



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—

**指定難病の医療提供体制整備が
国や都道府県レベルで新たに進む**

患者の申出を起点として
指定難病を追加する制度を新設

めざせ!!メディカルエグゼクティブ P6

離職を減らす職場環境づくり(上)

Network

魚沼医療圏 P8

『プロジェクト8』を旗印にした地域一丸の
糖尿病対策で人工透析移行率低減を実現。

尾張西部医療圏 P12

多職種の糖尿病ケアチームを結成し
地域の糖尿病診療をリードする。

新居浜・西条医療圏 P16

糖尿病性腎症重症化予防に
行政と医療機関が一体化して臨む。

山形県 P20

山形県でCKDシールを活用した
腎機能低下患者を守る試みがスタート。

指定難病の医療提供体制整備が 国や都道府県レベルで新たに進む 患者の申出を起点として指定難病を追加する制度を新設

難病の患者に対する医療等に関する法律（以下、難病法）にもとづき2015年1月から始まった指定難病医療費助成制度は、3年間の経過措置が終了しました。

また、難病診療連携拠点病院の整備や患者からの申出を起点とする指定難病の追加、政令指定都市（以下、指定都市）への事務手続きの権限移譲、2018年度診療報酬改定での新たな評価など、難病に関する医療制度は次の段階を迎えようとしており、各医療機関には、都道府県レベルでの新しい難病医療提供体制を踏まえた

難病診療連携拠点病院などとの連携や、患者の診療、正確かつ適切な情報提供が期待されます。今回は、指定難病に関する今後の施策や経過措置終了後の状況、診療報酬上の対応などのポイントを中心に解説します。

2015年1月、まず110の疾病を対象に開始されました。その後、疾病は3回にわたって追加され、現在では331疾病に上ります。厚生労働省（以下、厚労省）の2017年度衛生行政報告例によると、2017年度末の時点で指定難病の医療受給者証（後述）を交付されたのは892,445人とされています。

指定難病医療費助成の対象となつて特定医療費の支給を受けるには、2つの基準のうち、いずれかを満たす必要があります。ひとつは、都道府県あるいは指定都市の重症度分類等の基準です。これらを満たせば、支給認定を受け、医療受給者証の交付を受けられます。指定難病と診断されるだけでなく、日常生活や社会生活に支障があると判断される程度の重症度も要件となります。

ただし、その重症度分類等で該当しないと判断されたとしても、「軽症高額該当」と呼ばれる基準により支給認定される場合があります。これがもうひとつの基準で、指定難病にかかる医療費総額が33,330円（医療保険3割負担の場合は自己負担が10,000円）を超える月が、支給認定を申請した月以前の12ヵ月以内に3回以上ある場合には、医療費助成の対象になると規定されています（【資料1】）。

経過措置終了後は8割の患者が支給認定を受ける

指定難病医療費助成制度の開始にあたり、それまで特定疾患治療研究事業により医療費助成を受けていた患者については、3年間の経過措置として指定難病医療費助成制度のもとで特定医療費が支給されてきました。特定疾患治療研究事業の対象疾病のほとんどは新しい医療費助成制

難病法の制定で安定した医療費の助成制度が確立

発症原因が不明で治療法も確立されていない難病の患者は、長期療養が必要で大きな負担を強いられるため、これまで56の疾患に対しては、「特定疾患治療研究事業」による難病対策がとられてきました。しかし56疾患以外にも多くの難病があるのに加え、難病患者の生活全体を総合的に支える施策も不十分でした。

そこで、難病に関する諸問題を根本的に解決すべく、2014年12月に難病法が制定されました。この施策の中心には、公平で安定的な医療費助成制度の確立と維持が据えられています。また、難病法では広義の難病と、その中で一定の基準を満たす指定難病それぞれが定義づけられ、指定難病の患者に対し医療費を助成する制度（指定難病医療費助成制度）が新たに創設されました。

この指定難病医療費助成制度は、

度でも対象とされましたが、その後も支給を受けるには、経過措置の終了時までに支給認定を受けておかねばなりません。その経過措置は2017年12月31日で終了し、経過措置の対象とされていた患者がその後どうなったのかに関しては、患者団体をはじめ社会的関心も高く、国会でも質問が出ました。

2018年10月18日に開催された厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会では、厚労省が各都道府県に対する調査にもとづき、経過措置終了後の特定医療費の支給認定の状況を報告しました（【資料2】）。経過措置が終了した2017年12月末時点で約71.7万人が経過措置の適用とされましたが、2018年1月1日時点で引き続き認定されたのは約57.0万人（79.6%）で、8.6万人（11.9%）は認定されず、6.1万人（8.5%）は「申請なし・不明」とされています。

また、新しい制度下で引き続き特定医療費の支給が認定された患者割合には、都道府県間で16ポイント以上の開きがありました^[1]。この点について厚労省は、患者は均一に居住しているわけではなく、ある程度の差はやむをえないとする見解を示しています。特定医療費の支給認定状況を疾患別に見ると、経過措置適用者が14万人以上と最も多かった潰瘍性大腸炎患者のうち引き続き支給認定されたのは69.1%で、疾患全体の平均よりも10ポイントほど低くなっていました^[2]。その理由のひとつに厚労省は治療法の進歩を挙げていますが、今後も分析を続けるとしています。

患者からの申出等を起点に指定難病の追加を検討

指定難病医療費助成制度に関連し

【資料1】軽症高額該当について

○特定医療費の支給認定の要件である重症度分類等を満たさないものの、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が年間3月以上ある患者については、支給認定を行う。

《対象者》

支給認定の申請日の属する月以前の12月以内（※）において、医療費総額が33,330円を超える月が3月以上ある患者

※①申請日の属する月から起算して12月前の月、又は②支給認定を受けようとする指定難病の患者が当該指定難病を発症したと難病指定医が認めた月を比較していずれか後の月から申請日の属する月までの期間。

《確認方法》

・医療費総額33,330円に考慮する医療費については、指定難病に係るもののみとし、次のいずれかの方法で証明する。

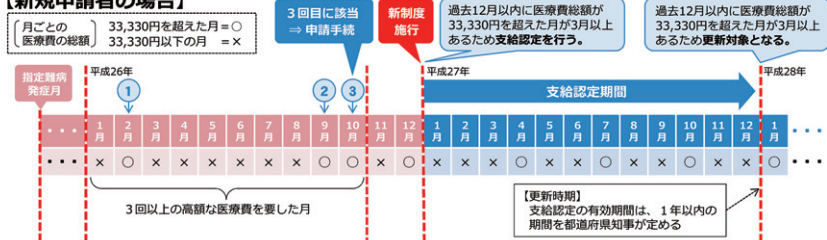
①医療費申告書に領収書等を添付（新規申請の場合）

②自己負担上限額管理票（更新申請の場合）

※②の場合又はこれらの記載が不十分な場合には医療費申告書に領収書等を添付

・特定医療費の支給対象となり得る介護保険サービスに要する費用は含み、入院時の食事療養費・生活療養費は除く。

《新規申請者の場合》



出典：厚生科学審議会疾病対策部会第59回難病対策委員会参考資料2-2「軽症高額該当について」（2018年10月18日）（<https://www.mhlw.go.jp/content/10601000/000369416.pdf>）

【資料2】経過措置終了後の特定医療費の支給認定の状況

経過措置終了後の認定状況

H29.12.31時点……………約71.7万人……経過措置適用者

H30.1.1時点

引き続き認定……………約57.0万人（79.6%）

〔うち重症度分類を満たすとして認定……………約44.0万人（61.3%）〕
〔うち軽症高額該当で認定……………約13.1万人（18.2%）〕

不認定……………約8.6万人（11.9%）

保留中……………約0.0万人（0.0%）

申請なし・不明……………約6.1万人（8.5%）

※上記の数値は、平成30年10月1日現在。

※上記の集計は、各都道府県における調査結果を合算したものである。

※集計時期等、都道府県によって集計方法が異なる。

※（ ）内の％は、平成29年12月31日時点に対するものである。

※上記の数値は、それぞれ四捨五入による数値であるため、各人数の合計及び割合は総数と一致しない。

※結果が最下位の桁の1に達しない場合は、0.0としている。

※都道府県の事務処理の関係上、平成30年1月1日時点で「不認定」となった者であっても、その後、「軽症高額該当で認定」となった者がいる場合がある。

※申請の取扱いは、都道府県によって異なる。（都道府県によっては、通常の更新申請と同様に、経過措置適用者を含む全受給者に更新申請を求めている場合がある。）

出典：厚生科学審議会疾病対策部会第59回難病対策委員会資料2-1「経過措置終了後の特定医療費の支給認定の状況」（2018年10月18日）（<https://www.mhlw.go.jp/content/10601000/000369414.pdf>）

て、厚労省は「患者からの申出等を起点とした指定難病に係る検討」と呼ばれる制度を新たに設ける予定で（【資料3】）。これまで指定難病の追加は、学会などの要望を踏まえて関連の研究班が収集した情報にもとづき、厚生科学審議会疾病対策部会指定難病検討委員会が審議してきました。しかし、関連学会や調査研究班がない難病は指定難病の検討対象にならない可能性が大きい点が問

