



メディカルネットワーク

Medical Network

アップデート P2

—進化する医療制度—

『高齢者の医薬品適正使用の 指針(総論編)』を策定

多職種連携でポリファーマシーの是正に取り組む

Network

東播磨医療圏 P6

専門性を有するプロフェッショナル集団が、
リウマチや骨粗鬆症に対し高度なチーム医療を。

東京都区西部医療圏 P10

大学病院と地域の専門医、非専門医との連携で
精神医療における多剤大量処方の解決に臨む。

印旛医療圏 P14

腎疾患のすべての段階に対応する腎臓内科を
支える多職種スタッフによるチーム医療。

仙台医療圏 P18

増加する心房細動や心不全に病院と診療所が
それぞれの機能を生かして立ち向かう。

看護師など医療関係者が各々の立場で参照できる医薬品の適正使用情報を充実すべきであること、また、国レベルで各学会の診療ガイドラインなどの取り組みを包括した多剤服用に関する適正使用ガイドラインを作成する必要があることが挙げられています。つまり、老年医学ほか各領域の専門家だけでなく多職種が使える、幅広い情報にもとづくガイドラインの策定が求められたわけです。

指針でポリファーマシーの概念を定義し、解説する

高齢者医薬品適正使用検討会では2018年5月、下部組織であるワーキンググループとともに指針を取りまとめました。指針ではポリファーマシーの概念や多剤服用の現状、薬剤見直しの基本的な考え方、多剤服用時に注意する有害事象、服薬支援、多職種連携の役割などが述べられています。また、具体的な薬剤の一般名と商品名、留意点なども記載されています。

最初に理解しておきたいことはポリファーマシーの概念です。指針では、「ポリファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いことのみではなく、それに関連して薬物有害事象のリスクが増加し、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下などの問題につながる状態」と解説しています。

つまり、何剤以上をポリファーマシーと呼ぶといった基準はなく、患者の病態や生活、環境などによって適正処方とは異なってきます。これらにかんがみ、指針では多剤服用の中でも害をなすものをポリファーマシーと呼ぶとしています。

ただし、薬物有害事象は薬剤数にほぼ比例して増加する点も認識しておく必要があります。指針では、あ

『高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）』を策定

多職種連携でポリファーマシーの是正に取り組む

これまで不適切な多剤投与／多剤服用の対策については、学会レベルでの取り組みのほか、精神科領域を中心に診療報酬上の評価などもなされてきましたが、2018年度にはそれが1歩前進し、新たな段階に入っています。厚生労働省が2018年5月29日、ポリファーマシー（多剤服用の中でも害をなすものを指す）の是正を主な目的とした『高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）』を策定、都道府県などに通知したのです。また、2018年度診療報酬改定では、それを先取りするかたちで、新たな報酬が設けられました。これらの取り組みを理解し、多職種連携でポリファーマシーの是正に対応することが期待されています。

ポリファーマシー是正へ検討会を設置して議論

厚生労働省（以下、厚労省）においては、『高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）』（以下、指針）を策定するにあたり、2017年4月に高齢者医薬品適正使用検討会を設置しました。その背景には、高齢化が進む中で、高齢者における薬物療法の問題が顕在化してきたことがあります。高齢になると多くの傷病を抱えて多剤服用、いわゆるポリファーマシーの状態に陥り、高齢という生理

的な要因や多剤服用による医薬品の副作用の増強、薬物相互作用の発現など種々の問題が発生しやすくなるにもかかわらず、十分な注意喚起がなされていなかったのです。

同検討会では、2017年8月に中間取りまとめを行い、高齢者の多剤服用対策のための新しいガイドライン策定の必要性を指摘しました。

その理由としては、高齢者の薬物動態などを踏まえて、投与量を調整（止めどき、減らしどき）し、多剤服用時の薬物相互作用による副作用の問題を防ぐため、医師、薬剤師、

る総合病院（大学病院）老年病科の入院患者を対象として、服用薬剤数と薬物有害事象の頻度の関係を解析した結果、1～3剤を服用する群とくらべて、6～7剤及びそれ以上の群で薬物有害事象の頻度が有意に増加したとする報告を紹介しています（【資料1】）。

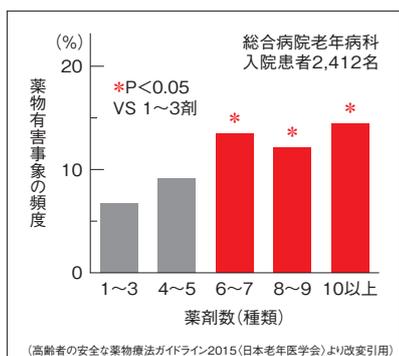
また、厚生省の2016年社会医療診療行為別統計によると、同一の保険薬局で調剤された薬剤種類数（月当たり）は、75歳以上の24.8%が7種類以上、16.3%が5～6種類となっています。ただ、実際には複数の診療科や医療機関を受診して、他の保険薬局で調剤された薬剤が存在している可能性があり、処方薬の全体像は、十分には把握できていません。

そのような状況と問題点を考慮して、指針では、たとえば、かかりつけ医による診療開始時の薬剤処方状況の全体の把握や、保険薬局による一元管理などでポリファーマシーの解消に向かうことが期待されるとしています。

処方見直しのプロセスをフローチャートに

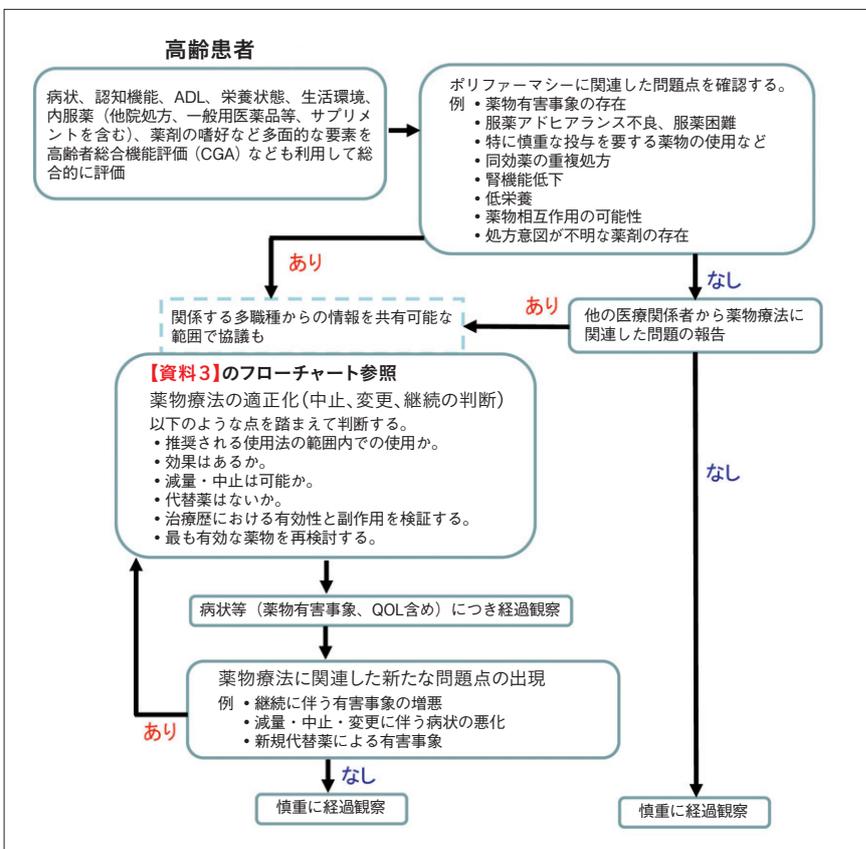
ポリファーマシーの回避や是正には、薬物療法の適正化、処方の見直

【資料1】服用薬剤数と薬物有害事象の頻度



（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015（日本老年医学会）より改変引用）
 出典：厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」について（2018年5月29日）（<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-lyakushokuhinkyoku-Soumuka/0000209384.pdf>）

【資料2】処方見直しのプロセス



出典：厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」について（2018年5月29日）（<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-lyakushokuhinkyoku-Soumuka/0000209384.pdf>）

しが求められます。その具体的な手順について、指針ではフローチャートにまとめています。

まず、患者の外来受診時、あるいは入院時などにおいて、老年医学の分野で比較よく使われている「高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）」などを用い、認知機能や日常生活動作（ADL）、生活環境などを評価し、患者が受診している診療科、医療機関をすべて把握するとともに、使用しているすべての薬剤を把握します（【資料2】）。

その結果、たとえば薬物有害事象の存在など、ポリファーマシーに関連した問題点が確認できれば、薬剤処方の見直しや適正化に向けて検討を進めます（【資料3】）。

ここでは、はじめに処方内容が推奨される使用法の範囲内かどうかを判断します。範囲内であれば効果の有無を見て、範囲外であれば減量や中止が可能かどうかを検討します。減量などが困難であれば代替薬の有無を検討します。代替薬がなかったり、患者の同意が得られない場合には、使用中の薬物も含めてもっとも有効な薬物を再検討し、使用中の薬物を慎重に継続したり、新規薬物に切り替えたりします。

いずれの対応であっても、病状などについて慎重に経過観察を行います（【資料2】）。薬物療法に関連した新たな問題点が出現したら、あらためて薬物療法の見直しに取り組みます（【資料3】）。

この一連の過程で有害事象を早く

発見するには、薬剤師を含む関連職種からの情報提供が有用です。そのような多職種の存在も念頭に入れて今回の指針はつくられています。

アドヒアランスが保てる 処方工夫と服薬支援を

薬物療法の適正化や処方の見直し

では減薬に関心が行きがちですが、高齢者は服薬管理能力の低下などにもない、服薬アドヒアランスも低下するため、指針では、処方の工夫と服薬支援も重視しています。その柱となるのは、▽服用薬剤数を減らすこと、▽剤形の選択、▽用法の単純化、▽調剤の工夫、▽管理方法の工夫、▽処方・調剤の一元管理――

です（【資料4】）。

たとえば、調剤の工夫として一包化が考えられますが、飲みやすく、使いやすい剤形は人によって異なるため、指針では、一包化が必ずしも服薬アドヒアランスを向上させる方法ではないと指摘しています。

多剤投与の適正化のため 新たな診療報酬を設けた

厚労省の側から見ると、多剤投与／多剤服用を適正化する取り組みは主として、診療報酬で誘導するかたちで行われてきました。

2012年度及び2014年度診療報酬改定では、精神科領域において向精神薬などの投与剤数の適正化に対して評価をしました。その後、2016年度診療報酬改定では、高齢者を視野に入れたうえで、入院患者、外来患者に対する減薬の評価として、それぞれ薬剤総合評価調整加算（250点、退院時に1回）、薬剤総合評価調整管理料（250点、月1回に限り）を新設。また、重複投薬・相互作用等防止加算（30点）も新たに設けました。新設の在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（30点）も、趣旨は同様です。

