



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—

閣議決定された
骨太方針2021と
規制改革実施計画を
理解する

短中期的な医療政策と規制改革の方向が明確化
DXへの対応は不可避に

めざせ!!メディカルエグゼクティブ P6

リーダーの奉仕が求められる
サーバントリーダーシップ

Network

京都府 P8

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにより
受診率向上と人工透析患者減少の実現を。

浜田医療圏 P12

専門医不足を早期の病診連携でフォローし
地域の関節リウマチ診療に貢献する。

でを視野に入れた「成長戦略フォローアップ工程表」がついています。

最後に、規制改革実施計画に関しては、策定の流れとして、まず政府の規制改革推進会議が「規制改革推進に関する答申」を行います。これは、1～2年の短期的な視野で、重点的に規制改革を行うべき事項についてまとめたもので、2021年の答申（2021年6月1日）のサブタイトルは「デジタル社会に向けた規制改革の『実現』」となっています。そして経済社会の構造改革を推進する観点から、その中でも特に重要な事項が規制改革実施計画として閣議決定されます。

なお、規制改革実施計画には、骨太方針2021との間に、成長戦略2021のような直接的な主従関係はありませんが、規制改革実施計画での主要な事項の趣旨は骨太方針2021にも記載されており、ここで、いわば政府の重要方針として権威づけをされています。

新型コロナ感染症を機に 新たな仕組みの構築を推進

骨太方針2021では、医療関係の施策は、主として第3章の「感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革」の柱のひとつである「社会保障改革」において、「感染症を機に進める新たな仕組みの構築」の一環として述べられています。

そこでは多くの施策が記載されていますが、大まかに①感染症対応のための体制の整備、②医療従事者の「働き方改革」、③疾病対策と予防・健康づくり、④医療費の適正化、⑤医療・介護の情報化、に分けられます（【資料1】）。また、それぞれが関連し、効果を発揮するかたちにもなっています。

閣議決定された 骨太方針2021と 規制改革実施計画を理解する

**短中期的な医療政策と規制改革の方向が明確化
DXへの対応は不可避に**

政府は、2021年6月18日、

「経済財政運営と改革の基本方針2021（骨太方針2021）」や

「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ」、「規制改革実施計画」などを

閣議決定しました。それにより、「医師の働き方改革」を視野に入れた

2024年度くらいまでの医療政策と

来年度くらいまでの短期的な規制改革の方向がかなり明確になりました。

ここでは、その短中期的な医療政策、医療関係者が認識すべき

ポイントなどについてまとめます。

骨太方針は“グリーン”や “デジタル”などを掲げる

はじめに閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2021」（以下、骨太方針2021）と「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ」（以下、成長戦略2021）、「規制改革実施計画」の、それぞれの関係を確認しておきましょう。

骨太方針2021は、短中期的な経済財政運営の基本的な方針をまとめた

もので、2022年度の予算編成に向けた考え方も示しています。サブタイトルとして「日本の未来を拓く4つの原動力～グリーン、デジタル、活力ある地方創り、少子化対策～」を掲げており、特に重点を置く施策が明確です。

次に、成長戦略2021は、骨太方針2021が示す大きな方向性を踏まえ、そこでの主な施策にかかる具体的な取り組みをまとめたものです。いわゆるロードマップとして2024年度ま

【資料1】骨太方針2021に記載された「感染症を機に進める新たな仕組みの構築」(抜粋)

◆**今般の感染症対応での経験を踏まえ**

◆**医療提供体制を平時と緊急時で迅速かつ柔軟に切り替える仕組みの構築が不可欠**

- ・国内で患者数が次に大幅に増えたときに備える
- ・新たな新興感染症の拡大にも対応する
- ・できるだけ早期に対応
 - 症状に応じた感染症患者の受入医療機関の選定
 - 感染症対応とそれ以外の医療の地域における役割分担の明確化
 - 医療専門職人材の確保・集約 など

◆**今般の感染症対応の検証や救急医療・高度医療の確保の観点も踏まえ**

◆**地域医療構想を推進**

- ・地域医療連携推進法人制度の活用等による病院の連携強化や機能強化・集約化の促進などを通じた将来の医療需要に沿った病床機能の分化・連携など

◆**質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備**

- ・かかりつけ機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進
- ・更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し
- ・診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進
- ・実効的なタスク・シフティングや看護師登録制の実効性確保並びに潜在看護師の復職に係る課題分析及び解消
- ・医学部などの大学における医療人材養成課程の見直しや医師偏在対策の推進など

◆**オンライン診療を幅広く適正に活用**

- ・初診からの実施は原則かかりつけ医によるとしつつ、事前に患者の状態が把握できる場合にも認める方向で具体案を検討

◆**安心・安全な産科医療の確保及び移植医療を推進**

- ・地域の産科医療施設の存続など

◆**希少疾病である難病の対策を充実**

◆**粒子線治療の推進(現在、限られたがん種において保険適用)**

- ・有効性・安全性などのエビデンスを踏まえた検討を進める
- ・装置の小型化・低コスト化の潮流を踏まえ、病院の特徴や規模など、地域の状況に十分配慮した上で、診療の質や患者のアクセスの向上を図るため、具体的な対応策を検討

◆**重症化予防**

- ・コロナ禍で新たな健康課題が生じていることを踏まえ、「上手な医療のかかり方」の普及啓発
- ・保険者努力支援制度等に基づく予防・重症化予防・健康づくりへの支援を推進
- ・がん、循環器病及び腎臓病について、感染拡大による診療や受療行動の変化の実態を把握
- ・健診・検診の受診控え等に関する調査の結果を踏まえ、新しい生活様式に対応した予防・重症化予防・健康づくりを検討

◆**予防・重症化予防・健康づくりサービスの産業化**

- ・包括的な民間委託の活用や新たな血液検査等の新技術の積極的な効果検証等が推進されるよう、保険者が策定するデータヘルス計画の手引の改定等を検討
- ・同計画の標準化の進展にあたり、アウトカムベースでの適切なKPIの設定を推進

◆**薬価算定基準の見直し**

- ・革新的な医薬品におけるイノベーションの評価の観点及びそれ以外の長期収載品等の医薬品について評価の適正化を行う観点から、透明性・予見性の確保にも留意しつつ見直しを図る
- ・OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲について引き続き見直しを図る

◆**感染症を踏まえた診療報酬上の特例措置の効果を検証**

- ・感染症患者を受け入れる医療機関に対し、減収への対応を含めた経営上の支援や病床確保・設備整備等のための支援について、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方を検討し、引き続き実施

◆**後発医薬品の更なる使用促進**

- ・品質及び安定供給の信頼性の確保、新目標についての検証
- ・新目標についての検証、保険者の適正化の取組にも資する医療機関等の別の使用割合を含む実施状況の見える化
- ・バイオシミラーの医療費適正化効果を踏まえた目標設定の検討
- ・新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討
- ・フォーミュラリ(※1)の活用 など

◆**かかりつけ薬剤師・薬局の普及**

◆**多剤・重複投薬への取組を強化**

- ◆**医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策を検討**
- ・症状が安定している患者について、医師及び薬剤師の適切な連携により、患者の通院負担を軽減

◆**緊急時の医薬品等の供給体制の確立**

- ・サプライチェーンの実態を把握し、平時からの備えと非常時の買い上げの導入など、緊急時の医薬品等の供給体制の確立を図る
- ・緊急時の薬事承認の在り方について検討