題視されていました。そこで今回、患者を起点としたルートを新たに設けることで患者側の要望を反映させていくとしています。これは、指定難病ではない難病患者の不公平感の解消にもつながります。

患者からの申出の仕組みは、まず患者は主治医の診療情報提供書などを持って難病診療連携拠点病院の外来を受診し、相談をします。難病診療連携拠点病院は難病法による難病

易なもの(3,880点)」、「複雑なもの(5,000点)」、さらに「極めて複雑なもの(8,000点)」の3区分となりました。対象疾患はア～エの4つに大別され、それぞれが2～3つに分類されます。全体としては11分類になり、その処理の複雑性によって上記のとおり3つに区分され、報酬上の評価がなされます。

また、指定難病として2015年7月に追加されたエプスタイン症候群、2017年4月に追加された先天異常症候群、遺伝性自己炎症疾患のそれぞ

れが2018年度改定で新たに遺伝学的検査の対象疾患となりました(【資料5】)。

2018年度改定で難病に オンライン診療が対応

2018年度改定では、オンライン診療料とオンライン医学管理料、オンライン在宅管理料などが新設されました。これらを算定するには種々の要件がありますが、特定の管理料等を算定している患者であることが前

提となります。その管理料等のひとつが、難病外来指導管理料(270点)です。

難病外来指導管理料については、厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対し、治療計画にもとづき療養上必要な指導を行ったとき、月に1回限り算定ができます。その対象疾患(難病)は、2018年3月5日に公布された厚労省告示第63号において「難病法に規定する指定難病その他これに準ずる疾患」と定められています。この場合、患者に指定難病の医療受給者証が交付されていなくても、それが交付される重症度の基準を満たすことを客観的、医学的に明確に診断できるのであれば、その対象に含まれます。なお、「その他これに準ずる疾患」とは特定疾患治療研究事業の対象疾病を指しています。

また、2018年4月から、いわゆる大都市特例として難病法にもとづく医療費助成、指定医・指定医療機関の事務手続きが道府県から指定都市に権限移譲(移管)されました。指定都市に居住する患者や所在する医療機関、そこを主な勤務地とする医師は、2018年度からは道府県ではなく指定都市に対して指定難病に関する申請をすることになっています。

以上のように、2018年度から指定難病にかかわる枠組みや制度が大きく変わろうとしていることにかんがみて、各医療機関には、都道府県の難病診療連携拠点病院を中心とした連携体制や、その中での位置づけなどの確認が求められます。さらに、経過措置終了後に認定されなかったり、申請しなかった患者でも難病が再燃するケースもあり、こうした患者に対しては、あらためて制度の利用を促すなど、適切な情報の提供が期待されます。

【資料5】遺伝学的検査の評価の見直し

遺伝学的検査の評価を細分化しつつ、適切なものとするとともに、対象疾患を追加する。									
改定前	改定後								
遺伝学的検査 3,880点	<table> <tr> <th>遺伝学的検査</th><th></th></tr> <tr> <td>1 処理が容易なもの</td><td>3,880点</td></tr> <tr> <td>2 処理が複雑なもの</td><td>5,000点</td></tr> <tr> <td>3 処理が極めて複雑なもの</td><td>8,000点</td></tr> </table>	遺伝学的検査		1 処理が容易なもの	3,880点	2 処理が複雑なもの	5,000点	3 処理が極めて複雑なもの	8,000点
遺伝学的検査									
1 処理が容易なもの	3,880点								
2 処理が複雑なもの	5,000点								
3 処理が極めて複雑なもの	8,000点								
	・「1」の「処理が容易なもの」とは、アからエの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 ・「2」の「処理が複雑なもの」とは、アからエの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 ・「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、ア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。								
【対象疾患】 ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの ①デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び家族性アミロイドーシス ②福山型先天性筋ジストロフィー及び脊髄性筋萎縮症 ③栄養障害型表皮水疱症及び先天性QT延長症候群 イ PCR法による場合に算定できるもの ①球脊髄性筋萎縮症 ②ハンチントン病、網膜芽細胞腫及び甲状腺髄様癌 ウ ア、イ及びエ以外のもの ①筋強直性ジストロフィー及び先天性難聴 ②フェニルケトン尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症(1型)、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、CPT1欠損症、隆起性皮膚線維肉腫及び先天性銅代謝異常症 ③メーブルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP(LCHAD)欠損症、色素性乾皮症及びロイスディーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離 エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①ライソゾーム病(ムコ多糖症I型、ムコ多糖症II型、ゴーシェ病、ファブリ病及びボンベ病を含む。)及び脆弱X症候群 ②プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスモンド・トムソン症候群、ブラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び 先天異常症候群 ③神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゼン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群(血管型)、 遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群									

出典：厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会資料「平成30年度診療報酬改定の概要(医科II)」(2018年3月5日) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197984.pdf>

めざせ!!

メディカルエグゼクティブ

監修：愛知医科大学内科学講座肝胆膵内科学准教授(特任) 角田 圭雄

第1回

離職を減らす職場環境づくり(上)

〈連載開始にあたり〉

医師や多職種の働き方の見直し、チーム医療をどのように進展させるかなど、医療機関における人材のマネジメントに悩むリーダーの方々は少なくないでしょう。本連載では、臨床医であるとともにMBA（医療経営学修士）の資格を持つ角田圭雄氏の監修のもと、医療機関で起きているさまざまな人材にまつわる問題を経営学の視点から分析し、解決策を探ります。

CASE



ある病院の院長であるA先生は、看護師の離職が相次ぐことに頭を抱えていました。看護部長から頼み込まれ、給与などの待遇を改善したのですが、離職率は高いまま。しかも、「ぜひ残ってほしい」と思うような人材ほど辞めていってしまいます。

看護師たちに離職を踏みとどまってもらうには、どんな対策を講じれば良いのでしょうか。

マネジメントで陥りがちな罠

職場に人が定着しない要因のひとつに「モチベーション」の問題、つまり職員のやる気が引き出せていない現状が考えられます。では、どのようにしてモチベーションを引き上げるかとなった際、マネジメントをする立場にいる方には、往々にして「職員の不満の解消」に注力する傾向が見られます。今回の事例で言えば、A先生や看護部長は、看護師たちは給与に対する不満があり、それを解消すれば病院に残ってくれるはずだと考え、待遇改善を打ち出したのでしょう。

しかし、経営学の研究においては、不満を

解消しただけでは不十分であり、さらに職員のやる気を促すには別の仕掛けが必要だとされています。

「不満」の反対は「満足」ではない!?

ここで、モチベーションを向上させる方策を経営学の視点から探ってみます。

職員の「不満」を解決しても「満足」にはつながらないとするのは、「ハーズバーグの動機づけ・衛生理論」(⇒STUDY①)です。ハーズバーグは、不満を感じる要因と満足を感じる要因は別物だと指摘しています。つまり、A先生の給与引き上げ策は「不満」を軽減できたとしても、看護師を「満足」させ、

モチベーションの向上をもたらすにはいたらないというわけです。

高い理念がモチベーション向上のカギ

では、満足は何によって得られるのでしょうか。参考になるのは、金銭的インセンティブよりも、自身の力が社会のために役立っているといった自己効力感を得られることこそがモチベーション向上につながるとする「モチベーション3.0」(⇒STUDY②)理論です。

モチベーション3.0とは、報酬を与えられる見返りに行動するといった外発的な動機づけではなく、「自分は学びたい」、「何かを創造したい」、「世界を変えたい」といった内発的な動機づけが重要であり、これこそが活気ある組織を持続させるのに必要だとする考えです。この理論を知ったA先生は、看護師たちが内に秘めている高い理念を実現できるような仕事のあり方が求められていると気づきました。

A先生は早速、看護部長に対し、看護師の不満解消だけにとらわれるのではなく、「理想の看護」をビジョンとして掲げ、どんな活動をすれば理想に近づけるのかを皆で考え、全員参加でレベルアップを図れるような風土づくりを提案しました。また、専門技能を持つ看護師に活躍の場を与える一方、若手の看護師には新たな技能取得に挑戦できる機会を設けるなど、理念を実際に体現して達成感が得られる環境をつくりました。

NEXT STEP

A先生の新たな施策の結果、看護師たちの患者に向き合う姿勢に変化が現れ始めました。そして、職場の活気が増し、離職率低下への光明が見えてきたそうです。

次回は、引き続き、組織に愛着を持ってもらう「組織コミットメントの向上」によって、優秀な人材や若手職員の離職を引き止める方策について考えてみましょう。

STUDY①

ハーズバーグの動機づけ・衛生理論

フレデリック・ハーズバーグは、仕事の満足要因と不満足要因は異なると考え、満足要因には、仕事の達成感や他者からの承認、責任、昇進などの因子がある一方、不満足要因には、職場の経営方法、人間関係、給与などの因子があると指摘した。満足を生み出す要因は「動機づけ要因」、不満足を生み出す要因は「衛生要因」と呼ばれ、モチベーションを向上させるには、動機づけ要因が重要であるとされる。