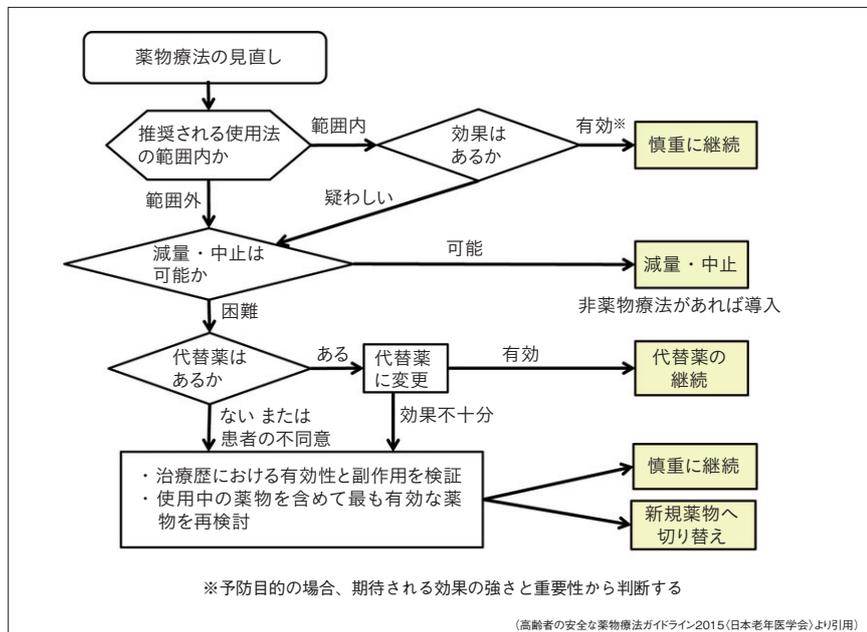
このような流れの中で、2018年度診療報酬改定では、服用薬剤調整支援料（125点）を新設し、重複投薬・相互作用等防止加算については30点、40点の2段階にして実質的に引き上げるなど、保険薬局による処方の適正化の取り組みを積極的に評価した点が特徴となっています。こうした施策の各々の概要は以下のとおりです。

●服用薬剤調整支援料

125点（月1回に限り）

6種類以上の内服薬を当該保険薬

【資料3】薬物療法の適正化のためのフローチャート



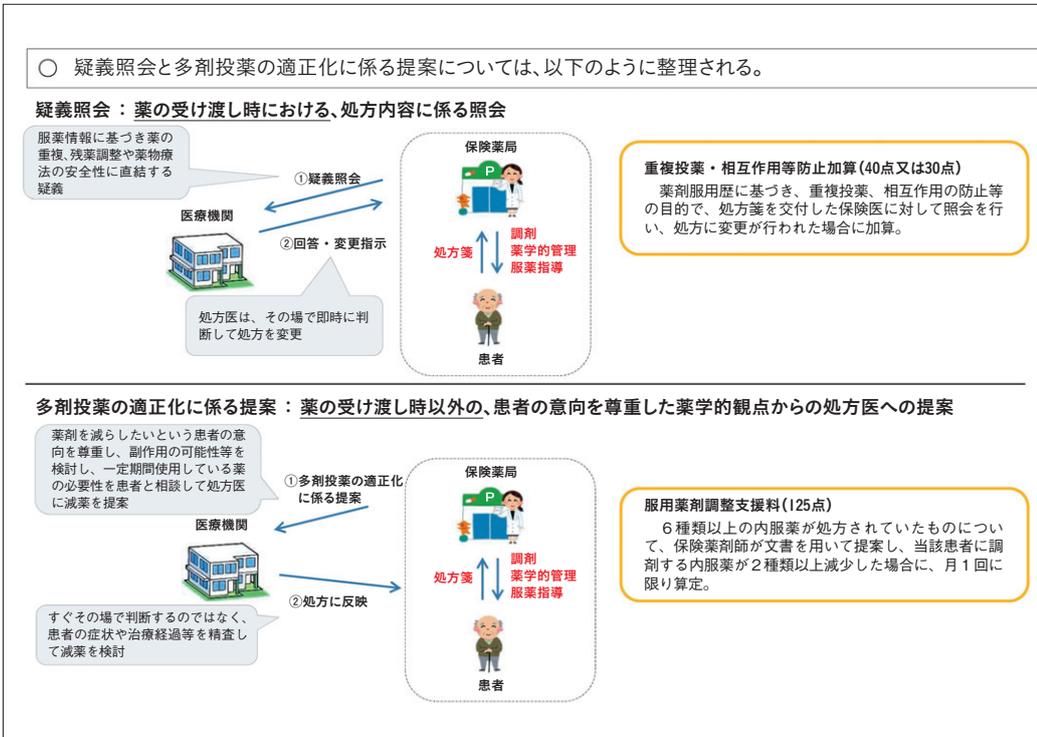
出典：厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）について」（2018年5月29日）（<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-iyakushokuhinkyoku-Soumuka/0000209384.pdf>）

【資料4】処方工夫と服薬支援の主な例

服用薬剤数を減らす	<ul style="list-style-type: none"> ●力価の弱い薬剤を複数使用している場合は、力価の強い薬剤にまとめる ●配合剤の使用 ●対症療法的に使用する薬剤は極力頓用で使用する ●特に慎重な投与を要する薬物のリストの活用
剤形の選択	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の日常生活動作（ADL）の低下に適した剤形を選択する
用法の単純化	<ul style="list-style-type: none"> ●作用時間の短い薬剤よりも長時間作用型の薬剤で服用回数を減らす ●不均等投与を極力避ける ●食前・食後・食間などの服用方法をできるだけまとめる
調剤の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ●一包化 ●服薬セットケースや服薬カレンダーなどの使用 ●剤形選択の活用（貼付剤など） ●患者に適した調剤方法（分包紙にマークをつける、日付をつけるなど） ●嚥下障害患者に対する剤形変更や服用方法（簡易懸濁法、服薬補助ゼリー等）の提案
管理方法の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ●本人管理が難しい場合は家族などの管理しやすい時間に服薬をあわせる
処方・調剤の一元管理	<ul style="list-style-type: none"> ●処方・調剤の一元管理を目指す（お薬手帳等の活用を含む）

出典：厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）について」（2018年5月29日）（<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-iyakushokuhinkyoku-Soumuka/0000209384.pdf>）

【資料5】疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案の違いについて



出典：平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料「平成30年度診療報酬改定の概要(調剤)」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197985.pdf>)

局で調剤している患者に対して、当該保険薬局の保険薬剤師が、患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討したうえで、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合について評価する。当該保険薬局で調剤している内服薬が2種類以上(うち少なくとも1種類は、当該保険薬局の保険薬剤師が提案したものとする)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定する。

- 重複投与・相互作用等防止加算**
- (イ) 残薬調整に係るもの以外の場合：40点
- (ロ) 残薬調整に係るものの場合：30点

薬剤服用歴の記録または患者及び家族等からの情報等にもとづき、重複投与、相互作用の防止等の目的で処方医に対して連絡や確認を行い、

処方の変更が行われた場合に算定する。ただし、複数の項目に該当した場合であっても、重複して算定はできない。

なお、(イ)の「残薬調整に係るもの以外の場合」(40点)とは、①併用薬との重複投与(薬理作用が類似する場合を含む)、②併用薬、飲食物等との相互作用、③そのほか薬学的観点から必要と認める事項について、処方医に対して連絡や確認を行い、処方の変更が行われた場合を指します。

このような薬剤師の対人業務は、残薬調整よりも10点多く評価されるようになっています。

「疑義照会」と「提案」の違いを理解する

この重複投与・相互作用等防止加

算と服用薬剤調整支援料(前述)の制度上の違いも理解しておきましょう(【資料5】)。

重複投与・相互作用等防止加算とは、薬の受け渡し時における疑義照会に対する評価です。疑義照会を受けた処方医は即時に判断します。その結果、処方に変更されれば、保険薬局は同加算を算定できます。

一方、服用薬剤調整支援料は、疑義照会ではなく、薬の受け渡し時以外で、処方医に対して提案するものです。提案を

受けた処方医はすぐに判断するのではなく、十分に時間をとって検討することになります。

2018年度診療報酬改定では、ポリファーマシーという用語こそ使われていないものの、特に、保険薬局側におけるポリファーマシーの是正を評価したものとなっています。2016年度診療報酬改定とあわせると、医療機関、保険薬局それぞれの取り組みが評価されるようになったと言えます。

これらの診療報酬と指針を車の両輪として、多職種の協働と連携で、ポリファーマシーの是正に向けた取り組みが期待されています。なお、高齢者医薬品適正使用検討会では、2018年度中に今回の指針の追補として、外来や在宅医療、慢性期・回復期での入院医療、介護保険施設などでの処方や適正使用について取りまとめることにしています。

Network

Practice of Network

1

取材日：2018年5月17日



リウマチ



東播磨医療圏

専門性を有するプロフェッショナル集団が、 リウマチや骨粗鬆症に対し高度なチーム医療を。

Point of View

- ① 関節リウマチや変形性関節症に対する外科的治療を行う『人工関節センター』で、整形外科医と多職種医療スタッフが専門性の高いチーム医療を行う
- ② 生物学的製剤による治療、手術後のリハビリやケアに関し、多種類のクリニカルパスを活用して継続的にサポートする
- ③ リウマチケアや骨粗鬆症マネージャーの資格を有する医療スタッフがリードして、自助具開発や研究、学会発表などを行う

一般財団法人甲南会甲南加古川病院
整形外科診療部長/リウマチ科診療部長/
人工関節センターセンター長

寺島 康浩先生

一般財団法人甲南会甲南加古川病院
整形外科部長/リウマチ科部長/
人工関節センター副センター長

立石 耕司先生

一般財団法人甲南会甲南加古川病院
整形外科部長/リウマチ科部長/
リハビリテーションセンター長

武部 健先生

一般財団法人甲南会甲南加古川病院
リハビリテーションセンター副技師長
作業療法士

松尾 絹絵氏

一般財団法人甲南会甲南加古川病院看護部
日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師/
骨粗鬆症マネージャー

田方 ころろ氏

一般財団法人甲南会甲南加古川病院
看護部
日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師

押村 亜耶氏

一般財団法人甲南会甲南加古川病院看護部
日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師/
骨粗鬆症マネージャー

濱下 亜紀氏

あらゆる関節の手術ができる 稀有なリウマチ専門医がそろう

甲南加古川病院における関節リウマチ（以下、リウマチ）医療の歴史は長い。前身の国立療養所加古川病院時代から半世紀近くにわたって積極的に取り組み、多くのリウマチ患者を継続診療していたという。2016年に加古川市の基幹病院間の機能分化と再編が進められ、現在は約800名の患者を診ているそうだ。「2016年以降、当院はすべての関節手術に対応できるという特色を有す

