



メディカルネットワーク

# Medical Network

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

—医療行政最前線—

2018年度から第7次医療計画がスタート

医療計画の「基準病床数」と  
地域医療構想の「病床の必要量」。  
両者の関係は？

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**

石川中央医療圏(金沢南エリア) ..... P8

基幹病院と21診療所とのネットワークをベースに  
150もの施設が参加する循環型連携が成立。

はさまざまな事項が記載されますが、とりわけ注目を集めるのが「基準病床数」です。実際の病床数（既存病床数）が基準病床数を超える場合には、超過分の病床について保険指定がなされないため、事実上、「病床整備の上限」となります。基準病床数について、現在、「地域医療構想と、どのような関係にあるのか」という議論が熱を帯びていますので、まずこの点を見てみましょう。

基準病床数は、我が国においてあまねく良質な医療を受けられるように「病床の地域偏在を是正する」ことが主な目的とされ、「医療計画作成時点の人口をベースにする」、「長期入院患者は、必ずしもカウントしない」といった考え方にもとづいて算定されます。

一方、地域医療構想には「病床の必要量」を記載します。高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった機能ごとに、「2025年度に、地域ごとにどの程度の病床数が必要となるのか」を規定するもので、「2025年時点の人口をベースにする」、「現に入院している患者（長期入院患者も含む）にもとづく」という考え方によって算定されます。

両者は、目的も算定方法も異なるため、数字が異なるのは当然とも言えますが、すでに作成された地域医療構想を見ると、大阪府に代表される「困った状況」が生じています。大阪府では、▽第6次医療計画の基準病床数が67,263床、▽既存病床数85,471床（2014年7月の病床報告結果。未回答の約6,000床を除く）、▽地域医療構想における病床の必要量は101,471床——となっています。つまり、今後、地域医療構想を実現するために10,000床程度の増床が必要ですが、現時点では「既存病床数>基準病床数」のため増床はできないと

## 2018年度から第7次医療計画がスタート

# 医療計画の「基準病床数」と地域医療構想の「病床の必要量」。両者の関係は？

2018年度から第7次医療計画がスタートします。

医療計画は都道府県が作成するもので、計画の中には、▽5疾病・5事業及び在宅医療、

▽医療従事者の確保、▽医療情報提供の推進、▽医療安全の確保——などについて整備目標とその達成に必要な取り組み、さらには「基準病床数」などを記載します。

一方で、都道府県の定める地域医療構想には、「病床の必要量」を記載しますが、

これと「基準病床数」はどのような関係にあるのでしょうか。

年度末に向けて集中的な議論が行われます。

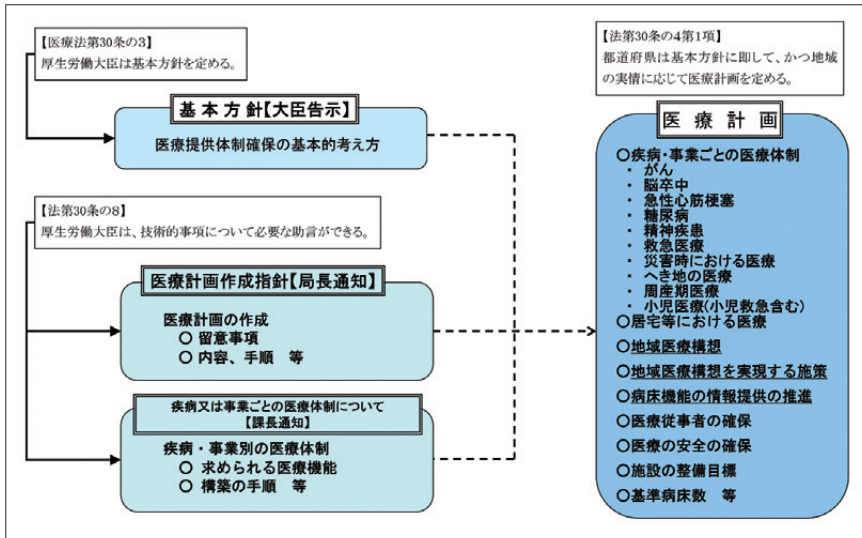
## 大阪府では病床過剰なのか 病床不足なのか？

2018年度からスタートする新たな第7次医療計画においては、都道府県が医療計画を2017年度に作成するので、厚生労働省（以下、厚労省）は2016年度中に「医療計画を作成す

