

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—

DPC制度の2020年度 改定を理解する

機能評価係数IIを見直し、
新型インフルエンザ対策を評価
再入院時の加算の取り扱いを明確化、
入院料等の通則に準じる
3月末に事務連絡されたQ&Aにも注目を

めざせ!!メディカルエグゼクティブ P6

患者に行動変容を促す行動健康経済学

Network

富士・東部医療圏 P8

医師会と行政が共同事業で
糖尿病性腎症重症化予防に挑む。

名古屋医療圏 P12

旧帝国大学の大学病院では初の
内科と外科からなるIBDセンターを開設。

DPC制度の 2020年度改定を理解する

**機能評価係数Ⅱを見直し、新型インフルエンザ対策を評価
再入院時の加算の取り扱いを明確化、入院料等の通則に準じる
3月末に事務連絡されたQ&Aにも注目を**

2020年度診療報酬改定(以下、2020年度改定)におけるDPC制度

(以下、DPC/PPDS)関係の告示が3月23日に公布され、その細部が明確になりました。

2020年度改定では、主として、機能評価係数Ⅱ及び基礎係数の見直しが行われました。

同月末には、疑義解釈資料(いわゆる「Q&A」)が厚生労働省(以下、厚労省)から

出されています。また別途、新型コロナウイルス感染症への臨時的な対応もなされています。

これらを中心に、DPC/PPDSに関する2020年度改定のポイントを説明します。

の改定に対応するかたちでの見直しが行われています。

機能評価係数Ⅱについては従前からの6種類の係数(保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数)を維持したうえで、2018年10月1日から1年間の実績などにもとづいて設定されていますが、地域医療係数の「その他」の評価項目では、新型インフルエンザ対策を新設しました(【資料2】)。これには、政府が2013年6月に策定した「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」の通り、新型インフルエンザ患者入院医療機関が厚労省のウェブサイトで公開されるなど、評価の対象となる病院が明確に把握できるようになったという背景があります。

また、大学病院本院群とDPC特定病院群を対象とした「治験等の実施」において、医師主導治験に関する評価を見直しています。DPC標準病院群も、それに準じて評価を行います(【資料2】)。

激変緩和係数に関しては、推計診療報酬が2%超の増加となった17施設がマイナス設定とされました。また、プラス設定となったのは1施設です。それぞれの施設数は、2018年度診療報酬改定時とくらべると大幅に減少しています。

改定ポイント② 再入院時の加算について明確化

入院料等の通則では、同一の保険医療機関において、退院後いったん治癒に近い状態になってから再発した場合、あるいは退院の日から3月以上経過した場合を除き、初回入院日を入院の起算日とすることとなっています。また、そのように入院期間が通算される再入院においては、

改定ポイント① 医療機関別係数の見直し

DPC/PPDSでは、医療機関別係数として、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱの3つがあります。また、診療報酬の改定年度(1年のみ)には、推計診療報酬変動率が±2%を超えないようにするため激変緩和係数が設定されます。なお調整係数は、前回の2018年度診療報酬改定で基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置き換えが完了しています。

まず、基礎係数については、評価基準は従前と変わりませんが、大学病院本院群(82施設)が1.1327(消費税率引き上げ対応の2019年10月改定比で0.0025増)、DPC特定病院群(156施設)が1.0708(同0.0027増)、DPC標準病院群(1,519施設)が1.0404(同0.0030増)となっています(【資料1】)。

病院の構造を反映した入院基本料や加算などを指数とした機能評価係数Ⅰについても、従前の評価手法を継続していますが、出来高評価体系

【資料1】医療機関別係数—基礎係数(医療機関群)の設定

- ▶ 現行の設定方法を維持し、医療機関群等を設定する。
- ▶ 実績要件について、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く）より高い医療機関をDPC特定病院群とする。
 - ※ 診療密度は、外的要因の補正のため、後発医薬品のある医薬品については後発医薬品の最も安価なものに置き換えて算出
 - ※ 外保連手術指数及び特定内科診療の内容は最新版を反映

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	1,519	1.0404
大学病院本院群	82	1.1327
DPC特定病院群	156	1.0708

出典：厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の概要(DPC/PDPS)」(2020年3月5日)一部改編(https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603946.pdf)

たとえば救急医療管理加算1、2など所定の加算（【資料3】）については算定ができません。それらの加算は一連の入院において1回だけとするという規定になっています。

一方、DPC/PDPSにおいては、退院してから7日以内にDPC病棟に再入院する際、病名が同一または特定の病名が選択されている場合は一連の入院とみなし、入院期間の起算日を初回の入院日とすることが通知によって定められています。

このように、入院料等の通則とDPC/PDPSとの間で「一連の入院」の定義が異なるため、たとえば、退院から10日間で再入院し、DPC/PDPSでは一連の入院とはならない場合、入院料等の通則において再入院時は認められていない所定の加算

の適否について、必ずしも明確ではありませんでした。

そこで2020年度改定においては、DPC/PDPSで一連の入院とみなされない場合であっても、入院料等の通則にのっとり、所定の加算は算定できないことが、通知（保医発0323第2号）によって明確にされました（【資料3】）。

**改定ポイント③
DPCデータの項目を見直し**

DPC/PDPSにおいては、DPCデータとして、さまざまな様式あるいはファイルについての規定があり、それらを作成・提出する必要がある。

そのひとつである「様式1」は、

匿名化した患者の属性や病態などの情報をまとめたものです。診療報酬改定及び診断群分類の見直しに対応し、その「様式1」の項目について変更がなされました（【資料4】）。

**改定ポイント④
診断群分類点数表の見直し**

診断群分類（DPC）点数表は、直近の診療実績データや医科点数表の改定を踏まえて見直しが行われました。MDC（主要診断群）数は18で変わりませんが、傷病名数は502（2018年4月比3減）、診断群分類数（いわゆる「ツリー」の総数）が4,557（同398減）、うち包括対象が3,990（同306減）とされました。支払い分類は2,260（同202減）となっていますが、これは複数の診断群分類が同一の支払い分類となるためです。

診断群分類数、包括対象、支払い分類の数は、前回改定までは増加する傾向を示していましたが、2020年度改定ではそれぞれ減少に転じているのが特徴となっています。

**DPC制度の疑問に答える
「Q&A」の内容に要注目**

2020年度改定についてQ&A形式

【資料2】医療機関別係数—機能評価係数IIの評価内容(地域医療係数)

改定前			改定後		
DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
右記のいずれかの1項目（1P）	治験等の実施 ・10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施（0.5P） ※協力施設としての治験の実施を含む		右記のいずれか1項目を満たした場合1P	①治験等の実施 ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施（0.5P） ※協力施設としての治験の実施を含む	
			②新型インフルエンザ対策 ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）		

