



メディカルネットワーク

Medical Network

アップデート P2

—進化する医療制度—

『腎疾患対策検討会報告書』を公表
新規透析患者の大幅抑制をめざす

2018年度診療報酬改定などにも
腎疾患対策を盛り込む

Network

南加賀医療圏 P6

分担、連携、補完をし合う多職種チームが、
リウマチ医療の安全と質、患者のQOL向上に寄与。

さいたま医療圏 P10

0~100歳まで診る外来の延長としての在宅医療を
医師、看護師、薬剤師を要したチーム医療で支える。

村山医療圏 P14

地域の医師同士が意見交換をしながら
糖尿病を重症化させないための病診連携を。

栃木県西医療圏 P18

専門医と多職種による糖尿病支援チームが
一丸となり地域の糖尿病医療に貢献。

目標に年間新規透析導入患者 35,000人以下を掲げる

報告書によると、2016年末時点で新規透析導入患者数は39,344人と近年は横ばいで推移していますが、慢性透析患者の総数は329,609人で、減少には転じていません。また、新規透析導入患者の原疾患は1998年以降、糖尿病性腎症が第1位を占めています。最近では高齢化を背景に高血圧などによる腎硬化症が増加しています。そこで、今後ますます高齢化が進む我が国では、糖尿病性腎症や腎硬化症などの生活習慣病にかかわる腎疾患を抑制するための効果的かつ効率的な対策が求められています。

そうした背景から、報告書では、対策の全体目標を「自覚症状に乏しい慢性腎臓病（以下、CKD）を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、CKD重症化予防を徹底するとともに、CKD患者（透析患者及び腎移植患者を含む）のQOLの維持向上を図る」としています。

加えて達成すべきKPIとその評価指標を具体的に3つ挙げています。そのひとつが「2028年までに年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させる」ことです。この評価指標は、新規透析導入患者数が2016年比で、5年で5%以上減少、10年で10%以上減少を達成する都道府県数などとされています。また、地方公共団体は、行政機関や企業、学校などと協力し、腎疾患の原因となる生活習慣病対策、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用も含めて腎疾患対策に取り組むことや、かかりつけ医や医療スタッフ、腎臓専門医療機関などが連携して、CKD患者が早期に適切な診療を受けられるよう

『腎疾患対策検討会報告書』を公表 新規透析患者の大幅抑制をめざす

2018年度診療報酬改定などにも腎疾患対策を盛り込む

厚生労働省の腎疾患対策検討会は、2018年7月12日に『腎疾患対策検討会報告書（腎疾患対策の更なる推進を目指して）』を公表し、

腎疾患対策を約10年ぶりにあらためました。

2019年度予算概算要求では、同報告書を反映して新事業が計画されています。

また、報告書を先取りして2018年度診療報酬改定では、腹膜透析や腎移植による腎代替療法の推進を目的に、こうした取り組みの診療報酬上の評価がなされました。

慢性腎臓病患者の早期発見、診断、適切な治療によって透析患者を減らすことは、患者のQOL向上だけでなく医療費抑制の点でも重要な課題です。そして腎疾患対策の推進には、かかりつけ医や専門医だけでなく、多職種連携による診療体制の構築が不可欠です。今回は、腎疾患対策に関する厚生労働省の施策のポイントを中心に解説します。

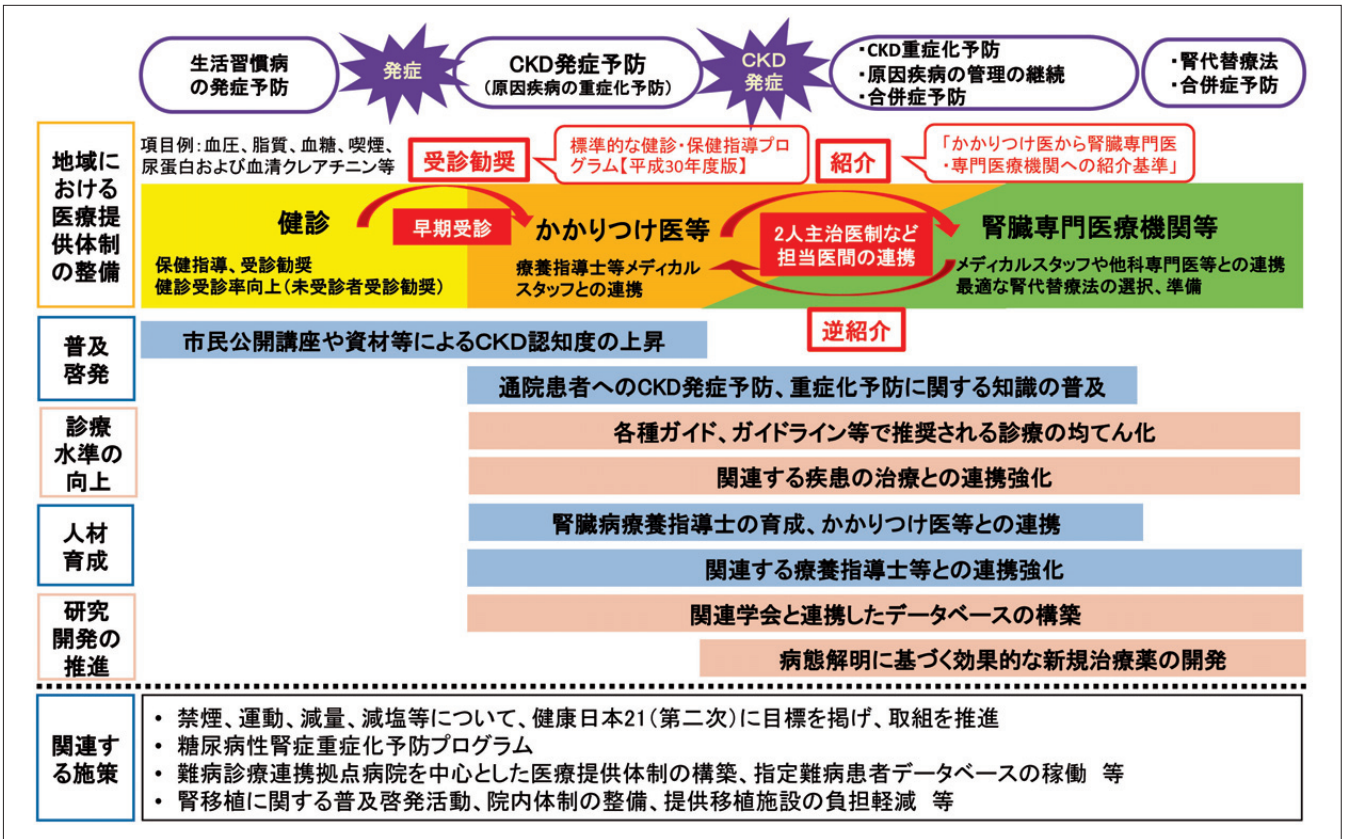
腎疾患対策のさらなる推進を めざして検討会を設置

これまで厚生労働省（以下、厚労省）では、2008年3月に取りまとめた『今後の腎疾患対策のあり方について』にもとづき腎疾患対策を推進してきました。この取りまとめから約10年が経過し、新規透析導入患者の増加が抑えられるなど一定の成果は出たものの、専門医への紹介基準の普及が不十分であるといった課題

も多く残されています。

こうした状況を踏まえ、厚労省は2017年12月14日に腎疾患対策検討会を設置。2018年5月31日までに4回の会合を開き、同年7月12日には、今後約10年を視野に入れた腎疾患対策の報告書を公表しました。同報告書では、対策の全体目標を掲げるとともに、3項目の成果目標（以下、KPI）と評価指標を設けたほか、目標達成に向けた5つの個別対策が明示されています。

【資料1】病期に応じた腎疾患対策の全体像



出典：厚生労働省「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」(2018年7月12日) (https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000332759.pdf)

に地域の診療体制を充実させることが明記されています。

KPI達成に向けた5本の柱対策モデルの構築をめざす

報告書では、KPIを達成するための個別対策として、①普及啓発、②地域における医療提供体制の整備、③診療水準の向上、④人材育成、⑤研究開発の推進による5本の柱が示されています。これらを達成するには、国民全体に対するCKDの正しい知識の普及啓発が欠かせず、特定健診などの健診や保健指導による受診勧奨が重要な鍵になるとされています。また、生活習慣病の予防からCKDの発症予防、重症化予防／合併症予防、腎代替療法と腎疾患の病期別に、これらの5つの個別対策の

あり方がまとめられています(【資料1】)。

病期に応じた腎疾患対策を進めるにあたり、個別対策の中でも重要なものが「地域における医療提供体制の整備」です。かかりつけ医と腎臓及び糖尿病の専門医や専門医療機関の連携を推進し、専門医への紹介基準を広く普及させることが課題になるとしています。

まず、かかりつけ医から腎臓専門医や専門医療機関へ紹介する際の基準は【資料2】のとおりです。横軸の蛋白尿区分と縦軸の腎機能を示すeGFR(推算糸球体濾過量)区分を組み合わせて専門医への紹介の必要性を判定します。腎機能が急速に悪化した場合には、専門医への速やかな紹介が必要です。なお、この紹介基準は、糖尿病や高血圧、難病など

原疾患を問わずに活用できます。

次に、かかりつけ医から糖尿病専門医や専門医療機関への紹介基準は【資料3】のとおりです。この紹介基準の普及により、糖尿病を原疾患としたCKDの発症予防効果が得られると期待されています。紹介基準では、腎機能の低下や蛋白尿(アルブミン尿)などがあってCKDが疑われる場合には腎臓専門医に紹介することとされており、これら2つの紹介基準は連動して活用できます。

さらに病期に応じた腎疾患対策として、特定健診などの健診もCKDリスクの早期発見に有用とされており、健診後の受診勧奨も医療関係者の大切な役割です。加えて、健診機関や健診関係者においては、CKDの判定と医療機関への紹介も適切に行う必要があり、報告書では、その

【資料2】かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

(作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会)平成30年2月27日に日本腎臓学会および日本糖尿病学会HPに公開

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			30未満	30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常 (-)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
			0.15未満	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介	
	G2	正常または軽度低下	60～89	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介	
	G3a	軽度～中等度低下	45～59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介	
	G3b	中等度～高度低下	30～44	紹介	紹介	
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介	
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介	

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

出典：厚生労働省「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」(2018年7月12日) (<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000332759.pdf>)

