向を模索

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

岡山県南西部医療圏(倉敷市) P8

看護師と医療クラークを要とする院内多職種連携で
地域のリウマチ医療の堅固なベースづくりを。

大阪市医療圏(大阪市住吉区) P12

「住吉スタディー」をベースに地域の医師が
糖尿病医療の向上をめざして活動。

京都・乙訓医療圏(京都市西京区) P16

院内の多職種が糖尿病性腎症の透析予防に動き、
地域への働きかけも進めて連携の強化を図る。

愛知県(豊明市周辺) P20

患者のライフステージごとの対応を求められる
糖尿病医療を大学病院と診療所の連携でカバー。

単価を下げる、(2) 10対1の単価を上げる、(3) (1) と (2) の両方を実施する、が考えられます。改定財源との関係もあり現時点で読み切るのは難しいですが、過去の場合にかんがみれば、少なくとも(2)が行われる可能性が高そうです。

重症患者割合の活用方法をそろえるのはどうか

具体的な手法として厚労省は「重症患者割合」に着目しているようです。7対1病棟では、「重症度、医療・看護必要度の評価票にあるABC項目で患者の状態を測定し基準値を満たす患者の割合（重症患者割合）が25%以上でなければならない」といった旨の施設基準が設定されています。一方、10対1病棟では「測定すること」が施設基準として設定され、病棟ごとの重症患者割合に応じて、25～55点の加算（看護必要度加算）で評価されています。

実際の病院における重症患者割合を見ると、10対1病棟では広い分布が見られるのに対し、7対1病棟では「25%以上30%未満」が飛び抜けて多く、ややいびつな分布になっているとわかります（【資料2】）。

中医協の下部組織である診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」では、重症患者割合の活用方法の違いが分布に影響していると指摘し、「指標自体の妥当性や合理性を、十分に検証する必要があります」との見解を固めています。

7対1では、「25%をクリア」することのみが重要で（クリアできなければ7対1の届け出ができなくなる）、重症患者割合を引き上げていくインセンティブが存在しません。一方、10対1では、7対1のような「カットオフ値」（7対1では25

重症度、医療・看護必要度が2018年度改定で大きく方向転換の可能性も

7対1と10対1で

重症患者割合の活用方法をそろえる方向を模索

2018年度の次期診療報酬改定に向けた議論が

中央社会保険医療協議会（以下、中医協）で行われています。

入院医療やDPC制度については下部組織で検討が進み、

具体的な改革後の姿も見え始めてきました。

今回は、▽急性期入院医療、▽地域包括ケア病棟、▽DPC制度——の3つの焦点を絞り込み、改革論議の行方を探ってみましょう。

7対1と10対1で患者像に大きな違いはない

厚生労働省（以下、厚労省）が7対1病棟と10対1病棟とで入院患者の状態を詳しく調べたところ、たとえば▽1日当たり包括出来高点数、▽効率性指数、▽複雑性指数——には、相当程度の重複があるとわかりました（【資料1】）。

複雑性指数においては「10対1病棟のほうが若干高め」という状況です。つまり入院患者像について、7対1と10対1とで明確な

違いがない実態が示されています。

一方で、患者ひとり1日当たりの請求点数、つまり単価を見ると、7対1が5,215点なのに対し、10対1では3,748点（2014年11月10日から12月26日のレセプトをもとに厚労省で分析）と大きな開きがあります。入院患者像には明確な違いがないにもかかわらず、単価に大きな開きがある状況は好ましいとは言えません。そこで2018年度次期診療報酬では、7対1と10対1との単価の格差が是正されていくのではないかと予想されます。手法としては（1）7対1の

%) こそありませんが、重症患者割合に応じた加算が設けられているため「重症患者割合を高めていこう」という意識が醸成されます。

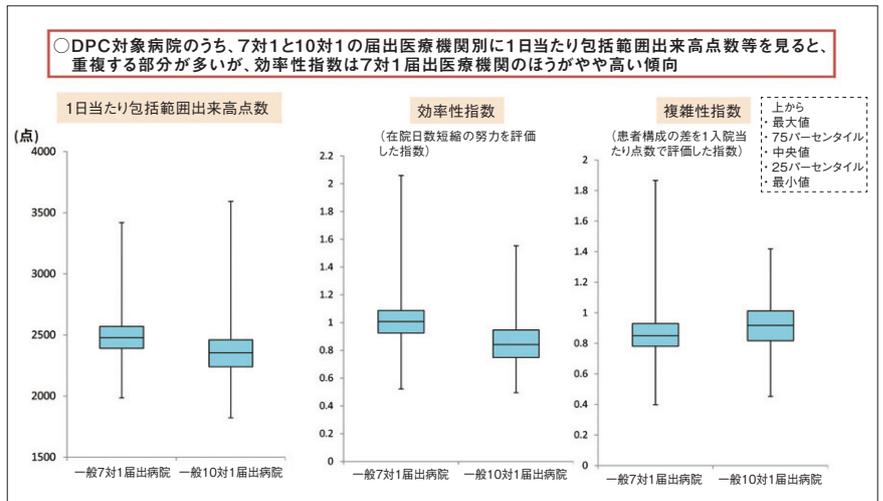
実際に、2018年度改定に向けてどのような見直しが行われるのかについては今後の議論を待つ必要がありますが、筆者は「7対1、10対1のいずれでも最低ラインの施設基準として重症患者割合を用いるとともに加算できめ細かく評価する」方法も考えられると見通しています。たとえば「10対1病棟では施設基準（最低ライン）として、重症患者割合10%以上を設定し、15%以上、17%以上、20%以上などを満たせば各々加算で評価する。7対1病棟では施設基準（最低ライン）として25%以上を設定し、27%以上、30%以上などを満たせば各々加算で評価する」といった設定が考えられるかもしれません。さらにベースとなる入院基本料の調整により「なだらかな点数の階段」を設定できれば7対1から10対1へ円滑な移行も期待されます。

なお現在、重症患者割合は「重症度、医療・看護必要度のABC項目」をもとに計算されますが、現場の負担を考慮し、「診療報酬算定区分」での評価に置き換えられないかが検証されています。

地域包括ケア病棟で 自宅等患者の受け入れ促進

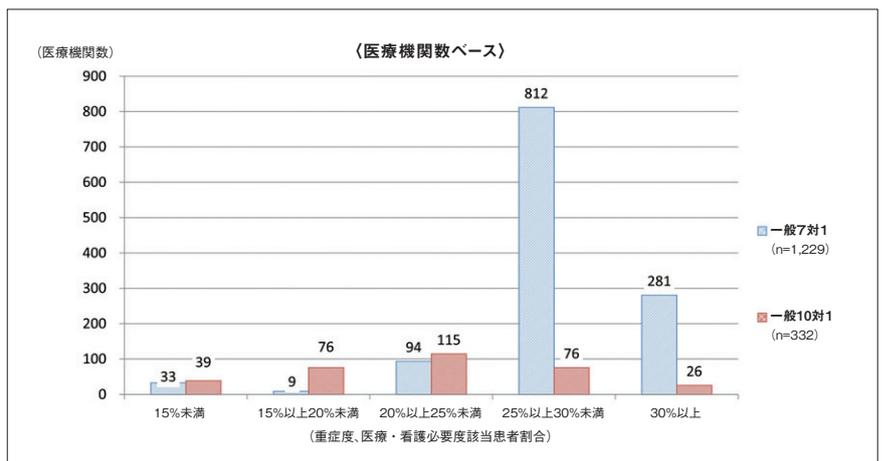
地域包括ケア病棟は、①急性期後患者の受け入れ、②自宅などからの緊急時の受け入れ、③在宅・生活復帰支援の3つの機能を持つ病棟として、2014年度診療報酬改定で新設されました。しかし、厚労省が地域包括ケア病棟入院患者の状況を詳しく調査したところ、▽①の患者が9割を占める病棟が多いが②の患者を一

【資料1】7対1と10対1の患者像比較



出典：厚生労働省中医協総会（2017年3月19日）総-6（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000155341.pdf>）

【資料2】重症患者割合の分布



出典：厚生労働省入院医療等の調査・評価分科会（2017年9月15日）入-1（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000177538.pdf>）

定程度受け入れている病棟もある、▽①の患者と②の患者とを比べると②のほうが状態が不安定な傾向がある——と判明しました。患者の状態を詳しく見てみると、次のような状況が浮かび上がってきています。

