



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—

**中医協の第1ラウンドの
議論から2020年度
診療報酬改定を展望する**

ICTの推進、「働き方改革」の
報酬上の評価などが今後の課題に

めざせ!!メディカルエグゼクティブ P6

人材のコモディティ化に抗う
メディカルエグゼクティブ

Network

西三河南部東医療圏 P8

CKD連携パスで重症化予防を進めるとともに
糖尿病連携パスと融合させた新たなパスも。

さいたま医療圏 P12

医師会と基幹病院が密接な関係を築き
糖尿病性腎症重症化予防プログラムを推進。

備北医療圏 P16

過疎地域の医療を支えるモデルとして
注目の『備北メディカルネットワーク』。

香取海匠医療圏 P20

地域医療への高い志に支えられ
進化する循環器センターの今と未来。

中医協の第1ラウンドの 議論から2020年度 診療報酬改定を展望する

ICTの推進、「働き方改革」の
報酬上の評価などが今後の課題に

2020年度診療報酬改定(以下、2020年度改定)に向けて

2019年3月から第1ラウンドの議論を始めた

中央社会保険医療協議会(以下、中医協)は7月24日、

「令和2年度診療報酬改定に向けた議論(1ラウンド)の概要」として、

これまでの議論や論点を整理しました。

今回の第1ラウンドは、幅広い観点から課題を抽出し、論点を整理した点が特徴です。

その第1ラウンドの議論や関連する注目すべき動きを踏まえて、

2020年度改定を展望します。

の連携の在り方、(8)診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応——を柱としています。

骨太方針2019で診療報酬上の課題とされたテーマが焦点に

第1ラウンドでとり上げられたテーマ(前述)はたいへん幅広いですが、2020年度改定で特に焦点となりそうな内容は今年6月21日に政府が閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2019」(以下、骨太方針2019)の「医療・介護制度改革」の項目において診療報酬上の課題としているものです(【資料2】)。具体的には、①アウトカム評価の推進、②オンライン診療/オンライン服薬指導の拡大に向けた検討、③調剤報酬の適切な評価、④高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の適正な処方——などが挙げられます。

また、骨太方針2019では「働き方改革」を柱のひとつとしており、その推進に役立つものが診療報酬において評価されるとも推測できます。

以下、第1ラウンドの議論の中から、これらのテーマを中心に、2020年度改定の方向性、関連する注目すべき動きについて見ていきます。

アウトカム評価の拡大範囲をどこまでにするかが検討課題

骨太方針2019でとり上げられている日常生活動作(ADL)改善などのアウトカム評価は、これまで主としてリハビリテーションの分野で推進されてきました。2020年度改定では、どの分野に、どこまで拡大するかが検討課題となります。

第1ラウンドの議論では、支払側の委員から、「生活習慣病の分野に

従前では漏れていた テーマも議論の対象に

中医協は、2018年度診療報酬改定までの第1ラウンドでは、「在宅医療」、「外来医療」、「入院医療」といった診療報酬体系にもとづいてテーマを分け、議論をしていました。しかし、それでは新しいテーマなどが漏れてしまうおそれもあります。

そこで今回は、①年代別・世代別の課題、②昨今の医療と関連性の高いテーマについての課題——という2つの観点からテーマを抽出して、課題と論点を整理しました(【資料1】)。

まず、①の「年代別・世代別の課題」は、乳幼児期から人生の最終段階まで、患者の疾病構造や受療行動などを意識し、テーマが立てられています。

②の「昨今の医療と関連性の高いテーマについての課題」は、(1)患者・国民に身近な医療の在り方、(2)働き方改革と医療の在り方、(3)科学的な根拠に基づく医療技術の評価の在り方、(4)医療におけるICTの利活用、(5)医薬品・医療機器の効率的かつ有効・安全な使用等、(6)地域づくり・まちづくりにおける医療の在り方、(7)介護・障害者福祉サービス等と医療

【資料1】検討を行った主なテーマ

○年代別・世代別の課題	○昨今の医療と関連性の高いテーマについての課題
(その1) ・乳幼児期～学童期・思春期 ・周産期 (その2) ・青年期～中年期 ・高齢期 ・人生の最終段階	(1)患者・国民に身近な医療の在り方について ・患者・国民から見た医療について ・かかりつけ医機能等の在り方について ・患者にとって必要な情報提供や相談支援の在り方について (2)働き方改革と医療の在り方について ・働き方改革に係るこれまでの経緯 ・働き方改革に資する取組 (3)科学的な根拠に基づく医療技術の評価の在り方について ・新たな技術を保険適用する際の評価の在り方 ・既に保険収載している技術の評価の在り方 ・良質なエビデンスを創出するための環境整備の在り方 (4)医療におけるICTの利活用について ・遠隔医療について ・情報共有・連携について (5)医薬品・医療機器の効率化かつ有効・安全な使用等について (医薬品) ・ポリファーマシー、後発医薬品の使用促進、薬剤耐性への対応など (医療機器) ・医療機器の効率的な利用について ・医療機器の有効・安全な利用について (6)地域づくり・まちづくりにおける医療の在り方について ・地域の状況を踏まえた入院医療の在り方について ・地域における情報共有・連携について ・医療資源の少ない地域等における医療提供体制について (7)介護・障害者福祉サービス等と医療の連携の在り方について ・地域包括ケアシステムの構築に向けた介護サービスとの連携について ・精神疾患に係る施策・サービス等との連携について ・障害児・者に係る施策・サービスとの連携について (8)診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応について ・診療報酬に係る事務の効率化・合理化について ・診療報酬の情報の利活用等について

出典：厚生労働省「令和2年度診療報酬改定に向けた議論(1ラウンド)の概要」(2019年7月24日) (<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000531114.pdf>)

もアウトカム評価を入れていただきたい」との要望が出ました。同分野へのアウトカム評価の導入はなくとも、生活習慣病管理料のあり方は、あらためて議論されそうです。

オンライン診療の要件緩和は支払側・診療側で意見の相違

オンライン診療は、第1ラウンドでは(4)の「医療におけるICTの利活用」のテーマの中で議論され、要件緩和において支払側と診療側で意見が分かれました。

支払側からは「特定の管理料等を算定していないとオンライン診療の対象にならないのは厳しすぎるのではないか。対面診療の原則ははずさず、安全性に支障がない範囲であれば要件を緩和できるところはしていくべきだ」との発言がありました。

一方、診療側からは「オンライン診療は、医療にどうしてもアクセスできなかったり、ニーズに応えられない場合に活用されるべきで、利便性のみに着目して語るのは慎重になるべき」との意見が出ました。

また、政府は、患者が在宅から薬局などへ移動しないですむように、ICTを活用した「一気通貫の在宅医療」の実現をめざし、薬局・薬剤師によるオンライン服薬指導の検証を国家戦略特区において続けてきました。第1ラウンドでは、支払側、診療側双方において、オンライン服薬指導を積極的に推進しようという意見は出ませんでした。が、「実施するにしても、対象とする薬剤を限定する方向で検討すべき」という発言がありました。

ただし、地域包括ケアシステムの構築をテーマとした議論では、「在宅医療の推進については、ICTの利活用を含めて検討する必要がある」との意見が出されており、オンライン服薬指導を含め、在宅医療分野でのICTの利活用については、議論が続くと予想されます。

オンライン診療においては「指針」の改訂が先行する

オンライン診療の今後の方向性については、中医協の議論だけでなく

厚生労働省(以下、厚労省)が2018年3月に策定した「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下、指針)の改訂の動きも見ておく必要があります。

政府は、2018年6月15日に閣議決定した規制改革実施計画において、「オンライン診療のルール of 適宜更新」として、「技術の発展やエビデンスの集積状況に応じて、ガイドライン(指針)を少なくとも1年に1回以上更新する」と定めています。この決定にもとづき、厚労省医政局は2019年1月、「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」を設置。同検討会の議論を踏まえて指針を改訂し、7月31日に各都道府県に通知しました。

オンライン診療は、対面診療と組み合わせて行うのが大原則ですが、例外的に禁煙外来は初診からオンライン診療が許容されていました。今回の指針の改訂で、緊急避妊薬の処方についても例外的に許容されました。対象には、地理的要因にかかわらず、特定の医師が「女性の心理的な状態にかんがみて対面診療が困難

であると判断した場合」も含まれます（【資料3】）。これにより実質的に診療報酬上の評価の範囲が拡大したわけです。

ICTの進歩は速いため、指針は今後も1年ごとに改訂される見込みです。前述のとおり、オンライン診療については、指針の改訂の動きも注視すべきでしょう。

「働き方改革」の推進には 院内のマネジメントも重要

政府が推進する働き方改革の一環として、2024年4月から医師（勤務医）の時間外労働の上限規制が始まります。それを踏まえ、(2)の「働き方改革と医療の在り方」がテーマとして設けられました。

働き方改革の手段として、医療機関においては労務管理・労働環境改善を行うために勤務環境改善マネジメントシステムなどを機能させることが重要であるという点は、第1ラウンドでコンセンサスが得られています（【資料4】）。

それに関し、診療側からは「医療機関がマネジメントをしていくのに資する診療報酬のあり方を考えるべき」との意見が出ました。一方、支払側からは、「医師の働き方改革の負担が患者に及ぶことについては非常に違和感を覚える」とする発言もありました。

働き方改革を推進するための具体的なインセンティブについては、今後も議論が続けられます。

医師事務作業補助体制加算の要件では見直しが求められる

(2)の「働き方改革と医療の在り方」の議論では、タスク・シフティング（業務の移管）が主要な課題

【資料2】骨太方針2019における診療報酬に関する記述(抜粋)

- 診療報酬や介護報酬においては、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、下記の各項目が推進されるよう適切に改善を図るとともに、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。
- オンライン診療について、現場の状況等を踏まえ、診療報酬における対応について検討するとともに、オンライン服薬指導についての実施の際の適切なルールを検討する。
- 調剤報酬について（中略）、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。
- 高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の方針については引き続き検討を進める。

出典：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2019～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～」（2019年6月21日）（https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/2019_basispolicies_ja.pdf）

【資料3】オンライン診療における緊急避妊に係る診療の規定(要点)

