



メディカルネットワーク

# Medical Network

Zoom Up ..... P2

—医療行政最前線—

2016年度診療報酬改定の経過措置が終了

**7対1入院基本料を  
維持するために、どのような  
方策をとるべきか**

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

**尾道医療圏** ..... P8

医師と医療スタッフ、介護・福祉職までの  
チーム医療連携の確立をめざして。

**西濃医療圏** ..... P12

「糖尿病連携手帳」を活用した連携パスと  
症例検討形式の研修会で糖尿病診療の質を向上。

# 2016年度診療報酬改定の経過措置が終了 7対1入院基本料を 維持するため、どのような 方策をとるべきか

2016年度診療報酬改定の経過措置が2016年9月で切れたため、7対1入院基本料の届け出病院では「重症度、医療・看護必要度」への対応を本格化させなければなりません。  
そこで今回は、急性期病院がどのような対策を練るべきか具体的に探ってみましょう。

医療・看護必要度の見直し

⑤総合入院体制加算の実績要件等の見直し

このうち①、②では、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（以下、看護必要度）の評価票見直しと、重症患者割合の25%への引き上げ（200床未満の病院では23%の経過措置あり）などがポイントとなっています。あらためて、見直し内容を整理してみましょう。

看護必要度の評価票については、▽A項目への一部追加、▽B項目の見直し、▽C項目の新設——が行われました（【資料1、2】）。

- ・A項目に「救急搬送後（2日間）の入院」と「無菌治療室での治療」（専門的な治療・処置に追加）を追加
- ・B項目から「起き上がり」、「座位保持」を削除して、新たに「危険行動」、「診療・療養上の指示が通じる」を追加
- ・手術などの医学的状況を判断するC項目を追加

また、7対1入院基本料の施設基準における「看護必要度の基準を満たす患者割合」（以下、重症患者割合）について、基準と割合の見直しが行われています。

前者の「看護必要度の基準」は、これまでの「A項目2点以上かつB項目3点以上」に加えて、「A項目3点以上」、「C項目1点以上」にも拡大します。後者の「重症患者割合」は、評価票や基準の見直しによって「重症」とカウントされる対象患者が増加するため、以前の「15%以上」から「25%以上」に引き上げられます（前述のとおり、200床未満では23%とする経過措置あり）。

この見直しにより、新たに7対1入院基本料の施設基準となった「重症患者割合25%以上」を満たすことに苦勞する病院、あるいは満たせない

## 看護必要度の見直しにより 病院・病床の機能分化を推進

いわゆる団塊の世代（1947～1949年の第1次ベビーブームに生まれた方）がすべて後期高齢者となる2025年に向けて、疾病構造が「急性期中心から慢性期中心」へ大きく変化するとともに、高齢者の増加にともなう慢性期医療、介護ニーズの急速な拡大が予想されます。

このため、厚生労働省は、「病院・病床の機能分化・連携の強化」と「地域包括ケアシステムの構築」を最重

要施策に位置づけており、診療報酬改定や医療保険改革、医療提供体制改革などでは、この2施策の実現をめざしています。

2016年度診療報酬改定も同様で、病院・病床の機能分化・連携を強化するために、例として次のような見直しが行われました。

- ① 7対1入院基本料等の施設基準の見直し
- ② 重症患者を受け入れている10対1病棟に対する評価の充実
- ③ 病棟群単位による届け出
- ④ 特定集中治療室等における重症度、

い病院が現れてきます。2016年9月までは、「同年3月31日時点で7対1入院基本料の届け出を行っている病院は、重症患者割合について基準を満たすものと見なす」との経過措置があったため、極論すれば重症患者割合が0%でも、7対1入院基本料の算定ができていましたが、同措置は同年10月に終了。いよいよ、対策を本格化しなければなりません。

新たな施設基準を満たせない場合、10対1入院基本料などへの移行が考えられ、それを円滑に進めるために②の10対1入院基本料の評価充実(加算の充実)や③の病棟群単位による届け出を可能とする措置がとられています。しかし、7対1から10対1への移行は、「病院経営の維持」、「雇用の維持」などさまざまな面でハードルが高く、容易には選択できません。結果、多くの病院では、「7対1をどう維持するか」に苦慮されているところだと思います。

そこで、7対1入院基本料を維持する対策について、看護必要度の面から考えてみましょう。

### 7対1の施設基準である重症患者割合を向上させる

看護必要度の重症患者割合は、「看護必要度基準を満たす日数」÷「延

### 【資料1】2016年度診療報酬改定における看護必要度の見直し(1)

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し																											
<p>➤ 急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。</p>																											
<p><b>現行</b> (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)</p> <p>【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上</p> <p>【A項目】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置)</li> <li>呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)</li> <li>点滴ライン同時3本以上の管理</li> <li>心電図モニターの管理</li> <li>シリンジポンプの管理</li> <li>輸血や血液製剤の管理</li> <li>専門的な治療・処置               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、</li> <li>③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、</li> <li>⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、</li> <li>⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、</li> <li>⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレーナージの管理</li> </ul> </li> </ol> <p>【B項目】</p> <table border="0"> <tr> <td>8 寝返り</td> <td>9 起き上がり</td> </tr> <tr> <td>10 座位保持</td> <td>11 移乗</td> </tr> <tr> <td>12 口腔清潔</td> <td>13 食事摂取</td> </tr> <tr> <td>14 衣服の着脱</td> <td></td> </tr> </table>	8 寝返り	9 起き上がり	10 座位保持	11 移乗	12 口腔清潔	13 食事摂取	14 衣服の着脱		<p><b>改定後</b> (一般病棟用重症度、医療・看護必要度に係る評価票)</p> <p>【該当基準】 A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上</p> <p>【A項目】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置)</li> <li>呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)</li> <li>点滴ライン同時3本以上の管理</li> <li>心電図モニターの管理</li> <li>シリンジポンプの管理</li> <li>輸血や血液製剤の管理</li> <li>専門的な治療・処置               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、</li> <li>③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、</li> <li>⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)</li> <li>⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、</li> <li>⑩ ドレーナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療</li> </ul> </li> </ol> <p>8 救急搬送後の入院</p> <p>【B項目】</p> <table border="0"> <tr> <td>9 寝返り</td> <td>(削除)</td> </tr> <tr> <td>(削除)</td> <td>10 移乗</td> </tr> <tr> <td>11 口腔清潔</td> <td>12 食事摂取</td> </tr> <tr> <td>13 衣服の着脱</td> <td>14 診療・療養上の指示が通じる</td> </tr> <tr> <td></td> <td>15 危険行動</td> </tr> </table> <p>【C項目】</p> <table border="0"> <tr> <td>16 開頭手術</td> <td>17 開胸手術</td> </tr> <tr> <td>18 開腹手術</td> <td>19 骨の手術</td> </tr> <tr> <td>20 胸腔鏡・腹腔鏡手術</td> <td>21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術</td> </tr> <tr> <td>22 救命等に係る内科的治療</td> <td></td> </tr> </table> <p>① 経皮的血管内治療 ② 経皮的心筋焼灼術等の治療 ③ 侵襲的な消化器治療</p>	9 寝返り	(削除)	(削除)	10 移乗	11 口腔清潔	12 食事摂取	13 衣服の着脱	14 診療・療養上の指示が通じる		15 危険行動	16 開頭手術	17 開胸手術	18 開腹手術	19 骨の手術	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術	21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術	22 救命等に係る内科的治療	
8 寝返り	9 起き上がり																										
10 座位保持	11 移乗																										
12 口腔清潔	13 食事摂取																										
14 衣服の着脱																											
9 寝返り	(削除)																										
(削除)	10 移乗																										
11 口腔清潔	12 食事摂取																										
13 衣服の着脱	14 診療・療養上の指示が通じる																										
	15 危険行動																										
16 開頭手術	17 開胸手術																										
18 開腹手術	19 骨の手術																										
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術	21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術																										
22 救命等に係る内科的治療																											