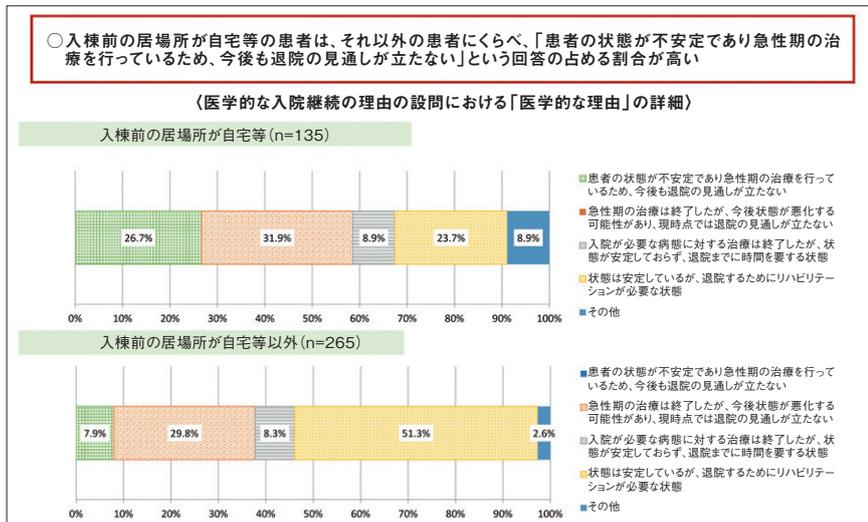
- 状態が不安定で急性期治療を行っているので退院できない患者の割合を見ると、「自宅などからの入院患者」(26.7%)が、「自院の7対1などからの転棟患者」(8.6%)、「他院の7対1などからの転院患者」(3.2%)よりも高い【資料3】
- 患者の医療的な状態を見ると「安

定している」患者の割合は、「自宅などからの入院患者」(67.1%)が、「自院の7対1などからの転棟患者」(76.2%)、「他院の7対1などからの転院患者」(70.7%)より低い

• 医学的な要因以外で退院できない患者の割合を見ると、「自院の7対1などからの転棟患者」(17.3%)が、「他院の7対1などからの転院患者」(10.6%)、「自宅などからの入院患者」(8.2%)より高い

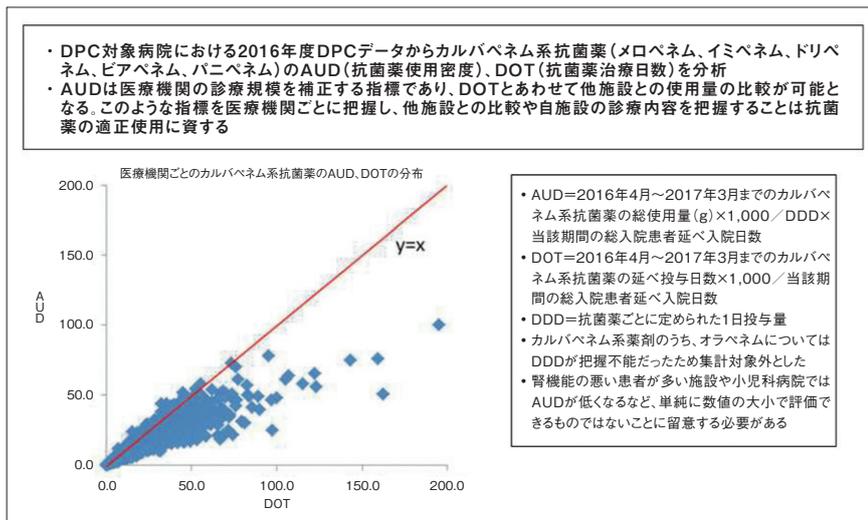
厚労省は具体的な方向性こそ示していないものの、2018年度改定において「②の患者の評価を手厚くし受

【資料3】地域包括ケア病棟入院患者の入院継続の理由



出典：厚生労働省入院医療等の調査・評価分科会(2017年7月21日)入-1 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000171846.pdf>)

【資料4】抗菌薬使用状況の分布



出典：厚生労働省DPC評価分科会(2017年9月28日)D-1参考 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000178842.pdf>)

け入れを促進する」ことを狙っていると考えられます。

さらに具体的な評価手法については、「救急・在宅等支援病床初期加算」の見直しが見込まれます。現行の救急・在宅等支援病床初期加算は▽急性期を担う他院の一般病棟、▽自宅、介護老人保健施設、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、有料老人ホームなど、▽急性期を担う自院の一般病棟——からの患者について14日まで1日当たり150点が入

院料に上乗せされるものです。たとえば算定対象を②の患者に限定し、①の患者での算定を不可とすれば、患者ひとり当たり最大2,100点(21,000円、150点×14日)の格差を設けられます。今後、中医協で具体的な点数設計論議が行われるでしょう。

DPC機能評価係数IIを大幅に見直す

DPC改革については診療報酬調査

専門組織「DPC評価分科会」で議論が進められており、これまでに「3つの医療機関群は維持する(ただし名称の見直しを検討)」、「機能評価係数IIについて大きな見直しを行う」、「暫定調整係数の機能評価係数IIへの置き換え完了にとまない、現在の激変緩和措置は廃止する」といった方針が固められています。

まず機能評価係数IIの見直し方向を確認すると、次のようになっていきます。

〈保険診療指数〉

- 部位不明・詳細不明コードの使用割合について、現在の「20%以上で0.05点減算」を「10%以上で0.05点減算」へと厳格化する

- 未コード化傷病名の使用割合について、現在の「20%以上で0.05点減算」を「2%以上で0.05点減算」へと厳格化する

- 病院情報の公表について、項目の一部見直し(▽DPC別患者数、▽診療科別主要手術別患者数——などで上位3項目の記載を必須とし、5項目まで記載可能とするなど)を行うとともに、「抗菌剤の使用状況を地域単位で比較可能としてはどうか」といった検討を行う(厚生労働省は耐性菌対策の一環として抗菌剤の適正使用を掲げており、地域の状況をDPCデータとして見える化する方向で検討を行っている、【資料4】)

- I群の「指導医療官派遣による加算」を廃止する

- II群の「精神科病床未設定の場合の減算」を廃止する(地域医療係数での評価を検討する)

〈効率性指数〉

- 現時点で大きな見直しは検討されていない

〈複雑性指数〉

- 現時点で大きな見直しは検討されていない

〈カバー率指数〉

・中小規模の専門病院に配慮した特例（最低値を「全体の30パーセント値」とする）について、各指数が独立のものである（専門病院ではカバー率は低くなるが、効率性は上げやすい。総合病院はカバー率は高くなるが、効率性は低くなりがちである）といった点を再確認し、特例を行わないこととする

〈地域医療指数（体制指数）〉

・医療計画の見直しや、評価項目の公平性（現在は、がん医療や脳卒中は2項目で評価されているが、へき地医療は1項目でしか評価されていない、など）を考慮し、次のような見直しを行う。

〔がん〕医療の評価

▶現在の「がん地域連携」と「がん診療連携拠点病院」の2項目を統合し、ひとつの評価項目とする

▶現在のB005-6-2「がん治療連携指導料」は、「他院での計画にもとづく診療」でも算定可能なため急性期入院医療の評価軸として不適切な可能性もあり、評価項目から削除する

▶将来的に「診療ガイドラインにもとづく治療実施割合」などの評価も

検討する

〔脳卒中〕医療の評価

▶現在の「脳卒中地域連携」と「24時間t-PA体制」の2項目を統合し、ひとつの評価項目とする

▶「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」が段階的な評価となるようにする

〔心筋梗塞などの心血管疾患〕医療の評価

▶対象疾患を「心筋梗塞などの心血管疾患」とする（第7次医療計画に沿う）

▶現在の評価軸（PCIなどの実績）に加え「急性大動脈解離の手術実績」も評価軸とする

▶「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」が段階的な評価となるようにする

〔精神疾患〕医療の評価

▶現在の評価軸（A230-3「精神科身体合併症管理加算」、またはA311-3「精神科救急・合併症入院料」の施設基準取得）を維持するが、より重篤な診療実態のある精神科救急・合併症入院料を高く評価する

〔災害時における医療〕の評価

▶現在の「災害時における医療」と

「EMIS参加」の2項目を統合し、ひとつの評価項目とする

▶評価軸として、現在の「災害拠点病院」や「DMAT指定」、「EMIS参加」に加えて「事業継続計画（BCP: Business Continuity Plan）策定」も評価軸とする

