

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—

## 2022年度診療報酬改定の Q&Aを理解して対応する

新設された診療報酬・加算についての設問多数  
今後も追加の事務連絡はつづく見込み

**めざせ!!メディカルエグゼクティブ** ..... P6

リバタリアン・パターンリズムでより良い選択を

### Network

**茨城県日立市** ..... P8

関係機関等が一体となり“オール日立”で  
CKD重症化予防の取り組みを推進する。

**岩手県盛岡市** ..... P12

病診が連携して新規透析導入を防ぐために  
「盛岡CKD病診連携診療情報提供書」を策定。

## 2022年度診療報酬改定の Q&Aを理解して対応する

**新設された診療報酬・加算についての設問多数  
今後追加の事務連絡はつづく見込み**

厚生労働省は2022年3月31日、都道府県などに対し、2022年度診療報酬改定（以下、2022年度改定）の「疑義解釈資料（その1）」の事務連絡を行いました。その後、6月22日までに計14回の疑義解釈資料（その1～14）の事務連絡が行われています。同改定における個々の診療報酬を理解するには一連の疑義解釈資料でとり上げられたQ&Aをフォローすることが必要です。そこで今回は、疑義解釈資料（その1～14）のうち、一般性がある特におきたいQ&Aについて「外来・在宅編」「入院・横断的事項編」の2つに分けて解説します。

いて対面診療を行った場合の初診料の算定は、どのように考えればよいか」との問いに対し、「初診料288点のみを算定すること」と回答しています。

〈外来・在宅編②〉

### 機能強化加算： ホームページへの掲示も要件

「機能強化加算」については、かかりつけ医機能をより明確にするかたちで見直されました。同加算の施設基準は、「地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること」との趣旨で見直しが行われています。

これに関して「その1」のQ&Aを見ると、『「ホームページ等に掲示する等の取組を行っていること」とは具体的にどのようなことを指すのか」との質問に対して、以下のとおり回答しています：

例えば、

- 当該保険医療機関のホームページへの掲載
- 自治体、地域医師会等のホームページまたは広報誌への掲載
- 医療機能情報提供制度等への掲載等が該当する。

〈外来・在宅編③〉

### リフィル処方箋： 複数の薬剤では分ける場合も

2022年度改定において「リフィル処方箋」（反復利用できる処方箋）が導入されました。

交付の仕方に関して「その1」のQ&Aでは、「1）リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合、2）リフィル処方により

しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する」とありますが、その251点がオンライン診療の初診の点数に該当します。

なお、初診料に関して疑義解釈資料（その1）（以下、「その1」）のQ&Aでは、「情報通信機器を用いた初診を行った結果、続けて対面診療を行う必要があると判断し、患者に来院して対面診療を受けるよう指示し、同日に当該保険医療機関にお

〈外来・在宅編①〉

### オンライン初診： 同日の対面初診は288点のみ

まず、外来に関する疑義解釈資料のQ&Aから見ていきましょう（【資料】）。

2022年度改定で、一定の要件のもと、初診からのオンライン診療が可能となりました。診療報酬点数表での初診料（288点）の「注1」においては、ただし書きとして「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

2種類以上の医薬品を投薬する場合であって、それぞれの医薬品に係るリフィル処方箋の1回の使用による投薬期間が異なる場合またはリフィル処方箋の使用回数の上限が異なる場合」という2つのケースいずれにおいても、「処方箋を分ける必要がある」としています。

#### 〈外来・在宅編④〉

### 外来感染対策向上加算： “取組事項”の掲示が必要

2022年度改定では、新型コロナウイルス感染症も含めた感染症対策として新たな報酬上の評価が行われており、そのひとつが「外来感染対策向上加算」（6点、患者ひとりにつき月1回）です。現時点で、感染対策向上加算を届け出ることができない医療機関においては、算定を視野に入れて検討をする必要があるでしょう。

また、「感染対策向上加算」は従前の「感染防止対策加算」の名称があらためられたものですが、要件の見直しも行われ、2区分（感染防止対策加算1・2）から3区分（感染対策向上加算1・2・3）になるとともに、「指導強化加算」（加算1の医療機関）、「連携強化加算」、「サーベイランス強化加算」が新設されています。

外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算の施設基準に関する「その1」のQ&Aのひとつとして『「院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること」とされていることについて、『具体的にはどのような事項について掲示すればよいか』という問いがあり、下記のとおり回答しています：

以下の内容について掲示すること。

- 院内感染対策に係る基本的な考え

方

- 院内感染対策に係る組織体制、業務内容
- 抗菌薬適正使用のための方策
- 他の医療機関等との連携体制

#### 〈外来・在宅編⑤〉

### 連携強化診療情報提供料： 診療録への記録が求められる

2022年度改定では、かかりつけ医等と専門家の連携を推進するための報酬上の評価が、さまざまになされています。

一環として、従前の「診療情報提供料（Ⅲ）」の名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、算定要件も、たとえば前者では対象患者として生活習慣病や妊娠中の人たちを想定していましたが、後者では、難病（疑い含む）、てんかん（疑い含む）の患者も対象となりました。

また、「当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合」、前者（生活習慣病の患者など）では患者ひとりにつき「3月に1回」に限り算定できるとされていたのが、後者では「月に1回」になるなど、算定上限回数が変更されています。

連携強化診療情報提供料の算定要件のひとつとして「当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ」とあることに関して「その1」のQ&Aを見ると、『「他の保険医療機関からの求め」については必ず文書で得る必要があるか」との問いに対して、「必ずしも文書で得る必要はないが、他の保険医療機関からの求めがあったことを診療録に記載すること（文書で得た場合は当該文書を診療録に添付することで差し支えない。）」と回答しています。

#### 〈入院・横断的事項編①〉

### 急性期充実体制加算： 薬局との関係に注意が必要

次に、主として病院を対象とした入院に関するQ&Aについて見ていきましょう（【資料】）。

2022年度改定では、新型コロナウイルス感染症対策において大きな役割を果たしたことも踏まえ、手術や救急医療など高度で専門的な医療、高度急性期医療を提供する体制に対する評価として「急性期充実体制加算」が新設されました。

その施設基準は、大学病院クラスであればクリアできる要件が多いと考えられます。ただし、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと」という項目には注意が必要です。「その1」のQ&Aでは、この項目が「具体的にはどのようなことを指すのか」との問いに対し、次のとおり回答しています：

調剤点数表の特別調剤基本料における考え方と同様である。具体的には次の1）から4）までのいずれにも該当しない場合を指す。

- 1) 保険医療機関が当該保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合
- 2) 保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を当該保険薬局が利用して開局している場合
- 3) 保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している場合
- 4) 当該保険薬局が保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局している場合

