



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—

大きな利点と可能性を持つ
電子処方箋の運用がスタート

医療の質向上や医療安全につながる可能性を視野に
医療DXの柱のひとつとしてとらえて早期の導入を

《EXTRA》

新たな診療報酬で看護職員等の
処遇改善や医療DXの推進を

めざせ!!メディカルエグゼクティブ P8

人生100年時代のキャリアマネジメント

Network

福井県 P10

eGFR見える化ソフト「VGFR」も活用し
「福井式」の腎症重症化予防を進める。

大きな利点と可能性を持つ 電子処方箋の運用がスタート

**医療の質向上や医療安全につながる可能性を視野に
医療DXの柱のひとつとしてとらえて早期の導入を**

質の高い医療サービスの提供、医療の効率化などを主な目的として、厚生労働省（以下、厚労省）が強力で推進しようとしている

医療DX（デジタルトランスフォーメーション）。その柱のひとつである

電子処方箋の運用が、2023年1月から始まります。

電子処方箋は、オンライン資格確認等システムを基盤として処方箋のデータを電子的にやり取りする仕組みで、薬剤の情報をリアルタイムで共有できるほか、重複投薬などの自動チェックも可能です。今回は、電子処方箋の

概要とメリット、いち早く導入するためのポイントなどを紹介します。

ます。また、2023年3月末でオンライン資格確認等システムを導入している医療機関・薬局の7割程度において、2024年3月末で同9割程度で電子処方箋を運用するとの中間目標が設けられています。

患者の同意がなくても 重複投与等を自動チェック

電子処方箋の対象となるのは院外処方、院内処方は対象外です。また、2022年度診療報酬改定で制度化されたリフィル処方や医師の判断による分割調剤も電子処方箋の対象外となり、紙の処方箋を交付します。

電子処方箋は、オンライン資格確認等システムが基盤となっているため、マイナンバーカードを健康保険証（以下、マイナ保険証）として使っている患者は、顔認証付きカードリーダーで本人確認をする際に、①過去の「お薬情報」をその医療機関に提供することへの可否、②電子処方箋と紙の処方箋のどちらにするか——を選択します。一方、健康保険証を持参した患者は、受付あるいは診察時に電子処方箋と紙の処方箋のどちらかを選択・申告します。患者の選択により、医療機関側が取れる対応には【資料2】のような違いがあります。

マイナ保険証の患者について、医療機関では、前述①の同意にもとづき、直近を含む過去3年間の複数の医療機関における処方情報、薬局での調剤情報が得られます。

その際、医療安全の観点から重複投薬・併用禁忌に関して自動チェックがかけられ、アラートが出るようになっていきます。電子カルテ等に入力された新たに処方・調剤される薬剤の成分情報と、過去100日以内に処方・調剤された薬剤の成分情報を突

オンライン資格確認が 電子処方箋の導入の前提

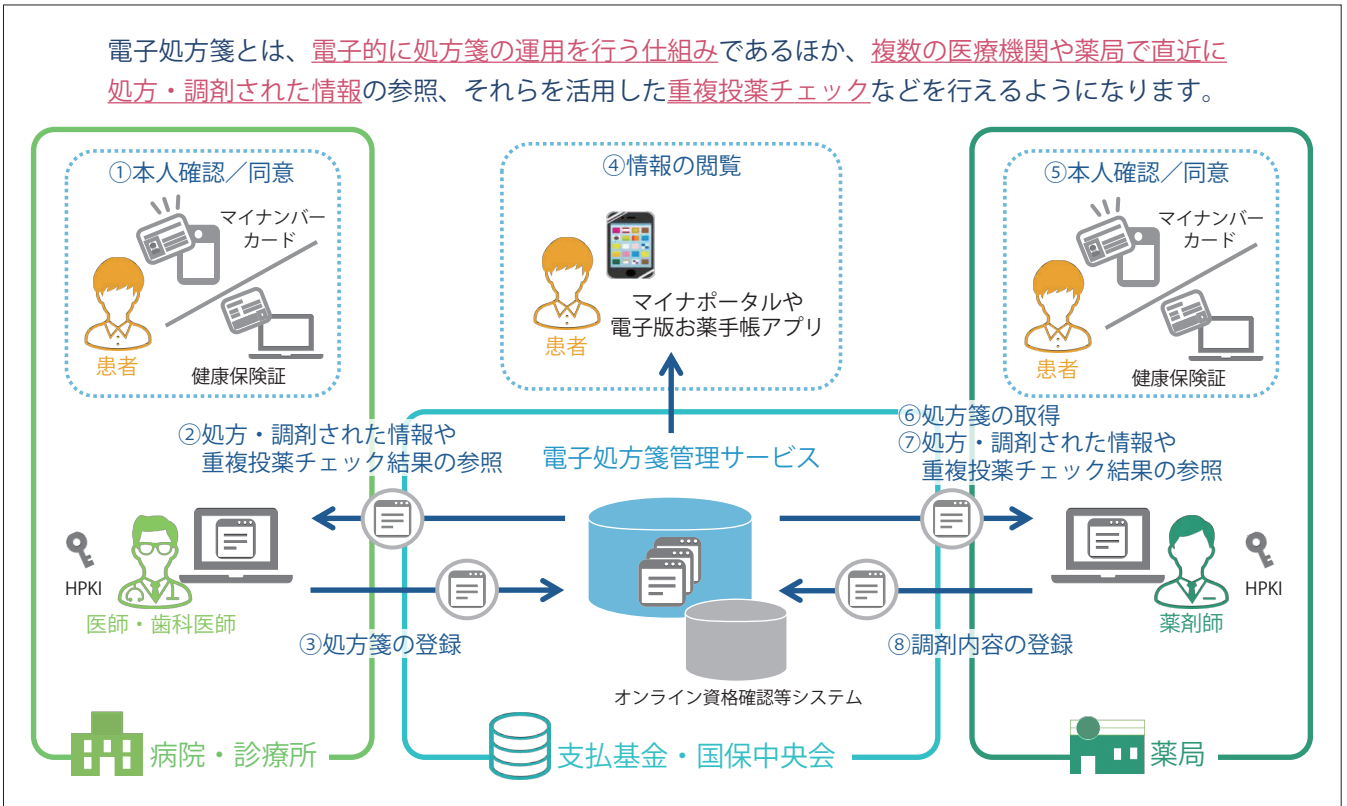
電子処方箋は、社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険中央会が運営しているオンライン資格確認等システムの一部として設けられた「電子処方箋管理サービス」のもとで始まります。電子処方箋により、これまで紙でやり取りされていた処方箋の情報が電子的に運用されるようになります（【資料1】）。

そのような背景があるため、医療機関・薬局が電子処方箋を導入するには、オンライン資格確認を運用し

ていることが要件となります。もちろん、オンライン資格確認と電子処方箋の同時導入は不可能ではありませんが、時間的・実務的に可能かについては、システム事業者（ベンダー）とよく相談すべきでしょう。なお、2023年4月からはオンライン資格確認の運用が原則として義務化されることにも留意してください。

電子処方箋の普及の目標に関しては、政府が2022年6月7日、「2025年3月をめざしてオンライン資格確認を導入した概ねすべての医療機関及び薬局での電子処方箋システムの導入を支援する」と閣議決定してい

【資料1】電子処方箋とは



出典：厚生労働省「電子処方箋概要案内【病院・診療所】」1.1版(2022年7月5日)3ページ(<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000961325.pdf>)