- 緊急避妊に係る診療については（中略）、例外として、地理的要因がある場合、女性の健康に関する相談窓口等に所属する、又はこうした相談窓口等と連携している医師が女性の心理的な状態にかんがみて対面診療が困難であると判断した場合においては、産婦人科医又は厚生労働省が指定する研修を受講した医師が、初診からオンライン診療を行うことは許容される。
- 初診からオンライン診療を行う医師は一錠のみの院外処方を行うこととし、受診した女性は薬局において研修を受けた薬剤師による調剤を受け、薬剤師の面前で内服することとする。その際、医師と薬剤師はより確実な避妊法について適切に説明を行うこと。加えて、内服した女性が避妊の成否等を確認できるよう、産婦人科医による直接の対面診療を約3週間後に受診することを確実に担保することにより、初診からオンライン診療を行う医師は確実なフォローアップを行うこととする。

出典：厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月、令和元年7月一部改訂）（<https://www.mhlw.go.jp/content/000534254.pdf>）

となりました。

タスク・シフティングに関し、診療側が「医師事務作業補助（者）は業務の効率化に大きく役立つ」としたうえで、医師事務作業補助体制加算の届出状況（2018年10月1日、中医協・診療報酬改定結果検証部会による「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」）を踏まえ、99床以下の病院では医師事務作業補助体制加算（1・2）の届け出を行っている病院が3割弱で、それより大規模の病院とくらべると非常に少ない実態を指摘しました。

原因については、「急性期・救急患者をどれだけ受け入れているかが医師事務作業補助体制加算を取得するための施設基準のひとつとなっているが、それが病院単位であり、小規模の病院は急性期・救急患者の受け入れが絶対数として少なく、99床以下の病院では医師事務作業補助体

制加算の取得が難しい」と考察。病床数もしくは病棟に応じて評価を変えるよう提案しました。

今後、医師の働き方改革の観点から、医師事務作業補助者を活用するための医師事務作業補助体制加算の要件見直し、ひとつの焦点となりそうです。

診療報酬上の評価が 定まらないフォーミュラー

(5)の「医薬品・医療機器の効率的かつ有効・安全な使用等」のテーマでは、支払側が、フォーミュラー（医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針）に高い関心を示しました。それに対し、診療側からは、フォーミュラーの取り組み自体は評価するが、診療報酬上で評価する性質のものではないとの意見が出されました。

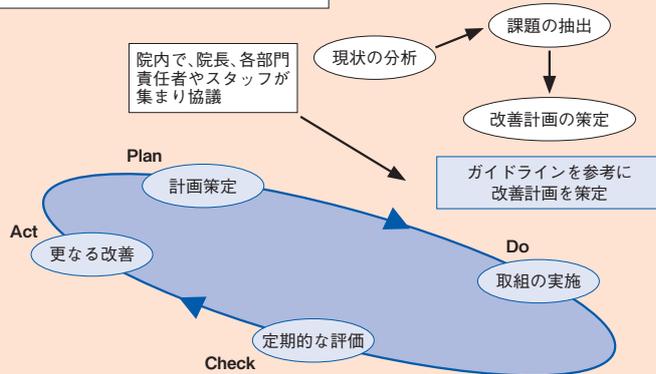
【資料4】勤務環境改善マネジメントシステムの概要

医療従事者の勤務環境改善の促進

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法(平成26年10月1日施行)に基づき、
 ▶医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
 ▶医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制(医療勤務環境改善支援センター)を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。
 ▶医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組(現状分析、改善計画の策定等)を促進。

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



- ▶医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針(厚生省告示)
- ▶勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き(厚生省研究班)
- [医療従事者の働き方・休み方の改善]の取組例
 - ✓多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
 - ✓医師事務作業補助者や看護補助者の配置
 - ✓勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など
- [働きやすさ確保のための環境整備]の取組例
 - ✓院内保育所・休憩スペース等の整備
 - ✓短時間正職員制度の導入
 - ✓子育て中・介護中の者に対する残業の免除
 - ✓暴力・ハラスメントへの組織的対応
 - ✓医療スタッフのキャリア形成の支援 など

マネジメントシステムの普及(研修会等)・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

(平成29年3月現在 全都道府県においてセンター設置済み)

- ▶医療労務管理アドバイザー(社会保険労務士等)と 医療経営アドバイザー(医療経営コンサルタント等)が連携して医療機関を支援
- ▶センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体(都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医療経営コンサルタント協会等)が連携して医療機関を支援

出典：厚生労働省「働き方改革と医療の在り方について」(2019年5月29日) (<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000513118.pdf>)

フォーミュラリーには、院内フォーミュラリーと地域フォーミュラリーの2種類があります。第1ラウンドでは、山形県の地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネットが、地域全体のフォーミュラリーの作成を進めている事例が紹介されました。

ここで注目しておきたいのは地域医療連携推進法人の動向です。同制度がスタートしたのは2017年4月2日で、2018年度末(2019年3月末)までに7法人が地域医療連携推進法人として認定されていました。2019年度になってから認定が増え始め、4～6月の間で6法人が認定され、合計で13法人になっています。

多くの地域医療連携推進法人は、事業として、参加する法人による共同研修や共同購入などを計画しています。その延長として、地域フォーミュラリーのようなものも考えられるのです。

社保審の2部会による「基本方針」にも注目を

今後、2020年度改定に向け、中医協の第2ラウンドの議論とあわせて注目する必要があるのは、社会保障審議会医療保険部会と同審議会医療部会が合同で12月上旬までに取りまとめる予定の「診療報酬改定の基本

方針」(以下、基本方針)です。近年の診療報酬改定では、基本方針において、「改定の基本的視点」として、4つの視点が提示されてきました。その視点が、診療報酬改定における4本の「柱」となり、同改定の大枠を規定しているのです。

今回の中医協の第1ラウンドは、既存の診療報酬の枠組みにとらわれず、幅広く検討した点が特徴です。各医療機関においては、第1ラウンドでとり上げられたテーマ全体に目を通すことで、自院のめざすべき方向、これから強化すべき医療について、多くのヒントを得られるはずでしょう。

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6回

人材のコモディティ化に抗うメディカルエグゼクティブ

CASE



内科医のA先生は最近、何人もの医師が長い時間をかけても見つけられなかった、ある難病に対する効果的な治療法を、大量の学術論文を読み込ませたAIが、わずか数10分で発見したというニュースを見聞きました。そして、「やがて医師の仕事は、発展の目覚ましいAI技術に取って代わられてしまうのではないかと不安を感じ、自分は医師として、どのように生きていくべきかと考え込んでいます。

すべての知識労働者がめざすべき道

将来、医療の知識や技術の多くはAIで代替可能になると予想されています。そこで危惧されるのが「医師の仕事は誰がやっても同じ」という人材のコモディティ化（機能や品質の差異がなくなり商品価値が汎用化される現象）です。そんな時代に医師がアイデンティティを持ち続けていくには、「メディカルエグゼクティブ」になる必要があります。

多くの方は「エグゼクティブ」と聞くと、重役などの経営層を連想し、自分は関係ないと思われるかもしれませんが、実はそうではありません。エグゼクティブとは「execute（実行する）」の形容詞です。したがって、その意味は「最後までやり抜く実行力のある人材」と定義するのが適切でしょう。

著名な経営学者ピーター・ドラッカーは、「すべての知識労働者はエグゼクティブにならないといけない」と述べています。その

言葉どおり、すべての医師はメディカルエグゼクティブをめざすべきなのです。

インターフェースを果たす困難さ

メディカルエグゼクティブに求められることとして、米国医師エグゼクティブ学会は、①質の高いケア技術・専門性を持つ、②質の高い患者サービスの提供、③高い生産性、④ヘルスケアリソースの適正使用、⑤同僚と良好で生産的な関係を保つ、⑥組織と地域に貢献する——の6点を挙げています。一般臨床医と比較すると、一般臨床医が、患者に向き合って治療に専念するという、言わば医療の「部分最適」を追求するのに対し、メディカルエグゼクティブは、病院全体の経営戦略を描いたり、病院の生産性を向上させるなど、医療の「全体最適」を担います。

しかし、こうした立場では必然的に患者との接点は少なくなり、患者に感謝されるような喜びを感じる機会が減ります。また、意見

が対立しがちな経営層と医療職との間の「インターフェース（橋渡し）」という難しい役割を演じなければなりません。さらに、一般臨床医なら、たとえば自ら専門技術を磨いて診療の成果をあげられますが、メディカルエグゼクティブは、あくまで経営層や医療職に行動を働きかける役割。他者に努力を促して各々ががんばってもらうことでしか目的を成し遂げられないのです（⇒STUDY①）。

孤独を乗り越えた先の未来

このようにメディカルエグゼクティブは、経営層と医療職の板挟みになったり、院内での自分の役割の不明瞭さに戸惑ったりすることも少なくなく、そうした中で院内外の人々とコミュニケーションをとるなどして情報を集め、意思決定をくださる必要に迫られます。そのプロセスにおいては、孤独を覚えること

も少なからずあるかもしれません。

しかし、意見を集約しつつ決断すべきときには決断し、新たな段階に進む仕事はAIには困難で、メディカルエグゼクティブにしかできないことです。ぜひ、メディカルエグゼクティブをめざし、医師として新たなアイデンティティを確立する挑戦に取り組んでいただきたいと思います（⇒STUDY②）。

NEXT STEP

従来、患者の治療だけを大事にしてきたA先生ですが、メディカルエグゼクティブをめざすと心に決めました。臨床の一部を部下に任せつつ、経営層と密に連携しながら、医師や各職種の業務改革などの取り組みに乗り出しました。患者と接する機会が減ったり、職種間の調整に手間取ったりと辛い場面はありますが、職員同士で多くの協働が生まれ、患者満足度が高まり、病院に活気が芽生えてきたことに喜びを見出しています。

STUDY①

一般臨床医とメディカルエグゼクティブとの対比

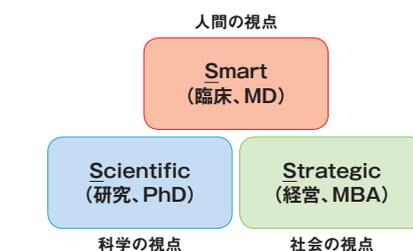
一般臨床医はコミュニケーションの対象が主に患者であり、患者ケアの専念に重きを置く。メディカルエグゼクティブは院内外の多くの職種と接触を持ったうえで、多くの施策に取り組み、医療の全体最適をめざす。