出典：厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の概要(DPC/PDPS)」(2020年3月5日)一部改編(https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603946.pdf)

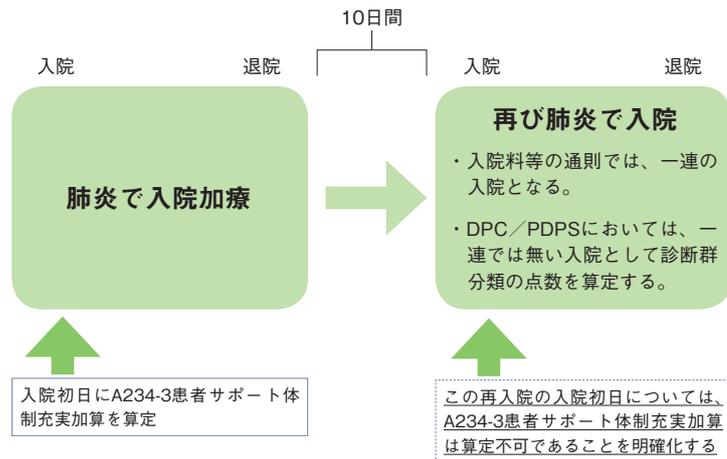
【資料3】再入院時の加算の取扱いについて

○ 入院期間が通算される再入院時は算定できず、入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等の内、DPC/PDPSにおいて出来高で算定するものについて、入院期間が通算される再入院の場合は算定できないことを明確化する。

入院期間が通算される再入院時は算定できず、入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等の内、DPC/PDPSにおいて出来高で算定するもの

(例) 入院料の通則では一連の入院となるが、DPC/PDPSにおける算定のルールにおいては一連とならないケースにおける加算等の取扱い

区分番号	名称
A205 1、2	救急医療管理加算1、2
A205-2	超急性期脳卒中加算
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算
A206 1、2、3	在宅患者緊急入院診療科加算 1、2、3
A212 1、2	超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 1、2
A231-3 1、2	重度アルコール依存症入院医療管理加算
A232 1イロ 2	がん拠点病院加算
A234-3	患者サポート体制充実加算
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算
A237	ハイリスク分娩管理加算
A246	入退院支援加算
A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算
B004、B005	退院時共同指導料1、2
B006-3	退院時リハビリテーション指導料
B014	退院時薬剤情報管理指導料
B015	精神科退院時共同指導料



出典：厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の概要（DPC/PDPS）」（2020年3月5日）一部改題（<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603946.pdf>）

で説明している「疑義解釈資料（その1）」が3月31日、厚労省保険局医療課から都道府県などに事務連絡として送付されました。そこでは、DPC制度に関して、総計160以上のQ&Aが掲載されています。

たとえば、DPC対象病院においてDPC/PDPSでの点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下まわると同じ病院の地域包括ケア病棟への転棟が行われるようになる傾向があるとして、地域包括ケア病棟へ転棟するときの算定方法の見直しが行われました。それに関して、下記のようなQ&Aがあります。

問4-5 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合は、どのように算定するのか。

答 転棟前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区

分における入院日Ⅱまでの期間は診断群分類点数表により算定すること。（この期間は地域包括ケア病棟入院料は算定できない。）また、入院日Ⅱを超えた日以降は、地域包括ケア病棟入院料を算定すること。

また、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合の

規定は従前からありますが、「入院日Ⅲ」が基準となっている点が地域包括ケア病棟とは異なります。今回のQ&Aでは、以下のように記されています。

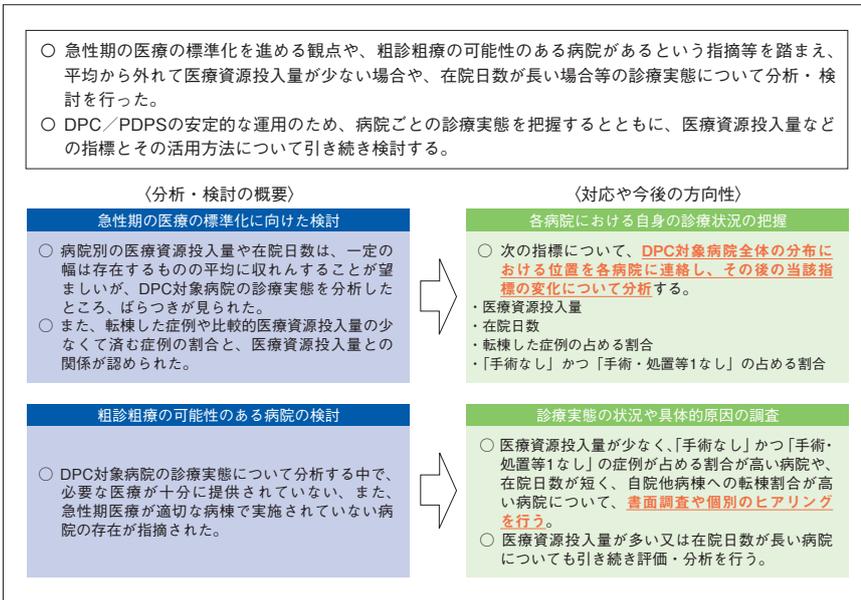
問4-4 DPC算定の対象となる病床から区分番号「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室

【資料4】DPCデータ(様式1)の見直し

様式1の項目名	見直し内容
要介護度	・療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須とする。
要介護情報	・療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須とする。・栄養の摂取方法についての項目を追加する。
ADLスコア	・従来の入力に加え、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に入棟及び退棟時にも入力必須とする。
SOFAスコア/pSOFAスコア	・特定集中治療室管理料1及び2に加え、3及び4についても入力必須とする。
予定・救急医療入院	・救急医療管理加算の見直しに伴い、項目を見直す。
入棟時・退棟時の褥瘡の有無	・基本診療料の施設基準等に係る様式「褥瘡対策に関する診療計画書」に合わせ、項目を見直す。
関節リウマチ患者情報/分子標的薬	・診断群分類点数表の見直しに伴い、項目を廃止する。

出典：厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の概要（DPC/PDPS）」（2020年3月5日）一部改題（<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603946.pdf>）

【資料5】DPC／PDPSの安定的な運用にかかる今後の課題



出典：厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の概要(DPC／PDPS)」(2020年3月5日)一部改編(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603946.pdf>)

に転室した場合は、どのように算定するのか。

答 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること。(この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない。)また、入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

新型コロナウイルス対策で臨時的な措置も講じられる

我が国では2020年2月ごろから新型コロナウイルス感染症が流行し始めました。これにともない、診療報酬においても、それに対する臨時的な対応が継続的に追加されています(4月末時点)。

1例として、2月14日、事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」では、入院患者が一時的に急増したり自宅での子育てを理由に看護

