



メディカルネットワーク

Medical Network

Zoom Up P2

—医療行政最前線—

地域医療構想の実現に向け、
地域で機能分化の議論が始まる

**公立病院や公的病院、
特定機能病院などの機能の
明確化が、まず必要に**

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

東京都区西北部医療圏 P8

リウマチ医療における半世紀以上の実績を礎に
マルチ機能型病院として地域連携にも貢献。

香取海匠医療圏 P12

60名に上る糖尿病サポートチームがめざす
地域全体の糖尿病医療のレベルアップ。

津軽地域医療圏(弘前市) P16

医師会と行政との連携により
いち早く糖尿病性腎症重症化予防を。

静岡県中部 P20

地域での活躍を期待して新たにLCDEを養成。
多職種がさまざまな場で質の高い療養指導を。

れの機能を担っているのか、また、将来担うことになるかと考えているのか」を毎年、都道府県に報告するように義務づけられています（病床機能報告）。

現在、各都道府県で地域医療構想の策定が完了し、今後は「いかに地域医療構想を実現するのか」が重要テーマとなってきます。安倍晋三内閣が2017年6月に閣議決定した『経済財政運営と改革の基本方針2017』（いわゆる骨太方針2017）では「病床の役割分担を進めるためのデータを国から都道府県に提供し、個別の病院名や転換する病床数の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、それぞれの地域医療構想調整会議（以下、調整会議）において『2年間程度で集中的な検討』を促進する」よう指示されました（【資料1】）。

地域医療構想調整会議での関与に迷う都道府県

このように、地域医療構想の実現に向けた議論が調整会議で積極的に行われることが期待されますが、都道府県からは、「調整会議の進め方が必ずしも明確になっていない」、「どこまで都道府県が関与すれば良いのかわからない」といった疑問の声が上がっているそうです。このままでは地域医療構想の実現に黄信号が灯ってしまうため、厚労省は、「都道府県が何をしなければいけないのか」、「どういう点から検討していけば良いのか」などをより明確にすべく医療計画の見直しなどに関する検討会の下部組織である『地域医療構想ワーキンググループ』（以下、ワーキング）で、調整会議の進め方に関する整理を行っています。

地域医療構想の達成や実現に向けては、誰かが方針を示すのではなく

地域医療構想の実現に向け、地域で機能分化の議論が始まる

公立病院や公的病院、特定機能病院などの機能の明確化が、まず必要に

2025年における地域の医療提供体制のあり方を明確化した

『地域医療構想』が、各都道府県で策定されています。

今後は、策定した地域医療構想をどう実現していくかが重要となります。

厚生労働省（以下、厚労省）は、地域医療構想の実現に向けて

「地域医療構想調整会議の進め方」の具体例を示し、

地域で活発な議論が進められるよう期待しています。

今回は、この点にフォーカスを合わせてみましょう。

地域医療構想の実現に向け2年間程度で集中して検討を

2025年には、いわゆる団塊の世代（1947～1949年生まれ）がすべて後期高齢者となり、医療（特に回復期、慢性期）や介護のニーズが、これから飛躍的に高まると予想されます。このため、現在の急性期中心の医療提供体制では新たなニーズへの十分な対応が難しくなるので、体制の再構築が不可欠です。

具体的には（1）病院、病床の機能分化や連携の強化、（2）地域包

括ケアシステムの構築、の2本を柱とした改革が必要となり、（1）の機能分化や連携の強化を進めるため都道府県は「2025年における▽高度急性期、▽急性期、▽回復期、▽慢性期——の機能ごとの必要病床数」などをまとめた地域医療構想を策定しています。これは、いわば「2025年における医療提供体制像」に該当します。

一方、一般病床、療養病床を持つすべての病院や有床診療所は、「自院の病棟が、▽高度急性期、▽急性期、▽回復期、▽慢性期——のいず

都道府県が医療機関などの関係者と十分に連携し、地域特性を踏まえた方針を協力して構築していくことが必要です。ワーキングの整理は、そのための「道筋」の例を示すものと言えるでしょう。

病院名と機能別病床数を示し機能分化の議論を進める

前述したように、骨太方針2017では、地域医療構想の達成や実現に向けて「個別病院名や機能転換する病床数などの具体的な対応方針」（以下、対応方針）を地域ごとに策定することとされています。

そして厚労省は、この対応方針の中に、2025年における役割・医療機能ごとの病床数について「合意」を得た全医療機関の、▽2025年を見据えた役割、▽2025年における機能ごとの病床数——を包含するよう求めています。これは、個別医療機関の名称と機能ごとの病床数を記載した「地域医療提供体制マップ」に相当するものです。都道府県は「毎年度」、この対応方針を策定していきます（【資料2】）。

当初は「どの病院が高度急性期、急性期医療を担うのか」などで意見がそろわず、議論の難航も予想されるため、記載される「個別医療機関の名称と病床数」は少ないと考えられますが、徐々に議論が進み、最終的には、「地域の全医療機関の役割（各病棟が、▽高度急性期、▽急性期、▽回復期、▽慢性期——のいずれを担うのか）と、機能ごとの病床数」の明示が求められるでしょう。

地域の医療機関の合意を得て機能分化を進めるべき

このような対応方針を策定する前

【資料1】経済財政運営と改革の基本方針2017(抜粋)

3. 主要分野ごとの改革の取組

(1) 社会保障

② 地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画の整合的な策定等

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的な対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と整合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

地域医療構想における2025年(平成37年)の介護施設、在宅医療等の追加的必要量(30万人程度)を踏まえ、都道府県、市町村が協議し整合的な整備目標・見込み量を立てる上での推計の考え方を本年夏までに示す。

〔経済財政運営と改革の基本方針2017(2017年6月9日閣議決定)〕より抜粋

出典：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2017について」(http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2017/2017_basispolicies_ja.pdf)

提として必要なのは「医療機関の合意」です。たとえば、仮に調整会議で大多数の意見がまとまったからといって、民間の病院に「貴院の病床構成は高度急性期が▲▲床、急性期が●●床と決まりましたので、機能分化をいついつまでに完了してください」などと指示はできません（日本国憲法第22条から導かれる「営業の自由」に抵触する）。また、公立病院であれば都道府県知事の権限をもってこうした指示が一定程度可能ですが、果たして合意にもとづかない機能分化に実効性はあるのでしょうか。各医療機関が質の高い医療を提供するには、職員の高いモチベーションの持続が必要条件であり、そのためには納得し、合意したうえでの機能分化が必須でしょう。

このため調整会議では「地域の医療ニーズ」や「各医療機関の診療実績」などのデータにもとづき、「A病院は、病床機能報告では急性期と報告しているが、診療実績を地域その他病院とくらべると急性期機能を十分に担っていないのではないか。回復期や慢性期への機能転換を考慮すべきではないか」といった議論の展開が期待されます。

公立病院でしか果たせない機能を地域ごとに明確化

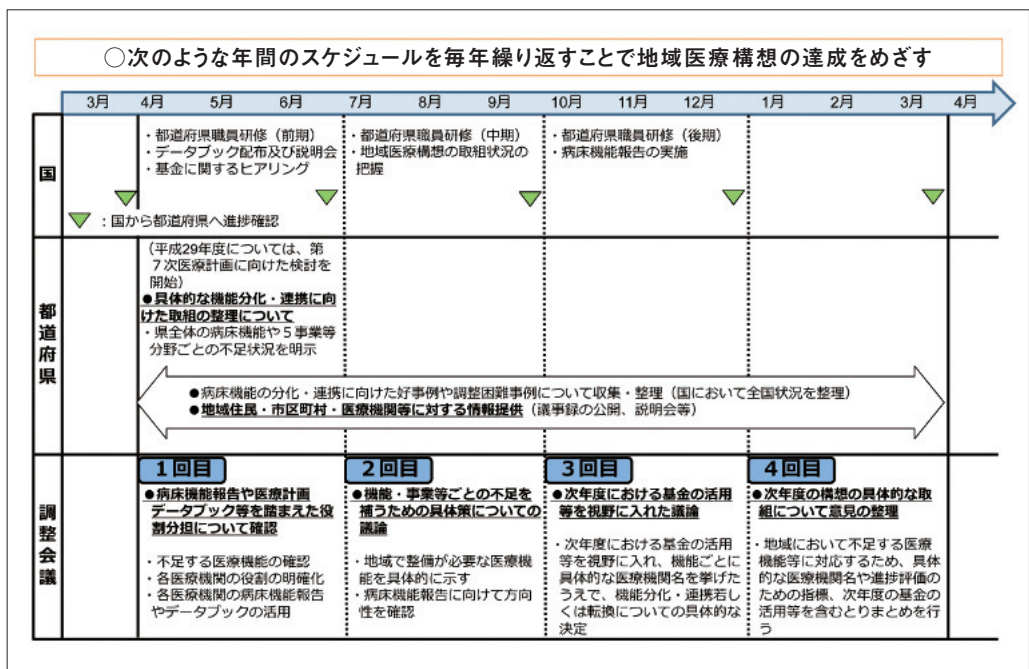
ただ、こうした「地域の個別医療機関の機能」を一時に議論はできません。特に、医療機関数の多い都市部では不可能と言えるでしょう。

そこで厚労省は、①公立病院、②公的病院等、③その他の医療機関の順で、機能分化に向けた議論を段階的に進めるよう提案するにいたしました。

公立病院や公的病院などには、救急対応や周産期医療など、いわゆる政策医療の提供が求められており、地域によっては「基幹的な役割」を担うケースも多いことから、まず公立病院や公的病院などの機能を明確にすれば、効率的な議論につながると考えられるからです。

①の公立病院には、『新公立病院改革プラン』（以下、新改革プラン）の策定が義務づけられることとなりました（2017年3月末時点で、800病院〈92.7%〉で新改革プランの策定が完了）。もっぱら経営改善を主眼に置くプランですが、所管官庁である総務省は「地域医療構想との整合性」を図るよう指示しています。こ

【資料2】地域医療構想調整会議の進め方(サイクル)イメージ



出典：厚労省医政局第9回地域医療構想に関するWG(2017年11月20日)資料1-1(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000185392.pdf>)

公的病院等では機能が必ずしも明確になっていない」と指摘し、調整会議で「機能や役割の明確化」を図るよう要請しています。

ところで、公立病院や公的病院等では、補助金などの財政補てんや税制上の優遇がなされています。こうした点にかんがみて、ワーキングでは、▽病床稼働率、▽紹介・逆紹介率、▽救急対応状況、▽医師数、▽経営に関する情報、▽地域医療介護総合確保基金を含めた各種補助金の活用状況——などを調整会