	一般臨床医	メディカルエグゼクティブ
業務	患者ケアに専念	戦略的な計画、質保証、コスト削減、生産性改善、マーケティング、販売、広報
視点	部分最適	全体最適
強化	患者からの直接強化を得る。患者への行為によって認められ、感謝される	代理強化に頼らざるをえない。他人の努力によってしか成功しない
コミュニケーション	対 患者	対 医療従事者や管理者、行政（インターフェース（橋渡し役）を担う）

STUDY②

メディカルエグゼクティブに必要な3S

メディカルエグゼクティブには、臨床家としてスマートにこなす力（Smart）、研究者として科学的に考察する力（Scientific）、経営面から戦略的に計画を立案できる力（Strategic）の「3S」が必要になると考えられる。



出典：『MBA的医療経営』（著：角田圭雄）

RECOMMENDED BOOK

- ・米国医師エグゼクティブ学会 『医療マネジメントのエッセンス——臨床・研究に続く医師の第3のキャリア』
監訳：青木則明、大田祥子、大石まり子／発行：ヘルスサービスR&Dセンター（CHORD-J）
- ・『プロフェッショナルの条件——いかに成果をあげ、成長するか』
著：P.F.ドラッカー／発行：ダイヤモンド社
- ・『MBA的医療経営』
著：角田圭雄／発行：幻冬舎

Network

Practice of Network

1

取材日：2019年7月2日



CKD連携パスで重症化予防を進めるとともに 糖尿病連携パスと融合させた新たなパスも。

Point of View

- ① 岡崎市民病院の腎臓内科が作成した『岡崎CKD連携パス』により病診連携がスムーズになって透析導入患者数が減少
- ② 2018年に実施されたCKDのガイドライン改訂を機に岡崎CKD連携パスを見直し、かかりつけ医がより早期からCKD患者を岡崎市民病院に紹介できるよう紹介基準のハードルを下げる
- ③ 岡崎CKD連携パスと、内分泌・糖尿病内科が運用する『岡崎糖尿病地域連携パス』を融合した新たな『岡崎糖尿病性腎症重症化予防パス』の展開をめざす

岡崎市民病院
腎臓内科統括部長
朝田 啓明先生

岡崎市民病院
内分泌・糖尿病内科統括部長
渡邊 峰守先生

小出クリニック
副院長
小出 信澄先生

CKD連携パスの導入により 透析導入患者が着実に減少

愛知県の岡崎市民病院では、慢性腎臓病（CKD）と糖尿病に関して、各々の地域連携パスが存在し、確実に成果を上げてきた。CKDの地域連携パスは今年、改訂を行い、病診

連携がより活性化したという。

しかし、それらに満足することなく、この2つの地域連携パスを融合した画期的なパスをつくり、糖尿病性腎症重症化予防に生かそうとのプランも動き出していると聞き、早速取材に赴いた。

まずは、腎臓内科統括部長の朝田

先生が、CKDの地域連携パスの導入経緯を話す。

「私は2004年に当院へ赴任したのですが、緊急透析導入をせざるをえない患者さんの、あまりの多さに驚きました」（朝田先生）

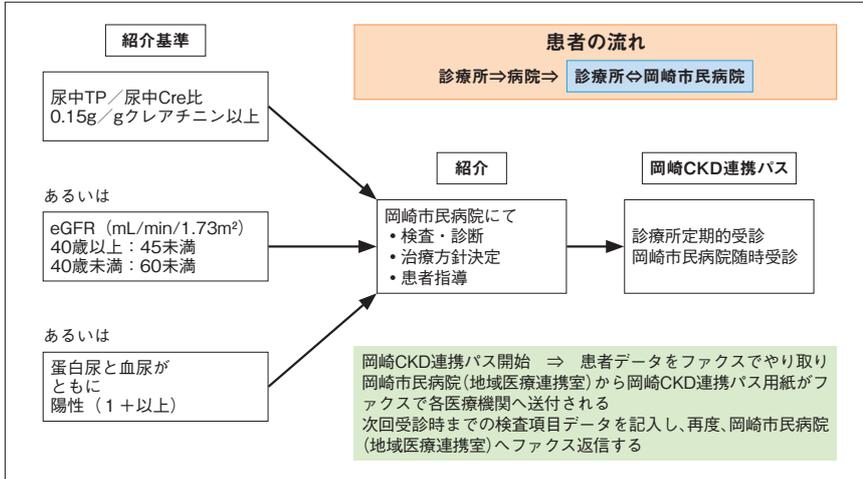
本来、透析導入には血液量を確保するため手首付近にシャントを作成



左から朝田先生、渡邊先生、小出先生

【資料1】

改訂された岡崎CKD連携パスの紹介基準と診療の流れ



出典：朝田先生提供資料

するといった準備が必要だ。しかし緊急透析導入では、時間的余裕がなく、首からカテーテルを入れて透析導入を行うため、入院期間が長くなったり、感染症のリスクが増えるなどし、結果、患者のADLが低下する事態を招いてしまうケースも多々ある。にもかかわらず、なぜ、緊急透析を迫られるようになるまで、患者が病院に紹介されないのか。朝田先生は、かかりつけ医たちの声に耳を傾けた。「かかりつけの先生方のお話をうかがうと、腎領域の疾患は完治が望めないゆえに、患者さんをいったん病院に紹介すると自院に戻ってこないのではないかと紹介に躊躇されている実態がわかりました。

そこで2008年、岡崎市医師会のご協力も得て、『岡崎CKD連携パス』（以下、CKD連携パス）を導入。かかりつけの先生への逆紹介を徹底するとともに、患者さんの各種データや経年的な変化を病診間で共有できるようにしました」（朝田先生）

朝田先生が、「全国トップクラスの早さだったのではないかと」言う

CKD連携パス導入は地域におけるCKD治療の状況を大きく変えた。「かかりつけの先生方が早めに患者さんを紹介してくださるようになりました。加えて、逆紹介時に処方すべき薬剤やコントロール目標を提案することに理解を示していただき、提案に沿った治療をしてくださるようになったのです」（朝田先生）

必然的に地域のかかりつけ医の治療レベルは向上し、CKD連携パス導入以前、岡崎市民病院で透析を受ける患者数は100名前後で推移していたが、導入後は多くても年間80名程度にとどまっている。

ガイドライン改訂を受け
より患者を紹介しやすく

導入から10余年、冒頭で触れたように、CKD連携パスは2019年2月、内容の一部が改訂（【資料1】）される。きっかけは、2018年に行われた日本腎臓学会による『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン』の改訂（【資料2】）だった。

「CKD連携パスの改訂ポイントは、

①ガイドラインの改訂にしたがい、蛋白尿区分が正常者のeGFR区分において40歳未満と40歳以上の2区分の紹介基準をとり入れる、②ガイドラインでは、eGFRが正常値であっても紹介すべき蛋白尿区分による紹介基準は0.5g/gCr以上で変更がなかったが、CKD連携パスでは蛋白尿区分でCKDと診断される基準と同じ0.15g/gCr以上と紹介基準の引き下げを実施する——の2点です」（朝田先生）

①はガイドラインの改訂を踏襲したかたちだが、②はガイドラインとは一線を画したものになっている。「蛋白尿区分による紹介基準を引き下げたのは、たとえ腎機能がそれほど悪くなくとも、蛋白尿が多ければ脳血管疾患や心血管疾患を合併するリスクが高くなるからです。そのため、より早期のCKD患者が紹介対象となるような改訂を加えました」（朝田先生）

当然、かかりつけ医は、患者を紹介しやすくなった。小出クリニック副院長で岡崎市医師会副会長も務める糖尿病専門医の小出先生が語る。「たとえば、自覚症状の出ていない患者さんに岡崎市民病院の受診をすすめても理解されにくかったのですが、新たな紹介基準を示すことで早期の病院受診の必要性の説明が容易になりました」（小出先生）

CKD連携パスの改訂は、かかりつけ医に広く受け入れられている様子だが、その陰には、岡崎市民病院と岡崎市医師会がタッグを組んでの努力があった。

「今回の改訂ポイントについて、朝田先生に医師会で講演していただいたり、医師会のイントラネットで解説するなどの活動が、かかりつけ医の理解につながっているようです」（小出先生）

困ったらいつでも紹介できる 循環型の糖尿病地域連携パス

CKD連携パスとともに、地域医療を支えていたもうひとつの地域連携パスが、岡崎市民病院内分泌・糖尿病内科統括部長の渡邊先生が立ち上げた『岡崎糖尿病地域連携パス』（以下、糖尿病地域連携パス）（【資料3】）だ。

同パスの導入の経緯を渡邊先生に

尋ねたところ、かつて朝田先生が衝撃を受けたのと同様の問題に直面したことが契機であった。

「私が2009年に当院に赴任した際、救急搬送されるような重症の糖尿病患者が非常に多く見られました。理由として、糖尿病に関して、当院とかかりつけの先生方との連携がスムーズでなく、患者さんを紹介するタイミングを逸していた可能性が考えられました」（渡邊先生）

当時、かかりつけ医から岡崎市民病院に糖尿病の患者を紹介する基準は、明確に定められていなかったようだ。このような状況であれば、特に非専門医のかかりつけ医は、「どの程度の状態の患者さんであれば病院に紹介してもいいのか」と迷うケースもあったに違いない。

そこで2014年4月、渡邊先生は大胆な特徴を持つ糖尿病地域連携パスを導入する。

「大きな特徴のひとつは、非専門医のかかりつけの先生方に向けた循環型パスである点です。糖尿病専門医の先生方であれば、ご自分で紹介するタイミングの判断をくださいますので、本パスは非専門医を対象としました。

もうひとつの特徴は、『HbA1cが何%以上』といった数値による紹介基準を定めなかった点です。『血糖コントロールがうまくいかないなど困ったときには、どんな患者さんでも紹介してください。断りません』との方針を打ち出し、患者紹介の問口を、とにかく広くしました」（渡邊先生）