これまで中央社会保険医療協議会でも、いわゆる「敷地内薬局」が問

【資料】2022年度診療報酬改定の「疑義解釈資料(その1～14)」におけるQ&A一覧

〈外来・在宅編〉				
Q&Aの基となる診療報酬等の項目*1	Q&Aの件数	掲載されている疑義解釈資料		
		資料名*2	ページ*3	
初診料(情報通信機器を用いた場合)	1	その1	医-1	
連携強化診療情報提供料	1	その1	医-45	
電子的保健医療情報活用加算	3	その1	医-11	
電子的保健医療情報活用加算	1	その7	医-1	
電子的保健医療情報活用加算	1	その12	医-3	
生活習慣病管理料	1	その1	医-44	
成育連携支援加算	2	その1	医-35	
成育連携支援加算	1	その6	医-2	
診療情報提供料(I)	1	その1	医-45	
小児科外来診療料	1	その1	医-40	
初診料、外来診療料	5	その1	医-1	
外来腫瘍化学療法診療料	11	その1	医-41	
外来腫瘍化学療法診療料	3	その3	医-2	
外来腫瘍化学療法診療料	1	その14	医-1	
外来在宅共同指導料	1	その1	医-49	
外来管理加算	1	その1	医-11	
外来感染対策向上加算、感染対策向上加算	24	その1	医-3	
外来感染対策向上加算、感染対策向上加算	1	その4	医-1	
外来感染対策向上加算、感染対策向上加算	3	その6	医-1	
外来感染対策向上加算、感染対策向上加算	4	その10	医-1	
外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料	1	その1	医-39	
外来栄養食事指導料	6	その1	医-38	
リフィル処方	2	その1	医-66	
サーベイランス強化加算(外来感染対策向上加算、感染対策向上加算)	1	その8	医-1	
こころの連携指導料(I)	3	その1	医-44	
機能強化加算	1	その1	医-2	
アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	2	その1	医-40	
在宅療養支援病院	1	その1	医-46	
在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料	7	その1	医-46	
外来在宅共同指導料	1	その1	医-49	
訪問看護指示料	1	その1	医-49	
一般不妊治療管理料	12	その1	不妊-1	
生殖補助医療管理料	27	その1	不妊-4	
〈入院・横断的事項〉				
療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料	1	その1	医-14	
療養病棟入院基本料	4	その1	医-13	
入退院支援加算	1	その1	医-27	
入院栄養管理体制加算	4	その1	医-15	
特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度	3	その1	医-27	
特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度	1	その12	医-2	
特定集中治療室管理料	1	その1	医-29	
特定集中治療室管理料	1	その8	医-2	
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	3	その1	医-37	
地域包括ケア病棟入院料	1	その1	医-36	
地域包括ケア病棟入院料	1	その7	医-1	
短期滞在手術等基本料	1	その1	医-37	
短期滞在手術等基本料	2	その7	医-4	
早期離床・リハビリテーション加算	4	その1	医-29	
早期離床・リハビリテーション加算	1	その6	医-2	

出典：厚生労働省「令和4年度診療報酬改定について」第3 関係法令等【事務連絡】(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\_00037.html)をもとに作成

題視され、議論がつづけられているだけに、多くの病院関係者は前述のQ&Aの趣旨を知っておくべきでしょう。

〈入院・横断的事項編②〉

**医師事務作業補助体制加算1：他施設の勤務経験の通算不可**

昨今、行われている各種調査で、医師の負担軽減に医師事務作業補助者の配置が有効であるとの報告がなされています。

そこで2022年度改定では、「医師事務作業補助体制加算(1、2)」

が引き上げられるとともに、同加算1の施設基準が見直されました。具体的には、従前の要件が削除され、その代わりに「当該保険医療機関における3年以上の勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること」という要件が設けられました。

この「3年以上の勤務経験」に関し、「その1」のQ&Aでは、「1)他の保険医療機関での勤務経験を通算することは可能か、2)雇用形態(常勤・非常勤等)にかかわらず勤務経験を通算することは可能か、

との問いに対し、「1)不可」、「2)可能」と回答しています。

〈入院・横断的事項編③〉

**オンライン会議システム：研修についても可能に**

いわゆる「働き方改革」だけでなく新型コロナウイルス感染症対策の意味も含め、2022年度改定では多くの診療報酬に関するカンファレンス／会議についてオンラインによる方法(ビデオ通話可能な機器を用いた方法)が容認されています。しかし、研修についてはオンラインによ



早期栄養介入管理加算	4	その1	医-31
早期栄養介入管理加算	1	その8	医-3
早期栄養介入管理加算	2	その12	医-1
術後疼痛管理チーム加算	2	その1	医-26
術後疼痛管理チーム加算	1	その3	医-1
術後疼痛管理チーム加算	2	その7	医-1
術後疼痛管理チーム加算	1	その8	医-2
重症患者搬送加算	5	その1	医-47
重症患者対応体制強化加算	11	その1	医-32
重症患者初期支援充実加算	3	その1	医-23
周術期薬剤管理加算	2	その1	医-65
周術期栄養管理実施加算	10	その1	医-60
周術期栄養管理実施加算	1	その8	医-4
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料	1	その1	医-28
救命救急入院料、特定集中治療室管理料	1	その1	医-27
救命救急入院料、特定集中治療室管理料	1	その6	医-2
救命救急入院料	1	その1	医-28
急性期充実体制加算	11	その1	医-16
急性期充実体制加算	1	その10	医-2
看護補助体制充実加算	2	その1	医-15
看護補助体制充実加算	1	その7	医-2
看護補助体制充実加算	1	その8	医-3
回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	2	その7	医-4
回復期リハビリテーション病棟入院料	1	その1	医-35
回復期リハビリテーション病棟入院料	1	その8	医-2

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	4	その1	医-12
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	2	その7	医-3
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	1	その12	医-1
医師事務作業補助体制加算	3	その1	医-20
医師事務作業補助体制加算	1	その14	医-1
依存症入院医療管理加算	1	その1	医-21
DPC対象病院の基準について	1	その1	DPC-1
DPC対象患者について	16	その1	DPC-1
診断群分類区分の適用の考え方について(DPC)	41	その1	DPC-3
診療報酬の算定について(DPC)	6	その1	DPC-11
医療機関別係数について(DPC)	10	その1	DPC-12
診断群分類点数表等により算定される診療報酬について(DPC)	29	その1	DPC-14
特定入院料の取扱いについて(DPC)	6	その1	DPC-18
入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて(DPC)	4	その1	DPC-19
同一傷病での再入院の取扱いについて(DPC)	9	その1	DPC-20
退院時処方取扱いについて(DPC)	8	その1	DPC-22
対診・他医療機関受診の取扱いについて(DPC)	9	その1	DPC-24
データ提出加算について(DPC)	2	その1	DPC-26
診療報酬の調整について(DPC)	10	その1	DPC-27
令和4年度改定に係る経過措置について(DPC)	5	その1	DPC-29
診療報酬明細書関連について(DPC)	12	その1	DPC-30
横断的事項(カンファレンス等の実施)	1	その1	医-66
横断的事項(オンライン会議システムやe-learning形式等を活用)	1	その1	医-67

