



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8次医療計画の策定が いよいよスタート

5疾病・6事業と在宅医療で  
自院のポジションの再確認を

**めざせ!!メディカルエグゼクティブ** ..... P6

プレゼンは聞き手の行動を変えるためにある

## Network

**愛知県蒲郡市** ..... P8

日本の腎症重症化予防のモデルともなる  
蒲郡腎臓病ネットワーク (G-CKD. NET)。

**大阪府** ..... P12

薬薬連携を活用した大規模簡素化プロトコル。  
大阪府北部で拡大する「変更調剤PBPM」。

## 第8次医療計画の策定がいよいよスタート

### 5疾病・6事業と在宅医療で 自院のポジションの再確認を

2024年度から2029年度までを期間とする第8次医療計画の基本的な方針が2023年5月26日にすべてまとまりました。また、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）において次期診療報酬改定に向けた医療計画の議論も始まっています。各医療機関には、第8次医療計画での5疾病・6事業及び在宅医療の方向性を理解し、先取りした対応が望まれます。

### 都道府県が医療計画を 2023年度中に策定

都道府県では、国の告示・通知を踏まえ、地域の実情に応じた医療提供体制を確保するための第8次医療計画を2023年度中に策定します。

具体的には、まず厚生労働大臣が「医療提供体制の確保に関する基本方針」（以下、基本方針）を定めて告示します。あわせて、厚生労働省（以下、厚労省）が、「医療計画作成指針」、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」（以下、体制構築指針）を作成して都道府県へ通知。都道府県は、基本方針や医療計画作成指針などを参考にし、医療計画を策定するといった流れです。

医療計画の中心となるのは、①二次医療圏の設定と基準病床の算定、②地域医療構想、③5疾病・6事業及び在宅医療に関する事項、④医師の確保、⑤外来医療の提供体制の確

保——などです。5疾病は、がん、脳卒中、心筋梗塞などの心血管疾患（以下、心血管疾患）、糖尿病、精神疾患。6事業は、救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）と、新たに追加された「新興感染症発生・まん延時における医療」を指します（【資料1】）。

### “5疾病”では糖尿病の 予防を重視する方針を示す

第8次医療計画での5疾病のポイントを見ていきましょう。5疾病のうち、がんには、第4期がん対策推進基本計画（2023年3月28日閣議決定）が、また脳卒中及び心血管疾患には、第2期循環器病対策推進基本計画（同）が反映されています。

糖尿病については、基本方針は従前と大きく変わりませんが、体制構築指針はかなり改正されています。めざすべき医療体制の方向は、①糖

尿病の予防が可能な体制、②糖尿病の治療・重症化予防が可能な体制、③専門的治療を必要とする患者への対応や急性合併症の治療が可能な体制、④慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防が可能な体制、⑤他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う体制——を構築するとともに、それぞれの医療機関が相互に連携することとされました。従前の体制構築指針と比較すると、①と⑤が新設されています。

そして、⑤に関して医療機関に求められることとしては、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う機能として糖尿病の評価に必要な検査ができることは無論、「専門的な経験を持つ医師を含め、各専門職種による、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた集中的な血糖管理が実施可能であること」、「糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること」などが挙げられています。

該当する医療機関には、糖尿病内科を有する病院、または有床診療所が想定されています。

### 新興感染症に関する医療が 新たに“6事業”に加わる

次は、6事業に関してです。先述のとおり第8次医療計画には、「新興感染症発生・まん延時における医療」が新たに追加されました。これについて基本方針では、医療機関に求められる機能として、①新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）、②新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能（発熱外来）、③居宅又は高齢者

## 【資料1】第8次医療計画のポイント

### 全体について

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題に対応するとともに、人口構造の変化への対応を図る。
- 令和3年の医療法改正により新たな事業として新興感染症への対応に関する事項を追加する。
- 第7次計画期間中に追加した「医師確保計画」「外来医療計画」（計画期間はいずれも3年間）についてもそれぞれのガイドラインに基づき第8次医療計画の策定と併せて見直しを行う。その際、二次医療圏の設定について先行して議論を行う。

### 5疾病・6事業及び在宅医療について

- 地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールを活用する。
- 新興感染症の発生・まん延時や災害時等においても必要な医療が提供できる体制の整備を進める。  
【がん】がん医療の均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進する。  
【脳卒中】適切な病院前救護やデジタル技術を活用した急性期診療体制の構築、回復期や維持期・生活期の医療体制の強化に取り組む。  
【心血管疾患】回復期及び慢性期の診療体制の強化やデジタル技術の活用等による、急性期から一貫した診療体制の整備に取り組む。  
【糖尿病】発症予防、糖尿病及び合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点を置いて取り組むための体制構築を進める。  
【精神疾患】患者の病状に応じ、医療・障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制整備を一層推進する。  
【救急】増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。  
【災害】災害拠点病院等における豪雨災害の被害を軽減するため、地域における浸水対策を進める。  
【へき地】医師の確保に配慮するとともに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用。※改正離島振興法の内容にも留意。  
【周産期・小児】保健・福祉分野とも連携し、ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児への支援にかかる体制整備を進める。  
【在宅医療】「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定するとともに、各職種機能・役割についても明確化する。また、在宅医療に係る医療機関等に対し災害時におけるBCPの策定を支援する。

### 地域医療構想について

- これまでの基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクル通じて地域医療構想を推進することとし、策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況について公表を行う等、着実に取組を推進。  
※2025年以降の地域医療構想の取組のあり方については、2023～2024年度にかけて、中長期的課題について整理し、検討予定。

### 外来医療について

- 外来機能報告により得られたデータを活用し、紹介受診重点医療機関となる医療機関を明確化するとともに、地域の外来医療の提供状況について把握し、今後の地域の人口動態・外来患者推計等も踏まえ外来医療提供体制のあり方について検討を行う。

### 医療従事者の確保について

- 2024年4月に医師の時間外・休日労働の上限規制が施行されることを踏まえ、医療機関における医師の働き方改革に関する取組の推進、地域医療構想に関する取組と連動させ、医師確保の取組を推進。
- 医師確保計画の策定において基礎となる、医師偏在指標について精緻化等を実施。
- 地域医療介護総合確保基金を積極的に活用し、病院と歯科診療所の連携、歯科専門職の確保、薬剤師（特に病院）の確保を進める。
- 特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と確保を推進する。

### 医療の安全の確保等について

- 医療事故調査制度運用の要である病院等の管理者の理解をより深めるため、研修の受講を推進する。
- 相談対応の質の向上を図る観点から、医療安全支援センターの相談職員の研修の受講を推進する。

### その他の事項

- 地域医療支援病院について、医療計画の見直しの際に必要な応じて責務の追加・見直しを検討するとともに、整備目標を定める際には医療計画における新興感染症への対応に関する事項との連携にも留意する。
- 医療計画の内容のうち、必要な情報についてはわかりやすい形で周知を行い、住民の理解・協力を得られるよう努める。

出典：厚生労働省「医療計画について」中央社会保険医療協議会第545回総会（2023年5月17日）6、7ページ（<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001097778.pdf>）

施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能（自宅療養者等への医療の提供）、④新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能（後方支援）、⑤新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能（医療人材派遣）——が列挙されています。