議で共有したうえで、個別の新改革プラン、2025プランを確認するよう強く要望しています。

そのため調整会議では、個別病院の新改革プランを踏まえた対応方針(どういった機能を持ち、各機能の病床数をどの程度にするのか)の協議が求められます(仮に新改革プランが地域医療構想と整合がとれていない場合には、新改革プランの変更、修正、再策定が必要となる)。

したがって、たとえば「民間病院で提供可能な回復期医療などを、その必要性が低いにもかかわらず公立病院や公的病院等が行う」ことには今後、風当たりが強くなると予想されます。ワーキングの中川俊男構成員(日本医師会副会長)は、「公立病院、公的病院等が7対1看護体制を維持できなくなった結果、一部を地域包括ケア病棟に転換するのは本来の動きではない。病床削減などを検討すべきである」とコメントしており、こうした発言が無視できない状況がつけられつつあります。

また、公立病院では、▽山間へき地、離島などでの一般医療提供、▽救急、小児、周産期、災害、精神などの、いわゆる不採算医療提供、▽がん、循環器など、民間では限界のある高度・先進医療提供、▽研修実施などを含む広域的な医師派遣拠点機能——などを行っていますが、厚労省は「地域の状況を踏まえてもなお、公立病院が提供する必要があるのか」の確認を求めています。

公的病院や特定機能病院には地域での役割の明示を求める

②の公的病院等(日本赤十字社や

済生会などの公的病院、共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構(JCHO)、全国健康保険協会が開設する医療機関、国立病院、労災病院、地域医療支援病院、特定機能病院が含まれる)においては、公立病院と同様に「地域の課題」、「地域における自院の役割」、「病床稼働率などの数値目標」などを記載した『公的医療機関等2025プラン』(以下、2025プラン)の策定が義務づけられました。

救急医療などを担う医療機関では2017年9月までに、そうでない医療機関では2017年12月までに策定していなければなりません。厚労省の調べでは、2017年10月末時点で、▽日本赤十字社:20施設、▽済生会:63施設、▽国立病院機構:91施設——などで2025プランの策定が完了しています(【資料3】)。

2025プランは、もっぱら地域医療構想の達成や実現をめざすものですが、厚労省は「公立病院にくらべて

公的病院等では機能が必ずしも明確になっていない」と指摘し、調整会議で「機能や役割の明確化」を図るよう要請しています。

ところで、公立病院や公的病院等では、補助金などの財政補てんや税制上の優遇がなされています。こうした点にかんがみて、ワーキングでは、▽病床稼働率、▽紹介・逆紹介率、▽救急対応状況、▽医師数、▽経営に関する情報、▽地域医療介護総合確保基金を含めた各種補助金の活用状況——などを調整会

議で共有したうえで、個別の新改革プラン、2025プランを確認するよう強く要望しています。

したがって、たとえば「民間病院で提供可能な回復期医療などを、その必要性が低いにもかかわらず公立病院や公的病院等が行う」ことには今後、風当たりが強くなると予想されます。ワーキングの中川俊男構成員(日本医師会副会長)は、「公立病院、公的病院等が7対1看護体制を維持できなくなった結果、一部を地域包括ケア病棟に転換するのは本来の動きではない。病床削減などを検討すべきである」とコメントしており、こうした発言が無視できない状況がつけられつつあります。

もっとも、公立病院や公的病院等の役割を全国一律に決めるのは不可能です。医療資源が豊富な都市部の公的病院等であれば、他院との機能分化を進め、高度急性期や急性期への特化もできますが、医療資源の少ない地域に唯一存在するような公立

病院には、高度急性期から回復期、慢性期にいたる総合的な医療提供機能が要求されます。2017年11月20日に開催されたワーキングでは、竹中賢治参考人（全国自治体病院協議会常務理事、福岡市立病院機構理事長兼福岡市民病院長。邊見公雄構成員〈全国自治体病院協議会会長〉の代理出席）がこの点に言及し、「全国一律ではなく、地域ごとに役割や機能を勘案していく」ように強く主張しました。他の構成員もこの意見に賛同しています。

民間病院などでも 自院の等身大の姿の把握を

①の公立病院、②の公的病院等の地域における役割や機能が明確にされたあとに（あるいは並行して）始まるのが、③のその他の医療機関の役割に関する議論です。

その他の医療機関の役割を考えるにおいて、もっとも重要なのは「自院の等身大の姿」の認識です。「当院は循環器が強い」と考えて機能強化を図っても、ベンチマークをして

みると他院に循環器患者が流れている状況が明らかになるかもしれません。ですから、データにもとづいた客観的な自院の等身大の姿の分析が必須なのです。そのようにして地域における自院の役割を明確にし、それを各医療機関が調整会議に持ち寄ることで、機能分化に向けた率直な議論が初めて可能となります。

厚労省は、公立病院、公的病院等だけでなく、その他の医療機関（たとえば社会医療法人など）にも、地域における役割などを明確にした改革プランの策定を期待しています（義務ではない点に留意）。

地域医療構想調整会議で 都道府県は重要な調整役

最後に、ワーキングが示した調整会議における都道府県の具体的な役目を見てみましょう。厚労省は、都道府県に対して単なる進行係ではなく、次のような役割や機能を果たすよう希望しています。

・新改革プランや2025プランなどから、「過剰な機能に転換しようと考

えている」医療機関を把握し、▽調整会議への出席、▽転換の理由説明——を求め、必要があれば「他の機能への転換命令や要請」などを行う

・休眠病棟（すべての病床が稼働していない病棟）を持つ医療機関を把握し、▽稼働していない理由、▽今後の運用見通し——などの説明を求め、病棟維持の必要性が乏しい（診療実績や医療需要動向を踏まえ調整会議で十分に議論する）場合、「病床数削減命令や要請」などを行う

・新たに病床を整備する予定の医療機関を把握して、開設許可を待たずに、▽病床整備計画と必要病床数の関係、▽新設される病床の機能と地域医療構想との関係、▽雇用計画や設備整備計画の妥当性——などの説明を求め、たとえば「過剰な機能への新規病床整備」などがわかれば開設許可への条件付与（不足している機能の病床整備のみ認めるなど）、条件にしたがわない場合は是正勧告などを行う

・個別医療機関ごとに各機能の診療実績を提示する。たとえば、高度急性期であれば、▽幅広い手術の実施状況、▽がん、脳卒中、心筋梗塞などへの治療状況、▽重症患者への対応状況、▽救急医療の実施状況——など、回復期であれば、▽急性期後の支援、在宅復帰への支援の状況、▽疾患に応じたリハビリ、早期からのリハビリの実施状況、▽市町村やケアマネジャーとの連携状況——などを提示する。「明らかに疑義のある報告」（外科病棟で高度急性期と報告しながら、手術を行っていないなど）については、調整会議で妥当性を確認する

【資料3】『公的医療機関等2025プラン』の策定状況

(2017年10月末時点)					
	策定対象	策定完了		策定対象	策定完了
日本赤十字社	92病院	20病院	公立学校共済組合	8病院	5病院
社会福祉法人 恩賜財団済生会	79病院	63病院	健康保険組合及び 健康保険組合連合会	9病院	1病院
厚生農業協同組合 連合会	103病院	39病院	独立行政法人地域 医療機能推進機構	57病院	24病院
社会福祉法人 北海道社会事業協会	7病院	7病院	独立行政法人 国立病院機構	137病院	91病院
国家公務員共済組合 連合会	32病院	23病院	独立行政法人 労働者健康安全機構	23病院	10病院

（注）・本資料は、厚生労働省医政局が各団体に直接確認し作成した
 ・統廃合の予定が決まっており、都道府県との調整の結果、プランを策定しないこととした病院等は、「策定対象」から除外した
 ・本部と調整中のものについては、「策定完了」から除外した
 ・策定期限について、主に政策医療を担う病院は9月末まで、その他の病院は12月末までの策定を求めているところであるが、実際には、各病院と都道府県が調整し、具体的な協議スケジュールに合わせて策定を進めている

出典：厚生労働省医政局第9回地域医療構想に関するWG(2017年11月20日)資料1-1 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Scouruka/0000185392.pdf>)



医療ジャーナリスト
鳥海 和輝

地域医療構想調整会議で、なぜ公立・公的病院等の議論を優先するのか

『医療行政最前線』でお伝えしたとおり、地域医療構想の実現に向けては、まずは公立病院や公的病院等の機能や役割の明確化が重要とされています。

公立病院は、都道府県や市町村などの自治体が設立した病院で、一般的に経営が厳しいと指摘されます。その原因として、救急などの不採算医療の提供が求められるから、過疎地等に位置し患者数が限定されているから、職員給与が高止まりしているからなど、さまざまな点が挙げられます。こうした中、総務省は経営改善のために改革プラン『新公立病院改革プラン』を2016年度中に策定するよう要請していました。結果、2017年3月末時点では、800病院（全体の92.7%）で同プランが策定されており、59病院（全体の6.8%）で「2017年度に策定予定」、4病院（全体の0.5%）で「2018年度に策定予定」となっています。

一方、日本赤十字社や済生会の病院等のほか共済組

合、健康保険組合、地域医療機能推進機構（JCHO）、全国健康保険協会が開設する医療機関、国立病院、労災病院、地域医療支援病院、特定機能病院などの公的病院では、経営状況が、「きわめて良好」から「厳しい」ところまで幅が広く、税制上の優遇などがなされているケースもある点が特徴です。公的病院等に対しては、厚生労働省が、地域医療構想の実現に向けた改革プラン『公的医療機関等2025プラン』を、2017年中（救急医療などを担う場合には2017年9月まで）に策定するよう求めてきています。

民間病院などより先に公立・公的病院等の機能や役割を明確にする理由には、上述の両プラン策定が進められていることに加え、都道府県が機能転換命令などを出すことができる点も大きく作用しています。決して、民間病院などよりも公立・公的病院等を優遇する意図があるわけではないところに留意が必要です。

地域包括ケアにおける医療マネジメント 第⑨回

株式会社日本経営 大日方 光明

地域包括ケアにおける外来・在宅医療の連携②

地 域包括ケアにおける医療提供体制を確認していくうえで、もっとも重要な論点のひとつが在宅医療です。在宅医療を提供する医療機関は年々増加しています。この背景には、在宅での生活を希望する患者や家族の要望、夜間や緊急の要請にも対応できる在宅介護サービスの拡充、高齢者集合住宅などの広がりやそれらを推進する診療・介護報酬をはじめとする各種政策などが挙げられます。また提供施設数が増えるにつれ、在宅医療は量的拡大から質的拡充の時代に入りつつあります。つまり在宅での看取り、緩和ケア、緊急往診などの実績が必要となり始めているのです。

このような状況下、医療機関が在宅医療に関してとるべき選択肢は大きく3つ考えられます。①在宅医療を病院が単独で提供する、②ほかの医療機関と連携しながら自院でも提供する、③自院では提供せず、ほか