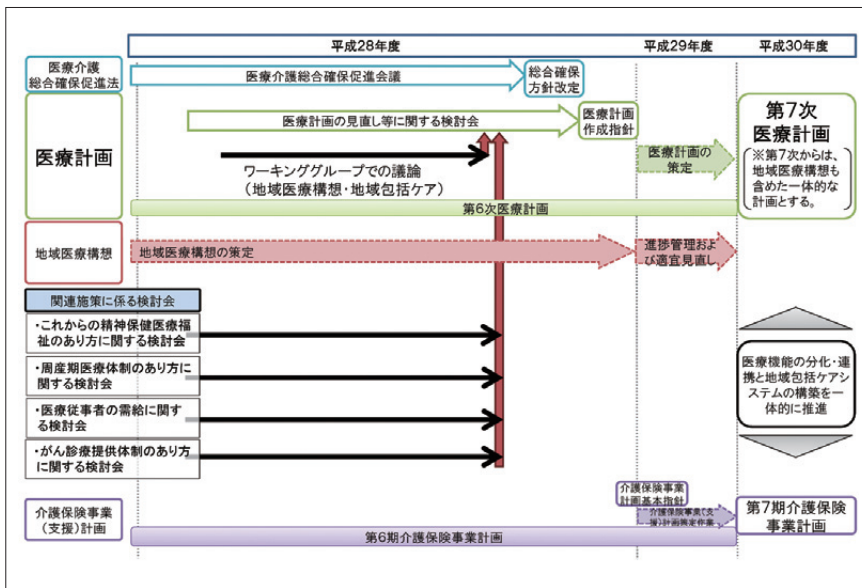
るための指針」を策定します（【資料1】）。医療計画は第7次から、これまで以上に介護保険事業（支援）計画との整合性をとることになっており、両計画の上位指針となる「総合確保方針」の改訂議論も進んでいます（【資料2】）。

冒頭に述べたように、医療計画に

**【資料1】医療計画の作成にかかる指針などの全体像**



**【資料2】医療・介護制度及び関連施策にかかる検討会のスケジュール**



いう状況です。これでは、地域の医療機関（特に病院）は、どのような病床戦略を立てるべきか見通しが立ちません。

厚労省が開催する「医療計画の見直し等に関する検討会」や、その下部組織である「地域医療構想に関するワーキンググループ」でも同様の問題が浮上しており、厚労省は基準病床数を超えた病床整備を認める特別措置などで対応したい考えです。

**平均在院日数、短縮傾向を地域ごとに考慮すべきか**

基準病床数は、前述のように「地域の医療提供体制の偏在を是正する」ことが大目標です。このため、その計算式は全国一律に設定されています（【資料3】）。

厚労省は、現行の計算式にもいくつかの課題があるとし、第7次医療計画において、特に「平均在院日数」

の考え方を見直したい考えです。現在、一般病床の計算式において「平均在院日数」は、「直近の病院報告における平均在院日数から（5年間で）1割短縮する」として設定されていますが、平均在院日数の短縮傾向は地域によって異なります（【資料4】）。そこで厚労省は「地域ごとに考える」方針を示しているのです。

なお、この点に関連して、7月15日に開かれた「医療計画の見直し等に関する検討会」では、相澤孝夫構成員（日本病院会副会長）から、「一般病床をひとつにくくるのではなく、7対1一般病棟入院基本料を算定している急性期病床や、地域包括ケア病棟入院料を算定する病床、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床など、精緻に見ていく必要があるのではないか」との指摘もなされており、厚労省がどのように考えるのか注目されます。

**5疾病・5事業の特性踏まえ2次医療圏を柔軟に設定**

医療計画には、5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）や5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療）の整備目標なども定める必要があります。

これは「地域に必要な医療」を整備することが目的ですが、5疾病・5事業の中には「心筋梗塞などの時間的猶予のない医療」と、「がんなどの比較的時間的猶予のある医療」が混在しています。そこで、現在、兵庫県や北海道のように、いわば5疾病・5事業ごとの2次医療圏の設定をしているところもありますが、厚労省はこうした考え方をより推進したい考えです。

厚労省はこの点に関し、次のよう

### 【資料3】基準病床数の計算式

※現行の算定式は、医療法施行規則の一部を改正する省令(平成17年厚生労働省令第119号)により変更され、第5次医療計画から適用

二次医療圏ごとに①、②、③の合算値を基準病床数として算定

#### ①一般病床

$$\left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{一般病床退院率} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{平均在院日数} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]$$

病床利用率

#### ②療養病床

$$\left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢階級別長期} \\ \text{療養入院・入所必要率} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{介護施設} \\ \text{対応可能数} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]$$

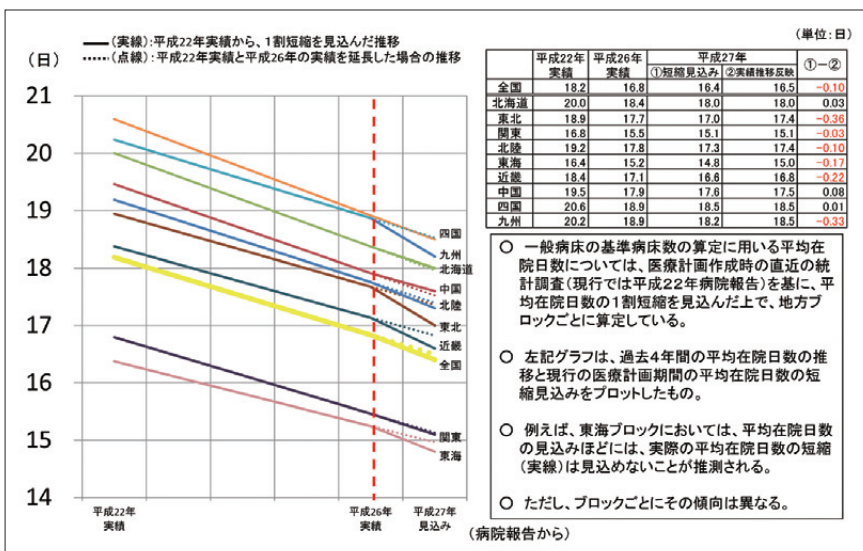
病床利用率

※①、②の算定については、二次医療圏ごとに流出入を加味し病床数を算出するが、その都道府県単位の合計数は、流出入がないとして積み上げた都道府県単位の合計数を超えることができない。

