



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—

第3期全国医療費 適正化計画が決定

2023年度での全国レベルの
達成目標、施策を示す

めざせ!!メディカルエグゼクティブ P6

チーム医療の活性化

Network

南加賀医療圏 P8

“糖尿病管理ツール”を軸にした
重症化予防の連携の輪を地域へ。

南河内医療圏 P12

心臓リハビリテーションを提供する
クリニックを開業し地域医療に新風を。

湘南東部医療圏 P16

簡潔・便利な診療支援ツールとマニュアルが
実現する地域連携と糖尿病重症化予防。

いわき医療圏 P20

医療と介護の有機的な地域連携を構築し、
未曾有の災害からの復興にも貢献を。

第3期全国医療費適正化計画が決定

2023年度での全国レベルの達成目標、施策を示す

厚生労働省(以下、厚労省)は2019年3月20日、2018年度から2023年度までの「全国医療費適正化計画」を策定し「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画の全部を改正する件」として告示しました(厚労省告示第79号)。これは、医療費の伸びが過大とならないように医療費の適正化を総合的かつ計画的に推進する「医療費適正化計画」において、国レベルの達成目標や施策を明記したものであり、これからの医療の大きな方向を把握するうえで、きわめて重要な資料と言えます。

第3期の一連の「計画」の全体が完成したことになります。次の段階として国は、次期の計画作成に役立てるため、全国医療費適正化計画の進捗状況に関する調査や分析を行います。また、計画が終了した翌年度には、都道府県が目標の達成状況や施策の実施状況の調査や分析、計画の実績に関する評価を行う予定となっています。

住民の健康保持の推進と効率的な医療の提供が目標

それでは、第3期の医療費適正化計画の土台となっている基本方針の内容を見ていきましょう。

まず、基本理念として、①住民の生活の質の維持及び向上を図るものであること、②超高齢社会の到来に対応するものであること、③目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行うものであること、を掲げています。さらに目標として「住民の健康の保持の推進に関する目標」と「医療の効率的な提供の推進に関する目標」を設定するとしています。

医療費の適正化の効果を見込める主要な施策として想定されているのは、▽特定健診や保健指導の実施、▽生活習慣病としての糖尿病の改善や予防、▽後発医薬品の普及、▽医薬品の重複投与や複数種類投与の適正化——などです。また、都道府県は、地域医療構想/医療計画にもとづく病床機能の分化や連携による成果も反映させて、入院医療費を推計するとしています。地域医療構想/医療計画は、医療費適正化の観点からも重要となるわけです。

都道府県は、医療費適正化のための取り組みを通じ、2023年度の入院医療費と外来医療費がどの程度、抑えられるかを推計します。そのため

高齢化による医療費増大に国と都道府県で取り組む

医療費適正化計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」(高齢者医療確保法、旧・老人保健法)にもとづき、2008年度に始まりました。高齢者だけでなく、乳幼児も含めた国民全体の保健や医療を視野に入れて計画が進められています。第1期(2008~2012年度)、第2期(2013~2017年度)を経て、現在は第3期である2018~2023年度の6年間に当たります。

その骨格は、都道府県による「都道府県医療費適正化計画」と、国による「全国医療費適正化計画」の大きく2つに分かれており、次のような流れで進められてきました。

①厚生労働大臣が都道府県に対し、医療費適正化に関する取り組み目標

や医療費の推計方法などを「医療費適正化基本方針」(以下、基本方針)として示す(第3期の基本方針は、2016年3月31日に告示)

②都道府県ごとに、基本方針に即して医療費適正化を推進するための計画(都道府県医療費適正化計画)を定める

③厚生労働大臣が、都道府県医療費適正化計画を踏まえて、国レベルで医療費適正化が総合的かつ計画的に推進されるように全国医療費適正化計画を定める(2019年3月20日告示)

①の基本方針の告示から③の全国医療費適正化計画の決定までに3年近くかかっています。これは、②の各都道府県の医療費適正化計画の積み上げを踏まえて全国医療費適正化計画を策定しているからです。

このほどの全国医療費適正化計画の決定により、2018年度から始まっ

厚労省が算定式の提示や推計ツールの提供をしています（【資料1】）。

新たな第3期計画では一部に数値目標を設定

次に、このほど告示された第3期全国医療費適正化計画の概要を見ていきましょう。

構成（目次）は【資料2】のとおりで、全体の趣旨は基本方針と共通しているのですが、文書としての構成は大きく異なっています。

達成目標の中で具体的に数値を挙げた目標は、次のような内容です。

〈1〉特定健診（40歳から74歳までの対象者）の実施率を2023年度において70%以上に

〈2〉特定保健指導（必要と判定された対象者）の実施率を2023年度において45%以上に

〈3〉メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を2008年度比で、2023年度において25%以上減少

〈4〉後発医薬品の使用割合を2023年度において80%以上に

このように数値で示されたものもありますが、達成目標の多くは数値の記載がありません（後述）。

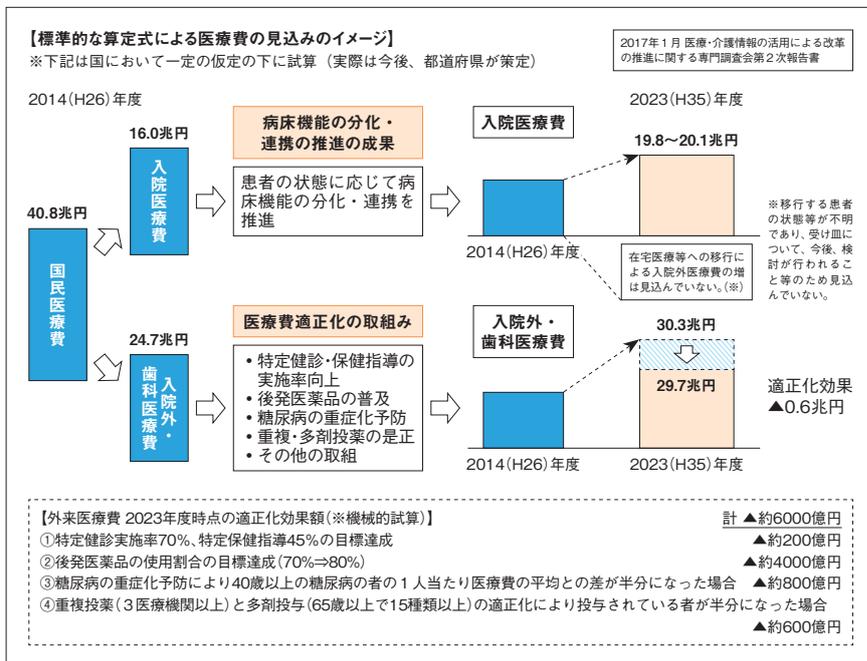
生活習慣病などの重症化予防を推進

第3期全国医療費適正化計画は、第2期計画と比較すると、達成目標や具体的な施策において次のような追加、改正がなされています。

●国民の健康の保持の推進に関する達成目標：「予防接種」、「生活習慣病等の重症化予防の推進」、「その他予防・健康づくりの推進」を追加

●医療の効率的な提供の推進に関する達成目標：「平均在院日数の短縮」を削除、「医薬品の適正使用の推進」

【資料1】第3期医療費適正化計画における医療費の見込みイメージと効果額試算



出典：厚生労働省「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について」P2.第3期医療費適正化計画(2018～2023年度)について (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenyoku/0000190972.pdf>) (2019年6月24日時点)

【資料2】全国医療費適正化計画の構成(目次)

<p>第一 計画の位置付け</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 計画のねらい 二 計画の期間 <p>第二 医療費を取り巻く現状と課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 医療費の動向 二 生活習慣病の有病者及び予備群の状況 <p>第三 目標と取組</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 基本理念 <ul style="list-style-type: none"> 1 国民の生活の質の維持及び向上 2 超高齢社会の到来への対応 二 医療費適正化に向けた目標 <ul style="list-style-type: none"> 1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標 2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標 3 計画期間における医療に要する費用の見込み 三 目標を達成するために国が取り組むべき施策 <ul style="list-style-type: none"> 1 国民の健康の保持の推進に関する施策 2 医療の効率的な提供の推進に関する施策 	<p>第四 都道府県医療費適正化計画における地域の課題を踏まえた医療費適正化に資する特徴的な施策</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 住民の健康づくり等の推進 <ul style="list-style-type: none"> 1 乳幼児期からの健康づくりの推進 2 健康な食生活の推進 3 がん検診の推進 二 高齢者の健康づくり等の推進 <ul style="list-style-type: none"> 1 高齢者の社会活動等の推進 2 歯と口腔の健康づくりの推進 3 骨粗鬆症対策等の推進 <p>第五 計画の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 関係者の連携及び協力による計画の推進 二 計画の達成状況の評価 <ul style="list-style-type: none"> 1 進捗状況公表 2 進捗状況に関する調査及び分析等 3 実績評価
--	--

出典：厚生労働省「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画の全部を改正する件(平成31年厚生労働省告示第79号)」(2019年3月20日) (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000490743.pdf>)

を追加

●国民の健康の保持の推進に関する施策：「特定健康診査等（特定健診・保健指導）」の見直し、「保険者に対するインセンティブの付与」、「保険者別の特定健康診査等の実施率の公表」、「予防接種の推進」、「生活習慣病等の重症化予防の推進」、「その他予防・健康づくりの推進」を追加

●医療の効率的な提供の推進に関する施策：「医療機関の機能分化・連携」を「病床機能の分化・連携ならびに地域包括ケアシステムの構築」に変更、「医薬品の適正使用の推進」を追加

●都道府県医療費適正化計画における地域の課題を踏まえた医療費適正化に資する特徴的な施策：「がん検

診の推進]、「フレイル（高齢者の虚弱）対策の推進」を追加

これらの施策の中で特に注目される「保険者の新たな役割」、「生活習慣病等の重症化予防の推進」、「予防接種の推進」、「医薬品の適正使用」について説明します。

■保険者の新たな役割

保険者等に対する「インセンティブ」の付与により、施策を推進します。この場合のインセンティブは、保険者努力支援制度による交付金などを指しています。

具体的には、加入者が自主的に健康づくりに取り組んだ場合などに保険者が還元可能なポイントを提供す

ることを想定しています。また、特定健診や保健指導の実施率等に応じたインセンティブの付与により、そうした取り組みを推進します。一方で、保険者機能の責任を明確にする観点から、全保険者の特定健診や保健指導の実施率（受診率）を公表します（【資料3】）。

■生活習慣病等の重症化予防の推進

生活習慣病等の症状の進展、合併症の発症等の重症化予防のために、日本健康会議とも連動して、都道府県や保険者等の取り組みを推進します。また、高齢者の特性に応じた保健事業を推進する観点から、効果的な事例を周知します。