\*1：多くの医療機関が関わることになるQ&Aを選択・掲載  
 \*2：各資料の事務連絡の日付は「その1」が令和4年3月31日、「その3」が4月11日、「その4」が4月13日、「その6」が4月21日、「その7」が4月28日、「その8」が5月13日、「その10」が6月1日、「その12」が6月7日、「その14」が6月22日  
 \*3：ページが複数にわたる場合は最初のページを記載  
 太字=本記事で取り上げたもの

る方法が可能なのか必ずしも明確ではありませんでした。

これについて、「その1」のQ&Aでは、横断的事項として「オンライン会議システムやe-learning形式等を活用し、研修を実施することは可能か」との質問に対し、「可能」と回答したうえで、オンライン会議システムを活用して研修を実施する場合の留意点として以下の例を挙げています。

#### ○出席状況の確認(例)

- 受講生は原則として、カメラをオンにし、講義中、事務局がランダムな時間でスクリーンショットを

実施し、出席状況を確認すること。

- 講義中、講師等がランダムにキーワードを表示し、受講生に研修終了後等にキーワードを事務局に提出させること。

#### ○双方向コミュニケーション・演習方法(例)

- 受講生からの質問等については、チャットシステムや音声発信を活用すること。
- ブレイクアウトルーム機能を活用してグループごとに演習を実施後、全体の場に戻って受講生に検討内容を発表させること。

#### ○理解度の確認(例)

- 確認テストを実施し、課題を提出させること。

### 今後も発出が見込まれる 疑義解釈資料に注目を

2020年度診療報酬改定では、新型コロナウイルス感染症関連のQ&Aを含む疑義解釈資料の事務連絡が頻繁に行われ、次期改定までの2年間で、その数は100回を超えました。2022年度改定においても、同様の傾向が表れています。それだけに、今後も疑義解釈資料の事務連絡に注目する必要があるでしょう。

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13回

## リバタリアン・パターナリズムでより良い選択を

### CASE



内科医のA先生は、糖尿病患者のBさんに対し、新しい作用機序を持つ治療薬への切り替えを提案しています。治験の結果や論文などを読んで、Bさんの症状には新薬による治療が最適だと判断したからです。しかし、Bさんからは薬剤の変更には難色を示されてしまいました。A先生は、Bさんをどのように説得すればいいのか悩んでいます。

#### 対極にある考え方を合体!

治療方針を決めるような場面で注目されている思想に「リバタリアン・パターナリズム」があります。この用語を構成するひとつ「パターナリズム」は、強い立場の者が、弱い立場の者の利益のためだとして、本人の意志は問わずに介入することを表します。たとえば「黙って自分の言うとおりの治療を受ければいい」と言い放つ医師のような態度です。

もうひとつの「リバタリアン」はまったく逆で、自由主義者を指す言葉です。患者に治療の選択肢を提示するのみで、「あとは自分で決めてください」と告げるような医師が当てはまります。

このように、対極にある2つの言葉を重ね合わせてつくられたのが、リバタリアン・パターナリズムで、基本的には相手の選択の自由を尊重しつつ、必要に応じて介入し、より良い結果へ導こうとする思想です。

#### バランスの取れた姿勢が有効

考えられる選択肢を示し、患者に決定を委ねるリバタリアンの姿勢は、一見、患者の意思尊重が求められる現代の医療に向いているように見えるかもしれませんが、ところが、多くの選択肢を並べても患者の混乱を招くのみで終わるおそれがあります。コロンビア大学教授のシーナ・アイエンガー氏が、6種類と24種類のジャムをそろえた売り場の売れ行きを調査したところ、前者では30%の客が購入したのに対し、後者で購入したのはたったの3%でした<sup>[1]</sup>。単に選択肢が多いだけでは、人間は決断できない傾向にあるわけです。

一方、パターナリズムは、日本語で「父権主義」と訳されるように古臭いイメージを持つ方もいるかもしれません。しかし、医療のプロフェッショナルとして、エビデンスにもとづいた治療を患者にすすめる場面では、必要な態度とも言えます。医師と患者の間にお

いて適切な権威勾配 (⇒STUDY①) が保てるなら、最善の治療へと患者を導ける可能性があります。

これらを総合すると、リバタリアンとパターナリズムのバランスを取ったリバタリアン・パターナリズムは、患者に接する際に有効な思想のひとつだと言えます。

### 「バイアス」の存在に注意すべし

ところで、先に示した「CASE」では、A先生がエビデンスを示しているにもかかわらず、Bさんからは治療薬変更に色好い返事してもらえていません。これは、医療者と患者双方が「バイアス」にとらわれている結果であると認識すべきでしょう。医療者は「正しい情報を伝えれば、患者は合理的な意思決定ができるはず」とのバイアスを持ちやすい一方で、患者は「今の方法を変えると損失を被るのでは」とのバイアスを抱きがちです。したがって、まずA先生は、Bさんが完全に合理

的な判断をくだすのは難しいと理解しなければなりません。

そうした前提のもとで、エビデンスだけでなく、Bさんの価値観や個人的・社会的な背景の情報も得たうえで適切な選択肢を示し、より良い治療方法を探るリバタリアン・パターナリズムにもとづいた態度で接することが望ましいでしょう。

なお、患者に適切な選択肢を示すにあたっては、フレーミング効果 (⇒STUDY②) のようなコミュニケーション方法を意識して利用するのも、ひとつの手です。

### NEXT STEP

A先生が権威勾配に気をつけつつ、Bさんが話しやすい雰囲気づくりに努めたところ、Bさんが新しい治療薬の費用に不安を抱いていることを聞き出しました。そこでA先生は、Bさんの金銭的負担も考慮した治療の選択肢を提示しようと模索を始めています。

#### STUDY①

##### 権威勾配

権威勾配がきつい



副操縦士が意見を伝えられない

権威勾配が適正



コミュニケーションが良好

権威勾配が緩い



緊張感が薄れてしまう

力の強い者と弱い者の間の力関係の差。たとえば、飛行機の操縦席で機長と副操縦士の権威勾配が強すぎると、副操縦士が萎縮して意見を言えなくなり、事故を招くおそれがある。一方、権威勾配が緩すぎると緊張感が薄れてしまう可能性がある。

#### STUDY②

##### フレーミング効果

本質が同じものでも、表現によって印象や意思決定が変わる心理作用のこと。医療での応用として、B・J・マクニール氏らの研究が知られる。同氏らが、被験者を2グループに分け、がん治療で手術と放射線治療のどちらを選択するのかを尋ねた実験では、「手術後1ヵ月の生存率は90%」と生存率を伝えられたグループで手術を選んだ者が84%に達したのに対し、「手術後1ヵ月の死亡率は10%」と死亡率を伝えられたグループでは手術を選んだ者は50%にとどまった<sup>[2]</sup>。

このように意味する内容が同じでも、情報のどこに“フレーム”を当てはめて伝えるかによって受け手の反応は変化する。医師からの伝え方次第で、患者をより望ましい治療へと導ける可能性があると言える。