師の勤務が困難となったりして看護要員の施設基準を満たさなくなった場合において、「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当しない、としました。

また、2020年3月末までの臨時的な措置として、DPC制度において医療資源をもっとも投入した病名が新型コロナウイルス感染症であった症例は、包括評価の対象外とされました。

さらに、3月25日に開催した中央社会保険医療協議会(中医協)総会では、新型コロナウイルス感染症に関するDPCデータがないため、同疾患を包括評価の対象外とすることを2年間延長すると決まりました。具体的には、新型コロナウイルス感染症にかかる入院加療が行われ、傷病名としてU07.1(2019-nCoV acute respiratory disease)が選択された患者については、次期(2022年度)診療報酬改定までの間、出来高算定とします。

また、厚労省保険局医療課長が3月27日、都道府県などに対し「DPC

制度への参加等の手続きについて」の通知を発出し、これまでと同様、次期診療報酬改定に向けてDPC／PDPSへの参加を募ることなどを明らかにするとともに、DPC対象病院の基準を満たさなくなった場合の対応なども示しています。

ただし、新型コロナウイルス感染症が原因となってDPC対象病院の基準を満たさなくなったのであれば別のルールが適用される可能性もあります。

今後は医療資源投入量等の指標で診療の実態を把握へ

最後に、DPC／PDPSの今後の課題について見てみましょう。

厚労省保険局医療課が、2020年3月5日に公表した「令和2年度診療報酬の概要(DPC／PDPS)」では、DPC／PDPSの安定的な運用に関する今後の課題や対応の方向性として以下の2つを挙げています(【資料5】)。

- ① 診療実態のばらつきを平均に取れんしていくことが望ましいため、各病院が診療状況の特定の指標について、DPC対象病院全体の中での自院の位置を把握できるようにする
- ② 粗診粗療の可能性のある病院、たとえば医療資源投入量が少ない病院や、在院日数が短くて自院他病棟への転棟割合が高い病院について、診療実態や具体的原因の調査を行う

また、それらに関する指標としては、医療資源投入量、在院日数、転棟した症例の占める割合、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の占める割合などの数値が挙げられています。

今後は、各病院において、こうした指標のチェックへの取り組みが課題となりそうです。

めざせ!!

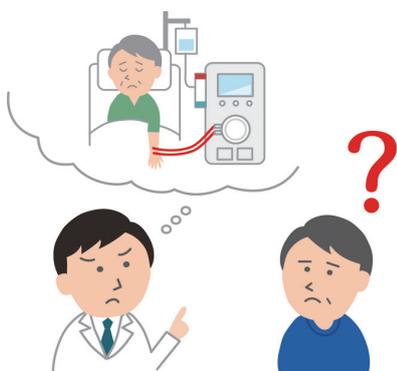
メディカルエグゼクティブ

監修：愛知医科大学内科学講座肝胆膵内科学准教授(特任) 角田 圭雄

第10回

患者に行動変容を促す行動健康経済学

CASE



内科医のA先生の目下の悩みは、50歳代の男性患者のBさんです。HbA1cの数値が悪化しつつあるのですが、Bさんは、食事療法や運動療法が長続きせず、服薬も中断しがち。A先生は、「今は症状がなくても、やがて糖尿病性腎症を発症して腎機能が低下し、最終的には透析を受けなければなりませんよ」と何度も指導しているのですが、Bさんは50歳代とまだ若いこともあり、透析はずっと将来の話と考えているのか、A先生の言葉を真剣に受け止めてくれません。Bさんに行動変容を促すには、A先生はどうすればいいのでしょうか。

人間は非合理的な選択をしがち

A先生はBさんに対し、適切で理路整然とした説明をしています。しかし、人間は必ずしも合理的な選択をするとは限りません。

経済学の分野には、こうした非合理的な人間の行動について心理学を融合させて研究する「行動経済学」があります。そして現在、同じ概念を医療に持ち込み、心理的バイアス(⇒STUDY①)が患者の行動にどんな影響を与えるのかを追究する「行動健康経済学」が注目されています。今回は、行動健康経済学の観点から、Bさんの心理を把握し、行動変容を促す方策を探ってみましょう。

未来のリスクを低く見積もる傾向

なぜ、Bさんは療養が継続できないのかを行動健康経済学にもとづいて考えてみると、

Bさんは将来、自身が透析にいたる見込みを正しく認識していない可能性が浮上します。

「今、すぐにもらえる30,000円」と「1年後にもらえる40,000円」のどちらを選ぶかという行動経済学の実験をすると、得られる金額が少ないにもかかわらず、多くの被験者が前者を選ぶことがわかっています。これは、人間は目先の利益に弱く、かつ将来の利益より現在の利益を優先する「現在性バイアス」にとらわれるからです。

この理論を医療に当てはめると、患者は将来、起こりうるリスクを低く見積もり、今、症状のない領域に投資はしないという心理が働くので、治療を先延ばしにする傾向が現れると解釈されます。Bさんが、やがて透析を受ける可能性を軽視し糖尿病の療養に取り組まないのも、現在性バイアスが原因と考察されるでしょう。

小さなきっかけで行動が変わる

Bさんのような方に働きかけるのに有効な手段のひとつが、ノーベル経済学賞を受賞した行動経済学者リチャード・セイラー氏が提唱する「ナッジ理論」(⇒STUDY②)に裏打ちされた手法です。

ナッジとは、小さなきっかけによって人々の行動を変える戦略を意味します。1例をご紹介します。放置自転車に悩んでいたビルのオーナーが、ビルの前に「駐輪禁止」と看板を立てたのですが、効果はありませんでした。ところが、「ここは自転車のゴミ捨て場」と書かれた看板に変えたところ、放置自転車はなくなりました。人間には「自分の自転車をゴミとして捨てられる」という目に見える損失を示されると、それを回避しようとする「損失回避バイアス」があるからです。

A先生は、ナッジ理論にもとづいた働きか

けをBさんへの療養指導に応用できないかとチームで議論しました。すると、ある看護師が「医療者があれこれ言うより、実際の透析患者に体験を話してもらったほうが、自分の問題として認識できるのでは」と提案。妙案だと思ったA先生は、Bさん同様に50歳代で糖尿病を発症し、70歳代の今は透析を受けているCさんに講師をしてもらう糖尿病教室の開催を企画。Bさんの意識を変えるきっかけづくりを仕掛けました。

NEXT STEP

Cさんの「透析のたびに強い疲労感に悩まされる。生活が透析中心になり、好きな旅行にもなかなか行けない。初期の50歳代で治療をがんばっていけば透析にはいたらなかったかもしれない」というリアルな体験談を聞いたBさんは、Cさんに自分の将来の姿を重ねたようでした。そして以降、積極的に治療に取り組むようになりました。