き合わせ、同一投与経路、同一成分の重複または併用禁忌がないか、自動的にチェックが行われるのです。たとえば、新たに処方するつもりで電子カルテ等に入力した薬剤と、他院で処方され調剤済みとなっている薬剤が併用禁忌であれば、それぞれの薬剤名が表示されます。

前述①の同意がないマイナ保険証の患者や健康保険証の患者においても、医療安全の観点から重複投薬・併用禁忌に関して自動チェックがかかるようになっています。ただし、新たに処方・調剤する薬剤の中で、どれが重複／禁忌ありと判定されたのかはわかるものの、患者の同意がないため、過去のどの薬剤が重複／禁忌に当たるのかは表示されません。そこで、医師が患者にこれまで処方されてきた薬剤について、あらためて質問をするといった対応が求

められます。

電子処方箋で自動チェックの対象となるのは保険適用の医薬品のみであり、また、服用期間が判定不可能な医薬品（外用薬や頓服薬など）は一律14日間が仮の服用期間とされます。医師は、そうした限界があるこ

とも踏まえて診察・処方をする必要があります。

電子処方箋の患者には処方内容の「控え」を提供

前述した手順を踏んで医師が処方

【資料2】電子処方箋導入後の受付方法ごとの業務

受付方法		医師・歯科医師、薬剤師の業務
マイナンバーカード	同意あり	<ul style="list-style-type: none"> 任意のタイミングで過去のお薬情報を参照可。 重複投薬等チェックを行い、過去のどのお薬が重複・併用禁忌に該当するかまで確認可。
	同意なし	<ul style="list-style-type: none"> 過去のお薬の情報は参照不可。 同意がなくても重複投薬等チェックを行うが、過去のどのお薬が重複・併用禁忌に該当するかまで確認不可。
健康保険証		

出典：厚生労働省「利用申請開始！はじめよう、電子処方箋～準備作業から利用方法を解説！～【医療機関・薬局の皆さまへ】」(2022年10月17日)20ページ(https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/docs/online_setumeikai_2.pdf)

した後、医療機関では処方箋情報を電子ファイルとして「電子処方箋管理サービス」に登録します。

電子処方箋を選択した患者に対しては、当面の間、紙の処方箋がないことによる混乱を避けるため、6桁の数字のみの引換番号が記載された「処方内容（控え）」を出します。控えは紙での提供が想定されていますが、患者の希望があればメールなどを使って提供しても差し支えないとされています。

一方、紙の処方箋を選択した患者については、基本的に従前と同じ対応で良いのですが、処方箋には引換番号を印字して発行します。

そして、患者が薬局に行った際の流れは次のとおりです。

マイナ保険証を利用する患者は、薬局の顔認証付きカードリーダーを使って、過去の「お薬情報」の提供についての同意の可否、薬局に提出

する処方箋の種類（電子、紙）を選択します。電子処方箋の患者は、これで処方箋情報が薬局に伝えられますが、電子処方箋が複数あるときは「全て」（一括）か「個別」かを選びます。紙の処方箋の患者は、従来どおり薬局の窓口紙の処方箋を提出します。

健康保険証を持参して電子処方箋を選択した患者は、医療機関から渡された「処方内容（控え）」に記載されている引換番号を薬局の窓口紙の処方箋を選択した患者は、従来どおり薬局の窓口紙の処方箋を提出します。

薬局では、患者とのやり取りや医師に疑義照会をした内容を紙の処方箋に記入することがありますが、電子処方箋にも備考欄があり、自由に記載できるようになっています。また、記載内容を登録すれば医師側でも閲覧できるので、情報のフィード

バックが可能となり、情報共有の進展が期待できます。

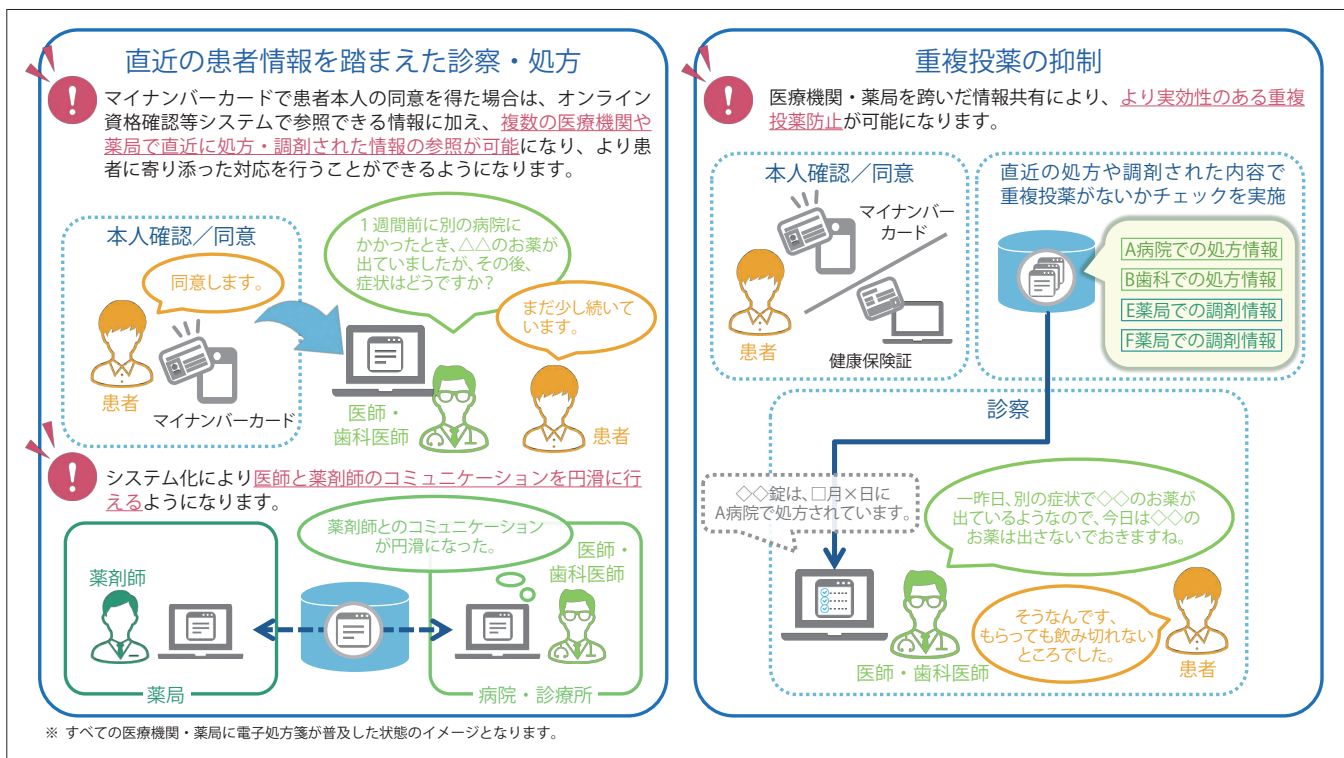
電子処方箋の活用で生じるさまざまなメリット

これまでにご紹介した電子処方箋がもたらすメリットをまとめてみましょう（【資料3】）。

まず、患者の同意の有無にかかわらず、すべてのケースにおいて重複投薬・併用禁忌について自動チェックがかかります。

また、マイナ保険証を使用し、同意を得ている患者では、過去（直近から3年分）の薬剤情報を参照できます。この結果、重複投与などが確認できるだけでなく、より適切な処方につながるなど、患者に寄り添った医療の提供が可能になります。まさに、電子処方箋の導入によって行われる一連の行為が、医療安全、医