【資料2】

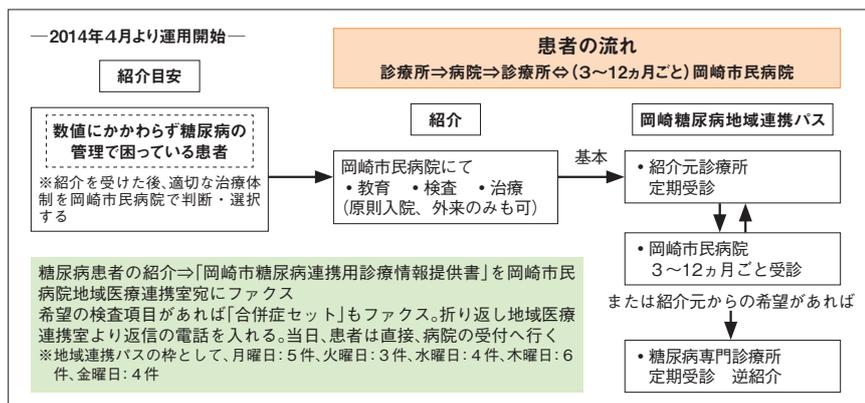
かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準（改訂後）

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	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)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	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	紹介
	G3b 中等度~高度低下 30~44	紹介	紹介	紹介
	G4 高度低下 15~29	紹介	紹介	紹介
	G5 末期腎不全 <15	紹介	紹介	紹介

出典：朝田先生提供資料

【資料3】

岡崎糖尿病地域連携パスの紹介基準と診療の流れ



出典：渡邊先生提供資料

CKDと糖尿病の連携パスが 融合した新たなパスを発想

CKD連携パスと糖尿病地域連携パスが順調に運用される中、2018年にCKDと糖尿病をめぐる新たな動きが起こる。

「日本糖尿病学会と日本腎臓学会の協働で、糖尿病専門医と腎臓専門医との間の患者さんの紹介基準が策定されたのです」（渡邊先生）

ここで、渡邊先生がひらめく。「糖尿病地域連携パスと、CKD連携パスを融合させれば、国の進める糖尿病性腎症重症化予防プログラムにのった地域連携パスができるの

【資料4】

岡崎糖尿病性腎症重症化予防パスの概要

- 内分泌・糖尿病内科が運用している『岡崎糖尿病地域連携パス』
- 腎臓内科が運用している『岡崎CKD連携パス』
- 両者を融合した『岡崎糖尿病性腎症重症化予防パス』の展開をめざす
- 岡崎市医師会や行政と連携を進めていく方針

出典：渡邊先生提供資料

【資料5】

岡崎市民病院における院内紹介基準

- eGFR45mL/min/1.73m²未満またはUACR300mg/gCr以上で内分泌・糖尿病内科より腎臓内科へ紹介
- eGFR30mL/min/1.73m²未満またはネフローゼ症候群で腎臓内科と内分泌・糖尿病内科が併診
- HbA1c8%以上またはGA24%以上で腎臓内科より内分泌・糖尿病内科へ紹介

出典：朝田先生提供資料

ではないかと思いつきました」(渡邊先生)

こうして2019年、糖尿病性腎症重症化予防のための新たな地域連携パスである『岡崎糖尿病性腎症重症化予防パス』(【資料4】)の発想が、渡邊先生と朝田先生との間で生まれる。このときを振り返って朝田先生が話す。

「渡邊先生の提案は、たいへん有効で、ぜひ新しいパスをつくりましょうと申し上げました。

1998年に透析導入患者の原因疾患1位が糖尿病性腎症になって以降、同疾患が占める割合は上昇を続け、現在は40%以上に達しています。したがって、透析予防には、糖尿病性腎症重症化予防が欠かせない状況になっているのです」(朝田先生)

岡崎糖尿病性腎症重症化予防パスは、どのように運用されるイメージなのか。

「当院内において、①内分泌・糖尿病内科から腎臓内科への紹介、②両科による併診、③腎臓内科から内分泌・糖尿病内科への紹介——のいずれかを選択するための院内連携の基準(【資料5】)を設け、これらにもとづいて内分泌・糖尿病内科と腎臓内科の2診療科間で運用することを考えています」(朝田先生)

同パスの誕生によって、大きなメリットを享受するのは、患者と患者

を紹介するかかりつけ医だろう。

「このパスが導入されれば、かかりつけの先生方は、紹介先を内分泌・糖尿病内科と腎臓内科のどちらにすべきかと迷わずにすみます。

また、どちらの診療科に紹介して下さっても、あとは必要に応じた院内連携により、両科で情報共有をしながら、患者さんに対してもっとも適切な治療を提供していきます」(渡邊先生)

腎症重症化予防に向け
さまざまな施策を構想

岡崎糖尿病性腎症重症化予防パス作成の発端となった糖尿病性腎症重症化予防は、今や国策である。将来を見据え、各先生方は、どのような対応策を構想しているのか、話を聞いた。

「当院では、チーム医療が進み、メディカルスタッフが手厚い療養指導を実施したり、患者さんの話に耳を傾けて得た情報を治療に結びつけるなどして患者満足度の向上に貢献しています。糖尿病性腎症重症化予防では、メディカルスタッフのチーム力がさらに求められると思いますので、その点を強化すべく力を尽くしていくつもりです」(渡邊先生)

「医療において、重要なアウトカムは健康寿命の延伸です。ところが、

糖尿病では、たとえば大血管障害の末、足を切断しなければならない患者さんがたくさんいます。このような事態を防ぐため、岡崎糖尿病性腎症重症化予防パスの活用によって早期から患者さんに介入し、健康寿命の延伸につながる成果を生み出したと考えています」(朝田先生)

「かかりつけ医は、それぞれ糖尿病やCKDに関する意識を高め、研鑽を積まなければなりません。私は、岡崎市医師会副会長として、医師会が糖尿病やCKDの勉強会の開催などをバックアップする体制をつくっていくつもりです」(小出先生)

おそらく、画期的な岡崎糖尿病性腎症重症化予防パスの運用が、病院医師、かかりつけ医、メディカルスタッフの協力のもとにスタートし、目覚ましいアウトカムが生み出される日も遠くない。

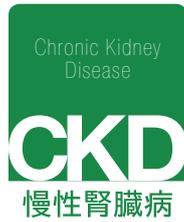
岡崎市民病院

〒444-8553
愛知県岡崎市高隆寺町字五所合3-1
TEL: 0564-21-8111

小出クリニック

〒444-0205
愛知県岡崎市牧御堂町字油田58-1
TEL: 0564-54-5601

取材日：2019年7月24日



医師会と基幹病院が密接な関係を築き 糖尿病性腎症重症化予防プログラムを推進。

Point of View

- ① かかりつけ医の要望を受けて、基幹病院が『糖尿病重症化予防外来』を開設
- ② かかりつけ医が患者を紹介する負担を軽減するため、基幹病院が簡潔な紹介状や、あらかじめ宛名が印字された専用封筒を作成
- ③ 糖尿病地域連携パスとCKD地域連携パスを融合させ、糖尿病の有無に関係なく、腎機能が悪化した患者を広く対象とする“拡大地域連携パス”を構想

松本医院院長／
大宮医師会会長
松本 雅彦先生

医療法人社団桃木内科クリニック院長／
大宮医師会副会長／埼玉県医師会常任理事
桃木 茂先生

自治医科大学附属さいたま医療センター
内分泌代謝科教授
原 一雄先生

自治医科大学附属さいたま医療センター
腎臓内科教授
森下 義幸先生

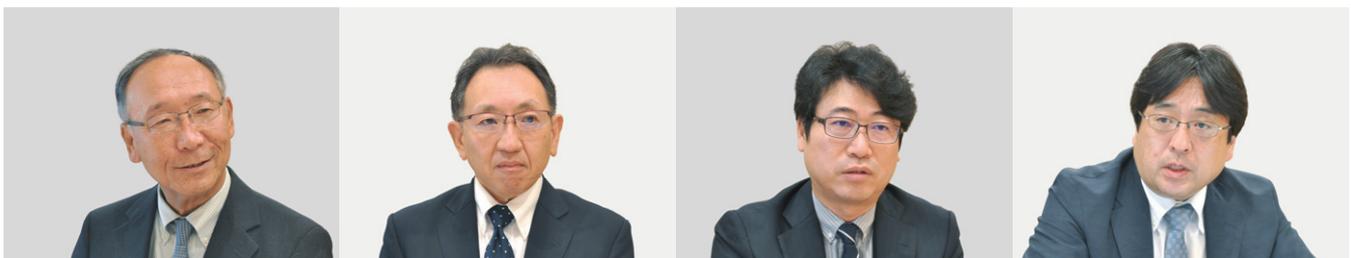
県内市町村が“手上げ”で 参加する埼玉県方式

全国各地で糖尿病性腎症重症化予防プログラムが実施される中、埼玉県では『埼玉県方式』と呼ばれる独自の『埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム』（以下、予防プロ

ラム）を策定し、順調に展開中だ。そして、とりわけ、さいたま市の大宮医師会では、予防プログラムを強力に推し進め、成果をあげているという。

最初に、大宮医師会会長で松本医院院長を務める松本先生に、県における予防プログラムの概要を話して

もらった。「予防プログラムは、2014年5月に始まりました。仕組みとしては、各市町村が、国民健康保険（以下、国保）加入者の特定健診の結果やレセプトデータから糖尿病の重症化リスクが高い方を抽出して、未受診者や受診中断者に受診勧奨を行ったり、



左から松本先生、桃木先生、原先生、森下先生

現在通院しているものの症状が進行しつつある方には、本人とかかりつけ医の同意のもと、保健師が保健指導を提供したりするというものです（【資料1】）」（松本先生）

こうした重症化リスク者を抽出する仕組みは、他の自治体でも見受けられるが、埼玉県方式と称される理由はどこにあるのか。大宮医師会副会長、埼玉県医師会常任理事で桃木内科クリニック院長の桃木先生が解説する。

「特徴的なのは、予防プログラムの進め方です。県内市町村が手上げ方式で参加し、最終的に全市町村での予防プログラム実施をめざす独自の進行方法から、埼玉県方式と呼ばれるようになりました」（桃木先生）

さいたま市が参加したのは予防プログラムの始まった翌年の2015年。呼応して、大宮医師会を含む、さいたま市内の4医師会が取り組みをスタートさせる。

「予防プログラムで定められた保健指導や専門医との連携に協力する診療所を主とする医療機関は、当初、市内全域で20施設でしたが、現在は60施設にまで増えています」（松本先生）