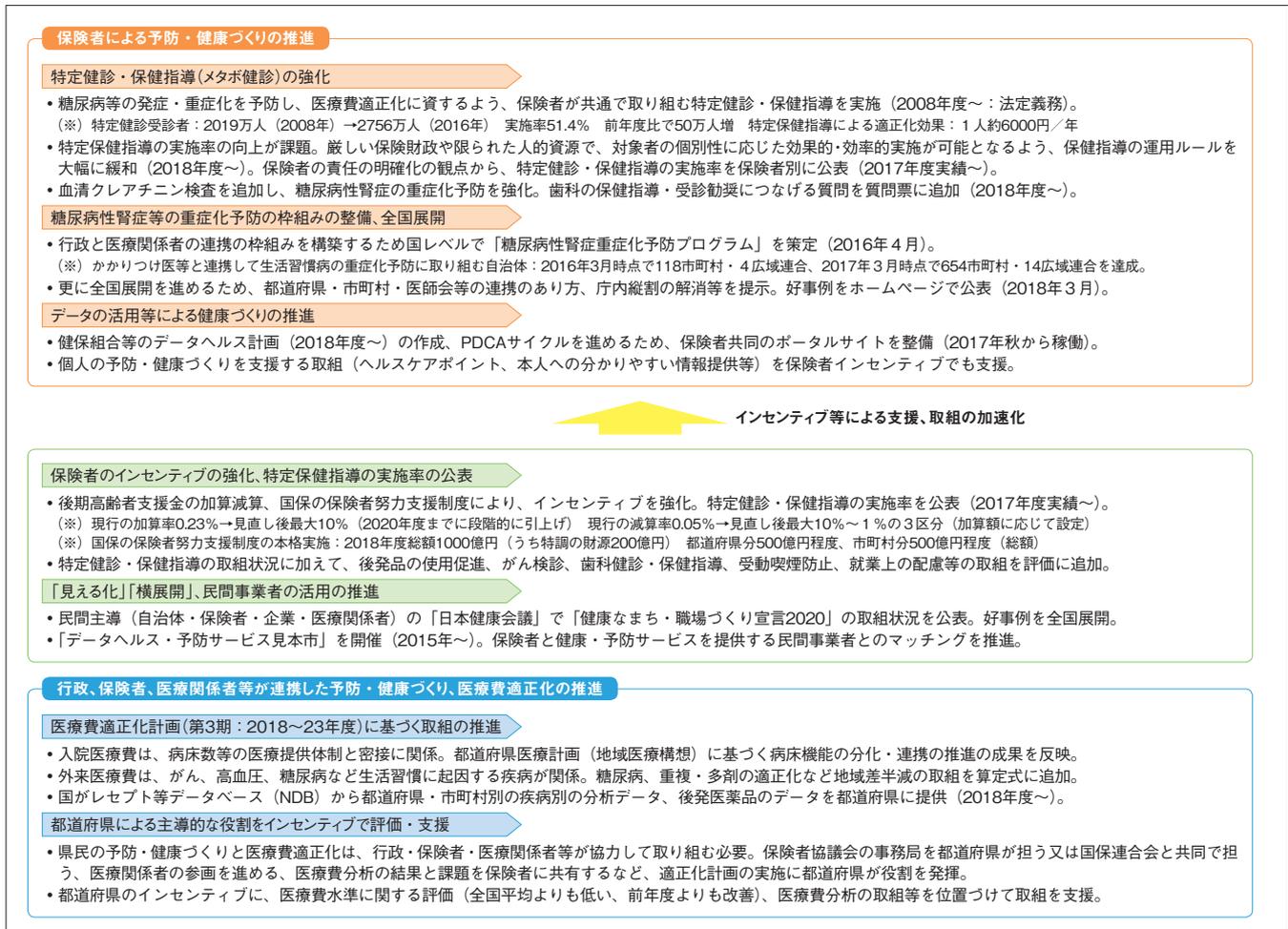
日本健康会議は、健康寿命の延伸と適正な医療を目的として民間主導で2015年に発足した活動体で、経済界、労働界、自治体、医療関係団体、関連学会など幅広い分野から有識者が参加しています。

■予防接種の推進

予防接種の対象者が適切に接種を受けられるように関係団体と連携し普及啓発などに取り組みます。予防接種に関する啓発、知識の普及、予防接種の研究開発の推進、予防接種事業に従事する者に対する研修などについて着実な実施を図ります。

また、副反応報告制度の運用、健康被害の救済についても円滑な運用

【資料3】予防・健康づくりの推進と医療費適正化の主な取り組み(2018年度～)



出典：厚生労働省保険局「保険者の予防健康づくり、保険者インセンティブ(2018～2023年度)」P1. 予防・健康づくりの推進と医療費適正化の主な取組(2018年度～) (<https://www.mhlw.go.jp/content/00340034.pdf>)

【資料4】保険者協議会における保健事業の効果的な実施支援事業

平成31年度予算（案）額：0.9億円（平成30年度予算額：0.9億円）
<p>○保険者協議会は、都道府県単位で保険者横断的に住民の予防・健康づくりと医療費適正化を推進する取組を行っている。保険者が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県内の医療費の調査分析など、保険者が行う加入者の健康の保持増進や医療費適正化の効果的な取組を推進するために必要な体制を確保できるよう、補助するものである。</p>
<p>※1 都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者医療確保法）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参加も得て会議を開催している。</p> <p>※2 第3期の医療費適正化計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者協議会を通じて、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされている。</p>
<p>【保険者協議会が行う事業（補助率）】</p> <p>◇保険者協議会の開催等（1/2、10/10）</p> <p>医療計画（地域医療構想）、医療費適正化計画への意見提出に係る、専門家等を活用したデータ分析、意見聴取等を行うための保険者協議会、専門部会等の開催</p> <p>◇データヘルスの推進等に係る事業（10/10）</p> <p>保険者等が実施する、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るために実施する事業等</p> <p>◇特定健診等に係る受診率向上のための普及啓発に係る事業（1/2）</p> <p>特定健診等の受診率向上のため、保険者等が共同して行う積極的な普及・啓発活動等</p> <p>◇特定健診等の円滑な実施のための事業（1/2）</p> <p>保険者等への情報提供を迅速かつ効率的に実施するためのHPの作成等</p> <p>◇特定保健指導プログラム研修等事業（1/2）</p> <p>特定保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対するプログラム習得のための研修の実施</p> <p>◇特定保健指導実施機関の評価事業（1/2）</p> <p>◇特定健診と各種検診の同時実施の促進事業（1/2）</p> <p>被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施等</p>

出典：厚生労働省保険局「平成31年度予算案（保険局関係）参考資料」P17.（2019年1月17日 第117回社会保障審議会医療保険部会）（<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000468893.pdf>）

【資料5】特定健診・保健指導における医療費適正化効果検証事業

平成31年度予算（案）額：0.6億円（平成30年度予算額：0.6億円）
<p>レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）のデータを用いて、都道府県別に外来・入院の医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素を分析する事業や特定健診・保健指導（以下「特定健診等」という。）による検査値の改善状況・行動変容への影響、医療費適正化効果について分析し、保険者の予防・健康づくりと医療費適正化を推進するための事業</p>
<p>（1）医療費適正化計画等に係るデータの集計及び分析等補助業務</p> <p>都道府県の医療費適正化計画のPDCAサイクルを支援するため、NDBに収録されたデータを活用して、医療費の地域差や外来・入院医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素の分析作業を行う。また、都道府県別データブックの作成や医療費適正化効果推計ツールを更新し各都道府県へ配布する。</p> <p>【主な分析内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患別医療費内訳、地域差分析（都道府県別、二次医療圏別、保険者種別別）、入院・入院外別、性年齢階級別、全疾患集計等 <p>（2）レセプト情報・特定健診等情報の分析等に係る支援業務</p> <p>特定健診等の医療費適正化効果を検証するため、NDBに収録されたデータを活用して、様々な調査・分析用資料を作成し、公表する。また、作成された調査・分析用資料について学術的な検証を実施するため、公衆衛生及び疫学等の知見を有する有識者により構成されるワーキンググループ（WG）を設置・運営する。</p> <p>【調査・分析用資料の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レセプト情報と特定健診等情報を経年的に個人単位で紐付けた上で、特定保健指導の実施による検査値や医療費への効果を分析（5年間の経過分析の結果、保健指導による検査結果、医療費等への効果があることを検証し、平成28年4月に公表。） ・性年齢階級別、保険者種別、都道府県別の特定健診・保健指導の実施状況、メタボ率等 <p>分析結果 http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000121278.pdf</p>

出典：厚生労働省保険局「平成31年度予算案（保険局関係）参考資料」P15.（2019年1月17日 第117回社会保障審議会医療保険部会）（<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000468893.pdf>）

を行います。

■医薬品の適正使用の推進

医薬品の適切な投与に関する普及啓発、保険者等による医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認、併用禁忌の防止のための取り組み、複数種類の医薬品の投与の適正化に関する取り組みなどを実施します。ただし、複数種類の医薬品の投与については、適否を一概に判断できないことに留意するとしています。

特定健診・保健指導の支援や効果検証のための予算を確保

医療費適正化計画の推進に関連して、2019年度予算では、次のような事業が行われます。

■保険者協議会における保健事業の効果的な実施支援事業

（2019年度予算額：0.9億円）

保険者協議会とは、高齢者医療確保法にもとづき、保険者と後期高齢

者医療広域連合が都道府県ごとに設置する組織です。

ここで言う保険者とは、全国健康保険協会（協会けんぽ）、健康保険組合（組合健保）、都道府県、市町村（特別区を含む）、国民健康保険組合、共済組合、日本私立学校振興・共済事業団を指し、医療関係の職能団体の代表者もオブザーバーなどのかたちで参加しています。業務としては、特定健診や保健指導、高齢者医療制度の運営について関係者間の連絡調整、保険者に対する必要な助言や援助、医療費に関する調査や分析などを行います。都道府県医療費適正化計画を推進するうえでの役割の重要性を踏まえ、保険者協議会のさまざまな事業に対して国が補助をします（【資料4】）。

■特定健診・保健指導における医療費適正化効果検証事業

（2019年度予算額：0.6億円）

厚労省の「レセプト情報・特定健診等情報データベース」（ナショナルデータベース：NDB）のデータを活用して医療費の増加に関する要素を分析するなど、都道府県が推進する医療費適正化計画のPDCAサイクル（進捗管理）を支援します（【資料5】）。

