

2025年へのロードマップ

～地域医療計画と地域包括ケアへの現状と対策～



国際医療福祉大学大学院教授
参議院厚生労働委員会調査室客員調査員
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

目次

- パート1
 - 地域医療ビジョン3つの課題
- パート2
 - 2014年診療報酬改定の影響～病床機能分化と連携
- パート3
 - 地域包括ケアシステムと看護師・薬剤師の役割



パート1

地域医療ビジョンと3つの課題



医療介護一括法可決成立(2014年6月18日)

地域医療介護一括法のポイント

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

6月18日可決
成立

(カッコ内は施行時期)

5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



病床機能報告制度と 地域医療構想（ビジョン）

地域医療ビジョン

3つの課題

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

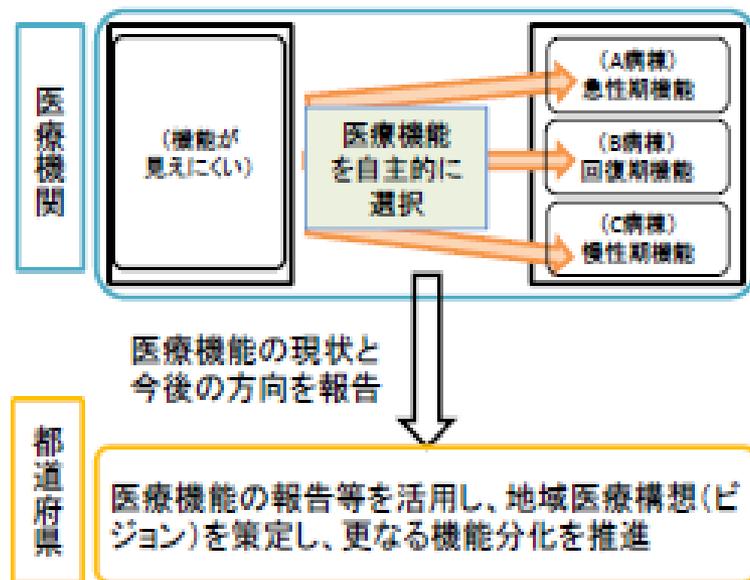
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



(地域医療構想(ビジョン)の内容)

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

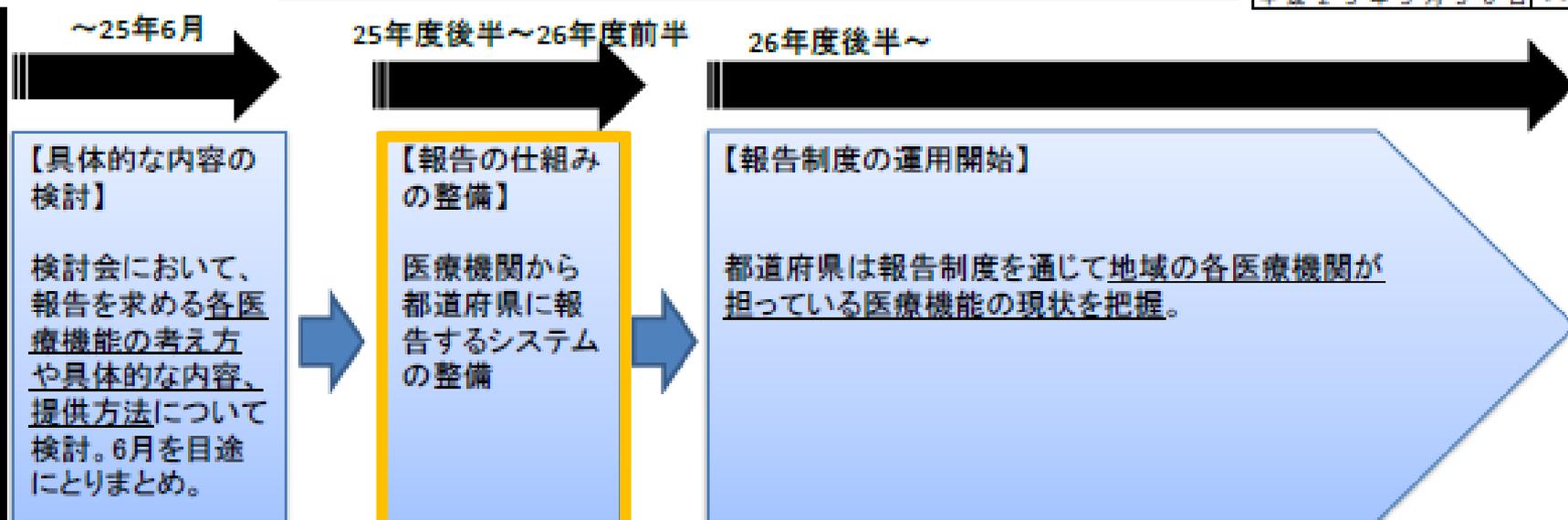
◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

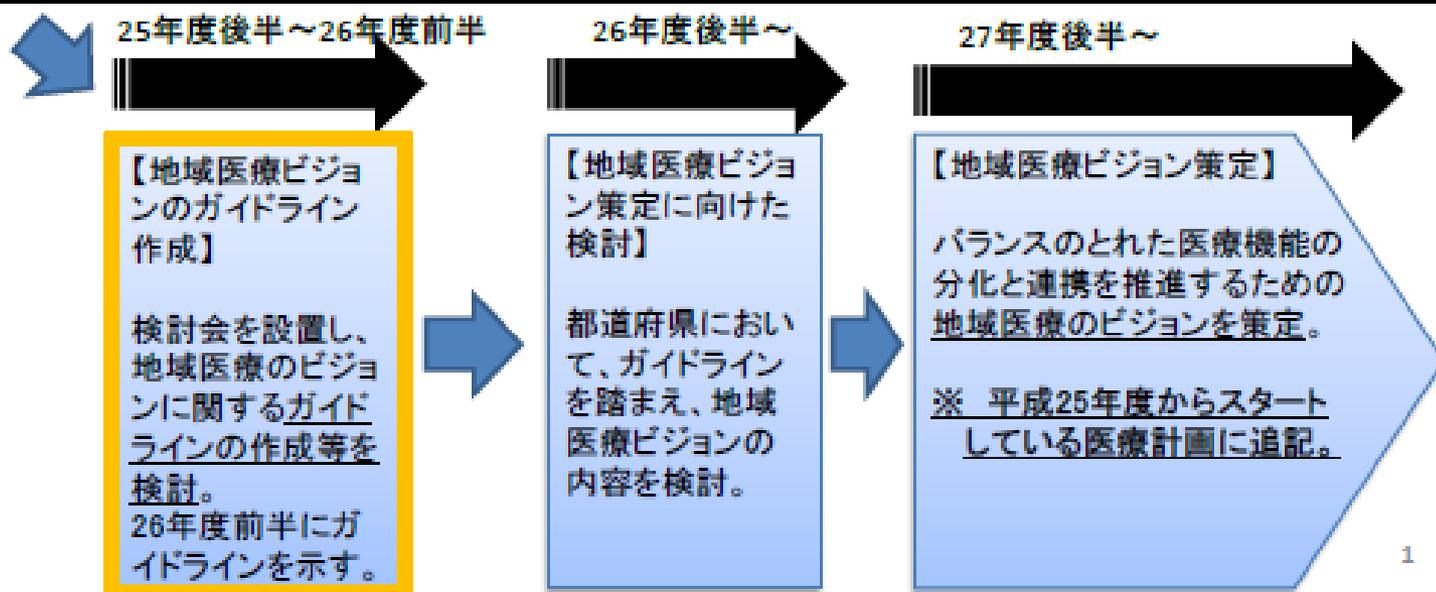
報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

第6回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会
 平成25年5月30日
 参考資料

報告制度



地域医療ビジョン



病床機能報告制度と地域医療ビジョン

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

- 手術・処置件数等

- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
 - 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

報告項目(案)(未定稿)

※原則としていずれの機能を選択しても、以下の全ての項目について報告することとする。

●: 概ね外科のみで実施され则认为される項目

☆: 医療計画において示されている指標例に類すると考えられる項目

#: 構造設備・人員配置等に関する項目のうち、有床診療所からの報告を求めるもの

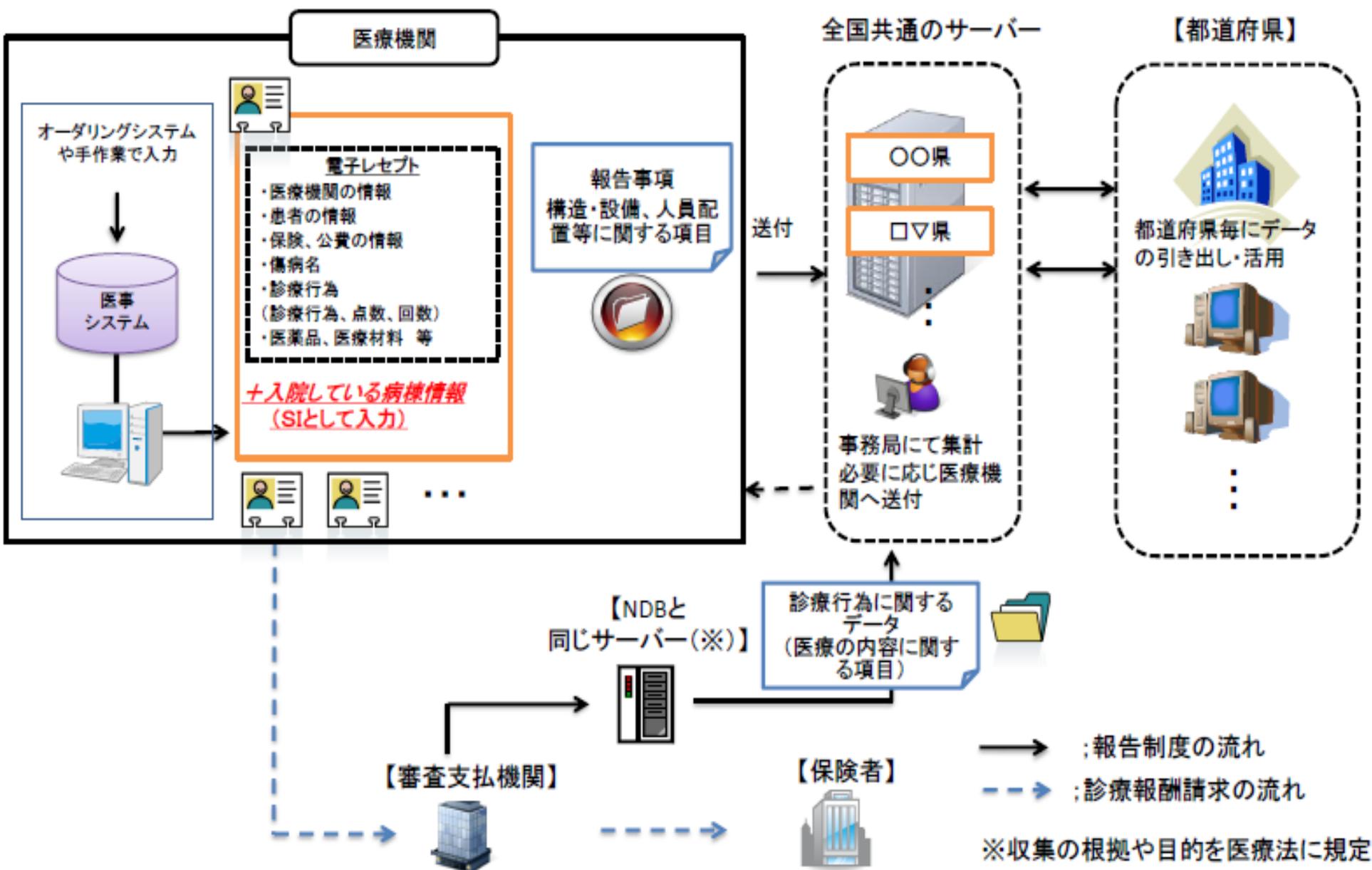
△: 前回の資料からの変更点

第12回病床機能情報収集・連携の具体的なあり方に関する検討会	資料2
平成26年7月24日	

担う役割	具体的な項目	病院単位で報告を求める項目		備考	
			レセプトを活用		
医療機能	# 現在の機能、将来時点の機能の予定	○			
(1) 構造設備・人員配置等に関する項目					
病床数・人員配置・機能など	# 許可病床数(療養病床の場合そのうち介護療養病床の数)	○			
	# 稼働病床数(療養病床の場合そのうち介護療養病床の数)	○			
	# 一般病床、療養病床の別	○			
	# 医療法上の経過措置に該当する病床数	○			
	# 看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数	○		○	傾斜配置も含め病床毎の配置を記載する。また、外来、手術室も別途記載する
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学技士	○		○	病床単位も記載する
	# 主とする診療科	○			一つの病棟を複数の診療科で活用することを基本とする場合の選択肢を設ける
	算定する入院基本料・特定入院料	○	(○)		
	DPC群			○	
	在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無			○	
	上記届出を行っている場合、医療機関以外での看取り数、医療機関での看取り数			○	介護老人保健施設等の入所施設は医療機関以外に含む
	* 二次救急医療施設、救急告示病院の有無			○	
	64列以上のCT			○	
	16列以上64列未満のCT			○	
	16列未満のCT			○	
	3T以上のMRI			○	
	1.5T以上3T未満のMRI			○	
	1.5T未満のMRI			○	

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



病床機能報告制度に基づく病床配分の適正化(私案)

情報公開

全国平均

高度急性期

・ 対象医療行為 200件/100床/日

一般急性期

・ 対象医療行為 400件/100床/日

回復期

・ 対象医療行為 300件/100床/日

慢性期

・ 対象医療行為 100件/100床/日

医療圏平均

高度急性期

・ 対象医療行為 100件/100床/日

一般急性期

・ 対象医療行為 200件/100床/日

回復期

・ 対象医療行為 400件/100床/日

慢性期

・ 対象医療行為 200件/100床/日

〇〇病院

高度急性期

・ 対象医療行為 10件/100床/日

一般急性期

・ 対象医療行為 150件/100床/日

回復期

・ 対象医療行為 500件/100床/日

慢性期

・ 対象医療行為 300件/100床/日



病床区分ごとの基準病床数

- 社会保障審議会医療部会(部会長:永井良三・自治医科大学学長)2013年10月4日
- 1案
 - 新しい病床機能の定義を、次期医療法改正に盛り込んだ上で、現行の基準病床数(一般病床、療養病床を含む)に基づく新規開設、増床の許可に係る仕組みを適用する
- 2案
 - 医療法上の定義は変えないものの、病床機能報告制度の中で定量的な基準を設けて、著しい偏りがあるなどの場合、都道府県が一定の範囲内で補正できる仕組みを取り入れる。
-

病床区分ごとの基準病床数案に反対相次ぐ

- 日本病院会副会長 相沢孝夫氏
 - 「医療機関が必要な連携をしつつ、自主的に機能分化が進めるのが前提のはず。2つ目の案で、(病床数適正化に向けて)『誘導』との表現があるが、強制的に進めるようにしか見えない」。
- 日本医師会副会長 中川俊男氏
 - 1案について「病床基準数を法律で定めるというのは硬直的な案。5年後、10年後、何があるか分からず、柔軟に地域の医療機関が決められるようにすべき」、2案についても、基準を定める方向性に不満を示した。
- 全国自治体病院協議会会長 辺見公雄氏
 - 「公的病院では、自主的なベッド削減をほとんどやっている。民間病院も経営の必要があり、上が決めなくても、ふさわしい医療をやっていく」
- 慶応義塾大学経営大学院教授の田中滋氏
 - 「がちがちに基準を決めるのは良くない」

第3案(修正案)

- 修正案

- 地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂させていくため、医療機関相互の「協議の場」を設置
- 医療機関に対して、協議の場への参加と合意事項への協力などを努力義務とする案
- 合意を無視して、必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情により、協議が機能不全になったなどの場合に、都道府県によるペナルティー的な対応を行う

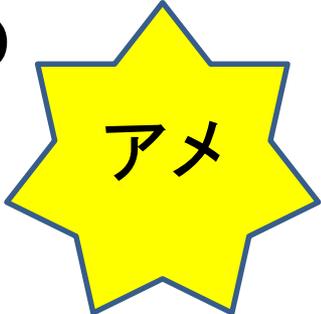
- ペナルティー案

- ①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構による融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消



ムチ！

機能分化と連携を進める 医療機関に基金制度



アメ

- 2014年度予算政府案
 - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
 - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
 - 機能分化・連携を進める医療機関への補助財源とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
 - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

地域医療ビジョンの3つの課題

- ①医療圏見直し
- ②基準病床算定式見直し
- ③地域経営統合

①医療圏見直し

- 2次医療圏単位で「協議の場」の設定を想定
- **しかし現状の2次医療圏がそもそも妥当か？**
- 前回医療計画見直しの際、2次医療圏見直し（地方の小規模医療圏見直し）を行おうとしたが進まなかった経緯がある
- 2次医療圏見直し
 - 人口20万人未満で、流出率20%以上、流入率20%未満の医療圏を見直すことになった
 - 87医療圏が対象、しかし実際には3県の医療圏しか見直されなかった

医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
 - 人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