約4年間で協力医療機関が右肩上がりに増加してきたが、目標はさらに高い。

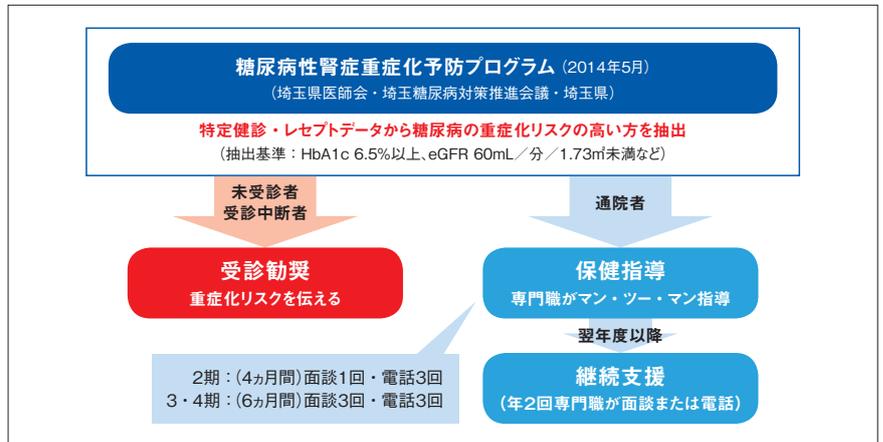
「さいたま市内の各医師会では一丸となって、来年度中に市内の協力医療機関を100施設まで増やす予定です」（桃木先生）

毎月定期的開催する啓発を目的とした講演会

さいたま市の医師会、その中でも大宮医師会が着実に協力医療機関を拡大できている理由のひとつは、かかりつけ医向けの啓発活動だろう。

【資料1】

埼玉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの概要



出典：埼玉県ウェブサイト

「一般の会員を対象に、糖尿病性腎症重症化予防の重要性を理解していただくべく、糖尿病や、慢性腎臓病（CKD）に関連する講演会を開催し啓発に努めています」（松本先生）

開催ペースは、毎月1回。医師会が、特定の分野の的を絞って開く講演会としては、高頻度と言えよう。啓発活動を行うにあたり、旧・大宮市域を中心としたエリアを活動範囲とする大宮医師会には、立地も味方する。

「大宮地区は、ターミナルの大宮駅のすぐそばに講演会の開催にうってつけのホールやホテルが数多く集積しています。交通の便が非常に良いため、講演会を開くと、大勢の先生方が参加して下さいます」（松本先生）

医師会からの声を聞いて糖尿病重症化予防外来を開設

さらに大宮医師会は、地域の基幹病院と長年、培ってきた連携関係をベースに、予防プログラムに取り組む。中でもベストパートナーと呼べる基幹病院が、自治医科大学附属さ

いたま医療センター（以下、自治さいたま医療センター）だ。

「自治さいたま医療センターの内分泌代謝科が、『糖尿病重症化予防外来』（以下、重症化予防外来）（【資料2】）を開設して下さったことで、予防プログラムがよりスムーズに動き始めました」（松本先生）

自治さいたま医療センター内分泌代謝科教授の原先生が、重症化予防外来開設の経緯を語る。

「大宮医師会の先生方から、『糖尿病性腎症は、糖尿病専門医と腎臓専門医のどちらに紹介すればいいのか迷ってしまう』、『糖尿病合併症予防のため、眼底検査や血管のエコー検査もしてほしい』といった声をいただいたことが重症化予防外来開設のきっかけです。そのようなご意見をうかがって、糖尿病患者を紹介する際に紹介状を1通だけ書けばすむ重症化予防外来を開設したら、かかりつけの先生方のご負担を減らせるに違いないと考えました。

そして医師会の病診連携クリニカルパスの会でも検討された後、2018年6月に重症化予防外来を開設するにいたったのです」（原先生）

自治さいたま医療センター内で、重症化予防外来の主な連携先である腎臓内科教授の森下先生が話す。「重症化予防外来で腎臓内科での診療が必要と判断された患者さんは、迅速に当科で引き受け、治療を行っています」（森下先生）

重症化予防外来に患者を紹介さえすれば、内分泌代謝科が必要に応じて検査をしたり、多職種による療養指導を行ったり、あるいは腎臓内科などの診療科と連携して患者を診てくれる。かかりつけ医にとっては、きわめて便利な体制が実現した。

専用の簡潔な紹介状と宛名が印字された封筒を作成

重症化予防外来の開設の発端になったのは、原先生が述べていたように大宮医師会の医師の何気ない一言だ。顔の見える関係が、いかに大切かを痛感させられる。「大宮医師会では、各基幹病院とともに勉強会や病診連携の会、さらには懇親会などを頻繁に開催していま

す。特に、自治さいたま医療センターとは、もっとも初期にフェイス・トゥ・フェイスの関係を構築した間柄です」（松本先生）

かかりつけ医の声からヒントを得て立ち上がった重症化予防外来は、その後も医師会との話し合いなどから生まれた発想によって進化を遂げている。

「かかりつけの先生からいただいたご意見を参考にして、非常に簡潔で便利な重症化予防外来専用の紹介状を作成しました。患者さんの名前とHbA1cの数値を記入するほかは、いくつかチェックボックスをチェックするだけ。30秒で書けることを目標にしました」（原先生）

「簡潔な紹介状は、重症化予防外来を利用しやすくし、ひいては患者さんの早期受診につながります」（桃木先生）

かかりつけ医の負担を軽減する工夫は、紹介状だけにとどまらない。「重症化予防外来に患者さんを紹介する際、紹介状を入れるための専用の封筒をつくりました。この封筒に

は、あらかじめ宛名が印字されていますので、かかりつけの先生が、わざわざ『重症化予防外来』と宛名を書かずにすみます（【資料3】）」（松本先生）

受診勧奨に応じる患者は多くはなく改善が不可欠

ここで、予防プログラムに深くかかわる各先生に、改善すべき課題を尋ねてみた。

「予防プログラムの保健指導については、市町村（国保）側から対象患者を指名するほか、かかりつけ医が国保側に保健指導を依頼することも可能です。しかし後者の場合、誰に保健指導を依頼するのかを推薦するプロセスが煩雑なので、その点の改善が必要でしょう」（松本先生）

「せっかく受診勧奨を受けても、アクションを起こさない患者さんが多いのが実態です。

さいたま市では、ハガキや電話による受診勧奨でアプローチしていますが、受診にいたるのは約2割。保健指導でも、中断者が少なくないので、市民公開講座を開催するなど、患者さんへの啓発が求められます」（桃木先生）

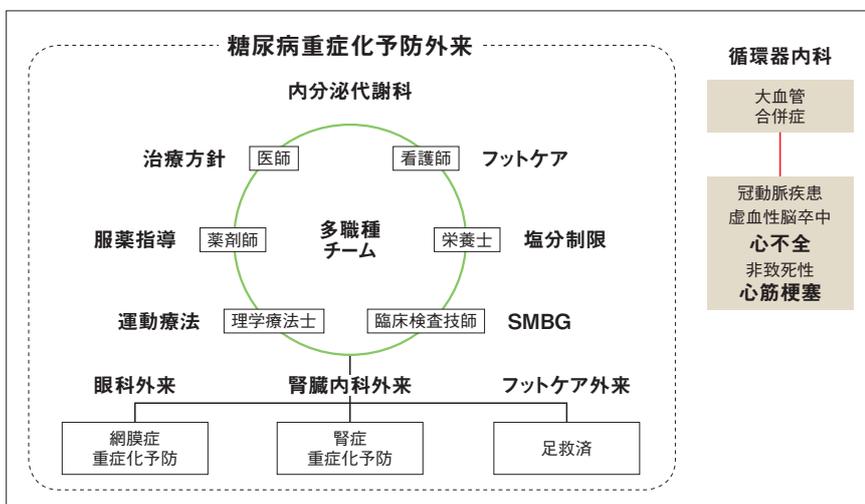
桃木先生の発言に原先生が同意を示す。

「糖尿病性腎症重症化予防策は、初期から講じるのがもっとも効果的です。ただ、桃木先生がおっしゃったとおり、行動に移す患者さんは多くはないので、私も市民公開講座のようなキャンペーンが必要だと思います」（原先生）

森下先生も、腎臓専門医の立場から早期介入の重要性を説く。「現在、透析導入にいたる原因疾患の第1位を糖尿病性腎症が占めている大きな理由に、患者さんへの介入

【資料2】

糖尿病重症化予防外来の概要



出典：原先生提供資料

の遅さが考えられます。

確かに従来は、早期に患者さんを紹介してもらっても、食事療法くらいしか手立てがありませんでした。しかし、現在では早期からの治療に効果があるとされる薬物療法が発表され始めており、患者さんへの早期介入が急務です」(森下先生)

病院の受け入れ体制に限界がある中、早期から患者の治療を行うとなれば、逆紹介も進めていかねばならない。

「当院の腎臓内科では、ある程度進行した糖尿病性腎症の患者さんであっても、症状が落ち着いたら、かかりつけの先生方に積極的に逆紹介していく考えです」(森下先生)

糖尿病とCKDの連携パスを統合した新たなパスを構想

課題は多いが、先生方は、それらに対する解決方法も含めて新たな施策を思い描く。

原先生と森下先生は、透析予防を見据えた患者への早期介入の構想を語る。

「CKDには、糖尿病性腎症以外が原因で発症した患者さんもいます。そこで、糖尿病地域連携パスとCKD地域連携パスを融合させ、糖尿病の有無に関係なく、腎機能が悪化した患者さんを広く対象とする“拡大地



取材に参加された皆さん

【資料3】

糖尿病重症化予防外来専用の封筒と紹介状

自治医科大学附属さいたま医療センター宛紹介状
(この封筒は糖尿病重症化予防外来専用です)

【内科系】 総合診療科 循環器内科 消化器内科 呼吸器内科 (予定外来) 泌尿器科
 血液科 リウマチ膠原病科 腎臓内科 神経内科 小児科 放射線科
 【外科系】 一般 消化器外科 小児外科 呼吸器外科 心臓血管外科 脳神経外科
 整形外科 皮膚科 小児泌尿器科 耳鼻咽喉科 小児耳鼻咽喉科
 眼科 小児眼科 婦人科 産科 産科 産科
 歯科口腔外科