▶引き続き、「新型インフルエンザ等対策にかかる指定地方公共機関の指定」の評価軸化を検討する

〈救急医療指数〉

・救急医療管理加算の見直し検討状況（入院医療分科会や中医協総会で議論）を踏まえ、定義の妥当性などを検討する

〈後発医薬品指数〉

・廃止し、「後発医薬品使用体制加算」の中で評価していく（機能評価係数Iとして評価される見込み）

〈重症度指数〉

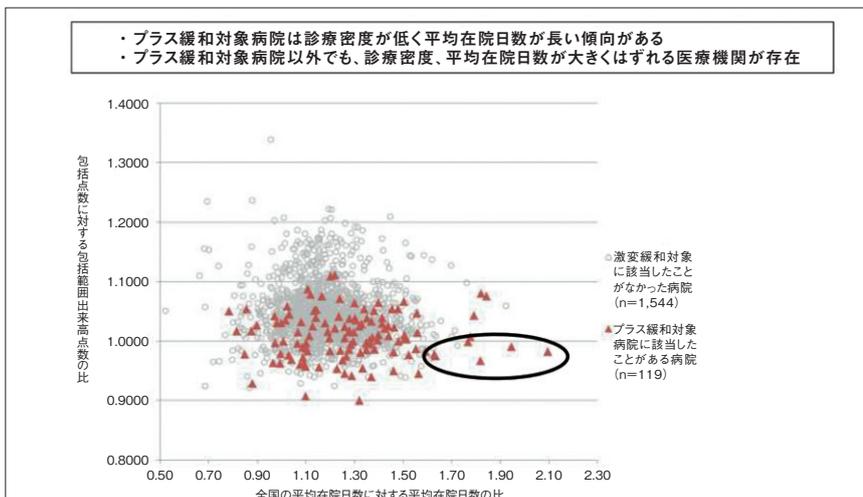
・廃止する

診療密度が低く、在院日数が長い病院はDPCからの退出も

激変緩和措置については、「現在の措置」は廃止されます。

しかし、診療報酬改定の影響を受けて経営が難しくなる病院があるのも事実であり、新たに「改定年度1年限りの激変緩和措置」が新設される見込みです（現在は、2年間の措置）。この点に関連して厚労省は、「診療密度が著しく低く」、「平均在院日数が著しく長い」病院について、「そもそもDPCへの参加が適切なのか」との考えのもと、2018年度改定で「退出基準」を新たに設定する方向で検討を進めています（【資料5】）。

【資料5】診療密度、平均在院日数の分布



出典：厚生労働省DPC評価分科会(2017年9月28日)D-2参考(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000178845.pdf>)



医療ジャーナリスト

鳥海 和輝



医師も罰則つき上限規制の対象に 救急医療提供などをどう確保すべきか

安 倍内閣が進める「働き方改革」の一環で、勤務医も労働者として罰則付きの時間外労働の上限規制などの対象になると決まりました。

具体的な仕組みは次のとおりで、労働基準法の改正が行われます。

- 1ヵ月当たり45時間、1年当たり360時間の上限を違反した場合には罰則を課す
- 労使が合意しても年720時間（月平均60時間）の上限を超えてはならない
- 労使合意による特例の上限を、2ヵ月から6ヵ月の平均で80時間以内、単月で100時間未満、年6回までとする

しかし、医師には応召義務が課せられており、この規制をダイレクトに適用すれば地域医療が立ち行かなくなります。そこで厚生労働省は、「医師の働き方改革に関する検討会」を設置し、規制の特例、労働時間

の短縮策などを議論していくことになっています。たとえば、「勤務医については上限を一定程度引き上げる」ことや、医師に特有とも言える「研究・自己研鑽などに費やす時間を労働時間から除外する」ことなどが検討される可能性があります。

医療現場からは、医療提供の縮小（救急医療の制限など）や、医師の大幅増員をせざるをえなくなるとの声があがっていますが、両者とも実現はきわめて困難です。特に、医療資源の乏しい地域では、医療提供の縮小を行えば患者が路頭に迷ってしまい、一方で、そもそも医療資源が乏しいゆえ医師の増員も困難です。

検討会では、規制の特例などを2019年3月までにまとめ、その稼働は2022年としていますが、どのような結論が出されるのか医療界全体が注目しています。医師偏在対策ともあわせて、我が国の医療提供体制確保に向けた重大な決断が迫られています。

地域包括ケアにおける医療マネジメント 第⑧回

株式会社日本経営 大日方 光明

地域包括ケアにおける外来・在宅医療の連携①



こ れまで本連載では、入院から退院、退所後の介護サービスとの連携に触れてきましたが、今回は外来医療、在宅医療の地域連携について述べます。

外来医療でも入院医療と同様に機能分化が進められています。先般の診療報酬改定で、大学病院などにおける紹介率水準の引き上げや、中小病院、診療所などでの主治医機能の強化が示されましたが、これからも同じような改定がなされていくでしょう。また、在宅医療では24時間対応体制、看取りを踏まえた機能強化が求められており、結果、サービス供給量自体は増加傾向にあります。しかし一方で、サービス供給量には地域差があるので、そうした事情を考慮した現実的な対応策が期待されています。たとえば、遠隔診療や遠隔死亡診断の導入などは重要な論点となるはずですが。

このような流れの中で、医療機関には連携先が提供

している外来サービスや連携する在宅医療がどのようなサービス、連携体制を有しているのかを把握する必要が出てきました。代表例としては、退院後のリハビリテーションにおけるマネジメントが挙げられます。

今後、外来リハビリテーションにおいて所定日数を超えた生活期リハビリテーションは介護保険のリハビリテーション（通所リハビリなど）への移行が予定されていますが、医療機関側は逆紹介先が提供する生活期リハビリテーション体制まで把握できているのでしょうか。単独施設で完結するのか、あるいは複数施設が連携しての提供となるのかなど、患者が適切なサービスを受けられるように体制を確認したうえで紹介を検討すべきです。機能や制度が変化する中で「連携先の医療・介護サービスの連携体制」についての理解も求められています。

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

▶ 糖尿病 グローバルKOLインタビュー 会員限定



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3回] 糖尿病専門医が語る DPP-4 阻害薬と SGLT2 阻害薬への期待

Melanie J. Davies先生(Professor of Diabetes Medicine, University of Leicester and University Hospitals of Leicester NHS Trust)

診療サポート情報

▶ プライマリ・ケア

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。

▶ 薬剤師サポート情報

薬剤師のためのWEB講演会 会員限定

CKDおよび糖尿病性腎症患者への薬物治療のポイント

山本 克己 先生(神戸薬科大学 薬学臨床教育センター 臨床特命教授)

オーダーリング活用による適正な処方調剤

長谷川 功 先生(北海道旅客鉄道株式会社JR札幌病院 薬剤科 薬剤科長)

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7月6日



糖尿病



大阪市医療圏
(大阪市住吉区)

「住吉スタディー」をベースに地域の医師が糖尿病医療の向上をめざして活動。

Point of View

- ① 病院の糖尿病専門医と地域の医師が勉強会や臨床研究を通じて連携
- ② 「糖尿病連携手帳」を連携パスとして活用し、病院と診療所の機能的な併診を実現
- ③ 病診連携によるインスリン導入の有効性を臨床的に証明

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター
糖尿病内分泌内科主任部長

馬屋原 豊先生

権藤診療所
院長

権藤 純先生

医療法人希望会
辻村内科循環器科
院長

辻村 英一郎先生

医療法人武内医院
院長

高山 淳美先生

医療法人河南医院
院長

河南 里江子先生

地域全体の医療レベル向上や臨床研究までめざした勉強会

大阪市南部の住宅街に立地する、大阪急性期・総合医療センター（以下、急性期・総合医療センター）は阪南6区（西成区、阿倍野区、東住吉区、平野区、住之江区、住吉区）の地域医療支援病院でもある。

同院の糖尿病内分泌内科と地域の診療所の医師たちによって立ち上げられた勉強会が、糖尿病における病診連携のベースとなり、さらに糖尿病医療をテーマとする臨床研究を論文にまとめ、学会発表を行うまでになっている。勉強会の名前は「住吉スタディー」（【資料1】）。

急性期・総合医療センター糖尿病

内分泌内科主任部長の馬屋原先生と「住吉スタディー」発足時メンバーで辻村内科循環器科院長の辻村先生に、その成り立ちについて聞いた。「阪南6区の中でも当院のある住吉区は糖尿病を専門的に診る病院がほかになく診療所にも専門医が非常に少ない。そこで当時、大阪府立病院（現・急性期・総合医療センター）

糖尿病代謝内科部長、つまり、私の前任者に当たる鈴木正昭先生（現・大阪府済生会千里病院糖尿病内科部長）が病院と診療所が協力する必要性を感じスタートさせたのが『住吉スタディー』です」（馬屋原先生）
「糖尿病患者をともに診ていくには顔の見える関係をつくるのが肝要だ」という鈴木先生と区内の診療所の