る病院として、地域におけるリウマチ医療の一翼を担っています」（寺島先生）

こう語るのは、整形外科診療部長の寺島先生である。

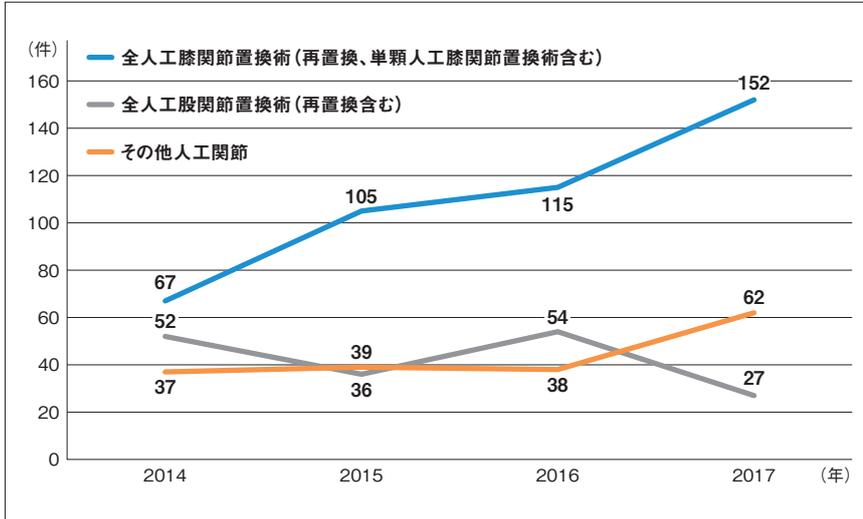
「メトトレキサート（MTX）や、生物学的製剤が使われるようになり、T2T（Treat to Target）の考え方が浸透するにつれ、内科的治療によって寛解にいたるリウマチの症例が



左から寺島先生、武部先生、松尾氏、田方氏、押村氏、濱下氏

【資料1】

甲南加古川病院の人工関節置換術実施件数



出典：2018年7月現在(財)甲南加古川病院手術実績より抜粋

増えてきました。

それにともない、リウマチ関連の手術件数は全体的には減少傾向にあるものの、人工関節置換術の件数はむしろ増えており、リウマチ医療での外科的治療の重要性は減じていません。

当院は、この地域にあってリウマチの診断確定から生物学的製剤を含めた内科的治療、手術、術後のリハビリテーションまで、トータルな治療とケアができる稀有な病院だと自負しています」(寺島先生)

整形外科部長の立石先生が、続けて語る。

「整形外科の中では、リウマチ専門医は少数派で、リウマチ手術をしな

い医師も珍しくありません。ですから、全身のあらゆる関節の手術ができるリウマチ専門医は、きわめて稀少。寺島先生は、そうした医師のひとりとして、私たち次の世代に手術の技術や知識を伝承してくれています」(立石先生)

甲南加古川病院には現在4名のリウマチ専門医が在籍し、寺島先生、立石先生らは、あらゆる関節の手術を手がける。

「当院の高い専門性は患者さんたちによる口コミで伝わり、加古川市や隣接する高砂市を中心に、姫路市、明石市、淡路島、さらに県北部の豊岡市周辺まで、かなり広域から患者さんが来院されます」(寺島先生)

人工関節センターそして
リハビリテーションセンター

2016年に『人工関節センター』が、翌2017年に『リハビリテーションセンター』が開設されてからは、同院のリウマチ医療は、さらに充実していく。

人工関節センターでは、リウマチに限らず、変形性関節症を含めてあらゆる関節の手術を手がけており、2017年には241件の人工関節置換術が実施された(【資料1】)。同センターでの手術は正確で短時間、感染がなく術後の痛みが少ないとの定評を得ているようで、高度な技術を要する両側同時手術も行っている。

「初回の人工関節置換術の症例ではここ数年、感染は0%、疼痛管理も万全に行い、術後経過は良好です。結果、当院ではご高齢のリウマチ患者の手術例が増える傾向にあり、一般的な医療機関での人工関節置換術の患者さんの平均年齢と比較すると10歳近く高くなっています」(寺島先生)

人工関節センターでの手術後、重要な役割を担うのがリハビリテーションセンターだ。整形外科部長、リハビリテーションセンター長の武部先生が解説する。

「患者さんにとっては、手術後が人生のリスタートです。機能回復を目的とする手術をした後、経過をチェックしながら患者さんが日常生活に戻るまでをサポートしていくのが、リハビリテーションセンターの役割です」(武部先生)

基本的な日常生活動作(ADL)はもとより、より複雑で高次な手段的日常生活動作(IADL)をレベルアップさせて退院にもっていくことを同センターはめざしているのだ。「リハビリ室のIADLトレーニング



のスペースは、いわば、自宅の再現です。特に、リウマチの患者さんはそれぞれに病態が異なるため、できること、できないことが違ってきます。各々の患者さんの自宅の環境に近いスペースをつくり、自宅での生活をサポートできるよう心がけています」(武部先生)

外科治療も、内科治療も クリニカルパスで管理

武部先生のリハビリの話を受けてリハビリテーションセンターの松尾氏が、手術症例での周術期クリニカルパスの有効性を話す。「同じ手術後の患者さんでも、変形性関節症とリウマチでは在宅復帰までのプロセスが異なり、当然、リハビリのプログラムも違います。変形性関節症の場合は、手術翌日からリハビリを開始。リウマチも同じですが、他関節の状態や、術後の疾患活

動性を確認しながらのリハビリテーションとなります。また、疾患は同じでも手術した関節が違えば、やはりプログラムは異なります。

そこで当院では、術式ごとにクリニカルパスや患者用パンフレット(【資料2】)を用意。いずれの場合も手術前から、手術直後の急性期をクリニカルパスで、さらに回復期、外来への通院となる生活期まで、目標とするADLやIADLは患者さんごとに個別に設定しながら、途切れることのないリハビリを提供しています」(松尾氏)

クリニカルパスは手術の症例だけでなく、生物学的製剤による治療においても稼働している。看護部の押村氏が説明してくれた。

「生物学的製剤のクリニカルパスは外来から導入時の入院、その後の定期的な投与のための1泊2日入院までをカバーしています」(押村氏)

同院では生物学的製剤の点滴治療

は、導入時はもちろん、必ず入院で行うという。

「感染症やアレルギーなどのリスクを回避するためでもあります。入院していただければ、病棟で時間をもって患者さんと会話しながら情報収集し、一緒に生活の見直しをするなど、丁寧な療養指導が可能になります」(押村氏)

医師とともに医療スタッフも プロ集団のチーム医療を追求

同院のリウマチ医療に関しては、専門資格を有する医療スタッフが多い点も特筆に値するだろう。前出の押村氏が最近、日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師(以下、リウマチケア看護師)を取得した。同じ看護部の田方氏によると、現在、リウマチケア看護師は14名とのこと。「ほかには、日本骨粗鬆症学会が認定する骨粗鬆症マネージャー資格を

持つ医療スタッフもいます。看護師が2名、薬剤師、理学療法士、作業療法士が各1名ずつで院内全体で5名が取得しています。両方の資格を取得している看護師は私を含め2名います」(田方氏)

2018年2月に、骨粗鬆症外来がスタートし、骨粗鬆症マネージャーの活躍の場は、さらに広がったとか。

「骨粗鬆症の大きな要因は加齢ですが、長期間のステロイド服用歴のあるリウマチの患者さんでは、

【資料2】

クリニカルパスと患者用パンフレットの例

全人工膝関節置換術(TKA) クリニカルパス			
氏名	才	性	病棟
日付	月日(曜日)	入院時~	手術前日
手術	手術当日(術前)	手術	手術後
治療方針	<input type="checkbox"/> 手術		
説明(フォーム/コンセント)	<input type="checkbox"/> 手術の必要性 <input type="checkbox"/> 入院療養計画書	<input type="checkbox"/> 手術前の説明 <input type="checkbox"/> 手術承諾書 <input type="checkbox"/> 輸血同意書	<input type="checkbox"/> 手術後
指導(薬剤・栄養他)	<input type="checkbox"/> 入院栄養エネージン <input type="checkbox"/> 病室聴取	<input type="checkbox"/> 術前栄養エネージン	
処置	<input type="checkbox"/> 服薬指導(薬剤師)	<input type="checkbox"/> 術前期指示一式	<input type="checkbox"/> リハビリ指導
検査	<input type="checkbox"/> リハビリバンド装着	<input type="checkbox"/> 必要物品の確認	<input type="checkbox"/> リハビリバンド確認 <input type="checkbox"/> 除菌液(指示) <input type="checkbox"/> 創部ド <input type="checkbox"/> フット
内服	<input type="checkbox"/> 入院時検査 血液、尿、便 心電図、聴診能 X-P・(MRI・CT)	<input type="checkbox"/> 輸血必要時 クロスマッチ	<input type="checkbox"/> 菌性スウェーピング <input type="checkbox"/> 手術前採血(クロス採血のみ時) <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> 血液
薬物	<input type="checkbox"/> 内服薬の確認 <input type="checkbox"/> 中止薬の確認 有・無()	<input type="checkbox"/> 21時以降 内服薬中止	<input type="checkbox"/> 当日朝の内服薬(Dr指示参照)
注・点			<input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 抗生剤点滴(手術前) <input type="checkbox"/> 抗生剤(手術前) <input type="checkbox"/> ステロイドカバー(指示により)
観察(バイタルサイン)	<input type="checkbox"/> バイタルサイン <input type="checkbox"/> 10時・SpO2	<input type="checkbox"/> 2時(10時-19時)	<input type="checkbox"/> 手術後 <input type="checkbox"/> 出血量

患者さま氏名 _____

**膝の手術を
受けられるあなたへ**
(人工膝関節置換術)



※ 内容は患者様により一部異なることがあります。

平成 13 年作成 平成 30 年改訂
甲南加古川病院
1

『全人工膝関節置換術(TKA)クリニカルパス』(抜粋)と患者用パンフレット『膝の手術を受けられるあなたへ』(図内右)

骨粗鬆症や骨折のリスクが高まります。リウマチと骨粗鬆症、この両方を専門的に学び、患者さんに還元することは、これからよりいっそう重要になるでしょう」(田方氏)

田方氏と同様、リウマチケア看護師と骨粗鬆症マネージャーの資格を持つ看護部の濱下氏は、同院のチーム医療について次のように言う。「医師、看護師に加えてリハビリスタッフ、管理栄養士、薬剤師、医療ソーシャルワーカーなど多職種の医療スタッフたちが、チームとして同じ患者さんを診て、同じ目標に向かっていく。その中で、リウマチや骨粗鬆症、人工関節について等々、皆が知識や情報を共有しながら高いレベルの医療をめざしています」(濱下氏)

多職種が同席するカンファレンスの機会も多い。

「術前、術後のカンファレンスには医師だけでなく、多職種が参加します。また、骨粗鬆症マネージャーによるリエゾン会議は月1回、定期開催しています」(松尾氏)

「手術後の経過について検討するリハビリのカンファレンスも、医師、医療スタッフの区別なく関係するメンバーが集まり、毎週行っていますね」(武部先生)

寺島先生は、「当院には発信力の強い医療スタッフたちがおり、さらに、密に連携する多職種チームが稼働しているのです」と笑う。同院のリウマチ専門医たちが、医療スタッフの知識とケアの技量、そして学び続ける姿勢に大きな信頼を置いているのは確かだ。

研究や学会活動で院外へ発信 地域での若手育成にも尽力

「次の課題はアウトリーチ、つまり

院外に向けて手を伸ばしていくことでしょうか」(寺島先生)

寺島先生がまず考えているのは、研究や学会発表だという。これまでも各部署ではそれぞれに調査や研究を行い、医療スタッフによる学会発表も少なくない。

「当院には長期にわたって患者さんをフォローして得られたデータが蓄積されています。それらを存分に生かし、医師や医療スタッフたちが、さらに活発にディスカッションやリサーチを行ってほしいですね」(武部先生)