紹介元医療機関名 _____
必ずお名前、ご記入をお願いします。

専門外来名: **糖尿病重症化予防外来**
(この封筒は専用です)

医師名: _____
(必ずお名前をご記入ください)

当センターは、完全紹介予約制です。裏面をご参照の上、必ず事前に診療予約をお取りください。

患者診療情報提供書 提供中

診療情報提供書
 (糖尿病重症化予防連携パス: 紹介用)

医療機関名: 自治医科大学附属さいたま医療センター
 糖尿病重症化予防外来
 内科副院長 辻野先生

紹介元医療機関
 医師名 _____

患者 _____
届によって、下記のとおりとなります。ご確認ください。

診 察 名	糖尿病
紹介理由	<input type="checkbox"/> 腎機能の低下: 尿素窒素 14g/L以上継続 <input type="checkbox"/> 高血糖の持続: HbA1c 6.5%以上3ヶ月持続 <input type="checkbox"/> その他
検査・検査値	<input type="checkbox"/> 糖尿病連携手順を参照 <input type="checkbox"/> HbA1c % <input type="checkbox"/> クレアチニン mg/dL
投薬内容	<input type="checkbox"/> 薬手帳を参照 <input type="checkbox"/> 別紙 ()
その他	

出典: 原先生提供資料

域連携パス”ができればいいのではないかと森下先生と話しており、今後、大宮医師会にもご相談していくつもりです」(原先生)

「まだ、CKD地域連携パスが準備段階のため、まずはそちらを軌道に乗せなければなりません。

とはいえ、糖尿病性腎症でも、それ以外のCKDでも、『透析予防』という大きな目標は同じですから、原先生が話をされた拡大地域連携パスを、できる限り早く完成させたいですね」(森下先生)

桃木先生、松本先生は、大宮医師会が果たすべき、さらなる役割について説明する。

「基幹病院との連携をより密にして、すべての医療機関で予防プログラムを滞りなく実施できるシステムをつくっていきます」(桃木先生)

「森下先生が準備中のCKD地域連携パスを大宮医師会でとり入れるための体制構築が直近の目標です。加えて、そうした地域連携パス

を当医師会だけではなく、さいたま市全域で稼働できるように市内のほかの医師会や基幹病院にも働きかけていこうと思います」(松本先生)

地域医療には、かかりつけ医と基幹病院との連携が必要不可欠だが、大宮医師会と自治さいたま医療センターの間に、胸襟を開いたやり取りを経た緊密な連携関係を見た。

松本医院

〒331-0822
 埼玉県さいたま市北区奈良町162-8
 TEL: 048-652-3587

医療法人社団桃木内科クリニック

〒337-0051
 埼玉県さいたま市見沼区東大宮4-47-8
 TEL: 048-661-1032

自治医科大学附属 さいたま医療センター

〒330-8503
 埼玉県さいたま市大宮区天沼町1-847
 TEL: 048-647-2111

取材日：2019年8月6日



地域医療



備北医療圏

過疎地域の医療を支えるモデルとして注目の『備北メディカルネットワーク』。

Point of View

- ① 地域住民の立場に立ち、病院の集約化ではなく、地域医療連携推進法人を用いた連携で地域医療を支える
- ② 地域の病院同士が競合せず、協調することにより、地域に必要な医療体制を再構築
- ③ 医師や医療資源の不足の問題に対し、地域医療連携推進法人のメリットを生かして解決を図る

地域医療連携推進法人備北メディカルネットワーク
代表理事

中西 敏夫先生

住民の立場を考え、病院の集約化ではなく連携を選択

『備北メディカルネットワーク』は、地域医療連携推進法人制度が施行された2017年4月、全国初の認定を受けた4つの法人のうちのひとつである。医師やメディカルスタッフの確保を最大の目的に掲げた備北メディカルネットワークの取り組みは



中西先生

医師不足が問題となっている過疎地域の先進事例として、当初から注目を集めていた。

そこで、今回、同法人の発足の経緯から2年を経過しての現状までを本誌でお伝えすることは、過疎地域にあってもたいへん有意義に違いないと、備北メディカルネットワーク代表理事を務める中西敏夫先生のもとを訪ねた。

「備北医療圏は、広島県北東部の中山間地域に位置する三次市と庄原市からなり、備北メディカルネットワークには、両市にある4つの急性期病院が参加しています」

正確には2017年4月に、市立三次中央病院（カッコ内は設立母体〈以下同〉）、三次市）と三次地区医療セ

ンター（三次地区医師会）、庄原市立西城市民病院（庄原市）の3施設でスタートし、同年12月に庄原赤十字病院（日本赤十字社）が加わった（【資料1】）。

中西先生は、当時、市立三次中央病院（以下、三次中央病院）院長という要職にありながら、同ネットワークの立ち上げをけん引し、病院間の調整や行政との折衝などを一手に行った。そんな中西先生に、備北医療圏の医師不足を解決するために、地域医療連携推進法人の設立という方法を選ぶにいたった思いを語ってもらった。

「広島県は、中山間地域には医師が少なく、備北医療圏でも医師や医療従事者の確保は以前から大きな問題でした。解決策として、医療機関の

【資料1】

備北メディカルネットワークを構成する4病院



出典：中西先生提供資料

統廃合など、集約化が提案されることもしばしばでしたが、たとえ集約化によってひとつの医療機関に十分な数の医師が集まり、診療体制が充実したとしても、それが本当に住民にとって幸せなことなのか、考えなければいけないと思っていました」

医療機関の集約化の施策が、効率的な医療の実現の成功事例として評価される場合も多いが、あくまで医療を提供する側にとっての成功事例であり、決して住民の側に立ったものではないケースも少なくない。

「なぜなら、集約化で医療機関がなくなった地域の住民は遠方の医療機関まで時間をかけて通うしかなく、住民は我慢を強いられる結果になっているからです」

住民の立場を考えれば、集約化を選びたくはない。けれども、三次中央病院の院長就任以前に庄原赤十字病院の院長でもあった中西先生は、この地域での医師確保の難しさを誰よりも知っていた。

「個々の病院の努力では限界があると痛感していたので、地域の病院が協力して医師を確保する手段を工夫し、なんとか地域の医療提供体制を再構築する方法はないかと思案していました。

そんなときに、地域医療連携推進法人制度の導入が検討されていると知り、同制度を利用すれば、医師確保のシステムが構築できるのではないかと直感したのです。早速、3施設に呼びかけて地域医療連携推進法人設立のために動き始めました」

三次中央病院と中西先生が声がけした3施設は、すべて公立・公的な急性期病院。通常であれば競合関係であってもおかしくない。

「4施設は設立母体が自治体（市）、医師会、日本赤十字社と異なっていたものの、競合をしない協調こそが医療資源の少ない地域で、互いに生き残り、地域の医療を再構築する道であるとの共通認識を持っていたので、法人の設立や組織化は、思いの

ほかスムーズに運びました（【資料2】）」

ゆるやかな業務連携で
地域完結型の医療をめざす

備北メディカルネットワークの設立理念は、「医療機関相互の『ゆるやかな業務連携』を推進し、地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供できる『地域完結型医療の実現』をめざします」だ。

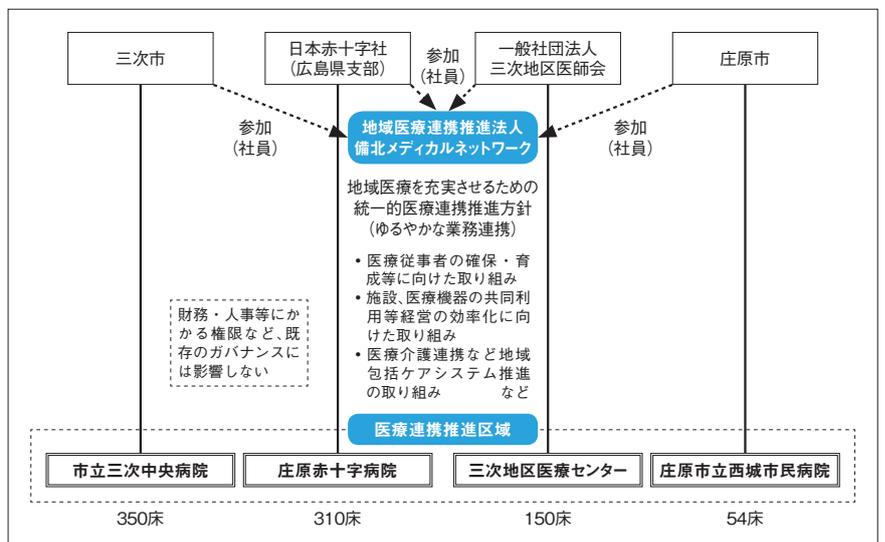
「地域医療連携推進法人の利点のひとつは、すべての面で4施設が連携して業務を進めなければならないわけではなく、連携する事項と目標を決め、それらについてのみ連携すれば良い点です。だからこそ、法人内の医療機関同士の『ゆるやかな業務連携』が可能となります」

同ネットワークでは、具体的な連携事項として、以下の4点を掲げている。

- (1) 医療従事者を確保・育成する仕組みづくり

【資料2】

備北メディカルネットワークの組織



出典：中西先生提供資料

【資料3】

備北メディカルネットワークの
人的交流状況(2018年度)

- 産婦人科医師と看護師(市立三次中央病院→庄原赤十字病院)
 - ・医師の異動
1名の産婦人科部長を庄原赤十字病院へ完全移籍
 - ・医師の診療応援：外来診療と手術
 - ・看護師の交流：2名の助産師を常勤派遣・指導
2名の助産師を市立三次中央病院で受け入れ研修
- 他科医師の専門診療応援派遣
 - ・内科(腎臓内科、糖尿病代謝内分泌内科)、眼科ほか
専門科診療のニーズに合わせて相互に人材を活用
- 研修会講師派遣
 - ・院内クリニカルパス研修会(庄原赤十字病院)へ市立三次中央病院クリニカルパス委員会医師を派遣
 - ・専門医制度更新講習(医療安全研修会など)の開催

出典：中西先生提供資料

- (2) 地域包括ケアの推進
- (3) 共同購買の仕組みづくり
- (4) 共同研修の仕組みづくり

中西先生が、この4点の中で「医療従事者を確保・育成する仕組みづくり」、特に医師の確保・育成を最重要事項に位置づけているのは前述したとおり。では、具体的には、どのような仕組みで、それを成し遂げようとしたのか。