新しい大きな動きを把握し日々の医療で対応を

第3期全国医療費適正化計画では保険者と医療機関や薬局などの連携による生活習慣病等の重症化予防への取り組みが新たに打ち出されています。

ここで示された「生活習慣病等」の主要なターゲットは糖尿病です。医療機関においては、こうした新しい大きな動きを視野に入れた日々の医療の実践が望まれます。

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4回

チーム医療の活性化

CASE



A先生は、ある病院の消化器内科に着任したばかりの肝臓専門医です。着任後、A先生は、脂肪肝から肝炎を発症し、さらに肝硬変、肝がんへと進行するNASH患者の生活指導や、最新のウイルス性肝炎の薬物治療などに対応するため、多職種から成る肝臓病チームを結成しました。しかし、各職種はそれぞれ自分たちの専門にもとづいた指導をしているものの、チーム結成前とくらべて指導内容が改善された様子はなく、思ったような効果は生まれていません。A先生は「このままではチームを結成した価値がない」とチームの立て直し策を思案しています。

「1+1=3以上」がシナジー

A先生たちの肝臓病チームがパフォーマンスを高めるには、「シナジー」(⇒STUDY①)と「心の知能指数(EQ)」(⇒STUDY②)の2つの理論を理解し、真の「チーム」を築く必要があります。

そもそも「チーム」とはなんでしょうか。よく似た言葉である「グループ」は、メンバーの数や能力を単純に足し算した集まりにすぎません。対してチームは、メンバーが互いに支え合った結果、「1+1」が3以上になるような効果を得られる集団を意味します。このように、個々の活動の合計以上の相乗効果を生むことをシナジーと呼びます。

シナジーに富んだチームでは、メンバー全員が各々の専門性(強み)を発揮し、協力し

合い、弱みを補い合うことで多くの付加価値を創出し、より高度な技能を発揮する集団に成長を遂げられます。一方、シナジーに乏しいグループは、互いが遠慮し、干渉しないことで「妥協」を生んだ結果、組織パフォーマンスの低下を招いてしまいます。

どうやらA先生たちの肝臓病チームの現状は「グループ」にとどまっているようです。

相互に価値観を理解し合う重要性

では、シナジーに満ちたチームをつくるのに求められるものは何か——。それは、各人がチームで何をすべきか意識するのはもちろん、ともに働く他職種の能力や価値観を十分に把握し、敬意を払って協働することです。こうした行動ができる能力を示す指標をEQと言います。高いEQを備えたメンバーが、

すぐれたチームに欠かせないのです。

A先生は、自身を含め肝臓病チームのメンバーには、互いを理解しようとする意識が欠けていたと気づき、相互にもっと知り合わなければならないと認識を改めました。

率直な意見交換がチームの転機に

肝臓病チームの転機は突然、やってきました。チームで肝臓病教室を主催した際、メンバーの薬剤師が、思いもよらなかった高度なプレゼンテーション能力を発揮したのです。A先生は驚き、感想を率直に伝えると、薬剤師からは「A先生は、薬剤師には期待していないと思っていました」との本音が返ってきました。

A先生は、それまでチーム内では各職種が

互いに他職種に気兼ねして萎縮し、自分たちにできることを十分にアピールできず、チームが小さくまとまり、シナジーが発揮できていなかったのだと痛感しました。

NEXT STEP

A先生と薬剤師の相互の理解が深まったことで、A先生は薬剤師の職能を評価し、薬剤師が患者に対して専門性を発揮できる機会を積極的に増やしました。一方、薬剤師は、自分の能力を認められた喜びを励みに、よりすぐれた薬学的ケアを提供しようと精力的に学会活動に取り組むなど研鑽に務めるようになりました。

この動きはチーム内の他職種にも広がり、提供する医療や肝臓病教室の質が向上。次第に、治療に対する患者の意識が向上するなど、目に見える成果が得られ始めました。

STUDY①

チーム医療におけるシナジー

医師と医療スタッフが互いに遠慮し、単独で行動していたり、あるいは、それぞれの共通点の範囲内で協力している状況は「妥協」にすぎない。しかし、両者が自分たちの強みを生かして協働すれば、より大きな効果を生み出せる可能性がある。これを「シナジー」と呼ぶ。

シナジーは、さまざまな環境下で起こりえる。スポーツ競技のシングルスで上位でない選手同士でも、ペアを組むとダブルスで優勝できるような現象もシナジーと言える。

チーム医療とは医師や医療スタッフがシナジーを生み出すこと



出典：「第3の案をつくるコミュニケーション」P.26(編：フランクリン・コーヴィー・ジャパン)角田改変

STUDY②

心の知能指数 (EQ : Emotional Intelligence Quotient)

仕事への取り組み姿勢や人間関係への関心の度合いなどを感情の視点から測定する指数。インターネットの普及により知識へのアクセスが容易になったため、IQの重要性は下がっている半面、他者と円滑に交流するためのEQの重要性が増している。EQは、自己の自覚、自己の制御、社会の自覚、他者との関係の制御の4つの要素で構成される。

	AWARENESS	MANAGEMENT
PERSONAL COMPETENCE →	SELF-AWARENESS (自己の知覚)	SELF-MANAGEMENT (自己の制御)
SOCIAL COMPETENCE →	SOCIAL AWARENESS (社会の自覚)	RELATIONSHIP MANAGEMENT (他者との関係制御)

出典：EMOTIONAL INTELLIGENCE 2.0

RECOMMENDED BOOK

- 『EQ ころの知能指数』
著：ダニエル・ゴールマン／発行：講談社＋α文庫
- 『MBA的医療経営』
著：角田圭雄／発行：幻冬舎

取材日：2019年3月6日



糖尿病



南加賀医療圏

“糖尿病管理ツール”を軸にした重症化予防の連携の輪を地域へ。

Point of View

- ① 医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、診療放射線技師、システムエンジニア（SE）、医療統計、医師事務作業補助者などの多職種で構成する糖尿病疾病管理委員会を創設
- ② 多職種が連携しやすいように糖尿病患者のデータベースを用いた“糖尿病管理ツール”を導入
- ③ 病診連携を推進すべく糖尿病重症化予防外来を開設し、合併症スクリーニング検査をワンストップで実施

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター
糖尿病・内分泌内科
科長

谷口 雅行 先生

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター
法人事務局情報統計部
部長

山岸 靖彦 氏

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター
看護部

四十坊 真由美 氏

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター
栄養課／管理栄養士
主任

高島 朋子 氏

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター
診療技術部検査課
課長

坂下 真紀子 氏

特定医療法人社団勝木会
やわたメディカルセンター
医療サービス部医事課
主任

松井 圭子 氏

市販の“糖尿病管理ツール”に独自の改良を加えて導入

石川県小松市のやわたメディカルセンターでは、多職種が糖尿病患者のデータベースを用いた“糖尿病管理ツール”（以下、管理ツール）を軸に連携をして糖尿病の重症化予防に取り組んでいる。

管理ツールが導入されたのは2012年6月。きっかけは、2012年の診療報酬改定で新設された「糖尿病透析予防指導管理料」である。当時、常勤の糖尿病専門医不在の同院では、これを契機として同年4月、糖尿病の重症化予防を目的に、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、診療放射線技師、

SE、医療統計などの多職種からなる糖尿病疾病管理委員会を立ち上げる。そして2ヵ月後、多職種が連携するために管理ツールを導入した。糖尿病・内分泌内科科長の谷口先生が解説する。

「管理ツールは、糖尿病患者の電子化されたデータベースを構築して登録、バリエーションで異常値を把握し、

リスクに応じて層別化することによって介入の優先順位を判定してくれます。したがって、多職種が連携しながら効果的、効率的に患者さんに介入し、重症化を予防できるわけです。この市販の管理ツールに、当院ではさらに、独自の改良を加えました」（谷口先生）

改良点は2点。1点目は、オリジ



左から谷口先生、山岸氏、四十坊氏、高島氏、坂下氏、松井氏

ナルの管理ツールはセキュリティの関係でデータを手入力する仕様だったが、同院では、専任のSEが管理ツールと電子カルテデータを紐づけし、カルテが更新されれば自動的に更新されるようにした。2点目は、オリジナルの管理ツールにおける、糖尿病合併症を評価するための最小限の管理項目で最大限の効果を得るとしたミニマムデータセットに、臨床検査技師や薬剤師などより多くの職種が連携できるように、同院独自の管理項目を加えたことだ（【資料1】）。

管理ツール導入時に、専任SEとしてシステム構築や仕様の改良を手がけた情報統計部の山岸氏が当時を振り返る。

「手入力では手間もかかり、入力ミスリスクもあるので、電子カルテと連動させることにしました」（山岸氏）

検査課の坂下氏も、管理ツール導入当初からかかわっているメンバーのひとりだ。

「実は、管理ツールのミニマムデータセットに入っている尿中アルブミン定量など、当院では常勤の糖尿病専門医が不在だったこともあって当初、検査率の低いものがあり、これらのデータをそろえるために検査の実施を医師に徹底してもらえるよう依頼しました。つまり、管理ツールの導入で重症化予防に必要な検査データに欠損値が多いことが明白にな

【資料1】

オリジナルの“糖尿病管理ツール”で管理する項目と
やわたメディカルセンターで追加した項目

体重	UPro	身長	DM内服
血圧	LDL-C	ABI・PWV	インスリン
血糖	HDL-C	L-FABP	ACE-I
HbA1c	TG	RDI	ARB
eGFR	眼底所見	FISSAS	Ca拮抗薬
UAib	IMT	栄養指導	スタチン
		PCI歴	冠動脈CT
		心カテ	

ミニマムデータセット

青く塗られた項目が、やわたメディカルセンターで追加した項目。

出典：谷口先生提供資料

った結果、期せずして、糖尿病合併症の各種スクリーニング検査が漏れなく実施できる体制が構築されたのです」（坂下氏）

現在、管理ツールはバージョンアップされ、eGFRのプロットの回帰直線の傾き（ $\Delta eGFR$ ）から計算して5年以内に透析導入（ $eGFR < 15$ ）がされる日をX-dayとして予測できるようになっており、同院でも活用している（【資料2】）。

管理ツールを軸に各職種が
連携して重症化予防を推進

糖尿病疾病管理委員会の各メンバーは、管理ツールを軸に糖尿病の重症化を予防すべく、どのような役割を果たしているのか。

山岸氏は、電子カルテに入力されたデータが、管理ツールに確実にインポートできるよう常にメンテナンスを行う。

「さらに、電子カルテから管理ツールにインポートされたデータは、医療統計を担う専任の臨床検査技師が解析し、グラフ化や統計処理をして多職種へ提供します。その際、診療ガイドラインをもとに異常値を色分けして表示するなど、多職種が介入の優先順位などを一目でわかるような工夫を施しています」（山岸氏）