「そしていずれば、たとえば『リサーチ・カンファレンス at 加古川(仮称)』といったかたちで、研究発表の機会をつくってあげたいと思っています」(寺島先生)

立石先生は、また別のアプローチの仕方で、院外へと手を伸ばしている。

「神戸大学、兵庫医科大学、関西医科大学などの医師たちとともに、出身大学の壁を越えて若手のリウマトロジストを育成しようと話し合い、2017年から年2回の『RAcom』と称する勉強会を立ち上げ、スタートさせました。

加古川市という地域にこだわらず幅広く近畿圏にいる、整形外科医だけでなく内科医の先生方も参加する30~40代の医師たちの集まりです。『RAcom』には、リウマチのコンバインド・ミーティングとの意味が込められています」(立石先生)

次世代育成と同時に、地域の医師たちがつながってリウマチ医療を発展させようとの試みである。

松尾氏にも、すでに具体的なプランがあるようだ。

「当院では、医療スタッフが長期にわたってひとりのリウマチの患者さんを診続けられます。したがって、

たとえば、10年先を見越しての骨粗鬆症リエゾンサービス(OLS)介入も可能ですし、逆に、過去からの長い関係を生かしたオーダーメイドの自助具開発も可能です。ほかの病院のリウマチの患者さんから、『自助具だけつくってもらえませんか』といった声が届くと、私たちが当たり前に行っているサポートの価値を、あらためて認識します。

ですから今後は、地域の市民に向けた啓発活動を行うとともに、地域で働く医療スタッフが情報共有したり、ともに勉強したりできる連携の会を立ち上げたいと考えているところです。地域でリウマチ医療にたずさわる医療スタッフたちが協力し合えば、必ずや、地域全体のリウマチ医療のレベルアップがかなうでしょう」(松尾氏)

「私たちのケアや指導、研究は、すべて患者さんありきです。それを念頭に、院内でも地域でも多くの方々と、より良いコミュニケーションを図っていきたいと思います」(濱下氏)

取材の最後に発せられた寺島先生の言葉もまた、力強い。

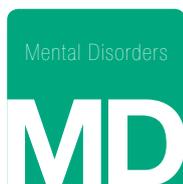
「皆の話を聞いて、今さらながらにリウマチ医療の大切さ、リウマチ医療における整形外科の立ち位置を確固たるものにする必要性を痛感しました。

これからも、医師、医療スタッフ一丸となって、さらに質の高いプロフェッショナル集団のあり方を追求していきます」(寺島先生)

一般財団法人甲南会
甲南加古川病院

〒675-0009
兵庫県加古川市神野町西条1545-1
TEL: 079-438-0621

取材日：2018年5月31日



精神疾患



東京都区西部医療圏

大学病院と地域の専門医、非専門医との連携で精神医療における多剤大量処方への解決に臨む。

Point of View

- ① 大学病院と地域の診療所が多剤大量処方を解消するために必要な連携体制の構築に向け、話し合いや交流の機会を持つ
- ② ひとりの患者をとともに診療しながら情報を共有し、連携しながら薬剤減量を実現
- ③ 専門医、非専門医、そして患者や家族を対象にした精神医療に対する知識の共有を図るための勉強会開催を計画中

東京医科大学精神医学分野
東京医科大学病院メンタルヘルス科
主任教授

井上 猛先生

東京医科大学精神医学分野
東京医科大学病院メンタルヘルス科
准教授

市来 真彦先生

医療法人社団慈泉会
市ヶ谷ひもろぎクリニック
理事長

渡部 芳徳先生

あおきクリニック
院長

青木 正先生

医療法人社団千紀会
吉田クリニック
院長

吉田 克彦先生

多剤大量処方の解決に向け地域医療連携の構築を図る

現代の精神医療の大きな問題のひとつは多剤大量処方だと言われる。医療全般で問題になっている、特に高齢者に対する多剤服用（ポリファーマシー）とは違う意味での深刻さをはらんだ問題だ。その解決には、精神科分野の診療科を有する大規模病院、精神科分野の専門病院、専門診療所、非専門診療所の連携が必須だと考えた東京医科大学病院メンタルヘルス科では、まず紹介・逆紹介の実績のある診療所の医師たちと話し合いの機会を持ち、地域での理想的な連携体制を構築しようと動き始めている（【資料1】）。今回の集ま

りも、そうした一環としての意味合いを持つものだ。

最初に、同科主任教授の井上先生が、同院の立地する新宿区内の連携の現状について説明する。「新宿区内で目立つのは、高齢者の認知症やうつ病、サラリーマンの過労やハラスメントからくる適応障害や不安障害、うつ病などです。かか

りつけの内科診療所の先生方からは高齢患者の紹介が多く、その際には当院の認知症疾患医療センター、高齢診療科、そして私たちメンタルヘルス科が連携・協力しながら診療をしています」（井上先生）

あおきクリニック院長の青木先生は、東京医科大学病院によく患者を紹介すると言う。



左から井上先生、市来先生、渡部先生、青木先生、吉田先生

「新宿区に隣接する中野区東中野で精神科を掲げて開業していますが、中野区でも、高齢のうつ病患者は多く、連携先の東京医科大学病院にはたいへんお世話になっています。うつ病に限らず、難しい症例に関しては、診療中に電話で紹介をお願いします場合もあります」（青木先生）

青木先生が電話で紹介を依頼するのは、東京医科大学病院メンタルヘルス科准教授の市来先生だそうだ。「青木先生とは親しい関係なので迅速な連携ができていますね。ほかに近隣の内科診療所の先生方とも連携をしています。」

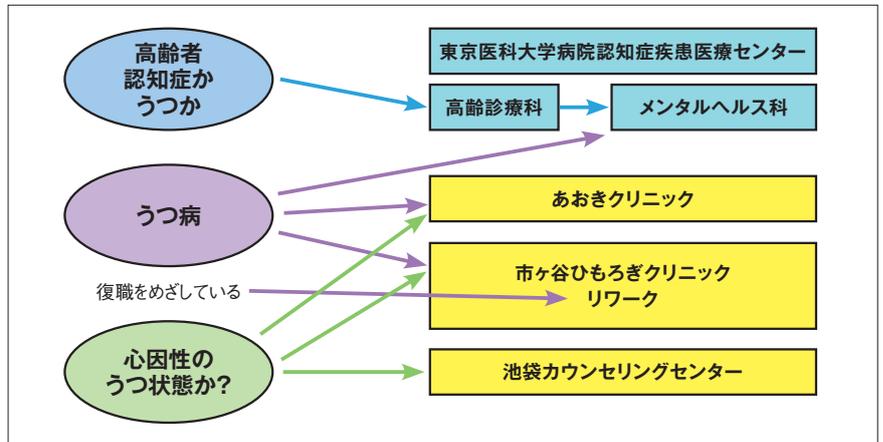
最近の内科の先生方は、不眠やうつを訴える患者さんを積極的に診てくださるのでありがたいのですが、症状が悪化してからの紹介も少なくありません。内科の医師と精神科の医師との交流の機会があれば、もっとスムーズに連携できるようになるのではないかと感じています」（市来先生）

診療所の医師が大学病院への紹介で悩むのはタイミング

青木先生と同じく精神科専門医の市ヶ谷ひろぎクリニック理事長の渡部先生は次のように語る。「当院は、市ヶ谷という交通至便な場所にあるのに加えて、心療内科のほかにも泌尿器科などの身体系診療科も標榜しているので、首都圏の広範

【資料1】

現在の東京医科大学病院と専門診療所の役割の例



出典：井上先生提供資料

困から大勢の患者さんが来院されます。心療内科で多く診ているのは、うつ病や双極性障害など。力を入れているのは、カウンセリングをメインとする診療とリワーク（復職のサポート）です」（渡部先生）

同院では、同じ精神科の診療所からの紹介患者を受け入れる一方で、大学病院に対する患者紹介も行っている。

「当院では、精神科の専門診療所からリワークの依頼と、薬剤減量に取り組んでいるので、多剤大量処方に陥っている患者さんの紹介が増えていますね。一方、当院からのほとんどの紹介先は大学病院で、精神疾患を持ちながら内分泌疾患などの身体疾患のある患者さんと、薬剤減量のための入院治療を要する患者さんなどを診ていただいています。」

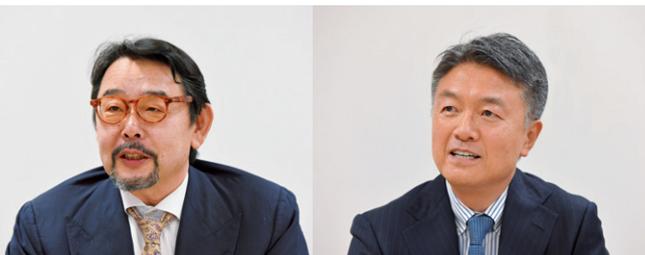
希望を申し上げるならば、紹介先の大学病院に、外来治療だけでは困難な症例に対し、たとえば最大約3ヵ月の入院による薬剤減量プログラムなどで対応

してもらえるシステムがあると、医師も患者さんも安心です」（渡部先生）

精神科の非専門医の先生方は、連携についてどう考えているのだろうか。杉並区の荻窪に立地する、整形外科と内科を標榜する吉田クリニックで院長を務める吉田先生が語る。「杉並区は、さまざまな所得の方が住む地域で、当院には高齢者からその孫の世代まで幅広い年齢層の患者さんがいらっしゃいますが、近年、日々の診療の中で気になるのは、長期にわたって改善の見られない腰痛や、思春期の体調不良による不登校などです。」

背景に身体的な基礎疾患があるのか、あるいはメンタルな問題があるのかを見きわめて、メンタルに関する診療が必要だと判断した場合は、近隣の専門診療所や親しくさせていただいている市来先生に紹介しています。

現在は、精神科分野では診診連携が大勢を占めています。大学病院へは、どの程度の症例なら紹介していいものか悩んでしまってハードルが高いですね。明らかにメンタルの間



題があったとき、どのタイミングで紹介すればいいのかの基準がわかれば紹介しやすいと思います」(吉田先生)

連携がなければ医師同士で最新の情報を共有できない

多剤大量処方を解消するために連携の構築に向け動き出した理由の一部を市来先生が解説する。

「大学病院と診療所の連携が機能していないと患者さんが薬漬けになってしまうリスクが生じます。近年、不安に対しても非常に効果の高いSSRI系の抗うつ薬が出てきていますし、薬に頼らないカウンセリングを中心とする治療方法もあります。しかし、連携関係がないために、そういった情報を診療所の先生が共有できず、ふらつき・転倒や依存による大量化が心配されるベンゾジアゼピン系薬剤を長期にわたって処方しているケースが多々あります」(市来先生)

青木先生からは多剤大量処方の実態が語られた。

「複数の専門診療所、非専門診療所に通院している患者さんにおいては多剤を処方されている事態に医師が気づけないケースがあります。

また、故意に複数の『お薬手帳』と薬局を使い分けて、大量の薬剤を入手する患者さんもいますし、『治らない、治らない』とドクターショッピングを重ねて、結果的に多剤大量処方に陥っている患者さんもいます」(青木先生)