の医療機関と連携する、です。

そして200床未満の一般病院に対しては、政策上、①、②の選択肢の検討が迫られるでしょう。こうした病院においては今後、在宅での看取り、緩和ケア、緊急往診などの実績が求められる中で、①の単独で在宅医療を提供する体制はもちろん、②のほかの医療機関と連携しながら自院でも提供する方法が重要となります。夜間帯や24時間の対応などを、単独の医師、単独の医療機関のみで継続的に行っていくには、対応規模によって限界があるからです。さらに在宅医療を、自院における、あるいは地域における継続的なインフラとしていくうえでも、近隣医療機関との連携強化は欠かせません。

次回は、在宅医療と病床運用をどのように連携させていくのかを検討していきます。

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。

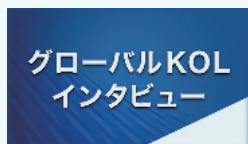


田辺三菱製薬

Medical View Point

領域別情報

▶ 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4回] 腎臓専門医が語る SGLT2 阻害薬への期待

Dick de Zeeuw先生 (Professor, Department of Clinical Pharmacy and Pharmacology, University of Groningen)

診療サポート情報

▶ プライマリ・ケア

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。

▶ 薬剤師サポート情報

薬剤師のためのWEB講演会 会員限定

CKDおよび糖尿病性腎症患者への薬物治療のポイント

山本 克己 先生 (神戸薬科大学 薬学臨床教育センター 臨床特命教授)

オーダーリング活用による適正な処方調剤

長谷川 功 先生 (北海道旅客鉄道株式会社JR札幌病院 薬剤科 薬剤科長)

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

Network

Practice of Network

1

取材日：2017年7月26日



リウマチ



糖尿病



東京都区西北部医療圏

リウマチ医療における半世紀以上の実績を礎に マルチ機能型病院として地域連携にも貢献。

Point of View

- ① リウマチ性疾患のネットワークで、地域の大学病院や基幹病院と地域の診療所との間に位置しハブ機能を担う
- ② 急性期～回復期リハビリテーション～介護療養まで、グループ9病院の多機能性を生かして地域のニーズに応える
- ③ リハビリテーション部門での豊富な人材活用、地域包括ケア病床の展開、糖尿病医療への注力を地域にアピール

医療法人社団慈誠会理事長／
上板橋病院院長
小出 純先生

医療法人社団慈誠会上板橋病院
副院長
細野 治先生

医療法人社団慈誠会上板橋病院
内科部長
今井 富彦先生

医療法人社団慈誠会
リハビリテーション部門総括主幹
福永 丈樹氏

医療法人社団慈誠会上板橋病院
常務理事／事務長
山本 明彦氏

2つのネットワークで スムーズな病診連携を築く

上板橋病院は前身の大畑医院が開設された1953年以來の歴史を有し、1965年からはリウマチ性疾患の専門病院として地域に知られてきた。現在は慈誠会グループ（【資料1】）9病院の中心的存在で、救急患者の受け入れから多様で高機能なリハビリテーション、介護療養等、地域のニーズに即した医療を提供するマルチ機能型の病院となっているが、大きな柱のひとつがリウマチ医療である点に変わりはない。リウマチ指導医で医療法人社団慈誠会理事長、上板橋病院院長の小出先生が話す。

「地域住民からは長く、リウマチ性疾患の治療で頼りにされており、使命と責任を感じています。そこで同じ板橋区内の大学病院などのリウマチ診療部門との間でネットワークを構築してきました」（小出先生）

日本大学医学部附属板橋病院、帝京大学医学部附属病院、地方独立行

政法人東京都健康長寿医療センターと上板橋病院が中心となってつくってきたリウマチ医療のネットワークのひとつが「板橋区膠原病・リウマチ性疾患連携の会」だ。板橋区医師会に事務局を置く同会は、地域の整形外科や内科の診療所の医師と、病院のリウマチ専門医との関係形成を



左から小出先生、細野先生、今井先生、福永氏、山本氏

【資料1】

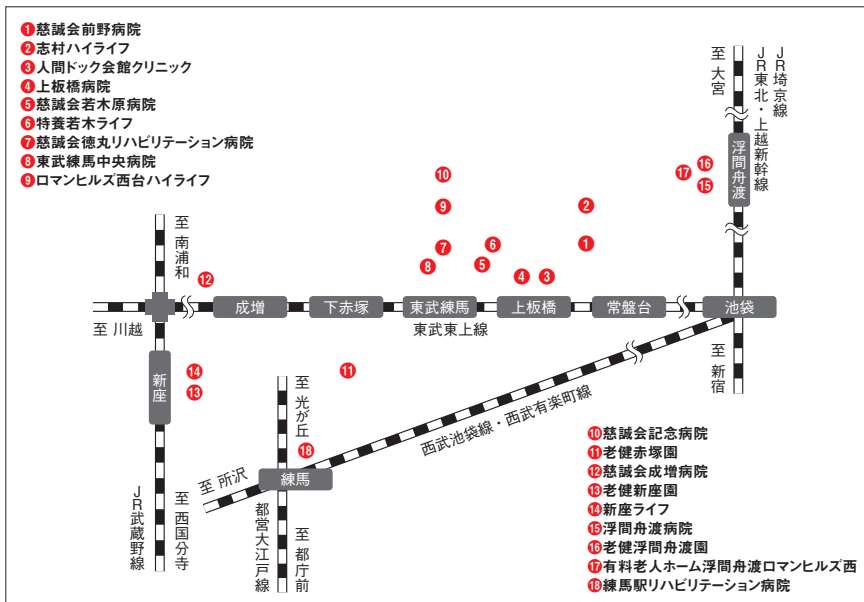
医療法人社団慈誠会の関連施設

進め、リウマチ患者のスムーズな紹介・逆紹介を実現している。

「リウマチ患者や診療所と病院の先生方に向けて年3回、講演会なども企画しています」(小出先生)

同会とは別に、リウマチ専門医同士によるネットワーク「ハイリスクリウマチ膠原病ネットワークセンター」もある。板橋区を含む城北地区や練馬区、杉並区から埼玉県南部にかけてのネットワークで、日本大学医学部附属板橋病院と帝京大学医学部附属病院を拠点に地域内の専門医をつなぎ、病診連携を促進する。

「同ネットワークでは医師と医療スタッフによるハイリスク症例の研究会なども4ヵ月に1回ほど行っており、地域のリウマチ専門医同士は皆『顔が見える』レベル以上の密な関係を築けています」(小出先生)



早期の段階からきめ細かい専門的治療を提供する体制

2016年10月に同院に赴任時、「この地域では連携が進んでいると感じた」と語るのは、リウマチ指導医で副院長の細野先生だ。

「外来で患者さんを診ていると、地域の診療所からの紹介、それも比較的軽度の患者さんの紹介が多く、リウマチ性疾患の早期にきめ細かい専門的治療を提供する連携体制ができていると思いました」(細野先生)

地域の整形外科や内科の診療所の

先生方が「リウマチ疑い」の患者を発見したなら、すぐに専門医のいる病院に紹介する。こうした連携の中で、実は上板橋病院が果たす役割はきわめて大きい。

「当院は、かかりつけ医の先生方と大学病院や基幹病院の専門医の先生方との間にあって、ハブ機能を務めているイメージです」(細野先生)

「地域の診療所の先生方から紹介されてきた中で、リウマチ以外の重大な疾患を併発しているなど、特殊な症例は、大学病院等の専門医に紹介し、それ以外の患者は、当院で継続的に診ています」(小出先生)

同院のリウマチ科で診療している月に約300名の患者のうち、板橋区膠原病・リウマチ性疾患連携の会に参加する医師からの紹介患者は7～8割にも上る。そして、コントロールが安定すると、紹介元

のかかりつけ医との併診となる場合もあり、それらを含めて継続的に通院している患者は200名ほどにもなるという。

「ハブ機能を担う当院の大きな役割のひとつは、患者さんの診療情報のきちんとした整備です。患者さんのバックグラウンドや病歴、薬歴、治療経過など、いずれの情報も病診連携では大切ですが、複数回の紹介や他の診療科での受診が重なったりすると、一部の情報が欠落するケースが往々にして出てきてしまいます」(細野先生)

このため、主に医療ソーシャルワーカー(MSW)が他院にまで問い合わせるなどして、同院を受診するまでの情報を収集し、漏れのない診療情報提供書としてまとめ、必要なときには他の医療機関にも提供できるように整備しているという。「病診連携においては、MSWの貢献度は非常に高く、感謝しています」(小出先生)



【資料2】

リハビリテーション室



【資料3】

糖尿病教室の様子



急性期から療養や介護までグループ内で継続した治療

「地域の病院の存在意義には、患者さんを生涯にわたって見守ることが挙げられるでしょう。その意味で、信頼できる医師との間で、タイミング良く紹介・逆紹介が可能な連携ができていく環境は、非常にありがたいですね。

また、当院の場合は同じグループ内に回復期リハビリの専門病院や介護療養病床があるので、患者さんやご家族の希望に応じて速やかな転院が可能です」（細野先生）

リウマチ性疾患に限らず、患者の高齢化が進むにつれ、急性期を脱したからといって即、地域の診療所へ逆紹介、在宅医療へ移行とはいかなくなっている。その点、慈誠会ではグループ全体で、患者を生涯にわたって見守る医療体制を構築しているようだ。

「当院は急性期を預かる一般病床以外に回復期リハビリ病床、医療療養病床、地域包括ケア病床を備えるマルチ機能型病院ですが、当グループ内では東武練馬中央病院と浮間舟渡病院も同じマルチ機能型です。そして、慈誠会徳丸リハビリテーション

病院は106床、練馬駅リハビリテーション病院は150床の回復期リハビリ病床を持つリハビリ専門病院。加えて、慢性期を診る4つの介護療養型の病院もあります」（小出先生）

グループ内の病院への転院となれば、医師同士あるいはリハビリのセラピスト同士の関係は深く、患者は安心して治療を続けられる。

「当グループの9病院は、板橋区と練馬区にありますが、さらに埼玉県まで含めたエリアに介護老人保健施設、有料老人ホーム、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、ケアハウス、訪問看護ステーションなどの保健・介護・福祉施設があり、全部で約20の医療・保健・介護・福祉施設を擁する体制となっています」（小出先生）

医師だけでなくリハビリのセラピストも地域内で連携

上板橋病院及び慈誠会グループは近年、地域密着型でシームレスなケアを提供すべく、リハビリテーションの充実にも取り組んできた（【資料2】）。慈誠会リハビリテーション部門の総括主幹を務め、慈誠会徳丸リハビリテーション病院リハビリ