#### RECOMMENDED BOOK

・『MBA的医療経営』 著：角田圭雄／発行：幻冬舎 ・『戦略的医療マネジメント』 編集：角田圭雄／発行：中外医学社

[1]Sheena Sethi: Choice and Its Discontents: A New Look at the Role of Choice in Intrinsic Motivation, Stanford University, 1997

[2]B. J. McNeil, S. G. Pauker, H. C. Sox Jr, A. Tversky: On the Elicitation of Preference for Alternative Therapies, New England Journal of Medicine 306 (21): 1259-62, 1982

取材日：2022年4月19日



## 関係機関等が一体となり“オール日立”でCKD重症化予防の取り組みを推進する。

### Point of View

- ①かかりつけ医が中心を担うCKD重症化予防のための連携システムを、医師会が主導して専門医や行政と協働のうえ構築した
- ②医師会が、医師会報に「CKD通信」を設けるなどして、かかりつけ医に対しCKDや連携システムの認知度アップを図る
- ③CKD対策推進委員会と薬剤師会が連携して、お薬手帳の表紙に貼付する「CKDシール」を作成。その結果、薬局薬剤師の疑義照会がスムーズになった

やまがた内科医院院長／  
CKD対策推進委員会委員長／  
日立市医師会理事

山形 文子先生

株式会社日立製作所日立総合病院  
腎臓内科主任医長／  
腎臓病・生活習慣病センター長

植田 敦志先生

株式会社高里代表取締役／  
よつば薬局／  
日立薬剤師会副会長

野口 晃史先生

日立市保健福祉部  
健康づくり推進課  
課長

高橋 くに江氏

### 医師会主導で専門医と かかりつけ医の連携が実現

茨城県日立市では“オール日立”を掲げ、医師会と専門医、行政などが一丸となって慢性腎臓病（CKD）の重症化予防に取り組み、成果をあげている。最初に立ち上げたのが、2018年から運用されている「CKD病診連携システム」（以下、CKD連携システム）だ。腎臓専門医が少ない中でCKDの重症化を予防するには、病診連携が必須であるとして日立市医師会に設けられた「CKD対策推進委員会」（以下、推進委員会）によって構築された。

推進委員会が医師会に設置される

までの経緯について、同委員会委員長で日立市医師会副会長（取材時）の山形先生が解説する。「以前から日立市では人工透析患者の増加に対して強い危機感を持っており、日立総合病院がかかりつけ医を対象にCKDに関する勉強会を開催していました。

しかし当時、日立市内には腎臓専門医が少なかったため、なかなか腎臓専門医への紹介ができず、地域において十分なCKD対策が行われているとは言えませ

んでした」（山形先生）

そうした中、2013年、日立総合病院に腎臓内科主任医長として植田先生が赴任した。

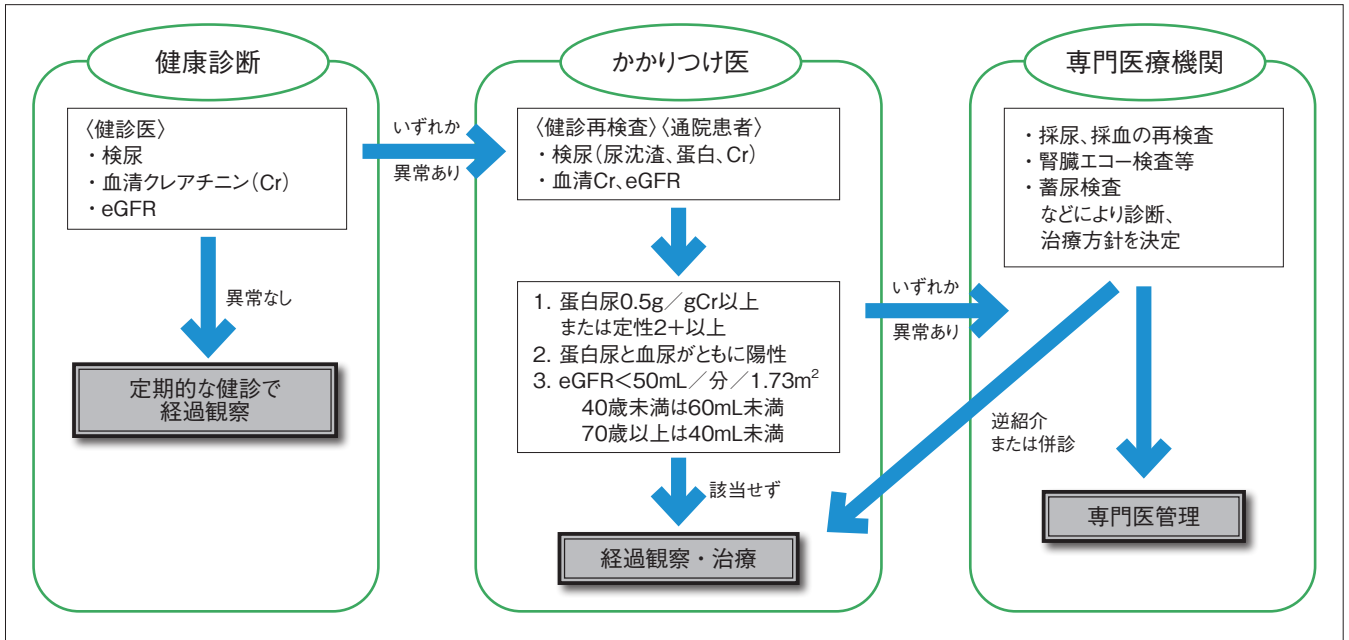
「植田先生と以前よりご尽力いただいている塚原常道先生（日鉦記念病



左から野口先生、山形先生、植田先生、高橋氏



CKD病診連携の流れ



出典：植田先生提供資料

院腎臓内科)の2人の腎臓専門医には日立市のCKD対策における良き相談相手となっていただけました。そして2017年1月、医師会の中に推進委員会を設置し、CKD連携システムの構築に向けて、日立市・医師会・腎臓専門医で一体となって準備を開始しました(山形先生)

CKD連携システム構築の機運を高めた植田先生が補足する。「腎臓専門医が少ない日立市のCKD重症化予防には、かかりつけ医が中心となったCKD連携システムがきわめて有効だと考え、微力ながらお手伝いをするにしました。

日立市のCKD連携システムの最大の特徴は、医師会主導で構築が進められた点です。多くの連携体制は大学病院など基幹病院の専門医からかかりつけ医に指示されてきます。それでは、かかりつけの先生方の協力は得難く、うまく運用できていないケースが目立ちます。そこで、私

は医師会の活動を支える役割に徹することが重要であると考えました(植田先生)

推進委員会には、山形先生、植田先生を含む腎臓専門医2名、糖尿病専門医1名、かかりつけ医から内科3名、外科1名、さらに行政からも保健師2名が参加。そして、2018年1月にCKD連携システムが稼働を始めた。

