

メディカルネットワーク

Medical Network

Zoom Up P2

—医療行政最前線—

「病床機能報告」の見直しを実施

**入院基本料と病床機能をひもづけ
さらに病床機能を選定する
目安となる基準の検討を進める**

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

福岡・糸島医療圏(福岡市城南区・早良区) P8

多職種のチームで高齢者糖尿病と向き合い、
大学病院との連携で臨床研究においても成果。

愛知県東部 P12

大学病院がリードして設立した全国最大規模の
地域医療連携推進法人「尾三会」。

川越比企医療圏(川越市) P16

「ブルーライトアップ」によって絆を深め、
ともに地域の糖尿病医療の進展に貢献。

入院基本料と病床機能をひもづけ さらに病床機能を選定する 目安となる基準の検討を進める

「病床機能報告」の見直しを実施

一般病床、療養病床を持つすべての病院、有床診療所は毎年、自院の各病床がどの機能を果たし、将来、どの機能を果たそうとしているのかを都道府県に報告する「病床機能報告」を実施します。しかし、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各病床機能を選択する基準がわかりにくいとの指摘が多く、厚生労働省（以下、厚労省）は具体的な対応方針を固めつつあります。

料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院管理料は「高度急性期機能」

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料は「回復期機能」
- ・特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、療養病棟入院基本料は「慢性期機能」

この区分は、特定入院料の施設基準と、各機能との間に共通点を見出したものと言えます。厚労省では、同様に「一般病棟入院基本料と病床機能とのひもづけができないか」を検討、調査した結果、次のような状況が明らかになりました。

〈高度急性期と報告した病棟〉

- ・8割超で看護配置「7対1相当以上」
- ・9割超で平均在棟日数が「18日以内」
- ・急性期と報告した病棟にくらべて「他院・他病棟からの転院・転棟患者」が多い

〈急性期と報告した病棟〉

- ・看護配置が4割弱で「7対1相当以上」、2割弱で「10対1相当未満」、1割弱で「13対1相当未満」
- ・8割強で平均在棟日数が「21日以内」
- ・高度急性期と報告した病棟にくらべて「他院・他病棟からの転院・転棟患者」が少ない

- ・外科や脳神経外科では、7対1・10対1で「13対1・15対1の2倍程度の手術・全身麻酔手術を実施している」

- ・13対1・15対1病棟であっても、循環器内科や眼科を標榜し、急性期と報告した一部の病棟では、7対1・10対1と同程度の手術・全身麻酔手術を実施している

〈回復期と報告した病棟〉

- ・一般病床では病床当たりの看護配

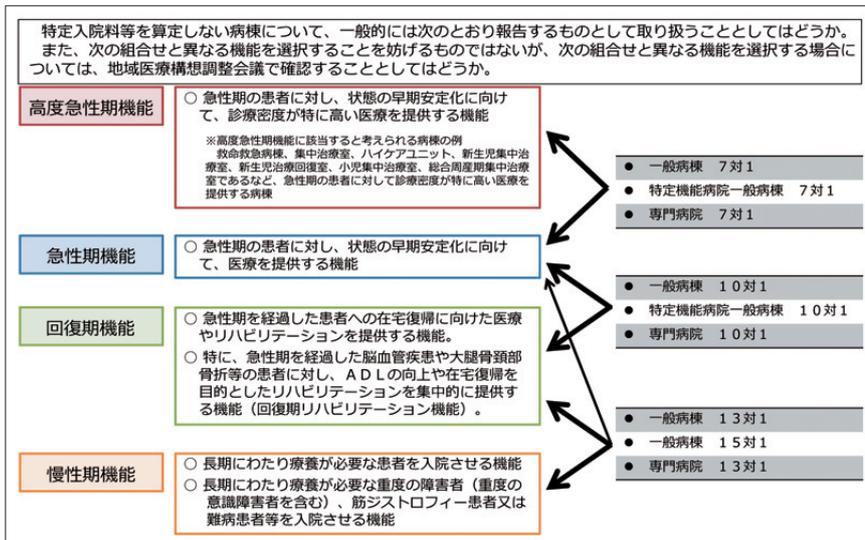
一般病棟入院基本料と 病床機能のひもづけも完了

各病床機能における、いわゆる「定量的基準」の必要性がかねてから指摘されていますが、仮に一律の基準（たとえば、地域医療構想ガイドラインのような1日当たりの医療資源投入量など）が定まるのであれば、「厚労省で基準に沿って機能分化を行えば良く、病床機能報告の必要がなくなるのではないか」との反論もあり

ます。これについて明確な結論は出ていませんが、厚労省では「病床機能報告を行うにあたっての一定の目安や基準を定める必要があるのではないか」と考えているようです。すでに2016年度には病床機能と親和性の高い「特定入院料」の整理を行って、次のように運用しています。

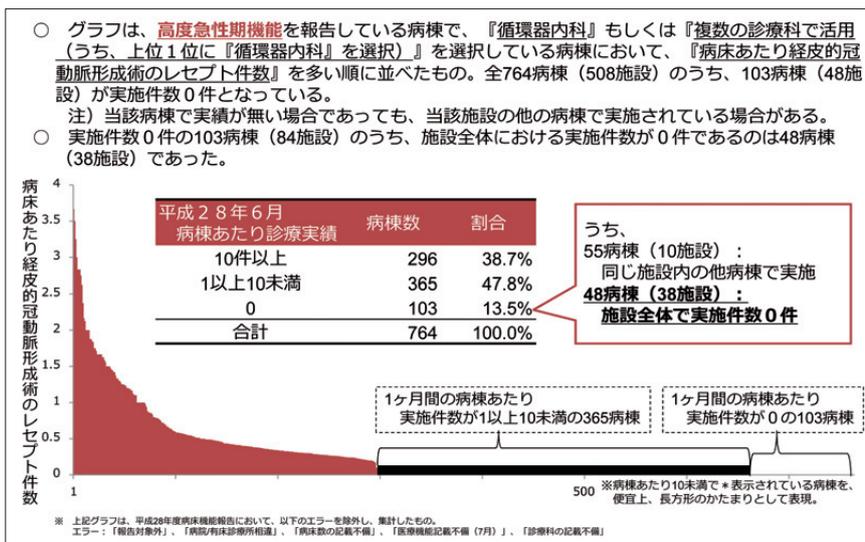
- ・救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理

【資料1】特定の機能を有さない病棟における病床機能報告の取り扱いの基本的な考え方



出典：厚生労働省第5回地域医療構想に関するWG(2017年6月2日)資料2(p48) (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000166637.pdf>)

【資料2】病棟ごとの提供されている医療の内容について(病院、診療所)〈精査中〉



出典：厚生労働省第4回地域医療構想に関するWG(2017年5月10日)資料2(p23) (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000164336.pdf>)

置「10対1相当以上」が66%だが、療養病床では47.6%にとどまる

・一般病床では平均在棟日数が60日を超える病棟は3割弱にとどまるが療養病床では8割弱を占める

・「他院・他病棟からの転院・転棟患者」割合を見ると、療養病床の病棟では9割超で75%以上だが、一般病床では7割弱

〈慢性期と報告した病棟〉

・96%弱で「25対1相当以上」の看護配置

看護配置

・平均在棟日数は8割強で90日超、4割強で300日超

・6割超で、「他院・他病棟からの転院・転棟患者」割合が75%以上

これらを逆の方向から整理し、厚労省は6月2日に開催した「地域医療構想に関するワーキンググループ」で、次のようなひもづけを行っています(【資料1】)。

(1) 7対1病棟は「高度急性期」ま

たは「急性期」

(2) 10対1病棟は「急性期」または「回復期」

(3) 13対1・15対1病棟は「回復期」または「慢性期」、一部では「急性期」も

これらと異なる組み合わせによる報告もできますが、その場合、「事後に、地域医療構想調整会議で『なぜ、異なる組み合わせで報告したのか、実際の機能や医療提供内容はどのようなものか』などを確認する」こととなります。

600床近い大規模病院の中にすべて高度急性期とする例も

もっとも、同じ7対1を届け出ている病棟であっても、入院患者の状況や提供されている医療内容は、さまざまであると指摘されています。この点について厚労省が詳しく分析したところ、「衝撃的な状況」が明らかになってきました。

たとえば、各病院が「どういった機能を組み合わせで報告しているのか」を見てみると、2016年度には、128の病院が「すべての病棟が高度急性期」と報告するとともに、1,454の病院が「すべての病棟が急性期」と報告するなど、「疑問のある」病院が散見されたこと、5月10日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」に報告されたのです。

「すべて高度急性期」と報告した病院の何が疑問で、何が問題なのでしょう。ハートセンターなど小規模単科病院ならば高度急性期への特化も考えられますが、2016年度に「すべて高度急性期」と報告した128病院は平均581床という大規模病院(大学病院が多い)で、実際の機能を勘案せずに報告を行っている可能性があるのです。