STUDY①

行動経済学における心理的バイアス

〈確実性バイアス〉

「確実にもらえる500,000円」と「1/2の確率でもらえる1,000,000円」があるとする、期待値はどちらも500,000円で等価なのに、多くの人は前者を選ぶ。人間は、100%確実である性質を重視するからだ。このような心理的バイアスを「確実性バイアス」と呼ぶ。

〈損失回避バイアス〉

同じ10,000円でも、多くの人は、10,000円を得る喜びより10,000円損する痛みをより感じやすいことが知られている。このような心理的バイアスを「損失回避バイアス」と呼ぶ。医療において応用すると、治療によって得られる利益より治療の回避によって被る影響を示したほうが、患者の行動変容を引き起こせる可能性が高くなると考えられる。

RECOMMENDED BOOK

- ・『医療現場の行動経済学：すれ違う医者と患者』
編著：大竹文雄、平井啓 / 発行：東洋経済新報社
- ・『MBA的医療経営』
著：角田圭雄 / 発行：幻冬舎

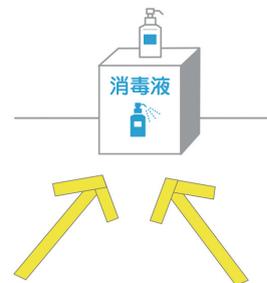
STUDY②

ナッジ理論

ナッジ (nudge) とは「ひじで軽く突く」という意味。転じて、強制や金銭的インセンティブではなく、小さなきっかけづくりによって、人々の行動を変える戦略を「ナッジ理論」と呼ぶ。

たとえば、生徒が野菜を食べない状況に悩んでいた学校では、カフェテリアのサラダの陳列を手前に移動し取りやすくしたところ、野菜を選ぶ生徒が増加したという事例がある。

また、新型コロナウイルス感染症の予防のために、建物の入り口付近に消毒液を設置したものの、利用者が少なかったある事業所では、黄色いガムテープを床に矢印のかたち貼って消毒液に誘導するようにしたところ、消毒液の利用者が増加したという事例がある。



取材日：2020年2月5日



糖尿病



富士・東部医療圏

医師会と行政が共同事業で 糖尿病性腎症重症化予防に挑む。

Point of View

- ① 『医師会臨床検査センター』が、健診の検査データベースと医療機関受診患者の検査データベースを統合し、 $\Delta eGFR$ を算出することで透析予備軍患者を明確化
- ② 医師会が抽出した透析予備軍患者に対して、医師会の医師は受診時に、行政は未受診者の家庭訪問時に生活指導を行うなど、医師会と行政が共同で透析予防事業を展開
- ③ 透析予備軍患者へ個別に推定透析導入時期を提示して治療に対する意識を変え、行動変容を促す

富士吉田医師会会長／
医療法人日慶会トモエ医院院長
刑部 光太郎先生

医療法人芙蓉会保坂内科クリニック
院長
保坂 嘉之先生

富士吉田医師会
事務長
權正 文雄氏

富士吉田医師会
技師長
立澤 教夫氏

富士吉田医師会
主幹
祖谷 淑美氏

富士吉田市
市民生活部健康長寿課
池田 亜由美氏

富士吉田市
市民生活部市民課
渡辺 久美子氏

医師会と行政による 共同事業がスタート

山梨県の富士吉田医師会と富士吉田市をはじめとする周辺市町村は、糖尿病性腎症の重症化を予防すべく共同事業を展開している。

事業の、そもそもの発端として地域の糖尿病患者の多さを挙げるのは同医師会会長の刑部先生だ。

「当地域には、仲間でお金を出し合って『貯金会』と呼ばれる懇親会を開く独特の風習があり、多い人では月に5～10回も参加しています。そ

れもあってか、過食気味で、糖尿病患者も全国平均に比して多い傾向にあります。

さらに、寒冷地のため冬に運動量が減りがちなうえ、クルマ社会でほとんど歩かなくても生活ができるなど、極端な運動不足に陥りやすい条



左から刑部先生、保坂先生、權正氏、立澤氏、祖谷氏、池田氏、渡辺氏

件がそろっており、糖尿病患者の増加を招いています」(刑部先生)

こうした背景のもと、同医師会では古くから糖尿病対策に向き合ってきた。そのひとつが、『医師会臨床検査センター』の活動だ。

同医師会の糖尿病対策で活躍する保坂内科クリニック院長の保坂先生が話す。

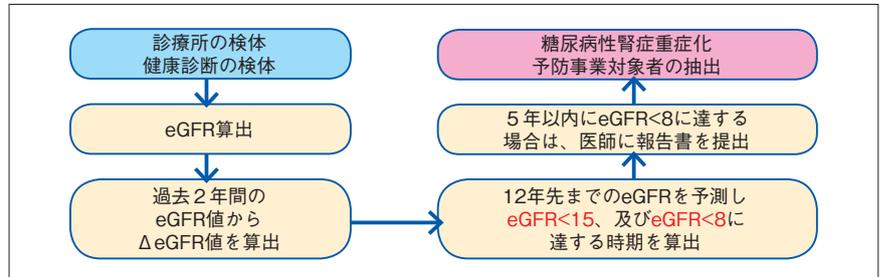
「医師会が運営する臨床検査センターは、診療所を受診した患者さんの検査だけでなく、住民健診や事業所健診などの未受診者の検診にも対応しており、受診者と未受診者の検査データを統合した『健康管理システム』に情報を蓄積する取り組みを続けてきました。このシステムを用いて、地域における透析予備軍患者を把握できるようにしたのです。

具体的には、医療機関から検査がオーダーされるたびに患者さんの腎機能の経年変化を $\Delta eGFR$ として自動的に算出する『透析予防支援システム』を構築(【資料1、2】)。同システムを健康管理システムと連動させました。そして、そこから導き出される $\Delta eGFR$ のグラフの傾きから5年以内に透析導入の可能性が示唆された場合は、推定透析導入時期を割り出し、医療機関に『 $\Delta eGFR$ 集計結果報告書』(以下、報告書)を送付するようにしました(【資料3】)」(保坂先生)

この報告書を媒介にして、医師会と行政との共同事業が始動するに

【資料1】

透析予防支援システムの概要



出典：刑部先生提供資料

たる。

「2017年11月、当医師会と富士吉田市などの周辺市町村では、糖尿病性腎症重症化予防事業の業務提携を締結。医師会検査センターの報告書にもとづいて主治医が対象者に行政による家庭訪問指導を受けることを勧める共同治療を行う事業がスタートしました(【資料4】)」(保坂先生)