「患者」、「かかりつけ医」、「腎臓専門医」の連絡方法

CKD連携システムの具体的な運用の流れ(【資料1】)を、植田先生が紹介してくれた。

「特定健診などの健診結果で、検尿、血清クレアチニン、eGFRのいずれかに異常があれば、日立市保健福祉部健康づくり推進課が患者さんにかかりつけ医の受診を促します。そして、かかりつけの先生方が再検査を

行い、定められた基準に該当したならば、専門医に紹介していただきます(植田先生)

患者の紹介を受けた専門医は、より精密な検査を行って診断をくださほか、専門医療機関ならではの多職種と協働した患者指導を実施する。「診療の内容としては、看護師が生活状況の確認や生活指導、臨床検査技師が蓄尿・血液検査などの結果の説明、管理栄養士が食事の評価をしたうえでの栄養指導、理学療法士が運動指導を行います。

連携のあり方は、患者さんの状況により、『かかりつけ医に戻す』、『かかりつけ医と専門医による2人主治医制で診る』、『専門医のみが診る』の3パターンの中から診療体制を決めます(植田先生)

CKD連携システム上で運用されている「CKD連携用文書」は全部で3種類ある。ひとつめは、かかりつけ医が患者に渡す「かかりつけ医

患者説明用」。

「患者さんが理由をわからないまま専門医を受診した場合は、患者さんの理解が追いつかず、診療や指導が円滑にいきません。そこで、かかりつけの先生が事前に患者さんに対してCKDであることを説明しやすい文書を用意しました」（植田先生）

2つめは、かかりつけ医から専門医へ送る「専門医への診療情報提供書」だ。かかりつけ医が紹介しやすいよう工夫が凝らされている。

「チェックボックスにチェックを入れるだけの簡便な形式です。ご多忙なかかりつけの先生方が、できるだけ簡単に専門医に紹介できるようにしました」（植田先生）

3つめは、専門医が患者をかかりつけ医に戻す際に送る「かかりつけ医連絡書」である。この連絡書についても、かかりつけ医への配慮がなされている。

「たとえば患者さんをお戻しする場合、どの検査を何ヵ月おきに行うべきか、どのような検査結果になったら再び専門医に紹介すべきかといった基準などを明記し、かかりつけの先生方が診療に迷われないような連絡書になっています」（植田先生）

## 運用して2年間で 着実に成果をあげる

つづけてCKD連携システムの運用実績についても、植田先生が報告する。

「2018年3月から2020年5月までにCKD連携システムを利用した患者さんは225名でした。このうち、日立総合病院を受診した186名に関しては、専門医の診療後、終診となったのは61%で、そのうちのほとんどの患者さんを紹介元のかかりつけの先生に戻しています。

【資料2】

CKDシール



eGFR60(mL/分/1.73m<sup>2</sup>)未満または蛋白尿やアルブミン尿が見られる患者のお薬手帳の表紙に貼付する。医師に限らず、薬剤師や健診にたずさわるスタッフなど、医療従事者であれば誰でも貼れるルールとなっている。そのため、CKDシールを貼る際に医療従事者が患者へ説明するための手引きも用意されている

出典：植田先生提供資料

一方、引きつづき専門医が診療にかかわる37%の患者さんのうち、2人主治医制に移行したのは73%、専門医だけが診るのは27%でした。専門医とかかりつけの先生方が、適切な役割分担をして診療の継続が行われるようになった結果を表していると考えています」（植田先生）

CKD連携システムが着実に成果をあげている様子が見て取れるが、専門医の介入により患者の病状が改善する傾向も明らかになった。「紹介で当院を受診した患者さんにおいて『受診1年前』、『受診半年前』、『当院受診時』、『最新』のeGFRの値を経時的に見たところ、専門医の介入によりeGFRの低下がゆるやかになりました。さらにeGFRがある一定の値より高い患者さんでは、専門医の介入によって統計的に有意な差をもってeGFRが改善されるとの結果が得られています<sup>[1]</sup>。CKDは症状が悪化する一方だと思われがちですが、専門医が介入して運動療法や食事療法などを行えばeGFRを改善できる可能性があります。

かかりつけ医と専門医が連携し患者さんを専門医の受診につなげることは、CKD重症化予防はもちろん腎機能の改善の点からも、たいへん重要であると言えます」（植田先生）

## 月1回の医師会の会報に 「CKD通信」を設ける

CKD連携システムの好調な運用の陰には、医師会の努力がある。

「CKD連携システムの稼働開始前の約10ヵ月間に、CKD連携パスを使用するためのレクチャーや、CKD対策における行政の取り組みの説明会、CKDの疾患勉強会などを計4回開催しました」（山形先生）

さらに、かかりつけ医の理解を深めるため、より地道な取り組みもしている。

「当医師会では会報を毎月発行し、情報発信に力を入れています。その中に『CKD通信』のコーナーを設け、推進委員会のメンバーが交代で記事を執筆し、現在までに20回となりました」（山形先生）

## 薬剤師会と協働して 「CKDシール」を作成

CKD連携システムの稼働開始から約1年たった2019年、推進委員会は次の一手を打つ。CKDのような腎機能が低下した患者では、服用に注意が求められる薬剤が多くある。そこで薬剤師会と協働し、お薬手帳の表紙に貼付する「CKDシール」

〔資料2〕を作成したのだ。

CKDシール導入の効果に関しては薬剤師の立場から、日立薬剤師会副会長で、よつば薬局の野口先生が話す。

「CKDシール導入後、薬剤師会ではCKDの患者さんに対して服用に注意を要する薬剤が処方されている場合に疑義照会をする際の専用ファクスシートを作成しました。

処方には先生方それぞれに患者さん個々の事情を反映したお考えがあるので、薬剤師にとっては疑義照会がしづらい部分がありました。しかし、CKDシールと専用ファクスシートにより、その患者さんがCKDであるとの認識を医師と共通して持てるようになったため、疑義照会がしやすくなりました。

将来的にはCKDシール導入が及ぼした疑義照会における効果についてデータを蓄積し、学会で発表したいと考えています」（野口先生）

### 行政と医師会が強く結ばれ連携システムでも結果を出す

ここで推進委員会のメンバーの一人である行政の話聞いてみよう。日立市保健福祉部健康づくり推進課課長の高橋氏は、日立市で長年にわたって醸成されてきた医師会との連携関係に、大いに助けられていると言う。

「日立市は、医師会が行政の声を傾けてくださるので、行政にたずさわるとしては非常に恵まれていると感じています」（高橋氏）

その良好な関係を反映し、行政では医師会と連携のうえ、CKDのハイリスク者に対する保健指導に注力している。

「特定健診では約8%の確率でCKDのハイリスク者が見つかります。そ

うした市民の方々に、個別訪問や電話による保健指導を行い、まずは確実にかかりつけ医を受診するように促しています」（高橋氏）

実は、こうした保健指導自体は、CKD連携システム導入以前から実施していたものの、必ずしも望ましい結果には結びついていなかったようだ。

「CKD連携システム導入以前は、ハイリスク者に説明して、なんとか受診につなげても、かかりつけの先生方の対応がさまざま受療の継続や生活習慣病の改善に結びつかない方が見られていました。