高度急性期の循環器内科で 1ヵ月にPCIが0件の施設

さらに厚労省の分析では、「同じ機能を選択しているが、診療実績には病院間で大きなバラつきがある」実態もわかりました。

1例として、「循環器内科で、高度急性期と報告している病棟」(764病棟・508施設)において、2016年6月の「病床当たりの経皮的冠動脈形成術(PCI)の実施件数」がどれだけのかを比較してみました。それによると、10件以上実施しているところが296病棟(38.7%)あるのに対し、103病棟(13.5%)では0件、うち48病棟・38施設では「施設全体での実施件数が0件」であるとわかりました(【資料2】)。

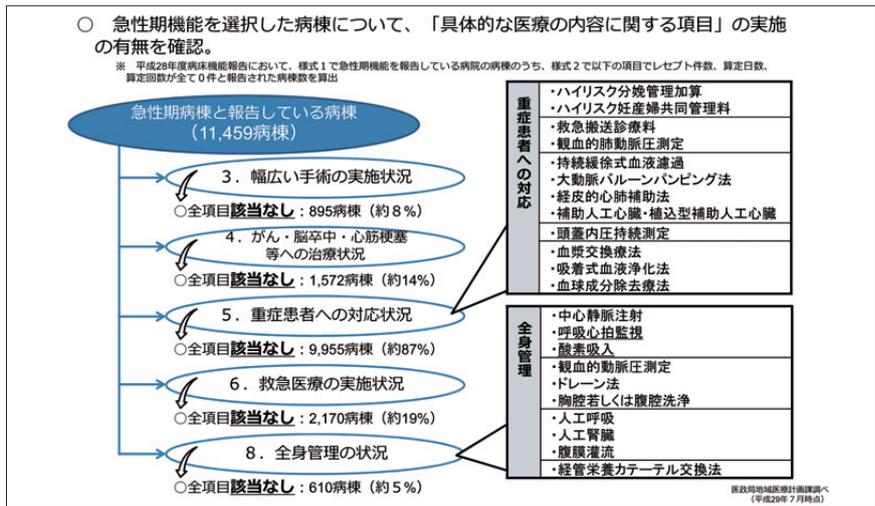
厚労省医政局地域医療計画課の担当者は、「循環器内科で、しかも高度急性期を選択した病棟でPCIを1ヵ月に1回も実施していない事実を、地域医療構想調整会議でどのように説明するのだろうか」とコメントしています。

急性期の外科病棟なのに 1ヵ月に手術が0件の施設

7月19日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」では、さらに次のような状況が厚労省から報告され、同じ機能の中でも診療実績に大きなバラつきがある実態があらためて確認されました。

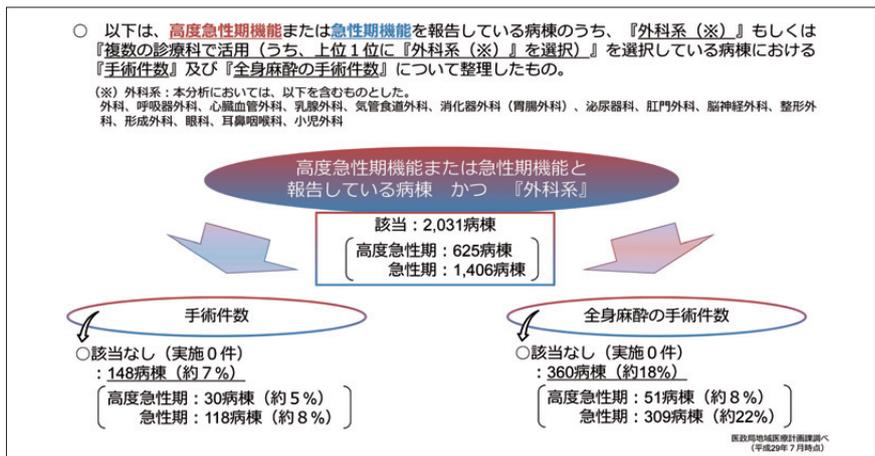
- 急性期と報告している病棟(11,459病棟)のうち、895病棟(7.8%)では「幅広い手術の実施状況」(全身麻酔手術や人工心肺を用いた手術など)に、1,572病棟(13.7%)では「がん、脳卒中、心筋梗塞などへの治療状況」に、2,170病棟(18.9%)では「救急医療の実施状況」に、610病棟(5.3%)

【資料3】具体的な医療の内容に関する項目と病床機能



出典：厚生労働省第7回地域医療構想に関するWG(2017年7月19日)資料2-1(p19) (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000171568.pdf>)

【資料4】具体的な医療の内容に関する項目を用いた分析例①



出典：厚生労働省第7回地域医療構想に関するWG(2017年7月19日)資料2-1(p20) (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000171568.pdf>)

では「全身管理の状況」に合致していない(【資料3】)

- 高度急性期、急性期と報告している外科病棟(2,031病棟)のうち、360病棟(17.7%)では全身麻酔手術が1ヵ月に0件で、148病棟(7.3%)では手術そのものを1ヵ月に1件も実施していない(【資料4】)

- 高度急性期、急性期と報告している呼吸器内科病棟(681病棟)のうち、31病棟(4.6%)では酸素吸入を1ヵ月に1件も実施せず、40病棟(5.9%)では呼吸心拍監視を同じく1件も実施していない。また、24病棟(3.5%)

では、両行為を1ヵ月に1件も行っていない(【資料5】)

同じ診療科で同じ機能として報告されている病棟であるにもかかわらず、「A病院のα病棟では、当該診療科で一般的な手術を1ヵ月に20件行い、B病院のβ病棟では、1件も行っていない」状況は、国民にとってきわめてわかりにくいと言わざるをえません。ひいては国民の医療に対する不信感を生み、「やはり大きな病院が安心だ」との誤解を助長する可能性もあります。

厚労省は今後、「その病床機能らし

い」医療内容に関する項目を複数設定し、「A診療行為を実施しているか→B診療行為を実施しているか→C診療行為を実施しているか」といった何段階かの「ふるい」を設置して、たとえば「A、B、Cの診療行為すべてを1回も実施していない」病棟に関しては、選択した機能について地域医療構想調整会議で確認するよう求めています。厚労省は、これまでの分析内容を踏まえると、診療行為だけでなく「診療科」をも勘案した「ふるい」を設置したい考えのようです（【資料6】）。

入退院患者数を報告する対象期間を1年に延長

6月2日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」では、2017年度の病床機能報告から次のような見直しの実施も固まりました（病床機能報告マニュアルの改訂）。

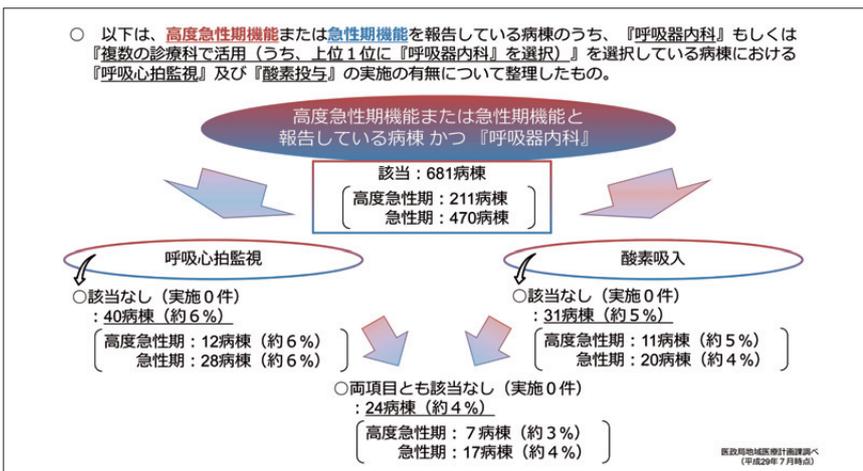
- ①「人員配置」に関して、医師数、歯科医師数、管理栄養士数などを追加する
- ②「6年が経過した日における病床の機能」に関して、転換先の施設類型（介護医療院、介護老人保健施設）

を把握する項目を追加する

- ③入院前・退院先の場所別の患者数、退院後に在宅医療を必要とする患者数について、報告対象期間を1年間（現在は1ヵ月間）に延長する
- ④非稼働病床がある場合には、ベッド数とあわせて「非稼働の理由」についての報告も求める
- ⑤医療機関の設置主体、特定機能病院や地域医療支援の病院の承認の有無についても報告を求める