### 【資料2】2016年度診療報酬改定における看護必要度の見直し(2)

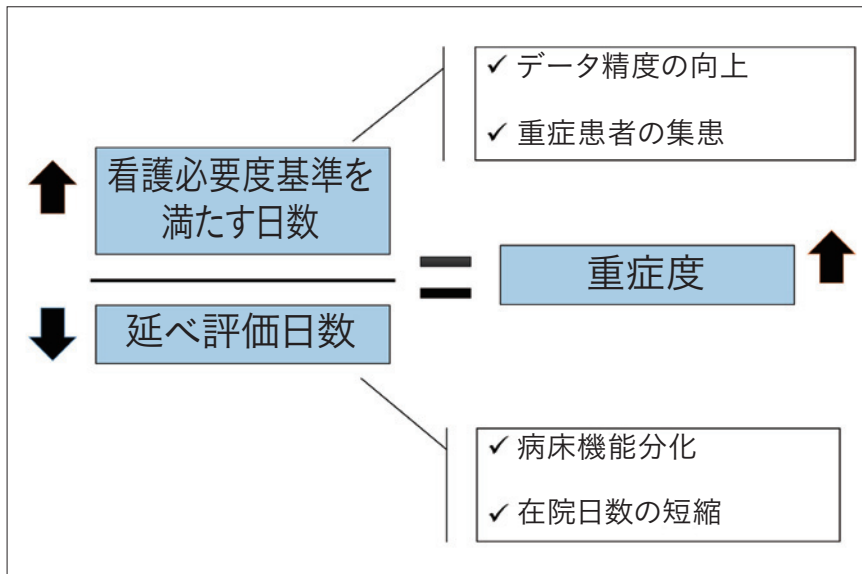
一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)																																																																																														
➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票																																																																																														
<p><b>A モニタリング及び処置等</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0点</th> <th>1点</th> <th>2点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置)</td> <td>なし</td> <td>あり</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)</td> <td>なし</td> <td>あり</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>3 点滴ライン同時3本以上の管理</td> <td>なし</td> <td>あり</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>4 心電図モニターの管理</td> <td>なし</td> <td>あり</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>5 シリンジポンプの管理</td> <td>なし</td> <td>あり</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>6 輸血や血液製剤の管理</td> <td>なし</td> <td>あり</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>7 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレーナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療)</td> <td>なし</td> <td>—</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>8 救急搬送後の入院(2日間)</td> <td>なし</td> <td>—</td> <td>あり</td> </tr> </tbody> </table>		0点	1点	2点	1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—	2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)	なし	あり	—	3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—	4 心電図モニターの管理	なし	あり	—	5 シリンジポンプの管理	なし	あり	—	6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—	7 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレーナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療)	なし	—	あり	8 救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり	<p><b>B 患者の状況等</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0点</th> <th>1点</th> <th>2点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9 寝返り</td> <td>できる</td> <td>何かつまればできる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>10 移乗</td> <td>介助なし</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>11 口腔清潔</td> <td>介助なし</td> <td>介助あり</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>12 食事摂取</td> <td>介助なし</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>13 衣服の着脱</td> <td>介助なし</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>14 診療・療養上の指示が通じる</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>15 危険行動</td> <td>ない</td> <td>—</td> <td>ある</td> </tr> </tbody> </table>		0点	1点	2点	9 寝返り	できる	何かつまればできる	できない	10 移乗	介助なし	一部介助	全介助	11 口腔清潔	介助なし	介助あり	—	12 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助	13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助	14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—	15 危険行動	ない	—	ある	<p><b>C 手術等の医学的状況</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0点</th> <th>1点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16 開頭手術(7日間)</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>17 開胸手術(7日間)</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>18 開腹手術(5日間)</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>19 骨の手術(5日間)</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>22 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)</td> <td>なし</td> <td>あり</td> </tr> </tbody> </table>		0点	1点	16 開頭手術(7日間)	なし	あり	17 開胸手術(7日間)	なし	あり	18 開腹手術(5日間)	なし	あり	19 骨の手術(5日間)	なし	あり	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり	21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	なし	あり	22 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
	0点	1点	2点																																																																																											
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—																																																																																											
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く。)	なし	あり	—																																																																																											
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—																																																																																											
4 心電図モニターの管理	なし	あり	—																																																																																											
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	—																																																																																											
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—																																																																																											
7 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレーナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療)	なし	—	あり																																																																																											
8 救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり																																																																																											
	0点	1点	2点																																																																																											
9 寝返り	できる	何かつまればできる	できない																																																																																											
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助																																																																																											
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	—																																																																																											
12 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助																																																																																											
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助																																																																																											
14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—																																																																																											
15 危険行動	ない	—	ある																																																																																											
	0点	1点																																																																																												
16 開頭手術(7日間)	なし	あり																																																																																												
17 開胸手術(7日間)	なし	あり																																																																																												
18 開腹手術(5日間)	なし	あり																																																																																												
19 骨の手術(5日間)	なし	あり																																																																																												
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり																																																																																												
21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	なし	あり																																																																																												
22 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり																																																																																												
【各入院科・加算における該当患者の基準】																																																																																														
対象入院科・加算		基準																																																																																												
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度		・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上																																																																																												
総合入院体制加算		・A得点2点以上 ・C得点1点以上																																																																																												
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)		・A得点1点以上 ・C得点1点以上																																																																																												
回復期リハビリテーション病棟入院料1		・A得点1点以上																																																																																												

べ評価日数」で計算されます(【資料3】)。したがって重症度を上げるには、▽分子(看護必要度基準を満たす日数)を上げる、▽分母(延べ評価日数)を下げる——の大きく2つの考え方があります。

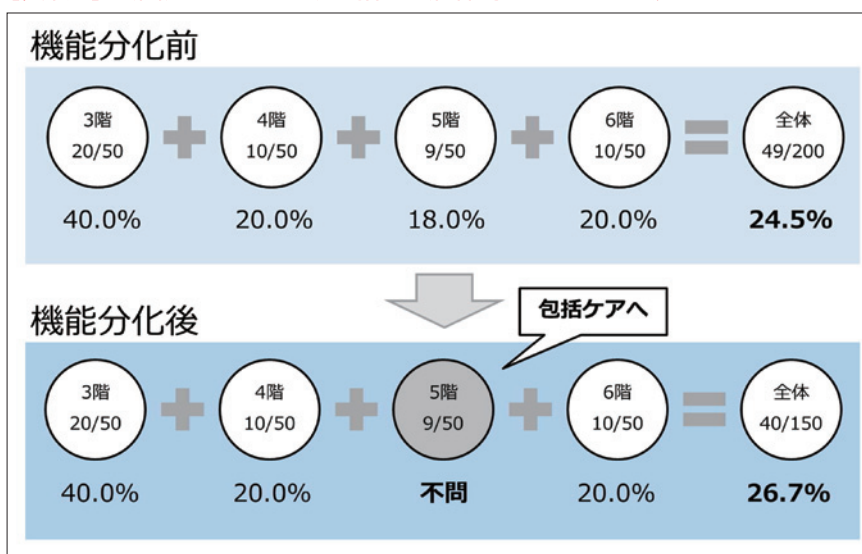
まず、前者の「分子(看護必要度基準を満たす日数)を上げる」方法を考えましょう。具体的には以下のようにデータ一致率を向上させる、重症な患者を集集するという方策があります。