対応にも触れています。たとえば、eGFR値が $45\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2$ 未満の場合であれば蛋白尿の有無にかかわらず、eGFR値が $45\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2$ 以上 $60\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2$ 未満であっても蛋白尿(±)以上であれば、ただちに医療機関に紹介することとしています。

報告書の最後では、腎疾患対策をさらに推進する方策として、対策の進み具合や得られた成果の「見える化」を通じて、関係各所が好事例を共有し、改善を重ねて実効性を高めるべきと言及しています。また、全体目標のひとつである新規透析導入患者数の抑制を達成するために、地域の腎疾患対策モデルを構築し、そのモデルを国が中心となって全国に均てん化する取り組みの推進が望まれています。

2019年度予算概算要求に腎疾患対策を盛り込む

報告書の内容は、早速、2019年度

からの厚労省の施策に反映される模様です。

厚労省は2018年8月末、2019年度予算概算要求の概要を公表しました。その中では腎疾患対策として、新たに「慢性腎臓病(CKD)診療提供体制構築モデル事業」(要求額7,000万円)が計画されています(【資料4】)。これはCKDを早期に発見・診断し、かかりつけ医と専門医療機関などが連携して良質で適切な治療を実施、継続できる診療体制を構築するために都道府県に対して補助をするものです。

また、政府は2019年度予算において、予算の重点化を進めるため、「新しい日本のための優先課題推進枠」(以下、推進枠)を設けています。推進枠での要求として「糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援(要求額6,300万円)」があります。これは糖尿病性腎症があるものの、生活習慣の改善で重症化予防が期待される患者に対し、医療機関と連携して医療保険者が保健指導を実施し

ている好事例を横展開して、対策を推進するものです。これらはまさに報告書の内容を反映した予算概算要求となっています。

2018年度診療報酬改定で適切な腎代替療法を推進

2017年12月8日、中央社会保険医療協議会(以下、中医協)は2018年度診療報酬改定に向けて、個別事項のひとつとして腎代替療法をとり上げ、議論しました。

当時、腎疾患対策検討会はまだ発足していませんでしたが、中医協の問題意識には、報告書と多くの共通点が見られます。結果、2018年度診療報酬改定では、我が国では諸外国とくらべて腹膜透析や腎移植が普及していない点を踏まえ、これらを推進する取り組みに対し診療報酬上の評価がなされました。

今回の改定で、人工腎臓(慢性維持透析)における従前の導入期加算(300点)が、導入期加算1(300点)

【資料3】かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準

～主に糖尿病治療ガイドより～(作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)平成30年2月27日に日本糖尿病学会および日本腎臓学会HPに公開

1. 血糖コントロール改善・治療調整 ○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合 (血糖コントロール目標※1)が達成できない状態が3か月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの 検索を含めて、紹介が望ましい。 ※1. 血糖コントロール目標 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th>目標</th> <th>血糖正常化を 目指す際の目標</th> <th>合併症予防 のための目標</th> <th>治療強化が 困難な際の目標</th> </tr> <tr> <td>HbA1c(%)</td> <td>6.0未満</td> <td>7.0未満</td> <td>8.0未満</td> </tr> </table> ○新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。 ○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病等)。 ○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。 ○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。 ○感染症が合併している場合。 高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照	目標	血糖正常化を 目指す際の目標	合併症予防 のための目標	治療強化が 困難な際の目標	HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満
目標	血糖正常化を 目指す際の目標	合併症予防 のための目標	治療強化が 困難な際の目標					
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満					
2. 教育入院 ○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合(特に診断直後の患者や、教育入院 経験のない患者ではその可能性を考慮する)。								
3. 慢性合併症 ○慢性合併症(網膜症、腎症※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・ 体重等の難治例)である場合。 ○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。 ※2. 腎機能低下やタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は“かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準”を参照のこと。								
4. 急性合併症 ○糖尿病ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。 ○ケトン陰性でも高血糖(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合 (高血糖高浸透圧症候群の可能性があるので速やかに紹介することが望ましい)。								
5. 手術 ○待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。 ○緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。								

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

出典：厚生労働省「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」(2018年7月12日)(<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000332759.pdf>)

と導入期加算2(400点)に分けられました。導入期加算1では、関連学会が作成した資料などにもとづき「患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること」という施設基

準が設けられました。また、導入期加算2では、導入期加算1の基準に加えて、「在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること」、「腎移植について患者の希望に応じて適切

【資料4】腎疾患対策の予算の内容

9 腎疾患対策【一部推進枠】	2.9億円(0.9億円)
慢性腎臓病(CKD)に関する診断・治療法の研究開発を推進する。また、都道府県において、CKDに関する連絡協議会の設置、研修の実施、正しい知識の普及啓発等を行う。	
(主な事業)	
・慢性腎臓病(CKD)特別対策事業	35百万円
CKD対策を推進するため、都道府県において連絡協議会の設置、研修の実施、正しい知識の普及啓発等を実施する。(補助先) 都道府県、政令指定都市、中核市(補助率) 1/2	
⑨慢性腎臓病(CKD)診療提供体制構築モデル事業	70百万円
CKDを早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続できる診療体制を構築するため、都道府県に対し、市町村、かかりつけ医、専門医等との切れ目のない連携を行うために必要な支援を実施する。(補助先) 都道府県(補助率) 定額	
・腎疾患実用化研究事業等(※厚生科学課計上)	1.9億円
腎機能異常の早期発見・早期治療により重症化を予防し、新規透析導入患者数を減少させるため、エビデンスに基づくガイドラインの作成・更新、病態の解明及び治療法開発等に係る研究を行う。	

出典：厚生労働省健康局「平成31年度予算概算要求の概要」(2018年8月)(<https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/19yokan/dl/gaiyo-03.pdf>)

に相談に応じ、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること」という施設基準が設けられました。さらに、慢性維持透析患者外来医学管理料では、腎代替療法実績加算(1ヵ月につき100点)が新設されました。この施設基準は、前述の導入期加算2と同じです。

糖尿病透析予防指導管理料では、従前の腎不全期患者指導加算(100点)を「高度腎機能障害患者指導加算」(100点)へと名称を変更しました。また、算定対象については従前のeGFR値30mL/分/1.73m²未満から45mL/分/1.73m²未満としました。腎不全期にはいたっていない高度腎機能障害の患者にまで対象を拡大し、透析導入をより早い段階で予防することが目的とされています。

腎疾患対策検討会による報告書がCKDの発症や重症化の予防を中心に据えているのに対し、2018年度診療報酬改定では腹膜透析や腎移植を推進するためにインセンティブを設けました。

すなわち医療関係者においては、一連のCKD対策と腎代替療法の両方を視野に入れ、CKD患者やリスクの高い予備群に適切に対応することが期待されています。

取材日：2018年7月12日



リウマチ



南加賀医療圏

分担、連携、補完をし合う多職種チームが、 リウマチ医療の安全と質、患者のQOL向上に寄与。

Point of View

- ① 医療の質、患者のQOL向上、医療安全、業務の効率化をかなえる多職種のリウマチ専門チーム
- ② 生物学的製剤導入の際には、医師→医療ソーシャルワーカー→薬剤師→看護師の順に説明を行い、患者の理解と納得を得る
- ③ 医師と薬剤師のダブルチェックが容易なレジメンや情報共有のためのチャットなど、オリジナルの機能を組み込んだ電子カルテ

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター
理事長/CEO

勝木 保夫先生

専門医が少なく、基幹病院に リウマチ患者が集中する地域

石川県小松市は、県を4分した2次医療圏のうちの南加賀医療圏に属する。人口約230,000人の当地域に3次救急医療機関はなく、救急医療を担うのは公立や私立の救急告示病



勝木先生

院で、2次救急指定病院のやわたメディカルセンターはそのひとつだ。同院を運営する特定医療法人社団勝木会の理事長を務め、整形外科医でリウマチ専門医の勝木先生が語る。「救急や急性期医療に限らず、県内の医療機関や医師は金沢市などの都市部に集中し、人口約230,000人の南加賀医療圏にリウマチ専門医はわずかしかいません。必然的に、その数少ない専門医が籍を置く当院には大勢の患者さんが集まります。

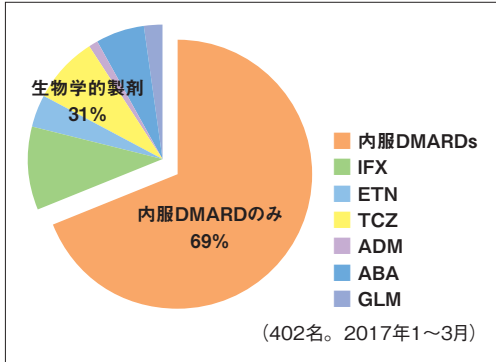
けれども、たとえば生物学的製剤を導入した場合、都市部であれば導入後の維持コントロールを地域の診療所のリウマチ専門医等の先生にお願いできるのですが、ここでは

そうした地域連携を成立させられないので、来院する関節リウマチ（以下、リウマチ）の患者さんのすべてを診断、適切に治療し、症状が安定した以降もずっと当院で診続けていく必要があるのです」（勝木先生）

現在、同院の整形外科・リウマチ科の1日の外来患者数120~130名のうち約半数をリウマチ患者が占め、通院患者数は3ヵ月で約400名（【資料1】）、生物学的製剤の使用例は年間で延べ1,000例にも上る。地域のリウマチ医療の最後の砦とも言える同院の診療を支えるため、院内になんとかしようとの機運が自然と生まれて、多職種のリウマチ専門チーム（以下、チーム）ができたという。

【資料1】

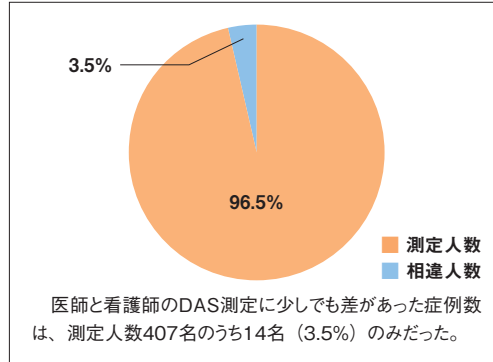
関節リウマチ通院患者の治療薬



出典：勝木先生提供資料

【資料2】

医師と看護師のDAS測定の差



出典：勝木先生提供資料

「リウマチ診療には時間も手間もかかりますが、患者さんが多いからといって一人ひとりの対応を中途半端にはできません。そうした中で、自然と多職種のスタッフからチームをつくれれば、患者さんに満足いく診療が可能ではないかとの意見が出たのです」（勝木先生）

