



メディカルネットワーク

# Medical Network

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

—医療行政最前線—

主治医機能を拡充した「かかりつけ医機能」の評価も検討

**次回診療報酬改定に向けて  
中医協論議が前倒しでスタート**

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**

**東京都区東部医療圏** ..... P8

多機能型精神科診療所を核として  
街で暮らす患者を支える「錦糸町モデル」。

**明石市医療圏** ..... P12

診療所医師を病院がバックアップする在宅医療。  
主・副主治医の2人体制で「あんしん」の輪を。

**名古屋医療圏(昭和区・名東区)** ..... P16

総合内科医とリウマチ専門医のプロ同士が  
それぞれの役割をまっとうして成立する連携。

分化・連携の強化」が最重要テーマとなります。7対1入院基本料の施設基準や、各種加算の見直しといった具体的な議論は今後を待つ必要がありますが、そのベースとして「地域医療構想と診療報酬の関係をどう考えるのか」を確認しなければなりません。

この点について、厚生労働省（以下、厚労省）保険局医療課の迫井正深課長は、「地域の実情に応じた医療提供体制に向けて、診療報酬がこれにどう寄り添うか、機能分化の推進に診療報酬がどう資するかを議論してほしい。現時点の医療機能とニーズとの間にミスマッチはないのか、効率的な医療提供体制となっているのか、将来を見据えてどう考えていくべきかなどを深掘りしてほしい」と説明。「高度急性期では●●入院料（○○点）、急性期では■■入院料（□□点）」などといったイメージを持っているわけではないと明確にしています。

ところで、2016年度の前回診療報酬改定では、7対1入院基本料の施設基準が厳しく見直されました。その結果、7対1病床数は、2015年10月（369,700床）から改定直後の2016年4月（366,000床）にかけて3,700床減少し、さらに経過措置終了後の2016年10月（362,000床）にかけて4,000床減少するなど、緩やかな減少傾向にあることが明らかになりました（【資料1】）。

中医協の支払側委員は「減少ペースが遅い」として、さらなる施設基準の厳格化を求めていくかまえですが、診療側委員は「改定のたびに施設基準が見直されては医療現場が混乱する」と、大きな見直しに猛反発しています。

そうした中、診療側の万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）は、日本

## 主治医機能を拡充した「かかりつけ医機能」の評価も検討

# 次回診療報酬改定に向けて 中医協論議が前倒しでスタート

2018年度には6年に一度の「診療報酬・介護報酬の同時改定」が行われるため、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、

改定論議が通常よりも前倒しで積極的に進められています。

すでに「入院」、「外来」、「在宅」、「かかりつけ医機能」などについて総論的な議論が行われ、また、DPC制度についても医療機関別係数の見直しの方向が固まりつつあります。

今回は、中医協の論議を振り返りながら、2018年度診療報酬改定の方向を探ってみましょう。

## 次回改定のキーワードは 「質の高い医療の効率的提供」

入院医療については、今年1月25日の中医協総会で1回目の議論が行われましたが、ここで2018年度診療報酬改定に関する注目すべきキーワードが浮上しました。

そのキーワードとは、「医療介護の支え手が減少する中での『効率性』

と『質の高い医療』の両立」です。我が国では高齢化の進展により医療ニーズ（特に慢性期医療）が増大しますが、少子化によって「支え手となるマンパワー（たとえば看護師）」が減少していきます。このため、「効率的な医療提供」が非常に重要となっていきます。

この観点で入院医療の方向性を考えると、やはり「病院・病棟の機能

病院団体協議会（日本病院会や全日本病院協会が加盟）が前回改定で要望した「病棟群単位の入院基本料の恒久化」を次期改定でも提唱していく考えを強調しています。

## DPCの医療機関群を病院が選択できる仕組みを検討

急性期入院医療においては、DPC制度の動きがきわめて重要です。5月24日のDPC評価分科会では、DPCの医療機関別係数についての議論が行われました。

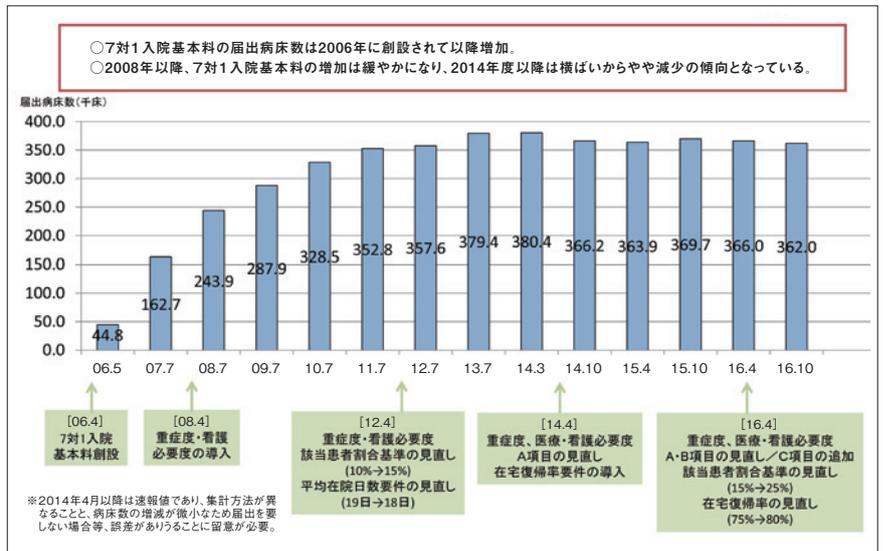
まず基礎係数・医療機関群については、▽現在の3つの医療機関群を維持する、▽I群・II群・III群という名称は、各群の機能などを表すものに見直し、▽医療機関群の「選択」について引き続き検討する——という方向が固まりました。

また、後述する機能評価係数IIについて、厚労省は「III群では、重みづけを変えることは難しい」としたうえで、「I群・II群、特にII群では診療密度や複雑性などの要件が設定され、複雑性やカバー率の高い病院で構成されるグループなので、これらの重みを高くすることで、そうした機能を持つ病院をよりの確に評価できるのではないか」との考えを示しました。

ただし、この場合は、複雑性やカバー率がそれほどでもないII群病院では、係数評価が下がることになるので、「III群を選択できる」道を用意すべきと提案する委員もあり、この点についての検討がさらに進められます。

なお、「I群、II群、III群」の名称からは、格づけを想定してしまう」との指摘があることを踏まえ、委員間では名称を見直す方向が了承されています。

## 【資料1】7対1病床数の推移



## 【資料2】ICT等活用に向けた厚労省方針

**これまでの取組**

**【遠隔診療の診療報酬上の取扱い】**  
【医師対医師のケース】

- 遠隔画像診断  
※CT等により撮影された画像を他医療機関の専門の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価
- 遠隔病理診断  
※患者から採取した標本画像等を他医療機関の専任の医師に送信し、その診断結果を受信した場合も、診断行為を評価

【医師对患者のケース】

- 電話等（テレビ画像等も含む）による再診
- 心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリング  
※患者のペースメーカーから送信されたデータを医師が確認し、指導・管理を行うことが可能。この場合の指導・管理行為も診療報酬により評価。

**【人工知能（AI）の研究開発の取組】**  
2016年度より、臨床研究等ICT基盤構築研究事業及び医療のデジタル革命実現プロジェクトにおいて、X線や病理診断へのAIの応用や、AIを活用した診療支援システムの開発に関連した研究事業を開始している。

**目指すべき在り方**

- AIを用いた最新のエビデンスや診療データの解析により、患者が最適な診療を受けられるシステムを構築。
- AIやIoT等のICTを活用した診療支援や遠隔医療等の技術革新を、診療報酬の中に、現場や国民がメリットを実感できるかたちで、十分なエビデンスのもとに組み込み。

**今後の検討の進め方**

**【遠隔診療】**

- 今後も関係審議会での議論を踏まえ、エビデンスを収集したうえで2018年度診療報酬改定での対応を検討していく。

**【AI】**

- AIを用いた診療支援技術を確立し、2020年度までの実装をめざす。
- 2018年度診療報酬改定において、十分なエビデンスのもとに、AIを用いた診療支援に向けたインセンティブ付けの検討を行う。