また、追加された新事業にとどまらず、へき地医療を除く4事業や5疾病、在宅医療でも新興感染症や感染症の対策強化が示されています。

へき地医療ではオンライン診療の積極的な活用が推進されています。

なお、第8次医療計画とは別に厚労省は2023年5月18日、都道府県などに対し「へき地等において特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設」にかかる通知を発出。医療資源が限られ、受診機会が十分に確保されていない場合がある、へき地等（無医地区、準無医地区、離島など）において、特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所開設を認めました。

救急医療について、基本方針では増加する高齢者（満65歳以上）の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者の受け入れのために、地域にお

ける救急医療機関の役割を明確化する必要があるとし、すでに中医協で議論が始まっています（後述）。

## ニーズの増加と多様化 重要視される在宅医療

6事業とともに、重要な扱いとなっているのが在宅医療です（【資料2】）。基本方針では在宅医療にかかる医療連携体制のあり方について、在宅患者数は2040年以降に最多になるとの見込みを踏まえ、適切な圏域を設定し、在宅医療で積極的な役割を担う医療機関や在宅医療に必要な

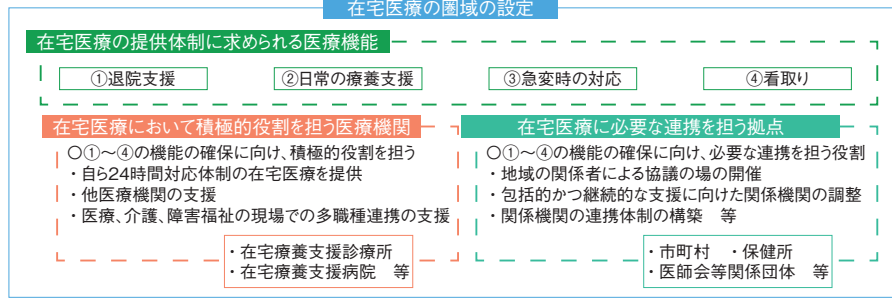
**【資料2】在宅医療の体制(第8次医療計画の見直しのポイント)**

**概要**

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進め

- る。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画（BCP）の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

**在宅医療の提供体制**



- ◆国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- ◆「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- ◆「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

出典：厚生労働省「医療計画について」中央社会保険医療協議会第545回総会（2023年5月17日）14ページ(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001097778.pdf>)

連携を担う拠点等の機能も勘案し、地域での協議と調整を通じて体制の整備を進めることが重要だとしています。「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」という概念は従前からありましたが、これらを医療計画に明確に位置づけたことが特筆すべき点です。

「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院など地域で在宅医療を担う医療機関が想定されています。求められる役割は、医師ひとりの診療所が対応しきれない夜間や医師不在時などでの診療の支援、在宅での療養に移行する患者

にとって必要な医療・介護・障害福祉サービスが十分確保できるよう関係機関に働きかけることなどです。

一方、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関しては、(1)円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制、(2)日常の療養支援が可能な体制、(3)急変時の対応が可能な体制、(4)患者が望む場所での看取りが可能な体制——の整備という目標の達成に向け、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村などの主体のいずれかを医療計画に示すことになっています。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の兼務も可能です。

**地域医療構想の病床数から重症度の在宅患者が浮き彫り**

医療計画の一部とされる地域医療構想は、病床機能報告制度とあわせて導入されており、都道府県は2025年の医療需要や病床必要量を高度急性期・急性期・回復期・慢性期ごとに推計します。そして2023年5月25日の厚生省「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」では、2022年度病床機能報告の結果（速報値）を公表しました。

それによると、2022年7月1日時点で病床数は119.9万床、2025年7月1日時点での見込みは119.0万床で、地域医療構想における2025年の

病床必要量である119.1万床（2025年の医療需要にもとづく推計、2016年度末時点）を0.1万床下まわっています（【資料3】）。これを受けて同ワーキンググループ構成員からは「病床を増やさずに、（2025年を）乗り切れつつある。しかしその分、在宅に（症状の）重い人が入っているのは間違いなく、在宅にも目を向けて対策を取る必要がある」との発言がありました。

第8次医療計画では、地域医療構想の基本的な枠組み（病床必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取り組みを進めていくとの方向性が示されています。また、地域医療構想は、2025年に向けたものですが、同年以降も地域医療構想の取り組みを継続する必要があるので、

2023年度から2024年度の間に、バージョンアップをするための検討が行われることになっています。

### 増加する高齢者の救急医療 中医協での議論が活発化

2024年度診療報酬改定の議論を始めた中医協は、2023年5月17日の総会で第8次医療計画をとり上げました。厚労省が6事業のうち、新興感染症発生・まん延時における医療を除く5事業にかかる論点を提示すると、特に高齢者の救急医療の増加をめぐる多様な意見が出ました。

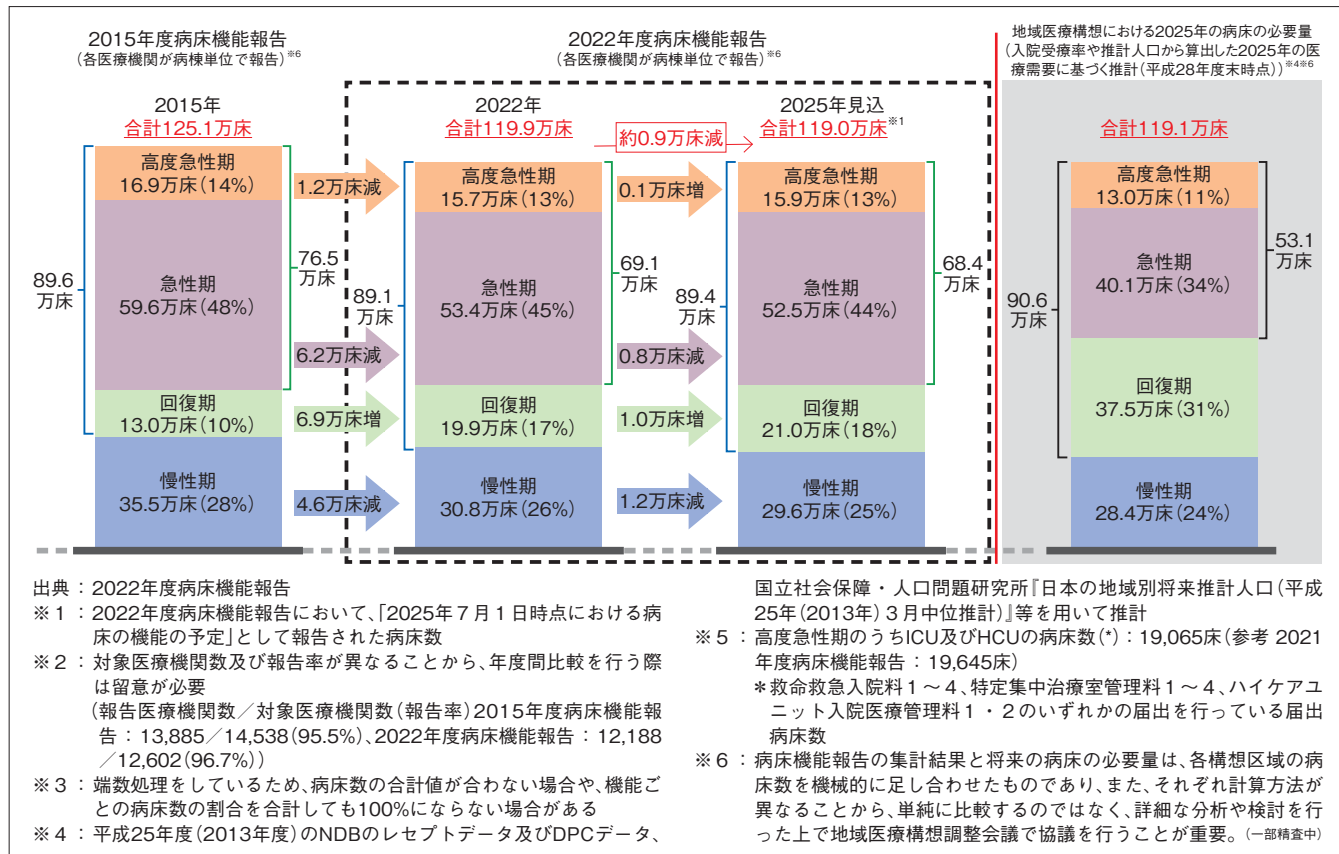
まず、診療側委員が「高齢者の救急搬送の増加には二次救急の評価が十分になされてこなかった背景がある」と分析。「本来は二次救急で対