テーション科技師長でもある作業療法士の福永氏が語る。

「慈誠会徳丸リハビリテーション病院と練馬駅リハビリテーション病院は、回復期リハビリの専門病院としてグループ外からも患者さんを幅広く受け入れています。もっとも多いのは脳卒中の回復期、ほかには大腿骨頸部骨折など運動器疾患のリハビリです」（福永氏）

慈誠会徳丸リハビリテーション病院は、2002年に板橋区初の回復期リハビリ専用の病棟を開設したことで知られ、板橋区医師会の主催する脳卒中懇話会や大腿骨頸部骨折懇話会にも積極的に参加している。

「これらの懇話会にはリハビリテーション部会やMSW部会があるので、医師だけでなく、私たちリハビリのセラピストも地域内で連携しています」（福永氏）

「脳卒中地域連携パス（東京都区西北部脳卒中医療連携検討会版）」や「大腿骨頸部骨折板橋地域連携パス」に乗った患者も、多数受け入れているようだ。

「一方、マルチ機能型の上板橋病院のリハビリテーション部門では、リウマチ患者の回復期、維持期のリハビリも多く、退院後の通所リハビリ

や訪問リハビリを行っています。

退院後の通所や訪問に関しては、できる限り入院中と同じセラピストが担当するようにし、患者さんが安心して継続的にリハビリを受けられるよう努めています」(福永氏)

国の医療政策により、回復期リハビリ病棟は現在、かなり多くなり、病床数も量的には満たされている。「これからは、高密度で質の高いリハビリの提供が今まで以上に求められるでしょう。きちんと持続できるプログラムや、高いスキルを持ったセラピスト、施設の利便性などは大切な要素です」(小出先生)

慈誠会にはグループ全体で250名以上のセラピストが在籍し、脳血管疾患、運動器、呼吸器、言語聴覚療法とそれぞれのリハビリに対し経験豊富な人材がそろっている。また、練馬駅リハビリテーション病院は全国的に見ても珍しく駅直結のビル内にあり、利便性は抜群だ。

「通院しやすいと、患者さんにもご家族にも好評です。住んでいる街、歩いていける距離で医療やリハビリが受けられるのは重要なポイント。今後も、充実したリハビリ体制と利便性を追求していきたいと考えています」(小出先生)

今後の計画は、糖尿病連携や地域包括ケア病床の積極活用

リウマチ医療とリハビリに加えて同院が将来、診療のさらなる柱にしようと考えているのが、糖尿病医療だ。内科部長の今井先生が、糖尿病専門医として語る。

「地域の診療所には、たくさんの糖尿病患者を抱えている先生方がいて中には血糖値のコントロールがうまくいかない、あるいは患者さんが治療を中断し病状を悪化させる症例も

あるようです。非専門医の先生方で手に余る患者さんは、当院も含め専門医のいる医療機関にお任せいただければと思います」(今井先生)

板橋区医師会では、専門病院や行政と協力して板橋区糖尿病対策推進会議を立ち上げ、2017年6月からは「糖尿病地域連携パスポート」の運用も開始された。リウマチ医療の連携にならって、いずれは糖尿病の連携ネットワーク活動においても、同院が存在感を発揮してくれそうだ。「その足がかりとして始めたのが、患者さんや地域住民が対象の『糖尿病教室』です」(【資料3】)。2017年6月に院内で第1回を開催し、以降は、隔月で実施しています。

また、糖尿病にはチーム医療が欠かせません。看護師、管理栄養士、臨床検査技師などの医療スタッフから糖尿病療養指導士(CDE)を育成して、しっかりと糖尿病チームをつくりあげたいと思っています」(今井先生)

「現在、リハビリのセラピストにもCDEなどの資格取得をすすめているところですよ」(福永氏)

「医師や医療スタッフに、地域での糖尿病連携の会などへの積極的な参加を促し、病院全体で地域の先生方との連携体制の構築に向けて動いています」(小出先生)

今井先生は、さらに糖尿病診療の新たなプランとして教育入院の実施を検討している。しかし限られた病床をフル活用している同院では、教育入院のための病床確保は難しいのが現状。今後の課題となりそうだ。これに関しては、事務長の山本氏が解説する。

「2017年2月、当院の一般病床36床のうち20床を地域包括ケア病床に転換しました。同病床には、在宅復帰率70%以上など、いくつかの要件が

ありますが、それらを満たせば多様な患者さんの受け入れが可能です。

そのため地域包括ケア病床は回復期リハビリ及び療養病床の条件に該当しない患者さんの受け皿となっており、入院1～2ヵ月後の在宅復帰率は80%以上ですが、ベッドは常に埋まっている状況です」(山本氏)「地域包括ケア病床は、サブアキュートやポストアキュート、レスパイトなど用途が広いので、今後、診療所の先生方からのニーズも高くなると予想されます。糖尿病の教育入院もぜひ実現させたいので、さらなる増床を考えています」(小出先生)

糖尿病医療への注力、地域包括ケア病床の展開以外にも、これからの地域貢献を見据えた動きは多岐にわたる。小出先生からは電子カルテを導入し連携をさらにスムーズにする計画、福永氏からは「板橋区地域リハビリテーションネットワーク」での他病院のセラピストとの協働や、リハビリテーション出前講座への協力といった現在進行形の活動が紹介された。地域への貢献は同院のすべての部門における基本理念なのだ。

「当院に限らず慈誠会の施設は皆、それぞれに特色ある病院であり、保健・介護・福祉施設であると自負しています。地域の診療所の先生方や大学病院の先生方としっかり連携する中で、それぞれの施設の機能を皆さんに最大限活用していただき、ともにこれからの地域医療を支えていくことが、私たちのめざすところです」(小出先生)

医療法人社団慈誠会
上板橋病院

〒174-0071
東京都板橋区常盤台4-36-9
TEL : 03-3933-7191

取材日：2017年8月25日



糖尿病



香取海匝医療圏

60名に上る糖尿病サポートチームがめざす 地域全体の糖尿病医療のレベルアップ。

Point of View

- ① コーチングの手法を用いて医療スタッフの主体性を育て、「糖尿病サポートチーム」を活性化
- ② チームが、教育、院内糖尿病改善、院外糖尿病改善、学問の4グループに分かれて活動
- ③ 院外の医療スタッフや住民に向けた勉強会、イベントなどの開催を通じて糖尿病の知識や情報を地域に発信

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
糖尿病代謝内科部長

小林 一貴氏

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
糖尿病代謝内科医長

大西 俊一郎氏

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
主任看護師

宮原 孝子氏

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
主任看護師

常世田 明美氏

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
臨床検査技師

宮負 哲氏

地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院
理学療法士／診療技術局
リハビリテーション科統括リーダー

菊地 聡氏

地域の糖尿病医療の現状を 変えていくための第一歩

九十九里浜に面する千葉県旭市の総合病院国保旭中央病院は、989床の大規模急性期病院だが、地域医療の要として生活習慣病をはじめとする慢性期疾患の患者も多数受け入れている。たとえば、同院に通院する糖尿病患者は、薬物療法中の症例に限っても約4,500名にも及ぶ。

「糖尿病代謝内科の外来（常勤4枠、非常勤2枠）で継続的に診ているのはそのうち約3割程度で、1型糖尿病や妊娠糖尿病、また特に血糖コントロールがうまくいっていない患者さんなどです」と解説するのは糖尿病代謝内科部長の小林氏だ。

「私は2016年に千葉市の医療機関から赴任したのですが、当地域の糖尿病患者の多さ、血糖レベルの状況の悪さに驚きました（【資料1】）。

しかも、当地域で常勤の糖尿病専門医は、当科の大西と私だけです」（小林氏）

ある程度コントロールが安定している患者は、院内の他の内科が診て

いるが、それでも同科の2名の常勤専門医で1,000名前後の患者を診ているという状況だ。

小林氏より2年早い2014年に着任した医長の大西氏も当初、同地域の糖尿病医療の現状に愕然とし、患者が多い理由について考えをめぐらせたという。

「農業や漁業に従事し定期的な通院



左から小林氏、大西氏、宮原氏、常世田氏、宮負氏、菊地氏

をしにくい方が多い、果実や醤油といった特産品の摂取が好まれるなど豊かな自然や食材に恵まれた地方ならではの負の側面に気づきました。そして、『このまま外来で目の前の患者さんだけを診ていても何も変わらない。医師の力だけでは対処できない』と思いました」(大西氏)

糖尿病医療に対する危機感は同院の医療スタッフたちも抱いており、「糖尿病サポートチーム」が結成されていた。立ち上げにかかわった主任看護師の宮原氏が話す。

「10年以上前、日本糖尿病療養指導士(CDEJ)資格を持つ看護師や管理栄養士、薬剤師、理学療法士が集って糖尿病サポートチームができました。勉強会や糖尿病教室などを開催していましたが、私自身はもの足りなさを感じていました」(宮原氏)

大西氏は、その糖尿病サポートチームの活性化こそが、地域の糖尿病医療を変える第一歩になるだろうと考えた。

コーチングが主体性を引き出し その効果でチームが拡大

糖尿病サポートチーム活性化のため大西氏たちがとり入れたのは、人材育成の手法のひとつ、コーチングだった。

「同時期に着任した、横尾英孝先生(現・千葉大学医学部附属病院総合医療教育研修センター特任助教)と

ともにコーチングを勉強し、2人で各々5名のチームのメンバーを受け持ち、週に30分~1時間、3ヵ月を1クールとしてコーチングを実施。

コミュニケーションを重ねる中で、自発的な思考や行動が引き出されるよう尽力しました」(大西氏)

コーチングを受けたチームのメンバーたちは、自身とチームの変化を口々に語る(【資料2】)。

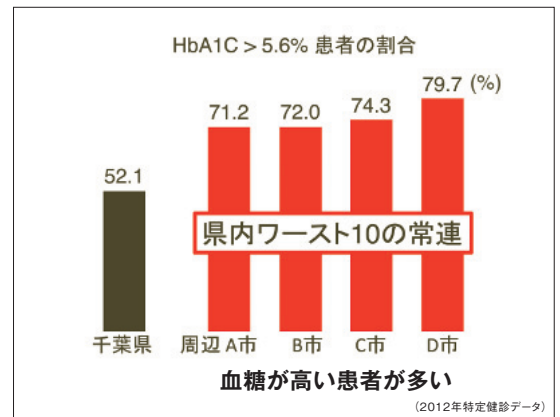
「自分の中で、もやもやとしていた方向性が、話をしていく中で整理され、目標に向かっていく意識が高まりました」(宮原氏)