指導効果を高めるため、2人一緒に患者指導をしている看護部の四十坊氏と栄養課の高島氏が話す。

「1日に療養指導ができる患者さんの数は限られているため、管理ツールでリストアップされた透析リスクの高い患者さんの中からX-dayが近い方や、急激に血糖コントロールが不良になった方などを優先して指導を行います」（四十坊氏）

「検査データの値を見ながら栄養指導をし、独居で自炊をしていないなど面談で得られた重要な情報は電子カルテに入力をして多職種との共有を図ります」（高島氏）



坂下氏は、合併症のスクリーニングに必要な検査の実施状況について注意を払う。

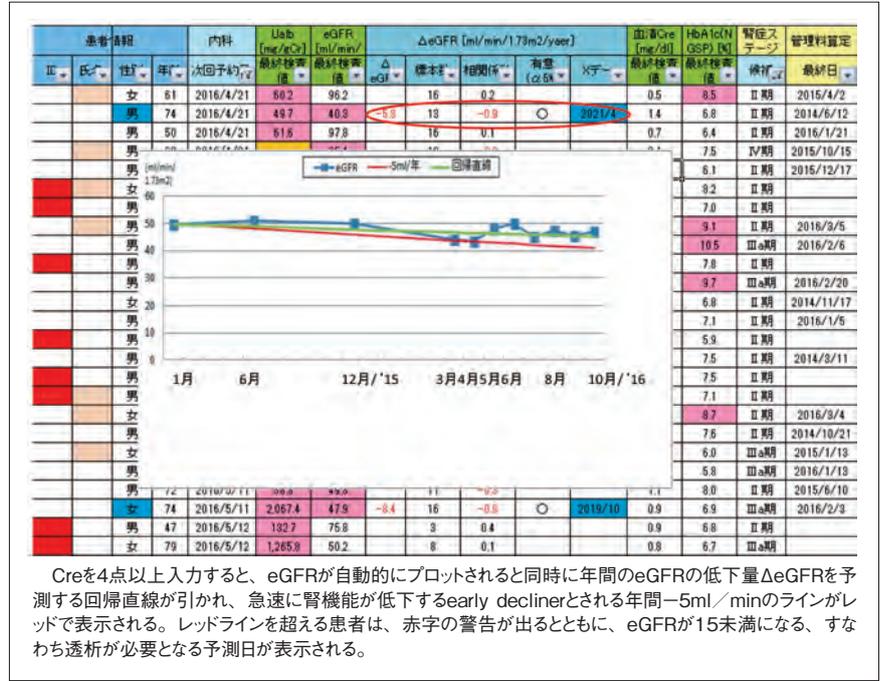
「翌日、診察の予約がある患者さんのカルテを確認し、管理ツールで必須とされる検査で未実施のものがあれば、主治医に伝えます」(坂下氏)

谷口先生の外来に同席して診療をサポートする医師事務作業補助者の松井氏も、坂下氏と同様に検査についてのチェックを欠かさない。

「診察予約が入っている患者さんのカルテの経過記録を読んで、頸動脈IMT、ABIなど管理ツールのデータセットに入っている検査を1年以上実施していない場合は、医師に知らせます」(松井氏)

【資料2】

ΔeGFRから透析日を予測



出典：谷口先生提供資料

地域での病診連携のために 糖尿病重症化予防外来を開設

管理ツールは2016年10月、糖尿病専門医の谷口先生の赴任をきっかけに転機を迎える。2012年に管理ツール導入を決めた副院長（現・院長）の勝木達夫先生が管理ツールを地域でも活用できないかと考え、糖尿病重症化予防外来（以下、重症化予防外来）を開設したのだ（【資料3】）。「腎症や血管障害など各種合併症のスクリーニング検査をワンストップで受けられる当院のサービスと管理ツールを、地域のかかりつけ医の先生方にも利用してもらい、重症化の予防が必要な患者さんを拾い上げる目的で立ち上げていただきました」(谷口先生)

合併症のスクリーニング検査の項目は、尿中アルブミン、マスター心電図、頸動脈IMT、ABI、NCV（神経伝達速度）、眼科受診など多岐にわたるにもかかわらず半日で実施可能。検査結果も約1時間半後には出せるようにした。さらに、かかりつ

け医から過去のクレアチニン値のデータが提供されれば、ΔeGFRのグラフの提供も行う。そして、かかりつけ医に負担にならないよう地域連携室に予約のファクスをするだけでスムーズに患者を紹介できるようになっているが、予想に反し、開設から2年間で利用者はわずか1名という結果だった。

安定した患者を抽出し 逆転の発想で逆紹介を開始

ところが現在、逆転の発想により重症化予防外来が、病診連携の架け橋になる可能性が膨らんでいる。「かかりつけ医の先生方から紹介された患者さんに対して管理ツールを用いて重症化リスクの高い患者さんを抽出するのではなく、当院の患者さんで、血糖コントロールが安定している患者さんを管理ツールで抽出

し、かかりつけ医の先生方にも了解を得たうえで逆紹介をするといったシステムを2018年6月からスタートしたのです。2019年2月までに58名の患者さんに打診し、46名から同意を得て、かかりつけ医の先生方に逆紹介しました」(谷口先生)

なるほど、管理ツールで介入の優先順位の低い患者を抽出して、病診連携につなげようというわけだ。このいわば逆転の発想は、四十坊氏のものだという。

「待つのではなく、外に出ていけばいいのではないかと考えたときに生まれた発想です。逆紹介にあたっては、看護師の私が患者さんの生活環境やご希望などもよく聞いて、またかかりつけ医の先生のご了解も得て進めます。そして、1年後に当院の重症化予防外来に予約を入れていただいています」(四十坊氏)

間もなく、最初の患者をかかりつけ医に逆紹介して1年が経過する。「逆紹介した患者さんの満足度や、かかりつけ医の先生方の感想をお聞きするのが、不安でもあり、楽しみでもあります」(谷口先生)

院内の連携の輪を地域にも広げることがめざして

そして今、糖尿病疾病管理委員会の各メンバーは、管理ツールや重症化予防外来を活用して病診連携を発展させるアイデアを持つ。まず、発言してくれたのは山岸氏。「管理ツールに登録されているデータから、特定の条件に合ったデータを取り出すのは容易です。そこで、たとえば、診療所のある、それぞれの地域に住む患者さんが何名登録され、どんな治療をしているかといった資料を作成すれば、それを材料にして地域のかかりつけ医の先生と当院の医師が懇談する場をつくれるのではないかと思います」(山岸氏)

坂下氏は、診療所の医療スタッフ

へ重症化予防外来の利点をアナウンスし、連携につなげたいと言う。

「診療所には臨床検査技師がいないところが多いので、もし看護師などの医療スタッフ向けに、検査についての出張講義などをする機会をいただければ積極的に出向き、重症化予防外来も紹介し、多くの病院では2日かかる合併症の検査を当院なら半日でできるなどのメリットをアピールして連携に結びつけたいですね」(坂下氏)

高畠氏は、逆紹介患者の1年後の重症化予防外来の受診時をチャンスにしたいと話す。

「逆紹介した患者さんが、1年ぶりに重症化予防外来を受診されたときには、栄養指導をする予定ですが、そこでの指導内容をレポートにしてかかりつけ医の先生にお渡ししたいと思っています。」

栄養指導の情報共有ができれば、かかりつけ医の先生の信頼を得られて、さらに重症化予防外来を利用しようという気持ちになっていただければいいですね」(高畠氏)

糖尿病連携手帳での情報共有に期待をするのは四十坊氏である。

「逆紹介する患者さんについては、かかりつけ医の先生との情報共有ツールとして糖尿病連携手帳を使用しており、逆紹介時に当院でのデータを記入、かかりつけ医の先生にもデータを記入してもらうよう患者さんに説明しました。1年たって、もし糖尿病連携手帳が有効活用されているようであれば、重症化予防外来がかかりつけ医の先生との医療連携の窓口になれる可能性は高いと考えます」(四十坊氏)

頼もしいメンバーの発言を受け、最後に谷口先生が、病診連携に対する意気込みを語ってくれた。

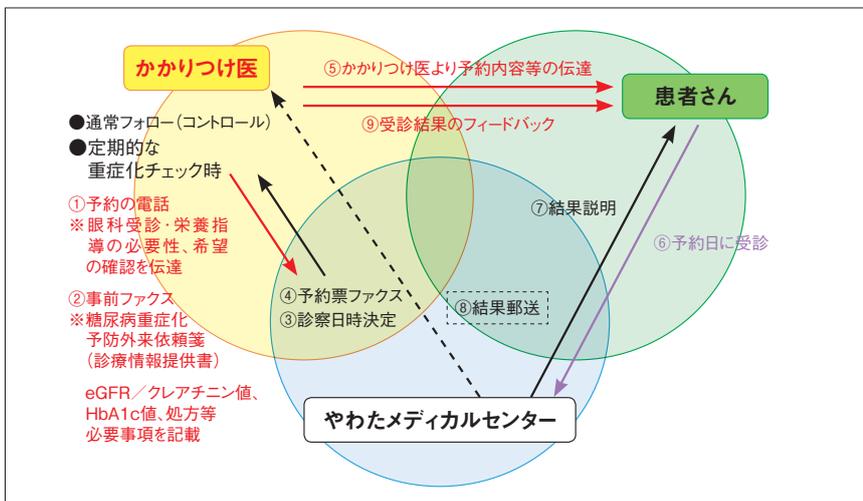
「近年、高齢糖尿病患者が増え、認知症やフレイル、サルコペニアなどで通院が困難になるような問題を抱える患者さんの増加が著しくなってきました。これからは、かかりつけ医の先生と病院の専門医の2人主治医制をスタンダードな体制とするなど、地域で糖尿病患者を支えるための病診連携の構築が重要です。」

我々の病診連携構築の試みは始まったばかりですが、必ずや、管理ツールを軸とした当院の院内連携の輪を、重症化予防外来を窓口のひとつにして地域にも広げ、かかりつけ医の先生と信頼関係を築きながら、糖尿病患者にとってベストな病診連携をかたちにします」(谷口先生)

同院の管理ツールを軸とした施策が、地域のかかりつけ医に広く理解され、利用される日も近いだろう。

【資料3】

糖尿病重症化予防外来の流れ



出典：谷口先生提供資料

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12-7
TEL：0761-47-1212

取材日：2019年3月8日



心疾患



南河内医療圏

心臓リハビリテーションを提供する クリニックを開業し地域医療に新風を。

Point of View

- ① 心臓リハビリテーションを提供する循環器疾患中心の内科クリニックを開業
- ② 心臓リハビリテーションにかかわる施設設備の規模、マンパワーは国内トップレベルの充実度
- ③ 在宅医療も視野に入れ、広く地域医療に貢献する体制を構想中