【資料3】病院・診療所のできるようになること



出典：厚生労働省「電子処方箋概要案内【病院・診療所】」1.1版(2022年7月5日)4ページ(<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000961325.pdf>)

療の質向上に貢献するのです。

電子処方箋の導入に向けて 4つのステップで準備を

電子処方箋を2022年度中に導入した場合に限り、高い補助率が適用されます(後述)。その意味でも電子処方箋の早期導入が望まれます。

厚労省では電子処方箋の導入までを、①準備開始、②システム事業者へ発注、③導入・運用準備／運用開始、④補助金の申請——という4つのステップに分けたうえで、各ステップでの作業内容を例示しています(【資料4】)。

最初のステップは、電子署名を行うためのHPKI(公開鍵基盤)カードの発行の申請です。医師、歯科医師、薬剤師によって申請先が異なるので、不明な点があれば職能団体に問い合わせましょう。

あわせて、システム事業者に見積を依頼し、その内容が納得できるものであれば発注します。

ちなみに、全国で22万施設以上あ

る医療機関・薬局のうち、オンライン資格確認を開始している施設は3割程度です(2022年10月9日現在)。オンライン資格確認に加えて、電子処方箋導入の作業の需要が集中すると、システム事業者が十分に対応できず、電子処方箋の導入が遅れるおそれもあります。ですから、システム事業者と早めに接触しておくことをおすすめします。

補助内容は施設類型で区分 運用開始後に補助金を申請

厚労省が発表した4ステップで示されているように、補助金の申請は電子処方箋の運用後となります。また、電子処方箋を導入する際の補助は、①大規模病院(200床以上)、②大規模以外の病院、③大型チェーン薬局、④診療所・薬局(大型チェーン以外)——の4つに区分され、それぞれで内容が定められています。

実際に補助金の申請ができるのは2023年2月以降で、条件や具体的な手続き方法は未定です(2022年10月

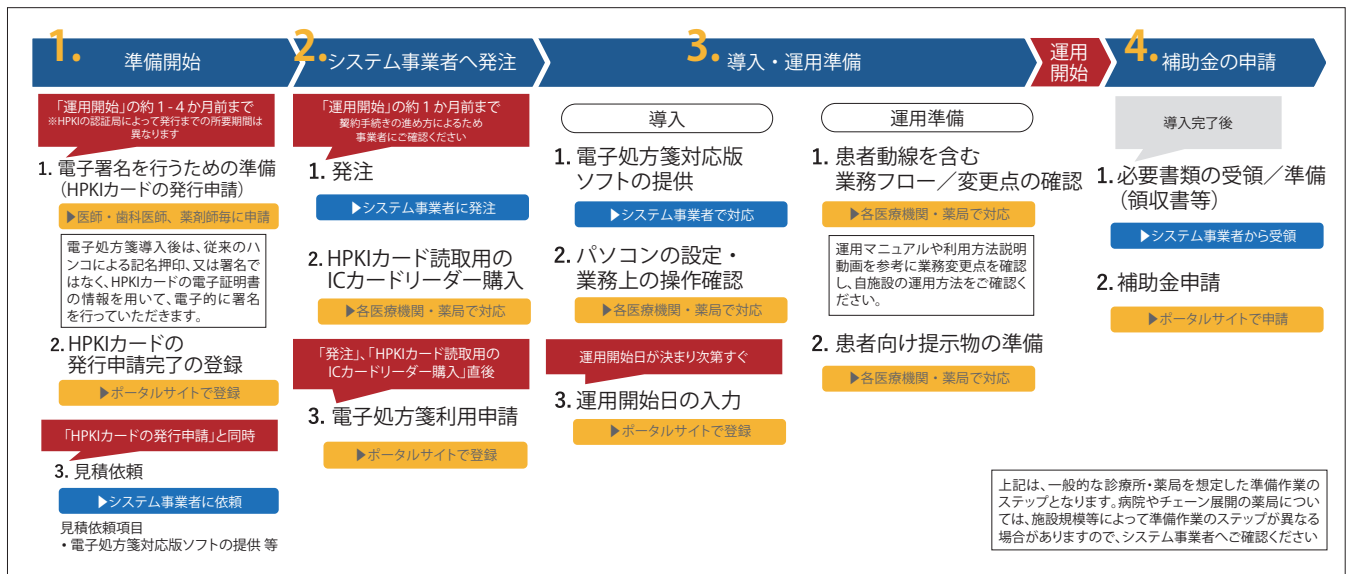
現在)。それらの情報は、「医療機関等向けポータルサイト」(<https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp>)などで公表予定です。

オンライン診療との連携を想定 早めの電子処方箋導入を

電子処方箋については、医療DXの推進という大きな政策の中でとらえて前向きに対応する必要があります。たとえば、厚労省ではオンライン診療／オンライン服薬指導の中に電子処方箋の仕組みをとり入れる考えです。具体的には、医療機関が処方箋の引換番号をオンライン診療の中で患者に伝達し、それを受けた患者は引換番号をスマートフォンのアプリなどを介して薬局に伝え、オンライン服薬指導を受けるとともに薬剤の配送も受けるといったサービスが想定されています。

したがって、医業経営の拡大・多様化といった観点からも早めの電子処方箋の導入が望まれると言っているでしょう。

【資料4】電子処方箋の導入に向けた4ステップ



出典：厚生労働省「利用申請開始！はじめよう、電子処方箋～準備作業から利用方法を解説！～【医療機関・薬局の皆さまへ】」(2022年10月17日)29ページ 部改編(https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/docs/online_setumeikai_2.pdf)

新たな診療報酬で看護職員等の 処遇改善や医療DXの推進を

2022年度診療報酬改定の10月分(以下、10月改定)についての告示などが2022年9月5日に行われました。10月改定の大きな目的は、看護職員の処遇改善と医療DXの推進にあります。

そのために新たな診療報酬として、看護職員処遇改善評価料と医療情報・システム基盤整備体制充実加算が新設されました。

看護師以外にも対応できる 看護職員処遇改善評価料

10月改定では、看護職員処遇改善評価料と医療情報・システム基盤整備体制充実加算が新設されました。まず、看護職員の処遇改善を目的とした看護職員処遇改善評価料から見ていきましょう。

2021年12月22日の予算大臣折衝では、2022年度診療報酬の改定率を決定するとともに、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象として、2022

年10月以降、収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げるための処遇改善の仕組みを診療報酬において創設することを決めました。この仕組みは柔軟な運用が認められており、看護師に加えて看護補助者、理学療法士、作業療法士などの処遇改善にも充てることが可能です。

政府の方針どおり看護職員等に対して月12,000円の賃上げをするのに必要な金額は、「看護職員等の数×12,000円」に社会保険負担率(1.165)をかけることで計算できます。その金額を診療報酬で負担するため、看

護職員処遇改善評価料が新設されたわけです。

同評価料は、看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項に関して厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院しており、入院基本料、特定入院料または短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く)を算定している患者の延べ人数を用いた【資料1】内の式の計算結果である数【A】で該当区分が決まります。