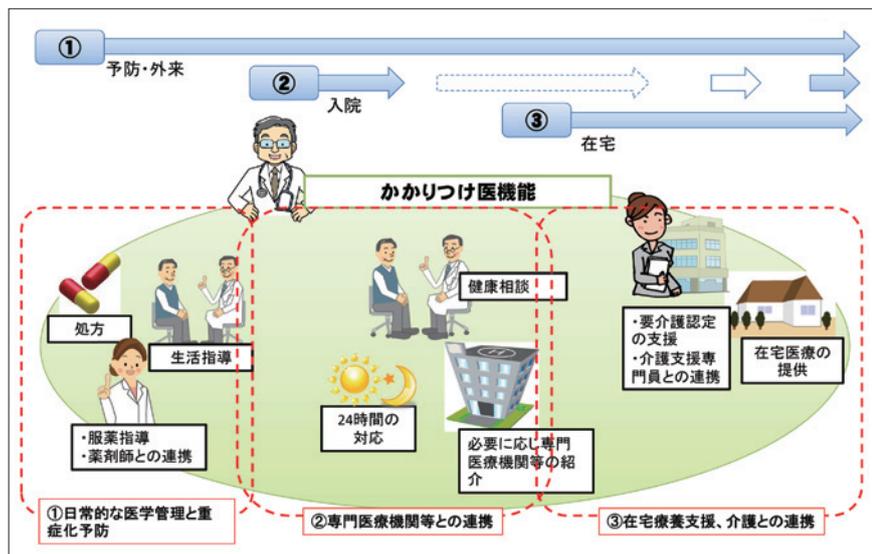
2018年度診療報酬改定では、暫定調整係数が廃止されるため、機能評価係数IIの重要性がこれまで以上に高まることとなります（単純計算で1.33倍となる）。

この点、厚労省は、導入時の6係数（保険診療（旧データ提出）、効率性、カバー率、複雑性、救急医療、地域医療）の枠組みは生かしたうえで、次のような見直しを行ってはどうかと提案しています。

- ・地域医療係数について医療計画の見直しなどを踏まえた対応を行う
- ・重症度係数について設定の目的・趣旨に沿った他の評価方法の設定を検証する
- ・後発医薬品係数について機能評価係数Iと合わせた整理を行う

厚労省は、後発医薬品指数・係数については、多くの病院が上限に張りついている現状から「機能評価係数IIとしての役割を終えた」と判断

【資料3】かかりつけ医機能のイメージ(1)



【資料4】かかりつけ医機能のイメージ(2)



して、出来高の「後発医薬品使用体制加算」(使用率に応じて28~42点)をもとに機能評価係数Iとして評価する考えです。

また、重症度係数は、先の2016年度診療報酬改定で「調整係数から機能評価係数IIへの置き換えの中で評価されない部分」を評価する係数として導入されましたが、効率化を進めた病院でもきわめて低い値(ゼロの病院もある)となっており、見直しが行われます。

効率的な外来医療に向け AIやICTの活用を検討

外来医療については2月8日の中医協総会で議論が行われ、「AIやICTを活用した診療」の評価が注目を集めました。

塩崎恭久厚労大臣は、昨年12月の未来投資会議・構造改革徹底推進会合で、「遠隔診療のエビデンスを収集したうえで、2018年度診療報酬改定での対応を検討していく」、「AIを用

いた診療支援技術を確認し、2020年度までの実装をめざす。2018年度診療報酬改定でエビデンスをもとにインセンティブづけの検討を行う」方針を示しました(【資料2】)。

支払側委員はこの方針を高く評価していますが、診療側委員は「拙速すぎる」と批判。AI、ICTの導入に対する両者の温度差が明確になりました。ただ、対面診療を原則としたうえで、ICTを補完的に拡充していくとの基本方針への異論はなく、「ICTの活用をどの程度のスピード感を持って、どの範囲にまで導入するのか」といった点で調整が続けられることになりそうです。

日常診療から在宅まで担う「かかりつけ医機能」

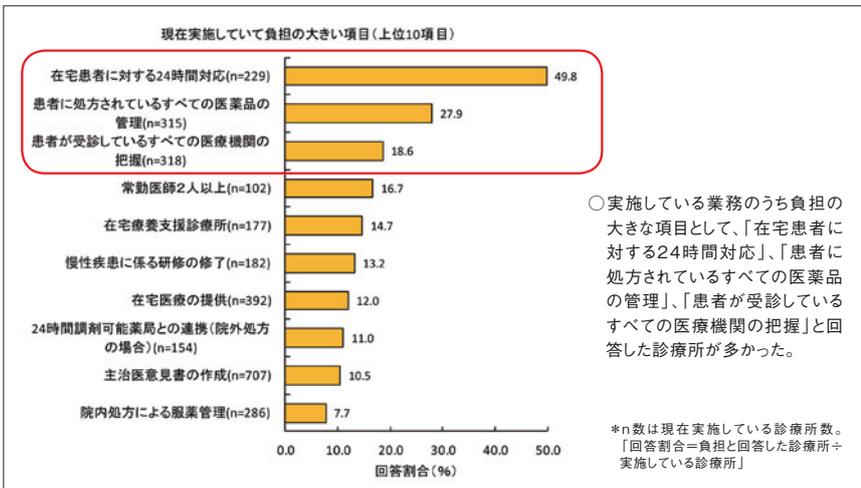
2月22日の中医協総会では、主治医機能をより拡充する「かかりつけ医機能」の評価が議題となりました。

2014年度診療報酬改定で、▽高血圧症、▽糖尿病、▽脂質異常症、▽認知症——のうちいずれか2つ以上の疾患を有する患者に対し、服薬管理や健康相談、介護保険にかかる相談、在宅医療の提供や24時間対応などを行うことを包括的に評価する地域包括診療料・地域包括診療加算が創設されました。さらに、2016年度診療報酬改定では、認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算が新設されました。いずれも「主治医機能」を評価するものです。

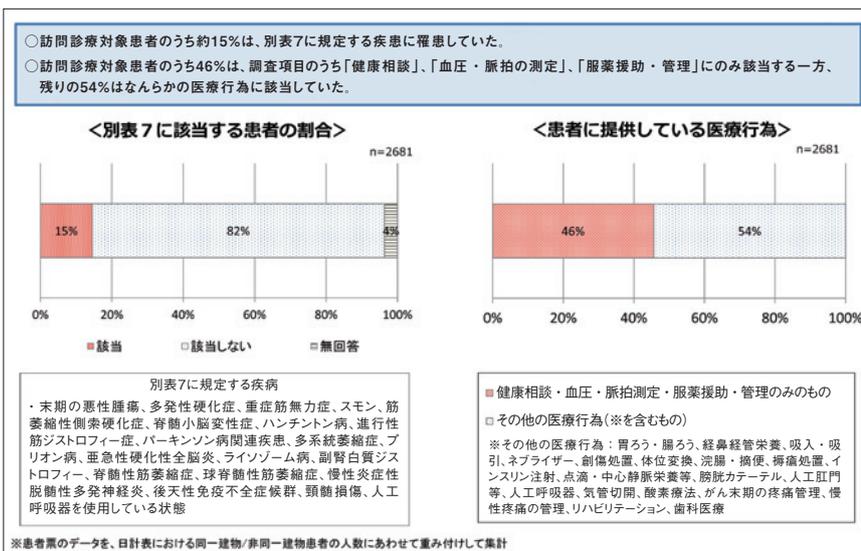
厚労省の迫井医療課長は、2018年度診療報酬改定に向け、こうした主治医機能に加えて「日常診療から在宅における療養まで」横断的に、より広い視点で患者を診る「かかりつけ医機能」を診療報酬で評価してはどうかとの考えを示しました。

「かかりつけ医機能」のイメージと

## 【資料5】診療所が感じるかかりつけ医業務の負担



## 【資料6】訪問診療対象患者の状況



して迫井医療課長は、日本医師会・四病院団体協議会の合同提言における定義をベースに、生活習慣病患者を例にとって3つの具体的な機能を示しています(【資料3、4】)。

健康保険組合連合会などの調査では、患者、国民の多くが「かかりつけ医機能」に期待していることがわかっていますが、日本医師会の調査では、「診療所は在宅患者への24時間対応や、個々の患者の受診状況、処方されている医薬品の把握などに負担を感じている」(【資料5】)など、

患者、国民の期待と医療現場の実態との間には、少しギャップがあります。そこで、これを診療報酬でどう埋めていくのかが、今後の重要課題となります。

なお、ひとりの医師が、かかりつけ医機能を十分に果たすのは難しいため、複数の医師や多職種でチームを構築したうえで、かかりつけ医機能を発揮することが求められます。その際には情報の連携が非常に重要となりますが、厚労省は「かかりつけ医、かかりつけ医療機関が情報連