きのうクリニック
院長

喜納 直人先生

きのうクリニック
看護師長／統括マネージャー

大塚 敏志氏

きのうクリニック
リハビリテーション科
科長

太田 恵介氏

きのうクリニック
リハビリテーション科
科長補佐

福井 泰介氏

心疾患の再発防止をめざし クリニックで心臓リハビリを

2018年10月、大阪府羽曳野市に誕生した『きのうクリニック』は、クリニックでありながら、循環器の専門病院にも引けを取らない心臓リハビリテーション（以下、心臓リハビリ）を提供する医療機関として注目

を集めている。

院長の喜納先生は、長年、同市内の急性期病院で循環器疾患の救急医療にたずさわり、ある思いにいたって開業を決意した。

「勤務医時代、急性心筋梗塞や急性心不全で病院に運ばれてくる患者さんをたくさん診ました。手術で一命をとりとめ、回復して退院する患者

さんを見送るときは達成感がありました。

しかし、しばらくするとそのような患者さんが、心筋梗塞の再発や心不全の増悪のため、再入院してこられるケースを多く経験し、次第になんとかして再発を防止したい、できれば心疾患の予防をしたいとの思いが強くなってきました。そして、そ



左から喜納先生、大塚氏、太田氏、福井氏

【資料1】

リハビリ室の設備



心肺運動負荷試験装置 (CPX検査)



自転車エルゴメーター

出典：取材時撮影

れらに本気で取り組むためには、開業するしかないとの結論に行き着いたのです」(喜納先生)

開業にあたり、喜納先生がクリニックのコンセプトにしたのは、「地域の患者さんの潜在的ニーズを第一に考えた医療の提供」。経験を生かすことでニーズに応えられると判断したのが、クリニック最大の特徴でもある心臓リハビリだった。

「心臓リハビリが、心疾患の再発予防にたいへん有効なのは言うまでもないのですが、実はそれだけではありません」と喜納先生が話す。「心筋梗塞や心不全を起こすと体力に自信がなくなり、精神的ストレスから抑うつ状態になるケースもあります。ところが、心臓リハビリをすると体力に自信が持てるようになって、患者さんに笑顔が戻ってくる。

そうした効用まで望める心臓リハビリを、身近なクリニックで気軽に受けていただけるようにすることには大きな意義があると思いました」(喜納先生)

循環器専門の大規模病院に劣らない設備やマンパワー

それにしても喜納先生は、思い切った開業をした。クリニックで本格的な心臓リハビリを行っている例は全国でも稀。しかも、心臓リハビリの施設設備の規模やマンパワーの充実度は、循環器専門の大規模病院にも劣らない。

同クリニックのリハビリ室のスペースは、心臓(心大血管疾患)リハビリテーションの施設基準Ⅰの20㎡以上を大きく上回る135㎡。心肺運動負荷試験(CPX検査)で使用する心臓運動負荷モニタリングシステムのほか、心電図のモニターをつけて有酸素運動をする自転車エルゴメーターのフルセットが8台(【資料1】)。その8台分の心電図モニターのデータを一元的に記録・管理できるシステムを完備した。スタッフも、経験のある常勤の理学療法士2名が専任で心臓リハビリを担当している。

「正直、高額な資金を投じての開業には勇気がいりました。けれども、潜在的ニーズが確かにあり、国の健康寿命延伸に関する施策にも沿った医療だと思っています。また、43歳の働き盛りの今でなければできない挑戦だとの気持ちもあって踏み切りました」(喜納先生)

患者との会話を大切にしつつ生活全体の指導を行う

ところで、心臓リハビリを正確に理解している方は、患者はもちろんのこと医療関係者であっても少ないのではないだろうか。理学療法士の太田氏が、通常の整形外科で行われるリハビリテーション(以下、リハビリ)との違いについて解説してくれた。

「両者の共通点は運動療法ですが、心臓リハビリにしかないのが、患者さんの栄養や服薬の状況、日常生活習慣のすべての面をヒアリングしたうえでの指導です。

『心臓病教室』の告知

出典：喜納先生提供資料

心疾患の患者さんは、生活習慣病を合併している方が多いので、不規則な生活習慣があれば、それを改善して動脈硬化などの進行を防がなければなりません。そこで、患者さんとの会話を大切に、食事内容や薬剤を正しく服用しているかなどを聞き出しながら、生活全体の指導をします」(太田氏)

同じく理学療法士の福井氏は、心臓リハビリに特有の難しさについて話す。

「運動器などのリハビリでは患者さんに『ここが痛い、動かしにくい』といった自覚症状があるので、それがリハビリによって改善されると効果が実感されます。しかし、心臓リハビリの適応がある患者さんでは、手術をして治ったと思込んでいる方が多いのに加えて、あくまで予防

のためであり、目覚ましい変化がないので、心臓リハビリの必要性を患者さんに理解してもらうには苦労します」(福井氏)

だからこそ、継続が重要なのだと喜納先生は言う。

「患者さんのキャラクターに合わせた方法での指導が必要なので、個々にモチベーションを上げられるような引き出しを探しながら、良い方向へと軌道修正を図る。小さなことの積み重ねが、心臓リハビリの効果につながります」(喜納先生)

心臓リハビリは、単に運動を指導するだけでなく、患者の生活を

知ってトータルで指導していかねばならない。理学療法士にも、きわめて高い能力が求められるだろう。そんな心臓リハビリを、患者の潜在的ニーズを満たせる医療だと見きわめて開業した喜納先生の志の高さには脱帽するばかりだ。

かたちによらず 自然体での医療連携を

喜納先生の病診連携に対する考え方は、いたってシンプルである。

「医療機関の機能分化が確立されている現状で、病診連携をするのは当たり前。連携にかたちから入る必要はないと思います。特にどこかの病院と強いつながりを持つというのはなく、地域の医療資源をフル活用すればいい。そうしなければ、超高齢社会は乗り切れないでしょう。

かかりつけ医としては、患者さんの病状によって、最適だと思われる病院へ紹介します。患者さんが当クリニックにまた通いたいと思えば、黙っていても戻ってこられるはず。自然なかたちで病診連携ができればそれが理想です」(喜納先生)

診診連携についても、柔軟で自然体。他のかかりつけ医に診療してもらいながら、心臓リハビリだけのために同クリニックに通院する患者もいるという。

「かかりつけ医は近くにいるけれども、心臓の機能を高めるために心臓リハビリは当院でと望む患者さんも気持ち良く迎えています」(喜納先生)

また、地域の多職種との連携に関しては、看護師長で統括マネージャーでもある大塚氏が大いに活躍している。

「地域の多職種の勉強会などには積極的に出ていくようにしています。そういった会で、介護関連の事業所の方などから、かかりつけ医との連携がとれないという話をよく耳にします。かかりつけ医に質問や相談をしたいが、多忙のため十分な時間をとれず、患者さんへの対応が進まないというのですね。

喜納先生は、地域の多職種の会への出席をお願いすれば快く、むしろ積極的に参加して下さいます。ですから、そうした機会をできる限り利用して顔が見える関係をつくり、当院と地域の多職種の方々とが連携をとりやすい環境をつくっていかうと考えています」(大塚氏)

患者の言葉に勇気づけられ やり甲斐を実感する日々

クリニックのオープンから5ヵ月がすぎ、心臓リハビリを通して地域

の患者と接してきたリハビリスタッフたちは、確かな手応えを得ているようだ。

「以前、勤務していた総合病院でも入院患者の心臓リハビリを担当していましたが、日常生活にまで深く入り込んで、患者さんに接するケースは多くありませんでした。

しかし、当院では、患者さんの自宅での生活にまで介入させていただいているので、とてもやり甲斐を感じています」(太田氏)

「継続して心臓リハビリに通っている患者さんが、家でできるストレッチはないかなどと相談してくれたりすると、私たちがたずさわっているリハビリが、いつも患者さんの頭において生活の一部になっているのだとわかり、うれしいですね」(福井氏)

看護師の大塚氏は、患者からかけられる言葉に勇気が湧くと話す。

「多くの患者さんから、『この状態だったら、以前は入院していたが、ここで診てもらえたから入院しなくて

すんだ。きのうクリニックができて良かった』と言っただき、クリニックの存在意義を実感しているところです。

誰も入院したいと思っている人はいない。みんな住み慣れた地域から離れたくないのです。多くの人が在宅での生活を望むのであれば、その希望に応えられるよう、診療と心臓リハビリで、患者さんの心疾患の再発予防、QOL改善のために全力で取り組んでいきます」(大塚氏)

次のニーズを見据えて 新しい在宅医療を構想中

先述したように、心臓リハビリの意義を正確に理解している方は、まだまだ少ない。直近の課題は、心臓リハビリについての啓発だと喜納先生は語る。

「心臓リハビリをしっかりと続けている患者さんには、良くなっている自覚もあり、元気になったと喜んでくれます。ただ、心臓は悪いところ

が外から見えないため、先ほども話がありましたように、心臓リハビリに目的意識を持ちにくい側面があります。

ひとりでも多くの患者さんに心臓リハビリの多大な効果を知っただき、取り組もうという動機づけを持ってもらうには、地道な啓発活動しかありません」(喜納先生)

同クリニックでは、心臓リハビリを正しく理解してもらうため、通院している患者さんとその家族を対象に、『心臓病教室』を定期的に開催している(【資料2】)。

自身のクリニックから心臓リハビリの啓発活動を始め、次のステップとして、地域の介護施設や多職種が集まる会合に足を運び、地域に心臓リハビリを広めていく活動もスタートさせているようだ。

さて、「地域の潜在的ニーズに応える」をコンセプトに開業した喜納先生は、早くも次のニーズを見据えて行動を開始している。それは、在宅医療。

「在宅医療は、これまで経験のない分野ですので、患者さんやご家族、介護施設の方々から、いろいろなお話を聞いて勉強させてもらいながら少しずつ準備を進めているところです」(喜納先生)

心臓リハビリを大胆にとり入れた意欲的なクリニックを開業した喜納先生である。在宅医療の分野においても、おそらく斬新なアイデアを導入し、全国でも屈指のクリニックと言われる存在になるに違いない。

きのうクリニックのメンバー



きのうクリニック

〒583-0872
大阪府羽曳野市びきの2-1-19
TEL : 072-958-3388
<http://kino-clinic.com/index.html>