主任看護師の常世田氏も「コーチングを受けて自分が本当にやりたいことが明確になり、もっと糖尿病ケアにかかわりたいと思うようになりました」と言う。

「大西先生の着任以前からチームのメンバーでしたが、ずっと受動的な立場でした。コーチングにより自分で考え、目標を立て、自信を持って主体的に動く姿勢を身につけられたと感じます」と述べるのは臨床検査技師の宮負氏。同氏は、コーチング後にCDEJ資格に挑戦、2015年に見事、取得した。

【資料1】

糖尿病サポートチーム活性化以前の 糖尿病患者の血糖コントロールの状況



チームの活性化のための活動が始まったあとに着任した小林氏も「コーチングによって引き出された主体性とやる気こそが、糖尿病サポートチームの持ち味、強みです」とコーチングの効果を評価する。

コーチングをとり入れる以前に22名だったチームは、今、10職種(医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、歯科衛生士、健康運動指導士、医療ソーシャルワーカー、医療事務)60名の大所帯に。コーチングを受けたメンバーが、各部署で糖尿病やケアについて語ることで、広く医療スタッフの糖尿病医療に対する興味関心が高まり、チームが拡大していったのだ。

CDEJやLCDEが増加 院内連携も速やかに

糖尿病サポートチームは現在、教育グループ、院内糖尿病改善グループ、院外糖尿病改善グループ、学問グループの4グループで活動を展開している。

教育グループが最初に注力したのは、CDEJや、地域糖尿病療養指導士



(LCDE) の資格取得。

「糖尿病全般についての勉強会や資格試験のための実践的な勉強会を開いてきました。近隣施設の職員からも参加したいとの声が聞こえてきたので、今は院内だけでなく、広く地域の医療スタッフを対象とした勉強会になっています」(宮負氏)

2017年時点で、同院のCDEJは35名、LCDEまで含めると46名にもなる。この資格取得促進に大きく貢献したのが、2015年まで教育グループのリーダーを務めていた理学療法士の菊地氏である。

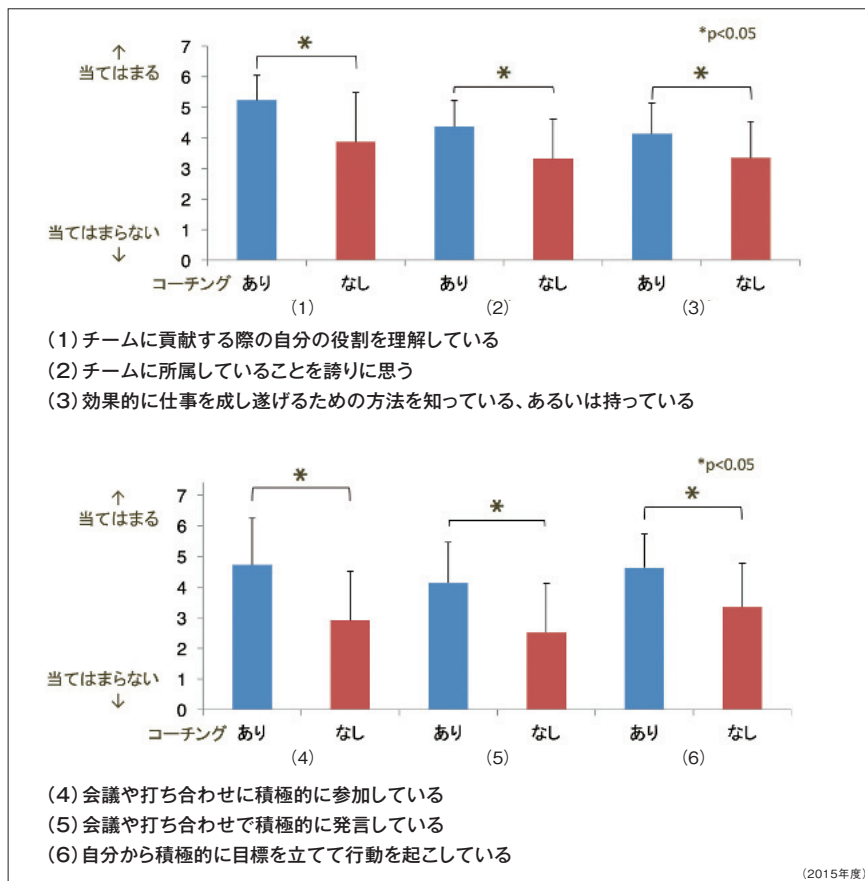
「私たちリハビリテーションのスタッフは、脳卒中や心筋梗塞などの患者さんの日常生活への復帰をめざして指導をしています。しかし、考えてみると多くの急性期疾患のベースに糖尿病がある。糖尿病を知ってコントロールする術を身につけない限り、患者さんは何度でもリハビリに戻ってくる可能性があると思いました。そこで、2012年にCDEJ資格を取り、糖尿病サポートチームの拡充と同時に加わったのですが、当時、同資格を持つ理学療法士は、院内で私だけでした」(菊地氏)

糖尿病サポートチームの活性化以降、菊地氏は自らも受けたコーチングの手法を駆使し、リハビリ部門で仲間を増やしていく。今では、CDEJ資格を有する理学療法士は17名に。1施設内のCDEJ有資格理学療法士の数では、全国で最多だそうだ。

医療職のための勉強会と同じく、質量ともに充実したのは、患者向けの糖尿病教室。以前は月1回の開催だったが、現在は糖尿病全般の基本からレクチャーする教室が週1回、ほかに透析予防指導教室などの応用版も随時開催されている。これらの教室を運営するのが、院内糖尿病改善グループである。同グループは、

【資料2】

コーチング受講者の意識の変化



フットケアチームなど、糖尿病サポートチーム外部との協働も多い。

「糖尿病は多くの疾患と関係し、多職種への介入を必要とする疾患なので他の部門や診療科との協働が欠かせません。

院内連携がうまく運ぶように動くことも院内糖尿病改善グループの役割です」(小林氏)

イベントでの血糖測定や医療相談を通じて住民を啓発

そして、院外糖尿病改善グループは、文字どおり病院から飛び出している活動を担っている。

「メインは、地域のお祭りなどのイ

ベントに参加し、糖尿病について啓発する活動です。会場で、各職種がそれぞれ血糖測定、栄養指導、運動指導、生活指導などを実施。医師による糖尿病相談の窓口を設ける場合もあります」(常世田氏)

「当院は行政とのかかわりが深く、旭市から地域とのコラボレーション企画を依頼されるケースがしばしばあります。それをコーディネートするのも、院外糖尿病改善グループです」(大西氏)

たとえば、旭市から「健診で血糖値が高かった人を対象に」との要望を受けて講習会を開く、地域の教育機関で働く養護教諭の集まりで話をし、小学生を対象に寸劇やマンガ

を使った食育を行うなど。

「糖尿病サポートチームが掲げている『地域全体の糖尿病を良くする』（【資料3】）というテーマのもと教育グループが院内のみならず地域の医療スタッフを教育、院内糖尿病改善グループが患者向けの糖尿病教室を開催、院外糖尿病改善グループが住民の啓発活動を行うといった流れは、必然的に生まれました。

3グループは、大きな目標達成のため各々独自の活動をしています」（大西氏）

地方での糖尿病医療モデルの構築をめざし持続可能な組織を

4つ目の学問グループは、2017年にスタートした。小林氏がリーダーを務める。

「チームによる糖尿病医療の質を上げるには、アウトカムとなるデータを収集して学会で発表したり、論文にまとめたりする機会が必要です。また、CDEJ資格を取ったスタッフの多くが5年目の更新時期を控えていることもあり、メンバーがさまざまな勉強を続けてスキルや専門性を高められるよう当グループを設置しました」（小林氏）

学会発表や論文は、糖尿病サポー

トチームやそのメンバーのレベルアップだけでなく、同チームの活動を全国に向けて発信する場にもなるだろう。

そして、ごく初期からチームに加わりコーチングを受けて主体的な活動を展開してきたメンバーたちは、それぞれに今後の活動目標やビジョンを持っている。

「理学療法士として糖尿病の1次予防、2次予防により積極的にたずさわりたいと思っています。数多い医療スタッフの中でも実地で運動の指導をできる職種は限られています。理学療法士ならではの指導を行うべく勉強し、ほかの職種と協働して良い仕事がしたいですね」（菊地氏）

「本来、臨床検査技師は患者さんと接する機会の少ない職種ですが、糖尿病サポートチームで活動しているおかげで、イベントでの血糖測定などで地域の人々と触れ合う場面が増えました。

今後は、検査データの解析や説明などを通して患者さんや地域の人々にも糖尿病医療の内容や必要性を伝えていきたい。いずれは、学会発表にも取り組みたいです」（宮負氏）

「患者さんにベストのタイミングでフットケアをしたり、糖尿病のきちんとした知識を伝えるため、外来と病棟の看護師同士が患者さんの情報を共有して、継続的なケアをもとに探るような連携を考えていかなければならないでしょう」（常世田氏）

「糖尿病サポートチーム内の看護師は、実はまだ少数なので私の課題は仲間づくり。近々院内の看護師を対象にした糖尿病の勉強会を

開く予定です。

加えて、地域の病院や診療所の看護師の方々の集まりでの活動にも力を入れるほか、看護師以外の医療スタッフに向けた糖尿病啓発も進め、地域を巻き込みながら力のある人材を多数育て、糖尿病医療の底上げをめざします」（宮原氏）

糖尿病サポートチームの活性化に大きく寄与してきた大西氏が、目標を語ってくれた。

「大都市と地方では、環境も、人々の考え方も、糖尿病患者の状況も大きく違います。そこで、当院の糖尿病サポートチームが中心となり、地方における糖尿病医療のモデルを構築したい。大きな夢ですが、いずれは『糖尿病医療は都会より地方のほうが、ずっと進んでいる』と言われるほどまでのモデルをつくりたいですね」（大西氏）

「それには、糖尿病サポートチームをしっかりと維持、成長させていかななくてはなりません。多職種のチームゆえ、それぞれの業務とのバランスを図り、うまくマネジメントする必要があります。また近年では、学会発表や論文のもととなるデータ収集・解析を行ううえでの厳しいルールのクリアも大切です。これらを引き受けて、持続可能な組織としてまとめていくことが、私の役割だと考えています」（小林氏）

小林氏や大西氏に見守られ、導かれながら、まだまだ伸びしろのある糖尿病サポートチームのこれからに期待がかかる。

【資料3】

糖尿病サポートチームの目標と目的

チームの目的 **地域全体の糖尿病を良くする**

チームの目標

チームを知ってもらう (2014年)
自主性を高める (2015年)
専門性を高める (2016年)
貢献する (2017年)