メトトレキサート（MTX）がリウマチの治療薬として承認されたのは、1999年以降。その後、2003年には生物学的製剤が登場し、2010年にはTreat to Target（以下、T2T：目標達成に向けた治療）が提唱されるなど、ここ約20年でリウマチ医療は大きく進展した。それと歩を同じくするようにして同院のリウマチ患者は増え続け、チームの結成は待たなしの状況だったのである。

効率や質、安全の追求のため
チームで問題点を徹底議論

現在のチームは、リウマチ専門医2名、日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師3名、同登録薬剤師2名、日本リウマチ学会登録ソノグラファー1名に加え、理学療法士（以下、PT）、作業療法士、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）、医師

事務作業補助者などのメンバーで構成されている。

「チームの初めての活動は2007年ごろ、看護師たちにDAS28（Disease Activity Score：全身の28関節の炎症の評価をベースとする疾患活動性指標）の評価を手伝ってもらうことでした。

医師と看護師との合同勉強会でトレーニングを繰り返し、医師と看護師、看護師同士の評価の誤差がほとんどないレベルまでになり、継続通院する患者さんの問診と採血計画、DAS28評価を看護師が主体となって担ってもらえるようになりました（【資料2】）。

続いてチームで取り組んだのは、初診や確定診断が出たあとの患者さんへの説明です。最初に医師が治療方針全体について説明し、次いで薬剤師が薬物治療に関してさらに詳しく解説、医師が生物学的製剤を使えるか否かのスクリーニング（以下、「スクリーニング」は生物学的製剤の導入が可能かの検査をさす）などを指示する場合は、看護師が主体となって患者さんからの質問や不安に対応し、検査目標を立案するといった手順を試みました」（勝木先生）

成果は上々で、医師の説明時間だ

けでも約1時間を要していたのが、なんと半分ほどに短縮したという。「しかし、そもそもチーム医療のいちばんの目的は効率化ではありません。効率化によって無駄をなくして得られた時間を、医療の質、あるいは、患者さんの生活の質の向上に振り

り向けるのが本来のチーム医療の姿です。

また、T2Tが普及してからは、以前にも増して早期治療の意識が高まっており、その点においても、チーム医療の充実が喫緊の課題となりました。

そこで、効率や質と安全を追求するチーム医療を実現するには何が必要か、どうしたらより良いチームができるかをチームのメンバーに問いかけ、問題点を挙げてもらいました（【資料3】）」（勝木先生）

医療スタッフたちからは、医師の説明時間が長い、患者の都合に合わせてスクリーニングを実施するスケジュール管理が煩雑、治療費が高額なため説明の場で即時の意思決定ができない患者が多い、などの意見が出た。

「中でも問題視されたのが、生物学的製剤の費用面で難色を示される患者さんが少なくない点です。医療者と患者さんが一緒に治療の目標を定め、目標達成に向けた治療の道筋を共有し、お互いに納得のうえで治療を進めるのがT2Tの考え方。それにとるには、生物学的製剤の費用が高いハードルになっていました」（勝木先生）

スクリーニングすべき項目の多さや治療のリスクを説明し、それでも良くなるのなら、と生物学的製剤の治療に前向きになったあとに費用でつまづくのは、医療者、患者ともに辛い。ならば、費用の説明はあとまわしにしないほうがいい。

「費用の件も含めて、問題点の多かった説明の手順や分担について、改善に向け皆で話し合いました」（勝木先生）

説明の手順と分担を見直し 生物学的製剤の導入が迅速に

そして現在、行われているかたちの説明の手順と分担ができあがった（【資料4】）。

「リウマチの確定診断後、すぐに医師が、治療の流れの全体を説明します。MTXを早期に使い始め、その後どれだけの期間を経て検査し、その結果次第で次の段階に進むこと、さらに生物学的製剤に関しても、必要な検査や治療内容、効果などを簡単にお話しします。今すぐ開始する治療でなくても、先々までのプランをあらかじめ治療開始時に知らせておけば、患者さんに心の準備をしていただけるからです」（勝木先生）

生物学的製剤導入が望ましい時期になったら『次の診察で、以前お話しした生物学的製剤についてご紹介しますから、大事な治療なのでご家族も一緒に話を聞いていただけるといいですね』と前振りをします」（勝木先生）

そして説明の当

日、まず医師が生物学的製剤の紹介をし、次にMSWがかかる費用とともに高額療養費制度など、医療費負担の相談に対するサポート体制を伝える。その後、薬剤師が具体的な投与方法や間隔、期間はもちろん、リスクや期待される効果について話をします。結果、患者が導入を受け入れたなら、投与前のスクリーニングに関しては看護師が解説する。

「生物学的製剤の説明は、こうしたフルコースでも1時間～1時間半ほどで収まっています。診療記録やスクリーニングのオーダーは、電子カルテに看護師や医師事務作業補助者が代行入力し、医師本人がその場で入力するのは薬剤師の処方だけ。レジメン（投与する薬剤の種類、量、期間、手順などを時系列で示した投与計画書）の管理は、薬剤師が担います。説明の手順と分担の整備により生物学的製剤の導入は非常にスムーズに進むようになりました」（勝木先生）

生物学的製剤による治療を始めた2007年ごろには、適応と判断して治療をすすめた患者のうち、すんなりと受け入れてくれるのは4人にひとりか2人だったが、現在では、8割か9割が導入を決めるといいます。早期

に診断を確定して治療を開始、患者の納得のうえで治療を継続していけば、良好な経過をたどって目標に達する確率も高くなる。

「MTXや生物学的製剤の導入以前には年間50～60例はあった滑膜切除術が、現在は5例ほどにまで減少しています。確かな疾患コントロールができています」（勝木先生）

チームでの取り組みが、医療の質の向上や、治療に対する患者の理解や納得につながっているのは間違いないようだ。そして、医療安全の面でも、チーム医療の貢献がある様子である。

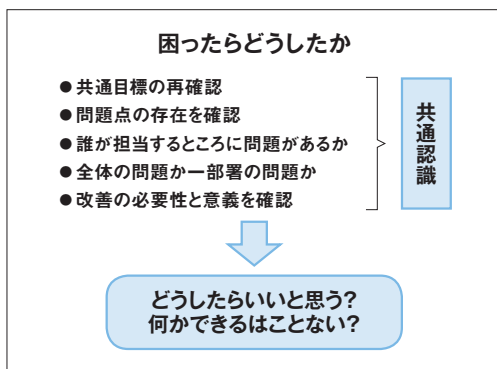
「DAS28の評価は医師と看護師、過不足のないスクリーニング実施に関しては医師、医師事務作業補助者と看護師、レジメンについては医師と薬剤師といった具合に、ダブルチェック、あるいはそれ以上の複数の目で確認を行っています」（勝木先生）

オリジナルの電子カルテで 情報のみならず達成感も共有

チームがフル活用しているツールが2008年に導入した電子カルテだ。「前述したレジメンなどのダブルル

【資料3】

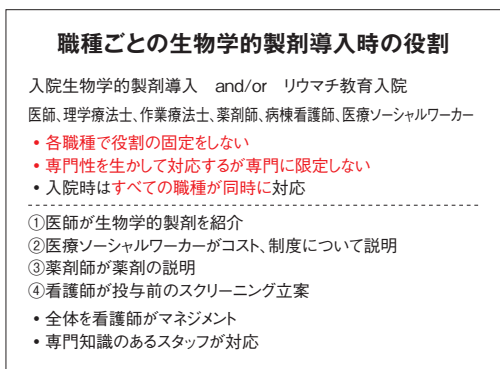
問題点を探し出す作業



出典：勝木先生提供資料

【資料4】

リウマチチームの役割分担



出典：勝木先生提供資料

【資料5】

やわたメディカルセンターと
スポーツコミュニティダイナミック
(左側)の施設全景



出典：勝木先生提供資料

エックやスクリーニングのスケジュールの管理、スタッフ間のチャットなど、チームのメンバーが必要な機能を使いやすく組み込んだ電子カルテを、ベンダーと共同で構築しました」(勝木先生)

薬剤は、医師の処方オーダー時に薬剤師の承認が必要、投与の際にも医師が薬剤師の承認を求め、薬剤師が承認しない限り投与ができない。こうした手続きが、すべて電子カルテ上で行える。

「特に生物学的製剤については、点滴も皮下注射も、抗がん剤と同等レベルの管理体制を電子カルテで実現し、安全を確保しています」(勝木先生)

さらに電子カルテは、チームのメンバー同士の円滑なコミュニケーションにとって不可欠な存在になっている。

「チームの活動で難しいのは、曜日や時間を合わせての合同カンファレンスです。実は、メンバー全員が集まるのは簡単ではないので、定例の合同カンファレンスは行っていません」(勝木先生)

チームの誰かが、何か気づいたときにその都度、周辺にいる数人だけでも集めて話し合う。あるいは個別

の症例について、かかわっているメンバーを集めてディスカッションをする。もちろん、そうしたことはしているが、全員に伝わるには十分ではない。

「そこで活躍してくれているのが電子カルテ。メンバー同士が電子カルテのチャット機能を活用し、何か問題に気づけば即座に情報共有しています。

患者さんごとに担当するメンバーをグループ化して一斉送信ができるので、病状や気になる変化、注意すべき点だけでなく、『生物学的製剤を使ってこんなに良くなったと喜んでいた』といった患者さんのうれしい声も送られてきます。それに対して続々と『やったね!』のリプライがつき、情報だけでなく達成感も共有できます」(勝木先生)

一気通貫の医療サービスの提供をリウマチ医療でも実現

同院のコンセプトは、急性期医療から回復期のケアとリハビリテーション、在宅での生活期のサポートまで、「一気通貫の医療サービスの提供」(勝木先生)だ。リウマチでは、急性増悪や呼吸器系の感染症、循環器や脳神経系の血管障害、糖尿病や骨粗鬆症などの慢性疾患の合併などが想定されるが、それらにも院内他科と関連グループ施設によって対応できる体制が整っている。

「院内の他の診療科との連携はスムーズで、合併症の発症にも滞りなく対応できるよう、日ごろから努めています。

また、当院の全227床のうち54床が地域包括ケア病床で、リウマチの患者さんが急性増悪した際には同病床にすぐに入院していただけるので助かっています」(勝木先生)