長年の協働があったからこそスピーディーな事業化が実現

ところで医師会と自治体はなぜ糖尿病対策で緊密に連携できたのか。

「実は、医師会と自治体の糖尿病に関する協働は、今回が初めてではありません」と保坂先生が話す。「当医師会と行政による糖尿病対策の取り組みは、2008年に私が当時の医師会長から糖尿病勉強会を開催するよう依頼されたのが、きっかけで始まりました。

勉強会には、医師や看護師だけでなく、自治体の保健師も参加してくれ、勉強会を重ねるにつれて健診後の疾病啓発や合併症対策などが話題になっていったのです。そして、健診で拾い上げた軽症糖尿病患者に、どのようにして経口ブドウ糖負荷試験などを受けてもらうか、治療につなげるか等の課題を両者で検討するようになりました」(保坂先生)

刑部先生が続けて言う。

「医師会と行政が、これほどまで緊密に連携できている例は、全国的にも珍しいようですが、保坂先生がおっしゃったように、当地域では両者の長年にわたる協働の歴史があったからこそ、うまくいっているのです」(刑部先生)

医師会によるシステム構築と行政による家庭訪問を両輪に

ここで、共同事業においてはなくてはならない存在の取材出席者に、それぞれの役割について語っていただいた。

まずは、共同事業のスタートダッシュで力を発揮した富士吉田医師会事務長の権正氏。

「共同事業立ち上げにあたり、医師会と周辺自治体と



【資料2】

透析予防支援システムの表示画面の例

検査項目	2017/10/08	2017/09/23	2017/08/13	2017/07/18	2017/06/18	2017/05/21	2017/04/20	2017/04/08	2017/03/19	2017/02/12
アルブミン	2.23	2.78	3.00	2.99	2.85	2.45	0.76	2.46	2.23	1.57
eGFR(修正)	24	20	18	19	20	23	84	23	26	38
1日食塩摂取量	9.3	10.5	9.7	9.9	8.1	9.7		10.7	10.6	12.3
HbA1c(JDS)										
HbA1c(NGSP)	7.6	7.8	8.1	7.8	7.7	7.6		8.9	9.7	10.6
血糖 前	101.4	110.3	130.7	119.8	106.5	111.0	89.0	123.3	110.6	157.3
総コレステロール	188	187	200	191	199	174	200	168	203	196
中性脂肪	149	189	223	201	188	220	121	130	81	237
LDLコレステロール	123	155	167	129	138	158	102	113	198	134
HDLコレステロール	46.7	43.4	45.4	41.3	40.2	46.4	58.0	41.4	44.3	40.3
LDL(計算)										
動脈硬化化指数										
LDL/HDL										
総蛋白	7.1	7.4	7.1	7.4	7.7	7.6	7.4	7.4	6.9	7.6
アルブミン	4.1	4.3	4.2	3.9	4.6	4.8	4.4	4.3	3.9	4.1
A/G比										
尿酸	83	87	81	7.9	8.1	7.4	5.1	8.6	8.0	7.3
尿酸窒素	32.3	34.5	33.3	29.8	34.3	32.3	15.0	32.8	33.8	30.4
AST	23	24	26	24	22	21	22	23	23	17

出典：立澤氏提供資料

の間で、さまざまな調整が必要でした。私は、行政の出身だったこともあり、富士吉田市と周辺2町3村の行政担当者との橋渡し役を務めました」(権正氏)

同医師会技師長の立澤氏は、共同事業の基盤となっている、前述の健康管理システムと透析予防支援システムの連動を、わずか3ヵ月という短期間で成し遂げた。

「健康管理システムは、195万件のデータを集積する国内随一の規模を誇る健康データベースですが、当初は透析予防支援システムと自動で連動していませんでした。そこで、透析予防支援システムを健康管理システムに組み込む任務を先生方から拝命しました」(立澤氏)

同医師会主幹の祖谷氏は、臨床検査センターで検査業務に従事するとともに、共同事業に付随するフォローアップ事業にもかかわる。

「フォローアップ事業では、報告書

を送付するほど状態は悪くないものの、透析予備軍の可能性を否定できない方を対象にΔeGFRの推移を追跡しています。このような方が臨床検査センターで採血や検査をされる際にお声をかけ、ご自身の病状を正しく理解してもらうとともに、糖尿病に関心を持っていただけるよう詳しい説明をしています」(祖谷氏)

一方、報告書にもとづいて患者宅を訪問しているのが、自治体の職員たちだ。富士吉田市市民生活部健康長寿課の池田氏は、家庭訪問の様子を次のように話す。

「ご家庭を訪問すると、普段、患者さんが召し上がっている料理を出していただく機会もあり、味つけが濃くないかなど、日常生活の様子を確認することができます。このようにして収集した情報は、医師会や主治医の先生方にフィードバックして連携をとっています」(池田氏)

同市市民生活部市民課の渡辺氏は

共同事業の予算管理のほか、特定健診を推奨すべく健康長寿課の職員とともに家庭訪問もするという。

「富士吉田市の特定健診の伸び率は鈍化傾向にあるため、システムで明らかになった、特に受診率の低い地域の方々を健康長寿課の職員といっしょに訪問して受診勧奨を行っています」(渡辺氏)

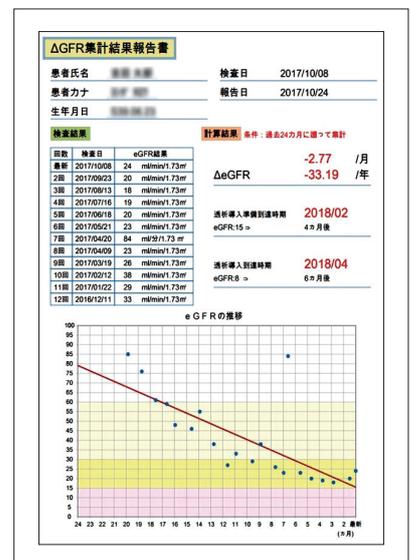
透析にいたる時期の可視化で患者と医師の双方に変化が

共同事業の展開により、どのような成果があがっているのか。医師として自らの診療所で診察にあたる保坂先生と刑部先生が語る。

「以前なら、すでに透析になっていたであろう患者さんが、現在も透析をせずに生活ができています。そんな症例が当診療所だけで何例もあるので、行政の家庭訪問による指導が透析予防に有効だと実感しています」(保坂先生)