区分は1から165まであり、手厚い看護配置の医療機関でも導入可能となっています。また、各医療機関は該当する区分について、届出をする必要があります。

なお、同評価料の施設基準は、以下のいずれかに該当することです。

- ①救急医療管理加算の届出を行って救急搬送件数が年間で200件以上
- ②救命救急センター、高度救命救急センターまたは小児救命救急センターを設置

【資料1】看護職員処遇改善評価料の新設

$【A】 = \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額 (当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000\text{円} \times 1.165)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10\text{円}}$																																																								
<p>【別表1】 看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とすることができるコメディカル</p> <p>視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種</p>	<p>【別表2】 看護職員処遇改善評価料の区分</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>【A】</th> <th>看護職員処遇改善評価料の区分</th> <th>点数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.5未満</td><td>看護職員処遇改善評価料1</td><td>1点</td></tr> <tr><td>1.5以上2.5未満</td><td>看護職員処遇改善評価料2</td><td>2点</td></tr> <tr><td>2.5以上3.5未満</td><td>看護職員処遇改善評価料3</td><td>3点</td></tr> <tr><td>3.5以上4.5未満</td><td>看護職員処遇改善評価料4</td><td>4点</td></tr> <tr><td>4.5以上5.5未満</td><td>看護職員処遇改善評価料5</td><td>5点</td></tr> <tr><td>5.5以上6.5未満</td><td>看護職員処遇改善評価料6</td><td>6点</td></tr> <tr><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td></tr> <tr><td>144.5以上147.5未満</td><td>看護職員処遇改善評価料145</td><td>145点</td></tr> <tr><td>147.5以上155.0未満</td><td>看護職員処遇改善評価料146</td><td>150点</td></tr> <tr><td>155.0以上165.0未満</td><td>看護職員処遇改善評価料147</td><td>160点</td></tr> <tr><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td></tr> <tr><td>335.0以上</td><td>看護職員処遇改善評価料165</td><td>340点</td></tr> </tbody> </table>	【A】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数	1.5未満	看護職員処遇改善評価料1	1点	1.5以上2.5未満	看護職員処遇改善評価料2	2点	2.5以上3.5未満	看護職員処遇改善評価料3	3点	3.5以上4.5未満	看護職員処遇改善評価料4	4点	4.5以上5.5未満	看護職員処遇改善評価料5	5点	5.5以上6.5未満	看護職員処遇改善評価料6	6点	↓	↓	↓	144.5以上147.5未満	看護職員処遇改善評価料145	145点	147.5以上155.0未満	看護職員処遇改善評価料146	150点	155.0以上165.0未満	看護職員処遇改善評価料147	160点	↓	↓	↓	335.0以上	看護職員処遇改善評価料165	340点	<p>【別表3】 算出を行う月、対象となる期間、算定する期間</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>算出を行う月</th> <th>算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間</th> <th>算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>3月</td><td>前年12月～2月</td><td>4月</td></tr> <tr><td>6月</td><td>3～5月</td><td>7月</td></tr> <tr><td>9月</td><td>6～8月</td><td>10月</td></tr> <tr><td>12月</td><td>9～11月</td><td>翌年1月</td></tr> </tbody> </table>	算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月	3月	前年12月～2月	4月	6月	3～5月	7月	9月	6～8月	10月	12月	9～11月	翌年1月
【A】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数																																																						
1.5未満	看護職員処遇改善評価料1	1点																																																						
1.5以上2.5未満	看護職員処遇改善評価料2	2点																																																						
2.5以上3.5未満	看護職員処遇改善評価料3	3点																																																						
3.5以上4.5未満	看護職員処遇改善評価料4	4点																																																						
4.5以上5.5未満	看護職員処遇改善評価料5	5点																																																						
5.5以上6.5未満	看護職員処遇改善評価料6	6点																																																						
↓	↓	↓																																																						
144.5以上147.5未満	看護職員処遇改善評価料145	145点																																																						
147.5以上155.0未満	看護職員処遇改善評価料146	150点																																																						
155.0以上165.0未満	看護職員処遇改善評価料147	160点																																																						
↓	↓	↓																																																						
335.0以上	看護職員処遇改善評価料165	340点																																																						
算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月																																																						
3月	前年12月～2月	4月																																																						
6月	3～5月	7月																																																						
9月	6～8月	10月																																																						
12月	9～11月	翌年1月																																																						

出典：厚生労働省「令和4年度診療報酬改定の概要 看護における処遇改善」(2022年9月5日版) 4ページ一部抜粋 (<https://ajhc.or.jp/siryu/20220905-06.pdf>)

【資料2】マイナ保険証利用及び医療情報・システム基盤整備体制充実加算について

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算
 【医科・歯科】マイナ保険証を利用する場合7点（初診）4点（再診）／利用しない場合3点（初診）
 【調剤】マイナ保険証を利用する場合3点（月1回）／利用しない場合1点（3月に1回）

廃止

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和4年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

1 施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合 **4点**
 2 1であって、**オンライン資格確認等により情報を取得等**した場合 **2点**
 ※調剤は、**1.3点（6月に1回）、2.1点（6月に1回）**

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】

○次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。

①オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚生省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）

②患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

【算定要件】

○上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。
- ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）

問診票（初診時）

- 今日の症状
- 他の医療機関の受診歴
- 過去の病気
- 処方されている薬 R4年9月時点で
- 特定健診の受診歴 オンラインにより確認可能
- アレルギーの有無
- 妊娠・授乳の有無
- ……

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

薬局

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
- ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって
正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、
更なる医療の質の向上を実現

出典：厚生労働省 令和4年度報酬改定について(10月改定分)「説明資料について(医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付け及びこれに伴う診療報酬上の加算の取扱いについて)」1ページ(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000984320.pdf>)

**マイナ保険証の普及を促す
新たな加算も新設された**

次は医療情報・システム基盤整備体制充実加算について説明します。

2022年度診療報酬改定で新設された電子的保健医療情報活用加算は、マイナンバーカードと健康保険証が一体化した「マイナ保険証」を利用しない患者よりも、マイナ保険証を利用する患者のほうが負担が大きくなる仕組みになっていたため、マスコミをはじめ各方面から批判を受けました。そこで、電子的保健医療情報活用加算は2022年9月末で廃止となり、10月から医療情報・システム基盤整備体制充実加算1・2が新設されました。これにより、マイナ保険証を使う患者の負担がもっとも大きくなるといった問題は解消されました（【資料2】）。

10月から変更された算定項目は次のとおりです。

- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算1（4点）は、施設基準を満たす医療機関をマイナ保険証を利用しない患者が初診で受診した際に算定する
- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算2（2点）は、施設基準を満たす医療機関が、マイナ保険証を利用している初診患者の薬剤情報・特定健診情報などをオンライン資格確認等システムによって取得した場合に算定する
- 初診料だけでなく、小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料、外来腫瘍化学療法診療料も加算・算定できる
また、主な施設基準は、①オンライン資格確認を行う体制を有していること、②当該保険医療機関を受診した患者に対して、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこ

と——という2つの事項を、当該医療機関の見やすい場所及びホームページ等で掲示していることです。

**政府の大きな政策を反映
診療報酬新設の注意点は**

10月改定で新設された看護職員処遇改善評価料、医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、それぞれ政府が最近、打ち出している大きな政策を反映しています。たとえば、政府は2022年10月12日に第1回医療DX推進本部を開催しています。医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、これから本格的に推進される医療DXの一環として設けられたと理解して良いでしょう。