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院

〒289-2511
千葉県旭市イ-1326
TEL : 0479-63-8111

取材日：2017年10月12日



医師会と行政との連携により いち早く糖尿病性腎症重症化予防を。

Point of View

- ① 市医師会が手上げ方式で募った「かかりつけ医（糖尿病診療医）」と、「糖尿病専門医療機関」、「腎内科専門医療機関」によるネットワーク
- ② 年間360,000もの検体を扱う市医師会健診センターが、糖尿病性腎症のリスクが高い患者を抽出、受診につなげる
- ③ 行政からは保健師が参加、糖尿病の重症化が考えられる医療機関未受診者宅を戸別訪問して受診勧奨、保健指導を行う

一般社団法人弘前市医師会会長／
今村クリニック院長

今村 憲市先生

青森県弘前市健康福祉部
国保年金課総括主査
保健師

三上 浄子氏

一般社団法人弘前市医師会
健診センター第二事業部長
臨床検査技師

長沼 孝雄氏

糖尿病死の多い青森県で 早くから啓発や連携を模索

今村クリニック院長で、弘前市医師会（以下、市医師会）会長も務める今村先生は、糖尿病による死亡率が高い青森県にあって1986年の開業当初から糖尿病医療に熱心に取り組んできた。

「糖尿病教室を開いている診療所など稀だった当時から、糖尿病治療には、まず正しい知識が欠かせないと訴えています」（今村先生）

院内の患者や一般市民対象の糖尿病教室を開催する傍ら、1989年には「弘前糖尿病研究会」を立ち上げ、医療者の糖尿病医療に対する知識の

底上げにも尽力した。

「そして次にすべきは、医療機関のネットワーク構築。患者さんが日常的に通院して治療を継続し、かつ重症化した局面では専門的な治療を行える施設でバックアップしてもらえる仕組みをつくらなければならないと思いました」（今村先生）

青森県も糖尿病医療の状況に危機感を抱き、2012年からモデル地区を設定しての病診・診診連携事業に乗り出す。弘前市はモデル地区のひとつとなり、市医師会はネットワーク構築を模索し始める。

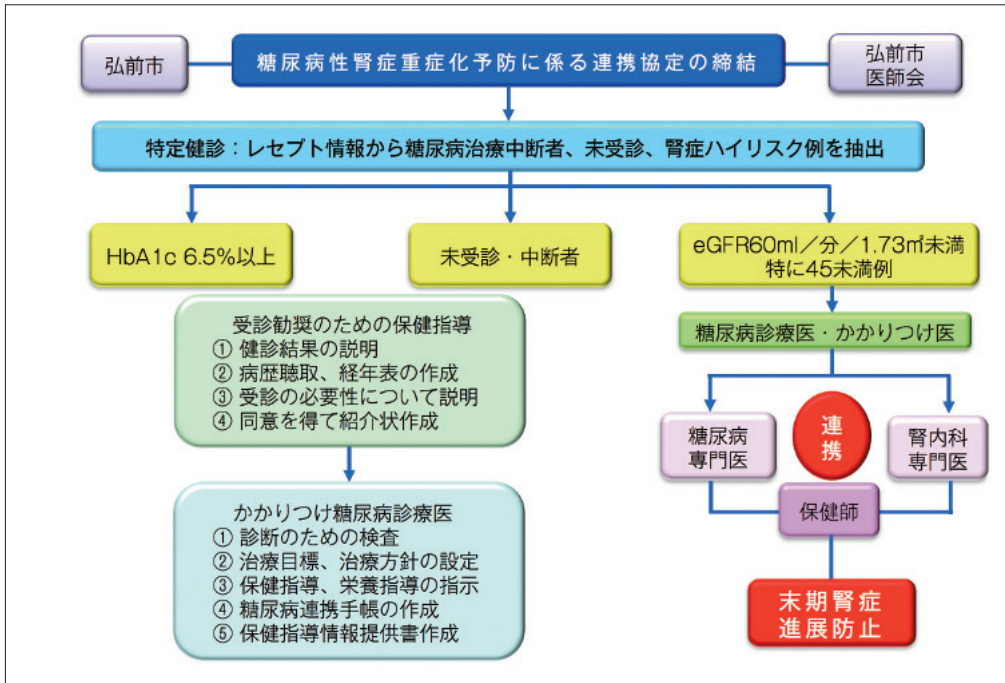
「専門医の有無にかかわらず、糖尿病の専門的治療を行える医療機関を



左から今村先生、三上氏、長沼氏

【資料1】

『弘前市糖尿病性腎症重症化予防プログラム』の概要



募ると、診療所と病院をあわせて26施設が手を上げてくれました。

糖尿病の診療はできないと考える先生に、患者さんをそれらの医療機関に紹介していただき、継続治療を容易にしようとの試みでした」(今村先生)

医師会と行政が県内初の協定受け皿は手上げ方式で募る

ところが、残念ながらネットワークはうまく稼働しなかった。「紹介患者が、ほぼ2施設に集中してしまったのです」(今村先生)

2施設は、いずれも糖尿病専門医のいる診療所だった。紹介する側の医師は、病院より身近な診療所のほうが患者は通いやすく、さらに専門医がいるところがいいと考えたのだろう。しかし、この経験は無駄にならずにすむ。

「糖尿病から腎不全や人工透析への移行を防ぐための『弘前市糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、市重症化予防プログラム)』を実施するネットワークづくりでは最初の経験が大いに活かされました」(今村先生)

市重症化予防プログラムの発端は2016年3月に厚生労働省、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議の三者が「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結するに際し策定された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」である。同プログラムによって、糖尿病性腎症重症化予防を全国展開する計画だ。

「こうした国の施策を受け、青森県医師会と青森県糖尿病推進会議、青森県との糖尿病性腎症重症化予防の連携協定は2017年9月に締結されましたが、弘前市と市医師会との連携協定は県より半年早く、同年3月に

締結。県内自治体の中で最初でした」(今村先生)

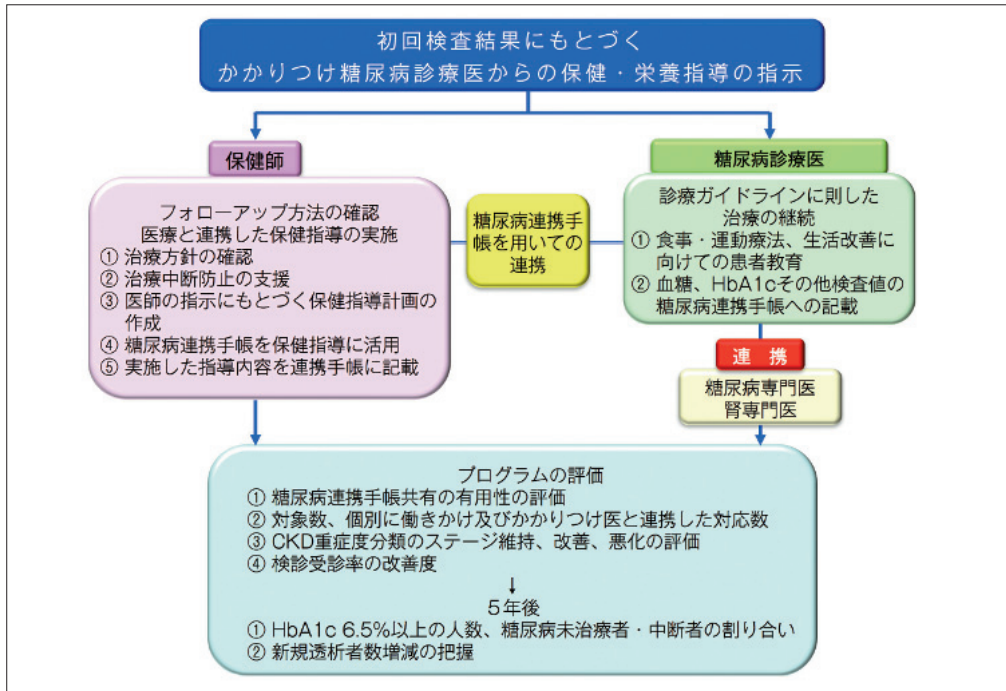
この動きの速さには理由がある。今村先生が、2016年6月の市医師会会長就任直後、かねてから構想していた糖尿病の医療機関のネットワーク構築を市に働きかけ、両者による糖尿病性腎症重症化予防への取り組みも始まっていたのだ。保健師の立場にあって市医師会と協働し、連携協定締結に先立っての市重症化予防プログラムの作成と、締結後のプログラム実施にもたずさわってきたのが、青森県弘前市健康福祉部国

保年金課総括主査の三上氏だ。「2016年に国保年金課に異動し、国民健康保険(以下、国保)の保健事業をどう進めるかを考えていたところ、今村会長からお声がけいただき市医師会との協働が始まりました。

市重症化予防プログラム作成は対象者の検討からスタートしました。国保特定健診(以下、特定健診)の検査結果やレセプトを整理・分析すると、かなりの方が糖尿病に関して未受診であると判明。やはり早急な対策の必要性があるとの認識を共有し、先行する他県のを参考にしつつ、相談しながら市重症化予防プログラムを作成していったのです」(三上氏)

市医師会は、同時進行でプログラム実施に向けた準備を進めた。「まずは、患者さんの受け皿を整備しなければなりません。以前のネットワーク構築時と同様、手上げ方式

検査結果にもとづくフォローアップの流れ



た。手始めに行ったのは、糖尿病性腎症のリスクが高い例をピックアップする作業です。

腎機能を表す指標のひとつに推算糸球体濾過量（eGFR）があります。正常値90ml/分以上に対し、中等度から高度の機能低下を示す45ml/分未満の例と、軽度から中等度の機能低下を示す60ml/分未満、かつ年間5ml/分以上低下している例を抽出しました」（長沼氏）

結果、2014年度の約8,000例余り、2015年度の8,500例余りの市特定健診データから74例の糖尿病性腎症のリスク

が高い症例を見出したという。それらについては市医師会から、かかりつけの医療機関に報告書を送付、専門医と連携しての診療を依頼した。「半年ほどの短期間で腎症ハイリスク患者を抽出、診療につなげられたことで、当センターのデータの可能性に期待が膨らんでいます。データの集積、分析にはオリジナルのプログラムを組んで対応するなど工夫を重ね、新たなシステム構築などの費用はかかりませんでした。

引き続き2016年度以降の腎症のハイリスク症例抽出に取り組むのはもちろん、糖尿病予防やその他の疾患のためのデータ活用も視野に入れています」（長沼氏）

保健師による戸別訪問が奏功
受診者は増えつつある

一方、市の国保年金課は特定健診

で参加医療機関を選任しました。

そして前回、紹介患者が特定の診療所に集中した反省を生かして、今回は医療機関を、日常の糖尿病管理をする『かかりつけ医（糖尿病診療医）』、専門的な検査や治療を行う『糖尿病専門医療機関』、糖尿病性腎症に対応する『腎内科専門医療機関』といった役割別の3グループに分け、各々ネットワークの一翼を担っていただくことにしました」（今村先生）