携のリーダー役になる」よう期待しています。

## 在宅患者のニーズは多様化 診療報酬でどう応えるか

在宅医療については1月11日の中協総会で、▽多様化する在宅患者のニーズに応えられるような新たなサービス提供のあり方、▽地域の状況、個々の患者の状態、医療の内容、住まい・住まい方などを踏まえた評価のあり方——を検討してはどうかとの論点が示されています。

在宅医療については、前回の診療報酬改定で大きな報酬体系の組み換えが行われました。その効果や影響に関しては厚労省の検証調査結果を待つ必要がありますが、厚労省は在宅医療における基本的な課題として次のような点を指摘しています。

- ・訪問診療の対象患者の85%は要介護者で、要介護度や認知症の状況はさまざま

- ・15%程度の訪問診療患者は重症(末期がんや難病など)で、半数超の患者には経鼻経管栄養や酸素療法、がん末期の疼痛管理などさまざまな医療提供がなされている(【資料6】)

- ・訪問看護ステーション数は増加し、徐々に大規模化が進んでいるが、整備状況には大きな地域差がある

こうした課題の解決に向け、支側委員からは「医療資源は有限でありICTを活用すべき」との意見が、診療側委員からは「複数医療機関による訪問診療のあり方などを検討すべき」といった意見が出されています。今後、中協で具体的な改定内容を詰めていくこととなります。



医療ジャーナリスト  
鳥海 和輝

## 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各医療機能の基準をどう考えるのか

**今**回は、全都道府県で策定が完了した地域医療構想と、病院が毎年度実施している病床機能報告制度の関係について考えてみましょう。

地域医療構想では、2025年の医療需要（予測患者数）にもとづき、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のベッドをどの程度整備すべきかを明らかにします。その際、1例として高度急性期については、「1日当たりの資源投入量が3,000点以上」（入院料を除く）などと規定されました。都道府県では、この基準に則して「高度急性期のベッドが何床必要」のように計算し、地域医療構想を策定します。

一方、病床機能報告制度では、病院が、自院の各病棟の機能をどう考えるか（現在及び将来）を都道府県に報告します。ところが最近、「病棟に入院している患者に対する医療資源投入量を見て、3,000点以上の患者割合が高ければ高度急性期になる」との誤解が一部に

あることがわかりました。

実際には、地域医療構想策定における医療資源投入量は、あくまで「地域で必要なベッド数を計算するための指標」であり、個別病院、病棟における医療機能とは関係しません。

たとえば腫瘍内科において、がんのケモセラピーを行うにあたって高額な抗がん剤を用いれば、「1日当たり3,000点」の基準は軽くクリアします。しかし、「その患者が、果たして高度急性期の患者だろうか」と考えれば、必ずしもそうでないことがご理解いただけるでしょう。

病床機能報告制度において、厚生労働省は一部特定入院料（救命救急入院料など）と医療機能のひもづけを2016年3月に行っており、これからも分析が続けられます。こうした点を参考に、今後の病床機能報告を行っていただきたいと思います。

## 地域包括ケアにおける医療マネジメント 第⑤回

株式会社日本経営 大日方 光明

### 医療者も知っておくべき介護サービスの動向(1)

**今**回から2回にわたり、患者の在宅復帰を検討していくうえで医療者も知っておくべき介護サービスの動向を紹介します。在宅復帰のため、現在どのようなサービスがあり、また今後どのようなサービスの活用が進む可能性があるのかをとり上げますが、今回は「施設・居住系」サービスを解説しましょう。

介護サービスの種類には大きく分けて、施設・居住系、通所系、訪問系のサービスがあります。医療機関にとって馴染み深いのは、特に施設・居住系サービスでしょう。いわゆる介護保険3施設と称する特別養護老人ホーム（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（介護療養）、及び介護付き有料老人ホーム（介護付き有老）等が該当し、厳密には介護サービスではないですが、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）もこれに分類されます。この中で看護師が常駐している

サービスは、特養、老健、介護療養、介護付き有老です。医療必要度が高いケースでは、老健や介護療養が退院先となるケースが多かったものの、近年ではサ高住（介護・医療サービスは外づけ）でも積極的に中重度者を受け入れられるよう、訪問看護サービスや在宅医療クリニックを施設に併設したケース、透析設備を具備するケース、在宅ホスピス機能を強化するケースなどが見られるようになってきました。

病院からの早期退院が求められる中、今後は医療必要度の高い患者も在宅復帰を迫られるでしょう。現に直近の介護報酬改定でも、「中重度対応」、「看取り対応」には重点的評価がなされています。医療・介護に対する時代の要望に合わせて施設・居住系サービスも多様に変化してきており、病院の医療者は地域の事業者の動向についても確認していくことが重要です。

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。



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



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2回] 糖尿病専門医が語るカナグリフロジンへの期待

Robert R. Henry先生(Professor of Medicine, University of California, San Diego, Chief, Section of Endocrinology, Metabolism & Diabetes Veterans Affairs San Diego Healthcare System)

## 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5回] (座談会) 高齢者糖尿病の治療

稲垣 暢也 先生(同会)(京都大学大学院医学研究科 糖尿病・内分泌・栄養内科学 教授)  
横手 幸太郎 先生(千葉大学大学院医学研究院 細胞治療内科学 教授)

鈴木 亮 先生(東京大学大学院医学系研究科 糖尿病・代謝内科 講師)  
綿田 裕孝 先生(順天堂大学大学院医学研究科 代謝内科学 教授)

### 医療連携

#### 医療連携New Approach 会員限定

「医療連携」をテーマに、先進的・特徴的な取り組みを行っている医療機関を取材し、先生方の思いや具体的な取り組み内容など、最新の活きた情報をお届けするコンテンツです。

#### [第3回] 大学・病院・診療所で役割分担。 症例検討会で地域のRA治療を標準化。 医師派遣でリウマチ科新設も支援。

#### [第4回] チーム医療の推進と地域医療者との連携強化。 在宅療養まで切れ目のない支援体制を構築。 臨床研究部を立ち上げ、ALS医療の向上へ貢献。

### 医療情報

Pick Up

#### 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。



詳しくは、田辺三菱製薬 医療関係者情報サイトMedical View Pointをご覧ください。

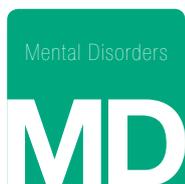
<http://medical.mt-pharma.co.jp>

田辺三菱製薬

医療

検索

取材日：2017年3月17日



精神疾患



東京都区東部医療圏

## 多機能型精神科診療所を核として 街で暮らす患者を支える「錦糸町モデル」。

### Point of View

- ① 外来通院中の患者をデイケアやナイトケア、訪問看護で見守り、「街で暮らす」環境をつくる
- ② エリア内にいくつもの医療と福祉の小規模拠点を配置、多職種から成るネットワークで患者を支える
- ③ 医療と福祉の連携により就労支援を行い、「社会で生きる」までを継続的にサポート

医療法人社団草思会理事長  
クボタクリニック院長

窪田 彰先生

医療法人社団草思会  
錦糸町クボタクリニック地域ケア部長/  
錦糸町相談支援センター所長

東 健太郎氏

医療法人社団草思会  
錦糸町訪問看護ステーション所長

井上 新氏

医療法人社団草思会  
錦糸町就労支援センター所長

松本 優子氏

医療法人社団草思会  
錦糸町クボタクリニック  
デイケア部長

尾崎 多香子氏

### せつかく退院しても 患者の居場所がなかった

医療法人社団草思会理事長の窪田先生（精神科医）は、1978年、東京都墨田区の東京都立墨東病院に、日本で最初の精神科救急病棟が開設された際に同院に赴任し、錦糸町という街に出合った。

「墨田区、江東区、江戸川区から成る東京都区東部医療圏は当時、精神医療の過疎地域とも言える状況で、専門病院はひとつもなく有床診療所が2つあるだけでした。

そのような場に、いきなり30床の救急病棟ができて7名の若手精神科専門医がそろったわけです。『いったん入院したらなかなか退院できない

のが精神科』。当時の一般的なイメージを覆すようにスタッフが一丸となり総力をあげて治療し、短期間の入院後、退院させていきました。30床が年間5回転ほどするので、1年で約150名が退院していった計算になります」（窪田先生）

ところが、退院したものの、たとえば支えてくれる人がいない、就職

ができないなど、家や街に居場所を見つけられず精神的な安定を維持できないため、遊びに来た退院患者で病院ホールがあふれてしまう事態となった。退院時に「いつでも遊びにおいで」と声をかけると救急病棟を訪れる患者が絶えなかったという。