応すべき患者を三次救急で対応している。二次救急の評価を充実させる必要がある」と指摘しました。また支払側委員からは「高齢の救急患者は、リハビリや介護との連携が必要なので、地域包括ケア病棟など急性期以外の（機能を持つ）医療機関の対応を評価すべき」との声が出ました。この意見を受け、他の支払側委員からは「かかりつけ医が普段から高齢者を診ていく中で、救急（医療にいたる患者）を少しでも減らすことが大事」との発言もありました。



各医療機関では、今回ご紹介した医療計画の内容、特に5疾病・6事業及び在宅医療の体制構築の方向性を把握し、自院のめざすポジションを再確認してください。

### 【資料3】2022年度病床機能報告について（速報値）



出典：厚生労働省「令和5年度病床機能報告の実施等について」第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料2（2023年5月25日）7ページ（<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001100422.pdf>）

めざせ!!

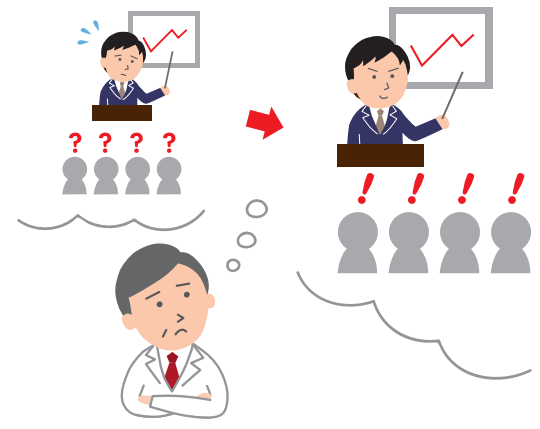
# メディカルエグゼクティブ

監修：国際医療福祉大学大学院医療福祉経営専攻教授 角田 圭雄

第15回

## プレゼンは聞き手の行動を変えるためにある

### CASE



A先生が診療部長を務める糖尿病内科では、かかりつけ医が患者を紹介するタイミングが遅く、すでに症状がかなり進行してしまっているケースがしばしば見受けられます。そうした中、部下のB先生が地域の医師会の講演会で話をする機会に恵まれました。しかし、A先生が「かかりつけ医に患者の早期紹介をアピールしてほしい」と声をかけたところ、B先生は「プレゼンテーションは苦手です」と考え込んでしまいました。A先生はB先生の様子を見て、どのようなアドバイスをすれば良いのか思案中です。

#### 聞き手のニーズは何かを考える

プレゼンにおいて、もっとも重要な目的とはなんでしょう。自分の考えを發表することだと考えられがちですが、そうではありません。聴衆にプレゼンを聞き終えたあとで「良い話を聞いた」と感じさせ、行動変容を促すことこそがいちばんの目的です。

このように考えると、まずプレゼンの目的をどのように決めるべきかが見えてきます。自分のプレゼンターとしての立場を確認するとともに、聞き手のニーズを把握し、プレゼンの目的を設定します（⇒STUDY①）。

今回のケースであれば、プレゼンターである「患者の紹介を受ける病院医師」が、聞き手の「かかりつけ医」のニーズを知り、その

ニーズを満たす的確なプレゼンをして、「早期の患者紹介」という行動変容を促すことが目的となります。

自分の立ち位置の確認を失念し、聞き手のニーズの把握もできなかった、それゆえ目的が不明で内容が散漫になる——といった落とし穴にはまってしまうプレゼンも少なくありません。このようなプレゼンでは、聞き手の行動を変えることは難しいでしょう。

#### 目次をつくと方向がブレない

さて、プレゼンの進め方には、さまざまな方法が考えられますが、「5ステップアプローチ」と呼ばれる大枠の進行は共通しています（⇒STUDY②）。①プレゼンの目的を明確にし、②プレゼンの設計図を描き、③スラ

イドを作成して、④プレゼンを行い、⑤聞き手からのフィードバックを次のプレゼンにつなげる——という流れです。

このうち②のプレゼンの設計図とは、簡単な目次をつくることを指します。最初に目次をつくると、プレゼンに「何を入れ込むべきか」が明確になり、なんとなくダラダラと長くなったり、方向がブレたりして、何を言いたいのかが、わからなくなってしまう事態を防げるはずで

す。なお、プレゼン自体は、「現状」、「問題提起」、「解決策」の3部構成とするのが基本です。テレビのドキュメンタリーもこの構成になっているので確認してみてください。

### “心”に訴える要素も大切

聴衆も人間ですから、理路整然としたプレゼンであれば成功するというものではなく、“心”に訴える要素も大切です。

古代ギリシアの弁論術においては、「エトス（信頼）→パトス（感情）→ロゴス（論理的）」の序列が重視されました。たとえば、自己紹介のとき、あえて自虐的なジョークで自身の弱みを見せることで親しみのある雰囲気

をつくり「信頼」を得る。次に、自分の辛かった経験を交えたエピソードで「感情」に訴えかけ、「論理的」な言い分を最後に持ってくるというわけです。

このようにプレゼンは奥が深く、準備や実施も難しく、完璧にすることは至難の業と言えるでしょう。ですから、プレゼンを終えたら、5ステップアプローチの⑤のフィードバックに耳を傾けて、次の機会に生かすことを必ず行ってください。

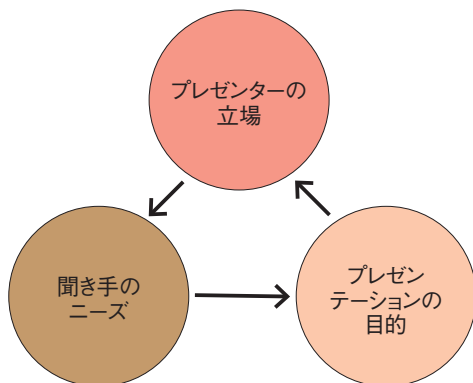
### NEXT STEP

A先生は「かかりつけ医のニーズが何かを調べてみるのが重要だろう」とB先生へアドバイスをしました。すると、「患者を専門医に紹介するタイミングを知りたい」、「紹介後、必ず専門医から連絡がほしい」といった要望が、かかりつけ医にあるとわかりました。