ところで、同院で特徴的なのが、隣接して立地している健康増進施設・指定運動療法施設『スポーツコミュニティダイナミック』(【資料5】)である。

「当院の患者さんに限らず、広く一般の市民の方々にも開放しており、利用者数は1日約1,500人にもなります。PTや健康運動指導士などの専門職が多数常駐し、マシンだけに頼らない運動療法やリハビリテーションがすぐ隣でできる点は当院の強みでしょう。

当院は、もともとリハビリテーション専門病院でした。ですからリウマチを含めた運動器疾患におけるリハビリテーションや、循環器疾患、糖尿病などの慢性疾患に対する運動療法の重要性を熟知していますのでそれらのサポートは最大限に行いたいと考えています。

当院のスローガンは『病気になるための病院』です。その実現に必要な予防医療の実践の一環としても、今後さらに病院と健康増進施設の連携を始めて有効利用していく予定です」(勝木先生)

早期診断と早期治療によって、リウマチが寛解をめざせる疾患となった今、チームのメンバーたちは、より高いレベルの患者QOLと患者満足度を追求している。おそらく次なるこの課題のクリアも、きっとかなうだろう。病院のトップ、そしてリウマチ専門医としてチームをつくり率いてきた勝木先生は、チームの力を信じている。

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター

〒923-8551
石川県小松市八幡イ12-7
TEL：0761-47-1212

取材日：2018年7月25日



地域医療



さいたま医療圏

0～100歳まで診る外来の延長としての在宅医療を 医師、看護師、薬剤師を要としたチーム医療で支える。

Point of View

- ① 小児から高齢者まで診る総合診療外来をベースに、医療依存度の高い患者を受け入れて訪問診療を行い、緩和医療や看取りも担う
- ② 在宅医療のチームは、医師や訪問看護師、薬局薬剤師を中心に外来看護師や介護スタッフ、事務スタッフらで構成
- ③ 病院退院後の拠点として回復期、療養期、終末期の医療を在宅で提供

医療法人明医研
ハーモニッククリニック
理事長／院長

中根 晴幸先生

医療法人明医研
ハーモニッククリニック
副院長

中井 秀一先生

医療法人明医研
デュエット内科クリニック
院長

大和 康彦先生

株式会社輔仁
サン&グリーン薬局
管理薬剤師

佐藤 彰浩先生

医療法人明医研
れんけい訪問看護ステーション
管理者

金久保 麻紀子氏

地域医療で重要な柱である 在宅医療にいち早く取り組む

埼玉県さいたま市で地域に根ざしたチーム医療を展開する医療グループがある。2つのクリニックと3つの訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を運営する医療法人明医研だ。1995年にハーモニッククリニック（以下、ハーモニー）と、れんけい訪問看護ステーションを開設してから20年余りをかけ、地道に地域のニーズに応えながら発展してきたのである。理事長の中根先生が地域医療について考え始めたのは、30年以上も前だった。

「当時、私は、浦和市立病院（現・

さいたま市立病院）の勤務医でしたが、患者さんにとってベストな治療の場合は、必ずしも病院だけではないと感じていました」（中根先生）

たとえば、高齢者や慢性期疾患の患者、がんのターミナルケアを要する患者は、呼吸器管理や栄養管理、疼痛管理ができれば、在宅療養が可能である。ならば、長期にわたる入

院よりも、住み慣れた自宅でかかりつけ医が関与することで自分らしくすごせるのではないだろうか。

「そうした患者さんを早く家にお帰ししたいと思いましたが、当時は在宅医療の受け皿になる施設が十分にはありませんでした」（中根先生）

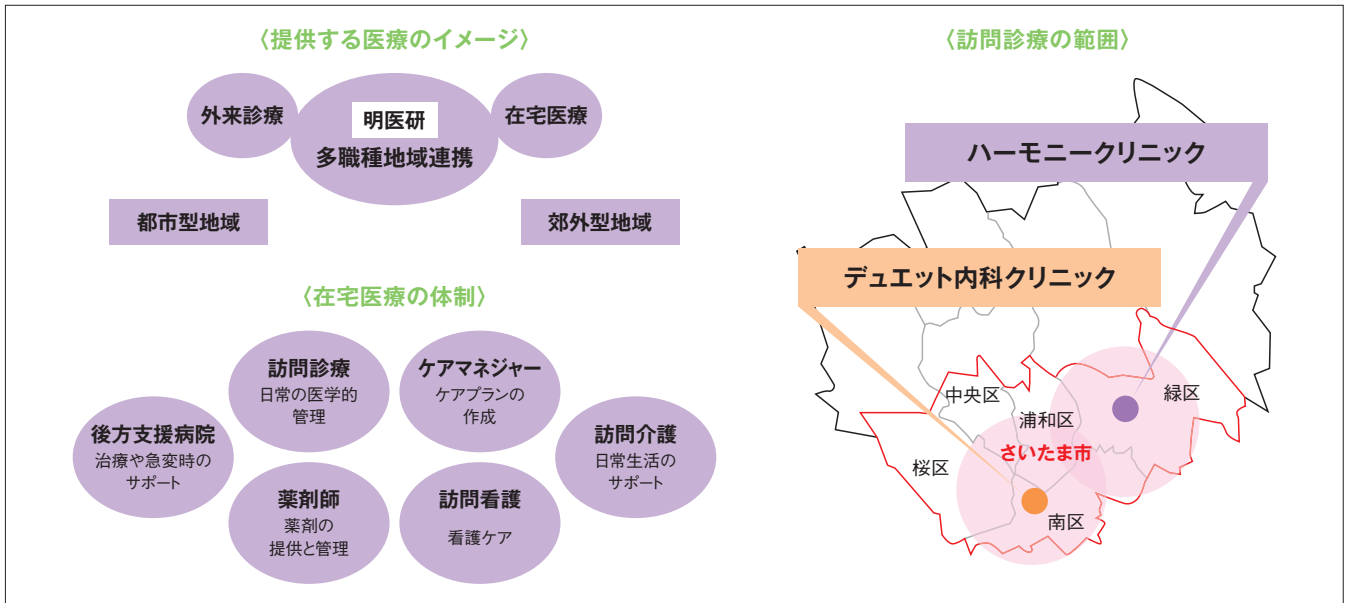
一般の診療所では24時間の対応が困難で、訪問看護は、往診処置の一



左から中根先生、中井先生、大和先生、佐藤先生、金久保氏

【資料1】

明医研の概要



出典：明医研ハーモニークリニックウェブサイト

部として行われる程度だった。「そこで市立病院から地域の医師会や行政に対し、地域連携の考え方を発信し始めたのです」(中根先生)

理解を得るまでに時間はかかったが、1992年には浦和市立病院に20床(現在は47床)の地域医療支援病棟『さくらそう病棟』が開設された。公立の基幹病院の中にありながら開放型病床で在宅を担当するかかりつけ医が病院の主治医と協働して治療が行え、患者家族は病院の看護師から自宅での医療的処置の指導を受けられる病棟だ。

「ただ、確かに地域で患者さんを診

ていく足がかりはできましたが、在宅療養を支える診療所の先生方はまだまだ少なく、地域で在宅医療を診るための資源に課題が残っていました」(中根先生)

中根先生は、病院に勤務しながら在宅医療の発展を待つのではなく、「自分がその任にあたるのが、いちばん早くて確実だ」との思いにいたり1995年、ハーモニーを開設した。

医師、看護師、薬剤師を
要とした強力なチーム医療

ハーモニーは単体でスタートしたわけではない。最初から院内に24時間対応の訪問看護ステーションを併設し、隣接地に協力保険薬局を得て、地域でのチーム医療をめざした。

「医師、看護師と薬剤師、これがチーム医療

の要です。

この三者がそろえば、回復期や療養期、終末期の在宅の患者さんの日常の診療を行えるだけでなく、急変時もカバーできます。クリニックの医師と外来看護師が訪問診療、別日の処置は訪問看護ステーションが担い、薬剤や医療資材のサプライは薬局薬剤師に一任する。介護保険制度が始まった2000年からは、介護スタッフが加わってチームはさらに力をつけました」(中根先生)

患者が右肩上がりに増え、より広範囲のエリアをカバーするようになってからは、2つ目の訪問看護ステーション、2つ目のクリニック、3つ目の訪問看護ステーションと施設を増やしていった(【資料1】)。

ハーモニーの副院長を務める中井先生が、現在の診療体制を紹介してくれる。

「ハーモニーとデュエット内科クリニック(以下、デュエット内科)の2つのクリニックをあわせて常勤医



が6名、非常勤医が多数在籍する総合診療科のクリニックで、0歳から100歳までの患者さんを幅広く診ています。神経内科、リウマチ科、血液内科、整形外科などの専門医の先生とも協力しています。

在宅医療では、軽症から重症までさまざまな患者さんがいます。医師の数が充実しているのも、お互いにコンサルトをし合えますし、交代制で夜間休日や緊急時にも速やかに対応できます」(中井先生)

中心静脈栄養、胃ろう管理、経鼻経管栄養、在宅酸素、気管カニューレ、人工呼吸器、尿カテーテル、人工肛門管理などから、緩和ケアやリハビリテーションまで。病院の回復期病棟、療養病棟で行われる医療レベルを維持した在宅医療・ケアを提供し、当然ながら看取りも行う。

「私たちの在宅医療の特徴は、医療依存度の高い患者さんの割合が多い点でしょう」(大和先生)

デュエット内科の院長の大和先生が話す。

「治療が複雑で、多くの処置や急変時の対応が必要な疾患、主にかんや重症小児ですが、そのような患者さんの在宅医療を引き受けられる医療機関は少なく、だからこそハーモニーとデュエット内科では積極的に診ていく姿勢を示しています」(大和先生)

サプライを担う薬局薬剤師 橋渡しを務める訪問看護師

チームの一翼を担っている薬剤師の立場から話してくれるのは、サン&グリーン薬局の管理薬剤師、佐藤先生である。

「薬剤師が患者宅へ出向くということの意義が理解されていないときから、私たちは在宅訪問をし、患者さ

んのお家で薬剤の管理や服薬指導を行い、医師や看護師とは異なる薬学的な気づきや、本人・家族の思いをくみ上げ、チームで共有するとともに、薬物治療の提案をすることで患者さんをサポートしてきました。

また、在宅医療において物品のサプライも薬局薬剤師の大事な役割のひとつと考えてい

ます。必要なとき、必要な場所に、必要な薬剤や器具を供給する。街の保険薬局ですからそろえられる品目には限りがあります。ただ、基幹病院と同じ物品(商品)でなくても、薬局で備蓄している物品を代替提案することで対応できるケースがほとんどです」(佐藤先生)