しかし、CKD連携システム導入によって、ハイリスク者にかかりつけ医を受診してもらえれば、その先はCKD連携システムのルートに乗り、必要により専門医の受診にまでつながるようになったのでCKD対策が大きく前進しました」（高橋氏）

### 日立市のモデルを他の地域へ波及させることも視野に

最後に、今後について思うところを聞いた。植田先生は日立市での課題を話すとともに、他の地域へも思いをはせる。

「日立市においては、糖尿病や高血圧、心筋梗塞を知らない市民はまいませんが、それに比べてCKDの認知度はまだまだ低いと痛感しています。市民の認知度向上が大きな宿題でしょう。

また、日立市周辺には専門医のいない地域が多いので、今後はそうした地域に日立市の連携モデルをなんらかのかたちで波及させ、CKD重症化予防を推し進めていけないかと考えています」（植田先生）

植田先生の指摘した課題を聞き、野口先生が口を開く。

「市民への働きかけは、薬局薬剤師が担える仕事のひとつでしょう。薬局にはさまざまな医療機関から多くの患者さんが集まってきます。その環境を生かし、『CKD』という言葉と認識、さらにCKDシールの持つ役割を患者さんに広めていきたいと思います」（野口先生）

高橋氏も行政として市民のCKDの認知度向上を重視する。

「市の広報紙や行政放送などを通じて、市民の方々へのCKDの周知により力を入れます。

また、なかなか受診につながらない方に対する保健指導のスキルアップにも努めたいと思います。ハイリスク者への確実な保健指導はタイミングが重要で、たとえば、健診の結果を受け取った直後をねらって保健指導を実施するなどの工夫を強化していきたいですね」（高橋氏）

山形先生は、CKD対策のさらなる推進には、かかりつけ医とやはり市民の意識を変えていかねばならないと言う。

「かかりつけ医が、受診勧奨を受けて来院した患者さんに限らず、普段の診療の中でも採血検査や検尿を実施するなどしてCKD患者を拾い上げてくれれば、CKD対策でもっとも重要な早期発見・早期治療につながります。

また、行政は市の広報紙で年に1回、CKD特集を組み、新規の透析患者の数値なども掲載しています。こうした情報に定期的・継続的に触れれば市民の関心も高まるはず。

このように医療従事者と市民の皆さんの双方の意識が変わっていけばより良いCKD対策が望めるでしょう」（山形先生）

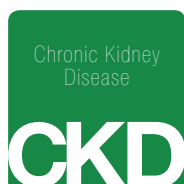
“オール日立”のメンバーに市民も加わり、日立市のCKD対策はさらに加速していきそうだ。



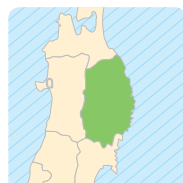
取材日：2022年5月18日



糖尿病



慢性腎臓病



岩手県盛岡市

## 病診が連携して新規透析導入を防ぐために 「盛岡CKD病診連携診療情報提供書」を策定。

### Point of View

- ① 医師会の糖尿病対策委員会が新規透析導入の予防のためには病診連携が必要だと判断し、腎臓専門医の協力を得て「盛岡CKD病診連携診療情報提供書」を策定
- ② 診療情報提供書にはCKDヒートマップの紹介基準に照らし合わせて当該部分にチェックするシンプルな様式を導入し、紹介のハードルを低くした
- ③ 診療情報提供書に患者を「自院で診療」、「併診する」、「腎臓専門医に一任」など、今後の治療に関してかかりつけ医が要望を伝えられる欄を設けることで病診間のスムーズな意思疎通が可能に

医療法人糖友会  
金子胃腸科内科院長／  
盛岡市内科医会顧問

金子 博純先生

かねこ内科クリニック院長／  
盛岡市医師会糖尿病対策委員会  
委員長

金子 能人先生

岩手医科大学  
内科学講座腎・高血圧内科分野  
教授

旭 浩一先生

岩手県立中央病院  
腎臓・リウマチ科  
科長

中屋 来哉先生

### 医師会での意識調査の結果 病診連携の必要を確信

厚生労働省が2016年に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定するなど、糖尿病性腎症重症化予防（以下、重症化予防）が国全体として大きな課題となる中、盛岡市医師会においては2021年、糖尿病対策委員会が中心となり「盛岡CKD病診連携診療情報提供書」（以下、診療情報提供書）を策定、病診連携を構築して重症化予防を推し進めるべく動き出した。

診療情報提供書のつくられるきっかけを語るのには、糖尿病対策委員会の委員長を務める、かねこ内科クリ

ニック院長の金子能人先生（以下、能人先生）だ。

「糖尿病性腎症が進行した結果、末期腎不全となってしまった患者さんが、新規透析導入症例の多数を占めている現状があります。これを食い止めるため、糖尿病対策委員会では、まず医師会員の意識を知ろうと糖尿病性腎症に関するアンケートを主に内科医を対象に実施しました」（能人先生）

アンケートの結果は、能人先生にとって衝撃的なものだった。

「そもそも、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの存

在を知らない会員が36%に上りました。また、腎機能の状態を表す指標であるeGFRを『測定していない』とする回答も18%ありました（【資料1】）」（能人先生）

さらに驚くべきは、尿中微量アル

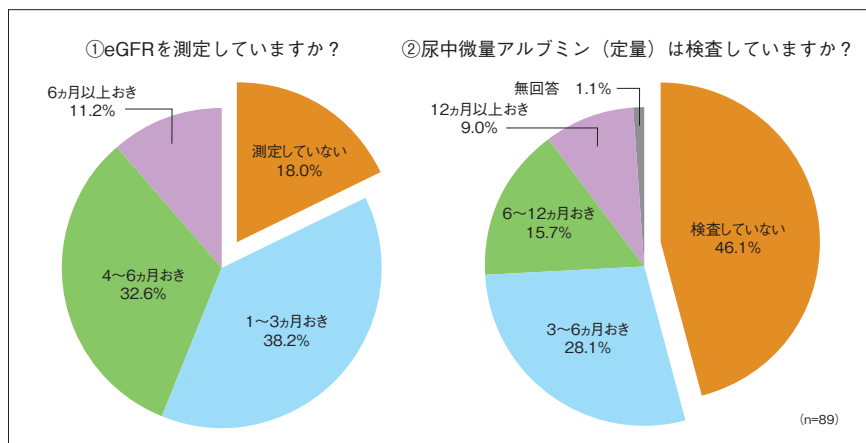


左から金子能人先生、金子博純先生、旭先生、中屋先生



【資料1】

アンケートの回答



出典：盛岡市医師会糖尿病対策委員会提供資料

ブミン検査に関する実態だった。「尿中微量アルブミン（定量）検査は、糖尿病性腎症のリスクが高まり始めた患者さんを拾い上げるのに非常に有効です。ところが、約46%もの回答が『検査していない』でした（【資料1】）」（能人先生）