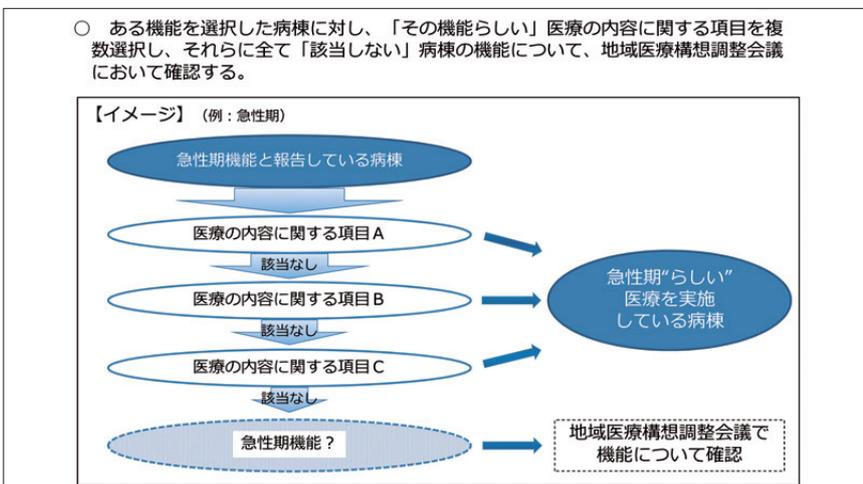
このうち③の入退院患者数については、今の病床機能報告では「毎年6月の1ヵ月間」の「新規入棟患者数（院内の他病棟からの転棟か、家庭からの入院か、他院からの転院かなど別）」、「退棟患者数（院内の他病棟への転棟か、家庭への退院か、他院への転院か、介護施設への転院かなど別）」、「退院後の在宅医療が必要な患者数（在宅医療提供を自院が行うのか、他施設が行うのかなど別）」を報告することになっています。しかし療養病床では全国ベースの平均在棟日数が300日を超えており、1ヵ月間では患者の動向が見えにくく、「療養病棟からの退院患者が、在宅に復帰するのか（復帰するとして在宅医療が必要なのか、不要なのか）、あるいは他院に転院するのか、介護施設に入所するのか」などの把握が難しくなっています。そこで、報告対象期間を1年間（前年7月1日から当年6月30日まで）に見直し、実態をとらえようというわけです。もっとも医療機関側の負担にも配慮し、▽2017年度は可能な医療機関に限って追加的に報告する、▽2018年度から1年間の報告を原則とする——という猶予規定が設けられます。

【資料5】具体的な医療の内容に関する項目を用いた分析例②



出典：厚生労働省第7回地域医療構想に関するWG(2017年7月19日)資料2-1(p21) (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000171568.pdf>)

【資料6】具体的な医療の内容に関する項目の分析方法(案)



出典：厚生労働省第7回地域医療構想に関するWG(2017年7月19日)資料2-1(p22) (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000171568.pdf>)



医療ジャーナリスト
 鳥海 和輝



2018年度の改革は診療報酬・介護報酬だけではない 都道府県が国保財政と医療計画の責任主体となる

来 たる2018年度では、医療・介護における大改革が重なります。中には、かつて流行したオカルト番組になぞらえて「惑星直列の年」と呼ぶ方もいらっしゃるほどです。大改革が実行されれば、大きな影響を受ける医療機関も出てくるはず。どのような改革が行われるのか、あらためて整理しておきましょう。

まず目の前に控えているのは、診療報酬と介護報酬の同時改定です。診療報酬は2年に1回、介護報酬は3年に1回改定されるため、6年に1回、同時改定となります。2025年までには、2018、2024年度の2回、同時改定が行われますが、2024年度改定の効果が出るまでの時間を考慮すると、2018年度改定が「大きく舵を切る」最後の機会と言えます。今後、「医療行政最前線」などで詳しくお伝えしていきます。

また2018年度から、第7次医療計画、第7期介護保険事業（支援）計画がスタートします。都道府県、市

町村における医療・介護提供体制の基盤となる計画であり、特に在宅医療に関して両計画の整合性を図ることが大切になるでしょう。地域医療構想の実現も、医療計画の重要な要素のひとつとなります。

さらに重大なのが、国民健康保険の財政運営責任が2018年度から都道府県に移管されることです。都道府県には国民健康保険の安定的運営のために国から補助金が交付されますが、都道府県自らが「医療費の適正化」に向け、さらに力を入れると予想されます（2018年度からは新たな医療費適正化計画も始まる）。医療費を管理する都道府県が、自ら医療提供体制計画を作成するのですから、「過剰な医療提供の整備を控える」動きがより強くなるものと予想されます。ことに、都道府県が開設する病院では、ベッド数も含めて現在の体制や設備が適正なのかなど、厳しいチェックが実施される可能性もありそうです。

地域包括ケアにおける医療マネジメント 第⑦回

株式会社日本経営 大日方 光明

医療者も知っておくべき介護サービスの動向（番外編）

前 回まで2回にわたってお伝えしてきた介護サービスの類型ですが、今回は「地域密着型」サービスをとり上げます。

同サービスは2006年度から始まり、提供する施設が相次いで設置されました。サービスの提供地域が限定的である点が特徴で、地域の実情に合わせた、きわめて細やかなサービスの提供をめざしています。具体的には、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護（デイサービス）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や、その他の地域密着型のデイサービスや特別養護老人ホーム、特定施設などが該当します。

中でも注目したいのが、小規模多機能型居宅介護です。最大29名という小規模の登録定員ですが、利用者は通所介護、訪問介護、短期入所（ショートステイ）

の3種のサービスを同一事業所内で、そのときのニーズに応じて柔軟に使い分けられます。環境変化に敏感な認知症患者や細かなプラン変更が必要な利用者にとっては対応力のあるサービスと言えるでしょう。現在、提供施設は全国に5,000程度存在しますが、介護報酬の評価対象となっており、さらなる拡大が期待されています。さらに、同サービスに訪問看護が加わった看護小規模多機能型居宅介護（旧・複合型サービス）もあり、終末期のレスパイト対応なども含めた在宅重度対応が可能とされています。

病院側にとっては、訪問系や通所系、施設・居住系サービスに加え、（看護）小規模多機能型居宅介護との連携機会もますます増えると予測されます。切れ目のない医療・介護連携の促進のため、こうした介護サービスの新たな潮流にも対応していきたいところです。

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



田辺三菱製薬

Medical View Point

領域別情報

▶ 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3回] 糖尿病専門医が語る DPP-4 阻害薬と SGLT2 阻害薬への期待

Melanie J. Davies先生(Professor of Diabetes Medicine, University of Leicester and University Hospitals of Leicester NHS Trust)

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 代謝内分泌内科学 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

取材日：2017年5月24日



糖尿病



福岡・糸島医療圏

(福岡市城南区・早良区)

多職種チームで高齢者糖尿病と向き合い、 大学病院との連携で臨床研究においても成果。

Point of View

- ① 医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーションスタッフなどの多職種で構成する糖尿病チーム
- ② フレイルの臨床評価を基軸とした高齢者糖尿病治療戦略を実践
- ③ 大学病院と連携し、患者の紹介・逆紹介や医師同士の交流により、地域の患者に「ステージに合ったベストの医療」を提供

医療法人社団誠和会牟田病院
名誉院長

名和田 新先生

医療法人社団誠和会牟田病院
内科・糖尿病内科部長

藤原 裕矢先生

医療法人社団誠和会牟田病院
内科・糖尿病内科

柳田 育美先生

医療法人社団誠和会牟田病院
医療技術部長/人財サポート室/
薬剤師

浅川 英子氏

医療法人社団誠和会牟田病院
看護部/糖尿病看護認定看護師

川尻 智子氏

医療法人社団誠和会牟田病院
リハビリテーション部
一般・療養病棟主任/理学療法士

北嶋 優一氏

高齢者糖尿病への対応には 多職種の糖尿病チームが必須

牟田病院は、理事長の牟田和男先生が内分泌・糖尿病の専門医だったこともあり、以前から糖尿病患者が多く、多職種のスタッフが地域糖尿病療養指導士(LCDE)資格を取得するなど、病院全体の糖尿病に対する意識も高かった。そのような中、現在名誉院長の名和田先生が、2012年に福岡県立大学(九州大学名誉教授)から赴任すると糖尿病チームを立ち上げる。

「糖尿病における近年のトピックスのひとつは、高齢患者の増加です。高齢者糖尿病の特徴は、網膜症、腎症、神経障害などの細小血管障害や、脳

卒中、虚血性心疾患などの大血管障害といった合併症のほかにサルコペニアや認知症も含む『フレイル』の問題が出てくることです。これをいかに予防するか、治療していくか。高齢者糖尿病は、医師だけでは対応しきれません。医師に加えて看護師や薬剤師、管理栄養士、理学療法士のリハビリスタッフなどが一体とな

ったチームが必要。幸いにも私が赴任時、各職種に糖尿病医療に理解の深いエキスパートがそろっていたので、さっそく糖尿病チームの立ち上げに踏み切りました」(名和田先生)