「退院した患者さんの居場所がないのはおかしい、精神医療にもコミュ



左から窪田先生、東氏、井上氏、松本氏、尾崎氏

ニティケアが必要だ」。現在の「錦糸町モデル」は、およそ40年前の窪田先生のこの決意からスタートしたのである。

## 寄附金と行政の補助を得て クラブハウスを設置

窪田先生は勤務医をしながら、まず通院者クラブをつくって定期的に楽しめる集まりを開き、次は文字どおりの居場所となるクラブハウスを患者からの直接の求めに応じてつくることになる。

「患者さんのご家族や病院スタッフ、地域の保健師などに寄附金を募ったら、2ヵ月足らずでなんと約90万円が集まりました。格安の家賃で部屋を貸してくれる家主も現れ、2年後には墨田区から家賃相当の補助金が支給され始めた。精神医療に関して何もない地域だったからこそ、地域の賛同が得られやすかったのかもしれない」（窪田先生）

こうして1981年、クラブハウス「友の家」がオープンした。友の家は、日本で最初に公的補助金を受けた精神疾患患者のためのクラブハウスとして認知され、後に社会福祉法人おいてけ堀協会の礎となる。

友の家設立後の1980年代半ばから精神医療においては薬物療法が目覚ましく進展し始める。墨東病院に限らず、精神科病院から退院する患者はどんどん増えていった。そこで、



【資料1】

### 「錦糸町モデル」の組織

- **社会福祉法人おいてけ堀協会（自立支援事業所）**

友の家、ユニーク工芸、ユニークジョブサポート、ユニークがらん堂など

- **医療法人社団草思会**

クボタクリニック（デイケア）  
錦糸町クボタクリニック（デイケア）  
錦糸町訪問看護ステーション  
錦糸町相談支援センター  
錦糸町就労支援センター

- **有限会社クボタ心理福祉研究所**

錦糸町カウンセリングルーム  
各種研修会

- **関連施設**

区福祉事務所、保健所デイケア、ゆめたまご、グループホーム

勤務医として診療にあたりながらコミュニティケアのあり方を模索していた窪田先生だが、異動の話をきっかけに1986年、土地勘があり縁の深い錦糸町の街での開業を決心する。

## 地域に散りばめられた拠点 医療と福祉の多職種チーム

「開業してみて、やはり最初に必要なのはデイケアだろうと思いました。ただ、当初は法規制のため、診療所にデイケアの併設ができませんでした。厚生省（当時）など行政に訴えを続け、診療所にもデイケア開設が認められたのは1988年です。

デイケアを始めてスタッフが増えてくると、今度は、在宅患者の訪問に行ったらどうか、診療とは別に相談に乗る仕組みもあるほうがいだろうと考えは広がっていき、医療法人社団草思会を組織しました」（窪田先生）

必要だと思う施設をつくり、医療スタッフ

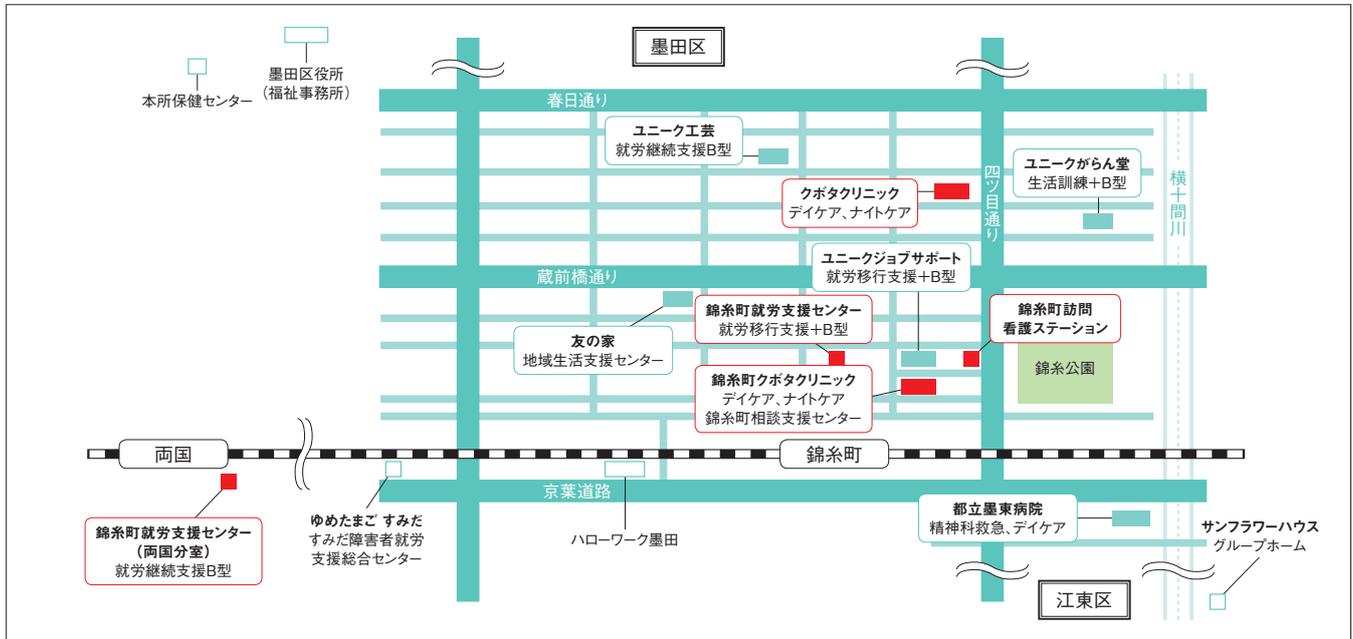
を充実させていくうちに、いつしか多職種多機能チームができあがっていたという。開業から30年余りの現在、デイケアとナイトケアを併設した2つのクリニックと訪問看護ステーション、相談支援センター、就労支援センターが徒歩圏内に点在している。これらの医療・福祉施設のスタッフは全体で80名ほどにもなるそうだ。窪田先生は、医療法人社団草思会のほか、前述の社会福祉法人おいてけ堀協会の理事長として自立支援事業所の運営にも尽力している。

錦糸町相談支援センター所長を務め、各施設をつなぐ錦糸町クボタクリニック地域ケア部長でもある東氏が語る。

「たずさわるスタッフは、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士など専門的な資格を持つ者が大半。また事務スタッフもチームの中で重要な存在です。さらに地域の保健師や生活保護ケースワーカー、居宅介護ヘルパーといった方々とも連携して活動しています」（東氏）

つまり、いくつもの機能別の小規模な拠点が連携し、それらがさら

錦糸町周辺に点在する医療・福祉の各拠点



に区の福祉事務所や保健所、ほかのNPO法人や民間事業所によるグループホーム、福祉作業所、就労移行支援施設、相談支援施設などもつながり、多職種による医療と福祉の連携を実現しているのが、錦糸町モデルなのである。

人とつながり街に出て就労「社会で生きる」を支援する

機能別の拠点の各施設や各専門スタッフは、それぞれどのような役割を果たしているのか。まず、錦糸町訪問看護ステーション所長の井上氏に聞いてみた。「患者さんが在宅でどのような生活を送っているのかなど、治療の参考になる情報を医師に伝えること。そして、薬物療法がきちんと効果を上げるように患者さんの服薬状況を確認し、薬を正しく飲んでいない場合にはその原因を探り、ともに課題解決

に努めるのが主な仕事です。

大切にしているのは、患者さんにとって自宅は“ホーム”で、訪問する私たちは“アウェイ”だと意識し、患者さんを尊重すること、まずは話をよく聞くことです。外来で医師には言えなかった話を我々になれば話して下さる場合もあり、それを医師と話し合えば、治療の役に立つでしょう」(井上氏)

「デイケアも訪問看護と同様、医療の場です」と語るのは、錦糸町クボタクリニックのデイケア部長の尾崎氏だ。

「デイケアはグループを活用した治療の場として、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士など、さまざまな職種のいろいろな価値観を持つスタッフがかかわって運営しています」(尾崎氏)

「もともとは、退院後の統合失調症患者の支援や再発予防のため、気兼ねなくすごせる場所を提供することが

主目的でした。現在は、人といっしょにいること自体が苦痛な患者さんがなんとか人の輪に溶け込め、いずれは就労にまでつなげられるようなトレーニングの場を兼ねています」(窪田先生)

「人とのコミュニケーションの持ち方を身につけていってもらいたいですね。そのために、多彩なプログラムを用意しています。

音楽鑑賞や、手芸や簡単な調理などの手作業、ストレッチやトリムパレーなどのスポーツ、パソコンなどいろいろある中のひとつにでも興味や関心を持ってもらえれば、それをきっかけに人の輪に入って、徐々に人とすごすことに慣れていけると思うのです」(尾崎氏)