【資料3】

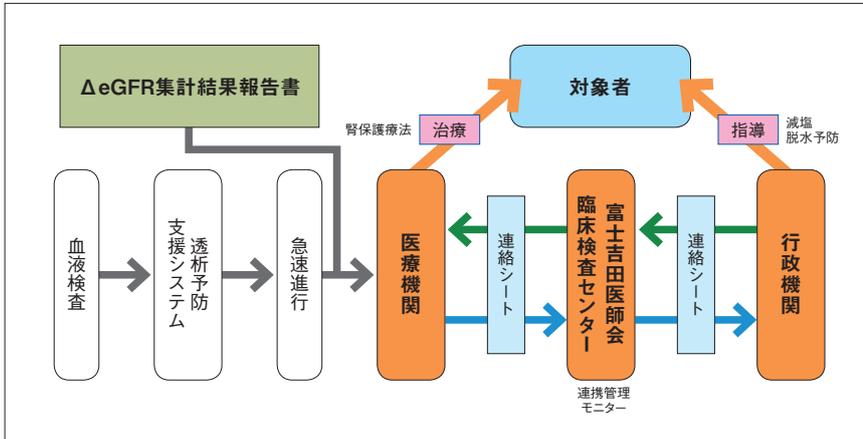
『ΔeGFR集計結果報告書』の例



出典：立澤氏提供資料

【資料4】

共同事業の流れ



出典：立澤氏提供資料

「患者さんの治療に対する姿勢が様変わりしました。今までは療養上の注意をしても、すぐに忘れてしまっていたのが、たとえば『3年後に透析になるおそれがある』といった報告書を見せると、危機感を持ってこちらの話を聞いてくれるようになりました」（刑部先生）

医師の意識にも変化がもたらされたようだといふ保坂先生が話す。「糖尿病以外の目的で臨床検査センターに検査を出しても推定透析導入時期の情報が届きますので、医師の糖尿性腎症に対する意識は大きく変わったと思います」（保坂先生）

将来的には市民も巻き込み
共同事業のさらなる拡大を

共同事業が着実に進行する中、さらなる発展をめざす皆さんに、これからの展望や課題を語っていただいた。まずは、医師会スタッフの方々から。「国も糖尿病性腎症重症化予防の施策を推進していますので、行政とともに共同事業に邁進していきます」（権正氏）

「現在、臨床検査センターにおいて複数の検査値をリアルタイムでモニタリングしている患者さんたちがいます。

こうした方々のデータを解析し、いつ透析導入になりそうなのか、行政の介入によってどれだけ遅らせるかといった統計学的なアプローチを施して、判明した結果を先生方にフィードバックしたいと思っています」（立澤氏）

「検査担当者として、いかに検査の精度を保ち、いかに正確なΔeGFRの数値を出していくかを追求していきます」（祖谷氏）

行政側の2人も高い志を掲げる。「重症化する糖尿病患者を減らすため、自分も含めて職員のスキルが上がるよう勉強を重ねていくつもりです」（池田氏）

「透析患者が増える中、社会健康保険から国民健康保険に変わる直前の方や、国民健康保険から後期高齢者医療制度に移る直前の方などを継ぎ目なくフォローする方策を考えているところです」（渡辺氏）

医師会スタッフと自治体職員の頼もしい言葉に保坂先生が続く。

「共同事業によって、糖尿病から透析にいたる患者さんを減らせたという明確なアウトカムを出していきたい。そのアウトカム達成のためには家庭訪問をするマンパワーの確保が重要でしょう」（保坂先生）

事業拡大を視野に入れる刑部先生もマンパワーに言及する。「この先、事業規模を拡大しようとすると、行政だけでマンパワーを負担するには無理が生じるのは必至。そこで市民などに糖尿病啓発のプロフェッショナルになっていただき、ボランティアとして家庭訪問してもらえるような施策を思い描いています」（刑部先生）

医師会、行政、さらに市民も加わった共同事業へ——。文字どおり地域ぐるみの取り組みに発展しそうな富士・東部医療圏の取り組みに要注目だ。

富士吉田医師会

〒403-0013
山梨県富士吉田市緑ヶ丘2-7-21
TEL：0555-24-3747

医療法人日慶会トモエ医院

〒403-0005
山梨県富士吉田市上吉田2-10-22
TEL：0555-22-0589

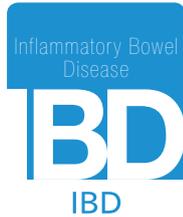
医療法人芙蓉会保坂内科クリニック

〒403-0004
山梨県富士吉田市下吉田5-25-20
TEL：0555-22-5070

富士吉田市市民生活部

〒403-8601
山梨県富士吉田市下吉田6-1-1
TEL：0555-22-1111

取材日：2020年2月12日



旧帝国大学の大学病院では初の 内科と外科からなるIBDセンターを開設。

Point of View

- ① 消化器内科と消化器外科との協働により、正確な診断と最適なタイミングでの手術、質の高い継続診療を実現
- ② 看護師、薬剤師、管理栄養士などのメディカルスタッフが加わったチームで、きめ細かく患者のニーズに応え、患者のセルフコントロールを可能にする
- ③ 地域の中核的存在としてIBD医療連携を進め、患者を集約することでデータを蓄積し研究成果を全国に発信する

名古屋大学大学院医学系研究科
消化器内科学
教授
藤城 光弘先生

名古屋大学医学部附属病院
消化器外科2
講師
中山 吾郎先生

名古屋大学医学部附属病院
消化器内科
講師
中村 正直先生

名古屋大学医学部附属病院
栄養管理部
副部長
田中 文彦氏

名古屋大学医学部附属病院
薬剤部
室長
片岡 智美先生

名古屋大学医学部附属病院
看護部
外来師長
坪井 清美氏

旧帝国大学の大学病院として 例のないIBDセンターを開設

2019年10月、名古屋大学医学部附属病院は、名古屋市では初、また旧帝国大学の大学病院としても前例のない消化器内科と消化器外科との合同による「炎症性腸疾患治療センター」（以下、センター、またはIBDセンター）を開設した。

センター長を務める消化器内科学教授の藤城先生が語る。

「IBDは発症初期には内科的な処置で対応しますが、経過によっては外科的な治療が必要になるケースも少なくありません。内科だけ、外科だけで診る疾患ではないのです。

だからこそ、内科と外科とが協力して患者さんを診療する体制をつくらなくてはならない。これがIBDセンター開設の最大の目的です」（藤城先生）

そして、地域のIBD治療における医療連携の中核となることも目標のひとつだと言う。

「IBDの患者さんは近年、増加傾向にあり、すべての患者さんの診療を大学病院が担うのは難しい状況です（【資料1】）。したがって、軽症の患者さんは、地域でIBD診療を手がけている先生方に診ていただきたい。

ただ、疾患のメカニズムなど、実地臨床では詳細にわからないことが



左から藤城先生、中山先生、中村先生、田中氏、片岡先生、坪井氏

多々ありますので、一度は大学病院を受診して、より正確な評価、診断を行い、適切な治療方針を設定したうえで地域の先生方にお返しするというシステムをつくり上げるのが理想だと思っています」(藤城先生)