衛生要因(不満足)	動機づけ要因(満足)
欲求が満たされると幸福があるが、欠けていてもあまり不満を感じない	仕事の達成
	仕事の承認
	仕事自体(特性)
	仕事の責任
会社の管理、政策	
監督者	
給与	欲求が満たされないと著しい不満となるが、満たしても幸福に感じない
対人関係	
作業環境	

STUDY②

モチベーション3.0

ダニエル・ピンクが提唱した理論。人間が生存するために行動するといった生理的かつ本能的欲求にもとづく動機づけの「モチベーション1.0」、人間には報酬と処罰が効果的であり、いわゆる「アメとムチ」が動機づけになるとする「モチベーション2.0」に対し、高い理念による内発的動機づけが「モチベーション3.0」であるとする。

RECOMMENDED BOOK

- ・『入門組織行動論』
編：開本浩矢／発行：中央経済社
- ・『MBA的医療経営』
著：角田圭雄／発行：幻冬舎

取材日：2018年8月31日



糖尿病



魚沼医療圏

『プロジェクト8』を旗印にした地域一丸の糖尿病対策で人工透析移行率低減を実現。

Point of View

- ① 「患者自身が医療資源」との考えのもと、市民が自らのHbA1cを把握し、健康意識を高めるよう促す
- ② 多職種協働により地域全体で標準的な糖尿病治療に取り組んだ結果、多くの患者がHbA1c8%未満を達成
- ③ 医療資源の多寡にかかわらず、どんな地域でも市民の主体的な医療参加によって成果はあげられる

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院
院長

布施 克也先生

医療法人社団上村医院
院長

上村 伯人先生

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院
診療支援部検査科副検査科長

吉田 和文氏

一般社団法人新潟県労働衛生医学協会
健診部小出検診センター係長

田村 かおり氏

とちの木薬局

茂市 一平先生

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院
診療支援部栄養科

木暮 千里氏

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院
診療支援部薬剤科副薬剤科長

廣井 幸枝先生

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院
看護部透析室看護師長

佐藤 正幸氏

人工透析実施件数の少なさで注目される新潟県魚沼医療圏

糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定されて2年余り、人工透析移行率の低減に成功して注目を集め

ているのが、新潟県魚沼医療圏である。2015年度のデータでは、人口100,000人当たりの人工透析実施件数は900件弱と新潟県内の2次医療圏の中で群を抜いて少なく、全国平均の約1,440件とくらべると、魚沼

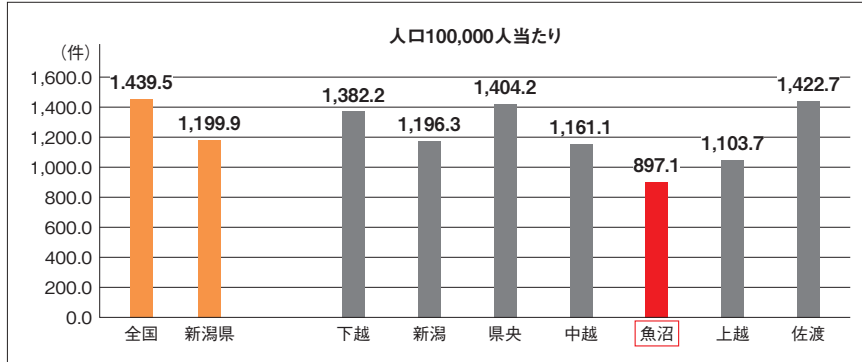
医療圏は2／3にとどまる（【資料1】）。2008年から始まった糖尿病に対する積極的な取り組み、その名も『新潟県魚沼地域包括糖尿病総合対策プロジェクト8』（以下、プロジェクト8、【資料2】）の成果だ。



左から布施先生、上村先生、吉田氏、田村氏、茂市先生、木暮氏、廣井先生、佐藤氏

【資料1】

糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数



出典：NDB (2015年度)より

プロジェクト8のキーパーソンとなったのは2人の医師。そのうちのひとりである魚沼市立小出病院（以下、小出病院）院長の布施先生が同院に赴任したのが2008年だった。「ちょうど医療の広域再編成、地域医療の充実が課題となり始めた時期で、当院の使命として重視したのが慢性疾患対策でした。特に糖尿病は心筋梗塞や脳梗塞、悪性腫瘍、うつ病、認知症、歯周病等々と深く関係し、進行すれば腎障害をきたして人工透析へと進むリスクが高い。

魚沼医療圏は人口の高齢化が著しい一方で、医療資源や財源に限られており、糖尿病対策は待ったなしだと考えました」（布施先生）

しかし、同院を含めて地域には糖尿病専門医はきわめて少なかった。「だからといって、手をこまねいていても始まりません。早速、院内で

HbA1c値が8%以上の糖尿病患者の数を調べ、必要な介入を行うことにしました。そして2008年3月末、94人の患者さんを対象に薬物治療の見直しなどを行うと、わずか半年で8%以上が1/3に減ったのです。これが我々の最初の小さな成功体験でした」（布施先生）

小出病院の“小さな成功体験”を見逃さず、共感して同様の取り組みを地域全体に広げていこうと名乗り出たのが、もうひとりのキーパーソン、上村医院院長の上村先生だ。新潟県糖尿病対策推進会議の理事を務め、長年にわたって地域で糖尿病を筆頭に生活習慣病の治療や指導にたずさわってきた上村先生にとってもHbA1c 8%を切り口とした取り組みは待望のものだった。「2009年に、新潟県医師会で糖尿病診療の実態調査をしたところ、県内

で約100,000人、魚沼地域で約10,000人の糖尿病患者のデータが集まり、全体のおよそ1割、魚沼地域では約1,000人がHbA1c 8%以上だと判断しました。放置しては重症化が進むばかりとの危機感を抱いていたタイミングで小出病院の取り組みと成果を知ったのです。『これはもう、診療所の先生方にお声がけをして地域全体でやるしかない』と思いました」（上村先生）

乏しい医療資源を補うため
患者こそが医療資源と着想

「実は新潟県では、県医師会が中心となって糖尿病対策を20年前から手がけており、保健師のしっかりした活動や、県民の食生活のバランスの良さが高く評価されていたのです。ただ一方で、患者さんたちは医師任せで、あまり主体的に治療にかかわらない傾向が見られました」（上村先生）

地域の医療機関が一体となって、HbA1c 8%以上の患者に適切な介入をするという対策を講じるにあたり、上村先生が話してくれた実態がプロジェクト8を構想する大きなヒントになったと布施先生は言う。「我々は、まだ使われていない医療資源を山ほど持っているじゃないかと気づきました。そう、患者さん自身です。患者さんが自分のHbA1cの値を常に意識し、家族のHbA1c



にも気を配り始めれば、糖尿病に対する市民全体の意識や行動が変わるはず。また、そんな患者さんが、主治医の専門性にかかわらずHbA1cの相談をするようになれば、医療者側の意識も変わってくるでしょう。

この地域は専門医不足など医療資源は圧倒的に少ないけれども、患者さんが糖尿病医療の一部を担ってくれたなら、どこよりも資源の豊富な地域になれると考えたのです」(布施先生)

布施先生は発想の大転換をしたわけだ。

「患者さんに医療資源として参加していただくのにもっとも効果的だったのは、地域で展開する糖尿病対策の名称を『プロジェクト8』にしたことかもしれません」(布施先生)

地域の医療機関や院内外の医療スタッフはもちろん患者にも「HbA1cの危険領域は8%以上、まずは8%未満を維持しなくてはならない」点を訴えるのに、『プロジェクト8』は、実にわかりやすかったに違いない。そして現在、患者は立派に医療資源の一部を担う。

「先日、当院を見学にいらした東京

の医師の方が、どの患者さんも自分のHbA1cを把握していて、医師が当日の検査結果を言う『ああ、前より下がった』とか『8より上がってしまった』などと敏感に反応するのを見て驚いていました。10年間の活動のいちばんの成果は、患者さんが能動的に医療にかかわり、自分の病気を自覚し理解するようになったことだと痛感しました」(上村先生)

多職種の医療スタッフが 地域ぐるみで活動を展開

プロジェクト8が実績を残せているのは、キーパーソンのほかに地域の医療従事者の、実にさまざまな工夫や努力があったからこそだ。たとえば、小出病院診療支援部薬剤科副薬剤科長の廣井先生の場合。

「プロジェクト8を浸透させる過程で問題となるのは低血糖です。そこで一部の診療所の先生方の協力も得ながら、比較的低血糖のリスクが高いSU剤やインスリンの使用状況と患者さんの検査データを照合する調査を行いました。その結果、SU剤の適正使用が低血糖の予防にたいへ

ん重要だとわかったので、たとえば70歳以上、HbA1c6%台、低腎機能などの条件を満たす患者さんに対し、SU剤の投与を慎重に行うよう院内の医師に呼びかけました」(廣井先生)

廣井先生の広報活動は院外にも及び、保険薬局との勉強会で講演などをした。とちの木薬局の茂市先生が話す。

「当地域では、病院と薬局の交流がごく普通になされています。ですからプロジェクト8が認知されるのは早く、SU剤の適正使用に関する意識も地域の保険薬局全体で高まってきました」(茂市先生)