医療技術部長を務める薬剤師の浅川氏が続けて話す。

「チームには当初から35名が参加し、患者会『もみの木会』の結成、糖尿



左から名和田先生、藤原先生、柳田先生、浅川氏、川尻氏、北嶋氏

病教室開催、教育入院システムの導入、LCDE育成と活動は順調に進んできました。そして、2014年には日本糖尿病学会認定教育施設に認定、翌年より福岡大学医学部内分泌・糖尿病内科（柳瀬敏彦教授）から常勤医師の派遣を受けています。

2017年5月現在のチームは総勢39名。3名の医師、16名の看護師、11名の理学療法士のほか、薬剤師、管理栄養士、作業療法士、健康運動指導士、臨床検査技師、事務スタッフと多職種によって構成されており、うちLCDEは当初の5名から15名にまで増えています」（浅川氏）

「全職種のスタッフが参加して毎週、チームでの回診とカンファレンスを行い、患者さんの状態を把握したうえで、さらに各々の職種ならではの視点からの情報や意見を交換し合っています」（名和田先生）

カンファレンスや毎月のチーム会議で情報共有

現在、チームリーダーを務める内科・糖尿病内科部長の藤原先生が、チームでの回診やカンファレンスについて話してくれた。「短時間で患者さんの全体の状況を把握できるので非常に助かります。高齢の患者さんはそれぞれに多様なバックグラウンドを持っていますので、入院時の問題点や退院後の方針についても多職種で話し合えるカンファ

レンスは有意義です」（藤原先生）

糖尿病看護認定看護師と日本糖尿病療養指導士（CDEJ）、LCDEと3つの糖尿病関連資格を有しサブリーダーを務める看護部の川尻氏は、患者への接し方が違ってきたと言う。

「無理なく自然に受け入れられる指導こそが、患者さんの自発性を引き出しQOLの向上につながります。でも、それにはまず患者さんの糖尿病の状態からADL、認知能力、生活環境、サポート体制まで多岐にわたる広範囲の情報が必要です。このチームにはそれらが集まるので患者さんへの接し方も違ってきました」（川尻氏）

そして自身のチームでの役割を連携調整と考えて動いているそうだ。「チームメンバーの架け橋的な存在でありたいと思います。看護師に限らずチームの多職種のメンバーが、それぞれの力を十分に発揮できるように、またスムーズに連携できるように、情報を引き出したり共有したり発信したりしています」（川尻氏）

密な情報共有のため、カンファレンスのほかに月1回のチーム会議も開催していると聞いた。

「糖尿病以外の院内のチーム、たとえば骨粗鬆症や栄養サポート、褥瘡や認知症などの各チームと連携する場合も、整形外科や眼科（他院）、リハビリテーション部門との協働もあります。すべては糖尿病チーム内のコミュニケーションをベースに生まれる連携ですから、チーム会議や日ご

ろのチームでの回診、カンファレンスは大切にしています」（藤原先生）

糖尿病とフレイルの関係を追究 独自の治療目標や問診票も

フレイルは、名和田先生がチームを立ち上げたそもそもの動機である高齢者糖尿病において、もっとも大きなテーマ。同院におけるフレイルの臨床評価でリーダーシップを発揮しているのが、内科・糖尿病内科の柳田先生だ。福岡大学医学部の内分泌・糖尿病内科から派遣されている常勤医で、もちろん糖尿病チームのメンバーでもある。

同院では、フレイルの臨床指標として注目されているCFS（Clinical Frailty Scale）と認知機能指標MMSE（Mini-Mental State Examination）をすべての高齢者糖尿病患者に実施するため、「糖尿病治療ガイド（2016-2017）」の高齢者糖尿病の血糖コントロール目標に、CFSとMMSE判定基準、入院患者の血糖評価のために平均血糖を加えた院内の高齢者糖尿病の治療目標（【資料1】）を作成。特にCFSについては、独自のフローチャートを外来師長の田島美涼氏と考案し、外来の間診で簡便に評価できるようにした（【資料2】）。

「柳田先生は、臨床医として多くの患者さんを診療しながら、高齢者糖尿病とフレイルの関係を究明すべく取り組んでいます」（名和田先生）

「当院の65歳以上の2型糖尿病患者132名について、CFSを用いたフレイルスコアと相関するリスク因子の多変量解析の結果、加齢と血清アルブミン、HDLコレステロール、収縮期血圧、HbA1c、総コレステロールと体重の低値は、いずれもフレイルの独立したリスク因子であり、特に高齢者2型糖尿病における低HbA1cが



【資料1】

牟田病院内の高齢者糖尿病の治療目標

患者の特徴・健康状態		カテゴリーⅠ ①認知機能正常 (MMSE 28-30点) かつ ②ADL自立 (フレイル1-4)	カテゴリーⅡ ①軽度認知障害～軽度認知症 (MMSE 21-27点) または ②手段的ADL低下 基本的ADL自立 (フレイル5)	カテゴリーⅢ ①中等度以上の認知症 (MMSE 0-20点) または ②基本的ADL低下 (フレイル6以上) または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤 (インスリン、SU薬、グリニド薬など)の使用	なし	7.0%未満 平均血糖154mg/dl未満	7.0%未満 平均血糖154mg/dl未満	8.0%未満 平均血糖183mg/dl未満
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%) 平均血糖140以上169未満	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%) 平均血糖154以上183未満	8.5%未満 (下限7.5%) 平均血糖169以上197未満
平均血糖 = (28.7 × HbA1c) - 46.7				

フレイルのリスク因子であると初めて明らかにできました^[1]。

うれしいことに国内のみならず国外でも紹介される機会があり、世界で注目されているテーマだと感じました」(柳田先生)

フレイルに対し栄養と運動から介入する「攻め」のチーム医療

「高齢の糖尿病患者に対しては、血糖値の安定を図り、合併症の発症を予防するために定期的なチェックをするだけでは十分ではありません。寝たきりにならず、つまり健康寿命を延ばすために、高齢者糖尿病には、フレイルに積極的に介入することが必要だと考えます」(名和田先生)

「一般的に、糖尿病の栄養管理というと、糖質のとりすぎを制限する方向性ばかりが思い浮かびます。しかし、今回の私たちの分析結果を踏まえると、高齢者ではむしろ、低栄養や低HbA1cがフレイルのリスクになる。そこで、HbA1cが低すぎる高齢者の方には、あえて食事を増やし、HbA1cを少し上げるような指導が必

要になります。

私たちのチームでは、高齢者糖尿病に対してリハビリテーション栄養、つまり、栄養状態や国際生活機能分類 (ICF) で評価を行ったうえで、高齢者の機能や活動を最大限発揮できるような栄養管理の実施を始めています」(藤原先生)

栄養補給のための専用ゼリーやドリンクによる補食で低栄養のリスクを回避できないかを検証しているという。そもそも食事は量や質だけでなく、運動とのバランスや摂取するタイミングも大事。そうした点も含めて高齢の糖尿病患者のリハビリテーション全般を担当するのが、リハビリテーション部の理学療法士、北嶋氏である。「フレイルの運動療法はまず、体組成計で部位別筋肉量を測定、その値からフレイルの程度を評価し、サルコペニアの判定を行い、見合った運動を処方して

指導します。院内など私たちセラピストが傍らで指導できる際は問題ないのですが、以前は介入できない場合の運動が課題でした」(北嶋氏)

課題解決のために導入されたのが患者に活動量計を携帯してもらうシステムだった。

「歩数や消費カロリーだけでなく身体活動の強さを計測できるMETs表示機能つき機器を常に身につけていただき、来院時にはそのデータをパソコンに取り込んでグラフ化します。食べ物を摂取した時間や運動の量と時間などを可視化できるので、低血糖をきたしやすい時間帯に激しい運動を行っていないかなどもチェックし、適切なときに適正な運動を行うよう理解してもらいながら患者さんを支援しています」(北嶋氏)

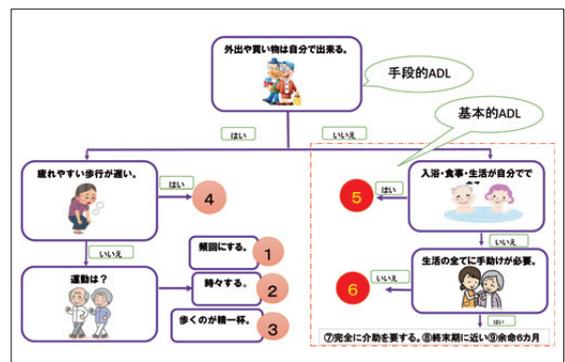
大学病院と連携し役割を分担 臨床研究や医師交流も

院内の糖尿病チーム医療=多職種連携で成果をあげている牟田病院だが、地域連携についてはどうか。

「地域の病院や実地医家など、多くの医療機関と連携して診療をしています。とりわけ福岡大学医学部内分泌・糖尿病内科との密な連携は当院の

【資料2】

フレイルを判定する問診票のチャート



大きな財産と言えるでしょう。大学病院との連携は、生涯続く糖尿病の患者さんを継続的に診ていくうえできわめて大切です」(名和田先生)