そこでB先生は、講演会で「紹介する時期で迷ったら気軽に相談してくれてかまわない」、「連携パスを用いれば、患者情報を共有できる」などとかかりつけ医に訴えかけました。結果、患者の早期紹介が促進され、糖尿病治療の成績が上向き始めたそうです。

#### STUDY①

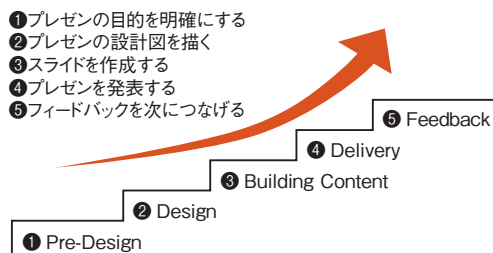
##### プレゼンの目的設定のトライアングル



「聞き手のニーズ」の把握は、プレゼンの成否を分ける重要なファクターである。たとえば直接聞き手に尋ねてみる方法も有効だ。

#### STUDY②

##### 5ステップアプローチ

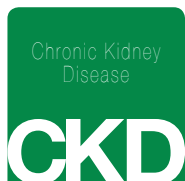


出典：マッキンゼー流 プレゼンテーションの技術(著：ジーン・ゼラズニー)

#### 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

取材日：2022年12月8日



慢性腎臓病



愛知県蒲郡市

## 日本の腎症重症化予防のモデルともなる 蒲郡腎臓病ネットワーク (G-CKD. NET)。

### Point of View

- ①非専門のかかりつけの外科医が発起人となってオリジナルの腎臓病診療連携体制を構築
- ②外来対応可能な患者はクリニックの専門医が診療し、病院は入院を要する患者のみを受け入れる
- ③クリニックの専門医が紹介患者を全員、紹介元のかかりつけ医に詳しい返書とともに戻す

医療法人カワイ外科  
理事長・院長

河合 雄先生

医療法人松風会蒲郡クリニック  
理事長・院長

村上 和隆先生

医療法人あおば内科クリニック  
理事長・院長

鈴木 高志先生

蒲郡市民病院  
腎臓内科

井手 敦基先生

蒲郡市民病院  
デジタル医療推進室  
臨床工学技士

西浦 庸介氏

蒲郡市健康福祉部  
健康推進監兼健康推進課長  
統括保健師

石黒 美佳子氏

### 腎臓病ネットワークの 発起人は専門外の外科医

糖尿病性腎症をはじめとした腎症重症化予防が国家的課題となる中、愛知県蒲郡市では「蒲郡腎臓病ネットワーク (G-CKD. NET)」と称する連携システムが稼働している。同ネットワークの特筆すべき点は、糖尿病や腎臓病の専門外である外科のかかりつけ医の河合先生が発起人となって立ち上げられたことだ。それゆえなのだろう、連携の流れや紹介基準なども独創性に富んでいる。

それにしても、なぜ外科医である

カワイ外科理事長・院長の河合先生は、腎臓病のネットワークをつくらうとしたのか。

「私は1992年、蒲郡市内に外科のクリニックを開業しました。すると、糖尿病が原因でひどい蜂窩織炎を発症した患者さんなどが、しばしば来院してきたのです。

患者さんに尋ねると、そもそも自分が糖尿病とは知らなかった、健診を受けたことなどない、健診で異常を指摘されたが放置していた——などと言う。私は、そうした患者さんに糖尿病の治療をしっかり受けてもらわなければならないと危機感を覚

えました」(河合先生)

しかし、糖尿病患者や予備群の数に対し、糖尿病専門医や腎臓専門医の数はまったく足りない。

「そこで、自分は専門外のかかりつけ医だけでも、患者さんのために糖尿病診療の一翼を担おうと覚悟を決めました」(河合先生)

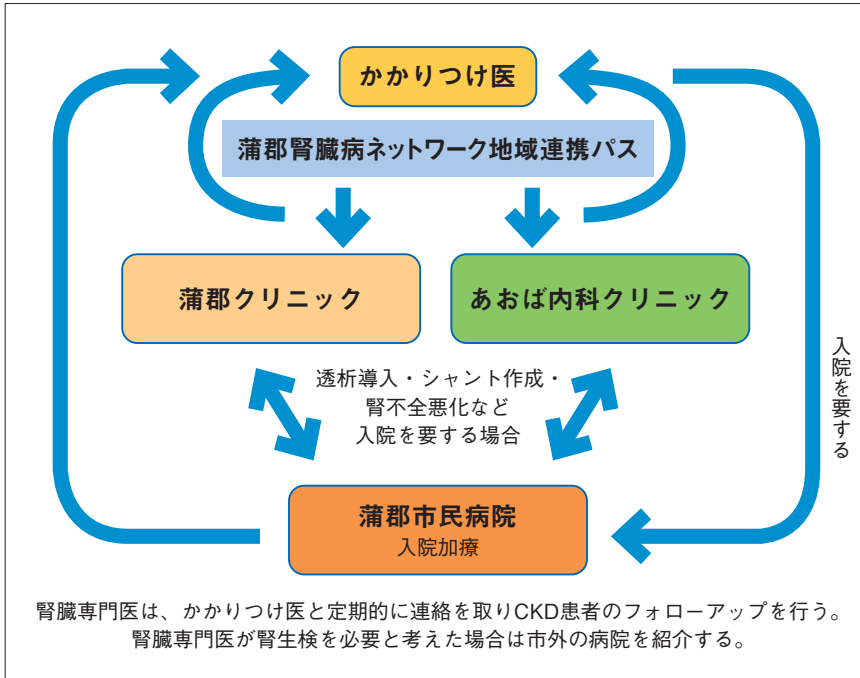
河合先生が糖尿病診療に関与するにあたり、最初に参照したのは診療ガイドラインだった。

「診療ガイドラインでは、糖尿病合併症の予防の重要性をうたっています。糖尿病合併症は身体のさまざまな部位で発症するので、かかりつけ



【資料1】

蒲郡腎臓病ネットワークの流れ



出典：石黒氏提供資料

医は、各専門医との連携が欠かせませんでした」(河合先生)

ただ、それは簡単ではなかった。「合併症のうち、たとえば糖尿病性網膜症なら眼科医に紹介状を書き、治療を完全にお任せできました。ところが、糖尿病性腎症の場合は、紹介基準が複雑すぎて専門外のかかりつけ医が紹介を判断するのがきわめて困難。連携するならば、簡単な紹介基準が必須でした」(河合先生)

そして河合先生は、新たな紹介基準の作成に向けて動き始める。「最初に蒲郡クリニック理事長・院長で腎臓専門医の村上先生を訪ね、紹介基準作成のご相談をしました。

また、蒲郡市民病院腎臓内科から2006年にあおば内科クリニックを開業された腎臓専門医の鈴木先生にもご協力を仰ぎました」(河合先生)