昼食をはさんで、午前・午後と日中の大半をすごすデイケアだけでなく、課題別に短時間で少人数向けに実施するショートケアや、調理と夕食をともにするナイトケアと称する

プログラムもあり、各々の患者が居心地の良い雰囲気や時間帯を選んで参加できる。

「状態が安定した方には、ハローワーク見学などのプログラムもあり、少しずつ就労を意識してもらうように導いています」(尾崎氏)

外来に通院しながら訪問看護やデイケアを利用している患者は、医療サービスを受けながら「街で暮らす」ことに馴染んでいく。そして、その次にめざすステップは「社会で生きる」だ。錦糸町就労支援センター所長の松本氏が語る。

「私たちが提供しているのは、医療保険の領域ではなく障害者福祉サービスで、就労継続支援B型と就労移行支援の2つの業務を担っています。

就労継続支援B型では、手工芸品の製作・販売や内職作業などを行って工賃を得ながら、就労に向けて動機づけを高めていきます。就労移行支援においては、就職活動に必要なとなるビジネススキルやコミュニケーション能力、就労を長続きさせるための体力づくりの講習を実施し、就職へとつなげます。もちろん就職後も主治医と連携し、職場訪問などを通じて継続的にバックアップしていきます」(松本氏)

「外来での診療から就労まで、医療から福祉までをシームレスにつなげ、患者さんが『社会で生きる』支援をしていくのが、私たちのめざすところです」(窪田先生)

## 精神医療と福祉サービスの連携で可能性は広がる

医療と福祉のシームレスな連携のため、複数の施設と多職種とをつなぐ役割を果たしているのが、先にご登場いただいた東氏が責任者を務める錦糸町相談支援センターと錦糸町

クボタクリニック地域ケア部門だ。

「錦糸町相談支援センターでは、患者さんがサービス等の利用計画を作成するお手伝いをしており、その情報を福祉だけでなく医療施設・スタッフとも共有するところから私たちの仕事は始まります。

今はまだ試験的ですが、クリニックの外来ではアセスメントパスという書式も使っています。ただ、退院支援からスタートして就労まで非常に長期にわたる連携なので、ツールだけに頼るのは難しく、現在は、外来終了後にスタッフが集合して行う毎日のレビューミーティングと、それをまとめたノートで主に情報共有をしています」(東氏)

東氏ら地域ケアにかかわるスタッフは、外部の施設や行政とも密に連絡を取り合っている。

「患者さんの自宅、利用されている他の医療機関や事業所、また区役所、保健所、ハローワーク等に出向き、患者さんの望む支援を実現するために話し合っています。医療と福祉にまたがる業務のため複雑な制度の中でどのように患者さんを支えるのがベストなのかを探り、スタッフの皆がひとつのチームとして動けるように管理するのが私たちの仕事です。

重い課題を背負った方々の支援は医師だけ、医療機関だけでは実現できません。いくつもの医療と福祉の施設や公的機関が連携して多職種がチームとなり、顔の見えるネットワークで支える発想がないと、うまくいかないと考えています」(東氏)

各部門のトップが語ってくれたことを受け、窪田先生が力強い言葉で取材を締めくくってくれた。

「多機能型診療所を中核として、医療と福祉が連携し、行政やNPO法人、民間事業所まで参加し、地域で支えていく錦糸町モデルは、これからの

精神疾患の医療に必ず必要なかたちだと考えています。

他地域でも似たような取り組みが始まっていますが、そうした地域精神医療連携を発展させて、いずれは日本にも地域精神保健センターが設置されるようにならないといけないでしょう」(窪田先生)

その日に向けて窪田先生は、より重症の精神疾患、発達障害、引きこもりなどの症例に対する支援も視野に入れているそうだ。誰もが普通に街で暮らし、働ける社会をビジョンとして、錦糸町モデルは現在も進化し続けている。

### 医療法人社団草思会 錦糸町クボタクリニック

〒130-0013  
東京都墨田区錦糸3-5-1  
TEL : 03-3623-3031

### 医療法人社団草思会 クボタクリニック

〒130-0003  
東京都墨田区横川3-2-4  
TEL : 03-3623-2011

### 医療法人社団草思会 錦糸町相談支援センター

〒130-0013  
東京都墨田区錦糸3-5-1  
TEL : 03-5637-7266

### 医療法人社団草思会 錦糸町訪問看護ステーション

〒130-0013  
東京都墨田区錦糸3-8-8  
TEL : 03-5819-1315

### 医療法人社団草思会 錦糸町就労支援センター

〒130-0013  
東京都墨田区錦糸3-11-3  
TEL : 03-5809-7301

取材日：2017年3月23日



在宅医療



明石市医療圏

## 診療所医師を病院がバックアップする在宅医療。主・副主治医の2人体制で「あんしん」の輪を。

### Point of View

- ① 外来診療メインの診療所が、無理なく効率的に在宅医療を行える環境を構築
- ② 訪問看護ステーションがコーディネーターとして機能
- ③ 副主治医も必ず一度は訪問するのが絶対のルール
- ④ 入院が見込まれる場合は、病院の医師が副主治医を担当する場合もある

平崎内科循環器科クリニック  
院長

平崎 智士先生

鈴木内科クリニック  
院長

鈴木 光太郎先生

井上外科胃腸科

井上 知久先生

医療法人社団医仁会ふくやま病院  
理事長

譜久山 剛先生

兵庫県立がんセンター  
緩和ケアセンター長／  
緩和ケア内科・麻酔科部長

池垣 淳一先生

### グループでの在宅医療により負担は軽減、安心は大きく

行政も医療関係者も市民も、在宅医療充実の必要性は誰もが認めるところだ。しかし現状ではまだ、在宅での療養や看取りに対して、不安を覚えずにいられる市民は少ない。そうした時代の中で、明るい展望を感じさせてくれるのが、兵庫県明石市の「在宅医療ネットワークあんしん」(以下、ネットワークあんしん)の取り組みだ。

2013年の秋から稼動しているネットワークあんしんは、3人の診療所医師の互助グループに端を発したものである。立ち上げメンバーのひとり、井上外科胃腸科の井上先生が経

緯について語る。

「高齢化が進むにつれて、在宅医療のニーズは増える一方です。外来で長く診ている患者さんは、続けて在宅でも診て差し上げたいという思いと裏腹に、ひとりの力には限りがあると痛感し始めていました。そんな折り、平崎内科循環器科クリニック院長の平崎先生から、鈴木内科クリニ

ック院長の鈴木先生と私に『一緒に在宅をやりませんか』とお声がけいただき、3人で始めることになったのです」(井上先生)

単独では限界ギリギリでも、グループでならお互いに助け合って少しは楽に在宅での診療ができる。同時に在宅患者は、必要ならいつでも必ず誰か医師が来てくれるといった安



左から平崎先生、鈴木先生、井上先生、譜久山先生、池垣先生

心を得られる。そういう在宅医療をめざしてのスタートだった。

【資料1】

月別紹介患者数の実績(2013年11月～2016年12月)

## ルールは最小限、志を一にし 医師たちが緩やかにつながる

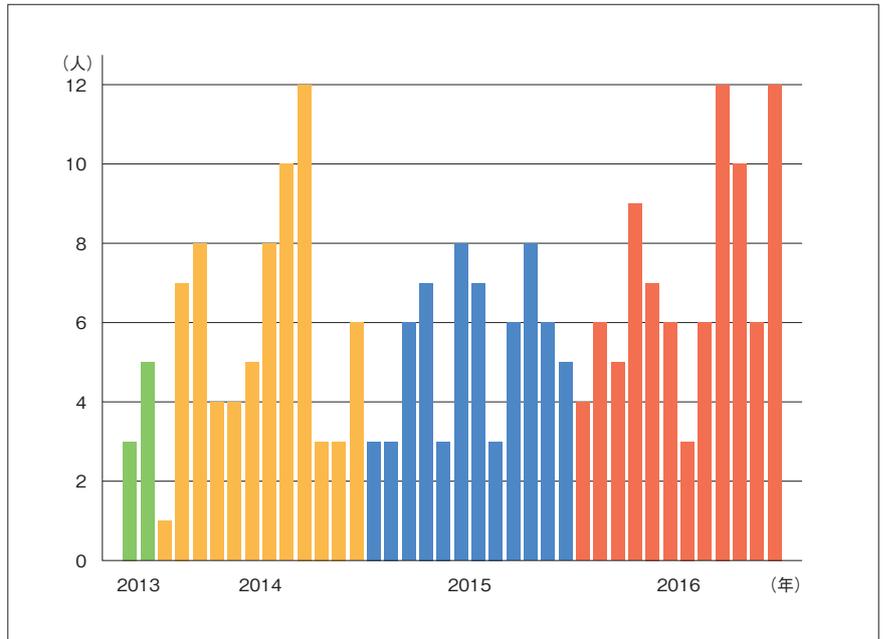
以来3年半余りを経て、現在、ネットワークあんしんは、7診療所の7人の医師と、ふくやま病院など4つの協力病院、泌尿器科、皮膚科、歯科の協力診療所、7つの訪問看護ステーション、2つの薬局で構成されており、着実に実績を重ねている(【資料1】)。ネットワークあんしんの発案者、平崎先生が説明する。