遺伝子検査、創薬開発、再生医療などを含めた糖尿病の先端医療は大学病院が担い、発症後の教育入院や合併症チェックなどの2次予防は大学病院と牟田病院とが協働、その後、高齢にいたるまで長く続く患者の日常的なコントロールは牟田病院が行って、腎不全や透析、脳卒中や心筋梗塞、下肢閉塞性動脈硬化症などの高度な合併症には大学病院が対応するとの役割分担ができてきているのだ。「連携の意義はほかにもあります。当院の医師やスタッフ個人、また病院

全体の糖尿病医療の質の向上です。大学病院からは柳田先生以外にも多くの医師を非常勤で派遣していただいている一方で、当院の藤原先生を医局の研究生として迎え入れてもらっています。

今後の課題は、より多くの地域の診療所の先生方と、いかにして連携していくか。私たちの高齢者糖尿病への取り組みや活動をご理解いただき、協力関係を進めていかないと、これからの地域の高齢化には対応できません」(名和田先生)

糖尿病医療は、さまざまな立場の医療機関や医師、多職種のスタッフの連携と協働によって、ステージごとに最適の治療を提供できるように

進化していくべきである。名和田先生の思いが、牟田病院の多職種スタッフを動かしたのと同様に、地域をも動かしていくに違いない。

※参考文献

[1]Ikumi Yanagita, Yuya Fujihara, Terumi Eda, Misuzu Tajima, Kazuo Yonemura, Tomoko Kawajiri, Noriko Yamaguchi, Hideko Asakawa, Yukiko Nei, Yumi Kayashima, Mihoko Yoshimoto, Yuichi Kitajima, Mayumi Harada, Yuhei Araki, Syoji Yoshimoto, Eiji Aida, Toshihiko Yanase, Hajime Nawata, Kazuo Muta: Low glycosylated hemoglobin level is associated with severity of frailty in Japanese elderly diabetes patients, J Diabetes Investig, 2017 May 27, doi: 10.1111/jdi.12698

医療法人社団誠和会
牟田病院

〒814-0163
福岡県福岡市早良区干隈3-9-1
TEL : 092-865-2211

患者にとってはもちろん、若手医師の学びの場としても理想的な連携



福岡大学医学部内分泌・糖尿病内科教授

柳瀬 敏彦先生

牟田病院の糖尿病チームと連携している福岡大学医学部内分泌・糖尿病内科教授の柳瀬先生は、2009年の着任時から、地域の医師とともに内分泌・糖尿病の勉強会を続けている。「年2回ペースで、すでに14回を数える勉強会です。この会でお互いを知り、つながりができて、地域の病院や診療所との間で患者さんの紹介・逆紹介がスムーズに行えています」

牟田病院との連携については次のように話してくれた。

「大学病院の特徴として手術目的の入院が非常に多く、近年、糖尿病を合併する手術患者が増えています。周術期の血糖コントロールのための入院について、当院で対応できない場合は牟田病院へ。逆に、牟田病院の患者さんが合併症などで急変した場合は当院へ転院いただき、治療の継続が可能になるケースが多くあります。大学病院と地域の病院とが役割分担し、病態や重症度に応じた環境で治療を継続できることは、地域の患者さんに大きなメリットをもたらすでしょう」

そして大学医局から地域の連携先病院への医師派遣は、大学病院にとってもメリットがあるという。

「大学病院の若手医師にとっては、地域医療を体験でき、臨床研究も行えます。1例として日本内分泌学会では、2017年度以降、指導医が不在で

も専門医が在籍する病院なら専門研修プログラムの『連携施設』になれることになりました。そこでの臨床経験、症例数が認定申請の際にカウントされるので、専門医資格取得においても地域の病院での経験が生かされます。牟田病院には、早々に連携施設になっていただきました」

最後に柳瀬先生は、「いずれにしろ今後の地域医療を支えていくには大学と地域の病院とが連携し仲間意識を育て、臨床も教育も研究もともに行う姿勢こそが肝要です」と話を結んでくださった。

福岡大学病院

〒814-0180
福岡県福岡市城南区七隈7-45-1
TEL : 092-801-1011

取材日：2017年5月25日



地域医療



愛知県東部

大学病院がリードして設立した全国最大規模の地域医療連携推進法人「尾三会」。

Point of View

- ① 大学病院が牽引して12市町にまたがる22施設（2017年8月1日現在26施設）をまとめる
- ② 地域医療連携推進法人の設立により高度急性期から在宅医療まで切れ目のないネットワークを構築
- ③ 地域の住民には安心、参加する施設には人材の交流や共同交渉によるコスト削減、大学病院には高度先進医療に専念できる環境と、それぞれにメリット

学校法人藤田学園理事／
藤田保健衛生大学病院病院長
湯澤 由紀夫先生

学校法人藤田学園藤田保健衛生大学病院
事務局総務部部长／法人本部広報部副部长
石川 大地氏

学校法人藤田学園
法人本部広報部長
河村 孝司氏

地域医療に向き合ってきた 大学病院がリードして

2017年4月、地域医療連携推進法人制度が施行された。複数の医療や介護関連の非営利法人が参加し、都道府県知事により認定される、非営利ホールディングカンパニー型法人の設立を可能にした新制度である。施行初日の4月2日に設立の認定を受けたのは、愛知、兵庫、広島、鹿児島各県の4法人だった。

中でも最大規模の法人として注目を集めたのが「地域医療連携推進法人尾三会（以下、尾三会）」。愛知県東部の12市町にまたがる22施設による法人である。同法人設立の経緯と概要、めざす姿について、藤田保健

衛生大学病院の病院長、湯澤先生にお話をうかがった。

大学病院が地域医療連携推進法人に参加するのは稀だと思われるが、なぜ、あえて尾三会設立を企図したのか。「地域医療連携推進法人ありきで計画したものではありません。今まで、藤田保健衛生大学、及び大学病院と

連携施設で培ってきた医療・介護の連携の中で、自然に今回の地域医療連携推進法人のかたちが出てきました。

地域医療連携推進法人設立にいたるまでに、すでに大学を含めた2つの地域連携が着実に実績を積んでいます。ひとつ目は、医療科学部を中心に2013年に発足した大学が運



左から湯澤先生、石川氏、河村氏

営する地域包括ケア中核センターです。これは、大学発信型の『住み慣れた地域での生活継続』を可能にする先進的地域包括ケアモデルで、24時間訪問看護、24時間医療介護相談を行っています。また、豊明団地に学生やスタッフが直接住み込み、団地で高齢者が安心して暮らせる環境整備に取り組んでいます。この連携範囲内で、大学病院は24時間365日救急医療を全面的に支えています。

次に2016年に発足した『藤田あんしんネットワーク』の取り組みがあります。これは、大学病院と連携関連施設との間での、医療安全に焦点をあてた連携です」(湯澤先生)

藤田あんしんネットワークは、藤田保健衛生大学病院を起点に半径約20kmのエリアの会員医療機関から医療安全に関する相談を24時間受けつけて対応するものだ。

「医師や看護師、薬剤師などの医療スタッフ、弁護士まで含め30名弱の常勤職員を配置しています」(湯澤先生)

地域医療をさまざまな側面から支えてきた同院だからこそ、地域医療連携推進法人制度に無関心ではいられなかったのだろう。

「従来の連携先は地域の急性期病院、回復期病院、慢性期病院から診療所、訪問看護ステーション、介護施設にまで及びます。

地域医療連携推進法人制度の話が出たときに考えたのは、これまで行ってきた2つの取り組み——すなわち、地域包括ケア中核センターと藤田あんしんネットワークをベースにすれば、大学病院も積極的に関与する、厚生労働省（以下、厚労省）のめざす理想的な地域医療連携推進法人ができあがるのではないかとということでした。そこで、高度急性期から在宅まで、地域の方々に切れ目のない医療・介護サービスを提供で

きるシステムをめざし、地域医療連携推進法人の設立を決断したわけです」(湯澤先生)

従来の連携をベースに 医療機関や介護施設が参加

同院の連携は県内外の広範囲にわたっており、原則として2次医療圏とする地域医療連携推進法人制度が示す範囲を大幅に越えていた。

「ですから、名古屋市中心部にある分院の坂元種報徳會病院はもちろん、当院と分院の間に点在する多くの連携先医療機関にも尾三会への参加をお願いできず、今回は、当院の立地する豊明市と、西は主に名古屋市緑区、東は主に岡崎市あたりと、特に太いパイプでつながった施設に参加を働きかけました（【資料1】）。

結果、20法人、法人ではない社員として2医療機関、合わせて22の医療機関と介護施設から成る地域医療連携推進法人が設立されました。社員総会における議決権は、規模の大小にかかわらず、当院も含めて1社員1票。すべての社員が対等な関係です」(湯澤先生)