左から馬屋原先生、権藤先生、辻村先生、高山先生、河南先生

先生方との思いがきっかけになりました」(辻村先生)

同じく2002年の立ち上げ時から参加した医師のひとりが、権藤診療所院長の権藤先生。地域で数少ない糖尿病専門医である。

「実は当初、必ずしも糖尿病の地域連携だけをめざしていたわけではありません。まずは、地域の中核病院と診療所の医師とが顔を合わせ、お互いに相談しやすい場を持つという勉強会でした」(権藤先生)

そして、辻村先生が続ける。「とはいえ、単なる仲良しグループで終わるつもりはありませんでした。病院と診療所の医師がともに学び、地域全体の医療レベルを向上させ、臨床研究を行って学会発表もしたい。めざしたのは全国に向けて発信できる活動です」(辻村先生)

辻村先生の専門が循環器内科であるように、糖尿病・内分泌以外の各内科、整形外科、皮膚科など診療所からの参加者の専門は多彩だった。

地域の非専門医は学び育ち 病院は糖尿病教育入院を堅持

こうして始まった「住吉スタディー」だが、メインテーマは誕生時の目的どおり、自然と糖尿病に収斂していく。病院でインスリン導入された患者を診ている診療所で、血糖コントロールなどに苦慮する非専門医が多かったからだ。たとえば、武内

【資料1】

「住吉スタディー」参加施設のマップ



医院院長の高山先生の場合。「私は、内科全般と小児科を診ており、その中に糖尿病の患者さんも少なからずいらっしゃいます。続々と発売される新薬の使い方、患者さんが高齢になられるのに合わせて薬剤をどう変えていけばいいのか。そうした疑問に答えてくれるのが『住吉スタディー』でした」(高山先生)

河南医院院長の河南先生は、2009年の開業時から参加している。「私の専門は呼吸器内科で当初はインスリン導入を手がけるなど考えてもいませんでした。しかし『住吉スタディー』でいろいろな講演を聞き、実際の症例に沿った勉強会で学び、今では大きな問題のある患者さん以外は、自分で判断して自らインスリン導入を行うようになりました」(河南先生)

糖尿病専門医の権藤先生は、急性期・総合医療センターの存在の大きさを話してくれた。

「外来でのインスリン導入はできてもその後、きちんと通院してセルフコントロールができる患者さんばかりとは限りません。そんな患者さんには病院での教育入院をすすめています。病院では合併症の評価をまとめてしてもらえ点もありがたい。『住吉スタディー』で信頼関係が築かれているので、急性期・総合医療センターへの紹介は非常にスムーズにできます」(権藤先生)

急性期・総合医療センター側も、診療所の医師たちの期待に応えようと尽力している。

「急性期病院なので慢性疾患患者の入院は難しくなっています。ただ当院の糖尿病教育入院は半世紀近くの歴史があり意義ある入院ですから、なんとしても継続させていきたいと思っています」(馬屋原先生)



「糖尿病連携手帳」をパスに 病診連携のシステムを構築

【資料2】

病診連携における紹介患者の大阪急性期・総合医療センターでの流れ

「住吉スタディー」をベースにして地域の糖尿病医療の質が向上するとともに診療所から病院への紹介も病院から診療所への逆紹介も増加した。そこに弾みをつけたのが「糖尿病連携手帳」（以下、連携手帳）だ。「大阪府の各地域ではいくつかの糖尿病連携パスが作成されており、2010年にスタートした日本糖尿病協会の連携手帳はそれらを参考につくられたと言われています」（馬屋原先生）

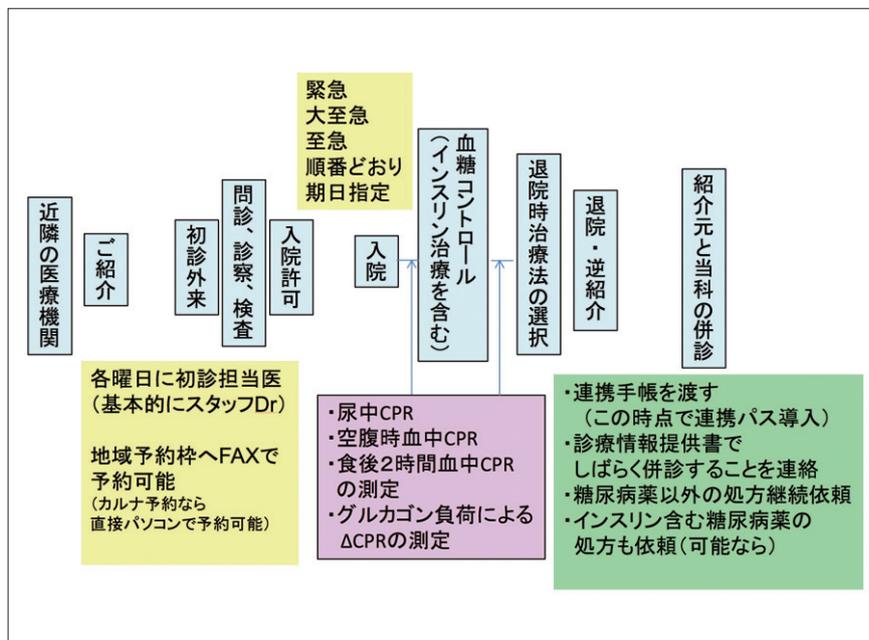
早速、同年から、急性期・総合医療センターの糖尿病内分泌内科では連携手帳をパスとした診療所との連携を図る。

「紹介されて教育入院した患者さんを診療所にお返しする際に必ず連携手帳をお渡しするようにしました。ただ、最初の1年近くは、連携手帳を持って再度、受診してくださる患者さんは皆無の状況で、入院中に私たちが行った治療が正しかったかどうかを検証できず、頭を抱えてしまいました」（馬屋原先生）

しかし問題の解決は、ある意味、非常にシンプルだった。

「和歌山県で熱心に糖尿病の地域連携に取り組まれていた山本康久先生（現・那智勝浦町立温泉病院院長）に倣い、患者さんに連携手帳をお渡しする際、必ず当院の次回予約を取っていただくことにしました」（馬屋原先生）

患者の状態によって、予約は1～3ヵ月後。連携手帳と診療情報提供書で、同院で行った検査結果と治療経過を地域の診療所に伝えて逆紹介する。その後、患者は地域の医師のもとで治療を継続し、数ヵ月以内には再び同院へ。このようにして、患者の状態がきちんと安定するまでは



病院と診療所とで併診するシステムが確立された（【資料2】）。

現在、パスで連携している診療所は、住吉区を中心に阪南6区で約70施設に達している。

インスリン導入の検証で 臨床研究でも結果を出す

連携手帳をパスにした糖尿病の病診連携が順調に稼働し始めた2010年から、辻村先生らが立ち上げ時にめざしていた臨床研究に力が注がれるようになる。そして「住吉スタディー2」の名称で行ってきた「地域病診連携における糖尿病連携手帳を用いたインスリン導入の臨床研究」が結実を迎えた。

インスリン導入後の経過を追い、パスを活用した連携の有効性を検証した研究は、2013年には日本糖尿病学会年次学術集会で報告、2015年には論文にまとめられ急性期・総合医

療センターの医学雑誌に掲載される（【資料3】）^{〔1〕}。インスリン導入は、病院の専門医が行っても診療所の医師が行ってもほとんど遜色なく、むしろその後の量の調節が難しい。長く安定的に良好な血糖コントロールを保つには、病院と診療所との併診が有効であることを、臨床研究を通して実証したのだ。

「最初の処方では病院で行っても、その後の処方は地域のかかりつけの先生にお任せし、微妙な量の調節は再び病院が担う。連携手帳をパスとした病診連携で、これから多くの患者さんを合併症から救えると考えています」（馬屋原先生）

医師同士で培った連携の輪を いずれ地域の多職種にも

「住吉スタディー」は今、参加施設約80までの規模になったそうだ。最後に中心メンバーである先生方が

抱いている課題、また今後の展開について、何を思い、どう考えているのかを語っていただいた。

「私たちの医療、私たちの連携によって、たとえば糖尿病の合併症は減少したのかどうか、数値にきちんと違いが出ているのかどうかを知りたい。そのために日々の診療から得られるデータを提供して、地道に『住吉スタディー』を続けていくつもりです」(辻村先生)

『住吉スタディー』のおかげで、いつでも専門医に相談できる環境を得られたからこそ、患者さんが高齢になっても診てこられたのだと思っています。

ただ、これからは医師だけでなく栄養指導やフットケアなど、多職種の方々との協力が必要になってくるでしょう」(高山先生)