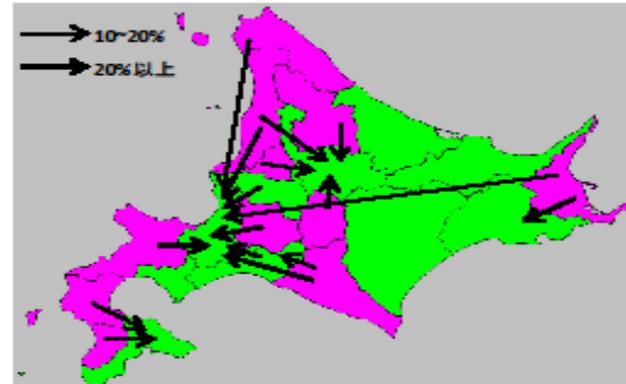
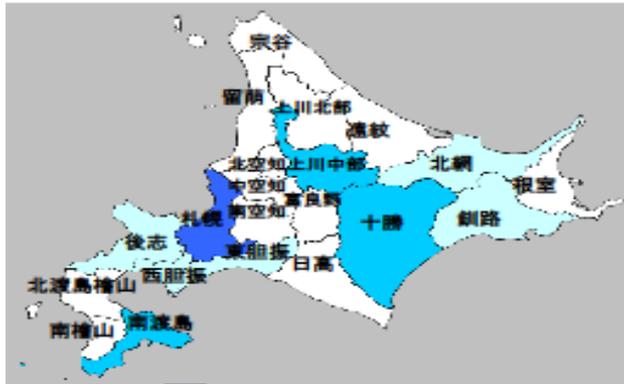
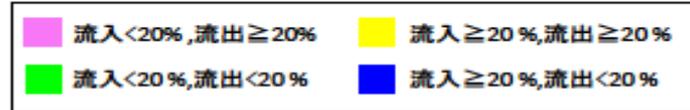
(北海道)

人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満

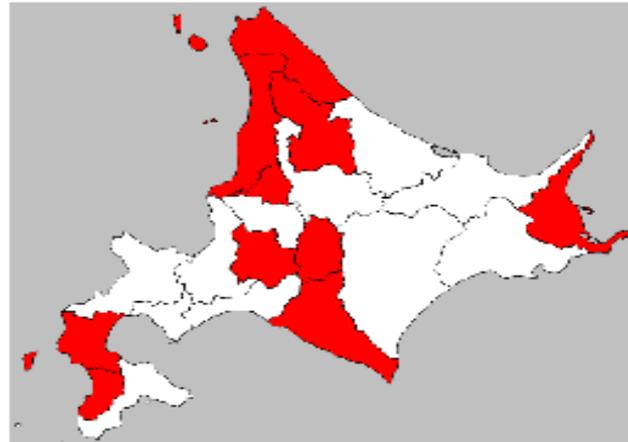
人口



流入出



■ 人口20万人未満
かつ患者流入率20%未満
かつ患者流出率20%以上



10医療圏が見直し対象となる
しかし、まったく見直しが
なされなかった！

(参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	鳥根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

※二次医療圏数は平成22年4月現在

出典：平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計：二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合)

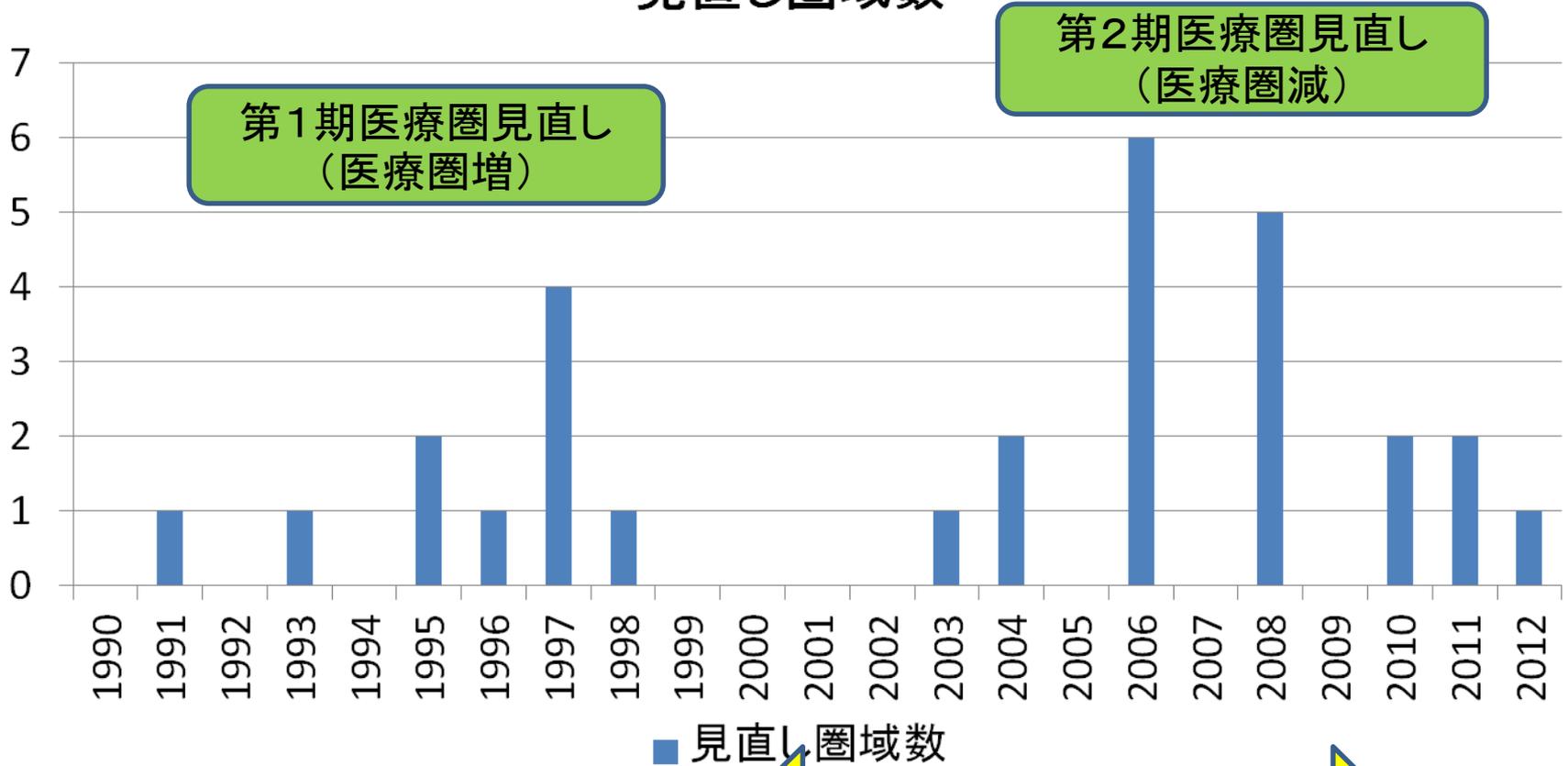
見直しをしない理由

～都道府県アンケート調査～

- 「見直す必要がない」(8府県、5府県は見直し対象圏域を含まない府県)
- 「(見直しの)メリットがない」(4県)
- 「医療資源の確保がより困難になる」(4県)
- 「(見直しの)時間がない」(2県)
- 「2次医療圏に関連づけられた拠点病院の指定などに影響が出る」(2県)
- 「地域医療再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」(2県)
- 自由回答
 - 「見直しに伴い患者の利便性が低下するとの懸念から関係団体の理解が得られない」
 - 「地域特性を考えると医療圏の合併は医療サービスの低下を招く恐れがある」
 - 「医療圏の中核病院の維持・強化が必要」「現医療圏での課題に取り組み、患者の流入を解消することが住民に望まれている」

2次医療圏見直し圏域数の推移

見直し圏域数



第1期医療圏見直し
(医療圏増)

第2期医療圏見直し
(医療圏減)

■ 見直し圏域数

1985年医療法改正で
医療計画がスタート

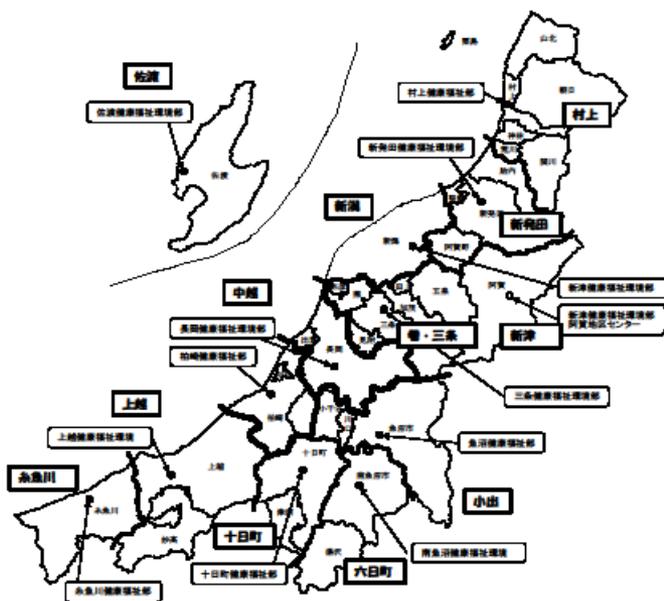


平成の市町村大合併
(1999～2010年)

地域医療再生資金(2009～2011年)

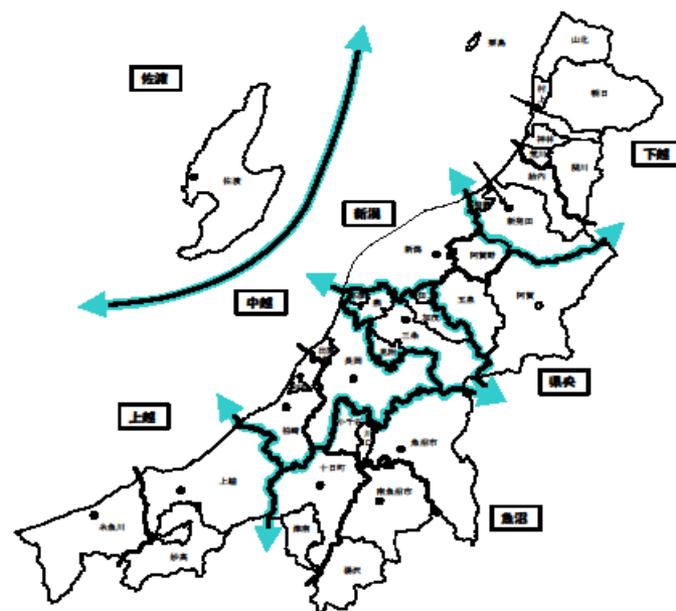
新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

2次医療圏見直しの課題

• 2次医療圏の再設定

– 人口規模が大きく、流入型の医療圏を中核として、医療圏を統合してはどうか？

- 新たな見直しコンセプトと基準を設定する

- キーワードは「集中！」

- 前回は人口規模の小さい医療圏の見直し

- これからは人口規模の大きい医療圏に周辺医療圏を統合する。このため中核医療圏を指定してはどうか？

- 中核医療圏の指定基準を作ってはどうか？

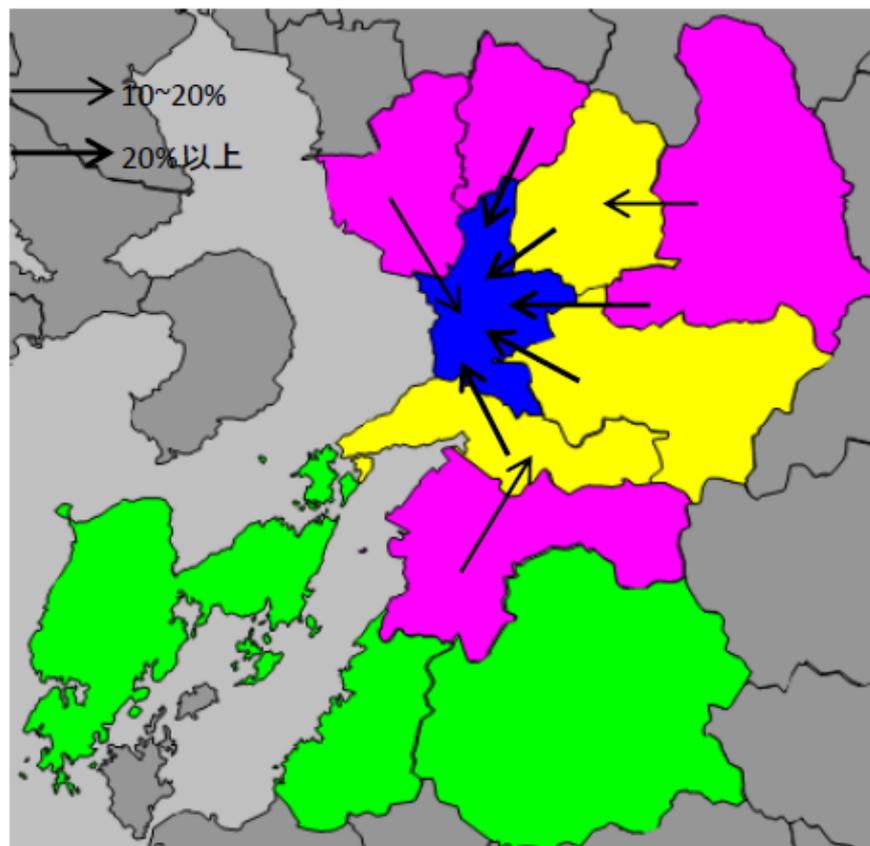
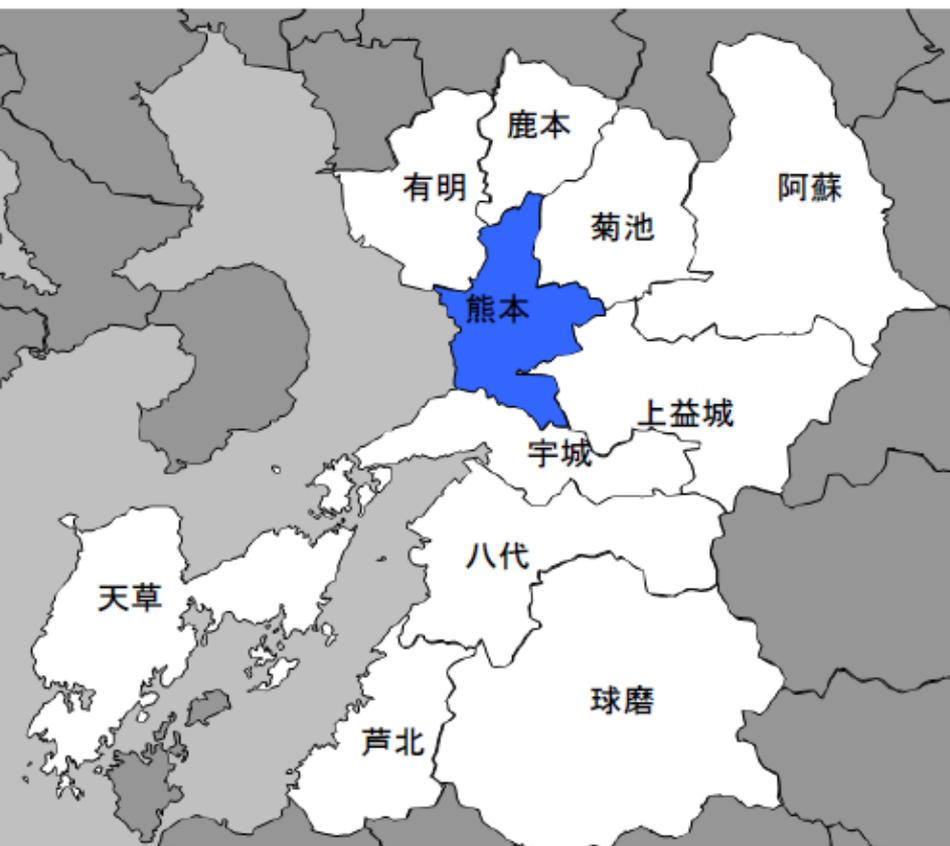
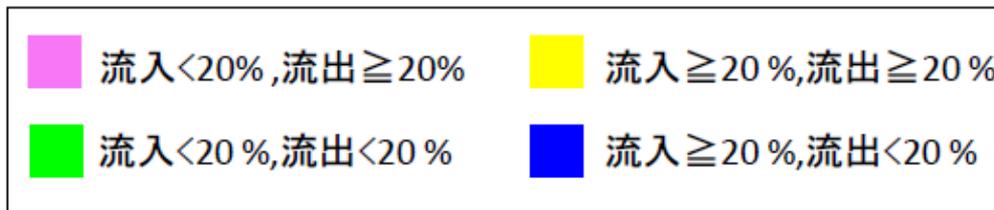
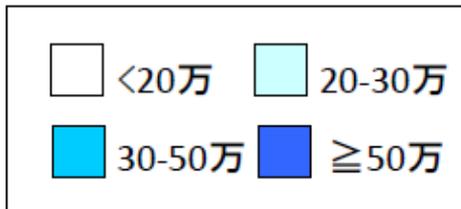
– 2次医療圏見直しを新たな基金で誘導してはどうか？