河合先生の着眼点が鋭いのは、連携システムの構築を、地域を挙げた

取り組みにしたところだろう。

「連携システムは、行政、中核病院、医師会の三者の合意のもとに構築されることが重要であるとの認識のもと、まず、蒲郡市、蒲郡市民病院、蒲郡市医師会の各組織に所属するメンバーからなる世話人会を結成しました。

その後、三者で構成される『蒲郡腎臓病ネットワーク協議会』が発足し、2019年には糖尿病性腎症に限らずすべての腎臓病患者を対象とするシステム『蒲郡腎臓病ネットワーク(G-CKD.NET)』(以下、ネットワーク)が立ち上げられて、稼働をスタートさせました」(河合先生)

診療所の専門医が外来を  
病院は入院加療を担当

ネットワークの仕組みと紹介基準を解説してくれるのは、紹介基準の作成にたずさわった村上先生だ。「ネットワークは、かかりつけ医と蒲郡クリニック及びあおば内科クリニックの2つの腎臓専門医がいるクリニックとの“診診連携”の上に、かかりつけ医や両クリニックから蒲郡市民病院に紹介する“病診連携”がある、2層構造になっています(【資料1】)。

単純な病診連携ではなく、診診連携をベースに、適切なタイミングで病診連携につなげる点が他に例を見ない特徴でしょう」(村上先生)

こうした2層構造になっているのには理由がある。

「当時、蒲郡市民病院には腎臓専門医がひとりしかおらず、新患を診るのが難しい状況でした。

そこで『蒲郡腎臓病ネットワーク地域連携パス』(以下、パス)を作成し、市内西部にあるあおば内科クリニックと東部にある蒲郡クリニックが、かかりつけの先生方から患者さんの紹介を受ける“ファーストフィルター”の役割を担当。蒲郡市民病院には入院を要する患者さんのみ



後列左から井手先生、西浦氏、石黒氏  
前列左から村上先生、河合先生、鈴木先生

紹介する仕組みとしたのです」(村上先生)

紹介基準は、どこまでわかりやすくなったのか。

「紹介基準は、まず『入院の必要性があるか、ないか』の2つ。ない場合は、原則としてeGFRと尿蛋白の数値によって専門医の『受診を推奨(併診)』、あるいは『受診を強く推奨(併診)』の2つだけです(【資料2】)」(村上先生)

河合先生の願ったとおり、かかりつけ医が迷わずにすむ簡潔な紹介基準が完成したようだ。

## 2人の専門医が力を尽くし 紹介のハードルを下げる

ネットワークで“ファーストフィルター”を担う2人の腎臓専門医はかかりつけ医にネットワークを利用してもらうために力を尽くす。

鈴木先生は、かかりつけ医が紹介に感じるハードルをできるだけ下げようとしている。

「パスでは、もし、紹介基準に当てはまらなくても、たとえば、判断に迷われる血尿など気になる点があったならば、気軽に紹介していただきたいと掲げています」(鈴木先生)

鈴木先生のかかりつけ医への配慮は、ほかにもある。

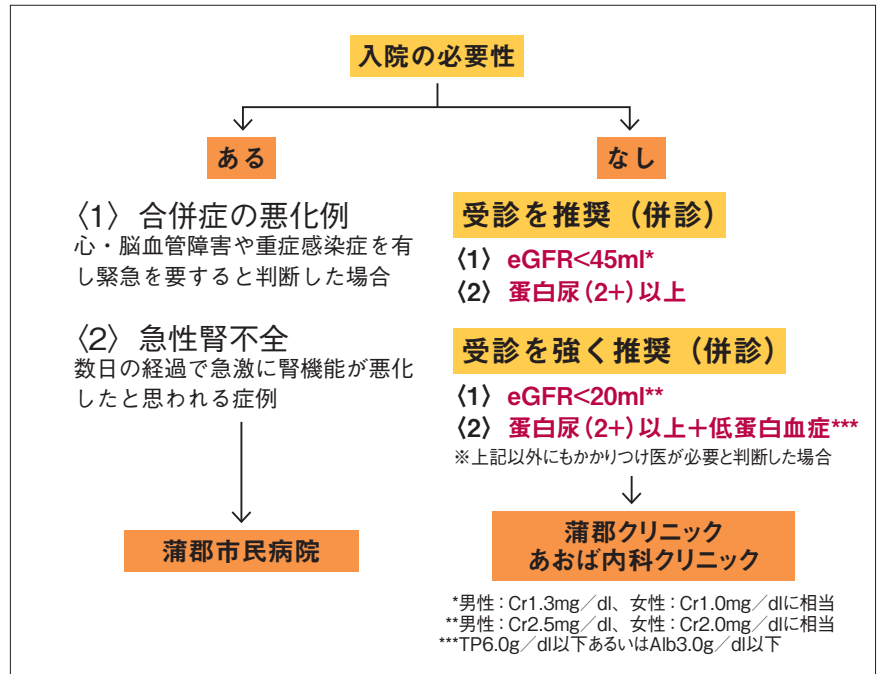
「私が患者さんを診る間隔を、1ヵ月、3ヵ月、6ヵ月、1年などのように大雑把に区切り、しかも長めにしています。こうすることで、かかりつけの先生が当院に紹介する手間を軽くできますし、患者さんの移動の負担も減らせます」(鈴木先生)

村上先生が強調するのは、丁寧な診療結果のフィードバックだ。

「初診患者については、できるだけ詳しい返書をお送りしています。最近こそ慣れてきましたが、ネットワ

【資料2】

### 蒲郡腎臓病ネットワークの紹介基準



出典：石黒氏提供資料

ークの1年目は返書を用意するのがたいへんでした」(村上先生)

さらに村上先生は、連携をうまく進めるうえで驚くべき約束事を決めたという。

「鈴木先生ともご相談し、紹介された患者さんは100%、紹介元にお返ししています。結果、かかりつけの先生が安心して紹介してくださるようになりました」(村上先生)

## 市の特定健診からCKD重症化予防事業、早期治療につなげる

ネットワークには行政も一員として深く関与している。蒲郡市では、国民健康保険(以下、国保)被保険者の特定健診の結果から、メタボ該当率や血糖値の高い人たちが多く、人工透析者数も県内でも上位であったことから糖尿病対策に力を入れ、2016年度に「糖尿病性腎症重症化予

防プログラム(以下、プログラム)」の取り組みをスタートさせた。

重症化予防には、保健と医療の連携が重要であることから、プログラム対象者の健診結果を市内のクリニックに持参し、事業説明と保健指導にかかる情報提供の依頼をしていたところ、河合先生の思いと市の課題が一致した。世話会には、副市長や市の保健師、栄養士もメンバーに加わり、2019年8月に蒲郡腎臓病ネットワーク協議会が発足。同協議会では、患者紹介の状況や市民の健康課題等を協議するほか、多職種研修会や市民向けのCKDキャンペーン(公開講座)も実施した。

蒲郡市健康福祉部の石黒氏が、ネットワークの効果について述べる。「ネットワーク構築により、市の特定健診の結果から医療未受診者への受診勧奨につなげ、必要に応じてかかりつけ医から専門医へ、さらに一

貫した保健指導や栄養指導を実施できる体制が構築され、医療、保健、多職種と連携した重症化予防に発展しています」(石黒氏)