◆**医療・特定健診等の情報を全国の医療機関等で確認できる仕組み
民間PHRサービスの利活用も含めた自身で閲覧・活用できる仕組み**

- ・2022年度までに、集中的な取組を進める
- ・医療機関・介護事業所における情報共有とその他の電子カルテ情報や介護情報の標準化の推進
- ・医療情報の保護と利活用に関する法制度の在り方の検討
- ・画像・検査情報、介護情報を含めた自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備
- ・科学的介護・栄養の取組の推進
- ・今般の感染症の自宅療養者に確実に医療が全員に提供されるよう医療情報を保健所と医療機関等との間で共有する仕組みの構築(必要な法改正を含め検討)
- ・審査支払機関改革(※2)の着実な推進 など
- ・データヘルス改革に関する工程表に則り、改革を着実に推進

◆**全ゲノム解析等実行計画及びロードマップ2021の推進**

- ・日米首脳共同声明に基づく取組も視野に入れつつ、患者起点・患者還元原則の下、着実に推進
- ・これまで治療法のなかった患者に新たな個別化医療を提供
- ・産官学の関係者が幅広く分析・活用できる体制整備

◆**プログラム医療機器の開発・実用化を促進**

◆**患者の治験情報アクセス向上のためデータベースの充実を推進**

◆**医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムの整備**

- ・早急に整え、感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を構築
- ・介護サービス事業者についても、事業報告書等のアップロードによる取扱いも含めた届出・公表を義務化し、分析できる体制を構築
- ・デジタル庁の統括・監理の下、デジタル化による効率化、利便性の向上
 - ・レセプトシステム(NDB)の充実
 - ・G-MISの今般の感染症対策以外の長期的な活用
 - ・COCOAの安定的な運営 など
- ・医療・介護データとの連携や迅速な分析の環境の整備

◆**歯科**

- ・全身との関連性を含む口腔の健康の重要性に係るエビデンスの国民への適切な情報提供
- ・生涯を通じた切れ目のない歯科健診
- ・オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防にもつながる歯科医師、歯科衛生士による歯科口腔保健の充実
- ・歯科医療専門職間、医科歯科、介護、障害福祉機関等との連携を推進
- ・歯科衛生士・歯科技工士の人材確保
- ・飛沫感染等の防止を含め歯科保健医療提供体制の構築と強化
- ・今後、要介護高齢者等の受診困難者の増加を視野に入れた歯科におけるICTの活用を推進

◆**メンタルヘルスへの対応**

- ・感染症による不安やうつ等も含め推進

※1 一般的に、「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(複数の治療薬がある慢性疾患において後発品を第一優先とする等)」を意味する。
 ※2 「審査支払機関に関する改革工程表」(2021年3月31日厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会)等に基づく審査支払機関の改革。

【資料2】規制改革実施計画(2021年6月18日閣議決定)における医療関係の事項(抜粋)

課題	実施事項	実施時期
医療分野におけるDX化の促進	医療分野における電子認証手段の見直し	2021年度結論・措置
	治験の仕組みの円滑化	2021年度措置
	患者の医療情報アクセス円滑化	・2021年検討開始、結論を得次第速やかに措置 ・2021年度措置
医薬品・医療機器提供方法の柔軟化・低コスト化	一般用医薬品販売規制の見直し	・措置済み ・引き続き検討を進め、早期に結論
	中古医療機器売買の円滑化	2021年度検討開始、早期に結論
	単回使用医療機器再製造品の普及	2021年度措置
	調剤業務の効率化	2021年度検討開始、早期に結論
最先端の医療機器の開発・導入の促進	最先端の医療機器の開発・導入の促進	・措置済み ・2021年度検討・結論 ・2021年度措置
医療・介護分野における生産性向上	産業医の常駐及び兼務条件の緩和	措置済み
	デジタル化の進展等に対応するための歯科技工業務の見直し	・2021年度措置 ・2021年度検討・結論、結論を得次第速やかに措置 ・2021年度検討開始、結論を得次第速やかに措置
	介護サービスの生産性向上	2021年度以降逐次措置
オンライン診療・オンライン服薬指導の特例措置の恒久化	オンライン診療・オンライン服薬指導の特例措置の恒久化	・新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、継続的に措置 ・2021年度から検討開始、2022年度から順次実施（電子処方箋システムの運用については2022年夏目途措置）
健康保険証の直接交付	健康保険証の直接交付	2021年度措置

注：「規制改革の内容」の項は省略。また、事項によっては「規制改革の内容」（複数）に応じて、実施時期が複数となっている

出典：内閣府「規制改革実施計画」(2021年6月18日閣議決定)をもとに作成 (<https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/publication/kaikaku/210618/kaikaku.pdf>)

これらのうち①と②については、2021年の通常国会で成立した「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（2021年5月28日公布）、③と④については、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（2021年6月11日公布）によって、それぞれ法令上の整備などもなされています。

また、⑤の医療・介護の情報化に関しては、規制改革実施計画において、より具体的に2021年度に検討・措置すべきことがまとめられています（後述）。

デジタル時代に向けた規制見直しは医療でも

規制改革実施計画では、「デジタルガバメントの推進」や「グリーン

（再生可能エネルギー等）」など6つの重点分野が設定されており、そのうちのひとつ「デジタル時代に向けた規制の見直し」に医療関係の事項が含まれています。また、そこでの医療関係の柱は、①医療分野におけるDX化の促進、②医薬品・医療機器提供方法の柔軟化・低コスト化、③最先端の医療機器の開発・導入の促進、④医療・介護分野における生産性向上、⑤オンライン診療・オンライン服薬指導の特例措置の恒久化、⑥健康保険証の直接交付、となっています（【資料2】）。なお、①にあるように、規制改革実施計画の医療分野において「DX（デジタル・トランスフォーメーション）」という用語が使われたのは今回が初めてです。

我が国においては、DXは主として経済産業省が推進しています。同省が2018年12月に策定した「デジタ

ルトランスフォーメーションを推進するためのガイドライン（DX推進ガイドライン）」では、DXを「企業がビジネス環境の激しい変化に対応し、データとデジタル技術を活用して、顧客や社会のニーズを基に、製品やサービス、ビジネスモデルを変革するとともに、業務そのものや、組織、プロセス、企業文化・風土を変革し、競争上の優位性を確立すること」と定義しています。

また、骨太方針2021では、「民間部門におけるDXの加速」を打ち出すとともに、研究の生産性を高めるため研究DXを推進する、としています。ここで言う研究DXとは、研究交流のリモート化、研究設備・機器への遠隔からの接続、全国の先端共用設備や大型研究施設も活用したデータ駆動型研究の拡大など、と説明されています。

こうしたDX推進の動きを受けた

規制改革実施計画での「医療分野におけるDX化の促進」は、社会全体のデジタル化を推進しようとしている政府の考え方が反映されたと見ることができます。たとえば、「治験の仕組みの円滑化」の事項では、医療機関や関係者が電子カルテなどの医療情報を授受するにあたり、当事者がセキュリティ対策を講ずることを前提に、外部ネットワークなどの活用が可能であるとわかりやすく周知する、とされています。