患者にとってベストのタイミングで手術が可能に

センターの両輪である消化器内科と消化器外科の協働について、消化器内科講師の中村先生が語る。「これまでも消化器外科の先生と相談することはありましたが、正直、少し遠慮がありました。

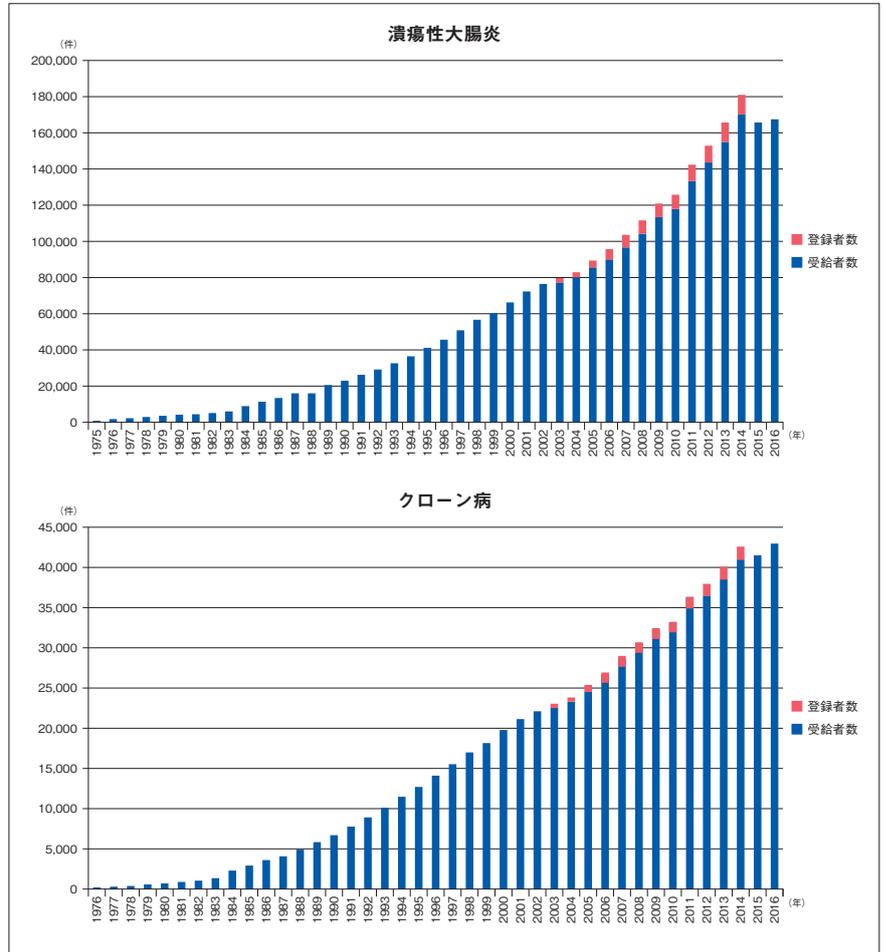
それが、合同でセンターを立ち上げてからは心理的な壁はなくなり、配置上も、外科の外来診療室の隣にIBD外来があって容易にコンサルトしていただけるので、安心感は大きいですね」(中村先生)

消化器外科2講師の中山先生が続ける。「IBD診療における外科の役割は疾患により若干異なります。クローン病の場合、内科的治療で対応が困難となった病変を最小限切除して病態をリセットし、内科的治療へつなげます。一方、潰瘍性大腸炎では、難治例や悪性病変を合併した例などに対して大腸をすべて切除し、病態の根治をめざします。

一般にIBD治療では緊急手術が多く、通常手術にくらべて手術のリス

【資料1】

全国のIBD医療受給者証交付件数の推移



出典：難病情報センターホームページ(2020年5月現在)から引用

クが高いとされますが、センター開設後は緊急手術がとてま少なくなりました。おそらく、内科と外科が早い段階で治療方針を検討・共有できるようになったおかげであると考えます」(中山先生)

消化器内科と消化器外科の連携によって、患者にとってベストのタイミングで手術が可能になっている証だろう。

医師と多職種のスタッフが集うIBDチームを結成

センターにおける協働は消化器内科医と消化器外科医だけではない。藤城先生がセンターにおけるチーム医療の体制を紹介してくれた。「センターでは、消化器内科と消化器外科の医師に加えて、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技



師、管理栄養士といった多職種のメディカルスタッフのメンバーで構成された『IBDチーム』が活躍しています（【資料2】）（藤城先生）

IBDチームで、各職種はどのような業務を担っているのか。栄養管理部副部長の田中氏が語る。

「管理栄養士の主な役割は、IBD外来での栄養食事指導です。中でも、若年の患者さんに多い疾患なので、再燃させないための食事が大きなテーマです。

若い方は、寛解して病気にある程度慣れると無茶をしやすいため、医師や看護師などから得られる患者さんの食事に関する情報はとても貴重です。それがチーム内で共有されることで、患者さんにタイムリーで適切な指導ができます」（田中氏）

薬剤師の立場で心がけていることを話してくれるのは、薬剤部長の片岡先生である。

「薬物療法に関して患者さんへの説明などが必要なときに声をかけていただき、患者さんとお話しするといったかたちでチームにかかわっています。治療が長期にわたる疾患なので、ドロップアウトしないような指導を心がけています」（片岡先生）

IBDチームでの看護師の活動に関して述べるのは、看護部外来師長の坪井氏だ。

「内科治療の患者さんであれば、社会生活で心配なことや、疑問点などを聞き出す。手術予定の患者さんの不安を傾聴し、医師や他職種につなぐ。術後の患者さんであれば、体調を細かく把握する。そういった患者さんの状況に応じた看護をチームの一員として継続的に行っています。

食事や栄養などに関しても、まずは看護師が患者さんと話をし、得られた情報をチームのメンバーと確実に共有することで、よりスムーズ

「IBDセンター」のメンバー



前列左から片岡先生、中山先生、藤城先生、中村先生、坪井氏
後列左から服部先生、山村先生、澤田先生、佐藤先生、稲留氏

出典：編集部撮影

な診療や指導が実現できていると思います」（坪井氏）

地域からの信頼を得て 紹介患者も増加傾向に

センターの誕生は、IBDにおける地域医療連携にどんな影響を及ぼしたのだろうか。開設半年を経て各々の先生に感じることを聞いた。

「以前も、地域の病院や診療所からIBDの患者さんのご紹介はたくさん受けていましたが、IBDセンターとして明確に標榜したことで、さらに紹介がしやすくなったようです。