「規模が大きく設備の整った病院なら、派遣に応じてくれる若い医師もいますが、中山間地域にあって、指導医も少なく、勉強になる症例も少ないような医療機関に来てくれる医師は少ないのが現実です」

そこで中西先生は、医師が赴任したいと思うような魅力やメリットを備え、大学病院から十分な医師派遣をしてもらっている三次中央病院をベースにした仕組みを考案したのであった。

三次中央病院で受け入れた
医師を他の病院に派遣する

中西先生は、大学病院から同ネットワークに医師を派遣してもらうた

めに、大学医局や広島県の担当者と話し合い、次のようなシステムを構築した。「大学医局から、いったん医師を三次中央病院に派遣していただき、同院をベースに、必要に応じて他の各医療機関へ派遣するシステムです。地域内で必要な医師を確保したうえで、どの医療機関

へ派遣するかは、備北メディカルネットワークで調整できるようにさせてもらいました」

このシステムが順調に稼働した背景には、先に少し触れたが、医師が赴任したくなるような魅力を三次中央病院が持ちあわせていたことがあった。

「三次中央病院は比較的規模も大き

く、黒字経営であったため、320列CTやPETをはじめ最新の医療機器を導入しています。

また、研修や学会への参加費用を回数の制限なく病院が負担するなど医師へのサポート体制も充実。こうした環境なので専門医や指導医の資格を持つ医師も多く在籍しており、専門医の資格取得をめざす若い医師にも満足していただける条件がそろっていました」

県の医師の育成事業も
地域医療連携推進法人に移管

備北メディカルネットワーク内では、大学病院からの医師派遣に限らず、地域で最適な医療体制が整えられるよう、4施設間での人的交流も行われている。

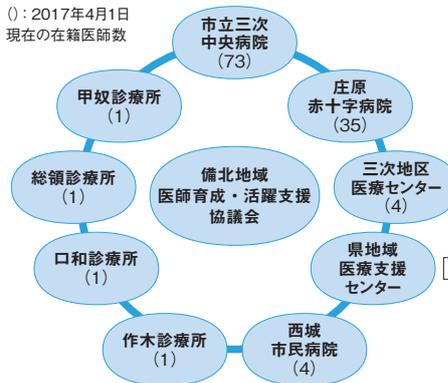
「2018年度の例では、産婦人科医が三次中央病院から庄原赤十字病院へ完全移籍したのをはじめ、医師の診療応援や看護師の交流、研修会講師の派遣などが、各施設間で実施され

【資料4】

備北地域医師育成・活躍支援協議会の概要

1. 設置目的：備北地域における若手・中堅医師の研修・研鑽支援を行い、若手・中堅医師が活躍しやすい環境を整備する
2. 組織等：市立三次中央病院を基幹病院とし、協議会の構成員は、構成団体の医師とする

()：2017年4月1日
現在の在籍医師数



- ・地域で従事する医師が、やり甲斐を感じながらキャリアアップできる環境整備
- ・若手医師が働きたいと思える就労環境整備

- ・2015年11月に立ち上げ
- ・2017年4月より地域医療連携推進法人の組織下に移管
- ・事務局は三次地区医療センター内に移籍

出典：中西先生提供資料

ています（【資料3】）」

さらに、2015年11月から県の事業として機能してきた『備北地域医師育成・活躍支援協議会』（以下、協議会）が、2017年4月に備北メディカルネットワークの組織下に移管された（【資料4】）。

「協議会は、若手・中堅医師の研修研鑽を支援する連携ネットワークの形成、過疎地域の医師が安心して勤務できる環境の整備を目的に設立されたもので、備北メディカルネットワークに参加している4施設だけでなく、診療所の医師なども構成員となっています。

具体的には、研修支援や、休暇取得のための代診医派遣、医学研究支援、緊急時の診療相談（支援）、医

師急病時の代診医派遣など、地域の若手・中堅医師がキャリアアップできる環境、働きたいと思える環境を整備する事業を行っています（【資料5】）。

当ネットワークの組織下に移管されたからには、協議会の活動がさらに活発になるように尽力していくつもりです」

地域医療連携推進法人増加のための人的配置基準の緩和の検討を

全国初の地域医療連携推進法人として備北メディカルネットワークの先駆的な活動が始まって2年余り。中西先生は、法人設立による医療資源不足の問題解消に確かな手応えを

感じている。

「医師不足のところ、医療資源が少ないところでは、これまで集約化が主な解決法でしたが、医師を呼べる仕組みをつくる方策には、地域医療連携推進法人の設立もきわめて有効だと感じています。

当ネットワークの取り組みが、過疎で医療資源不足に困っており、法人設立を検討している地域の参考になればうれしい限りです」

ただし、実際に法人を立ち上げてみると、地域医療連携推進法人制度自体の問題点も強く感じるようになったと話す。

「法人のメリットを生かせるようにするには、人的配置基準の緩和が大きなポイントでしょう。どのような職種、担当の人が何名必要かなどの人的配置基準を、個々の施設ごとではなく、法人全体で何名といったように、もう少しゆるくすべきだと思います。

産休や育休に入る職員がいると、一時的に配置基準を満たせなくなるといった際も、法人内の施設間で手当てできるといいですね。『専任』や『専従』の要件も緩和されれば、法人は格段につくりやすくなるはずです（【資料6】）」

中西先生の地域医療連携推進法人制度に対する要望は非常に貴重だ。中西先生が示してくれたように、人的配置基準の緩和がなされれば、地域医療連携推進法人制度は、より取り組みやすく、また、より良く機能するものになるだろう。

【資料5】

備北地域医師育成・活躍支援協議会の事業内容とねらい

■事業内容

- ①研修研鑽支援（勤務環境の改善等）
若手医師等を対象とした研修研鑽支援や研修支援、休暇取得のための代診医派遣、医学研究等の支援など
- ②地域内での医療確保支援
緊急時や通常時の診療相談等の診療支援や医師の急病時等での代診医派遣など
- ③地域医療確保の連携体制整備
中核的な拠点病院の事務局機能を整備し地域での連携体制を整えるなど

■ねらい

若手・中堅医師の研修研鑽を支援する連携ネットワーク形成と、過疎地域の医師が安心して勤務できる継続可能で安定的な環境の整備

出典：中西先生提供資料

【資料6】

備北メディカルネットワークの設立時から今における状況と課題

■法人設立

登記等の費用は当然なかったが、法的手続きは比較的簡単であった

■法人の運営

理事会、総会の開催、事業報告書や決算書提出などの運営費の負担が続く

■共同購入・交渉

想像以上にコストカットができ、経費に見合う以上の利益が出ているが、持続していくには課題が多い

■課題

法人のメリットを生かしていくには、ネットワーク内で医療法上の人的配置基準の緩和や医薬品、医用材料などの融通措置といった制度上の措置が望まれる

出典：中西先生提供資料を改変

地域医療連携推進法人
備北メディカルネットワーク
(事務局：三次地区医療センター内)

〒728-0013
広島県三次市十日市東3-16-1
TEL：0824-62-1103

取材日：2019年8月21日



心疾患



香取海匠医療圏

地域医療への高い志に支えられ 進化する循環器センターの今と未来。

Point of View

- ① 地域医療に貢献すべく、循環器内科と心臓外科が緊密に連携する循環器センターを設立
- ② 地域医療への高い志が、医師やメディカルスタッフに共有され、若い医師が集まる風土が醸成される
- ③ 若い医師が、リスク管理がなされたシステムの中で充実した経験を積み、すぐれた臨床医として成長

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
副院長／循環器センター長／
循環器内科主任部長
神田 順二先生

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
循環器内科部長
宮地 浩太郎先生

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
循環器内科医長
早川 直樹先生

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
循環器内科医員
平野 智士先生

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
中央検査科生理機能検査室
臨床検査技師
宮内 綾子氏

地域完結型の医療をめざし 循環器センターを設立

千葉県東部地区の中核病院である総合病院国保旭中央病院（以下、旭中央病院）が、地域完結型の循環器医療をめざして循環器センター（以下、センター）を設立したのは2001年。以降、センターは着実な歩みを見せ、今や遠隔地にありながら最先端の医療提供を実現し、地域になくしてはならない存在になっている。

循環器センター長の神田先生にセンター設立当初の意義を聞いた。「循環器疾患では、循環器内科と心臓外科が車の両輪となり切磋琢磨することで、幅広い患者さんに質の高い治療を提供できます。両科が有機

的に連携しながら、広範囲に及ぶ地域から求められるすべての循環器医療のニーズに対応すべく、千葉県東部地区で唯一のセンターを立ち上げました」（神田先生）

センター設立以前は、かかりつけ医が心臓手術を要する患者などを千葉市や松戸市方面の医療機関に紹介するケースが目立ったが、設立後は

同院で十分な循環器疾患の治療ができると認知されるようになっていったという（【資料1】）。

「患者さんの利便性を考えれば、住まいに近い医療機関で治療が受けられたほうがいいのは自明の理。今では、患者さんを流出させず、地域で治療を完結できるようになっています」（神田先生）



左から神田先生、宮地先生、早川先生、平野先生、宮内氏

各専門分野で最善を尽くす 医師やメディカルスタッフ

【資料1】

循環器内科疾患別年間入院患者数

センターの医師たちは、それぞれの専門分野で、どのような医療を展開しているのだろうか。口火を切ってくれたのは、循環器内科部長の宮地先生だ。

「私は、不整脈を専門としており、常に心がけているのは標準的な治療です。

たとえば、奇をてらった手技などで治療が医師の自己満足で終わらないように、病院の基本理念でもある『すべては患者さんのために』を忘れず、患者さんのメリットを第一に考えています」(宮地先生)

循環器内科医長の早川先生は、センター化以降、末梢動脈疾患を専門とし、主に足の血管治療を担う。

「当院では、以前、血管外科が末梢動脈疾患の診療にあたっていたのですが、足に動脈硬化疾患が現れた患者さんは、すでに心臓や脳にも疾患がある場合が多々あり、全身の血管を診る必要があるため循環器内科が治療する体制に変更しました」(早川先生)