規制改革実施計画では すでに措置済みの事項もある

規制改革実施計画での事項の中には、閣議決定時にすでに措置済みのものもあります（**【資料2】**）。

まず、「産業医の常駐及び兼務条件の緩和」の事項の趣旨は、産業医の業務について、オンラインで実施可能な内容を整理したうえで、一定規模以上の事業場において求められている産業医の常駐の必要性を見直し、オンラインで実施できるようにするというものです。これについては厚生労働省（以下、厚労省）労働基準局長が2021年3月31日、都道府県労働局長に対し、「情報通信機器を用いた産業医の職務の一部実施に関する留意事項等について」の通知を発出し、産業医の職務の一部を、情報通信機器を用いて遠隔で実施することにおける考え方や留意点を示しました。たとえば、産業医の職務のうち、オンラインで実施する範囲や、その際の留意事項などに関しては、衛生委員会等で調査審議を行ったうえで労働者に周知することを留意すべき点として挙げています。

さらに、「最先端の医療機器の開発・導入の促進」の事項の中心をなす、プログラム医療機器（プログラ

ム単体としての「医療機器プログラム」またはプログラムを記録した記録媒体を含む医療機器）についても、開発・導入の促進のための取り組みが進んでいます。1例として、厚労省が2021年3月31日、都道府県などに対して「プログラムの医療機器該当性に関するガイドライン」を通知しました。また、同省はプログラム医療機器の審議などに関する体制を強化するため、2021年度から、薬事・食品衛生審議会の医療機器・体外診断薬部会のもとに、プログラム医療機器調査会を設置しています。

社会保障審議会の部会で 報告に対し行われた議論

骨太方針2021、成長戦略2021、規制緩和実施計画については、2021年6月25日に開催された社会保障審議会医療保険部会、8月5日に開催された同審議会医療部会において、厚労省から各々の概要が報告され、各委員が意見を述べました。

まず、社会保障審議会医療保険部会では、例として次のような趣旨の意見が出ました。

- 国民が必要なときに必要な医療を受けられるためには、かかりつけ医をベースにした外来医療の機能分化・連携の強化が重要。その意味で、まずは国民目線に立って、国民が求めるかかりつけ医の機能を明確化したうえで、あるべき制度の仕組み、枠組みを検討していくべきだ。その際、オンライン診療も、かかりつけ医の機能のひとつに位置づけるべきだろう
- 骨太方針2021に、電子カルテと介護情報の標準化の推進とあるが、現状は、各病院がさまざまなベンダーの電子カルテでスタートさせてしまっていて標準化は難しい。

数年に一度、大きな更新をしなければならず、病院はそこにお金を注ぎ込んでいる。ぜひ電子カルテの標準化ということを大きな柱のひとつとして考えていただきたい
また、骨太方針2021では、医療・特定健診等の情報を、全国の医療機関などで確認できる仕組みや、民間PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）サービスの利活用も含めた自身で閲覧・活用できる仕組みについて、2022年度までに集中的な取り組みを進めるとしています。これに関して医療部会では、委員から「アレルギーなどクリティカルな情報は、医療機関でも閲覧できるようにしてもらいたい」といった趣旨の発言がありました。

医療分野にも押し寄せる DXに対する備えが必要

前年2020年の骨太方針2020では、医療に関しては、新型コロナウイルス感染症対策に絞られていたため、医療に関する施策の全体像は不透明でした。しかし、今回の骨太方針2021によって、かなり明確になってきました。その意味で、骨太方針2021や規制改革実施計画などの内容は、十分に把握しておく必要があります。

2021年9月に行われたデジタル庁創設もひとつの背景として、骨太方針2021、規制改革実施計画では、デジタル化に比重を置いているのが特徴です。また、関連して医療の分野では「DX」を打ち出している点に留意する必要があります。従前であれば単に医療の「ICT化」と考えられていた事項について、医療の効率化と質の向上に向けた根本的な変革が求められる段階になったと認識しなければならないでしょう。

めざせ!!

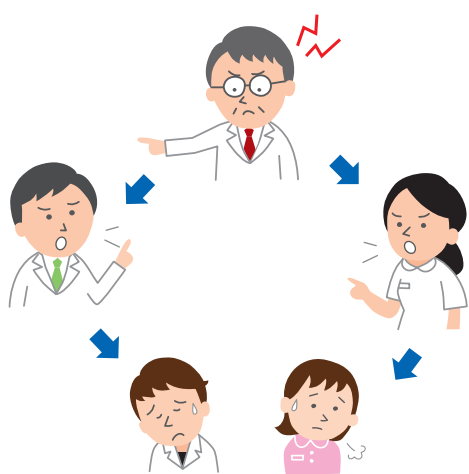
メディカルエグゼクティブ

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12回

リーダーの奉仕が求められるサーバントリーダーシップ

CASE



A先生が院長を務める病院は、最近、外来患者が減少傾向にあります。苦境を脱しようと、A先生が各診療科や部門の部長に対してこと細かく命令するようになると、その意を受けた部長たちが現場の医師やメディカルスタッフへ、あれこれと細部にいたるまで指示を出すようになりました。ところが、次第に現場の医師やメディカルスタッフが上司の顔色をうかがって仕事をするようになり、院内がギスギスした雰囲気になりました。患者満足度も下がり、ますます患者が減る事態に陥ってしまいました。A先生は、どうすべきなのかと頭を抱えています。

支配型は医療に馴染みにくい

ひと言でリーダーシップと言っても、いくつか種類があり、A先生がとったのは「支配型リーダーシップ」と称されます。このリーダーシップは、たとえば、企業において経営者などのリーダーが新商品の開発をトップダウンで意思決定し、その実現に必要な指示を部下にくだす場合には向いているでしょう。

しかし、ものを言わない商品を取り扱う一般的なビジネスとは違い、各々で異なる事情を抱えている患者が“主役”であり、そうした患者に現場の医師やメディカルスタッフが接して成立する医療においては、リーダーが一方的な命令を出す支配型リーダーシップは馴染みにくいかもしれません。

では、医療に求められるのは、どのようなリーダーシップでしょうか。考えられるひとつが「サーバントリーダーシップ」です。

メンバーが主体的に動く環境を

サーバントリーダーシップは、米国のロバート・K・グリーンリーフが提唱した概念で、サーバントつまり「使用人」という言葉が示すとおり、リーダーは、まず相手に奉仕し、その後、相手を導くというリーダーシップの形態です。

サーバントリーダーシップでは、支配型リーダーシップのように組織の上の者が部下に命令し、「義務」として仕事をさせるのではありません。あくまでチームの一員として、メンバーへの奉仕や支援を通じて周囲から信

頼を得て、メンバーが「主体的」に協力してくれる状況をつくります。

サーバントリーダーシップで重要なのは、部下が自分自身ですべき仕事を定めるように誘導すること。そのためにリーダーはチーム共通のビジョンを示したうえで、コミュニケーションや信頼関係の構築を重視します。メンバーが自分で仕事内容を決定するように導くためのプロセスはさまざまですが、チームとしてリーダーが掲げたビジョンに向けて進んでいくので、個人の仕事へのモチベーションやチームとしての生産性は向上します。

リーダーはビジョンを掲げよ

近年、医療はある種の“サービス業”の側面を持ち始め、患者からの要望が多くなるなどして、現場が疲弊しやすくなっています。このような状況で、A先生が命令ばかりしていたら、現場はますます疲弊してしまうでしょう。だからこそ、A先生が発揮すべきはサ