【資料3】重症患者割合の計算式



【資料4】α病院における地域包括ケア病棟導入による重症度シミュレーション



ことが重要です。一致率が高い薬剤は、看護師に「この薬剤は看護必要度の採点対象である」との共通認識がすでにあります。一方、一致率が60~70%程度の薬剤は、一部の看護師には、そうした認識がありません。さらに、一致率がきわめて低い薬剤は、どの看護師も看護必要度の採点対象だとは見なしていないのです。

昨今はジェネリック医薬品が増えてきており、「先発品であれば対象となると認識していたが、ジェネリックに切り替わったため対象であるとわからず採点していなかった」といった事例がよくあるので、定期的に薬剤別分析を行ってみてください。3ヵ月、半年、1年と長期にわたってデータを蓄積・分析すると、その病院、病棟の傾向が見えてきます。

【分子を上げる方法：その2】

●重症な患者を集患する

重症な患者を集患するには、救急搬送患者の積極的な受け入れや、地域の医療機関との連携の強化などが考えられます。

紹介患者を増やすために欠かせないのが「逆紹介」です。福岡県のある急性期のX病院では、Aクリニックから紹介を受け、X病院で治療を終えた後、Aクリニックに逆紹介するのはもちろん、治療の過程で別の疾患が見つければ、それを専門とする地域のBクリニックにも逆紹介を行っているといいます。これによる逆紹介率は優に100%を超え（Aクリニックからの紹介患者をAクリニックに逆紹介すれば100%、さらにBクリニックにも逆紹介すると200%になる）、地域のクリニックや中小病院から、「紹介するのであればX病院。X病院なら確実に逆紹介してくれる」と強い信頼を勝ち取っています。信頼されれば、重症患者の集患に大き

【分子を上げる方法：その1】

●データ一致率の向上

データ一致率の向上とは、「看護必要度の基準にもとづいて、漏れなく正確に採点を行う」ことです。

調査分析によれば、請求内容と看護必要度採点状況が大きく乖離している病院が少なからず存在します。たとえば、A項目の「輸血や血液製剤の管理」については、レセプト上請求されているにもかかわらず、医

薬品によっては看護必要度のチェックがまったくなされていない薬剤もあります。一致率の「分析」が経営改善に向けた第一歩です。

次に、一致率向上のためには、分析の結果を「具体的な行動（アクション）がとれるレベルにまで落とし込む」ことが求められます。例として、輸血・専門処置に関しては「薬剤別」に分析し、看護師が「どの薬剤をどのように認識しているか」を調べる

な苦労はなくなります。

また、2016年度診療報酬改定では、C項目が導入されました。C項目は術式に応じて、手術日から重症度基準を満たす日数が決まっています。ここから重症患者割合を満たせる日数の予測が立てられます。

300床、稼働率60%のY病院は、現在、重症患者割合が24.5%であるとします（重症患者割合の分母である延べ評価日数が年87,600日、分子である看護必要度の基準を満たす日数が年間21,462日）。これを重症患者割合26%に引き上げるには、分子の日数を年間22,776日にしなければならず、「1,314日」分の重症患者集患が要求されます。この1,314日について、▽開胸・開頭手術患者（7日間、C項目1点）であれば188症例、▽開腹・骨手術患者（5日間、C項目1点）であれば263症例——などと試算していれば良いのです。

もちろん、開胸・開頭手術患者を年間188症例、月にすれば15、16症例増加させることは容易ではありません。さまざまな症例を組み合わせなければならず、早期に地域連携室と協働し、目標数値を設定する取り組みが求められます。

## 重症患者割合の向上には 在院日数短縮も重要

次に、分母（延べ評価日数）を下げるには、在院日数の短縮、病床機能分化を行うという2つの方法があります。

### 【分母を下げる方法：その1】

#### ●在院日数の短縮

在院日数の短縮は即効性があり、ポイントさえ押さえれば、すぐに始められます。ここで大切なのは、「重症度が低いにもかかわらず、延べ在

院日数が長くなってしまふ疾患」群を対象に、在院日数短縮に向けた努力をしなければならない点です。

2016年度診療報酬改定でC項目が導入され、手術症例は重症度の面で有利になったので、具体的には「手術実施のない疾患群」となります。中でも▽非ホジキンリンパ腫、▽腎臓または尿路の感染症、▽2型糖尿病、▽ヘルニアのない腸閉塞——などで重症度を引き上げる効果が小さくなっています。病院によって「手術実施のない疾患群」は異なるので自院の症例の中で「延べ在院日数の長く、手術を実施していない疾患群」を洗い出し、在院日数短縮に向けた行動をすべきでしょう。

2型糖尿病について、入院日から退院日までの重症度の推移を見ると、一般在院日数は12～14日前後の症例が多く、重症度は入院初日から限りなく0%に近くなっています。では、2型糖尿病の在院日数を短縮すると、重症度はどのくらい上がるのでしょうか。

Z病院では、分母となる「延べ評価日数」は年間187,098日、分子の「看護必要度の基準を満たす日数」は年間46,400日で、重症患者割合は24.8%です。このうち2型糖尿病患者は年間160名で、在院日数が平均12.9日のため、分母のシェアは2,070日となっています。これを「平日1週間入院」となる5日間に短縮すれば、分母（延べ評価日数）のシェアは800日（160名×5日）で、1,270日短縮できます。すると短縮後の分母は185,828日となり、現在の分子（46,400日）のままで重症患者割合は25.0%となります。糖尿病疾患の在院日数短縮のみで、実に0.2%ものアップとなり、他の疾患群でも同時に取り組みを行えば、相当の効果が期待できるでしょう。

ただし、在院日数の短縮のみでは

病床稼働率が低下し、収益が低下する点にも気をつけなければいけません。空いたベッドを手術症例で埋めることを目標に、前述の「重症患者の集患」活動を推進していくべきです。これを実現できれば重症度はさらに向上し、収益性も高まります。

「在院日数の短縮」と「重症患者の集患」とは、車の両輪にたとえられます。両輪をバランス良くまわせられれば、病院経営にとって大きな追い風になります。

### 【分母を下げる方法：その2】

#### ●病床機能分化

今回述べる対策の中で、もっとも大きな意思決定を要するものの、もっともインパクトが大きいのが病床機能分化を行う方策です。

複数ある7対1病棟のひとつを地域包括ケア病棟などに機能分化（移行）した場合、機能分化をした1病棟分の重症度の分母、分子がすべて消えることとなります。a病院では、病院全体の重症度は24.5%で、5つある7対1病棟の重症度は18.0～40.0%とバラつきがありました。しかし、1病棟を地域包括ケア病棟に機能分化したところ、5階病棟の数値の分母・分子が計算から除外され、重症度は26.7%となり、無事、基準を達成できました（【資料4】）。