地域住民に対し、高度急性期から在宅医療までカバーするネットワークを駆使して、求められる医療や介護などを提供することを最大の目標としている。ただ、意義ある目標のもと社員が団結してスタートしたとはいえ、なんらかのメリットなくしては、今までの連携で十分と考える社員も出かねない。

たとえば、厚労省が示したモデル定款では、資金の借り入れや合併を認めており、経営統合をめざして法人化するケースもあるだろう。

「しかし、尾三会においては、資金の融通はいっさい行わない、経営に関しては各社員とも独立して自助努力

でとの方針です。

各社員にとってのメリットは別の部分にあります」(湯澤先生)

利点は人材の育成と交流、 医薬品やICTシステムもともに

「メリットには、まず、人材の育成と交流が挙げられます。

医療・介護スタッフ向け勉強会や研修業務での連携、そして医療・介護スタッフの派遣に関する連携の部分です」(湯澤先生)

医師、看護師、薬剤師、各種技師などに向けた同院の勉強会、たとえば、医療安全講習会などを無料で開放する。さらに、同院からほかの社員の施設に常勤、非常勤で医師や看護師を派遣する。

「それらによって、地域全体の医療の質を向上させられますし、当院の高度先進医療をきちんと理解した人材が送り先にいけば、当院としても安心して患者さんを紹介できます。

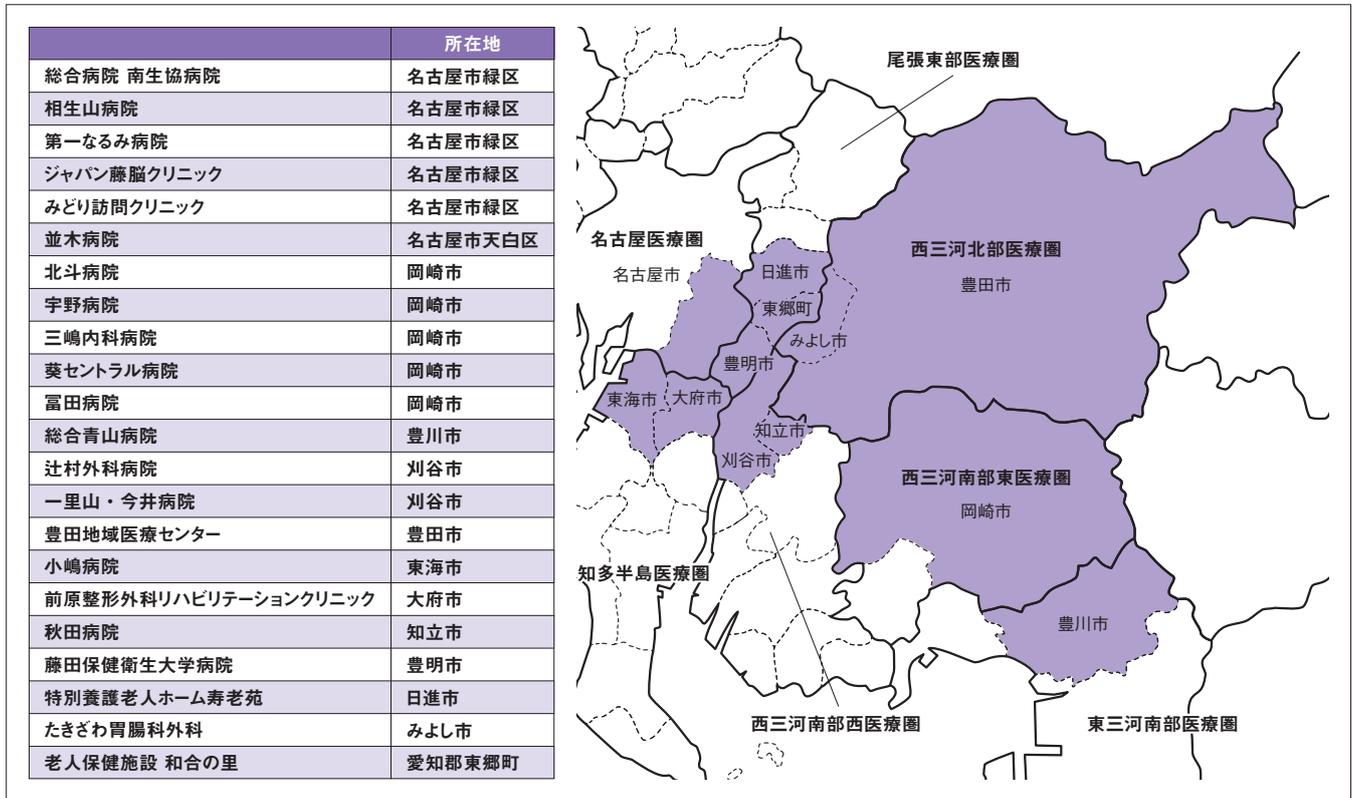
また、社員である医療機関は、それぞれ周辺の医療機関や介護施設、薬局などと連携関係を持っており、そうした既存の連携においても、当院発の人材育成や人材交流が波及すれば、地域全体の医療の質の底上げにつながるでしょう」(湯澤先生)

同院では手始めとしてすでに、地域の保険薬局の薬剤師が、がん専門薬剤師の認定に挑戦するための教育プログラムを開始したようだ。

「がん診療では、在宅医療にかかわるさまざまな職種との連携がきわめて重要です。そして、在宅でがん患者を支えるには、医師や看護師、介護スタッフだけでなく、薬剤師の存在が必要不可欠。今後は、がん化学療法に精通した薬局薬剤師のニーズが高まっていくでしょう。

けれども、がん専門薬剤師の資格

尾三会に参加する施設の概要



取得には、研修施設に指定されている専門医療機関での5年以上の研修が必須で、保険薬局に勤務していると、受験資格を得るのは難しい。そこで、薬局薬剤師の方々に、当院の薬剤部で研修ができる体制を構築しました」(湯澤先生)

地域全体を俯瞰しての人材育成、人材交流以外にも、社員のメリットはある。医薬品や診療材料、医療機器などの共同交渉によるコスト削減だ。今回の地域医療連携推進法人設立に際し、現場での実務を担った同院事務局総務部の部長を務める石川氏が語る。「当院から2名が出向している尾三会事務局が、社員施設に向けて医薬品の共同交渉に関するアンケートを実施しました。当院はすでに本院と分

院で共同交渉を行っており、そのノウハウを社員施設に利用していただくと考えたのです。

共同交渉への参加の希望、具体的にどのような医薬品について共同交渉をしたいかなどの回答を得て、結果9施設の共同交渉の参加が決まりました。説明会を実施し問題点の検討や個々の施設の希望の聞き取り、最終的なすり合わせといった準備を行ったうえで、2017年10月から、一括交渉を前提とした医薬品購入をスタートする予定です」(石川氏)

さらに電子カルテのようなICTシステムの共同利用も、各社員にとって大きなメリットと言えるだろう。「ただし、電子カルテそのものの共有はハードルが高いので、まずは画像データ、検査データからです。それ

らのデータをクラウドネットワークで管理し、社員が共有して使えるようにしたいと思っています。いずれは電子カルテを含めて、皆で使えるプラットフォームの開発を考えていく必要もある。今後の課題のひとつです」(湯澤先生)

高度先進医療に専念できる環境づくりにも必要な連携

従来の連携を越えた法人化によって社員各施設が得る恩恵について話をうかがいながら、大きな疑問が生まれていた。人材の育成にしても、医師や医療・介護スタッフの派遣にしても、医薬品などの共同交渉やシステムの共同利用にしても、リーダー的存在として尾三会を牽引する藤

田保健衛生大学病院自体には、さほど大きなメリットとは言えず、むしろほかの社員施設への一方的な献身に近いものを感じたからだ。果たして同院にメリットはあるのだろうか。「もちろん当院にとっても大きなメリットがあります。我々大学病院は、地域において主に高度急性期医療や救急の受け入れを担っていますが、患者さんが安定したら、連携先の医療機関や介護施設、在宅を担う医師にお任せする。したがって、安心してお任せできるネットワークの存在こそが、大学病院にとっての最大のメリットなのです。

そうした連携体制があればこそ、当院は大学病院ならではのロボット手術や移植、再生医療のような高度先進医療に専念でき、また国際化に向けても邁進できます」(湯澤先生)

大学病院といえども各々に生き残りをかけて研鑽を積み、未知なるチャレンジも必要とされる時代。よりすぐれた高度先進医療、国際化の推進のために、まず足元に安心できる医療連携がなければならぬとする湯澤先生の言葉には説得力がある。「地域医療連携推進法人においては入会の際は社員総会での承認が必要

ですが、脱退は自由です。また、複数の地域医療連携推進法人への参加も認められています。

当院も含め各社員が納得して尾三会の一員であり続けるには、地に足のついたwin-winの関係がなければなりません」(湯澤先生)