- 新たな基金による医療機能分化の適応要件と2次医療圏見直しをリンクさせる

人口

熊本県

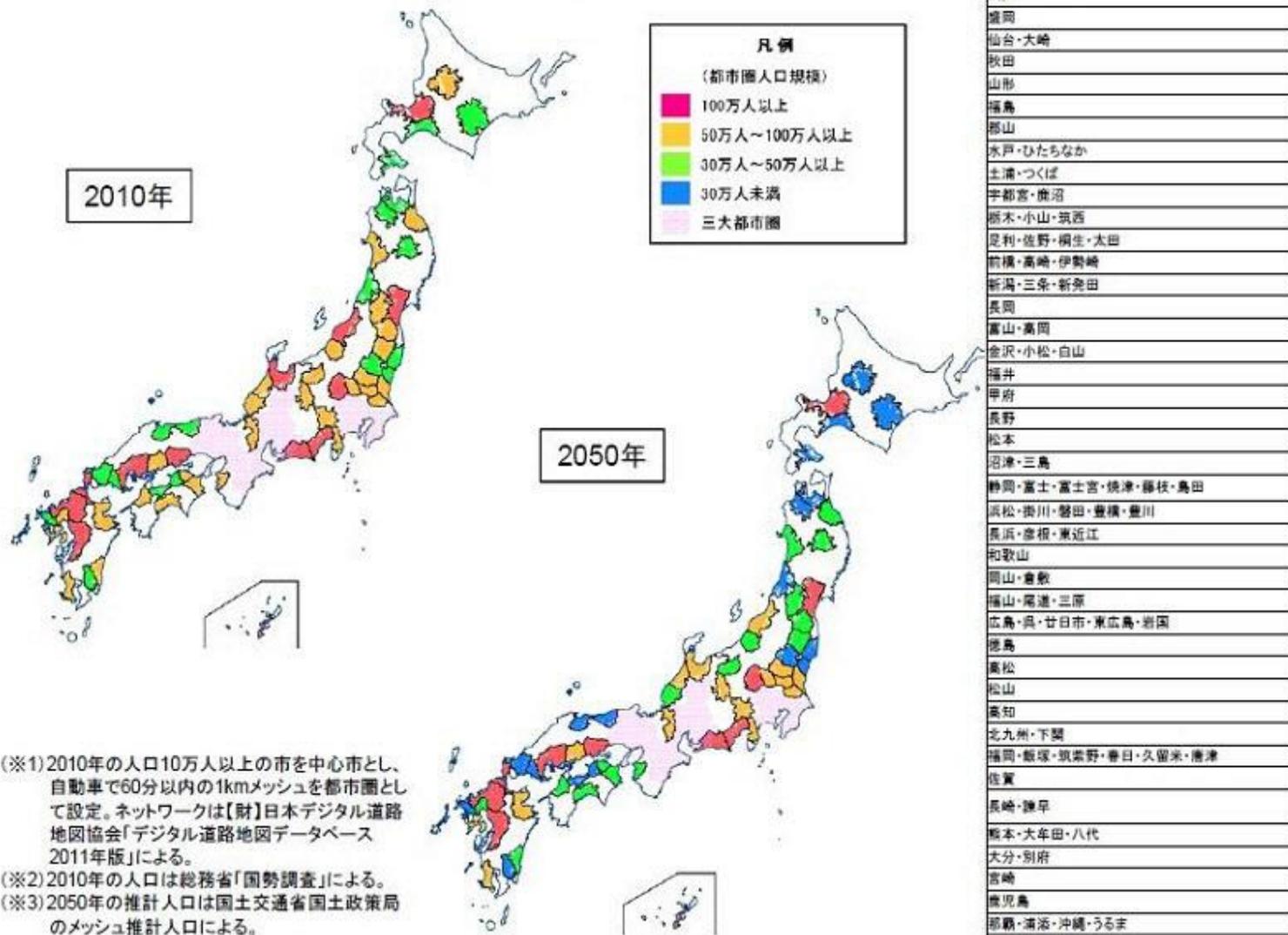
流入出



○30万人以上の都市圏※は、61(2010年)から43(2050年)へと激減。

※)三大都市圏を除く。

2010年に人口30万人以上の都市圏(三大都市圏を除く)の人口の変化



(※1) 2010年の人口10万人以上の市を中心市とし、自動車で60分以内の1kmメッシュを都市圏として設定。ネットワークは【財】日本デジタル道路地図協会「デジタル道路地図データベース2011年版」による。

(※2) 2010年の人口は総務省「国勢調査」による。

(※3) 2050年の推計人口は国土交通省国土政策局のメッシュ推計人口による。

2050年に人口30万人を維持できる都市圏(中心市)

【43都市圏】

札幌・小樽・江別
八戸
盛岡
仙台・大崎
秋田
山形
福島
郡山
水戸・ひたちなか
土浦・つくば
宇都宮・鹿沼
栃木・小山・筑西
足利・佐野・桐生・太田
前橋・高崎・伊勢崎
新潟・三条・新潟田
長岡
富山・富岡
金沢・小松・白山
福井
甲府
長野
松本
沼津・三島
静岡・富士・富士宮・焼津・藤枝・島田
浜松・掛川・磐田・豊橋・豊川
長浜・彦根・東近江
和歌山
岡山・倉敷
福山・尾道・三原
広島・呉・廿日市・東広島・岩国
徳島
高松
松山
高知
北九州・下関
福岡・飯塚・筑紫野・春日・久留米・唐津
佐賀
長崎・諫早
熊本・大牟田・八代
大分・別府
宮崎
鹿児島
那覇・浦添・沖縄・うるま

2050年に人口30万人を維持できない都市圏(中心市)

【18都市圏】

函館
旭川
帯広
苫小牧
青森
弘前
釧路・浜田
いわき
日立
那須塩原
鳥取
米子
徳島
山口・防府
丸亀
新居浜・西条
佐世保
那覇

大都市圏の医療圏見直し

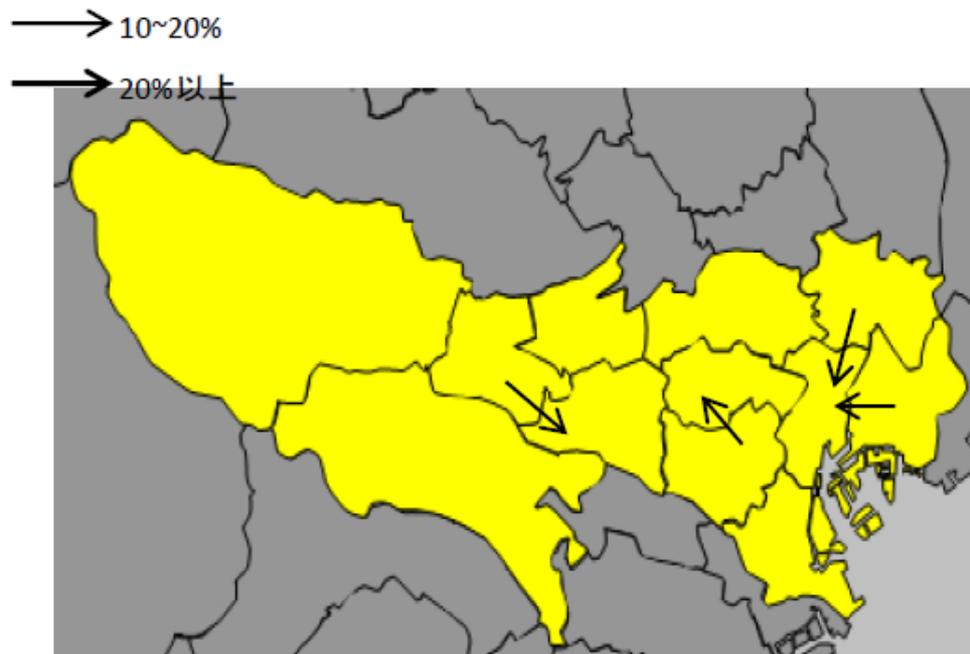
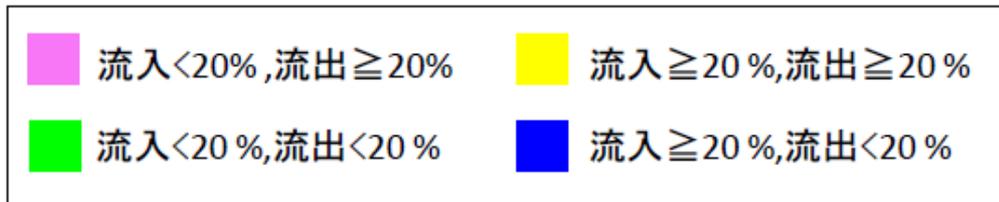
- 大都市圏の医療圏見直し

- これから起きる都市部の高齢化には、大都市部の医療圏の見直しが必要
- 大都市は特に県境医療圏問題が大きい
- たとえば東京都およびその周辺県の医療圏の設定はどうすればよいのか？

人口

東京都

流入出



構想区域の設定

- 構想区域

- 「地域における病床の機能分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」

- 医療法

- 二次医療圏

- 入院医療を完結する圏域

- 医療介護総合確保促進法

- 医療介護総合確保区域を定めて、基金を活用した地域の医療介護の総合的な確保を図る

- 市町ごと？

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会

- 10月17日開催検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長）
- 「現状の2次医療圏は、さまざまな課題を持っているとはいえ、他に代わる有効なものがあるわけではないので、これをベースにし、4つの要素を勘案するという、厚労省の提案がおおむね認められたと思う」
- 「4つの要素」
 - (1)人口規模
 - (2)患者の受療行動（流出率・流入率）
 - (3)疾病構造の変化
 - (4)基幹病院までのアクセス時間等の変化



②基準病床見直し

基準病床数見直し

- 現状の基準病床数の計算式は分子に年齢階級別人口が入っている
- このため高齢化が進展すると、基準病床数がどんどん増えていく。
 - 前回医療計画見直しの際千葉県は3000病床増加した
- 社会保障と税一体改革では、2025年へむけて一般病床数は現状107万床から、放置すれば130万床になるところを103万床までしぼりこむとしている。
 - 基準病床数計算式の変更が必要

基準病床数制度の算定式(一般病床及び療養病床)の変遷

第一次医療法改正以前 (※病床規制の対象は公的医療機関等のみ)

「その他の病床」の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (各市町村の区分に応じて厚生大臣が定める数値)

第一次医療法改正(S60)(医療計画制度の創設)

「その他の病床」の必要病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

第四次医療法改正(H12) (「その他の病床」を一般病床と療養病床に区分)

「一般病床+療養病床」の基準病床数(*) = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

* 病床種別の届出期間中(~H15.8.31)は、経過措置として、
「一般病床+療養病床」+「その他の病床(診療所の療養型病床群を含む)」の基準病床数

新算定式の導入(H18. 4. 1)

○ 一般病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別退院率) × (平均在院日数 × 0.9) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

○ 療養病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院・入所需要率) - (介護施設(介護療養型医療施設を除く)等に対応可能な数) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

2025年モデルにふさわしい算定式に変更
介護福祉、在宅等をも勘案した病床算定式

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57～58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

必要病床数の算定

- 各都道府県別の医療・介護サービスの需要と供給(必要病床数)の2025年見込みが必要
- 見直した医療圏ごとの病床区分(在宅区分含む)ごとの必要量をNDBを基に算出することが必要
- 全国一律の算定式で対応できるか？

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会

- 10月17日開催検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長）
- 2025年の医療需要と病床の必要量の推計
 - 社会保障・税一体改革で2011年6月に行った推計の基本的考え方を基に、レセプトデータやDPCデータなどを活用して、推計を精緻化する方針でもほぼ合意
 - 厚労省は次回の10月31日の会議で、医療需要等の推計のたたき台を提示する予定だ。



③地域経営統合

国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



なぜ、競争ではなく協調なのか

- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

解決の方向性は

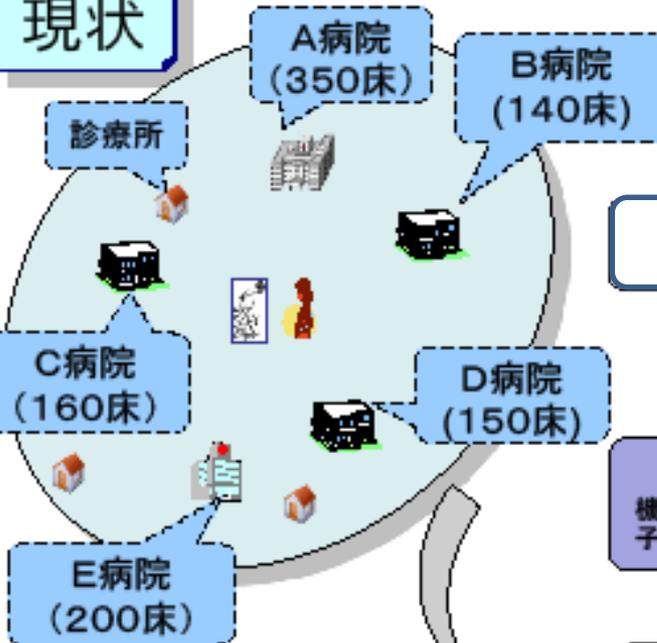
- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

連携ネットワークから統合ネットワークへ

- 地域連携ネットワーク(現状)
 - 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
 - 医療計画における連携推進
 - 疾病別・事業別ネットワーク
- 地域統合ネットワーク(今後)
 - 経営主体の異なる医療機関、介護福祉事業体等を経営統合した事業体を形成→IHN
 - IHNとは
 - 50km~100Km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
 - 売り上げ規模1000億~2000億円規模の統合ネットワーク
 - 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
 - 医療人材養成機関(大学)を併設あるいは連携

地域連携ネットワークから地域統合ネットワークへ

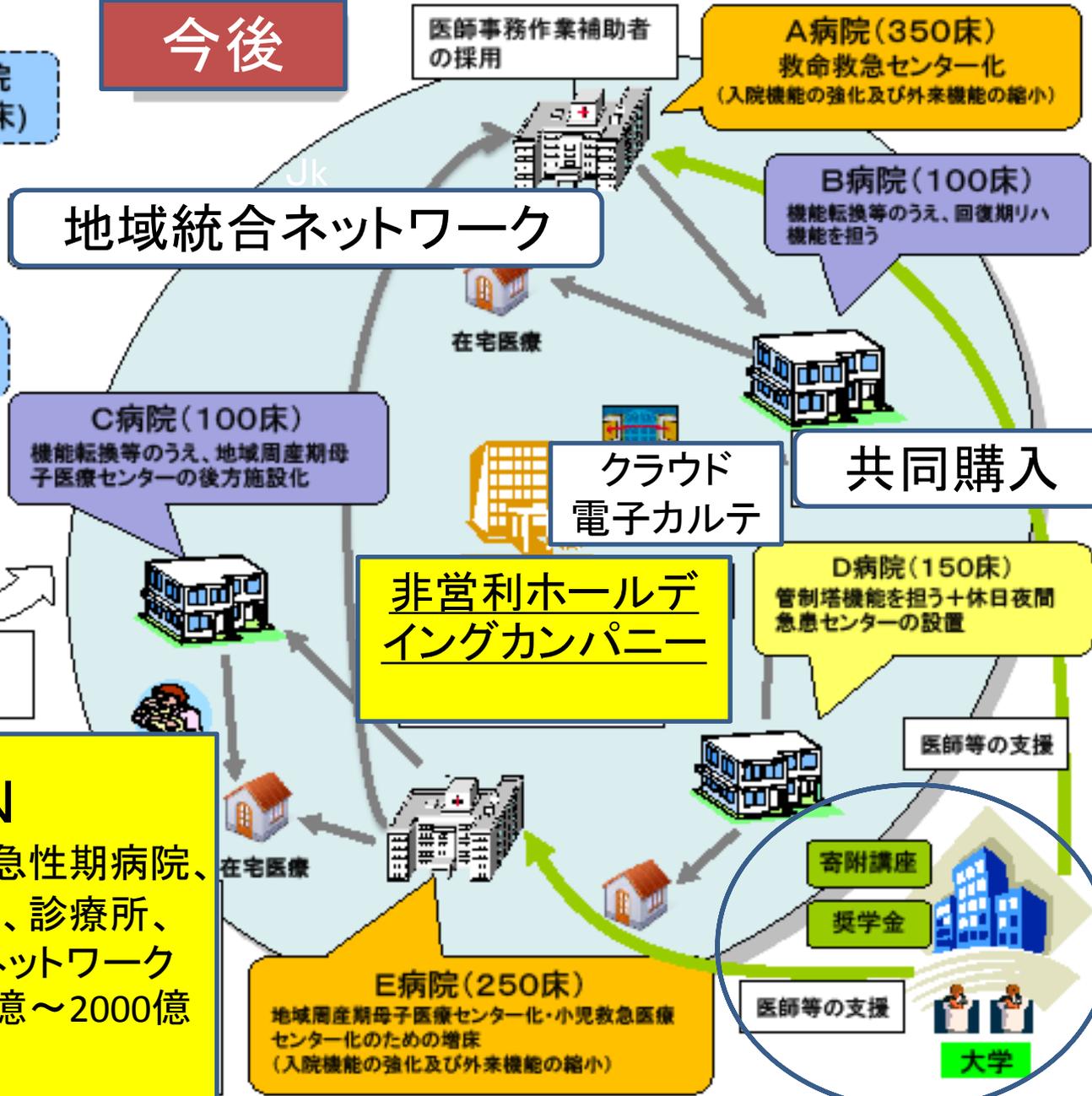
現状



- 課題
- 地域の医療資源が不足している
 - 施設間で機能分化と連携ができていない

今後

地域統合ネットワーク



日本版IHN

半径50Km~100Km 圏内に急性期病院、回復期リハ病院、慢性期病院、診療所、介護福祉施設、大学の統合ネットワーク (IHN) を形成、売り上げ1000億~2000億円規模

E病院 (250床)
 地域周産期母子医療センター化・小児救急医療センター化のための増床
 (入院機能の強化及び外来機能の縮小)