さらに、市医師会と市の連携、ネットワーク参加医療機関同士の意思疎通を図るべく糖尿病性腎症重症化予防対策検討委員会（以下、対策検討委員会）が立ち上がる。委員は、市医師会の理事会や健診センターと事務局のメンバー、市内の糖尿病専門医、腎臓専門医、そして市国保年金課の保健師だ。

対策検討委員会での協議の結果、

市重症化予防プログラムの対象は、①特定健診結果で糖尿病受診勧奨レベルの医療機関未受診者、②糖尿病治療歴があり、一定期間受診歴のない中断者、③治療中で糖尿病性腎症のリスクが高い者と決定。2017年3月の市と市医師会の連携協定締結と同時に、市重症化予防プログラムが速やかに船出した。

検体のビッグデータを
ハイリスク患者抽出に活用

市重症化予防プログラムの対象者抽出で大きな役割を果たしたのが、市医師会健診センターである。

「市医師会健診センターでは、年間360,000もの検体を扱っています」と語るのは、同センター第二事業部長の長沼氏。

「このビッグデータが、市重症化予防プログラムに生かされると考えまし

の結果から、糖尿病と脂質異常症、高血圧の3疾患の未受診者、長期治療中断者を抽出。糖尿病性腎症重症化のリスクを内包する糖尿病未受診者を特定して、受診勧奨することにした。

「2016年度の特定健診受診者10,758名のうちHbA1c 6.5%以上にもかかわらず未受診の142名をリストアップし受診勧奨を行いました」（三上氏）

2017年3月から、市の国保年金課と健康づくり推進課に在籍する20名余りの保健師が戸別訪問を開始する。通り一遍の受診のすすめではなく、対象者それぞれの社会的背景などを踏まえての訪問のため、時間や手間がかかるが、「それでも、3月から7月末までに延べ151回の訪問を実施し、102名とはきちんと面談できました」（三上氏）。

面談後の受診状況は、きわめて良いという。

「保健師が面談した102名のうち、50%に当たる51名が、医療機関を受診したことを確認できました」（今村先生）

長期治療中断者へは ハガキでリスクを呼びかける

糖尿病の長期治療中断者のフォローは、どう行っているのだろうか。

「2015年度の特定健診からわかった治療中断者は900名余り。2017年時点でも再受診していない287名には、市からの特定健診を通知するハガキに治療を中断した場合のリスクを伝える注意書きを加えてもらいました」（今村先生）

「4月にハガキを郵送したところ、10月時点での未受診者は93名にまで減っていたので、ほかの200名弱は治療を再開してくださったものと思われれます」（三上氏）

そして、今後に向けてのさらなる課題や計画は――。

「私たち保健師は、日本糖尿病療養指導士（CDEJ）や栄養士、将来的には薬剤師とも協働し、腎症にならない、あるいは重症化させないための留意点、どんな生活をすればいいのかを患者さんにしっかり伝え、支援する体制をつくっていく必要がある

でしょう。方法のひとつとして『糖尿病連携手帳』をさらに有効活用していきたいと思います」（三上氏）

「市重症化予防プログラム実施の前提とも言える課題が、特定健診自体の受診率アップです。

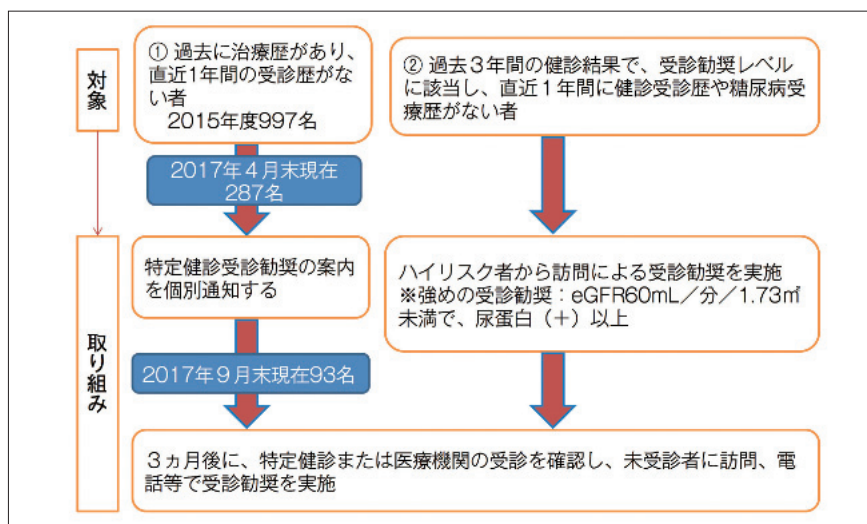
市町村国保の目標が65%、青森県の現状が40%（2016年度）なのに対し、弘前市の受診率は30.1%（同）です。これをせめて35%にまで、いざれば、県レベルにまで届かせなければなりません。

また、糖尿病患者の直接の死因となる疾患第1位は、30年前は大血管障害でしたが、現在はがんが4割弱を占めて第1位。したがって市重症化予防プログラムをベースに、がん健診の受診勧奨までできるようにしていきたいですね」（今村先生）

弘前市をモデルに、県内他医師会も同様のプログラム作成に着手しており、間もなく県全体での糖尿病対策も軌道に乗ると思われる。弘前市の事業の評価が定まるころには、青森県の糖尿病医療のレベルも向上していることだろう。

【資料3】

糖尿病治療中断者への受診勧奨の仕組み



一般社団法人弘前市医師会

〒036-8045
青森県弘前市大字野田2-7-1
TEL：0172-32-2371～2

今村クリニック

〒036-8142
青森県弘前市松原西2-1-1
TEL：0172-88-3090

青森県弘前市 健康福祉部国保年金課

〒036-8551
青森県弘前市上白銀町1-1
TEL：0172-35-1111

取材日：2017年11月6日



地域での活躍を期待して新たにLCDEを養成。 多職種がさまざまな場で質の高い療養指導を。

Point of View

- ① 『静岡糖尿病療養を語る会』をベースに県中部で地域糖尿病療養指導士(LCDE)を養成、認定
- ② 特に診療所の看護師や薬局薬剤師など地域に密着して活動できる職種、理学療法士など介護にもかわる職種の資格取得を促す
- ③ 院内や地域で多職種をつなぎ、糖尿病医療の質向上に貢献する人材を育成

医療法人社団正心会岡本内科医院院長/
井村糖尿病・甲状腺疾患センター

井村 満男先生

地方独立行政法人静岡県立病院機構
静岡県立総合病院副院長/
糖尿病・内分泌内科/
静岡県糖尿病協会会長

井上 達秀先生

社会福祉法人恩賜財団済生会支部
静岡済生会総合病院リハビリテーション科/
静岡県済生会小鹿なでしこ苑
理学療法士/日本糖尿病療養指導士

土谷 昇氏

日本赤十字社
静岡赤十字病院看護部/
糖尿病看護認定看護師

柿宇土 敦子氏

CDEJと前後して誕生した 『静岡糖尿病療養を語る会』

糖尿病治療における生活指導のエキスパートである糖尿病療養指導士(CDE)を育成しようと、日本糖尿病療養指導士認定機構が発足したのが2000年。翌年3月には第1回の認定試験を実施、4,300名余りの日本糖尿

病療養指導士(CDEJ)が誕生した。この動きと前後して、1999年に静岡県中部で発足し、活動を始めたのが『静岡糖尿病療養を語る会』(以下、語る会)である。同会の代表を務めてきた岡本内科医院院長の井村先生が解説する。「語る会の趣旨は、糖尿病医療について医師と医療スタッフとがともに

考え、話し合うことです。県中部の医師5名と医療スタッフ5名が世話人となってテーマや講師を決め、毎年2回開催してきました。現在、世話人の医療スタッフは全員がCDEJです」(井村先生)一方、LCDEと呼ばれる地域糖尿病療養指導士の資格取得者は、1997年に福岡県北九州地区で初めて生ま



左から井村先生、井上先生、土谷氏、柿宇土氏

れた。現在では、各地の実情にもとづいた資格認定制度があり、全国のLCDEの総数は約30,000名。20,000名弱のCDEJより多くなっている。

「CDEJになるための受験資格のハードルはかなり高く、講習会も大都市圏でしか開催されないため資格取得は、なかなかたいへん。資格更新の中断者も多いようです。そこで、LCDEの資格保持者が増えてきたのでしょう。

当県では、静岡県西部糖尿病療養指導研究会が、全県の医療スタッフを対象にLCDEである静岡県西部糖尿病療養指導士の育成と認定を始めました」(井村先生)

語る会を核にして 新たなLCDEの認定制度を

全国的に糖尿病治療にかかわる医療スタッフの資格制度の整備が進む中、静岡県の糖尿病医療は厳しい状況が続く。

「2015年、静岡県の糖尿病による死亡率は、全国平均と比較して高く、糖尿病専門医や糖尿病看護認定看護師、CDEの数は全国平均より、はるかに少ないとのデータが出ています(【資料1】)」(井村先生)

静岡県糖尿病協会会長で、語る会では世話人を務めてきた静岡県立総合病院副院長の井上先生が、加えて語る。

「同じ県内でも中・東部で糖尿病専門医やCDEの不足が目立ちますが、それでも糖尿病診療を標榜する医療機関数は全国平均並み。この数字が意味するのは、非専門医の先生方がそうとうがんばって多数の糖尿病患者を診てくださっている実態です。

また、糖尿病性腎症予防化に関する最近のデータによると、透析予防外来を設けている医療機関の数が静

【資料1】

静岡県の糖尿病に関するデータ(2015年)

(1) 死亡率と罹患頻度	
死亡率	12.6名/100,000名(全国平均10.6名)
有病率(40~74歳)	男性 11.9%
	女性 6.0%
予備軍	男性 12.3%
	女性 10.5%
(2) 糖尿病医療従事者	
糖尿病専門医	2.4名/人口100,000名(全国平均4.1名)
糖尿病看護認定看護師	0.3名/人口100,000名(全国平均0.6名)
糖尿病療養指導士	10.7名/人口100,000名(全国平均14.3名)

出典：静岡県疾病対策課

岡県にはきわめて少ない。つまり、多職種によるチーム医療が必要な専門性の高い糖尿病診療が手薄なのです」(井上先生)

こうした現状を総合して行き着いたのは――。

「特に中・東部で、地域の患者さんと接する機会が多い医療スタッフをレベルアップしなくてはならない。糖尿病医療に関する知識や技術を学んでCDEの資格を取得し、チーム医療をコーディネートしていけるような人材を、どんどん育てる必要があると考えました」(井村先生)