プロジェクト8では看護師の果たす役割も大きい。当初の小出病院での取り組みでも、看護師による療養外来で継続的に指導を受けていた患者は経過が安定していた。同院看護部透析室看護師長の佐藤氏が語る。「患者さんは医師の前では叱られると思い、『きちんと薬を飲んでいます』と話すのですが、我々には『よく飲み忘れている』などと本当のところを打ち明けてくれます。そうした情報を整理して医師にフィードバックし、患者さんの治療中断を未然に防ぐよう努めています。また、当院には教育入院がありますが、退院後、必ず一度は療養外来に来ていただき、指導を受けた内容が実行できているかを確認します」(佐藤氏)

教育入院後のフォローでは食事療法の指導も欠かせない。小出病院診療支援部栄養科管理栄養士の木暮氏は、退院後の患者だけでなく、一般市民も対象とした実践的な指導を行っている。

「プロジェクト8を合言葉に、院内の食堂の協力を得て糖尿病療養に配慮したランチを提供し、1食当たりの適正なカロリーを学んでいただき

【資料2】

『プロジェクト8』の概要

1. 医療者プロジェクト8「HbA1c 8%の患者を放っておかない」

医師、看護師、薬剤師、栄養士、歯科医師などの医療関係者は、糖尿病の知識をさらに深め、HbA1c 8%以上の患者に対して、重症化や合併症の発症を防ぐための治療・差配を行います

2. 連携プロジェクト8「HbA1c 8%が続いたら、病院で精密検査を実施する」

①機能分担と連携

ア 病院は、インスリン導入や合併症の評価、コントロール不良群への集中介入などを実施します

イ 診療所は、安定期の通院治療や生活指導を実施します

ウ 病診間の地域連携バスを作成し、病院での検査・評価と診療所での治療・指導の状況をやり取りします

②2人主治医制

なんでも相談できるかかりつけ医と精密検査・入院を担当する病院医師の2人主治医制とし、両者の緊密な連携を図ります

3. 患者プロジェクト8「HbA1c 8%の自分や家族を放っておかない」

患者自身は、自分や家族の健康状態も把握し、病状が悪化しないように自己管理能力を高めます
そのために、地域医療魚沼学校と連携して合併症等についての理解を深めます

4. 健診プロジェクト8「地域・職域保健の取り組み」

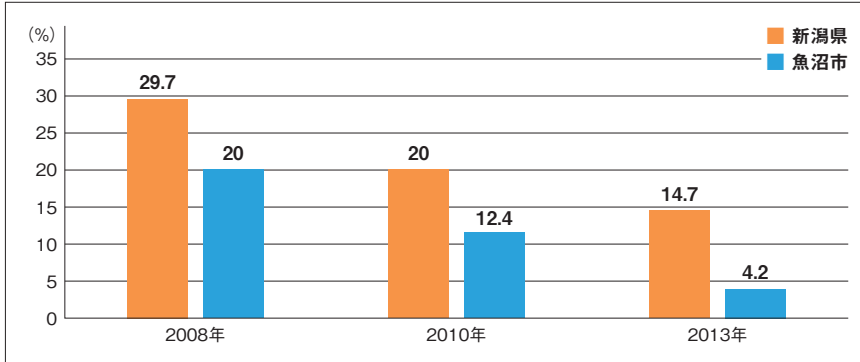
市町は、特定健診で要精密検査や医療が必要とされた人を確実に医療につなげます

職域の健康診断で要精密検査や医療が必要とされた人については、健診機関と事業所が連携してフォローします

出典：新潟県ウェブサイト(http://www.pref.niigata.lg.jp/uonuma_kenkou/1248984194673.html)

【資料3】

治療中の糖尿病患者におけるHbA1c8%以上の割合



出典：新潟県労働衛生医学協会 加藤先生提供資料

ます。リピーターも多く、『自分の食事のどこが悪いのか?』と積極的に質問するようになるなど、効果を感じていますね。最近では、一般の飲食店と行政の方に力を貸していただき、院外の食堂で年3回、1日20食限定の『健康ランチ』の提供をしています」(木暮氏)

市民と医療者がともに
歩むことで医療は変わる

プロジェクト8が成功した大きな要因のひとつは、精度の高いハイリスク患者の拾い上げだ。そのルートのひとつが、小出病院の診療支援部検査科である。副検査科長の臨床検査技師、吉田氏が解説してくれた。「検査科が手がけるのは検査の『見える化』です。従来、必要な検査が適切な時期に行われているかを調べるのは難しかったのですが、電子カルテ導入を機に検査記録や検査値のデータを抽出するシステムを構築して、検査の実施状況を正確に把握できるようになりました。結果、『この患者さんに必要な、あの検査が行われていません』といった指摘を医師にできるようになったのです。さらに、未実施の検査が電子カルテのポ

ップアップ表示で警告されるように改良しました。これらにより、たとえば尿中微量アルブミン検査の実施率は34%から60%近くまで上昇しています。必要な検査が確実に実施されるようになったことで、ハイリスク患者を拾い上げる精度が高まりました」(吉田氏)

地域の糖尿病対策では、医療機関に受診しないハイリスク患者の拾い上げも重要だ。

「糖尿病が重症化して重い合併症を発症するのは、未受診者や治療中断者が多く、そうした患者さんを医療機関につないでくれるのが健診機関と保健師です」(上村先生)

新潟県労働衛生医学協会健診部小出検診センターの管理栄養士である田村氏は、事業所で行われる健診を利用し、ハイリスク患者にアプローチしている。

「健診を受けた方で、HbA1c8%以上などの条件に合致し、医療機関を受診していないと判明した方をリストアップして、その方が所属する事業所の担当の方に連絡を取り、受診勧奨をお願いしています。

また、『緊急連絡値』と称する数値を設定し、該当する方の事業所に健診2～3日後には電話連絡をする

タイムリーな仕組みも実施しています」(田村氏)

患者自身を医療資源とする発想から生まれたプロジェクト8は、魚沼医療圏の糖尿病医療において大きな成果をあげた(【資料3】)。市民と医療者が同じ目標の達成に向け、ともに歩むことで医療は変わる。

「プロジェクト8のような地域医療の取り組みにスーパーマンは必要ありません。医療関係者と市民とが手をたずさえ、当たり前の医療を当たり前に継続していく。医療資源が不足している、専門医がいないような地域でも、やれることはたくさんあるのです」(布施先生)

布施先生は最後に、「我々の試みは全国どこの地域でもできるはず。プロジェクト8が各地の糖尿病医療の参考になれば光栄です」と心強い言葉で話を結んでくれた。

一般財団法人魚沼市医療公社
魚沼市立小出病院

〒946-0001
新潟県魚沼市日渡新田34
TEL: 025-792-2111

医療法人社団上村医院

〒946-0003
新潟県魚沼市諏訪町1-12
TEL: 025-792-0143

一般社団法人新潟県労働衛生医学協会
小出検診センター

〒946-0011
新潟県魚沼市小出島1240-13
TEL: 025-792-3365

とちの木薬局

〒946-0003
新潟県魚沼市諏訪町1-9
TEL: 025-793-1455

取材日：2018年9月11日



糖尿病



尾張西部医療圏

多職種の糖尿病ケアチームを結成し 地域の糖尿病診療をリードする。

Point of View

- ① 多職種で構成される糖尿病ケアチーム(DCT)を結成して患者と向き合う
- ② 持続血糖モニタリング(CGM)及びフラッシュグルコースモニタリング(FGM)を活用し、個々の患者に最適なテーラーメイドの治療を提供
- ③ 開業医や医療スタッフ向けの講演会などを開催し、地域の糖尿病診療の向上に貢献

社会医療法人大雄会
総合大雄会病院
副院長

村瀬 寛先生

社会医療法人大雄会
総合大雄会病院
内分泌・糖尿病内科診療部長

則竹 伸保先生

社会医療法人大雄会
総合大雄会病院
看護師長

大口 かおり氏

社会医療法人大雄会
総合大雄会病院
栄養科管理栄養士

鷲尾 拓弥氏

社会医療法人大雄会
総合大雄会病院
薬剤部薬剤師

堀野 真史先生

急性期疾患の発症を防ぐため 早くから糖尿病に取り組む

総合大雄会病院（以下、大雄会病院）は、名古屋市のベッドタウンである一宮市の基幹病院として歴史を刻んできた。

急性期医療を担う病院でありながら、早くから糖尿病診療に取り組んできた理由を、副院長で糖尿病専門医の村瀬先生が語る。

「一般的には糖尿病は慢性疾患ととらえられていますが、糖尿病性ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧症候群のような高血糖緊急症で救急入院する方もいれば、虚血性心疾患等の合併症で搬送される方もいます。つまり、糖尿病は急性期疾患につなが