## 紹介患者の増加につれて 入院患者の増加を見込む

ネットワークで入院患者を受け入れる蒲郡市民病院の状況は、同院腎臓内科の井手先生が説明する。「新型コロナウイルス感染症流行の影響を受けて受診控えもありましたが、2019年のネットワーク稼働後は紹介患者が増加し、2022年は過去最多に達しました。

診療の結果、入院となった重症例は3割程度で推移しており、紹介患者の総数の増加とともに、今後は重症患者の紹介が増えるだろうと予測しています」(井手先生)

ネットワークの稼働以降、患者の属性に変化が生じているようだ。「年齢に関しては、50代までの若年層の紹介受診が増加しました。このことから、より早期の段階での腎臓病の診断と治療につながっている可能性が示唆されます。

ただし、若年層では診療の結果、外来フォローとなる軽症例が多かったため、ネットワークの運用の構造を、かかりつけ医の皆さんにしっかりと理解していただく必要性を感じています」(井手先生)

## 検査データを分析して ネットワークにも生かす

蒲郡市民病院では今、入院患者のフォローだけでなく、高度なシステムの活用を通じてネットワークに寄与する施策も展開されている。同院デジタル医療推進室に所属する臨床工学技士の西浦氏が話す。

「当院では、診療情報の二次活用を実現できるHIS (Hospital Information System) に対応した電子カルテシステムを採用し、地域医療を支えるための次世代EHR (Electronic Health Record) の構築をめざしています」(西浦氏)

その電子カルテシステムが、どうネットワークに貢献しているのか。「当院の電子カルテでは、ベンダーフリーのデータ連携・蓄積と、二次利用データのリアルタイム生成が可能です。

現時点では、当院入院後の患者さんの検査データをデータベースから出力して情報を分析、その結果をネットワークにフィードバックするなどしています。1例を挙げると、腎臓専門医を受診後、腎機能の悪化が緩やかになったなどの情報を提供しました」(西浦氏)

「将来的には、もっと大きな貢献が可能です」と言う西浦氏は、次のような展望も示す。

「今後、医療機関をまたいだ受診データを患者さんの生涯にわたって蓄積することができれば、患者さん自身の健康増進や地域の医療問題の解決に寄与することも視野に入れています」(西浦氏)

## 連携システムを構築する 成功の肝は“人”の力

西浦氏から未来に向けた話が出たところで、石黒氏、井手先生、鈴木先生、村上先生にも展望を聞いた。「医療と連携した重症化予防の取り組みによって、国保特定健診受診者のHbA1cの基準値を超える方が2015年度の状況より減少しています。ネットワーク構築により、患者さんを中心に、顔の見える関係ができ、お互いの思いや役割を理解した支援が

可能となりました。重症化する方や人工透析患者が減少し、医療費の抑制につながることをめざし、がんばっていきたいですね」(石黒氏)

「蒲郡市民病院では、2020年10月に5床でスタートした透析センターの病床数を2020年12月には6床に増やし、さらに2022年度中に7床まで増床する計画です。

専門医の数も増え、診療体制が強化されつつあります。重症患者をより手厚く治療できるようになるでしょう」(井手先生)

「ネットワークには加わっていない、つまり勤務先の企業で健診を受けている患者さんを拾い上げることが重要だと考えています。企業健診でもネットワークを利用するようになれば、より良い治療ができるのではないかと期待しています」(鈴木先生)

「最近、これまで紹介された経験のなかったかかりつけの先生から患者さんの紹介を受けるケースが多々あります。ネットワークの裾野が広がり始めている証左で、気を緩めずに紹介患者の診療に努めていきます」(村上先生)

ネットワークの立ち上げを牽引した河合先生が、最後に感謝の思いを込めて語る。

「非専門医である私が、自分の患者さんへ糖尿病・腎臓病に対する良い医療を提供したいとの思いに応え、協力してくださった先生方や行政の方のお人柄や熱心さがあってこそ、ネットワークが実現しました。連携システムづくりの肝は、なんといっても“人”なのです」(河合先生)

蒲郡市同様、腎臓専門医が不足している地域は珍しくない。厳しい状況の中で専門的な医療をどうすれば提供できるのか頭を抱える関係者にとって、蒲郡腎臓病ネットワークは大いに参考となるだろう。

取材日：2023年3月24日



地域医療



大阪府

## 薬薬連携を活用した大規模簡素化プロトコル。 大阪府北部で拡大する「変更調剤PBPM」。

### Point of View

- ①医療機関と所在する地域の薬剤師会が締結した合意内容は、参加する薬剤師会の地域全体で有効
- ②変更調剤PBPMによる変更調剤であると一目でわかるスタンプを作成し、薬局が処方せんに押印
- ③府県を越えた拡大を視野に入れ、新たに地域の病院や薬剤師会が加わりやすいスキームを構築

大阪大学医学部附属病院  
教授・薬剤部長／  
豊能・三島地区薬薬連携協議会会長

奥田 真弘先生

大阪大学医学部附属病院  
副薬剤部長／  
豊能・三島地区薬薬連携協議会構成員

山本 智也先生

日本赤十字社高槻赤十字病院  
薬剤部長／  
豊能・三島地区薬薬連携協議会副代表

小島 一晃先生

コウセイ堂薬局薬局長／  
一般社団法人箕面市薬剤師会会長／  
豊能・三島地区薬薬連携協議会副代表

林 良紀先生

### 広範囲で運用される 問い合わせ簡素化プロトコル

近年、薬局が病院に対して実施する定型的な疑義照会を軽減するため病院と薬局の間で問い合わせ簡素化プロトコル（以下、簡素化プロトコル）を運用する取り組みが各地で見られるようになった。そうした中、大阪府北部にある池田市、茨木市、吹田市、摂津市、高槻市、箕面市、豊能町、能勢町、島本町の6市3町（6薬剤師会）にわたる広いエリアで「変更調剤PBPM (Protocol Based Pharmacotherapy Management)」(プロトコルにもとづく薬物治療管理)が展開されている。協定参加病院数17施設、協定参加薬局数481施設（2023年7月時点）と運用範囲は

広い。

一般的な簡素化プロトコルは、ある病院と薬局の間で合意書を締結すると、薬局は、そこで定められた範囲内ならば、病院に問い合わせをすることなく、調剤の変更などを行えるという枠組みで運用されるもの。処方医や薬局薬剤師の負担を軽減できるのはもちろんのこと、患者の薬学ケアの充実にもつながる。

しかし多くの場合、病院と薬局が1対1で合意書を締結しており、その内容が病院によって異なるため、薬局は、合意を交わした病院の数だけ合意書の内容を把握しなければならない。薬局が複数の病院との間で