末梢動脈疾患の患者は発見が遅れると、最悪の場合、足の切断にいたるが、自覚症状がないので放置されているケースも多い。

「救急には、我々医療者が、患者さんを拾い上げるしかありません。そのために、院内外の連携を整備・強

診断名	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
冠動脈疾患	730	841	930	878	832
(うち急性心筋梗塞)	191	154	212	220	269
心不全	374	388	368	414	471
不整脈	279	223	320	370	396
心臓弁膜症	70	67	62	61	82
心筋症	51	32	52	41	33
感染性心内膜炎	10	13	6	16	19
心筋炎、心膜疾患	15	20	20	12	10
肺性心・肺高血圧症	4	4	5	13	13
先天性心疾患	6	5	2	5	2
大動脈疾患	32	39	23	35	44
末梢動脈疾患	102	180	196	223	238
肺塞栓症・静脈疾患	41	31	25	28	26
その他(SAS含む)	211	148	195	142	140
合計	1,925	1,991	2,204	2,238	2,306

出典：神田先生提供資料

化して、他科や他の医療機関の外来で見つけた疑わしい患者さんを、迷わず当科へ紹介いただくよう働きかけました。その甲斐あって、院内外から多くの患者さんが紹介されるようになり、治療件数が増加しました(【資料2】)」(早川先生)

循環器内科医員の平野先生は、心臓弁膜症のカテーテル治療が専門。「心臓弁膜症の治療は、心臓外科での開胸手術が主流でしたが、技術の進歩により、大動脈弁狭窄症や僧帽弁閉鎖不全症などもカテーテルでの治療が可能になってきました。

当院でも、2年前に循環器内科・心臓外科・麻酔科の医師、看護師、診療放射線技師、理学療法士、臨床工学技士、臨床検査技師など多職種で構成されるハートチームを立ち上げ、2019年4月に千葉県東部地区で初の大動脈弁狭窄症に

対するTAVI(経カテーテル大動脈弁置換術)を成功させました」(平野先生)

そして、センターの「緑の下の力持ち」とも言えるのが、臨床検査技師の宮内氏である。

「生理機能検査室で、先生方から依頼のあったエコー検査を行うのが私の仕事です。

漫然と検査をするのではなく、依頼目的によって先生がいちばん知りたいことは何か、どこを見たいのかを考え、症例ごとに、注視すべきポイントを意識しながら検査をしています」(宮内氏)

同院においては、心エコー検査だけでも年間10,000件に上るが、宮内氏は、高い専門性を発揮しながら医師各々の検査依頼に丁寧に応えることで、厚い信頼を獲得している。こうした高度なスキルを有するメディカルスタッフたちが、センターの誇るハイレベルな医療を支えているのだろう。



充実の診療体制により 地域の医療機関から信頼を得る

センターが地域の医療機関から大きな信頼を寄せられるにいたった背景には特筆すべき診療体制がある。「月曜から金曜まで毎日、センターに籍を置く循環器内科医が初診外来を担当しているので、地域の診療所や病院の先生方からは、『曜日を選ばずに患者さんを紹介できる』と好評を得ています。

また、24時間365日、いつ救急患者が運ばれてきてもいいように、3名の医師が交代で対応する待機制をとっています。結果、当院の心筋梗塞の緊急治療件数は近年、常に全国でトップ10に入っています」(神田先生)

これだけの診療体制を構築している医療機関は、全国的に見ても珍しいだろう。

「現在のような診療体制が実現したのは7～8年前からで、若い医師数の増加によって可能になりました。

医師数が増えたのは、地域医療への高い志が医師やメディカルスタッフに共有され、若い医師を惹きつける風土が醸成されたからだと思えます」(神田先生)

若い医師が充実した経験を積んですぐれた臨床医に成長

神田先生の指摘する「若い医師を惹きつける風土」が醸成された理由のひとつは、恵まれた教育環境だろう。センターでは、若い医師たちがリスク管理がなされたシステムの中で充実した経験を積み、すぐれた臨床医に成長しているのだ。

「不整脈の分野では、ペースメーカーなどのデバイスの進歩がめざましいのですが、若手医師にも積極的に

最新の情報や技術を教えます。

また、心房細動の治療ではカテーテルアブレーションが増加しているので(【資料3】)、こちらも、しっかりした管理体制のもとに、若手医師にも危険性の少ない処置から経験を積ませています」(宮地先生)

「私自身も先輩に教えていただき、経験を積ませてもらって今があるので、若手医師には、なるべく治療機会を与えようとのスタンスです。ただし、患者さんの安全が最優先ですから、若手医師が担当しても、常にベテラン医師がフォローをします」

(早川先生)

「専修医の私は、侵襲度の低い検査に関して、後輩に手技の指導をしています。指導することが自分の勉強にもなっていると実感しますね」(平野先生)

医師の教育の充実は、メディカルスタッフの向上心をも刺激している様子だ。

「井の中の蛙にならないために、なるべく学会などに出席して外から新しい情報を入手しています。特に、最先端のエコー検査の知識の修得を心がけ、先生方に信頼されるエコー

【資料2】

循環器系治療件数

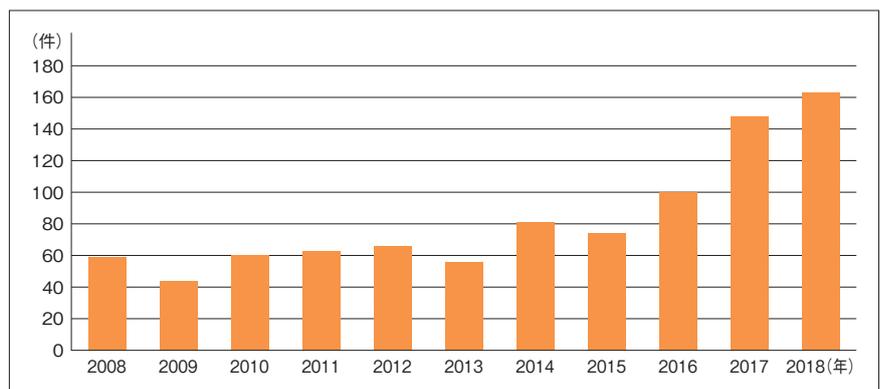
	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
全PCI(冠動脈)	616	728	739	694	672
ACSに対するPCI	151	184	234	251	269
EVT(末梢動脈)	102	205	213	248	281
カテーテルアブレーション	81	74	100	148	163
ペースメーカー	104	71	106	108	121
ICD植込型除細動器	20	13	16	28	19
CRT心臓再同期療法	20	16	14	18	20

PCI : Percutaneous Coronary Intervention (経皮的冠動脈インターベンション)
ACS : Acute Coronary Syndrome (急性冠症候群)
EVT : 血管内治療

出典：神田先生提供資料

【資料3】

年間アブレーション件数の推移



出典：神田先生提供資料

循環器センターのメンバー



出典：編集部撮影

画像を撮れるよう尽力しています」
(宮内氏)

医療にどっぷりと漬かり
勉強できる絶好の環境

地域からの信頼も厚くなり、症例数が増加しているセンターだからこそ、新たな課題も生まれている。「課題はいくつかありますが、いちばんは人材の補強でしょうか。たとえば、治療を終えた患者さんが、日常生活に戻るには、心臓リハビリテーションが必要ですので、専門性の高い理学療法士の育成が課題です。心エコー検査も、細かいところまで目を通してフォローするには、医師の数が十分ではありません」(神田先生)

しかし、神田先生は決して悲観はしていない。

「高度医療の人材育成において、もっとも重要なのは、しっかりとした体制下で、十分な症例を経験することです。

当院に見学に来ていただければわかりますが、見渡す限り広い敷地に大病院が建っている。驚くほど田舎

です。けれども、都心のように患者さんを奪い合うようなことはありません。むしろ、その逆で、想像を絶した数の患者さんが来院される。つまり、多くの症例に恵まれ、医療にどっぷりと漬かって勉強したい人には、絶好の環境とも言えるのです。

そんな当院に魅力を感じる医療人

は少なからずいると信じています」
(神田先生)

超高齢社会に求められる
人材の育成により地域貢献を

センターにおいて、それぞれにどんな展望を持っているのか尋ねた。

高齢化が進む将来を見据えて発言するのは宮地先生だ。

「不整脈の分野では治療に年齢の壁がなくなり、90歳くらいの方でも普通にカテーテル治療が可能になっていくでしょう。高齢の患者さんが元気ですごせるようにカテーテルの腕を磨き、地域のために精いっぱい努めます」(宮地先生)

未受診の末梢動脈疾患患者の拾い上げに、もっと力を注ぎたいと言うのは早川先生。

「市民公開講座や医師会主催の講演会などの場で啓発活動をしています。まだ浸透していませんので、もっと力を入れたいと思います。

また、学会などで当センターの活動を発表し、『末梢動脈疾患なら旭中央病院』との認識を持っていただき、全国から患者さんを紹介しても

らえるようになるのが理想ですね」
(早川先生)

平野先生はTAVIに満足せず、新たな先進治療に臨みたいと話す。「心臓弁膜症のカテーテル治療では当院も最先端のTAVIの導入を行いました。SHD (Structural Heart Disease) インターベンションと呼ばれる領域で、MitraClip (経皮的僧帽弁形成術) など当院では未導入の先進治療もあります。SHDインターベンションの先進治療の導入を目標に、さらにトレーニングを積みみたいと思います」(平野先生)

神田先生は、今後も地域医療に貢献できる人材を育成し続けることを誓う。

「我が国が迎えている超高齢社会では、単に年齢の高い人が増えているのではなく、さまざまな病気を抱えた人が増えているのです。90歳の患者さんが心筋梗塞で運ばれてきて、疾患が心筋梗塞だけというようなケースは、ほぼありません。そうした患者さんに対しては、さまざまな併存疾患を含め、多様な治療能力が求められます。それには、専門的に循環器を学びつつ、患者さんを幅広く診られる複眼的な目を持つ訓練が必要でしょう。

幸い当センターには、医師同士で情報を共有し合い、学び合う風土がありますから、求められる能力を備える医師を育成できます。これからもこの風土を大切に、すぐれた人材を育て、より地域医療に貢献していく所存です」(神田先生)

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1-1326
TEL: 0479-63-8111

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」記事、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.22 全自治体の8割で生活習慣病重症化予防事業を実施
- No.21 消費税率引き上げに伴う2019年度診療報酬改定を告示
- No.20 男女ともに平均寿命が過去最高を更新

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「見える化」

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

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。