取材日：2019年3月18日



湘南東部医療圏

簡潔・便利な診療支援ツールとマニュアルが実現する地域連携と糖尿病重症化予防。

Point of View

- ① 糖尿病に関する地域連携クリティカルパスを導入するため、行政と協働し、地域の病院、医師会などの代表者から成る『茅ヶ崎寒川地区糖尿病地域連携クリティカルパス推進会議』を結成
- ② 茅ヶ崎寒川地区糖尿病地域連携クリティカルパス推進会議に、診療、薬剤、看護、栄養の4つの分科会を配置し、簡潔で便利な診療支援ツールの開発や啓発活動などに取り組む
- ③ 糖尿病性腎症重症化予防推進のために、患者の療養指導上、最低限守ってほしい内容に的を絞ったA4サイズ2ページの非専門医などに向けたマニュアルを分科会が作成

茅ヶ崎市立病院
代謝内分泌内科診療部長

佐藤 忍先生

林糖尿病内科クリニック
院長

林 勉先生

茅ヶ崎市立病院
薬局

伊藤 篤志先生

茅ヶ崎市立病院
栄養科科長

井堀 園美氏

県のモデルケースとして行政と二人三脚で推進会議を結成

神奈川県茅ヶ崎市と同市に隣接する寒川町では、『茅ヶ崎寒川地区糖尿病地域連携クリティカルパス推進会議』（以下、推進会議）が、さまざまな施策を繰り出し、地域の糖尿

病医療をリードしている。

推進会議委員長を務める茅ヶ崎市立病院代謝内分泌内科診療部長の佐藤先生が推進会議について話す。「2011年、神奈川県の医療担当者から私に、『糖尿病の合併症による重症化を防ぐため、糖尿病地域連携クリティカルパス（以下、地域連携パ

ス）の立ち上げに取り組む地区を探している』との話がありました。

実は、第5次（2008～2012年度）神奈川県保健医療計画の中で、地域連携パスを活用した糖尿病における地域医療連携の推進が挙げられており、県内でモデルケースをつくりたいとの考えがあったようです。



左から佐藤先生、林先生、伊藤先生、井堀氏

難しい仕事になると思いましたが地域医療に貢献したいとの思いで手を挙げることにしました。その際、活動の拠点となる協議会（現・推進会議）^{〔1〕}の設立を提案したところ、設置が決まりました」（佐藤先生）

そして、佐藤先生は県と二人三脚で行動を開始する。まずは、県の茅ヶ崎保健福祉事務所（保健所）^{〔2〕}の所長とともに関係先を行脚し、推進会議への参加と協力を求めた。「茅ヶ崎寒川地区の5病院、茅ヶ崎医師会、茅ヶ崎歯科医師会、茅ヶ崎寒川薬剤師会、神奈川県看護協会、神奈川県栄養士会を訪ねて協力を要請したところ、いずれも快く引き受けてくださいました。たぶん行政を巻き込んだ取り組みだったからでしょう」（佐藤先生）

早速、各団体の代表者が推進会議で顔合わせをしたが、代表者が集うだけでは、実際に地域連携パスを運用する多職種の横の関係を深められない。そう考えた佐藤先生は、推進会議の下に、医師、薬剤師、看護師、栄養士が各々に集まる「診療」、「薬剤」、「看護」、「栄養」の4つの分科会を設置、各職種が勤務先の壁を越えて連携できるようにした。

このようにして、現在にいたる推進会議の組織（**〔資料1〕**）がかたちづくられたのである。

いち早く糖尿病連携手帳に注目し連携しやすい環境を

さて、推進会議でつくった肝心の地域連携パスは、どのようなものなのか。「まず、着目したのは、糖尿病連携手帳です。医療連携をするうえでの情報共有ツールとして最適だと思います」（佐藤先生）

周知のように糖尿病連携手帳は、

日本糖尿病協会が2010年から発行を始めた、病診と患者で検査データなどを共有する手帳だ。今ほど一般的になる以前、すぐさまこの手帳に目をつけたのは、先進的な取り組みであったと言える。

続いて推進会議では、病診間で使う糖尿病患者診療情報提供書の統一版を作成した。「紹介・逆紹介を行う双方の負担を軽減し連携しやすくするため、行ってほしい検査や治療の項目のチェックボックスに印をつけるだけといった、非常に簡単な書式としました」（佐藤先生）

推進会議では、糖尿病連携手帳とこの糖尿病患者診療情報提供書のセットの活用を地域連携パスの基礎と位置づけ、推進会議発足の翌2012年1月から稼働を開始したのである。

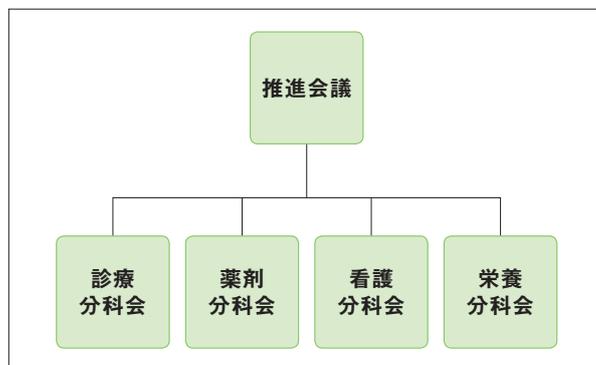
“共通の言語”で話せるようガイドブックを編集し発行

推進会議の活動は、地域連携パスの運用だけにとどまらない。「連携で大切なのは、医師はもちろん、多職種を含めた医療者同士が、糖尿病の治療や療養指導において、“共通の言語”を持つことです。そのため2012年3月に『湘南糖尿病ネットワークガイドブック茅ヶ崎寒川版』（以下、ガイドブック）を発行しました」（佐藤先生）

それまでは、各医療機関が糖尿病に関する資料を各々で用意し、治療や患者指導を行っていた。しかし、これでは患者を紹介・逆紹介した際

【資料1】

推進会議の組織図



出典：佐藤先生提供資料

に言葉の解釈で間違いが生じ、混乱や事故が起きる恐れがある。そこで推進会議メンバーの5病院を中心に診療所の医師も加わってガイドブックを編集・発行したのだ。

「ガイドブックは、病院用ガイドや診療所用ガイドなどのパートで構成されており、約250ページの大作となりました」（佐藤先生）

さらに2013年からは、患者を対象とした『診療支援ツール』を順次、作成。

「診療支援ツールは、各分科会のメンバーが勤務先に関係なく連携してつくりました。

患者さんが気をつけるべきポイントをまとめたA4サイズのプラスチックカードで、たとえば、栄養分科会の診療支援ツール（**〔資料2〕**）は、食事の組み合わせ方がイラスト入りで解説されていて、ランチオンマットとしても使えるようになっています」（佐藤先生）

なお、患者向けには年4回4ページの『糖尿病・地域連携ニュース』（**〔資料3〕**）も発行している。こちらも、各分科会が、1年に1回持ちまわりで作成しているという。この作業を通して、地域の各職種の連携関係が深まっているに違いない。

特に患者向けの各分科会の活動は、患者の啓発にもなり、医療連携も促せる。まさに、一石二鳥の効果があると言える。

4つの分科会がそれぞれに フットワーク良く活動

既述したように、各分科会は、推進会議の打ち出した方針を推し進めるうえで重要な役割を担う。林糖尿病内科クリニック院長の林先生は、診療分科会のリーダー的存在だ。「歯周病は、糖尿病の増悪因子ですが、かかりつけ医の先生は日常の診療が忙しく、歯周病にまで気を配れないケースが少なくありません。ですから、歯周病に関する発信には特に力を入れています。

また、当地域の地域連携パスでは糖尿病連携手帳の活用が欠かせません。単に『糖尿病連携手帳を使いましょう』と呼びかけるだけでなく、同手帳のメリットがわかるようなポスターを作成するなどしています」(林先生)

茅ヶ崎市立病院薬局の伊藤先生は薬剤分科会に参加する。

「地域の薬剤師を対象とした研修会、実際の病院のカルテをもとに佐藤先生に症例の解説をしていただき薬剤師が服薬指導について学ぶミニカンファレンスを、それぞれ年1～2回開催しています」(伊藤先生)

同じく茅ヶ崎市立病院の栄養科科長の井堀氏も、栄養分科会のメンバーだ。

「栄養分科会では、診療所など栄養士がいない医療機関でも標準的な栄養指導を実施できるよう、冊子などをつくっています。毎年、より良い内容をめざして、改訂を重ねています」(井堀氏)

看護分科会では、病院看護師や糖

【資料2】

食事療法に関する診療支援ツール



出典：佐藤先生提供資料

尿病患者を多く診る診療所に勤める看護師が集まり、インスリン治療を拒否する高齢者など難しい症例について検討会を実施、ガイドブックの改訂ごとに検討した内容を反映しているという。

わずかA4サイズ2ページの 厳選されたマニュアル

推進会議では、毎年、年間の活動テーマを決めている。2018年度のテーマは、国も力を入れる糖尿病性腎症重症化予防。佐藤先生が成果を語ってくれる。

「まず、国の打ち出した糖尿病性腎症重症化予防プログラムにのっとりながら、推進会議で腎症重症化予防パスを作成しました。

行政が、特定健診のデータなどを用いて治療中断患者を拾い上げ、保健師が受診勧奨を行って受診につなぎ、その後は治療中断者が生じない

ように医療機関が連携しながら、きめ細かく患者さんをフォローしていくというものです」(佐藤先生)

糖尿病性腎症重症化予防でも注目されるのが、分科会の活動である。「かかりつけ医の先生方などに使っていただく『糖尿病重症化予防マニュアル』(以下、マニュアル)を各分科会で作成しました。各職種が、『糖尿病治療上、最低限これだけは守ってほしい』との視点に立って、わずかA4サイズ2ページ分にまとめています。

腎症重症化予防パス、マニュアルともに、今年の秋以降に医師会や歯科医師会、保険薬局へ配布して試験運用を始め、来年早々にも反応を調査する計画です」(佐藤先生)

内容を厳選したマニュアルをつくる過程では、何を残すべきか大いに苦心したはず。診療分科会の林先生が言う。

「議論の結果、糖尿病を診るかかり

つけ医の先生方は、HbA1c値や血糖値測定に比べて尿検査はあまり実施されていないことがわかりました。腎症重症化予防には、定期的な尿検査が重要である点を意識してもらえよう、検査結果から判断できる腎臓専門医への紹介基準を掲載しました」(林先生)

薬剤分科会では、多様な経口血糖降下薬の作用や副作用の一覧表などを掲載したほか、地域性に配慮した注意事項も盛り込んだ。

「茅ヶ崎市は海に面しているため、津波のような大きな災害に襲われる可能性があります。したがって、災害時には糖尿病連携手帳やお薬手帳は貴重な情報源となるので、患者さんには、いつもまとめて管理するよう指導していただきたい点にも触れ

ています」(伊藤先生)

また、栄養分科会のマニュアルはたいへん実践的である。

「腎症重症化予防には、塩分摂取量のコントロールが必須ですが、患者さんご自分で気づかぬうちに過剰摂取しているケースがしばしば見られます。そこで、いわゆる減塩タイプの食品に代えると、どれだけ塩分が減らせるのかが一目瞭然の表を作成しました」(井堀氏)

茅ヶ崎寒川地区の取り組みをいつかは神奈川県モデルに

さて、メンバーの方々は、これからの目標をどのように見据えているのか。

「地域連携の基礎となる糖尿病連携手帳の利用の促進が目標です。かかりつけ医の先生方に、もっと使っていただく方法を考えなければならないと思っています」(林先生)

「薬剤分科会の活動を通して、病院と保険薬局が協働して重症化を予防できるようにするとともに、分科会が開催する研修会の内容のさらなる充実を模索していくつもりです」(伊藤先生)

「糖尿病治療で大切なのは、早期発見、早期介入です。栄養士もできるだけ早く介入していきたいと思っています」(井堀氏)

「茅ヶ崎寒川地区は

高齢化が進行しているので、推進会議の2019年度の活動テーマは、『高齢者糖尿病』です。今まで推進会議が培ってきた経験を生かし、訪問看護ステーションなど在宅医療にかかわる看護師が使いやすい新たなツールやマニュアルづくりを考えています」(佐藤先生)

佐藤先生は、中・長期的な目標も話してくれた。

「茅ヶ崎寒川地区の活動を、神奈川県標準モデルにできればうれしいですね。冒頭で申し上げたとおり、当地区の取り組みは、県と二人三脚で始めたので、ぜひ恩返ししたいと思います」(佐藤先生)

地域連携パスの運用やスムーズな地域連携に悩んでいる地域は、少なくないと言われる。最後に佐藤先生に、地域連携パスを成功に導く秘訣を聞いた。

「我々の会議に参加して下さっている方々は、ほぼ手弁当です。地域でボランティア精神のある人材を探し出し、彼らを中心に連携のベースとなる組織を確立できれば、さまざまな挑戦ができるでしょう。

ただ、そうしたとしても、効果が出るには時間がかかる。継続するエネルギーを持ち続けることが、地域連携パス構築のカギだと考えます」(佐藤先生)

【資料3】

糖尿病・地域連携ニュース

糖尿病・地域連携ニュース
No.8 2016年10月発行
茅ヶ崎寒川地区糖尿病地域連携クリティカルパス協議会

茅ヶ崎・寒川地区の病院や保健所から構成される「茅ヶ崎寒川地区糖尿病地域連携クリティカルパス協議会」では、地域の皆さんが糖尿病に関心を持ち、その情報を手軽に得られるように、「糖尿病・地域連携ニュース」を発行しています。糖尿病にまつわる最新の情報や是非知っていただきたいことを中心に掲載しています。今回は、看護分科会から、糖尿病による身体への影響などについてお知らせします。

歯周病について

糖尿病と歯周病には密接な関係があります。糖尿病の人が歯周病にかかる割合は糖尿病でない人よりも高いとされ、歯周病により歯肉の炎症が起こると、その炎症からインスリンの働きを抑える物質が出て全身の血糖コントロールに悪い影響が出る事がわかっています。

1) 歯周病とは
歯を支える組織に歯周病を引き起こす細菌が付着して歯肉には膿がたまり落ちこぼれ、歯周炎です。

2) 歯周病の原因
①口の中の300種類以上の細菌
②細菌の胞子のアタック
③歯石

3) 喫煙のリスク
ヘビースモーカー(1日30本以上)は喫煙しない人に比べ歯周病の進行が20年早く重症化しやすいという特徴があります。

4) ホームケア(家庭でできる予防)
①歯磨き(ブラッシング)
②フロスの使用
③適切な食生活
④定期的な検診と専門的ケア

健康な歯を築く為に、正しいブラッシングを覚え、毎日歯磨きをして、歯の表面を歯石のない清潔な状態にすることが大切です。

歯周病が糖尿病に与える影響

タバコには血管を収縮する作用があるため、体に多くの悪影響を及ぼします。

1) 喫煙の影響
①血流の悪化
②血管壁を傷つけて動脈硬化を進行
③喫煙で動脈硬化の進行が速くなる

2) 喫煙する際には
①喫煙の行動習慣を変える
②食後の一歩など行動パターンや環境を変えて吸いにくい状況を作り出す工夫をする工夫も必要です。

③禁煙外来
禁煙できない方は、ぜひご相談ください。

タバコの作用が、心筋梗塞や足の壊疽などの症状を進行し、肺の腫瘍症、歯周病なども引き起こしやすくなります。

出典：佐藤先生提供資料

茅ヶ崎市立病院

〒253-0042
神奈川県茅ヶ崎市本村5-15-1
TEL：0467-52-1111

林糖尿病内科クリニック

〒253-0044
神奈川県茅ヶ崎市新栄町3-2
Abeasa Medical 2F
TEL：0467-84-0884

取材日：2019年3月20日



地域医療



いわき医療圏

医療と介護の有機的な地域連携を構築し、未曾有の災害からの復興にも貢献を。

Point of View

- ① 急性期病院、療養機能を持つ病院、診療所や介護施設などが、それぞれの特徴を生かしながら多様性のある有機的な地域医療連携を行うべく地域医療連携推進法人を設立
- ② 地域医療連携推進法人設立にあたっては、最初から多数のメンバーを集めるのではなく、まずは少数で連携モデルの核をつくってから徐々に地域に広める方式を採用
- ③ 地域医療連携推進法人の活動を通じ、医療や介護のプロフェッショナルが一丸となって東日本大震災で被災した地域を復興させる

地域医療連携推進法人医療戦略研究所
所長／代表理事

石井 正三先生

6つの施設が集まって 地域医療連携推進法人を設立

2017年4月に制度が施行された地域医療連携推進法人は、2019年4月現在、全国10県で10法人が認定されており、福島県では2018年4月1日に『地域医療連携推進法人医療戦略



石井先生

研究所』（以下、医療戦略研究所）が認定された。

医療戦略研究所は、いわき医療圏を医療連携推進区域とし、石井脳神経外科・眼科病院を中心に同院を運営する医療法人社団正風会（以下、正風会）に関連する石井正記念石井医院や介護施設2つのほか、いわき市内に所在する中村病院と木田医院の合計6施設が参加する。

正風会理事長で、医療戦略研究所では所長と代表理事を兼務する石井先生に医療戦略研究所設立の経緯を尋ねると、話は10年以上前にまでさかのぼった。

「東北地方は、世界レベルで見ても脳卒中患者が多い地域です。福島県

も例外ではなく、石井脳神経外科・眼科病院では、多くの患者さんを受け入れてきましたが、増え続ける患者さんに対応するには地域医療連携が必須でした」

そこで、石井先生は2008年、『いわき脳卒中地域連携研究会』（以下、脳卒中地域連携研究会）を立ち上げる。当初は小さな集まりとして始まったが、次第にいわき市全体をカバーする大きな有志連合に成長した。これが、医療戦略研究所誕生の伏線となったのだ。

「脳卒中地域連携研究会の活動が軌道に乗るにしたがって、地域医療への貢献の重要性を実感し、脳卒中以外の疾患においても地域医療連携体

【資料1】

医療戦略研究所の概要

【医療連携推進区域】

福島県いわき市（いわき医療圏）

【参加法人】

- ・医療法人社団正風会
石井脳神経外科・眼科病院（48床）、
石井正記念石井医院、
介護老人保健施設
- ・社会福祉法人正風会
ケアハウス
- ・社団医療法人容雅会中村病院（140床）
- ・医療法人社団木田医院

【運営方針】

- ①医療法人社団正風会石井脳神経外科・眼科病院が、これまでに地域の病院や診療所との間で培った地域医療連携のノウハウを活用して地域医療連携の核となり、一般病床及び療養病床を運営する社団医療法人容雅会中村病院との有機的病床分担及び効率的に連携した運用をすることで、地域医療構想の実現に寄与
- ②病院における退院時指導のみならず、入院治療の時点から居宅介護支援事業所などとの連携を図り、病院と在宅ケアサービスとの一体的運用により、効率的な医療・介護連携体制を構築
- ③社会福祉法人正風会、ケアハウス小名浜をはじめとした在宅ケアサービスと、介護老人保健施設の通所及びショートステイなどの施設サービスを連動させて、多様なニーズに応える介護連携を構築
- ④2病院（石井脳神経外科・眼科病院、中村病院）、2診療所（石井医院、木田医院）、ケアハウス、介護老人保健施設の連携により、地域に合った医療・介護そして福祉の事業連携を構築し、地域全体に情報発信して福島県の地域モデルを創設

出典：地域医療連携推進法人連絡会議（平成31年1月25日厚生労働省）資料1「地域医療連携推進法人制度に関するアンケート調査結果」を加工して作成（<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000474050.pdf>）

制を構築したいと考えるようになりました。

そんなとき、地域医療連携推進法人という新たな枠組みができることを知り、地域での連携関係をさらに推進するために、いわき市でもつくりたいと決めたのです」

脳卒中の地域連携構築の成功体験を生かして

こうして石井先生は、地域医療連携推進法人の設立に向けて動き出した。連携には当然、パートナーが必要となるが、ここで脳卒中地域連携研究会の経験が生かされる。「いきなり大勢で集まって話し合っても物事は進みません。

ですから、脳卒中地域連携研究会同様、まずは少数の仲間ですスタートし、徐々に地域に輪を広める方針としました」

そして、石井先生の呼びかけに呼

応して参加を申し出たのが、中村病院理事長の中村雅英先生と木田医院院長の木田光一先生だった。実はこの2人、石井先生が以前、いわき市医師会長だったときに副会長を務めていた。

「医師会長在任中の2011年、東日本大震災が発生。いわき市は、大地震と津波に襲われたうえに原発事故の影響も受け、人がいなくなってゴーストタウン化してしまうのではないかと危惧されるほどの状況に追い込まれました。

中村先生と木田先生は、そのような過酷な環境下で協力し合った、いわば“同志”。いちばんタッグを組みやすい先生方と第一歩を踏み出せることになりました」

信頼は一度失えば回復は困難だからこそ“戦略”を立てる

仲間を得て、いよいよ医療戦略研

究所を設立した。それにしても、ユニークなのが、この名称だろう。まるでシンクタンクのような響きがあり、ほかの地域医療連携推進法人の名称とくらべてみても独自性が際立つ。特に「戦略」は、その語感から医療分野での使用は馴染まないと考えられる向きもあるかもしれない。

石井先生は、法人名の命名者が自身であると明言したうえで次のように話す。

「今、地域医療は大きな曲がり角に差しかかっています。先を見通しにくい状態が続き、我々医療者は、そこを手探りで進んでいかなければなりません。

そうした中、とりあえずの喫緊の課題は、社会保障やヘルスマネジメントの仕組みを、非常に速いスピードで進む超高齢社会に対応させる変革です。その必要性には誰もが気づいているのですが、では、どこをどう変えればいいのか——。もし、変革によって状況がかえって悪くなってしまうと、我々のように地域に根ざした医療を行っている者たちは、住民からの信頼をあっという間に失い、その回復にはたいへんな困難がともなうでしょう」

「だからこそ」と、石井先生は語気を強めて話をつなぐ。

「変革を“試しに”行うなど許されないのです。常に最善の選択を重ねなければならぬ。そのためには、“戦略”を立てて物事の方向性を決める必要がある。そんな思いを込めて医療戦略研究所という名称に決めました」

全面に押し出すのは効率的な地域連携

医療戦略研究所では、どのような活動を行っているのだろうか。その

概要を聞いた（【資料1】）。

「地域医療連携推進法人には、『地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供する』ねらいがあり、厚生労働省では、資金の融通や将来的な合併など経営に関するモデルも想定しています。

しかし、医療戦略研究所が前面に押し出すのは、あくまで効率的な地域医療連携の推進。参加する各医療機関や介護施設それぞれが役割を分担し、多様性のある医療と介護の有機的な地域医療連携を実現すべく活動をしているところです。

そして、地域の実情を反映した医療と介護の連携モデル構築をめざしています」

各医療機関のおおよその役割分担と連携の現状は以下のとおり。まず7対1看護病棟を備える石井脳神経外科・眼科病院は、地域で数少ない急性期病院の役割を果たす。一般外科を得意とする中村病院は、一般病棟に加えて医療療養病棟や介護療養病棟を持っており、急性期を脱した患者の回復期の受け皿となることができる。石井脳神経外科・眼科病院とは双方の足りない部分を補い合える関係になるわけだ。

一方、木田医院は、消化器科を専門とする診療所。「病院と診療所」の役割分担だけでなく、立地を生かした役割分担も担う。

「正風会に属する石井正記念石井医院は市南部にあります。木田医院は市北部に位置します。広大な市域に2つの診療所が南北に分かれて所在しており、結果として地域的にバランスのとれた編成となりました」（【資料2】）

医療機関と介護施設との連携に関しては、現時点では正風会内の施設に限られているが、入院時から退院支援体制を採用している。

「たとえば、石井脳神経外科・眼科病院に脳卒中患者が入院した場合、必要であれば、患者さんやご家族に最初に行う急性期に関する説明時からケアマネジャーが同席するなど、退院後も考慮した医療と介護の連携を進めています」

連携の将来も見据えて 情報共有システムに着目

医療戦略研究所が前面に押し出す効率的な地域医療連携のための手段として、石井先生が着目しているのが、情報共有システムである。「正風会内では、医療と介護でそれぞれのデータを連携しやすくする新たな情報共有システムの稼働をスタートさせています。中村先生や木田先生にもそうしたシステムをご紹介しており、参画していただければと思っています」

石井先生は、いわき市で医療戦略

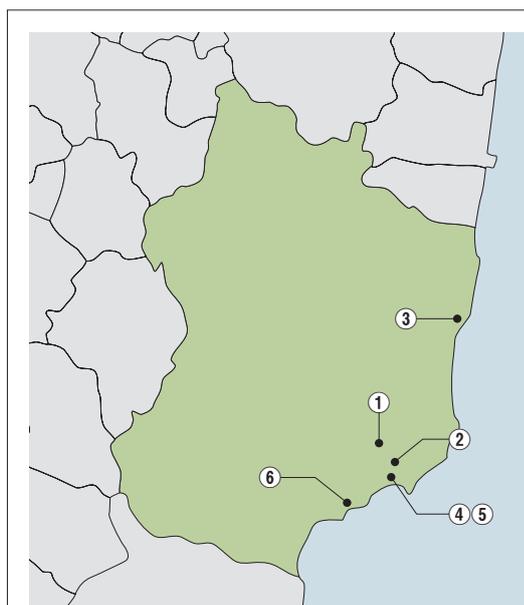
研究所に参加していない医療機関や介護施設にも情報共有システムを紹介し、見てもらいたいと話す。「いろいろな方にシステムに触れていただければ、さまざまな意見が集まり、システムの使いやすさや利便性の向上に寄与するはずですよ。」

また、こちらから『こんなシステムをつくりました』と一方的に発信するより、システムをつくり上げる工程をともに歩んだほうが、システムが普及して地域のスタンダードになり、連携しやすくなるでしょう。今後、拡大路線をとりたい医療戦略研究所にとって、とてもプラスになると期待しています」

脳卒中地域連携研究会の活動の一環として、脳卒中に関しては、すでに地域の医療機関で検査画像の共有がなされるまでになっており、石井先生は同様の情報共有を医療戦略研究所でも展開していきたいと考えているようだ。

【資料2】

医療戦略研究所に参加する施設



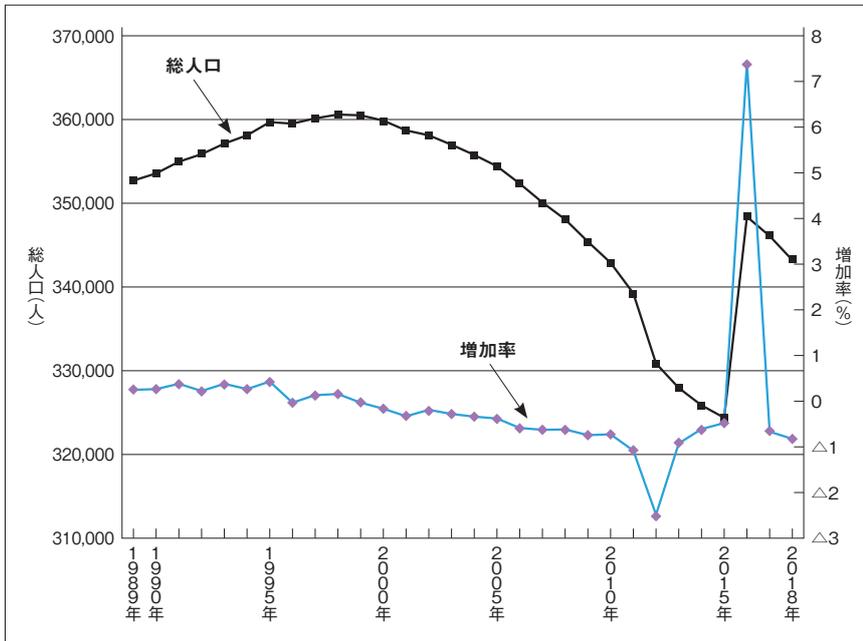
- ①石井脳神経外科・眼科病院
- ②中村病院
- ③木田医院
- ④石井正記念石井医院
- ⑤ケアハウス小名浜
- ⑥介護老人保健施設
いきがい村

福島県最多の人口を抱えるいわき市は、かつて5市4町5村もの自治体が合併してできたゆえに広大な面積を持つ。医療戦略研究所に参加する診療所に関しては、市南部の小名浜地区に④石井正記念石井医院が、市北部の四倉地区に③木田医院があり、地域的なバランスをとっている。

出典：編集部調査

【資料3】

いわき市の人口の推移



出典：いわき市の人口 平成30年4月1日現在 いわき市 (<http://www.city.iwaki.lg.jp/www/contents/1526010813834/simple/3041zenntai.pdf>)

システムの構築のみならず
持続させるのも研究所の責務

そして石井先生は、構築したシステムやサービスを持続性のあるものにするのも、医療戦略研究所の重要な責務だと言う。

「我々の連携のための情報共有システムの構築を含め、行政から助成金を受けている地域の事業は全国に多くありますが、それらの中には、助成金を打ち切れ、廃止の憂き目にあった取り組みも見受けられます」

もし、行政やサービス提供者の事情で利用者を振りまわせば、先に石井先生が述べた懸念どおり、地域住民からの信頼を損なう事態につながりかねない。住民と医療者の信頼関係が何より大切な地域医療では、あってはならないことだと石井先生は語る。

「つくった情報共有システムを持続させるためには、構築や運用にかか

るコストに加え、そのシステムによって利便性や患者満足度がどれだけ向上したのかの検証をしっかりと行い、それらの評価を行政や社会に対して明らかにすることが重要になります。そのような仕事もまた、“研究所”である医療戦略研究所の役割だと認識しています」

被災者が静かな日常を
取り戻せる日に向けて

脳卒中地域連携研究会や医療戦略研究所に関する話を聞くにつれ、石井先生の地域住民に対する真摯な姿勢が痛いほどよく伝わってきた。

「医療者は、患者さん（あるいは介護サービスの利用者の方）と同じ立場に立つ必要があります。病気や後遺障害といった不自由さに対して、医療者が患者さんとともに闘う姿勢を持たず、病気や障害の治療ばかりに目を奪われ、肝心の患者さんをど

こかに置き去りにするような状況は絶対におかしい。

医療者は、患者さんにきちんとした説明をし、治療やケアに関する同意をいただいたうえで、医療者と患者さんがともに闘う仲間にならねばなりません」

医療戦略研究所設立から1年余が経過した今、石井先生の胸によぎる思いを話してもらった。

「いわき市は、東日本大震災によって地震、津波、原発事故、さらに原発事故にともなう風評被害という四重の災害に見舞われました。

前述したように、一時は『ゴーストタウン化してしまうのでは』と心配しましたが、原発事故から逃れざるをえない住民の方々が多く避難してきて生活をするなど、いわき市は復興の拠点のひとつとして震災から8年を経た現在、活気を取り戻しつつあります（【資料3】）。

この状況下において、脳卒中地域連携研究会はもちろん、医療戦略研究所はさらに一歩先に進みたい。世界で初めて経験した未曾有の四重の災害に対し、医療や介護のプロフェッショナルたちが一丸となり、復興を成し遂げることが、我々医療者の使命だと思っています」

最後に地域に密着して活動しつづけてきた医療者らしく、地域住民一人ひとりに視線を向ける。

「震災で傷ついた方々が、静かな日常を取り戻すことが最終目標。その実現に向けて、力を尽くしていく覚悟です」

地域医療連携推進法人
医療戦略研究所

(医療法人社団正風会石井脳神経外科・眼科病院)

〒971-8122

福島県いわき市小名浜城字塚前3-1

TEL：0246-58-3121

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.14 生活習慣病の重症化予防に向けインセンティブ強化を検討

No.13 薬機法等改正案、薬剤師「服薬期間中の継続フォロー」義務化へ

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

CASE2

世代間ギャップが組織の活性化を阻んでいる

CASE3

2年後には定年を迎えるが、後任の薬剤部長をどうしよう?

▶ 「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。