アンケートの結果から、かかりつけ医による糖尿病性腎症患者の早期発見が十分に行われていないと認識した能人先生は、次の行動に移る。「病診連携の構築によって、かかりつけ医の意識改革を図るとともに、糖尿病性腎症の早期から病診がともに介入できるようにする必要がありますと考えました。そこで、糖尿病対策委員会では、病診連携の基盤となる診療情報提供書を策定することにしたのです」（能人先生）

金子胃腸科内科院長の金子博純先生（以下、博純先生）は当時、盛岡市内科医会の会長で、診療情報提供書の実現に尽力したひとりである。「盛岡市を含む岩手県は腎臓専門医が少ない地域です。このため、病診連携がさかんとは言い難く、糖尿病性腎症が進行しているにもかかわらず、かかりつけ医が診ているケース

が少なくありません。

こうした環境下では、いかに、かかりつけ医から腎臓専門医へ患者さんをつなげるかが重症化予防の第一歩です。したがって、糖尿病対策委員会では、腎臓専門医のいる岩手医科大学附属病院（以下、岩手医大病院）と岩手県立中央病院（以下、県立中央病院）に病診連携構築とツールになる診療情報提供書についてご相談をし、2021年1月には2つの病院とかかりつけ医の間で、診療情報提供書を活用した連携が始まりました」（博純先生）

紹介側が今後の治療方針の希望を伝えられる欄を設置

診療情報提供書には、さまざまな工夫が施されている（【資料2】）。そのひとつが、記載の簡便さだ。「診療情報提供書は、日本腎臓学会が作成した、かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関へ患者さんを紹介する際の基準をベースにしています。

具体的には、血清クレアチニン、eGFR、尿蛋白（定性、定量）、尿

中微量アルブミン（定量）、尿潜血（定性）の検査を行って、結果を記載。さらに、それらの結果をCKDヒートマップの紹介基準に照らし合わせ、どの段階での紹介なのか分かる欄にチェックをすれば、ほぼ完成するシンプルな様式とし、かかりつけ医の負担を軽減しました」（博純先生）

そして最大の特徴は、診療情報提供書の下部にあるチェックボックスだという。

「腎臓専門医に対し、かかりつけ医が紹介後に希望する診療方針を『自院で診療する』、『定期的な併診をする』、『腎臓専門医に一任する』などの中から選べるチェックボックスを設けました」（博純先生）

患者の紹介後の診療方針の希望を表明できる診療情報提供書は確かに珍しく、かかりつけ医にとってはうれしい設計だろう。しかも紹介を受ける腎臓専門医にも好評だそうだ。

医師会と病診連携を構築した岩手医科大学腎・高血圧内科（附属病院／内丸メディカルセンター）教授の旭先生は次のように話す。

「かかりつけの先生のご意向を確認できるチェックボックスは、この診療情報提供書の肝でしょう。

スムーズな病診連携を行ううえでもっとも大切なのはコミュニケーションですが、お互いの考えがわからず、誤解が生じてしまうケースが多々あります。このチェックボックスによって、かかりつけ医の方が希望される方針が一目でわかるようになったので、こちらも専門医としての見解を伝えやすくなりました」（旭先生）

同じく病診連携構築にたずさわった患者の紹介先となった県立中央病院の腎臓・リウマチ科科長の中屋先生も旭先生に賛同を示す。

盛岡CKD病診連携診療情報提供書

盛岡CKD病診連携 診療情報提供書

紹介先  
 岩手医科大学 腎・高血圧内科 紹介元 診療科名  
 岩手医科大学 腎臓科 電話番号  
 岩手県立中央病院 腎臓・リウマチ科 紹介元 年 月 日 記入日

患者氏名 性別 生年月日 S・M 年 月 日 (年齢 歳)

【紹介目的 (複数可)】  CKD 尿毒症の鑑別  今後の治療方針  療養指導 (生活・食事)  その他 ( )

【既往歴及び家族歴】  
 既往歴:  高血圧症  糖尿病  脂質異常症  高尿酸血症  脳梗塞  脳出血  虚血性心疾患  脳血管障害  下肢静脈血栓症  その他 ( )  
 現病:  腎臓病あり  透析あり  その他 ( )

【検査結果】 (年 月 日) わからぬ範囲で  
 血清クレアチニン ( mg/dl ) ( eGFR (ml/1.73 m<sup>2</sup>/分) )  
 尿蛋白 (定量) ( - 半 1+ 2+ 3+ )  
 尿蛋白 (定性) ( - /GPO )  
 尿アルブミン (定量) ( mg/dl )  
 尿アルブミン (定性) ( - 半 1+ 2+ 3+ )

CKD ヒートマップ 紹介基準を参考にCKDステージを確認し、表中の該当箇所にチェック☑する

検査項目	CKD ヒートマップ 紹介基準		
	A1	A2	A3
尿蛋白 (定量)	≥30	30-299	≥300
尿蛋白 (定性)	≥1+	≥2+	≥3+
尿アルブミン (定量)	≥30	30-299	≥300
尿アルブミン (定性)	≥1+	≥2+	≥3+

【今後の治療の希望】  
 可能な限り CKD の評価・治療終了  
 全面的に腎臓専門医に一任する  
 その他 ( )

【現在の処方】 処方箋の写し

検査の結果をCKDヒートマップの紹介基準に照らし合わせ、当該部分にチェックを入れる

若年者では医療機関を日本腎臓学会

【今後の治療の希望】  
 可能な限り CKD の評価・治療終了  
 全面的に腎臓専門医に一任する  
 その他 ( )

【現在の処方】 処方箋の写し

下部に設けられた「今後の治療の希望」チェックボックス。腎臓専門医に対し、かかりつけ医が紹介後の患者の治療方針について自らの希望を伝えられる

診療情報提供書の特徴である「今後の治療の希望」チェックボックスの傾向に関しては次のように言う。「併診を希望されるかかりつけの先生が約6割です。しかし、そうしたご希望をいただいた場合でも、かかりつけの先生に診療をお願いするケースが多くあります。

患者さんを診察した結果、その時点で治療方針を転換する必要があると判断する症例は少数だからです。かかりつけの先生方が、普段からしっかり患者さんを診てくださっている証左でしょう」(旭先生)

以前よりかなり早期に患者が紹介されるようになった

県立中央病院でも、診療情報提供書の運用は順調に進んでいる。「診療情報提供書の使用を開始して以降、コンスタントに患者さんの紹介を受けています。紹介患者の約7割がステージG3aもしくはbで、以前より、かなり早期に紹介してもらえるようになった印象を持っています」(中屋先生)

「今後の治療の希望」チェックボックスについては、岩手医大病院と同様の傾向が見られるという。「当院でも併診を希望されるかかりつけ医の方が約7割を占めており、我々に一任するとの回答は2割ほどです。現時点では透析導入リスクの高くない患者さんが多く、かかりつけの先生にお返しする患者さんが多いです」(中屋先生)