#### ③流出超過加算

都道府県における流出超過分の1/3を限度に加算

### 【資料4】地域ブロック別に見た平均在院日数の短縮状況



な興味深いデータを検討会に提示しています。

- ・ 2次医療圏ごとに「脳卒中発症から30分以内に治療が開始される患者」の割合を見ると、人口500,000人以上の医療圏ではほとんどが80%であるが、人口200,000~500,000人の医療圏では80%未満のところが増え、人口200,000人以下の医療圏では0%のところも散見される
- ・ 同様に「急性心筋梗塞発症から30

分以内に治療が開始される患者」の割合を見ると、人口500,000人以上の医療圏でも80%に満たないところがあり、人口が200,000人以下では相当数の医療圏で0%となっている(【資料5】)

つまり、居住地域の「人口規模」によって、早期治療が可能か否か、が変わってくるのです。2次医療圏設定において、きわめて重要なデータと言えるでしょう。

### 第7次医療計画からCTやMRIの適正配置なども考慮

厚労省は、第7次医療計画から、「CT、MRIなど高額医療機器の配置状況や安全確保状況」なども考慮してはどうかと提案しています。

我が国では、他の先進諸国に比べて、CTやMRIの配置が際立って多いというデータがあります。さらに、厚労省の分析によれば、「CT、MRIの配置が多くなると、CT、MRI撮影患者が増える」という、いわば供給が需要を生んでいるかのような状況もあります。その一方で、CT、MRIがきわめて多く配置されている地域では、必ずしも効率的な稼働がなされていないようです(【資料6】)。

ところで、CTやMRIの配置状況を見ると、CTの57%、MRIの67%は病院に設置されています。これらのうち、マルチスライスCTなどの高度機器では、適切に保守点検が実施されていますが、シングルスライスCTなどでは、保守点検が必ずしも適切に実施されていないようです。そこで厚労省は、「今後の医療提供体制を考える際には、高額な医療機器が適正配置され、かつ適正に使用されているのか(保守点検も含め)も重要な視点となる」と考えています。

### 在宅医療の確保は介護保険施設との整合性が鍵

第6次医療計画(現在の医療計画)から、「在宅医療」の確保に関する事項も記載事項となっています。

在宅医療の充実に関しては、市町村に対し「在宅医療・介護連携推進事業」の実施が義務づけられていますが、これまで医療は都道府県の事業であったことや、小規模な市区町村ではマンパワー確保が難しいこと

などから、進捗状況には大きな格差があります。そこで厚労省は、「都道府県による市町村の支援」を医療計画への記載事項にすることを検討しています。

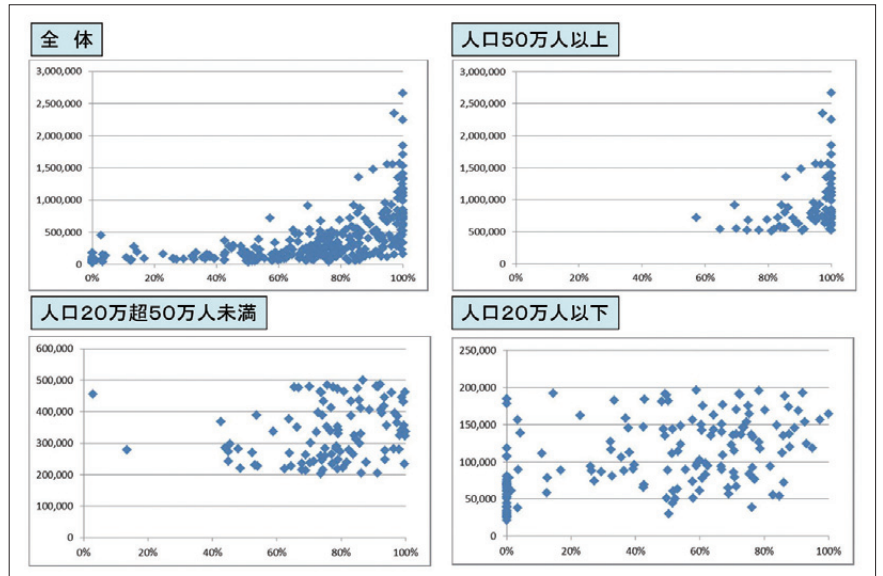
ところで、在宅医療は介護保険施設と相互補完関係にあると指摘されます。たとえば、特別養護老人ホームの入所待ちをしている高齢者には少なからず在宅医療が必要になりますが、特養ホームに入所できた場合は在宅医療が不要となるといった具合です。

このため厚労省は、第7次医療計画においては、▽介護サービスの整備目標と整合的なかたちで在宅医療の目標を設定する、▽介護保険施設以外で受け止める在宅医療の需要にどのように対応するのかの「考え方」を記載する——との方針を打ち出しました。もっとも、介護保険施設などの整備状況には大きな地域差があるため、全国一律の詳細な（かっちりした）基準は定めず、国からは一定の考え方やパターンなどを示すにとどめる考えです。