ーバントリーダーシップと言えそうです。

A先生は、チームがめざす具体的なビジョンを示すとともに、患者と直に接する医師やメディカルスタッフが迷いなく仕事ができるような環境を整え、そのうえで個別の判断は現場に任せるような方策をとってみてはどうでしょうか。

NEXT STEP

A先生は、患者満足度向上を最重要のビジョンに掲げ、自らが権限を振るうのではなく、現場の医師やメディカルスタッフの権限を大きくして患者満足度の向上を促し、さらにその功績を高く評価するようにしました。同時に、もし患者からの暴言などのトラブルが発生した際には、医師やメディカルスタッフ側に立つと明言しました。

こうして医師やメディカルスタッフが委縮せずに患者と向き合える環境をつくったことで彼らのモチベーションは上がり、患者満足度も向上して患者が増え出し、経営状況に改善の兆しが表れ始めました。

STUDY①

新しいリーダーシップスタイル

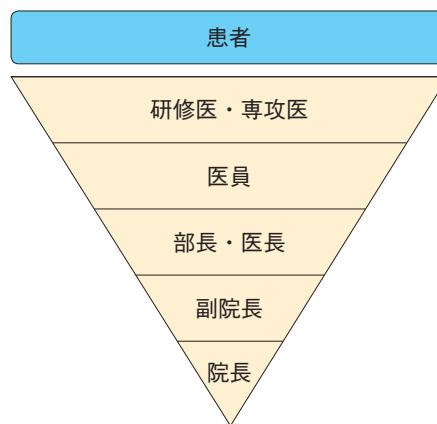
変革型 リーダーシップ	環境変化を先読みして、組織そのものを大きく変革させていくリーダーシップ。ビジョン、変化への臭覚、奨励、緊張感の醸成、育成、ネットワーク、配慮の7つの特性を有する
サーバント リーダーシップ	職場やプロジェクトのメンバーを支援して、目標達成に導く、奉仕型のリーダーシップ。ビジョンを示したうえで、奉仕や支援を通じて周囲からの信頼を獲得し、主体的な協力を引き出すことを強みとする
ビジョナリー リーダーシップ	ビジョンを創造し、組織構成員にビジョンを受け入れさせようとする行動するリーダーシップ。組織構成員の個人目標と、組織目標が理念的次元で統合され、表裏一体となることを強みとする

RECOMMENDED BOOK

・『MBA的医療経営』 著：角田圭雄／発行：幻冬舎

STUDY②

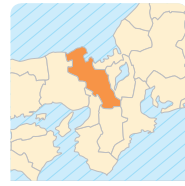
病院におけるサーバントリーダーシップのイメージ



従来の支配型リーダーシップでは、ポジションが上がるほど上層に行き、頂点に組織のトップが君臨する「ピラミッド型」になる。

一方、サーバントリーダーシップでは、患者と直に接する現場スタッフをポジションの高い者がサポートする「逆ピラミッド型」になる。

取材日：2021年4月15日



京都府

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにより 受診率向上と人工透析患者減少の実現を。

Point of View

- ① 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進に際し、京都府全体としての戦略に加えて、各地域に地域戦略会議を設置して地域ごとの課題に対応した戦略の立案も行う
- ② 医師向けリーフレットを作成するなどして、非専門医も含め多くの医師に糖尿病診療に対する関心を高めよう
- ③ ハイリスク患者対策において、保険者がかかりつけ医に保健指導を持ちかけるのではなく、逆にかかりつけ医から保険者に対して保健指導を依頼するルートが用意されている地域もある

京都大学糖尿病・内分泌・栄養内科学教授／
京都府糖尿病対策推進事業委員会委員長

稲垣 暢也先生

医療法人健伸会かぎもとクリニック院長／
京都糖尿病医学会会長

鍵本 伸二先生

京都府健康対策課
健康長寿係

神原 真規子氏

介入すべき対象者を 3つのカテゴリーに分類

京都府において『京都府版糖尿病性腎症重症化予防プログラム』（以下、プログラム）が策定されたのは2017年。プログラムの策定と運用にあたって重要な役割を果たしている京都大学糖尿病・内分泌・栄養内科学教授で京都府糖尿病対策推進事業委員会（以下、事業委員会）の委員長を務める稲垣先生が、プログラム立ち上げの経緯を解説する。「私が委員長を拜命している事業委員会は、京都府医師会が中心となって2005年12月に設立されました。医師だけでなく、看護師や薬剤師、管理栄養士、歯科医師、介護従事者と

いった多職種や行政の方々にも参加いただき、糖尿病療養に関する講習会などを実施しています。

その事業委員会設立の約10年後の2016年、国が糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定したのを受け、京都府でも翌年4月から『京都府糖尿病重症化予防対策事業』を開始。同年10月には、京都府、京都府医師会、事業委員会の3者が協働しプログラム初版の策定にいたしました」（稲垣先生）

稲垣先生は、つ

づけてプログラムの特徴にも触れてくれた（【資料1】）。

「このプログラムの特徴は、対象者を3つに分けてアプローチした点、つまり、特定健診やレセプトのデータ等を活用して、①医療機関未受診



左から神原氏、稲垣先生、鍵本先生

【資料1】

京都府版糖尿病性腎症重症化予防プログラムの概要

1. 基本的な考え方

糖尿病が重症化するリスクが高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い方に対して、医療保険者が医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止する。

2. プログラムの内容

- 対象者の選定：健診データやレセプトデータ等を活用して抽出
 - ①医療機関未受診者：健診異常値であっても未受診の者
 - ②糖尿病治療中断者：治療中だったが中断している者
 - ③ハイリスク者：医療機関受診中で腎症発症の可能性の高い者
- 介入方法
 - ①受診勧奨：通知・電話・個別面談等
 - ②保健指導：本人及びかかりつけ医の了解のあった方について保健指導のスキルを持った専門職が実施
- かかりつけ医や専門医等との連携
- 評価

出典：神原氏提供資料

者（特定健診が異常値であっても医療機関を未受診の者）、②糖尿病治療中断者（治療中だったが中断している者）、③ハイリスク者（医療機関受診中で腎症発症の可能性が高い者）のいずれかに該当する方を抽出し、受診勧奨や保健指導といった方法で介入しているところ」（稲垣先生）

府全体の戦略に加えて地域ごとの対策も考慮

プログラムの策定からわずか4年しか経過していないが、現在、運用されているプログラムは、当初のものから内容が進化している。行政側の担当者としてプログラムを推進する京都府健康対策課健康長寿係の神原氏が説明する。

「本プログラムは策定後、随時、新しい知見を取り入れ、より大きな効果を求めて内容を改善しています。」

2017年10月のプログラム初版策定から1年足らずの2018年5月には第

2版を策定。このときは、非専門のかかりつけ医が患者さんを糖尿病専門医に紹介する基準を明確にし、両者の連携の強化を図りました（【資料2】）。

さらに、2019年8月にも、プログラム対象者の考え方と介入の優先順位を追記する改定を行って、第3版を策定しました」（神原氏）

運用する中で現れる課題を解決するために改定を繰り返してきたプログラムだが、そのしなやかさは、プログラムを府内各地域で運用する際の姿勢にもうかがえる。

「それぞれの地域での課題に対応したプログラムを推進する戦略を立案していただけるよう『京都府糖尿病

重症化予防システム』を構築しました。同システムは、府全体の戦略を担う『糖尿病重症化予防戦略会議』のもと、京都市及び各保健所に『地域戦略会議』を設置して、地域ごとの連携体制の構築や専門人材育成、住民への啓発などプログラムの推進策を検討するものです（【資料3】）（神原氏）