「外来診療をメインとする診療所が無理せず効率的に在宅医療を行うためのネットワークの構築——このコンセプトに賛同してくださる先生方に加わっていただいた結果です。スタート時に、ちょうど開設したばかりの訪問看護ステーションと協力体制ができ、コーディネーター機能を果たしてもらっています」(平崎先生)

コーディネーターは、患者から在宅医療の要請があると、各医師が自己申告する受け入れ可能な患者数や医師の専門性、東西に細長い明石市のどの地域の患者かなどを配慮して適切な医師に受け入れを打診し、相談のうえ主治医と副主治医を決める。

鈴木先生が、主治医と副主治医のルールについて話してくれた。

「私たちの絶対と言っていいルールは、副主治医が必ず患者宅を訪問し



て顔を合わせておくことです。緊急時に初めての医師では、患者さんやご家族にとっては心細く、納得もいかないでしょう。ですから、書類上だけの副主治医ではなく、主治医とペアで患者さんを担当する者として最低、一度の訪問を決まりにしています」(鈴木先生)

このルール以外の決まりはそう多くはなく、主治医と副主治医の担当をなるべく同数にする、月1回のミーティングで治療方針の確認や相談をする程度だという。厳しい縛りがあるほうが、ネットワークがうまく機能するケースも確かにある。しかし、志の共有さえできていれば緩いつながりであっても、いや緩いつながりのほうが医師同士の関係が良好になり、同じ方向を見ていける場合もあるだろう。

## がんセンターが診療所医師の 在宅緩和ケアをバックアップ

安心の確保の意味では、ネットワークをバックアップする、兵庫県立がんセンター(以下、がんセンター)の存在は大きい。

がんセンターの池垣先生は、緩和ケアセンター長、緩和ケア内科・麻酔科部長として、終末期の連携のあり方を探ってきた。

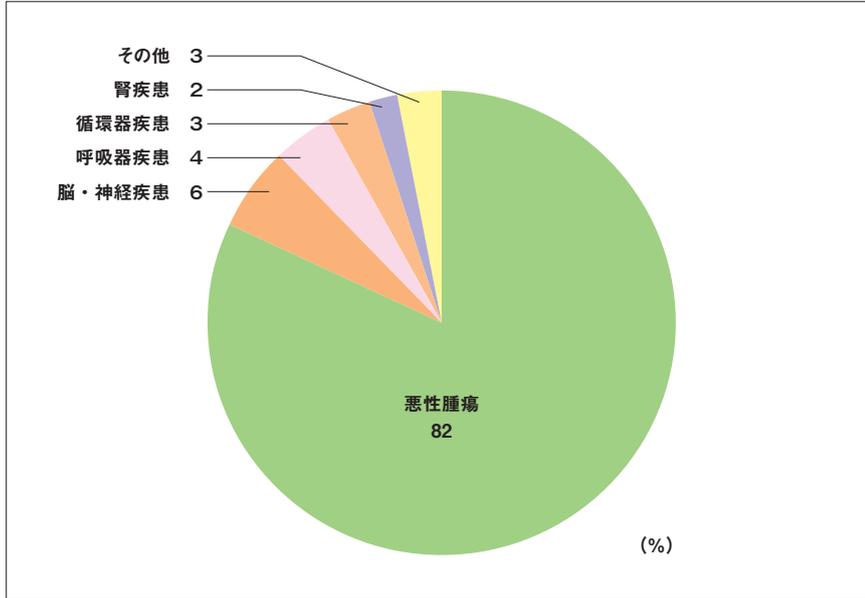
「地域のがん患者をしっかりと診ようとはがんばっておられる診療所の先生方のために、がんや緩和ケアを専門とする私たちにできることは何か。そう考えて在宅での診療で迷ったり困ったりしたときなどに、いつでも電話で相談できる緩和ケア相談ホットラインをつくりました」(池垣先生)

2014年4月、がんセンターは4床の緊急緩和ケア病床を備えた緩和ケアセンターを開設した。緩和ケアセンターでは、緊急時のベッドの提供



【資料2】

### 受け入れた患者の疾患の内訳



だけでなく、地域の診療所の医師に向けた緩和ケア研修が行われ、さらに病床登録した患者を診ている医師や、研修を受けた医師向けの相談窓口が設けられている。

「緊急の相談をいつでも受けられるように、携帯電話を肌身離さず持っています。診療所の先生方に安心感を与えられる存在になっていければ、うれしい限りです」(池垣先生)

ネットワークあんしんの稼働から現在にいたるまで、がんセンターからネットワークあんしんに紹介された患者は、同ネットワークに新規で紹介された患者数の約4割を占め、また、ネットワークあんしんで受け入れてきた疾患別の延べ人数の割合では、悪性腫瘍が8割ほどにもなるという(【資料2】)。

### いつでも協力を惜しまない 中規模病院や各科診療所

「ただ、がん緩和ケアの患者さんが在

宅ですぐず期間は、短期がほとんど。がん末期の場合でも、できる限りのところまで自宅で療養し最期はやはり病院で迎えるというケースは多いですし、逆に末期になって自宅に戻られる場合もありますが、いずれにしても私たちが診る期間は、ほぼ週単位の短さです」(鈴木先生)

そのため、延べ人数ではなく継続的に診ている患者数では、がんよりも慢性疾患のほうが多いようだ。

「慢性疾患の患者さんを長期にわたり在宅で診ていく場合、我々を助けてくださるのは協力病院の先生方です。急変時や検査が必要になったとき、ご家族が介護に疲弊したときのレスパイト入院など、電話1本で入院を引き受けてくださる協力病

院は心強い味方です」(平崎先生)

協力病院のひとつ、ふくやま病院理事長の譜久山先生が話す。

「当院を含めて100~200床規模の4病院が協力病院となっており、在宅患者の情報は常に入手できるようになっていますから、何かあれば、いつでもベッドを提供できます」(譜久山先生)

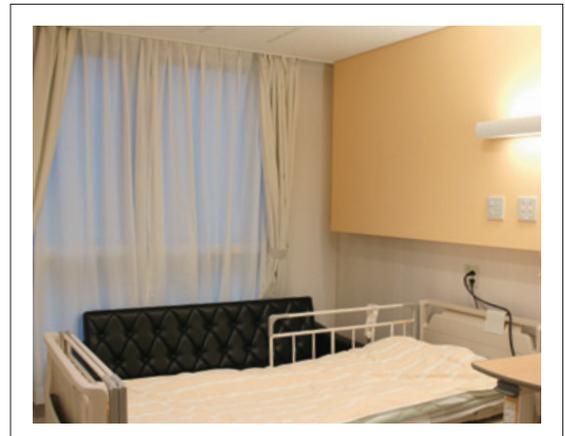
ふくやま病院は、2016年の移転新築後、病床の一部を地域包括ケア病床や緩和ケア病床として確保している(【資料3】)。他の協力病院でも、当直室にネットワークあんしんの患者リストを貼り、「このリストの患者さんは、いつでも断らずに受け入れるように」と指示しているなど、協力体制は万全だ。

「在宅で療養していても、最期は入院を希望する患者さん、あるいはレスパイト入院させたいというご家族など、いずれは当院に入院予定の患者さんをあらかじめ把握しておくことは、私たちにとってたいへん有意義です。また、必要であれば当院の医師が副主治医を務めるケースもあります」(譜久山先生)

入院や大きな検査を要する場合に

【資料3】

### ふくやま病院の緩和ケア病床



【資料4】

月例ミーティングの様子



は協力病院が活躍するが、協力診療所のサポートも、ネットワークあんしんがうまく機能するためには欠かせない。

平崎先生は循環器、鈴木先生は糖尿病、井上先生は外科と消化器といった具合に、ネットワークの7人の医師は、それぞれ専門や得意分野が違うので、それを勘案して主治医や副主治医を決めているのは前述したとおりだが、欠けている泌尿器科、皮膚科、歯科については、協力診療所の専門医たちが、必要に応じて訪問診療をしてくれる仕組みになっている。