法人として安定的な体制を維持するために現在、設立時に掲げた9項目の連携推進業務(【資料2】)の実現に向け、さらに詳細な事業計画が練られているという。

スタート後、最初の課題は 社員間のコミュニケーション

「認定までのプロセスでは、愛知県の理解もあり、比較的順調に準備を進められました。ただ本当の勝負はこれからだと思っています。それぞれにニーズの違う22の社員が同じ方向に進んでいくには、社員間のコミュニケーションが必須です」(石川氏)

新しい制度で、しかも最初に認定された法人である以上、社員間のスムーズなコミュニケーションを図るための模範例はない。試行錯誤の歩みになるだろうが、考えている策があると石川氏は言う。

「今、ひとつ考えているのは、尾三会の中に、たとえば、看護部会、薬剤部会、経営部会といった部会を設け、まず部会内でコミュニケーションを図り、それを尾三会全体のコミュニケーションのあり方に反映させていく方法です」(石川氏)

まだスタートしたばかりの尾三会だが、中心となっている藤田保健衛生大学病院の姿勢にブレはない。「前述のとおり、地域住民の誰もが、いつでも安心して、その時々々の疾患や病態にふさわしい医療と介護を受けられるシステムが、私たちのめざすところです。大学病院の積極的な関与により、従来の病診連携のさらに上をいく発展型の地域医療連携、地域包括ケアシステムが実現できるのではないかと——チャレンジの真っ最中です」(湯澤先生)

地域医療連携推進法人制度の施行にあたり、厚労省は、病床再編や医療費削減といったわかりやすい結果を意図しているのではないとも言われている。尾三会も、そうした結果を生むかもしれない。しかし、同会が现阶段でめざしているのは、あくまで地域全体の医療の質の向上であり、患者が安心して身を委ねられるシームレスなネットワーク、そして地域の医療・介護施設や大学病院が、それぞれにメリットを感じられる仕組みである。

だからこそ、尾三会が、大学病院の参加する地域医療連携推進法人のモデルとして認知される日は、そう遠くないと思われた。

【資料2】

尾三会が掲げる連携推進業務

- ① 地域包括ケアモデルの展開
- ② 医療・介護従事者向け勉強会や研修業務の連携
- ③ 医薬品・診療材料等の共同交渉
- ④ 医療事故調査等に関する業務の連携
- ⑤ 医療機器の共同交渉
- ⑥ 病院給食、介護・福祉給食サービスの共同化
- ⑦ 電子カルテ等、システムの共同利用
- ⑧ 医療・介護スタッフの派遣に関する連携
- ⑨ 職員等の相互派遣

藤田保健衛生大学病院

〒470-1192
愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98
TEL : 0562-93-2111

(審)17IX143

取材日：2017年5月25日



川越比企医療圏
(川越市)

「ブルーライトアップ」によって絆を深め、 ともに地域の糖尿病医療の進展に貢献。

Point of View

- ① 大学病院が紹介用のシート作成や勉強会開催への支援などを通して逆紹介先を開拓
- ② 世界糖尿病デーの「ブルーライトアップ」イベントを地域の医師が守り育てることで医師同士の絆が深まる
- ③ 川越市での連携をきっかけに、県の糖尿病重症化予防対策システムである「埼玉県方式」について医師たちが関心を持ち始める

埼玉医科大学総合医療センター
内分泌・糖尿病内科教授

松田 昌文先生

皆川医院
院長

皆川 真哉先生

医療法人社団裕恵会
浅野内科クリニック副院長

石井 秀人先生

医療法人社団広彩会
ひろせクリニック院長

廣瀬 哲也先生

医療法人眞栄会
川鶴プラザクリニック院長

北濱 眞司先生

きっかわ内科クリニック
院長

吉川 賢先生

「中央の施設で診る」から 「連携により地域で診る」へ

人口100,000人当たりの医師数が全都道府県でもっとも少ない埼玉県にあって、川越市も医師不足は例外ではない。埼玉医科大学総合医療センター（以下、総合医療センター）の内分泌・糖尿病内科教授の松田先生が、2009年の着任時の様子を語ってくれた。

「コントロールが良く、安定している糖尿病患者まで当センターが診ていました。糖尿病は、県ごとの医療行政で基本的な診療体制が決まるのですが、当時の埼玉県の場合、そもそも地域保健医療計画の糖尿病の項に『地域連携』や『かかりつけ医』の発

想がなく、糖尿病は専門医が中央の施設で診ると示されるのみだったからです。

このままでは大学病院がパンクしてしまうし、何より患者さんのためにならない。そこで病診連携の体制が必要だと判断し、受け入れてくれる診療所を少しずつ開拓していったのです」（松田先生）

糖尿病専門医のいる診療所、専門医はいないが安定した患者なら診られるという診療所のリストをつくり、施設ごとにA4版1枚にまとめた紹介用のシートを用意した。

「患者さんには、お住まいの近隣にある診療所のシートを渡し、次の受診までにどの診療所に通院するか決めてきていただき、そこに逆紹介する



左から松田先生、皆川先生、石井先生、廣瀬先生、北濱先生、吉川先生

システムにしました」(松田先生)

そうこうするうちに県の地域保健医療計画も修正され、糖尿病は安定したら、かかりつけ医に戻すとの基本方針が提示される。「松田先生は時代の流れをうまく使われた」と話すのは、糖尿病を専門とする皆川医院院長の皆川先生だ。

「以前、一般の診療所では、進行して治療に手間のかかるようになった糖尿病患者は紹介後、逆紹介される時には多少の不安があったと思います。しかし、県の医療方針が変わるとともに糖尿病の薬物療法に大きな進歩があり、松田先生はその好機を逃さず、院外で行われていた地域の医師による糖尿病の勉強会の開催を支援して、逆紹介の患者を受け入れてみようという診療所の医師を増やし、総合医療センターと診療所の医師の顔の見える関係をつくられました」(皆川先生)

糖尿病などの生活習慣病をはじめ内科全般を診療する川鶴プラザクリニック院長の北濱先生は、松田先生の地域医療連携の構想をきっかけに地域の医師の糖尿病の医療レベルがより向上したと感じている。

「20年くらい前には現在ほど薬剤の種類がなく、血糖コントロールが悪くなれば、大学病院を中心にインスリン導入がなされ、そのまま紹介元には戻されないのが常識でした。

しかし病診連携が稼働すると、大病院でなくても地元の診療所でイン

スリン導入や、時には大病院より先に新薬も使えるようになりました」(北濱先生)

DPP-4阻害薬などのインクレチン製剤、SGLT2阻害薬、持効型インスリン製剤の登場により内服薬と注射製剤の併用療法も普及し、これらの治療を外来で実践できる診療施設も地域に増えていった。

松田先生は、糖尿病は特別な病状を除き、地域医療で診ていくことが基本であると説き、地域の医師たちと協働しながら、今までのような大学病院で抱え込む医療体制とはまったく逆の病診体制を築いていったのである。

連携と同時期にスタートした「ブルーライトアップ」

2017年現在、総合医療センター内分泌・糖尿病内科の年間外来患者数(糖尿病以外の内分泌疾患の症例も含む)は、2009年の約30,000名から20,000名ほどにまで減少し、逆紹介リストに載る地域の医療機関は、50施設余りから、なんと120施設以上へと大幅に増加した。

2008年に川越市内の診療所勤務となった浅野内科クリニック副院長で糖尿病専門医の石井先生は、この大きな変化を目の当たりにして感嘆したと言う。

「大学病院が多数あるため一極集中せず、連携が必ずしも必要ではない東

京都内から移ってきたので、医師不足でひとつの大学病院に患者さんが集中して連携がうまくいっていない川越市は、これからどうなっていくのだろうと思っていました。それが着実に連携が構築され、今では実にスムーズに紹介・逆紹介が行われているのですから。地域医療の底力を見た思いです」(石井先生)

また、腎臓専門医のきっかわ内科クリニック院長の吉川先生は、患者にも変化が起きたと話す。

「かつては、腎不全またはネフローゼの状態で来院され、そこで初めて糖尿病が見つかる症例が数多くありましたが、今は非常に少なくなっています。病診連携が進む中で患者さん自身の糖尿病に対する認識も深まってきているのではないのでしょうか」(吉川先生)

そして、住民や患者に糖尿病の1次予防、2次予防を意識させるのに大きく貢献したのが、世界糖尿病デーの「川越地区ブルーライトアップ」イベント(以下、イベント)(【資料1】)。最初に中心となって動いたのは松田先生だったという。

「歴史的モニュメントをライトアップしたら多くの人にアピールできるのではないかと考え、着任早々、川越市長に会いに行き、名所の蔵造りの町並みの中にある鐘楼『時の鐘』を、糖尿病予防のシンボルカラーの青の光で染める企画の実現が決まりました」(松田先生)

イベントの実行委員会事務局は、総合医療センター内分泌・糖尿病内科に置き、川越市以外に医師会や自治会の後援・協力を取りつけ、JAなどから寄附金を集めて——2009年11月14日、昼には松田先生自ら市内で「血糖を下げる」をテーマに講演し、夜には「時の鐘」が美しくブルーライトアップされた。