「高齢化が進めば、糖尿病の合併症だけでなく、がんや認知症を併発す

る患者さんはますます増えます。

そうしたときに、患者さんの血糖だけでなく全体をどうマネジメントしていくのか、今後の大きな課題です」(河南先生)

「河南先生のご指摘のとおり糖尿病分野においても高齢の難しい症例が増加するのは確か。これまでの病院の専門医と地域の医師の連携からさらに進めて、介護まで含めた多職種との連携が必須になると思います。

医師以外のスタッフは看護師だけだったり、また、スタッフ教育にまでなかなか手がまわらない診療所も多くあります。しかし、患者さんと接する時間の長いスタッフにこそ糖尿病ケアの知識を持っていただきたい。何かしらの工夫をしないとダメですね」(権藤先生)

『住吉スタディー』によって医師同士の理解や連携は確実に深く強くなったと思います。

これからは、それを発展させ、たとえば病院で活躍する医療スタッフなどが主導して、診療所の各スタッフとの間にしっかりとした関係をつくり、多職種連携へとつなげることが重要でしょう」(馬屋原先生)

スタートから15年を経た「住吉スタディー」は全国に向けた糖尿病医療連携における情報発信を目標に、パワーアップしながら実践と研究を続けていく模様だ。

※参考文献

[1]馬屋原豊、清水彩洋子、藤田洋平、片岡隆太郎、藤木典隆、畑崎聖弘、権藤純、辻村英一郎：住吉スタディー2 地域病診連携における糖尿病連携手帳を用いたインスリン導入の臨床研究、大阪府立急性期・総合医療センター医学雑誌 38(1), 9-12, 2015

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター

〒558-8558
大阪府大阪市住吉区万代東3-1-56
TEL：06-6692-1201

権藤診療所

〒558-0023
大阪府大阪市住吉区山之内2-8-14
TEL：06-6692-3290

医療法人希望会
辻村内科循環器科

〒558-0011
大阪府大阪市住吉区苅田5-15-13 Sビル3F
TEL：06-6606-2525

医療法人武内医院

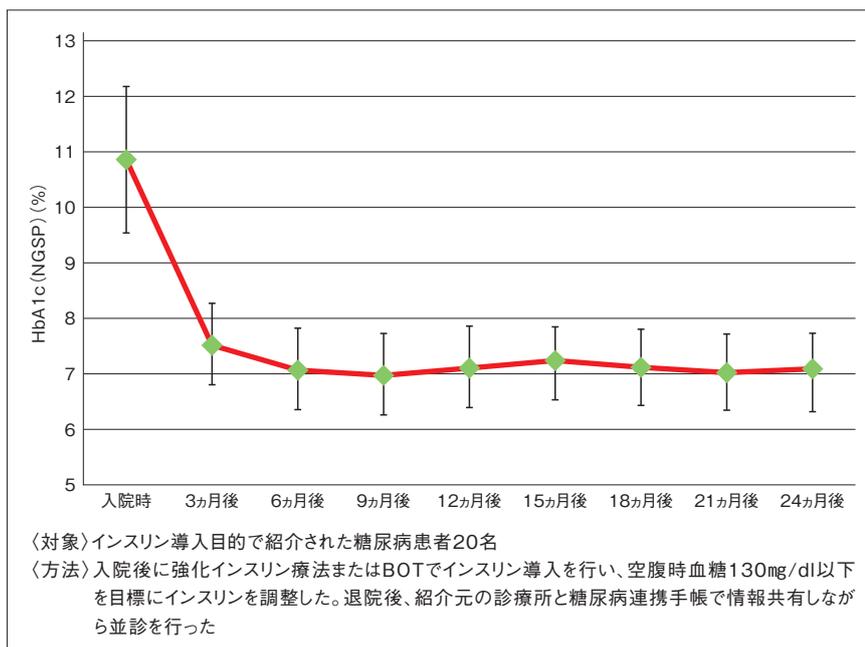
〒558-0023
大阪府大阪市住吉区山之内2-12-5
TEL：06-6691-1817

医療法人河南医院

〒558-0032
大阪府大阪市住吉区遠里小野1-12-9
TEL：06-6691-1322

【資料3】

連携パスを用いた入院インスリン導入患者で
2年以上経過観察できた症例のHbA1c値の推移



取材日：2017年7月10日



院内の多職種が糖尿病性腎症の透析予防に動き、地域への働きかけも進めて連携の強化を図る。

Point of View

- ① 慢性腎臓病 (CKD) の進行抑制を目的に多職種による「チームキドニー」を立ち上げる
- ② 内分泌・糖尿病内科が担う「糖尿病性腎症にしない」と、腎臓内科が担う「透析にしない」の強固な連携を構築
- ③ 「チームキドニー」を母体とする糖尿病性腎症の透析予防ワーキンググループが活動の方向性を決め、実務を担うミッションチームが指導用テキストのバージョンアップなどを行う

社会福祉法人京都社会事業財団
京都桂病院腎臓内科部長
宮田 仁美先生

社会福祉法人京都社会事業財団
京都桂病院内分泌・糖尿病内科部長
長嶋 一昭先生

社会福祉法人京都社会事業財団
京都桂病院医務部薬剤科科長
小林 由佳先生

社会福祉法人京都社会事業財団
京都桂病院栄養科科長代行
川手 由香氏

社会福祉法人京都社会事業財団
京都桂病院看護部
中川 励孝氏

社会福祉法人京都社会事業財団
京都桂病院検査科
小山 賢氏

社会福祉法人京都社会事業財団
京都桂病院リハビリテーション部
西田 毅之氏

社会福祉法人京都社会事業財団
京都桂病院地域医療福祉連携室
岡村 篤志氏

「チームキドニー」の活動は 教育入院の導入からスタート

2015年8月、京都桂病院に「チームキドニー」が立ち上げられた。腎臓を守る、腎臓トータルケアのため

のチームである。

たとえば、慢性腎臓病 (CKD) の進行を遅らせるには、患者自身のセルフケアのあり方が非常に重要とされているが、その教育や指導は医師だけで行えるものではない。CKDの

進行抑制には、多職種による協働が必要と考えてチームキドニーを結成したのが、同院で腎臓内科部長を務める宮田先生だ。

「当院の医療スタッフは非常にモチベーションが高く、それぞれの立場



左から宮田先生、長嶋先生、小林先生、川手氏、中川氏、小山氏、西田氏、岡村氏

で考えたCKDに立ち向かうためのアイデアを持ち寄り、同じ方向に向かえば、きっと患者さんにとって心強い味方になると思ったのです」(宮田先生)

チームキドニーはスタート時、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師、臨床工学技士、医師事務作業補助者の総勢27名で結成される。

そして、最初に取り組んだのが、CKDの教育入院と腎臓病教室の開催だった。

「教育入院のモデル施設となっている滋賀県の近江八幡市立総合医療センターを見学し患者さんへの教育の実際を学び、1週間のプログラムを組んで実施にこぎつけました」(宮田先生)

腎臓病教室は、まずは一般市民向けに開催、その後、腎臓病の重症度に合わせた患者向けの教室も随時、開催している。

「当初チームキドニーは教育入院、教室開催に加えて、Protein Energy Wasting (PEW=腎臓病患者の体タンパクや脂肪が不足している低栄養状態) 対策、地域連携、チーム医療の5つのテーマを軸として活動していました。その中であらためて思ったのが、疾患の進行を止め、透析導入を減少させるためにできるだけ早期に介入する重要性です。

それには、CKDの原因としてもっとも多い糖尿病と向き合う必要があ



「ワーキンググループ」のメンバー (取材時に都合のついた方々)

りました」(宮田先生)

「糖尿病性腎症の予防は内分泌・糖尿病内科の範疇だと、垣根を設けずに連携していきたい」。宮田先生がそう考え、前任の内分泌・糖尿病内科部長が指揮をとって構築した透析予防指導のシステムをより成長させるための牽引役を務めることになったのと時を同じくして、病院から「外来部門に透析予防の組織をつくれぬか」との打診があり、さらに新しい組織が生まれる。

「それが、糖尿病性腎症の透析予防ワーキンググループです。

チームキドニーのメンバーの中から各職種のトップやリーダー的スタッフが集い、CKDに加えて糖尿病についても学び、自分たちができることを真剣に考え、取り組んでいくようになりました」(宮田先生)