りうるので、それを阻止するのも急性期医療の使命と考え、治療に力を入れてきました」（村瀬先生）

地域での同院の立ち位置を、内分泌・糖尿病内科診療部長の則竹先生が解説してくれた。

「地域の診療所や病院の先生方からの電話で『お願いします』と言われれば、高血糖緊急症の患者さんを、

すぐにERで診られる体制になっています。

緊急の紹介以外でも、血糖コントロール不良で紹介いただく患者さんも多数います」（則竹先生）

地域の医療機関は糖尿病で困ったら、急性期、慢性期にかかわらず、大雄会病院を頼りにしている様子がかがいが知れる。



左から村瀬先生、則竹先生、大口氏、鷲尾氏、堀野先生

一丸となって患者を支援する 糖尿病ケアチームのメンバー

【資料1】

DCTが行ってきたイベント

糖尿病の治療において、同院が地域から頼られる大きな理由のひとつは、多職種で編成されている糖尿病ケアチーム（DCT：Diabetes Care Team）の存在だろう。DCTの実質的な活動は、チーム医療という言葉が普及する以前からすでに始まっていた。

「DCTの前身となる糖尿病担当者談話会の第1回のミーティングが開かれたのは1998年です。当時のメンバーは、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士。このころから、多職種が話し合いながらチームで活動する体制ができ上がっていきました」（村瀬先生）

約20年の月日の間にチームの名称はDCTとなり、現在は内分泌・糖尿病内科の医師4名、看護師5名、薬剤師2名、管理栄養士3名、臨床検査技師2名、歯科衛生士1名、理学療法士1名で構成される。

DCTにおける看護師の役割を説明してくれるのは、看護師長の大口氏だ。

「看護師は患者さんの療養指導やインスリン導入の指導、フットケアなどを行います。そのほか、外来では栄養指導も行っている所以で食生活のスタイルを管理栄養士に伝えて、患者さんの栄養指導に生かしてもらったり、薬の効果や使い方で困ったと

開催年月	テーマ	内容
2003年10月	糖尿食を体験	デモ試食会
2005年10月	歩こう会	ウォーキング
2012年6月	楽しく運動	タオルを使用したエクササイズ
2012年10月	糖尿食を体験	プロに学ぶ調理実習（フレンチ）
2013年6月	楽しく運動	ボールを使用した運動療法
2013年10月	糖尿食を体験	カレーバイキング
2014年6月	屋内でできる運動	家でもできる簡単体操
2014年11月	糖尿食を体験	おでんバイキング
2015年7月	屋内でできる運動	運動療法
2015年12月	糖尿食を体験	お正月の食生活 気を付けたいこと？
2016年6月	屋内でできる運動	タオルを使用したストレッチ体操
2016年11月	糖尿食を体験	普段のめん類を見直そう
2017年7月	屋内でできる運動	椅子を使用したストレッチ体操
2017年10月	健康フェスタ参加	DM関連ポスター、健康相談、血糖測定、糖尿病講演
2018年8月	糖尿食を体験	量って作ろう！夏バテ防止メニュー
2018年11月	世界糖尿病デー、糖尿病週間イベント	健康相談、血糖測定、超尿病教室

出典：村瀬先生提供資料

きには薬剤師に相談します。もちろん、医師にも治療に役立ちそうな患者さんの生活や家族の状況を報告しています。チームで一緒に治療しているといった感じですね」（大口氏）

つづいて薬剤師の堀野先生が同じくDCTでの薬剤師の役割について言及する。

「薬剤師が主に担うのは、教育入院の患者さんの服薬指導です。意外と服薬を忘れてしまう方が多いので、今使っている薬の効果などを説明して、服薬がいかに重要ななどの話をします」（堀野先生）

管理栄養士の鷺尾氏は、外来患者や入院患者の栄養指導を行うと話す。

「管理栄養士は、教育入院で栄養指導をするほか、外来に移行した患者さんに対しては、1ヵ月後、3ヵ月後、

6ヵ月後、1年後と定期的に栄養指導を行い、患者さんが適切な食事をとっているかを継続的にフォローします」（鷺尾氏）

週に3回も行われる糖尿病教室には、DCTのメンバー全員がかかわり、各々が専門分野の講義を受け持って充実した内容で実施している。

DCTメンバーが全員参加して 体験型イベントを開催

毎月1回、日常の診療の問題点などとは別に、DCT会議で熱心に討議される議題がある。それが、大雄会病院独自の患者参加型イベント。運動主体のイベント、または食事主体のイベントを年2回企画しているそうだ。

患者やその家族とDCTメンバー全員が参加し恒例行事となった体験型のイベント（【資料1】）は、「タオルを使用したエクササイズ」、「プ



実際に、患者が調理や食事をする様子を観察すると、栄養指導にも生かせるという。

「普段の診察とは違い、リラックスした雰囲気の中、患者さんと医療スタッフが交流することで親しみの感情が生まれ、お互いの治療へのモチベーションが高められていると感じます」（大田氏）

大雄会病院では、患者一人ひとりの病態やライフスタイルに最適なテーラーメイドの糖尿病治療を提供している。そのために、積極的に導入

同院では、まだ大学
病院等の先進的な医療
機関しか使っていなか
った時代からCGMを
導入。個々の患者の血
糖値変動のパターンを
測定し、その結果によ
って薬剤の変更や調整
をするなど、テーラー
メイドの治療に生かし
てきた。

「CGMやFGMは、血糖
値の変動パターンをグ
ラフ化して患者さんに

「則竹先生は、患者さんの症状や、CGMの血糖変動パターンをもとに薬剤を選択し、その考え方を医療スタッフにも丁寧に説明してください。私自身も薬剤師として勉強になっています」(堀野先生)

また村瀬先生は、2015年から地域の医療スタッフを対象に『西尾張チーム医療を考える会』も開催する。「地域の薬剤師や看護師、管理栄養士など、糖尿病にかかわる医療スタ



夏の糖尿病教室

食事療法

糖尿病の患者さまとそのご家族を対象に、おいしくバランスの良い食事を
摂っていただくために食事療法イベントを開催しました。

8月5日開催
今日のテーマ

「量って作ろう！」 夏バテ防止メニュー」



【メニュー】

- ・ごはん
- ・豚肉となすのレンジ煮し
- ・キャベツのママレード和え
- ・杏仁豆腐と香港スイーツ「九龍餅」

①管理栄養士が食材を量る
大切さや夏バテ防止
メニューのポイントを説明



②各自がメニューの食材
から自分に合う量を
お皿に取ります



③調味料、ごはんの量も
確認します。



④メイン料理の調理後、
ごはん・副菜・デザートも
加入したメニューを
おいしくいただきました。



管理栄養士の
ワンポイントアドバイス

手ばかり栄養法

「自分の手のひら」を使って1日に食べる
食材の目標量を知ることができます！

- 肉・魚・卵・大豆食品
- 野菜

- 肉・魚・卵・大豆食品
- 野菜

食事をしながら講義も行われました

管理栄養士による
「**間食について**」



間食は、朝食、昼、夕食が
大食事です。間食は病状のリスクが
高まります。なるべくお通夜で
ベッドボトムにドリンクや
ペットボトルのドリンク類
も入れてみて、体を動かしま
わねばなりません。よう！

医師による
「**糖尿病と運動療法**」



走りっぱなしは病状のリスクが
高まります。なるべくお通夜で
ベッドボトムにドリンク類
も入れてみて、体を動かしま
わねばなりません。よう！

今後も糖尿病患者さま向けの食事療法や運動療法などのイベントを実施していく予定です。
イベントへの参加ご希望の方は、主治医または内科外来へお問い合わせください。

社会医療法人
 **大倉会**

取材日：2018年9月20日



糖尿病



新居浜・西条医療圏

糖尿病性腎症重症化予防に 行政と医療機関が一体化して臨む。

Point of View

- ①糖尿病性腎症患者の治療への動機づけのために腎臓教育入院を推奨
- ②糖尿病性腎症重症化予防プログラムの周知と、行政や医療機関の連携強化を目的とした研修会を開催
- ③研修会を通じて医療スタッフと保健師が連携し、地域で糖尿病性腎症重症化予防策を展開

医療法人住友別子病院
糖尿病内科
科長

中村 達先生

愛媛県立新居浜病院
糖尿病・内分泌内科
医監内科部長

南 尚佳先生

医療法人厚生会
新居浜山内病院
院長

山内 保生先生

えもり内科クリニック
院長

江盛 康之先生

腎臓専門医の少なさを 糖尿病専門医との連携でカバー

糖尿病性腎症重症化予防が国策として掲げられる中、日本腎臓病学会は、かかりつけ医から腎臓専門医・専門の医療機関への紹介基準を提唱し、CKD診療ガイドラインに明記した。

しかし、腎臓専門医が所属する医療機関には地域偏在があり、愛媛県東部（東予地域）の新居浜地区に勤務する腎臓専門医はわずか1名。こうした状況下で、いかにして糖尿病性腎症重症化予防の体制を構築するかが、きわめて重要かつ喫緊の課題だと話すのは、住友別子病院で糖尿病内科科長を務める中村先生だ。