訪問看護や薬局も参加して月例ミーティングで情報共有

ネットワークあんしんには、医療機関以外に、前述のとおり訪問看護ステーションと薬局も加わっている。薬局は、ネットワークあんしん参加後に本格的な訪問薬剤管理指導を始め、今では点滴やバルーンカテーテルなどの医療材料の共同購入にも応じてくれている。訪問看護ステーションは、コーディネーターを務める

ところも含めて7つの事業所が明石市の各エリアに点在しており、医師の訪問診療の間を埋めるかたちで患者のケアにあたっている。

そして、これら施設の診療所医師、病院医師、看護師、薬剤師が一堂に会するのが月1回開かれる定例ミーティングだ（【資料4】）。コーディネーターの司会のもと、現在の患者について各主治医が報告し、看護師や薬剤師

が補足する。副主治医や他の専門医からの質問や意見、アドバイスなどもあり、率直で活発なやり取りがなされる。

「メンバーの誰もが、このミーティングを面倒がらずに、むしろ興味を持って楽しんで参加してくださっているのも、ネットワークあんしんの特徴でしょう」（井上先生）

最後に、稼働開始から5年目を迎えるようとしているネットワークあんしんの今後について、それぞれの先生方に取り組むべき課題やビジョンを伺った。

「明石市の東西に長い地理的条件の中で、東寄りエリアの在宅医療をもう少し充実させて、全市で『在宅医療は安心』と言えるような状況になればと思います」（井上先生）

「明石市と似たようなバックグラウンドを持つ地域の医療関係の方々には在宅医療連携のひとつのモデルとして、参考にしていただけないでしょうか」（譜久山先生）

「今後の課題のひとつは、情報共有ツールです。

今は、メールとファクス、急ぎの場合は電話でのやり取りをしていま

すが、ICT時代ですから、何かより効率的で確実に安全なツールがないか、現在いろいろと模索しているところです」（鈴木先生）

「当院では、ケアマネジャーの皆さんに向けた勉強会を随時、開催していますが、地域の介護関連の方々全般のレベルアップを図って、医療と介護・福祉の間のギャップを埋め、連携を進めていきたいと思えます」（平崎先生）

ネットワークあんしんは、お互いの信頼関係をベースに、地域の患者のさらなる安心のため、今後も意欲的に活動を展開していこう。

平崎内科循環器科クリニック

〒674-0081  
兵庫県明石市魚住町錦が丘4-7-2  
TEL：078-959-8326

鈴木内科クリニック

〒674-0074  
兵庫県明石市魚住町清水2265  
TEL：078-942-8811

井上外科胃腸科

〒673-0041  
兵庫県明石市西明石南町2-21-1  
TEL：078-922-3595

医療法人社団医仁会  
ふくやま病院

〒673-0028  
兵庫県明石市碓町2-5-55  
TEL：078-927-1514

兵庫県立がんセンター

〒673-8558  
兵庫県明石市北王子町13-70  
TEL：078-929-1151

取材日：2017年4月26日



リウマチ



名古屋医療圏  
(昭和区・名東区)

## 総合内科医とリウマチ専門医のプロ同士がそれぞれの役割をまっとうして成立する連携。

### Point of View

- ① 病院の総合内科から地域のトップレベルの専門診療所へ「紹介」
- ② リウマチ診療における関節エコー検査の有用性、重要性を共有している同士だからこそその連携
- ③ 若手医師や臨床検査技師などの人材育成においても協力し合う

日本赤十字社名古屋第二赤十字病院  
第二総合内科部長

横江 正道先生

医療法人名古屋究佳会  
さいとう整形外科リウマチ科院長

斉藤 究先生

### リウマチを診る総合内科医を診断からサポートする専門医

名古屋第二赤十字病院（以下、第二赤十字病院）では、総合内科がリウマチ診療を担っている。

同科部長の横江先生が、その経緯について語る。

「2006年に総合内科が開設され、不明熱を扱う中で、突きつめるとリウマチ性疾患と判明し、整形外科のリウマチ専門医にバトンタッチするケースが多くありました。

そこで、2010年ごろから当科でもより本格的にリウマチ診療に取り組み始め、整形外科との協働が増えて

いったのですが、2015年に整形外科のリウマチ専門医が退職してしまいました」（横江先生）

しかし、名古屋市内での第二赤十字病院の存在感は大きく、リウマチ専門医がいなくても頼ってくる患者は絶えず、総合内科がリウマチ診療に対応することになる。当初は不安もあったようだ。

「私たち内科医は、手足を触る、関節を診ることに不慣れです。自分たちの診療は正しいのかどうか、採点者、つまりリウマチ専門医がいらない状態では、正直、迷う場面もありました」（横江先生）

なんとか診療の質を上げなければとの思いから、横江先生が考えたのが、高い専門性を持つ地域の整形外



横江先生



斉藤先生

科診療所との連携だった。

そして現在、さいとう整形外科リウマチ科院長の齊藤先生との信頼関係が、もっとも強固になっているという。

齊藤先生は、整形外科医としては異色の経歴を持つ。

「幅広く診療できる医師になりたいと思い、大学卒業後、内科で2年、その後、救急で1年の研修を終えてから専門に整形外科、サブスペシャリティとしてリウマチ性疾患を選択したのです」(齊藤先生)

齊藤先生が内科や救急の経験を持っていたゆえに総合内科の立ち位置についての理解もあり、連携がよりスムーズになった側面もあったに違いない。

「診断の難しい患者さんは、齊藤先生に紹介して、検査から願っています」(横江先生)

「当院で可能な検査はすべて行い、リウマチ性疾患の確定診断をつけ、治療方針のオピニオンやサジェスチョンを添えて、横江先生にお返しするようにしています」(齊藤先生)

つまり、ここでは診療所から病院への紹介とは逆パターンの「紹介」が行われているのだ。

「患者さんが、当科に戻ってくるのと同時に、診断や治療に関するたいへん的確なフィードバックをいただけるので、当科においても質の高いリウマチ診療が可能になっています」(横江先生)

## 早期診断と寛解判断には 関節エコー検査が有効

横江先生と齊藤先生がリウマチ診療で最重視しているのは早期診断。さらに、それに貢献するのが関節エコー検査であるとの共通認識も持っている。

「メトトレキサート (MTX) や生物学的製剤の登場以降、リウマチ性疾患は、早期に治療を開始すれば寛解をめざせるようになりました。そこで、早期の症状を簡便かつ正確に判定できる検査として関節エコーに注目しました。

一般的に整形外科の外来では、エコーは馴染みのない検査です。しかし、私は内科や救急での研修を通して、その扱いには慣れていたので、リウマチ診療においても早い時期から関節エコーをとり入れたのです」(齊藤先生)

血液検査と関節の触診は、リウマチ診断における基本中の基本で、経験豊富な専門医の触診の精度は、相当なものだとされる。

近年では、これらにさまざまな画像検査を組み合わせると診断が行われている。

「関節エコーは、関節内の血流を測定し、きわめて早期の病状の把握を可能にします。簡便に検査を行えるので、患者さんと画像を見ながら話し合っ、その場で治療方針を立てることもできます。

X線も有効な検査ですが、画像に写る穴は、すでに関節の破壊が始まっている証拠。つまり、X線画像が関節破壊が始まったあとの像を写すのに対し、エコー画像は関節が破壊される前の段階の炎症までも示せるのです。

関節エコーは再現性に課題があるとの指摘がありますが、一つひとつの関節をきちんと丁寧にチェックする技術があれば、ベテラン専門医の触診に勝るとも劣らない精度で、ごく早期、あるいはごく軽度の滑膜炎さえ見つけ出せます」(齊藤先生)

腫れや痛みがない滑膜炎も、エコーでなら見逃されない。また、早期診断以外に、もうひとつ関節エコー

が活躍する大事な場面があると両先生は言う。

「寛解の判断をするときです。前述のようにリウマチ性疾患は寛解を望めるようになり、バイオフィリー (生物学的製剤を止める) やドラッグフリー (薬物療法を止める) さえめざせるほどに進んできています。

となると、真の寛解を見きわめる目が必要になります。『寛解のように見えるが本当にそうなのか』などの見きわめの際に有効なのが、やはり関節エコーです」(横江先生)