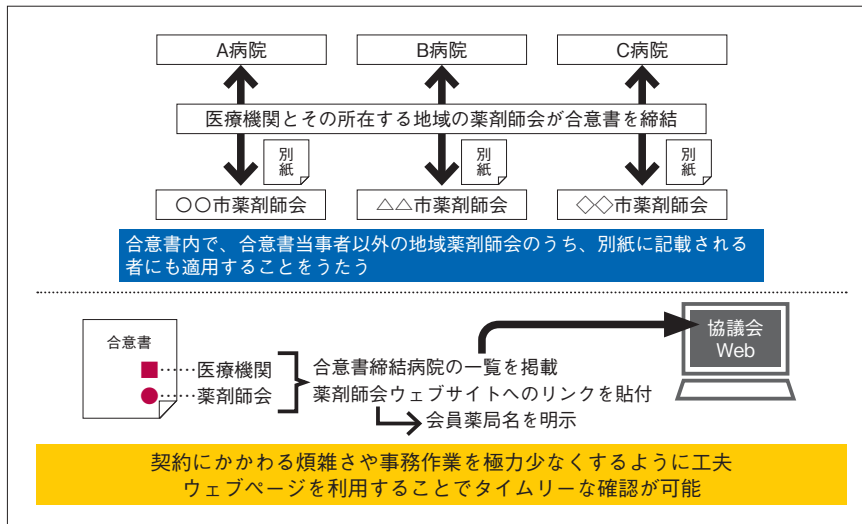
運用する場合には、確かに問い合わせの件数自体は減らせるが、病院の事務処理の負担もさることながら、薬局にも煩雑な内容確認の作業が生じてしまう。簡素化プロトコルが地域で広がっていくには、こうした合意形成のあり方が大きな課題となっていた。



左から小島先生、奥田先生、林先生、山本先生

【資料1】

変更調剤PBPMにおける合意形成方法



出典：山本先生提供資料

その課題を見事に解消したのが、大阪府北部の豊能2次医療圏、三島2次医療圏をまたぐ広域で運用が開始された変更調剤PBPMである。複数の病院と各薬剤師会が「豊能・三島地区薬業連携協議会」（以下、協議会）を設立し、協議会内で共通プロトコルを策定。医療機関と所在する地域の薬剤師会が締結した合意内容が、協議会に参加する薬剤師会の地域全体で有効になる合意形成のシステムを構築した（【資料1】）。この仕組みにより、病院は複数の薬局と、薬局は複数の病院と手間をかけずに共通プロトコルを運用できる。

変更調剤PBPMの利点は、それだけではない。大阪大学医学部附属病院（以下、阪大病院）教授・薬剤部長で協議会会長の奥田先生がメリットを整理してくれた。

「薬局は問い合わせの負担が減り、その分、薬学的管理の質向上を図る業務に時間を費やせる。病院は薬剤部も処方医も定型的な問い合わせにあてていた時間を削減でき、より重要な処方提案や副作用対策などの疑

義照会に集中できる。患者さんは無駄な待ち時間がなくなり、服薬相談などに多くの時間を割ける。

変更調剤PBPMは、1回の合意書の締結によって幅広いエリアで三者が“win-win-win”となる施策なのです」（奥田先生）

阪大病院が率先して  
新たな構想が動き出す

変更調剤PBPMは、どのようなきっかけで誕生したのか。奥田先生が端緒を振り返る。

「私は、2019年5月に阪大病院薬剤部長に就任しました。まだ、阪大病院と近隣薬局の間では簡素化プロトコルは存在しておらず、実は、阪大病院に着任したら、ぜひトライしたいと思っていました。

そんな折り、同年末に大阪府茨木保健所薬事課長（当時）から、『地域共通の簡素化プロトコルを牽引してほしい』とご依頼いただいたのです。チャンス到来と、躊躇なくお引き受けしました。そして、変更調剤

PBPMの構想が動き出したと記憶しています」（奥田先生）

協議会構成員で阪大病院副薬剤部長の山本先生が、当時の阪大病院内の状況を説明する。

「当院周辺では、簡素化プロトコルを開始する病院が増え始めていました。リサーチすると、合意書の内容が微妙に異なっていた。それでは薬局の負担が十分に減らず、患者さんの待ち時間の短縮などの利便性も確保できません。患者さんに簡素化プロトコルの恩恵を享受してほしいとの思いが、変更調剤PBPMをつくる我々の強いモチベーションになりました」（山本先生）

変更調剤PBPMに地域の病院が合流していく過程を話すのは、高槻赤十字病院の薬剤部長で協議会副代表の小島先生だ。

「当院は、すでに2020年には、高槻市と茨木市の薬剤師会と相談しながら、独自の簡素化プロトコルを立ち上げていました。その反響は予想を大きく上まわり、数ヵ月間で約130もの薬局と合意書を取り交わし、結果、定型的な疑義照会の数が予想以上に減少しました。

薬局の皆さんの好反応や運用のメリットを実感していた矢先、やはり茨木保健所の方から変更調剤PBPMへのお誘いがあり、二つ返事で参加を表明しました。おそらく、簡素化プロトコルの利点を理解する病院なら、阪大病院が率先して進めるこのプロジェクトに参加しない理由を見つけることのほうが難しかったでしょう」（小島先生）

コウセイ堂薬局薬局長で箕面市薬剤師会会長と協議会副代表を兼任する林先生がうなずきながら話す。「茨木保健所の薬事課長からお話を聞いたときには、薬局薬剤師が地域の医療に貢献できる好機だと感じま

【資料2】

共通プロトコルの作成イメージ

項目	A大学病院	B大学病院	C病院	D病院	E病院	F病院	G病院	H病院
薬剤の変更	●	●	●	●	●	●	●	●
半割、粉碎、混合または一包化	●	●	●	●	●	●	●	●
投与日数の調整（短縮）	●				●			
外用薬の用法	●	●			●			●
.....					●			●
.....		●		●	●			

各病院のプロトコルを持ち寄り、必要・不必要を判断し決定  
必要と思われる項目を網羅的に組み入れた

出典：山本先生提供資料

した」(林先生)

保健所の支援のもとに  
多方面との調整を進める

簡素化プロトコルの広域での導入例は皆無ではない。ただし繰り返す  
が変更調剤PBPMは規模感が違う。  
プロジェクトが実現するまでの道筋  
について興味を湧くところだ。  
「2020年に阪大病院では、まず近隣  
薬局と個別で簡素化プロトコルの運  
用をスタートさせ、拡大に向けての  
準備を始めました。同時に行政（保  
健所）は賛同者を集め、2021年、協  
議会が設立されるにいたります。協  
議会では2022年に共通プロトコルを  
策定し、同年7月からの運用を決定  
しました」(奥田先生)

発案から実施まで、猛スピードで  
計画が進められたことがうかがわれ  
る。多方面とのスムーズな調整が必  
要だったであろう変更調剤PBPM。  
奥田先生が行うにあたっては、たい  
へんな苦労があったが、それを保健

所が支えてくれた  
たそうだ。  
「保健所は、協  
議会の構成員と  
して『どこの病  
院、あるいは薬  
剤師会がどのよ  
うな取り組みを  
しているのか』  
などの情報提供  
や、さまざまな  
調整の場面で支  
援をしてくださ  
り大いに助けら  
れました」(奥  
田先生)

そもそも、こ  
の「問い合わせ  
簡素化」の施策

の実現にあたっては、保健所の存在  
の影響力が大きかったと奥田先生は  
推察する。

「元来、病院も薬局も保健所から指  
導を受ける立場にあり、たとえば、  
『必要な疑義照会は行い、記録に残  
すように』と言われてきました。で  
すから簡素化プロトコルの導入に関  
しては、ベテランの薬剤師ほど『本  
当に疑義照会をしなくていいのか』  
と戸惑いがちだった。けれども、保  
健所が先導していたため、多くの薬  
剤師が受け入れやすかったのでは  
ないでしょうか」(奥田先生)