「愛媛県の腎臓専門医は、県庁所在地の松山市が含まれる中予地域に25名と集中し、東予地域には7名、その中の新居浜地区には当院の1名しかいません。

新居浜地区の人口が約100,000人ですので、100,000人に対してひとりの腎臓専門医といった状況です。ガイドラインの基準で腎症患者を専



左から中村先生、南先生、山内先生、江盛先生

【資料1】

住友別子病院の腎臓教育入院スケジュール

	1日目 (月)	2日目 (火)	3日目 (水)	4日目 (木)	5日目 (金)	6日目 (土)	7日目 (日)
講義 内容	オリエン テーション	腎臓のしくみと 働き	腎不全と 検査結果の 見方	日常生活管理 栄養指導	治療選択に ついて	外出・外泊 (希望者のみ)	
DVD 視聴		慢性腎臓病って どんな病気			腎不全の 治療選択		
担当 職種	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師 管理栄養士	病棟看護師		

	8日目 (月)	9日目 (火)	10日目 (水)	11日目 (木)
講義 内容	血液透析に ついて	腹膜透析に ついて	腎臓リハビリ テーション	栄養指導
透析室見学(月曜日から火曜日)				
担当 職種	病棟看護師 (透析室看護師)	病棟看護師 (透析室看護師)	理学療法士	管理栄養士

*2週目の木曜日以降で2回目の栄養指導が終了すれば退院できる
*すべての講義を家族も一緒に参加可能

出典：中村先生提供資料

門医に紹介するのは困難で地域独自の工夫が必要でしょう」(中村先生)

そこで、中村先生や愛媛県立新居浜病院糖尿病・内分泌内科医監内科部長の南先生が対策として挙げるのが、糖尿病性腎症の比較的軽度の段階では糖尿病専門医が紹介を受けるというもの。

「糖尿病で診療している患者さんの腎臓の悪化をできるだけ早期に発見するよう努め、進行を止めるべく、我々でもできる指導をやっているという考え方です」(中村先生)

「診療所の先生方には、腎症が疑われる患者さんを病院の糖尿病外来へ紹介して下さるようお願いしています。糖尿病専門医が診断をしたうえで、療養指導を行い、基本的な糖尿病治療と血圧コントロールをすると、蛋白尿が改善される患者さんは少なくありません。

また、糖尿病以外に起因する腎疾患が否定できない場合など、腎臓専

門医への受診が必要と判断されたケースで患者さんを紹介すれば、腎臓専門医の負担は、かなり軽減できるはずです」(南先生)

病診連携をスムーズにし、腎臓専門医不足に一役買いたいと言うのは糖尿病専門医で新居浜市医師会の会長を務める新居浜山内病院院長の山内先生である。

「当地区の状況を診療所の先生方と共有して腎臓専門医の負担軽減の重要性をご理解いただき、糖尿病で腎症の兆候があれば、まずは、糖尿病専門医に紹介するよう、啓発していきたいと思います」(山内先生)

患者の意識を変えるのに効果的な腎臓教育入院

腎臓専門医の負担軽減のためのもうひとつの有効な手段が、早期の腎症患者の腎臓教育入院(【資料1】)だという。

「当院では腎臓教育入院を実施しています。発症後早期の段階で、患者さん自身に腎症の病態や症状進行を予防するのに必要な生活習慣等を学んでもらい、透析に移行せずにすむ患者さんを増やすことが目的です」(中村先生)

「糖尿病患者は、一般的に腎臓の合併症について理解が浅く、治療への動機づけが非常に難しい。そこで腎症が悪化したらどんなにたいへんかを実感してもらうため、軽度の腎症患者(第2期～第3期)には住友別子病院での腎臓教育入院を提案しています」(南先生)

教育入院で腎症の治療に積極的になった患者を糖尿病専門医が外来で診療し、重症化をストップさせられれば、腎臓専門医に紹介しなくてすむというわけだ。また、教育入院のメリットは、腎臓専門医の負担が少ない点にもある。

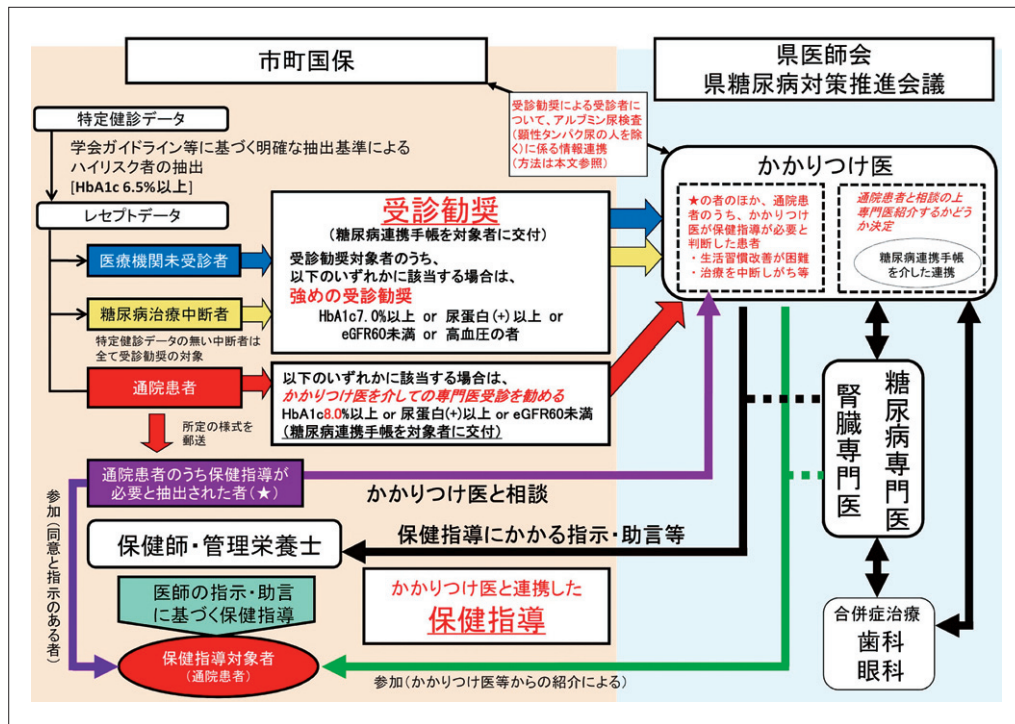
「教育入院では、腎臓専門医は肝心な部分の指導をするのみで、多くの教育や指導は多職種の医療スタッフが担います。

したがって腎臓教育入院は、少ない負担で症状が進行した受診患者を減らせる、効率的な透析移行防止策と言えます」(中村先生)

医師を対象に開催が始まった『糖尿病性腎症を考える会』

糖尿病性腎症重症化予防(【資料2】)は、行政と医療機関が一体となって実施すべき施策とされていることから、新居浜地区では2017年9月、新居浜市国保課の担当者、新居浜市医師会、基幹病院の糖尿病専門医などが集まり、『糖尿病重症化予防検討会』が開かれ、地域の医師や医療スタッフ向けの研修会が計画された。現在までに医師向けの『糖尿

愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(国保版)の概要



出典：愛媛県資料「愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(国保版)の策定について」

病性腎症を考える会』(以下、考える会)は2回、開催されている。

山内先生は、考える会の準備段階からかかわってきた。

「まだ、医師会の会員の間では興味を持ち方に温度差はありますが、将来的には医師会全体が団結して取り組んでいきたいですね」(山内先生)

第2回の考える会では、講演のあとに病院や診療所の医師が参加し、「地域の糖尿病連携について考える」をテーマにパネルディスカッションが行われた。参加した、えもり内科クリニック院長の江盛先生が、プライマリ・ケアの立場から話す。「毎日数名ずつですが、糖尿病患者を診ており、今、行っている診療に問題がないか気になっていたのですが、具体的な方向性が見えて勉強になりました。

患者さんを専門医に紹介する基準

は地域の実状によって違うので、新居浜地区独自の、ある程度の決まった基準があると連携しやすくなると感じました。考える会には積極的に参加するつもりです」(江盛先生)

市と医療機関の取り組みを無駄なく一体化させる

一方、医療スタッフ向けの研修会としてスタートしたのが、『透析移行阻止のためのスタッフ勉強会 in 新居浜』。2017年12月から2018年9月までに3回開催された。この研修会では、新居浜地区の糖尿病専門医と基幹4病院の医療スタッフ、新居浜市国保課の保健師が参加し、互いに各施設と行政の取り組みを紹介し合いながら、知識や指導技術の向上を図った。

「第2回の研修会のワークショップ

やディスカッションで保健師の方から指導対象症例への対応をより良くしたいとの要望が出されました。それを受けて第3回の研修会では、保健師が提示した実際の問題症例について、基幹4病院の医療スタッフと保健師が対処法や指導法をグループワークで検討しました」(南先生)

その提示された症例(【資料3】)によって、特定健診の検査結果から治療の必要性があるものの、まったく病気を自覚していない住民のもとを、保健師が一人ひとり訪問して受診勧奨を行っていることが明らかになった。さらに注意喚起された住民が、受診前

の何年かは、なんとか良くなろうと食事や運動、生活習慣の改善に努力しているケースがあることなどが見えてきたという。

「受診勧奨によって患者さんが医療機関にたどり着くのは、保健師が根気よく説明や情報提供をした結果なのだと、医療スタッフは初めて知りました。

グループワークを通じて、病院の医療スタッフには患者さんが持参する保健師の紹介状の重さが伝わり、保健師には住民へのより良い説明や指導のポイントを理解してもらえたのではないのでしょうか。保健師の皆さんの指導が、よりいっそうレベルアップするよう支援を継続したいと思います」(南先生)