「したがって、第二赤十字病院と当院が連携して診療している患者さんについては、超早期の診断とともに真の寛解の判断も、当院のエコー検査で行っています」(齊藤先生)

それにしても横江先生と齊藤先生の意気投合振りはすばらしく、互いへの心からの敬意が感じられた。

「総合内科医の重要な役割のひとつは診断のなかなかつかない患者さんの疾患が何かを突き止め、必要であれば安心してお任せできる専門医に引き継ぐことでしょう。

必要なときに頼るべき専門医がいるなら、病院から診療所への紹介だとしても、無意味なプライドを振りかざさず、きちんと患者さんを送るのが我々の責務だと思っています」(横江先生)

横江先生の姿勢には、総合内科医の真髄が見て取れた。真のプロフェッショナル同士だからこそ、患者にとってベストの治療のための連携が成立しているのだろう。

## ハンズオンセミナーや診療所の 実習で後期研修医や技師を教育

専門医でなければ診断から治療、寛解の見きわめまで、非常に難しいリウマチ性疾患。そのため、第二赤

〈40歳女性〉

On MTX8mg

CRP 0.3 ESR 20~30

MMP-3 35~59

PtGA 0

DrGA 10

DAS28ESR4 2.38(<2.6)  
(ESR30にて計算)

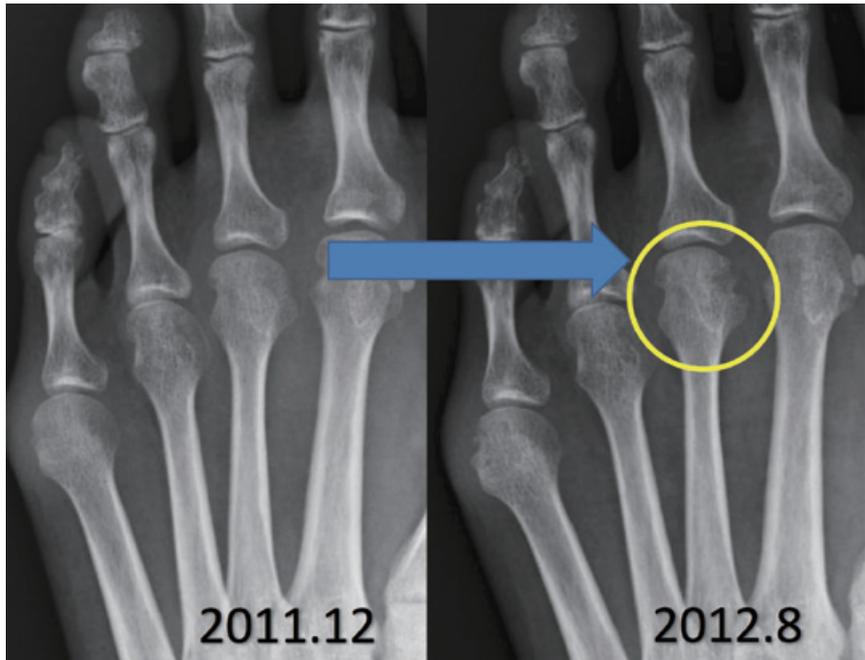
SDAI 2.0(&lt;3.3)

CDAI 2.0(&lt;2.8)

BOOLEAN REMISSION

BOOLEAN REMISSION  
も達成している症例で、日常  
の痛みもなく、生活可能。

〈8ヵ月で骨びらの進行が見られた〉



BOOLEAN REMISSIONを達成していても、左3趾の骨びらん進行が見られた。

十字病院と、さいとう整形外科リウマチ科は、教育においても連携を図っている。

実は、さいとう整形外科リウマチ科では、設立間もないころからリウマチ診療のハンズオンセミナーを実施しており、独立行政法人国立病院機構名古屋医療センターや、愛知医科大学病院、近隣の診療所などから多くの若手医師が参加している。第二赤十字病院総合内科の後期研修医も同様に、このセミナーで学んでいるのだ。

セミナーはショートレクチャーと、触診から関節エコーのプロブの当て方などの実技、患者の理解を得ら

れば、実際に「燃えている」所見を診ることまでを行う実践的な内容だという。

「ハンズオンセミナーを経験した後、もっと深くリウマチ性疾患について学びたいとの希望を持った研修医がいた場合は、1ヵ月間、さいとう整形外科リウマチ科にお預けしています」(横江先生)

「この長期の研修になると、日常の診療に立ち会ってもらいますので、問診から始まる筋骨格系の診療のすべてを体験できます。

慣れてきたら『触診をしてみよう』とか、『私が診る前にエコーを当てておいて』といった具合に、診療を

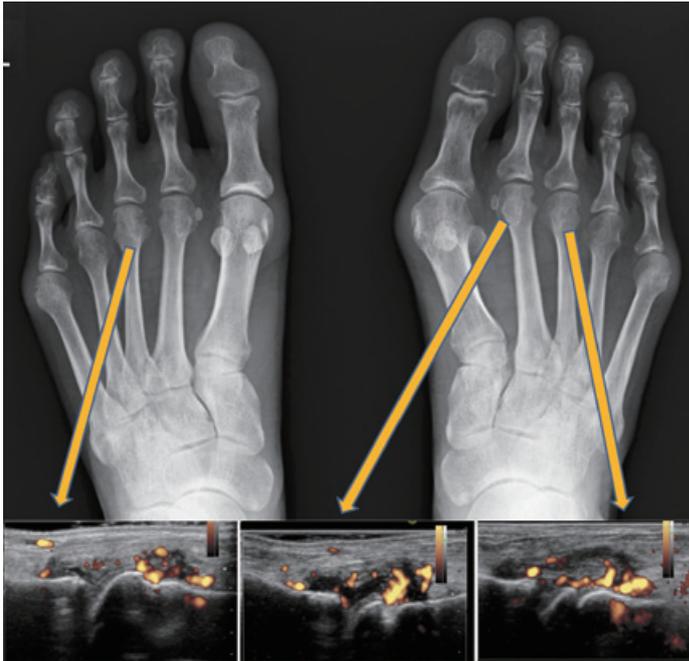
任せられる場合もあります」(齊藤先生)

この1ヵ月研修を受けた後期研修医はすでに2名いる。そして、次の段階として横江先生は、臨床検査技師の教育についての連携も考えているようだ。

「今、いよいよ当院でも『関節エコーを積極的にやっつけていこう』との気運が高まってきており、これまで以上に頻繁に関節エコーを使える体制が整ってきました。

治療経過のフォローアップの関節エコー検査は、検査部門の臨床検査技師に担当してもらおうので、彼らも齊藤先生のハンズオンセミナーに送り出す予定です」(横江先生)

〈治療強化前の関節エコー検査の画像〉



骨びらん進行を認めたため関節エコーを実施すると、左第3趾のみでなく右足趾にも活動性滑膜炎が残存していた。

〈治療強化後の関節エコー検査の画像〉



治療強化により速やかな滑膜炎消失が見られた。

## 連携の輪を広げるとともに 市民への啓発活動も視野に

現状では、1病院と1専門診療所との連携だが、2人の医師は、さらに先を見据えている。

「リウマチ性疾患の診断や、治療の大きな進化に対して関心が薄い診療所は、まだ多いと感じています。今後はこの連携を足がかりに、そうした診療所の先生方に働きかけ、診診連携の構築を図り、連携によってひとりでも多くの患者さんを救いたいと考えています」(齊藤先生)

リウマチ性疾患に関心を寄せる医師が増え、躊躇なく専門医に診断を

託すことで、早期の診断や治療開始が可能になる。

また、連携の輪を広げ、徐々にでも治療にたずさわる診療所が多くなり、市民も巻き込みながら地域全体のリウマチ診療のレベルが上がる。齊藤先生だけでなく横江先生も、そんな未来を思い描いている。

「医療関係者はもちろん、患者さんや市民への啓発活動にも力を入れていきたいですね。公開講座の開催や誰にでも理解しやすいパンフレットの作成など、お互いにどんどんアイデアを出し合っていきましょう。

せっかく、検査も薬剤も進歩して寛解を望めるようになったリウマチ

診療です。より多くの医療者、患者さんにその現状を知ってもらえるよう努力することも、私たちの連携の務めだと思います」(横江先生)

日本赤十字社  
名古屋第二赤十字病院

〒466-8650  
愛知県名古屋市昭和区妙見町2-9  
TEL : 052-832-1121

医療法人名古屋究佳会  
さいとう整形外科リウマチ科

〒465-0097  
愛知県名古屋市名東区平和が丘1-10  
TEL : 052-776-3110

# 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、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、腔カンジダ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、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