れんけい訪問看護ステーションの管理者の金久保氏も、20年来のチームの一員だ。

「ハーモニーのチームに加わってからは、訪問看護一筋できました。医師と外来看護師の訪問診療は、週に1、2回〜月に2回くらい。訪問看護は、その間を埋めるように行います。つまり、患者さんのお宅を訪れる回数も、処置をしながら会話をする時間も、私たちがいちばん多いのです。

したがって、患者さんからの情報をもっとも得やすいのは私たち訪問看護師なので、それを治療やケアに有効に生かせるよう、医師の訪問診療の質に寄与できるよう、橋渡し役を務めています」(金久保氏)

「我々の2つのクリニックの理念は

【資料2】

毎日実施される 多職種インターネットカンファレンスの様子



出典：中根先生提供資料

『WARM(温かく)&RELIABLE(信頼に足る)』。特に、『温かく』については、看護師たちに負うところが大きいですね」(中根先生)

多職種のカンファレンスを 支える事務スタッフの力

チーム医療においては、情報共有と円滑なコミュニケーションが不可欠だが、その点にもハーモニーとデュエット内科の2つのクリニックのチームならではの工夫がある。

「両クリニックでは、インターネット回線を利用したカンファレンスを毎日夕方に20分程度、医師と訪問看護師、外来看護師、医療秘書科や医事科などの事務スタッフ、そしてサン&グリーン薬局の薬剤師が集まって行います(【資料2】)。ほかに最低週に1回、金曜日の昼などに情報共有のためのミーティングも」(中井先生)

「デュエット内科でもハーモニーと毎日のインターネットカンファレンスと、昼休みの時間を利用し、各職種最低1名が参加したカンファレン

スを行っています。

金曜のハーモニーとの合同カンファレンスは、主に土日に備えてのもので。重症の患者さんや経過が気になる患者さんについて、迅速にサポートを行えるようディスカッションをします」(大和先生)

それぞれに職種や勤務時間帯が異なる多数のスタッフが集まる貴重な場ゆえに、カンファレンスは過不足なく効率的に進める必要があるが、それにしてもハーモニーの20分というのは短い。

「普通に考えると20分では無理でしょう。しかし在宅医療にかかわる事務スタッフが、きちんと情報を管理してくれているので可能なのです」(中根先生)

外来診療の延長線上にある在宅医療のいっそうの充実を

2つのクリニックにとって在宅医療は、あくまで外来診療の延長線上に位置する。

「外来診療こそが、地域との結びつきをつくってくれるきっかけ。かかりつけ医として日常的に診てきた患者さんが通院できなくなったときには、訪問診療をしましょうというスタンスです」(中根先生)

「近年は、在宅専門診療所も増えてきていますが、私も総合診療外来が主で、在宅はその一部という体制が望ましいと考えています。外来で時間をかけて患者さんやご家族と信頼関係を築き、その信頼にもとづいて在宅診療を行うからこそ、真に患者さんを支援できるのではないのでしょうか」(大和先生)

「親子孫と3世代、4世代にもわたるご家族を継続して診られるのは、プライマリ・ケア医にとって、たいへんやり甲斐のある仕事です」(中

井先生)

中根先生は、クリニックの外来診療のレベルアップを常に図りつつ、外来と同等の医療を在宅でも提供できるチームをつくってきた。今後も方向性は変わらないのだろう。そのうえで、将来に向けて考えていることを聞いた。

「在宅の分野で、我々のクリニックがグループ外の訪問看護ステーションやヘルパーステーション、保険薬局と連携したり、当グループの訪問看護ステーションが他の診療所と連携したりするケースも増えてきています。そうした連携は、積極的に進めていきたいと思っています。

また、地域の病院からの紹介は以前から多かったのですが、地域の診療所からの紹介にも『いつでもお役に立ちます』とのスタンスで、連携関係を深めていくつもりです」(中根先生)

つづけて各先生方からも、今後の希望やビジョンが語られる。

「日本在宅医学会認定専門医や総合診療専門医の研修施設として、あるいは医師だけでなく多職種の医療スタッフの見学先としても、ぜひ当院を活用していただきたい。教育や人材育成の面で、今まで以上に貢献していきたいと願っています」(中井先生)

「最近、看護学生時代に当院で実習した看護師がデュエット内科に併設する訪問看護ステーションに入職してくれました。まいてきた種が今、芽吹き始めているのです。これからも若い人を育て、地域の中でのチームづくりを活性化させていきます」(大和先生)

薬剤師の佐藤先生は、「調剤に特化でも訪問に特化でもなく、幅広く地域に向けて開いた『健康サポート薬局』として、市民を医療につなぐ

最初の窓口をめざしたい」と言う。訪問看護師の金久保氏は、「看護のレベルを上げるよう研鑽しつつ、他院の医師の方々からもさらに信頼していただけるよう、訪問看護の技術力や知識、情報量をアピールしていきたい」と語る。チームのメンバーの声を受けて、最後に中根先生がまとめてくれた。

「地域医療、在宅医療、チーム医療をめざして、23年前に実践の場に踏み出し、今があります。頼もしい医師やスタッフたちがそろってくれ、思い描いた医療の多くを実現できました。

ですが、地域で求められる医療はますます質、量ともにレベルが高まっていくでしょう。それらに応えられる医療グループであるために力を惜しまず突き進んでいきます」(中根先生)

医療法人明医研 ハーモニークリニック

〒336-0918
埼玉県さいたま市緑区松木3-16-6
TEL: 048-875-7888

医療法人明医研 デュエット内科クリニック

〒336-0021
埼玉県さいたま市南区別所6-18-8
TEL: 048-866-7350

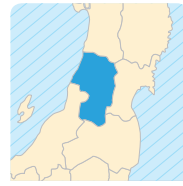
株式会社輔仁 サン&グリーン薬局

〒336-0918
埼玉県さいたま市緑区松木3-16-11
TEL: 048-875-6360

医療法人明医研 れんけい訪問看護ステーション

〒336-0918
埼玉県さいたま市緑区松木3-16-6
ハーモニークリニック2階
TEL: 048-875-7898

取材日：2018年8月2日



村山医療圏

地域の医師同士が意見交換をしながら 糖尿病を重症化させないための病診連携を。

Point of View

- ① 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標を地域で共有し、高齢者の低血糖に配慮した治療が浸透
- ② 受診を中断させないために、病院と診療所との双方で治療の初期に患者教育をしっかりと行う
- ③ より良い病診連携をめざして、診療所の医師の意見を反映した診療情報提供書の改訂を進める

山形市立病院済生館
地域糖尿病センター
センター室長

五十嵐 雅彦先生

佐藤清医院
院長

佐藤 清先生

さいとう内科胃腸科クリニック
院長

齊藤 公人先生

白壁内科クリニック
院長

白壁 昌憲先生

山形市立病院済生館
地域糖尿病センター
副センター室長

石山 由紀子氏

高齢者の薬物治療には、家族や 介護職などのサポートが必須

今後、ますます高齢糖尿病患者の増加が見込まれ、糖尿病性腎症重症化予防が国策となる中、「山形県村山医療圏の糖尿病診療の現状と今後のあるべき姿」をテーマに、病院と診療所の先生方が集まり意見交換が行われた。

話の口火を切ったのは、山形市立病院済生館（以下、済生館）地域糖尿病センターのセンター室長である五十嵐先生だ。

「近年、糖尿病患者の高齢化が著しく進行しています。高齢の糖尿病患者は、インスリンの自己注射が困難になったり、薬剤の服用や食事すら

も忘れることがありますので、特に在宅での療養では、さまざまな問題（【資料1】）に配慮しなければなりません。中でも適切な薬物治療の継続は重要なので、高齢の糖尿病患者では、たいへん気になる点です」（五十嵐先生）

糖尿病専門医で、さいとう内科胃腸科クリニックの院長を務める齊藤

先生がうなずきつつ語る。

「高齢者の場合、家族と同居しているか独居であるかで、服薬の実態はかなり異なります。また、家族と同居していても、たとえば働いている息子さんと2人暮らしで、日中はひとりというケースもあります。そこで、それぞれの患者さんの家庭環境を詳しく聞き取り、状況に合わせた



左から五十嵐先生、佐藤先生、齊藤先生、白壁先生、石山氏

【資料1】

高齢者糖尿病患者の在宅治療の障壁

●内服薬の管理の問題

服薬を忘れる、服薬したことを忘れる、用法・用量を守れない、薬をしまった場所を忘れる

●食事療法の問題

食べたことを忘れる、食事回数や時間が不規則、つづるのが面倒で食べない、給食をしまった場所を忘れる

●低血糖の問題

低血糖症状を認識できない、低血糖の処置ができない

●インスリン自己注射の問題

自己注射ができない、医師・家族以外が注射できない

●サポートの問題

ひとり暮らしや老—老介護のためサポートが得られない

出典：平田絵里，他：山形済生館医誌40:47-54, 2015

薬物治療の提案が必要です。当院では、独居でインスリンの自己注射ができなければ、『訪問看護ステーションの看護師に依頼し、毎日訪問して注射を行い、血糖値も測ってもらってはどうか』などご家族に提案をしています」（齊藤先生）

ただ、たとえ家族のサポートがあったとしても患者が認知症の場合、薬物治療に対する安全を確保するには注意を要すると言う。

「患者さん自身が注射しているのに『今日は注射をしていない』と言うので、同居している家族がインスリンを打って、低血糖を起こしてしまったという事例がありました。

以降、その患者さんには、『必ずご家族の前で注射をしましょうね』と診療のたびに声をかけています」

（齊藤先生）

「高齢者では低血糖のリスクが大きいので、薬の服用、特にインスリン注射は、家族の前で行ってもらうのがいちばん安全ですね」（五十嵐先生）

高齢者の低血糖と言えば、若年層と同じ血糖コントロールの目標値では認知症の増悪やADLの低下につながりかねないと、2016年に日本糖尿病学会と日本老年医学会により『高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c値）』が発表され、新たに高齢者糖尿病の血糖コントロール目標が示された。

「血糖コントロール目標が発表されて、高齢者への治療のアプローチは変わりましたか？」（五十嵐先生）

佐藤清医院院長の佐藤先生は、脳神経外科が専門であるが、地域の糖尿病患者を診る機会も多いそうだ。「血糖コントロール目標が示され、目標数値を患者さんの特徴や健康状態により個別に設定するようになったので、薬物治療がやりやすくなった気がします。当院には、認知症を併発している方が多いので、インスリンを導入していても、回数が少なくてすむなら、それにこしたことはありません。また、以前と比較してインスリンを使う患者数は減りました」（佐藤先生）