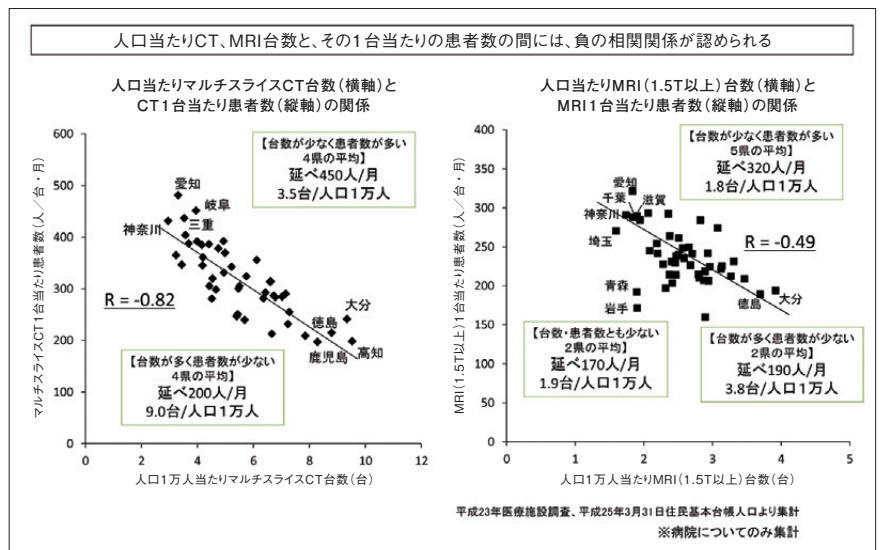
なお、第6次医療計画から、都道府県は「計画を作成するだけでなく、計画が実行されているのか、実行されていないとすれば課題はどこにあり、どのような対策をとれば良いのか」というPDCAサイクルをまわすように求められています。このうち在宅医療については、「在宅療養支援診療所（以下、在支診）がどれだけ整備されたか」、「訪問看護事業所はどれだけ整備されたか」など、もっぱら「ストラクチャー」（構造設備）に着目した指標にもとづいて行われています。しかし、実際に行われた訪問診療や往診のうち2～4割程度は在支診以外のクリニックによって提供されているのです。

こうした点を踏まえて厚労省は、

**【資料5】2次医療圏ごとに見た心筋梗塞が生じてから30分以内に搬送できる患者割合**

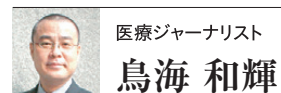


**【資料6】人口当たりCT、MRI台数と1台当たり患者数の関係**



「サービスの実績に注目した指標の充実を図ってはどうか」と提案。「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」の多くの構成員も、これに賛同しています。ただし池端幸彦構成員（日本慢性期医療協会副会長）は「在宅での看取り」などのアウトカム評価の導入には慎重であるべきと釘を刺します。たとえば、「在宅医療を積極的に行ったが急変で入院し、その直後に死亡した」

といったケースでは、「在宅での看取り」を指標にした場合には、適切な評価がなされません。こうした点を危惧したもので田中滋座長（慶應義塾大学名誉教授）も、「アウトカム指標の導入にあたっては十分な研究が必要である」と述べています。



## 目的も計算方法も異なる医療計画の「基準病床数」と地域医療構想の「病床の必要量」

**今**号の「医療行政最前線」でお伝えしたように、医療計画の「基準病床数」と地域医療構想の「病床の必要量」の関係はどう考えるのかが議論になっています。ここで、両者を整理しておきましょう。

「基準病床数」は、一般病床と療養病床について「性別・年齢階級別の人口」や「退院率」（一般）、「入院・入所需要率」（療養）、「平均在院日数」（一般）、「病床利用率」などをベースに算出します。基準病床数を定める目的は、「病床過剰地域から非過剰地域へ病床を誘導し、地域偏在を是正する」ところにあるとされています。したがって、実際にある病床数（既存病床数）が基準病床を上まわる地域では、事実上、増床は認められません（保険指定がなされない）。

一方、「病床の必要量」は、「人口」、「入院受療率」、「病床利用率」などをベースに算出します。こちらは2025年にどの程度の病床が必要になるのかを、高度急性期、

急性期、回復期、慢性期の機能ごとに求め、「病院・病床の機能分化を進める」ことが目的です。別に行われる病床機能報告制度との違い（多くの地域では高度急性期、急性期病床が多く、回復期、慢性期病床が不足している）を踏まえ、機能分化に向けた議論が地域で行われることになっています。

このように、「基準病床数」と「病床の必要量」は目的も計算方法も異なるため必ず「差異」が出てきます。これをどう考えるかが、今後、厚生労働省の検討会などで議論されます。