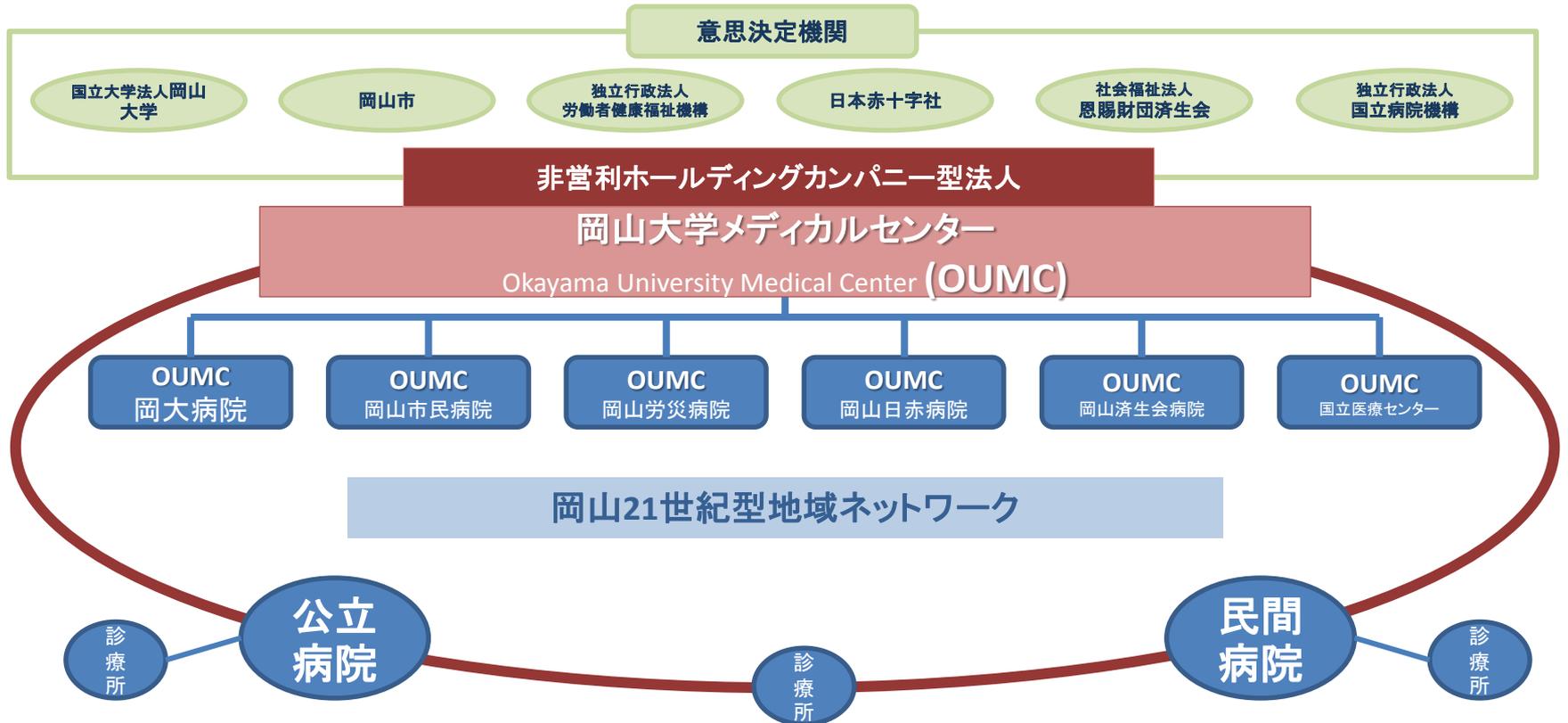


岡山大学メディカルセンター構想

～岡山における医療・福祉サービス提供体制の効率化と地域経済活性化の実現～

平成26年3月28日
岡山大学 森田 潔

(2) 岡山大学メディカルセンター構想の概要



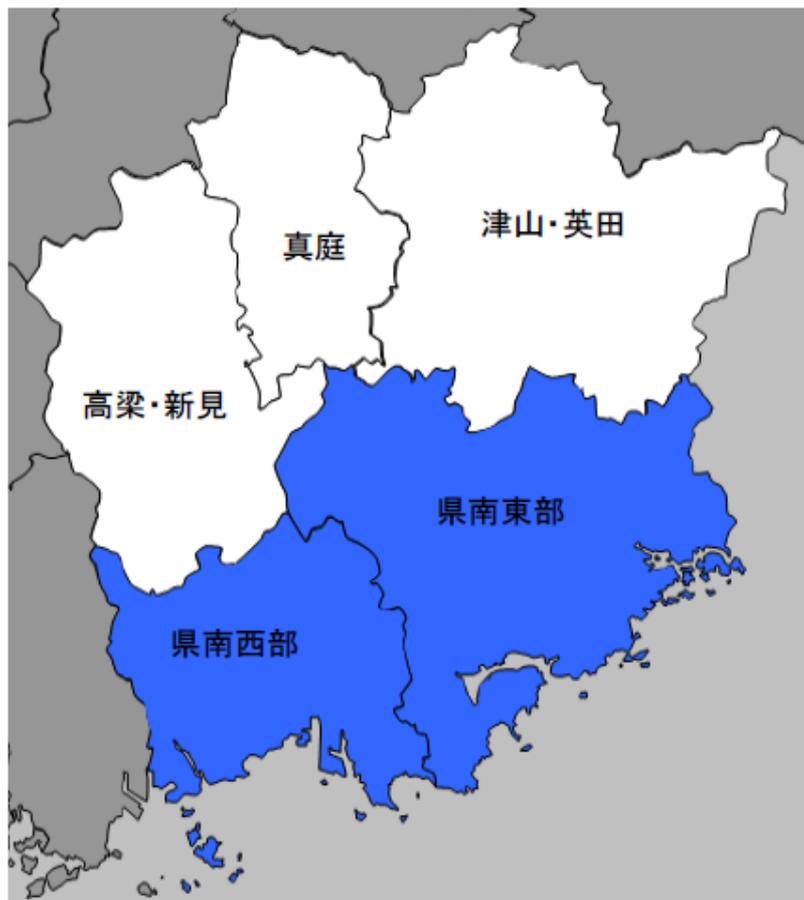
(3) 岡山大学メディカルセンター構想の期待される効果③

Okayama University Medical Center
(OUMC)

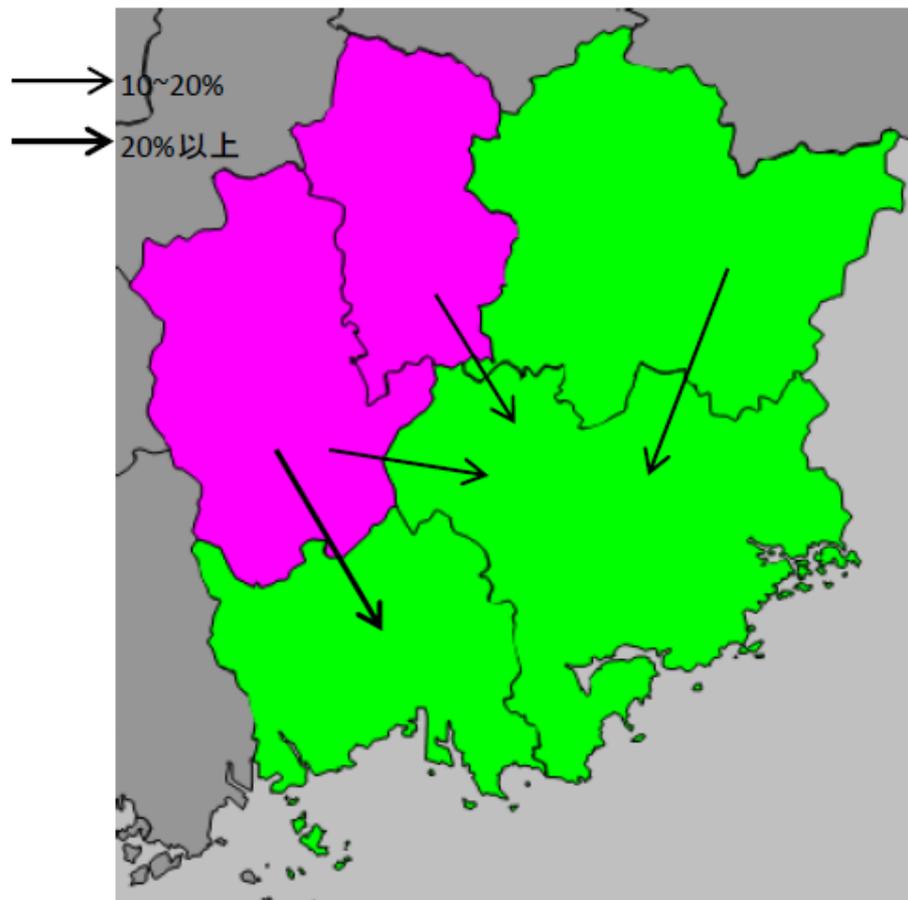
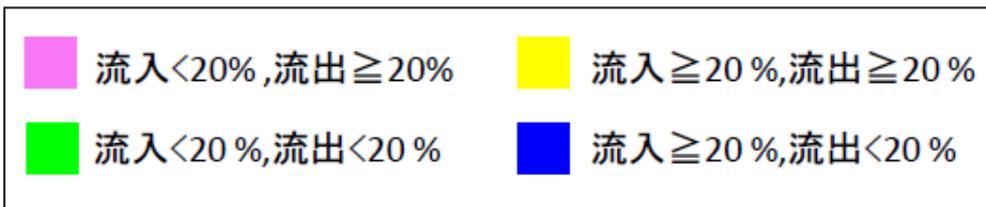
《医療産業都市を形成する》

- ✓ 県内外から患者を呼び込む。
 - * 集約による医療レベルの向上を通じて、県外からも患者を受け入れる。
 - * 内外からの患者吸引力が増大することで、宿泊施設などの県内周辺産業の需要増につながる。
 - * 来訪者の増加に加え、「医療」「健康」の地域イメージと、農水産物などの地域資源を組み合わせることで、様々な産業振興、経済活性化の可能性が生まれてくる。
- ✓ 医薬品や医療機器の研究開発の基盤を充実する。
 - * 症例集積が進むことで、医療の質の向上、治療成績の向上など、医療技術の向上に繋がるとともに、研究開発の基盤が充実する。（岡山大学病院は臨床研究中核病院に認定）
- ✓ 医療関連産業の集積。
 - * 全体で症例が蓄積し、研究開発機能が集約されることで、創薬ベンチャーを含めた医薬品産業、医療機器産業、資本の集積に繋がる。
- ✓ 日本の医療サービス輸出の拠点となる国内企業のアジア進出を後押しする。
 - * 岡山大学がミャンマーの医師育成に長年協力してきた実績を踏まえ、OUMCを基盤に東南アジア諸国の医療制度整備に貢献する。これまでに築いた人脈をソフトパワーとして、日本の医療サービスの輸出する拠点となる。

人口



流入出

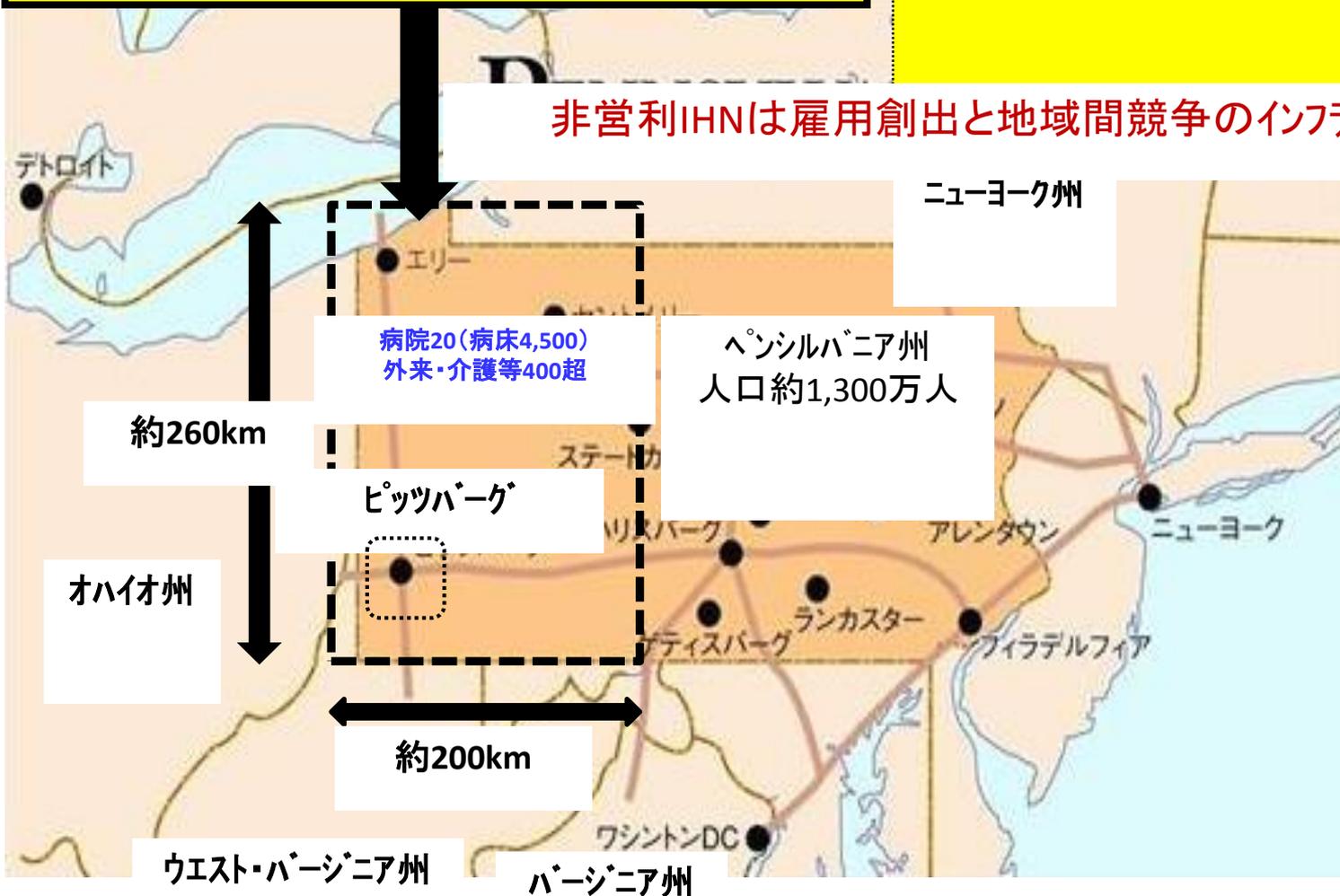


UPMCの病院医療市場シェア
ピッツバーグのあるアルゲニー郡で60%
同一医療圏にライバル非営利IHNが存在
⇒市場独占は独禁法に抵触

UPMCの医療圏(人口約400万人)

ピッツバーグ大学メディカルセンター(UPMC)

非営利IHNは雇用創出と地域間競争のインフラ



1986年創立、25年でMayo を追い抜いたUPMC

地域経営統合についても地域医療構想の中で積極的に位置づけるようにしてはどうか？

パート2

2014年診療報酬改定の影響 ～病床機能分化と連携～



2014年診療報酬改定の課題

病床機能分化と在宅医療

中医協調査専門組織
入院医療等調査・評価分科会

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会

委員名簿

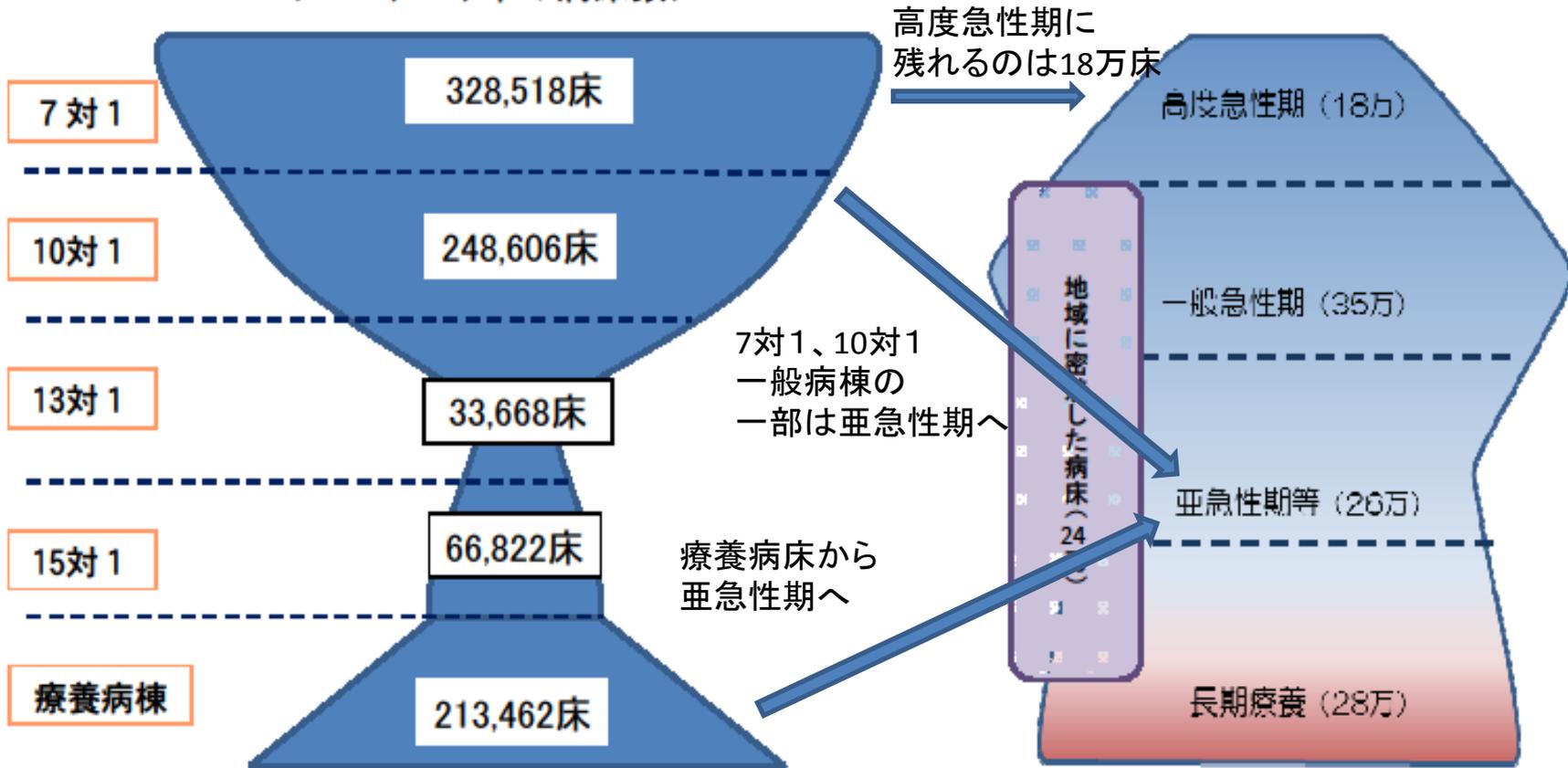
氏名	所属
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター一病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター一長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○ : 分科会長

診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

入院医療等の調査・評価分科会

- (1) **一般病棟入院基本料**の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
 - ①平均在院日数について
 - ②重症度・看護必要度の項目
 - ③その他の指標について
- (2) **亜急性期入院医療管理料**等の見直し
- (3) 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

7対1入院基本料のあり方

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外す
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様の取り扱いとする

7対1病床はどれくらい
削減されるだろうか？

当初は9万床と言っていたが...