一口に「京都府」と言っても、京都市のような大都市部と農村部では医療提供体制や住民の年齢構成が大きく異なる。そうした点も十分に考慮した京都府の方針に、プログラムを府内各地域のすみずみに行きわたらせようとする強い意気込みが感じられた。

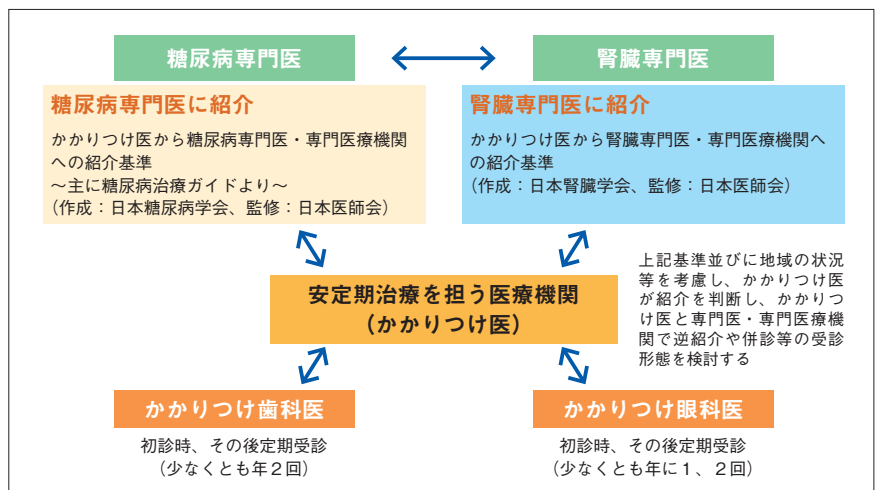
未受診者対策については府内全域で大きな進展が

神原氏は「プログラム策定から年月が浅く、まだまだ歩き出したばかり」と話す。すでに変化も起きている。

「前述の①医療機関未受診者への対

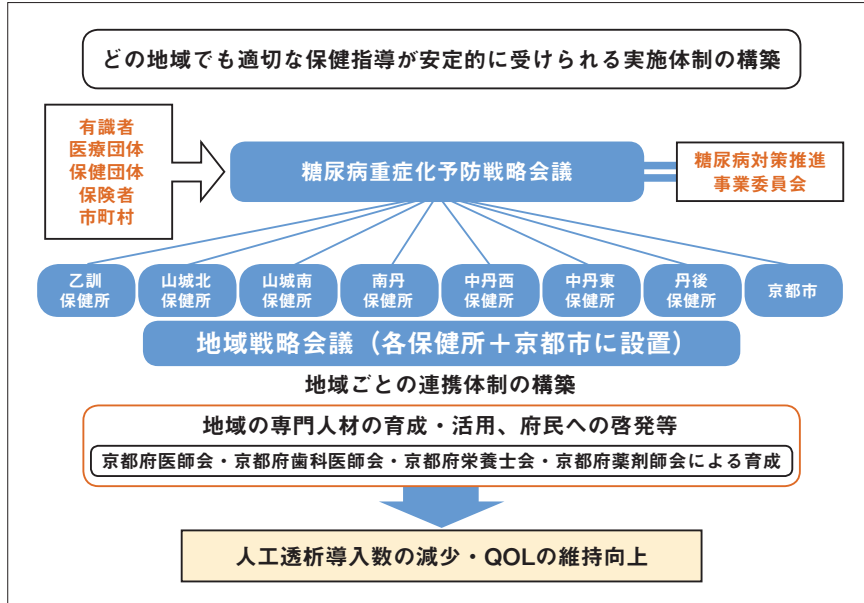
【資料2】

地域における医療機関間の紹介・連携基準



出典：神原氏提供資料

京都府糖尿病重症化予防システムの概要



出典：神原氏提供資料

策は、特定健診の結果が受診勧奨の判定値であるにもかかわらず未受診の方に対し、保険者が文書、電話、訪問で医師への受診をすすめるものです。

現時点で、府内全26市町村国民健康保険（国保）のうちほぼすべてで取り組みが始まっており、受診勧告を受けた対象者の約半数の受診につながっています」（神原氏）

②糖尿病治療中断者への対策についての成果はどうだろうか。

「治療中断者対策では、糖尿病治療を開始したはずなのに、半年以上レセプトが保険者に届いていない方を抽出し、未受診者と同様に、保険者が文書、電話、訪問で医師への受診を勧告します。

プログラム策定当初は、手がける市町村国保が少なかったものの、現在では20市町村国保が実施するまでになりました」（神原氏）

③ハイリスク者向けの対策も、難航しながらも結果を出している。

「ハイリスク者対策は、受診中の患者さんのうち糖尿病性腎症やそのリスクの高い方に対し、医療機関と連携のうえ、保険者の保健師や栄養士が保健指導を実施するものです。こうした対策は、とても有効だと考えられますが、指導にあたる保健師や栄養士に十分なスキルが求められたり、各医師会との調整が必要になるため、導入する市町村国保は伸び悩んでいます。

ただし、数は少なくとも導入した市町村国保の実施例では、HbA1cや糖尿病性腎症の病期が維持・改善するといった効果が明らかになりました」（神原氏）

プログラムの浸透によって
医師の意識の変化を期待

ここで糖尿病専門医として診療にあたる、かぎもとクリニック院長の鍵本先生にプログラムに対する期待をうかがった。鍵本先生は、2002年

に発足した京都糖尿病医会（以下、医会）会長でもある。医会は、糖尿病診療のレベル向上を目標に、専門医はもちろん非専門医や眼科医、歯科医師などで構成されており、事業委員会にも参画しているゆえ、鍵本先生は、専門医と非専門医、プログラム提供側それぞれの事情に詳しい立場だ。

「診療をしていると『どうしてこれほどひどくなるまで専門医を受診しなかったのか——』といった状態の患者さんにしばしば遭遇します。そうした患者さんを減らすには地域の糖尿病診療のレベル向上が必須で、医会でも勉強会を開催するなどしています。

ただ、非専門の先生は当然、ご自分の専門領域のことでお忙しく、糖尿病に高い関心を持つ方ばかりではありません。実は、そのような方々に、糖尿病に関する情報をどうお届けすればいいのか悩んでいました。

プログラムが浸透していけば、そうした先生方を、糖尿病診療を改善する動きに巻き込みやすくなるのではないかと期待しています」（鍵本先生）

非専門医に訴求するため
リーフレットを作成

どうやらプログラム成功の鍵の大きなひとつは、いかにして非専門医にプログラムや糖尿病への理解を深めてもらうかにあるようだ。

「行政から受診勧奨を受けた患者さんが、せっかく医療機関を受診しても、『まだ、症状はたいして進んでいないから大丈夫』と言われてしまうこともあるようです。また、プログラムにのっとり、非専門のかかりつけの先生に対して保険者がハイリスク者への保健指導を持ちかけても