地方での診療経験のある渡部先生は、多剤大量処方には、地域性も関係しているのではないかと話す。

「地域に専門医がひとりしかいなければ、どうしてもひとりよがりな診療に陥りがちになり、最新の診療や

薬剤に関する情報からも遠ざかりやすくなります。同じ医師が長く診療を続けて、いつの間にか多剤大量処方になっている。あるいは、処方をやめるのに困難がともなう三環系抗うつ薬を使い続けている。地方ではそういった問題が起こっている可能性があります。

一方、都市部では紹介先の選択肢は多いのですが、それゆえ考えてい

るうちに紹介するタイミングを逸するようなことが起こりえます」(渡部先生)

「だからこそ、確かな連携が必要なのです。患者さんが、適切なタイミングで適切な治療を受けられる連携と、連携の中で多剤大量処方を解消していくことが、今、求められています」(井上先生)

紹介元の医師とともに薬剤減量に取り組むスタンス

井上先生の言葉を受けて、話題は連携の具体的な部分へと移っていった。吉田先生が問う。

「先ほども申し上げたように、専門医への紹介では適切なタイミングがいちばん悩むところです。大勢の患者さんを診てお忙しい大学病院や専門診療所に、こんな軽症の患者さんを送っていいものかと思ったり、でも、もしかしたら自殺企図のような重症の兆候を見逃しているかもしれないと不安になったり。非専門医で

【資料2】

2018年2月に開催した勉強会の内容

メンタルヘルスネットワーク
～“うつ”をこじらせないための地域連携を考える～

Opening Remarks	東京医科大学病院メンタルヘルス科主任教授 井上 猛 先生
Discussion	司会 あおきクリニック院長 青木 正 先生 東京医科大学病院メンタルヘルス科准教授 市来 真彦 先生

テーマ「かかりつけ医・専門医の連携の在り方」

症例&課題提示 —プライマリーケア医の立場から—
吉田クリニック院長 吉田 克彦 先生

◆ディスカッサー

メンタルクリニック	あおきクリニック院長 青木 正 先生
リワーク	市ヶ谷ひもろぎクリニック理事長 渡部 芳徳 先生
大学病院	東京医科大学病院メンタルヘルス科准教授 市来 真彦 先生

特別講演
『地域における理想的なうつの治療と連携アルゴリズムを考える』
東京医科大学病院メンタルヘルス科主任教授 井上 猛 先生

もわかりやすい、紹介するタイミングの判断基準はありますか？」(吉田先生)

即座に渡部先生と市来先生が答えてくれた。

「たとえば、痛みがあって鎮痛剤だけでは治まらず、不安障害の合併が疑われれば、抗不安薬ではなく、抗うつ薬を単剤で少量使ってみるといいでしょう。それで症状が改善したならメンタルの問題があっても軽症です」(渡部先生)

「あとは、すべての向精神薬を処方するときに必ず限界設定をして、それを患者さんにも事前に宣言しておくことをおすすめします。

ある薬を使い始めるときに『3ヵ月たっても症状が改善しなかったら精神科に行きましょう』とお伝えして、時期が来て改善が見られなければそのとおりに紹介をする、といった感じはどうでしょうか？」(市来先生)

「私のようなかかりつけ医は、抗うつ薬を単剤で少量、それも期間を限

って使ってみる。それで改善があればメンタルの問題はあっても軽症なので、すぐに専門医に紹介しなくてもいい。それでも、もし患者さんが希望するなら、あるいは処方した少量の抗うつ薬で改善が見られないなら専門診療科にお送りする。なるほど、とてもわかりやすいです」(吉田先生)

渡部先生から要望のあった多剤大量処方に陥っている患者に対する薬剤減量プログラムの対応に関しては井上先生が回答する。

「当科ではパスのように決まったプログラムを用いているわけではありませんが、市来先生はかなり先駆的に薬剤減量に取り組んでおられ、診療科をあげて実践しています」(井上先生)

「具体的には、多剤大量処方が疑われる患者さんが紹介されてきたならば、まず、紹介して下さった先生へのお返事に『昔は当たり前のように行われていた多剤大量処方が現在問題になっているのでご注意くださいね』と協力を仰ぐ内容を書き添えます。そして時には薬の処方はそのまま紹介医にお願いして、当科では診立てのみの診療を行い、『そろそろこの薬をこのように減らしてみたらいかがでしょう』というスタイルでお手紙を書いて、次回お薬手帳を見せていただくようにしています」(市来先生)

相互の絶対的な信頼関係が 不可欠な精神医療の連携

診療所の先生方との連携にあたっての心がまえを井上先生が語る。「大学病院と診療所の連携については、私が若いころによく言われた言葉をお手本にしています。『ほかの医療機関の医師を批判しない、でき

る限り仲良くする。それが患者さんのために良いことだ』。

お互いの専門性を尊重し合えなければ良い関係はつくれません」(井上先生)

「連携ではよく『顔の見える関係』が大切だとされますが、精神医療分野では、単に顔と名前が一致する程度の顔見知りではなく、互いの医療に対する考え方や患者さんに対する姿勢、診療体制や薬剤の使い方などまでを知ったうえで、絶対の信頼を置ける関係を築かなければならないと考えています。先述の『一緒に診ていきましょう』も、診療所の先生方とそういった関係をつくるための大切なプロセスです」(市来先生)

診療所との連携のメリットを市来先生が続けて話す。

「吉田先生のような地域のかかりつけの先生方が、真の患者さんの情報を持っているものです。病院の専門医には話さないようなことを診療所の先生や看護師には話していたりする。それらの情報を提供いただければ、患者さんの治療に大いに役立ちます」(市来先生)

「だから、幅広く非専門の先生方も交えた地域の連携体制をつくる必要があります。それには、お互いを知る機会を持たないとはいけませんね」(井上先生)

井上先生は互いを知る機会をつくるのは大学病院の使命と考え、精神医療の知識の共有を図るための勉強会の開催を計画している最中だ。

「顔を合わせて話し合い、いずれ気心の知れた関係に発展させていくには、勉強会(【資料2】)や交流会の開催が有効でしょう。

対象は専門医、非専門医、そして患者さんやご家族と幅広く。すでに認知症疾患医療センターが企画する研究会や講演会では、非専門の先生

方に広く参加を呼びかけ、交流の機会が生まれています」(井上先生)

重ねて大学病院のもうひとつの使命についても言及された。

「市来先生は、研修医をともなって訪問診療を行う取り組みを始めていますが、このような後進の教育も大学病院の重要な役割です。地域での精神医療を身をもって学んだ医師が多教育でば、やがて、大学病院を出て地域での専門的な診療に取り組む者も増えていくでしょう。そうなれば、地域の大学病院と診療所の連携体制は、より強固になっていくはずです」(井上先生)

多剤大量処方などの問題を抱えている精神医療だが、その解決への道筋は確かに見えている。この日の話し合いに参加してくれた医師たちがコアとなって、その道を先導してくれるだろう。

東京医科大学病院

〒160-0023
東京都新宿区西新宿6-7-1
TEL: 03-3342-6111

医療法人社団慈泉会 市ヶ谷ひもろぎクリニック

〒162-0843
東京都新宿区市谷田町2-31-3
市ヶ谷ASUKARAビル2階
TEL: 03-5946-8586

あおきクリニック

〒164-0003
東京都中野区東中野3-8-13
MSR東中野B1階
TEL: 03-5348-2533

医療法人社団千紀会 吉田クリニック

〒167-0043
東京都杉並区上荻1-18-12
春木屋ビル2階
TEL: 03-5347-7300

取材日：2018年6月26日



腎疾患のすべての段階に対応する腎臓内科を支える多職種スタッフによるチーム医療。

Point of View

- ① 医師と診療にたずさわるすべての部署のスタッフが、情報共有と意識統一を図れるように『A4カンファレンス』を開催
- ② 病院全職員の腎疾患に対する意識向上のために腎センターを開設
- ③ 腎疾患において、検尿異常から腎不全保存期、透析期にいたるまでのすべての段階を診療

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院
副院長

鈴木 理志先生

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院
透析センター長兼腎臓内科部長

藤井 隆之先生

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院
透析センター係長／看護師

椎名 由美子氏

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院
病棟係長／看護師

高橋 由起氏

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院
薬剤科係長／薬剤師

飯塚 由佳氏

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院
臨床工学室／臨床工学技士

有田 雅哉氏

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院
リハビリテーション室／理学療法士

山口 智也氏

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院
栄養科／管理栄養士

小倉 文子氏

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院
医療情報管理課

源間 理枝氏

『A4カンファレンス』開催で 医師とスタッフの意識統一を

聖隷佐倉市民病院は、前身である国立佐倉病院時代から、腎疾患に対する取り組みをバージョンアップし

続けてきた。

「1979年、現在地に移転し、リニューアルオープンした国立佐倉病院が腎疾患医療に重点を置いていたことが、そもそもの始まりです」（鈴木先生）

こう語るのは、同院副院長で長年にわたり腎臓内科を率いてきた鈴木先生である。

「1987年からは『腎教育入院』を開始し、腎臓専門医も徐々に増えて一時は7名までになりました。しかし



左から鈴木先生、藤井先生、椎名氏、高橋氏、飯塚氏、有田氏、山口氏、小倉氏、源間氏

2004年、聖隷福祉事業団に経営移譲され現病院となった際、腎臓内科に残ったのは私ひとりでした」（鈴木先生）

だが鈴木先生は、この危機的状況を逆にチャンスと捉えた。

「それまで『違うな』と感じながらも改善できなかったシステム、『やってみよう』と考えながらも機会を得られずにいた新しい試みを、今こそ実現できると思いました」（鈴木先生）

早速2004年3月、腎臓内科のA4病棟から名づけた『A4カンファレンス』をスタートさせる。

「以前は、医師と多職種スタッフが一緒に話し合う機会がなく、診療に関する情報共有も十分ではありませんでした。同じ患者さんに対して医師と看護師とがニュアンスの違う言葉を発すれば、患者さんは困惑するでしょう。そこでまずは、職種間の情報共有と意識統一を図ろうとしたのです。

医師と、診療にたずさわるすべての部署のすべてのスタッフが一堂に会して、A4病棟55床の患者さん一人ひとりについて検討する週1回のA4カンファレンスは、その後約14年半、一度も欠かさず続けられました。現在では、毎回40名前後が参加する多職種合同カンファレンスになっています」（鈴木先生）

さらに2006年には『腎センター』を開設。これは病院全体の腎疾患に

対する意識向上が主な目的だった。「当院の腎センターは、特定のスペースに専従の医師やスタッフを配置した院内組織ではありません。腎疾患を合併する患者さんは、A4病棟だけでなく、糖尿病の病棟や整形外科の病棟など、すべての病棟にいます。ですから、全病棟の腎疾患の患者さんに対して、適切なケアを提供する機能を持つ腎センターを開設しました」（鈴木先生）

2007年に診療ガイドライン『CKD診療ガイド』初版が発行され、非専門医にもCKD（慢性腎臓病）という病名が一般化し始めたのを機に、同院ではCKDコーディネーターと称する院内資格を設け、腎疾患の早期発見を目的に、診療科間、あるいは外来と病棟間の連絡調整の円滑化を図った。しかし、病院全体に腎疾患に対する意識が浸透してきた現在では、その必要性もなくなっているようだ。