その他指標

- 7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査分析を行うためにDPCデータの提出を要件とすること
- 在宅復帰率75%
 - 退院支援の取り組みの評価としての在宅復帰率（自宅、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰機能強化加算を届けている療養病床への退院）
- 早期リハ
 - 急性期病棟におけるADL低下や関節拘縮等の予防のための早期リハによる介入ができる体制を評価する指標

地域包括ケア病棟の新設

- 地域包括ケア病棟（亜急性期病棟）の機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められる。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点	(60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点	(60日まで)
	看護職員配置加算	150点	
	看護補助者配置加算	150点	
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点	(14日まで)

[施設基準等]

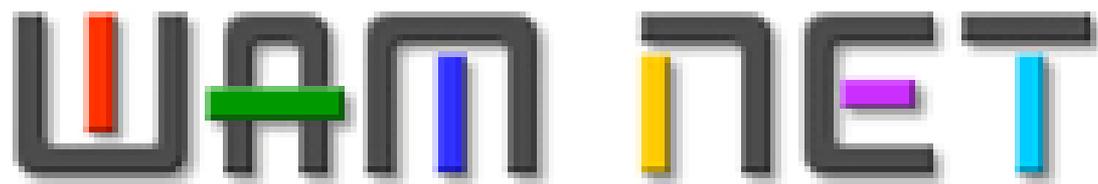
- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはいできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

「地域包括ケア病棟」
リハは包括化された



福祉医療機構アンケート調査

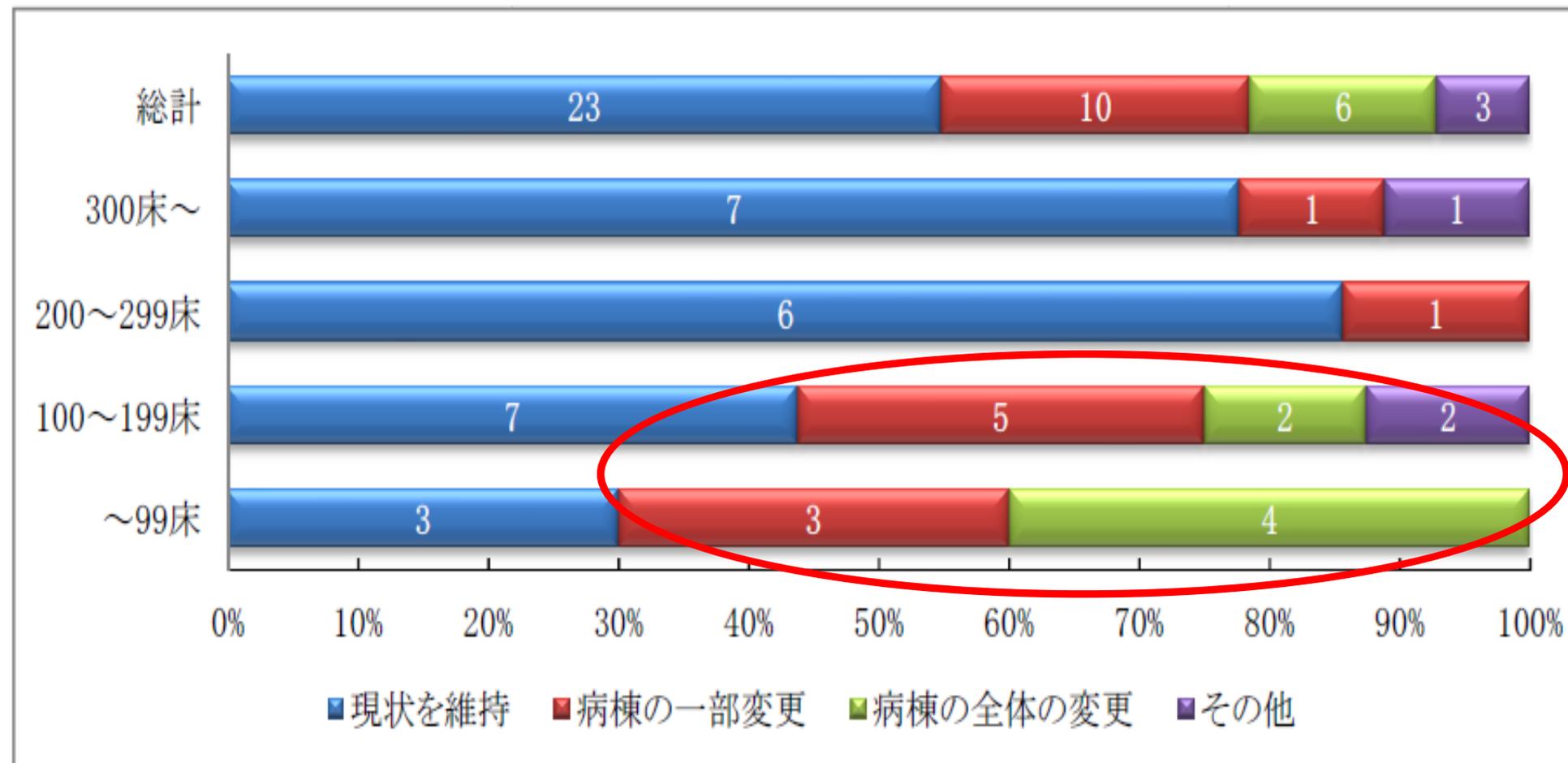
貸付先1380施設(990法人)を対象

2014年5月12日～23日にかけて、

Webアンケートを実施

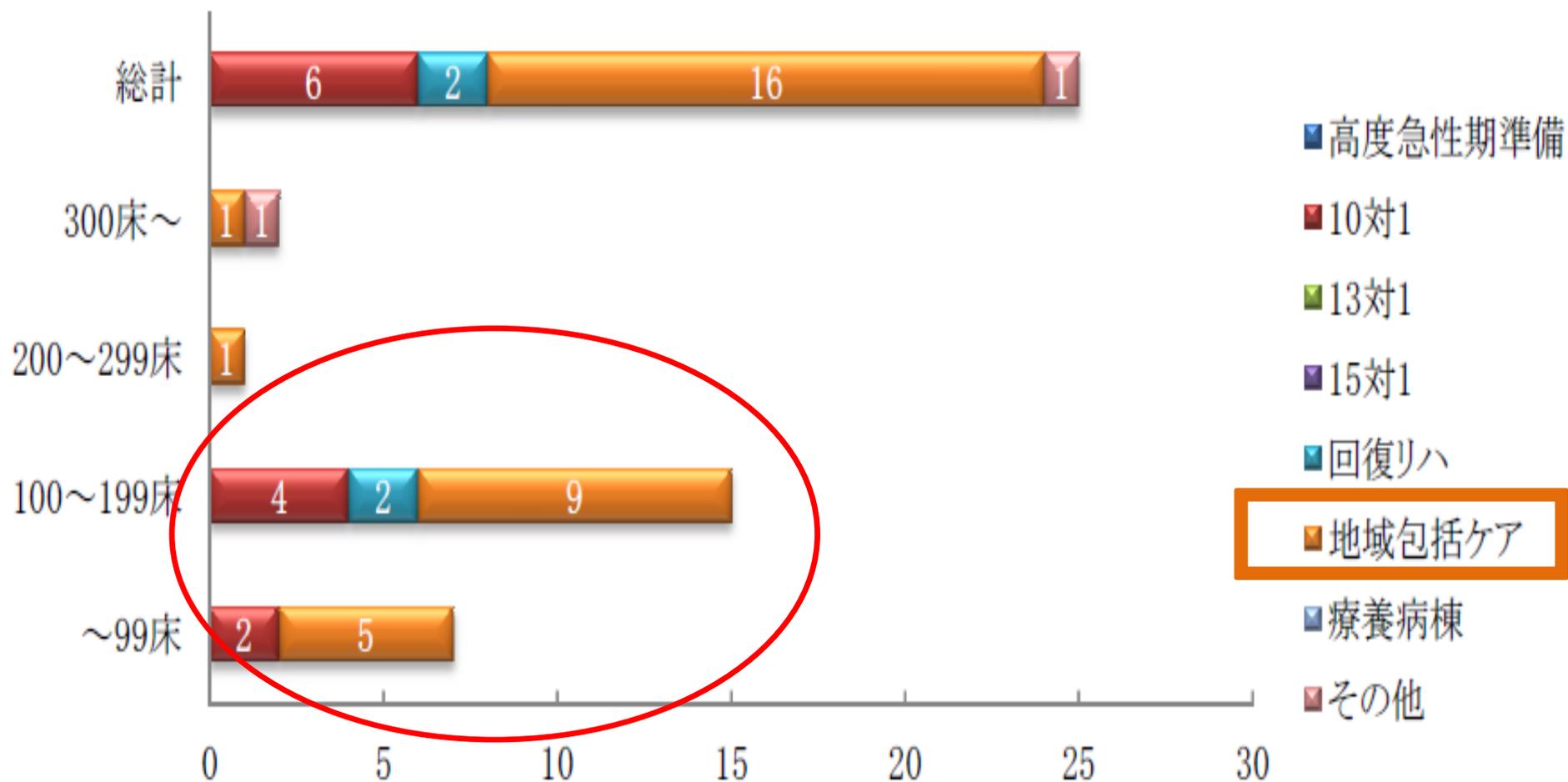
201施設(172法人)より回答を得た(回収率14.6%)

(図表 8) 病棟変更の検討 (7 対 1 入院基本料)



※ グラフ内の数値は回答数

(図表 10) 7 対 1 入院基本料からの変更先



※ グラフ内の数値は回答数

在宅療養後方支援病院 地域包括ケア病棟の例



医療法人 平成博愛会

世田谷記念病院

SETAGAYA MEMORIAL HOSPITAL

日慢協 武久洋三氏



平成24年4月2日開院

地域包括ケア後方病院？

全室個室200床

医療療養病床 105床

地域包括ケア病棟

長期急性期病床 56床
長期慢性期病床 49床

回復期リハビリ病棟 95床

診療科目
内科、整形外科、リハビリテーション科
診療時間
午前9時～正午



2つのタイプの療養病床

長期急性期病床

地域包括ケア病棟

- 急性期治療を終えた患者様を早期(1~2週間)に受け入れる
- 積極的な治療とリハビリにより早期退院を目指す
- 在宅療養や施設入所患者様の状態悪化時の後方支援病床
- 看護配置は15:1(通常の療養は20:1)→10対1
- 目標平均在院日数は2ヶ月
- 在宅復帰率 70%

長期慢性期病床

- 長期急性期病床での治療で状態が安定した患者
- 入院前から長期療養が必要と分かっている患者
- 長期急性期病床と同様に積極的な治療とリハビリにより退院を目指す



実施可能な手技・検査

PICC・CVカテーテル挿入

嚥下造影

VE検査

内視鏡検査(経鼻・経口)

中心静脈リザーバー挿入術

胃瘻造設術



リハビリテーション

PT 57名

OT 17名

ST 8名

合計 82名

回復期

9単位/日

24時間365日

長期急性期

1~2単位/日

地域包括ケア病棟
2単位必須

長期慢性期

集団リハビリ・レクリエーション

入院医療調査評価分科会

- 次回2016年報酬改定へ向けての影響調査票の作成(10月9日)
- 一般病棟7対1入院基本料の要件見直し(特定除外制度や重症者の基準、短期滞在手術・検査の見直し、総合入院体制加算1の見直し)の影響
- 地域包括ケア病棟新設の影響
- 慢性期入院医療の状況
- 有床診療所入院基本料見直しの影響
- 医療資源が少ない地域の医療機関の評価方法の見直しの影響。

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

パート3

地域包括ケアシステムと 看護師・薬剤師の役割

衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

地域包括ケアシステムの構築が本法案の中心課題

地域包括ケアシステムのイメージ

医療

在宅医療等
訪問看護



介護

・グループホーム
・小規模多機能
・デイサービス
など



通院 通所

地域包括支援
センター・
ケアマネジャー



相談業務やサービスの
コーディネートを
行います。



自宅・ケア付き
高齢者住宅 住まい

訪問介護
・看護



生活支援・介護予防

※地域包括ケアシステムは、人口1
万人程度の中学校区を
単位として想定



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

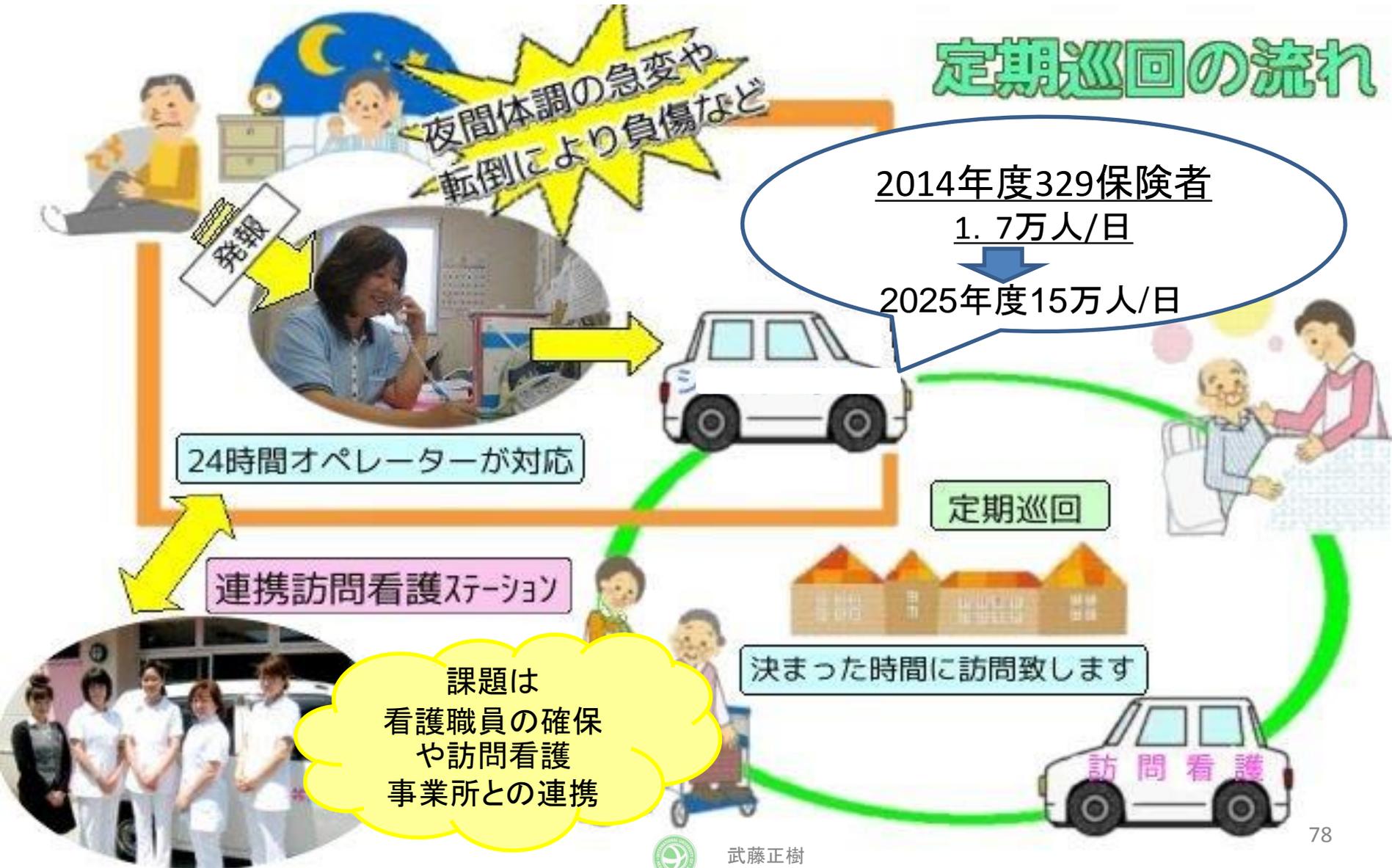
24時間対応の定期巡回・
随時対応サービス
など

地域包括ケアシステムと看護師

地域包括ケアシステムに導入された
「24時間対応サービス」と「複合型サービス」に
訪問看護は根幹サービス



地域包括ケアを支える新規サービス①(2012年4月より) 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス

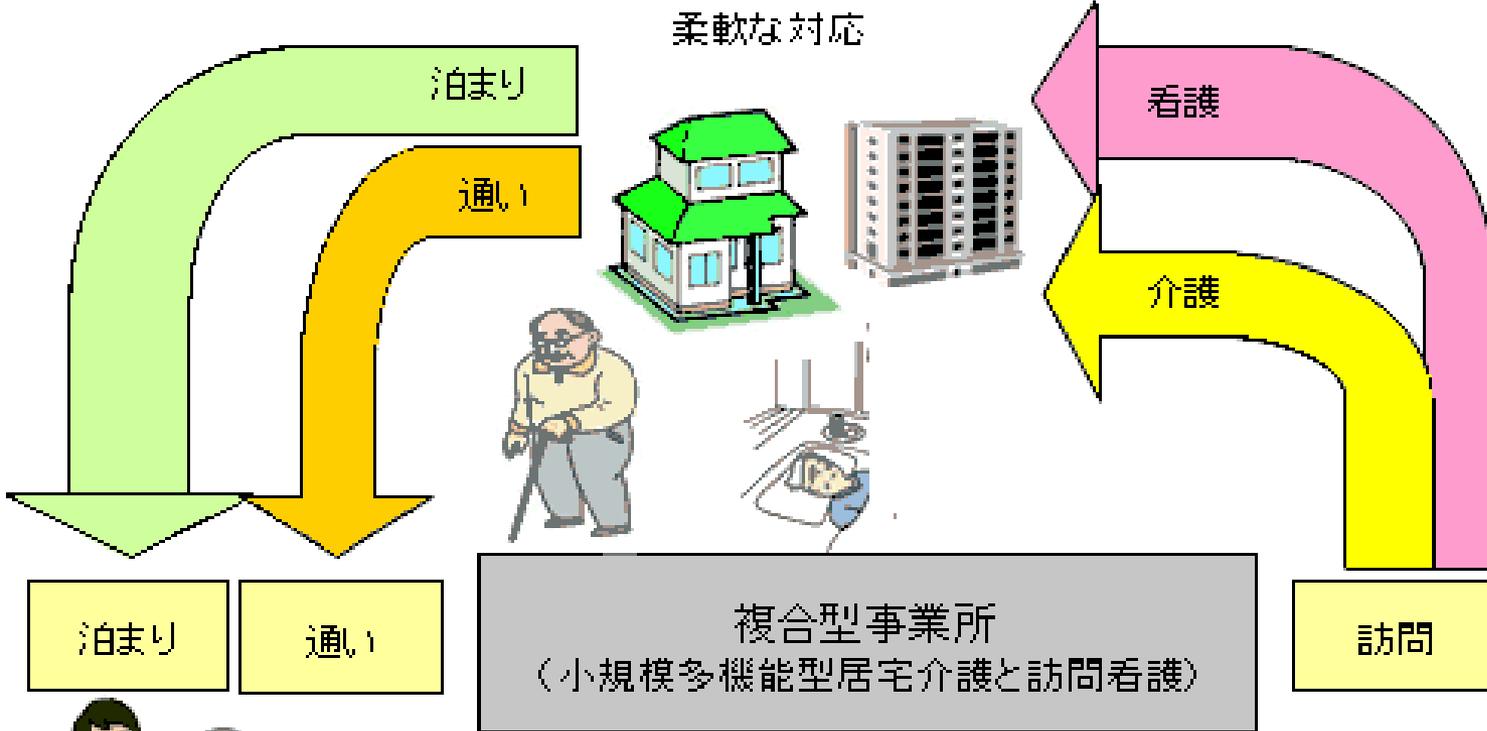


地域包括ケアを支える新規サービス②(2011年5月)