【資料1】

「川越地区ブルーライトアップ」イベントの様子



鐘楼「時の鐘」



川越駅西口駅前広場

診療所の医師たちが引き継ぎ 2017年には9回目を迎える

翌年からイベントを引き継いだのが、現在の実行委員会のメンバーである。松田先生が最初に声をかけたのが、ひろせクリニック院長の廣瀬先生。消化器外科の専門医でありながら、乳がん啓発のピンクリボン運動や、がん患者を支援するリレー・フォー・ライフのイベントなど、多様な啓発活動にかかわる積極的な姿勢に期待が寄せられたようだ。

「イベントが終わって間もなくの2009年末、松田先生から、さまざまな書類やシンボル・フラッグなどの荷物をまとめてドサッと手渡されました(笑)。皆川先生がやはり一緒にボタンを受け、最初は2人で、『さあ、どうしようか』と顔を見合わせていました」(廣瀬先生)

「まずは、仲間をつくらうということになり、集まってくれたのが北濱先生、石井先生、吉川先生です」(皆川先生)

現在、実行委員会には、ほかに歯科医師2名と川越市医師会の2名が

名を連ねているが、2010年からのイベントのコアメンバーは、この5名と言えるだろう。

「それまでは全員の目が東京のほうを向いていて、患者さんを都内の病院に送るなどバラバラのかたちで存在していたのですが、結びつけてくれるものができたおかげでフラットな良い関係が構築され、患者さんを地域の連携の中で診るようになりました」(廣瀬先生)

「メンバーは、出身や経歴、専門分野が違いますが、それがプラスの方向に働いています。それぞれに得意分野があり、異なる人脈やネットワークを持っているので、たとえばイベントの講演会のスピーカーを選ぶ際にも、幅広い分野から候補が挙げられます」(皆川先生)

イベントは、昨年から再開発により生まれ変わった川越駅西口駅前広場で開催。実行委員長は持ちまわりで、9回目を迎える2017年は、北濱先生が務める。

「回を重ねると皆、慣れて分担も決まってきたので、だんだん要領良くなり、よりスピーディでいろいろなア

イデアを出しながらつくれるようになってきました。市民公開講座も親しみやすいテーマが良いと思い、『インターバル速歩による運動療法』の講演を予定しています」(北濱先生)

イベントが途切れずに9年目を迎えている点はすばらしいが、課題もある様子だ。

「市民の糖尿病に関する意識が変わってきた手応えはありますが、まだ発展途上のイベントだと感じます。たとえば市民公開講座に空席があるのはもったいない。今後の課題のひとつは広報活動でしょう」(石井先生)

「埼玉県方式」については 課題と可能性を見ている

実は、実行委員会メンバーは、埼玉県医師会と埼玉糖尿病対策推進会議(以下、推進会議)、埼玉県がかかわる糖尿病重症化予防対策のシステム、「埼玉県方式」についても効果的な広報が課題だとの認識を持つ。

埼玉県方式は、推進会議のメンバーとして松田先生も深くたずさわって作成された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を核に2014年度から県内の市町村で展開される、同県独自の医療システムのひとつ。糖尿病重症化予防対策として、すぐれたシステムと評価されている(【資料2】)。

「具体的には、特定健診の結果とレセプトデータから糖尿病重症化のハイリスク者をピンポイントで特定し、未受診者には受診を、通院している人には保健所での専門職によるマンツーマンの保健指導をすすめるシステム。ただ、あまり住民に浸透していないようです」(皆川先生)

「受診勧奨による新規受診者の増加や、保健指導によるHbA1cの低下など確かに一定の効果は上げています

が、システム利用率の地域格差が気になります。効果のアピールが必要でしょう」(松田先生)

「保健指導はコントロールの良くない患者さんにこそ受けてほしいのですが、埼玉県方式に関心を持ってくれるのは、むしろ血糖値をコントロールできている患者さんなのがお実態のようです」(吉川先生)

「誰でも人工透析を受け続けることが

できる日本の医療制度は、世界の中では恵まれた制度だと思います。しかし人工透析はQOLを低下させ、莫大な医療費を必要とします。そのことを広く啓蒙し、腎不全にならないために、原因疾病を悪化させないよう医療側、患者側ともさらなる努力が必要ですね」(北濱先生)

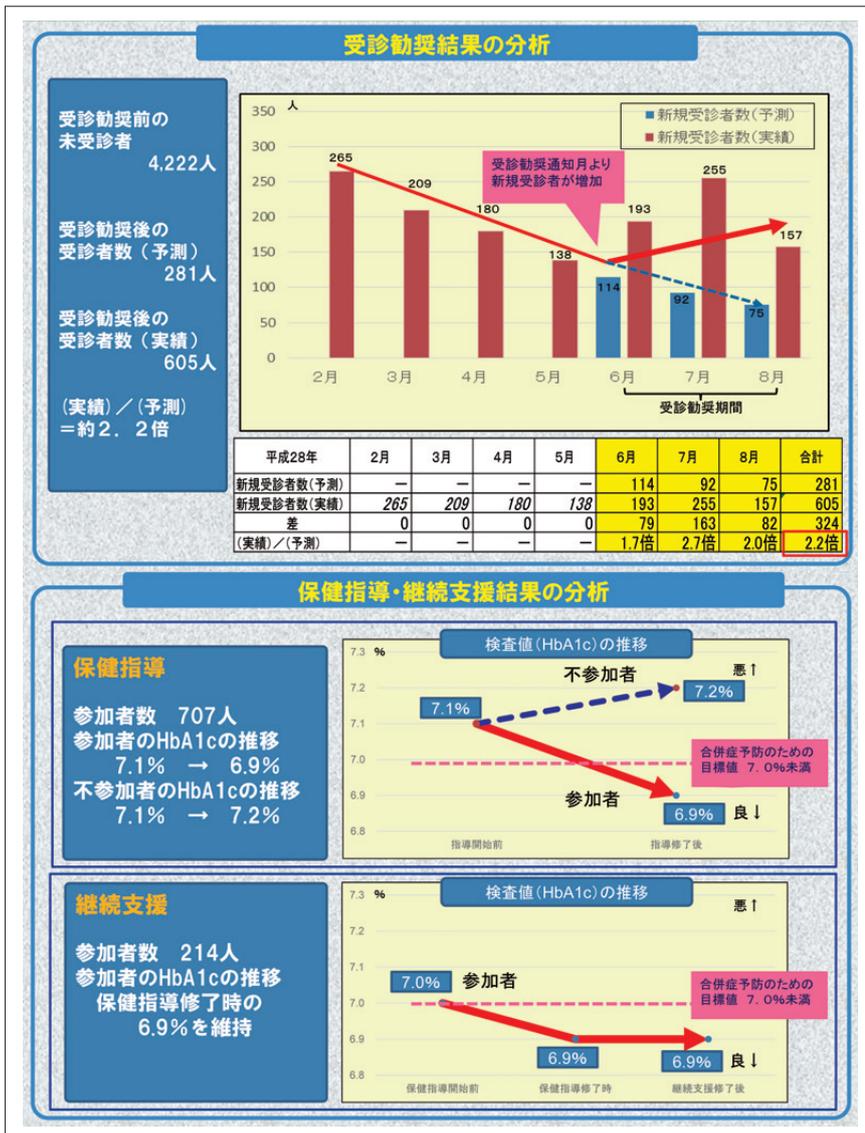
糖尿病に関する連携と啓発にとって重要なイベントと埼玉県方式。こ

の2つの効果的な広報のあり方について、イベントにかかわる医師たちは模索中である。

さて、2017年のイベントが11月14日と迫っている。実行委員会のメンバーの「糖尿病予防への理解が住民に浸透する日が来るまで、毎年、青い光で川越の夜を照らし続けよう」との決意を感じられるはず。ぜひ直接、見に訪れていただきたい。

【資料2】

「埼玉県方式」による糖尿病重症化予防対策の効果



出典：埼玉県健康長寿課より資料提供

埼玉医科大学総合医療センター

〒350-8550
埼玉県川越市鴨田1981
TEL：049-228-3400

皆川医院

〒350-0035
埼玉県川越市西小仙波町1-5-3
TEL：049-227-0330

医療法人社団裕恵会
浅野内科クリニック

〒350-0851
埼玉県川越市氷川町135-1
TEL：049-225-5261

医療法人社団広彩会
ひろせクリニック

〒350-0043
埼玉県川越市新富町2-4-3 木村屋ビル3F
TEL：049-222-1199

医療法人眞栄会
川鶴プラザクリニック

〒350-1176
埼玉県川越市川鶴2-11-1
TEL：049-298-5188

きっかわ内科クリニック

〒350-0057
埼玉県川越市大手町13-5
TEL：049-222-0510

(審)17IX143



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