当然、ご紹介いただいた患者さんは、診断が確定して症状が軽減したり、安定すれば、地域の先生方にお返しします。

一方で、当院にいらした患者さんを、逆紹介で地域の診療所にお問い合わせするケースもあり、こうした連携も以前よりスムーズになっていると感じています」（中村先生）

センターと地域の病院、診療所とが、ともに患者の長い闘病を見守り支えていく。そうした理想の連携がすでに実現しつつあるようだ。

消化器外科の中山先生は、別の視点からの手応えを口にする。

「センター開設後、他院の外科の先生方から、手術の適応、手術時期、術式などに関する問い合わせが増えています。多くの一般病院ではIBDの手術数は少なく、治療に難渋されるケースが多いためと考えます。

当地域におけるIBD外科治療の窓口として機能することで、地域全体のレベルアップに貢献できればと考えています」（中山先生）

IBDを志す外科医の育成と 発症機序に迫るアプローチ

内科と外科の協働によるセンターは、順調なスタートを切った。今後に向けての目標やビジョン、さらなる展望についてもうかがった。口火

を切ってくれたのは、外科医の中山先生だ。

「残念なことにIBD分野を志す消化器外科医はとても少ないのが現状です。他の分野にくらべると疾患を経験する機会が少ないことや手術が特殊でレベルも高度であるため、専門に選ぶ外科医が少ないのでしょう。

IBD治療をセンター化することで手術件数を増やし、さらに大学病院の教育機関としての特性を生かして学生や研修医に早い段階からIBD治療に接する機会を増やすことで、この分野をめざす後進を育てていけばと期待しています」(中山先生)

内科医の中村先生からは、2つのビジョンが示された。

「ひとつ目は、より正確で確実な診断です。クローン病であれば、口から肛門までの全消化管観察をより緻密に行ったうえで治療を検討する。潰瘍性大腸炎についても、大腸の精査を確実にを行い、正確性の高い診断

に結びつける。

そして、正確な診断ができて初めて発症機序に迫ることができます。この臨床からのアプローチが、正確な診断の先に見据える2つ目の目標です」(中村先生)

ライフイベントも視野に 入れた患者とのかかわりを

多職種のメディカルスタッフからも、今後の抱負が語られる。

「栄養サポートが必要な患者さんは潜在的に多くいらっしゃるのではないかと考えています。そこで、医師から管理栄養士にスムーズに栄養指導依頼ができるような新たな基準の設定や、オーダー方法の周知などに積極的に取り組んでいきたいと思えます」(田中氏)

「今は、薬物療法導入の際に依頼に応じて行う指導がメインの業務ですが、今後は、正しく服薬できている

かといった、患者さんのフォローにもかかわっていききたいですね」(片岡先生)

「看護師がめざしているのは、患者さんのライフイベントや人生設計までも視野に入れたかかわりです。もちろんIBDの治療や看護の専門的な知識やスキルは必須ですが、メンタルな部分にまで及ぶかかわりを持つとなれば、より高度な知識や技術、

心がまえが必要です。

これからは、医療やメンタルといった、あらゆる面で質の高い看護を提供できる人材の育成に着手していきます」(坪井氏)

診療、研究、教育における ビジョンの実現を誓う

最後にセンター長の藤城先生から大学病院ならではの診療、研究、教育の3本柱のそれぞれの側面からビジョンを語っていただいた。

「診療に関しては、今は、まだセンターには専任のスタッフがいないので、なんとか常駐の人材確保をしたいと考えています。

研究に関しては、中村先生がすでに消化器内科で診ているIBDの患者さんのデータベースをつくり上げられたので、そこに臨床データを蓄積しながら、患者さんをフォローしてコホート研究を進め、研究結果を発信できるようにするつもりです。

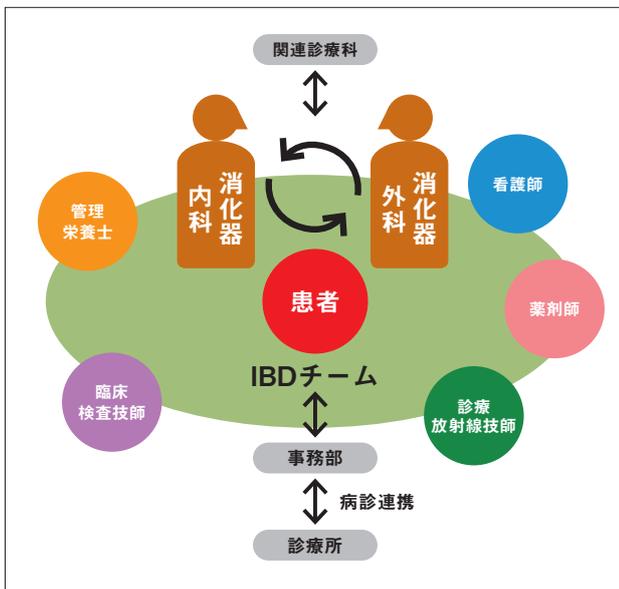
教育面では、中山先生が触れられたように、IBDを治療できる外科医が非常に少数というのが現実なので特に、外科医の育成には力を入れたいですね。

容易ではないでしょうが、診療、研究、教育の3本柱すべてにおけるビジョンを着実に実現していくつもりです」(藤城先生)

これらのビジョンが達成されるときこそ、藤城先生が思い描く「日本を代表するIBDセンター」が名古屋の地に実現するときである。

【資料2】

「IBDチーム」によるチーム医療



出典：編集部作成

名古屋大学医学部附属病院

〒466-8560

愛知県名古屋市昭和区鶴舞町65

TEL : 052-741-2111

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

診療サポート情報

▶ 「Medical Network」コラム、先行配信のご案内



次号に掲載の「アップデート—進化する医療制度—」、「めざせ!!メディカルエグゼクティブ」をweb版で先行配信します。

▶ 医療行政

医療行政
“ほっと”
ニュース

医療行政“ほっと”ニュース

医療行政や医療関連制度に関する動向を、コンパクトにまとめてお伝えします。

No.38 時限的・特例的な取扱いでオンライン診療等の対応医療機関数が大幅増

No.37 2020年度診療報酬改定にて新設された「地域医療体制確保加算」

No.36 新型コロナウイルス感染拡大を受け初診でのオンライン診療を時限的に開始

薬剤師サポート情報

▶ 変革期の病院薬剤部門の「困った」に使えるマネジメントの基礎知識



成長する組織づくりと人材マネジメント

CASE6

地域全体のチーム力の向上と薬剤師力の発揮

地域を含めたチーム医療の中で薬剤師力をどう発揮する？

CASE5

病院経営層との意思疎通と薬剤師業務の「見せる化」

薬剤師の存在意義を病院経営層にどう見せる？

▶ 「Pharma Scope」記事、先行配信のご案内



次号に掲載の「View」、「C-Pharmacy」を順次、web版で先行配信します。

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