どこの薬局の変更調剤かを  
示すスタンプを協議会が開発

次に話は、共通プロトコルの策定  
方法に及ぶ。

「協議会では、各病院がプロトコル  
を持ち寄り、簡素化項目ごとの内容  
の『何が同じで、何が異なるか』と  
いった点を整理するとともに、要不  
要を判断し、必要な項目を網羅的に

組み入れて共通プロトコルを策定し  
ていきました（【資料2】）。

簡単な作業ではありませんでした  
が、協議会に参加していただいた地  
域の薬剤師会と病院薬剤部門の積極  
的な協力があって最終形にまでたど  
り着きました」(奥田先生)

ちなみに、協議会で決めたのは簡  
素化項目だけではない。

「運用を開始すれば、『これは変更調  
剤の対象になるのか』と薬局が迷う  
ケースが必ず出てきます。協議会で  
は、そうした際には『疑義照会を行  
う』といった、本来の疑義照会の原  
則にもとづいたルールをつくりまし  
た」(奥田先生)

短くも周到な準備期間を経て始ま  
ったその効果は、すぐに現れた。

「高槻赤十字病院では、2022年9月  
に変更調剤PBPMへ切り替えたので  
すが、即座に変更調剤の件数増加が  
見られました。広い地域で共通して  
運用される効果は絶大だと驚きまし  
た」(小島先生)

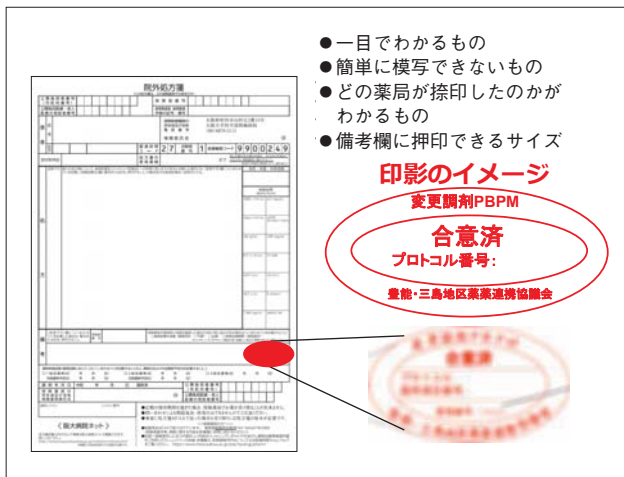
なお、前述のとおり高槻赤十字病  
院は従来、130程度の薬局と簡素化  
プロトコルの合意を交わしていた。  
「一つひとつの薬局と合意契約を結  
ばなければならなかったため、独自  
に導入した当初は、事務処理が追いつ  
かない場面もありました。ですから  
協議会が契約を代替してくれるシ  
ステムが、いかに効率的であるかも  
痛感しました」(小島先生)

円滑に運用すべく細やかな工夫も  
施されている。薬局では調剤を変更  
したときには、その処方せんを病院  
の薬剤部へファクスで送信するが、  
一目で変更調剤PBPMにのっとった  
変更であるとわかるスタンプを開発  
した。

「協議会で統一のスタンプを定め、  
各薬剤師会が作成して薬局に配布し  
ています。このスタンプは、協議会

【資料3】

変更調剤PBPMによる調剤の変更を示すスタンプ



出典：山本先生提供資料

に加わる薬局が、調剤の変更をした際に処方せんの備考欄に押すもの。薬局個別のプロトコル番号があるので、病院の薬剤部では、どこの薬局の変更であるかも即座にわかります（【資料3】）」（林先生）

処方不備をフォローする仕組みではない点に注意

スタートから1年近くが経過した変更調剤PBPM。運用される中で課題も浮かび上がってきた。小島先生が指摘する。「共通プロトコルで簡素化できる変更項目は、大きく3領域で構成されています。ひとつ目は、規格変更、剤形変更、銘柄変更といった、機械的な変更。2つ目は、半割や粉碎、一包化、投与日数の調整といった、薬局薬剤師が患者さんとのやり取りを通じて決める変更。3つ目が、外用薬の使用部位や使用回数が処方せんに記載がなく、薬局薬剤師が患者さんから聞き取りをして追記するといった、処方不備に対応した変更。今、気になっているのは、3つ目の

変更です。

医師が、処方せんに多少の不備があっても、薬剤師がフォローしてくれるようになったと期待している向きがある。しかし正確な処方が大原則で、あくまで3つ目の変更は致し方ない状況で行う変更であることへの理解を、医師に促していかなければならないと思っています」（小島先生）

薬剤師会が合意書を締結するゆえ薬局の理解が追いついていないと問題視するのは林先生だ。

「たとえば、高槻赤十字病院と箕面市薬剤師会は、ともに協議会に参加しているので、同薬剤師会に所属する薬局は、同院の処方せんに対し変更調剤PBPMを適用できます。

それにもかかわらず、本来なら簡素化できる問い合わせをしている事例が散見される。市をまたいで適用できる点を知らない薬局が、まだまだ多いのが現状。各薬剤師会は、薬局に対して継続的な啓発活動をする必要があるでしょう」（林先生）

エリアを追加しやすいつくり 府県を越えた拡大も視野に

最後に各先生方から、これからの抱負を語っていただいた。口火を切ってくれたのは小島先生。「高槻赤十字病院では、疑義照会と変更調剤PBPMの比率は2：1ほど。簡素化が占める割合が高く、医師や看護師などの他職種からも高評価を得ています。今後は、病院所属の副

代表として、処方元となる医師とのパイプ役を担うことが重要かと考えています。また、変更調剤PBPMを利用する動機づけを高めるため、さらには他地域に広げるときの材料とするためにも、自院での実態調査や意識調査などを実施しようと考えています」（小島先生）

林先生は、医師会などの参加に向けて動きたいと述べる。

「現在は、医師会や歯科医師会の参加はありません。取り組みの具体的な内容を知ってもらえる資料などを充実させ、両者に参加してもらえようアプローチを図っていくつもりです」（林先生）

動画配信サイトのコンテンツの充実を訴えるのは山本先生だ。

「2022年6月から、合意書の締結や変更調剤PBPMの解説等を動画で紹介する『オンライン研修会』を開始しました。対面で説明する負担が軽減でき、動画を見た他地域の方からの問い合わせも多く来ています。

今後はコンテンツについても充実していければと考えています」（山本先生）

奥田先生は、さらなるエリアの拡大を視野に入れる。

「たとえば、行政的には府県が異なる地域でも、協議会には府県境は関係ないので、どの地域の病院や薬剤師会の参加も可能です。このようにあとから別の地域の病院や薬剤師会などが加わることがたいへん簡便なスキームである点も変更調剤PBPMの特徴ですから、本取り組みに賛同いただける地域とは、どんどん合意を交わし、連携を拡大できれば良いですね」（奥田先生）

「変更調剤PBPM」の仕組みは、共通の簡素化プロトコルの導入を検討している地域において、模範となるモデルと言えよう。

# 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/>