「日本糖尿病協会もLCDE認定制度のサポート活動を全国展開していく方針で動いており、東西に長い静岡県では静岡県西部糖尿病療養指導研究会が行うのとは別に、中部や東部で認定制度を立ち上げるべきではないかと思いました」(井上先生)

何より中部には、前述した15年以上の実績を有する語る会が存在し、熱意にあふれる医師たち、医療スタッフたちがそろっていた。そこで、井村先生をはじめとする、語る会の世話人たちを核にLCDE養成・認定の準備委員会をつくり、話し合いを重ねた。

「そして2016年には、準備委員会を

正式に『静岡中部糖尿病療養指導士(SCL-CDE)養成運営委員会』(以下、運営委員会)として活動をスタートさせたのです」(井村先生)

2016年より講習会と資格試験 初年度合格者37名が始動

運営委員会のメンバーは10名の医師と、CDEJの資格を持つ医療スタッフ12名。会長を井村先生が、副会長を井上先生と静岡県済生会小鹿なでしこ苑の理学療法士、土谷氏が務め、メンバーにはほかに看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師の計5職種が加わっている。それぞれの立場で糖尿病医療の現場を経験しているメンバーが、講習会のプログラムを考え、資格試験の準備を整えていった。

SCL-CDEの資格対象者は、県中部で活動する看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、栄養士、理学療法士、臨床検査技師、歯科衛生士の6職種。受講及び受験資格は「3年以上糖尿病診療にかかわっている」のみだ。

「CDEJの受験資格は先に申しあげたようにハードルが高く、糖尿病専門医または日本糖尿病学会員の医師が

所属して患者教育や食事指導が恒常的に行われている医療機関で、通算1,000時間以上の療養指導や10例以上の自験例が必要といった規定があります。となると、糖尿病専門医などがない診療所勤務の医療スタッフは受験資格さえ得られません。その点で門戸を広げ、学ぶ意志と意欲のある皆さんに受験の機会を与えられるのは、LCDE認定制度ならではの良さでしょう」(井村先生)

2016年6月から9月にかけて運営委員会メンバーが講師を務める単位制講習会を16回開催。そして同年11月に第1回の資格試験を実施した。「受講申し込み者は54名で、うち受験資格を満たした方は37名でした。うれしいことに全員が合格して、SCL-CDEとなりました。

日本糖尿病協会から活動補助金をいただいたおかげで、資金面の苦勞が少なかった点も、認定制度を企画してからの組織づくり、講習会や試験の準備、実施まで非常にスムーズに進められた大きな要因のひとつです」(井村先生)

「もちろん、井村先生の熱意と人望の厚さも欠かせませんでした。先生の思いが伝わったからこそ、メンバーが自発的に動き、実現できたのです」(井上先生)

37名のSCL-CDE第1期生の内訳は総合病院看護師と薬局薬剤師が各13名、診療所看護師と管理栄養士、歯科衛生士が各3名、理学療法士と臨床検査技師が各1名。すでに各職場で、質の高い療養指導の実践に取り組んでいる。

CDEはさまざまなスタッフと最新の知識や情報をつなぐ

SCL-CDEによる療養指導の成果が本格的に発揮されるのはこれからだ

が、そもそもCDEの資格は臨床現場で、どのように生かされているのだろうか。

たとえば、理学療法士の場合。土谷氏はCDEJの第1回認定試験で合格した経験豊富なCDEである。

「糖尿病の治療においては、薬物療法、食事療法と並んで運動療法が重要である点はよく知られています。

そこで以前、病院で勤務していたときには、CDEとして院内外の糖尿病教室で患者さんに運動療法の話をしたり、ほかの医療スタッフに積極的にレクチャーするなどの活動をしました。

高齢の糖尿病患者や、ほかの疾患と糖尿病とを合併している患者さんが増加する中、個々人に適した運動を考え、指導するのは理学療法士です。そうした場や、機会が増えている今、より多くの理学療法士がCDEの資格取得をめざし、幅広い指導ができるようになることを望んでいます」(土谷氏)

現在は、特別養護老人ホームに勤務する土谷氏。新薬が次々に開発される時代の薬物療法や高齢者に最適な血糖コントロールなど、糖尿病治療の最新の情報は、特別養護老人ホームのような介護関連施設にはなかなか届かず、介護スタッフからそれらについて問われるケースも多いと言う。

「医療スタッフだけでなく、介護スタッフにも糖尿病に関する知識や最新の情報を提供するのが、私の務めだと思っています。

CDEの資格の取得をすすめる理由は、患者さんに適切な療養指導を行えるようになるからだけではありません。CDEは、糖尿病患者を支える多くのスタッフと最新の知識や情報をつなぐ役割も果たせるのです」(土谷氏)

【資料2】

SCL-CDE認定バッジ



「J」と「L」が補完し合い 糖尿病医療のレベル向上を

CDEJとLCDEの関係について語るのは井上先生。

「私は、『J』と『L』とは補完し合う関係だと考えています。

LCDEは、CDEJよりも地域に密着した医療の現場で患者さんと向き合うとともに、地域の多職種と協働するのが使命。

そして、CDEJは、それらに加えてLCDEの養成や、全国規模の学会への参加等を通じて、他地域のCDEとの交流、情報交換を行うことも重要な使命です。

CDEJとLCDEが協力し合い、補完し合いながら、地域の糖尿病医療のレベルを引き上げてほしいと願います」(井上先生)

多様化する療養指導には CDEのサポートが必要

土谷氏の話に出た「高齢」「合併」は、現在の糖尿病医療のキーワードとも言える。静岡赤十字病院の柿宇土氏は糖尿病看護認定看護師。院内で糖尿病ケアのチームをリードし、フットケアなどにも熱心に取り組む傍ら、運営委員会のメンバーとして講習会の講師や座長を務める。

同氏が看護師の立場から話す。

「高齢の糖尿病患者、糖尿病合併症患者が増えるにつれ、対応すべき患者さんの生活様式が多様化しています。それぞれの患者さんが生活する中で、治療を継続するには何が必要か、患者さんだけでなくご家族や介護者も含めてどうサポートしてあげばいいのか。患者さんが100名いれば100通りの生活があり、100通りの療養指導が求められます。

それらを行っていくには、多職種スタッフの力の結集が必須です」(柿宇土氏)

糖尿病におけるチーム医療の重要性は言わずもがなだが、肝心なのはチームがいかに有機的に活動できるかだろう。

「実現のためには、多職種の医療スタッフをコーディネートする存在が不可欠です。その役割は、しっかりと知識や技術を身につけ、新しい情報へのアクセスができる者が、務めなければなりません。しかし現状では、多くの現場でコーディネーターの機能を果たしている糖尿病看護認定看護師やCDEJの資格を持つ看護師が少なすぎる。

現場にいる医療スタッフ皆が正しい知識を学び、経験を重ね有能な実践者となるよう育成していく役割をともに担ってもらえる存在として、SCL-CDEにはたいへん期待しています」(柿宇土氏)

柿宇土氏の勤務する静岡赤十字病院にはSCL-CDE 1期生の看護師が4名在籍し、SCL-CDEの認定制度に対する声が聞こえてくるという。「受験資格がCDEJより緩和されていて受けやすい」、「充実した講習会のプログラムによって達成感が得られた」等々。

「『講習会で学んだ内容を、すぐ目の前の患者さんの指導に生かせ、し

かも患者さんに良い変化が表れた』と喜ぶ様子も目にします。講習会と資格取得を通じ、『自分はやれる』と自信を持てるのは、とても有意義なことでしょう」(柿宇土氏)

看護師のCDEの資格取得については、井村先生も期待を寄せる。

「一般の糖尿病外来や透析予防外来のような重症者向けの専門的な診療を行う医療機関はもちろん、非専門医が診ている診療所においても、医師を的確にサポートし、患者さんの生活を指導できるCDEが多数いてほしい。SCL-CDE認定制度を立ち上げた大きな理由は、そこにもあるのです」(井村先生)

各職種のCDEの交流が 多職種連携のきっかけに

SCL-CDE認定制度立ち上げから2年目を迎えた今、運営委員会メンバーたちに、今後の活動をどう見据えているのか尋ねた。

「CDEJの資格を持つ理学療法士は県内で15名、SCL-CDEは1名と、まだまだ少数です。SCL-CDE 2期目の2017年の講習会には4、5名が参加しているそうですが、今後さらに増えてほしいですね。

また、どのような疾患であっても多職種の連携は重要ですが、糖尿病の療養指導を通じて、いろいろな職種のSCL-CDEが増えれば、糖尿病以外の疾患の多職種連携のきっかけになりえると思います」(土谷氏)

「SCL-CDEが、自分の体験を語る場があるといいと思います。

さまざまな医療スタッフと、あるいはCDEJと、実践の場で感じたことなどをシェアすれば、皆でいっしょに糖尿病医療をレベルアップしていかうとの意識が高まるのではないのでしょうか」(柿宇土氏)

「これからは糖尿病医療のいろいろな場面で、あるいは介護関連施設においてもCDEの役割が大きくなり、活躍の場はさらに増えていくでしょう。SCL-CDEの講習は、受験のためだけでなく知識、技術のブラッシュアップのためにも使っていただきたいと思います。

そして、県の中部に続き東部でもLCDE認定制度を立ち上げるのが、当面の静岡県糖尿病協会の大きな課題です」(井上先生)

「SCL-CDEとCDEJの交流会は、ぜひ企画したいところ。そして各医師会への情報提供や働きかけも積極的に行い、SCL-CDEの認知度を高めたいと思います。

そのほかにも運営委員会メンバーの皆さんの意見をどんどん取り入れて、充実した活動を続けていく所存です」(井村先生)

医療法人社団正心会岡本内科医院 井村糖尿病・甲状腺疾患センター

〒425-0022
静岡県焼津市本町6-14-8
TEL : 054-628-2342

地方独立行政法人 静岡県立病院機構静岡県立総合病院

〒420-8527
静岡県静岡市葵区北安東4-27-1
TEL : 054-247-6111

社会福祉法人恩賜財団済生会支部 静岡県済生会小鹿なでしこ苑

〒422-8021
静岡県静岡市駿河区小鹿402-1
TEL : 054-260-4165

日本赤十字社静岡赤十字病院

〒420-0853
静岡県静岡市葵区追手町8-2
TEL : 054-254-4311



選択的DPP-4阻害剤 / SGLT2阻害剤 配合剤
—2型糖尿病治療剤—



カナリア[®] 配合錠

CANALIA[®] COMBINATION TABLETS
(テネリグリブチン臭化水素酸塩水和物 / カナグリフロジン水和物配合錠)

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること) 薬価基準収載



効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。



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



販売元(資料請求先)
第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2017年9月作成