内分泌・糖尿病内科と連携して 糖尿病性腎症の透析予防に尽力

糖尿病性腎症の透析予防ワーキンググループの始動は2016年春。活動の手始めは、糖尿病性腎症の予防のためのテキストのバージョンアップだった。

「以前は、当院で透析予防指導にあっていたのは日本糖尿病療養指導士(CDEJ)資格を有するスタッフだけでした。しかし、CDEJの人数はまだ少なく、曜日を限ってしか指導ができなかったのです。それでは来院日によって話を聞ける患者さんと聞けない患者さんが出て不公平。すべての曜日で指導が受けられる体制にするには指導スタッフを増やす必要がありました。

また、誰に指導されても同様に適



慢性腎臓病検査教育入院診療計画書

慢性腎臓病検査教育入院診療計画書		種		入院日-平成 年 月 日						
病状説明: あなたの病名は腎臓病です。入院して腎臓病進行予防のため検査・教育を受けていただきます。		退院基準: 腎臓病の原因を理解する。 腎臓病の合併症を理解する。 腎代替療法を理解する。		主治医: _____ 病棟責任者: _____						
入院目的 ①病状を悪化させている原因を明らかにする ②動脈硬化性疾患を早期に見つける ③慢性腎臓病と療養生活に関する知識を深める	担当看護師: _____ 病棟: _____ 階: _____	入院前外来 / (水)	入院1日目 / (木)	入院2日目 / (金)	入院3日目 / (土)	入院4日目 / (日)	入院5日目 / (月)	入院6日目 / (火)	入院7日目 / (水)	退院後外来
食事 ○常食 ○検査 ○心電図 ○InBody(体成分分析検査) ○脈波伝播速度(血管の硬さを調べる検査)	○常食から制限食 ○採血 ○心臓超音波検査(入院中) ○頸・腎動脈超音波検査(入院中)	○制限食		○採血(塩分) ○AM6時~7時	○InBody(体成分分析検査)					
医師 ○1600-集団指導 P10-17, Q2 (P62-69) P56~P57(場合により2~3日目に実施)	○1600-集団指導 ○味覚試験	○1600-集団指導(入院中の食事)		外泊中の食事記録・写真	○検査結果説明					
栄養士 ○栄養指導(今までの食事)	○1600-集団栄養指導 ○味覚試験	○個人栄養指導(入院中の食事)		外泊中の食事記録・写真	○個人栄養指導(退院後の食事)					
看護師 ○運動療法(病棟看護師により付き添いで病棟5階(AM10時とPM15時)) ○10時~入院オリエンテーション(病棟5階) ○正しい血圧の測り方 ○理解度アンケート ○14時~DVD(P6-11, 14, 15) ○最新検査について(P26-33, 32-35)	○14時~DVD(P16-20) ○高血圧について(P26-27, P34-35, 50-51, Q4)	○14時~DVD(P26-27, P34-35, 50-51, Q4) ○日常生活で気をつけること(P21-27)	○土曜日AM10時よりDVD/DVD後、退院準備のための外泊 ○理解度アンケート ○退院前のまとめ ○14時~DVD	土日外泊 ☆日曜日は15時に帰院していただき自宅での生活の様子を聞かせていただきます	○退院後の療養計画 ○理解度アンケートの最終確認					
透析看護師 ○1600-集団栄養指導	○1600-集団栄養指導	○1600-集団栄養指導		○1600-集団栄養指導	○1600-集団栄養指導					
薬剤師 ○1600-集団栄養指導	○1600-集団栄養指導	○1600-集団栄養指導		○1600-集団栄養指導	○1600-集団栄養指導					
看護師 ○1600-集団栄養指導	○1600-集団栄養指導	○1600-集団栄養指導		○1600-集団栄養指導	○1600-集団栄養指導					
ビデオ学習	※「慢性腎臓病ってどんな病気？」 ※「腎不全の治療選択」	※「CKD注意報」		※「腎臓の働き大研究」	※「かくれ腎臓病、恐怖の連鎖」					

上記内容について説明を受けました。氏名 _____ (署名)

切な内容であるためには、使用していたテキストをより充実させる必要があったのです」(宮田先生)

同ワーキンググループのメンバーが、職種ごとにテキスト見直しに役立つ知識や情報を取りまとめた方向性を決め、実際のテキストのバージョンアップは、現場で患者と接する機会の多いスタッフから成るミッションチームが行った。多職種のスタッフたちの思いが新たなテキストに結実し、今では外来での糖尿病性腎症に不安を抱える患者の教育に欠かせないツールとなっている。

そして、院内での内分泌・糖尿病内科との連携が本格的に進んだのは2017年、しばらく空席だった同科の部長として長嶋先生が着任した時期からだ。「糖尿病専門医の目標は、患者さんのQOLを長く高いレベルで保ち、糖

尿病を抱えていても健康に長生きしてもらおうことです。糖尿病性腎症はQOLを大きく損なう要因ですから、予防のための試みには諸手を挙げて賛同しています」(長嶋先生)

透析導入を減らすには、第一段階として糖尿病性腎症にしない糖尿病医療が、次いで腎症を透析が必要な段階まで進行させない腎臓病医療が必要だ。

同院では、内分泌・糖尿病内科と腎臓内科とがしっかりと連携し、透析にまで及ばないようにする体制が構築されているのである。

糖尿病や腎症の進行抑制のため多職種がそれぞれに動く

テキスト見直しのあとも、糖尿病性腎症の透析予防ワーキンググループの多職種のスタッフたちは、精力

的に意見交換をし、各々に異なるアプローチで糖尿病性腎症の患者と向き合って透析予防に尽くしている。

栄養科科長代行の川手氏が現在、患者や家族への周知に努めているのは、「適塩」だ。

『「塩分を減らし薄味に』』と言えはすぐに『減塩』という言葉が出てくるとは思いますが、おすすめしたいのは『適塩』です。CKDの患者さんには、減塩に対するマイナスイメージが強い方が多いです、真面目な患者さんが極端な減塩の結果、低ナトリウム血症に陥る場合もあります。患者さんには病態や生活に合わせた適量の塩分がそれぞれにあるので、私たちは個々に応じた栄養指導をしています」(川手氏)

教育入院を終えた患者の逆紹介時には、検査と治療の結果にアドバイスを添えて診療所の医師に渡すよう



透析予防ワーキンググループで決められたことを実行に移すミッションチーム

になっている。そこにはもちろん薬剤に関する処方アドバイスの含まれる。医務部薬剤科科長の小林先生は語る。

「糖尿病やCKDの教育入院では、腎機能に合った投与量か、副作用ほどの程度か、飲み込めるサイズや形状か等々きめ細かく薬剤に関する情報を引き出し、それらを医師にフィードバックしています」(小林先生)

入院時には、時間をかけての聞き取りや相談も可能だが、外来では時間が限られる。だからこそ心がけていることがあると看護部の中川氏は言う。

「慢性疾患は特に、入院治療ではなく外来治療の時代ですから、看護師は患者さんの信頼を得て、短時間で必要な情報を聞き取り、最適の支援を見つけるスキルを身につけていなければなりません」(中川氏)

病態の評価という面で欠かせない存在は、臨床検査技師だ。検査科の臨床検査技師、小山氏は次のように話す。

「糖尿病性腎症の早期診断には、尿中微量アルブミンの定期的な測定が大切です。当院では最近、このアルブミンやクレアチニンなどを即時に

分析・測定できる検査装置を導入、当日中に結果をお知らせできるようになりました。

また、各種の検査値を合わせて評価・診断するための計算式を組み込んだソフトも作成しました。患者さんのため、いかに早く正確な検査結果を出すかには常に心を砕いているつもりです」(小山氏)

そして、CKDの進行を抑制し、透析を予防する意味で近年、栄養や生活習慣の指導、薬物療法に加えて注目され始めたのがリハビリテーション。リハビリテーション部の理学療法士、西田氏が現況を解説する。

「ここ10年ほどの間に腎臓リハビリテーションという概念が認められるようになり、運動に腎機能の保護作用があるのではないかとわれわれ始めています。リハビリが予防的なコントロールの役にも立てるのはうれしく思います」(西田氏)

早期からの介入実現のため 地域に向けた働きかけも

多職種の医療スタッフがチームを組み、腎臓内科と内分泌・糖尿病内科が連携し、京都桂病院の院内にお

ける糖尿病性腎症の透析予防のための体制は、今や盤石なものになってきているようだ。となれば次の課題は地域連携のさらなる推進だろう。「当院の立地する京都市西京区ではご開業の先生方の中に糖尿病や腎臓の専門医が、かなり少ないと伺っています。

できるだけ早期での紹介をお願いするためにも、地域の先生方に糖尿病や腎臓病に対する理解を深める機会を多く持っていただけるよう尽力していくつもりです」(長嶋先生)