白壁内科クリニック院長で循環器を専門とする白壁先生も、高齢者には厳しい目標値を求めなくなった。

「新たな目標値を参考に、患者さんの認知機能の程度に配慮しながら血糖コントロールについては、緩やかに話をするようにしています」（白壁先生）

「それぞれの治療方針をお聞きして、糖尿病

の専門医でない先生方にも、血糖コントロール目標に沿いながら、低血糖を起こさないように細心の注意を払いながら治療にあたる意識が浸透してきていると感じました」（五十嵐先生）

治療初期での患者教育が
受診中断の防止に有効

糖尿病治療で大事なのが合併症予防なのは言わずもがなであろう。

「当院に通院中の糖尿病患者について腎症と網膜症を合併している割合を調べたところ、網膜症は意外に少なかったのですが、腎症は治療対象となる2期以上が50%を超えていました」（五十嵐先生）

合併症予防には継続受診が必須だが、2014年の日本糖尿病学会のシンポジウムでは、2型糖尿病患者における受診中断率は年8%と推定されている（【資料2】）。

「受診中断者への対策や、受診を中断させないために実施していることはありますか？」（五十嵐先生）

齊藤先生は、来院しなくなった患者には受診勧奨を積極的に行う。

「当院では、スタッフとの間で、『最近、あの患者さん来ていないね』といった話が出たときには直接、電話をかけて受診を促しています」（齊藤先生）

受診中断の防止策としては、「治療初期の教育が肝心だ」と、どの先生も口をそろえる。

「糖尿病だとわかったときに、合併症に関して、しっかりと教育するのがきわめて有効です。『合併症が進行して血管がもろくなったりしたらたいへんでしょう』などと説明すると、さすがに患者さんは危機意識を持ってドロップアウトしない印象です」（白壁先生）



「私の実感としても、たとえば済生館の地域糖尿病センターで、最初にきちんと栄養指導や療養指導を受けた患者さんは、真面目に通院してくれています」(佐藤先生)

ちなみに済生館の地域糖尿病センターでは、地域の診療所からの紹介患者のみを対象に、血糖コントロールに関するアドバイスや、腎臓や眼の合併症の評価、管理栄養士による栄養指導、糖尿病療養指導士の認定を受けた医療スタッフによる療養指導などを行っている。

「受診中断を防ぐには、やはり治療初期での教育指導が効果的なようです。その点では、当院はもっと貢献していきたいと考えています」(五十嵐先生)

紹介—逆紹介の連携だけでなく スタッフの技量向上でも連携を

糖尿病診療では、医療スタッフの役割が特に重要だが、山形県においては糖尿病療養指導士の数もまだ少ない。

「地域全体での医療スタッフのスキルアップのために、何か良い方法はないものか、模索しているところです」(五十嵐先生)

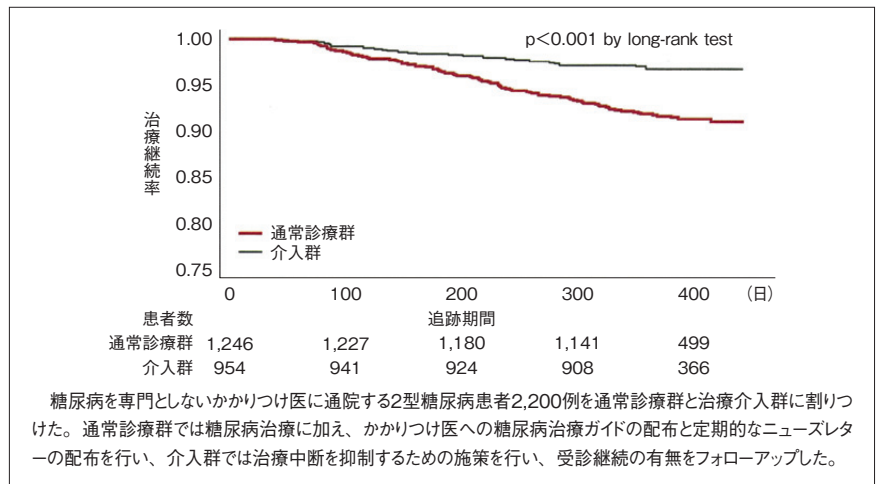
「先日、済生館のリハビリ施設を見学する会に参加しましたが、地域のご開業の先生方のほかに、理学療法士などの医療スタッフが参加していました。

同じように地域糖尿病センターでも、診療所の医療スタッフ向けの見学会などを開いていただき、具体的にどんな指導をされているかを見せてもらえると、医療スタッフのスキルアップにつながるのではないかと思います」(佐藤先生)

済生館と地域の診療所が、単なる患者の紹介や逆紹介だけの関係でな

【資料2】

2型糖尿病患者における受診中断率



出典：http://ncgm-dm.jp/renkeibu/dm_jushinchudan_guide43.pdf (2014年12月10日参照)

く、医療スタッフのスキルアップでも連携してはとのアイデアだ。

佐藤先生の発案を受け、済生館地域糖尿病センター副センター室長で糖尿病看護認定看護師、日本糖尿病療養指導士(CDEJ)の資格を持つ石山氏は、そうした連携を医療スタッフ同士の交流から始めてはどうかと話してくれた。

「私は、地域糖尿病センターで診療所の先生から紹介していただいた患者さんに、療養指導などを行っています。紹介元の先生には、患者さんをお返しする際、医師からこれからの治療方針などをお伝えしていますが、私たち看護師がどのような療養指導をしたかは、特にお知らせしていませんでした。

今後、医師同士のやり取りに加えて、診療所の看護師の方に、私たちが指導した内容をきちんと書面でお伝えし、交流を深めていけば、看護師同士の連携関係が生まれ、結果、地域全体の看護レベルが向上していく可能性は十分にあると考えます」(石山氏)

看護師同士の連携でスキルアップ

が実現すれば、他の医療スタッフについても応用が期待できるだろう。

尿検査の重要性を医師や 患者に啓発することが課題

糖尿病が重症化して併発する合併症の中でも、特に問題視されているのが糖尿病性腎症。透析患者の減少をめざし、糖尿病性腎症重症化予防が国策として進められているのは先述したとおりである。

「糖尿病性腎症重症化予防には、まず早期発見、そして病期的確な診断が大切で、それには尿検査のデータが欠かせません。ところが、診療所から当院に紹介されてくる糖尿病患者のデータを見ると、HbA1cと血糖の測定値はありますが、尿検査のデータがない場合が少なくありません」(五十嵐先生)

診療所の医師の尿検査への理解がもっと進めば、糖尿病性腎症の重症化の阻止に向け有意義な医療連携ができると五十嵐先生は感じている。「私のところでは、毎回、尿検査を行い、患者さんにフィードバックし

ています。蛋白が出ている人には、腎臓が悪くなっているかもしれないので、血糖値や血圧とともに、塩分量や脱水にも気をつけるように言っています。ただ、患者さんは、尿糖にはセンシティブですが、尿蛋白には関心を示さない方が大多数です」(佐藤先生)

糖尿病患者も尿検査をして蛋白が出たときに、それが何を意味するか説明をしても、いまひとつピンとこないようだ。

「診療所の先生方には、尿検査を実施していただき、患者さんには尿蛋白の値に注意しなければならない理由を知ってもらう取り組みを、地域を挙げてしていかねばならないと再認識しました」(五十嵐先生)

診療所の医師の声を反映し より良い診療情報提供書を

会の最後に、五十嵐先生が済生館の診療情報提供書について診療所の先生方に意見を求めた。

「専門医が診療情報提供書をつくると、チェック項目や書き込み欄が増えてしまう傾向にありますが、書き

込む部分は少ないほうが使い勝手が良いのでしょうか」(五十嵐先生)

「確かに項目をチェックするだけのほうが、手間はかかりません。とはいえ、インスリンを導入している場合や、経過が複雑な患者さんの場合は、経過は文章で書いたほうが正確に伝わるかと思われしますので、ある程度のフリースペースはほしいですね」(白壁先生)

「医師だけでなく、看護師が書き込めるスペースがあると、入院などが円滑に運ぶと思います」(齊藤先生)

「チェック項目の記入自体は簡単ですが、項目が多すぎると、かえって記入に時間がかかって困るかもしれません」(白壁先生)

「専門でない私には、箇条書きになっているものにチェックをしていく形式がありがたいですが、フレキシビリティもあってほしいです」(佐藤先生)

「先生方のご要望に近いものをめざして、できるだけ早く改訂を進めます」(五十嵐先生)

次の診療情報提供書の改訂には、診療所の先生方の生の声が反映されて、さらに充実した連携ツールがで

きそうだ。

「今日は連携する医師同士が忌憚ない意見を交換でき、地域の糖尿病診療が一步前進しそうな手応えを感じました。これからは、医療スタッフも交えた会なども企画し、地域の糖尿病診療のさらなる質の向上をめざしていきたいと思います」(五十嵐先生)

糖尿病は、発症してしまうと患者が一生つき合っていかなければならない疾患。だからこそ、病診連携がしっかり機能する必要がある(【資料3】)。山形県村山医療圏では、今後、五十嵐先生をはじめとした糖尿病専門医と診療所の先生方との医師同士の連携に加え、医療スタッフ同士の交流も実現しそうだ。

近い将来、糖尿病を重症化させないための地域連携が必ずや展開されるようになるだろう。

山形市立病院済生館

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

佐藤清医院

〒990-0061
山形県山形市五十鈴1-6-56
TEL : 023-626-7275

白壁内科クリニック

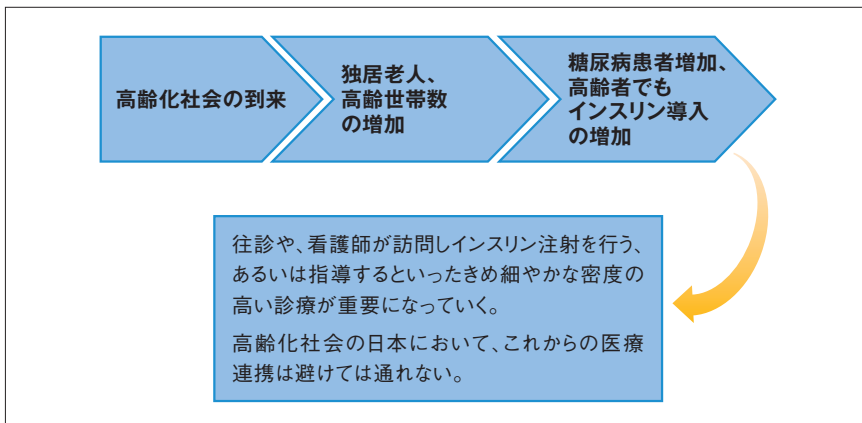
〒990-0864
山形県山形市陣場1-9-21
TEL : 023-682-8811