ところで、地域医療構想においては、すでに各都道府県で策定論議が進んでおり、一部では策定が完了しています。

このため、厚生労働省は、「基準病床数を毎年見直す」ことや「基準病床数を超えた病床整備の特例」で対応したい考えです。

## 地域包括ケアにおける医療マネジメント 第③回

株式会社日本経営 大日方 光明

### 退院前カンファレンスの運用

**前**回までは、病院における退院調整のポイントを確認し、退院計画の策定までの流れを追ってきました。今回は、退院前カンファレンスについてのポイントを見てみましょう。同カンファレンスでは、疾患の経過と治療内容、予後予測、入院中の日常生活動作や服薬管理、栄養状態、精神状態などに関する介護系在宅スタッフとの情報共有から始まり、退院後の本人の希望、引き継ぐべき在宅での課題などへの対策立案が必要となります。その際、ハードルとなりやすいのが病院側スタッフと介護系在宅スタッフとの視点の相違です。筆者が過去に関与したケースでは、病院側スタッフが照準を「治療」に、介護系在宅スタッフ等は「生活支援」に当てたため、両者の議論に齟齬が生じ、情報の不足を招いた例がありました。

解決に向けては、①情報共有の方法論、書式等の共通

化、②地域の社会資源との接触機会を増やすこと、③チームとしての経験値を積むこと——などが挙げられます。①については、共通のシナリオにもとづいた退院前カンファレンスの司会進行、書式等の定式化により、確認・共有すべき情報に関して、ある程度のブレは防げるでしょう。これには「東京都退院支援マニュアル」等が参考になります。ただし短期的対策であり本質的には②、③の中長期の取り組みが重要です。

まずは、地域の社会資源について正確な情報（スタッフ数や施設基準、特徴等）を集めること、そして、実際に対面し、交流する場を積極的に持つことが求められます。地域の介護職の連携会議や交流会に病院スタッフが参加するケースはまだ珍しいですが、チームを育て成長させる発想のもと、こうした取り組みを行うことが、連携の質を高める第一歩です。

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



## 領域別情報

### 日本発、グローバル SGLT2阻害剤「カナグル」 会員限定



世界初の経口SGLT2阻害物質T-1095をルーツとし、世界65か国以上で承認されている日本発のSGLT2阻害剤です。カナグルの基本情報や適正使用情報について、ご紹介しています。

- [第11回] **カナグルの優れた血糖低下効果と作用機序**
- [第12回] **発売1周年を迎えたカナグルの軌跡 ダイジェスト版**
- [第13回] **カナグルのグローバルエビデンスへの期待**

## 診療サポート情報

### 疾患・治療情報

#### 高齢者糖尿病治療UPDATE 会員限定

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

- [第1回] (対談) **高齢者糖尿病の診療ガイドライン—策定の背景と経緯**

### 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1回] **院内のチーム力結集で得た情報をクラウドにアップ。  
県全域からアクセスできる糖尿病ネットワークを実現。**
- [第2回] **ゼロから「日本一の糖尿病診療モデル地区」へ。  
連携専門の看護師がかかりつけ医を訪問。  
循環型連携パスで地域の治療・検査を標準化。**

### 医療情報

#### 診療報酬はやわかりマニュアル オープン

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

#### 調剤報酬はやわかりマニュアル オープン

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

#### DPCはやわかりマニュアル オープン

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



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

検索

取材日：2016年7月14日



糖尿病



石川中央医療圏  
(金沢南エリア)

## 基幹病院と21診療所とのネットワークをベースに 150もの施設が参加する循環型連携が成立。

### Point of View

- ① 病院内の多職種糖尿病チームが素地となり、顔の見える21診療所との連携でスタート
- ② 「糖尿病連携手帳」をパスとして活用するとともに、電子カルテで半年後の予約を確実に
- ③ 病院の医師、地域の医師、患者・家族が信頼のトライアングルをつくる

金沢赤十字病院副院長/  
第一内科部長/医療安全推進室長  
西村 泰行先生

ながい内科クリニック院長  
永井 幸広先生

山下医院院長  
山下 治久先生

やなぎ内科クリニック院長  
柳 昌幸先生

さかえ内科クリニック院長  
大場 栄先生

金沢赤十字病院  
看護部長/認定看護管理者  
富澤 ゆかり氏

### 近隣の診療所訪問をする中で 糖尿病の連携を望む声を聞く

金沢南エリアの糖尿病地域連携のベースは、2009年に始まった金沢南糖尿病ネットワークである。金沢赤十字病院の副院長で、第一内科部長も務める西村先生が、経緯を語る。「当院が地域医療連携室を開設した際に室長となった私は、近隣の診療所を訪ねてまわり、100ヵ所ほどの施設の先生方に病院全体の連携登録医になっていただくことができました。そして間もなく、私が糖尿病の専門医だったからでしょう、登録医の先生方から糖尿病に特化した連携を望む声が上がったのです」(西村先生) 要望に応じて西村先生が立ち上げ

たのが、金沢南糖尿病ネットワーク。21の、主に内科を標榜する診療所が参加し、以来ともに活動してきた。患者を病院と診療所の双方で見守り、勉強会や症例検討会などを行ってきたのだ。参加施設のひとつ、ながい内科クリニック院長の永井先生は、糖尿病の地域医療連携を金沢大学附属病院に勤務していた時代から意識

していたと話す。

「デンマークのステノ糖尿病センターで研修する機会があり、そこで見た、病院と地域の総合内科医とが展開するような連携を、日本でも実現できればいいと思ったのが最初です」(永井先生)