2005年から鈴木先生とともに診療にあたってきた腎臓内科部長の藤井先生が言う。

「現在、当科では検尿以上の段階から腎生検を経て腎炎やネフローゼ症候群の診断と治療、腎不全保存期、透析導入そして維持透析と、腎疾患のすべての段階の診療を行っています。ほかの診療科や病棟で見つかった腎疾患を併発している患者さんの場合も、速やかに腎臓内科での診療につなげられるようになってきてい

ます」（藤井先生）

「今後は、以前のCKDコーディネーターよりさらに専門性の高い院内資格の新設も考えています。また、2018年に始まった腎臓病療養指導士制度に関しては、すでに3名が資格を取得。同資格の取得希望者のための研修施設（サポート病院）となっており、さらなる人材育成を進めていきます」（鈴木先生）

CKD教育入院で腎保護のための知識を徹底的に指導

「腎疾患において、検尿異常という最上流から維持透析という最下流までフルで診る体制は当院ならではの。かなり珍しいはずですよ」（鈴木先生）

だからこそ、早期の診断と治療開始の重要性を実感できるのだろう。「検尿異常の段階、あるいは、せめて腎機能が50%の段階で介入できればと思います、疑わしければすぐに紹介をしていただけるよう、地域のかかりつけ医の先生方と何度も話し合いの機会を持ってきましたが、まだまだ不十分です」（鈴木先生）

腎機能低下例の患者について、治療のスタート地点となるのは教育入院。国立佐倉病院の時代から30年以上続き、現在は『CKD教育入院』と呼ばれ、多職種のスタッフで構成されるCKDチームによって実施されている。病棟看護師のリーダーの

ひとりで、病棟係長の高橋氏が語る。

「プログラムは2週間が基本。最初に患者さんの普段の生活に関して聞き、コミュニケーションをとる中で患者さんの性格や趣味、嗜好など



の把握に努め、それぞれに合う指導を探っていきます。そして、それをベースに、医師、病棟看護師、管理栄養士、薬剤師などが入れ替わり立ち替わり、腎臓を保護するためにして良いこと、悪いことを徹底的に指導します」(高橋氏)

管理栄養士の小倉氏は教育入院中から退院後も指導や相談にあたる。「入院中に、タンパク、塩分、カリウムの制限食の必要性を説明、理解してもらえるよう指導し実際に理想的な食事をとっていただきますが、退院後も続けるのは、なかなか難しい。そこで、外来で継続的に指導を行い、病状に合った食事をしているか見守っています」(小倉氏)

透析センターのチームでは患者のQOLを特に大切に

多職種のチームが充実しているのは教育入院に限らず、透析センターでも同様だ。透析センター係長の看護師、椎名氏が話す。

「透析センターでは、定期的に通院している250名余の患者さんと、入院中の透析患者の血液透析の管理のために、看護師、臨床工学技士、事務スタッフなどの多職種が患者さんを中心とするチームとして動いています」(椎名氏)

透析センターのチームが特に大切にしてるのは、患者のQOLだ。「透析治療の段階になると、日常生活は否応なく変わっていき、しかも5年、10年、それ以上の長期にわたって治療は続きます。

そのような環境の中、私たちは、それぞれの患者さんが透析を受けながらも自分らしい生活を送れるよう各職種のスタッフが各々の専門分野からアプローチしつつ、情報共有によってチームでサポートをしていま

す」(椎名氏)

臨床工学技士の有田氏は、透析導入の段階から患者とかわる。

「患者さんに合った治療条件を提案するとともに、導入期の不均衡症候群や、透析が長期にわたるとさまざまなに現れる合併症などに注意しながら、穿刺や透析装置の操作といった作業を行っています。患者さんと直に接する時間は限られていますが、穿刺しながらシャントの状態を確認したり、体調を聞き取るなど、変化に敏感でいようと心がけています」(有田氏)

たとえば、長期の透析患者で状態は安定していても、高齢化で低栄養状態が進むと、治療方法を変える必要が出てくる。

「したがって、医師はもちろん、看護師やデータを管理している事務スタッフ、薬剤師、管理栄養士といったスタッフとの情報共有や協働が必須です」(有田氏)

透析センターでは、有田氏の話に出てきた事務スタッフの役割も大きいという。医療情報管理課の源間氏が、透析センターでの仕事を紹介してくれた。

「透析センターには2名の事務スタッフがおり、各種検査のデータ管理や患者情報全般の管理が主な仕事です。採血、エコーやABI(足関節上腕血圧比)検査、そのほかにも心電図や便検査など、いくつもの検査があります。日によって患者さん一人ひとり違う検査を行っていただくので、検査漏れがないよう声がけ案内をし、検査結果を管理することで、診療が円滑に進むようサポートしています。

また、透析センターで最初に接するのが事務スタッフなので、明るい挨拶を心がけ、患者さんが少しでも気持ち良く治療を受けられるよう対

応しています」(源間氏)

薬剤投与量一覧で処方確認 腎臓リハビリの取り組みも

病棟や透析センターでの多職種チームに属すると同時に、病棟、外来や透析センターの各部署にかかわって動く職種がある。薬剤師や理学療法士、管理栄養士などがそれだ。

薬剤科係長の飯塚氏は、腎疾患の各段階での腎機能に合った薬剤が適切に処方・服用されるべく、薬剤科で尽力する。

「病棟では入院時の持参薬のチェック、外来では腎臓内科以外の診療科からの処方の確認、そして透析では服薬状況の確認から患者さんとのかわりが始まります。

薬剤科内では、10年ほど前から、すべての診療科の患者さんについて腎機能における薬剤投与量一覧表を整備し始めました。処方された薬剤が腎疾患やその治療に影響を与える場合があるからです。現在は薬剤科はもちろんですが、各病棟、そして透析センターに薬剤師が常駐し、業務にあたっています」(飯塚氏)

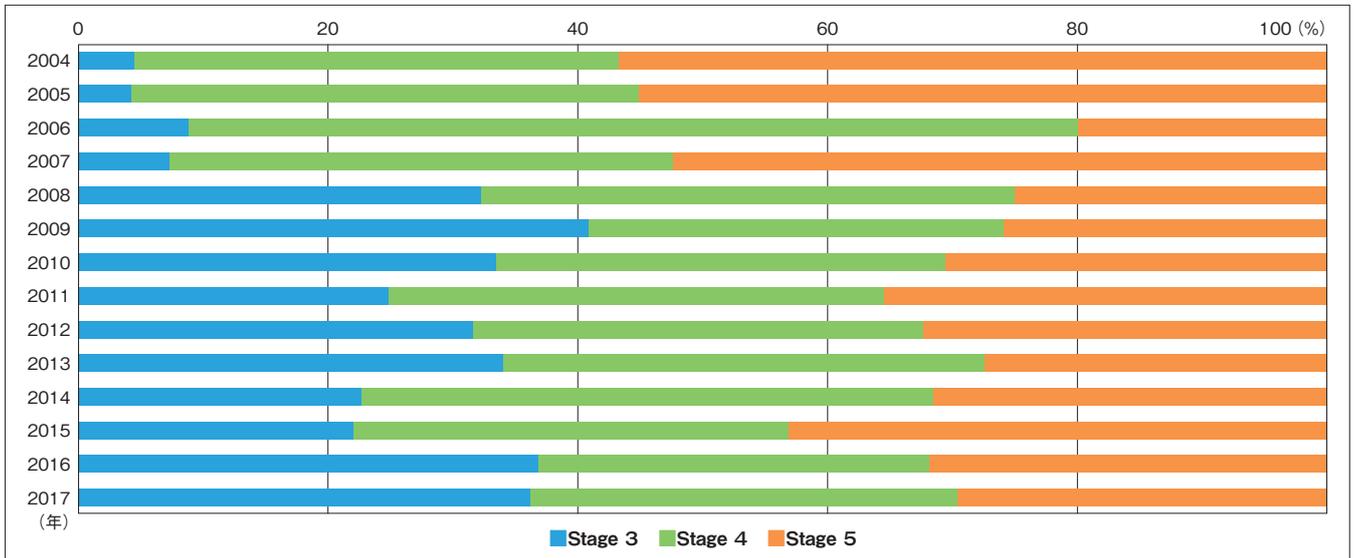
理学療法士の山口氏もCKDチームの一員として、近年、注目されるようになってきた腎臓リハビリテーションに取り組んでいる。

「腎機能の病期に応じ、CKD教育入院(保存期)、透析期、それぞれ運動機能チェックを行い、患者さんごとにホームエクササイズを含め、リハビリテーションが必要かどうかの評価をしています。そして、透析の患者さんに対しては、運動機能の低下を防ぐ目的で、適度の運動を負荷するリハビリテーションを行うケースもあります」(山口氏)

「外来の透析患者は体力の低下により転倒しやすくなり、骨折が増える

【資料】

CKD教育入院時のeGFRの年次推移



出典：鈴木先生提供資料

傾向にあります。QOLの維持や向上のためにも、生命予後を良くするためにも、転倒予防は重要です。そこで、体力の低下を防ぐ運動として透析患者にリハビリテーションを行うようになりました」（藤井先生）

具体的な運動内容を、山口氏が説明してくれた。

「透析をする日は、透析中にベッドに寝たままできる自転車こぎを実施しています。非透析日には、軽い歩行や腿上げ、座ったままできる体操などを指導しています」（山口氏）

多職種チームの総合力を高いレベルで維持する

A4カンファレンス、透析センター、CKD教育入院、腎臓リハビリテーションなど、鈴木先生、藤井先生がリードしてきた腎疾患の多職種によるチーム医療の取り組みは、着実に前進している。たとえばCKD教育入院では、以前より早期の症例の占める割合が増え（【資料】）、教

育入院を経た患者は、腎機能低下の速度が緩やかになっている。

それでも鈴木先生は、いまだチーム医療は未完成だと感じている。「チームのメンバーは職種が異なるうえに、知識や経験、感性、興味、そして意欲も違います。チーム医療に30年以上の歴史があると言っても、メンバーはどんどん変わり、チームの総合力は、その時、その時で大きく変動しますから、高いレベルを常に維持するのは、きわめて困難です」（鈴木先生）

鈴木先生は、いかにしてハイレベルなチーム医療を維持しようとしているのか。

「A4カンファレンスは年々時間が延びて、今では1時間半でも終わらない場合があります。メンバーはプロ意識が高く、職種間で認識の違いが明らかになれば議論が起これ、時間も延びる。けれども多職種チームは違いを理解し合うことで活性化するもの。だとしたら、違いを違いとして認めたくえで、相手にきちんと届

くよう伝える努力をするまでです」（鈴木先生）

チームの成長とチーム医療の成熟について藤井先生が言う。「私は多職種によるチーム医療が好きで、多数のメンバーと一緒に動くことがうれしいのです。患者さんを中心に置く姿勢を見失わず、お互いを認め、高め合いながら、いつか阿吽の呼吸でともに仕事をしたいようになればと期待しています」（藤井先生）

先生方の腎医療や患者に対する熱い思いが、同院のチーム医療を牽引するエネルギーであるのは間違いのない。ならば、これからもチームは立ち止まらず、まだ見ぬ高みに向かって発展していくであろう。