認知症の人にやさしい複合型サービス

利用者ニーズに応じた
柔軟な対応

※地域密着型サービスとして位置づけ



サービス事業所数 78 保険者90
事業所
利用者数約
1400人
(2013年10月)

看護師確保、
訪問看護との
連携の
確保が課題



- 要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護サービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする。
- 別々に指定したサービスを提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネージャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能。
- 事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能



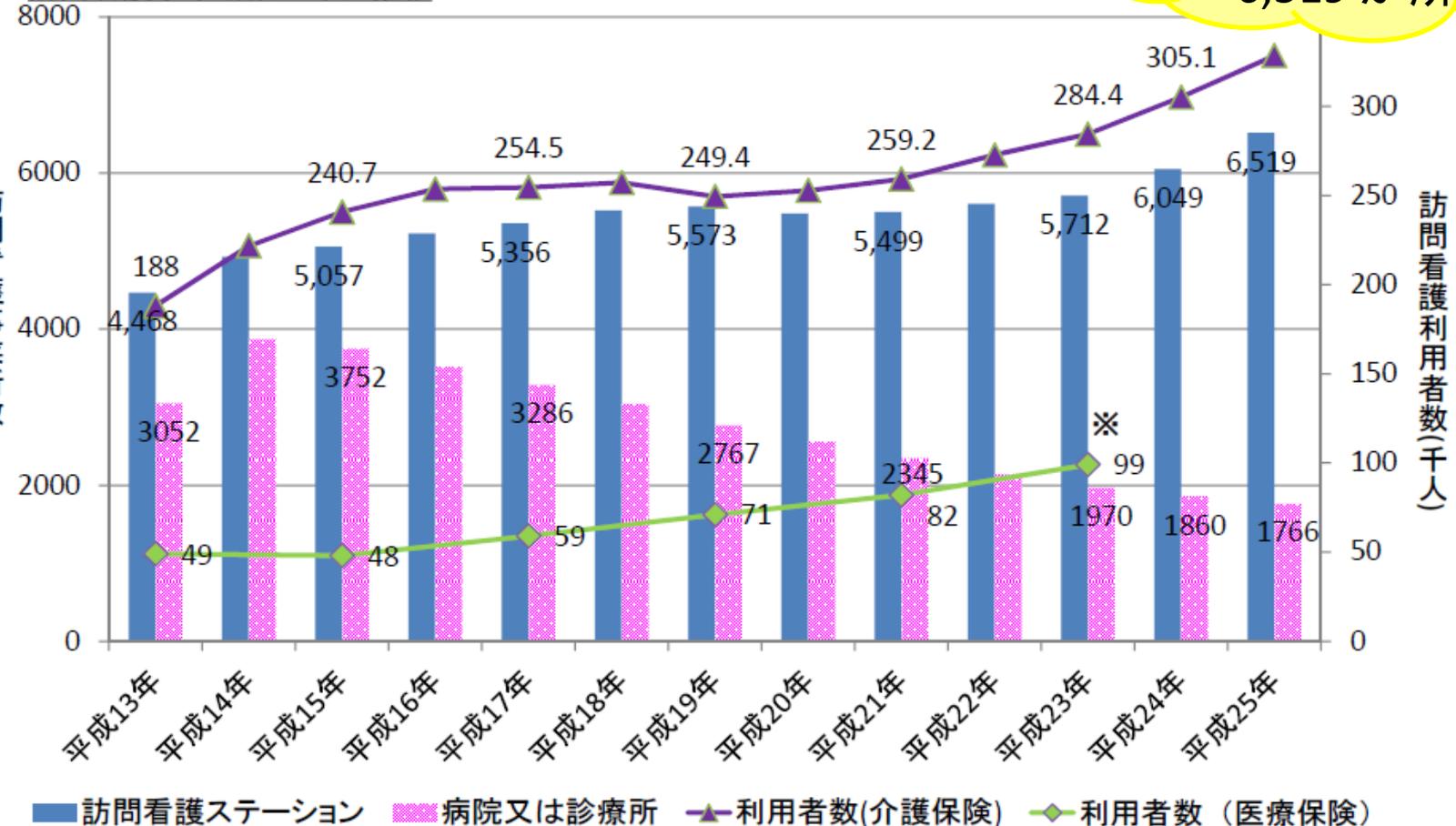
訪問看護事業所の 現状と課題



訪問看護事業所数の推移

○ 訪問看護ステーション、および利用者数は近年増加傾向である。

■ 訪問看護事業所数の年次推移



訪問看護
事業所
6,519 か所

出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

※医療保険「保険局医療課調べ」(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

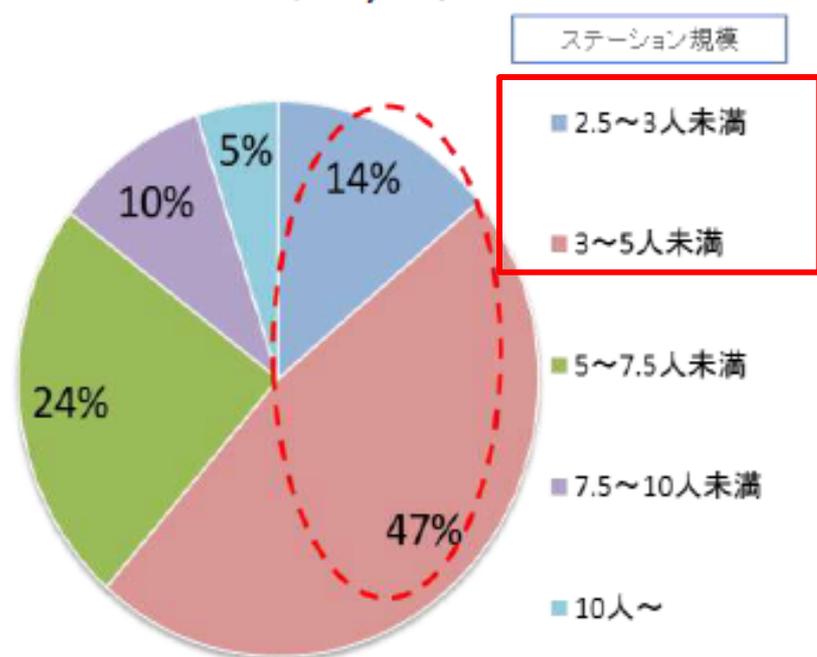
訪問看護ステーションの規模別状況

中 医 協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 1 1 (改)

中 医 協 総 - 2
2 3 . 1 . 2 1 (改)

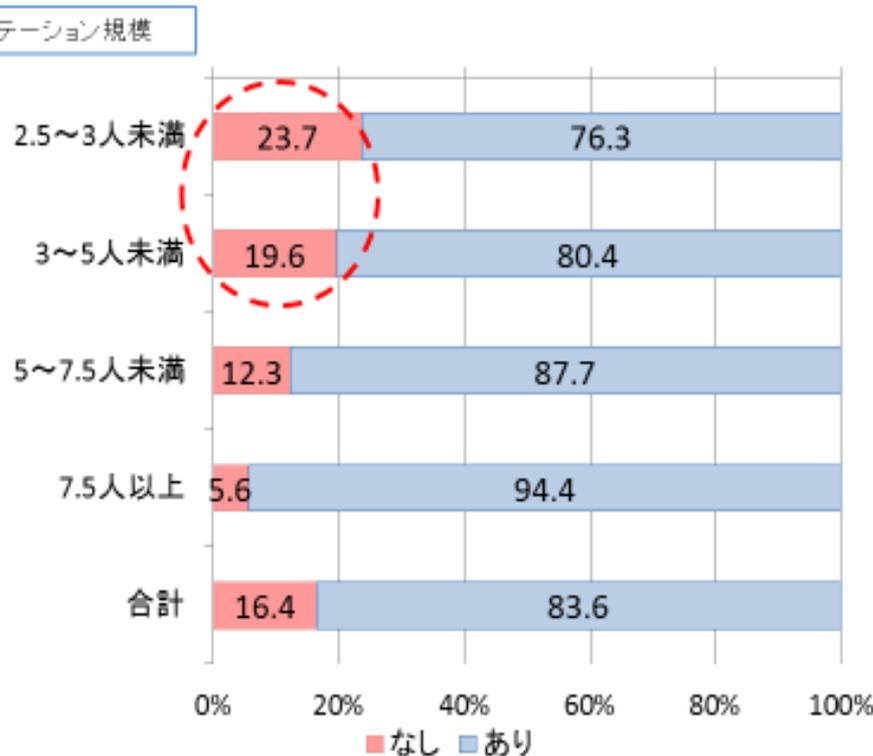
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%(参考)1事業所当たり看護職員数:約4.3人
- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低い。

■職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

■職員※数規模別にみた24時間対応体制の有無 (N=1,696)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

訪問看護ステーションの現状のまとめ

中医協 総-1
23.11.11
(改) 抜粋

① 訪問看護を必要とする者は増加しており、そのニーズは多様化している。

- ・難病、がん、小児の利用者が増加し、利用者のニーズは多様化している。
- ・医療依存度の高い患者が増加している。

② 小規模な事業所が多く、非効率さやスタッフの負担が課題となっている。

- ・小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低く、同様に算定者の割合も小さい。
- ・訪問看護ステーション数は微増し、訪問看護を行っている医療機関は減少している。

訪問看護職員の処遇(給与)の状況

【非管理職の給与】

- 看護職としての平均経験年数の違い(訪問看護師16.5年>病院看護師12.8年)にかかわらず、訪問看護ステーション看護師の基本給は病院看護師の基本給よりも約7,000円低い
- 夜勤手当等の諸手当を加えた平均税込給与総額では、月額給与格差は約20,000円に拡大する

【管理職・中間管理職の給与】

- 看護職としての平均経験年数はほぼ同じだが、訪問看護ステーション看護師の基本給は病院看護師の基本給よりも約36,000円、税込給与総額において約26,000円低い

表 看護職員の月額給与比較(2009年9月分)

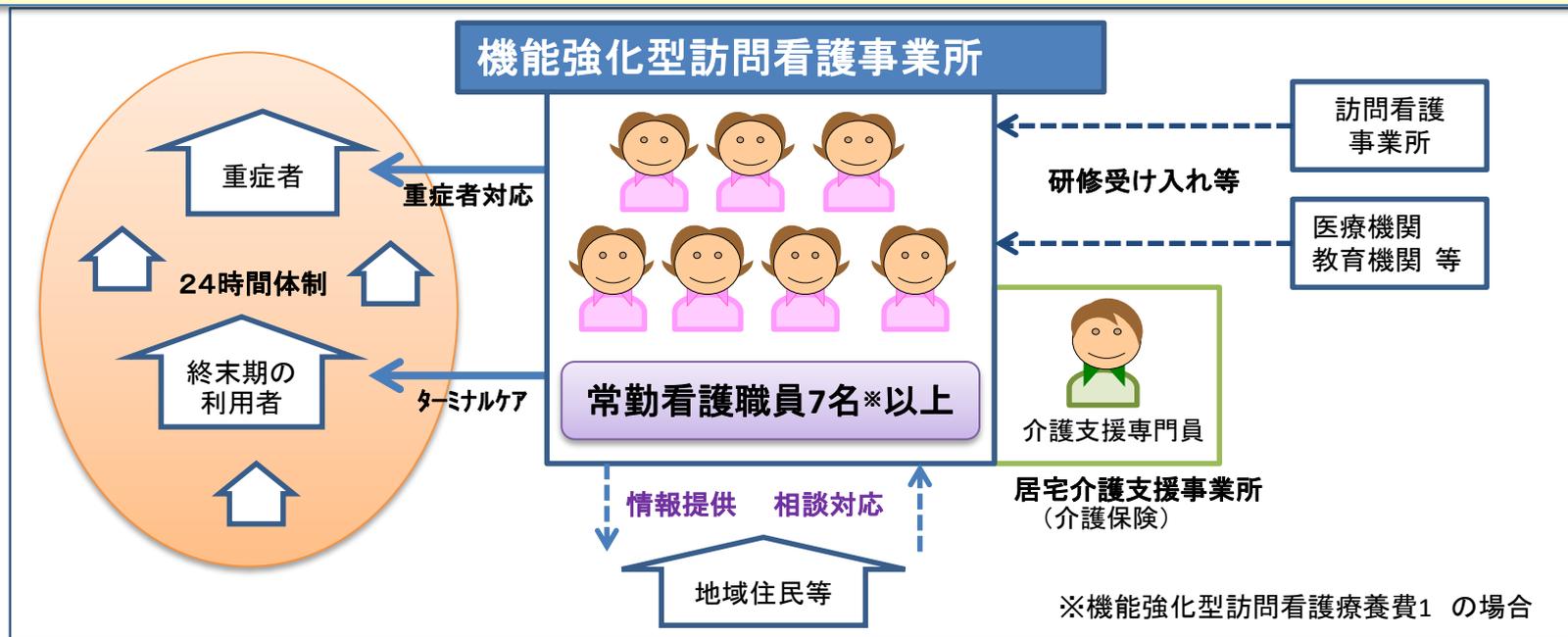
【非管理職】

	平均基本給額	平均税込給与総額	平均年齢	平均経験年数
訪問看護ステーション(n=23)	241,700円	306,728円	42.0歳	16.5年
病院(n=2,167)	248,743円	325,956円	35.5歳	12.8年
差額	-7,043円	-19,228円		

【管理職・中間管理職】

	平均基本給額	平均税込給与総額	平均年齢	平均経験年数
訪問看護ステーション(n=21)	288,488円	395,722円	45.6歳	22.5年
病院(n=817)	324,852円	421,004円	46.3歳	23.9年
差額	-36,364円	-25,282円		

平成26年度診療報酬改定 機能強化型訪問看護事業所の評価



(1) 24時間体制・看取り・重症者対応

- 24時間対応体制（24時間対応体制加算を届け出ていること）
- 重症者の受け入れ件数
（特掲診療料の施設基準等・別表7に該当する利用者数）
- 年間看取り件数（ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計）
- サービスを安定的に提供しうる看護職員配置（常勤看護職員数）

(2) 医療・介護のケアマネジメント機能

- 居宅介護支援事業所を設置していること（同一敷地内）
- 介護保険の利用者中、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について当該居宅介護支援事業所がケアプランを策定していること

(3) 地域の在宅療養環境整備への貢献

- 人材育成のための研修を実施していることが望ましい
- 地域住民等に対する情報提供や相談支援を行っていることが望ましい

<報酬類型は2パターン>

機能強化型訪問看護管理療養費1
12,400円（月の初日の訪問に対して）

常勤看護職員：7人以上
ターミナルケア療養費等の算定数合計：20件以上／年
重症者（別表7の該当者）受け入れ：10人以上／月

機能強化型訪問看護管理療養費2
9,400円（月の初日の訪問に対して）

常勤看護職員：5人以上
ターミナルケア療養費等の算定数合計：15件以上／年
重症者（別表7の該当者）受け入れ：7人以上／月

※上記以外の算定要件は1・2に共通

ニューヨーク訪問看護サービス



Visiting Nurse Service
of New York



ニューヨーク訪問看護サービス (VNSNY) の事業規模とスタッフ

• 訪問看護サービス

- ケアの対象は、新生児から95歳以上の高齢者まで。自立、回復期リハビリ状態、要介護者、終末期まで。
- 総勢19,060人のスタッフが平均1日35,000人への訪問サービスを提供している(2012年実績)
- 年間で延べ15万人の患者に、242万件訪問(2012年実績)