十分な対応がなされないケースがあると聞きます。

非専門の先生方のご協力が得られれば、プログラムは大きく前進するでしょう」(鍵本先生)

鍵本先生の指摘を受け、稲垣先生も同意する。

「我々は、まずは非専門の先生方にプログラムを知っていただくとともに、糖尿病を学んでいただく機会を提供して、意識を変えていく働きかけをする必要がありますね」(稲垣先生)

この点は、行政でも認識を共有している。神原氏は京都府がとった、きわめて実践的な取り組みを紹介してくれた。

「京都府では、プログラムの概要を

まとめたA3サイズ2つ折りのリーフレットを作成し、京都府医師会の会員全員にお送りしました(【資料4】)。普通の紙ではなく、丈夫で目立つようにラミネートフィルムでコーティングしたので、ぜひ診察室に置いて活用していただきたいと願っています」(神原氏)

保健師や栄養士の指導を無料で患者に提供できる

ところで、先に神原氏が述べたとおりハイリスク者対策に遅れが見取れるが、その理由について鍵本先生は、保険者の保健師や栄養士が患者に保健指導を行うことが、かかりつけ医にとってメリットになると理解

されていないからではないか、と話す。「自院に保健師や栄養士など糖尿病に関する高い知識を持つメディカルスタッフがいても、代わりに無料で保険者が保健指導を行ってくれるのですから、かかりつけの先生方にはウェルカムなのではないでしょうか。

そのあたりの認知度が高まれば、ハイリスク者対策についても進展していくはずです」(稲垣先生)

京都市などでは、国保がかかりつけ医に保健指導を持ちかけるのではなく、それとは逆に、かかりつけ医から国保に対し保健指導を依頼するルートも用意され

ているようだ。活用しない手はないだろう。

役割分担を明確にして連携関係のさらなる深化を

取材の最後は、稲垣先生から話題に上った以外にプログラムを成功に導く施策について語ってもらった。「プログラム推進の大前提として、まずは、もっと多くの住民の皆さんに特定健診を受けてもらうようにする必要があります。京都府の特定健診受診率は3割未満にとどまっております。これでは十分な受診勧奨はできないでしょう。

また、糖尿病は自覚症状に乏しいゆえに治療を中断する患者さんが少なくありませんが、症状を自覚したころには、すでに人工透析導入までのカウントダウンが始まってしまっているケースも多くあります。

特定健診を受診してもらうためにも、治療中断者に介入して受診再開に結びつけるためにも、やはり重要となるのは、地域住民へ向けた糖尿病の啓発活動。さまざまな機会をつくり、根気強く取り組むべきだと考えます」(稲垣先生)

稲垣先生は、医療を提供する側の体制強化にも言及する。

「糖尿病患者は多く、今後も増加が予想されますので、プログラムでも推奨しているように、ハイリスク者は専門医療機関が診て、療養の道筋がついたら、かかりつけ医に逆紹介するといった連携関係のさらなる深化が必須です」(稲垣先生)

京都府のプログラムは、常に進化をつづけてきた。今後、稲垣先生が示してくれた施策もとり入れながら柔軟に姿を変え、糖尿病性腎症重症化予防において確固たる結果を出してくれるだろう。

【資料4】

かかりつけ医向けに作成したプログラムの紹介リーフレット(抜粋)

主治医のみならずへ 令和2年3月

京都府でも、糖尿病重症化予防対策事業を実施しています

国レベルでの取組がはじまっており、京都府でも、医師会をはじめとした保健医療団体と府、市町村、医療保険者が一体となり糖尿病の重症化予防に取り組んでいます。地域の実情に応じた保健指導体制を構築し、人工透析等への移行を防ぐことで、糖尿病患者のQOLの向上、健康寿命の延伸をめざしています。

Q1 京都府版糖尿病性腎症重症化予防プログラムとは何ですか？

A1 京都府医師会・京都府糖尿病対策推進事業委員会・京都府の3者で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定しています。(平成29年10月、第2版改定 H30.5、第3版改定R1.8)
医療機関未受診者・治療中断者等を医療機関に結びつけると共に、糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い方に対して、医療保険者が医療機関と連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防止することを目的としています。
プログラムの内容は下記のとおりです。

プログラムの詳細はこちらです。▶▶▶

プログラムの内容

対象者の選定	介入方法
<p>医療保険者が健診データやレセプトデータ等を活用して選定</p> <p>医療機関未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果が、受診勧奨判定値であるにもかかわらず未受診の方 HbA1c6.5%以上、空腹時血糖126mg/dl以上の方 治療中断者対策 <ul style="list-style-type: none"> ・通院中だったが、6ヶ月以上受診していない方(治療を中断している方) ハイリスク者対策 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関受診中であるが腎症発症の可能性が高く、より厳格な保健指導が必要な方 	<p>①受診勧奨通知、電話、個別面談等</p> <p>②保健指導 本人及びかかりつけ医の了解のあった方について医療保険者に所属する保健指導のスキルをもった専門職が実施</p>

かかりつけ医や専門医等との連携

▶▶▶ 詳細は裏ページへ

出典：神原氏提供資料

取材日：2021年6月1日



専門医不足を早期の病診連携でフォローし地域の関節リウマチ診療に貢献する。

Point of View

- ①かかりつけ医が関節リウマチ患者を診ていて疑問を抱いた際には、専門医にメールで気軽に相談ができる安心の体制づくり
- ②独自の「リウマチノート」を作成。専門医とかかりつけ医の双方が、診療のたびに薬剤の情報や検査値、所見などを時系列にのりつけて記載し情報を共有する
- ③病診連携によって早期診断が可能になるとともに、重篤な感染症や合併症の発生を減らす効果も生まれている

島根大学医学部附属病院
膠原病内科
副診療科長

近藤 正宏先生

医療法人中村整形外科
院長

森須 正孝先生

医療法人恒仁会山脇整形外科医院
院長

山脇 州裕先生

専門医不足をカバーするべく かかりつけ医との連携を発想

かつて関節リウマチは症状がゆっくり進み、発症から数年が経過した後に関節破壊が生じると考えられていたが、研究が進むにつれ発症初期にもっとも関節破壊が進行するメカニズムがわかってきた。このため近年は治療法が以前とは様変わりし、発症初期から積極的にメトトレキサート（MTX）やJAK阻害剤、生物学的製剤など“切り札”と言える薬剤を導入するにいたっている。

このように治療法がドラスティックに変化する状況下の2008年、独立行政法人国立病院機構浜田医療セン

ター（HMC）ではリウマチ外来が設立され、島根大学医学部附属病院膠原病内科副診療科長の近藤医師が2週間に1回、診療をするようになった。

しかしながら、すぐに大きな難題が生じたという。リウマチ専門医はどこの地域でも不足がちなが、島根県、特に浜田医療圏を含む同県西部の状況は厳しく、HMCにリウマチ外来が設立されるまでは、専門医に