さいとう内科胃腸科クリニック

〒994-0049
山形県天童市南町2-10-5
TEL : 023-658-6622

【資料3】

これからの糖尿病における病診連携の重要性



出典：五十嵐雅彦，他：山形済生館医誌，38:11-19，2013

取材日：2018年8月24日



栃木県西医療圏

専門医と多職種による糖尿病支援チームが一丸となり地域の糖尿病医療に貢献。

Point of View

- ① 多職種のスタッフで構成される糖尿病支援チームが、教育班、フットケア班、透析予防指導班、糖尿病療養指導士班、友の会支援班の5つに分かれて活動
- ② 入院時のスクリーニングで、糖尿病を合併する他科の患者にも糖尿病支援チームが介入
- ③ CDE-Tochigiの発足に合わせて、地域の糖尿病にかかわる人材のレベルアップを図る

JAかみつが厚生連
上都賀総合病院
糖尿病センターセンター長
松村 美穂子先生

JAかみつが厚生連
上都賀総合病院
薬剤部薬剤部長/日本糖尿病療養指導士
野澤 彰先生

JAかみつが厚生連
上都賀総合病院
看護主任/糖尿病看護認定看護師/日本糖尿病療養指導士
近澤 珠聖氏

糖尿病センターの設立を機に 糖尿病支援チームが活性化

上都賀総合病院がある栃木県鹿沼市の人口約100,000人に対し、4年ほど前まで、市内には糖尿病専門医が不在だった。しかし2014年10月、同院に糖尿病センターが開設されたのを機に専門医が赴任、多職種で構

成される糖尿病支援チーム（【資料1】）も活性化して地域の糖尿病医療をレベルアップさせている。

同院の糖尿病センター（以下、センター）のセンター長として白羽の矢が立ったのが、糖尿病専門医で指導医でもある松村先生。獨協医科大学内分泌代謝内科から赴任した。「当時、栃木県全体では、糖尿病専

門医が70名、指導医が28名いましたが、鹿沼市にはいずれもない状況でした。今は、獨協医科大学から私を含む3名がセンターに赴任しています」（松村先生）

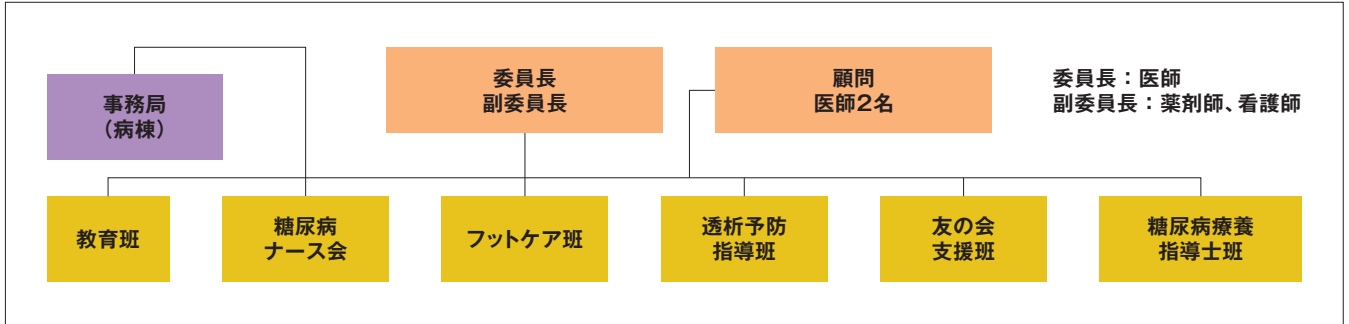
実は、同院にはセンター創設以前から糖尿病支援チーム（以下、チーム）があり、療養指導や栄養指導などを行っていた。薬剤部長の野澤先



左から松村先生、野澤先生、近澤氏

【資料1】

糖尿病支援チームの構成



出典：野澤先生提供資料

生は、発足当時からチームにかかわってきた人物である。

「チームができたのは2000年です。内科に糖尿病の専門医が着任し、糖尿病教室を開こうと、院内の関係者に声をかけたのがはじまりでした」(野澤先生)

しかし、2011年にチームをけん引していた医師が、病院を去ることになってしまった。一般内科で糖尿病の診療はつづけられたが、チームとしての目標が不透明になり、モチベーションの維持が難しくなっていた。そんな状況を打破したのが看護主任の近澤氏だという。

「2012年に近澤さんが糖尿病看護認定看護師の資格を取得したのを弾みに、糖尿病療養指導外来や透析予防指導外来を開設し、それらに積極的にかかわる中で、チームのスタッフは再びやる気を取り戻していきました」(野澤先生)

とはいえ苦労は多かったようだ。「糖尿病患者が骨折で入院した場合に、整形外科の主治医と糖尿病が専門ではない内科の医師の間を、近澤さんと私が中心となってチームで取り持ち、患者情報の共有に努めたケースもありました」(野澤先生)

専門医不在の間も、それを補おうと野澤先生と近澤氏のリーダーシッ

プのもとで奮闘してきたチームは、熱意にあふれた松村先生を迎え一気に士気を上げていく。

チームは5つの班に分かれそれぞれが充実した活動を

チームのスタッフは、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師、事務職など多職種にわたる。

「私が赴任する以前からチームは、教育班、フットケア班、透析予防指導班、糖尿病療養指導士班、友の会支援班の5つに分かれていました」(松村先生)

「松村先生がいらっしゃって、班の活動方針や内容が明確化されたと思います」(野澤先生)

松村先生の解説によると現在のチームの活動は次のとおり。

教育班は、糖尿病の知識が十分ではない院内スタッフに向けて研修会などを開催し教育や啓発を行う。フットケア班と透析予防指導班は、班内のメンバーでそれぞれ足病変や透析予防の対策や効果について意見交換をするなどして療養指導に生かしている。糖尿病療養指導士班は、全員が日本糖尿病療養指導士(CDEJ)資格を持っており、勉強会などを通

じて、さらに充実した療養指導をめざす。

各班の活動を現状のように充実させた松村先生が、軌道に乗せるのもっとも労を要したのは患者会『友の会』を運営する友の会支援班(以下、友の会班)だったと話す。

「友の会班は業務が多岐にわたるにもかかわらず、スタッフはわずか5名でした。とても疲弊していたのですぐに応援を頼み、現在は11名のスタッフが参加しています」(松村先生)

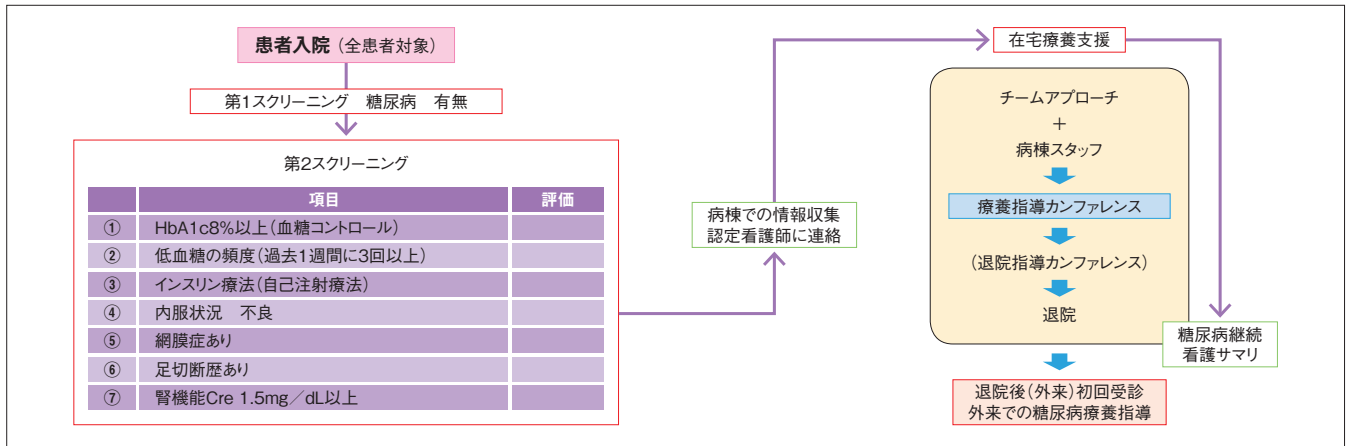
友の会班では、総会や食事会、講演、ウォークラリーなど、年4回ほどの行事を催す。

「2年前のウォークラリーに95歳の方が参加し、近澤さんが伴走者とならずずっとつき添ったおかげで無事にゴールイン！最高年齢の参加者として表彰されたとき、ものすごくうれしそうに壇上に上がった姿が忘れられません」(松村先生)

「がんばっている患者さんからいただいた力が、私のチームを支える原動力になっています」(近澤氏)

「いろいろな行事を開催するたびに患者さんとチームのメンバーとが充実した時間を共有することで、患者さんが前向きな気持ちになってくれるのを実感しますね」(松村先生)

糖尿病患者のスクリーニング



出典：野澤先生提供資料

退院後の生活を想定した実践的な栄養指導

センターでは糖尿病教室や教育入院を行っているが、教育指導の面で特筆すべきは、充足した栄養指導だろう。

「入院患者には、普段の食習慣や誰が食事をつくるのか、飲酒の頻度や量などを管理栄養士がベッドサイドで聞き取った後、栄養相談室で個々の生活に即した食事の提案をしています」(松村先生)

退院前の試験外泊時には、患者にデジタルカメラを貸し出し、外泊中の食事の写真を撮ってくるよう依頼する。

「外泊から戻ると、管理栄養士が撮影された食事の画像を見てカロリー計算をし、『オーバーしているね』などと指摘をします」(松村先生)

知識を与えるだけでなくとどまらず、実践的な指導が目を引く。

「退院後、コンビニエンスストアで食料を買う機会が多そうなので暮らしている患者さんには管理栄養士がいっしょに院内のコンビニエンスストアへ行ってお弁当などを手に取り、