地域包括ケア病棟の導入には、重症患者割合の向上だけではなく、「在院期間が長くDPCの日当点の低くなった患者を転棟させ、収益性を高められる」利点もあります。地域ニーズや院内の体制整備といった点を慎重に吟味し、地域包括ケア病棟の導入を検討する必要もあるでしょう。



医療ジャーナリスト

鳥海 和輝



## 医療保険の患者負担は、世代間・世代内の公平性や介護保険との整合性が鍵

2 017年の医療保険改革に向け、「患者負担」をどう考えるかというテーマが浮上しています。

医療費は、年齢や所得に応じて1～3割の患者負担が発生します。しかし血友病患者などでは、1ヵ月の総医療費が1億円を超えるケースもあり、1割負担でも1,000万円です。これを患者自身が負担することは困難なので、暦月1ヵ月の患者負担が一定額を超えると超過分が保険給付される「高額療養費」があります。

また、医療費の一部負担以外に「食費の負担」や「居住費（光熱水費）の負担」もあります。後者については現在、「療養病床に入院する65歳以上の、医療区分1の患者」のみ、月額320円の居住費負担が課せられています。これに対して介護保険では、低所得者への補てんがあるものの、全施設入所者に居住費負担が求められる大きな違いがあります。さらに、高額療養費制度では70歳以上の高齢者において負担上限額の設定区分

などが緩和されており、また、居住費については、年齢や病床区分などで負担の有無が異なるという複雑な仕組みとなっています。

こうした状況について、医療費を負担する財務省（国が医療費のおよそ1/4を負担している）や保険者は、医療保険制度の持続可能性を第一に考え、「世代間・世代内の公平性や介護保険制度との整合性を図る必要がある」とし、たとえば「療養病床に入院する医療区分2、3あるいは65歳未満の患者にも居住費負担を求めるべき」と主張しています。

一方、医療提供者や患者団体は「医療へのアクセスを阻害することは重症化を招き、かえって医療費が高騰する」として、少なくとも現状維持を求めています。両者の主張ともにならずける点があり、なかなか判断が難しく、最終的には「政治決着」になる可能性もあるでしょう。

## 地域包括ケアにおける医療マネジメント 第④回

株式会社日本経営 大日方 光明

### 退院支援計画を有効に機能させるには

今回は、カンファレンスを充実させるために、事前準備段階としての「退院支援計画における在宅スタッフとの連携」について話題を提供したい。

退院前カンファレンスにおいては、病院と在宅スタッフ（医療・介護職）との間で、診療情報や在宅ケアでのシームレスな連携が図られることが望ましいが、在院日数の短縮化、病床回転率の高さ、また複数のプレイヤーの存在などの条件下で、退院前カンファレンスの質とスピードを両立させるのは容易ではない。その対応としては、退院支援計画を策定する段階で、早期に在宅ケアの事業者側と連携し、効果的な対応方法を講じていくことが有効だ。

たとえば、在宅復帰の際の福祉用具の導入などは頻繁に生じるケースであるが、日本作業療法士協会ではこうした福祉用具導入にあたり、退院支援計画策定と

その実行における「生活期を見越した入院中指導」の必要性を説いている。入院中指導とは、退院支援計画策定の段階で、リハビリスタッフによるアセスメントと導入必要器具の選定を行い、器具の貸与、生活期の訓練を入院中から実施し、それらの経過評価を院内のリハビリスタッフが実施したうえで退院前カンファレンスに臨み、在宅スタッフと連携していく方法だ。これにより、シームレスな連携が実現される。これは、リハビリテーション、また医療機器の利用等にもなる家族指導についても同様のことが言える。

こうした体制の構築は、患者、病院側、在宅ケアを担う事業者側にそれぞれメリットがある。スムーズで質の高い連携を進めていくためには、退院支援計画を効果的に活用し、入院直後から在宅スタッフとの連携構築に取り組んでいくことが必要だ。

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



田辺三菱製薬

Medical View Point

## 領域別情報

オープン は会員以外の方もご覧いただけます。

### 糖尿病 グローバルKOLインタビュー 会員限定

#### グローバルKOL インタビュー

海外のKOL(Key opinion leader)の先生方から、カナグルのデータに対する評価をコメント頂いております。

**[第1回] 糖尿病腎症の専門医が語る SGLT2 阻害薬の可能性**

## 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3回] (インタビュー) 高齢者糖尿病と認知障害・認知症**

**[第4回] (対談) 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標の意義と概要**

### 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。**

**[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。**

### 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27日



糖尿病



尾道医療圏

## 医師と医療スタッフ、介護・福祉職までの チーム医療連携の確立をめざして。

### Point of View

- ① 地域間、施設間、職種間の垣根を越えて気軽に話し合えるワールドカフェ方式の集まりを企画、実施
- ② 医師と各分野の医療専門職に加えて、介護・福祉の専門職、行政まで巻き込む連携をめざす

医療法人社団啓明会  
村上記念病院  
副院長

山辺 瑞穂先生

広島県厚生農業協同組合連合会(JA)  
尾道総合病院  
薬剤部長

堀川 俊二先生

医療法人社団啓明会  
村上記念病院  
管理栄養士

川上 志帆氏

尾道市立総合医療センター  
尾道市立市民病院  
糖尿病看護認定看護師

古賀 純子氏

### 高齢化が進み、糖尿病療養に 多職種連携が必要になった

広島県尾道市は、高齢化率が30%オーバーの、いわば我が国全体の近い将来の姿を体現している地域である。この地で、長く地域医療を担ってきた内科病院のひとつが村上記念病院だ。同院は現在、1,400名以上の

糖尿病患者の診療にたずさわっているという。

副院長で、糖尿病専門医の山辺先生が語る。

「糖尿病患者が高齢化すると、他の疾患を併発するケースが多くなります。たとえば、大血管障害やがん、認知症ですね。

こういった患者さんをひとつの医

療施設、あるいは、ひとりの医師で診るのは困難です」(山辺先生)

そこで、村上記念病院と、尾道市内のほかの基幹病院であるJA尾道総合病院や尾道市立市民病院との間では、相互に患者を紹介し合い、がっちりとした連携を構築している。しかし、それでもまだ不足部分があるそうだ。



左から山辺先生、堀川先生、川上氏、古賀氏



「急性期を脱して在宅で療養を続けるとなれば、医師よりもむしろ、各職種の医療スタッフや、介護・福祉職が中心となって支えていくことになります。

これからは、ますます高齢化が進むわけですから、糖尿病専門医に加えて、彼らの糖尿病に対する知識の底上げや、情報共有が必要不可欠です」(山辺先生)

多職種による連携、気軽に連絡を取り合える横のつながりをつくろうと模索していた山辺先生が出会ったのが、2013年にJA尾道総合病院に赴任してきた薬剤部長の堀川先生だった。CDEJ(日本糖尿病療養指導士)でもある堀川先生は、前任地の広島県北部地域で、10年にわたって多職種による糖尿病連携に取り組んできた経験を持つ。

「この地域でも、高齢者や在宅患者が増えるのに合わせて、糖尿病看護認定看護師やCDEL(地域糖尿病療養指導士)などの資格取得者を増やそうとする動きがあることを山辺先生からうかがい、多職種による情報共有の仕組みの構築の必要性を確信しました。

また、どうせなら、現在の糖尿病患者を診るだけでなく、糖尿病の1次予防のためにも、いずれは行政を巻き込んだ連携をつくりたいとも考えました」(堀川先生)

### ワールドカフェ方式で 充実した連携の会を実施

山辺先生と堀川先生は1年ほどかけて、多職種が一堂に会する場をつくる企画を練った。

堅苦しくなく、楽しく話し合える会にしたいと考えて採用したのが、ワールドカフェ方式。

「職種間の枠を取っ払うには参加者の

誰もがしゃべりやすい、少人数でテーブルを囲むワールドカフェ方式が良いと思ったのです」(山辺先生)

「近隣の病院や市内の保険薬局を通して、医療スタッフに参加を呼びかけました」(堀川先生)

そして2016年4月、第1回の「糖尿病診療の医療従事者連携を考える会」(以下、連携を考える会)が開催され、市内の各医療施設や保険薬局から35名ほどが参加し、山辺先生のミニレクチャーに続いてワールドカフェ方式のディスカッションが繰り返された。

「薬剤師が10数名、看護師、栄養士も多数、そして臨床検査技師とケアマネジャーも、1名ずつが来てくれました」(堀川先生)

連携を考える会に参加した医療スタッフには、さまざまな思いがあったようだ。

尾道市立市民病院の古賀氏は、糖尿病看護認定看護師の資格を取得して6年目。

「糖尿病看護の底上げと院内のチーム医療を充実させるには、自分自身のスキルアップも必要だと考え、認定看護師の資格を取得しました。

この6年間、院内活動を中心に行

【資料1】

### 2016年9月に開催された第2回 「連携を考える会」の告知チラシ

**糖尿病診療の医療・介護・福祉  
従事者連携を考える会**

この度、糖尿病診療において、医療職だけでなく、介護職の方など幅広い方々を対象とした勉強会を企画致しました。下記要領の通り、ミニレクチャーとワールドカフェによる情報交換とコミュニケーションを図る目的で企画いたしました。

**日時：2016年9月10日(土) 15:00~16:40**  
**場所：尾道国際ホテル 2F 慶安の間** 尾道市新浜1-13-6 TEL:0848-25-5931

**14:50~15:00 製品紹介** 「SGLT2阻害剤カナグル」 田辺三製薬 中国支店 学術課

**15:00~15:20 ミニレクチャー** 演者 尾道市立市民病院 古賀 純子 先生

**『糖尿病患者のあるある  
～患者によりそうかかわり～』**

**15:20~16:40 ワールドカフェ** 進行 JA尾道総合病院 薬剤部長 堀川 俊二 先生

**『患者によりそうために必要なこと』**

共催：糖尿病診療の医療従事者連携を考える会  
田辺三製薬株式会社

※広島県糖尿病療養指導士認定研修会申請中[1単位]  
※参加費として、500円徴収させていただきます。

お問合せ先：[電話番号] [メールアドレス]

準備の都合上、お手数ですが8月31日までに、参加希望カードにご記入の上、弊社担当者にお渡しいただくか、上記のお問合せ先までご連絡下さいませようお願い申し上げます。ご参加の程、お待ち申し上げます。

キリトリ

**ご参加希望カード**

糖尿病診療の医療従事者連携を考える会 2016年9月10日(土)

ご所属 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_ ご芳名 \_\_\_\_\_

ってきましたが、職種を越えた地域との連携の必要性を感じ、どうすれば実現できるかと思案していた矢先に、この連携を考える会が開催されました」(古賀氏)

村上記念病院の管理栄養士の川上氏は、地域で糖尿病療養についての考え方を広める良い機会になったと話す。

「チーム医療では、情報共有がカギです。特に在宅の患者さん、独居の高齢の患者さんなどの糖尿病療養においては、食事療法について、他の医療スタッフや介護職の方々と話し合う機会を待っていました。

これまでは、ケアカンファレンスなどの限られた時間しかなかったの

で連携を考える会はとても有意義だったと感じています」(川上氏)

### 違う職種同士が知り合い、 学び合う機会の大切さを痛感

「こういう機会だからこそそのざっくばらんな話し合いで、お互いの考え方がわかったり、長年の疑問が解けるようなこともありました。

今、飲み間違いや錠剤の紛失を防止する目的で薬剤を一包化するケースがありますが、当院では、患者さんがなんの薬かわからないまま服用することや、シックデイのときなど食事内容で内服を調整しないとけ

ない場合もあり、糖尿病薬については一包化しないことが当然だと思っていました。

しかし、この会で保険薬局の薬剤師の方と同じグループになり、『区別して飲み忘れるよりは、きちんと飲むことを大切にしたいので一包化している』とお聞きして、糖尿病薬の一包化に対する思い込みを見直すことができ、また他職種との交流の必要性を実感することができました」(古賀氏)

「私も、薬剤師の方から、『こういう患者さんの場合の食事療法の指導はどうしていますか』と具体的な例を挙げてお尋ねいただいたり、こちら

からも『今さらですけど……』といった質問をしたりして有意義な会でした」(川上氏)

「薬局薬剤師は、なかなか他の専門職と交流する機会がないのですが、在宅訪問をする薬剤師も増えている現在、患者さんから薬に限らず、療養全般について聞かれることも多くなっています。たとえば、インスリンの手技や、低血糖時の緊急対応について等々。そこで、それぞれの専門職の方と話し合うチャンスを求めているので、大勢の薬剤師の皆さんが会に満足してくださったようです」(堀川先生)

「ただ、1回目に関して残念だったの

【資料2】

### 「連携を考える会」のミニレクチャーとワールドカフェの様子







お話をうかがった皆さん

は、参加者の大半が医療分野の専門職スタッフであり、介護・福祉分野からの出席が少なかった点。これは2回目以降の大きな課題でした」(山辺先生)

### 今後は各職種にもっともっと積極的に活躍してもらいたい

そして2016年9月には、2回目の連携を考える会を開催した。

「2回目からは、会の名称を『糖尿病診療の医療・介護・福祉従事者連携を考える会』とあらため、介護・福祉分野の皆さんにより強くアピールしました」(堀川先生)

山辺先生も当初から、介護・福祉の専門職スタッフたちの協力なくしては、この地域の糖尿病患者を支えられないと考えている。

「糖尿病医療は薬の選択にしても、食事指導にしても、本当に一人ひとりの患者さんに合わせたオーダーメイドのもの。

同年齢、同程度の症状、同じような体形の患者さんでも、まず臓器の力がどのくらいなのかを診て、さら

にご本人の性格や家族構成、生活のスタイルを知り、療養の環境を考えて治療方針を決めます。

けれども、医師が患者さんと接することができるのは、短い診療時間に限られます。ですから患者さんがきちんと療養を続けられるかどうかは、より身近に接している医療スタッフや、介護・福祉分野の方々にかかっているのです。これからは、もっともっと各職種に、積極的に活躍してもらえる連携を考える会にしていきたいですね。

1回目は、堀川先生にオーガナイズしていただきましたが、今後は、それぞれの職種の中からリーダーシップをとれる人材が現れることを期待しています」(山辺先生)

「施設間、職種間、さらには地域の枠を越えて顔を合わせ、たくさんの話ができる機会は本当に大切だと実感しました。

これからの企画もぜひいろいろ考えていきたいと思います」(川上氏)

「『職種を越えて』という点では、他の地域で、すでに糖尿病療養指導士の会があるようです。

そうした方向性も模索したいと思います」(堀川先生)

ミニレクチャーとワールドカフェというスタイルは4回目までで、その後は形式を変えて連携を考える会を続けていく予定だという。

「今、ひとつ考えているのは、治療の中断を防ぐためには、医師にもスタッフにも、糖尿病の知識や情報だけでなく、コーチングのスキルが必要だということ。2016年8月にまず、佐世保中央病院糖尿病センターの松本一成先生をお招きして、コーチングの講演会を開きました。

いずれ、糖尿病療養にかかわるすべての人たちがスキルを身につけて、患者さんに治療を続けていってもらえる環境をつくっていかなくてはと思っています」(山辺先生)

高齢でも独居でも、あるいは認知症や他の疾患を抱えていても、地域の糖尿病患者が安心して療養できる環境づくりに向けて、尾道の医師と医療スタッフ、介護スタッフたちがしっかりとスクラムを組む日は近いだろう。

#### 医療法人社団啓卯会 村上記念病院

〒722-0014  
広島県尾道市新浜1-14-26  
TEL : 0848-22-3131

#### 広島県厚生農業協同組合連合会(JA) 尾道総合病院

〒722-8508  
広島県尾道市平原1-10-23  
TEL : 0848-22-8111

#### 尾道市立総合医療センター 尾道市立市民病院

〒722-8503  
広島県尾道市新高山3-1170-177  
TEL : 0848-47-1155



取材日：2016年9月1日



## 「糖尿病連携手帳」を活用した連携パスと 症例検討形式の研修会で糖尿病診療の質を向上。

### Point of View

- ① 20年にわたり、2人主治医制による糖尿病の循環型地域医療連携を実践
- ② 「糖尿病連携手帳」と併用する実践的な地域連携パス
- ③ 症例検討を中心メニューとしたメディカルスタッフ向け研修プログラム

大垣市民病院  
糖尿病・腎臓内科部長  
傍島 裕司先生

大垣市民病院  
看護部  
中村 ちとせ氏

大垣市民病院  
栄養管理部  
桑原 正典氏

近藤クリニック  
院長  
近藤 潤一郎先生

### 市民病院とかかりつけ医の 顔が見える地域連携を構築

岐阜県西部に位置する西濃医療圏では、1995年ごろから大垣市民病院（以下、市民病院）と地域のかかりつけ医が糖尿病治療の連携を模索し、10年以上の地道な取り組みを経て、2008年に地域連携パスを稼働。すでに20年にわたる糖尿病地域医療を積み重ねてきた。また2013年に岐阜県糖尿病療養指導士（以下、CDE岐阜）が発足すると、西濃医療圏のメディカルスタッフを対象とした糖尿病療養指導の研修プログラムを開講。今後の人口高齢化を想定して、糖尿病地域医療のさらなる進展に挑んでいる。一連の取り組みを開始したころ

の状況を、市民病院糖尿病・腎臓内科部長の傍島先生が振り返る。「私は、1995年に市民病院に赴任しました。当時、西濃医療圏には糖尿病専門医が少なく、私の外来は予約でいっぱい。このままでは、増加する糖尿病の治療ニーズに十分な対応ができなくなるとの危機感から、かかりつけ医の先生方と2人主治医制による連携が不可欠と考えるようになりました」（傍島先生）

そこで、院内の医師、メディカルスタッフとともにかかりつけ医を対象とした糖尿病治療の勉強会を毎年2回のペースで開催。さらに、2001年からは、かかりつけ医への逆紹介を積極的に行い、2人主治医制を原則とした循環型の地域連携に着手。

内服薬だけの比較的軽症の糖尿病患者に関しては、普段はかかりつけ医が診療を行い、年に2回市民病院を受診して、主に眼底、負荷心電図、胸部レントゲン、蓄尿などの合併症の検査、必要に応じて教育指導を実施する体制とした。

「勉強会を重ねることで、市民病院で医師がどのような検査や診断をしているのか、看護師や栄養士がどのように患者さんと向き合い、療養指導をしているのかを地域の先生方に知っていただけるようになり、互いの顔が見える関係ができました。

しかし、勉強会に参加いただけない、面識のない先生に患者さんを逆紹介するケースも少なくなき、手探りの連続でした」（傍島先生）

## 「糖尿病連携手帳」を活用した 連携パスで診療レベルが向上

【資料1】

「糖尿病連携手帳」にはさみ込んだ地域連携パス

第5次医療法改正において、厚生労働省がいわゆる4疾病5事業ごとの医療連携構築を推進したのを契機に、2008年、同院は糖尿病地域医療連携パスを構築。2010年には対象を西濃医療圏全体に拡大し、これまで1,000人近い患者を対象に連携パスを運用してきた。

同医療圏の糖尿病連携パスは日本糖尿病協会が発行する「糖尿病連携手帳」（以下、連携手帳）と併用する点が最大の特徴だ。連携パスは1枚のシートに市民病院とかかりつけ医が半年ごとに実施する診療項目が簡潔にまとまった年間スケジュール表であり、これを連携手帳にはさみ込み、検査結果や投薬の内容などは連携手帳に記載する（【資料1】）。

「連携パスを開始した当初は、医療者用、患者用などのシートをつくり、一般的な連携パスと同じような運用をしていました。しかし、日本糖尿病協会が連携手帳の改訂を重ね、現在は糖尿病専門医とかかりつけ医、多職種のメディカルスタッフ、さらには患者さんが共有すべき基本情報がすべて手帳に網羅されるようになりました。この連携手帳は、地域連携についての多くのノウハウを持つ編集者が知恵を結集してつくったもので、当院の柴田大河先生も編集委員として参加しています。すばらし

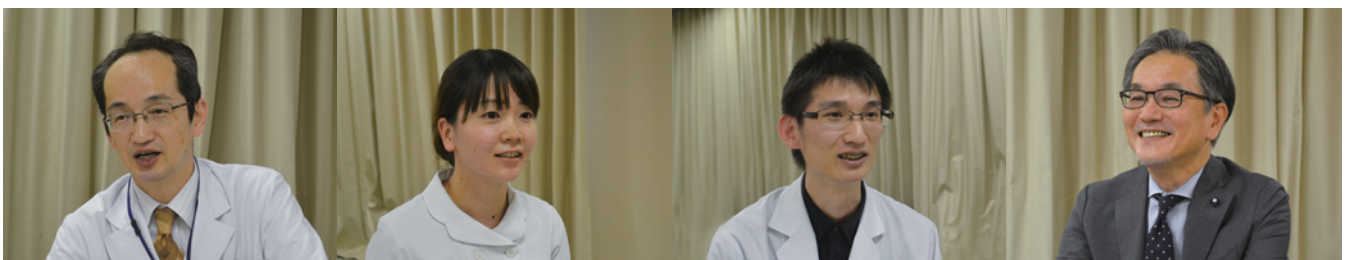
い手帳ですので、使わない手はありません」（傍島先生）

連携パスの運用により、糖尿病診療の情報共有が密になると、徐々に地域全体の診療レベルが向上する兆しが見えてきた。市民病院内では、かかりつけ医の診療内容が具体的に把握できるようになり、かかりつけ医は市民病院で行われている最先端の診療内容を知ることになる。また、患者ごとに異なる診療上の課題を市民病院の専門医とかかりつけ医がともに考え克服する過程で、互いの診療レベルが向上する。さらに、多くのメディカルスタッフが療養指導に参加し、地域全体でチーム医療が展開されることで、実践スキルの向上を期待できるようになった。