ところで、看護職員処遇改善評価料による処遇改善の対象には薬剤師が含まれていません。各医療機関ではその点に留意しつつ、適切な賃金体系を検討する必要があります。

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14回

人生100年時代のキャリアマネジメント

CASE



市中病院で内科部長を務めるA先生は卒後15年目。病院での待遇やポジションには不満がなく、これまでに多くの症例を診て経験を積み、臨床医として強い自信を持っています。ところが、ある日、書店で『人生100年時代をどう生きるのか』とのタイトルの本を目にし、「この先の人生は、まだまだ長い。果たして自分の持っている知識で、このまま臨床をつづけていけるのだろうか」と不安を抱くようになりました。

もはや「100歳」は珍しくない

日本の100歳以上の人口は、老人福祉法が制定された1963年には153人にすぎませんでしたが、2021年には約86,000人に達しています^[1]。また、ロンドンビジネススクール教授のリンダ・グラットン氏の研究によると、2007年生まれの日本人の子どもの50%が到達すると期待される年齢は、なんと107歳だそうです^[2]。したがって「人生100年時代」というキーワードは、決して大袈裟ではありません。

これほど長生きするとなれば、人生で働くことになる期間も当然、延びますが、現代のような「VUCA（変動性、不確実性、複雑性、曖昧性）の時代」では、学生時代に学んだことだけで仕事をつづけるのに限界があるのは明らかでしょう。そこで今、かつての「教育

→仕事→退職」の3ステージを一直線に進んでいく人生ではなく、社会人になってから教育機関に戻って“学び直し”をし、そこで得た新たな知見を仕事に活用するといったサイクルを繰り返す「リカレント教育」が注目を浴びています（⇒STUDY①）。

新しい専門分野を学ぶ意味

では、具体的に何を学ぶりカレント教育が考えられるでしょうか。

医師の場合、専門分野の博士号を取得するために大学院に進学したり、専門分野の経験をより重ねるべく海外留学をしたりする方が多くいます。しかし、リカレント教育では専門外の分野に着目することも選択肢のひとつです。これまで培った専門分野での深い知識をさらに生かすために、まったく新しい専門分野の知識を身につけるのです。ぜひ、自身

の価値観を見直し、長期のキャリアプランを模索しながら、「自分の強みは何か」、「社会から何が求められているのか」、「何を学ぶべきなのか」を考えてみてください。

A先生の場合、たとえば内科医としての専門性に加え、新たにICTの専門性も身につければ、医師の観点を生かした使いやすい医療連携システムを構築するなどして、これまで以上に地域医療に貢献できる可能性が広がります。

現代においては、解決のために複数の要素の知識が求められる問題が多くあります。こうした状況下では、ひとつの専門分野だけに秀でた「T型」人材より、複数の専門分野の知見を備えた「π型」人材が必要とされるのです（⇒STUDY②）。

「1/100万」の人材に!?

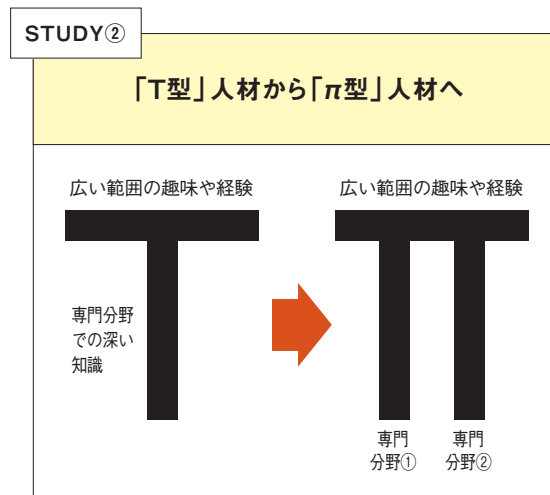
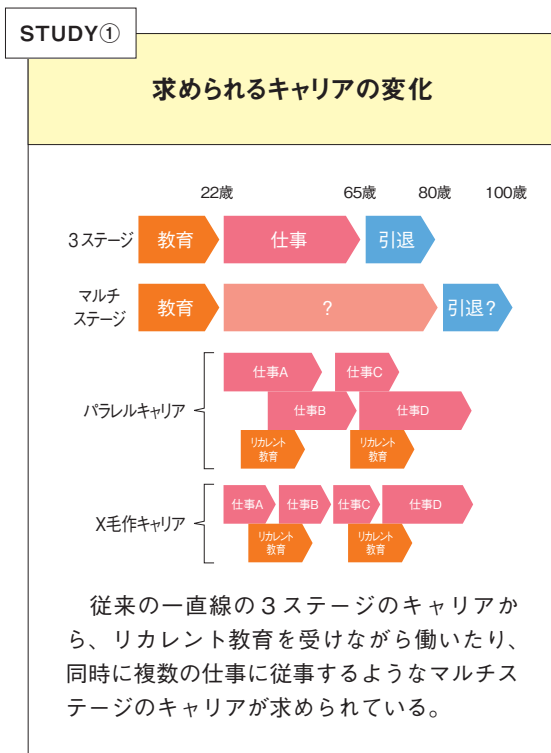
ところで、「1/100万」の存在の人材と聞いたら、どのような感想を持つでしょうか。あまりの比率の低さに「自分に関係ない」と思うかもしれません。では、「1/100」だっ

たらどうでしょう――。

民間企業から公立学校の校長に転じた藤原和博氏が人生100年時代において提唱するのは、「1/100」の存在になれる専門分野を複数、持つことです。そのような分野が3つあれば、 $1/100 \times 1/100 \times 1/100 = 「1/100万」$ の存在になれるというわけです。仮に臨床医で、ICTを知り、加えて医療経営の知識まで身につけたならば、その存在は限りなく希少で、長く社会で活躍できる人材になるのではないのでしょうか。

NEXT STEP

A先生は、まず、医療経営のノウハウを身につけようとMBAの取得をめざし、ビジネススクールに通い始めました。新しい分野の勉強が新鮮で面白いのはもちろん、同級生にはビジネスマンや政治を志す人などさまざまな職業の受講生がおり、A先生は彼らとの交流を通じて、自身の視野が広がったと実感しています。そして、多様な価値観に触れた結果、臨床でも以前より患者の気持ちが理解できるようになったそうです。



- 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]厚生労働省プレスリリース(2021年9月14日)／[2]第1回人生100年時代構想会議リンダ・グラットン議員提出資料

取材日：2022年7月21日



eGFR見える化ソフト「VGFR」も活用し「福井式」の腎症重症化予防を進める。

Point of View

- ①「福井県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」では、糖尿病性腎症に限らずCKDもピックアップして受診勧奨をするほか、歯周病が疑われる患者を歯科医師の治療につなげるべく医科歯科連携を奨励
- ② eGFRの変化予測を回帰直線のグラフで示し、透析導入が見込まれる時期が一目でわかるソフト「VGFR」を活用して患者の意識を変える
- ③ 福井県医師会と福井県糖尿病対策推進会議のアドバイスをもとに、行政が積極的に「福井県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の推進に取り組む

医療法人初生会福井中央クリニック
内科部長／
福井県糖尿病対策推進会議副会長

笈田 耕治先生

福井大学医学部
腎臓病態内科学教授

岩野 正之先生

独立行政法人国立病院機構
敦賀医療センター
内科医長

森島 繁先生

福井赤十字病院
副院長・神経内科部長／
福井県医師会糖尿病・CKD委員

高野 誠一郎先生

福井県立病院
腎臓・膠原病内科
主任医長

荒木 英雄先生

福井県健康福祉部
健康政策課
企画主査

飯島 克枝氏

糖尿病由来に加えて CKD患者全般を拾い上げる

福井県では、「福井式」と呼ぶにふさわしい特徴ある糖尿病性腎症重症化予防プログラムを導入し、加えて最近、透析導入が見込まれる時期が一目でわかるソフト「VGFR」が開発され、腎症の重症化予防に一役買っているという。そこで今回は、「福井県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下、福井県版プログラム）や福井県の腎症重症化予防に