永井先生と同じ糖尿病専門医の山下医院院長の山下先生も、この連携

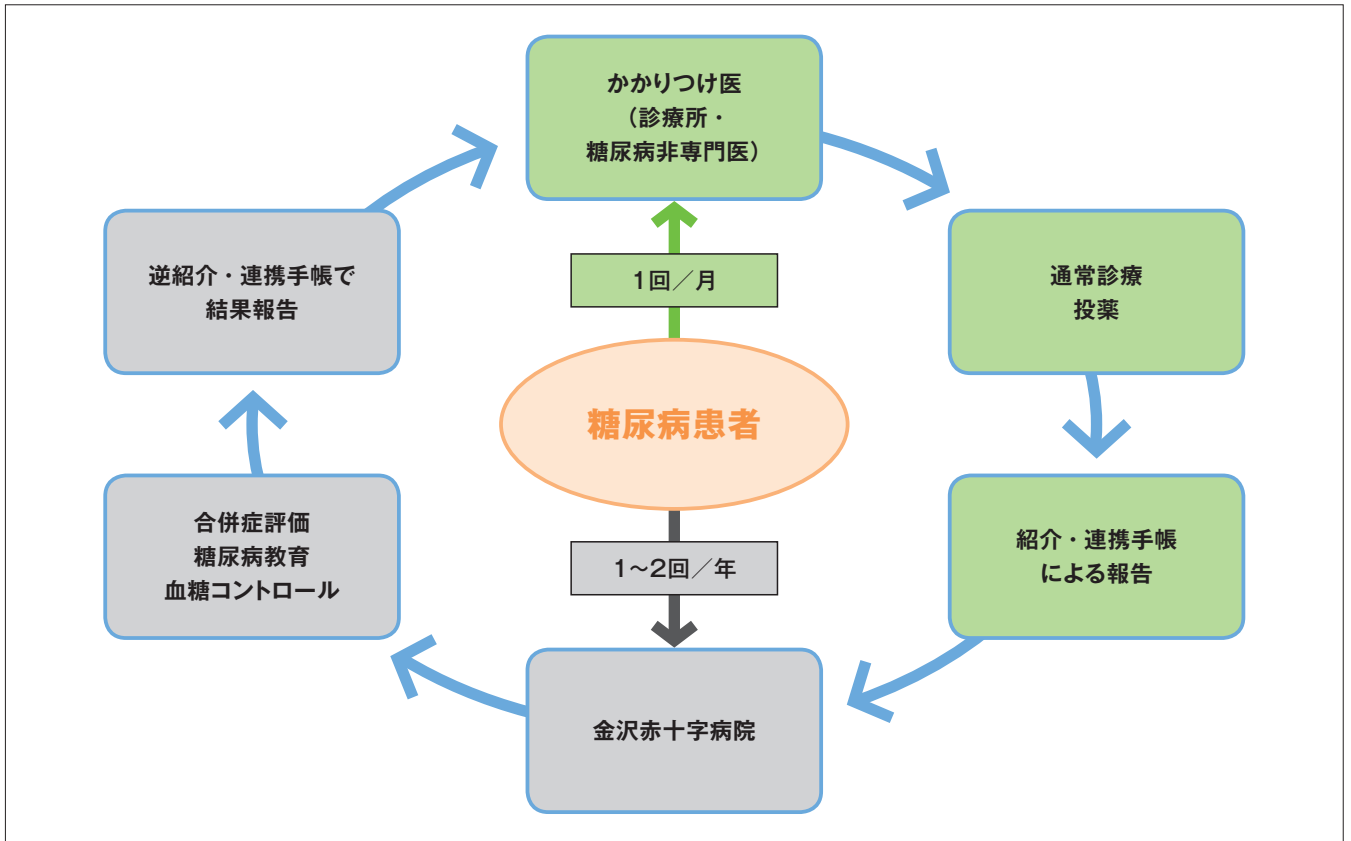


左から西村先生、永井先生、山下先生、柳先生、大場先生、富澤氏



【資料1】

糖尿病連携パスの流れ



に立ち上げ時からかかわってきた。「糖尿病専門といえども、診療所では診きれない患者さんも多いのです。」

診療所でできる部分とできない部分をしっかりと見きわめて大きな病院とタグを組み、一人ひとりの患者さんを診ていく体制はどうしても必要だと考えていましたから、連携は大歓迎でした」(山下先生)

同ネットワークに参加したのは、糖尿病専門医ばかりではない。むしろ大半は非専門医だという。金沢市に隣接する白山市のやなぎ内科クリニック院長の柳先生の専門は、消化器内科である。

「開業してみてあらためて、糖尿病は非常に患者数の多い生活習慣病であり、かつ患者さんも医師も長期間に

わたってつき合っていかなければならない疾患なのだと実感しました。」

ですから患者さんの状態に応じてたとえば合併症の検査やインスリン導入など、非専門医では難しい場面で折々にサポートしていただける施設、信頼できるスペシャリストがそろった病院との連携は、とても心強いことなのです」(柳先生)

同様に消化器内科医のさかえ内科クリニック院長の大場先生は語る。「私の専門分野の患者さんでも肝疾患などの場合、糖尿病を併発しているケースがとても多い。糖尿病は、発症して最初の1年間のコントロールが大切ですから、見つけたら、できるだけ金沢赤十字病院の教育入院に送るようにしています」(大場先生)



## 院内のチーム医療と同様に 信頼で結ばれたネットワーク

「西村先生は、1990年代の半ばからすでに、糖尿病のチーム医療に取り組んでいらした方ですから、連携に関しても私たちは絶大な信頼を抱いています」（大場先生）

「糖尿病は医師ひとりでは診られない疾患だから」と西村先生は早い時期からチームづくりに着手した。まずは患者のバックグラウンドなどを聞き出し、生活習慣の指導をしてくれる看護師や、食事療法のプロである管理栄養士をチームに入れ、「あとは、ぼちぼちといろいろな医療スタッフを巻き込んでいきました」（西村先生）という。

現在、金沢赤十字病院では、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士などあらゆる分野の医療スタッフがCDEJ（日本糖尿病療養指導士）資格を取得、チーム医療に貢献している。

「ネットワーク形成以前に、院内に

糖尿病診療のためのチームがあったことには大きな意味がある」と指摘するのは同院看護部長の冨澤氏だ。

「私も、ちょうど病院の地域医療連携室の師長だったので、ネットワークの立ち上げ当初からかかわってきました。院内の糖尿病チームの存在によって、医師のみならず、看護師も管理栄養士も薬剤師もその他のスタッフも、自身の役割をきちんと認識して動き、チームで患者さんを守る重要性を身にしみて理解していました。ですから、今度は病院の医師と地域のご開業の先生方が手をたずさえて患者さんを守ることが、とても理にかなったシステムとして腑に落ちたのです」（冨澤氏）

院内のチーム医療という素地もあって順調に動き出した金沢南糖尿病ネットワークでは、当初、連携パス作成を試みたようだ。

「オリジナルの小さなバインダー式のパスを印刷して使用し始めた直後、日本糖尿病協会の『糖尿病健康手帳』

が刷新して『糖尿病連携手帳』となりました。これが、当院でつくったパスとほとんど同じ内容で——ならば、患者さんや診療所の先生方に馴染みのあるこの手帳をパスとして使おうということになったのです」（西村先生）

## 半年に1回の定期検査は 診療所の先生方から出た要望

同ネットワークの21施設は、いずれも西村先生とはフェイス・トゥ・フェイスでスタート。「糖尿病連携手帳」をパスとし、これに加えて教育入院の退院時サマリーや、定期検査の際の診療情報提供書についても密なやり取りを重ねて、確かな信頼関係でつながる間柄となっていった。

一方で、糖尿病患者や予備軍が増える時代の中、同ネットワーク以外の診療所とも、紹介や逆紹介のケースが多くなっていく。

「時代の要請に応じてパスの適用範囲

【資料2】

### 21施設時(左)と150施設に拡大後(右)の実績

#### ◆連携パスの使用実績

- ①連携パス登録患者数：237名(2009年8月～2014年2月)
- ②病型：1型糖尿病 …… 6名  
2型糖尿病 …… 231名
- ③連携パス内訳
  - ・バリアンス …… 11名(死亡2名、他院通院9名)
  - ・当院のみ通院 …… 18名
  - ・循環型連携が取れている患者 …… 64名
  - ・循環型連携が取れていない患者 …… 132名
  - ・連携パス間もない患者 …… 12名
- ・バリアンス以外 224名(男性129名、女性95名)  
※1型糖尿病 2名

#### ◆新システム開始後の新規登録患者数：64名

うち金沢南糖尿病ネットワーク：37名 それ以外：27名

#### ◆予約状況

〈次回予約の有無〉	〈受診間隔〉
予約あり …… 37名	3ヵ月後 …… 6件
予約なし …… 16名	4ヵ月後 …… 1件
	6ヵ月後 …… 34件
	1年後 …… 11件
	指示なし …… 3件
	当院のみ …… 56件
	他疾患などで他院 …… 3件

#### ◆受診状況(n=64)

予約どおり受診できた …… 23名
来院日前 …… 28名
指示なし …… 3名
当院のみ …… 6名
他疾患などで他院 …… 3名

受診率=100%



お話をうかがった皆さん

を拡大し、いずれは確かな連携に育てよう」(西村先生)との決断がくだされたのが、2015年7月。紹介実績がある地域の診療所に声がけがなされ、一気に約150施設とパスでつながることになる。この決断には、前年の2014年1月から金沢赤十字病院に電子カルテが導入されたことが大きく影響したようだ。

「きちんと日時を確定して予約を取れるようになったので、半年に一度実施する定期検査受診に関するご開業の先生方からの紹介患者は、着実に増えていきました」(西村先生)

「患者さんに『半年たったらまた、きちんと検査に行ってください』と言うのと、『〇月〇日には病院の予約が取れているから、必ず行ってください』と言うのでは、受診率がまったく違うのです」(永井先生)

「一般的には年1回の検査を半分に分け、半年に1回、病院での検査を」との要望は、実は診療所の先生方から出たものだという。紹介した患者が適切な時期に逆紹介されて戻って来ることを地域の先生方が理解していてこそこの「半年に1回」の要望と言えよう。

「問題がなければ速やかに戻していただだけ、もう少し専門的な診療が必要なケースでは、しばらく病院で診ていただける。私たち非専門医にとってはありがたい限りです」(柳先生)