『カロリーはここ、塩分はここに表示されているので、確認してから購入してください』と、実地で指導をします。退院後の生活を想定し、さまざまな場面で繰り返し自分に適したカロリーや塩分量などを覚えていくのが、真に役立つ栄養指導でしょう」(松村先生)

入院患者全員を対象にしたスクリーニングシステム

専門医が不在だったころ、院内の糖尿病患者の情報共有をチームが支えていたが、他疾患の治療目的で入院し糖尿病が見つかった患者や産科に入院した妊娠糖尿病患者、糖尿病合併妊娠の患者等で血糖コントロールがつかないまま退院してしまうケースは少なくなかった。しかし、こうした状況は今では解消している。

松村先生は、糖尿病がベースにある患者の血糖コントロールや教育指導を入院中に行えないかと考えた結果、2017年から入院患者全員を対象にした糖尿病スクリーニングのシステム(【資料2】)を構築。入院時のアセスメント項目に糖尿病スクリー

ニングを入れ、全病棟で看護師が必ず実施することにしたのだ。システムの中心部を担う近澤氏が説明してくれた。

「入院時に第1スクリーニングを行い、主病名がなんであれ、糖尿病を合併している患者さんは、第2スクリーニングに進んでもらいます。

第2スクリーニングでは7つの評価項目があり、ひとつでも該当項目があれば糖尿病看護認定看護師に連絡が来て、介入する。退院後の療養に問題がある患者さんに関しては、必要に応じてチームが在宅療養支援をすることも視野に入れています」(近澤氏)

第2スクリーニングの7つの評価項目は、「①HbA1cが8%以上」、「②低血糖の頻度(過去1週間に3回以上)」、「③インスリン療法(自己注射療法)」、「④内服の残薬がある、自分では飲めない等の④内服状況」、「合併症の⑤網膜症あり」、「⑥足切断歴あり」、「⑦腎機能Cre1.5mg/dL以上」。

「評価項目は、他科の看護師でも簡単にチェックができるよう、きわめてシンプルです」(近澤氏)

【資料3】

松村先生の作成した地域連携栄養指導依頼票

地域連携栄養指導依頼票			
平成 年 月 日			
【主病名】 (該当の項目すべてに <input type="checkbox"/> をしてください)			
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他()			
【検査項目】			
身長 :	() cm	BMI :	() kg/m ²
体重 :	現在()kg →	目標()kg	
腹囲 :	現在()cm →	目標()cm	
収縮期/拡張期血圧 :	(/) mmHg		
【血液検査項目】 (H /) (※検査データ添付でも可)			
血糖 :	mg/dl (空腹時・食後)	HbA1c :	%
Tcho :	mg/dl	HDL-cho :	mg/dl
TG :	mg/dl	LDL-cho :	mg/dl
BUN :	mg/dl	T P :	g/dl
		A l b :	g/dl
		尿酸 :	mg/dl
		C r e :	mg/dl
【指示栄養量】			
エネルギー	kcal	蛋白	g
		塩分	g
【現在の処方】 (該当の項目すべてに <input type="checkbox"/> をしてください)			
<input type="checkbox"/> 食事のみ <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 利尿剤 <input type="checkbox"/> その他()			
【指導方法】 (該当の項目すべてに <input type="checkbox"/> をしてください)			
<input type="checkbox"/> 本人のみの栄養指導 <input type="checkbox"/> 家族とともに栄養指導 <input type="checkbox"/> 家族のみの指導			
【指導内容】 (指導の重点としての項目すべてに <input type="checkbox"/> をしてください)			
<input type="checkbox"/> 食事療法の基本 <input type="checkbox"/> 栄養素について <input type="checkbox"/> 適正エネルギーについて <input type="checkbox"/> 宅配食について <input type="checkbox"/> 肥満の食事療法 <input type="checkbox"/> 食事記録の評価 <input type="checkbox"/> 治療上の禁止食品(酒・グレープフルーツ・ビタミンK含有食品)			
【達成目標】 患者さんと相談した目標がありましたらご記入ください。			
【行動目標】 患者さんと相談した目標がありましたらご記入ください。			
【問題点】			
ID () ※記入不要		JAかみつが厚生連 上都賀総合病院	

出典：上都賀総合病院ウェブサイト

診療所の医師からの
栄養指導のみの依頼も受ける

近澤氏は、センターが開設され、専門医の松村先生が赴任してから、病診連携にも大きな変化があったと感じているようだ。

「高血糖で血糖コントロールが悪く、未治療で、未教育といった患者さんの紹介が非常に増えました。

たとえば、かかりつけ医の先生から教育入院をすすめられた患者さんは、指摘された高血糖や、喉が渇いたり、強い疲労感があるなどの症状が、本当に良くなるのか半信半疑で来院してきます。けれども、教育入

院で良好な血糖コントロールを達成すると、来院時とはまったく違った明るい表情で退院される。そうした結果を残しているのが、診療所の先生方はセンターを頼りにしてくださっているようです」(近澤氏)

強固な病診連携の実現の一翼を担うのが、診療所からの栄養指導の依頼のみを受け入れる仕組みである。「地域の先生方から患者さんの栄養指導の予約が入ると最初の1回だけは私が診察しますが、基本的に治療方針には介入せず、栄養指導だけを受けてもらいます」(松村先生)

連携には『地域連携栄養指導依頼票』を用いてきたが、服用中のすべ

ての薬剤名や目標カロリーなど多数の記入欄があり、書き込む負担が大きかったため、松村先生は依頼票を一新した(【資料3】)。

「専門ではない先生には記入に迷う項目も多かったため、スリム化を図りました」(松村先生)

新たな依頼票により、栄養指導の依頼件数は右肩上がりだという。

CDE-Tochigiが発足し
資格取得者の活躍に期待

栃木県では、2017年、地域糖尿病療養指導士(LCDE)の認定制度である『CDE-Tochigi』が発足した。獨協医科大学内分分泌代謝内科教授の麻生好正先生が栃木県糖尿病療養指導士認定機構の委員長、松村先生が副委員長に就任し、センターに事務局が置かれ、野澤先生が事務局長を務める。2017年に行われた認定試験の第1回では272名が、2018年の第2回では127名が認定され、現在399名の認定者が誕生している。

「今後、事務局としては、糖尿病医療にたずさわる人たちが活動できるフィールドの拡大に尽力していきたいと思っています」(野澤先生)

松村先生にこれからの展望を尋ねると力強い言葉が返ってきた。「今や地域の医療者のみならず、住民にもセンターやチームの存在は浸透していますが、それに満足せず、チームをさらにパワーアップさせ、地域医療、糖尿病治療の向上に貢献していきます」(松村先生)

JAかみつが厚生連
上都賀総合病院

〒322-8550
栃木県鹿沼市下田町1-1033
TEL : 0289-64-2161



SGLT2阻害剤—2型糖尿病治療剤— 薬価基準収載

カナグル[®]錠100mg

CANAGLU[®] 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)

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。

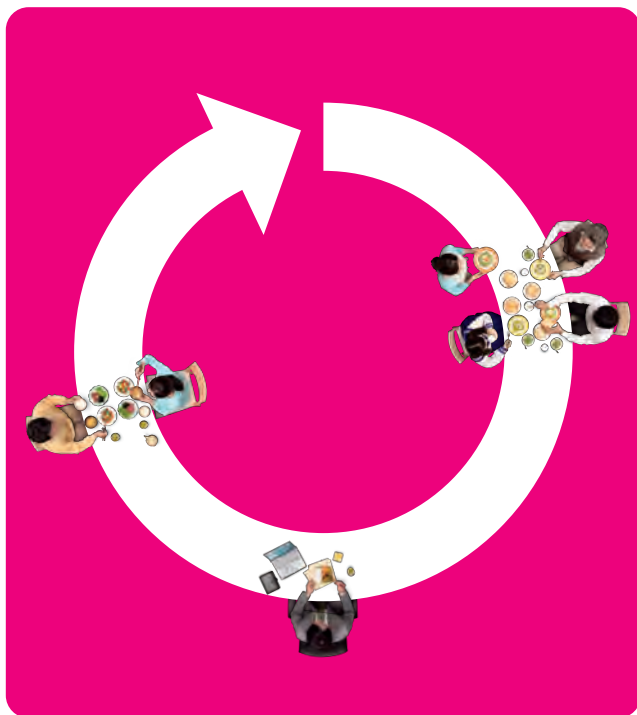


製造販売元(資料請求先)
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10



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

2015年10月作成



**40mg錠
新発売**

選択的DPP-4阻害剤—2型糖尿病治療剤— 薬価基準収載

テネリア[®]錠 20mg 40mg

TENELIA[®] TABLETS テネリグリブチン臭化水素酸塩水和物錠

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

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

2018年12月作成



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

2018年 6月作成

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

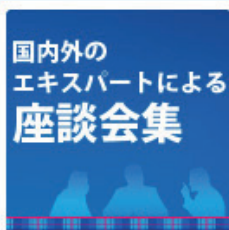


田辺三菱製薬

Medical View Point

領域別情報

糖尿病関連の最新コンテンツ



カナグルチャンネル

国内外のエキスパートによる座談会集

2018年3月

第22回 SGLT2阻害薬の作用機序に関する最近の知見

—腎におけるメカニズムを中心に—

第23回 リスクを考慮した高齢者2型糖尿病の治療

—DPP-4阻害薬とSGLT2阻害薬の役割を中心に—

地域医療情報

多職種によるチーム医療



地域を支えるために競争から協調へ

地域医療構想を踏まえ二次医療圏での取り組みや今後の展望を地域に情報発信するために先生方による座談会や、多職種の方々の勉強会の様子をご紹介します。

2018年10月 **NEW**

岡山県 県南西部医療圏 勉強会 第3回

2018年7月

福島県 県中医療圏 勉強会 第4回

2018年6月

岩手県 盛岡医療圏 勉強会 第3回

2018年6月

大阪府 堺市医療圏 取材

診療サポート情報

医療制度

診療報酬はやわかりマニュアル

2018年度の診療報酬改定時の主な項目について概略や算定要件等をわかりやすく解説しています。

調剤報酬はやわかりマニュアル

2018年度の調剤報酬改定時に新設・改定された項目を中心に概略や算定要件等をわかりやすく解説しています。

DPCはやわかりマニュアル

2018年度の改定におけるDPC/PDPS(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)の基本的な仕組みやポイントをわかりやすく解説しています。

Pick Up



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

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

田辺三菱製薬 医療

検索

記載内容は変更になる場合がございます。あらかじめご了承ください。