深くかかわっている方々に集まっていただき、福井県版プログラムの詳細や取り組み状況、VGFR、病診連携などについてお話を聞いた。

福井県版プログラムのルーツをたどると2005年にまでさかのぼる。増加をつづける糖尿病患者の問題に対して、日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会が共同で日本糖尿病対策推進会議を設立し、厚生労働省の支援のもと、対策を進めると決まったのが同年のこと。そして、各都道府県単位の糖尿病対策推進会議の

設立が促され、福井県においても福井県糖尿病対策推進会議が立ち上げられた。

同会議の副会長で福井中央クリニック内科部長の笈田先生が、当時を振り返る。「福井県の場合は、2011年から福井県糖尿病対策推進会議と福井県慢性腎臓病（CKD）対策協議会の会議が合同で開催され始め、両者がともに糖尿病性腎症重症化予防について話し合うようになりました」（笈田先生）

【資料1】

福井県版プログラムの特徴

「福井県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」について

〔目的〕

- ◆健診等の結果から、糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関未受診者や治療中断者 → **受診勧奨**
- ◆糖尿病で通院している人のうち、腎症が重症化するリスクの高い人 → **保健指導等**

上記について、保険者と医療機関が十分に連携を取りながら実施する
↓
人工透析導入を防ぎ、県民の健康増進を図る

出典：笈田先生提供資料

こうした福井県ならではの体制は2016年に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省が「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下、国版プログラム）を策定し、これを受けて福井県医師会、福井県糖尿病対策推進会議、福井県の3者が定めた福井県版プログラムに大きな影響を与える。

「国版プログラムは『（1）健診等の結果から、糖尿病が重症化するリスクが高い医療機関未受診者や治療中断者への受診勧奨を進める』、『（2）糖尿病で通院している人のうち、糖尿病性腎症が重症化するリスクが高い人に保健指導等を実施する』の2本柱で構成されています。

一方、福井県版プログラムでは国版プログラムの2本目の柱について『糖尿病で通院している人のうち』を取り払って、『（2）腎症（=CKD）が重症化するリスクが高い人に保健指導等を実施する』とし、糖尿病に由来しないCKD患者全般もピックアップして受診勧奨を行い、市町の国民健康保険（以下、国保）などの保険者による保健指導につなげるとしました（【資料1】）。糖尿病性であるか否かにかかわらず、腎症の悪化と透析導入を防ぎ、県民の健康増進を図ることにしたのです。

これは福井県糖尿病対策推進会議と福井県慢性腎臓病対策協議会が協働してきたバックグラウンドがあ

たからこそその発想であり、福井県版プログラムの大きな特徴のひとつになっています」（笈田先生）

福井県版プログラムには、さらにもうひとつ大きな特徴がある。医科と歯科の連携だ。

「糖尿病患者は歯周病にかかりやすいため、かかりつけ医が

糖尿病患者を歯科医師へ紹介することを促す項目をプログラムに盛り込みました」（笈田先生）

かかりつけ医による連絡票の作成にインセンティブを

福井県版プログラムの具体的な内容とフロー（【資料2】）については、プログラムの策定にもたずさわった福井大学医学部腎臓病態内科学教授の岩野先生が解説してくれた。

「最初に県内の保険者（市町、国保組合など）が、過去の特定健診などの健診データやレセプトデータをもとに、一定の基準に達したものの医療機関の受診歴がない方や、糖尿病の治療歴があるにもかかわらず最終の治療日から1年以上受診歴がない健診未受診の方を抽出します。

対象者の抽出においては、糖尿病を対象とする『基準A』とCKDが対象の『基準B』を設け、福井県独自の方法として糖尿病とCKDの両方の腎症患者を抽出するようにしました」（岩野先生）

そして、基準A・Bに抵触する者の中から、各保険者が地域の状況にかんがみて独自に優先順位をつけて受診勧奨の対象者を決定する。

「受診勧奨の対象となった方には保険者が医療機関の受診をすすめる手紙や『糖尿病性腎症重症化予防連絡票（様式1・2）』（以下、「様式1」、「様式2」）を郵送し、場合によっては電話や面談でも受診を促します」（岩野先生）

対象者は、「様式1・2」を持ってかかりつけ医を受診する。「様式1」には、①対象者が基準A・Bのどちらに該当するのか、②検査や治療の実施の要望、③必要に応じて歯科医師への紹介の要望、④保険者による保健指導ができることの説明な



後列左から高野先生、森島先生、飯島氏
前列左から岩野先生、笈田先生、荒木先生

どが記載されている。

「かかりつけの先生には診療後、①検査結果、②歯・口腔内の状態、③糖尿病もしくはCKDと診断した場合は自院で診療を継続するのか専門医に紹介するのか、④保険者による保健指導の依頼の有無などを『様式2』に記入のうえ、保険者に返送していただきます。そして、保健指導の実施が必要とされた場合には、保険者が保健指導を行うといった流れです」(岩野先生)

「様式1・2」とともに、かかりつけ医に配慮して読みやすく、書きやすいシンプルな構成だ。

「とはいえ、多忙な先生方のお手間を取らせることには変わりません。そこで『様式2』を作成いただくにあたっては、1件当たり2,000円の書類作成料をお支払いする仕組みが導入されています」(笈田先生)

コロナ禍の逆風の中でも地道な受診勧奨に成果が

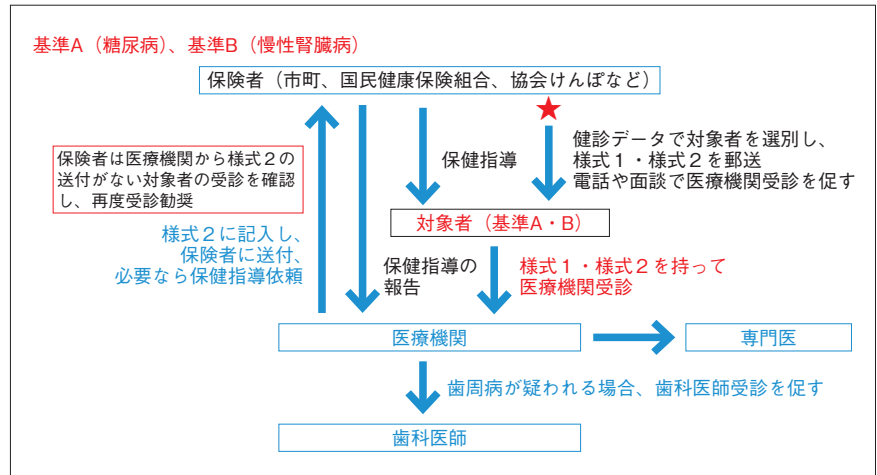
福井県版プログラムの主役は、それを運用する県行政だ。福井県健康福祉部健康政策課企画主査の飯島氏が、同プログラムの取り組み状況を報告する。

「福井県版プログラムで定められている対象者の紹介基準や医科歯科連携などの各施策については、各市町(保険者)が地域の事情を踏まえて選択し、取り組んでいます。

その取り組み状況は【資料3】①のとおりです。たとえば、『様式1・2』の運用や保健指導の実施、健診未受診者も抽出対象とすることは県内17市町すべてがとり入れています。また、福井県版プログラムの特徴のひとつである医科歯科連携に関しては、現時点で14市町が実施中です」(飯島氏)

【資料2】

福井県版プログラムのフロー



出典：岩野先生提供資料

注目すべき受診勧奨の実施実績について話がつづく。

「2020年度の健診受診者に対する受診勧奨の実施状況については、糖尿病(基準A)の受診勧奨の対象者は474人で、うち443人に対して受診勧奨を実施しました。一方、CKD(基準B)では同様に408人中384人に受診勧奨をしています。

また、受診勧奨を受けて実際に医療機関を受診した人数は、基準Aで213人、基準Bでは182人。かかりつけ医が『様式2』を保険者に返送してきたのは、基準Aで44件、基準Bでは45件でした(【資料3】②)」(飯島氏)

この結果に関しては、岩野先生から称賛の声が上がった。

「受診勧奨の対象者数に対する受診勧奨実施数の割合の高さがすばらしく、受診勧奨を受けて実際に医療機関を受診した方も多い。さらに、基準A・Bともに、受診勧奨実施数や医療機関受診者数、『様式2』の返送件数が、前年度にくらべて増加しています。行政の皆さんの尽力には頭が下がる思いです」(岩野先生)

コロナ禍による“受診控え”という逆風が吹く環境の中でも、福井県版プログラムは順調に成果をあげつつあるようだ。

「なお、健診未受診者に対する受診勧奨の実施状況は【資料3】③のとおりです。郵送、電話、訪問を組み合わせ合わせた複合介入も実施するなどして受診につなげる努力を重ねています」(飯島氏)

福井県版プログラムのさらなる推進に向けては、各市町による福井県版プログラムの実施体制の強化が欠かせない。

「前述のとおり、本プログラムで策定した対象者の抽出基準の適用や取り組みについて、まだ全市町での実現はできていません。地域の実情もありますが、今後、福井県版プログラムの内容が全市町でとり入れられるようにしていければと思います」(飯島氏)

県では、プログラムに取り組む市町向けのサポートも実施している。「保健指導を行うのは市町の保健師や管理栄養士ですが、そうしたスタッフのスキルアップのために、研修

【資料3】

市町での重症化予防の取り組み状況

①対象者の抽出基準・取組項目													
	抽出基準						健診未受診対応	保健指導	医療機関からの紹介	医科歯科連携	評価	様式1・2	
	糖尿病			慢性腎臓病									その他
	空腹時血糖	随時血糖	HbA1c	尿蛋白	eGFR	eGFR低下速度							
県版プログラム	126以上	200以上	6.5以上	2+以上	45未満	60未満5以上		○	○	○	○	○	○
県内該当市町数	14	13	17	15	16	12	6	17	17	11	14	13	17

②健診受診者への実施状況														
	糖尿病							慢性腎臓病						
	受診勧奨対象者数	受診勧奨実施数	医療機関受診者数	情報提供書受理数	未受診者への受診再勧奨数	情報提供書にもとづく実施人数	左記以外	受診勧奨対象者数	受診勧奨実施数	医療機関受診者数	情報提供書受理数	未受診者への受診再勧奨数	情報提供書にもとづく実施人数	左記以外
県総数2019年度	531	382	101	28	60	17	150	479	367	64	18	34	8	65
県総数2020年度	474	443	213	44	119	28	106	408	384	182	45	152	15	31

③健診未受診者への実施状況																		
	治療中断者数	介入者数												未介入者数				
		郵送のみ			電話のみ			訪問のみ			複合							
		①	②	③	①	②	③	①	②	③	①	②	③					
県総数2019年度	218	151	4	4	27	7	2	3	1	13	10	1	2	40	14	8	13	7
県総数2020年度	226	76	17	4	58	7	2	3	1	16	2	1	13	129	25	18	86	5

出典：飯島氏提供資料

会の開催や人材派遣などの支援策を充実させていく予定です」（飯島氏）

一目瞭然の透析導入予測時期
患者の治療への姿勢が激変

糖尿病やCKDの治療を進めるうえで、医療従事者がかもっとも頭を悩ませる問題のひとつは、患者の治療に対するモチベーションの維持だろう。自覚症状が乏しい疾患であるゆえに、治療を怠ることが招く将来の悲惨な姿を想像できない患者が多い。

そうした中、2021年に「自分がいつ透析導入にいたるか」を「見える化」するソフト「VGFR」を開発し、治療に生かしているのが敦賀医療セ

ンター内科医長の森島先生だ。「VGFRは、患者さんの生年月日と過去に測定した血液中のクレアチニン値からeGFRの低下スピードを算出し、透析導入時期を予測するソフトです」（森島先生）

VGFRがすぐれているのは、誰にでもわかりやすく透析導入予測時期が示される点。

「従来の類似ソフトでは、eGFRの変化予測を折れ線グラフで表している場合が多く、わかりにくいという弱点がありました。

しかし、VGFRは折れ線グラフではなく回帰直線でeGFRの変化予測を示すため読み解くのが容易で、回帰直線からeGFR=8（この値は変更可能）となる年月が透析導入予測

時期だと視覚的にすぐに理解できます（【資料4】）」（森島先生）

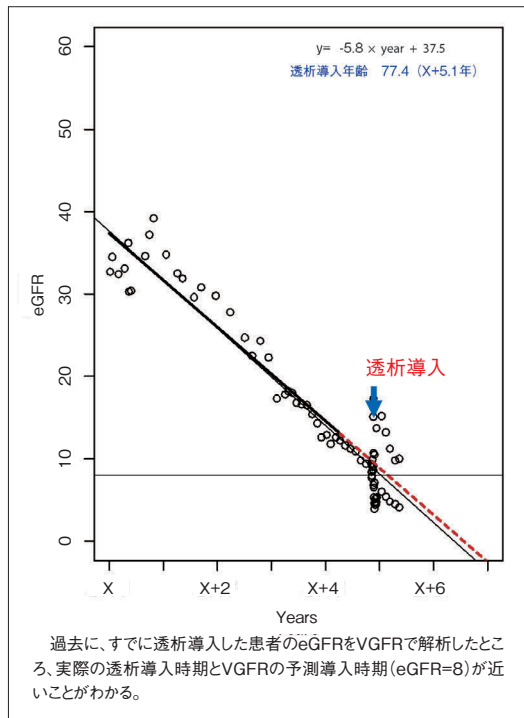
こうした特性を持つVGFRは、診療に多くのメリットをもたらす（【資料5】）。

「早期に変化がわかるので、手遅れになる前に腎機能悪化に気づけますし、たとえeGFRが比較的低くても低下速度が小さく経過観察ですむケースか否かも判断できます。

何よりVGFRのグラフで透析導入予測時期を示されると患者さんは大いに驚き、治療へ向き合う姿勢がガラリと変わります。特に若い人の場合、それが10年以上先であっても、たとえば60歳代で透析導入の可能性があるとわかると、治療に必死に向き合います。残念ながら透析導入を

【資料4】

VGFRが予測した透析導入時期の例



出典：森島先生提供資料

避けられない患者さんもありますが、VGFRを用いて『1年後に透析導入が予測される』といった情報をお伝えすることで、少しずつ心の準備をさせていただけます」(森島先生)

森島先生は診療でVGFRの利用を重ねるにつれ、透析導入予測の精度を上げるポイントが明らかになってきたと話す。「eGFRがある時期から急速に低下し、当初の予測から透析導入が早ま