新居浜市国保課がかかわって保健師が参加した研修会は好評を博し、

継続を望む声が多く寄せられ、地域の医療連携に新しい風を呼び込んだ格好だ。

地域の医療連携の輪を いずれは介護にも広げて

今後は、糖尿病患者の高齢化が見込まれるため、その対策が重要になってくる。
「介護が必要な患者さんが増えますから、介護スタッフの方にも基本的

な糖尿病の知識を持っていただく必要があるでしょう」（江盛先生）
「糖尿病患者の受診勧奨における保健師との連携の重要性が明らかになりましたが、高齢患者の対策では介護スタッフとの連携が不可欠でしょう。糖尿病を取り巻く多くの課題を解決するには、病院や診療所だけでなく、地域のさまざまなフィールドで活躍するスタッフと連携していかなければならないと考えます」（南先生）

最後に山内先生が、医師会の取り組みも含めて、話を締めくくってくれた。

「診療所の非専門医の先生方にも、糖尿病性腎症にもっと興味を持ってもらえるように情報を発信していきます。

また、『透析移行阻止のためのスタッフ勉強会 in 新居浜』は、主に病院のスタッフが対象でしたが、診療所のスタッフにも参加していただき、スタッフ同士の連携が深まれば透析に移行する糖尿病の患者さんの減少に拍車をかけられると確信します」（山内先生）

新居浜地区では、病診連携にとどまらず、行政の保健師や医療スタッフ、介護スタッフへと地域の連携の輪を広げていくことで、糖尿病性腎症重症化予防に向けた確かな手応えをつかみ始めている。

【資料3】

保健師が提示した症例

	事例紹介	保健師からの検討事項
1	〈治療中断事例：60歳代男性〉 2014～2016年糖尿病で2～3回医療機関受診し中断。 2017年脳梗塞にて入院加療、退院後治療中断。2017年10月の特定検診でHbA1c8.7%。	家庭訪問し受診勧奨をしたが、受診困難。脳梗塞後遺症、交通の便が悪い、病識が不十分。
2	〈かかりつけ医との連携希望事例：60歳代男性〉 2015年特定検診でHbA1c7.2%。保健師は食事指導、運動指導、受診勧奨。2018年医療機関受診し、糖尿病治療開始。HbA1c5.3%と改善。	保健指導による栄養指導、運動指導の効果について評価したい。血糖コントロール改善後の治療法についてかかりつけ医と連携希望。
3	〈高血圧で医療機関に通院中の糖尿病未治療事例〉 特定検診ではHbA1c9%台、腎症3期の疑い、合併症は未検査で、レセプトでも糖尿病治療が確認できない。	糖尿病の治療が行われていない理由が不明。本人に病識がなく、治療を拒否しているためか。
4	〈特定検診が病院受診につながった事例：60歳代女性〉 2014～2016年の特定検診でHbA1c6.4～6.7%と糖尿病を指摘。本人は自分で食事療法や運動療法で対処できると考えていた。夜に間食習慣あり。2017年の特定検診でHbA1c8.6%と糖尿病が悪化し、医療機関に受診し治療開始。	生活習慣が血糖コントロールに及ぼす影響について理解し、保健指導に生かす。
5	〈医療機関と連携できた事例：60歳代独居男性〉 2013年医療機関治療中断。2014～2016年特定検診HbA1c8.2%、保健師が家庭訪問し、食事療法の指導、受診勧奨。2016年医療機関受診、腎症2期と診断。保健指導で、間食が減り、過剰なインスリン投与を避け、運動療法もとり入れた。2017年HbA1c6.7%と改善し、中断なく治療継続。	医療機関が腎症発症・重症化予防の指示書を作成し、それにしたがって、定期的な家庭訪問をし、保健指導を実施。食事指導では実際の食事内容、調味料まで確認できた。
6	〈独居事例〉 ①（70歳代女性）家族身内に病状が伝わっていない。 ②（50歳代男性）2017年検診HbA1c14.2%。これまで医療機関は受診中断が多かった。保健師の家庭訪問が励みになり医療機関を受診しインスリン治療を継続、HbA1c7%台に改善。	家族への情報伝達と連携、緊急時の対応の準備。インスリン治療全般の支援のための知識・情報の必要性和指導技術の習得。

出典：南先生提供資料

医療法人住友別子病院

〒792-8543
愛媛県新居浜市王子町3-1
TEL：0897-37-7111

愛媛県立新居浜病院

〒792-0042
愛媛県新居浜市本郷3-1-1
TEL：0897-43-6161

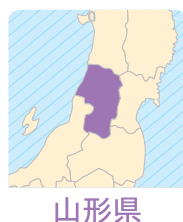
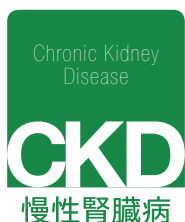
医療法人厚生会 新居浜山内病院

〒792-0022
愛媛県新居浜市徳常町6-13
TEL：0897-37-0022

えもり内科クリニック

〒792-0026
愛媛県新居浜市久保田町2-4-27
TEL：0897-47-5838

取材日：2018年9月27日



山形県でCKDシールを活用した 腎機能低下患者を守る試みがスタート。

Point of View

- ① お薬手帳に貼付して患者の薬物治療に注意喚起を促すCKDシールを作成
- ② 貼付実施者を腎臓専門医からCKDシールを必要とする医療者に広げる
- ③ 貼付枚数の増加に向けて、さまざまな意見を聞きながらCKDシールの改良を計画

山形大学大学院医学系研究科
公衆衛生学・衛生学講座
教授

今田 恒夫先生

一般社団法人山形県薬剤師会
常務理事

武田 直子先生

山形大学医学部
内科学第三講座
准教授

諏佐 真治先生

医療法人小内医院
院長

小内 裕先生

米沢市立病院
薬剤部
薬剤部長

渡邊 茂先生

山形市立病院済生館
薬局
主幹薬剤師

延川 正雄先生

適正な薬物治療に貢献する CKDシールの貼付を開始

山形県では2017年10月から「CKDシール」(【資料1】)の運用が始まった。CKDシールをお薬手帳に貼付することで、医療者に対し患者が慢性腎臓病(CKD: Chronic Kidney Disease)であると知らせ、患者の薬物治療に対する注意喚起を促そうというわけだ。

山形県薬剤師会との協働でCKDシールを立ち上げた今田先生は、山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学・衛生学講座教授で腎臓専門医。CKDシールのメリットを説明してくれた。

「腎機能が低下しているCKD患者で

は、健常者より医薬品による有害事象をきたしやすく、禁忌や投与量の調節などに注意が必要です。医療者がお薬手帳に貼ってあるCKDシールを目にすることにより、それらへの注意喚起が可能になります」(今田先生)

今田先生とともにCKDシールの立ち上げをリードしてきた山形県薬

剤師会常務理事の武田先生が経緯と目的を振り返る。

「きっかけは、私が、今田先生からCKDシールを運用している地域が全国に数ヵ所あるとうかがったことでした。患者さんの腎機能低下を注意喚起してくれるCKDシールは、薬剤師が適正な薬物治療に参画するのに非常に有効なツールだと思い、



左から今田先生、武田先生、諏佐先生、小内先生、渡邊先生、延川先生

『山形県でも導入したい』と今田先生に協力を要請しました」(武田先生)

当初、薬剤師のために導入が図られたCKDシール。今田先生と薬剤師会の間で、シール貼付の条件や運用方法などが検討された。

「シール貼付の基準は、e-GFRが30未満を目安としました。一般的にはCKDにおいて意識されるべき値はe-GFR60未満ですが、それでは日本人の1割が該当してしまうので、リスクの高い30未満から開始した次第です。

CKDシールを貼る場所は原則、お薬手帳の表紙とし、まずは山形腎不全研究会の協力を得て、腎臓専門医に貼付をお願いしました」(今田先生)

腎臓専門医以外にも 貼付する医療者を広げる

CKDシールの運用を始めると、早速、問題が浮上した。貼付が必要な患者数は8,000名程度と推計されたのにもかかわらず、予想したほどにはシールの貼付枚数が伸びていなかった。

「シール貼付の実施者を腎臓専門医のみと限定したため、人数が少なく多忙な日常診療の中で、シールの貼付は、なかなか進みませんでした」(武田先生)

「患者さんにシールの説明をし、お

薬手帳を出していただき、了解を得てシールを貼る作業は思いのほか時間がかかり、専門医だけでは限界があると気づきました」(今田先生)

そこで2018年5月から、シール貼付を、腎臓専門医以外の医師や薬剤師などCKDシールを「必要と感ずる人」にも担ってもらうよう運用を見直した。

この見直しに合わせ、CKDシールの目的(【資料2】)も変更された。前述のとおり当初、CKDシールは「薬剤師が適正な薬物治療に参画し、患者の適正な薬物治療に貢献する」という薬剤師の視点に立った目的のもとに開始された。それを、より多くの医療職種がかかわり、薬物治療中のCKD患者だけでなく、未治療の患者をも適切な治療につなげていくとの新たな視点から、目的を「専門医の目の届かないCKD患者の発見と、薬の安全使用の啓発」へと変えたのである。