中屋先生が、紹介患者へ最初に行うのは薬剤性の腎障害の有無の確認で、該当する患者が非常に多いそうだ。さらに、原疾患の追究に重きを置いているが、これに関しては、かかりつけ医へ要望があると話す。「原疾患を見つけるには腎生検が欠

出典：盛岡市医師会糖尿病対策委員会提供資料

「私も、このチェックボックスはたいへん良いと思います。たとえば、かかりつけの先生が『患者さんに戻してほしい』とのご意向であっても病状次第ではお戻しするのが難しいケースがあります。こうした場合でも事前にご意向がわかっていたら、お返しできない理由を丁寧に説明する準備ができるのでとても助かっています」(中屋先生)

確実に診療情報提供書の利用件数は増えていく

気になるのは、診療情報提供書の運用状況。岩手医大病院での実績を旭先生に紹介してもらった。「2021年1月に診療情報提供書の運用が始まってからの1年間で当院に紹介された患者さんは21名です。私は、この数は少なくないと思っ

ています。なぜなら、こうした病診連携のシステムは、公式な広報のほかに口コミの効果も加えて数年がかりで広がっていくもの。そう考えれば、人口約300,000人の盛岡市において初年で21名の実績は決して悪くないからです。これから、確実に診療情報提供書の利用件数は増えていくでしょう」(旭先生)

かかりつけ医の中には診療情報提供書の利用が増えると専門医が困るのではないかと心配する向きもあるかもしれないが、旭先生は「大丈夫です」と話す。「紹介患者に対して我々が行うのはトリアージであり、すべての患者さんが専門医のもとにとどまることはなく過剰な負担は生じていません。ぜひ、かかりつけの先生方には気軽に診療情報提供書を使って相談していただきたいですね」(旭先生)

かせません。実は、腎生検の適応基準は診療情報提供書の紹介基準とは異なり、たとえば『1日0.5g以上の蛋白尿がある』、『血尿がある』といったガイドラインが設けられています。腎臓専門医として欲を言えば、検査結果を見て腎生検の適応患者も紹介してほしいところです」(中屋先生)

### 新規の紹介元は増えているが より認知度が上がる啓発を

運用開始から1年数ヵ月。各先生に診療情報提供書の成果や課題などを聞いた。口火を切ってくれたのは博純先生だ。

「早期の患者さんの紹介が確実に増えている手応えを感じていますが、実際の運用実績は把握できていません。きちんとしたデータを連携にかかわっている医師の皆さんにフィードバックしていかなければならないと思っています」(博純先生)

実体験を踏まえて能人先生が期待を述べる。

「病状が進行した患者さんを紹介した際、薬剤の処方についてなどたいへん有用なアドバイスを腎臓専門医の方からいただき、非常に勉強になりました。早期の患者さんについても積極的にご紹介すれば、同様にすぐれたサジェスチョンをいただけ、より良い疾患管理ができるようになるでしょう」(能人先生)

これまでを振り返り、紹介基準について旭先生が言う。

「当院に紹介された患者さんを診ていると、かかりつけの先生方には、どうやらステージG3bが紹介基準としてインプットされている印象を受けました。しかし、CKDヒートマップをご覧いただければ明らかなように、G1、G2、G3aなどの早期の

ステージで腎機能が保たれていたとしても、尿蛋白やアルブミン尿の程度によっては紹介基準に抵触するので、その点を意識していただきたいと思います。

なお、尿蛋白やアルブミン尿の状況を知るには検尿をしっかりとやっていただく必要がありますが、検尿を徹底すれば、先ほど中屋先生がお話ししていた腎生検をすべきかどうかのスクリーニング機能を兼ねるようになり、確実に進行を抑制できる腎疾患患者を見出せる可能性を高められるはずです」(旭先生)

中屋先生は、紹介してくれるかかりつけ医が増えた点を高く評価すると同時に、それゆえにかかりつけ医の認知度アップが重要だと語る。

「診療情報提供書ができて以降、初めて患者さんを紹介して下さるかかりつけの先生が増えています。診療情報提供書の意義は非常に高いと言えるでしょう。

また、今年2月に市内で開催されたかかりつけ医対象の講演会で診療情報提供書を案内したところ、すぐに患者さんを紹介してくれた先生がいらっしゃいました。診療の結果、薬剤性の腎障害がわかり服薬の中止により病状を改善できました。このような事例もあるので、かかりつけの先生方への啓発活動が大切だと思います」(中屋先生)

### 医療機関の連携だけでなく 今後は行政との連携も

先生方は、それぞれの立場から引きつづき重症化予防に意欲的に取り組んでいくようだ。

「診療情報提供書によって、病診連携の基本的なスキームはおおむね完成したと考えています。これからは自治体との連携を推進すべきでし

う。ですから、重症化予防が必要な患者さんを拾い上げるには、医療の連携だけでなく、保健行政との連携が必須である点をしっかり意見表明していくつもりです」(旭先生)

「患者さんが高齢だから透析は行わないだろうと推測し、あえて腎臓専門医に紹介しないかかりつけの先生がいらっしゃるように感じます。現在の透析導入の平均年齢は71歳に達しており、80歳代、90歳代で透析導入する方も珍しくないですし、何より専門医の介入によって透析導入を抑制できるケースも多くあります。そこで、高齢であっても一度は我々に紹介していただけるよう、かかりつけの先生方に働きかけていきたいと思っています」(中屋先生)

「腎機能の低下は、透析導入につながるのみならず、肝疾患、心筋梗塞や脳卒中の発症原因にもなります。無症状で検尿にだけ所見が出ている段階でも介入するのは医療者として当然であり、そのためのツールとして診療情報提供書をもっと活用し重症化予防に貢献したいですね」(博純先生)

「腎臓専門医が少ない当地域では腎臓病療養指導士などの専門性の高いメディカルスタッフの育成が重要です。私が育成にかかわっている『いわて糖尿病療養指導士(CDEいわて)』は、現在400名ほどの有資格者がいるのですが、臨床現場で彼らと連携すれば、効果的な重症化予防や透析導入予防ができると発想し、今年度の勉強会からはCKDや重症化予防プログラムに関する内容を盛り込んでいます」(能人先生)

診療情報提供書が着実に地域に浸透している様子を肌で実感できた取材だった。重症化予防において新たな一歩を踏み出した盛岡市に今後も注目していきたい。



# 選択肢をつくる。 希望をつくる。

なんでも選べるこの時代に、  
まだ選択肢が足りない世界があります。  
そこでは、たったひとつの選択肢が生まれることが、  
たくさんの希望につながります。  
だから、田辺三菱製薬はつくります。

病と向き合うすべての人に、希望ある選択肢を。

この国でいちばん長く培ってきた  
薬づくりの力を生かして、  
さまざまな分野で、挑みつづけていきます。  
そこに待っている人がいるかぎり。



田辺三菱製薬

<https://www.mt-pharma.co.jp/>