かかりつけ医として地域連携に参加する近藤クリニック院長の近藤先

生も、その効果を実感している。

「私は循環器内科医ですので、開業した当時は糖尿病診療でわからないことが多く、市民病院に電話して指示を仰ぐケースが少なくありませんでした。しかし、2人主治医制で連携するようになってからは安心して診療できるようになり、連携手帳でパスが運用されてからは、パスを使っていることさえ忘れるほどシームレスな連携が定着しました。市民病院の専門医とともに糖尿病診療にたずさわり、ノウハウを自院にとり入れることで、私だけでなく、メディカルスタッフもレベルアップできていると感じます。また、パスによる連携は医師だけでなく患者さんにも大きな安心感をもたらします。以前は市民病院への受診を不安がる患者さんもいましたが、今は『年に1、2



左から傍島先生、中村氏、桑原氏、近藤先生

回は市民病院で最先端の検査を受けたい』、『半年に1回、市民病院でほめられたいからがんばる』などの前向きな声が聞かれるようになりました。ただ連携がなれ合いになっては質を維持していけません。2人の主治医と患者さんの三者が常に緊張感を持って糖尿病に向き合っていくことが連携には重要です」(近藤先生)

地域連携の進展はメディカルスタッフの意識にも変化をもたらした。市民病院看護部の中村氏、同栄養管理部の桑原氏も、市民病院と地域の関係の深さを実感している。

「糖尿病外来では、患者さんと継続的にかかわりますので、顔を覚えてもらえることも増えました。特に、当院は地域と密着しており、かかりつけ医の先生方の存在を意識しながら療養指導を行っています。メディカルスタッフは患者さんが医師に話しかれないことを聞き取り、診療情報として拾い上げられます。これらの情報をかかりつけ医の先生方と共有していくことも、私たちの大切な役

割です」(中村氏)

「当院は、私が入職する前から地域との関係を大切に、栄養管理部もそれが当たり前という風土が定着していました。連携バスの患者さんには半年に1回のペースで栄養指導を行いますので、『地域の患者さん』といった意識を今まで以上に感じるようになりました」(桑原氏)

### 症例検討グループワークで糖尿病療養指導士を育成

2013年、CDE岐阜の認定が開始されると、その養成と、糖尿病の予防活動、地域医療連携の推進を目的に「岐阜県CDEネットワーク」が発足。傍島先生は副会長に就任し、西濃医療圏の研修プログラム「西濃地区糖尿病コメディカル研修会」を開講した。研修メニューは市民病院の「糖尿病診療チーム」のメンバー22名が中心になってプランニングし、研修のレクチャーも担当する。開講当初は1時間の講義を年間10回開催して

いたが、2015年からは症例検討を中心とした研修メニューに変更し、講義1時間、グループワーク1時間の合計2時間で年間5回の開催とした(【資料2】)。研修会には毎回30名前後の多職種のメディカルスタッフと、数名のかかりつけ医が参加し、熱心な症例検討が行われている。

「研修時間を2時間にすることで内容の濃いメニューを企画でき、CDE岐阜の認定だけでなく、日本糖尿病療養指導士(CDEJ)認定機構の研修単位も0.5単位取得できるプログラムになりましたので、参加者から好評を得ています。症例検討を研修メニューに組み込んだのは、それぞれの職種が、患者さんの状況に応じて、どのようにアセスメントしていくかを指導するためです。研修を通じて、個々の症例の課題を正しく理解し、支援できるスタッフが増えれば、連携手帳を用いた地域連携の質はさらに向上するかもしれません。また、グループワークでは、普段は別々の職場で勤務しているスタッフが6名

【資料2】

#### 「西濃地区糖尿病コメディカル研修会」の2016年度年間予定表

開催回	月日	内容	講師
第1回	6月23日	〈レクチャー〉 ●糖尿病最新の話 ●コメディカル目線からみた糖尿病療養指導のエッセンス	傍島裕司(医師) 中村ちとせ(看護師)
第2回	8月25日	〈レクチャー〉 ●こんなときどうする? 絶食・トラブル時の対応と薬の管理 〈ディスカッション〉症例検討	藤谷淳(医師) 安部絵里(薬剤師)
第3回	10月27日	〈レクチャー〉 ●血糖値を上げにくくするために! 簡単にできる食事療法の極意 〈ディスカッション〉症例検討	桑原正典(管理栄養士)
第4回	12月22日	〈レクチャー〉 ●糖尿病合併症に合わせた運動の処方 ●季節も天候も気にならない! これならできる運動療法 〈ディスカッション〉症例検討	島内理沙(医師) 高田大誠(理学療法士)
第5回	2月16日	〈レクチャー〉 ●これでわかる! 糖尿病に関わる臨床検査の見方 〈ディスカッション〉症例検討	柴田大河(医師) 石郷景子(臨床検査技師)



1組で症例を検討するので、医師を介さないスタッフ同士の顔が見える連携が生まれます。こうした機会によって勤務施設や職種の壁を越えたネットワークが広がれば、より強固な信頼にもとづく地域連携が可能になると期待しています」(傍島先生)

「以前、透析予防とフットケアをテーマに研修を行った際、後日、参加者からお電話をいただき、実際に困っている患者さんのアセスメントについて相談を受けました。参加者の多くは、専門医のいない環境で患者さんに最良の支援をしようと努力されていますので、がんばって研修会を継続していかなければならないですね。研修メニューの企画はたいへんですが、強いやり甲斐を感じています」(中村氏)

「栄養士の指導は、いくら正しいことを言っても患者さんが実行できなければ意味がありません。どうすれば患者さんが実行できるかを参加者と検討するなど、実践的な研修メニューを考えていきたいです」(桑原氏)

多職種協働によるチーム医療が定着した基幹病院とは異なり、実地医家では、専門外の分野を含めたスタッフの能力向上の支援が難しく、近藤先生は今回の研修メニューが実地医家のスタッフ育成にきわめて有効だったと言う。

「今回の研修には当院からもスタッフが積極的に参加し、モチベーションの向上につながったと感じています。たとえば、当院には栄養士が在籍していませんので、食事の話題で患者さんとのコミュニケーションに少し自信を持ってない面があります。しかし、研修に参加して糖尿病診療の最新情報を学習し、市民病院や他の施設の栄養士、医師、看護師らとの症例検討によって見識が広がり、食事を含めたさまざまな話題で患者さん

とコミュニケーションを取れるようになったと思います。

もし、この研修がなければ、栄養士の方に来てもらわないと、スタッフのスキルを上げられなかったかもしれませぬ」(近藤先生)

## 高齢者糖尿病の支援が地域の重要な課題

糖尿病の地域医療連携と専門性の高いメディカルスタッフ育成に取り組む西濃医療圏において、今後の大きな課題は、糖尿病患者が高齢になることで生じる問題への対応だ。「たとえば、インスリン投与が必要な患者さんが要介護になった場合、認知症や脳血管障害、視力障害などが原因で、自己注射を正しく行うことが難しくなります。しかし、医師と看護師以外でインスリンを投与できるのは、患者さん本人かご家族だけです。ヘルパー等の介護職の投与は認められていません。そういった問題から、糖尿病患者が介護施設に入所するのが困難になったり、介護現場の職員が適切に対応できないなどの問題が生じています。西濃医療圏では、介護施設の職員を対象に糖尿病の勉強会を実施するなどの取り組みをしてきましたが、医療、介護、福祉の連携には難しい課題が山積しています」(傍島先生)

「介護職を対象としたインスリンや血糖測定の勉強会をした際、ヘルパーなどの介護職に加え、事務職員の方も多く参加し、熱心に聴講されました。介護の現場では、普段から糖尿病患者の対応に困っているのだと感じました」(中村氏)

「栄養士の立場からすると、糖尿病患者の高齢化は介護や認知症に限らず、日常生活の中にも問題を感じます。年齢とともに調理が困難になる

と、菓子パンやおにぎりなどの簡単な食事ですますようになり、血糖コントロールが難しくなる患者さんがいます。そこで、年齢に応じた栄養指導が必要ですが、栄養士が在籍する医療機関は限られるので、栄養士独自のネットワークで地域を支えていくような取り組みも必要だと感じています」(桑原氏)

最後に、糖尿病地域連携を発展させていくうえで重要なことについて傍島先生にうかがった。

「糖尿病の連携パスを運用していると、突然血糖コントロールが悪化したり、合併症を発症するなど、うまくいかないことが多く発生します。

しかし、これらを単にバリエーションととらえ、パスの運用から除外するべきではありません。バリエーションが生じたときこそ、2人の主治医が意思統一して対応を考え、患者さんの再教育や薬の調節、合併症の手当てを適切に行って乗り越えることが大切になるのです。そのような経験の積み重ねによって、かかりつけ医の先生が糖尿病診療を継続できる力が備わり、地域全体で治療の質が向上します。

地域全体で、患者さんもいっしょになって治療上の困難を克服する引き出しを増やしていくことが、もっとも大切だと思います」(傍島先生)

### 大垣市民病院

〒503-8502  
岐阜県大垣市南類町4-86  
TEL : 0584-81-3341

### 近藤クリニック

〒503-0015  
岐阜県大垣市林町8-85-1  
TEL : 0584-83-3900

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

## 【効能・効果】

2型糖尿病

### <効能・効果に関連する使用上の注意>

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

## 【用法・用量】

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

## 【使用上の注意】

### 1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 心不全(NYHA心機能分類Ⅳ)のある患者(使用経験がなく安全性が確立していない。)
- (2) 他の糖尿病用薬(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。)  
1) 脳下垂体機能不全又は副腎機能不全  
2) 栄養不良状態、飢餓状態、不規則な食事摂取、食事摂取量の不足又は衰弱状態  
3) 激しい筋肉運動  
4) 過度のアルコール摂取者  
(4) 脱水を起こしやすい患者(血糖コントロールが極めて不良の患者、高齢者、利尿剤併用患者等)(本剤の利尿作用により脱水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」、添付文書の「高齢者への投与」の項参照)
- (5) 中等度腎機能障害患者等(「重要な基本的注意(2)及び(10)」、添付文書の「薬物動態」の項参照)
- (6) 尿路感染、性器感染のある患者(症状を悪化させるおそれがある。「重要な基本的注意」の項参照)

### 2. 重要な基本的注意

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

(2) 本剤の利尿作用により多尿・頻尿がみられることがある。また、体液量が減少することがあるので、適度な水分補給を行うよう指導し、観察を十分行うこと。脱水、血圧低下等の異常が認められた場合は、休薬や補液等の適切な処置を行うこと。特に体液量減少を起こしやすい患者(高齢者、腎機能障害患者、利尿剤併用患者等)においては、脱水や糖尿病性ケトアシシス、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、腔カンジタ症等の性器感染を起こすことがある。十分な観察を行うなど尿路感染及び性器感染の発症に注意し、発症した場合には適切な処置を行うとともに、状態に応じて休薬等を考慮すること。尿路感染及び性器感染の症状及びその対処方法

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

(4) 糖尿病の診断が確立した患者に対してのみ適用を考慮すること。糖尿病以外にも耐糖能異常・尿糖陽性等、糖尿病類似の症状(腎性糖尿、甲状腺機能異常等)を有する疾患があることに留意すること。

(5) 本剤の適用はあらかじめ糖尿病治療の基本である食事療法、運動療法を十分に行ううえで効果が不十分な場合に限り考慮すること。

(6) 本剤投与中は、血糖を定期的に検査し、薬剤の効果を確かめ、本剤を3ヵ月投与しても効果が不十分な場合には他の治療法への変更を考慮すること。

(7) 投与の継続中に、投与の必要がなくなる場合があり、また、患者の不養生、感染症の合併等により効果がなくなったり、不十分となる場合があるので、食事摂取量、血糖値、感染症の有無等に留意の上、常に投与継続の可否、薬剤の選択等に注意すること。

(8) 高度腎機能障害を有する患者について、使用経験がなく安全性は確立していない。

(9) 本剤とインスリン製剤又はGLP-1受容体作動薬との併用における有効性及び安全性は検討されていない。

(10) 本剤投与により、血清クレアチニンの上昇又はeGFRの低下がみられることがあるので、腎機能を定期的に検査すること。腎機能障害患者においては経過を十分に観察し、継続的にeGFRが45mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満に低下した場合は投与の中止を検討すること。「慎重投与」、添付文書の「その他の副作用」の項参照

- 1) 悪心・嘔吐、食欲減退、腹痛、過度な口渇、倦怠感、呼吸困難、意識障害等の症状が認められた場合には、血中又は尿中ケトン体測定を含む検査を実施すること。異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2) 特に、インスリン分泌能の低下、インスリン製剤の減量や中止、過度な糖質摂取制限、食事摂取不良、感染症、脱水を伴う場合にはケトアシ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、多剤耐性関連蛋白2及び乳がん耐性蛋白の基質であり、P-糖蛋白及び多剤耐性関連蛋白2に対して弱い阻害作用を有する。(添付文書の「薬物動態」の項参照)

### 併用注意(併用に注意すること)

糖尿病用薬(スルホニル尿素剤、速効型インスリン分泌促進薬、α-グルコシターゼ阻害薬、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) ジョギング、リファンピリン、フェニトイン、フェノバルビタール、リトナビル等 利尿作用を有する薬剤(ループ利尿薬、サイアザイド系利尿薬等)

### 4. 副作用

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

### (1) 重大な副作用

- 1) 低血糖:他の糖尿病用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、他の糖尿病用薬を併用しない場合でも低血糖が報告されている。低血糖症状が認められた場合には、糖質を含む食品を摂取するなど適切な処置を行うこと。「慎重投与」、「重要な基本的注意(1)」、「相互作用」、添付文書の「臨床成績」の項参照
- 2) 脱水(0.1%):脱水があらわれることがあるので、適度な水分補給を行うよう指導し、観察を十分に行うこと。口渇、多尿、頻尿、血圧低下等の症状があらわれ脱水が疑われる場合には、休薬や補液等の適切な処置を行うこと。脱水に引き続き便秘を含む血栓・塞栓症等を発現した例が報告されているので、十分注意すること。「慎重投与」、「重要な基本的注意」、「相互作用」、添付文書の「高齢者への投与」の項参照
- 3) ケトアシシス(頻度不明):ケトアシシス(糖尿病性ケトアシシスを含む)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注意ください。

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