腎臓専門医と薬剤師が プロトコルにもとづき貼付

病院薬剤師がシールの貼付業務を始めた病院のひとつが米沢市立病院だ。薬剤部長の渡邊先生が同院での取り組みを話す。

「当院の腎臓内科の外来も担当されている今田先生から、病院薬剤師もCKDシールの貼付に参加できる仕組みをつくれないかと相談があり、

【資料1】

CKDシール



出典：武田先生提供資料

腎臓専門医と薬剤師が話し合ってプロトコル(【資料3】)を作成しました」(渡邊先生)

プロトコルの内容は以下のとおり。入院患者で、e-GFRが30未満、または血清クレアチニンが男性2mg/dL以上、女性1.5mg/dL以上の基準に該当する患者を、病棟薬剤師が抽出する。そのリストを週に1回、今田先生に提出し、許可が出た患者について病棟薬剤師がCKDシールの意義などを説明、同意を得てからシールをお薬手帳に貼付。その後、CKDシールを貼付した旨を電子カルテに記載、主治医にも報告する。「2018年4月に循環器科からプロトコルにもとづいた運用を開始し、7月までに入院患者39名をリスト化しました。そのうち、34名にシール貼付の許可をいただき、お薬手帳にシールを貼付しています」(渡邊先生)

循環器科の主治医と腎臓専門医、病棟薬剤師のコミュニケーションは



密になり、病棟薬剤師によるシールの貼付は徐々に進んでいるという。

一方で米沢市立病院では、保険薬局との連携がうまくいかず、CKDシールの効果が発揮されなかった事例も経験した。

「シールを貼っていた患者さんが再入院した際に、e-GFR30未満は禁忌の骨粗鬆症治療剤が処方され、保険薬局でも見すごされていたのがわかったのです」（渡邊先生）

それではシールを貼っている意味がない。米沢市薬剤師会と米沢市立病院がタイアップして保険薬局との

症例検討会を開いた。

「症例ごとに、どんな点に注意するかを学びながら、CKDシールの意味を再認識してもらう良い機会になりました。シールの有効活用には、薬業連携の強化とシールの認知度アップが必要だと感じています」（渡邊先生）

導入から1年、果たす役割を広くアナウンスする段階に

同じくCKDシールを導入している山形市立病院済生館の薬局主幹薬

剤師の延川先生も、同院での事例を挙げながらCKDシールの医療者への周知の重要性を指摘する。

「先日、皮膚科の診療所で带状疱疹の治療を受けていた患者さんが、意識障害で当院に運び込まれました。原因は、腎機能が低下していたにもかかわらず、抗ウイルス薬が減量されないまま通常量で処方されたからでした。」

CKDシールが地域で広く認知されれば、医師や薬剤師が患者さんの腎機能に注意するきっかけになり、このような事態も防げるでしょう」（延川先生）

山形大学医学部内科学第三講座准教授で糖尿病専門医の諏佐先生は、糖尿病対策の経験から、CKDシールの理念や目的を広める活動が大切だろうと指摘する。

「CKDシールを見れば、誰もがその患者さんの腎機能や薬の選択、投与量を『気をつけよう』と思うようになるまで、その意義を繰り返し伝え続けるべきです」（諏佐先生）

腎臓専門医からスタートした一連のCKDシール貼付の活動は、導入から1年が経過し、広くアナウンスする段階を迎えているようだ。

意見を聞きつつ改良を重ね活用しやすいツールをめざす

CKDシールを多くの医療者に活用してもらうには、シールの改良も考えられる。糖尿病専門医の小内医院院長、小内先生が参考になる話を披露してくれた。

「日本糖尿病協会では、患者さんに自らの血糖コントロール目標を意識してもらう目的で、『HbA1c 7%未満』と印刷されたシールを作成し、糖尿病連携手帳に貼る活動を始めました。」

【資料2】

CKDシール貼付の目的と役割

CKDシール貼付の目的

開始時の目的：腎機能低下患者のお薬手帳にCKDシールを貼ることにより、薬剤師が適正な薬物治療へ参画し医歯薬連携体制を構築して、患者の適正な薬物治療に貢献する



現在の目的：専門医の目の届かない患者の発見と、薬の安全使用の啓発

貼付基準：以下の2つを満たす例とする。

- 1) 腎不全状態＝e-GFR 30未満 または
血清クレアチニン 男性2mg/dL以上 女性1.5 mg/dL以上
- 2) 1)の状態が3ヵ月以上続いている

CKDシールの役割

役割：患者がCKD(Chronic Kidney Disease：慢性腎臓病)であることが医療関係者にわかる

CKDシール貼付のメリット

⇒**医師：**腎機能に注意して薬を処方することができる

⇒**薬剤師：**処方監査を行う場合の注意喚起となり、適正な薬物治療へのかかわりを持つきっかけとなる

出典：武田先生提供資料

【資料3】

米沢市立病院で定めたCKDシール貼付に関するプロトコール

- 米沢市立病院に入院中でe-GFRが30未満の患者を病棟担当薬剤師が抽出
- 週1回、外来の腎臓専門医にリストを提出し、医師がリストを確認する
- 病棟薬剤師より当該患者へ説明し、同意を得たうえでCKDシールをお薬手帳に貼付
- 病院薬剤師からは患者さんへCKDシールの意義などを説明、お薬手帳にCKDシールを貼付した旨を、電子カルテに記載

出典：渡邊先生提供資料

また、目標がHbA1c 7 % 未満以外の方用に、数値を自由に書き込めるシールがあり、さらには、低血糖を注意喚起するシールも用意しています」(小内先生)

小内先生の話を受けて、取材中にシールに関するさまざまな改良のアイデアが出た。

「かかりつけ医の先生方も幅広くシールを貼付してくださるようになれば、発症早期からの注意喚起が可能です。そうなったときに、貼付基準をe-GFR30未満からe-GFR45未満に変更したらいかがでしょうか」(今田先生)

「私は現時点で、e-GFR60未満から貼付してもいいと考えます。糖尿病性腎症の患者さんを多数診てきましたが、非ステロイド性消炎鎮痛剤が原因で、腎機能が悪化した疑いのある患者さんがいました。

早期から腎機能低下をシールでしっかり示し、腎機能を低下させる薬剤を安易に使用しないよう、広く医師や薬剤師に呼びかけていくべきです」(諏佐先生)

「今の色はピンクですが、e-GFR30未満は赤信号の赤い色、e-GFR45未満は黄信号の黄色といった具合に、色分けをしてもいいですね」(小内先生)

「たとえば、『e-GFR30未満』と数値を入れれば、わかりやすいのではないのでしょうか。日本糖尿病協会のシールのように、自分で数値を書き入れる方法も良いと思います」(諏佐先生)

シールを貼るお薬手帳の場所についての提案もあった。

「お薬手帳の表紙に貼ったCKDシールが目につかない場合もあります。シールを貼る専用のページやスペースがあってもいいかもしれません」(諏佐先生)

CKDシールを貼るスペースが決まっていれば、気づきやすく、薬剤師は必ずそこを見て注意するので、お薬手帳の表紙と違って見落としも少なくなるだろう。

「実は、もうひとつ山形県薬剤師会事業として、2017年から地域の病院と連携して手術前などに休業となる『血さらさら薬』を飲んでいる患者さんのお薬手帳の表紙に保険薬局で『血さらさらシール』を貼付する活動を協議中です。

お薬手帳にそうしたシールを貼付する専用ページがあると、効果が見込めそうです。次回の手帳改訂の際に、ぜひ検討させていただきます」(武田先生)

多様な意見を取り入れながら改良

を重ねれば、CKDシールは着実に活用しやすいものに進化していくに違いない。

「今後、CKDシールの必要性がさらに広く医療者に認知されるには、積極的に広報活動を展開していかなければなりません。同時に、もう少しシール自体の運用方法にも工夫が必要だと、皆さんのお話から痛感しました。

CKDシールが、専門の異なる医師や多職種間の連携を深めるツールとなり、CKD患者の安全かつ適正な薬物治療に寄与するよう、取り組みを進めていきます」(今田先生)

山形大学医学部附属病院

〒990-9585
山形県山形市飯田西2-2-2
TEL：023-633-1122

一般社団法人山形県薬剤師会

〒990-2411
山形県山形市前田町17-15
TEL：023-622-3484

医療法人小内医院

〒996-0035
山形県新庄市鉄砲町7-28
TEL：0233-22-2036

米沢市立病院

〒992-8502
山形県米沢市相生町6-36
TEL：0238-22-2450

山形市立病院済生館

〒990-8533
山形県山形市七日町1-3-26
TEL：023-625-5555

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。

2018年10月

岡山県 県南西部医療圏 勉強会 第3回

2018年7月

福島県 県中医療圏 勉強会 第4回

2018年6月

岩手県 盛岡医療圏 勉強会 第3回

2018年6月

大阪府 堺市医療圏 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年度の改定における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。