「地域の診療所との間の紹介、逆紹介の関係をさらに幅広く、また、強固にしていくことは何よりも大切です」と語るのは、地域医療福祉連携室の岡村氏。

「当院の逆紹介率は、全体では160%ときわめて高い水準にあります」(岡村氏)

「ご紹介で受け入れた患者さんは、できる限り地域に戻っていただいています。糖尿病も腎疾患も早期に発見して治療を開始すれば患者さん自身に病気をコントロールするための知識を身につけていただければ、かかりつけの先生にお返しできるのです。そこからは連携の輪の中で、地域の先生方と私たちとで、いっしょに患者さんを見守っていきたいですね」(宮田先生)

宮田先生と多職種のスタッフたちは今後も、糖尿病とCKD、透析を減少させるために努力を惜しまず、あらゆる方策を考え、実行に移していくことだろう。

社会福祉法人京都社会事業財団
京都桂病院

〒615-8256
京都府京都市西京区山田平尾町17
TEL : 075-391-5811

取材日：2017年7月11日



糖尿病

愛知県
(豊明市周辺)

患者のライフステージごとの対応を求められる 糖尿病医療を大学病院と診療所の連携でカバー。

Point of View

- ① 日本糖尿病療養指導士(CDEJ)資格取得促進と課題解決、情報共有のための多職種による「糖尿病ケアサポートチーム(DST)」を大学病院内に結成
- ② 内分泌・代謝内科に「糖尿病ケアサポートセンター」を置き、診療所からの紹介患者などをスムーズに受け入れる「DST外来」をスタート
- ③ 妊娠糖尿病に対し、大学病院の内分泌・代謝内科と産婦人科、地域の産科診療所とが連携して診療

藤田保健衛生大学医学部
内分泌・代謝内科学教授／
藤田保健衛生大学病院
糖尿病ケアサポートセンター長

鈴木 敦詞先生

松山医院院長／
藤田学園同窓会会長

松山 裕宇先生

医療法人葵鐘会
ロイヤルベルクリニック院長

丹羽 慶光先生

学校法人藤田学園
藤田保健衛生大学病院食養部課長

伊藤 明美氏

学校法人藤田学園
藤田保健衛生大学病院看護副主任

吉田 久美氏

多職種カンファレンスから 糖尿病ケアサポートチームへ

「2015年に講座を引き継いだ際、これから糖尿病医療にどう取り組んでいくかを考えて決めたのが『糖尿病ケアサポートチーム(DST)』の立ち上げと、地域への貢献です」と語るのは、藤田保健衛生大学医学部内分泌・代謝内科学教授(藤田保健衛生大学病院糖尿病ケアサポートセンター長)の鈴木先生である。「糖尿病に限らず生活習慣病全般で言えることですが、大学病院のような大規模病院が患者さんに提供できるメリットは多職種が参加するチーム医療と先端医療や大型機器による

検査や治療でしょう」(鈴木先生)

鈴木先生は、「ならば多職種の力を生かしたチーム医療の提供を追求し、糖尿病のケアサポートを核にしたセンターをつくって地域に貢献していこう」と考えたのである。

内分泌・代謝内科において医師と医療スタッフが参加する多職種カン

ファレンスは、鈴木先生の教授昇任前のかかなり早い時期から実施されていた。

「多職種カンファレンスを、単なる症例報告の場で終わらせるのではなく、これをベースに有機的に機能するチームづくりをしてはと思い立ちました」(鈴木先生)



左から鈴木先生、松山先生、丹羽先生、伊藤氏、吉田氏

鈴木先生は講座内で話し合い、その方向性を定める。

「全体としては、具体的な診療の改善につなげるために毎月の検討課題と年間目標を決め、情報共有し、討議しながら課題の解決や目標達成に向け尽力していく、スタッフ個人のレベルでは、日本糖尿病療養指導士(CDEJ)の資格取得をめざす——。

2016年度、こうした方向性のもとに活動するチームをDSTと称して結成しました」(鈴木先生)

DSTは、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士で構成され、症例検討会は、CDEJ認定に必要な「糖尿病療養指導自験例の記録」に当たる「ケースカード」の作成を前提にした形式で行うこととした。

「CDEJの受験申請時には、『糖尿病療養指導自験例の記録』10症例の提出が求められます。認定取得に直結する実践的な症例検討会は、スタッフのモチベーションアップを促すに違いないと考えました。実際、皆が積極的にCDEJに挑戦してくれています」(鈴木先生)

ちなみに、2016年度の年間目標は「フットケアの充実」であった。「フットケアにたずさわるのは看護師ですが、実際のケアには皮膚科など他科の協力が欠かせません。そこで、診療科間の情報共有や協働のため、内分泌・代謝内科、看護部、食養部、薬剤部、臨床検査部、リハビリ

【資料1】

糖尿病ケアサポートセンターの組織

内分泌・代謝内科

糖尿病ケアサポートセンター

DST実務者委員会、
内分泌・代謝内科、
看護部、食養部、
薬剤部、臨床検査部、
リハビリテーション部

Mission: 糖尿病診療体制の質的向上をめざす

リハビリテーション部からの代表者10名で構成される『DST実務者委員会』を設置しました」(鈴木先生)

同委員会が発足して他科との協力関係がより深まった結果、フットケア外来の患者数は、右肩上がりに伸びた。

「単に数が増えただけではなく、患者さんの評判がとても良く、DST初年度の年間目標は達成されたと言っても良いでしょう」(鈴木先生)

「DST外来」で紹介患者をスムーズに受け入れる

院内の糖尿病医療の充実を図る一方、地域と密に連携する施策も進められた。内分泌・代謝内科に当初から思い描いていた「糖尿病ケアサポートセンター」を設置し、DST実務者委員会と協働して、外来診療の改革に着手したのだ(【資料1】)。

以前の内分泌・代謝内科の外来は2診体制でたいへん混雑しており、地域の診療所の医

師からの紹介患者も長く待たせがちだった。

「その問題解決に向け診察室をひとつ増やし、そこを『DST外来』としました。他の2診と同じく当科医師による外来ですが、基本的に再診の診療は行わず、紹介あるいは飛び込みの初診患者や、緊急性の高い症例だけを診ます」(鈴木先生)

外来患者の受診がスムーズになる中、すでに鈴木先生は、DST外来のシステムの改善を構想している。

「地域の診療所の先生方が、患者さんを診て必要だと思うけれども自院ではできない指導や検査の予約を、初診の予約と同時にできるシステムを導入するつもりです。

つまり、診療所の先生方が患者さんを紹介してくださる際、医師の診療とあわせて、栄養指導や持続血糖測定(CGM)、妊婦保健指導をセットで予約できるのです。フットケアを目的に継続的に受診される患者さんのセット予約に関しても何か良い方法がないか検討しています。

こうすることで、患者さんが検査やケアのために当院へ何度も足を運ぶ必要がなくなるとともに、当院の



DSTによるチーム医療が地域の先生方にとって身近なものになると考えます（【資料2】）（鈴木先生）

藤田保健衛生大学病院に多くの患者を紹介してきた松山医院院長の松山先生は述べる。

「私の専門は循環器ですので、血糖コントロールが難しい糖尿病患者は藤田保健衛生大学病院に紹介して診ていただくようにしています。

特に栄養指導などは十分にできませんので、大学病院で指導を受けてもらいたいと思っています。

もし、初回の外来診療と同時に栄養指導も受けられるなら、患者さんが大学病院に行くのはその一度ですみ、患者さんの負担はかなり軽減されます。もっと紹介しやすくなりますね」（松山先生）

DST外来の取り組みを「先進的」と評する松山先生は、さらなる期待も示す。

「糖尿病の非専門医はインスリン指導・管理も含めた服薬指導が手薄になりやすいので、大学病院に紹介し薬剤師のサポートを受けられれば非常にありがたいです」（松山先生）

「地域の診療所、特に非専門医の先生方とは今後、頻繁に話し合う機会を持ち、松山先生からお話のあった薬剤師による服薬指導といったリクエストにもできる限りお応えしていきたいと思っています」（鈴木先生）