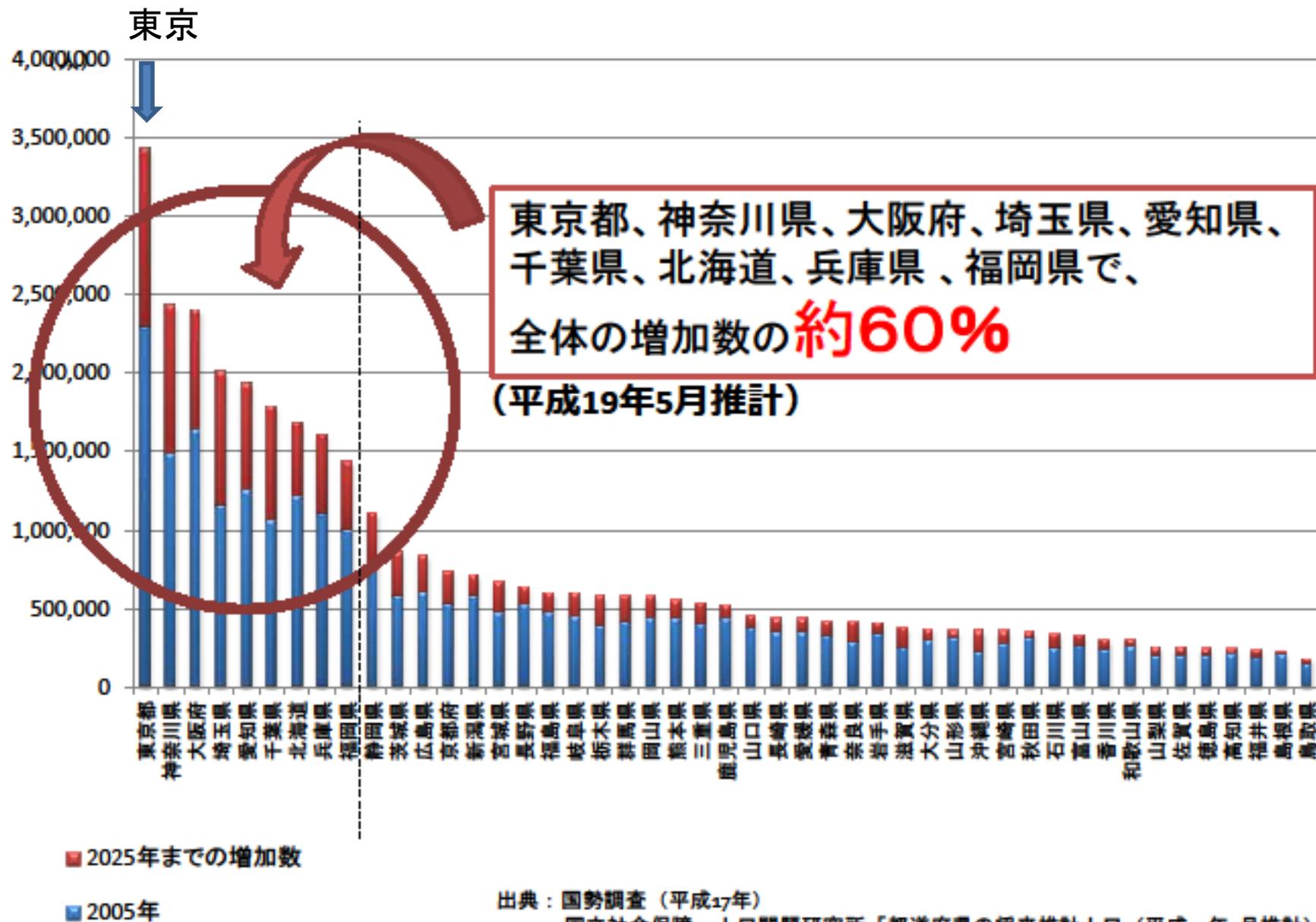
• スタッフ

- 正看護師(2,608人)、リハビリセラピスト(616人)、ソーシャルワーカー(580人)、ヘルパー(11,976人)、他の職種(栄養士、医師、心理療法士など154人)多職種によるサービス提供

• ICT活用

- 多職種チームをコーディネートするためにICT化が必須
- ICT機器によって、文書整理・集計・サマリー作成作業など大幅に省力化した。自社「ペンタブレット」を開発

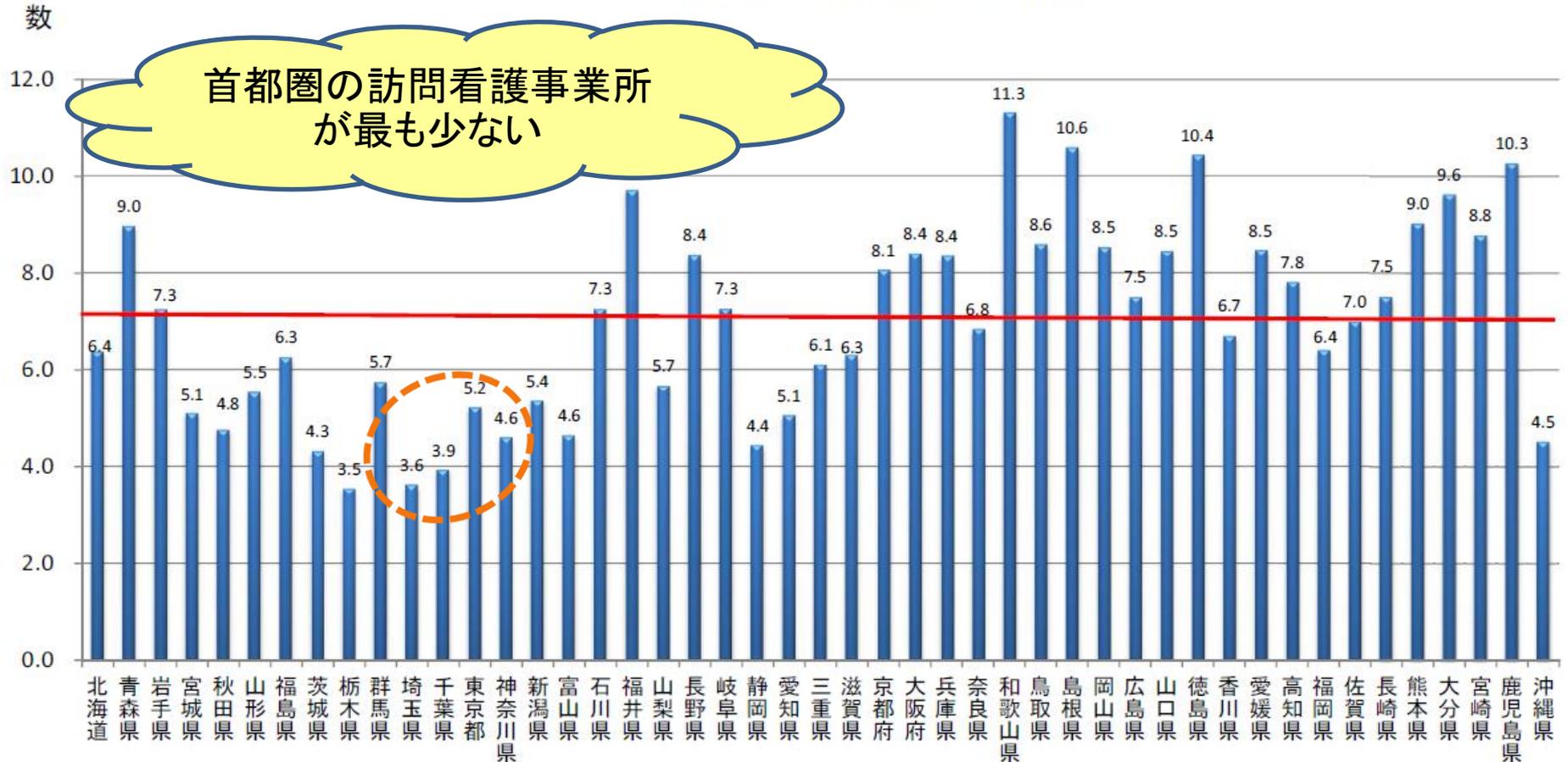
都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



人口10万人あたりの都道府県別訪問看護事業所数

- 人口10万人あたりの訪問看護ステーション設置数は都道府県によって大きな開きがある
- 特に、今後急速に高齢化が進行する東京都および周辺県で全国平均を下回る設置数になっており、今後の需要増に対応できない可能性がある

人口10万人あたりの訪問看護事業所数

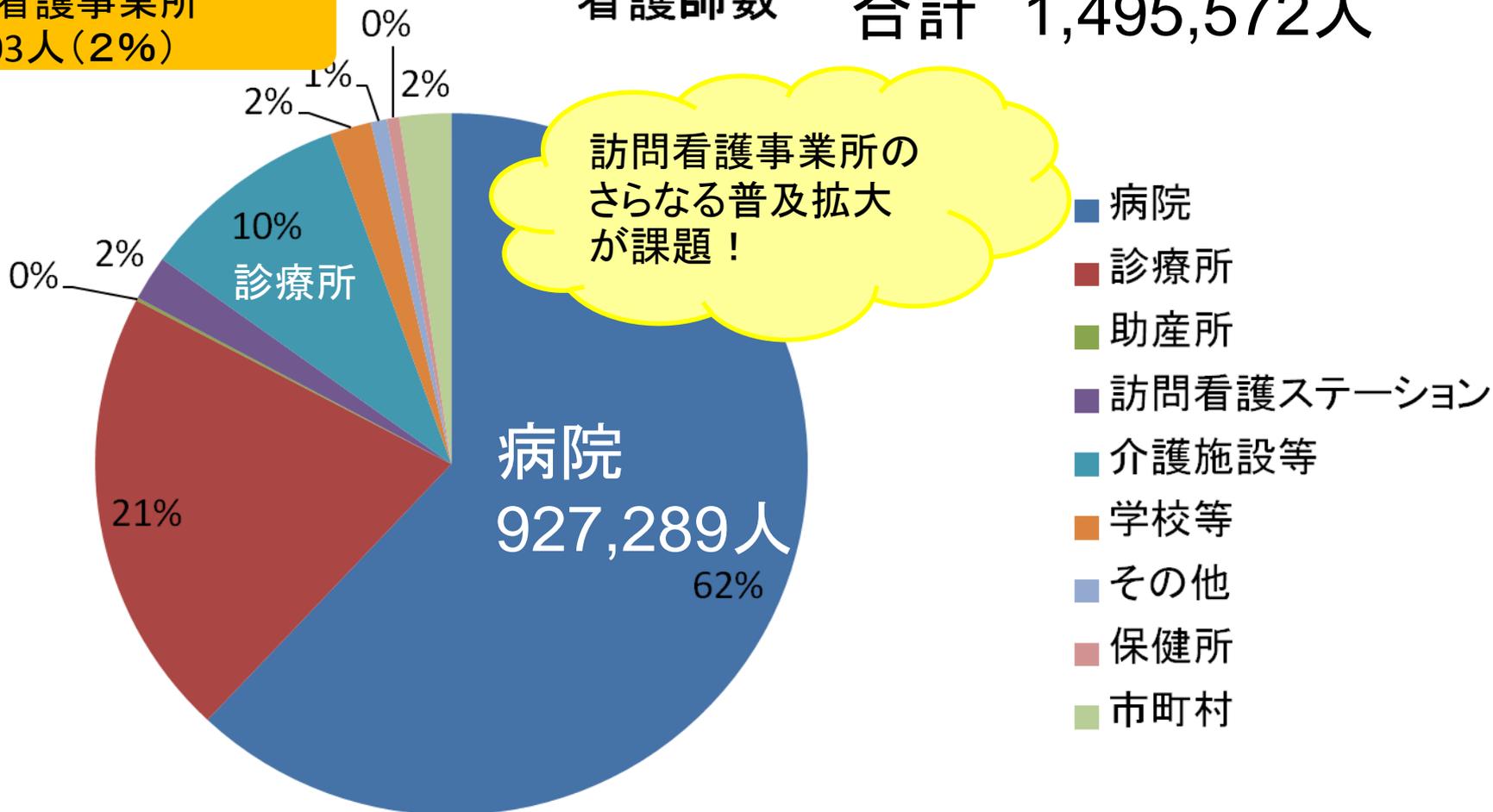


就業場所別看護師数(2011年)

厚労省医政局看護課調べ

看護師数 合計 1,495,572人

訪問看護事業所
30,903人(2%)



訪問看護事業所の
さらなる普及拡大
が課題！

診療の補助における特定行為(案)

※本資料において、「歯科医行為」の場合は「医師」を「歯科医師」と読み替えるものとする。

特定行為の在宅看護でのフル活用を！

＜特定行為とは＞

- ・行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、
- ・予め対象となる病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された、特定行為に係るプロトコールに基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為

行為番号	行為名 ※すべての特定行為は医師又は歯科医師の指示の下に行うものである。	行為の概要
2	直接動脈穿刺による採血	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。
57	気管カニューレの交換	医師の指示の下、プロトコールに基づき、気管カニューレの状態(カニューレ内の分泌物の貯留、内腔の狭窄の有無など)、身体所見(呼吸状態など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、留置している気管カニューレを交換する。
59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	医師の指示の下、プロトコールに基づき身体所見(呼吸音、一回換気量、胸郭の上がりなど)及び検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)、レントゲン所見など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、適切な部位に位置するように、経口・経鼻気管挿管チューブの深さの調節を行う。
60	経口・経鼻気管挿管の実施	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し経口・経鼻気管挿管を実施する。
61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、気管チューブのカフの空気を抜いて、経口または経鼻より気道内に留置している気管挿管チューブを抜去する。抜管後に気道狭窄や呼吸状態が悪化した場合は、再挿管を実施する。
62	人工呼吸器モードの設定条件の変更	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(人工呼吸器との同調、一回換気量、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、酸素濃度や換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する(NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)を除く)。



地域包括ケアシステムと 薬局・薬剤師の役割と課題

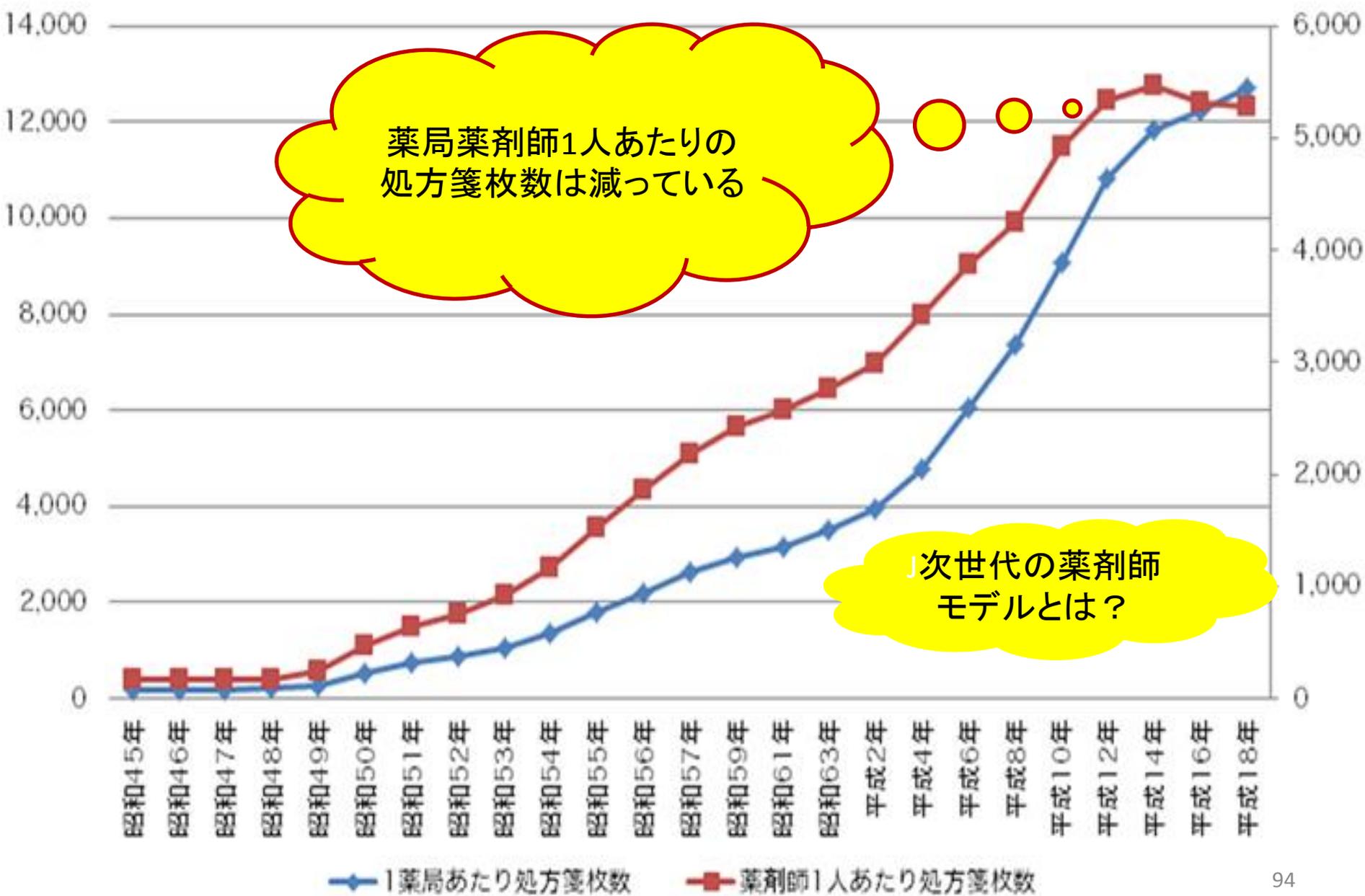


薬局・薬剤師を取り巻く環境の変化

- 今日、医薬分業が66%(2012年)を超え、量的には拡大した。
- 保険薬局数も56、516(2012年)となった。
- 保険薬局に働く薬剤師も14万人近くになった。
- 薬学教育が6年生となり、薬剤師の臨床薬剤師としての資質の向上も期待されている
- 薬局・薬剤師を取り巻く環境が大きく変化している
- 地域における新たな薬局と薬剤師の役割が求められている



1薬局あたり処方せん枚数と薬剤師1人あたり処方せん枚数



薬局薬剤師1人あたりの処方箋枚数は減っている

次世代の薬剤師モデルとは？

在宅医療における薬剤師の役割・課題・取り組み

役割

処方せんに基づき患者の状態に応じた調剤（一包化、懸濁法、麻薬、無菌調剤）
患者宅への医薬品・衛生材料の供給
薬歴管理（薬の飲み合わせの確認）
服薬の説明（服薬方法や効果等の説明、服薬指導・支援）
服薬状況と保管状況の確認（服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理）
副作用等のモニタリング
在宅担当医への処方支援（患者に最適な処方（剤型・服用時期等を含む）提案）
残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄
ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有
医療福祉関係者への薬剤に関する教育



在宅患者への最適かつ効率的で安全・安心な
薬物療法の提供

残薬の確認と整理の実例

長野県薬剤師会 事例

残薬薬剤費
400億円



患者Aさん(女性)