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院

〒285-8765
千葉県佐倉市江原台2-36-2
TEL：043-486-1151

取材日：2018年6月30日



心房細動・心不全



仙台医療圏

増加する心房細動や心不全に病院と診療所がそれぞれの機能を生かして立ち向かう。

Point of View

- ① 地域における心房細動と心不全の治療の現状を把握する
- ② 紹介状のやり取りを重ねて信頼関係を築き、急性期には電話でダイレクトな紹介ができる連携を構築
- ③ 慢性期には病院と地域の診療所がチームとなり、継続的に患者を診療して心疾患や血栓イベントの発生を予防

独立行政法人国立病院機構
仙台医療センター
循環器内科統括診療部長
篠崎 毅先生

医療法人王心会
新田東クリニック
院長
王 文輝先生

はやし内科クリニック
院長
林 克敏先生

独立行政法人国立病院機構
仙台医療センター
循環器内科
山口 展寛先生

心不全と心房細動は関連し 高齢化により急増している

高齢化にともなって、心不全が増加している。本来は感染症の爆発的流行を指すパンデミックという単語を用いて「心不全パンデミック」と表現されるほどだ。そうした中、仙台医療センターの循環器内科統括診

療部長の篠崎先生は、もうひとつのパンデミックを危惧する。「実は、心房細動（AF）も急増しているのです。心不全とAFは関係が深く、心不全がAFを引き起こし、AFが心不全を引き起こします。心不全とAFを発症するリスク因子は同じ（【資料1】）であるために起こる現象です」（篠崎先生）

心不全やAFの多くは、無症状、あるいは軽い動悸や息切れ、ちょっとした疲労を感じる程度の症状から始まるため、地域の診療所で診られることが多い。そこで地域における心不全及びAFの診療の現状と課題を把握すべく、病院と診療所の先生方との話し合いが実現した。

篠崎先生が、まず確かめたかった



左から篠崎先生、王先生、林先生、山口先生

【資料1】

AFと心不全のリスク因子

のは、地域で日々、多くの患者と向き合っている診療所の医師たちの実感だった。

「心不全とAFが、以前より増えていると感じられますか。また、診療の現場で何か気づかれたり、悩まれたりはしていませんか」(篠崎先生)

はやし内科クリニック院長で呼吸器専門医の林先生が答える。

「患者さんの高齢化が進んでいるので、AFの患者さんは多いですね。また、慢性心不全の患者さんを診る機会も確実に増えています。心不全でAFでもある症例は2割くらいだと思います」(林先生)

新田東クリニック院長の王先生は循環器内科専門医だ。

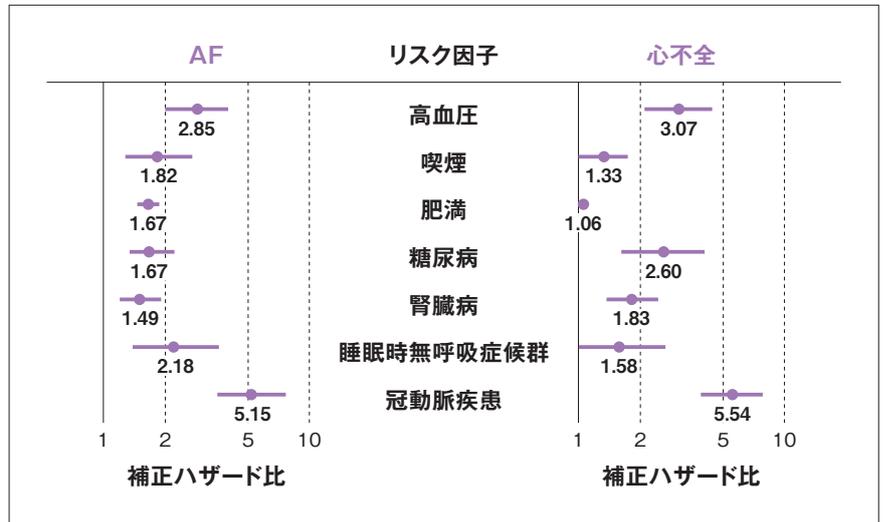
「心不全の患者さんのうち、AFを発症している方が2〜3割はおり、ベースに心不全があるAFは再発しやすく、またベースにAFがある心不全は難治性のケースが多いと感じています」(王先生)

仙台医療センター循環器内科の山口先生が病院での診療の実際について語る。

「当院では、心不全でAFを合併する症例はもっと多く、4割から5割くらいです。これらの症例では心不全のコントロールは難しいので、AF合併例はAFの治療を優先して行っています」(山口先生)

数ある治療方法の選択における難しさの現状と課題

心不全やAFの増加の理由は、高齢化や医療全般の進歩による長寿化にあるとも言われる。心不全やAFのガイドラインも充実し治療の選択肢は近年、格段に増えているが、どちらも根治はできない。したがって一時的に症状が良くなっても、再発する症例も多い。



出典：J Am Coll Cardiol 2014; 64: 710

「AFを洞調律に戻せたとしても、心不全を引き起こしていた患者さんは再びAFを高頻度に発症します」(王先生)

「ただ、AFにより心不全を発症した症例の洞調律を維持できれば、心不全の管理は格段に良好となります。そこで、電気的除細動(DC)を用いてからカテーテルアブレーションで治療する手順でAFをコントロールするのが、当院での基本的な考え方です」(山口先生)

「症状の程度や患者さんの年齢、経済的な負担などを考慮すると、数ある治療方法から何を選択するのか、診療所の先生方は、迷われてはいないのでしょうか」(篠崎先生)

「AFの治療は、リズムコントロール、レートコントロール、血栓症・塞栓症予防のための抗凝固の3つで考えています。自覚症状がなく、いつ発症したのかもわからない場合、すぐにリズムを戻すよりは、まず抗不整脈薬でレートコントロールを図り、CHADS₂スコアで脳梗塞のリスクを評価したうえで、抗凝固薬による治

療を行い、経過を診ていくようにしています」(林先生)

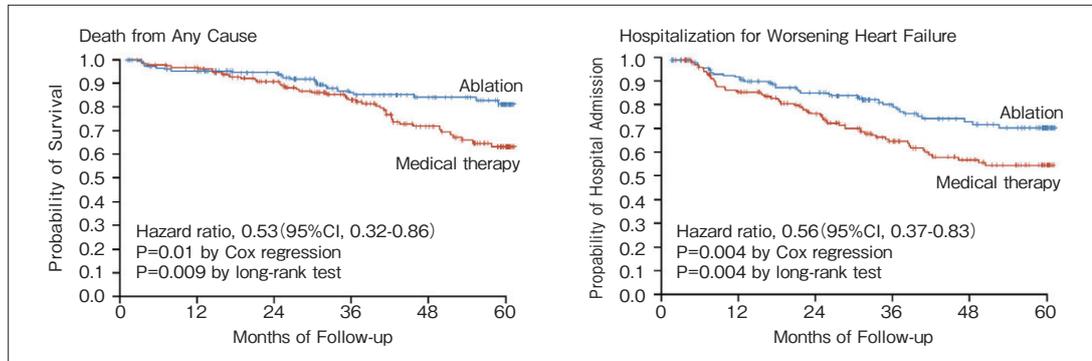
「AFの治療では、お話に出た血栓症・塞栓症予防が大きな課題となりますね。現在は、やはりワルファリン(経口抗凝固薬)ではなく初回からDOAC(新規直接経口抗凝固薬)が使われているのでしょうか？」(篠崎先生)

「AFの患者さんは多様ですし、出血や腎機能低下例でのリスクの上昇があるので、特に高齢の患者さんについては、抗凝固薬の使用を躊躇する場合があります。困ったときには仙台医療センターにご紹介し、評価と治療法を提示していただくようにしています」(林先生)

王先生が、DOACについて別の問題点を指摘する。

「当院では、よほどの合併症がなければ、ほぼDOACを使用しますが、ワルファリンとくらべて経済的な負担は大きくなります。一生、服薬すると、いったいいくらかかるのかと計算し、中には途中でやめてしまう患者さんもいます」(王先生)

AFの治療により心不全の予後が改善



出典：New Eng J Med 2018; 378: 417

「私も、若い患者さんほどDOACの使用に対し、医療費の面からなかなか納得してもらえないと感じています」(篠崎先生)

患者が納得するアプローチを探りつつ早期発見・治療を

AFにもかかわらず、自覚症状がない場合は、抗凝固療法やアブレーションによるリズムコントロールの必要性を患者に認識してもらうのは難しい。

「それは、心不全やAFのリスク因子のひとつである睡眠時無呼吸症候群でも同様でしょう」(篠崎先生)

「睡眠時無呼吸症候群では、患者さんご本人が病気を認識していない場合も多くあり、経鼻的持続陽圧呼吸(CPAP)療法によって、症状改善を感じた後に初めて病気を認識される方もいらっしゃいます」(王先生)
 「治療をしてみても、その必要性やメリットを理解してもらえないわけですね」(篠崎先生)

「高齢の方は特に、自分の症状が本当にAFの症状なのかどうかを判別できない場合が多くあります。DCを使いAFを止めることで、ようやく『すごく楽になった』と気づかれ

たりします」(山口先生)

AFは再発を繰り返しているうちに、しばしば、急激に悪化したり心不全を併発する。

「AFの治療介入の目安のひとつに脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)値があります。数値が高いようならアブレーションをすすめます。ほとんどの症例はDCを用いて一時的に洞調律に復帰させるとBNPは改善します。しかし、AFは再発しますので、やはりアブレーション治療が必要だ」とご説明します。

カテーテルアブレーションによるAF治療は、心不全患者の死亡と入院を減らします(【資料2】)。またAFの診断がついてからアブレーションを行うまでの期間が短いほど、再発が少ないといったデータもあります。心不全を考慮すれば、たとえ無症状だったり症状が軽度だったとしても、AFをきちんと治療すべきだと、患者さんに理解していただくことが大切です」(山口先生)

重要なポイントとなるAFの早期発見には、どのような検査や目配りが必要なのだろうか。内科の全般を幅広く診ている地域の診療所では、AFが疑われる訴えがなければ、すべての患者に心電図やBNP値の検

査を行うのは無理というもの。「当院ではすべての患者さんの脈を触れ、聴診をします。『早いな』、『リズムが乱れている』と判断したならば心電図をとり

ます。時に、携帯型心電計を貸し出して測定してき

てもらったりもします」(王先生)

「患者さんの訴えとして動悸や息苦しさがあるとき、それから私の専門は呼吸器なので、せきを訴える患者さんが多く来院されますので、原因不明のせきの場合にも心不全を合併したAFも念頭に置いて診療にあたっています。

問診と、目に見える症状だけではAFを見つけるのは難しいですが、それでも脈診や聴診を欠かさないう心がけています」(林先生)

「診療所の先生方は、きちんと脈をとられるのですね。病院の医師は理学所見の診察をおろそかにしがちです。すぐに検査にまわして脈をとらない場面も多々あります。大いに反省しないとイケません。脈診はAFの診断において、もっとも重要です」(篠崎先生)

地域の病診連携においては逆紹介のタイミングが課題

診療所でAFが発見され、あるいは、その疑いがあって病院に紹介されたとき、病診連携のあり方が問われる。

「心不全やAFの治療は画一的なものではなく、ケースバイケースです。

そのうえ、パンデミックにたとえられるほど患者さんは増えてきています。ご紹介いただいた患者さんのすべてを病院が診療し続けるのは不可能です。

そこで、現在の病診連携の状況と課題に関し、ご開業の先生方のご意見をうかがいたいと思います」(篠崎先生)

「当院は、循環器の専門診療所ではないので、心エコーなどでの詳しい検査ができず、心電図異常については診断をつけられない症例が出てきます。

そうしたときには、仙台医療センターの先生方に診察いただいており、本当に感謝しています。『診察所見、検査結果からこのように診断し、このような治療方針をすすめます』というお手紙とともに患者さんを返してくださるため、その専門的なご教示が次の患者さんの診療に生かせるので、ありがたいです」(林先生)

循環器の専門医である王先生の新田東クリニックでは、心エコーをはじめとする専門的な検査を実施している。

「いちばん助かっているのは、心不全の急性増悪の場合に篠崎先生にお電話でダイレクトにお願いし、いち早く紹介できる点です」(王先生)

山口先生によれば、病診連携では『篠崎先生のダイレクトコール』はすぐ話題に上るほど有名だそう。急性期の循環器疾患では、地域連携室を通した紹介にこだわって手間や時間を費やしては、手遅れとなる場合がある。

「もうひとつの課題は、ご紹介いただいた患者さんを治療後、いつ、どの時点で、地域の先生にお返しするか、逆紹介の部分ですね」(篠崎先生)

「アブレーション治療などのあと、2～3ヵ月は仙台医療センターで診て、ある程度落ち着いたら地域の先生方にお返ししています。その後は3ヵ月、あるいは半年間隔で心エコー検査を受けに来院していただき、症状が安定していれば、検査を1年ごとに延ばして経過観察を継続します。

しかし、診療所の先生方の中には『専門外だから、診られません』とおっしゃる先生もいれば、非専門でも循環器に興味を持って、とてもよく勉強されている先生もいらっしゃる。ですから、逆紹介のタイミングは一概には決められず、難しいところです」(山口先生)

病院と地域の診療所が チームであるとの意識を持つ

山口先生は、ためらわずに逆紹介できる間柄、信頼できる関係を築くために紹介状を大切にしていると言う。

「自分たちの一方的な意見を書くのではなく診療所の先生方のニーズ、これからの経過の予測や、その対処方法を考えて書きます。文通のように紹介状のやり取りを重ね、お互いを知れば、信頼関係も自然に生まれていくでしょう」(山口先生)

「講演会などでお会いして名刺交換するだけでは、信頼関係、いわゆる顔の見える連携は構築できません。病院の医師側から診療所の先生方に歩み寄り、地域の現場のニーズを汲み上げ、必要な発信を行っていかねばならないと思います」(篠崎先生)

「私たちは専門性はありますが、循環器疾患しか診ていないので、見落とす点も多々あります。したがって専門の部分についてある程度のご提

案をし、『患者さんの背景や生活環境をよくご存じのかかりつけの先生にトータルな診療をお願いいたします。でも、何か問題が起きたらいつでも診ますので、ご紹介ください』とのスタンスで逆紹介します。これは患者さんにもっともメリットのある方法です」(山口先生)

「患者さんのためという思いは病院も診療所も完全に同じです。心不全もAFも、地域ぐるみで患者さんを診ていく、病院と診療所が『我々はひとつのチームである』という意識を持って診療にあたっていけば、理想的な病診連携が可能です」(篠崎先生)

AFの再発は避けなければならない。再発を繰り返せば悪化するばかりか、心不全につながる。心不全も急性増悪させてはならない。だからこそ急性期の適切な治療と、慢性期のコントロールが求められるのだ。心不全とAFのパンデミックに対しては、病院と診療所が心をひとつにして、チームを組んで立ち向かうことが何より重要である。

独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター

〒983-8520
宮城県仙台市宮城野区宮城野2-8-8
TEL : 022-293-1111

医療法人王心会 新田東クリニック

〒983-0039
宮城県仙台市宮城野区新田東2-10-4
TEL : 022-797-6700

はやし内科クリニック

〒984-0042
宮城県仙台市若林区大和町2-6-3
大和町メディカルセンター2階
TEL : 022-762-5686



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)

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。

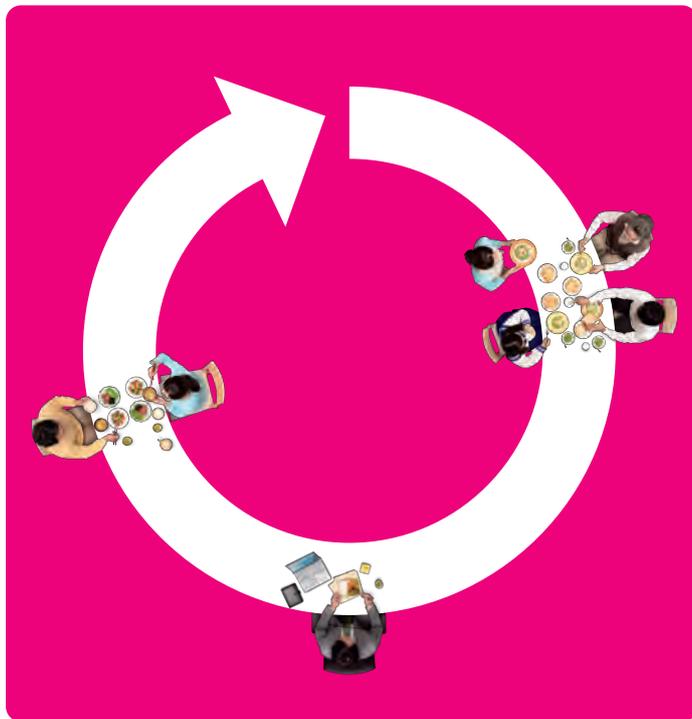


製造販売元(資料請求先)
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10



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

2015年10月作成



選択的DPP-4阻害剤—2型糖尿病治療剤— 薬価基準収載

テネリア錠20mg

TENELIA® TABLETS テネリグリプチン臭化水素酸塩水和物錠

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

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。

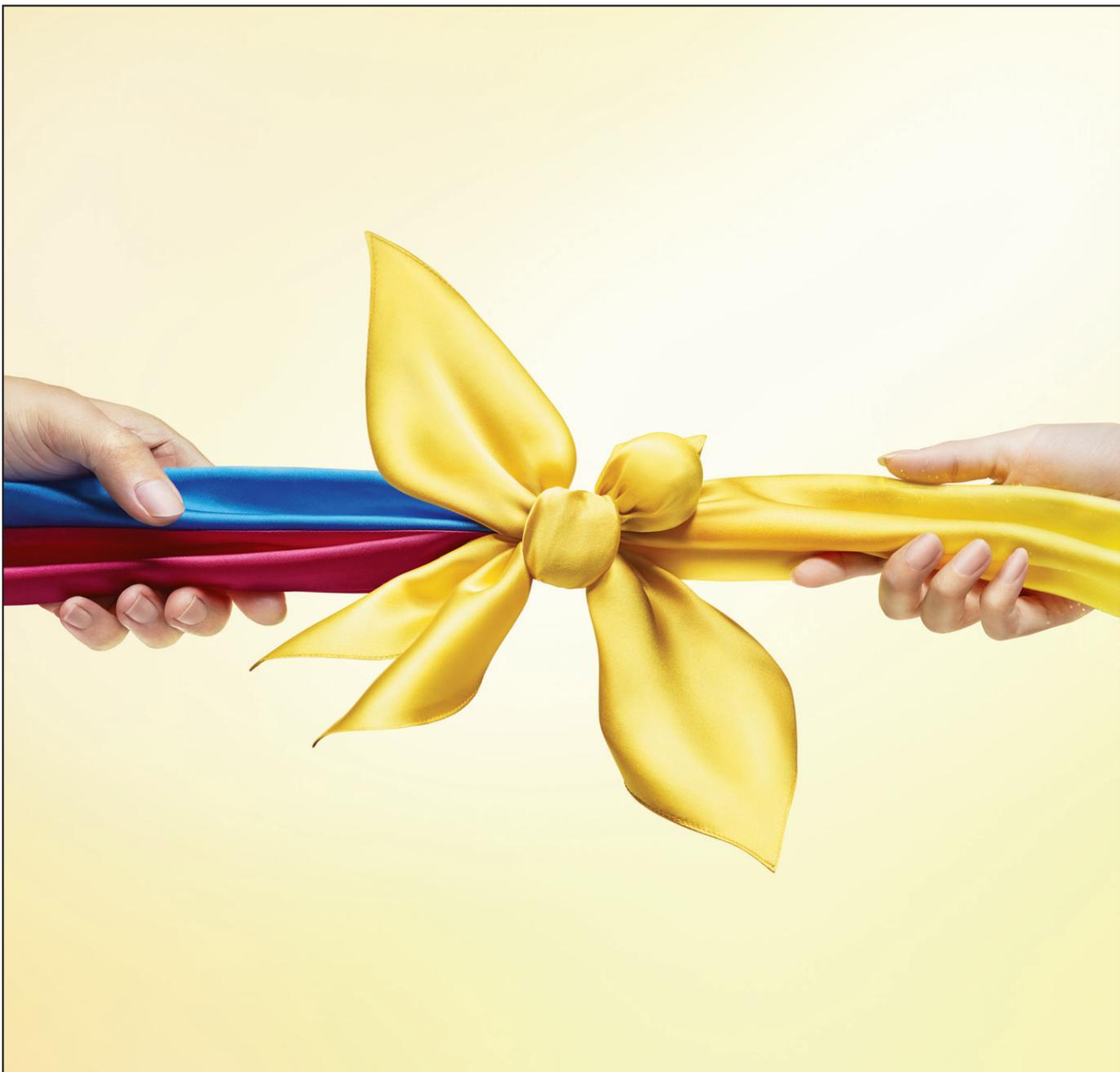


製造販売元(資料請求先)
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10



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11月作成



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

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
大阪府中央区道修町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

2018年 6月作成

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

糖尿病関連の最新コンテンツ



カナグルチャンネル

国内外のエキスパートによる座談会集

2018年3月

第22回 SGLT2阻害薬の作用機序に関する最近の知見

—腎におけるメカニズムを中心に—

第23回 リスクを考慮した高齢者2型糖尿病の治療

—DPP-4阻害薬とSGLT2阻害薬の役割を中心に—

地域医療情報

多職種によるチーム医療



地域を支えるために競争から協調へ

地域医療構想を踏まえ二次医療圏での取り組みや今後の展望を地域に情報発信するために先生方による座談会や、多職種の方々の勉強会の様子をご紹介します。

NEW 2018年7月

福島県 県中医療圏 勉強会 第4回

NEW 2018年6月

岩手県 盛岡医療圏 勉強会 第3回

NEW 2018年6月

大阪府 堺市医療圏 取材

NEW 2018年6月

香川県 高松医療圏 取材

診療サポート情報

医療制度

診療報酬はやわかりマニュアル

2018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

2018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

2018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。



Pick Up

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

記載内容は変更になる場合がございます。あらかじめご了承ください。