よる外来は地域に皆無。そして、同外来ができたと言っても、近藤医師だけで地域の関節リウマチ患者を担うのは現実的に無理があったのだ。

そこで、多くの患者を診るために

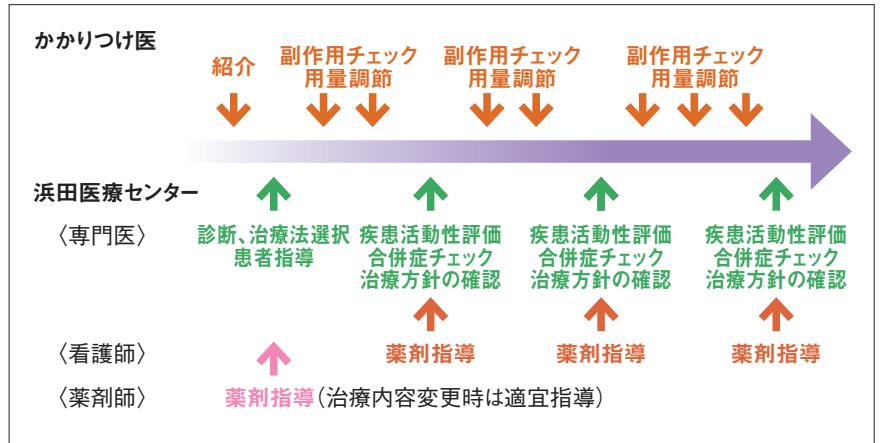


左から森須先生、近藤先生、山脇先生

近藤医師が発想したのが、地域のかかりつけ医との連携。しかも、発症初期から積極的な治療が必要になったことを背景に、患者の状態が落ち着いてからではなく、できるだけ早期からの連携だった。

【資料1】

浜田医療センターとかかりつけ医の病診連携の流れ



出典：近藤先生提供資料

かかりつけ医と役割分担
相談にはメールでも対応

近藤医師が導入した病診連携はどのような仕組みなのだろうか（【資料1】）。

「HMCでは、かかりつけの先生からご紹介いただいた患者さんの関節リウマチの診断をし、同疾患だった場合には、治療法を選択したらすぐにかかりつけの先生にお戻しします。ここからが実質上の連携のスタートで、以降HMCは、治療効果の判定、患者教育など、リウマチ専門医や専門医療機関にしかできない部分を担当します。

一方、かかりつけの先生には普段の診療や副作用のチェック、副作用がなければ薬剤の増量、より経験を積んだ先生方には治療薬の変更も担っていただきます」（近藤医師）

ただ、先に述べた初期段階から用いられる“切り札”のような薬剤には、重篤な感染症や合併症を発症するおそれがある。副作用のチェックを担うかかりつけ医にとっては大きな不安材料だが、抜かりなく万全な対策が講じられているようだ。「軽微な感染症であれば、かかりつけの先生方に対応していただきますが、重篤な合併症が起きた際には速やかにHMCが患者さんを引き受けるバックアップ体制を構築しています。また、かかりつけの先生方が診療を行う中で、ちょっとした疑問を抱いたり、患者さんにわざわざ当院を受診してもらうほどではないもの

の、気になることに遭遇する機会もあるでしょう。そうしたときには、気軽にメールで私にお問い合わせいただいています」（近藤医師）

明確な役割分担に、頼りになるバックアップ体制が加わり、かかりつけ医でも安心して関節リウマチ患者を診られる環境が整えられている。

病状の変化が一目でわかる
独自のリウマチノートを発案

かかりつけ医が安心して患者を診られるための近藤医師の取り組みはほかにもある。そのひとつが「リウマチノート」（【資料2】）だ。

「リウマチノートは、患者さんの情報共有を目的に独自に作成したものです。かかりつけの先生方とHMCの双方が、診療のたびに薬剤の情報や検査値、所見などを記載し、患者さん自身がそれを持って両者の間を行き来します。

記録は時系列で並んでいるので、パッと見て変化がわかりやすいのが特徴。治療にたずさわる医師だけでなく、患者さん本人が自分の治療内容や症状を理解できるようになっ

ています」（近藤医師）

こうした近藤医師の方策に対し、連携する診療所のかかりつけ医たちの評価は高い。

「以前は、関節リウマチの治療は遠くの専門医に任せるというスタンスでしたが、近藤先生の着任以来、非専門医の私も関節リウマチを勉強し、連携しながら患者さんを診るようになりました」と話すのは、中村整形外科院長の森須医師だ。

「患者さんの病状が一目瞭然で、診療で気になった点などもリウマチノートを通じて近藤先生に確認できます」（森須医師）

山脇整形外科医院院長の山脇医師も、リウマチノートの使いやすさを称賛する。

「病院とかかりつけ医の間で患者情報を電子的なネットワークを通じて共有し連携する方法もありますが、実際の診療現場では、パソコンを使ってネットワークにアクセスし、患者情報を確認するのは意外に手間がかかります。その点、リウマチノートは開くだけで病状の変化をすぐに把握できる。とても、すぐれたツールです」（山脇医師）

【資料2】

リウマチノート

リウマチの経過											
受診日 (治療)											
ステロイド											
抗リウマチ剤											
消炎鎮痛剤											
生物製剤											
その他											
(所見、検査)											
CRP											
血沈(mm/h)											
圧痛関節数											
腫脹関節数											
VAS(mm)											
DAS28											
mHAQ											
その他											
コメント											
関節レントゲン											
胸部レントゲン											
病院名											
担当医サイン											

出典：近藤先生提供資料

スムーズな連携に欠かせない
メディカルスタッフたちの貢献

近藤医師は、かかりつけ医のために関節リウマチを学んでもらう場の設定も手がけている。

「浜田医療圏内のかかりつけの先生方にお声がけし、年2回ほど『リウマチネット勉強会』（以下、勉強会）を開催しています。

新しい薬剤の紹介のほか、MTXの使い方、レントゲン画像の見方、関節の診療の仕方といった実際の診療に役立つテーマで勉強しており、毎回、多くの先生方がたいへん熱心に参加してくださっています」（近藤医師）

「私も勉強会には3回ほど出席していますが、非常に有意義ですね。関節リウマチの診療ガイドラインが変更された際には、勉強会で近藤先生がポイントを説明してくださったので助かりました。新しい生物学的製剤が登場したときも、近藤先生がご自身の経験を踏まえて使用上の注意点を詳しく指導してくださり、安心

して使うことができます」（森須医師）

ここまで、連携がスムーズに行われているのは近藤医師によるところが大きいと紹介してきたが、近藤医師は、HMCのメディカルスタッフの貢献があったからこそ話す。「私が指示をしていないにもかかわらず、関節リウマチの治療では正しい服薬が特に重要であるとして、診療後に看護師が処方せんを見ながら患者さんに服薬のポイントを教えてくれています。加えて薬剤師も手を挙げてくれ、たとえば、私が薬剤について患者さんに説明した後、パンフレットなどを使いながら、あらためて詳しく指導してくれるようになりました。

さらに、メディカルスタッフたちは、逆紹介先が決まった際、当該の医療機関と連絡を取って応需予定の薬局のリウマチ治療薬の在庫確保を依頼したり、私が不在時に患者さんからかかってきた電話にに対し、内容によっては、かかりつけの先生の受診を促すなど、連携をスムーズに

進める原動力となっています」（近藤医師）

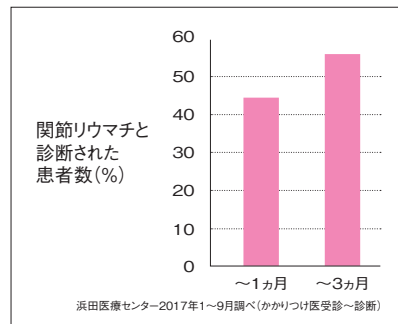
連携で早期診断が可能に
重篤な感染症も予防する

この病診連携が始まってから10数年が経過した。この間、連携によって浜田医療圏における関節リウマチ診療は大きな進歩を遂げている。「浜田医療圏の中でも浜田市内では、8割のかかりつけの先生方と連携するようになりました。当初、『より多くの関節リウマチ患者を診る』との目標を立てたのですが、2015年から2018年にかけて病診連携率が55%から71%に上がった結果、診療コマ数は変わらないのに患者数が1.45倍に増えており、目標を達成できたと言えます」（近藤医師）

連携は、近藤医師が予想もなかった効果ももたらす。HMCにおいては、早期に関節リウマチの診断がつけられることがわかったのだ。「HMCでは、関節リウマチ発症後、診断までに要した期間が1ヵ月未満の症例は44%、1ヵ月以上3ヵ月未満が56%に達しました（【資料3】）。関節リウマチでは、発症から3ヵ月以内が早期とされているので、全例

【資料3】

発症後にHMCで
診断されるまでの期間



出典：「臨床リウマチ」31,195-203,2019

が早期診断できているわけです。

浜田医療圏は高齢化率が高く、かかりつけ医に定期的に通院している方が多いうえ、病診連携によって、かかりつけ医が関節リウマチを診る機会が多く、慣れています。よって関節リウマチ患者を見出しやすく、早期にHMCへ紹介してくださるからでしょう」(近藤医師)

さらに連携は、患者が治療を受ける中での安全性をも高めている。「重篤な感染症を発症する割合を調べたところ、HMCだけで診療している患者さんの場合は6.7%なのに対し、連携している患者さんでは0.7%と低い数字でした(【資料4】)。普段から患者さんと接する機会の多いかかりつけの先生方のほうが感染症を早く発見でき、重症化を防げるからだと思います」(近藤医師)

通院の足が限られる地方でも高齢者の専門医受診の機会を

この病診連携に関し現状を踏まえた課題について尋ねたところ、お三方からは共通して超高齢社会が訪れた地域ならではの指摘がなされた。「地方では、鉄道やバスが都市部ほど発達していないため、マイカー通院の患者さんが多数います。HMCの関節リウマチの患者さんも例外ではなく、マイカーで通院している方が多く、しかも65歳以上がそのうちの7割近くを占めます。5年後、10年後に自分で車を運転して通院するのが難しくなる患者さんが続出するのは明白で、そうした患者さんが、定期的に専門医を受診できる体制を整備していかなければなりません」(近藤医師)

「私も近藤先生と同じで、高齢の方に対して専門的な治療をどう継続して提供していくかが課題になると思

【資料4】

病診連携の安全性

	連携あり (n=144)	連携なし (n=60)	p value
重篤な感染症	1人 (0.7%)	4人 (6.7%)	p<0.01
(内訳)	細菌性肺炎	蜂窩織炎、細菌性肺炎、感染性腸炎、蜂窩織炎→化膿性関節炎	
感染症以外	12人 (8.3%)	7人 (12%)	
(内訳)	整形外科疾患 5人 (骨折、人工関節置換術等)	2人 (関節形成術、筋肉内血腫)	n.s.
	循環器疾患 2人 (狭心症、心筋梗塞)	0人	
	消化器疾患 2人 (イレウス、鼠径ヘルニア)	0人	
	腎尿路系疾患 1人 (尿路結石)	2人 (尿路結石、腎アミロイドーシス)	
	眼科疾患 1人 (白内障)	1人 (白内障)	
	悪性疾患 1人 (肺がん)	2人 (胃がん、MTX-LPD)	

(T-Test)

出典：「臨床リウマチ」31,195-203, 2019

います」(山脇医師)

「高齢者は内科系疾患が多いので、年齢が上がるにつれて内科の治療が優先され、整形外科を離れて内科でリウマチ治療を受ける方が少なからずいます。

けれども、関節リウマチにおいては、人工関節を入れたり、手指の拘縮を持っている患者さんにはリハビリテーションが必要。したがって、できるだけ整形外科を受診してもらえよう工夫を考えていくべきです」(森須医師)

まずは第一歩を踏み出し軌道修正をしながら前進を

今後、関節リウマチ診療をいっそう進化させるには、何が求められるのだろうか。

「現在の連携は、病診連携が中心ですが、患者さんの高齢化が今以上に進めば、在宅医療に移行する方も増えていくでしょう。そうなれば、訪問看護師や訪問リハビリテーションのスタッフ、薬局薬剤師にも連携の輪に入ってもらうとともに、勉強会に参加いただく必要性も高まると考えます」(近藤医師)

森須医師と山脇医師は、ともに普

及が進む生物学的製剤について言及する。

「整形外科では、生物学的製剤の点滴薬への対応が難しい診療所が少なくありません。自己注射や皮下注の薬剤であれば特に設備を要せず、使いやすいので、そうしたタイプの生物学的製剤が増えることを期待しています」(森須医師)

「今は比較的、若年の患者さんに生物学的製剤を使用するケースが多いのですが、増えていく高齢の患者さんにも積極的に生物学的製剤を導入できるように勉強を重ねる重要性を感じます」(山脇医師)

リウマチ専門医の不足に悩む地域は数多くあり、今回紹介した浜田医療圏での取り組みは、他の地域でも大いに参考になるだろう。最後に連携の立ち上げを主導した近藤医師に先駆者としてアドバイスを求めた。「どのような連携も、頭の中でいくら考えて実行に移したところで、現実には思いどおりに運ばないことばかり。ですから、連携の大まかな枠組みだけをつくって運用を始め、不都合が生じたらその都度、軌道修正していけば良いのではないのでしょうか。まずは、第一歩を踏み出してください」(近藤医師)

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



田辺三菱製薬

Medical View Point

診療サポート情報

▶ 『Medical Network』コラム、先行配信のご案内



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

▶ 『医療行政“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.53 中医協分科会、短期滞在手術等基本料は実態を踏まえ見直しを

No.52 「外来機能報告制度」、年内の取りまとめに向けて制度設計の議論開始

No.51 骨太方針2021、医療分野は「感染症への対応」と「社会保障改革」を2本柱に

No.50 高齢者への新型コロナワクチン、全自治体の9割超が7月末までに接種終了

No.49 新設の「地域医療体制確保加算」、勤務医の負担軽減効果は不十分

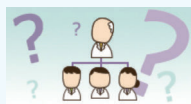
No.48 「重症度、医療・看護必要度」などの経過措置、今年9月末まで再延長

No.47 2020年度上半期医療費は5.2%減の20.5兆円、新型コロナの影響大きく

No.46 外来機能の明確化・連携の推進に向けて、新たな報告制度を導入

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



CASE9

地域包括ケアにおける薬薬連携を考える

実効性の高い連携をどう構築する？

CASE8

人材確保② — 広報媒体としてホームページを最大限に活用する

アピールポイントをどう発信する？

CASE7

人材確保 — 薬剤部の魅力をどう伝えるか？

ミスマッチを防ぎ、求める人材をどう集めるか？

▶ 『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

検索