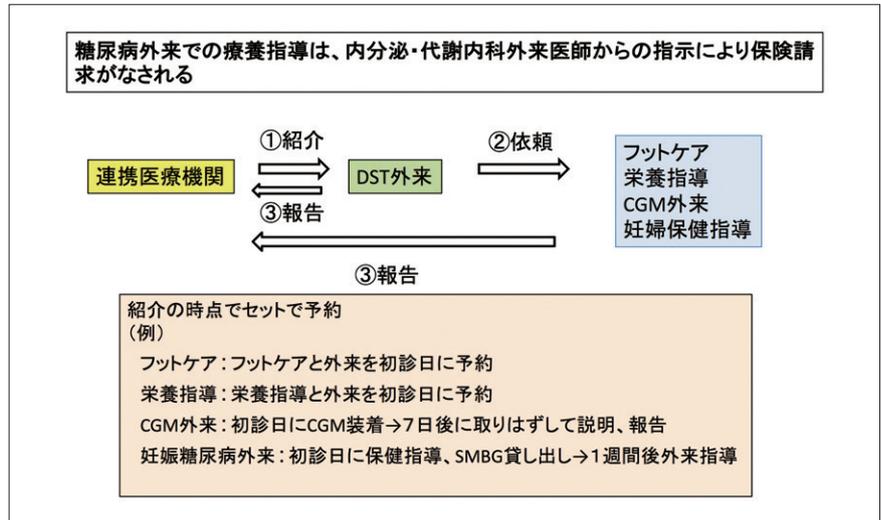
患者の高齢化にともない 多様な指導が必要に

DST実務者委員会のメンバーであり、DST外来の医師とともに地域の診療所の医師からの紹介患者のケアにかかわる医療スタッフは、どのような考えを持っているのだろうか。

藤田保健衛生大学病院の看護副主任で、CDEJでもある吉田氏からは、

【資料2】

藤田保健衛生大学病院外からのDSTへのアクセス



DST外来と医療スタッフたちによる介入のセット予約に関連して提案があった。

「現在の連携ではまだ、医師の診療情報提供書による情報のやり取りが主で、看護サマリーは一部の診療所にしかお渡ししていません。今後、さらに医療スタッフによる介入が増えていくとしたら、その情報を私たち看護師からも、きちんと連携先に引き渡していく仕組みが必要になるでしょう」（吉田氏）

同院食養部課長で管理栄養士の伊藤氏は、患者の高齢化にともなう課題について語る。

「高齢化が進む中、以前のような、『1日にこれとこれを食べる1,600kcalに』といった単純な指導だけでは十分でないケースが増えています。栄養指導の内容に対する患者さんの理解度には、かなりの差があるので、個々に合わせた教え方、伝え方の工夫が必要です」（伊藤氏）

「軽度まで含めると、認知症を併発している方もかなり目立ってきました。ケアを進めるうえで、ご家族の

中でも誰がキーパーソンなのかを見きわめ、ともに患者さんを支えていくノウハウを医療スタッフが探っていくなくてはならないと考えています」（吉田氏）

患者の疾患に対する向き合い方も積極的に治療に取り組む患者もいれば、長期にわたって疾患を放置し病態が悪化してから受診する患者など実にさまざまになっている。

「個人の価値観に合わせたきめ細かい栄養指導の必要性を痛感し、食養部では糖尿病を専門とする管理栄養士の育成を始めました」（伊藤氏）

妊娠糖尿病のリスク管理で 大学病院と地域の産科が協働

藤田保健衛生大学病院を中心とする糖尿病の地域連携において、糖尿病ケアサポートセンターが主導して展開する施策以外に特徴的なのは、妊娠糖尿病に対する取り組み。同院の内分泌・代謝内科と産婦人科とが連携し、地域の産科診療所からの紹介を積極的に受け入れているのだ。

ロイヤルベルクリニック院長の丹羽先生が解説する。

「当院の場合、妊娠前から糖尿病を発症している糖尿病合併妊娠の妊婦さんは全例、藤田保健衛生大学病院の産婦人科に紹介し、出産まで診ていただいています。

また、妊娠中に初めて発見された糖代謝異常、つまり、妊娠糖尿病の方は全例、内分泌・代謝内科に紹介し、まず、食事療法と血糖自己測定(SMBG)の指導をお願いします。その後、軽症なら当院に戻ってはいいただきますが、出産までに何度か症状を大学病院でチェックしてもらう併診体制のもと、当院で出産を迎えています」(丹羽先生)

丹羽先生は、重症度にかかわらず

く、妊娠糖尿病の診断を受けた妊婦の出産後についても考えをめぐらせている。

「妊娠糖尿病を発症した女性が出産後、将来的に2型糖尿病を発症するリスクは、非妊娠糖尿病の女性と比較し7倍以上というデータが出ています。

ただ、当院のような産科診療所が診るのは周産期だけですから、将来にわたる糖尿病のリスク管理まではできません」(丹羽先生)

そこで頼りになるのが藤田保健衛生大学病院内分泌・代謝内科との連携だ。紹介によって同科を一度でも受診した患者に対し、同科では産後3ヵ月後と1年後にフォローアップ検査を実施している(【資料3】)。

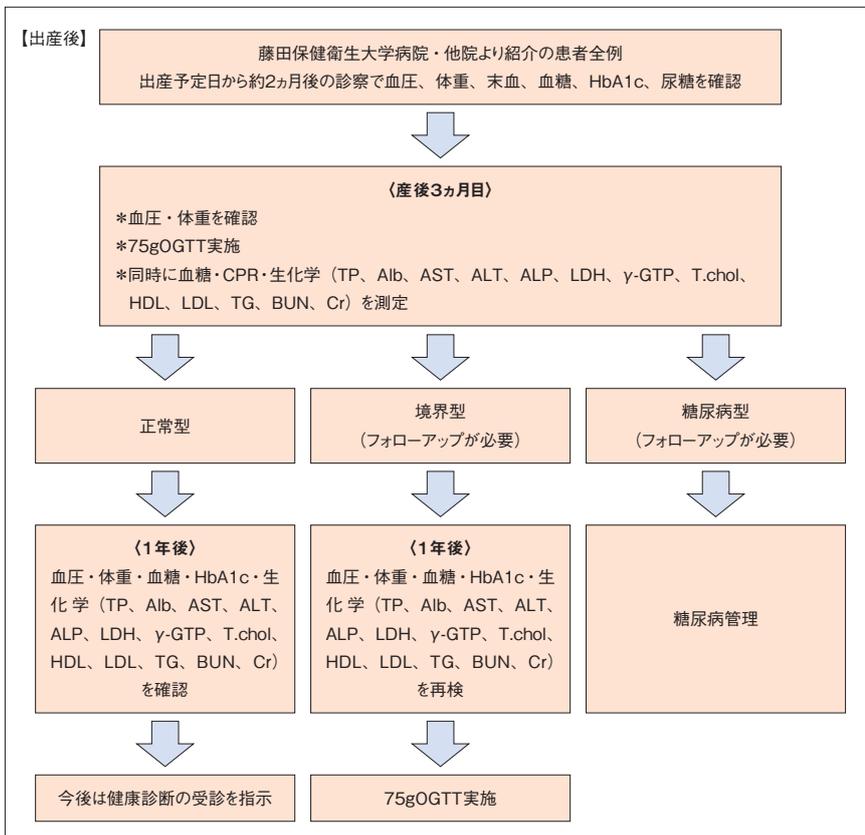
このフォローアップによって、継続的なチェックが必要と診断された患者に丹羽先生は、定期的な大学病院での受診をすすめているという。

「糖尿病は、患者さんのライフステージによって、病態も診療も刻々と変わっていく疾患です。それに対応した医療を行うには、大学病院は重症患者を診るとともに、施設や人的リソース、情報を地域に提供し、診療所の先生方には、それらを活用しつつ早期発見や日常の血糖コントロールを担っていただくといった連携が必須。一緒に地域を守っていくのが理想でしょう」(鈴木先生)

2016年に行った世界糖尿病デー記念イベントや、2017年にスタートした「スキルアップセミナー」など、DST発の提案による院内多職種と地域の医療スタッフや市民に向けた啓発活動も、これからまだまだ増えていく予定だ。藤田保健衛生大学病院内分泌・代謝内科の糖尿病ケアサポートセンターとDSTがリードする連携がこの先どう発展していくか、実に楽しみである。

【資料3】

妊娠糖尿病患者受診時の対応(出産後)



**学校法人藤田学園
藤田保健衛生大学病院**
〒470-1192
愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98
TEL : 0562-93-2111

松山医院
〒458-0831
愛知県名古屋市区鳴海町向田251
TEL : 052-621-0552

**医療法人葵鐘会
ロイヤルベルクリニック**
〒458-0848
愛知県名古屋市区水広1-1715
TEL : 052-879-6660



選択的DPP-4阻害剤 / SGLT2阻害剤 配合剤
—2型糖尿病治療剤—



カナリア[®] 配合錠

CANALIA[®] COMBINATION TABLETS
(テネリグリブチン臭化水素酸塩水和物 / カナグリフロジン水和物配合錠)

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること) 薬価基準収載

新発売

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



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



販売元(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

2017年9月作成