ってしまった患者さんがいることから、あまり長期のデータを参考にするより、むしろ2年間程度のクレアチニンの値をもとに透析導入時期を推定したほうが良いということが判明しました。

VGFRは、任意の期間から回帰直線を描く機能も備えていて、6ポイントほどのデータを入力すれば透析導入予測時期が出ます。かかりつけの先生方には、2年間で6回はクレアチニン値の検査を行い、VGFRを利用して透析導入予測をしていただきたいと思います」(森島先生)

福井県糖尿病対策推進会議は、VGFRの診療への導入を推奨している。

福井県版プログラムと組み合わせて活用すれば、腎症重症化予防の強力な武器となるはずだ。

腎臓専門医不足を補う
CKD病診連携が必須

福井県版プログラムでは、受診勧奨を受けた患者がかかりつけ医を受診し、かかりつけ医が必要と判断すれば専門医に紹介をするプロセスが

ある。したがって病診連携が重要となるのだが、そこについてはまだ手つかずの状況だ。CKDの病診連携に取り組む福井県立病院腎臓・膠原病内科主任医長の荒木先生は、早急に病診連携の構築が必要だと語る。「腎臓専門医が診るべきと考えられているのは、CKDステージ3以上で尿蛋白が陽性、またステージ4以上の患者さんです。事実、これらのステージの患者さんに腎臓専門医が介入したところ、eGFRの低下速度が遅くなったという報告が数多くなされています。

ところが、該当する患者数は全国で約106万人に達すると推計^[1]されているのに対して、腎臓専門医の数は2022年5月26日現在で5,961人^[2]。単純計算で専門医ひとり当たり約178人もの患者さんを診なければなりません。ですから、かかりつけの先生と専門医が役割分担をして患者さんを診る病診連携が欠かせないわけです」(荒木先生)

さらに、荒木先生は腎臓専門医による介入の効果の重要性を強調する(【資料6】)。

「腎臓専門医が介入することによって血液透析、腹膜透析、腎移植といった腎代替療法の選択肢をShared Decision Making (SDM) のプロセスを通じて患者さんとともに慎重に検討できます。これにより、非計画導入、すなわち生命の危機に直面するような緊急的な透析導入や感染症の発症率が有意に高いカテーテルを用いての透析導入を避けることで、透析導入後の予後が改善する可能性が高まります」(荒木先生)

細分化が進む内科でこそ
診療科を越えた連携が重要

今回の座談会には、福井県医師会

【資料5】

VGFRを使用するメリット

- 早期に腎機能の変化がわかり、手遅れになる前に腎機能悪化に気づきやすくなる
- 逆に、eGFRが比較的低くても安定している患者を見つけられる
- 患者の治療に向き合う態度が向上する
- 透析導入を避けられなくても、身体的・精神的準備を早くから行うことができる

出典：森島先生提供資料

【資料6】

腎臓専門医の介入例

CKDについての治療オプション

- 腎性貧血
- 血圧コントロール
- 電解質異常
- 血糖コントロール
- SGLT2阻害薬の適応について
- CKD-MBDの治療
- 鉍質コルチコイド受容体拮抗薬
- 潜在性の甲状腺機能低下症の発見

腎生検の適応から
診断につながることもある

出典：荒木先生提供資料

糖尿病・CKD委員で、福井赤十字病院副院長・神経内科部長の高野先生にも同席いただいた。

「10年以上も前から糖尿病とCKDに関して、糖尿病専門医と腎臓専門医がいっしょになった取り組みが展開されており、2つの専門の先生方の間に信頼関係が構築されているのが素晴らしいと感じています」（高野先生）

高野先生はこう述べたうえで、座談会で話を聞いた感想を神経内科の専門医の視点から語る。

「私の専門分野である神経内科領域においては、代表的な糖尿病合併症として糖尿病性ニューロパチーが挙げられ、対応するには糖尿病専門医の方々との連携が必要です。さらに糖尿病が血管の疾患である点を踏まえれば、循環器専門医の方々との連携も我々に求められていると言えるでしょう。」

本日の糖尿病専門、または腎臓専門の先生方のお話を拝聴し、現代の内科は細分化が進んでいますが、診療科の垣根を越えた連携がいかに大切かをあらためて痛感しました。これを良い機会に、積極的に他科との

連携を進めていきたいと思います」（高野先生）

人口当たりの透析導入患者が
もっとも少ない福井県

多様な観点から福井県版プログラム及び福井県の腎症重症化予防を論じた今回の座談会の最後に、出席者の皆さんから感想や展望などを寄せていただいた。口火を切ってくれたのは、笈田先生である。

「まず、声を大にして申し上げたいのが、森島先生が開発された画期的なソフトであるVGFRの活用です。ウェブサイトから簡単にダウンロードできますので、本県の医療従事者はもちろん、ぜひ、全国の皆様もご活用ください。」

もうひとつ、『透析をしない』選択をした腎不全患者が2018～2019年の2年間で約1,400人いたことが日本医療研究開発機構の調査で明らかになったとのニュース^[3]がありました。これからは、透析をしない選択肢がある点を意識する必要があるのかもしれない」（笈田先生）

飯島氏からは、非常に明るい報告が聞けた。

「現在、市町国保に加え、全国健康保険協会（協会けんぽ）福井支部が福井県版プログラムの導入による取り組みを検討しています。各保険者での取り組みが充実し、重症化リスクのある人への適切なアプローチと重症化予防につながることを期待しています」（飯島氏）

森島先生は、VGFRを活用する利点を重ねて話す。

「患者さんに何歳で透析導入になるのかを教えて差し上げるのは非常に重要です。患者さんの人生設計が、それによって左右されるからです。」

多くの先生方がVGFRを活用し、

患者さんに時間的余裕を持って人生を考えてもらえるようにしていただきたいと切望します」（森島先生）

病診連携について抱負を語るのは荒木先生。

「腎臓専門医として、福井県版プログラムが今以上に導入され、透析にいたる患者さんが少しでも減ってほしいと願っています。そのために、かかりつけの先生方との連携をますます強化し、CKD患者を診ていきます」（荒木先生）

高野先生は、笈田先生の話を受けて次のように言う。

「先ほど笈田先生から、透析導入の選択に関する話題のご提示がありました。私自身は専門外なので対応に悩まれる先生方のご苦労は推し量るしかありませんが、日本透析医学会が『透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言』を発表しておりますので、今後、議論が進むのではないかと予想できます」（高野先生）

岩野先生は、今後に向けて力強く語る。

「福井県の腎症重症化予防の取り組みは、当初から糖尿病専門医と腎臓専門医が連携して行っており、全国でも珍しいケースです。そうした中で生まれた独自の腎症重症化予防のプログラムを行政が地道に実行し、実績は着実に積み上がっています。気を緩めることなく、新規の透析導入件数の減少をめざしていきます」（岩野先生）

実は、福井県は人口当たりの透析導入患者が全国47都道府県の中でいちばん少ないそうだ。加えて、「福井式」の糖尿病性腎症重症化予防プログラムがこのまま進展して大きな成功を取れば、福井県は全国の自治体から有力なモデルエリアとして注目されるに違いない。

[1] 日本腎臓学会「CKD診療ガイド2012」P6, 表4 / [2] 日本腎臓学会ウェブサイト (<https://jsn.or.jp/medic/specialistsystem/specialist/listindex.php>) / [3] 福井新聞(2022年6月29日)

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/>