「病院の医師と患者さん、診療所の医師と患者さん、病院の医師と診療所の医師、それぞれが信頼で結ばれているトライアングルの関係が大事です。糖尿病は、たとえ軽症でも生きている限りずっとつき合っていく疾患です。それなら、最初から連携に乗って治療を継続していくことが、患者さんにとってもベストだと思います」(山下先生)

### 開放病床活用、症例検討会など 課題克服のための提案も

150施設の大規模な連携は、まだ始まって1年余りで、課題もある。「連携をより円滑にするには、病院の若手の先生方との顔合わせなどはもっと必要でしょう。

教育入院は原則、オープンベッドで実施していただいています。これを活用することによって患者さんと病院の医師、かかりつけ医の3者が一度に意思疎通を図れます。そうした機会をより積極的に持つべきだと思っています」(大場先生)

「石川県も金沢市も、糖尿病医療に積極的で、医療者のための勉強会は月5、6回あります。ですから、私たちの連携の症例検討会などはもっと参加のハードルを下げて、気軽に糖尿病診療上の悩みを持ち寄れるような集まりにしてはどうかと検討しています。

専門医だけでなく、非専門医の知識や取得情報のボトムアップは、今後の連携を有機的に発展させるためにも、ぜひ実現していかなくてはならないでしょう」(永井先生)

看護師の立場から富澤氏が訴えるのは、「連携もチーム医療も、患者さんが主役」ということ。

「患者さんにご家族に、自分たちが治療のためのチームの一員であるとの

意識を明確に持っていただき、病気とどう向き合っていくかを各医療スタッフとともに考えていくように導くことが大切です」(富澤氏)

そして西村先生は今、石川県糖尿病対策推進会議のメンバーとしても活動しながら、行政や介護分野、街の薬局などまで巻き込む地域全体での糖尿病医療を模索している。院内の糖尿病チームから、21施設のネットワーク、150施設の連携へと拡大してきた信頼の輪をさらに大きく広げていこうとする姿からは、なんとしても地域の糖尿病患者を守るとの覚悟のほどがうかがわれた。

#### 金沢赤十字病院

〒921-8162  
石川県金沢市三馬2-251  
TEL : 076-242-8131

#### ながい内科クリニック

〒921-8052  
石川県金沢市保古1-175  
TEL : 076-269-0600

#### 山下医院

〒921-8117  
石川県金沢市緑が丘3-7  
TEL : 076-241-0836

#### やなぎ内科クリニック

〒924-0802  
石川県白山市専福寺町161-1  
TEL : 076-277-6200

#### さかえ内科クリニック

〒921-8151  
石川県金沢市窪3-185  
TEL : 076-280-3066

# その効果、 日本発 グローバル。



## 【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

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

## 【効能・効果】

2型糖尿病

### <効能・効果に関連する使用上の注意>

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

## 【用法・用量】

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

## 【使用上の注意】

### 1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

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

### 2. 重要な基本的注意

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

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

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

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

(4) 糖尿病の診断が確立した患者に対してのみ適用を考慮すること。糖尿病以外の疾患にも耐糖能異常・尿糖陽性等、糖尿病類似の症状(腎性糖尿、甲状腺機能異常等)を有する疾患があることに留意すること。(5) 本剤の適用はあらかじめ糖尿病治療の基本である食事療法、運動療法を十分に行ったうえで効果が不十分な場合に限り考慮すること。(6) 本剤投与中は、血糖を定期的に検査し、薬剤の効果を確かめ、本剤を3ヵ月投与しても効果が不十分な場合には他の治療法への変更を考慮すること。(7) 投与の継続中に、投与の必要がなくなる場合があり、また、患者の不養生、感染症の合併等により効果がなくなったり、不十分となる場合があるので、食事摂取量、血糖値、感染症の有無等に留意の上、常に投与継続の可否、薬剤の選択等に注意すること。(8) 高度肝機能障害を有する患者について、使用経験がなく安全性は確立していない。(9) 本剤とインスリン製剤又はGLP-1受容体作動薬との併用における有効性及び安全性は検討されていない。(10) 本剤投与により、血清クレアチニンの上昇又はeGFRの低下がみられることがあるので、腎機能を定期的に検査すること。腎機能障害患者においては経過を十分に観察し、継続的にeGFRが45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>未満に低下した場合は投与の中止を検討すること。(「慎重投与」、添付文書の「その他の副作用」の項参照)

(11) 本剤の作用機序である尿中グルコース排泄促進作用により、血糖コントロールが良好であっても脂肪酸代謝が亢進し、ケトアシドーシスがあらわれ、ケトアシドーシスに至ることがある。著しい血糖の上昇を伴わない場合があるため、以下の点に留意すること。(「重大な副作用」、添付文書の「その他の副作用」の項参照)

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

### 3. 相互作用

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

### 併用注意(併用に注意すること)

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

### 4. 副作用

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

### (1) 重大な副作用

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

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

SGLT2阻害剤—2型糖尿病治療剤— 薬価基準収載

# カナグル<sup>®</sup>錠100mg

CANAGLU<sup>®</sup> Tablets 100mg (カナグリフロジン水和物錠)

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)



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



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

2016年4月作成