複数科を受診。多剤服用。訪問介護員は入っているが、薬は自己管理にて整理がつかない状態。

A病院(心療内科) 処方薬 7種類

B診療所(内科) 処方薬 4種類

在宅訪問時に驚くほどの飲み残しが出てくることは多い。
残薬整理は訪問初期段階の最重要課題。



【対応】

処方医に疑義照会を行い、A病院とB診療所から交付された処方せんの薬を合わせて一包化し整理。
これにより服用状況も改善。

在宅での薬剤師業務 ～往診医師への同行～



「まさか、薬局に就職してドクターの回診につくととは・・・」

(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

特養での多職種連携



フロアでの申し送り



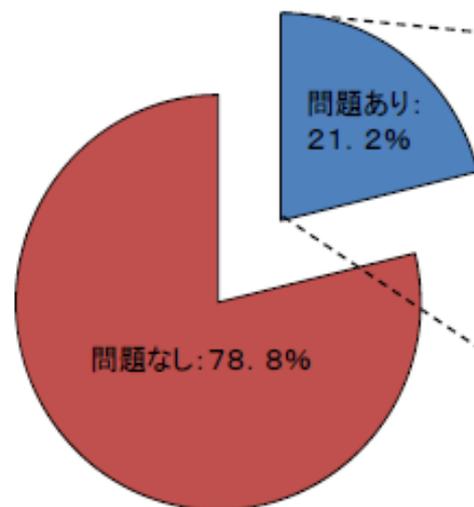
ケアカンファレンス

多職種から薬剤師への承認(acknowledgement)

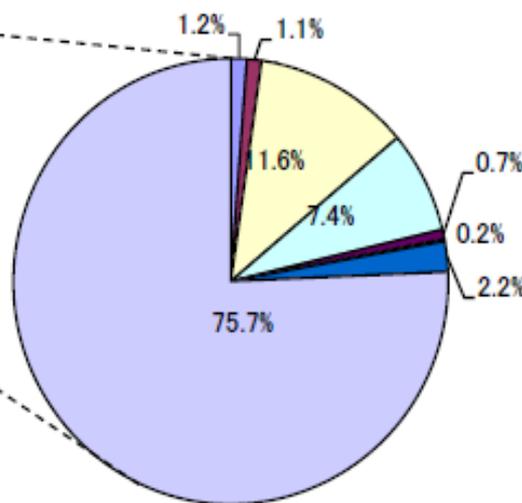
(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

高齢者向け住宅・施設の入所者における 薬剤関連の問題

施設側からみて、薬学上問題があるとされた入所者の割合



問題の内訳 (N=2,286)



- 複数の医療機関から同じ薬が重複して処方されていた
- 相互作用のおそれのある薬の投与があった
- 習慣的に薬の飲み忘れをしていた
- 本人の嚥下能力に薬の形状が適していなかった
- 習慣的に薬を飲みすぎていた
- 処方内容と患者の食習慣が合っていない
- 薬による副作用の発症があった
- 服用している薬への理解が不足していた

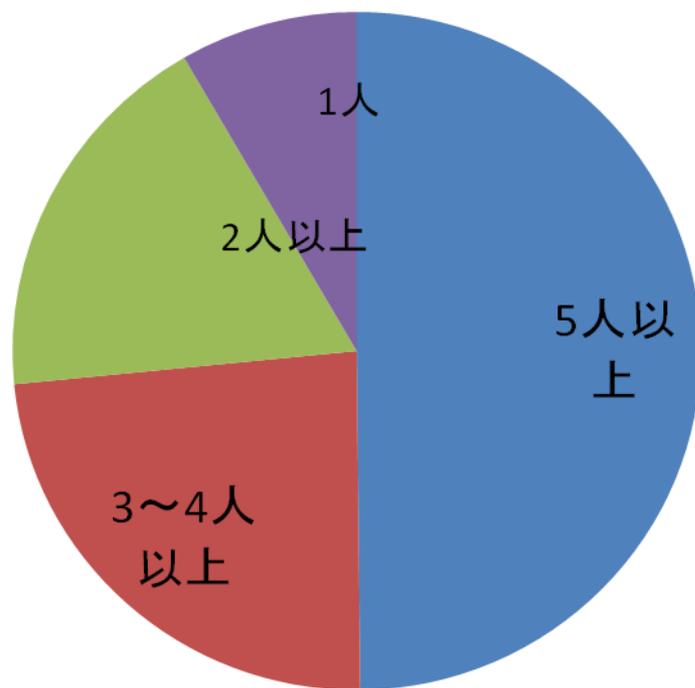
【誤薬のリスク】※施設側の意見

- ・眠前薬、点眼薬は介護職の人に与薬してもらっている(誤薬のリスク)。
- ・実際に服薬を介助する介助員の知識が足りないと思われること。介護員の質の問題。
- ・現場(介護職)が内服に関する知識が乏しいため、内服介助の際の危機感(誤薬、飲み忘れ、副作用など)が大きい。介護職も利用者一人ひとりの内服に興味を持っていただく必要がある。
- ・長期入所の人朝の薬は赤、昼の薬は青、夕の薬は黒、就前は緑でわかりやすくしているが、短期入所の方は薬局ごとに赤を夕にしたり、黒を朝にしたりして、かえって間違いやすい。
- ・管理については服薬まで全て看護師が行えないため、配薬ミスがどうしても起こってしまっている。

出典)平成21年度老人保健事業推進費等補助金「地域薬局による在宅服薬支援(在宅医療・居宅療養)における薬物治療の向上及び効率化のための調査研究」



在宅患者訪問薬剤管理指導を 過去1年間に算定した薬局割合は16.2%



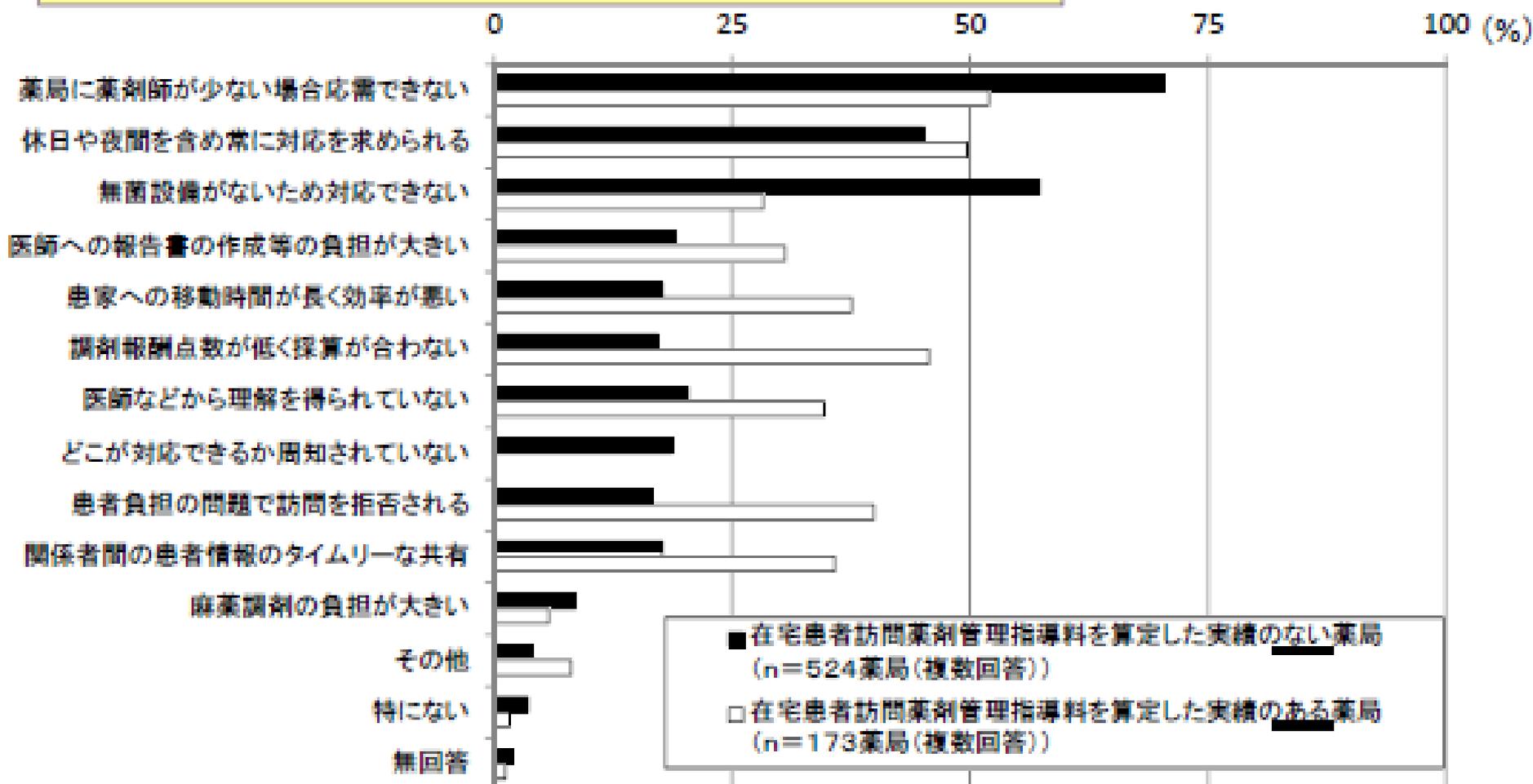
算定薬局の常勤薬剤師数 (%)

- 「薬局のかかりつけ機能に係る実態調査」(厚生労働省委託事業、2012年7月)
 - 2011年9月調査
 - 701件の回答(回答率70%)
 - 在宅患者訪問薬剤管理指導を過去1年間に算定した薬局割合は16.2%

薬局が在宅医療・介護に関わる上での課題

○ 薬局が在宅での薬学的管理指導に積極的に関わっていく上で、多くの課題が指摘されている。

在宅医療・介護における薬学的管理指導を推進していく上での課題



■ 薬物療養提供体制強化事業

25年度予算 40百万円

■ 背景・課題

- 抗がん剤など使い方が難しい薬を用いた治療や適切な服薬指導などについて、誰もが安心して在宅で受けられるよう、薬の専門家である薬剤師がチーム医療の一員として、訪問や相談、情報提供をスムーズに行うための体制を整備しつつ、薬に関する正しい理解を促進・普及し適正使用を図るなど、地域での適切な薬物療法を推進する。

■ 事業の目的・概要

- 具体的には、実施主体である都道府県が中心となって地域の実情に応じて選択できるような形で複数メニューを国が提供し、モデル的な事業実施を通じて、地域住民に対する適切な薬物療法の推進・普及を図る。【委託先：都道府県(再委託可)】

具体的な課題

- ・在宅における医薬品の飲み残し
- ・患者の服薬状況等にきめ細かく対応できていない
- ・衛生材料、介護機器等の提供に関し、地域に密着した薬局の活用が進んでいない

在宅で使用される抗がん剤、無菌製剤等使用方法の難しい医薬品、医療機器等が在宅医療に急速に普及

- ・特定の薬局で地域全体への在宅医療提供には限界
- ・緊急処方への対応が不十分

一般用医薬品を含めた医薬品等使用に関する消費者理解が乏しく、医薬品の適正使用の推進が不十分

そこで

「薬物療法提供体制強化事業」のメニュー

◎ 関係職種が一体となった効率的な薬物療法の提供

- 薬物療法に関する医療職種間の事前取決めに基づく薬剤師による投与量調整等を実施するための体制整備
- 薬剤師が訪問看護師や介護福祉士に同行し薬物療法に関する必要な情報を提供
- 相談窓口としての薬局機能を活用した医療機器、衛生材料、介護機器等に関する情報提供

◎ 抗がん剤等在宅提供支援

- 看護師、介護福祉士等に対する抗がん剤・麻薬の安全使用研修、地域内の薬局間の抗がん剤、麻薬等の在庫融通、退院時の服薬指導に関する医療機関と薬局との連携

◎ 地域に応じた在宅薬局体制確保

- 在宅医療対応可能な薬剤師による夜間休日の輪番制、薬局間の連携・協力による在宅医療の提供

◎ 医薬品の適正使用の推進

- 医薬品の正しい理解の促進・普及、お薬手帳活用等による医薬品適正使用推進

経費の性質：委託費
委託先：都道府県(再委託可)
箇所数：8箇所
使 途：謝金、旅費、消耗品費、
印刷製本費等



在宅でも抗がん剤治療 (FOLFOX) を 行う例も増えてきた



武藤正樹

これからは地域包括ケアにおける 医師と薬剤師のCDTM(共同薬物治療管理)が必要

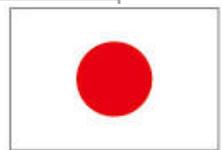
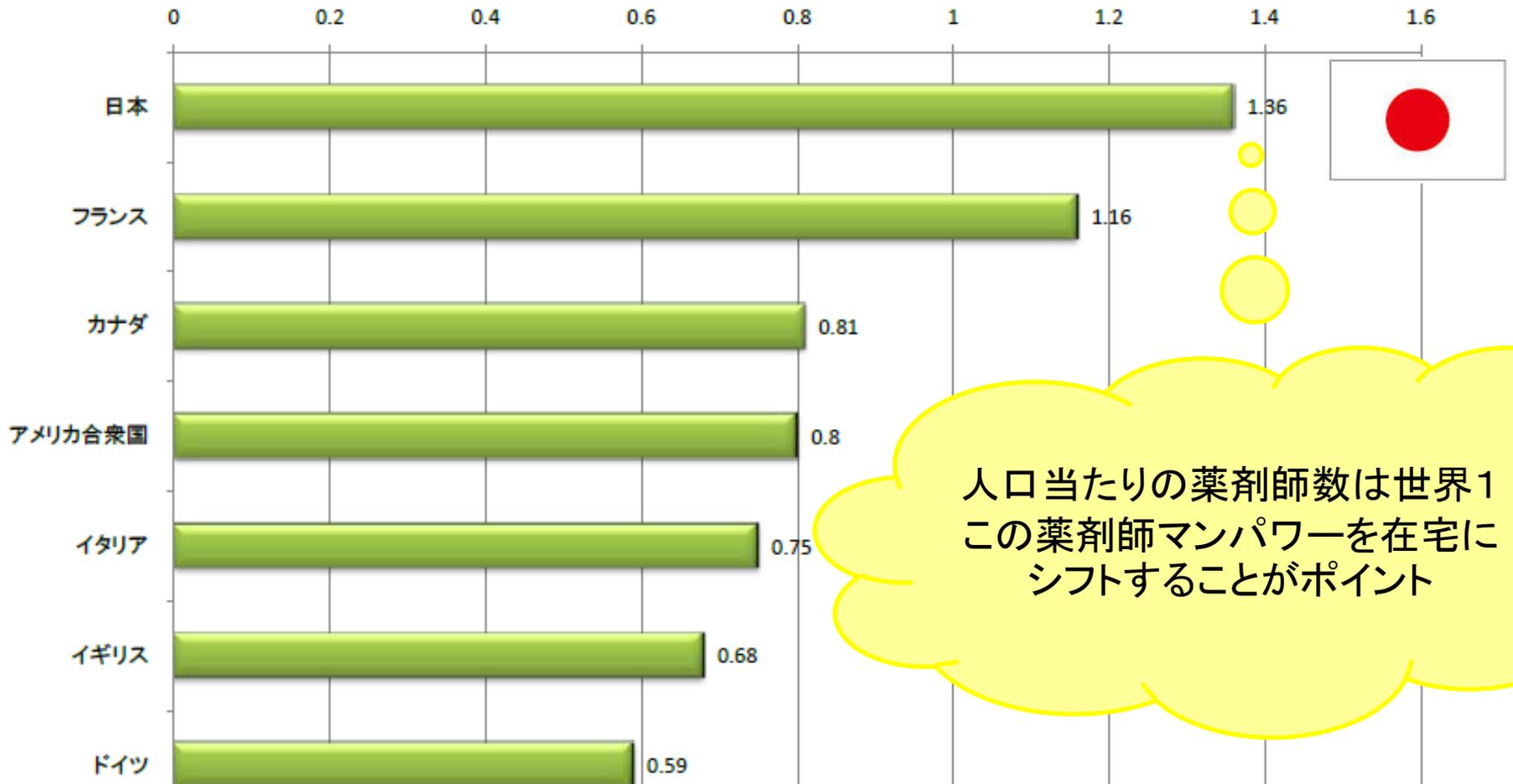
- CDTMの定義(「米国臨床薬学会(ACCP)の定義」)
 - 「一人以上の医師と薬剤師の間の共同実務契約(CPA)であり、その契約のなかで、資格を付与された薬剤師は、プロトコールとして規定された内容に沿って働き、患者を評価し、薬物治療と関連する臨床検査を指示し、医薬品を投与し、投与計画を選択し、開始し、モニタリングし、継続し、修正するなどの専門的な責務を担うことが許される。」
- 薬剤師の行為、行動の順序を指導し、役割、手続き及び従うべき決定基準を示す(プロトコール)
 - ある一定の状況の下では、薬剤師に処方権や検査オーダー権を移譲することもできる。
 - 薬剤師がワクチン接種を行うところもある。
 - 薬剤師の慢性疾患管理に寄与する
 - 高脂血症、喘息、抗血液凝固、糖尿病、高血圧

地域の薬局薬剤師の
役割拡大

人口あたり就業薬剤師数の国際比較

就業薬剤師数は、日本は人口千人当たり1.36人である。
ただし、病院・診療所で就業している薬剤師は人口千人当たり0.38人。

就業薬剤師数(人口千人当たり)(2006年)



人口当たりの薬剤師数は世界1
この薬剤師マンパワーを在宅に
シフトすることがポイント

医師、看護師、薬剤師の多職種協働で 花開かせよう地域包括ケアの花



咲かそう、地域包括ケアの花！



2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

まとめと提言

- ・2025年へ向けて医療計画のさらなる見直しが必要
キーワードは「集中と統合」
- ・医療計画においても地域経営統合の視点が重要
- ・2014年診療報酬改定は7対1削減と地域包括ケア病棟の創設、この地域医療に与えるインパクトに着目
- ・地域包括ケアシステム構築には訪問看護ステーション、保険薬局の活用が欠かせない

■

■

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp